

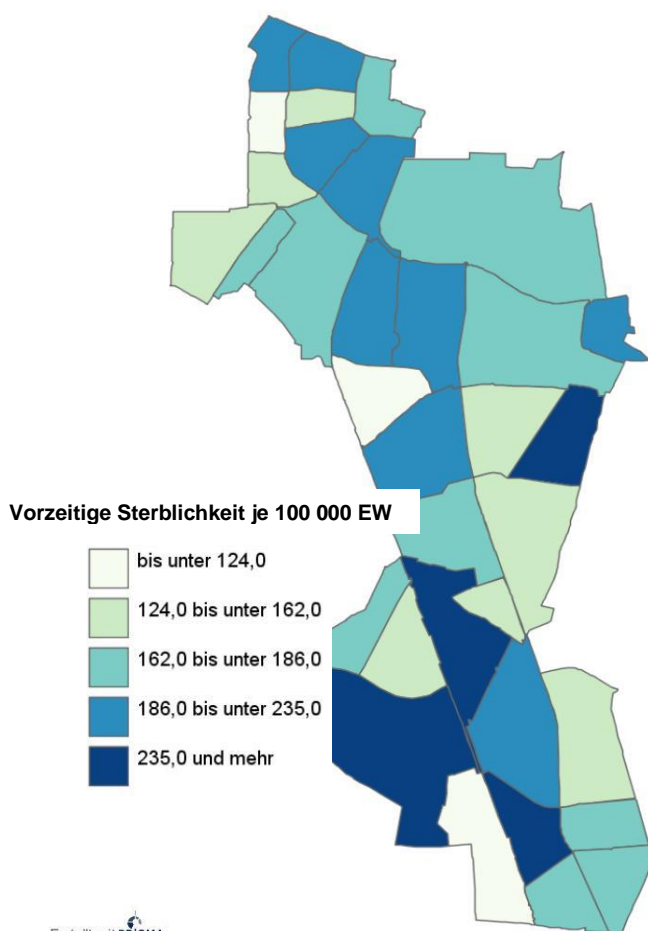


Bezirksamt  
Tempelhof-Schöneberg  
von Berlin

# 2015

## Gleiche Gesundheit für Alle?!

### 2. Gesundheits- und Sozialbericht des Bezirks Tempelhof-Schöneberg



## Impressum

Herausgebende Institution: Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg von Berlin  
Abteilung Gesundheit, Soziales und Stadtentwicklung  
März 2016

Berichterstatteerin: Patrizia Paplinski

Für weitere Informationen  
wenden Sie sich bitte an: Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg  
Planungs- und Koordinierungsstelle Gesundheit  
Tempelhofer Damm 165, 12099 Berlin  
Postanschrift: 10820 Berlin  
Telefon: (030) 90277 7251 (Geschäftszimmer)  
Email: planko@ba-ts.berlin.de

**Kostenloser Download dieses Berichts und weiterer Berichte unter:**

<http://www.berlin.de/ba-tempelhof-schoeneberg/politik-und-verwaltung/service-und-organisationseinheiten/planungs-und-koordinierungsstelle-gesundheit/artikel.397294.php>

## Vorwort



Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

die vorliegenden Seiten stellen den zweiten Basisbericht des Bezirks Tempelhof-Schöneberg dar, der neben allgemeinen gesamtbezirklichen Aussagen zur gesundheitlichen und sozialen Lage auch die Sozialräume des Bezirks genauer in Augenschein nimmt. Damit wird es möglich, Problemfelder zu identifizieren und Handlungsbedarfe aufzuzeigen.

Schon 1986 wurde die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von der Weltgesundheitsorganisation verabschiedet. Das darin verankerte Schlüsselkonzept „Health in all Policies“ (zu dt.: „gesundheitsfördernde Gesamtpolitik“) gilt auch für die kommunale Ebene: nicht nur der Gesundheitssektor sondern auch die Rahmenbedingungen für Arbeit, Wohnen und Freizeit haben Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Einzelnen.

Ein zentrales Thema des Berichts ist deshalb der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit. Hier wird besonders deutlich, wie wichtig Kooperationen zwischen einzelnen politischen Verantwortungsfeldern sind, um allen Einwohner\_innen die gleichen Chancen auf ein gesundes Leben zu ermöglichen. Ein anderer Schwerpunkt des Berichts liegt auf dem Thema Gender. So sterben beispielsweise Männer im Bezirk im Schnitt 9 Jahre früher als Frauen. Frauen dagegen erkranken häufiger als Männer vor ihrem 65. Lebensjahr an Krebs.

Für zukünftige Berichte stehen wir vor der besonderen Herausforderung, die gesundheitliche Lage von geflüchteten Menschen zu erfassen, um nicht nur die basismedizinische Versorgung zu gewährleisten, sondern auch aus einer gesundheitsfördernden Perspektive handeln zu können.

Vor diesem Hintergrund freue ich mich auf angeregte Diskussionen mit politisch Verantwortlichen, der Verwaltung, den Trägern und den Bewohner\_innen unseres Bezirks, um Tempelhof-Schöneberg gemeinsam noch gesünder und lebenswerter zu machen.

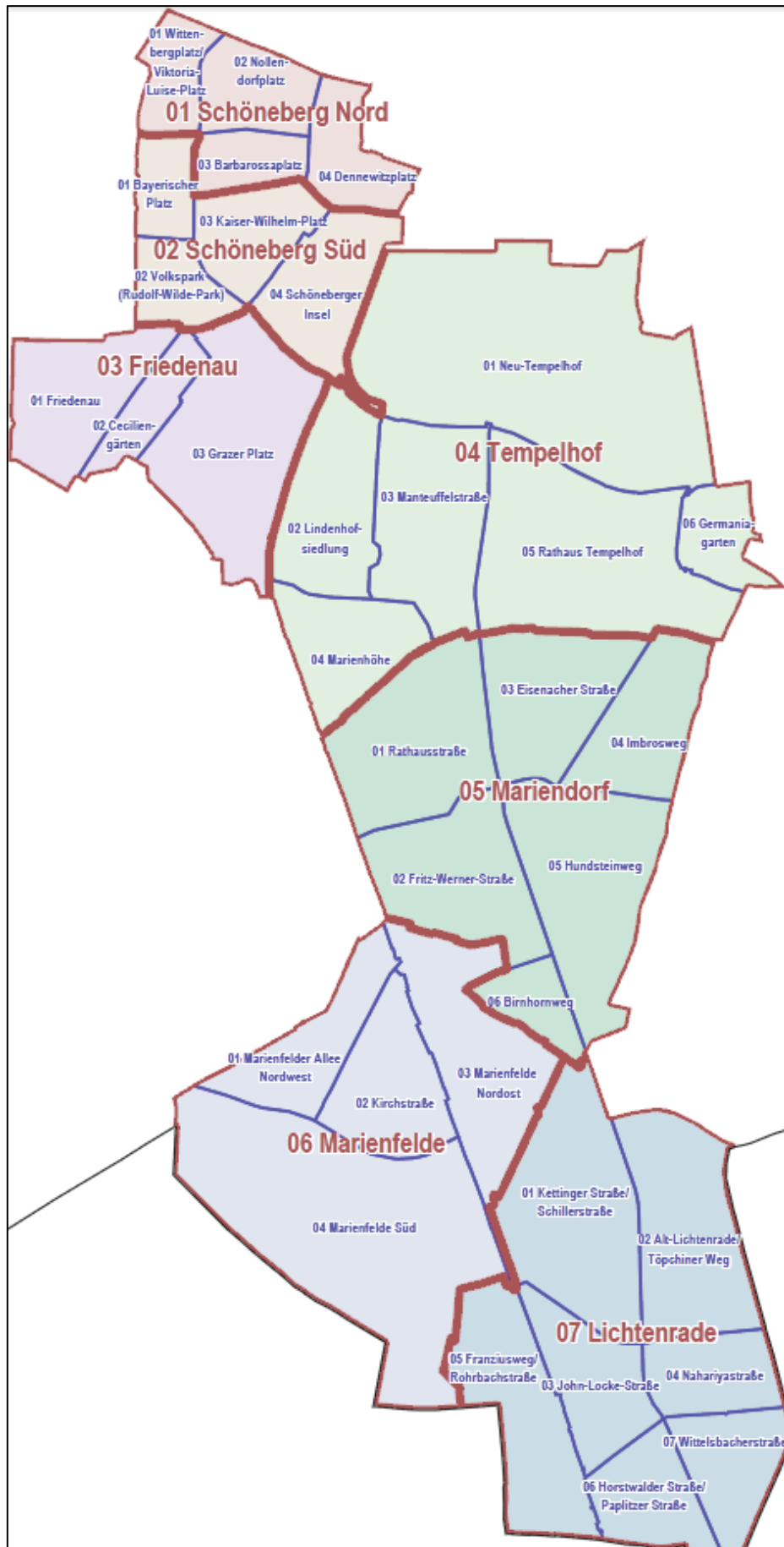
*Sibyll Klotz*

Dr. Sibyll Klotz

Stadträtin für Gesundheit, Soziales, Stadtentwicklung

## Inhaltsverzeichnis

Vorwort .....	1
1. Einleitung.....	3
2. Der Bezirk und seine Einwohner_innen.....	5
1. Geografische Lage.....	5
2. Bevölkerung .....	5
3. Bildung und Erwerbsleben .....	10
4. Zusammenfassung.....	13
3. Faktoren sozialer Benachteiligung .....	15
1. Übersicht.....	15
2. Transferleistungen .....	16
3. Besondere Bevölkerungsgruppen .....	21
4. Zusammenfassung.....	23
4. Gesundheitliche Lage.....	26
1. Lebenserwartung .....	26
2. Geburten .....	26
3. Sterblichkeit .....	27
4. Morbidität .....	33
5. Pflegebedürftigkeit .....	41
6. Gesundheitsverhalten .....	42
7. Kindergesundheit .....	44
8. Zusammenfassung.....	44
5. Raumbezogene Analysen .....	48
1. Bezirksregionen .....	48
2. Planungsräume.....	54
3. Zusammenfassung.....	60
6. Ausgewählte Handlungsfelder und -empfehlungen .....	66
1. Demografischer Wandel.....	66
2. Armut und Gesundheit .....	67
3. Interkulturelle Aspekte.....	68
4. Gender .....	69
5. Ausgewählte Krankheitsbilder .....	70
6. Sozialräumliche Orientierung .....	71
7. Quellen .....	73
8. Anhang .....	74
1. Anhang 1: Sozialindikatoren .....	74
2. Anhang 2: Lebensweltlich orientierte Räume (LOR) in Tempelhof-Schöneberg .....	76
3. Anhang 3a: Vorgehensweise der raumbezogenen Analyse.....	77
4. Anhang 3b: Cut-Off-Werte der raumbezogenen Analyse.....	80



## Vorwort

Nachdem 2011 der erste Basisbericht für den Bezirk Tempelhof-Schöneberg veröffentlicht wurde, halten Sie nun den zweiten Bericht in den Händen, der die damals ausgewerteten Daten fortschreibt und zum Teil ausweitet. Für eine genauere Auswertung von bevölkerungsbezogenen Daten sei auf die Organisationseinheit Sozialraumorientierte Planungscoordination verwiesen, die z.B. die sogenannten Bezirksregionenprofile erstellt<sup>1</sup>. Detaillierte Auswertungen zu den Schuleingangsuntersuchungen finden Sie auf den Seiten des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes<sup>2</sup>.

Im Bericht wird der sogenannte „Gender-Gap“ verwendet (z.B. Einwohner\_innen). Er verdeutlicht, dass mit der beschriebenen Personengruppe nicht nur zwei Geschlechter abgebildet werden sollen, sondern alle Personen mitinbegriffen sind, die sich als trans-, intersexuell oder gänzlich ohne Geschlechtszuschreibung identifizieren.

Im Bericht werden außerdem die Begriffe „Personen mit Migrationshintergrund“ und „Personen mit Migrationsgeschichte“ verwendet<sup>3</sup>. Diese Beschreibung soll als statistisches Konstrukt verstanden werden und nicht als Stempel mit vermeintlich negativ assoziierten Merkmalen, der für eine einzelne Person gilt. Die Staatsangehörigkeit einer Person (oder deren Elternteile) hat wenig Aussagekraft über deren individuelle soziale und gesundheitliche Lage. Dennoch bietet der Indikator „Migrationshintergrund“ die Möglichkeit zu differenzieren und auf mögliche Problemlagen im Sinne der Berichterstattung und Planung hinzuweisen.

Ein großer Dank geht an Hr. Binner (OE SPK) für die Generierung der kartografischen Übersichten und an Hr. Dr. Völger (KJGD) für die Bereitstellung der Daten aus den ESU.

---

<sup>1</sup> <http://www.berlin.de/ba-tempelhof-schoeneberg/politik-und-verwaltung/service-und-organisationseinheiten/sozialraumorientierte-planungscoordination/datenkoordination-296156.php>

<sup>2</sup> <http://www.berlin.de/ba-tempelhof-schoeneberg/politik-und-verwaltung/aemter/gesundheitsamt/kinder-und-jugendgesundheitsdienst/artikel.405380.php>

<sup>3</sup> In der Einwohnerregisterstatistik wird Migrationshintergrund folgendermaßen definiert: „Ausländer und Deutsche, wenn bei den Deutschen eine der folgenden Bedingungen erfüllt ist: 1. Geburtsland außerhalb Deutschlands; 2. Staatsangehörigkeit; Einbürgerungskennzeichen; Optionskennzeichen; Personen im Alter unter 18 Jahren ohne eigene Migrationsmerkmale aber mit Geburtsland außerhalb Deutschlands oder mit Einbürgerungskennzeichen zumindest eines Elternteils, wenn die Person an der Adresse der Eltern/des Elternteils gemeldet ist.“

## Abkürzungsverzeichnis

AfS: Amt für Statistik

BMI: Body-Mass-Index

eLb: erwerbsfähige Leistungsberechtigte

ESU: Einschulungsuntersuchung(en)

EW: Einwohner\_innen

GdB: Grad der Behinderung

GruSi: Grundsicherung

KHStatV: Krankenhausstatistikverordnung

KID: Kernindikator

KJGD: Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

LaGeSo: Landesamt für Gesundheit und Soziales

MH: Migrationshintergrund

MmB: Menschen mit Behinderung

nef: nicht erwerbsfähige Leistungsberechtigte

PLR: Planungsraum/Planungsräume

SenGesSoz: Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales

SGB: Sozialgesetzbuch

u15: unter 15 Jahre

ü65/u65: über/unter 65 Jahre

## 1. Einleitung

Wer oder was beeinflusst unsere Gesundheit? Lange Zeit wurde argumentiert, dass das individuelle Verhalten bezüglich gesunder Ernährung, körperlicher Bewegung und dem Konsum von Suchtmitteln maßgeblich dafür verantwortlich ist. Dementsprechend bestand Gesundheitsförderung vornehmlich aus Gesundheitserziehung und der Vorstellung, dass das Individuum selbst für seinen/ihren Gesundheitszustand verantwortlich ist.

Was ist aber mit den strukturellen Lebensbedingungen, in denen wir uns bewegen? Der britische Gesundheitswissenschaftler Michael Marmot hat schon in den 1960er Jahren herausgefunden, dass die Lebenserwartung eng mit der Stellung im Beruf zusammenhängt und Personen, die sozial schlechter gestellt sind, anfälliger für (chronische) Krankheiten sind. Das bedeutet, dass nicht nur das eigene Verhalten, sondern auch soziale und ökonomische Lebensbedingungen großen Einfluss auf unseren Gesundheitszustand haben. Die Art und Weise von Benachteiligung kann sehr unterschiedlich sein. Sie kann sich z.B. in niedriger Schulbildung oder Arbeitslosigkeit äußern, aber auch in fehlender sozialer Unterstützung und einem unsicheren Wohnumfeld (WHO, 2014). Abbildung 1 zeigt, welche sozialen Determinanten Einfluss auf unseren Gesundheitszustand haben können.

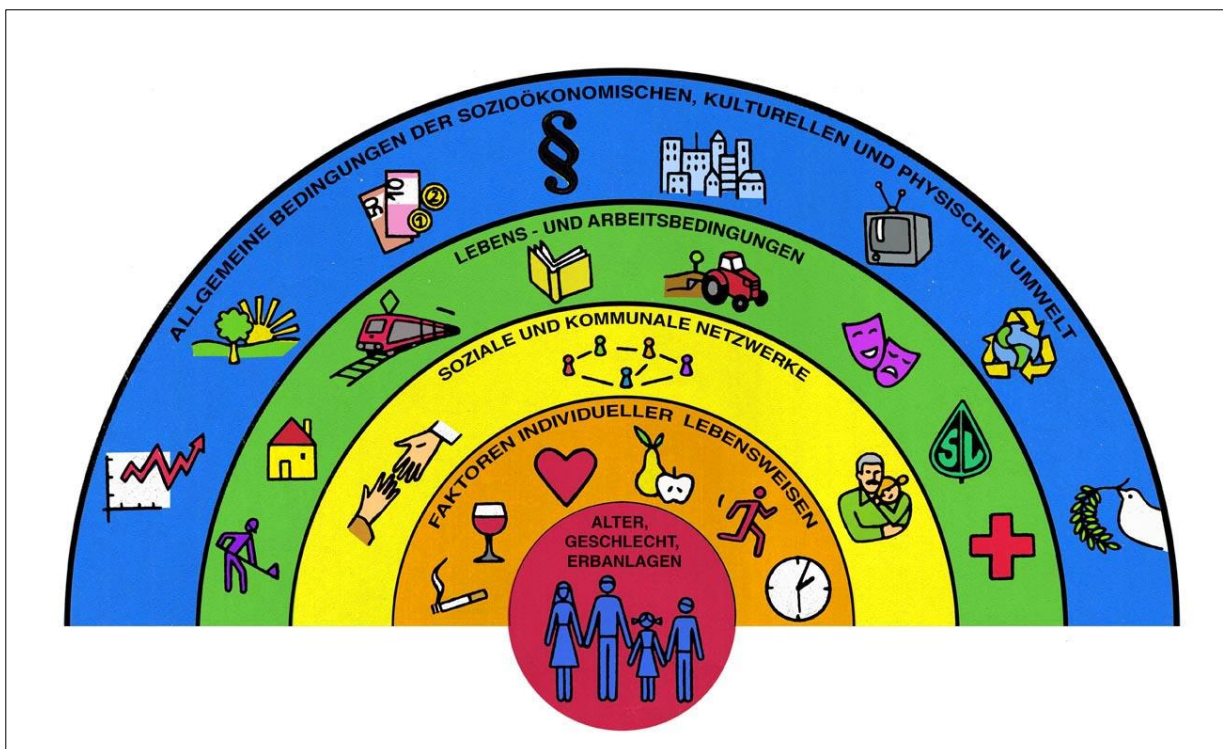


Abbildung 1: Soziale Determinanten von Gesundheit. Quelle: fgoe.org



Ungünstige soziale Determinanten treffen bei bestimmten Bevölkerungsgruppen häufiger zu und können über die gesamte Lebensspanne auftreten. Zudem wirken sie sich kumulativ auf die jeweilige gesundheitliche Verfassung aus. Das heißt, je länger Personen unter ungünstigen Umständen leben müssen, umso stärker fallen die negativen Konsequenzen für ihren Gesundheitszustand aus.

Diese Erkenntnisse haben mehrere Folgen: zum einen verdeutlichen sie, dass Prävention von Krankheiten und die Verminderung von frühzeitigen Todesfällen nicht nur in der Verantwortung des Gesundheitssektors liegen kann. Zum anderen wird klar, dass nicht früh genug mit Prävention begonnen werden kann. Je früher die sozial-ökonomischen und gesundheitlichen Bedingungen verbessert werden, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass Menschen auch in Zukunft gesund und lange leben werden.

Während eines Lebens durchläuft man verschiedene Phasen, die positive oder negative Auswirkungen auf die gesundheitliche, soziale oder ökonomische Lage haben können und dementsprechend die weitere Zukunft beeinflussen. Diese Phasen beinhalten zum Beispiel den Übergang von früher Kindheit zu Schule und Ausbildung, das Verlassen des Elternhauses und die Gründung einer eigenen Familie, bis hin zum Eintritt ins Erwerbsleben und möglicher Arbeitslosigkeit sowie den Übergang ins Rentenalter.

Es bietet sich deshalb an, in der Prävention ein besonderes Augenmerk auf Übergänge zu haben, um eine vorausgegangene Benachteiligung nicht zu einer zukünftigen werden zu lassen. Außerdem müssen bestimmte Personengruppen mehr als andere in den Fokus von gesundheitspolitischen Überlegungen rücken. Mit besonderer Benachteiligung haben vor allem Menschen mit schlechter Schul- und Berufsbildung sowie niedrigem Einkommen sowie spezifische Zielgruppen wie zum Beispiel wohnungslose Menschen, drogenabhängige Personen oder Menschen mit Behinderung zu kämpfen.

Ausgehend von diesen Überlegungen soll der vorliegende Gesundheits- und Sozialbericht zu einem bereichsübergreifenden Problembewusstsein beitragen und Diskussionen über Interventionsfelder und Handlungsmöglichkeiten anregen und fördern. Ziel soll es sein, die sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten in Tempelhof-Schöneberg zu verringern und allen Einwohner\_innen ein gesundes Leben bis ins hohe Alter zu ermöglichen.

## **2. Der Bezirk und seine Einwohner\_innen**

### **1. Geografische Lage**

Als einer der zwölf Bezirke Berlins dehnt sich Tempelhof-Schöneberg auf einer Fläche von knapp 53km<sup>2</sup> aus, von der knapp 60% als Siedlungsfläche gelten und etwas mehr als ein Viertel zu Grün-, Freizeit- und Erholungsflächen zählt. Der Bezirk ist unterteilt in sieben Bezirksregionen, die mit Abstand zur Innenstadt tendenziell größer werden. Diese Regionen wiederum sind in 34 Planungsräume gesplittet, in denen zwischen rund 2 200 und 23 000 Einwohner\_innen leben.

Tempelhof-Schöneberg weist im Vergleich mit Berlin etwas weniger öffentliche Grünanlagen auf (gemessen an qm je EW). Während in der Bezirksregion Tempelhof fast 50 qm öffentliche Grünanlage je EW zur Verfügung stehen, sind es in Schöneberg-Nord, Schöneberg-Süd, Friedenau und Lichtenrade jeweils unter 7 qm/EW.

### **2. Bevölkerung**

Ende 2014 leben laut Einwohnerregister 335 767 Menschen in Tempelhof-Schöneberg. Das entspricht ca. 4 000 Personen mehr als im Vorjahr und etwa 10% der Gesamtbevölkerung Berlins. In der Bezirksregion Tempelhof leben die meisten Einwohner\_innen (61 860 Personen), in Marienfelde am wenigsten (31 090 Personen).

Im Vergleich zu den Daten des letzten Basisberichts ist die Einwohner\_innenzahl im Bezirk um 2% gewachsen. Die Einwohner\_innenzahl in Berlin ist über denselben Zeitraum mit 5,1% mehr als doppelt so schnell gestiegen. Differenzierter betrachtet zeigt sich, dass es bei Deutschen ohne Migrationshintergrund fast keine Entwicklung gegeben hat. Der Anteil der Deutschen mit Migrationshintergrund ist dagegen um 1,5% angestiegen, der Anteil der Ausländer\_innen um 6,9%.

2014 beträgt das durchschnittliche Alter in Tempelhof-Schöneberg 43,7 Jahre. Im Jahr 2010 lag es bei 43,6 Jahren. Die Altersverteilung im Bezirk (vgl. Abbildung 2) zeichnet sich im Vergleich zu Berlin durch einen leicht höheren Anteil an 55-80jährigen Bewohner\_innen und einem geringeren Anteil an 25-55jährigen aus. Der Anteil der über 55jährigen ist höher als der der unter 25jährigen.

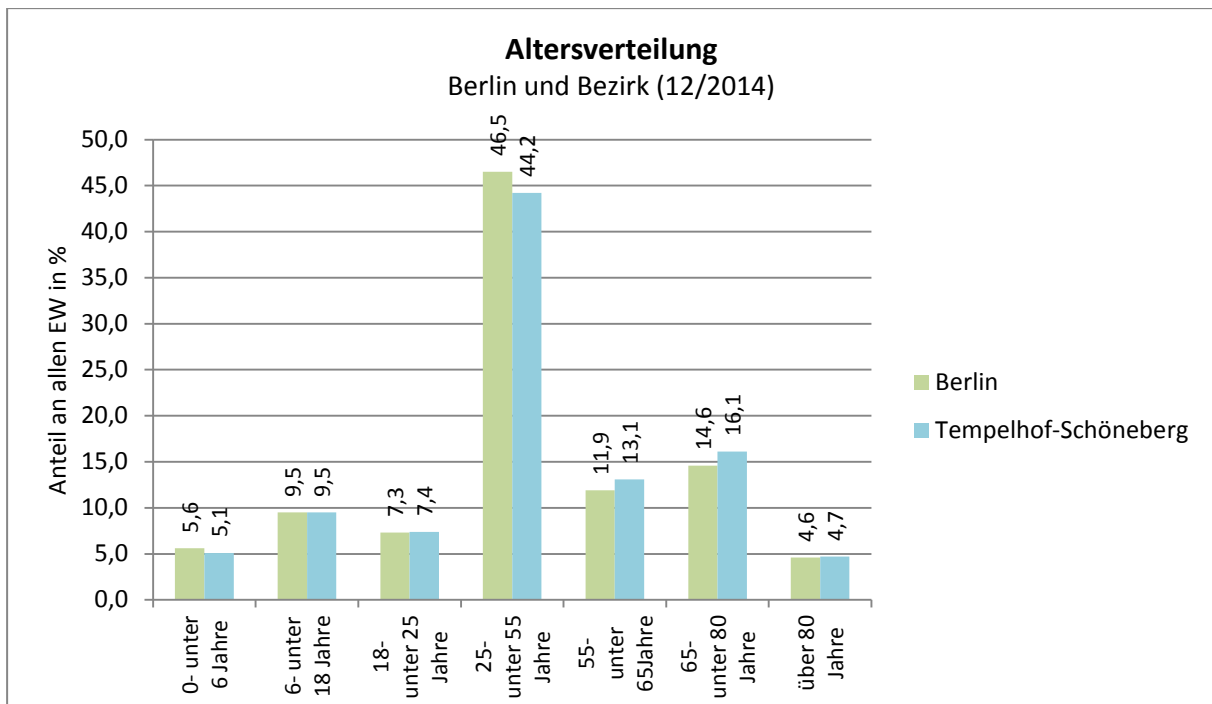


Abbildung 2: Altersverteilung in Berlin und in Tempelhof-Schöneberg in Prozent, Stand 12/2014. Quelle: AfS Berlin-Brandenburg, Einwohnerregisterstatistik 2014. Eigene Berechnung, eigene Darstellung.

Der Altersdurchschnitt bei Deutschen ohne Migrationshintergrund hat sich seit 2010 von 47,2 Jahren auf 47,9 Jahren etwas angehoben und liegt im Vergleich der Bevölkerungsgruppen am höchsten. Bei Personen mit Migrationsgeschichte ist der Durchschnitt dagegen gesunken: bei Deutschen mit MH von 30,3 Jahre auf 28,9 Jahre und bei Ausländer\_innen von 41,2 Jahre auf 40,5 Jahre.

Abhängig von einer Migrationsgeschichte in der Biografie lassen sich teils deutliche Unterschiede in der Altersverteilung der Bevölkerung feststellen (vgl. Abbildung 3). EW ohne Migrationshintergrund haben besonders bei den Personen ab 55 Jahren sehr hohe Anteile an der Gesamtbevölkerung. Deutsche mit Migrationsgeschichte haben den größten Anteil an der Bevölkerung bei den unter 18jährigen. Der höchste Anteil an Ausländer\_innen ist in der Altersgruppe der 18- bis unter 55jährigen zu finden.

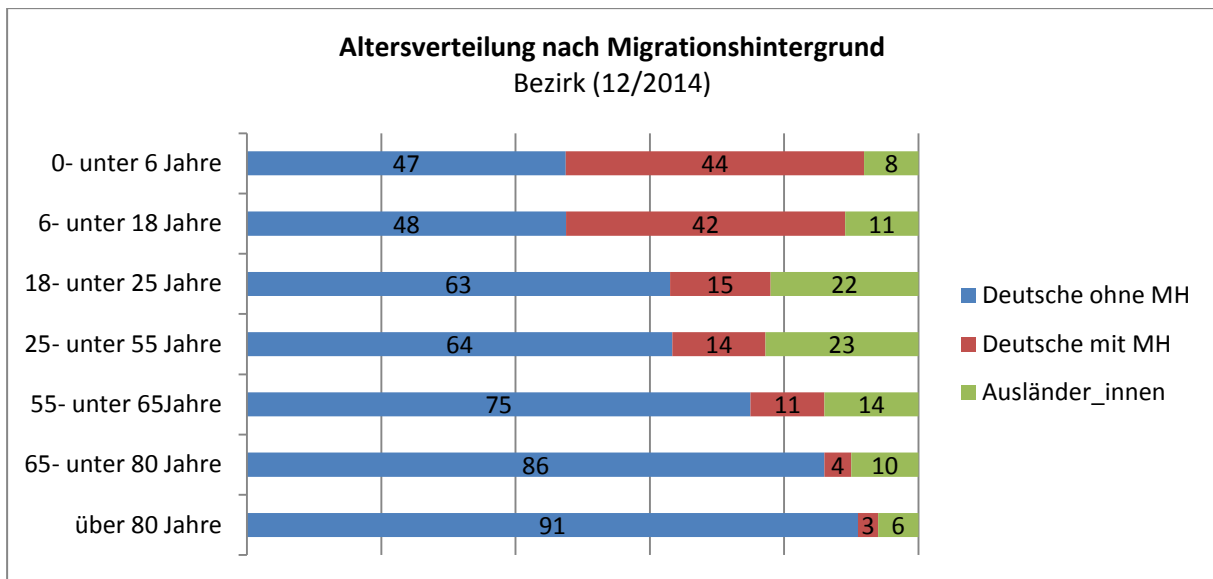


Abbildung 3: Altersverteilung nach Migrationshintergrund in Tempelhof-Schöneberg in Prozent, Stand 12/2014. Quelle: AfS Berlin-Brandenburg, Einwohnerregisterstatistik 2014. Eigene Berechnung, eigene Darstellung.

Während im jüngeren Alter das Geschlechterverhältnis im Bezirk nahezu ausgeglichen ist, steigt der Frauenanteil in der Bevölkerung ab 55 Jahren stetig an: 7 von 10 über 80jährigen sind Frauen. Bei Ausländer\_innen sind die Unterschiede zwischen den Geschlechtern in den höheren Altersgruppen geringer als in anderen Bevölkerungsgruppen.

Im Bezirk leben im Jahr 2014 insgesamt 61 598 Personen mit Behinderung, denen ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 20 zugesprochen wurde. Das bedeutet, dass 18,3% der bezirklichen Bevölkerung eine amtlich registrierte Behinderung hat. Bei den männlichen EW leben 19,6% mit einer Behinderung, bei den weiblichen EW sind es 17%.

Das durchschnittliche Alter von Menschen mit Behinderung, die einen deutschen Pass besitzen, liegt bei 72 Jahren, bei Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit liegt es bei 58 Jahren. Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil von Menschen mit Behinderung an der Bevölkerung. Während bis zur Altersgruppe der 40jährigen nur 5,3% der EW eine Behinderung anerkannt bekommen haben, ist es bei den über 75jährigen mehr als die Hälfte der EW dieser Altersgruppe.

Fast sieben von zehn Menschen mit Behinderung haben eine anerkannte Schwerbehinderung, also einen GdB von 50 oder höher. Dies betrifft insgesamt 41 840 Personen. Auf die Gesamtbevölkerung bezogen bedeutet das, dass jede\_r achte\_r EW eine anerkannte Schwerbehinderung hat. 90,2% der Personen mit einer Schwerbehinderung sind 50 Jahre oder älter. Nur 2,8% der Schwerbehinderten sind unter 25 Jahre alt.

Neben dem GdB kann Menschen mit Behinderung ein Merkzeichen zugesprochen werden, das auf Funktionsstörungen aufgrund einer Behinderung hinweist und als Voraussetzung dafür gilt, bestimmte Rechte und Nachteilsausgleiche in Anspruch zu nehmen. 43% der Merkzeichen entfallen auf eine erhebliche Gehbehinderung (17 062 Fälle). Ca. ein Viertel der Merkzeichen beziehen sich auf die Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson. 11% beinhalten die Ermäßigung oder Befreiung von der Rundfunkbeitragspflicht. Mehr als 2 300 Personen (ca. 6%) erhalten ein Merkzeichen zur Teilnahmeberechtigung am Sonderfahrdienst.

#### a. Migrationsgeschichte

32,2% der Einwohner\_innen im Bezirk haben eine Migrationsgeschichte. Das entspricht 108 125 Personen. 16,7% aller EW, also 56 044 Personen, besitzen eine ausländische Staatsbürgerschaft. Der Anteil von Deutschen mit MH ist etwas geringer.

Einwohner\_innen Tempelhof-Schönebergs kommen aus über 100 verschiedenen Herkunftsländern (vgl. Abbildung 4). Der Migrationshintergrund der meisten Personen bezieht sich im Bezirk auf die Türkei, Polen, die russische Föderation, Serbien und Italien. Bei 11 010 Personen ist der Migrationshintergrund nicht eindeutig zuzuordnen, ungeklärt, ohne Angabe oder die Person ist staatenlos.

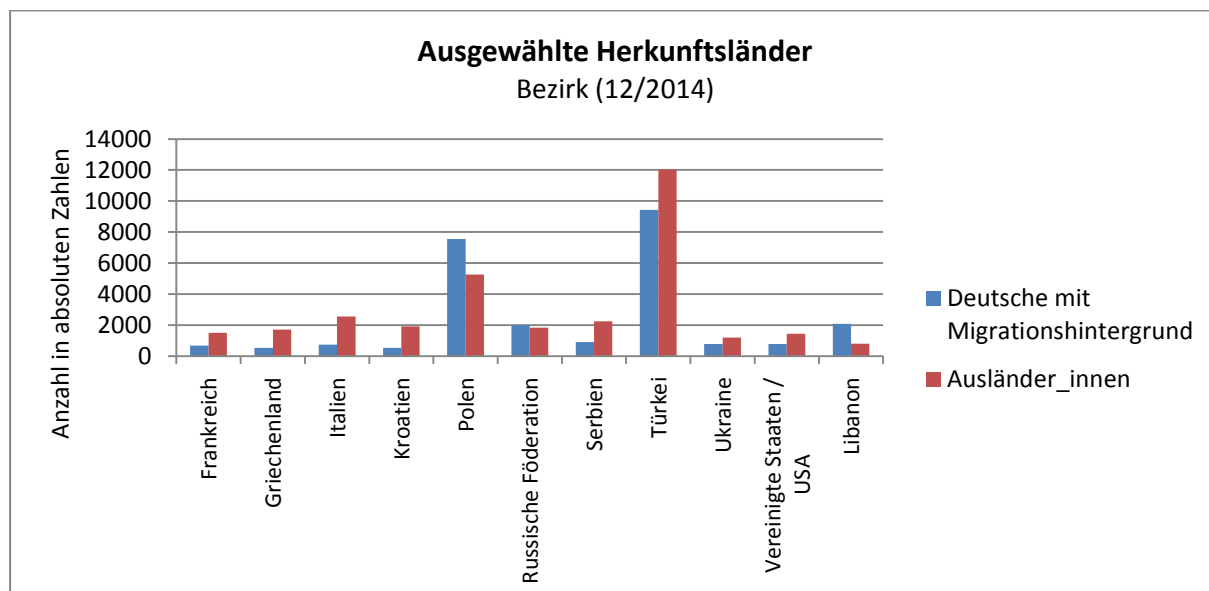


Abbildung 4: Ausgewählte Herkunftsländer der Menschen mit MH in Tempelhof-Schöneberg in absoluten Zahlen, Stand 12/2014. Quelle: AfS Berlin-Brandenburg, Einwohnerregisterstatistik 2014. Eigene Berechnung, eigene Grafik. Die Vergleichbarkeit der Daten zu den Herkunftsländern von Menschen mit Migrationshintergrund mit den Ständen vor 2014 ist methodisch bedingt nur eingeschränkt möglich.

90% aller Menschen mit Behinderung im Bezirk besitzen die deutsche Staatsbürgerschaft, rund 6 400 Personen haben einen ausländischen Pass. Obwohl die meisten Ausländer\_innen mit Behinderung die türkische Staatsbürgerschaft besitzen, sind die höchsten Anteile von Schwerbehinderten bei ukrainischen (74,8%), russischen (71,7%) und serbischen Personen (69,9%) zu finden. Der Anteil von schwerbehinderten Menschen mit deutschem Pass liegt bei 68,3%.

#### *b. Familienstand und Privathaushalte*

Der Großteil der Frauen und Männer im Bezirk ist ledig oder verheiratet. Ausländische Männer und Frauen sind anteilig am häufigsten verheiratet (beide ca. 45%), Frauen und Männer mit MH am wenigsten (beide ca. ein Drittel).

Der Anteil an eingetragenen Lebenspartnerschaften ist sehr gering (1,4%). Dennoch weist Tempelhof-Schöneberg im Vergleich mit den anderen Bezirken die höchste Anzahl (2 339) an eingetragenen Lebenspartnerschaften auf. Dabei bilden ausländische Männer den höchsten (1,3%) und deutsche Frauen mit MH den geringsten Anteil (0,1%).

Über die Hälfte der Bevölkerung in Privathaushalten in Tempelhof-Schöneberg ist alleinstehend. Knapp 30% der Familien bestehen aus Ehepaaren, 4 von 10 Ehepaaren haben ledige Kinder. 8% der Familien sind alleinerziehende Elternteile. Das heißt, dass 15 000 Familien im Bezirk aus Alleinerziehenden mit ledigen Kindern bestehen. 83% der Alleinerziehenden sind Frauen. Knapp 5% der Lebensformen bestehen aus nichtehelichen Lebensgemeinschaften. Diese Zahlen entsprechen in etwa dem Berliner Durchschnitt. Den größten Unterschied gibt es bei den nichtehelichen Lebensgemeinschaften, die in Berlin um etwa 3% häufiger als im Bezirk vertreten sind.

Das Verhältnis der Lebensformen schlägt sich auch in der Größe der Privathaushalte nieder. Über die Hälfte der privaten Haushalte wird von einer Person bewohnt. In knapp 3 von 10 Haushalten leben 2 Personen. Etwa 10% der Privathaushalte beherbergen 3 Personen und in knapp 6% der Haushalte leben 4 Menschen. Im Vergleich mit Gesamtberlin zeigt sich, dass es im Bezirk etwas weniger Einpersonenhaushalte und etwas mehr Zweipersonenhaushalte gibt.

Etwas mehr als ein Viertel der Haushalte (28%) wird von mindestens einer Person über 65 Jahren bewohnt, was 51 300 Haushalten entspricht. 29 400 Einpersonenhaushalte bestehen

aus einer Person im Rentenalter, was 30,5% aller Singlehaushalte gleichkommt. Zum Vergleich: der Anteil von Personen über 65 Jahren an der Bevölkerung in Tempelhof-Schöneberg beträgt 20,1%.

### **3. Bildung und Erwerbsleben**

#### ***a. Schulische Bildung***

Der Großteil der Bevölkerung über 15 Jahren verfügt laut Mikrozensus 2013 über einen (Fach-)Hochschulabschluss (42%). Ein Viertel der Einwohner\_innen besitzt einen mittleren Schulabschluss und 23% einen Haupt-/Volksschulabschluss.

Differenziert nach Altersgruppen zeigt sich, dass diese Anteile bei Personen über und unter 65 Jahren stark variieren. 49% der Einwohner\_innen zwischen 15 und unter 65 Jahren verfügen über einen (Fach-) Hochschulabschluss, 25% über einen mittleren Abschluss und 14% über einen Haupt-/Volksschulabschluss. Bei der Altersgruppe der über 65jährigen sind die Anteile an den Abschlüssen genau gegenläufig verteilt: hier besitzen 52% einen niedrigen, 23% einen mittleren und 20% einen hohen Schulabschluss.

Auch zwischen den Geschlechtern lassen sich Unterschiede feststellen. In der Altersgruppe 15 bis unter 65 Jahren sind die Anteile der mittleren und hohen Schulabschlüsse bei den Frauen höher als bei den Männern. Bei Einwohner\_innen über 65 Jahren zeigt sich, dass die Anteile der niedrigen und mittleren Schulabschlüsse bei den Frauen um einiges höher liegen als bei den Männern. Zahlen für Frauen über 65 Jahren, die die (Fach-)Hochschulreife besitzen sind zu unsicher, um ausgewertet zu werden. Dagegen besitzen 41% der Männer über 65 Jahren mit Schulabschluss die (Fach-)Hochschulreife.

4 von 10 Einwohner\_innen mit Migrationshintergrund zwischen 15 und unter 65 Jahren, die einen Abschluss besitzen, sind schulisch sehr gut ausgebildet (vgl. Abbildung 5). Etwa jede\_r Fünfte besitzt einen Haupt-/Volksschulabschluss.

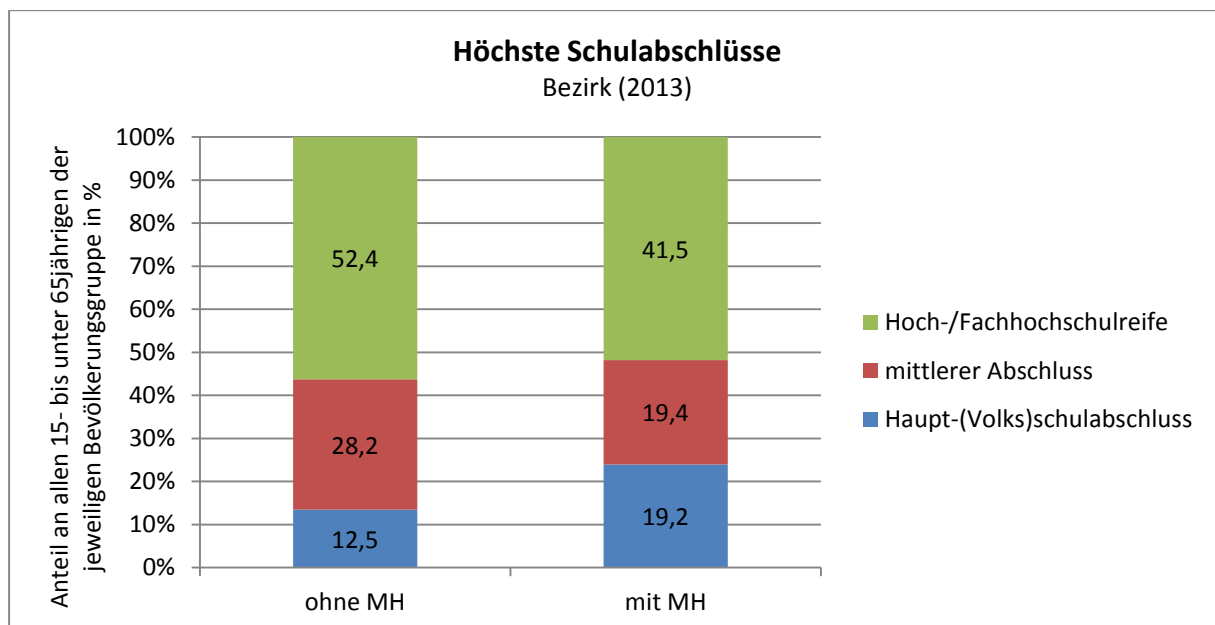


Abbildung 5: Höchster Schulabschluss nach Migrationshintergrund der Bevölkerung zwischen 15 und unter 65 Jahren in Tempelhof-Schöneberg in Prozent, Stand 2013. Quelle: AfS Berlin-Brandenburg, Mikrozensus 2013. Eigene Berechnung, eigene Darstellung.

Bei Personen ohne Migrationsgeschichte sind die Anteile an den mittleren und hohen Schulabschlüssen jeweils ca. 10% höher und an niedrigen Abschlüssen geringer als bei EW mit MH.

#### ***b. Berufliche Ausbildung***

Von den 18- bis unter 65jährigen Einwohner\_innen besitzen bezirkswweit 36% eine Lehr-/Anlernausbildung und ca. 25% einen (Fach-)Hochschulabschluss. Knapp 3% haben eine Fachschule abgeschlossen. Bei den über 65jährigen besitzt der Großteil (56%) eine Lehr-/Anlernausbildung und 10% einen Hochschulabschluss.

Fast 3 von 10 Einwohner\_innen zwischen 18 und unter 65 Jahren haben (noch) keinen beruflichen Abschluss. Bei den über 65jährigen liegt dieser Anteil bei knapp einem Viertel. In Berlin haben nur 18% der über 65jährigen keinen beruflichen Abschluss. Die meisten Personen ohne Abschluss in dieser Altersgruppe sind Frauen (11 000 Personen).

Für Einwohner\_innen mit MH sind die meisten Zahlen zu unsicher, um sie genauer auszuwerten. Es fällt aber auf, dass vor allem in der Altersgruppe der 24- bis unter 35jährigen 45% der Personen mit MH keinen beruflichen Abschluss haben (6 600 Personen), während es bei den EW ohne MH nur 21% sind (6000 Personen).



### c. Erwerbsleben

68% aller 15- bis unter 65jährigen im Bezirk sind erwerbstätig<sup>4</sup>. Dieser Anteil liegt minimal unter dem Berliner Durchschnitt.

Dabei unterscheidet sich der jeweilige Anteil von Frauen und Männern an der Quote: Die Erwerbsquote bei Männern liegt bei 71%, die der Frauen bei 65%. Der Unterschied bei der Erwerbslosenquote fällt nur gering aus: 10% der Männern und 9,7% der Frauen zählen als erwerbslos. Personen mit MH im Erwerbsalter sind anteilig doppelt so häufig erwerbslos wie Personen ohne MH (5,7% bzw. 11,6% der jeweiligen Bevölkerungsgruppe).

Der Anteil der Erwerbstätigen ohne Migrationshintergrund liegt bei allen Altersgruppen zwischen 92% und 94% (vgl. Abbildung 6). Der Anteil von erwerbstätigen Personen mit Migrationshintergrund liegt in allen Alterskategorien darunter. Am deutlichsten unterscheiden sich die Anteile der erwerbstätigen Personen mit und ohne MH bei den 15- bis unter 24jährigen. Für Erwerbstätige mit MH zwischen 55 und unter 65 Jahren ist die Datenlage zu unsicher.

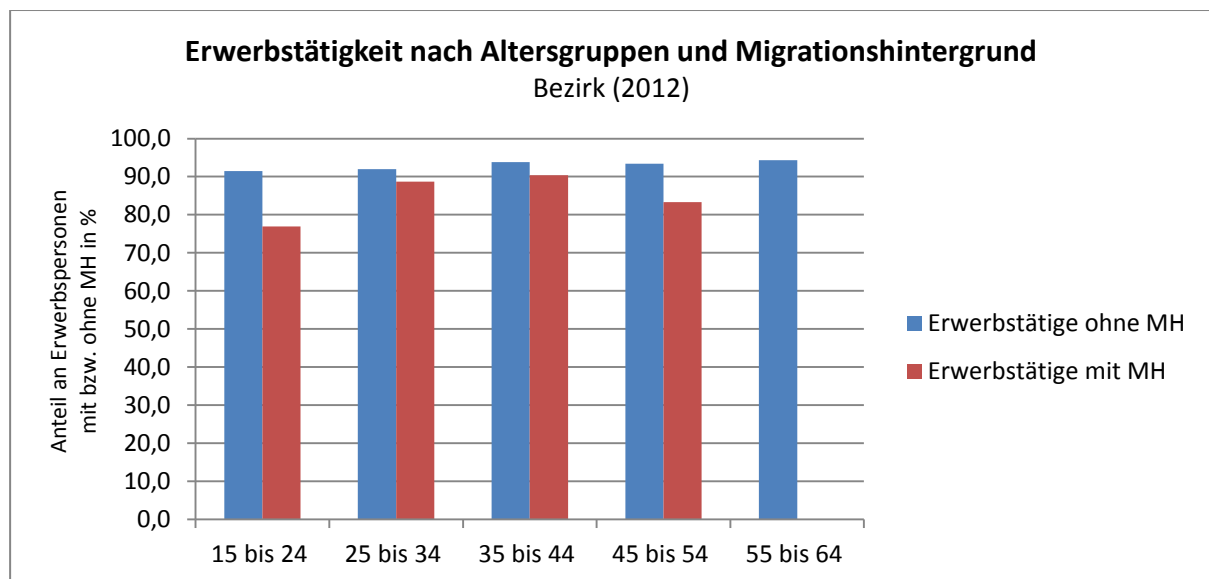


Abbildung 6: Erwerbstätigkeit nach Altersgruppen und Migrationshintergrund in Tempelhof-Schöneberg in Prozent, Stand 2012. Quelle: AfS Berlin-Brandenburg, Mikrozensus 2012. Eigene Berechnung, eigene Darstellung.

<sup>4</sup> Definition Erwerbstätige: Personen im Alter von 15 und mehr Jahren, die in der Berichtswoche wenigstens 1 Stunde für Lohn oder sonstiges Entgelt irgendeiner beruflichen Tätigkeit nachgehen bzw. in einem Arbeitsverhältnis stehen (einschl. Soldaten und Soldatinnen sowie mithelfende Familienangehörige), selbstständig ein Gewerbe oder eine Landwirtschaft betreiben oder einen Freien Beruf ausüben. Die Ergebnisse der Erwerbstätigkeit beziehen sich auf die einzige oder Haupttätigkeit. Nach dem ILO-Konzept gelten z.B. alle Personen mit einer „geringfügigen Beschäftigung“ im Sinne der Sozialversicherungsregelungen als erwerbstätig.

Ca. zwei Drittel der Erwerbstätigen (102 500 Personen) arbeiten laut Mikrozensus 2013 normalerweise 36 und mehr Stunden pro Woche. Insgesamt liegen die durchschnittlich geleisteten Arbeitsstunden pro Woche bei 36,1 Stunden. Männer arbeiten dabei durchschnittlich länger (38,4 Stunden) als Frauen (33,7 Stunden).

4 von 10 Haupteinkommensbezieher\_innen sind Frauen. Dabei liegt der Anteil bei Frauen mit ausländischer Staatsangehörigkeit (35%) unter dem Anteil der Frauen mit deutschem Pass (41%). In Berlin beträgt diese Differenz nur 2%.

Abbildung 7 stellt dar, wie die Höhe des monatlichen Haupteinkommens zwischen den Geschlechtern variiert. Knapp die Hälfte der männlichen Haupteinkommensbezieher bezieht ein Gehalt von 2600€ und mehr. Bei den Frauen sind es nur knapp 11%. Gleichzeitig zeigen die Zahlen auf, dass die Schere zwischen männlichen Gering- und Vielverdienern sehr viel ausgeprägter ist als bei den weiblichen Hauptverdienerinnen: die Anteile an den jeweiligen Einkommensklassen unterscheiden sich bei Frauen um maximal 7% und bei den Männern um maximal 41%.

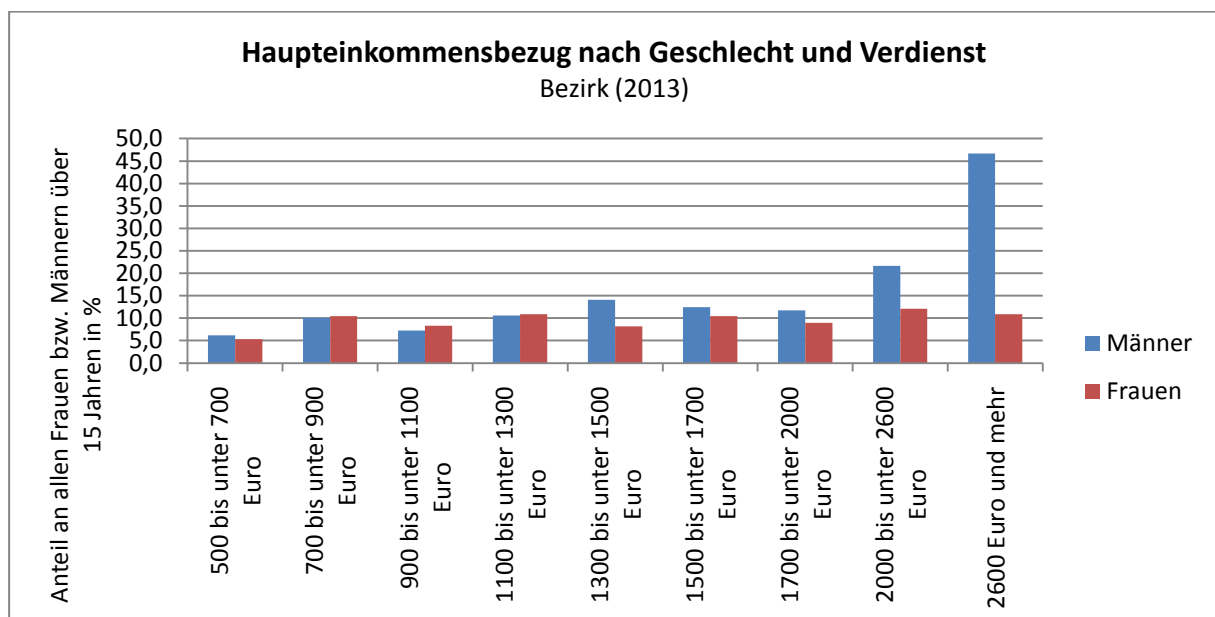


Abbildung 7: Haupteinkommensbezieher\_innen nach Geschlecht und Höhe des Einkommens in Tempelhof-Schöneberg 2013 in Prozent. Quelle: AfS Berlin-Brandenburg. Eigene Berechnung, eigene Darstellung.

#### 4. Zusammenfassung

Der demografische Wandel lässt sich auch im Bezirk beobachten. Jede\_r fünfte\_r EW ist über 65 Jahre alt, nur knapp jede\_r Siebte ist unter 18 Jahre alt, das durchschnittliche Alter der Einwohner\_innen liegt bei über 40 Jahren. Mit der älteren Bevölkerungsgruppe sind einige Besonderheiten zu beobachten: zum einen ist im Bezirk der Anteil von

Singlehaushalten von Personen über 65 Jahren höher als deren Anteil in der Bevölkerung. Mit zunehmendem Alter steigt ebenso der Anteil von Schwerbehinderten. Der Großteil ist über 50 Jahre alt.

Zudem lässt sich eine Feminisierung des Alters feststellen. 70% der über 80jährigen sind Frauen. Mit einer höheren Lebenserwartung als Männer und einer geringeren vorzeitigen Sterberate, auf die später genauer eingegangen wird, bedeutet dies, dass Frauen das Bild im Alter zunehmend prägen und prägen werden. Gleichzeitig sind die sozioökonomischen Grundlagen von älteren Frauen im Bezirk schlechter als die der Männer: sie haben geringere Anteile an mittleren und hohen Schulabschlüssen als Männer und die Gruppe der über 65jährigen, die keinen beruflichen Abschluss besitzen, besteht hauptsächlich aus Frauen.

Unterhalb des Renteneintrittsalters lassen sich deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern in Bezug auf die Erwerbsarbeit feststellen: Frauen sind nach wie vor weniger häufig erwerbstätig als Männer und arbeiten weniger Wochenstunden. Nichtsdestotrotz gelten 4 von 10 Frauen als Haupteinkommensbezieherinnen. Deren Anteile in den höheren Einkommensklassen liegen dennoch unter denen der Männer.

Bildung spielt eine maßgebliche Rolle für die individuelle Gesundheit. Da ein Zusammenhang zwischen Bildungsabschlüssen und der späteren Position in der Arbeitswelt besteht, hat Bildung indirekt Einfluss auf berufsbezogene Belastungen, Ressourcen und nicht zuletzt auf die Höhe des Einkommens. Darüber hinaus beeinflusst Bildung gesundheitsförderndes Wissen und Handlungskompetenzen, um Gesundheitsprobleme und Belastungen zu bewältigen.

Hier zeigt sich, dass es nicht nur deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt, sondern auch Menschen mit Migrationsgeschichte eine besondere Rolle einnehmen:

Personen mit MH machen circa ein Drittel der Einwohner\_innen im Bezirk aus und haben vorwiegend eine türkische oder polnische Migrationsgeschichte. Es lässt sich beobachten, dass sie geringere Anteile an hohen und mittleren Schul- und Berufsabschlüssen haben und doppelt so häufig erwerbslos sind als Menschen ohne Migrationshintergrund. Besonders bei den unter 24jährigen fällt auf, dass junge Menschen mit MH deutlich weniger erwerbstätig sind als diejenigen ohne MH. Es muss gefragt werden, inwiefern strukturelle Benachteiligungen eine Rolle dabei spielen.

### 3. Faktoren sozialer Benachteiligung

#### 1. Übersicht

Laut Regionalem Sozialbericht 2015 bewegen sich die Werte der Sozialindikatoren Tempelhof-Schönebergs zum großen Teil im mittleren oder hinteren Feld (vgl. Tabelle 1). Geht es aber um die Verteilung der Äquivalenzeinkommen<sup>5</sup> fällt auf, dass diese im Bezirk sehr ungleich verteilt sind. So belegt der Bezirk jeweils den zweiten Rang im Vergleich der Gini-Koeffizienten und der S80/S20-Quoten<sup>6</sup> und weist die dritthöchste Armutsgefährdungslücke in Berlin auf. Das bedeutet, dass in Tempelhof-Schöneberg die reichsten 20% der Bevölkerung um ein 4,5-fach höheres Äquivalenzeinkommen als die ärmsten 20% der Einwohner\_innen verfügen. Zudem liegt das mittlere Äquivalenzeinkommen der armutsgefährdeten Bevölkerung 12% unter der Armutsgefährdungsschwelle.

**Tabelle 1: Sozialindikatoren (genaue Beschreibung s. Anhang 1) für Tempelhof-Schöneberg, Stand 2015. Quelle: AfS Berlin-Brandenburg, Sozialbericht 2015. Eigene Darstellung.**

	Wert	Rang (im Bezirksvergleich) <sup>7</sup>
Armut	12,5	9
Niedriges Einkommen	21,3	9
Armutsgefährdungslücke	12,2	3
Einkommen alt zu jung	1,03	7
Gini-Koeffizient	0,31	2
S80/S20-Quote	4,5	2
Mindestsicherung	17,8	8
Niedrige Bildung	16,7	6
Haushalte ohne Erwerbstätige	12,9	9
Geringe Wohnfläche	8,7	6

---

<sup>5</sup> Definition Äquivalenzeinkommen: Einkommen, das jedem Mitglied eines Haushalts einen gleichen Lebensstandard innerhalb dieses Haushalts ermöglicht. Dafür wird die Summe des Gesamteinkommens eines Haushalts mit Hilfe einer Äquivalenzskala gewichtet, die nach Anzahl und Alter der Haushaltsmitglieder ausgerichtet ist.

<sup>6</sup> Definition siehe Anhang 1.

<sup>7</sup> Höchster Wert = 1, niedrigster Wert = 12.

## 2. Transferleistungen

### a. Arbeitslosigkeit

Im Jahr 2014 gelten 17 783 Personen im Bezirk als arbeitslos und erhalten dementsprechend Leistungen nach SGB II und III, was einem Arbeitslosenanteil von 7,9% an der Gesamtbevölkerung im erwerbsfähigen Alter entspricht. Ca. 81% der arbeitslos gemeldeten Personen bekommen Leistungen nach SGB II.

Ein Drittel (33,5%) der Leistungsberechtigten gelten als langzeitarbeitslos, d.h. sie sind länger als ein Jahr arbeitslos gemeldet. Etwas mehr Männer (56,3%) als Frauen erhalten Leistungen nach SGB II und III. Der Anteil von Ausländer\_innen liegt bei 28,2%. Dieser Wert ist der einzige, bei dem der Bezirk 3% über dem Berliner Vergleichswert liegt. Bei allen anderen Indikatoren sind die Berliner Zahlen sehr ähnlich.

### b. Transferleistungen nach SGB II: Grundsicherung für Arbeitssuchende

Im Bezirk gelten im Jahr 2014 knapp 36 085 Personen zwischen 15 und unter 65 Jahren als erwerbsfähige Leistungsberechtigte<sup>8</sup> [eLb], was 16% der Einwohner\_innen dieser Altersgruppe entspricht. Im Bezirksvergleich haben sieben Bezirke einen höheren Anteil an eLb als Tempelhof-Schöneberg. Der Anteil der Personen, die einen Leistungsanspruch auf eine Sozialgeld-Regelleistung haben (sogenannte nicht erwerbsfähige Leistungsberechtigte [nefl]<sup>9</sup>), liegt in Tempelhof-Schöneberg bei 3,8% (12 879 Personen). Nimmt man erwerbsfähige und nichterwerbsfähige Leistungsberechtigte zusammen, empfängt knapp jede\_r fünfte Einwohner\_in im Bezirk Leistungen nach SGB II (vgl. Abbildung 8).

---

<sup>8</sup> Dieser Begriff löst seit April 2011 die Bezeichnung „erwerbsfähige Hilfebedürftige“ (EHB) ab, der im Basisbericht 2011 verwendet wird.

<sup>9</sup> Als *nefl* zählen „(a)lle Personen innerhalb einer Bedarfsgemeinschaft, die noch nicht im erwerbsfähigen Alter sind (unter 15 Jahren) oder aufgrund ihrer gesundheitlichen Leistungsfähigkeit und evt. rechtlicher Einschränkungen nicht in der Lage sind, mindestens 3 Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes zu arbeiten“ (AfS 2014, S.7).

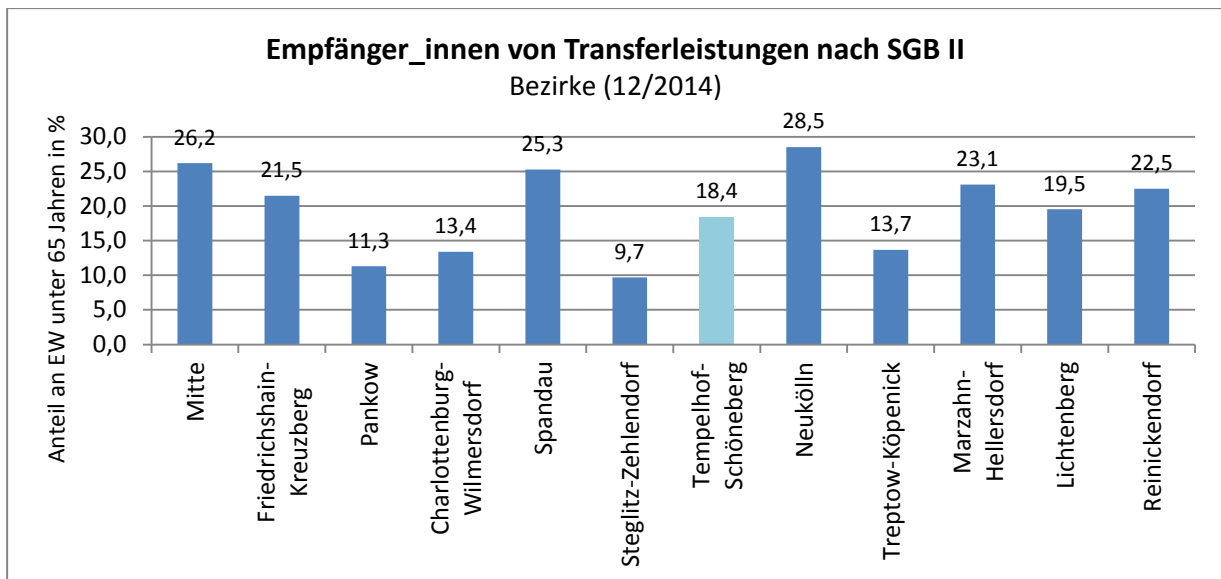


Abbildung 8: Empfänger\_innen von Transferleistungen nach SGB II an der Bevölkerung unter 65 Jahren in den Bezirken in Prozent, Stand 12/2014. Entspricht KID D4. Quelle: Bundesagentur für Arbeit/AfS Berlin-Brandenburg, Abgestimmter Datenpool. Eigene Darstellung.

Das Verhältnis von Männern zu Frauen an den eLb im Bezirk ist nahezu ausgeglichen. Wie bei dem Großteil der anderen Bezirke machen Männer auch in Tempelhof-Schöneberg einen etwas höheren Anteil an den eLb aus.

14 722 Personen mit ausländischem Pass zählen Ende 2014 zu den Personen nach SGB II, was einem Drittel aller Leistungsempfänger\_innen nach SGB II ausmacht und etwa dem Berliner Durchschnitt entspricht. Bezieht man die Anteile von Leistungsempfänger\_innen mit deutschen und ausländischem Pass auf die Bevölkerung, fällt auf, dass der Anteil der ausländischen SGB II-Berechtigten doppelt so hoch liegt wie der der deutschen (vgl. Abbildung 9). Damit gehört das Verhältnis von Deutschen zu Ausländer\_innen an Leistungsempfänger\_innen mit 1:2 zu den sehr ungleichen in Berlin. Nur Treptow-Köpenick und Reinickendorf weisen ein gleiches oder höheres Verhältnis auf.

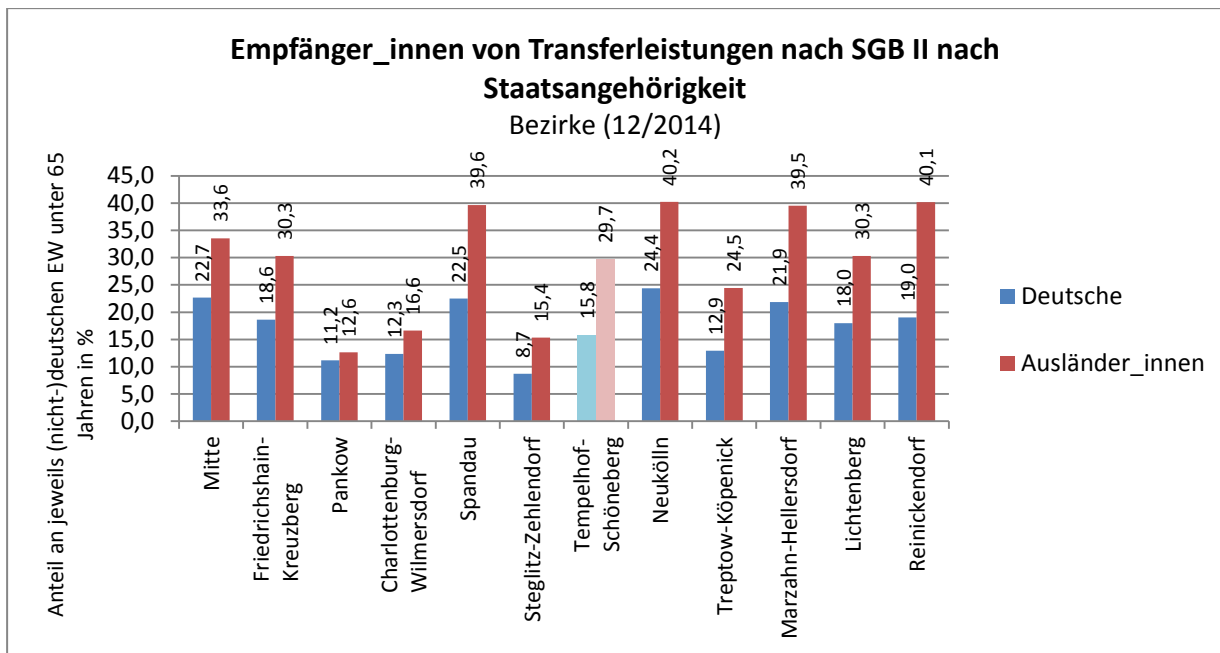


Abbildung 9: Empfänger\_innen von Leistungen nach SGB II nach Staatsangehörigkeit in den Berliner Bezirken in Prozent, Stand 2014. Quelle: Bundesagentur für Arbeit/AfS Berlin-Brandenburg, Abgestimmter Datenpool. Eigene Berechnung, eigene Darstellung.

Der Anteil der über 55jährigen an den eLb liegt mit dem Anteil der unter 25jährigen mit 16,3% gleich auf. In Gesamtberlin liegt der Anteil der über 55jährigen knapp 2 Prozentpunkte niedriger.

Unter den erwerbsfähigen Leistungsberechtigten gibt es 4 035 Alleinerziehende, was ca. 11% aller eLb entspricht. In Berlin liegt dieser Anteil bei 11,9%. 205 Personen davon sind unter 25 Jahre alt. 6 497 Kinder, die unter 18 Jahre alt und ledig sind, wohnen im Haushalt eines alleinerziehenden Elternteils, das Leistungen nach SGB II erhält.

Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen der Höhe des Schulabschlusses und der Angewiesenheit auf SGB II-Leistungen. Der Anteil von Personen, die SGB II-Leistungen erhalten und keinen Schulabschluss besitzen, liegt bei 11%. Der Großteil (22%) der Leistungsempfänger\_innen besitzt einen Hauptschulabschluss und 14% die (Fach-) Hochschulreife. Allerdings äußert sich dieser Zusammenhang nicht so eindeutig und gravierend wie das Gefälle zwischen Berufsabschluss und SGB II-Bezug (vgl. Abbildung 10). Mit höherem Berufsabschluss sinkt der Anteil an SGB II-Bezieher\_innen deutlich.

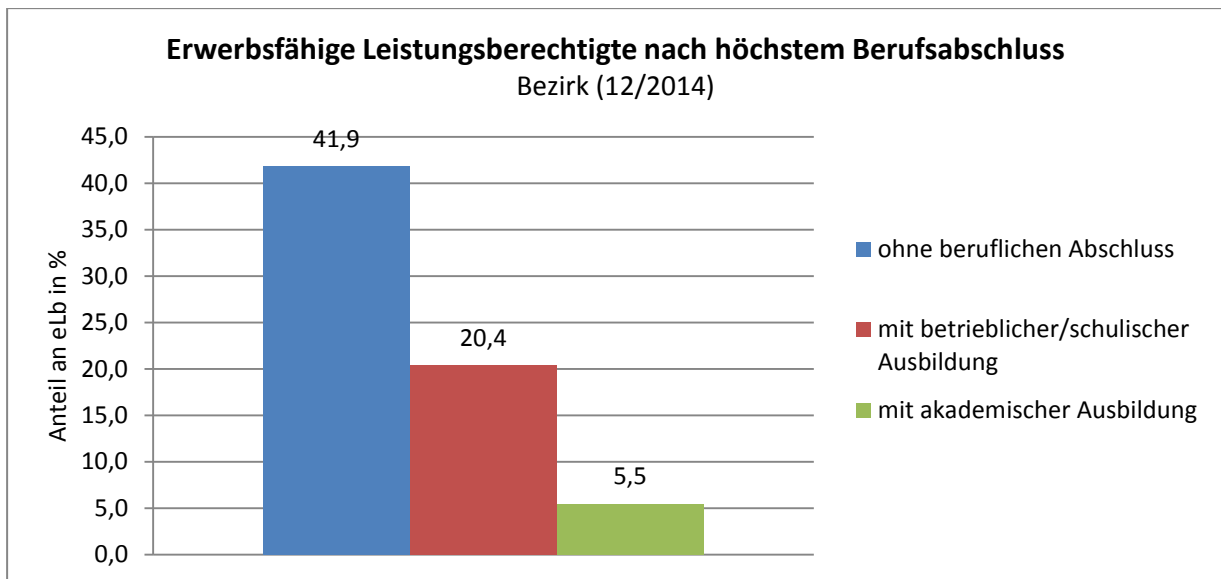


Abbildung 10: Erwerbsfähige Leistungsberechtigte nach höchstem Berufsbildungs- bzw. Studienabschluss in Tempelhof-Schöneberg in Prozent, Stand: 12/2014. Quelle: Bundesagentur für Arbeit/AfS Berlin-Brandenburg, Abgestimmter Datenpool. Eigene Berechnung, eigene Darstellung.

Fast 9 von 10 der SGB II-Berechtigten im Bezirk (87%), die 2013 in die Statistik mit einfließen, haben seit 2005 mindestens 2 Jahre oder länger (Bruttogesamtdauer) Leistungen bezogen. Knapp 4% der Leistungsberechtigten im Bezirk waren in diesem Zeitraum für weniger als ein halbes Jahr unter dem SGB II registriert. Diese Werte sind über die Bezirke hinweg recht ähnlich.

### *c. Transferleistungen nach SGB XII, Kapitel 4: Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung*

Das SGB XII regelt seit 2005 die Vorschriften für Sozialhilfe. Die Grundsicherung im Alter (für Menschen ab 65 Jahren) und bei Erwerbsminderung (für dauerhaft voll Erwerbsgeminderte zwischen 18 und unter 65 Jahren) wird im Kapitel 4 des SGB XII geregelt.

Im Bezirk erhalten Ende 2014 insgesamt 8 049 Personen in und außerhalb von Einrichtungen eine solche Grundsicherung [GruSi]. Knapp 5 000 Personen ab der Rentengrenze erhalten GruSi, etwa 3 100 Personen erhalten sie aufgrund voller Erwerbsminderung.

Das Durchschnittsalter der Leistungsempfänger\_innen im Bezirk beträgt 64,4 Jahre. 60% der Personen sind 65 Jahre oder älter. Das bedeutet, dass 7% aller Einwohner\_innen des Bezirks über 65 Jahre GruSi-Leistungen beziehen. In Berlin sind es 5,7%.



Das Verhältnis von Leistungsbezieher\_innen über 65 Jahren mit und ohne deutschen Pass liegt bei 1:4. Der Anteil von Ausländer\_innen über 65 Jahren liegt bei 20%, bei Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit bei 5%. Beide Anteile sind in Berlin niedriger.

Frauen erhalten etwas öfter Leistungen der GruSi als Männer. Innerhalb von Einrichtungen ist der Anteil der Männer etwas höher als der der Frauen, außerhalb von Einrichtungen dreht sich dieses Verhältnis um.

Ausländische Empfänger\_innen von GruSi wohnen zu einem sehr kleinen Teil innerhalb von Einrichtungen (1,8%). Zum Vergleich: 9,1% der deutschen Leistungsempfänger\_innen leben innerhalb einer Pflege-, Alten- oder sonstigen Einrichtung.

#### *d. Sozialleistungen nach SGB XII, Kapitel 5 bis 9: Hilfe in außergewöhnlichen Notsituationen*

Zu den Leistungen des 5. bis 9. Kapitels des SGB XII gehören Hilfen zur Gesundheit (5. Kap.), Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (6. Kap.), Hilfe zur Pflege (7. Kap.), Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (8. Kap.) und Hilfe in anderen Lebenslagen (9. Kap.).

Ende 2014 empfangen insgesamt 5 486 Personen im Bezirk innerhalb und außerhalb von Einrichtungen Leistungen nach den Kapiteln 5-9, SGB XII. Das durchschnittliche Alter der Empfänger\_innen beträgt 57,4 Jahre. Das Durchschnittsalter in Berlin ist niedriger und liegt bei 55,1 Jahren. Etwa ein Drittel der Leistungsempfänger\_innen lebt innerhalb einer Einrichtung.

Die Hälfte aller Empfänger\_innen bezieht Hilfe zur Pflege. Bei dieser Leistungsart ist der Frauenanteil deutlich höher als der der Männer (37%). 4 von 10 Personen erhalten Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. Circa die Hälfte der Personen, die diese beiden Leistungsarten beziehen, erhält gleichzeitig auch Leistungen der Grundsicherung (4. Kapitel SGB XII).

Der Anteil von Personen, die Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten und Hilfe in anderen Lebenslagen bekommen, liegt bei 12% (523 Personen) und besteht aus einem etwas höheren Männeranteil (63%).

Die Anteile der einzelnen Leistungsarten unterscheiden sich nur leicht vom Berliner Durchschnitt. Der größte Unterschied zeigt sich bei der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, bei der der Berliner Wert knapp 8% höher als der bezirkliche ist.

Frauen, die Leistungen beziehen, sind im Durchschnitt älter als Männer. Besonders deutlich tritt dieser Umstand bei der Hilfe zur Pflege zu Tage. Hier sind Frauen im Schnitt 77,6 Jahre alt und Männer 69 Jahre.

### 3. Besondere Bevölkerungsgruppen

Im Folgenden wird auf besondere Bevölkerungsgruppen eingegangen, die potentiell stärker sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung ausgesetzt sind, als die Gesamtbevölkerung.

#### a. Kinder und Jugendliche mit Transferleistungsbezug

Mehr als 3 von 10 Kindern und Jugendlichen im Bezirk, die jünger als 15 Jahre alt sind, leben in einer Bedarfsgemeinschaft mit SGB II-Leistungen (vgl. Abbildung 11). Vier Bezirke weisen geringere Werte als Tempelhof-Schöneberg auf. In Steglitz-Zehlendorf beziehen am wenigsten Kinder Transferleistungen nach SGB II, in Neukölln die meisten.

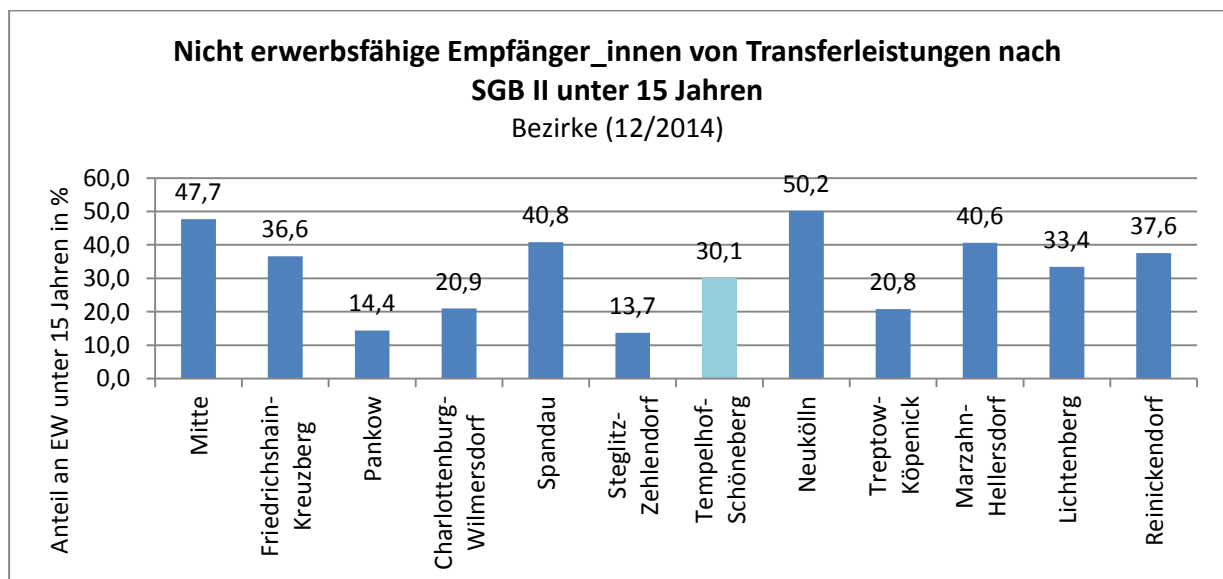


Abbildung 11: Anteil von nicht erwerbsfähigen Empfänger\_innen von Transferleistungen nach SGB II unter 15 Jahren in den Berliner Bezirken in Prozent, Stand 12/2014. Entspricht KID D5. Quelle: Bundesagentur für Arbeit/AfS Berlin-Brandenburg, Abgestimmter Datenpool. Eigene Darstellung.

Der Anteil von Kinder und Jugendlichen unter 21 Jahren, die Hilfen zur Erziehung erhalten, liegt in den entsprechenden Altersgruppen über die Bezirksregionen hinweg im Schnitt bei 3,5%. Dieser Wert entspricht dem Berliner Durchschnitt.

### b. Menschen mit Schwerbehinderung

Im Bezirk lebt etwa jede\_r achte\_r EW mit einer Schwerbehinderung, also einem GdB von mindestens 50.

Knapp ein Drittel aller Schwerbehinderten leben mit einer Funktionsbeeinträchtigung der inneren Organe, etwa jede\_r Fünfte ist mit einer Querschnittslähmung, zerebralen Störungen, geistig-seelischen Behinderungen oder einer Suchtkrankheit diagnostiziert. Der drittgrößte Anteil an Schwerbehinderten ist an Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule, des Rumpfs oder einer Deformation des Brustkorbs erkrankt (vgl. Abbildung 12).

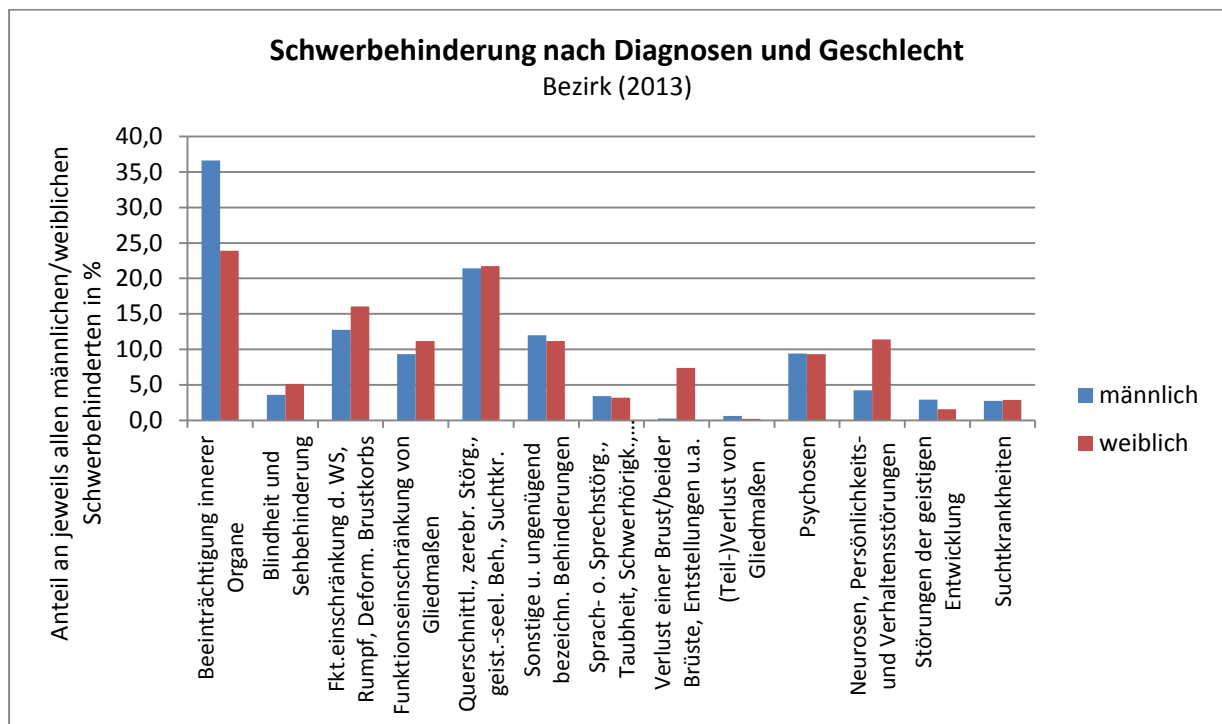


Abbildung 12: Anteil Schwerbehinderter nach Diagnosen und Geschlecht im Bezirk in Prozent, Stand 12/2013. Quelle: LaGeSo, Schwerbehindertenstatistik 2013. Eigene Berechnung, eigene Darstellung.

Je nach Diagnose sind die Anteile von Männern und Frauen sehr unterschiedlich. Am interessantesten erscheint der Unterschied bei der Diagnosegruppe Neurosen, Persönlichkeit- und Verhaltensstörungen: nur ein Viertel der Schwerbehinderten mit dieser Diagnose sind männlich. Knapp 2570 Personen sind Frauen.

### c. Geflüchtete Menschen

Tempelhof-Schöneberg war im letzten Jahr und ist nach wie vor Anlaufstelle für eine Vielzahl an geflüchteten Menschen. In rund zehn Einrichtungen leben Ende 2015 etwa 5 100 Personen, die einen Asylantrag gestellt haben. Momentan stehen keine Daten zur Verfügung, die die gesundheitliche Lage dieser Bevölkerungsgruppe abbilden. Es ist

allerdings davon auszugehen, dass aufgrund der weitgehend ungünstigen sozialen und gesundheitlichen Lage in den Herkunftsländern sowie den großen Belastungen während der Flucht nicht nur körperliche Erkrankungen eine Rolle spielen, sondern auch psychische Störungen (z.B. posttraumatische Belastungsstörungen) medizinisch/psycho-sozial versorgt werden müssen.

#### **4. Zusammenfassung**

Obwohl die bezirklichen Daten in vielerlei Hinsicht dem Durchschnitt entsprechen, können solche „mittlere“ Werte auch dadurch zustande kommen, dass die Werte für einzelne Bevölkerungsgruppen sehr unterschiedlich ausfallen, zusammengenommen aber unauffällig sind. Indikatoren wie die Armutsgefährdungslücke, der Gini-Koeffizient und die S80/S20-Quote haben gezeigt, dass die Einkommen im Bezirk sehr ungleich verteilt sind. Es stellt sich also die Frage, wer im Bezirk besonders von Armut betroffen sein kann.

Wie im vorangehenden Kapitel ausgeführt, ist bei älteren Frauen und Menschen mit Migrationsgeschichte aufgrund geringerer Bildungs- und Erwerbschancen das Risiko erhöht, in einer schwierigen sozialen Lage zu sein. Daraus können gesundheitliche Ungleichheiten entstehen, die sich auf das Wissen über Gesundheitsverhalten, aber auch den Zugang und die Qualität von gesundheitlicher Versorgung beziehen. In der Konsequenz bedeutet das, dass das Risiko ernsthaft zu erkranken und frühzeitig zu versterben für Menschen mit einem schlechteren sozialen Status doppelt so hoch ist als für diejenigen, die sozio-ökonomisch besser gestellt sind.

Personen, die Transferleistungen beziehen, gehören zu den Gruppen, die am häufigsten einen niedrigen sozialökonomischen Status aufweisen. Mehrere Faktoren spielen dabei eine Rolle: zum einen sind die Leistungen der Mindestsicherungssysteme oftmals nicht ausreichend, um einen Weg aus der Armut zu finden. Laut Armutsbericht liegt die Armutsquote bei Hartz IV-Empfänger\_innen bei 84% (Der paritätische Gesamtverband, 2016). Zum anderen scheint es schwer, der Arbeitslosigkeit schnell wieder zu entkommen: 87% aller momentanen Leistungsbezieher\_innen nach SGB II erhalten die Unterstützung für 2 Jahre oder länger.

Wie wichtig es ist, optimale Bedingungen für eine gute Schul- und damit auch Berufsausbildung zur Verfügung zu stellen, zeigt das negative Gefälle zwischen Art der Berufsausbildung und Transferleistungsbezug: 4 von 10 Leistungsbezieher\_innen nach SGB

II haben keinen beruflichen Abschluss, während es nur knapp 6% mit (Fach-)Hochschulreife sind.

Einwohner\_innen mit ausländischer Staatsbürgerschaft weisen im Vergleich besonders hohe Anteile bei Transferleistungen wie SGB II und GruSi auf. Das Verhältnis von SGB II-Leistungsbezieher\_innen mit deutschem oder ausländischem Pass liegt bei 1:2 und gehört damit zu den äußerst ungleichen in Berlin. Der Anteil von ausländischen GruSi-Empfänger\_innen im Rentenalter ist fast viermal so hoch wie der von Personen mit deutschem Pass. Diese Bevölkerungsgruppe ist damit potentiell einem höheren Risiko ausgesetzt, in relativer Armut und Altersarmut zu leben. Zudem stellt sich die Frage, ob unter anderem strukturelle Diskriminierungen eine Rolle dabei spielen.

Außerdem erhalten innerhalb von Einrichtungen anteilig sehr wenige Ausländer\_innen Leistungen der Grundsicherung. Es ist zu vermuten, dass sich die Pflege und Versorgung von hilfebedürftigen Menschen in die (soziale) Familie verlagert hat oder Personen sehr isoliert leben, da sie eigentlich nicht mehr in der Lage sind, ihren Alltag ohne Unterstützung zu bewältigen.

Die Gesundheit im Erwachsenenalter wird maßgeblich von den Entwicklungsbedingungen im Kindesalter und vor der Geburt beeinflusst. Eine schlechte soziale Lage von Kindern beeinflusst nicht nur biologische, körperliche und emotionale Prozesse des Aufwachsens, sondern erhöht auch das Risiko später mit einer chronischen Erkrankung diagnostiziert zu werden oder frühzeitig zu sterben. 30% aller Kinder und Jugendlichen im Bezirk leben in einer Bedarfsgemeinschaft mit SGB II-Anspruch, circa 6 500 Minderjährige leben bei einem alleinerziehenden Elternteil, das SGB II-Leistungen bezieht. Wie die Analyse der Einschulungsuntersuchungen 2014 gezeigt hat, hat der soziale Status des Elternhauses einen sehr starken Einfluss auf die gesundheitlichen Parameter des Kindes (d.h. aus Raucher\_innenhaushalt stammend, sanierungsbedürftiges Gebiss, unvollständiger Impfstatus, eigenes Fernsehgerät und über 2 Stunden täglicher Fernsehkonsum) und wirkt sich zudem stark auf Entwicklungsauffälligkeiten auf.

Knapp 13% der Einwohner\_innen im Bezirk haben eine anerkannte Schwerbehinderung. Laut UN-Behindertenrechtskonvention ist „Menschen mit Behinderungen eine unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität

und auf demselben Standard zu Verfügung [zu stellen] wie anderen Menschen (Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen 2014, S.38). Für den Bezirk können keine Aussagen zu Versorgungsstrukturen und zur Versorgungsqualität für Menschen mit Behinderungen getroffen werden, da momentan keine ausreichenden Daten vorliegen.

Gesundheit umfasst auch sichere Lebens-, Arbeits-, Wohn- und Freizeitbedingungen. Die über 5 000 geflüchteten Menschen im Bezirk, die zumeist in Gemeinschaftsunterkünften untergebracht sind, müssen meist in sehr beengten Räumlichkeiten mit wenig Privatsphäre wohnen. Die Kombination aus beengtem Raum, sehr unterschiedlichen Menschen und keiner Möglichkeit zur Erwerbstätigkeit können sich in Kombination mit der Unsicherheit über den Aufenthaltsstatus negativ auf die psychische und physische Gesundheit auswirken.

## 4. Gesundheitliche Lage

### 1. Lebenserwartung

Die mittlere Lebenserwartung im Bezirk beträgt 80,8 Jahre. Nur in drei anderen Bezirken liegt die mittlere Lebenserwartung höher (vgl. Abbildung 13).

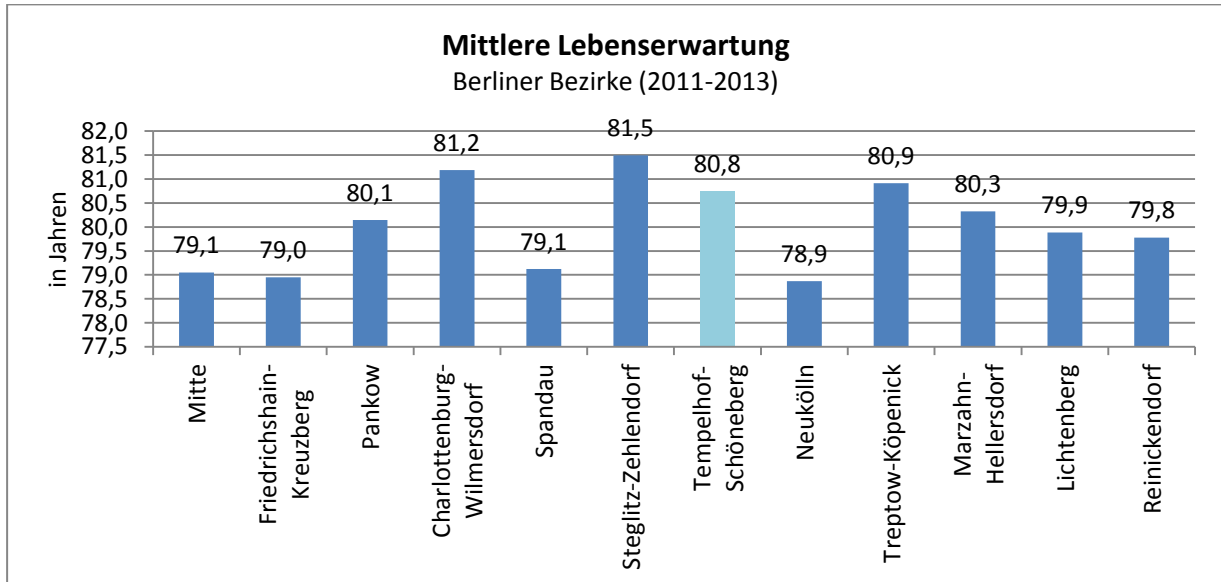


Abbildung 13: Mittlere Lebenserwartung in den Berliner Bezirken 2011-2013 (zusammengefasst) in Jahren. Quelle: AfS Berlin-Brandenburg, eigene Darstellung.

Dabei variiert die mittlere Lebenserwartung je nach Geschlecht und Alter. Männliche Kinder, die zwischen 2011 und 2013 geboren wurden, haben eine Lebenserwartung von durchschnittlich 78,2 Jahren. In diesem Zeitraum geborene weibliche Säuglinge werden im Durchschnitt 83,3 Jahre alt. Männer die im genannten Zeitraum 80 Jahre alt sind, haben im Schnitt noch 8,4 Lebensjahre vor sich. Bei 80jährigen Frauen sind es noch 9,8 Jahre.

### 2. Geburten

Die Anzahl der Lebendgeborenen zwischen 1992 und 2013 hat im Bezirk abgenommen (vgl. Abbildung 14). Damit entspricht diese Entwicklung einem deutschlandweiten Trend (RKI, 2004). Berlinweit ist dagegen eine Zunahme der Lebendgeborenen zu verzeichnen. Dieselbe Entwicklung auf Bezirks-, Stadt- und Bundesebene gilt für die Lebendgeborenen mit einer ausländischen Mutter. Sowohl im gesamten Berlin als auch im Bezirk hat sich der Anteil der geborenen Kinder erhöht, deren Eltern nicht miteinander verheiratet sind.

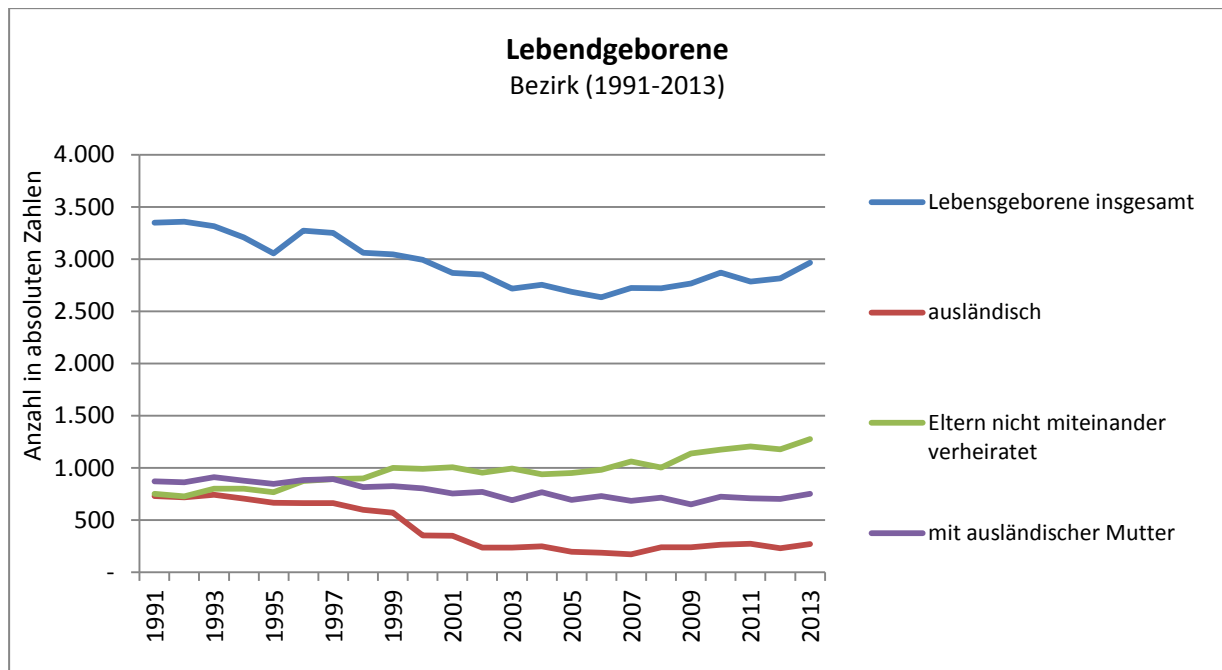


Abbildung 14: Lebendgeborene in Tempelhof-Schöneberg 1991 bis 2012 in absoluten Zahlen. Quelle: AfS Berlin-Brandenburg. Eigene Darstellung.

Die Geburtenziffer<sup>10</sup> ist seit 1991 leicht von 9,7 auf 9,2 im Jahr 2013 gesunken. Dabei gibt es große Unterschiede zwischen deutschen und ausländischen Einwohner\_innen: bei Deutschen gibt es eine leichte Erhöhung um 1,0 auf 9,7. Bei Ausländer\_innen ist die Geburtenziffer dagegen drastisch von 17,2 auf 6,1 im Jahr 2013 gesunken. Eine ähnliche Entwicklung lässt sich bei der Fruchtbarkeitsziffer<sup>11</sup> beobachten, bei der sich die Werte von deutschen<sup>12</sup> und ausländischen<sup>13</sup> Frauen 2013 angenähert haben. Sie liegt insgesamt bei 48,0, allerdings hat ein Anstieg der Fruchtbarkeitsziffer nur bei deutschen Frauen stattgefunden. Von 1992 bis 2013 gab es eine Erhöhung auf 44,8 (+6,0). Bei den ausländischen Frauen ist die Fruchtbarkeitsziffer von 68,8 auf 60,4 abgesunken.

### 3. Sterblichkeit

Das durchschnittliche Sterbealter im Jahr 2012 liegt insgesamt bei 77,3 Jahren und damit höher als der Berliner Durchschnitt mit 76,5 Jahren. 2010 lag es noch bei 76,8 Jahren. Fünf Berliner Bezirke haben ein höheres mittleres Sterbealter als Tempelhof-Schöneberg (vgl. Abbildung 15). Männer sterben deutlich früher als Frauen: Männer sind 2012 im Schnitt mit

<sup>10</sup> Geburtenziffer: Lebendgeborene je 1 000 EW der durchschnittlichen Bevölkerung.

<sup>11</sup> Fruchtbarkeitsziffer: Lebendgeborene je 1 000 15-44jährige Frauen.

<sup>12</sup> Lebendgeborene mit deutschen Müttern je 1 000 15-44jährige deutsche Frauen.

<sup>13</sup> Lebendgeborene mit ausländischen Müttern je 1 000 15-44jährige Ausländerinnen.



72,5 Jahren verstorben, Frauen dagegen erst mit 81,6 Jahren. Die Differenz von 9,1 Jahren zwischen dem Sterbealter von Männern und Frauen ist die größte in ganz Berlin.

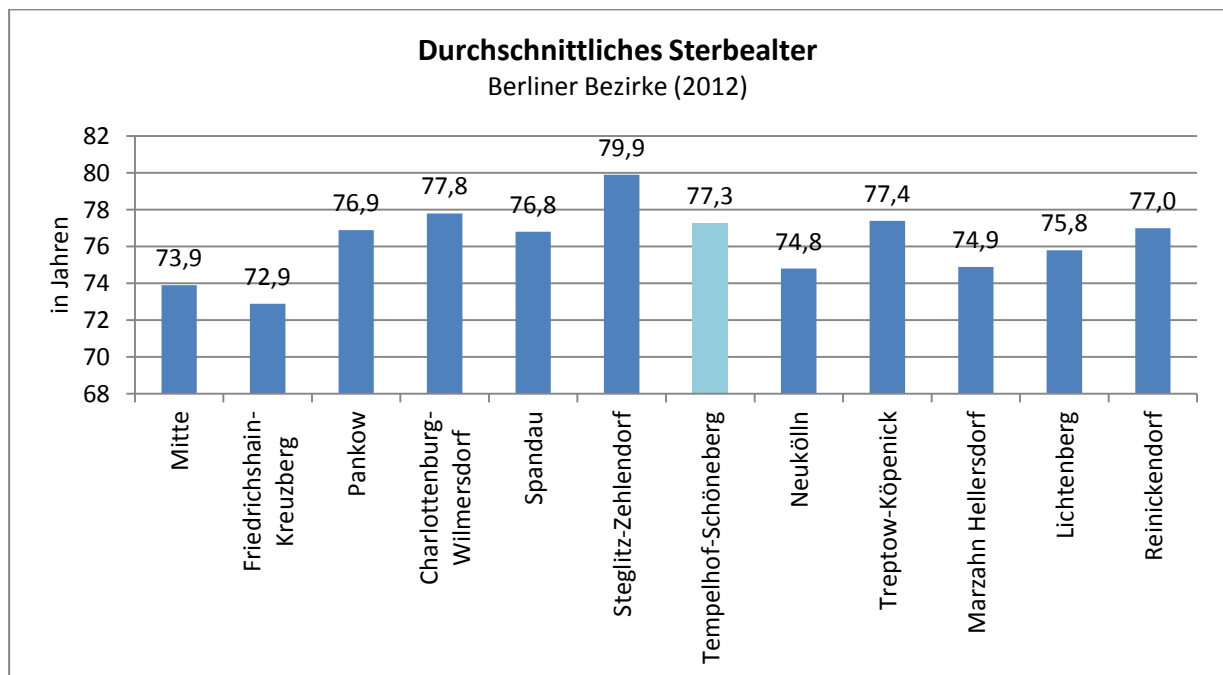


Abbildung 15: Durchschnittliches Sterbealter in den Berliner Bezirken in Jahren, Stand 2012. Quelle: AfS Berlin-Brandenburg, Todesursachenstatistik. Eigene Darstellung.

2012 sind im Bezirk 3 075 Personen verstorben, was einem Wert von 959,4 je 100 000 EW der durchschnittlichen Bevölkerung entspricht. Diese Sterberate liegt sehr nahe am Berliner Durchschnitt.

Die Sterberaten steigen ab 50 Jahren deutlich an (vgl. Abbildung 16). Interessant ist, dass die allgemeine Sterberate je 10 000 EW der durchschnittlichen Bevölkerung bei Frauen zwar höher ist als bei Männern (98,1 zu 93,6). Dieser höhere Wert ist allerdings nur auf die hohe Sterberate der über 80jährigen Frauen zurückzuführen (933,6 zu 887,8). In allen jüngeren Altersgruppen liegen die Sterberaten teilweise um mehr als die Hälfte unter denen der Männer.

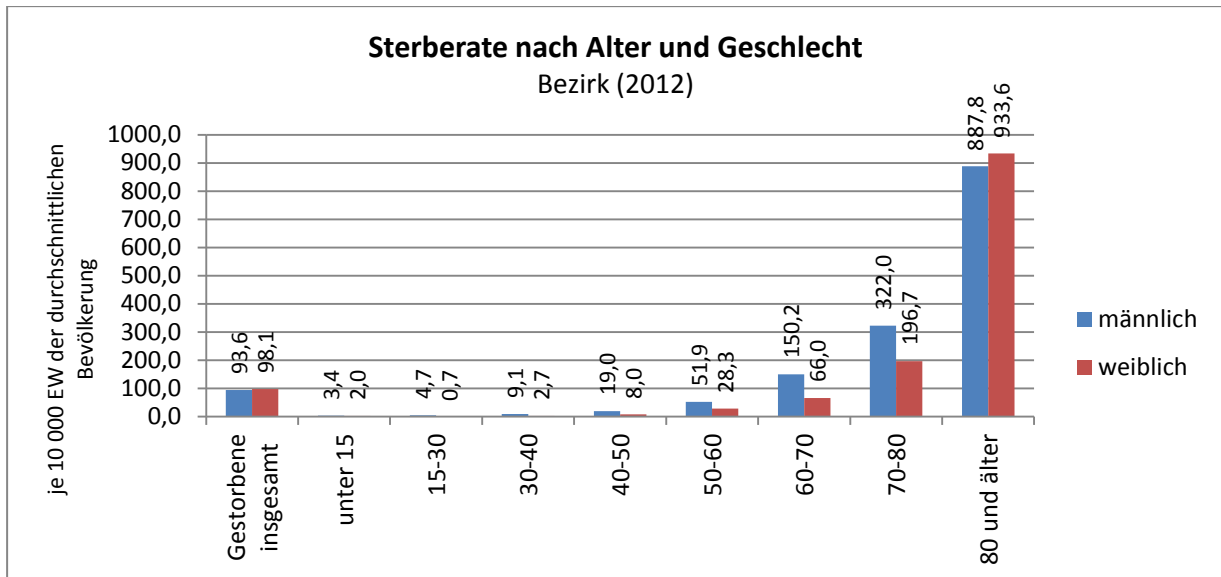


Abbildung 16: Sterberate nach Altersgruppen und Geschlecht in Tempelhof-Schöneberg je 10 000 EW der durchschnittlichen Bevölkerung, Stand 2012. Quelle: AfS Berlin-Brandenburg. Eigene Darstellung.

#### a. Todesursachen

Die meisten Personen je 100 000 EW der durchschnittlichen Bevölkerung im Bezirk sind an Krankheiten des Kreislaufsystems<sup>14</sup> und bösartigen Neubildungen gestorben (vgl. Abbildung 17). Hier lassen sich auch die größten Unterschiede zwischen den Geschlechtern festmachen. Während deutlich mehr Frauen (656 Personen) als Männer (438 Personen) an Krankheiten des Kreislaufsystems sterben, sind es bei bösartigen Neubildungen mehr Männer (478 Männer zu 414 Frauen).

<sup>14</sup> Darunter zählen u.a. akutes rheumatisches Fieber, chronische rheumatische Herzkrankheiten, Hypertonie, Ischämische Herzkrankheiten, pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes, zerebrovaskuläre Krankheiten, Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren, Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten, anderenorts nicht klassifiziert

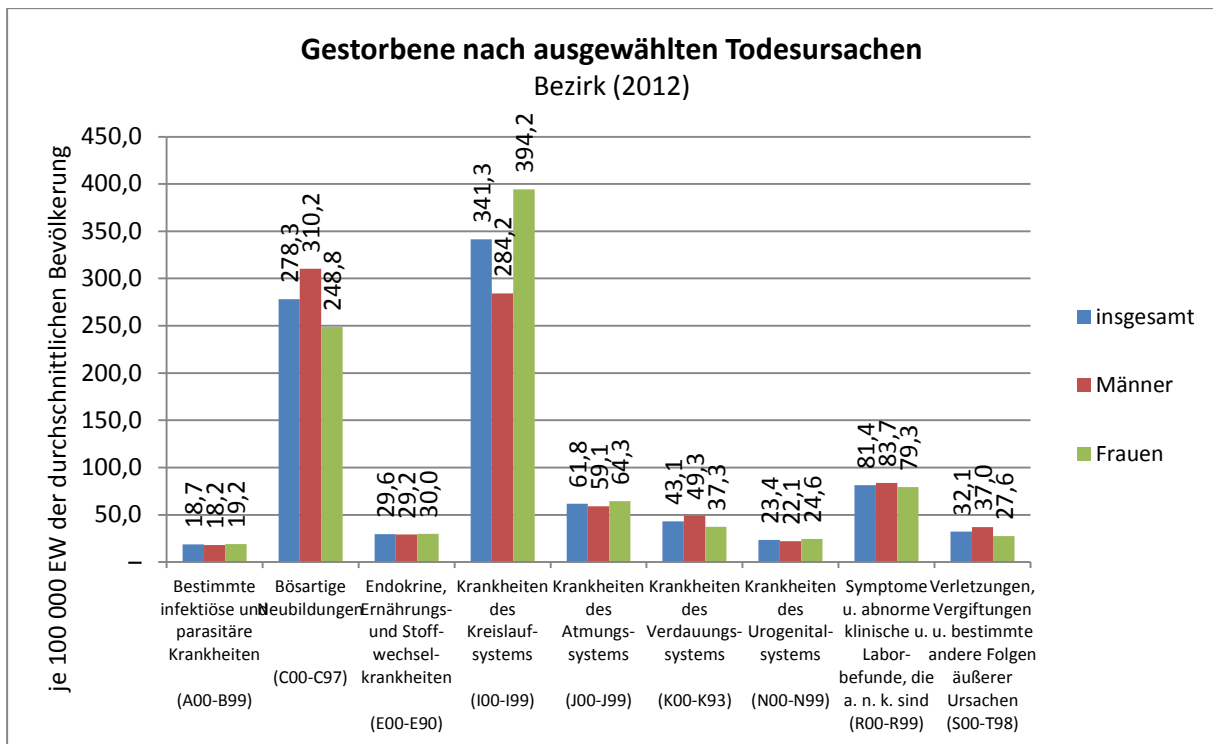


Abbildung 17: Gestorbene nach ausgewählten Todesursachen in Tempelhof-Schöneberg je 100 000 Einwohner\_innen der durchschnittlichen Bevölkerung, Stand 2012. Quelle: AfS Berlin-Brandenburg, Todesursachenstatistik. Eigene Darstellung.

Anhand der Zahlen des gemeinsamen Krebsregisters (2010-2012) lassen sich die Todesfälle durch bösartige Neubildungen weiter differenzieren: Todesursache Nummer eins im Bezirk sind bei beiden Geschlechtern bösartige Neubildungen der Lunge. Es folgen bei Männern bösartige Neubildungen der Prostata, bei Frauen der Brustdrüse. An dritter Stelle stehen bösartige Neubildungen des Darms, gefolgt von solchen der Bauchspeicheldrüse. An fünfter Stelle der Todesursachen stehen bei Männern und Frauen Leukämien/Lymphome.

Im Bezirksvergleich der Krebstodesfälle liegen Männer in Tempelhof-Schöneberg auf Rang 9, die Frauen etwas schlechter auf Rang 6. Der Anteil an Krebs Gestorbener unter 65 Jahren ist bei circa. einem Viertel angesiedelt. Der Anteil der Männer ist 26,3% und der Frauen 24%. Bei 15% der verstorbenen Männer und 16,7% der Frauen lag keine ärztliche Diagnose der Krebserkrankung vor. Das bedeutet, dass die Krebsneuerkrankung nur anhand des Leichenschau scheins bekannt wurde.

### *b. Vorzeitige Sterbefälle*

Zwischen 2011 und 2013 sind 1 666 Menschen unter 65 Jahren vorzeitig gestorben<sup>15</sup>. Je 100 000/Eurobevölkerung alt<sup>16</sup> liegt der Wert für Männer bei 227,5 und für Frauen bei 117,9. Damit liegen sie im Bezirksvergleich beide auf Rang 10. Vor allem bei den Männern sind deutlich niedrigere Werte als in Gesamtberlin zu verzeichnen (-23,9). Nimmt man sich allerdings die absoluten Zahlen vor, so liegt Tempelhof-Schöneberg auf Rang 4 und hat damit die vierthäufigste Anzahl an vorzeitigen Sterbefällen vorzuweisen. Die zwei häufigsten vorzeitigen Todesursachen bei Männern sind ischämische Herzkrankheiten und Lungenkrebs. Bei Frauen sind es Lungenkrebs und bösartige Neubildungen der Brustdrüse (vgl. Abbildung 18).

Betrachtet man die standardisierten Werte für die vermeidbaren Sterbefälle von ausgewählten Diagnosen fällt auf, dass die Werte für Männer immer höher als die der Frauen liegen (mit Ausnahme der Diagnose Brustkrebs). Im Berlinvergleich liegen die Werte der Männer dennoch zumeist unter dem Durchschnittwert. Einzige Ausnahme sind vermeidbare Sterbefälle aufgrund von Lungenkrebs, bei denen sich die Werte über dem Berliner Schnitt befinden. Bei Frauen liegen die bezirklichen Werte bei den Diagnosen Lungenkrebs und bösartige Neubildungen der Brustdrüse über dem Berliner Schnitt.

---

<sup>15</sup> „Den Sterbefällen unter 65 Jahren („Vorzeitige Sterblichkeit“) kommt hinsichtlich ihres kausalen Zusammenhangs zwischen Sterbgeschehen und möglichen Gesundheitsrisiken besondere Aufmerksamkeit zu. Treten innerhalb dieser Altersgruppe und insbesondere bei bestimmten Todesursachen vermehrt Todesfälle auf, besteht ein Verdacht auf erhöhte Gesundheitsrisiken. Die vorzeitige Sterblichkeit wird im Gegensatz zur Sterblichkeit der über 65-Jährigen von nur wenigen Todesursachen dominiert. Sie zählen etwa zur Hälfte zu den sogenannten „vermeidbaren Todesfällen“. Von diesen sind wiederum etwa drei Viertel der registrierten Todesfälle (in Berlin etwa 2.400 pro Jahr) auf das individuelle Gesundheitsverhalten zurückzuführen.“ (Born 2011, S. 33)

<sup>16</sup> „Euro(pa)bevölkerung alt“ ist eine Bezeichnung für eine epidemiologische altersstandardisierte (fiktive) Bevölkerung, die 1966 entwickelt wurde. Mit ihr wird sichergestellt, dass sich Daten von verschiedenen Regionen oder trotz unterschiedlichem Altersaufbau der tatsächlichen Bevölkerung vergleichen lassen.

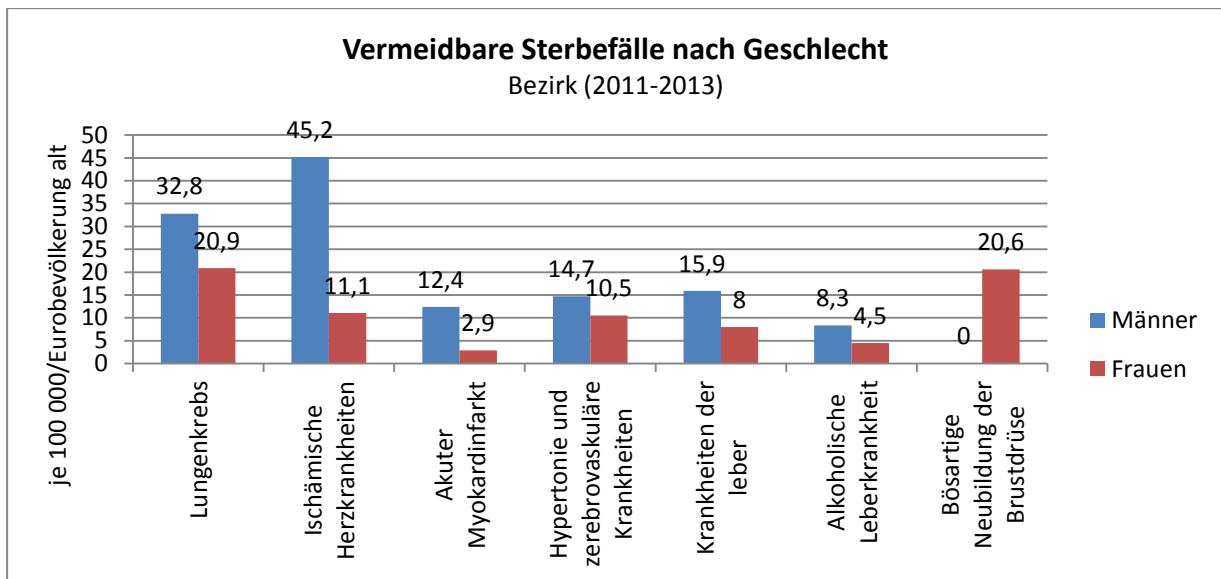


Abbildung 18: Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen und Geschlecht in Tempelhof-Schöneberg je 100 000/Eurobevölkerung alt, Stand 2011-2013 (zusammengefasst). Quelle: SenGesSoz, Bezirksprofile 2015. Eigene Darstellung.

#### i. Suizid

In den Jahren 2011 bis 2013 haben sich in Tempelhof-Schöneberg 92 Personen das Leben genommen. 61 Personen waren unter 65 Jahre alt und 31 Menschen über 65 Jahre. Männer suizidieren sich häufiger als Frauen: in der Altersklasse 0 bis unter 65 Jahre gehören 12 Frauen und 42 Männer zu den Suizidsterbefällen. Ab 65 Jahren sind es 6 Frauen und 25 Männer. In beiden Altersgruppen haben mehr Männer als Frauen den Suizid mit Medikamenten und Drogen herbeigeführt. Indirekt an der Berliner Bevölkerung standardisiert liegt die Selbsttötungsrate bei Frauen bis unter 65 Jahren im Berliner Mittelfeld, über 65 Jahren ist die Rate die niedrigste in ganz Berlin. Bei Männern unter 65 Jahren ist die Selbsttötungsrate im Berlinvergleich die drittniedrigste, bei Männern über 65 Jahren belegt die Rate Rang 5.

#### ii. Säuglingssterblichkeit

Die Säuglingssterblichkeit liegt zusammengefasst für die Jahre 2010-2012 bei 26 Säuglingen. Damit liegt Tempelhof-Schöneberg im Bezirksvergleich auf Rang 5 und mit 3,1 gestorbenen Säuglingen je 1 000 Lebendgeborenen 0,2 Punkte über dem Berliner Durchschnitt. Eine Differenzierung nach Staatsangehörigkeit findet auf bezirklicher Ebene nicht statt. Zahlen zur Totgeburtlichkeit und Perinatalsterblichkeit für Berlin weisen aber darauf hin, dass die Werte (je 1 000 Geburten) für Mütter mit ausländischer Staatsbürgerschaft teils deutlich über denen von Deutschen liegen.

#### 4. Morbidität

Im Folgenden werden die Erkrankungen genauer betrachtet, die aus einer Public Health-Perspektive besondere Bedeutung haben. Gründe dafür können darin liegen, dass die Erkrankungen weit verbreitet sind, in vielen Fällen zum Tod führen, eine erhebliche individuelle Krankheitslast und –folgen bedeuten und/oder hohe gesellschaftlich zu tragende Krankheitskosten verursachen.

Für folgende Aussagen wird die Krankenhausstatistik herangezogen (Ausnahme: Krebsregister). Da sie behandelte „Fälle“ und nicht „Personen“ erfasst, werden in den Zahlen auch Menschen erfasst, die innerhalb eines Jahres mehrmals wegen den gleichen Beschwerden behandelt werden sowie Personen, die im Krankenhaus versterben. Dementsprechend sollten die folgenden Daten auch bewertet werden.

2013 wurden in Tempelhof-Schöneberg 66 886 Personen aus dem Krankenhaus entlassen, die vollstationär behandelt wurden (inklusive Stunden- und Sterbefälle). Mehr als die Hälfte davon waren Frauen (ca. 36 333 Personen). Wie in Abbildung 19 dargestellt wird, überwiegt die Anzahl der weiblichen Fälle zwischen 15 und 49 Jahren. Unter einem Jahr und ab 50 Jahren überwiegen die der Männer.

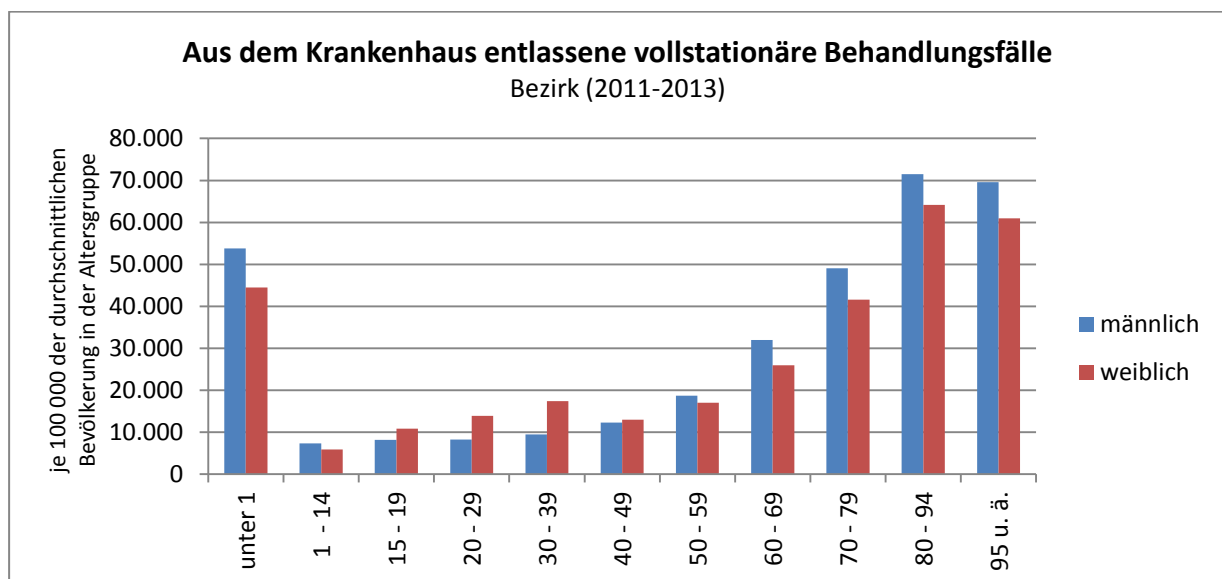


Abbildung 19: Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (inkl. Sterbefälle) in Tempelhof-Schöneberg je 100 000 Einwohner\_innen der jeweiligen Altersgruppe, Stand 2011-2013 (zusammengefasst). Quelle: AfS Berlin-Brandenburg, KHStatV. Berechnung SenGesSoz, eigene Darstellung.

Diagnosen, die häufig vollstationär im Krankenhaus behandelt werden, sind Abbildung 20 abzulesen. Die Unterschiede zu Berlin sind eher gering. Die deutlichste Differenz ist bei

bestimmten Zuständen, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode (P00-P96<sup>17</sup>) haben zu finden, bei denen die Werte des Bezirks um ca. 270 Fälle/100 000 Eurobevölkerung alt über dem Berliner Durchschnitt liegen.

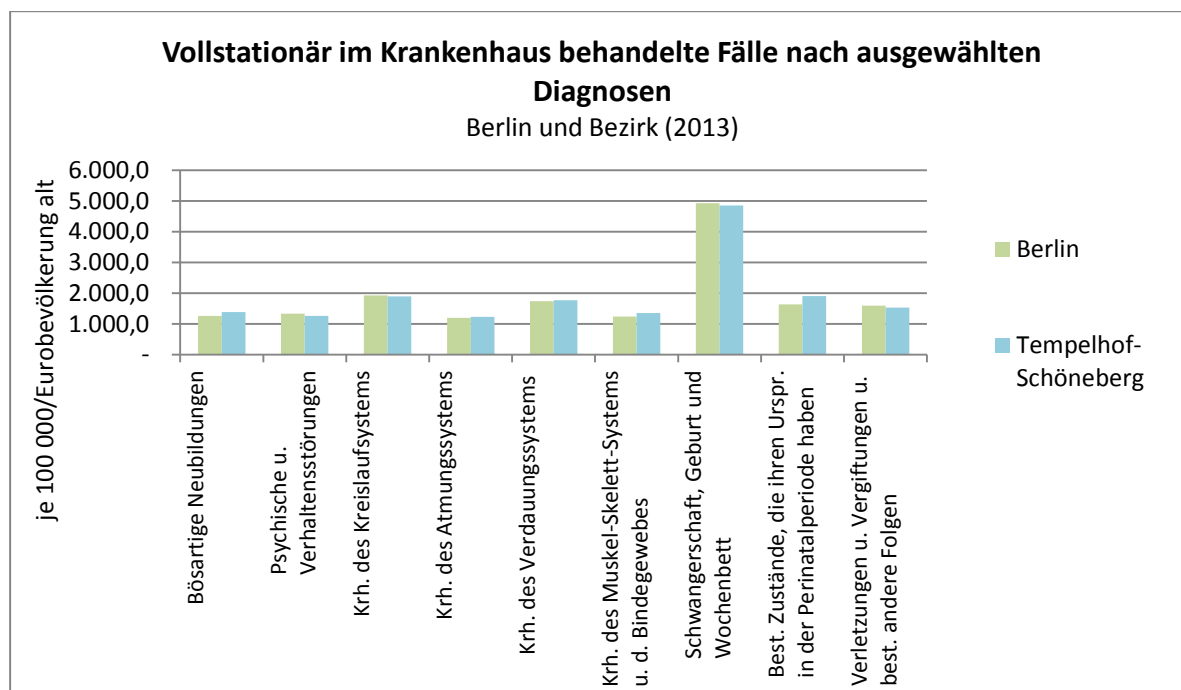


Abbildung 20: Vollstationär im Krankenhaus behandelte Fälle nach ausgewählten Diagnosen in Berlin und Tempelhof-Schöneberg je 100 000/Eurobevölkerung alt inklusive Sterbefälle, Stand 2013. Quelle: AfS Berlin-Brandenburg. Berechnung SenGesSoz, eigene Darstellung.<sup>18</sup>

Differenziert nach Altersgruppen fällt auf, dass zumeist die gleichen Krankheitsgruppen zu den am häufigsten behandelten Fällen gehören (vgl. Tabelle 2). Psychische und Verhaltensstörungen fallen dagegen nur bei der jüngeren Altersgruppe unter die ersten fünf Ränge, bösartige Neubildungen dagegen nur bei den über 65jährigen.

<sup>17</sup> Diese Buchstaben/Ziffernkombination bezieht sich auf die *International Classification of Diseases* (ICD-10), einem international verwendeten Instrument zur Klassifizierung von Krankheiten.

<sup>18</sup> Bei der Diagnosegruppe „Schwangerschaft, ...“ beziehen sich die Werte auf je 100 000 der 15- bis unter 50jährigen Frauen. Die Werte der Diagnosegruppe „Bestimmte Zustände ...“ beziehen sich auf je 100 000 der 0- bis unter 15jährigen.

Tabelle 2: Die am häufigsten vollstationär im Krankenhaus behandelten Fälle nach Altersgruppen in Tempelhof-Schöneberg, Stand 2013. Quelle: AfS Berlin-Brandenburg. Berechnung SenGesSoz, eigene Darstellung.

Die fünfthäufigsten Diagnosen von vollstationär im Krankenhaus behandelten Fällen unter und über 65 Jahren	
unter 65 Jahre	über 65 Jahre
1. Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K77)	1. bösartige Neubildungen (C00-C97)
2. psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	2. Krankheiten des Verdauungssystems
3. Verletzungen und Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)	3. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
4. Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	4. Verletzungen und Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen
5. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	5. Krankheiten des Atmungssystems

In der Altersgruppe der über 65jährigen sind auch die größten Unterschiede zwischen Männern und Frauen zu finden (vgl. Tabelle 3). Vergleicht man die altersstandardisierten Behandlungsfälle, werden Männer deutlich häufiger aufgrund Krankheiten des Kreislaufsystems, bösartigen Neubildungen und ischämischen Herzkrankheiten behandelt. Frauen dagegen werden deutlich häufiger wegen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und Verletzungen, Vergiftungen und bestimmten anderen Folgen äußerer Ursachen ins Krankenhaus eingeliefert.

Tabelle 3: Vollstationär im Krankenhaus behandelte Fälle (inkl. Stunden- und Sterbefälle) nach ausgewählten Diagnosen der über 65jährigen nach Geschlecht in Tempelhof-Schöneberg je 100 000/Eurobevölkerung alt, Stand 2013: Quelle: AfS Berlin-Brandenburg. Berechnung SenGesSoz und QPK, eigene Darstellung.

Diagnose	Vollstationäre Behandlungsfälle je 100 000 der standardisierten Eurobevölkerung in der Altersgruppe der über 65jährigen		
	Männlich (m)	Weiblich (w)	Differenz (w-m)
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	12516	8345	-4171
Bösartige Neubildungen (C00-C97)	6879	4243	-2636
Ischämische Herzkrankheiten (I20-I25)	3671	1580	-2091
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	3364	5055	1691
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)	3116	4690	1574
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	3767	2447	-1320
Arthropatien (M00-M25)	1261	2506	1245
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K77)	5188	4061	-1127



## ***a. Infektionskrankheiten***

### ***i. Tuberkulose***

Tuberkulose gehört zu den Infektionskrankheiten mit einer hohen Krankheitslast für die einzelne Person sowie einem hohen Ansteckungsrisiko für die Gesamtbevölkerung. Die Neuerkrankungsrate an dieser Krankheit ist ungleich verteilt und potentiell bei den Personen höher, die im Ausland geboren sind oder zur älteren Bevölkerung gehören (RKI, 2015<sup>1</sup>).

Im Jahr 2014 wurden im Bezirk 31 Tuberkulosefälle gemeldet, was dem fünfthöchsten Wert in Berlin entspricht. Der Anteil von offener Tuberkulose lag dabei bei ca. einem Drittel. Der Anteil von infizierten Personen mit ausländischem Pass liegt nur wenig über dem von Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit. Seit 2005 schwankt die Anzahl von Tuberkulosekranken nur leicht zwischen 22 Fällen im Jahr 2006 und 33 Fällen im Jahr 2005.

### ***ii. HIV***

Der ansteckende HI-Virus kann unbehandelt zum Ausbruch von AIDS führen, einer chronisch-degenerativen Erkrankung des Autoimmunsystems, die tödlich verlaufen kann. Bestimmte Bevölkerungsgruppen sind zwar häufiger dem Risiko ausgesetzt, sich zu infizieren, die Ansteckung findet aber über alle gesellschaftlichen und sozialen Schichten hinweg statt.

2013 wurden im Bezirk 12 Fälle der HIV-Krankheit vollstationär im Krankenhaus behandelt. Das entspricht einem Anteil von 18% an allen behandelten Fällen in ganz Berlin.

## ***b. Chronische Erkrankungen***

### ***i. Krebsneuerkrankungen***

Krebserkrankungen gehören mit zu den häufigsten nicht ansteckenden Krankheiten. Entwicklung, Verlauf, Therapie und Heilungschancen sind je nach Krebsart sehr unterschiedlich.

Die häufigsten Krebsneuerkrankungen im Bezirk (nach absoluten Zahlen) sind bei den Männern in der Lunge, der Prostata, dem Darm, der Harnblase und als Leukämien/Lymphome lokalisiert. Bei den Frauen steht an erster Stelle eine Krebsneuerkrankung der Brustdrüse, gefolgt von der Lunge, des Darms, als Leukämien/Lymphome und des Gebärmutterkörpers.

Im Bezirksvergleich der Krebsneuerkrankungen liegen Männer auf Rang 8, Frauen etwas schlechter auf Rang 6 (d.h. in sechs Bezirken liegen höhere Werte für Krebsneuerkrankungen vor).

Tabelle 4 zeigt auf, inwiefern die jeweils lokalisierten Krebsneuerkrankungen im Bezirk im Verhältnis zu denen Gesamtberlins stehen. Je nach Geschlecht ergeben sich sehr unterschiedliche Zahlen. Die häufig auftretenden, aber meist nicht lebensbedrohlich verlaufenden „weiße“ Krebserkrankungen der Haut (hier als „sonstige Haut“ benannt) werden im Folgenden nicht mit berücksichtigt.

Bei Männern sind die Werte von bösartigen Neubildungen der Gallenblase, des Kehlkopfs, der Speiseröhre und Leukämien zwischen 13% und 66% höher, als sie mit Gesamtberlin als Referenzgebiet zu erwarten wären. Niedriger als erwartet liegen unter anderem die Werte für Krebsneuerkrankungen der Brustdrüse, der Leber und der Hoden.

Bei Frauen befinden sich die Zahlen von Krebsneuerkrankungen des Kehlkopfs, als Leukämien und als Melanom der Haut deutlich über den zu erwarteten Werten. Obwohl an Kehlkopfkrebs nur fünf Frauen im Bezirk erkrankt sind, machen sie einen Anteil von über einem Viertel aller daran Erkrankten in Berlin aus. Im Vergleich äußerst niedrige Werte sind für bösartige Neubildungen der Gallenblase und als Morbus Hodgkin zu beobachten.

Der Anteil von Frauen an den Neuerkrankten unter 65 Jahren liegt etwas höher (38,9%) als der der Männer (35%).

Männer erkranken deutlich häufiger als Frauen an Krebs insgesamt, des Mundes und Rachens, der Speiseröhre, des Darms, der Lunge und der Harnblase. Frauen haben deutlich mehr Krebsneuerkrankungen der Brustdrüse und der Schilddrüse.

Tabelle 4: Krebsneuerkrankungen nach Lokalisationen und Geschlecht in Tempelhof-Schöneberg und in Abweichung zu Berlin je 100 000/Eurobevölkerung und Prozent, Stand 2010-2012 (zusammengefasst). Quelle: Gemeinsames Krebsregister. Eigene Darstellung, teilweise eigene Berechnung.

	Männer			Frauen		
	jährliche Fallzahl (Ø)	Eurobev.	Vergleich zu Berlin (% <sup>19</sup> )	jährliche Fallzahl (Ø)	Eurobev.	Vergleich zu Berlin (%)
<b>Krebs insgesamt</b>	<b>847</b>	<b>379,4</b>	<b>0</b>	<b>905</b>	<b>338,4</b>	<b>+2</b>
Mund und Rachen	35	16,2	-13	15	5,8	-8
Speiseröhre	23	10,0	+22	7	2,5	+4
Magen	25	11,6	-8	20	7,0	-15
Dick-& Mastdarm	111	50,0	+4	101	31,0	-1
Leber	19	8,3	-20	12	3,9	+2
Gallenblase	9	3,9	+66	5	1,3	-38
Bauchspeicheldrüse	32	14,0	+2	32	10,4	-1
Kehlkopf	18	7,9	+31	5	1,6	+92
Lunge	160	69,5	+1	109	40,5	+8
Melanom der Haut	22	9,9	-12	29	11,3	+16
Sonstige Haut	130	55,9	-9	146	49,8	+2
Brustdrüse	1	0,6	-25	294	118,7	+7
Gebärmutterhals	/	/	/	20	8,7	-7
Gebärmutterkörper	/	/	/	41	15,4	+3
Eierstock	/	/	/	29	11,1	+1
Prostata	155	67,2	-2	/	/	/
Hoden	8	5,1	-20	/	/	/
Niere	24	10,7	-11	17	6,2	-5
Harnblase	68	29,8	+2	21	6,9	-19
Gehirn, Nervensystem	16	7,3	-4	13	5,9	+4
Schilddrüse	7	3,8	-14	25	12,3	+3
Morbus Hodgkin	3	1,8	-18	1	1,1	-50
Non-Hodgkin-Lymphome	23	11,2	-17	27	9,5	+6
Leukämien	21	10,7	+13	21	7,3	+23

Tempelhof-Schöneberg weist eine Neuerkrankungsrate an tabakassoziierten bösartigen Neubildungen von 94,2 Fällen je 100 000 Eurobevölkerung alt auf. Frauen im Bezirk befinden sich auf Rang zwei, weisen also mit 64,9 Fällen/100 000 Eurobevölkerung alt recht

<sup>19</sup> abgeleitet aus SIR (standardized incidence ratio): Quotient aus beobachteter und erwarteter Fallzahl mit Gesamtberlin als Referenzwert.

hohe Werte im Berlinvergleich auf. Die männlichen Einwohner nehmen mit 136,7 Fällen je 100 000 Eurobevölkerung den sechsten Rang ein.

ii. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen und Diabetes Mellitus

Zu den somatischen Erkrankungen, die die größte Krankheitslast mit sich bringen, gehören neben Krebserkrankungen auch Herz-Kreislauf- und Muskel-Skelett-Erkrankungen. Außerdem ist ein Anstieg der Typ-2-Diabetes-Erkrankungen zu beobachten, für den mitunter lebensstilbezogene Risikofaktoren wie ungesunde Ernährung und Adipositas mit verantwortlich gemacht werden.

Tabelle 5: Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (inkl. Sterbefälle) nach Diagnosen mit größter Krankheitslast in Tempelhof-Schöneberg altersstandardisiert je 100 000 Eurobevölkerung alt, Stand 2011-2013 (zusammengefasst). Quelle: AfS Berlin-Brandenburg. Berechnung SenGesSoz, eigene Darstellung.

Krankheitsgruppe/Diagnose	Vollstationäre Behandlungsfälle je 100 000 der standardisierten Eurobevölkerung	
	Tempelhof-Schöneberg	Berlin
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	1.898,8	1.932,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (M00-M99)	1.353,1	1238,6
Diabetes Mellitus (E10-E14)	144	164,7

Wie Tabelle 5 zeigt, liegt die Fallzahl vollstationär im Krankenhaus behandelte Fälle für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes Mellitus unter dem Berliner Schnitt, die für Muskel-Skelett-Erkrankungen darüber.

iii. Seelische Gesundheit

Psychische und Verhaltensstörungen sind neben den schon genannten Diagnosegruppen ebenso erheblich an einem Großteil der Krankheitslast in der Bevölkerung beteiligt. In Berlin sind sie mit großem Abstand Hauptgründe für einen (verfrühten) Rentenzugang aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit.

Zur häufigsten Diagnosegruppe, die vollstationär im Krankenhaus behandelt wird, gehört psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19) (430 Fälle je 100 000 Eurobevölkerung alt). Der Großteil davon bezieht sich dabei auf psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10). Im Vergleich zu Berlin werden insgesamt weniger Fälle (je 100 000) behandelt. Allerdings fällt auf, dass Frauen, die 65 Jahre oder älter sind, häufiger als im Berliner Durchschnitt aufgrund dieser Diagnosegruppe behandelt werden. Eine Behandlung kommt bei den unter 65jährigen fast drei Mal so häufig vor wie bei der

älteren Altersgruppe. Zudem werden Männer 2,5-mal häufiger wegen psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen als Frauen im Krankenhaus behandelt.

Die zweithäufigste vergebene Diagnosegruppe ist Schizophrenie, schizoide und wahnhaftige Störungen (F20-F29) (241 Fälle je 100 000 Europabevölkerung alt). Fälle mit Diagnose Schizophrenie (F20) werden dabei am häufigsten behandelt. Im Bezirk werden insgesamt sowie bei den unter 65jährigen mehr Fälle als in Berlin behandelt. Das gilt sowohl für Männer als auch für Frauen. Personen unter 65 Jahren werden fast 3-mal häufiger als Personen im Rentenalter behandelt. Außerdem gehören Männer häufiger als Frauen zu den Patient\_innen.

An dritter Stelle steht die Diagnosegruppe affektive Störungen (F30-39) mit 234 Fällen je 100 000 Europabevölkerung alt. Die Diagnose depressive Episode (F32) macht dabei die meisten Fälle aus. Die Anzahl der Fälle (je 100 000) entspricht in etwa der Berlins. Während Frauen über alle Altersgruppen hinweg etwas unter dem Berliner Schnitt liegen, werden im Bezirk Männer unter 65 Jahren häufiger aufgrund affektiver Störungen im Krankenhaus behandelt als in Berlin. Die Altersgruppe der 65jährigen und älteren ist 1,2-mal häufiger in Behandlung als die jüngere Altersgruppe. Frauen sind häufiger betroffen als Männer.

#### iv. Demenz

Dementielle Erkrankungen gehen mit kognitiven, sozialen und emotionalen Einschränkungen einher und sind nicht heilbar. Mit zunehmendem Alter nimmt die Erkrankungshäufigkeit deutlich zu. Das Robert-Koch-Institut führt aus, dass auf die Altersgruppe der 65 bis 69jährigen ca. 2% und auf die über 90jährigen 30% aller Demenzerkrankungen fallen. Mit zunehmender Lebenserwartung und einem damit verbundenen Anstieg von Hochaltrigen kann dementsprechend von einem Anstieg der Erkrankungen ausgegangen werden.

Die bezirklichen Daten speisen sich allein aus der Krankenhausstatistik, die die Verbreitung von dementiellen Erkrankungen nur näherungsweise darstellen kann. Sie werden vor allem im Anfangsstadium oder bei sehr leichten Ausprägungen oftmals unterschätzt und nicht behandelt.

Nichtsdestotrotz fällt auf, dass es zwischen den Jahren 2004/2008 und 2009/2013 einen deutlichen Anstieg der im Krankenhaus vollstationär behandelten Fälle der Alzheimer- (F00 und G30) und vaskulären Demenz (F01) sowie der nicht näher bezeichneten Demenz (F03)

gab. Von 420 hat sich die Fallzahl auf 531 erhöht. Der größte Anstieg ist bei den über 65jährigen zu verzeichnen.

Frauen werden zudem häufiger als Männer aufgrund dementieller Erkrankungen behandelt. Interessanterweise haben sich aber vor allem die Behandlungsfälle von Männern über 65 Jahren zwischen den Zeiträumen deutlich erhöht, bei Frauen ist der Anstieg nicht so deutlich ausgeprägt.

## 5. Pflegebedürftigkeit

In Tempelhof-Schöneberg sind im Jahr 2011 insgesamt 5 051 Personen pflegebedürftig<sup>20</sup>, was einem Bevölkerungsanteil von 1,5% entspricht. Damit liegt der Bezirk deutlich unter dem Berliner Durchschnitt von 3,4% und auf Rang 5 der Bezirke mit den geringsten Anteilen an Pflegebedürftigen. Mit zunehmendem Alter steigt auch der Anteil von Pflegebedürftigen: ab 80 Jahren steigt der Anteil von zu pflegenden Personen an und macht über die Hälfte der über 95jährigen aus (vgl. Abbildung 21).

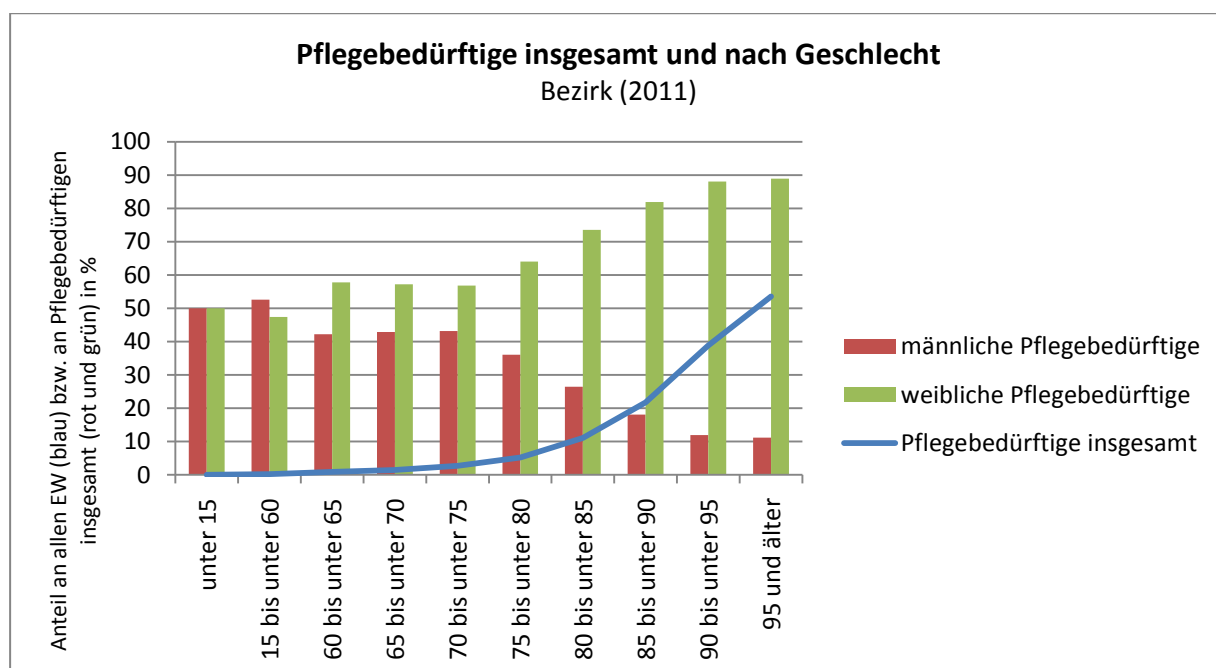


Abbildung 21: Anteil der Pflegebedürftigen an allen EW sowie Pflegebedürftige nach Geschlecht in Tempelhof-Schöneberg in Prozent, Stand 2011. Quelle: AfS Berlin-Brandenburg, Pflegestatistik. Eigene Berechnung, eigene Darstellung.

<sup>20</sup> Als pflegebedürftig gelten hier „Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung voraussichtlich für mindestens sechs Monate der Hilfe bedürfen. [...] Ausschlaggebend ist die Entscheidung der Pflegekasse bzw. des privaten Versicherungsunternehmens über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu den Pflegestufen I bis III.“ (AfS Berlin-Brandenburg)

Die Personengruppe, die Pflege bedarf, ist stark weiblich geprägt: knapp drei Viertel (72,4%) sind weiblich und nur etwas mehr als ein Viertel ist männlich (27,6%). Wie Abbildung 21 zeigt, ist der Männeranteil einzig bei den 15- bis unter 60jährigen höher als der der Frauen.

6 von 10 Pflegebedürftigen werden von einer ambulanten Pflegeeinrichtung betreut, 4 von 10 in einer stationären. Der Anteil der stationär betreuten Personen ist in der Altersgruppe 60 bis unter 65 Jahre am niedrigsten (22,4%) und macht ab den 90jährigen mehr als die Hälfte aus. 6 von 10 der über 95jährigen werden in einem Pflegeheim betreut.

Der Anteil von Personen, die Leistungen der Pflegestufe I erhalten, ist bis zur Altersgruppe der 90jährigen am höchsten (vgl. Abbildung 22). Der Anteil an Personen mit Pflegestufe II steigt ab 60 Jahren stetig an. Bei den 15- bis unter 60jährigen ist die Pflegestufe III die am zweithäufigsten vergebene Kategorie. Obwohl ihr Anteil bei Personen ab 85 Jahren ansteigt, ist sie –bis auf eben genannte Ausnahme – die am wenigsten vergebene Pflegestufe.

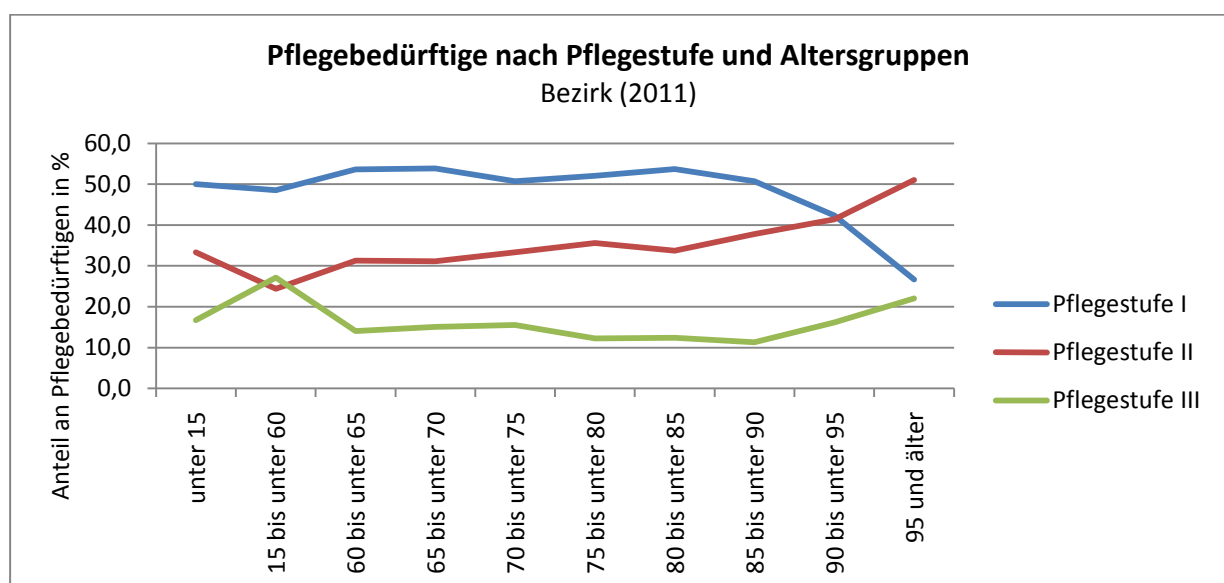


Abbildung 22: Pflegebedürftige nach Pflegestufe und Altersgruppen in Tempelhof-Schöneberg in Prozent, Stand 2011. Quelle: AfS Berlin-Brandenburg, Pflegestatistik. Eigene Berechnung, eigene Darstellung.

## 6. Gesundheitsverhalten

Der Mikrozensus 2013 hat ergeben, dass 90% der Befragten sich als „nicht krank“ einstufen. Der Anteil der „nicht kranken“ Frauen liegt minimal unter dem der Männer. In absoluten Zahlen ausgedrückt heißt das, dass sich etwa 14 200 Frauen in den letzten vier Wochen vor der Befragung als „krank“ einstufen (Männer: 10 900). Der Anteil der sich selbst als „krank“ einstufenden Männern und Frauen ist mit 10% der niedrigste in ganz Berlin. In Lichtenberg beispielsweise liegt er um das Dreifache höher.

### a. Body-Mass-Index

Der Body-Mass-Index (kurz: BMI) ist eine Maßzahl, die zur Klassifikation des Körpergewichts und den damit einhergehenden möglichen gesundheitlichen Risiken herangezogen wird<sup>21</sup>. Bei einem BMI von über 25 ist das Risiko für Begleiterkrankungen des Übergewichts leicht erhöht, bei einem BMI ab 30 steigt das Risiko weiter an.

Frauen im Bezirk gehören deutlich häufiger zu den normalgewichtigen Personen als Männer (vgl. Abbildung 23). Männer sind etwas häufiger übergewichtig als normalgewichtig. Der Anteil von stark übergewichtigen Personen ist bei beiden Geschlechtern mit 11% ungefähr gleich. Damit liegt der Bezirk sowohl bei stark übergewichtigen Männern als auch Frauen unter den Vergleichswerten in Gesamtberlin (Männer: 13,4%, Frauen: 12,2%). Der Anteil von Männern im Bezirk mit einem BMI zwischen 25 und 30 liegt 3,5% höher als der von Männern in Berlin. Frauen im Bezirk sind dagegen um 0,7% weniger häufig übergewichtig als diejenigen in Berlin.

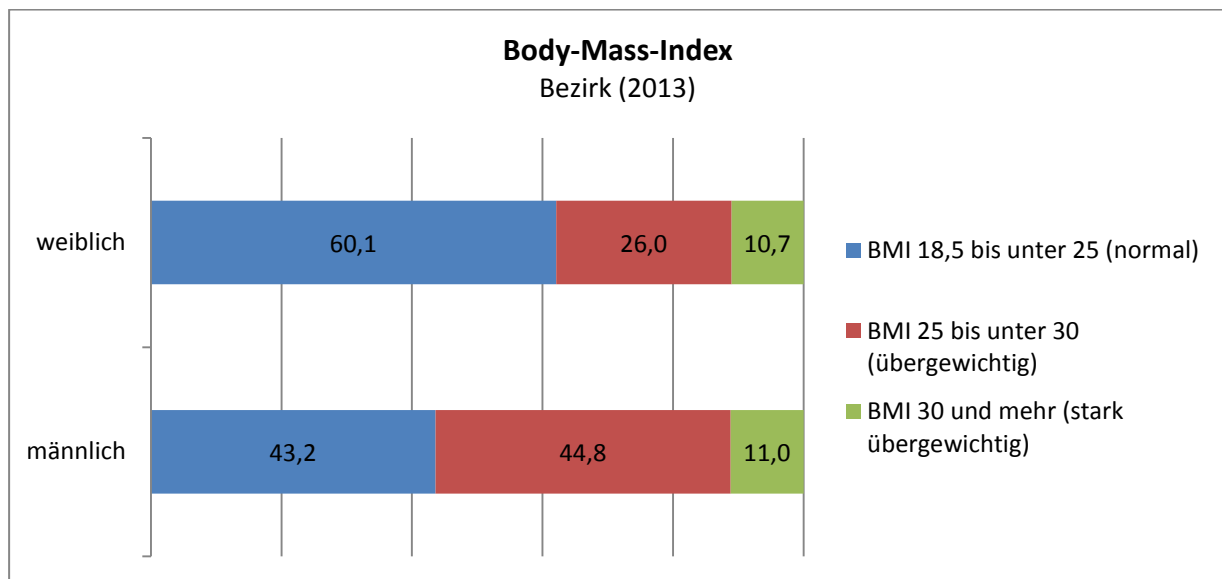


Abbildung 23: Body-Mass-Index (BMI) in Tempelhof-Schöneberg in Prozent, Stand 2013. Quelle: AfS Berlin-Brandenburg, Mikrozensus 2013. Eigene Darstellung.

### b. Rauchverhalten

Obwohl Lungenkrebs zu den häufigsten vermeidbaren Todesursachen im Bezirk gehört, macht der Raucher\_innenanteil in Tempelhof-Schöneberg mit 24%<sup>22</sup> den zweitniedrigsten Wert in ganz Berlin aus. Nur in Steglitz-Zehlendorf wird noch weniger geraucht. Das

<sup>21</sup> Die Berechnung des BMI erfolgt aus dem Quotienten des Gewichts und Körpergröße im Quadrat ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ).

<sup>22</sup> Der Anteil bezieht sich auf die Personen, die die freiwillige Angabe zum Rauchverhalten im Mikrozensus beantwortet haben. 2013 haben das 77% der Befragten getan.



durchschnittliche Alter bei Rauchbeginn liegt bei 17,8 Jahren und damit 0,1 Jahre unter dem Berliner Durchschnitt. Frauen rauchen nicht nur weniger oft, sondern fangen auch später als Männer das Rauchen an. Die erste Zigarette wird von jungen Frauen durchschnittlich mit 18,4 Jahren geraucht, bei jungen Männern mit 17,3 Jahren. Der Großteil der Raucher\_innen raucht regelmäßig (vgl. Abbildung 24). Der Anteil der Nichtraucher\_innen, die früher geraucht haben, ist bei den Männern höher als bei den Frauen.

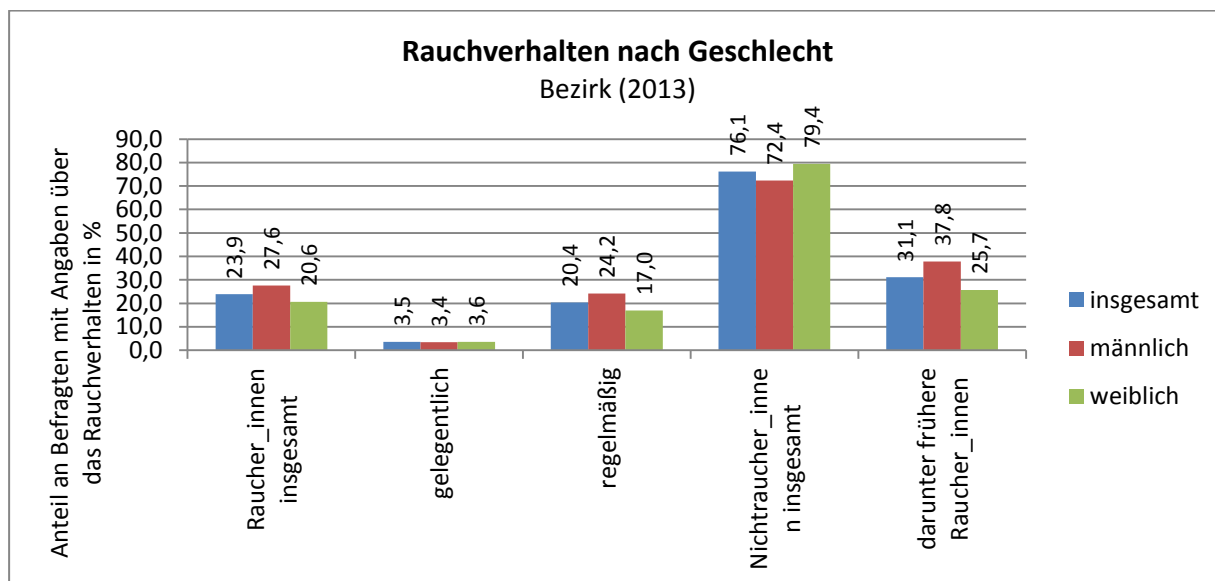


Abbildung 24: Rauchverhalten nach Geschlecht in Tempelhof-Schöneberg in Prozent, Stand 2013. Quelle: AfS Berlin-Brandenburg, Mikrozensus 2013. Eigene Darstellung.

## 7. Kindergesundheit

Für die Auswertungen der im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen erhobenen (Gesundheits-)Daten von einzuschulenden Kindern sei auf die Berichte des KJGD verwiesen<sup>23</sup>. Auf Bezirks- und Bezirksregionenebene sowie zum Teil auch auf Planungsebene stehen hier Analysen zur sozialen Lage, Herkunft, Kernindikatoren, Zahngesundheit, Impfquoten und mehr zum Download bereit.

## 8. Zusammenfassung

Sowohl bei den Krankheits- als auch Sterblichkeitsdaten lassen sich deutliche Geschlechtsunterschiede feststellen:

Im Berlinvergleich weist Tempelhof-Schöneberg mit 80,8 Jahren die vierthöchste Lebenserwartung auf. Frauen haben nicht nur eine um 5,2 Jahre höhere Lebenserwartung

<sup>23</sup> Download unter: <https://www.berlin.de/ba-tempelhof-schoeneberg/politik-und-verwaltung/aemter/gesundheitsamt/kinder-und-jugendgesundheitsdienst/artikel.405380.php>

als Männer: Männer sterben im Schnitt auch knapp 9 Jahre früher als Frauen. Diese Differenz ist die größte in Berlin. Insgesamt ist das durchschnittliche Sterbealter aber angestiegen und liegt im Berliner Mittelfeld.

Die Anzahl der Lebendgeborenen insgesamt sinkt, was einem deutschlandweiten Trend entspricht. Die Rate der Säuglingssterblichkeit liegt leicht über dem Berliner Durchschnitt. Die Geburtenziffer ist in den letzten 20 Jahren gesunken und die Fruchtbarkeitsziffer leicht gestiegen. Bei ausländischen Frauen sind beide Ziffern deutlich gesunken.

#### *a. Mortalität*

Die häufigsten Todesursachen sind Krankheiten des Kreislaufsystems und bösartige Neubildungen. Unter den bösartigen Neubildungen zählt Lungenkrebs bei beiden Geschlechtern zur häufigsten Todesursache, gefolgt von bösartigen Neubildungen der Prostata (bei Männern) bzw. Brustdrüse (bei Frauen) und des Darms. Männer versterben insgesamt häufiger als Frauen an bösartigen Neubildungen. Vergleicht man die weiblichen Sterberaten aufgrund von Krebs der verschiedenen Bezirke miteinander fällt auf, dass Frauen in Tempelhof-Schöneberg die zweithöchste Sterberate an Krebs aufweisen.

Im Bezirk sterben in Relation zu Gesamtberlin weniger Personen vor ihrem 65. Lebensjahr, Männer sterben allerdings häufiger als Frauen vorzeitig. Im Vergleich zu Berlin sterben Frauen im Bezirk häufiger vorzeitig an Lungen- und Brustkrebs, Männer häufiger an Lungenkrebs.

Die vorzeitigen Todesursachen bei Männern werden von ischämischen Herzkrankheiten und Lungenkrebs angeführt, bei Frauen sind es Lungen- und Brustkrebs. Obwohl Frauen häufiger vorzeitig an Krebs erkranken, ist die vorzeitige Sterberate bei bösartigen Neubildungen von Männern höher.

Die Selbsttötungsrate ist bei Männern sowohl unter als auch über 65 Jahren höher als die der Frauen.

#### *b. Morbidität*

In Deutschland stehen Herz-Kreislauf-, Krebs- und Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie psychische und Verhaltensstörungen an oberster Stelle, wenn es um die Krankheitslast der Bevölkerung geht. Dafür wird die Maßzahl „Disability-Adjusted Life Years“ (DALYs) verwendet, die den Verlust von gesunden Lebensjahren aufgrund einer Erkrankung oder

eines Todesfall errechnet. Die genannten Erkrankungen sind für 65% der verlorenen behinderungsfreien Lebensjahre verantwortlich.

Individuelle Verhaltensweisen wie Tabakgebrauch, körperliche Inaktivität, riskanter Alkoholkonsum sowie ungesunde Ernährung erhöhen das Risiko solche Krankheiten zu entwickeln. Insbesondere im Zusammenhang mit ungesunder Ernährung ist der Anstieg von Typ-2-Diabeteserkrankungen zu beachten.

Im Vergleich zu den Berliner Werten werden im Bezirk etwas weniger Fälle an Krankheiten des Kreislaufsystems, an psychischen und Verhaltensstörungen sowie an Diabetes Mellitus vollstationär in Krankenhäusern behandelt. Fälle aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und von bösartigen Neubildungen sind im Bezirk häufiger als in Berlin in Behandlung. Vor allem bei Krankheiten des Kreislaufsystems, bei bösartigen Neubildungen und ischämischen Herzkrankheiten werden deutlich mehr Männer als Frauen im Krankenhaus behandelt.

Männer im Bezirk erkranken am häufigsten an Lungen-, Prostata- und Darmkrebs. Bei Frauen sind es Brust-, Lungen- und Darmkrebs. Vergleicht man die Lokalisationen von Krebserkrankungen fällt auf, dass Männer deutlich häufiger als Frauen an Krebs insgesamt, des Mundes und Rachens, der Speiseröhre, des Darms, der Lunge und der Harnblase erkranken. Frauen haben deutlich mehr Krebsneuerkrankungen der Brustdrüse und der Schilddrüse als Männer.

Im Bezirksvergleich steht die Neuerkrankungsrate an Krebs von Frauen auf niedrigerem Rang als die der Männer (Rang 6 und Rang 8). Stark auffällig ist die Quote für tabakassoziierte bösartige Neuerkrankungen bei Frauen im Bezirk, die die zweithöchste in ganz Berlin ist.

Zu den häufigsten psychischen und Verhaltensstörungen, die im Krankenhaus behandelt werden, gehören im Bezirk psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Schizophrenie, schizoide und wahnhaftige Störungen sowie affektive Störungen. Bei erster Diagnosegruppe liegt die Behandlungsrate von Frauen über 65 Jahren höher als der Berliner Durchschnitt. Bei Schizophrenie, schizoiden und wahnhaften Störungen werden bei den unter 65jährigen mehr Fälle als in Berlin behandelt. Bei affektiven Störungen liegt die Rate der unter 65jährigen Männer über dem Berliner Vergleichswert. Die Diagnosegruppe

der affektiven Störungen ist die einzige der drei genannten, bei der insgesamt mehr Frauen als Männer im Krankenhaus behandelt werden.

Obwohl die Behandlungszahlen von dementiellen Erkrankungen die tatsächliche Erkrankungshäufigkeit nur vage widerspiegeln, wird deutlich, dass sich die Fallzahlen in den letzten Jahren erhöht haben. Vor allem bei älteren Männern ist ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen.

Auf den Einfluss des individuellen Gesundheitsverhaltens auf die Entwicklung von chronischen Krankheiten wurde hingewiesen. Es fällt auf, dass anteilig mehr Männer als Frauen übergewichtig sind. Bei starkem Übergewicht sind die Werte zwischen den Geschlechtern wiederum annähernd gleich hoch bei ca. 11%. Männer zählen zudem häufiger zu den Raucher\_innen und haben ein früheres Einstiegsalter als Frauen. Insgesamt betrachtet, weist der Bezirk aber die zweitniedrigste Raucher\_innenquote in ganz Berlin auf.

Der Anteil von Pflegebedürftigen in Tempelhof-Schöneberg liegt deutlich unter dem Berliner Durchschnitt. Der Anteil an pflegebedürftigen Personen steigt mit dem Alter erheblich an und macht bei den über 95jährigen ca. 90% aus. Pflegebedürftigkeit ist stark weiblich geprägt. Ab der Altersgruppe 60 Jahren und älter wird der Anteil an pflegebedürftigen Frauen immer größer.

## 5. Raumbezogene Analysen

Im Folgenden werden Bevölkerungs-, Sozial- und Gesundheitsdaten zunächst auf Bezirksregionenebene und dann auf Planungsraumebene (PLR) ausgewertet. Dabei folgt diese räumliche Zuordnung der LOR (Lebensweltlich orientierte Räume)-Systematik<sup>24</sup>, vgl. auch Anhang 2. Ziel ist es, Daten zu liefern, um die Gesundheitsplanung- und -förderung noch zielgenauer auszurichten und näher an der tatsächlichen Lebenslage der Einwohner\_innen zu orientieren.

### 1. Bezirksregionen

#### a. Einwohner\_innen

Marienfelde weist mit 9,3% den geringsten Bevölkerungsanteil der Bezirksregionen auf, was 31 090 Personen entspricht. In Tempelhof wohnen fast doppelt so viele EW und damit auch die meisten EW des Bezirks, nämlich 61 860 Personen (18,4%). Marienfelde und Tempelhof sind auch die Bezirksregionen mit dem deutlichsten Bevölkerungszuwachs in den letzten Jahren: heute leben dort 4% bzw. 5% mehr Personen als noch 2010.

Der Anteil von EW mit Migrationsgeschichte - mit oder ohne deutschem Pass - ist in den jeweiligen Bezirksregionen sehr unterschiedlich (vgl. Abbildung 25). Während in Schöneberg-Nord und Marienfelde anteilig am meisten Deutsche mit Migrationsgeschichte leben, liegt der Ausländer\_innenanteil in Schöneberg-Nord und Schöneberg-Süd über dem bezirksweiten Durchschnitt. Deutlich unterdurchschnittlich sind Ausländer\_innen in den südlicheren Bezirksregionen Mariendorf, Marienfelde und Lichtenrade vertreten.

---

<sup>24</sup> Mehr Informationen zur Entwicklung und Verwendung der LOR sind auf den Seiten der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt zu finden: [http://www.stadtentwicklung.berlin.de/planen/basisdaten\\_stadtentwicklung/lor/](http://www.stadtentwicklung.berlin.de/planen/basisdaten_stadtentwicklung/lor/)

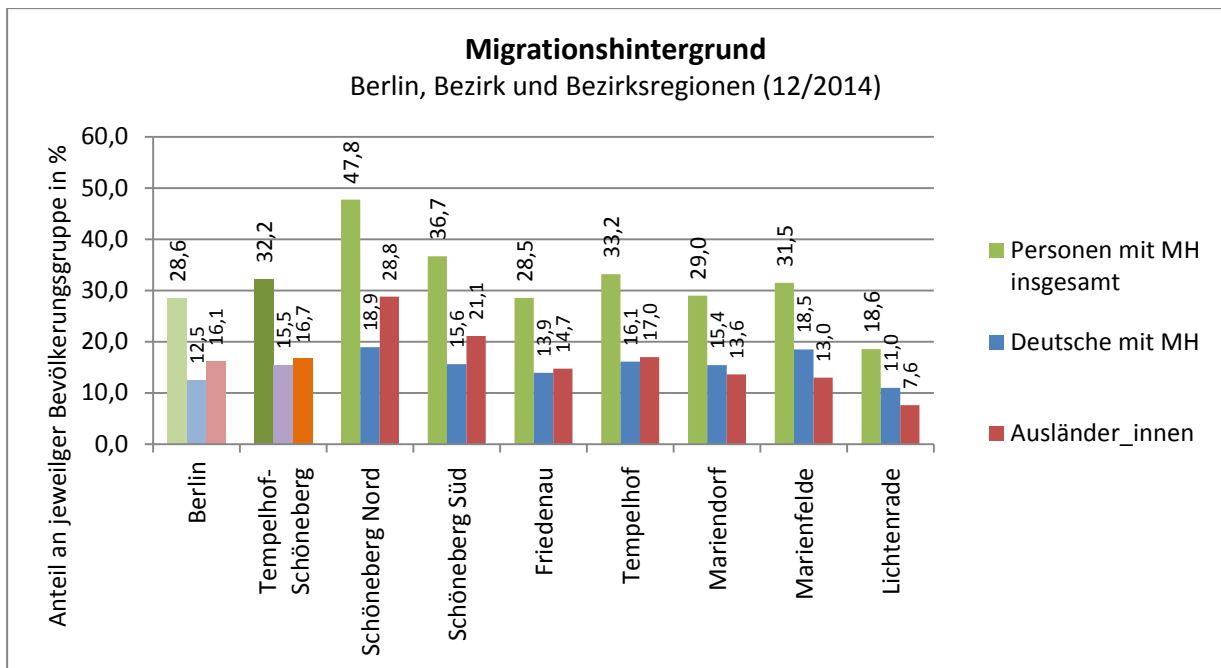


Abbildung 25: Migrationshintergrund der Einwohner\_innen in Berlin, Tempelhof-Schöneberg und dessen Bezirksregionen in Prozent, Stand 12/2014. Quelle: AfS Berlin-Brandenburg, Einwohnerregisterstatistik 2014. Eigene Berechnung, eigene Grafik.

In Schöneberg-Nord bezieht sich der Migrationshintergrund der meisten Personen auf die Türkei (10,4% der Bevölkerung). Das gleiche gilt für Schöneberg-Süd (7,6%) und Friedenau (5,5%), wenngleich dort der Anteil der Personen mit türkischem MH an der Bevölkerung kleiner ist. In Tempelhof, Mariendorf und Lichtenrade machen Personen mit MH aus Polen und der Türkei zwischen 2,4% und 7,6% der jeweiligen Einwohner\_innenschaft aus. In Marienfelde leben neben Menschen mit polnischem (6,9%) und türkischem (3,4%) Migrationshintergrund auch anteilig viele russischstämmige Einwohner\_innen (3,2%).

Je nach Bezirksregion unterscheiden sich die Anteile von Menschen mit (Schwer-) Behinderung (vgl. Abbildung 26). In den südlicheren Regionen steigt sowohl der Anteil von Menschen mit Behinderung insgesamt als auch der von Menschen mit einer Schwerbehinderung an.

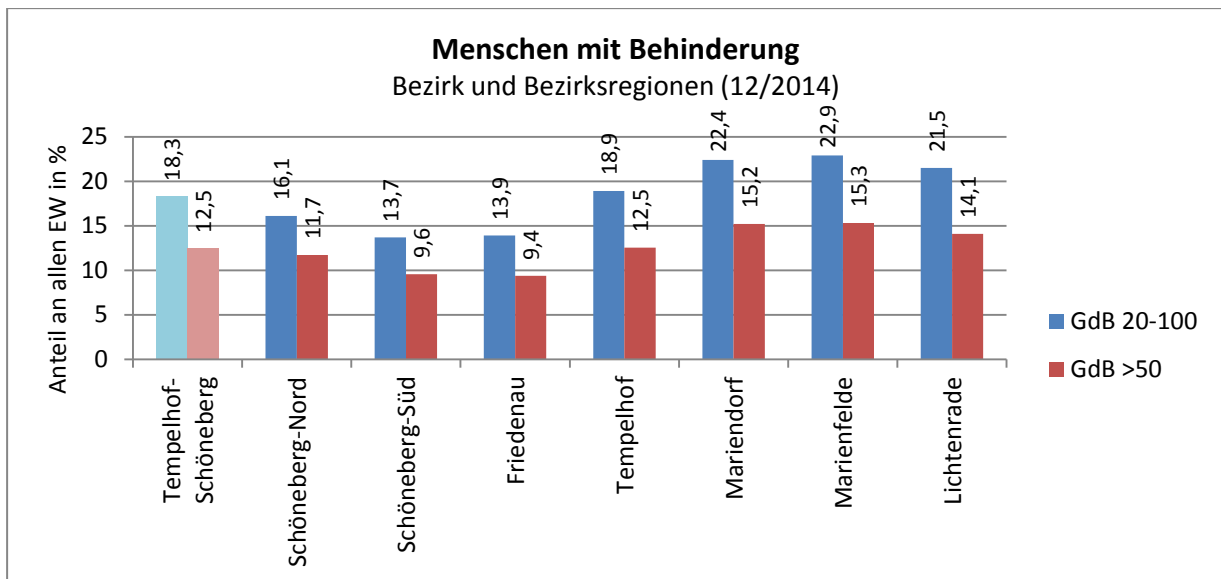


Abbildung 26: Menschen mit Behinderung in Tempelhof-Schöneberg und dessen Bezirksregionen in Prozent, Stand 12/2014. Quelle: Jahresstatistik Menschen mit Behinderung 2014. Berechnung: OE SPK, eigene Darstellung.

Die südlichen Bezirksregionen Mariendorf, Marienfelde und Lichtenrade haben im Schnitt deutlich ältere Einwohner\_innen als der restliche Bezirk (vgl. Abbildung 27). Schöneberg-Süd ist die jüngste Bezirksregion.

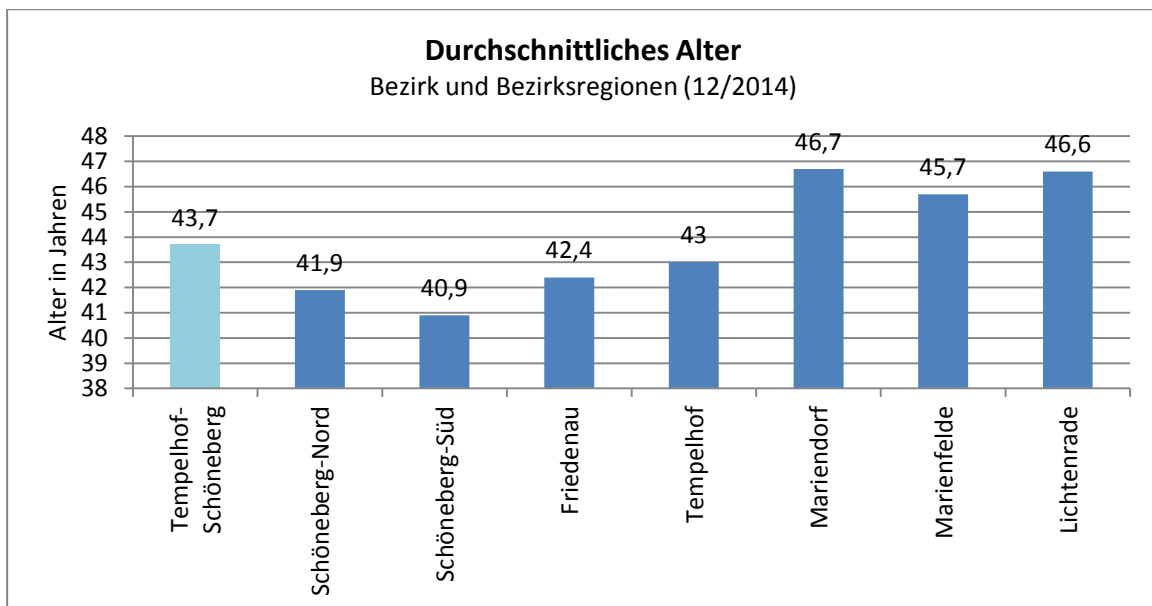


Abbildung 27: Durchschnittliches Alter der Einwohner\_innen in Tempelhof-Schöneberg und dessen Bezirksregionen in Jahren, Stand 12/2014. Quelle: AfS Berlin-Brandenburg. Eigene Berechnung, eigene Darstellung.

Dementsprechend liegt in den südlicheren Bezirksregionen Mariendorf, Marienfelde und Lichtenrade der Anteil der über 65jährigen deutlich über dem Bezirksdurchschnitt (vgl. Abbildung 28). Der Anteil der unter 18jährigen ist in Marienfelde und Lichtenrade wie auch in

Friedenau überdurchschnittlich hoch. Der höchste Anteil an Personen im Erwerbsalter lebt in Schöneberg-Süd.

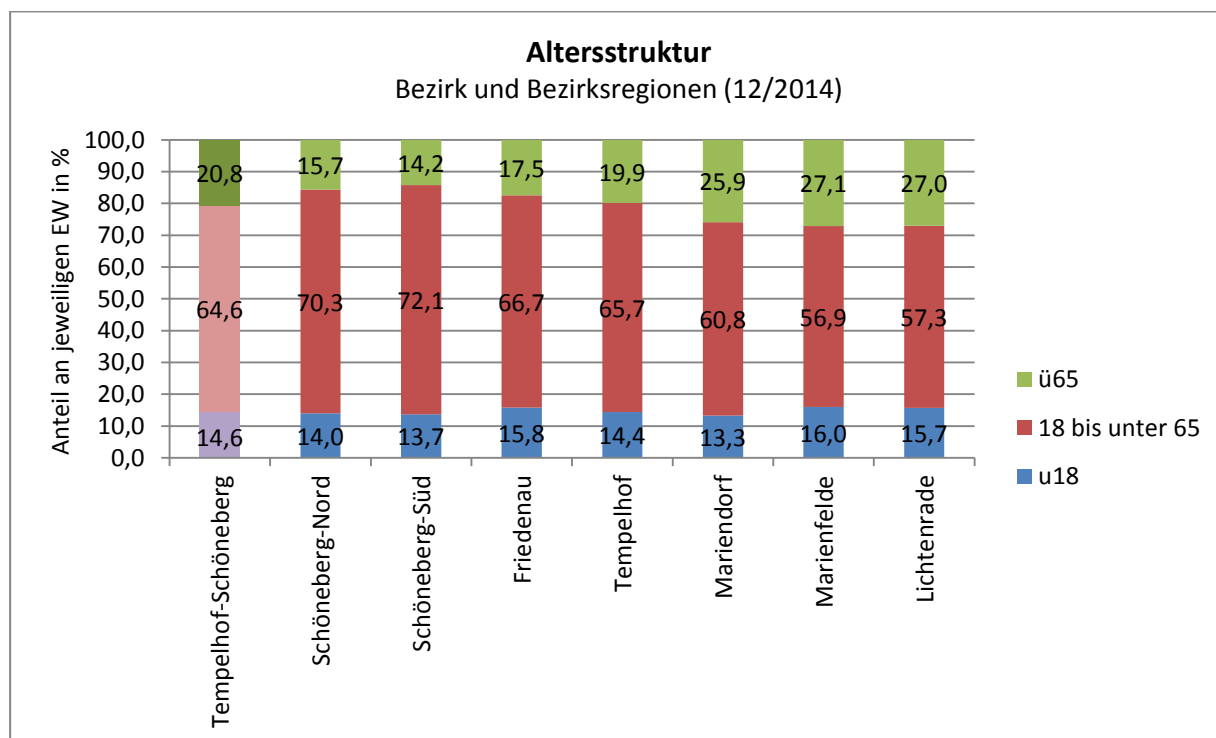


Abbildung 28: Altersstruktur in Tempelhof-Schöneberg und dessen Bezirksregionen in Prozent, Stand 12/2014. Quelle: AfS Berlin-Brandenburg, Einwohnerregisterstatistik 2014. Eigene Berechnung, eigene Darstellung.

### *b. Transferleistungen*

Der Anteil von Transferleistungsbezieher\_innen nach SGB II ist über die Bezirksregionen hinweg unterschiedlich verteilt (vgl. Abbildung 29). Den niedrigsten Wert weist Friedenau auf, den höchsten Marienfelde. Im Vergleich zu den Daten des letzten Basisberichts sind die Anteile an SGB II-Empfänger\_innen in fast allen Bezirksregionen gesunken. Ausgenommen von dieser Entwicklung sind Marienfelde und Lichtenrade, bei denen es einen leichten Anstieg um jeweils 0,5% gegeben hat.

Die Bezirksregionen stehen in Bezug auf den SGB II-Leistungsbezug von unter 15jährigen in einem ähnlichen Verhältnis zueinander: in Friedenau empfangen nur 16,5% aller unter 15jährigen Sozialgeld nach SGB II. Knapp doppelt so hoch oder höher sind die Anteile in Schöneberg-Nord (35,9%), Tempelhof (35,6%), Mariendorf (32,3%) und Marienfelde (38,5%).



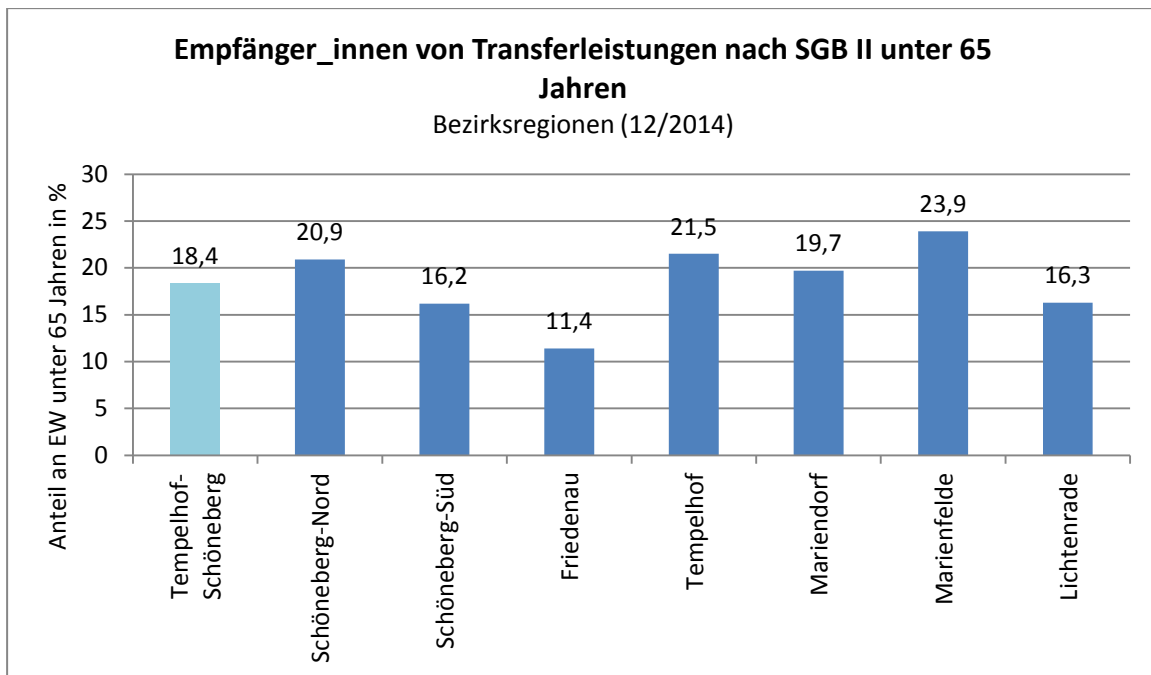


Abbildung 29: Empfänger\_innen von Transferleistungen nach SGB II an der Bevölkerung unter 65 Jahren in den Bezirksregionen in Prozent, Stand 12/2014. Entspricht KID D4. Quelle: Bundesagentur für Arbeit/AfS Berlin-Brandenburg, Abgestimmter Datenpool. Eigene Darstellung.

Im Bezirk nimmt der Anteil von Grundsicherungsempfänger\_innen im Alter von 65 Jahren und älter tendenziell mit größerer Distanz zur Innenstadt ab. In Schöneberg-Nord empfangen mehr als 5-mal so viele Personen GruSi als in Lichtenrade. Es ist in den letzten Jahren ein Anstieg der GruSi-Empfänger\_innen zu beobachten. Das gilt nicht nur für den Bezirk, sondern auch für Gesamtberlin. Der deutlichste Anstieg in den Bezirksregionen ist in Schöneberg-Nord zu beobachten (+2,2% seit dem letzten Basisbericht).

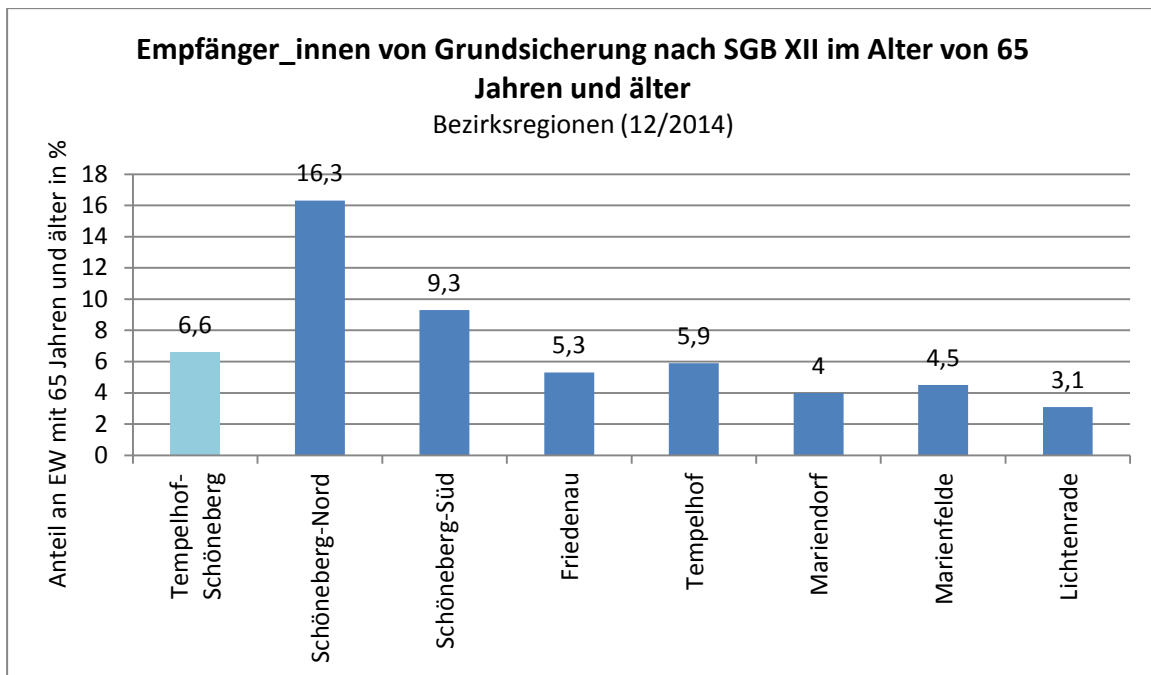


Abbildung 30: Empfänger\_innen von Grundsicherung (außerhalb von Einrichtungen) nach SGB II im Alter von 65 Jahren und älter in den Bezirksregionen in Prozent, Stand 12/2014. Entspricht KID D6. Quelle: Abgestimmter Datenpool, AfS Berlin-Brandenburg, bereitgestellt auf Basis der Daten von SenGesSoz. Eigene Darstellung.

### c. Mortalität und Morbidität

In Friedenau sterben am wenigsten Menschen je 100 000 EW vor ihrem 65. Lebensjahr, in Marienfeld am meisten (vgl. Abbildung 31). Friedenau ist auch die einzige Bezirksregion, deren Werte unter dem bezirklichen Durchschnitt liegen. Die deutlichsten Veränderungen in den vorzeitigen Sterberaten seit dem letzten Basisbericht gab es in den Bezirksregionen Schöneberg-Nord (-33,9/100 000 EW), Schöneberg-Süd (-39,4) und Tempelhof (-52,5).

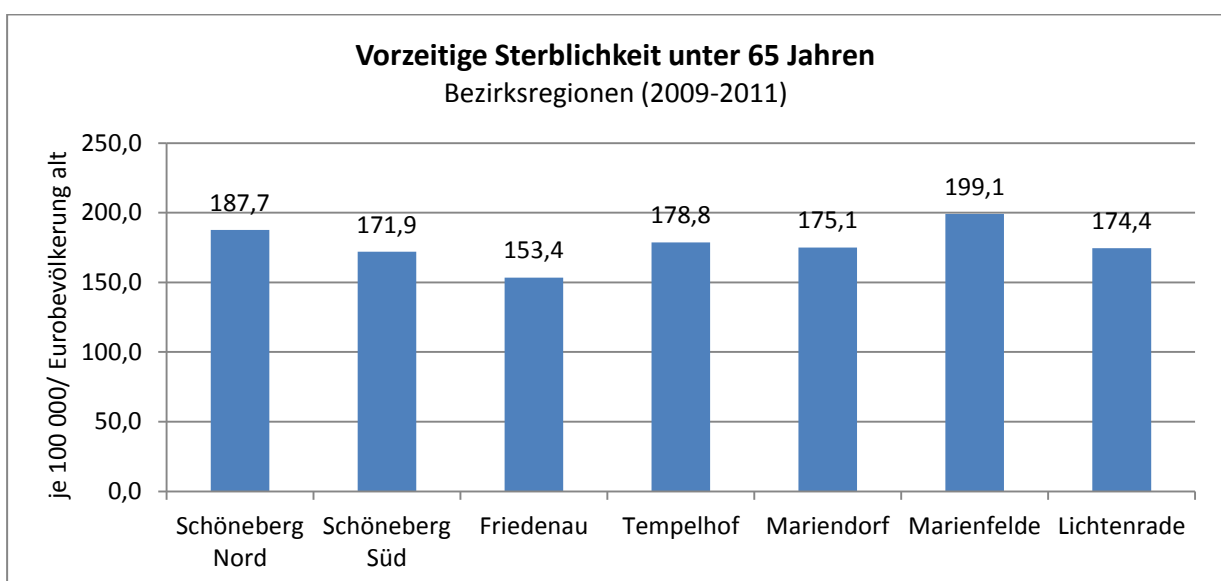


Abbildung 31: Vorzeitige Sterblichkeit in den Bezirksregionen Tempelhof-Schönebergs je 100 000/ Eurobevölkerung alt, Stand 2009-2011. Quelle: SenGesSoz, Sozialstrukturatlas 2013. Eigene Darstellung.

Die Neuerkrankungsraten an bösartigen Neubildungen variieren zwischen den einzelnen Bezirksregionen deutlich (vgl. Abbildung 32). Im Vergleich zu den Daten des letzten Basisberichts 2011 sind die Neuerkrankungsraten der Regionen Schöneberg-Nord und Marienfelde leicht gestiegen. In den restlichen Bezirksregionen haben sich die Werte verringert. Am deutlichsten ist dies in Schöneberg-Süd zu beobachten, wo 39 Personen je 100 000 Eurobevölkerung alt weniger an bösartigen Neubildungen erkrankt sind als zum letzten Basisbericht.

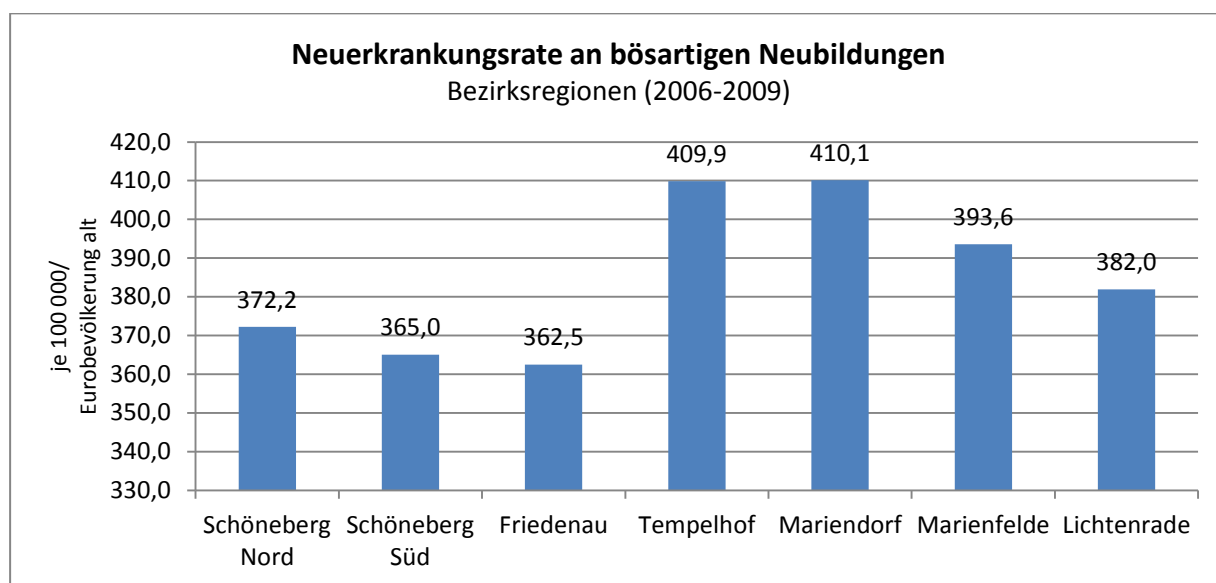


Abbildung 32: Neuerkrankungsrate an bösartigen Neubildungen in den Bezirksregionen Tempelhof-Schönebergs je 100 000/Eurobevölkerung alt, Stand 2006-2009 (zusammengefasst). Quelle: SenGesSoz, Sozialstrukturatlas 2013. Eigene Darstellung.

Die Neuerkrankungsraten an tabakassoziierten bösartigen Neubildungen unterscheiden sich je nach Bezirksregion eher wenig um bis zu 21 Fälle/100 000 Eurobevölkerung alt. Die niedrigsten Werte weist auch hier wieder Friedenau auf, die höchsten Werte die Bezirksregion Tempelhof. Im Vergleich zu den Werten des letzten Basisberichts haben sich die Neuerkrankungsraten in allen Bezirksregionen verringert.

## 2. Planungsräume

Wie schon an verschiedenen Stellen erläutert wurde, zählt die soziale Lage zu einem der wichtigsten Einflussfaktoren von Gesundheit. Deshalb werden in der folgenden tabellarischen Analyse sowohl soziale als auch gesundheitliche Indikatoren aufgegriffen. Methodische Hinweise und eine Erklärung der Indikatoren sind im Anhang 3 zu finden.

Hintergrund der Analyse der PLR ist ein Klassifikationssystem, das in Anlehnung an den letzten Basisbericht 2011 entwickelt wurde. Dieses setzt den Indikatorwert eines einzelnen PLR in Bezug zu den Werten der restlichen PLR und bewertet ihn dementsprechend.

Tabelle 6: Planungsraumanalyse Schöneberg-Nord. Eigene Darstellung.

PLR (LOR)	EW	U18	Ü65	MH	MH u18	MH ü65	eLb + nef	nef u15	G ü65	Sterb	Bös neu	T bös neu	Rauch	Zahn	Überg	MSS
Wittenbergplatz/ Viktoria-Luise-Platz	9397	10,5	23,0	42,8 -	65,5	21,1	13,4	19,4	10,8	228,2	435,8	103,8	28,1	6,5	10	2+/-
Nollendorfplatz	15450	14,2	15,3	51,6	78,4	32,8	23,7	43,0	19,6	220,6 -	343,9	94,4	38,8 -	14 -	13	2+/-
Barbarossaplatz	9956	14,3 +	14,9	34,8	48,8	15,6	12,8	18,5	8,4	124,7	404,9	87,4	24,8 +	6,1	6,5	2+/-
Dennewitzplatz	13512	15,9	11,7	56,4	77,5	49,9	28,2	47,7	26,5	165,8 -	318,2	90,3	43	17,1 +	15,2	3+/-

Tabelle 7: Planungsraumanalyse Schöneberg-Süd. Eigene Darstellung.

PLR (LOR)	EW	U18	Ü65	MH	MH u18	MH ü65	eLb + nef	nef u15	G ü65	Sterb	Bös. neu	T bös neu	Rauch	Zahn	Überg	MSS
Bayerischer Platz	10335	13,0	21,1	31,2	52,4	13,8	12,1	18,2	6,0 +	120,0 -	353,5	79,2	27,7	6,3 +	8,4 -	2+/-
Volkspark (Rudolf-Wilde-Park)	9832	12,7	16,4	38,4	60,1	17,3	16,5	27,6	7,5	158,9 -	375,2	98,8	35 +	12,5	10,2 +	2+/-
Kaiser-Wilhelm-Platz	17298	14,7	12,2	40,9	60,5	25,3	18,6	29,7	13,4	188,7	369,4	99,5	31,3 +	13,5 +	10,8	2+/-
Schöneberger Insel	11395	13,7	9,1	33,6 -	52,5	24,1 -	15,7	26,7	10,7	221,7 +	370,0	108,6	34,8	11,3 +	10,8 -	2+/-

Tabelle 8: Planungsraumanalyse Friedenau. Eigene Darstellung.

PLR (LOR)	EW	U18	Ü65	MH	MH u18	MH ü65	eLb + nef	nef u15	G ü65	Sterb	Bös. neu	T bös neu	Rauch	Zahn	Überg	MSS
Friedenau	23870	15,7	18,6	23,0 -	36,3	9,4	7,1 -	9,4	4,7 +	138,4 -	362,1	81,4	17,5	6,6	4,6	2+/-
Ceciliengärten	9151	15,2	18,3	27,7	40,9 -	13,5	9,4	12,0	4,9 +	180,2 +	364,1	83,3	23,1 -	5,9	8,4 -	2+/-
Grazer Platz	12073	16,6	14,6	40,0	62,5	19,8	20,9 -	33,1	7,1	170,2	362,0	91,1	40,8 -	17,2	14,5 +	2+/-

Tabelle 9: Planungsraumanalyse Tempelhof. Eigene Darstellung.

PLR (LOR)	EW	U18	Ü65	MH	MH u18	MH ü65	eLb + nef	nef u15	G ü65	Sterb	Bös. neu	T bös neu	Rauch	Zahn	Überg	MSS
Neu-Tempelhof	17126	16,2	20,3	33,8 -	49,7	12,6	17,4	24,1	5,5	181,9	391,9	100,7	34,8 +	13,3 +	8,8 -	2+/-
Lindenhofsiedlung	2102	10,3	32,4	17,2 +	38,7 -	3,5	23,1	41,1	5,6	194,1 -	370,2	106,5	27,3	9,9	8,6	2-
Manteuffelstraße	23418	14,1	17,9 -	33,0	57,9 +	12,6	21,3 -	38,2	6,0	186,4	420,4	103,6	40 -	16,4	9,1 +	2+/-
Marienhöhe	5057	12,6 -	29,7 -	22,0	44,3 +	8,9 +	17,2	28,2	5,4	101,3 -	455,6	112,9	46	14,8	10,1	2+/-
Rathaus Tempelhof	10567	14,7	19,1 -	37,0	64,0	12,8	24,6	43,0	4,7 -	183,3 +	381,8	104,6	42,4	15,9 -	9,8	2+/-
Germaniagarten	3590	12,6 +	12,2 -	45,4 +	70,0	21,6	36,3	65,2	17,4	190,5 -	421,1	123,2	48,6	28,8	15,3	4+/-

Tabelle 10: Planungsraumanalyse Mariendorf. Eigene Darstellung.

PLR (LOR)	EW	U18	Ü65	MH	MH u18	MH ü65	eLb + nef	nef u15	G ü65	Sterb	Bös neu	T bös neu	Rauch	Zahn	Überg	MSS
Rathausstraße	15872	13,6	21,8	34,4 +	63,6	11,5	23,4	41,1	5,9	195,2	453,8	103,9	41,3 -	16	13,9	2+/-
Fritz-Werner-Str.	7700	12,2	27,0	30,5	58,1	6,6	22,9	35,8	3,3	174,0 -	427,5	85,4	46,6	27,3	11,8	2+/-
Eisenacher Straße	9106	11,5	27,1	27,4	52,4	8,7 +	19,5	32,7	4,3	157,6	382,9	85,0	41,7	18,5	9,9	2-
Imbrosweg	5480	14,9	25,8 -	28,0	47,8	8,3	21,2	29,2	4,6	239,1 ++	365,2	98,0	44	16,6	10	2+/-
Hundsteinweg	10460	14,2 -	29,9	23,5	44,8 +	6,4	13,4	22,7	2,6	130,9 -	378,4	81,8	34,2 +	18,4 +	11,6 ++	2+/-
Birnhornweg	2209	14,6	28,1	19,7	37,9	6,9	6,0	9,5	k.A.	138,1 +	421,8	88,4	23,5	10,4	6,9	1+/-

Tabelle 11: Planungsraumanalyse Marienfelde. Eigene Darstellung.

PLR (LOR)	EW	U18	Ü65	MH	MH u18	MH ü65	eLb + nef	nef u15	G ü65	Sterb	Bös neu	T bös neu	Rauch	Zahn	Überg	MSS
Marienfelder Allee Nordwest	9901	17,4 -	24,0	36,6	60,1 +	11,8 -	27,7	41,1	5,0	163,7 ++	363,1	84,3	41,8 +	22,6	10,6	2+/-
Kirchstraße	4606	15,8	25,3	18,8	29,8	6,2	7,7	10,3	1,7 +	145,1	363,1	87,8	23,5 -	3,8	9,4	1+/-
Marienfelde Nordost	2740	15,9	33,6	30,9	69,8 +	6,1	25,3	48,2	1,7	248,4 +	505,7	95,2	43,8	20,9	17,2	2+/-
Marienfelde Süd	13843	15,0 +	28,7	32,2	52,9	11,7	26,4 -	43,9	5,8	235,6 ++	407,8	99,0	46,3 +	19,9 -	13,4	2-

Tabelle 12: Planungsraumanalyse Lichtenrade. Eigene Darstellung.

PLR (LOR)	EW	U18	Ü65	MH	MH u18	MH ü65	eLb + nef	nef u15	G ü65	Sterb	Bös neu	T bös neu	Rauch	Zahn	Überg	MSS
Kettinger Straße/ Schillerstraße	10408	15,2 +	27,7	17,3	34,6	4,6	10,1	17,6	1,8 +	202,3 +++	397,7	105,2	29,2 -	9,1 -	8,7	2+/-
Alt-Lichtenrade/ Töpchiner Weg	10151	14,5 -	26,0 +	16,0	31,2	4,6 +	11,5	17,1	2,6	152,9 -	400,6	97,3	33,3	7,6	5	2+/-
John-Locke-Straße	7480	13,5 -	30,9	20,6	35,1	6,7 -	25,6	42,4	5,2 +	235,9	385,5	123,9	49,2	17,3	12,3	2-
Nahariyastraße	8128	19,7	24,2	30,4	49,9 +	10,2	36,3	59,5	7,2	181,7	352,1	112,1	53,6	23,6 ++	13 +	3-
Franziusweg/ Rohrbachstraße	7008	16,5	24,1	14,2	25,4	3,5 -	7,0	10,2	1,1	103,6 -	366,8	78,1	28	5,8	6	1+/-
Horstwalder Straße/Paplitzer Straße	3723	15,6	28,8	12,8	28,2	3,9	8,9	12,8	1,6	162,0 +	381,9	71,6	26,6	7,9	6,9	2+/-
Wittelsbacherstraße	2823	14,6 +	30,7	11,4	22,5	5,0 +	5,7	9,8	k.A.	182,1 +	352,5	79,8	23,8	8,8	8	1+/-



### 3. Zusammenfassung

Aus einer gesundheitsfördernden Perspektive, die auch die soziale Lage der Einwohner\_innen als einflussreich mitbedenkt, haben einige Planungsräume besondere Aufmerksamkeit verdient.

#### a. Einwohner\_innen

Kinder und Jugendliche beziehungsweise ältere Menschen werden in vielen gesundheitsfördernden Angeboten aufgrund ihrer besonderen Bedarfe und Bedürfnisse mit besonderer Aufmerksamkeit bedacht. In sehr wenigen Planungsräumen überwiegt der Anteil der unter 18jährigen den der über 65jährigen. Namentlich sind das die PLR Dennewitzplatz (Schöneberg-Nord), Kaiser-Wilhelm-Platz (Schöneberg-Süd), Grazer Platz (Friedenau) und Germaniagarten (Tempelhof).

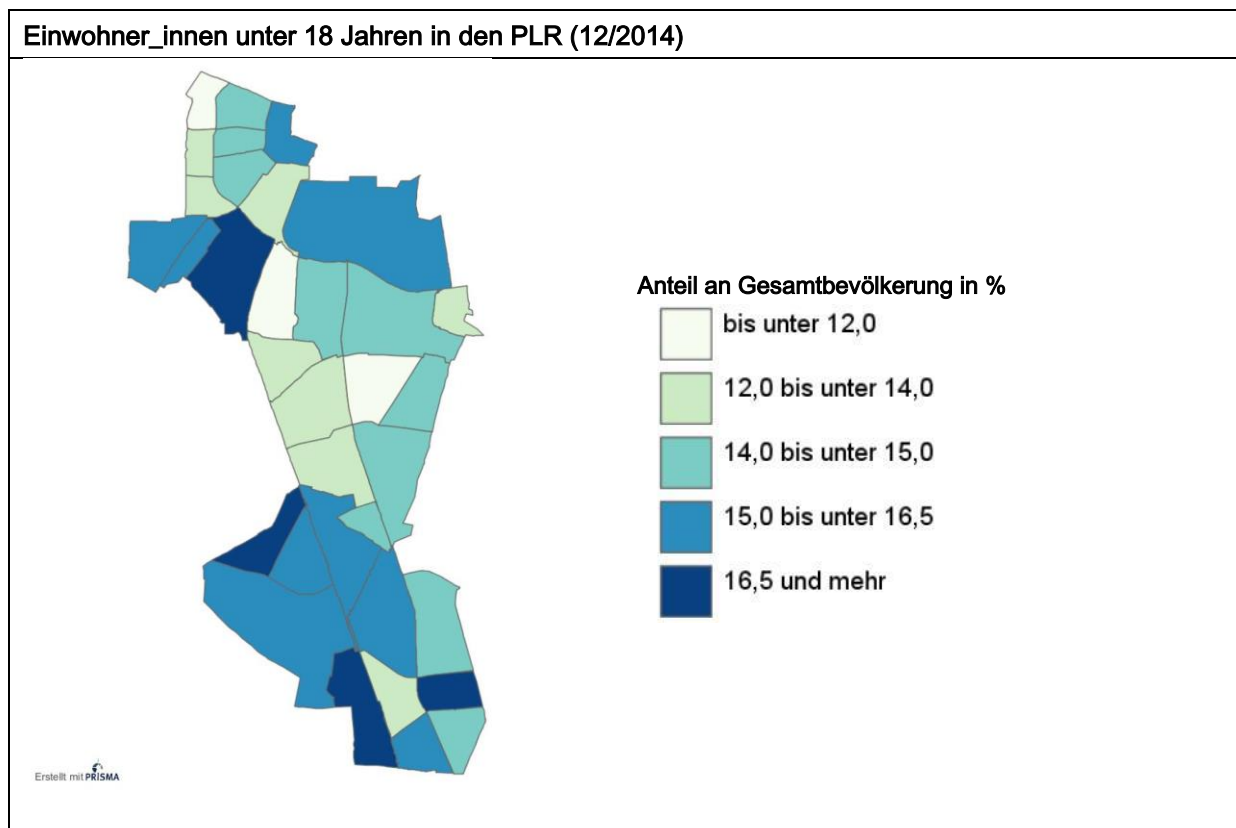


Abbildung 33: Einwohner\_innen unter 18 Jahren in den PLR Tempelhof-Schönebergs in Prozent, Stand 12/2014. Entspricht KID B1. Quelle: AfS Berlin-Brandenburg. Grafik: SPK.

In den Planungsräumen Lindenhofsiedlung, Marienhöhe (beide Tempelhof), Hundsteinweg (Mariendorf), Marienfelde Nordost (Marienfelde), John-Locke-Straße und Wittelsbacherstraße (beide Lichtenrade) beträgt der Anteil der über 65jährigen mindestens 30% der Gesamtbevölkerung.

Aus verschiedenen (schon genannten) Gründen kann die Erreichbarkeit von Migrant\_innen durch die Gesundheitsförderung erschwert sein. Die PLR mit den höchsten Anteilen an EW mit Migrationshintergrund sind Nollendorfplatz, Dennewitzplatz (beide Schöneberg-Nord) und Germaniagarten (Tempelhof).

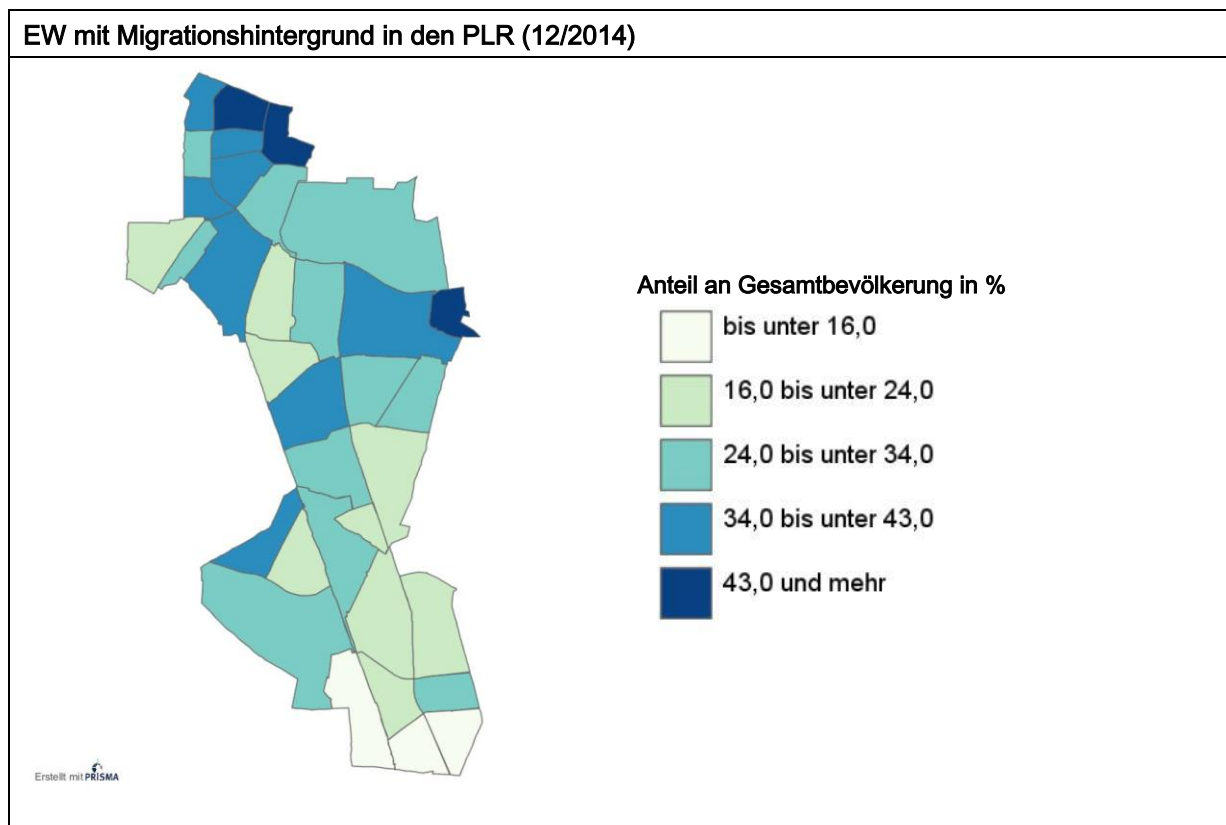


Abbildung 34: Einwohner\_innen mit Migrationshintergrund in den PLR Tempelhof-Schönebergs in Prozent. Stand 12/2014. Quelle: AfS Berlin-Brandenburg. Eigene Berechnung, Grafik: SPK.

In keinem PLR übersteigt hier der Anteil der Minderjährigen den der Senior\_innen. Besonders hohe Anteile von unter 18jährigen EW mit Migrationsgeschichte sind in den eben genannten PLR zu finden. Auch im PLR Marienfelde Nordost (Marienfelde) ist der Anteil an minderjährigen EW mit MH im Vergleich besonders hoch. Besonders hohe Anteile an Migrant\_innen im Rentenalter wohnen in den PLR Nollendorfplatz, Dennewitzplatz sowie Kaiser-Wilhelm-Platz (Schöneberg-Süd).

#### ***b. Arbeitslosigkeit und soziale Ungleichheit***

Mit Arbeitslosigkeit wird ein erhöhtes Risiko an vorzeitiger Sterblichkeit assoziiert. Verschlechterungen im Bereich der mentalen Gesundheit, der eigenen Einschätzung des Gesundheitszustands sowie dem Vorkommen von Herzkrankheiten und von Risikofaktoren

für Herzkrankheiten können Folgen von Arbeitslosigkeit oder schlechten und unsicheren Arbeitsverhältnissen sein.

In den PLR Dennewitzplatz (Schöneberg-Nord), Germaniagarten (Tempelhof) und Nahariyastraße (Lichtenrade) ist der Anteil an Personen, die SGB II-Leistungen beziehen, sehr viel höher als in den anderen PLR des Bezirks.

Arbeitslosigkeit hängt oftmals mit Armut, relativer Deprivation und sozialer Ausgrenzung zusammen, die ebenso einen großen Einfluss auf den Gesundheitszustand insgesamt sowie auf die vorzeitige Sterblichkeit haben. Der Indikator „soziale Ungleichheit“ kombiniert Werte für Arbeitslosigkeit, Langzeitarbeitslosigkeit, Existenzsicherungsbezug von Nichtarbeitslosen und Kinderarmut. In den PLR Dennewitzplatz und Nahariyastraße ist die soziale Ungleichheit hoch, im PLR Germaniagarten sogar sehr hoch.

Einige Bevölkerungsgruppen sind besonders von den Auswirkungen sozialer Ungleichheit betroffen. Weiter unten werden die Implikationen für Kinder und Jugendliche aufgeführt. Aber auch ältere Menschen, die den Belastungen eines Lebens mit geringen materiellen Verhältnissen ausgesetzt sind, haben ein erhöhtes Risiko, in sozialer Isolation zu leben, akut zu erkranken, eine chronische Krankheit oder eine Sucht zu entwickeln. Dieser Zusammenhang besteht in beide Richtungen.

Sozialräumlich betrachtet wird deutlich, dass in den PLR Nollendorfplatz, Dennewitzplatz (beide Schöneberg-Nord) und Germaniagarten (Tempelhof) die Anteile von EW über 65 Jahren, die Grundsicherungsleistungen empfangen, besonders hoch sind. Gleichzeitig ist der Gesamtanteil an über 65jährigen in diesen PLR niedrig oder sogar sehr niedrig. Der Anteil von Personen über 65 in dieser Altersgruppe ist wiederum hoch oder sogar sehr hoch.

### *c. Kindergesundheit*

Studien haben gezeigt, dass der Grundstein für Gesundheit im Erwachsenenalter schon vor der Geburt und in früher Kindheit gelegt wird. Schlechte Bedingungen für das Aufwachsen schlagen sich in der Biologie des Entwicklungsprozesses eines Kindes nieder und nehmen damit Einfluss auf das biologische und menschliche Kapital eines Menschen, das ein Leben lang Auswirkungen auf die Gesundheit eines Individuums hat.

In den PLR Dennewitzplatz (Schöneberg-Nord) und Marienfelde Nordost (Marienfelde) liegt der Anteil von Kinder und Jugendlichen, die in Bedarfsgemeinschaften mit ALG II-Bezug

leben sehr hoch. Fast die Hälfte aller Kinder unter 15 Jahren erhält hier Sozialgeld. Noch prekärer sieht es in den PLR Germaniagarten (Tempelhof) und Nahariyastraße (Lichtenrade) aus, wo mindestens 6 von 10 Kindern in einer solchen Bedarfsgemeinschaft wohnen.

Der konkrete Gesundheitszustand von einzuschulenden Kindern ist in den PLR Dennewitzplatz, Germaniagarten, Fritz-Werner-Straße, Marienfelder Allee Nordwest, Marienfelde Nordost sowie im PLR Nahariyastraße problematisch.

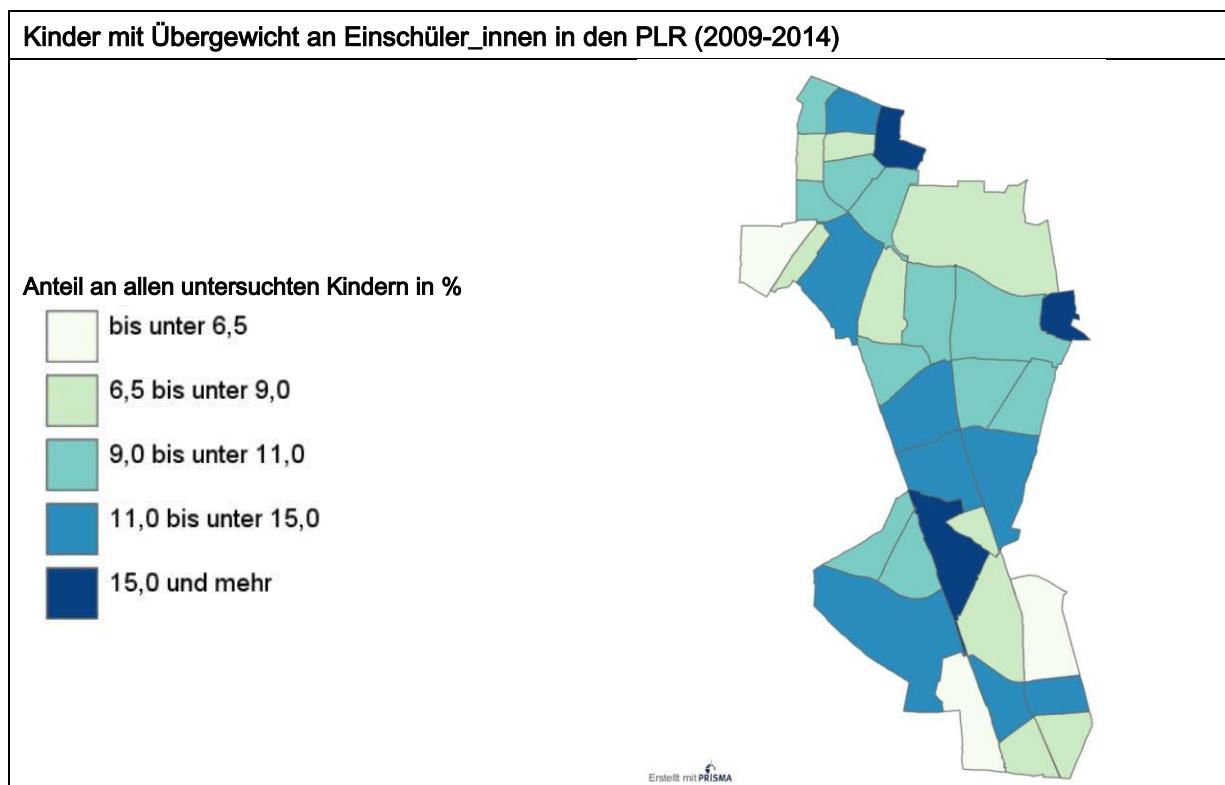


Abbildung 35: Kinder mit Übergewicht an Einschüler\_innen in den PLR Tempelhof-Schönebergs in Prozent, Stand: 2009-2014. Quelle: KJGD, Einschulungsuntersuchungen. Grafik: SPK.

In den PLR Germaniagarten, John-Locke-Straße und Nahariyastraße stammen 5 von 10 Kindern aus Raucher\_innenhaushalten. Es muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Anzahl der untersuchten Kinder in den problematischen PLR 150 Personen nicht überschreitet.

#### **d. Morbidität und Mortalität<sup>25</sup>**

Im Zusammenhang mit steigender Lebenserwartung erhöht sich auch die Anzahl der Krebsneuerkrankungen. Sie sind die zweithäufigste Todessache im Bezirk. Eine

<sup>25</sup> Die aktuellsten Morbiditäts- und Mortalitätszahlen auf PLR-Ebene liegen aus den Jahren 2006-2009 bzw. 2009-2011 vor. Die Interpretation der Daten sollte dementsprechend vorsichtig angestellt werden.

Verringerung der Krankheitslast der Bevölkerung an Krebs kann durch primär- (z.B. Verringerung des Tabak- und Alkoholkonsums) und sekundärpräventive Maßnahmen (Krebsfrüherkennung) angegangen werden.

Wie genau die teils sehr unterschiedlichen Morbiditäts- und Mortalitätsraten in den PLR zustande kommen, kann nicht abschließend erklärt werden. Dementsprechend sollte die Interpretation der Daten hinsichtlich möglicher nächster Handlungsschritte mit Bedacht angegangen werden.

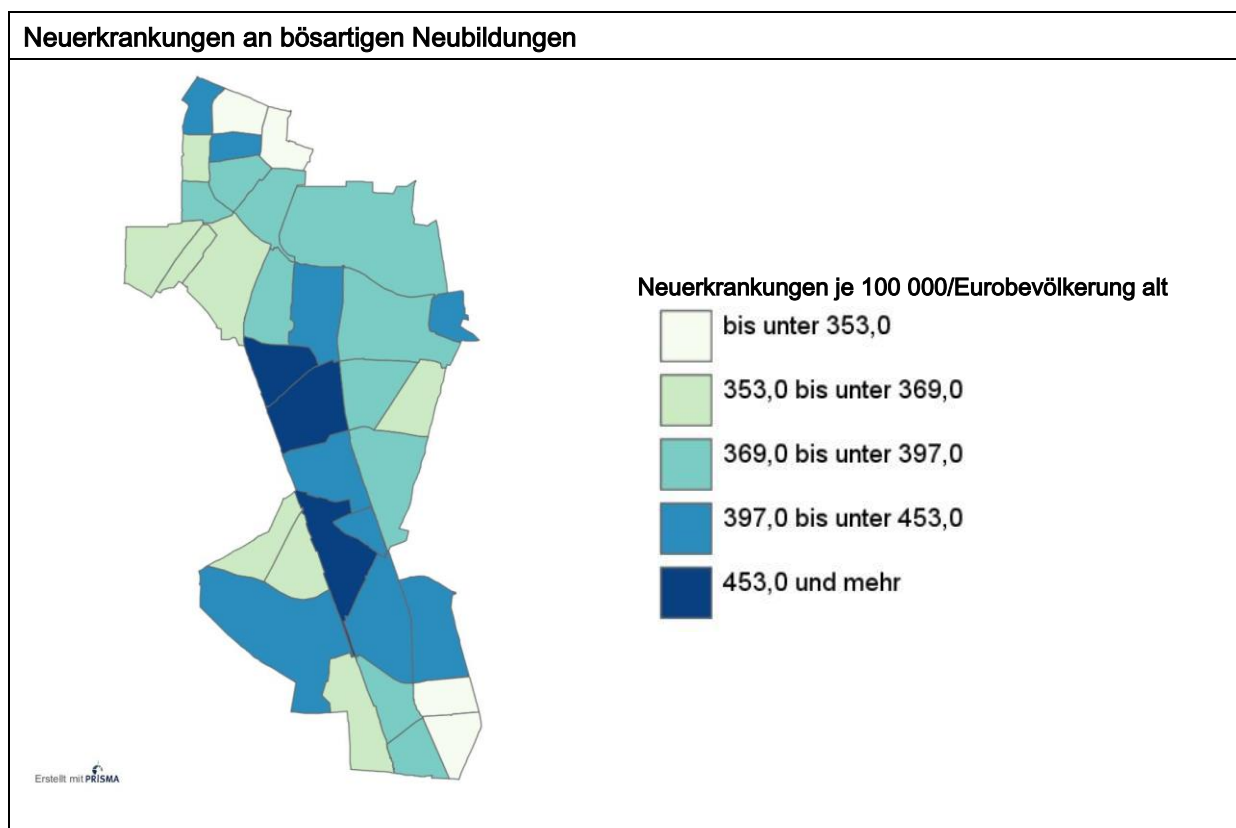


Abbildung 36: Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen in den PLR Tempelhof-Schönebergs je 100 000/ Eurobevölkerung alt, Stand 2006-2009. Quelle: SenGesSoz, Sozialstrukturatlas 2013. Grafik: SPK.

Die Neuerkrankungsrate an bösartigen Neubildungen variiert über den Bezirk hinweg erheblich. In den PLR Marienhöhe (Tempelhof), Rathausstraße (Mariendorf) und Marienfelde Nordost (Marienfelde) gehören die Neuerkrankungsraten zu den höchsten des Bezirks.

Ein eigener Indikator führt die Krebsneuerkrankungen auf, die mit dem Konsum von Tabak in Zusammenhang stehen. Die Neuerkrankungsrate dieser tabakassoziierten bösartigen Neubildungen ist in den PLR Marienhöhe, Germaniagarten (beide Tempelhof), John-Locke-Straße und Nahariyastraße (beide Lichtenrade) besonders hoch.

Die Rate an vorzeitiger Sterblichkeit, das heißt Todesfälle vor dem 65. Lebensjahr, sollte immer im möglichen Zusammenhang mit gesundheitlichen Risikofaktoren betrachtet werden. Hochrechnungen für Berlin haben gezeigt, dass die Hälfte dieser Todesfälle mit adäquater Prävention, Diagnostik oder Therapie vermeidbar wäre. Etwa ein Viertel dieser vermeidbaren Todesfälle hängen eng mit dem individuellen Gesundheitsverhalten zusammen (Born, 2011).

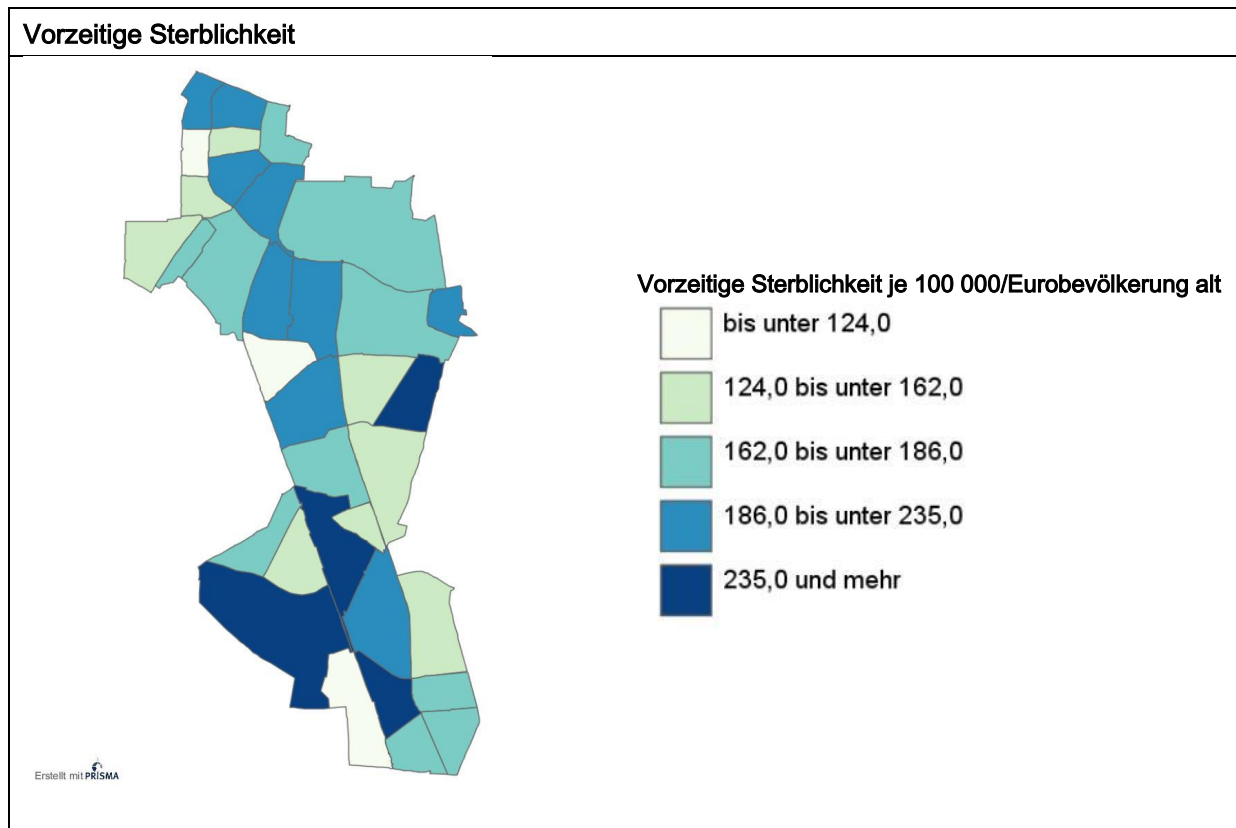


Abbildung 37: Vorzeitige Sterblichkeit in den PLR Tempelhof-Schönebergs je 100 000/ Eurobevölkerung alt, Stand 2009-2011. Quelle: SenGesSoz, Sozialstrukturatlas 2013. Grafik: SPK.

In den PLR Imbrosweg (Mariendorf), Marienfelde Nordost und Marienfelde Süd (beide Marienfelde) sowie John-Locke-Straße (Lichtenrade) ist die frühzeitige Sterblichkeitsrate äußerst hoch. Sie ist in den ersten drei genannten PLR seit dem letzten Basisbericht sehr deutlich gestiegen.

## **6. Ausgewählte Handlungsfelder und -empfehlungen**

Gemäß dem Motto „von Daten zu Taten“ stellt sich die Frage, welche Handlungsfelder sich aus den vorliegenden Zahlen ableiten lassen und wie sie lokal bearbeitet werden können. Wie wichtig lokal bezogenes Handeln im Bereich Gesundheit ist, greift das bundesweite Gesunde-Städte-Netzwerk auf, in dem Tempelhof-Schöneberg seit 2009 Mitglied ist und zu dessen 9-Punkte-Programm sich der Bezirk bekannt hat. Ziel ist unter anderem die Entwicklung gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen in der Kommune, die im Austausch mit anderen Städten stetig weiterentwickelt werden sollen.

Im Folgenden werden nun einige Themenfelder, die eine wesentliche Rolle für gesundheitsförderndes Handeln spielen, aufgeführt.

### **1. Demografischer Wandel**

Der demografische Wandel ist ein wichtiges Thema, das auch in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung Herausforderungen stellt. Im Bezirk liegt das Verhältnis von jung zu alt bei 1:1,4. Steigende Lebenserwartung und sinkende Geburtenziffern führen dazu, dass der Anteil älterer Menschen den der Jüngeren übersteigt. Gesundheitliche Herausforderungen liegen darin, dass mit steigendem Alter auch der Anteil von Pflegebedürftigen und schwerbehinderten Personen ansteigt. Eine wesentliche Aufgabe, die ebenfalls mit einer zunehmend älteren Bevölkerung verbunden ist, ist der Umgang mit dementiellen Erkrankungen. Für das Jahr 2050 wird geschätzt, dass 2 Millionen Menschen in Deutschland an Demenz erkrankt sein werden. Sie zählt zu den kostenintensivsten Krankheiten des Alters (knapp 44 000 Euro pro Patient\_in/Jahr). Es muss also diskutiert werden, welche präventiven Maßnahmen ergriffen werden können, um im Alter weitestgehend ohne (chronische) Krankheit zu leben.

Dabei sind die gerontopsychiatrischen-geriatrischen Verbände in Tempelhof und Schöneberg bedeutsame Akteure, da sie einen Zusammenschluss von Einrichtungen bilden, die sich mit der Versorgung und Beratung älterer Menschen beschäftigen. Die Mitarbeit in Zusammenschlüssen wie „Nachbarschaft als Anker“, die zum Thema Demenz auf einer sozialräumlichen Ebene arbeiten, ist ebenso wichtig, um für das Thema zu sensibilisieren.

Darüber hinaus bildet das Thema „Sucht im Alter“ einen Arbeitsschwerpunkt in den bezirklichen Suchtberatungsstellen und im Kooperationsverbund Integrierter Regionaler Suchthilfedienst Südwest.

Bezirkliche Angebote wie die Kiezspaziergänge zeigen Möglichkeiten auf, auch im Alter einen (körperlich) aktiven Lebensstil zu führen. Projekte wie die Ausstellung „100-jährige in Tempelhof-Schöneberg“, eröffnen die Möglichkeit, die momentane Lebenssituation hochbetagter Menschen kennenzulernen und nach deren Bedürfnissen zu fragen.

## **2. Armut und Gesundheit**

Der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit ist an mehreren Stellen erläutert worden. Die vorliegenden Daten erlauben es zwar nicht, direkte Zusammenhänge im Bezirk darzustellen. Es können aber Bevölkerungsgruppen benannt werden, die sich häufiger in einer schlechteren sozialen Position befinden und damit einem höheren Risiko ausgesetzt sind, in Gesundheitsbelangen schlechter gestellt zu sein. Die deutliche Diskrepanz zwischen armen und reichen Haushalten, die sich u.a. in der Verteilung der Äquivalenzeinkommen des Bezirks zeigt, sollte ebenso den Blick für die sehr heterogene Einwohner\_innenschaft des Bezirks schärfen und Bemühungen um gesundheitliche Chancengleichheit befördern.

Frauen über 65 Jahre, Transferleistungsbezieher\_innen sowie Personen mit Migrationsgeschichte sind dahingehend potentiell besonders vulnerabel. So sind Frauen über 65 Jahre im Vergleich mit ihren männlichen Altersgenossen häufiger schulisch und beruflich schlechter ausgebildet. Frauen sind generell weniger häufig erwerbstätig. Ungleiche Bedingungen im Erwerbsleben reproduzieren sich somit in der Zeit nach dem Renteneintritt.

Deutschlandweit sind 84% der Hartz 4-Empfänger\_innen von Armut betroffen. Im Bezirk erhalten fast 9 von 10 Personen nach SGB II die Leistungen für 2 Jahre oder länger und müssen somit für eine lange Zeit unter prekären Bedingungen leben. Neben materiellen Einbußen kann (längere) Arbeitslosigkeit dazu führen, dass soziale Kontakte und die soziale Anerkennung verloren gehen und das Selbstwertgefühl sinkt. All das bedeutet Stress, was bewiesenermaßen (chronische) Krankheiten und ungesunde Verhaltensweisen befördert. Ein schlechterer Gesundheitszustand bedeutet gleichzeitig ein großes Hemmnis, um wieder in den Arbeitsmarkt zu gelangen. Präventionsprojekte wie die „Aktion Darmgesundheit“, die mit Kund\_innen des Jobcenters durchgeführt wurde, versuchen, Gesundheitsförderung auf genau diese Zielgruppe auszurichten.

Der Anteil von Einwohner\_innen mit MH an hohen Schul- und Ausbildungsabschlüssen ist niedriger als der von Personen ohne Migrationsgeschichte. Vor allem junge Erwachsene mit MH sind deutlich weniger erwerbstätig als diejenigen ohne MH. Es muss genauer betrachtet



werden, welche Schwierigkeiten in den Übergängen von Schule/Ausbildung zu Berufsleben speziell für junge Menschen mit MH vorliegen und wie sie gelöst werden können. Eine Zusammenarbeit mit den Schulen bzw. der Jugendberufsagentur bietet sich an.

Das bezirkliche Aktionsprogramm „Präventionsketten“ könnte solche Bemühungen zusammenführen. Ziel dieses Programmes ist es, gesundheitsfördernde und präventive Strukturen und Angebote im Bezirk so auszubauen bzw. systematisch aufeinander abzustimmen, dass Kinder und Jugendliche bestmöglich in einem gesunden Aufwachsen unterstützt und Eltern in ihren Erziehungskompetenzen gestärkt werden. Perspektivisch ist der Ausbau der Präventionskette auf alle Lebensphasen bis hin ins hohe Alter sinnvoll.

### **3. Interkulturelle Aspekte**

Für Menschen mit Migrationsgeschichte bestehen unter Umständen besondere Risiken und Herausforderungen im Zusammenhang mit ihrer Gesundheit. Gründe dafür können zum einen eine schlechte sozioökonomische Lage sein, in der sich Personen mit MH häufiger als Personen ohne Migrationsgeschichte befinden. Damit verbundene schlechtere Arbeits- und Wohnbedingungen können in höheren Risiken für ihre Gesundheit münden. Außerdem kann der Zugang zur Gesundheitsversorgung aufgrund von Sprachschwierigkeiten erschwert sein. Aber auch Informationslücken oder kulturelle Unterschiede im Gesundheits- und Krankheitsverständnis können zu Defiziten führen.

Darüber hinaus kann offener oder verdeckter Rassismus einen deutlichen Einfluss auf den gesundheitlichen Zustand von Personen ausüben: dies kann in Form von konkreten körperlichen Gewalterfahrungen passieren, aber auch als psychische Belastung. Die Registerstelle zur Erfassung rassistischer, antisemitischer, rechtsextremer und diskriminierender Vorfälle im Bezirk Tempelhof-Schöneberg hat in den 13 Monaten seit ihrer Einrichtung 21 gemeldete rassistische bzw. rechtsgerichtete Vorfälle erfasst.

Im Bezirk nehmen Menschen mit Migrationsgeschichte in bestimmten Zusammenhängen eine besondere Rolle ein. So hat circa jede zweite Person unter 18 Jahren eine Migrationsgeschichte. Einwohner\_innen mit ausländischem Pass leben zudem öfter in einer sozial schlechteren Lage: es wurde gezeigt, dass in Bezug auf Transferleistungen nach SGB II und GruSi über 65 Jahren der Anteil an Ausländer\_innen deutlich erhöht ist. Außerdem leben momentan über 5 000 geflüchtete Menschen im Bezirk, deren Lebensbedingungen momentan als sehr prekär beschrieben werden können.

Um den Bedarfen zumindest eines Teils der Gruppe von Menschen mit Migrationsgeschichte gerecht zu werden, wurde die bezirkliche Arbeitsgemeinschaft „Migration und Sucht“ gegründet, die sich mit interkulturellen Aspekten in der Suchthilfe und –beratung beschäftigt. Außerdem stellt die Mitarbeit bei den Runden Tischen der Einrichtungen für geflüchtete Menschen sicher, dass gesundheitliche Thematiken in den Unterbringungen nachhaltig verankert werden.

Überdies muss diskutiert werden, wie interkulturelle Aspekte zum einen als Querschnittsthema konsequent mit bedacht und umgesetzt werden können und zum anderen Gesundheitsförderung gezielt auf Menschen mit Migrationsgeschichte ausgerichtet werden kann.

In Bezug auf geflüchtete Menschen im Bezirk sind Maßnahmen zu entwickeln, die die belastende Wohn-, Arbeits- und Freizeitsituation vor allem für (alleinstehende) Frauen, schwangere Frauen und junge Mütter sowie für Kinder, Jugendliche und kranke Menschen erträglicher machen können. Die Förderung des Zugangs zu adäquater Gesundheitsversorgung und gesundheitsförderlichen Lebensbedingungen dient nicht nur dazu, Gesundheitsressourcen zu stärken und das Gesundheitsverhalten zu verbessern, sondern hat auch gesellschaftlich integrierendes Potential.

#### 4. Gender

Es wurde deutlich, dass Gender<sup>26</sup> ein maßgeblicher Einflussfaktor für Gesundheit ist. Dabei gibt es für Männer und Frauen ganz eigene Ressourcen und Herausforderungen.

Die um fast 5 Jahre höhere Lebenserwartung von Frauen und die niedrige vorzeitige Sterblichkeitsrate führt dazu, dass eine zunehmende Feminisierung des Alters vorstattengeht. Gleichzeitig erkranken Frauen häufiger als Männer vorzeitig an Krebs. Die Neuerkrankungsrate an tabakassoziierten bösartigen Neubildungen von Frauen ist die zweithöchste in ganz Berlin. Außerdem ist zu beachten, dass im Berlinvergleich die Frauen im Bezirk die zweithöchste Sterberate an Krebs aufweisen.

Männer sterben circa 5 Jahre vor ihrer statistisch errechneten Lebenserwartung und im Schnitt 9 Jahre früher als Frauen. Dieser Unterschied ist der höchste in ganz Berlin. Sie

---

<sup>26</sup> Gender beschreibt nicht das biologische, sondern das soziale Geschlecht einer Person. Grundlage dafür ist die Annahme, dass Geschlecht nicht biologisch determiniert, sondern sozial konstruiert wird.

sterben auch häufiger vor ihrem 65. Lebensjahr. Die häufigsten Ursachen dafür sind ischämische Herzkrankheiten und Lungenkrebs. Sowohl Männer als auch Frauen im Bezirk sterben weniger häufig vorzeitig als Einwohner\_innen Berlins. Insgesamt sterben Männer häufiger an Krebs als Frauen, auch häufiger vor ihrem 65. Lebensjahr. Die Selbsttötungsrate von Männern im Bezirk übersteigt über alle Altersgruppen hinweg die der Frauen.

Der Bezirk weist die zweitniedrigste Raucher\_innenquote in Berlin auf. Trotzdem rauchen Männer insgesamt deutlich öfter als Frauen. Männer sind außerdem häufiger übergewichtig als Frauen.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, inwiefern Gender einen Einfluss auf Krankheitserleben, -diagnose und Therapieverlauf hat. So sind beispielsweise 75% aller Personen mit einer Schwerbehinderung aufgrund Neurosen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen Frauen. Erkranken Frauen tatsächlich öfter an diesen Störungen oder wird „Weiblichkeit“ grundsätzlich schneller psychologisiert? Der Umstand, dass obwohl Frauen häufiger vorzeitig an Krebs erkranken, die vorzeitige Sterblichkeit von Männern an Krebs höher ist als die der Frauen, lässt ebenso aufhorchen. Ist diese Tatsache der Art und der Therapiemöglichkeiten des Krebses geschuldet oder spielen individuelle Verhaltensweisen, wie zum Beispiel die Compliance, ebenfalls eine Rolle?

Mit Projekten wie „Genderaspekte in der Suchthilfe“ und „Aktion Darmgesundheit“ wurde der Fokus darauf gelegt, diesen unterschiedlichen Gesundheitsrisiken zu begegnen und Gesundheitsförderung geschlechtsspezifisch und gendergerecht auszurichten.

## **5. Ausgewählte Krankheitsbilder**

Aus einer Public Health-Perspektive gehören chronische Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-, Krebs- und Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie psychische und Verhaltensstörungen zu den momentan größten Herausforderungen. Individuelles Gesundheitsverhalten und sozioökonomische Bedingungen nehmen einen großen Einfluss auf die Entstehung und Entwicklung dieser Krankheiten.

Im Vergleich zu Gesamtberlin weist der Bezirk weniger Behandlungsfälle an Herz-Kreislauf-Erkrankungen und psychischen und Verhaltensstörungen auf. Bei Krebs- und Muskel-Skelett-Erkrankungen liegen die Werte höher als der Berliner Durchschnitt.

Es ist zu erwarten, dass die Krebserkrankungsraten in den nächsten Jahren weiter zunehmen. Der Grund dafür ist unter anderem im demografischen Wandel zu sehen (RKI, 2015<sup>2</sup>). Präventions- und Früherkennungsmaßnahmen gewinnen damit noch mehr an Bedeutung, denn frühzeitige Prävention und Diagnostik können den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen bzw. eine Erkrankung verhindern. Die häufigsten bösartigen Neubildungen von Frauen und Männern im Bezirk beziehen sich auf die Lunge, die Prostata/Brustdrüse und den Darm. Sie gehören auch zu den häufigsten Todesursachen bei Krebs.

Neben bezirklichen Aktivitäten im Rahmen von „Berlin Quالمfrei“ sowie dem schon erwähnten Projekt „Aktion Darmgesundheit“ sollte diskutiert werden, inwiefern im Bezirk bevölkerungsbezogen Prävention geleistet werden kann.

## **6. Sozialräumliche Orientierung**

Tempelhof-Schöneberg agiert im Vergleich zu den anderen Bezirken meist im Mittelfeld, es stellt sich aber ein sehr heterogenes Bild dar, sobald man die einzelnen Planungsräume betrachtet.

Die Planungsräume Dennewitzplatz (Schöneberg-Nord), Germaniagarten (Tempelhof) sowie Nahariyastraße (Lichtenrade) gehören zu denjenigen, die eine relativ schlechte sozialökonomische Struktur aufweisen. Das heißt, dass dort ein hoher Anteil an Menschen lebt, die Transferleistungen beziehen und somit potentiell größerer Armut und sozialer Ungleichheit ausgesetzt sind. Darüber hinaus sind in diesen PLR auffallend hohe Werte der ESU-Indikatoren festzustellen. Es ist außerdem mit Sorge zu betrachten, dass der Anteil von Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren, die SGB II-Leistungen beziehen, in diesen Planungsräumen zu den höchsten des Bezirks zählt. In letzteren beiden PLR ist zudem der Anteil an tabakassoziierten Krebsneuerkrankungen besonders hoch.

Aus diesen Daten ergeben sich mehrere Handlungsmöglichkeiten. Zum einen stellt sich die Frage, wie Kinder und Jugendliche sowie deren Familien in gesundheitsrelevanten Bereichen unterstützt werden können, damit ein schlechter ökonomischer Status nicht zum Prädiktor eines ungünstigen Gesundheitszustandes wird. Die schon erwähnten bezirklichen Präventionsketten können dazu einen wichtigen Beitrag leisten. Außerdem beschäftigt der Bezirk momentan zwei Familienhebammen, die im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen“ junge Schwangere und Familien in schwieriger Lage medizinisch und psychosozial unterstützen. Damit soll eine tragfähige Grundlage für die gesunde Entwicklung des Kindes

geschaffen werden. Darüber hinaus koordiniert der Bezirk das Programm „Fitte Kids“, bei dem in Kooperation mit Sportvereinen übergewichtigen Kindern Freude an Bewegung vermittelt wird.

Zum anderen wurde deutlich, dass in bestimmten Sozialräumen dringend Handlungsbedarf besteht. Umfassende Maßnahmen, wie zum Beispiel die Netzwerkrunde Germaniagarten, können eine Möglichkeit sein, Gesundheitsförderung auf mehreren Ebenen auszurichten. Regionale Schwerpunktsetzungen von bevölkerungsbezogenen Präventionsmaßnahmen können ein weiteres Mittel sein, Ungleichheiten zwischen den PLR und Bezirksregionen zu verringern. Im PLR Nahariyastraße findet in Kooperation mit einer Grundschule das Projekt „Mach dich fit, beweg dich mit“ statt, dessen Fokus auf gesunder Ernährung und Bewegung liegt. Ebenfalls erwähnenswert ist hier das Projekt „Fit für den Alltag, fit für die Schule“, das vom KJGD in der Bezirksregion Lichtenrade durchgeführt wird. Kinder werden dabei in ihren Alltagskompetenzen gestärkt, um den schulischen Anforderungen besser gewachsen zu sein. Außerdem wird eine Mutter-Baby-Gruppe im Gemeinschaftshaus Lichtenrade vom KJGD betreut. Des Weiteren wird durch das Quartiersmanagementgebiet Schöneberger Norden der Fokus auf sozialräumliche Unterstützungsbedarfe gelegt.

## 7. Quellen

Amt für Statistik [AfS] Berlin-Brandenburg (2014). Abgestimmter Datenpool Berlin. Arbeitsmarktdaten. Basis: Mikrodaten 2013.

AfS Berlin-Brandenburg (2015). Regionaler Sozialbericht Berlin und Brandenburg 2015. Verfügbar unter [https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/home/pdf/SP\\_Sozialbericht-000-000\\_DE\\_2015\\_BBB.pdf](https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/home/pdf/SP_Sozialbericht-000-000_DE_2015_BBB.pdf) (10.02.2016).

Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (2014). Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Verfügbar unter [https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschuere\\_UNKonvention\\_KK.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschuere_UNKonvention_KK.pdf?__blob=publicationFile) (12.01.2016).

Born, M. (2011). Kernindikatorensetz für eine nachhaltige Entwicklung Berlins. Verfügbar unter [http://www.stadtentwicklung.berlin.de/planen/foren\\_initiativen/nachhaltige\\_stadtentwicklung/download/SenStadt\\_Indikatoren\\_Bericht\\_2011\\_10\\_31.pdf](http://www.stadtentwicklung.berlin.de/planen/foren_initiativen/nachhaltige_stadtentwicklung/download/SenStadt_Indikatoren_Bericht_2011_10_31.pdf) (03.09.2015).

Der paritätische Gesamtverband (2016). Zeit zu handeln. Bericht zur Armutsentwicklung in Deutschland 2016. Verfügbar unter [http://www.der-paritaetische.de/index.php?eID=tx\\_nawsecuredl&u=0&g=0&t=1459341008&hash=89d639e121c817c3998688038aecc9d3cf3cd390&file=fileadmin/dokumente/2016\\_armutsbericht/ab2016\\_komplett\\_web.pdf](http://www.der-paritaetische.de/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&t=1459341008&hash=89d639e121c817c3998688038aecc9d3cf3cd390&file=fileadmin/dokumente/2016_armutsbericht/ab2016_komplett_web.pdf) (01.03.2016).

Gemeinsames Krebsregister der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen [GKR] (2012). Bezirksdatenblätter Berlin 2012. Krebsneuerkrankungen und Trends 2003-2012. Verfügbar unter <http://www.berlin.de/gkr/dienstleistungen/daten/#kreis> (17.06.2015).

Landesamt für Gesundheit und Soziales [LaGeSo] 2014. Statistik der behinderten Menschen für das Jahr 2014.

RKI (2015<sup>1</sup>). Epidemiologisches Bulletin. Nr. 11/12. Verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/11\\_12\\_15.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/11_12_15.pdf?__blob=publicationFile) (09.12.2015).

RKI (Hrsg.) (2015<sup>2</sup>). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI: Berlin.

Robert Koch-Institut [RKI] (2004). Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Verfügbar unter [http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/gesundheit\\_von\\_kinder\\_und\\_jugendlichen.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/gesundheit_von_kinder_und_jugendlichen.pdf?__blob=publicationFile) (07.04.2015).

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Referat IA [SenGesSoz] (2014). Bezirksprofil Tempelhof-Schöneberg 2014. Verfügbar unter [www.gsi-berlin.info](http://www.gsi-berlin.info) (03.08.2015).

SenGesSoz (2013). Handlungsorientierter Sozialstrukturatlas Berlin 2013. Verfügbar unter [www.gsi-berlin.info](http://www.gsi-berlin.info) (17.06.2015).

Weltgesundheitsorganisation [WHO] (2014). Soziale Determinanten von Gesundheit: die Fakten. Verfügbar unter [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/98441/e81384g.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98441/e81384g.pdf) (19.10.2015).

## 8. Anhang

### 1. Anhang 1: Sozialindikatoren

Die Sozialindikatoren, wie sie im Regionalen Sozialbericht 2015 aufgeführt werden, definieren sich wie folgt (AfS Berlin-Brandenburg, 2015):

- Armut (A1a): Anteil der Bevölkerung mit einem bedarfsgewichteten Einkommen unterhalb der landesspezifischen Armutsgefährdungsschwelle. Gilt als Hauptindikator für Einkommensarmut.
- Niedriges Einkommen (A4): Anteil der Bevölkerung mit einem Äquivalenzeinkommen unterhalb von 70% des landesspezifischen Medians des Äquivalenzeinkommens. Beschreibt die Armutsnähe.
- (Relative) Armutsgefährdungslücke (B1): Abstand des Medianäquivalenzeinkommens der armutsgefährdeten Bevölkerung von der Armutsgefährdungsschwelle in Prozent. Indikator für den Schwerpunkt und die Verteilung der Äquivalenzeinkommen der armutsgefährdeten Bevölkerung.
- Einkommen alt zu jung (B3): Verhältnis des Medians der Äquivalenzeinkommen von Personen im Alter ab 65 Jahren zum Median der Äquivalenzeinkommen von Personen unter 65 Jahren. Beschreibt die einkommensbezogene Generationengerechtigkeit.
- Gini-Koeffizient (der Äquivalenzeinkommen) (B4): Maß für die Verteilung der Äquivalenzeinkommen. Ein Koeffizient von 1 bedeutet vollständige Ungleichheit, ein Wert von 0 bedeutet vollkommene Gleichheit.
- S80/S20-Quote (B5): Verhältnis der Summe der Äquivalenzeinkommen des obersten Fünftels der Verteilung zu Summe des untersten Fünftels. Indikator für die Verteilung der Äquivalenzeinkommen.
- Mindestsicherungsquote (C1): Anteil der Bevölkerung, der Leistungen aus den sozialen Mindestsicherungssystemen bezieht (ALG II/Sozialgeld nach SGB II, laufende Hilfe zum Lebensunterhalt und Grundsicherung nach SGB XII sowie Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz). Bezeichnet das Ausmaß bekämpfter Armut.
- Niedrige Bildung (D1): Anteil der Personen mit niedrigem Bildungsstand in der Bevölkerung ab 25 Jahren (keine Hochschulreife und keine Berufsausbildung).

Indikator für Teilhabechancen am Arbeitsmarkt und im weiteren Sinne die Zukunftsfähigkeit einer Region.

- Haushalte ohne Erwerbstätige (E4): Anteil der Bevölkerung, der in Haushalten ohne Erwerbstätige lebt. Indikator für soziale Exklusion der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter und der betroffenen Kinder bezogen auf den Arbeitsmarkt.
- Geringe Wohnfläche (G1): Anteil der Bevölkerung, dem weniger als die Hälfte der landesdurchschnittlichen Pro-Kopf-Wohnfläche zur Verfügung steht. Indikator für „Wohnarmut“, die häufig eine Einschränkung des täglichen Lebens und der gesellschaftlichen Teilhabe darstellt.



## 2. Anhang 2: Lebensweltlich orientierte Räume (LOR) in Tempelhof-Schöneberg

Bezeichnung des LOR	LOR Identifikationsnummer
<b>Schöneberg-Nord</b>	070101
Wittenbergplatz/Viktoria-Luise-Platz	07010101
Nollendorfplatz	07010102
Barbarossaplatz	07010103
Dennewitzplatz	07010104
<b>Schöneberg-Süd</b>	070202
Bayerischer Platz	07020201
Volkspark (Rudolf-Wilde-Park)	07020202
Kaiser-Wilhelm-Platz	07020203
Schöneberger Insel	07020204
<b>Friedenau</b>	070303
Friedenau	07030301
Ceciliengärten	07030302
Grazer Platz	07030303
<b>Tempelhof</b>	070404
Neu-Tempelhof	07040401
Lindenhofsiedlung	07040402
Manteuffelstraße	07040403
Marienhöhe	07040404
Rathaus Tempelhof	07040405
Germaniagarten	07040406
<b>Mariendorf</b>	070505
Rathausstraße	07050501
Fritz-Werner-Straße	07050502
Eisenacher Straße	07050503
Imbrosweg	07050504
Hundsteinweg	07050505
Birnhornweg	07050506
<b>Marienfelde</b>	070606
Marienfelder Allee Nordwest	07060601
Kirchstraße	07060602
Marienfelde Nordost	07060603
Marienfelde Süd	07060604
<b>Lichtenrade</b>	070707
Kettinger Straße/Schillerstraße	07070701
Alt-Lichtenrade/Töpchiner Weg	07070702
John-Locke-Straße	07070703
Nahariyastraße	07070704
Franziusweg/Rohrbachstraße	07070705
Horstwalder Straße/Paplitzer Straße	07070706
Wittelsbacherstraße	07070707

### 3. Anhang 3a: Vorgehensweise der raumbezogenen Analyse

Folgende Indikatoren werden für die Analyse verwendet:

Indikator	Kürzel	KID <sup>27</sup>	Maßzahl	Stand
Einwohner_innen insgesamt	EW		Absolute Anzahl	12/2014
Einwohner_innen unter 18 Jahre	U18	B1	Anteil an Gesamtbevölkerung des PLR in %	12/2014
Einwohner_innen über 65 Jahre	Ü65	B2	Anteil an Gesamtbevölkerung des PLR in %	12/2014
Einwohner_innen mit Migrationshintergrund <sup>28</sup>	MH		Anteil an Gesamtbevölkerung des PLR in %	12/2014
Einwohner_innen mit Migrationshintergrund unter 18 Jahre	MH u18	B3	Anteil an Bevölkerung des PLR unter 18 Jahren in %	12/2014
Einwohner_innen mit Migrationshintergrund über 65 Jahre	MH ü65	B4	Anteil an Bevölkerung des PLR über 65 Jahren in %	12/2014
Erwerbsfähige Hilfebedürftige und Empfänger_innen von Sozialgeld nach SGB II	eLb nef	D4	Anteil an Bevölkerung des PLR unter 65 Jahren in %	12/2014
Nicht erwerbsfähige Leistungsberechtigte unter 15 Jahren	nef u15	D5	Anteil an Bevölkerung des PLR unter 15 Jahren in %	12/2014
Empfänger_innen von Grundsicherung im Alter (außerhalb von Einrichtungen) nach SGB XII über 65 Jahren	G ü65	D6	Anteil an Bevölkerung des PLR über 65 Jahren in %	12/2014
Vorzeitige Sterblichkeit	Sterb		Je 100 000 EW unter 65 Jahren (Eurobevölkerung alt)	2009-2011 (gepoolt)
Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen	Bös Neu		Je 100 000 EW (Eurobevölkerung alt)	2006-2009 (gepoolt)
Neuerkrankungen an tabakassoziierten bösartigen Neubildungen	T bös Neu		Je 100 000 EW (Eurobevölkerung alt)	2006-2009 (gepoolt)
Kinder mit min. einem/r Raucher_in im Haushalt an Einschüler_innen	Rauch		Anteil an allen untersuchten Kindern in %	2009-2014 (gepoolt)
Kinder mit unversorgten Zahnschäden an Einschüler_innen	Zahn		Anteil an allen untersuchten Kindern in %	2009-2014 (gepoolt)
Kinder mit Übergewicht an Einschüler_innen	Überg	E3	Anteil an allen untersuchten Kindern in %	2009-2014 (gepoolt)
Gesamtindex soziale Ungleichheit	MSS	F5	Einteilung in Kategorien 1-4 sowie +, - oder +/- <sup>29</sup>	12/2012

<sup>27</sup> Die Indikatoren entsprechen den Kernindikatoren [KID], wie sie von der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt und des Amts für Statistik Berlin-Brandenburg 2012 entwickelt wurden. Sie wurden innerhalb des abgestimmten Sets der KID für integrierte Stadtteilentwicklung und Bezirksregionenprofile benannt.

<sup>28</sup> Die Vergleichbarkeit der Daten zum MH mit dem Stand vor 2014 ist methodisch bedingt nur eingeschränkt möglich.

Um eine Aussage darüber zu treffen, wie sich die einzelnen Indikatorenwerte der jeweiligen PLR zueinander verhalten, wird eine Klassifikation zur Hilfe genommen, die auch schon im letzten Basisbericht 2011 verwendet wurde. Es wird jeder einzelner Wert eines PLR in seiner Stellung innerhalb aller PLR bewertet. Ein Indikatorenwert X, der als „gering“ eingestuft wird, ist also als niedrig im Vergleich zu den Indikatorenwerten X der restlichen PLR zu verstehen.

Auffallend hoch	Hoch	Neutral	Gering	Auffallend gering
-----------------	------	---------	--------	-------------------

- auffallend hoch (dunkelblau): die 10% der Planungsräume mit den höchsten Werten unter allen PLR (zwischen 3 und 4 PLR, je nach Verteilung)
- hoch (blau): sind 25% der Planungsräume, die über dem neutralen Bereich liegen (8 bis 9 PLR, je nach Verteilung)
- neutral (türkis): sind die 30% der Planungsräume, deren Werte um den Bezirksmittelwert, das arithmetische Mittel und dem Median der PLR liegen (zwischen 10 und 11 PLR, je nach Verteilung)
- gering (hellgrün): sind die 25% der Planungsräume, die unter dem neutralen Bereich liegen (8 bis 9 PLR, je nach Verteilung)
- auffallend gering (weiß): die 10% der Planungsräume mit den niedrigsten Werten unter allen PLR (zwischen 3 und 4 PLR, je nach Verteilung)

Zudem werden die Werte markiert, die sich innerhalb der eben vorgestellten Klassifikationen seit dem letzten Basisbericht 2011 verschoben haben. Ist also von einer einem Rückgang bzw. einem Anstieg der Werte die Rede, bezieht es sich auf die Einordnung des PLR innerhalb der Klassifikation (*relative* Veränderung) und nicht zwangsläufig auf einen *absolute/n* Rückgang/Steigerung der Werte.

- Minus (-): relativer Rückgang (z.B. von hellgrün zu weiß) → Verbesserung
- Doppeltes Minus (--): deutlicher relativer Rückgang (z.B. von dunkelblau auf türkis) → deutliche Verbesserung

<sup>29</sup> Im Bericht Monitoring Soziale Stadtentwicklung (MSS) werden Status- und Dynamikindex kombiniert zum Gesamtindex soziale Ungleichheit. Es existieren die Kategorien:

1 – hoher Statusindex, 2 – mittlerer Statusindex, 3 – niedriger Statusindex, 4 – sehr niedriger Statusindex sowie die Dynamikindizes positiv (+), stabil (+/-) und negativ (-).

- Plus (+): relativer Anstieg (z.B. von weiß zu hellgrün) → Verschlechterung
- Doppeltes Plus (++): deutlicher relativer Anstieg (z.B. von hellgrün zu blau) → deutliche Verschlechterung
- Dreifaches Plus (+++): sehr deutlicher relativer Anstieg (z.B. von hellgrün zu dunkelblau) → äußerst starke Verschlechterung

Die Indikatoren *nef unter 15 Jahren* sowie *Neuerkrankungen von bösartigen und bösartigen tabakassoziierten Neubildungen* wurden für diesen Bericht neu hinzugefügt bzw. berechnet. Ein Vergleich mit Werten des letzten Jahres ist deshalb nicht möglich.

Die Klassifizierung und Farbgebung ist nur begrenzt auch als qualitative Bewertung zu verstehen (im Sinne von geringe Werte = favorisierter Zustand). Für gesundheitliche Daten und Sozialleistungen kann eine solche inhaltliche Wertung für sinnvoll erachtet werden, für direkt bevölkerungsbezogene Werte selbstverständlich nicht. In diesen Fällen bezieht sich die Klassifizierung ausschließlich auf die rein statistischen Ausprägungen.

Die jeweiligen Cut-off-Werte der Klassifikationen sowie eine Zusammenstellung der Mittelwerte, Mediane und Minimal- und Maximalwerte finden sich im Anhang 3b.

#### 4. Anhang 3b: Cut-Off-Werte der raumbezogenen Analyse

In folgender Tabelle sind die Cut-off Werte für jeden Indikator, der in der Planungsraumanalyse verwendet wurde, aufgelistet<sup>30</sup>.

	Ab- kürzung	Auffallend gering	gering	neutral	hoch	Auffallend hoch	Min.	Max.	MW	Median	T-S	Stand
Unter 18 J.	U18	<12%	12-14%	14-15%	15-16,5%	<16,5%	10,3%	19,7%	14,5%	14,6%	14,6%	12/2014
Über 65 J.	Ü65	<13%	13-20%	20-26%	26-30%	>30%	9,1%	33,7%	22,7%	24,1%	20,8%	12/2014
EW mit MH	MH	<16%	16-24%	24-34%	34-43%	>45%	11,4%	56,4%	29,8%	30,7%	32,2%	12/2014
EW mit MH unter 18 J.	MH u18	<29%	29-41%	41-53%	53-66%	>66%	22,5%	78,4%	50,1%	51,1%	52,4%	12/2014
EW mit MH über 65 J.	MH ü65	<4%	4-7%	7-13%	13-25%	>25%	3,5%	49,9%	12,9%	10,9%	12,7%	12/2014
ELb und nef nach SGB II	eLb nef	<7,7%	7,7-15,7%	15,7-23,1%	23,1-28,2%	>28,2%	5,7%	36,3%	18,1%	18,0%	18,4%	12/2014
Nef unter 15 J.	nef u15	<10,2%	10,2-22,7%	22,7-38,2%	38,2-47,7%	>47,7%	9,4%	65,2%	29,7%	28,7%	30,1%	12/2014
GruSi über 65 J.	G ü65	<1,7%	1,7-4,7%	4,7-6,0%	6,0-17,4%	>17,4%	1,1%	26,5%	6,8%	5,4%	6,6%	12/2014
Vorzeitige Sterblichkeit	Sterb	<124	124-162	162-186	186-235	>235	101,3	248,4	176,6	180,9	171,2	2009-2011
Neuerkr. bös. Neub.	Bös Neu	<353	353-369	369-397	397-453	>453	318,2	505,7	388,4	380,1	386,9	2006-2009
Neuerkr. tab. bös. Neub.	T bös Neu	<81	81-88	88-100	100-112	>112	71,6	123,9	95,5	86,2	94,2	2006-2009
Raucher_innenhaushalt	Rauch	<23,8	23,8-31	31-41,7	41,7-48	>48	17,5	53,6	35,7	34,9	35,5	2009-2014
Zahnschäden	Zahn	<6	6-9,9	9,9-16,6	16,6-22	>22	3,8	28,8	13,8	13,8	13,6	2009-2014
Übergewicht	Überg	<6,5	6,5-9	9-11	11-15	>15	4,6	17,2	10,3	10,0	10,1	2009-2014

<sup>30</sup> Darüber hinaus ist jeder Indikator mit seiner minimalen und maximalen Ausprägung benannt. Blau hinterlegte Felder zeigen an, dass es im Vergleich zum letzten Basisbericht 2011 einen Rückgang der Werte um mind. 5% gab. Violett hinterlegte Felder bedeuten, dass eine Zunahme der Werte von mind. 5% seit 2010 beobachtet werden können. Der Mittelwert – auch als „Durchschnitt“ bezeichnet – ist der Wert, der errechnet wird, wenn die Anteile aller PLR durch deren Anzahl (also 34) geteilt wird. Der Median beschreibt den Wert, der genau in der Mitte aller Werte liegt. Ein Beispiel: Der Medianwert von 24,1% beim Indikator ü65 bedeutet, dass bei genau der Hälfte der PLR – also bei 17 PLR – der Anteil von über 65jährigen an der Bevölkerung bei unter 24,1% liegt. Die restlichen 17 PLR haben einen ü65-Anteil von über 24,1% an der Bevölkerung. Der Mittelwert dagegen liegt bei den unter 65jährigen bei 22,7% und damit niedriger als der Median. Das gibt einen Hinweis darauf, dass es PLR gibt, in denen der Anteil von über 65jährigen äußerst niedrig ist.