



Bezirksamt
Tempelhof-Schöneberg
von Berlin

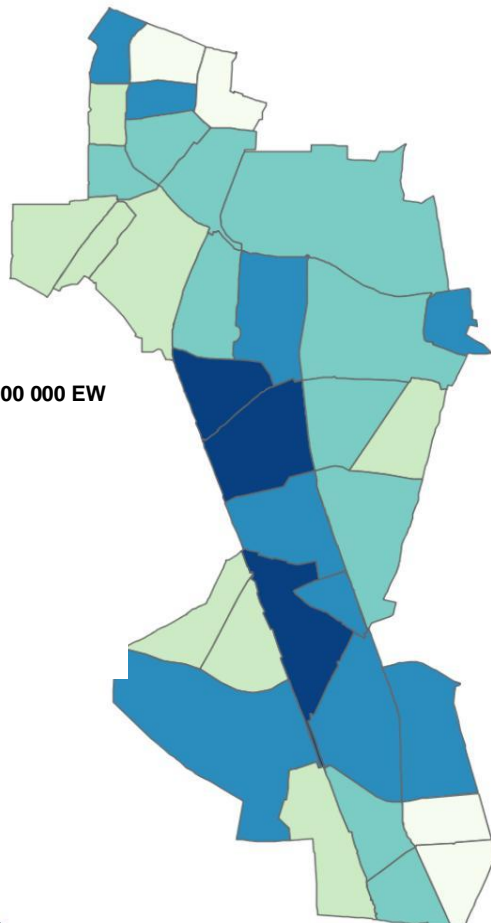
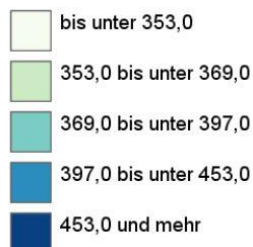
2015

Gleiche Gesundheit für Alle?!

2. Gesundheits- und Sozialbericht des Bezirks Tempelhof-Schöneberg

- KURZFASSUNG -

Krebsneuerkrankungen je 100 000 EW



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

1. Einleitung.....	1
2. Der Bezirk und seine Einwohner_innen	3
3. Faktoren sozialer Benachteiligung	4
4. Gesundheitliche Lage	7
1. Mortalität	8
2. Morbidität	9
5. Raumbezogene Analyse.....	11
1. Einwohner_innen.....	16
2. Arbeitslosigkeit und soziale Ungleichheit.....	16
3. Kindergesundheit	17
4. Morbidität und Mortalität.....	18
6. Ausgewählte Handlungsfelder und -empfehlungen.....	19
1. Demografischer Wandel.....	19
2. Armut und Gesundheit	20
3. Interkulturelle Aspekte.....	21
4. Gender.....	23
5. Ausgewählte Krankheitsbilder	24
6. Sozialräumliche Orientierung	24

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 Wohnumfeld¹. Abbildung 1 zeigt, welche sozialen Determinanten Einfluss auf unseren Gesundheitszustand haben können.

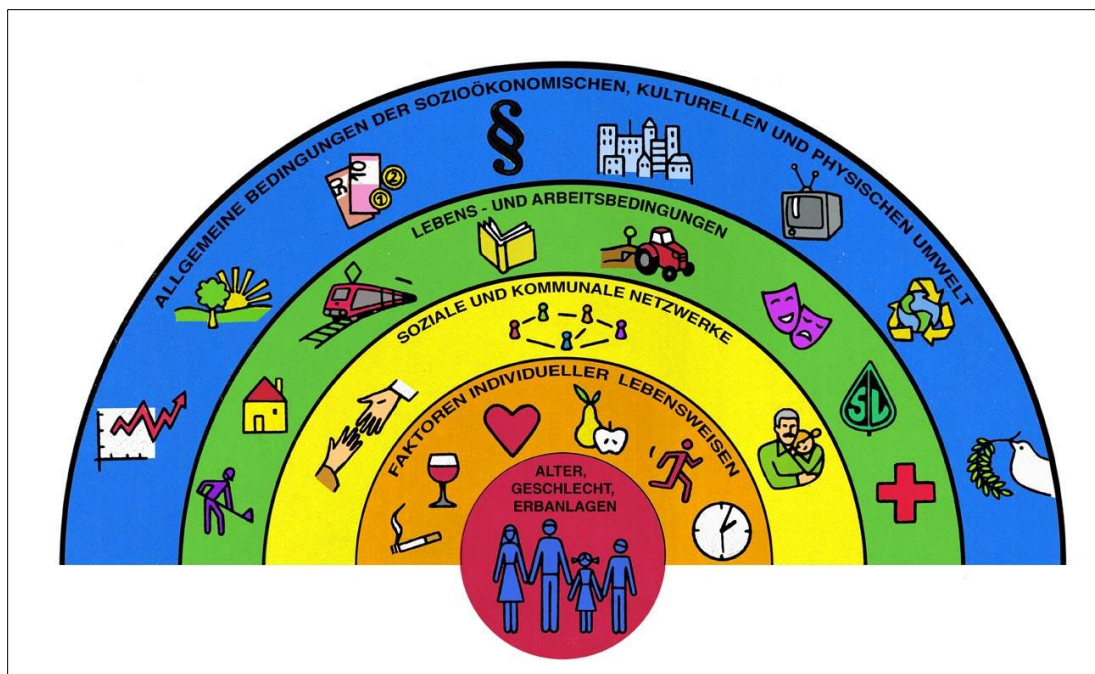


Abbildung 1: Soziale Determinanten von Gesundheit. Quelle: fgoe.org

¹ http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98441/e81384g.pdf

Ungünstige soziale Determinanten treffen bei bestimmten Bevölkerungsgruppen häufiger zu und können über die gesamte Lebensspanne auftreten. Zudem wirken sie sich anhäufend 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 den gesundheitlichen, sozialen oder ökonomischen Zustand 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

Auch im Bezirk lässt sich der demografische Wandel beobachten. Jede_r fünfte_r Einwohner_in (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 (vgl. Abbildung 2).

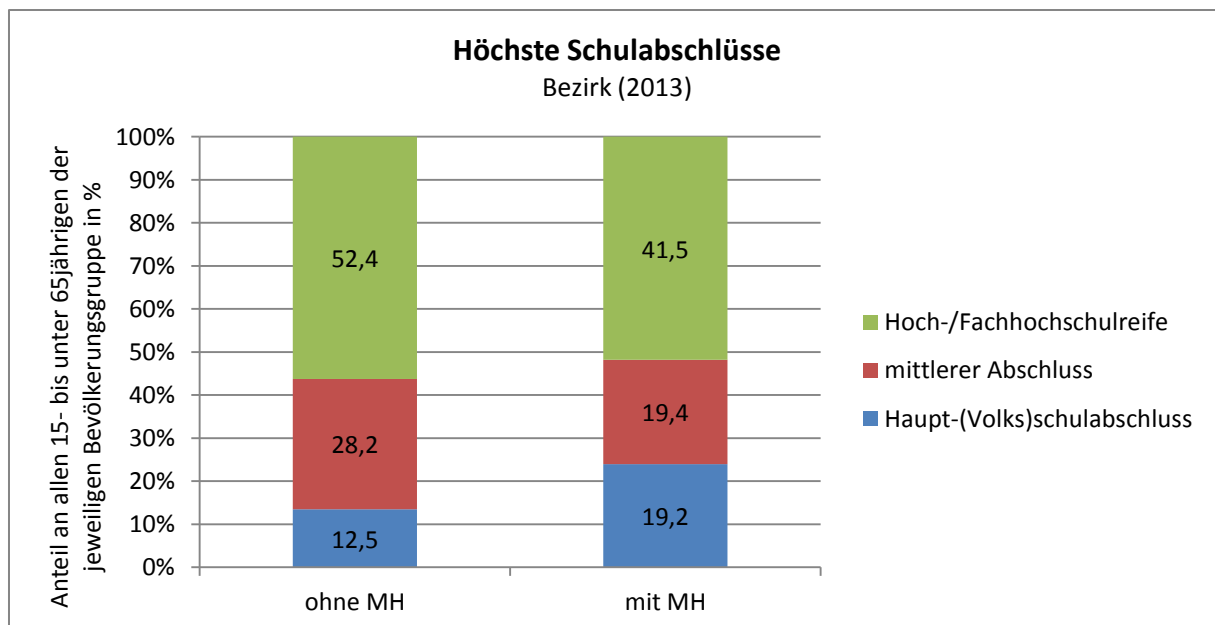


Abbildung 2: Höchster Schulabschluss nach Migrationshintergrund der Bevölkerung zwischen 15 und unter 65 Jahren in Tempelhof-Schöneberg in Prozent, Stand 2013. Quelle: AfS Berlin-Brandenburg, Mikrozensus 2013. Eigene Berechnung, eigene Darstellung.

Personen mit Migrationshintergrund (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

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 (vgl. Abbildung 3). Indikatoren wie die Armutsgefährdungslücke, der Gini-Koeffizient und die S80/S20-Quote² 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,

² Maße der Einkommensverteilung.

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.

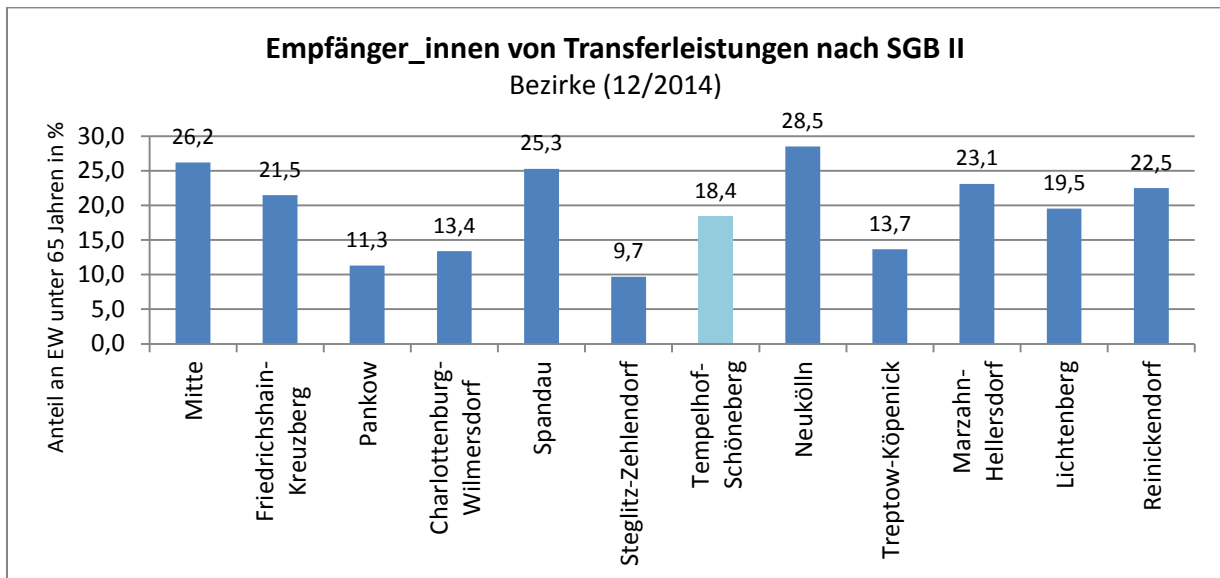


Abbildung 3: Empfänger_innen von Transferleistungen nach SGB II an den EW unter 65 Jahren in den Bezirken in Prozent, Stand 12/2014. Entspricht Kernindikator [KID] D4. Quelle: Bundesagentur für Arbeit/AfS Berlin-Brandenburg, Abgestimmter Datenpool. Eigene Berechnung, eigene Darstellung.

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%. Zum anderen scheint es schwer, der Arbeitslosigkeit schnell wieder zu entkommen: 87% aller momentanen Leistungsbezieher_innen nach Sozialgesetzbuch (SGB) II im Bezirk 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 Sozialleistungsbezug: 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 Grundsicherung (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 (vgl. Abbildung 4). 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.

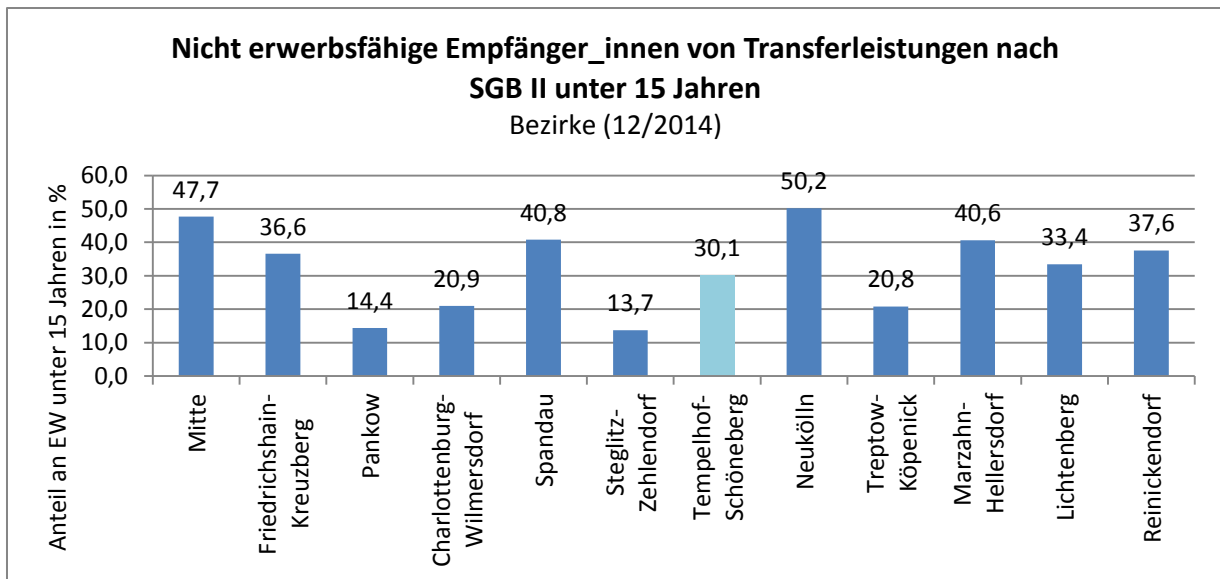


Abbildung 4: Anteil von nicht erwerbsfähigen Empfänger_innen von Transferleistungen nach SGB II unter 15 Jahren in den Berliner Bezirken in Prozent, Stand 12/2014. Entspricht KID D5. Quelle: Bundesagentur für Arbeit/AfS Berlin-Brandenburg, Abgestimmter Datenpool. Eigene Darstellung.

Knapp 13% der Einwohner_innen im Bezirk haben eine anerkannte Schwerbehinderung. Laut UN-Behindertenrechtskonvention ist „Menschen mit Behinderungen eine unentgeltliche oder erschwerte Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zu Verfügung [zu stellen] wie anderen Menschen“. 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

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 (vgl. Abbildung 5). Frauen haben nicht nur eine um 5,2 Jahre höhere

Lebenserwartung 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.

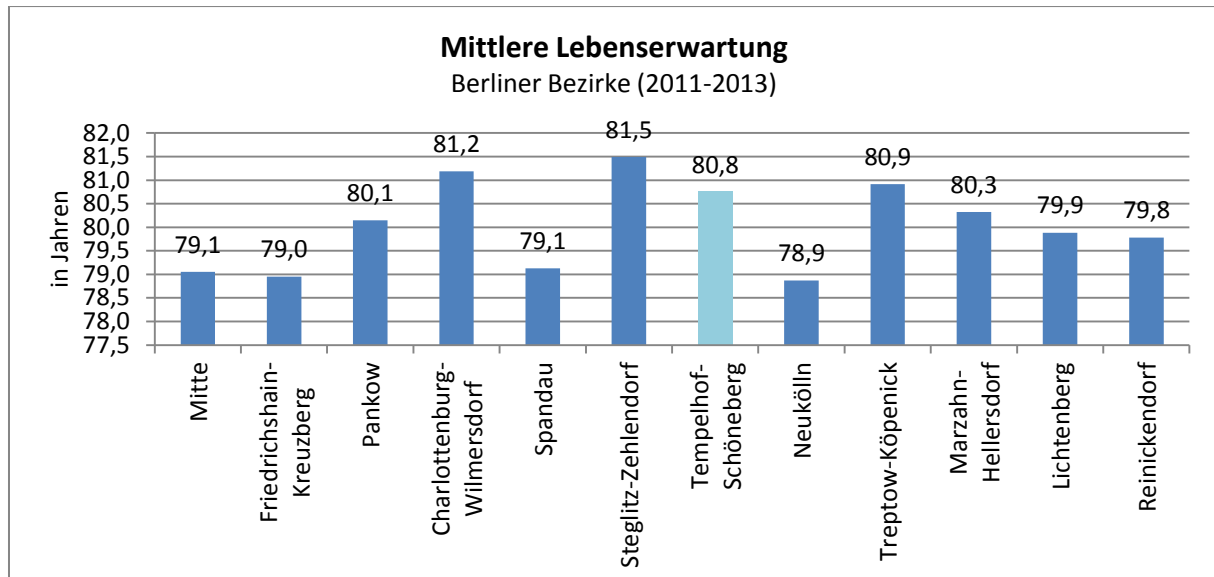


Abbildung 5: Mittlere Lebenserwartung in den Berliner Bezirken 2011-2013 (zusammengefasst) in Jahren. Quelle: AfS Berlin-Brandenburg, eigene Darstellung.

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.

1. 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.

2. 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 (vgl. Abbildung 6). 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.

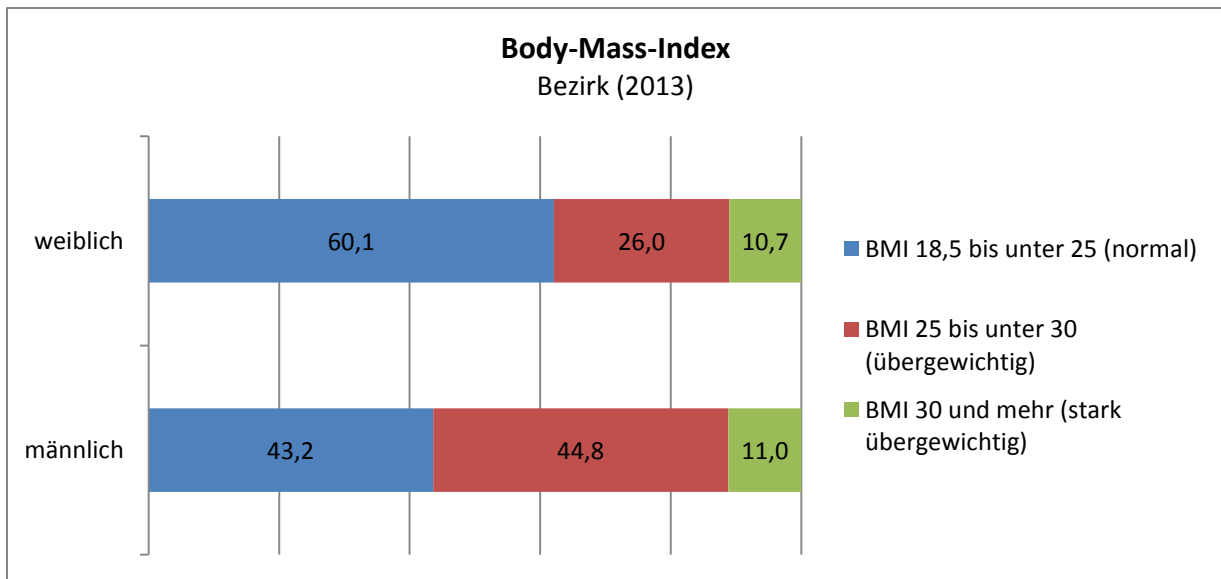


Abbildung 6: Body-Mass-Index (BMI) in Tempelhof-Schöneberg in Prozent, Stand 2013. Quelle: AfS Berlin-Brandenburg, Mikrozensus 2013. Eigene Darstellung.

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 Analyse

Um die Gesundheitsplanung- und -förderung noch zielgenauer auszurichten und näher an der tatsächlichen Lebenslage der Einwohner_innen zu orientieren, werden im Folgenden Indikatoren zur sozialen und gesundheitlichen Lage auf Planungsraumebene (nach LOR-Systematik³) vorgestellt und im Hinblick auf besondere Herausforderungen näher betrachtet (für Anmerkungen zur Methodik, den Indikatoren und der LOR-Bezeichnung sei auf den Anhang der Langfassung des Berichts verwiesen).

³ Mehr Informationen zur Entwicklung und Verwendung der lebensweltlich orientierten Räume (LOR) sind auf den Seiten der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt zu finden: http://www.stadtentwicklung.berlin.de/planen/basisdaten_stadtentwicklung/lor/

Tabelle 1: Planungsraumanalyse Schöneberg-Nord. Eigene Darstellung.

PLR (LOR)	EW	U18 ⁴	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 2: 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+/-

⁴ folgende Abkürzungen werden verwendet: u18: unter 18 Jahre; ü65: über 65 Jahre; MH: Migrationshintergrund; eLb + nef: Erwerbsfähige Hilfebedürftige und Empfänger_innen von Sozialgeld nach SGB II; nef u15: Nicht erwerbsfähige Leistungsberechtigte unter 15 Jahren; G ü65: Grundsicherung über 65 Jahre; Sterb: vorzeitige Sterblichkeit; Bös. neu: Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen; T bös neu: Neuerkrankungen an tabakassozierten bösartigen Neubildungen; Rauch: Kinder aus Raucher_innenhaushalten; Zahn: Kinder mit unversorgten Zahnschäden; Überg: Kinder mit Übergewicht; MSS: Gesamtindex soziale Ungleichheit

Tabelle 3: 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 4: 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 5: 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 6: 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 7: 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/Papplitzer 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+/-

Folgende Planungsräume (PLR) haben besondere Aufmerksamkeit verdient:

1. 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).

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).

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).

2. 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.

3. 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 Arbeitslosengeld (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.

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.

4. Morbidität und Mortalität⁵

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

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 bösartiger Neubildungen ist in den PLR Marienhöhe, Germaniagarten (beide Tempelhof), John-Locke-Straße und Nahariyastraße (beide Lichtenrade) besonders hoch.

⁵ 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.

Die Rate an vorzeitiger Sterblichkeit, das heißt 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.

In den PLR Imbrosweg (Mariendorf), Marienfelde Nordost und Marienfelde Süd (beide Marienfelde) und 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 „100-jährige in Tempelhof-Schöneberg“, eröffnen die Möglichkeit, die momentane Lebenssituation hochbetagter Menschen kennenzulernen und von deren Bedürfnissen zu erfahren.

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 generell sind 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 zum 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 Gender⁶ 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 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

⁶ 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.

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

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. Frühzeitige Prävention und Diagnostik können den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen bzw. eine Erkrankung verhindern. Es ist zu erwarten, dass die Krebserkrankungsraten in den nächsten Jahren weiter zunehmen. Der Grund dafür ist unter anderem im demografischen Wandel zu sehen. Präventions- und Früherkennungsmaßnahmen gewinnen damit noch mehr an Bedeutung.

Neben bezirklichen Aktivitäten im Rahmen von „Berlin Qualmfrei“ 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 Indikatoren aus den Einschulungsuntersuchungen festzustellen. Es ist außerdem mit Sorge zu betrachten, dass der Anteil von Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren, die Sozialgeld

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.