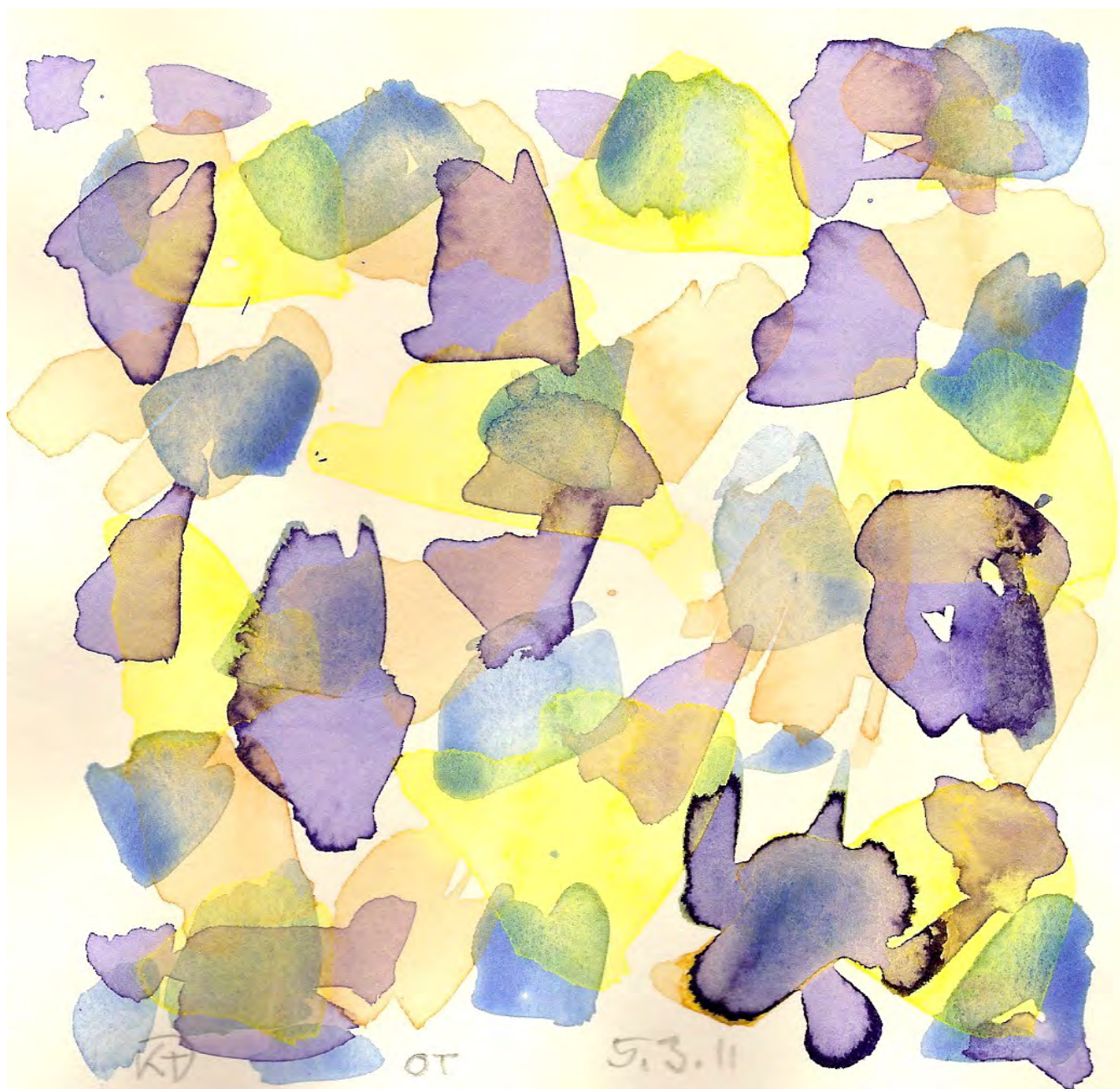


# Migration und Gesundheit im Bezirk Berlin Mitte



## Gesundheitliche und soziale Lage der Bevölkerung unter Berücksichtigung des Migrationshintergrundes



Beiträge zur Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung

Band 17

Berlin Mitte



Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk

April 2011

**Herausgeber:**

Bezirksamt Mitte von Berlin  
Abteilung Gesundheit

**Bearbeitet von:**

Jeffrey Butler  
Abteilung Gesundheit  
Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination  
Reinickendorfer Str. 60 b, 13347 Berlin  
Tel.: 9018 42575  
[jeffrey.butler@ba-mitte.verwalt-berlin.de](mailto:jeffrey.butler@ba-mitte.verwalt-berlin.de)

[www.berlin.de/ba-mitte2/org/gesplanleit](http://www.berlin.de/ba-mitte2/org/gesplanleit)

**unter Mitarbeit von:**

Elke Harms, Tobias Prey, Elisabeth Petry-Stahlberg, Maryam Stibenz  
und mit technischer Unterstützung von Martina Ott

Die Verwendung des Deckblattmotivs geschieht mit Genehmigung von Prof. Dr. Konrad Tietze (ehem. Robert-Koch-Institut), dem wir herzlich dafür danken.

1. Auflage, April 2011



Die Reihe “Beiträge zur Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung” ist eine Veröffentlichungsreihe der OE Qualitätsentwicklung, Planung, Koordination Berlin-Mitte

Die Beiträge sind im Internet als Download verfügbar.



## **Vorwort des Bezirksbürgermeisters**

Ich freue mich, Ihnen unseren Bericht zu Migration und Gesundheit im Bezirk Berlin Mitte vorstellen zu können.

Angesichts der Tatsache, dass ein erheblicher Teil der Bewohnerinnen und Bewohner unseres Bezirkes Menschen mit einer Zuwanderungsgeschichte sind, ist das Thema „Migration und Gesundheit“ von besonderer Bedeutung. Obgleich die Vielfalt der Bevölkerung zweifelsohne eine Bereicherung für den Bezirk darstellt, führt insbesondere die schwierige soziale Lage vieler Menschen mit Zuwanderungsgeschichte dazu, dass sie es verstärkt mit gesundheitlichen Problemen zu tun haben. Bei diesem Bericht geht es uns darum, eine differenzierte Analyse der Sachlage durchzuführen, um eine solide Datengrundlage für unsere Planungen und Maßnahmen für diese Zielgruppe zu schaffen.

Der erste Teil des Berichts befasst sich mit der Bevölkerung und der sozialen Lage in Mitte im Vergleich der Berliner Bezirke anhand von amtlichen Statistiken. Im zweiten Berichtsteil wird zunächst eine Literaturanalyse zum Thema „Migration und Gesundheit“ durchgeführt. Anschließend wird mithilfe einer Reihe von eigenen Erhebungen die gesundheitliche Situation der bezirklichen Bevölkerung in verschiedenen Altersgruppen analysiert – jeweils nach sog. Migrationshintergrund differenziert.

Ich hoffe, dass unser Bericht dazu beiträgt, die Diskussion zu dieser wichtigen Thematik voranzubringen, denn wir versuchen – anders als viele andere Studien – den lebensweltlichen Ansatz gegenüber Migrantinnen und Migranten zu verfolgen. Dabei geht der Milieuansatz weit über das hinaus, was häufig in den letzten Jahrzehnten publiziert wurde und ermöglicht einen modernen und differenzierten Blick auf die gesellschaftliche und kulturelle Vielfalt in unserem Bezirk.

An dieser Stelle möchte ich auch allen danken, die an der Erstellung des Berichtes beteiligt waren.

Ihr

Dr. Christian Hanke

# Inhaltsverzeichnis

Vorwort des Bezirksbürgermeisters	I
Inhaltsverzeichnis	II
<b>Teil I: Einleitung</b>	<b>1</b>
Anmerkungen zur Datenlage	1
Zur Begrifflichkeit	3
1 Lebenslagen von Migranten in Deutschland und Berlin	4
<b>Teil II Bevölkerung und soziale Lage im Bezirk Mitte</b>	<b>10</b>
<b>2 Bevölkerung</b>	<b>11</b>
2.1 Bevölkerungsstruktur	11
2.2 Migration	13
2.2.1 Anteil der Einwohner mit MH im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung in den LORs von Mitte	16
2.2.2 Ausländer nach Herkunft in Mitte	18
2.3 Bevölkerungsentwicklung	20
2.4 Zusammenfassung	21
<b>3 Soziale Lage</b>	<b>23</b>
3.1 Schul- und Berufsbildung	23
3.1.1 Schulbildung	24
3.1.2 Berufliche Bildung	27
3.2 Lebensunterhalt und Erwerbstätigkeit	29
3.3 Arbeitslosigkeit	33
3.3.1 Arbeitslosenquote	33
3.3.2 Arbeitslosengeld II	35
3.4 Einkommen	39
3.5 ESU-Index der sozialen Lage	41
3.5 Zusammenfassung	43
<b>4 Bevölkerung und Soziale Lage in den Bezirksregionen (BZR) von Mitte</b>	<b>47</b>
4.1 Bezirksregion 11 - Tiergarten Süd	47
4.2 Bezirksregion 12 - Regierungsviertel	49
4.3 Bezirksregion 13 - Alexanderplatz	51
4.4 Bezirksregion 14 - Brunnenstraße Süd	53
4.5 Bezirksregion 21 - Moabit West	55
4.6 Bezirksregion 22 - Moabit Ost	57
4.7 Bezirksregion 31 - Osloer Straße	59
4.8 Bezirksregion 32 - Brunnenstraße Nord	61
4.9 Bezirksregion 41 - Parkviertel	63
4.10 Bezirksregion 42 - Wedding Zentrum	65

<b>Teil III</b>	<b>Migration und Gesundheit</b>	<b>67</b>
<b>5</b>	<b>Migration und Gesundheit in Deutschland</b>	<b>68</b>
5.1	Gesundheitliche Einflüsse der Migration	68
5.1.1	Belastungen durch die Migrationssituation	68
5.1.2	Belastungen durch die Lebensbedingungen	69
5.1.3	Belastungen durch die Arbeitsbedingungen	69
5.1.4	Belastungen für die zweite und dritte Generationen	70
5.1.5	Gesundheitliche Ressourcen von Migranten	70
5.2	Migranten in der gesundheitlichen Versorgung	71
5.2.1	Kommunikationshindernisse	71
5.2.2	Interkulturelle Kompetenz	75
<b>6</b>	<b>Gesundheitliche Lage von Migranten im Bezirk Mitte</b>	<b>77</b>
<b>6.1</b>	<b>Gesundheit von Kindern mit Migrationshintergrund</b>	<b>77</b>
6.1.1	Besuch einer vorschulischen Einrichtung	77
6.1.2	Deutsche Sprachkenntnisse	79
6.1.3	Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen im Kindesalter	82
6.1.4	Übergewicht und Adipositas bei Schulanfängern	87
6.1.5	Mundgesundheit	88
<b>6.2</b>	<b>Gesundheit von Jugendlichen mit Migrationshintergrund</b>	<b>96</b>
6.2.1	Übergewicht und Adipositas im Jugendalter	98
6.2.2	Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen im Jugendalter	100
6.2.3	Risikoverhalten im Jugendalter	105
<b>6.3</b>	<b>Gesundheitliche Lage von Erwachsenen</b>	<b>109</b>
6.3.1	Selbst eingeschätzte Gesundheit	112
6.3.2	Krankheitsbedingte Fehltage	114
6.3.3	Gewichtstatus	115
6.3.4	Alkohol- und Tabakkonsum	117
6.3.5	Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung	120
6.3.6	Inanspruchnahme gesundheitlicher Vorsorgeangebote	124
<b>6.4</b>	<b>Gesundheitliche Lage von älteren Migranten</b>	<b>133</b>
6.4.1	Wohnsituation	135
6.4.2	Soziale Kontakte/soziale Unterstützung	136
6.4.3	Gesundheitsrelevantes Verhalten	139
6.4.4	Gesundheit und Krankheit	143
6.4.5	Deutschkenntnisse/Informationsverhalten/Verständigung	146
<b>7</b>	<b>Bezirkliche Handlungsansätze</b>	<b>153</b>
7.1	Sprachförderung und -vermittlung	153
7.1.1	Sprachförderung bei Kindern	153
7.1.2	Sprachunterricht für Erwachsene	154
7.2	Arbeitslosigkeit/Qualifizierung	154

7.3	Gesundheitsförderung/Prävention	155
7.3.1	Gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen	155
7.3.2	Bewegungsförderung	155
7.3.3	Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen	156
7.4	Verständigung im Gesundheits- und Sozialwesen	156
7.4.1	Verständigung in der gesundheitlichen Versorgung	156
7.4.2	Lotsenprojekte	157
7.4.3	Interkulturelle Öffnung der Verwaltung	157
7.5	Rahmenbedingungen für die Integrationsarbeit im Bezirk	158
7.5.1	Bezirkliches Integrationsprogramm	158
7.5.2	Milieustudie im Bezirk Mitte	158
<b>Anhang</b>		159
Glossar		159
Abkürzungen		161
A.1	Bestimmung der sozialen Schicht bei der Einschulungsuntersuchung	162
A.2	Befragung der Eltern der Schulanfänger	163
A.3	AUDIT-C Auswertungsschema	163
A.4	Die Befragung LISA	164
A.4.1	Durchführung der Befragung	164
A.4.2	Zusammensetzung der LISA-Stichprobe	165
Tabellen		167
Literatur		175

## Teil I: Einleitung

Im Rahmen der kommunalen Gesundheitsberichterstattung wurde das Thema „Migration und Gesundheit“ bislang nur selten *gesondert* behandelt (vgl. Stadt Bielefeld 2004, Stadt Bremen 2004). Das ist zum einen dadurch bedingt, dass nur wenige gesundheitsbezogene Prozessdaten nach Staatsangehörigkeit bzw. nach nationaler Herkunft erhoben werden (vgl. Anmerkungen zur Datenlage). Außerdem wird grundsätzlich argumentiert, dass die regelmäßige Gesundheitsberichterstattung migrationsensibel sein sollte (vgl. Gürtler 2000), d.h. statt einer gesonderten Betrachtung der Lage der Menschen mit Migrationshintergrund sollte diese bereits in die allgemeinen Berichte integriert werden. Dieser Maxime ist auch der Bezirk Mitte in der Vergangenheit gefolgt und hat die gesundheitliche Situation der bezirklichen Migranten in die Basis- und Spezialberichte einbezogen<sup>1</sup>. Da die migrationspezifische Betrachtung der gesundheitlichen Lage aufgrund des hohen Migrantenanteils jedoch sehr bedeutend für die Gesundheit der bezirklichen Bevölkerung ist, werden in diesem Spezialbericht vorliegende bezirkliche Erkenntnisse auf diesem Gebiet zusammengefasst.

Da die gesundheitliche Lage eines Menschen sehr stark durch seine soziale Situation geprägt wird, besteht das zweite Anliegen dieses Berichtes aus einer Analyse der sozialen Lage im Bezirk – nicht nur die der nichtdeutschen Bewohner. Diese soll dabei möglichst differenziert erfolgen, um die ganze Bandbreite der Lebenslagen aufzuzeigen. Entgegen den weit verbreiteten Stereotypen in den Medien sind die Lebenssituationen der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland – und natürlich auch im Bezirk – sehr heterogen. Es wohnen hier nicht nur sozial benachteiligte Migranten mit vielfach niedrigen oder fehlenden Bildungs- und Ausbildungsabschlüssen, sondern auch gut integrierte und etablierte Migranten, deren Lebenssituation in vielen Bereichen kaum von der ähnlich situierten Deutscher ohne Migrationshintergrund zu unterscheiden ist. Da jedoch die zuerst angesprochene Gruppe im Bezirk Mitte zahlenmäßig groß ist und ggf. besonderer Unterstützung und integrationspolitische Maßnahmen in Hinblick auf ihre Gesundheit bedarf, wird sie eine besondere Rolle in dieser Analyse einnehmen.

### Anmerkungen zur Datenlage

Eine Kernaufgabe der Gesundheitsberichterstattung (GBE) ist es, eine Datenbasis für die Planung und Gestaltung von Maßnahmen und Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung und Vorsorge zu schaffen – insbesondere im Hinblick auf besondere Risikogruppen. Im Gegensatz zur Kinder- und Jugendgesundheit, wo es dank der KiGGS-Studie (u.a. RKI 2007) und der Tatsache, dass mittlerweile in einigen Kommunen die Schuleingangsuntersuchung migrationsensibel ausgewertet werden (z.B. Bettge/Oberwöhrmann 2008), eine relativ gute Datenbasis für Maßnahmen der Gesundheitsförderung gibt, liegen wenige Daten zur Gesundheit von Erwachsenen mit Migrationshintergrund vor.<sup>2</sup> Migranten werden in der Regelstatistik im Gesundheitswesen meist nicht ausgewiesen (vgl. Butler et al. 2007). Einschlägige repräsentative Untersuchungen mit der bewussten Inklusion von Migranten gibt es nicht.

---

<sup>1</sup> Soweit die verfügbaren Daten dies erlaubt haben (vgl. Anmerkungen zur Datenlage S. 1 ff.)

<sup>2</sup> Eine wichtige Datenquelle in diesem Zusammenhang ist der RKI Schwerpunktbericht „Migration und Gesundheit“ (Razum et al. 2008, S. 24 ff.). Hier wurden aus vielen verschiedenen Quellen relevante Daten zur Gesundheit von Migranten in Deutschland zusammengetragen. Es wurde jedoch auch darauf hingewiesen, dass die Datenlage hinsichtlich gesundheitlicher Unterschiede zwischen Migranten und der einheimlichen Bevölkerung bundesweit unbefriedigend ist.

Die Gesundheitsberichterstattung in Deutschland – insbesondere auf kommunaler Ebene – verfügt über sehr wenige Daten, die regelmäßig nach Staatsangehörigkeit erhoben werden (Prozessdaten). Abgesehen von Bevölkerungsdaten, die anhand der Einwohnermelderegister<sup>3</sup> sehr detailliert und kleinräumig verfügbar sind, können fast alle anderen gesundheitsrelevanten Daten nur begrenzt nach der Nationalität getrennt werden und dann meist nur nach „deutsch“ oder „nicht-deutsch“. In diese Kategorie fallen die Todesursachestatistik, die Geburtenstatistik, die Arbeitslosenstatistik und die Statistik zum Empfang von Arbeitslosengeld II (ALGII). Andere Datenquellen, wie die amtliche Krankenhausinanspruchnahmestatistik (vgl. Butler 2009), erheben nicht einmal das Merkmal „Nationalität“ (auch nicht „deutsch“ oder „nicht-deutsch“). Im Rahmen der Unterarbeitsgruppe Migrationsensible Gesundheits- und Pflegeberichterstattung des bundesweiten Arbeitskreises Migration und öffentliche Gesundheit wirkt der Bezirk Mitte darauf hin, dass diese Datenlage verbessert wird.

### *Mikrozensus*

Angesichts der Tatsache, dass es seit 1987 in Deutschland keine Volkszählung gegeben hat, ist der Mikrozensus, der jährlich von den statistischen Ämtern der Bundesländer durchgeführt wird, eine wichtige Datenquelle für die Gesundheits- und Sozialberichterstattung. Hierbei handelt es sich um eine deutschlandweit einheitliche repräsentative Befragung von Privathaushalten.<sup>4</sup> Ein großer Vorzug dieser Datenquelle im Vergleich zu den sonstigen amtlichen Statistiken ist die Tatsache, dass die große Bandbreite des Fragebogens es erlaubt, Informationen zur Haushaltsstruktur, zur sozialen Lage und (ca. alle vier Jahre) zur Gesundheit der Bevölkerung miteinander in Verbindung zu setzen.

Der Mikrozensus ist eine wichtige Datenquelle für diesen Bericht, denn seit 2005 wird (auch) nach dem Herkunftsland der Eltern der Haushaltsmitglieder gefragt. Dadurch können neben „Ausländern“ auch Deutsche mit Migrationshintergrund (DmMH) differenziert werden. Im Kapitel 3 verwenden wir bei der Analyse der sozialen Lage im Bezirk eine Sonderauswertung des Mikrozensus nach Migrationstatus. Hierbei werden zum Teil große Unterschiede innerhalb der „deutschen“ Bevölkerung im Bezirk sichtbar.

### *Bezirkliche Erhebungen*

Angesichts der wenigen aussagekräftigen Informationen zur Gesundheit der Bevölkerung auf der lokalen Ebene ist die kommunale GBE zunehmend darauf angewiesen, selbst für präventionsrelevante Daten zu sorgen. In diesem Zusammenhang benutzte das Bezirksamt Mitte im Laufe der letzten Jahre mehrere Möglichkeiten, um im Rahmen des Verwaltungshandelns relativ repräsentative Bevölkerungsgruppen im Bezirk zu ihrer Gesundheit und ihrem Gesundheitsverhalten zu befragen.

---

<sup>3</sup> Hinsichtlich der Bereitstellung von Daten zur Bevölkerung in Berlin mit Migrationshintergrund hat sich die Datenlage in Berlin in den letzten Jahren erheblich verbessert. Dank einer neuen Methode der Datenverlinkung beim Amt für Statistik Berlin-Brandenburg im Rahmen des fachlich abgestimmten Datenpools ist es jetzt möglich, aus dem Einwohnermelderegister neben der Gruppe der Einwohner mit ausländischer Staatsangehörigkeit auch die Gruppe der Deutschen mit Migrationshintergrund (DmMH) abzubilden.

<sup>4</sup> Ein Nachteil des Mikrozensus für die kommunale Gesundheits- und Sozialberichterstattung ist, dass er nur aus einer einprozentigen Stichprobe besteht und dadurch nicht unterhalb der Bezirks- bzw. Stadtebene repräsentativ ist. Auch bei Auswertungen von Merkmalen auf bezirklichen werden die Fallzahlen schnell zu klein um ausgegeben zu werden (hochgerechnet auf < 5000 Personen).



Hierdurch können bezirkseigene Daten aus verschiedenen Erhebungen in diesen Bericht einfließen, u.a. aus der Einschulungsuntersuchung, aus einer Befragung von Jugendlichen zu ihrem Suchtverhalten, aus der Befragung älterer Menschen (LISA) und aus einer Befragung der Eltern der Schulanfänger.

## **Zur Begrifflichkeit**

In diesem Bericht werden die oben angeführten Begriffe „Migranten“ oder „Menschen mit Migrationshintergrund“ immer wieder für Personen verwendet, die entweder Ausländer oder „Deutsche mit Migrationshintergrund“<sup>5</sup> sind. Hierbei wird in Kauf genommen, dass die tatsächlich existierende Heterogenität in der Bevölkerungsgruppe aus methodischen Gründen vereinfacht wird.

Der Begriff „Deutsche mit Migrationshintergrund“ wird verwendet, um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass die Lebenssituation vieler Menschen in dieser Personengruppe trotz deutscher Staatsangehörigkeit immer noch durch die eigene Migration oder die der Eltern geprägt ist. Gerade in einem sozial benachteiligten Bezirk wie Mitte erleben Deutsche mit Migrationshintergrund oft eine ähnliche gesundheitliche Problemlage wie viele Ausländer.

Wir bitten die Bürgerinnen um ihr Verständnis, dass wir auf die weiblichen Endungen der Personenbeschreibungen verzichtet haben, denn dadurch werden komplizierte Sachverhalte schnell unübersichtlich. Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird daher in diesem Bericht die männliche Form verwendet, auch wenn beide Geschlechter gemeint sind. Wenn in der Analyse nur eines der beiden Geschlechter betrachtet werden soll, wird dies im Text ausdrücklich gekennzeichnet – entweder durch die weibliche Endung „-innen“ oder durch das Adjektiv „männlich“.

---

<sup>5</sup> Es wird hierbei in erster Linie die Definition des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg benutzt: „Die Gruppe der „Deutschen mit Migrationshintergrund“ beinhaltet Menschen mit ausländischem Geburtsland, Einbürgerungskennzeichen oder Optionsregelung, sowie Deutsche unter 18 Jahren ohne eigene Migrationsmerkmale mit ausländischem Geburtsland oder Einbürgerungskennzeichen beider Elternteile bzw. – sofern nur ein Elternteil vorhanden – dieses Elternteils. Diese Informationen wurden dem Einwohnermelderegister entnommen.“ (Bömermann/Rockmann 2008).

# 1 Lebenslagen von Migranten in Deutschland und Berlin

Das Phänomen Migration ist nicht neu, da sich Menschen im Laufe der Geschichte immer wieder auf den Weg machten, um in einem anderen Land entweder kurz- oder langfristig eine neue Heimat zu finden. Diese Wanderungsbewegungen fanden und finden aus unterschiedlichsten Gründen statt: Ausgelöst werden sie durch Naturkatastrophen, Krieg, Vertreibung, Verfolgung oder durch die Hoffnung auf bessere Lebensbedingungen. Sie führen immer dazu, dass Menschen in einer fremden Umgebung zurechtkommen müssen und dass die Menschen, die dort bereits leben, sich erst einmal an die Neuankömmlinge gewöhnen müssen. Solche Prozesse sind selten ganz frei von Konflikten, und besonders die Zugewanderten sind dem Druck ausgesetzt, sich der neuen Situation anzupassen.

Wie die eingereisten Menschen in der neuen Lage zurechtkommen, hängt jedoch von einer ganzen Reihe von Faktoren ab, die nicht nur bei den betroffenen Personen liegen. Auf Seite der Einwanderer sind folgende Ressourcen eine gute Voraussetzung für ein erfolgreiches Ankommen im neuen Heimatland: die Beherrschung der Landessprache, ein gesicherter Lebensunterhalt sowie vielfältige Kontakte mit der einheimischen Bevölkerung. Auf Seite der aufnehmenden Gesellschaft ist die Bereitschaft, kulturelle Vielfalt und unterschiedliche Lebensweisen zu akzeptieren, die wichtigste Voraussetzung für eine erfolgreiche Eingliederung der Neubewohner. Hiermit werden auch die wechselseitigen Verantwortlichkeiten im Integrationsprozess deutlich: Die Einwanderer sehen sich der Aufgabe ausgesetzt, die Werte und Normen der Aufnahmegesellschaft für sich zu adoptieren, diese muss aber auch bereit sein, die neuen Bewohner mit all ihrer Verschiedenheit willkommen zu heißen und bei ihren Integrationsbemühungen zu unterstützen.

In der alltäglichen Realität jedoch trifft man nur selten auf ideale Bedingungen für Integration. Viel zu oft treffen aus unterschiedlichsten Gründen Migranten, die die deutsche Sprache nicht genügend beherrschen und deren Lebensunterhalt nicht gesichert ist, auf Vorurteile und Ressentiments in der Aufnahmegesellschaft, die sie gar nicht beeinflussen können. Dies führt zu Konflikten, die den Prozess der Integration noch erschweren. Diese Konflikte und Schwierigkeiten haben Auswirkungen auf alle Lebensbereiche – auch für die gesundheitliche und soziale Lage der Neubewohner – und beherrschen die öffentliche Diskussion zum Thema Migration.

## *Sinus Migrantenmilieustudie<sup>6</sup>*

Die Ergebnisse der Sinus Migrantenmilieustudie<sup>7</sup> (2008) brachten eine wichtige Differenzierung in die deutsche Diskussion über Migration und Integration. Die Studie zeigt ein facettenreiches Bild der Migranten-Population und widerlegt viele hierzulande verbreitete Negativ-Klischees über die Einwanderer. Der Integrationsdiskurs in Deutschland erscheint im Licht der Untersuchungsbefunde allzu stark auf eine Defizitperspektive verengt, so dass die Ressourcen

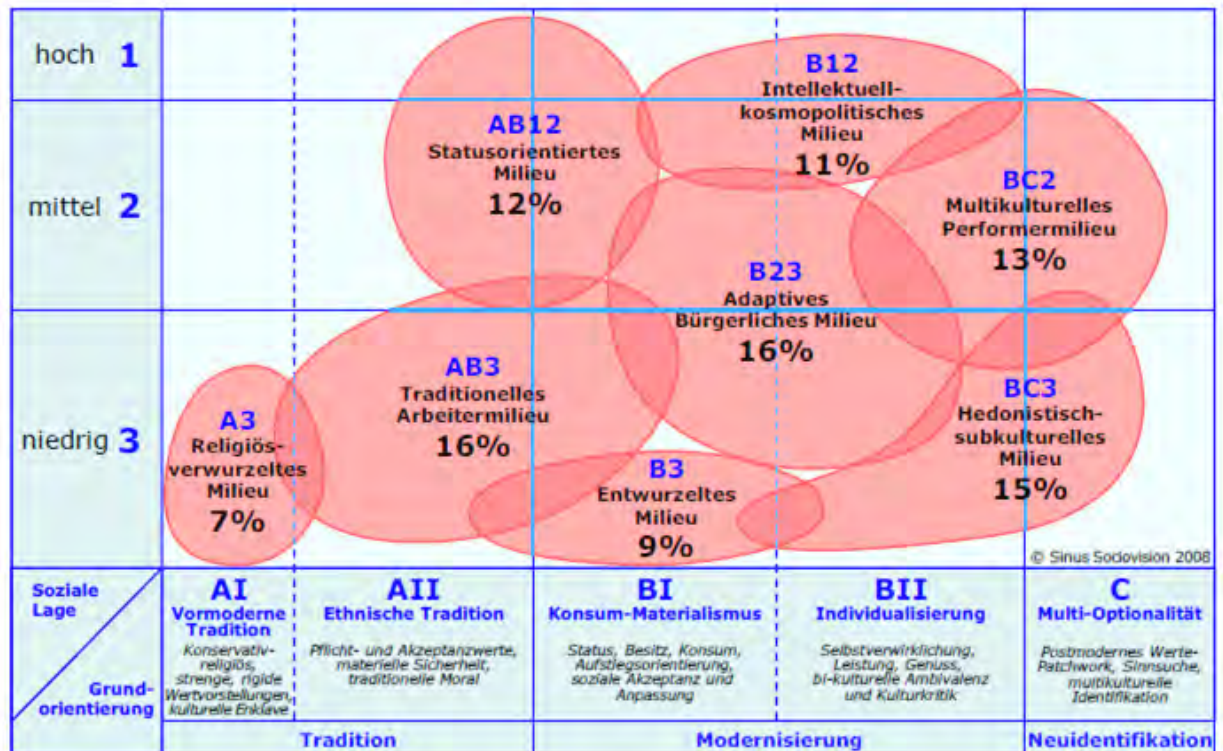
---

<sup>6</sup> Die folgenden Ausführungen basieren auf der Kurzfassung der zentralen Ergebnisse der Sinus-Studie über Migrantenmilieus in Deutschland.

<sup>7</sup> Im Zeitraum 2006 bis 2008 hat die Firma Sinus Sociovision eine qualitative ethnografische Leitstudie sowie eine Quantifizierung auf repräsentativer Basis zu den Lebenswelten von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland durchgeführt. Zum ersten Mal wurden die Lebenswelten und Lebensstile von Menschen mit unterschiedlichem Migrationshintergrund, so wie sie sich durch das Leben in Deutschland entwickelt haben, untersucht. Ziel war ein unverfälschtes Kennenlernen und Verstehen der Alltagswelt von Migranten, ihrer Wertorientierungen, Lebensziele, Wünsche und Zukunftserwartungen.

an kulturellem Kapital von Migranten, ihre Anpassungsleistungen und der Stand ihrer Etablierung in der Mitte der Gesellschaft meist unterschätzt werden.

## Sinus-Migranten-Milieus® in Deutschland 2008



## Kurzcharakteristik

### Bürgerliche Migranten-Milieus

- Sinus B23 (16%) **Adaptives Bürgerliches Milieu** ➢ Die pragmatische moderne Mitte der Migrantenpopulation, die nach sozialer Integration und einem harmonischen Leben in gesicherten Verhältnissen strebt
- Sinus AB12 (12%) **Statusorientiertes Milieu** ➢ Klassisches Aufsteiger-Milieu, das durch Leistung und Zielstrebigkeit materiellen Wohlstand und soziale Anerkennung erreichen will

### Ambitionierte Migranten-Milieus

- Sinus BC2 (13%) **Multikulturelles Performermilieu** ➢ Junges, leistungsorientiertes Milieu mit bi-kulturellem Selbstverständnis, das sich mit dem westlichen Lebensstil identifiziert und nach beruflichem Erfolg und intensivem Leben strebt
- Sinus B12 (11%) **Intellektuell-kosmopolitisches Milieu** ➢ Aufgeklärtes, global denkendes Bildungsmilieu mit einer weltoffenen, multikulturellen Grundhaltung und vielfältigen intellektuellen Interessen

### Traditionsverwurzelte Migranten-Milieus

- Sinus A3 (7%) **Religiös-verwurzeltes Milieu** ➢ Vormoderne, sozial und kulturell isoliertes Milieu, verhaftet in den patriarchalischen und religiösen Traditionen der Herkunftsregion
- Sinus AB3 (16%) **Traditionelles Arbeitermilieu** ➢ Traditionelles Blue Collar Milieu der Arbeitsmigranten und Spätaussiedler, das nach materieller Sicherheit für sich und seine Kinder strebt

### Prekäre Migranten-Milieus

- Sinus B3 (9%) **Entwurzeltes Milieu** ➢ Sozial und kulturell entwurzeltes Milieu, das Problemfreiheit und Heimat / Identität sucht und nach Geld, Ansehen und Konsum strebt
- Sinus BC3 (15%) **Hedonistisch-subkulturelles Milieu** ➢ Unangepasstes Jugendmilieu mit defizitärer Identität und Perspektive, das Spaß haben will und sich den Erwartungen der Mehrheitsgesellschaft verweigert

Die Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland sind keine soziokulturell homogene Gruppe. Vielmehr zeigt sich – wie in der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund – eine vielfältige und differenzierte Milieulandschaft. In der Sinus-Studie konnten insgesamt acht Migranten-Milieus mit jeweils ganz unterschiedlichen Lebensauffassungen und Lebensweisen identifiziert, beschrieben und quantitativ bestätigt werden (s. Schaubild). Die Migranten-Milieus unterscheiden sich weniger nach ethnischer Herkunft und sozialer Lage als nach ihren Wertvorstellungen, Lebensstilen und ästhetischen Vorlieben. Dabei finden sich gemeinsame lebensweltliche Muster bei Migranten aus unterschiedlichen Herkunftskulturen. Mit anderen Worten: Menschen des gleichen Milieus mit unterschiedlichem Migrationshintergrund verbindet mehr miteinander als mit dem Rest ihrer Landsleute aus anderen Milieus. Man kann also nicht von der Herkunftskultur auf das Milieu schließen. Und man kann auch nicht vom Milieu auf die Herkunftskultur schließen.

Faktoren wie ethnische Zugehörigkeit, Religion und Zuwanderungsgeschichte beeinflussen zwar die Alltagskultur, sind aber nicht milieuprägend und auf Dauer nicht identitätsstiftend. Der Einfluss religiöser Traditionen wird oft überschätzt. Drei Viertel der Befragten zeigen eine starke Aversion gegenüber fundamentalistischen Einstellungen und Gruppierungen jeder Art. 84 Prozent sind der Meinung, Religion sei reine Privatsache. Insgesamt 56% der Befragten bezeichnen sich als Angehörige einer der großen christlichen Konfessionen, 22% als Muslime. Nur in einem der acht Milieus spielt die Religion eine alltagsbestimmende Rolle – als Rahmen eines rural-traditionellen, von autoritärem Familismus geprägten Wertesystems. In dieser Lebenswelt, dem religiös verwurzelten Milieu, sind Muslime und entsprechend auch Menschen mit türkischem Migrationshintergrund deutlich überrepräsentiert. In allen anderen Milieus (93% der Grundgesamtheit) findet sich ein breites ethnisches und konfessionelles Spektrum.

In allen Milieus gibt es jeweils spezifische Integrationsbarrieren und Valenzen. Integrationsdefizite finden sich am ehesten in den unterschichtigen Milieus, nicht anders als in der einheimischen deutschen Bevölkerung. Die Barrieren gegenüber kultureller Anpassung sind am größten im religiös verwurzelten Milieu. Die meisten Migranten verstehen sich aber als Angehörige der multi-ethnischen deutschen Gesellschaft und wollen sich aktiv einfügen – ohne ihre kulturellen Wurzeln zu vernachlässigen. Mehr als die Hälfte der Befragten zeigt einen uneingeschränkten Integrationswillen. 87 Prozent sagen: „Alles in allem war es richtig, dass ich bzw. meine Familie nach Deutschland gekommen sind.“

Vor diesem Hintergrund beklagen viele – quer durch die Migrantenmilieus – die mangelnde Integrationsbereitschaft der Mehrheitsgesellschaft und das geringe Interesse an den Eingewanderten. Etwa ein Viertel der befragten Menschen mit Migrationshintergrund fühlt sich isoliert und ausgegrenzt – insbesondere Angehörige der unterschichtigen Milieus. Das heißt andererseits, dass Erfahrungen von Diskriminierung und Ausgrenzung nur für einen Teil der Migranten belastend zu sein scheint.

Erfolgreiche Etablierung in der Aufnahmegesellschaft ist wesentlich bildungsabhängig. Grundsätzlich gilt: je höher das Bildungsniveau und je urbaner die Herkunftsregion, desto leichter und besser gelingt dies. Der großen Mehrheit der Einwanderer ist dieser Zusammenhang bewusst. Die meisten haben dementsprechend einen ausgeprägten Bildungsoptimismus – der allerdings aufgrund von strukturellen Hürden, Informationsdefiziten und Fehleinschätzungen nicht immer in adäquate Abschlüsse und Berufspositionen mündet.

Ein wichtiger Integrationsfaktor ist die Beherrschung der deutschen Sprache – so sehen es auch die allermeisten Migranten. 85 Prozent sagen: Ohne die deutsche Sprache kann man als Zuwanderer in Deutschland keinen Erfolg haben. 68 Prozent der Befragten schätzen ihre deutschen Sprachkenntnisse als sehr gut oder gut ein. Weitere 26 Prozent haben mittlere oder zumindest Grundkenntnisse. 65 Prozent unterhalten sich im engeren familiären Umfeld überwiegend oder

z.T. auf Deutsch, für 82 Prozent ist Deutsch die Verkehrssprache im Freundes- und Bekanntenkreis. Die geringsten Deutsch-Kenntnisse finden sich im Segment der traditionsverwurzelten Migranten-Milieus.

In der Migrantenpopulation deutlich stärker ausgeprägt als in der einheimischen deutschen Bevölkerung sind die Bereitschaft zur Leistung und der Wille zum gesellschaftlichen Aufstieg. Mehr als zwei Drittel zeigen ein modernes, individualisiertes Leistungsethos. 69 Prozent sind der Meinung: Jeder der sich anstrengt, kann sich hocharbeiten. (In der Gesamtbevölkerung stimmen dieser Aussage nur 57% zu.) Im Ergebnis sind die Unterschiede in der sozialen Lage, d. h. hinsichtlich des Einkommens und Bildungsniveaus, zwischen Migranten und Menschen ohne Migrationshintergrund nicht sehr groß. Lediglich das Segment der gehobenen Mitte ist in der Migrantenpopulation etwas weniger ausgeprägt als in der Gesamtbevölkerung.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse dieser Untersuchung, dass es sich bei den in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationshintergrund nicht um ein besonderes und schon gar nicht um ein einheitliches Segment in der Gesellschaft handelt. Die den verbreiteten Negativ-Klischees entsprechenden Teilgruppen von sogenannten „Integrationsverweigerern“, die unter sich leben und die deutsche Sprache nicht oder nur mangelhaft beherrschen, gibt es zwar, und sie sind im vorliegenden Migranten-Milieumodell auch lokalisierbar. In Deutschland insgesamt sind sie jedoch – nach den Erkenntnissen der Sinus-Studie – sowohl soziodemografisch als auch soziokulturell eher Randgruppen.

### *Migranten in Berlin*

Die Situation der in Berlin und in einigen deutschen Großstädten ansässigen Migranten gestaltet sich jedoch etwas anders als in ganz Deutschland. Aus einer Reihe von historischen Gründen – u.a. durch die langjährige Teilung der Stadt und die relative Isolierung von Westberlin durch seine Lage innerhalb der ehemaligen DDR – entstand in Berlin seit dem Zweiten Weltkrieg eine ungünstige sozialräumliche Verteilung von Migranten, die durch das Nebeneinander von Extremen geprägt ist (zur Bevölkerung und sozialen Lage in Mitte siehe Kapitel 2 bzw. Kapitel 3 dieses Berichtes).

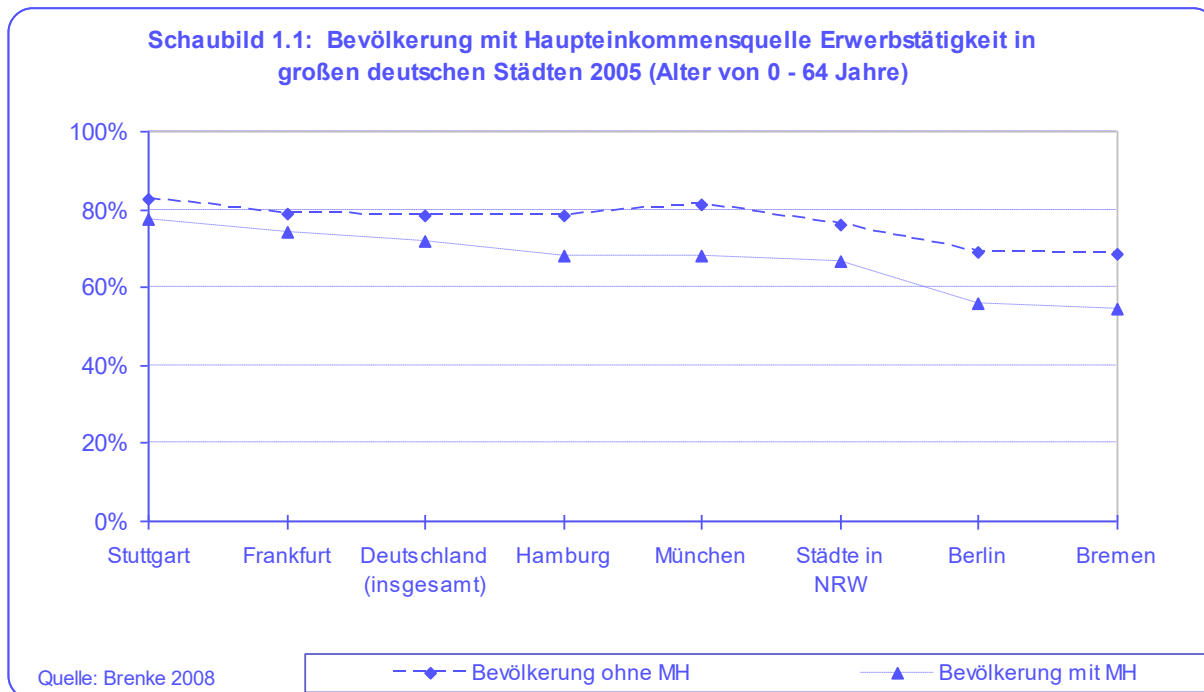
Im Westteil der Stadt gibt es einen hohen Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund, die z.T. lokal stark konzentriert wohnen. Hier dominieren außerdem eher die Gruppen der ehemaligen Arbeitsmigranten und ihrer Familienangehörigen, insbesondere also Menschen türkischer Herkunft. Im Ostteil der Stadt dagegen gibt es für deutsche Verhältnisse insgesamt nur wenige Migranten. Diese haben meist eine eigene Migrationserfahrung und stammen vornehmlich aus Osteuropa oder aus dem außereuropäischen Ausland. Im Vergleich zu den Migranten im Westteil der Stadt sind sie meist besser qualifiziert und sozial besser gestellt (vgl. u.a. Schaubild 1.1). Durch die Entstehungsgeschichte von Mitte aus zwei ehemaligen Westberliner Bezirken sowie aus Mitte (alt) weist der Bezirk beide Migrantenkonstellationen auf.

Basierend auf einer Auswertung des 2005er Mikrozensus führte das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) Berlin 2008 eine Studie zur wirtschaftlichen Lage der Migranten<sup>8</sup> in Berlin durch (vgl. Brenke 2008). Hierbei wurde auch die Situation von Migranten in Berlin mit der Lage dieser Bevölkerungsgruppe in anderen deutschen Großstädten verglichen. Ein zentrales Ergebnis dieser Studie war die Feststellung, dass die Menschen mit Migrationshintergrund (MH), die in Berlin leben, nicht nur wirtschaftlich schlechter dastehen als die Bevölkerung

---

<sup>8</sup> Hierbei wurden für die meisten Auswertungen zwei Gruppen gebildet: „Menschen mit Migrationshintergrund“ (Ausländer sowie Deutsche mit Migrationshintergrund) und „Menschen ohne Migrationshintergrund“. In einigen Auswertungen wurde außerdem zwischen Ausländern und Deutschen mit Migrationshintergrund bzw. Migranten nach Herkunftsregion (bzw. -land) unterschieden.

ohne MH, sondern auch um einiges sozial schlechter gestellt sind als Migranten in anderen deutschen Großstädten. Dies lässt sich mithilfe einer ganzen Reihe von Indikatoren demonstrieren, u.a. am Haushaltseinkommen, an den Haupteinkommensquellen (Schaubild 1.1), an der Erwerbsbeteiligung, an der Art der Erwerbstätigkeit und am beruflichen Abschluss. Diese soziale Schlechterstellung gilt insbesondere für Personen mit Bindungen an die Türkei (vgl. ebd., S. 496 ff.).



Im Folgenden werden die zentralen Aussagen der DIW-Studie hinsichtlich der Unterschiede zwischen Menschen mit MH in Berlin und in anderen deutschen Großstädten zusammengefasst:

- ⇒ Das Einkommensniveau in Berlin – sowohl bei Migranten als auch bei Nichtmigranten – liegt nicht nur um einiges niedriger als in anderen Großstädten, sondern sogar unter dem Bundesdurchschnitt. Dadurch liegt das Einkommensniveau der Migranten in Berlin unter dem der Migranten in allen anderen untersuchten Großstädten.
- ⇒ Nur etwas mehr als die Hälfte der Migranten (und Nichtmigranten) in Berlin erzielen ihren Lebensunterhalt überwiegend durch Erwerbsarbeit und liegen damit hinter den anderen großen Städten zurück (Ausnahme: Bremen). Darüber hinaus lag die Erwerbsquote der Berliner Migranten niedriger als in den meisten untersuchten Großstädten.
- ⇒ Die Erwerbslosenquote der Bevölkerung in Berlin liegt höher als in den anderen Großstädten und dementsprechend auch die Anteile von Menschen aller Herkunftsgruppen, die auf Arbeitslosengeld I oder II für ihren Lebensunterhalt angewiesen sind.

In der DIW-Studie wird die soziale Schlechterstellung der Berliner Migranten in erster Linie mit deren insgesamt niedrigem Bildungsstand sowie ihrem niedrigen beruflichen Qualifikationsniveau in Verbindung gebracht. Im Kapitel 3 werden die in der DIW-Studie angewandten Indikatoren der sozialen Lage für die Migranten in Mitte und in Berlin anhand von Daten aus dem 2008er Mikrozensus analysiert.

Angesichts dieser im Vergleich zu anderen deutschen Großstädten noch verschärften sozialen Schieflage der Migranten in Berlin kann ebenfalls vermutet werden, dass die oben dargestellten

Migrantenmilieus aus dem Diagrammbereich, der durch eine niedrige soziale Lage gekennzeichnet ist, hier stärker vertreten sind als im Bundesdurchschnitt.

## **Teil II Bevölkerung und soziale Lage im Bezirk Mitte**

Maßgebend bei der Betrachtung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung in der Gesundheitsberichterstattung sind auch die Zusammensetzung der Bevölkerung im jeweiligen Gebiet sowie ihre soziale Lage. Da der Bezirk Mitte in dieser Hinsicht sehr heterogen ist, muss diese Betrachtung so kleinräumig wie möglich erfolgen. Wie in der gesundheitswissenschaftlichen Literatur bekannt, ist die Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Menschen untrennbar mit ihren Arbeitsbedingungen, ihrer sozialen Lage und ihrer Herkunft verbunden. Wie in vorangegangenen bezirklichen Gesundheitsberichten befasst sich der erste Teil dieses Berichtes mit einer Betrachtung der Bevölkerung und der sozialen Lage im Bezirk, hierbei unter besonderer Berücksichtigung der Menschen mit Migrationshintergrund.

Eine zentrale Grundlage für die Analyse in diesem Berichtsteil sind kleinräumige Daten, die im Rahmen des einheitlichen Datenpools bereitgestellt worden sind. Dies betrifft sowohl kleinräumige Daten zum erweiterten Migrationshintergrund der Bevölkerung über die Staatsangehörigkeit hinaus als auch Daten zum Bezug von Grundsicherung nach dem SGB II (Hartz IV Bezug). Durch die Erweiterung des Datenangebots des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg werden die Rahmenbedingungen für Gesundheits- und Sozialberichterstattung in Berlin erheblich verbessert.

In diesem Bericht werden ausschließlich die neuen kleinräumigen Unterteilungen der Berliner Bezirke verwendet (Lebenswelt orientierte Räume = LOR), die im Basisgesundheitsbericht eingeführt wurden (vgl. BA Mitte 2006, S. 7 ff.). Hiernach gibt es drei neue Unterteilungsebenen der Berliner Bezirke, die in der Planung und Berichterstattung verwendet werden. In diesem Bericht werden insbesondere die Prognoseräume als größte und die Bezirksregion als mittlere Ebene für die grafische Darstellung in der Analyse benutzt. Die Planungsräume, als kleinste Unterteilungen des Bezirkes, werden punktuell für kartografische Darstellungen verwendet. Eine Übersicht der neuen Unterteilungen in Mitte ist im Anhang in Tabelle A1 auf Seite 167 zu finden.

Das ausgeprägteste Merkmal bei der Zusammensetzung der Bevölkerung im Bezirk Mitte ist die Tatsache, dass ein sehr großer Anteil der Bewohner des Bezirkes nichtdeutscher Herkunft ist. Insbesondere Migranten aus der Türkei wohnen in den Ortsteilen der ehemaligen Bezirke Tiergarten und Wedding, aber es gibt auch relativ hohe Anteile an Migranten aus anderen Herkunftsländern im Bezirk. Da der Schwerpunkt dieses Berichtes auf der gesundheitlichen und sozialen Lage der Bewohner des Bezirkes mit Migrationshintergrund liegt, wird insbesondere die Situation dieser Bevölkerungsgruppe im Folgenden analysiert.

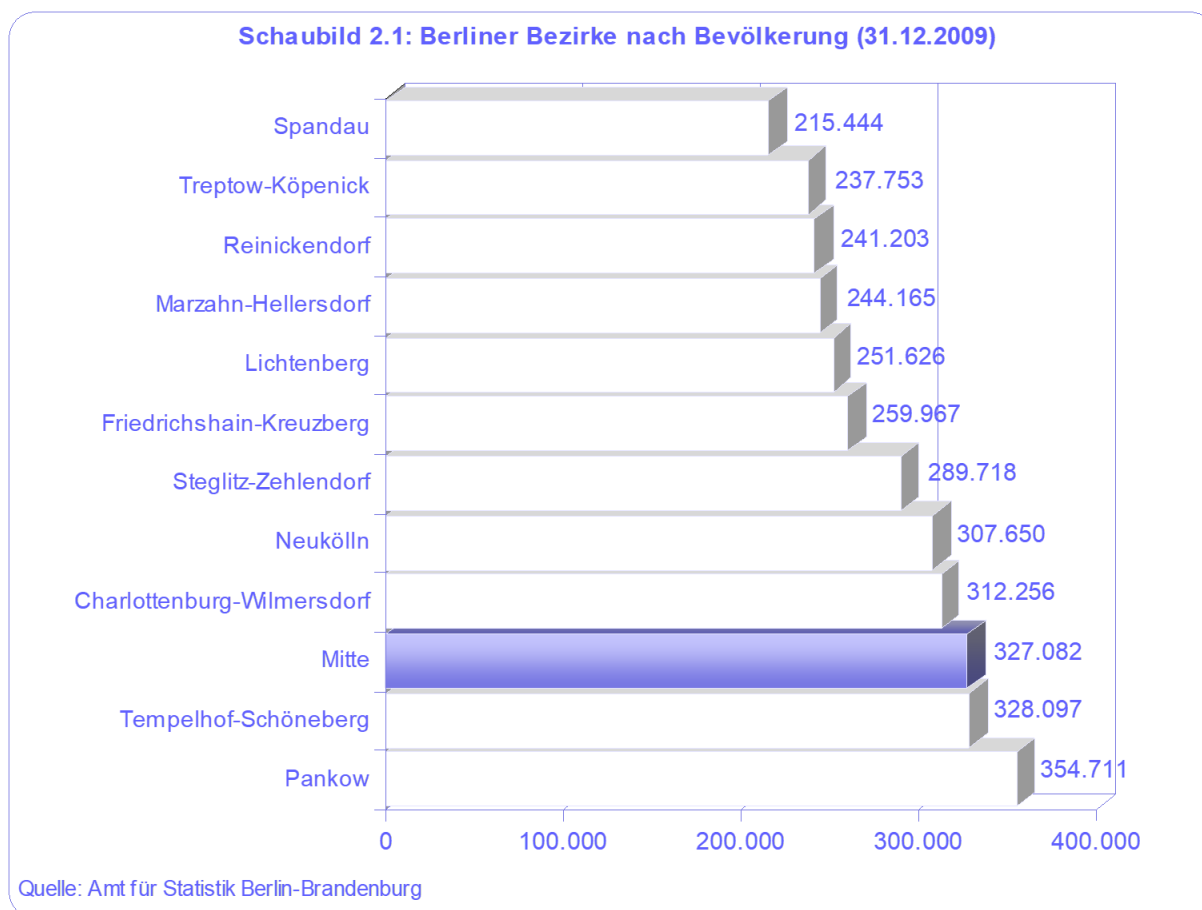
Wie bereits in vorhergegangenen Berichten zu sehen war, ist Mitte – trotz einiger besser situierter Wohngebiete – in vielfacher Hinsicht ein sozial benachteiligter Bezirk. Da diese Situation eine große Rolle im letzten Basisbericht des Bezirkes einnahm (vgl. BA Mitte 2006), wird hier in erster Linie auf einige Standardindikatoren sowie auf Datenquellen, die auch die Situation der nichtdeutschen Bewohner des Bezirkes berücksichtigen, eingegangen.



## 2 Bevölkerung

Bevölkerung (31.12.2009):	327.082
männlich:	168.172
weiblich:	158.910

Schaubild 2.1 zeigt die 12 Berliner Bezirke nach ihrer melderechtlich registrierten Bevölkerung am 31.12. 2009. Hierbei rangiert die Bevölkerung der Bezirke zwischen ca. 215.000 in Spandau und fast 355.000 in Pankow. Mit 327.082 Einwohnern ist Mitte weiterhin der drittgrößte Bezirk, knapp hinter Tempelhof-Schöneberg. Während in Berlin insgesamt und in den meisten Bezirken die Bevölkerung relativ stabil geblieben ist, stieg die Einwohnerzahl in Mitte im letzten Jahr um fast 3800 Personen. Hierbei wurde der bereits in den letzten Jahren zu beobachtende Männerüberhang im Bezirk noch vergrößert, sodass dieser jetzt über 9000 Personen (ca. 6%) beträgt.



### 2.1 Bevölkerungsstruktur

Schaubild 2.2 zeigt die Bevölkerung von Mitte am 31.12.2009 nach Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund. In der Darstellung ist insbesondere der hohe Anteil von Menschen nicht-deutscher Herkunft in den Jahrgängen bis zu den 65-Jährigen auffällig – insbesondere in der Gruppe der unter 20-Jährigen. Anhand des Schaubildes sind auch die Auswirkungen des neuen Staatsangehörigkeitsgesetzes, das Anfang 2000 in Kraft getreten ist, auf die Gruppe der Kinder

und Jugendlichen gut abzulesen. Die sehr hohen Anteile an Kindern mit deutscher Staatsangehörigkeit und Migrationshintergrund in den jüngeren Geburtenjahrgängen werden auch in Auswertungen der Schuleingangsuntersuchung evident (vgl. BA Mitte 2009). Ebenfalls wird hier deutlich, wie sich der Geburtenrückgang in den letzten 20 Jahren auf die Bevölkerungsstruktur im Bezirk ausgewirkt hat.

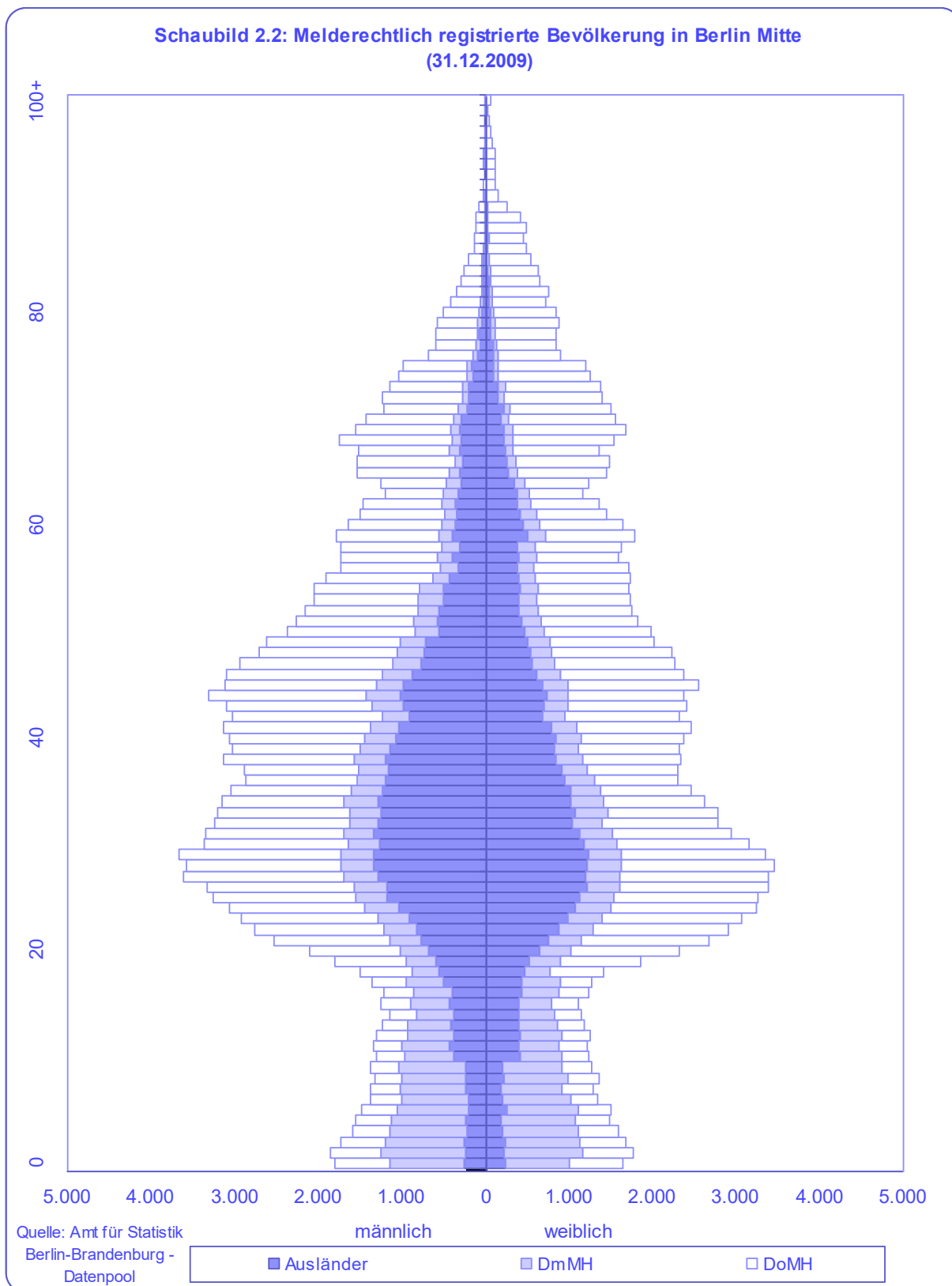
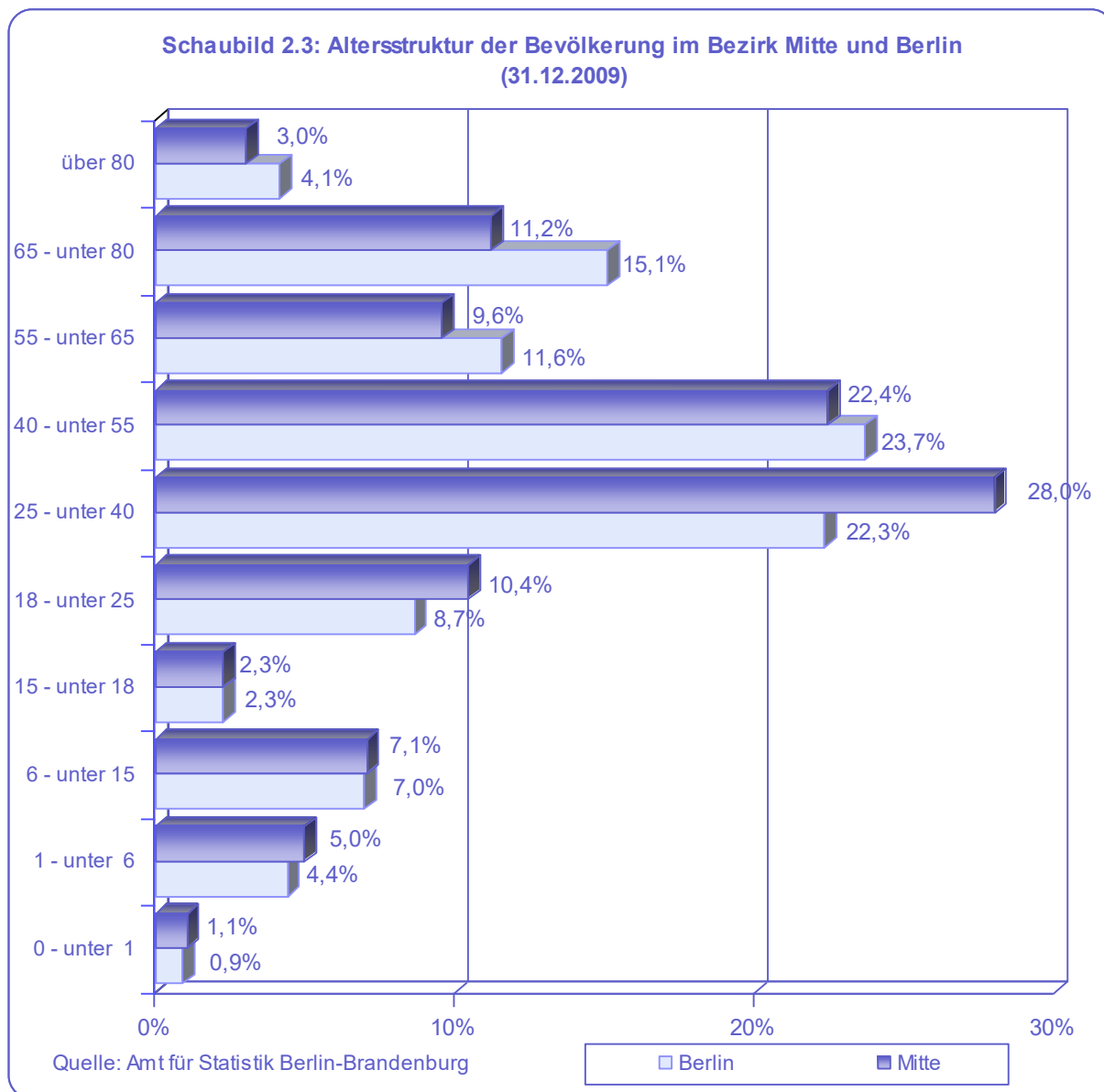


Schaubild 2.3 vergleicht die Bevölkerungsstruktur in Berlin und Mitte zum Jahresende 2009. Wie in den letzten Jahren fällt auf, dass Mitte insgesamt ein relativ „junger“ Bezirk ist. Während die jüngsten Altersgruppen nur minimal stärker als in Berlin insgesamt belegt sind, zeigen sich insbesondere die Altersgruppen zwischen 18 und 39 Jahren sehr ausgeprägt. Bei den 65 bis unter 80-Jährigen ist Mitte deutlich unterrepräsentiert.



## 2.2 Migration

Das auffälligste Merkmal der demografischen Situation im Bezirk Mitte ist der sehr hohe Anteil an Bewohnern, deren Leben durch eine Migration geprägt wurde – sowohl Menschen mit einer ausländischen Staatsangehörigkeit als auch Deutsche mit einem Migrationshintergrund (DmMH). Dieser Begriff bezieht sich auf die Tatsache, dass es neben den in der amtlichen Statistik als „Ausländer“ aufgeführten Menschen eine relative große Gruppe deutscher Staatsangehörigkeit gibt, die gleichzeitig einen Migrationshintergrund aufweisen. Hierunter fallen Spätaussiedler, Eingebürgerte und insbesondere jüngere Kinder nichtdeutscher Eltern. Viele dieser Menschen haben eine ähnliche Lebenssituation wie das Gros der Menschen nichtdeutscher Staatsangehörigkeit.

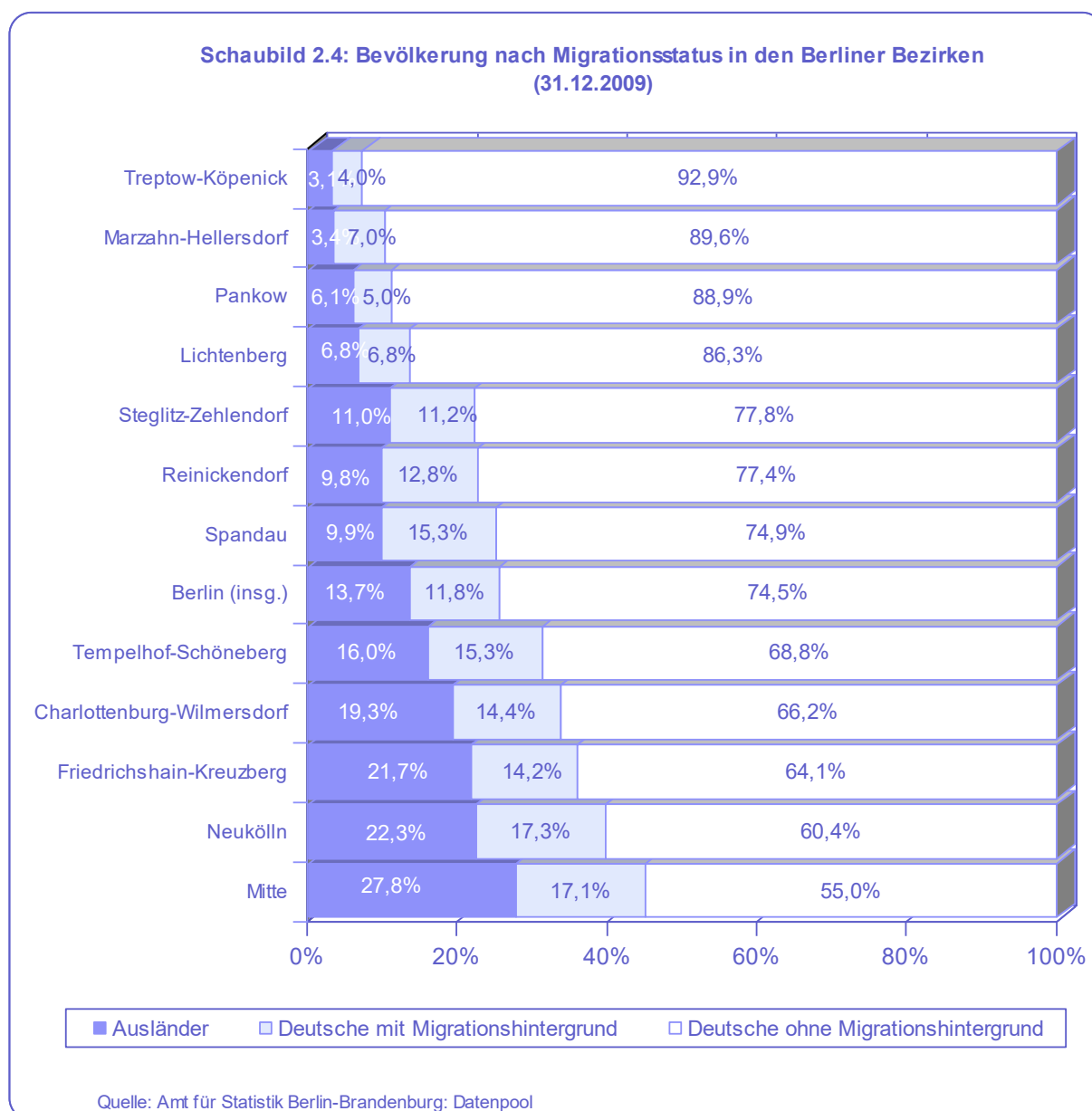
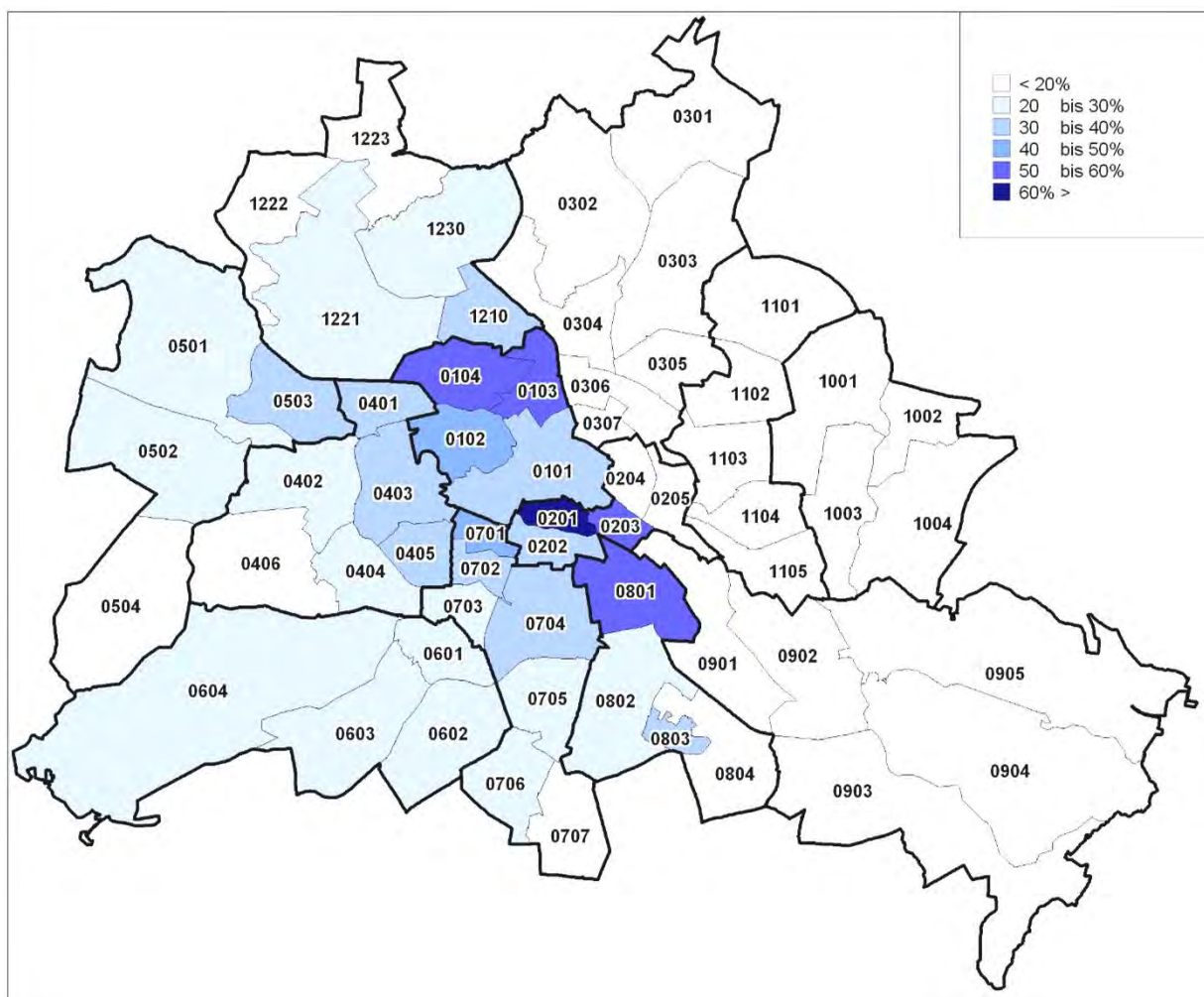


Schaubild 2.4 zeigt die relativen Anteile an Menschen mit und ohne Migrationshintergrund in den Bezirken am 31.12.2009. Hierbei gibt es sehr große Unterschiede innerhalb der Berliner Bezirke. Mit einem Migrationshintergrund bei insgesamt 44,9% der Bevölkerung liegt der Anteil in Mitte fast fünfmal so hoch wie der in Treptow-Köpenick mit 7,1%. Auch in den einzelnen Bezirken gibt es sehr große Unterschiede in der relativen Stärke der beiden Gruppen. Insgesamt ist zu beobachten, dass in einigen Bezirken die Gruppe der Deutschen mit Migrationshintergrund den größeren Anteil der Migranten insgesamt bildet (z.B. in Reinickendorf, Spandau, Treptow-Köpenick und Marzahn-Hellersdorf). In vielen Fällen handelt es sich bei dieser Gruppe vermutlich um sogenannte „Spätaussiedler“, die bislang in keiner Statistik nachzuweisen waren.

Die oben aufgezeigten Unterschiede beim Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund in den Berliner Bezirken machen sich nicht nur auf der bezirklichen Ebene bemerkbar. Auch in den Untergliederungen der einzelnen Bezirke wird diese Unausgewogenheit evident. Karte 2.1 zeigt den Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund in den Prognoseräumen (PRG) in Berlin am 31.12.2009. Aus der Karte wird insbesondere deutlich, dass es überhaupt keinen

Prognoseraum im östlichen Teil Berlins mit einem mehr als 20-prozentigen Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund gibt.

**Karte 2.1: Bevölkerung mit Migrationshintergrund in den Prognoserräumen in Berlin (31.12.2009)**

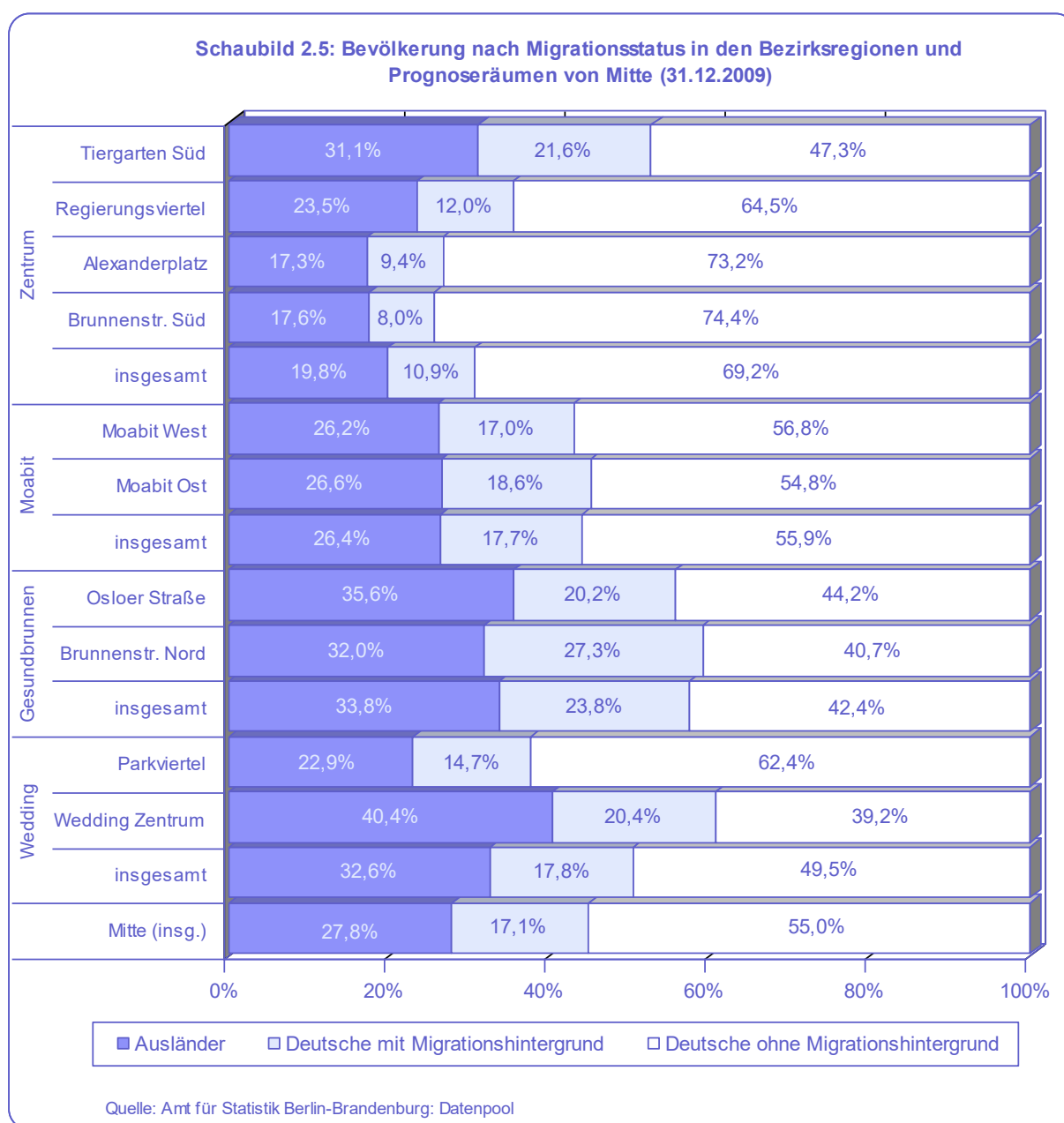


Außerdem zeigt sich im Westteil der Stadt eine Konzentration an Migranten in einigen zentral gelegenen Prognoserräumen. Anteile von über 50% gibt es in den zwei nördlichen Prognoserräumen in Mitte – Wedding (0104) und Gesundbrunnen (0103), in den Prognoserräumen Kreuzberg-Nord (0201) und Kreuzberg-Ost (0203) sowie im Prognoseraum Neukölln (0801). Mit einem Migrationshintergrund bei insgesamt 57,5% der Bevölkerung weist Gesundbrunnen den zweithöchsten Anteil aus den 60 Prognoserräumen in Berlin auf (vgl. Tabelle A2, S. 168). Nur in Kreuzberg-Nord beträgt der Anteil sogar über 60%.

Mit einem Migrationshintergrund bei ca. 44% der Bevölkerung liegt der Anteil im Prognoseraum Moabit (0102) etwas niedriger als in Wedding und Gesundbrunnen, aber immer noch unter den 7 höchsten PRG in Berlin. Auch im Prognoseraum Zentrum (0101) liegt der Migrantenanteil mit 30,2% auch um einiges über dem Berliner Durchschnitt (26,2%).

## 2.2.1 Anteil der Einwohner mit MH im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung in den LORs von Mitte

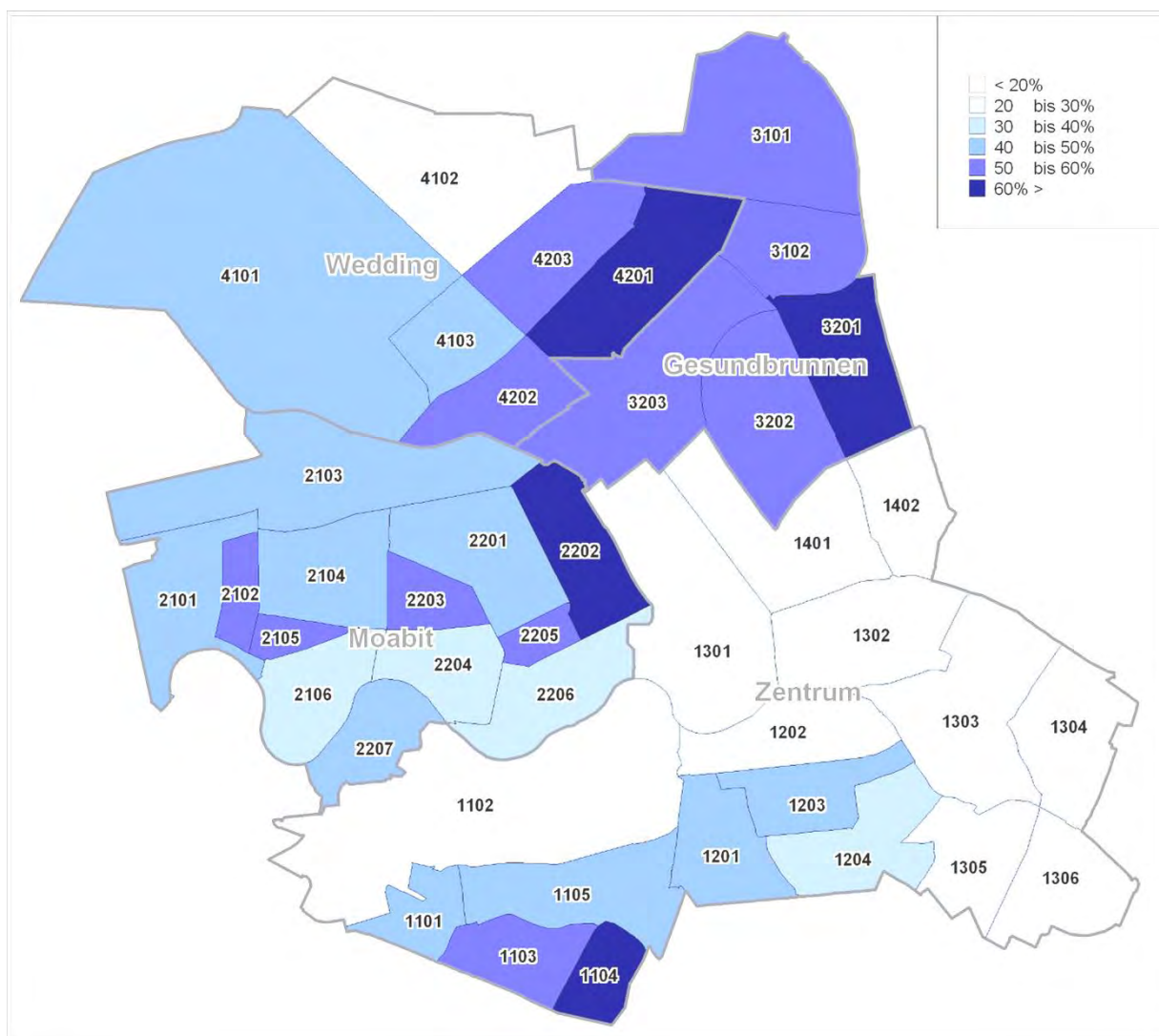
Schaubild 2.5 zeigt die Bevölkerung nach Migrationsstatus in den Bezirksregionen in Mitte. Wie bei den Prognoseräumen in ganz Berlin, gibt es auch größere Unterschiede innerhalb des Bezirks. Während nur knapp 25% der Bevölkerung in der Bezirksregion Brunnenstraße Süd einen Migrationshintergrund aufweisen, sind es über 60% in Wedding Zentrum. Interessant sind auch die Unterschiede innerhalb der einzelnen Prognoseräume: Während sich die Bezirksregionen innerhalb von Moabit und Gesundbrunnen auf einem relativ ähnlichen Niveau befinden, liegen die Bezirksregionen in Wedding und im Zentrum mitunter sehr weit auseinander. In Wedding liegt der Anteil an Migranten im Parkviertel (37,6%) ca. 23 Prozentpunkte niedriger als in Wedding Zentrum (60,8%). Im Zentrum beträgt der Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund mit 52,7% sogar mehr als zweimal so viel wie in Brunnenstraße Süd (25,6%).



Diese großen Unterschiede sind auch in den Planungsräumen, den kleinsten der neuen lebensweltorientierten Räume (LOR) zu sehen. Karte 2.2 zeigt den Anteil der Migranten in den Planungsräumen in Mitte am 31.12.2009. Durch die unterschiedlichen Farbstufen wird die Verteilung der Migranten in den Kiezen innerhalb des Bezirks visualisiert. Hierbei variiert der Anteil zwischen 66,6% im Planungsraum (PLR) Reinickendorfer Straße (4201) und 22,1% im PLR Heine Viertel West (1305). Insbesondere in den Planungsräumen in den sozial benachteiligten Teilen von Tiergarten und Wedding gibt es hohe Anteile an Migranten.

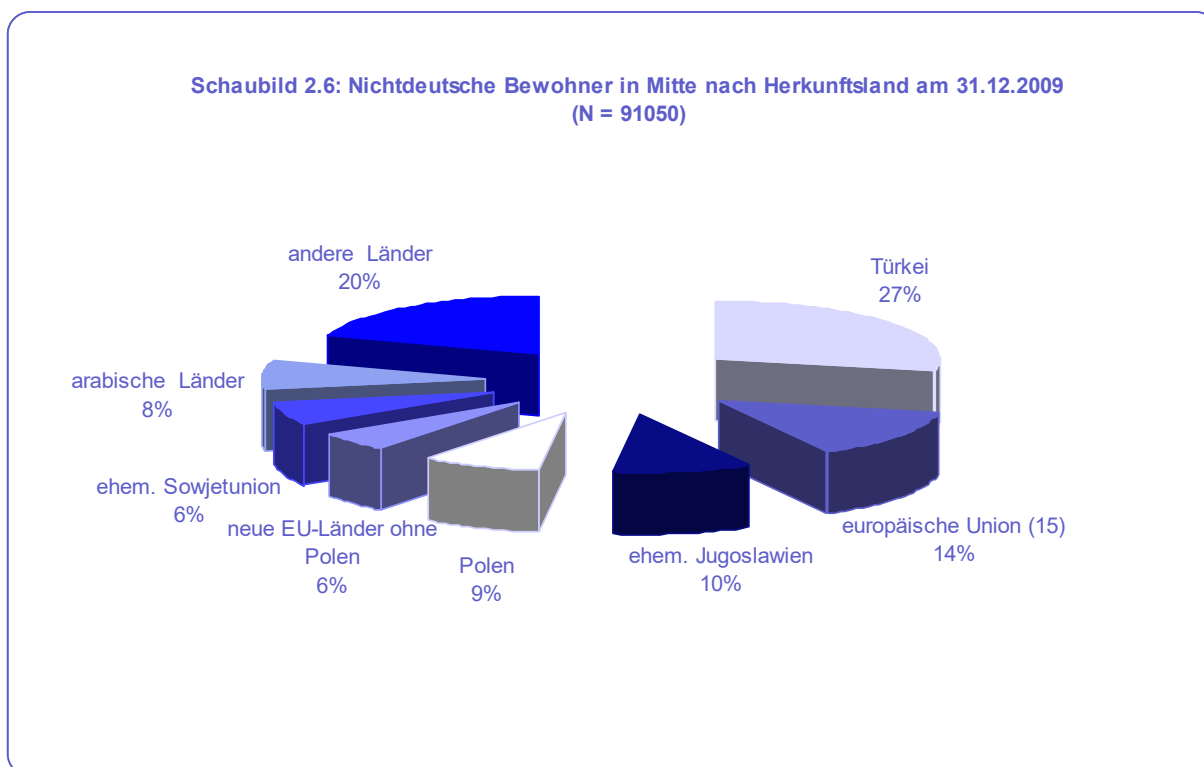
Die großen Unterschiede, die sich zwischen den Bezirksregionen innerhalb der Prognoseräume Moabit und Zentrum gezeigt haben, gibt es auch zwischen Planungsräumen innerhalb einiger Bezirksregionen. Innerhalb der Bezirksregion Tiergarten-Süd z.B. geht der Anteil an Migranten von 46,4% im PLR Stühlerstraße (1101) bis 62,9% im PLR Körnerstraße – wenn man den Großen Tiergarten (1102) mit 21,2% einmal außer Acht lässt. Innerhalb der Bezirksregion Moabit Ost bildet PLR Heidestraße (2202) den einen Pol mit 61,6% und PLR Thomasiusstraße (2204) den anderen mit 32,3%.

**Karte 2.2: Bevölkerung mit Migrationshintergrund in den Planungsräumen in Mitte (31.12.2009)**



## 2.2.2 Ausländer<sup>9</sup> nach Herkunft in Mitte

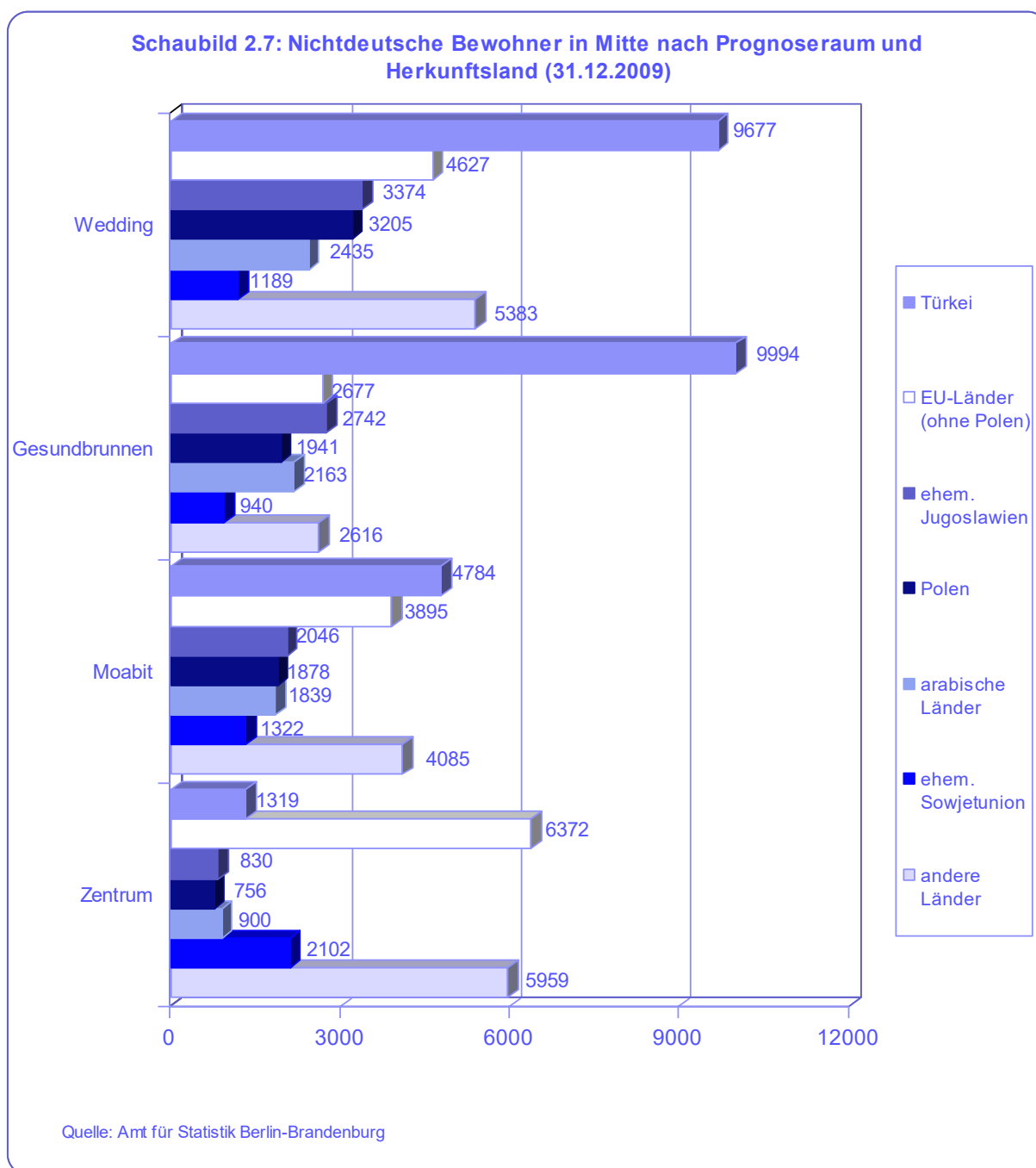
Bei der Zusammensetzung der ausländischen Bevölkerung im Bezirk Mitte fällt insbesondere die große Anzahl von Einwohnern türkischer Herkunft auf (vgl. Diagramm 2.6). Die annähernd 26.000 Menschen aus der Türkei machen insgesamt 28% der nichtdeutschen Bevölkerung im Bezirk und ca. 8% der bezirklichen Bevölkerung aus. Sie bilden mit einem großen Abstand die wichtigste einzelne Gruppe von Migranten im Bezirk. Bürger aus den neuen (14%) und alten (14%) EU Ländern stehen mit jeweils ca. 14% an zweiter und dritter Stelle. Die viertgrößte Gruppe mit ca. 10% der nichtdeutschen Bewohner stammt aus dem ehemaligen Jugoslawien. Danach kommen Menschen aus arabischen Ländern (8%) und der ehemaligen Sowjetunion (6%). In der Tabelle A4 auf Seite 171 befindet sich eine detaillierte Aufstellung der nichtdeutschen Bevölkerung in Mitte nach Nationalität und Planungsraum.



Die verschiedenen Nationalitätsgruppen der nichtdeutschen Bewohner verteilen sich sehr unterschiedlich auf die Prognoserräume in Mitte (vgl. Schaubild 2.7). Ins Auge fällt der sehr hohe Anteil an Menschen aus der Türkei in den Regionen Wedding und Gesundbrunnen. 9677 Personen im Prognoseraum (PRG) Wedding (32% der nichtdeutschen Bevölkerung) und 9994 Personen in Gesundbrunnen (43% der Nichtdeutschen) sind türkische Staatsbürger. Im PRG) Moabit machen die Menschen türkischer Staatsbürgerschaft immer noch 24% der Ausländer aus. Im PRG Zentrum bilden die türkischen Staatsbürger lediglich 7% der nichtdeutschen Bevölkerung – hier in erster Linie in Tiergarten-Süd.

<sup>9</sup> Analog zur neuen Differenzierung der Bevölkerungsstatistik aus dem Datenpool nach Migrationshintergrund (vgl. S. 2) wäre es hier inhaltlich angebracht, nicht nur die Herkunftsregionen der im Bezirk lebenden Ausländer darzustellen, sondern auch die der Deutschen mit Migrationshintergrund. Dies zu ermöglichen wird auch momentan vom Amt für Statistik Berlin-Brandenburg angestrebt. Hierbei erweist sich dieses Vorhaben anhand des Melderegisters als sehr langwierig. Beim ersten Versuch, die Zuordnung für Berlin durchzuführen gab es ca. 140.000 Personen die nicht zuzuordnen waren – 20.000 davon in Berlin. Angesichts der großen Anzahl von fehlenden Werten wird in diesem Bericht davon abgesehen, diese Differenzierung zu verwenden.





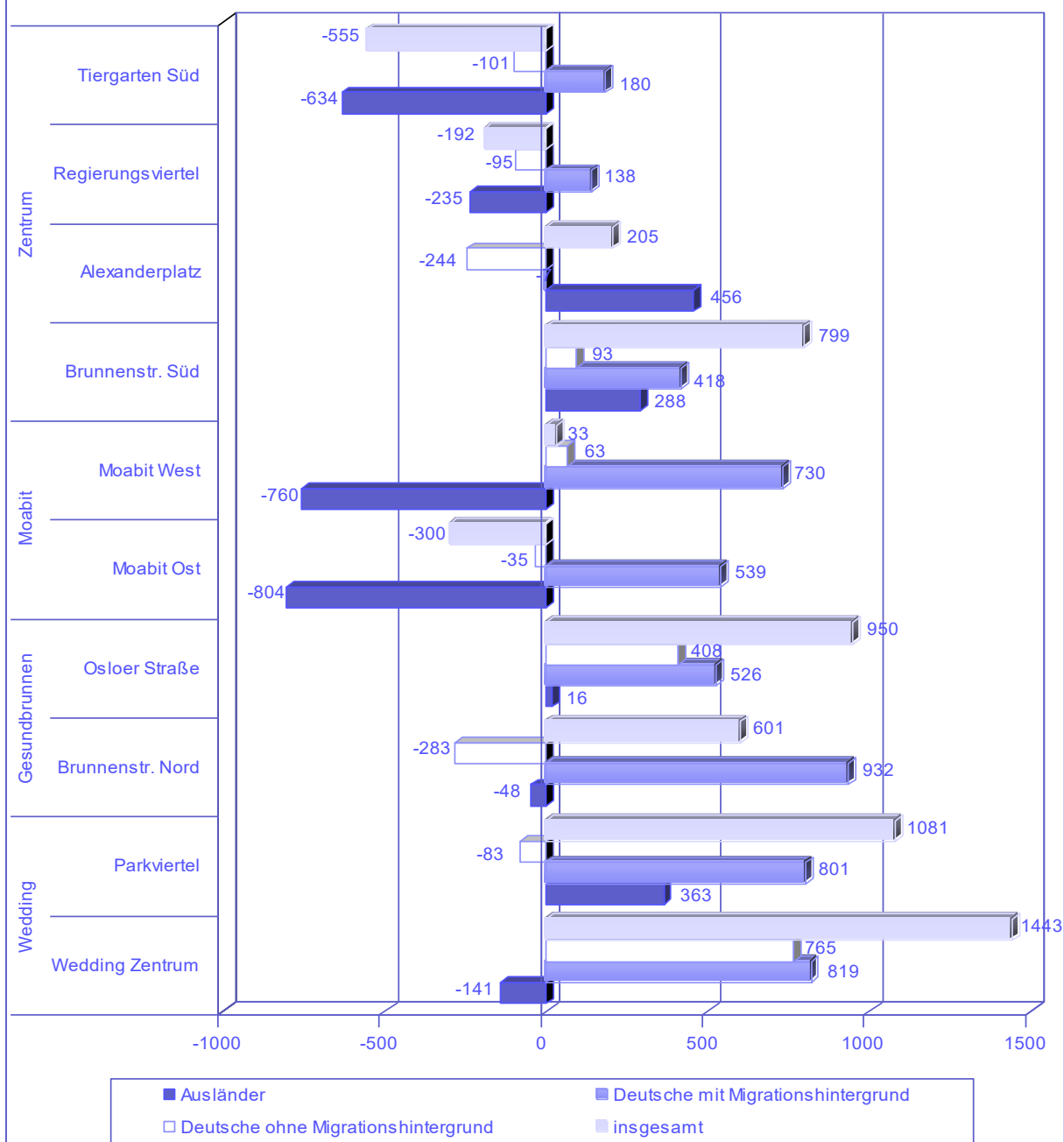
Die Personengruppe aus den EU-Ländern (ohne Polen) ist sehr stark im PRG Zentrum vertreten. Mit 6372 Personen stellen sie ca. 35% der nichtdeutschen Bevölkerung in diesem Prognoseraum dar. Die Gruppe der Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien ist zahlenmäßig am stärksten im PRG Wedding vertreten. Anteilsmäßig bildet sie ca. 11% der ausländischen Bevölkerung im Wedding und 12% der nichtdeutschen Bevölkerung Gesundbrunnen.

Die Gruppe der polnischen Staatsbürger sind mit 3205 Personen am stärksten im PRG Wedding ansässig, aber auch in Gesundbrunnen und Moabit. Menschen aus arabischen Ländern sind ungefähr gleichmäßig auf die drei Planungsräume Wedding, Gesundbrunnen und Moabit verteilt. Sowohl ihre Anzahl als auch ihr Anteil sind im PRG Zentrum wesentlich kleiner. Aus den sonstigen Nationalitäten fällt nur der relativ hohe Anteil von Menschen aus der ehemaligen Sowjetunion im PRG Zentrum auf.

## 2.3 Bevölkerungsentwicklung

In den letzten zwei Jahren hat sich die Bevölkerung im Bezirk Mitte um ca. 4000 Personen erhöht. Angesichts einer Bevölkerung von insgesamt ca. 327.000 Personen ist dieser Zugewinn prozentuell nicht viel (ca. 1,2%), aber bemerkenswert angesichts der Tatsache, dass im gleichen Zeitraum die Bevölkerung in Berlin insgesamt und in den meisten anderen Bezirken relativ stabil geblieben ist. Über die Gründe für den Bevölkerungsanstieg kann nur spekuliert werden, aber in diesem Abschnitt wird er genauer verortet – sowohl hinsichtlich der LOR-Zuordnung als auch getrennt nach dem Migrationsstatus der Ab- und Zugänge.

Schaubild 2.8: Bevölkerungsbewegungen in den Planungsräumen von Mitte -2007 bis 2009 (absolute Zahl der Personen)



Quelle Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, abgestimmter Datenpool:

Schaubild 2.8 zeigt die Bevölkerungsentwicklung in den Bezirksregionen in Mitte als Veränderungssaldo vom 31.12.2007 bis zum 31.12.2009.<sup>10</sup> Aus dem Schaubild ist zu sehen, in welchen Bezirksregionen es Bevölkerungsab- und -zugänge in diesem Zeitraum gegeben hat. Da sich die Entwicklung insgesamt gut im Plusbereich bewegt hat, ist in den meisten Bezirksregionen Zuwachs zu vermerken. Insbesondere die zwei Bezirksregionen im PRG Wedding konnten einen erheblichen Bevölkerungszuwachs nachweisen – Parkviertel (+1081) und Wedding Zentrum (+1443). Darüber hinaus gab es einen etwas kleineren Zuwachs in den Bezirksregionen in Gesundbrunnen – Osloer Straße (+950) und Brunnenstr. Nord (+650). Die größten Bevölkerungsabgänge sind im PGR Zentrum zu verzeichnen – insbesondere in der Bezirksregion Tiergarten Süd (-555).

Nach Migrationsstatus betrachtet, gibt es im Bezirk insgesamt eine interessante Entwicklung: Während die Anzahl der Bewohner nichtdeutscher Staatsangehörigkeit erheblich zurückgegangen ist (-1499) sind die Zahlen der Deutschen mit Migrationshintergrund sehr stark (+5076) und ohne Migrationshintergrund etwas (+488) gestiegen. Da diese Zahlen auf Ab- und Anmeldungen basieren, kann dieses Phänomen nicht durch Einbürgerungen entstanden sein.

## 2.4 Zusammenfassung

Am 31.12.2009 waren 327.082 Menschen mit ihrem Hauptwohnsitz im Bezirk Mitte angemeldet, 168.172 Männer und 158.910 Frauen. Hiermit war Mitte der drittgrößte Berliner Bezirk. Im Vergleich zum Jahr 2007 ist die Bevölkerung in Mitte bis Ende 2009 um ca. 4000 Personen gestiegen.

### *Bevölkerungsstruktur*

Die Bevölkerungsstruktur im Bezirk Mitte zeichnet sich insbesondere durch einen hohen Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund in den Jahrgängen bis ca. 65 Jahren aus. Durch das neue Staatsbürgerschaftsrecht verursacht, erscheint im Bevölkerungsbaum eine auffallend kleine Anzahl an Ausländern und eine hohe Zahl von Deutschen mit Migrationshintergrund in den jüngeren Altersgruppen der Kinder und Jugendlichen.

Ein Vergleich der Bevölkerungsstruktur in Berlin und Mitte zum Jahresende 2009 zeigt, dass Mitte insgesamt ein relativ „junger“ Bezirk ist. Neben den Altersgruppen zwischen 18 und 40 Jahren sind auch die Altersgruppen im Kleinkindesalter stärker in Mitte als in ganz Berlin vertreten.

### *Migration*

Der Bezirk Mitte weist einen sehr hohen Anteil an Menschen nichtdeutscher Herkunft auf. Diese sind stark in den alten Bezirken Tiergarten und Wedding konzentriert und überwiegend türkischer Herkunft. Sowohl beim Ausländeranteil (27,8 %) als auch beim Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund insgesamt (45%) belegt Mitte den Spitzenplatz in der bezirklichen Rangordnung.

Wie im Vergleich der Berliner Bezirke so gibt es auch innerhalb des Bezirks Mitte große Unterschiede. Insbesondere im Prognoseraum Gesundbrunnen, mit einem ohnehin hohen Ausländeranteil, gibt es außerdem einen hohen Anteil an Menschen mit einem Migrationshintergrund,

<sup>10</sup> Eine tabellarische Darstellung mit den melderechtlich registrierten Einwohnern am Ort der Hauptwohnung in den Bezirksregionen und Prognosereäumen in Mitte am 31.12.2009 differenziert nach Migrationshintergrund sowie dem Veränderungssaldo seit 12/2007 ist auf S. 169 im Anhang zu finden.

aber mit deutschem Pass. Mit insgesamt 57,6% der Bevölkerung ist der Migrantanteil hier extrem hoch. Im Prognoseraum Zentrum dagegen liegt der Migrantanteil mit 30,8% nur um einiges höher als der Berliner Durchschnitt (25,5%).

Diese eklatanten Unterschiede sind auch innerhalb der Prognoserräume zu sehen und ebenfalls in den Bezirksregionen (BZR). Im PGR Zentrum reicht der Migrantanteil von 52,7% in Tiergarten Süd bis hin zu nur 25,5% in der BZR Alexanderplatz. In den Planungsräumen (PLR) ist die Streubreite ebenfalls hoch. Hierbei variiert der Anteil zwischen 66,9% im Planungsraum Reinickendorfer Straße und 27,3% im PLR Unter den Linden Nord. Insbesondere in den Planungsräumen der sozial benachteiligten Teile von Tiergarten und Wedding gibt es hohe Anteile an Migranten.

### *Bevölkerungsentwicklung*

Zwischen 2007 und 2009 ist die Bevölkerung von Mitte um ca. 4000 Personen gestiegen. Gewinner hierbei waren insbesondere die zwei Bezirksregionen im PRG Wedding – Parkviertel (+1081) und Wedding Zentrum (+1443). Verluste waren hauptsächlich im PGR Zentrum zu verzeichnen – insbesondere in der Bezirksregion Tiergarten Süd (-555).

### 3 Soziale Lage

Wie in vorangegangenen bezirklichen Gesundheitsberichten (vgl. u.a. BA Mitte 2006, BA Mitte 2009) sowie in den Sozialstrukturatlanten der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (z.B. SenGUV 2009) dargelegt, ist die soziale Lage im Bezirk Mitte insgesamt – aber insbesondere für die Bevölkerung mit Migrationshintergrund – sehr prekär. An dieser Situation hat sich in den letzten Jahren nichts Grundlegendes geändert. Der Kern des Problems ist eine nach wie vor hohe Arbeitslosigkeit und ein vergleichsweise niedriges Bildungsniveau. Aufgrund der bestehenden wirtschaftlichen Schwäche in vielen Bezirksteilen gibt es dort eine hohe Sockelarbeitslosigkeit. Dieses Phänomen ist begründet u.a. im niedrigen Qualifikationsniveau eines Großteils der bezirklichen Bevölkerung. Durch die Arbeitslosigkeit bedingt, weist Mitte letztendlich auch einen hohen Anteil an Empfängern von Arbeitslosengeld II auf.

In diesem Bericht wird anhand der einschlägigen Indikatoren die gegenwärtige soziale Lage im Bezirk dargelegt und, wo Daten vorliegen, auch speziell für die nichtdeutschen Bewohner. Aufgrund der eingeschränkten bezirklichen Datenlage muss die Betrachtung der Situation der nichtdeutschen Bevölkerung in einigen Fällen für ganz Berlin vorgenommen werden. Die Analyse der sozialen Lage in Mitte erfolgt in erster Linie mit Hilfe von Indikatoren zur Bildung, zur Erwerbsbeteiligung und zum Einkommen aus dem Mikrozensus, sowie anhand der Arbeitslosenstatistik und der Statistik zum Empfang von Arbeitslosengeld II.

#### 3.1 Schul- und Berufsbildung

Ein wichtiger Bestimmungsfaktor für die insgesamt schwierige soziale Lage im Bezirk sind die strukturellen Benachteiligungen im Bereich der Schul- und Berufsbildung bei größeren Teilen der Bevölkerung – insbesondere der hohe Anteil der Erwachsenen ohne Schulabschluss. Dadurch, dass die notwendigen Voraussetzungen für eine qualitativ hochwertige Beteiligung am Erwerbsleben fehlen, sind viele Menschen im Bezirk darauf angewiesen, unsicheren und krisenanfälligen Beschäftigungsverhältnissen nachzugehen und sie werden dadurch auch relativ schnell arbeitslos. Um eine lang anhaltende Verbesserung der sozialen Lage im Bezirk zu erreichen, muss dieser Teufelskreis durchbrochen werden.

Bildung spielt nicht nur eine wichtige Rolle als Determinante der sozialen Lage, sondern ist auch ein wichtiger Faktor für die Gesundheit der Bevölkerung. Zahlreiche Untersuchungen haben eine enge Korrelation zwischen dem Bildungsniveau und dem gesundheitlichen Zustand der Bevölkerung festgestellt. Bildung wird sowohl als wichtiger Einflussfaktor für den allgemeinen gesundheitlichen Zustand der Bevölkerung als auch für die Inanspruchnahme von gesundheitlichen Vorsorgeangeboten angesehen. Sowohl in der Betrachtung der gesundheitlichen Lage als auch in der Einschätzung und Gestaltung der bezirklichen Versorgungsstruktur ist es wichtig, das Bildungsniveau der betroffenen Population zu berücksichtigen.

Insgesamt gibt es eine sehr große Bandbreite beim Bildungsgrad in den Berliner Bezirken. Dies betrifft sowohl die Schulbildung als auch die berufliche Bildung. Neben den Differenzen zwischen den einzelnen Bezirken gibt es auch große Unterschiede je nach Herkunft der Bevölkerung. Im Folgenden werden diese Unterschiede näher analysiert, insbesondere hinsichtlich der Situation der im Bezirk wohnenden Menschen nichtdeutscher Herkunft.

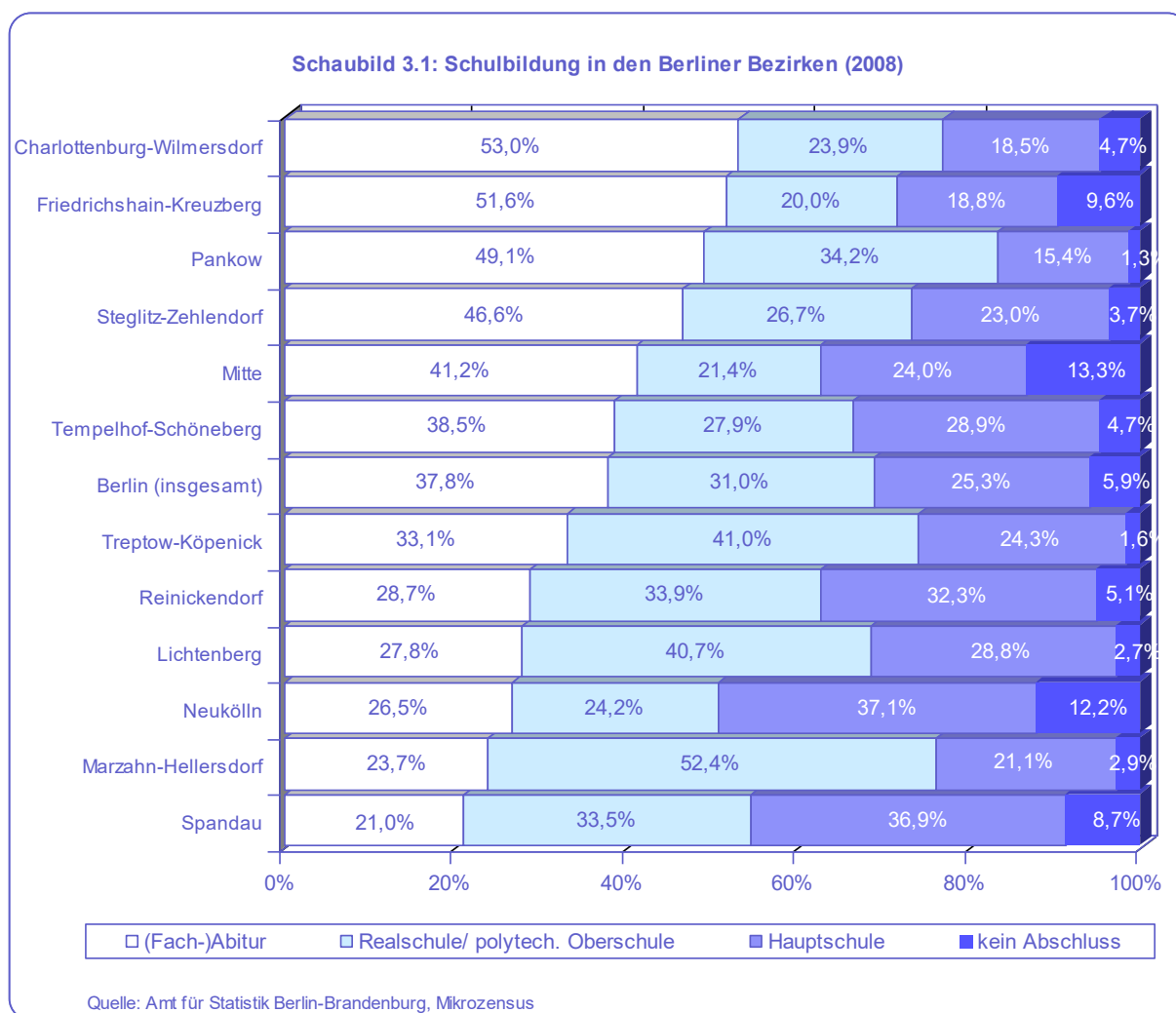
In diesem Abschnitt wird die Bildungssituation im Bezirk im bezirklichen Vergleich anhand der amtlichen Daten des Mikrozensus zur schulischen und beruflichen Bildung näher erläutert.

### 3.1.1 Schulbildung

Als primärer Indikator des Bildungsniveaus der Bevölkerung in Deutschland wird gewöhnlich der allgemeinbildende Schulabschluss verwendet. Durch die frühzeitige Trennung nach Leistungsniveau in Deutschland werden Weichen gestellt, die für das Leben prägend sind. Wie sich in der neuerlichen Diskussion der Resultate von internationalen Bildungsvergleichen (z.B. PISA-Studie) zeigt, ist diese Trennung nicht unumstritten. In diesem Abschnitt wird erst anhand des Mikrozensus die Schulbildung der Bevölkerung in den Berliner Bezirken sowie die Schulbildung in Mitte und Berlin nach Migrationsstatus betrachtet. Anschließend werden anhand der Schulstatistik in Berlin die Quoten der aktuellen Schulabsolventen bzw. -abbrecher in den Berliner Bezirken nach Nationalität analysiert.

#### Mikrozensusangaben zur Schulbildung der Bevölkerung

Schaubild 3.1 zeigt die Schulbildung der Bevölkerung in den Berliner Bezirken im Jahre 2008 nach den Angaben des Mikrozensus. Wie in vielen anderen Bereichen gibt es auch hier eine große Spannweite – auf beiden Enden des Spektrums.



Auffallend ist, dass es noch immer – zwanzig Jahre nach der Wiedervereinigung – in den meisten ehemaligen Ostberliner Bezirken einen hohen Anteil von Absolventen der polytechnischen Oberschule gibt und in einigen ehemals Westberliner Bezirken (Neukölln, Spandau, Reinickendorf, Tempelhof) relativ viele Personen mit einem Hauptschulabschluss. Dieses Phänomen ist

nicht so deutlich wie vor einigen Jahren, aber immer noch merkbar und liegt u.a. in den jeweiligen Bildungssystemen begründet.

Hinsichtlich des Anteils an Menschen mit Abitur führt Charlottenburg-Wilmersdorf die bezirkliche Rangordnung mit 53%, dicht gefolgt vom ehemaligen Arbeiterbezirk Friedrichshain-Kreuzberg mit 51,6%. Die positive Entwicklung im Bildungsniveau im letztgenannten Bezirk in den letzten Jahren erfolgte dank des anhaltend hohen Anteils an Studenten im Bezirk einerseits und andererseits durch die erhöhte Attraktivität von einigen Teilen des Bezirkes, die besser gestellte Bewohner anziehen. In der bezirklichen Rangordnung zeigt Mitte ein zwiespältiges Bild: Im Bezirk wohnt sowohl der fünfthöchste Anteil an Menschen mit Abitur (41,2%) als auch der höchste Anteil an Menschen ohne Schulabschluss.

Besonders besorgniserregend ist der anhaltend hohe Anteil von Menschen in Mitte, die keinen Schulabschluss erreicht haben. Mit 13,3% der erwachsenen Bevölkerung (= ca. 36.000 Menschen) ohne Schulabschluss liegt Mitte auf dem höchsten Platz in der bezirklichen Rangordnung – vor Neukölln und Friedrichshain-Kreuzberg. Ein Vergleich zur Situation in Mitte im Jahre 2004 (vgl. BA Mitte 2006, S. 39) zeigt eine beträchtliche Verschlechterung bei diesem Indikator um ca. 3,3 Prozentpunkte, das bedeutet 11.100 Menschen mehr ohne Schulabschluss.

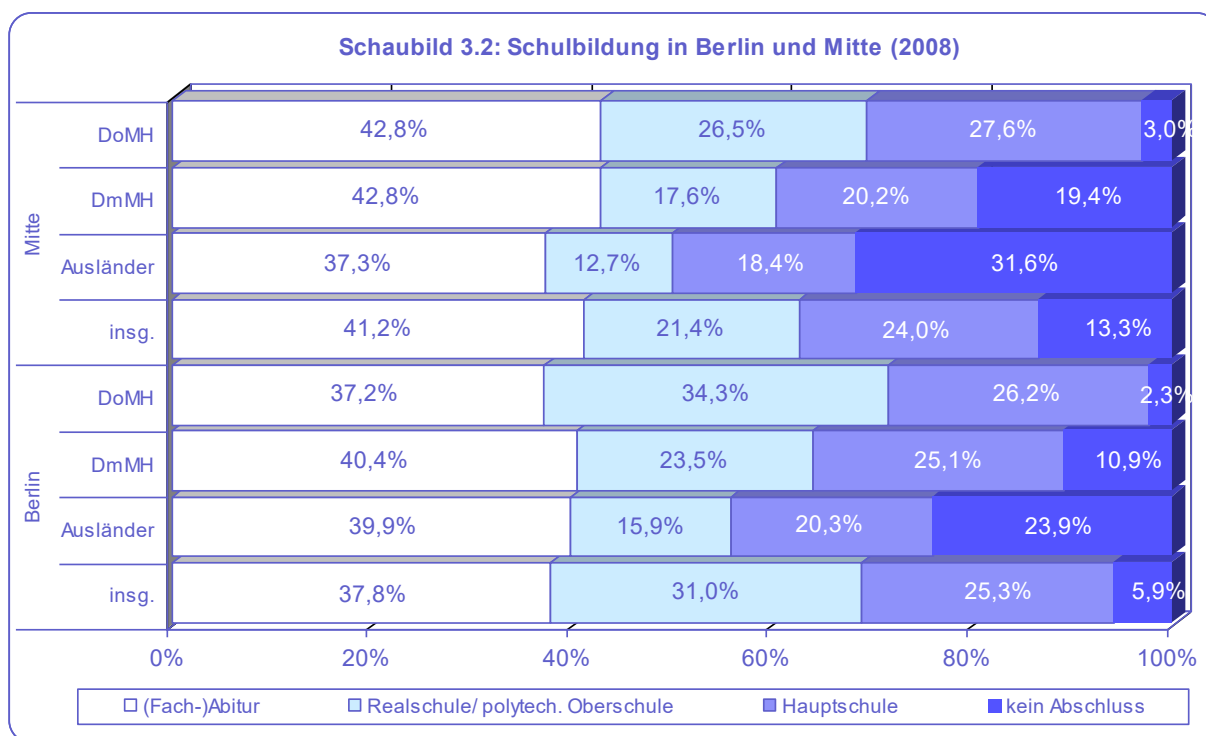


Schaubild 3.2 zeigt die Verteilung der Schulabschlüsse der erwachsenen Bevölkerung in Berlin und Mitte im Jahr 2008 nach Migrationstatus<sup>11</sup>. Auffällig ist, dass der Anteil von Menschen mit Abitur in allen drei Gruppen ähnlich hoch ist; in Berlin insgesamt liegt der Anteil der Ausländer und der Deutschen mit MH noch höher als der Anteil der Deutschen ohne MH.

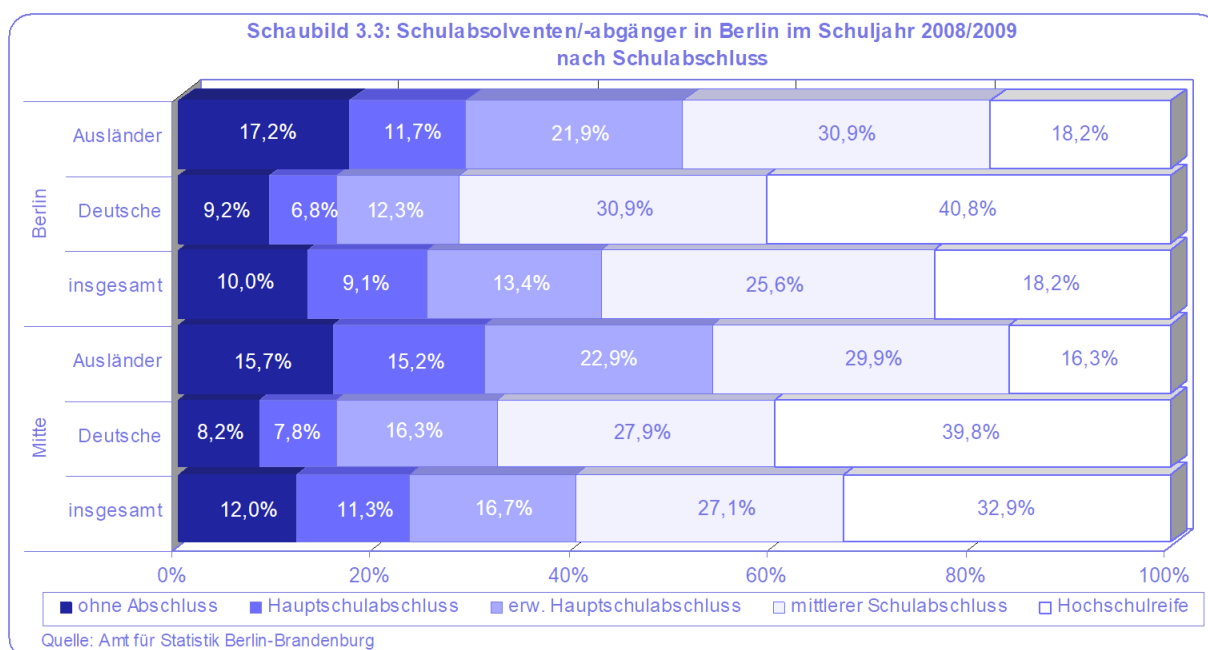
Bei den Menschen ohne Schulabschluss dagegen fallen die Anteile in den drei Gruppen sehr unterschiedlich aus – sowohl in Berlin als auch in Mitte. Während es mit 3% kaum Menschen

<sup>11</sup> Dank des neuen Erhebungsmodus beim Mikrozensus seit 2005 kann die deutsche Bevölkerung auch nach Migrationsstatus differenziert werden.

ohne Schulabschluss bei den Deutschen ohne MH in Mitte gibt, beträgt der Anteil der Deutschen mit MH 19,4% – mehr als sechsmal so viel. Bei den Ausländern ist der Anteil mit 31,6% noch um die Hälfte höher. Der Anteil der Menschen ohne Schulabschluss liegt in ganz Berlin in allen drei Gruppen um einiges niedriger als in Mitte.

*Schulabsolventen/-abbrecher in den Berliner Bezirken*

Auch die Situation der gegenwärtigen Schulabgänger im Bezirk ist ein wichtiger Indikator für die künftige Entwicklung der sozialen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund. Wenn die im oberen Abschnitt abgebildeten Bildungsmuster nach und nach aufgebrochen werden können, gibt es mindestens für heranwachsende Generationen bessere Chancen. In diesem Abschnitt wird anhand der Statistik der Senatschulverwaltung für das Schuljahr 2008/2009 die Situation der Schulabgänger analysiert. Schaubild 3.3 zeigt die Zusammensetzung der Schulabgänger in Berlin und Mitte nach Staatsangehörigkeit<sup>12</sup>.



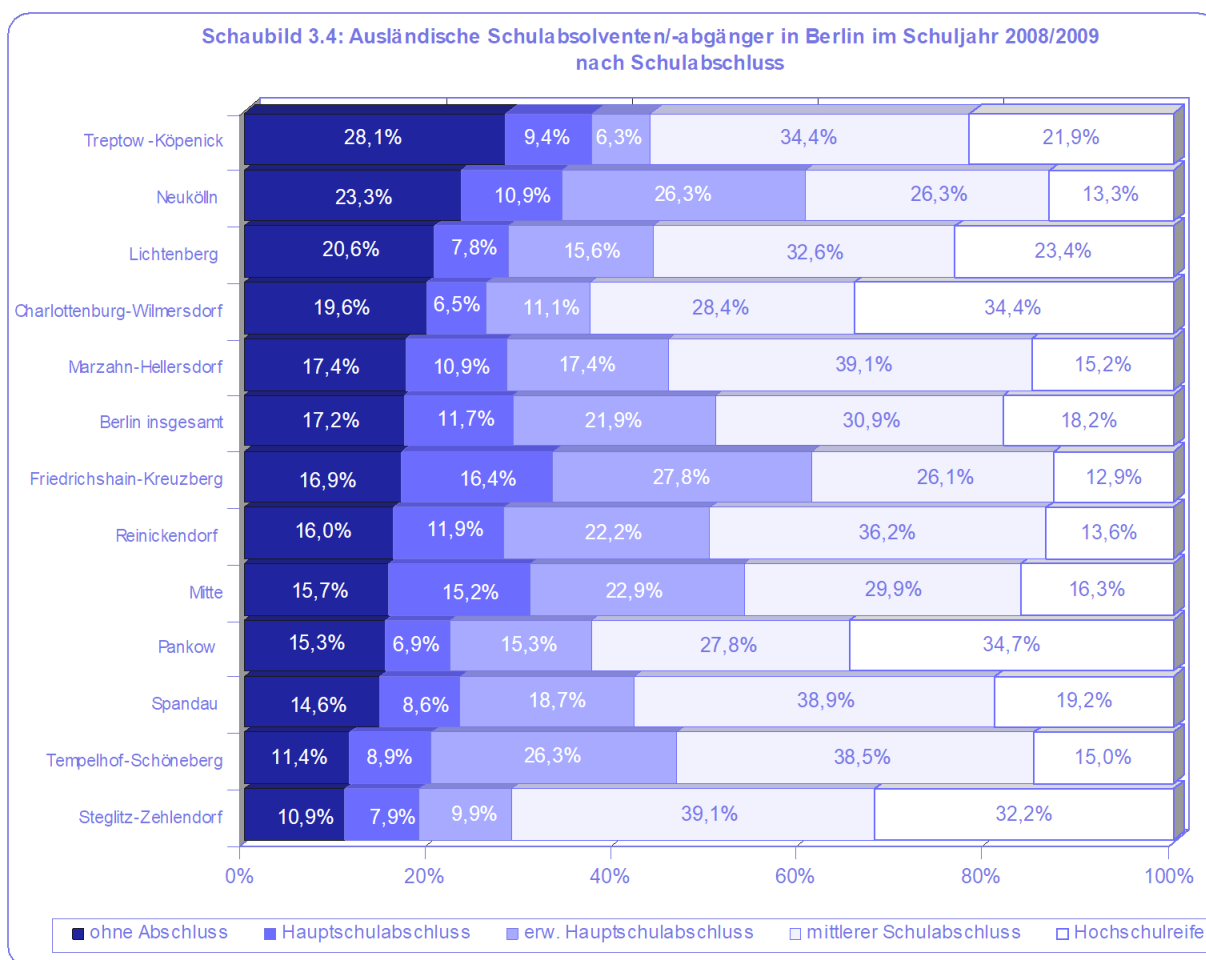
Bei der Betrachtung des Schaubildes sind deutliche Unterschiede zu erkennen. Sowohl in Berlin als auch in Mitte verlassen fast zweimal so viele ausländische Jugendliche die Schule ohne Abschluss im Vergleich zu ihren deutschen Klassenkameraden, wobei das Niveau in Mitte etwas besser ist als im Landesdurchschnitt – sowohl bei den deutschen als auch bei den ausländischen Schulabbrechern. An dem anderen Ende des Spektrums, bei der Hochschulreife, liegen die Verhältnisse ähnlich. Sowohl in Berlin als auch in Mitte gibt es mehr als zweimal so viele deutsche wie ausländische Abiturienten, wobei Mitte hier etwas unterdurchschnittlich abschneidet. Der Schwerpunkt der Schulabschlüsse der ausländischen Jugendlichen in beiden Gebieten mit ca. 30% beim mittleren Schulabschluss.

Schaubild 3.4 zeigt die ausländischen Schulabsolventen/-abbrecher in den Berliner Bezirken im Schuljahr 2008/2009. Auf den ersten Blick fällt auf, dass bei den Schulabbrechern der Bezirk

<sup>12</sup> Wie bei den Daten zur Arbeitslosigkeit gibt es hier keine Differenzierung der deutschen Schulabsolventen/-abbrecher nach Migrationshintergrund. Hierdurch werden mit Sicherheit viele Schulabgänger mit Migrationshintergrund als „Deutsche“ erfasst.



Mitte im bezirklichen Vergleich recht gut da steht. Mit 15,7% der Schulabgänger des Jahrganges liegt Mitte hier besser als der Berliner Durchschnitt (17,2%) und um ca. ein Viertel besser als Neukölln (23,3%) – einem Bezirk mit vergleichbarer Sozialstruktur. Während die höheren Anteile der nichtdeutschen Schulabbrecher in einigen Bezirken (Treptow-Köpenick und Marzahn-Hellersdorf) an den kleinen absoluten Zahlen der ausländischen Schulabgänger (41 bzw. 42) liegt, sind die Zahlen in den anderen Bezirken groß genug, um verglichen zu werden. Ebenfalls kann sich der Anteil der ausländischen Abiturienten in Mitte (16,3%) im Vergleich mit Bezirken wie Neukölln (13,3%) und Friedrichshain-Kreuzberg (12,9%) sehen lassen. Hierbei muss aber angemerkt werden, dass die Gruppe der deutschen Schulabgänger mit Migrationshintergrund nicht ausgewiesen werden kann und dass die Gruppe der „Ausländer“ in sich sehr unterschiedlich ist.



### 3.1.2 Berufliche Bildung

Um die soziale Lage eines Gebietes einzuschätzen, ist die berufliche Bildung der Bevölkerung fast noch wichtiger als der Abschluss einer allgemeinbildenden Schule, wo in erster Linie Grundkenntnisse vermittelt werden. Das Ausmaß, wie ein junger Mensch sich bei seiner beruflichen Bildung behaupten kann, entscheidet mit, ob diese in einen Abschluss mündet, der seinem Inhaber realistische Chancen am Arbeitsmarkt einräumt. Dadurch, dass die Arbeit in fast allen Branchen immer spezialisierter und anspruchsvoller wird, ist es umso wichtiger, einen qualifizierten berufsbildenden Abschluss zu besitzen. Mit hoher Wahrscheinlichkeit werden die oben dargestellten Benachteiligungen im Bereich der Schulbildung auch hier widergespiegelt werden.

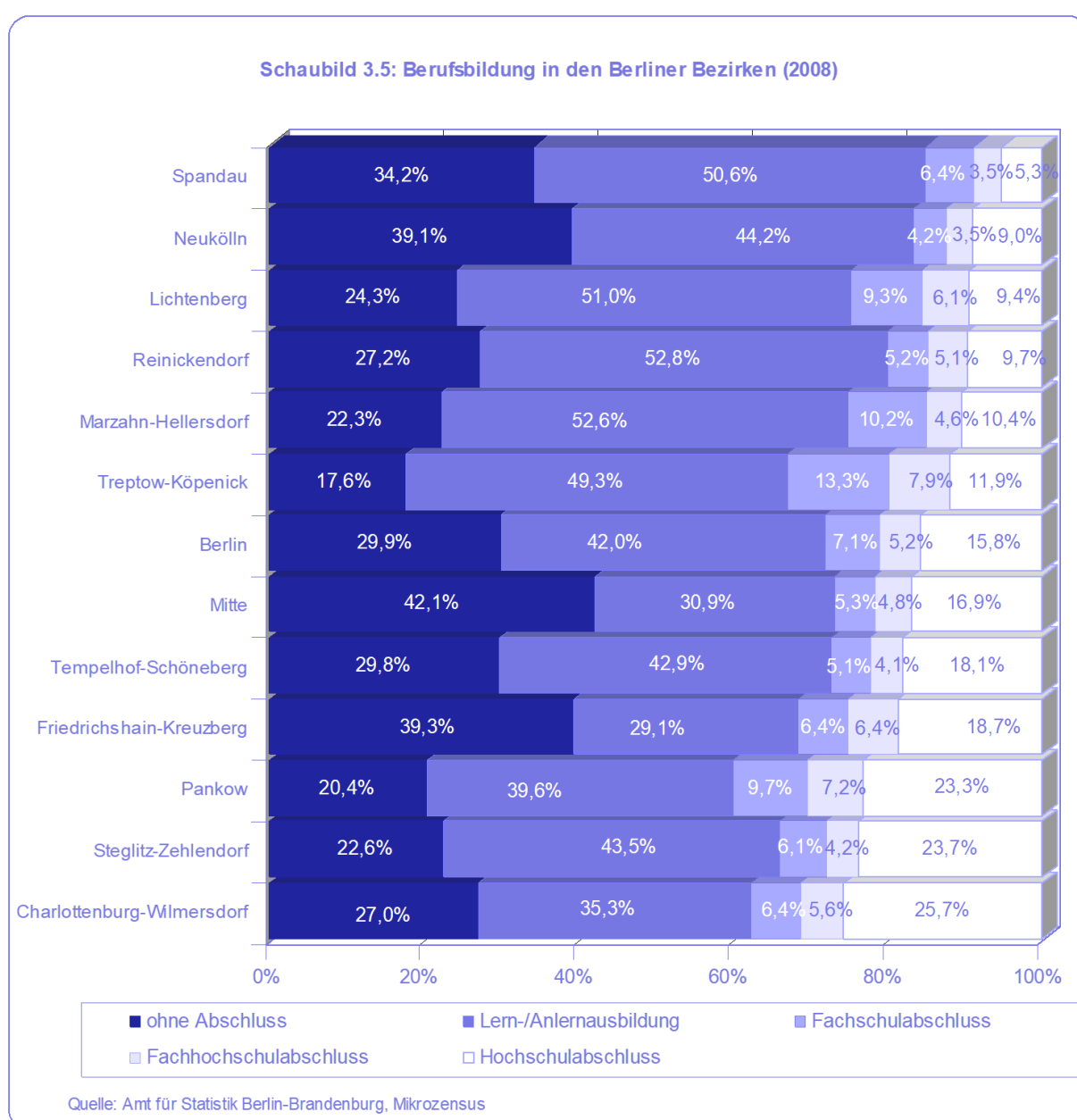


Schaubild 3.5 zeigt die berufliche Bildung der Bevölkerung in den Berliner Bezirken im Jahre 2008. Hier gibt es ebenfalls große Unterschiede zwischen den Bezirken, die zum Teil durch den Migrationshintergrund der betroffenen Menschen verursacht sind. Einige Tendenzen, die bei der Schulbildung sichtbar waren, spiegeln sich hier potenziert wider.

Der Großteil der Berufsabschlüsse in allen Bezirken wird durch die Lern-/ Anlernausbildung bestritten. Hier bewegt sich der Anteil zwischen 30% und 50% der erwachsenen Bevölkerung je nach Bezirk. Mit 30,9% der Bevölkerung, die diese Ausbildungsart vorweisen, liegt Mitte im Vergleich zu ganz Berlin weit unter dem Durchschnitt. Es gibt ebenfalls relativ große Unterschiede zwischen den Bezirken beim Anteil der Personen mit Hochschulabschluss. Während in Charlottenburg-Wilmersdorf 25,7% der Bevölkerung einen Hochschulabschluss haben, sind es in Spandau nur 5,3%. Mit 16,9% Hochschulabsolventen liegt Mitte an sechster Stelle, knapp über dem Berliner Durchschnitt (15,8%). Besorgniserregend ist die Tatsache, dass 42,1% der erwachsenen Bevölkerung in Mitte über keinen Berufsabschluss verfügt. Hiermit liegt Mitte auf dem letzten Platz in der bezirklichen Rangordnung.

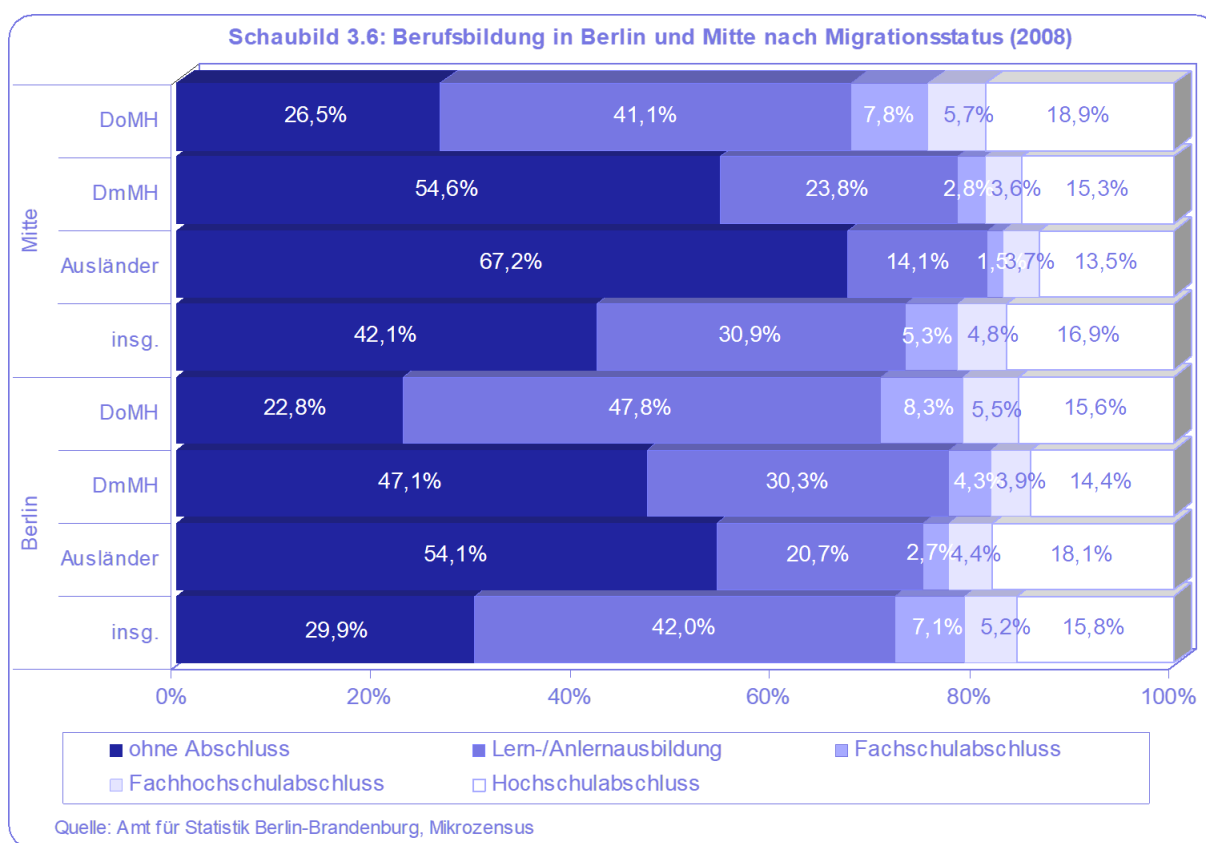


Schaubild 3.6 zeigt die Verteilung der Berufsbildungsabschlüsse der Bevölkerung in Berlin und in Mitte nach Migrationsstatus. Insbesondere bei der Gruppe der Menschen ohne Berufsabschluss gibt es sehr große Unterschiede. Während nur 22,8% der Deutschen ohne Migrationshintergrund in Mitte über keinen berufsbildenden Abschluss verfügt, sind es mehr als zwei Drittel der Ausländer. Sowohl in Berlin als auch in Mitte ist der Anteil der Deutschen mit Migrationshintergrund ohne Berufsbildung mehr als zweimal so groß wie bei der Gruppe ohne MH – der Anteil bei den Ausländern ist in beiden Gebieten noch höher. Der Anteil der Menschen ohne berufliche Bildung ist bei allen drei Gruppen in Mitte um einiges höher als in Berlin insgesamt. Interessant beim Anteil der Menschen mit Hochschulabschluss ist, dass dieser in ganz Berlin bei den Ausländern am höchsten liegt (18,1%), in Mitte jedoch am niedrigsten (13,5%).<sup>13</sup>

## 3.2 Lebensunterhalt und Erwerbstätigkeit

Das Ergebnis einer erfolgreichen Schul- und Berufsausbildung ist die Erwerbstätigkeit, in der im Idealfall die Fähigkeiten und Kenntnisse, die in der Schule und der Berufsausbildung angeeignet wurden, auch auf dem Arbeitsmarkt honoriert werden, sodass die Betroffenen hiervon ihren Lebensunterhalt bestreiten können. Hierbei ist es Menschen mit Migrationshintergrund nicht immer möglich, sich auf dem Arbeitsmarkt zu behaupten. Diese Tatsache beruht u.a. auf dem oben dargestellten Phänomen fehlender oder gering qualifizierender Berufsabschlüsse. Es gibt aber darüber hinaus auch andere Einstellungshürden, wie eventuelle Vorurteile der Arbeitgeber bei der Auswahl von Mitarbeitern oder auch formelle Hürden, wie die Erhaltung einer

<sup>13</sup> Dies könnte durch den Zuzug von Akademikern mit MH in Berlin seit dem Regierungsumzug verursacht worden sein. Diese wohnen jedoch nicht unbedingt in Mitte, sondern u.a. im Prenzlauer Berg.

Arbeiterlaubnis oder fehlender Anerkennung von Schul- und Berufsabschlüssen, wenn diese im Ausland erlangt wurden.

An dieser Stelle werden diese Zusammenhänge anhand der Mikrozensus-Statistik zum Lebensunterhalt und zur Erwerbstätigkeit näher analysiert. Im ersten Schritt wird die Bevölkerung in Hinblick auf die Quelle ihres überwiegenden Lebensunterhaltes betrachtet. Anschließend wird die Binnenstruktur der Gruppe der Erwerbstätigen gesondert untersucht.

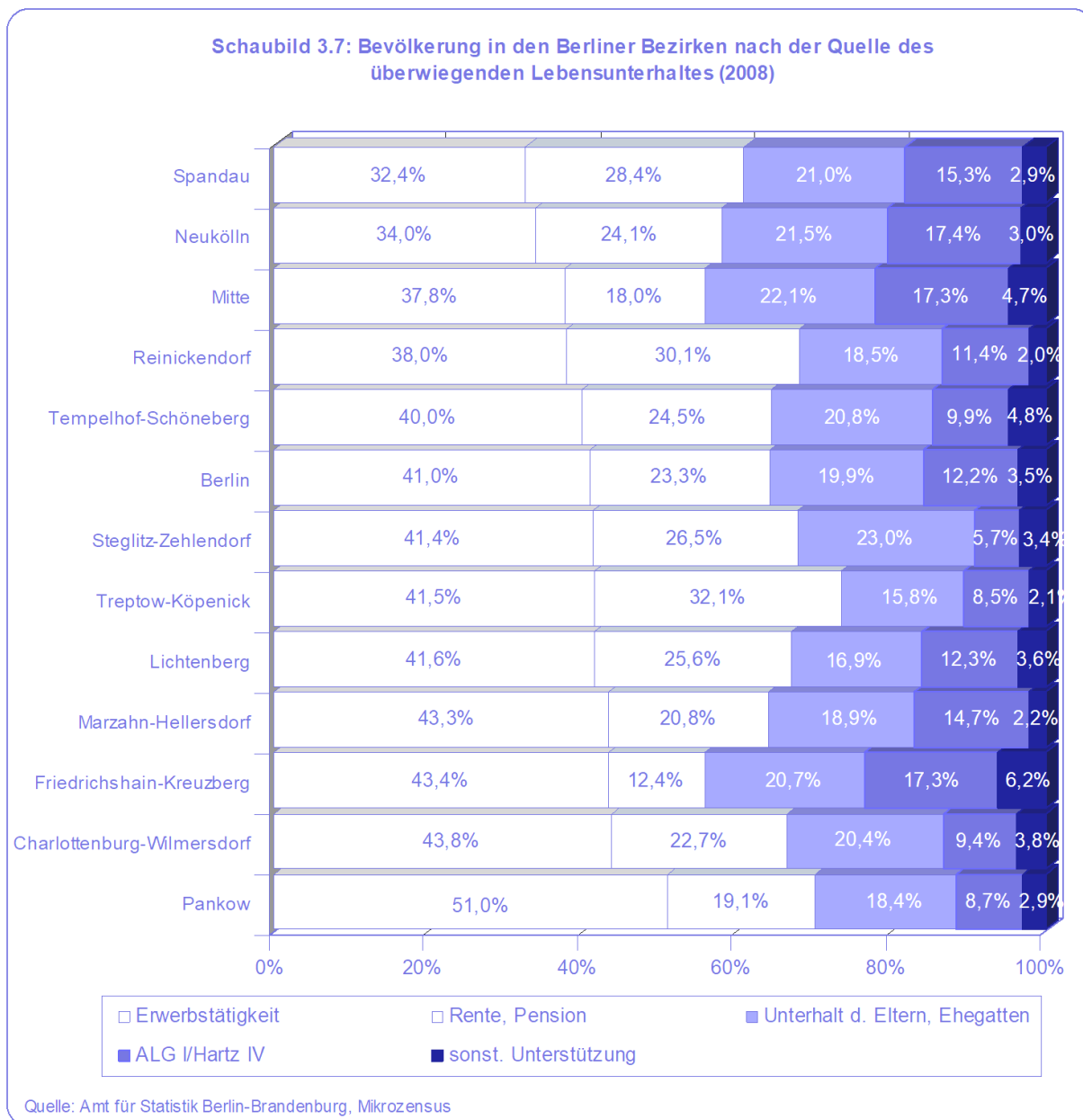
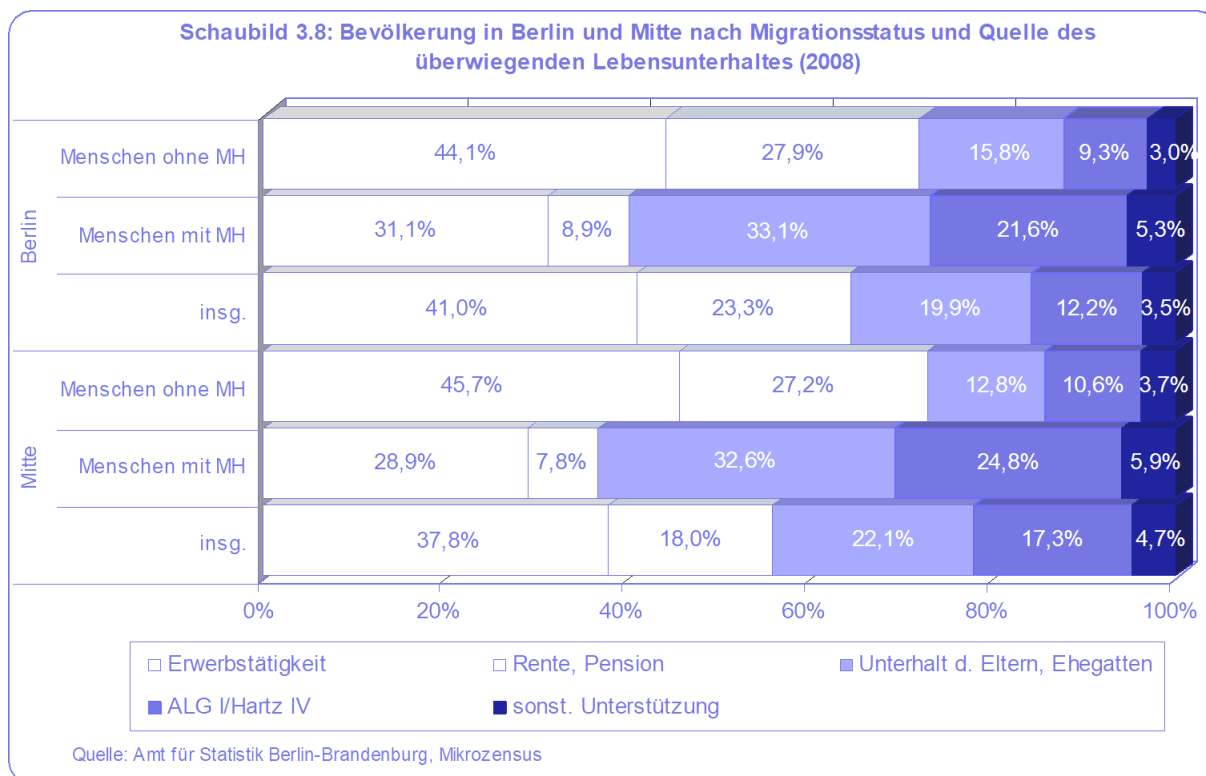


Schaubild 3.7 zeigt die Bevölkerung nach der Quelle ihres überwiegenden Lebensunterhalts in den Berliner Bezirken. Markant sind insbesondere die Unterschiede zwischen den Bezirken hinsichtlich des Anteils der Bevölkerung, die ihren Lebensunterhalt durch Erwerbstätigkeit bestreitet. Während 51% der Bevölkerung in Pankow ihren Lebensunterhalt durch Erwerbstätigkeit verdient, sind es nur 32,4% in Spandau. Mit 37,8% liegt Mitte auf dem dritt-niedrigsten Platz bei der Erwerbstätigkeit. Ein ähnlich schwaches Ergebnis erhielt Mitte hinsichtlich des Bevölkerungsanteils, der überwiegend von ALG I (Arbeitslosengeld) oder ALG II (Hartz IV) lebt, belegt Mitte – zusammen mit Friedrichshain-Kreuzberg.

Beim Anteil der Bevölkerung, die von ihrer Rente oder Pension leben, führen erwartungsgemäß eher „ältere“ Bezirke, wie Treptow-Köpenick (32,1%) und Reinickendorf (30,1%) die Rangfolge an. Hier liegt Mitte mit 18% deutlich unter dem Durchschnitt. Wie im Schaubild 3.8 zu sehen, sind viele Bewohner des Bezirkes auf den Unterhalt durch Eltern oder Ehegatten angewiesen.



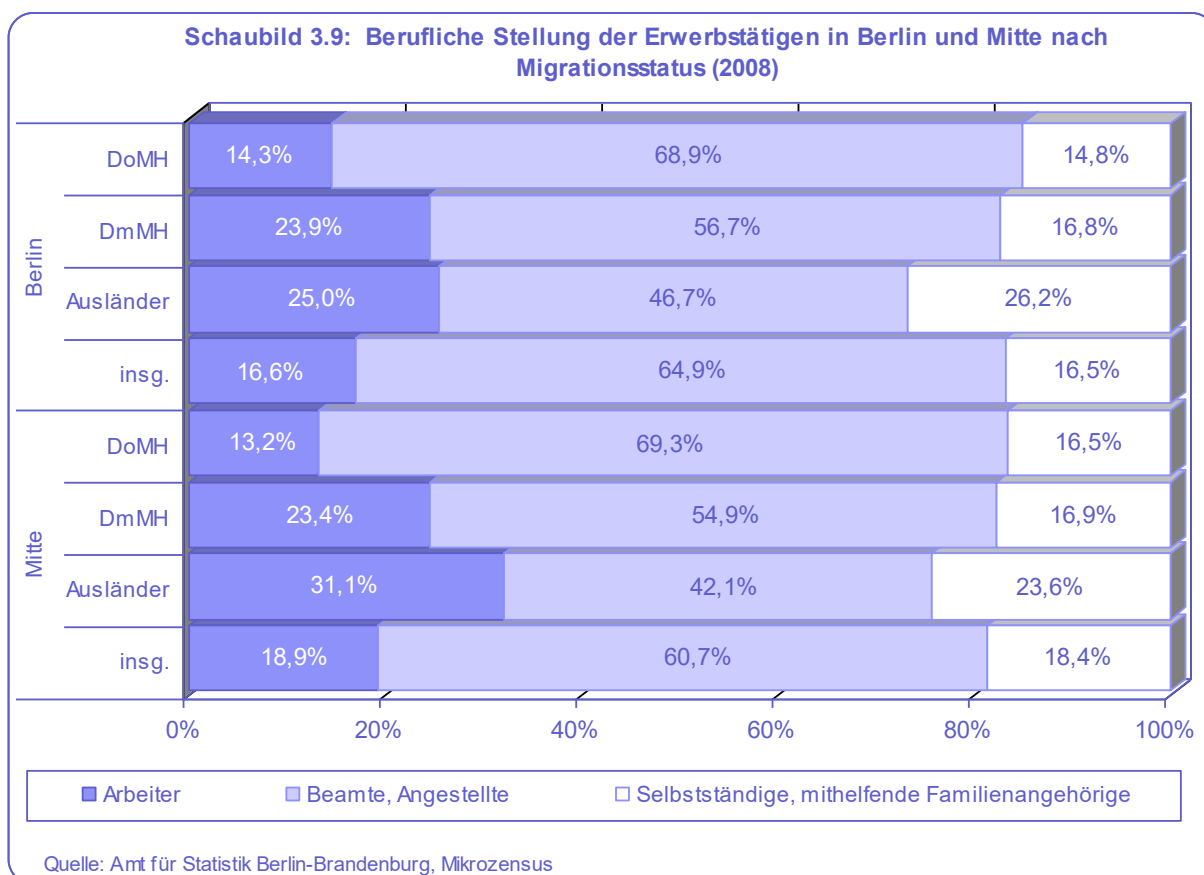
Bei der Betrachtung der Quelle des überwiegenden Lebensunterhaltes der Bevölkerung im Bezirk Mitte und in Berlin nach Migrationshintergrund<sup>14</sup> (Schaubild 3.8) fallen einige Besonderheiten auf. Deutlich in der Auswertung ist die niedrige Erwerbsbeteiligung von Menschen mit Migrationshintergrund gegenüber den Nichtmigranten. Mit 28,9% im Vergleich zu 45,7% der Bevölkerung, die ihren Lebensunterhalt durch Erwerbstätigkeit bestreitet, ist dies in Mitte besonders ausgeprägt. Auffallend ist auch der sehr niedrige Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund, die ihren Lebensunterhalt durch Rente oder Pension bestreiten – sowohl in Mitte als auch in ganz Berlin. In Mitte sind es nur 7,8% der Bevölkerung mit MH im Vergleich zu 27,2% der Deutschen ohne MH. Dies beruht mit Sicherheit auf der relativ jungen Altersstruktur der nichtdeutschen Bevölkerung in Deutschland (vgl. Schaubild 2.2).

Ebenfalls fällt der vergleichbar hohe Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund ins Auge, der auf Unterstützung durch Eltern oder Ehegatten für den Lebensunterhalt angewiesen ist. In ganz Berlin sind es knapp zweimal so viel wie bei den Deutschen ohne Migrationshintergrund – in Mitte ist der Abstand zwischen den Gruppen mit 32,6% im Vergleich zu 12,8% noch deutlicher. Dies stammt vermutlich ebenfalls aus der Altersstruktur der Menschen mit MH in Berlin. Des Weiteren fallen größere Unterschiede beim Anteil der Bevölkerung, die von Arbeitslosengeld oder Hartz IV leben, auf. Hier liegt der Anteil bei Menschen mit MH ebenfalls

<sup>14</sup> Da ein großer Anteil der Deutschen mit Migrationshintergrund Kinder sind, welche sehr stark auf den Unterhalt der Eltern (die u.U. Ausländer sind) angewiesen sind, wird an dieser Stelle auf die weitere Differenzierung zwischen Ausländern und Deutschen mit Migrationshintergrund verzichtet.

mehr als zweimal so hoch wie bei denen ohne MH. In Mitte ist der Anteil in beiden Gruppen noch höher als in ganz Berlin.

Im Schaubild 3.9 wird die berufliche Stellung der Erwerbstätigen in Berlin und Mitte nach Migrationsstatus dargestellt. Beim Anteil der Arbeiter zeigen sich in Berlin nur geringe Unterschiede zwischen Deutschen mit Migrationshintergrund (23,9%) und Ausländern (25,0%), während der Arbeiteranteil bei den Deutschen ohne MH wesentlich niedriger liegt (14,3%). Beim Anteil der Selbstständigen dagegen ähneln sich eher die Deutschen mit (16,8%) und ohne Migrationshintergrund (14,8%), während das Niveau bei den Ausländern (26,2%) um einiges höher liegt<sup>15</sup>. Die Verhältnisse in Mitte geben ein ähnliches Bild ab wie in ganz Berlin. Der Anteil der Arbeiter bei den Ausländern ist jedoch noch höher (31,1%).



<sup>15</sup> Der hohe Anteil an Selbstständigen bei Ausländern im Vergleich zu den Deutschen mit Migrationshintergrund könnte daran liegen, dass hierfür keine Arbeitslaubnis nötig ist.

### 3.3 Arbeitslosigkeit

Die Arbeit ist ein wesentlicher Bestandteil im Leben eines Menschen. Nicht nur als Einkommensquelle, und dadurch mitbestimmend für die materielle Situation, sondern auch als sinngebendes und strukturierendes Element im Leben des Einzelnen. Menschen, die ihre Arbeitsstelle verloren und noch keine neue Arbeit gefunden haben, geht es im Durchschnitt gesundheitlich wesentlich schlechter als dem Durchschnitt der Beschäftigten und der gesamten Bevölkerung. Untersuchungen zeigen, dass Arbeitslose eine höhere Sterblichkeit, häufigere und längere körperliche Erkrankungen, mehr psychische Leiden, ein riskanteres Gesundheitsverhalten und eine häufigere Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung als Erwerbstätige aufweisen.

In diesem Abschnitt werden zunächst die aktuellen Arbeitslosenquoten in den Berliner Bezirken anhand der Angaben der Bundesagentur für Arbeit näher betrachtet, wobei hier nur Daten für die Bezirke analysiert werden können. Anschließend werden anhand der Daten zur Grundsicherung nach dem SGB II (Arbeitslosengeld II – ALG II) aus dem fachlich abgestimmten Datenpool auch kleinräumliche Analysen durchgeführt.

#### 3.3.1 Arbeitslosenquote

Die Arbeitslosenquote ist einer der geläufigsten Indikatoren der sozialen Lage in Deutschland. Hierbei wird ein Quotient aus dem Anteil der arbeitslosen Menschen an allen abhängig Beschäftigten in einem Gebiet gebildet.

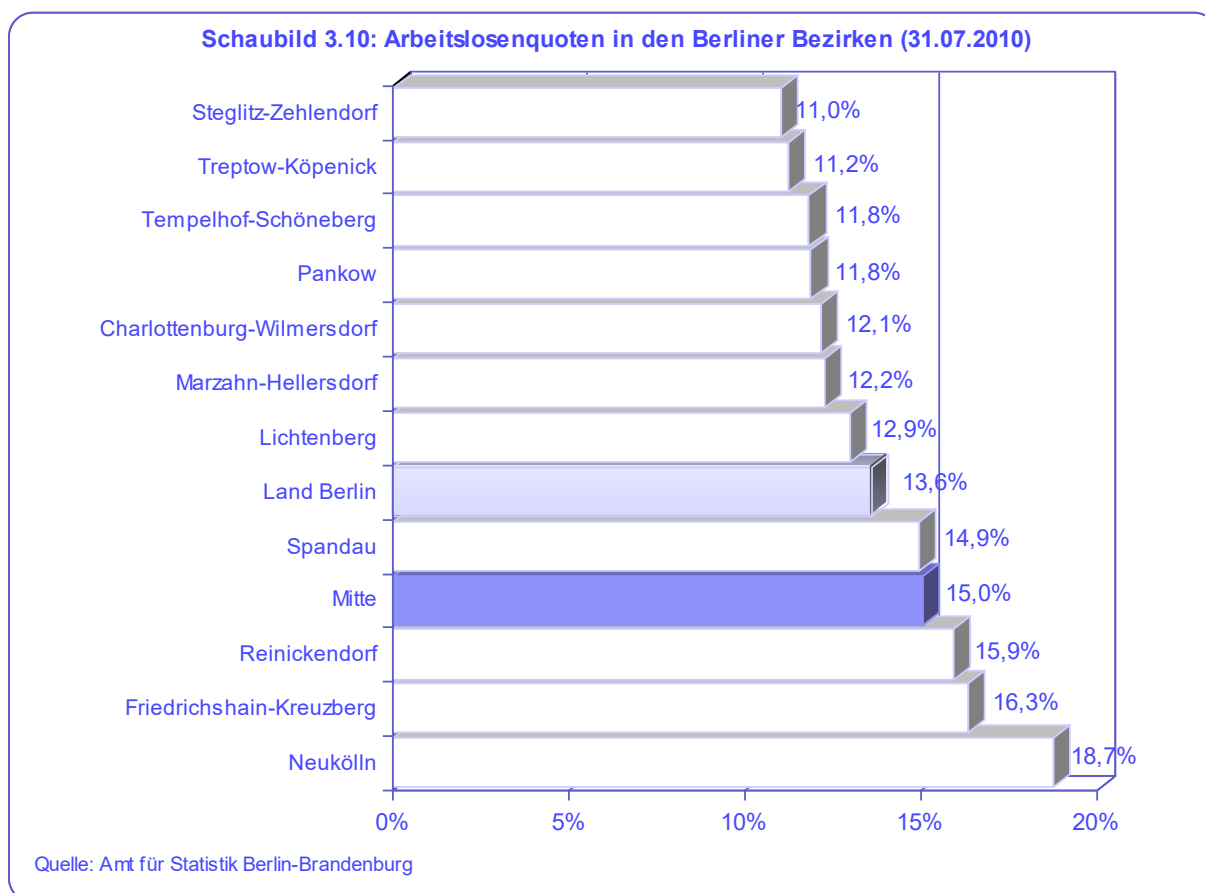


Schaubild 3.10 zeigt die aktuellen Arbeitslosenquoten in den Berliner Bezirken und in Berlin als Ganzem am 31.07.2010. Mitte liegt mit einer Arbeitslosenquote von 15% im unteren Bereich in der bezirklichen Rangordnung. Die Arbeitslosenquote in Steglitz-Zehlendorf, dem bestplatzierten Bezirk, beträgt mit 11% vier Prozentpunkte weniger.

Im Vergleich zum Stand vom Juli 2006, der im Basisgesundheitsbericht (BA Mitte 2006) analysiert worden ist, hat sich die Lage auf dem Arbeitsmarkt in Mitte um einiges verbessert (vgl. BA Mitte 2006, S. 31). Abgesehen von der Tatsache, dass sich die von der Bundesagentur für Arbeit bevorzugte Bezugsgröße geändert hat<sup>16</sup>, ist die Zahl der Arbeitslosen insgesamt in diesem Zeitraum um ca. 6000 zurückgegangen. Diese Entwicklung fand auch in Berlin als Ganzem statt (ca. 60.000 Arbeitslose weniger) und könnte auch ein Resultat von verstärkten Arbeitsmarktmaßnahmen sein. Anhand der vorliegenden Daten kann jedoch nichts über die Dauerhaftigkeit oder den Beschäftigungsumfang der zusätzlichen Arbeitsverhältnisse (Mini-Jobs?) ausgesagt werden. Bedenklich jedoch ist die Tatsache, dass im gleichen Zeitraum der Anteil von ALG II-Empfängern in Mitte um 6% gestiegen ist (vgl. BA Mitte 2006, S. 34 sowie Abschnitt 2.3.2 dieses Berichtes).

Wie bei den meisten anderen Indikatoren der sozialen Lage gibt es deutliche Unterschiede im Niveau zwischen den deutschen und ausländischen<sup>17</sup> Bewohnern des Bezirkes. Zum Jahresende 2009 wurden von der Arbeitsagentur Berlin-Brandenburg Arbeitslosenquoten auch für ausländische Arbeitnehmer in Berlin und den Bezirken gebildet. Während die Arbeitslosenquote für alle abhängigen Beschäftigten in Mitte bei 16,5% lag, war die AL-Quote bei den ausländischen Arbeitnehmern mit 26,3% wesentlich höher.

---

<sup>16</sup> Um den Vergleich der AL-Quoten von deutschen und ausländischen Arbeitnehmern zu ermöglichen, bezieht sich die Arbeitslosenquote in diesem Bericht auf alle abhängig Beschäftigten. Im Basisgesundheitsbericht 2006 bezog sich die AL-Quote auf alle zivilen abhängig Beschäftigten. Hierdurch fällt die ermittelte AL-Quote um einiges niedriger aus.

<sup>17</sup> Bei den Arbeitsmarktdaten gibt es keine Differenzierung nach Migrationstatus.



### 3.3.2 Arbeitslosengeld II

In Deutschland löste die Grundsicherung nach dem SGB II (Arbeitslosengeld II – ALG II) die bisherigen Unterstützungsleistungen Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe (Hilfe zum Lebensunterhalt – HILU) zum Jahresanfang 2005 ab. Hierdurch ist die Statistik zum Bezug von ALG II der aussagekräftigste Indikator der sozialen Betroffenheit der Bevölkerung geworden. Im Folgenden wird sie in dieser Funktion verwendet.

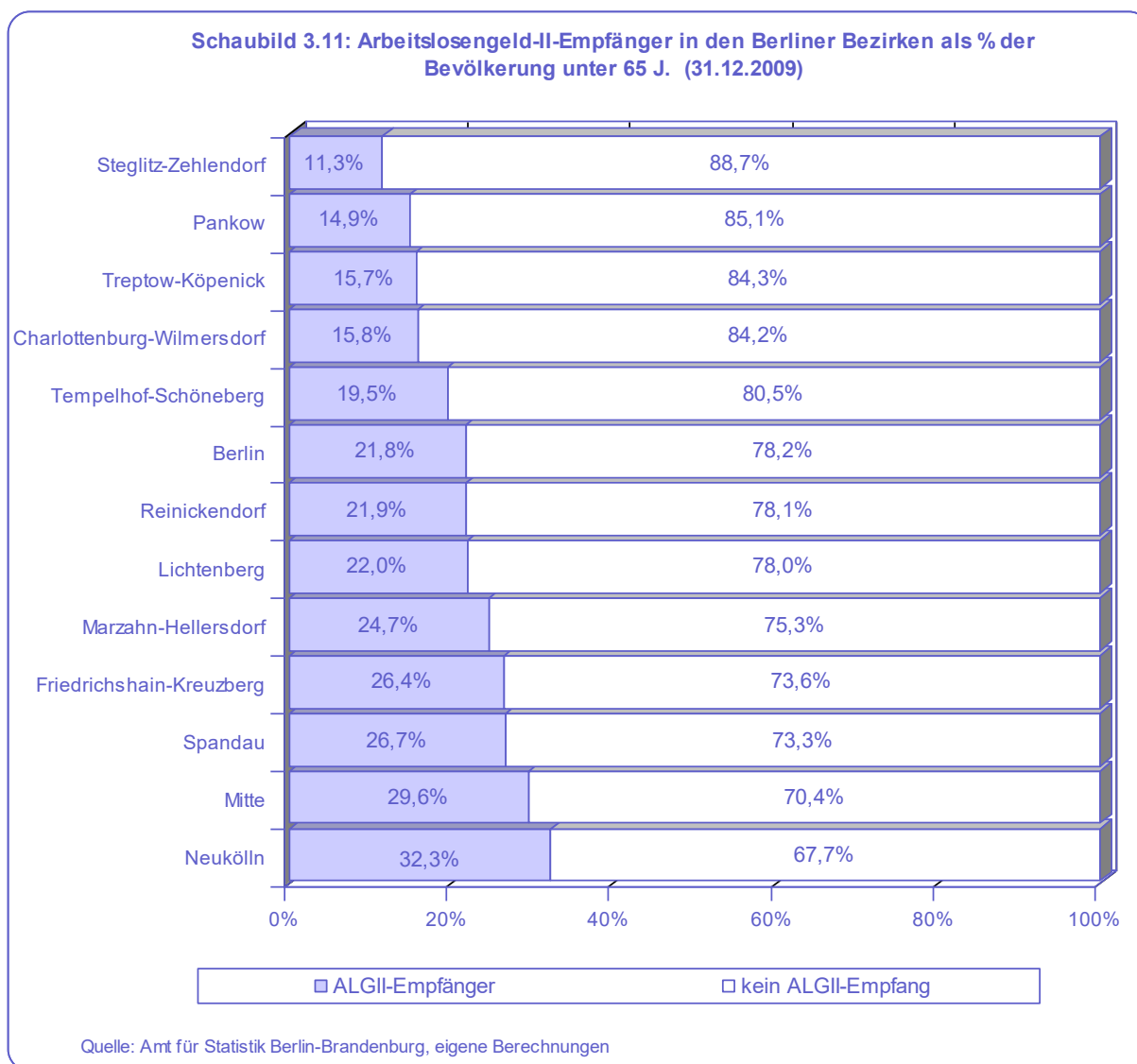


Schaubild 3.11 stellt den Empfang von Arbeitslosengeld II am 31.12.2009 im Vergleich der Berliner Bezirke dar. Mit 29,6% der Bevölkerung unter 65 J. als ALG-II Empfänger belegt Mitte hinter Neukölln den zweithöchsten Platz in der bezirklichen Rangordnung. Wie bei fast allen Indikatoren der sozialen Lage gehen die Anteile in den einzelnen Bezirken sehr stark auseinander. Während in Steglitz-Zehlendorf lediglich 11,3% der bezirklichen Bevölkerung in dieser Altersgruppe von ALG II lebt, sind es fast 30% in Mitte und mehr als 30% in Neukölln.

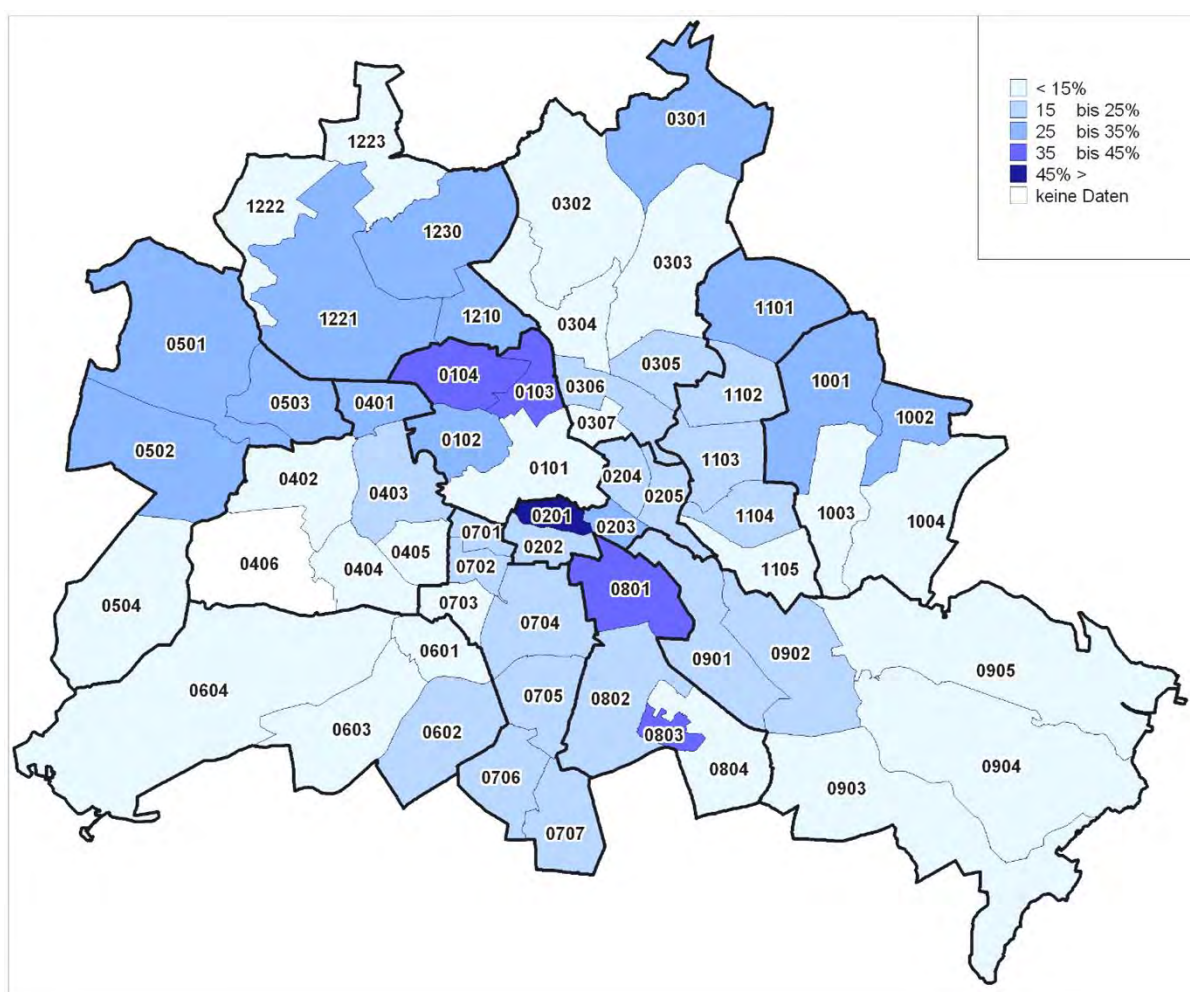
Da nur zwischen Deutschen und Ausländern in der Statistik der Arbeitsagentur zum ALG II-Empfang differenziert wird, kann die unterschiedliche Betroffenheit von Migranten nur ansatzweise aufgezeigt werden. Während in ganz Berlin insgesamt 21,8% der unter 65-Jährigen auf ALG II für ihren Lebensunterhalt angewiesen ist, sind es 19,5% der Deutschen und 34% der

Ausländer. In Mitte liegen die beiden Gruppen noch etwas enger zusammen. Bei einer Gesamtbetroffenheit von insgesamt 29,6% beziehen 25,7% der deutschen und 38,6% der ausländischen Bevölkerung ALG II.

*ALG II-Empfänger in den LORs von Berlin*

Im Rahmen des abgestimmten Datenpools stellt das Amt für Statistik Berlin-Brandenburg kleinräumige Daten zum Bezug von ALG II in den lebensweltorientierten Räumen (LORs) in Berlin für die Planung und Berichterstattung innerhalb der Berliner Verwaltung bereit. Die folgenden kleinräumigen Darstellungen basieren auf dem Stand vom 31. Dezember 2009 und sind daher mit der bezirklichen Rangordnung im Schaubild 3.10 vergleichbar.

**Karte 3.1: Arbeitslosengeld II-Empfänger in den Prognoseräumen von Berlin am 31.12.2009 (als Anteil der Bevölkerung unter 65 J.)**



In Karte 3.1 wird der Anteil an Menschen, die Arbeitslosengeld II beziehen, in den Prognoseräumen in Berlin abgebildet. Wie in vergangenen Analysen ist eine Konzentration von Hilfeempfängern in den sozial benachteiligten Prognoseräumen in der Innenstadt deutlich – zwei der fünf Prognoseräume mit einem ALG II-Empfang bei mehr als 35% der Bevölkerung liegen in Mitte (Wedding und Gesundbrunnen), eins in Friedrichshain-Kreuzberg (Kreuzberg-Nord) und zwei in Neukölln (Neukölln und Gropiusstadt). Die Konzentrationen von Hilfeempfängern der Kategorie „25 bis 35%“ in Prognoseräumen in Spandau, Reinickendorf, Pankow (Buch), Lichtenberg und Marzahn-Hellersdorf zeigen jedoch, dass Armut mittlerweile auch Großsiedlungen am Stadtrand erreicht hat.

In der Karte ist gut zu erkennen, dass Armut in Berlin relativ heterogen verteilt wird. Es gibt belastete und weniger belastete Prognoseräume sowohl im Osten als auch im Westen. Lediglich in den Bezirken Steglitz-Zehlendorf und Weißensee gibt es keine Prognoseräume, in denen mehr als 25% der Bevölkerung belastet sind.

*Arbeitslosengeld II-Empfang in den LORs in Mitte*

Eine Analyse der Daten zum ALG II Empfang unterhalb der Bezirksebene in Mitte zeigt erneut die sehr große Heterogenität des Bezirkes. Es gibt sowohl auf der Ebene der Prognoseräume als auch in den Bezirksregionen innerhalb der Prognoseräume erhebliche Unterschiede beim Empfang von ALG-II.

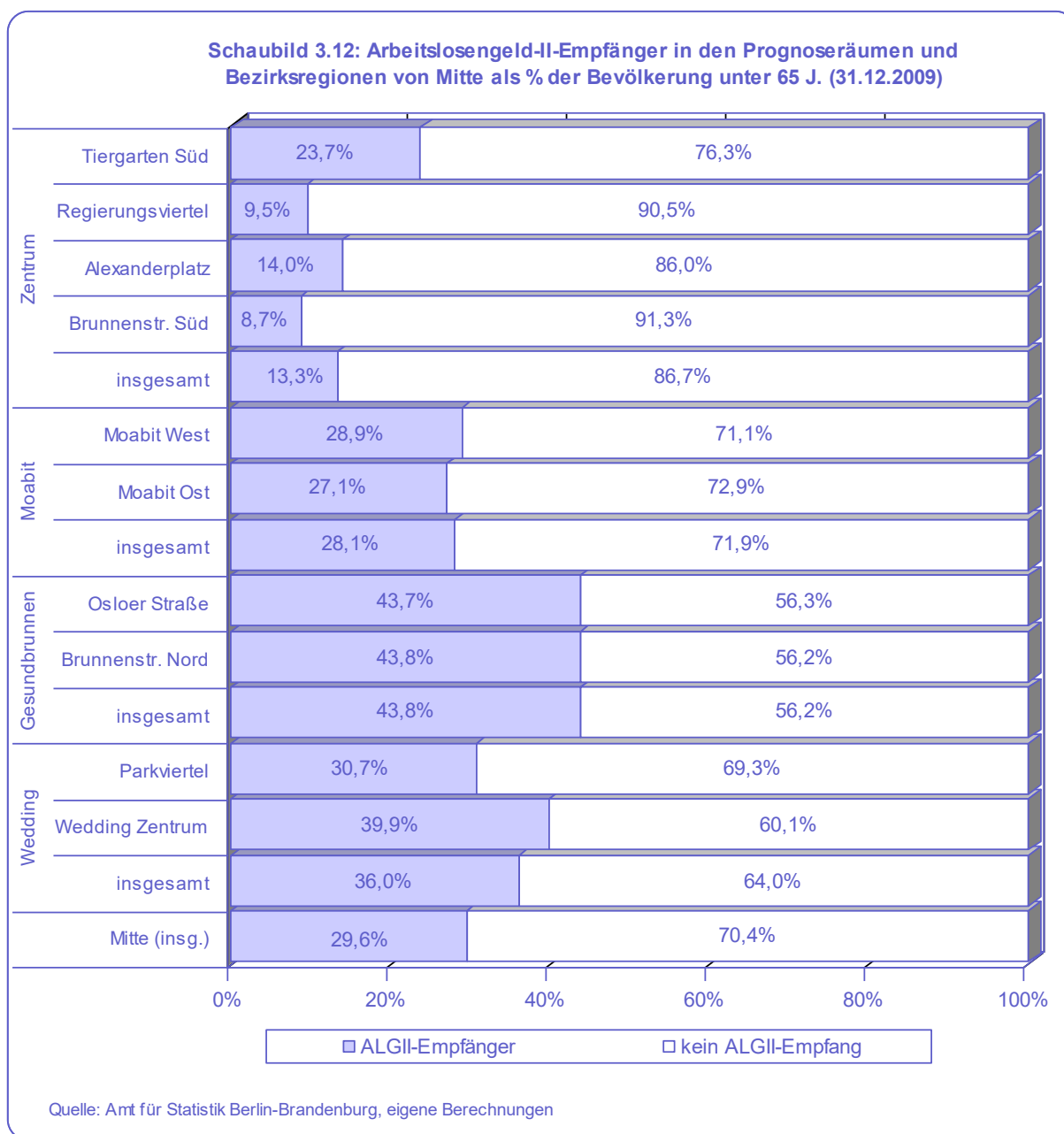
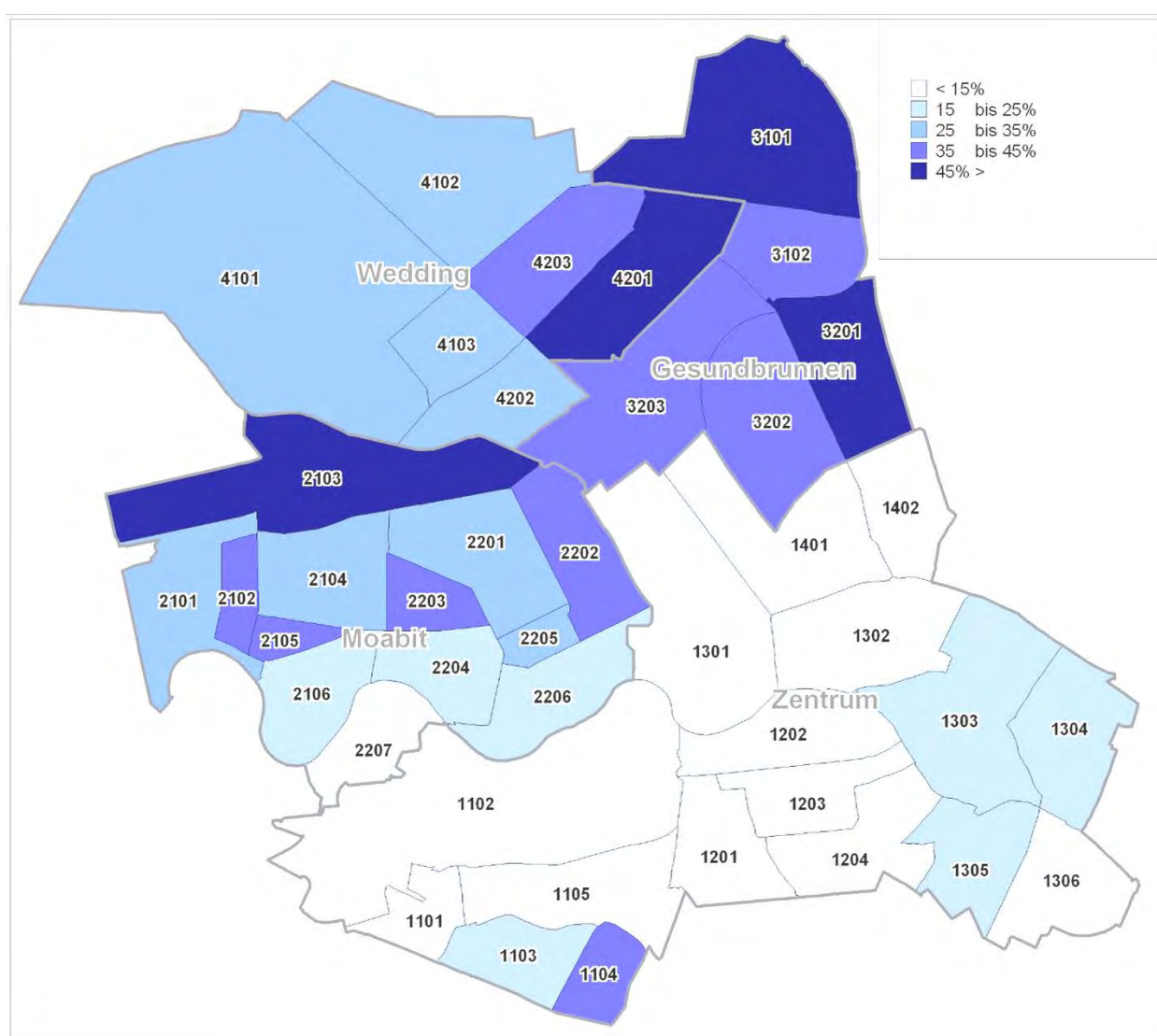


Schaubild 3.12 stellt den ALG II-Empfang in den Prognoseräumen (PGR) und Bezirksregionen (BZR) von Mitte am 31.12.2009 dar. Während der Prognoseraum Zentrum, mit lediglich einem 13,3% Anteil von ALG II-Empfängern, noch sehr gut im Vergleich zu den PGR Moabit

(28,1%), Wedding (36,0%) und Gesundbrunnen (43,8%) abschneidet, ist das Niveau in der Bezirksregion Tiergarten Süd (23,7%) fast zweimal so hoch wie im PGR insgesamt. Wie beim Migrantanteil liegen die zwei Bezirksregionen im PGR Wedding um einiges auseinander – während sich die BZR Parkviertel mit 30,7% etwas über dem bezirklichen Durchschnitt befindet, ist das Niveau in der BZR Wedding Zentrum fast 10 Prozentpunkte höher.

In einem Vergleich aller Prognoseräume in Berlin erscheint Gesundbrunnen auf dem zweitniedrigsten Platz, gleich hinter Kreuzberg-Nord (Platz 59 aus 60, vgl. Tabelle A4 auf S. 168). Hierbei liegen Wedding und Moabit ebenfalls nur unwesentlich besser auf den Plätzen 56 und 49, während Zentrum zu den eher gutsituierten Prognoseräumen in Berlin gehört (Platz 18). Diese großen Unterschiede sind auch unterhalb der Ebene der Prognoseräume sichtbar.

**Karte 3.2: Arbeitslosengeld-II-Empfänger in den Planungsräumen in Mitte am 31.12.2009 (als Anteil der Bevölkerung unter 65 J.)**



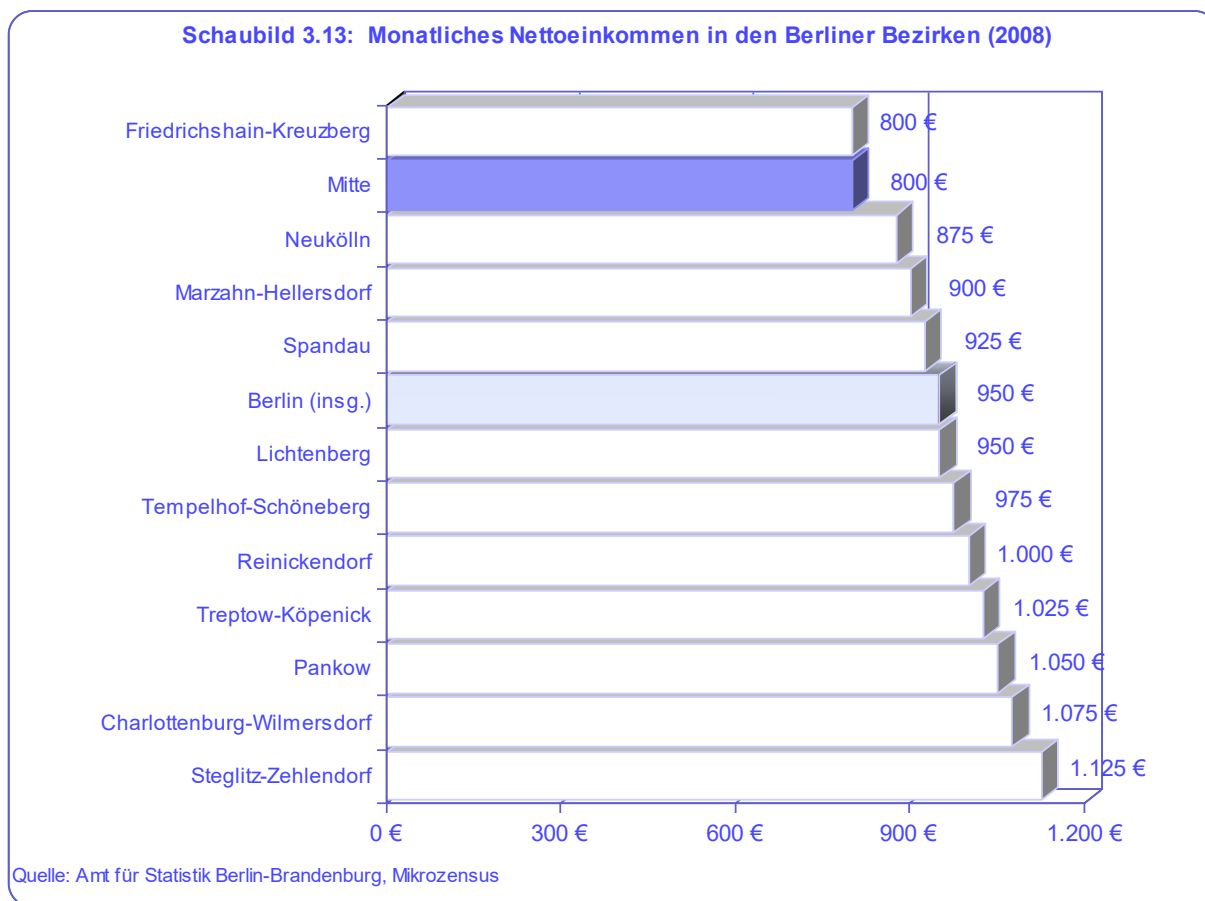
Karte 3.2 zeigt den Anteil der Empfänger von ALG II an der Bevölkerung unter 65 Jahren für die kleinsten Räume (Planungsräume). Wie bisher bei der Sozialhilfe gibt es sehr starke Kontraste innerhalb des Bezirks. Insbesondere in Teilen der Prognoseräume Wedding, Gesundbrunnen und Moabit gibt es eine Vielzahl von Planungsräumen, in denen über 45% der Bevölke-

rung auf ALG II für den Lebensunterhalt angewiesen ist, während in der überwiegenden Mehrzahl der Planungsräume im Prognoseraum Zentrum lediglich helle Flecke (unter 15%) zu sehen sind.

Auf der Karte klar ersichtlich sind auch die beträchtlichen sozialen Unterschiede innerhalb des Prognoseraums Moabit. Während mehr als 45% der Bevölkerung im Planungsraum Westhafen (2103) vom ALG II lebt, liegt das Niveau im Hansaviertel (2207) unter 15%. Auch das Nord-Süd-Gefälle in Moabit ist auf der Karte gut zu sehen. Je weiter südlich man sich in Richtung Großer Tiergarten (1102) bewegt, desto heller sind die Graustufen. Auch die verhältnismäßig besser gestellte „Insel“ Hansaviertel (2207) ist klar zu erkennen.

### 3.4 Einkommen

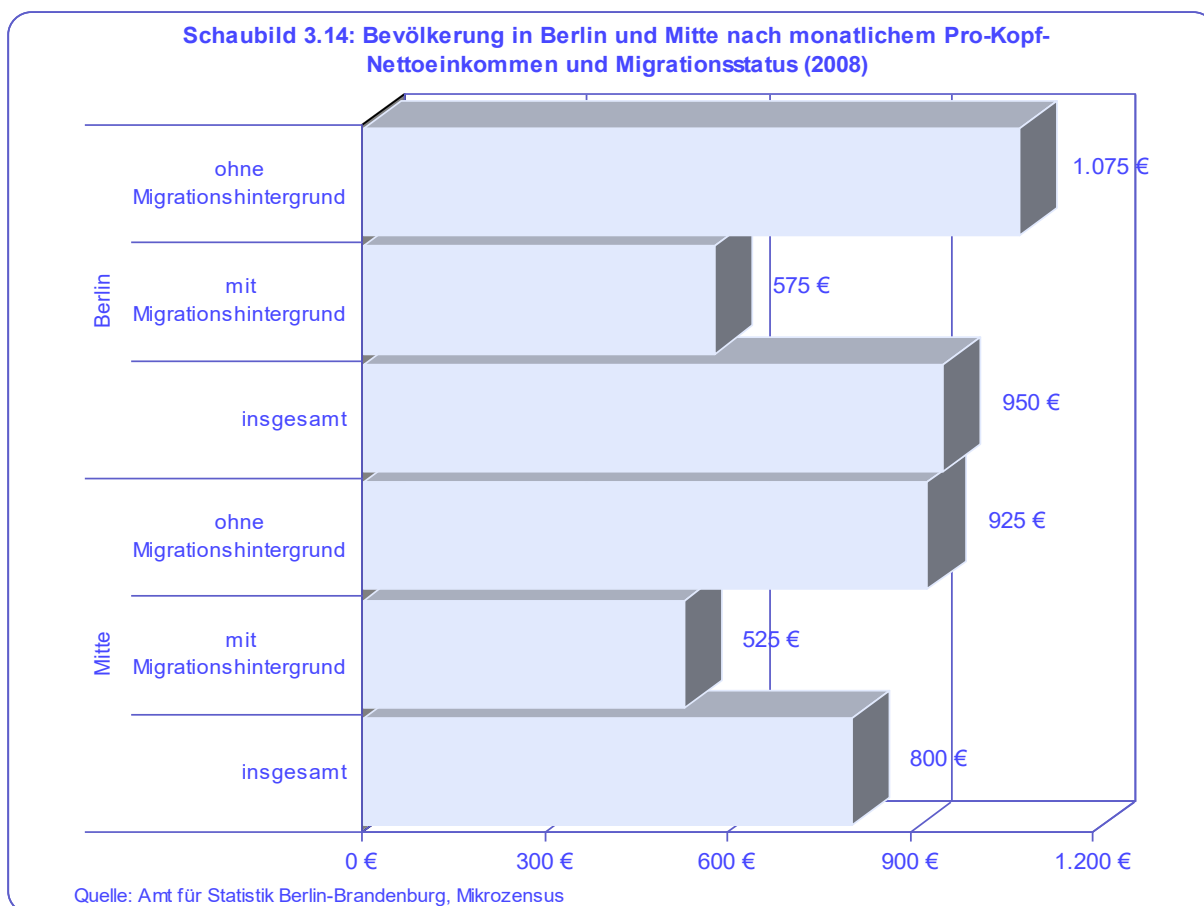
Die insgesamt prekäre wirtschaftliche Situation in Mitte wirkt sich auch auf andere Indikatoren der sozialen Lage aus. Unter anderem führt sie zu einem im Bezirksvergleich niedrigen durchschnittlichen Nettoeinkommen<sup>18</sup>. In Schaubild 3.13 haben wir einen Überblick über das durchschnittliche Nettoeinkommen in den Berliner Bezirken im Jahr 2008.



Mit durchschnittlich 800 € monatlich kommen die Einwohner von Mitte zusammen mit den Bewohnern von Friedrichshain-Kreuzberg auf den letzten Platz in der bezirklichen Reihenfolge

<sup>18</sup> Im Mikrozensus werden für Berlin und für die Bezirke Daten zur Einkommenssituation der Haushalte erhoben. Hierbei werden sowohl das durchschnittliche Nettoeinkommen als auch die Einkommen der einzelnen Personen im Haushalt errechnet. Als Indikator der sozialen Lage im Bezirk hat sich das durchschnittliche Pro-Kopf-Nettoeinkommen bewährt. Ebenfalls für dieses Vorhaben relevant ist die Verteilung der Haushalte nach Einkommenskategorien.

– noch vor Neukölln (875 €). Den Menschen in Mitte stehen monatlich im Durchschnitt 150 € weniger zur Verfügung als in Berlin insgesamt und 325 € weniger als in Steglitz-Zehlendorf. Während das monatliche Pro-Kopf-Einkommen in Berlin seit 2004 (vgl. BA Mitte 2006) um 75€ und in Steglitz-Zehlendorf und Neukölln gar um 125€ gestiegen ist, mussten sich die Bewohner von Mitte und Friedrichshain-Kreuzberg mit einem Anstieg von lediglich durchschnittlich 25€ begnügen.



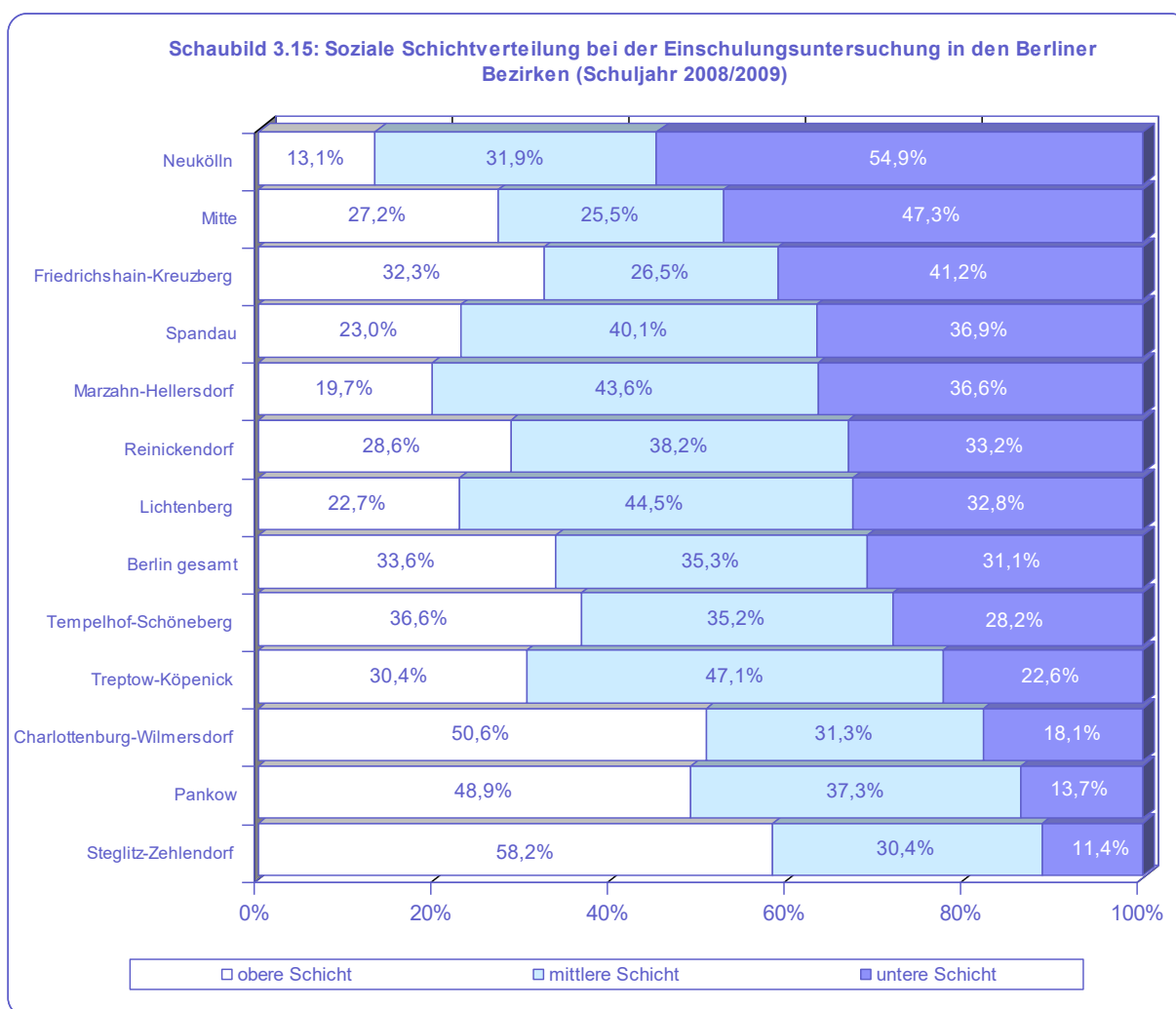
Um die oben aufgezeigten Einkommensunterschiede in der Bevölkerung näher zu analysieren, wird das Pro-Kopf-Einkommen der Bevölkerung in Berlin und Mitte auch nach Migrationshintergrund<sup>19</sup> (MH) beleuchtet. Schaubild 3.14 zeigt dies anhand der Ergebnisse des Mikrozensus 2008. Insgesamt gibt es erhebliche Unterschiede zwischen den beiden Gruppen, sowohl in Mitte als auch in Berlin. Wie bei allen anderen Indikatoren der sozialen Lage schneiden die Bewohner ohne MH deutlich besser als die andere Gruppe ab. In Berlin verfügen sie durchschnittlich über 1075€ monatlich, in Mitte über 925€. Sowohl in Berlin als auch in Mitte ist das fast zweimal so viel wie für die Bewohner mit Migrationshintergrund.

Angesichts des hohen Anteils von Menschen mit Migrationshintergrund, die ihren Lebensunterhalt durch Transfereinkommen bestreiten, sind diese großen Einkommensunterschiede nachvollziehbar.

<sup>19</sup> Da ein großer Anteil der Deutschen mit Migrationshintergrund Kinder sind, welche ein vergleichbar niedriges Pro-Kopf-Einkommen haben, wird an dieser Stelle auf die weitere Differenzierung zwischen Ausländern und Deutschen mit Migrationshintergrund verzichtet.

### 3.5 ESU-Index der sozialen Lage

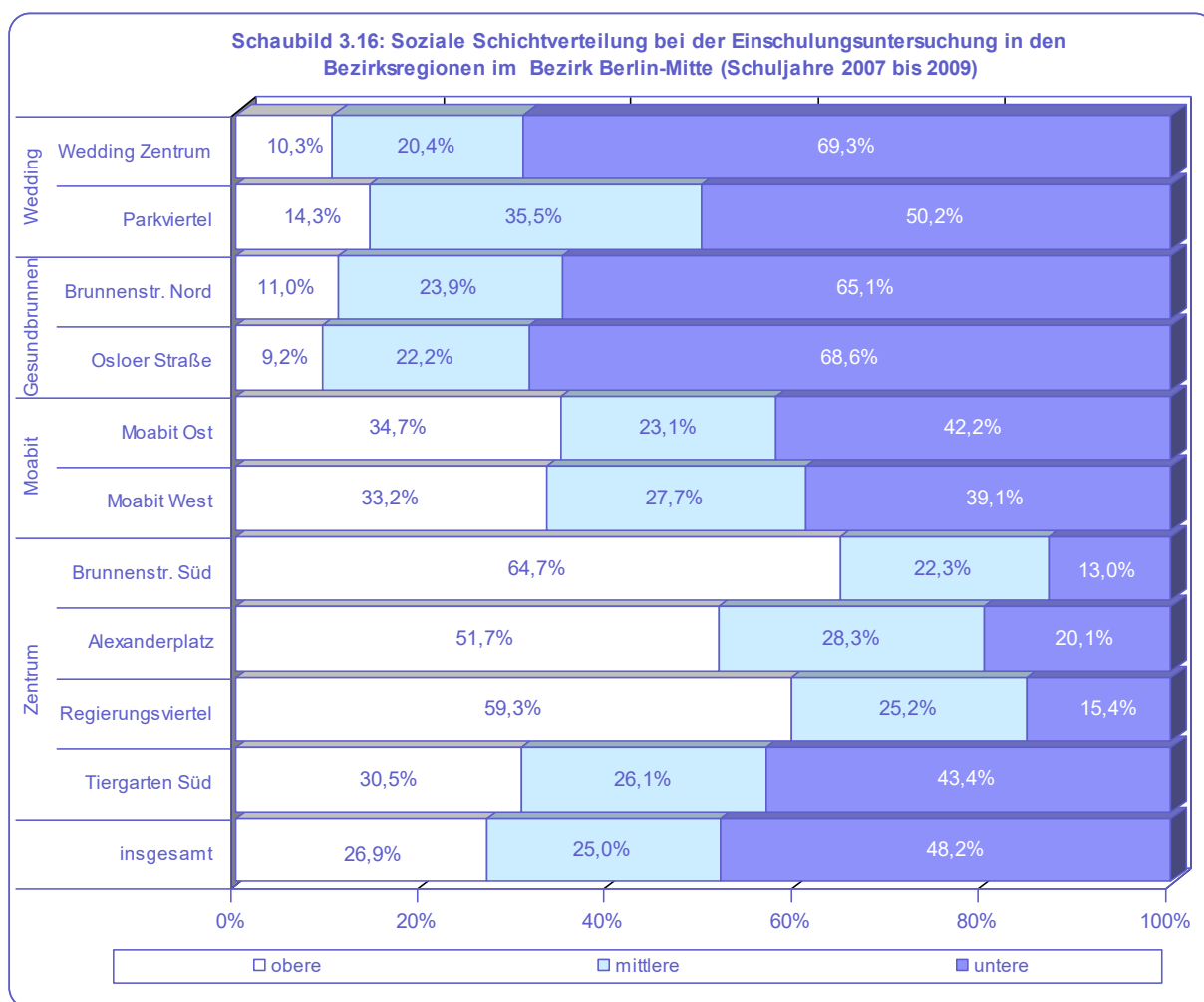
Dieser Abschnitt befasst sich mit der Bestimmung der sozialen Schicht der Familien von Schulanfängern aus der Schuleingangsuntersuchung (ESU). Seit 2001 erfolgt diese Schichtbestimmung berlinweit einheitlich durch einen Fragebogen, den die Eltern im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung auf freiwilliger Basis ausfüllen. Dabei wird anhand der Bildung und Erwerbstätigkeit der Eltern mit einem Punktesystem – basierend auf dem des Brandenburger Ministeriums für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Frauen – die soziale Lage der Familien bestimmt<sup>20</sup>. Dank der relativ hohen Teilnahmeraten der Eltern<sup>21</sup> stellt dieser Index einen guten Indikator der sozialen Lage der Familien in dieser Altersgruppe dar. Dadurch, dass bei der Einschulungsuntersuchung auch der Migrationshintergrund der Schulanfänger festgehalten wird, bildet diese Untersuchung eine der wenigen Quellen von gesundheitsrelevanten Daten, die sowohl nach sozialer Lage als auch nach MH differenziert sind.



<sup>20</sup> In erster Linie wird die ESU-Bestimmung der sozialen Schicht auf der individuellen Ebene benutzt, um gesundheitsrelevante Zusammenhänge z.B. zwischen sozialer Schicht oder Migrationshintergrund und Adipositas festzustellen (vgl. Abschnitt 5.1). In diesem Kapitel wird sie auch benutzt, um die soziale Lage der unterschiedlichen Herkunftsgruppen im Bezirk grob einzuschätzen. Eine nähere Beschreibung dieses Modells ist auf S. 158 zu finden.

<sup>21</sup> Im Schuljahr 2009/10 beantworteten ca. 88% der Familien in Mitte die Fragen zur sozialen Lage, sodass eine Bestimmung der sozialen Schicht erfolgen konnte.

Schaubild 3.15 gibt einen Überblick über die soziale Schichtverteilung bei der Einschulungsuntersuchung in den Berliner Bezirken für das Schuljahr 2008/2009. Wie es auch bei anderen Indikatoren der sozialen Lage der Fall ist, fällt auf den ersten Blick die große Heterogenität der sozialen Situation in den einzelnen Bezirken ins Auge. Während fast 55% der Eltern der Schulanfänger in Neukölln der unteren sozialen Schicht angehören, sind es nur 11,4% in Steglitz-Zehlendorf. Umgekehrt gehören 58,2% der Eltern von Schulanfängern aus Steglitz-Zehlendorf der oberen sozialen Schicht an, während es nur 13,1% in Neukölln sind. Am unteren Ende des Spektrums liegt Mitte auf dem zweitschlechtesten Platz hinter Neukölln mit 47,3% der Eltern in der unteren sozialen Schicht. Hinsichtlich der oberen sozialen Schicht<sup>22</sup> befindet sich Mitte jedoch im unteren Mittelfeld: mit 27,2% der Eltern in der oberen sozialen Schicht sind es mehr als zweimal so viel wie in Neukölln.

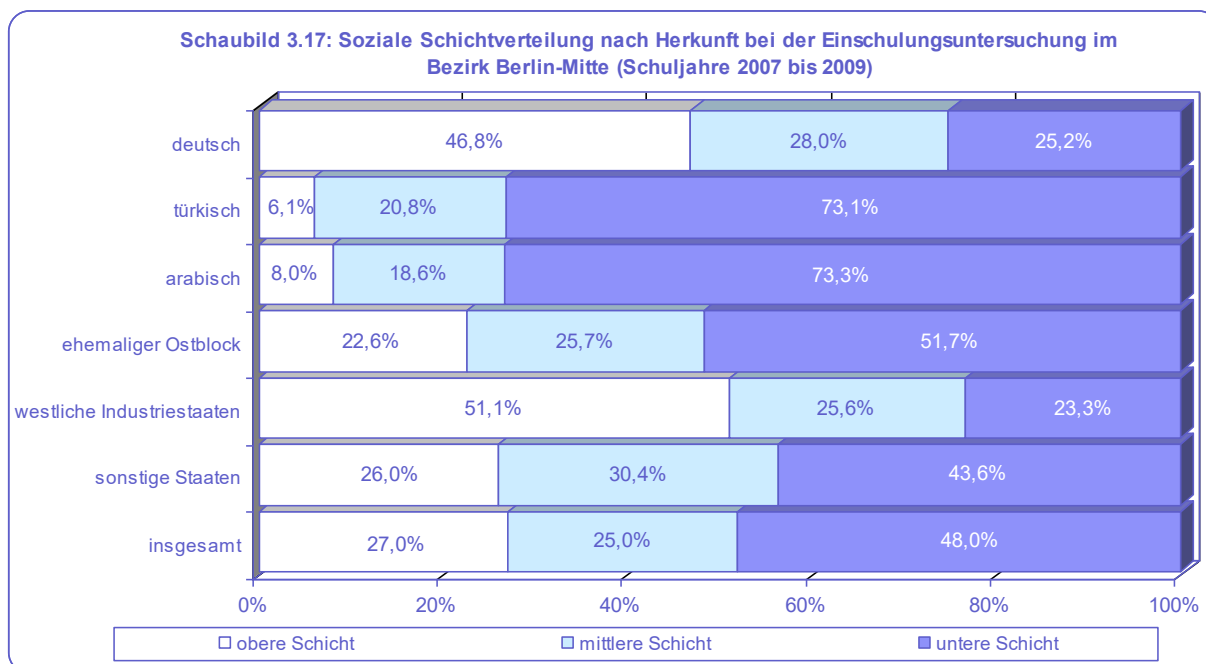


Wie in den Berliner Bezirken zeigt sich auch eine große Bandbreite in der sozialen Lage bei den Familien der Schulanfänger in den Bezirksregionen (BZR) in Mitte. Im Schaubild 3.16

<sup>22</sup> Die Verwendung des ESU-Schichtindex um die soziale Lage in unterschiedlichen Regionen zu vergleichen, führt jedoch eher zu einer Überschätzung der Situation in den Familien im Vergleich zu anderen Zuordnungssystemen (z.B. soziale Schicht nach Winkler), da keine Angaben zum Haushaltseinkommen verfügbar sind. Hierdurch führt das Punktesystem z.B. dazu, dass bei einem alleinstehenden Elternteil die Hochschulreife und eine Vollzeitbeschäftigung automatisch eine Zuordnung zur oberen sozialen Schicht erfolgt.



sieht man die Schichtverteilung in den BZR in Mitte für die Schuljahre 2007 bis 2009.<sup>23</sup> Insbesondere in den Bezirksregionen der Prognoseräume Wedding und Gesundbrunnen gibt es sehr hohe Anteile von Schulanfängern aus der unteren sozialen Schicht. In den Bezirksregionen Wedding Zentrum und Osloer Straße liegt der Anteil bei fast 70%. Anders als in den Berliner Bezirken liegen die Gegensätze in Mitte dicht nebeneinander. Kommen 65% der Schulanfänger in der Bezirksregion Brunnenstraße Nord aus der unteren und nur 11% aus der oberen sozialen Schicht sind die Verhältnisse in der BZR Brunnenstraße Süd fast spiegelbildlich mit fast 65% aus der oberen und 13% aus der unteren sozialen Schicht.



Im Schaubild 3.17 sehen wir die Zusammensetzung der Schulanfänger in Mitte nach sozialer Lage und ethnischer Herkunft – auch für die Schuljahre 2007 bis 2009. Aus dem Schaubild sind die sozialen Unterschiede zwischen den einzelnen Herkunftsgruppen deutlich zu erkennen. Während es bei den deutschen Kindern eine deutliche Überrepräsentation der oberen Schicht gibt (46% gegenüber 25% in der unteren sozialen Schicht), stammen 73,1% der türkischen Kinder aus der unteren und lediglich 6,1% aus der oberen Schicht. Bei den Kindern arabischer (73,3%) und osteuropäischer (51,7%) Herkunft haben wir es ebenfalls mit einem großen Anteil aus der unteren Schicht zu tun. Die Kinder aus westlichen Industriestaaten tendieren dagegen noch stärker dazu aus der Oberschicht zu kommen als die deutschen Kinder.

Insgesamt gehören fast 50% der Schulanfänger im Bezirk der unteren sozialen Schicht an.

### 3.5 Zusammenfassung

Die Betrachtung verschiedener Indikatoren der sozialen Lage in diesem Bericht zeigt, dass Mitte in vielfacher Hinsicht ein sozial benachteiligter Bezirk ist. Dies gilt insbesondere für die Bevölkerung mit Migrationshintergrund (MH), die bei den meisten in diesem Bericht analysierten Indikatoren noch schlechter abschneidet als die Deutschen ohne Migrationshintergrund. Insgesamt ist die soziale Lage in Mitte – trotz Verbesserungen in einigen Bereichen, z.B. bei

<sup>23</sup> Um zufällige Schwankungen durch kleine Zahlen in einigen BR zu vermeiden, wurden die ESU-Ergebnisse für drei Schuljahre gepoolt.

der Arbeitslosigkeit – immer noch sehr belastet. Hierbei wird auch die große Heterogenität innerhalb des Bezirks evident.

Bei der Analyse der Indikatoren der sozialen Lage für ganz Berlin und Mitte nach Migrationsstatus wird sichtbar, dass insbesondere in Mitte die deutsche Bevölkerung mit MH in vielerlei Hinsicht den Ausländern ähnlicher ist als den Deutschen ohne Migrationshintergrund.

### *Schul- und Berufsbildung*

Ein wichtiger Faktor für die soziale Lage im Bezirk ist die unzureichende Schul- und Berufsausbildung bei größeren Teilen der Bevölkerung. Bei der Schulbildung zeigt Mitte im Berliner Vergleich ein zwiespältiges Bild: Hier wohnt sowohl der fünfthöchste Anteil an Menschen mit Abitur (41,2%) als auch der höchste Anteil an Menschen ohne Schulabschluss (13,3%). Bei Letzterem gab es seit 2004 eine Verschlechterung um ca. 3,3 Prozentpunkte im Bezirk, das bedeutet 11.100 Menschen mehr ohne Schulabschluss.

Bei der Analyse der Schulbildung nach Migrationsstatus fällt auf, dass der Anteil an Menschen mit Abitur in Mitte ähnlich hoch bei den Ausländern wie bei den Deutschen mit und ohne Migrationshintergrund (MH) liegt. Während es dagegen kaum Personen ohne Schulabschluss bei der deutschen Bevölkerung ohne MH gibt (3%), beträgt dieser Anteil bei den Deutschen mit MH 19,4% – mehr als sechsmal so viel. Bei den Ausländern liegt der Anteil mit 31,6% noch um die Hälfte höher.

Die Lern-/Anlernausbildung macht den Hauptanteil des Berufsbildungsabschlusses in allen Bezirken aus – hier liegt Mitte mit 30,9% stark unterdurchschnittlich. Beim Hochschulabschluss dagegen liegt Mitte mit 16,9% an sechster Stelle, knapp über dem Berliner Durchschnitt (15,8%). Bei der beruflichen Bildung ist sehr bedenklich, dass 42,1% der erwachsenen Bevölkerung in Mitte über keinen Berufsabschluss verfügt.

In Mitte ist der Anteil der Menschen ohne Berufsbildung bei den Deutschen mit Migrationshintergrund (54,6%) mehr als zweimal so groß wie bei der Gruppe ohne MH (26,5%) – das Niveau bei den Ausländern liegt mit 67,2% erschreckend hoch. Interessant beim Anteil mit Hochschulabschluss ist, dass dieser in ganz Berlin bei den Ausländern höher liegt (18,1%) als bei den Deutschen mit MH (14,4%) und bei den Deutschen ohne MH (15,6%), in Mitte jedoch liegt der Anteil mit 13,5% niedriger als in den anderen Gruppen.

### *Lebensunterhalt und Erwerbstätigkeit*

Betrachtet man die Bevölkerung nach der Quelle ihres überwiegenden Lebensunterhaltes, so fallen insbesondere markante Unterschiede zwischen den Bezirken auf. Hinsichtlich des Anteils der Bevölkerung, der den Lebensunterhalt durch Erwerbstätigkeit bestreitet, liegt Mitte mit 37,8% auf dem dritt-niedrigsten Platz. Beim Anteil der Bevölkerung, der überwiegend von ALG I (Arbeitslosengeld) oder ALG II (Hartz IV) lebt, belegt Mitte den zweithöchsten Platz in der bezirklichen Rangordnung mit 17,3%. Beim Anteil der Bevölkerung, der von Rente oder Pension lebt, liegt Mitte deutlich unterdurchschnittlich mit 18%. Beim Anteil der Bevölkerung dagegen, der auf Unterhalt durch Eltern oder Ehegatten für den Lebensunterhalt angewiesen ist, nimmt Mitte den zweithöchsten Platz mit 22,3% ein.

Nach Migrationshintergrund betrachtet, tritt insbesondere die niedrige Erwerbsbeteiligung von Menschen mit MH gegenüber den Nichtmigranten hervor. Lediglich 28,9% der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Mitte ist erwerbstätig. Ebenfalls auffallend ist der sehr niedrige Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund, der seinen Lebensunterhalt durch Rente oder Pension bestreitet. In Mitte beträgt der Anteil von Menschen mit MH, der auf Unterstützung

durch Eltern oder Ehegatten für seinen Lebensunterhalt angewiesen ist, 32,6%, und ist somit mehr als zweimal so hoch wie bei Nichtmigranten (12,8%). Beim Anteil der Menschen, der von Arbeitslosengeld oder Hartz IV lebt, fällt der Anteil bei Personen mit Migrationshintergrund ebenfalls mehr als zweimal so hoch wie bei dem ohne MH aus.

Bei der Analyse der Erwerbstätigen in den Berliner Bezirken nach beruflicher Stellung findet man in Mitte einen überdurchschnittlichen Anteil sowohl an Arbeitern (18,9%) als auch an Selbstständigen und mithelfenden Familienangehörigen (18,4%). Nach Migrationsstatus zeigen sich deutliche Unterschiede beim Anteil der Arbeiter zwischen Deutschen ohne Migrationshintergrund (13,2%) und Ausländern (31,1%), während er bei den Deutschen mit MH dazwischen liegt (23,4%). Beim Anteil der Selbstständigen dagegen ähneln sich eher die Deutschen mit (16,9%) und ohne Migrationshintergrund (16,5%) in Berlin, während das Niveau bei den Ausländern (23,6%) um einiges höher liegt.

### *Arbeitslosigkeit*

Bei der Arbeitslosenquote liegt Mitte mit 17,8% auf dem viertschlechtesten Platz in der bezirklichen Rangordnung. Seit Juli 2006 hat sich die Lage auf dem Arbeitsmarkt in Mitte um einiges verbessert. Insgesamt ist die Zahl der Arbeitslosen in diesem Zeitraum um ca. 6000 zurückgegangen. Diese Entwicklung fand auch in Berlin als Ganzem statt und könnte auch ein Resultat von verstärkten Arbeitsmarktmaßnahmen sein. Anhand der vorliegenden Daten kann jedoch nichts über die Dauerhaftigkeit oder den Beschäftigungsumfang der zusätzlichen Arbeitsverhältnisse ausgesagt werden. Zum Jahresende 2009 lag die Arbeitslosenquote für alle abhängigen Beschäftigten in Mitte bei 16,5%. Bei den ausländischen Arbeitnehmern war die AL-Quote mit 26,3% wesentlich höher.

Beim Empfang von Arbeitslosengeld II belegt Mitte mit 29,6% der unter 65-jährigen Bevölkerung den zweithöchsten Platz in der bezirklichen Rangordnung hinter Neukölln. Zwei der fünf Prognoseräume mit einem ALG II-Empfang bei mehr als 35% der Bevölkerung befinden sich ebenfalls in Mitte (Wedding und Gesundbrunnen). Es gibt mittlerweile belastete und weniger belastete Prognoseräume sowohl im Osten als auch im Westen. Lediglich in den Bezirken Steglitz-Zehlendorf und Weißensee gibt es keine Prognoseräume, in denen mehr als 25% der Bevölkerung belastet sind.

Der Empfang von ALG II unterhalb der Bezirksebene in Mitte zeigt sich sehr heterogen: Während der Prognoseräum Zentrum, mit lediglich einem 13,3% Anteil von ALG II-Empfängern, noch sehr gut im Vergleich zu den PGR Moabit (28,1%), Wedding (36,0%) und Gesundbrunnen (43,8%) liegt, ist das Niveau in der Bezirksregion Tiergarten Süd (23,7%) fast zweimal so hoch wie im PGR insgesamt. Wie beim Migrantenanteil liegen die zwei Bezirksregionen im PGR Wedding um einiges auseinander – während sich die BZR Parkviertel mit 30,7% etwas über dem bezirklichen Durchschnitt befindet, ist das Niveau in der BZR Wedding Zentrum fast 10 Prozentpunkte höher.

Beim ALG II-Empfang in den kleinsten Räumen (Planungsräumen) zeigen sich sehr starke Kontraste innerhalb des Bezirks. Insbesondere in Teilen der Prognoseräume Wedding, Gesundbrunnen und Moabit gibt es eine Vielzahl von Planungsräumen, in denen über 45% der Bevölkerung auf ALG II für den Lebensunterhalt angewiesen sind, während in der überwiegenden Mehrzahl der Planungsräume im Prognoseräum Zentrum helle Flecke (unter 15%) zu sehen sind.

### *Einkommen*

Die insgesamt prekäre wirtschaftliche Situation in Mitte führt auch zu einem im Bezirksvergleich niedrigen durchschnittlichen Nettoeinkommen. Mit durchschnittlich 800 € monatlich belegen die Einwohner von Mitte zusammen mit den Bewohnern von Friedrichshain-Kreuzberg den letzten Platz in der bezirklichen Reihenfolge. Hierbei stehen den Menschen in Mitte monatlich im Durchschnitt 150 € weniger zur Verfügung als in Berlin insgesamt. Während das monatliche Pro-Kopf-Einkommen in Berlin seit 2004 um 75€ und in Steglitz-Zehlendorf und Neukölln gar um 125€ gestiegen ist, mussten sich die Bewohner von Mitte und Friedrichshain-Kreuzberg mit einem Anstieg von lediglich durchschnittlich 25€ begnügen.

Wie bei allen anderen Indikatoren der sozialen Lage schneiden die Bewohner ohne MH deutlich besser ab als diejenigen mit Migrationshintergrund. In Mitte verfügen sie durchschnittlich über 925€ monatlich. Das ist fast zweimal so viel wie das durchschnittliche Einkommen der Bewohner mit MH (525€) und spiegelt den hohen Anteil an ALG II-Empfängern bei den Menschen mit MH wieder.

### *ESU-Index der sozialen Lage*

Dadurch, dass bei der Einschulungsuntersuchung auch der Migrationshintergrund der Schulanfänger festgehalten wird, bildet diese Untersuchung eine der wenigen Quellen von gesundheitsrelevanten Daten, die sowohl nach sozialer Lage als auch nach MH differenziert sind. Eine Auswertung des ESU-Schichtindex für Berlin (Schuljahr 2008/2009) zeigte sehr große Unterschiede zwischen den Bezirken. Während sich Neukölln (13,1% obere und 54,9% untere soziale Schicht) und Steglitz-Zehlendorf (11,4% untere und 58,2% obere soziale Schicht) spiegelbildlich verhalten, weist Mitte sowohl sehr viele Schulanfänger aus der unteren (47,3%) und relativ viele Kinder aus der oberen (27,2%) sozialen Schicht auf. Es fehlt eine belastbare Mittelschicht.

Es gibt auch eine große Bandbreite in der sozialen Lage bei den Familien der Schulanfänger in den Bezirksregionen (BR) in Mitte. Während der Anteil der Schulanfänger aus der unteren sozialen Schicht bei fast 70% in den Bezirksregionen Wedding Zentrum und Osloer Straße liegt, weisen die BR Brunnenstraße Süd und Regierungsviertel Anteile um die 15% auf. Die Gegensätze in Mitte liegen dicht nebeneinander. Kommen 65% der Schulanfänger in der Bezirksregion Brunnenstraße Nord aus der unteren und nur 11% aus der oberen sozialen Schicht zeigen sich die Verhältnisse in BR Brunnenstraße Süd umgekehrt: Hier stammen 65% aus der oberen und 13% aus der unteren sozialen Schicht.

Nach Herkunft ausgewertet, sind ebenfalls deutliche Unterschiede in der sozialen Lage im Bezirk zu erkennen. Während es bei den deutschen Kindern eine starke Überrepräsentation der oberen (46%) im Vergleich zur unteren (25%) Schicht gibt, stammen über 70% der türkischen und arabischen Kinder aus der unteren sozialen Schicht. Kinder aus dem ehem. Ostblock belegen eine mittlere Position mit 51,7% aus der unteren und 22,6% aus der oberen sozialen Schicht, während die Kinder aus westlichen Industriestaaten noch stärker dazu tendieren, aus der Oberschicht zu kommen als die deutschen Kinder.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass fast 50% der Schulanfänger im Bezirk Mitte der unteren sozialen Schicht angehören.

## 4 Bevölkerung und Soziale Lage in den Bezirksregionen (BZR) von Mitte

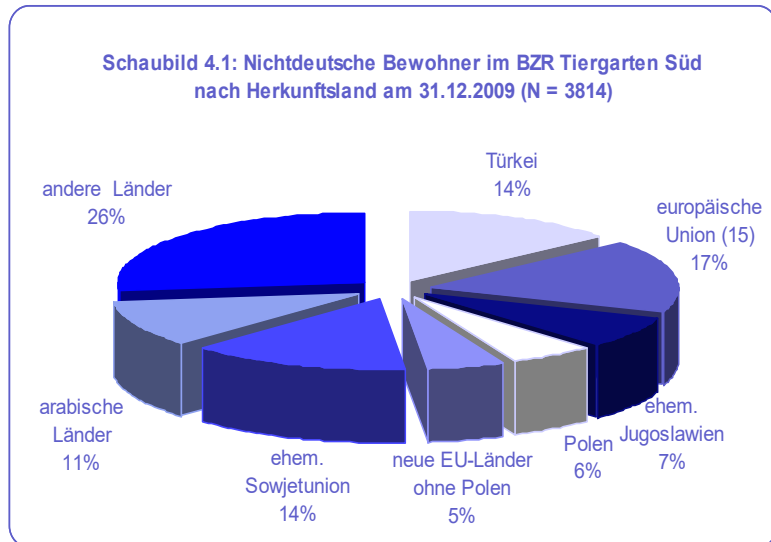
### 4.1 Bezirksregion 11 - Tiergarten Süd

Die Bezirksregion 11 – Tiergarten Süd befindet sich im Prognoseraum Zentrum und bildet mit der Kurfürstenstraße die südliche Grenze des Bezirks Mitte zu Tempelhof-Schöneberg. Zentrale Orte in der Region sind der Große Tiergarten, der Potsdamer Platz sowie das Kulturforum. Zudem befinden sich in dieser Region maßgebliche Einrichtungen des Bundes (Reichstag, Bundeskanzleramt usw.) sowie zahlreiche Botschaftseinrichtungen. Dennoch zeichnet sich die soziale Lage eines Großteils der Bevölkerung – vor allem im Bereich östlich und westlich der Potsdamer Straße – durch vielfältige Problemlagen aus, sodass das Gebiet seit 1999 zu den sogenannten Quartiersmanagementgebieten (QM Magdeburger Platz) zählt.

<b>Basisdaten Bezirksregion 11 -Tiergarten Süd</b>						
		1	2	3	4	5
Altersgruppen		Einwohner absolut	In % der Bevölkerung	Ausländer in % von Spalte 1	DmMH in % von Spalte 1	DoMH in % von Spalte 1
<b>Insgesamt</b>		<b>12.273</b>	<b>100%</b>	<b>31,1%</b>	<b>21,6%</b>	<b>47,3%</b>
Davon	0 – unter 1	96	0,7%	19,8%	61,5%	18,8%
	1 – unter 6	457	3,7%	14,9%	66,3%	18,8%
	6 – unter 15	736	6,0%	23,5%	58,3%	18,2%
	15 – unter 18	263	2,1%	33,1%	46,8%	20,2%
	18 – unter 25	1210	9,8%	35,5%	19,0%	45,5%
	25 – unter 40	3255	26,5%	45,8%	16,3%	37,8%
	40 – unter 55	2937	23,9%	30,2%	17,5%	52,3%
	55 – unter 65	1537	12,5%	22,8%	18,5%	58,8%
	65 – unter 80	1392	11,4%	17,5%	10,6%	71,8%
Über 80		390	3,1%	16,4%	8,5%	75,1%
Männer		6543	53,3%	30,7%	21,1%	48,2%
Frauen		5730	46,7%	31,5%	22,2%	46,3%
Wanderungsbewegung 2007-2009		- 555 Personen	-/-	- 634 Personen	+ 180 Personen	- 101 Personen
Transferleistungen (ALGII) in % an der Bevölkerung unter 65 Jahren				23,7%		
Quelle: Amt für Statistik Berlin Brandenburg Datenpool. Stand: 31.12.2009						

In Tiergarten Süd liegt der Anteil der Bewohner mit ausländischen Staatsangehörigkeiten über dem Durchschnittswert des Bezirks. Die zahlenmäßig größte Gruppe der ausländischen Bewohner ist in der Altersgruppe 25- unter 40 Jahren zu verzeichnen, die der deutschen Bewohner mit Migrationshintergrund überwiegend in den Altersgruppen bis 18 Jahren. Das könnte darauf hindeuten, dass hier viele junge Familien leben. Bemerkenswert in dieser Region ist der hohe Anteil älterer Migranten: Insgesamt 28% der 65-80jährigen und sogar 25% der über 80jährigen sind dieser Bevölkerungsgruppe zuzuordnen. Das sind die zweithöchsten bzw. höchsten Werte im Bezirksvergleich. Die Bevölkerungsentwicklung weist eine negative Tendenz auf, vor allem ausländische Bewohner ziehen fort. Insgesamt 23,7% der Bevölkerung bis 65 Jahren beziehen ALG II, bzw. leben in Haushalten, die Leistungen nach dem SGB II, das sogenannte Hartz IV erhalten.

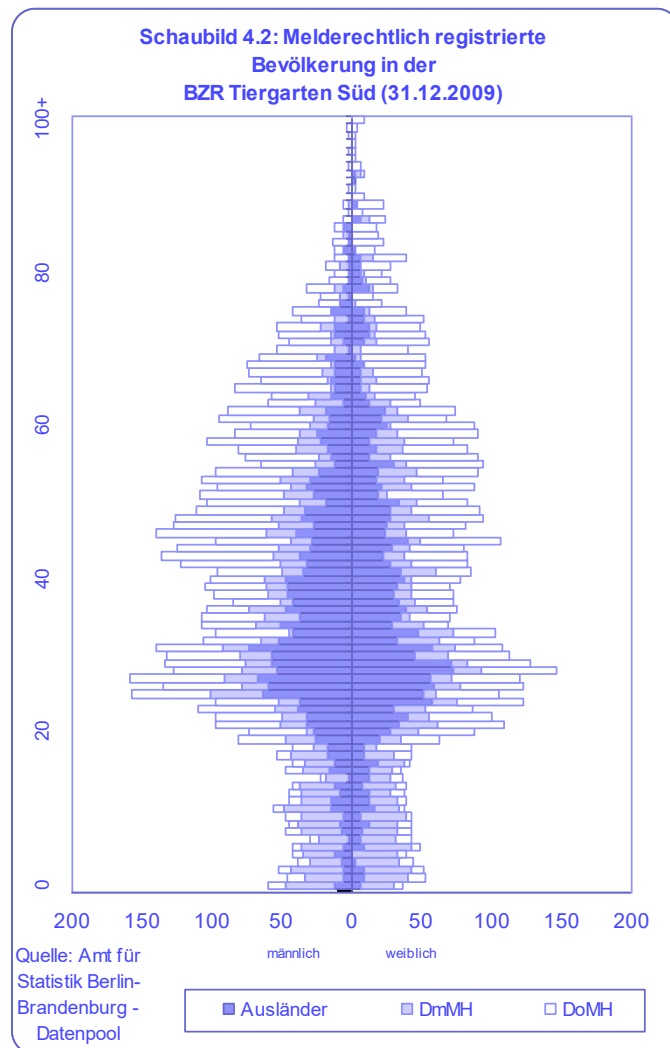
Die Zusammensetzung der nichtdeutschen Bevölkerung in Tiergarten Süd ist relativ ausgeglichen. Es gibt keine herausragende mehrheitliche Bevölkerungsgruppe. Mit 15% liegt die Gruppe der Bewohner aus der ehemaligen Sowjetunion vor der Gruppe der Bewohner aus der Türkei (14%). Das ist der zweithöchste Anteil von Bewohnern aus der ehemaligen Sowjetunion in den Bezirksregionen von Mitte. Zugleich ist der Anteil der Bewohner aus arabischen Herkunftsländern mit 11% der höchste Wert im Bezirksvergleich.



Die Betrachtung des Bevölkerungsbaums in der Region Tiergarten Süd lässt in den oberen zwei Dritteln die Annäherung an eine baumartige Form erkennen und ergibt sich vor allem daraus, dass der kriegsbedingte Geburtenausfall, der sich in der Regel bei den 60-65Jährigen zeigt, in Tiergarten Süd vergleichsweise schwach ausgeprägt ist. Darüber hinaus ist er relativ „unruhig“

Die größte Ausprägung weisen die Altersgruppen 25 bis 30 Jahren sowie die Altersgruppe 45 bis 50 Jahre auf. Dazu ist ein relativ konstanter Verlauf der Geburtsjahrgänge ab 1990 bis 2009 zu verzeichnen.

Die Geschlechterverteilung ist jahrgangsabhängig teilweise stark schwankend, dies wirkt sich bis in höhere Altersgruppen aus. Ab ca. 80 Jahren zeigt sich jedoch auch hier der durch den Verlust an im Krieg gefallenen Männern bedingte Frauenüberschuss. Auffällig ist, dass Ausländer sowie Deutsche mit Migrationshintergrund auch in den Altersgruppen ab 60 Jahren relativ stark vertreten sind.



## 4.2 Bezirksregion 12 - Regierungsviertel

Die Bezirksregion 12 – Regierungsviertel befindet sich im Prognoseraum Zentrum und grenzt südlich an den Nachbarbezirk Friedrichshain-Kreuzberg. Zentrale Orte in der Region sind der Leipziger Platz, der Gendarmenmarkt sowie der Schlossplatz und die Museumsinsel mit überregional ausgerichteten Kultureinrichtungen. Prägende Straßenzüge sind die Straßen „Unter den Linden“ sowie die Leipziger Straße. Der Wohnungsbestand besteht vorwiegend aus Neubauvierteln entlang der Leipziger Straße sowie auf der Fischerinsel.

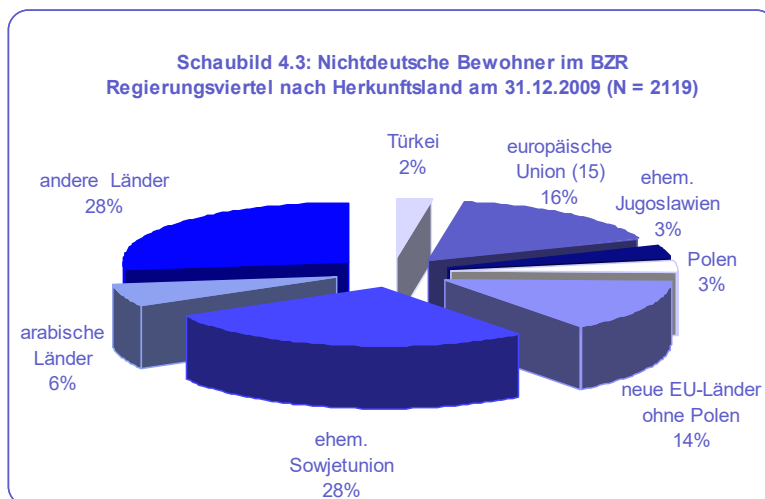
<b>Basisdaten zur BZR 12 - Regierungsviertel</b>						
		1	2	3	4	5
Einwohner		absolut	In % der Bevölkerung	Ausländer in % von Spalte 1	DmMH in % von Spalte 1	DoMH in % von Spalte 1
<b>Insgesamt</b>		<b>9029</b>	<b>100%</b>	<b>23,5%</b>	<b>12,0%</b>	<b>64,5%</b>
Davon	0 – unter 1	53	0,6%	5,7%	64,2%	30,2%
	1 – unter 6	323	3,5%	19,5%	48,6%	31,9%
	6 – unter 15	413	4,5%	26,4%	37,0%	36,6%
	15 – unter 18	135	1,5%	24,4%	25,9%	49,6%
	18 – unter 25	710	7,8%	27,9%	14,9%	57,2%
	25 – unter 40	1931	21,2%	39,4%	9,4%	51,2%
	40 – unter 55	2277	25,0%	24,6%	8,1%	67,3%
	55 – unter 65	1310	14,4%	18,2%	8,8%	73,0%
	65 – unter 80	1567	17,2%	8,7%	6,6%	84,7%
	Über 80	310	3,4%	5,8%	5,5%	88,7%
Männer		4606	51,4%	24,0%	12,0%	64,0%
Frauen		4423	49,6%	22,9%	12,1%	65,0%
Wanderungsbewegung 2007 - 2009		- 192 Personen	-/-	- 235 Personen	+ 138 Personen	- 95 Personen
Transferleistungen (ALGII) in % an der Bevölkerung unter 65 Jahren				9,5%		
Quelle: Amt für Statistik Berlin Brandenburg Datenpool. Stand: 31.12.2009						

Der Anteil der Bewohner mit nichtdeutschen Staatsangehörigkeiten beträgt im Regierungsviertel insgesamt 23,5% und liegt damit leicht unter dem bezirklichen Durchschnittswert. Auch hier zeigt die Verteilung nach Altersgruppen, dass die zahlenmäßig größte Gruppe der Ausländer zwischen 25 und 40 Jahren alt ist. In den Altersgruppen bis 18 Jahren überwiegt allerdings die Bevölkerungsgruppe der Deutschen mit Migrationshintergrund deutlich, sowohl im Vergleich mit den ausländischen wie mit den Bewohnern ohne Migrationshintergrund. Die Bezirksregion hat insgesamt einen hohen Anteil älterer Menschen und mit 20,6% bezirkswweit sogar den höchsten Anteil an Einwohnern der Altersgruppen über 65 Jahren. Der Anteil der Bewohner mit Migrationshintergrund in diesen Altersgruppen ist dagegen relativ gering. Die Bevölkerungsentwicklung zeigt insgesamt eine leichte negative Tendenz; ein Zuzug ist nur in der Gruppe der Deutschen mit Migrationshintergrund zu verzeichnen.

9,5% der Bevölkerung bis 65 Jahre beziehen ALG II, bzw. leben in Haushalten, die Leistungen nach dem SGB II, das sogenannte Hartz IV erhalten. Das ist der zweitniedrigste Wert im Bezirk.

Die Zusammensetzung der nichtdeutschen Bevölkerung im Regierungsviertel unterscheidet sich deutlich von den anderen Bezirksregionen in Mitte:

Der Anteil der Bewohner aus der ehemaligen Sowjetunion ist hier mit 28 % der höchste Wert im Bezirksvergleich. Im Gegensatz dazu leben hier die wenigsten Menschen aus arabischen Ländern oder der Türkei.



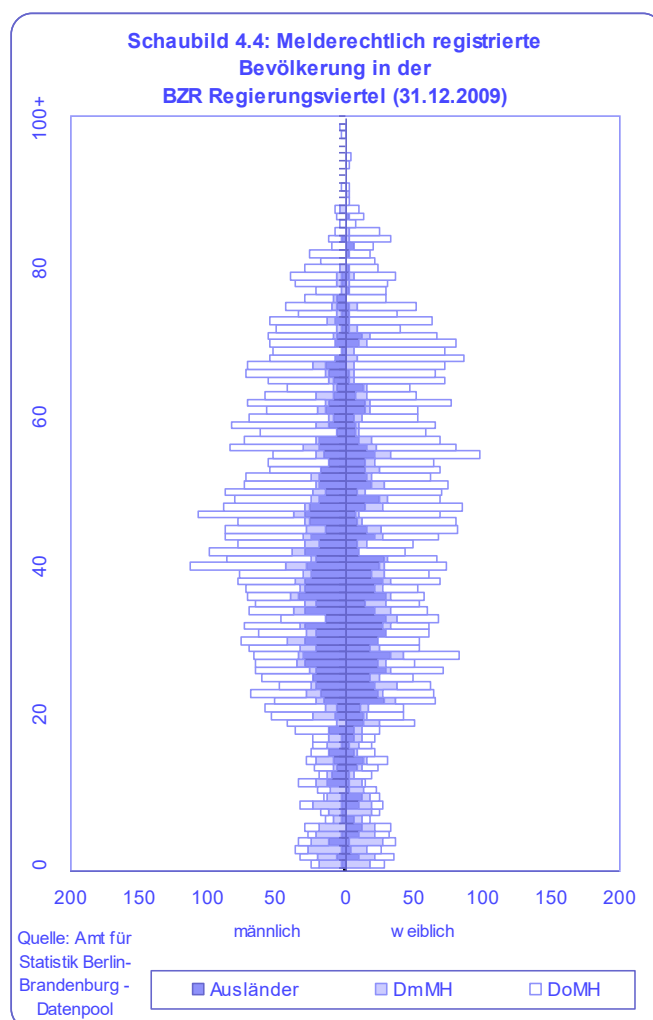
Bei der Bezirksregion Regierungsviertel handelt es sich um die bevölkerungsärmste in Mitte. Durch die vergleichsweise niedrigen Fallzahlen in den Altersstufen haben bereits kleine Abweichungen in den Jahrgangsstärken Einfluss auf die Gestalt des Bevölkerungsbaums. Dadurch erklärt sich die relativ „zerklüftete“ Form.

Deutlich zu erkennen ist, dass der Anteil älterer Bewohner höher ist als der jüngerer. Ungefähr die Hälfte der Bevölkerung ist über 45 Jahre alt. Dementsprechend nimmt der Anteil in den jüngeren Jahrgängen stetig ab.

Der „Altenanteil“ ist besonders hoch, dies zeigt sich auch daran, dass die Jahrgangsstärke der Neugeborenen erst im Bereich von 81 Jahren wirklich unterschritten wird.

Die Geschlechterverteilung ist relativ ausgewogen, zeigt jedoch „Ausreißer“. So ist der Anteil der Männer um 40 Jahre, der der Frauen um 58 Jahre am höchsten.

Zudem weist der Altenanteil über 75 Jahre einen deutlich niedrigeren Frauenüberschuss als in anderen Bezirksregionen auf.





### 4.3 Bezirksregion 13 - Alexanderplatz

Die Bezirksregion 13 – Alexanderplatz befindet sich im Prognoseraum Zentrum und grenzt im Osten sowohl an den Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg wie auch an den Bezirk Pankow (Prenzlauer Berg). Zentrale Orte in der Region sind der Alexanderplatz, der Hackesche Markt sowie das touristisch geprägte, mit zahlreichen gastronomischen Einrichtungen ausgestattete Viertel rund um die Oranienburger Straße sowie im westlichen Bereich der Region das Charitéviertel. Die Wohnbebauung ist im östlichen Teil der Region geprägt durch die Neubaugebiete Schillingstraße, Berolinastraße und Heinrich-Heine-Viertel, im nördlichen Bereich durch sanierte Altbaugebiete der Rosenthaler Vorstadt.

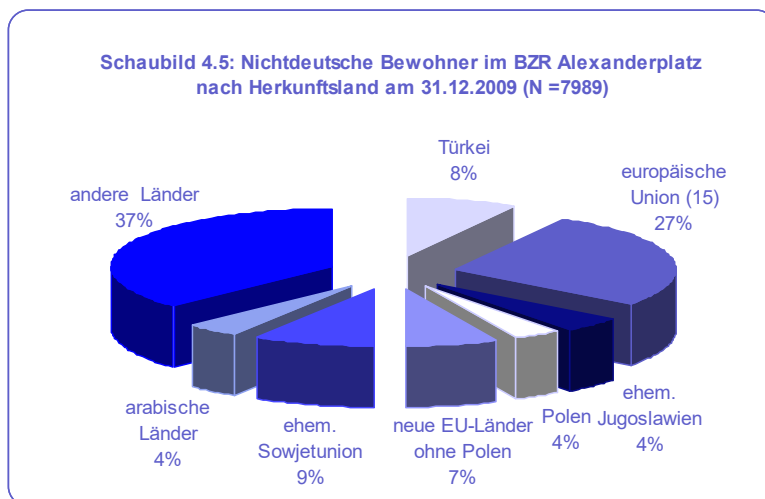
<b>Basisdaten zur BZR 13 - Alexanderplatz</b>						
		1	2	3	4	5
Einwohner		absolut	In % der Bevölkerung	Ausländer in % von Spalte 1	DmMH in % von Spalte 1	DoMH in % von Spalte 1
<b>Insgesamt</b>		<b>46.108</b>	<b>100%</b>	<b>17,3%</b>	<b>9,4%</b>	<b>73,2%</b>
Davon	0 – unter 1	425	0,9%	9,2%	30,6%	60,2%
	1 – unter 6	1805	3,9%	9,4%	40,8%	49,8%
	6 – unter 15	2196	4,7%	17,0%	34,7%	48,2%
	15 – unter 18	624	1,3%	25,0%	24,5%	50,5%
	18 – unter 25	3732	8,1%	26,8%	6,6%	66,6%
	25 – unter 40	13.261	28,7%	28,6%	7,8%	63,6%
	40 – unter 55	10.548	22,9%	16,9%	6,5%	76,6%
	55 – unter 65	4167	9,0%	10,2%	5,9%	83,9%
	65 – unter 80	7558	16,4%	2,7%	4,0%	93,3%
	Über 80	1792	3,9%	2,5%	3,2%	94,3%
Männer		22.988	49,8%	17,4%	9,7%	72,9%
Frauen		23.120	50,2%	17,3%	9,1%	73,6%
Wanderungsbewegung 2007 - 2009		+ 205 Personen	-/-	+ 456 Personen	+0	- 244 Personen
Transferleistungen (ALGII) in % der Bevölkerung unter 65 Jahren				14,0%		
Quelle: Amt für Statistik Berlin Brandenburg Datenpool. Stand: 31.12.2009						

In der Bezirksregion Alexanderplatz ist der bezirkweit zweitniedrigste Anteil an ausländischen Bewohnern zu verzeichnen. Dabei leben vor allem jüngere Menschen verschiedener Nationalitäten in dieser Region. Dies wird besonders deutlich bei der Betrachtung der Altersgruppen: Die höchsten Anteile finden sich in den Altersgruppen bis 40 Jahre. Dagegen ist der Anteil in den Altersgruppen ab 65 Jahre eher gering. Die Bevölkerungsentwicklung weist eine leicht positive Tendenz auf, die vor allem auf den Zuzug von Bewohnern mit nichtdeutschen Staatsangehörigkeiten (+456 Personen) basiert.

Insgesamt 14% der Bevölkerung bis 65 Jahre beziehen ALG II, bzw. leben in Haushalten, die Grundsicherung nach dem SGB II (Hartz IV) erhalten.

Auffallend bei der Zusammensetzung der nichtdeutschen Bevölkerung in der Bezirksregion Alexanderplatz ist die relative Vielfaltigkeit. Es gibt keine mehrheitliche Gruppe aus einem Herkunftsland.

Vielmehr stammen 37% aus Ländern der EU und insgesamt 63% der nichtdeutschen Bevölkerung stammen aus unterschiedlichen Herkunftsländern außerhalb der Europäischen Union.



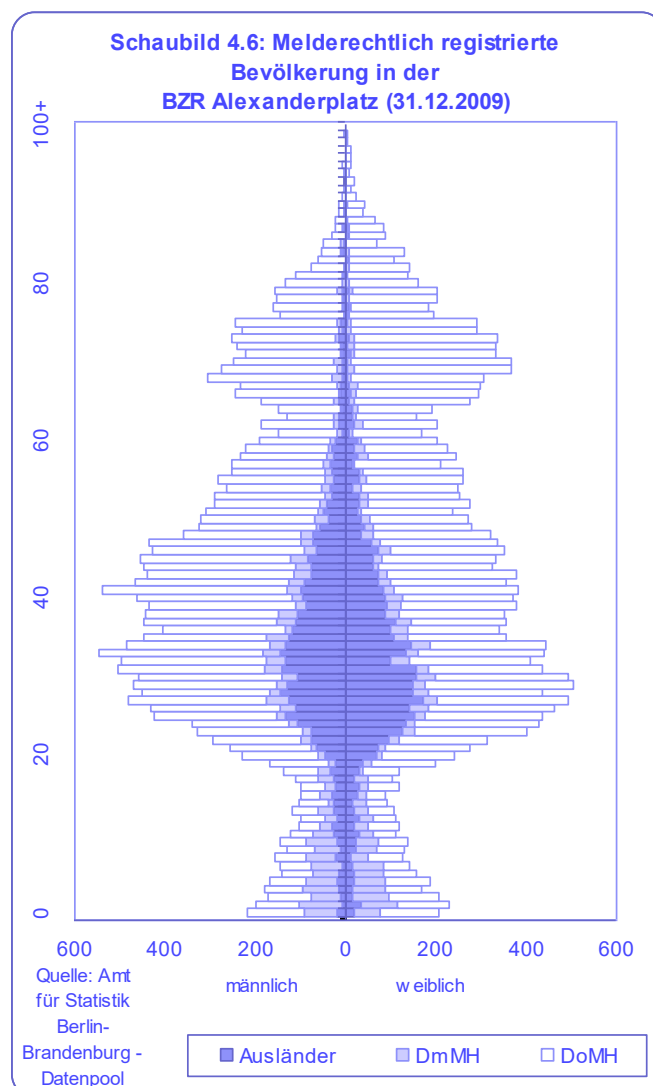
Bei der Betrachtung des Bevölkerungsbaums der Region Alexanderplatz fällt besonders die ausgeprägte Spitze des Baumes auf, der sich oberhalb des gut erkennbaren kriegsbedingten Geburtenausfalls in den Altersgruppen 60 bis 65 Jahre bemerkbar macht.

Die Region weist einen extrem hohen Anteil an über 65-Jährigen auf, wobei bereits ab dieser Altersgruppe ein deutlicher Frauenüberschuss erkennbar ist.

Der Anteil der männlichen Bewohner überwiegt dagegen deutlich in der Altersgruppe 40 bis 50 Jahre.

Die geburtenstärksten Jahrgänge finden sich auch in der Region Alexanderplatz in den Jahren bis ca. 1980, allerdings macht sich der sogenannte „Wendeknick“ nicht so stark bemerkbar, da dieser in der seit 1981/82 einsetzenden allgemeinen Ausdünnung der Jahrgangsstärken untergeht.

Seit 1991/92 verlaufen die Jahrgangsstärken relativ konstant, mit einer leichten Tendenz der Zunahme.



## 4.4 Bezirksregion 14 - Brunnenstraße Süd

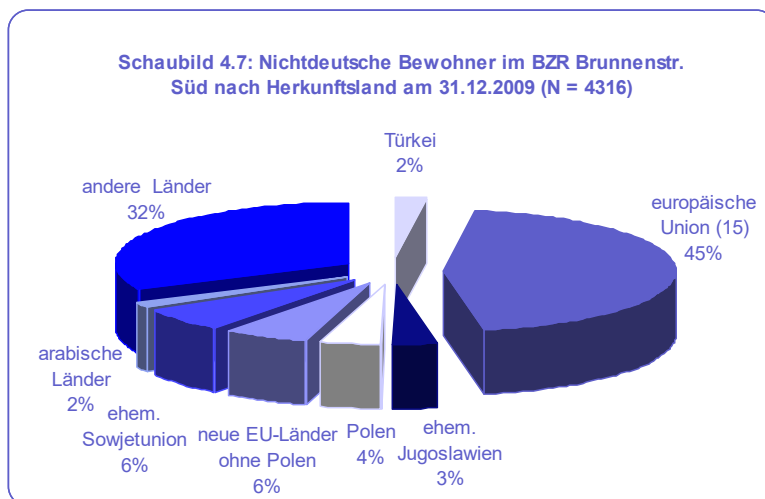
Die Bezirksregion 14 – Brunnenstraße Süd befindet sich im Prognoseraum Zentrum und grenzt im östlichen Teil an den Bezirk Pankow (Prenzlauer Berg). Zentrale Orte in der Region sind der Arkonaplatz sowie der zukünftige Standort des Bundesnachrichtendienstes im Stadionviertel entlang der Chausseestraße. Die Wohnbebauung in der Bezirksregion ist geprägt durch renovierte und restaurierte Altbaugebiete entlang der Brunnenstraße und der Torstraße.

<b>Basisdaten zur BZR 14 - Brunnenstraße Süd</b>						
		1	2	3	4	5
Einwohner		absolut	In % der Bevölkerung	Ausländer in % von Spalte 1	DmMH in % von Spalte 1	DoMH in % von Spalte 1
<b>Insgesamt</b>		<b>24.545</b>	<b>100%</b>	<b>17,6%</b>	<b>8,0%</b>	<b>74,8%</b>
Davon	0 – unter 1	363	1,5%	3,3%	27,5%	69,1%
	1 – unter 6	1504	6,1%	6,6%	28,3%	65,2%
	6 – unter 15	1212	4,5%	9,6%	24,9%	65,5%
	15 – unter 18	223	0,9%	9,4%	18,4%	72,2%
	18 – unter 25	1725	7,0%	28,0%	6,1%	65,9%
	25 – unter 40	11.090	45,2%	23,9%	5,6%	70,5%
	40 – unter 55	5693	23,2%	13,2%	4,5%	82,4%
	55 – unter 65	1214	4,9%	9,8%	5,4%	84,8%
	65 – unter 80	1143	4,6%	5,9%	3,7%	90,5%
	Über 80	378	1,5%	1,1%	2,6%	96,3%
Männer		12.458	50,7%	17,3%	7,9%	74,8%
Frauen		12.087	49,3%	17,9%	8,1%	74,0%
Wanderungsbewegung 2007 - 2009		+ 799 Personen	-/-	+ 288 Personen	+ 418 Personen	+ 93 Personen
Transferleistungen (SGBII) in % der Bevölkerung unter 65 Jahren				8,7%		
Quelle: Amt für Statistik Berlin Brandenburg Datenpool. Stand: 31.12.2009						

Die Region Brunnenstraße Süd unterscheidet sich in der Zusammensetzung der Bevölkerung vollkommen von den anderen Bezirksregionen in Mitte. Hier leben - bezogen auf die Gesamtbevölkerung – anteilmäßig die wenigsten Kinder bis 18 Jahre wie auch die wenigsten älteren Menschen ab 65 Jahren. Dafür gehört fast die Hälfte der Bevölkerung der Altersgruppe 25 bis 40 Jahre an. Auch der Anteil der ausländischen Bewohnerschaft sowie der Deutschen mit Migrationshintergrund ist der niedrigste Wert im Bezirksvergleich. Dennoch sind in diesen Bevölkerungsgruppen in den letzten Jahren deutliche Wanderungszuzüge zu verzeichnen. Vor allem in den Jahrgängen 0 bis 18 Jahre zeichnet sich ein deutlicher Anstieg des Bevölkerungsanteils von Deutschen mit Migrationshintergrund ab. Dass zugleich der Anteil ausländischer Bewohner in den Altersgruppen 18 bis unter 25 bzw. bis 40 Jahre besonders hoch ist, lässt darauf schließen, dass sich immer mehr junge Familien in der Region ansiedeln.

Insgesamt 8,7% der Bevölkerung bis 65 Jahre beziehen ALG II, bzw. leben in Haushalten, die Leistungen nach dem SGB II erhalten. Das ist der niedrigste Wert im Vergleich der Bezirksregionen in Mitte.

Die Zusammensetzung der nichtdeutschen Bevölkerung in der Bezirksregion Brunnenstraße Süd spiegelt den Bezirksteil Mitte als bevorzugtes Wohngebiet einer internationalen, vorwiegend jungen Bevölkerungsgruppe wider, die sich aus verschiedenen Herkunftsländern, vorwiegend aus der Europäischen Union (55%) zusammensetzt.

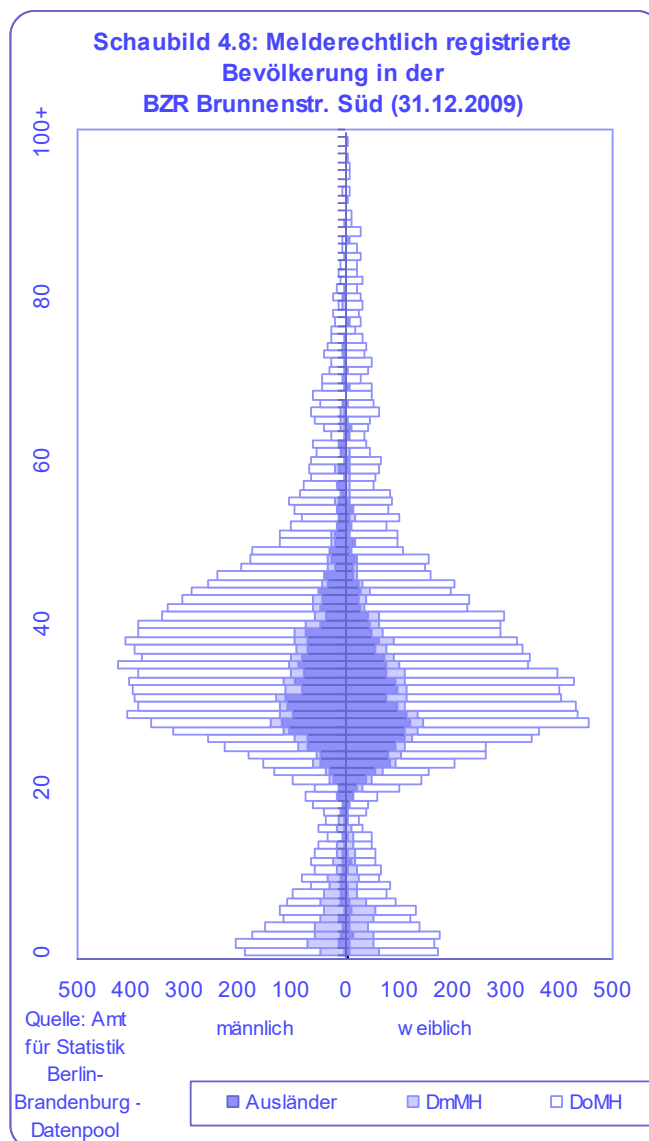


Die Betrachtung des Bevölkerungsbaums der Region Brunnenstraße Süd verdeutlicht die „besondere“ Bevölkerungszusammensetzung in dieser Region:

Untypischerweise für den Bezirk Mitte nehmen die Einwohnerzahlen ab ca. 40 Jahren extrem ab, verlaufen dann aber relativ kontinuierlich bis zum Ende der Skala.

Der Schwerpunkt liegt in den mittleren Jahrgängen zwischen 25 und 40 Jahren, wobei in der Altersgruppe 25 bis 35 Jahre der Anteil der Frauen überwiegt, in der Altersgruppe 40 bis ca. 50 Jahre der Anteil der Männer stärker ist. Dies findet seine Entsprechung sowohl bei den Bewohnern ohne Migrationshintergrund wie bei den Bewohnern mit Migrationshintergrund.

Der stärkste Einschnitt ist in den Geburtsjahrgängen 1991 bis 1994 zu verzeichnen. Danach ist wieder ein zunehmender Geburtenanstieg zu verzeichnen.



## 4.5 Bezirksregion 21 - Moabit West

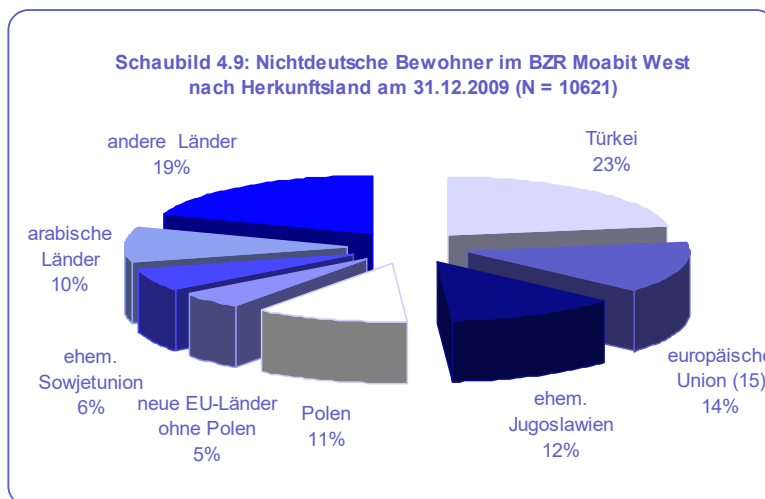
Die Bezirksregion 21 – Moabit West befindet sich im Prognoseraum Moabit. Sie grenzt im westlichen Teil der Region an den Bezirk Charlottenburg –Wilmersdorf. Zentrale Orte in der Region sind das Rathaus Tiergarten und die Arminius Markthalle. Prägende Straßenzüge sind die Turmstraße, die Straße Alt-Moabit sowie Strom- und Beusselstraße. Es herrscht eine vorwiegend durch Altbaubestand geprägte Wohnbebauung vor. Aufgrund vielfältiger sozialer Problemlagen eines Großteils der Bevölkerung gibt es in der Region seit 1999 ein Quartiersmanagementgebiet (Moabit West).

<b>Basisdaten zur BZR 21 – Moabit West</b>						
		1	2	3	4	5
Einwohner		absolut	In % der Bevölkerung	Ausländer in % von Spalte 1	DmMH in % von Spalte 1	DoMH in % von Spalte 1
<b>Insgesamt</b>		<b>40.517</b>	<b>100%</b>	<b>26,2%</b>	<b>17,0%</b>	<b>56,8%</b>
Davon	0 – unter 1	364	0,9%	12,9%	46,4%	40,7%
	1 – unter 6	1896	4,7%	13,2%	54,1%	32,7%
	6 – unter 15	2764	6,8%	21,0%	48,9%	30,1%
	15 – unter 18	812	2,0%	29,1%	38,5%	32,4%
	18 – unter 25	4616	11,4%	25,7%	14,3%	60,0%
	25 – unter 40	11.107	27,4%	35,1%	12,9%	52,0%
	40 – unter 55	9657	23,8%	25,8%	11,2%	63,0%
	55 – unter 65	4433	10,9%	25,0%	12,4%	62,6%
	65 – unter 80	3871	9,5%	18,8%	6,6%	74,6%
	Über 80	997	2,5%	9,8%	3,0%	86,3%
Männer		21.010	51,8%	26,8%	16,9%	56,3%
Frauen		19.507	48,2%	25,6%	17,0%	57,4%
Wanderungsbewegung 2007 - 2009		+ 33 Personen	-/-	- 760 Personen	+ 730 Personen	+ 63 Personen
Transferleistungen (SGBII) in % der Bevölkerung unter 65 Jahren				28,9%		
Quelle: Amt für Statistik Berlin Brandenburg Datenpool. Stand: 31.12.2009						

Sowohl der Anteil der Bewohner mit nichtdeutschen Staatsangehörigkeiten wie auch der der Deutschen mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung in Moabit West entsprechen dem Durchschnittswert des Gesamtbezirks. Der höchste Anteil an ausländischen Bewohnern in einer Altersgruppe ist in der Altersgruppe 25 bis 40 Jahre (35,1%) zu verzeichnen. In den Altersgruppen bis 18 Jahre überwiegt der Anteil der Deutschen mit Migrationshintergrund. Obwohl der Anteil an älteren Menschen über 65 Jahre in Moabit relativ gering ist (12%), nimmt der Anteil an Bewohnern mit Migrationshintergrund in dieser Altersgruppe zu (rd. 25% der 65 bis 80jährigen und 13% der über 80jährigen). Insgesamt ist die Bevölkerungsentwicklung (2007 – 2009) konstant, allerdings ist ein starker Wegzug von Bewohnern nichtdeutscher Staatsangehörigkeiten bei gleichzeitigem Zuzug von Deutschen mit Migrationshintergrund zu verzeichnen.

Insgesamt 28,9% der Bevölkerung bis 65 Jahre beziehen ALG II, bzw. leben in Haushalten, die Leistungen nach dem SGB II (Hartz IV) erhalten.

Die Betrachtung der Zusammensetzung der nichtdeutschen Bevölkerung in Moabit West zeigt, dass die Gruppe der Bewohner aus dem Herkunftsland Türkei mit 22% den größten Anteil ausmacht, gefolgt von der Gruppe der Bewohner aus dem ehemaligen Jugoslawien (12%), die im Bezirksvergleich die größte Bevölkerungsgruppe in einer Bezirksregion darstellt. Dicht dahinter folgen die Bewohner aus Polen, die mit 11% ebenfalls stark vertreten sind.



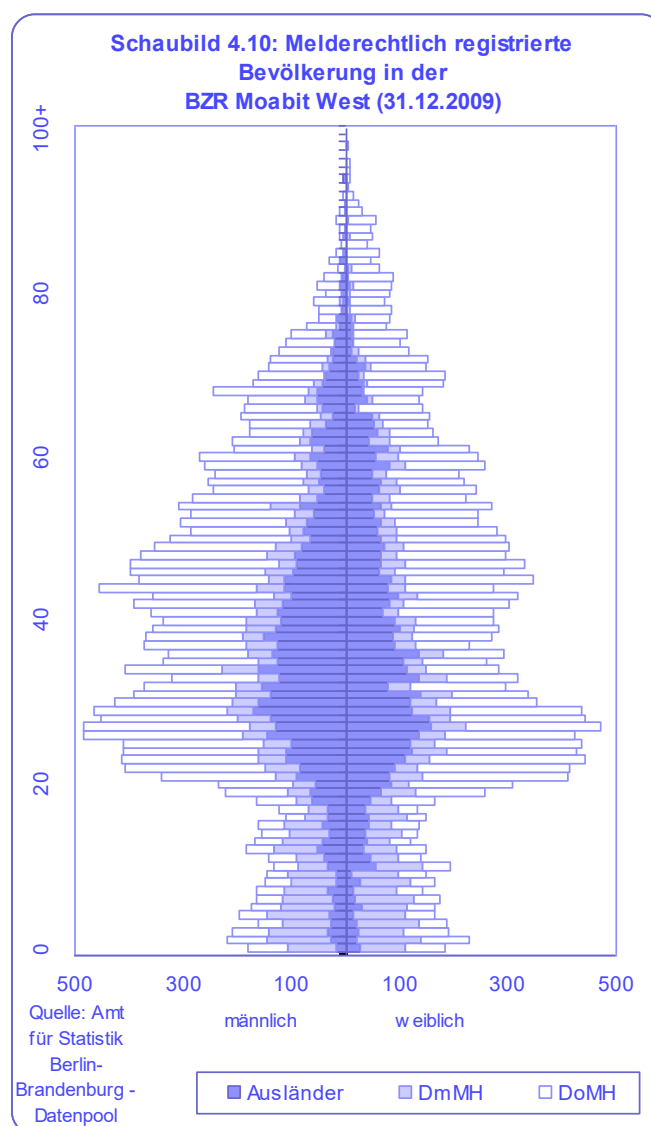
Der Bevölkerungsbaum von Moabit West weist eine ähnliche Struktur auf wie der des Gesamtbezirks.

Der kriegsbedingte Geburtenausfall (Jahrgänge 1941/54) zeigt sich bei beiden Geschlechtern im BZR Moabit West deutlich.

Die sogenannten „Baby-Boom-Jahrgänge“ in den 50iger Jahren sind hier deutlich ausgeprägt und auch der Pillenknicke der Geburtenjahrgänge in den 60iger Jahren macht sich deutlich bemerkbar.

Stärkste Jahrgangsgruppen sind die Jahrgänge um 1980, danach nimmt die Zahl der Jahrgangsstärken ab, jedoch nicht so steil wie im Vergleich zum Gesamtbezirk.

Ab den Jahrgängen um 1994/95 ist die Geburtenrate annähernd konstant.



## 4.6 Bezirksregion 22 - Moabit Ost

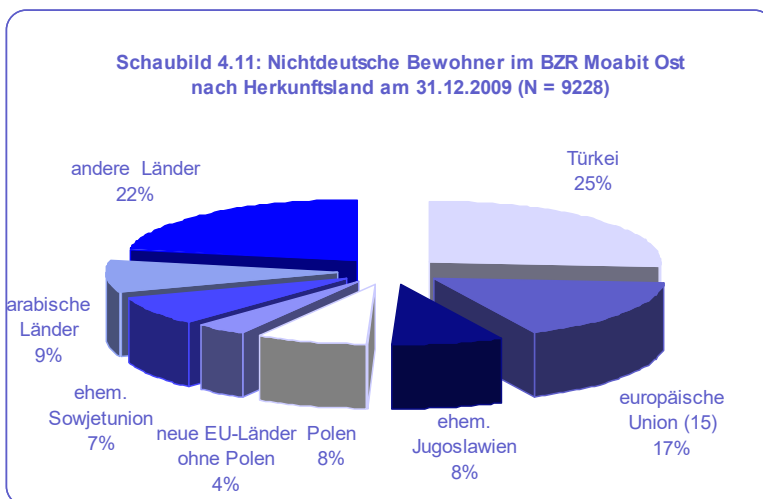
Die Bezirksregion 22 – Moabit Ost befindet sich im Prognoseraum Moabit. Zentrale Orte in der Region sind der Fritz-Schloss-Park, das Berliner Kriminalgericht und die Strafanstalt Moabit sowie der Hauptbahnhof und das Bahngelände an der Heidestraße. Auf dem Gelände des ehemaligen Krankenhauses Moabit an der Turmstraße hat sich ein Gesundheits- und Sozialzentrum etabliert. Die Wohnbebauung besteht teilweise aus zusammenhängenden Altbauten zum anderen Teil aber auch aus größeren Neubaugebieten (Zille-Siedlung und Lehrter Straße). Aufgrund der sozialen Problemlagen eines Großteils der Bevölkerung ist in der Region Moabit Ost seit 2009 ein Quartiersmanagementgebiet eingerichtet worden.

<b>Basisdaten zur BZR 22 – Moabit Ost</b>						
	1	2	3	4	5	
Einwohner	absolut	In % der Bevölkerung	Ausländer in % von Spalte 1	DmMH in % von Spalte 1	DoMH in % von Spalte 1	
<b>Insgesamt</b>	<b>34.708</b>	<b>100%</b>	<b>26,9%</b>	<b>18,6%</b>	<b>54,8%</b>	
Davon	0 – unter 1	328	0,9%	12,8%	50,8%	36,3%
	1 – unter 6	1558	4,5%	12,5%	57,2%	30,3%
	6 – unter 15	2482	7,1%	22,1%	51,4%	26,6%
	15 – unter 18	816	2,4%	29,3%	39,4%	31,3%
	18 – unter 25	3932	11,3%	31,8%	15,5%	52,7%
	25 – unter 40	9095	26,2%	37,7%	14,1%	48,2%
	40 – unter 55	7645	22,0%	25,4%	14,6%	60,0%
	55 – unter 65	3694	10,6%	23,5%	12,7%	63,8%
	65 – unter 80	4004	11,5%	16,1%	6,7%	77,2%
Über 80	1154	3,3%	6,1%	5,4%	88,6%	
Männer	17.733	51,0%	26,9%	18,4%	54,7%	
Frauen	16.975	49,0%	26,2%	18,9%	54,9%	
Wanderungsbewegung 2007 - 2009	- 300 Personen	-/-	- 804 Personen	+ 539 Personen	- 35 Personen	
Transferleistungen (SGBII) in % der Bevölkerung unter 65 Jahren			27,1%			
Quelle: Amt für Statistik Berlin Brandenburg Datenpool. Stand: 31.12.2009						

Auch in Moabit Ost entspricht sowohl der Anteil der Bewohner mit nichtdeutschen Staatsangehörigkeiten wie auch der der Deutschen mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung dem Durchschnittswert des Gesamtbezirks, ist aber in den Altersgruppen bis 40 Jahre deutlich höher als in Moabit West. Lediglich in der Altersgruppe 18 bis unter 25 überwiegt der Anteil der Deutschen ohne Migrationshintergrund. Obwohl der Anteil an älteren Menschen über 65 Jahre in Moabit Ost höher ist als in Moabit West, ist der Anteil an Älteren mit Migrationshintergrund in dieser Altersgruppe deutlich geringer. Die Wanderungsbewegung der letzten Jahre weist insgesamt einen negativen Saldo auf, wobei vor allem ausländische Bewohner (-804) fortgezogen sind.

Insgesamt 27,1% der Bevölkerung bis 65 Jahre beziehen ALG II, bzw. leben in Haushalten, die Leistungen nach dem SGB II (Hartz IV) erhalten.

Die Betrachtung der Zusammensetzung der nichtdeutschen Bevölkerung in der Bezirksregion zeigt, dass die zahlenmäßig größte Gruppe der Bewohner (26%) die türkische Staatsangehörigkeit besitzt. Die Verteilung nach Herkunftsländern der übrigen Bevölkerung gestaltet sich relativ ausgewogen: 9% stammen aus arabischen Ländern, 7% aus der ehemaligen Sowjetunion, jeweils 8% aus dem ehemaligen Jugoslawien und Polen sowie rund 30 % verteilen sich auf verschiedene Länder innerhalb und außerhalb der EU.



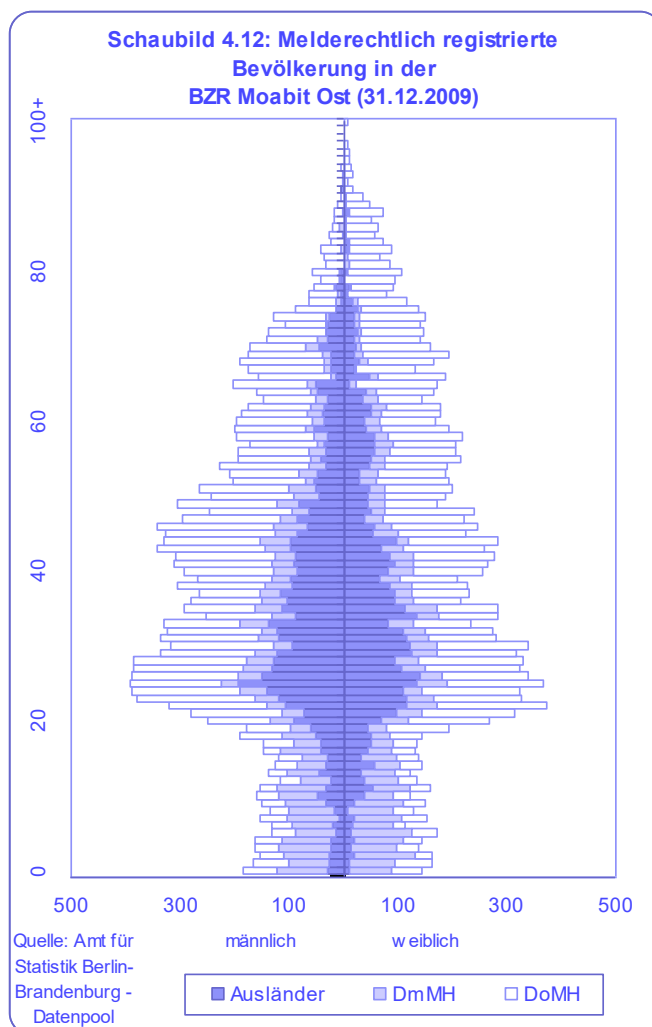
In der Region Moabit Ost ist der kriegsbedingte Geburtenausfall für beide Geschlechter deutlich erkennbar.

Vergleichsweise schwach ausgeprägt sind in Moabit Ost allerdings auch die sonst so geburtenstarken Jahrgänge der sogenannten Baby-Boom Jahrgänge der 50iger Jahre. Gleiches gilt hier auch für den sogenannten „Pillenknick“.

Wie fast in allen Bezirksregionen in Mitte, ist die höchste Jahrgangsstärke auch hier in den frühen 80iger Jahren zu verzeichnen, gefolgt von einem Absinken bis Mitte der 90iger Jahre.

Die Geburtenstärke ist seit dem relativ konstant.

Auffallend in Moabit Ost ist zudem, dass der Anteil der ausländischen Bewohner bis zum Alter von ca. 75 Jahren relativ konstant bleibt.





## 4.7 Bezirkregion 31 - Osloer Straße

Die Bezirksregion 3.1 – Osloer Straße befindet sich im Prognoseraum Gesundbrunnen. Sie grenzt im östlichen Teil an den Bezirk Pankow (Prenzlauer Berg) und im nördlichen Teil an den Bezirk Reinickendorf. Zentrale Orte sind der S- und Fernbahnhof Gesundbrunnen mit dem Gesundbrunnencenter. Prägende und verkehrsreiche Straßenzüge sind die Osloer Straße, Prinzenallee, Badstraße und Pankstraße. Die Bezirksregion besteht vorwiegend aus dichter zusammenhängender, gemischter Wohnbebauung (Alt- und Neubauten). Aufgrund sozialer Problemlagen eines Großteils der Bevölkerung gibt es seit 1999 das Quartiersmanagementgebiet Soldiner Straße.

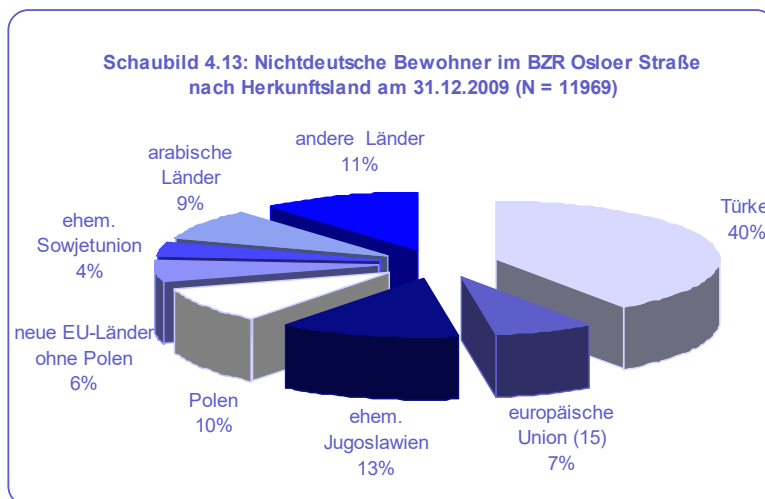
<b>Basisdaten zur BZR 31 – Osloer Straße</b>						
		1	2	3	4	5
Einwohner		absolut	In % der Bevölkerung	Ausländer in % von Spalte 1	DmMH in % von Spalte 1	DoMH in % von Spalte 1
<b>Insgesamt</b>		<b>33.586</b>	<b>100%</b>	<b>35,6%</b>	<b>20,2%</b>	<b>44,2%</b>
Davon	0 – unter 1	418	1,2%	21,3%	49,0%	29,7%
	1 – unter 6	2048	6,1%	15,6%	63,9%	20,5%
	6 – unter 15	3020	9,0%	32,9%	50,2%	16,8%
	15 – unter 18	1061	3,2%	44,3%	36,3%	19,4%
	18 – unter 25	4085	12,1%	35,0%	17,0%	48,0%
	25 – unter 40	9071	27,0%	44,3%	13,0%	42,7%
	40 – unter 55	7122	21,2%	39,7%	12,9%	47,4%
	55 – unter 65	2833	8,4%	34,2%	11,2%	54,6%
	65 – unter 80	3146	9,3%	25,4%	6,4%	68,2%
	Über 80	782	2,3%	6,8%	5,5%	87,7%
Männer		17.475	52,0%	37,3%	19,7%	43,0%
Frauen		16.111	48,0%	33,8%	20,7%	45,5%
Wanderungsbewegung 2007 - 2009		+ 950 Personen	-/-	+ 16 Personen	+ 526 Personen	+ 408 Personen
Transferleistungen (ALGII) in % der Bevölkerung unter 65 Jahren				43, %		
Quelle: Amt für Statistik Berlin Brandenburg Datenpool. Stand: 31.12.2009						

Die Bezirksregion Osloer Straße weist den zweithöchsten Anteil an Bewohnern nichtdeutscher Staatsangehörigkeiten und Deutschen mit Migrationshintergrund auf. Diese Tatsache macht sich in allen Altersgruppen bemerkbar. Vor allem in den jüngeren Altersgruppen bis 18 Jahre überwiegt der Anteil der Bewohner mit Migrationshintergrund. Aber auch in den Altersgruppen bis 65 Jahre überwiegt der Anteil der Bewohner mit Migrationshintergrund zum Teil deutlich. Auch in der Altersgruppe 65 bis 80 Jahre haben bereits über 30% einen Migrationshintergrund. Die Bevölkerungsentwicklung weist eine positive Tendenz auf; sowohl Deutsche mit und ohne Migrationshintergrund ziehen in die Region.

Insgesamt 43,0% der Bevölkerung bis 65 Jahre beziehen ALG II, bzw. leben in Haushalten, die ALG II erhalten. Das ist der zweithöchste Wert im Bezirk.

Die Zusammensetzung der nichtdeutschen Bevölkerung in der Bezirksregion Osloer Straße weist einen hohen Anteil an Bewohnern aus der Türkei auf. 40% stammen ursprünglich aus diesem Herkunftsland.

Die zweitgrößte Bevölkerungsgruppe stammt aus dem ehemaligen Jugoslawien (13%); die drittgrößte Gruppe stammt aus Polen (10%).

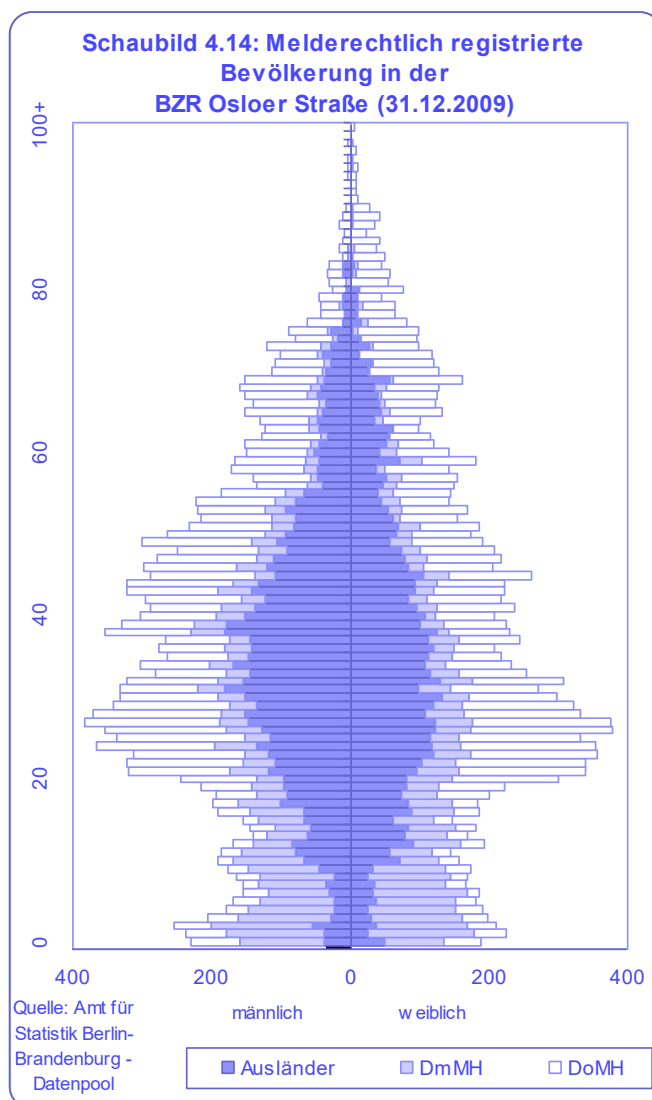


Der Bevölkerungsbaum der Bezirksregion Osloer Straße zeichnet sich durch eine relativ „unruhige“ Struktur aus. Zwar lassen sich allgemeine bevölkerungsentwicklungsbedingte Besonderheiten auch hier ausmachen, allerdings fallen sie deutlich weniger prägnant aus. So findet sich im Bereich des kriegsbedingten Geburtenausfalls ebenfalls eine Ausdünnung der Jahrgangsstärke, doch zieht sich diese über einen längeren Zeitraum, als in Mitte insgesamt.

Auch der Baby-Boom der geburtenstarken Jahrgänge in den 1950er Jahren fällt insgesamt schwächer aus. Dies gilt gleichermaßen für den Geburtenausfall in Folge des sogenannten „Pillenknicks“.

Die größten Jahrgangsstärken finden sich auch hier um das Jahr 1981, doch sind die Spitzen nicht so ausgeprägt wie in anderen Bezirksregionen.

Zwischen 1981 und 1995 verläuft die kontinuierliche Ausdünnung der Jahrgänge ebenso wie in anderen Bezirksregionen, jedoch ist sie deutlich schwächer ausgeprägt. Seitdem ist sie relativ stabil mit einer leichten Tendenz der Steigerung, was vor allem auf die Bevölkerungsgruppe der Deutschen mit Migrationshintergrund zurückzuführen ist.



## 4.8 Bezirksregion 32 - Brunnenstraße Nord

Die Bezirksregion 32 – Brunnenstraße Nord befindet sich im Prognoseraum Gesundbrunnen und grenzt im östlichen Teil an den Bezirk Pankow (Prenzlauer Berg). Zentrale Orte fehlen. Prägende Straßenzüge sind die Brunnenstraße, Bernauer Straße, Hussitenstraße und Hochstraße. Das Gebiet beinhaltet vorwiegend zusammenhängende Neubaugebiete im Rahmen des sozialen Wohnungsbaus entlang der Brunnenstraße. Aufgrund sozialer Problemlagen eines Großteils der Bevölkerung wurden im Jahr 2006 zwei Quartiersmanagementgebiete (QM) in der Region eingerichtet (QM Ackerstraße und QM Brunnenviertel).

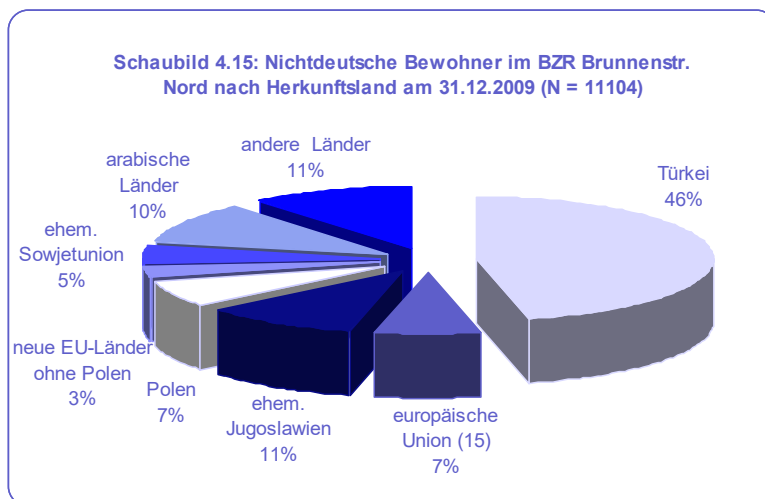
<b>Basisdaten zur BZR 32 – Brunnenstraße Nord</b>						
		1	2	3	4	5
Einwohner		absolut	In % der Bevölkerung	Ausländer in % von Spalte 1	DmMH in % von Spalte 1	DoMH in % von Spalte 1
<b>Insgesamt</b>		<b>34.750</b>	<b>100%</b>	<b>32,0%</b>	<b>27,3%</b>	<b>40,7%</b>
Davon	0 – unter 1	434	1,2%	17,3%	64,3%	18,4%
	1 – unter 6	2236	6,4%	15,3%	71,4%	13,3%
	6 – unter 15	3467	10,0%	27,5%	59,0%	13,5%
	15 – unter 18	1190	3,4%	37,8%	43,1%	19,1%
	18 – unter 25	3642	10,5%	32,9%	25,8%	41,4%
	25 – unter 40	8567	24,6%	44,6%	19,7%	35,7%
	40 – unter 55	7107	20,4%	34,8%	19,9%	45,3%
	55 – unter 65	3241	9,3%	28,5%	17,1%	54,5%
	65 – unter 80	3798	10,9%	20,9%	10,5%	68,7%
	Über 80	1068	3,1%	7,1%	6,6%	86,3%
Männer		17.556	50,5%	32,7%	27,6%	39,7%
Frauen		17.194	49,5%	31,2%	27,1%	41,8%
Wanderungsbewegung 2007 - 2009		+ 601 Personen	-/-	- 48 Personen	+932 Personen	-238 Personen
Transferleistungen (SGBII) in % der Bevölkerung unter 65 Jahren				43,8%		
Quelle: Amt für Statistik Berlin Brandenburg Datenpool. Stand: 31.12.2009						

Der Anteil der Bewohner ausländischer Staatsangehörigkeiten liegt in der Region Brunnenstraße Nord deutlich über dem Bezirksdurchschnitt, zugleich ist der Anteil der Deutschen mit Migrationshintergrund hier der höchste Wert im Bezirksvergleich. Dies macht sich in allen Altersgruppen deutlich bemerkbar. Rund 44% der Altersgruppe 25 bis 40 Jahre sind ausländische Bewohner. Der prozentual hohe Anteil an Kindern bis 15 Jahre deutet darauf hin, dass hier viele junge Familien leben. Auch in der Altersgruppe 65 bis 80 Jahre haben rund 31% einen Migrationshintergrund. Die Bevölkerungsentwicklung weist eine positive Tendenz auf, wobei vor allem Deutsche mit Migrationshintergrund in die Region ziehen.

Insgesamt 43,8% der Bevölkerung bis 65 Jahre beziehen ALG II, bzw. leben in Haushalten, die ALG II erhalten. Das ist der höchste Wert im Vergleich der Bezirksregionen in Mitte.

Mit 47% bilden die Bewohner türkischer Staatsangehörigkeit die größte Bevölkerungsgruppe unter den nichtdeutschen Bewohnern in der Bezirksregion Brunnenstraße Nord. Das ist zugleich der höchste Wert im Vergleich der Bezirksregionen in Mitte.

Auffällig ist, dass hier der Anteil der Bewohner aus Ländern der „alten“ europäischen Union sowie anderer Länder der bezirksweit geringste ist.

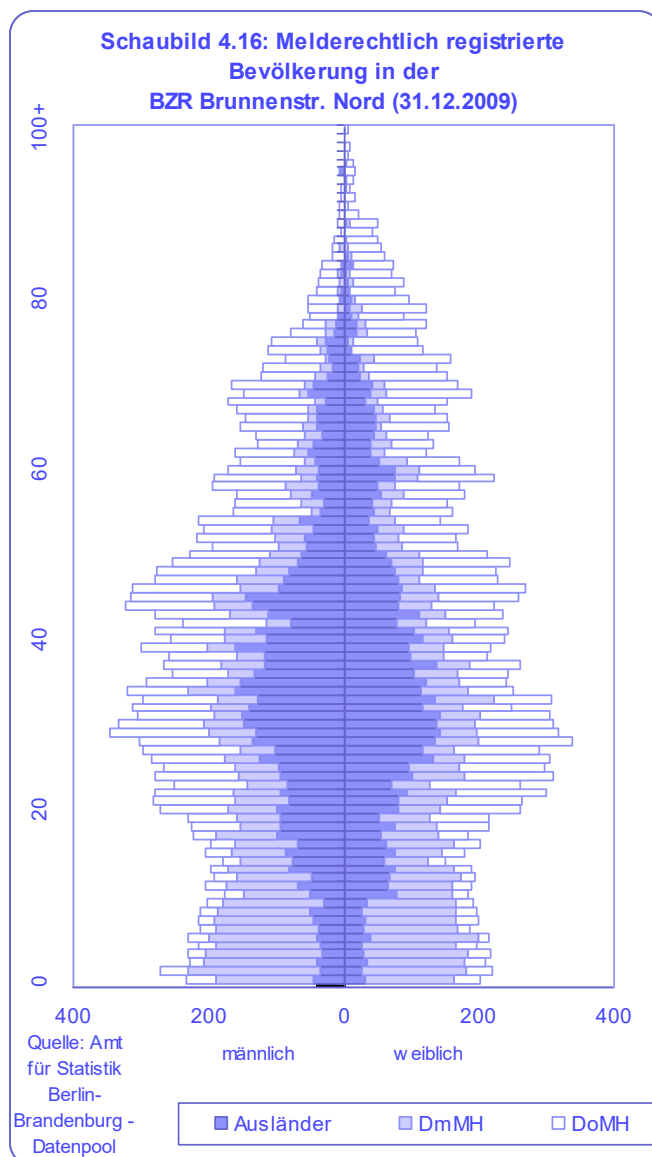


Der Bevölkerungsbaum in der Bezirksregion Brunnenstraße fällt durch eine relative „Zerklüftung“ auf, wodurch bevölkerungsentwicklungstypische Erscheinungsformen nicht so ausgeprägt sind, wie in anderen Bezirksregionen.

So ist z.B. die Gruppe der über 65jährigen stärker vertreten als im Bezirksvergleich, auch ist der Anteil der weiblichen Bewohnerinnen an dieser Altersgruppe deutlich höher.

Die höchste Geburtenrate innerhalb eines Jahrgangs findet sich auch in der Region Brunnenstraße Nord um 1980/81, jedoch ist der danach erfolgte Geburtenrückgang deutlich schwächer ausgeprägt als im Bezirksvergleich.

Die „kontinuierlich“ hohe Anzahl an Geburten der Jahrgänge ab 1990 ist vor allem in der Bevölkerungsgruppe der Deutschen mit Migrationshintergrund zu verzeichnen.



## 4.9 Bezirksregion 41 - Parkviertel

Die Bezirksregion 41 – Parkviertel befindet sich im Prognoseraum Wedding und grenzt im Norden und Westen an den Nachbarbezirk Reinickendorf. Prägend in der Region sind die großen Grünanlagen „Rehberge“ und „Schillerpark“. Zentrale Orte sind die Technische Fachhochschule (Beuth-Hochschule) sowie die Charité – Campus Virchowklinikum. Die Müllerstraße mit gemischten Gewerbebetrieben und Einkaufsmöglichkeiten durchquert die Bezirksregion. Die Bezirksregion besteht vorwiegend aus zusammenhängender, gemischter Wohnbebauung (Alt- und Neubauten).

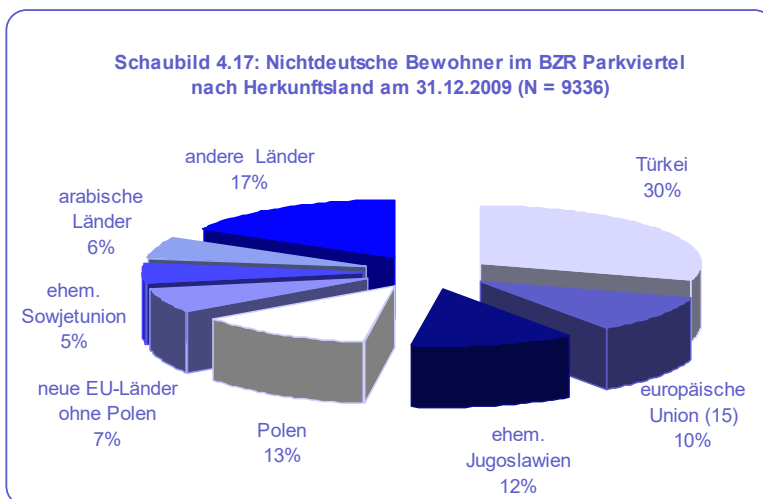
<b>Basisdaten zur BZR 41 - Parkviertel</b>						
		1	2	3	4	5
Einwohner		absolut	In % der Bevölkerung	Ausländer in % von Spalte 1	DmMH in % von Spalte 1	DoMH in % von Spalte 1
<b>Insgesamt</b>		<b>40.684</b>	<b>100%</b>	<b>23,1%</b>	<b>14,8%</b>	<b>62,1%</b>
Davon	0 – unter 1	357	0,9%	10,9%	48,2%	40,9%
	1 – unter 6	1652	4,1%	13,1%	55,5%	31,4%
	6 – unter 15	2467	6,1%	20,9%	40,5%	38,7%
	15 – unter 18	868	2,2%	27,2%	27,0%	45,9%
	18 – unter 25	3977	9,9%	23,5%	13,8%	62,7%
	25 – unter 40	9386	23,3%	36,2%	13,6%	50,2%
	40 – unter 55	9732	24,1%	24,7%	10,9%	64,4%
	55 – unter 65	4522	10,2%	21,4%	10,1%	68,6%
	65 – unter 80	5936	14,7%	9,7%	4,6%	85,6%
	Über 80	1414	3,5%	2,3%	2,1%	95,5%
Männer		20.472	50,3%	25,3%	14,9%	59,8%
Frauen		20.202	49,7%	20,5%	14,5%	65,0%
Wanderungsbewegung 2007 - 2009		+ 1081 Personen	-/-	+363 Personen	+ 801 Personen	-83 Personen
Transferleistungen (ALGII) in % der Bevölkerung unter 65 Jahren				30,7 %		
Quelle: Amt für Statistik Berlin Brandenburg Datenpool. Stand: 31.12.2009						

Der Anteil sowohl der Bewohner ausländischer Staatsangehörigkeiten wie auch der der Deutschen mit Migrationshintergrund liegt im Parkviertel unter dem Bezirksdurchschnitt. Dies zeigt sich in allen Altersgruppen. Anteilsmäßig am stärksten vertreten sind ausländische Bewohner in der Altersgruppe 25 bis 40 Jahre; Deutsche mit Migrationshintergrund sind - wie auch in den anderen Bezirksregionen - in den Altersgruppen bis 15 Jahre am stärksten vertreten. Der Anteil älterer Menschen über 65 Jahre liegt im Parkviertel mit rund 18% über dem Bezirksdurchschnitt, der Anteil älterer Migranten an dieser Altersgruppe ist (noch) gering.

Die Bevölkerungsentwicklung weist eine positive Tendenz auf, die vor allem auf Zuzügen in den Bevölkerungsgruppen der Deutschen mit Migrationshintergrund und Bewohnern ausländischer Staatsangehörigkeiten basieren.

Insgesamt 30,7% der Bevölkerung bis 65 Jahre beziehen ALG II, bzw. leben in Haushalten, die Leistungen nach dem SGB II (Hartz IV) erhalten.

Mit 31% Bevölkerungsanteil ist die Gruppe der Bewohner, die ursprünglich aus der Türkei stammen, die größte Gruppe unter den nichtdeutschen Bewohnern in der Bezirksregion Parkviertel, gefolgt von Bewohnern aus den neuen osteuropäischen Ländern der EU mit 18% und dem ehemaligen Jugoslawien mit 12%.

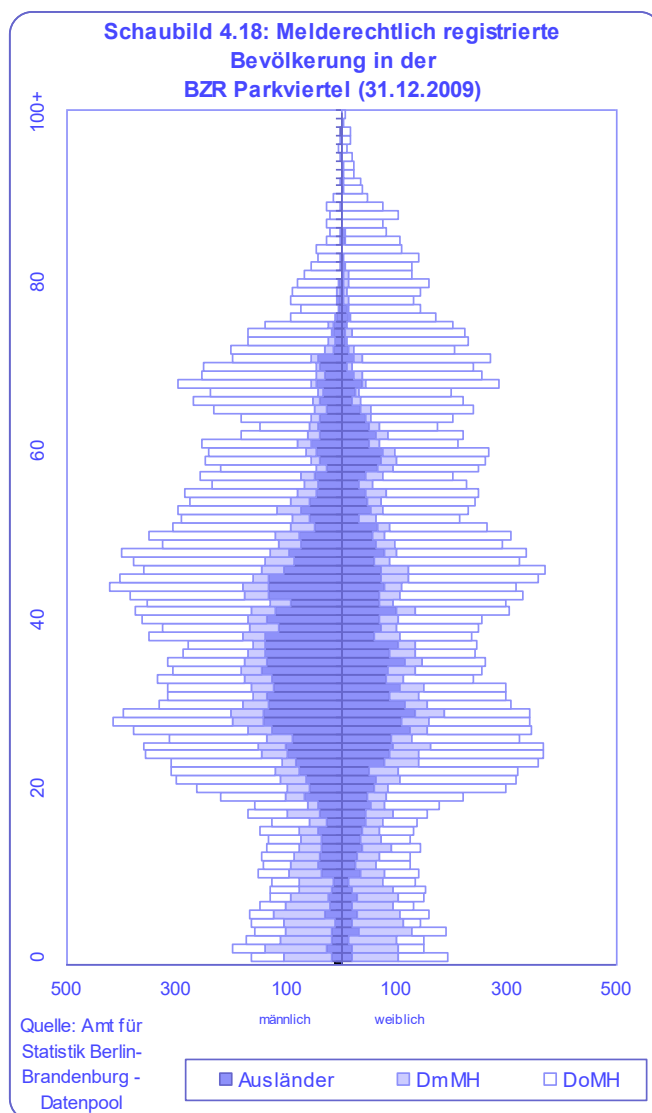


Der Bevölkerungsbaum in der Region Parkviertel weist Merkmale auf, die sich deutlich von den anderen Regionen in Mitte unterscheiden und eher dem Bevölkerungsaufbau von Gesamtberlin ähneln.

So finden sich die stärksten Jahrgänge nicht um 1981, sondern im Bereich des „Baby-Boom“ der Geburtsjahre in den 50iger Jahren. Auch sind die kriegsbedingten Geburtenausfälle sowie nach dem „Pillenknicke“ weniger stark ausgeprägt. So ist der Anteil der Menschen um 65 Jahre im BZR Parkviertel stärker ausgeprägt als in allen anderen Bezirksregionen.

Nach den Spitzenwerten der Geburtsjahrgänge um 1980 sinken auch hier die Jahrgangstärken - entsprechend der Entwicklung im Bezirk - ab, wobei ein leichter Anstieg Mitte der 90iger Jahre zu verzeichnen ist.

Die Geschlechterverteilung ist Jahrgangsweise schwankend, wenn auch relativ gleichmäßig verteilt. In den Altersgruppen ab ca. 70 Jahren überwiegt auch hier der Frauenanteil.



## 4.10 Bezirksregion 42 - Wedding Zentrum

Die Bezirksregion 42 – Wedding Zentrum befindet sich im Prognoseraum Wedding in zentraler Lage des Gesamtbezirks Mitte. Zentrale Orte sind der Leopoldplatz mit vielfältigen Einkaufsmöglichkeiten, der Standort des Pharmakonzerns Bayer Schering sowie das Jüdische Krankenhaus. Die Bezirksregion besteht aus dichter zusammenhängender, gemischter Wohnbebauung (Alt- und Neubauten) und hat die höchste Einwohnerdichte im Bezirksvergleich. Aufgrund vielfältiger sozialer Problemlagen eines Großteils der Bevölkerung gibt es in der Region zwei Quartiersmanagementgebiete (QM Sparrplatz und QM Pankstraße).

<b>Basisdaten zur BZR 42 – Wedding Zentrum</b>						
		1	2	3	4	5
Einwohner		absolut	In % der Bevölkerung	Ausländer in % von Spalte 1	DmMH in % von Spalte 1	DoMH in % von Spalte 1
<b>Insgesamt</b>		<b>50.882</b>	<b>100%</b>	<b>40,4%</b>	<b>20,4%</b>	<b>39,2%</b>
Davon	0 – unter 1	601	1,2%	23,0%	54,7%	22,3%
	1 – unter 6	2730	5,4%	21,2%	62,9%	15,9%
	6 – unter 15	4315	8,5%	33,7%	53,6%	12,7%
	15 – unter 18	1460	2,9%	46,4%	38,8%	14,9%
	18 – unter 25	6536	12,8%	40,4%	16,3%	43,3%
	25 – unter 40	14.812	29,1%	50,6%	13,0%	36,4%
	40 – unter 55	10.658	20,9%	42,7%	13,8%	43,5%
	55 – unter 65	4312	8,5%	37,9%	13,3%	48,8%
	65 – unter 80	4234	8,3%	30,1%	7,7%	62,2%
	Über 80	1224	2,4%	10,0%	6,3%	83,7%
Männer		27.331	53,7%	41,7%	19,9%	38,4%
Frauen		23.551	46,3%	38,9%	21,0%	40,2%
Wanderungsbewegung		+ 1443 Personen	-/-	-141 Personen	+ 819 Personen	+ 765 Personen
Transferleistungen (ALGII) in % der Bevölkerung unter 65 Jahren				36,0%		
Quelle: Amt für Statistik Berlin Brandenburg Datenpool. Stand: 31.12.2009						

Die Bezirksregion ist die einwohnerstärkste in Mitte und hat zugleich die meisten Zuzüge in den vergangenen Jahren zu verzeichnen, die sich sowohl in der Gruppe der Deutschen mit Migrationshintergrund wie auch ohne Migrationshintergrund abzeichnen. Der Anteil der Bewohner ausländischer Staatsangehörigkeiten ist der höchste Wert im Bezirksvergleich und macht sich in allen Altersgruppen deutlich bemerkbar. In der Altersgruppe 25 bis 40 Jahre beträgt er rund 50% und ist damit ebenfalls der höchste Wert im Bezirksvergleich. Der vergleichsweise hohe Anteil an Kindern bis zu 15 Jahren weist daraufhin, dass hier viele junge Familien leben.

Besonders bemerkenswert ist auch der hohe Anteil an Migranten in den Altersgruppen 65 und älter. Zwar ist ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung mit rund 10 % der geringste im Bezirksvergleich; der Anteil älterer Migranten an dieser Altersgruppe ist jedoch der höchste Wert im Bezirksvergleich: Rund 38% der 65 bis 80jährigen und 16% der über 80jährigen haben einen Migrationshintergrund.

Insgesamt 36,0% der Bevölkerung bis 65 Jahre beziehen ALG II, bzw. leben in Haushalten, die Leistungen nach dem SGB II (Hartz IV) erhalten.

Die Betrachtung der Zusammensetzung der nichtdeutschen Bevölkerung zeigt, dass auch in dieser Bezirksregion die Bevölkerungsgruppe mit türkischer Staatsangehörigkeit mit 34% die größte Gruppe ist.

Neben der Bevölkerung, die sich aus vielfältigen unterschiedlichen Staatsangehörigkeiten zusammensetzt, nimmt die Gruppe der Bewohner aus dem ehemaligen Jugoslawien mit 13% den zweithöchsten Wert ein. An dritter Stelle folgen die Bewohner polnischer Staatsangehörigkeit.

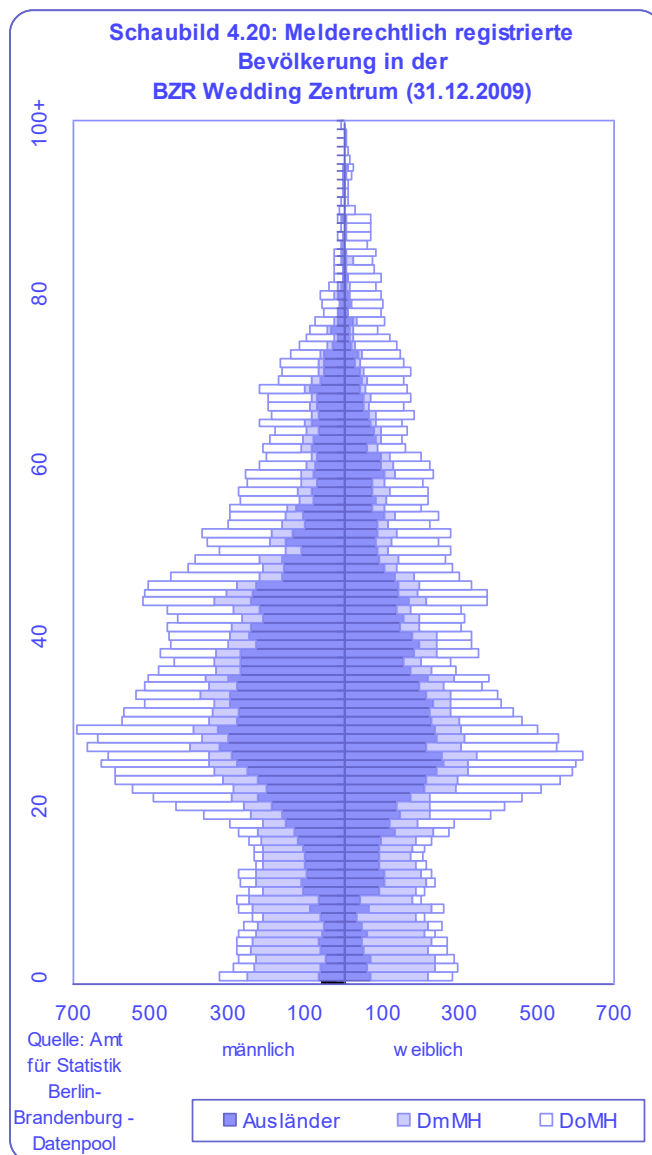
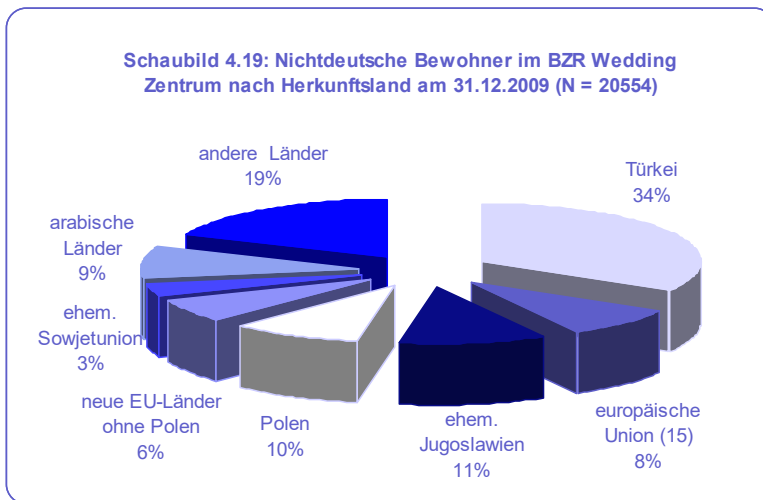
Bei der Betrachtung des Bevölkerungsbaums in der Region Wedding Zentrum fällt auf, dass er oberhalb der charakteristischen starken Ausdünnung der Jahrgänge nach 1981 eine ungewöhnliche, fast pyramidenartige Form aufweist. Das resultiert vor allem daraus, dass in der Region die Altersgruppe ab 60 Jahren außergewöhnlich schwach vertreten ist.

Besonders auffällig ist die starke Ausprägung der Jahrgänge 1980-82, die auch im Verhältnis der sogenannten „Baby-Boom“ Jahrgänge (50iger Jahre) sehr hoch ist.

Zwar macht sich auch hier die Ausdünnung der Jahrgänge nach 1981 bemerkbar, jedoch nicht so ausgeprägt wie in anderen Bezirksregionen.

Die stärksten Jahrgänge in der Bevölkerungsgruppe der Bewohner mit Migrationshintergrund zeigen sich in den Jahrgängen 1973 bis 1981.

Besonders bemerkenswert in der Region Wedding Zentrum ist der hohe Anteil von Migranten in den Altersgruppen ab 60 Jahren, hier vor allem der hohe Anteil von Frauen der Altersgruppe um 60 Jahre.





## Teil III Migration und Gesundheit

Die Lebensumstände – und dadurch bedingt die gesundheitliche Lage – von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland sind sehr vielfältig (s. Einleitung). Je nach Aufenthaltsstatus, sozialer Lage und Arbeits- bzw. Lebensbedingungen gibt es unterschiedliche Belastungen, die für gesundheitliche Probleme anfällig machen, aber auch Ressourcen, die bei der Bewältigung dieser Belastungen helfen können. Die Inanspruchnahme gesundheitlicher Vorsorgeleistungen und die Erreichbarkeit psychosozialer Angebote ist daher eine wichtige Voraussetzung zur Krankheitsverhütung.

Dank der oben angesprochenen Heterogenität der hier wohnenden Menschen mit Migrationshintergrund, kann es keine gesundheitliche Lage **der Migranten** in Deutschland geben. Gesundheitliche Probleme werden daher eher durch die spezifische Situation der Menschen, die bestimmten Migrantengruppen angehören, verursacht. Einige Studien zeigen, dass viele gesundheitliche Problemlagen, die mit einzelnen Migrantengruppen in Verbindung gebracht werden, eher sozial verursachte Probleme sind, die genauso bei Deutschen in der gleichen sozialen Lage verstärkt auftreten können (vgl. Literaturanalyse in Knipper/Bilgin 2009).

Bedingt durch die in der Einleitung angesprochene schlechte Datenlage in Deutschland gibt es bisher in der Gesundheitsberichterstattung (GBE) wenige fundierte Erkenntnisse zur Gesundheit von Migranten, die ausreichend differenziert sind, um die Auswirkungen der sozialen Lage unabhängig von denen des Migrationshintergrunds zu analysieren. Eine Ausnahme hierzu ist die groß angelegte KiGGS-Studie des Robert-Koch-Instituts (vgl. u.a. Kurth, et al. 2007, RKI/BZGA 2008, Schenk et al. 2008), die für Kinder und Jugendlichen solche Erkenntnisse liefert. In der gesundheitswissenschaftlichen Literatur dagegen werden in erster Linie regional begrenzte Untersuchungen von einzelnen Migrantengruppen durchgeführt, die meist nicht auf ganz Deutschland übertragbar sind (vgl. Razum et al. 2008).

Kapitel 5 behandelt das Thema Migration und Gesundheit im deutschen Kontext anhand der gesundheitswissenschaftlichen Literatur. Der erste Abschnitt zeigt einige der Belastungen und Einflussfaktoren von Migration auf die Gesundheit der Betroffenen auf. Der zweite Abschnitt befasst sich mit den möglichen Hindernissen zur sachgerechten gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund, die sich durch Kommunikationsprobleme einerseits und mangelnde interkulturelle Kompetenzen der Akteure im Gesundheitswesen andererseits ergeben.

Im zweiten Kapitel dieses Berichtsteils wird der Zusammenhang von Migration und Gesundheit anhand der Ergebnisse von eigenen Erhebungen im Bezirk Mitte analysiert. Hierbei wird auf Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung, auf die Statistik des bezirklichen Zahnärztlichen Dienstes, auf eine Auswertung der Ergebnisse der Untersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (JAG-Untersuchung), auf bisher noch nicht veröffentlichte Ergebnisse aus einer Befragung der Eltern der bezirklichen Schulanfänger (Altergruppe: von 20 bis zu ca. 50 Jahren) sowie auf Ergebnisse einer Befragung von älteren Menschen im Bezirk (LISA) zurückgegriffen.

## **5 Migration und Gesundheit in Deutschland**

Menschen, die aus ihrer Heimat in eine neue Lebenssituation kommen, sind einer Reihe von Belastungen ausgesetzt, die Auswirkungen auf ihre Gesundheit haben können. Erstens kann die Migration an sich schon eine starke Belastung für die Betroffenen bedeuten. Hier sind insbesondere die Trennung von Freunden und Familie, eine mögliche Verfolgung im Heimatland sowie die kulturellen Unterschiede zwischen den Ländern zu erwähnen. Zweitens stellen die Lebensbedingungen vieler Migranten im Einwanderungsland eine weitere Belastung für sie dar. Hier kommen insbesondere eine prekäre soziale Lage sowie eine schlechte, gedrängte Wohnsituation zum Tragen. Zusätzlich müssen nicht wenige Migranten – insbesondere so genannte Arbeitsmigranten – mit erheblichen körperlichen Belastungen an ihrem Arbeitsplatz rechnen, die sich im Laufe der Zeit gesundheitlich bemerkbar machen.

### **5.1 Gesundheitliche Einflüsse der Migration**

Migration ist eine Chance und ein Risiko zugleich – sie ist nicht per se krank machend (vgl. Razum et al. 2008, S. 7f.). Ob die Migration Auswirkungen auf die Gesundheit der Betroffenen hat, hängt sowohl von individuellen Faktoren als auch von der Lebenssituation im Aufnahmeland ab. Die Art und Weise, wie Menschen mit den Umständen ihrer Migration umgehen (können), bestimmt daher mit, wie der Prozess verlaufen wird. Nach Antonowsky (1987) ist ein solcher Verarbeitungsprozess von den individuellen Bewältigungsstrategien und Ressourcen abhängig. Das heißt, dass diejenigen Migranten, die im Einwanderungsland über gesundheitsfördernde Ressourcen verfügen – z.B. eine gesicherte soziale Lage, ein soziales Netz und kommunikative Fähigkeiten – besser mit der neuen Lebenssituation klarkommen.

#### **5.1.1 Belastungen durch die Migrationssituation**

Ein Lebensumbruch wie die Migration verursacht fast immer Stress für die betroffenen Individuen. Dabei müssen sie meist innerhalb kürzester Zeit mit ganz neuen Lebensbedingungen umgehen können. Sie verlieren ihre gewohnten sozialen und familiären Kontakte und müssen sich umorientieren. Die kulturellen Unterschiede zwischen der alten und neuen Heimat verursachen ebenfalls Unsicherheit und verlangen eine erhebliche Anpassungsleistung. Auch wenn die Situation in ihrem Heimatland für sie unerträglich geworden war, vollzieht sich der Wechsel dadurch nicht unbedingt stressfrei.

Die Art und Weise wie Migranten im Einwanderungsland empfangen werden, trägt maßgeblich zu ihrem psychischen Gesundheitszustand bei. Eine latente Fremdenfeindlichkeit im Einwanderungsland bedeutet nicht nur psychisch eine Belastung für Migranten. In den letzten Jahren wurde die Zunahme von Fremdenfeindlichkeit in Deutschland verschiedentlich festgestellt (vgl. Razum et al. 2008, S. 22f.). Wenn aus der Rhetorik auch entsprechende Handlungen (von Beleidigung, Schikanie bis hin zur offenen Gewalt) wieder salonfähig werden, wird die Erfahrung von Diskriminierung und offenem Rassismus für viele ausländische Mitbürger eine zusätzliche Quelle von Unsicherheit und Angst (Vgl. Prasad, 2009; Gavranidou, 2009).

Die Motivation für die Migration spielt eine wichtige Rolle bei der Bewältigung des Stresses, der durch die neue Situation entsteht. Wenn der Wechsel bewusst gewählt und gewollt wurde, kommt der Betroffene in der Regel besser mit der neuen Situation zurecht. Insbesondere Migranten, die gezwungen wurden, ihr Land zu verlassen, haben große Schwierigkeiten, sich in der neuen Umgebung zurechtzufinden.

### **5.1.2 Belastungen durch die Lebensbedingungen**

Die Bedingungen, unter denen Migranten in Deutschland leben, sind sehr unterschiedlich. Je nach ihrem ausländerrechtlichen Status und ihrer Qualifikation werden sie mit den unterschiedlichsten Lebensbedingungen und Lebenschancen konfrontiert. Die Situation der hochqualifizierten ausländischen Mitarbeiter von großen Firmen unterscheidet sich in vielen Punkten von der Situation der EG-Bürger, der Spätaussiedler, der traditionellen Arbeitsmigranten, der Bürgerkriegsflüchtlinge usw. Jede dieser Gruppen hat eigene Schwierigkeiten, Ressourcen und Bewältigungsstrategien. Gemeinsam ist lediglich die Erfahrung eines Bruches mit dem bisherigen Leben in der alten Heimat – sei es im einzelnen Fall positiv oder negativ besetzt.

Zwar ist die soziale Lage der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland sehr vielfältig. Jedoch sind viele Migranten im Vergleich zur deutschen Bevölkerung materiell schlechter gestellt. Viele Migranten haben darüber hinaus gesundheitlich riskante bzw. von Verlust bedrohte Arbeitsplätze inne (Lagebericht der Bundesbeauftragte 2010, S. 374 ff.). Die ursprünglichen Arbeitsmigranten wurden in Zeiten der Prosperität und des Arbeitskräftemangels für Arbeitsplätze in der verarbeitenden Industrie angeworben. Sie kamen zum größten Teil aus sozial sehr benachteiligten Gebieten in ihren Heimatländern, wie z.B. Südostanatolien in der Türkei, und übten überwiegend ungelernete Tätigkeiten in Deutschland aus.

Heute – mit einer dauerhaft enormen Anzahl arbeitsloser Menschen und tiefgreifendem Strukturwandel in der Industrie – werden solche Arbeitsplätze immer seltener. Asylsuchende dürfen ohnehin nicht arbeiten und sind auf staatliche Unterstützung angewiesen. Die unsichere soziale Lage vieler Migranten korrespondiert oft mit einer Gettoisierung der ausländischen Populationen in sozial belasteten Wohnquartieren der deutscher Großstädte, in denen sie wenig Kontakt zur deutschen Bevölkerung haben (Boos-Nünning 2000).

Die negativen Auswirkungen einer ungünstigen sozialen Lage auf die Gesundheit wurden bereits in vielen Untersuchungen belegt. Bei Migranten kommen auf der subjektiven Ebene die oben genannten akuten oder chronischen Stressoren wie etwa traumatisierende Lebensereignisse oder Trennungserfahrungen hinzu. Für die Personen mit einem ungesicherten Aufenthaltsstatus stellt die Sorge um die Zukunft eine nicht unerhebliche Belastung dar.

### **5.1.3 Belastungen durch die Arbeitsbedingungen**

Insgesamt gesehen, üben ausländische Arbeiter noch immer in größerem Maße Tätigkeiten in niedrigen Lohngruppen mit besonderen Erschwernissen aus. Ihre Arbeitsplätze sind häufig durch starke physische Beanspruchung, durch ungünstige Körperhaltungen, Monotonie, Lärmbelästigung, ungünstige klimatische Bedingungen und Schichtarbeit gekennzeichnet (Razum 2010, S. 10). Bedingt durch diese Belastungen weisen sie statistisch gesehen deutlich mehr Arbeitsunfälle als deutsche Arbeitnehmer auf (ebd.). Die Analyse der Rehabilitationsanlässe von über 60-jährigen Versicherten der Arbeiterrentenversicherung zeigt, dass die Folgen verschleißender Arbeit - z.B. rheumatische Erkrankungen und chronische Lungenkrankheiten - in viel stärkerem Maß ausländische als deutsche Versicherte treffen, wobei an Rehabilitationsmaßnahmen wiederum weniger ausländische als deutsche Versicherte teilnehmen (ebd.). Die Ursachen werden in Zugangsbarrieren, aber auch in einer krankheitsbedingten Rückkehr in das Herkunftsland vermutet (Dietzel-Papakyriakou 1993).

### **5.1.4 Belastungen für die zweite und dritte Generationen**

Ein Migrationshintergrund kann immer noch eine Belastung hinsichtlich der gesundheitlichen Entwicklung der Kinder und Enkel von Migranten in Deutschland darstellen. Sowohl das Aufwachsen in einer sozial benachteiligten Umgebung als auch eine ungünstige Bildungssituation verringern die Startchancen für eine berufliche Integration und für ein gesundes Leben (vgl. Razum et al. 2008, S. 69). Hier weisen Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund ähnliche gesundheitliche Defizite auf wie auch die sozial benachteiligten deutschen Kinder, wie z.B. erhöhtes Übergewicht oder fehlende Vorsorgeuntersuchungen (vgl. Schenk et al. 2008).

Eventuelle Sprachdefizite der Eltern erschweren darüber hinaus eine angemessene Sprachentwicklung der Kinder – insbesondere in Nachbarschaften mit hohen Anteilen von Menschen mit MH (vgl. S. 81). Die Wirkung des sonst sprachförderlichen Faktors „Kitabesuch“ (vgl. Bettge/ Oberwöhrmann 2009) wird geschmälert, wenn der Anteil der Kinder in der Kita, die nicht ausreichend Deutsch sprechen können, so hoch ist, dass sie sich miteinander nicht auf Deutsch unterhalten. Beim Übergang in die Schule führen unzureichende Deutschkenntnisse darüber hinaus zu Lernproblemen in einer Vielzahl von Fächern.

Die Migrationssituation stellt oft eine besondere Belastung für Kinder und Jugendliche dar, da sie sich häufig wie Wanderer zwischen den Kulturen bewegen und sehr früh Erwachsenenfunktionen übernehmen müssen. Insbesondere der Konflikt zwischen traditionellen Wertvorstellungen zu Hause und den moderneren Denk- und Lebensweisen der Klassenkameraden können zu einer Zerreißprobe für Jugendliche mit Migrationshintergrund werden – die gravierende Folgen, sowohl für die Gesundheit als auch für das Leben der Betroffenen haben kann.

### **5.1.5 Gesundheitliche Ressourcen von Migranten**

Eine Migrationssituation beinhaltet nicht nur Belastungen für die Betroffenen. Migranten können auch gesundheitsrelevante Ressourcen in ihre neue Heimat mitbringen. Menschen, die eine Migration unternehmen, sind oft flexibler und eher bereit, ein Risiko einzugehen, als Menschen, die in der alten Heimat wohnen bleiben. Diese Eigenschaften kommen ihnen auch in der neuen Lebenssituation zugute. In einer globalisierten Welt kann die Mehrsprachigkeit, über die viele Migranten verfügen, ebenfalls von Vorteil sein. Für die ursprünglichen Arbeitsmigranten in Deutschland war darüber hinaus gute Gesundheit oft eine Bedingung für die Anwerbung.

Auch kulturelle Einflüsse und Errungenschaften, die Migranten aus ihrer Heimat mitbringen, können gesundheitsförderliche Wirkungen haben. Die traditionellen Ernährungsweisen von einer Reihe von Migrantengruppen sind oft gesünder als die hiesige Küche. Insbesondere Essensgewohnheiten, die wenig Fleisch und viel frisches Gemüse beinhalten, können einen positiven Beitrag zur Küche im Einwanderungsland leisten. Die Essensgewohnheiten werden jedoch auch der Situation im Einwanderungsland angepasst (vgl. Schenk et al. 2008, S. 43 ff.). Hierbei gehen bisweilen gesundheitliche Vorteile wieder verloren (vgl. Bau et al. 2003).

Die strengen diätetischen Vorschriften von mittelöstlichen Religionen (Islam bzw. Judentum) können auch gesundheitsförderliche Auswirkungen für diejenigen, die sie einhalten, bringen. Die Diskussion in Deutschland über das Meiden bzw. Reduzieren von Schweinefleisch im Speiseplan findet längst nicht mehr nur im religiösen Kontext statt – insbesondere hinsichtlich der zunehmenden Belastung durch Schadstoffe. Das islamische Gebot der Alkoholabstinenz führt zu einem deutlich weniger ausgeprägten riskanten Trinkverhalten bei muslimischen Menschen in Deutschland – sowohl bei Jugendlichen (vgl. Röpke-Baysal 2008) als auch bei

Erwachsenen (vgl. S. 118) sowie bei älteren Menschen (vgl. S. 143). Es gibt ebenfalls Anzeichen, dass dies auch für das Rauchverhalten muslimischer Menschen gilt – insbesondere wenn die unterschiedliche soziale Zusammensetzung der Gruppen berücksichtigt wird (für Jugendliche vgl. Schenk et al. 2008 sowie Brünger 2010, für Erwachsene vgl. S. 119).

## **5.2 Migranten in der gesundheitlichen Versorgung**

Ein wichtiges Themenfeld in Hinblick auf die Gesundheit von Migranten in Deutschland ist die gesundheitliche Versorgung. Insbesondere die primärversorgenden Ärzte – als erste Anlaufstelle – müssen in der Lage sein, mit den vielfältigen gesundheitlichen Problemen der sie aufsuchenden Migranten kompetent umgehen zu können. In erster Linie muss eine sprachliche Verständigung hergestellt werden, damit eine Interaktion überhaupt stattfinden kann. Darüber hinaus muss der Arzt auch die Lebensumstände und kulturellen Hintergründe des Patienten kennen, um die beschriebenen Symptome richtig interpretieren zu können (interkulturelle Kompetenz). Nachdem eine Diagnose erstellt wird, muss der Patient auch einsehen, dass die vorgeschlagene Behandlung notwendig ist (Compliance). Wenn z.B. der Patient vom Arzt eine medikamentöse Behandlung erwartet, aber das Leiden eher psychische oder psychosoziale Ursachen hat, muss viel Überzeugungsarbeit zugunsten anderer Behandlungsformen geleistet werden. Angesichts der Tatsache, dass die überwiegende Mehrzahl der ausländischen Patienten mit psychischen Erkrankungen zuerst den allgemeinen Arzt aufsucht (Collatz 1999, S. 35 ff.), muss dieser auch in der Lage sein, solche Problemlagen zu erkennen und die Patienten kompetent weiterzuvermitteln.

Immer noch bestehen Zugangsbarrieren unterschiedlicher Art zu den gesundheitsbezogenen Versorgungsangeboten (z.B. rechtlicher Art, Sprache, Informationsdefizite auf Seiten der Migranten und fehlendes interkulturelles Wissen der Fachkräfte). Von großer Bedeutung für eine bessere Versorgung von Migrantinnen und Migranten ist die Gestaltung bestehender Strukturen in Richtung einer Patientenorientierung, die in angemessener Art migrationspezifisches und kulturelles Wissen berücksichtigt.

### **5.2.1 Kommunikationshindernisse**

Die Kommunikation stellt in mehrfacher Hinsicht ein Problem bei der gesundheitlichen Versorgung von Migranten dar. Gesundheitliche Probleme sind nur im seltensten Fall so eindeutig, dass keine Arzt/Patient-Kommunikation nötig ist. Diese gestaltet sich bisweilen in der Praxis schwierig. Oft wird die Verständigung durch Praxispersonal oder Verwandte des Patienten hergestellt, was zur Verzerrung der Kommunikation führen kann. Insbesondere im psychosozialen Bereich ist eine gute Verständigung zwischen dem Therapeuten und dem Patienten unbedingt erforderlich, sowohl für die Diagnose als auch für die Therapie (vgl. Schouler-Ocak 2003).

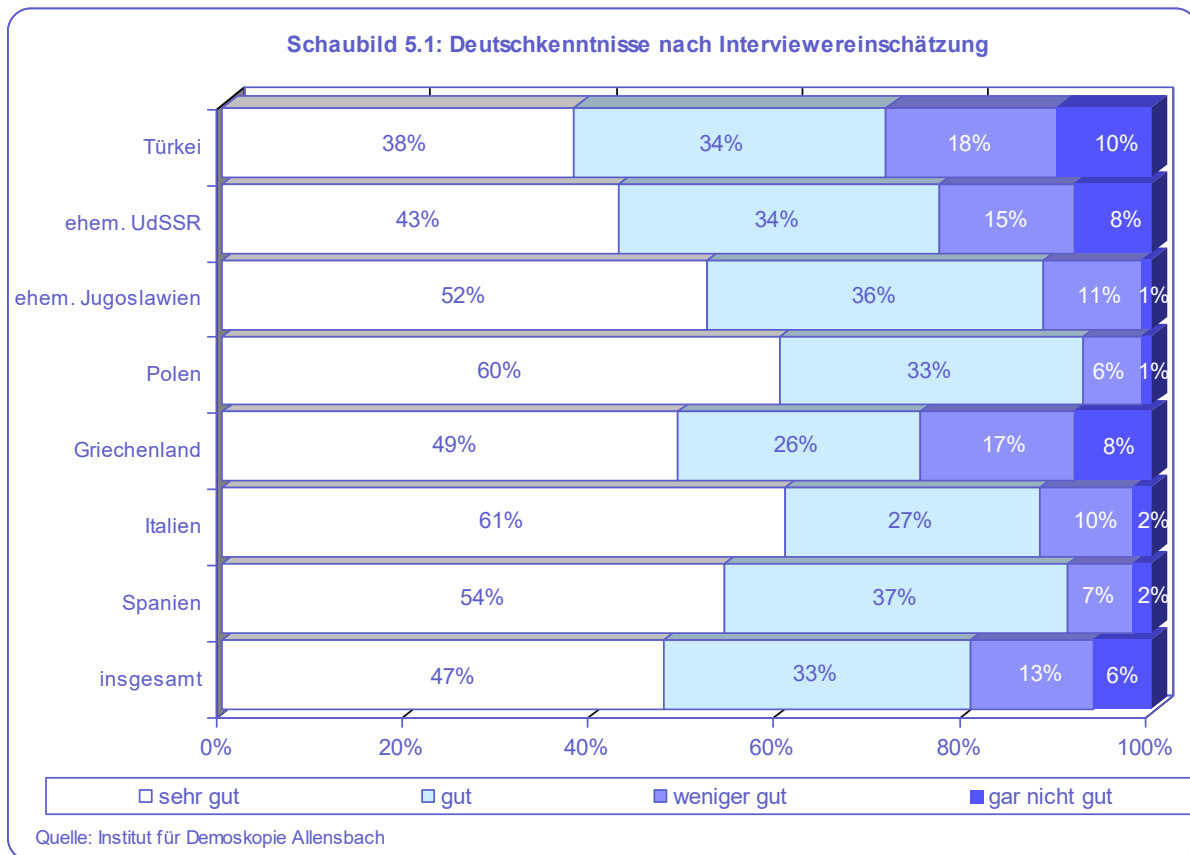
Trotz des in der Regel formal gesicherten Zugangs zum Versorgungssystem zeigen auch internationale Erfahrungen, dass für Migranten Schwierigkeiten im Zugang zu sowie in der Interaktion mit den Gesundheitsdiensten bestehen, die vornehmlich aus ihrem von der einheimischen Bevölkerung abweichenden Krankheitsverhalten herrühren. Neben der Sprache wird der Verständigungsprozess mit ausländischen Patienten sowohl durch die Kenntnis ihrer Lebenssituation als auch ihrer kulturspezifischen Krankheitskonzepte erleichtert. Dies ist für die Anamneseerhebung, die Behandlung wie für das Befolgen ärztlicher Empfehlungen (Compliance) bedeutsam.

Wenn der behandelnde Arzt die Symptome, die der Patient schildert, nicht korrekt beurteilen kann, kann es zu Fehldiagnosen und falschen Therapieansätzen kommen. So werden bisweilen psychosoziale Probleme bei Migranten vom Arzt missdeutet, weil die beschriebenen Symptome eher auf einen somatischen Ursprung hindeuten. Wenn die Patienten die ärztlichen Empfehlungen nicht verstehen bzw. aus verschiedensten Gründen nicht befolgen, bleibt die benötigte Therapie aus – und wenn der Arzt nicht in der Lage ist, die Signale des Patienten zu verstehen, kommt es zu Fehldiagnosen und -behandlungen.

*Sprachliche Verständigung*

Im Auftrag der Bertelsmann-Stiftung führte das Institut für Demoskopie Allensbach im Frühjahr 2009 eine repräsentative Befragung von Menschen mit Migrationshintergrund durch. Hierbei wurden mit Hilfe von zweisprachigen Interviewern 1.581 Menschen aus den für Deutschland typischen Herkunftsländern u.a. zum Grad der Integration, zur Lebenssituation und -zufriedenheit, zur Identifikation mit Deutschland und dem Herkunftsland, und zu vorhandenen Wertvorstellungen befragt (Institut für Demoskopie Allensbach, 2009, S. 79 ff.).

Schaubild 5.1 zeigt die Deutschkenntnisse der Befragten aus der Bertelsmann-Befragung nach Herkunftsgruppe. In der Einschätzung der Interviewer verfügten insgesamt ca. 80% der befragten Zuwanderer über gute bzw. sehr gute deutsche Sprachkenntnisse. Dabei fielen die Sprachkenntnisse je nach Herkunft sehr unterschiedlich aus. Während in einigen Zuwanderergruppen überwiegend gute und sehr gute Kenntnisse vorlagen, gab es insbesondere bei den türkischen, griechischen und russischen Zuwanderern sprachliche Defizite.



Hierbei gab es auch größere Unterschiede je nach Zuwanderungsgeneration. Während erwartungsgemäß die zweite Generation von Zuwanderern über deutlich bessere Deutschkenntnisse (81% sehr gut / 17% gut) als die erste Generation (40% sehr gut / 34% gut) verfügt, fällt die

dritte Generation hinter der zweiten zurück (72% sehr gut / 26% gut). So lange größere Anteile der ersten Zuwanderungsgeneration noch in Deutschland leben, wird es notwendig sein, Möglichkeiten der sprachlichen Verständigung bei der gesundheitlichen Versorgung für die nicht-deutschkundigen Migrantengruppen bereitzustellen. Insbesondere sind hier die niedergelassenen Ärzte angesprochen – als Anlaufstelle für die Primärversorgung.

Niedergelassene Ärzte haben grundsätzlich mehrere Möglichkeiten, um eine Behandlung bzw. Beratung von nicht-deutschkundigen Patienten zu gewährleisten: Die einfachste Möglichkeit ergibt sich durch eigene Sprachkenntnisse des Arztes, entweder beherrscht er die Sprache des Patienten, oder sie finden eine gemeinsame Fremdsprache. Wenn diese Situation nicht zutrifft, muss Verständigung mit Hilfe von so genannten Sprachmittlern bzw. durch einen Dolmetscher hergestellt werden. Typische Beispiele für Sprachmittler sind sprachkundige Bekannte oder Familienmitglieder (häufig Kinder), die den Patienten zum Arzt begleiten, oder Praxismitarbeiter des Arztes, welche die Sprache des Patienten beherrschen. Hier ergibt sich jedoch häufig die Gefahr einer Fehlkommunikation, z.B. dass die Sprachmittler Sachverhalte falsch weitergeben, dass „intime“ Fragen nicht vor nahestehenden Personen gestellt werden können oder dass auf psychische Belange nicht eingegangen werden kann. Wenn diese Kommunikationsmöglichkeiten fehlschlagen, muss der Arzt wissen, wie dem Patienten weitergeholfen werden kann.

### *Information und Aufklärung*

Nicht nur die sprachliche Verständigung mit Migranten bereitet Probleme in der gesundheitlichen Versorgung. Einige Untersuchungen ergeben, dass es bei bestimmten Migrantengruppen auch Informationslücken gibt, die durch Aufklärung im herkömmlichen Sinne angegangen werden müssten. Diese Lücken schließen sowohl mangelnde Kenntnisse über den eigenen Körper und gesundheitliche Belange als auch Kenntnisse der deutschen Versorgungs- und Vorsorgeangebote ein.

So ergab eine Studie unter deutschen und türkischen Frauen deutliche Wissensunterschiede hinsichtlich der Funktionalität des eigenen Körpers sowie der Krankheitsentstehung. Hierbei wurden die Kenntnisse der befragten Frauen über den (weiblichen) Körper, Funktionen der Geschlechtsorgane, Verhütung von Geschlechtskrankheiten und Schwangerschaften sowie Früherkennungsuntersuchungen ermittelt (vgl. Borde 2002). Während lediglich ein geringer Anteil der deutschen Frauen (15%), wenig diesbezügliches Wissen mitbrachte, waren es bei den türkischen Frauen 62%. Bei den türkischstämmigen Frauen zeigte sich zwar ein deutlicher Zusammenhang zwischen einem besseren Basiswissen und einem höheren Bildungsgrad oder einem Schulabschluss an einer Schule in Deutschland. Allerdings verfügte immer noch ungefähr die Hälfte (47%) der Frauen türkischer Herkunft, die in Deutschland geboren und aufgewachsen sind, über ein geringes Grundwissen über den weiblichen Körper. Neben sozialen und bildungsbezogenen Unterschieden scheinen insbesondere in Bezug auf Themenbereiche, die scham- oder tabubehaftet sind, auch kulturspezifische Aspekte eine Rolle zu spielen (David u. Borde 2001).

Andere Untersuchungen heben fehlende Informationen über Angebote oder lückenhafte Kenntnisse über soziale Einrichtungen als Gründe für eine geringe Inanspruchnahme präventiver Angebote bei einigen Menschen mit Migrationshintergrund hervor (vgl. Geiger et al. 2004). Insbesondere bei Migranten der ersten Generation bestehen Defizite hinsichtlich der Kenntnisse über die Strukturen des deutschen Gesundheitswesens (vgl. Borde und David 2001). Hierbei wurde von den Migranten mit 91% als Grund einer Nicht-Inanspruchnahme von Angeboten des Gesundheitssystems „keine Information“ genannt. Bei der deutschen Vergleichsgruppe waren dies lediglich 9%.

Angesichts der demografischen Entwicklung werden auch die gesundheitlichen Probleme und der Pflegebedarf von älteren Migranten zunehmend wichtiger (vgl. Razum et al. 2008). Besonders jedoch fehlen ihnen die nötigen Informationen über das vielschichtige Altenhilfesystem. Resultat ist eine nicht bedarfsgerechte Nutzung der Angebote des Gesundheitswesens (vgl. Geiger et al. 2004).

### *Kulturspezifische Krankheitsvorstellungen*

Das Verständnis von Gesundheit und Krankheit ist – trotz der Dominanz des schulmedizinischen Paradigmas in westlichen Gesellschaften – immer auch eine kulturelle Frage, die im Dialog zwischen Patienten und Arzt bzw. Therapeut während der Konsultation geklärt werden muss. Vorstellungen und Verständnis von Gesundheit und Krankheit – insbesondere deren Ursachen – unterscheiden sich wesentlich, nicht nur zwischen Kulturen, sondern auch innerhalb einer Kultur (vgl. Razum et al. 2008, S. 110). Die konventionelle Vorstellung *einer* universell gültigen Auffassung von Medizin wird in der neueren gesundheitswissenschaftlichen Literatur nicht mehr als selbstverständlich betrachtet.

Kulturvergleichende medizinische Anthropologie (vgl. Sich/Diesfeld 1993) geht davon aus, dass jede Kultur – auch unsere eigene wissenschaftlich-technisch geprägte – ihr eigenes System zur Bewältigung von Erkrankungen besitzt, das den Umgang mit und die Einordnung von Erkrankungen im Alltag und im Kulturprozess ermöglicht. Durch Kulturwandel einerseits oder durch Migration von einer Kultur in eine andere kann die gegenseitige Verständigung über diese Bedeutungssysteme und ihre Verschlüsselung erschwert werden. Kulturelle Bedeutungssysteme können völlig andere Krankheitskonstruktionen beinhalten, so dass sich Arzt und Patient nicht ohne weiteres verstehen können. Insbesondere der Organbegriff, z.B. Herz, Lunge, Leber, Nabel, Magen usw., kann unterschiedliche Assoziationen in Bezug auf Gesundheitsstörungen abrufen (Wiezoreck/Diesfeld 1998).

Im traditionellen Medizinverständnis der südosteuropäischen Länder wird z. B. die Leber als Symbol der Selbstrepräsentanz betrachtet – wie das Herz im westlichen Wertesystem. Wenn die Leber „fällt“, gilt dies als Zeichen, dass das Leben aus dem Gleichgewicht geraten ist (Theilen 1985). Die Krankheit kann auch den ganzen Körper befallen, als Ausdruck des Schmerzes, der den gesamten Menschen ergriffen hat. Dieses ganzheitliche Körperverständnis erklärt die Beobachtung vieler Ärzte, dass Migranten Symptome leiblich, organbezogen äußern. Diese gelegentlich festgestellte Somatisierungstendenz gilt als eine Fehlinterpretation, da diese Krankheitsvorstellungen die kartesianische Leib-Seele-Trennung nicht mitvollzogen haben. Wenn der Arzt mögliche Unterschiede im Gesundheitsverständnis bei seiner Anamnese und im Beratungsgespräch nicht einbezieht, wird es sehr schwierig sein, eine sichere Diagnose und daraufhin eine erfolgreiche Behandlung des Patienten zu erreichen. Wenn die körperbezogenen Symptome des Patienten nicht adäquat interpretiert werden, wird oft vom ratlosen Arzt eine aufwendige Diagnostik in Gang gesetzt. Hierbei entsteht eine große Gefahr der Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen.

### *Behandlungserwartungen*

Patienten, die aus einem Kulturraum kommen, wo Krankheit vorwiegend als von außen kommend oder durch innere Organe verursacht betrachtet wird, erwarten vom Arzt, dass er ihre körperlichen Symptome ernst nimmt und sie einer gründlichen körperlichen Untersuchung unterzieht. Vor diesem Hintergrund gibt es kaum Verständnis für psychologische und psychosomatische Erklärungen oder Therapieansätze. Wenn sich der Patient von einem Arzt falsch behandelt fühlt, wird oft gleich der nächste aufgesucht (doctor hopping). Auf Seiten der Patienten kann mangelnde Resonanz des Arztes eine Verstärkung der Symptomatik hervorrufen,



die den Eindruck der Simulation entstehen lässt und eine Verkennung des Problems zur Folge hat.

Im Falle einer Kommunikationsstörung wird der Arzt frustriert, da er keine organischen Ursachen für die Beschwerden finden kann. Der Patient ist seinerseits unzufrieden, weil der Arzt sein Leiden nicht versteht. So kann ein Interaktionsmuster zwischen Arzt und Patient beobachtet werden, bei dem die wechselseitigen Erwartungen und Empfehlungen in einem „Einverständnis im Missverständnis“ (Brucks et al. 1987) münden. Beide Seiten – Arzt und Patient – versuchen die Bedürfnisse des jeweils anderen zu befriedigen – haarscharf am tatsächlichen Problem vorbei. Dieser Prozess führt meist zu einer oberflächlichen, vorwiegend medikamentös bestimmten Behandlung.

## 5.2.2 Interkulturelle Kompetenz

Die oben beschriebenen Probleme im Bereich der Kommunikation und Verständigung mit Migranten deuten auf einen sehr starken Bedarf an interkultureller Kompetenz bei den Akteuren der gesundheitlichen Versorgung. Dies schließt nicht nur niedergelassene Ärzte und Therapeuten, sondern auch Krankenhäuser, Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung (ÖGD und freie Träger), Sozialberatungen sowie Vertreter der sonstigen Heilberufe (Hebammen, Krankengymnasten, Ergotherapeuten usw.) ein. So lange wie die deutsche Sprache und das schulmedizinische Paradigma das Geschehen im Gesundheitsbereich bestimmen, werden die Bedürfnisse bestimmter Migrantengruppen nicht ausreichend berücksichtigt. Auch Menschen, die (noch) nicht über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen bzw. ein anderes Verständnis von Gesundheit haben, müssen ihren Anspruch auf angemessene gesundheitliche Versorgung geltend machen können.

Es wäre illusorisch zu erwarten, dass die tatsächlich vorhandenen Probleme der sprachlichen Verständigung immer dezentral durch Kenntnisse der dort tätigen Personen gelöst werden können. Dafür ist die Sprachenvielfalt zu groß. Die jeweils örtlich relevantesten Sprachen sollten jedoch in den Praxen vor Ort mindestens durch sprachlich und zugleich gesundheitlich versierte Mittler, wenn nicht durch muttersprachliche Ärzte bzw. Vertreter anderer Heilberufe, abgedeckt werden. Insgesamt ließe sich die sprachliche Verständigung durch fachlich qualifizierte Dolmetscherdienste gewährleisten, deren Einsatz durch eine zentrale Vermittlungsstelle koordiniert wird – wie die zum Beispiel im Gemeindedolmetscherdienst in Berlin praktiziert wird (vgl. Papies-Winkler 2003, Borde 2006). Hierfür fehlt jedoch immer noch die Finanzierung durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV).

Das Problem des unterschiedlichen Gesundheitsverständnisses, das je nach kulturellem Hintergrund bzw. sozialer Lage zwischen Arzt und Patient auftreten kann, müsste auch in der Praxis lösbar sein. Die Forderung, dass der Arzt in der Lage sein soll, sich in den kulturellen und sozialen Hintergrund des Patienten hineinzuversetzen, stellt u.E. keine unrealistische Erwartung an diesen hoch qualifizierten Gesundheitsberuf. Kenntnisse der unterschiedlichen Vorstellungen und Lebenszusammenhänge der Patienten sind genauso notwendig für die ärztliche Berufspraxis in der heutigen Gesellschaft wie Kenntnisse der menschlichen Anatomie. Bei den sonstigen Berufsgruppen in der gesundheitlichen Versorgung verhält es sich ähnlich.

Interkulturelle Kompetenz ist eine Fähigkeit, die meist durch langjährige Erfahrungen bzw. durch ein eigenes Migrationsschicksal zustande kommt. Sie ist aber eine notwendige Grundlage für eine kulturell diverse Gesellschaft und muss auch erlernbar bzw. vermittelbar sein – genau wie medizinisches Fachwissen. Sie bedeutet, dass ein Mensch in der Lage ist, die eigenen Vorstellungen erst einmal zurückzustellen und in die Welt des Gegenübers einzutauchen.

In der ärztlichen Grundausbildung finden interkulturelle Kompetenzen heute verstärkt Beachtung. Ärzte, die keine solchen Inhalte in der Grundausbildung vermittelt bekommen haben, sowie Akteure der anderen gesundheitlichen Berufsgruppen, werden sich in einer für ihre Niederlassung obligatorischen Fortbildung weiterbilden müssen. Mitarbeiter von Einrichtungen würden die Auflage vom Arbeitgeber bzw. vom Zuwendungsträger bekommen. Um einen Rahmen hierfür zu schaffen, sind Berufsverbände und die Politik angesprochen.

## 6 Gesundheitliche Lage von Migranten im Bezirk Mitte

Wie im ersten Teil dieses Berichtes erläutert, ist Mitte im Vergleich der Berliner Bezirke eher sozial benachteiligt – insbesondere in Teilen der Altbezirke Tiergarten und Wedding. Damit gehen eine Reihe gesundheitlicher Probleme in der Bevölkerung einher. Hiervon ist insbesondere die größte Migrantengruppe türkischer Abstammung betroffen. Um die unterschiedliche Betroffenheit der bezirklichen Bevölkerung differenziert zu erfassen und dementsprechend zielgruppenspezifische Maßnahmen zu entwickeln, befasst sich die bezirkliche Gesundheitsberichterstattung seit längerem mit dem Thema Migration und Gesundheit.

In den nächsten Abschnitten werden Ergebnisse der bezirklichen Gesundheitsberichterstattung zu gesundheitlichen Problemlagen in vier verschiedenen Lebensphasen dargestellt – jeweils differenziert nach sozialer Lage, Herkunft und Geschlecht. Im ersten Abschnitt geht es um die Kindergesundheit, anhand von Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung sowie der Statistik des Zahnärztlichen Dienstes. Der zweite Abschnitt befasst sich mit der gesundheitlichen Situation von Jugendlichen – in erster Linie anhand der Ergebnisse der Untersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz. Das Thema des dritten Abschnitts ist die gesundheitliche Lage von jungen Erwachsenen. Dies erfolgt mithilfe der Ergebnisse einer Befragung der Eltern der Schulanfänger. Der vierte Abschnitt beschäftigt sich mit dem Thema Gesundheit im Alter – ebenfalls unter Verwendung der Ergebnisse einer eigenen Befragung.

### 6.1 Gesundheit von Kindern mit Migrationshintergrund

Im Kindesalter werden Weichen gestellt, die für das ganze Leben prägend sind. Insbesondere in der Zeit vor dem Schulanfang werden Kenntnisse angeeignet und Kompetenzen entwickelt, die für das Fortkommen in der Schule und später im Beruf dringend benötigt werden. Sowohl in der KiGGS-Studie des Robert-Koch-Instituts (RKI) als auch in Auswertungen der Schuleingangsuntersuchung in Berlin und Mitte wurde in den letzten Jahren festgestellt, dass die Ausgangslage der Kinder nichtdeutscher Herkunft in einigen Bereichen deutlich schlechter ist als die deutscher Kinder (vgl. Schenk et al. 2008 sowie Bettge/Oberwöhrmann 2009). Aus diesem Grund wurden bei der bezirklichen Gesundheitskonferenz im November 2009 Gesundheitsziele empfohlen, welche u.a. zur Verbesserung der Situation nichtdeutscher Schulanfänger beitragen sollen (vgl. BA Mitte 2010).

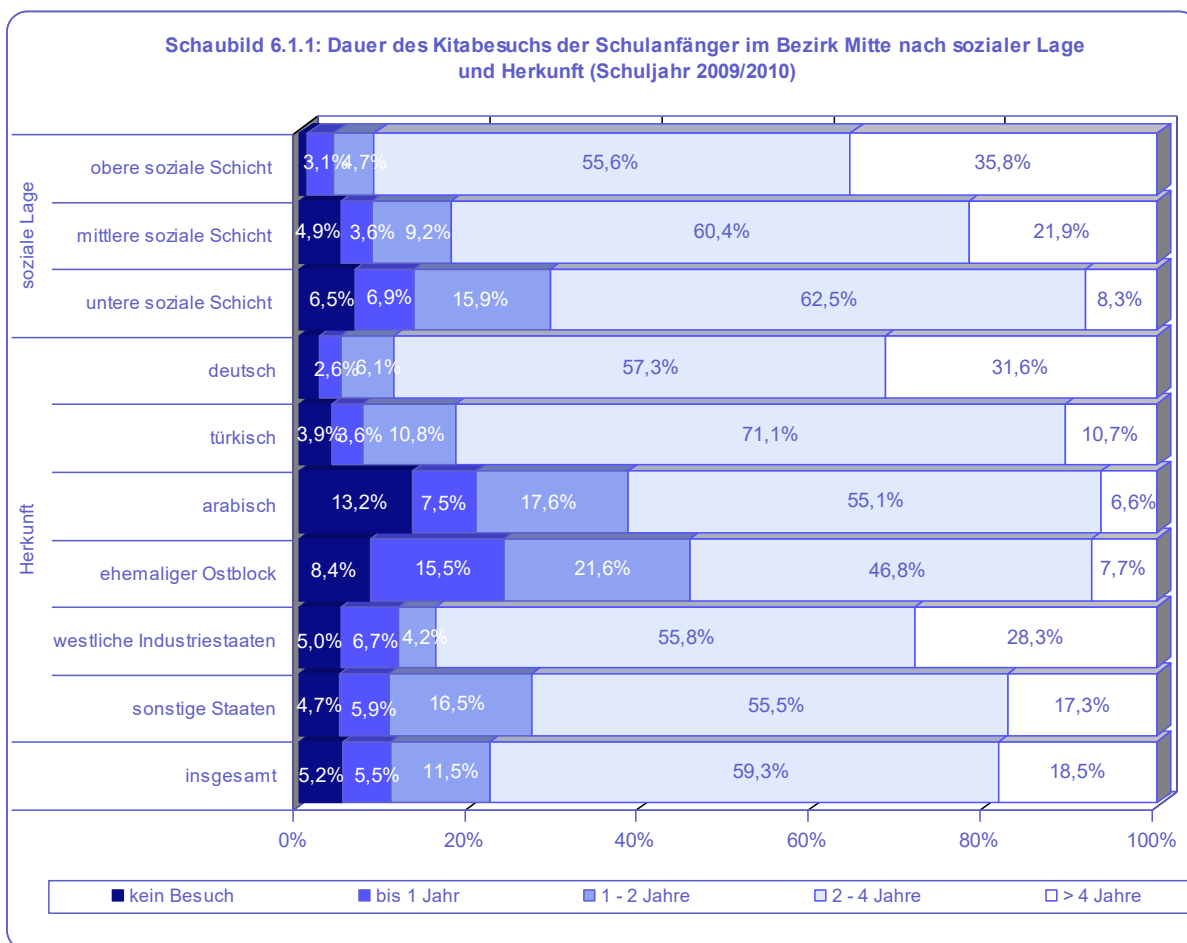
Im Folgenden werden zunächst aktuelle Ergebnisse der bezirklichen Gesundheitsberichterstattung präsentiert, die gesundheitsrelevante Unterschiede bei Kindern je nach Migrationshintergrund (MH) ausmachen. In der Regel werden diese Sachverhalte auch für ganz Deutschland in der Auswertung der KiGGS-Untersuchung bzw. durch die Auswertung der Einschulungsuntersuchung in ganz Berlin bestätigt.

#### 6.1.1 Besuch einer vorschulischen Einrichtung

Der Besuch einer vorschulischen Einrichtung (in den meisten Fällen einer Kindestagesstätte) ist erwiesenermaßen für Kinder gesundheitsförderlich – insbesondere für Kinder aus sozial schwachen Familien (vgl. u.a. BA Mitte 2009, S. 62). In der Kita werden nicht nur Sprachkenntnisse durch den spielerischen Umgang mit anderen Kindern vermittelt, sondern die Kinder erwerben auch soziale Kompetenzen, die für ihren Schulerfolg maßgeblich sein können.

In Bezug auf Bewegung und Ernährung erleben Kinder in der Kindertagesstätte sowohl Spaß an Bewegung als auch ein geregeltes (und hoffentlich gesundes) Essensangebot.

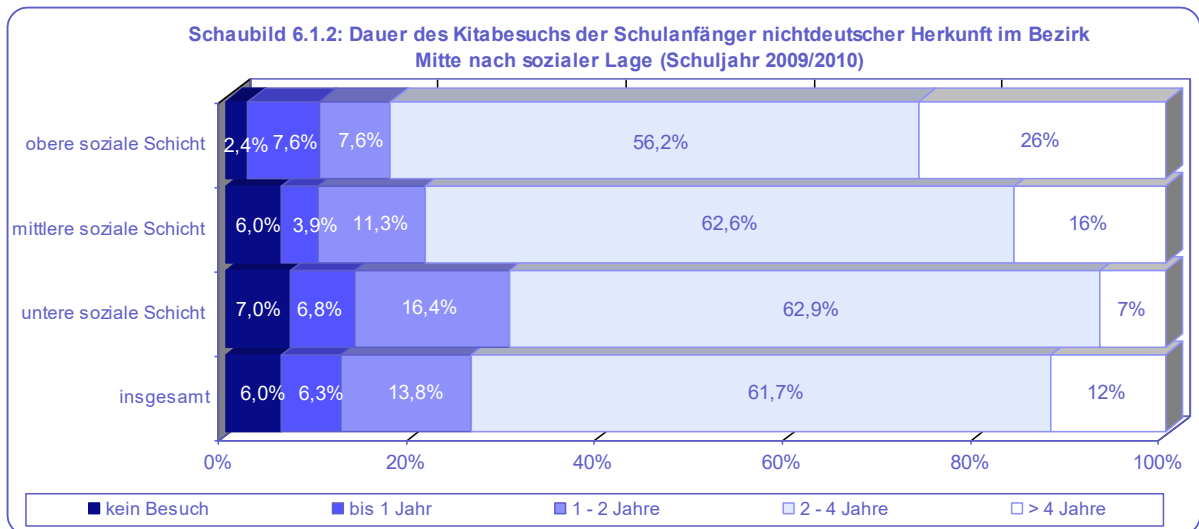
Schaubild 6.1.1 zeigt die Dauer des Kitabesuchs bei den Schulanfängern in Mitte im Schuljahr 2009/2010 nach sozialer Schicht und Herkunft. Insgesamt fällt auf, dass der Anteil der Kinder aus nichtdeutschen und sozial schwachen Familien, die vor der Einschulungsuntersuchung weniger als 2 Jahre die Kindertagesstätte besucht haben, um einiges größer ist als der Anteil der Schulanfänger deutscher Herkunft bzw. aus der oberen sozialen Schicht. Während lediglich 8,6% der Kinder aus der oberen sozialen Schicht weniger als 2 Jahre die Kindertagesstätte vor der Einschulung besuchten, betrug dieser Anteil in der unteren sozialen Schicht fast 30% – also mehr als das Dreifache.



Aus der Analyse wird auch sichtbar, dass der Besuch einer vorschulischen Einrichtung sowohl durch die soziale Lage als auch durch die Herkunft der Schulanfänger beeinflusst wird. Obgleich ein klarer sozialer Gradient beim Kitabesuch existiert, liegt er in einigen Herkunftsgruppen – z.B. bei Kindern aus osteuropäischen und arabischen Ländern – um einiges niedriger als im Durchschnitt der unteren sozialen Schicht.

Mit einem fehlenden oder verkürzten Kitabesuch gehen verschiedene Problemlagen bei den Schulanfängern einher. Hierunter sind sowohl eingeschränkte Deutschkenntnisse (vgl. Bettge/Oberwöhrmann 2009) als auch Gesundheitsprobleme zu finden, z. B. erhöhte Kariesprävalenz (vgl. S. 88).

Eine differenzierte Auswertung der Kitabesuchsdauer nach Migrationshintergrund und sozialer Lage zeigt, dass ein Großteil der Unterschiede in der Besuchsdauer bei Kindern verschiedener Herkünfte sozial erklärt werden kann. Schaubild 6.1.2 zeigt einen deutlichen sozialen Gradienten bei der Kitabesuchsdauer der Schulanfänger nichtdeutscher Herkunft (ndH) in Mitte. Besuchten lediglich 2,4% der Schulanfänger nichtdeutscher Herkunft aus der oberen sozialen Schicht die Kindertagesstätte gar nicht vor der Schule, waren es 7% in der unteren sozialen Schicht. Beim über vierjährigen Besuch zeigten sich noch größere Unterschiede. Migrantenkinder aus der oberen sozialen Schicht besuchten die Kita mit 26% fast 4-mal häufiger als Kinder aus der unteren sozialen Schicht (7%).



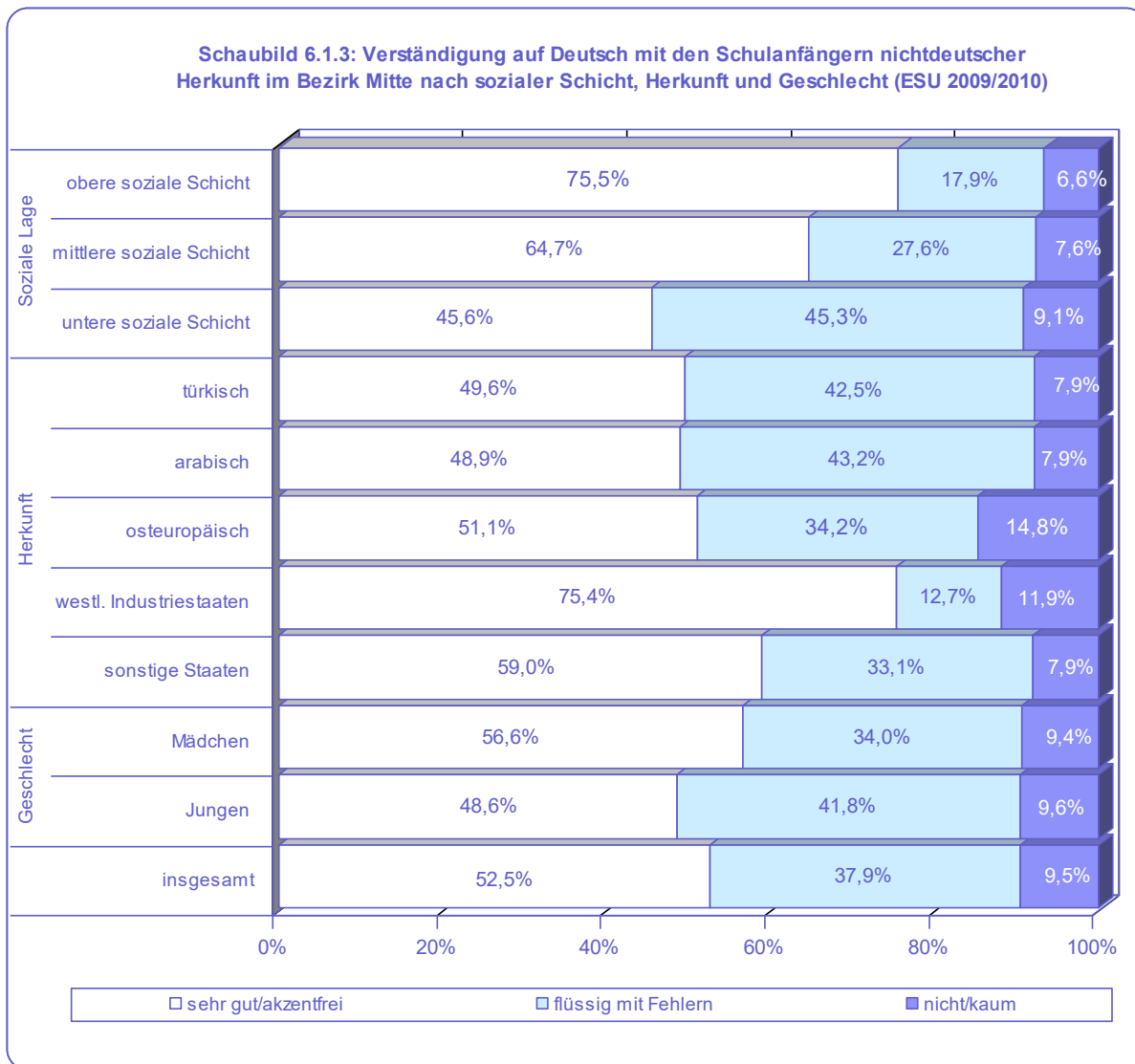
## 6.1.2 Deutsche Sprachkenntnisse

Die Beherrschung der deutschen Sprache stellt eine Grundvoraussetzung für die Integration in die deutsche Gesellschaft sowie für den Erfolg im Bildungssystem dar. Trotz einiger Fortschritte in diesem Bereich in den letzten Jahren (vgl. Schaubild 6.1.4) weisen Schulanfänger in Mitte in dieser Hinsicht immer noch große Defizite auf. Anlässlich der bezirklichen Gesundheitskonferenz 2009 wurde festgestellt, dass im Schuljahr 2008/2009 insgesamt über 30% der bezirklichen Schulanfänger erhebliche Probleme mit der deutschen Sprache hatten. Berlin-Mitte war damit im Gesamtberliner Vergleich der traurige Spitzenreiter (vgl. BA Mitte 2009b, S. 19).

Eine Auswertung der bezirklichen ESU-Ergebnisse für das Schuljahr 2009/2010 (Schaubild 6.1.3) zeigt, dass insgesamt 47,5% der Kinder nichtdeutscher Herkunft in Mitte kaum oder fehlerhaft Deutsch sprachen. Hierbei verfügten insbesondere Kinder aus sozial schwachen Familien über schlechte Deutschkenntnisse. Während nur 24,5% der Kinder nichtdeutscher aus der oberen sozialen Schicht die deutsche Sprache „fehlerhaft“ oder „nicht/kaum“ zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung beherrschten, waren es 35,2% der Kinder aus der mittleren und 54,4% der Schulanfänger aus der unteren sozialen Schicht.

Nach Herkunftsgruppe betrachtet, konnten sich insbesondere Kinder aus Osteuropa (14,8%) und aus westlichen Industrieländern (11,9%) nicht oder kaum auf Deutsch verständigen, während die letztere Herkunftsgruppe auch den höchsten Anteil an Kindern, die „sehr gut/ akzentfrei“ Deutsch sprachen (75,4%) aufwies. Wenn zur Gruppe, die „nicht/kaum“ Deutsch spricht, auch die Schulanfänger, die fehlerhaft sprechen, dazugerechnet werden, stechen insbesondere die arabischen und türkischen Schulanfänger hervor. Während es kaum einen Unterschied

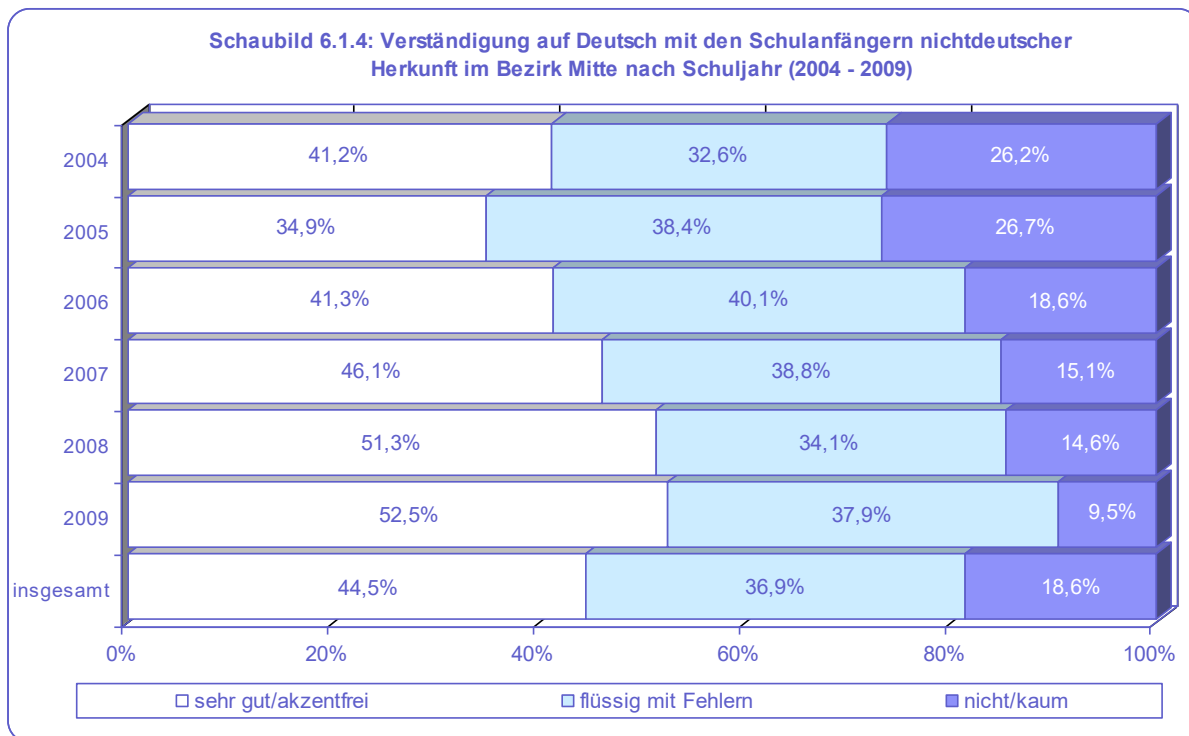
zwischen Jungen und Mädchen in der Gruppe „nicht/kaum“ gibt (ca. 9,5%), ist die Gruppe „flüssig mit Fehlern“ bei den Jungen ca. 8 Prozentpunkte größer als bei den Mädchen.



Bedenklich ist jedoch, dass es eine wahrnehmbare Gruppe von Kindern im Bezirk gab, die „nicht“ oder „kaum“ Deutsch sprach, obgleich sie in Deutschland geboren wurden (7,7% der Schulanfänger nichtdeutscher Herkunft, d.h. 126 Kinder im Schuljahr 2009/2010). Mit solchen ungünstigen Voraussetzungen für den Schulanfang ist für diese Kinder eine verheerende Abwärtsspirale vorprogrammiert. Wenn sie nicht vor dem Schulanfang intensive Sprachförderung bekommen, werden sie erhebliche Probleme in den nachfolgenden Schulen haben. Hiermit beginnt eine Bildungskarriere, die letztendlich oft mit dem Schulabbruch und einer fehlenden Berufsausbildung endet (vgl. Kapitel 3). In diesem Kontext stellt sich die Frage, wie so eine Situation entstehen kann: ob die Eltern dieser Kinder bislang die existierenden Möglichkeiten der Sprachförderung nicht wahrnahmen oder ob die Kinder keine Möglichkeiten zu Hause haben, Deutsch zu üben.

Positiv kann angemerkt werden, dass sich die Deutschkenntnisse der Schulanfänger nichtdeutscher Herkunft in den letzten Jahren doch verbessert haben (Schaubild 6.1.4). Durch die Zusammenführung der Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung für mehrere ESU-Jahrgänge ist es möglich, die Verständigung auf Deutsch bei den Schulanfängern im Zeitverlauf zu analysieren. Waren es 26,2% der Schulanfänger nichtdeutscher Herkunft im Jahre 2004, die nicht

oder kaum Deutsch sprachen, hat sich diese Gruppe um fast zwei Drittel bis zum Jahr 2009 (9,5%) reduziert. Diese Entwicklung ist aus Sicht des Bezirkes erfreulich, es ist jedoch nicht möglich, die Ursachen für diese Verbesserung anhand der vorliegenden Daten zu ermitteln. Diese Ursachen zu ergründen, wäre jedoch für die bezirklichen Bemühungen im Bereich der Sprachförderung relevant.



Nicht nur die soziale Lage der Familien, sondern auch eine starke Segregation im Wohnquartier, wie sie in Teilen von Wedding und Tiergarten zu beobachten ist (vgl. Karte 2.2), kann zum Vorliegen von schlechten Deutschkenntnissen bei Kindern mit Migrationshintergrund beitragen. Die oben erwähnte Zusammenführung der Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung für mehrere ESU-Jahrgänge erlaubt auch eine Analyse der Sprachkenntnisse der Schulanfänger nach sozialer Lage und Wohngebiet.

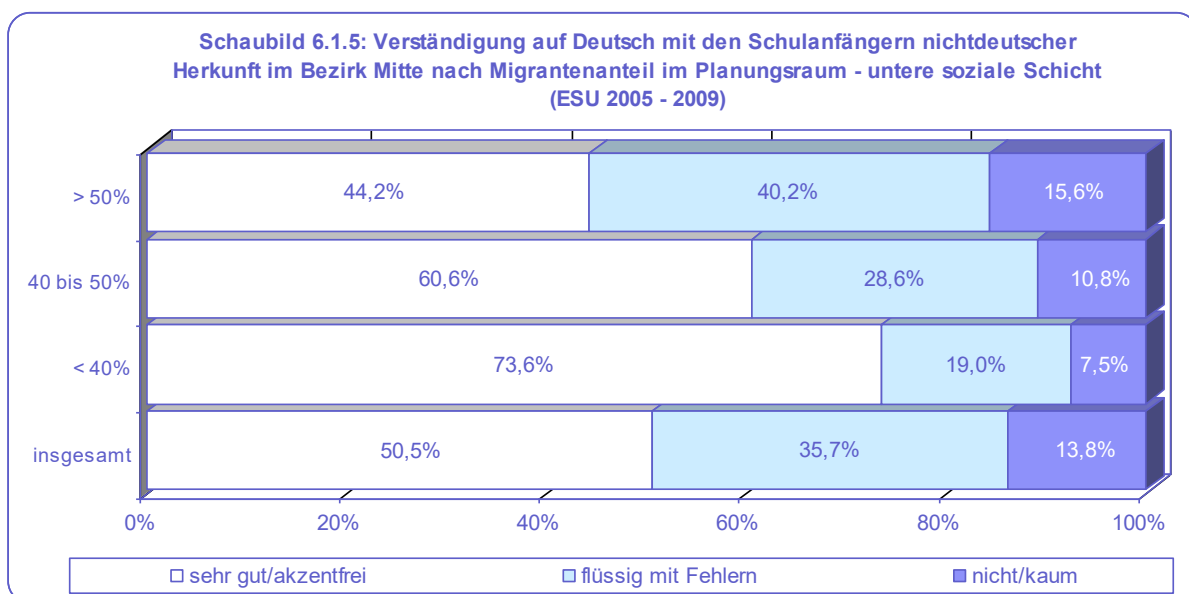


Schaubild 6.1.5 zeigt eine Auswertung der Deutschkenntnisse der Schulanfänger aus der unteren sozialen Schicht in Mitte für die ESU-Jahrgänge 2005 – 2009 – anteilig der Menschen mit MH in dem Planungsraum, wo sie wohnen. Hierbei gilt folgender Grundsatz: je höher der Anteil an Migranten im Planungsraum, desto schlechter die Deutschkenntnisse der Schulanfänger, die in diesem Planungsraum wohnen.

Angesichts der herausragenden Relevanz von guten Sprachkenntnissen für die Gesundheit der Kinder im Bezirk hat der Arbeitskreis Gesunder Bezirk Mitte „Sprachförderung“ als eins der fünf prioritären Gesundheitsziele empfohlen. In diesem Zusammenhang wurde im Bezirk ein Sprachförderzentrum in November 2010 eröffnet (vgl. Handlungsempfehlungen auf S. 153).

### 6.1.3 Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen im Kindesalter

Im Allgemeinen wird festgestellt, dass Menschen mit Migrationshintergrund um einiges seltener gesundheitliche Vorsorgeleistungen als Deutsche ohne MH in Anspruch nehmen<sup>24</sup>. In diesem Abschnitt wird anhand der neusten ESU-Ergebnisse aus Mitte und Berlin zu den von der STIKO<sup>25</sup> empfohlenen Schutzimpfungen sowie zu den gesetzlich vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen für das Kindesalter (den sogenannten U-Untersuchungen) festgestellt, inwieweit dies (noch) für Kinder mit Migrationshintergrund gültig ist.

#### *Inanspruchnahme von Schutzimpfungen*

Schutzimpfungen gehören zu den effektivsten und kostengünstigsten Präventionsmaßnahmen überhaupt. Viele früher gefürchtete Infektionskrankheiten sind durch Impftätigkeit heute stark zurückgedrängt worden oder sogar fast verschwunden. Dennoch können die in Deutschland erreichten Impfraten im internationalen Vergleich nicht zufriedenstellen. Angesichts des WHO-Ziels der Ausrottung bestimmter Erreger gibt es in Deutschland einen großen Nachholbedarf. (RKI 2000) Dank der Entwicklung von modernen polyvalenten Impfstoffen wird diese Situation, zumindest im Säuglings- und Kleinkindalter, allmählich etwas besser. Bei der Schuleingangsuntersuchung 2008 in Berlin gab es Durchimpfungsraten von nahezu 95% für alle von der STIKO empfohlenen Impfungen bis auf die neuen Impfungen für Varizellen und Meningokokken C (vgl. Bettge/ Oberwöhrmann 2009, S. 16f.).

Waren jedoch Schulanfänger mit Migrationshintergrund vor ca. zehn Jahren noch eine Risikogruppe hinsichtlich des Impfschutzes gegen die eher schwerwiegenden Erkrankungen – z.B. Tetanus und Diphtherie (vgl. BA Tiergarten 2000, BA Mitte 2001 sowie Delekat/Kis 2001), hat sich in den letzten Jahren eher die umgekehrte Situation entwickelt: bei den neusten Auswertungen der Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung – sowohl in Berlin (vgl. Bettge/ Oberwöhrmann 2009) als auch im Bezirk Mitte – sind die Schulanfänger aus den meisten Herkunftsgruppen (bis auf die Kinder aus „westlichen Industriestaaten“) besser geimpft als die deutschen Schulanfänger.

Dieses Phänomen führte auch zu einer relativ seltenen Situation hinsichtlich der soziodemografischen Determinanten von gesundheitsrelevantem Verhalten. Bei den Schulanfängern in Berlin hat sich beim Impfen von der Tendenz her ein umgekehrter sozialer Gradient herausgebildet: je besser die soziale Schicht, desto schlechter der Impfschutz bei fast allen Impfungen (vgl. Bettge/Oberwöhrmann 2009, S. 15f.) – nicht nur bei der Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln, die immer wieder von Impfskeptikern ausgelassen wird (vgl. Butler 2009). Im

---

<sup>24</sup> vgl. die Ausführungen in diesem Bericht zu Jugendlichen auf Seite 100 und zu jungen Erwachsenen auf Seite 124.

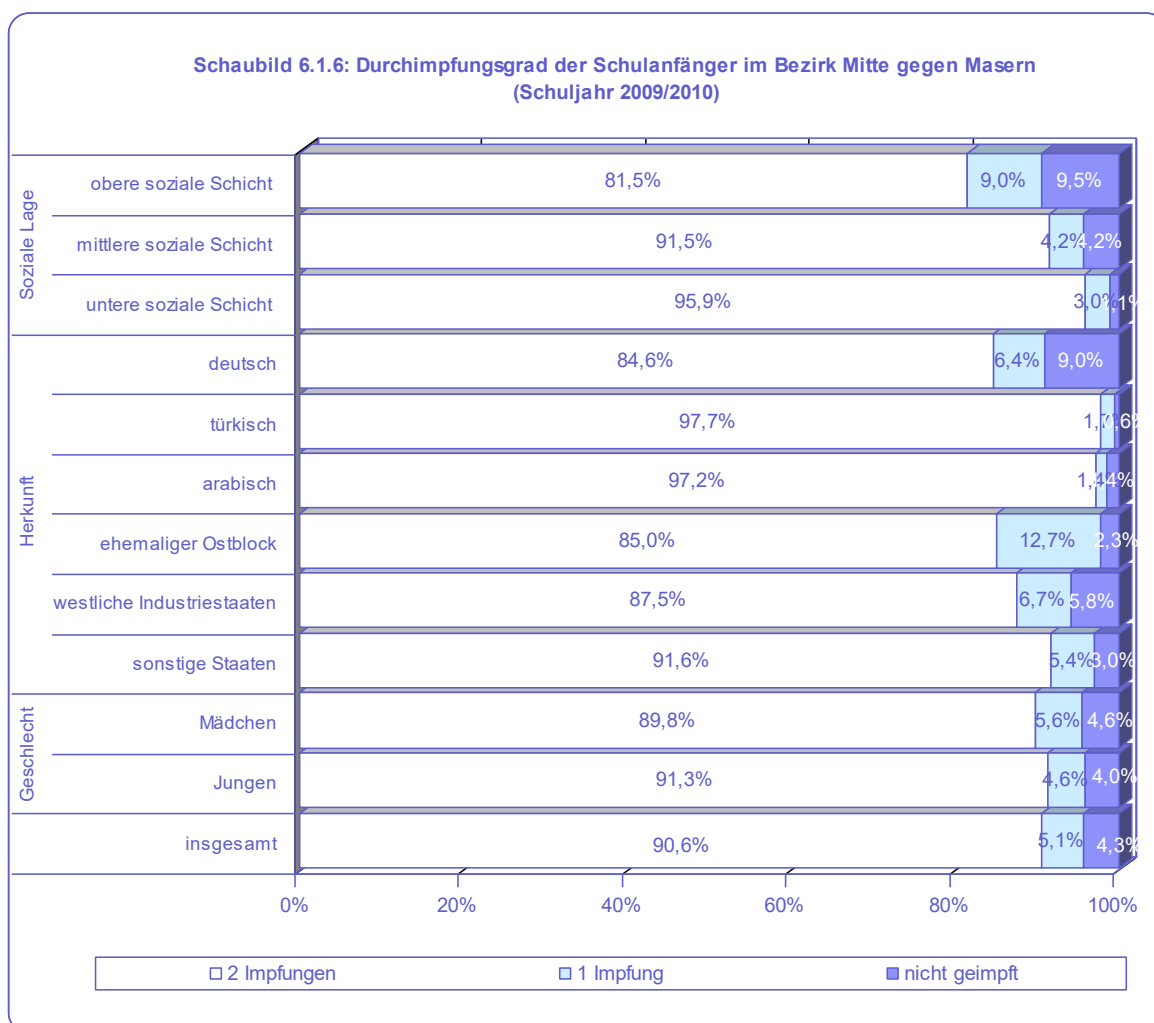
<sup>25</sup> Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut



Folgendes wird die aktuelle Sachlage im Bezirk anhand der Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2009/2010 exemplarisch anhand von drei Impfungen dargestellt.

Die erste der drei Impfungen, die hier betrachtet werden, ist die Impfung gegen Tetanus. Tetanus ist eine Erkrankung mit schwerwiegenden Folgen für die Betroffenen und die Impfung wird in der Regel auch von impfskeptischen Eltern akzeptiert. Tetanus wird gewöhnlich als Teil eines Kombinationsimpfstoffes verabreicht, z.B. zusammen mit Pertussis und Diphtherie. Dadurch ähneln sich die Durchimpfungsraten, sodass Tetanus als beispielhaft für den Durchimpfungsgrad für Impfungen gegen eine Reihe anderer Erkrankungen fungieren kann.

Mit einem Durchimpfungsgrad von insgesamt 97,8% waren die Schulanfänger in Mitte im Schuljahr 2009/2010 durchaus gut gegen Tetanus geimpft (nicht abgebildet). Nichtsdestotrotz gibt es kleine aber wahrnehmbare Unterschiede zwischen den Herkunftsgruppen. Mit einem Durchimpfungsgrad von 96,4% weisen die deutschen Kinder den schlechtesten Schutz aus allen Herkunftsgruppen auf. Dagegen sind z.B. die türkischen Schulanfänger, mit einem Durchimpfungsgrad von 99,2%, nahezu vollständig geimpft. Wie auch im Schuljahr 2008/2009 in ganz Berlin gibt es hier einen inversen sozialen Gradienten, d.h. die Schulanfänger aus der unteren sozialen Schicht sind am besten geimpft. Wie bei den zwei anderen Impfungen, die exemplarisch hier betrachtet werden, sind Jungen etwas besser geimpft als Mädchen.



Der Durchimpfungsgrad gegen Masern bei den bezirklichen Schulanfängern (Schaubild 6.1.6) unterscheidet sich deutlich vom Bild beim Tetanus, obgleich eine Masernerkrankung im ungünstigen Fall durchaus gefährliche Komplikationen für die Betroffenen haben kann, wie es

bei einem Teil der Infizierten beim Ausbruch in Coburg im Jahre 2001/2002 der Fall war – immerhin mussten 43 Personen stationär behandelt werden (vgl. RKI 2002, S. 155f.). Darüber hinaus ist die WHO bestrebt, eine Herdenimmunität<sup>26</sup> gegen Masern durch Impfungen von über 95% der Population zu erzielen. Da die Masernimpfung fast immer zusammen mit dem Impfstoff für Mumps und Röteln (MMR) geimpft wird, kann sie hier ebenfalls als Gradmesser für die zwei anderen Impfungen dienen.

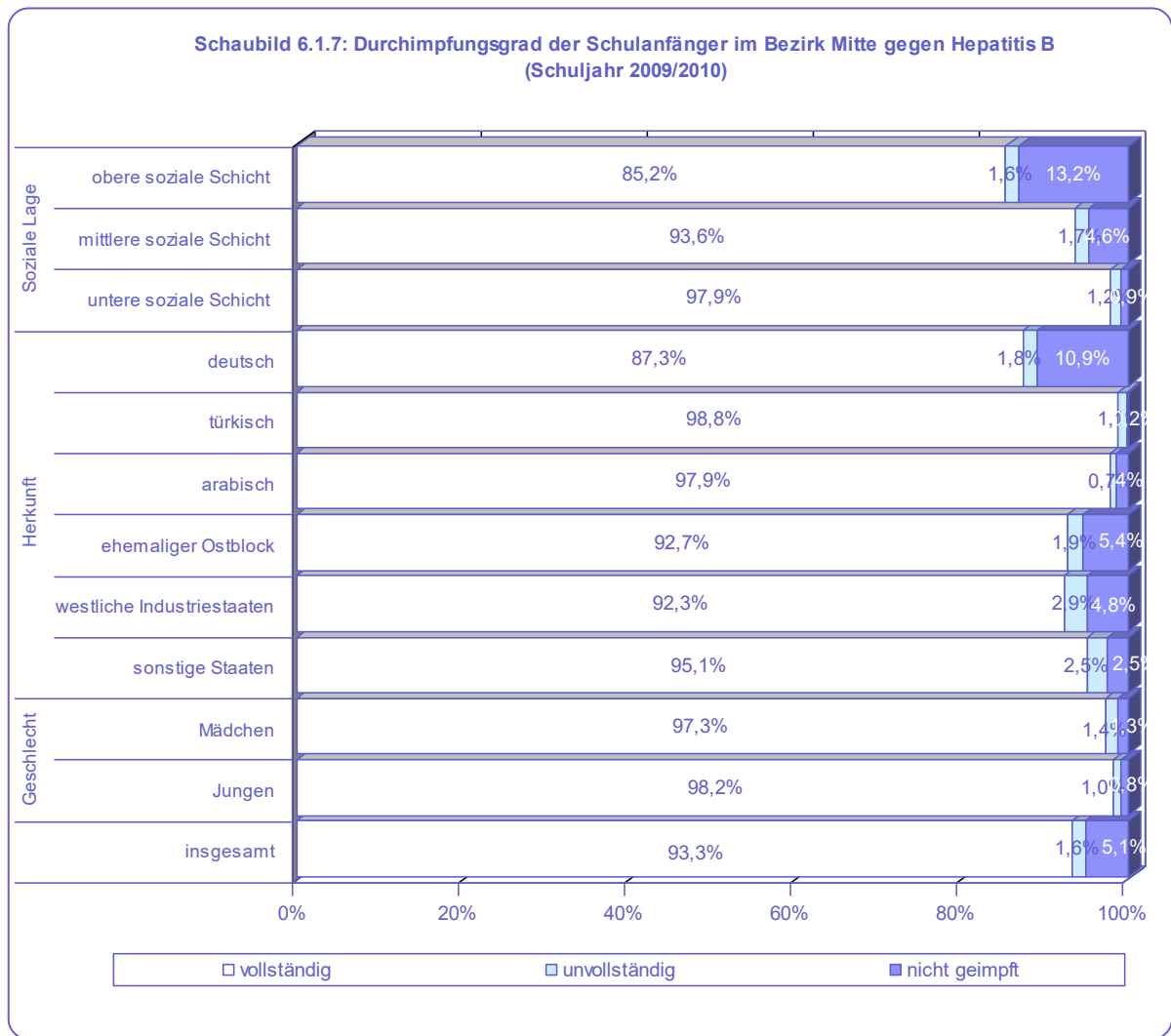
Mit lediglich knapp über 90% der Schulanfänger in Mitte, welche die von der STIKO (Ständige Impfkommission) empfohlenen 2 Impfungen vorweisen können, liegen sie noch deutlich unter der WHO-Zielsetzung. Bei der Masernimpfung werden die Unterschiede zwischen den Herkunftsgruppen sehr deutlich. Mit einem Anteil von lediglich 84,6 mit den 2 empfohlenen Impfungen, weisen die deutschen Schulanfänger wieder den niedrigsten Durchimpfungsgrad aller Herkunftsgruppen auf. Diesmal liegen die Schulanfänger türkischer Herkunft (97,7%) mehr als 13 Prozentpunkte darüber. Wie bei den anderen hier gezeigten Impfungen liegen die arabischen Schulanfänger dicht hinter den türkischen Kindern an zweiter Stelle. Abgesehen von der Frage der *Compliance* mit den STIKO-Empfehlungen liegt der Anteil von gänzlich gegen Masern ungeimpften deutschen Kindern mit 9% erschreckend hoch.

Beim Durchimpfungsgrad für Masern zeigt sich der inverse soziale Gradient sehr deutlich: Während fast 96% der Kinder in der unteren sozialen Schicht beide Masernimpfungen absolviert haben, sind es lediglich knapp über 80% der Kinder aus der oberen sozialen Schicht. In der oberen sozialen Schicht liegt der Anteil der gänzlich ungeimpften Kinder mit 9,5% sehr hoch. Im Gegensatz zur Situation bei vielen gesundheitsrelevanten Handlungsweisen weist die „Risikogruppe“ beim Impfen im Kleinkindalter nicht unbedingt eine soziale Benachteiligung oder einen Migrationshintergrund auf, sondern ist eher Deutsch und besser gebildet.

Hier zeigen sich die Grenzen herkömmlicher Präventionsarbeit, welche von „Unwissenheit“ der Betroffenen ausgeht, die durch „Aufklärung“ angegangen werden kann. Aus unseren Auswertungen wird klar, dass die Menschen, die Impfungen gegenüber kritisch eingestellt sind, oft eine bessere Bildung vorweisen als das im Bevölkerungsdurchschnitt der Fall ist (vgl. auch BA Mitte 2001). Die ablehnende Haltung entsteht einerseits aus der Befürchtung, dass das Kind durch Nebenwirkungen der Impfung gesundheitliche Schäden davontragen könnte als auch durch die Überzeugung, dass das Durchstehen einiger der impfpräventablen Krankheiten für die Entwicklung ihres Kindes förderlich sein kann. Wenn eine nennenswerte Verbesserung des Impfstatus der Kinder erzielt werden soll, müssen in der Prävention hierzu geeignete Überzeugungsstrategien entwickelt werden.

---

<sup>26</sup> Herdenimmunität bezeichnet den Effekt, bei der die durch Impfung erzeugte oder durch Infektion erworbene Immunität gegen einen Krankheitserreger innerhalb einer Population (der "Herde") so verbreitet ist, dass in der Population auch nicht-immune Individuen geschützt sind, weil der Erreger sich nicht ausbreiten kann.



Von der Tendenz her ähneln die bezirklichen Durchimpfungsraten bei Hepatitis B der Masernsituation (vgl. Schaubild 6.1.7). Insgesamt sind 93,3% der Schulanfänger in Mitte vollständig geimpft. Wie bei der Masernimpfung gibt es deutliche Unterschiede zwischen den Herkunftsgruppen. Während nur 87,3% der deutschen Schulanfänger vollständig gegen Hepatitis B geimpft sind, weisen die türkischen Kinder wieder deutlich höhere Durchimpfungsraten mit 98,8% auf. Hier ist der inverse soziale Gradient fast noch deutlicher als bei der Impfung gegen Masern. Dies deutet darauf hin, dass selektive Impfskeptiker die Impfung gegen Hepatitis B noch häufiger als die Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln boykottieren – vielleicht, weil die Ansteckungsgefahr von Hepatitis B im Kindesalter noch gering ist.<sup>27</sup>

#### *Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen*

Alle Kinder in der gesetzlichen Krankenversicherung haben per Gesetz (§ 26.1 SGB V) bis zum vollendeten 6. Lebensjahr den Anspruch auf kostenlose Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten. Dies sind 10 Untersuchungen, die zeitlich gestaffelt innerhalb der ersten sechs Lebensjahre stattfinden und jeweils altersspezifische Schwerpunkte haben (U1 bis

<sup>27</sup> Ein weiterer Grund für die hohen Durchimpfungsraten bei Kindern nichtdeutscher Herkunft für Hepatitis-B ist die seit 10 Jahren fixe Kombination mit der TdP-Impfung in einem 6-fachen Impfstoff.

U9)<sup>28</sup>. Diese Untersuchungen bilden ein wichtiges Instrument der individualmedizinischen Prävention in der Kindheit.

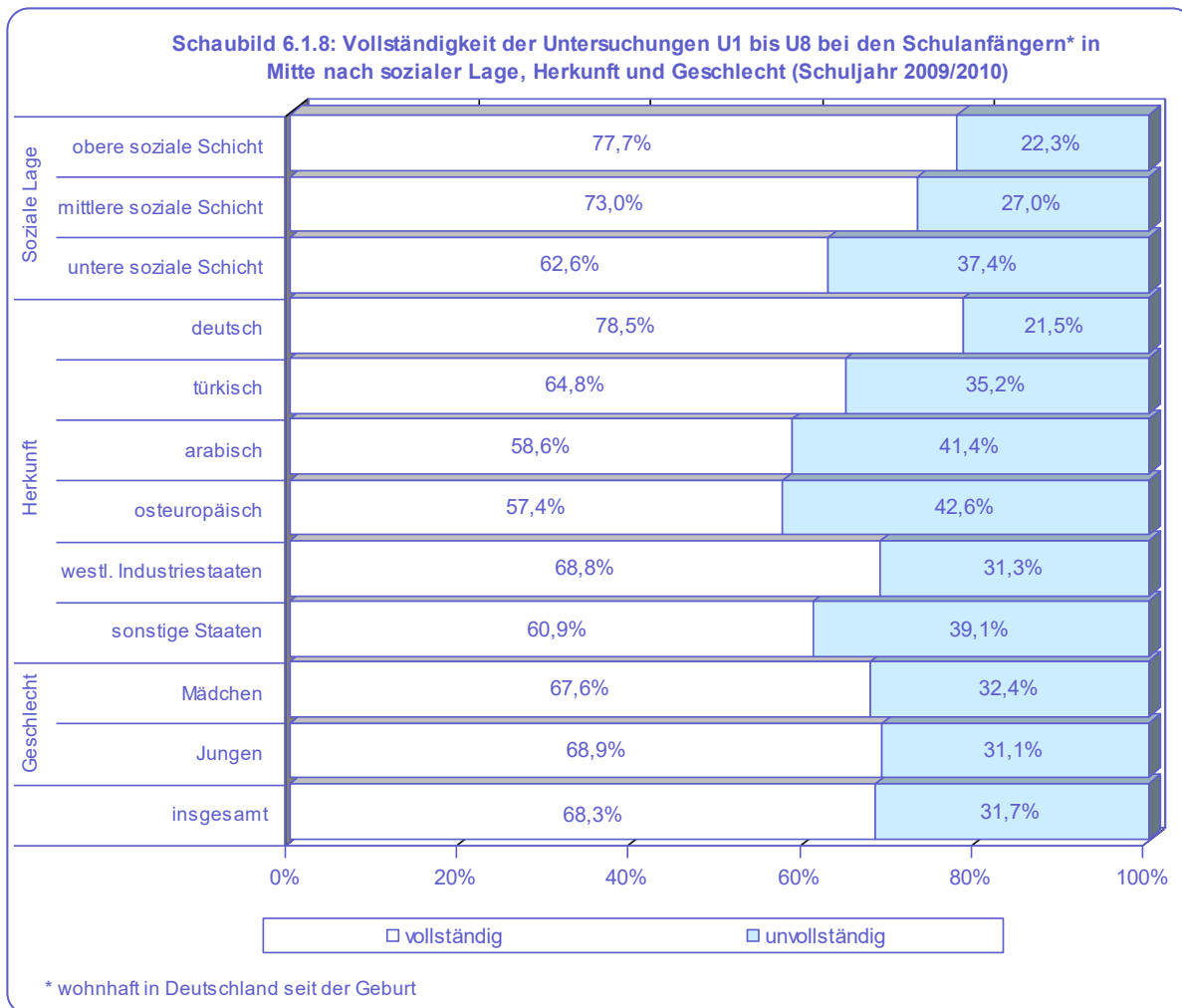


Schaubild 6.1.8 zeigt die Vollständigkeit der Untersuchungen U1 bis U8 nach sozialer Lage, Herkunft und Geschlecht. In Mitte gab es im Schuljahr 2009/2010 größere Unterschiede in der Vollständigkeit der Untersuchungen nach Herkunft.<sup>29</sup> Während fast 80% der deutschen Schulanfänger die acht Untersuchungen vollständig nachweisen konnten, waren es nur knapp 65% der türkischen Kinder sowie knapp 60% der arabischen und osteuropäischen Schulanfänger. Aus Schaubild 6.1.8 ist auch ersichtlich, dass die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen eng mit der sozialen Lage der Kinder korrespondiert – je höher die soziale Schicht, desto höher die Inanspruchnahme. Angesichts der sozialen Zusammensetzung der Schulanfänger in Mitte wurde die Auswertung auch nur für die untere soziale Schicht durchgeführt. Hierbei zeigen sich die Unterschiede nach Herkunft nicht so ausgeprägt – insbesondere der Abstand zwischen den deutschen Kindern und den anderen Herkunftsgruppen verringert sich.

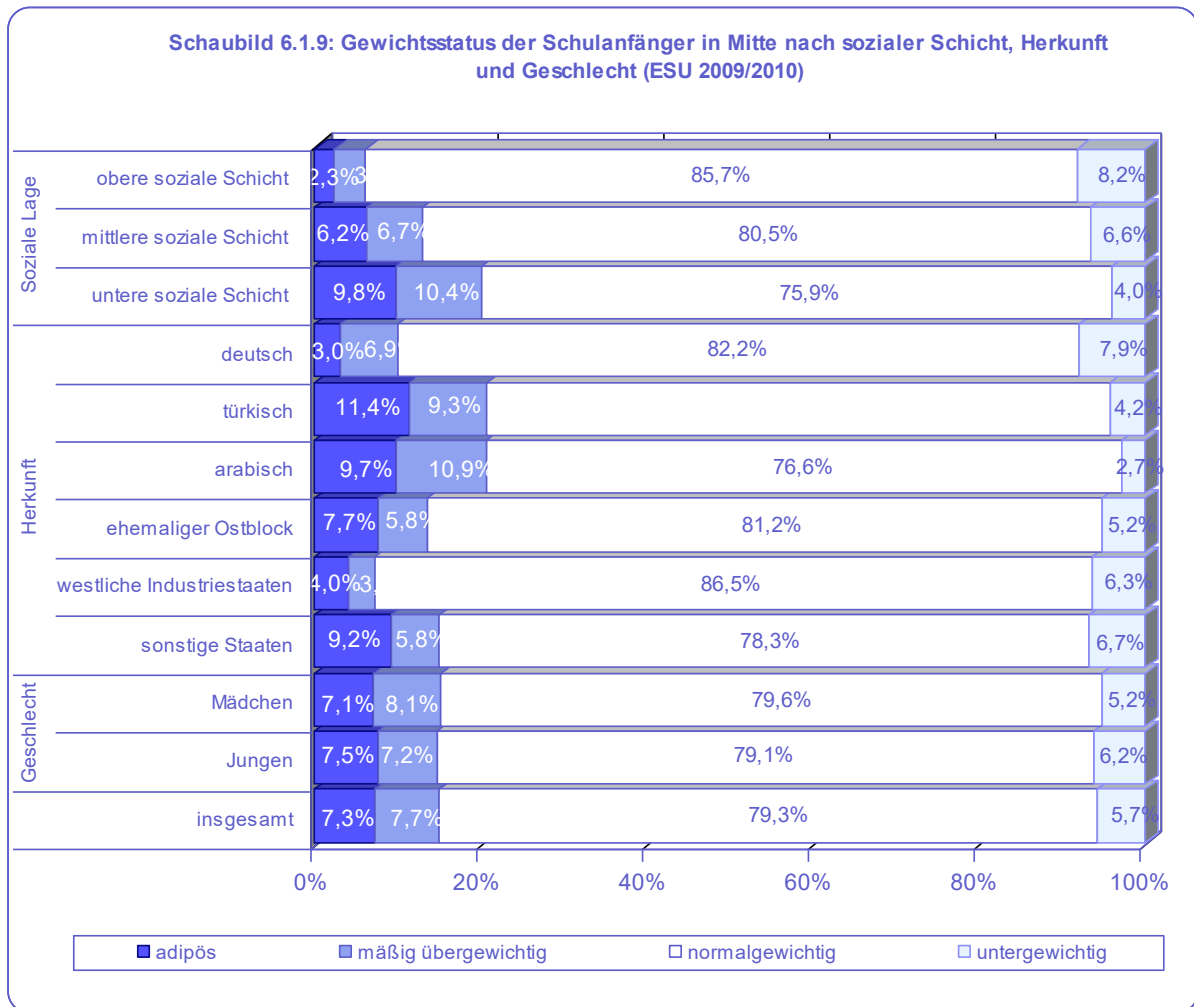
<sup>28</sup> Ursprünglich gab es neun Vorsorgeuntersuchungen im Kindesalter. In Juni 2008 wurde eine weitere Untersuchung eingeführt, die U7a, die zeitlich zwischen dem 34. und 36. Lebensmonat fällt.

<sup>29</sup> Die Inanspruchnahmeraten für die ersten sechs Früherkennungsuntersuchungen (U1 bis U6) liegen gewöhnlicherweise bei über 95% für Kinder aller Herkunftsgruppen und sozialer Schichten. Ab der U7-Untersuchung klafft jedoch eine Lücke zwischen der Inanspruchnahme der deutschen Kinder und der der Kinder mit Migrationshintergrund (vgl. Bettge/Oberwöhrmann 2009). Da die ersten U-Untersuchungen bereits in der Geburtsklinik durchgeführt werden, wurden hier nur die Kinder, die in Deutschland seit der Geburt lebten, ausgewertet (insgesamt über 90% der Schulanfänger nichtdeutscher Herkunft).

Inwiefern das ab 01.01.2010 eingeführte „verbindliche Einladewesen“ zu Vorsorgeuntersuchungen in Berlin hier Veränderungen bewirkt, ist offen, eine gesetzliche Pflicht zur Teilnahme besteht nicht.

### 6.1.4 Übergewicht und Adipositas bei Schulanfängern

Neben einer ganzen Reihe weiterer Faktoren, die den Gewichtsstatus von Kindern beeinflussen, wie z.B. Ernährung, Bewegungsverhalten, soziale Lage oder eventuelle genetisch bedingte Veranlagungen, hat sich die ethnische Herkunft als Determinante bei der Entstehung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern herausgestellt.

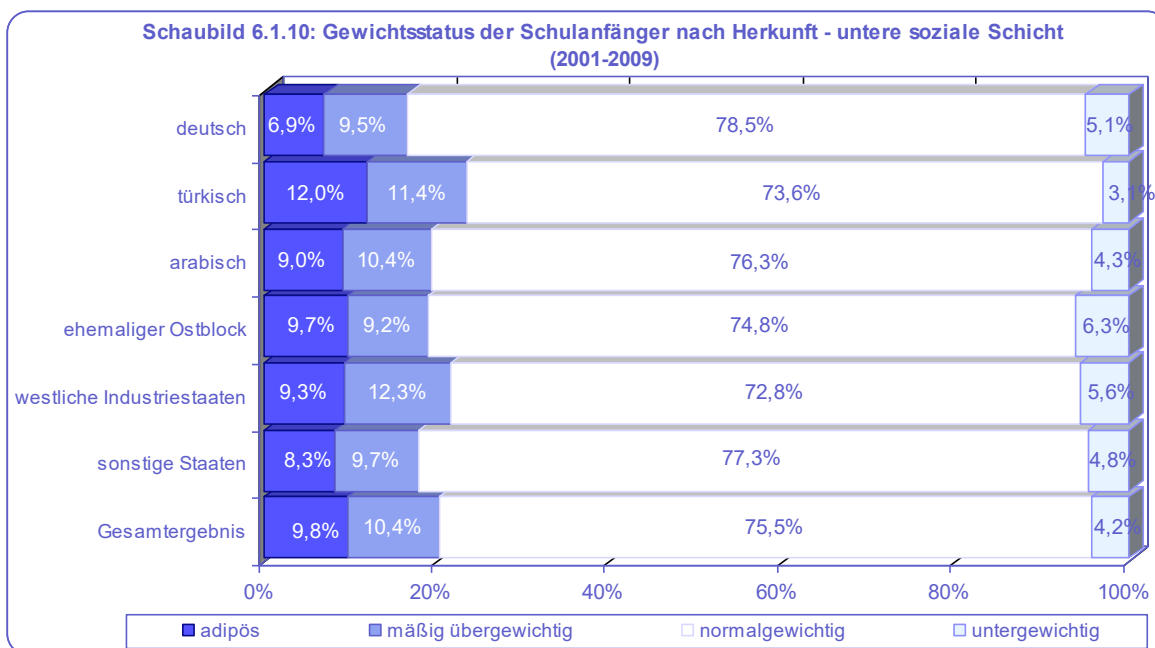


Bei der Auswertung des Gewichtsstatus<sup>30</sup> der Schulanfänger im Schuljahr 2009/2010 (Schaubild 6.1.9) fallen zwei Besonderheiten auf: Insgesamt gibt es einen sehr starken sozialen Gradienten beim Vorkommen von Übergewicht und Adipositas. Waren 20,2% der Schulanfänger aus der unteren sozialen Schicht mäßig übergewichtig bzw. adipös, betraf dies nur 6% der Schulanfänger aus der oberen sozialen Schicht. Nach Herkunft betrachtet fallen hierbei insbe-

<sup>30</sup> Der Gewichtsstatus wird anhand des sogenannten „body mass index“ ermittelt (BMI), der durch die Formel Körpergewicht/Körperhöhe<sup>2</sup> (kg/m<sup>2</sup>) berechnet wird. Wegen der altersbedingten Veränderungen in der Physiologie der Kinder müssen Grenzwerte geschlechtsspezifisch und in kleinen Altersabständen festgelegt werden. Als Grenzen für die Bestimmung der Bereiche „Übergewicht“ und „Adipositas“ sind die 90er bzw. 97er Perzentile definiert worden. Die Grenze zum Untergewicht wird mit dem 10. Perzentil definiert.

sondere türkische und arabische Schulanfänger (jeweils mit 20,7% übergewichtig oder adipös) auf, wobei der Anteil der Adipösen bei den türkischen Schulanfängern höher ist. Die Auswertung nach Geschlecht zeigt keine wesentlichen Unterschiede in Hinsicht auf Übergewicht und Adipositas, jedoch sind Jungen etwas öfter untergewichtig als Mädchen.

Da die Übergewichtigkeit auch stark mit der sozialen Lage korreliert, wurde anhand der zusammengefassten ESU-Ergebnisse für die Jahre 2001 - 2009 eine Auswertung des Gewichtsstatus nach Herkunft nur für die untere soziale Schicht durchgeführt (Schaubild 6.1.10). Während in dieser Analyse der niedrigste Anteil an Übergewichtigen bei den deutschen Schulanfängern zu finden ist, fallen die Unterschiede nach Herkunft nicht so stark auf. Der höchste Anteil an adipösen Kindern liegt weiterhin bei den türkischen Schulanfängern, aber wenn nur die untere soziale Schicht analysiert wird, fallen auch die Kinder aus westlichen Industriestaaten mit höheren Anteilen von Adipositas und mäßigem Übergewicht auf.



Die höheren Anteile von Übergewicht und Adipositas bei Kindern türkischer Herkunft wurden sowohl in den Auswertungen der KiGGS-Untersuchung des Robert-Koch-Instituts (vgl. RKI 2008) als auch in den Auswertungen der Berliner Schuleingangsuntersuchung (vgl. BA Mitte 2001, Delekat et al. 2003, BA Mitte 2009b, Bettge/Oberwöhrmann 2009) festgestellt. Die Ursachen für dieses Phänomen sind weitgehend unklar. Aus den Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchung in Berlin geht jedoch hervor, dass türkische Schulanfänger ebenfalls Spitzenreiter beim Fernsehkonsum (also einem bedeutenden Einflussfaktor für körperliche Inaktivität) sind.

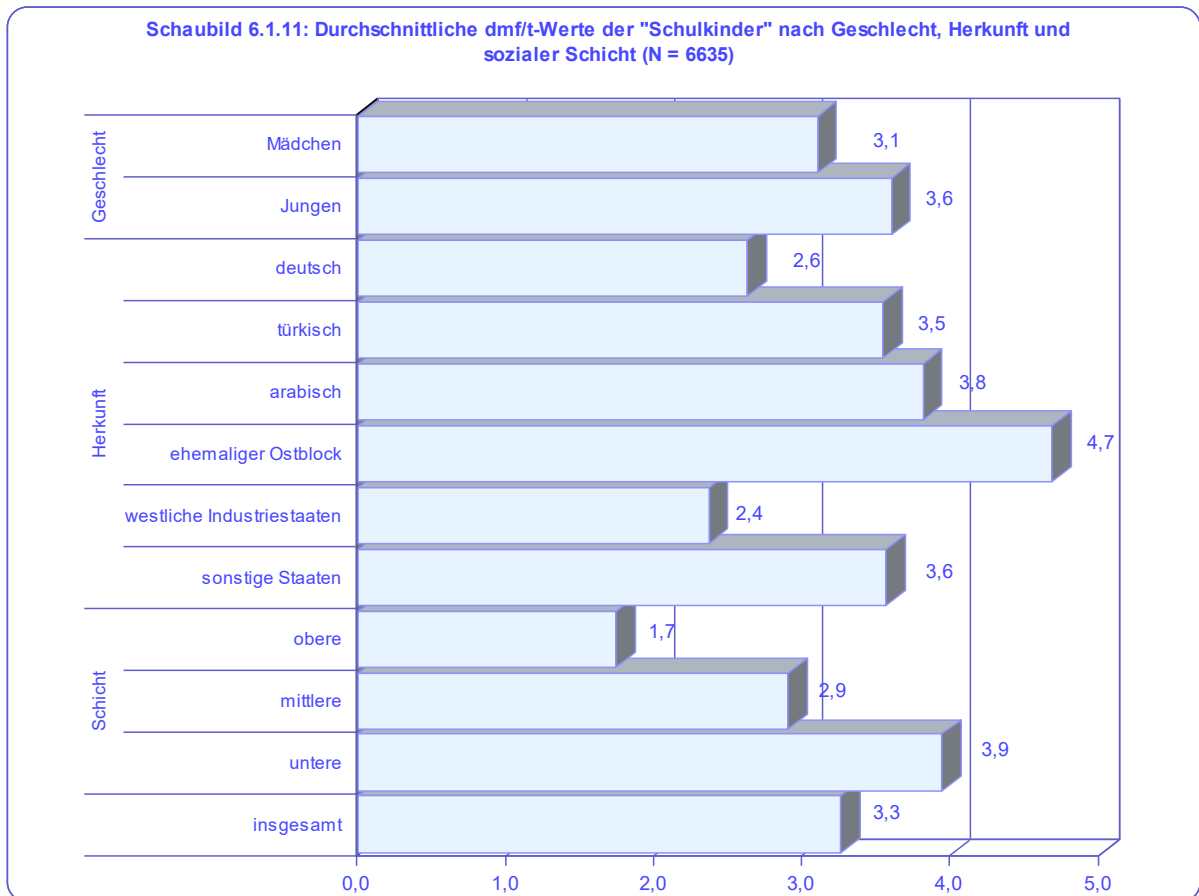
### 6.1.5 Mundgesundheit

Wie in fast allen gesundheitlichen Bereichen spielen die soziale Lage sowie der Migrationshintergrund auch bei der Mundgesundheit von Kindern eine beträchtliche Rolle. Dieser Zusammenhang wurde in den letzten Jahren in der Gesundheitsberichterstattung im Bezirk Mitte durch die Verknüpfung der Daten der Schuleingangsuntersuchung mit den zahnärztlichen Daten der gleichen Kinder analysiert (für die Ergebnisse der ersten Auswertung vgl. Butler, Brockstedt, Uhlig 2007 sowie BA Mitte 2009). Neben Korrelationen mit der sozialen Lage

der Familie, dem Fernsehkonsum des Kindes sowie dem Besuch einer vorschulischen Einrichtung wurde auch der Einfluss der ethnischen Herkunft der Kinder auf die Prävalenz von Karies überprüft.

Da sich die Verknüpfung der Daten der beiden Dienststellen als nützlich für die Bestimmung von Risikogruppen für die Präventionsarbeit erwiesen hat, wurde entschieden sie laufend fortzusetzen. Mittlerweile liegen verknüpfte Daten für 7819 bezirkliche Schüler vor. In diesem Bericht werden schwerpunktmäßig die neuen Ergebnisse zum Vorkommen von Karies nach Herkunft bei den „Schulkindern“<sup>31</sup> sowie zu den Auswirkungen der oben angesprochenen Einflussfaktoren (Kitabesuch und Fernsehkonsum) präsentiert (N = 6635). Durch die inzwischen wesentlich größere Fallzahl konnten die in der ersten Auswertung festgestellten Zusammenhänge bestätigt werden.

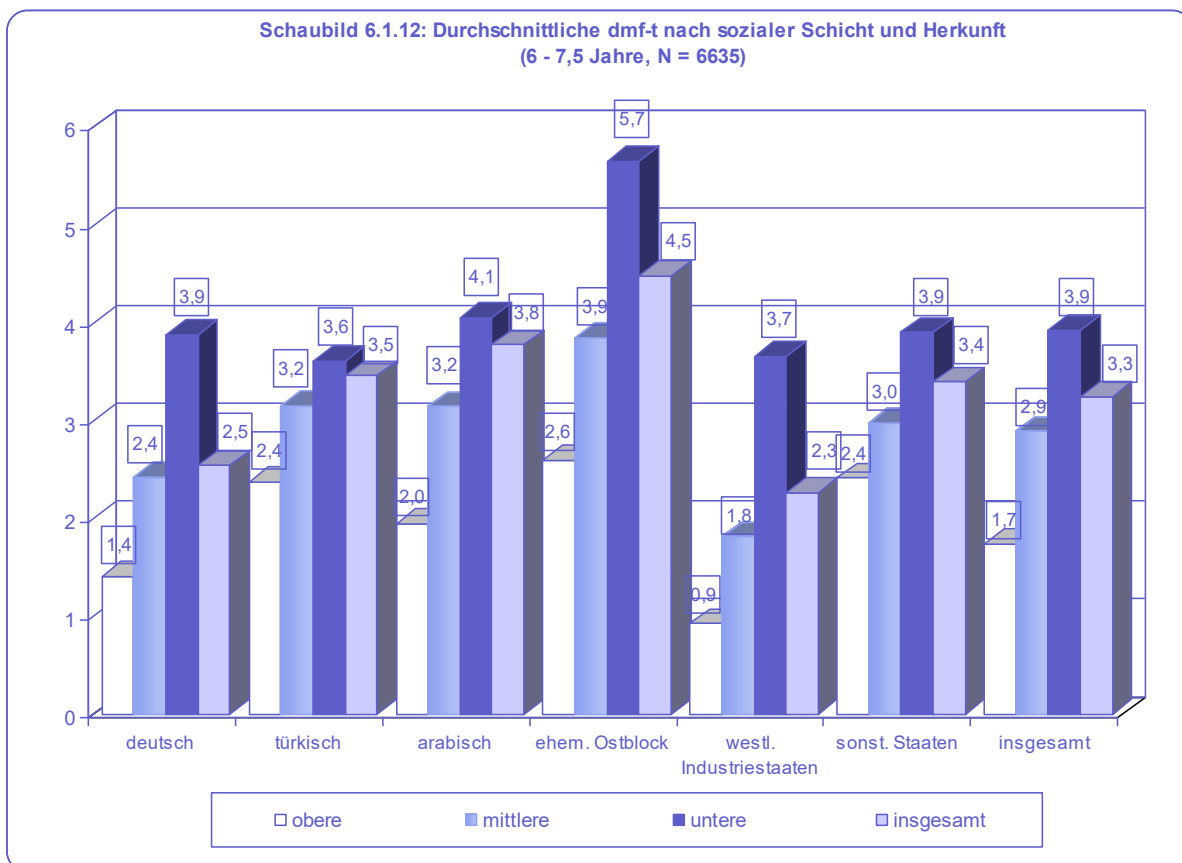
Schaubild 6.1.11 zeigt die durchschnittlichen dmf/t-Werte<sup>32</sup> der Kinder in der Untersuchungsgruppe nach Geschlecht, Herkunft und sozialer Schicht. Neben dem insgesamt starken sozialen Gradienten sowie den etwas niedrigeren dmf/t-Werten bei den untersuchten Mädchen fallen deutlich erhöhte Werte bei den Kindern osteuropäischer Herkunft sowie – etwas abgeschwächt – bei den türkischen Kindern und den Kindern aus „sonstigen Staaten“ auf.



<sup>31</sup> Um ungefähr gleichaltrige Kinder miteinander zu vergleichen, wurden die Kinder in zwei Gruppen aufgeteilt: Die Kinder, die im Alter von 4 bis 5,5 Jahren untersucht wurden, werden als „Kitakinder“ und die Kinder, die im Alter von 6 bis 7,5 Jahren untersucht wurden, als „Schulkinder“ bezeichnet.

<sup>32</sup> dmf/t = die Anzahl der kariösen (diseased), fehlenden (missing) und gefüllten (filled) Milchzähne (teeth)

Da die Kinder aus den oben genannten Herkunftsgruppen zum größten Teil der unteren sozialen Schicht angehören, wurde außerdem eine Auswertung nach Herkunft und sozialer Schicht durchgeführt (Schaubild 6.1.12), um den Einfluss der sozialen Schicht auf das Vorkommen von Karies in den unterschiedlichen Herkunftsgruppen zu überprüfen. Hierbei stellt sich heraus, dass insbesondere die Zähne von Kindern aus der unteren sozialen Schicht, die aus Ländern des ehemaligen Ostblocks stammen, wesentlich häufiger von Karies befallen sind ( $dmf/t = 5,7$ ), als die von Kindern anderer Herkunftsgruppen ( $dmf/t$  höchstens 4,1). Interessant ist ebenfalls, dass die türkischen Kinder in der unteren sozialen Schicht etwas besser als die deutschen Kinder abschneiden, obgleich sie insgesamt im Durchschnitt einen wesentlich höheren  $dmf/t$ -Wert als die deutschen Kinder vorweisen.



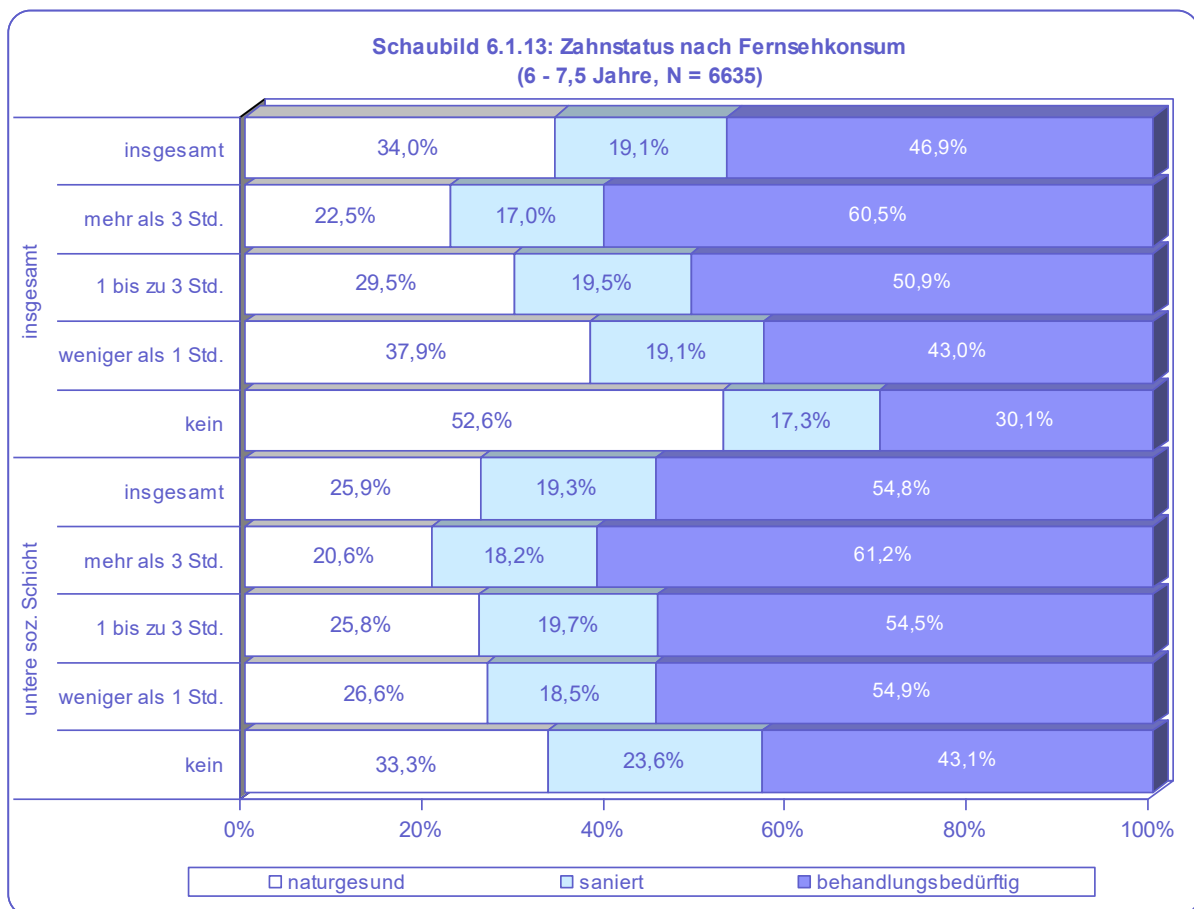
Die oben dargestellten Ergebnisse deuten darauf hin, dass insbesondere bei den Kindern ost-europäischer Herkunft ein eigenständiger Einfluss der ethnischen Herkunft vorliegen könnte, der u.U. bei der Zahnhygiene bzw. den Essensgewohnheiten zu finden wäre. In der Auswertung der KiGGS-Ergebnisse für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund (Schenk, Neuhauser, Ellert 2008, S. 34 ff.) werden größere Unterschiede in der Zahnputzfrequenz nach Herkunft festgestellt – ohne Kontrolle der sozialen Lage. Hierbei fielen insbesondere Kinder aus der Türkei, gefolgt von denen aus der ehemaligen Sowjetunion und aus arabischen Ländern durch unregelmäßiges Zähneputzen auf. In den KiGGS-Ergebnissen werden ebenfalls Unterschiede in der Häufigkeit der zahnärztlichen Kontrolle nach Migrationshintergrund festgestellt. Kinder und Jugendliche mit beidseitigem MH waren deutlich seltener im letzten Jahr beim Zahnarzt als jene ohne Migrationshintergrund. Hierbei gab es ebenfalls einen klaren sozialen Gradienten.

Abgesehen vom Einfluss der sozialen Lage und des Migrationshintergrundes auf das Vorkommen von Karies, erlauben die zusammengefassten Daten darüber hinaus die Analyse weiterer relevanter Faktoren, die Einfluss auf die Mundgesundheit von Kindern im Grundschulalter



haben können. Im Kontext dieses Berichtes werden zwei dieser Faktoren, Fernsehkonsum und Kitabesuch, kurz angesprochen. Da beide Faktoren je nach Migrationshintergrund unterschiedlich ausgeprägt sind (vgl. u.a. Bettge/Oberwöhrmann 2009), könnten sie mit einer Rolle spielen, um die oben dargestellten Unterschiede zu erklären.

Schaubild 6.1.13 setzt den Fernsehkonsum und den Zahnstatus der „Schulkinder“ unserer Untersuchungsgruppe in Beziehung – sowohl für die gesamte Gruppe (N = 6635) als auch nur für die Kinder aus der unteren sozialen Schicht. Insbesondere bei der Betrachtung der gesamten Altersgruppe gibt es eine deutliche Korrelation zwischen der täglichen Fernsehzeit und dem Vorhandensein von naturgesunden Zähnen: Je länger die Kinder zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung pro Tag ferngesehen haben, desto niedriger der Anteil an Kindern mit naturgesunden Zähnen. Hatten 52,6% der Kinder, die nach Angaben der Eltern gar nicht ferngesehen haben, naturgesunde Zähne, waren es nur 22,5% der Kinder, die täglich mehr als 3 Stunden vor dem Fernseher saßen.

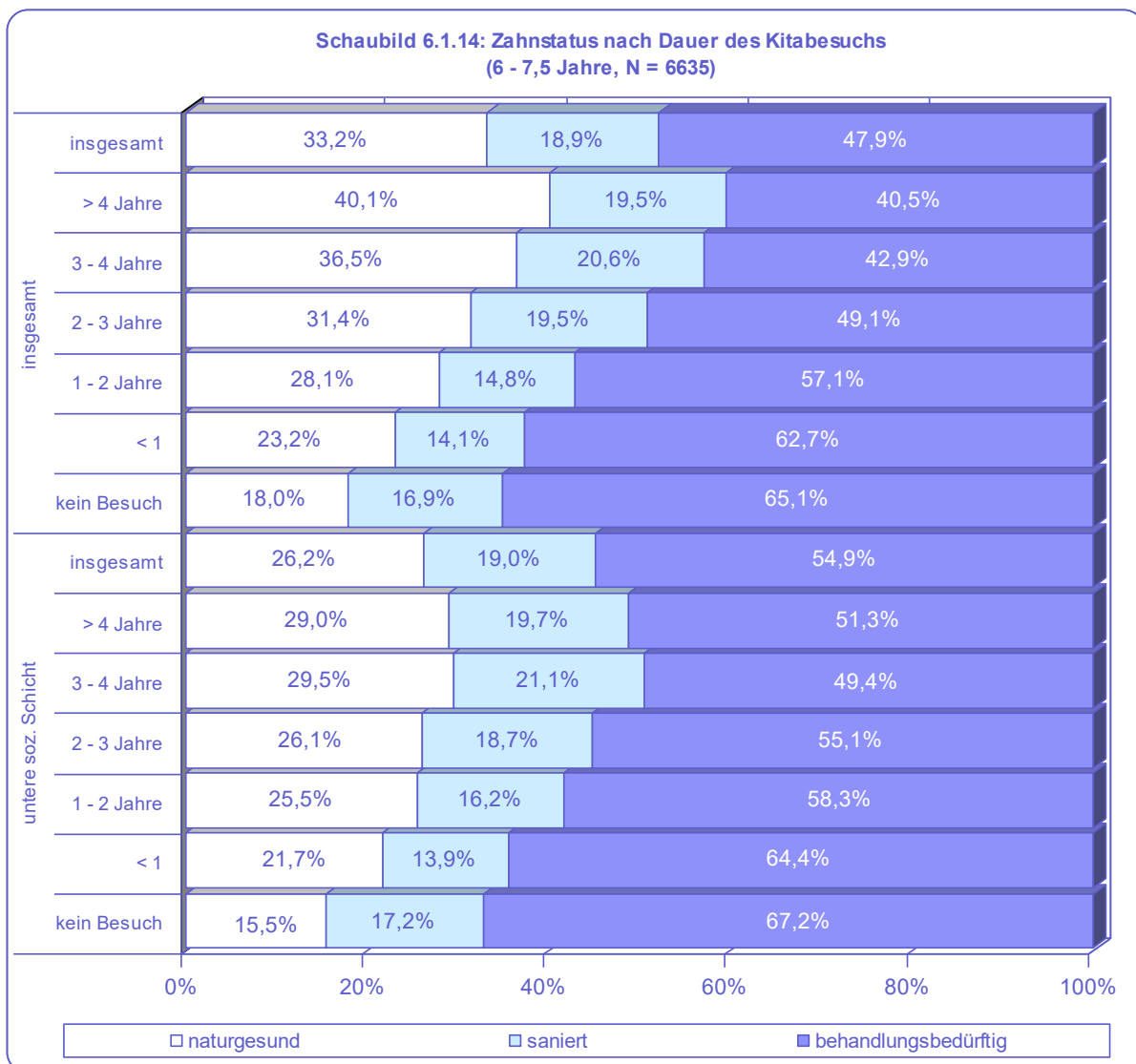


Da der Fernsehkonsum auch eng mit der sozialen Lage der Kinder zusammenhängt (vgl. Bettge/Oberwöhrmann 2009), wurde zusätzlich eine Auswertung nur für die Kinder aus der unteren sozialen Schicht durchgeführt, um festzustellen, inwieweit dieser Faktor einen unabhängigen Einfluss auf den Zahnstatus ausübt. Wenn nur die Gruppe der Kinder aus der unteren sozialen Schicht betrachtet wird (N = 3134), ist der Gradient beim Zahnstatus nach Fernsehdauer nicht so deutlich wie in der gesamten Untersuchungsgruppe, aber der Effekt des steigenden Fernsehkonsums auf die Mundgesundheit ist dennoch bemerkbar.

Hier gibt es insbesondere Unterschiede zwischen der Gruppe, die gar nicht (33,3%), und der Gruppe, die mehr als 3 Stunden (20,6%), ferngesehen hat. Die beiden Gruppen dazwischen – wo jeweils ca. 26% der Kinder naturgesunde Zähne vorweisen können – liegen ungefähr

gleichauf. Über die Gründe für diesen schichtunabhängigen Zusammenhang kann an dieser Stelle nur spekuliert werden. Ob z.B. übermäßiger Fernsehkonsum mit schlechter Mundhygiene einhergeht oder ob die im Fernsehen omnipräsente Werbung für Süßigkeiten eher zur kariogenen Ernährung führt, kann anhand unserer Auswertung nicht geklärt werden.

Bei der Kitabesuchsdauer der untersuchten Kinder (vgl. Schaubild 6.1.14) besteht ebenfalls ein klarer Zusammenhang zur Mundgesundheit. Hier zeigt sich eine sehr deutliche Korrelation zwischen der Dauer des Besuches einer vorschulischen Einrichtung und der Prävalenz von Karies: Je länger eine vorschulische Einrichtung vor der Einschulungsuntersuchung besucht wurde, desto höher der Anteil der Kinder mit naturgesunden Zähnen. Besonders eklatant ist der Unterschied im Zahnstatus zwischen den Kindern gänzlich ohne Kitabesuch und den Kindern, die mehr als 4 Jahre die Kindertagesstätte besucht haben. Verfügt 40,1% der Kinder aus der zweiten Gruppe über naturgesunden Zähne so sind es bei den Kindern ohne Kitabesuch nur 18% – weniger als die Hälfte.



Wie beim Fernsehkonsum gibt es auch bei der Kitabesuchsdauer keinen stringenten Gradienten nach Zahnstatus, wenn nur die untere soziale Schicht betrachtet wird. Hinsichtlich des Anteils der Kinder mit naturgesunden Zähnen haben die Gruppen „1 - 2 Jahre“ und „2 - 3 Jahre“ sowie „3 - 4 Jahre“ und „> 4 Jahre“ (in der Kindertagesstätte) jeweils ungefähr das gleiche

Niveau. Nichtsdestotrotz sind die Auswirkungen des längeren Kitabesuchs auch in der unteren sozialen Schicht deutlich: Die Kinder, die keine Kindertagesstätte besuchten, verfügten zu 15,5% über naturgesunde Zähne, während diejenigen, die 3 - 4 Jahre in der Kita waren, fast zweimal so häufig (29,5%) naturgesunde Zähne aufwiesen.

### **6.1.6 Zusammenfassung – Kindergesundheit**

Im Kindesalter werden Weichen gestellt, die für das ganze Leben prägend sind. Insbesondere in der Zeit vor dem Schulanfang werden Kenntnisse angeeignet und Kompetenzen entwickelt, die für das Fortkommen in der Schule und später im Beruf dringend benötigt werden. Sowohl in der KiGGS-Studie des Robert-Koch-Instituts (RKI) als auch in Auswertungen der Schulleitungsuntersuchung in Berlin und Mitte wurde in den letzten Jahren festgestellt, dass die Ausgangslage der Kinder nichtdeutscher Herkunft in einigen Bereichen deutlich schlechter ist als die der deutschen Kinder. In der bezirklichen Gesundheitsberichterstattung wurden folgende gesundheitsrelevante Unterschiede bei Kindern je nach Migrationshintergrund ausgemacht:

#### *Besuch einer vorschulischen Einrichtung*

Bei der Kitabesuchsdauer der Schulanfänger fällt auf, dass der Anteil der Kinder aus nicht-deutschen und sozial schwachen Familien, die vor der Einschulungsuntersuchung weniger als 2 Jahre die Kindertagesstätte besucht haben, um einiges größer ist als der Anteil der Schulanfänger deutscher Herkunft bzw. aus der oberen sozialen Schicht. Während lediglich 8,6% der Kinder aus der oberen Schicht die Kindertagesstätte weniger als 2 Jahre vor der Einschulung besuchten, betrug dieser Anteil in der unteren sozialen Schicht fast 30% – also mehr als das Dreifache. Obgleich viele Unterschiede in der Besuchsdauer bei Kindern verschiedener Herkunft sozial erklärt werden kann, liegt die Kita-Besuchsdauer in einigen Herkunftsgruppen – z.B. bei Kindern aus osteuropäischen und arabischen Ländern – um einiges niedriger als im Durchschnitt der unteren sozialen Schicht.

#### *Deutsche Sprachkenntnisse*

Eine Auswertung der bezirklichen ESU-Ergebnisse zeigt, dass insgesamt 47,5% der Kinder nichtdeutscher Herkunft in Mitte kaum oder fehlerhaft Deutsch sprachen. Hierbei waren insbesondere Kinder aus sozial schwachen Familien vertreten. Nach Herkunftsgruppe betrachtet, konnten sich insbesondere Kinder aus Osteuropa (14,8%) und aus westlichen Industrieländern (11,9%) nicht oder kaum auf Deutsch verständigen, während die letztere Herkunftsgruppe auch den höchsten Anteil an Kindern, die „sehr gut/ akzentfrei“ Deutsch sprachen (75,4%) aufwies. Wenn zur Gruppe, die „nicht/kaum“ Deutsch spricht, auch die Schulanfänger, die fehlerhaft sprechen, dazugerechnet werden, stechen insbesondere die arabischen und türkischen Schulanfänger hervor.

Bedenklich ist jedoch, dass ca. 7% der Schulanfänger nichtdeutscher Herkunft „nicht“ oder „kaum“ Deutsch sprachen, obgleich sie in Deutschland geboren wurden. Eine starke Segregation im Wohnquartier kann auch zu schlechten Deutschkenntnissen bei Kindern mit Migrationshintergrund beitragen. In einer Auswertung der Deutschkenntnisse der Schulanfänger aus der unteren sozialen Schicht nach dem Anteil der Menschen mit MH in dem Planungsraum, wo sie wohnen, wurde Folgendes festgestellt: Je höher der Anteil an Migranten im Planungsraum ist, desto schlechter sind die Deutschkenntnisse der Schulanfänger, die in diesem Planungsraum wohnen. Positiv dagegen ist, dass die Deutschkenntnisse der Schulanfänger nichtdeutscher Herkunft in den letzten Jahren insgesamt besser geworden sind.

### *Inanspruchnahme von Schutzimpfungen*

Waren Schulanfänger mit Migrationshintergrund vor ca. zehn Jahren noch eine Risikogruppe hinsichtlich des Impfschutzes gegen schwerwiegende Erkrankungen – z.B. Tetanus und Diphtherie, hat sich in den letzten Jahren eher die umgekehrte Situation entwickelt: Bei den neusten Auswertungen der Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung sind die Schulanfänger aus den meisten Herkunftsgruppen besser geimpft als die deutschen Schulanfänger. Dieses Phänomen führte auch zu einem umgekehrten sozialen Gradienten bei den Impfungen: je besser die soziale Schicht, desto schlechter der Impfschutz bei fast allen Impfungen. Dies wurde exemplarisch für drei Impfungen anhand der Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2009/2010 dargestellt.

Mit einem Durchimpfungsgrad von insgesamt 97,8% waren die Schulanfänger in Mitte im Schuljahr 2009/2010 durchaus gut gegen Tetanus geimpft. Mit einem Durchimpfungsgrad von 96,4% weisen die deutschen Kinder den schlechtesten Schutz aus allen Herkunftsgruppen auf. Dagegen sind z.B. die türkischen Schulanfänger, mit einem Durchimpfungsgrad von 99,2%, nahezu vollständig geimpft. Es gibt hier einen inversen sozialen Gradienten, d.h. die Schulanfänger aus der unteren sozialen Schicht sind am besten geimpft.

Beim Durchimpfungsgrad gegen Masern konnten lediglich knapp über 90% der Schulanfänger in Mitte die empfohlenen 2 Impfungen vorweisen. Mit einem Anteil von lediglich 84,6 haben die deutschen Schulanfänger wieder den niedrigsten Durchimpfungsgrad aller Herkunftsgruppen inne. Die Schulanfänger türkischer Herkunft (97,7%) liegen mehr als 13 Prozentpunkte darüber, knapp vor den arabischen Schulanfängern (97,2%). Insgesamt liegt der Anteil von gänzlich gegen Masern ungeimpften deutschen Kindern mit 9% erschreckend hoch. Bei Masern zeigt sich der umkehrte soziale Gradient deutlich: Während fast 96% der Kinder in der unteren sozialen Schicht beide Masernimpfungen absolviert haben, sind es lediglich knapp über 80% der Kinder aus der oberen sozialen Schicht

Bei der Impfung gegen Hepatitis B wurden insgesamt 93,3% der Schulanfänger in Mitte vollständig geimpft. Es gibt ebenfalls deutliche Unterschiede zwischen den Herkunftsgruppen. Während nur 87,3% der deutschen Schulanfänger vollständig gegen Hepatitis B geimpft sind, weisen die türkischen Kinder wieder deutlich höhere Durchimpfungsraten mit 98,8% auf. Hier ist der inverse soziale Gradient fast noch deutlicher als bei der Impfung gegen Masern.

### *Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen*

Bei der Inanspruchnahme der Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten gab es größere Unterschiede nach Herkunft. Während im Bezirk Mitte fast 80% der deutschen Schulanfänger im Schuljahr 2009/2010 die Untersuchungen U1 bis U8 vollständig nachweisen konnten, waren es nur knapp 65% der türkischen Kinder sowie knapp 60% der arabischen und osteuropäischen Schulanfänger. Die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen korrespondiert eng mit der sozialen Lage der Kinder – je höher die soziale Schicht, desto höher die Inanspruchnahme. Wenn die Auswertung nur für die untere soziale Schicht durchgeführt wird, zeigen sich die Unterschiede nach Herkunft nicht so ausgeprägt – insbesondere der Abstand zwischen den deutschen Kindern und den anderen Herkunftsgruppen verringert sich.

### *Übergewicht und Adipositas bei Schulanfängern*

Bei der Auswertung des Gewichtsstatus der Schulanfänger im Schuljahr 2009/2010 fallen zwei Besonderheiten auf: Insgesamt gibt es einen sehr starken sozialen Gradienten beim Vorkommen von Übergewicht und Adipositas. Waren 20,2% der Schulanfänger aus der unteren

sozialen Schicht mäßig übergewichtig bzw. adipös, betraf dies nur 6% der Schulanfänger aus der oberen sozialen Schicht. Nach Herkunft betrachtet fallen hierbei insbesondere türkische und arabische Schulanfänger (jeweils mit 20,7% übergewichtig oder adipös) auf, wobei der Anteil der Adipösen bei den türkischen Schulanfängern höher ist. Die Auswertung nach Geschlecht zeigt keine wesentlichen Unterschiede in Hinsicht auf Übergewicht und Adipositas, jedoch sind Jungen etwas öfter untergewichtig als Mädchen.

Wenn der Gewichtsstatus nach Herkunft nur für die untere soziale Schicht durchgeführt wird, (ESU 2001-2009) ist zwar der niedrigste Anteil an Übergewichtigen bei den deutschen Schulanfängern zu finden, aber die Unterschiede nach Herkunft fallen nicht so stark auf. Der höchste Anteil an adipösen Kindern liegt weiterhin bei den türkischen Schulanfängern, aber wenn nur die untere soziale Schicht analysiert wird, fallen auch die Kinder aus westlichen Industriestaaten mit höheren Anteilen von Adipositas und mäßigem Übergewicht auf. Die höheren Anteile von Übergewicht und Adipositas bei Kindern türkischer Herkunft wurden sowohl in den Auswertungen der KiGGS-Untersuchung des Robert-Koch-Instituts als auch in den Auswertungen der Berliner Schuleingangsuntersuchung festgestellt.

### *Mundgesundheit*

Durch die Verknüpfung der Daten der Schuleingangsuntersuchung mit den zahnärztlichen Daten der gleichen Kinder im Bezirk Mitte konnten eine Reihe von bislang neuen Wirkungsfaktoren analysiert werden. Neben Korrelationen mit der sozialen Lage der Familie, dem Fernsehkonsum des Kindes sowie dem Besuch einer vorschulischen Einrichtung wurde auch der Einfluss der ethnischen Herkunft der Kinder auf die Prävalenz von Karies überprüft. Anhand der verknüpften Daten aus mehreren Einschulungsjahrgängen (N = 6635) wurden in diesem Bericht neue Ergebnisse zum Vorkommen von Karies bei den bezirklichen Schülern präsentiert.

Bei den Kindern in der Untersuchungsgruppe fielen insgesamt ein starker sozialer Gradient sowie die etwas niedrigeren durchschnittlichen dmf/t-Werte der untersuchten Mädchen auf. Nach Herkunft betrachtet, zeigten sich deutlich erhöhte Werte bei den Kindern aus Osteuropa sowie bei den türkischen Kindern und den Kindern aus „sonstigen Staaten“. In der Auswertung nach Herkunft und sozialer Schicht stellte sich heraus, dass insbesondere die Zähne von Kindern, die aus Ländern des ehemaligen Ostblocks stammen, wesentlich häufiger von Karies befallen sind (in der unteren sozialen Schicht: dmf/t = 5,7) als die von Kindern anderer Herkunftsgruppen (dmf/t höchstens 4,1). Interessant ist ebenfalls, dass die türkischen Kinder in der unteren sozialen Schicht etwas besser als die deutschen Kinder abschnitten. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass insbesondere bei den Kindern osteuropäischer Herkunft ein eigenständiger Einfluss der ethnischen Herkunft vorliegen könnte, der u.U. bei der Zahnhygiene bzw. bei den Essensgewohnheiten zu finden wäre.

Im Kontext dieses Berichtes wurden zwei weitere relevante Faktoren, der Fernsehkonsum und der Kitabesuch, analysiert. Da beide Faktoren je nach Migrationshintergrund unterschiedlich ausgeprägt sind, könnten sie mit einer Rolle spielen, um die oben dargestellten Unterschiede zu erklären. Wenn man die gesamte Altersgruppe betrachtet, so gibt es eine deutliche Korrelation zwischen der täglichen Fernsehzeit und dem Vorhandensein von naturgesunden Zähnen: Je länger die Kinder pro Tag ferngesehen haben, desto niedriger der Anteil an Kindern mit naturgesunden Zähnen. Wenn nur die Gruppe der Kinder aus der unteren sozialen Schicht betrachtet wird (N = 3134), ist der Gradient beim Zahnstatus nach Fernsehdauer nicht so deutlich wie in der gesamten Untersuchungsgruppe, aber der Effekt des steigenden Fernsehkonsums auf die Mundgesundheit ist dennoch bemerkbar.

Beim Einflussfaktor „Kindertagesstätte“ zeigte sich eine sehr deutliche Korrelation zwischen der Dauer des Besuches und der Prävalenz von Karies: Je länger eine vorschulische Einrichtung vor der Einschulungsuntersuchung besucht wurde, desto höher der Anteil der Kinder mit naturgesunden Zähnen. Besonders eklatant ist der Unterschied im Zahnstatus zwischen den Kindern gänzlich ohne Kitabesuch und den Kindern, die mehr als 4 Jahre die Kindertagesstätte besucht haben. Verfüigten 40,1% der Kinder aus der zweiten Gruppe über naturgesunden Zähne, so sind es bei den Kindern ohne Kitabesuch nur 18% – somit weniger als die Hälfte.

## 6.2 Gesundheit von Jugendlichen mit Migrationshintergrund

Die Datenlage in Bezug auf die gesundheitliche Situation von Jugendlichen – insbesondere mit Berücksichtigung eines möglichen Migrationshintergrundes – ist nicht ganz so gut wie die im Kindesalter. Die bundesweit repräsentative KiGGS-Studie lieferte schlaglichtartig Erkenntnisse über die Gesundheit von Jugendlichen in Deutschland, auch differenziert nach sozialer Lage und Migrationshintergrund. Durch die WHO wurde die HBSC-Studie<sup>33</sup> initiiert, die seit 1982 in vierjährigen Abständen ebenfalls präventionsrelevante Daten für Jugendliche bereitstellt – sie war in den letzten Erhebungsphasen nur auf Landesebene in Berlin repräsentativ (vgl. Bettge et al. 2008). An der letzten Erhebung (2010) war das Land Berlin nicht mehr beteiligt.

Um fundierte Erkenntnisse zur Jugendgesundheit für die GBE auf kommunaler bzw. bezirklicher Ebene zu erhalten, müssen eigene Erhebungen durchgeführt werden. Aus diesem Grund werden seit dem Schuljahr 2000/2001 in Berlin-Mitte die Ergebnisse der Untersuchung nach dem Arbeitsschutzgesetz (JAG) dokumentiert. Neben der Feststellung eventueller Einschränkungen zur künftigen beruflichen Tätigkeit werden auch präventionsrelevante Informationen erhoben, z.B. Gewichtsstatus, Raucherstatus und Impfstatus. Im Folgenden werden in erster Linie aktuelle Ergebnisse der JAG-Auswertung im Bezirk Mitte für die Schuljahre 2007/2008 und 2008/2009 präsentiert. Punktuell werden auch Ergebnisse aus den KiGGS und HBSC-Untersuchungen eingebracht.

### *Jugendarbeitsschutzgesetzuntersuchung*

Die sogenannte „Schulentlassungsuntersuchung“ ist eine gesundheitliche Untersuchung der Schüler der zehnten Klasse, die in erster Linie auf die Feststellung der Berufstauglichkeit nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG) abzielt. Obligatorisch ist die Untersuchung demnach für die Schüler, die anschließend von der Schule abgehen und eine berufliche Ausbildung beginnen (bislang: Hauptschüler und Realschüler). Hierbei spielen gesundheitliche Einschränkungen, die eine eventuelle Berufswahl erschweren würden (Allergien, orthopädische Probleme, usw.), eine besondere Rolle. In Berlin wird diese Untersuchung in 6 von 12 Bezirken im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) durchgeführt. Bei Abgabe an niedergelassene Ärzte liegen keinerlei Daten mehr zur Jugendgesundheit vor.

Die Schulentlassungsuntersuchung wird in Mitte jährlich durchgeführt – die Ergebnisse werden neben der Feststellung von Tätigkeitseinschränkungen auch für individualmedizinische Prävention verwendet, z.B. für Überweisungen an Ärzte. Im Bezirk Mitte wird diese Untersuchung nicht nur für die Individual-Prophylaxe genutzt, sondern auch, um gesundheitsrelevante Daten für die Gesundheitsberichterstattung (GBE) zu erheben. Die Dokumentation und

<sup>33</sup> Health Behaviour in School Aged Children

die Auswertung dieser Untersuchung stellen jedoch die letzte Möglichkeit dar, nach der Schuleingangsuntersuchung gesundheitliche Daten für nahezu einen ganzen Jahrgang zu erhalten. Viele präventionsrelevante Fragen, z.B. zum Impfschutz, zum Vorkommen von Adipositas sowie zum Rauchverhalten, können nur anhand solcher Daten fundiert angegangen werden.

Bei der Dokumentation der Jugendarbeitsschutzgesetzuntersuchung in Mitte werden auf der einen Seite gesundheitsbezogene Sachverhalte wie der Impfstatus, das Gewicht und die Größe, das Rauchverhalten sowie Tätigkeitseinschränkungen nach dem JArbSchG festgehalten. Darüber hinaus werden analog zur Schuleingangsuntersuchung freiwillige Informationen zur sozialen Lage (Bildung und Erwerbstätigkeit der Eltern) und zum eventuellen Migrationshintergrund der Familien erhoben. Hierdurch können diese Ergebnisse epidemiologisch ausgewertet werden, um besondere Risikogruppen gezielt auszumachen (vgl. BA Mitte 2003). Bei der JAG-Untersuchung im Jahr 2007 wurde außerdem eine Sondererhebung zum Suchtverhalten der Jugendlichen durchgeführt (vgl. Röpke-Baysal 2009, Brünger 2010).

### *Zusammensetzung der Untersuchungsgruppe*

Die hier vorgestellten Ergebnisse stammen aus der Auswertung der Ergebnisse der JAG-Untersuchung im Bezirk Mitte für die Schuljahre 2008/2009 und 2009/2010. Angesichts der Tatsache, dass nur die Schulabgänger der Haupt- und Realschulen untersucht werden, ist die Untersuchungsgruppe nicht repräsentativ für die gesamte Altersgruppe im Bezirk.<sup>34</sup> Da die in der Untersuchungsgruppe überproportional vertretene Herkunftsgruppe (türkisch) und soziale Schicht (untere) jedoch sehr stark unter den Jugendlichen im Bezirk vertreten sind, können gleichwohl präventionsrelevante Erkenntnisse aus der Analyse gewonnen werden.

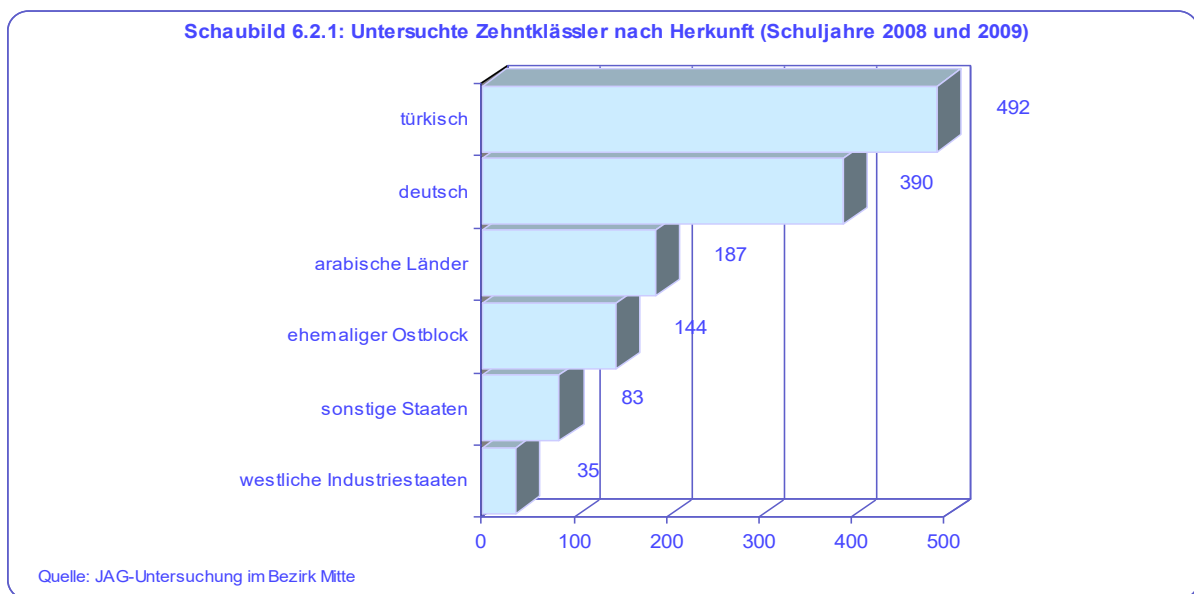


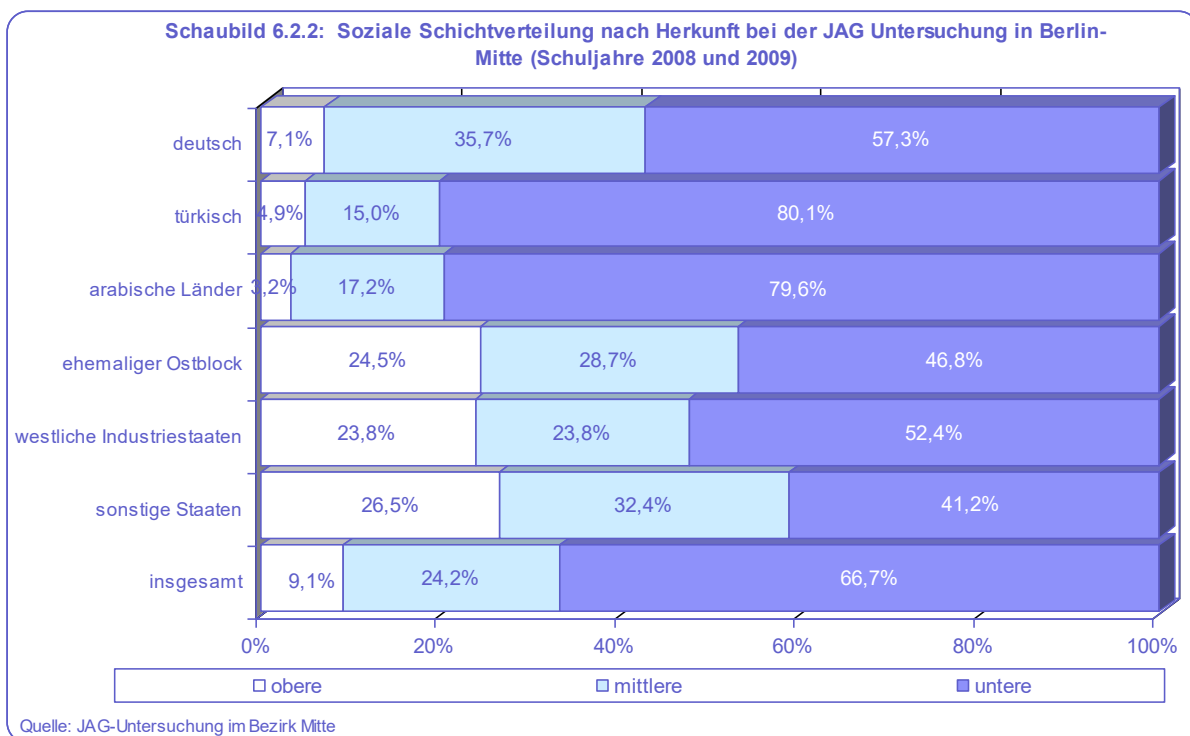
Schaubild 6.2.1 zeigt die Zusammensetzung der Untersuchungsgruppe nach Herkunft. Insgesamt liegen im Bezirk Mitte für diese Schuljahre Daten für 1333 Schüler vor. Hiervon sind fast 500 (37%) türkischer Herkunft. Die zweitgrößte Herkunftsgruppe sind die deutschen Zehntklässler (390), gefolgt von den Oberschülern aus arabischen Ländern (187), aus dem

<sup>34</sup> Durch die Reduktion auf diese zwei Schulzweige ergibt sich eine relativ starke Selektion nach Herkunft (vgl. Schaubild 5.2.1) und sozialer Lage (vgl. Schaubild 5.2.2). Aus diesem Grund müssen die Vergleiche nach Herkunft und sozialer Lage mit Vorsicht interpretiert werden.

ehemaligen Ostblock (144) und aus westlichen Industriestaaten (35). Der Sammelgruppe „sonstige Staaten“ gehören 83 Schülern an.

Die hohe Anzahl an türkischen Zehntklässlern in der Untersuchungsgruppe erklärt sich durch den großen Anteil an Menschen türkischer Herkunft im Bezirk (vgl. Schaubild 2.7) sowie durch die untersuchten Schultypen. In den nachfolgenden Auswertungen nach Herkunft muss auch die Größe der jeweiligen Herkunftsgruppe berücksichtigt werden. Hierbei gibt es nur in den vier größten Herkunftsgruppen (deutsch, türkisch, arabische Länder und ehem. Ostblock) genug Schüler für gesicherte Vergleiche.

Schaubild 6.2.2 zeigt die soziale Schichtverteilung in der Untersuchungsgruppe nach Herkunft. Wie bei der Schichtverteilung in der Schuleingangsuntersuchung (vgl. Schaubild 3.16) gibt es fast keine (< 5%) untersuchten Jugendlichen türkischer und arabischer Herkunft in der oberen sozialen Schicht und sehr viele Angehörige der unteren sozialen Schicht (ca. 80%). Im Gegensatz zur ESU-Schichtverteilung gibt es ebenfalls sehr wenige deutsche Untersuchte in der oberen sozialen Schicht (7,1% im Vergleich zu 46,8%). Dies ist mit Sicherheit auf die untersuchten Schultypen zurückzuführen. Insgesamt gehören lediglich 9,1% der untersuchten Zehntklässler der oberen sozialen Schicht an, während zwei Drittel zur unteren sozialen Schicht gehören.



Im Folgenden werden einige Ergebnisse der JAG-Untersuchung im Bezirk Mitte vorgestellt. Dadurch, dass Angaben zum Geschlecht bei allen, zum Migrationshintergrund bei den meisten und zur sozialen Lage bei einem Teil der Untersuchten vorliegen, kann dementsprechend ausgewertet werden.

### 6.2.1 Übergewicht und Adipositas im Jugendalter

Der Gewichtsstatus von Jugendlichen wird durch eine Reihe von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst, u.a. durch die Ernährung, durch das Bewegungsverhalten, durch die soziale Lage sowie durch eventuelle genetisch bedingte Veranlagungen. Bei den anderen Altersgruppen,



die in diesem Bericht analysiert werden, z.B. bei den Schulanfängern (vgl. Schaubilder 6.1.9 und 6.1.10), den Eltern der Schulanfänger (vgl. Schaubild 6.3.6) sowie älteren Menschen (vgl. BA Mitte 2010, S. 20) spielt auch die ethnische Herkunft, insbesondere die türkische oder arabische Herkunft, eine Rolle bei der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in der jeweiligen Population. Zum Teil geht dies mit der Schichtzugehörigkeit der überwiegenden Mehrheit der türkischen sowie arabischen Bevölkerung im Bezirk einher, zum Teil zeigt sich dieser Einfluss auch unabhängig davon.

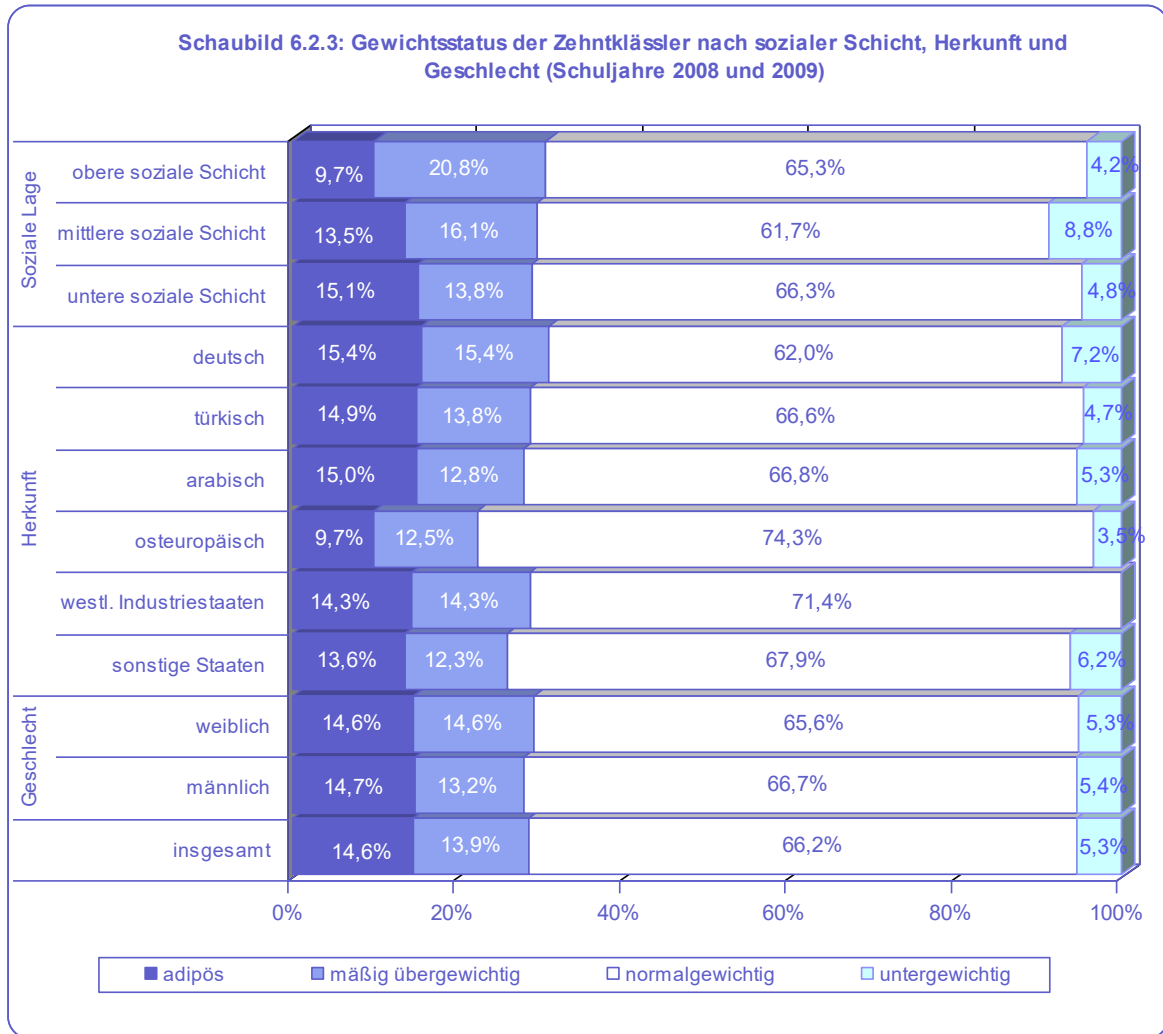


Schaubild 6.2.3 zeigt den Gewichtsstatus der untersuchten Jugendlichen nach sozialer Schicht, Herkunft und Geschlecht. Wenn nur nach der Stärke des Anteils der Adipösen gegangen wird, gibt es hier – wie in den anderen Altersgruppen – einen sozialen Gradienten bei den Zehntklässlern. Im Gegensatz zur Situation in anderen Altersgruppen sehen wir in der – numerisch kleinen<sup>35</sup> – oberen sozialen Schicht einen hohen Anteil von mäßig Übergewichtigen. Die Auswertung nach Herkunft ergibt eine relativ gleichmäßige Verteilung. Beim Vorkommen von Adipositas gibt es – bis auf eine deutlich bessere Stellung der Jugendlichen osteuropäischer Herkunft – keine nennenswerten Unterschiede zwischen den größeren Herkunftsgruppen. Die Zehntklässler deutscher Herkunft führen sogar leicht – ebenfalls beim Anteil der

<sup>35</sup> Insgesamt liegen Daten zur sozialen Lage für 802 Zehntklässler vor. Hiervon gehören 72 der oberen, 193 der mittleren und 537 der unteren sozialen Schicht an. Ca. 40% der Eltern füllten den freiwilligen Zusatzbogen, mit Angaben u.a. zur sozialen Lage, nicht aus.

mäßig Übergewichtigen. In dieser Altersgruppe gibt es wenig Unterschied zwischen den Geschlechtern.

Der im Vergleich zu den Schulanfängern nur leichte soziale Gradient sowie die eher gleichmäßige Verteilung von Adipositas und Übergewicht nach Herkunft könnten durch die eingangs beschriebene negative soziale Auswahl in der Untersuchungsgruppe (Es fehlten die Abiturienten.) verursacht worden sein – mit starker Vertretung von Jugendlichen aus der unteren sozialen Schicht. Aber auch in der Auswertung der KiGGS-Untersuchung wurde festgestellt, dass im Gegensatz zu den Kindern Jugendliche mit MH nicht überproportional vom Übergewicht betroffen zu sein scheinen (vgl. Schenk et al. 2008, S. 58). Möglicherweise finden im Jugendalter Angleichungseffekte zwischen den Herkunftsgruppen durch den gemeinsamen Schulbesuch statt. Die Tatsache, dass in unseren Untersuchungen im Erwachsenenalter (vgl. S. 115 ff.) bzw. im hohen Alter (vgl. S. 140 ff.) signifikante Unterschiede im Gewichtsstatus nach Herkunft wieder offenbar werden, deuten an, dass diese Effekte nur kurzlebig sind.

### **6.2.2 Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen im Jugendalter**

Nicht nur im Kindesalter gibt es Vorsorgeangebote der gesetzlichen Krankenkasse für alle Versicherten, die jedoch unterschiedlich in Anspruchnahme genommen werden – je nach sozialer Schicht und Migrationshintergrund. Bei der Jugendarbeitsschutzgesetzuntersuchung im Bezirk Mitte werden die Eltern dazu aufgefordert, den Impfpass zur Überprüfung mitzugeben. Darüber hinaus wird im (freiwilligen) Elternfragebogen danach gefragt, ob die untersuchten Zehntklässler die Vorsorgeuntersuchung J1 (mit 13 Jahren) in Anspruch genommen haben. Hierdurch können in diesem Abschnitt bezirkliche Ergebnisse zum Durchimpfungsgrad sowie zur Inanspruchnahme der J1 Untersuchung nach sozialer Schicht, Herkunft und Geschlecht vorgestellt werden.

#### *Inanspruchnahme von Impfungen im Jugendalter*

Im Gegensatz zur Situation bei den Schulanfängern (vgl. Abschnitt 6.1.3, S. 82 ff.) sind Durchimpfungsraten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, insbesondere mit Migrationshintergrund oftmals unzureichend. Trotz der Tatsache, dass die Kosten für die von der ständigen Impfkommision der Bundesrepublik (STIKO) empfohlenen Impfungen bis zum Alter von 18 Jahren von den gesetzlichen Krankenkassen getragen werden, gibt es immer noch große Defizite in diesem Bereich (vgl. Poethko-Müller et al., S. 858). Es fehlen insbesondere die sogenannten Auffrischimpfungen zwischen dem 9. und 17. Lebensjahr, da viele Jugendliche sich nicht mehr als „Kinder“ empfinden und deshalb oft den Kontakt zu Kinderärzten abbrechen bzw. einen Allgemeinarzt nur in Fällen akuter Erkrankungen aufsuchen. Hierdurch entstehen – auch bei Impfungen gegen gefährliche Krankheiten – erhebliche Impflücken.

Da es in der Regel keine Möglichkeit gibt, den Impfstatus in dieser Altersgruppe systematisch zu erheben, kann das Ausmaß der Impflücken bei Jugendlichen normalerweise nur durch aufwändige Impfkationen in der Schule bzw. durch Querschnittserhebungen wie KiGGS erfasst werden. Aus diesem Grund wird der Impfpass bei der Jugendarbeitsschutzgesetzuntersuchung in Mitte überprüft. Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser Überprüfung in den Schuljahren 2008 und 2009 exemplarisch anhand der Impfungen gegen Tetanus, Masern und Hepatitis B dargestellt.

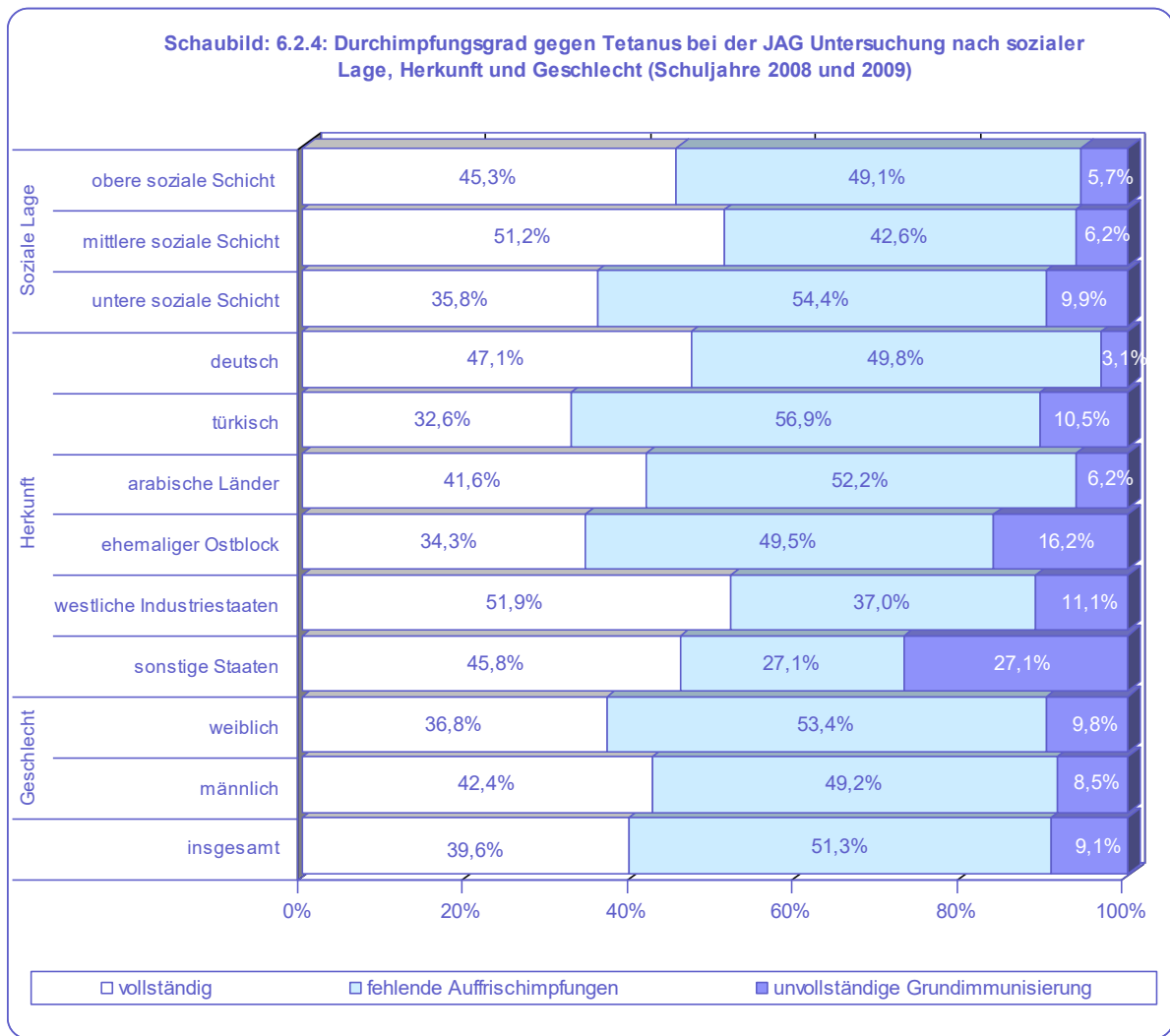
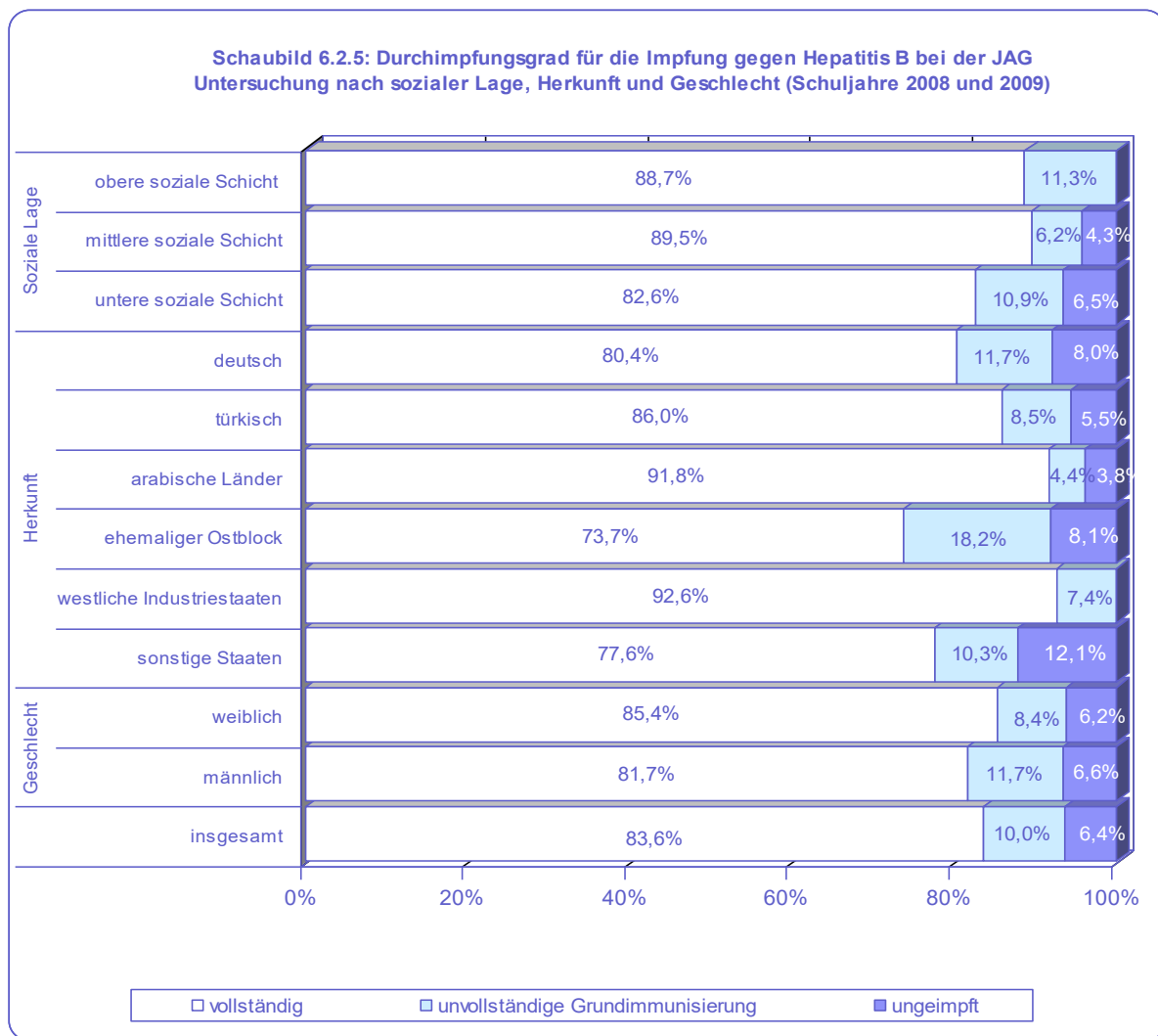


Schaubild 6.2.4 zeigt den Durchimpfungsgrad der untersuchten Zehntklässler gegen Tetanus nach sozialer Schicht, Herkunft und Geschlecht. Hier ist insgesamt das Durchimpfungsniveau wesentlich niedriger als bei den Schulanfängern. Obgleich es keine gänzlich ungeimpften Jugendlichen gab, gibt es größere Anteile von Untersuchten mit fehlenden Auffrischimpfungen bzw. mit einer unvollständigen Grundimmunisierung. Anders als bei den Schulanfängern gibt es einen sozialen Gradienten beim Anteil der Jugendlichen mit einer unvollständigen Grundimmunisierung. Außerdem finden sich die größten Anteile der vollständig durchgeimpften Personen in den mittleren und oberen Schichten.

Ebenfalls unterschiedlich zur Situation bei den Schulanfängern ist die Tatsache, dass die deutschen Jugendlichen mit am besten geimpft sind, während insbesondere bei den türkischen Zehntklässler die höchsten Anteile von fehlenden Auffrischimpfungen (56,9%) zu finden sind. **Die bei der Schuleingangsuntersuchung mustergültig geimpfte Herkunftsgruppe wird zur Risikogruppe im Jugendalter.** Anhand der vorliegenden Daten sind die Ursachen für diese Umkehr nicht zu ermitteln. Mit 27,1% ist der Anteil der Untersuchten mit einer unvollständigen Grundimmunisierung in der Sammelgruppe „sonstige Staaten“ erschreckend hoch. Interessant ist, dass die männlichen Jugendlichen um einiges besser durchgeimpft sind als die weiblichen. Dies könnte dadurch kommen, dass eine Tetanusimpfung oft nach einer Verletzung bei offener Wunde mit Verunreinigung prophylaktisch verabreicht wird, zumal wenn Ansteckungsgefahr besteht. Solche Verletzungen kommen häufiger bei männlichen als bei weiblichen Jugendlichen vor (vgl. Elsässer 2007).



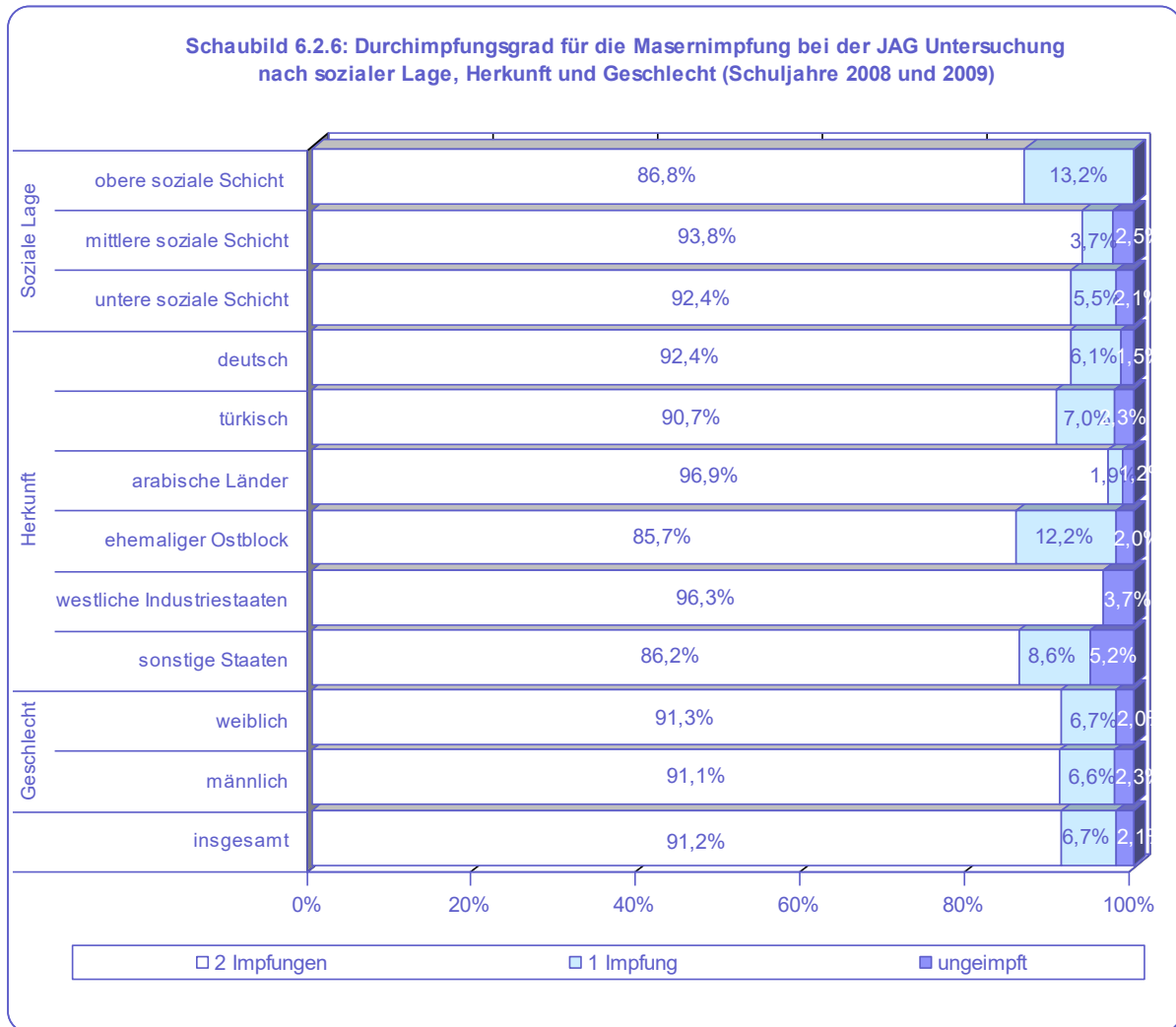
Im Schaubild 6.2.5 wird der Durchimpfungsgrad der untersuchten Zehntklässler gegen Hepatitis B abgebildet. Wie bei der Impfung gegen Tetanus sind die Schüler aus der mittleren etwas besser als die aus der oberen sozialen Schicht geimpft. Im Unterschied zur Situation bei Tetanus weisen die arabischen und türkischen Untersuchten einen deutlich höheren Durchimpfungsgrad als die deutschen auf. Insbesondere die Zehntklässler aus dem ehemaligen Ostblock stechen durch einen schlechteren Durchimpfungsgrad hervor. Im Gegensatz zur Situation bei der Tetanus-Impfung stehen die Schülerinnen etwas besser da als die Schüler.

Die im Vergleich zur Tetanus-Impfung unterschiedliche Inanspruchnahme des Schutzes gegen Hepatitis B je nach Herkunftsgruppe korrespondiert ungefähr mit der Situation bei den Schulanfängern. Dabei waren Schulanfänger deutscher Herkunft deutlich seltener geimpft als die türkischen und arabischen (vgl. Schaubild 6.1.7). Insgesamt könnte dieses Durchimpfungsmuster auf das Phänomen der selektiven Impfskepsis bei deutschen Eltern hindeuten, die auch bei den Kleinkindern zu sehen war. Da jedoch die Impfung gegen Hepatitis B noch relativ „neu“ von der STIKO empfohlen worden ist, könnte der fehlende Impfschutz auch durch Unkenntnis bzw. Nachlässigkeit verursacht sein.

Bei der Impfung gegen Masern (Schaubild 6.2.6) finden wir ebenfalls eine ungewöhnliche Verteilung des Durchimpfungsgrades nach sozialer Schicht und Herkunft vor. Auffallend hierbei ist, dass es im Unterschied zu dieser Impfung bei den Schulanfängern nur wenige Anzeichen für Impfskepsis gab. Während der höchste Anteil an Untersuchten mit den zwei von

der STIKO empfohlenen Impfungen in der mittleren sozialen Schicht zu finden ist, gibt es keine ungeimpften Jugendlichen in der oberen Schicht.

Nach Herkunft betrachtet, sind die Unterschiede in den Durchimpfungsraten ebenfalls ungewöhnlich. Hier stechen die arabischen Jugendlichen mit einem hohen Durchimpfungsgrad hervor, während die osteuropäischen und türkischen Zehntklässler schlechter als die deutschen ausfallen – ganz im Gegensatz zur Verteilung bei den Schulanfängern. Dabei unterscheiden sich die beiden Geschlechter so gut wie gar nicht.



Angesichts des Ausmaßes der Impflücken im Jugendalter bleibt die Frage offen, wie man Jugendliche für gezielte Impfprävention erreichen kann. Bei Impfkampagnen in der Schule gibt es das Problem, dass dort in der Regel nur die Impfpässe überprüft werden. Die Eltern der betroffenen Jugendlichen bekommen eine schriftliche Benachrichtigung, dass es Impflücken gibt – sie sind aber auch dafür verantwortlich zuzusehen, dass diese Lücken geschlossen werden. Zur Untersuchung werden die betroffenen Jugendlichen in kleinen Gruppen in den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst einbestellt.

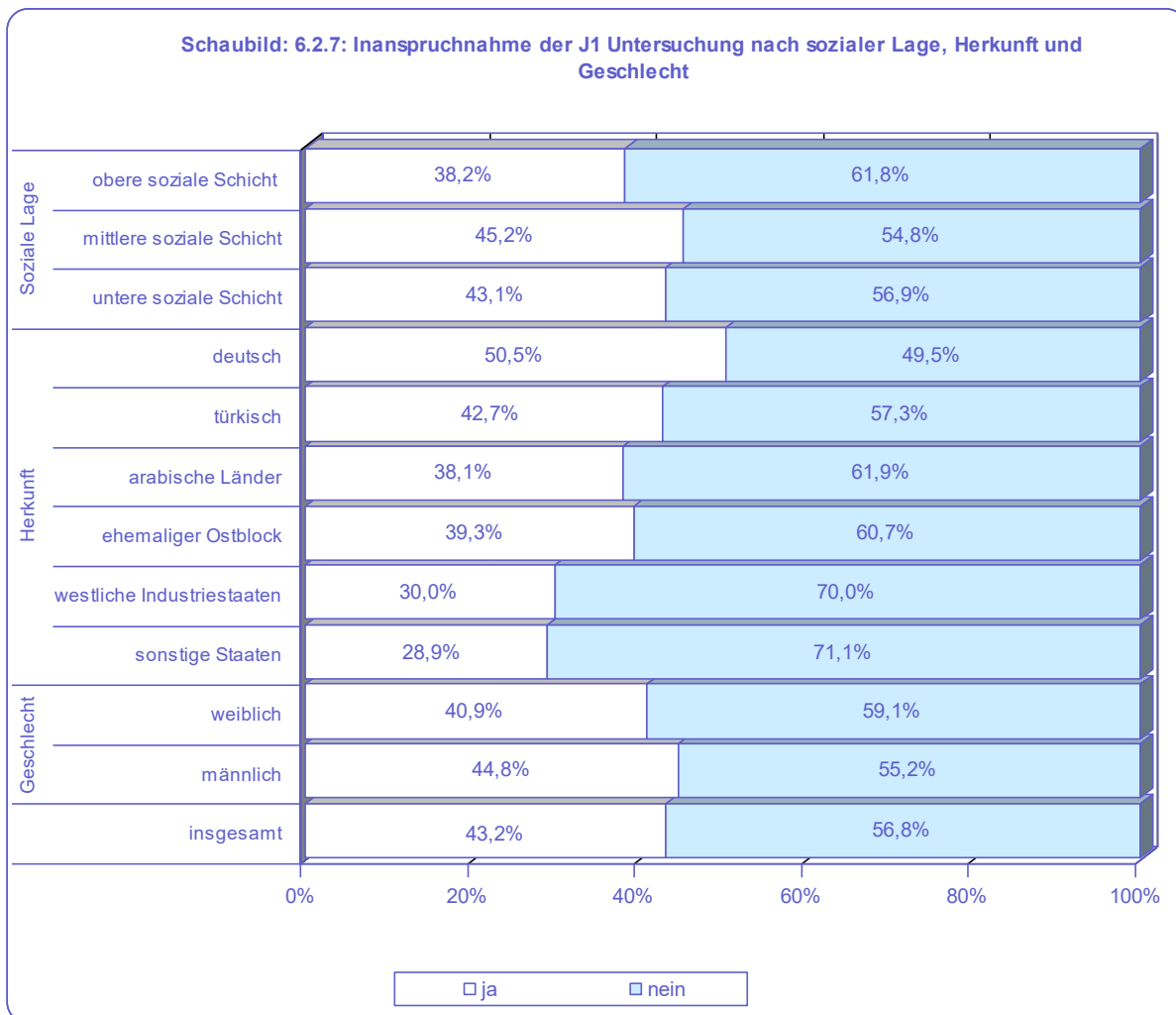
Aus diesem Grund nutzt das Bezirksamt Mitte die Untersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz offensiv als Gelegenheit für die sozialkompensatorische Komplettierung des Impfschutzes der untersuchten Jugendlichen. Da dies i.d.R. ohne die vorher erteilte Zustimmung der Eltern nicht möglich ist, werden die Eltern im Vorfeld der Untersuchung dazu auf-

gefordert, hierfür eine Einverständniserklärung zu unterschreiben. Dieses Angebot der sofortigen Schließung eventuell vorhandener Impflücken verhindert, dass insbesondere Jugendliche aus sozial schwachen Elternhäusern den Weg zum niedergelassenen Arzt nicht finden.

**Die Auswertung des Impfstatus zeigt, dass nach den neuesten STIKO-Empfehlungen fast alle untersuchten Jugendlichen Impflücken hatten.** Die Statistik der bei der JAG Untersuchung durchgeführten Impfungen zeigt, dass insgesamt ungefähr ein Viertel der untersuchten Schüler das Angebot des KJGD zur Lückenschließung nutzten. Eine Analyse dieser Gruppe bestätigt die sozialkompensatorischen Aspekte des Impfens im Rahmen der Jugendarbeitsschutzgesetzuntersuchung: Über die Hälfte der Jugendlichen, die bei der Untersuchung geimpft wurden, hatten einen Migrationshintergrund, 70% kamen aus der unteren Schicht.

*Inanspruchnahme der J1 Untersuchung*

Analog zu den U-Untersuchungen bieten die gesetzlichen Krankenkassen auch im Jugendalter Vorsorgeuntersuchungen an. Schaubild 6.2.7 zeigt die Inanspruchnahme der J1-Untersuchung bei den untersuchten Zehntklässlern nach sozialer Schicht, Herkunft und Geschlecht.



Insgesamt gaben 43,3% der Befragten an, die J1 Untersuchung absolviert zu haben. Dies korrespondiert relativ gut mit den Ergebnissen der KiGGS-Studie, die eine Inanspruchnahmerate von 37,5% in ganz Deutschland festgestellt hat (vgl. RKI, 2008a). Nach sozialer Schicht be-

trachtet, wird die J1 Untersuchung am ehesten von der mittleren sozialen Schicht (45,2%) gefolgt von der unteren (43,1%) und zuletzt von der oberen Schicht (38,2%) angenommen. Diese Reihenfolge mit kleineren Abständen zwischen den Gruppen wurde auch in der KiGGS-Studie festgestellt (ebd.).

Nach Herkunft betrachtet, nahmen die Jugendlichen deutscher Herkunft (50,5%) die J1-Untersuchung deutlich häufiger als die türkischen (42,7%), arabischen (38,1%) oder osteuropäischen Zehntklässler in Anspruch. Ähnliche Unterschiede in der Inanspruchnahme der J1 zwischen deutschen Jugendlichen und Jugendlichen mit Migrationshintergrund ergaben sich auch aus der KiGGS-Studie (ebd.). Im Gegensatz zur KiGGS-Studie nahmen männliche (44,8%) Schüler die J1-Untersuchung häufiger als die weiblichen Untersuchten (40,9%) in Anspruch.

### 6.2.3 Risikoverhalten im Jugendalter

Das Jugendalter ist eine Zeit des Ausprobierens und des Testens von Grenzen. Hier machen künftige Erwachsene ihre ersten Erfahrungen mit eigenen Entscheidungen, die u.U. nicht konform mit der elterlichen Meinung sind. In dieser Lebensphase werden die ersten Erfahrungen mit Rauchen, Trinken und illegalen Drogen gemacht. Dies ist ganz normal. Bei der Prävention in dieser Altersgruppe geht es in erster Linie darum, dass sich aus dem Ausprobieren nicht ein regelmäßiger bzw. ungesteuerter Konsum entwickelt. Im Gegensatz zur Situation bei vielen anderen gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen erweist sich hier der Migrationshintergrund hinsichtlich verschiedener Risikoverhaltensweisen als gesundheitsförderlich.

#### *Rauchen*

Der Schwerpunkt aller Präventionsarbeit beim Rauchen liegt bei der Verhinderung des Beginns im Jugendalter. Angesichts der Tatsache, dass Verhaltensweisen, die in der Kindheit und im Jugendalter herausgebildet werden, meist prägend für das Leben sind, scheint diese Strategie sinnvoll. Konsens ist jedoch, dass z.B. Kampagnen bzw. Werbung gegen das Rauchen nicht nur auf Jugendliche abzielen dürfen, da diese sich vielfach schon mit der Erwachsenenwelt identifizieren.

Nach einer repräsentativen Befragung von Jugendlichen zum Drogenkonsum durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Jahre 2008 geht der Anteil der rauchenden Jugendlichen seit 2001 kontinuierlich zurück. Laut dieser Befragung ging bundesweit die Raucherquote der 12-17jährigen weiblichen Jugendlichen im Zeitraum 2001 bis 2008 von 28% auf 16% und der männlichen Befragten von 27% auf 15% zurück (BZgA 2008, S. 25). Trotz dieser Erfolge bleibt das Präventionsziel die gänzliche Eliminierung des Rauchens im Jugendalter. Etwas getrübt werden diese Zahlen dadurch, dass sich im gleichen Zeitraum das Rauchen von Shisha<sup>36</sup> ausgebreitet hat und dass einige Konsumenten von Shisha sich als Nichtraucher bezeichnen (ebd. S. 34 ff.). In der BZgA-Befragung gab es jedoch keine Angaben zum Rauchverhalten nach Migrationshintergrund.

Bei der Untersuchung nach dem Arbeitsschutzgesetz im Bezirk Mitte wird ebenfalls nach dem Rauchverhalten<sup>37</sup> der Untersuchten gefragt und im freiwilligen Begleitbogen nach dem

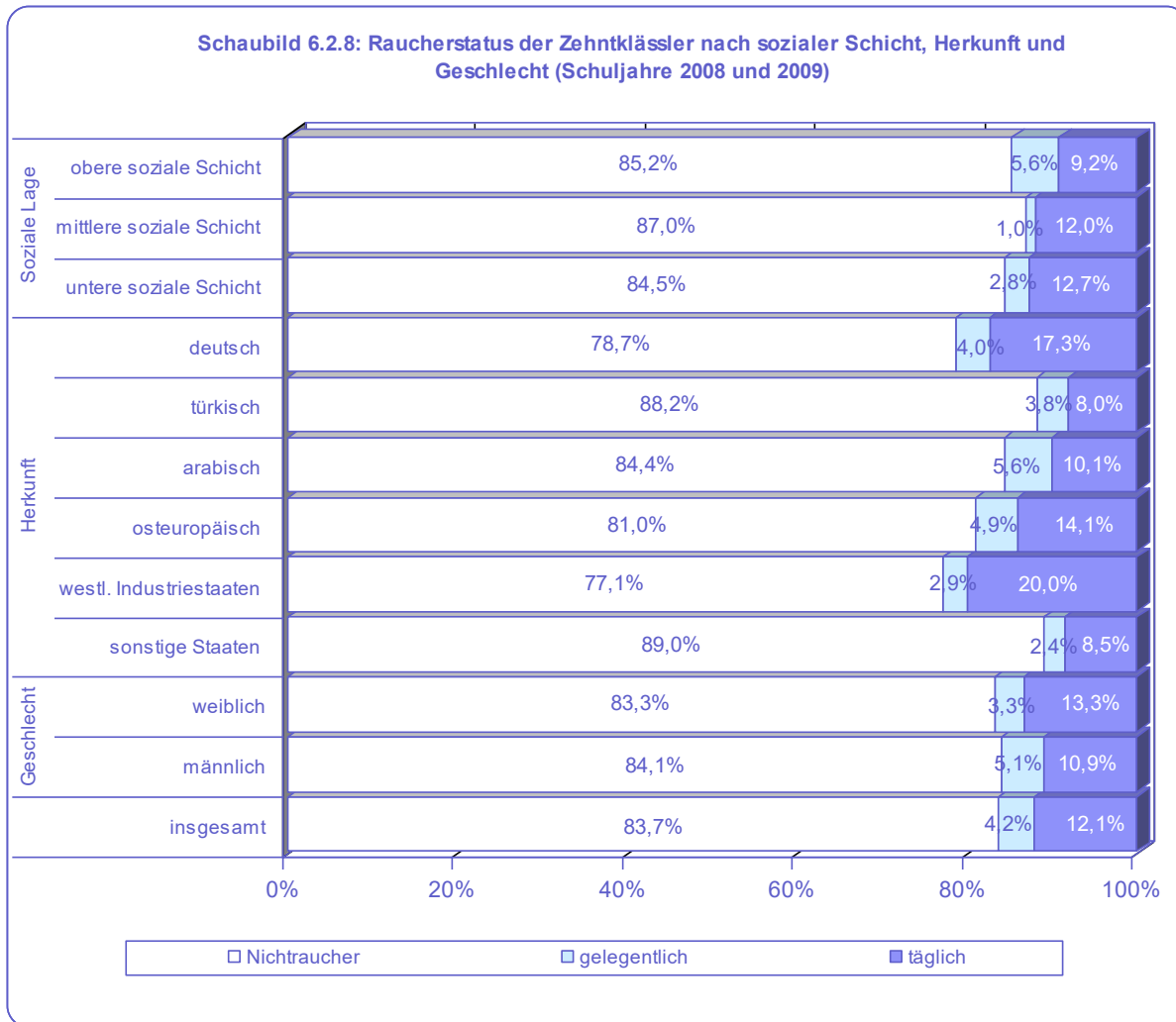
---

<sup>36</sup> eine Wasserpfeife, in der aromatisierter Tabak geraucht wird

<sup>37</sup> Hierbei werden im Fragebogen (der auch von den Eltern ausgefüllt bzw. eingesehen wird) drei Kategorien (Nichtraucher, gelegentlich und täglich) angegeben, wovon eine angekreuzt werden soll.

Rauchverhalten der Eltern. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Auswertung dieser Fragen dargestellt.

Im Schaubild 6.2.8 wird das Rauchverhalten der untersuchten Jugendlichen nach soziodemografischen Merkmalen abgebildet. Insgesamt rauchen nach eigener Angaben ca. 16,3% der Zehntklässler – was sehr gut mit den Angaben der oben vorgestellten BZgA-Befragung korrespondiert<sup>38</sup>. Auch der leichte Vorsprung der Mädchen (16,7%) vor den Jungen (16%) spiegelt sich in den BZgA-Ergebnissen wieder (s. oben).



Auf den ersten Blick fallen die Unterschiede im Rauchverhalten nach Herkunft auf. Insbesondere fällt der wesentlich stärkere Tabakkonsum der deutschen (21,3%) im Vergleich mit den arabischen (15,6%) und türkischen (11,8%) Zehntklässlern auf. Dieses Phänomen wurde bereits in der Auswertung der JAG-Ergebnisse für das Jahr 2001 (vgl. BA Mitte 2003, S. 44) sowie in der zusätzlichen Suchtbefragung im Jahre 2007 (vgl. Brünger 2010, S. 74 ff.) festgestellt. Auf die Frage der Suchtbefragung hin, warum sie nicht rauchen, wählten 25,4% der türkischen und 19% der arabischen Befragten die Antwortmöglichkeit „Weil mein Glaube es

<sup>38</sup> Hierbei gehen wir jedoch von einer Unterrepräsentation des tatsächlichen Konsums durch die Form der Befragung aus. Im Schuljahr 2007 wurde parallel zur JAG-Untersuchung in Mitte auch eine (anonymisierte) zusätzliche Befragung der untersuchten Schüler durchgeführt. Während ca. 10% der befragten Oberschüler sich als tägliche Raucher zu erkennen gab, waren es 25% der Jugendlichen, die sich an der zusätzlichen Befragung beteiligt hatten (vgl. Brünger 2010, S. 79).



verbietet.“ Ein ähnliches Rauchverhalten wird auch bei den Eltern der Schulanfänger beobachtet (vgl. S. 119).

Hinsichtlich der sozialen Lage gibt es nur einen (leichten) sozialen Gradienten bei den täglichen Rauchern. Außerdem gibt es eine vergleichbar große Gruppe der „gelegentlichen“ Raucher in der oberen sozialen Schicht. In anderen Altersgruppen ist der soziale Gradient bei den täglichen Rauchern deutlicher ausgeprägt, so bei den Eltern der Schulanfänger (vgl. S. 119) sowie bei älteren Menschen (vgl. BA Mitte 2010, S. 22). Dadurch, dass die gesamte Untersuchungsgruppe sozial eher im unteren und mittleren Bereich zu orten ist, gibt es außerdem nur eine relativ kleine Befragten-Gruppe in der oberen sozialen Schicht, was auch zufällige Häufungen hervorrufen kann.

Abgesehen von den oben beschriebenen Zusammenhängen zwischen dem Rauchverhalten der Jugendlichen und ihrer sozialen Lage bzw. ihrer Herkunft stellte sich das Rauchen der Eltern als wichtiger Faktor beim Rauchverhalten heraus. Aus der Sozialisationsforschung ist bekannt, dass Eltern eine maßgebliche Rolle bei der Entwicklung des (auch Gesundheits- bzw. Sucht-) Verhaltens ihrer Kinder spielen (Vorbildfunktion). In den JAG-Ergebnissen ist dieser Zusammenhang mehr als eindeutig. Über zweimal so viele Kinder von rauchenden Eltern (16,8%) als von nichtrauchenden Eltern (7,4%) rauchen selbst. Dieser Zusammenhang zeigt sich besonders bei den täglich rauchenden Jugendlichen: Hier sind fast dreimal so viele Eltern Raucher (12,5%) als Nichtraucher (4,1%).

In der Auswertung der Suchtbefragung (2007) wurde dieser Zusammenhang ebenfalls festgestellt (vgl. Brünger 2010, S. 82 ff.). Die stärkste Determinante des Rauchverhaltens der Jugendlichen war jedoch die Haltung der Eltern zum Rauchen: Die Jugendlichen, deren Eltern das Rauchen erlaubt haben, rauchten deutlich häufiger als die Jugendlichen, deren Eltern das Rauchen verboten haben (vgl. Brünger 2010, S. 92).

#### **6.2.4 Zusammenfassung – Jugendliche**

Um fundierte Erkenntnisse zur Jugendgesundheit für die GBE zu erhalten, werden seit dem Schuljahr 2000/2001 in Berlin-Mitte die Ergebnisse der Untersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (JAG) dokumentiert. In diesem Abschnitt wurden aktuelle Ergebnisse der JAG-Auswertung im Bezirk Mitte für die Schuljahre 2007/2008 und 2008/2009 präsentiert.

Da nur die Schulabgänger der Haupt- und Realschulen untersucht werden, ist die Untersuchungsgruppe nicht repräsentativ für die gesamte Altersgruppe im Bezirk. Insbesondere die türkische Herkunftsgruppe und die untere soziale Schicht sind in der Untersuchungsgruppe überproportional vertreten. Da diese Gruppen jedoch einen großen Anteil unter den Jugendlichen im Bezirk ausmachen, können gleichwohl präventionsrelevante Erkenntnisse aus der Analyse gewonnen werden.

##### *Übergewicht und Adipositas*

In den anderen Altersgruppen, die in diesem Bericht analysiert wurden, z.B. bei den Schulanfängern, bei den Eltern der Schulanfänger sowie bei älteren Menschen, spielt die ethnische Herkunft, insbesondere die türkische oder arabische Herkunft, eine Rolle bei der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in der jeweiligen Population. Zum Teil geht dies mit der Schichtzugehörigkeit der überwiegenden Mehrheit der türkischen sowie arabischen Bevölkerung im Bezirk einher, zum Teil zeigt sich dieser Einfluss auch unabhängig davon. Bei den Jugendlichen in unserer Untersuchungsgruppe scheint dies jedoch nicht der Fall zu sein.

Wenn nur der Adipösenanteil betrachtet wird, gibt es – wie in den anderen Altersgruppen – auch einen sozialen Gradienten bei den Zehntklässlern. Im Gegensatz zur Situation in anderen Altersgruppen sehen wir in der – numerisch kleinen – oberen sozialen Schicht einen hohen Anteil von mäßig Übergewichtigen. Die Auswertung nach Herkunft ergibt eine relativ gleichmäßige Verteilung. Beim Vorkommen von Adipositas gibt es – bis auf eine deutlich bessere Stellung der Jugendlichen ost-europäischer Herkunft – keine nennenswerten Unterschiede zwischen den größeren Herkunftsgruppen. Die Zehntklässler deutscher Herkunft führen sogar leicht – ebenfalls beim Anteil der mäßig Übergewichtigen. In dieser Altersgruppe gibt es wenig Unterschied zwischen den Geschlechtern.

#### *Inanspruchnahme von Impfungen*

Beim Durchimpfungsgrad der untersuchten Zehntklässler gegen Tetanus ist das Durchimpfungsniveau insgesamt wesentlich niedriger als bei den Schulanfängern. Anders als bei den Schulanfängern gibt es einen sozialen Gradienten beim Anteil der Jugendlichen mit einer unvollständigen Grundimmunisierung. Außerdem finden sich die größten Anteile der vollständig durchgeimpften Personen in den mittleren und oberen Schichten. Ebenfalls unterschiedlich zur Situation bei den Schulanfängern ist die Tatsache, dass die deutschen Jugendlichen mit am besten geimpft sind, während insbesondere bei den türkischen Zehntklässler die höchsten Anteile von fehlenden Auffrischimpfungen (56,9%) zu finden sind.

Hinsichtlich des Durchimpfungsgrads gegen Hepatitis B sind die Schüler aus der mittleren etwas besser als die aus der oberen sozialen Schicht geimpft. Im Unterschied zur Situation bei Tetanus weisen die arabischen und türkischen Untersuchten einen deutlich höheren Durchimpfungsgrad als die deutschen auf. Insbesondere die Zehntklässler aus dem ehemaligen Ostblock stechen durch einen schlechteren Durchimpfungsgrad hervor. Im Gegensatz zur Situation bei der Tetanus-Impfung stehen die Schülerinnen etwas besser da als die Schüler.

Bei der Impfung gegen Masern fiel auf, dass es im Unterschied zur Situation bei den Schulanfängern nur wenige Anzeichen für Impfskepsis gab. Während der höchste Anteil an Untersuchten mit den zwei von der STIKO empfohlenen Impfungen in der mittleren sozialen Schicht zu finden war, gab es keine ungeimpften Jugendlichen in der oberen Schicht. Nach Herkunft betrachtet, weisen die arabischen Jugendlichen einen hohen Durchimpfungsgrad auf, während die osteuropäischen und türkischen Zehntklässler schlechter als die deutschen ausfielen.

#### *Inanspruchnahme der J1 Untersuchung*

Insgesamt gaben 43,3% der Jugendlichen an, die J1 Vorsorgeuntersuchung absolviert zu haben. Dies korrespondiert relativ gut mit den Ergebnissen der KiGGS-Studie, die eine Inanspruchnahmerate von 37,5% in ganz Deutschland festgestellt hat. Nach sozialer Schicht betrachtet, wird die J1 Untersuchung am ehesten von der mittleren sozialen Schicht (45,2%) gefolgt von der unteren (43,1%) und am wenigsten von der oberen Schicht (38,2%) angenommen. Nach Herkunft betrachtet, nahmen die Jugendlichen deutscher Herkunft (48,5%) die J1-Untersuchung deutlich häufiger in Anspruch als die türkischen (43,1%), arabischen (38,1%) oder osteuropäischen Zehntklässler. Insgesamt nahmen männliche (44,8%) Schüler die J1-Untersuchung häufiger als die weiblichen Untersuchten (40,9%) wahr.

#### *Rauchen*

Bei der Analyse des Rauchverhaltens der Jugendlichen stellte sich heraus, dass ca. 16,3% der Zehntklässler rauchten. Hierbei rauchen die Mädchen mit 16,7% etwas mehr als die Jungen

(16%). Nach Herkunft betrachtet, fällt insbesondere der wesentlich stärkere Tabakkonsum der deutschen (21,3%) im Vergleich mit den arabischen (15,6%) und türkischen (11,8%) Zehntklässlern auf. In einer zusätzlichen Suchtbefragung im Jahre 2007 (vgl. Brünger 2010, S. 74 ff.) gaben 25,4% der türkischen und 19% der arabischen Befragten an, dass sie nicht rauchen, „weil mein Glaube es verbietet.“ (vgl. Brünger 2010, S. 74 ff.). Bei den täglichen Rauchern gibt es nur einen (leichten) sozialen Gradienten.

Wichtig in diesem Zusammenhang ist die Vorbildfunktion der Eltern: Über zweimal so viele Kinder von rauchenden Eltern (16,8%) als von nichtrauchenden Eltern (7,4%) rauchen selbst. Dieser Zusammenhang zeigt sich besonders bei den täglich rauchenden Jugendlichen: Hier sind fast dreimal so viele Eltern Raucher (12,5%) wie Nichtraucher (4,1%). In der Auswertung der bezirklichen Suchtbefragung (vgl. Brünger 2010, S. 82 ff.) stellte sich heraus, dass die stärkste Determinante des Rauchverhaltens der Jugendlichen die Haltung der Eltern zum Rauchen war: Jugendliche, deren Eltern das Rauchen erlaubt hatten, rauchten deutlich häufiger als die Jugendlichen, deren Eltern das Rauchen verboten hatten.

### 6.3 Gesundheitliche Lage von Erwachsenen

Im Gegensatz zum Kindes- und Jugendalter, wo es dank der KiGGS-Studie (u.a. RKI 2007) und der Tatsache, dass mittlerweile in einigen Kommunen die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung migrationssensibel ausgewertet werden (z.B. Bettge/Oberwöhrmann 2009), eine relativ gute Datenbasis für Maßnahmen der Gesundheitsförderung gibt, liegen wenige Daten zur Gesundheit von Erwachsenen mit Migrationshintergrund vor.<sup>39</sup> Migranten werden in der Regelstatistik im Gesundheitswesen meist nicht ausgewiesen – wenn überhaupt, dann nur nach Nationalität (vgl. Butler et al. 2007). Einschlägige repräsentative Untersuchungen der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland mit Berücksichtigung des Migrationshintergrunds gibt es nicht<sup>40</sup>.

Insgesamt existieren auf kommunaler Ebene sehr wenige gesundheitsrelevante Daten für die erwachsene Bevölkerung – erst Recht nicht differenziert nach Migrationshintergrund. Um diese Situation zu lindern, nutzte das Bezirksamt Berlin-Mitte den Anlass der Schuleingangsuntersuchung im Jahr 2007, um gesundheitsrelevante Daten über die Eltern zu erhalten. Im diesen Abschnitt werden die Ergebnisse dieser Befragung<sup>41</sup> vorgestellt. Anschließend wird anhand der gesundheitswissenschaftlichen Literatur auf die Problemlage in ausgewählten Migrantengruppen eingegangen.

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung für das Schuljahr 2006/07 führte das Bezirksamt eine Erhebung zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten der Eltern der Schulanfänger durch. Die Fragen betrafen u.a. ihre eigene Gesundheit, ihr Gesundheitsverhalten und ihren Bedarf an gesundheitsbezogenen Informationen. Dadurch, dass ein sehr hoher Prozentsatz der bezirklichen Bevölkerung einen Migrationshintergrund hat, und dadurch, dass ein hoher Anteil der Migranten in der Zielgruppe an der Befragung teilnahm, konnten relativ repräsentative

<sup>39</sup> In diesem Zusammenhang wird auch im RKI Schwerpunktbericht „Migration und Gesundheit“ (Razum et al. 2008, S. 24 ff.) darauf hingewiesen, dass die Datenlage hinsichtlich gesundheitlicher Unterschiede zwischen Migranten und der einheimischen Bevölkerung bundesweit unbefriedigend ist.

<sup>40</sup> Auch in dem telefonischen Bundesgesundheitsurvey fallen aus methodischen Gründen Migranten, die die deutsche Sprache nicht beherrschen, aus der Stichprobe heraus.

<sup>41</sup> Nähere Angaben zur Methodik, zur Durchführung und zum Inhalt der Befragung sind auf Seite 158 im Anhang zu finden.

Ergebnisse für die Altersgruppe erzielt werden. Da die Fragebögen der Eltern auch mit den Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchung verbunden werden konnten, war es möglich, das Gesundheitsverhalten der Eltern mit dem Gesundheitsverhalten ihrer Kinder zu vergleichen.

*Zusammensetzung der Untersuchungsgruppe*

Insgesamt füllten ca. 20% der Eltern der Schulanfänger den Fragebogen aus (489 Männer, 586 Frauen). Angesichts der Tatsache, dass es relativ wenige gesundheitsrelevante Informationen über die Erwachsenen-Bevölkerung in Deutschland gibt, stellt diese Befragung eine wertvolle Quelle für präventionsrelevante Daten dar, die außerdem die Menschen mit MH angemessen berücksichtigt hat. Die Verteilung der Eltern nach sozialer Schicht und Herkunft korrespondiert relativ gut mit der gesamten Gruppe der Schulanfänger. 52% der Befragten (560) hatte einen Migrationshintergrund. Dies war weniger als ihr Anteil an der Schulanfänger insgesamt (64%), aber immerhin eine beträchtliche Gruppe angesichts der Probleme der Erreichbarkeit von Migranten für gesundheitsbezogene Befragungen. Mit ca. 46% der Befragten war die untere soziale Schicht leicht unterrepräsentiert (insgesamt 49%).

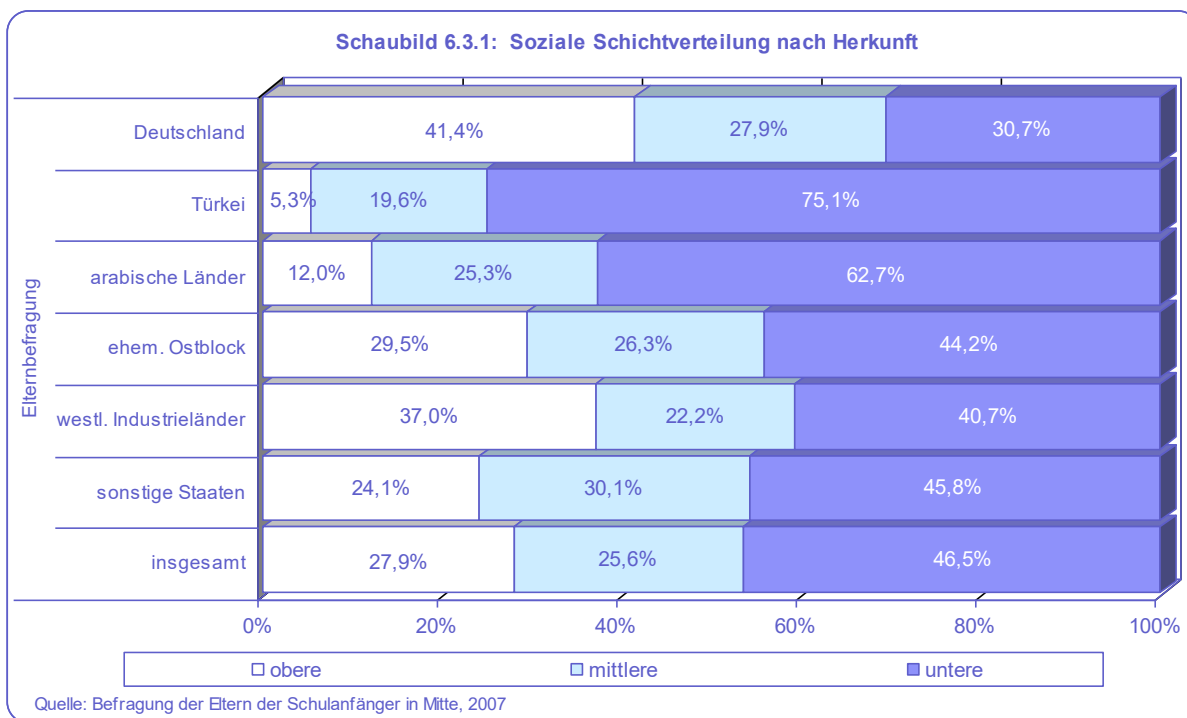
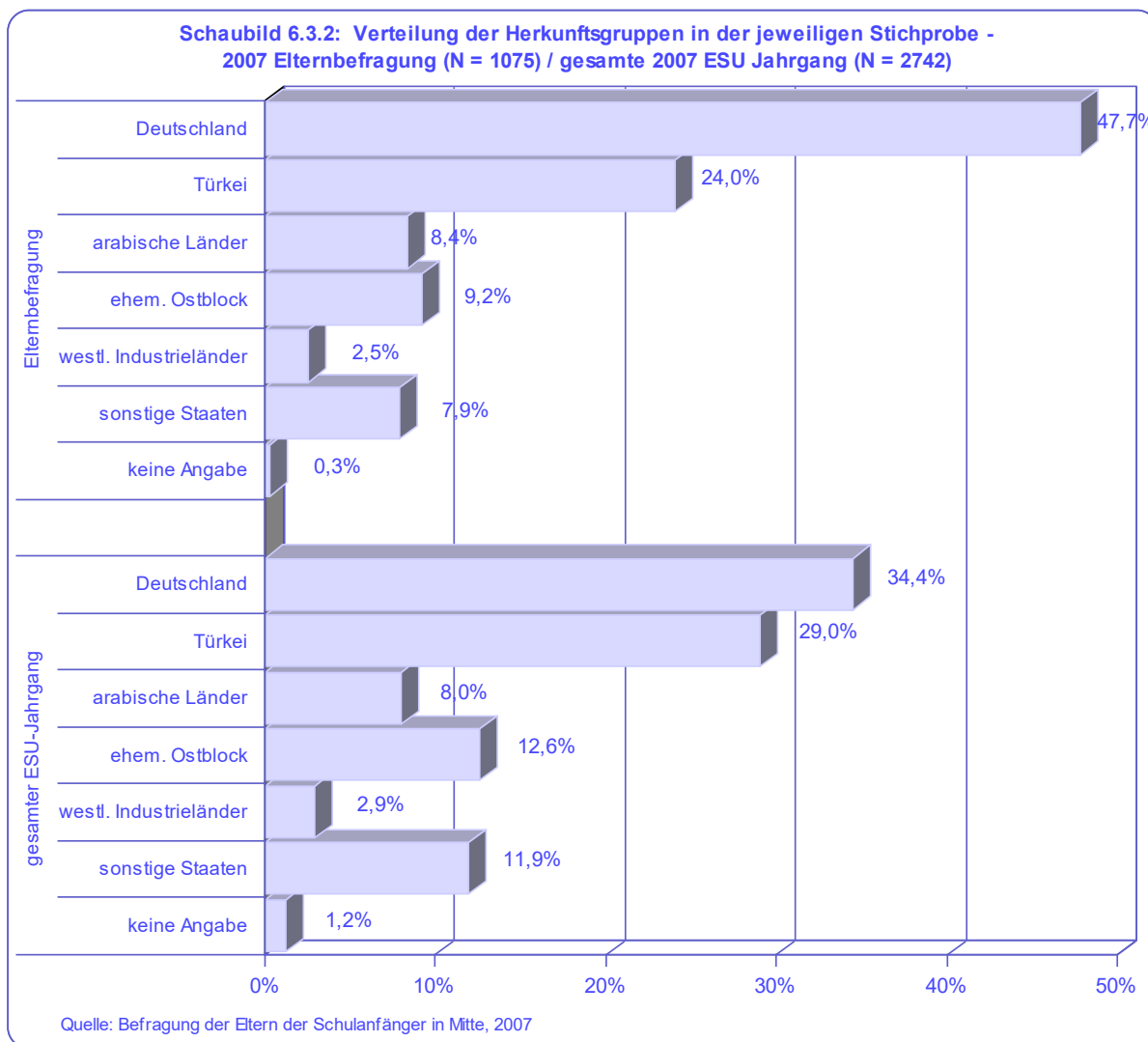


Schaubild 6.3.1 zeigt die soziale Schichtverteilung in der Stichprobe der Elternbefragung nach Herkunft. Hierbei gibt es z.T. große Unterschiede zwischen den Herkunftsgruppen. Während z.B. 41,4% der Eltern deutscher Herkunft in der oberen sozialen Schicht eingeordnet werden konnten<sup>42</sup>, war dies nur für 5,3% der Eltern türkischer Herkunft der Fall. Insgesamt kann festgestellt werden, dass die Eltern mit einem Migrationshintergrund, die den Fragebogen ausgefüllt haben, überwiegend aus der unteren sozialen Schicht kamen (insgesamt 61% vs. 30,7% der Eltern deutscher Herkunft). Diese Tatsache bedeutet, dass bei Vergleichen zwischen diesen beiden Befragtengruppen nach sozialer Schicht differenziert werden muss.

Im Schaubild 6.3.2 wird der Anteil der Menschen in den einzelnen Herkunftsgruppen in der Elternbefragung mit der Verteilung nach Herkunft im gesamten ESU-Jahrgang verglichen. Im

<sup>42</sup> Für die Einordnung der Befragten nach sozialer Schicht wurde die Schichtbestimmung der Einschulungsuntersuchung übernommen (vgl. S. 158).

Vergleich zur ganzen Gruppe der Eltern der Schulanfänger im Jahre 2007 waren die deutschen Eltern deutlich überrepräsentiert (48% statt 34,4%), während die Eltern aus der Türkei (24% statt 29%) und aus ehem. Ostblockländer (9,2% statt 12,2%) leicht unterrepräsentiert waren. Arabische Eltern (8,4% statt 8%) und Eltern aus westlichen Industrieländern (2,5% statt 2,9%) entsprachen ungefähr ihrer Stärke im gesamten ESU-Jahrgang. Die Sammelgruppe „sonstige Staaten“ war in unserer Untersuchungsgruppe um einiges kleiner als in der gesamten Gruppe der Eltern (7,9% statt 13,1%).



Hinsichtlich der absoluten Anzahl der Befragten in den einzelnen Herkunftsgruppen zeigt sich die türkische Bevölkerung mit 258 Personen als stärkste Gruppe hinter der einheimischen deutschen Bevölkerung (513). Eltern aus arabischen Ländern und dem ehemaligen Ostblock sind ebenfalls relativ stark vertreten mit 90 bzw. 99 Personen, während Befragte aus „westlichen Industrieländern“ eine eher kleine Gruppe mit 27 Personen bilden. Aus der sehr heterogenen Gruppe „sonstigen Staaten“ kamen 85 Befragte. Bei der Auswertung nach Herkunft bedeutet diese Verteilung, dass insbesondere in den kleineren Gruppen Vorsicht bei der Interpretation der Daten geboten ist.

Da die Religion oft eine Rolle beim Gesundheitsverhalten spielt, wurde auch eine Frage dazu gestellt. Hier bildeten sich im Wesentlichen drei größeren Gruppen heraus. Angesichts der demografischen Zusammensetzung des Bezirkes war es nicht überraschend, dass Muslime, mit 389 Personen, die größte Gruppe unter den Befragten bildeten. Es folgten die Befragten, die

angaben, keiner Religion anzugehören (327). Erst an dritter Stelle kamen die Befragten mit christlichem Glauben (314). 11 Personen aus der Untersuchungsgruppe gaben in einem Freitextfeld (sonstige Religionen) an, buddhistisch zu sein.

An dieser Stelle werden einige prägnante Ergebnisse der Befragung vorgestellt, insbesondere in Hinblick auf die Gemeinsamkeiten und die Unterschiede zwischen Menschen mit Migrationshintergrund und der einheimischen deutschen Bevölkerung. Obgleich die Angaben zur Herkunft der Befragten detaillierter sind, werden hier in erster Linie die Herkunftsgruppen der Schuleingangsuntersuchung für die Vergleiche verwendet. Um die oben aufgezeigten starken Unterschiede in der sozialen Schicht<sup>43</sup> nach Herkunftsgruppe zu kompensieren, werden in den nachfolgenden Vergleichen zum Teil nur die Befragten aus der unteren sozialen Schicht einbezogen. Dies sind immerhin 46% der gesamten Untersuchungsgruppe (vgl. Schaubild 6.3.1).

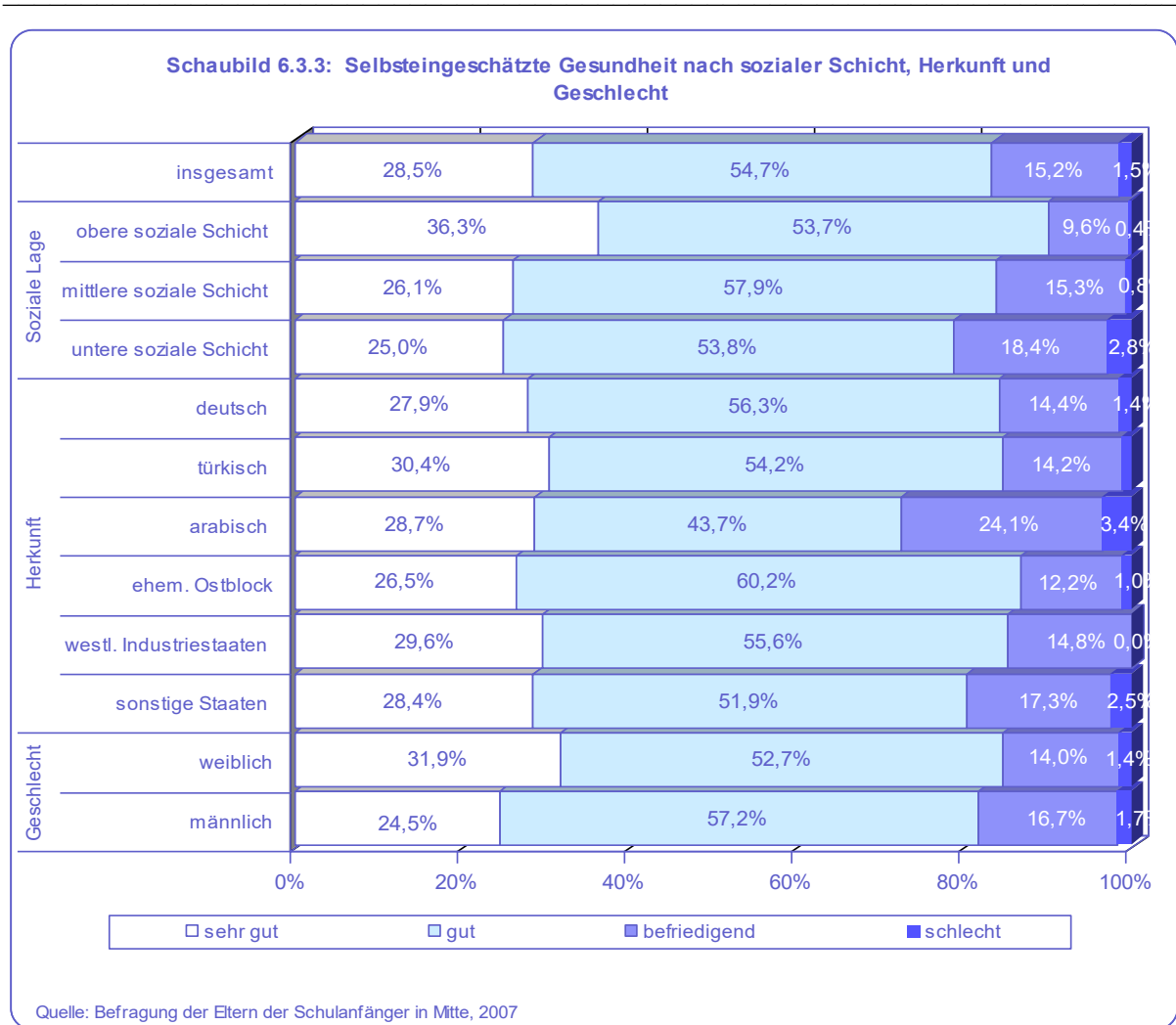
### 6.3.1 Selbst eingeschätzte Gesundheit

Die Einschätzung der eigenen Gesundheit auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 5 (schlecht) ist ein bewährter Indikator, der sich in verschiedenen Untersuchungen und Befragungen (u.a. dem Bundesgesundheitsurvey und dem Sozioökonomischen Panel (SOEP) als aussagekräftig erwiesen hat.

Schaubild 6.3.3 zeigt, wie die befragten Eltern ihre gegenwärtige Gesundheit eingeschätzt haben – differenziert nach Schicht, Herkunftsgruppe und Geschlecht. Insgesamt schätzen ca. 84% der Befragten ihre Gesundheit als gut oder sehr gut ein. Hierbei zeigten sich deutliche Unterschiede nach sozialer Schicht. Schätzten 90% der Befragten in der oberen sozialen Schicht ihre Gesundheit als gut oder sehr gut ein, waren es nur ca. 80% der Befragten aus der unteren sozialen Schicht.

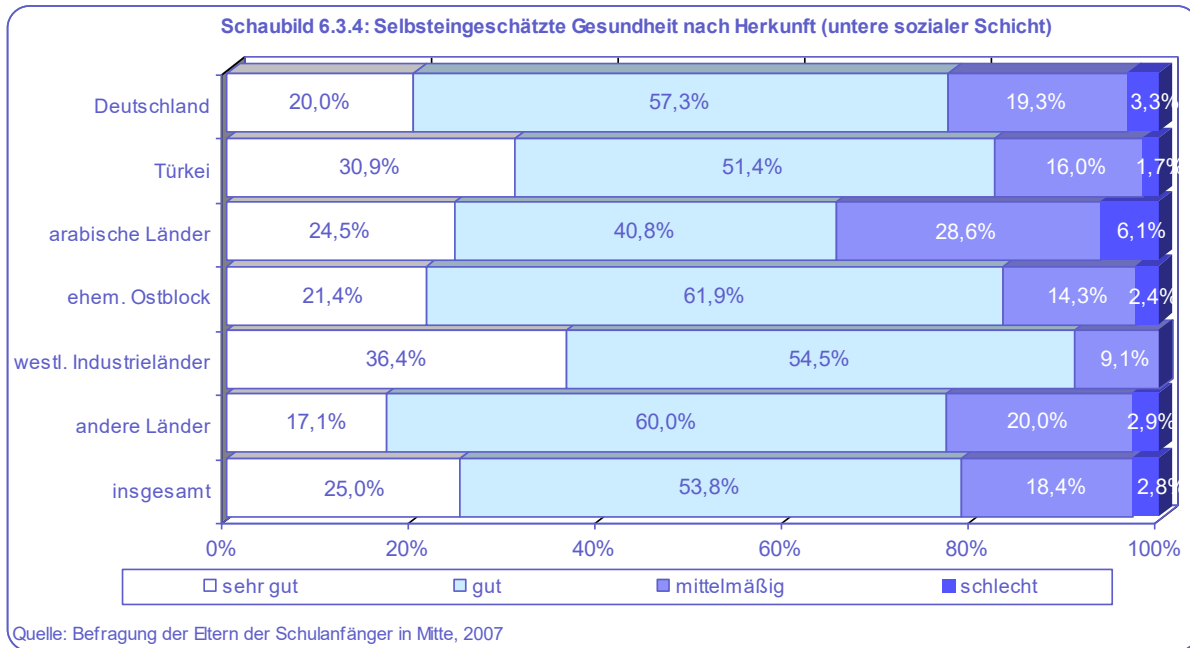
---

<sup>43</sup> Die soziale Schicht der Eltern wurde aus den Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchung entnommen. Eine nähere Beschreibung dieses Modells ist auf S. 158 zu finden.



Insgesamt schätzten die befragten Menschen in fast allen Migrantengruppen ihre Gesundheit mindestens so oft oder öfter als „sehr gut“ ein wie die deutschen Befragten. In dem unteren Bereich der Gesundheitseinschätzung (befriedigend/schlecht) lagen die meisten Migrantengruppen ebenfalls auf einem ähnlichen Niveau wie die Befragten deutscher Herkunft. Hier bildeten die Migranten aus arabischen Ländern eine Ausnahme. Mit 25,0% der Eltern, die ihre Gesundheit als „befriedigend“ eingeschätzt haben, lagen die arabischen Befragten hier ca. 10-Prozentpunkte höher als die Befragten in allen anderen Herkunftsgruppen. Nach Geschlecht betrachtet, schneiden die männlichen Befragten um einiges schlechter als die Frauen ab, sowohl bei der Kategorie „sehr gut“ als auch bei der Kategorie „schlecht“.

Da bei der selbst eingeschätzten Gesundheit ein starker sozialer Gradient vorliegt, wurde auch eine Analyse nach Herkunft nur für die untere soziale Schicht durchgeführt (Schaubild 6.3.4). Im Gegensatz zur Situation in der gesamten Untersuchungsgruppe werden hier größere Unterschiede nach Herkunft sichtbar. Dabei liegen die deutschen Befragten deutlich schlechter als die meisten anderen Herkunftsgruppen – sowohl bei der Einschätzung „sehr gut“ als auch im Bereich „mittelmäßig/schlecht“. Insbesondere die Befragten aus der Türkei verbessern sich gegenüber den Deutschen: Bei der Einschätzung „sehr gut“ bleiben die türkischen Befragten bei rund 30% während sich die Deutschen von ca. 28% auf 20% verschlechtern. Diese Ergebnisse zeigen, wie stark die selbst eingeschätzte Gesundheit mit der sozialen Lage der Befragten zusammenhängt.



Auch in der unteren sozialen Schicht bleibt der vergleichsweise hohe Anteil von Menschen aus arabischen Ländern, die ihre Gesundheit nur als befriedigend oder schlechter einschätzten, bestehen. Die höhere gesundheitliche Betroffenheit der arabischen Bevölkerung in unserer Stichprobe zeigte sich ebenfalls bei den krankheitsbedingten Fehltagen (vgl. Schaubild 6.3.5) sowie in einer höheren Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung (vgl. Schaubild 6.3.11).

### 6.3.2 Krankheitsbedingte Fehltage

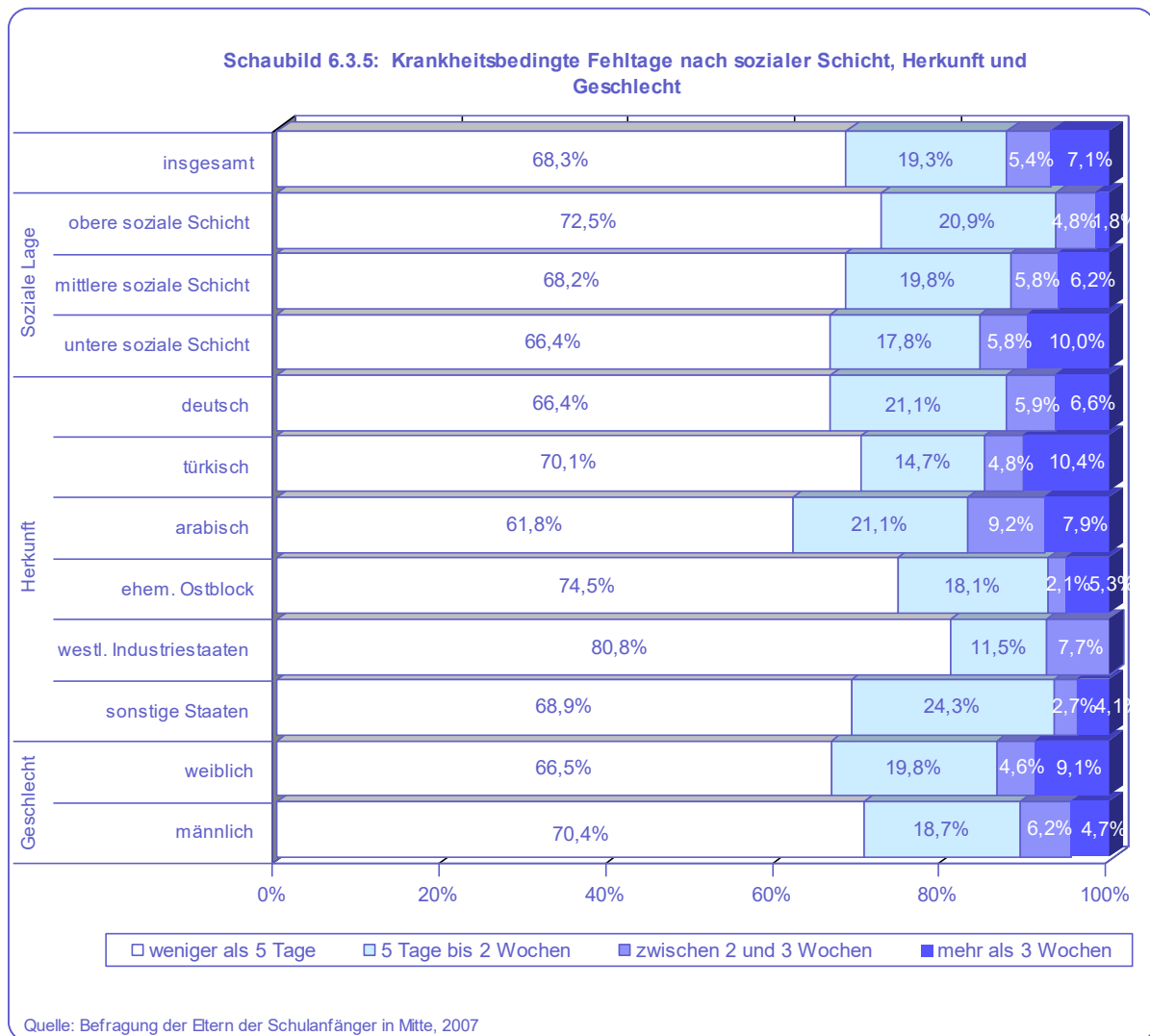
Schaubild 6.3.5 zeigt die Anzahl der krankheitsbedingten Fehltage der Befragten im letzten Jahr.<sup>44</sup> Insgesamt fehlten ca. 68% der Befragten weniger als 5 Tage und 7,1% mehr als drei Wochen. Bei den krankheitsbedingten Fehltagen gibt es bei beiden Enden der Skala einen deutlichen sozialen Gradienten, insbesondere in der Kategorie „mehr als 3 Wochen“. Während nur 1,8% der Befragten aus der oberen sozialen Schicht so lang krankheitsbedingt bei ihrer Arbeit bzw. bei ihren sonstigen Tätigkeiten gefehlt hat, waren es 10% der Befragten aus der unteren sozialen Schicht – mehr als 5-mal so viele.

In der Kategorie „weniger als 5 Tage“ schnitten die meisten Migrantengruppen um einiges besser ab als die deutschen Befragten (mit Ausnahme der Menschen aus arabischen Ländern). Am anderen Ende des Spektrums jedoch, bei der Kategorie „mehr als 3 Wochen“, lagen sowohl die arabischen (7,9%) als auch die türkischen (10,4%) Befragten vor den deutschen Eltern (6,6%). Im Gegensatz zur Situation bei der Einschätzung der eigenen Gesundheit schnitten hier die Männer an beiden Enden des Spektrums besser als die Frauen ab. Da die Männer in unserer Untersuchungsgruppe öfter als die Frauen (20%) voll berufstätig (61%) waren<sup>45</sup>, könnte hier der faktische Druck der Erwerbsarbeit mit eine Rolle gespielt haben.

<sup>44</sup> „An wie vielen Tagen im letzten Jahr waren Sie so krank, dass Sie Ihre üblichen Tätigkeiten (Beruf oder Hausarbeit) nicht nachgehen konnten?“

<sup>45</sup> u.a. aufgrund der Kinderbetreuung





Wie bei der selbst eingeschätzten Gesundheit wurde auch hier eine Analyse nach Herkunft nur für die Befragten aus der unteren sozialen Schicht durchgeführt (kein Diagramm). Hierbei verschwanden die oben dargestellten Unterschiede nach Herkunft fast vollständig. Wenn nur die untere soziale Schicht analysiert wird, liegen die deutschen Befragten (11,5%) vor den türkischen (10,5%) und arabischen (10,6%) Eltern bei der Kategorie „mehr als 3 Wochen“ und mit 64% fast gleichauf mit den arabischen Befragten (63,9%) in der Kategorie „weniger als 5 Tage“.

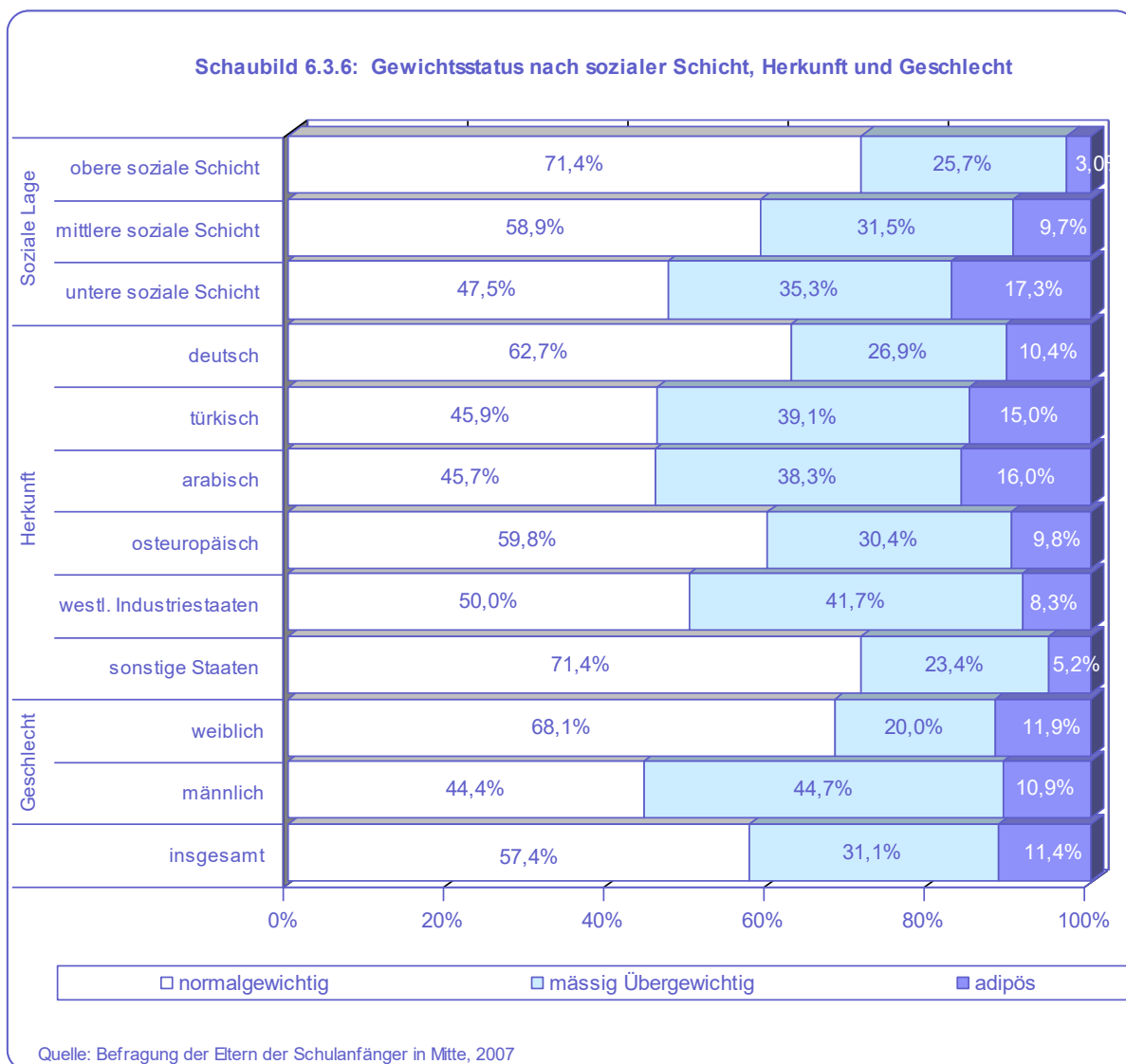
### 6.3.3 Gewichtsstatus<sup>46</sup>

Angesichts der vielen gesundheitlichen Probleme, die mit Adipositas verbunden sind<sup>47</sup>, ist der Gewichtsstatus ein wichtiger Indikator des Gesundheitszustandes eines Menschen. Bei den Auswertungen der Einschulungsuntersuchung (vgl. S. 87) wurde festgestellt, dass die soziale Lage und der Migrationshintergrund (türkisch und arabisch) eine wichtige Rolle beim Vorkommen von Adipositas und Übergewicht im Kindesalter spielen. Bei den Jugendlichen gab

<sup>46</sup> Anhand der Angaben der Befragten zur eigenen Körpergröße und zum Gewicht wurde der Body Mass Index (BMI) berechnet und mit Hilfe der WHO-Richtwerte der Gewichtsstatus bestimmt.

<sup>47</sup> angefangen mit orthopädischen Belastungen über Herz-Kreislauf-Beschwerden bis hin zu Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes)

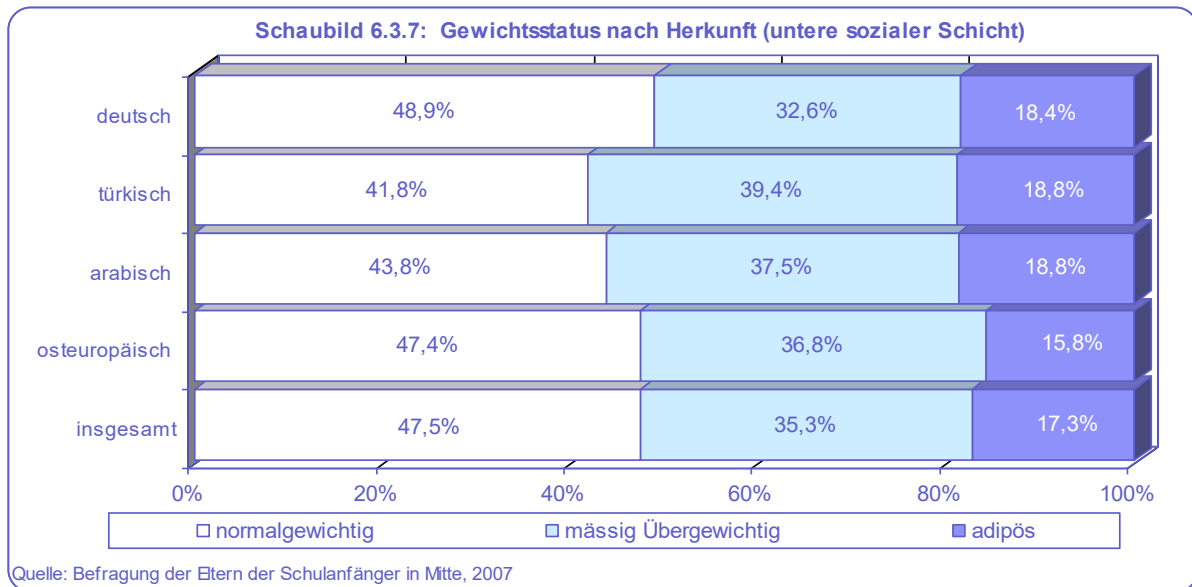
es zwar einen sozialen Gradienten, aber es zeigten sich keine großen Unterschiede nach Migrationshintergrund (vgl. S. 98). Um festzustellen inwieweit diese Faktoren bei den Erwachsenen eine Rolle spielen, wird im Schaubild 6.3.6 der Gewichtsstatus der Befragten nach sozialer Schicht, Herkunft und Geschlecht analysiert.



Auffällig ist, dass es hier – wie bei den Schulanfängern – einen starken sozialen Gradienten beim Vorkommen von Adipositas und mäßigem Übergewicht gibt: je niedriger die soziale Schicht, desto höher der Anteil von adipösen und mäßig übergewichtigen Menschen. Dementsprechend wiesen wieder die türkischen und arabischen Befragten deutlich höhere Anteile an Adipositas und Übergewicht als die Deutschen auf. Die Befragten aus osteuropäischen Ländern dagegen lagen auf einem ähnlichen Niveau wie die Deutschen. Obgleich mehr Frauen (11,9%) als Männer (10,9%) adipös waren, gab es mehr als zweimal so viele Männer (44,7%) wie Frauen (20%) im mäßig übergewichtigen Bereich. Insgesamt wiesen 57,4% der Befragten ein normales Körpergewicht auf.

Angesichts des starken sozialen Gradienten beim Vorkommen von Übergewicht und Adipositas wurde auch eine Auswertung nur für die untere soziale Schicht für die vier größten Herkunftsgruppen durchgeführt (Schaubild 6.3.7). Hier liegen die drei großen Herkunftsgruppen (deutsch, türkisch und arabisch) beim Vorkommen von Adipositas relativ gleichauf, während etwas größerer Anteile von türkischen und arabischen Befragten mäßig übergewichtig sind.

Hieraus kann entnommen werden, dass ein Großteil der im Schaubild 6.3.6 auftretenden Unterschiede im Gewichtsstatus nach Herkunft durch die soziale Lage der Befragten erklärt werden kann.



### 6.3.4 Alkohol- und Tabakkonsum

Da der Konsum von Genussmitteln auch einen Einfluss auf die Gesundheit hat, werden hier die unterschiedlichen Konsummuster der Befragten analysiert. Hier erweist sich ein Migrationshintergrund oft als gesundheitsfördernd.

#### *Alkoholkonsum*

Der Genuss von Alkohol gehört seit Langem zum Alltag in der deutschen Gesellschaft. Im Allgemeinen gibt es wenige gesundheitliche Bedenken gegen einen moderaten Konsum von Alkohol durch ansonsten gesunde Menschen. Einige Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass ein moderater Alkoholkonsum sogar gesundheitsförderlich ist (vgl. Hoffmeister et al. 1999). Die Probleme mit dem Alkoholkonsum fangen jedoch an, wenn häufig zu viel getrunken wird. Dann spricht man von einem sogenannten riskanten Konsum.

Um das Trinkverhalten der Befragten in unserer Stichprobe einzuschätzen, wurden neben einer Frage nach der Häufigkeit des Konsums auch Fragen nach der jeweiligen Trinkmenge sowie zur Häufigkeit des exzessiven Trinkens bei einem Anlass gestellt. Zusammen bilden diese drei Fragen das Instrument AUDIT-C<sup>48</sup>, das auch vom Robert-Koch-Institut (RKI) im telefonischen Bundesgesundheitsurvey verwendet wird (vgl. Hapke et al. 2009). Hierdurch kann das Ausmaß des riskanten Alkoholkonsums bei den Befragten mit den entsprechenden Ergebnissen des RKI-Surveys verglichen werden.

<sup>48</sup> Das Bewertungsschema ist auf S. 163 im Anhang aufgeführt.

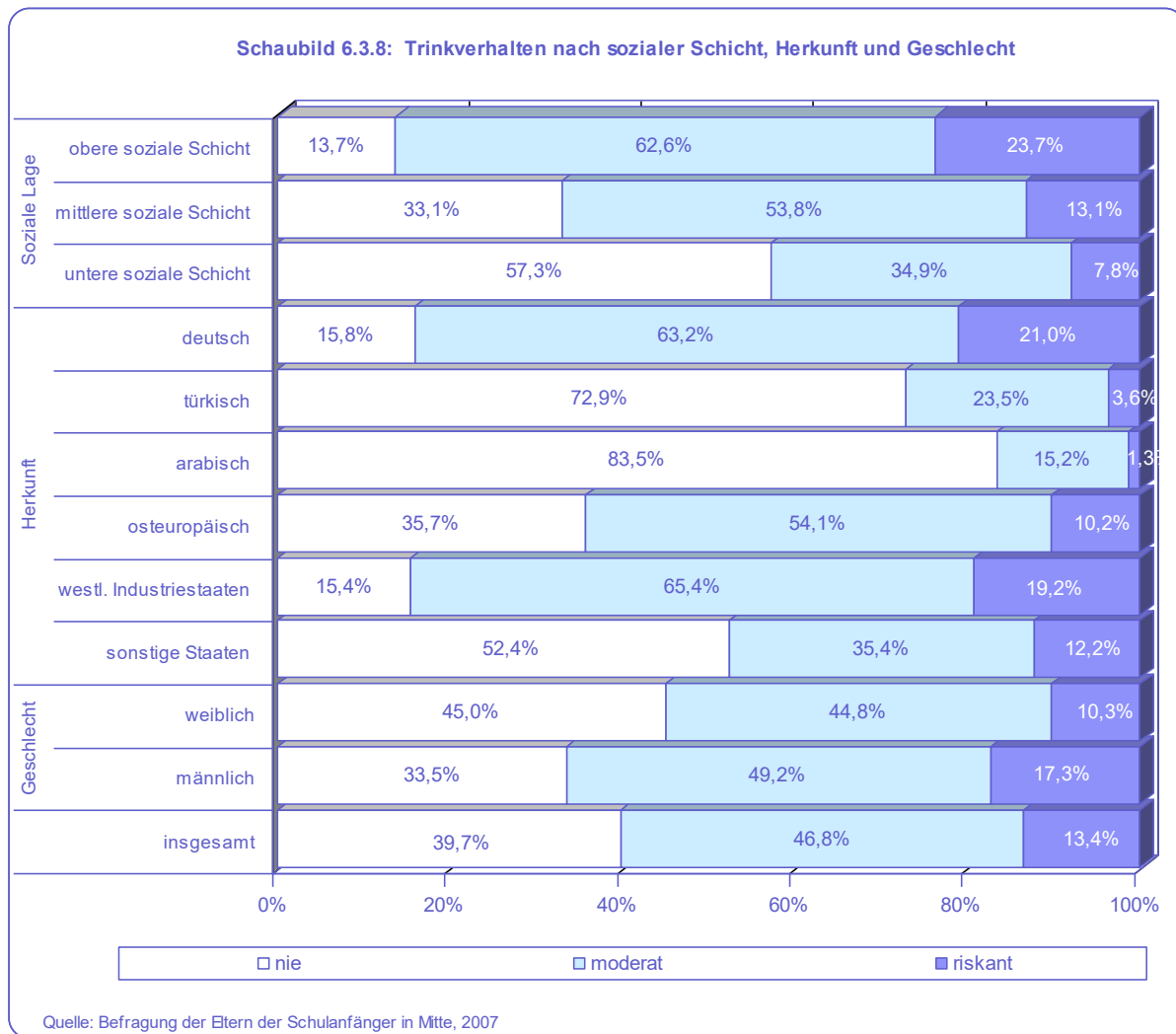


Schaubild 6.3.8 zeigt das Trinkverhalten<sup>49</sup> der Befragten nach sozialer Schicht, Herkunft und Geschlecht. Bei der Auswertung des Trinkverhaltens nach sozialer Schicht wird ein starker umgekehrter sozialer Gradient deutlich: je höher die soziale Schicht, desto größer der Anteil der Menschen mit einem riskanten Alkoholkonsum – und umgekehrt: je niedriger die soziale Schicht, desto höher der Anteil der Abstinenzler. Diese sozialen Gradienten sind auch deutlich, wenn die muslimischen Befragten nicht mitberechnet werden (nicht gezeigt).

Betrachtet man das Trinkverhalten nach Herkunft so zeigt sich, dass die höchsten Anteile an riskanten Alkoholkonsumenten bei den deutschen Befragten (21,%) sowie bei den Befragten aus westlichen Industrieländern (19,2%) zu finden sind. Mit deutlichem Abstand (10,2%) folgen die Befragten aus osteuropäischen Ländern. Wie man aus den diätetischen Vorschriften des Islams erwarten würde, geben ca. 73% der Befragten aus der Türkei und 83% der Befragten aus arabischen Ländern an, abstinent zu sein, und nur sehr kleine Anteile dieser Herkunftsgruppen wiesen einen riskanten Alkoholkonsum auf. Dieses Phänomen zeigte sich auch beim Trinkverhalten von Jugendlichen in einer Befragung im Bezirk Mitte (vgl. Röpke-Baysal 2009) sowie in der LISA-Befragung älterer Menschen (BA Mitte 2010). Die Betrachtung

<sup>49</sup> Anhand des Auswertungsschemas für die drei AUDIT-C Fragen werden die Befragten hinsichtlich des Trinkverhaltens in drei Gruppen eingeteilt – diejenigen, die nie Alkohol trinken, sowie die moderaten und die riskanten Alkoholkonsumenten.

nach Geschlecht zeigt, dass riskanter Alkoholkonsum eher ein Problem der Männer (17,3%) als der Frauen (10,3%) ist.

*Tabakkonsum*

Der Konsum von Tabakwaren gehört zu den gesundheitlich riskantesten Verhaltensweisen in unserer Gesellschaft. Angesichts der süchtig machenden Wirkung des Inhaltsstoffes Nikotin und der schwerwiegenden langfristigen Folgen werden erhebliche Anstrengungen zur Prävention des Rauchens – insbesondere bei Jugendlichen – unternommen. Das Rauchverhalten wird durch eine Reihe von Faktoren beeinflusst. Neben dem Einfluss des Geschlechts und der sozialen Schicht wurden bei Jugendlichen ebenfalls Unterschiede im Rauchverhalten nach kultureller Herkunft festgestellt (vgl. Brünger 2010). Um fundierte Erkenntnisse für die bezirkliche Tabakprävention bei jungen Erwachsenen zu erhalten, wurden im Elternfragebogen auch Fragen zum Rauchverhalten gestellt.

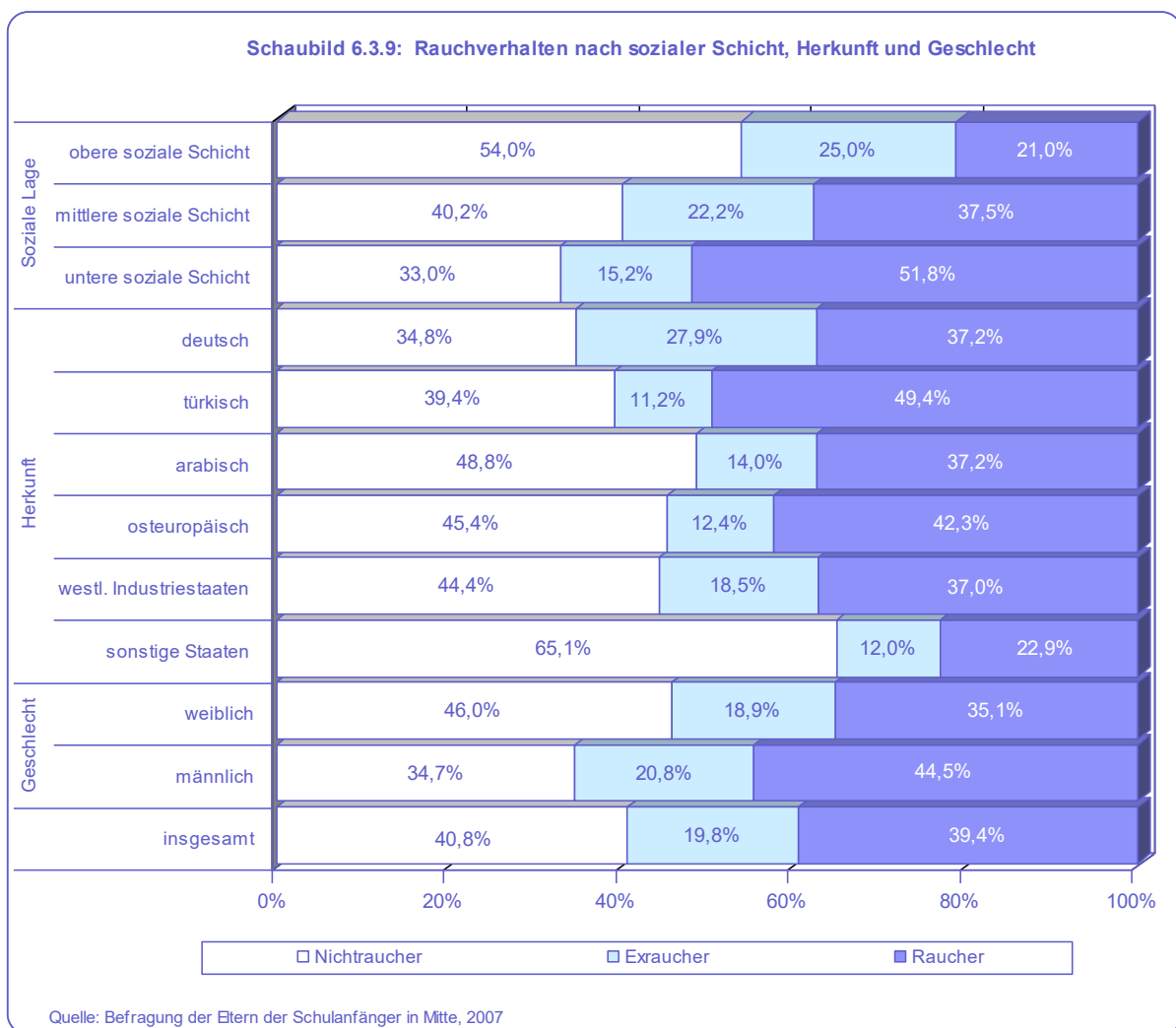
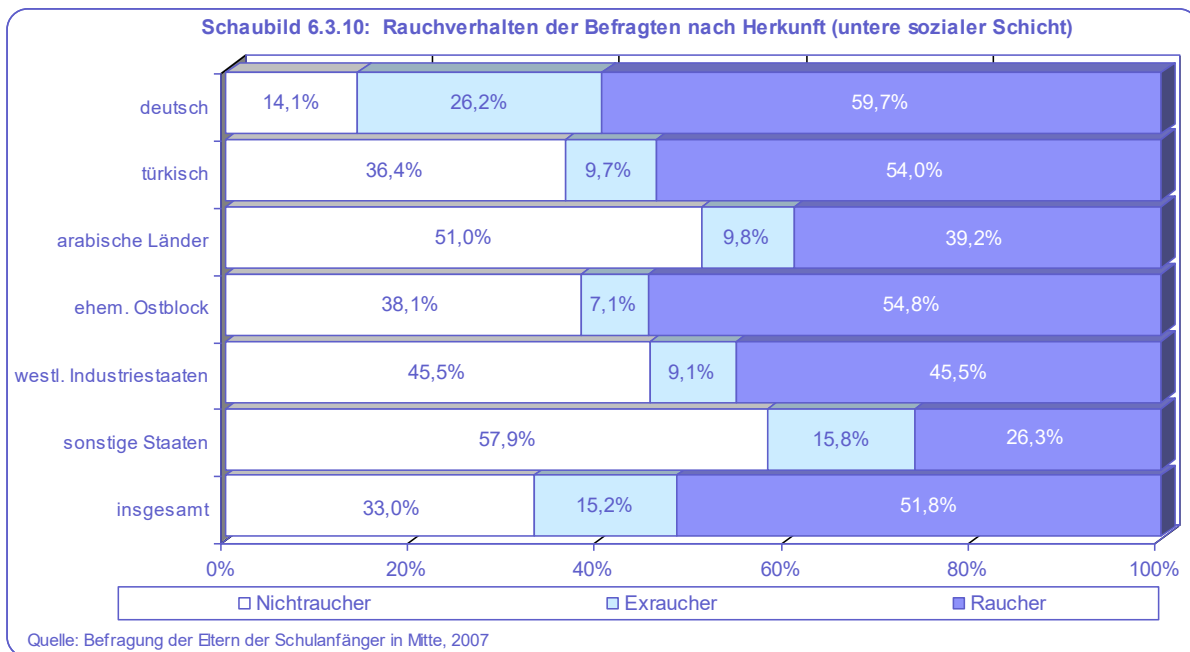


Schaubild 6.3.9 zeigt das Rauchverhalten der Befragten nach sozialer Schicht, Herkunft und Geschlecht. Deutlich zu sehen ist insbesondere der starke soziale Gradient. Während nur 21% der Befragten aus der oberen sozialen Schicht sich als Raucher zu erkennen gaben, waren es 52% aus der unteren Schicht – mehr als zweimal so viele. Dementsprechend gaben insbesondere die türkischen Befragten (49,3%) und die Befragten aus osteuropäischen Ländern

(42,3%) an, gegenwärtig Raucher zu sein. Im Kontrast hierzu rauchten die deutschen und arabischen Befragten (jeweils 37,2%) um einiges weniger. Nach Geschlecht betrachtet, gab es prozentual mehr rauchende Männer (44,5%) als Frauen (35,1%).



Angesichts des starken sozialen Gradienten beim Rauchverhalten sowie der ungleichen sozialen Zusammensetzung der Herkunftsgruppen wurde auch eine Auswertung nach Herkunft nur für die untere soziale Schicht durchgeführt (Schaubild 6.3.10). Hierbei kehrt sich das Verhältnis zwischen den deutschen und türkischen Befragtengruppen um. In der unteren sozialen Schicht rauchen eher die deutschen (59%) gefolgt von den osteuropäischen (54,8%) und türkischen (54%) Eltern. Menschen aus arabischen Ländern rauchten ohnehin weniger (39%). Aus den Ergebnissen dieser Analyse wird deutlich, dass der Haupteinflussfaktor beim Rauchverhalten eindeutig die soziale Lage des Befragten ist. Betrachtet man nur die untere soziale Schicht, so erweist sich ein Migrationshintergrund eher als gesundheitsfördernd. Dieses Phänomen könnte auch eine religiöse Komponente haben.<sup>50</sup>

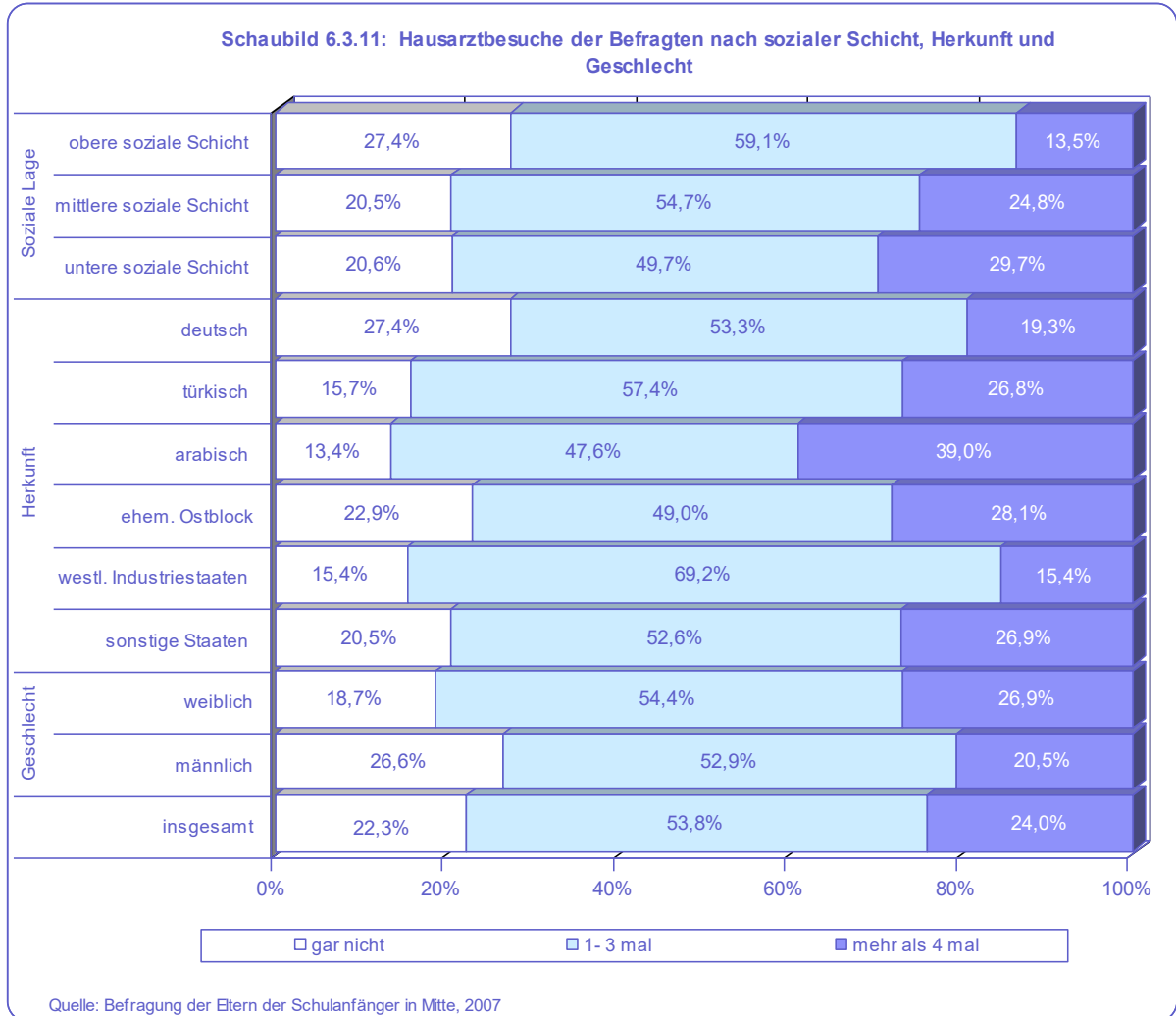
### 6.3.5 Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung

Ein weiterer wichtiger Bereich im Hinblick auf die Gesundheit der Menschen mit Migrationshintergrund sind mögliche Unterschiede in der Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung. Hierüber gibt es ebenfalls in der amtlichen Statistik wenige fundierte Erkenntnisse. Deshalb wurden die Befragten aufgefordert, Auskünfte über die Häufigkeit ihrer Inanspruchnahme der verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens zu geben. In diesem Abschnitt werden vorrangig ihre Angaben zu haus- und fachärztlichen Praxisbesuchen analysiert.

Schaubild 6.3.11 zeigt die Häufigkeit der Hausarztbesuche der Befragten nach Geschlecht, Herkunft und sozialer Lage. Hinsichtlich des häufigen Arztbesuches gibt es einen deutlichen sozialen Schichtgradienten: Während lediglich 13,5% der Befragten aus der oberen sozialen

<sup>50</sup> Eine Auswertung des Rauchverhaltens in der unteren sozialen Schicht nach Religion (nicht abgebildet) zeigt, dass die muslimischen und buddhistischen Eltern um einiges weniger als die deutschen rauchen. Bei einer Befragung von Zehntklässlern zu ihrem Suchtverhalten anlässlich der Jugendarbeitsschutzgesetzuntersuchung im Bezirk Mitte im Jahre 2007 war der häufigste Grund für das Nichtrauchen bei türkischen und arabischen Jugendlichen, dass ihre Religion es verbieten würde (vgl. Brünger 2010).

Schicht 4-mal oder mehr ihren Hausarzt im letzten Jahr besuchten, waren es 29,7% aus der unteren sozialen Schicht – mehr als 2-mal so viel. Nach Herkunft betrachtet, besuchten insbesondere die arabischen (39%), osteuropäischen (28,1%) und türkischen (26,8%) Befragten häufiger ihren Hausarzt im Vergleich zu den deutschen (19,3%). Frauen (26,9% „mehr als 4-mal“) besuchten ihren Hausarzt häufiger als Männer (20,5%).

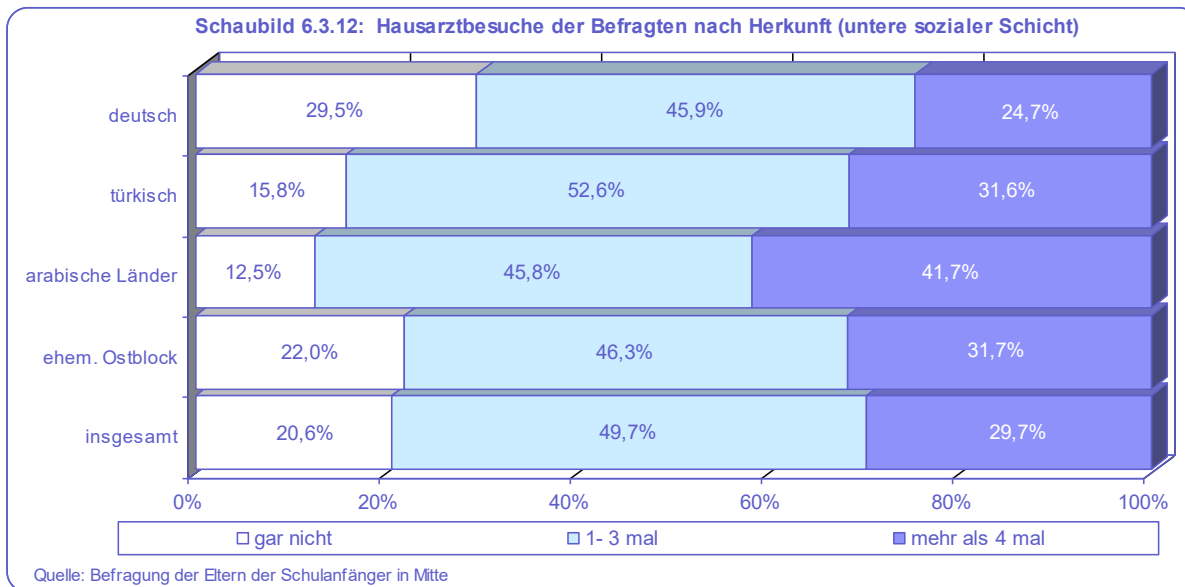


Eine Auswertung nach Herkunft nur für die untere soziale Schicht ergab keine großen Abweichungen im Verhältnis der Herkunftsgruppen zueinander und wird deshalb hier nicht abgebildet. Die hohe ärztliche Inanspruchnahme bei den Befragten aus arabischen Ländern korrespondiert mit einer schlechteren selbst eingeschätzten Gesundheit. Bei den türkischen und osteuropäischen Befragten stellt sich jedoch die Frage, warum sie bei insgesamt besserer selbst eingeschätzten Gesundheit als die deutschen Befragten (vgl. Schaubilder 6.3.3 und 6.3.4) häufiger ihren Hausarzt besuchen.

Eine mögliche Erklärung für die Häufigkeit der Hausarztbesuche von Menschen mit Migrationshintergrund bei gleicher oder besserer Gesundheit wäre das Vorliegen von Verständnisproblemen, die eine angemessene Arzt/Patienten-Beziehung erschweren. Hiernach könnten sich für Migranten, die Verständnisprobleme mit der deutschen Sprache haben, Schwierigkeiten in der Kommunikation mit ihrem Hausarzt ergeben, die wiederum eine geeignete Therapie erschweren. Entweder verstehen sie die Anweisungen des Arztes nicht und befolgen sie dementsprechend auch nicht, oder sie werden vom behandelnden Arzt nicht verstanden – bzw. sie

fühlen sich nicht richtig verstanden – und gehen deshalb mit den gleichen Beschwerden zum nächsten Arzt.

Um diese These zu überprüfen, wurde für die Befragten aus der unteren sozialen Schicht mit „guter“ oder „sehr guter“ Gesundheit<sup>51</sup> eine Auswertung der Häufigkeit ihrer Hausarztbesuche durchgeführt. Hierbei wurde nach dem Migrationshintergrund sowie den Angaben zum Hilfebedarf bei der Verständigung in der deutschen Sprache differenziert. Schaubild 6.3.12 zeigt Ergebnisse dieser Auswertung. Die wenigsten Arztbesuche verzeichneten die Befragten deutscher Herkunft, gefolgt von den Befragten ohne Verständigungsprobleme und abschließend von den Menschen, die Hilfe bei der Verständigung benötigten.



Die Häufung von Befragten mit Verständigungsproblemen, die mehr als 4 mal im letzten Jahr beim Hausarzt gewesen waren, würde eher die oben angeführte These zu Kommunikationsschwierigkeiten bestätigen. Mit gleicher selbst eingeschätzter Gesundheit fielen fast zweimal so viele Befragten bei den Menschen mit Verständnisproblemen (29,8%) in die Kategorie „mehr als 4 mal“ wie die Befragten deutscher Herkunft (15,2%).

Auf der anderen Seite deuten die Unterschiede in der Gruppe „gar nicht“ u.U. darauf hin, dass Migranten, die länger in Deutschland leben, eher das Inanspruchnahmeverhalten der Deutschen übernehmen – d.h., dass sie nicht immer zuerst zum Hausarzt gehen, wenn sie sich ziemlich sicher sind, dass sie eher eine Behandlung von einem bestimmten Facharzt benötigen. Dies zeigte sich dadurch, dass viele Befragte, die im letzten Jahr nicht beim Hausarzt gewesen waren, doch einen Facharzt aufgesucht hatten.<sup>52</sup>

Diese Interpretation wird auch durch die Beantwortung einer weiteren Frage aus der Befragung unterstützt. Hier geht es um die Funktion des Hausarztes als „Gatekeeper“ (auf Deutsch: Türhüter) für weitergehende gesundheitliche Versorgung, die in Deutschland von den gesetzlichen Krankenkassen forciert wird. Während insgesamt die Befragten mit MH angaben, ihren Hausarzt stärker als „Gatekeeper“ zu nutzen als die deutschen Befragten dies tun (Schaubild

<sup>51</sup> Mit der Annahme, dass sie nicht aufgrund eines gesundheitlichen Problems regelmäßig einen Arzt besuchen müssen.

<sup>52</sup> Hier stellte sich heraus, dass 54% der deutschen Befragten ohne Migrationshintergrund, die in dem entsprechenden Zeitraum „gar nicht“ zum Hausarzt gegangen sind, mindestens einmal einen Facharzt besucht hatten. Bei den Migranten ohne Verständigungsprobleme waren es dagegen 35% und bei den Menschen mit Verständigungsproblemen nur 25%.



6.3.13), differenziert sich dieses Ergebnis auch nach den Deutschkenntnissen der Migranten. Gerade die Befragten, die Hilfe beim Verständnis der deutschen Sprache benötigten, bejahten die Frage nach der „Gatekeeper“-Funktion ihres Hausarztes eher als Migranten ohne Verständigungsprobleme („Haben Sie einen Hausarzt/eine Hausärztin, den/die Sie im Regelfall zuerst bei gesundheitlichen Problemen aufsuchen?“).

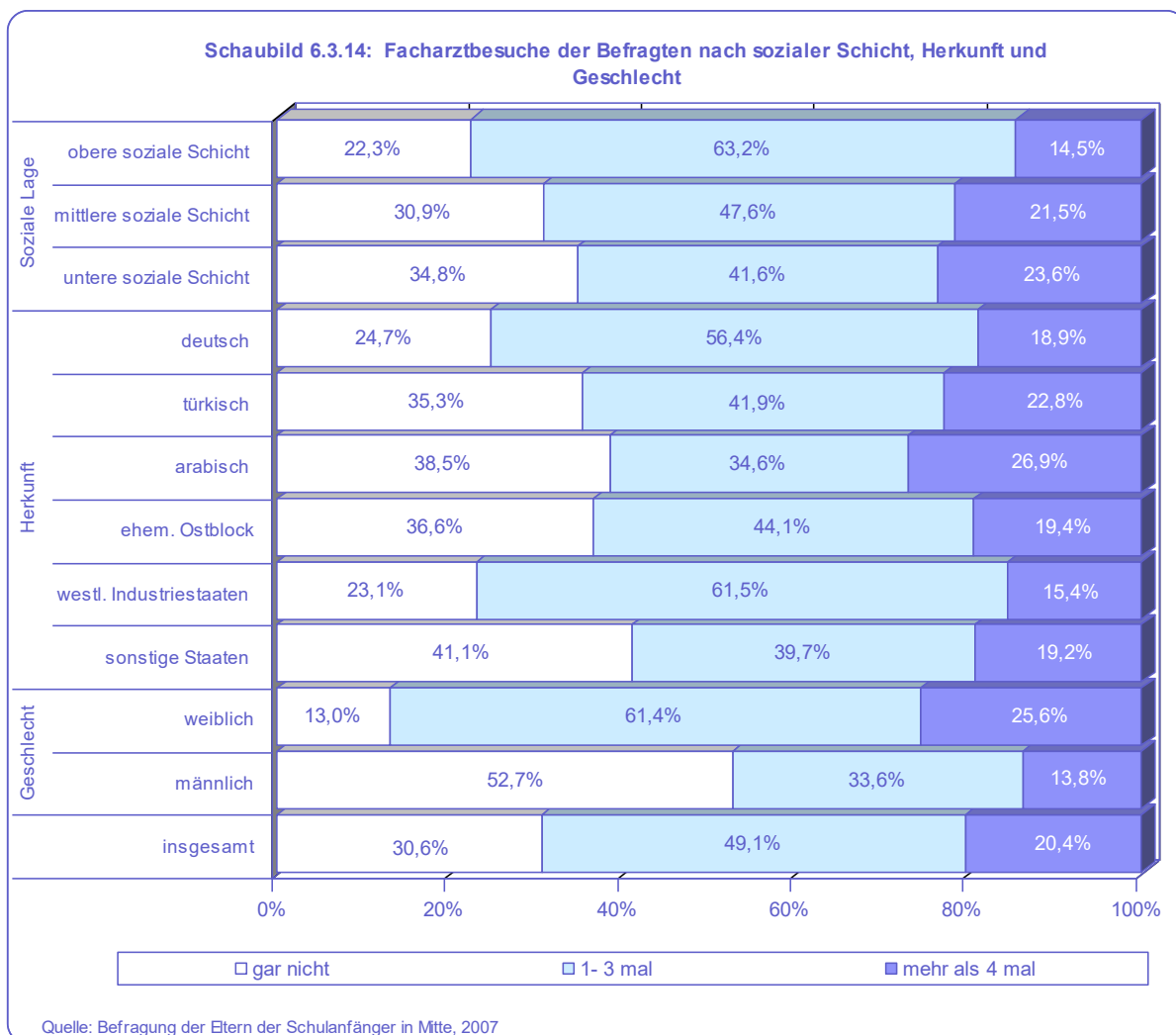
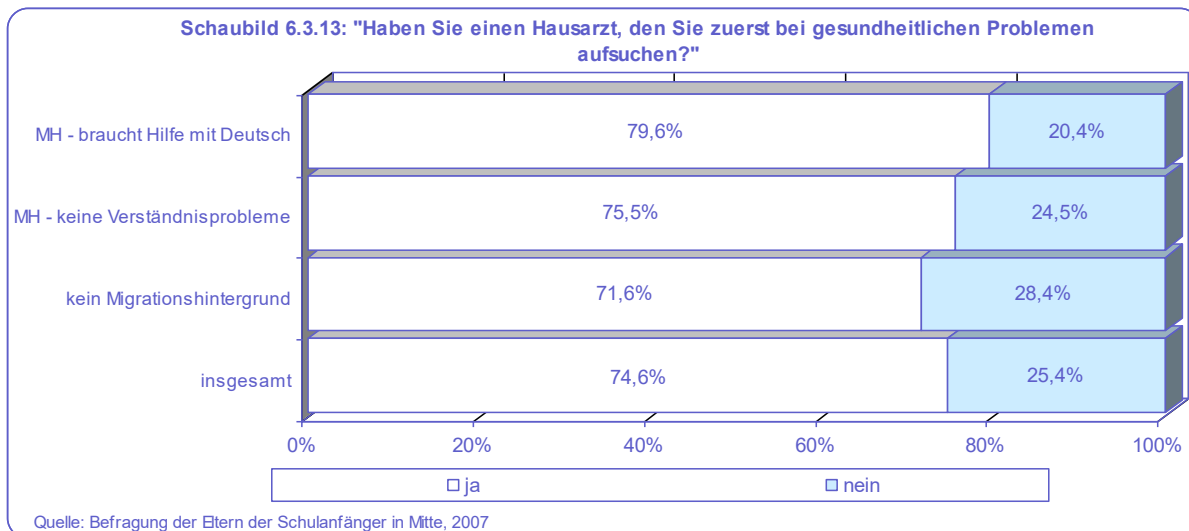


Schaubild 6.3.14 zeigt die Häufigkeit der Facharztbesuche der Befragten in unserer Untersuchungsgruppe nach sozialer Schicht, Herkunft und Geschlecht. Wie bei der Inanspruchnahme hausärztlicher Versorgung gibt es auch hier einen sozialen Gradienten bei der häufigen Inanspruchnahme (4-mal oder mehr): je höher die soziale Schicht, desto niedriger der Anteil der häufigen Facharztbesucher.

Anders als bei der hausärztlichen Inanspruchnahme gibt es hier jedoch auch einen umgekehrten sozialen Gradienten bei der Kategorie „gar nicht“, d.h., dass die Befragten aus der unteren sozialen Schicht sowohl am häufigsten „gar nicht“ als auch „mehr als 4-mal“ im letzten Jahr einen Facharzt besucht haben. Eine mögliche Erklärung für die höheren Anteile an sozial schwachen Menschen, die gar nicht beim Facharzt gewesen sind, wäre, dass sie ihre medizinischen Belange stärker beim Hausarzt regeln.

Die Befragten deutscher Herkunft stellen – mit Ausnahme derer aus den westlichen Industrieländern – sowohl die kleinste Gruppe, die überhaupt nicht beim Facharzt war, als auch die kleinste Gruppe, die mehr als viermal beim Facharzt war. Auffallend ist insbesondere die unterschiedliche Inanspruchnahme fachärztlicher Versorgung nach Geschlecht. Während fast 53% der Männer im letzten Jahr gar nicht beim Facharzt waren, liegt der Anteil der Frauen nur bei 13%. Umgekehrt besuchten 25,6% der Frauen und nur 13,8% der Männer ihre Fachärzte mehr als viermal im letzten Jahr.<sup>53</sup>

### 6.3.6 Inanspruchnahme gesundheitlicher Vorsorgeangebote

Für viele Krankheiten gilt: Je früher sie diagnostiziert werden, desto größer sind die Heilungschancen. Durch ärztliche Vorsorgeuntersuchungen könnten viele Gefahren rechtzeitig erkannt werden, bevor sie ernsthaft gefährlich werden. Manche Krankheiten ließen sich sogar ganz vermeiden, wenn entsprechende Risikofaktoren so früh wie möglich festgestellt würden. So sollten beispielsweise Gesundheitsgefährdungen wie erhöhte Blutfette (Cholesterin), Stress, Rauchen, Diabetes mellitus, Übergewicht und Bluthochdruck in jedem Fall verringert werden. Aus diesem Grund hat jeder gesetzlich Krankenversicherte einen Anspruch auf die Durchführung einer Reihe ärztlicher Vorsorgeuntersuchungen je nach Alter, Geschlecht und jeweiligem Krankheitsbild.

Die Teilnahme an ärztlichen Früherkennungsuntersuchungen ist freiwillig. Obwohl die Untersuchungen der Gesundheitsvorsorge dienen, werden sie jedoch nach wie vor nicht von allen Krankenversicherten wahrgenommen, trotz der Tatsache, dass die Praxisgebühr für viele Vorsorgeuntersuchungen entfallen, z.B. wie bei der Untersuchung zur Früherkennung von Krebs, bei der Schwangerschaftsvorsorge, beim sogenannten Gesundheits-Check-up, bei den Untersuchungen zur Zahnvorsorge sowie bei Schutzimpfungen. Dies gilt ebenso für die Befundmitteilung und die Beratung im Rahmen der Früherkennung. Für diese Untersuchungen werden die Kosten seitens der gesetzlichen Krankenversicherung auch komplett übernommen.

Um die Beteiligung der befragten Eltern an ärztlichen Vorsorgemaßnahmen analysieren zu können, wurde danach gefragt, inwieweit sie sich je an verschiedenen Vorsorgemaßnahmen

---

<sup>53</sup> Dadurch, dass sich die Frauen in unserer Stichprobe meist im gebärfähigen Alter befanden, könnte es sein, dass viele der angegebenen Facharztbesuche durch eine Schwangerschaftsvorsorge verursacht wurden.

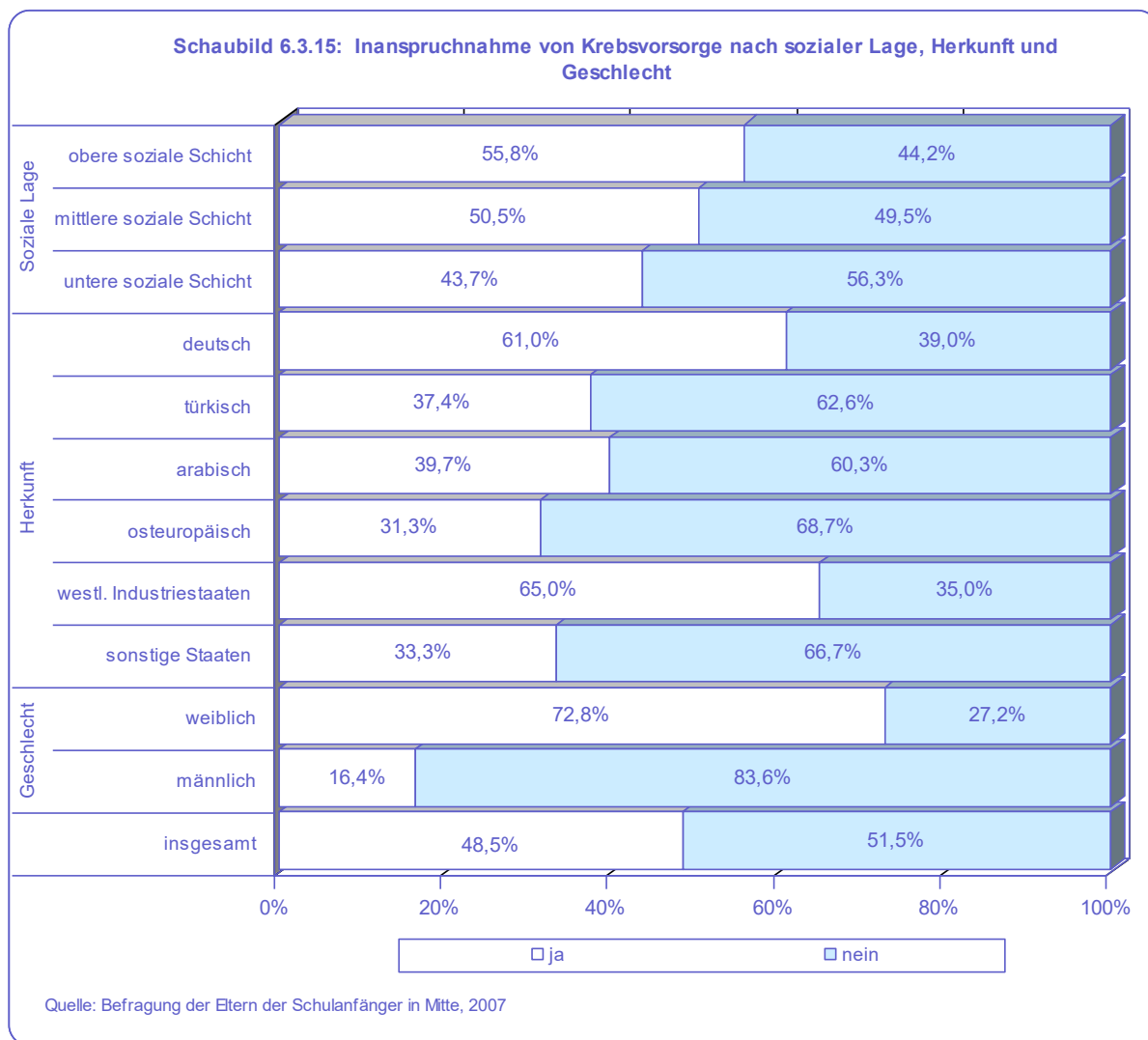
beteiligt haben – u.a. an vier der fünf oben aufgeführten kostenlosen Angebote. Diese Ergebnisse werden in den nächsten Schaubildern vorgestellt.<sup>54</sup> Die gesetzlich krankenversicherten Befragten, immerhin rund 90% der gesamten Untersuchungsgruppe, bilden die Datenbasis der nachfolgenden Auswertungen.

Schaubild 6.3.15 zeigt die Inanspruchnahme von Krebsvorsorge nach sozialer Lage, Herkunft und Geschlecht. Insgesamt haben 48,5% der Befragten dieses ärztliche Präventionsangebot in Anspruch genommen. Wie bei vielen gesundheitsrelevanten Sachverhalten gibt es hier einen klaren sozialen Gradienten: je höher die soziale Schicht, desto eher die Inanspruchnahme der Krebsvorsorge. Dementsprechend nehmen die Befragten deutscher Herkunft sowie die Befragten aus westlichen Industrieländern die Krebsvorsorge deutlich häufiger als die Befragten anderer Herkunft in Anspruch. Wie in dieser Altersgruppe zu erwarten, fielen die Teilnahme-raten sehr unterschiedlich für die beiden Geschlechter aus – während 72% der Frauen bei der Krebsvorsorge gewesen sind, waren es lediglich 15% der Männer.<sup>55</sup>

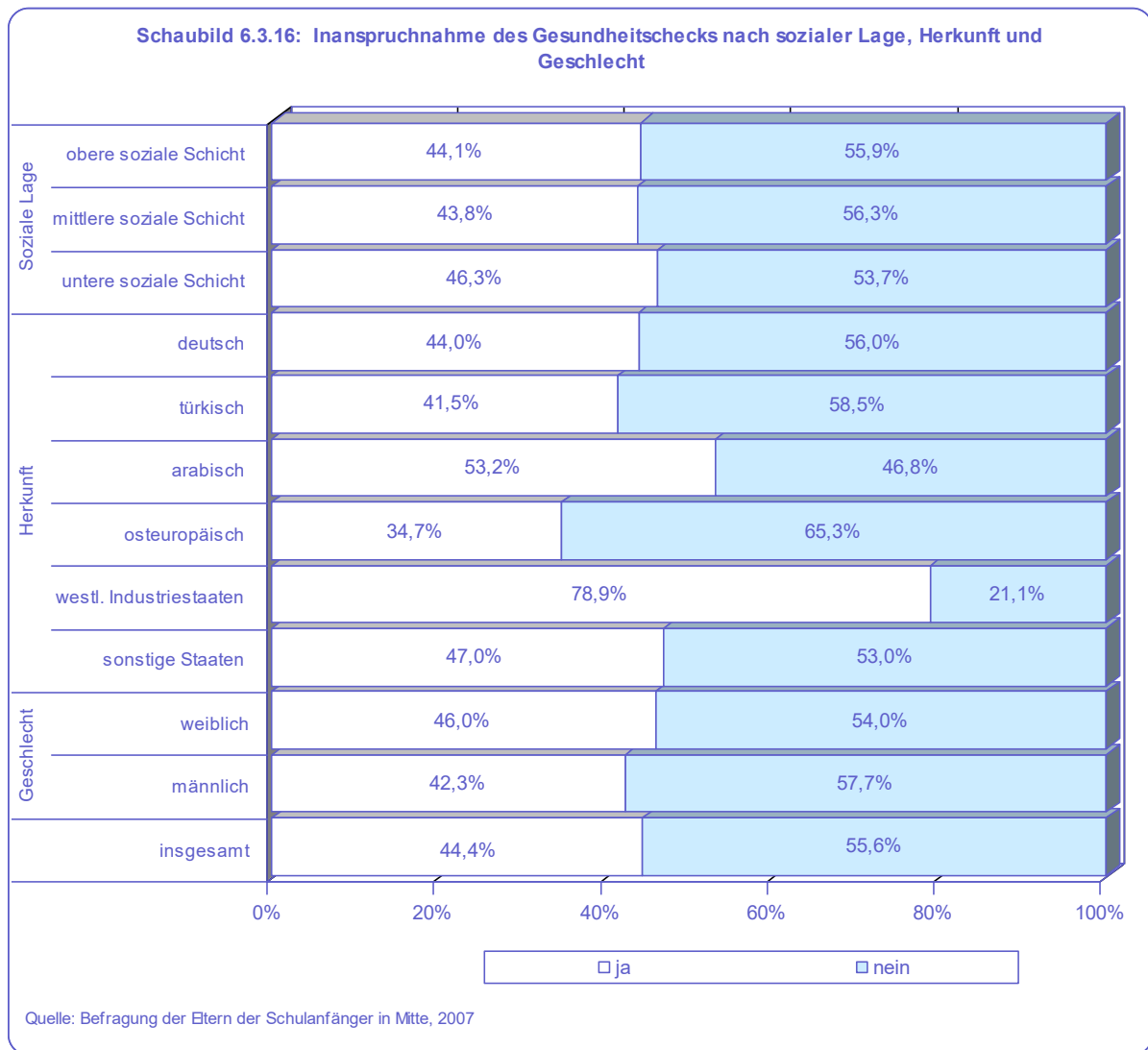
---

<sup>54</sup> Da einige Vorsorgemaßnahmen für Frauen und Männer in sehr unterschiedlichen Altersgruppen von den Krankenkassen empfohlen und bezahlt werden (z.B. die Krebsvorsorge), wird die Analyse an dieser Stelle nicht nach Geschlecht differenziert.

<sup>55</sup> Das Gros der Befragten ist im jungen Erwachsenenalter – das Durchschnittsalter der Frauen betrug 34, das der Männer 38 Jahre. Da die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in der Regel die Krebsvorsorge für Männer erst ab 50 Jahre bezahlt, ist die niedrigere Inanspruchnahme der Männer nicht überraschend.

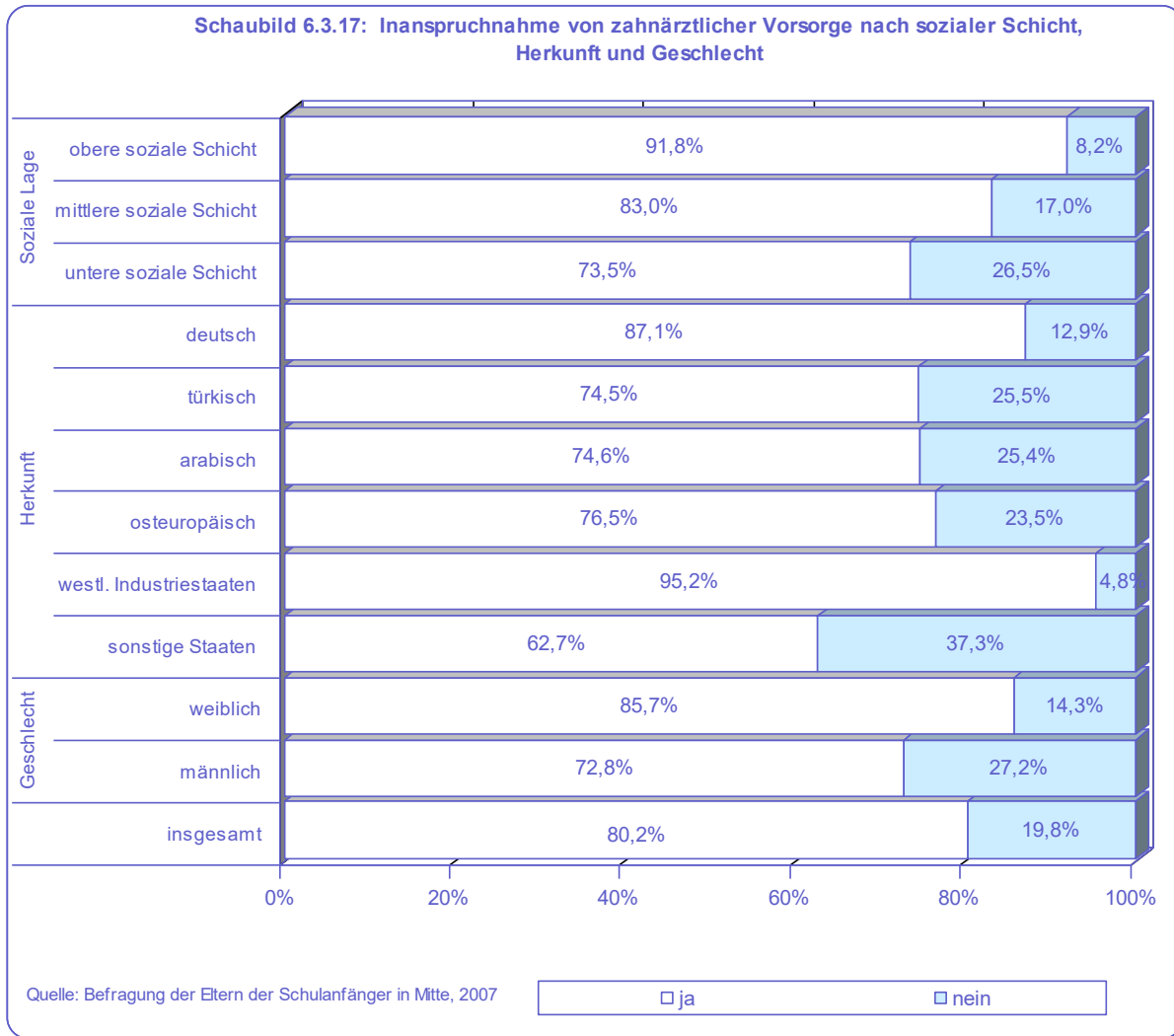


Angesichts des sozialen Gradienten bei der Inanspruchnahme der Krebsvorsorge wäre es naheliegend anzunehmen, dass die z.T. beträchtlichen Unterschiede zwischen den Herkunftsgruppen der unterschiedlichen sozialen Zusammensetzung der einzelnen Gruppen geschuldet sind (vgl. Schaubild 5.3.1). Im Gegensatz zur Situation bei vielen anderen gesundheitsbezogenen Sachverhalten jedoch bleiben die oben dargestellten Unterschiede zwischen den Herkunftsgruppen auch bei einer Auswertung nur für die untere soziale Schicht (ohne Schaubild) bestehen. Eine Auswertung der Inanspruchnahmedaten nach der Aufenthaltsdauer in Deutschland trägt ebenfalls nicht zur eindeutigen Klärung der Varianz bei – hier zeigen sich z.B. erhebliche Unterschiede zwischen den Befragten mit Migrationshintergrund, die in Deutschland geboren wurden, je nachdem ob sie die deutsche (51,1% Inanspruchnahme) oder eine ausländische Staatsangehörigkeit (28,3% Inanspruchnahme) haben. Insgesamt zeigten sich hier deutliche Unterschiede zwischen den Befragten deutscher Herkunft (61,1%), den deutschen Befragten mit MH (48,2%) und den ausländischen Befragten (32%).

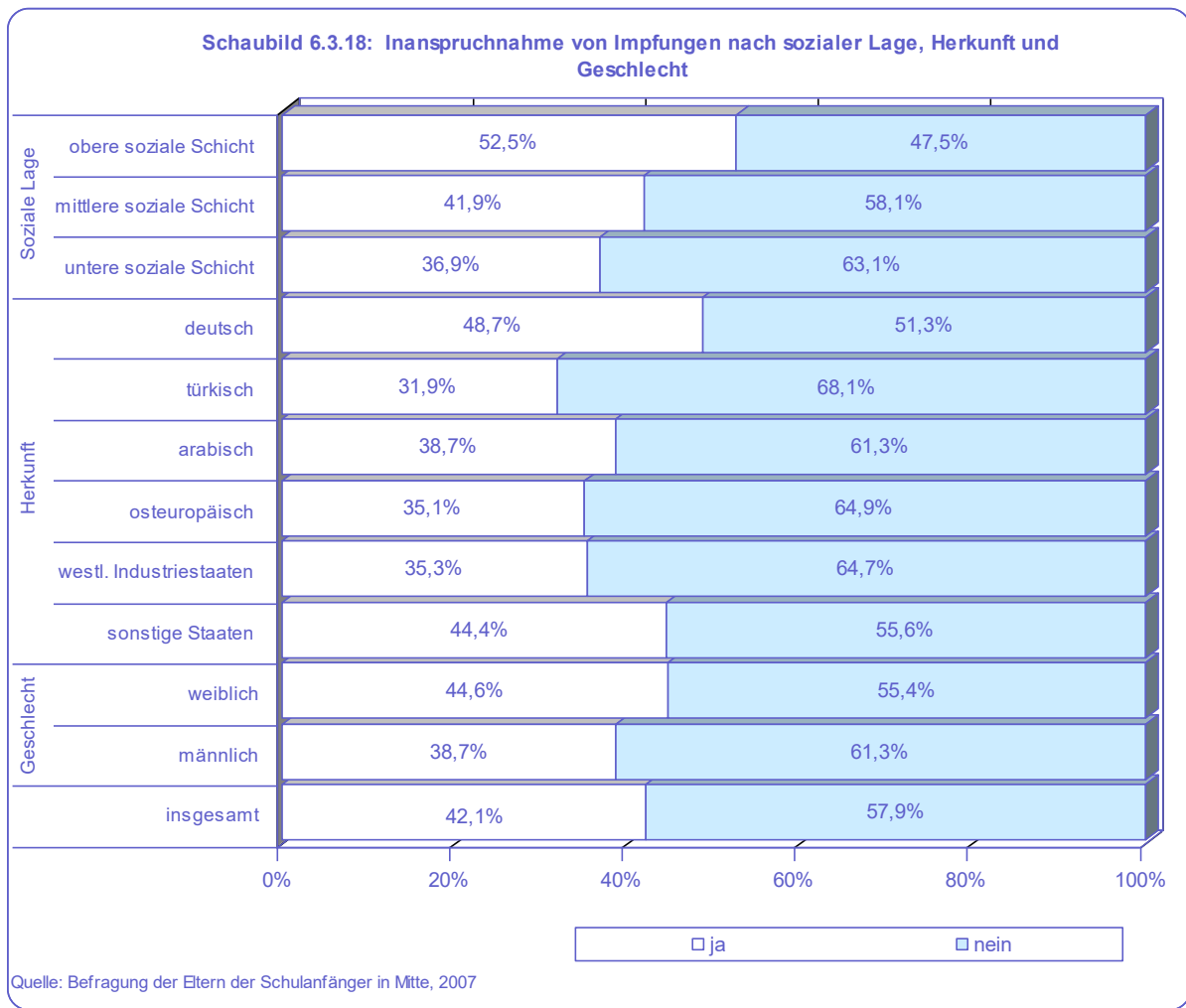


Beim Gesundheits-Check-up (vgl. Schaubild 6.3.16) sehen die Verhältnisse anders aus. Hier gibt es fast gar keine Unterschiede zwischen den sozialen Schichten – die Befragten aus der unteren sozialen Schicht nehmen den Gesundheitscheck sogar etwas häufiger als die besser gestellten Befragten in Anspruch. Aus den zahlenmäßig größeren Herkunftsgruppen nehmen insbesondere die Befragten aus arabischen Ländern den Gesundheitscheck in Anspruch (53,2%), noch häufiger als die Befragten deutscher Herkunft (44%). Wie bei den anderen Vorsorgeangeboten der Fall, nehmen die Frauen sie häufiger als die Männer in Anspruch. Im Gegensatz zur Krebsvorsorge gibt es hier kaum Unterschiede nach Migrationsstatus. Die deutschen Befragten mit MH nehmen den Gesundheitscheck sogar noch häufiger (47%) in Anspruch als die Deutschen ohne MH (44%) und die ausländischen Befragten (43,3%).

Mit insgesamt 80,2% Inanspruchnahme ist die zahnärztliche Vorsorge (vgl. Schaubild 6.3.17) das am häufigsten wahrgenommene Vorsorgeangebot bei unseren Befragten. Trotz der insgesamt hohen Inanspruchnahmeraten ist der soziale Gradient dabei noch stärker als bei der Krebsvorsorge. Während nur 8,2% der Befragten in der oberen sozialen Schicht keine zahnmedizinische Vorsorge in Anspruch genommen haben, waren es 26,5% der Befragten in der unteren sozialen Schicht – mehr als 4-mal so viele. Dementsprechend liegt die Inanspruchnahme der Befragten deutscher Herkunft deutlich höher als in den anderen größeren Herkunftsgruppen. Wie gehabt stehen die Männer deutlich schlechter da als die Frauen – es gab fast zweimal so viele Männer wie Frauen, die keine zahnmedizinische Vorsorge in Anspruch genommen haben.



Im Gegensatz zur Situation bei der Krebsvorsorge verkleinert sich der Abstand zwischen den größeren Herkunftsgruppen und den Befragten deutscher Herkunft, wenn nur die untere soziale Schicht in die Analyse einbezogen wird. In dieser Schicht kommen die Teilnahmeraten der arabischen Befragten (75,5%) fast an die der deutschen Befragten (77%) heran. Mit jeweils 70,8% und 72,5% liegen die Teilnahmeraten der türkischen und osteuropäischen Befragten etwas darunter. Ebenfalls anders als bei der Krebsvorsorge gibt es keinen Unterschied zwischen den Teilnahmeraten der deutschen Befragten mit MH und den ausländischen Befragten – beide liegen mit 74,1% deutlich niedriger als die der Deutschen ohne MH (87%).



Hinsichtlich der Inanspruchnahme von Impfungen (vgl. Schaubild 6.3.18) gibt es zwar einen sozialen Gradienten und dementsprechend eine höhere Teilnahmerate bei den deutschen Befragten, aber insgesamt sind die Unterschiede zwischen den dargestellten Gruppen sowie zwischen Männern und Frauen nicht so groß wie bei den anderen Vorsorgeangeboten. Wenn nur die untere soziale Schicht betrachtet wird, verkleinern sich zwar die Abstände zwischen den einzelnen Herkunftsgruppen, aber die Unterschiede z.B. zwischen den deutschen (41,8%) und den türkischen (31,3%) Befragten bleiben bestehen.

Auffällig in der Darstellung ist die Tatsache, dass es bei den meisten aufgeführten Vorsorgemaßnahmen einen deutlichen sozialen Gradienten gibt: je höher die soziale Schicht, desto eher die Teilnahme an Vorsorgemaßnahmen. Die einzige Ausnahme ist der allgemeine Gesundheitscheck, wo sich die drei sozialen Schichten kaum unterscheiden. Außerdem sind die Teilnahmeraten an den einzelnen Maßnahmen sehr unterschiedlich. Während über 80% der Befragten die zahnärztliche Vorsorge in Anspruch genommen haben, waren es weniger als 45% beim allgemeinen Gesundheitscheck.

Die in der Befragung beobachtete Tendenz von Menschen mit Migrationshintergrund, Vorsorgemaßnahmen, die von den Krankenkassen ohne Zuzahlung angeboten werden, nicht in Anspruch zu nehmen, ist bedenklich. Interessant sind jedoch die unterschiedlichen Erklärungsfaktoren bei den einzelnen Vorsorgemaßnahmen. Während bei der Krebsvorsorge die soziale Lage der Befragten offenbar keine große Rolle bei der Erklärung der Unterschiede zwischen den Herkunftsgruppen spielt, zeigt sie doch bei der Zahnvorsorge und der Inanspruchnahme von Impfungen einen gewissen Einfluss.

### 6.3.7 Zusammenfassung - Elternbefragung

In diesem Abschnitt wurden die Ergebnisse einer Befragung der Eltern der Schulanfänger zu ihrer Gesundheit und zu ihrem Gesundheitsverhalten vorgestellt. Dadurch, dass ein hoher Anteil an Menschen mit MH an der Befragung teilnahm, konnten relativ repräsentative Ergebnisse für die Altersgruppe erzielt werden. Insgesamt füllten ca. 20% der Eltern der Schulanfänger den Fragebogen aus (489 Männer, 586 Frauen). 52% der Befragten (560) hatte einen Migrationshintergrund. Mit ca. 46% der Befragten war die untere soziale Schicht leicht unterrepräsentiert (insgesamt 49%).

Hinsichtlich der sozialen Schichtverteilung fielen z.T. große Unterschiede zwischen den Herkunftsgruppen auf: Während z.B. 41,4% der Eltern deutscher Herkunft in der oberen sozialen Schicht einzuordnen war, traf dies nur für 5,3% der türkischen Befragten zu. Insgesamt kamen die Eltern mit einem Migrationshintergrund überwiegend aus der unteren sozialen Schicht (insgesamt 61% vs. 30,7% der Eltern deutscher Herkunft). Einige prägnante Ergebnisse der Befragung sind in den folgenden Punkten zusammengefasst:

#### *Selbst eingeschätzte Gesundheit*

Insgesamt schätzten ca. 74% der Befragten ihre Gesundheit als gut oder sehr gut ein – in der oberen sozialen Schicht ca. 90%, in der unteren ca. 80%. Die befragten Personen in fast allen Migrantengruppen bewerteten ihre Gesundheit mindestens so oft mit „sehr gut“ wie die deutschen Befragten. Bei der Einschätzung „befriedigend/schlecht“ lagen die meisten Befragtengruppen ebenfalls ähnlich (Ausnahme: Befragte aus arabischen Ländern). Die männlichen Befragten schnitten um einiges schlechter als die Frauen ab, sowohl bei der Kategorie „sehr gut“ als auch bei der Kategorie „schlecht“. Wenn nur die untere soziale Schicht untersucht wird, liegen die deutschen Befragten deutlich unterhalb der meisten anderen Herkunftsgruppen – sowohl bei der Einschätzung „sehr gut“ als auch im Bereich „mittelmäßig/schlecht“.

#### *Krankheitsbedingte Fehltag*

Beim Indikator „krankheitsbedingte Fehltag“ fällt ein deutlicher sozialer Gradient ins Auge. Befragte aus der unteren sozialen Schicht fehlten mehr als 5-mal so oft „mehr als 3 Wochen“ bei ihrer Arbeit bzw. ihren sonstigen Tätigkeiten verglichen mit den Befragten aus der oberen sozialen Schicht. In der Kategorie „weniger als 5 Tage“ schnitten die meisten Migrantengruppen um einiges besser ab als die deutschen Befragten (Ausnahme: Menschen aus arabischen Ländern). Bei der Kategorie „mehr als 3 Wochen“ lagen sowohl die arabischen (7,9%) als auch die türkischen (10,4%) Befragten vor den deutschen Eltern (6,6%). Männer schnitten an beiden Enden des Spektrums besser ab als die Frauen. In einer Analyse der unteren sozialen Schicht verschwanden die Unterschiede nach Herkunft fast vollständig.

#### *Gewichtstatus*

Beim Vorkommen von Adipositas und mäßigem Übergewicht gibt es einen starken sozialen Gradienten: je niedriger die soziale Schicht, desto höher der Anteil von adipösen und mäßig übergewichtigen Menschen. Demzufolge wiesen die türkischen und arabischen Befragten deutlich höhere Anteile an Adipositas und Übergewicht als die Deutschen auf. Obgleich mehr Frauen (11,9%) als Männer (10,9%) adipös waren, gab es mehr als zweimal so viele Männer (44,7%) als Frauen (20%) im mäßig übergewichtigen Bereich. Insgesamt hatten 57,4% der Befragten ein normales Körpergewicht. In der unteren sozialen Schicht liegen die drei großen Herkunftsgruppen (deutsch, türkisch und arabisch) beim Vorkommen von Adipositas relativ



gleichauf, während etwas größere Anteile von türkischen und arabischen Befragten mäßig übergewichtig sind.

#### *Alkohol- und Tabakkonsum*

Beim Trinkverhalten der Befragten wird ein starker umgekehrter sozialer Gradient deutlich: je höher die soziale Schicht, desto größer der Anteil der Menschen mit einem riskanten Alkoholkonsum. Dieser soziale Gradient ist auch deutlich, wenn die muslimischen Befragten nicht mit einberechnet werden. Die höchsten Anteile an riskanten Alkoholkonsumenten sind bei den deutschen Befragten (21,%) sowie bei den Befragten aus westlichen Industrieländern (19,2%) zu finden. Mit deutlichem Abstand (10,2%) folgen die Befragten aus osteuropäischen Ländern. Nur sehr kleine Anteile an Menschen aus der Türkei und aus arabischen Ländern wiesen einen riskanten Alkoholkonsum auf. Riskanter Alkoholkonsum ist eher ein Problem der Männer (17,3%) als der Frauen (10,3%).

Deutlich ist beim Rauchverhalten insbesondere der starke soziale Gradient. Während nur 21% der Befragten aus der oberen sozialen Schicht sich als Raucher zu erkennen gaben, waren es 52% aus der unteren Schicht – mehr als zweimal so viele. Dementsprechend gaben insbesondere die türkischen Befragten (49,3%) und die Befragten aus osteuropäischen Ländern (42,3%) an, gegenwärtig Raucher zu sein. Im Kontrast hierzu rauchten die deutschen und arabischen Befragten (jeweils 37,2%) um einiges weniger. Hierbei gab es deutlich mehr rauchende Männer (44,5%) als Frauen (35,1%).

In der Auswertung nach Herkunft nur für die untere soziale Schicht kehrt sich das Verhältnis zwischen den deutschen und türkischen Befragtengruppen um. Hier rauchen am häufigsten die deutschen (59%) gefolgt von den osteuropäischen (54,8%) und türkischen (54%) Befragten. Personen aus arabischen Ländern rauchten ohnehin weniger (39%). Betrachtet man nur die untere soziale Schicht, so erweist sich ein Migrationshintergrund eher als gesundheitsfördernd. Dieses Phänomen könnte auch eine religiöse Komponente haben.

#### *Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung*

Hinsichtlich der Häufigkeit der Hausarztbesuche gibt es einen deutlichen sozialen Schichtgradienten: Während lediglich 13,5% der Befragten aus der oberen sozialen Schicht 4-mal oder mehr ihren Hausarzt im letzten Jahr besuchten, waren es 29,7% aus der unteren sozialen Schicht. Insbesondere die arabischen (39%), osteuropäischen (28,1%) und türkischen (26,8%) Befragten besuchten ihren Hausarzt häufiger im Vergleich zu den deutschen (19,3%). Frauen (26,9% „mehr als 4-mal“) gingen häufiger zu ihrem Hausarzt als Männer (20,5%).

Die größere Häufigkeit der Hausarztbesuche von Menschen mit MH bei gleicher oder besserer Gesundheit könnte durch das Vorliegen von Verständnisproblemen, die eine angemessene Arzt/Patienten-Beziehung erschweren, verursacht werden. Eine Auswertung der Häufigkeit der Hausarztbesuche nach dem Migrationshintergrund sowie den Angaben zum Hilfebedarf bei der Verständigung in der deutschen Sprache zeigt, dass die Befragten deutscher Herkunft die wenigsten Arztbesuche verzeichneten, gefolgt von den Befragten ohne Verständigungsprobleme und abschließend von den Menschen, die Hilfe bei der Verständigung benötigten.

Bei der Häufigkeit der Facharztbesuche gibt es auch hier einen sozialen Gradienten bei der häufigen Inanspruchnahme (4-mal oder mehr): je höher die soziale Schicht, desto niedriger der Anteil der häufigen Facharztbesucher. Beim Facharztbesuch gibt es jedoch auch einen umgekehrten sozialen Gradienten bei der Kategorie „gar nicht“, d.h., dass die Befragten aus der unteren sozialen Schicht sowohl am häufigsten „gar nicht“ als auch „mehr als 4-mal“ im

letzten Jahr einen Facharzt besucht haben. Die Befragten deutscher Herkunft stellen sowohl die kleinste Gruppe, die überhaupt nicht beim Facharzt war, als auch die kleinste Gruppe, die mehr als viermal den Facharzt aufsuchte. Hier gibt es auch deutliche Unterschiede nach Geschlecht. Während fast 53% der Männer im letzten Jahr gar nicht beim Facharzt waren, liegt der Anteil der Frauen nur bei 13%. Umgekehrt besuchten 25,6% der Frauen und nur 13,8% der Männer ihre Fachärzte mehr als viermal im letzten Jahr. Ein Grund hierfür könnte auch die Schwangerenvorsorge sein.

### *Inanspruchnahme gesundheitlicher Vorsorgeangebote*

Die Inanspruchnahme der gesundheitlichen Vorsorgeuntersuchungen zeigt sich unterschiedlich je nach sozialer Lage, Herkunft und Geschlecht. Über 80% der Befragten gaben an, zahnärztliche Vorsorge in Anspruch genommen zu haben. Anschließend kam die Krebsvorsorge mit insgesamt 48,5% – hierbei nahmen Frauen (72,8%) viel häufiger als Männer (16,4%) daran teil.<sup>56</sup> Am dritthäufigsten stellt sich die Inanspruchnahme des Gesundheitschecks mit 44,4% heraus. Die Inanspruchnahme von Impfungen belegt mit 42,1% den vierten Platz.

Bis auf den Gesundheits-Check-up gibt es einen sozialen Gradienten bei der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen: Je höher die soziale Schicht, desto höher die Inanspruchnahmeraten. Insbesondere bei der zahnärztlichen Vorsorge war dies der Fall. Entsprechend der sozialen Unterschiede in der Inanspruchnahme nahmen die deutschen Befragten häufiger als die Eltern anderer großen Herkunftsgruppen an diesen Angeboten teil. Insbesondere die arabischen Eltern haben den Gesundheitscheck in Anspruch genommen.

---

<sup>56</sup> Bedingt u.a. durch die Altersstruktur der Befragten in Verbindung mit den Empfehlungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

## 6.4 Ältere Migranten

Die Situation von älteren Migranten war lange kein Thema in Deutschland. Geprägt durch die Altersstruktur der Arbeitsmigranten und ihren Familien war die Gruppe der Migranten im Durchschnitt früher sehr jung. Immer mehr Migranten sind jedoch in Deutschland alt geworden. Trotz einer Lebensplanung, die eine Rückkehr in die Heimat vorsah, bleiben sie zunehmend hier. Gründe dafür sind mitunter ihre finanzielle Situation, der Wunsch, den Kindern nahe zu sein, eine allgemeine Entfremdung vom Heimatland sowie die eigene Gesundheit. Auch die im Herkunftsland nicht ausreichend vorhandene medizinische Versorgung könnte dabei eine Rolle spielen.

Vor diesem Hintergrund aber auch angesichts des demografischen Wandels in den westlichen Industriegesellschaften gewinnen Fragen zur Thematik „Gesundheit von älteren Migranten in Deutschland“ zunehmend an Bedeutung. Ausgehend von den gegenwärtigen Prognosen soll der Anteil der Bevölkerungsgruppe der über 65-Jährigen bis zum Jahr 2030 gravierend steigen. Hiervon wird auch ein immer größer werdender Anteil einen Migrationshintergrund haben. Dadurch entsteht eine zunehmende Relevanz dieser Bevölkerungsgruppe auch für die Sozial- und Gesundheitssysteme, insbesondere in Hinblick auf ihren Pflegebedarf.

Angesichts der Tatsache, dass fundierte Daten für ältere Migranten auf kommunaler Ebene weitestgehend fehlen (vgl. Butler et al. 2007 und Habermann et al. 2009), wurde in einer Befragung von älteren Menschen im Bezirk Berlin-Mitte (die LISA<sup>57</sup>-Studie – vgl. u.a. BA Mitte 2010) besonderer Wert darauf gelegt, die ältere Bevölkerung mit Migrationshintergrund angemessen zu beteiligen. Hierbei wurde der Fragebogen in die türkische, russische und serbokroatische Sprache übersetzt und die Befragung wurde zum Teil mit Hilfe von muttersprachigen Befragern durchgeführt (vgl. Butler 2011). Insgesamt wurden in der LISA Studie 473 Menschen ab 60 Jahren zu ihrer Lebensqualität, ihrer gesundheitlichen Lage sowie zu ihren sozialen Unterstützungsmöglichkeiten befragt – mit einem hohen Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund.<sup>58</sup>

Es wurde außerdem nach den sozialen Kontakten gefragt, nach den täglichen Aktivitäten, nach dem Unterstützungsbedarf und nach dem Bedarf an zusätzlichen Angeboten im Bezirk. Darüber hinaus gab es Fragen zu Nikotin- und Alkoholkonsum, zu Körpergröße und -gewicht sowie zum Bewegungsverhalten. Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse aus der LISA-Befragung mit besonderer Relevanz für die ältere Bevölkerung mit Migrationshintergrund zusammengefasst. Eine detaillierte Darstellung der Studienergebnisse liegt bereits als bezirklicher Gesundheitsbericht vor (vgl. BA Mitte 2010).

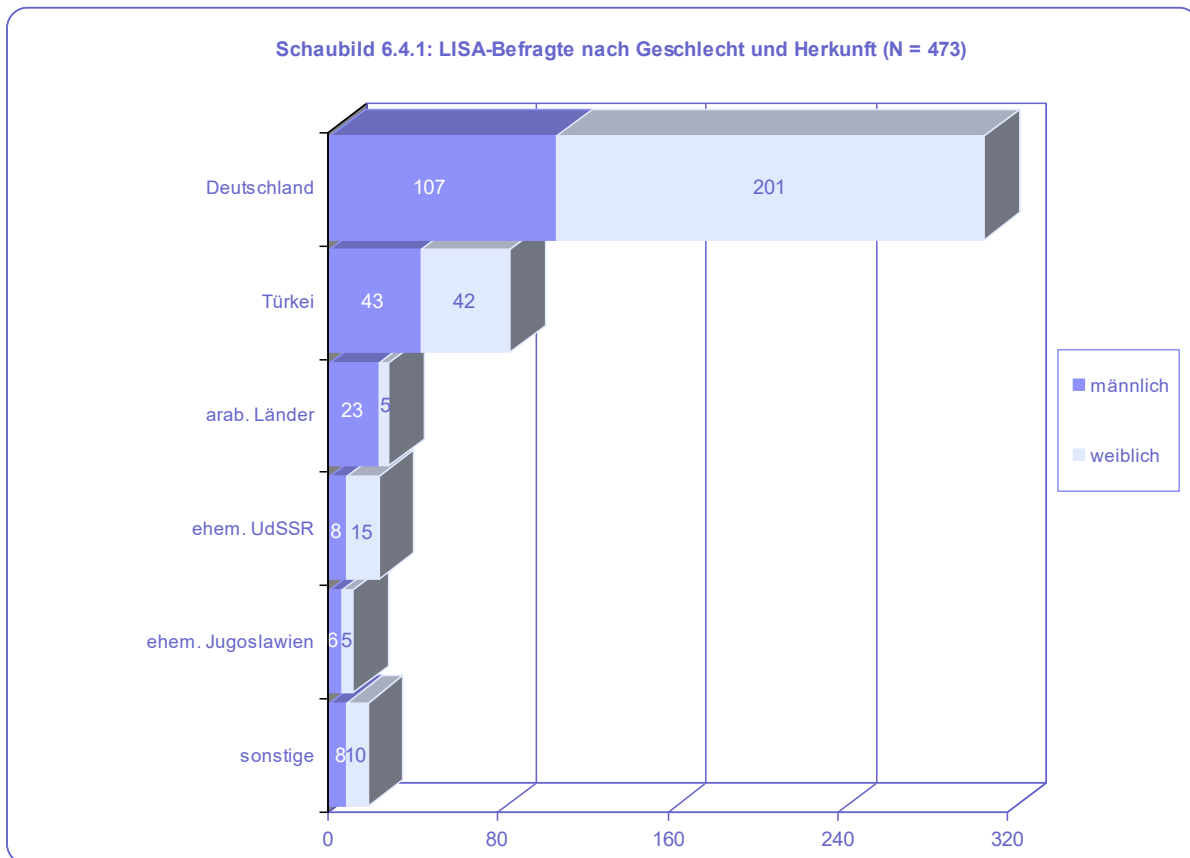
Schaubild 6.4.1 zeigt die LISA-Befragten nach Geschlecht und Herkunft. Hinter der Gruppe der älteren Menschen deutscher Herkunft (308) sind die Befragten türkischer Herkunft die zweitgrößte Gruppe mit 85 Personen. Die drittgrößte Gruppe in der Stichprobe sind die Menschen arabischer Herkunft mit 28, gefolgt von den Befragten aus der ehem. UdSSR (23), aus dem ehem. Jugoslawien (11) sowie aus sonstigen Ländern (18). Durch ihre zahlenmäßige Repräsentation in der Stichprobe sind die türkischen und deutschen Herkunftsgruppen für herkunftsspezifische Vergleiche gut geeignet. Obgleich die anderen Gruppen beim Vergleich

<sup>57</sup> LISA steht für Lebensqualität, Interessen und Selbstständigkeit im Alter

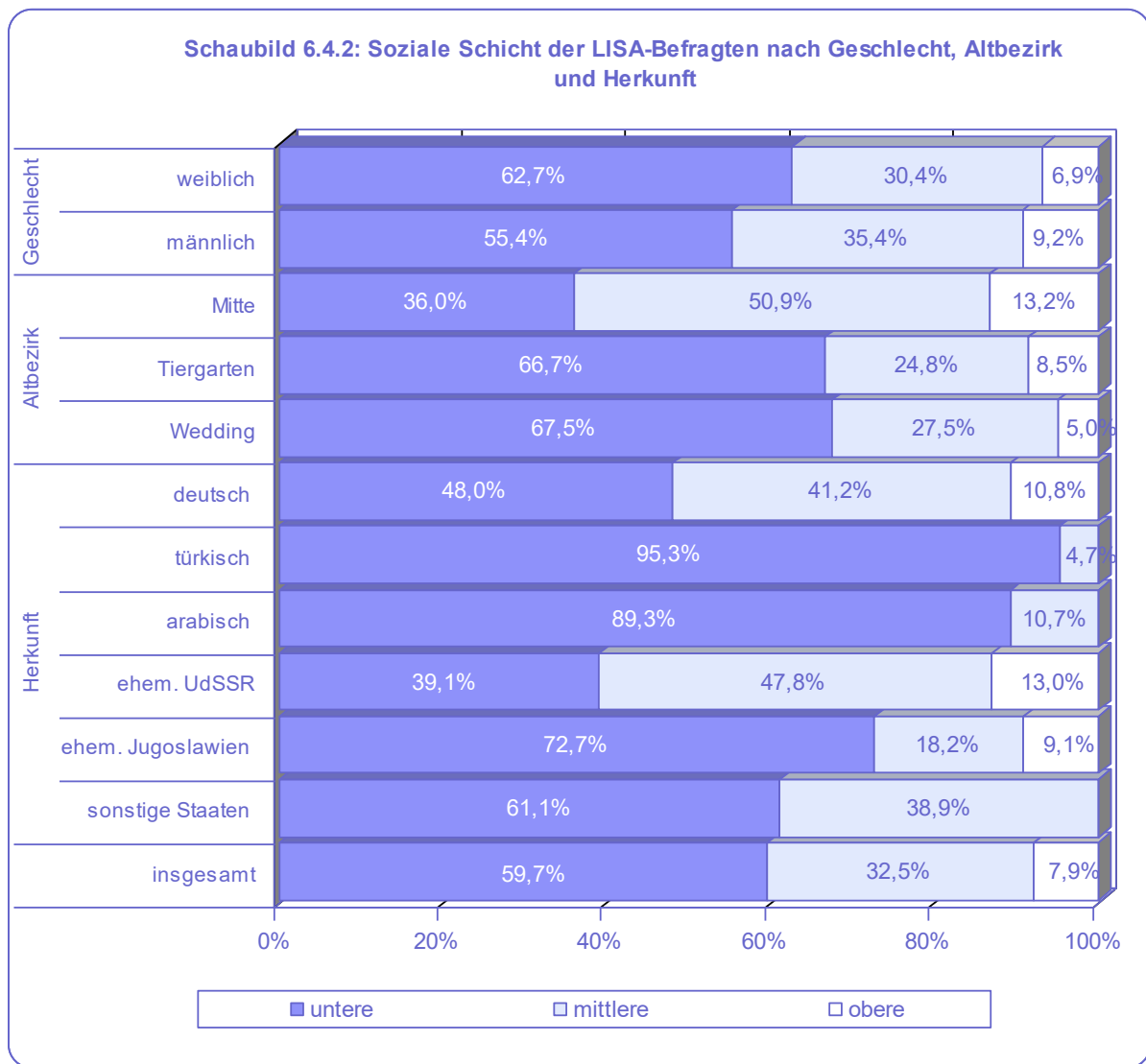
<sup>58</sup> Die soziodemografische Zusammensetzung die LISA Stichprobe wird im Abschnitt A.4 im Anhang (s. 163 ff.) aufgeführt.

nach Herkunft aufgeführt werden, sollen dabei ihre z.T. kleinen Fallzahlen berücksichtigt werden.

Die Verteilung beider Geschlechter in den einzelnen Herkunftsgruppen in der Stichprobe entspricht meist der Geschlechterverteilung in der jeweiligen Herkunftsgruppe in der gesamten Population im Bezirk. Bei den deutschen Befragten sind Frauen in der Stichprobe etwas überrepräsentiert, bei Menschen arabischer Herkunft überwiegen die Männer deutlich. Mit insgesamt 278 (58,8%) Frauen und 196 (41,2%) Männern entsprach die Geschlechterverteilung in der Untersuchungsgruppe jedoch relativ gut jener der gesamten Altersgruppe im Bezirk (55,7% Frauen, 45,3% Männer).



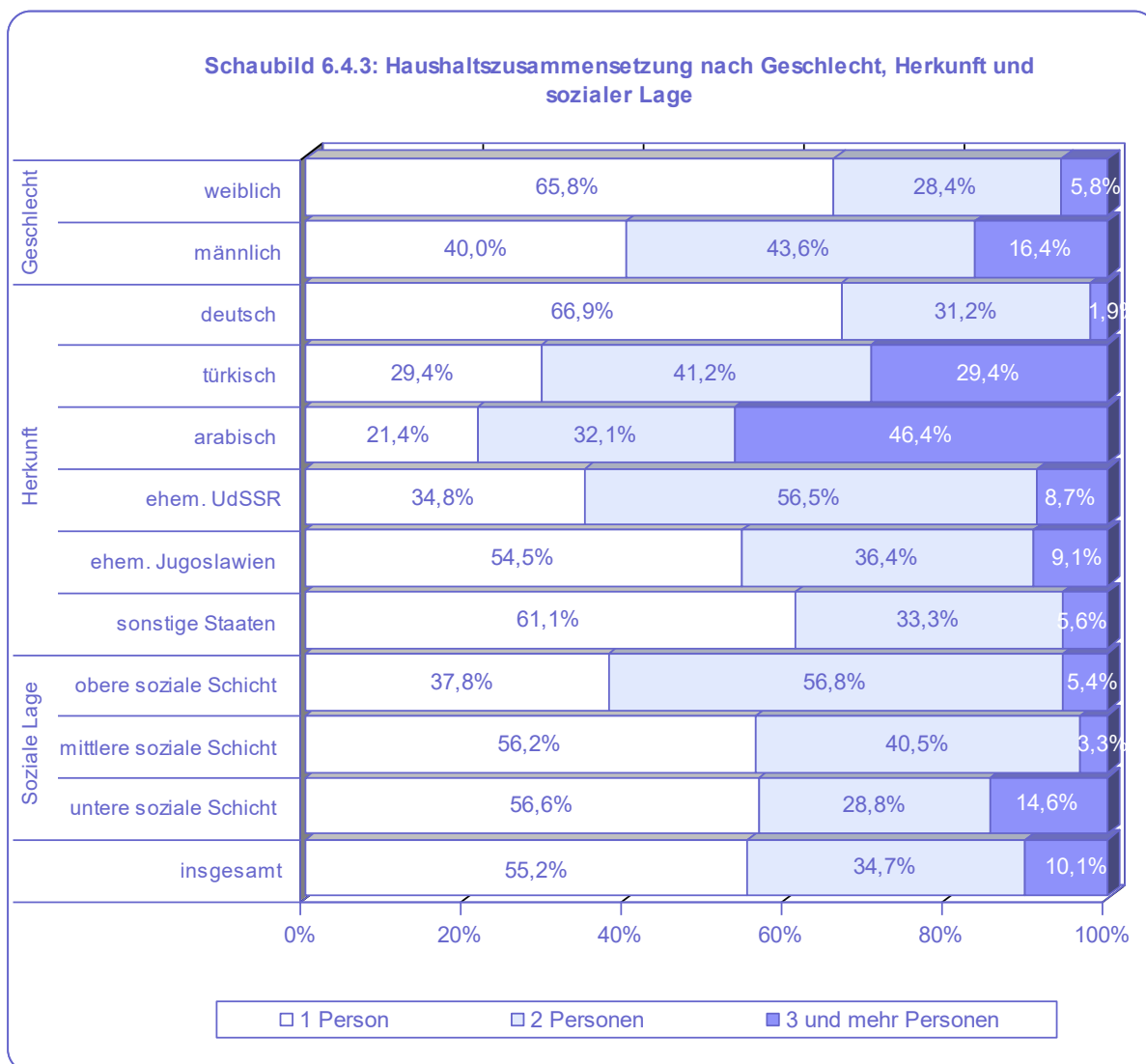
Die soziale Schichtverteilung in der LISA-Befragtengruppe (vgl. Schaubild 6.4.2) zeigt einige Besonderheiten auf. Insgesamt sind die Frauen sozial um einiges schlechter gestellt als die Männer. Dies kommt z.T. durch die Tatsache zustande, dass die Frauen dieser Generation nicht so häufig und qualifiziert erwerbstätig waren, und dementsprechend ein niedrigeres Rentenniveau aufweisen (vgl. Backes/Clement 2008, S. 83). Die Tatsache, dass viele der Frauen in unserer Stichprobe allein leben (vgl. Schaubild 6.4.3) und nur mit einem Einkommen im Haushalt auskommen müssen, verstärkt diese Tendenz. Zwischen den Altbezirken gibt es deutliche Unterschiede. Während mehr als zwei Drittel der Befragten aus dem Wedding der unteren sozialen Schicht angehörten, waren es nur 36% in Alt-Mitte. Dementsprechend gab es mehr als zweimal so viele Befragte aus der oberen sozialen Schicht in Mitte (alt) wie im Wedding. Nach Herkunftsgruppen gibt es ebenfalls große Unterschiede: Während die Befragten russischer Herkunft bspw. sozial noch etwas besser gestellt waren als die Deutschen, befanden sich mehr als 95% der türkischstämmigen Befragten in der unteren sozialen Schicht.



### 6.4.1 Wohnsituation

Die Wohnsituation eines Menschen spielt eine wichtige Rolle in Hinblick auf seine Gesundheit. Im Alter kann insbesondere die Frage, ob im Notfall jemand da ist, der helfen kann, ausschlaggebend für den Grad der eigenständigen Lebensführung sein, der bei labilem Gesundheitszustand noch möglich ist. Darüber hinaus kann das Zusammenleben mit Partner/-in bzw. Familie auch hinsichtlich der Gefahr der Vereinsamung eine schützende Rolle spielen.

Bei der Haushaltszusammensetzung der LISA-Befragten (vgl. Schaubild 6.4.3) interessierte uns deshalb insbesondere die Gruppe der alleinlebenden Menschen. So wohnten 55% der 473 Befragten allein. Unter den alleinlebenden Befragten waren 70,1% Frauen und 29,9% Männer. Betrachtet man die gesamte Stichprobe, so lebten 65,8% der Frauen und 40% der Männer ohne Mitbewohner. Hinsichtlich der sozialen Lage zeigt sich, dass jeweils ca. 56% der Befragten in den unteren und mittleren sozialen Schichten allein wohnt, während dies nur für 37,8% der sozial bessergestellten Befragten gilt.



Die Haushaltszusammensetzung zeigt sehr deutliche Unterschiede je nach Herkunftsgruppe. Während ca. 67% der deutschen Befragten allein leben und nur 1,9% mit 3 und mehr Personen, wohnen lediglich 21,4% der Befragten aus arabischen Ländern allein und 46,4% mit 3 und mehr Personen zusammen. Die Situation der türkischstämmigen Menschen ähnelt eher jener der arabischen als der der deutschen Befragten mit lediglich 29,4% Alleinlebenden. Im Gegensatz zur Gruppe der arabischen Befragten (32,1%) lebten die türkischstämmigen Menschen sehr häufig in Zweipersonenhaushalten (41,2%). Dies war insbesondere bei den männlichen türkischen Befragten der Fall (vgl. Bugreev 2011). Die Befragten aus dem ehemaligen Jugoslawien und aus „sonstigen Ländern“ leben demgegenüber häufiger allein.

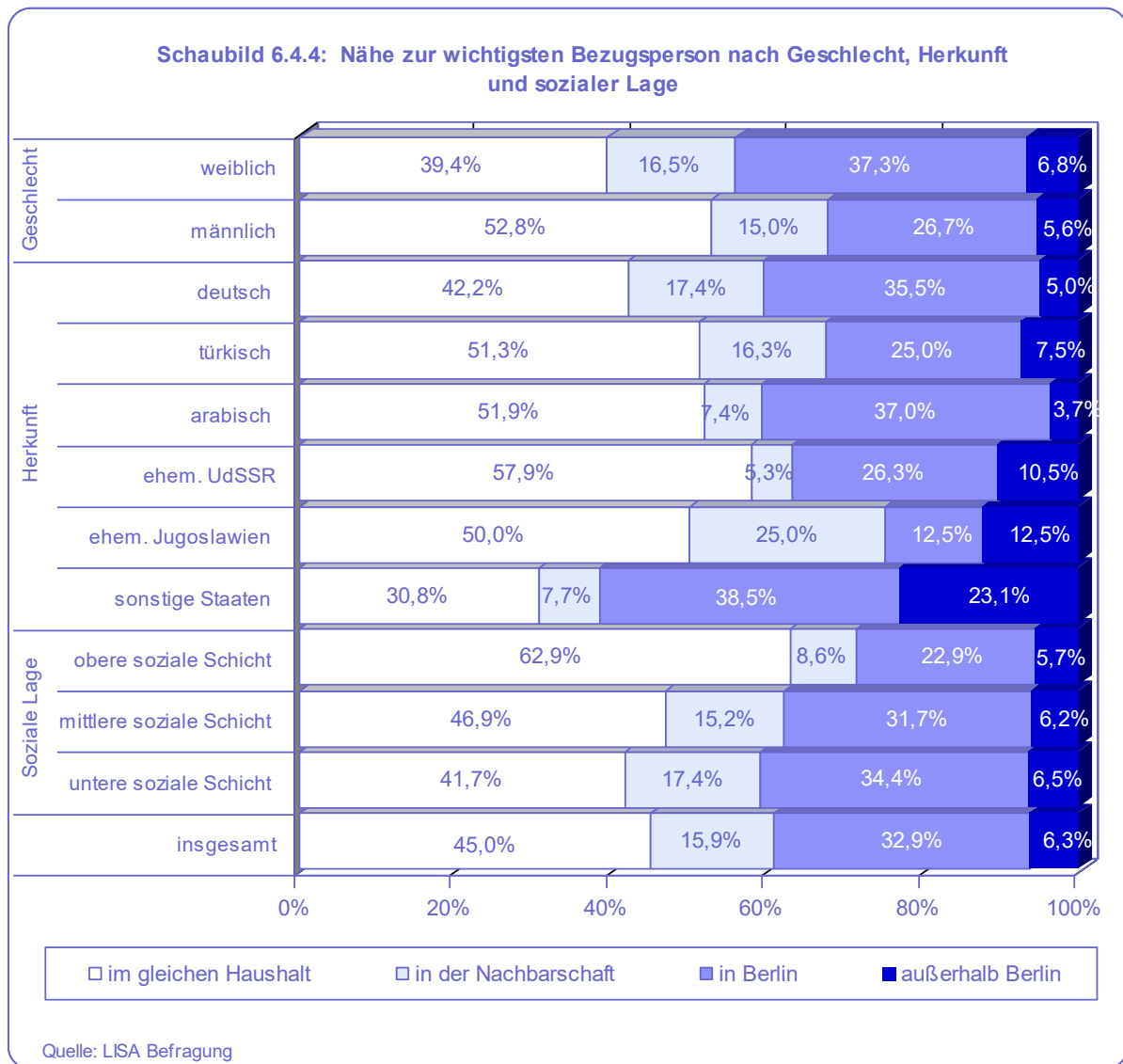
### 6.4.2 Soziale Kontakte/soziale Unterstützung

Neben eher soziodemografischen Einflüssen – wie zum Beispiel der sozialen Lage oder dem Migrationshintergrund der betroffenen Menschen – spielt die soziale Einbindung eines älteren Menschen ebenfalls eine wichtige Rolle im Hinblick auf seine Gesundheit. Sowohl die rein quantitative Frage nach der Verfügbarkeit einer Person, die im Notfall potentiell Hilfe leisten kann, als auch die subjektiv empfundene soziale Unterstützung sind hier von Bedeutung.

In der LISA-Befragung wurde sowohl nach der Nähe zu den wichtigsten Kontaktpersonen als auch mithilfe eines standardisierten Instruments (ESSI – ENRICHD-Social-Support-Instrument) nach der wahrgenommenen sozialen Unterstützung der Befragten gefragt. Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse auf diesem Gebiet zusammengefasst.

*Nähe zu Kontaktpersonen*

Mit einer Auswahlliste wurden die Befragten aufgefordert, die räumliche Nähe zu ihren wichtigsten Kontaktpersonen anzukreuzen. Anhand der Angaben der Befragten wurde im Schaubild 6.4.4 die Nähe zur wichtigsten Kontaktperson für die LISA-Befragten nach Geschlecht, Herkunft und sozialer Lage ausgewertet. Hierbei sind einige interessante Unterschiede je nach Herkunft der Befragten evident geworden.

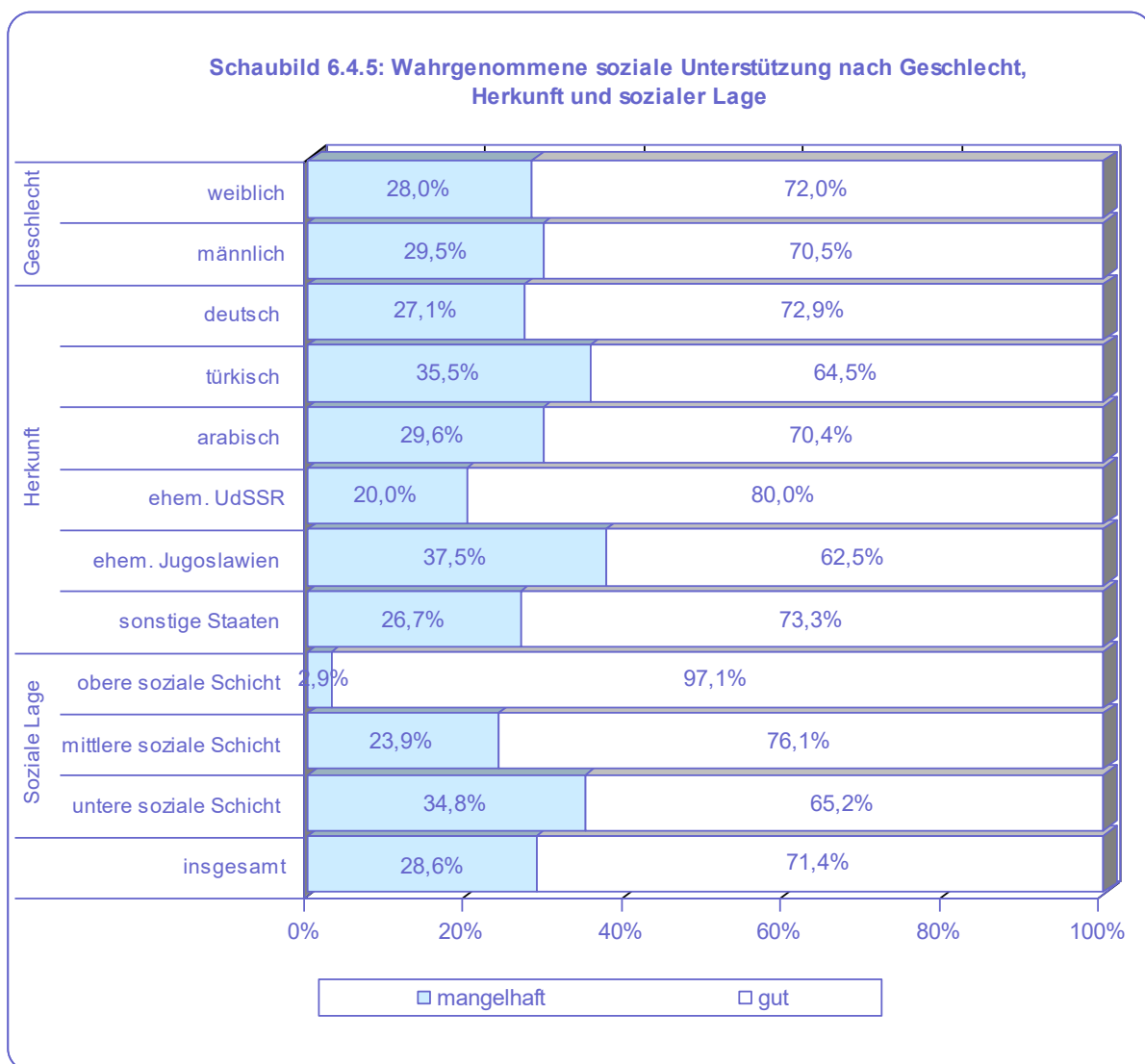


Insgesamt lässt sich feststellen, dass mehr als 60% der Befragten ihre wichtigste Bezugsperson in der eigenen Wohnung oder in der Nachbarschaft haben, und ein weiteres Drittel immerhin in Berlin. Dies stellt ein gewisses Potenzial dahin gehend dar, dass eventuelle Unterstützung im Notfall gewährleistet werden kann. Bei der Geschlechterverteilung gibt es relativ große Unterschiede – bei ca. 52% der Männer, aber nur bei 39% der Frauen wohnt die wichtigste Kontaktperson im eigenen Haushalt.

In der Gruppe der Befragten nichtdeutscher Herkunft wohnt die wichtigste Bezugsperson öfter im eigenen Haushalt als bei den deutschen Befragten. Bei den nichtdeutschen Herkunftsgruppen gibt jedoch auch eine größere Anzahl der Befragten an, ihre wichtigste Bezugsperson nicht in Berlin zu haben. Dies könnte im akuten Notfall problematisch sein, insbesondere, wenn darüber hinaus Verständigungsprobleme bestehen. Nach sozialer Schicht ausgewertet, zeigt sich hier wiederum ein sozialer Gradient: Je höher die soziale Schicht, desto eher befindet sich die wichtigste Bezugsperson im eigenen Haushalt.

*Wahrgenommene soziale Unterstützung (ESSI)*

Nicht nur die objektive Anzahl an sozialen Kontakten und Aktivitäten von älteren Menschen gibt einen Hinweis auf den Grad ihrer sozialen Einbettung in die Gesellschaft, sondern auch ihre subjektive Wahrnehmung des Eingebundenseins.



Um die Effekte dieser sozialen Eingebundenheit bei den Befragten einzuschätzen, wurde in der LISA-Studie das standardisierte Instrument ESSI angewendet. Schaubild 6.4.5 zeigt die wahrgenommene soziale Unterstützung der Menschen in der LISA-Stichprobe nach Geschlecht, Herkunft und sozialer Lage.



Insgesamt fühlten sich 71,4% der Befragten sozial gut unterstützt. Auffallend in dieser Einschätzung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung ist der deutliche soziale Gradient: Je höher die soziale Schicht, desto besser die Unterstützung. In der LISA-Studie korrelierte mangelhafte soziale Unterstützung ebenfalls mit wenigen sozialen Kontakten, einem erhöhten Depressionsrisiko sowie einer wenig aktiven Lebensführung. Während die Daten auf dem ersten Blick darauf schließen lassen, dass insbesondere die älteren Befragten türkischer und (ehemals) jugoslawischer Herkunft sich in höherem Maße mangelhaft unterstützt fühlten, gibt es keine nennenswerten Unterschiede nach Herkunft, wenn nur die untere soziale Schicht analysiert wird (vgl. BA Mitte 2010, S. 10 ff.).

Die relativ hohen Anteile von älteren Menschen mit Migrationshintergrund, die sich mangelhaft unterstützt fühlen, deuten daraufhin, dass das in der Literatur und in der öffentlichen Wahrnehmung gefestigte Bild einer guten Unterstützung von Menschen aus stärker traditionsorientierten Kulturen durch familiäre bzw. soziale Netzwerke offenbar nicht immer so vom Individuum wahrgenommen wird.

### 6.4.3 Gesundheitsrelevantes Verhalten

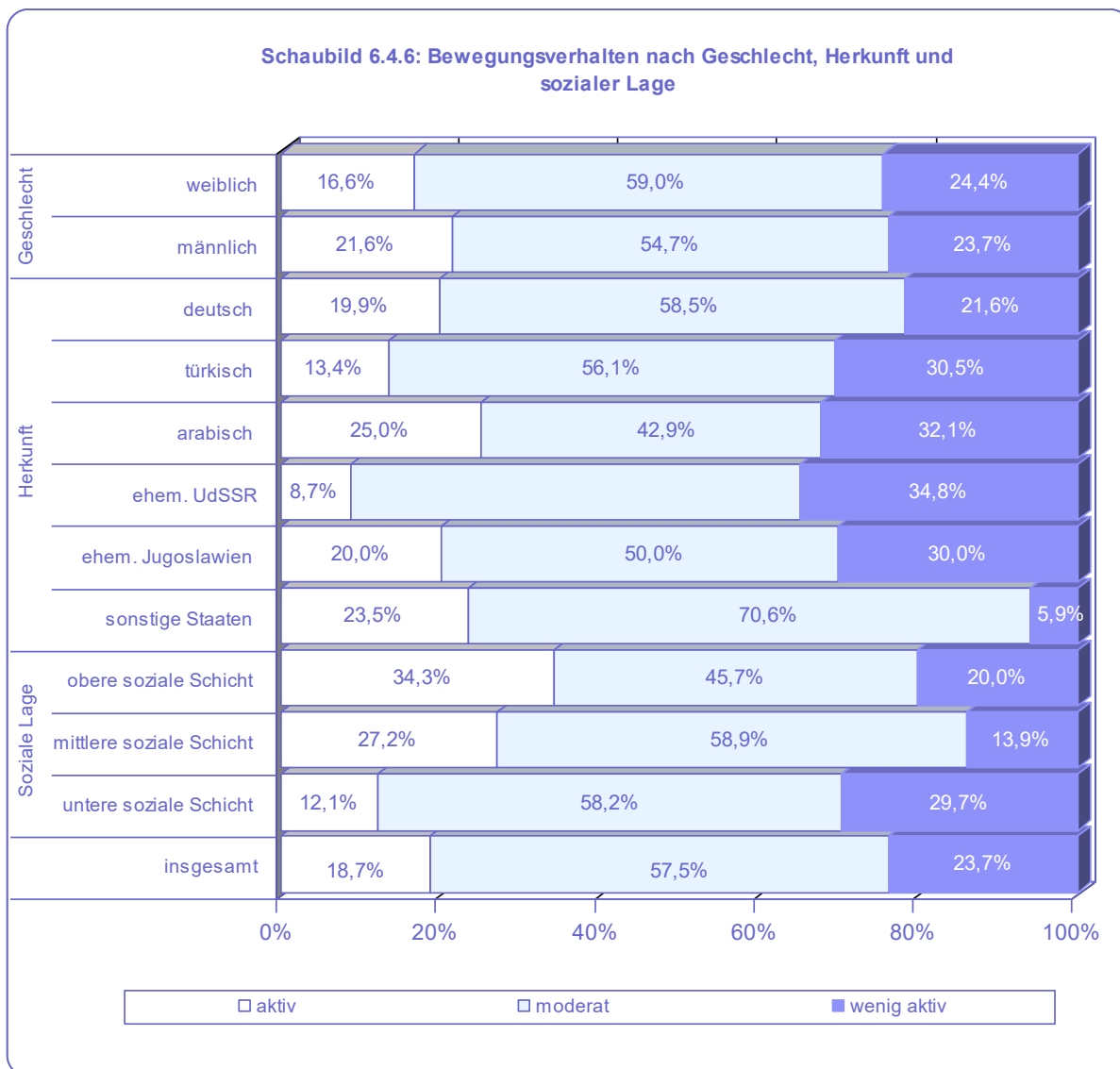
Die Gesundheit eines Menschen wird durch eine Reihe von Verhaltensweisen beeinflusst, die mitunter auch ethnisch unterschiedlich ausgeprägt sind. In diesem Abschnitt werden anhand der Angaben im Fragebogen gesundheitsrelevante Verhaltensweisen der älteren Befragten analysiert. Als Erstes geht es um das Bewegungsverhalten der LISA-Befragten anhand von Angaben zur Häufigkeit der Ausführung von alltäglichen Tätigkeiten. Anschließend wird der Gewichtsstatus betrachtet, hier als Indikator eines gesunden Ernährungs- und Bewegungsverhaltens und Mitverursacher von verschiedenen gesundheitlichen Problemen. Abschließend geht es um das Rauchverhalten und den Alkoholkonsum der Befragten.

#### *Bewegungsverhalten*

Die Bewegungsfähigkeit ist ein wesentlicher Bestandteil der menschlichen Natur, der nicht nur den aktiven Sport, sondern alle Bereiche des täglichen Lebens mit einschließt. Bewegung dient der Fortbewegung, sowohl innerhalb als auch außerhalb der Wohnung, und Beweglichkeit ist eine wichtige Voraussetzung für ein selbstbestimmtes Leben im Alter. Anhand einer umfassenden Liste von 23 alltäglichen Tätigkeiten wurde für die LISA-Befragten die Häufigkeit von acht aktiven Tätigkeiten des täglichen Lebens summiert, um daraus den Bewegungsindex zu bilden. Hierzu gehörten nicht nur Tätigkeiten wie „Sport treiben“ oder „Fahrrad fahren“, sondern auch Aktivitäten wie „Besorgungen machen“ und „im eigenen Haushalt arbeiten“.

Im Schaubild 6.4.6 wird das Bewegungsverhalten der Befragten nach Geschlecht, Herkunft und sozialer Schicht dargestellt. Insgesamt zeigten sich die männlichen Befragten mit 21,6% „aktiv“, und damit „bewegungsfreudiger“ als die Frauen (16,6%). Nach Herkunft betrachtet, sind die Befragten aus arabischen Ländern (überwiegend Männer) mit 25% am aktivsten, während die russischstämmigen Befragten mit knapp 9% das Schlusslicht bilden. Bei einer Auswertung nach Herkunft und Geschlecht treten jedoch sehr große Unterschiede im Bewegungsverhalten zwischen türkischen Männern und Frauen zutage. Während die türkischen Männer mit ca. 20% „aktiv“ eher den deutschen Befragten (23,6%) ähnelten, befanden sich die türkischen Frauen mit ca. 5% auf einem sehr niedrigen Bewegungsniveau im Vergleich zu den deutschen Frauen (19,9%).

Wie bei vielen anderen gesundheitsrelevanten Indikatoren macht sich auch hier ein starker sozialer Gradient bemerkbar: Während sich 34,3% der Befragten aus der oberen sozialen Schicht aktiv bewegen, sind es nur 12,1% aus der unteren Schicht. Eine nähere Analyse der Ergebnisse lässt vermuten, dass die Unterschiede nach Herkunft zum größten Teil auch sozial bedingt sind. Wenn nur die untere soziale Schicht betrachtet wird, zeigen sich z.B. die türkischen Befragten sogar etwas aktiver als die Deutschen.



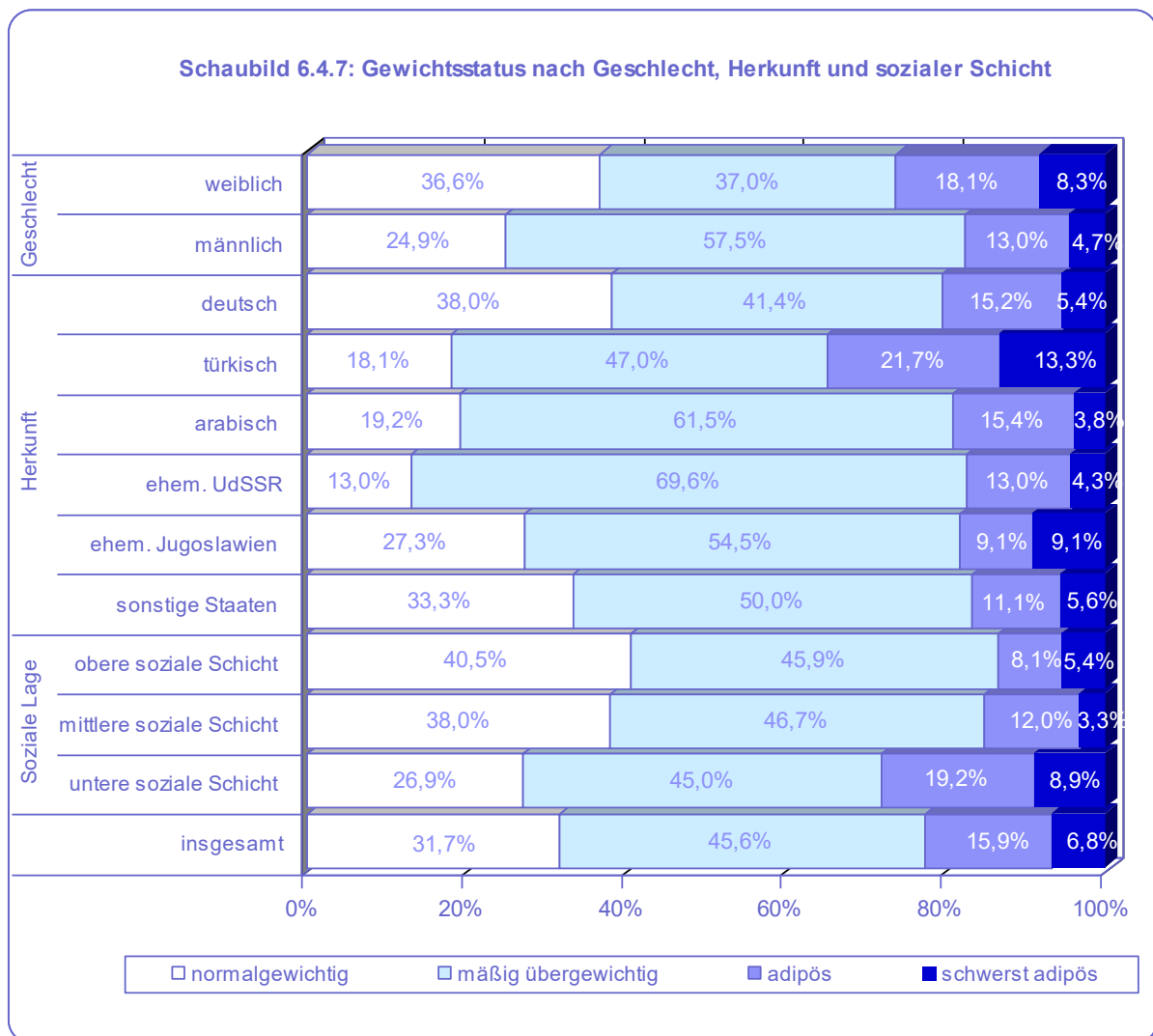
### Gewichtsstatus

Ein wichtiger Indikator des Gesundheitszustandes eines Menschen ist der Gewichtsstatus. Insbesondere im höheren Alter führt Adipositas zu einer Reihe von gesundheitlichen Problemen – angefangen mit orthopädischen Belastungen über Herz-Kreislauf-Beschwerden bis hin zu Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes). Darüber hinaus gibt der Gewichtsstatus Hinweise auf ein ungünstiges Bewegungs- bzw. Ernährungsverhalten.

Im Schaubild 6.4.7 wird der Gewichtsstatus der Befragten nach Geschlecht, Herkunft und sozialer Schicht dargestellt. Insgesamt sind nur 18,7% der Befragten normalgewichtig. Hierbei spielt auch die insgesamt niedrige soziale Lage in der Stichprobe eine Rolle. Bei der Analyse

der demografischen Einflussfaktoren fällt auf, dass die männlichen Befragten sowohl wesentlich seltener normalgewichtig als auch weniger adipös als die Frauen waren. Darüber hinaus zeigt sich ein deutlicher sozialer Gradient bei der Verteilung von Adipositas in der Untersuchungsgruppe – je niedriger die Schicht, desto höher der Anteil der adipösen älteren Menschen.

Hinsichtlich der Herkunft wird ein sehr hoher Anteil an Adipositas bei den älteren türkischen Befragten deutlich – auch, wenn man nur die untere soziale Schicht betrachtet. Viele der türkischstämmigen Bewohner des Bezirkes kommen aus ländlichen Gebieten in der Türkei, wo schwere körperliche Arbeit die Regel und dementsprechend eine erhöhte Kalorienzufuhr notwendig war. Weitere Einflussfaktoren beim Gewichtsstatus waren Schulbildung, Bewegungsverhalten und Alter: je älter, desto normalgewichtiger waren die Personen (vgl. BA Mitte 2010, S. 19 ff.).



### Rauchverhalten

Der Konsum von Tabakwaren gehört zu den gesundheitlich riskantesten Verhaltensweisen in unserer Gesellschaft. Bei fast keiner anderen Verhaltensweise ist der Zusammenhang zwischen Konsum und gesundheitlichen Schäden so deutlich wie beim Rauchen. Trotz der Tatsache, dass die meisten Raucher sehr wohl wissen, worauf sie sich einlassen, ist Rauchen als Abhängigkeitskrankheit schwer zu bekämpfen.

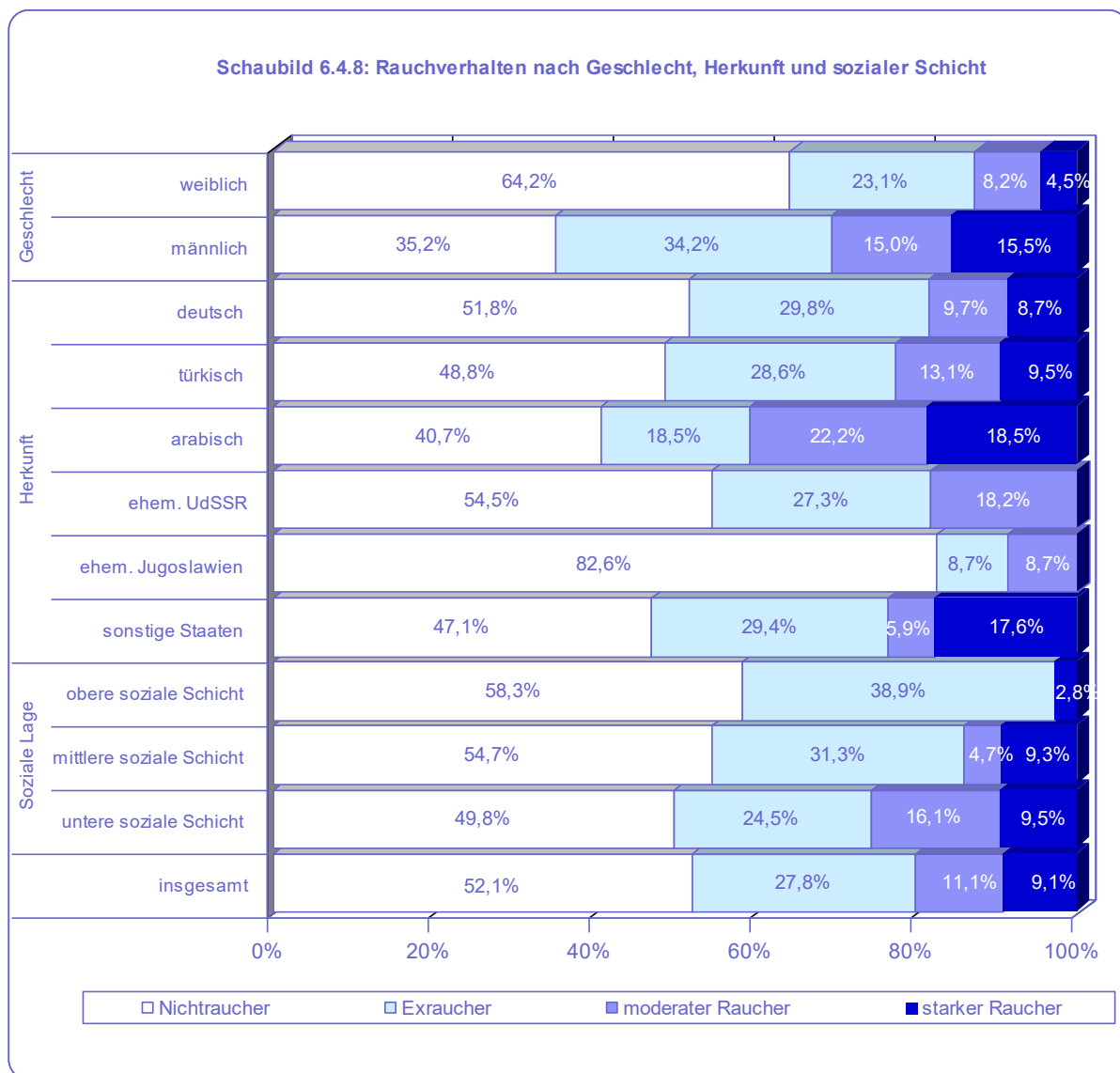
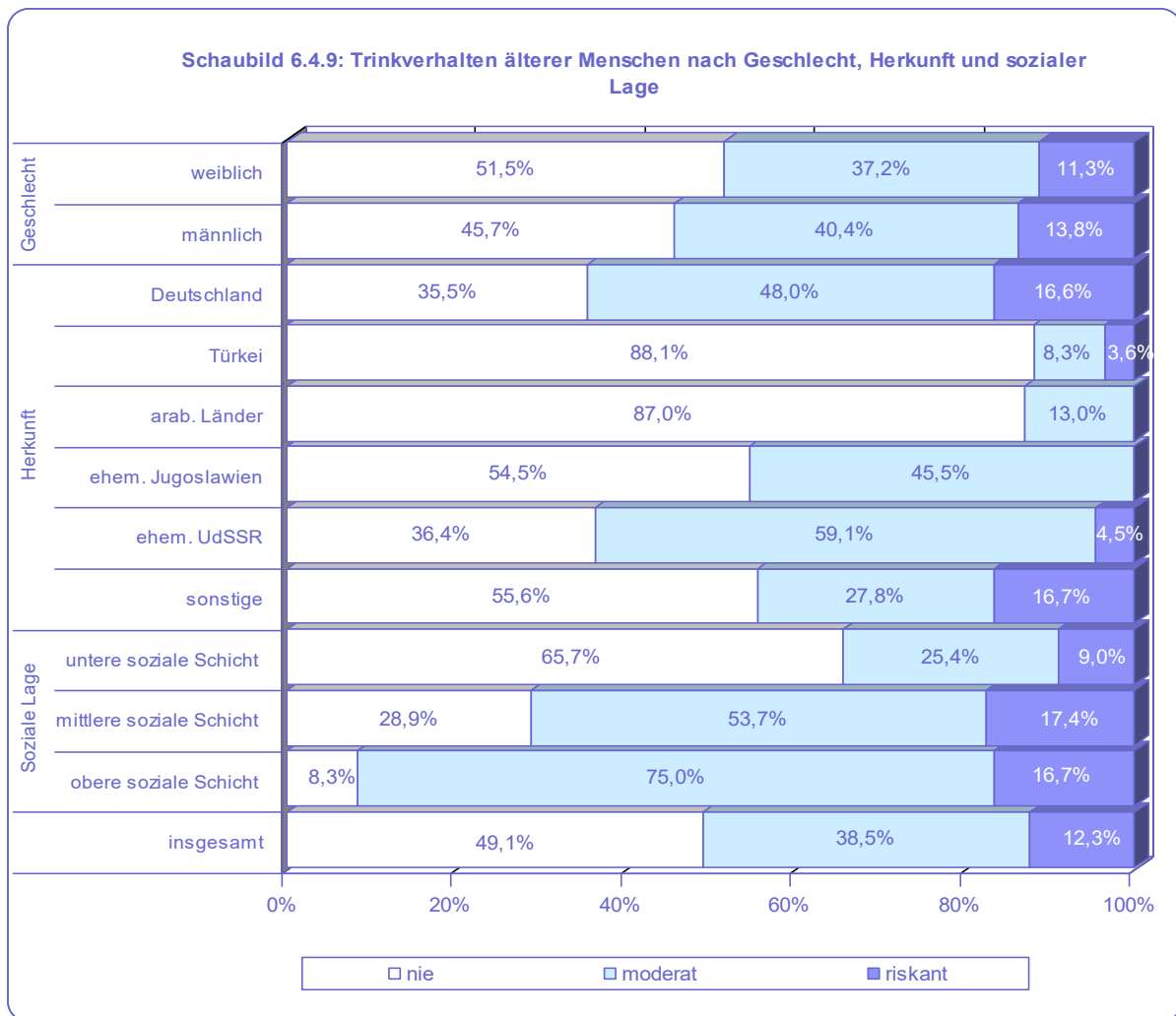


Schaubild 6.4.8 zeigt das Rauchverhalten der LISA-Befragten nach Geschlecht, Herkunft und sozialer Lage. Augenfällig ist hier insbesondere die Tatsache, dass Raucher mehr als zweimal häufiger bei den Männern (30,5%) als bei den Frauen (12,5%) zu finden sind. Während das Rauchverhalten der deutschen und türkischen Befragten mit 18 bzw. 21% Rauchern ähnlich ist, erweisen sich insbesondere die arabischen Befragten mit einem Anteil von über 40% als starke Raucher – mit einem sehr hohen Männeranteil (vgl. S. 164). Ein niedrigerer Anteil an Rauchern bei Menschen aus islamischen Ländern, wie in neueren Untersuchungen mit Jugendlichen festgestellt wird (vgl. Brünger 2010), lässt sich in dieser Altersgruppe nicht zeigen – im Gegenteil. Nach sozialer Schicht betrachtet, zeigt sich ein starker Gradient beim Rauchen: je höher die soziale Schicht, desto geringer der Anteil an Rauchern. Dies korrespondiert auch mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen (vgl. Lampert 2010).

### Alkoholkonsum

Die Analyse des Trinkverhaltens der LISA-Befragten nach soziodemografischen Merkmalen ergibt einige interessante Ergebnisse (vgl. Schaubild 6.4.9). Wie beim Rauchen ist der übermäßige Alkoholkonsum eher ein Problem der älteren Männer (13,8%) als der Frauen (11,3%), wenngleich die Differenzen geringer ausfallen. Nach Herkunft betrachtet, zeigen sich deutliche Alkoholprobleme nur bei den deutschen Befragten und bei den Befragten aus „sonstigen

Ländern“ mit jeweils ca. 17%. Es gibt nur eine sehr kleine Gruppe „riskanter“ Alkoholkonsumenten aus der Türkei. Ein Migrationshintergrund und insbesondere der muslimische Glauben erweisen sich hier eher als gesundheitsfördernd.



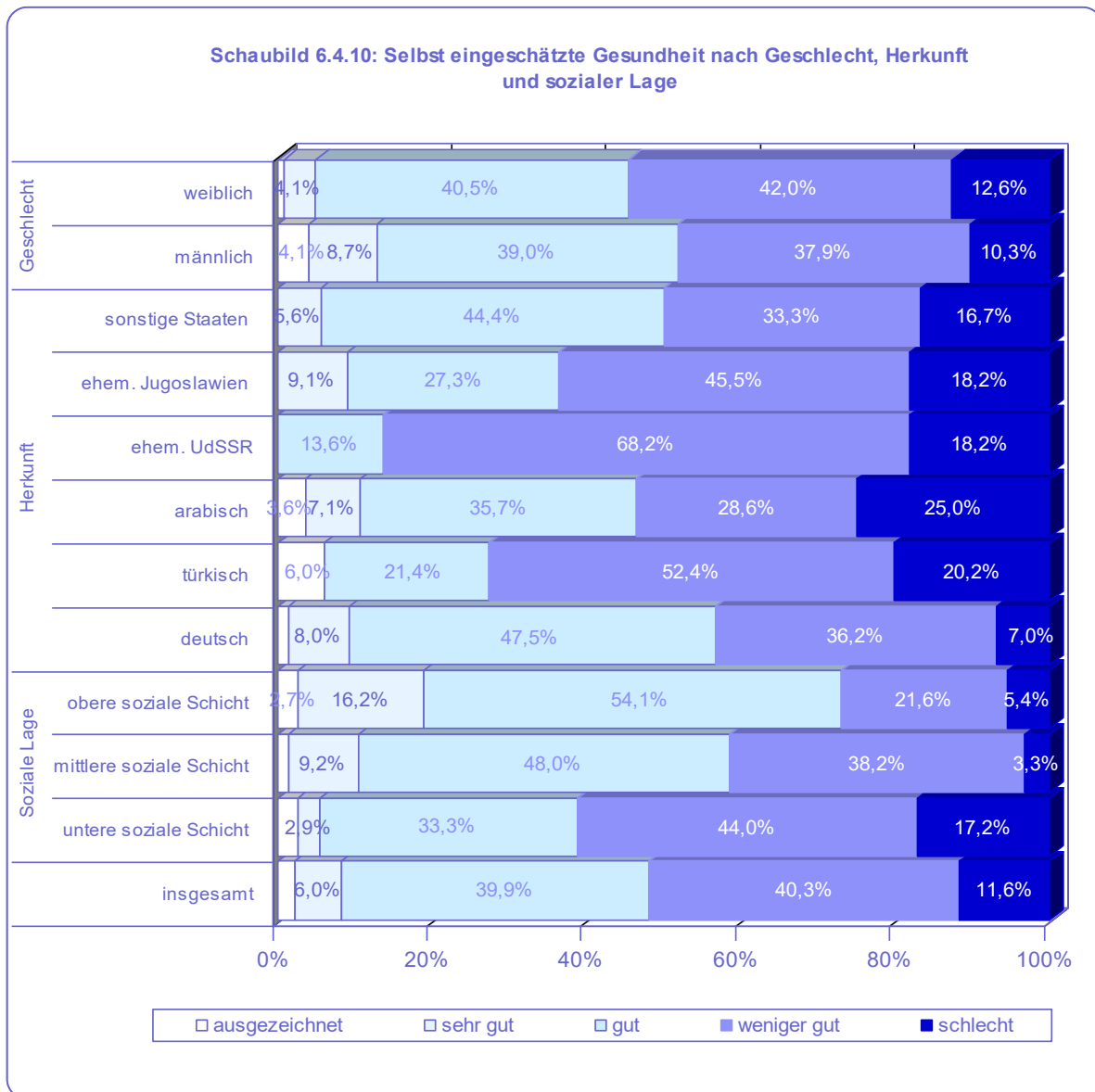
Die Analyse des Trinkverhaltens nach sozialer Lage zeigt ein untypisches Bild. Der Anteil der Befragten mit einem riskanten Alkoholkonsum ist in den oberen (16,7%) und mittleren (17,4%) sozialen Schichten ähnlich hoch. Demgegenüber wiesen nur 9% der Befragten in der unteren sozialen Schicht einen riskanten Alkoholkonsum auf. Wenn wiederum die muslimischen Befragten herausgefiltert werden, ändern sich die Verhältnisse etwas zu Ungunsten der unteren sozialen Schicht (jetzt mit 13,3% riskanten Konsumenten), aber die mittlere Schicht bleibt immer noch die „Hauptrisikogruppe“ mit 18,4% – dicht gefolgt von der oberen Schicht (16,7%). Angesichts dieser Ergebnisse müssten sich Präventionsmaßnahmen im Bereich „Alkohol im Alter“ auch mit den bessergestellten älteren Menschen befassen.

### 6.4.4 Gesundheit und Krankheit

In diesem Abschnitt wird anhand einer Reihe von Indikatoren auf die gesundheitliche Lage der LISA-Befragten eingegangen. Hierbei handelt es sich um die Auswertung standardisierter Instrumente (selbst eingeschätzte Gesundheit und Depression) und um die Auswertung eines offenen Antwortfeldes zum Vorliegen von chronischen Erkrankungen (hier Diabetes).

*Selbst eingeschätzte Gesundheit*

Die Einschätzung der eigenen Gesundheit auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 5 (schlecht) ist ein bewährter Indikator, der sich in verschiedenen Untersuchungen und Befragungen, u.a. dem Bundesgesundheitsurvey und dem Sozioökonomischen Panel (SOEP) als aussagekräftig erwiesen hat. Schaubild 6.4.10 zeigt die eigene Einschätzung der Gesundheit der LISA-Befragten nach Geschlecht, Herkunft und sozialer Lage.



Bei der Einschätzung der eigenen Gesundheit fallen insbesondere zwei Ergebnisse auf. Zum einen schätzen die befragten Männer ihre Gesundheit mehr als doppelt so häufig wie die Frauen als „ausgezeichnet“ oder „sehr gut“ ein. Entsprechend schätzen am anderen Ende des Spektrums deutlich mehr Frauen als Männer ihre Gesundheit als „weniger gut“ oder „schlecht“ ein. Zum anderen sehen wir einen starken sozialen Gradienten sowohl bei den Beurteilungen „ausgezeichnet/sehr gut“ als auch bei „weniger gut/schlecht“. Hinsichtlich der Herkunft fällt auf, dass die Befragten aus der UdSSR ihre Gesundheit gar nicht als „ausgezeichnet/sehr gut“ eingeschätzt haben, obgleich sie tendenziell sozial besser gestellt sind als die anderen Herkunftsgruppen. Darüber hinaus schätzen Befragte aus allen nichtdeutschen

Herkunftsgruppen ihre Gesundheit wesentlich öfter als „schlecht“ ein als die Befragten deutscher Herkunft.

*Depressionsrisiko (HADS)*

Depressionen gehören neben verschiedenen Formen von Demenz zu den häufigsten psychischen Störungen im höheren Lebensalter. Aus diesem Grund wurde ein standardisiertes Instrument zur Erkennung von Anzeichen von Depression (HADS) in den LISA-Fragebogen einbezogen.

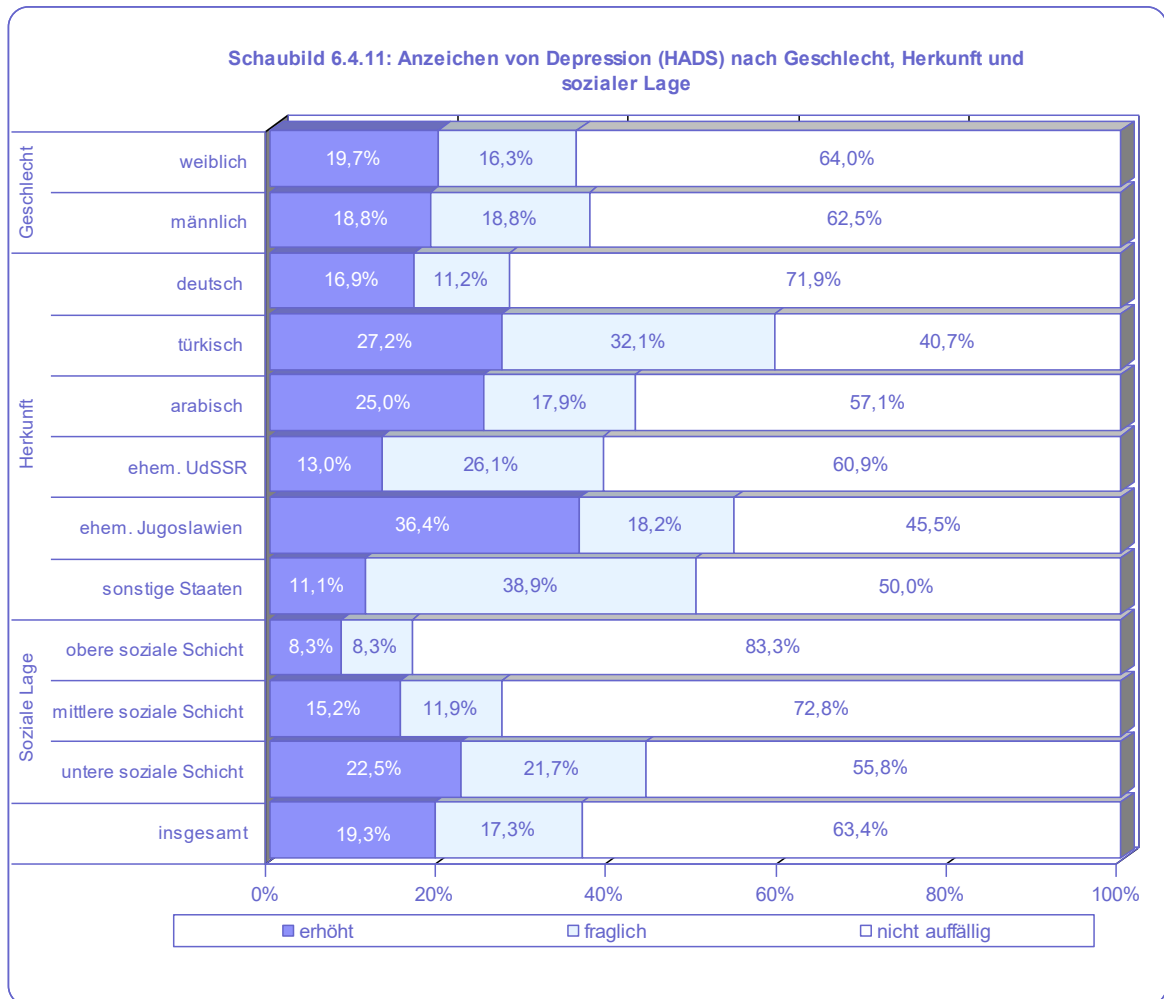


Schaubild 6.4.11 zeigt die Anteile der Befragten mit erhöhten, fraglichen und unauffälligen Werten für Depression beim HADS-Instrument. Insgesamt wiesen 19,3% der Befragten ein erhöhtes Depressionsrisiko auf. Hinsichtlich der Verteilung nach Geschlecht zeigen sich die Frauen (19,7%) etwas stärker betroffen als die Männer (18,8%). Nach der Herkunft betrachtet, zeigen sich erhöhte Depressionswerte insbesondere bei den Befragten aus dem ehemaligen Jugoslawien (36,4%), aus der Türkei (27,2%) und aus arabischen Ländern (25%). Ein starker sozialer Gradient ist zu beobachten: je niedriger die soziale Schicht, desto höher die Depressionswerte. Angesichts des starken sozialen Gradienten bei Anzeichen von Depression wurde die Analyse nach Herkunft nur für die untere soziale Schicht durchgeführt (vgl. BA Mitte 2010, S. 31), um eventuelle schichtunabhängige Unterschiede zwischen den deutschen und türkischstämmigen Befragten zu verdeutlichen. Obgleich die Unterschiede nicht ganz so stark ausgeprägt sind wie in der gesamten Untersuchungsgruppe, gibt es immer noch deutlich höhere Depressionswerte bei den türkischstämmigen gegenüber den deutschen Befragten. In

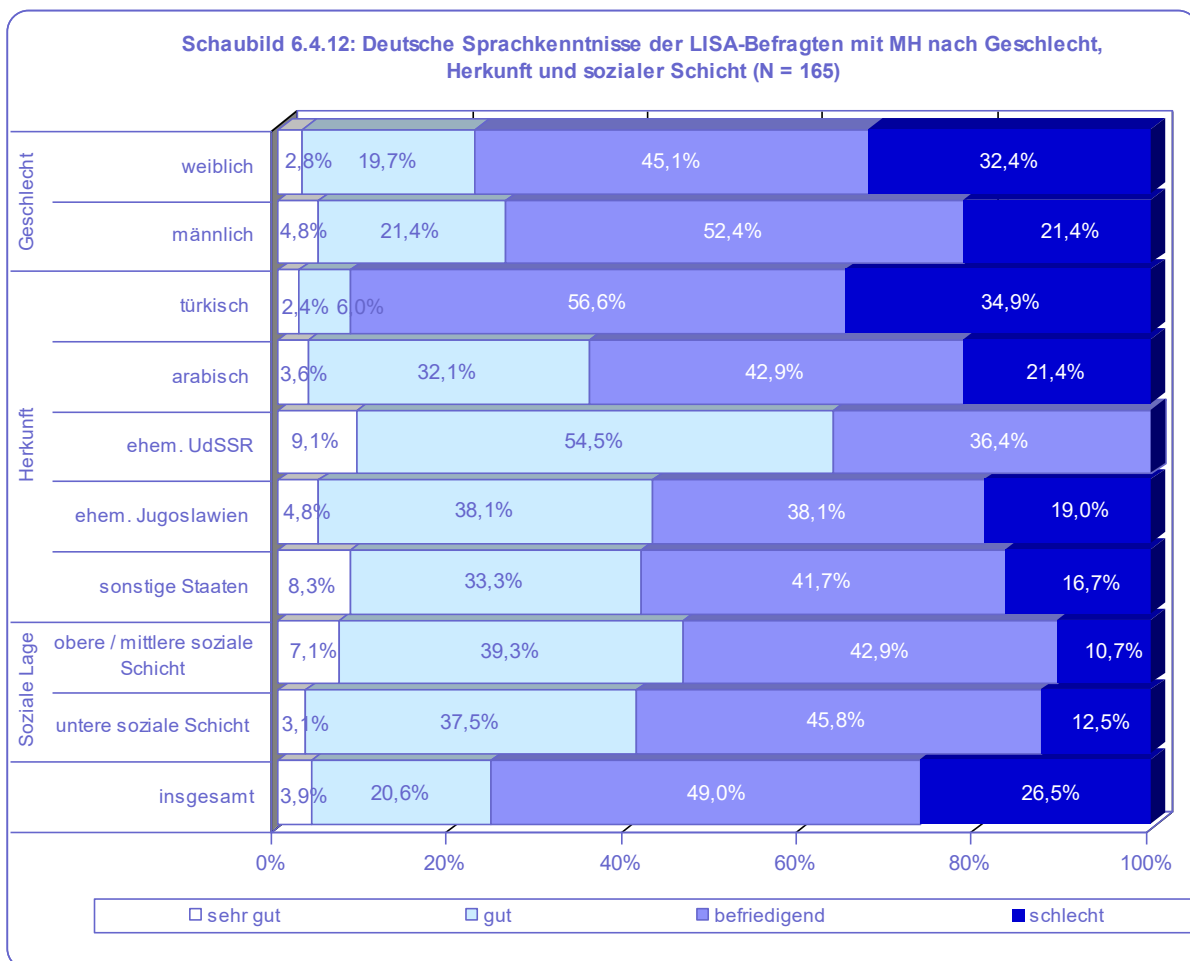
der unteren sozialen Schicht gibt es jedoch eine deutlich höhere Betroffenheit bei den Frauen (24% auffällig) als bei den Männern (20%).

### 6.4.5 Deutschkenntnisse/Informationsverhalten/Verständigung

Ein weiterer wichtiger Aspekt in Hinblick auf die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen mit Migrationshintergrund betrifft die Verständigung im Gesundheitswesen. Gerade bei den ersten Migrantengenerationen in Deutschland geht man davon aus, dass hier weiterhin größere Defizite vorliegen (vgl. S. 72). Im folgenden Abschnitt geht es erstens um die selbst eingeschätzten Deutschkenntnisse der LISA-Befragten mit Migrationshintergrund. Anschließend werden Fragen nach der Art und Weise wie die Betroffenen mit Verständnisproblemen umgehen, ausgewertet.

#### Deutschkenntnisse

Auch die Fähigkeit, sich auf Deutsch zu verständigen, ist wichtig für die Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung. Hier gibt es deutliche Defizite bei älteren Menschen mit MH. Im LISA-Fragebogen wurden die Befragten darum gebeten, ihre eigenen Deutschkenntnisse auf einer Skala von „sehr gut“ bis „schlecht“ einzuschätzen. So gut wie alle nichtdeutschen Befragten sind dieser Aufforderung nachgekommen. Schaubild 6.4.12 zeigt die selbst eingeschätzten Deutschkenntnisse nach Geschlecht, Herkunft und sozialer Schicht.



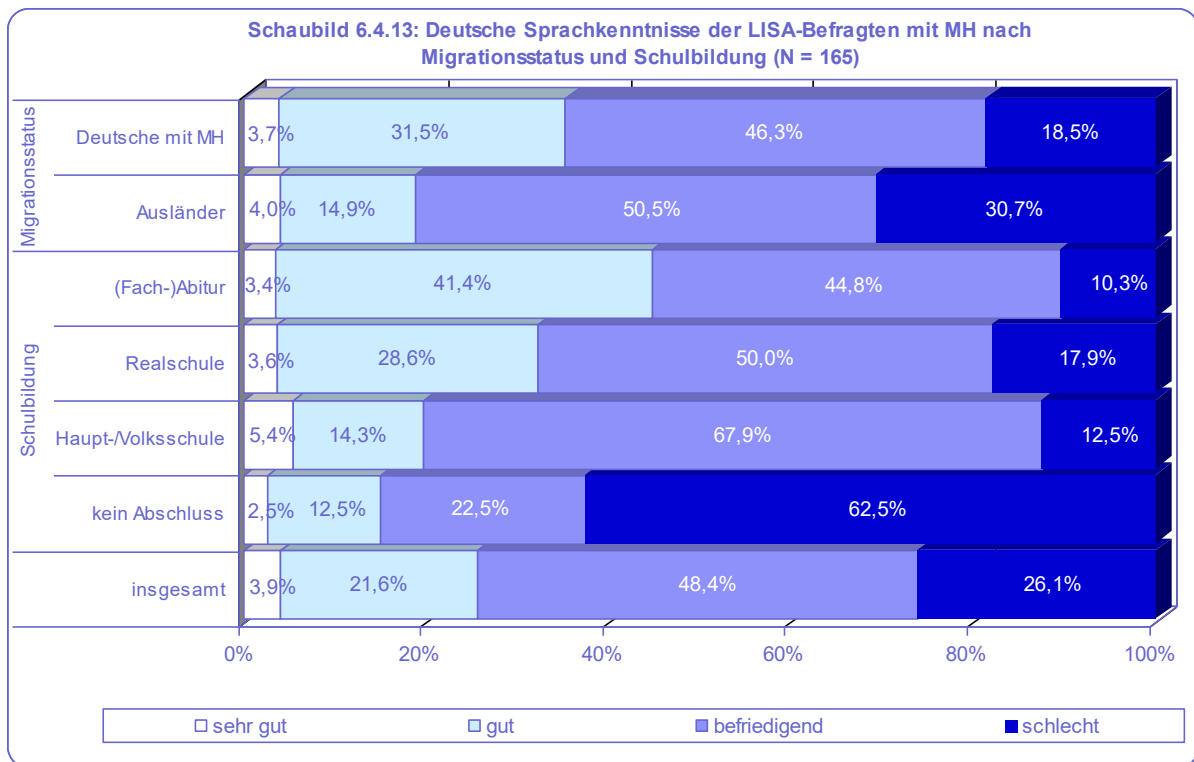
Die Tatsache, dass insgesamt nur knapp ein Viertel der Befragten ihre Deutschkenntnisse als gut oder sehr gut einschätzte, zeigt, dass sich die älteren Menschen mit Migrationshintergrund



in Mitte deutlich von den Befragten der Bertelsmann-Stiftung unterscheiden (vgl. S. 72). Am anderen Ende des Spektrums gab es mehr als ein Viertel, das seine Deutschkenntnisse als schlecht bewertete. Fast die Hälfte der Befragten fand die eigenen Deutschkenntnisse befriedigend. Nach Geschlecht betrachtet sind die Deutschkenntnisse der Männer deutlich besser als die der Frauen. Die Gruppe mit schlechten Deutschkenntnissen war bei den weiblichen Befragten mit 32,4% fast ein Drittel größer als bei den Männern (21,4%).

Nach Herkunftsgruppe gab es ebenfalls deutliche Unterschiede. Insbesondere bei den Befragten türkischer Herkunft zeigten sich große Defizite. Mit 8,4% bildeten sie die kleinste Gruppe im Bereich sehr gut/gut und mit 34,9% die größte Gruppe mit schlechten Deutschkenntnissen. Die (relativ kleine) Gruppe der Befragten aus der ehemaligen UdSSR wies überwiegend gute oder sehr gute Deutschkenntnisse auf. Sie verfügte bei Weitem auch über die beste Bildung in unserer Stichprobe – 52,2% mit Abitur im Vergleich zu 28,8% der deutschen Befragten und 38,9% bei den Befragten aus „sonstigen Ländern“. Hinsichtlich der sozialen Schicht war die Gruppe mit „guten/sehr guten“ Deutschkenntnissen ca. 6% größer in der „oberen/ mittleren“ Schicht als in der unteren Schicht.

In einer Analyse von weiteren möglichen Faktoren, die einen Einfluss auf die deutschen Sprachkenntnisse der LISA-Befragten haben könnten, zeigten sich insbesondere Korrelationen mit dem Migrationsstatus und der Schulbildung der Befragten (vgl. Schaubild 6.4.13). Im Vergleich zu den Deutschen mit MH gab es bei den ausländischen Befragten eine wesentlich kleinere Gruppe mit guten Deutschkenntnissen (ungefähr halb so groß) und eine größere Gruppe mit schlechten Deutschkenntnissen (ein Drittel größer). Hier könnte die Entscheidung, die deutsche Staatsbürgerschaft anzunehmen, eine zusätzliche Motivation für die Erlernung der deutschen Sprache geliefert haben. Interessanterweise gab es keine erkennbare Korrelation zwischen der Wohndauer in Deutschland und den deutschen Sprachkenntnissen der Menschen mit MH (kein Diagramm).

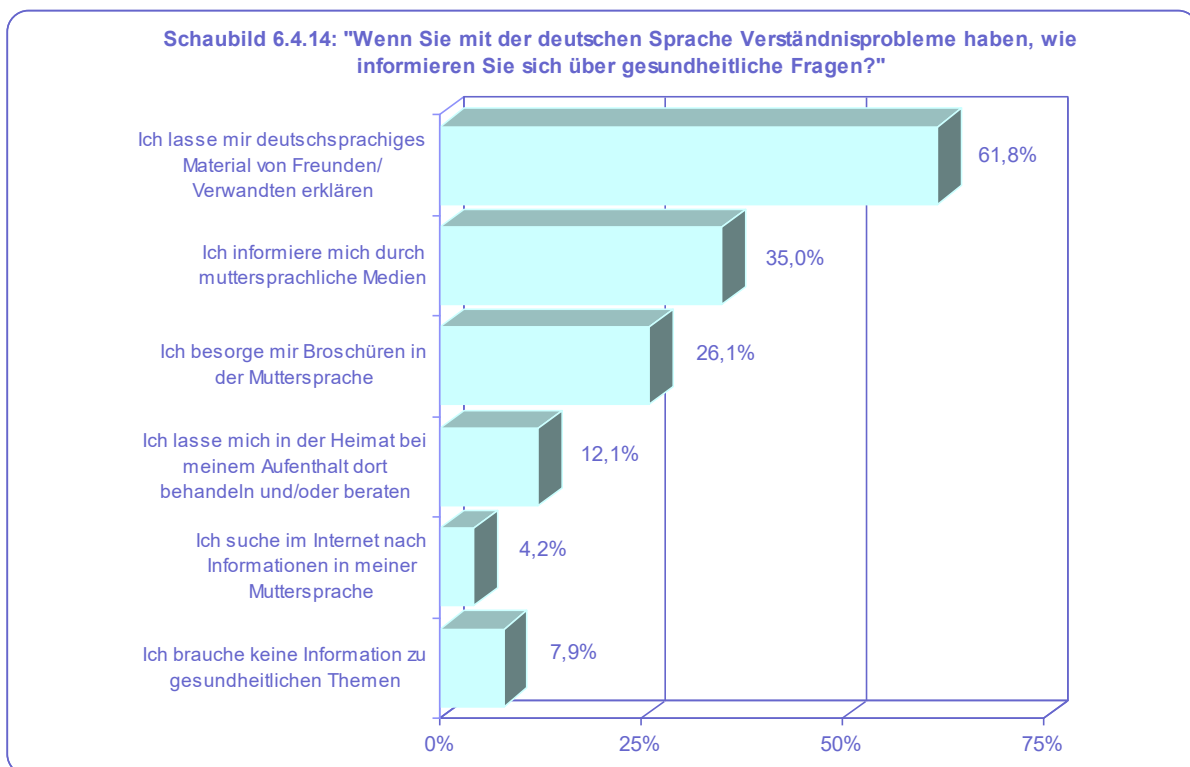


Bei der Schulbildung der Befragten gab es eine klare Korrelation zwischen höherer Schulbildung und „sehr guten“ oder „guten“ Deutschkenntnissen. Verfügen 15% der Befragten mit

keinem Schulabschluss über gute oder sehr gute Deutschkenntnisse, so waren es ca. 45% der Befragten mit Abitur – fast dreimal so viele. Am anderen Ende des Spektrums stachen insbesondere die Befragten mit keinem Schulabschluss heraus – hiervon wiesen 62,5% schlechte Deutschkenntnisse auf.

### Informationsverhalten

Auf die Frage hin, wie sich die älteren Befragten, die Verständnisprobleme mit der deutschen Sprache haben, in Hinblick auf gesundheitsrelevante Sachverhalte informieren (Schaubild 6.4.14), kamen einige aufschlussreiche Ergebnisse zutage. Eine große Mehrheit ließ sich in erster Linie deutschsprachiges Material erklären (61,8%). Die nächstgrößte Gruppe informierte sich durch muttersprachige Medien (35,0%). Die Gruppe, die sich mit Broschüren in der Muttersprache informierte, fiel mit 26,1% relativ klein aus. Die Gründe hierfür konnten aber anhand unserer Ergebnisse nicht ermittelt werden. Möglich wäre es, dass Broschüren zu den gewünschten Themen in der für sie relevanten Sprache fehlten. Die Gruppen der Älteren, die sich in der Heimat behandeln/beraten ließen (12,1%) bzw. im Internet muttersprachige Informationen suchten (4,2%), bildeten eher kleine Minderheiten. Immerhin gaben 7,9% der Befragten mit MH an, dass sie keine Informationen zu gesundheitlichen Themen benötigten.



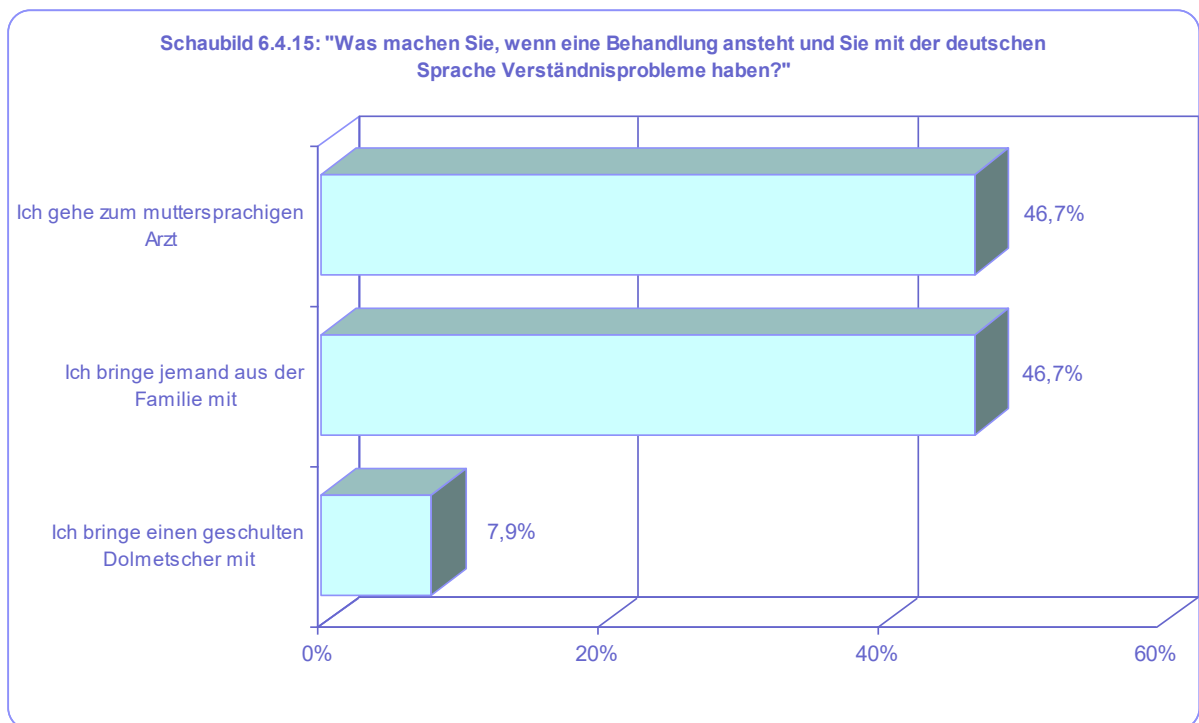
Diese Ergebnisse zeigen die Notwendigkeit, diese Thematik eingehender zu untersuchen – möglicherweise in Form von Fokusgruppengesprächen. Wenn es sich z.B. herausstellte, dass muttersprachige Broschüren nicht bei der anvisierten Zielgruppe ankommen, müssen ganz andere Schlussfolgerungen gezogen werden, als wenn festgestellt würde, dass Broschüren zu wichtigen Themen in bestimmten Sprachen fehlen.

### Verständigung

Bezogen auf die Frage nach dem Umgang mit Verständigungsproblemen im Gesundheitswesen umgehen (Schaubild 6.4.15), stellte sich heraus, dass sich die älteren Befragten eher mit

informellen Verständigungsstrategien abfanden, als dass Sie die Hilfe von einem geschulten Dolmetscher in Anspruch nahmen (7,9%). Hierbei gaben sie zu gleichen Teilen an (jeweils 46,7%) entweder zur Behandlung zum muttersprachigen Arzt zu gehen oder ein Familienmitglied als Sprachmittler mitzubringen.

Die große Verbreitung der zwei favorisierten Verständigungsstrategien bei älteren Migranten macht die Problemlage im Bereich der Verständigung deutlich. Abgesehen von der Tatsache, dass sich die Behandlung durch muttersprachige Ärzte u.a. aus Kapazitätsgründen nicht immer realisieren lässt, gibt es einen großen Konsens in den Gesundheitswissenschaften, dass Familienmitglieder als Sprachmittler im Gesundheitswesen nur eine Notlösung sein können, insbesondere in sensiblen Bereichen (vgl. Ikilic 2010). Die bislang relativ spärliche Verwendung von geschulten Dolmetschern zum Zweck der Verständigung könnte daran liegen, dass bislang keine adäquate Lösung für die Abrechnung der hierfür anfallenden Kosten gefunden worden ist – bislang müssen sie entweder von der Versorgungseinrichtung oder dem Patienten getragen werden.



### 6.4.6 Zusammenfassung – ältere Menschen

In einer Befragung von älteren Menschen im Bezirk Berlin-Mitte (der LISA Studie) wurden 473 Personen ab 60 Jahren zu ihrer Lebensqualität, ihrer gesundheitlichen Lage sowie zu ihren sozialen Unterstützungsmöglichkeiten befragt. Hierbei wurde besonderer Wert darauf gelegt, die ältere Bevölkerung mit Migrationshintergrund angemessen zu beteiligen. Insgesamt sind hinter der Gruppe der älteren Menschen deutscher Herkunft (308) die Befragten türkischer Herkunft die zweitgrößte Gruppe mit 85 Personen. Die drittgrößte Gruppe in der Stichprobe ist arabischer Herkunft mit 28, gefolgt von den Befragten aus der ehem. UdSSR (23), aus dem ehem. Jugoslawien (11) sowie aus sonstigen Ländern (18). Im Folgenden werden einige wichtige Ergebnisse der Studie zusammengefasst:

#### *Wohnsituation*

Hinsichtlich der Haushaltszusammensetzung ist insbesondere die Gruppe der alleinlebenden Menschen bedeutsam. Insgesamt wohnten 55% der 473 Befragten allein (65,8% der Frauen und 40% der Männer). Während jeweils ca. 56% der Befragten in den unteren und mittleren sozialen Schichten allein wohnt, gilt dies nur für 37,8% der sozial bessergestellten. Je nach Herkunftsgruppe gibt es ebenfalls sehr deutliche Unterschiede in der Haushaltszusammensetzung: Während ca. 67% der deutschen Befragten allein leben und nur 1,9% mit 3 und mehr Personen, wohnen lediglich 21,4% der Befragten aus arabischen Ländern allein und 46,4% mit 3 und mehr Personen zusammen. Bei der türkischstämmigen Bevölkerung wohnen auch nur 29,4% allein, während ca. 41,2% in Zweipersonenhaushalten leben.

### *Soziale Kontakte/soziale Unterstützung*

Mehr als 60% der Befragten haben ihre wichtigste Bezugsperson in der eigenen Wohnung oder in der Nachbarschaft, und ein weiteres Drittel immerhin in Berlin. Es gibt Unterschiede nach Geschlecht – bei ca. 52% der Männer, aber nur bei 39% der Frauen wohnt die wichtigste Kontaktperson im eigenen Haushalt. Bei den nichtdeutschen Befragten wohnt die wichtigste Bezugsperson öfter im eigenen Haushalt als bei den deutschen Befragten. Bei den nichtdeutschen Herkunftsgruppen gibt jedoch auch eine größere Anzahl der Befragten an, ihre wichtigste Bezugsperson nicht in Berlin zu haben. Hinsichtlich der sozialen Schicht zeigt sich ein sozialer Gradient: Je höher die soziale Schicht, desto eher befindet sich die wichtigste Bezugsperson im eigenen Haushalt.

Insgesamt fühlten sich 71,4% der Befragten sozial gut unterstützt. Hierbei gab es jedoch einen deutlichen sozialen Gradienten: Je höher die soziale Schicht, desto besser die Unterstützung. Während sich beide Geschlechter ungefähr gleich gut unterstützt fühlten, gaben insbesondere die älteren Befragten türkischer und (ehemals) jugoslawischer Herkunft in höheren Maßen an, dass sie sich mangelhaft unterstützt fühlten. In der LISA-Studie korrelierte mangelhafte soziale Unterstützung ebenfalls mit wenigen sozialen Kontakten, einem erhöhten Depressionsrisiko sowie einer wenig aktiven Lebensführung. Außerdem gibt es keine nennenswerten Unterschiede nach Herkunft, wenn nur die untere soziale Schicht analysiert wird (vgl. BA Mitte 2010, S. 10 ff.).

### *Bewegungsverhalten*

Hinsichtlich ihres Bewegungsverhaltens zeigten sich die männlichen Befragten mit 21,6% „Aktiven“ bewegungsfreudiger als die Frauen (16,6%). Nach Herkunft betrachtet, waren die Befragten aus arabischen Ländern (überwiegend Männer) mit 25% am aktivsten, während die russischstämmigen Befragten mit knapp 9% das Schlusslicht bildeten. Es gab sehr große Unterschiede im Bewegungsverhalten zwischen türkischen Männern und Frauen. Während die türkischen Männer mit ca. 20% „aktiv“ eher den deutschen Befragten (23,6%) ähnelten, lagen die türkischen Frauen mit ca. 5% auf einem sehr niedrigen Bewegungsniveau im Vergleich zu den deutschen Frauen (19,9%).

Hier zeigt sich auch ein starker sozialer Gradient: Während sich 34,3% der Befragten aus der oberen sozialen Schicht aktiv bewegen, sind es nur 12,1% aus der unteren Schicht. Eine nähere Analyse der Ergebnisse lässt vermuten, dass die Unterschiede nach Herkunft zum größten Teil auch sozial bedingt sind. Wenn nur die untere soziale Schicht betrachtet wird, zeigen sich z.B. die türkischen Befragten sogar etwas aktiver als die Deutschen.

### *Gewichtstatus*

Bei der Auswertung des Gewichtsstatus der LISA-Befragten ließ sich feststellen, dass sich insgesamt nur 18,7% im normalgewichtigen Bereich befanden. Dabei waren die männlichen Befragten sowohl wesentlich seltener normalgewichtig als auch weniger adipös als die Frauen. Es zeigte sich überdies ein deutlicher sozialer Gradient bei der Verteilung von Adipositas in der Untersuchungsgruppe: je niedriger die soziale Schicht, desto höher der Anteil der adipösen älteren Menschen. Hinsichtlich der Herkunft wird ein sehr hoher Anteil an Adipositas bei den älteren türkischen Befragten deutlich – auch wenn nur die untere soziale Schicht betrachtet wird. Weitere Einflussfaktoren beim Gewichtsstatus waren Schulbildung, Bewegungsverhalten und Alter (vgl. BA Mitte 2010, S. 19 ff.).

#### *Rauchverhalten/Alkoholkonsum*

Auffällig beim Rauchverhalten in dieser Studie ist die Tatsache, dass Raucher mehr als zweimal häufiger bei den Männern (30,5%) als bei den Frauen (12,5%) zu finden sind. Während das Rauchverhalten bei den deutschen mit 18% dem der türkischen Befragten (21%) ähnlich ist, sind insbesondere die arabischen Befragten (40,7%) sehr starke Raucher. Nach sozialer Schicht betrachtet, zeigt sich ein starker Gradient beim Rauchen: je höher die soziale Schicht, desto geringer der Anteil an Rauchern.

Beim Trinkverhalten der LISA-Befragten ergeben sich einige interessante Ergebnisse. Der übermäßige Alkoholkonsum ist eher ein Problem der Männer (13,8%) als der Frauen (11,3%). Deutliche Alkoholprobleme zeigen sich zudem nur bei den deutschen Befragten und bei den Befragten aus „sonstigen Ländern“ mit jeweils ca. 17%. Lediglich eine sehr kleine Gruppe „riskanter“ Alkoholkonsumenten stammt aus der Türkei. Ein Migrationshintergrund und insbesondere der muslimische Glaube erweisen sich in diesem Bereich eher als gesundheitsfördernd. Eine Analyse nach sozialer Lage zeigt einen riskanten Alkoholkonsum insbesondere in der oberen (16,7%) und mittleren (17,4%) im Vergleich zu der unteren sozialen Schicht (9%).

#### *Selbst eingeschätzte Gesundheit*

Bei der Einschätzung der eigenen Gesundheit entschieden sich die befragten Männer mehr als doppelt so häufig wie die Frauen für „ausgezeichnet“ oder „sehr gut“. Dementsprechend schätzten deutlich mehr Frauen als Männer ihre Gesundheit als „weniger gut“ oder „schlecht“ ein. Bei den Beurteilungen „ausgezeichnet/sehr gut“ sowie „weniger gut/schlecht“ sehen wir überdies einen starken sozialen Gradienten. Hinsichtlich der Herkunft fällt auf, dass die Befragten aus der UdSSR ihre Gesundheit gar nicht als „ausgezeichnet/sehr gut“ eingeschätzt haben, obgleich sie tendenziell sozial besser gestellt sind als die anderen Herkunftsgruppen. Darüber hinaus schätzten Befragte aus allen nichtdeutschen Herkunftsgruppen ihre Gesundheit wesentlich öfter als „schlecht“ ein als die Befragten deutscher Herkunft.

#### *Depressionsrisiko (HADS)*

In Hinblick auf Depression wiesen insgesamt 19,3% der Befragten ein erhöhtes Risiko auf. Hierbei waren die Frauen etwas stärker betroffen als die Männer. Erhöhte Depressionswerte zeigten sich insbesondere bei den Befragten aus dem ehemaligen Jugoslawien, aus der Türkei und aus arabischen Ländern. Es gibt auch einen starken sozialen Gradienten: je niedriger die soziale Schicht, desto höher die Depressionswerte. In einer Analyse der Anzeichen von Depression nur für die untere soziale Schicht (vgl. BA Mitte 2010) wurden immer noch deutlich höhere Depressionswerte bei den türkischstämmigen gegenüber den deutschen Befragten festgestellt.

#### *Deutschkenntnisse*

Insgesamt schätzte nur knapp ein Viertel der Befragten die eigenen Deutschkenntnisse als gut oder sehr gut ein. Demgegenüber bewertete mehr als ein Viertel der Befragten die Kenntnisse der deutschen Sprache als schlecht, wobei die Männer (21,4% schlecht) deutlich besser abschnitten als die Frauen (32,4% schlecht). Es zeigten sich insbesondere bei den Befragten türkischer Herkunft große Defizite: Mit 8,4% bildeten sie die kleinste Gruppe im Bereich sehr gut/gut und mit 34,9% die größte Gruppe mit schlechten Kenntnissen. Die Gruppe der Befragten aus der ehemaligen UdSSR wies überwiegend gute oder sehr gute Deutschkenntnisse auf. Hinsichtlich der sozialen Schicht war die Gruppe mit „sehr gut“ in der „oberen/ mittleren“ Schicht (7,1%) zweimal so groß wie in der unteren (3,1%).

Es zeigten sich ebenfalls Korrelationen zwischen dem Migrationsstatus und der Schulbildung der Befragten und ihren Deutschkenntnissen. Bei der Schulbildung gab es eine klare Korrelation zwischen höherer Schulbildung und „sehr guten“ oder „guten“ Deutschkenntnissen.

### *Informationsverhalten*

Wenn sich ältere Migranten über gesundheitsrelevante Sachverhalte informieren wollen, stoßen sie häufig auf Verständnisprobleme. Deshalb ließ sich eine große Mehrheit unserer Befragten deutschsprachiges Material erklären (61,8%). Die nächst größte Gruppe informierte sich durch muttersprachige Medien (35,0%). Die Gruppe, die Broschüren in der Muttersprache verwendete, fiel mit 26,1% relativ klein aus. Diejenigen, die sich in der Heimat behandeln/beraten ließen (12,1%) bzw. im Internet muttersprachige Informationen suchten (4,2%), bildeten eher kleine Minderheiten. 7,9% der Befragten mit MH gaben an, dass sie keine Informationen zu gesundheitlichen Themen benötigten.

### *Verständigung*

Beim Umgang mit Verständigungsproblemen im Gesundheitswesen stellte sich heraus, dass die Befragten eher informelle Verständigungsstrategien wählten, als dass sie die Hilfe von einem geschulten Dolmetscher in Anspruch nahmen (7,9%). Hierbei gaben sie zu gleichen Teilen an (jeweils 46,7%), entweder zur Behandlung zum muttersprachigen Arzt zu gehen oder ein Familienmitglied als Sprachmittler mitzubringen. Die bislang relativ spärliche Verwendung von geschulten Dolmetschern zum Zweck der Verständigung könnte daran liegen, dass bislang keine adäquate Lösung für die Abrechnung der hierfür anfallenden Kosten gefunden worden ist.

## 7 Bezirkliche Handlungsansätze

In diesem Bericht wurde eine umfassende Betrachtung der gesundheitlichen und sozialen Lage der Bevölkerung im Bezirk Mitte von Berlin mit besonderer Berücksichtigung des Migrationsstatus vorgenommen. Im Laufe des Berichtes sind implizit eine Reihe von Problemen angesprochen worden, die im Rahmen von bezirklichem Handeln thematisiert und angegangen werden können. Im Folgenden werden einige wichtige bezirkliche Handlungsfelder auf diesem Gebiet angesprochen.

### 7.1 Sprachförderung und -vermittlung

Die beste Voraussetzung für einen erfolgreichen Migrationsverlauf sind gute Kenntnisse der Sprache des Aufnahmelandes. Dadurch können vorhandene Qualifikationen bald wieder auf dem Arbeitsmarkt genutzt sowie neue Kenntnisse angeeignet werden. Wie aus den Auswertungen in diesem Bericht zu entnehmen ist, gibt es in bestimmten sozialen Milieus Sprachdefizite, die bei Personen mit Migrationshintergrund insbesondere durch mangelnde Deutschkenntnisse sichtbar werden. Und das nicht nur in der ersten Generation von Arbeitsmigranten, die jetzt in höherem Alter sind (vgl. S. 146), sondern auch bei den jüngsten Nachkommen, die noch nicht einmal die Schule besuchen (vgl. S. 79). Ebenso wurden bei den Eltern der Schulanfänger (vgl. S. 122) sprachliche Defizite festgestellt, die für die Betroffenen folgenreich sein können.

#### 7.1.1 Sprachförderung bei Kindern

Insbesondere bei der jungen Generation, die sprachliche Kompetenzen, vor allem im Deutschen, für den Erfolg in der Schule und später im Beruf in ausreichendem Maße beherrschen muss, ist es wichtig, diese Defizite schnellstens auszugleichen. Hierbei müssen Anstrengungen möglichst früh ansetzen und auch die betroffenen Eltern beteiligt werden (Kita-Bereich).

Im Bezirk Mitte wurde 2010 ein Sprachförderzentrum in Zusammenarbeit zwischen der Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung (Träger der bezirklichen Schulen) und dem Bezirksamt Mitte eröffnet. Das Leitziel der Einrichtung ist eine Verbesserung und Systematisierung der bezirklichen Sprachförderung durch eine bessere Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Akteuren (insbesondere Schule und Kita). Ein wichtiges Element ist dabei die (Weiter-)Qualifizierung von Multiplikatoren.

Momentan wird im Zusammenhang mit dem Zentrum eine Reihe von sprachfördernden Maßnahmen eingeleitet. Dabei geht es u.a. darum, ein Instrument für bezirkliches Bildungsmonitoring zu entwickeln und Qualitätsstandards für die Sprachförderung umzusetzen. Ebenfalls werden Modellprojekte zu Sprachförderung initiiert und begleitet. Hierbei wird eine intensive Zusammenarbeit mit Berliner Hochschulen angestrebt.

Begleitend zur Arbeit des Sprachförderzentrums wurde im Herbst 2009 die Sprachförderung als eine der fünf bezirklichen Gesundheitsziele beschlossen (vgl. BA Mitte 2009b). In diesem Kontext wird insbesondere für die Zielgruppe Kinder mit allen Beteiligten daran gearbeitet, tragfähige Lösungen zu finden.

⇒ *Gerade in Bezirksteilen mit sehr hohen Anteilen an Kindern mit Migrationshintergrund und unzureichenden Deutschkenntnissen ist die Sprachförderung eine sehr große Herausforderung sowohl für die Erzieher/-innen in den Kitas, die meist hierfür nicht genügend*

*vorbereitet sind, als auch für die Lehrer in den Schulen, die oft durch hohe Klassenfrequenzen zusätzlich belastet sind. Der Erarbeitung von praktikablen Lösungen zu diesem Problem muss im Bezirk eine hohe Priorität eingeräumt werden.*

### **7.1.2 Sprachunterricht für Erwachsene**

Auch bei der erwachsenen Bevölkerung mit MH im Bezirk Berlin Mitte gibt es einen erheblichen Bedarf Deutsch zu lernen. Dieser Bedarf wird in erster Linie durch die Volkshochschule (VHS) abgedeckt. Hierfür wird ein breites Spektrum an Kursen angeboten, das von ca. 6000 Personen im Jahr 2010 in Anspruch genommen wurde.

Die Eingangsstufen in der deutschen Sprache (Deutsch A1 bis B1) werden im Rahmen der Integrationskurse angeboten. Diese Kurse werden durch das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) gefördert und bestehen aus einem Sprachkurs und einem Orientierungskurs zur Vermittlung von Wissen zur Rechtsordnung, Geschichte und Kultur Deutschlands. Je nach Bedarf umfassen die Integrationskurse bis zu 1245 Stunden (Alphabetisierungskurse) und kosten ab 1,00€ pro Stunde. Nach den Integrationskursen gibt es bei der VHS außerdem weiterführende Deutschkurse (Deutsch B1+ und C1+).

Parallel zu diesen aufeinander aufbauenden Kursen werden im Bezirk seit 1999 auch niedrigschwellige Mütter-/Elternkurse angeboten. Diese sind als Kooperation zwischen der Volkshochschule (VHS) und der Senatsbildungsverwaltung entwickelt worden und richten sich in erster Linie an nachgezogene Ehepartner, die wenig Deutsch sprechen können. Da sie in neutralen Settings wie Grundschulen, Kitas und sozialen Einrichtungen während der Zeit, in der das Kind in der Schule ist, stattfinden, sind sie sehr gut bei der Zielgruppe angekommen. In Mitte werden sie jährlich von ca. 1600 Eltern in Anspruch genommen. Die Unterrichtsinhalte orientieren sich an Sachverhalten, die in Hinblick auf das Kind in der Schule wichtig sind, aber auch an gesundheitsbezogenen Themen, z.B. werden auch Vorsorgeangebote behandelt. Insgesamt haben seit 1999 Tausende von Eltern im Bezirk an den Kursen teilgenommen.

⇒ *Die Mütter-/Elternkurse stellen einen guten Zugang zu einer wichtigen Zielgruppe im Bezirk dar. Sie decken jedoch nur einen Teil des Bedarfs an Sprachunterricht für Erwachsene. Hierbei wären auch weitere räumliche Kapazitäten in den Schulen vom Vorteil. Zu überprüfen wäre außerdem, ob andere Settings genutzt werden könnten, um noch mehr nichtdeutsche Bewohner zu erreichen. Denkbar wäre auch eine Kooperation mit dem Jobcenter, um arbeitslose Menschen mit schlechten Deutschkenntnissen besser auf den Arbeitsmarkt vorzubereiten.*

## **7.2 Arbeitslosigkeit/Qualifizierung**

Ein Großteil der gesundheitlichen und sozialen Probleme der nichtdeutschen Bewohner des Bezirks wird dadurch verursacht, dass viele der Betroffenen längerfristig arbeitslos sind. Oft beruht dies auf der Tatsache, dass sie nicht über einen beruflichen Bildungsabschluss verfügen, der es ihnen erlaubt, sich in Zeiten einer insgesamt schwierigen wirtschaftlichen Lage auf dem Arbeitsmarkt zu behaupten (vgl. S. 27 ff.). Der Bezirk kann die Situation auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht grundsätzlich beeinflussen. Er kann jedoch versuchen, seinen Einfluss auf die Vergabe und Gestaltung von Arbeitsmarkt- und Qualifizierungsmaßnahmen für diese Zielgruppe geltend zu machen.

In der Vergangenheit bemühte sich der Bezirk, eine Vielzahl der betroffenen Personen mit Hilfe von Arbeitsmarktmaßnahmen zu qualifizieren. Gleichzeitig können hierdurch auch inhaltlich



sinnvolle Aufgaben in Angriff genommen werden, für die dem Bezirk nicht genügend Ressourcen im eigenen Haushalt zur Verfügung stehen, so z.B. die Integrationslotsen (vgl. S. 157) oder die Stadtteilmütter.

⇒ *Der Bezirk Mitte muss weiterhin seinen Einfluss auf die Vergabe und Gestaltung von Arbeitsmarkt- und Qualifizierungsmaßnahmen speziell für die Gruppe der Menschen mit MH, die nur über geringe Qualifikationen verfügen, geltend machen. Hierfür muss die aktive Unterstützung und Mitwirkung des bezirklichen Job Centers, wo letztendlich die Entscheidung getroffen wird, wieder gewonnen werden.*

### **7.3 Gesundheitsförderung/Prävention**

Das Gros der gesundheitlichen Probleme von Migranten, die in diesem Bericht angesprochen worden sind, kann auf bezirklicher Ebene nur durch eine breit gefächerte Palette von Maßnahmen der Gesundheitsförderung (GF) und Prävention angegangen werden. Das betrifft sowohl die gesundheitlichen Probleme, die eher in der unsicheren sozialen Lage vieler Migranten ihren Ursprung haben, als auch die Probleme, die u.U. auch durch kulturelle Faktoren (mit-) verursacht werden.

#### **7.3.1 Gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen**

Wie in den Abschnitten 6.1 und 6.2 festgestellt, gibt es in verschiedenen Bereichen gesundheitsrelevante Problemlagen bei den Kindern mit MH in Mitte, die eine gesunde Entwicklung der betroffenen Kinder und Jugendlichen beeinträchtigen. Bis auf die Tatsache, dass Schulanfänger mit Migrationshintergrund grundsätzlich besser als die deutschen Kinder geimpft sind, bildeten die Kinder mit MH die prioritäre Zielgruppe für Gesundheitsförderung bei fast allen hier vorgestellte Indikatoren. Im Bereich der Jugendgesundheit war die Lage nicht so klar. Beim Gewichtsstatus unterschieden sich die Herkunftsgruppen nicht sehr, wobei die Jugendlichen muslimischen Glaubens eher weniger Tabak- und Alkoholprobleme als ihre deutschen Klassenkameraden hatten.

Im Bezirk sollen die gesundheitsförderlichen Aktivitäten im Bereich Kinder- und Jugendgesundheit, die in die Gesundheitskonferenz von 2009 mündeten, weitergeführt werden. Hier wäre die Förderung des längeren Kita-Besuchs bei Kindern mit MH besonderes wichtig. Sowohl im Kindes- als auch im Jugendalter müssen größere Anstrengungen unternommen werden, um die Inanspruchnahme der gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen bei dieser Zielgruppe zu erhöhen.

⇒ *Der Bezirk Mitte muss mit allem Nachdruck die auf der bezirklichen Gesundheitskonferenz 2009 festgelegten Gesundheitsziele für das Kindes- und Jugendalter umsetzen, insbesondere in Hinblick auf die Kinder mit Migrationshintergrund. Diese Kinder müssen weiterhin als besondere Zielgruppe berücksichtigt werden, auch in Bereichen, die nicht explizit durch ein Gesundheitsziel angesprochen worden sind, wie z .B. die Mundgesundheit und die Vorsorgeuntersuchungen.*

#### **7.3.2 Bewegungsförderung**

Die Tatsache, dass die bezirklichen Einwohner mit MH in fast allen im Bericht analysierten Altersgruppen deutliche Probleme mit dem Übergewicht haben, deutet auf Probleme, die sowohl im Bewegungs- als auch im Ernährungsbereich liegen können. Das Thema der Bewegungsförderung im Kindesalter – auch bei Kindern nichtdeutscher Herkunft – spielt bereits

seit Jahren eine wichtige Rolle in der bezirklichen Gesundheitsförderung und führte zur Bildung des Netzwerks Bewegungsförderung auf der Gesundheitskonferenz von 2006. Diese Anstrengungen werden in den nächsten Jahren im Rahmen der Förderung von Aktionsraum + fortgeführt.

Die Ergebnisse der Befragung älterer Menschen weisen deutlich daraufhin, dass eine zielgruppengerichtete Bewegungsförderung auch für die Gruppe der älteren Menschen mit Migrationshintergrund angebracht wäre – insbesondere bei älteren Frauen türkischer Herkunft. Hierbei müssen jedoch auch die dazugehörigen kulturellen Hemmnisse berücksichtigt werden. Angesichts der erheblichen gesundheitlichen Probleme (vgl. BA Mitte 2010), die mit Bewegungsmangel im Alter zusammenhängen, muss dafür eine hohe Priorität eingeräumt werden.

⇒ *Der Bezirk sollte seine bisherigen Anstrengungen im Bereich Bewegungsförderung für Menschen nichtdeutscher Herkunft, die bislang hauptsächlich Kinder und Jugendliche betrafen, beibehalten, aber künftig überprüfen, inwieweit sie auch auf andere Altersgruppen ausgeweitet werden können.*

### 7.3.3 Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen

Die Ergebnisse der Erhebungen in diesem Bericht zeigten, dass es in allen untersuchten Altersgruppen Defizite in der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen bei Menschen mit MH gibt, obgleich diese von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden. Zum Teil geht dies mit einer schlechteren sozialen Lage einher, z.T. ist es hiervon unabhängig. Dieses Inanspruchnahmeverhalten deutet darauf hin, dass eine bessere Vermittlung der Bedeutung solcher Maßnahmen bei dieser Zielgruppe nötig ist.

⇒ *Der Bezirk sollte überprüfen, inwieweit die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen bei Menschen mit MH mithilfe von adäquateren Aufklärungsmethoden verbessert werden kann, u.U. durch muttersprachige Multiplikatoren.*

## 7.4 Verständigung im Gesundheits- und Sozialwesen

Mindestens so lange, wie die Generation der inzwischen älteren Migranten, die nach Deutschland zum Arbeiten gekommen sind, eine zahlenmäßige große Rolle in der (lokalen) gesundheitlichen Versorgung in deutschen Großstädten spielt, wird das Thema der kultursensiblen Verständigung im Gesundheitswesen im Bezirk Mitte auf der Tagesordnung sein. Um eine qualitativ gute gesundheitliche Versorgung zu gewährleisten und um Über-, Unter- und Fehlversorgung zu vermeiden, muss sichergestellt werden, dass die Kommunikation zwischen Arzt und Patient problemlos vonstatten geht.

### 7.4.1 Verständigung in der gesundheitlichen Versorgung

Wie die Verständigung im Gesundheitswesen momentan läuft, unterscheidet sich je nach der Versorgungssituation und der benötigten Sprache. Bei der Befragung älterer Menschen war zu sehen, dass bevorzugt Familienmitglieder als Dolmetscher mitgebracht wurden. Die Behandlung durch muttersprachige Ärzte erfreute sich ebenfalls einer gewissen Beliebtheit; es ist jedoch nicht immer möglich, den benötigten Arzt mit dem zu behandelnden Patienten zeitnah zusammenzubringen. In einigen Arztpraxen wird die Verständigung auch durch muttersprachige Arzthelfer/-innen gewährleistet.

Die qualitativ beste Verständigungsmöglichkeit im Gesundheitswesen ist der Einsatz von geschulten Dolmetschern. Dies wird im Land Berlin in erster Linie durch den Gemeindedolmetscherdienst gewährleistet. Ein wichtiger Schritt in Richtung Etablierung dieses Dienstes ist mit der partiellen Förderung durch das Land Berlin seit 2008 erfolgt. Ein Hindernis zur intensiven Nutzung von Dolmetscherdiensten ist die weiterhin ungeklärte Finanzierung der Einsätze. Der Bezirk Mitte setzt sich auch im Rahmen des bundesweiten Arbeitskreises „Migration und öffentliche Gesundheit“ dafür ein, dass hierfür eine Lösung gefunden wird.

⇒ *Für den Bezirk Mitte wäre es sinnvoll, eine Analyse durchzuführen, inwieweit die existierenden Verständigungsmöglichkeiten in der ambulanten Versorgung im Bezirk ausreichen, um den tatsächlichen Bedarf in den unterschiedlichen Fachgebieten abzudecken. In Bereichen, wo es Fehlstellen oder Engpässe gibt, wäre zu überprüfen, wie diese beseitigt werden können.*

### **7.4.2 Lotsenprojekte**

Abgesehen von der bloßen Verständigung beim Besuch einer gesundheitlichen Versorgungseinrichtung gibt es auch weitere Situationen/Settings, wo gesundheitsrelevante Vermittlung/Verständigung nötig ist. In den letzten Jahren haben sich eine ganze Reihe von (Integrations-)Lotsenprojekten etabliert – auch im Bezirk Mitte, wo muttersprachige Personen (i.d.R. Hilfeempfänger) dazu ausgebildet werden, zwischen ihrer „Community“ und dem Regelversorgungssystem zu vermitteln. Hierbei liegt bisher der Schwerpunkt der Einsätze in Mitte beim Umgang mit dem Job-Center.

Im Moment wird daran gearbeitet, den Einsatz von Integrationslotsen in gesundheitsrelevanten Bereichen zu verstärken, z. B. bei der Elternarbeit in Schulen und Kitas oder bei der Vermittlung von gesundheitsbezogenen Inhalten. Ein Schritt in diese Richtung ist die Schulung von Lotsen zur Früherkennung der Anzeichen von Demenz und Depression bei ihren Kontaktpersonen im Bezirk. Weiterhin wäre zu überlegen, ob Lotsen für die Vermittlung von Informationen über Vorteile von Präventionsmaßnahmen (z. B. der U-Untersuchungen bei Elternabenden in den Kitas) eingesetzt werden können.

⇒ *Für den Bezirk Mitte wäre es wichtig, die bereits angefangenen Anstrengungen zur Qualitätssicherung in der Lotsenarbeit fortzuführen. Hierdurch kann festgestellt werden, inwieweit die Lotsenarbeit tatsächlich bei der Zielgruppe ankommt. Darüber hinaus muss auch die Nachhaltigkeit der Finanzierung für die existierenden Projekte gestärkt werden. Sinnvolle Projekte dürfen nicht durch die Unwägbarkeiten der Finanzierung über das Job-Center gefährdet werden.*

### **7.4.3 Interkulturelle Öffnung der Verwaltung**

Zur langfristigen und erfolgreichen Integration gehört, dass hier lebende Migranten so in das System sozialer Versorgung und Unterstützung einbezogen werden, dass sie gleiche Entfaltungschancen haben. Dies geschieht in erster Linie durch eine Öffnung der allgemeinen Dienste und Einrichtungen. Diese müssen für alle Bürgerinnen und Bürger in gleicher Weise zugänglich sein, also eine stärkere Kundenorientierung gegenüber Migranten entwickeln, für Bürgerfreundlichkeit und Niedrigschwelligkeit sorgen (vgl. BA Mitte 2011).

Im Bezirk Mitte werden gegenwärtig zertifizierte Fortbildungen für die Mitarbeiter der Verwaltung vorbereitet, damit sie in Lage versetzt werden, kompetent und sensibel mit der Vielfaltigkeit der bezirklichen Bevölkerung umzugehen.

⇒ *Für den Bezirk Mitte wäre es wichtig, dass die bereits begonnene interkulturelle Öffnung der Verwaltung konsequent in allen relevanten Bereichen umgesetzt wird.*

## **7.5 Rahmenbedingungen für die Integrationsarbeit im Bezirk**

Bei der Integrationsarbeit im Bezirk Mitte wird stets versucht, ein differenziertes Bild der gesellschaftlichen und kulturellen Vielfalt in unserem Bezirk zu erhalten – analog des eingangs beschriebenen Milieuansatzes. Die hier wohnenden Migranten weisen nicht nur soziale und gesundheitliche Probleme auf. Sie stellen auch eine nicht zu unterschätzende Ressource für den Bezirk dar. Je nachdem, was sie für persönliche Ressourcen zur Verfügung haben, brauchen sie unterschiedliche Formen der Unterstützung für ihre Integrationsbemühungen.

### **7.5.1 Bezirkliches Integrationsprogramm**

Mit der Erarbeitung eines neuen bezirklichen Integrationsprogramms verfolgt Mitte eine Strategie der Förderung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben für alle im Bezirk lebenden Menschen. Hierbei wird das Augenmerk nicht nur auf die Situation der im Bezirk lebenden Migranten, sondern auch auf die gesellschaftliche Entwicklung an sich gerichtet – im Sinne einer interkulturellen Öffnung aller Lebensbereiche im Bezirk (vgl. BA Mitte 2011).

⇒ *Für den Bezirk Mitte wäre es wichtig, dass das bezirkliche Integrationsprogramm von allen relevanten Akteuren im Bezirk möglichst zielgerichtet umgesetzt wird.*

### **7.5.2 Milieustudie im Bezirk Mitte**

Obgleich sich die Datenlage in Hinblick auf die im Bezirk lebende Bevölkerung in den letzten Jahren verbessert hat (vgl. S. 1 ff.), fehlt immer noch eine differenzierte Betrachtung der Wertevorstellungen und Lebensstile der im Bezirk ansässigen Menschen – sowohl mit als auch ohne Migrationshintergrund – im Sinne der eingangs erwähnten Sinus-Studie. Um Angebote für die bezirkliche Bevölkerung noch passgenauer zu entwickeln, wäre es von Vorteil, solche Informationen in einen Zusammenhang mit den vorliegenden Daten zur Bevölkerungszusammensetzung und zur sozialen Lage zu bringen.

⇒ *Der Bezirk Mitte strebt an, mithilfe von kompetenten externen Partnern eine fundierte Milieustudie der im Bezirk lebenden Menschen durchzuführen. Hierbei muss die ganze Bandbreite der unterschiedlichen Lebenssituationen in der bezirklichen Bevölkerung angemessen erfasst werden.*

# Anhang

## Glossar

**adipös** – fettleibig.

**aggregiert** – zusammengefasst.

**Anomalien** – qualitative oder quantitative Abweichung von der Norm; im engeren Sinne die Fehlbildung als geringgradige Entwicklungsstörung.

**Applikation** – Verabfolgung einer physikalischen Maßnahme bzw. eines Arzneimittels.

**Chronifizierung** – Prozess, bei dem ein Gesundheitsleiden langanhaltend oder dauerhaft wird.

**Demografie** – Bevölkerungswissenschaft; Beschreibung der wirtschafts- und sozialpolitischen Bevölkerungsbewegung.

**demografisch** – s. Demografie.

**Determinante** – bestimmender Faktor

**Diskurs** - Diskussion

**Disparität** – Ungleichheit, Verschiedenheit.

**Epidemiologie** – medizinische Forschungsrichtung, die sich mit den Entstehungsbedingungen sowie der Verbreitung und Bekämpfung von Krankheiten und Epidemien befasst.

**Faktorenanalyse** – statistische Forschungsmethode zur Ermittlung der Faktoren, die einer großen Menge verschiedener Eigenschaften zugrunde liegen.

**Gradient** – Steigerung

**Heterogenität** - Vielfalt

**Inzidenz** – Anzahl der Neuerkrankungen in einem bestimmten Zeitraum; sie soll ein Maß dafür sein, wie schnell sich eine Krankheit ausbreitet bzw. wie groß die Wahrscheinlichkeit für eine Person ist, diese Krankheit zu bekommen. Daher bezieht man die Zahl der Neuerkrankungen nur auf die Zahl der Personen, die die Krankheit überhaupt bekommen können ("persons at risk").

**Karies/Zahnkaries** – Vorgang und das Ergebnis der Zerstörung von Zahnhartsubstanz durch Säure, die unter Beteiligung von Bakterien aus Zuckern in Zahnbelägen entsteht.

**Kariesläsionen** – Schädigung der Zähne, die auf Kariesbefall zurückzuführen ist.

**kariogen** – Karies auslösend; kariogene Ernährungsweise begünstigt Kariesbefall der Zähne.

**Korrelation** – Wechselbeziehung; Zusammenhang zwischen statistischen Ergebnissen, die durch Wahrscheinlichkeitsrechnung ermittelt werden.

**kurativ** – heilend.

**Läsion** – Verletzung, Beschädigung.

**Mikrozensus** – statistische Repräsentativerhebung der Bevölkerung und des Erwerbslebens.

**Multikausalität** – auf verschiedene Ursachen zurückgehend.

**Multiplikatoren** – Menschen, die durch ihr Tätigkeitsfeld Wissen an viele andere weitergeben können, z.B. Lehrer, Erzieher.

**Prävalenz** – Überlegenheit, das Vorherrschen

**Prognoseraum** – Der größte, der neu in Berlin eingeführten lebensweltorientierten Räume (siehe LOR).

**Prophylaxe** – »Vorbeugung«, Teil der Präventivmedizin; individuelle u. generelle Maßnahmen zur Verhütung drohender Krankheiten (z.B. Impfungen, passive Immunisierung, vorsorgl. Medikation bei Einreise in Gefahrengebiete, Unfallverhütung etc.).

**Segregation** – Absonderung einer Bevölkerungsgruppe

**Setting** – spezifische soziale Umgebung, die durch eine Einrichtung bestimmt ist, z.B. Kita oder Schule.

**Sozialindex** – ein von der Senatsverwaltung für Gesundheit (vgl. →Sozialstrukturanalyse sowie Sozialstrukturatlas Berlin, 1990 und 1995) entwickelter statistischer Messwert, in dem 20 verschiedene Variablen Berücksichtigung finden und der Aufschluss über die Zusammensetzung der Bevölkerung eines Bezirks gibt.

**sozialkompensatorisch** – Maßnahme, um den Einfluss einer sozialen Benachteiligung auszugleichen.

**Sozialstrukturanalyse** – statistisches Verfahren, bei dem verschiedene Faktoren wie →Sozialindex, →Statusindex und →Altenindex Auskunft geben über die soziale Struktur einer Bevölkerung. (Vgl. Sozialstrukturatlas Berlin der Senatsverwaltung für Gesundheit, 1990 und 1995).

**stringent** – zwingend, streng.

**Subsidiaritätsprinzip** – gesellschaftspolitisches Prinzip, nach dem übergeordnete gesellschaftliche Einrichtungen wie beispielsweise der Staat, nur solche Aufgaben übernehmen sollen, zu deren Wahrnehmung untergeordnete Einheiten nicht in der Lage sind.

**Untersuchungskohorte** – Summe aller Personen, die Gegenstand einer Untersuchung sind.

**urban** – städtisch

**Valenz** - Wertigkeit

## Abkürzungen

ALG II	Arbeitslosengeld II
AOLG	Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden
BA	Bezirksamt
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
bspw.	beispielsweise
BVV	Bezirksverordnetenversammlung
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
d.h.	das heißt
DAJ	Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahlpflege
DDR	Deutsche Demokratische Republik
dmf/t	Anzahl der kariösen, fehlenden und gefüllten Milchzähne
ebd.	ebenda
EDV	elektronische Datenverarbeitung
ESU	Einschulungsuntersuchung
et al.	(lat.: et alii), und andere
e. V.	eingetragener Verein
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GDG	Gesundheitsdienstgesetz
ggf.	gegebenenfalls
HILU	Hilfe zum Lebensunterhalt
i.d.R.	in der Regel
inkl.	inklusive
KiGGS	Kinder- und Jugendgesundheitsurvey vom Robert Koch-Institut
KJGD	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft Berlin zur Verhütung von Zahnerkrankungen
LOR	Lebenswelt orientierte Räume
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development deutsch: Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖGD	öffentlicher Gesundheitsdienst
PLZ	Postleitzahl
PR	Planungsraum (kleinster LOR)
resp.	respektive (beziehungsweise)
RKI	Robert-Koch-Institut
S.	Seite
s.	siehe
SenGSV	Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz
SenGUV	Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz
SGB	Sozialgesetzbuch
u.a.	unter anderem
u.U.	unter Umständen
usw.	und so weiter
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil
z.Zt.	zur Zeit
ZÄD	Zahnärztlicher Dienst

## A.1 Bestimmung der sozialen Schicht bei der Einschulungsuntersuchung

Im Folgenden wird ein Auszug aus dem Bericht der Senatsverwaltung zur Auswertung der Schuleingangsuntersuchung 2005 zitiert, um die Berechnungsweise für die in unserem Bericht verwendete Schichteinteilung darzulegen:

„Zur Beschreibung der sozialen Lage der Kinder bei der Einschulungsuntersuchung werden Bildungs- und Erwerbsstatus der Eltern durch Angaben über Schulabschluss und Erwerbstätigkeit beider Elternteile erfasst. Aus diesen Angaben wird ein sozialer Schichtindex gebildet, indem für jeden Elternteil für die beiden Komponenten „Bildung“ und „Erwerbstätigkeit“ Punkte vergeben werden (Tab. A.1). Der Schulabschluss wird im Vergleich zur Erwerbstätigkeit mit doppelt so hohen Punktzahlen bewertet, um den Bildungsanteil mit stärkerem Gewicht in den Index eingehen zu lassen. Fehlen Angaben eines Elternteils, werden die Punktzahlen des anderen Elternteils verdoppelt, sofern wenigstens für einen Elternteil vollständige Angaben zu beiden Komponenten vorliegen.“

**Tabelle A.1: Vergabe von Punkten bei der Bildung des sozialen Schichtindex bei der Einschulungsuntersuchung in Berlin 2005**

„Bildung“	<i>Punkte</i>	„Erwerbstätigkeit“	<i>Punkte</i>
ohne Hauptschulabschluss	2	vollzeitbeschäftigt	3
mit Hauptschulabschluss	2	teilzeitbeschäftigt	2
10. Klasse/mittlere Reife	4	nicht erwerbstätig:	
(Fach-)Hochschulreife	6	ich finde keine Arbeit	0
(Fach-)Hochschulabschluss	6	ich habe andere Gründe	1

(Datenquelle: SenGesUmV Berlin / Darstellung: SenGesUmV –1A-)

Unter Addition der Punkte beider Elternteile bzw. bei Verdopplung der Punktzahl des Elternteils, von dem Angaben vorliegen, kann der soziale Schichtindex Werte zwischen 4 und 18 Punkten erreichen. Der Punktwertebereich wird auf der Basis der Daten 2004 in drei annähernd gleich große Gruppen eingeteilt und der oberen, mittleren und unteren sozialen Schicht zugeordnet. Dabei errechnet sich für die untere Schicht ein Punktwertebereich von 4 - 11 Punkten, für die mittlere Schicht von 12 - 15 Punkten und für die obere Schicht von 16 - 18 Punkten. Die Verwendung der Daten 2004 als Referenzwerte ermöglicht die Schaffung eines Bezugspunktes, der es erlaubt, in den weiteren Jahren Veränderungen in der Verteilung der drei Schichten zu erkennen.“

Quelle: Oberwöhrmann/Betge 2007, S. 10



## A.2 Befragung der Eltern der Schulanfänger

Die Fragebögen wurden von den Eltern bei der Schulanmeldung in der Schule abgeholt – zusammen mit den sonstigen Unterlagen, die für die Anmeldung nötig waren. Hierunter befand sich auch eine Einladung zur Schuleingangsuntersuchung, die z.T. erst einige Monate später stattfinden sollte. Die Fragebögen konnten von beiden Partnern zu Hause ausgefüllt und beim Termin für die Schuleingangsuntersuchung im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) vom begleitenden Elternteil wieder abgegeben werden. Eine Verlosung von Warengutscheinen über je 100€ von einem lokalen Kaufhaus diente dazu, die Motivation zur Teilnahme zu erhöhen.

Dadurch, dass beide Elternteile zu Hause einen gesonderten Fragebogen ausfüllen konnten und nicht nur die Person, die das Kind zur Untersuchung begleitet hat, gab es eine relativ ausgeglichene Teilnahme beider Geschlechter (587 Frauen, 503 Männer). Bei einer ähnlichen Befragung im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung in Bielefeld (vgl. Zeeb et al, 2004), wo die Begleitpersonen vor Ort in den Kinder- und Jugendgesundheitsdienststellen befragt wurden, waren die Mütter stark überrepräsentiert, da diese meist die angehenden Schulanfänger zur Untersuchung begleiteten.

Ein erklärtes Ziel der Aktion war es, einen angemessenen Anteil der Eltern mit Migrationshintergrund für die Befragung zu gewinnen. Hierbei sollten die im Bezirk lebenden Gruppen mit Migrationshintergrund möglichst im Verhältnis zu ihrem Anteil an der Bevölkerung vertreten werden. Maßgeblich für die Befragung war der deutsche Fragebogen. Bei Bedarf konnten die Eltern in den Schulen auch arabische, türkische oder englische Übersetzungen des Fragebogens erhalten. Im Laufe des Befragungszeitraumes wurden weitere Maßnahmen angewandt, um die Teilnahme von Migranten zu erhöhen. In den bezirklichen Kindergärten wurden mehrsprachige Poster und Handouts eingesetzt und es gab Berichte über die Befragung in den lokalen türkischen Medien.

Um den Datenschutz zu gewährleisten, wurde im KJGD vor den Augen des abgebenden Elternteils lediglich die laufende ESU-Nummer auf dem Fragebogen eingetragen. Anschließend wurden die ausgefüllten Lose abgetrennt und beide kamen in versiegelte Urnen.

### *Inhalte des Fragebogens*

Als Teil der Angaben zur Demografie der Befragten wurden neben Angaben zur Schulbildung und zum Erwerbsstatus auch ausführliche Fragen zum Migrationshintergrund der Befragten gestellt (angelehnt an Schenk et al. 2005). Unter anderem wurde nach der Staatsangehörigkeit, nach dem eigenen Geburtsort, nach der Verweildauer in Deutschland und nach den Geburtsorten der Eltern gefragt.

Im Bereich Gesundheit schließen die Fragen ein breites Themenspektrum ein – u.a. eine Selbsteinschätzung der gegenwärtigen Gesundheit, eine Frage zu den krankheitsbedingten Fehltagen (Beruf bzw. Hausarbeit), Fragen zu den gesundheitlichen Beschwerden, Fragen zur Zufriedenheit in wichtigen Lebensbereichen, zum Bewegungsverhalten und zum Konsum von Tabak und Alkohol. Darüber hinaus gab es Fragen zu gesundheitsrelevantem Verhalten, zum Versichertenstatus und zur Inanspruchnahme von Angeboten der Gesundheitsversorgung und –vorsorge. Diejenigen, die Schwierigkeiten angegeben hatten, die deutsche Sprache zu verstehen, wurden gefragt, wie sie sich in Hinblick auf gesundheitliche Belange informieren.

## A.3 AUDIT-C Auswertungsschema

Alkoholkonsum wurde mit einer Abwandlung des Instrumentes AUDIT-C (Bush et al., 1998) wie folgt ausgewertet:

1. Wie oft nehmen Sie ein alkoholisches Getränk zu sich?

Antwortkategorien: nie, 1 mal pro Monat oder weniger, 2 bis 4 mal pro Monat, 2 bis 3 mal pro Woche, 4 oder mehr als 4 mal pro Woche

2. Wenn Sie alkoholische Getränke zu sich nehmen, wie viel trinken Sie dann normalerweise an solchen Tagen? (Hinweis, 1 alkoholisches Getränk entspricht einer 0,33 l Bierflasche, einem Glas Wein oder Sekt, einem doppelten Schnaps oder eine Flasche Alcopops)

Antwortkategorien: 1 bis 2, 3 bis 4, 5 bis 6, 7 bis 9, 10 und mehr

3. Wie oft trinken Sie 6 oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit? (Hinweis: z.B. Discobesuch, Besuch bei Freunden, Fernsehbar) Antwortkategorien: nie, weniger als einmal im Monat, etwa einmal im Monat, etwa einmal in der Woche, täglich oder fast täglich

Die Antwortkategorien wurden jeweils aufsteigend von 0 bis 4 gewertet. Der minimale AUDIT-C Summenwert war somit 0 und der maximale 12.

Risikokonsum gemäß AUDIT-C wurde nach Bildung des Summenscores aus den einzelnen Items des AUDIT-C mit einem Wert von  $> 3$  bei Frauen und  $> 4$  bei Männern gewertet. Ein Summenwert von 1 bis 3 bei Frauen und von 1 bis 4 bei Männern wurde als moderate Trinker/in und der Wert 0 als Nietrinker klassifiziert. (vgl. Hapke et al. 2009, S. 284-5)

## A.4 Die Befragung LISA

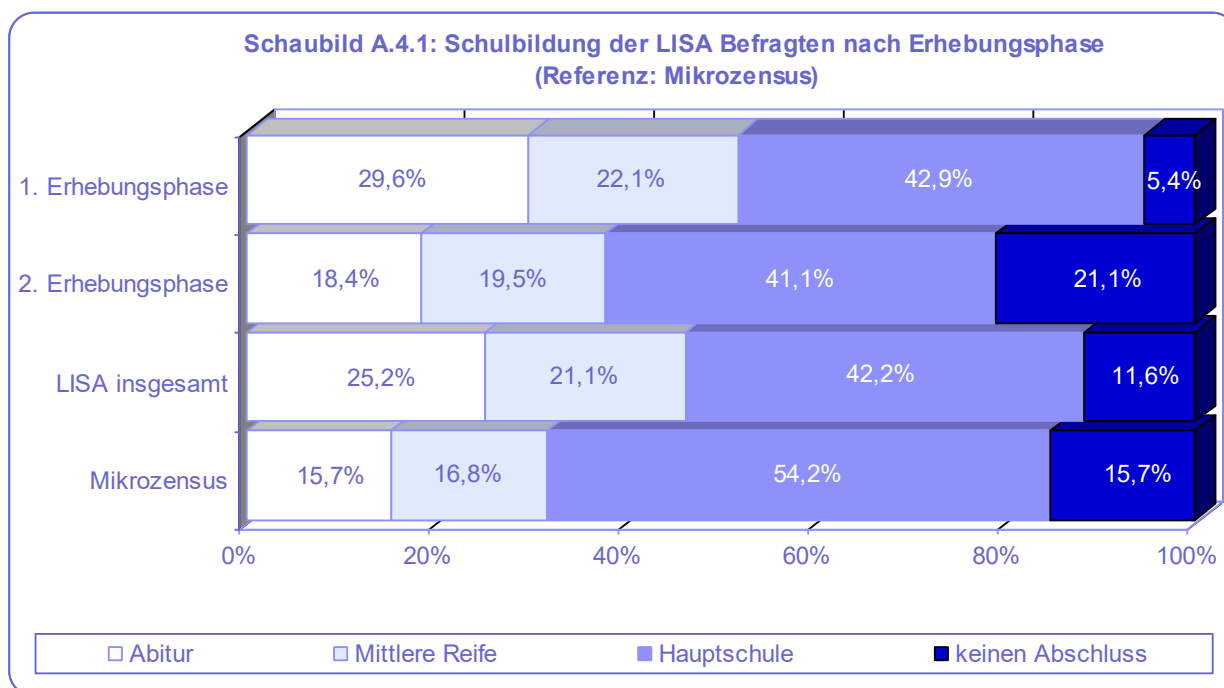
Ein zentrales Anliegen der LISA Befragung war die angemessene Beteiligung der älteren Bewohner des Bezirkes mit einem Migrationshintergrund. Ältere Menschen wurden durch direkte Ansprache von ihnen vertrauten Personen für die Befragung gewonnen. Diejenigen, die Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache hatten, bekamen Unterstützung von muttersprachigen Interviewern. Darüber hinaus gab es den Fragebogen in türkischer, russischer und serbokroatischer Sprache. Informationsmaterialien lagen ebenfalls in den drei Fremdsprachen vor.

### A.4.1 Durchführung der Befragung

Eine repräsentative Befragung älterer Menschen, die mehr als oberflächliche Informationen erheben soll, stellt eine erhebliche methodische Herausforderung an die Durchführung dar. Da der Bezirk nicht über die Ressourcen verfügte, Interviewerteams zu bezahlen, welche die Zielpersonen aufsuchen und sie in ihrer Muttersprache ansprechen konnten, wurde versucht, über eine Reihe von existierenden Zugängen diese Zielgruppe zu erreichen. Hierbei konnten ältere Menschen mit Hilfe von Mitarbeitern vieler Kooperationspartner<sup>59</sup>, die im Rahmen ihrer Arbeit mit ihnen zu tun haben oder an Stellen tätig waren, die von dieser Zielgruppe frequentiert wurden, für die Befragung gewonnen werden. Darüber hinaus wurden in verschiedenen öffentlichen Aktionen ältere Personen direkt auf die Beteiligung an unserer Befragung angesprochen. Außerdem hingen Hinweisplakate u.a. in den bezirklichen Bibliotheken und Bürgerämtern aus und die Fragebögen waren dort erhältlich.

---

<sup>59</sup> z.B. Quartiersmanager, Beratungs- und Freizeitstätten, Sozialarbeiter, Kirchen, niedergelassene Hausärzte usw.

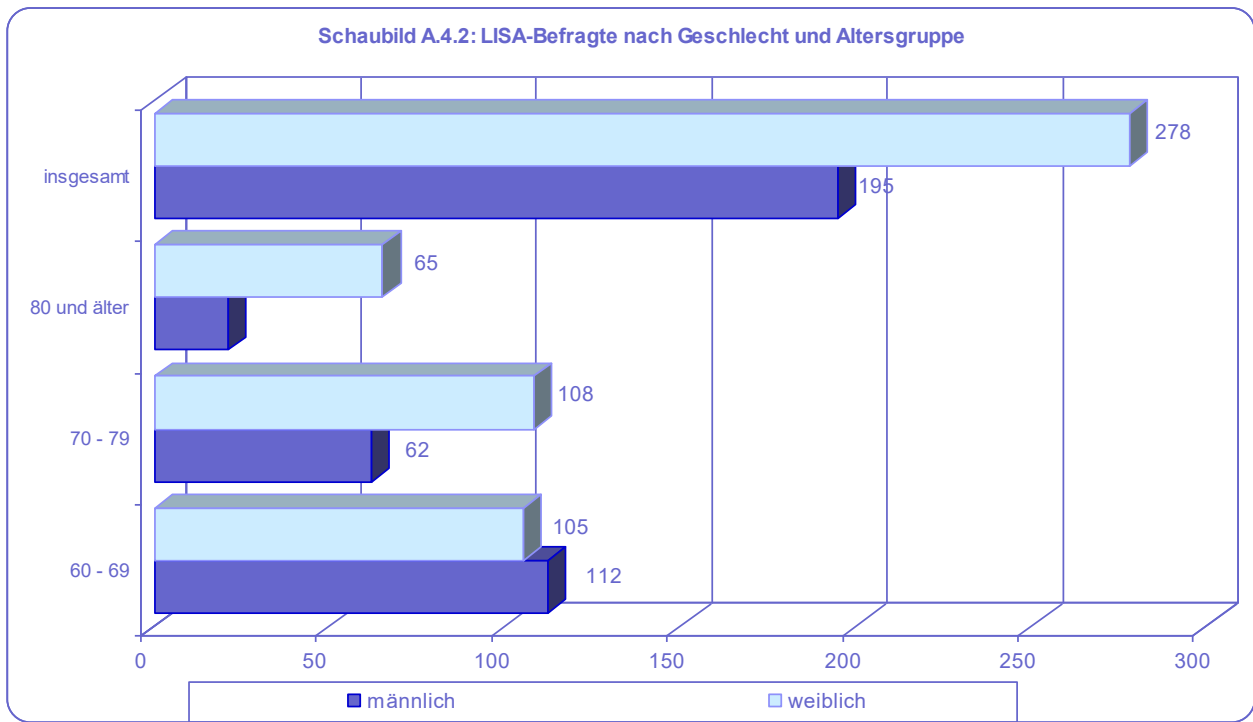


Die Repräsentativität der Stichprobe wurde mit Hilfe eines Quotenplans für soziodemografische Merkmale (u.a. Alter, Geschlecht, Altbezirk, Bildungsstand und Migrationshintergrund) sichergestellt. Schaubild A.4.1 zeigt die Steuerung der Stichprobe anhand des Merkmals Schulbildung. Im Lauf der Befragung wurde kontinuierlich überprüft, inwieweit die Verteilung dieser Merkmale in der Gruppe der Befragten mit der jeweiligen Verteilung unter den älteren Bewohnern im Bezirk korrespondierte. Beim Merkmal „Migrationshintergrund“ wurde darüber hinaus eine Überrepräsentation angestrebt, um u.U. eine Auswertung nach einzelnen Herkunftsgruppen zu ermöglichen.

Insbesondere in der zweiten Erhebungsphase wurden ältere Menschen aus einfacheren Bevölkerungsschichten und solche mit Migrationshintergrund gezielt angesprochen. Dies erfolgte mit Hilfe von weiteren Kooperationspartnern – insbesondere den Integrationslotsen vom bezirklichen Projekt „Die Brücke e.V.“ – und in anderen Settings (u.a. in Moscheen, im bezirklichen Grundstücksamt und auf öffentlichen Plätzen). Auch in dieser 2. Erhebungsphase wurden die bisherigen Kooperationspartner explizit darauf hingewiesen, die unterrepräsentierten Gruppen gezielt anzusprechen.

#### A.4.2 Zusammensetzung der LISA-Stichprobe

Nach der zweiten Erhebungsphase lagen Daten für 473 ältere Menschen vor. Ein Abgleich der LISA-Stichprobe mit der amtlichen Bevölkerungsstatistik (vgl. BA Mitte 2010, S. 4 ff.) zeigte, dass die 278 Frauen und 196 Männer in der Stichprobe in etwa der Gruppe der älteren Menschen im Bezirk in Hinblick auf eine Reihe von wichtigen soziodemografischen Merkmalen (u.a. Bildungsniveau, Geschlechterverteilung sowie Altersverteilung) entsprachen. Schaubild A.2.4 zeigt z.B. die Verteilung der Befragten nach Geschlecht und Altersgruppe. Lediglich beim „Migrationshintergrund“ weicht die Stichprobe erheblich von der Verteilung im Bezirk ab. Angesichts der erklärten Absicht, die Gruppe der Migranten ausreichend in der Stichprobe zu repräsentieren, damit herkunftsspezifische Auswertungen möglich sind, betrug der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund unter den Befragten 35% statt ca. 15%.



## Tabellen

Hier werden Tabellen aufgeführt, die durch ihre Länge und Detailliertheit sonst den Rahmen des Berichtsteils gesprengt hätten. Weitere Tabellen, z.B. die Basis für die im Text enthaltenen Darstellungen, können bei Bedarf im Bezirksamt Mitte eingesehen werden.

**Tabelle A2: Übersicht der LOR im Bezirk Mitte**

Nr.	Prognoseraum	Nr.	Bezirksregion	Nr.	Planungsraum
1	Zentrum	11	Tiergarten Süd	1101	Stühlerstr.
				1102	Großer Tiergarten
				1103	Lützowstr.
				1104	Körnerstr.
				1105	Nördlicher Landwehrkanal
		12	Regierungsviertel	1201	Wilhelmstr.
				1202	Unter den Linden Nord
				1203	Unter den Linden Süd
				1204	Leipziger Str.
		13	Alexanderplatz	1301	Charitéviertel
				1302	Oranienburgerstr.
				1303	Alexanderplatzviertel
1304	Karl-Marx-Allee				
1305	Heine-Viertel West				
1306	Heine-Viertel Ost				
14	Brunnenstr. Süd	1401	Invalidenstr.		
		1402	Arkonaplatzviertel		
		21	Moabit West	2101	Huttelkiez
				2102	Beusselkiez
2103	Westhafen				
2104	Emdener Str.				
2105	Zwinglistr.				
2106	Elberfelder Str.				
22	Moabit Ost	2201	Stephankiez		
		2202	Heidestr.		
		2203	Lübecker Str.		
		2204	Thomasiusstr.		
		2205	Zillesiedlung		
		2206	Lüneburger Str.		
		2207	Hansaviertel		
3	Gesundbrunnen	31	Osloer Straße	3101	Soldiner Str.
				3102	Gesundbrunnen
		32	Brunnenstr. Nord	3201	Brunnenstr.
				3202	Humboldthain Süd
				3203	Humboldthain NW
4	Wedding	41	Parkviertel	4101	Rehberge
				4102	Schillerpark
				4103	Westl. Müllerstr.
		42	Wedding Zentrum	4201	Reinickendorferstr.
				4202	Sparrplatz
				4203	Leopoldplatz

**Tabelle A4: Menschen mit Migrationshintergrund<sup>60</sup> in den Berliner Prognoseräumen (31.12.2009)**

Bezirk		Prognoseraum	Menschen mit Migrationshintergrund	Bevölkerung	%	Rangplatz
Mitte	0101	Zentrum	28293	91955	30,8%	45
	0102	Moabit	33181	75225	44,1%	54
	0103	Gesundbrunnen	39339	68336	57,6%	59
	0104	Wedding	46232	91566	50,5%	56
Friedrichshain-Kreuzberg	0201	Kreuzberg Nord	25017	38314	65,3%	60
	0202	Kreuzberg Süd	22825	59502	38,4%	51
	0203	Kreuzberg Ost	24763	48286	51,3%	57
	0204	Friedrichshain West	8173	43529	18,8%	27
	0205	Friedrichshain Ost	12563	70336	17,9%	25
Pankow	0301	Buch	849	13526	6,3%	5
	0302	Nördliches Pankow	3303	40724	8,1%	10
	0303	Nördliches Weißensee	1898	32778	5,8%	4
	0304	Südliches Pankow	6863	79215	8,7%	13
	0305	Südliches Weißensee	3516	46149	7,6%	7
	0306	Nördlicher Prenzlauer Berg	12752	90243	14,1%	22
	0307	Südlicher Prenzlauer Berg	10149	52076	19,5%	29
Charlottenburg-Wilmersdorf	0401	Charlottenburg-Nord	6277	17673	35,5%	48
	0402	Westend	9306	37922	24,5%	35
	0403	Charlottenburg	52433	133223	39,4%	52
	0404	Schmargendorf	12681	49205	25,8%	39
	0405	Wilmersdorf	24803	74159	33,4%	47
	0406	Forst Grunewald	6	74	8,1%	9
Spandau	0501	SPA 1	24599	91439	26,9%	40
	0502	SPA 2	18571	81584	22,8%	33
	0503	SPA 3	8896	24741	36,0%	49
	0504	SPA 4	2023	17680	11,4%	19
Steglitz-Zehlendorf	0601	Region A	18140	71295	25,4%	37
	0602	Region B	16233	74871	21,7%	32
	0603	Region C	15773	76983	20,5%	30
	0604	Region D	14179	66569	21,3%	31

<sup>60</sup> Ausländer und Deutsche mit Migrationshintergrund

Bezirk		Prognoseraum	Menschen mit Migrationshin- tergrund	Bevölke- rung	%	Rang- platz
Tempelhof- Schöneberg	0701	Schöneberg-Nord	23748	48668	48,8%	55
	0702	Schöneberg-Süd	18053	48353	37,3%	50
	0703	Friedenau	12806	44619	28,7%	42
	0704	Tempelhof	17655	58036	30,4%	44
	0705	Mariendorf	12660	49235	25,7%	38
	0706	Marienfelde	8860	29776	29,8%	43
	0707	Lichtenrade	8726	49410	17,7%	24
Neukölln	0801	Neukölln	81088	154213	52,6%	58
	0802	Britz-Buckow	16739	66200	25,3%	36
	0803	Gropiusstadt	14279	35898	39,8%	53
	0804	Buckow Nord / Rudow	9796	51339	19,1%	28
Treptow- Köpenick	0901	Treptow - Köpenick 1	5652	56046	10,1%	17
	0902	Treptow - Köpenick 2	4212	52503	8,0%	8
	0903	Treptow - Köpenick 3	3250	46445	7,0%	6
	0904	Treptow - Köpenick 4	1684	35010	4,8%	3
	0905	Treptow - Köpenick 5	2093	47749	4,4%	2
Marzahn- Hellersdorf	1001	Marzahn	14783	102120	14,5%	23
	1002	Hellersdorf	6524	71918	9,1%	14
	1003	Biesdorf	2082	24543	8,5%	11
	1004	Kaulsdorf/Mahlsdorf	1888	45584	4,1%	1
Lichtenberg	1101	Hohenschönhausen Nord	7638	57473	13,3%	20
	1102	Hohenschönhausen Süd	4367	41798	10,4%	18
	1103	Lichtenberg Nord	11427	62781	18,2%	26
	1104	Lichtenberg Mitte	8939	65234	13,7%	21
	1105	Lichtenberg Süd	2067	24340	8,5%	12
Reinickendorf	1210	Reinickendorf-Ost	15552	49510	31,4%	46
	1221	Tegel	13406	47982	27,9%	41
	1222	Heiligensee-Konradshöhe	2343	23525	10,0%	15
	1223	Frohnau-Hermsdorf	3296	32958	10,0%	16
	1230	Waidmannslust	20004	87228	22,9%	34
<b>Berlin (insg.)</b>			<b>859253</b>	<b>3369672</b>	<b>25,5%</b>	

**Tabelle A4: Melderechtlich registrierte Einwohner am Ort der Hauptwohnung in den Bezirksregionen in Mitte am 31.12.2009 nach Migrationshintergrund – Veränderungssaldo seit 12/2007**

	Ausländer	Deutsche mit Migrationshintergrund	Deutsche ohne Migrationshintergrund	insgesamt
Tiergarten Süd	3814	2654	5805	12273
Regierungsviertel	2119	1087	5823	9029
Alexanderplatz	7989	4348	33771	46108
Brunnenstr. Süd	4316	1966	18263	24545
<b>Zentrum (insgesamt)</b>	<b>18238</b>	<b>10055</b>	<b>63662</b>	<b>91955</b>
Moabit West	10621	6870	23026	40517
Moabit Ost	9228	6462	19018	34708
<b>Moabit (insgesamt)</b>	<b>19849</b>	<b>13332</b>	<b>42044</b>	<b>75225</b>
Osloer Straße	11969	6776	14841	33586
Brunnenstr. Nord	11104	9490	14156	34750
<b>Gesundbrunnen (insgesamt)</b>	<b>23073</b>	<b>16266</b>	<b>28997</b>	<b>68336</b>
Parkviertel	9336	5975	25373	40684
Wedding Zentrum	20554	10367	19961	50882
<b>Wedding (insgesamt)</b>	<b>29890</b>	<b>16342</b>	<b>45334</b>	<b>91566</b>
<b>Mitte (insg.)</b>	<b>91050</b>	<b>55995</b>	<b>180037</b>	<b>327082</b>
Saldo: Dezember 2007 bis Dezember 2009				
Tiergarten Süd	-634	180	-101	-555
Regierungsviertel	-235	138	-95	-192
Alexanderplatz	456	-7	-244	205
Brunnenstr. Süd	288	418	93	799
<b>Zentrum (insgesamt)</b>	<b>-125</b>	<b>729</b>	<b>-347</b>	<b>257</b>
Moabit West	-760	730	63	33
Moabit Ost	-804	539	-35	-300
<b>Moabit (insgesamt)</b>	<b>-1564</b>	<b>1269</b>	<b>28</b>	<b>-267</b>
Osloer Straße	16	526	408	950
Brunnenstr. Nord	-48	932	-283	601
<b>Gesundbrunnen (insgesamt)</b>	<b>-32</b>	<b>1458</b>	<b>125</b>	<b>1551</b>
Parkviertel	363	801	-83	1081
Wedding Zentrum	-141	819	765	1443
<b>Wedding (insgesamt)</b>	<b>222</b>	<b>1620</b>	<b>682</b>	<b>2524</b>
<b>Mitte (insg.)</b>	<b>-1499</b>	<b>5076</b>	<b>488</b>	<b>4065</b>



**Tabelle A.5: Melderechtlich registrierte Einwohner am Ort der Hauptwohnung in Mitte am 31.12.2009 nach Staatsangehörigkeit und LOR**

BZR	PLR	Deutsche ohne MH	Deutsche mit MH	Ausländer insgesamt	Ausländer nach Staatsangehörigkeit									Bevölkerung insgesamt
					Europäische Union (15)	EU-Erweiterung 2004 (ohne Polen)	Polen	EU-Erweiterung 2007	ehem. Jugoslawien und Nachfolgestaaten	Türkei	ehem. Sowjetunion und europäische Nachfolgestaaten	arabische Staaten	übrige Ausländer	
	1101	1570	467	893	148	12	42	21	46	37	134	112	341	2930
	1102	145	12	27	15	3	0		3		0		6	184
	1103	2291	1006	1329	261	27	88	39	117	195	212	98	292	4626
	1104	1368	1037	1285	165	27	71	49	110	285	165	171	242	3690
	1105	431	132	280	46	12	9	0	0	11	40	28	134	843
11		5805	2654	3814	635	81	210	109	276	528	551	409	1015	12273
	1201	1195	278	590	83	16	9	67	14	15	171	45	170	2063
	1202	322	34	87	36	3		0	0	0	15		33	443
	1203	488	80	294	46	9	12	6	6	6	154	6	49	862
	1204	3818	695	1148	182	49	50	151	51	30	232	82	321	5661
12		5823	1087	2119	347	77	71	224	71	51	572	133	573	9029
	1301	3309	356	908	352	21	42	28	24	21	68	18	334	4573
	1302	8533	1104	2198	911	69	67	49	59	72	158	40	773	11835
	1303	5764	751	1530	415	36	60	71	57	55	151	57	628	8045
	1304	6205	838	1255	158	57	29	36	98	138	125	56	558	8298
	1305	4673	501	822	140	22	35	53	48	81	103	38	302	5996
	1306	5287	798	1276	194	43	67	42	70	274	116	82	388	7361
13		33771	4348	7989	2170	248	300	279	356	641	721	291	2983	46108
	1401	9733	1125	2422	1050	66	114	76	85	70	134	45	782	13280
	1402	8530	841	1894	894	73	61	43	42	29	124	22	606	11265
14		18263	1966	4316	1944	139	175	119	127	99	258	67	1388	24545
	2101	1665	403	856	103	18	205	31	84	131	24	133	127	2924
	2102	2453	1044	2080	277	52	227	36	295	480	99	241	373	5577
	2103	95	41	46	0			0	0	28	6	6	6	182
	2104	9173	2857	4482	565	95	475	119	569	1161	248	363	887	16512
	2105	2097	1012	1439	187	25	107	53	199	340	102	180	246	4548
	2106	7543	1513	1718	360	40	164	48	166	238	167	104	431	10774
21		23026	6870	10621	1492	230	1178	287	1313	2378	646	1027	2070	40517

Anhang

BZR	PLR	Deutsche ohne MH	Deutsche mit MH	Ausländer insgesamt	Ausländer nach Staatsangehörigkeit									Bevölkerung insgesamt
					Europäische Union (15)	EU-Erweiterung 2004 (ohne Polen)	Polen	EU-Erweiterung 2007	ehem. Jugoslawien und Nachfolgestaaten	Türkei	ehem. Sowjetunion und europäische Nachfolgestaaten	arabische Staaten	übrige Ausländer	
	2201	5292	1801	2637	404	64	207	54	264	812	110	198	524	9730
	2202	549	408	471	27	0	15	10	12	269	27	45	66	1428
	2203	2778	1540	2044	185	32	164	30	211	798	114	233	277	6362
	2204	3735	765	1016	210	21	101	12	70	191	55	101	255	5516
	2205	1414	777	806	107	15	56	15	80	156	143	88	146	2997
	2206	1879	466	530	140	12	41	12	22	101	51	36	115	2875
	2207	3371	705	1724	466	35	116	35	74	79	176	111	632	5800
22		19018	6462	9228	1539	179	700	168	733	2406	676	812	2015	34708
	3101	10234	4543	8003	542	142	874	333	1087	3094	270	701	960	22780
	3102	4607	2233	3966	296	75	341	135	489	1738	168	317	407	10806
31		14841	6776	11969	838	217	1215	468	1576	4832	438	1018	1367	33586
	3201	4469	4169	3947	276	35	143	56	335	2092	185	480	345	12585
	3202	4498	2392	2466	187	15	159	67	201	1243	113	173	308	9356
	3203	5189	2929	4691	338	68	424	112	630	1827	204	492	596	12809
32		14156	9490	11104	801	118	726	235	1166	5162	502	1145	1249	34750
	4101	10977	2996	4522	477	135	511	224	578	1401	186	300	710	18495
	4102	10416	1803	2498	241	46	449	104	340	763	120	108	327	14717
	4103	3980	1176	2316	250	58	239	71	209	627	190	147	525	7472
41		25373	5975	9336	968	239	1199	399	1127	2791	496	555	1562	40684
	4201	6936	5083	8910	579	163	818	404	1161	3424	373	832	1156	20929
	4202	6602	2554	5988	619	113	581	286	480	1384	176	612	1737	15144
	4203	6423	2730	5656	532	92	607	233	606	2078	144	436	928	14809
42		19961	10367	20554	1730	368	2006	923	2247	6886	693	1880	3821	50882
<b>Mitte (insg.)</b>			180037	55995	91050	12464	1896	7780	3211	8992	25774	5553	7337	18043

**Tabelle A6: Anteil an Menschen, die ALG II empfangen, in den Berliner Prognoserräumen (31.12.2009)**

Bezirk		Prognoseraum	ALG II- Empfänger	Bevölkerung 0-65 J.	%	Rangplatz
Mitte	0101	Zentrum	10332	77425	13,3%	18
	0102	Moabit	18313	65199	28,1%	48
	0103	Gesundbrunnen	26056	59542	43,8%	59
	0104	Wedding	28232	78385	36,0%	56
Friedrichshain- Kreuzberg	0201	Kreuzberg Nord	16724	33594	49,8%	60
	0202	Kreuzberg Süd	12017	54490	22,1%	35
	0203	Kreuzberg Ost	14246	44490	32,0%	53
	0204	Friedrichshain West	6498	34090	19,1%	33
	0205	Friedrichshain Ost	12044	66385	18,1%	30
Pankow	0301	Buch	2960	10265	28,8%	49
	0302	Nördliches Pankow	3904	33823	11,5%	14
	0303	Nördliches Weißensee	2405	26526	9,1%	10
	0304	Südliches Pankow	9360	62956	14,9%	23
	0305	Südliches Weißensee	7062	37065	19,1%	32
	0306	Nördlicher Prenzlauer Berg	12802	77694	16,5%	27
	0307	Südlicher Prenzlauer Berg	5711	48394	11,8%	15
Charlottenburg- Wilmersdorf	0401	Charlottenburg-Nord	4466	12985	34,4%	55
	0402	Westend	2438	27299	8,9%	9
	0403	Charlottenburg	19564	109988	17,8%	29
	0404	Schmargendorf	3726	35372	10,5%	13
	0405	Wilmersdorf	8474	58953	14,4%	21
	0406	Forst Grunewald	0	65	0,0%	1
Spandau	0501	SPA 1	21471	71103	30,2%	50
	0502	SPA 2	16976	62349	27,2%	45
	0503	SPA 3	5471	19519	28,0%	47
	0504	SPA 4	534	13344	4,0%	3
Steglitz- Zehlendorf	0601	Region A	8416	56742	14,8%	22
	0602	Region B	9073	55264	16,4%	26
	0603	Region C	5276	58098	9,1%	11
	0604	Region D	2129	49329	4,3%	5

\*\* Zahlenwerte zu gering

Bezirk		Prognoseraum	ALG II- Empfänger	Bevölkerung 0-65 J.	%	Rangplatz
Tempelhof- Schöneberg	0701	Schöneberg-Nord	9862	41635	23,7%	41
	0702	Schöneberg-Süd	7803	41738	18,7%	31
	0703	Friedenau	5125	37500	13,7%	19
	0704	Tempelhof	10358	46111	22,5%	36
	0705	Mariendorf	7367	36446	20,2%	34
	0706	Marienfelde	5056	21975	23,0%	38
	0707	Lichtenrade	5615	36588	15,3%	24
Neukölln	0801	Neukölln	55173	137529	40,1%	58
	0802	Britz-Buckow	11835	50364	23,5%	39
	0803	Gropiusstadt	9468	25621	37,0%	57
	0804	Buckow Nord / Rudow	4987	39051	12,8%	17
Treptow- Köpenick	0901	Treptow - Köpenick 1	7091	41565	17,1%	28
	0902	Treptow - Köpenick 2	9343	41367	22,6%	37
	0903	Treptow - Köpenick 3	4640	37210	12,5%	16
	0904	Treptow - Köpenick 4	3615	25257	14,3%	20
	0905	Treptow - Köpenick 5	3373	33266	10,1%	12
Marzahn- Hellersdorf	1001	Marzahn	26831	84800	31,6%	52
	1002	Hellersdorf	20089	62101	32,3%	54
	1003	Biesdorf	1386	19541	7,1%	7
	1004	Kaulsdorf/Mahlsdorf	1978	37417	5,3%	6
Lichtenberg	1101	Hohenschönhausen Nord	13570	49446	27,4%	46
	1102	Hohenschönhausen Süd	5378	33249	16,2%	25
	1103	Lichtenberg Nord	11328	48018	23,6%	40
	1104	Lichtenberg Mitte	11985	49519	24,2%	42
	1105	Lichtenberg Süd	1760	19975	8,8%	8
Reinickendorf	1210	Reinickendorf-Ost	12150	38837	31,3%	51
	1221	Tegel	9603	37198	25,8%	44
	1222	Heiligensee-Konradshöhe	714	17735	4,0%	4
	1223	Frohnau-Hermsdorf	864	23847	3,6%	2
	1230	Waidmannslust	16865	65914	25,6%	43
<b>Berlin (insg.)</b>			<b>591892</b>	<b>2721553</b>	<b>21,7%</b>	

## Literatur

Backes, G., Clemens, W.:

Lebensphase Alter: eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. Juventa Verlag, Weinheim und München. 3. überarbeitete Auflage 2008.

Bau, A.M.; Matteucci Gothe, R.; Borde, T.:

Ernährungsverhalten von 3- bis 6-jährigen Kindern verschiedener Ethnien – Ergebnisse einer Kitastudie in Berlin. Ernährungs-Umschau 50: 214 – 218, 2003

Berg, G. (1998):

Subjektive Krankheitskonzepte – eine kommunikative Voraussetzung für die Arzt-Patientin-Interaktion. In: Borde, T.; David, M.; Kentenich, H. (Hrsg.): Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag, S. 81-94

Bertelsmann Stiftung, Institut für Demoskopie Allensbach

Zuwanderer in Deutschland – Befragung von Menschen mit Migrationshintergrund 2009

Bezirksamt Mitte

Bezirkliches Integrationsprogramm. Förderung von Kommunikation, Respekt, Partizipation und Gleichbehandlung, März 2011

Bezirksamt Mitte, Abteilung Gesundheit

LISA – Lebensqualität, Interessen und Selbständigkeit im Alter. Ergebnisse einer Befragung älterer Menschen im Bezirk Mitte von Berlin. [http://www.berlin.de/ba-mitte/buergerdienste/publikationen/reihe\\_gbe\\_gf.html](http://www.berlin.de/ba-mitte/buergerdienste/publikationen/reihe_gbe_gf.html), Oktober 2010

Bezirksamt Mitte, Abteilung Gesundheit und Personal (2009)

Zahngesundheit der Kinder im Bezirk Berlin-Mitte. [http://www.berlin.de/ba-mitte/buergerdienste/publikationen/reihe\\_gbe\\_gf.html](http://www.berlin.de/ba-mitte/buergerdienste/publikationen/reihe_gbe_gf.html)

Bezirksamt Mitte, Abteilung Gesundheit und Personal (2009b)

Gesundheitsziele für Berlin-Mitte – Bezirkliche Gesundheitskonferenz vom 26.11.2009. <http://www.berlin.de/ba-mitte/org/gesplanleit/gk2009.html>

Bezirksamt Mitte, Abteilung Gesundheit und Personal.

Gesundheitliche und soziale Lage der Bevölkerung in Berlin-Mitte – Basisgesundheitsbericht, November 2006. [http://www.berlin.de/ba-mitte/buergerdienste/publikationen/reihe\\_gbe\\_gf.html](http://www.berlin.de/ba-mitte/buergerdienste/publikationen/reihe_gbe_gf.html)

Bezirksamt Mitte, Abteilung Gesundheit und Soziales

Gesundheitliche und soziale Lage der Schulanfänger in Berlin-Mitte, November 2001

Bezirksamt Mitte, Abteilung Gesundheit und Soziales

Jugendgesundheit in Berlin-Mitte, Dezember 2003

Bezirksamt Tiergarten, Abteilung Gesundheit und Soziales

Gesundheitsbericht 1997, August 1997

Bezirksamt Tiergarten, Abteilung Gesundheit und Soziales

Tiergartener Gesundheitskonferenz „Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen“, November 1999

Bezirksamt Tiergarten, Abteilung Gesundheit und Soziales

Gesundheitsbericht 2000 „Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen“,  
April 2000

Boos-Nünning, U.:

Armut von Kindern aus Zuwandererfamilien, in: Butterwegge, Christoph (Hg.) Kinderarmut in Deutschland: Ursachen, Erscheinungsformen und Gegenmaßnahmen. Frankfurt/Main u. a. (2000). S.150-173.

Borde, T.; David, M.; Kentenich, H. (Hrsg.):

Migration und Gesundheit – Zukunftsbeschreibung und Zukunftsmodelle,  
erschienen 1999 im Mabuse-Verlag, ISBN 3-929106-56-6

Borde, T.; David, M.; Kentenich, H. (Hrsg.):

Migration – Frauen – Gesundheit – Perspektiven im europäischen Kontext,  
erschienen 2000 im Mabuse-Verlag, ISBN 3-933050-23-5

Borde, T.; David, M.:

Kranksein in der Fremde? – Türkische Migranten im Krankenhaus,  
erschienen 2001 im Mabuse-Verlag, ISBN 3-933050-87-0

Borde, T.:

Patientinnenorientierung im Kontext der soziokulturellen Vielfalt im Krankenhaus. Vergleich der Erfahrungen und Wahrnehmungen deutscher und türkischsprachiger Patientinnen sowie des Klinikpersonals zur Versorgungssituation in der Gynäkologie. Dissertation. Technische Universität Berlin, Fakultät VIII – Wirtschaft und Management, Berlin, 2002

Borde, T.; David, M. (Hrsg.):

Gut versorgt? – Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen,  
erschienen 2003 im Mabuse-Verlag, ISBN 3-935964-24-2

Borde, T.:

Evaluation des Gemeindedolmetschdienstes Berlin – Erfahrungen und Herausforderungen, im: Dokumentation der Fachtagung Migration, Integration und Gesundheit – 10 Jahre Interkulturelles Gesundheitsnetzwerk am 15. und 16. März 2006 herausgegeben vom Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg, Juni 2006

Brenke, K.:

Migranten in Berlin: Schlechte Jobchancen, geringe Einkommen, hohe Transferabhängigkeit im Wochenbericht des DIW Berlin Nr. 35/2008

Brucks, U.: Soziale Lage und ärztliche Sprechstunde: Deutsche und ausländische Patienten in der ambulanten Versorgung. Hamburg 1987

Brünger, Martin:

Rauchverhalten von Jugendlichen, Masterarbeit of Public Health, Berlin School of Public Health an der Charité, Berlin, Februar 2010

Bugreev, Lev:

Gesundheitliche Lage, Bedarfe und soziale Eingebundenheit von russischsprachigen im Vergleich zu türkischsprachigen sowie einheimischen älteren Menschen in Berlin Masterarbeit of Public Health, Berlin School of Public Health an der Charité, Berlin November 2010,

Bundesgesundheitsblatt Band 50:

Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KIGGS)  
Heft 5/6 im Mai/Juni 2007 erschienen beim Axel-Springer-Verlag

Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung,

Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008, Köln, Mai 2008

Butler J., Brockstedt M., Uhlig U. (2007a):

Zahnstatus von Kindern im Berliner Bezirk Mitte nach sozialer Lage und Herkunft – Ergebnisse einer Verknüpfung von zahn- und kinderärztlichen Daten, in: prophylaxe impuls 4/2007, Seite 174-178

Butler J.; Albrecht, N.J., Ellsäßer, G.; Gavrinadou, M.; Habermann, M.; Lindert, J.; Weilandt, C. (2007b):

„Migrationssensible Datenerhebung für die Gesundheitsberichterstattung“, Bundesgesundheitsblatt, Berlin, November 2007

Collatz, Jürgen:

Kernprobleme des Krankseins in der Migration – Versorgungsstruktur und ethnozentrische Fixiertheit im Gesundheitswesen, in: David, M.; Borde, T.; Kentenich, H. (Hrsg.), Migration und Gesundheit, Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle, Mabuse Verlag, Frankfurt a M. 1999

Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.):

8. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland, Juni 2010

Delekat, D.

Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin – Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2001.  
Gesundheitsberichterstattung Berlin, Spezialbericht 2003 - 2

Dietzel-Papakyriakou, M.:

Altern in der Migration – Die Arbeitsmigranten vor dem Dilemma: Zurückkehren oder bleiben? Enke, Stuttgart 1993

Dohnke-Hohrmann, S.

„Erfahrungen mit Migranten in einem Zahnärztlichen Dienst in Berlin“, in: Schneller T., et al. (Hg.): „Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten“, Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ), Bonn 2001

Elsässer, G.;

„Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen (1-17 Jahre) und Umsetzung von persönlichen Schutzmaßnahmen.“ In: Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS)“, Bundesgesundheitsblatt, Band 50, Heft 5/6, Mai/Juni 2007. pp. 718-727

Freie Hansestadt Bremen, Gesundheitsamt (Hrsg.); Tempel, Dr. G.; Mohammadzadeh, Dr.Z.:

Ältere Migrantinnen und Migranten in Bremen – Lebenssituation, potenzielle Versorgungsbedarfe und gesundheitspolitische Perspektiven, August 2004

Gavranidou, M.:

Psychische Gesundheit und Armut von Frauen mit Migrationshintergrund. Vortrag gehalten auf der AKF-Tagung Frauengesundheit in sozialer Ungleichheit in Kassel vom 30.10. bis 01.11.09, [http://www.akf-info.de/uploads/media/Gavranidou\\_AKF-Beitrag\\_2009.pdf](http://www.akf-info.de/uploads/media/Gavranidou_AKF-Beitrag_2009.pdf)

Geiger, I.; Razum, O.; Ronellenfitsch, U.; Zeeb, H.:

Gesundheitsversorgung von Migranten. In: Deutsches Ärzteblatt (101) 43: A2882-A2887 (2004)

Gürtler, C.:

Migrationsbezogene Gesundheitsberichterstattung auf kommunaler Ebene am Beispiel Nürnberg. In: Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.): Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit: Handbuch zum interkulturellen Arbeiten im Gesundheitsamt. Berlin/Bonn: März 2000, S. 98

Habermann, M., Schenk, L., Albrecht, N.J., Gavrinadou, M., Lindert, J.; Butler J.

Planung und Steuerung der Pflegeversorgung auch für Migranten und Migrantinnen? - Eine Analyse der Pflege- und Gesundheitsberichterstattung in der ambulanten und stationären Altenpflege. Das Gesundheitswesen, 71, 363-367 (2009)

Hapke, U., Hanisch, C., Ohlmeier, C., Rumpf, H.-J.:

Epidemiologie des Alkoholkonsums bei älteren Menschen in Privathaushalten: Ergebnisse des telefonischen Gesundheitssurvey. In.: Sucht, Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis. 55 (5) 2009, S. 281-291.

Hoffmeister, H., Schelp, F., Böhning, D.

Alkoholkonsum in Deutschland und seine gesundheitlichen Aspekte. Springer Verlag, 1999

Ikilic, I.

Medizinethische Aspekte des interkulturellen Arzt-Patienten-Verhältnisses. In: Migration und Gesundheit. Kulturelle Vielfalt als Herausforderung für die medizinische Versorgung. Vorträge der Jahrestagung des deutschen Ethikrates 2010

Institut für Demoskopie Allensbach

Zuwanderer in Deutschland – Ergebnisse einer repräsentativen Befragung von Menschen mit Migrationshintergrund. Im Auftrag der Bertelsmann Stiftung. Allensbach, 2009

Lampert, T.: Soziale Determinanten des Tabakkonsums bei Erwachsenen in Deutschland, Bundesgesundheitsblatt, 2/3 2010, Berlin

Landeshauptstadt München, Referat für Gesundheit und Umwelt

Münchener Gesundheitsmonitoring 1999/2000 – Die Gesundheit von Frauen und Männer verschiedener Lebensaltersstufen, München 2002

Mielck, Andreas

Soziale Ungleichheit und Gesundheit, in: Hurrelmann, K.; Kolip, P. (Hrsg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit, Verlag Hans Huber, Bern. 2002

Mielck, Andreas

Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Verlag Hans Huber (Bern, Göttingen, Toronto, Seattle) 2005.



- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg  
Gesunde Zähne für ein fröhliches Lächeln – Zur Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen im Land Brandenburg, Beiträge zur Sozial- und Gesundheitsberichterstattung Nr. 6, Potsdam 2008
- Oberwöhrmann, Dr. S.; Bettge, Dr. S.:  
Grundauswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2008.  
Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Referat I A - Gesundheitsberichterstattung, ([www.gsi-berlin.info](http://www.gsi-berlin.info))
- Oberwöhrmann, Dr. S.; Bettge, Dr. S.:  
Basisdaten zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin – Ergebnisse auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2005.
- Papies-Winkler, I.:  
Dolmetschen im Gesundheit- und Sozialwesen – Projekt des Interkulturellen Gesundheitsnetzwerk Berlin, in: Borde, T. & David, M. (Hrsg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Mabuse Verlag, Frankfurt. 2003
- Pieper K.  
Epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe 2004. Bonn: Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. (DAJ), 2005.
- Poethko-Müller, C., Kuhnert, R., Schlaud, M.  
“Durchimpfung und Determinanten des Impfstatus in Deutschland – Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS)“, Bundesgesundheitsblatt, Band 50, Heft 5/6, Mai/Juni 2007. pp. 851-862
- Prasad, N.  
Gewalt und Rassismus als Risikofaktoren für die Gesundheit von Migrantinnen. Migration, Integration, Diversity. Heinrich-Böll-Stiftung, April 2009, [http://www.migration-boell.de/web/integration/47\\_2110.asp](http://www.migration-boell.de/web/integration/47_2110.asp)
- Robert-Koch-Institut,  
Epidemiologisches Bulletin Nr. 19 vom 10. Mai 2002
- Röpke-Baysal, Katharina:  
Legaler Substanzkonsum und subjektives Wohlbefinden bei Jugendlichen, Eine Untersuchung des Alkoholkonsums sowie der Motivation dazu an Schülern des Bezirks Mitte von Berlin, Masterarbeit of Public Health, Freie Universität Berlin, 2009,  
Fundort: [http://www.berlin.de/ba-mitte/buergerdienste/publikationen/reihe\\_gbe\\_gf.html](http://www.berlin.de/ba-mitte/buergerdienste/publikationen/reihe_gbe_gf.html)
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.):  
Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Robert-Koch-Institut 2008
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.):  
Jugendliche (11 bis 17 Jahre). In: Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bericht für den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Berlin, Robert-Koch-Institut, Oktober 2008a

Razum, O.; Zeeb, H.; Meesmann, U.; Dr. Schenk, L.; Bredehorst, M.; Brzoska, P.; Dercks, T.; Glodny, S.; Menkhaus, B.; Salman, R.; Saß, A.; Ulrich, R.:  
Migration und Gesundheit, Reihe: Gesundheitsberichterstattung des Bundes Robert-Koch-Institut (Hrsg.), Berlin, Robert-Koch-Institut, Juli 2008,

Robert-Koch-Institut,  
Epidemiologisches Bulletin Nr. 16 vom 26. April 2010

Saß Anke-Christine, Wurm S., Ziese T.  
Gesundheit und Krankheit im Alter, Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch-Institut, DZA, Statistisches Bundesamt, Berlin, 2009

Schenk, Dr. L.; Neuhauser, Dr. H.; Dr. Ellert, U.; Dr. Poethko-Müller, Ch.; Kleiser, Ch.; Dr. Mensink, G.:  
Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS) 2003 – 2006 – Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Robert-Koch-Institut (Hrsg.) Juli 2008, Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Schenk L., Bau A-M., Borde T., Butler J., Lampert T., Neuhauser H, Razum O., Weilandt C  
Mindestindikatorenatz zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz. (2006) Springer Verlag. (49) 853-860

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz:  
Sozialstrukturatlas Berlin 2008, Gesundheitsberichterstattung Berlin Spezialbericht – Ein Instrument der quantitativen, interregionalen und intertemporalen Sozialraumanalyse und -planung

Schenk, L.; Neuhauser, H.; Ellert, U.:  
Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland, Robert-Koch-Institut 2008

Schenk, L., H. Knopf.  
“Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)“, Bundesgesundheitsblatt, Band 50, Heft 5/6, Mai/Juni 2007. pp. 653-658

Schouler-Ocak, M.:  
Besonderheiten in der Versorgung von Migranten/-innen, in: Borde, T. & David, M. (Hrsg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Mabuse Verlag, Frankfurt. 2003

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz  
Armut und soziale Ungleichheit in Berlin, Berlin 2002

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz  
Sozialstrukturatlas Berlin 2003, Berlin 2004

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz  
Gesundheitsberichterstattung Berlin, Basisbericht 2005, Berlin 2006

Sinus Migrantmilieustudie  
[http://www.sociovision.de/uploads/tx\\_mpdownloadcenter/MigrantenMilieus\\_Zentrale\\_Ergebnisse\\_09122008.pdf](http://www.sociovision.de/uploads/tx_mpdownloadcenter/MigrantenMilieus_Zentrale_Ergebnisse_09122008.pdf)

Sich, D.; Diesfeld, H.J.:

Medizin und Kultur. Verlag Peter Lang, Frankfurt am Main 1993

Stadt Bielefeld,

Gesundheitliche Lage & Versorgung von Migrantinnen & Migranten. Dezernat 3 Umwelt und Gesundheit – Bielefelder Gesundheitsberichterstattung 2004

Theilen, I.:

Überwindung der Sprachlosigkeit türkischer Patienten in der Bundesrepublik Deutschland: Versuch einer ganzheitlichen Medizin als Beitrag zur transkulturellen Therapie. In: Collatz, J., E. Kürsat-Ahlers, I. Korporal (Hrsg.): Gesundheit für alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik, S. 292 – 322. Rissen, Hamburg 1985

Tiesmeyer, K.; Brause, M.; Lierse, M.; Nülle, M. L.; Hehlmann, T. (Hrsg.)

Der blinde Fleck, Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung, Huber Verlag 2008

Van Steenkiste, M.

„Gruppenprophylaxe bei Migranten im Rems-Murr-Kreis“, in: Schneller T., et al. (Hg.): „Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten“, Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ), Bonn 2001

Weber, A.; Hörmann, G.; Heipertz, W.:

Arbeitslosigkeit und Gesundheit aus sozialmedizinischer Sicht. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104, Heft 43, 26. Oktober 2007

Wiezoreck, M.; Diesfeld, H.J.:

Kulturelle Einflüsse auf Erkrankungen bei Immigranten. Aus: Erkrankungen bei Immigranten – Diagnostik, Therapie, Begutachtung, Burchard, G. (Hrsg.) Gustav Fischer Verlag 1998

Winkler J, Stolzenberg H (1999)

Der Sozialschichtindex im Bundes-Gesundheitssurvey. Gesundheitswesen 61, Sonderheft 2, Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 178-183.

Yildirim-Fahlbusch, Dr. med.:

Kulturelle Missverständnisse (Türkische Migranten). Im Deutschen Ärzteblatt Heft 5 Mai 2003

Zeeb, H.; Braune, BTh.; Vollmer, W.; Cremer, C.; Krämer, A.:

Gesundheitliche Lage und Gesundheitsversorgung bei Migranten – ein multilingualer Survey. Gesundheitswesen 2004; 66: 76-84