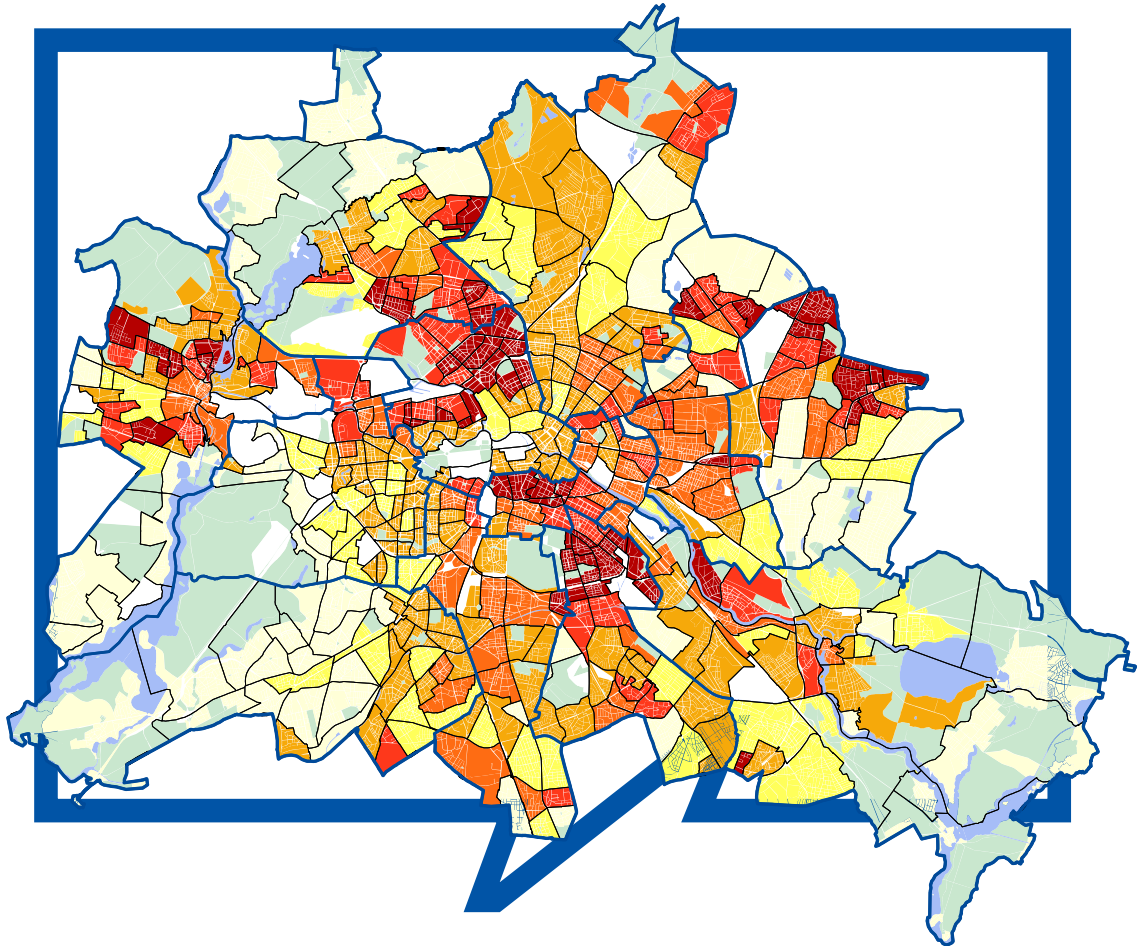


Handlungsorientierter Sozialstrukturatlas Berlin 2013



Ein Instrument der quantitativen, interregionalen
und intertemporalen Sozialraumanalyse und -planung

Gesundheitsberichterstattung Berlin
Spezialbericht

Herausgeber: Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Inhaltliche Verantwortung: Referat Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister,
Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme
Prof. Dr. Gerhard Meinschmidt
Spezialbericht 2014-1
ISSN 1617-9250
Fachliche Auskünfte:
Telefon: (030) 9028 2660
Telefax: (030) 9028 2094
E-Mail: Gerhard.Meinschmidt@sengs.Berlin.de

Redaktionsschluss: November 2013

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe gestattet.

Schutzgebühr: 15,- Euro (zuzüglich Porto)

Homepage: <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/index.html>

Publikationsverzeichnis: <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/veroeffentlichungen/erwerb.html>

Gesundheits- und Sozial-
informationssystem: <http://www.gsi-berlin.info>

Verzeichnis der am Bericht Beteiligten

Autorinnen und Autoren:	<p>Dr. Susanne Bettge, Kathleen Häßler, Dr. Sabine Hermann, Uwe Imme, Nadine Lasson, Prof. Dr. Gerhard Meinlschmidt, Dr. Sylke Sallmon Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Berlin, Referat I A</p> <p>Karin Mittelstaedt (Abschnitt 5.1) Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Berlin, Referat II B</p> <p>Klaus-Peter Licht, Gerlinde Spotka (Abschnitt 5.2) Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Berlin, Referat II B</p> <p>Dr. Christina Fuhrmann, Annette von Lersner-Wolff (Abschnitt 5.3) Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Berlin, Referat II D</p> <p>Katja Becker**, Monika Hachmann-Schöneck*, Brigitte Law*, Dagmar Mann*, Andrea Moellman**, Stefan Pospiech** (Abschnitt 5.4) *Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Berlin, Referat I E **Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung Berlin</p> <p>Heinrich Beuscher, Dr. Gabriele Lippold (Abschnitt 5.6) Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin, Referat I B</p>
Redaktionelle Bearbeitung:	<p>Kathleen Häßler, Esther Kapels Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Berlin</p>
Technische Umsetzung:	<p>Michael Ohlew, Margit Rother Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Berlin</p>

Vorwort



Der erste Berliner Sozialstrukturatlas wurde 1990 veröffentlicht. Seitdem erstellt unser Haus einmal in der Legislaturperiode eine umfassende Analyse der sozialstrukturellen und gesundheitlichen Lage in den Berliner Bezirken und Sozialräumen.

Mit dem „Handlungsorientierten Sozialstrukturatlas 2013“ ergänzen wir die Berichterstattung erstmalig um konkrete Handlungsempfehlungen. Sie enthält aktuelle Erkenntnisse zur sozialstrukturellen Lage und Entwicklung sowie konkrete Umsetzungsbeispiele und Handlungsorientierungen für diese Legislaturperiode, aber auch darüber hinaus. Die Daten dienen beispielsweise als Grundlage für die Verbesserung der ambulanten ärztlichen Versorgung. Bei der Verteilung von Arztsitzen wird künftig die bezirkliche Sozialstruktur berücksichtigt, um die Versorgungsstruktur in der Stadt ausgewogener zu gestalten.

Sozialraumorientierung heißt, wohnortnahe Versorgung planen zu können, ebenso wie die Bedarfe unterschiedlicher Zielgruppen in den Blick zu nehmen. Dazu zählt unter anderem die bedarfsgerechte Organisation von Pflege im Sozialraum.

Gleiches gilt für die soziale Infrastruktur unserer Stadt. Anhand des Sozialstrukturatlases können wir frühzeitig Handlungsbedarfe identifizieren und neue Angebote wie beispielsweise zusätzliche Stadtteilzentren gezielt etablieren, um bürgerschaftliches Engagement der Berlinerinnen und Berliner vor Ort zu stärken.

Gesundheit und soziale Lage hängen sehr stark voneinander ab, was in der vorliegenden Analyse wieder eindrucksvoll sichtbar ist. Der „Handlungsorientierte Sozialstrukturatlas 2013“ stellt mit seinen Inhalten in Analyse und Umsetzung einen wesentlichen Beitrag meines Hauses zur Gestaltung des demografischen Wandels und zur sozialen Stadtentwicklung dar.

Unser Ziel ist es, Akteuren in Politik, Verwaltung, Wirtschaft oder Öffentlichkeit eine Grundlage bereitzustellen, um Schlussfolgerungen für Planungen und Maßnahmen in ihrer jeweiligen Verantwortung zu ziehen.

Ich danke den Autorinnen und Autoren sowie allen, die an der Erstellung des „Handlungsorientierten Sozialstrukturatlas 2013“ mitgewirkt haben.

Mario Czaja

A handwritten signature in black ink that reads "Mario Czaja". The signature is written in a cursive, slightly stylized font.

Senator für Gesundheit und Soziales

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
1 Ziele des aktuellen Sozialstrukturatlases	13
2 Zusammenfassung	15
Ergebnisse der sozialstrukturellen Analyse	15
Handlungsfelder der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales	18
3 Ergebnisse der sozialstrukturellen Analyse	23
3.1 Einführung	23
3.2 Sozialstruktureller Querschnitt	24
3.2.1 Sozialindex I	24
3.2.1.1 Bezirke	24
3.2.1.2 Planungsräume	28
3.2.2 Sozialindex II	32
3.2.2.1 Bezirke	32
3.2.2.2 Planungsräume	36
3.2.3 Status-/ Segregationsindex	39
3.2.3.1 Bezirke	39
3.2.3.2 Planungsräume	43
3.2.4 Verhältnis von Sozialindizes und Status-/ Segregationsindex	43
3.3 Sozialstruktureller Längsschnitt	45
3.3.1 Klassifizierung der Räume	45
3.3.2 Zusammenhang zwischen Sozialstruktur und ihrer Veränderung	46
3.3.2.1 Bezirke	46
3.3.2.2 Planungsräume	49
3.4 Methodik	51
3.4.1 Methodisches Vorgehen und Datenmaterial	51
3.4.2 Methodische Ergebnisse	56
3.4.2.1 Bezirksebene	56
3.4.2.2 Planungsraumbene	58
3.4.3 Räumliche Gliederung Berlins (LOR-Systematik)	60
3.5 Anhang – LOR-Einzelergebnisse	61
3.5.1 Anhang zum Sozialindex I	73
3.5.2 Anhang zum Sozialindex II	79
3.5.3 Anhang zum Sozialindex I (Δt)R	85

3.5.4 Sozialstrukturdaten online	91
3.5.4.1 Berliner Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI)	91
3.5.4.2 Sozialstrukturatlas im GSI	91
3.5.4.3 Tabellenanhang	93
4 Entwicklung ausgewählter Indikatoren im zeitlichen und räumlichen Vergleich	95
4.1 Einführung	95
4.2 Beschreibung der Einzelindikatoren	95
4.2.1 Bevölkerungs- und Haushaltsstruktur	96
4.2.1.1 Kinder und Jugendliche	96
4.2.1.2 Personen im erwerbsfähigen Alter	102
4.2.1.3 Personen ab 65 Jahre	107
4.2.1.4 Ausländische Personen	110
4.2.2 Bildung	114
4.2.2.1 Personen mit Volks-/ Hauptschulabschluss	114
4.2.2.2 Personen ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	115
4.2.2.3 Sozialstatusindex Kinder	116
4.2.3 Erwerbsleben	117
4.2.3.1 Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte	117
4.2.3.2 Arbeitslosenquote	120
4.2.3.3 Arbeitslose Ausländer gemäß SGB III bzw. SGB II	123
4.2.3.4 Arbeitslose Jugendliche gemäß SGB III bzw. SGB II	128
4.2.4 Einkommen und materielle Lage	134
4.2.4.1 Armuts(risiko)quote	134
4.2.4.2 Leistungsempfänger SGB III (ALG I) und erwerbsfähige Hilfebedürftige SGB II (ALG II)	135
4.2.4.3 Nichterwerbsfähige Hilfebedürftige SGB II (SG)	140
4.2.4.4 Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt SGB XII	146
4.2.4.5 Empfänger von Grundsicherung SGB XII	150
4.2.4.6 Empfänger von Hilfe zur Pflege SGB XII	155
4.2.5 Gesundheit	158
4.2.5.1 Mittlere Lebenserwartung	158
4.2.5.2 Vorzeitige Sterblichkeit	160
4.2.5.3 Raucher	164
5 Handlungsfelder der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales	167
5.1 Bekämpfung von Armut und Verbesserung gesellschaftlicher Teilhabechancen in Berlin	167
5.1.1 Einleitung	167
5.1.1.1 Der Lebenslagenansatz	167
5.1.1.2 Absolute und relative Armut	168
5.1.1.3 Die Armutsrisikogrenze	168
5.1.1.4 Die Armutsrisikoquote	169

5.1.2 Wer ist in Berlin besonders von Armut bedroht?	169
5.1.2.1 Das Armutsrisiko von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren in Berlin	170
5.1.2.2 Das Armutsrisiko von Alleinerziehenden in Berlin	171
5.1.2.3 Das Armutsrisiko von Familien mit drei und mehr Kindern in Berlin	171
5.1.2.4 Das Armutsrisiko junger Erwachsener im Alter von 18 bis unter 25 Jahren in Berlin	172
5.1.2.5 Das Armutsrisiko Erwerbsloser in Berlin	173
5.1.2.6 Das Armutsrisiko Alleinlebender in Berlin	173
5.1.2.7 Das Armutsrisiko von Menschen mit Migrationshintergrund in Berlin	174
5.1.2.8 Das Armutsrisiko von Menschen ab 65 Jahre in Berlin	175
5.1.2.9 Das Armutsrisiko von Menschen mit Behinderung in Berlin	175
5.1.3 Handlungsempfehlung	175
5.1.3.1 Handlungsfeld „Bildung in jeder Lebensphase“	176
5.1.3.2 Handlungsfeld „Gute und existenzsichernde Arbeit“	177
5.1.3.3 Handlungsfeld „Gesundheitliche Chancengleichheit“	178
5.1.3.4 Handlungsfeld „Inklusion von Menschen mit Behinderung“	178
5.1.3.5 Handlungsfeld „Vermeidung von Segregation“	180
5.1.3.6 Handlungsfeld „Gesellschaftliche und kulturelle Teilhabe“	181
5.1.3.7 Handlungsfeld „Integration und Partizipation von Menschen mit Migrationshintergrund“	182
5.1.3.8 Handlungsfelder der Berliner Seniorenpolitik	182
5.2 Das Infrastrukturförderprogramm Stadtteilzentren – Zivilgesellschaftliche Verantwortungsübernahme fördern – soziale Gemeinschaft stärken	184
5.2.1 Einleitung	184
5.2.1.1 Das Infrastrukturförderprogramm Stadtteilzentren	184
5.2.1.2 Gesamtstädtische Aufgaben der sozialen Stadtpolitik	184
5.2.2 Berücksichtigung sozialstruktureller Entwicklungen in zwei Handlungsfeldern	185
5.2.2.1 Neuorientierung in der Seniorenarbeit im Infrastrukturförderprogramm Stadtteilzentren	185
5.2.2.2 Handlungsempfehlungen für die Seniorenarbeit im Infrastrukturförderprogramm Stadtteilzentren	187
5.2.2.3 Gendergerechte Weiterentwicklung im Infrastrukturförderprogramm Stadtteilzentren	187
5.2.2.4 Handlungsempfehlungen für die gendergerechte Weiterentwicklung im Infrastrukturförderprogramm Stadtteilzentren	188
5.2.3 Mittelverteilung auf der Grundlage sozialstruktureller Daten	188
5.2.3.1 Entwicklung von Orientierungsgrößen	188
5.2.3.2 Prioritäten der Mittelverteilung	190
5.2.3.3 Handlungsempfehlungen für die künftige Mittelverteilung	190
5.3 Pflege	192
5.3.1 Einleitung	192
5.3.2 Eckdaten der Pflege in Berlin	193
5.3.2.1 Entwicklung der Bevölkerung in Berlin	193
5.3.2.2 Entwicklung der Bevölkerung ab 65 Jahre in Berlin bis 2030	196
5.3.2.3 Pflegebedürftige nach SGB XI	199
5.3.2.4 Pflegeinfrastruktur – aktuelle Entwicklung	203

5.3.3 Pflegepolitische Schwerpunkte in 2012/2013 sowie Handlungsempfehlungen für 2014/2015	205
5.3.3.1 Sicherung guter Pflege vor Ort – Herausforderungen der Zukunft	205
5.3.3.2 Stärkung der Infrastruktur zur Unterstützung pflegender Angehöriger	207
5.3.3.3 Ausbau der Beratungs-, Koordinierungs- und Vernetzungsstrukturen	208
5.3.3.4 Stärkung alternativer Wohn- und Versorgungsformen	209
5.3.3.5 Weiterentwicklung der Pflegeheime	210
5.3.3.6 Verbesserung der Datenlage zu Pflege- und Altenhilfestrukturen	212
5.4 Gesundheitsziele für eine sozialraumorientierte Gesundheitsförderung	214
5.4.1 Einführung	214
5.4.2 Transparenz und Steuerung der sozialraumorientierten Gesundheitsförderung und Prävention	215
5.4.2.1 Daten für Taten	215
5.4.2.2 Bausteine eines gesamtstädtischen Monitoring im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung	216
5.4.2.3 Interventionsberichterstattung der LGK und Stadtplan für Gesundheitsförderung	217
5.4.2.4 Zentrale Rolle der Landesgesundheitskonferenz	218
5.4.3 Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen verbessern – Benachteiligungen abbauen	219
5.4.3.1 Kindergesundheitsziele Berlin	219
5.4.3.2 Integrierte kommunale Strategien – ein wichtiger Ansatz zur Umsetzung der Kindergesundheitsziele	221
5.4.3.3 Prävention und Gesundheitsförderung in der Kita	226
5.4.4 Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten	230
5.4.4.1 Soziale und gesundheitliche Ungleichheit im Alter	230
5.4.4.2 Gesundheitsziel „Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten“	231
5.4.4.3 Neunte Landesgesundheitskonferenz 2012	232
5.4.4.4 Perspektiven im Zielprozess	233
5.4.4.5 Themenfeld Bewegung	233
5.4.4.6 Demenz – eine kommunale Herausforderung	238
5.4.5 Perspektiven für die sozialraumorientierte Prävention und Gesundheitsförderung	243
5.4.5.1 Perspektiven in den Zielprozessen	243
5.4.5.2 Perspektive „Aktionsprogramm Gesundheit“	243
5.5 Regionale vertragsärztliche Planung	245
5.5.1 Vertragsärztliche Versorgung und Bedarfsplanung	245
5.5.1.1 Sicherstellungsauftrag	245
5.5.1.2 Bedarfsplanungs-Richtlinie	245
5.5.1.3 Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Berlin	246
5.5.2 Landesgremium nach § 90 a SGB V	246
5.5.3 Regionalisierung der Versorgungsplanung und -steuerung für Berlin	248
5.5.4 Berücksichtigung weiterer Parameter in der vertragsärztlichen Versorgungsplanung und -steuerung	249
5.5.4.1 Morbidität	249
5.5.4.2 Sozioökonomische Faktoren	250

5.5.4.3 Empirische Befunde zu (abgerechneter) Morbidität und Sozialstruktur	250
5.5.4.4 Modell zur Berücksichtigung der Sozialstruktur in der ärztlichen Bedarfsplanung	252
5.5.5 Ausblick und nächste Schritte	253
5.6 Sozialindikative Planung im Bereich Psychiatrie	254
5.6.1 Einführung	254
5.6.2 Grundlagen und Planungsansätze in der Psychiatrie	255
5.6.3 Umsetzung und Auswirkungen der sozialindikativen Planung in der Psychiatrie	256
Anhang	259
Tabellenverzeichnis	259
Abbildungsverzeichnis	261
Literaturverzeichnis	269
Publikationsverzeichnis	275

1 Ziele des aktuellen Sozialstrukturatlases

Mit dem Sozialstrukturatlas 2013 liegt eine **aktuelle und umfassende Sozialraumanalyse als Planungsgrundlage** für die Akteure in der Berliner Politik und Verwaltung, für Verbände und Träger des öffentlichen und nichtöffentlichen Bereiches vor. Damit wird dem im Gesundheitsdienstgesetz des Landes Berlin (GDG) verankerten gesetzlichen Auftrag Rechnung getragen (§§ 4,5 und 6 GDG). Diese umfangreichen sozialstrukturellen Analysen werden in der Regel pro Legislaturperiode einmal durchgeführt.

Der aktuelle Sozialstrukturatlas 2013 stellt eine statistische Fortschreibung auf der Basis der aktuell verfügbaren Daten aus der amtlichen Statistik dar. Neben der Fortschreibung der in die Indizes eingehenden Daten erfolgt auch eine kleine **Datenerweiterung**, die sich auf die Abhängigkeit von Pflegeleistungen nach dem SGB XII und die soziale Lage von Kindern im Einschulalter bezieht. Damit wird die Interpretations- und die Anwendungsbreite der Sozialindizes gestärkt.

Das bewährte Analyseinstrumentarium zur Bildung der Sozialindizes wird auch im neuen Atlas nicht verändert. Mit Hilfe von drei Indizes werden die sozialräumlichen Grunddimensionen im Berliner Querschnitt analysiert und im Längsschnitt dargestellt. Die räumlichen Analyseebenen werden durch die **LOR-Systematik des Landes Berlin** festgelegt (Lebensweltlich orientierte Räume, siehe Abschnitt 3.4.3).

Für die längsschnittliche Betrachtung wird auf einen Zeitraum von 10 Jahren zurückgegriffen. **Veränderungen in der Sozialstruktur über die Zeit** können nur in der Beziehung der Räume untereinander gemessen und beschrieben werden (relatives Konzept der Sozialraumanalyse).

Über eine verknüpfte Betrachtung der aktuellen Befunde zur **Sozialstruktur in den Räumen** und deren **Veränderung** im zeitlichen Längsschnitt werden die betrachteten Räume in einer Matrix vier verschiedenen planungsrelevanten Kategorien zugeordnet.

Um Veränderungen für Berlin insgesamt abzubilden, bietet sich die zeitliche **Beschreibung ausgewählter** in die Sozialstrukturanalyse eingegangener **Indikatoren** an. Hierzu ist im neuen Sozialstrukturatlas ein eigenes statistisches Kapitel enthalten.

Mit dem Sozialstrukturatlas wenden wir uns an die unterschiedlichsten Adressaten. Er ist einerseits Grundlage für Planungen von öffentlicher Verwaltung, Wirtschaft, Trägern und Verbänden, andererseits informiert er Parlamentarier und Parlamentarierinnen sowie Bürger und Bürgerinnen über die sozialstrukturellen Verhältnisse und ihre Veränderungen in der Stadt. Von daher haben wir keine Darstellung der einzelnen Umsetzungsbereiche im Sinne einer „politischen“ Berichterstattung vorgenommen, sondern in wertneutraler Form die aktuellen Daten fortgeschrieben. Somit wird die fachspezifische Aus- und Bewertung der Ergebnisse der vorliegenden sozialstrukturellen Analyse in den unterschiedlichen Politikbereichen schneller und fachspezifischer möglich. Grundsätzliche Erläuterungen dazu sind in den bereits vorliegenden Sozialstrukturatlanten vorgenommen worden. Die **Darstellung aktueller fachpolitischer Anwendungsbeispiele bzw. Umsetzungsvorhaben** der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales in den wichtigen Politikfeldern Förderung der Stadtteilarbeit (Stadtteilzentren), Armutsstrategie, Pflege, sozialraumorientierte Gesundheitsförderung, regionale vertragsärztliche Planung sowie Krankenhausplanung psychiatrischer Betten in einem Berichtskapitel soll für die breite fachpolitische Arbeit mit den Ergebnissen der Sozialstrukturanalyse weitere Impulse geben und zugleich die Öffentlichkeit über die diesbezügliche Tätigkeit des Berliner Senats in den Politikfeldern Gesundheit und Soziales informieren.

2 Zusammenfassung

Ergebnisse der sozialstrukturellen Analyse

Die Analyse des sozialstrukturellen Querschnitts wurde anhand von 66 Indikatoren aus den Bereichen Bevölkerungs- und Haushaltsstruktur, Bildung, Erwerbsleben, Einkommen und materielle Lage sowie Gesundheit vorgenommen. Darunter standen 36 Indikatoren auch auf der Planungsraumbene zur Verfügung (siehe Abschnitt 3.4.3). Als Berechnungsmethodik wurde wie in den vorherigen Sozialstrukturatlanten die Faktorenanalyse genutzt. Im Ergebnis wurden drei Indizes zur komprimierten Darstellung der unterschiedlichen sozialstrukturellen Situation in den Berliner Räumen ermittelt. Sie bilden in der Gesamtschau zum einzelnen Raum ein wesentlich komplexeres Bild des sozialstrukturellen Querschnitts ab, als es allein die Betrachtung eines einzelnen „Belastungsindex“ vermag. Damit können die drei Indizes jeweils für verschiedene planerische Fragestellungen in Politik und Verwaltung Verwendung finden.

Sozialindex I

Der Sozialindex I zeigt die Verteilung sozialer und gesundheitlicher Belastungen in Berlin an und kann daher als Belastungsindex gefasst werden. Er ist vornehmlich geprägt durch Indikatoren zur Arbeitslosigkeit nach SGB II, zum Bezug staatlicher Transferleistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts (SGB II, SGB XII) und damit korrespondierend zum Einkommen sowie durch Gesundheitsindikatoren wie vorzeitiger und vermeidbarer Sterblichkeit und tabakassoziierter schwerer Erkrankungen. Hier haben sich offensichtlich die sozialräumlichen Differenzierungen in der Stadt sehr stark verfestigt.

- Steglitz-Zehlendorf, Charlottenburg-Wilmersdorf und Pankow sind die Bezirke mit der **günstigsten Sozialstruktur** in Berlin (Rangplätze 1 bis 3). Dies zeigt sich in niedrigen Arbeitslosenquoten (insgesamt, Ausländer, Jugendliche unter 25 Jahren, Rechtskreis SGB II), niedrigen Transferleistungsquoten (Rechtskreis SGB II, Rechtskreis SGB XII), niedrigen Arbeitslosengeld I - Empfängerquoten und hohen mittleren Haushaltsnetto- und Pro-Kopf-Einkommen. Die mittlere Lebenserwartung ist im Berliner Vergleich hoch, die Rate vorzeitiger Sterblichkeit gering. Die Sozialstruktur der Familien mit Schulanfängern und Schulanfängerinnen ist laut Sozialstatusindex Kinder günstig. Unter den ersten fünf Planungsräumen mit den günstigsten Werten zum Sozialindex I gehören allein drei zum Bezirk Steglitz-Zehlendorf.
- Die Bezirke Friedrichshain-Kreuzberg, Marzahn-Hellersdorf, Spandau, Mitte und Neukölln mit den Rangplätzen 8 bis 12 sind durch vergleichsweise **ungünstige Befunde** zur sozialen und gesundheitlichen Belastung gekennzeichnet, wobei die auf den letzten beiden Rangplätzen gelegenen Bezirke Mitte und Neukölln noch deutlich schlechter abschneiden. Bei hohen Zuzugsüberschüssen überwiegen einfache Wohnlagen, Arbeitslosigkeit, Transferleistungsbezug, überdurchschnittliche Armutsrisikoquoten und niedrige Einkommen. Spandau, Mitte und Neukölln verzeichnen die höchsten Wanderungssaldi in Berlin. Der Sozialstatus von Familien mit Einschülern und Einschülerinnen wird als vergleichsweise niedrig eingeschätzt, am schlechtesten in Neukölln. Die mittlere Lebenserwartung liegt unter dem Berliner Durchschnitt. Die vorzeitige Sterblichkeit und Neuerkrankungsrate insbesondere an bösartigen Neubildungen sowie die vermeidbare Sterblichkeit an ischämischen Herzkrankheiten, an bösartigen Neubildungen der Bronchien und der Lunge wie auch die Neuerkrankungsrate an tabakassozierten bösartigen Neubildungen und an offener Lungentuberkulose sind vergleichsweise hoch ausgeprägt. Größere Teile der Bevölkerung als im Berliner Durchschnitt rauchen. Auf Marzahn-Hellersdorf treffen diese Befunde zur gesundheitlichen Lage weniger stark zu. Die letzten Rangplätze unter den Planungsräumen nehmen drei Planungsräume des Bezirkes Marzahn-Hellersdorf und zwei des Bezirkes Friedrichshain-Kreuzberg ein.

- Im **Vergleich zur Untersuchung zum Sozialstrukturatlas 2008** (Datenstand: 2006) haben vier Bezirke – Friedrichshain-Kreuzberg, Pankow, Lichtenberg und Mitte – ihren Rangplatz verbessert, wobei Friedrichshain-Kreuzberg um zwei Rangplätze aufstieg. Dabei gelangte Pankow im Vergleich zum Sozialstrukturatlas 2003 sogar um insgesamt 6 Plätze und Friedrichshain-Kreuzberg um 4 Plätze in der Rangskala der Berliner Bezirke nach vorn. Planungsräume mit starken Rangverbesserungen ballen sich im gesamten innerstädtischen Bereich mit Ausnahme des südöstlichen Bereiches von Mitte und angrenzender Planungsräume im nordwestlichen Gebiet des Alt-Bezirktes Friedrichshain. Rangplatzverschlechterungen zeigen sich in Spandau, Reinickendorf sowie in abgeschwächter Dynamik in Treptow-Köpenick und Neukölln. Starke Rangplatzverschlechterungen konzentrieren sich in zu den Bezirken Lichtenberg, Treptow-Köpenick, Reinickendorf und Spandau gehörenden Planungsräumen.

Durch **Verschränkung der Ergebnisse zur aktuellen sozialstrukturellen Lage mit deren zeitlicher Entwicklung** seit 2006 wurden die Berliner Bezirke und Planungsräume in **vier planungsrelevante Kategorien** eingeordnet.

- Die Bezirke Steglitz-Zehlendorf, Charlottenburg-Wilmersdorf, Pankow und Tempelhof-Schöneberg zeichnen sich sowohl durch eine **überdurchschnittliche sozialstrukturelle Lage** als auch eine **positive zeitliche Entwicklung** aus (**Kategorie I**). Die mit Abstand meisten Planungsräume, welche überdurchschnittliche sozialstrukturelle Werte ohne Rangverschlechterung aufweisen, liegen in den Bezirken Pankow, Charlottenburg-Wilmersdorf und Steglitz-Zehlendorf. Mehr als zwei Drittel der Pankower Bezirksbevölkerung, 58 % der Bevölkerung von Charlottenburg-Wilmersdorf und 42 % der von Steglitz-Zehlendorf leben dort. Räumliche Ballungen von Planungsräumen der Kategorie I finden sich zudem im innerstädtischen Bereich in den Bezirksregionen Alexanderplatz und Brunnenstraße Süd sowie auch angrenzend in Teilen von Moabit (alle Bezirk Mitte) sowie in Friedenau, teilweise in Schöneberg (jeweils Tempelhof-Schöneberg) und im durch Siedlungscharakter geprägten südlichen Gebiet von Marzahn-Hellersdorf.
- Treptow-Köpenick nimmt eine **überdurchschnittliche Position im sozialstrukturellen Querschnitt bei leichter Rangplatzverschlechterung (Kategorie II)** ein. Diese Situation betrifft den überwiegenden Teil (60 %) der Bevölkerung in Treptow-Köpenick, aber auch fast die Hälfte (48 %) der Steglitz-Zehlendorfer und ein Fünftel (21 %) der Charlottenburg-Wilmersdorfer Bevölkerung.
- **Unterdurchschnittliche sozialstrukturelle Belastungswerte bei relativer Verbesserung** weisen die Bezirke Friedrichshain-Kreuzberg, Lichtenberg und Mitte auf (**Kategorie III**). Der Anteil der Planungsräume bzw. der dort wohnenden Bevölkerung mit zwar unterdurchschnittlichen Werten des Sozialindex I, aber sich verbessernden Rangplätzen ist in Mitte (61 %), Friedrichshain-Kreuzberg (60 %), aber auch Neukölln (63 %) berlinweit mit Abstand am höchsten. Zusammenhängende Gebiete mit „von unten aufsteigenden“ Planungsräumen lassen sich in den Prognoseräumen Moabit, Gesundbrunnen, Wedding (alle Bezirk Mitte), Kreuzberg Süd und Ost, Friedrichshain Ost, Neukölln, Charlottenburg-Wilmersdorf 3 sowie Schöneberg Nord und Schöneberg Süd ausmachen.
- **Verfestigte ungünstige sozialstrukturelle Lagen bei relativ ungünstiger Entwicklung bzw. Stabilität der Rangposition** sind für Neukölln, Spandau, Reinickendorf und Marzahn-Hellersdorf zu konstatieren (**Kategorie IV**). Die meisten Planungsräume bzw. die jeweils höchsten Anteile der Bezirksbevölkerung in Planungsräumen der ungünstigsten Kategorie IV zählen zu den Bezirken Marzahn-Hellersdorf, Lichtenberg, Spandau und Reinickendorf. In Lichtenberg (66 %) und Marzahn-Hellersdorf (59 %) ist der Großteil, in Spandau (53 %) und Reinickendorf (47 %) ungefähr die Hälfte der Bezirksbevölkerung hier ansässig, wobei wesentlich Gebiete mit Großsiedlungscharakter betroffen sind. Ballungen von in diese Kategorie einzuordnender Planungsräume müssen auch in den Prognoseräumen Friedrichshain West (Friedrichshain-Kreuzberg), Tempelhof und Mariendorf (Tempelhof-Schöneberg), in Treptow-Köpenick 1 und 2 (nordwestliche Bereiche von Treptow-Köpenick) und in der Bezirksregion Lankwitz (Steglitz-Zehlendorf) festgestellt werden.

Sozialindex II

Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung einerseits und andererseits deren Vakanz (Arbeitslosigkeit nach SGB III) sind bestimmend für den Sozialindex II. Er ist außerdem geprägt durch Indikatoren zum Anteil der Personen ohne beruflichen Ausbildungsabschluss, zum Anteil ausländischer Bevölkerung, zur Abhängigkeit von Grundsicherung im Alter sowie durch die Neuerkrankungsrate bösartiger Neubildungen und die vermeidbare Sterblichkeit aufgrund von Lungen- und Bronchialkarzinomen. Vordere bzw. hintere Rangplätze sind ohne Betrachtung der Befunde zu den anderen Sozialstrukturindizes nicht einfach mit „ungünstig“ (=gefährdet) oder „günstig“ zu übersetzen.

- Auf den **Plätzen 1 bis 5** in der Rangfolge zum Sozialindex II liegen die Bezirke Neukölln, Steglitz-Zehlendorf, Charlottenburg-Wilmersdorf, Tempelhof-Schöneberg und Mitte mit im Berliner Maßstab eher geringen Anteilen abhängig ziviler Erwerbstätiger unter den Erwerbspersonen, sozialversicherungspflichtig Beschäftigter an der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter und damit im Zusammenhang stehend unterdurchschnittlicher Werte der Indikatoren zur Arbeitslosigkeit gemäß SGB III. Bei vergleichsweise geringem Zuzugsüberschuss leben in den Bezirken der Gruppe verhältnismäßig viele Nichtdeutsche. Planungsräume mit vorderen Plätzen in der Rangfolge der Planungsräume liegen vor allem im Zentrum der Stadt in den Bezirken Mitte (Gebiet des Alt-Bezirk Mitte) sowie Friedrichshain-Kreuzberg und angrenzenden Planungsräumen aus Pankow, Neukölln (nördlicher Bereich) und Tempelhof-Schöneberg (nördlicher Bereich) sowie südwestlich in Steglitz-Zehlendorf und Charlottenburg-Wilmersdorf.
- Der Bezirk Steglitz-Zehlendorf auf dem nach Neukölln zweiten Rangplatz sticht aus der Gruppe heraus. Unterdurchschnittliche Anteile der Bezirksbevölkerung zählen als Nichtdeutsche. Sehr wenige der älteren Bevölkerung benötigen Grundsicherung im Alter nach SGB XII. Im Kontext mit den Befunden zum Status-/ Segregationsindex sowie zum Sozialindex I wird deutlich, dass hier vergleichsweise große Teile der Bevölkerung mit günstiger Positionierung in der Sozialstruktur über andere Erwerbs- und Einkommenslagen verfügen, welche sich nicht über sozialversicherungspflichtige Beschäftigung abbilden.
- Die Bezirke Treptow-Köpenick, Pankow, Lichtenberg und Marzahn-Hellersdorf nehmen die **Ränge 9 bis 12** mit niedrigen Werten des Sozialindex II ein. Hier leben die berlinweit wenigsten Ausländer und Ausländerinnen bzw. nichtdeutschen Kinder und Jugendliche. Weit mehr Ausländerinnen und Ausländer ziehen aber in diese Bezirke herein als aus diesen fort. Im Berliner Vergleich sind besonders viele der Familien mit Kindern unter 18 Jahren in Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf und Pankow alleinerziehend, in Treptow-Köpenick allerdings der berlinweit geringste Anteil. Die überwiegenden Teile der Bezirksbevölkerung im erwerbsfähigen Alter sind sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Die mit Abstand geringsten Anteile an der Bezirksbevölkerung sind ohne beruflichen Ausbildungsabschluss. Zur Arbeitslosigkeit nach SGB III werden (mit) die höchsten Werte in Berlin erreicht. Vergleichsweise Wenige im Alter ab 65 Jahre benötigen Grundsicherung gemäß SGB XII. Planungsräume mit großen (hinteren) Rangplätzen verteilen sich ringförmig um die Mitte der Stadt mit Ausnahme der südwestlichen Planungsräume. Dabei konzentrieren sich die niedrigsten Werte des Sozialindex II räumlich in Lichtenberg und Marzahn-Hellersdorf.

Status-/ Segregationsindex

Der Status-/ Segregationsindex weist eine sehr hohe Korrelation zur jungen Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter, mit Schul- und Ausbildungsabschlüssen, zum beruflichen Status, zur Haushaltsgröße, zur Bevölkerungsdichte, zum Anteil und Wanderungssaldo der Kinder unter 6 Jahren sowie gleichzeitig zum Anteil und zur materiellen Lage der älteren Bevölkerung auf. In hohen Werten des Status-/ Segregationsindex bzw. Verbesserungen in der entsprechenden Rangfolge der Bezirke drückt sich ein „Nebeneinander“ von (lebens-)alter alteingesessener Bevölkerung und junger, gebildeter, aufstrebender Bevölkerung aus. Zuzug scheint hohes Bildungsniveau zu stärken bei Verbleib von anteilmäßig kleiner älterer Bevölkerungsgruppen mit eher prekärer sozialer Lage.

- Die **höchsten Werte** des Status-/ Segregationsindex erzielen in absteigender Rangplatzfolge die Bezirke Friedrichshain-Kreuzberg, Pankow, Mitte und Charlottenburg-Wilmersdorf. Hier leben vergleichsweise viele Einwohner und Einwohnerinnen im Alter von unter 6 Jahren und im Alter von 18 bis 34 Jahren, bei geringen Anteilen der Bevölkerung im Alter von 6 bis 17 Jahren sowie ab 65 Jahre. Insbesondere Friedrichshain-Kreuzberg und Mitte, aber auch Pankow sind durch sehr hohe Anteile 18- bis 34-Jähriger und die berlinweit höchsten Anteile an 1-Personen-Haushalten bei hoher Bevölkerungsdichte geprägt. Hohe Anteile von Personen mit Hochschulreife bzw. -abschluss stehen geringen Anteilen von Personen mit Volks-/ Hauptschulabschluss gegenüber. Die berufliche Tätigkeit ist durch hohe Anteile Selbständiger bei geringen Anteilen abhängig ziviler Erwerbstätiger sowie an Arbeitern und Arbeiterinnen sowie Beamtinnen und Beamten / Richterinnen und Richtern gekennzeichnet. In Friedrichshain-Kreuzberg und Pankow rauchen besonders viele Einwohnerinnen und Einwohner. In Mitte drückt sich die starke Heterogenität der sozialen Lage der Bevölkerung (siehe Befunde zum Sozialindex I) u. a. durch den in Berlin gleichzeitig zweithöchsten Anteil an Personen ohne beruflichen Ausbildungsabschluss an der Bezirksbevölkerung aus.
- Zwar leben auffallend wenige ältere Personen in den ranghöchsten Bezirken Mitte und Friedrichshain-Kreuzberg, diese benötigen jedoch vergleichsweise häufig Grundsicherung im Alter oder Hilfe zur Pflege der Sozialhilfe (SGB XII) bei Pflegebedürftigkeit, was Kennzeichen einer armutsnahen Lebenslage ist. Demgegenüber ist in Pankow und Charlottenburg-Wilmersdorf der Anteil der älteren Bevölkerung höher und deren materielle Lage günstiger.
- Lichtenberg, Tempelhof-Schöneberg und Neukölln sind Bezirke mit **mittleren Werten** des Status-/ Segregationsindex und starken Rangplatzverbesserungen (Tempelhof-Schöneberg und Neukölln um je 3 Ränge) seit der Analyse zum Sozialstrukturatlas 2008.
- Die Bezirke Marzahn-Hellersdorf, Treptow-Köpenick, Steglitz-Zehlendorf, Spandau und Reinickendorf mit **niedrigen Werten** auf den Rangplätzen 8 bis 12 sind die in Berlin am wenigsten dicht besiedelten. Relativ geringe Anteile 18- bis 34-Jähriger gehen mit überdurchschnittlichen Anteilen Älterer ab 65 Jahre einher. Die ältere Bevölkerung benötigt vergleichsweise selten Sozialleistungen zur Sicherung ihres Lebensunterhaltes oder aufgrund von Pflegebedürftigkeit. Die Privathaushalte sind vergleichsweise groß. Bis auf Treptow-Köpenick sind in allen Bezirken deutliche Wanderungsgewinne von Familien mit Kindern unter 6 Jahren zu verzeichnen. Allerdings ist in allen Bezirken der Anteil der Personen mit (Fach-) Hochschulabschluss zurückgegangen, am stärksten in Treptow-Köpenick. Unter den Spandauern und Reinickendorfern haben die im Berlinvergleich größten Anteile lediglich einen Volks- oder Hauptschulabschluss erlangen können. In Spandau und Marzahn-Hellersdorf sind die berlinweit größten Anteile unter den Erwerbstätigen, Arbeitern und Arbeiterinnen, in Steglitz-Zehlendorf dagegen überdurchschnittlich viele als Selbständige oder mithelfende Familienangehörige tätig. Seit dem Vergleichszeitpunkt des Sozialstrukturatlases 2008 ist der Bezirk Treptow-Köpenick von Rang 5 nach Rang 9 und der Bezirk Steglitz-Zehlendorf von Rang 8 nach Rang 10 gelangt.

Handlungsfelder der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales

Bekämpfung von Armut und Verbesserung gesellschaftlicher Teilhabechancen in Berlin

Die Daten des Sozialstrukturatlas 2013 zeigen auf, dass sich das Armutsrisiko in Berlin nicht verändert hat. Gemessen am durchschnittlichen gewichteten Berliner Nettoäquivalenzeinkommen sind 15,2 % aller Berlinerinnen und Berliner als armutsgefährdet zu bezeichnen. Insbesondere Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren (Armutsrisikoquote = 17,8 %), Alleinerziehende (21,8 %), Alleinlebende (22,7 %), Familien mit drei und mehr Kindern (26,8 %), Menschen mit Migrationshintergrund (27,2 %), Erwerbslose (51,0 %) und

Menschen mit Behinderung sind von Armut betroffen. Dabei geht es nicht nur um materielle Armut, sondern auch um Aspekte gesellschaftlicher Ausgrenzung die unterschiedliche Ursachen haben können und Menschen in unterschiedlichen Lebenslagen betreffen.

Zur Bekämpfung von Armut in Berlin und zur Armutsprävention sind ressortübergreifende Maßnahmen erforderlich, die inhaltlich aufeinander abgestimmt werden müssen. Dabei ist das besondere Augenmerk auf Kinder und Jugendliche zu richten, da sie die meisten Entwicklungsstufen noch vor sich haben und mit entsprechender Förderung und Unterstützung die Grundlagen für ein Erwachsenenleben jenseits von Armut erwerben können. Aber auch für armutsgefährdete Erwachsene gilt es Lösungen zu finden, die etwa die Chancen am Arbeitsmarkt verbessern oder soziale Ausgrenzungen verhindern.

Ausgehend davon wird sich der Senat von Berlin in dieser Legislaturperiode insbesondere der Bekämpfung von Armut widmen. Zielstellung ist, tragfähige und nachhaltige Lösungen zu erarbeiten, die z. B. Kindern und Jugendlichen über gute Bildung den Zugang zu guter und auskömmlicher Arbeit öffnen, Arbeitslosen den Weg zurück in Beschäftigung bieten, die Integration von Menschen mit Migrationshintergrund sicherstellen und auch den Berlinerinnen und Berlinern im Rentenalter gesellschaftliche Teilhabe ermöglichen. Gemeinsam mit den fachpolitischen Akteuren wird der Senat einen Diskussionsprozess mit dem Ziel eröffnen, eine gemeinsame Strategie zur Bekämpfung von Armut zu entwickeln. Erste Diskussionen zu diesem Thema haben bereits in einer ressortübergreifenden Arbeitsgruppe stattgefunden. Diese Strategie soll in **Leitlinien des Senats zur Bekämpfung von Kinderarmut und Verbesserung gesellschaftlicher Teilhabechancen in Berlin** münden, die das dahinterstehende vielfältige Handlungsspektrum abdecken. Inhaltliche Schwerpunkte werden in den im Zusammenhang mit der Armutsproblematik zentralen Themen, insbesondere Bildung, Beschäftigung, Gesundheit, Segregation, Migrationshintergrund, Behinderung und der besonderen Armutsproblematik der sogenannten Generation 65+, liegen. Die Leitlinien sollen das politische Handeln in den kommenden Jahren im vorgenannten Sinne prägen und gleichermaßen als Steuerungsinstrument dienen.

Das Infrastrukturförderprogramm Stadtteilzentren

Mit dem Infrastrukturförderprogramm Stadtteilzentren (IFP STZ) trägt das Land Berlin seiner Aufgabe Rechnung, im Rahmen der Daseinsvorsorge eine Grundversorgung im sozial-kulturellen Bereich zu fördern. Mit den Stadtteilzentren, die die Elemente der Nachbarschaftsarbeit und der Selbsthilfe verbinden, werden den Bürgerinnen und Bürgern des Landes Berlin Orte und Rahmenbedingungen für die Entfaltung des Bürgerschaftlichen Engagements, aktiver Beteiligung und Teilhabe zur Verfügung gestellt.

Stadtteilzentren bilden die Bedarfe der Bürgerschaft in ihrem Umfeld ab, reagieren darauf und tragen damit zum sozialen Miteinander auf der Wertebasis von Solidarität, Toleranz und Demokratie bei. Die Aufgabenstellungen der Stadtteilzentren sind infolge dessen vielfältig, wie auch ihre Angebote, die von Beratungsleistungen über Kursangebote und kulturelle Ereignisse bis hin zu konkreten Reaktionen auf aktuelle sozialpolitische Anforderungen reichen.

Die Schwerpunkte Demografischer Wandel, Gendergerechtigkeit und Mittelverteilung werden vorliegend auf der Grundlage der sozialstrukturellen Daten mit folgenden Handlungsempfehlungen unterlegt:

- Die Kompetenz im Feld der Offenen Altenarbeit soll durch gezielte Fördermaßnahmen gestärkt werden.
- Aufsetzend auf bisherigen Erfahrungen soll eine behutsame Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen erfolgen, die insbesondere die Beteiligung von Männern unterstützt und fördert.
- Die Mittelverteilung für die Stadtteilzentren erfolgt auch weiterhin auf der Grundlage sozialstruktureller Daten.
- Den Bürgerinnen und Bürgern sollen möglichst zentrale Anlaufstellen geboten werden und die Angebote übersichtlich und koordiniert für die Zielgruppen bekannt gemacht werden. Der Fokus der kommenden Jahre wird dabei auf das Zusammenwirken unterschiedlicher Programmansätze und Angebote gerichtet

sein, die im Kern Überschneidungen aufweisen und perspektivisch im Sinne einer transparenten Nutzerfreundlichkeit besser koordiniert werden sollen. Die daraus resultierenden Aufgaben werden bei der Umsetzung und der Weiterentwicklung des Infrastrukturförderprogramms Stadtteilzentren im Interesse der Bürgerschaft des Landes Berlin eine Rolle spielen. Um hier zu nachhaltigen Lösungen zu kommen, wird eine ressortübergreifende Handlungsorientierung angestrebt.

Pflege

Eine Richtung der aktuellen pflegepolitischen Diskussion stellt auf die bedarfsgerechte Organisation von Pflege im Sozialraum ab. Begründet wird dies durch den Wunsch der überwiegenden Mehrheit älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, in ihrer angestammten Häuslichkeit und der ihnen vertrauten Umgebung auch bei zunehmender Pflegebedürftigkeit zu bleiben. Durch geeignete Instrumentarien zur Erfassung und Darstellung von Bedarfen und durch bestehende Steuerungsmöglichkeiten nimmt die öffentliche Hand Einfluss auf die Angebotsgestaltung. Dabei geht es nicht nur um professionelle Pflegestrukturen, sondern auch um die Gestaltung von guten Rahmenbedingungen für niedrigschwellige Angebote im Sinne der Etablierung lokaler sorgender Gemeinschaften unter Einbeziehung des bürgerschaftlichen Engagements.

Sozialstrukturelle Daten sind für die Entscheidungen zur Weiterentwicklung der regionalen Pflegeinfrastruktur von besonderer Bedeutung. Der Sozialstrukturatlas des Landes Berlin ist daher eine wichtige Datenquelle für die Ableitung pflegepolitischer Handlungsempfehlungen im Kontext der Sozialraumorientierung. Aber auch die bestehenden Korrelationen zwischen Einkommens- und Bildungssituation, Gesundheitszustand, Pflegebedürftigkeit und Lebenserwartung gilt es zu beachten. Am relevantesten ist der Zusammenhang zwischen Alter und Pflege. So kann etwa von der Zahl älterer Menschen auf Hilfe- und Pflegebedarfe geschlossen werden. Dabei sind vornehmlich prognostizierte Veränderungen der Bevölkerungsstruktur relevant, insbesondere bei der Gruppe der über 80-Jährigen, die aufgrund einer – mit dem Alter – steigenden Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit der besonderen Betrachtung bedürfen. Die aktuellen Daten sowie Datenprognosen zeigen, dass die Verteilung der älteren Bevölkerung auf die Berliner Bezirke unterschiedlich ausfällt und auch in den kommenden Jahren Unterschiede aufweisen wird. So ist etwa zu erwarten, dass die Zahl der 80-jährigen und älteren Berlinerinnen und Berliner in Marzahn-Hellersdorf bis 2030 (im Vergleich zu 2011) um 123 % anwachsen wird. Über der für Berlin zu erwartenden Wachstumsprognose für diese Altersgruppe von insgesamt 81 % im genannten Zeitraum wird voraussichtlich auch der Bezirk Steglitz-Zehlendorf liegen, für den eine Steigerung um 104 % erwartet wird. In Steglitz-Zehlendorf leben bereits heute im Vergleich zu den übrigen Bezirken Berlins die meisten über 80-Jährigen. Die voraussichtlich geringste Steigerungsrate im Zeitraum 2011 bis 2030 zeichnet sich mit rd. 40 % für Friedrichshain-Kreuzberg ab.

Der demografische Wandel, der durch langes Leben und die Zunahme des Anteils Älterer an der Bevölkerung gekennzeichnet ist, lässt einerseits den Anstieg der Anzahl hilfe- und pflegebedürftiger Personen sowie andererseits den Rückgang familiärer Ressourcen im Pflegebereich bei gleichzeitigem Schrumpfen der Erwerbsbevölkerung erwarten. Diese Tendenzen machen auch vor Berlin nicht Halt und greifen in die einzelnen Sozialräume mit unterschiedlicher Ausprägung ein. Um die Würde der Menschen bis ins hohe Alter zu garantieren, stellen sich für die Zukunft zentrale Herausforderungen mit folgenden pflegepolitischen Schwerpunkten:

1. Die Pflege- und Altenhilfestrukturen sind bedarfsgerecht auszubauen.
2. Die Pflege ist in das gemeinschaftliche Leben vor Ort einzubetten, zu organisieren und zu koordinieren.
3. Die Pflege und weitere notwendige Hilfen sind zu koordinieren; es bedarf eines optimierten Zusammenwirkens aller Akteure.
4. Gelebte Solidarität im Sozialraum ist ein Schlüsselement, um die Pflege zukunftsfest zu gestalten, denn Pflege betrifft alle.

Für die Realisierung dieser Schwerpunkte werden für die nächsten zwei Jahre folgende pflegefachlichen Handlungsempfehlungen gesetzt, die im Rahmen der Steuerungsmöglichkeiten des Landes Berlin liegen:

- Verbesserung der Datenlage zu den Pflege- und Altenhilfestrukturen,
- Ausbau der Beratungs-, Koordinierungs- und Vernetzungsstrukturen,
- Stärkung alternativer Wohn- und Versorgungsformen,
- Weiterentwicklung der Pflegeheime sowie
- Stärkung der Infrastruktur zur Unterstützung pflegender Angehöriger.

Die Handlungsempfehlungen werden mit diversen konkreten Maßnahmen unterlegt. So soll beispielsweise die Datenlage für die Tagespflege verbessert werden. In den letzten Jahren kam es zu einem erheblichen Anwachsen dieser zur Entlastung der häuslichen Pflege gern gewählten Pflegestruktur. Die Arbeit der Pflegestützpunkte als wichtigste Beratungs-, Koordinierungs- und Vernetzungsstruktur soll weiter qualifiziert werden und themenspezifische Netzwerke sollen unterstützt werden. Hierzu gehört das **Netzwerk Palliative Geriatrie**, in dem sich Berliner Pflegeheime zusammengeschlossen haben, um die Sorgeskultur für Menschen am Lebensende weiterzuentwickeln. Vorgesehen ist auch der Ausbau bestehender Strukturen zur Stärkung der Angehörigen und Vertretungsberechtigten von Menschen, die in ambulant betreuten Wohngemeinschaften wohnen sowie der Strukturen zur Stärkung von pflegeflankierender Selbsthilfe und ehrenamtlicher Angebote.

Gesundheitsziele für eine sozialraumorientierte Gesundheitsförderung

Durch die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung können in jedem Alter Gesundheitsgewinne erzielt werden – eine Erkenntnis, die nicht nur wissenschaftlich fundiert, sondern auch politisch anerkannt ist. Doch Gesundheitschancen sind ungleich verteilt. Die Daten des Berliner Sozialstrukturatlas bestätigen erneut die enge Korrelation zwischen sozialer Lebenslage und Gesundheit. Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung sollten daher besonders Bevölkerungsgruppen in schwieriger sozialer Lage adressieren und in Sozialräumen mit ungünstiger Sozialstruktur durchgeführt werden. Erfolgsversprechend sind Maßnahmen, die in den Lebenswelten der Menschen ansetzen, seien es Kindertagesstätten, Familienzentren, Schulen, Betriebe oder Nachbarschaftshäuser.

Die Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz Berlin haben im Rahmen der Berliner Gesundheitsziele zahlreiche Programme und Projekte initiiert und umgesetzt, um die Gesundheit benachteiligter Bevölkerungsgruppen zu fördern. Ein Beispiel sind die umfangreichen Aktivitäten in den Berliner Kindertagesstätten. Ein weiterer Ansatz ist die Unterstützung des Aufbaus von sogenannten „Präventionsketten“ in den Berliner Bezirken.

Um solche Programme, Projekte und Angebote gemeinsam weiter auszubauen und den Zugang für alle Bürgerinnen und Bürger zu verbessern werden durch die Senatsverwaltung und die Landesgesundheitskonferenz umfangreiche Vorhaben realisiert:

- Das Web-Portal „Stadtplan Gesundheitsförderung“ sorgt für mehr Transparenz insbesondere für Bürgerinnen und Bürger und ermöglicht eine umfassende Recherche zu Angeboten der Prävention. Ergänzt wird dies durch verständliche und bürgernahe Informationen, z. B. zu den Landesprogrammen „Gute gesunde Kita“ und „Gute gesunde Schule“ oder aus dem Bereich der Selbsthilfeangebote.
- Die Mitglieder der LGK erstellen gemeinsam eine virtuelle Landkarte ihrer Aktivitäten in den Lebenswelten. Gemeinsam mit den Ergebnissen aus der Gesundheits- und Sozialberichterstattung zeigen sich hier Stärken und Schwächen der Prävention und Gesundheitsförderung in Berlin und ihrer sozialräumlichen Verteilung. Es bietet damit eine wichtige Grundlage zur Weiterentwicklung der Angebote und Maßnahmen.

Die Daten des „Stadtplans Gesundheitsförderung“ sowie der virtuellen Landkarte der lebensweltlich- und sozialraumorientierten Maßnahmen ermöglichen es Handlungsbedarfe zu identifizieren. So kann die Qualität der Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin weiter erhöht, das Angebot an entsprechenden Maßnahmen transparent gebündelt und ausgebaut sowie Anreiz für unterschiedliche Partner geboten werden, sich mit ihren je eigenen Aktivitäten daran zu beteiligen.

Mit einem „Aktionsprogramm Gesundheit“ sollen nun – wie in der Koalitionsvereinbarung 2011 verankert sowie durch einen Beschluss des Abgeordnetenhauses gefestigt – diese Entwicklungsprozesse verstetigt werden.

Regionale vertragsärztliche Planung

Die Steuerung vertragsärztlicher Niederlassungen erfolgt in Berlin zukünftig auf Bezirksebene. Für die hausärztliche und die kinderärztliche Versorgung wird eine sozialindikative Steuerungskomponente aufgenommen, wodurch Bezirken mit hoher sozialer Belastung eine höhere Ärztezahl zugestanden wird als Bezirken mit günstiger Sozialstruktur.

Diese Entwicklung wurde möglich durch erweiterte Mitsprachemöglichkeiten der Länder bei der Bedarfsplanung (Versorgungsstrukturgesetz 2012: Gemeinsames Landesgremium gemäß § 90a SGB V) und die Flexibilisierung der Bedarfsplanung mit der Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie im Dezember 2012.

Berlin ist damit das erste Bundesland, das in der vertragsärztlichen Versorgung sozioökonomische Faktoren berücksichtigt. Dies geschieht zwar nicht direkt im Bedarfsplan, aber in der Niederlassungssteuerung durch den Zulassungsausschuss.

Sozialindikative Planung im Bereich Psychiatrie

Wissenschaftliche Studien und die Daten der Krankenkassen belegen eindeutig: Psychische Störungen kommen weitaus häufiger vor und sind weiter verbreitet, als angenommen. Ca. 30 % der Bevölkerung werden im Laufe eines Jahres an einer psychischen Störung erkranken und ca. 40 % der Bevölkerung werden im Laufe ihres Lebens an einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung leiden.

Die am weitesten verbreiteten Störungen bzw. Erkrankungen in Deutschland und Europa sind Angststörungen, Depressionen und Suchterkrankungen. Nach Schätzungen der Europäischen Union leiden 9 % der erwachsenen Europäer und 17 % der erwachsenen Europäerinnen in den westlichen und südlichen EU-Staaten an Depressionen. Es wird damit gerechnet, dass bis zum Jahr 2020 Depressionen in den Industriestaaten die zweithäufigsten Erkrankungen sein werden.

Psychisch kranke und abhängigkeitskranke Menschen haben ein Recht auf Behandlung, Betreuung, Beratung und Unterstützung. Aufgrund solcher Erkrankungen sind behinderte Menschen in besonderer Weise auf Hilfen angewiesen. Daher ist ein primäres Ziel der Psychiatrieplanung im Land Berlin, die Entwicklung des psychiatrischen Hilfesystems so zu gestalten, dass ein verlässliches, strukturell und inhaltlich aufeinander abgestimmtes System der komplementären, ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung entsteht. Um dies zu ermöglichen, ist insbesondere auch staatliches Handeln gefordert. Dabei gilt es die vorhandenen Ressourcen möglichst bedarfsgerecht einzusetzen.

Für die Psychiatrieplanung in Berlin ist die Berücksichtigung der kleinräumigen Sozialstruktur für die Festlegung von Ressourcen von großer Bedeutung. Durch die Berücksichtigung der Sozialstruktur z. B. bei der Krankenhausplanung im Bereich der Psychiatrie aber auch der Zuweisung von bezirklichen Finanzmitteln wird dem Umstand Rechnung getragen, dass diverse psychische Krankheiten verstärkt in Regionen mit einer eher negativen Sozialstruktur auftreten.

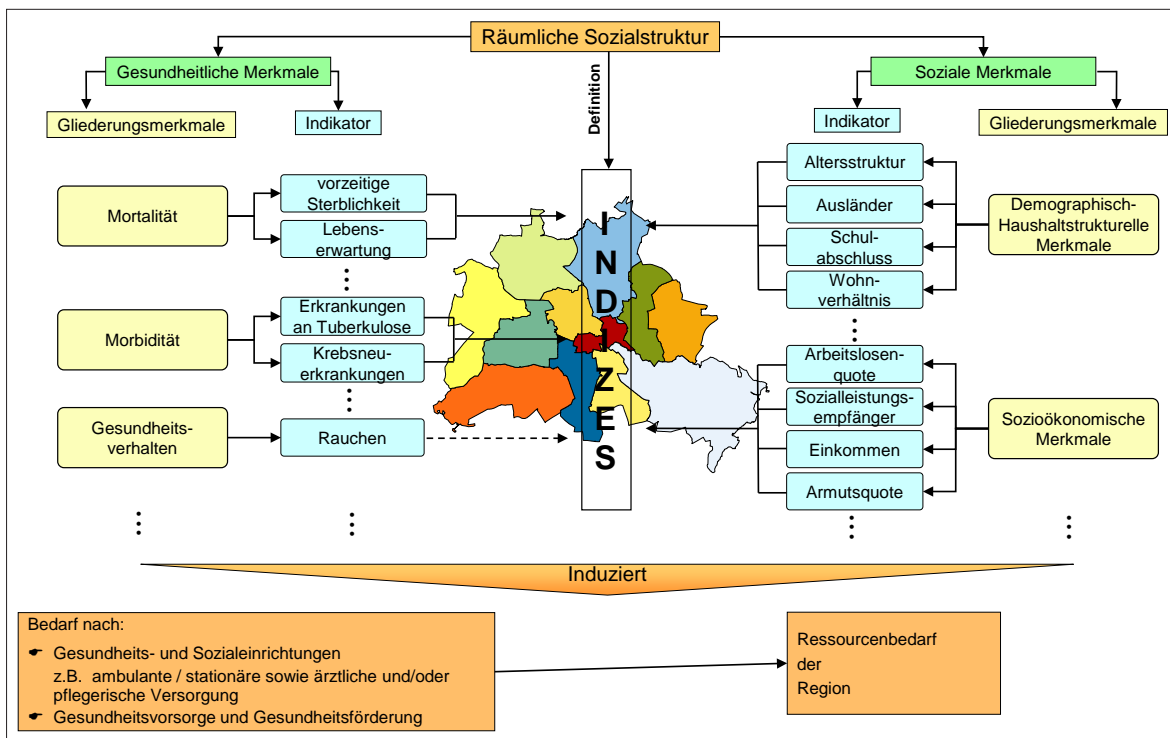
3 Ergebnisse der sozialstrukturellen Analyse

3.1 Einführung

Die Analyse und Beschreibung der räumlichen Sozialstruktur des Landes Berlin in für die verschiedenen planerischen Zwecke von Politik und Verwaltung nutzbarer und handhabbarer Form erfordert einerseits Detaillierung und Genauigkeit, andererseits – und dies vor allem – die Ermittlung verdichteter Informationen in Daten und textlicher Form. Um dieses zu leisten werden auch bei den Sozialstrukturberechnungen 2013, analog zu vorhergehenden Berechnungen¹ zahlreiche Einzelindikatoren mit Hilfe der Faktorenanalyse zu sozialraumbeschreibenden Indizes verknüpft und ein sozialstruktureller Querschnitt gebildet. Eine detaillierte Beschreibung des angewandten Berechnungsverfahrens lässt sich den Sozialstrukturatlanten früherer Jahre entnehmen.

Für die vorliegenden Berechnungen werden zur Beschreibung der sozialen Struktur in Berlin im Wesentlichen Daten des Jahres 2011 genutzt. Die Berechnungen werden sowohl auf der Bezirksebene als auch auf der Planungsraumbene der lebensweltlich orientierten Räume Berlins durchgeführt. Im Kapitel 3 soll der Frage nachgegangen werden, inwieweit sich die Einzelindikatoren auf zugrundeliegende sozialstrukturelle Zusammenhänge zurückführen lassen (grundsätzliches Vorgehen vgl. Abbildung 3.1).

Abbildung 3.1:
Räumliche Sozialstruktur



(Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Damit ist die Frage nach den sozialstrukturellen Grunddimensionen des Sozialraums aufgeworfen, die sich über Indizes beantworten lässt, wenn adäquate Indexbildungsverfahren zum Einsatz kommen.

¹ siehe hierzu auch Meinschmidt 2009, Meinschmidt 2004, Meinschmidt/Brenner 1999, Hermann/Meinschmidt 1997, Hermann/Meinschmidt 1995, Kramer/Imme/Meinschmidt 1990

Die Sozialstrukturberechnungen 2013 erfolgen für den sozialstrukturellen Querschnitt auf der Datengrundlage des Jahres 2011 (Abschnitt 3.2). Die Ergebnisse werden auf allen Ebenen tabelliert und grafisch dargestellt (Tabelle 3.7 mit Ergebnissen aller LOR-Ebenen, siehe Abschnitt 3.5). Die Herausarbeitung von sozialstrukturell belasteten Gebieten in den unterschiedlichen Belastungsgraden steht im Vordergrund.

Der sozialstrukturelle Querschnitt als eine Art Risikobelastung des Raumes wird ergänzt um Überlegungen zu seiner zeitlichen Veränderung. Für diese Längsschnittbetrachtung werden die vorliegenden Sozialstrukturberechnungen im Vergleich mit den Sozialstrukturberechnungen des Jahres 2008 (Meinlschmidt 2009a) zugrunde gelegt. Von daher wird ein zeitlicher Vergleich anhand der Veränderung der inneren Struktur der sozialstrukturellen Querschnitte vorgenommen, um Risikoentwicklungen der Gebiete zum Ausdruck zu bringen (Abschnitt 3.3).

Eine Gesamtschau von Risikobelastung und Risikoentwicklung der Gebiete wird durch eine spezielle Kategorisierung und anhand grafischer Darstellungen präsentiert (vgl. Abschnitt 3.4).

Über diesen Bericht hinaus sind sämtliche Daten und Berechnungsergebnisse, einschließlich der kartografischen Darstellungen aller in die Indexbildung eingegangenen Einzelvariablen auf Bezirks- und LOR-Ebene, im Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI) im Internet hinterlegt und abrufbar.

3.2 Sozialstruktureller Querschnitt

Aufgrund der breiten und differenzierten Datenbasis, welche für die Analyse erschlossen und genutzt werden konnte, lässt sich der sozialstrukturelle Querschnitt der unterschiedlichen Räume (Bezirke, weitere LOR-Ebenen) des Landes Berlin methodisch zuverlässig beschreiben. Mittels der Faktorenanalyse, welche die unterschiedlichen inhaltlichen Gewichtungen der in sie eingehenden Indikatoren analysiert und berücksichtigt, wurden drei Hintergrundfaktoren, anders ausgedrückt „Indizes“, zur komprimierten Darstellung der unterschiedlichen sozialstrukturellen Situation in den Berliner Räumen ermittelt. Diese drei Indizes sind unabhängig voneinander, d. h. sie erklären jeweils andere soziale Muster, was in der folgenden Beschreibung der Ergebnisse der Faktorenanalyse deutlich wird. Damit können die drei ermittelten Indizes bei Bedarf jeweils auch für verschiedene planerische Fragestellungen in Politik und Verwaltung Verwendung finden bzw. bilden in der Gesamtschau zum einzelnen Raum ein wesentlich komplexeres Bild des sozialstrukturellen Querschnitts ab, als es allein die Betrachtung eines einzelnen „Belastungsindex“ vermag (vgl. Abschnitt 3.2.4).

Die für die Analyse und Beschreibung gewonnenen Sozialindizes weisen einerseits eine hohe Stabilität und Relevanz der methodischen Ergebnisse auf, andererseits dokumentieren sie ablaufende dynamische Prozesse im räumlichen Kontext. Die gesundheitliche und soziale Lage hängen sehr stark voneinander ab und bilden sich in einem speziellen Index ab. Hier haben sich offensichtlich die sozialräumlichen Differenzierungen in der Stadt sehr stark verfestigt. Das Arbeitsmarktpotential und die Arbeitslosigkeit nach dem SGB III spiegeln sich in einem separaten Index als ein Gradmesser für die soziale Gefährdung der Menschen wider. Der Bildungsstatus und die demographischen Entmischungsprozesse bilden im Raum einen weiteren Index, der Segregationstendenzen abbildet.

3.2.1 Sozialindex I

3.2.1.1 Bezirke

Der Sozialindex I zeigt die Verteilung sozialer und gesundheitlicher Belastungen in Berlin an und kann daher als Belastungsindex gefasst werden. Er ist vornehmlich geprägt durch Indikatoren zur Arbeitslosigkeit nach SGB II, zum Bezug staatlicher Transferleistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts (SGB II, SGB XII) und damit korrespondierend zum Einkommen sowie durch Gesundheitsindikatoren wie vorzeitiger und vermeidbarer Sterblichkeit und tabakassoziierter schwerer Erkrankungen.

Er nimmt ungünstige Werte, welche sich in hinteren (hohen) Rangplätzen ausdrücken, an:

• **bei tendenziell hoher Ausprägung der Indikatoren:**

- Männer an der Bevölkerung
- Ausländische Kinder und Jugendliche an der Bevölkerung (unter 18 Jahren)
- Wanderungssaldo je 1.000 der Bevölkerung
- Einfache Wohnlage
- Personen ohne beruflichen Ausbildungsabschluss an der Bevölkerung
- Arbeiter und Arbeiterinnen an den Erwerbstätigen (15 - 64 Jahre)
- Arbeitslosenquote (Arbeitslose an den abhängig zivilen Erwerbspersonen bzw. an der Bevölkerung 15 - 64 Jahre)
- Arbeitslosenquote SGB II (Arbeitslose an den abhängig zivilen Erwerbspersonen)
- Arbeitslose SGB II an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre)
- Arbeitslose Ausländer und Ausländerinnen SGB II an der ausländischen Bevölkerung (15 - 64 Jahre)
- Langzeitarbeitslose SGB II an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre)
- Arbeitslose Jugendliche SGB II an der Bevölkerung (15 - 24 Jahre)
- Armuts(risiko)quote
- Personen mit Einkommen unter 700 Euro an der Bevölkerung
- Erwerbsfähige Hilfebedürftige SGB II (ALG II) an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre)
- Nichterwerbsfähige Hilfebedürftige SGB II (SG) an der Bevölkerung (unter 15 Jahren)
- Nichterwerbsfähige Hilfebedürftige SGB II (SG) an der Bevölkerung (unter 65 Jahren)
- Alleinerziehende SGB II Empfängerinnen und Empfänger (ALG II) an Familien mit Kindern unter 18 Jahren
- Empfänger und Empfängerinnen von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung
- Empfänger und Empfängerinnen von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung unter 15 Jahren
- Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung (18 - 64 Jahre)
- Vorzeitige Sterblichkeit (0 - 64 Jahre)
- Vorzeitige Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen (0 - 64 Jahre)
- Vermeidbare Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen der Bronchien und der Lunge (15 - 64 Jahre)
- Vermeidbare Sterblichkeit an ischämischen Herzkrankheiten (35 - 64 Jahre)
- Neuerkrankungsrate an tabakassoziierten bösartigen Neubildungen insgesamt
- Anteil Raucher und Raucherinnen an der Bevölkerung
- Neuerkrankungsrate an offener Lungentuberkulose

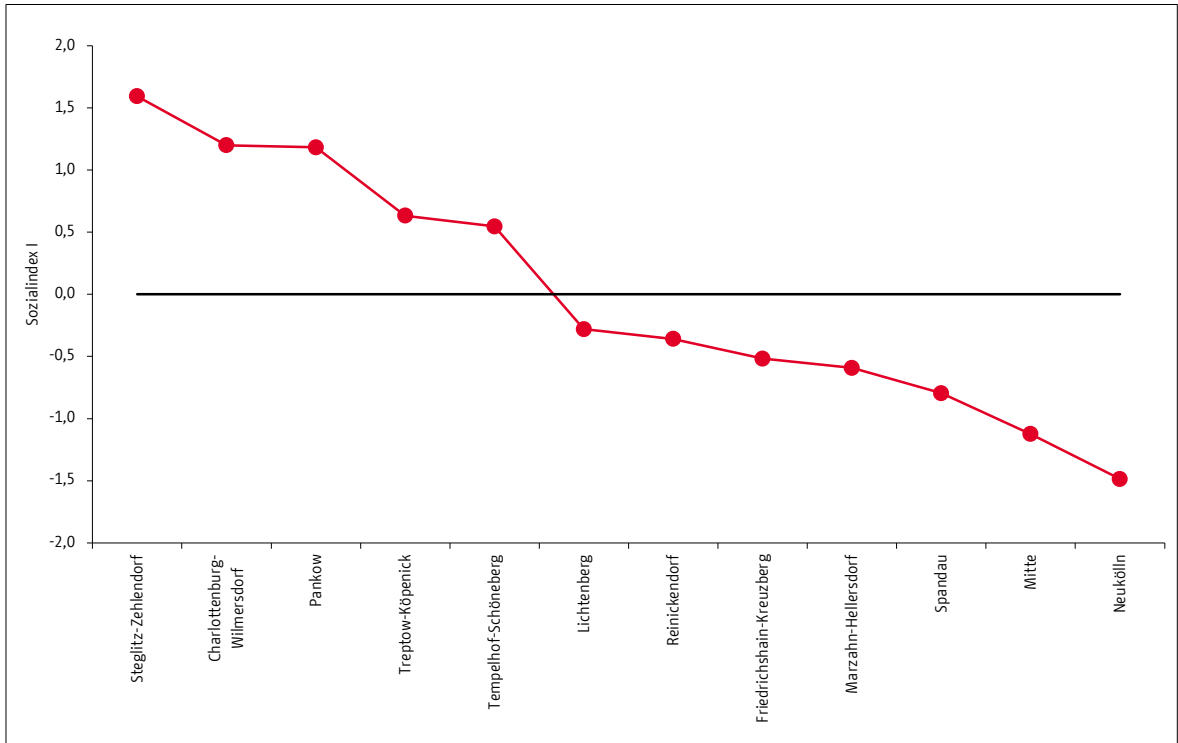
sowie

• **bei tendenziell niedriger Ausprägung der Indikatoren:**

- Personen von 35 bis 64 Jahren an der Bevölkerung
- Personen mit (Fach-)Hochschulreife an der Bevölkerung
- Personen mit (Fach-)Hochschulabschluss an der Bevölkerung
- Sozialstatusindex Kinder
- Beamte und Beamtinnen / Richter und Richterinnen an den Erwerbstätigen (15 - 64 Jahre)
- Selbstständige und mithelfende Familienangehörige an den Erwerbstätigen (15 - 64 Jahre)
- Mittleres Haushaltsnettoeinkommen
- Mittleres Pro-Kopf-Einkommen
- Reichtumsquote
- Mittlere Lebenserwartung

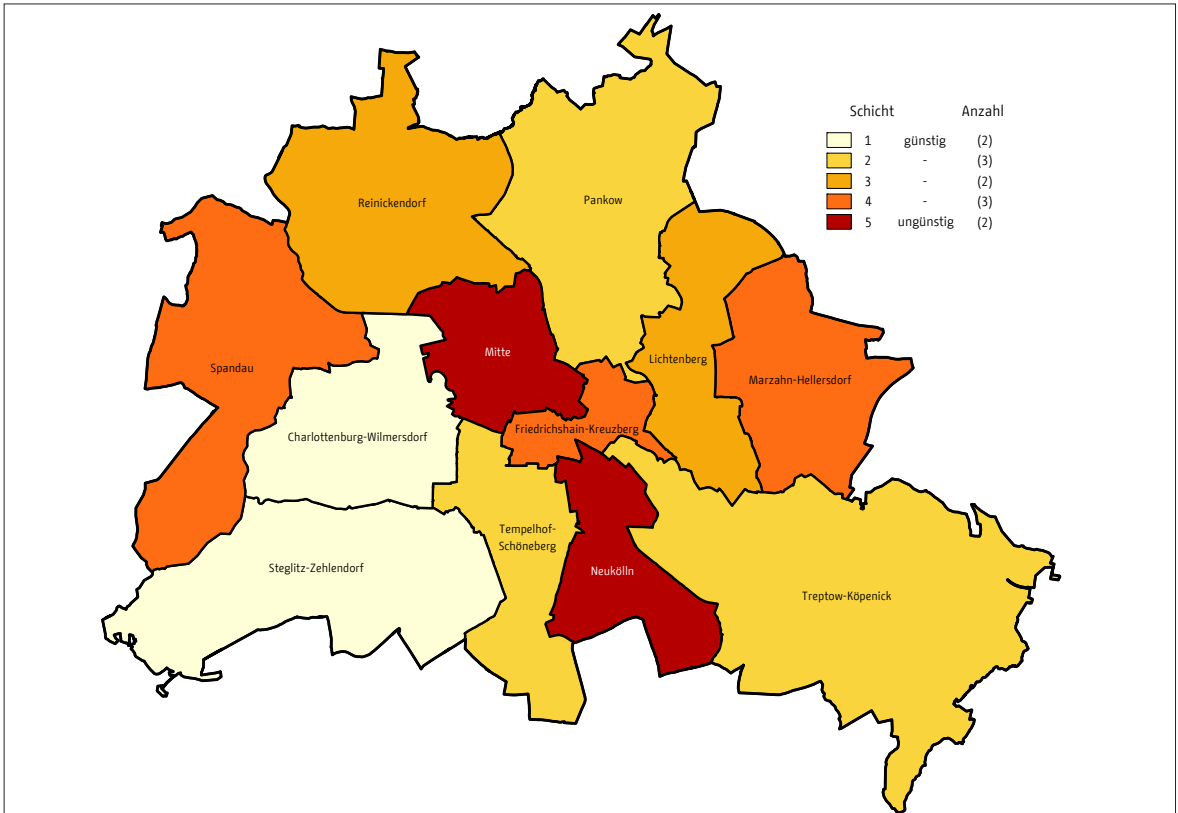
Günstige Werte bzw. vordere Rangplätze hinsichtlich des Sozialindex I drücken sich in der umgekehrten (inversen) Konstellation aus.

Abbildung 3.2:
Sozialindex I 2013 für die Berliner Bezirke



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 3.3:
Sozialindex I 2013 für die Berliner Bezirke (Karte)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Bezirke mit vergleichsweise geringer sozialer und gesundheitlicher Belastung

(Steglitz-Zehlendorf, Charlottenburg-Wilmersdorf, Pankow)

Der Bezirk mit der günstigsten Sozialstruktur ist, wie auch in früheren Untersuchungen zur Sozialstruktur (Sozialstrukturatlas 2008), der Bezirk Steglitz-Zehlendorf. Dies drückt sich insbesondere aus in den berlinweit niedrigsten Arbeitslosenquoten aller betrachteter Gruppen (insgesamt, Ausländer und Ausländerinnen, Jugendliche unter 25 Jahren, Rechtskreis SGB II), den berlinweit niedrigsten Transferleistungsquoten (Rechtskreis SGB II, Rechtskreis SGB XII), der niedrigsten Arbeitslosengeld I - Empfängerquote und den höchsten mittleren Haushaltsnetto- und Pro-Kopf-Einkommen wie auch der höchsten Reichtumsquote in Berlin. Die mittlere Lebenserwartung ist die höchste in Berlin, die Rate vorzeitiger Sterblichkeit am geringsten. Ebenso weisen die weiteren Indikatoren zur gesundheitlichen Belastung vergleichsweise günstige Ausprägungen auf. Die Sozialstruktur der Familien mit Schulanfängern ist laut Sozialstatusindex Kinder 2011 die beste in Berlin, was sich bezüglich der gesamten Bezirksbevölkerung in hohen Anteilen hoch Gebildeter sowie Beamter und Beamtinnen widerspiegelt. Ebenso ist ein vergleichsweise großer Teil der Erwerbstätigen in Selbständigkeit tätig. Der Anteil ausländischer Kinder und Jugendlicher ist gering. Das Wanderungssaldo ist leicht positiv, allerdings kleiner als im Berliner Durchschnitt.

Diese Befunde treffen tendenziell ebenso auf die in der Rangfolge nächst folgenden Bezirke Charlottenburg-Wilmersdorf und Pankow zu.

Bezirke mit durchschnittlicher sozialer und gesundheitlicher Belastung

(Treptow-Köpenick, Tempelhof-Schöneberg, Lichtenberg, Reinickendorf)

Hinsichtlich der den Sozialindex I charakterisierenden Indikatoren umspannen die Bezirke der mittleren Gruppe tendenziell eher mittlere Werte jeweils mit bezirklichen Spezifika:

Der auf die Spitzengruppe folgende Bezirk Treptow-Köpenick erreicht diesen günstigen Platz u. a. mit den berlinweit wenigsten Personen ohne beruflichen Ausbildungsabschluss unter der Bezirksbevölkerung, der niedrigsten bezirklichen Armutsrisikoquote, der niedrigsten Quote an Personen mit einem Einkommen unter 700 Euro an der Bevölkerung, den (mit) geringsten Transferleistungsquoten (SGB II, SGB XII), aber auch einer der niedrigsten Reichtumsquoten in Berlin. Unter den Kindern und Jugendlichen des Bezirkes haben die im Berliner Maßstab Wenigsten eine nichtdeutsche Staatsangehörigkeit. Auch die Indikatoren zur gesundheitlichen Belastung stellen sich für den Bezirk in günstigen Ausprägungen dar. Letztere Befunde treffen annähernd auch auf Tempelhof-Schöneberg zu, wobei hier hohe (durchschnittliche) Einkommen, eine hohe Reichtumsquote, die meisten Beamtinnen und Beamten / Richterinnen und Richter sowie vergleichsweise viele Selbständige unter der erwerbstätigen Bevölkerung festzustellen sind. Das Wanderungssaldo ist für Berlin untypisch niedrig.

In Reinickendorf leben weniger hoch und mehr niedrig gebildete Personen und wie auch in Lichtenberg mehr als Arbeiter und Arbeiterinnen eingestufte Erwerbstätige als in Treptow-Köpenick und Tempelhof-Schöneberg. Indikatoren zur Arbeitslosigkeit und zum Transferleistungsbezug nehmen ebenso wie gesundheitsbezogene Merkmale die ungünstigeren Werte in der Gruppe ein. Die Neuerkrankungsrate an offener Lungentuberkulose ist in Lichtenberg so hoch wie in keinem anderen Berliner Bezirk.

Bezirke mit vergleichsweise hoher sozialer und gesundheitlicher Belastung

(Friedrichshain-Kreuzberg, Marzahn-Hellersdorf, Spandau, Mitte, Neukölln)

Die Bezirke der Gruppe sind durch ungünstige Befunde hinsichtlich ihrer sozialen und gesundheitlichen Belastung gekennzeichnet, wobei die auf den letzten beiden Rangplätzen gelegenen Bezirke Mitte und Neukölln noch deutlich schlechter abschneiden als Friedrichshain-Kreuzberg, Marzahn-Hellersdorf und Spandau.

Bei hohen Zuzugsüberschüssen überwiegen einfache Wohnlagen, Arbeitslosigkeit, Transferleistungsbezug, überdurchschnittliche Armutsrisikoquoten und niedrige Einkommen. Spandau, Mitte und Neukölln verzeichnen die höchsten Wanderungssaldi in Berlin. Der Sozialstatus von Familien mit Einschülern und Einschülerinnen wird als vergleichsweise niedrig eingeschätzt, am schlechtesten in Neukölln. Die mittlere Lebenserwartung liegt unter dem Berliner Durchschnitt. Die vorzeitige Sterblichkeit und Neuerkrankungsrate, insbesondere an bösartigen Neubildungen sowie die vermeidbare Sterblichkeit an ischämischen Herzkrankheiten, an bösartigen Neubildungen der Bronchien und der Lunge, wie auch die Neuerkrankungsrate an tabakassoziierten bösartigen Neubildungen und an offener Lungentuberkulose, sind vergleichsweise hoch ausgeprägt. Größere Teile der Bevölkerung als im Berliner Durchschnitt rauchen. Auf Marzahn-Hellersdorf treffen diese Befunde zur gesundheitlichen Lage weniger stark zu.

Differenzierter ist die Bildungsstruktur in den Bezirken der Gruppe einzuschätzen. In Friedrichshain-Kreuzberg, aber auch in Mitte konnten im Berliner Maßstab hohe Teile der Bevölkerung (Fach-)Hochschulreife bzw. einen (Fach-)Hochschulabschluss erlangen, in den anderen Bezirken (Spandau, Marzahn-Hellersdorf, Neukölln) nur vergleichsweise wenige der Bezirksbevölkerung. Gleichzeitig sind in Neukölln, Mitte, Friedrichshain-Kreuzberg und Spandau die im Vergleich der Berliner Bezirke Meisten ohne einen beruflichen Ausbildungsabschluss, in Marzahn-Hellersdorf dagegen relativ Wenige. Diese Situation wird parallel über den Status-/ Segregationsindex widergespiegelt und näher erklärt.

3.2.1.2 Planungsräume

Für die Berechnung von Sozialstrukturindizes auf Ebene der Planungsräume stehen nicht alle auf der Bezirksebene verwendeten Indikatoren zur Verfügung. Dies führt unter anderem zu geringen Abweichungen hinsichtlich der Ladungen der einzelnen Indikatoren auf die Sozialindizes, d. h. ihrer Zusammenhänge zur Aussage der Indizes.

Für den Sozialindex I bestätigen sich für die Planungsraumbene die wesentlichen für die Bezirksebene getroffenen Aussagen. Demnach wird der Sozialindex vornehmlich geprägt durch die Indikatoren zur Arbeitslosigkeit nach SGB II, zum Bezug von Transferleistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes gemäß SGB II oder SGB XII und zur vorzeitigen Sterblichkeit. Grundsicherung im Alter und die Notwendigkeit, Hilfe zur Pflege nach SGB XII für häusliche Pflege in Anspruch nehmen zu müssen, stehen eindeutiger als auf bezirklicher Ebene mit (ungünstigen) Werten des Sozialindex I in Zusammenhang. Statt des Wanderungssaldos spielt das Wanderungsvolumen eine größere Rolle. Der Bezug von Arbeitslosengeld I steht nur auf Planungsraumbene in deutlichem Zusammenhang mit dem Sozialindex I.

Der Sozialindex I nimmt ungünstige Werte, welche sich in hinteren (hohen) Rangplätzen ausdrücken, auf Ebene der Planungsräume an:

- **bei tendenziell hoher Ausprägung der Indikatoren:**

- Männer an der Bevölkerung
- Personen von 18 bis 34 Jahren an der Bevölkerung
- Ausländische Kinder und Jugendliche an der Bevölkerung (unter 18 Jahren)
- Wanderungsvolumen je 1.000 der Bevölkerung
- Arbeitslosenquote (Arbeitslose an den abhängig zivilen Erwerbspersonen bzw. an der Bevölkerung 15 - 64 Jahre)
- Arbeitslose SGB II an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre)
- Arbeitslose Ausländerinnen und Ausländer SGB II an der ausländischen Bevölkerung (15 - 64 Jahre)
- Langzeitarbeitslose SGB II an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre)
- Arbeitslose Jugendliche SGB II an der Bevölkerung (15 - 24 Jahre)
- Leistungsempfänger und Leistungsempfängerinnen SGB III (ALG I-Empf.) an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre)

- Erwerbsfähige Hilfebedürftige SGB II (ALG II) an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre)
- Nichterwerbsfähige Hilfebedürftige SGB II (SG) an der Bevölkerung (unter 15 Jahren)
- Nichterwerbsfähige Hilfebedürftige SGB II (SG) an der Bevölkerung (unter 65 Jahren)
- Empfänger und Empfängerinnen von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung
- Empfänger und Empfängerinnen von Grundsicherung SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung (18 - 64 Jahre)
- Empfänger und Empfängerinnen von Grundsicherung SGB XII (außerhalb von Einrichtungen) an der Bevölkerung (ab 65 Jahre)
- Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege SGB XII (außerhalb von Einrichtungen) an der Bevölkerung (ab 65 Jahre)
- Vorzeitige Sterblichkeit (0 - 64 Jahre)
- Neuerkrankungsrate an tabakassozierten bösartigen Neubildungen insgesamt

sowie

- **bei tendenziell niedriger Ausprägung der Indikatoren:**

- Personen von 35 bis 64 Jahren an der Bevölkerung

Günstige Werte bzw. vordere Rangplätze hinsichtlich des Sozialindex I drücken sich in der umgekehrten (inversen) Konstellation aus.

Unter den ersten fünf Planungsräumen mit den günstigsten Werten zum Sozialindex I gehören allein drei zum Bezirk Steglitz-Zehlendorf:

1. Thielallee (Steglitz-Zehlendorf)
2. Messelpark (Charlottenburg-Wilmersdorf)
3. Dahlem (Steglitz-Zehlendorf)
4. Kladower Damm (Spandau)
5. Krumme Lanke (Steglitz-Zehlendorf).

Die letzten (schlechtesten) Rangplätze nehmen drei Planungsräume des Bezirkes Marzahn-Hellersdorf und zwei des Bezirkes Friedrichshain-Kreuzberg ein:

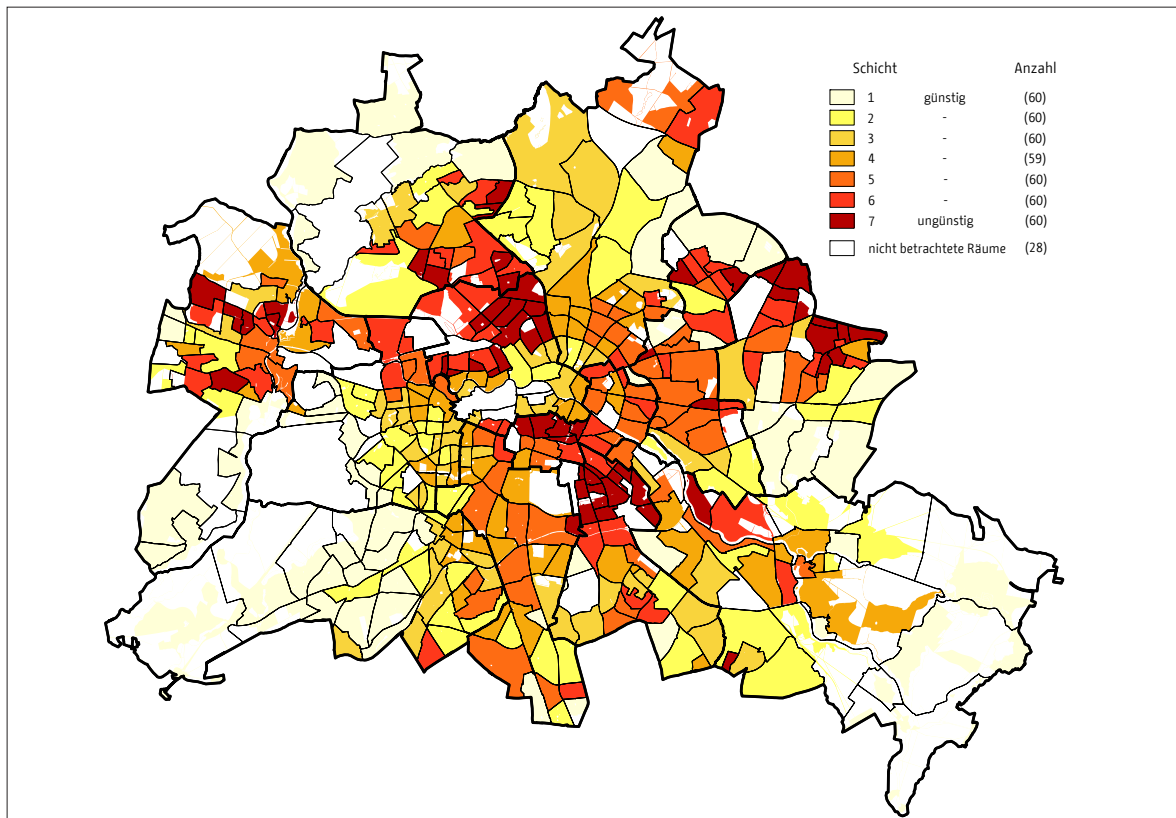
415. Alte Hellersdorfer Straße (Marzahn-Hellersdorf)
416. Boulevard Kastanienallee (Marzahn-Hellersdorf)
417. Wassertorplatz (Friedrichshain-Kreuzberg)
418. Hellersdorfer Promenade (Marzahn-Hellersdorf)
419. Moritzplatz (Friedrichshain-Kreuzberg).

Die Betrachtung der Berliner Bezirke in ihrer planungsräumlich differenzierten Sozialstruktur bestätigt und vertieft die vorher grundsätzlich zum Aussagegehalt des Sozialindex I und seiner Interpretation gemachten Aussagen:

Der Bezirk Steglitz-Zehlendorf mit dem besten bezirklichen Sozialindex I stellt sich fast einheitlich mit günstigen Werten auf Planungsebene dar. Bis auf vier einzelne Planungsräume (darunter 3 Planungsräume der Bezirksregion Lankwitz) liegen die Werte aller bezirklichen Planungsräume über dem Berliner Durchschnitt. Einzig der Planungsraum Thermometersiedlung fällt durch einen deutlich unter dem Berliner Durchschnitt liegenden Wert des Sozialindex I auf.

Für den zweitbestplatzierten Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf fällt eine stärkere Spreizung zwischen den besten und schlechtesten Planungsräumen als in Pankow auf. Die Planungsräume der Bezirksregion Heerstraße finden sich auf den vordersten Plätzen im Berliner Vergleich, die Planungsräume der Bezirksregion Charlottenburg Nord und der Planungsraum Schloßgarten in den ungünstigen Schichten 6 und 7 wieder.

Abbildung 3.4:
Sozialindex I 2013 auf der LOR-Ebene der Planungsräume



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Im Bezirk Pankow mit der drittbesten Sozialstruktur erreicht der überwiegende Teil der Planungsräume hohe (günstige) Werte. Die Planungsräume in Buch sowie Teile des südlichen Weißensee und des nördlichen Prenzlauer Berges (hier insbesondere die Bezirksregion Prenzlauer Berg Ost) liegen nahe bzw. unter dem Berliner Durchschnitt. Ähnlich günstig positionieren sich die meisten Planungsräume in Treptow-Köpenick. Der Planungsraum Wendenschloß erreicht den sechstbesten Berliner Wert. Die für den Bezirk ungünstigen Werte sind in den Bezirksregionen Oberschöneweide und Köllnische Vorstadt/Spindlersfeld zu finden.

In Tempelhof-Schöneberg verteilen sich die Planungsräume annähernd hälftig auf über- und unterdurchschnittliche Werte des Sozialindex I. Die besten Lagen konzentrieren sich in den Bezirksregionen Friedenau und Mariendorf, wobei in Marienfelde mit dem Planungsraum Nahariyastraße auch einer der drei bezirklichen Planungsräume (Dennewitzplatz, Germaniagarten) mit den ungünstigen Sozialindexausprägungen liegt.

Lichtenberg unterteilt sich klar nach baulicher bzw. Siedlungsstruktur. Die Planungsräume in den Großsiedlungsgebieten von (Neu-)Hohenschönhausen, Fennpfuhl, Frankfurter Allee Süd, Friedrichsfelde Nord und Friedrichsfelde Süd, wie auch die Planungsräume in den Bezirksregionen Alt-Lichtenberg und Neu-Lichtenberg, haben sämtlich unter dem Berliner Durchschnitt liegende Werte des Sozialindex I. Dort, wo dörfliche Siedlungsstrukturen (Malchow, Wartenberg, Falkenberg), kleinteilige Siedlungsstrukturen bzw. Nach-Wende-Neubau (Alt-Hohenschönhausen, Rummelburg, Karlshorst) dominieren, stellt sich die soziale Lage deutlich besser dar.

Die stadtrandnahen Planungsräume mit Siedlungscharakter in Reinickendorf werden durch Bewohnerinnen und Bewohner mit günstiger Sozialstruktur geprägt. Die Planungsräume Konradshöhe/Tegelort, Heiligensee, Hermsdorf, Frohnau und Lübars gehören zur Schicht der besten Berliner Planungsräume. Mit

zunehmender Siedlungsdichte und (süd-)östlicher Lage im Bezirk finden sich im Berliner Vergleich ungünstige sozialstrukturelle Werte (Reinickendorf Ost, Märkisches Viertel, teilweise Tegel). Der Planungsraum Treuenbrietzenener Straße reißt hierbei „nach unten“ aus.

Kreuzberg Nord bildet ein geschlossenes Gebiet von Planungsräumen der ungünstigsten Schicht. Die räumlich anschließenden Regionen Kreuzberg Ost und Kreuzberg Süd gehören ebenfalls geschlossen zu den Gebieten mit unterdurchschnittlichen Werten des Sozialindex I. Das trifft im Wesentlichen auch auf den Alt-Bezirk Friedrichshain zu, im Gebiet der Karl-Marx-Allee abgeschwächt. Deutliche Ausnahme bildet der Planungsraum Stralauer Halbinsel mit einer anderen Bevölkerungsstruktur u. a. im Zusammenhang mit dem Bezug hochwertigen Nach-Wende-Neubaus.

Ähnlich wie in Lichtenberg differenziert sich die im Sozialindex I ausgedrückte Belastung der Planungsräume des Bezirkes Marzahn-Hellersdorf klar geballt nach Siedlungsstrukturcharakter. Die im Bezirk nördlich gelegenen Plattenbaugroßsiedlungen umfassen Planungsräume mit überwiegend stark unterdurchschnittlichen Werten des Sozialindex I. Allein unter den zu Hellersdorf Nord gehörenden Planungsräumen finden sich drei Planungsräume, welche unter den schlechtesten sechs Planungsräumen im Berliner Vergleich liegen. Kaum günstiger ist die Lage im Alt-Bezirk Marzahn nördlich der Landsberger Allee. Im starken Gegensatz dazu sind die Planungsräume in Biesdorf, Kaulsdorf und Mahlsdorf mit dörflicher Siedlungsstruktur überwiegend unter den besten im Berliner Vergleich eingeordnet, was den negativen Befund für die Großsiedlungsgebiete insoweit ausgleicht, dass der Bezirk Marzahn-Hellersdorf gesamt seit 2006 „nur“ auf den 9. bezirklichen Rang gerutscht ist (vgl. Abschnitt 3.3.2.1).

Auch Spandau zeigt sich als stark differenzierter Bezirk. So sind unter den Planungsräumen in den Bezirksregionen Brunsbütteler Damm, Heerstraße Nord, Wilhelmstadt und Falkenhagener Feld sowohl jeweils einige zu den berlinweit vorn als auch jeweils einige zu den hinten liegenden Gebieten einzuordnen, wobei die stark ungünstige Bewertung im Falkenhagener Feld überwiegt. Die Planungsräume in Spandau Mitte weisen durchgängig ungünstige Werte auf, wogegen Gatow und Kladow mit im Berliner Vergleich hervorragend günstiger Bewertung stehen.

Der Bezirk Mitte birgt in seiner nördlichen Hälfte ein großes räumliches Cluster an Planungsräumen mit extremer Häufung stark unterdurchschnittlicher Werte der sozialen und gesundheitlichen Belastung. Das betrifft geschlossen das Gebiet des Alt-Bezirk Wedding. Auch das Gebiet des Alt-Bezirk Tiergarten fällt

Tabelle 3.1:
Sozialindex I 2013 - Eckwerte und Bevölkerungsverteilung nach Schichtenbildung

Raumbezug	Planungsraumwerte Sozialindex I				Bevölkerungsanteil in Schicht						
	Min.	Max.	Spannw.	Mittelw.	1	2	3	4	5	6	7
Berlin	-2,4198	1,9133	4,3331	0,0000	9,91	13,35	13,20	14,75	16,92	16,32	15,53
Mitte	-1,9039	0,6822	2,5861	-0,5785	0,00	5,02	15,01	12,52	0,00	26,47	40,98
Friedrichshain-Kreuzberg	-2,4198	0,7927	3,2125	-0,7213	0,00	1,13	0,00	11,43	39,89	29,40	18,14
Pankow	-0,7662	1,5083	2,2745	0,2370	2,99	15,71	28,19	34,42	13,19	5,50	0,00
Charlottenburg-Wilmersdorf	-1,1853	1,8135	2,9988	0,5061	5,39	34,08	29,26	16,25	8,67	6,34	0,00
Spandau	-1,9424	1,7503	3,6927	-0,0843	12,70	7,38	6,14	8,71	17,60	27,43	20,04
Steglitz-Zehlendorf	-0,7574	1,9133	2,6707	0,8413	38,34	21,36	18,78	13,88	6,05	1,59	0,00
Tempelhof-Schöneberg	-1,6706	1,3512	3,0218	0,1295	3,65	18,59	9,26	26,01	35,09	6,39	1,01
Neukölln	-2,1656	1,6613	3,8269	-0,5049	2,97	4,47	15,09	6,56	5,29	25,05	40,58
Treptow-Köpenick	-1,7641	1,7048	3,4688	0,3706	11,47	25,12	9,28	28,07	12,96	8,49	4,61
Marzahn-Hellersdorf	-2,3775	1,5260	3,9035	-0,4377	20,00	6,08	1,86	3,55	15,32	20,39	32,80
Lichtenberg	-1,5262	1,4341	2,9604	-0,2533	4,21	8,58	4,29	0,00	50,30	21,31	11,31
Reinickendorf	-2,1788	1,6118	3,7906	-0,1441	24,96	8,48	9,32	5,47	4,44	25,86	21,46

(Datenquelle: SenGesSoz Berlin / AFS Berlin-Brandenburg, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

mit vornehmlich (besonders in Moabit) stark ungünstigen Bewertungen auf. Allein das Gebiet des Alt-Bezirk Mitte zeigt im Chariteviertel sowie dem Planungsraum Oranienburgerstraße mittlere bis günstige Werte.

Die Platzierung des Bezirkes Neukölln auf dem letzten Platz der Rangliste der Bezirke widerspiegelt sich im gesamten Gebiet des Prognosebereiches Neukölln im nördlichen Teil des Bezirkes. Hier besteht ein zusammenhängendes räumliches Cluster an Planungsräumen mit durchgängig stark unterdurchschnittlichen Sozialindex I – Werten. Daran angrenzende Planungsräume des nördlichen Bereiches von Britz sind wie auch die Planungsräume der Gropiusstadt nur geringfügig weniger schlecht einzustufen. Einzig der Planungsraum Mohriner Allee Nord sticht hier als bester des Bezirkes und einer der besten im Berliner Maßstab heraus. Die Polarisierung der sozialen und gesundheitlichen Gefährdungslage der Bevölkerung zeigt sich in der überdurchschnittlich günstigen Lage der Bevölkerung in den Planungsräumen der Regionen Buckow Nord und Rudow.

3.2.2 Sozialindex II

3.2.2.1 Bezirke

Der Sozialindex II ist geprägt durch Indikatoren zu sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung, zur Arbeitslosigkeit nach SGB III, zum Bezug von Arbeitslosengeld I (d. h. finanziert durch in eigener Erwerbstätigkeit erworbenen Ansprüchen), zum Anteil der Personen ohne beruflichen Abschluss, zum Anteil ausländischer Bevölkerung, zur Abhängigkeit von Grundsicherung im Alter sowie durch die Neuerkrankungsrate bösartiger Neubildungen und vermeidbare Sterblichkeit aufgrund von Lungen- und Bronchialkarzinomen.

Er nimmt hohe Werte, welche sich in vorderen (niedrigen) Rangplätzen ausdrücken, an:

• **bei tendenziell niedriger Ausprägung der Indikatoren:**

- Alleinerziehende Haushalte mit minderjährigen Kindern an Familien mit Kindern unter 18 Jahren
- Wanderungssaldo der ausländischen Bevölkerung je 1.000 der ausländischen Bevölkerung
- Abhängig zivile Erwerbstätige (15 - 64 Jahre) an Erwerbspersonen
- Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre)
- Arbeitslosenquote (Arbeitslose an den abhängig zivilen Erwerbspersonen) nach SGB III
- Arbeitslose nach SGB III an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre)
- Arbeitslose Ausländerinnen und Ausländer nach SGB III an der ausländischen Bevölkerung (15 - 64 Jahre)
- Langzeitarbeitslose nach SGB III an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre)
- Arbeitslose Jugendliche (unter 25 Jahren) nach SGB III an der Bevölkerung (15 - 24 Jahre)
- Leistungsempfänger und Leistungsempfängerinnen SGB III (ALGI-Empf.) an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre)

sowie

• **bei tendenziell hoher Ausprägung der Indikatoren:**

- Ausländische Personen an der Bevölkerung (ohne EU-Ausländer und Ausländerinnen)
- Ausländische Kinder und Jugendliche an der Bevölkerung (unter 18 Jahren)
- Personen ohne beruflichen Ausbildungsabschluss an der Bevölkerung
- Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung SGB XII (außerhalb von Einrichtungen) an der Bevölkerung (ab 65 Jahre)
- Vermeidbare Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen der Bronchien und der Lunge
- Neuerkrankungsrate an bösartigen Neubildungen
- Neuerkrankungsrate an tabakassoziierten bösartigen Neubildungen

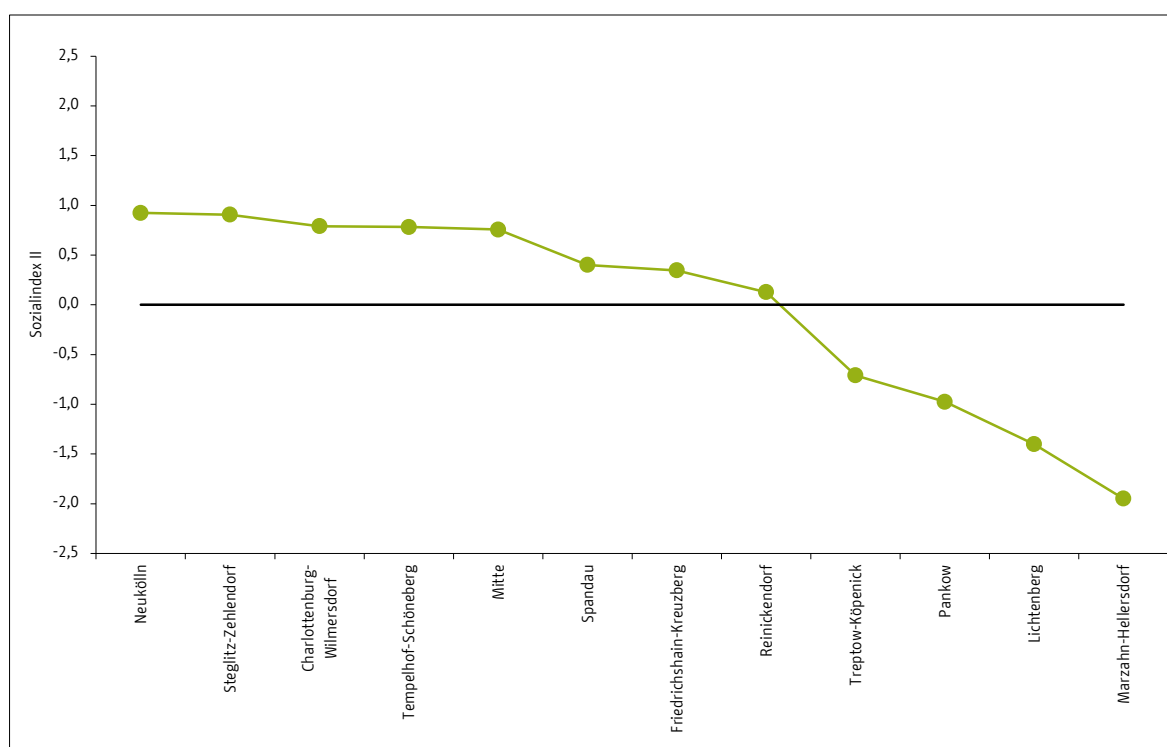
Niedrige Werte bzw. hintere (hohe) Rangplätze hinsichtlich des Sozialindex II drücken sich in der umgekehrten (inversen) Konstellation aus.

Sowohl der Anteil sozialversicherungspflichtig Beschäftigter als auch der Anteil von Empfängerinnen und Empfängern von Arbeitslosengeld I (SGB III) laden besonders stark auf den Sozialindex II. Arbeitslosengeld I kann nur erhalten, wer die Anspruchsvoraussetzungen in Form vorausgegangener sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung erfüllt. Ebenso laden alle Indikatoren bezüglich der Gruppen nach SGB III Arbeitsloser (Ausländer und Ausländerinnen, Langzeitarbeitslose, Jugendliche unter 25 Jahren) stark auf den Sozialindex II.

Stärker noch als bei den Berechnungen zum Sozialstrukturatlas 2008 kristallisiert sich die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung einerseits und andererseits deren Vakanz (Arbeitslosigkeit) als bestimmend für den Sozialindex II ab. Das äußert sich bezogen auf besonders gefährdete soziale Gruppen in der hohen Korrelation mit dem Anteil Alleinerziehender Haushalte an allen Haushalten sowie dem Anteil der ausländischen Bevölkerung an der Bevölkerung und dem Anteil nach SGB III arbeitsloser bzw. Arbeitslosengeld I empfangender Ausländer und Ausländerinnen wie auch im Zusammenhang zum Anteil von Personen ohne beruflichen Abschluss an der Bevölkerung.

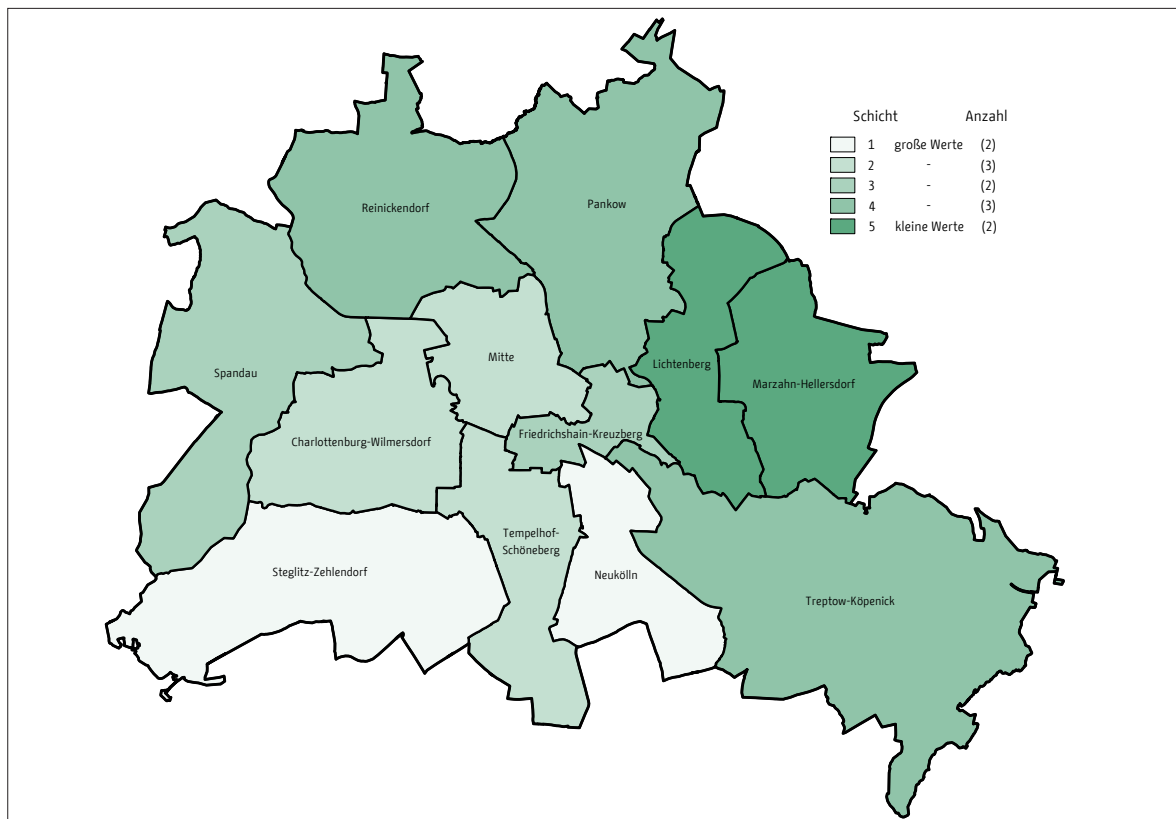
Neu hinzugekommen im Vergleich zum Sozialstrukturatlas 2008 ist der starke Zusammenhang zum Anteil arbeitsloser Ausländer und Ausländerinnen nach SGB III an der ausländischen Bevölkerung (15 - 64 Jahre), in gleicher Richtung wie der ebenfalls neu festzustellende Zusammenhang zum Wanderungssaldo der ausländischen Bevölkerung. Daraus kann abgeleitet werden, dass in Gebieten mit geringen Anteilen ausländischer Bevölkerung (statistischer Zusammenhang in umgekehrter Richtung) tendenziell eher Ausländer und Ausländerinnen zuziehen, welche eine Verankerung im Arbeitsmarkt sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung haben. Darüber hinaus ist auch der Zusammenhang zur Neuerkrankungsrate an tabakasoziierten bösartigen Neubildungen und zur vermeidbaren Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen der Bronchien und der Lunge für den Sozialindex II neu.

Abbildung 3.5:
Sozialindex II 2013 für die Berliner Bezirke



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 3.6:
Sozialindex II 2013 für die Berliner Bezirke (Karte)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Bezirke mit hohen Werten des Sozialindex II

(Neukölln, Steglitz-Zehlendorf, Charlottenburg-Wilmersdorf, Tempelhof-Schöneberg, Mitte)

Hauptkennzeichen der Gruppe der Bezirke auf den ersten fünf Plätzen in der Rangfolge zur Ausprägung des Sozialindex II sind die im Berliner Maßstab eher geringen Anteile abhängig ziviler Erwerbstätiger unter den Erwerbspersonen, sozialversicherungspflichtig Beschäftigter an der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter und damit im Zusammenhang stehend unterdurchschnittlicher Werte der Indikatoren zur Arbeitslosigkeit gemäß SGB III. Bei vergleichsweise geringem Zuzugsüberschuss leben in den Bezirken der Gruppe verhältnismäßig viele Nichtdeutsche.

Andere, mit dem Sozialindex II korrelierende Indikatoren sind in diesen Bezirken teilweise gegensätzlich ausgeprägt, was sich auch bei den zum Sozialindex I dargelegten Befunden zur sozialen und gesundheitlichen Lage zeigt:

In Mitte und Neukölln wohnt der berlinweit größte Anteil der Bevölkerung nichtdeutscher Staatsangehörigkeit und der berlinweit größte Anteil der Bevölkerung ohne einen beruflichen Ausbildungsabschluss. Die vergleichsweise Wenigsten der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter sind sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Überdurchschnittlich Viele sind im Alter auf Grundsicherungsleistungen der Sozialhilfe (SGB XII) angewiesen. Die Neuerkrankungsraten an bösartigen Neubildungen gehören zu den höchsten in Berlin. Beide Bezirke nehmen die schlechtesten Rangplätze bezüglich des Sozialindex I ein. Der Bezirk Mitte mit einem andererseits hohen Wert des Status-/ Segregationsindex (siehe Ausführungen zum Status-/ Segregationsindex) nahm 2006 (Sozialstrukturatlas 2008) noch den Rangplatz 3 zum Sozialindex II ein, nunmehr den Rang 5. Die sich darin ausdrückende leichte Verstärkung des Bezuges zum ersten Arbeitsmarkt könnte damit auch im Kontext mit Auswirkungen des Zuzuges bildungsorientierter Bevölkerungsgruppen gewertet werden. In Neukölln bildet sich ein solcher Trend des Bezuges zum ersten Arbeitsmarkt nicht ab. Während Neukölln in der Voruntersuchung den sechsten Rang einnahm, liegt der Bezirk nunmehr auf dem

ersten Rangplatz zum Sozialindex II. Einzuräumen ist hier, dass der verstärkte Zuzug bildungsorientierter Einwohnerinnen und Einwohner später als in Mitte begann, d. h. sich die jüngere bildungsorientierte Bevölkerung häufiger als in Mitte noch in der Ausbildungsphase befindet.

Demgegenüber sticht der Bezirk Steglitz-Zehlendorf in der differenzierten Analyse aus der Gruppe heraus. Unterdurchschnittliche Anteile der Bezirksbevölkerung zählen als Nichtdeutsche. Alleinerziehend sind die (nach Treptow-Köpenick) wenigsten Mütter oder Väter. Arbeitslos gemäß SGB III ist der berlinweit jeweils geringste Anteil der betrachteten Bevölkerungsgruppen. Sehr wenige der älteren Bevölkerung benötigen Grundsicherung im Alter nach SGB XII. Im Kontext mit den Befunden zum Status-/ Segregationsindex sowie zum Sozialindex I wird deutlich, dass hier vergleichsweise große Teile der Bevölkerung mit günstiger Positionierung in der Sozialstruktur über andere Erwerbs- und Einkommenslagen verfügen, welche sich nicht über das Ausmaß sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung abbilden.

In Charlottenburg-Wilmersdorf und Tempelhof-Schöneberg ist die Ausprägung der den Sozialindex II charakterisierenden Indikatoren ähnlich gerichtet wie in Steglitz-Zehlendorf, allerdings näher an den jeweiligen Berliner Durchschnittswerten. Eine Ausnahme bildet die Tatsache, dass Tempelhof-Schöneberg als einziger Bezirk so gut wie keinen Zuzugsüberschuss Nichtdeutscher verzeichnet.

Bezirke mit mittleren Werten des Sozialindex II

(Spandau, Friedrichshain-Kreuzberg, Reinickendorf)

Die Bezirke Spandau, Friedrichshain-Kreuzberg und Reinickendorf haben dicht am Berliner Durchschnitt liegende Werte des Sozialindex II mit deutlichem Abstand sowohl zu den Bezirken mit geringen als auch zu den Bezirken mit hohen Werten. Bezogen auf die den Sozialindex II bestimmenden Indikatoren drückt sich dies nicht durchgängig in mittleren Werten, sondern teilweise in differenzierter Weise aus.

Die Anteile ausländischer Personen bzw. ausländischer Kinder und Jugendlicher sind in Friedrichshain-Kreuzberg überdurchschnittlich, wogegen der Wanderungsüberschuss Nichtdeutscher im Bezirk zwar vorhanden, aber einer der niedrigsten in Berlin ist. Reinickendorf dagegen verzeichnet eines der höchsten Wanderungssaldi Nichtdeutscher.

Leicht überdurchschnittlich viele Personen haben keinen beruflichen Ausbildungsabschluss. In Spandau und Reinickendorf sind vergleichsweise viele der Erwerbspersonen in abhängig ziviler Erwerbstätigkeit, in Friedrichshain-Kreuzberg die berlinweit wenigsten. In sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung dagegen befinden sich in allen drei Bezirken weniger große Teile der Bevölkerung als in Berlin insgesamt.

In Friedrichshain-Kreuzberg benötigt zudem der im Bezirksvergleich höchste Anteil der über 65-Jährigen Grundsicherung nach SGB XII zur Sicherung des Lebensunterhaltes. Auch die Neuerkrankungsrate bösartiger (tabakassoziierter) Neubildungen ist hier am höchsten. Der Bezirk nahm in der Voruntersuchung (Sozialstrukturatlas 2008) noch den Rangplatz 4, nunmehr den Rangplatz 7 ein. Bei gleichzeitiger Verbesserung in der bezirklichen Rangfolge zum Sozialindex I und dem ersten Rangplatz bezüglich des Status-/ Segregationsindex zeigen sich hier die in den betreffenden Ausführungen skizzierten Auswirkungen von Bevölkerungsentwicklung und Wanderung. Für Spandau hingegen sind anhand der zeitlichen Entwicklung der Positionierung in der Rangfolge zu den drei Indizes tendenziell Änderungen in umgekehrter Richtung zu beobachten.

Bezirke mit niedrigen Werten des Sozialindex II

(Treptow-Köpenick, Pankow, Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf)

Die Aussage des Sozialindex II wird besonders deutlich in der Gruppe der vier Bezirke auf den höchsten Rangplätzen 9 bis 12 (niedrige Werte des Sozialindex II). In diesen Bezirken leben die berlinweit wenigsten Ausländerinnen und Ausländer bzw. nichtdeutschen Kinder und Jugendliche. Lediglich bezüglich des

Anteils ausländischer Kinder und Jugendlicher an der gleichaltrigen Bezirksbevölkerung ist für Lichtenberg ein Wert nahe dem Berliner Durchschnitt festzustellen. Weit mehr Ausländerinnen und Ausländer ziehen aber in diese Bezirke herein als aus diesen fort, was sich in verhältnismäßig hohen Wanderungssaldi der nichtdeutschen Bevölkerung ausdrückt. Im Berliner Vergleich sind besonders viele der Familien mit Kindern unter 18 Jahren in Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf und Pankow alleinerziehend, in Treptow-Köpenick allerdings der berlinweit geringste Anteil.

Die jeweils überwiegenden Teile der Bezirksbevölkerung im erwerbsfähigen Alter sind sozialversicherungspflichtig beschäftigt, hohe Anteile zählen zu den abhängig zivilen Erwerbstätigen. Die mit Abstand geringsten Anteile an der Bezirksbevölkerung sind ohne beruflichen Ausbildungsabschluss. Hinsichtlich aller Indikatoren zur Arbeitslosigkeit nach SGB III werden in den Bezirken der Gruppe (mit) den höchsten Werten in Berlin erreicht. Das heißt, dass die Bevölkerung durch sozialversicherungspflichtige Beschäftigung Ansprüche auf Arbeitslosengeld erreichen konnte und sich in der Regel noch nicht lange bzw. in materiell abgesicherter Lage in Arbeitslosigkeit befindet.

Die Neuerkrankungsraten an bösartigen Neubildungen, speziell der tabakassoziierten, sowie die vermeidbare Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen der Lunge und der Bronchien sind in den Bezirken der Gruppe eher unterdurchschnittlich. Vergleichsweise Wenige im Alter ab 65 Jahre benötigen Grundsicherung gemäß SGB XII.

Treptow-Köpenick, Lichtenberg und Marzahn-Hellersdorf belegten zum Zeitpunkt der früheren Untersuchung (Sozialstrukturatlas 2008) die größten Rangplätze. Der Bezirk Pankow lag damals auf Rangplatz 8 und schob sich seitdem zwei Rangplätze weiter auf den Rangplatz 10. Gleichzeitig verbesserte sich der Bezirk hinsichtlich der im Sozialindex I ausgedrückten sozialen und gesundheitlichen Lage auf den dritten Rangplatz, woran wiederum deutlich wird, dass es sich bei einer Veränderung des Rangplatzes zum Sozialindex II nicht eindimensional um eine Verschlechterung oder Verbesserung handelt.

3.2.2.2 Planungsräume

Für die Berechnung von Sozialstrukturindizes auf Ebene der Planungsräume stehen nicht alle auf der Bezirksebene verwendeten Indikatoren zur Verfügung. Dies führt unter anderem zu geringen Abweichungen hinsichtlich der Ladungen der einzelnen Indikatoren auf die Sozialindizes, d. h. ihrer Zusammenhänge zur Aussage der Indizes.

Für den Sozialindex II bestätigen sich für die Planungsraumbene die wesentlichen Aussagen auf der Bezirksebene. Demnach wird der Sozialindex vornehmlich geprägt durch die Indikatoren zu sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung bzw. zur Arbeitslosigkeit nach SGB III. In umgekehrter Richtung beeinflussen dagegen der Anteil ausländischer Personen an der Bevölkerung und der Bezug von Leistungen des SGB XII insbesondere im höheren Lebensalter (Grundsicherung ab 65 Jahre, Hilfe zur Pflege) die Ausprägung des Sozialindex II auf Planungsraumbene.

Der Sozialindex II nimmt hohe Werte, welche sich in vorderen (niedrigen) Rangplätzen ausdrücken, auf Ebene der Planungsräume an:

- **bei tendenziell niedriger Ausprägung der Indikatoren:**

- Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre)
- Arbeitslose nach SGB III an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre)
- Langzeitarbeitslose nach SGB III an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre)
- Arbeitslose Jugendliche (unter 25 Jahren) nach SGB III an der Bevölkerung (15 - 24 Jahre)
- Leistungsempfänger und Leistungsempfängerinnen SGB III (ALG I-Empf.) an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre)

sowie

• **bei tendenziell hoher Ausprägung der Indikatoren:**

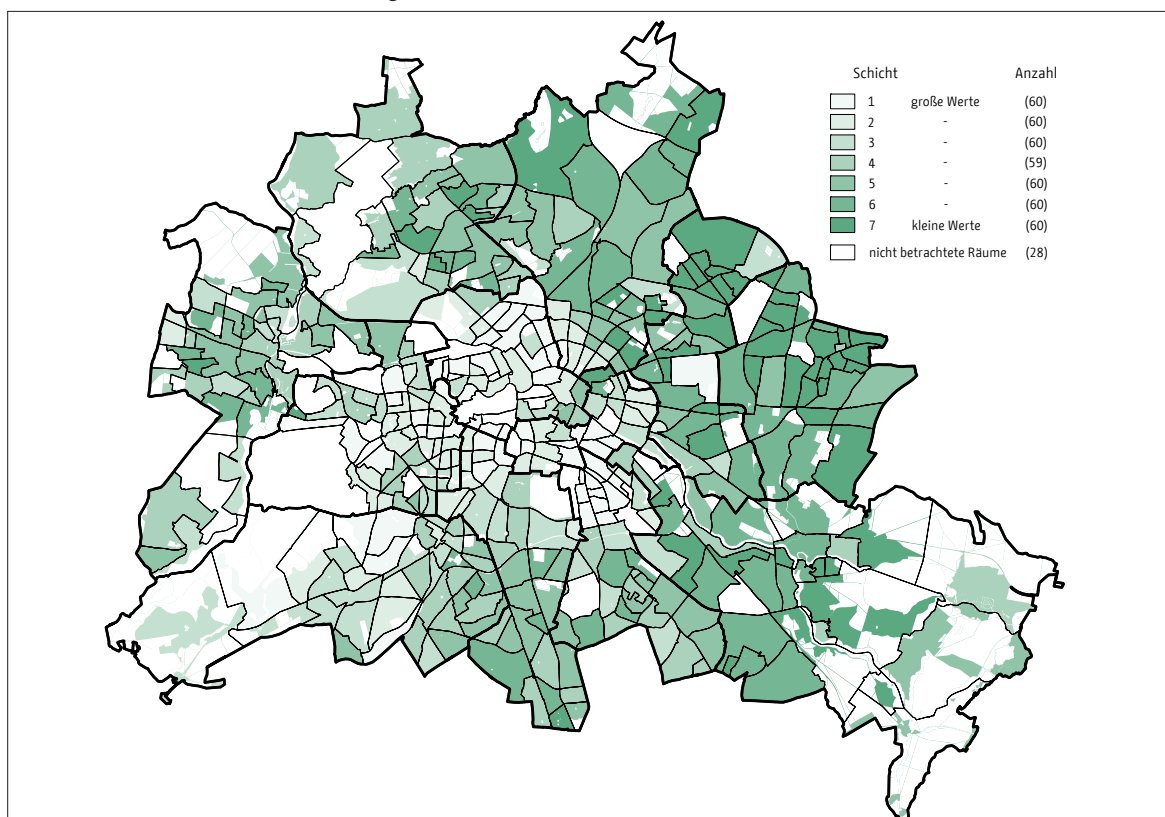
- Ausländische Personen an der Bevölkerung
- Ausländische Kinder und Jugendliche an der Bevölkerung (unter 18 Jahren)
- Wanderungsvolumen je 1.000 der Bevölkerung
- Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung SGB XII (außerhalb von Einrichtungen) an der Bevölkerung (ab 65 Jahre)
- Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege SGB XII (außerhalb von Einrichtungen) an der Bevölkerung (ab 65 Jahre)

Niedrige Werte bzw. hintere (hohe) Rangplätze hinsichtlich des Sozialindex II drücken sich in der umgekehrten (inversen) Konstellation aus.

Anders als für die Ebene der Bezirke stehen einige Indikatoren nicht (Vermeidbare Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen der Bronchien und der Lunge, Neuerkrankungsrate an bösartigen Neubildungen, Neuerkrankungsrate an tabakassozierten bösartigen Neubildungen) bzw. nur schwach (Wanderungssaldo der ausländischen Bevölkerung, Arbeitslose Ausländer und Ausländerinnen nach SGB III an der ausländischen Bevölkerung) mit dem Sozialindex II in Zusammenhang.

Die auf den Sozialindex II auf Planungsebene ladenden Einzelindikatoren führen im Ergebnis zu einer scharfen kleinräumigen Differenzierung, welche im Kontext mit der Betrachtung der Ergebnisse zu den Einzelindikatoren und auch vor dem Hintergrund der Ergebnisse zu den anderen Sozialindizes interpretiert werden muss.

Abbildung 3.7:
Sozialindex II 2013 auf der LOR-Ebene der Planungsräume



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Die fünf Planungsräume mit den größten Werten des Sozialindex II sind

1. Donaustraße (Neukölln)
2. Flughafenstraße (Neukölln)
3. Askanischer Platz (Friedrichshain-Kreuzberg)
4. Herzbergstraße (Lichtenberg)
5. Sparrplatz (Mitte).

Unter den fünf Planungsräumen mit den kleinsten Werten des Sozialindex II sind vier aus dem Bezirk Marzahn-Hellersdorf zu finden. Die Ränge 415 bis 419 werden von folgenden Planungsräumen besetzt:

415. Kaulsdorf Nord I (Marzahn-Hellersdorf)
416. Ringkolonaden (Marzahn-Hellersdorf)
417. Gut Hellersdorf (Marzahn-Hellersdorf)
418. Hauptstraße (Lichtenberg)
419. Marzahn-Ost (Marzahn-Hellersdorf).

Nicht nur die Rangfolge der Bezirke (siehe vorherige Ausführungen), sondern ebenso die innerbezirkliche Polarisierung der Lage der Bevölkerung in den einzelnen Planungsräumen stellt sich anders dar als hinsichtlich der Befunde zum Sozialindex I. Die für einige Bezirke (v. a. Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf, Mitte, Friedrichshain-Kreuzberg) dort zu konstatierende scharfe räumliche Clusterung bzw. Polarisierung innerhalb des jeweiligen Bezirkes ist hinsichtlich der Werte des Sozialindex II nicht vorzufinden. Auf der anderen Seite sind räumliche Cluster von Planungsräumen mit hinsichtlich des Sozialindex I gegensätzlichen Bewertungen bezüglich des Sozialindex II gleich einzustufen (bspw. gleiche Einstufung von Planungsräumen des südwestlichen Steglitz-Zehlendorf wie der Planungsräume in den Bezirken Mitte, Friedrichshain-Kreuzberg oder im nördlichen Bereich von Neukölln). Wie bereits ausgeführt, zeigt sich hier die Differenziertheit der ohne Betrachtung weiterer Inhalte nicht per se als „günstig“ oder „ungünstig“ zu beschreibenden Lage.

Deutlich wird dies am Beispiel der Planungsräume des Bezirkes Marzahn-Hellersdorf. So gut wie alle bezirklichen Planungsräume erreichen unterdurchschnittlich kleine Werte des Sozialindex II. Die Gründe für die sehr ähnliche Einordnung der einzelnen Planungsräume, welche sich in der konkreten Ausprägung der den Sozialindex II bestimmenden Einzelindikatoren widerspiegeln, sind dennoch differenziert. So liegen im innerbezirklichen Maßstab der in den Großsiedlungen gelegenen Planungsräume der Anteil ausländischer Bevölkerung, das Wanderungsvolumen sowie die Anteile an Personen mit Grundsicherung oder Hilfe zur Pflege nach SGB XII unter der Bevölkerung ab 65 Jahre eher höher und gleichzeitig die Anteile nach SGB III Arbeitsloser bzw. Arbeitslosengeld I – Empfangender, welche mit umgekehrter Richtung auf den Sozialindex II laden, ebenfalls eher höher. In den Planungsräumen der Siedlungsgebiete des Bezirkes liegen jeweils alle diese Indikatoren im innerbezirklich niedrigen Bereich.

In den Planungsräumen der Bezirke Mitte und Neukölln wiederum wird der statistisch inverse (gegensätzliche) Zusammenhang zwischen dem Anteil ausländischer Bevölkerung und dem Anteil an Personen mit sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung an der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter anschaulich. So ist der Anteil ausländischer Bevölkerung in den Planungsräumen auf dem Gebiet des Alt-Bezirk Mitte wesentlich geringer als in den anderen Planungsräumen des Bezirkes, dafür hingegen der der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten deutlich höher als in den anderen Planungsräumen des Bezirkes Mitte. Die Planungsräume des Bezirkes Neukölln verhalten sich in regelrecht umgekehrter Rangfolge zueinander wie hinsichtlich des Sozialindex I. Die Planungsräume des nördlichen Neukölln weisen weitaus weniger sozialversicherungspflichtig Beschäftigte auf als die in Britz und Rudow gelegenen Planungsräume, dafür jedoch wesentlich höhere Ausländeranteile und höhere Empfängerquoten von Grundsicherung oder Hilfe zur Pflege nach SGB XII unter der Bevölkerung ab 65 Jahren.

In Berlin insgesamt befinden sich die Planungsräume mit großen Werten des Sozialindex II, die sich in einer vorderen Positionierung in der Rangfolge der Planungsräume ausdrücken, vor allem

- im Zentrum der Stadt in den Bezirken Mitte und Friedrichshain-Kreuzberg sowie angrenzenden Planungsräumen aus Pankow, Neukölln und Tempelhof-Schöneberg und
- im südwestlichen Bereich (Steglitz-Zehlendorf und Charlottenburg-Wilmersdorf).

Die Planungsräume mit niedrigen Werten des Sozialindex II (hintere Rangplätze) verteilen sich ringförmig um die Mitte der Stadt mit Ausnahme der südwestlichen Planungsräume. Dabei konzentrieren sich die niedrigsten Werte des Sozialindex II räumlich in Lichtenberg und Marzahn-Hellersdorf.

Tabelle 3.2:
Sozialindex II 2013 - Eckwerte und Bevölkerungsverteilung nach Schichtenbildung

Raumbezug	Planungsraumwerte Sozialindex II				Bevölkerungsanteil in Schicht						
	Min.	Max.	Spannw.	Mittelw.	1	2	3	4	5	6	7
Berlin	-2,4198	1,9133	4,3331	0,0000	9,91	13,35	13,20	14,75	16,92	16,32	15,53
Mitte	-0,3017	2,4366	2,7383	1,0961	63,46	16,87	8,50	6,81	4,37	0,00	0,00
Friedrichshain-Kreuzberg	-1,4440	2,4934	3,9374	0,7945	31,43	39,33	24,66	0,00	0,00	2,55	2,03
Pankow	-2,0477	1,2709	3,3185	-0,4032	3,21	23,67	3,57	6,52	18,21	33,71	11,11
Charlottenburg-Wilmersdorf	-1,9844	1,8396	3,8240	0,6419	16,53	43,84	19,53	14,84	4,43	0,00	0,82
Spandau	-1,1562	1,0396	2,1958	-0,1941	0,00	2,73	17,25	17,96	34,43	24,50	3,13
Steglitz-Zehlendorf	-0,7990	1,9362	2,7353	0,2872	10,10	13,89	32,87	25,10	13,09	4,95	0,00
Tempelhof-Schöneberg	-1,2366	2,0765	3,3131	0,1575	13,91	26,13	7,30	23,82	17,90	9,84	1,11
Neukölln	-0,7638	2,6556	3,4194	0,5144	42,56	6,22	8,72	16,10	15,51	10,90	0,00
Treptow-Köpenick	-1,7763	0,2881	2,0644	-0,7750	0,00	0,00	1,21	15,00	5,91	49,92	27,97
Marzahn-Hellersdorf	-2,3143	0,0487	2,3630	-1,2959	0,00	0,00	0,00	0,67	6,71	23,41	69,21
Lichtenberg	-2,1418	2,4642	4,6060	-0,8253	1,21	1,27	3,51	1,26	11,85	35,06	45,84
Reinickendorf	-1,7129	0,5851	2,2979	-0,4105	0,00	2,97	5,26	46,26	19,52	18,69	7,29

(Datenquelle: SenGesSoz Berlin / AFS Berlin-Brandenburg, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

3.2.3 Status-/ Segregationsindex

3.2.3.1 Bezirke

Der dritte Index weist eine sehr hohe Korrelation zur jungen Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter, mit Schul- und Ausbildungsabschlüssen, zum beruflichen Status, zur Haushaltsgröße, zur Bevölkerungsdichte, zum Anteil und Wanderungssaldo der Kinder unter 6 Jahren sowie gleichzeitig zum Anteil und zur materiellen Lage der älteren Bevölkerung auf.

Er nimmt hohe Werte, welche sich in vorderen (niedrigen) Rangplätzen ausdrücken, an:

- **bei tendenziell hoher Ausprägung der Indikatoren :**
 - Männer an der Bevölkerung
 - Personen im Alter von unter 6 Jahren an der Bevölkerung
 - Personen im Alter von 18 bis 34 Jahren an der Bevölkerung
 - 1-Personen-Haushalte im Alter unter 65 Jahren an allen Haushalten
 - Wanderungsvolumen je 1.000 der Bevölkerung
 - Bevölkerungsdichte / Einwohner je Hektar Siedlungsfläche
 - Personen mit (Fach-)Hochschulreife an der Bevölkerung
 - Personen mit (Fach-)Hochschulabschluss an der Bevölkerung
 - Selbständige und mithelfende Familienangehörige an den Erwerbstätigen (18 - 64 Jahre)
 - Arbeitslosenquote (Arbeitslose an den abhängig zivilen Erwerbspersonen) nach SGB III

- Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung SGB XII (außerhalb von Einrichtungen) an der Bevölkerung (ab 65 Jahre)
- Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege SGB XII (außerhalb von Einrichtungen) an der Bevölkerung (ab 65 Jahre)
- Anteil Raucher und Raucherinnen an der Bevölkerung

sowie

• **bei tendenziell niedriger Ausprägung der Indikatoren:**

- Personen im Alter von 6 bis 17 Jahren an der Bevölkerung
- Personen ab 65 Jahre an der Bevölkerung
- Haushaltsgröße
- Wanderungssaldo der Kinder je 1.000 der Bevölkerung (unter 6 Jahren)
- Personen mit Volks-/ Hauptschulabschluss an der Bevölkerung
- Abhängig zivile Erwerbstätige (15 - 64 Jahre) an Erwerbspersonen
- Arbeiter und Arbeiterinnen an den Erwerbstätigen (15 - 64 Jahre)
- Beamte und Beamtinnen / Richter und Richterinnen an den Erwerbstätigen (15 - 64 Jahre)
- Personen mit überwiegendem Lebensunterhalt aus Rente / Pension an der Bevölkerung.

Niedrige Werte bzw. hintere (hohe) Rangplätze hinsichtlich des Status-/ Segregationsindex drücken sich in der umgekehrten (inversen) Konstellation aus.

Demnach leben in Gebieten mit hohen Werten des Status-/ Segregationsindex vergleichsweise viele Einwohnerinnen und Einwohner im Alter unter 6 Jahren und im Alter von 18 bis 34 Jahren, bei geringen Anteilen der Bevölkerung im Alter von 6 bis 17 Jahren sowie ab 65 Jahre. Der Anteil der 1-Personen-Haushalte unter 65 Jahren wie auch die Bevölkerungsdichte sind sehr eng mit hohen Werten des Status-/ Segregationsindex verbunden. Die zahlreich vertretene junge Bevölkerung von 18 bis 34 Jahren dürfte einen nicht geringen Anteil der 1-Personen-Haushalte generieren. In dieser Altersspanne beginnt allerdings auch die Familiengründung, was sich im hohen Anteil unter 6-jähriger Kinder in den betroffenen Gebieten ausdrückt.

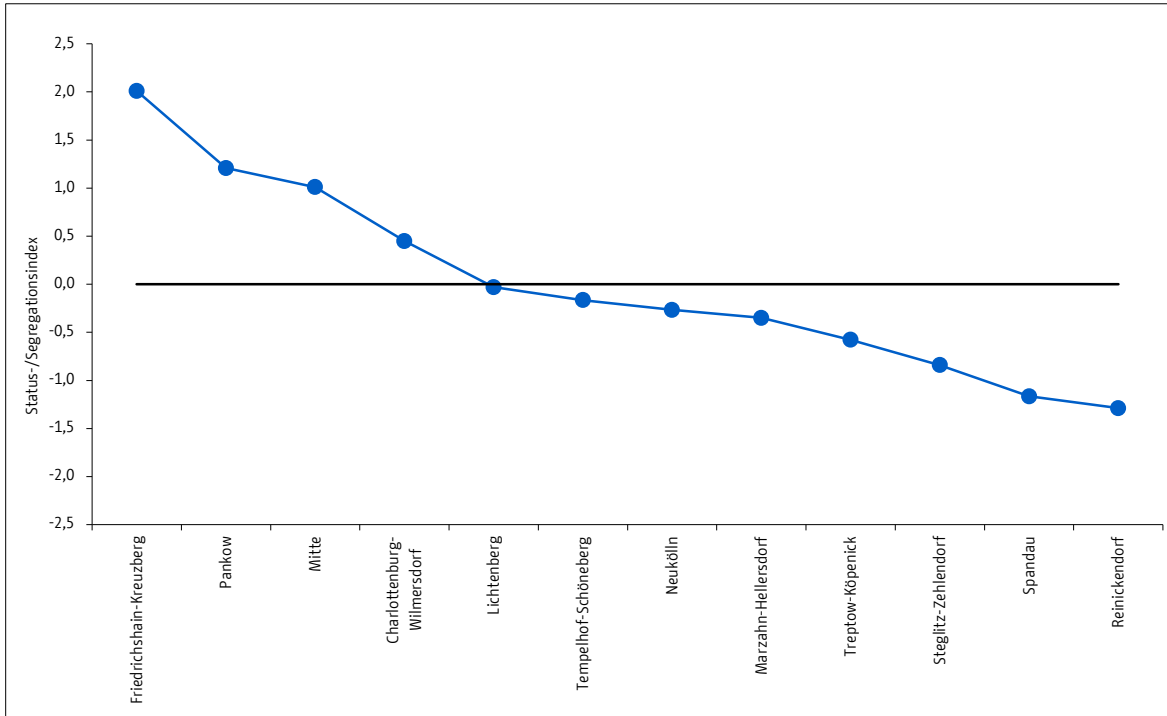
Gleichzeitig ist die in den betroffenen Gebieten lebende Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter durch hohe Bildungsabschlüsse, verbunden mit eher günstigem beruflichem Status, gekennzeichnet. Hohe Anteile von Personen mit Hochschulreife bzw. -abschluss stehen geringen Anteilen von Personen mit Volks-/ Hauptschulabschluss gegenüber. Die berufliche Tätigkeit ist durch hohe Anteile Selbständiger bei geringen Anteilen abhängig ziviler Erwerbstätiger und an Arbeitern und Arbeiterinnen sowie Beamten und Beamtinnen / Richtern und Richterinnen gekennzeichnet. Zu Indikatoren der Arbeitslosigkeit besteht lediglich ein mittlerer Zusammenhang hinsichtlich der Arbeitslosenquote nach SGB III.

Die Personen ab 65 Jahre nehmen hier zwar geringe Anteile an der Bevölkerung ein, steht jedoch bei hohen Anteilen von Empfängerinnen und Empfängern von Grundsicherung im Alter wie auch hoher Anteile von Empfängerinnen und Empfängern von Hilfe zur Pflege der Sozialhilfe (SGB XII) bei Pflegebedürftigkeit ebenso in starkem Zusammenhang mit hohen Werten des Status-/ Segregationsindex. Beide Indikatoren sind Kennzeichen einer armutsnahen Lebenslage.

Die statushohen Gebiete weisen hohe Wanderungsvolumina auf. Der Wanderungssaldo der Kinder unter 6 Jahren ist negativ, d. h. es ziehen mehr Kinder weg als zu. Zum Wanderungssaldo mit dem engeren Verflechtungsraum besteht ein mittlerer Zusammenhang. Da alle Berliner Bezirke 2011 einen positiven Wanderungssaldo aufwiesen, kann davon ausgegangen werden, dass das Wanderungsvolumen der statushohen Bezirke Wanderungsgewinne anderer Altersgruppen als der unter 6-Jährigen aufweist. Konkret betrachtet sind die Bezirke mit den aktuell höchsten Werten des Status-/ Segregationsindex bzw. zum Vergleichszeitpunkt 2006 auffallend gestiegenen Rangplätzen die mit hohen Anteilen jüngerer (erwachsender) Bevölkerungsgruppen.

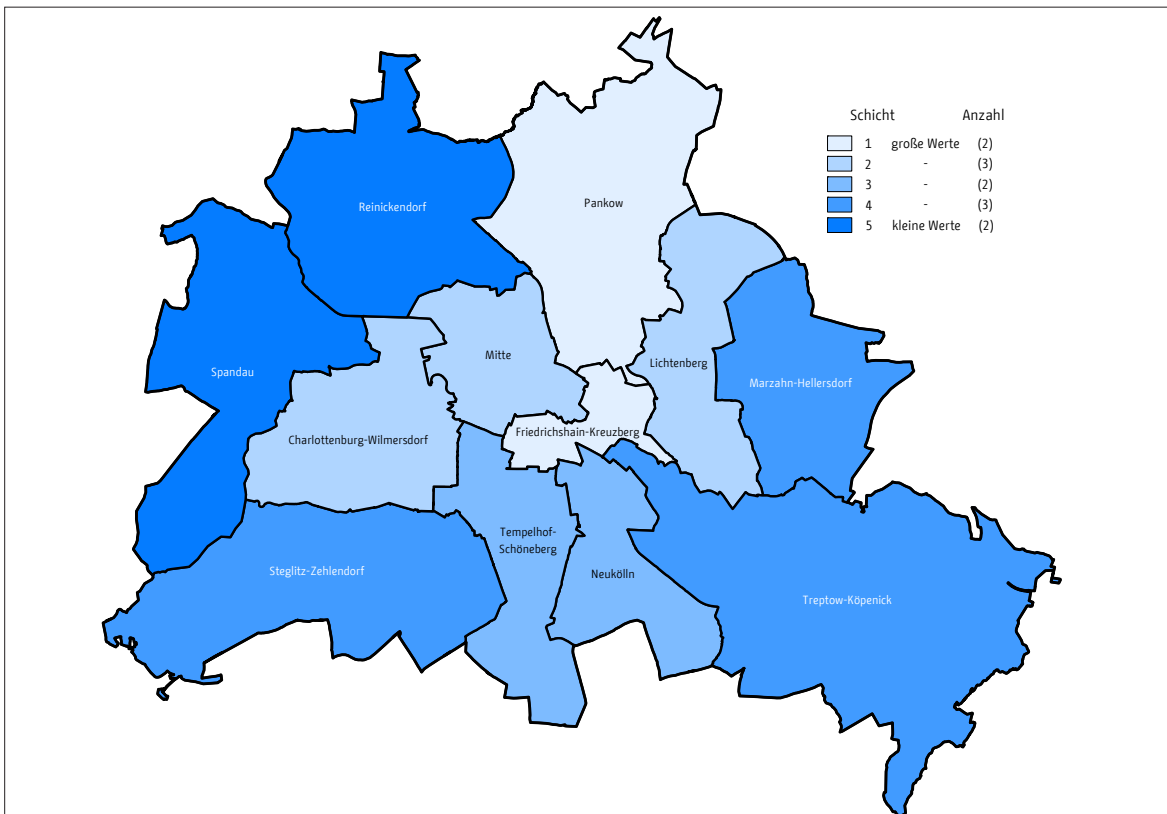
Offensichtlich drückt sich in hohen Werten des Status-/ Segregationsindex bzw. Verbesserungen in der entsprechenden Rangfolge der Bezirke „Bewegung“ in der Bevölkerungsstruktur aus. Kurz gefasst, scheint hier Zuzug hohes Bildungsniveau zu stärken bei Verbleib von anteilmäßig kleiner älterer Bevölkerungs-

Abbildung 3.8:
Status-/ Segregationsindex 2013 für die Berliner Bezirke



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 3.9:
Status-/ Segregationsindex 2013 für die Berliner Bezirke (Karte)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

gruppen mit eher prekärer sozialer Lage. Der negative Zusammenhang zum Anteil der Bevölkerung im Alter von 6 bis 17 Jahren (sowie der leichte negative Zusammenhang zum Anteil der 35- bis 64-Jährigen) stützt die Einschätzung des sich hier ausdrückenden „Nebeneinanders“ von *alter* im Sinne von *lebensalter* und *alteingesessener* Bevölkerung und *junger*, gebildeter, aufstrebender Bevölkerung. Das heißt, hohe Werte des Status-/ Segregationsindex sind auch Ausdruck ablaufender Segregationsprozesse. Inwieweit der Wegzugsüberschuss der Kinder unter 6 Jahren mit dem Fortzug von „neuer“ hochgebildeter Einwohner und Einwohnerinnen nach Familiengründung oder von ortsansässigen Familien anderer sozialer Lage, welche u. a. aufgrund steigender Mietpreise bei höherem Raumbedarf nach Gründung oder Vergrößerung der Familie verbunden ist, kann mit den vorliegenden Daten nicht belegt werden.

Niedrige Werte des Status-/ Segregationsindex drücken die beschriebenen Sachverhalte in umgekehrter Richtung aus.

Die Faktorladungen des dritten Index bezüglich der mit ihm korrelierenden Indikatoren drücken noch deutlicher als in der Berechnung zum Sozialstrukturatlas 2008 oben beschriebene Prozesse bzw. Ergebnisse aus, so dass der damals Statusindex genannte Index nunmehr als Status-/ Segregationsindex bezeichnet wird.

Hinsichtlich des Status-/ Segregationsindex lassen sich die Berliner Bezirke in folgenden Gruppen zusammenfassen:

Bezirke mit hohen Werten des Status-/ Segregationsindex

(Friedrichshain-Kreuzberg, Pankow, Mitte, Charlottenburg-Wilmersdorf)

Die höchsten Indexwerte erzielen die Bezirke Friedrichshain-Kreuzberg, Pankow, Mitte und Charlottenburg-Wilmersdorf in absteigender Rangplatzfolge. Insbesondere Friedrichshain-Kreuzberg und Mitte, aber auch Pankow sind durch sehr hohe Anteile junger Bevölkerungsgruppen und die berlinweit höchsten Anteile an 1-Personen-Haushalten geprägt. Gerade in Mitte und Friedrichshain-Kreuzberg sind mit den höchsten Anteilen 18- bis 34-Jähriger, Kindern unter 6 Jahren und auch Männern an der Bevölkerung die in Berlin höchsten Wanderungsvolumina verbunden mit den jeweils höchsten Wegzugsverlusten unter 6-jähriger Kinder (und deren Eltern). Die Bevölkerungsdichte ist die höchste in Berlin. In Friedrichshain-Kreuzberg und Pankow rauchen besonders viele Einwohnerinnen und Einwohner.

Die Bildungsabschlüsse der Bezirksbevölkerung übersteigen in allen vier Bezirken weit den Berliner Durchschnitt, wobei sich beispielsweise in Mitte die starke Heterogenität der sozialen Lage der Bevölkerung (siehe Befunde zum Sozialindex I) u. a. durch den in Berlin gleichzeitig zweithöchsten Anteil an Personen ohne beruflichen Ausbildungsabschluss an der Bezirksbevölkerung ausdrückt.

Zwar leben auffallend wenige ältere Personen in den ranghöchsten Bezirken Mitte und Friedrichshain-Kreuzberg, doch sind diese weit überdurchschnittlich stark auf staatliche Sozialleistungen angewiesen. Das trifft auch auf weitere Teile der Bezirksbevölkerung zu wie sich in den ungünstigen Befunden zum Sozialindex I zeigt. Demgegenüber ist in Pankow und Charlottenburg-Wilmersdorf der Anteil der älteren Bevölkerung höher und deren materielle Lage günstiger.

Bezirke mit mittleren Werten des Status-/ Segregationsindex bzw. starker Rangplatzverbesserung

(Lichtenberg, Tempelhof-Schöneberg, Neukölln)

Tempelhof-Schöneberg weist eine den Bezirken mit hohen Werten des Status-/ Segregationsindex ähnliche Bildungsstruktur der Bevölkerung auf. Berlinweit gibt es hier die meisten Beamten und Beamtinnen (inklusive Richtern und Richterinnen). Der Wanderungssaldo von Familien mit jungen Kindern ist leicht positiv. Anders als in der ersten Gruppe leben hier auch deutlich mehr Personen ab 65 Jahre bzw. Rentner und Rentnerinnen / Pensionäre und Pensionärinnen. In der Rangfolge der Bezirke steht der Bezirk auf dem 6. Platz (Sozialstrukturatlas 2008: 9. Platz).

Die junge Bevölkerung im Alter von 18 bis 34 Jahren ist in Neukölln und Lichtenberg anteilmäßig gleichstark vertreten wie in Pankow. In Neukölln gibt es überdurchschnittlich viele 1-Personen-Haushalte unter 65 Jahren. Die starke Rangplatz-Verschiebung von 10 (Sozialstrukturatlas 2008) auf 7 zeigt unter anderem an, dass junge gebildete Einwohnerinnen und Einwohner zuziehen. Lichtenberg erreicht den Rangplatz 5 (Sozialstrukturatlas 2008: 6). Zugleich haben in beiden Bezirken überdurchschnittliche Anteile der Bevölkerung eine ungünstigere Bildungsstruktur. Der Anteil Rauchender ist vergleichsweise hoch. Junge Familien ziehen in Lichtenberg fast genauso häufig zu wie weg, wogegen Neukölln einen Wegzugsüberschuss junger Familien aufweist.

In Neukölln leben unter der älteren Bevölkerung vergleichsweise viele Grundsicherungsempfängerinnen und Grundsicherungsempfänger, in Lichtenberg leicht überdurchschnittlich große Anteile der Bevölkerung mit Renten oder Pensionen als Haupteinkommensquelle.

Bezirke mit niedrigen Werten des Status-/ Segregationsindex bzw. starker Rangplatzverschlechterung (Marzahn-Hellersdorf, Treptow-Köpenick, Steglitz-Zehlendorf, Spandau, Reinickendorf)

Die Bezirke mit den hinteren Rangplätzen 8 bis 12 sind die in Berlin am wenigsten dicht besiedelten. Um den Durchschnitt liegende Anteile unter 6-jähriger Kinder gehen mit überdurchschnittlichen Anteilen Älterer ab 65 Jahre einher. Ausnahmen bilden Steglitz-Zehlendorf mit unterdurchschnittlichem Kinderanteil und Marzahn-Hellersdorf mit unterdurchschnittlichem Anteil Älterer. Relativ geringe Anteile der Bevölkerung sind zwischen 18 und 34 Jahren alt. Die Privathaushalte sind vergleichsweise groß. Bis auf Treptow-Köpenick sind in allen Bezirken deutliche Wanderungsgewinne von Familien mit Kindern unter 6 Jahren zu verzeichnen. Allerdings ist in allen Bezirken der Anteil der Personen mit (Fach-)Hochschulabschluss zurückgegangen, am stärksten in Treptow-Köpenick. Unter den Spandauern und Spandauerinnen sowie den Reinickendorfern und Reinickendorferinnen haben die im Berlinvergleich größten Anteile lediglich einen Volks- oder Hauptschulabschluss erlangen können. In Spandau und Marzahn-Hellersdorf sind die berlinweit größten Anteile unter den Erwerbstätigen Arbeitern und Arbeiterinnen, in Steglitz-Zehlendorf dagegen überdurchschnittlich Viele als Selbständige oder mithelfende Familienangehörige tätig. Die ältere Bevölkerung benötigt vergleichsweise selten Sozialleistungen zur Sicherung ihres Lebensunterhaltes oder aufgrund von Pflegebedürftigkeit. Mit Ausnahme von Marzahn-Hellersdorf bestreiten größere Teile der Bevölkerung ihren Lebensunterhalt überwiegend aus Renten oder Pensionen als in Berlin insgesamt.

Seit dem Vergleichszeitpunkt des Sozialstrukturatlases 2008 ist der Bezirk Treptow-Köpenick um vier Rangplätze (von Rang 5 nach Rang 9) nach unten gerutscht, Steglitz Zehlendorf von Rang 8 nach Rang 10. Hier drückt sich nicht zuletzt im Zusammenhang zum demografischen Wandel der Fakt der größten Anteile ab 65-Jähriger unter der Bevölkerung beider Bezirke aus. In Reinickendorf und Spandau mit den auch damals hintersten Rangplätzen gibt es ähnlich hohe Anteile Älterer.

3.2.3.2 Planungsräume

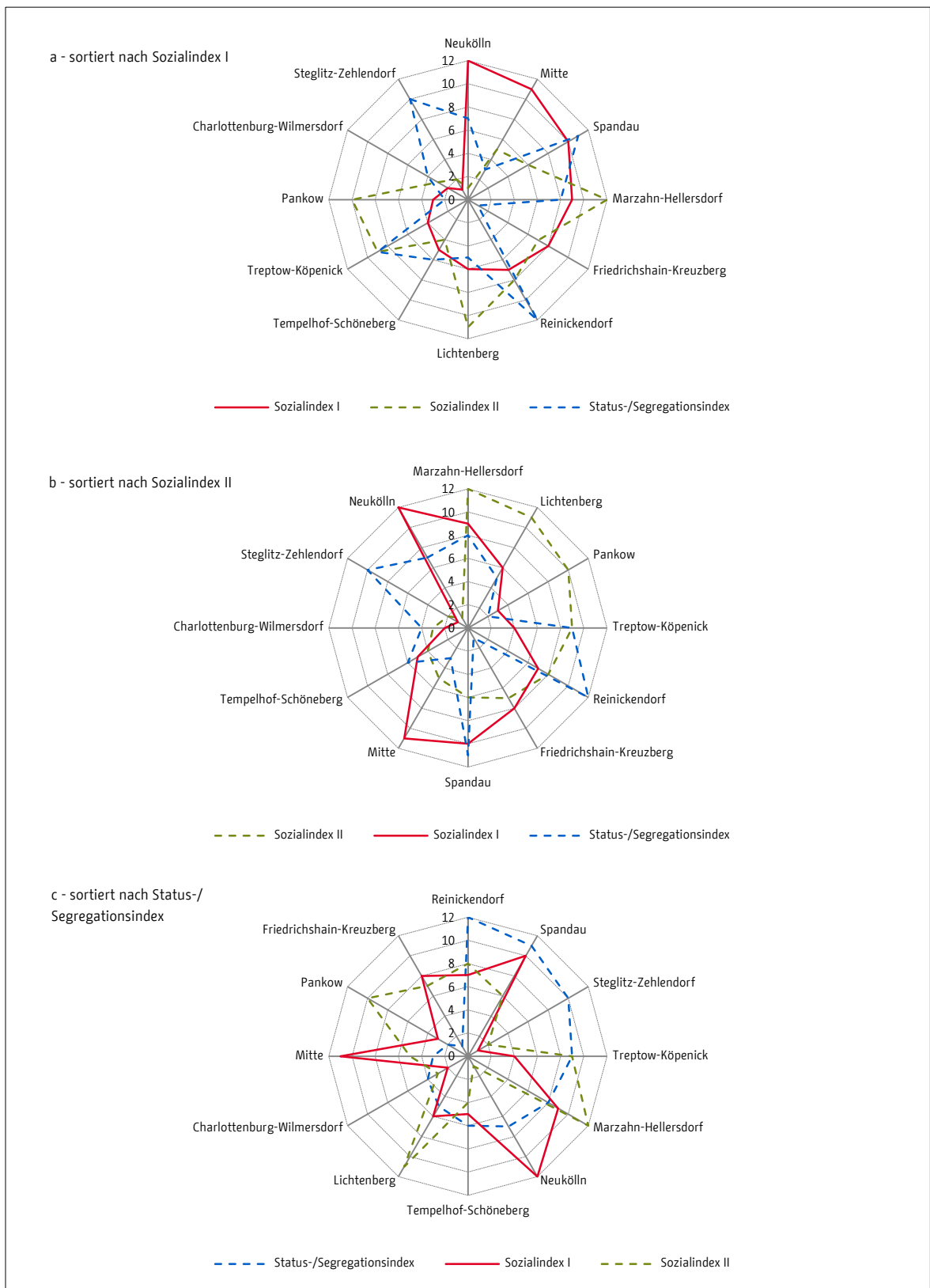
Wesentliche, den Index auf Bezirksebene bestimmende Indikatoren stehen auf Planungsraumebene nicht zur Verfügung, weshalb der Index auf Planungsraumebene nicht berechnet werden konnte.

3.2.4 Verhältnis von Sozialindizes und Status-/ Segregationsindex

Aus statistischer Sicht besteht zwischen den drei mit Hilfe der Faktorenanalyse identifizierten Indizes – Sozialindizes I und II sowie Status-/ Segregationsindex – kein Zusammenhang, der Korrelationskoeffizient als entsprechendes Maß ist Null. Die Faktoren verhalten sich methodisch bedingt orthogonal zueinander.

Sortiert man die Bezirke jeweils nach den Rängen der Indizes (Abbildung 3.10 a-c) wird deutlich, dass sie über ganz unterschiedliche Potentiale und Defizite verfügen (vgl. auch Tabelle 3.3). So weist Friedrichs-

Abbildung 3.10:
 Sozial- und Status-/ Segregationsindizes (Ränge) für die Berliner Bezirke 2013



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

hain-Kreuzberg eine im Bezirksvergleich unterdurchschnittliche soziale Lage auf (Sozialindex I = Rang 8), verfügt aber gleichzeitig über eine besonders junge, gut gebildete Bevölkerung (Status-/ Segregationsindex = Rang 1). Marzahn-Hellersdorf dagegen belegt mit Rang 12 den letzten Platz aller Bezirke beim Sozialindex II, bei gleichzeitig unterdurchschnittlicher Ausprägung der anderen beiden Indizes. D. h. hier treffen hohe Anteile an Empfängern und Empfängerinnen von Arbeitslosengeld I (d. h. finanziert durch in eigener Erwerbstätigkeit erworbenen Ansprüchen), die berlinweit höchsten Anteile an Arbeitslosen nach SGB III, gleichzeitig aber auch die höchsten Anteile abhängig sozialversicherungspflichtig Beschäftigter (vor allem Arbeiter und Arbeiterinnen) auf ein im Bezirksvergleich unterdurchschnittliches, jedoch solides Bildungsniveau (geringe Anteile an Personen mit (Fach-)Hochschulreife, aber auch geringe Anteile ohne beruflichen Abschluss).

An diesen Beispielen wird deutlich, dass Schlussfolgerungen für fachpolitische Strategien und Maßnahmen sinnvollerweise über die Gesamt-Betrachtung der Befunde der Sozialstrukturanalyse, d. h. aller drei Faktoren und der Ausprägung der in sie eingehenden Einzelindikatoren, gezogen werden sollten.

Tabelle 3.3:
Sozialindizes und Status-/Segregationsindex des Jahres 2013 für die Berliner Bezirke

Bezirk	Sozialindex I		Sozialindex II		Status-/ Segregationsindex		Anteil der Bezirksbevölkerung an der Berliner Bevölkerung	
	Wert	Rang	Wert	Rang	Wert	Rang	in %	Rang
	Mitte	-1,1235	11	0,7562	5	1,0109	3	9,7
Friedrichshain-Kreuzberg	-0,5169	8	0,3458	7	2,0098	1	7,7	6
Pankow	1,1821	3	-0,9748	10	1,2088	2	10,7	12
Charlottenburg-Wilmersdorf	1,1991	2	0,7901	3	0,4501	4	9,2	9
Spandau	-0,7954	10	0,4010	6	-1,1652	11	6,4	1
Steglitz-Zehlendorf	1,5934	1	0,9070	2	-0,8404	10	8,6	7
Tempelhof-Schöneberg	0,5466	5	0,7831	4	-0,1648	6	9,6	10
Neukölln	-1,4855	12	0,9245	1	-0,2658	7	9,1	8
Treptow-Köpenick	0,6320	4	-0,7100	9	-0,5768	9	7,0	2
Marzahn-Hellersdorf	-0,5923	9	-1,9491	12	-0,3488	8	7,3	4
Lichtenberg	-0,2801	6	-1,4012	11	-0,0301	5	7,5	5
Reinickendorf	-0,3596	7	0,1274	8	-1,2877	12	7,1	3

(Datenquelle: SenGesSoz Berlin / AFS Berlin-Brandenburg, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

3.3 Sozialstruktureller Längsschnitt

3.3.1 Klassifizierung der Räume

Der sozialstrukturelle Längsschnitt wird bei den vorliegenden Berechnungen aus der Veränderung zu den Sozialstrukturberechnungen 2008 berechnet. Zugrunde gelegt werden hier die Ergebnisse zum Sozialindex I, da dieser als so genannter „Belastungsindex“ am einfachsten im Sinne eindeutiger Entwicklungen „nach oben“ oder „nach unten“ mess- und interpretierbar ist. Der Sozialindex II und der Status-/ Segregationsindex umfassen jeweils komplexe soziale Muster, deren numerischer Ausdruck – wie bereits dargelegt – nicht eindimensional im Sinne von „positiv“ oder „negativ“ interpretierbar ist. Daher empfiehlt sich hier eine Analyse im jeweiligen inhaltlichen Kontext der anstehenden Fragestellungen der Datennutzer (siehe auch Abschnitt 3.2.2 und 3.2.3).

Zur Berechnung der Sozialindex I (Δt)R - Werte werden die Differenzen zwischen den aus den zu den Sozialindex I - Werten 2008 und 2013 ermittelten Rängen gebildet. Ein positiver Wert steht für eine relative Verbesserung, ein negativer Wert für eine relative Verschlechterung. Der absolute Sozialindex I (Δt)R - Wert gibt Aufschluss über die Größe der Rangveränderung innerhalb des durch beide Sozialstrukturberechnungen aufgespannten Zeitraumes.

Der sozialstrukturelle Längsschnitt wird sowohl auf der Ebene der Bezirke als auch auf der Planungsraumebene der lebensweltlich orientierten Räume berechnet.

Auf der Planungsraumebene werden dabei nur die Planungsräume berücksichtigt, für die 2008 bereits ein Sozialindex I Wert aufgrund einer ausreichenden Bevölkerungsanzahl berechnet wurde. Während bei den Berechnungen 2008 insgesamt 417 Planungsräume berücksichtigt wurden, sind es für 2013 bereits 419 Planungsräume, die in die Berechnungen der Indizes einfließen können, da sie eine Bevölkerungszahl größer als 1.100 Personen aufweisen. Um eine korrekte Rangdifferenz bilden zu können, werden bei der Berechnung des sozialstrukturellen Längsschnitts auf der Planungsraumebene die Ränge des Sozialindex I 2013 unter Ausschluss der Planungsräume „Eldenaer Straße“ (Bezirk Pankow, 03061441) und „Dorf Falkenberg“ (Bezirk Lichtenberg, 11010103) gebildet, da für diese Planungsräume in 2008 noch keine Indizes gebildet wurden.

Zur Komplettierung werden auch im vorliegenden Atlas auf der Grundlage des sozialstrukturellen Längsschnittes in Kombination mit den aktuellen Sozialindexwerten zur Klassifizierung der Berliner Räume vier verschiedene Kategorien gebildet:

Kategorie I: Gebiete mit überdurchschnittlichem Sozialindex I und überdurchschnittlichen Werten (Verbesserung bzw. Konstanz) in der relativen Position im sozialstrukturellen Längsschnitt Sozialindex I (Δt)R.

Kategorie II: Gebiete mit überdurchschnittlichen Sozialindex I und unterdurchschnittlichen Werten (Verschlechterung) in der relativen Position im sozialstrukturellen Längsschnitt Sozialindex I (Δt)R.

Kategorie III: Gebiete mit unterdurchschnittlichen Sozialindex I und überdurchschnittlichen Werten (Verbesserung) in der relativen Position im sozialstrukturellen Längsschnitt Sozialindex I (Δt)R.

Kategorie IV: Gebiete mit unterdurchschnittlichen Sozialindex I und unterdurchschnittlichen Werten (Verschlechterung bzw. Konstanz) in der relativen Position im sozialstrukturellen Längsschnitt Sozialindex I (Δt)R.

Bei der Interpretation der Veränderungen ist zu beachten, dass es z. B. zu einer Verbesserung in der Rangposition eines Gebietes durch eine Verbesserung der sozialen Lage im Verhältnis zu den anderen Gebieten, aber auch durch eine größere Verschlechterung anderer Gebiete im Verhältnis zum betrachteten Gebiet, kommen kann.

3.3.2 Zusammenhang zwischen Sozialstruktur und ihrer Veränderung

3.3.2.1 Bezirke

Im Vergleich zum Datenstand des Sozialstrukturatlases 2008 (Datenstand: 2006) haben vier Bezirke – Friedrichshain-Kreuzberg, Pankow, Lichtenberg und Mitte – ihren Rangplatz verbessert, wobei Friedrichshain-Kreuzberg sogar um zwei Rangplätze aufstieg. Lichtenberg und Mitte nehmen damit wieder exakt die gleichen Rangplätze wie zum Datenstand des Sozialstrukturatlases 2003 (Datenstand: 2002) ein, d. h. zwischenzeitlich hatte es hier eine leichte Rangplatzverschlechterung gegeben. Im selben Zeitraum hingegen gelangte Pankow um insgesamt 6 Plätze und Friedrichshain-Kreuzberg um 4 Plätze in der Rangskala

der Berliner Bezirke nach vorn. Im Abschnitt 3.2 beschriebene sozialstrukturelle Prozesse finden hier ihren Ausdruck (vgl. Abschnitt 3.2).

Gegenläufige Entwicklungen zeichnen sich in Spandau, Reinickendorf sowie in abgeschwächter Dynamik in Treptow-Köpenick und Neukölln ab. Neukölln allerdings hat bereits den schlechtesten Rangplatz erlangt. Die relative Position von Spandau hat sich seit 2006 um zwei, die von Reinickendorf um einen Rangplatz verschlechtert. Bezogen auf den Datenstand 2002 rutschten beide Bezirke um insgesamt 3 Plätze nach hinten. Treptow-Köpenick und Neukölln verloren jeweils einen Rangplatz je Untersuchungszeitraum.

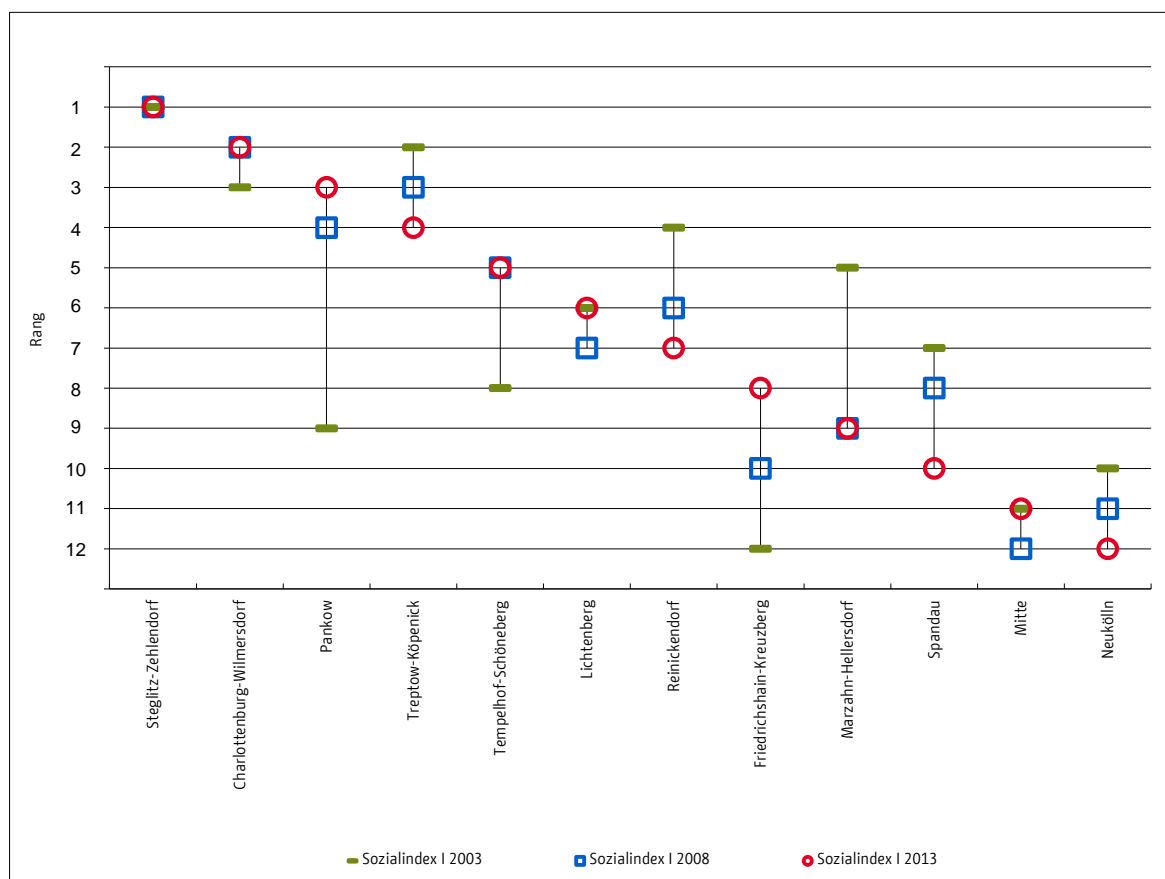
Steglitz-Zehlendorf, Charlottenburg-Wilmersdorf, Tempelhof-Schöneberg und Marzahn-Hellersdorf behielten ihre relative Position im Bezirksvergleich seit 2006 bei. Allein Marzahn-Hellersdorf hatte sich im Vorvergleich (2006 zu 2002) auf der Rangskala verschlechtert (vgl. Abbildung 3.11).

Abbildung 3.11:

Sozialindex I für die Berliner Bezirke im Zeitvergleich

- Rangvergleich des Sozialindex I 2003, Sozialindex I 2008 und Sozialindex I 2013

(Rang 1 entspricht dem günstigsten Sozialindex, Rang 12 dem ungünstigsten Sozialindex)



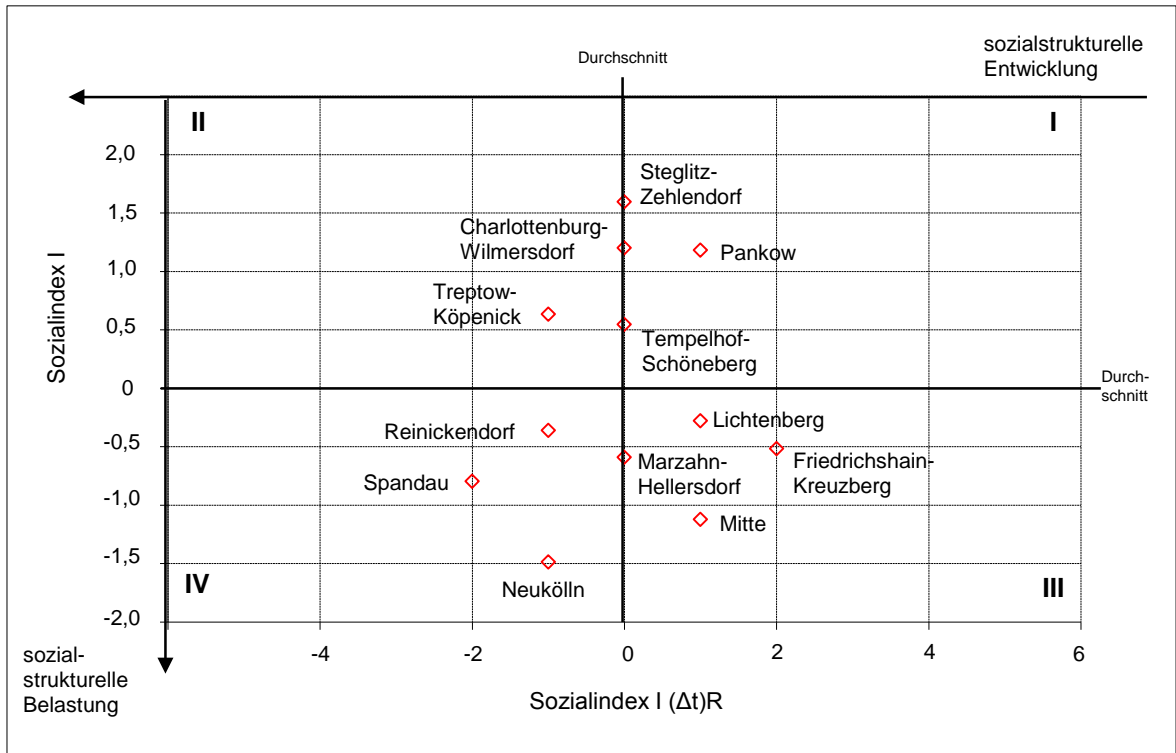
(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Aufschlussreicher noch ist die kombinierte Betrachtung zwischen der im Sozialindex I 2013 abgebildeten aktuellen sozialstrukturellen Lage und der sozialstrukturellen Entwicklung im Vergleich zum letzten Untersuchungszeitpunkt (2006).

Die Bezirke Steglitz-Zehlendorf, Charlottenburg-Wilmersdorf, Pankow und Tempelhof-Schöneberg zeichnen sich sowohl durch eine überdurchschnittliche sozialstrukturelle Lage als auch eine positive zeitliche Entwicklung aus (Kategorie I).

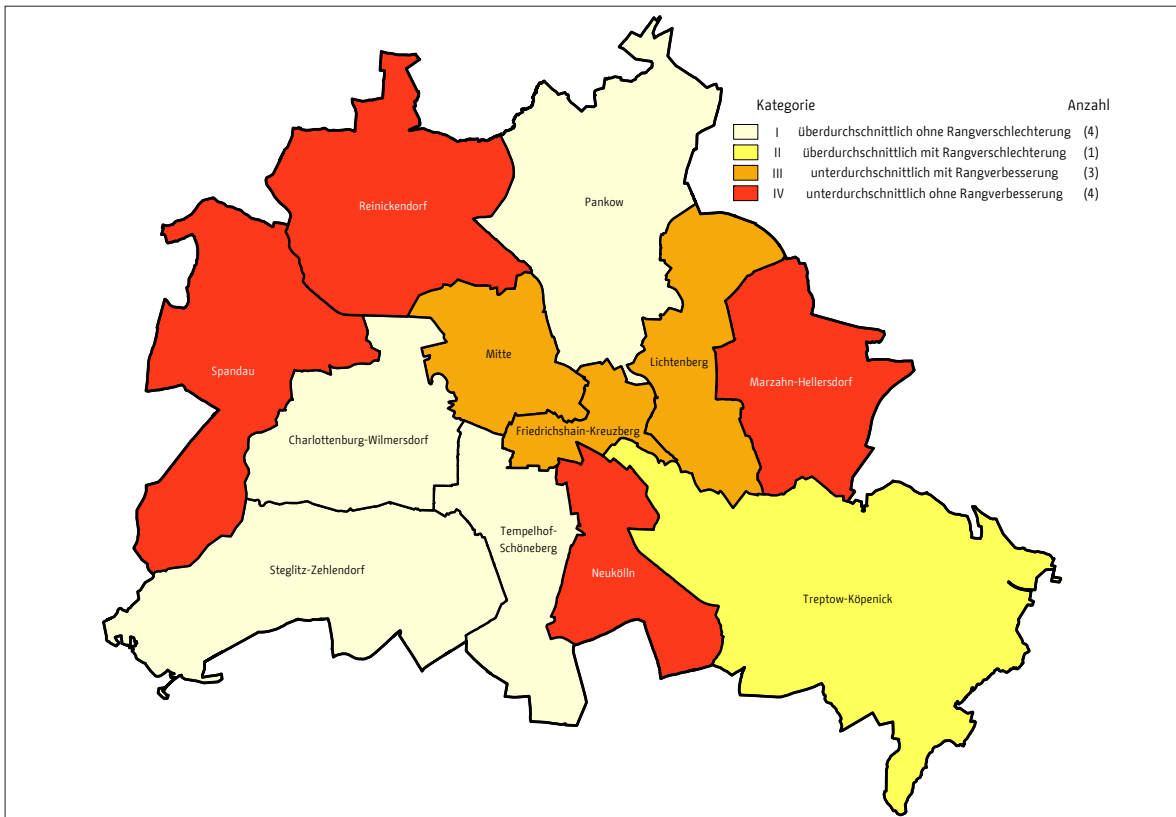
Auch Treptow-Köpenick nimmt eine überdurchschnittliche Position im sozialstrukturellen Querschnitt ein, rutschte jedoch um eine Rangposition nach unten und zählt daher zur Kategorie II.

Abbildung 3.12:
Zusammenhang von Sozialstruktur und ihrer Veränderung (2008 zu 2013) – Ebene Berliner Bezirke 2013



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 3.13:
Zusammenhang von Sozialstruktur und ihrer Veränderung (2008 zu 2013) – Ebene Berliner Bezirke 2013 (Karte)



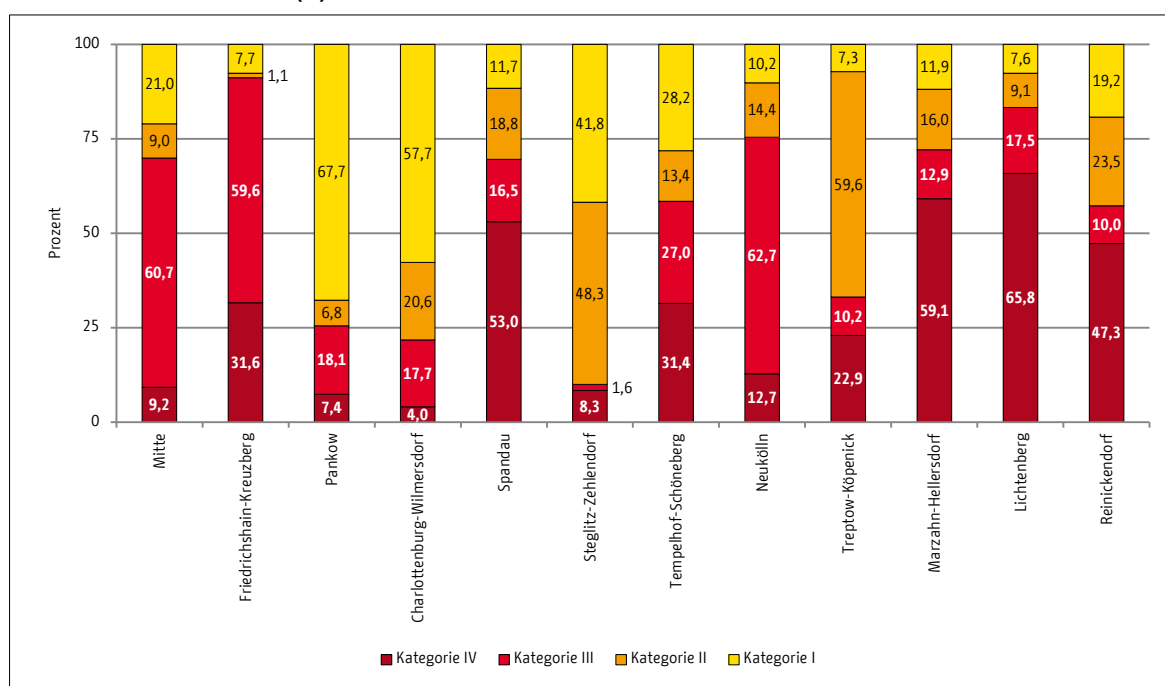
(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Unterdurchschnittliche sozialstrukturelle Belastungswerte bei relativer Verbesserung seit 2006 weisen die Bezirke Friedrichshain-Kreuzberg, Lichtenberg und Mitte auf (Kategorie III). Hier kommen unter anderem das im Abschnitt 3.2.3 beschriebene Nebeneinander von verfestigten Belastungssituationen ansässiger Bevölkerungsgruppen und Ergebnissen von Wanderungsbewegungen mobiler statushöherer Bevölkerungsgruppen zum Ausdruck.

Verfestigte ungünstige sozialstrukturelle Lagen bei relativ ungünstiger Entwicklung bzw. Stabilität der Rangposition im Bezirksvergleich müssen für Neukölln, Spandau, Reinickendorf und Marzahn-Hellersdorf konstatiert werden (Kategorie IV).

Abbildung 3.14:

Prozentuale Verteilung der bezirklichen Bevölkerung auf Planungsräume der vier Kategorien der sozialen Betroffenheit unter Einbeziehung Sozialindex I 2013 und Sozialindex I (Δ)R 2013



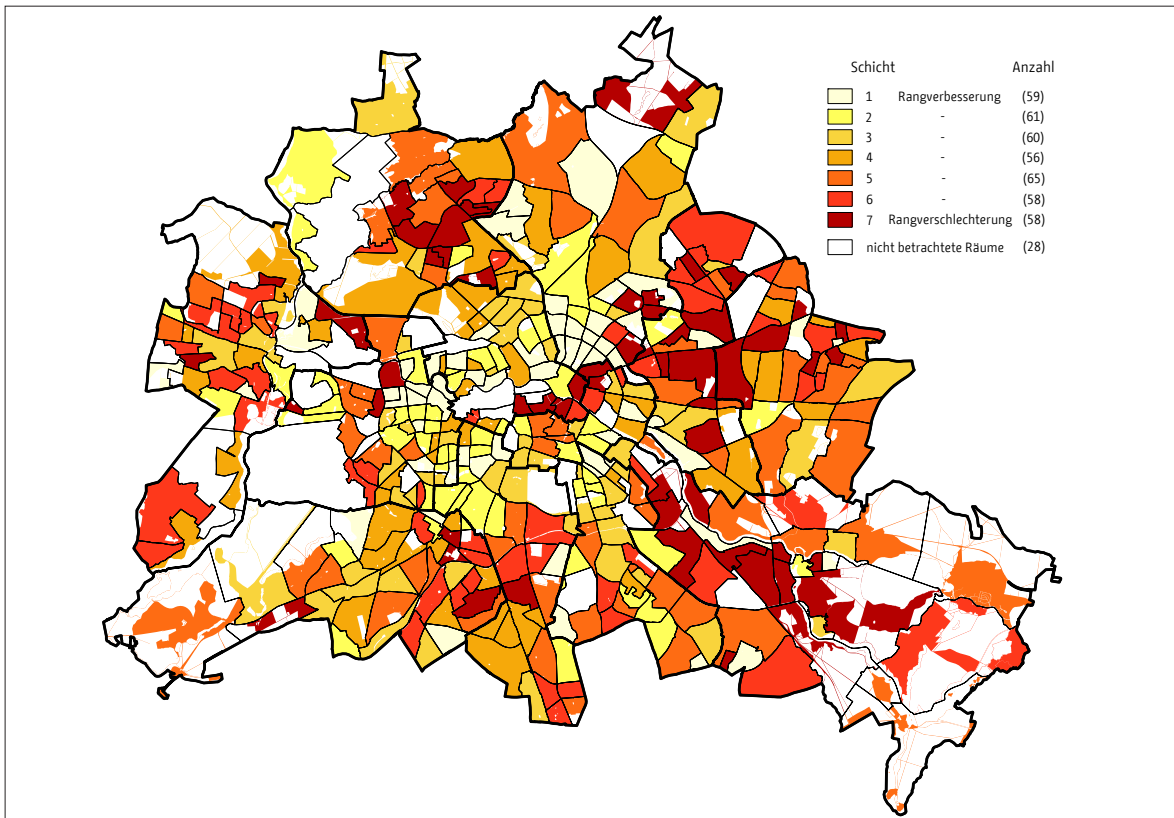
(Datenquelle: SenGesSoz Berlin / AFS Berlin-Brandenburg, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

3.3.2.2 Planungsräume

Rangplatzverbesserungen bzw. -verschlechterungen auf der Planungsebene lassen im Berliner Gebiet ein grobes Muster erkennen. Planungsräume mit Rangverbesserungen (Schichten 1 und 2) ballen sich im gesamten innerstädtischen Bereich mit Ausnahme des südöstlichen Bereiches von Mitte und angrenzender Planungsräume im nordwestlichen Gebiet des Alt-Bezirk Friedrichshain. Starke Rangplatzverschlechterungen (Schichten 6 und 7) konzentrieren sich in zu den Bezirken Lichtenberg, Treptow-Köpenick, Reinickendorf und Spandau gehörenden Planungsräumen, sind aber auch in allen anderen Bezirken in geringerer Anzahl vertreten (siehe Anhang 3.5).

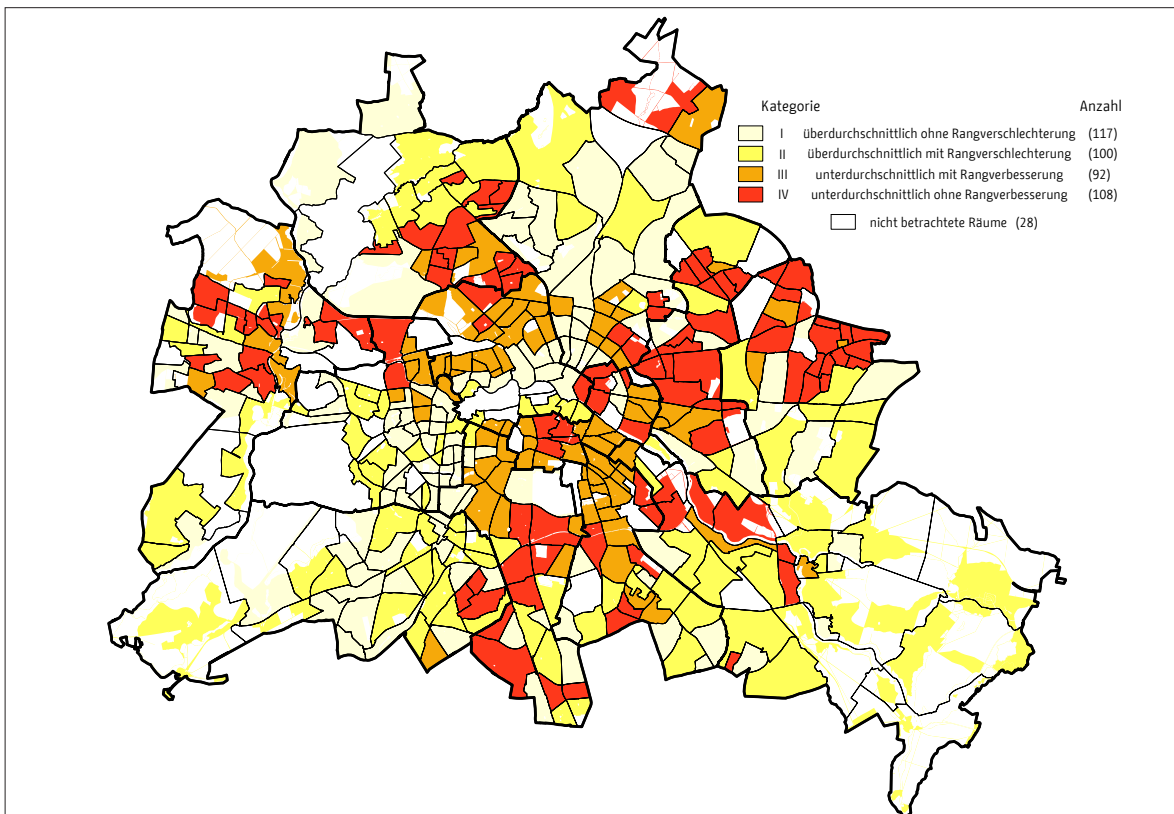
In Kombination mit dem Ausgangswert der Planungsräume zum sozialstrukturellen Querschnitt (Rangplatz nach Sozialindex I 2013) lässt sich eine stärkere Ballung von Planungsräumen je nach Kategorie ausmachen (Erläuterung der Kategorien vgl. Abschnitt 3.3.1). Die mit Abstand meisten Planungsräume, welche überdurchschnittliche Werte hinsichtlich des sozialstrukturellen Querschnitts ohne Rangverschlechterung (Kategorie I) aufweisen, liegen in den Bezirken Pankow, Charlottenburg-Wilmersdorf und Steglitz-Zehlendorf. Mehr als zwei Drittel der Pankower Bezirksbevölkerung, 58 % der Bevölkerung von Charlottenburg-Wilmersdorf und 42 % der von Steglitz-Zehlendorf lebt in diesen Gebieten. In Pankow kommen weitere 18 % der Bevölkerung hinzu, welche in Planungsräumen mit zwar unterdurchschnittlicher Sozialstruktur, aber Rangplatzverbesserungen leben. Allerdings findet sich auch eine räumliche Ballung von Planungs-

Abbildung 3.15:
Sozialindex I (Δt)R 2013 auf der LOR-Ebene der Planungsräume (Karte)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 3.16:
Zusammenhang von Sozialstruktur und ihrer Veränderung (2008 zu 2013) – auf der LOR-Ebene der Planungsräume 2013 (Karte)



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

räumen der Kategorie I im innerstädtischen Bereich in den Bezirksregionen Alexanderplatz und Brunnenstraße Süd sowie auch angrenzend in Teilen von Moabit (alle Bezirk Mitte) sowie in Friedenau, teilweise in Schöneberg (jeweils Tempelhof-Schöneberg) und im durch Siedlungscharakter geprägten südlichen Gebiet von Marzahn-Hellersdorf.

Fast die Hälfte (48 %) der Steglitz-Zehlendorfer und ein Fünftel (21 %) der Charlottenburg-Wilmersdorfer Bevölkerung gehört zu Planungsräumen mit ebenfalls überdurchschnittlicher Sozialstruktur, aber Rangplatzverschlechterungen (Kategorie II). Diese Situation betrifft auch den überwiegenden Teil (60 %) der Bevölkerung in Treptow-Köpenick, wo parallel 23 % in unterdurchschnittlichen Planungsräumen mit Rangplatzverschlechterung (Kategorie IV) hinzukommen.

In Mitte (61 %), Friedrichshain-Kreuzberg (60 %) und Neukölln (63 %) ist der Anteil der in Planungsräumen mit zwar unterdurchschnittlichen Werten des Sozialindex I, aber sich verbessernden Rangplätzen (Kategorie III) wohnenden Bevölkerung berlinweit mit Abstand am höchsten. Mitte und Friedrichshain-Kreuzberg sind gleichzeitig Bezirke, die auf den vorderen Rangplätzen hinsichtlich des Status-/ Segregationsindex liegen, Neukölln hat sich hier im Vergleich zur Voruntersuchung 2006 besonders stark nach vorn geschoben. Zusammenhängende Gebiete mit „von unten aufsteigenden“ Planungsräumen lassen sich in den Prognoseräumen Moabit, Gesundbrunnen, Wedding (alle Bezirk Mitte), Kreuzberg Süd und Ost, Friedrichshain Ost, Charlottenburg-Wilmersdorf 3 sowie Schöneberg Nord und Schöneberg Süd ausmachen. Auch diese Gebiete liegen in Bezirken mit überdurchschnittlichen Rangplätzen hinsichtlich des Status-/ Segregationsindex. Die kleinräumigen Befunde zur relativen Verbesserung der Sozialstruktur untermauern damit die bezüglich des Status-/ Segregationsindex getroffenen Überlegungen (vgl. Abschnitt 3.2.3).

Die meisten Planungsräume bzw. die jeweils höchsten Anteile der Bezirksbevölkerung in Planungsräumen der ungünstigsten Kategorie IV zählen zu den Bezirken Marzahn-Hellersdorf, Lichtenberg, Spandau und Reinickendorf, wobei wesentlich Gebiete mit Großsiedlungscharakter betroffen sind. In Lichtenberg (66 %) und Marzahn-Hellersdorf (59 %) ist der Großteil, in Spandau (53 %) und Reinickendorf (47 %) ungefähr die Hälfte der Bezirksbevölkerung hier ansässig. Ballungen von in diese Kategorie einzuordnender Planungsräume müssen auch in den Prognoseräumen Friedrichshain West, (Friedrichshain-Kreuzberg), Tempelhof und Mariendorf (Tempelhof-Schöneberg), in Treptow-Köpenick 1 und 2 (nordwestliche Bereiche von Treptow-Köpenick) und in der Bezirksregion Lankwitz (Steglitz-Zehlendorf) festgestellt werden (siehe Anhang 3.5).

3.4 Methodik

3.4.1 Methodisches Vorgehen und Datenmaterial

Der sozialstrukturelle Querschnitt auf der Bezirksebene wird auf der Grundlage von 66 verschiedenen Indikatoren berechnet. Dabei kommt der bereits beim Sozialstrukturatlas 2008 genutzte Variablenkanon, ergänzt um zwei zusätzliche Indikatoren (Anteil der Empfänger und Empfängerinnen von Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII (außerhalb von Einrichtungen) an der Bevölkerung (ab 65 Jahre) und den anhand der Einschulungsuntersuchungen ermittelten Sozialstatusindex Kinder) zum Einsatz. Bei einigen wenigen Indikatoren wird aufgrund von Verfügbarkeitseinschränkungen eine geringfügig andere Definition, Bezugsmenge oder zeitliche Gültigkeit zugrunde gelegt.

Die weitgehende Beibehaltung des Variablenkanons ermöglicht eine gute Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen der Sozialstrukturberechnungen 2008 und unterstützt damit die Betrachtung von Veränderungen, die auch in diesem Atlas für den Sozialindex I durch die Berechnung und Interpretation eines sozialstrukturellen Längsschnittes (Sozialindex I (Δt)R), analog zu den Sozialstrukturberechnungen 2008, sowohl auf der Bezirksebene als auch auf der Planungsraumbene dokumentiert werden.

Als Berechnungsmethodik wurde wie in den vorherigen Sozialstrukturatlanten die Faktorenanalyse genutzt. Damit ist sichergestellt, dass sich die unterschiedliche Bedeutung der einzelnen Indikatoren in den Ergebnissen der sozialstrukturellen Analyse (sozialraumbeschreibende Indizes), welche sich in den sogenannten Faktorladungen darstellt, niederschlägt. Ebenso ist Kontinuität in der methodischen Verfahrensweise gewährleistet. Zu detaillierteren methodischen Erläuterungen wird auf die Sozialstrukturatlanten früherer Jahre verwiesen (zuletzt: Meinschmidt 2004; Meinschmidt 2009a).

Der Variablenkanon der Bezirksebene umfasst 66 Indikatoren aus den Bereichen Bevölkerungs- und Haushaltsstruktur, Bildung, Erwerbsleben, Einkommen und materielle Lage sowie Gesundheit und kann in seiner Gesamtheit der Tabelle 3.4 entnommen werden.

Über die Hälfte der Informationen (Einzelindikatoren), die auf der Bezirksebene in die Sozialstrukturberechnungen einfließen, stehen auch auf der Planungsraumbene zur Verfügung. Das entspricht dem Datenkanon der kleinräumigen Sozialstrukturberechnungen 2008, erweitert um einen Indikator „Empfänger von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen nach dem SGB XII über 65 Jahre“, der auch auf der Bezirksebene neu aufgenommen wurde und aus Stabilitätsgründen auf der kleinräumigen Ebene in gepoolter Form für die Jahre 2009, 2010 und 2011 Eingang findet.

Insgesamt werden bei den kleinräumigen Sozialstrukturberechnungen 36 Indikatoren aus den vier Dimensionen Bevölkerung und Haushaltsstruktur, Erwerbsleben, Einkommen und materielle Lage sowie Gesundheit einbezogen, wie der Tabelle 3.4 entnommen werden kann.

Für die Sozialstrukturberechnungen auf der kleinräumigen Ebene werden die Planungsräume als kleinste räumliche Ebene der lebensweltlich orientierten Räume (LOR) zugrunde gelegt, die den Berliner Raum in 447 disjunkte Gebiete aufteilen. Zur Vermeidung von Verzerrungen durch geringe Zellenbesetzungen (d. h. sehr kleine und damit instabile Indikatorwerte für Planungsräume mit einer geringen Bevölkerung) werden bei der Berechnung der kleinräumigen Sozialindizes nur Planungsräume mit einer Bevölkerung von über 1.100 Einwohnerinnen und Einwohnern berücksichtigt.

Durch diese Einschränkungen werden insgesamt 12.610 Einwohner und Einwohnerinnen in 28 Planungsräumen (und einer Bezirksregion) von den Berechnungen ausgeschlossen, was weniger als 0,4 % der Berliner Gesamtbevölkerung entspricht.

Alle Daten beziehen sich auf das Jahr 2011, mit Ausnahme der Indikatoren für Langzeitarbeitslose nach SGB II und III, deren Werte wegen eingeschränkter Verfügbarkeit aufgrund technischer Umstellungsarbeiten ein halbes Jahr aktueller sind. Die Möglichkeit der Differenzierung von Indikatoren in separate Teilgruppen wird auch bei den vorliegenden Berechnungen wieder überall dort, wo es sinnvoll ist und entsprechende Daten verfügbar sind, eingesetzt.

Für die Raumbenen der Bezirksregionen und Prognoseräume werden die Ergebnisse der Planungsräumebene bevölkerungsgewichtet hochgerechnet, ein Verfahren, das schon bei früheren Sozialstrukturberechnungen angewandt wurde und das seine Validität anhand der hohen Korrelation zwischen den Einzelindizes der Bezirksberechnungen und der auf die Bezirksebene hochgerechneten Planungsraumindizes immer wieder nachgewiesen hat. Auch bei den vorliegenden Berechnungen finden sich mit 0,94 für den Sozialindex I und 0,87 für den Sozialindex II wieder hohe Korrelationswerte zwischen den bevölkerungsgewichtet hochgerechneten Planungsraumindizes und den bezirklichen Indizes.

Tabelle 3.4:
Übersicht über verwendete Dimensionen und Indikatoren der sozialen Struktur von Berlin 2013

Dimension/Indikator	Räumliche Ebene		Datenquelle	Stand	
	Bezirk	LOR			
I	Bevölkerungs- und Haushaltsstruktur				
I 01	Männer an der Bevölkerung	x	x	Einwohnerregister	31.12.2011
I 02	Personen unter 6 Jahren an der Bevölkerung	x	x	Einwohnerregister	31.12.2011
I 03	Personen von 6 - 17 Jahren an der Bevölkerung	x	x	Einwohnerregister	31.12.2011
I 04	Personen von 18 - 34 Jahren an der Bevölkerung	x	x	Einwohnerregister	31.12.2011
I 05	Personen von 35 - 64 Jahren an der Bevölkerung	x	x	Einwohnerregister	31.12.2011
I 06	Personen ab 65 Jahre an der Bevölkerung	x	x	Einwohnerregister	31.12.2011
I 07	Ausländische Personen an der Bevölkerung		x	Einwohnerregister	31.12.2011
I 08	Ausländische Personen an der Bevölkerung (ohne EU-Ausländer)	x		Einwohnerregister	31.12.2011
I 09	Ausländische Kinder und Jugendliche an der Bevölkerung (unter 18 Jahren)	x	x	Einwohnerregister	31.12.2011
I 10	1-Personen-Haushalte unter 65 Jahren an allen Haushalten	x		Mikrozensus	2011
I 11	Haushaltsgröße	x		Mikrozensus	2011
I 12	Alleinerziehende Haushalte mit minderjährigen Kindern an Familien mit Kindern unter 18 Jahren	x		Mikrozensus	2011
I 13	Wanderungsvolumen je 1.000 der Bevölkerung	x	x	Einwohnerregister	31.12.2011
I 14	Wanderungssaldo je 1.000 der Bevölkerung	x	x	Einwohnerregister	31.12.2011
I 15	Wanderungssaldo mit dem engeren Verflechtungsraum je 1.000 der Bevölkerung	x	x	Einwohnerregister	31.12.2011
I 16	Wanderungssaldo der ausländischen Bevölkerung je 1.000 der ausländischen Bevölkerung	x	x	Einwohnerregister	31.12.2011
I 17	Wanderungssaldo der Kinder je 1.000 der Bevölkerung (unter 6 Jahren)	x	x	Einwohnerregister	31.12.2011
I 18	Bevölkerungsdichte / Einwohner je Hektar Siedlungsfläche	x	x	Regionales Bezugssystem, Einwohnerregister	30.06.2010
I 19	Einfache Wohnlage	x	x	Mietspiegel, Regionales Bezugssystem	2011
II	Bildung				
II 01	Personen mit Volks-/Hauptschulabschluss an der Bevölkerung	x		Mikrozensus	2011
II 02	Personen mit (Fach-)Hochschulreife an der Bevölkerung	x		Mikrozensus	2011
II 03	Personen ohne beruflichen Ausbildungsabschluss an der Bevölkerung	x		Mikrozensus	2011
II 04	Personen mit (Fach-)Hochschulabschluss an der Bevölkerung	x		Mikrozensus	2011
II 05	Sozialstatusindex Kinder	x		Einschulungsuntersuchungen	2011

noch Tabelle 3.4:

Dimension/Indikator	Räumliche Ebene		Datenquelle	Stand
	Bezirk	LOR		
III Erwerbsleben				
III 01 Abhängig zivile Erwerbstätige (15 - 64 Jahre) an Erwerbspersonen insgesamt	x		Mikrozensus	2011
III 02 Arbeiter an den Erwerbstätigen (15 - 64 Jahre)	x		Mikrozensus	2011
III 03 Angestellte an den Erwerbstätigen (15 - 64 Jahre)	x		Mikrozensus	2011
III 04 Beamte/Richter an den Erwerbstätigen (15 - 64 Jahre)	x		Mikrozensus	2011
III 05 Selbstständige und mithelfende Familienangehörige an den Erwerbstätigen (15 - 64 Jahre)	x		Mikrozensus	2011
III 06 Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre)	x	x	Arbeitsmarktdaten (Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: voraggregierte Daten), Einwohnerregister	31.12.2011
III 07 Arbeitslosenquote (Arbeitslose an den abhängig zivilen Erwerbspersonen bzw. an der Bevölkerung 15 - 64 Jahre)	x	x	Arbeitsmarktdaten (Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: voraggregierte Daten), Mikrozensus	31.12.2011
III 08 Arbeitslosenquote SGB III (Arbeitslose an den abhängig zivilen Erwerbspersonen)	x		Arbeitsmarktdaten (Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: voraggregierte Daten), Mikrozensus	31.12.2011
III 09 Arbeitslose SGB III an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre)	x	x	Arbeitsmarktdaten (Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: voraggregierte Daten), Einwohnerregister	31.12.2011
III 10 Arbeitslose Ausländer SGB III an der ausländischen Bevölkerung (15 - 64 Jahre)	x	x	Arbeitsmarktdaten (Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: voraggregierte Daten), Einwohnerregister	31.12.2011
III 11 Langzeitarbeitslose SGB III an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre)	x	x	Arbeitsmarktdaten (Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: voraggregierte Daten), Einwohnerregister	01.06.2012
III 12 Arbeitslose Jugendliche SGB III (unter 25 Jahren) an der Bevölkerung (15 - 24 Jahre)	x	x	Arbeitsmarktdaten (Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: voraggregierte Daten), Einwohnerregister	31.12.2011
III 13 Arbeitslosenquote SGB II (Arbeitslose an den abhängig zivilen Erwerbspersonen)	x		Arbeitsmarktdaten (Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: voraggregierte Daten), Mikrozensus	31.12.2011
III 14 Arbeitslose SGB II an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre)	x	x	Arbeitsmarktdaten (Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: voraggregierte Daten), Einwohnerregister	31.12.2011
III 15 Arbeitslose Ausländer SGB II an der ausländischen Bevölkerung (15 - 64 Jahre)	x	x	Arbeitsmarktdaten (Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: voraggregierte Daten), Einwohnerregister	31.12.2011
III 16 Langzeitarbeitslose SGB II an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre)	x	x	Arbeitsmarktdaten (Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: voraggregierte Daten), Einwohnerregister	01.06.2012
III 17 Arbeitslose Jugendliche SGB II (unter 25 Jahren) an der Bevölkerung (15 - 24 Jahre)	x	x	Arbeitsmarktdaten (Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: voraggregierte Daten), Einwohnerregister	31.12.2011

noch Tabelle 3.4:

Dimension/Indikator	Räumliche Ebene		Datenquelle	Stand	
	Bezirk	LOR			
IV	Einkommen und materielle Lage				
IV 01	Mittleres Haushaltsnettoeinkommen in Euro	x	Mikrozensus	2011	
IV 02	Mittleres Pro-Kopf-Einkommen in Euro	x	Mikrozensus	2011	
IV 03	Armuts(risiko)quote	x	Mikrozensus	2011	
IV 04	Personen mit Einkommen unter 700 Euro an der Bevölkerung	x	Mikrozensus	2011	
IV 05	Reichtumsquote	x	Mikrozensus	2011	
IV 06	Leistungsempfänger SGB III (ALG I) an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre)	x	x	Arbeitsmarktdaten (Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: voraggr. Daten), Einwohnerregister	31.12.2011
IV 07	Erwerbsfähige Hilfebedürftige SGB II (ALG II) an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre)	x	x	Arbeitsmarktdaten (Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: Mikrodaten), Einwohnerregister	31.12.2011
IV 08	Nichterwerbsfähige Hilfebedürftige SGB II (SG) an der Bevölkerung (unter 15 Jahren)	x	x	Arbeitsmarktdaten (Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: Mikrodaten), Einwohnerregister	31.12.2011
IV 09	Nichterwerbsfähige Hilfebedürftige SGB II (SG) an der Bevölkerung (unter 65 Jahren)	x	x	Arbeitsmarktdaten (Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: Mikrodaten), Einwohnerregister	31.12.2011
IV 10	Alleinerziehende SGB II Empfänger (ALG II) an Familien mit Kindern unter 18 Jahren	x		Arbeitsmarktdaten (Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: Mikrodaten), Mikrozensus	31.12.2011
IV 11	Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung	x	x	Sozialhilfestatistik, Einwohnerregister	31.12.2011
IV 12	Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung unter 15 Jahren	x		Sozialhilfestatistik, Einwohnerregister	31.12.2011
IV 13	Empfänger von Grundsicherung SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung (18 - 64 Jahre)	x	x	Sozialhilfestatistik, Einwohnerregister	31.12.2011
IV 14	Empfänger von Grundsicherung SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung (ab 65 Jahre)	x	x	Sozialhilfestatistik, Einwohnerregister	31.12.2011
IV 15	Personen mit überwiegendem Lebensunterhalt aus Rente/Pension an der Bevölkerung	x		Mikrozensus	2011
IV 16	Empfänger von Hilfe zur Pflege SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung (ab 65 Jahre)	x	x	Sozialhilfestatistik, Einwohnerregister	31.12.2011
V	Gesundheit				
V 01	Mittlere Lebenserwartung (in Jahren)	x		Bevölkerungsstatistik	2009 - 2011
V 02	Säuglingssterblichkeit - je 1.000 Lebendgeborene	x		Bevölkerungsstatistik	2009 - 2011
V 03	Vorzeitige Sterblichkeit (ICD-10 Nrn. A00 - T98 / 0 - 64 Jahre) - je 100.000 / Eurobevölkerung alt	x	x	Todesursachen-, Bevölkerungsstatistik	2009 - 2011
V 04	Vorzeitige Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen (ICD-10 Nrn. C00 - C97 / 0 - 64 Jahre) - je 100.000 / Eurobevölkerung alt	x		Todesursachen-, Bevölkerungsstatistik	2009 - 2011
V 05	Vermeidbare Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen der Bronchien und der Lunge (ICD-10 Nrn. C33 und C34 / 15 - 64 Jahre) - je 100.000 / Eurobevölkerung alt	x		Todesursachen-, Bevölkerungsstatistik	2009 - 2011
V 06	Vermeidbare Sterblichkeit an ischämischen Herzkrankheiten (ICD-10 Nrn. I20 - I25 / 35 - 64 Jahre) - je 100.000 / Eurobevölkerung alt	x		Todesursachen-, Bevölkerungsstatistik	2009 - 2011
V 07	Neuerkrankungsrate an bösartigen Neubildungen (ICD-10 Nrn. C00 - C97, ohne C44) insgesamt - je 100.000 / Eurobevölkerung alt	x	x	Gemeinsames Krebsregister	2006 - 2009 Datenstand: 12/2012
V 08	Neuerkrankungsrate an tabakassoziierten bösartigen Neubildungen (ICD-10 Nrn. C00 - C14, C15, C25, C32, C33 - C34, C67) insgesamt - je 100.000 / Eurobevölkerung alt	x	x	Gemeinsames Krebsregister	2006 - 2009 Datenstand: 12/2012
V 09	Anteil Raucher an der Bevölkerung	x		Mikrozensus	2009
V 10	Neuerkrankungsrate an offener Lungentuberkulose - je 100.000 / Eurobevölkerung alt	x		Jahresstatistik der meldepflichtigen Krankheiten, Bevölkerungsstatistik	2009 - 2011

Im Interesse der Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet.
(Datenquelle: SenGesSoz Berlin, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

3.4.2 Methodische Ergebnisse

3.4.2.1 Bezirksebene

Die Tabelle 3.5 zeigt die Ergebnisse der Sozialstrukturberechnungen auf der Bezirksebene anhand der Faktorladungen der Einzelindikatoren mit den durch die Faktorenanalyse ermittelten Indizes. Die Interpretation der einzelnen Indizes (und damit ihre Bedeutung) lässt sich anhand der in der Tabelle 3.5 aufgeführten Faktorladungen ablesen und wird im Abschnitt 3.2 detailliert beschrieben. Zur Vereinfachung werden für die ermittelten Indizes die Bezeichnungen Sozialindex I, Sozialindex II und Status-/ Segregationsindex verwendet.

Mit diesen drei Indizes wird der den bezirklichen Berechnungen zugrunde liegende Datensatz zu 82,5 % erklärt, wobei auf den ersten Index (Sozialindex I) 41,4 %, auf den zweiten Index (Sozialindex II) 19,4 % und auf den dritten Index (Status-/ Segregationsindex) 21,6 % entfallen. Die Faktorladungen entsprechen dem Korrelationskoeffizienten zwischen dem jeweiligen Indikator und dem berechneten Index und können negative und positive Werte zwischen -1 und +1 annehmen.

Der Indikator und der berechnete Index korrelieren positiv, wenn große Werte des Index mit großen Werten des Indikators – und umgekehrt – zusammenhängen. Zum Beispiel korreliert der Indikator „Arbeitslose nach SGB II an der Bevölkerung“ mit einem Faktorladungswert von 0,968 mit dem Sozialindex I. Eine negative Korrelation liegt vor, wenn große Werte des Index bei kleinen Werten des Indikators auftreten. Dies ist beim Sozialindex I z. B. für den Indikator „Mittleres Pro-Kopf-Einkommen in € im Jahr“ mit einem Wert von -0,936 der Fall. Die angegebenen Beispiele in der Tabelle 3.5 zeigen beim ermittelten Sozialindex I auf der Bezirksebene bei hohen Sozialindexwerten eine hohe Arbeitslosigkeit nach SGB II und ein kleines Pro-Kopf-Einkommen aus, was der eingeführten Bedeutung des Sozialindex I (positive Werte entsprechen einer positiven Sozialstruktur) widerspricht. Aus diesem Grund werden die in der Faktorenanalyse ermittelten Sozialindex I Werte mit -1 multipliziert. Damit stehen auch bei den vorliegenden Berechnungen positive Sozialindex I Werte für eine positive Sozialstruktur (wenig Arbeitslosigkeit nach SGB II und ein hohes Pro-Kopf-Einkommen).

Absolute Faktorladungswerte im Bereich von 0,4 bis 0,7 werden als mittelstarker Zusammenhang interpretiert und absolute Werte größer gleich 0,7 zeigen einen starken Zusammenhang, wobei Faktorladungen mit einem Absolutbetrag größer 0,5 bedeuten, dass der jeweilige Index mehr als die Hälfte der Varianz des Indikators erklärt und daher für dieses Merkmal eine dominierende Bedeutung hat.

Die hohe positive Korrelation zwischen dem Indikator „Leistungsempfänger nach SGB III an der Bevölkerung“ mit einem Wert von 0,935 bedingt auch bei den ermittelten Sozialindex II Werten eine Multiplikation mit -1, sodass ein hoher positiver Sozialindex II Wert für einen geringen Anteil an Leistungsempfängern und Leistungsempfängerinnen nach dem SGB III steht.

Beim dritten Index, dem Status-/ Segregationsindex, ist eine Werteumkehr anhand der Multiplikation mit -1 nicht angezeigt, wie die Indikatoren „Personen mit Volks- und Hauptschulabschluss an der Bevölkerung“ mit einem Faktorwert von -0,754 und „Personen mit (Fach-)Hochschulabschluss an der Bevölkerung“ mit einem Faktorwert von 0,732 belegen.

Tabelle 3.5:
Faktorladungen (Korrelation zwischen Sozialindizes und Indikatoren, rotierte Komponentenmatrix) Bezirke 2013

Dimension/Indikator	Sozialindex I	Sozialindex II	Status-/ Segregations- index
Bevölkerungs- und Haushaltsstruktur			
Männer an der Bevölkerung	,698		,647
Personen unter 6 Jahren an der Bevölkerung	,389	,354	,637
Personen von 6 - 17 Jahren an der Bevölkerung	,281	-,494	-,613
Personen von 18 - 34 Jahren an der Bevölkerung	,479		,845
Personen von 35 - 64 Jahren an der Bevölkerung	-,580	,104	-,240
Personen ab 65 Jahre an der Bevölkerung	-,432		-,850
Ausländische Personen an der Bevölkerung (ohne EU-Ausländer)	,467	-,727	,417
Ausländische Kinder und Jugendliche an der Bevölkerung (unter 18 Jahren)	,603	-,611	,300
1-Personen-Haushalte unter 65 Jahren an allen Haushalten	,205	-,230	,928
Haushaltsgröße	,155	,109	-,863
Alleinerziehende Haushalte mit minderjährigen Kindern an Familien mit Kindern unter 18 Jahren	,224	,543	,229
Wanderungsvolumen je 1.000 der Bevölkerung	,490	-,311	,744
Wanderungssaldo je 1.000 der Bevölkerung	,643	-,141	
Wanderungssaldo mit dem engeren Verflechtungsraum je 1.000 der Bevölkerung	,451	-,408	,474
Wanderungssaldo der ausländischen Bevölkerung je 1.000 der ausländischen Bevölkerung	,135	,815	-,185
Wanderungssaldo der Kinder je 1.000 der Bevölkerung (unter 6 Jahre)	-,181	,246	-,844
Bevölkerungsdichte / Einwohner je Hektar Siedlungsfläche	,202	-,315	,851
Einfache Wohnlage	,862		,340
Bildung			
Personen mit Volks-/Hauptschulabschluss an der Bevölkerung	,434	-,369	-,754
Personen mit (Fach-)Hochschulreife an der Bevölkerung	-,548	-,266	,778
Personen ohne beruflichen Ausbildungsabschluss an der Bevölkerung	,618	-,748	,115
Personen mit (Fach-)Hochschulabschluss an der Bevölkerung	-,607	-,226	,732
Sozialstatusindex Kinder	-,975		
Erwerbsleben			
Abhängig zivile Erwerbstätige (15 - 64 Jahre) an Erwerbspersonen insgesamt	,179	,646	-,719
Arbeiter an den Erwerbstätigen (15 - 64 Jahre)	,642	,478	-,576
Angestellte an den Erwerbstätigen (15 - 64 Jahre)	,403	,329	-,201
Beamte/Richter an den Erwerbstätigen (15 - 64 Jahre)	-,531	-,262	-,590
Selbstständige und mithelfende Familienangehörige an den Erwerbstätigen (15 - 64 Jahre)	-,502	-,459	,696
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre)	-,241	,912	-,165
Arbeitslosenquote (Arbeitslose an den abhängig zivilen Erwerbspersonen bzw. an der Bevölkerung 15 - 64 Jahre)	,932	-,188	,242
Arbeitslosenquote SGB III (Arbeitslose an den abhängig zivilen Erwerbspersonen)		,628	,551
Arbeitslose SGB III an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre)		,924	,255
Arbeitslose Ausländer SGB III an der ausländischen Bevölkerung (15 - 64 Jahre)		,895	-,108
Langzeitarbeitslose SGB III an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre)		,838	-,306
Arbeitslose Jugendliche SGB III (unter 25 Jahren) an der Bevölkerung (15 - 24 Jahre)	,301	,880	-,323
Arbeitslosenquote SGB II (Arbeitslose an den abhängig zivilen Erwerbspersonen)	,934	-,236	,202
Arbeitslose SGB II an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre)	,968		,130
Arbeitslose Ausländer SGB II an der ausländischen Bevölkerung (15 - 64 Jahre)	,899	,149	-,219
Langzeitarbeitslose SGB II an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre)	,795	,173	,244
Arbeitslose Jugendliche SGB II (unter 25 Jahren) an der Bevölkerung (15 - 24 Jahre)	,890	,252	

noch Tabelle 3.5:

Dimension/Indikator	Sozialindex I	Sozialindex II	Status-/ Segregations- index
Einkommen und materielle Lage			
Mittleres Haushaltsnettoeinkommen in Euro	-,750		-,467
Mittleres Pro-Kopf-Einkommen in Euro	-,936	,280	-,120
Armuts(risiko)quote	,810	-,348	,396
Personen mit Einkommen unter 700 Euro an der Bevölkerung	,844	-,315	,124
Reichtumsquote	-,807	-,409	
Leistungsempfänger SGB III (ALG I) an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre)	,262	,935	
Erwerbsfähige Hilfebedürftige SGB II (ALG II) an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre)	,978	-,138	
Nichterwerbsfähige Hilfebedürftige SGB II (SG) an der Bevölkerung (unter 15 Jahren)	,974		
Nichterwerbsfähige Hilfebedürftige SGB II (SG) an der Bevölkerung (unter 65 Jahren)	,978	-,146	
Alleinerziehende SGB II Empfänger (ALG II) an Familien mit Kindern unter 18 Jahren	,776	,430	-,163
Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung	,911	-,133	
Jahren	,841	,324	-,226
Empfänger von Grundsicherung SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung (18 - 64 Jahre)	,834	-,351	
Empfänger von Grundsicherung SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung (ab 65 Jahre)	,459	-,582	,626
Personen mit überwiegendem Lebensunterhalt aus Rente/Pension an der Bevölkerung	-,256		-,895
Empfänger von Hilfe zur Pflege SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung (ab 65 Jahre)	,453	-,410	,744
Gesundheit			
Mittlere Lebenserwartung (in Jahren)	-,878		-,350
Säuglingssterblichkeit - je 1.000 Lebendgeborene	,440	-,412	
Vorzeitige Sterblichkeit (ICD-10 Nrn. A00 - T98 / 0 - 64 Jahre) - je 100.000 / Eurobevölkerung alt	,869	,120	,328
Vorzeitige Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen (ICD-10 Nrn. C00 - C97 / 0 - 64 Jahre) - je 100.000 / Eurobevölkerung alt	,971		
Vermeidbare Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen der Bronchien und der Lunge (ICD-10 Nrn. C33 und C34 / 15 - 64 Jahre) - je 100.000 / Eurobevölkerung alt	,763	-,502	,131
Vermeidbare Sterblichkeit an ischämischen Herzkrankheiten (ICD-10 Nrn. I20 - I25 / 35 - 64 Jahre) - je 100.000 / Eurobevölkerung alt	,927	,119	,101
Neuerkrankungsrate an bösartigen Neubildungen (ICD-10 Nrn. C00 - C97, ohne C44) insgesamt - je 100.000 / Eurobevölkerung alt	,332	-,641	,121
Neuerkrankungsrate an tabakassoziierten bösartigen Neubildungen (ICD-10 Nrn. C00 - C14, C15, C25, C32, C33 - C34, C67) insgesamt - je 100.000 / Eurobevölkerung alt	,675	-,548	,379
Anteil Raucher an der Bevölkerung	,606	,316	,544
Neuerkrankungsrate an offener Lungentuberkulose - je 100.000 / Eurobevölkerung alt	,565		,149

Im Interesse der Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet.

(Datenquelle: SenGesSoz Berlin, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

3.4.2.2 Planungsraumebene

Wie anhand des leicht erweiterten Datenkanons und der Ergebnisse der Bezirksberechnungen zu erwarten war, benötigt die Faktorenanalyse bei den aktuellen Sozialstrukturberechnungen auf der kleinräumigen Ebene mehr als einen Hintergrundfaktor zur Reproduktion des Datenmaterials.

Mit zwei Hintergrundfaktoren gelingt eine Erklärung des zugrunde liegenden Datensatzes in seiner Variabilität zu 50,6 %, wobei der erste Faktor 36,1 % und der zweite Faktor 14,5 % der Gesamtvariabilität erklären. Für die inhaltliche Bedeutung der ermittelten Faktoren wird auch auf der kleinräumigen Ebene das Faktorenmuster herangezogen, das durch die Korrelationen zwischen den zugrunde liegenden 36 Indikatoren und den zwei ermittelten Hintergrundfaktoren beschrieben wird und anhand der Faktorladungen abgelesen werden kann. Alle Faktorladungen der kleinräumigen Sozialstrukturberechnungen auf der Planungsraumebene können der folgenden Tabelle 3.6 entnommen werden.

Die Werte des ersten Index der Planungsraumebene (Sozialindex I) werden mit -1 multipliziert damit positive Sozialindex I Werte für eine positive Sozialstruktur stehen (siehe z. B. Indikator „Arbeitslosenquote“ der mit einem Faktorwert von 0,979 positiv mit den ermittelten Werten korreliert und daher „umgedreht“ werden muss). Beim zweiten Index der Planungsraumebene (Sozialindex II) muss keine Multiplikation mit -1 vorgenommen werden (siehe z. B. Indikator „Arbeitslose nach SGB III an der Bevölkerung“, der mit -0,662 bereits negativ mit dem kleinräumigen Sozialindex II korreliert).

Tabelle 3.6:
Faktorladungen (Rotierte Komponentenmatrix) zwischen Sozialindizes und Indikatoren LOR-Planungsebene 2013

Dimension/Indikator	Sozialindex I	Sozialindex II
Bevölkerungs- und Haushaltsstruktur		
Männer an der Bevölkerung	,308	,416
Personen im Alter von unter 6 Jahren an der Bevölkerung	,456	,166
Personen im Alter von 6 - 17 Jahren an der Bevölkerung		,164
Personen im Alter von 18 - 34 Jahren an der Bevölkerung	,617	,346
Personen im Alter von 35 - 64 Jahren an der Bevölkerung	-,560	
Personen von 65 und mehr Jahren an der Bevölkerung	-,397	-,421
Ausländische Personen an der Bevölkerung	,455	,801
Ausländische Kinder und Jugendliche an der Bevölkerung (unter 18 Jahre)	,564	,574
Wanderungsvolumen je 1.000 der Bevölkerung	,537	,528
Wanderungssaldo je 1.000 der Bevölkerung	,203	,145
Wanderungssaldo mit dem engeren Verflechtungsraum je 1.000 der Bevölkerung	,276	,330
Wanderungssaldo der ausländischen Bevölkerung je 1.000 der ausländischen Bevölkerung		-,356
Wanderungssaldo der Kinder je 1.000 der Bevölkerung (unter 6 Jahren)	-,312	-,232
Bevölkerungsdichte / Einwohner je Hektar Siedlungsfläche	,438	,411
Einfache Wohnlage im Jahr	,456	,211
Erwerbsleben		
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre)	-,222	-,763
Arbeitslosenquote (Arbeitslose an den abhängig zivilen Erwerbspersonen bzw. an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre))	,979	
Arbeitslose nach SGB III an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre)	,161	-,662
Arbeitslose Ausländer nach SGB III an der ausländischen Bevölkerung (15 - 64 Jahre)		-,233
Langzeitarbeitslose nach SGB III an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre)	-,238	-,539
Arbeitslose Jugendliche (unter 25 Jahren) nach SGB III an der Bevölkerung (15 - 24 Jahre)	,360	-,621
Arbeitslose nach SGB II an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre)	,972	
Arbeitslose Ausländer nach SGB II an der ausländischen Bevölkerung (15 - 64 Jahre)	,852	-,217
Langzeitarbeitslose nach SGB II an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre)	,933	
Arbeitslose Jugendliche (unter 25 Jahren) nach SGB II an der Bevölkerung (15 - 24 Jahre)	,910	-,118
Einkommen und materielle Lage		
Leistungsempfänger SGB III (ALG I-Empf.) an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre)	,572	-,636
Erwerbsfähige Hilfebedürftige SGB II (ALG II-Empf.) an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre)	,958	
Nichterwerbsfähige Hilfebedürftige SGB II (SG-Empf.) an der Bevölkerung (unter 15 Jahren)	,945	
Nichterwerbsfähige Hilfebedürftige SGB II (SG-Empf.) an der Bevölkerung (unter 65 Jahren)	,885	
Sozialhilfeempfänger (Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen) an der Bevölkerung	,812	,116
Empfänger von Grundsicherung SGB XII (außerhalb von Einrichtungen) an der Bevölkerung (18 - 64 Jahre)	,725	,136
Empfänger von Grundsicherung SGB XII (außerhalb von Einrichtungen) an der Bevölkerung (ab 65 Jahre)	,622	,609
Gesundheit		
Vorzeitige Sterblichkeit (ICD-10 Nrn. A00 - T98 / Alter: 0 - 64 Jahre) - je 100.000 / altersstand. Eurobev. alt	,729	
Neuerkrankungsrate an bösartigen Neubildungen (ICD-10 Nrn. C00 - C97, ohne C44) insgesamt - je 100.000 / altersstand. Eurobevölkerung alt	,340	
Neuerkrankungsrate an tabakassozierten bösartigen Neubildungen (ICD-10 Nrn. C00 - C14, C15, C25, C32, C33 - C34, C67) insgesamt - je 100.000 / altersstand. Eurobevölkerung alt	,585	,187
Empfänger von Hilfe zur Pflege aE (65 Jahre und älter) nach dem SGB XII an der Bevölkerung (65 Jahre und älter)	,558	,504

Im Interesse der Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet.
(Datenquelle: SenGesSoz Berlin, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

3.4.3 Räumliche Gliederung Berlins (LOR-Systematik)

Für die Sozialstrukturberechnungen wird, analog zum Sozialstrukturatlas 2008 (hierzu Meinlschmidt 2009a), die räumliche Gliederung Berlins auf den Ebenen der lebensweltlich orientierten Räume (LOR) verwendet. Die lebensweltlich orientierten Räume verfügen über drei räumliche Ebenen, die sich hierarchisch ineinander überführen lassen. Die Planungsräume (447) als kleinste Ebene lassen sich zu den Bezirksregionen (138) als nächstgrößere Raumebene und diese zu den Prognoseräumen (60) zusammenfassen. Alle Ebenen können baukastenähnlich eindeutig einem der 12 Bezirke zugeordnet werden.

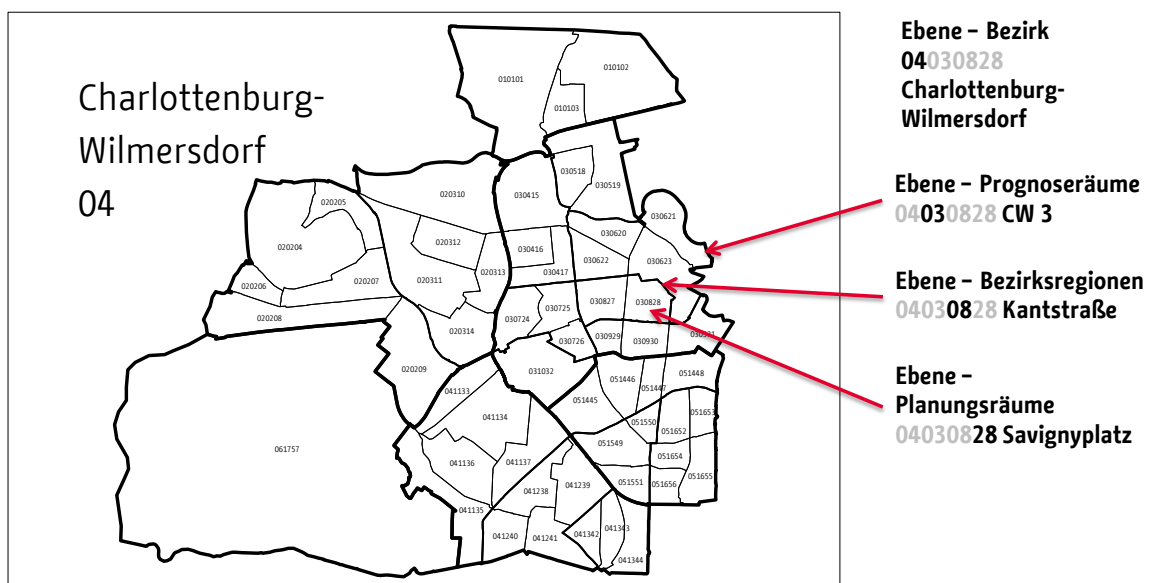
Die Schneidung der Planungsregionen erfolgte unter Berücksichtigung von:

- Homogener Binnenstruktur (Einwohnerstruktur, Sozialstruktur, Wohnbebauung, Milieubildung, etc.)
- Strukturellen Barrieren (Hauptverkehrsstraßen, Wasserwege, Waldgebiete, etc.)
- Speziellen Vorgaben (keine Enklaven, keine Schneidung von Blöcken, etc.)
- Raumgrößen:
 - Planungsräume mit durchschnittlich 7.500 Einwohnern,
 - Bezirksregionen mit durchschnittlich 25.000 Einwohnern,
 - Prognoseräume mit durchschnittlich 60.000 Einwohnern (Jahn, Mack & Partner 2006).

Um Verzerrungen auf der Ebene der Planungsräume (durch zu kleine und damit instabile Indikatorenwerte für Planungsräume mit einer geringen Bevölkerung) zu vermeiden, wurden bei den Berechnungen im vorliegenden Sozialstrukturatlas 2013 Planungsräume mit einer Bevölkerung von unter 1.100 Einwohnerinnen und Einwohnern ausgeschlossen. Dies betrifft insgesamt 28 Planungsräume und eine Bezirksregion (vgl. Abschnitt 3.4.1).

Sämtliche Berechnungsergebnisse sind im elektronischen Anhang für alle räumlichen Gliederungsebenen in Berlin auffindbar. Textliche Beschreibungen der Sozialstruktur und ausgewählter Einzelindikatoren werden für die Ebenen der Bezirke und der Planungsräume vorgenommen (Kapitel 3 und 4).

Das folgende Schaubild zeigt die Gliederungsebenen sowie entsprechende Systematik zur Bildung der Planungsraumnummer am Beispiel des Bezirkes Charlottenburg-Wilmersdorf.



3.5 Anhang – LOR-Einzelergebnisse

Tabelle 3.7 (Teil 1 von 12):

Sozialindizes 2013 und Sozialindex I (Δt)R 2013 mit Rang und Schicht in den jeweiligen LOR-Ebenen

Bezirk	Progno- seraum ¹⁾	Bezirks- region ¹⁾	Planungsraum ¹⁾	Bevölke- rungs- anteil ²⁾ (%)	Sozialindex I 2013			Sozialindex II 2013			Sozialindex I (Δt) R		Kate- gorie
					Wert	Rang	Schicht	Wert	Rang	Schicht	Wert	Schicht	
Berlin				100,00	0,0000	x	x	0,0000	x	x	x	x	x
01 Mitte				9,72	-1,1235	11	5	0,7562	5	2	1	0	III
01 Zentrum				2,73	0,3098	24	3	0,8074	12	2	-1	5	II
11 Tiergarten Süd				0,36	-0,4897	98	5	1,7965	3	1	-5	5	IV
01 Stülerstraße				0,08	0,5786	138	3	1,2685	49	1	-28	6	II
02 Großer Tiergarten				0,01	x	x	x	x	x	x	x	x	x
03 Lützowstraße				0,14	-0,6512	301	6	1,5957	30	1	4	4	III
04 Körnerstraße				0,11	-1,0654	349	6	2,4325	6	1	18	2	III
05 Nördlicher Landwehrkanal				0,03	x	x	x	x	x	x	x	x	x
12 Regierungsviertel				0,26	0,4901	42	3	0,2022	47	3	-14	7	II
01 Wilhelmstraße				0,06	0,4387	157	3	0,2530	163	3	-57	7	II
02 Unter den Linden Nord				0,01	x	x	x	x	x	x	x	x	x
03 Unter den Linden Süd				0,02	x	x	x	x	x	x	x	x	x
04 Leipziger Straße				0,16	0,5093	148	3	0,1832	173	3	-39	7	II
13 Alexanderplatz				1,37	0,3460	49	3	0,4324	40	3	6	2	I
01 Charitéviertel				0,14	0,6739	118	2	0,9072	79	2	1	4	I
02 Oranienburger Straße				0,35	0,6822	114	2	1,2308	53	1	75	1	I
03 Alexanderplatzviertel				0,24	0,3386	173	3	0,6519	109	2	24	2	I
04 Karl-Marx-Allee				0,24	-0,0510	228	4	-0,2608	246	5	-37	7	IV
05 Heine-Viertel West				0,18	0,2575	186	4	-0,3017	252	5	-44	7	II
06 Heine-Viertel Ost				0,22	0,1237	201	4	0,0022	204	4	-22	6	II
14 Brunnenstraße Süd				0,74	0,5452	40	3	1,2430	13	1	16	1	I
01 Invalidenstraße				0,40	0,5439	145	3	1,2956	45	1	51	1	I
02 Arkonaplatz				0,34	0,5467	143	3	1,1807	57	1	9	3	I
02 Moabit				2,23	-0,6046	46	6	1,3192	4	1	5	1	III
21 Moabit West				1,21	-0,6419	105	6	1,4118	10	1	16	1	III
01 Huttenkiez				0,09	-0,8028	317	6	1,8488	14	1	73	1	III
02 Beusselkiez				0,17	-1,6825	395	7	2,1159	7	1	3	4	III
03 Westhafen				0,01	x	x	x	x	x	x	x	x	x
04 Emdener Straße				0,49	-0,6573	302	6	1,6209	25	1	53	1	III
05 Zwinglistraße				0,14	-1,2732	370	7	1,8180	17	1	17	2	III
06 Elberfelder Straße				0,32	0,2624	185	4	0,4073	138	3	17	2	I
22 Moabit Ost				1,02	-0,5604	101	6	1,2094	14	1	12	1	III
01 Stéphankiez				0,29	-0,8951	327	6	1,4630	35	1	34	2	III
02 Heidestraße				0,04	-1,5415	390	7	0,8553	86	2	21	2	III
03 Lübecker Straße				0,19	-1,4034	383	7	1,0182	72	2	2	4	III
04 Thomasiusstraße				0,16	0,1619	194	4	0,7534	98	2	52	1	I
05 Zillesiedlung				0,09	-1,2515	368	7	1,2846	46	1	6	3	III
06 Lüneburger Straße				0,09	0,0762	209	4	0,9983	73	2	48	1	I
07 Hansaviertel				0,16	0,5894	136	3	1,6050	28	1	-1	4	II
03 Gesundbrunnen				2,04	-1,6478	58	7	1,2146	6	1	1	3	III
31 Osloer Straße				1,02	-1,7798	134	7	1,4079	11	1	3	3	III
01 Soldiner Straße				0,70	-1,9039	407	7	1,3769	41	1	9	3	III
02 Gesundbrunnen				0,32	-1,5064	387	7	1,4764	33	1	10	3	III
32 Brunnenstraße Nord				1,02	-1,5169	129	7	1,0229	21	2	6	2	III
01 Brunnenstraße				0,37	-1,4591	386	7	1,1934	56	1	27	2	III
02 Humboldthain Süd				0,28	-1,2193	362	7	0,3256	155	3	21	2	III
03 Humboldthain Nordwest				0,38	-1,7926	402	7	1,3677	42	1	13	3	III
04 Wedding				2,72	-1,2703	55	7	1,2838	5	1	1	3	III
41 Parkviertel				1,21	-0,9285	116	6	0,4082	42	3	1	4	III
01 Rehberge				0,55	-0,9424	337	6	0,5664	118	2	4	4	III
02 Schillerpark				0,44	-0,7558	313	6	-0,1031	215	4	-1	4	IV
03 Westliche Müllerstraße				0,22	-1,2385	367	7	1,0299	71	2	-1	4	IV
42 Wedding Zentrum				1,51	-1,5425	131	7	1,9811	1	1	3	3	III
01 Reinickendorfer Straße				0,63	-1,8238	405	7	1,8312	16	1	12	3	III
02 Sparrplatz				0,45	-1,0219	346	6	2,4366	5	1	36	1	III
03 Leopoldplatz				0,44	-1,6704	393	7	1,7310	21	1	10	3	III

noch Tabelle 3.7 (Teil 2 von 12):

Bezirk	Prognoseräum ¹⁾	Bezirksregion ¹⁾	Planungsraum ¹⁾	Bevölkerungsanteil ²⁾ (%)	Sozialindex I 2013			Sozialindex II 2013			Sozialindex I (Δt) R		Kategorie
					Wert	Rang	Schicht	Wert	Rang	Schicht	Wert	Schicht	
02	Friedrichshain-Kreuzberg			7,74	-0,5169	8	4	0,3458	7	3	2	0	III
01	Kreuzberg Nord			1,13	-2,1078	59	7	1,1504	7	1	-1	5	IV
	01 Südliche Friedrichstadt			1,13	-2,1078	137	7	1,1504	16	1	-5	5	IV
	01 Askanischer Platz			0,18	-1,3350	377	7	2,4934	3	1	17	2	III
	02 Mehringplatz			0,37	-2,0171	411	7	1,0790	64	2	-10	5	IV
	03 Moritzplatz			0,44	-2,4198	419	7	0,4825	130	3	-17	5	IV
	04 Wassertorplatz			0,15	-2,3352	417	7	1,7170	22	1	-13	5	IV
02	Kreuzberg Süd			1,76	-0,3924	39	5	1,0497	9	2	4	2	III
	02 Tempelhofer Vorstadt			1,76	-0,3924	93	5	1,0497	18	1	3	3	III
	01 Gleisdreieck/Entwicklungsgebiet			0,01	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	02 Rathaus Yorckstraße			0,16	-0,2475	254	5	1,2189	55	1	7	3	III
	03 Viktoriapark			0,29	-0,0633	231	4	0,8272	91	2	9	3	III
	04 Urbanstraße			0,35	-0,4957	286	5	0,9248	78	2	-6	5	IV
	05 Chamissokiez			0,42	-0,2471	253	5	0,9009	80	2	6	3	III
	06 Graefekiez			0,53	-0,6624	304	6	1,3182	44	1	32	2	III
03	Kreuzberg Ost			1,41	-1,0624	54	7	1,5583	3	1	1	3	III
	03 nördliche Luisenstadt			0,65	-1,4202	127	7	1,5674	8	1	2	3	III
	01 Oranienplatz			0,27	-1,7884	401	7	1,7604	18	1	7	3	III
	02 Lausitzer Platz			0,38	-1,1647	356	6	1,4335	38	1	21	2	III
	04 südliche Luisenstadt			0,76	-0,7561	109	6	1,5506	9	1	15	1	III
	01 Reichenberger Straße			0,43	-0,8598	322	6	1,4077	40	1	29	2	III
	02 Wrangelkiez			0,33	-0,6189	299	5	1,7395	20	1	45	1	III
04	Friedrichshain West			1,31	-0,1453	33	4	-0,0466	25	3	-5	7	IV
	05 Karl-Marx-Allee Nord			0,65	-0,2710	84	5	-0,3891	82	5	-13	7	IV
	01 Barnimkiez			0,16	-0,7353	310	6	-1,4440	388	7	-79	7	IV
	02 Friedenstraße			0,20	-0,3443	265	5	-0,6975	322	6	-62	7	IV
	03 Richard-Sorge-Viertel			0,30	0,0240	217	4	0,3757	146	3	7	3	I
	07 Karl-Marx-Allee Süd			0,67	-0,0201	71	4	0,2943	45	3	-3	5	IV
	01 Andreasviertel			0,35	-0,2661	257	5	0,2093	169	3	-23	6	IV
	02 Weberwiese			0,30	0,2708	182	4	0,3949	140	3	1	4	I
	03 Wriezener Bahnhof/Entwicklungsgebiet			0,01	x	x	x	x	x	x	x	x	x
05	Friedrichshain Ost			2,12	-0,4446	40	5	0,5935	16	2	5	1	III
	06 Frankfurter Allee Nord			0,79	-0,5951	102	6	0,5779	35	2	0	4	IV
	01 Hausburgviertel			0,25	-0,8979	329	6	0,4205	136	3	-28	6	IV
	02 Samariterviertel			0,54	-0,4578	279	5	0,6493	110	2	16	3	III
	08 Frankfurter Allee Süd FK			1,34	-0,3556	89	5	0,6027	33	2	8	2	III
	01 Traveplatz			0,52	-0,6859	307	6	0,7835	94	2	4	4	III
	02 Boxhagener Platz			0,55	-0,1394	240	5	0,6204	114	2	45	1	III
	03 Stralauer Kiez			0,18	-0,6178	298	5	0,2105	168	3	-1	4	IV
	04 Stralauer Halbinsel			0,09	0,7927	97	2	0,2419	164	3	-14	5	II

noch Tabelle 3.7 (Teil 3 von 12):

Bezirk	Progno- seraum ¹⁾	Bezirks- region ¹⁾	Planungsraum ¹⁾	Bevölke- rungs- anteil ²⁾ (%)	Sozialindex I 2013			Sozialindex II 2013			Sozialindex I (Δt) R		Kate- gorie
					Wert	Rang	Schicht	Wert	Rang	Schicht	Wert	Schicht	
03	Pankow			10,65	1,1821	3	2	-0,9748	10	4	1	0	I
	01	Buch		0,38	-0,6154	47	6	-1,3332	56	7	0	4	IV
		01	Buch	0,38	-0,6154	103	6	-1,3332	126	7	-2	5	IV
			01 Bucher Forst	0,08	-0,4019	272	5	-1,0519	358	6	-49	7	IV
			02 Buch	0,29	-0,6769	305	6	-1,4142	385	7	8	3	III
			04 Lietzengraben	0,01	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	02	Nördliches Pankow		1,22	0,5638	16	2	-0,6200	42	5	4	2	I
		02	Blankenfelde/Niederschönhausen	0,73	0,6319	34	2	-0,3928	83	5	-1	4	II
			03 Blankenfelde	0,06	0,5785	139	3	-1,3552	378	7	-5	5	II
			09 Niederschönhausen	0,38	0,6797	115	2	-0,4214	272	5	1	4	I
			10 Herthaplatz	0,29	0,5787	137	3	-0,1730	235	4	-7	5	II
		03	Buchholz	0,49	0,4618	45	3	-0,9601	115	6	16	1	I
			07 Buchholz	0,49	0,4618	156	3	-0,9601	351	6	45	1	I
	03	Nördliches Weißensee		0,96	0,8894	9	2	-0,7780	49	6	1	3	I
		04	Karow	0,55	0,7136	29	2	-0,8388	105	6	2	3	I
			05 Karow Nord	0,31	0,2122	189	4	-1,0013	355	6	33	2	I
			06 Alt-Karow	0,24	1,3732	40	1	-0,6249	309	6	1	4	I
		07	Blankenburg/Heinersdorf/Märchenland	0,41	1,1233	12	1	-0,6973	98	5	1	4	I
			11 Blankenburg	0,19	1,1689	63	2	-0,3911	265	5	-16	5	II
			15 Heinersdorf	0,19	1,0108	75	2	-1,0343	357	6	2	4	I
			16 Märchenland	0,03	1,5083	22	1	-0,5313	290	5	5	3	I
	04	Südliches Pankow		2,36	0,3926	21	3	-0,6806	46	6	4	2	I
		05	Schönholz/Wilhelmsruh/Rosenthal	0,50	0,9544	20	2	-0,2963	72	4	10	2	I
			08 Rosenthal	0,13	1,0869	68	2	-0,2400	244	5	39	1	I
			12 Wilhelmsruh	0,27	0,9187	87	2	-0,5051	282	5	41	1	I
			13 Schönholz	0,09	0,8732	91	2	0,2235	166	3	13	3	I
		06	Pankow Zentrum	0,94	0,3430	50	3	-0,7482	101	6	14	1	I
			14 Pankow Zentrum	0,94	0,3430	172	3	-0,7482	327	6	34	2	I
		08	Pankow Süd	0,92	0,1398	61	4	-0,8192	104	6	15	1	I
			18 Pankow Süd	0,92	0,1398	199	4	-0,8192	338	6	29	2	I
	05	Südliches Weißensee		1,39	-0,2138	35	5	-0,9654	53	7	0	4	IV
		09	Weißensee	0,95	-0,2001	81	5	-0,7923	102	6	4	3	III
			19 Gustav-Adolf-Straße	0,14	-0,0373	225	4	-1,6161	394	7	39	1	III
			20 Weißer See	0,18	0,0609	210	4	-1,0574	359	6	-63	7	II
			23 Weißenseer Spitze	0,23	-0,5227	287	5	-0,6703	318	6	30	2	III
			24 Behaimstraße	0,15	-0,5513	291	5	-0,2391	243	5	7	3	III
			25 Komponistenviertel Weißensee	0,24	0,0440	212	4	-0,5752	299	5	50	1	I
		10	Weißensee Ost	0,44	-0,2437	82	5	-1,3423	127	7	-12	7	IV
			17 Rennbahnstraße	0,12	0,4238	158	3	0,1100	180	3	56	1	I
			21 Buschallee	0,19	-0,6876	308	6	-2,0477	413	7	-50	7	IV
			22 Hansastraße	0,13	-0,2136	249	5	-1,6452	397	7	-82	7	IV
	06	Nördlicher Prenzlauer Berg		2,75	-0,0683	30	4	0,1317	20	3	9	1	III
		11	Prenzlauer Berg Nordwest	0,68	0,0146	69	4	0,7281	29	2	13	1	I
			26 Arnimplatz	0,40	-0,0773	234	4	0,7070	103	2	42	1	III
			31 Falkplatz	0,28	0,1476	196	4	0,7586	97	2	41	1	I
		12	Prenzlauer Berg Nord	0,75	-0,0638	77	4	-0,0728	58	3	7	2	III
			27 Humannplatz	0,40	0,1418	198	4	0,0974	186	4	27	2	I
			28 Erich-Weinert-Straße	0,35	-0,3007	262	5	-0,2690	248	5	37	1	III
		13	Helmholtzplatz	0,61	0,1395	62	4	0,8431	25	2	27	1	I
			32 Helmholtzplatz	0,61	0,1395	200	4	0,8431	87	2	71	1	I
		14	Prenzlauer Berg Ost	0,71	-0,3335	88	5	-0,8441	106	6	11	2	III
			29 Greifswalder Straße	0,30	-0,4837	284	5	-1,8863	408	7	-29	6	IV
			30 Volkspark Prenzlauer Berg	0,08	-0,5265	288	5	-1,1375	363	7	-110	7	IV
			34 Anton-Saefkow-Park	0,17	-0,1236	239	4	0,2705	161	3	118	1	III
			35 Conrad-Blenkle-Straße	0,11	-0,7662	315	6	-0,3956	266	5	37	1	III
			41 Eldenaer Straße	0,05	1,1938	57	1	1,1555	59	1	x	x	x
	07	Südlicher Prenzlauer Berg		1,59	0,4668	18	3	0,7665	13	2	9	1	I
		15	Prenzlauer Berg Südwest	0,70	0,6853	31	2	1,0373	19	1	27	1	I
			36 Teutoburger Platz	0,29	0,6224	130	3	1,2709	48	1	74	1	I
			37 Kollwitzplatz	0,41	0,7304	106	2	0,8699	83	2	67	1	I
		16	Prenzlauer Berg Süd	0,89	0,2940	53	3	0,5523	37	2	22	1	I
			33 Thälmannpark	0,07	-0,5976	295	5	-0,4888	280	5	40	1	III
			38 Winsstraße	0,47	0,3055	180	3	0,7066	104	2	50	1	I
			39 Bötzowstraße	0,35	0,4649	154	3	0,5609	119	2	38	1	I

noch Tabelle 3.7 (Teil 4 von 12):

Bezirk	Progno- serraum ¹⁾	Bezirks- region ¹⁾	Planungsraum ¹⁾	Bevölke- rungs- anteil ²⁾ (%)	Sozialindex I 2013			Sozialindex II 2013			Sozialindex I (Δt) R		Kate- gorie
					Wert	Rang	Schicht	Wert	Rang	Schicht	Wert	Schicht	
04	Charlottenburg-Wilmersdorf			9,19	1,1991	2	1	0,7901	3	2	0	0	I
	01 CW 1			0,52	-0,9687	52	7	-0,2606	30	4	1	3	III
		01	Charlottenburg Nord	0,52	-0,9687	117	6	-0,2606	71	4	2	3	III
			01 Jungfernheide	0,29	-0,9119	334	6	-0,3495	257	5	-11	5	IV
			02 Plötzensee	0,02	x	x	x	x	x	x	x	x	x
			03 Paul-Hertz-Siedlung	0,21	-1,0458	348	6	-0,1402	227	4	12	3	III
	02 CW 2			1,12	0,8626	10	2	0,1477	19	3	-3	6	II
		02	Heerstraße	0,36	1,2969	9	1	0,3899	43	3	0	4	I
			04 Olympiagelände	0,00	x	x	x	x	x	x	x	x	x
			05 Siedlung Ruhleben	0,04	1,6812	8	1	0,2201	167	3	25	2	I
			06 Angerburger Allee	0,07	0,2070	190	4	-1,9844	411	7	-142	7	II
			07 Flatowallee	0,08	1,5658	12	1	0,2591	162	3	19	2	I
			08 Kranzallee	0,08	1,5529	16	1	1,1592	58	1	34	2	I
			09 Eichkamp	0,09	1,5932	11	1	1,8396	15	1	-5	5	II
		03	Westend	0,76	0,6536	33	2	0,0312	53	3	-9	6	II
			10 Park Ruhwald	0,02	x	x	x	x	x	x	x	x	x
			11 Reichsstraße	0,41	0,8003	96	2	-0,1227	222	4	-12	5	II
			12 Branitzer Platz	0,14	0,7046	110	2	0,1311	178	3	-9	5	II
			13 Königin-Elisabeth-Straße	0,20	0,3157	177	3	0,2755	160	3	-37	7	II
			14 Messiegelände	0,00	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	03 CW 3			3,91	0,2415	25	3	0,9290	10	2	4	2	I
		04	Schloß Charlottenburg	0,67	-0,0357	74	4	1,0363	20	2	21	1	III
			15 Schloßgarten	0,08	-1,1853	358	6	1,6859	23	1	-89	7	IV
			16 Klausenerplatz	0,30	-0,1608	243	5	1,2237	54	1	104	1	III
			17 Schloßstraße	0,30	0,3833	168	3	0,6844	107	2	45	1	I
		05	Mierendorffplatz	0,41	-0,3674	90	5	0,5513	38	2	20	1	III
			18 Tegeler Weg	0,26	-0,3548	266	5	0,6933	105	2	43	1	III
			19 Kaiserin-Augusta-Allee	0,15	-0,3892	269	5	0,3059	157	3	35	2	III
		06	Otto-Suhr-Allee	0,74	-0,0485	76	4	0,7620	26	2	16	1	III
			20 Alt-Lietzow	0,24	0,0192	218	4	0,4059	139	3	45	1	I
			21 Spreestadt	0,08	-0,4409	277	5	1,7415	19	1	77	1	III
			22 Richard-Wagner-Straße	0,29	-0,0448	227	4	0,6468	111	2	59	1	III
			23 Ernst-Reuter-Platz	0,12	0,0787	207	4	1,0626	66	2	36	1	I
		07	Neue Kantstraße	0,67	0,5631	39	2	0,9287	23	2	9	2	I
			24 Lietzensee	0,18	0,5647	141	3	0,8616	85	2	15	3	I
			25 Amtsgerichtsplatz	0,33	0,6343	126	3	1,0642	65	2	23	2	I
			26 Droysenstraße	0,15	0,4053	161	3	0,7128	102	2	15	3	I
		08	Kantstraße	0,59	0,2928	54	3	1,1974	15	1	9	2	I
			27 Karl-August-Platz	0,33	-0,0359	223	4	1,2602	50	1	29	2	III
			28 Savignyplatz	0,27	0,6935	113	2	1,1207	61	2	30	2	I
		09	Kurfürstendamm	0,42	0,7852	25	2	1,3467	12	1	12	1	I
			29 Hindemithplatz	0,16	0,6940	112	2	1,4697	34	1	73	1	I
			30 George-Grosz-Platz	0,15	0,9727	80	2	1,3517	43	1	18	2	I
			31 Breitscheidplatz	0,10	0,6469	123	3	1,1359	60	1	-2	4	II
		10	Halensee	0,41	0,6775	32	2	0,6222	32	2	10	2	I
			32 Halensee	0,41	0,6775	116	2	0,6222	113	2	23	2	I
	04 CW 4			1,45	0,9296	8	1	0,4287	17	2	3	2	I
		11	Grunewald	0,52	1,0150	18	1	0,6992	30	2	0	4	I
			33 Güterbahnhof Grunewald	0,00	x	x	x	x	x	x	x	x	x
			34 Bismarckallee	0,14	1,1044	67	2	1,4083	39	1	-8	5	II
			35 Hundekühle	0,08	1,3951	37	1	0,9576	76	2	-28	6	II
			36 Hagenplatz	0,08	1,4504	31	1	0,9613	74	2	-23	6	II
			37 Flinsberger Platz	0,22	0,6551	120	2	0,0639	191	4	13	3	I
		12	Schmargendorf	0,40	1,0666	16	1	0,1819	48	3	5	2	I
			38 Kissinger Straße	0,16	0,7360	105	2	0,0150	201	4	1	4	I
			39 Stadion Wilmersdorf	0,00	x	x	x	x	x	x	x	x	x
			40 Messelpark	0,05	1,8135	2	1	1,0797	63	2	1	4	I
			41 Breite Straße	0,19	1,1636	64	2	0,1079	182	4	14	3	I
		13	Wiesbadener Straße	0,52	0,7413	27	2	0,3444	44	3	9	2	I
			42 Schlagenbader Straße	0,12	0,3150	178	3	-0,2525	245	5	6	3	I
			43 Binger Straße	0,10	0,6319	127	3	0,4113	137	3	-25	6	II
			44 Rüdesheimer Platz	0,31	0,9389	85	2	0,5484	121	3	35	2	I
	05 CW 5			2,18	0,4996	17	2	0,6535	15	2	4	2	I
		14	Düsseldorfer Straße	0,85	0,5259	41	3	0,5656	36	2	3	3	I
			45 Eisenbahnstraße	0,17	0,3136	179	3	-0,0403	209	4	-8	5	II
			46 Preußenpark	0,29	0,7389	103	2	0,7701	96	2	22	2	I
			47 Ludwigkirchplatz	0,15	0,3806	169	3	0,8418	88	2	-1	4	II
			48 Schaperstraße	0,25	0,5077	149	3	0,5742	117	2	5	3	I
		15	Barstraße	0,39	0,2864	55	3	0,5887	34	2	4	3	I
			49 Rathaus Wilmersdorf	0,12	0,2784	181	4	0,5098	125	3	37	1	I
			50 Leon-Jessel-Platz	0,15	0,4896	151	3	0,8327	89	2	-3	4	II
			51 Brabanter Platz	0,12	0,0439	213	4	0,3641	148	3	7	3	I
		16	Volkspark Wilmersdorf	0,94	0,5649	38	2	0,7604	27	2	11	2	I
			52 Nikolsburger Platz	0,27	0,7820	99	2	0,9592	75	2	18	2	I
			53 Prager Platz	0,19	0,6480	122	3	0,7928	93	2	28	2	I
			54 Wilhelmsaue	0,08	0,5322	146	3	0,5103	124	3	29	2	I
			55 Babelsberger Straße	0,19	0,2702	183	4	0,8298	90	2	46	1	I
			56 Hildegardstraße	0,21	0,4959	150	3	0,5126	123	3	8	3	I
	06 CW 6			0,00	x	x	x	x	x	x	x	x	x
		17	Forst Grunewald	0,00	x	x	x	x	x	x	x	x	x
			57 Forst Grunewald	0,00	x	x	x	x	x	x	x	x	x

noch Tabelle 3.7 (Teil 5 von 12):

Bezirk	Prognoseraum ¹⁾	Bezirksregion ¹⁾	Planungsraum ¹⁾	Bevölkerungsanteil ²⁾ (%)	Sozialindex I 2013			Sozialindex II 2013			Sozialindex I (Δt) R		Kategorie
					Wert	Rang	Schicht	Wert	Rang	Schicht	Wert	Schicht	
05 Spandau				6,44	-0,7954	10	4	0,4010	6	3	-2	0	IV
	01 SPA 1			2,74	-0,7138	48	6	-0,2765	31	4	-2	6	IV
		01 Hakenfelde		0,66	0,0207	68	4	-0,5154	93	5	-6	6	II
		01 Hakenfelde Nord		0,28	-0,1110	238	4	-0,3125	254	5	4	4	III
		02 Goltzstraße		0,16	-0,2648	256	5	-0,8445	344	6	-40	7	IV
		03 Amorbacher Weg		0,22	0,4032	163	3	-0,5356	292	5	-22	6	II
		02 Falkenhagener Feld		1,13	-0,8480	114	6	-0,4708	89	5	-10	6	IV
		04 Griesingerstraße		0,09	-1,2017	361	7	0,3781	143	3	-12	5	IV
		05 An der Tränke		0,06	1,7000	7	1	1,0396	70	2	21	2	I
		06 Gütersloher Weg		0,29	-0,8978	328	6	-0,8133	337	6	-32	6	IV
		07 Darbystraße		0,32	-1,5150	388	7	-0,3605	260	5	-23	6	IV
		08 Germersheimer Platz		0,21	-1,3992	382	7	-0,9083	347	6	-23	6	IV
		09 An der Kappe		0,17	0,4681	153	3	-0,5307	289	5	-30	6	II
		03 Spandau Mitte		0,95	-1,0713	121	7	0,1273	49	3	1	4	III
		10 Eckschanze		0,10	-1,0772	351	6	-0,2101	240	5	-19	6	IV
		11 Eiswerder		0,15	-1,2302	366	7	0,3244	156	3	15	3	III
		12 Kurstraße		0,18	-1,9148	408	7	0,5448	122	3	-30	6	IV
		13 Ackerstraße		0,18	-0,9357	336	6	0,1643	174	3	-14	5	IV
		14 Carl-Schurz-Straße		0,32	-0,6098	297	5	-0,1041	216	4	11	3	III
		39 Freiheit		0,01	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	02 SPA 2			2,43	-0,3535	37	5	-0,3631	38	5	0	4	IV
		04 Brunsbütteler Damm		0,67	0,3090	52	3	-0,4849	91	5	-9	6	II
		15 Isenburger Weg		0,12	1,5072	23	1	0,7405	100	2	-5	5	II
		16 Am Heideberg		0,05	0,7499	101	2	-0,1781	237	4	4	4	I
		17 Staakener Straße		0,16	0,9536	82	2	-0,5185	284	5	12	3	I
		18 Spandauer Straße		0,12	0,0764	208	4	-0,6580	316	6	-21	6	II
		19 Magistratsweg		0,20	-0,8991	330	6	-1,1562	366	7	-48	7	IV
		20 Werkstraße		0,03	x	x	x	x	x	x	x	x	x
		05 Heerstraße Nord		0,77	-0,7892	111	6	-0,1120	60	4	1	4	III
		21 Döberitzer Weg		0,08	1,0814	71	2	0,0560	192	4	90	1	I
		22 Pillnitzer Weg		0,19	-1,1911	359	6	-0,0293	207	4	4	4	III
		23 Maulbeerallee		0,33	-1,9424	409	7	0,2047	170	3	-18	6	IV
		24 Weinmeisterhornweg		0,18	0,9795	79	2	-0,8660	345	6	18	2	I
		06 Wilhelmstadt		0,98	-0,4464	96	5	-0,4808	90	5	-10	6	IV
		25 Borkumer Straße		0,21	-0,4630	280	5	-0,4163	270	5	-2	4	IV
		26 Adamstraße		0,48	-0,9060	333	6	-0,6367	312	6	-30	6	IV
		27 Tiefwerder		0,11	-0,6095	296	5	0,0494	194	4	29	2	III
		28 Graetschelsteig		0,06	0,0176	219	4	0,0439	198	4	48	1	I
		29 Börnicker Straße		0,13	1,2410	52	1	-0,6971	321	6	-27	6	II
	03 SPA 3			0,74	-0,5253	43	6	-0,3117	35	5	-1	5	IV
		07 Haselhorst		0,40	-0,6233	104	6	-0,3841	81	5	5	2	III
		30 Zitadellenweg		0,09	0,0495	211	4	0,0660	190	4	43	1	I
		31 Gartenfelder Straße		0,30	-0,8307	320	6	-0,5228	288	5	-2	4	IV
		08 Siemensstadt		0,35	-0,4027	94	5	-0,2212	67	4	-17	7	IV
		32 Rohrdamm		0,32	-0,4027	273	5	-0,2212	241	5	-35	7	IV
		33 Motardstraße		0,03	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	04 SPA 4			0,52	1,5233	2	1	-0,0601	26	4	-1	5	II
		09 Gatow/Kladow		0,52	1,5233	2	1	-0,0601	56	3	-1	4	II
		34 Alt-Gatow		0,10	1,5350	18	1	0,4669	134	3	-3	4	II
		35 Groß-Glienicker Weg		0,01	x	x	x	x	x	x	x	x	x
		36 Jägerallee		0,24	1,4936	25	1	-0,2003	239	4	-18	6	II
		37 Kladower Damm		0,06	1,7503	4	1	0,3300	153	3	1	4	I
		38 Kafkastraße		0,10	1,4444	32	1	-0,4809	279	5	-22	6	II

noch Tabelle 3.7 (Teil 6 von 12):

Bezirk	Prognoseraum ¹⁾	Bezirksregion ¹⁾	Planungsraum ¹⁾	Bevölkerungsanteil ²⁾ (%)	Sozialindex I 2013			Sozialindex II 2013			Sozialindex I (Δt) R		Kategorie
					Wert	Rang	Schicht	Wert	Rang	Schicht	Wert	Schicht	
06 Steglitz-Zehlendorf				8,57	1,5934	1	1	0,9070	2	1	0	0	I
01 Region A				2,11	0,4065	20	3	0,0787	21	3	-1	5	II
	01 Schloßstraße			0,62	0,8468	23	2	0,4215	41	3	6	2	I
	01 Fichtenberg			0,20	1,2176	55	1	0,0532	193	4	-20	6	II
	02 Schloßstraße			0,24	0,6495	121	3	0,7357	101	2	17	2	I
	03 Markelstraße			0,18	0,7122	108	2	0,3946	141	3	43	1	I
	02 Albrechtstraße			1,49	0,2234	58	3	-0,0639	57	3	-5	5	II
	04 Munsterdamm			0,19	0,0283	215	4	-0,4714	277	5	-22	6	II
	05 Südende			0,27	0,3507	171	3	-0,1712	233	4	-18	6	II
	06 Stadtpark			0,22	0,1634	193	4	-0,6065	305	6	-48	7	II
	07 Mittelstraße			0,23	0,3949	166	3	0,3770	144	3	3	4	I
	08 Bergstraße			0,19	0,0950	205	4	0,1473	175	3	-45	7	II
	09 Feuerbachstraße			0,25	0,2635	184	4	0,0453	196	4	-3	4	II
	10 Bismarckstraße			0,14	0,1589	195	4	0,3578	149	3	32	2	I
02 Region B				2,21	0,3867	22	3	-0,2368	29	4	-4	7	II
	03 Lankwitz			1,20	0,2210	59	3	-0,3528	78	4	-8	6	II
	01 Alt-Lankwitz			0,14	0,4011	164	3	-0,5335	291	5	0	4	I
	02 Komponistenviertel Lankwitz			0,15	0,9802	77	2	-0,0696	212	4	11	3	I
	03 Lankwitz Kirche			0,21	-0,1600	242	5	-0,7990	333	6	-31	6	IV
	04 Kaiser-Wilhelm-Straße			0,20	-0,0283	222	4	-0,4906	281	5	-32	6	IV
	05 Gemeindepark Lankwitz			0,31	-0,1758	245	5	0,0031	203	4	-36	7	IV
	06 Lankwitz Süd			0,19	0,7913	98	2	-0,4027	268	5	-7	5	II
	04 Ostpreußendamm			1,01	0,5840	37	2	-0,0986	59	3	1	4	I
	07 Thermometersiedlung			0,14	-0,7574	314	6	0,3386	152	3	7	3	III
	08 Lichterfelde Süd			0,19	0,3904	167	3	-0,1487	228	4	-21	6	II
	09 Königsberger Straße			0,23	0,6193	131	3	-0,1297	223	4	-18	6	II
	10 Oberhofer Platz			0,20	1,1864	61	2	0,0886	187	4	-3	4	II
	11 Schütte-Lanz-Straße			0,25	0,9543	81	2	-0,4224	274	5	37	1	I
03 Region C				2,28	1,1077	6	1	0,3837	18	3	0	4	I
	05 Teltower Damm			0,96	1,0915	15	1	0,2187	46	3	4	3	I
	01 Berlepschstraße			0,16	1,4214	34	1	0,3471	151	3	6	3	I
	02 Zehlendorf Süd			0,15	0,3354	174	3	-0,5358	293	5	26	2	I
	03 Zehlendorf Mitte			0,32	0,9940	76	2	0,3533	150	3	9	3	I
	04 Teltower Damm			0,32	1,3772	38	1	0,3697	147	3	0	4	I
	06 Drakestraße			1,33	1,1194	14	1	0,5025	39	2	2	3	I
	05 Botanischer Garten			0,20	0,9040	88	2	0,3792	142	3	-1	4	II
	06 Hindenburgdamm			0,14	0,4145	160	3	0,4708	133	3	-5	5	II
	07 Goerzwerke			0,09	1,3220	47	1	1,9362	9	1	16	3	I
	08 Schweizer Viertel			0,32	1,4663	29	1	0,6565	108	2	-17	5	II
	09 Augustaplatz			0,34	0,8785	90	2	-0,1729	234	4	-10	5	II
	10 Lichterfelde West			0,23	1,5235	21	1	0,8097	92	2	16	3	I
04 Region D				1,96	1,5610	1	1	0,8636	11	2	1	3	I
	07 Zehlendorf Südwest			0,75	1,4498	7	1	0,7408	28	2	-4	5	II
	01 Wannsee			0,28	1,4802	27	1	0,2855	159	3	-10	5	II
	02 Düppel			0,16	1,2269	54	1	0,4761	131	3	-33	7	II
	03 Nikolassee			0,31	1,5371	17	1	1,2775	47	1	5	3	I
	08 Zehlendorf Nord			1,21	1,6297	1	1	0,9395	22	2	5	2	I
	04 Krumme Lanke			0,22	1,7184	5	1	0,6393	112	2	-4	5	II
	05 Fischerhüttenstraße			0,15	1,4755	28	1	0,4541	135	3	-14	5	II
	06 Fischtal			0,21	1,5543	15	1	0,4844	129	3	20	2	I
	07 Zehlendorf-Eiche			0,17	1,3522	42	1	0,8925	81	2	13	3	I
	08 Hüttenweg			0,12	1,5641	13	1	1,2427	52	1	74	1	I
	09 Thielallee			0,15	1,9133	1	1	1,6047	29	1	3	4	I
	10 Dahlem			0,19	1,7985	3	1	1,5082	32	1	-1	4	II

noch Tabelle 3.7 (Teil 7 von 12):

Bezirk	Prognoseraum ¹⁾	Bezirksregion ¹⁾	Planungsraum ¹⁾	Bevölkerungsanteil ²⁾ (%)	Sozialindex I 2013			Sozialindex II 2013			Sozialindex I (Δt) R		Kategorie
					Wert	Rang	Schicht	Wert	Rang	Schicht	Wert	Schicht	
07	Tempelhof-Schöneberg			9,61	0,5466	5	2	0,7831	4	2	0	0	I
	01 Schöneberg Nord			1,40	-0,2708	36	5	1,6183	2	1	8	1	III
	01 Schöneberg Nord			1,40	-0,2708	83	5	1,6183	6	1	15	1	III
			01 Wittenbergplatz/Viktoria-Luise-Platz	0,27	0,1919	191	4	1,1171	62	2	-3	4	II
			02 Nollendorfplatz	0,45	-0,5415	290	5	1,8958	11	1	25	2	III
			03 Barbarossaplatz	0,29	0,5321	147	3	1,0450	69	2	27	2	I
			04 Dennewitzplatz	0,39	-0,8826	323	6	2,0765	8	1	52	1	III
	02 Schöneberg Süd			1,40	0,0592	27	4	1,0589	8	1	9	1	I
	02 Schöneberg Süd			1,40	0,0592	66	4	1,0589	17	1	15	1	I
			01 Bayerischer Platz	0,30	0,6370	124	3	0,6886	106	2	38	1	I
			02 Volkspark (Rudolf-Wilde-Park)	0,28	-0,0250	221	4	0,8805	82	2	30	2	III
			03 Kaiser-Wilhelm-Platz	0,50	-0,0949	236	4	1,4552	36	1	66	1	III
			04 Schöneberger Insel	0,33	-0,1636	244	5	0,9435	77	2	9	3	III
	03 Friedenau			1,30	0,6976	14	2	0,6664	14	2	2	2	I
	03 Friedenau			1,30	0,6976	30	2	0,6664	31	2	9	2	I
			01 Friedenau	0,69	1,0743	72	2	0,7818	95	2	18	2	I
			02 Ceciliengärten	0,26	0,8621	92	2	0,5834	116	2	22	2	I
			03 Grazer Platz	0,34	-0,1804	246	5	0,4995	127	3	33	2	III
	04 Tempelhof			1,73	-0,1831	34	4	0,0260	23	3	-1	5	IV
	04 Tempelhof			1,73	-0,1831	80	5	0,0260	54	3	-2	5	IV
			01 Neu-Tempelhof	0,47	0,1445	197	4	0,0664	189	4	8	3	I
			02 Lindenhofsiedlung	0,06	-0,0668	232	4	0,2352	165	3	17	2	III
			03 Manteuffelstraße	0,66	-0,2205	250	5	-0,1552	231	4	-5	5	IV
			04 Marienhöhe	0,15	0,2349	188	4	-0,0651	211	4	-6	5	II
			05 Rathaus Tempelhof	0,30	-0,3611	267	5	0,1338	176	3	-19	6	IV
			06 Germaniagarten	0,10	-1,6706	394	7	0,7421	99	2	6	3	III
	05 Mariendorf			1,46	-0,0370	29	4	-0,4961	40	5	-3	6	IV
	05 Mariendorf			1,46	-0,0370	75	4	-0,4961	92	5	-10	6	IV
			01 Rathausstraße	0,45	-0,4696	282	5	-0,4390	275	5	-26	6	IV
			02 Fritz-Werner-Straße	0,22	-0,2687	258	5	-0,5401	295	5	-50	7	IV
			03 Eisenacher Straße	0,26	-0,0727	233	4	-0,6397	314	6	-26	6	IV
			04 Imbrosweg	0,16	-0,0365	224	4	-0,3603	259	5	36	1	III
			05 Hundsteinweg	0,30	0,5518	142	3	-0,4736	278	5	-11	5	II
			06 Birnhornweg	0,06	1,2040	56	1	-0,6045	304	6	4	4	I
	06 Marienfelde			0,89	-0,0751	31	4	-0,4309	39	5	-1	5	IV
	06 Marienfelde			0,89	-0,0751	78	4	-0,4309	85	5	-4	5	IV
			01 Marienfelder Allee Nordwest	0,28	-0,0971	237	4	0,1088	181	4	-2	4	IV
			02 Kirchstraße	0,13	1,0193	73	2	-0,5133	283	5	1	4	I
			03 Marienfelde Nordost	0,08	0,0366	214	4	-0,3981	267	5	-2	4	II
			04 Marienfelde Süd	0,39	-0,4533	278	5	-0,7941	332	6	-3	4	IV
	07 Lichtenrade			1,44	0,4126	19	3	-0,3385	37	5	-2	6	II
	07 Lichtenrade			1,44	0,4126	46	3	-0,3385	75	4	-5	5	II
			01 Kettinger Straße/Schillerstraße	0,30	0,7568	100	2	-0,1524	230	4	-4	5	II
			02 Alt-Lichtenrade/Töpchiner Weg	0,30	0,7054	109	2	-0,2863	250	5	23	2	I
			03 John-Locke-Straße	0,23	-0,4388	276	5	-0,7458	326	6	-32	6	IV
			04 Nahariyastraße	0,23	-0,7419	312	6	-0,1165	219	4	-21	6	IV
			05 Franziusweg/Rohrbachstraße	0,21	1,1924	58	1	-0,0042	205	4	14	3	I
			06 Horstwalder Straße/Paplitzer Straße	0,11	0,6954	111	2	-1,2366	373	7	-25	6	II
			07 Wittelsbacherstraße	0,08	1,3512	44	1	-0,3725	263	5	-14	5	II

noch Tabelle 3.7 (Teil 8 von 12):

Bezirk	Progno- serraum ¹⁾	Bezirks- region ¹⁾	Planungsraum ¹⁾	Bevölke- rungs- anteil ²⁾ (%)	Sozialindex I 2013			Sozialindex II 2013			Sozialindex I (Δt) R		Kate- gorie
					Wert	Rang	Schicht	Wert	Rang	Schicht	Wert	Schicht	
08	Neukölln			9,14	-1,4855	12	5	0,9245	1	1	-1	0	IV
	01	Neukölln		4,62	-1,3989	57	7	1,6519	1	1	0	4	IV
		01	Schillerpromenade	0,89	-1,5713	132	7	1,6626	5	1	1	4	III
			15 Hasenheide	0,02	x	x	x	x	x	x	x	x	x
			16 Wissmannstraße	0,10	-1,6212	392	7	1,8510	13	1	13	3	III
			17 Schillerpromenade	0,45	-1,3897	380	7	1,6589	24	1	19	2	III
			18 Silbersteinstraße	0,32	-1,8085	403	7	1,6095	27	1	7	3	III
		02	Neuköllner Mitte/Zentrum	1,06	-1,5327	130	7	1,9238	2	1	6	2	III
			11 Flughafenstraße	0,28	-1,2870	371	7	2,6483	2	1	24	2	III
			12 Rollberg	0,21	-1,7613	398	7	1,4514	37	1	21	2	III
			13 Körnerpark	0,35	-1,4104	384	7	1,8545	12	1	23	2	III
			14 Glasower Straße	0,23	-1,8119	404	7	1,5820	31	1	8	3	III
		03	Reuterstraße	1,12	-0,8434	113	6	1,7302	4	1	14	1	III
			01 Reuterkiez	0,79	-0,7021	309	6	1,6185	26	1	63	1	III
			02 Bouchéstraße	0,11	-0,8886	324	6	0,5516	120	2	45	1	III
			03 Donaustraße	0,23	-1,3036	373	7	2,6556	1	1	36	1	III
		04	Rixdorf	1,12	-1,4913	128	7	1,6021	7	1	3	3	III
			04 Rixdorf	0,65	-1,3822	379	7	1,8965	10	1	14	3	III
			05 Hertzbergplatz	0,25	-1,2617	369	7	1,2592	51	1	4	4	III
			06 Treptower Straße Nord	0,19	-2,1656	412	7	1,0475	68	2	6	3	III
			07 Gewerbegebiet Ederstraße	0,02	x	x	x	x	x	x	x	x	x
		05	Köllnische Heide	0,43	-1,9543	136	7	0,8540	24	2	-6	6	IV
			08 Weiße Siedlung	0,15	-1,8888	406	7	0,4975	128	3	-17	5	IV
			09 Schulenburgpark	0,27	-1,9913	410	7	1,0553	67	2	-14	5	IV
			10 Gewerbegebiet Köllnische Heide	0,01	x	x	x	x	x	x	x	x	x
		02	Britz/Buckow	1,97	-0,1002	32	4	-0,2947	33	4	0	4	IV
			06 Britz	1,17	-0,3688	91	5	-0,1950	66	4	0	4	IV
			19 Buschkrugallee Nord	0,28	-1,0885	353	6	0,1903	171	3	15	3	III
			20 Tempelhofer Weg	0,26	-0,9466	339	6	-0,1786	238	4	-12	5	IV
			21 Mohriner Allee Nord	0,07	1,6613	9	1	0,4726	132	3	27	2	I
			22 Parchimer Allee	0,41	-0,0548	229	4	-0,6156	308	6	7	3	III
			23 Ortolanweg	0,04	-0,2710	259	5	-0,5970	303	6	-18	6	IV
			24 Britzer Garten	0,03	x	x	x	x	x	x	x	x	x
			25 Handwerker-Siedlung	0,09	0,4625	155	3	0,1326	177	3	-19	6	II
		07	Buckow	0,80	0,2836	56	3	-0,4373	86	5	1	4	I
			26 Buckow West	0,24	0,6305	128	3	-0,5195	286	5	37	1	I
			27 Buckow Mitte	0,33	0,3564	170	3	-0,6482	315	6	-11	5	II
			28 Buckow Ost	0,23	-0,1816	247	5	-0,0504	210	4	-26	6	IV
		03	Gropiusstadt	1,05	-0,7562	49	6	-0,3300	36	5	1	3	III
			08 Gropiusstadt	1,05	-0,7562	110	6	-0,3300	74	4	5	2	III
			29 Gropiusstadt Nord	0,36	-0,8886	325	6	-0,3622	262	5	17	2	III
			30 Gropiusstadt Süd	0,21	-0,4033	275	5	-0,7638	329	6	-10	5	IV
			31 Gropiusstadt Ost	0,48	-0,8131	318	6	-0,1171	220	4	27	2	III
		04	Buckow Nord/Rudow	1,49	0,7558	12	2	-0,2267	28	4	2	2	I
			09 Buckow Nord	0,27	0,4635	44	3	-0,1697	63	4	1	4	I
			32 Goldhähnchenweg	0,08	0,1140	202	4	0,0305	199	4	-4	5	II
			33 Vogelviertel Süd	0,11	0,6225	129	3	-0,1514	229	4	-3	4	II
			34 Vogelviertel Nord	0,08	0,5925	134	3	-0,4096	269	5	10	3	I
		10	Rudow	1,22	0,8203	24	2	-0,2393	69	4	2	3	I
			35 Blumenviertel	0,22	1,1346	66	2	-0,2665	247	5	-13	5	II
			36 Zittauer Straße	0,20	1,3001	51	1	0,1238	179	3	23	2	I
			37 Alt-Rudow	0,28	0,6365	125	3	-0,5222	287	5	-17	5	II
			38 Waßmannsdorfer Chaussee	0,18	1,1453	65	2	-0,1306	224	4	-5	5	II
			39 Frauenviertel	0,10	0,0848	206	4	0,0837	188	4	84	1	I
			40 Waltersdorfer Chaussee Ost	0,23	0,4044	162	3	-0,4179	271	5	10	3	I

noch Tabelle 3.7 (Teil 9 von 12):

Bezirk	Prognoseraum ¹⁾	Bezirksregion ¹⁾	Planungsraum ¹⁾	Bevölkerungsanteil ²⁾ (%)	Sozialindex I 2013			Sozialindex II 2013			Sozialindex I (Δt) R		Kategorie		
					Wert	Rang	Schicht	Wert	Rang	Schicht	Wert	Schicht			
09	Treptow-Köpenick			7,05	0,6320	4	2	-0,7100	9	4	-1	0	II		
	01	Treptow-Köpenick 1		1,66	0,0981	26	4	-0,6495	43	6	-4	7	II		
		01	Alt-Treptow	0,32	-0,2977	86	5	0,1008	50	3	2	3	III		
			01	Elsenstraße	0,31	-0,2977	261	5	0,1008	185	4	9	3	III	
			02	Am Treptower Park Nord	0,00	x	x	x	x	x	x	x	x		
		02	Plänterwald	0,31	-0,0291	73	4	-1,0335	120	7	-23	7	IV		
			01	Am Treptower Park Süd	0,12	0,5666	140	3	-0,1057	217	4	-29	6	II	
			02	Köpenicker Landstraße	0,19	-0,4031	274	5	-1,6159	393	7	-79	7	IV	
		03	Baumschulenweg	0,50	0,1569	60	4	-0,5427	94	5	-14	7	II		
			01	Baumschulenstraße	0,42	-0,0844	235	4	-0,7120	324	6	-58	7	IV	
			02	Späthsfelde	0,08	1,3408	45	1	0,2881	158	3	29	2	I	
		04	Johannisthal	0,53	0,3519	48	3	-0,9677	116	6	-16	7	II		
			01	Johannisthal West	0,23	0,2571	187	4	-1,3716	379	7	-84	7	II	
			02	Johannisthal Ost	0,30	0,4225	159	3	-0,6663	317	6	-22	6	II	
		02	Treptow-Köpenick 2	1,59	-0,4550	42	5	-0,7082	47	6	-8	7	IV		
			05	Oberschöneeweide	0,55	-1,0357	119	7	-0,5925	95	5	-8	6	IV	
				01	Oberschöneeweide West	0,16	-1,7641	399	7	-0,3732	264	5	-37	7	IV
				02	Oberschöneeweide Ost	0,39	-0,7399	311	6	-0,6816	319	6	-17	5	IV
			06	Niederschöneeweide	0,30	-0,0229	72	4	-0,3517	77	4	0	4	IV	
				01	Schnellerstr	0,20	-0,3913	270	5	0,1063	183	4	37	1	III
				02	Oberspree	0,10	0,7294	107	2	-1,2868	374	7	-39	7	II
			07	Adlershof	0,45	0,1062	64	4	-0,9569	114	6	-12	7	II	
				01	Adlershof West	0,01	x	x	x	x	x	x	x	x	
				02	Adlershof Ost	0,44	0,1062	203	4	-0,9569	350	6	-37	7	II
			08	Köllnische Vorstadt/Spindlersfeld	0,28	-0,6564	106	6	-0,9307	110	6	-27	7	IV	
				01	Spindlersfeld	0,08	-0,0436	226	4	-1,3801	382	7	-56	7	IV
				02	Köllnische Vorstadt	0,21	-0,8949	326	6	-0,7558	328	6	-53	7	IV
		03	Treptow-Köpenick 3	1,36	0,6487	15	2	-0,8043	50	6	-2	6	II		
			09	Altglienicke	0,74	0,3385	51	3	-0,7938	103	6	3	3	I	
				01	Dorf Altglienicke	0,35	1,0848	70	2	-0,6376	313	6	-4	5	II
				02	Wohngebiet II	0,16	-1,2281	365	7	-1,0828	361	7	-39	7	IV
				03	Kölner Viertel	0,23	0,3306	175	3	-0,8235	339	6	51	1	I
			10	Bohnsdorf	0,35	0,9390	21	2	-0,5943	96	5	-6	6	II	
				01	Bohnsdorf	0,35	0,9390	84	2	-0,5943	302	6	-20	6	II
			11	Grünau	0,16	0,8506	22	2	-1,2155	124	7	-10	6	II	
				01	Grünau	0,16	0,8506	93	2	-1,2155	371	7	-42	7	II
			12	Schmöckwitz/Karolinenhof/Rauchfangswerder	0,12	1,4631	6	1	-0,9361	111	6	-4	5	II	
				01	Karolinenhof	0,05	1,3765	39	1	-1,5740	390	7	-10	5	II
				02	Schmöckwitz/Rauchfangswerder	0,07	1,5287	19	1	-0,4530	276	5	-8	5	II
		04	Treptow-Köpenick 4	1,03	0,3802	23	3	-1,2046	55	7	-8	7	II		
			13	Köpenick Süd	0,46	0,3629	47	3	-1,5788	132	7	-24	7	II	
				01	Kietzer Feld/Nachtheide	0,41	0,1895	192	4	-1,7732	404	7	-80	7	II
				02	Wendenschloß	0,05	1,7048	6	1	-0,0744	213	4	7	3	I
			14	Allende-Viertel	0,18	0,2380	57	3	-1,6767	134	7	-17	7	II	
				01	Allende I	0,13	0,0958	204	4	-1,7763	405	7	-75	7	II
				02	Allende II	0,04	0,6674	119	2	-1,3758	380	7	38	1	I
			15	Altstadt Kietz	0,20	-0,3297	87	5	-0,7191	99	6	13	1	III	
				01	Altstadt Kietz	0,20	-0,3297	264	5	-0,7191	325	6	28	2	III
			16	Müggelheim	0,19	1,3109	8	1	-0,3619	79	5	-1	4	II	
				01	Müggelheim	0,19	1,3109	48	1	-0,3619	261	5	-22	6	II
		05	Treptow-Köpenick 5	1,41	0,8434	11	2	-0,7202	48	6	-2	6	II		
			17	Friedrichshagen	0,51	1,0215	17	1	-0,8659	107	6	0	4	I	
				01	Hirschgarten	0,10	1,3308	46	1	-0,0810	214	4	15	3	I
				02	Bölschestraße	0,41	0,9447	83	2	-1,0606	360	7	-16	5	II
			18	Rahnsdorf/Hessenwinkel	0,26	1,4951	5	1	0,0440	52	3	-1	4	II	
				01	Rahnsdorf/Hessenwinkel	0,26	1,4951	24	1	0,0440	197	4	-5	5	II
			19	Dammvorstadt	0,27	0,0253	67	4	-0,8910	108	6	-7	6	II	
				01	Dammvorstadt	0,27	0,0253	216	4	-0,8910	346	6	-17	5	II
			20	Köpenick Nord	0,36	0,7374	28	2	-0,9380	112	6	-6	6	II	
				01	Köpenick Nord	0,36	0,7374	104	2	-0,9380	348	6	-22	6	II

noch Tabelle 3.7 (Teil 10 von 12):

Bezirk	Progno- serraum ¹⁾	Bezirks- region ¹⁾	Planungsraum ¹⁾	Bevölke- rungs- anteil ²⁾ (%)	Sozialindex I 2013			Sozialindex II 2013			Sozialindex I (Δt) R		Kate- gorie
					Wert	Rang	Schicht	Wert	Rang	Schicht	Wert	Schicht	
10	Marzahn-Hellersdorf			7,27	-0,5923	9	4	-1,9491	12	5	0	0	IV
	01	Marzahn		3,03	-1,0506	53	7	-1,5891	57	7	-1	5	IV
		01	Marzahn Nord	0,66	-1,7638	133	7	-1,0300	119	7	-5	5	IV
			01 Marzahn West	0,16	-1,7109	397	7	-1,1992	369	7	-26	6	IV
			02 Havemannstraße	0,50	-1,7811	400	7	-0,9747	353	6	-12	5	IV
		02	Marzahn Mitte	1,32	-1,1994	125	7	-1,9198	136	7	-2	5	IV
			03 Gewerbegebiet Bitterfelder Straße	0,02	x	x	x	x	x	x	x	x	x
			04 Wuhletalstraße	0,29	-1,3478	378	7	-1,3980	384	7	-8	5	IV
			05 Marzahn Ost	0,23	-1,6006	391	7	-2,3143	419	7	-33	7	IV
			06 Ringkolonnaden	0,47	-1,0380	347	6	-2,0784	416	7	3	4	III
			07 Marzahner Promenade	0,31	-1,0119	342	6	-1,8839	407	7	-28	6	IV
		03	Marzahn Süd	1,05	-0,4191	95	5	-1,5312	130	7	-12	7	IV
			08 Marzahner Chaussee	0,05	0,5452	144	3	-0,6271	310	6	-89	7	II
			09 Springpfuhl	0,42	-0,6577	303	6	-1,3092	375	7	3	4	III
			10 Alt-Marzahn	0,50	-0,4909	285	5	-1,9279	409	7	-35	7	IV
			11 Landsberger Tor	0,09	0,6125	132	3	-0,8238	340	6	85	1	I
	02	Hellersdorf		2,18	-1,2776	56	7	-1,7096	59	7	-2	6	IV
		04	Hellersdorf Nord	0,95	-1,8492	135	7	-1,6245	133	7	-9	6	IV
			12 Alte Hellersdorfer Straße	0,18	-2,2343	415	7	-0,7840	331	6	-1	4	IV
			13 Gut Hellersdorf	0,42	-1,4515	385	7	-2,1228	417	7	-32	6	IV
			14 Helle Mitte	0,05	-1,0823	352	6	0,0487	195	4	54	1	III
			15 Hellersdorfer Promenade	0,15	-2,3775	418	7	-2,0613	414	7	-42	7	IV
			16 Böhlener Straße	0,15	-2,2163	414	7	-1,3399	377	7	-28	6	IV
		05	Hellersdorf Ost	0,53	-0,8732	115	6	-1,5045	129	7	-10	6	IV
			17 Adele-Sandrock-Straße	0,26	-0,0069	220	4	-1,7360	403	7	-1	4	IV
			18 Schleipfuhl	0,14	-1,1369	355	6	-1,1950	368	7	-12	5	IV
			19 Boulevard Kastanienallee	0,13	-2,2576	416	7	-1,3840	383	7	-37	7	IV
		06	Hellersdorf Süd	0,70	-0,8116	112	6	-1,9799	137	7	-9	6	IV
			20 Kaulsdorf Nord II	0,09	-1,0704	350	6	-1,7195	401	7	-57	7	IV
			21 Gelbes Viertel	0,17	-1,7019	396	7	-1,9557	410	7	-16	5	IV
			22 Kaulsdorf Nord I	0,25	-0,5699	293	5	-2,0719	415	7	-19	6	IV
			23 Rotes Viertel	0,19	-0,2318	252	5	-2,0051	412	7	-20	6	IV
	03	Biesdorf		0,73	1,0072	7	1	-0,6687	45	6	1	3	I
		07	Biesdorf	0,73	1,0072	19	1	-0,6687	97	5	1	4	I
			24 Oberfeldstraße	0,23	1,5260	20	1	-0,3075	253	5	1	4	I
			25 Buckower Ring	0,17	-0,4662	281	5	-1,1729	367	7	-4	5	IV
			26 Alt-Biesdorf	0,08	1,3516	43	1	-0,8254	341	6	25	2	I
			27 Biesdorf Süd	0,26	1,4189	35	1	-0,6112	306	6	-12	5	II
	04	Kaulsdorf/Mahlsdorf		1,33	1,2083	5	1	-0,9330	52	7	0	4	I
		08	Kaulsdorf	0,54	1,1203	13	1	-0,9394	113	6	1	4	I
			28 Kaulsdorf Nord	0,22	0,9217	86	2	-1,0001	354	6	-17	5	II
			29 Alt-Kaulsdorf	0,10	1,0190	74	2	-1,3316	376	7	-1	4	II
			30 Kaulsdorf Süd	0,22	1,3731	41	1	-0,6923	320	6	6	3	I
		09	Mahlsdorf	0,79	1,2692	10	1	-0,9285	109	6	1	4	I
			31 Mahlsdorf Nord	0,26	1,4540	30	1	-0,5546	297	5	9	3	I
			32 Alt-Mahlsdorf	0,11	0,9802	78	2	-0,9554	349	6	-7	5	II
			33 Mahlsdorf Süd	0,42	1,2333	53	1	-1,1537	365	7	-10	5	II

noch Tabelle 3.7 (Teil 11 von 12):

Bezirk	Prognoseraum ¹⁾	Bezirksregion ¹⁾	Planungsraum ¹⁾	Bevölkerungsanteil ²⁾ (%)	Sozialindex I 2013			Sozialindex II 2013			Sozialindex I (Δt) R		Kategorie
					Wert	Rang	Schicht	Wert	Rang	Schicht	Wert	Schicht	
11	Lichtenberg			7,48	-0,2801	6	3	-1,4012	11	5	1	0	III
	01 Hohenschönhausen Nord			1,68	-0,8910	50	6	-1,5974	58	7	-2	6	IV
	01 Malchow, Wartenberg und Falkenberg			0,12	1,2280	11	1	-0,7418	100	6	-3	5	II
	01 Dorf Malchow			0,01	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	02 Dorf Wartenberg			0,07	1,1867	60	1	-1,3759	381	7	-26	6	II
	03 Dorf Falkenberg			0,04	1,3094	49	1	0,5090	126	3	x	x	x
	02 Neu-Hohenschönhausen Nord			0,80	-1,0696	120	7	-1,5536	131	7	-4	5	IV
	04 Falkenberg Ost			0,25	-1,3944	381	7	-1,5257	389	7	-42	7	IV
	05 Falkenberg West			0,19	-1,0185	345	6	-1,4182	386	7	-8	5	IV
	06 Wartenberg Süd			0,17	-0,6207	300	6	-1,6297	396	7	16	3	III
	07 Wartenberg Nord			0,19	-1,0968	354	6	-1,6583	398	7	-21	6	IV
	03 Neu-Hohenschönhausen Süd			0,76	-1,0017	118	6	-1,7647	135	7	-10	6	IV
	08 Zingster Straße Ost			0,32	-1,0145	344	6	-1,8476	406	7	-57	7	IV
	09 Zingster Straße West			0,28	-1,3209	374	7	-1,6841	399	7	-18	6	IV
	10 Mühlgrund			0,15	-0,3974	271	5	-1,7348	402	7	-24	6	IV
	02 Hohenschönhausen Süd			1,24	0,0212	28	4	-1,1148	54	7	-4	7	II
	04 Alt-Hohenschönhausen Nord			0,39	0,0614	65	4	-1,3876	128	7	-18	7	II
	11 Malchower Weg			0,22	0,7430	102	2	-0,7687	330	6	-23	6	II
	12 Hauptstraße			0,18	-0,7693	316	6	-2,1418	418	7	-44	7	IV
	05 Alt-Hohenschönhausen Süd			0,85	0,0027	70	4	-0,9892	117	6	-4	5	II
	13 Orankesee			0,10	1,4341	33	1	-0,2912	251	5	21	2	I
	14 Große-Leege-Straße			0,23	-0,1459	241	5	-0,5408	296	5	-61	7	IV
	15 Landsberger Allee			0,41	-0,5738	294	5	-1,6155	392	7	-13	5	IV
	16 Weiße Taube			0,11	1,1891	59	1	-0,2387	242	5	56	1	I
	03 Lichtenberg Nord			1,88	-0,5560	45	6	-0,6626	44	6	-7	7	IV
	06 Fennpfuhl			0,92	-0,6620	107	6	-1,1098	123	7	-17	7	IV
	17 Hohenschönhausener Straße			0,18	-1,2236	363	7	-0,8028	336	6	-33	7	IV
	18 Fennpfuhl West			0,45	-0,2234	251	5	-1,0259	356	6	-18	6	IV
	19 Fennpfuhl Ost			0,29	-1,0016	340	6	-1,4237	387	7	-51	7	IV
	07 Alt-Lichtenberg			0,68	-0,4837	97	5	-0,1855	65	4	-17	7	IV
	20 Herzbergstraße			0,09	-0,5360	289	5	2,4642	4	1	-126	7	IV
	21 Rüdigerstraße			0,59	-0,4756	283	5	-0,5915	301	6	-15	5	IV
	08 Frankfurter Allee Süd			0,28	-0,3840	92	5	-0,3497	76	4	2	3	III
	24 Frankfurter Allee Süd			0,28	-0,3840	268	5	-0,3497	258	5	16	3	III
	04 Lichtenberg Mitte			1,93	-0,5484	44	6	-0,8449	51	6	-3	6	IV
	09 Neu-Lichtenberg			0,85	-0,5190	100	6	-0,4614	87	5	7	2	III
	25 Victoriastadt			0,09	-0,2496	255	5	0,8626	84	2	83	1	III
	26 Weitlingstraße			0,75	-0,5530	292	5	-0,6285	311	6	8	3	III
	10 Friedrichsfelde Nord			0,39	-1,0981	123	7	-1,2492	125	7	-9	6	IV
	22 Rosenfelder Ring			0,14	-1,5262	389	7	-1,5810	391	7	-60	7	IV
	23 Gensinger Straße			0,17	-0,8217	319	6	-0,8009	334	6	-9	5	IV
	27 Tierpark			0,07	-0,8996	331	6	-1,6270	395	7	0	4	IV
	11 Friedrichsfelde Süd			0,70	-0,2795	85	5	-1,0855	122	7	-18	7	IV
	28 Sewanstraße			0,70	-0,2795	260	5	-1,0855	362	7	-50	7	IV
	05 Lichtenberg Süd			0,75	0,7415	13	2	-0,2936	32	4	-1	5	II
	12 Rummelsburger Bucht			0,09	0,4705	43	3	-0,1351	62	4	26	1	I
	29 Rummelsburg			0,09	0,4705	152	3	-0,1351	226	4	63	1	I
	13 Karlshorst			0,65	0,7805	26	2	-0,3163	73	4	-1	4	II
	30 Karlshorst West			0,23	0,5969	133	3	0,3277	154	3	-11	5	II
	31 Karlshorst Nord			0,27	0,8960	89	2	-0,8019	335	6	4	4	I
	32 Karlshorst Süd			0,16	0,8483	94	2	-0,4218	273	5	-2	4	II

noch Tabelle 3.7 (Teil 12 von 12):

Bezirk	Progno- serraum ¹⁾	Bezirks- region ¹⁾	Planungsraum ¹⁾	Bevölke- rungs- anteil ²⁾ (%)	Sozialindex I 2013			Sozialindex II 2013			Sozialindex I (Δt) R		Kate- gorie
					Wert	Rang	Schicht	Wert	Rang	Schicht	Wert	Schicht	
12	Reinickendorf			7,14	-0,3596	7	3	0,1274	8	4	-1	0	IV
	10	Reinickendorf Ost		1,48	-0,9666	51	6	-0,2967	34	4	-2	6	IV
		31 Ost 1		0,74	-1,1826	124	7	-0,1306	61	4	1	4	III
		15 Breitkopfbecken		0,21	-1,3292	375	7	-0,3337	255	5	-29	6	IV
		16 Hausotterplatz		0,26	-1,0121	343	6	-0,1085	218	4	-3	4	IV
		17 Letteplatz		0,27	-1,2280	364	7	0,0078	202	4	0	4	IV
		32 Ost 2		0,74	-0,7501	108	6	-0,4631	88	5	-2	5	IV
		18 Teichstraße		0,37	-0,8473	321	6	-0,2777	249	5	3	4	III
		19 Schäfersee		0,24	-0,9127	335	6	-0,6149	307	6	-47	7	IV
		20 Humboldtstraße		0,13	-0,1866	248	5	-0,6985	323	6	18	2	III
	21	Tegel		1,44	-0,4528	41	5	-0,2253	27	4	-1	5	IV
		41 West 1		0,42	-0,0903	79	5	-0,2541	70	4	-6	6	IV
		25 Waldidyll/Flughafensee		0,20	0,8382	95	2	0,3761	145	3	4	4	I
		26 Tegel Süd		0,22	-0,9457	338	6	-0,8347	342	6	-19	6	IV
		44 West 4		0,72	-1,0876	122	7	-0,2303	68	4	-4	5	IV
		21 Reinickes Hof		0,07	-0,9058	332	6	-0,8430	343	6	-49	7	IV
		22 Kluxstraße		0,21	-1,3008	372	7	0,5851	115	2	12	3	III
		23 Mellerbogen		0,16	-0,6851	306	6	-1,2365	372	7	-67	7	IV
		24 Scharnweberstraße		0,28	-1,2013	360	7	-0,1208	221	4	-12	5	IV
		45 West 5		0,30	0,5923	36	2	-0,1711	64	4	-2	5	II
		27 Alt-Tegel		0,29	0,5923	135	3	-0,1711	232	4	-11	5	II
		28 Tegeler Forst		0,01	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	22	Heiligensee/Konradshöhe		0,69	1,5086	4	1	0,0644	22	3	0	4	I
		42 West 2		0,69	1,5086	4	1	0,0644	51	3	6	2	I
		29 Konradshöhe/Tegelort		0,17	1,5604	14	1	0,1863	172	3	30	2	I
		30 Heiligensee		0,51	1,4911	26	1	0,0233	200	4	17	2	I
	23	Frohnau/Hermsdorf		0,95	1,5114	3	1	-0,0146	24	3	0	4	I
		11 Nord 1		0,95	1,5114	3	1	-0,0146	55	3	2	3	I
		01 Hermsdorf		0,47	1,4081	36	1	-0,1338	225	4	-11	5	II
		02 Frohnau		0,48	1,6118	10	1	0,1013	184	4	6	3	I
	30	Waidmannslust		2,58	-0,3614	38	5	-0,5616	41	5	-7	7	IV
		12 Nord 2		0,85	0,6145	35	2	-0,4080	84	5	-8	6	II
		03 Wittenau Süd		0,39	-0,0596	230	4	-0,5674	298	5	-44	7	IV
		04 Wittenau Nord		0,18	1,1751	62	2	-0,0236	206	4	-8	5	II
		05 Waidmannslust		0,14	1,0855	69	2	-0,3457	256	5	-7	5	II
		06 Lübars		0,14	1,3044	50	1	-0,5190	285	5	-1	4	II
		21 MV 1		1,03	-1,3517	126	7	-0,3724	80	5	-6	6	IV
		07 Schorfheidestraße		0,08	0,6753	117	2	-1,2018	370	7	-36	7	II
		08 Märkisches Zentrum		0,39	-1,1812	357	6	-0,5788	300	6	-29	6	IV
		09 Treuenbrietzen Straße		0,29	-2,1788	413	7	-0,0360	208	4	-21	6	IV
		10 Dannenwalder Weg		0,26	-1,3332	376	7	-0,1754	236	4	-56	7	IV
		22 MV 2		0,24	-0,4922	99	6	-0,9966	118	6	-12	7	IV
		11 Lübarser Straße		0,09	0,3220	176	3	-1,7129	400	7	-49	7	II
		12 Rollbergesiedlung		0,15	-1,0115	341	6	-0,5397	294	5	-7	5	IV
		43 West 3		0,47	0,1121	63	4	-1,0377	121	7	-28	7	II
		13 Borsigwalde		0,18	-0,3204	263	5	-1,1402	364	7	-69	7	IV
		14 Ziekowstraße/Freie Scholle		0,28	0,3958	165	3	-0,9705	352	6	-70	7	II

¹⁾ LOR-Bezeichnungen lt. Afs BB, Stand 04/2009.

²⁾ Abweichungen in der Summe sind rundungsbedingt.

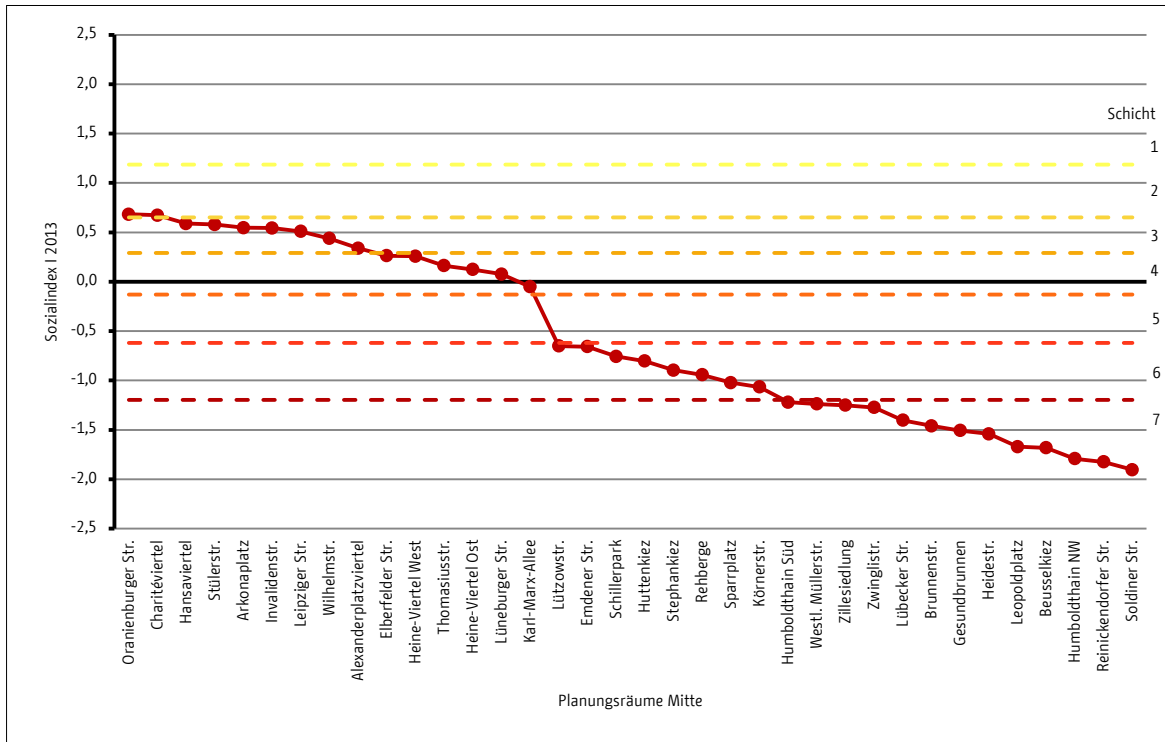
x - Bei der Sozialstrukturberechnung auf Grund geringer Bevölkerungszahl nicht berücksichtigt.

(Datenquelle, Berechnung: SenGesSoz - I A -)

3.5.1 Anhang zum Sozialindex I

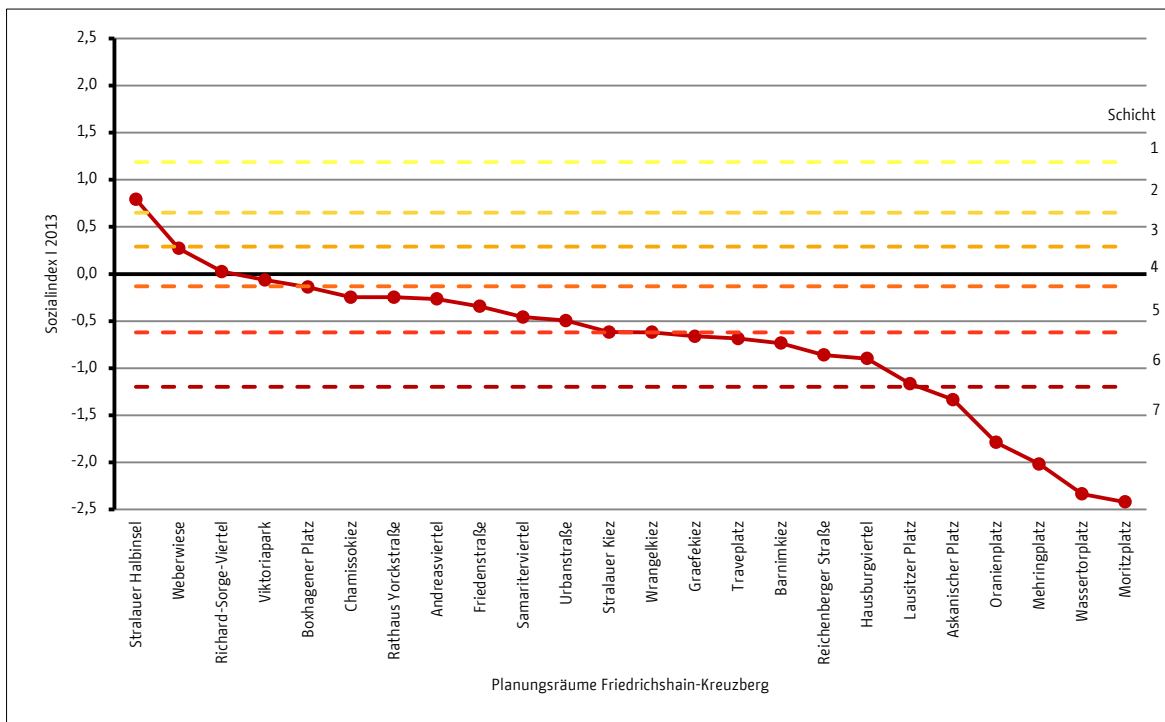
In den folgenden Abbildungen ist der Sozialindex I für die jeweiligen Planungsräume eines Bezirkes in absteigender Reihenfolge dargestellt. Mittels der gestrichelten Linien ist eine Abgrenzung der Schichten möglich.

Abbildung 3.17:
Sozialindex I 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Mitte



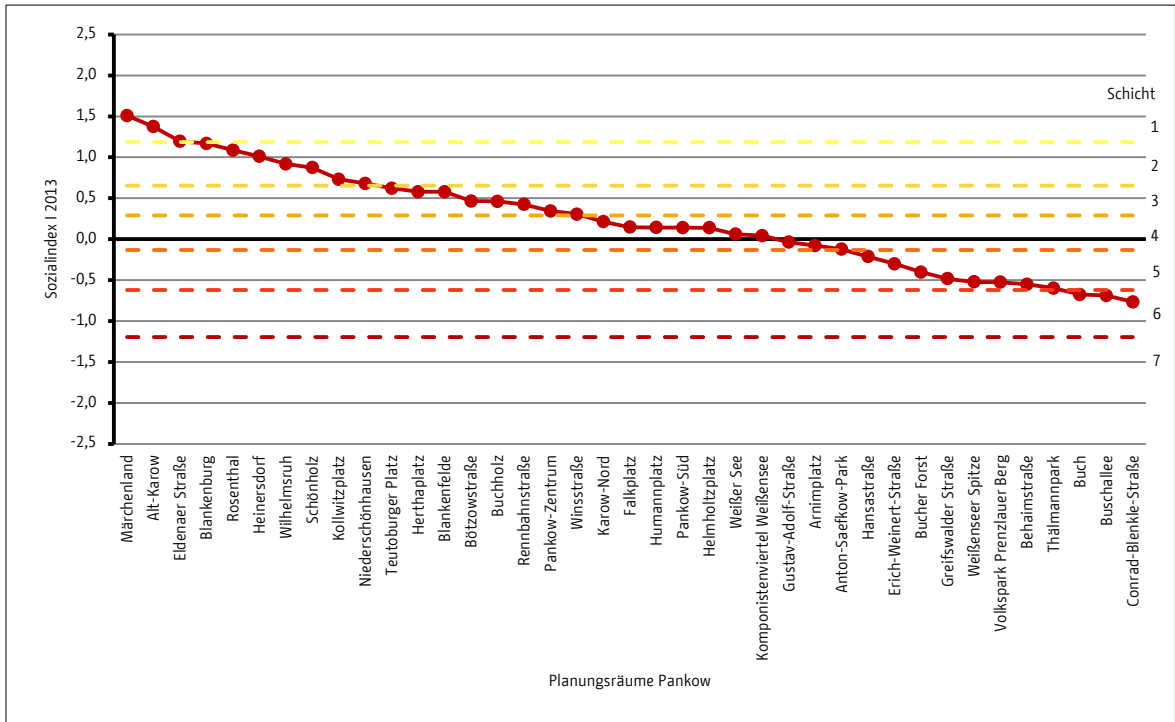
(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 3.18:
Sozialindex I 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Friedrichshain-Kreuzberg



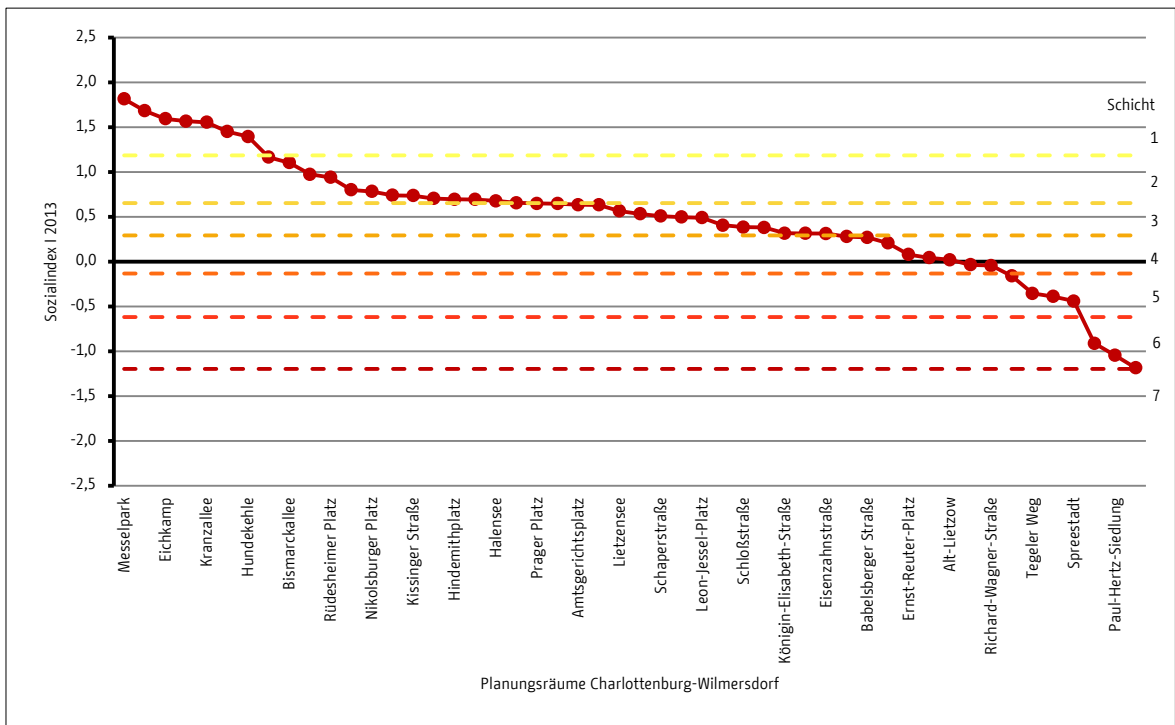
(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 3.19:
Sozialindex I 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Pankow



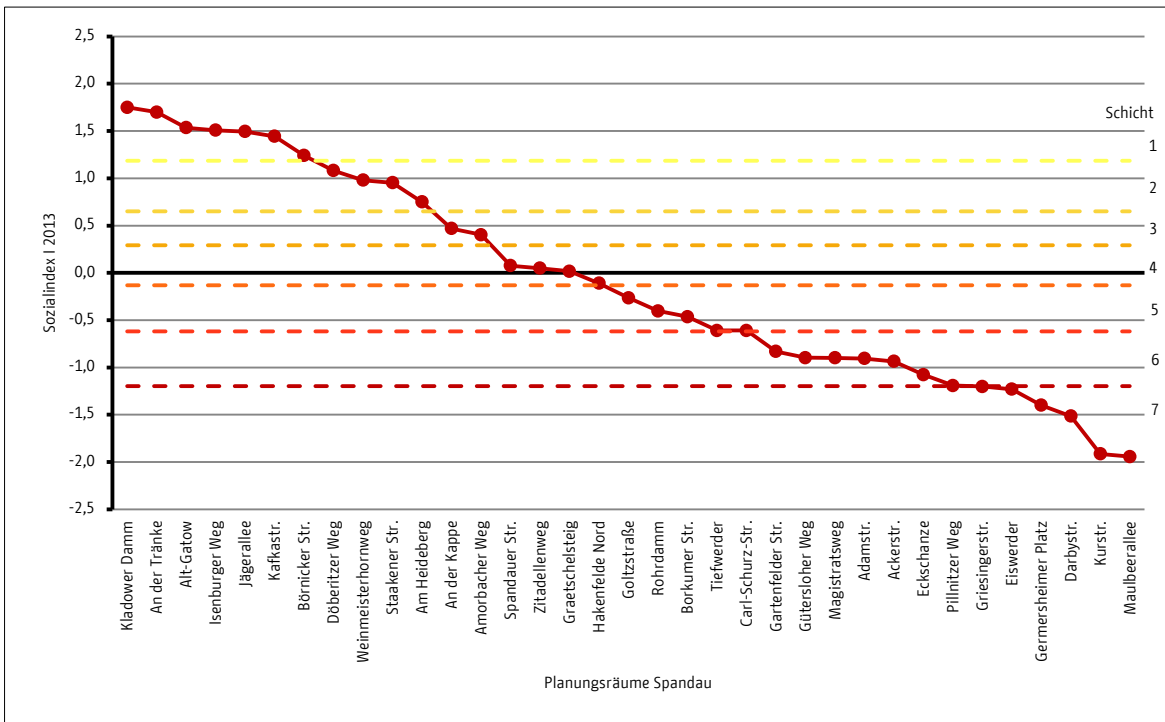
(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 3.20:
Sozialindex I 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Charlottenburg-Wilmersdorf



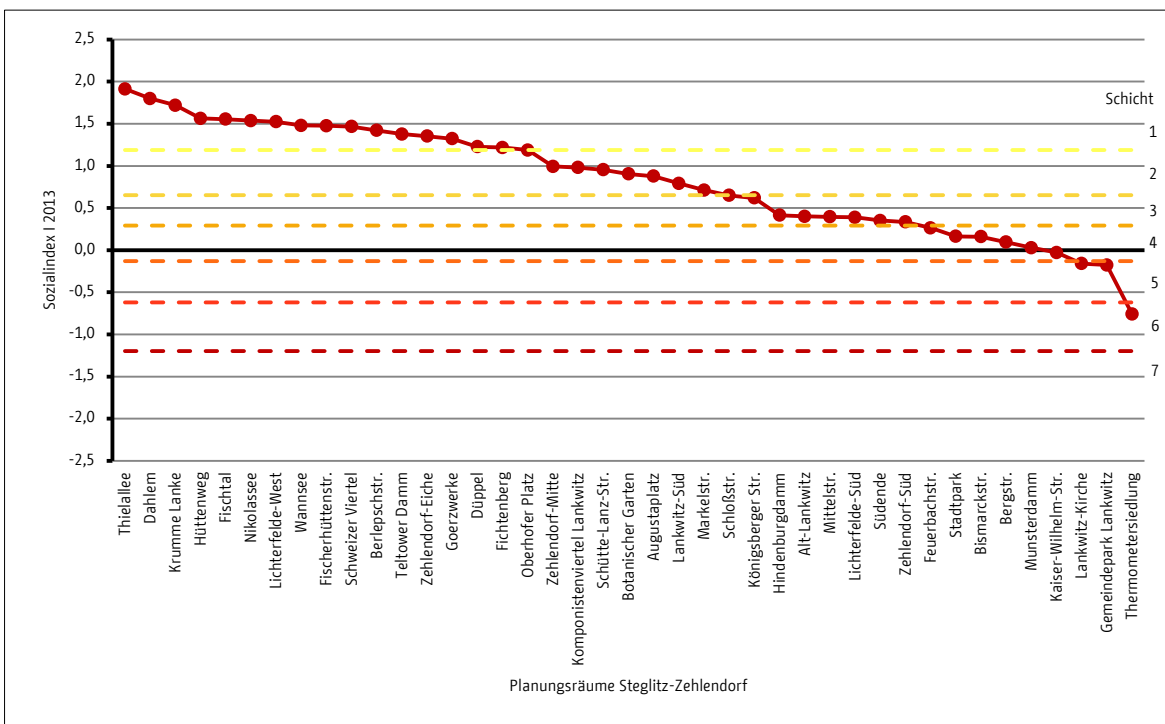
(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 3.21:
Sozialindex I 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Spandau



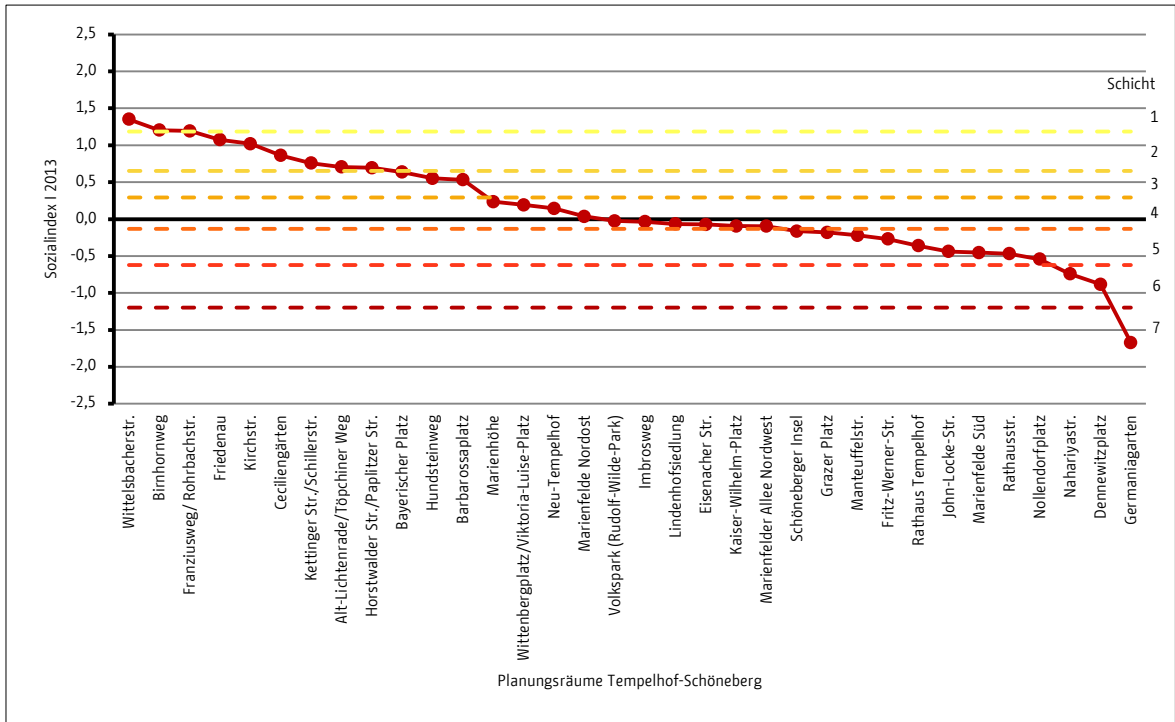
(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 3.22:
Sozialindex I 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Steglitz-Zehlendorf



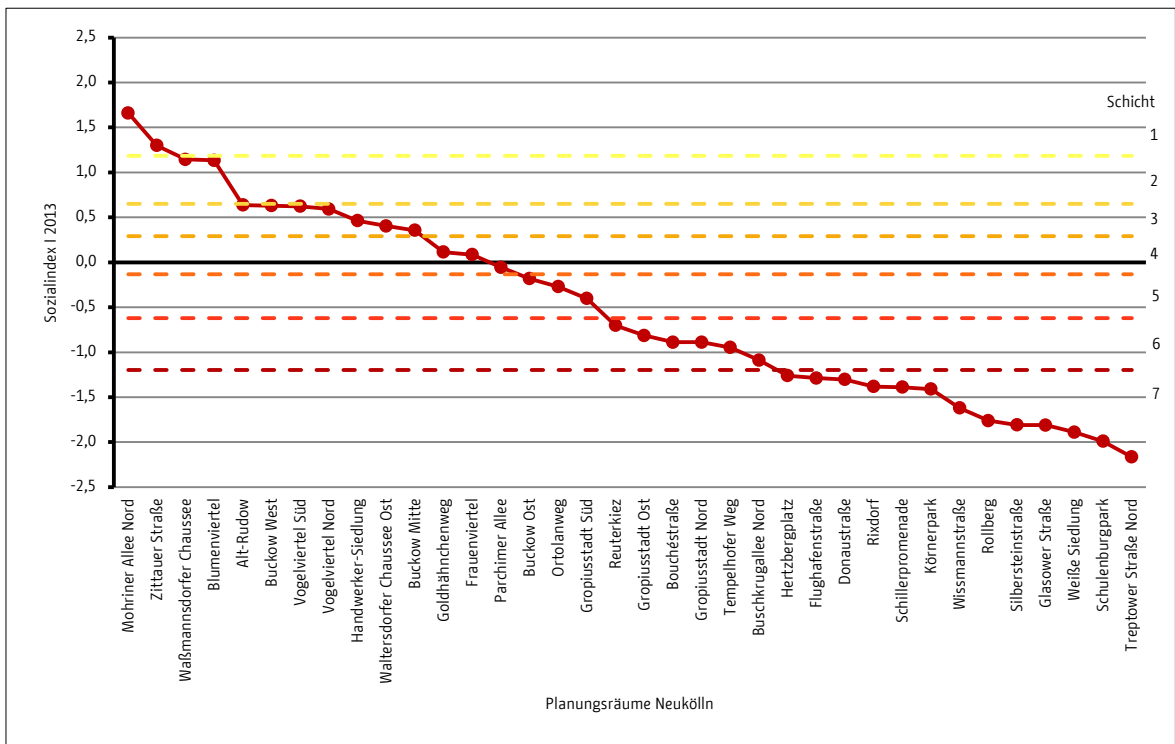
(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 3.23:
Sozialindex I 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Tempelhof-Schöneberg



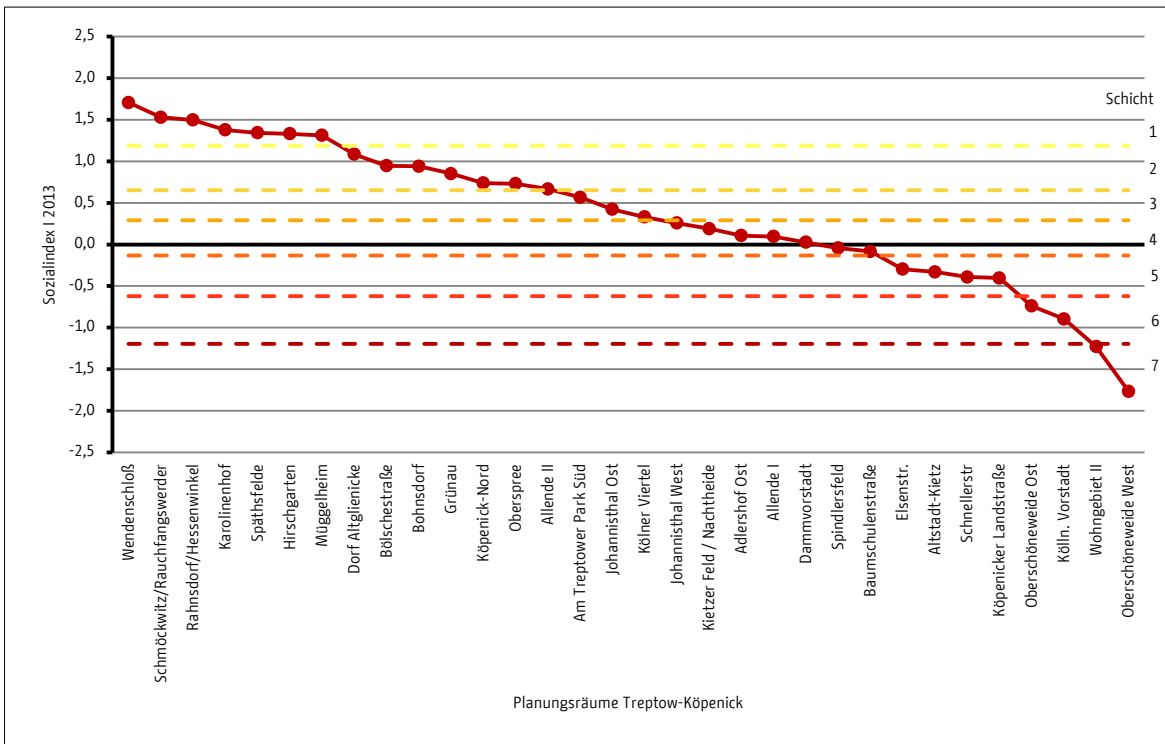
(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 3.24:
Sozialindex I 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Neukölln



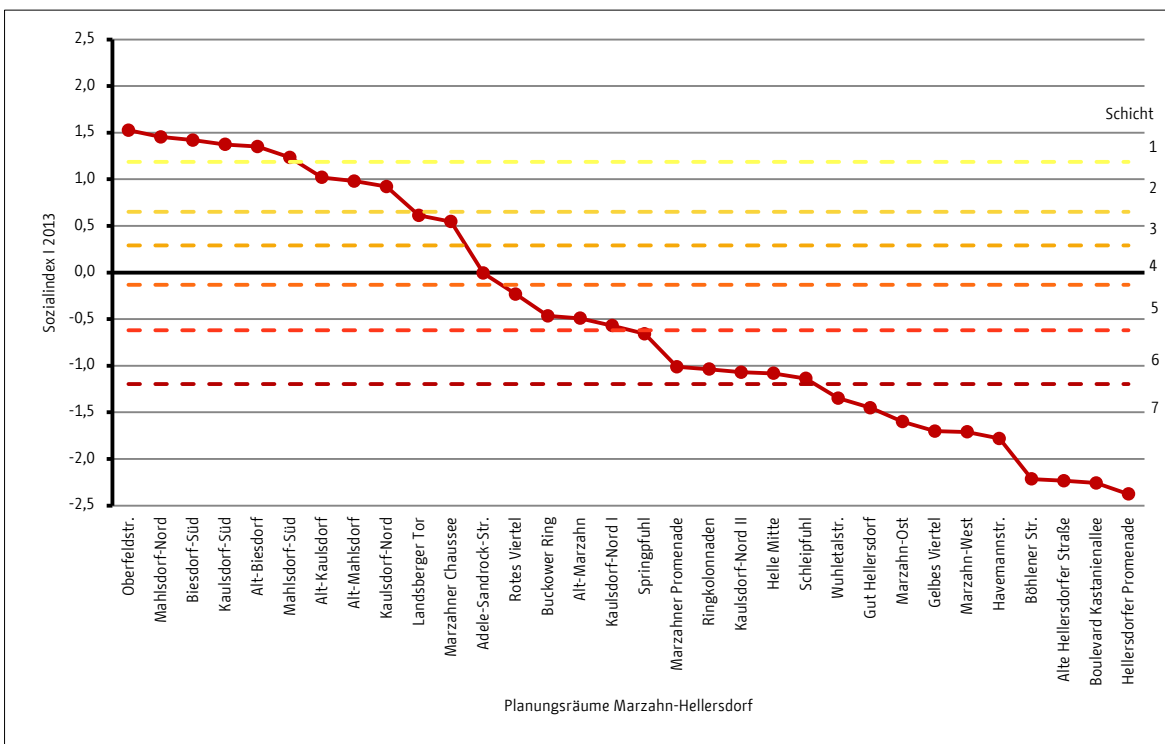
(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 3.25:
Sozialindex I 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Treptow-Köpenick



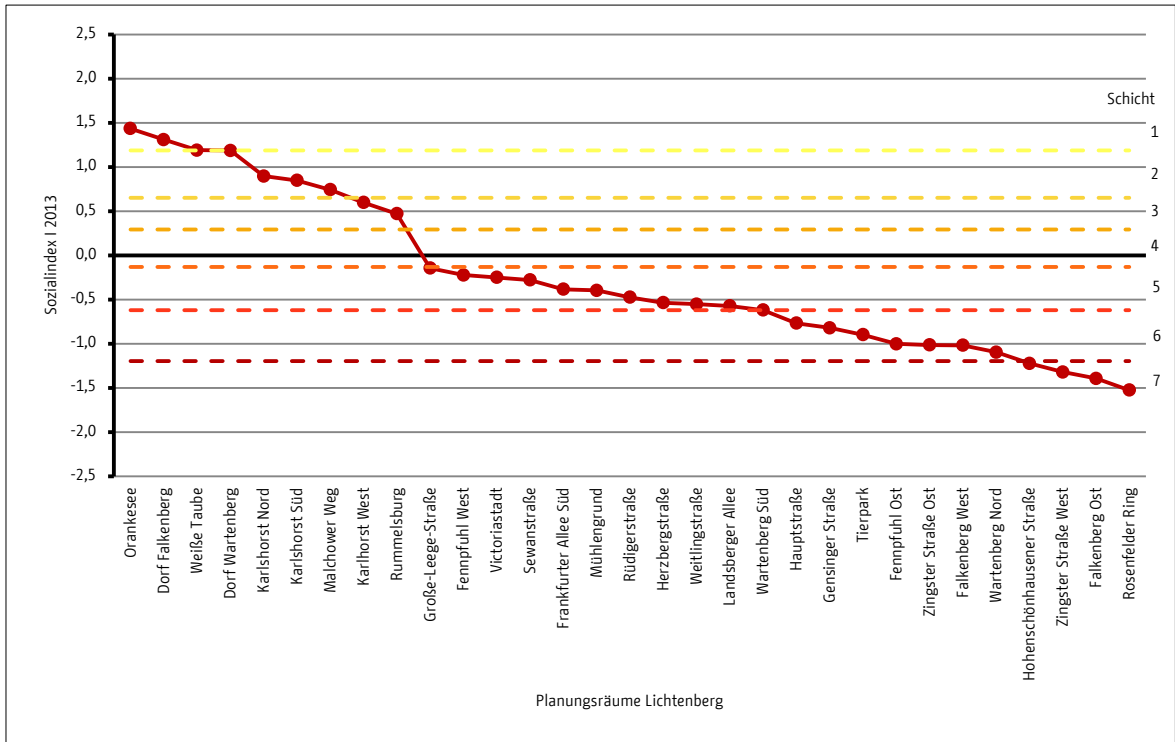
(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 3.26:
Sozialindex I 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Marzahn-Hellersdorf



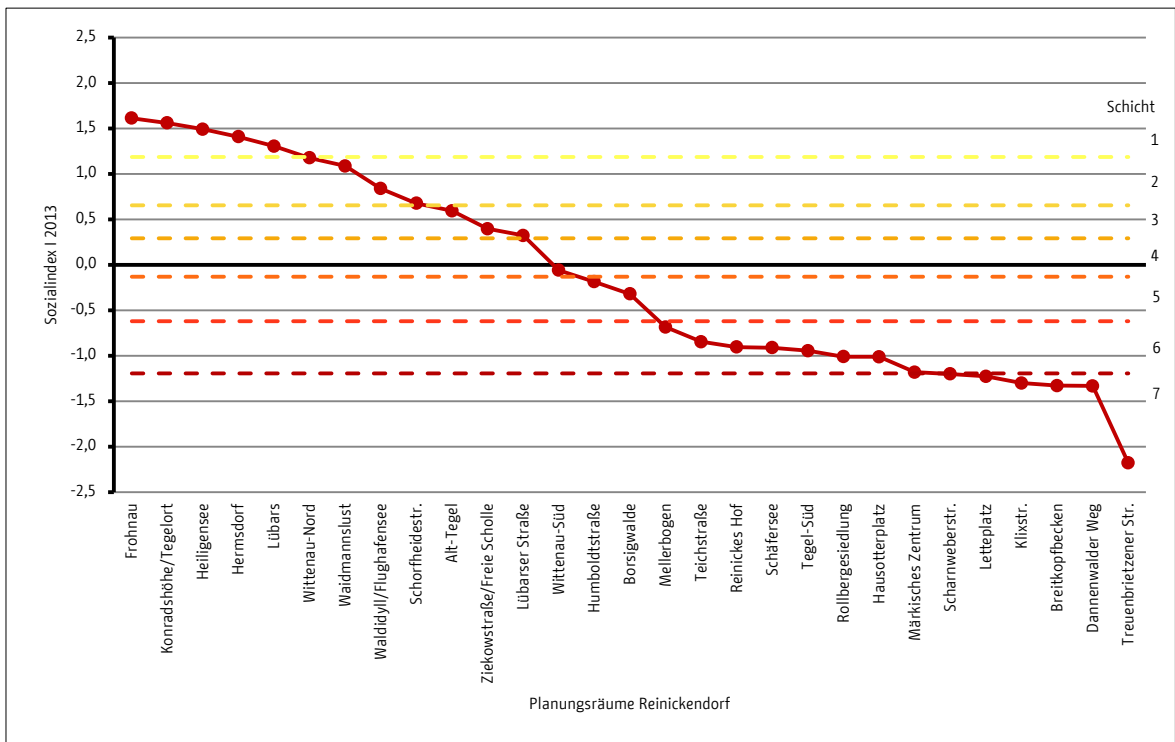
(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 3.27:
Sozialindex I 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Lichtenberg



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 3.28:
Sozialindex I 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Reinickendorf

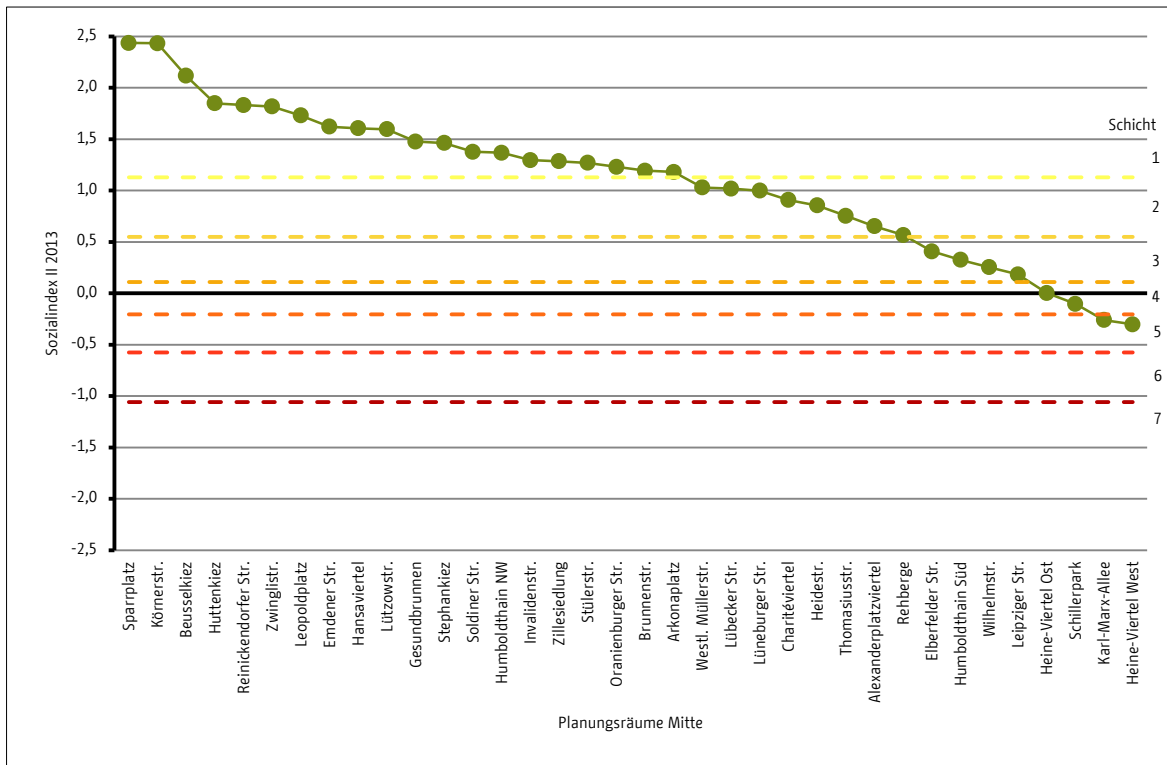


(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

3.5.2 Anhang zum Sozialindex II

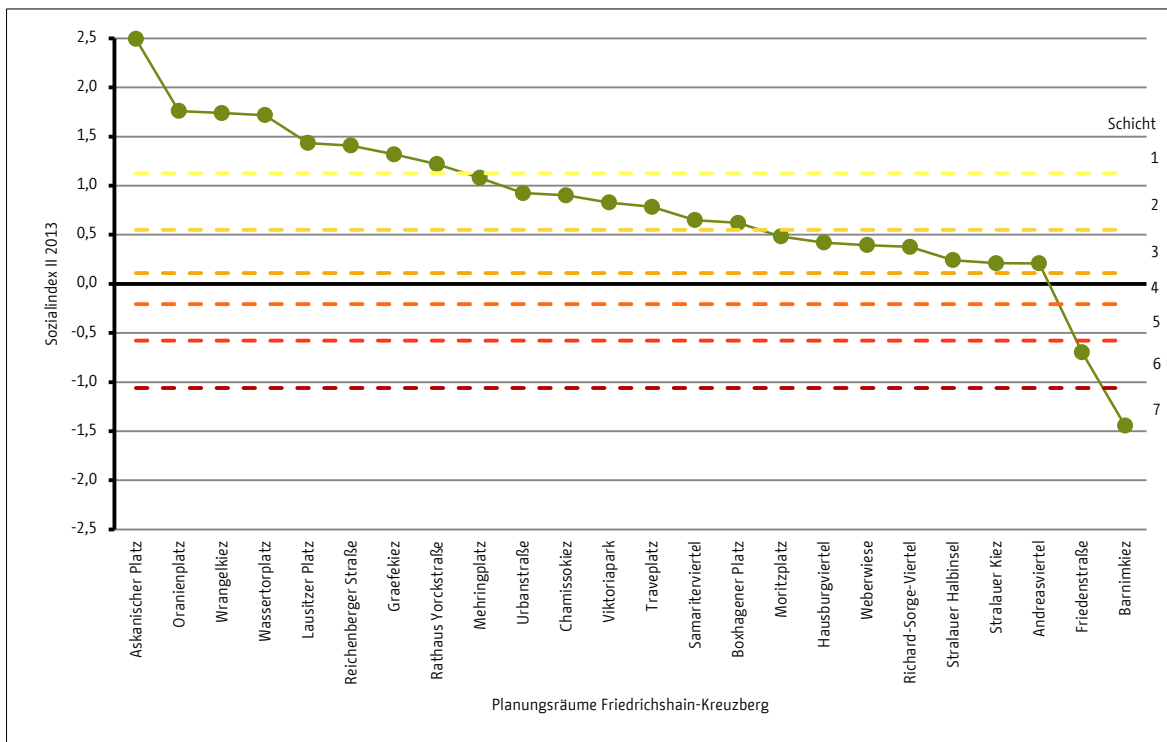
In den folgenden Abbildungen ist der Sozialindex II für die jeweiligen Planungsräume eines Bezirkes in absteigender Reihenfolge dargestellt. Mittels der gestrichelten Linien ist eine Abgrenzung der Schichten möglich.

Abbildung 3.29:
Sozialindex II 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Mitte



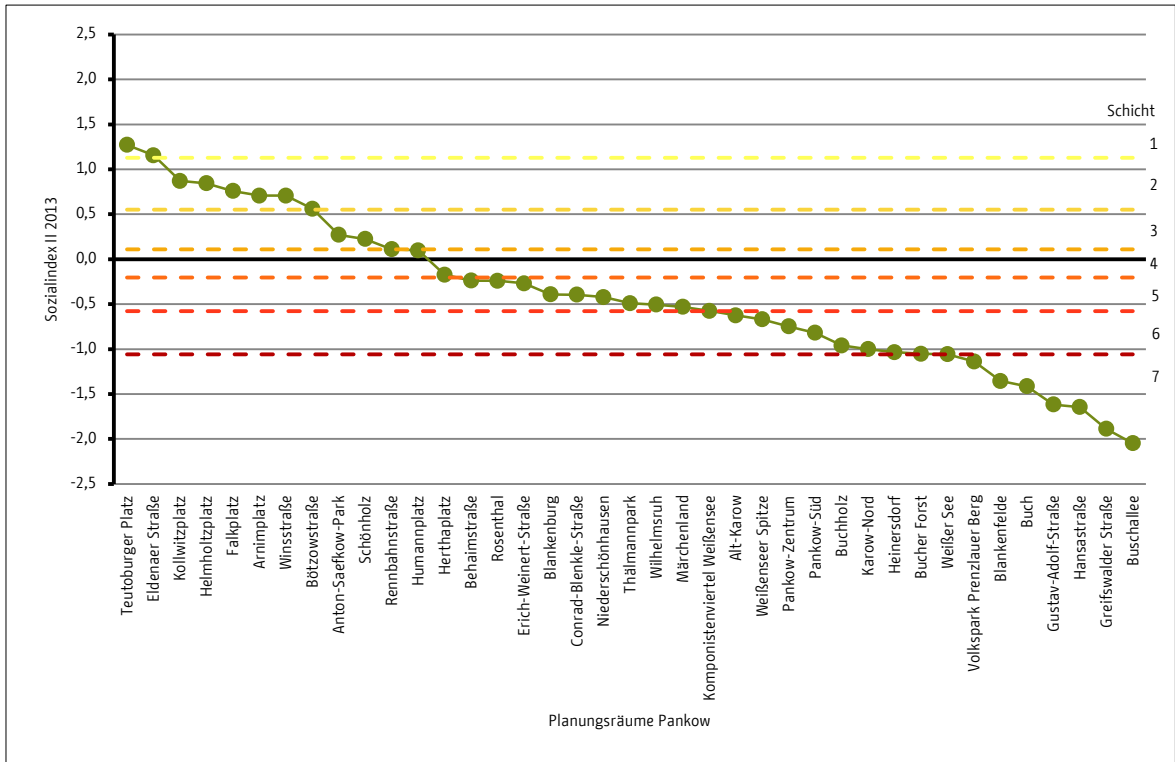
(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 3.30:
Sozialindex II 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Friedrichshain-Kreuzberg



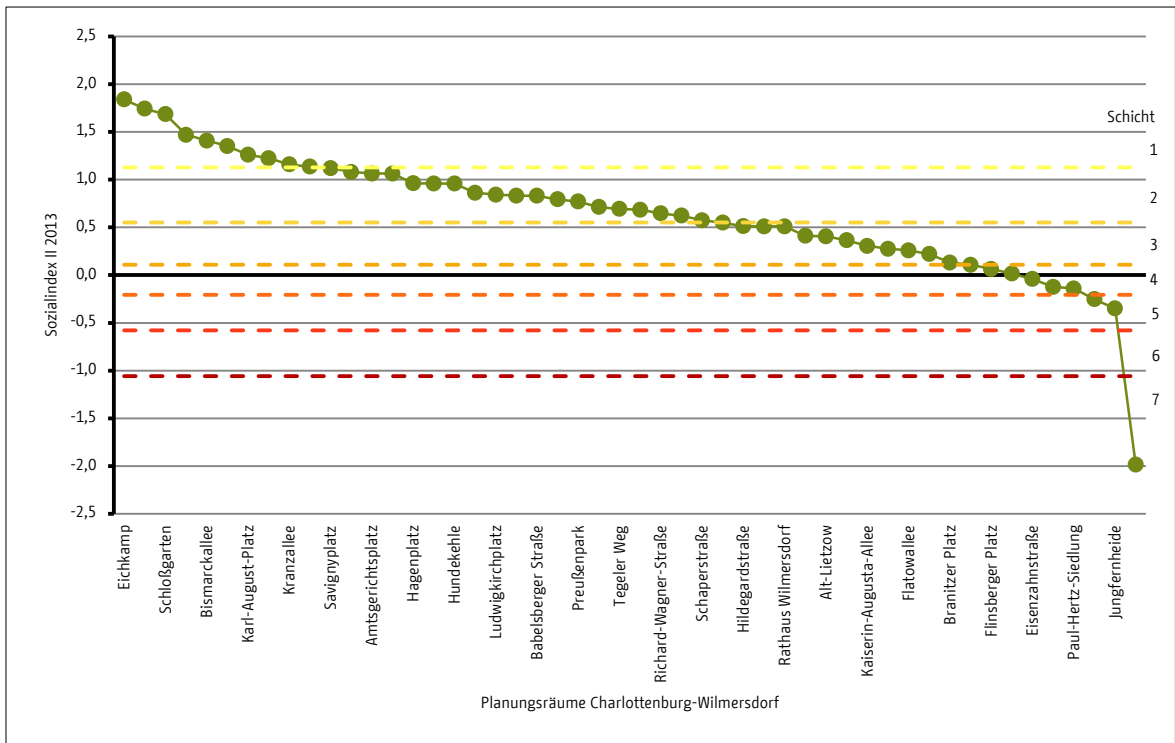
(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 3.31:
Sozialindex II 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Pankow



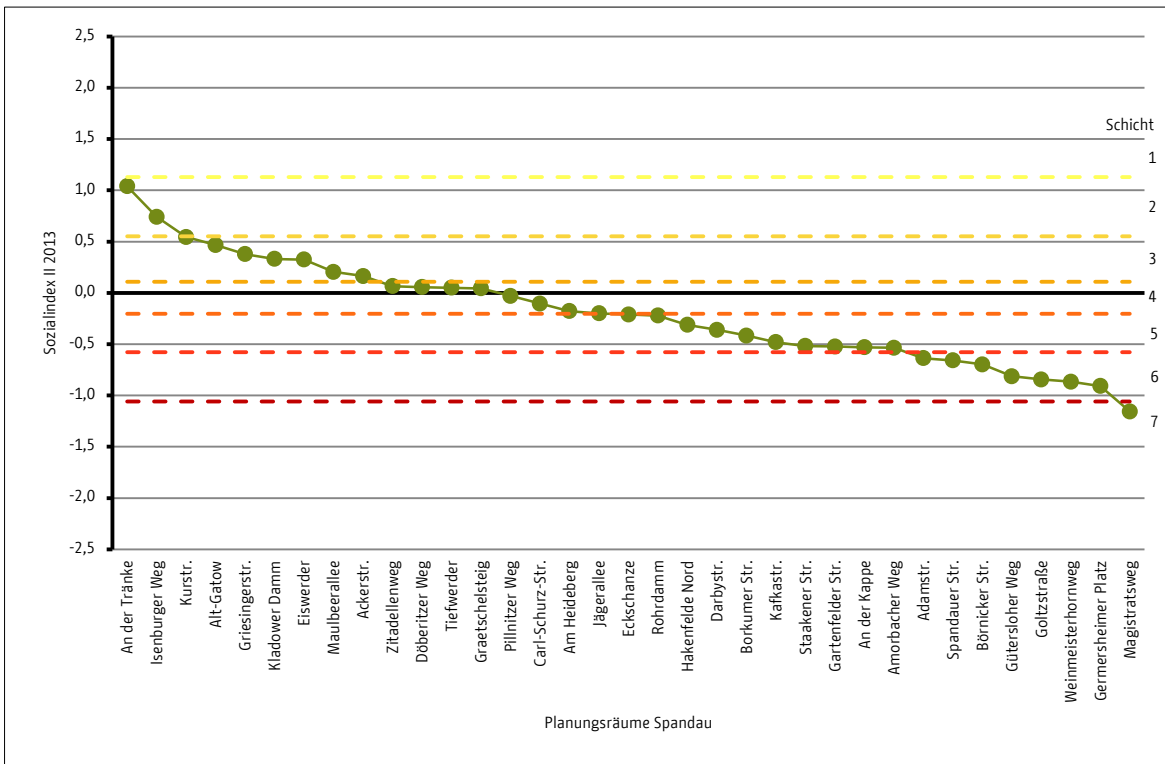
(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 3.32:
Sozialindex II 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Charlottenburg-Wilmersdorf



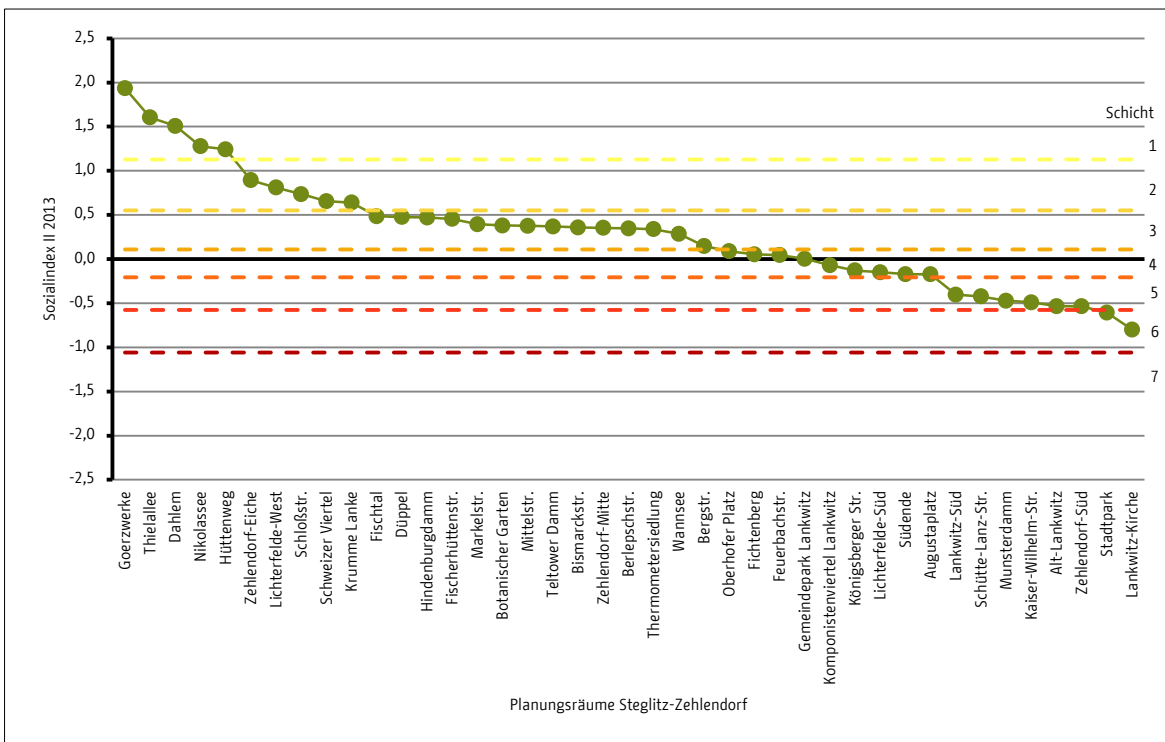
(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 3.33:
Sozialindex II 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Spandau



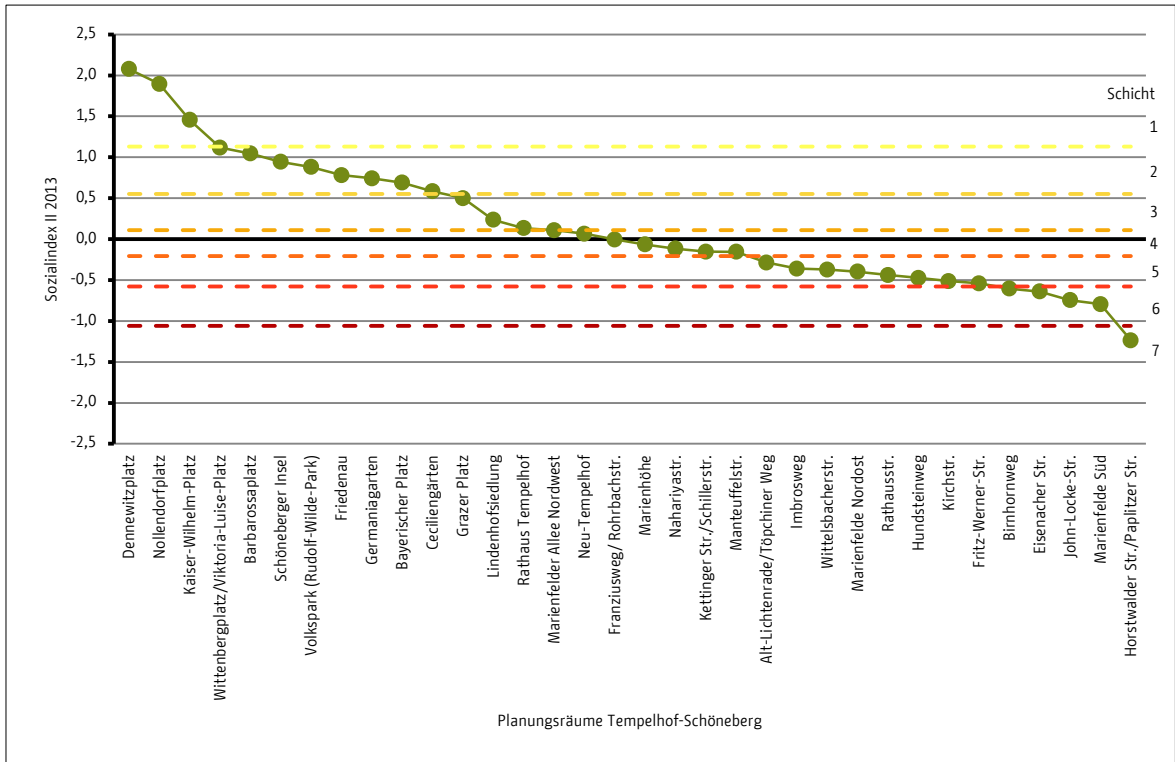
(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 3.34:
Sozialindex II 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Steglitz-Zehlendorf



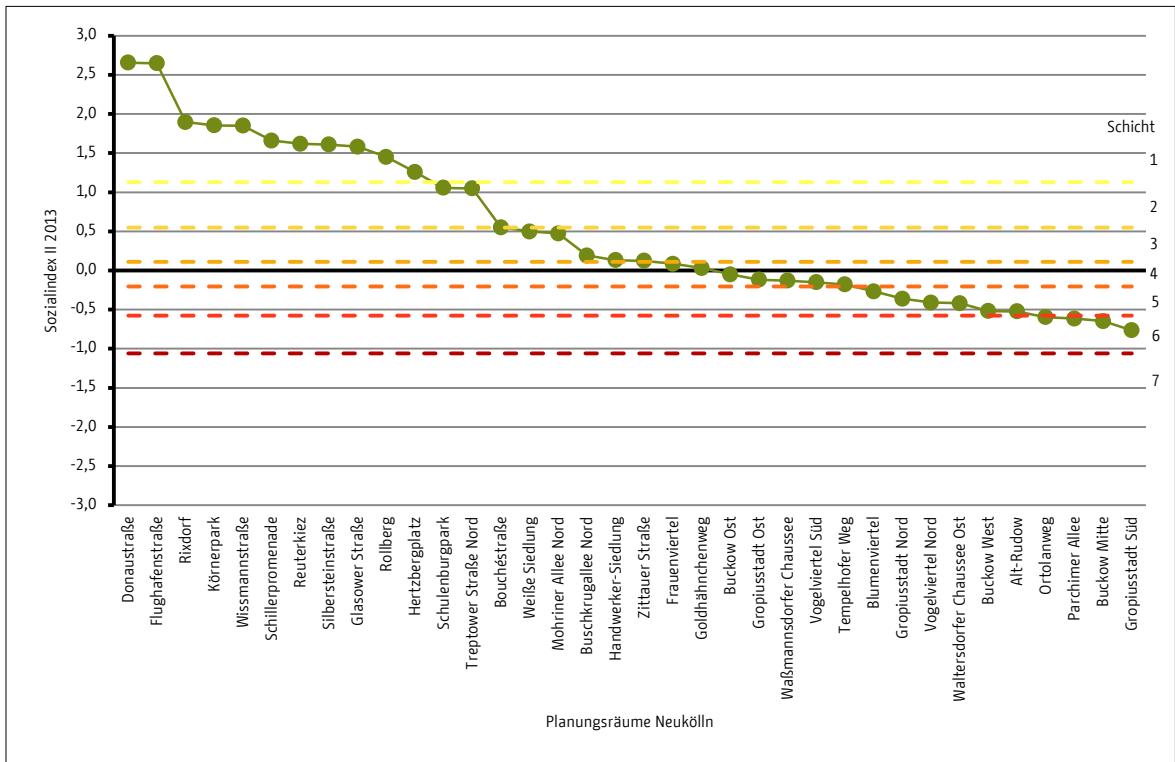
(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 3.35:
Sozialindex II 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Tempelhof-Schöneberg



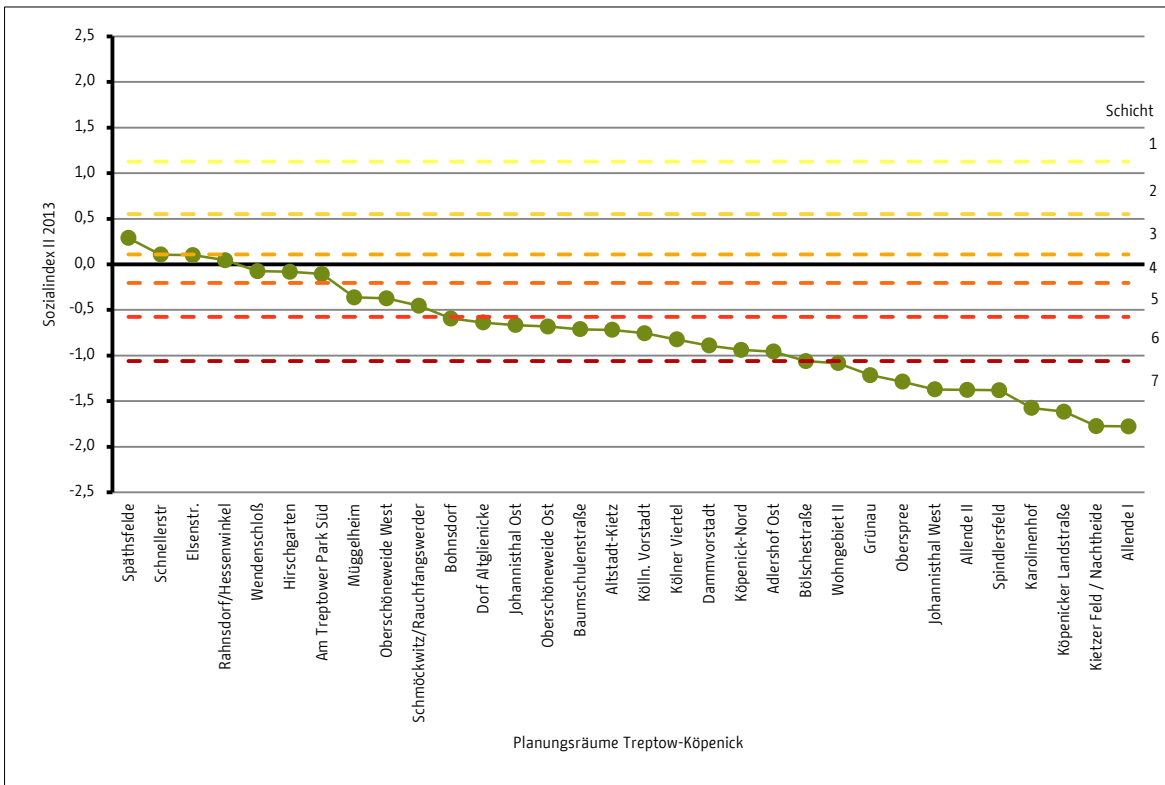
(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 3.36:
Sozialindex II 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Neukölln



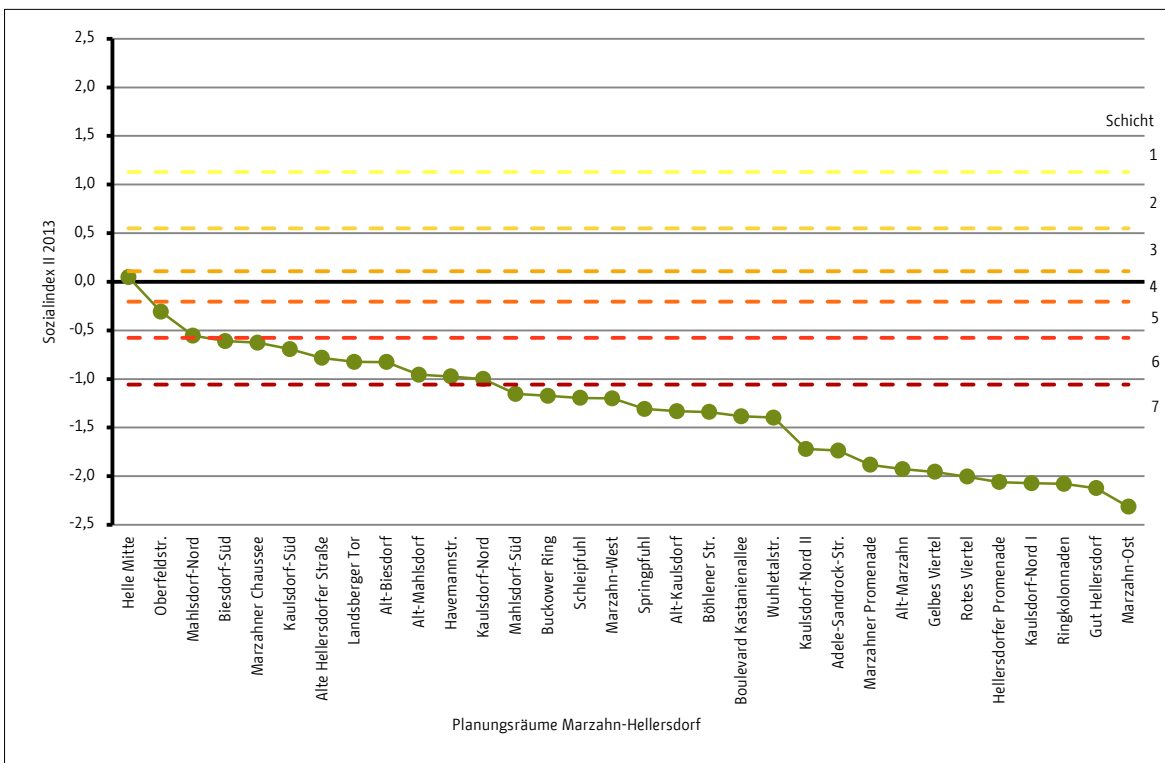
(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 3.37:
Sozialindex II 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Treptow-Köpenick



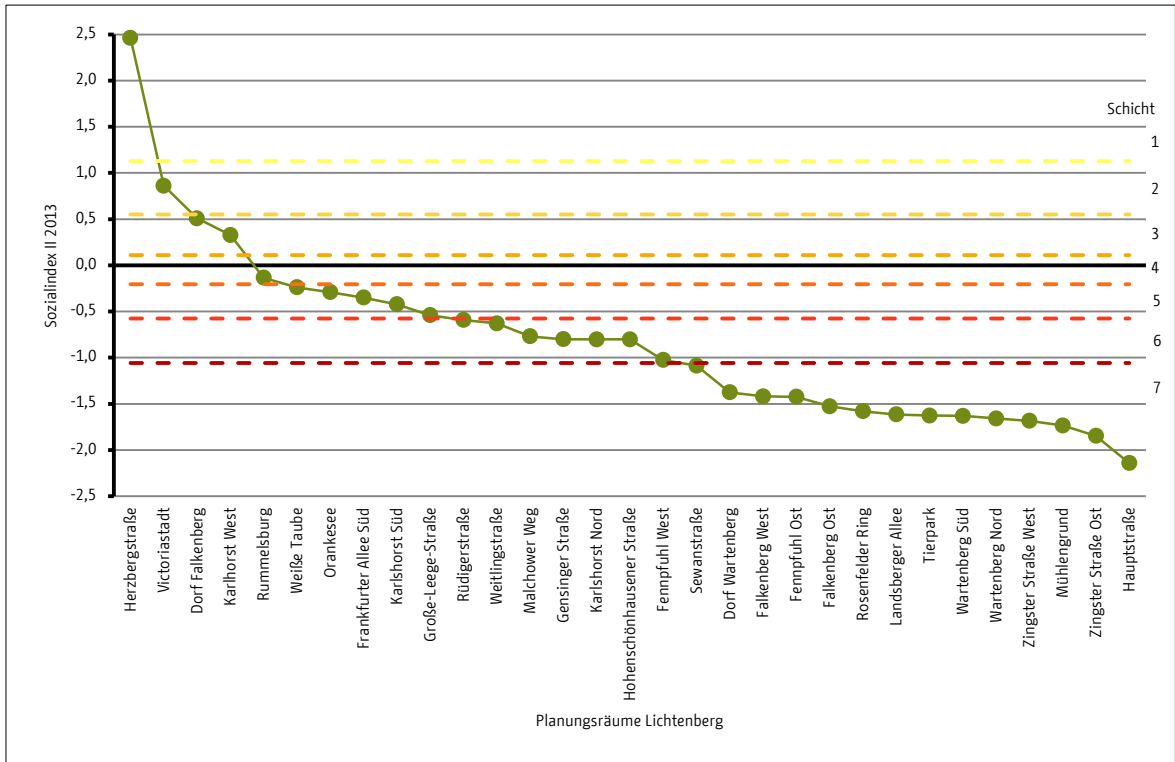
(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 3.38:
Sozialindex II 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Marzahn-Hellersdorf



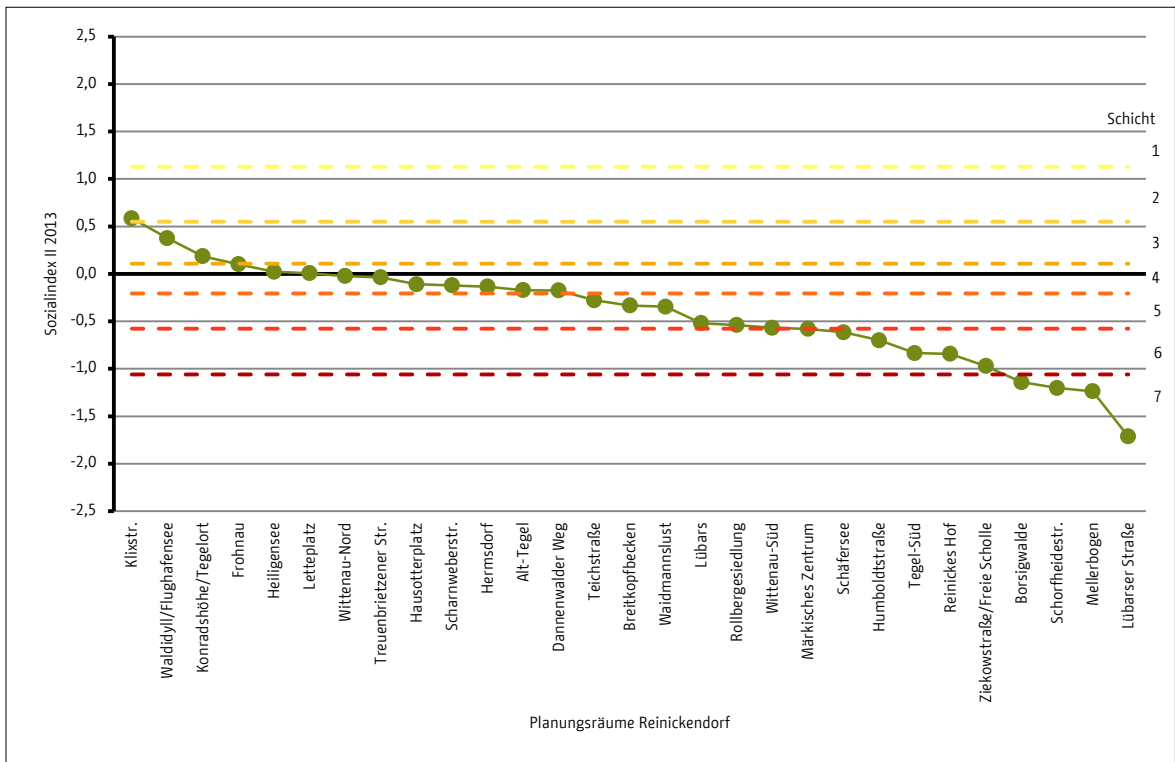
(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 3.39:
Sozialindex II 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Lichtenberg



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 3.40:
Sozialindex II 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Reinickendorf

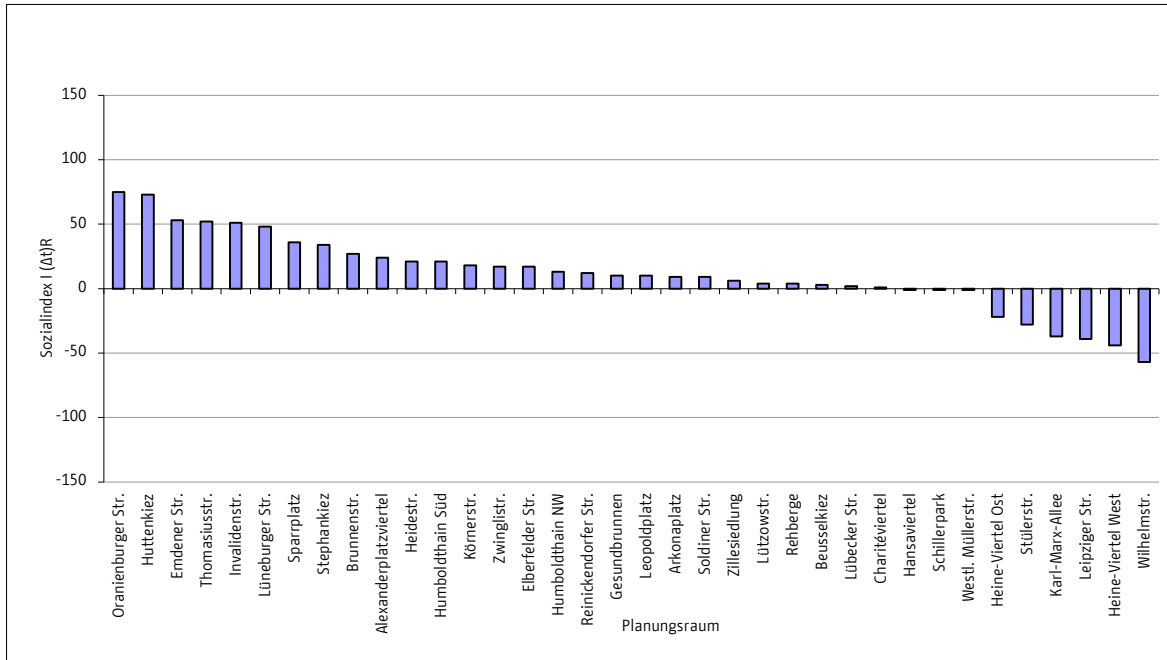


(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

3.5.3 Anhang zum Sozialindex I (Δt)R

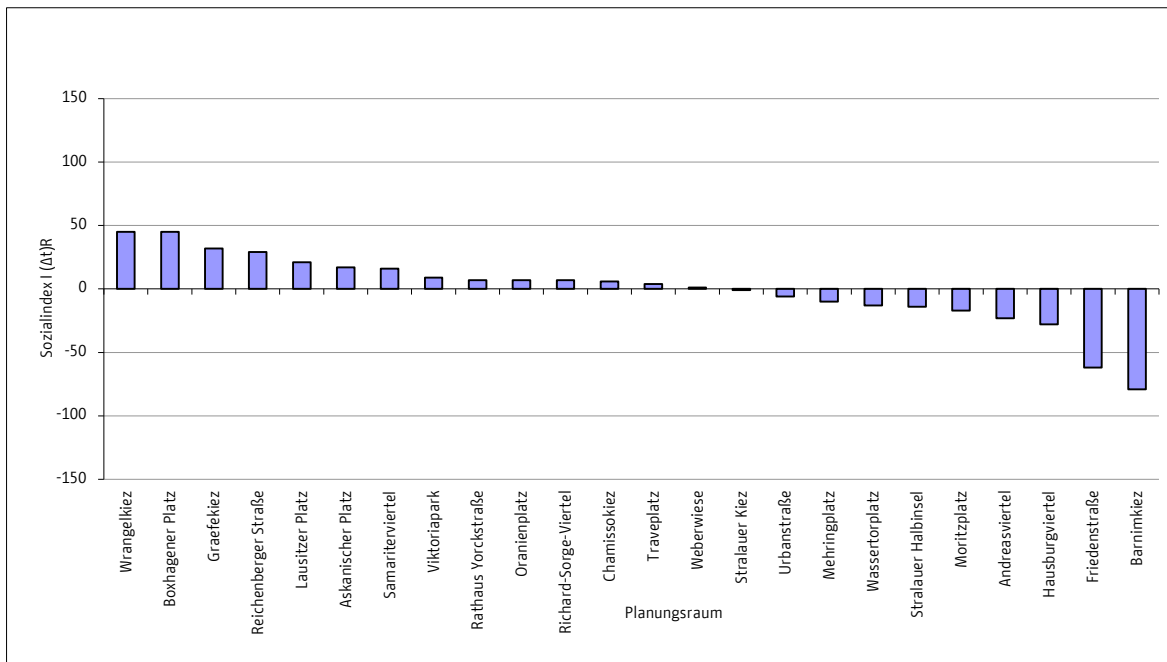
In den folgenden Abbildungen ist der Sozialindex I (Δt)R für die jeweiligen Planungsräume eines Bezirkes in absteigender Reihenfolge dargestellt.

Abbildung 3.41:
Sozialindex I (Δt)R 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Mitte



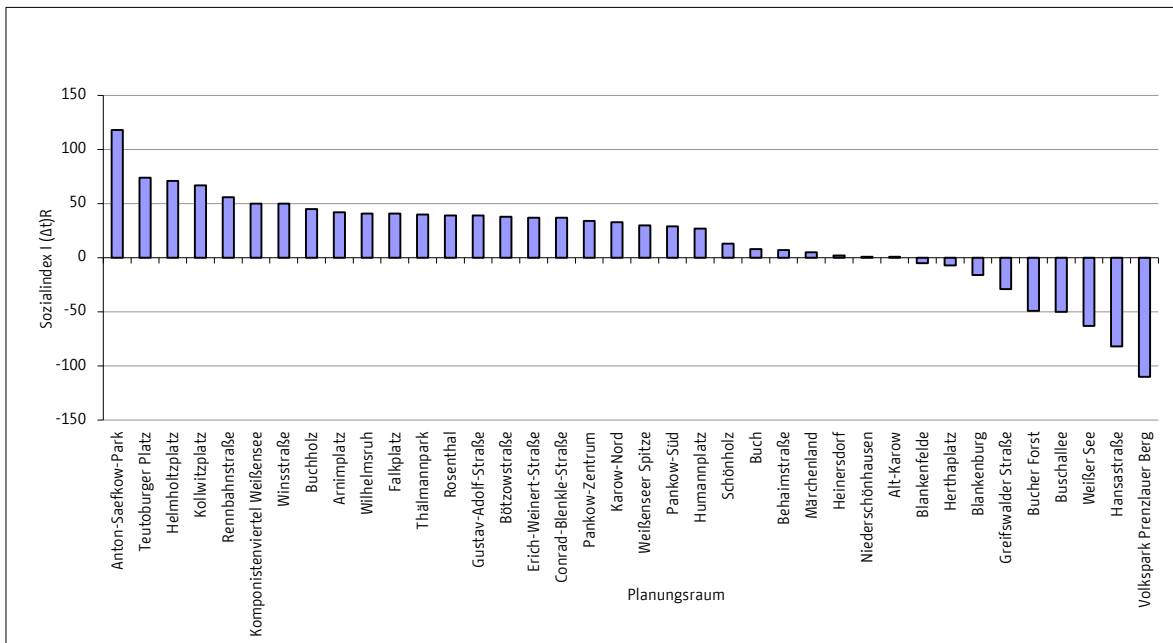
(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 3.42:
Sozialindex I (Δt)R 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Friedrichshain-Kreuzberg



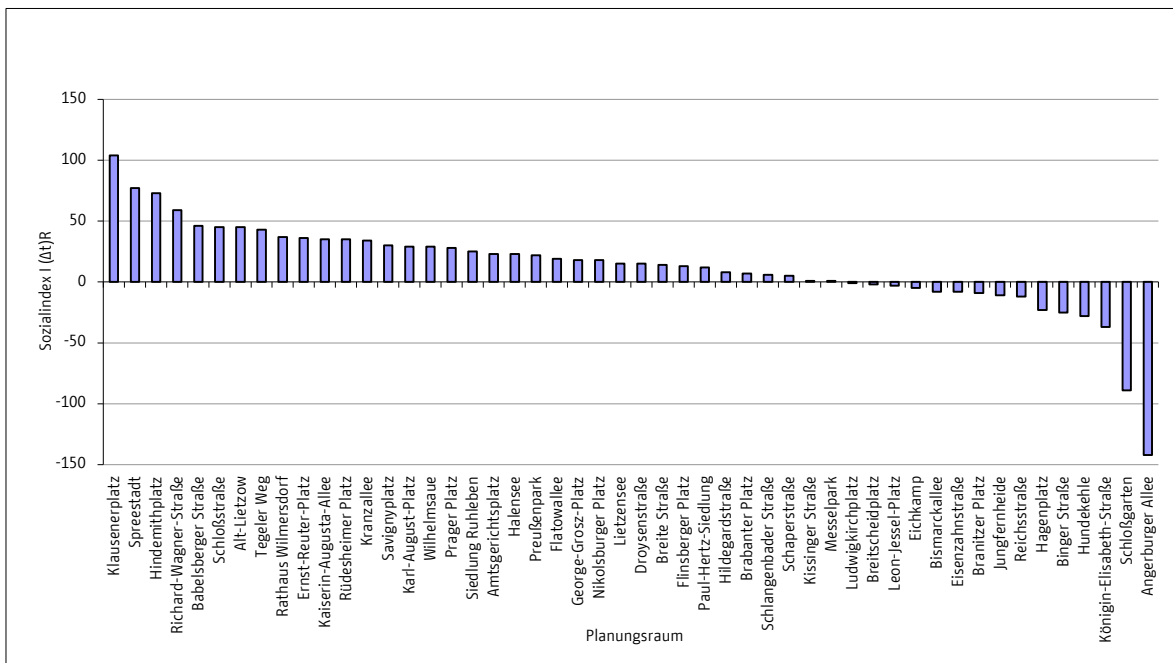
(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 3.43:
Sozialindex I (Δt)R 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Pankow



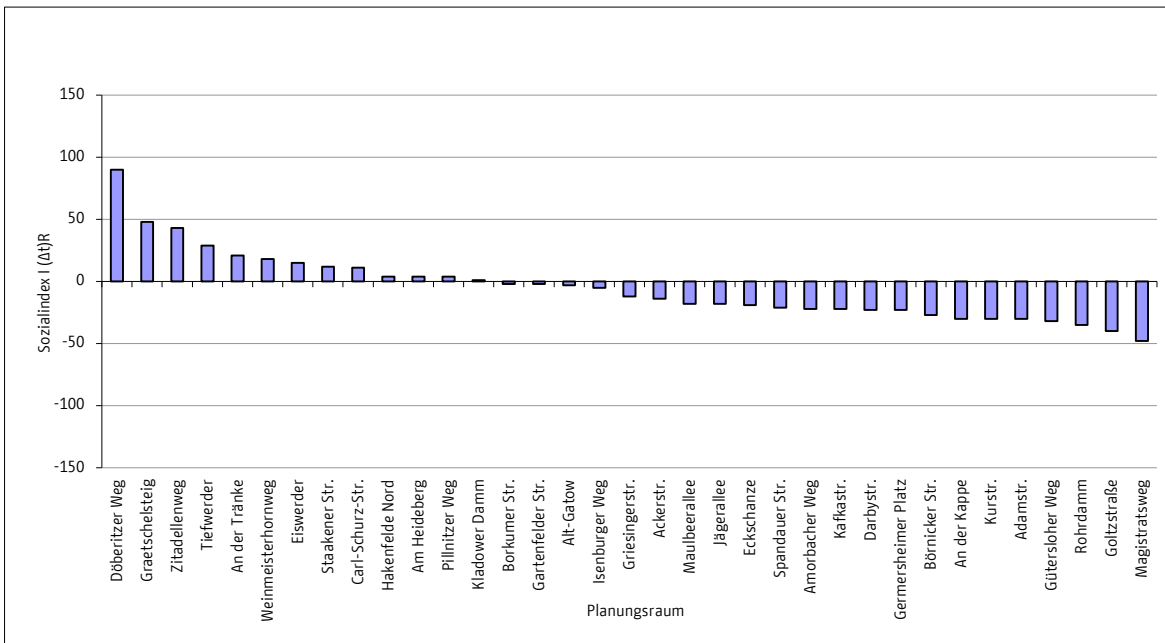
(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 3.44:
Sozialindex I (Δt)R 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Charlottenburg-Wilmersdorf



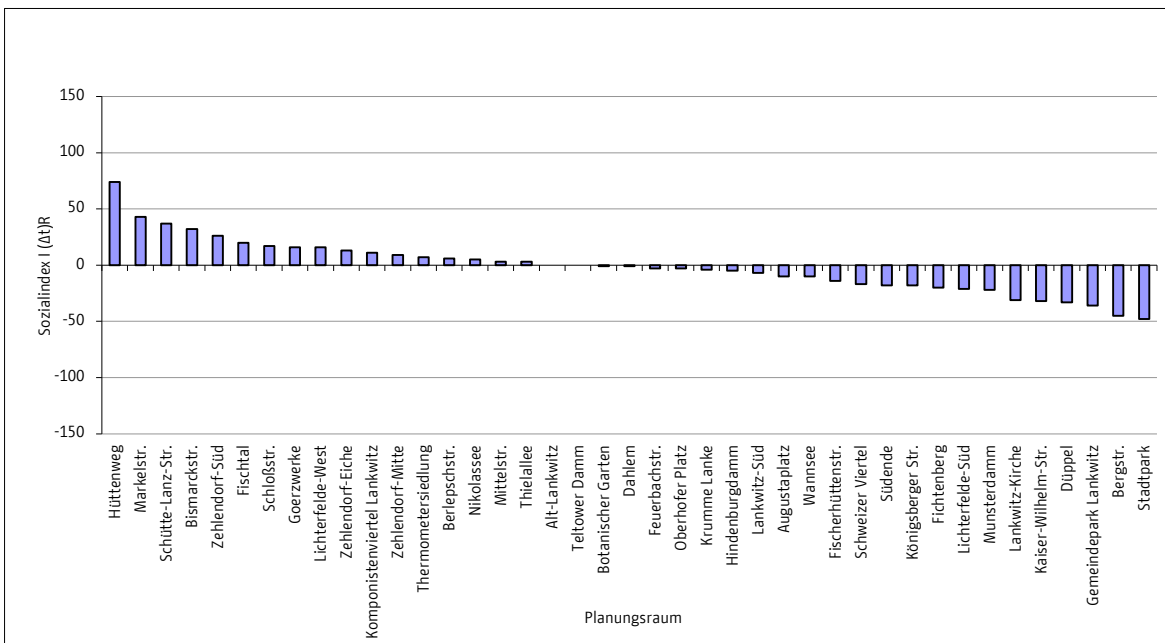
(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 3.45:
Sozialindex I (Δ)R 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Spandau



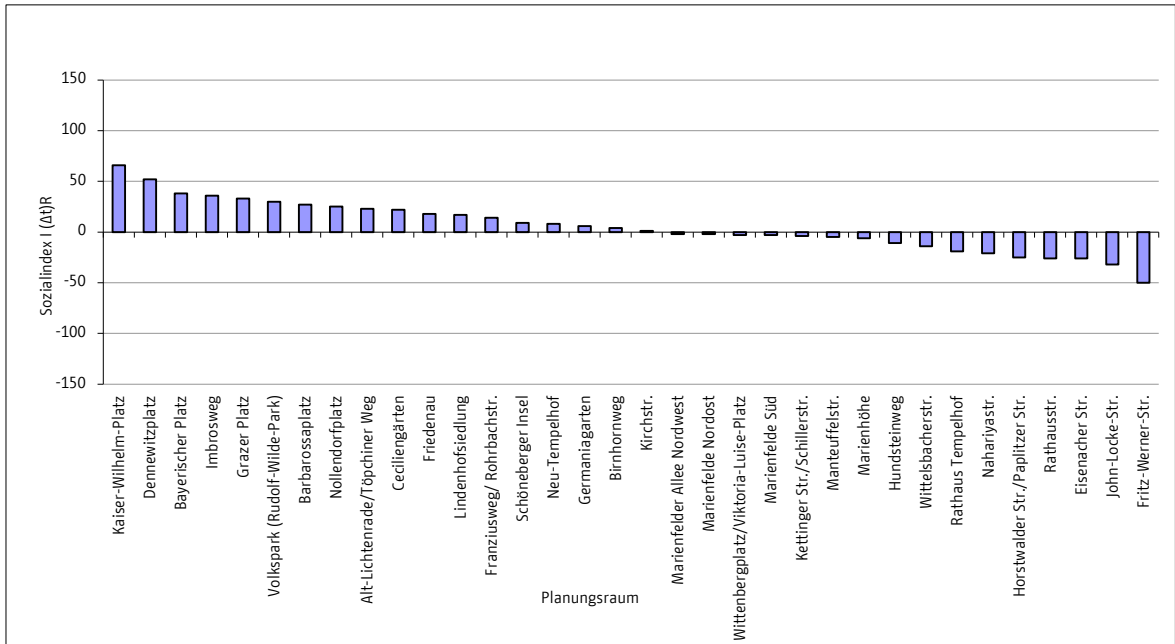
(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 3.46:
Sozialindex I (Δ)R 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Steglitz-Zehlendorf



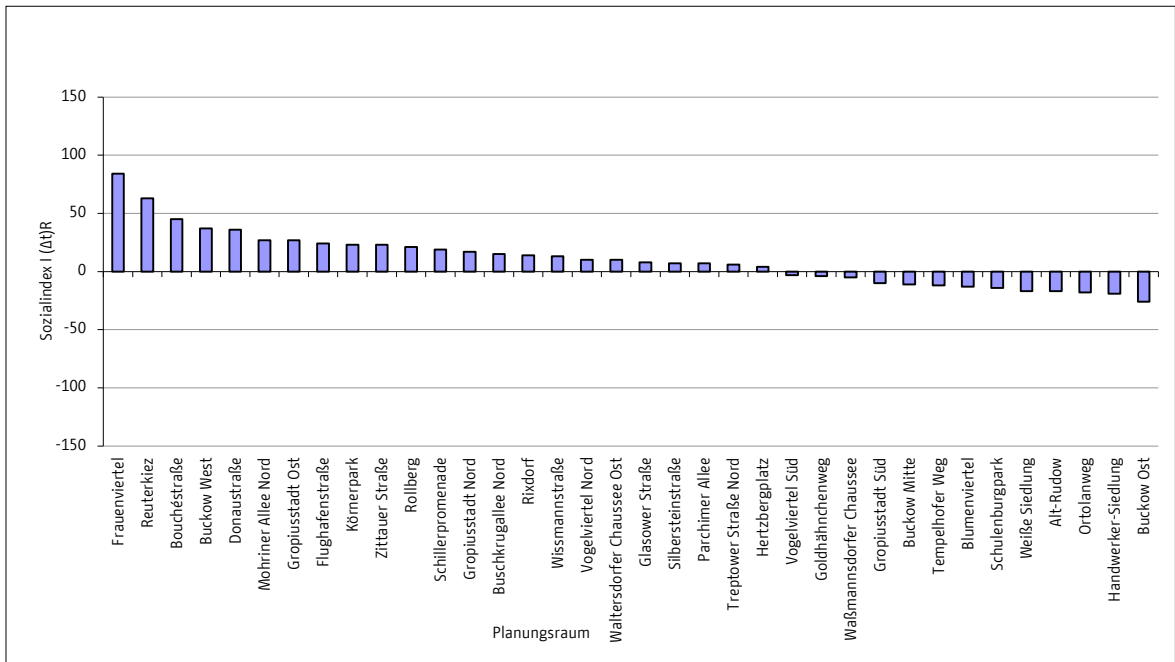
(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 3.47:
Sozialindex I (Δt)R 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Tempelhof-Schöneberg



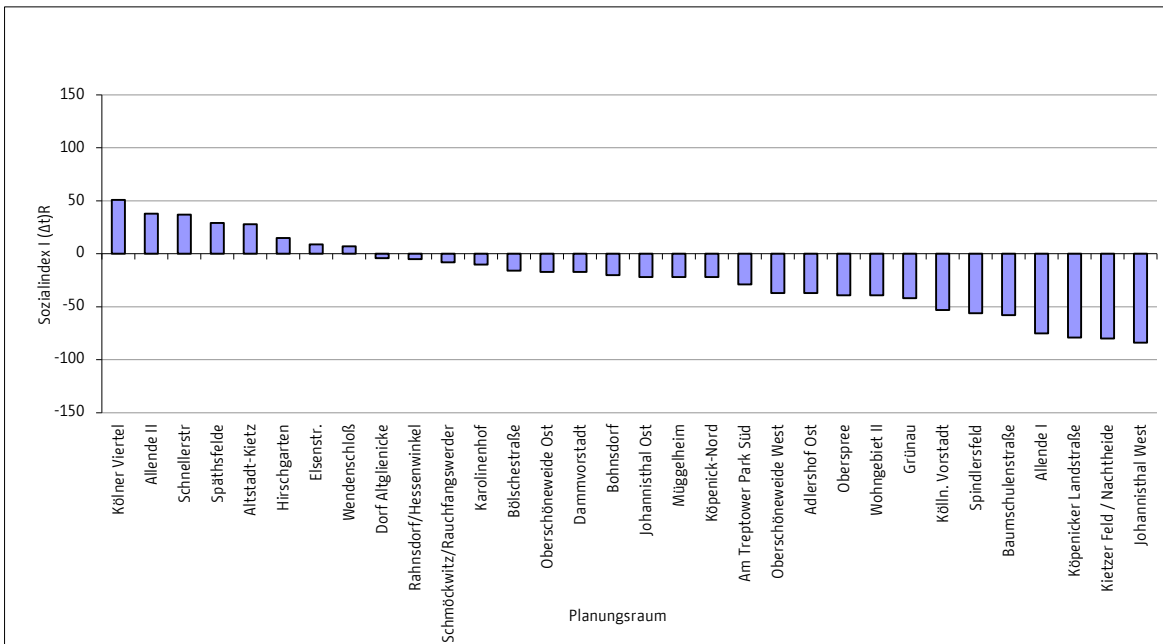
(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 3.48:
Sozialindex I (Δt)R 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Neukölln



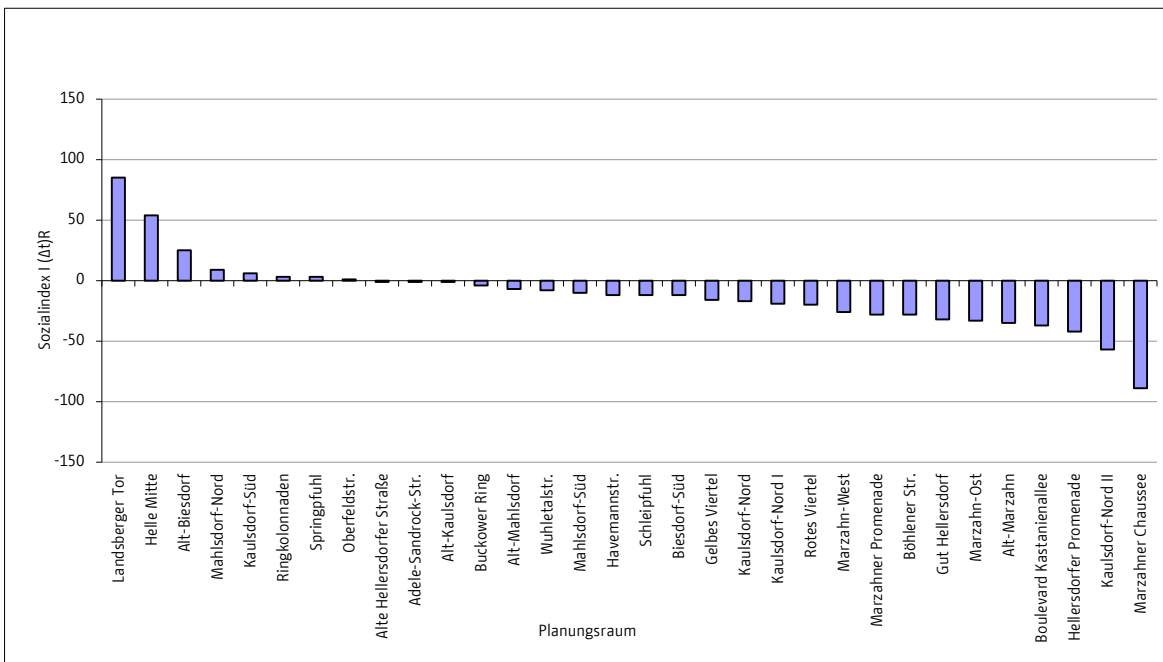
(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 3.49:
Sozialindex I (Δt)R 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Treptow-Köpenick



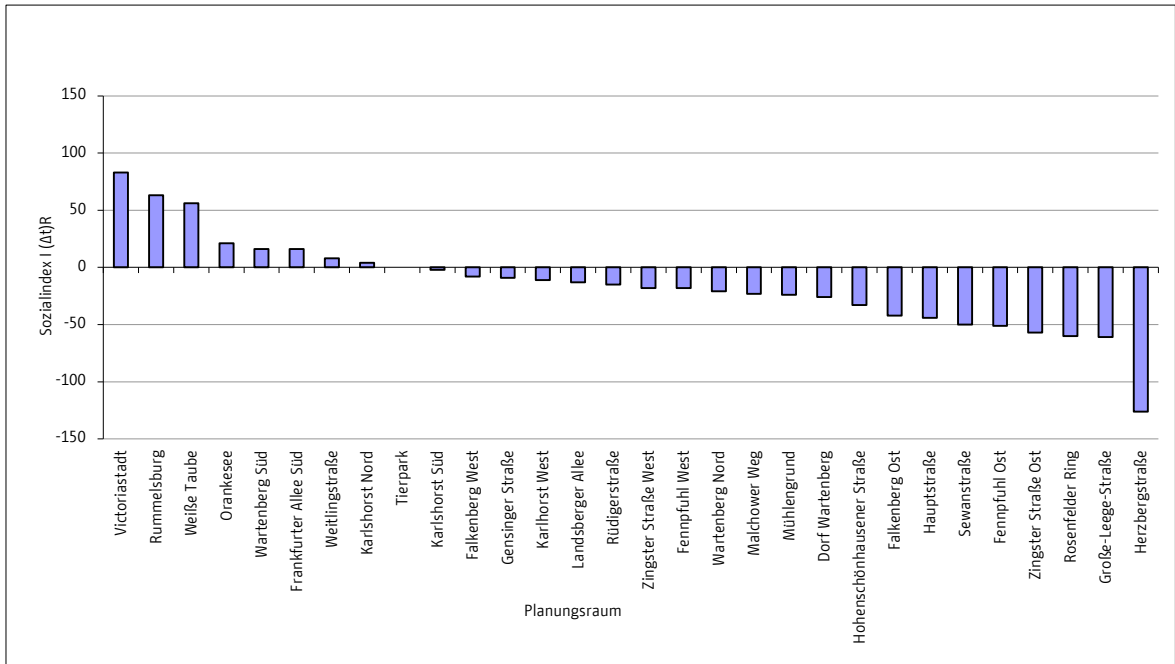
(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 3.50:
Sozialindex I (Δt)R 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Marzahn-Hellersdorf



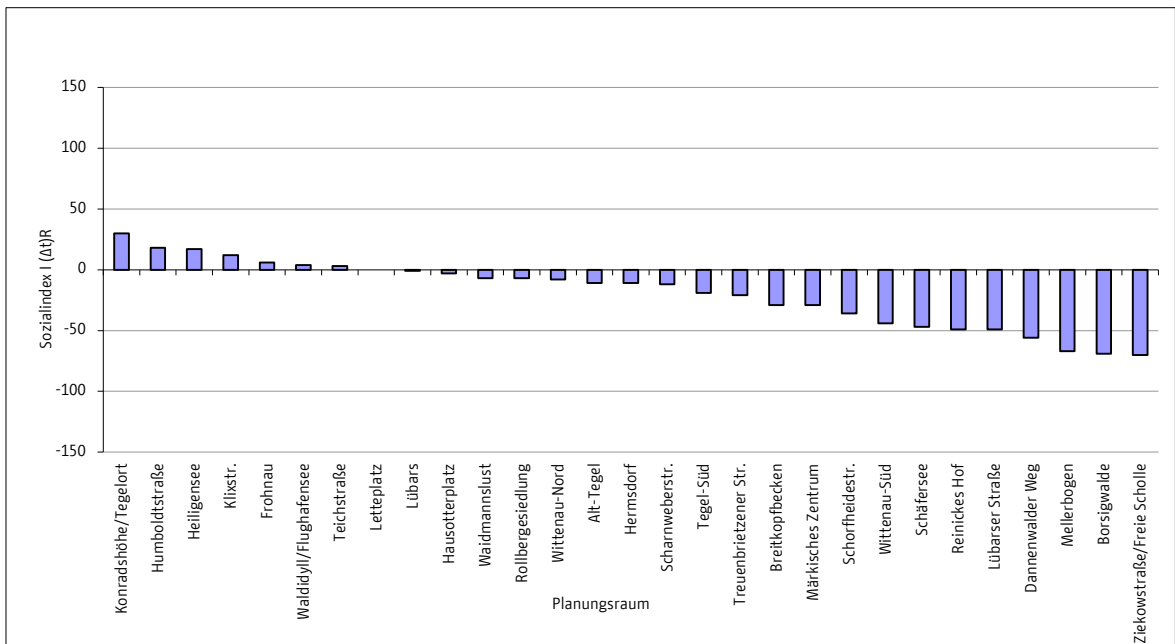
(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 3.51:
Sozialindex I (Δt)R 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Lichtenberg



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 3.52:
Sozialindex I (Δt)R 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Reinickendorf



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

3.5.4 Sozialstrukturdaten online

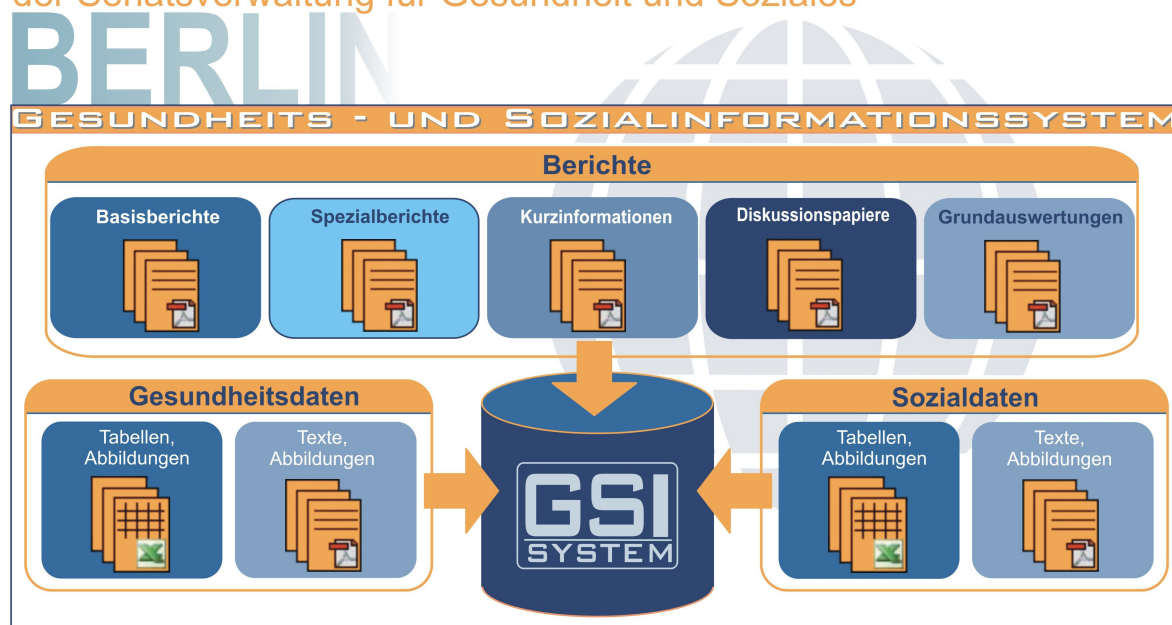
3.5.4.1 Berliner Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI)

Die Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung und des Sozialstatistischen Berichtswesens werden in das Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI) des Statistikreferates der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales eingespeist und sind über das Internet unter www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/index.html zugänglich sowie unter <http://www.gsi-berlin.info/>.

Die Nutzerinnen und Nutzer finden hier alle Informationen thematisch in regionaler und zeitlicher Differenzierung geordnet. Umfangreiche Suchfunktionen unterstützen das schnelle Auffinden der verfügbaren Texte, Tabellen und Grafiken.

Einen Überblick über den Aufbau der Gesundheitsberichterstattung und des Sozialstatistischen Berichtswesens im GSI gibt das folgende Schaubild:

Gesundheitsberichterstattung und Sozialstatistisches Berichtswesen der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales



3.5.4.2 Sozialstrukturatlas im GSI

Der Sozialstrukturatlas 2013 ist im GSI als Gesamtbericht im PDF-Format zu finden. Weiterhin ist ein umfangreicher Tabellenanhang im Excel-Format eingestellt.

Die Dateien des Sozialstrukturatlases 2013 sind über mehrere Wege im GSI auffindbar: Auf der Startseite kann links in der Navigation „Berichte“ ausgewählt werden. In dem sich öffnenden Fenster unter GBE – Spezialberichte den Link „Sozialstrukturatlas“ anklicken. In der dann folgenden Ansicht erscheinen alle zum Sozialstrukturatlas eingestellten Dateien, beginnend mit den aktuellsten.

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin
Gesundheits- und Sozialinformationssystem

BERICHTE

Die dreispaltige Tabelle listet für die Kategorie Berichte alle Bereiche mit ihren Themen und Unterthemen auf und ermöglicht den schnellen Zugriff auf alle Titel der zugehörigen Dokumente, deren Anzahl im Klammerausdruck angegeben wird.

Bereich (Dokumente)	Thema (Dokumente)	Unterthema (Dokumente)
GBE (102)	Basisberichte (17)	Basisberichte (17)
	Diskussionspapiere (34)	Diskussionspapiere (34)
	Grundauswertungen (6)	Einschulungsuntersuchungen (6)
	Spezialberichte (27)	Einschulungsuntersuchungen (7)
		Inanspruchnahme von Beratungs-/Behandlungsangeboten des ÖGD für Kinder u. Jugendliche (1)
		Infektionskrankheiten (2)
		Krankenhäuser (1)
		Krebs (1)
		Schulkinder und Jugendliche (1)
		Sozialstrukturatlas (14)
	Statistische Kurzinformationen (18)	Beschäftigte im Überblick (1)
		Einschulungsuntersuchungen (1)
		Inanspruchnahme von Beratungs-/Behandlungsangeboten des ÖGD für Kinder u. Jugendliche (6)
		Inanspruchnahme/Leistungen der Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung von Krankheiten (1)
		Krankenhausfälle (3)
		Lebenserwartung (1)

Eine weitere Möglichkeit der Suche bietet das GSI in der linken Navigation über die „Erweiterte Suche“.

Hier kann unter „Kontext“ der Sozialstrukturatlas 2013 ausgewählt werden. Mit einem Klick in dem kleinen Kästchen rechts wird die Auswahl fixiert. Danach kann bereits über „Dokumente anzeigen“ die Ergebnisliste angezeigt werden. Hier erscheinen alle zu diesem Sozialstrukturatlas eingestellten Dokumente.

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin
Gesundheits- und Sozialinformationssystem

ERWEITERTE SUCHE

Bei der erweiterten Suche können Sie anhand von Metadaten und/oder einem Suchtext auf Dokumente zugreifen. Durch Festlegungen (☑) können Sie dabei die jeweiligen Auswahlmöglichkeiten anpassen. Hilfestellungen hierzu finden Sie unter [Info zur Suche](#) oder unter [FAQ \(Fragen und Antworten\)](#).

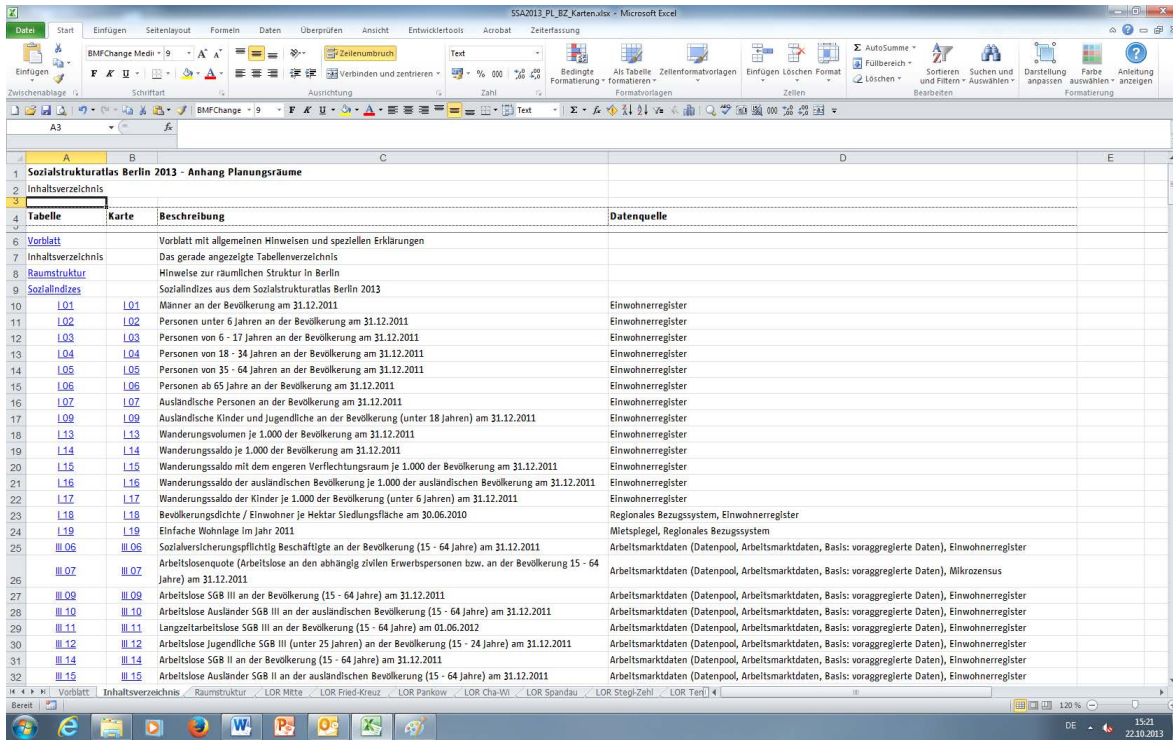
Die aktuellen Festlegungen wählen 9.975 Dokument(e) aus.

Kategorie (3)	Bitte Kategorie auswählen/zurücksetzen...	<input type="checkbox"/>
Bereich (21)	Bitte Bereich auswählen/zurücksetzen...	<input type="checkbox"/>
Thema (67)	Bitte Thema auswählen/zurücksetzen...	<input type="checkbox"/>
Unterthema (129)	Bitte Unterthema auswählen/zurücksetzen...	<input type="checkbox"/>
Kontext (24)	Bitte Kontext auswählen/zurücksetzen...	<input type="checkbox"/>
Raumbezug (24)	Bitte kleinsten Raumbezug auswählen/zurücksetzen...	<input type="checkbox"/>
Jahr (28)	Bitte Jahr auswählen/zurücksetzen...	<input type="checkbox"/>
Stand (189)	Bitte Stand auswählen/zurücksetzen...	<input type="checkbox"/>
Aufnahme (69)	Bitte Aufnahmemonat auswählen/zurücksetzen...	<input type="checkbox"/>
Stichwort (181)	Bitte Stichwort auswählen/zurücksetzen...	<input type="checkbox"/>
Indikator (264)	Bitte GBE-Indikator auswählen/zurücksetzen...	<input type="checkbox"/>
Quelle (74)	Bitte Datenquelle auswählen/zurücksetzen...	<input type="checkbox"/>
Herkunft (64)	Bitte Dokumentenherkunft auswählen/zurücksetzen...	<input type="checkbox"/>
Art (5)	Bitte Dokumentenart auswählen/zurücksetzen...	<input type="checkbox"/>
Suchtext	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Such-Modus	mindestens ein Wortanfang	<input type="checkbox"/>
Sortieren nach	Aktualität neue Dokumente zuerst	<input type="checkbox"/>

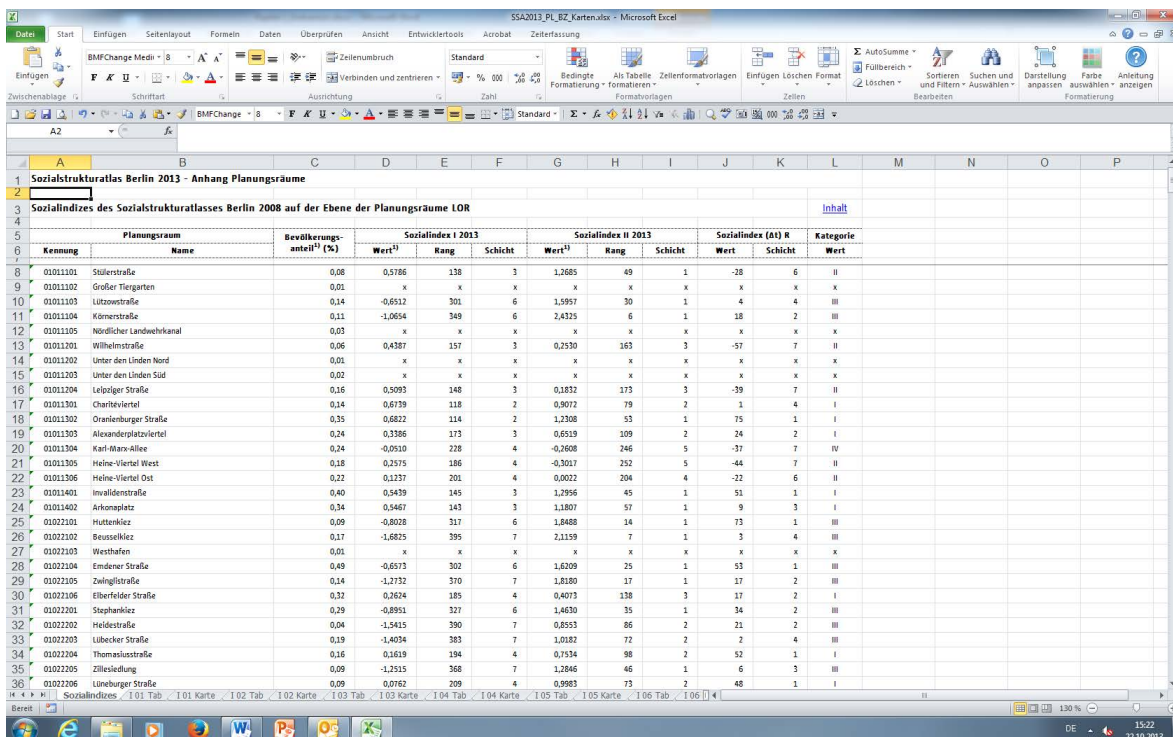
Dokumente anzeigen **Festlegungen löschen**

3.5.4.3 Tabellenanhang

Zum Sozialstrukturatlas 2013 ist ein umfangreicher Tabellenanhang im GSI vorhanden. Dabei handelt es sich um vier Excel-Dateien für die jeweiligen Raumebenen (Bezirke, Prognoseräume, Bezirksregionen, Planungsräume). In den jeweiligen Dateien sind alle in die Berechnung der Sozialindizes einbezogenen Einzelindikatoren auf den unterschiedlichen räumlichen Ebenen Berlins dargestellt. Es findet sich zu jedem Indikator eine Tabelle mit den einzelnen Werten und eine Karte zur räumlichen Verteilung.



Über das Inhaltsverzeichnis der jeweiligen Datei gelangt man zu den einzelnen Tabellen bzw. Karten. Den Einzelindikatoren vorangestellt sind eine Übersicht zur räumlichen Gliederung sowie eine Tabelle zu den Sozialindizes auf der entsprechenden räumlichen Ebene.

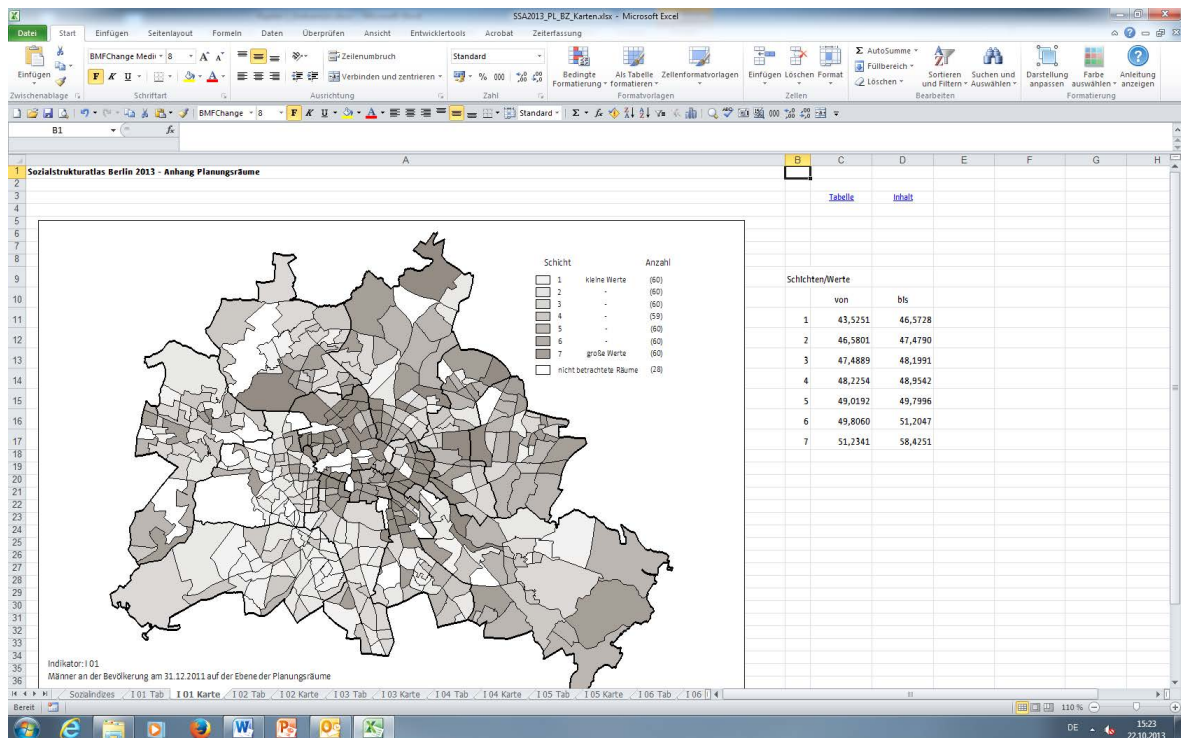


Hier ist beispielhaft die Tabelle zu den Sozialindizes auf Planungsraumbene dargestellt. Sortiert sind die Planungsräume nach Bezirken. Erkennbar ist der Bezirk aus der ersten Ziffer der „Kennung“. Die Systematik der Kennziffern ist in der Übersicht zur räumlichen Gliederung erklärt. Über den Link „Inhalt“ kommt man von jedem Tabellenblatt zum Inhaltsverzeichnis zurück.

In den Tabellen zu den Einzelindikatoren ist der Bevölkerungsanteil, Wert, Rang sowie die Schichtzuordnung für jeden Raum (hier Planungsraum) dargestellt.

Kennung	Name	Bevölkerungsanteil ¹⁾ (%)	Wert	Rang	Schicht
01011101	Stülerstraße	0,08	50,96	352	6
01011102	Großer Tiergarten	0,01	x	x	x
01011103	Lützowstraße	0,14	54,75	415	7
01011104	Körnerstraße	0,11	52,80	400	7
01011105	Nördlicher Landwehrkanal	0,03	x	x	x
01011201	Wilhelmstraße	0,06	51,99	382	7
01011202	Unter den Linden Nord	0,01	x	x	x
01011203	Unter den Linden Süd	0,02	x	x	x
01011204	Leipziger Straße	0,16	49,82	302	6
01011301	Charlottenviertel	0,14	51,53	371	7
01011302	Oranienburger Straße	0,35	51,14	357	6
01011303	Alexanderplatzviertel	0,24	51,59	373	7
01011304	Karl-Marx-Allee	0,24	46,46	53	1
01011305	Helme-Viertel West	0,18	49,49	214	5
01011306	Helme-Viertel Ost	0,23	50,73	244	6
01011401	Invalidenstraße	0,40	51,27	362	7
01011402	Arkonaplatz	0,34	50,09	313	6
01021101	Huttenkiez	0,09	56,38	418	7
01021102	Beusselkiez	0,17	54,87	416	7
01021103	Westhafen	0,01	x	x	x
01021104	Emdener Straße	0,49	51,80	377	7
01021105	Zwingerstraße	0,14	52,94	405	7
01021106	Elberfelder Straße	0,32	48,87	231	4
01021201	Stephankiez	0,29	53,08	407	7
01021202	Haldenstraße	0,04	48,29	186	4
01021203	Liebknecker Straße	0,19	50,21	323	6
01021204	Thomasiusstraße	0,16	49,83	303	6
01021205	Zillesiedlung	0,09	50,07	310	6

Im Anhang zum Sozialstrukturatlas 2013 befindet sich zu jedem Indikator eine Karte zur Darstellung der räumlichen Verteilung. Ergänzt ist diese Grafik durch eine Tabelle mit den Werten (Grenzen) der Schichten.



4 Entwicklung ausgewählter Indikatoren im zeitlichen und räumlichen Vergleich

4.1 Einführung

Im nachfolgenden Kapitel werden ausgewählte Einzelindikatoren in ihrer zeitlichen und räumlichen Entwicklung beschrieben. Die Darstellungen orientieren sich an einem standardisierten Muster, welches einen Vergleich der Eckdaten für Berlin und Deutschland und die zeitliche Ergebnisdarstellung auf Bezirksebene und wenn vorhanden auf Planungsraumbene beinhaltet.

Das zugrunde gelegte Datenmaterial bezieht sich auf das für die vorliegende Analyse jüngste Berichtsjahr, welches auch für die Berechnung der Sozialstrukturindizes verwendet wurde. Dies ist zumeist das Jahr 2011. Für einige Indikatoren wird nicht das einzelne Berichtsjahr sondern ein Berichtszeitraum bis zum vorliegenden jüngsten Jahr verwendet. Zur Beschreibung von zeitlichen Trends wird grundsätzlich an den Werten der letzten Sozialstrukturanalysen angesetzt.

Für alle ausgewählten Indikatoren ist die Beschreibungs- und Analyseebene die Bezirksebene, da nicht alle Indikatoren in der LOR-Systematik (lebensweltlich orientierte Räume) vorliegen. Die Indikatoren, die auch in der LOR-Systematik verfügbar sind, werden neben der Bezirksebene auch für die Planungsraumbene dargestellt. Durch die ausschließliche Darstellung von Anteilswerten bei den Indikatoren auf der kleinräumigen Planungsraumbene der lebensweltlich orientierten Räume (LOR) kann auch bei den Berechnungen mit sehr kleinen Bezugsmengen die tatsächliche Bevölkerungszahl des Bevölkerungsregisters zugrunde gelegt werden, da durch diese Vorgehensweise einerseits die notwendige Geheimhaltung kleiner Absolutwerte (Datenschutz) bei der Veröffentlichung berücksichtigt wird und andererseits Werteverfälschungen aus statistischen Geheimhaltungsgründen ausgeschlossen werden. Allerdings können die so berechneten, kleinräumigen Indikatorenwerte durchaus Differenzen zu anderen Datenveröffentlichungen aufweisen, bei deren Berechnung andere Bevölkerungszahlen Verwendung fanden.

Die ausführlichen Tabellenanhänge für die Einzelindikatoren auf den Aggregationsebenen der LOR-Systematik – Bezirke, Prognoseräume, Bezirksregionen, Planungsräume – sind in das Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI) der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales integriert. Das GSI beinhaltet vier sehr umfangreiche Tabellenanhänge zum Sozialstrukturatlas Berlin 2013 in Form von Excelarbeitsmappen. Diese enthalten für alle Raumbenen die Indikatorenwerte sowie die bei den Sozialstrukturberechnungen ermittelten Sozialindizes. Zur Veranschaulichung der räumlichen Verteilung gibt es für sämtliche Indikatoren und Sozialindizes integriert in den Excelarbeitsmappen kartografische Darstellungen. Das GSI kann unter der Internet-Adresse www.gsi-berlin.info aufgerufen werden. Eine detaillierte Beschreibung zur Darstellung der Indikatoren im GSI sowie zum Zugriff auf die Daten findet sich im Kapitel 3 im Abschnitt 3.5.4.

4.2 Beschreibung der Einzelindikatoren

Die Beschreibung der ausgewählten Indikatoren erfolgt in den Dimensionen Bevölkerungs- und Haushaltsstruktur, Bildung, Erwerbsleben, Einkommen und materielle Lage sowie Gesundheit. Diese Indikatoren werden einzeln oder zusammengefasst (bei inhaltsnahen Indikatoren) beschrieben. Einen Aufschluss über die ausgewählten Indikatoren gibt die Übersichtstabelle (Tab 4.1). Beschrieben werden nachfolgend die sogenannten Schlüsselindikatoren, d. h. die Indikatoren mit dem größten Einfluss auf die Sozialindizes (statistisch bezeichnet als höchste Faktorladungen; siehe Methodik und Tabelle Faktorladungen). Eine

Übersicht über alle Indikatoren, welche in die Sozialstrukturberechnungen einbezogenen wurden, ist der Tabelle 3.4 im Kapitel 3 zu entnehmen.

Die Darstellung der ausgewählten Einzelindikatoren wurde standardisiert aufgebaut. Beginnend ist eine kurze Auflistung der Eckdaten des Landes Berlin und Deutschlands in der zeitlichen Entwicklung anhand einer standardisierten Abbildung und einer Kurzbeschreibung dargestellt. Im Anschluss wird die Ebene der Bezirke im zeitlichen Vergleich betrachtet – ebenfalls mittels einer standardisierten Grafik und einer stichpunktartigen Darstellung der wichtigsten Eckdaten. Bei Vorhandensein von kleinräumigen Daten zum Indikator folgt ebenfalls eine Kurzdarstellung der Eckdaten auf Planungsebene sowie eine Übersichtstabelle mit den jeweils zehn Planungsräumen mit dem höchsten und niedrigsten Wert. Liegt der Sonderfall vor, dass mehrere Planungsräume den gleichen Wert und somit den gleichen Rang aufweisen, wird die Anzahl der Planungsräume in den jeweiligen Bezirken angegeben. Die einzelnen Werte aller Planungsräume zu den Einzelindikatoren sind dem [Tabellenanhang im GSI](#) zum Sozialstrukturatlas Berlin 2013 zu entnehmen. Zur besseren Veranschaulichung der räumlichen Verteilung ist ebenfalls eine kartografische Darstellung angefügt. Zu allen räumlichen Ebenen werden unter dem Punkt Besonderheiten beispielsweise auffällige Entwicklungen und räumliche Verteilungen beschrieben.

Zur sprachlichen Gestaltung: Im Interesse der Lesbarkeit und Übersichtlichkeit wird auf eine sprachliche Gleichbehandlung von Männern und Frauen in den Texten sowie Tabellen und Abbildungen – wenn es sich nicht wie bei Personen oder Arbeitslosen um geschlechtsneutrale Bezeichnungen handelt – auf die gleichzeitige Nennung der weiblichen und männlichen Schreibweise verzichtet (z. B. nur Arbeiter, statt Arbeiterinnen und Arbeiter; nur Sozialhilfeempfänger, statt Sozialhilfeempfängerinnen und Sozialhilfeempfänger).

4.2.1 Bevölkerungs- und Haushaltsstruktur

4.2.1.1 Kinder und Jugendliche Berlin / Deutschland

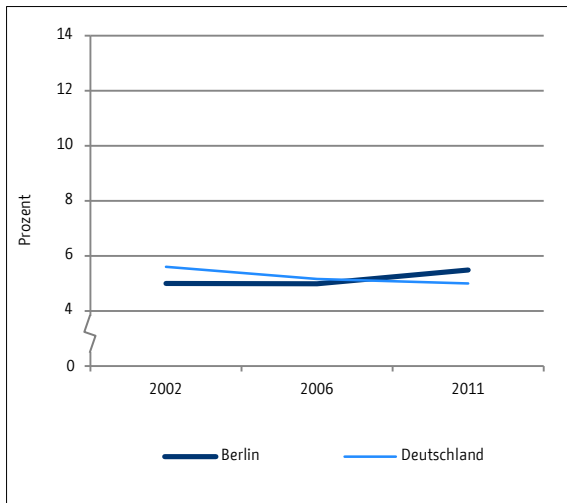
- Anteil der Personen unter 6 Jahren an der Bevölkerung in Berlin von 2002 bis 2011 von 5,0 % auf 5,5 % gestiegen; in Deutschland von 5,6 % auf 5,0 % gesunken
- Anteil der Personen von 6 bis 17 Jahren an der Bevölkerung in Berlin von 2002 bis 2011 von 11,0 % auf 9,3 % gesunken; in Deutschland von 12,9 % auf 11,2 % gesunken

Tabelle 4.1:
Übersicht über die Einzelbeschreibungen

Bezeichnung der Indikatoren	Indikator Nr.
Bevölkerungs- und Haushaltsstruktur	
4.2.1.1 Kinder und Jugendliche an der Bevölkerung	I 02, I 03
4.2.1.2 Personen im erwerbsfähigen Alter an der Bevölkerung	I 04, I 05
4.2.1.3 Ältere an der Bevölkerung (Personen ab 65 Jahre)	I 06
4.2.1.4 Ausländische Personen an der Bevölkerung	I 07, I 08
Bildung	
4.2.2.1 Personen mit Volks-/Hauptschulabschluss an der Bevölkerung	II 01
4.2.2.2 Personen ohne beruflichen Ausbildungsabschluss an der Bevölkerung	II 03
4.2.2.3 Sozialstatusindex Kinder	II 05
Erwerbsleben	
4.2.3.1 Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte	III 06
4.2.3.2 Arbeitslosenquote	III 07
4.2.3.3 Arbeitslose Ausländer gemäß SGB III bzw. SGB II) an der ausländischen Bevölkerung	III 10, III 15
4.2.3.4 Arbeitslose Jugendliche gemäß SGB III bzw. SGB II) an der Bevölkerung	III 12, III 15
Einkommen und materielle Lage	
4.2.4.1 Armuts(risiko)quote	IV 03
4.2.4.2 Leistungsempfänger SGB III (ALG I) und erwerbsfähige Hilfebedürftige SGB II (ALG II) an der Bevölkerung	IV 06, IV 07
4.2.4.3 Nichterwerbsfähige Hilfebedürftige SGB II (SG) an der Bevölkerung	IV 08, IV 09
4.2.4.4 Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt SGB XII an der Bevölkerung	IV 11, IV 12
4.2.4.5 Empfänger von Grundsicherung SGB XII an der Bevölkerung	IV 13, IV 14
4.2.4.6 Empfänger von Hilfe zur Pflege SGB XII an der Bevölkerung	IV 16
Gesundheit	
4.2.5.1 Mittlere Lebenserwartung	V 01
4.2.5.2 Vorzeitige Sterblichkeit	V 03
4.2.5.3 Raucher an der Bevölkerung	V 09

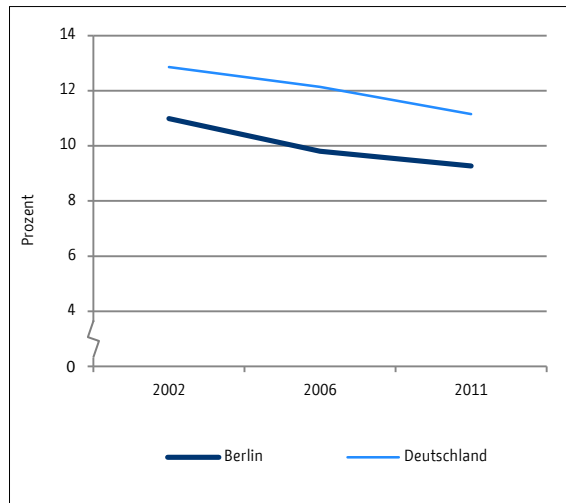
(Datenquelle: SenGesSoz Berlin - I A -)

Abbildung 4.1:
Personen unter 6 Jahren an der Bevölkerung in Berlin und Deutschland
 2002, 2006 und 2011 (Einwohnerregister)



(Datenquelle: StBA / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 4.2:
Personen von 6 - 17 Jahren an der Bevölkerung in Berlin und Deutschland
 2002, 2006 und 2011 (Einwohnerregister)



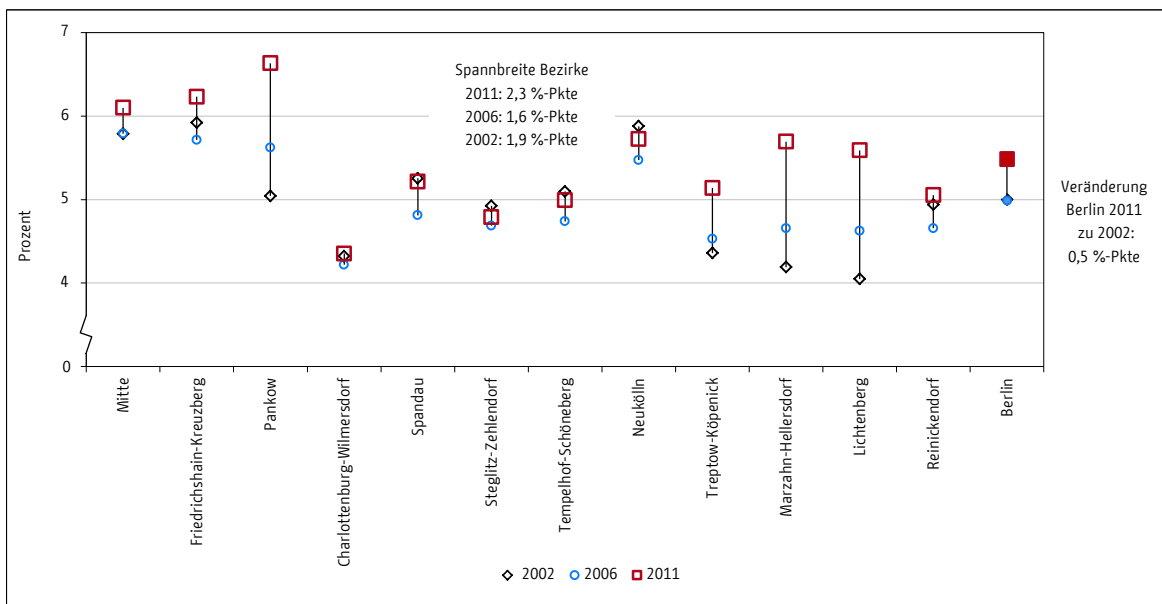
(Datenquelle: StBA / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Besonderheit:

Der Anteil der unter 6-Jährigen lag in Deutschland 2002 über dem Berliner Wert, nahm bis 2006 stark, danach schwächer ab. Im Gegensatz dazu blieb der Anteil der Personen unter 6 Jahren in Berlin zunächst konstant bei 5,0 % wuchs von 2006 zu 2011 so deutlich, dass er fast den Deutschlandwert von 2002 erreicht hat. Der Anteil der Personen von 6 bis 17 Jahren liegt in Berlin seit 2002 ca. 2 %-Punkte unter dem Deutschlandwert.

Bezirke

Abbildung 4.3:
Personen unter 6 Jahren an der Bevölkerung in Berlin am 31.12.2011 im Vergleich zu 2006 und 2002 nach Bezirken (Einwohnerregister)



(Datenquelle: AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Anteil der Personen unter 6 Jahren an der Bevölkerung

Höchster Anteil:

- 2011: Pankow (6,6 %), Friedrichshain-Kreuzberg (6,2 %) und Mitte (6,1 %)
- 2002: Friedrichshain-Kreuzberg und Neukölln (je 5,9 %) sowie Mitte (5,8 %)

Niedrigster Anteil:

- 2011: Charlottenburg-Wilmersdorf (4,4 %), Steglitz-Zehlendorf (4,8 %) und Tempelhof-Schöneberg (5,0 %)
- 2002: Lichtenberg (4,1 %), Marzahn-Hellersdorf (4,2 %) und Charlottenburg-Wilmersdorf (4,3 %)

Spannbreite:

- 2011: 2,3 %-Punkte
- 2002: 1,9 %-Punkte

Anteil der Personen von 6 bis 17 Jahren an der Bevölkerung

Höchster Anteil:

- 2011: Spandau (10,9 %), Reinickendorf (10,8 %) sowie Steglitz-Zehlendorf und Neukölln (je 10,4 %)
- 2002: Marzahn-Hellersdorf (14,8 %), Neukölln (12,1 %) und Spandau (12,0 %)

Niedrigster Anteil:

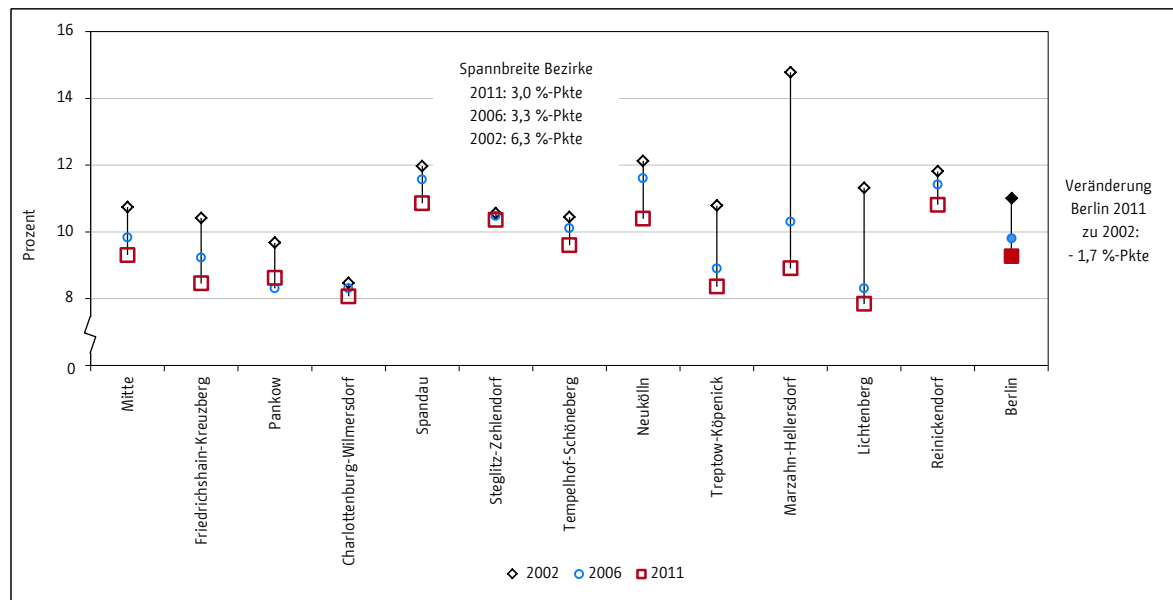
- 2011: Lichtenberg (7,8 %), Charlottenburg-Wilmersdorf (8,1 %) und Treptow-Köpenick (8,4 %)
- 2002: Charlottenburg-Wilmersdorf (8,5 %), Pankow (9,7 %) sowie Friedrichshain-Kreuzberg und Tempelhof-Schöneberg (je 10,4 %)

Spannbreite:

- 2011: 3,0 %-Punkte
- 2002: 6,3 %-Punkte

Abbildung 4.4:

Personen von 6 - 17 Jahren an der Bevölkerung in Berlin am 31.12.2011 im Vergleich zu 2006 und 2002 nach Bezirken (Einwohnerregister)



(Datenquelle: AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Besonderheit:

Der Anteil von Personen unter 6 Jahren ist in vier Berliner Bezirken gesunken, in allen anderen gestiegen; am stärksten in Pankow, Lichtenberg und Marzahn-Hellersdorf (durchschnittlich um 1,5 %-Punkte). Gleichzeitig ist der Anteil der 6- bis 17-Jährigen in allen Bezirken zurückgegangen. Gerade in Marzahn-Hellersdorf, aber auch in Lichtenberg war diese Entwicklung besonders ausgeprägt (-5,9 %-Punkte bzw. -3,5 %-Punkte).

Planungsraumbene

Anteil der Personen unter 6 Jahren an der Bevölkerung

Höchster Anteil:

- 2011: Eldenaer Straße (Pankow) mit 14,5 %
- 2006: Rollberg (Neukölln) mit 9,0 %

Niedrigster Anteil:

- 2011: Angerburger Allee (Charlottenburg-Wilmersdorf) mit 2,2 %
- 2006: Angerburger Allee (Charlottenburg-Wilmersdorf) mit 1,7 %

Spannbreite:

- 2011: 12,3 %-Punkte
- 2006: 7,3 %-Punkte

Anteil der Personen von 6 bis 17 Jahren an der Bevölkerung

Höchster Anteil:

- 2011: Hüttenweg (Steglitz-Zehlendorf) mit 18,2 %
- 2006: Isenburger Weg (Spandau) mit 23,6 %

Niedrigster Anteil:

- 2011: Stülerstraße (Mitte) mit 3,9 %
- 2006: Angerburger Allee (Charlottenburg-Wilmersdorf) mit 4,0 %

Spannbreite:

- 2011: 14,3 %-Punkte
- 2006: 19,6 %-Punkte

Besonderheit:

Aus dem Bezirk Spandau befinden sich 2011 vier Planungsräume unter den zehn mit dem höchsten Anteil an Personen von 6 bis 17 Jahren.

Der Bezirk Mitte verzeichnet sowohl bei dem Anteil der unter 6-Jährigen als auch bei den 6- bis 17-Jährigen eine große Spannbreite unter den Planungsräumen (unter 6-Jährige: Stülerstraße zu Brunnenstraße 6,4 %-Punkte; 6- bis 17-Jährige: Stülerstraße zu Heidestraße 12,4 %-Punkte). Der Anteil an Personen unter 6 Jahren ist überwiegend in den Innenstadtbezirken höher, während die Planungsräume mit einem größeren Anteil der 6- bis 17-Jährigen breiter verteilt sind und eher in den westlichen und südlichen Randgebieten zu finden sind.

Tabelle 4.2:

Übersicht Planungsräume (Rang/Wert) mit dem niedrigsten und höchsten Anteil an Personen unter 6 Jahren in Berlin 2013 (Stand: 31.12.2011) im Vergleich zu 2008 (Stand: 31.12.2006)

Rang 2013	(Rang 2008)	Planungsraum	Bezirk	Anteil der Personen unter 6 Jahren	
				Wert 2013	(Wert 2008)
1	(1)	Angerburger Allee	Charlottenburg-Wilmersdorf	2,22	(1,69)
2	(27)	Lübarser Straße	Reinickendorf	2,43	(3,20)
3	(3)	Stülerstraße	Mitte	2,71	(2,36)
4	(5)	Schlangenbader Straße	Charlottenburg-Wilmersdorf	2,71	(2,42)
5	(23)	Weinmeisterhornweg	Spandau	2,84	(3,11)
6	(31)	Lindenhofsiedlung	Tempelhof-Schöneberg	2,85	(3,25)
7	(14)	Allende I	Treptow-Köpenick	3,05	(2,96)
8	(9)	Köpenicker Landstraße	Treptow-Köpenick	3,07	(2,68)
9	(105)	Waßmannsdorfer Chaussee	Neukölln	3,13	(3,95)
10	(26)	Vogelviertel Süd	Neukölln	3,16	(3,19)
...
410	(379)	Teutoburger Platz	Pankow	9,00	(6,65)
411	(341)	Karlshorst Süd	Lichtenberg	9,04	(5,96)
412	(414)	Brunnenstraße	Mitte	9,06	(8,44)
413	(377)	Weißer Siedlung	Neukölln	9,21	(6,63)
414	(405)	Bötzowstraße	Pankow	9,40	(7,71)
415	(416)	Stralauer Halbinsel	Friedrichshain-Kreuzberg	9,84	(8,93)
416	(407)	Alte Hellersdorfer Straße	Marzahn-Hellersdorf	10,17	(7,99)
417	(386)	Schulenburgpark	Neukölln	10,17	(6,77)
418	(404)	Rummelsburg	Lichtenberg	11,21	(7,66)
419	(*)	Eldenaer Straße	Pankow	14,53	(*)

* 2008 bei der Sozialstrukturberechnung auf Grund geringer Bevölkerungszahl nicht berücksichtigt.

(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 4.5: Personen unter 6 Jahren an der Bevölkerung in Berlin am 31.12.2011 auf der Ebene der Planungsräume

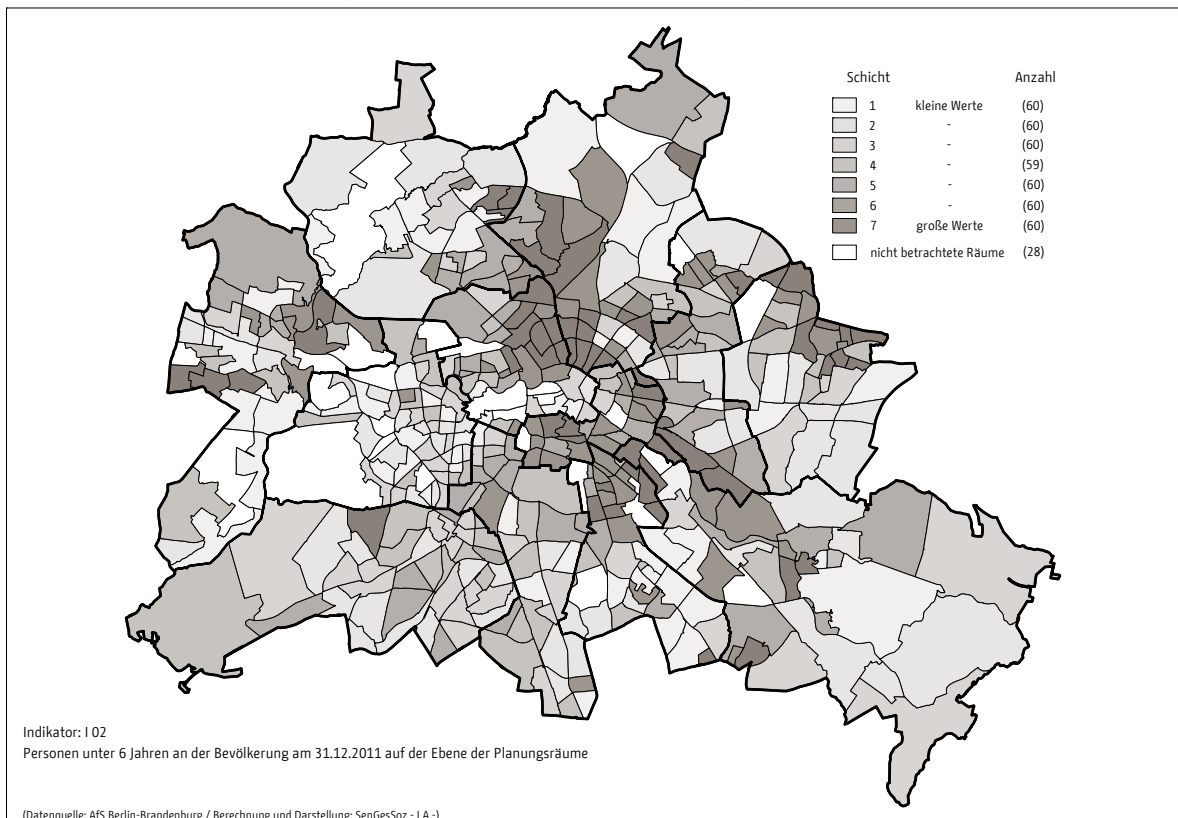


Tabelle 4.3:

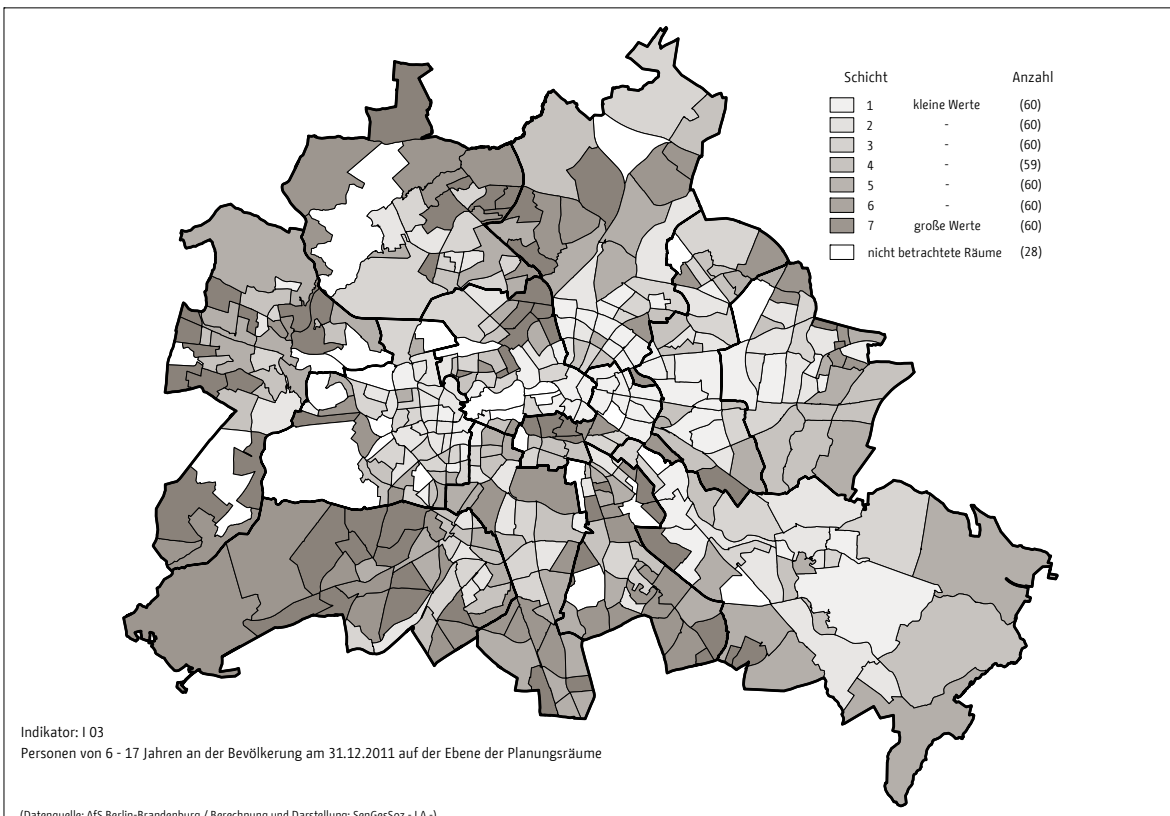
Übersicht Planungsräume (Rang/Wert) mit dem niedrigsten und höchsten Anteil an Personen von 6 - 17 Jahren in Berlin 2013 (Stand: 31.12.2011) im Vergleich zu 2008 (Stand: 31.12.2006)

Rang 2013	(Rang 2008)	Planungsraum	Bezirk	Anteil der Personen von 6 - 17 Jahren	
				Wert 2013	(Wert 2008)
1	(6)	Stülerstraße	Mitte	3,86	(4,69)
2	(3)	Köpenicker Landstraße	Treptow-Köpenick	4,13	(4,47)
3	(23)	Germaniagarten	Tempelhof-Schöneberg	4,25	(5,88)
4	(1)	Angerburger Allee	Charlottenburg-Wilmersdorf	4,36	(4,04)
5	(10)	Hausburgviertel	Friedrichshain-Kreuzberg	4,45	(4,96)
6	(12)	Alexanderplatzviertel	Mitte	4,60	(5,10)
7	(4)	Boxhagener Platz	Friedrichshain-Kreuzberg	4,75	(4,49)
8	(8)	Erich-Weinert-Straße	Pankow	4,83	(4,92)
9	(17)	Schloßgarten	Charlottenburg-Wilmersdorf	4,87	(5,39)
10	(7)	Charitéviertel	Mitte	4,93	(4,85)
...
410	(399)	Treuenbrietzener Straße	Reinickendorf	15,48	(15,47)
411	(411)	Frauenviertel	Neukölln	15,65	(17,82)
412	(398)	Zitadellenweg	Spandau	15,79	(15,41)
413	(415)	Heidestraße	Mitte	16,28	(19,79)
414	(401)	Dannenwalder Weg	Reinickendorf	16,42	(15,55)
415	(397)	Schulenburgpark	Neukölln	17,05	(15,39)
416	(416)	An der Tränke	Spandau	17,28	(22,63)
417	(413)	Döberitzer Weg	Spandau	17,45	(18,56)
418	(417)	Isenburger Weg	Spandau	18,00	(23,61)
419	(414)	Hüttenweg	Steglitz-Zehlendorf	18,20	(19,65)

(Datenquelle: AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

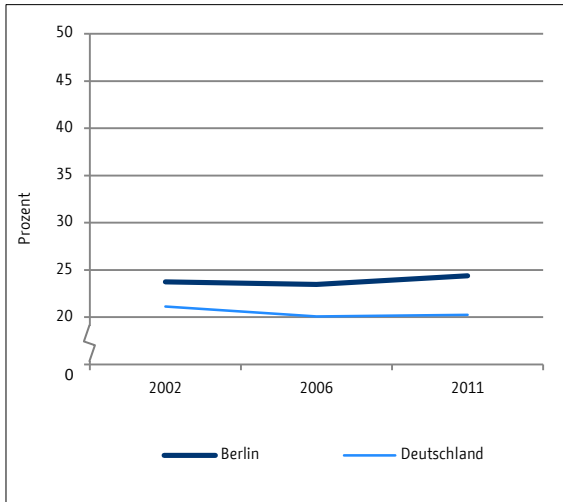
Abbildung 4.6:

Personen von 6 - 17 Jahren an der Bevölkerung in Berlin am 31.12.2011 auf der Ebene der Planungsräume



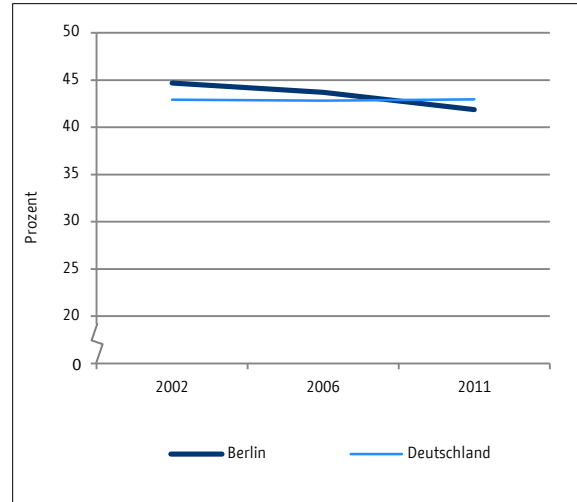
4.2.1.2 Personen im erwerbsfähigen Alter Berlin / Deutschland

Abbildung 4.7:
Personen von 18 - 34 Jahren an der Bevölkerung in Berlin und
Deutschland 2002, 2006 und 2011 (Einwohnerregister)



(Datenquelle: StBA / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung:
SenGesSoz - I A -)

Abbildung 4.8:
Personen von 35 - 64 Jahren an der Bevölkerung in Berlin und
Deutschland 2002, 2006 und 2011 (Einwohnerregister)



(Datenquelle: StBA / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung:
SenGesSoz - I A -)

- Anteil der Personen zwischen 18 und 34 Jahren an der Bevölkerung in Berlin von 2002 bis 2011 von 23,7 % auf 24,4 % gestiegen; in Deutschland von 21,1 % auf 20,3 % gesunken
- Anteil der Personen zwischen 35 und 64 Jahren an der Bevölkerung in Berlin von 2002 bis 2011 von 44,7 % auf 41,9 % gesunken; in Deutschland von 42,9 % auf 43,0 % gestiegen

Besonderheit:

In Berlin ist der Anteil an Personen zwischen 18 und 34 Jahren deutlich größer und wächst stärker als in Deutschland (Differenz 2011: 4,1 %-Punkte). Der Anteil der Personen von 35 bis 64 Jahren ist in Deutschland von 2002 bis 2011 relativ stabil bei durchschnittlich 42,9 % geblieben. In Berlin lag er 2002 noch knapp 2 %-Punkte über dem Deutschlandwert, ist dann aber gesunken. 2011 liegt er 1 %-Punkt unter dem Anteil in Deutschland.

Bezirke

Anteil der Personen von 18 bis 34 Jahren an der Bevölkerung

Höchster Anteil:

- 2011: Friedrichshain-Kreuzberg (36,2 %), Mitte (31,2 %) sowie Neukölln und Lichtenberg (je 26,8 %)
- 2002: Friedrichshain-Kreuzberg (33,4 %), Pankow (30,3 %) und Mitte (28,7 %)

Niedrigster Anteil:

- 2011: Steglitz-Zehlendorf (17,4 %), Reinickendorf (18,4 %) und Spandau (20,1 %)
- 2002: Reinickendorf (18,3 %), Steglitz-Zehlendorf (18,5 %) und Spandau (19,6 %)

Spannbreite:

- 2011: 18,7 %-Punkte
- 2002: 15,1 %-Punkte

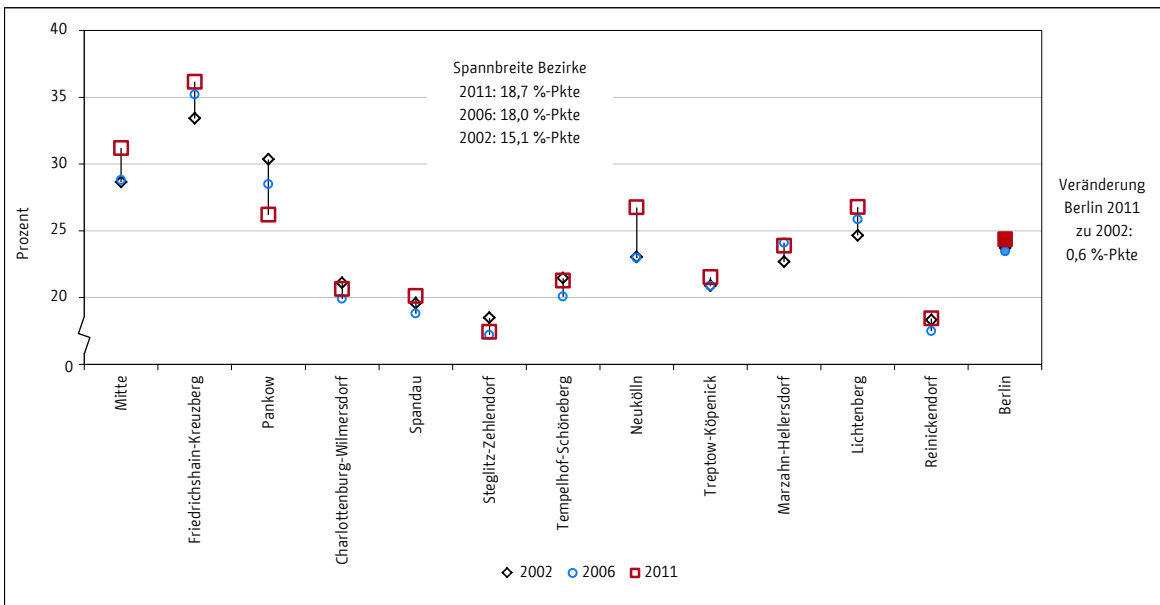
Anteil der Personen von 35 bis 64 Jahren an der Bevölkerung

Höchster Anteil:

- 2011: Charlottenburg-Wilmersdorf und Marzahn-Hellersdorf (je 44,9 %) sowie Tempelhof-Schöneberg (44,0 %)

Abbildung 4.9:

Personen von 18 - 34 Jahren an der Bevölkerung in Berlin am 31.12.2011 im Vergleich zu 2006 und 2002 nach Bezirken (Einwohnerregister)



(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

- 2002: Charlottenburg-Wilmersdorf (48,6 %), Marzahn-Hellersdorf (47,2 %) und Tempelhof-Schöneberg (46,9 %)

Niedrigster Anteil:

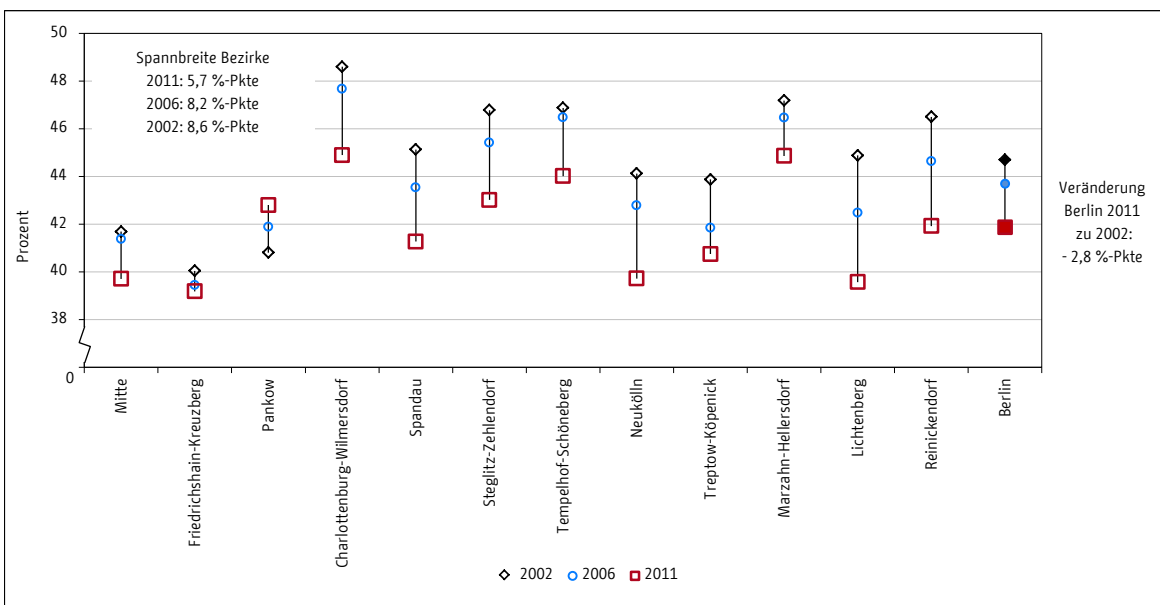
- 2011: Friedrichshain-Kreuzberg (39,2 %), Lichtenberg (39,6 %) sowie Mitte und Neukölln (je 39,7 %)
- 2002: Friedrichshain-Kreuzberg (40,0 %), Pankow (40,8 %) und Mitte (41,7 %)

Spannbreite:

- 2011: 5,7 %-Punkte
- 2002: 8,6 %-Punkte

Abbildung 4.10:

Personen von 35 - 64 Jahren an der Bevölkerung in Berlin am 31.12.2011 im Vergleich zu 2006 und 2002 nach Bezirken (Einwohnerregister)



(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Besonderheit:

Bei der zeitlichen Entwicklung von 2002 zu 2011 des Anteils der Personen im Alter zwischen 18 und 34 Jahren gab es auf bezirklicher Ebene vor allem in Pankow (-4,1 %-Punkte) und Neukölln (+3,7 %-Punkte) gravierende Änderungen. Der Anteil der 35- bis 64-Jährigen veränderte sich in den Bezirken nicht ganz so stark. Er nahm in fast allen Bezirken ab, am deutlichsten in Neukölln (-4,4 %-Punkte), am schwächsten in Friedrichshain-Kreuzberg (-0,9 %-Punkte). Pankow weist als einziger Bezirk einen Zuwachs auf (+2,0 %-Punkte).

Planungsraumbene

Anteil der Personen von 18 bis 34 Jahren an der Bevölkerung

Höchster Anteil:

- 2011: Hausburgviertel (Friedrichshain-Kreuzberg) mit 52,5 %
- 2006: Boxhagener Platz (Friedrichshain-Kreuzberg) mit 55,3 %

Niedrigster Anteil:

- 2011: Angerburger Allee (Charlottenburg-Wilmersdorf) mit 9,5 %
- 2006: Angerburger Allee (Charlottenburg-Wilmersdorf) mit 8,3 %

Spannbreite:

- 2011: 43,0 %-Punkte
- 2006: 47,0 %-Punkte

Anteil der Personen von 35 bis 64 Jahren an der Bevölkerung

Höchster Anteil:

- 2011: Dorf Falkenberg (Lichtenberg) mit 56,2 %
- 2006: George-Grosz-Platz (Charlottenburg-Wilmersdorf) mit 55,4 %

Niedrigster Anteil:

- 2011: Andreasviertel (Friedrichshain-Kreuzberg) mit 30,8 %
- 2006: Boxhagener Platz (Friedrichshain-Kreuzberg) mit 30,9 %

Spannbreite:

- 2011: 25,4 %-Punkte
- 2006: 24,5 %-Punkte

Besonderheit:

Aus dem Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg befinden sich 2011 fünf Planungsräume unter den zehn mit dem höchsten Anteil an Personen von 18 bis 34 Jahren; vier der zehn Planungsräume mit dem niedrigsten Anteil befinden sich in Charlottenburg-Wilmersdorf. Aus dem Bezirk Marzahn-Hellersdorf befinden sich vier Planungsräume unter den zehn mit dem höchsten Anteil an Personen von 35 bis 64 Jahren. Vier der zehn Planungsräume mit dem niedrigsten Anteil befinden sich in Friedrichshain-Kreuzberg.

Der Bezirk Pankow verzeichnet bei dem Anteil der 18- bis 34-Jährigen eine große Spannbreite unter den Planungsräumen (Märchenland zu Anton-Saefkow-Park 29,5 %-Punkte). Bei dem Anteil der Personen zwischen 35 und 64 Jahren verzeichnet Lichtenberg die größte bezirkliche Spannbreite zwischen den Planungsräumen (Rosenfelder Ring zu Dorf Falkenberg 23,9 %-Punkte).

Der Anteil der 18- bis 34-Jährigen ist in der Innenstadt höher als in den Randgebieten. Dagegen ist der Anteil der Personen zwischen 35 und 64 Jahren zum Teil auch in der westlichen Innenstadt hoch, im Ostteil Berlins ist dieser eher am Stadtrand am höchsten.

Tabelle 4.4:

Übersicht Planungsräume (Rang/Wert) mit dem niedrigsten und höchsten Anteil an Personen von 18 - 34 Jahren in Berlin 2013 (Stand: 31.12.2011) im Vergleich zu 2008 (Stand: 31.12.2006)

Rang 2013	(Rang 2008)	Planungsraum	Bezirk	Anteil der Personen von 18 - 34 Jahren	
				Wert 2013	(Wert 2008)
1	(1)	Angerburger Allee	Charlottenburg-Wilmersdorf	9,50	(8,30)
2	(3)	Messelpark	Charlottenburg-Wilmersdorf	9,77	(10,08)
3	(2)	Kladower Damm	Spandau	9,93	(9,23)
4	(5)	Börnicker Straße	Spandau	10,51	(11,21)
5	(6)	Frohnau	Reinickendorf	10,54	(11,73)
6	(13)	Fischtal	Steglitz-Zehlendorf	10,85	(12,38)
7	(22)	Märchenland	Pankow	10,86	(13,05)
8	(4)	Kranzallee	Charlottenburg-Wilmersdorf	10,94	(10,9)
9	(11)	Hagenplatz	Charlottenburg-Wilmersdorf	11,22	(12,26)
10	(7)	Krumme Lanke	Steglitz-Zehlendorf	11,58	(11,94)
...
410	(399)	Körnerstraße	Mitte	40,02	(37,01)
411	(407)	Anton-Saefkow-Park	Pankow	40,37	(40,97)
412	(413)	Victoriastadt	Lichtenberg	40,61	(46,32)
413	(377)	Donaustraße	Neukölln	40,81	(32,16)
414	(401)	Sparrplatz	Mitte	43,01	(37,51)
415	(414)	Samariterviertel	Friedrichshain-Kreuzberg	45,95	(50,45)
416	(412)	Stralauer Kiez	Friedrichshain-Kreuzberg	48,12	(46,14)
417	(415)	Traveplatz	Friedrichshain-Kreuzberg	49,47	(50,71)
418	(417)	Boxhagener Platz	Friedrichshain-Kreuzberg	50,98	(55,26)
419	(416)	Hausburgviertel	Friedrichshain-Kreuzberg	52,45	(52,20)

(Datenquelle: AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 4.11:

Personen von 18 - 34 Jahren an der Bevölkerung in Berlin am 31.12.2011 auf der Ebene der Planungsräume

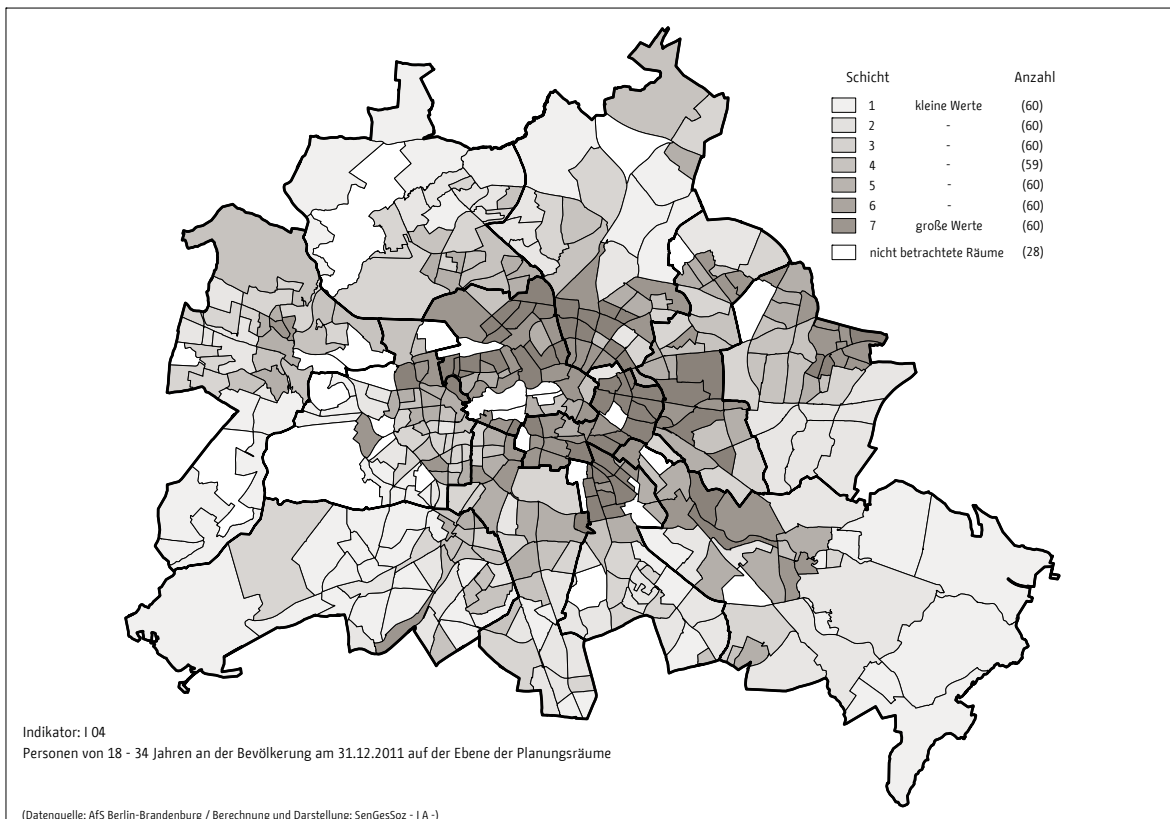


Tabelle 4.5:

Übersicht Planungsräume (Rang/Wert) mit dem niedrigsten und höchsten Anteil an Personen von 35 - 64 Jahren in Berlin 2013 (Stand: 31.12.2011) im Vergleich zu 2008 (Stand: 31.12.2006)

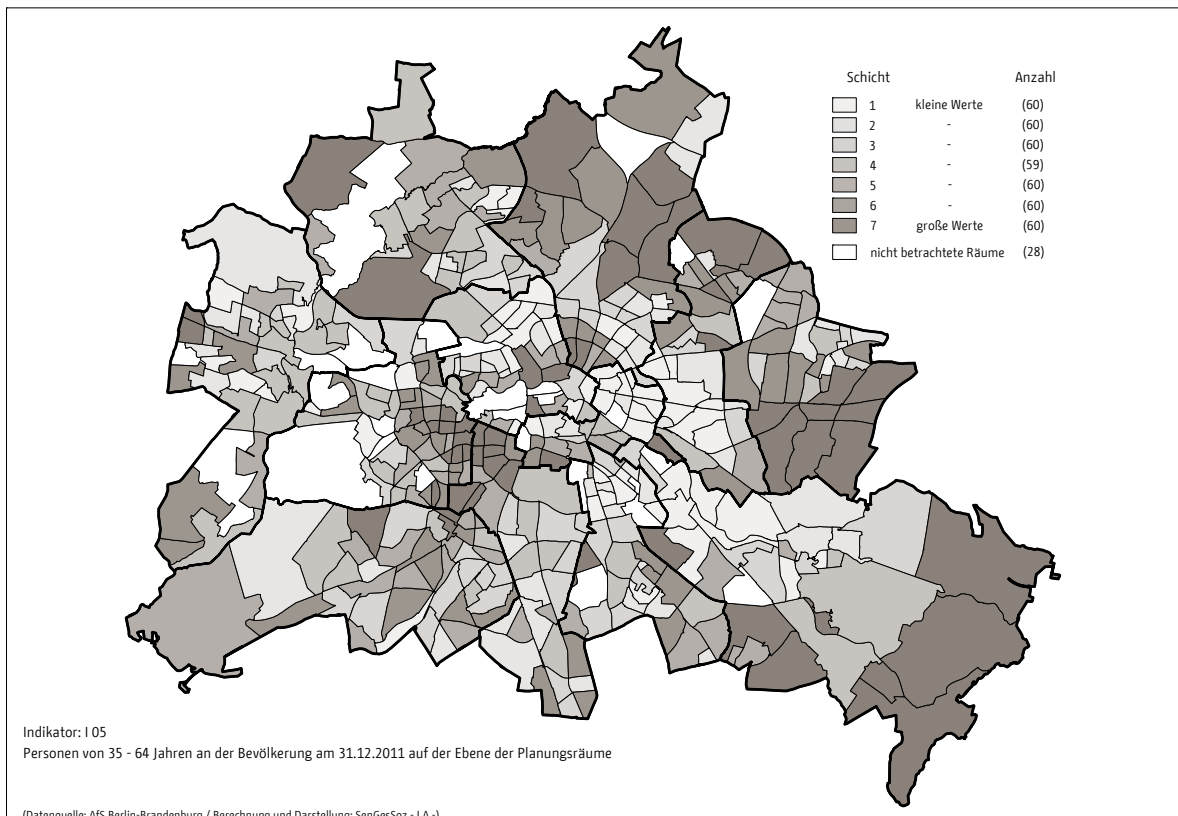
Rang 2013	(Rang 2008)	Planungsraum	Bezirk	Anteil der Personen von 35 - 64 Jahren	
				Wert 2013	(Wert 2008)
1	(12)	Andreasviertel	Friedrichshain-Kreuzberg	30,75	(35,35)
2	(2)	Hausburgviertel	Friedrichshain-Kreuzberg	31,54	(31,73)
3	(11)	Rosenfelder Ring	Lichtenberg	32,29	(35,14)
4	(65)	Hohenschönhausener Straße	Lichtenberg	32,32	(39,50)
5	(35)	Sewanstraße	Lichtenberg	32,68	(38,08)
6	(9)	Baumschulenstraße	Treptow-Köpenick	32,68	(34,57)
7	(6)	Stralauer Kiez	Friedrichshain-Kreuzberg	32,80	(33,43)
8	(15)	Karl-Marx-Allee	Mitte	32,84	(36,03)
9	(3)	Traveplatz	Friedrichshain-Kreuzberg	33,46	(32,21)
10	(123)	Allende I	Treptow-Köpenick	33,53	(41,64)
...
410	(404)	Müggelheim	Treptow-Köpenick	50,79	(51,43)
411	(397)	Isenburger Weg	Spandau	50,91	(50,43)
412	(417)	George-Grosz-Platz	Charlottenburg-Wilmersdorf	51,02	(55,37)
413	(368)	An der Tränke	Spandau	51,23	(49,14)
414	(405)	Kaulsdorf Süd	Marzahn-Hellersdorf	51,57	(51,49)
415	(403)	Mahlsdorf Süd	Marzahn-Hellersdorf	51,70	(51,28)
416	(408)	Biesdorf Süd	Marzahn-Hellersdorf	52,59	(51,87)
417	(410)	Mahlsdorf Nord	Marzahn-Hellersdorf	52,73	(52,23)
418	(414)	Dorf Wartenberg	Lichtenberg	55,51	(53,84)
419	(*)	Dorf Falkenberg	Lichtenberg	56,17	(*)

* 2008 bei der Sozialstrukturberechnung auf Grund geringer Bevölkerungszahl nicht berücksichtigt.

(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 4.12:

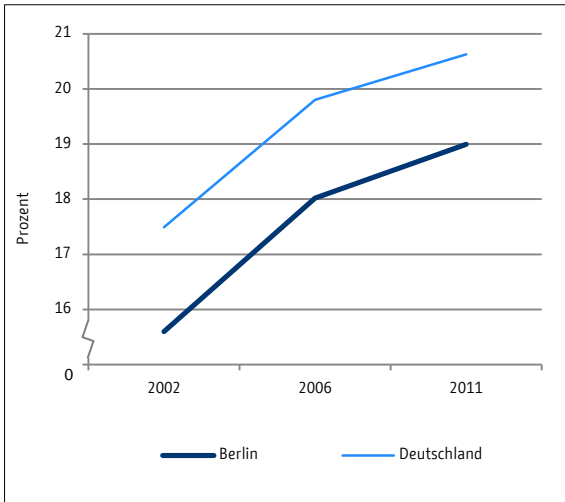
Personen von 35 - 64 Jahren an der Bevölkerung in Berlin am 31.12.2011 auf der Ebene der Planungsräume



4.2.1.3 Personen ab 65 Jahre

Berlin / Deutschland

Abbildung 4.13:
Personen ab 65 Jahre an der Bevölkerung in Berlin und Deutschland
2002, 2006 und 2011 (Einwohnerregister)



(Datenquelle: StBA / Afs Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

- Anteil der Personen ab 65 Jahre an der Bevölkerung in Berlin von 2002 bis 2011 von 15,6 % auf 19,0 % gestiegen; in Deutschland von 17,5 % auf 20,6 % gestiegen

Besonderheit:

In Berlin und Deutschland ist der Anteil der Personen ab 65 Jahre gleichermaßen gewachsen, jedoch auf unterschiedlichem Niveau. In Berlin liegt der Wert 1,6 %-Punkte unter dem in Deutschland.

Bezirke

Höchster Anteil:

- 2011: Steglitz-Zehlendorf (24,4 %), Treptow-Köpenick (24,2 %) und Reinickendorf (23,8 %)
- 2002: Treptow-Köpenick (20,1 %), Steglitz-Zehlendorf (19,3 %) und Reinickendorf (18,4 %)

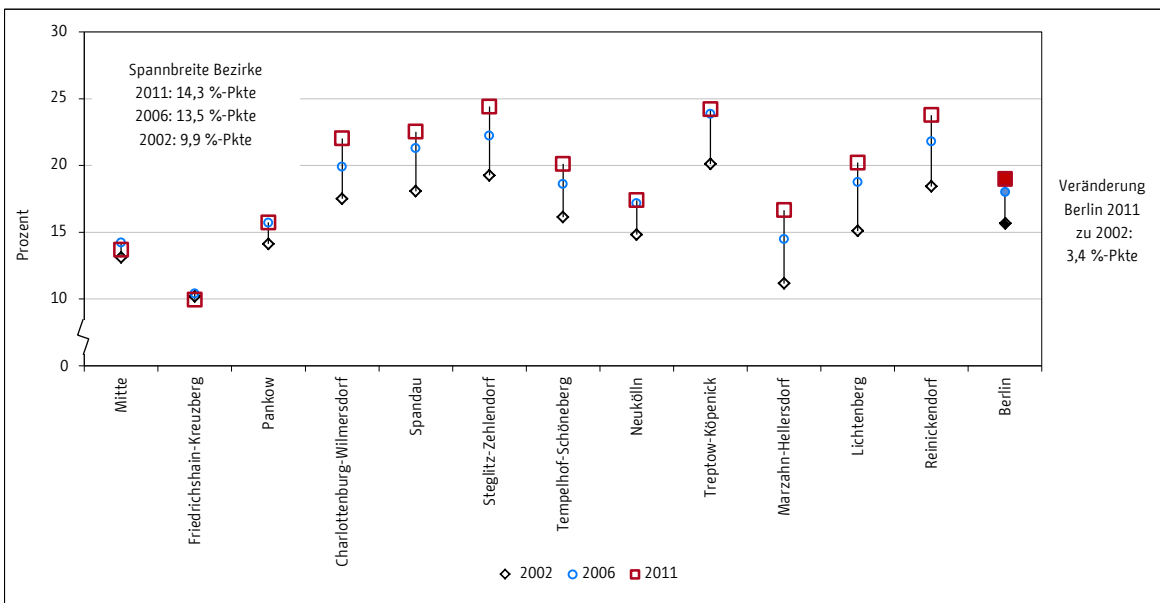
Niedrigster Anteil:

- 2011: Friedrichshain-Kreuzberg (10,0 %), Mitte (13,7 %) und Pankow (15,7 %)
- 2002: Friedrichshain-Kreuzberg (10,2 %), Marzahn-Hellersdorf (11,2 %) und Mitte (13,1 %)

Spannbreite:

- 2011: 14,3 %-Punkte
- 2002: 9,9 %-Punkte

Abbildung 4.14:
Personen ab 65 Jahre an der Bevölkerung in Berlin am 31.12.2011 im Vergleich zu 2006 und 2002 nach Bezirken (Einwohnerregister)



(Datenquelle: Afs Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Besonderheit:

Der Anteil der Personen ab 65 Jahre ist in fast allen Berliner Bezirken deutlich gestiegen. Nur in Mitte und Pankow – Bezirke, die schon 2002 einen geringen Anteil an Personen ab 65 Jahre verzeichneten – ist er kaum gewachsen, in Friedrichshain-Kreuzberg sogar gesunken. Marzahn-Hellersdorf verzeichnete 2002 ebenfalls nur einen geringen Anteil an Personen ab 65 Jahre. Dieser ist im Vergleich zu den zuvor genannten Bezirken aber stark gestiegen (+5,5 %-Punkte).

Planungsraumbene

Höchster Anteil:

- 2011: Angerburger Allee (Charlottenburg-Wilmersdorf) mit 48,4 %
- 2006: Angerburger Allee (Charlottenburg-Wilmersdorf) mit 44,1 %

Niedrigster Anteil:

- 2011: Victoriastadt (Lichtenberg) mit 2,8 %
- 2006: Victoriastadt (Lichtenberg) mit 2,8 %

Spannbreite:

- 2011: 45,6 %-Punkte
- 2006: 41,3 %-Punkte

Besonderheit:

Jeweils vier der zehn Planungsräume mit dem niedrigsten Anteil an Personen ab 65 Jahre befinden sich in Friedrichshain-Kreuzberg und Pankow, wobei dieser Bezirk auch eine große Spannbreite unter den Planungsräumen verzeichnet (Helmholtzplatz zu Greifswalder Straße 36,3 %-Punkte).

Die Planungsräume, die einen hohen Anteil an Personen ab 65 Jahre aufweisen, befinden sich überwiegend in den Randgebieten Berlins.

Tabelle 4.6:

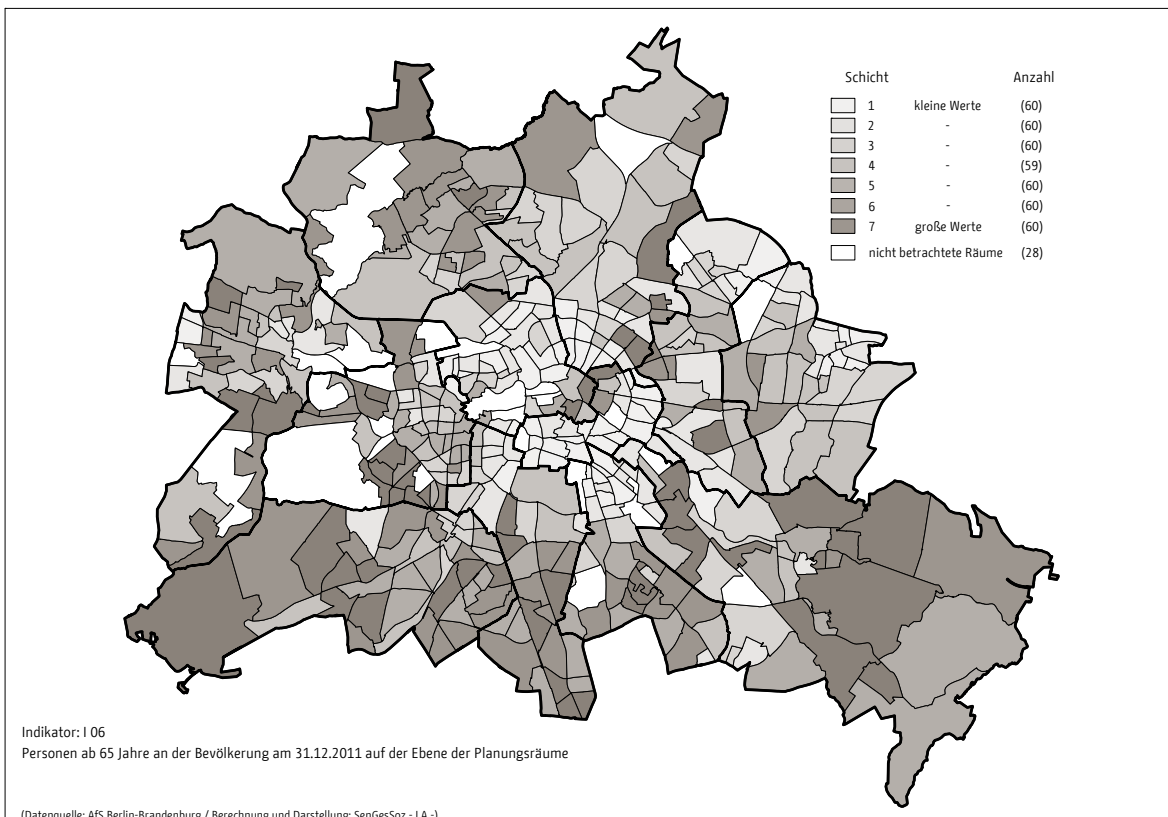
Übersicht Planungsräume (Rang/Wert) mit dem niedrigsten und höchsten Anteil an Personen ab 65 Jahre in Berlin 2013 (Stand: 31.12.2011) im Vergleich zu 2008 (Stand: 31.12.2006)

Rang 2013	(Rang 2008)	Planungsraum	Bezirk	Anteil der Personen ab 65 Jahre	
				Wert 2013	(Wert 2008)
1	(1)	Victoriastadt	Lichtenberg	2,80	(2,83)
2	(2)	Helmholtzplatz	Pankow	3,70	(4,05)
3	(3)	Boxhagener Platz	Friedrichshain-Kreuzberg	3,81	(4,18)
4	(4)	Teutoburger Platz	Pankow	4,10	(4,42)
5	(7)	Falkplatz	Pankow	4,68	(5,03)
6	(8)	Traveplatz	Friedrichshain-Kreuzberg	4,81	(5,29)
7	(9)	Samariterviertel	Friedrichshain-Kreuzberg	4,89	(5,37)
8	(6)	Kollwitzplatz	Pankow	5,48	(5,02)
9	(10)	Arkonaplatz	Mitte	5,66	(6,05)
10	(14)	Hausburgviertel	Friedrichshain-Kreuzberg	6,08	(6,61)
...
410	(403)	Sewanstraße	Lichtenberg	35,31	(31,74)
411	(406)	Gropiusstadt Süd	Neukölln	35,33	(32,74)
412	(412)	Karl-Marx-Allee	Mitte	35,76	(36,42)
413	(398)	Börnicker Straße	Spandau	37,53	(30,28)
414	(415)	Graetschelsteig	Spandau	37,54	(38,16)
415	(416)	Hirschgarten	Treptow-Köpenick	37,59	(38,65)
416	(414)	Johannisthal West	Treptow-Köpenick	38,42	(37,24)
417	(413)	Greifswalder Straße	Pankow	40,02	(36,54)
418	(411)	Allende I	Treptow-Köpenick	44,47	(35,35)
419	(417)	Angerburger Allee	Charlottenburg-Wilmersdorf	48,44	(44,12)

(Datenquelle: AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 4.15:

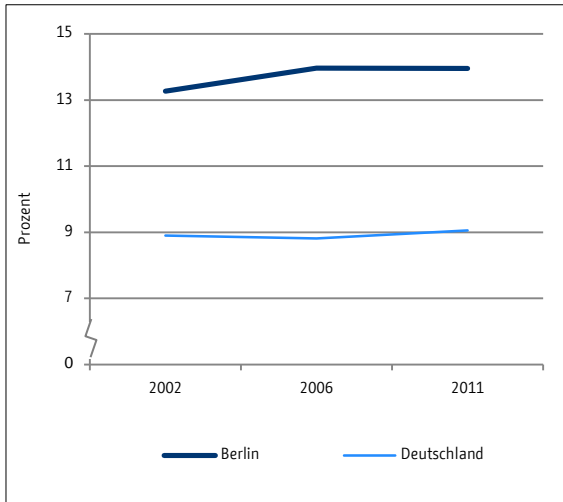
Personen ab 65 Jahre an der Bevölkerung in Berlin am 31.12.2011 auf der Ebene der Planungsräume



4.2.1.4 Ausländische Personen

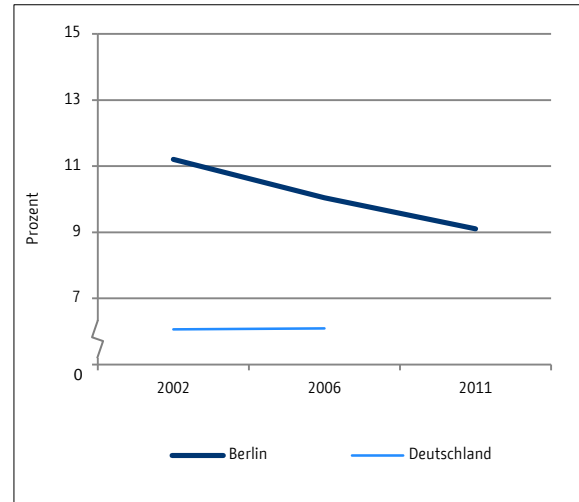
Berlin / Deutschland

Abbildung 4.16:
Ausländische Personen an der Bevölkerung in Berlin und Deutschland
2002, 2006 und 2011 (Einwohnerregister)



(Datenquelle: StBA / AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 4.17:
Ausländische Personen an der Bevölkerung (ohne EU-Ausländer) in
Berlin und Deutschland 2002, 2006 und 2011 (Einwohnerregister)



(Datenquelle: StBA / AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

- Anteil der ausländischen Personen an der Bevölkerung in Berlin von 2002 bis 2011 von 13,3 % auf 14,0 % gestiegen; in Deutschland von 8,9 % auf 9,1 % gestiegen
- Anteil der ausländischen Personen (ohne EU-Ausländer) an der Bevölkerung in Berlin von 2002 bis 2011 von 11,2 % auf 9,1 % gesunken; in Deutschland lag der Wert 2002 und 2006 bei 6,1 %¹

Besonderheit:

Der Anteil ausländischer Personen an der Bevölkerung ist in Berlin 4,9 %-Punkte höher als in Deutschland. Dort nimmt er seit 2002 allerdings leicht zu. Bei den Nicht-EU-Ausländern liegt der Berliner Wert ebenfalls über dem von Deutschland, sinkt seit 2002 jedoch kontinuierlich (-2,1 %-Punkte).

Bezirke

Anteil der ausländischen Personen an der Bevölkerung

Höchster Anteil:

- 2011: Mitte (27,5 %), Neukölln (21,7 %) und Friedrichshain-Kreuzberg (21,6 %)
- 2002: Mitte (27,3 %), Friedrichshain-Kreuzberg (23,1 %) und Neukölln (21,6 %)

Niedrigster Anteil:

- 2011: Treptow-Köpenick (3,5 %), Marzahn-Hellersdorf (4,2 %) und Pankow (7,0 %)
- 2002: Marzahn-Hellersdorf (3,1 %), Treptow-Köpenick (3,2 %) und Pankow (5,7 %)

Spannbreite:

- 2011: 24,0 %-Punkte
- 2002: 24,2 %-Punkte

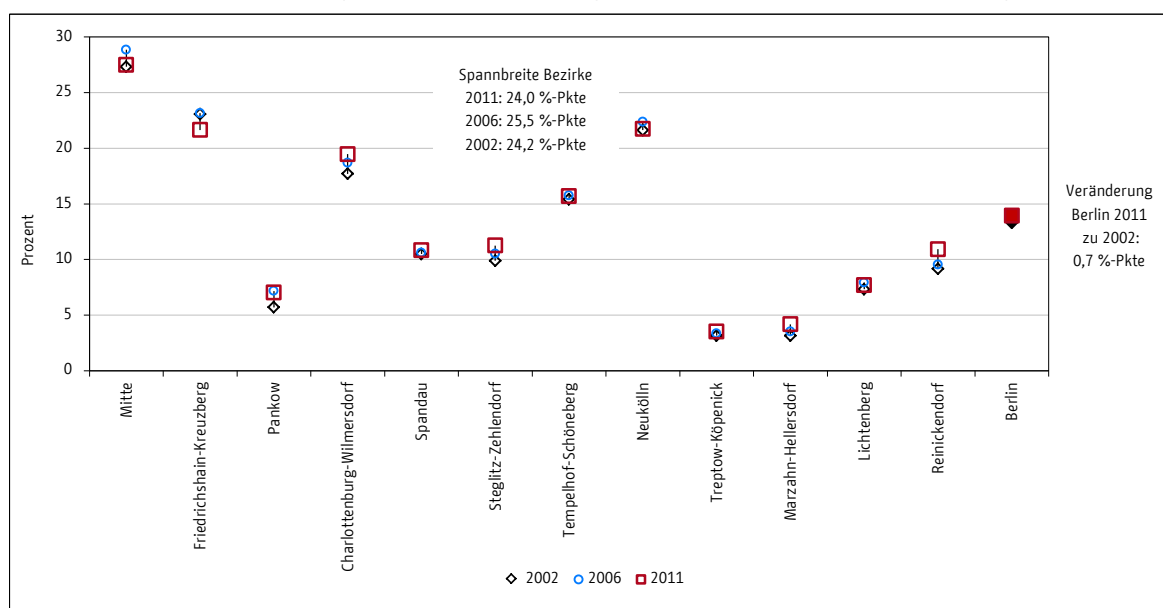
Anteil der ausländischen Personen (ohne EU-Ausländer) an der Bevölkerung

Höchster Anteil:

- 2011: Mitte (18,7 %), Neukölln (15,3 %) und Friedrichshain-Kreuzberg (14,0 %)
- 2002: Mitte (23,8 %), Friedrichshain-Kreuzberg (19,7 %) und Neukölln (19,6 %)

¹ Für 2011 liegt kein Wert vor.

Abbildung 4.18:
Ausländische Personen an der Bevölkerung in Berlin am 31.12.2011 im Vergleich zu 2006 und 2002 nach Bezirken (Einwohnerregister)



(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

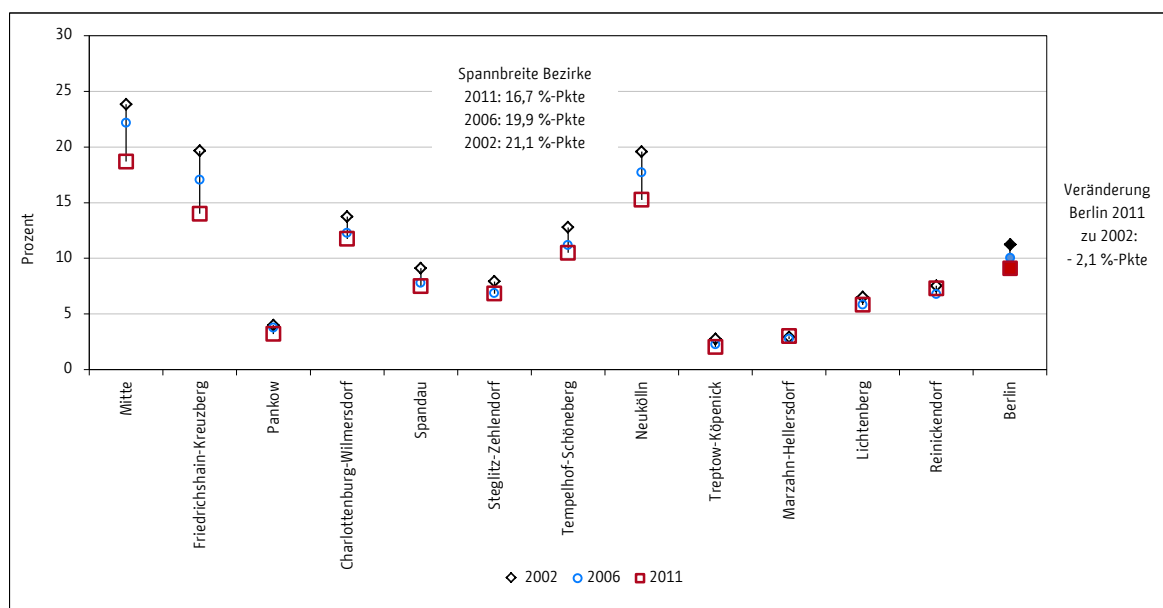
Niedrigster Anteil:

- 2011: Treptow-Köpenick (2,0 %), Marzahn-Hellersdorf (3,0 %) und Pankow (3,2 %)
- 2002: Treptow-Köpenick (2,7 %), Marzahn-Hellersdorf (2,9 %) und Pankow (4,0 %)

Spannbreite:

- 2011: 16,7 %-Punkte
- 2002: 21,1 %-Punkte

Abbildung 4.19:
Ausländische Personen an der Bevölkerung (ohne EU-Ausländer) in Berlin am 31.12.2011 im Vergleich zu 2006 und 2002 nach Bezirken (Einwohnerregister)



(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Besonderheit:

Beim Anteil ausländischer Personen an der Bevölkerung gibt es eine große Spannbreite zwischen den Bezirken (24,0 %-Punkte). Während der Wert in der zeitlichen Entwicklung seit 2002 in allen Bezirken gleichermaßen stabil geblieben ist, ist der Anteil der Nicht-EU-Ausländer in Mitte, Friedrichshain-Kreuzberg und Neukölln – den Bezirken mit dem höchsten Anteil ausländischer Personen – erheblich gesunken, liegt aber trotzdem noch über den Werten der anderen Bezirke. Dort stagniert ihr Anteil seit 2002.

Planungsraumbene

Anteil der ausländischen Personen an der Bevölkerung

Höchster Anteil:

- 2011: Reinickendorfer Straße (Mitte) mit 41,3 %
- 2006: Herzbergstraße (Lichtenberg) mit 60,4 %

Niedrigster Anteil:

- 2011: Blankenfelde (Pankow) mit 0,8 %
- 2006: Blankenfelde (Pankow) mit 0,7 %

Spannbreite:

- 2011: 40,5 %-Punkte
- 2006: 59,7 %-Punkte

Anteil der ausländischen Personen (ohne EU-Ausländer) an der Bevölkerung

Hierzu stehen keine Daten auf Planungsraumbene zur Verfügung.

Besonderheit:

Aus dem Bezirk Mitte befinden sich 2011 fünf Planungsräume unter den zehn mit dem größten Anteil an ausländischen Personen, vier der zehn Planungsräume mit dem niedrigsten Anteil befinden sich in Treptow-Köpenick.

Der Bezirk Lichtenberg verzeichnet bei dem Anteil an ausländischen Personen eine große Spannbreite unter den Planungsräumen (Dorf Falkenberg zu Herzbergstraße 34,8 %-Punkte).

Gerade in den Innenstadtbezirken und im Westteil der Stadt ist der Anteil ausländischer Personen höher als in den Randgebieten und im Ostteil Berlins.

Tabelle 4.7:

Übersicht Planungsräume (Rang/Wert) mit dem niedrigsten und höchsten Anteil an ausländischen Personen in Berlin 2013 (Stand: 31.12.2011) im Vergleich zu 2008 (Stand: 31.12.2006)

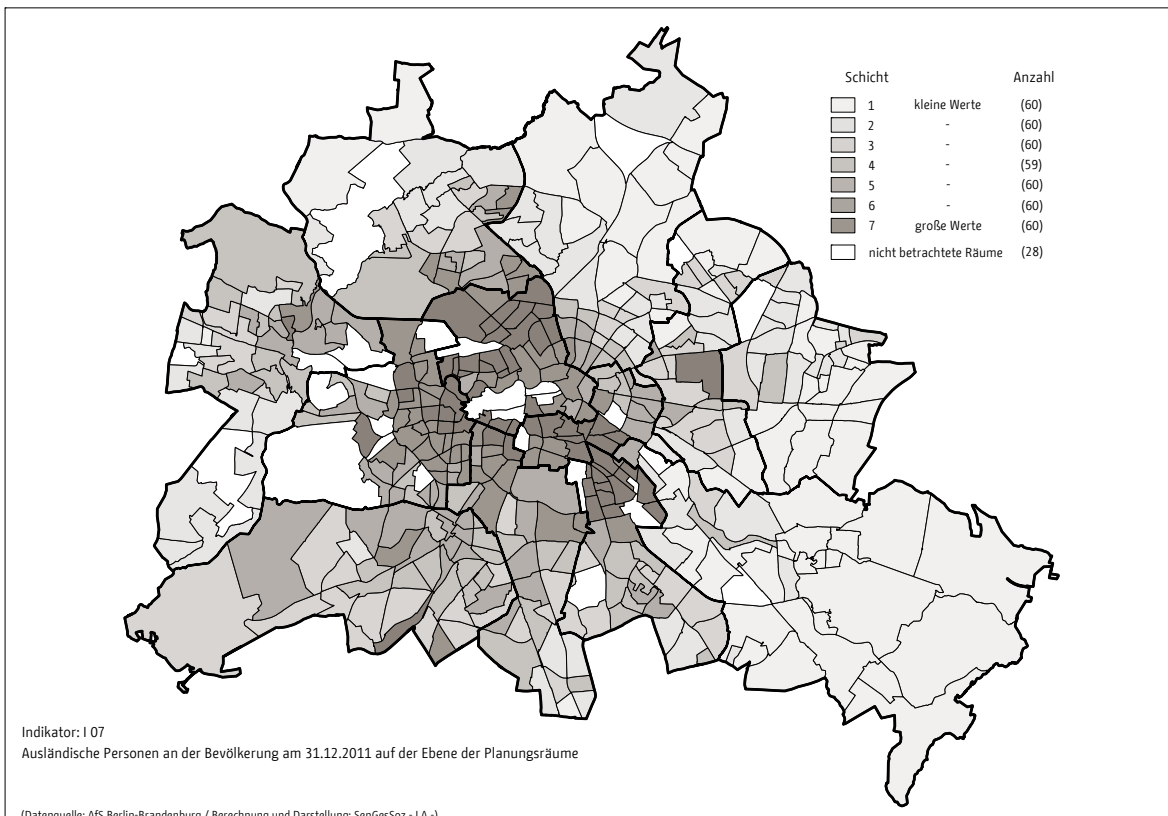
Rang 2013	(Rang 2008)	Planungsraum	Bezirk	Anteil der ausländischen Personen	
				Wert 2013	(Wert 2008)
1	(1)	Blankenfelde	Pankow	0,80	(0,73)
2	(*)	Dorf Falkenberg	Lichtenberg	1,06	(*)
3	(3)	Kietzer Feld/Nachtheide	Treptow-Köpenick	1,10	(0,95)
4	(11)	Dorf Wartenberg	Lichtenberg	1,11	(1,42)
5	(5)	Blankenburg	Pankow	1,12	(1,08)
6	(4)	Oberspree	Treptow-Köpenick	1,14	(1,01)
7	(2)	Märchenland	Pankow	1,16	(0,85)
8	(6)	Mahlsdorf Süd	Marzahn-Hellersdorf	1,27	(1,25)
9	(18)	Allende II	Treptow-Köpenick	1,31	(1,74)
10	(7)	Müggelheim	Treptow-Köpenick	1,35	(1,28)
...
410	(397)	Soldiner Straße	Mitte	35,69	(36,57)
411	(417)	Herzbergstraße	Lichtenberg	35,87	(60,41)
412	(411)	Beusselkiez	Mitte	35,91	(41,74)
413	(409)	Leopoldplatz	Mitte	35,97	(40,05)
414	(403)	Askanischer Platz	Friedrichshain-Kreuzberg	36,13	(38,38)
415	(410)	Sparrplatz	Mitte	36,78	(41,27)
416	(415)	Donaustraße	Neukölln	38,05	(44,53)
417	(414)	Flughafenstraße	Neukölln	38,84	(44,01)
418	(416)	Oranienplatz	Friedrichshain-Kreuzberg	38,98	(45,27)
419	(413)	Reinickendorfer Straße	Mitte	41,26	(43,48)

* 2008 bei der Sozialstrukturberechnung auf Grund geringer Bevölkerungszahl nicht berücksichtigt.

(Datenquelle: AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 4.20:

Ausländische Personen an der Bevölkerung in Berlin am 31.12.2011 auf der Ebene der Planungsräume



4.2.2 Bildung

4.2.2.1 Personen mit Volks-/ Hauptschulabschluss

Berlin / Deutschland

- Anteil der Personen mit Volks-/ Hauptschulabschluss in Berlin von 2002 bis 2011 von 24,1 % auf 18,9 % gesunken; in Deutschland von 2006 bis 2011 von 35,5 % auf 31,6 % gesunken

Besonderheit:

In Berlin und Deutschland ist der Anteil der Personen mit Volks-/ Hauptschulabschluss gleichermaßen gesunken, jedoch auf unterschiedlichem Niveau. In Deutschland ist der Wert fast doppelt so hoch wie in Berlin.

Bezirke

Höchster Anteil:

- 2011: Spandau (29,4 %), Neukölln (26,0 %) und Reinickendorf (25,2 %)
- 2002: Neukölln (34,8 %), Spandau (32,1 %) und Tempelhof-Schöneberg (29,2 %)

Niedrigster Anteil:

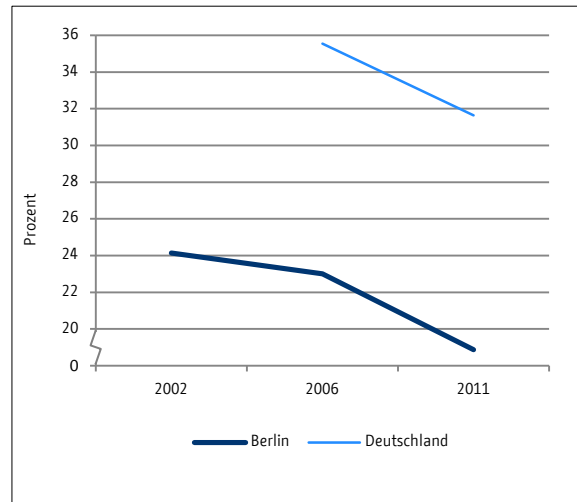
- 2011: Pankow (11,1 %), Friedrichshain-Kreuzberg (12,5 %) und Marzahn-Hellersdorf (15,7 %)
- 2002: Marzahn-Hellersdorf (15,6 %), Pankow (19,7 %) und Steglitz-Zehlendorf (19,9 %)

Spannbreite:

- 2011: 18,3 %-Punkte
- 2002: 19,2 %-Punkte

Abbildung 4.21:

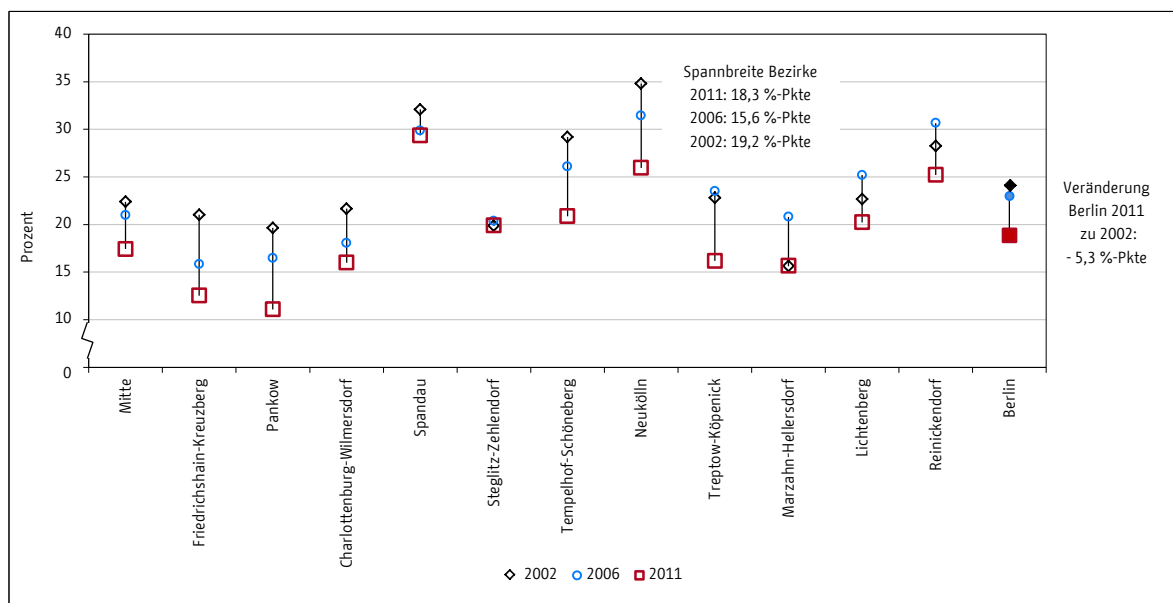
Personen mit Volks-/Hauptschulabschluss an der Bevölkerung in Berlin und Deutschland 2002, 2006 und 2011 (Mikrozensus)



(Datenquelle: StBA / AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 4.22:

Personen mit Volks-/Hauptschulabschluss an der Bevölkerung in Berlin im Jahr 2011 im Vergleich zu 2006 und 2002 nach Bezirken (Mikrozensus)



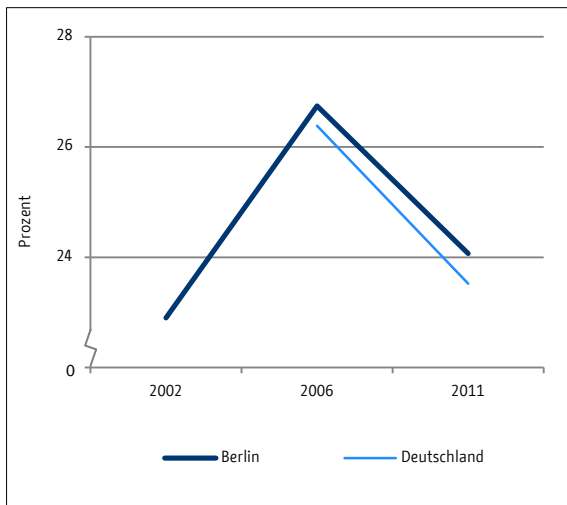
(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Besonderheit:

Der Anteil an Personen mit Volks-/ Hauptschulabschluss ist in fast allen Bezirken gesunken. Marzahn-Hellersdorf und Steglitz-Zehlendorf weisen 2011 noch den Wert von 2002 auf. Den stärksten Rückgang verzeichneten die Bezirke Neukölln (-8,9 %-Punkte) und Pankow (-8,6 %-Punkte), jedoch auf sehr unterschiedlichem Niveau, denn Pankow ist nach wie vor einer der Bezirke mit dem niedrigsten Anteil und Neukölln weist trotz des starken Rückgangs den zweithöchsten Anteil an Personen mit Volks-/ Hauptschulabschluss auf.

4.2.2.2 Personen ohne beruflichen Ausbildungsabschluss Berlin / Deutschland

Abbildung 4.23:
Personen ohne beruflichen Ausbildungsabschluss an der Bevölkerung in Berlin und Deutschland 2002, 2006 und 2011 (Mikrozensus)



(Datenquelle: StBA / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

- Anteil der Personen ohne beruflichen Ausbildungsabschluss in Berlin von 2002 bis 2011 von 22,9 % auf 24,1 % gestiegen; in Deutschland von 2006 bis 2011 von 26,4 % auf 23,5 % gesunken

Besonderheit:

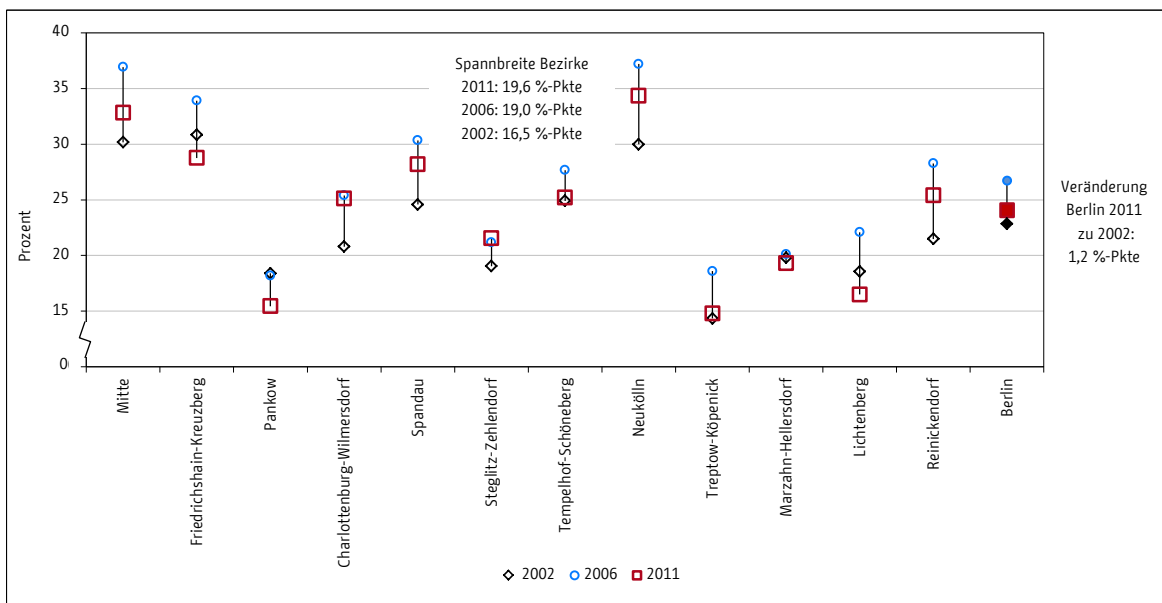
In Berlin und Deutschland ist der Anteil der Personen ohne beruflichen Ausbildungsabschluss seit 2006 gleichermaßen gesunken (Berlin: -2,7 %-Punkte; Deutschland: -2,9 %-Punkte), nachdem dieser in Berlin von 2002 zu 2006 deutlich angestiegen ist (+3,8 %-Punkte).

Bezirke

Höchster Anteil:

- 2011: Neukölln (34,4 %), Mitte (32,8 %) und Friedrichshain-Kreuzberg (28,8 %)
- 2002: Friedrichshain-Kreuzberg (30,8 %), Mitte (30,2 %) und Neukölln (30,0 %)

Abbildung 4.24:
Personen ohne beruflichen Ausbildungsabschluss an der Bevölkerung in Berlin im Jahr 2011 im Vergleich zu 2006 und 2002 nach Bezirken (Mikrozensus)



(Datenquelle: AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Niedrigster Anteil:

- 2011: Treptow-Köpenick (14,8 %), Pankow (15,4 %) und Lichtenberg (16,5 %)
- 2002: Treptow-Köpenick (14,3 %), Pankow (18,4 %) und Lichtenberg (18,6 %)

Spannbreite:

- 2011: 19,6 %-Punkte
- 2002: 16,5 %-Punkte

Besonderheit:

Der Anteil an Personen ohne beruflichen Ausbildungsabschluss ist nur in vier Bezirken gesunken. Hierbei zeigt sich ein Rückgang in Pankow um 2,9 %-Punkte sowie in Friedrichshain-Kreuzberg und Lichtenberg um je 2,1 %-Punkte, jedoch auf sehr unterschiedlichem Niveau. In Friedrichshain-Kreuzberg ist der Anteil fast doppelt so hoch wie in Pankow. Dagegen ist er in Neukölln und Charlottenburg-Wilmersdorf im Vergleich zu 2002 deutlich gestiegen (+4,4 %-Punkte; +4,3 %-Punkte).

4.2.2.3 Sozialstatusindex Kinder

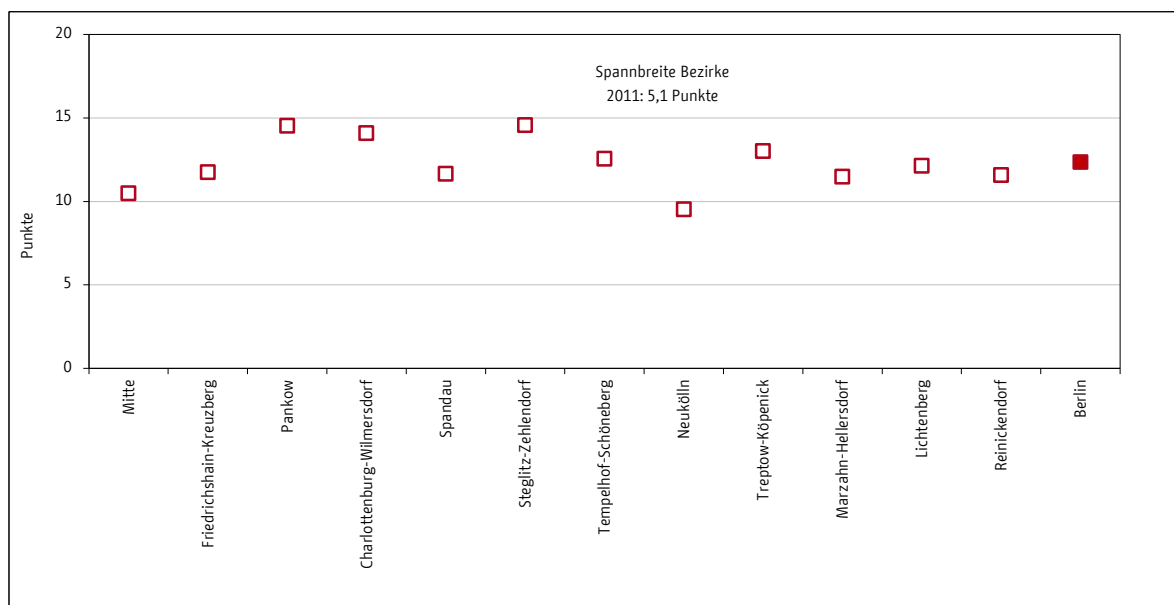
Berlin / Deutschland

Der Sozialstatusindex Kinder wird bei den Einschulungsuntersuchungen für jedes Kind individuell aus den Angaben zur Schulbildung, Berufsausbildung und zum Erwerbsstatus beider Elternteile berechnet. Diese drei Komponenten gehen gleichgewichtet in den Index ein, der Punktwerte von 0 bis 18 erreichen kann, wobei ein hoher Punktwert für einen guten Sozialstatusindex steht. Der Berliner Durchschnitt liegt 2011 bei 12,4 Punkten.

Der Sozialstatusindex Kinder ist ein für Berlin errechneter Wert, für den es keinen Vergleichswert auf Bundesebene gibt. Ebenso ist ein zeitlicher Vergleich nicht möglich.

Bezirke

Abbildung 4.25:
Sozialstatusindex Kinder in Berlin im Jahr 2011 (Mittelwert der Punkte)



(Datenquelle: SenGesSoz Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Höchster Wert:

- 2011: Steglitz-Zehlendorf (14,6 Punkte), Pankow (14,5 Punkte) und Charlottenburg-Wilmersdorf (14,1 Punkte)

Niedrigster Wert:

- 2011: Neukölln (9,5 Punkte), Mitte (10,5 Punkte) und Marzahn-Hellersdorf (11,5 Punkte)

Spannbreite:

- 2011: 5,1 Punkte

Besonderheit:

Mehr als die Hälfte der Berliner Bezirke liegen mit ihrem mittleren Punktwert unter dem durchschnittlichen Berliner Wert.

4.2.3 Erwerbsleben

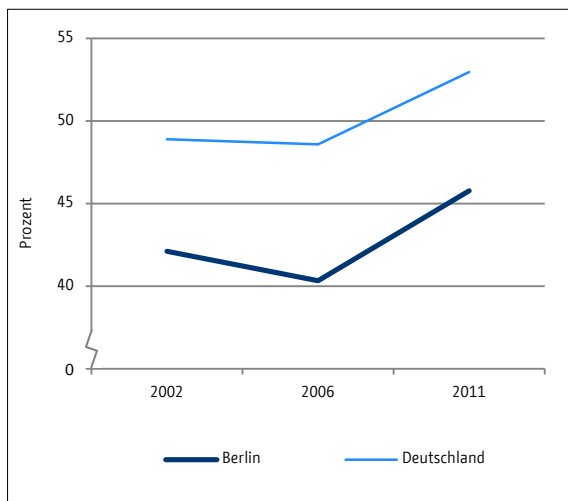
4.2.3.1 Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte

Berlin / Deutschland

Abbildung 4.26:

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre) in Berlin und Deutschland 2002, 2006 und 2011 (Arbeitsmarktdaten¹⁾, Einwohnerregister)

¹⁾ Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: voraggregierte Daten



(Datenquelle: BA / AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

- Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten an der Bevölkerung (15 bis 64 Jahre) in Berlin von 2002 bis 2011 von 42,1 % auf 45,8 % gestiegen; in Deutschland von 48,9 % auf 53,0 % gestiegen

Besonderheit:

In Berlin und Deutschland ist der Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten von 2002 bis 2006 gesunken, jedoch von 2006 bis 2011 gleichermaßen gestiegen. Der Anteil liegt in Berlin 7,2 %-Punkte unter dem in Deutschland.

Bezirke

Höchster Anteil:

- 2011: Treptow-Köpenick (56,3 %), Lichtenberg (55,0 %) und Marzahn-Hellersdorf (54,7 %)
- 2002: Marzahn-Hellersdorf (51,1 %), Lichtenberg (49,8 %) und Treptow-Köpenick (48,9 %)

Niedrigster Anteil:

- 2011: Mitte (38,1 %), Neukölln (39,2 %) und Charlottenburg-Wilmersdorf (40,3 %)
- 2002: Mitte (36,7 %), Neukölln (37,1 %) und Friedrichshain-Kreuzberg (37,7 %)

Spannbreite:

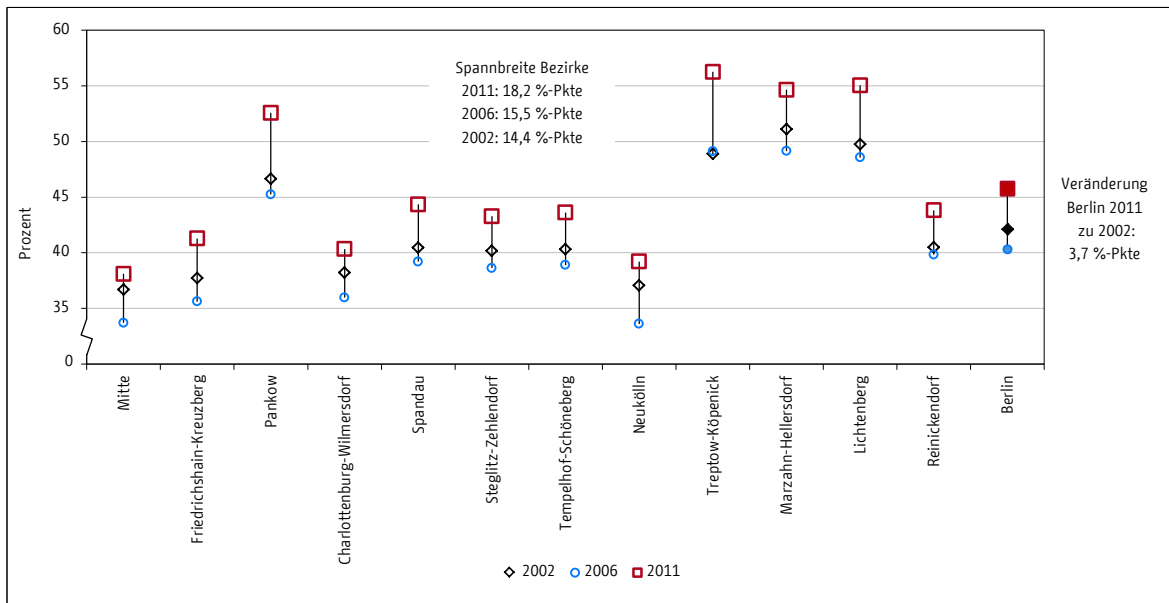
- 2011: 18,2 %-Punkte
- 2002: 14,4 %-Punkte

Besonderheit:

Der Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten ist in allen Berliner Bezirken deutlich gestiegen; am stärksten in Treptow-Köpenick (+7,4 %-Punkte) und Pankow (+5,9 %-Punkte). Treptow-Köpenick ist nunmehr der Bezirk mit dem höchsten Anteil.

Abbildung 4.27:
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre) in Berlin am 31.12.2011 im Vergleich zu 2006 und 2002 nach Bezirken
(Arbeitsmarktdaten¹⁾, Einwohnerregister)

¹⁾ Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: voraggregierte Daten



(Datenquelle: BA / AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Planungsraumbene

Höchster Anteil:

- 2011: Weiße Taube (Lichtenberg) mit 66,5 %
- 2006: Weiße Taube (Lichtenberg) mit 58,1 %

Niedrigster Anteil:

- 2011: Eichkamp (Charlottenburg-Wilmersdorf) mit 25,5 %
- 2006: Herzbergstraße (Lichtenberg) mit 16,8 %

Spannbreite:

- 2011: 41,0 %-Punkte
- 2006: 41,3 %-Punkte

Besonderheit:

Fünf der zehn Planungsräume mit dem niedrigsten Anteil an sozialversicherungspflichtig Beschäftigten befinden sich in Charlottenburg-Wilmersdorf. Jeweils drei der zehn Planungsräume mit dem höchsten Anteil befinden sich in Treptow-Köpenick und Lichtenberg, wobei Lichtenberg auch eine große Spannbreite unter den Planungsräumen verzeichnet (Herzbergstraße zu Weiße Taube 34,7 %-Punkte).

Die Planungsräume, die einen hohen Anteil an sozialversicherungspflichtig Beschäftigten aufweisen, befinden sich überwiegend in den östlichen Bezirken Berlins.

Tabelle 4.8:

Übersicht Planungsräume (Rang/Wert) mit dem niedrigsten und höchsten Anteil an sozialversicherungspflichtig Beschäftigten an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre) in Berlin 2013 (Stand: 31.12.2011) im Vergleich zu 2008 (Stand: 31.12.2006)

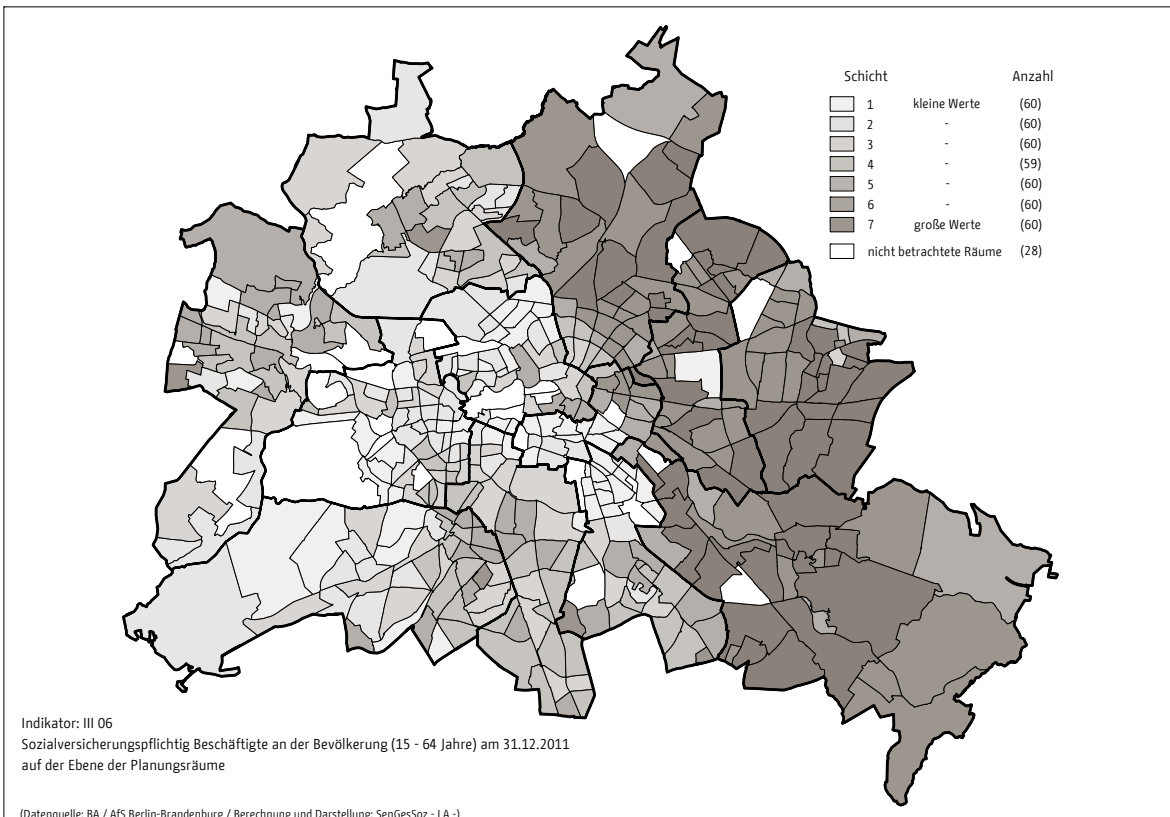
Rang 2013	(Rang 2008)	Planungsraum	Bezirk	Anteil sozialversicherungspflichtig Beschäftigte	
				Wert 2013	(Wert 2008)
1	(5)	Eichkamp	Charlottenburg-Wilmersdorf	25,50	(24,41)
2	(7)	Schloßgarten	Charlottenburg-Wilmersdorf	25,81	(25,08)
3	(8)	Bismarckallee	Charlottenburg-Wilmersdorf	26,52	(25,39)
4	(12)	Hundekehle	Charlottenburg-Wilmersdorf	27,05	(26,16)
5	(23)	Hagenplatz	Charlottenburg-Wilmersdorf	27,32	(27,51)
6	(2)	Oranienplatz	Friedrichshain-Kreuzberg	27,52	(22,30)
7	(4)	Wassertorplatz	Friedrichshain-Kreuzberg	27,95	(24,26)
8	(14)	Dahlem	Steglitz-Zehlendorf	28,43	(26,24)
9	(26)	Thielallee	Steglitz-Zehlendorf	28,71	(27,74)
10	(38)	Schulenburgpark	Neukölln	29,05	(29,07)
...
410	(399)	Johannisthal Ost	Treptow-Köpenick	60,58	(52,30)
411	(413)	Rotes Viertel	Marzahn-Hellersdorf	60,85	(54,47)
412	(416)	Mühlengrund	Lichtenberg	60,87	(57,77)
413	(415)	Oberspree	Treptow-Köpenick	61,00	(56,22)
414	(355)	Gustav-Adolf-Straße	Pankow	61,41	(48,53)
415	(*)	Dorf Falkenberg	Lichtenberg	61,47	(*)
416	(400)	Kölner Viertel	Treptow-Köpenick	62,02	(52,43)
417	(405)	Karow Nord	Pankow	63,08	(52,76)
418	(414)	Adele-Sandrock-Straße	Marzahn-Hellersdorf	64,22	(56,09)
419	(417)	Weißer Taube	Lichtenberg	66,47	(58,09)

* 2008 bei der Sozialstrukturberechnung auf Grund geringer Bevölkerungszahl nicht berücksichtigt.

(Datenquelle: BA / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 4.28:

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre) in Berlin am 31.12.2011 auf der Ebene der Planungsräume



4.2.3.2 Arbeitslosenquote

Berlin / Deutschland

- Arbeitslosenquote (Arbeitslose an den abhängig zivilen Erwerbspersonen bzw. an der Bevölkerung 15 bis 64 Jahre) in Berlin von 2006 bis 2011 von 18,1 % auf 14,3 % gesunken; in Deutschland von 10,7 % auf 7,4 % gesunken

Besonderheit:

In Berlin und Deutschland ist die Arbeitslosenquote gleichermaßen zurückgegangen (3,8 %-Punkte bzw. 3,3 %-Punkte), jedoch auf unterschiedlichem Niveau. In Berlin ist die Quote doppelt so hoch wie in Deutschland.

Bezirke

Höchste Arbeitslosenquote:

- 2011: Mitte (18,7 %), Friedrichshain-Kreuzberg (18,0 %) und Neukölln (17,8 %)
- 2022: Friedrichshain-Kreuzberg (26,4 %), Neukölln (23,1 %) und Mitte (22,1 %)

Niedrigste Arbeitslosenquote:

- 2011: Steglitz-Zehlendorf (9,0 %), Pankow (10,9 %) und Treptow-Köpenick (11,9 %)
- 2022: Steglitz-Zehlendorf (13,1 %), Reinickendorf (16,0 %) und Treptow-Köpenick (16,4 %)

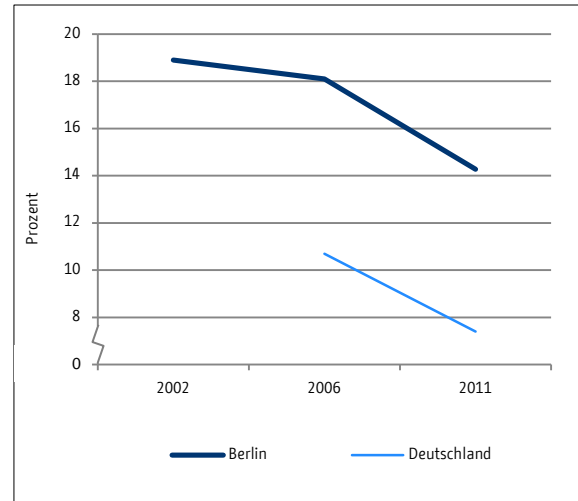
Spannbreite:

- 2011: 9,7 %-Punkte
- 2022: 13,3 %-Punkte

Abbildung 4.29:

Arbeitslosenquote (Arbeitslose an den abhängig zivilen Erwerbspersonen bzw. an der Bevölkerung 15 - 64 Jahre) in Berlin und Deutschland 2002, 2006 und 2011 (Arbeitsmarktdaten¹⁾, Mikrozensus)

¹⁾ Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: voraggregierte Daten

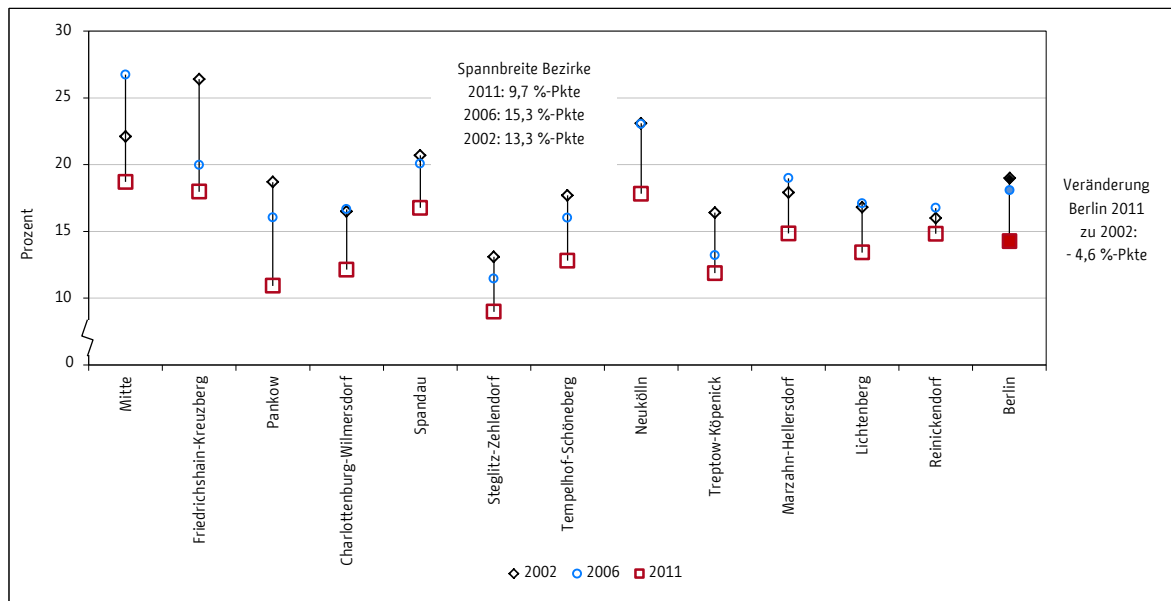


(Datenquelle: BA / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 4.30:

Arbeitslosenquote (Arbeitslose an den abhängig zivilen Erwerbspersonen bzw. an der Bevölkerung 15 - 64 Jahre) in Berlin am 31.12.2011 im Vergleich zu 2006 und 2002 nach Bezirken (Arbeitsmarktdaten¹⁾, Mikrozensus)

¹⁾ Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: voraggregierte Daten



(Datenquelle: BA / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Besonderheit:

Im Jahr 2002 hatten noch vier Bezirke eine Arbeitslosenquote von über 20 %. Obwohl 2011 alle Bezirke unter dieser Grenze liegen, sind es die gleichen, die weiterhin eine hohe Arbeitslosenquote aufweisen. Die auffälligste zeitliche Entwicklung zeigt sich in Friedrichshain-Kreuzberg, hier ist die Arbeitslosenquote von 2002 bis 2011 um 8,4 %-Punkte gesunken. Auch in Pankow ist die Quote stark zurückgegangen (um 7,8 %-Punkte) jedoch auf einem anderen Niveau. Friedrichshain-Kreuzberg gehört weiterhin zu den drei Bezirken mit der höchsten Quote, während Pankow die zweitniedrigste Arbeitslosenquote in Berlin verzeichnet. Der Bezirk Reinickendorf zeigt kaum eine Veränderung auf (Rückgang um 1,2 %-Punkte).

Planungsraumbene

Höchster Anteil:

- 2011: Hellersdorfer Promenade (Marzahn-Hellersdorf) mit 19,8 %
- 2006: Helle Mitte (Marzahn-Hellersdorf) mit 25,5 %

Niedrigster Anteil:

- 2011: Thielallee (Steglitz-Zehlendorf) mit 1,6 %
- 2006: Thielallee (Steglitz-Zehlendorf) mit 2,2 %

Spannbreite:

- 2011: 18,2 %-Punkte
- 2006: 23,3 %-Punkte

Besonderheit:

Marzahn-Hellersdorf ist 2011 mit vier Planungsräumen unter den zehn mit der höchsten Arbeitslosenquote vertreten. Vier der zehn Planungsräume mit der niedrigsten Arbeitslosenquote befinden sich im Bezirk Steglitz-Zehlendorf.

Der Bezirk Neukölln verzeichnet eine besonders große Spannbreite zwischen den Planungsräumen (Mohriner Allee Nord zu Schulenburgpark 15,9 %-Punkte).

Planungsräume mit einer hohen Arbeitslosenquote sind in allen Bezirken vorhanden, häufiger jedoch in den Innenstadtbezirken.

Tabelle 4.9:

Übersicht Planungsräume (Rang/Wert) mit der niedrigsten und höchsten Arbeitslosenquote (Arbeitslose an den abhängig zivilen Erwerbspersonen bzw. an der Bevölkerung 15 - 64 Jahre) in Berlin (Stand: 31.12.2011) im Vergleich zu 2008 (Stand: 31.12.2006)

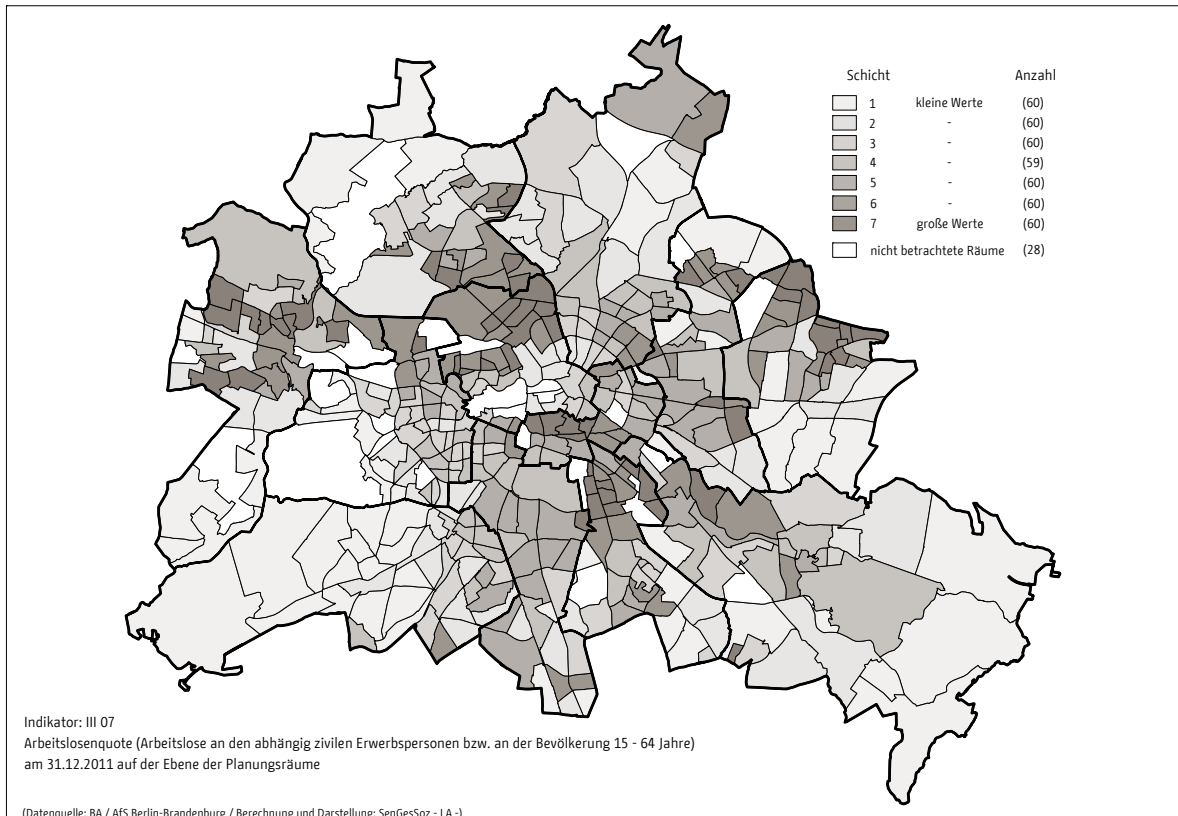
Rang 2013	(Rang 2008)	Planungsraum	Bezirk	Arbeitslosenquote in %	
				Wert 2013	(Wert 2008)
1	(1)	Thielallee	Steglitz-Zehlendorf	1,57	(2,15)
2	(2)	Eichkamp	Charlottenburg-Wilmersdorf	1,62	(2,18)
3	(11)	Mohriner Allee Nord	Neukölln	1,73	(3,58)
4	(4)	Dahlem	Steglitz-Zehlendorf	1,82	(2,70)
5	(*)	Eldenaer Straße	Pankow	1,84	(*)
6	(15)	Messelpark	Charlottenburg-Wilmersdorf	2,03	(3,72)
7	(3)	Krumme Lanke	Steglitz-Zehlendorf	2,12	(2,52)
8	(6)	Frohnau	Reinickendorf	2,22	(3,19)
9	(5)	Hundekehle	Charlottenburg-Wilmersdorf	2,28	(2,98)
10	(39)	Hüttenweg	Steglitz-Zehlendorf	2,29	(4,64)
...
410	(396)	Kurstraße	Spandau	17,00	(19,49)
411	(373)	Wassertorplatz	Friedrichshain-Kreuzberg	17,10	(17,55)
412	(384)	Weißer Siedlung	Neukölln	17,33	(18,30)
413	(399)	Schulenburgpark	Neukölln	17,63	(19,68)
414	(394)	Maulbeerallee	Spandau	18,26	(19,33)
415	(401)	Böhlener Straße	Marzahn-Hellersdorf	18,47	(19,91)
416	(408)	Boulevard Kastanienallee	Marzahn-Hellersdorf	18,73	(20,74)
417	(415)	Alte Hellersdorfer Straße	Marzahn-Hellersdorf	18,85	(22,61)
418	(389)	Moritzplatz	Friedrichshain-Kreuzberg	19,72	(18,97)
419	(410)	Hellersdorfer Promenade	Marzahn-Hellersdorf	19,75	(20,83)

* 2008 bei der Sozialstrukturberechnung auf Grund geringer Bevölkerungszahl nicht berücksichtigt.

(Datenquelle: BA / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 4.31:

Arbeitslosenquote (Arbeitslose an den abhängig zivilen Erwerbspersonen bzw. an der Bevölkerung 15 - 64 Jahre) in Berlin am 31.12.2011 auf der Ebene der Planungsräume

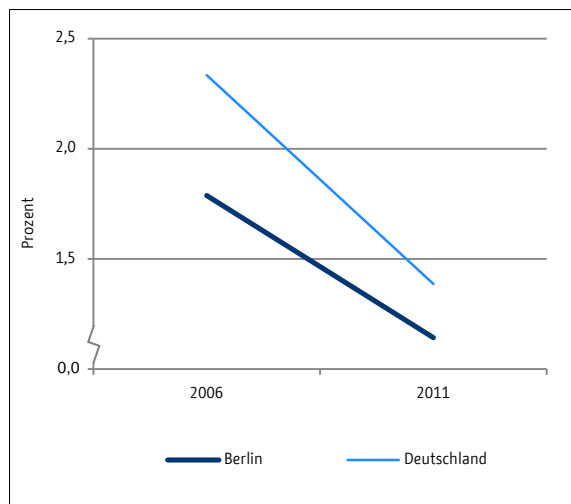


4.2.3.3 Arbeitslose Ausländer gemäß SGB III bzw. SGB II

Berlin / Deutschland

Abbildung 4.32:
Arbeitslose Ausländer SGB III an der ausländischen Bevölkerung (15 - 64 Jahre) in Berlin und Deutschland 2006 und 2011
(Arbeitsmarktdaten¹⁾, Einwohnerregister)

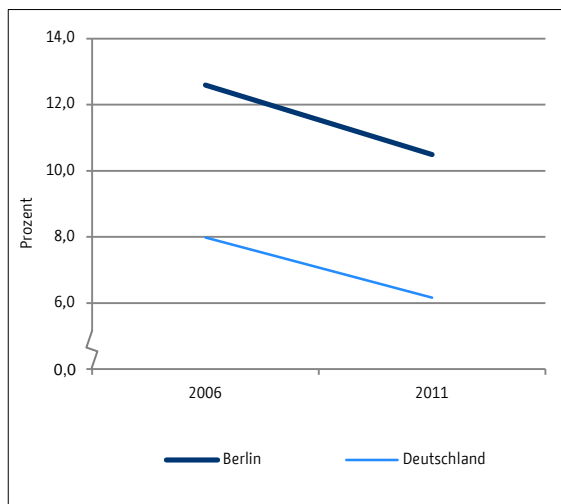
¹⁾ Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: voraggregierte Daten



(Datenquelle: BA / Afs Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 4.33:
Arbeitslose Ausländer SGB II an der ausländischen Bevölkerung (15 - 64 Jahre) in Berlin und Deutschland 2006 und 2011
(Arbeitsmarktdaten¹⁾, Einwohnerregister)

¹⁾ Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: voraggregierte Daten



(Datenquelle: BA / Afs Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

- Anteil der arbeitslosen Ausländer (SGB III) an der ausländischen Bevölkerung (15 bis 64 Jahre) in Berlin von 2006 bis 2011 von 1,79 % auf 1,14 % gesunken; in Deutschland von 2,33 % auf 1,39 % gesunken
- Anteil der arbeitslosen Ausländer (SGB II) an der ausländischen Bevölkerung (15 bis 64 Jahre) in Berlin von 2006 bis 2011 von 12,60 % auf 10,49 % gesunken; in Deutschland von 7,99 % auf 6,16 % gesunken

Besonderheit:

Der Anteil arbeitsloser Ausländer gemäß SGB III sinkt in Berlin und Deutschland, der Berliner Wert liegt 0,25 %-Punkte unter dem Deutschlandwert. In Berlin und Deutschland ist der Anteil arbeitsloser Ausländer nach dem SGB II gleichermaßen gesunken, jedoch auf unterschiedlichem Niveau. In Berlin liegt er 4,33 %-Punkte über dem Anteil Deutschlands.

Bezirke

Anteil der arbeitslosen Ausländer gemäß SGB III an der ausländischen Bevölkerung (15 bis 64 Jahre)

Höchster Anteil:

- 2011: Marzahn-Hellersdorf (1,49 %), Pankow (1,45 %) sowie Treptow-Köpenick und Lichtenberg (je 1,36 %)
- 2006: Spandau (2,55 %), Marzahn-Hellersdorf (2,19 %) und Reinickendorf (2,13 %)

Niedrigster Anteil:

- 2011: Steglitz-Zehlendorf (1,00 %), Neukölln (1,01 %) und Charlottenburg-Wilmersdorf (1,02 %)
- 2006: Steglitz-Zehlendorf (1,55 %), Mitte (1,57 %) und Lichtenberg (1,60 %)

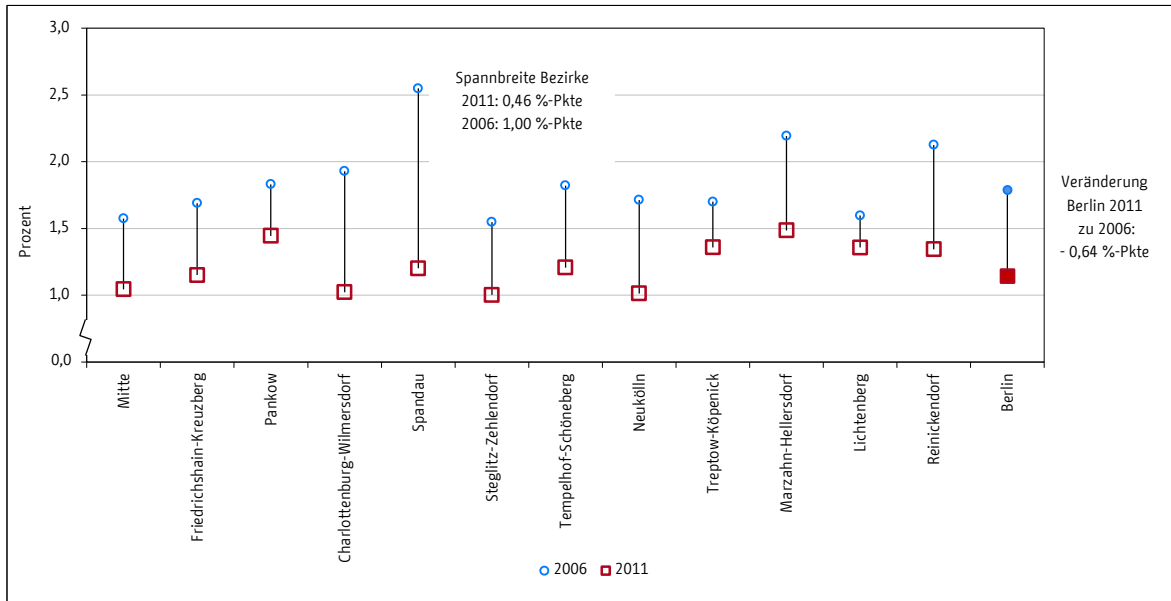
Spannbreite:

- 2011: 0,48 %-Punkte
- 2006: 1,00 %-Punkte

Abbildung 4.34:

Arbeitslose Ausländer SGB III an der ausländischen Bevölkerung (15 - 64 Jahre) in Berlin am 31.12.2011 im Vergleich zu 2006 nach Bezirken (Arbeitsmarktdaten¹⁾, Einwohnerregister)

¹⁾ Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: voraggregierte Daten

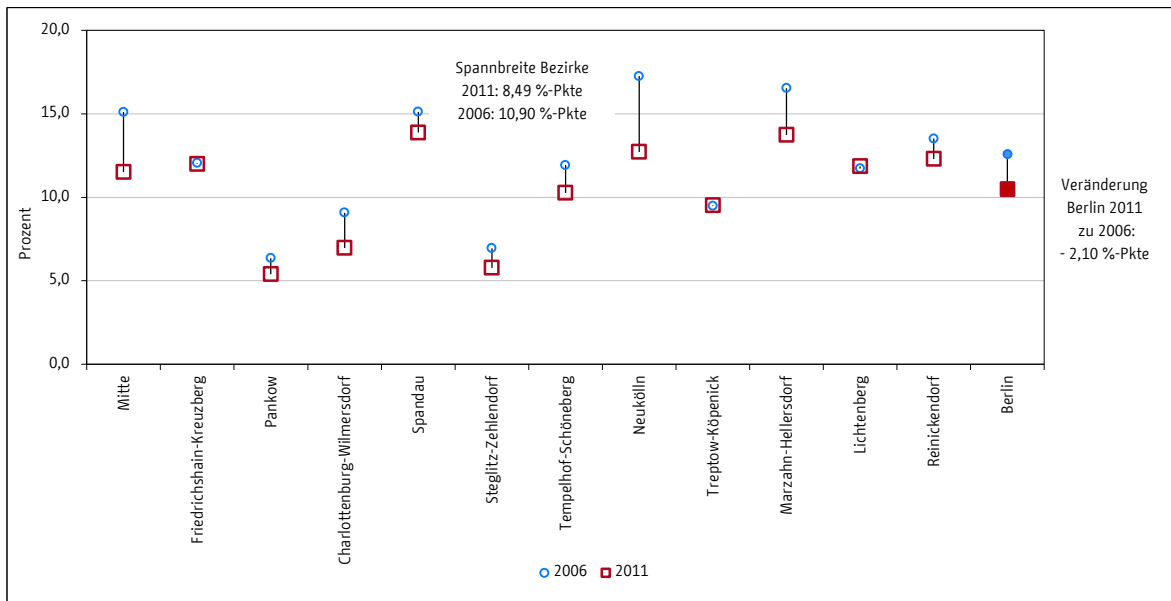


(Datenquelle: BA / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 4.35:

Arbeitslose Ausländer SGB II an der ausländischen Bevölkerung (15 - 64 Jahre) in Berlin am 31.12.2011 im Vergleich zu 2006 nach Bezirken (Arbeitsmarktdaten¹⁾, Einwohnerregister)

¹⁾ Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: voraggregierte Daten



(Datenquelle: BA / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Anteil der arbeitslosen Ausländer gemäß SGB II an der ausländischen Bevölkerung (15 bis 64 Jahre)

Höchster Anteil:

- 2011: Spandau (13,89 %), Marzahn-Hellersdorf (13,73 %) und Neukölln (12,72 %)
- 2006: Neukölln (17,26 %), Marzahn-Hellersdorf (16,53 %) und Spandau (15,12 %)

Niedrigster Anteil:

- 2011: Pankow (5,40 %), Steglitz-Zehlendorf (5,78 %) und Charlottenburg-Wilmersdorf (6,97 %)
- 2006: Pankow (6,35 %), Steglitz-Zehlendorf (6,95 %) und Charlottenburg-Wilmersdorf (9,07 %)

Spannbreite:

- 2011: 8,49 %-Punkte
- 2006: 10,90 %-Punkte

Besonderheit:

Der Anteil an arbeitslosen Ausländern gemäß SGB III ist in allen Bezirken gesunken, am deutlichsten in Spandau (-1,35 %-Punkte). Etwas stärker ist auch der Anteil an arbeitslosen Ausländern gemäß SGB II in den meisten Bezirken zurückgegangen, besonders in Neukölln (-4,54 %-Punkte). Nur in Friedrichshain-Kreuzberg, Treptow-Köpenick und Lichtenberg verzeichnet er die gleichen Werte wie in 2006. Insgesamt ist der Anteil der arbeitslosen Ausländer gemäß SGB II an der ausländischen Bevölkerung in allen Bezirken deutlich höher als der der arbeitslosen Ausländer gemäß SGB III. Das liegt an den unterschiedlichen gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen und der unterschiedlichen Anspruchsdauer.

Planungsraumbene

Anteil der arbeitslosen Ausländer gemäß SGB III an der ausländischen Bevölkerung (15 bis 64 Jahre)

Höchster Anteil:

- 2011: Alt-Kaulsdorf (Marzahn-Hellersdorf) mit 5,26 %
- 2006: Blankenfelde (Pankow) mit 23,08 %

Niedrigster Anteil:

- 2011: 76 Planungsräume aus zehn Bezirken mit 0,00 %
- 2006: 50 Planungsräume aus sieben Bezirken mit 0,00 %

Spannbreite:

- 2011: 5,26 %-Punkte
- 2006: 23,08 %-Punkte

Anteil der arbeitslosen Ausländer gemäß SGB II an der ausländischen Bevölkerung (15 bis 64 Jahre)

Höchster Anteil:

- 2011: Helle Mitte (Marzahn-Hellersdorf) mit 26,32 %
- 2006: Helle Mitte (Marzahn-Hellersdorf) mit 36,30 %

Niedrigster Anteil:

- 2011: 21 Planungsräume aus neun Bezirken mit 0,00 %
- 2006: 21 Planungsräume aus acht Bezirken mit 0,00 %

Spannbreite:

- 2011: 26,32 %-Punkte
- 2006: 36,30 %-Punkte

Besonderheit:

Ein Drittel der Berliner Planungsräume mit dem niedrigsten Anteil an arbeitslosen Ausländern (SGB II) befindet sich im Bezirk Treptow-Köpenick. Bei den arbeitslosen Ausländern (SGB III) an der Bevölkerung verzeichnet ebenfalls Treptow-Köpenick zusammen mit Pankow, Marzahn-Hellersdorf und Spandau die meisten Planungsräume mit einem Anteil von 0,00 %.

Tabelle 4.10:

Übersicht Planungsräume (Rang/Wert) mit dem niedrigsten und höchsten Anteil an arbeitslosen Ausländern SGB III an der ausländischen Bevölkerung (15 - 64 Jahre) in Berlin 2013 (Stand: 31.12.2011) im Vergleich zu 2008 (Stand: 31.12.2006)

Anzahl	(Anzahl 2008)	Planungsraum	Bezirk	Anteil der arbeitslosen Ausländer SGB III	
				Wert 2013	(Wert 2008)
76	(50)	Planungsräume mit gleichem ersten Rang		0,00	(0,00)
16	(14)	x	Treptow-Köpenick	x	x
13	(7)	x	Pankow	x	x
13	(9)	x	Marzahn-Hellersdorf	x	x
10	(5)	x	Spandau	x	x
7	(4)	x	Lichtenberg	x	x
6	(2)	x	Steglitz-Zehlendorf	x	x
4	(3)	x	Charlottenburg-Wilmersdorf	x	x
3	(2)	x	Tempelhof-Schöneberg	x	x
3	(3)	x	Neukölln	x	x
1	(1)	x	Reinickendorf	x	x
...
Rang	(Rang 2008)	Planungsraum	Bezirk	Wert 2013	(Wert 2008)
410	(338)	Reinickes Hof	Reinickendorf	3,04	(2,61)
411	(102)	Wartenberg Süd	Lichtenberg	3,20	(1,27)
412	(353)	Kirchstraße	Tempelhof-Schöneberg	3,20	(2,81)
413	(25,5)	Horstwalder Straße/Papitzer Straße	Tempelhof-Schöneberg	3,23	(0,00)
414	(340)	Lübars	Reinickendorf	3,36	(2,63)
415	(201)	Lübarser Straße	Reinickendorf	3,45	(1,78)
416	(394)	Mahlsdorf Süd	Marzahn-Hellersdorf	3,57	(3,64)
417	(306)	Alt-Marzahn	Marzahn-Helelsdorf	3,61	(2,29)
418	(403)	Weinmeisterhornweg	Spandau	3,67	(3,95)
419	(410)	Alt-Kaulsdorf	Marzahn-Helelsdorf	5,26	(4,62)

x Tabellenfach gesperrt, weil Aussage nicht sinnvoll.

(Datenquelle: BA / AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 4.36:

Ausländische Arbeitslose SGB III an der ausländischen Bevölkerung (15 - 64 Jahre) in Berlin am 31.12.2011 auf der Ebene der Planungsräume

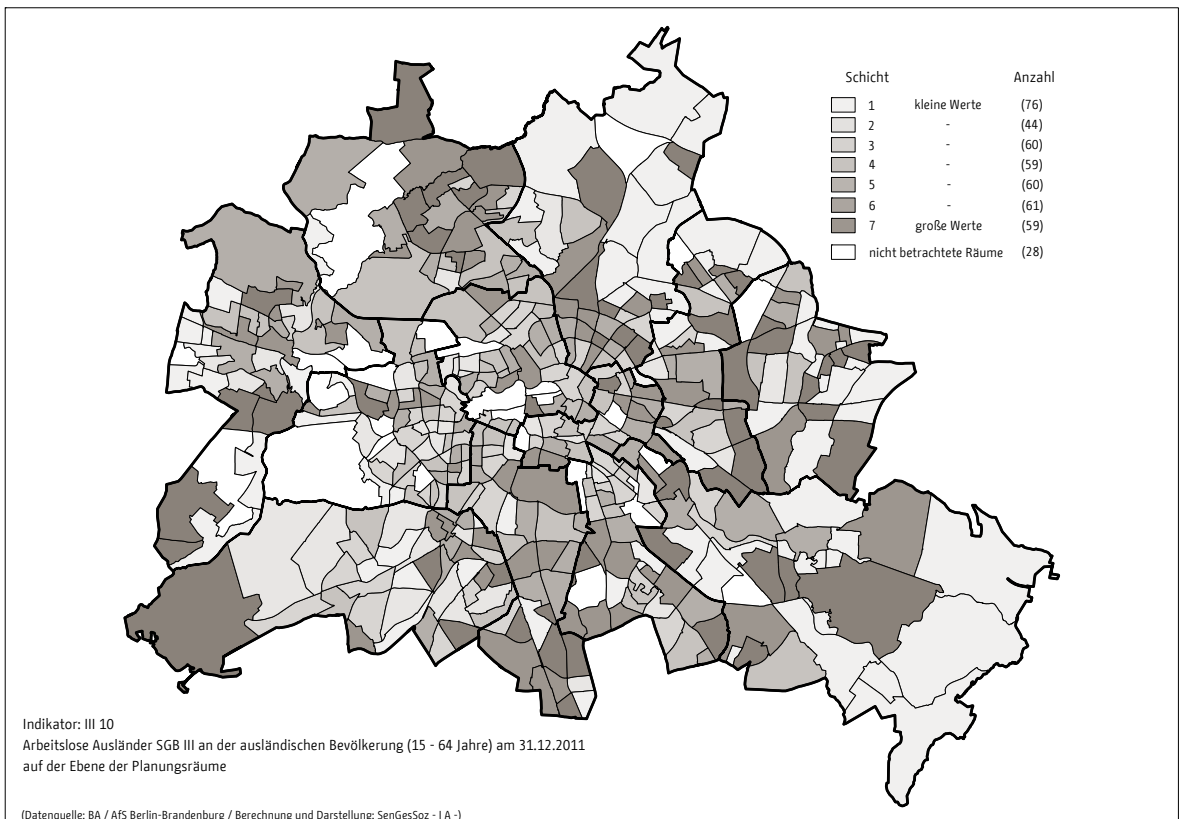


Tabelle 4.11:

Übersicht Planungsräume (Rang/Wert) mit dem niedrigsten und höchsten Anteil an arbeitslosen Ausländern SGB II an der ausländischen Bevölkerung (15 - 64 Jahre) in Berlin 2013 (Stand: 31.12.2011) im Vergleich zu 2008 (Stand: 31.12.2006)

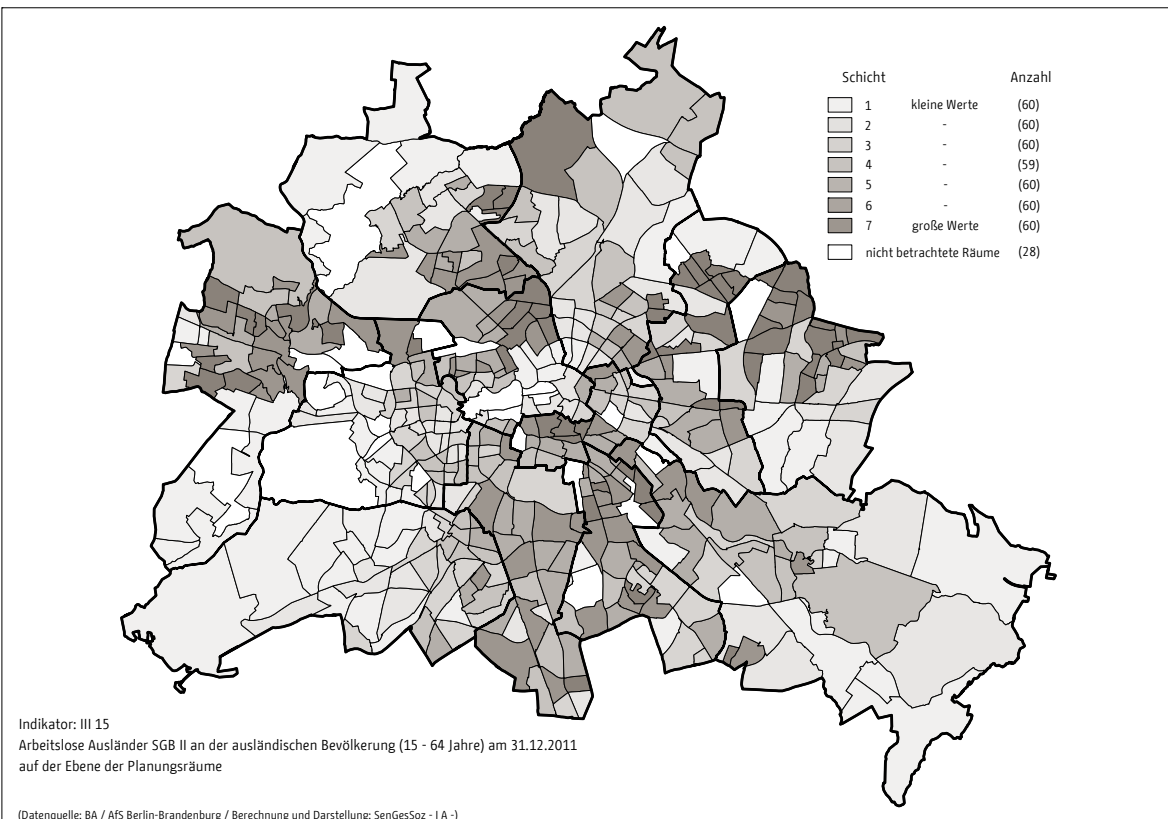
				Anteil der arbeitslosen Ausländer SGB II	
Anzahl	(Anzahl 2008)	Planungsraum	Bezirk	Wert 2013	(Wert 2008)
21	(21)	Planungsräume mit gleichem ersten Rang		0,00	(0,00)
7	(3)	x	Treptow-Köpenick	x	x
3	(5)	x	Spandau	x	x
2	(3)	x	Pankow	x	x
2	(3)	x	Charlottenburg-Wilmersdorf	x	x
2	(4)	x	Marzahn-Hellersdorf	x	x
2	(1)	x	Lichtenberg	x	x
1	(0)	x	Steglitz-Zehlendorf	x	x
1	(1)	x	Neukölln	x	x
1	(1)	x	Reinickendorf	x	x
...
Rang	(Rang 2008)	Planungsraum	Bezirk	Wert 2013	(Wert 2008)
410	(388)	Weißer Siedlung	Neukölln	20,21	(20,95)
411	(392)	Wuhletalstraße	Marzahn-Hellersdorf	20,47	(21,30)
412	(406)	Hohenschönhausener Straße	Lichtenberg	20,80	(23,02)
413	(361)	Wohngebiet II	Treptow-Köpenick	20,88	(18,22)
414	(11)	Blankenfelde	Pankow	21,43	(0,00)
415	(373)	Moritzplatz	Friedrichshain-Kreuzberg	21,46	(19,01)
416	(414)	Griesingerstraße	Spandau	22,05	(27,40)
417	(375)	Wassertorplatz	Friedrichshain-Kreuzberg	22,45	(19,09)
418	(415)	Maulbeerallee	Spandau	22,70	(27,62)
419	(417)	Helle Mitte	Marzahn-Hellersdorf	26,32	(36,30)

x Tabellenfach gesperrt, weil Aussage nicht sinnvoll.

(Datenquelle: BA / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 4.37:

Ausländische Arbeitslose SGB II an der ausländischen Bevölkerung (15 - 64 Jahre) in Berlin am 31.12.2011 auf der Ebene der Planungsräume

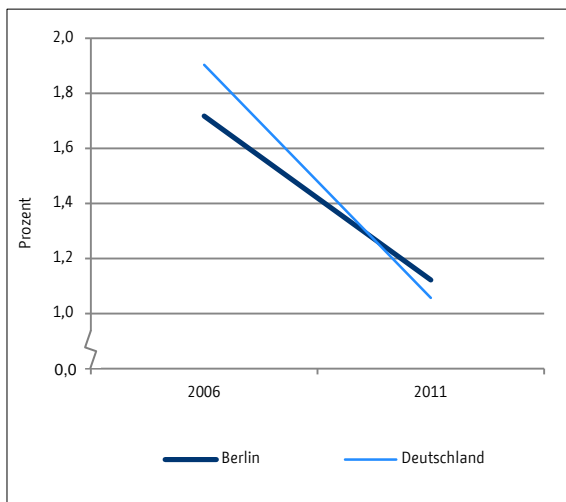


Die größte Spannweite zwischen den Planungsräumen weist Marzahn-Hellersdorf auf. Der Bezirk verzeichnet beim Anteil der arbeitslosen Ausländer gemäß SGB III und SGB II sowohl Planungsräume mit den niedrigsten Anteilen als auch den Planungsraum mit dem jeweils höchsten Anteil (SGB III: 13 Planungsräume mit 0,00 % zu Alt-Kaulsdorf 5,26 %-Punkte; SGB II: Oberfeldstraße sowie Alt-Biesdorf zu Helle Mitte 26,32 %-Punkte).

Während die Planungsräume mit einem hohen Anteil an arbeitslosen Ausländern gemäß SGB III über ganz Berlin verteilt sind, gruppieren sich die Planungsräume mit einem großen Anteil an arbeitslosen Ausländern gemäß SGB II in verschiedenen Gebieten der Stadt, wie zum Beispiel in der Innenstadt oder am westlichen und östlichen Stadtrand.

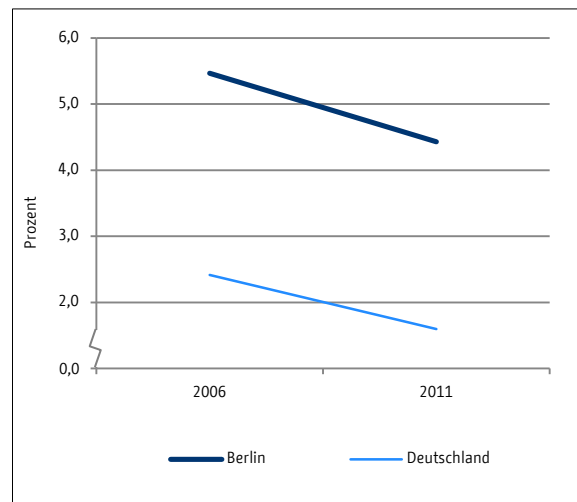
4.2.3.4 Arbeitslose Jugendliche gemäß SGB III bzw. SGB II Berlin / Deutschland

Abbildung 4.38:
Arbeitslose Jugendliche SGB III (unter 25 Jahren) an der Bevölkerung
(15 - 24 Jahre) in Berlin und Deutschland 2006 und 2011
(Arbeitsmarktdaten¹⁾, Einwohnerregister)
¹⁾ Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: voraggregierte Daten



(Datenquelle: BA / AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung:
SenGesSoz - I A -)

Abbildung 4.39:
Arbeitslose Jugendliche SGB II (unter 25 Jahren) an der Bevölkerung
(15 - 24 Jahre) in Berlin und Deutschland 2006 und 2011
(Arbeitsmarktdaten¹⁾, Einwohnerregister)
¹⁾ Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: voraggregierte Daten



(Datenquelle: BA / AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung:
SenGesSoz - I A -)

- Anteil der arbeitslosen Jugendlichen gemäß SGB III (unter 25 Jahren) an der Bevölkerung (15 bis 24 Jahre) in Berlin von 2006 bis 2011 von 1,72 % auf 1,12 % gesunken; in Deutschland von 1,90 % auf 1,06 % gesunken
- Anteil der arbeitslosen Jugendlichen gemäß SGB II (unter 25 Jahren) an der Bevölkerung (15 bis 24 Jahre) in Berlin von 2006 bis 2011 von 5,47 % auf 4,43 % gesunken; in Deutschland von 2,42 % auf 1,60 % gesunken

Besonderheit:

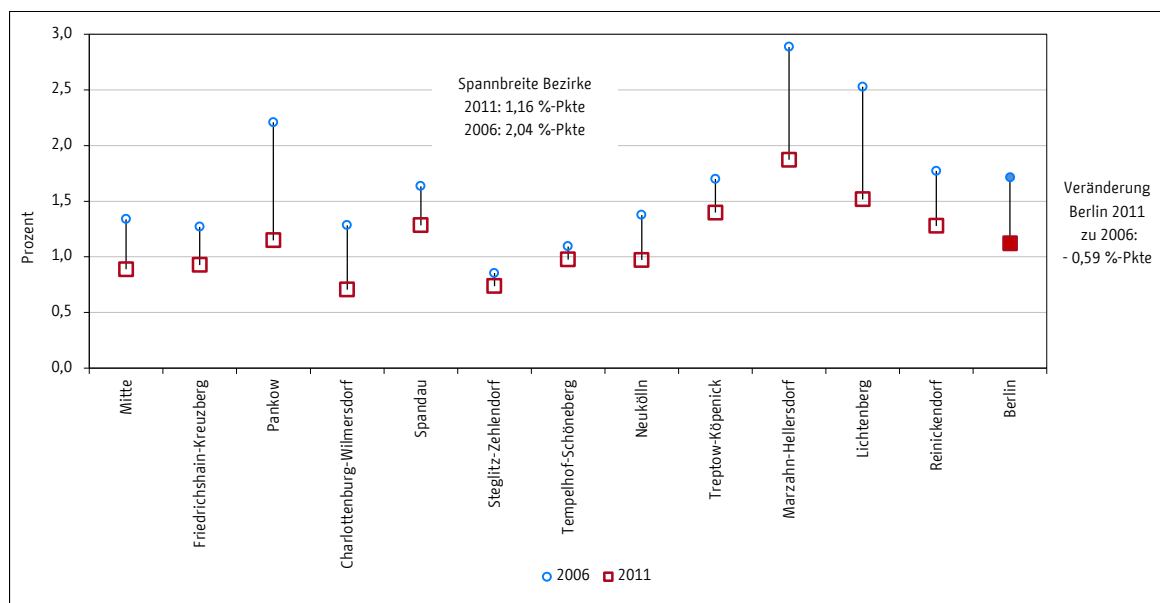
Der Anteil arbeitsloser Jugendlicher (SGB III) nahm in der zeitlichen Entwicklung in Berlin nicht so stark ab wie in Deutschland. 2006 lag der Berliner Wert noch 0,18 %-Punkte unter dem von Deutschland, 2011 übertrifft er ihn knapp um 0,06 %-Punkte. Auch der Anteil arbeitsloser Jugendlicher (SGB II) sinkt in Berlin und Deutschland gleichermaßen, jedoch auf unterschiedlichem Niveau. Der Berliner Wert liegt 2,83 % über dem von Deutschland.

Bezirke

Abbildung 4.40:

Arbeitslose Jugendliche SGB III (unter 25 Jahren) an der Bevölkerung (15 - 24 Jahre) in Berlin am 31.12.2011 im Vergleich zu 2006 nach Bezirken (Arbeitsmarktdaten¹⁾, Einwohnerregister)

¹⁾ Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: voraggregierte Daten



(Datenquelle: BA / AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Anteil der arbeitslosen Jugendlichen gemäß SGB III (unter 25 Jahren) an der Bevölkerung (15 bis 24 Jahre)

Höchster Anteil:

- 2011: Marzahn-Hellersdorf (1,87 %), Lichtenberg (1,52 %) und Treptow-Köpenick (1,40 %)
- 2006: Marzahn-Hellersdorf (2,89 %), Lichtenberg (2,53 %) und Pankow (2,21 %)

Niedrigster Anteil:

- 2011: Charlottenburg-Wilmersdorf (0,71 %), Steglitz-Zehlendorf (0,74 %) und Mitte (0,89 %)
- 2006: Steglitz-Zehlendorf (0,85 %), Tempelhof-Schöneberg (1,09 %) und Friedrichshain-Kreuzberg (1,27 %)

Spannbreite:

- 2011: 1,16 %-Punkte
- 2006: 2,04 %-Punkte

Anteil der arbeitslosen Jugendlichen gemäß SGB II (unter 25 Jahren) an der Bevölkerung (15 bis 24 Jahre)

Höchster Anteil:

- 2011: Marzahn-Hellersdorf (6,75 %), Mitte (5,56 %) und Spandau (5,65 %)
- 2006: Mitte (8,78 %), Neukölln (8,52 %) und Friedrichshain-Kreuzberg (5,87 %)

Niedrigster Anteil:

- 2011: Steglitz-Zehlendorf (2,01 %), Charlottenburg-Wilmersdorf (2,39 %) und Treptow-Köpenick (2,66 %)
- 2006: Treptow-Köpenick (2,52 %), Spandau (3,17 %) und Steglitz-Zehlendorf (3,26 %)

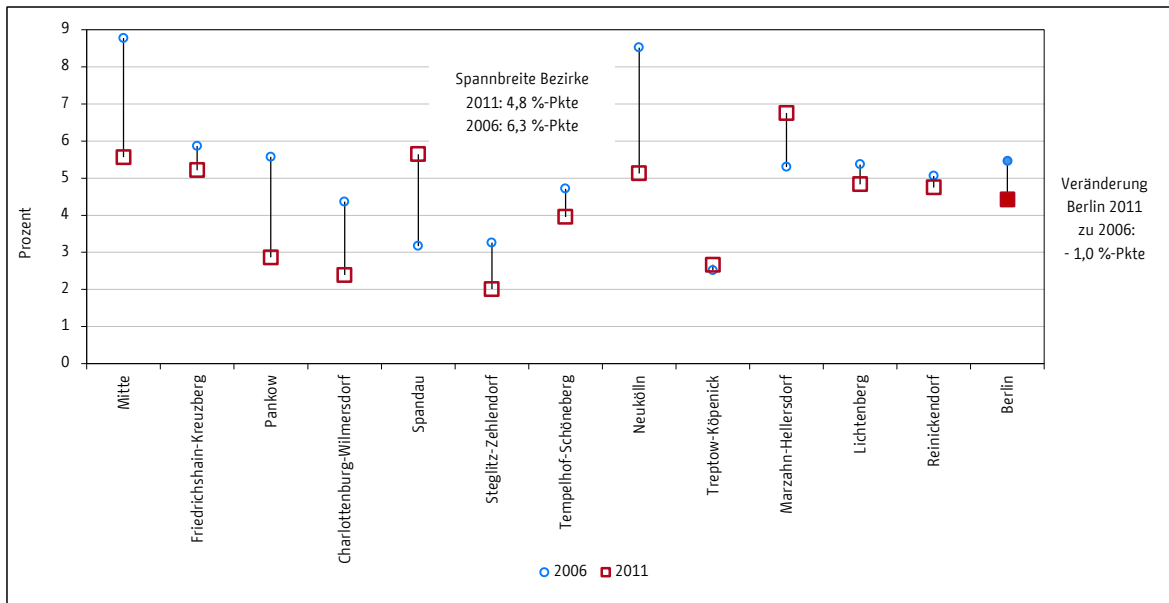
Spannbreite:

- 2011: 4,74 %-Punkte
- 2006: 6,26 %-Punkte

Abbildung 4.41:

Arbeitslose Jugendliche SGB II (unter 25 Jahren) an der Bevölkerung (15 - 24 Jahre) in Berlin am 31.12.2011 im Vergleich zu 2006 nach Bezirken (Arbeitsmarktdaten¹⁾, Einwohnerregister)

¹⁾ Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: voraggregierte Daten



(Datenquelle: BA / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Besonderheit:

Der Anteil arbeitsloser Jugendlicher gemäß SGB III hat in allen Bezirken abgenommen, am stärksten in Pankow (-1,06 %-Punkte) und am geringsten in Steglitz-Zehlendorf und Tempelhof-Schöneberg (je -0,11 %-Punkte). Auch der Anteil an arbeitslosen Jugendlichen gemäß SGB II ist in den meisten Bezirken zurückgegangen (Neukölln: -3,39 %-Punkte), in Marzahn-Hellersdorf – dem Bezirk mit dem höchsten Wert 2011 – und in Spandau jedoch deutlich gestiegen (+2,48 %-Punkte bzw. +1,45 %-Punkte). In Treptow-Köpenick ist der Anteil relativ konstant geblieben. Insgesamt ist der Anteil arbeitsloser Jugendlicher gemäß SGB II in allen Bezirken deutlich höher als der der arbeitslosen Jugendlicher gemäß SGB III. Das liegt an den unterschiedlichen gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen und der unterschiedlichen Anspruchsdauer.

Planungsraumbene

Anteil der arbeitslosen Jugendlichen gemäß SGB III (unter 25 Jahren) an der Bevölkerung (15 bis 24 Jahre)

Höchster Anteil:

- 2011: Kaulsdorf Nord II (Marzahn-Hellersdorf) mit 3,38 %
- 2006: Rummelsburg (Lichtenberg) mit 5,48 %

Niedrigster Anteil:

- 2011: 61 Planungsräume aus elf Bezirken mit 0,00 %
- 2006: 37 Planungsräume aus neun Bezirken mit 0,00 %

Spannbreite:

- 2011: 3,38 %-Punkte
- 2006: 5,48 %-Punkte

Anteil der arbeitslosen Jugendlichen gemäß SGB II (unter 25 Jahren) an der Bevölkerung (15 bis 24 Jahre)

Höchster Anteil:

- 2011: Böhlener Straße (Marzahn-Hellersdorf) mit 13,80 %
- 2006: Treptower Straße Nord (Neukölln) mit 14,71 %

Niedrigster Anteil:

- 2011: 33 Planungsräume aus elf Bezirken mit 0,00 %
- 2006: 18 Planungsräume aus sechs Bezirken mit 0,00 %

Spannbreite:

- 2011: 13,80 %-Punkte
- 2006: 14,71 %-Punkte

Besonderheit:

Die meisten der jeweils zehn Planungsräume mit dem höchsten Anteil an arbeitslosen Jugendlichen gemäß SGB III und SGB II befinden sich in Marzahn-Hellersdorf (SGB III: vier Planungsräume; SGB II: sieben Planungsräume).

Marzahn-Hellersdorf weist auch die größte Spannbreite zwischen den Planungsräumen auf. Der Bezirk verzeichnet beim Anteil der arbeitslosen Jugendlichen gemäß SGB III und SGB II sowohl Planungsräume mit den niedrigsten Anteilen als auch den Planungsraum mit dem jeweils höchsten Anteil (SGB III: Marzahner Chaussee, Helle Mitte und Alt-Biesdorf zu Kaulsdorf Nord II 3,38 %-Punkte; SGB II: Alt-Biesdorf zu Böhlener Straße 13,80 %-Punkte).

Planungsräume mit einem hohen Anteil an arbeitslosen Jugendlichen (SGB III) sind in ganz Berlin mit Ausnahme des südwestlichen Stadtrandes, verteilt. Die Planungsräume mit höheren Anteilen an arbeitslosen Jugendlichen (SGB II) gruppieren sich dagegen in verschiedenen Gebieten, wie zum Beispiel in der Innenstadt oder am westlichen und östlichen Stadtrand.

Tabelle 4.12:

Übersicht Planungsräume (Rang/Wert) mit dem niedrigsten und höchsten Anteil an arbeitslosen Jugendlichen SGB III (unter 25 Jahren) an der Bevölkerung (15 - 24 Jahre) in Berlin 2013 (Stand: 31.12.2011) im Vergleich zu 2008 (Stand: 31.12.2006)

Anzahl	(Anzahl 2008)	Planungsraum	Bezirk	Anteil der arbeitslosen Jugendlichen SGB III	
				Wert 2013	(Wert 2008)
61	(37)	Planungsräume mit gleichem ersten Rang		0,00	(0,00)
15	(10)	x	Charlottenburg-Wilmersdorf	x	x
11	(9)	x	Steglitz-Zehlendorf	x	x
6	(4)	x	Treptow-Köpenick	x	x
5	(1)	x	Pankow	x	x
5	(5)	x	Spandau	x	x
5	(0)	x	Lichtenberg	x	x
4	(2)	x	Neukölln	x	x
3	(2)	x	Mitte	x	x
3	(3)	x	Tempelhof-Schöneberg	x	x
3	(0)	x	Marzahn-Hellersdorf	x	x
1	(1)	x	Friedrichshain-Kreuzberg	x	x
...
Rang	(Rang 2008)	Planungsraum	Bezirk	Wert 2013	(Wert 2008)
410	(269,5)	Tierpark	Lichtenberg	2,65	(1,79)
411	(413)	Marzahn Ost	Marzahn-Hellersdorf	2,67	(4,09)
412	(113)	Wilhelmstraße	Mitte	2,95	(1,03)
413	(19)	Angerburger Allee	Charlottenburg-Wilmersdorf	2,97	(0,00)
414	(360)	Hellersdorfer Promenade	Marzahn-Hellersdorf	3,08	(2,49)
415	(344)	Allende II	Treptow-Köpenick	3,12	(2,33)
416	(223)	Dorf Wartenberg	Lichtenberg	3,14	(1,53)
417	(365)	Hauptstraße	Lichtenberg	3,21	(2,55)
418	(399)	Gelbes Viertel	Marzahn-Hellersdorf	3,37	(3,25)
419	(390)	Kaulsdorf Nord II	Marzahn-Hellersdorf	3,38	(2,95)

x Tabellenfach gesperrt, weil Aussage nicht sinnvoll.

(Datenquelle: BA / Afs Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 4.42:

Arbeitslose Jugendliche SGB III (unter 25 Jahren) an der Bevölkerung (15 - 24 Jahre) in Berlin am 31.12.2011 auf der Ebene der Planungsräume

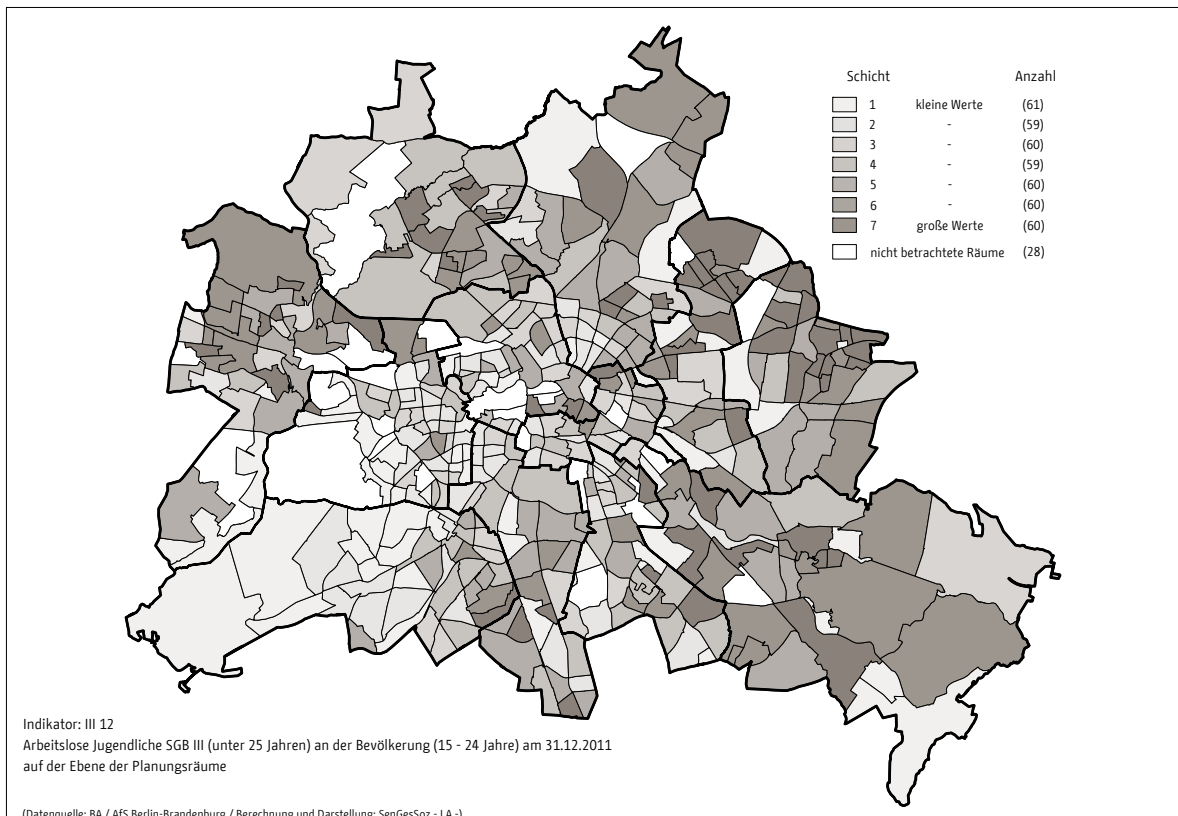


Tabelle 4.13:

Übersicht Planungsräume (Rang/Wert) mit dem niedrigsten und höchsten Anteil an arbeitslosen Jugendlichen SGB II (unter 25 Jahren) an der Bevölkerung (15 - 24 Jahre) in Berlin 2013 (Stand: 31.12.2011) im Vergleich zu 2008 (Stand: 31.12.2006)

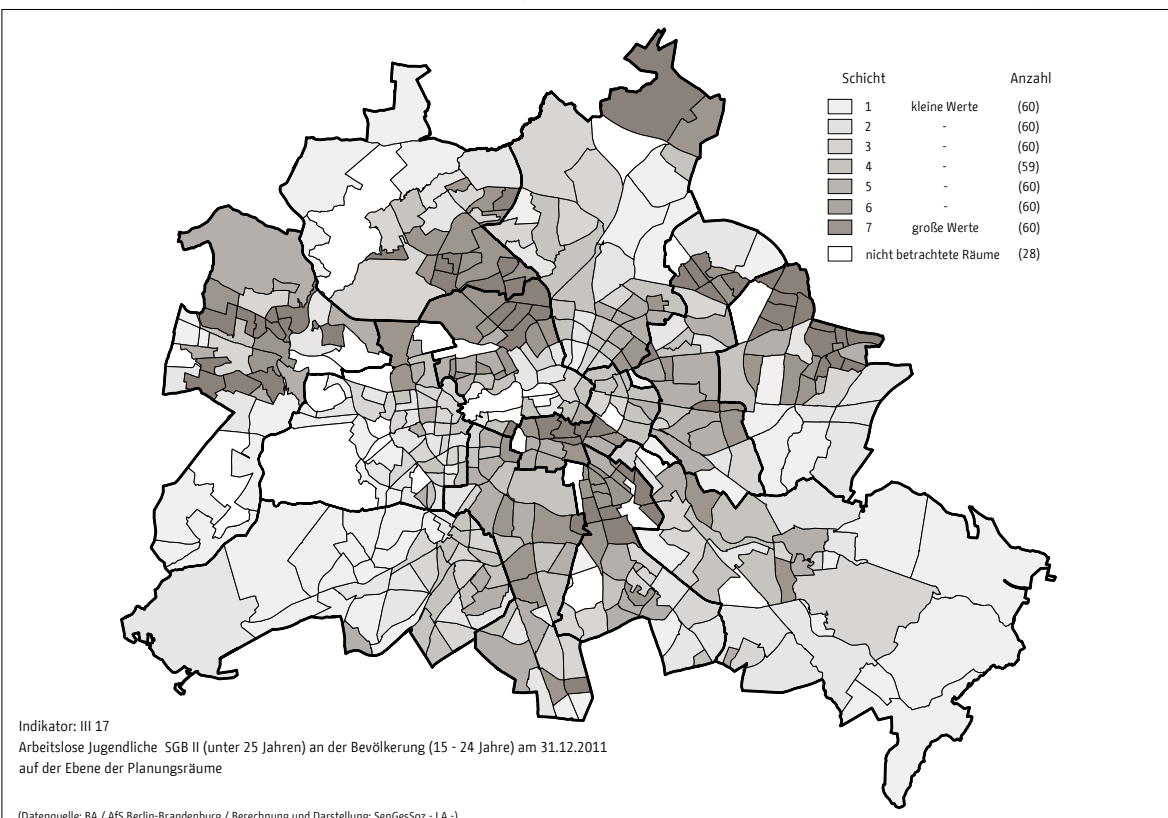
Anzahl	(Anzahl 2008)	Planungsraum	Bezirk	Anteil der arbeitslosen Jugendlichen SGB II	
				Wert 2013	(Wert 2008)
33	(18)	Planungsräume mit gleichem ersten Rang		0,00	(0,00)
8	(6)	x	Charlottenburg-Wilmersdorf	x	x
6	(5)	x	Spandau	x	x
6	(3)	x	Treptow-Köpenick	x	x
4	(2)	x	Steglitz-Zehlendorf	x	x
2	(1)	x	Pankow	x	x
2	(1)	x	Tempelhof-Schöneberg	x	x
1	(0)	x	Freidrichshain-Kreuzberg	x	x
1	(0)	x	Neukölln	x	x
1	(0)	x	Marzahn-Hellersdorf	x	x
1	(0)	x	Lichtenberg	x	x
1	(0)	x	Reinickendorf	x	x
...
Rang	(Rang 2008)	Planungsraum	Bezirk	Wert 2013	(Wert 2008)
410	(390)	Bucher Forst	Pankow	9,89	(10,22)
411	(365)	Havemannstraße	Marzahn-Hellersdorf	10,13	(8,49)
412	(373)	Moritzplatz	Friedrichshain-Kreuzberg	10,27	(9,01)
413	(219)	Maulbeerallee	Spandau	10,56	(4,51)
414	(363)	Marzahn West	Marzahn-Hellersdorf	10,75	(8,34)
415	(355)	Marzahn Ost	Marzahn-Hellersdorf	11,20	(8,06)
416	(303)	Hellersdorfer Promenade	Marzahn-Hellersdorf	11,42	(6,27)
417	(362)	Alte Hellersdorfer Straße	Marzahn-Hellersdorf	12,19	(8,32)
418	(369)	Boulevard Kastanienallee	Marzahn-Hellersdorf	13,23	(8,72)
419	(341)	Böhlener Straße	Marzahn-Hellersdorf	13,80	(7,58)

x Tabellenfach gesperrt, weil Aussage nicht sinnvoll.

(Datenquelle: BA / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 4.43:

Arbeitslose Jugendliche SGB II (unter 25 Jahren) an der Bevölkerung (15 - 24 Jahre) in Berlin am 31.12.2011 auf der Ebene der Planungsräume



4.2.4 Einkommen und materielle Lage

4.2.4.1 Armuts(risiko)quote

Berlin / Deutschland

- Armuts(risiko)quote nach Landesmaßstab in Berlin von 2006 bis 2011 von 13,2 % auf 15,5 % gestiegen
- Armuts(risiko)quote nach Bundesmaßstab in Berlin von 2006 bis 2011 von 17,0 % auf 21,1 % gestiegen; in Deutschland von 14,0 % auf 15,1 % gestiegen

Besonderheit:

Die Armuts(risiko)quote (Bundesmaßstab) ist in Berlin stärker gestiegen als in Deutschland und liegt im Jahr 2011 6,0 %-Punkte über dem Deutschlandwert.

Bezirke

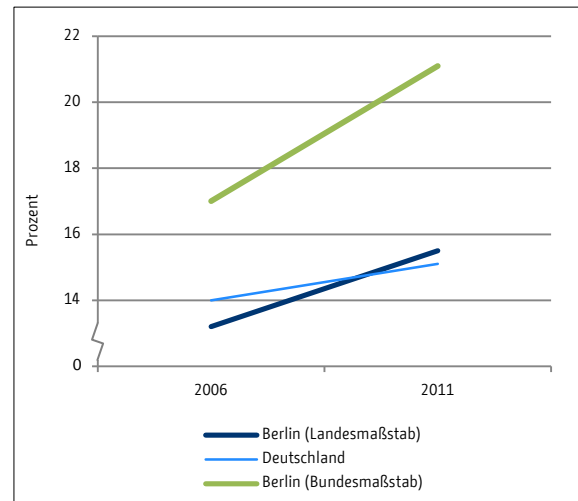
Höchste Armuts(risiko)quote:

- 2011: Neukölln (23,9 %), Mitte (22,2 %) und Friedrichshain-Kreuzberg (21,2 %)
- 2006: Mitte (20,6 %), Neukölln (19,8 %) und Friedrichshain-Kreuzberg (18,3 %)

Niedrigste Armuts(risiko)quote:

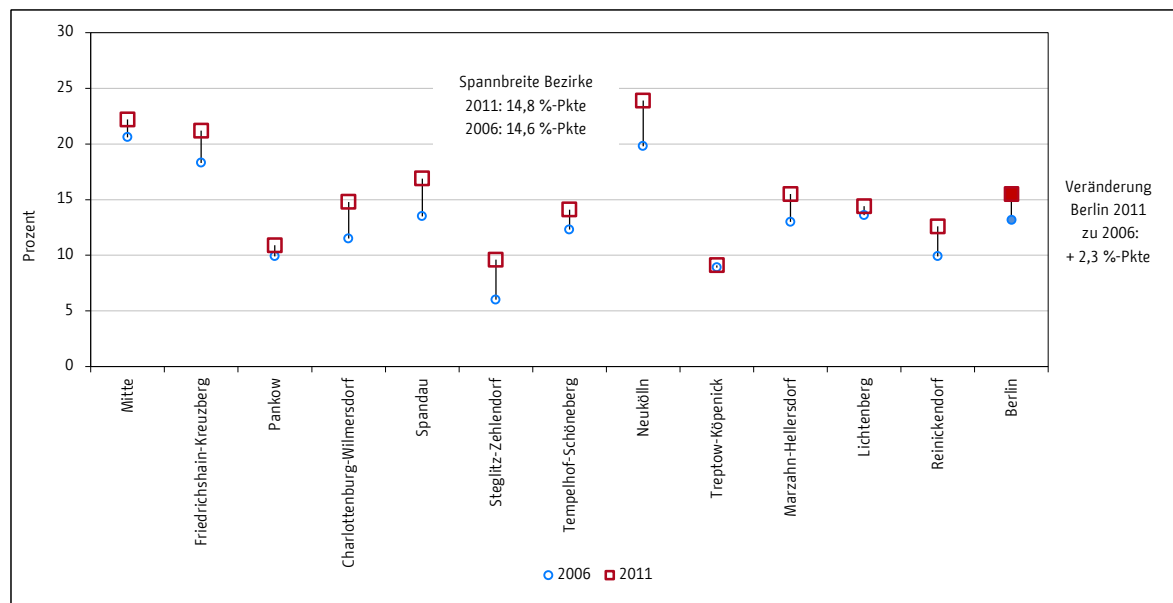
- 2011: Treptow-Köpenick (9,1 %), Steglitz-Zehlendorf (9,6 %) und Pankow (10,9 %)
- 2006: Steglitz-Zehlendorf (6,0 %), Treptow-Köpenick (8,9 %) sowie Pankow und Reinickendorf (je 9,9 %)

Abbildung 4.44
Armuts(risiko)quote in Berlin und Deutschland 2006 und 2011 (Mikrozensus)



(Datenquelle: StBA / AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 4.45:
Armuts(risiko)quote in Berlin im Jahr 2011 im Vergleich zu 2006 nach Bezirken (Mikrozensus)



(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Spannbreite:

- 2011: 14,8 %-Punkte
- 2006: 14,6 %-Punkte

Besonderheit:

Die Armut(sisiko)quote ist in allen Berliner Bezirken gestiegen, in Treptow-Köpenick allerdings nur sehr gering. Den stärksten Anstieg verzeichnen Neukölln – der Bezirk mit der höchsten Quote – und Steglitz-Zehlendorf – der Bezirk mit der zweitniedrigsten Quote in Berlin.

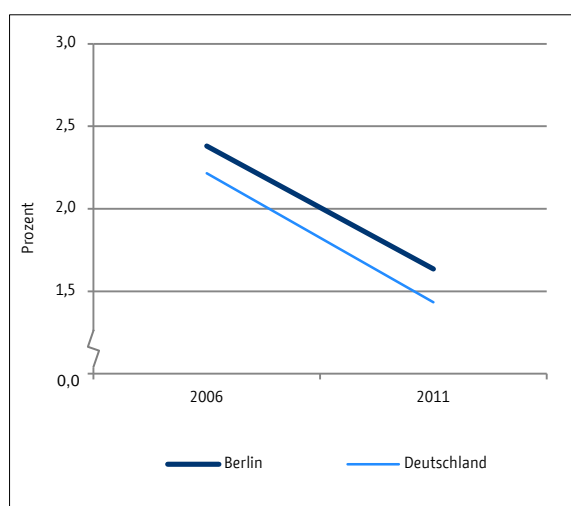
4.2.4.2 Leistungsempfänger SGB III (ALG I) und erwerbsfähige Hilfebedürftige SGB II (ALG II)

Berlin / Deutschland

Abbildung 4.46:

Leistungsempfänger SGB III (ALG I) an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre) in Berlin und Deutschland 2006 und 2011 (Arbeitsmarktdaten¹⁾, Einwohnerregister)

¹⁾ Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: voraggregierte Daten

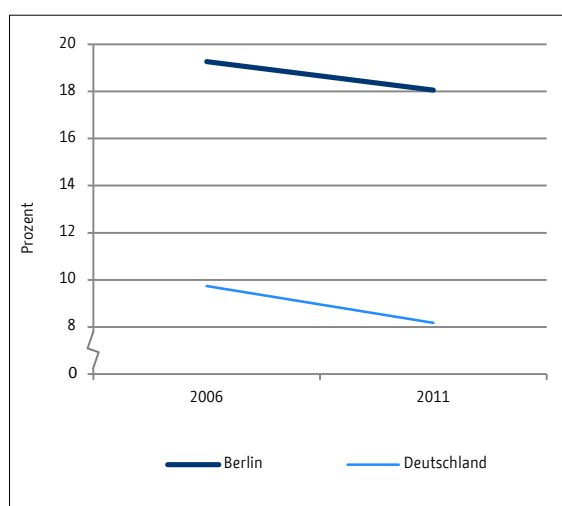


(Datenquelle: BA / AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 4.47:

Erwerbsfähige Hilfebedürftige SGB II (ALG II) an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre) in Berlin und Deutschland 2006 und 2011 (Arbeitsmarktdaten¹⁾, Einwohnerregister)

¹⁾ Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: Mikrodaten



(Datenquelle: BA / AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

- Anteil der Leistungsempfänger SGB III (ALG I) an der Bevölkerung (15 bis 64 Jahre) in Berlin von 2006 bis 2011 von 2,38 % auf 1,63 % gesunken; in Deutschland von 2,21 % auf 1,43 % gesunken
- Anteil der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen SGB II (ALG II) an der Bevölkerung (15 bis 64 Jahre) in Berlin von 2006 bis 2011 von 19,26 % auf 18,05 % gesunken; in Deutschland von 9,73 % auf 8,18 % gesunken

Besonderheit:

Der Anteil erwerbsfähiger Hilfebedürftiger SGB II (ALG II) liegt in Berlin 9,87 %-Punkte über dem Wert Deutschlands.

Bezirke

Anteil der Leistungsempfänger SGB III (ALG I) an der Bevölkerung (15 bis 64 Jahre)

Höchster Anteil:

- 2011: Marzahn-Hellersdorf (2,15 %) und Lichtenberg (2,04 %)
- 2006: Lichtenberg (3,13 %) und Marzahn-Hellersdorf (3,12 %)

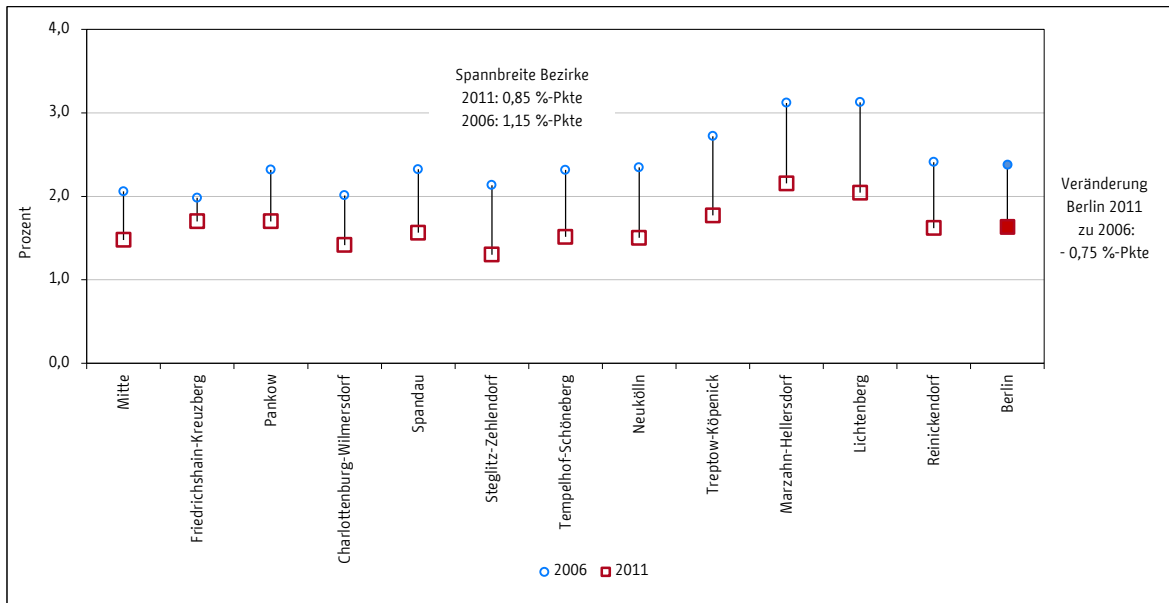
Niedrigster Anteil:

- 2011: Steglitz-Zehlendorf (1,30 %), Charlottenburg-Wilmersdorf (1,42 %) und Mitte (1,48 %)
- 2006: Friedrichshain-Kreuzberg (1,98 %), Charlottenburg-Wilmersdorf (2,01 %) und Mitte (2,06 %)

Abbildung 4.48:

Leistungsempfänger SGB III (ALG I) an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre) in Berlin am 31.12.2011 im Vergleich zu 2006 nach Bezirken (Arbeitsmarktdaten¹⁾, Einwohnerregister)

¹⁾ Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: voraggregierte Daten



(Datenquelle: BA / Afs Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Spannbreite:

- 2011: 0,85 %-Punkte
- 2006: 1,15 %-Punkte

Anteil der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen SGB II (ALG II) an der Bevölkerung (15 bis 64 Jahre)

Höchster Anteil:

- 2011: Neukölln (26,18 %), Mitte (24,51 %) und Spandau (22,79 %)
- 2006: Neukölln (28,40 %), Mitte (24,57 %) und Friedrichshain-Kreuzberg (23,89 %)

Niedrigster Anteil:

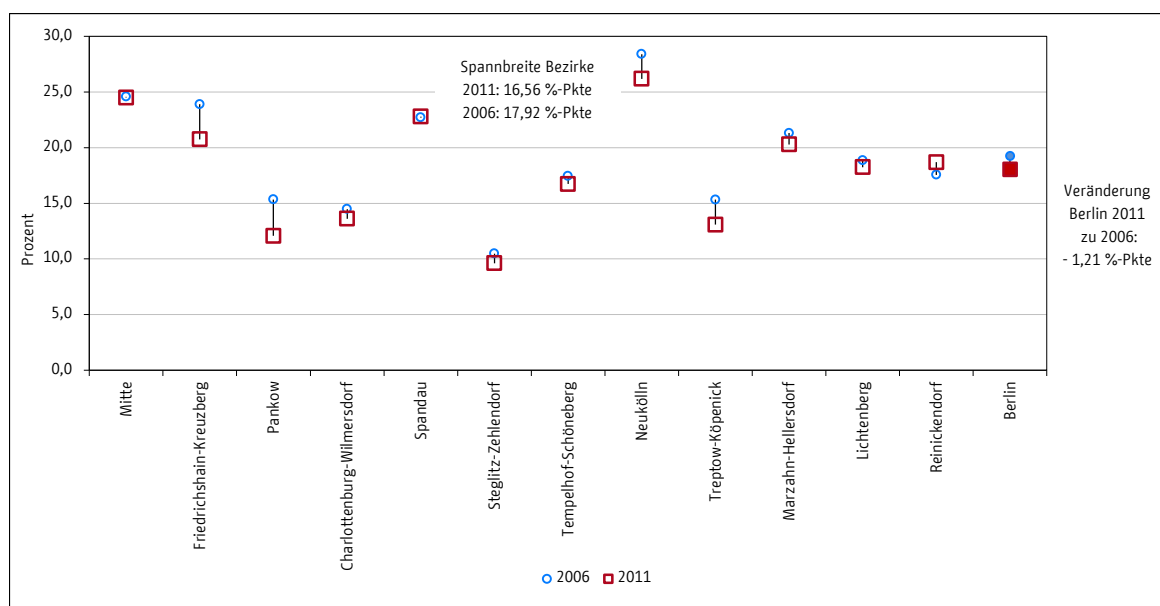
- 2011: Steglitz-Zehlendorf (9,62 %), Pankow (12,07 %) und Treptow-Köpenick (13,08 %)
- 2006: Steglitz-Zehlendorf (10,48 %), Charlottenburg-Wilmersdorf (14,48 %) und Treptow-Köpenick (15,32 %)

Spannbreite:

- 2011: 16,56 %-Punkte
- 2006: 17,92 %-Punkte

Besonderheit:

Der Anteil an Leistungsempfängern SGB III (ALG I) hat sich von 2006 bis 2011 in allen Bezirken verringert, am stärksten in Lichtenberg und Marzahn-Hellersdorf (-1,09 %-Punkte bzw. -0,97 %-Punkte). Trotzdem verzeichnen diese beiden Bezirke mit 2,04 % bzw. 2,15 % noch die höchsten Anteile an ALG I Empfängern. Der Anteil der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen SGB II (ALG II) ist im gleichen Zeitraum in den Bezirken ebenfalls gesunken. Nur in Mitte und Spandau ist er konstant geblieben. Hier zeigt sich auch eine größere Spannbreite zwischen den Bezirken (ALG I: 0,85 %-Punkte; ALG II: 16,56 %-Punkte). Insgesamt ist der Anteil der ALG II Empfänger in allen Bezirken deutlich höher als derjenigen, die ALG I erhalten. Das liegt an den unterschiedlichen Anspruchsvoraussetzungen und der unterschiedlichen Anspruchsdauer.

Abbildung 4.49:
Erwerbsfähige Hilfebedürftige SGB II (ALG II) an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre) in Berlin am 31.12.2011 im Vergleich zu 2006 nach Bezirken (Arbeitsmarktdaten¹⁾, Einwohnerregister)
¹⁾ Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: Mikrodaten


(Datenquelle: BA / AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Planungsraumbene

Anteil der Leistungsempfänger SGB III (ALG I) an der Bevölkerung (15 bis 64 Jahre)

Höchster Anteil:

- 2011: Marzahn Ost (Marzahn-Hellersdorf) mit 3,02 %
- 2006: Hohenschönhausener Straße (Lichtenberg) mit 4,14 %

Niedrigster Anteil:

- 2011: Kranzallee (Charlottenburg-Wilmersdorf) mit 0,50 %
- 2006: Herzbergstraße (Lichtenberg) mit 0,85 %

Spannbreite:

- 2011: 2,52 %-Punkte
- 2006: 3,29 %-Punkte

Anteil der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen SGB II (ALG II) an der Bevölkerung (15 bis 64 Jahre)

Höchster Anteil:

- 2011: Schulenburgpark (Neukölln) mit 50,57 %
- 2006: Helle Mitte (Marzahn-Hellersdorf) mit 47,69 %

Niedrigster Anteil:

- 2011: Eichkamp (Charlottenburg-Wilmersdorf) mit 1,00 %
- 2006: Eichkamp (Charlottenburg-Wilmersdorf) mit 1,41 %

Spannbreite:

- 2011: 49,57 %-Punkte
- 2006: 46,28 %-Punkte

Tabelle 4.14:

Übersicht Planungsräume (Rang/Wert) mit dem niedrigsten und höchsten Anteil an Leistungsempfängern SGB III (ALG I) an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre) in Berlin 2013 (Stand: 31.12.2011) im Vergleich zu 2008 (Stand: 31.12.2006)

Rang 2013	(Rang 2008)	Planungsraum	Bezirk	Anteil der Leistungsempfänger SGB III (ALG I)	
				Wert 2013	(Wert 2008)
1	(11)	Kranzallee	Charlottenburg-Wilmersdorf	0,50	(1,34)
2	(3)	Eichkamp	Charlottenburg-Wilmersdorf	0,52	(0,91)
3	(13)	Dahlem	Steglitz-Zehlendorf	0,56	(1,38)
4	(10)	Messelpark	Charlottenburg-Wilmersdorf	0,60	(1,27)
5	(8)	Goerzwerke	Steglitz-Zehlendorf	0,62	(1,22)
6	(*)	Eldenaer Straße	Pankow	0,64	(*)
7	(55)	An der Tränke	Spandau	0,67	(1,82)
8	(66)	Isenburger Weg	Spandau	0,68	(1,86)
9	(7)	Thielallee	Steglitz-Zehlendorf	0,69	(1,15)
10	(16)	Nikolassee	Steglitz-Zehlendorf	0,88	(1,39)
...
410	(400)	Ringkolonnaden	Marzahn-Hellersdorf	2,57	(3,49)
411	(321)	Kaulsdorf Nord II	Marzahn-Hellersdorf	2,57	(2,75)
412	(396)	Tierpark	Lichtenberg	2,60	(3,44)
413	(325)	Angerburger Allee	Charlottenburg-Wilmersdorf	2,60	(2,77)
414	(414)	Gelbes Viertel	Marzahn-Hellersdorf	2,68	(3,91)
415	(279)	Marzahn West	Marzahn-Hellersdorf	2,71	(2,59)
416	(402)	Gut Hellersdorf	Marzahn-Hellersdorf	2,72	(3,51)
417	(383)	Rosenfelder Ring	Lichtenberg	2,84	(3,23)
418	(378)	Hellersdorfer Promenade	Marzahn-Hellersdorf	2,85	(3,20)
419	(404)	Marzahn Ost	Marzahn-Hellersdorf	3,02	(3,58)

* 2008 bei der Sozialstrukturberechnung auf Grund geringer Bevölkerungszahl nicht berücksichtigt.

(Datenquelle: BA / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 4.50:

Leistungsempfänger SGB III (ALG I) an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre) in Berlin am 31.12.2011 auf der Ebene der Planungsräume

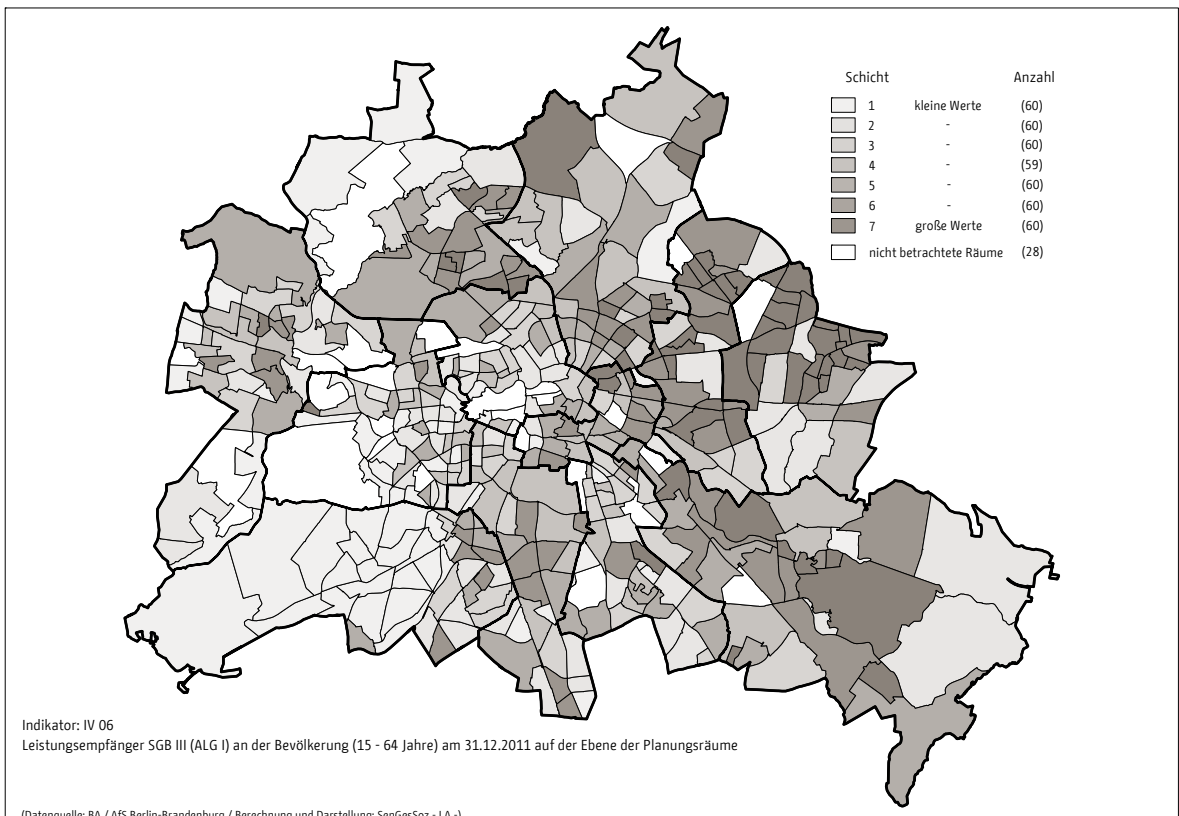


Tabelle 4.15:

Übersicht Planungsräume (Rang/Wert) mit dem niedrigsten und höchsten Anteil an erwerbsfähigen Hilfebedürftigen SGB II (ALG II) an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre) in Berlin 2013 (Stand: 31.12.2011) im Vergleich zu 2008 (Stand: 31.12.2006)

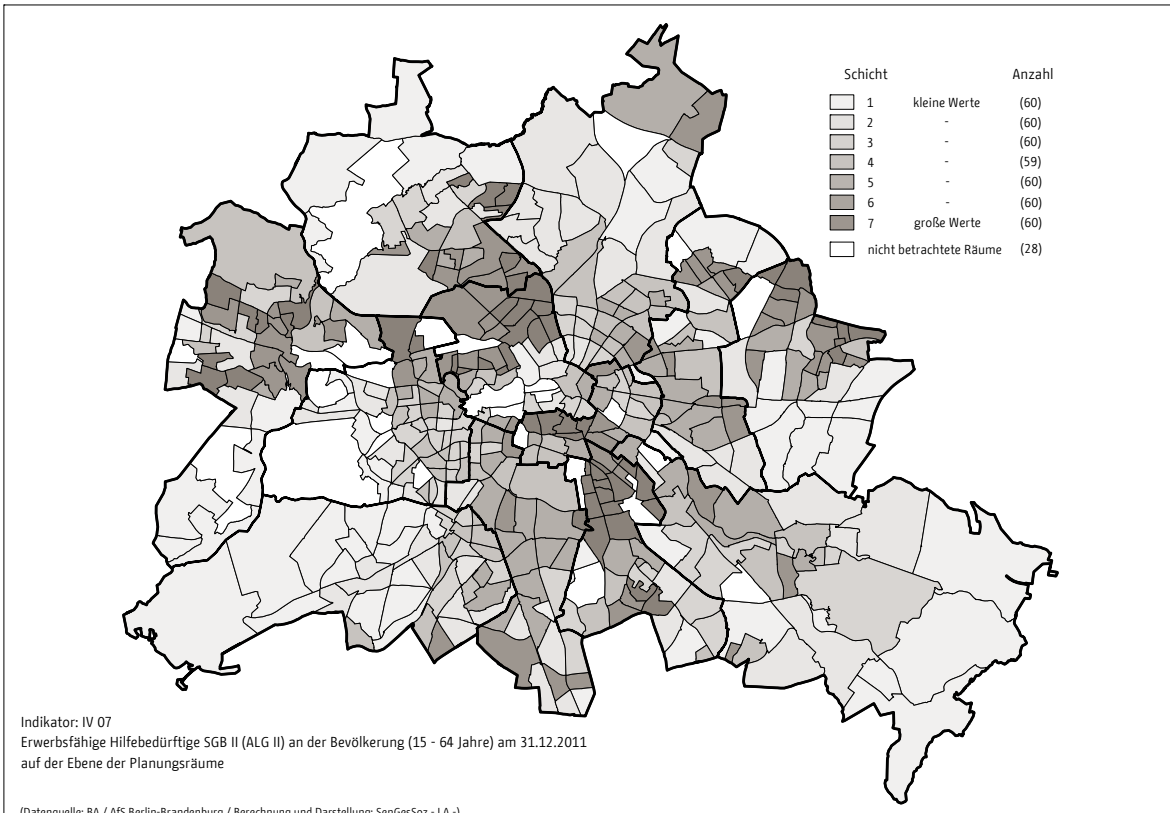
Rang 2013	(Rang 2008)	Planungsraum	Bezirk	Anteil der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen SGB II (ALG II)	
				Wert 2013	(Wert 2008)
1	(1)	Eichkamp	Charlottenburg-Wilmersdorf	1,00	(1,41)
2	(*)	Eldenaer Straße	Pankow	1,74	(*)
3	(6)	Dahlem	Steglitz-Zehlendorf	2,12	(2,88)
4	(9)	Biesdorf Süd	Marzahn-Hellersdorf	2,23	(3,18)
5	(5)	Frohnau	Reinickendorf	2,39	(2,82)
6	(3)	Messelpark	Charlottenburg-Wilmersdorf	2,39	(2,12)
7	(17)	Mohriner Allee Nord	Neukölln	2,41	(3,76)
8	(8)	Thielallee	Steglitz-Zehlendorf	2,42	(3,09)
9	(10)	Dorf Wartenberg	Lichtenberg	2,47	(3,19)
10	(7)	Oberfeldstraße	Marzahn-Hellersdorf	2,52	(2,99)
...
410	(407)	Mehringplatz	Friedrichshain-Kreuzberg	39,39	(41,82)
411	(396)	Boulevard Kastanienallee	Marzahn-Hellersdorf	39,57	(37,77)
412	(414)	Wassertorplatz	Friedrichshain-Kreuzberg	39,76	(44,37)
413	(415)	Rollberg	Neukölln	40,27	(44,58)
414	(408)	Alte Hellersdorfer Straße	Marzahn-Hellersdorf	40,64	(42,09)
415	(398)	Treuenbrietzener Straße	Reinickendorf	41,40	(38,56)
416	(411)	Moritzplatz	Friedrichshain-Kreuzberg	45,62	(43,15)
417	(410)	Maulbeerallee	Spandau	47,44	(42,97)
418	(406)	Weißer Siedlung	Neukölln	48,89	(41,31)
419	(416)	Schulenburgpark	Neukölln	50,57	(45,14)

* 2008 bei der Sozialstrukturberechnung auf Grund geringer Bevölkerungszahl nicht berücksichtigt.

(Datenquelle: BA / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 4.51:

Erwerbsfähige Hilfebedürftige SGB II (ALG II) an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre) in Berlin am 31.12.2011 auf der Ebene der Planungsräume



Besonderheit:

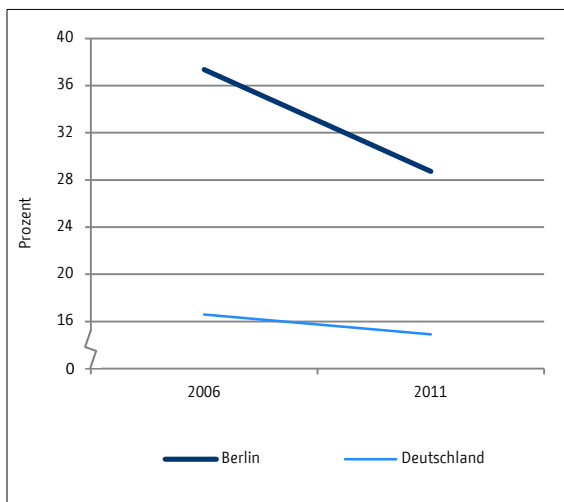
Die sieben Planungsräume mit dem höchsten Anteil an Leistungsempfängern SGB III (ALG I) befinden sich im Bezirk Marzahn-Hellersdorf; vier der zehn Planungsräume mit dem niedrigsten Anteil in Steglitz-Zehlendorf.

Der Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf verzeichnet beim Anteil der ALG I Empfänger eine große Spannweite von 2,10 %-Punkten zwischen den Planungsräumen (Kranzallee zu Angerburger Allee); beim Anteil der ALG II Empfänger zeigt sich eine noch größere Spannweite von 38,41 %-Punkten zwischen den Planungsräumen in Marzahn-Hellersdorf (Biesdorf Süd zu Alte Hellersdorfer Straße).

Während sich die Planungsräume mit einem hohen Anteil an ALG I Empfängern größtenteils im Ostteil der Stadt befinden, sind die Planungsräume, die einen hohen Anteil an ALG II Empfängern verzeichnen, überwiegend in der westlichen Innenstadt vertreten.

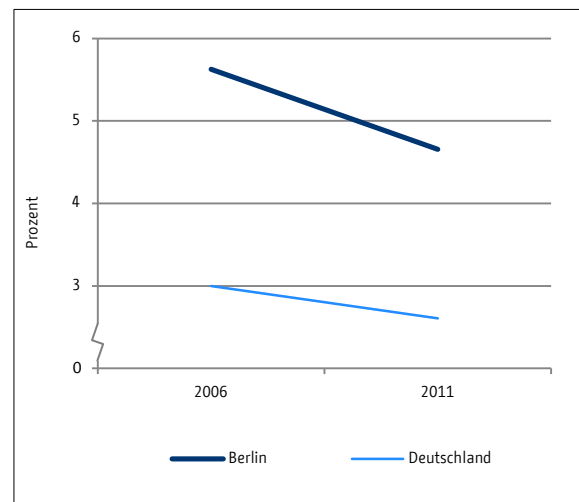
4.2.4.3 Nichterwerbsfähige Hilfebedürftige SGB II (SG) Berlin / Deutschland

Abbildung 4.52:
Nichterwerbsfähige Hilfebedürftige SGB II (SG) an der Bevölkerung
(unter 15 Jahren) in Berlin und Deutschland 2006 und 2011
(Arbeitsmarktdaten¹⁾, Einwohnerregister)
¹⁾ Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: Mikrodaten



(Datenquelle: BA / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 4.53:
Nichterwerbsfähige Hilfebedürftige SGB II (SG) an der Bevölkerung
(unter 65 Jahren) in Berlin und Deutschland 2006 und 2011
(Arbeitsmarktdaten¹⁾, Einwohnerregister)
¹⁾ Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: Mikrodaten



(Datenquelle: BA / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

- Anteil der nichterwerbsfähigen Hilfebedürftigen SGB II (SG) an der Bevölkerung (unter 15 Jahren) in Berlin von 2006 bis 2011 von 37,4 % auf 28,7 % gesunken; in Deutschland von 16,6 % auf 14,9 % gesunken
- Anteil der nichterwerbsfähigen Hilfebedürftigen SGB II (SG) an der Bevölkerung (unter 65 Jahren) in Berlin von 2006 bis 2011 von 5,6 % auf 4,7 % gesunken; in Deutschland von 3,0 % auf 2,6 % gesunken

Besonderheit:

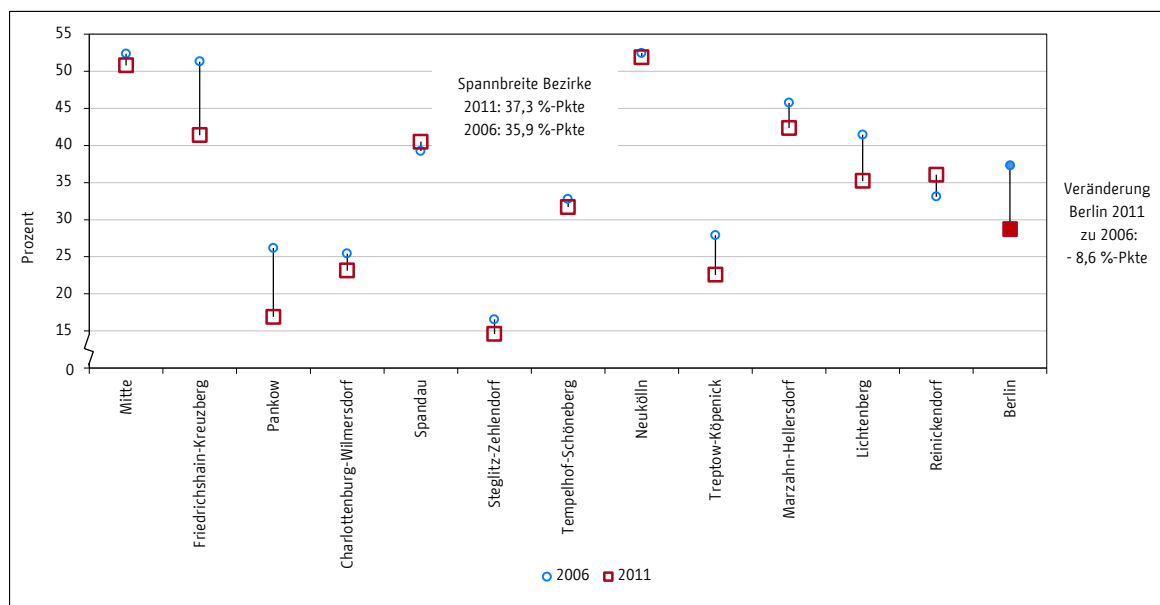
Obwohl die Anteile der nichterwerbsfähigen Hilfebedürftigen SGB II (SG) unter 15 und unter 65 Jahren in Berlin seit 2006 stärker als in Deutschland sinken, ist der Berliner Wert jeweils fast doppelt so hoch wie der in Deutschland. In Berlin bezieht über ein Viertel der Kinder und Jugendlichen unter 15 Jahren Sozialgeld nach SGB II (28,7 %).

Bezirke

Abbildung 4.54:

Nichterwerbsfähige Hilfebedürftige SGB II (SG) an der Bevölkerung (unter 15 Jahren) in Berlin am 31.12.2011 im Vergleich zu 2006 nach Bezirken (Arbeitsmarktdaten¹⁾, Einwohnerregister)

¹⁾ Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: Mikrodaten



(Datenquelle: BA / AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Anteil der nichterwerbsfähigen Hilfebedürftigen SGB II (SG) an der Bevölkerung (unter 15 Jahren)

Höchster Anteil:

- 2011: Neukölln (51,9 %) und Mitte (50,8 %)
- 2006: Neukölln (52,5 %), Mitte (52,4 %) und Friedrichshain-Kreuzberg (51,3 %)

Niedrigster Anteil:

- 2011: Steglitz-Zehlendorf (14,6 %), Pankow (16,9 %) und Treptow-Köpenick (22,6 %)
- 2006: Steglitz-Zehlendorf (16,5 %), Charlottenburg-Wilmersdorf (25,4 %) und Pankow (26,2 %)

Spannbreite:

- 2011: 37,3 %-Punkte
- 2006: 35,9 %-Punkte

Anteil der nichterwerbsfähigen Hilfebedürftigen SGB II (SG) an der Bevölkerung (unter 65 Jahren)

Höchster Anteil:

- 2011: Neukölln (8,8 %), Mitte (8,1 %) und Spandau (7,2 %)
- 2006: Neukölln (9,2 %), Mitte (8,2 %) und Friedrichshain-Kreuzberg (7,4 %)

Niedrigster Anteil:

- 2011: Steglitz-Zehlendorf (2,6 %), Pankow (2,8 %) und Charlottenburg-Wilmersdorf (3,2 %)
- 2006: Steglitz-Zehlendorf (2,7 %), Charlottenburg-Wilmersdorf (3,4 %) und Pankow (3,7 %)

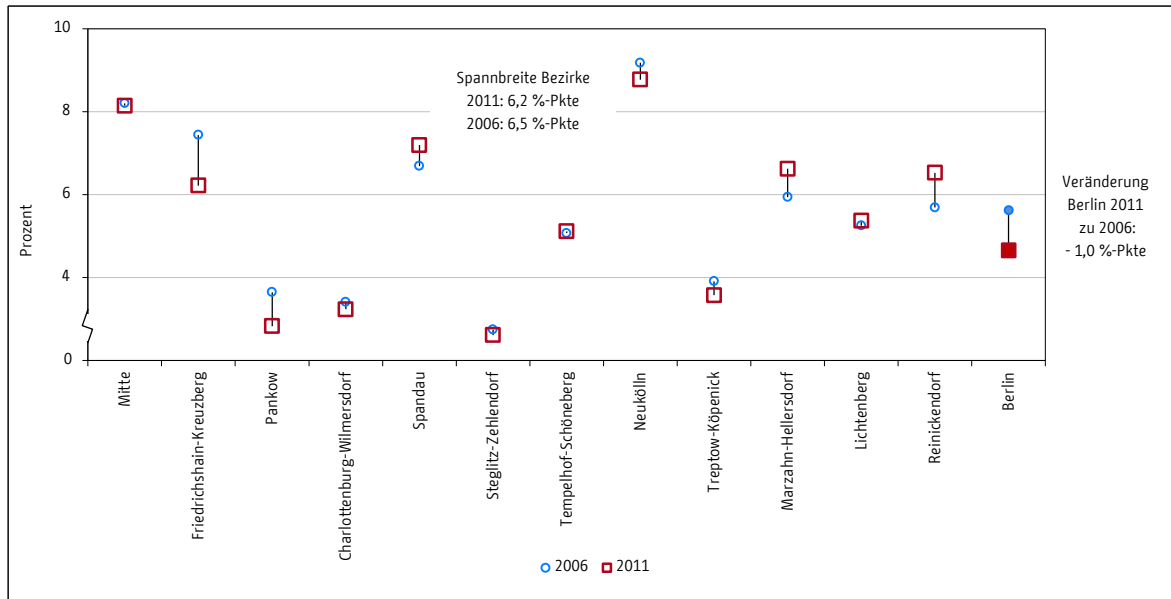
Spannbreite:

- 2011: 6,2 %-Punkte
- 2006: 6,5 %-Punkte

Abbildung 4.55:

Nichterwerbsfähige Hilfebedürftige SGB II (SG) an der Bevölkerung (unter 65 Jahren) in Berlin am 31.12.2011 im Vergleich zu 2006 nach Bezirken (Arbeitsmarktdaten¹⁾, Einwohnerregister)

¹⁾ Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: Mikrodaten



(Datenquelle: BA / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Besonderheit:

Der Anteil der nichterwerbsfähigen Hilfebedürftigen SGB II (SG) an der Bevölkerung bis 15 Jahre ist von 2006 bis 2011 in zwei Berliner Bezirken gestiegen (Spandau +1,3 %-Punkte und Reinickendorf +3,0 %-Punkte) und in zehn Bezirken gesunken. Besonders starke Veränderungen verzeichnen Friedrichshain-Kreuzberg und Pankow (-9,9 %-Punkte bzw. -9,3 %-Punkte). Die Spannweite zwischen den Bezirken ist mit 37,3 %-Punkten deutlich größer als bei dem Anteil der nichterwerbsfähigen Hilfebedürftigen SGB II (SG) bis 65 Jahre (6,2 %-Punkte). Hier weisen die Bezirkswerte auch keine so ausgeprägte zeitliche Entwicklung auf (Reinickendorf: +0,8 %-Punkte und Friedrichshain-Kreuzberg: -1,2 %-Punkte). Tempelhof-Schöneberg verzeichnet 2011 sogar den gleichen Anteil wie 2006. Den niedrigsten Anteil an nichterwerbsfähigen Hilfebedürftigen SGB II (SG) an den unter 15-Jährigen als auch den unter 65-Jährigen verzeichnet Steglitz-Zehlendorf (mit 14,6 % bzw. 2,6 %). Im Bezirk Neukölln bezieht über die Hälfte aller Kinder Sozialgeld.

Planungsraumbene

Anteil der nichterwerbsfähigen Hilfebedürftigen SGB II (SG) an der Bevölkerung (unter 15 Jahren)

Höchster Anteil:

- 2011: Moritzplatz (Friedrichshain-Kreuzberg) mit 74,2 %
- 2006: Wassertorplatz (Friedrichshain-Kreuzberg) mit 75,0 %

Niedrigster Anteil:

- 2011: Märchenland (Pankow), Eldenaer Straße (Pankow), Messelpark (Charlottenburg-Wilmersdorf) und Karolinenhof (Treptow-Köpenick) mit 0,0 %
- 2006: Märchenland (Pankow) mit 0,0 %

Spannweite:

- 2011: 74,2 %-Punkte
- 2006: 75,0 %-Punkte

Anteil der nichterwerbsfähigen Hilfebedürftigen SGB II (SG) an der Bevölkerung (unter 65 Jahren)

Höchster Anteil:

- 2011: Schulenburgpark (Neukölln) mit 19,4 %
- 2006: Wassertorplatz (Friedrichshain-Kreuzberg) mit 18,5 %

Niedrigster Anteil:

- 2011: Messelpark (Charlottenburg-Wilmersdorf) mit 0,0 %
- 2006: Hundekehle (Charlottenburg-Wilmersdorf) mit 0,2 %

Spannbreite:

- 2011: 19,4 %-Punkte
- 2006: 18,3 %-Punkte

Besonderheit:

In Neukölln bezieht die Hälfte der Kinder und Jugendlichen bis 15 Jahre Sozialgeld. Aus dem Bezirk befinden sich 2011 vier Planungsräume unter den zehn mit dem größten Anteil an nichterwerbsfähigen Hilfebedürftigen SGB II (SG) an der Bevölkerung (unter 15 Jahren). Diese weisen sogar einen Anteil von über 70 % auf.

Der Bezirk Spandau verzeichnet bei dem Anteil der nichterwerbsfähigen Hilfsbedürftigen SGB II (SG) unter 15 Jahren eine große Spannbreite unter den Planungsräumen (Kladower Damm zu Maulbeerallee 71,7 %-Punkte).

Die geografische Verteilung der Planungsräume mit einem hohen Anteil an nichterwerbsfähigen Hilfebedürftigen SGB II ist in allen Altersgruppen ähnlich: Die Planungsräume, die einen hohen Anteil an nichterwerbsfähigen Hilfebedürftigen SGB II (SG) aufweisen befinden sich überwiegend in der Innenstadt und im westlichen Randgebiet in Spandau sowie im östlichen Randgebiet in Lichtenberg und Marzahn-Hellersdorf.

Tabelle 4.16:

Übersicht Planungsräume (Rang/Wert) mit dem niedrigsten und höchsten Anteil an nichterwerbsfähigen Hilfebedürftigen SGB II (SG) an der Bevölkerung (unter 15 Jahren) in Berlin 2013 (Stand: 31.12.2011) im Vergleich zu 2008 (Stand: 31.12.2006)

Rang 2013	(Rang 2008)	Planungsraum	Bezirk	Anteil der nichterwerbsfähigen Hilfebedürftigen SGB II (SG) unter 15 J.	
				Wert 2013	(Wert 2008)
2,5	(1)	Märchenland	Pankow	0,00	(0,00)
2,5	(*)	Eldenaer Straße	Pankow	0,00	(*)
2,5	(5)	Messelpark	Charlottenburg-Wilmersdorf	0,00	(1,68)
2,5	(57)	Karolinenhof	Treptow-Köpenick	0,00	(9,14)
5	(2)	Eichkamp	Charlottenburg-Wilmersdorf	0,79	(0,69)
6	(13)	Dahlem	Steglitz-Zehlendorf	1,14	(3,72)
7	(19)	Thielallee	Steglitz-Zehlendorf	1,25	(4,58)
8	(6)	Wendenschloß	Treptow-Köpenick	1,35	(2,03)
9	(7)	Kranzallee	Charlottenburg-Wilmersdorf	1,62	(2,07)
10	(18)	Kladower Damm	Spandau	1,67	(4,47)
...
410	(406)	Schulenburgpark	Neukölln	70,94	(70,45)
411	(400)	Reinickendorfer Straße	Mitte	71,00	(67,89)
412	(397)	Humboldthain Nordwest	Mitte	71,29	(67,33)
413	(404)	Boulevard Kastanienallee	Marzahn-Hellersdorf	71,87	(70,25)
414	(393)	Weißer Siedlung	Neukölln	71,87	(66,58)
415	(417)	Wassertorplatz	Friedrichshain-Kreuzberg	72,06	(74,95)
416	(408)	Silbersteinstraße	Neukölln	72,50	(71,25)
417	(416)	Rollberg	Neukölln	72,57	(74,87)
418	(415)	Maulbeerallee	Spandau	73,35	(73,89)
419	(403)	Moritzplatz	Friedrichshain-Kreuzberg	74,23	(70,21)

* 2008 bei der Sozialstrukturberechnung auf Grund geringer Bevölkerungszahl nicht berücksichtigt.

(Datenquelle: BA / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 4.56:

Nichterwerbsfähige Hilfebedürftige SGB II (SG) an der Bevölkerung (unter 15 Jahren) in Berlin am 31.12.2011 auf der Ebene der Planungsräume

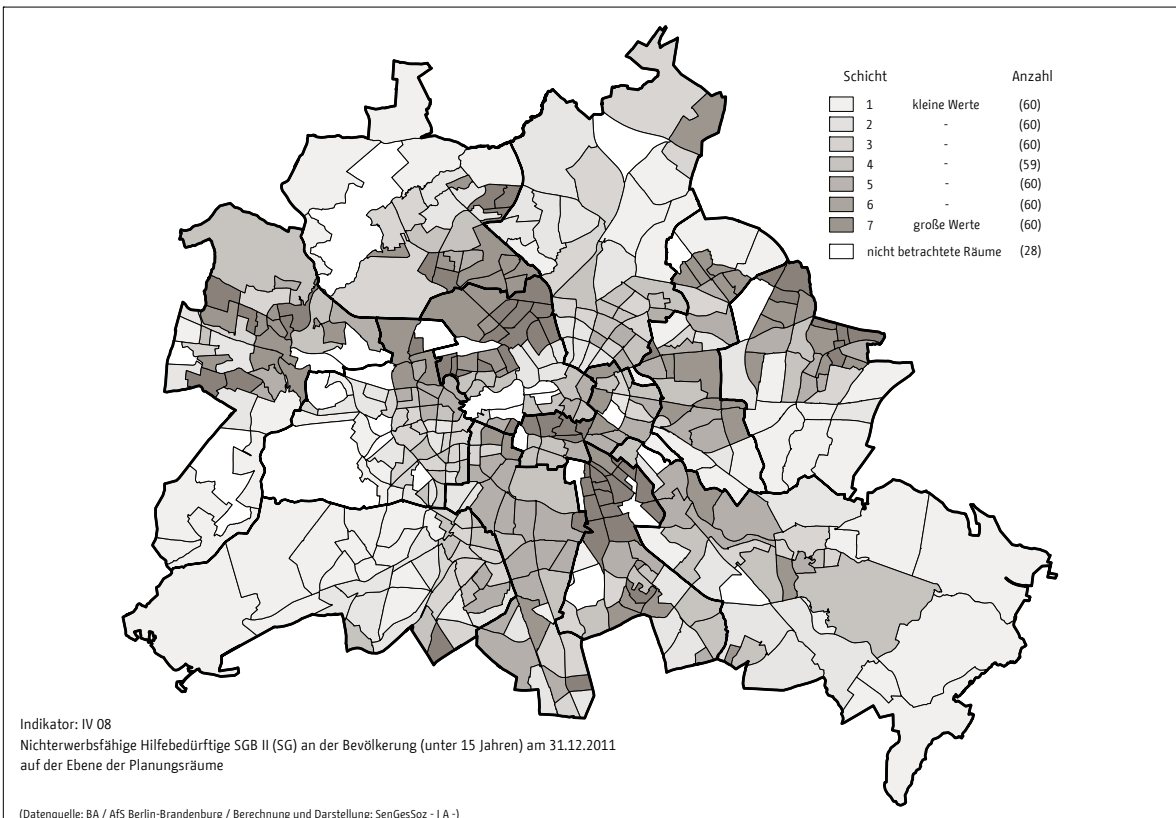


Tabelle 4.17:

Übersicht Planungsräume (Rang/Wert) mit dem niedrigsten und höchsten Anteil an nichterwerbsfähigen Hilfebedürftigen SGB II (SG) an der Bevölkerung (unter 65 Jahren) in Berlin 2013 (Stand: 31.12.2011) im Vergleich zu 2008 (Stand: 31.12.2006)

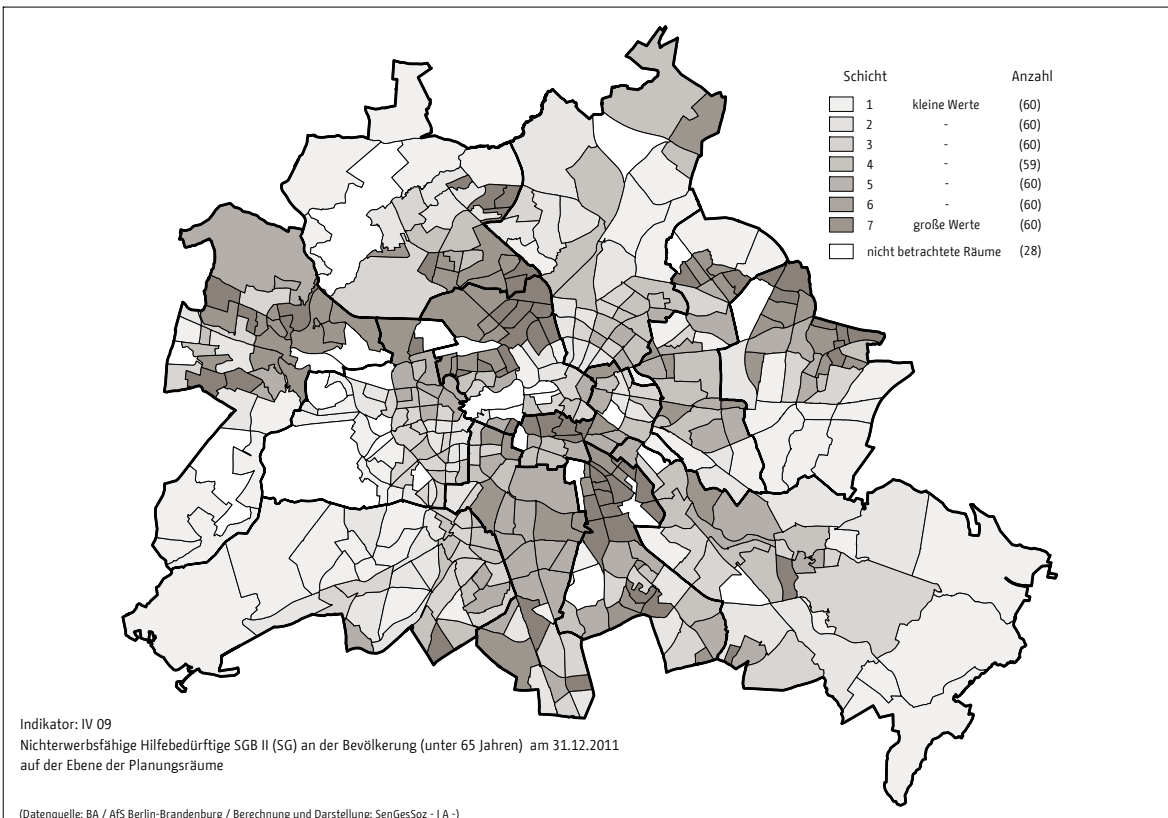
Rang 2013	(Rang 2008)	Planungsraum	Bezirk	Anteil der nichterwerbsfähigen Hilfebedürftigen SGB II (SG) an der Bevölkerung unter 65 J.	
				Wert 2013	(Wert 2008)
1	(4)	Messelpark	Charlottenburg-Wilmersdorf	0,00	(0,45)
2	(*)	Eldenaer Straße	Pankow	0,20	(*)
3	(2)	Eichkamp	Charlottenburg-Wilmersdorf	0,28	(0,23)
4	(24)	Thielallee	Steglitz-Zehlendorf	0,31	(0,9)
5	(53)	Karolinenhof	Treptow-Köpenick	0,32	(1,29)
6	(15)	Biesdorf Süd	Marzahn-Hellersdorf	0,32	(0,69)
7	(13)	Dahlem	Steglitz-Zehlendorf	0,34	(0,67)
8	(7)	Oberfeldstraße	Marzahn-Hellersdorf	0,39	(0,57)
9	(3)	Dorf Wartenberg	Lichtenberg	0,43	(0,33)
10	(5)	Wendenschloß	Treptow-Köpenick	0,44	(0,51)
...
410	(409)	Heidestraße	Mitte	16,14	(15,40)
411	(387)	Märkisches Zentrum	Reinickendorf	16,28	(11,95)
412	(365)	Rollberg	Neukölln	16,47	(10,11)
413	(415)	Brunnenstraße	Mitte	16,64	(17,35)
414	(407)	Moritzplatz	Friedrichshain-Kreuzberg	16,85	(15,10)
415	(417)	Wassertorplatz	Friedrichshain-Kreuzberg	16,95	(18,51)
416	(402)	Weißer Siedlung	Neukölln	17,40	(14,06)
417	(412)	Maulbeerallee	Spandau	18,02	(16,58)
418	(414)	Treuenbrietzenener Straße	Reinickendorf	18,79	(17,20)
419	(411)	Schulenburgpark	Neukölln	19,41	(16,06)

* 2008 bei der Sozialstrukturberechnung auf Grund geringer Bevölkerungszahl nicht berücksichtigt.

(Datenquelle: BA / Afs Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

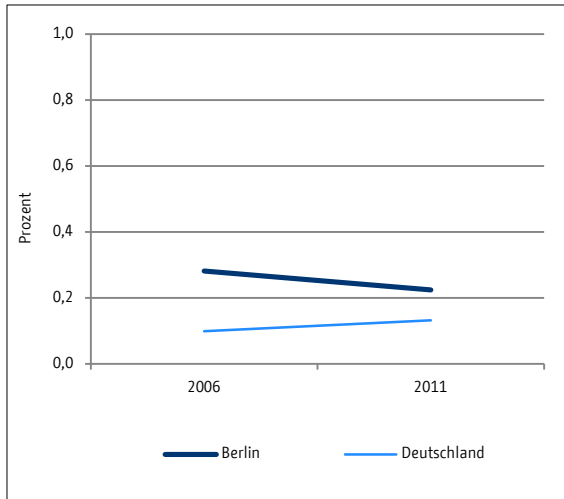
Abbildung 4.57:

Nichterwerbsfähige Hilfebedürftige SGB II (SG) an der Bevölkerung (unter 65 Jahren) in Berlin am 31.12.2011 auf der Ebene der Planungsräume



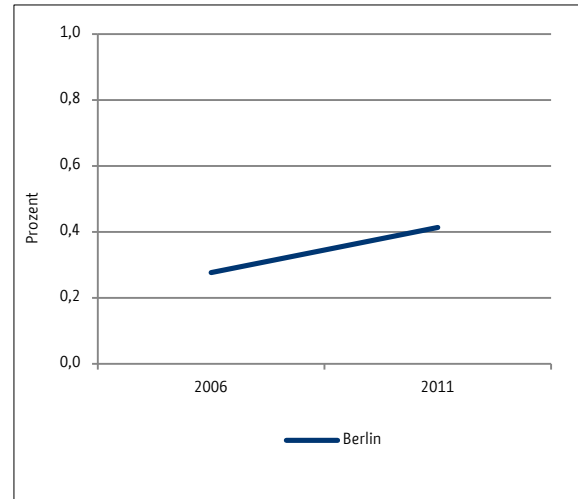
4.2.4.4 Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt SGB XII Berlin / Deutschland

Abbildung 4.58:
Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt SGB XII
(außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung in Berlin und
Deutschland 2006 und 2011 (Sozialhilfestatistik, Einwohnerregister)



(Datenquelle: SenGesSoz Berlin / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 4.59:
Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt SGB XII
(außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung (unter 15 Jahren) in
Berlin 2006 und 2011 (Sozialhilfestatistik, Einwohnerregister)



(Datenquelle: SenGesSoz Berlin / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

- Anteil der Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung in Berlin von 2006 bis 2011 von 0,28 % auf 0,22 % gesunken; in Deutschland von 0,09 % auf 0,13 % gestiegen
- Anteil der Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung (unter 15 Jahren) in Berlin von 2006 bis 2011 von 0,28 % auf 0,41 % gestiegen

Besonderheit:

Der Anteil an Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt SGB XII an der Bevölkerung ist in Berlin doppelt so hoch wie in Deutschland.

Bezirke

Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung

Höchster Anteil:

- 2011: Neukölln (0,31 %), Mitte (0,30 %) und Reinickendorf (0,27 %)
- 2006: Mitte (0,43 %), Charlottenburg-Wilmersdorf (0,41 %) und Tempelhof-Schöneberg (0,37 %)

Niedrigster Anteil:

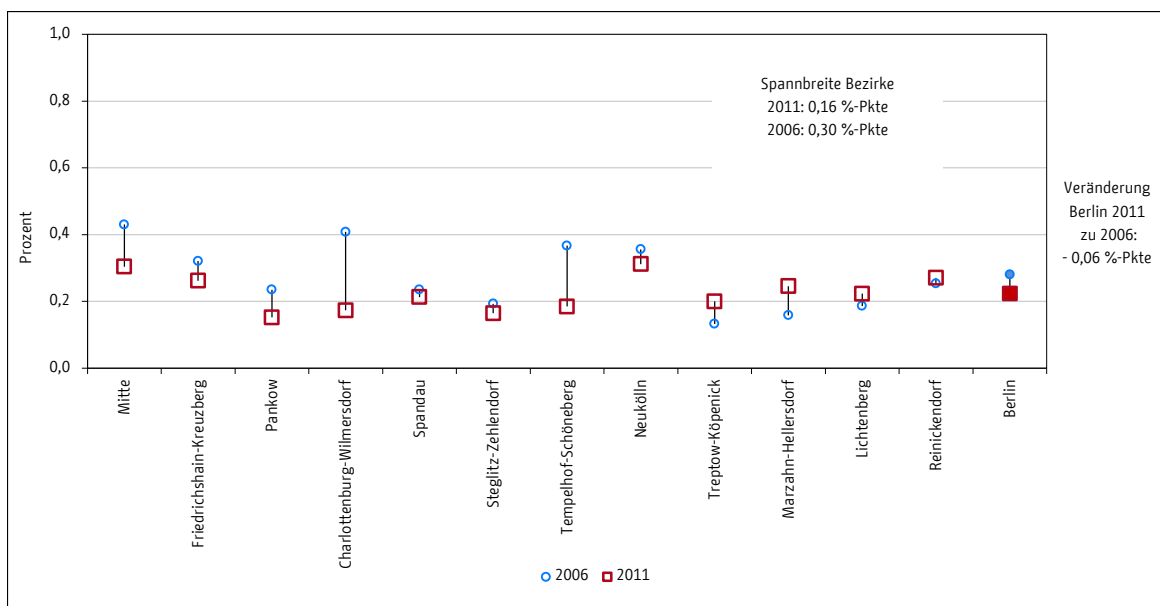
- 2011: Pankow (0,15 %), Steglitz-Zehlendorf (0,16 %) und Charlottenburg-Wilmersdorf (0,17 %)
- 2006: Treptow-Köpenick (0,13 %), Marzahn-Hellersdorf (0,16 %) sowie Steglitz-Zehlendorf und Lichtenberg (je 0,19 %)

Spannbreite:

- 2011: 0,16 %-Punkte
- 2006: 0,30 %-Punkte

Abbildung 4.60:

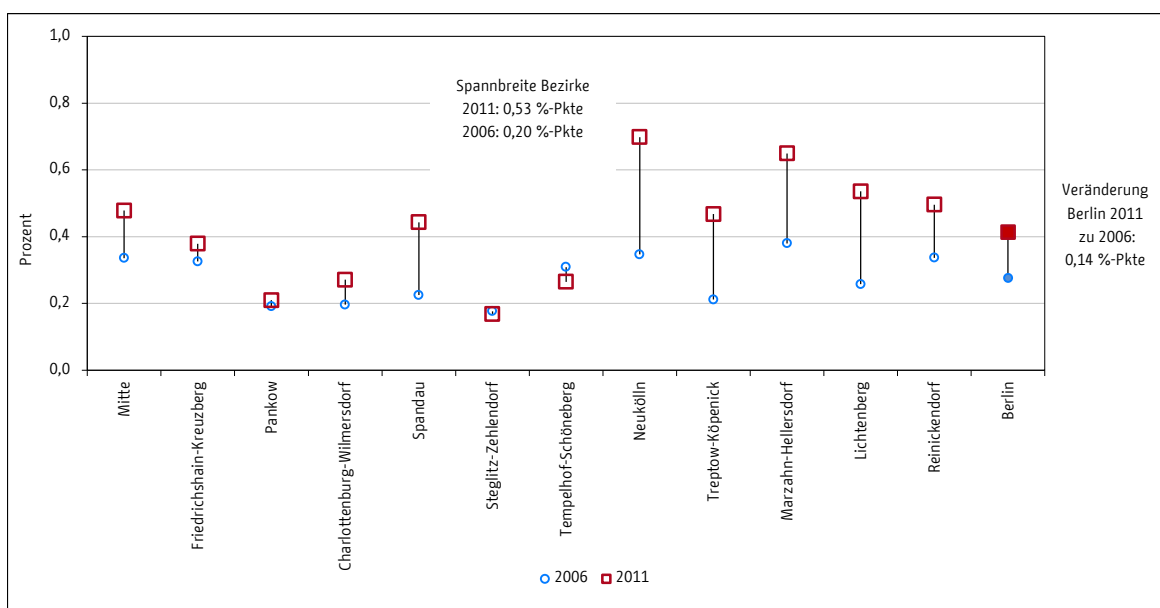
Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung in Berlin am 31.12.2011 im Vergleich zu 2006 nach Bezirken (Sozialhilfestatistik, Einwohnerregister)



(Datenquelle: SenGesSoz Berlin / Afs Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 4.61:

Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung (unter 15 Jahren) in Berlin am 31.12.2011 im Vergleich zu 2006 nach Bezirken (Sozialhilfestatistik, Einwohnerregister)



(Datenquelle: SenGesSoz Berlin / Afs Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung (unter 15 Jahren)

Höchster Anteil:

- 2011: Neukölln (0,70 %), Marzahn-Hellersdorf (0,65 %) und Lichtenberg (0,54 %)
- 2006: Marzahn-Hellersdorf (0,38 %), Neukölln (0,35 %) sowie Mitte und Reinickendorf (je 0,34 %)

Niedrigster Anteil:

- 2011: Steglitz-Zehlendorf (0,17 %), Pankow (0,21 %) sowie Charlottenburg-Wilmersdorf und Tempelhof-Schöneberg (je 0,27 %)
- 2006: Steglitz-Zehlendorf (0,18 %), Pankow (0,19 %) und Charlottenburg-Wilmersdorf (0,20 %)

Spannbreite:

- 2011: 0,53 %-Punkte
- 2006: 0,20 %-Punkte

Besonderheit:

In allen Bezirken ist der Anteil an Empfängern von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt SGB XII sehr niedrig (unter 1 %), er verzeichnet bei den Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren mit 0,53 %-Punkten aber eine größere bezirkliche Spannbreite als bei der Gesamtbevölkerung (0,16 %-Punkte).

Der Anteil an Empfängern von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt unter 15 Jahren ist in der zeitlichen Entwicklung in fast allen Bezirken gestiegen, während der Anteil an der Bevölkerung insgesamt in den meisten Bezirken gesunken ist. Besonders auffällig ist diese Entwicklung in Neukölln. Hier ist der Anteil an Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt um 0,05 %-Punkte gesunken. Der Anteil an Empfängern unter 15 Jahren hat sich jedoch verdoppelt. Der Bezirk verzeichnet den höchsten Anteil sowohl an der Gesamtbevölkerung als auch an den Kindern und Jugendlichen.

Planungsraumbene

Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung

Höchster Anteil:

- 2011: Silbersteinstraße (Neukölln) mit 0,58 %
- 2006: Schloßgarten (Charlottenburg-Wilmersdorf) mit 1,33 %

Niedrigster Anteil:

- 2011: Wilhelmstraße (Mitte), Märchenland (Pankow), Siedlung Ruhleben (Charlottenburg-Wilmersdorf), Flatowallee (Charlottenburg-Wilmersdorf), Kranzallee (Charlottenburg-Wilmersdorf), Eichkamp (Charlottenburg-Wilmersdorf), Messelpark (Charlottenburg-Wilmersdorf), An der Tränke (Spandau), Isenburger Weg (Spandau), Döberitzer Weg (Spandau), Wittelsbacherstraße (Tempelhof-Schöneberg), Mohriner Allee Nord (Neukölln), Zittauer Straße (Neukölln), Karolinenhof (Treptow-Köpenick), Oberfeldstraße (Marzahn-Hellersdorf), Konradshöhe/Tegelort (Reinickendorf) mit 0,00 %
- 2006: Wilhelmstraße (Mitte), Märchenland (Pankow), An der Tränke (Spandau), Kladower Damm (Spandau), Kafkastraße (Spandau), Hüttenweg (Steglitz-Zehlendorf), Birnhornweg (Tempelhof-Schöneberg), Mohriner Allee Nord (Neukölln), Karolinenhof (Treptow-Köpenick), Wendenschloß (Treptow-Köpenick) mit 0,00 %

Spannbreite:

- 2011: 0,58 %-Punkte
- 2006: 1,33 %-Punkte

Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung (unter 15 Jahren)

Hierzu stehen keine Daten auf Planungsraumbene zur Verfügung.

Besonderheit:

Aus dem Bezirk Neukölln befinden sich 2011 fünf Planungsräume unter den zehn mit dem größten Anteil an Empfängern von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt. Der Bezirk verzeichnet außerdem eine große

Tabelle 4.18:

Übersicht Planungsräume (Rang/Wert) mit dem niedrigsten und höchsten Anteil an Empfängern von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung (Stand: 31.12.2011) im Vergleich zu 2008 (Stand: 31.12.2006)

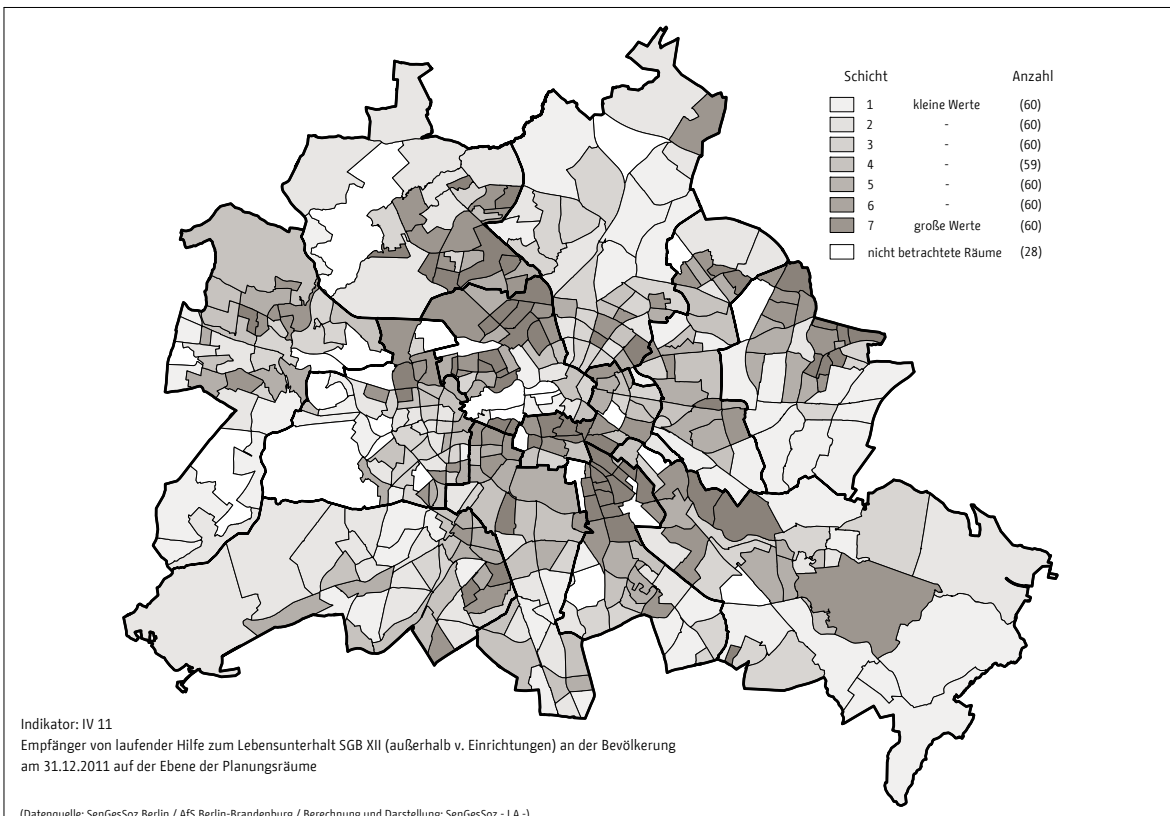
Anzahl	(Anzahl 2008)	Planungsraum	Bezirk	Anteil an Empfängern von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt SGB XII	
				Wert 2013	(Wert 2008)
16	(10)	Planungsräume mit gleichem ersten Rang		0,00	(0,00)
5	(0)	x	Charlottenburg-Wilmersdorf	x	x
3	(3)	x	Spandau	x	x
2	(1)	x	Neukölln	x	x
1	(1)	x	Mitte	x	x
1	(1)	x	Pankow	x	x
1	(1)	x	Tempelhof-Schöneberg	x	x
1	(2)	x	Treptow-Köpenick	x	x
1	(0)	x	Marzahn-Hellersdorf	x	x
1	(0)	x	Reinickendorf	x	x
...
Rang	(Rang 2008)	Planungsraum	Bezirk	Wert 2013	(Wert 2008)
410	(331)	Tegel Süd	Reinickendorf	0,47	(0,39)
411	(362)	Rixdorf	Neukölln	0,47	(0,45)
412	(402)	Glasower Straße	Neukölln	0,48	(0,63)
413	(325)	Treuenbrietzener Straße	Reinickendorf	0,48	(0,38)
414	(395)	Schillerpromenade	Neukölln	0,52	(0,58)
415	(409)	Treptower Straße Nord	Neukölln	0,54	(0,74)
416,5	(262)	Gelbes Viertel	Marzahn-Hellersdorf	0,56	(0,29)
416,5	(290)	Wassertorplatz	Friedrichshain-Kreuzberg	0,56	(0,32)
418	(416)	Zillesiedlung	Mitte	0,56	(1,17)
419	(323)	Silbersteinstraße	Neukölln	0,58	(0,38)

x Tabellenfach gesperrt, weil Aussage nicht sinnvoll.

(Datenquelle: SenGesSoz Berlin / Afs Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 4.62:

Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung in Berlin am 31.12.2011 auf der Ebene der Planungsräume

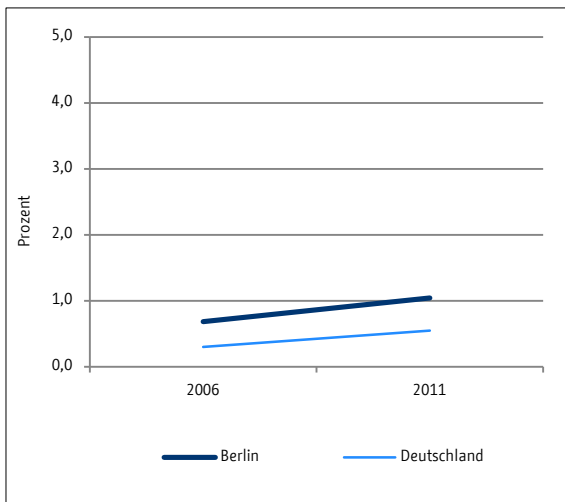


Spannbreite unter den Planungsräumen (Mohriner Allee Nord und Zittauer Straße zu Silbersteinstraße 0,58 %-Punkte).

Planungsräume, die einen hohen Anteil an Empfängern von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt SGB XII verzeichnen, sind über ganz Berlin verteilt, weniger jedoch im nördlichen Randgebiet sowie am südwestlichen und -östlichen Stadtrand.

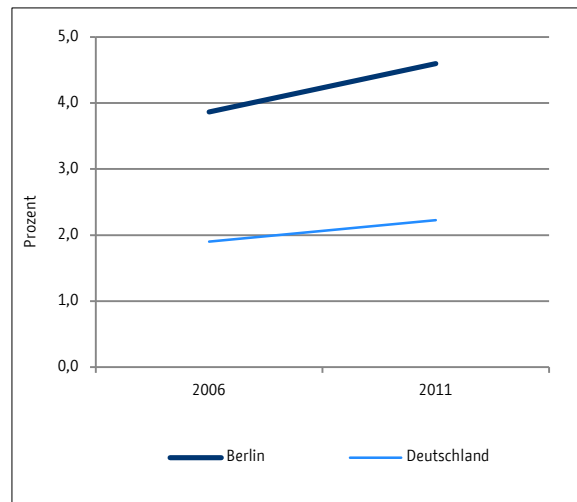
4.2.4.5 Empfänger von Grundsicherung SGB XII Berlin / Deutschland

Abbildung 4.63:
Empfänger von Grundsicherung SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen)
an der Bevölkerung (18 - 64 Jahre) in Berlin und Deutschland 2006 und
2011 (Sozialhilfestatistik, Einwohnerregister)



(Datenquelle: SenGesSoz Berlin / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 4.64:
Empfänger von Grundsicherung SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen)
an der Bevölkerung (ab 65 Jahre) in Berlin und Deutschland 2006 und
2011 (Sozialhilfestatistik, Einwohnerregister)



(Datenquelle: SenGesSoz Berlin / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

- Anteil der Empfänger von Grundsicherung SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung (18 bis 64 Jahre) in Berlin von 2006 bis 2011 von 0,7 % auf 1,0 % gestiegen; in Deutschland von 0,3 % auf 0,5 % gestiegen
- Anteil der Empfänger von Grundsicherung SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung (ab 65 Jahre) in Berlin von 2006 bis 2011 von 3,9 % auf 4,6 % gestiegen; in Deutschland von 1,9 % auf 2,2 % gestiegen

Besonderheit:

Berlin verzeichnet beim Anteil der Empfänger von Grundsicherung SGB XII im Alter von 18 bis 64 und ab 65 Jahre seit 2006 jeweils doppelt so hohe Werte wie Deutschland. Der Anteil der Empfänger ab 65 Jahre liegt 2011 in Berlin 3,6 %-Punkte über dem der 18- bis 64-Jährigen.

Bezirke

Anteil der Empfänger von Grundsicherung SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung (18 bis 64 Jahre)

Höchster Anteil:

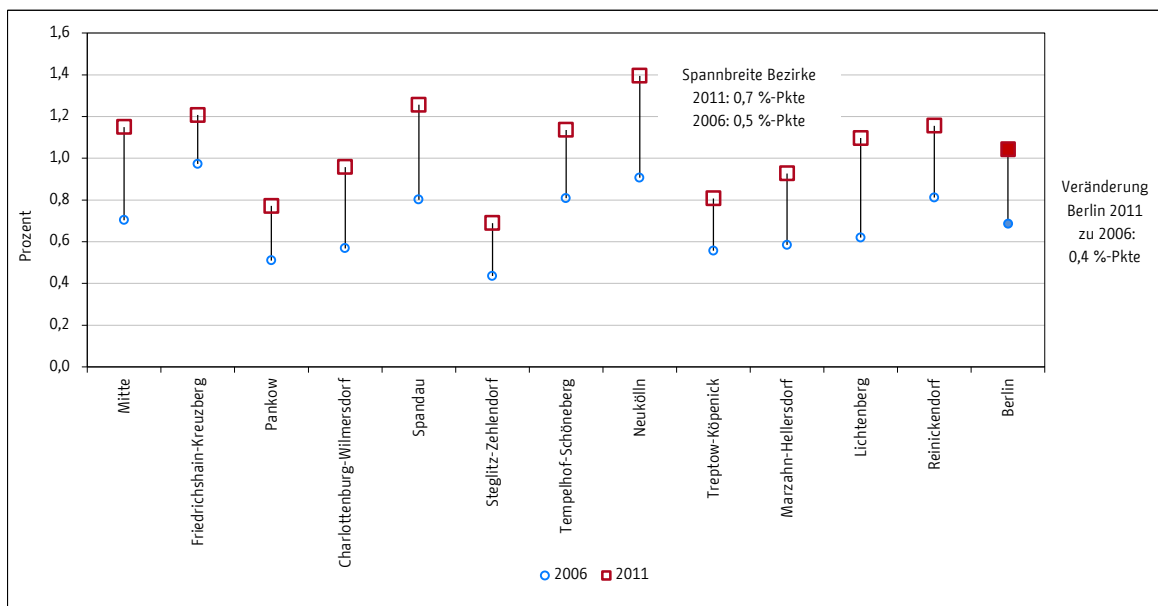
- 2011: Neukölln (1,4 %), Spandau (1,3 %) und Friedrichshain-Kreuzberg (1,2 %)
- 2006: Friedrichshain-Kreuzberg (1,0 %) und Neukölln (0,9 %)

Niedrigster Anteil:

- 2011: Steglitz-Zehlendorf (0,7 %) sowie Pankow und Treptow-Köpenick (je 0,8 %)
- 2006: Steglitz-Zehlendorf (0,4 %) und Pankow (0,5 %)

Abbildung 4.65:

Empfänger von Grundsicherung SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung (18 - 64 Jahre) in Berlin am 31.12.2011 im Vergleich zu 2006 nach Bezirken (Sozialhilfestatistik, Einwohnerregister)



(Datenquelle: SenGesSoz Berlin / Afs Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Spannbreite:

- 2011: 0,7 %-Punkte
- 2006: 0,5 %-Punkte

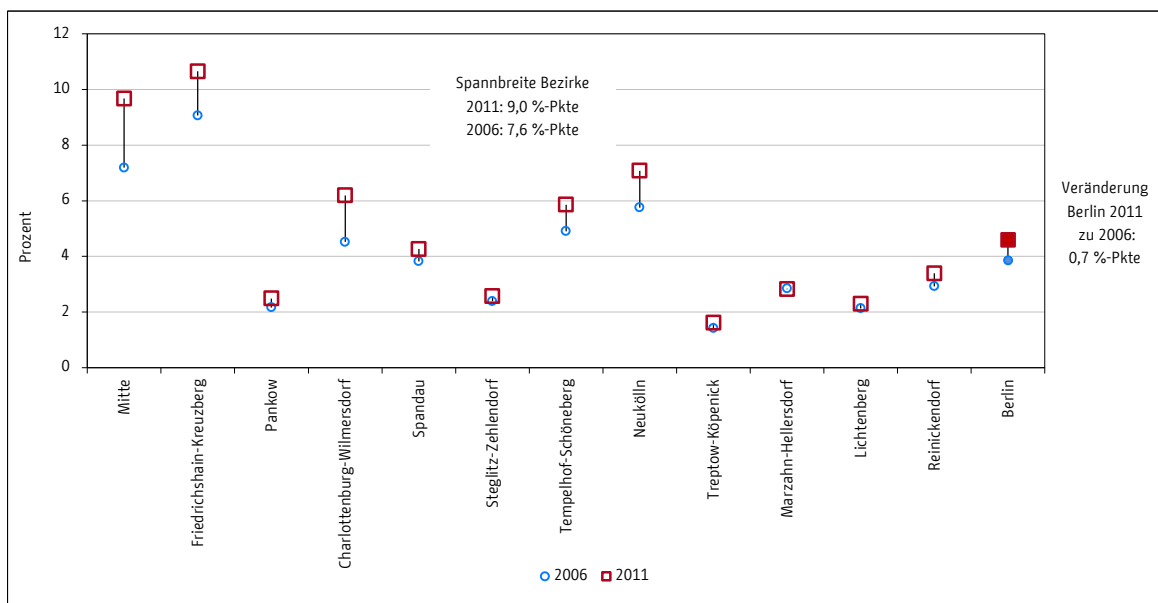
Anteil der Empfänger von Grundsicherung SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung (ab 65 Jahre)

Höchster Anteil:

- 2011: Friedrichshain-Kreuzberg (10,7 %), Mitte (9,7 %) und Neukölln (7,1 %)
- 2006: Friedrichshain-Kreuzberg (9,1 %) und Mitte (7,2 %)

Abbildung 4.66:

Empfänger von Grundsicherung SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung (ab 65 Jahre) in Berlin am 31.12.2011 im Vergleich zu 2006 nach Bezirken (Sozialhilfestatistik, Einwohnerregister)



(Datenquelle: SenGesSoz Berlin / Afs Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Niedrigster Anteil:

- 2011: Treptow-Köpenick (1,6 %), Lichtenberg (2,3 %) und Pankow (2,5 %)
- 2006: Treptow-Köpenick (1,4 %), Lichtenberg (2,1 %) und Pankow (2,2 %)

Spannbreite:

- 2011: 9,0 %-Punkte
- 2006: 7,6 %-Punkte

Besonderheit:

Der Anteil der Empfänger von Grundsicherung SGB XII im Alter von 18 bis 64 Jahren ist in allen Bezirken gestiegen, trotzdem aber kleiner als der der über 65-Jährigen. In der zeitlichen Entwicklung verzeichnen beide keine starken Veränderungen. Der Anteil an Empfängern von Grundsicherung SGB XII ab 65 Jahre hat sich in Marzahn-Hellersdorf von 2006 zu 2011 gar nicht, in Steglitz-Zehlendorf, Treptow-Köpenick und Lichtenberg nur sehr gering (+0,1 - 0,2 %-Punkte) und in Mitte deutlicher (+2,5 %-Punkte) entwickelt.

Planungsraumbene

Anteil der Empfänger von Grundsicherung SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung (18 bis 64 Jahre)

Höchster Anteil:

- 2011: Thälmannpark (Pankow) mit 3,5 %
- 2006: Mehringplatz (Friedrichshain-Kreuzberg) mit 2,5 %

Niedrigster Anteil:

- 2011: Siedlung Ruhleben (Charlottenburg-Wilmersdorf) und Allende II (Treptow-Köpenick) mit 0,0 %
- 2006: Messelpark (Charlottenburg-Wilmersdorf), Wittelsbachstraße (Tempelhof-Schöneberg) und Marzahn-Chaussee (Marzahn-Hellersdorf) mit 0,0 %

Spannbreite:

- 2011: 3,5 %-Punkte
- 2006: 2,5 %-Punkte

Anteil der Empfänger von Grundsicherung SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung (ab 65 Jahre)

Höchster Anteil:

- 2011: Körnerstraße (Mitte) mit 31,2 %
- 2006: Oranienplatz (Friedrichshain-Kreuzberg) mit 25,3 %

Niedrigster Anteil:

- 2011: Blankenfelde (Pankow), Märchenland (Pankow), Eldenaer Straße (Pankow) und An der Tränke (Spandau) mit 0,0 %
- 2006: Blankenfelde (Pankow), Märchenland (Pankow), Eichkamp (Charlottenburg-Wilmersdorf), Kafkastraße (Spandau), Wendenschloß (Treptow-Köpenick) und Dorf Wartenberg (Lichtenberg) mit 0,0 %

Spannbreite:

- 2011: 31,2 %-Punkte
- 2006: 25,3 %-Punkte

Besonderheit:

Aus dem Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg befinden sich 2011 fünf Planungsräume unter den zehn mit dem größten Anteil an Empfängern von Grundsicherung SGB XII ab 65 Jahre.

Tabelle 4.19:

Übersicht Planungsräume (Rang/Wert) mit dem niedrigsten und höchsten Anteil an Empfängern von Grundsicherung (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung (18 - 64 Jahre) in Berlin 2013 (Stand: 31.12.2011) im Vergleich zu 2008 (Stand: 31.12.2006)

Rang 2013	(Rang 2008)	Planungsraum	Bezirk	Anteil der Empfänger von Grundsicherung SGB XII	
				Wert 2013	(Wert 2008)
1,5	(9)	Siedlung Ruhleben	Charlottenburg-Wilmersdorf	0,00	(0,12)
1,5	(78)	Allende II	Treptow-Köpenick	0,00	(0,30)
3	(17)	Birnhornweg	Tempelhof-Schöneberg	.	(0,15)
4	(28)	Kafkastraße	Spandau	.	(0,18)
5	(10)	Isenburger Weg	Spandau	0,11	(0,12)
6	(5)	Dahlem	Steglitz-Zehlendorf	0,11	(0,08)
7	(12)	Döberitzer Weg	Spandau	.	(0,13)
8	(24)	Hüttenweg	Steglitz-Zehlendorf	0,12	(0,17)
9	(35)	Oberfeldstraße	Marzahn-Hellersdorf	0,13	(0,21)
10	(4)	Eichkamp	Charlottenburg-Wilmersdorf	0,15	(0,05)
...
410	(412)	Wassertorplatz	Friedrichshain-Kreuzberg	2,50	(2,08)
411	(402)	Rollbergesiedlung	Reinickendorf	2,59	(1,55)
412	(417)	Mehringplatz	Friedrichshain-Kreuzberg	2,64	(2,51)
413	(411)	Rollberg	Neukölln	2,65	(1,87)
414	(414)	Heidestraße	Mitte	2,75	(2,32)
415	(387)	Schloßgarten	Charlottenburg-Wilmersdorf	3,01	(1,33)
416	(413)	Zillesiedlung	Mitte	3,10	(2,28)
417	(219)	Brantzer Platz	Charlottenburg-Wilmersdorf	3,13	(0,59)
418	(416)	Ortolanweg	Neukölln	3,17	(2,45)
419	(406)	Thälmannpark	Pankow	3,45	(1,71)

. - Aus Gründen notwendiger Geheimhaltung kleiner Werte gesperrt.

(Datenquelle: SenGesSoz / AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 4.67:

Empfänger von Grundsicherung SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung (18 - 64 Jahre) in Berlin am 31.12.2011 auf der Ebene der Planungsräume

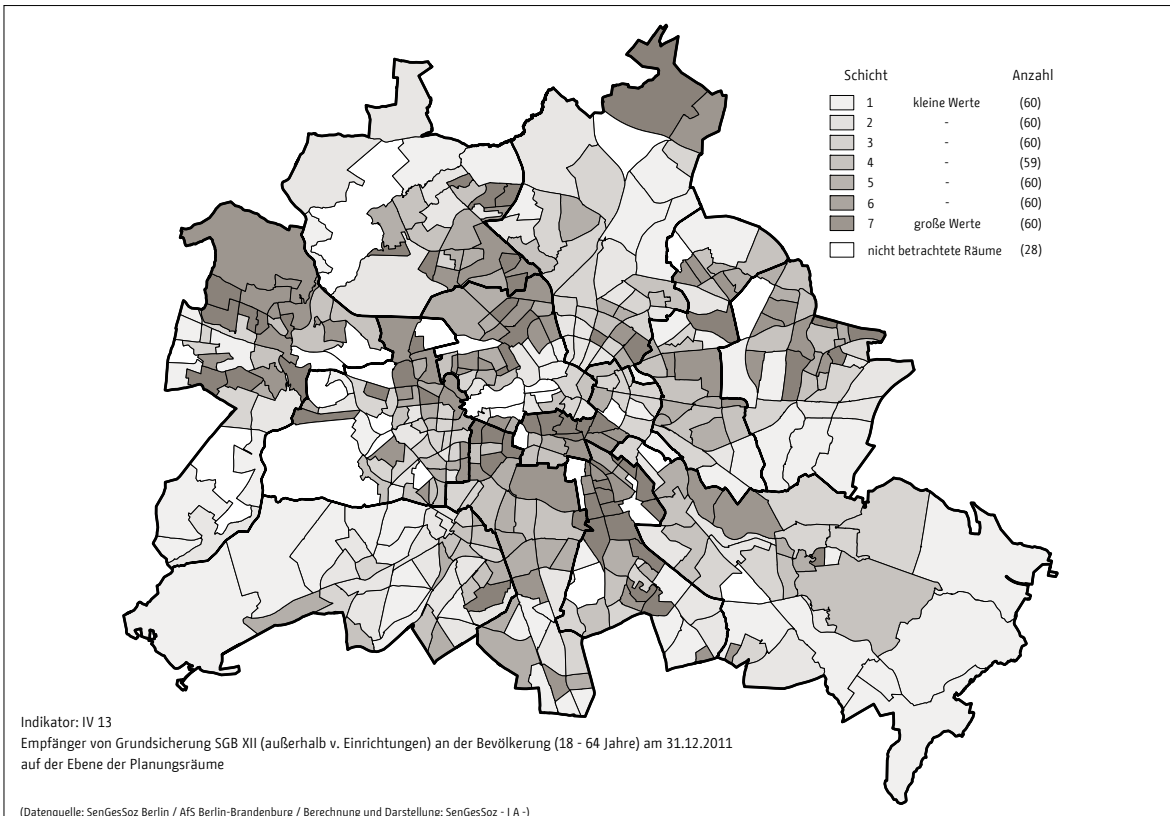


Tabelle 4.20:

Übersicht Planungsräume (Rang/Wert) mit dem niedrigsten und höchsten Anteil an Empfängern von Grundsicherung (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung (ab 65 Jahre) in Berlin 2013 (Stand: 31.12.2011) im Vergleich zu 2008 (Stand: 31.12.2006)

Rang 2013	(Rang 2008)	Planungsraum	Bezirk	Anteil der Empfänger von Grundsicherung SGB XII	
				Wert 2013	(Wert 2008)
2,5	(3,5)	Blankenfelde	Pankow	0,00	(0,00)
2,5	(3,5)	Märchenland	Pankow	0,00	(0,00)
2,5	(*)	Eldenaer Straße	Pankow	0,00	(*)
2,5	(108)	An der Tränke	Spandau	0,00	(1,55)
5	(3,5)	Kafkastraße	Spandau	.	(0,00)
6	(18)	Oberfeldstraße	Marzahn-Hellersdorf	.	(0,34)
7	(17)	Biesdorf Süd	Marzahn-Hellersdorf	.	(0,32)
8	(11)	Orankesee	Lichtenberg	.	(0,17)
9	(10)	Kladower Damm	Spandau	.	(0,17)
10	(34)	Schmöckwitz/Rauchfangswerder	Treptow-Köpenick	.	(0,63)
...
410	(410)	Mehringplatz	Friedrichshain-Kreuzberg	20,45	(18,27)
411	(408)	Rollberg	Neukölln	20,80	(17,30)
412	(399)	Donaustraße	Neukölln	20,84	(13,51)
413	(411)	Lausitzer Platz	Friedrichshain-Kreuzberg	22,20	(19,17)
414	(414)	Dennewitzplatz	Tempelhof-Schöneberg	22,65	(22,03)
415	(412)	Askanischer Platz	Friedrichshain-Kreuzberg	22,77	(20,44)
416	(417)	Oranienplatz	Friedrichshain-Kreuzberg	26,27	(25,29)
417	(415)	Wissmannstraße	Neukölln	26,54	(22,78)
418	(416)	Wassertorplatz	Friedrichshain-Kreuzberg	28,63	(23,11)
419	(413)	Körnerstraße	Mitte	31,22	(21,58)

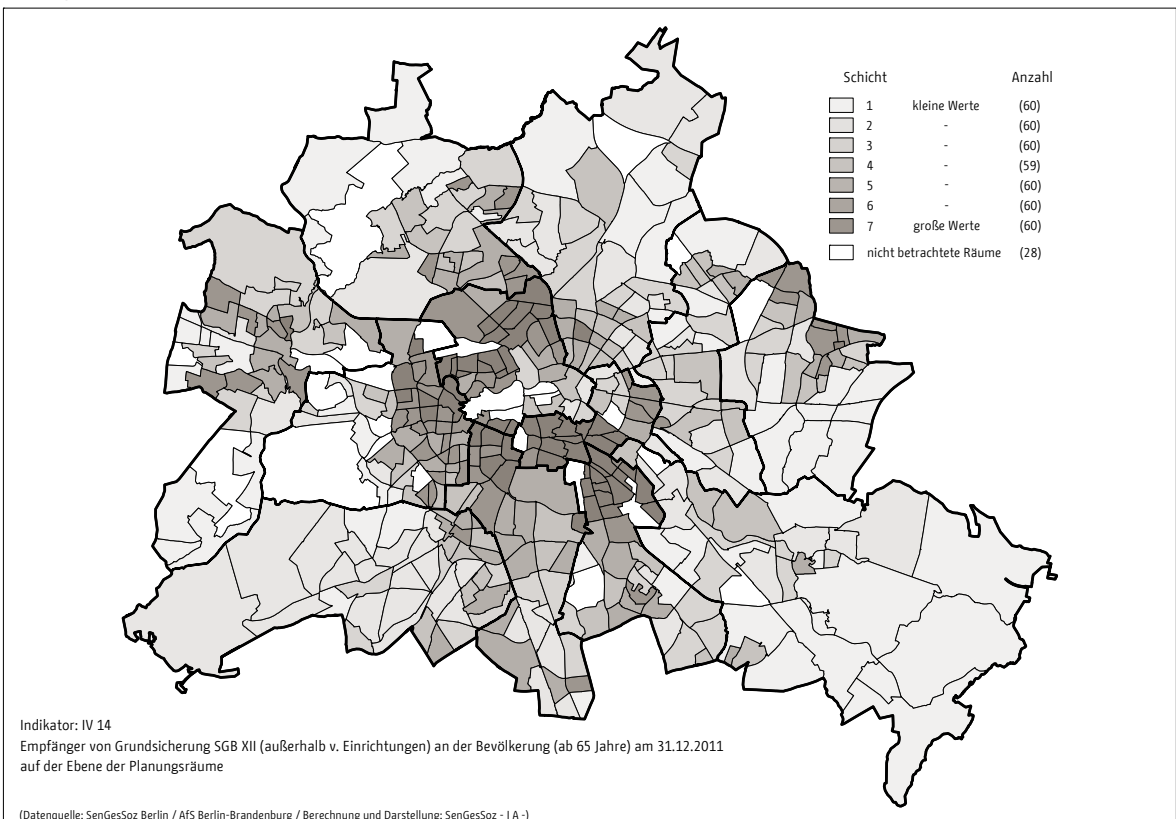
* 2008 bei der Sozialstrukturberechnung auf Grund geringer Bevölkerungszahl nicht berücksichtigt.

. - Aus Gründen notwendiger Geheimhaltung kleiner Werte gesperrt.

(Datenquelle: SenGesSoz / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 4.68:

Empfänger von Grundsicherung SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung (ab 65 Jahre) in Berlin am 31.12.2011 auf der Ebene der Planungsräume

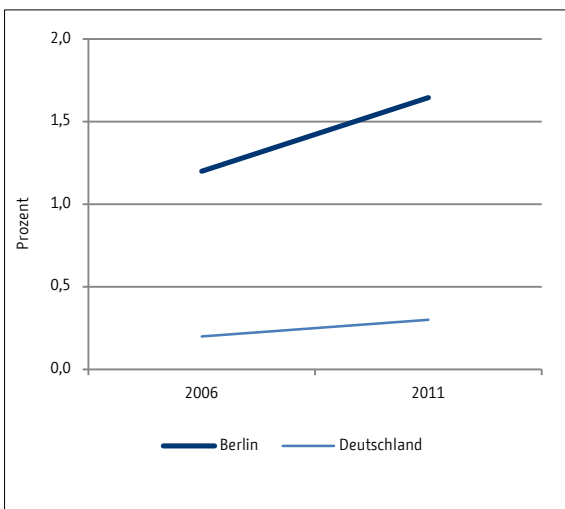


Der Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf verzeichnet beim Anteil der Empfänger von Grundsicherung SGB XII von 18 bis 64 Jahren eine große Spannweite zwischen den Planungsräumen (Siedlung Ruhleben zu Branitzer Platz 3,1 %).

Während die Planungsräume mit einem besonders hohen Anteil an Empfängern von Grundsicherung SGB XII von 18 bis 64 Jahren sowohl in der Innenstadt als auch in Randgebieten vertreten sind, befinden sich die Planungsräume mit einem sehr hohen Anteil an Empfängern von Grundsicherung SGB XII ab 65 Jahre nur in der Innenstadt.

4.2.4.6 Empfänger von Hilfe zur Pflege SGB XII Berlin / Deutschland

Abbildung 4.69:
Empfänger von Hilfe zur Pflege SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung (ab 65 Jahre) in Berlin 2006 und 2011 (Sozialhilfestatistik, Einwohnerregister)



(Datenquelle: SenGesSoz Berlin / AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

- Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung (ab 65 Jahre) in Berlin von 2006 bis 2011 von 1,2 % auf 1,6 % gestiegen; in Deutschland von 0,2 % auf 0,3 % gestiegen

Besonderheit:

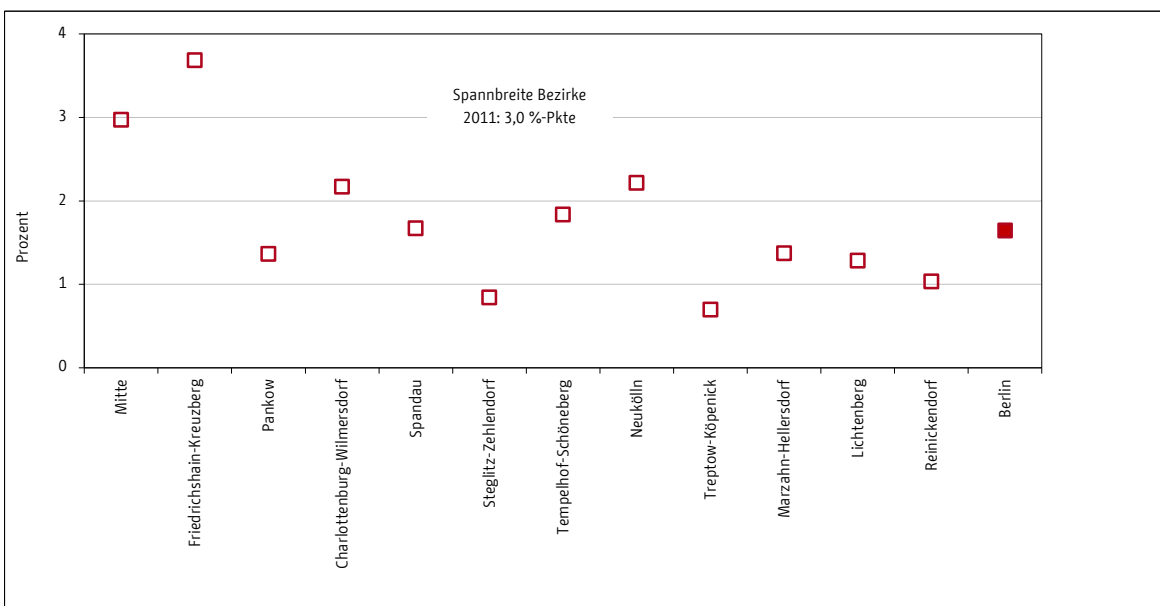
Der Anteil von Personen ab 65 Jahre, die Hilfe zur Pflege nach SGB XII benötigen, ist in Berlin seit 2006 viermal so stark angestiegen (+0,4 %-Punkte) wie in Deutschland und liegt im Jahr 2011 1,3 %-Punkte über dem Deutschlandwert.

Bezirke

Höchster Anteil:

- 2011: Friedrichshain-Kreuzberg (3,7 %) und Mitte (3,0 %)²

Abbildung 4.70:
Empfänger von Hilfe zur Pflege SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung (ab 65 Jahre) in Berlin am 31.12.2011 nach Bezirken (Sozialhilfestatistik, Einwohnerregister)



(Datenquelle: SenGesSoz Berlin / AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

² Daten wurden 2006 noch nicht für die Sozialstrukturberechnung (Sozialstrukturatlas 2008) verwendet.

Niedrigster Anteil:

- 2011: Treptow-Köpenick (0,7 %), Steglitz-Zehlendorf (0,8 %) und Reinickendorf (1,0 %)

Spannbreite:

- 2011: 3,0 %-Punkte

Besonderheit:

Treptow-Köpenick verzeichnet unter allen Bezirken mit 0,7 % den niedrigsten Anteil an Empfängern von Hilfe zur Pflege SGB XII ab 65 Jahre, liegt damit aber auch noch über dem Deutschlandwert.

Planungsraumbene

Höchster Anteil:

- 2011: Körnerstraße (Mitte) mit 12,3 %

Niedrigster Anteil:

- 2011: Märchenland (Pankow), Siedlung Ruhleben (Charlottenburg-Wilmersdorf), An der Tränke (Spandau), Döberitzer Weg (Spandau), Kladower Damm (Spandau), Kafkastraße (Spandau), Mohriner Allee Nord (Neukölln), Wendenschloß (Treptow-Köpenick), Allende II (Treptow-Köpenick), Marzahner Chaussee (Marzahn-Hellersdorf), Kaulsdorf Süd (Marzahn-Hellersdorf), Dorf Wartenberg (Lichtenberg) mit je 0,0 %

Spannbreite:

- 2011: 12,3 %-Punkte

Besonderheit:

Aus dem Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg befinden sich 2011 vier Planungsräume unter den zehn mit dem größten Anteil an Empfängern von Hilfe zur Pflege SGB XII ab 65 Jahre.

Der Bezirk Neukölln verzeichnet beim Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege SGB XII ab 65 Jahre eine besonders große Spannbreite zwischen den Planungsräumen (Mohriner Allee Nord zu Wissmannstraße 9,9 %-Punkte).

Die Planungsräume mit einem besonders hohen Anteil befinden sich überwiegend in der Innenstadt, aber auch in den Randgebieten in Spandau, Marzahn-Hellersdorf und Lichtenberg. In Steglitz-Zehlendorf weist nur ein Planungsraum (Düppel, Rang 380) einen sehr hohen Anteil an Empfängern von Hilfe zur Pflege SGB XII ab 65 Jahre auf.

Tabelle 4.21:

Übersicht Planungsräume (Rang/Wert) mit dem niedrigsten und höchsten Anteil an Empfängern von Hilfe zur Pflege SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung (ab 65 Jahre) in Berlin 2013 (Stand: 31.12.2011)

		Empfänger von Hilfe zur Pflege	
Anzahl	Planungsraum	Bezirk	Wert 2013
12	Planungsräume mit gleichem ersten Rang		0,00
4	x	Spandau	x
2	x	Marzahn-Hellersdorf	x
2	x	Treptow-Köpenick	x
1	x	Charlottenburg-Wilmersdorf	x
1	x	Lichtenberg	x
1	x	Neukölln	x
1	x	Pankow	x
...

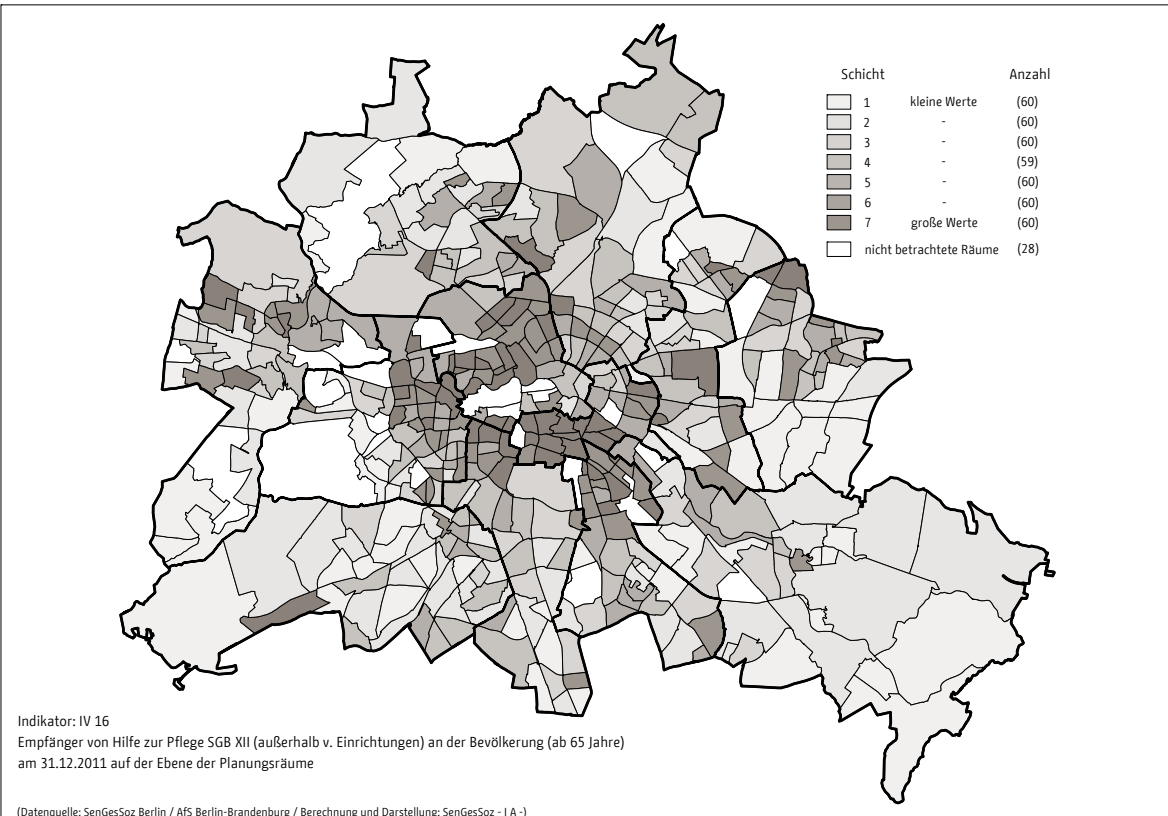
Rang 2013	Planungsraum	Bezirk	Wert 2013
410	Zillesiedlung	Mitte	7,28
411	Nollendorfpfatz	Tempelhof-Schöneberg	7,42
412	Lübecker Straße	Mitte	8,28
413	Askanischer Platz	Friedrichshain-Kreuzberg	8,34
414	Mehringplatz	Friedrichshain-Kreuzberg	8,35
415	Dennewitzplatz	Tempelhof-Schöneberg	8,91
416	Oranienplatz	Friedrichshain-Kreuzberg	8,99
417	Wissmannstraße	Neukölln	9,89
418	Wassertorplatz	Friedrichshain-Kreuzberg	11,10
419	Körnerstraße	Mitte	12,30

x Tabellenfach gesperrt, weil Aussage nicht sinnvoll.

(Datenquelle: SenGesSoz Berlin / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 4.71:

Empfänger von Hilfe zur Pflege SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung (ab 65 Jahre) in Berlin am 31.12.2011 auf der Ebene der Planungsräume



4.2.5 Gesundheit

4.2.5.1 Mittlere Lebenserwartung

Berlin / Deutschland

Unterschied der mittleren Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen:

- 2009 - 2011 in Berlin und in Deutschland 5,0 Jahre
- 2004 - 2006 in Berlin 5,3 Jahre; in Deutschland 5,5 Jahre

Entwicklung der mittleren Lebenserwartung von Frauen:

- in Berlin im Zeitraum 2004 - 2006 bis 2009 - 2011 von 81,6 auf 82,6 Jahre gestiegen; in Deutschland von 82,1 auf 82,7 Jahre

Entwicklung der mittleren Lebenserwartung von Männern:

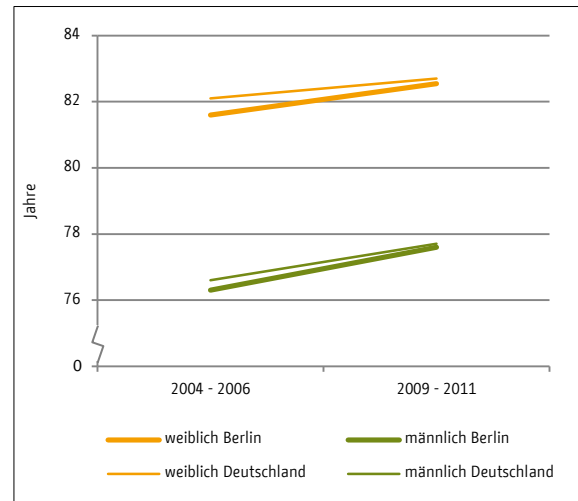
- in Berlin im Zeitraum 2004 - 2006 bis 2009 - 2011 von 76,3 auf 77,6 Jahre; in Deutschland von 76,6 auf 77,7 Jahre

Besonderheit:

Der Anstieg der mittleren Lebenserwartung ist sowohl in Berlin als auch in Deutschland bei den Männern stärker als bei den Frauen.

Abbildung 4.72:

Mittlere Lebenserwartung (in Jahren) in Berlin und Deutschland 2004 - 2006 und 2009 - 2011 (zusammengefasst) (Bevölkerungsstatistik)



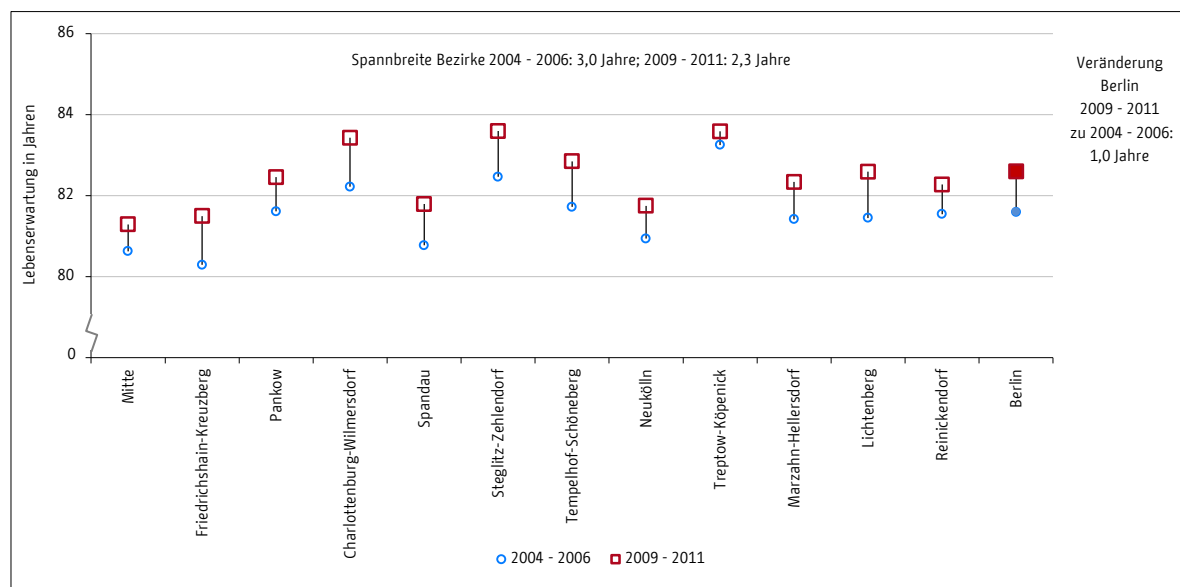
(Datenquelle StBA / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Bezirke

Weibliche Bevölkerung

Abbildung 4.73:

Mittlere Lebenserwartung (in Jahren) der Frauen in Berlin 2009 - 2011 im Vergleich zu 2004 - 2006 (zusammengefasst) nach Bezirken



(Datenquelle: AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Höchste Lebenserwartung:

- 2009 - 2011: Steglitz-Zehlendorf und Treptow-Köpenick (je 83,6 Jahre) sowie Charlottenburg-Wilmersdorf (83,4 Jahre)
- 2004 - 2006: Treptow-Köpenick (83,3 Jahre), Steglitz-Zehlendorf (82,5 Jahre) und Charlottenburg-Wilmersdorf (82,2 Jahre)

Niedrigste Lebenserwartung:

- 2009 - 2011: Mitte (81,3 Jahre), Friedrichshain-Kreuzberg (81,5 Jahre) sowie Neukölln und Spandau (je 81,8 Jahre)
- 2004 - 2006: Friedrichshain-Kreuzberg (80,3 Jahre), Mitte (80,6 Jahre) und Spandau (80,8 Jahre)

Spannbreite:

- 2009 - 2011: 2,3 Jahre
- 2004 - 2006: 3,0 Jahre

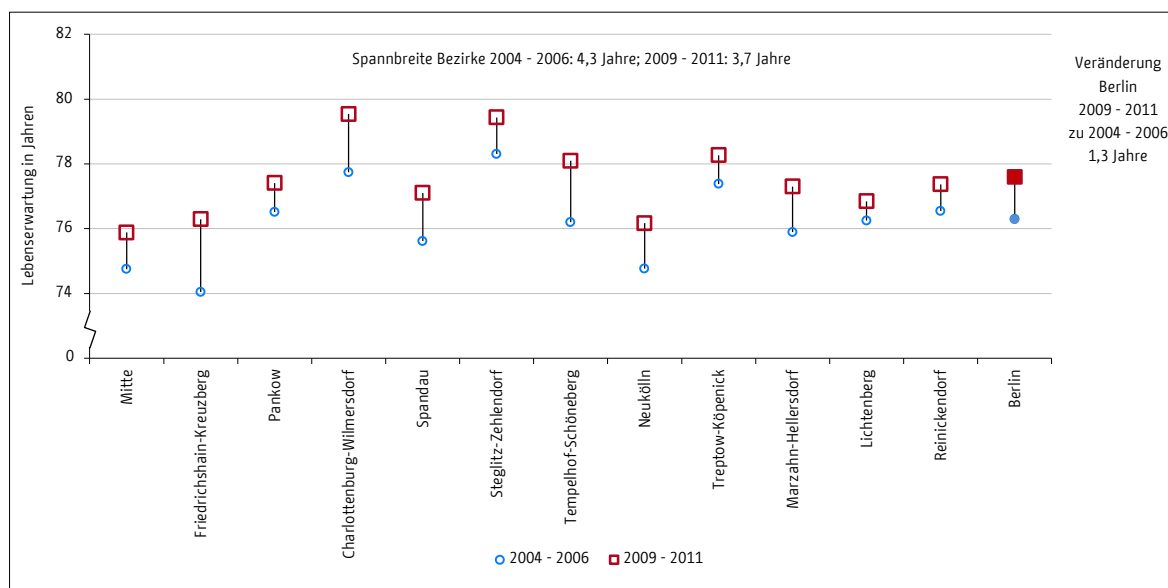
Besonderheit:

Am geringsten hat sich die Lebenserwartung in dem Bezirk Treptow-Köpenick verändert, hier stieg sie lediglich um 0,3 Jahre. In den Bezirken Charlottenburg-Wilmersdorf und Friedrichshain-Kreuzberg ist die Lebenserwartung mit 1,2 Jahren am deutlichsten gestiegen, jedoch auf sehr unterschiedlichem Niveau. Charlottenburg-Wilmersdorf gehört weiterhin zu den drei Bezirken mit der höchsten, Friedrichshain-Kreuzberg zu denen mit der niedrigsten Lebenserwartung.

Männliche Bevölkerung

Abbildung 4.74:

Mittlere Lebenserwartung (in Jahren) der Männer in Berlin 2009 - 2011 im Vergleich zu 2004 - 2006 (zusammengefasst) nach Bezirken



(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Höchste Lebenserwartung:

- 2009 - 2011: Charlottenburg-Wilmersdorf (79,5 Jahre), Steglitz-Zehlendorf (79,4 Jahre) und Treptow-Köpenick (78,3 Jahre)
- 2004 - 2006: Steglitz-Zehlendorf (78,3 Jahre), Charlottenburg-Wilmersdorf (77,7 Jahre) und Treptow-Köpenick (77,4 Jahre)

Niedrigste Lebenserwartung:

- 2009 - 2011: Mitte (75,9 Jahre), Neukölln (76,2 Jahre) und Friedrichshain-Kreuzberg (76,3 Jahre)
- 2004 - 2006: Friedrichshain-Kreuzberg (74,0 Jahre), Mitte (74,7 Jahre) und Neukölln (74,8 Jahre)

Spannbreite:

- 2009 - 2011: 3,7 Jahre
- 2004 - 2006: 4,3 Jahre

Besonderheit:

Am geringsten hat sich die Lebenserwartung im Bezirk Lichtenberg verändert, hier stieg sie lediglich um 0,6 Jahre. In den Bezirken Friedrichshain-Kreuzberg (+2,2 Jahre) und Tempelhof-Schöneberg (+1,9 Jahre) ist die Lebenserwartung am deutlichsten gestiegen. Trotzdem gehört Friedrichshain-Kreuzberg auch 2009 - 2011 zu den drei Bezirken mit der niedrigsten Lebenserwartung.

4.2.5.2 Vorzeitige Sterblichkeit

Berlin / Deutschland

Unterschied der altersstandardisierten Rate der vorzeitigen Sterblichkeit von Männern und Frauen:

- 2009 - 2011 in Berlin 120,2; in Deutschland 108,1
- 2001 - 2003 in Berlin 148,8; in Deutschland 138,9

Entwicklung der Rate der vorzeitigen Frauensterblichkeit:

- in Berlin im Zeitraum 2001 - 2003 bis 2009 - 2011 von 150,1 auf 129,0 gesunken; in Deutschland von 140,3 auf 124,1 gesunken

Entwicklung der Rate der vorzeitigen Männersterblichkeit:

- in Berlin im Zeitraum 2001 - 2003 bis 2009 - 2011 von 298,9 auf 249,2 gesunken; in Deutschland von 279,2 auf 232,2 gesunken

Besonderheit:

Die altersstandardisierten Raten der vorzeitigen Sterblichkeit beider Geschlechter liegen in Berlin über denen in Deutschland, nehmen aber gleichermaßen ab. Nach wie vor ist die vorzeitige Männersterblichkeit erheblich höher als die der Frauen.

Bezirke

Weibliche Bevölkerung

Höchste Rate der vorzeitigen Sterblichkeit:

- 2009 - 2011: Mitte (153,6), Neukölln (142,1) und Spandau (141,5)
- 2001 - 2003: Mitte (193,0), Friedrichshain-Kreuzberg (184,8) und Neukölln (166,5)

Niedrigste Rate der vorzeitigen Sterblichkeit:

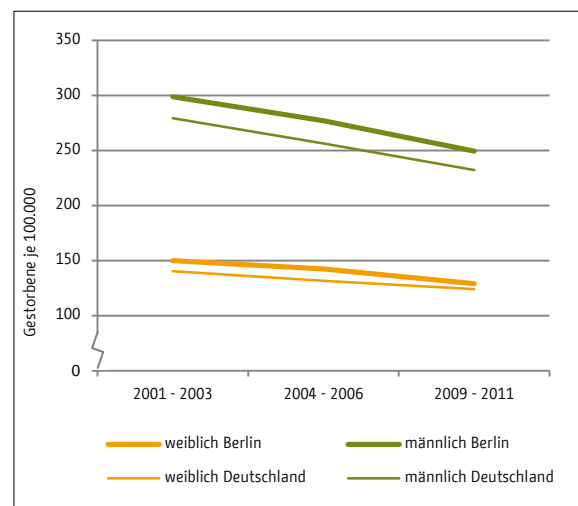
- 2009 - 2011: Steglitz-Zehlendorf (108,0), Charlottenburg-Wilmersdorf (116,1) und Treptow-Köpenick (120,7)
- 2001 - 2003: Steglitz-Zehlendorf (128,1), Pankow (133,7) und Charlottenburg-Wilmersdorf (135,8)

Spannbreite:

- 2009 - 2011: 45,6
- 2001 - 2003: 64,9

Abbildung 4.75:

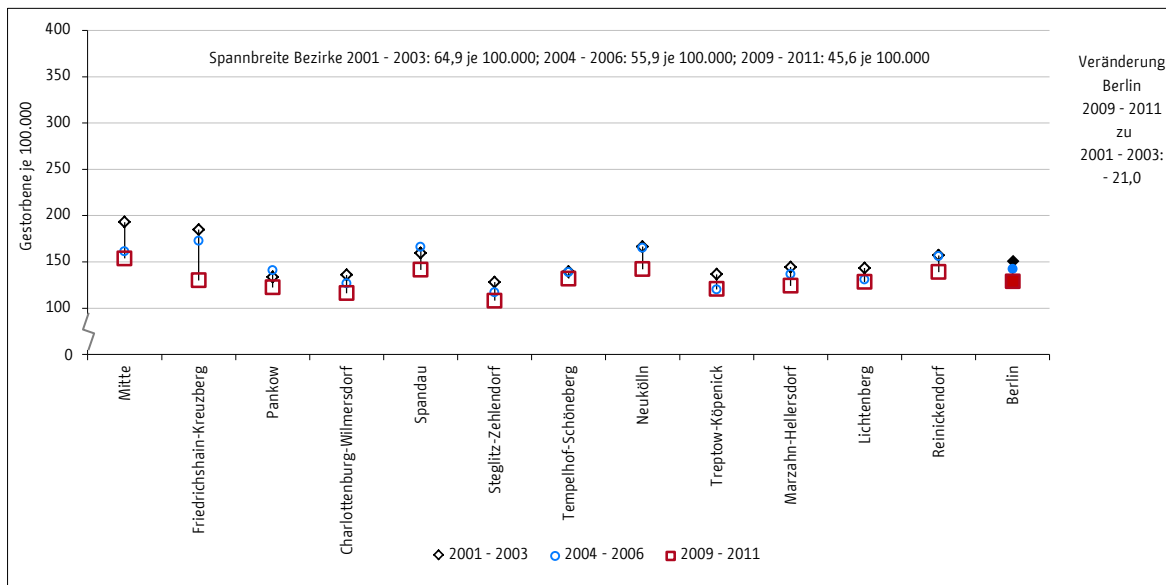
Vorzeitige Sterblichkeit (0 - 64 Jahre) in Berlin und Deutschland 2001 - 2003, 2004 - 2006 und 2009 - 2011 (zusammengefasst)
(Todesursachenstatistik, Bevölkerungsstatistik)
- je 100.000 / Eurobevölkerung alt



(Datenquelle StBA / AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 4.76:

Vorzeitige Sterblichkeit (0 - 64 Jahre) der Frauen in Berlin 2009 - 2011 im Vergleich zu 2004 - 2006 und 2001 - 2003 (zusammengefasst) nach Bezirken (Todesursachen-, Bevölkerungsstatistik) - je 100.000 / Eurobevölkerung alt

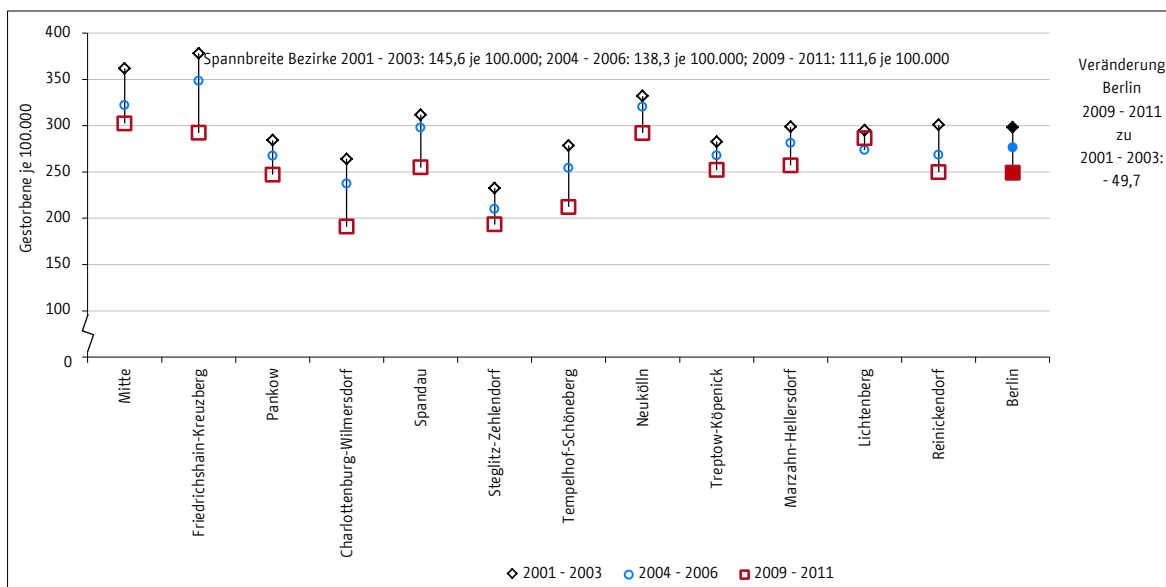


(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Männliche Bevölkerung

Abbildung 4.77:

Vorzeitige Sterblichkeit (0 - 64 Jahre) der Männer in Berlin 2009 - 2011 im Vergleich zu 2004 - 2006 und 2001 - 2003 (zusammengefasst) nach Bezirken (Todesursachen-, Bevölkerungsstatistik) - je 100.000 / Eurobevölkerung alt



(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Höchste Rate der vorzeitigen Sterblichkeit:

- 2009 - 2011: Mitte (302,5), Friedrichshain-Kreuzberg (292,2) und Neukölln (292,1)
- 2001 - 2003: Friedrichshain-Kreuzberg (378,2), Mitte (361,9) und Neukölln (332,0)

Niedrigste Rate der vorzeitigen Sterblichkeit:

- 2009 - 2011: Charlottenburg-Wilmersdorf (190,9), Steglitz-Zehlendorf (193,2) und Tempelhof-Schöneberg (212,2)
- 2001 - 2003: Steglitz-Zehlendorf (232,6), Charlottenburg-Wilmersdorf (264,0) und Tempelhof-Schöneberg (278,5)

Spannbreite:

- 2009 - 2011: 111,6
- 2001 - 2003: 145,6

Besonderheit:

Sowohl die altersstandardisierte Rate der vorzeitigen Frauen-, als auch der vorzeitigen Männersterblichkeit (je 100.000 / Eurobevölkerung alt), ist seit dem Zeitraum 2001 - 2003 in allen Berliner Bezirken zurückgegangen, am stärksten in Friedrichshain-Kreuzberg (Frauen: -54,8; Männer: -86,0). Im Berliner Durchschnitt hat sich die vorzeitige Sterblichkeit der weiblichen Bevölkerung um rd. 14 % und die der männlichen Bevölkerung um rd. 17 % verringert. Die Werte der Männer liegen deutlich über denen der Frauen (höchste Rate der Frauen: Mitte mit 153,6; niedrigste Rate der Männer: Charlottenburg-Wilmersdorf mit 190,9).

Planungsraumbene

Auf Planungsraumbene erfolgt, bedingt durch teilweise geringe Fallzahlen, keine Geschlechtsunterteilung.

Höchste Rate der vorzeitigen Sterblichkeit:

- 2009 - 2011: Schloßgarten (Charlottenburg-Wilmersdorf) mit 468,1
- 2004 - 2006: Huttenkiez (Mitte) mit 470,0

Niedrigste Rate der vorzeitigen Sterblichkeit:

- 2009 - 2011: Wendenschloß (Treptow-Köpenick) mit 33,1
- 2004 - 2006: Karolinenhof (Treptow-Köpenick) mit 30,5

Spannbreite:

- 2009 - 2011: 435,0
- 2004 - 2006: 439,5

Besonderheit:

Im Bezirk Treptow-Köpenick befindet sich sowohl der Planungsraum mit dem niedrigsten als auch mit dem zweithöchsten Wert (Wendenschloß mit 33,1 und Oberschöneweide West mit 459,0). Somit verzeichnet der Bezirk eine besonders große Spannbreite zwischen den Planungsräumen (425,9).

Planungsräume, die eine hohe Rate der vorzeitigen Sterblichkeit aufweisen, sind über ganz Berlin verteilt, weniger jedoch am südwestlichen und -östlichen Stadtrand.

Tabelle 4.22:

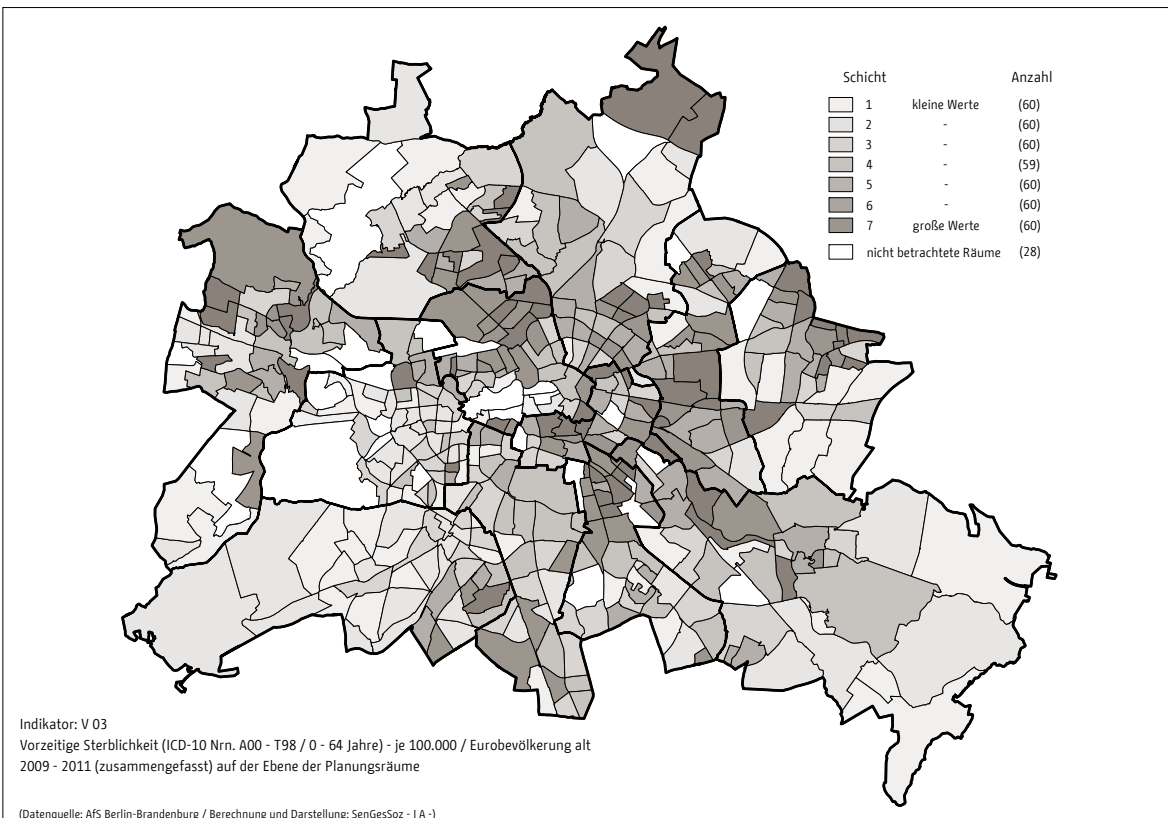
Übersicht Planungsräume (Rang/Wert) mit der niedrigsten und höchsten Rate der vorzeitigen Sterblichkeit je 100.000 / Eurobevölkerung alt in Berlin 2013 (Stand: 2009 - 2011) im Vergleich zu 2008 (Stand: 2004 - 2006)

Rang 2013	(Rang 2008)	Planungsraum	Bezirk	Vorzeitige Sterblichkeit je 100.000 / Eurobevölkerung alt	
				Wert 2013	(Wert 2008)
1	(116)	Wendenschloß	Treptow-Köpenick	33,11	(169,24)
2	(315)	Kladower Damm	Spandau	47,56	(262,40)
3	(1)	Karolinenhof	Treptow-Köpenick	63,20	(30,51)
4	(33)	Breitscheidplatz	Charlottenburg-Wilmersdorf	63,86	(126,17)
5	(57)	Wilhelmstraße	Mitte	64,08	(139,02)
6	(196)	Kaulsdorf Nord	Marzahn-Hellersdorf	66,12	(202,85)
7	(14)	Biesdorf Süd	Marzahn-Hellersdorf	70,74	(102,09)
8	(5)	Marzahner Chaussee	Marzahn-Hellersdorf	75,12	(86,98)
9	(29)	Berlepschstraße	Steglitz-Zehlendorf	80,62	(123,50)
10	(99)	Flatowallee	Charlottenburg-Wilmersdorf	82,62	(157,95)
...
410	(375)	Alt-Biesdorf	Marzahn-Hellersdorf	356,28	(306,05)
411	(410)	Glasower Straße	Neukölln	358,28	(407,36)
412	(337)	Bucher Forst	Pankow	375,21	(275,44)
413	(2)	Herzbergstraße	Lichtenberg	375,69	(56,31)
414	(314)	Leopoldplatz	Mitte	380,55	(262,15)
415	(358)	Wissmannstraße	Neukölln	385,74	(293,92)
416	(416)	Griesingerstraße	Spandau	420,43	(430,80)
417	(63)	Stralauer Halbinsel	Friedrichshain-Kreuzberg	428,60	(142,54)
418	(353)	Oberschöneweide West	Treptow-Köpenick	458,95	(286,54)
419	(180)	Schloßgarten	Charlottenburg-Wilmersdorf	468,11	(195,92)

(Datenquelle: AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 4.78:

Vorzeitige Sterblichkeit (ICD-10 Nrn. A00 - T98 / 0 - 64 Jahre - je 100.000 / Eurobevölkerung alt 2009 - 2011 (zusammengefasst) in Berlin auf der Ebene der Planungsräume

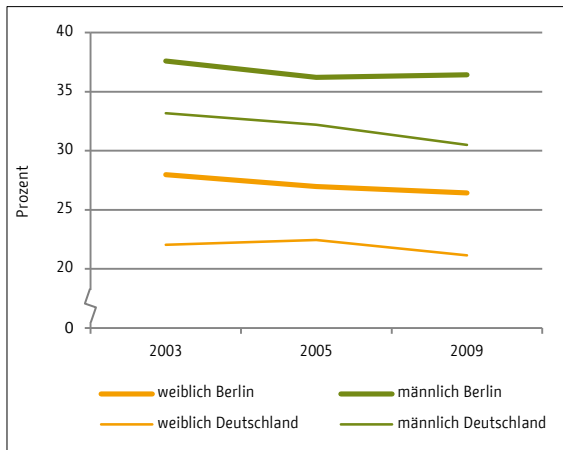


4.2.5.3 Raucher

Berlin / Deutschland

Abbildung 4.79:

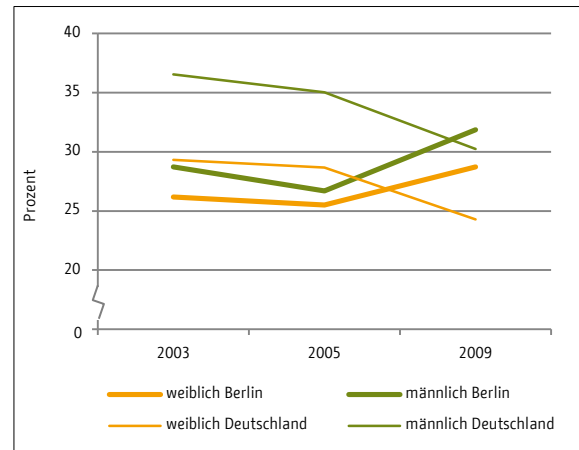
Anteil Raucher an der Bevölkerung in Berlin und Deutschland 2003, 2005 und 2009 (Mikrozensus)



(Datenquelle StBA / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 4.80:

Anteil Raucher an der Bevölkerung (unter 25 Jahre) in Berlin und Deutschland 2003, 2005 und 2009 (Mikrozensus)



(Datenquelle StBA / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Unterschied des Anteils der Raucher zwischen der männlichen und weiblichen Bevölkerung:

- 2009: in Berlin 10,0 %-Punkte; in Deutschland 9,4 %-Punkte
- 2003: in Berlin 9,6 %-Punkte; in Deutschland 11,1 %-Punkte

Entwicklung des Anteils der Raucherinnen an der weiblichen Bevölkerung:

- in Berlin von 2003 bis 2009 von 28,0 % auf 26,4 % gesunken; in Deutschland von 22,1 % auf 21,2 % gesunken

Entwicklung des Anteils der Raucher an der männlichen Bevölkerung:

- in Berlin von 2003 bis 2009 von 37,6 % auf 36,4 % gesunken; in Deutschland von 33,2 % auf 30,5 % gesunken

Besonderheit:

Der Anteil der Raucher an der Bevölkerung insgesamt ist seit 2003 in Berlin und Deutschland gesunken, jedoch auf unterschiedlichem Niveau. Im Gegensatz dazu lag der Anteil von Raucherinnen und Rauchern an der Bevölkerung unter 25 Jahren 2003 noch unter den Deutschlandwerten, steigt seit 2005 aber sehr stark. Inzwischen liegen die Raucheranteile der Berliner jungen Erwachsenen über denen in Deutschland (Frauen: 4,4 %-Punkte; Männer: 1,6 %-Punkte).

Bezirke

Weibliche Bevölkerung

Höchster Anteil:

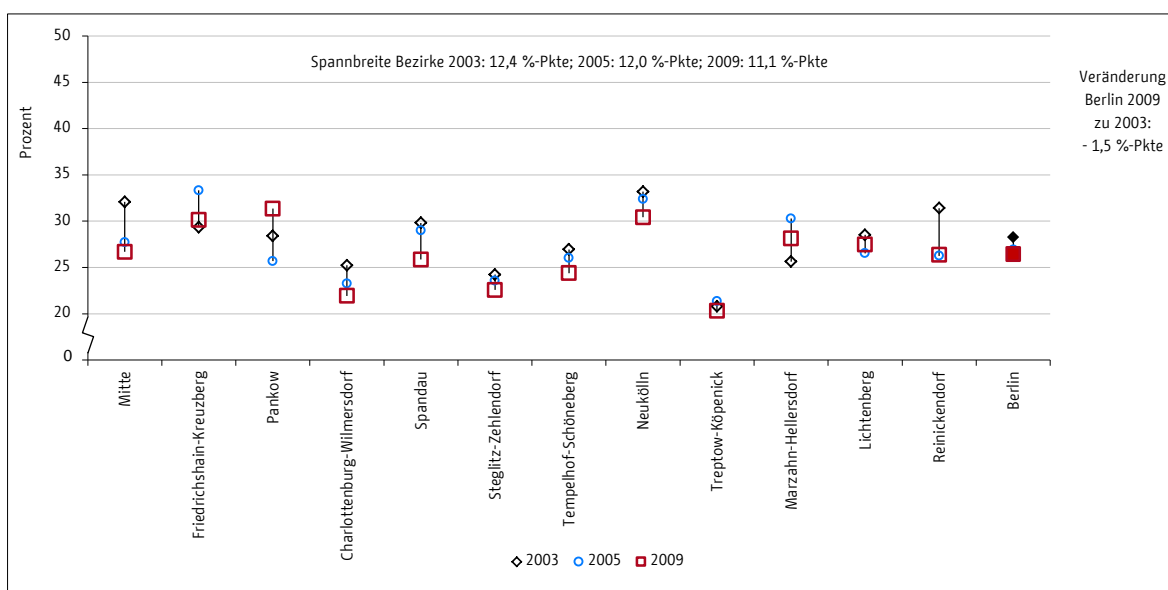
- 2009: Pankow (31,4 %), Neukölln (30,4 %) und Friedrichshain-Kreuzberg (30,1 %)
- 2003: Neukölln (33,2 %), Mitte (32,1 %) und Reinickendorf (31,4 %)

Niedrigster Anteil:

- 2009: Treptow-Köpenick (20,3 %), Charlottenburg-Wilmersdorf (21,9 %) und Steglitz-Zehlendorf (22,6 %)
- 2003: Treptow-Köpenick (20,8 %), Steglitz-Zehlendorf (24,2 %) und Charlottenburg-Wilmersdorf (25,2 %)

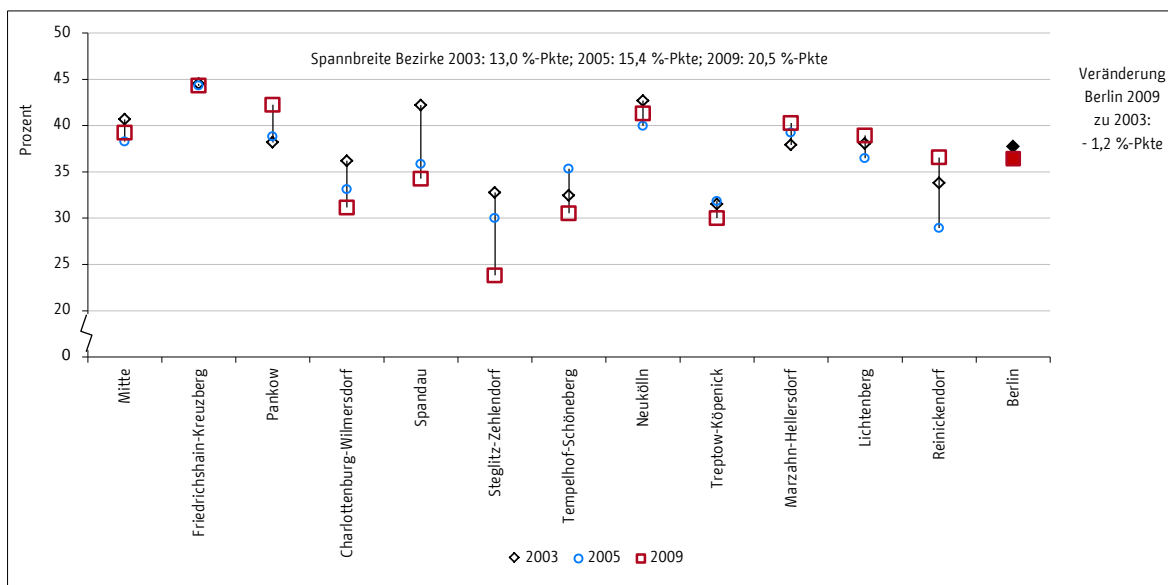
Spannbreite:

- 2009: 11,1 %-Punkte
- 2003: 12,4 %-Punkte

Abbildung 4.81:
Anteil weibliche Raucher an der Bevölkerung in Berlin 2009 im Vergleich zu 2005 und 2003 nach Bezirken (Mikrozensus)


(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Männliche Bevölkerung

Abbildung 4.82:
Anteil männliche Raucher an der Bevölkerung in Berlin 2009 im Vergleich zu 2005 und 2003 nach Bezirken (Mikrozensus)


(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Höchster Anteil:

- 2009: Friedrichshain-Kreuzberg (44,3 %), Pankow (42,2 %) und Neukölln (41,3 %)
- 2003: Friedrichshain-Kreuzberg (44,5 %), Neukölln (42,7 %) und Spandau (42,2 %)

Niedrigster Anteil:

- 2009: Steglitz-Zehlendorf (23,8 %), Treptow-Köpenick (30,0 %) und Tempelhof-Schöneberg (30,5 %)
- 2003: Treptow-Köpenick (31,5 %), Tempelhof-Schöneberg (32,4 %) und Steglitz-Zehlendorf (32,8 %)

Spannbreite:

- 2009: 20,5 %-Punkte
- 2003: 13,0 %-Punkte

Besonderheit:

Sowohl bei der männlichen als auch bei der weiblichen Bevölkerung ist der Anteil an Rauchern seit 2003 in fast allen Bezirken zurückgegangen. Bei den Frauen ist er in Pankow, Marzahn-Hellersdorf und minimal in Friedrichshain-Kreuzberg gestiegen (+3,0 %-Punkte, +2,5 %-Punkte und +0,8 %-Punkte), bei den Männern ebenfalls in Pankow (+4,1 %-Punkte) sowie in Reinickendorf, Marzahn-Hellersdorf und schwach in Lichtenberg (+2,8 %-Punkte, +2,4 %-Punkte und +0,9 %-Punkte). So verzeichnet Pankow den höchsten Anteil an Raucherinnen und den zweithöchsten Anteil an Rauchern unter den Bezirken. 2003 wies Mitte den zweithöchsten Anteil an Raucherinnen auf. Hier ist allerdings der stärkste Rückgang zu beobachten (-5,4 %-Punkte), sodass der Bezirk 2009 einen durchschnittlichen Wert verzeichnet. Der Raucheranteil an der männlichen Bevölkerung hat in Steglitz-Zehlendorf am deutlichsten abgenommen (-9,0 %-Punkte). Somit verzeichnet der Bezirk den mit Abstand niedrigsten Anteil (Differenz zu Treptow-Köpenick mit dem zweitniedrigsten Anteil: 6,2 %-Punkte).

5 Handlungsfelder der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales

5.1 Bekämpfung von Armut und Verbesserung gesellschaftlicher Teilhabechancen in Berlin

5.1.1 Einleitung

Das Thema Armut ist regelmäßig Gegenstand der amtlichen Gesundheits- und Sozialberichterstattung und findet sich zudem in zahlreichen Veröffentlichungen von Wissenschaft, Wohlfahrtsverbänden und Betroffenenorganisationen sowie in der Tagespresse. Dabei geht es nicht nur um die Darstellung und Evaluierung der Entwicklung von Einkommensarmut anhand von Quoten, sondern auch und insbesondere um die Ursachen von Armut und deren Auswirkungen auf unterschiedliche Lebenslagen. Hinzu kommen Betrachtungen zu eingeschränkten Teilhabechancen, denn wer mit seinem Einkommen kaum den Lebensunterhalt decken kann, findet sich nicht selten in Situationen sozialer Ausgrenzung wieder, die sowohl monetäre als auch gesellschaftliche Ursachen haben.

Armut ist aber auch ein Thema, das zahlreiche Politikbereiche berührt. So wirken sich Entscheidungen von Bund und Ländern in der Bildungs-, Arbeitsmarkt-, Wirtschafts- und Rentenpolitik darauf aus, ob die den Bürgerinnen und Bürgern für die Bestreitung des individuellen Lebensunterhalts zur Verfügung stehenden Mittel ausreichend sind. Die Gründe für Einkommensarmut sind vielfältig und liegen nicht immer in der Verantwortung der Betroffenen. Insbesondere Kinder und Jugendliche haben kaum die Chance sich allein aus einer Armutssituation zu befreien, denn ihre Armut hängt unmittelbar mit der ihrer Eltern zusammen. Hier gilt es, Armutstendenzen bereits im frühen Kindesalter entgegenzuwirken, Chancengerechtigkeit bei Bildung und Ausbildung herbeizuführen, die Finanzierung des Lebensunterhalts aus eigenen Kräften und Mitteln zu unterstützen sowie die gesellschaftliche Teilhabe in möglichst allen Lebensbereichen zu gewährleisten. Dies alles stellt Bund, Länder und Kommunen, aber auch die Zivilgesellschaft und Wohlfahrtsverbände vor große Herausforderungen, da Armut kein vorübergehendes Phänomen ist.

5.1.1.1 Der Lebenslagenansatz

Armut wird seit einigen Jahren stets im Kontext des sogenannten Lebenslagenansatzes betrachtet, der Armut als mehrdimensionales Phänomen definiert, das in der Regel durch Einkommensarmut gekennzeichnet ist, aber gleichermaßen Teilhabechancen und ggf. das subjektive Wohlbefinden und die individuelle Zufriedenheit einschränkt. Die Faktoren, die die jeweilige Lebenslage beeinflussen, sind je nach Lebensalter verschieden. So ist die Kindheit neben der materiellen Ausstattung vor allem durch familiäre Bindungen und Bildungserfolge geprägt, während im mittleren Lebensalter z. B. die Lage auf dem Arbeitsmarkt eine wesentliche Rolle für die gesellschaftliche Teilhabe spielt. Im Rentenalter steht dann die Erhaltung der Gesundheit im Vordergrund und soziale Unterstützungsnetze gewinnen zunehmend an Bedeutung. „Die einzelnen Dimensionen der Lebenslage – familiäre Beziehungen, Gesundheitszustand und -verhalten, formale und informelle Bildung, Erwerbstätigkeit, soziale Netzwerke und gesellschaftliche Partizipation (und mehr) – sind in den verschiedenen Altersgruppen zudem unterschiedlich gewichtet“ (Bundesregierung 2013). Auch wenn individuelle Lebensverläufe zu individuell unterschiedlichen Lebenslagen führen: Der Lebenszyklus eines jeden Menschen weist im Hinblick auf eine potentielle Armutsgefährdung und Einschränkung von Teilhabechancen beinahe stereotyp Situationen und Herausforderungen auf. Hier ist es erforderlich, ggf. vorhandene Hemmnisse frühzeitig zu identifizieren und unterstützende Maßnahmen zielorientiert einzuleiten.

5.1.1.2 Absolute und relative Armut

Absolute Armut ist heute nur noch in den Entwicklungsländern zu finden. Dabei geht es um Situationen, in denen die vorhandenen finanziellen Mittel zur Deckung lebenswichtiger oder immaterieller Grundbedürfnisse nicht ausreichen. Wer über weniger als einen Dollar lokaler Kaufkraft pro Tag verfügt gilt als arm, wobei die Höhe dieses Indikators national und regional differiert. In den sogenannten Wohlstandsgesellschaften scheint absolute Armut, mit Ausnahme weniger Gruppen, überwunden.

Innerhalb der Europäischen Union hat sich der Begriff der relativen Armut etabliert, der sich anhand der Lebensverhältnisse im jeweiligen Land bestimmt. „Als arm gelten danach Personen, die über so geringe Ressourcen verfügen, dass sie den in ihrer Gesellschaft als annehmbar geltenden Lebensstandard nicht erreichen. Diese Ressourcen können materieller Natur sein, wie z. B. das Einkommen, aber auch mangelnde soziale Einbindung oder mangelnde Bildungschancen gehören dazu. Um relative Armut messen zu können, muss ein bestimmtes Niveau (Armutsriskogrenze) definiert werden, unterhalb dessen man von Armut spricht.“ (Statistisches Bundesamt 2006)

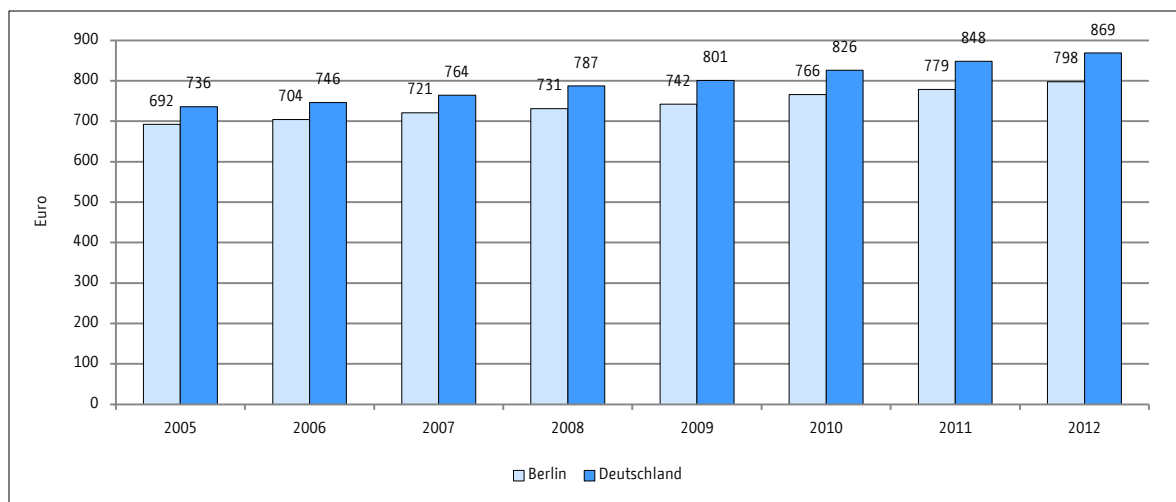
5.1.1.3 Die Armutsriskogrenze

In der Armuts- und Sozialberichterstattung werden unterschiedliche Datengrundlagen, Definitionen und prozentuale Ableitungen verwendet, die im Ergebnis der Berechnung zu unterschiedlich hohen Armutsrisiken führen können. Der nachfolgende Text stellt auf den innerhalb der Europäischen Union etablierten Ansatz ab und verzichtet auf die Heranziehung alternativer Darstellungen.

Grundlage für die Ermittlung der Armutsriskogrenze ist das sogenannte Äquivalenzeinkommen, ein auf der Basis des Haushaltseinkommens berechnetes bedarfsgewichtetes Pro-Kopf-Einkommen je Haushaltsmitglied (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2011a). Dabei wird der finanzielle Bedarf jeder einzelnen Person im Haushalt mit einem festgelegten Schlüssel gewichtet. Maßgebend für die Berechnung ist das tatsächlich verfügbare Haushaltseinkommen; es wird durch die Summe der Gewichte des Haushalts geteilt. 60 % des so ermittelten Medians des Äquivalenzeinkommens der Bevölkerung in Privathaushalten gelten als Armutsriskogrenze. Personen, deren Äquivalenzeinkommen unter diesem Schwellenwert liegt, werden als (relativ) einkommensarm eingestuft.

Zu beachten ist, dass das Äquivalenzeinkommen Veränderungen unterliegt. Steigen die Einkommen der Bevölkerung, erhöht sich gleichermaßen das Medianeinkommen, auch das der Transferleistungsbezieher

Abbildung 5.1:
Armutsriskogrenze für einen Einpersonenhaushalt in Berlin und Deutschland 2005 - 2012 in Euro/Monat



(Datenquelle: StBA / Darstellung: SenGesSoz - II B -)

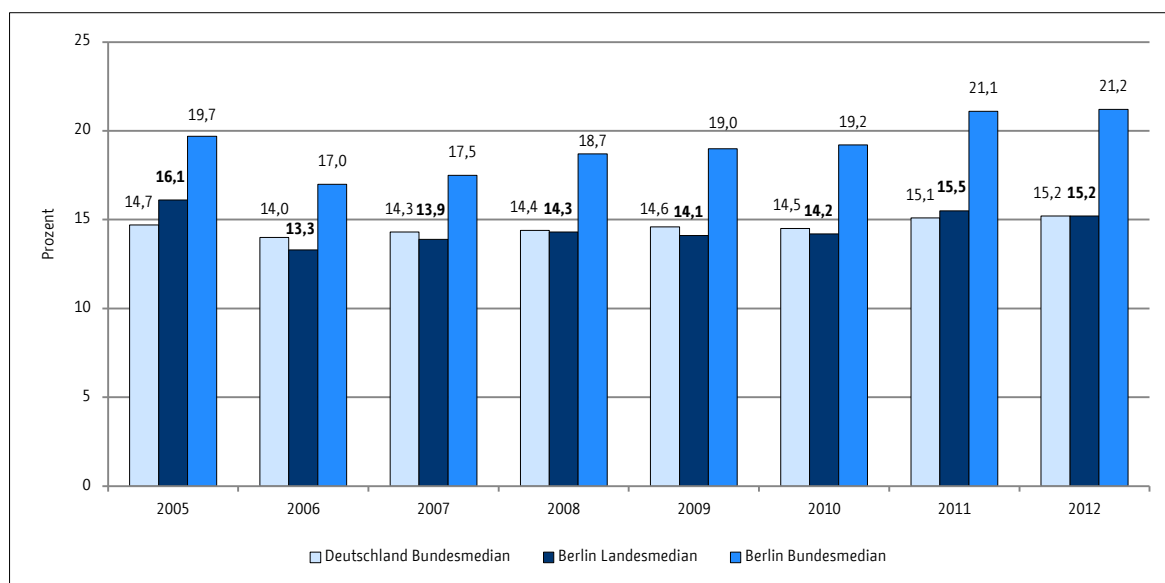
und Transferleistungsbezieherinnen. Insofern kann relative Armut trotz absolut steigender Einkommen oft nicht überwunden werden und es wird allein aufgrund der Berechnungsmethodik immer Menschen geben, die mit den ihnen zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln unterhalb der Armutsrisikogrenze liegen.

In Berlin liegt die Armutsrisikogrenze auf Basis des durchschnittlichen Berliner Nettoäquivalenzeinkommens (Landesmedian) für einen Einpersonenhaushalt derzeit bei 798 Euro im Monat (Stand: 2012). Der Wert steigt seit Jahren an, liegt aber stets unterhalb des nach dem Bundesmedian auf Grundlage des gesamtdeutschen Nettoäquivalenzeinkommens ermittelten Schwellenwertes (869 Euro / Monat; Stand: 2012).

5.1.1.4 Die Armutsrisikoquote

Die Armutsrisikoquote weist den Teil der Bevölkerung aus, der nur über ein Einkommen unterhalb der Armutsrisikogrenze verfügt. Sie kann auf der Grundlage des gewichteten gesamtdeutschen Nettoäquivalenzeinkommens (Bundesmedian) oder auf der Grundlage der jeweiligen regionalen Armutsrisikogrenze (Landesmedian) ermittelt werden. Da das Berliner Einkommen niedriger ist als das Einkommen für Deutschland insgesamt, wird in den nachfolgenden Darstellungen auf den Landesmedian abgestellt. Danach beträgt die aktuelle Armutsrisikoquote für die Berliner Gesamtbevölkerung 15,2 % (Stand: 2012, Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2011b). Die Quote ist erstmals seit Jahren wieder zurückgegangen, betrifft aber noch immer mehr als jede sechste BerlinerIn bzw. jeden sechsten Berliner.

Abbildung 5.2:
Armutsrisikoquote der Berliner Bevölkerung 2005 - 2012 insgesamt (Landesmedian und Bundesmedian) und gesamtdeutscher Vergleichswert (Bundesmedian) in Prozent



(Datenquelle: StBA / Darstellung: SenGesSoz - II B -)

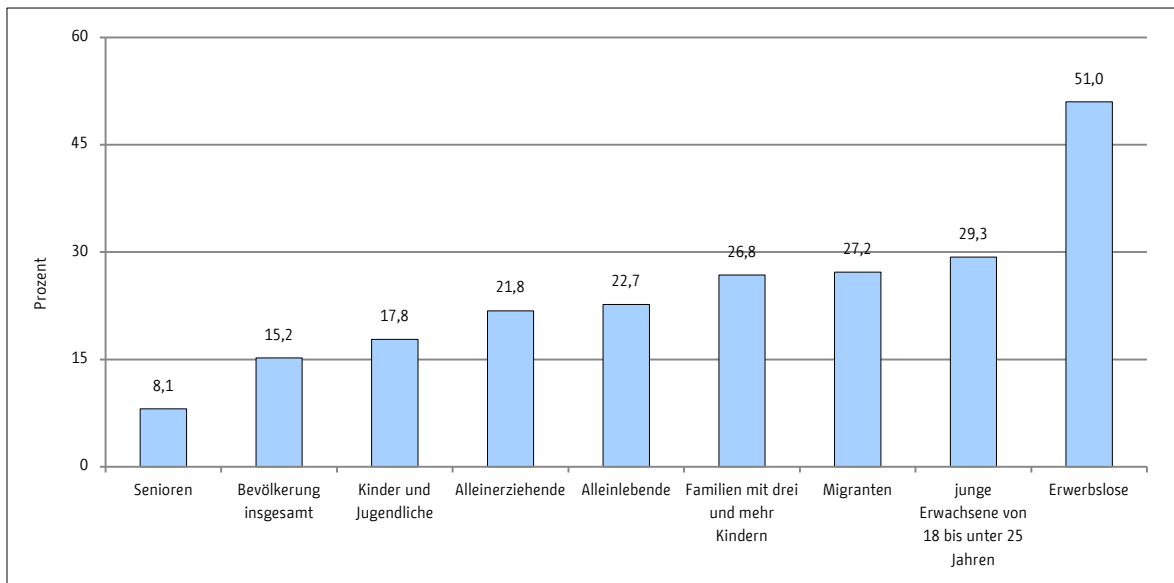
5.1.2 Wer ist in Berlin besonders von Armut bedroht?

Die statistischen Ämter des Bundes und der Länder weisen auf Grundlage der Armutsrisikoquote seit Jahren dieselben, besonders armutsgefährdeten Personengruppen aus. Dazu gehören – auch in Berlin – Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, Alleinerziehende, Familien mit drei und mehr Kindern, junge Erwachsene im Alter von 18 bis unter 25 Jahren, Erwerbslose, Alleinlebende, Menschen mit Migrationshintergrund und Menschen mit Behinderung (Hinweis: Armutsrisikoquoten für Menschen mit Behinderung werden von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder nicht regelmäßig erhoben und liegen daher aktuell nicht vor).

Abbildung 5.3:

Armutsrisikoquote ausgewählter Personengruppen in Berlin 2012 in Prozent

Anteil der Bevölkerung mit einem Nettoäquivalenzeinkommen unterhalb der Armutsrisikogrenze - Landesmedian



(Datenquelle: StBA / Darstellung: SenGesSoz - II B -)

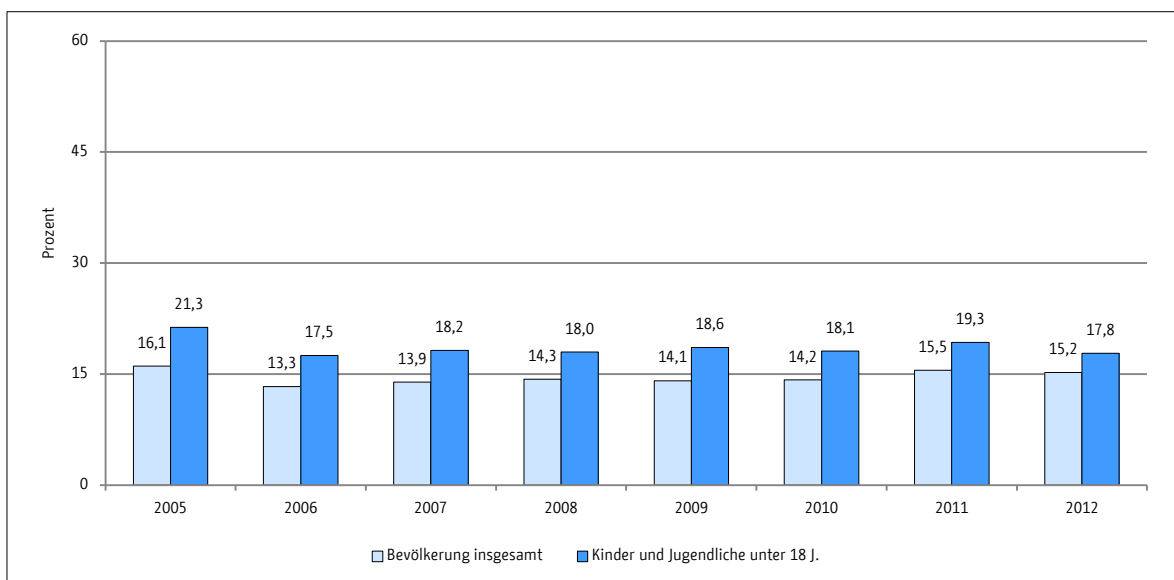
Die Armutsrisikoquote der Berliner Seniorinnen und Senioren liegt derzeit bei 8,1 % (Stand: 2012) und damit deutlich unter der Armutsrisikoquote der Berliner Gesamtbevölkerung. Allerdings steigt die Quote kontinuierlich an und muss hinsichtlich ihrer weiteren Entwicklung beobachtet werden, da die wirtschaftliche Situation der vergangenen Jahre und ihre Auswirkung auf die Rentenansprüche einen weiteren Anstieg vermuten lässt.

5.1.2.1 Das Armutsrisiko von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren in Berlin

Mehr als jedes fünfte Kind / jeder fünfte Jugendliche (17,8 %; Stand: 2012) in Berlin wächst in Haushalten auf, deren Einkommen unterhalb der Armutsrisikogrenze liegt. Insbesondere die Kinder von Alleinerziehenden und Mehrkind-Familien sind armutsgefährdet sowie allein lebende Jugendliche, die sich noch in der Schule bzw. Ausbildung befinden. Ähnlich wie die Quote der Berliner Gesamtbevölkerung weist auch die Quote der unter 18-Jährigen in 2012 erstmals seit Jahren einen Rückgang aus (1,5 Prozentpunkte im Vergleich zu 2011).

Abbildung 5.4:

Armutsrisikoquote von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren in Berlin 2005 - 2012 in Prozent (Landesmedian) im Vergleich zur Quote der Gesamtbevölkerung



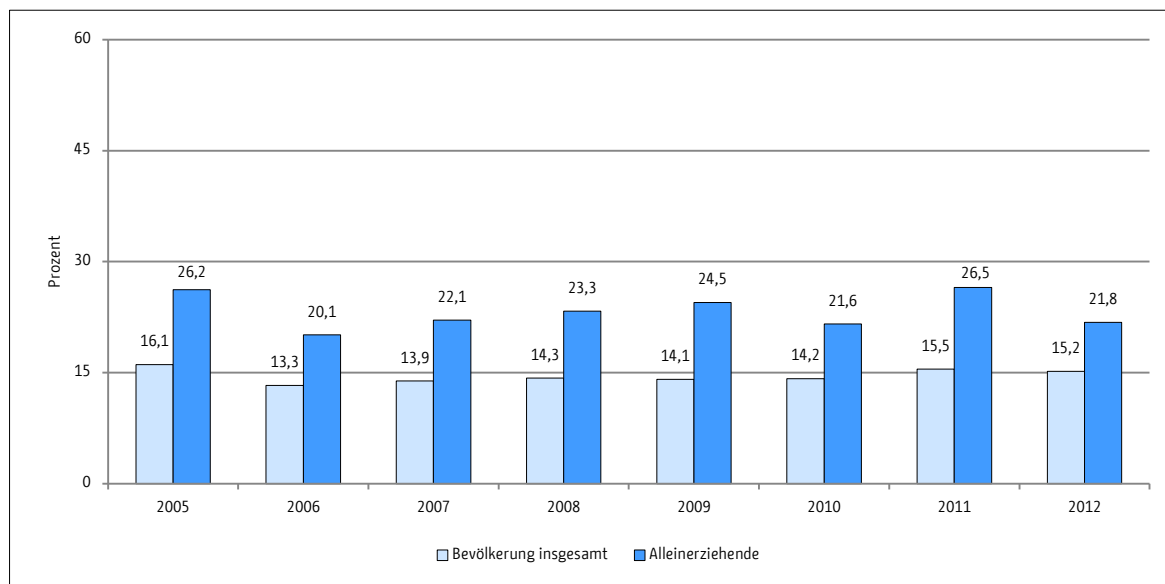
(Datenquelle: StBA / Darstellung: SenGesSoz - II B -)

5.1.2.2 Das Armutsrisiko von Alleinerziehenden in Berlin

Mehr als jede vierte bzw. jeder vierte (21,8 %; Stand: 2012) Alleinerziehende in Berlin gilt als relativ arm. Die Quote liegt um 6,6 Prozentpunkte über der der Gesamtbevölkerung. Sie ist – nach einem jahrelangen Anstieg und Rückgang im Jahr 2010 – in 2012 im Vergleich zum Vorjahr um 4,7 Prozentpunkte zurückgegangen.

Abbildung 5.5:

Armutsrisikoquote von Alleinerziehenden in Berlin 2005 - 2012 in Prozent (Landesmedian) im Vergleich zur Quote der Gesamtbevölkerung



(Datenquelle: StBA / Darstellung: SenGesSoz - II B -)

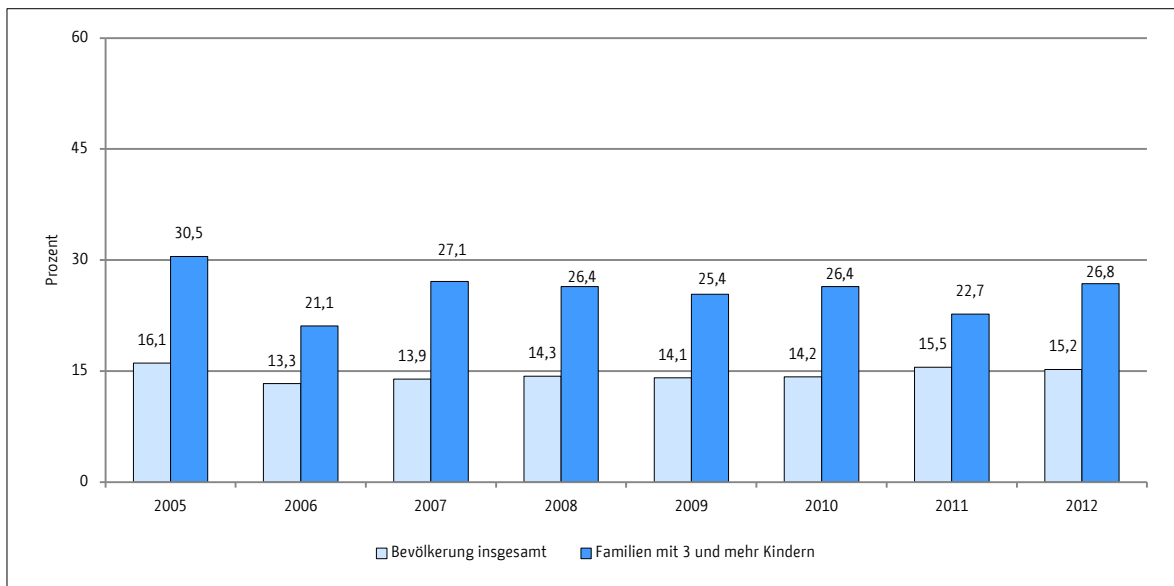
Das hohe Armutsrisiko von Alleinerziehenden ist u. a. darin begründet, dass nur eine Person erwerbstätig sein kann und die Arbeitsmarktchancen aufgrund des zeitlichen Betreuungsaufwandes für die Kinder oft eingeschränkt sind. Dies gilt durch den behinderungsbedingten erhöhten Betreuungsbedarf insbesondere für Alleinerziehende mit pflegebedürftigen Kindern oder Kindern mit sonderpädagogischem Förderbedarf. Viele Alleinerziehende sind deshalb auf Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II angewiesen. Vor allem das Alter des jüngsten Kindes beeinflusst die Dauer des Leistungsbezuges. Zudem erschweren familienbedingt fehlende Qualifikationen und jahrelange Erwerbsunterbrechungen eine zeitnahe Vermittlung in den ersten Arbeitsmarkt.

5.1.2.3 Das Armutsrisiko von Familien mit drei und mehr Kindern in Berlin

Das Armutsrisiko von Familien erhöht sich mit wachsender Zahl der Kinder. Besonders armutsgefährdet sind Eltern mit drei und mehr Kindern; ihr Armutsrisiko liegt um 13,6 Prozentpunkte höher als das der Berliner Gesamtbevölkerung. Rund jeder vierte Haushalt (26,8 %; Stand: 2012) dieser Zusammensetzung muss mit einem Einkommen unterhalb der Armutsrisikogrenze auskommen. Die Armutsrisikoquote hat sich nach einem leichten Rückgang in 2011 wieder auf das Niveau der Jahre 2008 und 2010 eingependelt.

Mit der Familiengröße steigt auch das Armutsrisiko der Kinder im Haushalt. Während das Armutsrisiko bei Paaren mit einem oder zwei Kindern relativ moderat ausfällt (9,0 % bzw. 10,2 %; Stand: 2012), steigt das Risiko signifikant an, sobald noch ein weiteres Kind in die Familie hineingeboren wird (26,8 %; Stand: 2012) (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2011a/b).

Abbildung 5.6:
Armutsrisikoquote von Familien mit drei und mehr Kindern in Berlin 2005 - 2012 in Prozent (Landesmedian) im Vergleich zur Quote der Gesamtbevölkerung



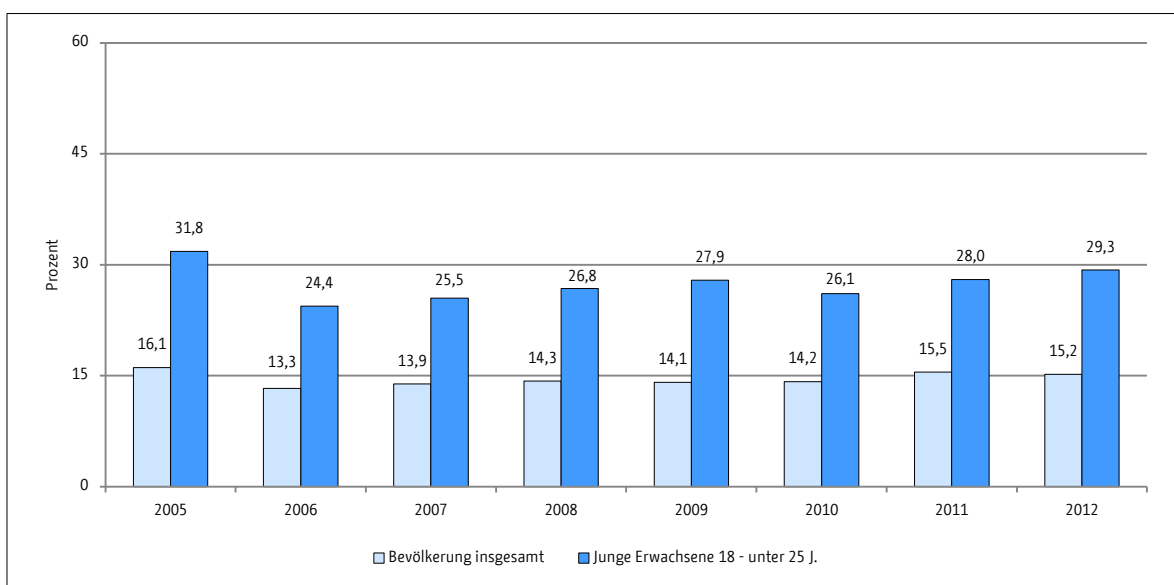
(Datenquelle: StBA / Darstellung: SenGesSoz - II B -)

5.1.2.4 Das Armutsrisiko junger Erwachsener im Alter von 18 bis unter 25 Jahren in Berlin

Die Armutsrisikoquote junger Erwachsener im Alter von 18 bis unter 25 Jahren in Berlin liegt bei 29,3 % (Stand: 2012) und betrifft mehr als jeden Dritten bzw. jede Dritte. Die Quote steigt nach einem Rückgang in 2010 wieder kontinuierlich an und ist aktuell annähernd so hoch, wie der höchste Wert der dargestellten Zeitreihe aus dem Jahr 2005.

Ursachen für das hohe Armutsrisiko junger Erwachsener sind u. a. eine lange Schul- und Berufsausbildung sowie Studienzeiten und der dadurch verzögerte Eintritt in den Arbeitsmarkt, prekäre Beschäftigungsver-

Abbildung 5.7:
Armutsrisikoquote von jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis unter 25 Jahren in Berlin 2005 - 2012 in Prozent (Landesmedian) im Vergleich zur Quote der Gesamtbevölkerung



(Datenquelle: StBA / Darstellung: SenGesSoz - II B -)

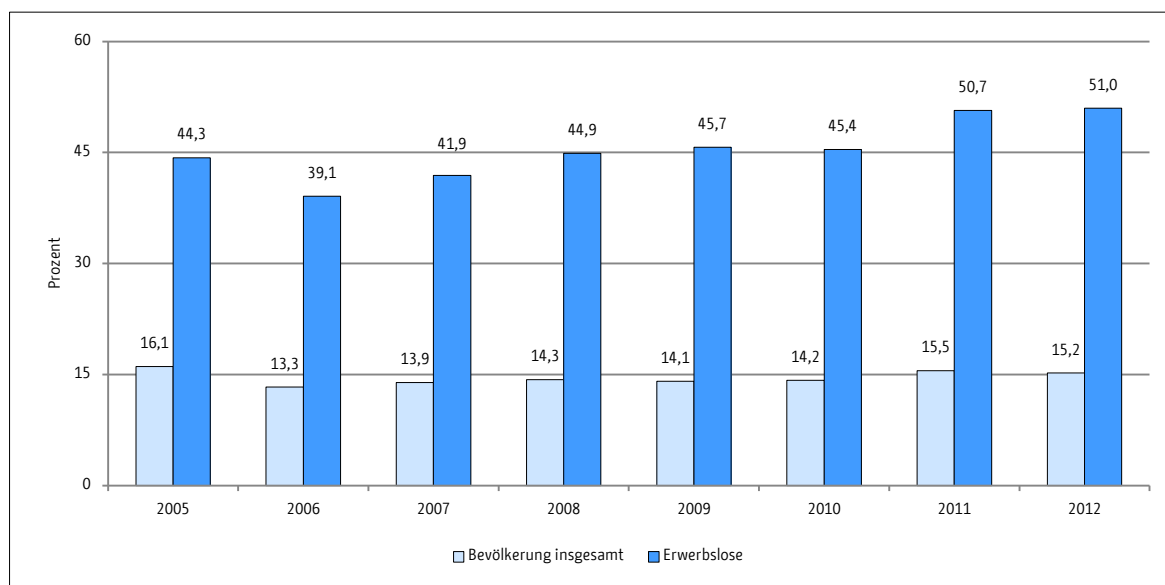
hältnisse oder schlecht bezahlte Praktika. Hinzu kommt ein Trend zur frühen Abspaltung aus dem Elternhaus, der sich auch in einer Zunahme von Einpersonen- und Alleinerziehenden-Haushalten widerspiegelt.

5.1.2.5 Das Armutsrisiko Erwerbsloser in Berlin

Knapp jeder bzw. jede zweite Erwerbslose¹ in Berlin ist armutsgefährdet; die Quote (51,0 %; Stand: 2012) ist mehr als dreimal so hoch wie die der Berliner Gesamtbevölkerung. Schwerbehinderten arbeitslosen Personen oder ihnen gleichgestellte Menschen gelingt es deutlich seltener als nicht Schwerbehinderten eine sozialversicherungspflichtige Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt aufzunehmen. Besonders armutsgefährdet sind Langzeitarbeitslose.

Abbildung 5.8:

Armutsrisikoquote Erwerbsloser in Berlin 2005 - 2012 in Prozent (Landesmedian) im Vergleich zur Quote der Gesamtbevölkerung



(Datenquelle: StBA / Darstellung: SenGesSoz - II B -)

5.1.2.6 Das Armutsrisiko Alleinlebender in Berlin

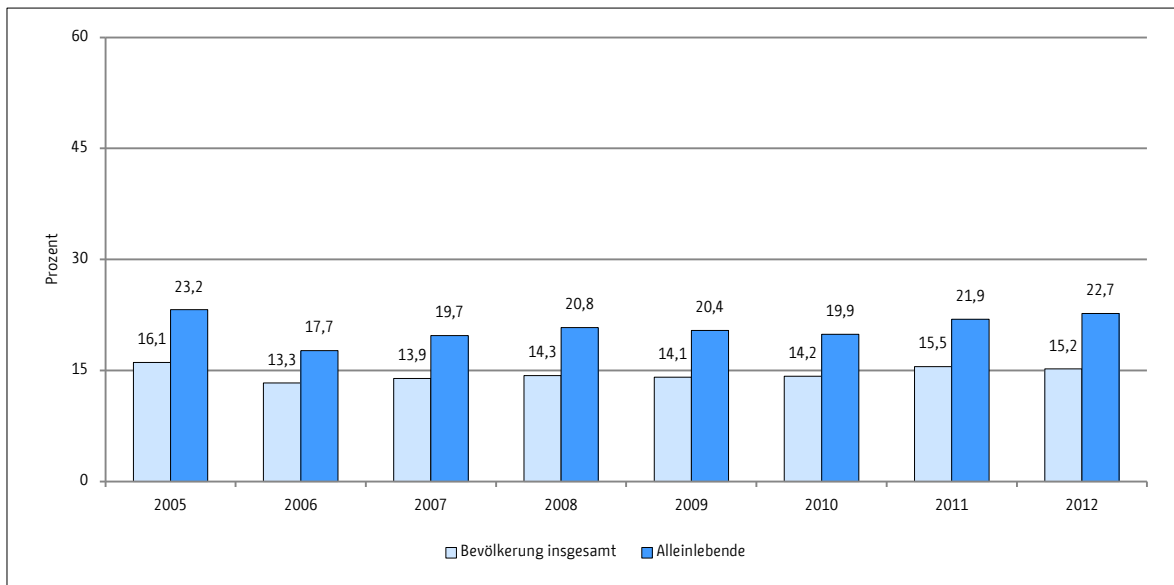
22,7 % (Stand: 2012) der in Berlin alleinlebenden Personen in Privathaushalten sind als relativ arm zu bezeichnen und verfügen nur über ein Einkommen unterhalb der Armutsrisikogrenze. Die Quote liegt deutlich über der Armutsrisikoquote der Berliner Gesamtbevölkerung (15,2 %; Stand: 2012). Bei fehlender Erwerbstätigkeit sind sogar mehr als die Hälfte (54,3 %) der Einpersonenhaushalte unter 60 Jahren in Berlin von Armut betroffen (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2011). Am häufigsten alleinstehend (ledig, verwitwet oder geschieden) sind nach der Auswertung des Mikrozensus 2005 mit 49 % Frauen mit Behinderung (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2010).

Alleinlebende Menschen haben ein besonders hohes Armutsrisiko, da finanzielle Verluste nicht durch ein Partnereinkommen kompensiert werden können. Zudem können Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit die gesellschaftlichen Teilhabechancen einschränken, da erforderliche Hilfestellungen und Teilhabe nur durch Freunde, Nachbarn, nicht im Haushalt lebende Verwandte oder durch die öffentliche Hand zu realisieren sind.

¹ Als erwerbslos gilt jede Person im Alter von 15 bis unter 65 Jahren, die in diesem Zeitraum nicht erwerbstätig war, aber in den letzten vier Wochen vor der Befragung aktiv nach einer Tätigkeit gesucht hat. Auf den zeitlichen Umfang der gesuchten Tätigkeit kommt es nicht an. Eine neue Arbeit muss innerhalb von zwei Wochen aufgenommen werden können. Die Einschaltung einer Agentur für Arbeit oder eines kommunalen Trägers in die Suchbemühungen ist nicht erforderlich. Personen im erwerbsfähigen Alter, die weder erwerbstätig noch erwerbslos sind, gelten als Nichterwerbspersonen (<http://www.amtliche-sozialberichterstattung.de/glossar.html>; letzter Aufruf: 07. Oktober 2013).

Abbildung 5.9:

Armutrisikoquote Alleinlebender in Berlin 2005 - 2012 in Prozent (Landesmedian) im Vergleich zur Quote der Gesamtbevölkerung



(Datenquelle: StBA / Darstellung: SenGesSoz - II B -)

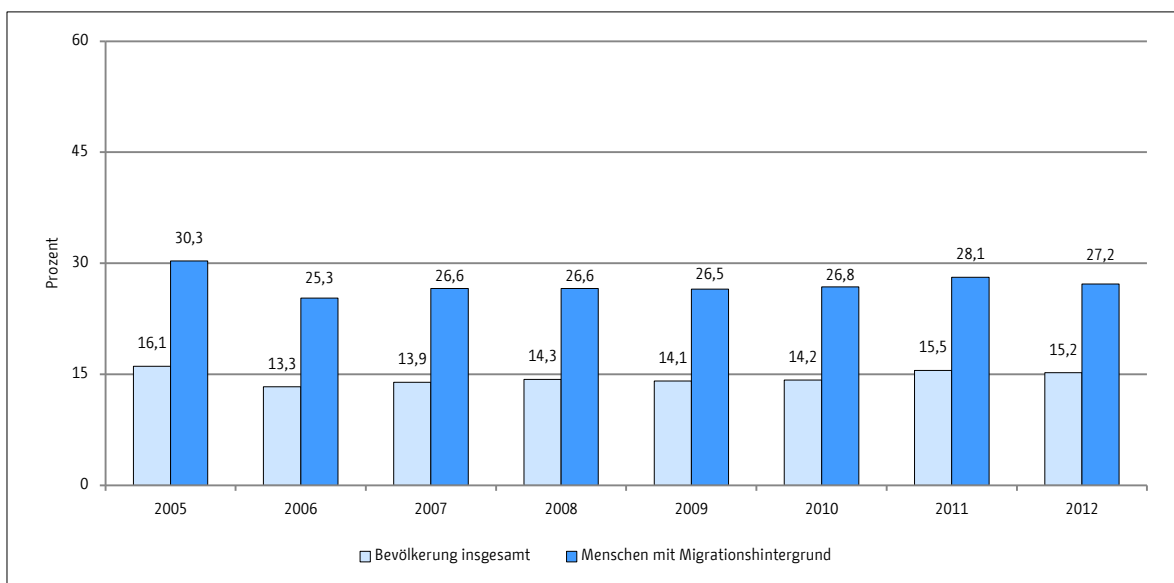
5.1.2.7 Das Armutrisiko von Menschen mit Migrationshintergrund in Berlin

Das Armutrisiko von Menschen mit Migrationshintergrund² in Berlin ist mit 27,2 % (Stand: 2012) knapp doppelt so hoch wie das der Berliner Gesamtbevölkerung. Auch diese Quote ist nach einem Verbleib auf annähernd hohem Niveau und einem Anstieg in 2010 und 2011 erstmals wieder zurückgegangen und muss hinsichtlich ihrer weiteren Entwicklung beobachtet werden. Besonderen Risiken sind Menschen mit Migrationshintergrund und Behinderung und ihre Familien ausgesetzt, da sie sich mit den Anforderungen der Behinderung auseinandersetzen und sich in einem ihnen oft unbekanntem Hilfesystem orientieren müssen.

Differenziert nach Staatsangehörigkeit fällt die Armutrisikoquote noch höher aus. Sie liegt für die Bevölkerung **ohne** deutsche Staatsangehörigkeit bei derzeit 31,5 %, während der analoge Wert für Personen **mit** deutscher Staatsangehörigkeit nur 12,9 % beträgt (Stand: 2012).

Abbildung 5.10:

Armutrisikoquote von Menschen mit Migrationshintergrund in Berlin 2005 - 2012 in Prozent (Landesmedian) im Vergleich zur Quote der Gesamtbevölkerung



(Datenquelle: StBA / Darstellung: SenGesSoz - II B -)

² Als Person mit Migrationshintergrund gilt, wer eine ausländische Staatsbürgerschaft besitzt oder im Ausland geboren wurde und nach 1949 zugewandert ist oder in Deutschland geboren ist und eingebürgert wurde oder ein Elternteil hat, das zugewandert ist, eingebürgert wurde oder eine ausländische Staatsbürgerschaft besitzt.

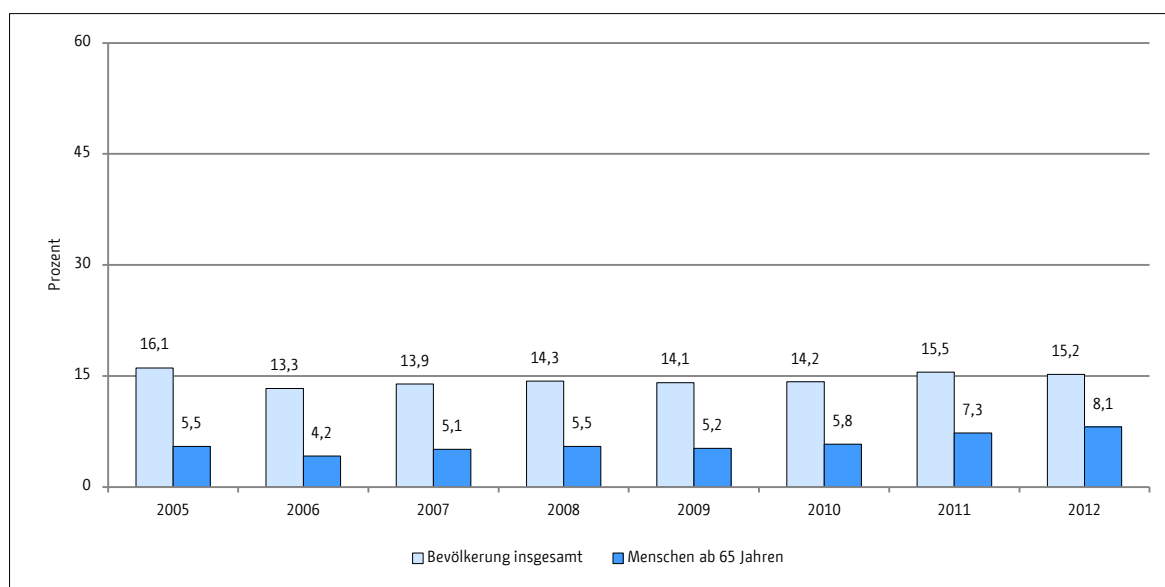
5.1.2.8 Das Armutsrisiko von Menschen ab 65 Jahre in Berlin

Im Vergleich zum Armutsrisiko der vorgenannten Personengruppen spielt Altersarmut in Berlin derzeit eine eher nachgeordnete Rolle. Lediglich 8,1 % (Stand: 2012) der Berliner Seniorinnen und Senioren müssen ihren Lebensunterhalt mit einem Einkommen unterhalb der Armutsrisikogrenze bestreiten.

Eine höhere Armutsrisikoquote ist für die in das Rentenalter nachrückende Alterskohorte der 50- bis unter 65-Jährigen in Berlin zu verzeichnen. Hier liegt das Armutsrisiko derzeit bei 13,6 % (Stand: 2012) und stärkt die Vermutung der Entwicklung steigender Altersarmut in den kommenden Jahren, da gerade die letzten Jahre der Erwerbstätigkeit vor Eintritt in das Rentenalter prägend für einen finanziell auskömmlichen Lebensabend sind. Wer kurz vor Eintritt in das Rentenalter nur über ein Einkommen unterhalb der Armutsrisikogrenze verfügt, wird dies nach Ende der Erwerbstätigkeit oft nicht kompensieren können.

Abbildung 5.11:

Armutsrisikoquote von Menschen ab 65 Jahren in Berlin 2005 - 2012 in Prozent (Landesmedian) im Vergleich zur Quote der Gesamtbevölkerung



(Datenquelle: StBA / Darstellung: SenGesSoz - II B -)

5.1.2.9 Das Armutsrisiko von Menschen mit Behinderung in Berlin

Behinderungsbedingte Armutsrisiken können in der zeitlichen und finanziellen Mehrbelastung von Familien mit behinderten Kindern liegen. Weitere Gründe sind eingeschränkte Bildungschancen sowie eine überdurchschnittliche Arbeitslosenquote und niedrige Einkommen. Menschen mit Behinderung haben durch Zuzahlungen zu Gesundheitsleistungen oder als rollstuhlnutzende Personen durch erhöhten Wohnraumbedarf unter Umständen höhere Lebenshaltungskosten. Für Menschen mit einem (hohen) Assistenzbedarf und ihren Partnern entsteht ein Armutsrisiko durch die Einkommens- und Vermögensanrechnung bei der Inanspruchnahme öffentlicher Leistungen.

5.1.3 Handlungsempfehlung

Die genannten Armutsrisikoquoten für Berlin machen deutlich, dass sich Armut in unterschiedlichen Lebenslagen finden lässt und einzelne Personengruppen besonders betroffen sind. Bei der Bekämpfung von Armut, bei der Schaffung präventiver Maßnahmen und bei der Verbesserung gesellschaftlicher Teilhabechancen ist es zudem erforderlich, einen ganzheitlichen Ansatz zu verfolgen. Dabei geht es nicht nur um die Menschen an sich, sondern um die jeweilige Lebenssituation in der sie sich befinden und die individuellen Hemmnisse, die ihrer sozialen Mobilität ggf. im Wege stehen. Besonderes Augenmerk ist dabei auf Kinder und Jugendliche zu richten, da sie die meisten Entwicklungsstufen noch vor sich haben und mit

entsprechender Förderung und Unterstützung die Grundlagen für ein Erwachsenenleben jenseits von Armut erwerben können. Aber auch für armutsgefährdete Erwachsene gilt es Lösungen zu finden, die etwa die Chancen am Arbeitsmarkt verbessern oder soziale Ausgrenzung verhindern.

Ausgehend davon wird sich der Senat von Berlin in dieser Legislaturperiode insbesondere der Bekämpfung von Armut widmen und dabei den vorgenannten Ansatz verfolgen, der weit über die Sicherstellung von Kindertagesbetreuung, Schulbildung und die Gewährung von Transferleistungen hinausgeht. Zielstellung ist, tragfähige und nachhaltige Lösungen zu erarbeiten, die z. B. Kindern und Jugendlichen über gute Bildung den Zugang zum Arbeitsmarkt öffnen, Arbeitslosen den Weg zurück in Beschäftigung bieten, die Integration von Menschen mit Migrationshintergrund sowie Menschen mit Behinderung sicherstellen und auch den Berlinerinnen und Berlinern im Rentenalter gesellschaftliche Teilhabe ermöglichen. Gemeinsam mit den fachpolitisch relevanten Akteuren wird der Senat einen Diskussionsprozess mit dem Ziel eröffnen, eine gemeinsame Strategie zur Bekämpfung von Armut zu entwickeln. Erste Diskussionen zu diesem Thema haben bereits in einer ressortübergreifenden Arbeitsgruppe stattgefunden. Diese Strategie soll in **Leitlinien des Senats zur Bekämpfung von Kinderarmut und Verbesserung gesellschaftlicher Teilhabechancen** münden, die das dahinterstehende vielfältige Handlungsspektrum abdecken. Inhaltliche Schwerpunkte werden in den im Zusammenhang mit der Armutsproblematik stehenden zentralen Themen, insbesondere Bildung, Beschäftigung, Gesundheit, Segregation, Migrationshintergrund, Behinderung und der besonderen Armutsproblematik der sogenannten Generation 65+, liegen. Die Leitlinien sollen das politische Handeln in den kommenden Jahren im vorgenannten Sinne prägen und gleichermaßen als Steuerungsinstrument dienen. Eine Evaluierung des Grades der Zielerreichung eingeleiteter Maßnahmen zur Armutsprävention und Armutsbekämpfung auf der Grundlage von Indikatoren sowie die Fortschreibung der Leitlinien sind in einem weiteren Schritt geplant. Einige Schwerpunktsetzungen der Bekämpfung von Armut sind den nachfolgenden Kapiteln zu entnehmen.

5.1.3.1 Handlungsfeld „Bildung in jeder Lebensphase“

Bildung kann entscheidend dazu beitragen, dass soziale und ökonomische Nachteile ausgeglichen werden und insbesondere Kindern der Weg zu einer erfolgreichen Entwicklung geebnet wird, denn Armutsrisiko und Bildungsabschluss hängen eng zusammen. Bestreben des Senats ist es, Kindern und Jugendlichen in Berlin – unabhängig von ethnischer Herkunft und wirtschaftlicher Situation oder einem sonderpädagogischen Förderbedarf – eine optimale Unterstützung in jeder Lebensphase und die Chance auf einen bestmöglichen Bildungsabschluss zu ermöglichen. Hierbei sind unter Berücksichtigung der verschiedenen Lebensphasen unterschiedliche Ansätze denkbar. Insbesondere bei Kindern aus bildungsfernen Familien kommt es in den ersten Lebensjahren wesentlich auf eine hochwertige, institutionelle Betreuung an. Dies unterstützt auch berufstätige und in Ausbildung befindliche Eltern und sichert allen betroffenen Kindern gute Entwicklungschancen. Gerade die Qualität der Kindertagesbetreuung beeinflusst die Entwicklungs-, Teilhabe- und Aufstiegschancen der weiteren Bildungserfolge. Hier wurde in Berlin bereits viel erreicht. Regionale Bildungsnetzwerke und eine gezielte Sprachförderung sorgen dafür, dass der Übergang von der Kita in die Grundschule gemeistert werden kann. In Berlin nehmen mehr als 40 % der Kinder unter drei Jahren und rd. 90 % der Kinder im Alter von drei bis unter sechs Jahren an der Kindertagesbetreuung teil (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2012); die Zahlen sind seit Jahren steigend. Der Senat hat finanzielle Vorsorge getroffen, um dem weiter wachsenden Bedarf an Betreuungsplätzen in den kommenden Jahren und dem seit 1. August 2013 geltenden Rechtsanspruch auf einen Kita-Platz gerecht zu werden. Dazu gehört auch die Stärkung des sprachlichen Bildungsangebots, insbesondere für Kinder unter drei Jahren aus sozial benachteiligten Familien und aus Familien mit Migrationshintergrund sowie die Qualifizierung der Einrichtungen und der pädagogischen Fachkräfte für professionelle und alltagsintegrierte Sprachbildungsarbeit.

In der Schule werden Kindern und Jugendlichen die Grundlagen vermittelt, die für einen erfolgreichen Start in das Berufsleben von Bedeutung sind. Nur über qualifizierte Schul- und Ausbildungsabschlüsse lässt sich ein Leben in Armut weitgehend vermeiden. Der Senat setzt sich dafür ein, die Bedingungen des Lernens so zu gestalten, dass auch Schülerinnen und Schüler aus einkommensschwachen und sogenannten bildungsfernen Haushalten sowie aus Familien mit Migrationshintergrund und Kinder und Jugendliche mit Behinderung eine individuelle Förderung erfahren und in ihrer schulischen Entwicklung entsprechend unterstützt werden. Dies kann über die Vernetzung im Stadtteil, durch verstärkte Kooperationen oder Unterstützung bei der Berufs- und Studienorientierung erfolgen.

Berlin bietet Jugendlichen auch nach Verlassen der Schule eine Fülle an Möglichkeiten der Berufsvorbereitung und beruflichen Ausbildung. Dennoch gibt es in jedem Ausbildungsjahrgang Jugendliche, denen ein reibungsloser Start in das Berufsleben nicht gelingt. Um dem entgegenzuwirken, stehen eine Reihe von Maßnahmen zur Verfügung, die z. B. darauf ausgerichtet sind, Jugendliche betriebsnäher und kompetenzorientiert in der Ausbildungsvorbereitung zu qualifizieren und schneller in betriebliche Ausbildung zu vermitteln. Unter dem Gesichtspunkt der Armutsbekämpfung sind aber auch die berufliche Weiterbildung, die Fachkräfte Weiterbildung an Hochschulen sowie die berufsbezogene Bildungsberatung von Relevanz.

5.1.3.2 Handlungsfeld „Gute und existenzsichernde Arbeit“

Erwerbsbeteiligung ist der wohl wichtigste Schlüssel dafür, Teilhabe- und Verwirklichungschancen zu eröffnen. Im Jahresdurchschnitt 2012 waren in Berlin rd. 215.000 Menschen arbeitslos gemeldet, darunter rd. 74.000 Langzeitarbeitslose und rd. 21.000 junge Menschen im Alter von 15 bis unter 25 Jahren. Obwohl die Zahlen rückläufig sind, liegt die Langzeitarbeitslosenquote noch immer über 30 % (34,4 %; Stand 2012) und betrifft mehr als jeden Dritten bzw. jede Dritte. Analog zum Rückgang der Anzahl der Arbeitslosen in Berlin hat sich auch die Arbeitslosenquote insgesamt reduziert; sie liegt aktuell bei 12,3 % und ist annähernd doppelt so hoch wie der bundesdeutsche Vergleichswert (6,8 %; Stand: 2012; Bundesagentur für Arbeit).

Für eine Reduzierung der Arbeitslosigkeit in Berlin bedarf es vor allem der Schaffung von zusätzlichen Arbeitsplätzen und der Zusammenführung von Stellen- und Qualifikationsprofilen der Arbeitslosen. Allerdings reicht Beschäftigung allein nicht immer aus, um Menschen vor Armut zu bewahren, denn Armut trotz Erwerbstätigkeit hängt u. a. mit unzureichender Qualifizierung, der Unvereinbarkeit von Familie und Beruf sowie prekären Arbeitsverhältnissen zusammen. Nicht jeder Arbeitsplatz ist unter Armuts Gesichtspunkten auch ein guter Arbeitsplatz. Insbesondere prekäre Beschäftigungsverhältnisse tragen – sowohl unter finanziellen als auch unter Teilhabegesichtspunkten – oftmals nicht zu einer Verminderung des Armutsrisikos bei. So haben die dort tätigen Menschen in der Regel nur befristete Arbeitsverträge, sind geringfügig oder in Teilzeit beschäftigt, müssen ergänzende Transferleistungen in Anspruch nehmen und können nicht ausreichend für die Rente Vorsorge treffen. Hinzu kommen fehlende Zugänge zu beruflicher Weiterbildung, geringere Aufstiegschancen und geringe oder keine sozialen Absicherungen. Durch häufig wechselnde Arbeitsstellen können oft keine dauerhaften sozialen Kontakte am Arbeitsplatz aufgebaut werden. In Berlin waren am 31.12.2012 insgesamt rd. 147.000 Personen ausschließlich in geringfügig entlohnten Beschäftigungsverhältnissen tätig, mehr als die Hälfte davon Frauen. Daher liegt der Schwerpunkt in diesem Handlungsfeld in der Forderung nach guter und existenzsichernder Arbeit zu fairen Bedingungen, die auch die Unterstützung in der beruflichen Qualifizierung einbezieht.

Zu beachten sind hierbei auch die Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Berliner Wirtschaft, da die Beschäftigungsquote (Anteil der sozialversicherungspflichtig und geringfügig Beschäftigten an der gleichaltrigen Bevölkerung) von älteren Personen in Berlin – trotz steigender Zahlen – noch immer relativ gering ausfällt. So waren von den 55- bis unter 60-jährigen Berlinerinnen und Berlinern am 31.12.2011 lediglich 45,3 % sozialversicherungspflichtig oder geringfügig beschäftigt. In der Altersgruppe der 60- bis

unter 65-Jährigen lag die Quote zum selben Stichtag bei nur 26,6 % (Bundesagentur für Arbeit). Ein frühes Ausscheiden aus der Erwerbstätigkeit kann aber das Altersarmutsrisiko erhöhen, wenn es vor Eintritt in das Rentenalter nicht gelungen ist, eine ausreichende Altersvorsorge zu erwerben. Insofern sind Maßnahmen zur Sicherung der Beschäftigung älterer Erwerbstätiger auch in diesem Sinne zielführend.

5.1.3.3 Handlungsfeld „Gesundheitliche Chancengleichheit“

Als stärkster Einflussfaktor auf die gesundheitlichen Konstellationen erweist sich der Sozialstatus. Deutlich wird dies im Zusammenhang zwischen gesundheitlicher und sozialer Lage daran, dass besonders in den Berliner Prognoseräumen mit ungünstiger Sozialstruktur zugleich problematische gesundheitliche Konstellationen gehäuft anzutreffen sind. Vor diesem Hintergrund wird in den letzten Jahren verstärkt darüber diskutiert, wie die Gesundheit der von Armut betroffenen Bevölkerungsgruppen verbessert und ein sozialer Ausgleich der Gesundheitschancen erreicht werden kann. Der Senat von Berlin setzt sich dafür ein, allen Einwohnern und Einwohnerinnen – unabhängig von Herkunft, Alter, Geschlecht und sozialer Situation – den Zugang zu präventiven und gesundheitsfördernden Angeboten zu gewährleisten. Die Konkretisierung des Handlungsfeldes „Gesundheitliche Chancengleichheit“ wird sich auch an dieser Zielsetzung ausrichten.

„Die Kinder in Deutschland sind heute so gesund wie nie zuvor und haben eine so hohe Lebenserwartung wie keine andere Generation vor ihnen“ (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2011). Dieser Satz klingt positiv, trifft allerdings auf rd. ein Fünftel aller Kinder nicht zu, insbesondere auf diejenigen, die in sozial schwierigen Verhältnissen aufwachsen. Der Senat hat diese Erkenntnis zum Anlass genommen, entsprechende Schritte einzuleiten. Dazu gehören u. a. Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation aller am Kitaleben Beteiligten, aber auch die Steigerung der Bildungs- und Gesundheitschancen von Kindern. Im Gesundheitszieleprozess mit dem Schwerpunkt des Aufbaus / der Initiierung bezirklicher Präventionsketten sollen Benachteiligungen abgebaut sowie die Kooperation und Vernetzung zum Aufbau / Ausbau bedarfsgerechter Unterstützungsangebote vor Ort optimiert werden, um insbesondere Familien in belastenden Lebenslagen tatsächlich zu erreichen.

Gesundheit in der Erwerbsphase ist ein wichtiger Aspekt der Armutsprävention, denn kontinuierliche Erwerbstätigkeit beugt Einkommensarmut vor und gewährleistet in aller Regel ein hohes Maß an gesellschaftlicher Teilhabe. Armut und Gesundheit bedingen einander; wer arm ist, hat häufig einen schlechteren Gesundheitszustand und wer krank ist, steht dem Arbeitsmarkt oft nur eingeschränkt oder gar nicht zur Verfügung. Insofern geht es auch darum, Maßnahmen einzuleiten, die die Gesundheit Erwerbstätiger und die Wiedereingliederung Gesunder in den Arbeitsmarkt fördern.

Auch die Gesundheit älterer Menschen spielt unter Armuts- und Teilhabegesichtspunkten eine Rolle. Wer lange gesund ist, kann aktiv am Leben teilnehmen, sich in die Gesellschaft einbringen und lange einen Beruf ausüben. Eine gute Gesundheit führt zudem zur Erhaltung der Selbständigkeit im Alter und erhöht die Lebensqualität. In Berlin gibt es auch hierzu eine Reihe von Angeboten, die insbesondere auf die Herausforderungen einer älter werdenden Stadtbevölkerung reagieren. So sind im Gesundheitszieleprozess für ältere Menschen in Berlin verschiedene Handlungsfelder identifiziert, die als Grundlage für die Formulierung von Zielen fungieren. Sie reichen von der sozialraumorientierten Gesundheitsförderung und den Ausbau von Maßnahmen zur Bewegungsförderung bis zur Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe psychisch kranker, älterer Menschen und ihren Angehörigen und die Weiterentwicklung entsprechender Versorgungsstrukturen.

5.1.3.4 Handlungsfeld „Inklusion von Menschen mit Behinderung“

Ähnlich wie das Armutsrisiko Krankheit können auch Behinderungen ursächlich mit Armut in Zusammenhang stehen, insbesondere wenn Beeinträchtigungen Erwerbsmöglichkeiten einschränken oder zu sozialer

Ausgrenzung führen. Unter Beachtung der Vorgaben der **UN-Behindertenrechtskonvention** (http://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschuere_UNKonvention_KK.pdf?__blob=publicationFile; letzter Aufruf: 07. Oktober 2013) liegt ein Schwerpunkt auch in der Betrachtung der Situation der Menschen mit Schwerbehinderung in Berlin, den Zusammenhängen von Bildung und Behinderung, Beschäftigung und Behinderung sowie Wohnen und Behinderung. In Berlin leben derzeit rd. 594.000 Menschen mit anerkannter Behinderung (Stand: 31.12.2011; Landesamt für Gesundheit und Soziales). Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung liegt bei 17 % und betrifft insofern jede siebte BerlinerIn bzw. jeden siebten Berliner. Bei rd. 345.400 Menschen in Berlin wurde ein Grad der Behinderung von 50 und mehr anerkannt. Gemessen an der Berliner Bevölkerung entspricht dies einer – seit Jahren kaum veränderten – Quote von rd. 10 %.

Angeborene oder erworbene Behinderungen sind in vielen Fällen mit Bildungsdefiziten verbunden. Die Chancen auf einen Bildungsabschluss sind für Menschen mit Behinderung ungleich schlechter als die von Menschen ohne Behinderung und spiegeln sich gegebenenfalls auch in daraus resultierenden schlechten Arbeitsmarktchancen wider. Im Bereich **Bildung** fordert die **UN-Behindertenrechtskonvention** das gemeinsame Lernen von Menschen mit und ohne Behinderung – von Anfang an. „Inklusives Lernen soll eine Selbstverständlichkeit werden, Kindergärten und -tagesstätten, Schulen, Hochschulen und Einrichtungen der Weiterbildung sollen alle Menschen in ihrer Einzigartigkeit und mit ihren individuellen Bedürfnissen in den Blick nehmen und fördern“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2011). Das Land Berlin wird sicherstellen, dass insbesondere das Gesamtkonzept **Inklusive Schule** (<http://www.berlin.de/sen/bildung/bildungspolitik/inklusive-schule/index.html>; letzter Aufruf: 07. Oktober 2013) in den nächsten Jahren umgesetzt wird und alle sonstigen Bildungsangebote schrittweise bis 2020 allen Menschen mit Behinderung gleichberechtigt offenstehen.

Ähnlich wie im Bildungsbereich haben Menschen mit Behinderung auf dem ersten Arbeitsmarkt oft nur eingeschränkte Möglichkeiten. So sind von den rd. 149.000 Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung im Alter von 15 bis unter 65 Jahren in Berlin nur rd. 29,8 % (rd. 44.400 Personen; Stand: 2011) in Unternehmen mit mehr als 20 Arbeitsplätzen beschäftigt. Hinzu kommen noch rd. 5.600 schwerbehinderte Beschäftigte in Unternehmen mit weniger als 20 Arbeitsplätzen, wobei diese Daten von der Bundesagentur für Arbeit nur alle fünf Jahre erhoben werden und zuletzt für 2010 vorliegen. Geschätzt sind rd. 50.200 Berlinerinnen und Berliner mit anerkannter Schwerbehinderung in Unternehmen in Berlin tätig. Rund 10.800 Personen (rd. 7,3 %) waren im Dezember 2011 arbeitssuchend gemeldet.

Daneben liegt bei rd. 32.000 Personen im Alter von 18 bis unter 65 Jahren mit anerkannter Schwerbehinderung in Berlin eine dauerhaft volle Erwerbsminderung sowie Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB XII (Sozialhilfe) vor. Rund jeder bzw. jede fünfte (20,2 %; Stand: 2011; Amt für Statistik Berlin-Brandenburg) aller Berliner Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung dieser Altersstufe bezieht Leistungen der Grundsicherung (im Alter und bei dauerhaft voller Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel SGB XII).

Um für Menschen mit Behinderung mehr Beschäftigungschancen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu eröffnen, will sich der Senat von Berlin u. a. dafür einsetzen, dass Beschäftigungsangebote für Menschen mit Behinderung zu inklusiven Beschäftigungsangeboten weiterentwickelt werden. Dabei wird das Land Berlin sicherstellen, dass mindestens die gesetzlich vorgeschriebene Beschäftigungspflichtquote gegenüber schwerbehinderten Menschen dauerhaft erfüllt wird und Schülerinnen und Schüler mit Behinderung rechtzeitig ein begleitendes Berufliches Orientierungsverfahren in Anspruch nehmen können, welches eine den Fähigkeiten und Kenntnissen entsprechende größtmögliche Teilhabe am Arbeitsleben sicherstellen soll.

Je nach Art und Schwere der Behinderung bietet sich auch die Möglichkeit der Beschäftigung in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM). Sie sollen Personen, die noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können, eine angemessene berufliche Bildung und eine

Beschäftigung anbieten. In Berlin gibt es ein breites Angebot an Werkstattplätzen, das durch freie gemeinnützige Träger bereitgestellt wird. Dazu gehören auch Angebote in Fördergruppen für Menschen mit Behinderung, die gegenwärtig nicht in der Lage sind, eine Tätigkeit im Arbeitsbereich der WfbM zu bewältigen und/oder bei denen eine umfangreiche Pflege zu leisten ist. Derzeit sind rd. 7.800 Männer und Frauen im Arbeitsbereich der WfbM (Stand: 31.12.2012; Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales) sowie rd. 2.300 im Förderbereich (Stand: 31.12.2011; Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales) tätig.

Gerade für Menschen mit Behinderung ist es neben der Berufstätigkeit unter gesellschaftlichen Teilhabespekten zudem von besonderer Bedeutung, selbstbestimmt in vertrauter Umgebung leben zu können, entweder in der eigenen – barrierefreien – Wohnung oder in anderen der Behinderung gerecht werdenden Wohnformen. Das Land Berlin bietet eine breite Angebotspalette betreuter Wohnformen wie etwa stationäre Einrichtungen, ambulante Wohngemeinschaften und das Betreute Einzelwohnen in der eigenen Wohnung. Bei der Bereitstellung behinderungsgerechter Wohnformen gilt der Grundsatz **ambulant vor stationär**, um die Selbstständigkeit zu erhalten und zu fördern. Berlin erfüllt diesen gesetzlich festgelegten Anspruch (vgl. § 13 Absatz 1 Satz 2 SGB XII) seit Jahren. Derzeit werden rd. 64,5 % (Stand: 31.12.2012; Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales) aller in betreuten Wohnformen lebenden Menschen mit Behinderung ambulant betreut.

5.1.3.5 Handlungsfeld „Vermeidung von Segregation“

Die räumliche Ausprägung gesellschaftlicher Ungleichheit zeigt sich besonders in Städten, oftmals einhergehend mit der Tendenz zu sozialer Segregation. In vielen urbanen Bereichen sind Quartiere mit einer Konzentration von städtebaulichen, wirtschaftlichen und sozialen Problemen entstanden, die ein Bündel von Maßnahmen erfordern. Besonders Kinder und Jugendliche, die in solchen Stadtgebieten aufwachsen, identifizieren sich häufig mit den milieuspezifischen Gegebenheiten, Bildungsferne, Einkommensarmut oder der Bezug von „Hartz IV“ werden als normal empfunden.

Der Senat von Berlin hat den sozialen Zusammenhalt in der Stadt in den vergangenen Jahren durch eine übergreifende und integrierte Stadtentwicklungspolitik gesichert und wird dies auch weiterhin tun. Schwerpunkt ist hierbei, die sogenannte Berliner Mischung in den Kiezen und Mietwohnungsquartieren zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Dazu gehören sozialintegrative Projekte, die Verbesserung der sozialen Infrastruktur, die Aufwertung des Wohnumfeldes und ein ausgewogenes Wohnungsangebot mit bezahlbaren Mieten.

Das Land Berlin beteiligt sich seit Jahren am Bund-Länder-Programm **Soziale Stadt** (http://www.stadtentwicklung.berlin.de/soziale_stadt/; letzter Aufruf: 07. Oktober 2013), das eine umfassende Verbesserung der Lebensbedingungen in Stadtquartieren mit besonderem Entwicklungsbedarf als Ziel hat. Dabei sollen ressort- und fachübergreifende Maßnahmen zur sozialen Stabilisierung und stadträumlichen Aufwertung der sozialen Infrastruktur beitragen und Konzepte mit Beteiligung der Bürgerschaft entwickelt werden.

Zur Vermeidung von Segregation ist es zudem erforderlich, die Wohnungspolitik so zu gestalten, dass ein bedarfsgerechtes, an den tatsächlichen Einkommensverhältnissen orientiertes Wohnungsangebot in allen Berliner Quartieren zur Verfügung steht. Dafür sind Maßnahmen erforderlich, die die Entwicklung von Bestandsmieten sozialverträglich gestalten, allgemeine Mieterhöhungen begrenzen, dadurch die Gefahr von Wohnungsverlust mindern und insbesondere wohnungslosen Menschen die Anmietung von Wohnraum wieder ermöglichen.

Im Zusammenhang mit der Vermeidung von Segregation spielen auch die Regelungen zur Angemessenheit der Kosten für Unterkunft und Heizung für Leistungsberechtigte nach SGB II (Grundsicherung für Arbeitssuchende) und SGB XII (Sozialhilfe) eine Rolle. Das Land Berlin übernimmt derzeit für rd. 320.000 Bedarfsgemeinschaften nach SGB II (Stand: April 2013; Bundesagentur für Arbeit) und rd. 63.000 Bedarfsgemein-

schaften nach SGB XII (Stand: April 2013; Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales) die Kosten für Unterkunft und Heizung. Im Verhältnis zu einem Wohnungsbestand von rd. 1,6 Millionen entspricht dies einer Quote von rd. 22 % und betrifft somit annähernd jeden fünften Haushalt. Der Senat von Berlin hat mit der **Verordnung zur Bestimmung der Höhe der angemessenen Aufwendungen für Unterkunft und Heizung nach dem Zweiten und Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (Wohnaufwendungsverordnung – WAV; <http://www.berlin.de/sen/soziales/berliner-sozialrecht/land/rv/wav.html>;** letzter Aufruf: 07. Oktober 2013) sowie mit den dazugehörigen Ausführungsvorschriften einen Rechtsrahmen geschaffen, der es ermöglicht, zielgruppen- und einzelfallbezogen spezifische Wohnbedarfe im Verwaltungshandeln zu berücksichtigen. Damit stehen sowohl den Jobcentern als auch den Berliner Sozialämtern einheitliche Entscheidungsgrundlagen zur Verfügung, um eine adäquate Wohnraumversorgung für den genannten Personenkreis sicherstellen zu können. Aber auch Möglichkeiten der Übernahme von Miet- und Energieschulden und die Angebote im Rahmen der Schuldner- und Insolvenzberatung unterstützen die Vermeidung von Segregation.

5.1.3.6 Handlungsfeld „Gesellschaftliche und kulturelle Teilhabe“

Gerade Menschen mit einem Armutsrisiko sind vielfach von kulturellen Veranstaltungen ausgeschlossen, können Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln kaum finanzieren und engagieren sich nur wenig in der Gesellschaft. Hier ist es aus Sicht des Senats erforderlich, Maßnahmen aufzusetzen, die insbesondere einkommensschwache Menschen in ihrer gesellschaftlichen und kulturellen Teilhabe nicht ausgrenzen.

Zur Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe stehen in Berlin eine Reihe von Instrumente zur Verfügung, etwa der **berlinpass** (<http://www.berlin.de/sen/soziales/sicherung/berlinpass/index.html>; letzter Aufruf: 7. Oktober 2013), mit dem einkommensschwache Berlinerinnen und Berliner viele Angebote aus Kultur, Sport und Freizeit kostenfrei oder ermäßigt nutzen können. Daneben gibt es diverse Angebote für Kinder und Jugendliche, denn Chancengleichheit in der kulturellen Teilhabe ist nur dann gegeben, wenn das breite Spektrum in der Stadt nicht nur denjenigen zur Verfügung steht, die eine entsprechende Nutzung auch finanzieren können. Insbesondere das sogenannte **Bildungs- und Teilhabepaket (BuT)** ermöglicht Kindern und Jugendlichen aus Familien, die Arbeitslosengeld II (SGB II), Sozialgeld (SGB II), Sozialhilfe (SGB XII), Kinderzuschlag, Wohngeld oder Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz beziehen, Leistungen für Bildung und Teilhabe in Anspruch zu nehmen. Das Bildungspaket gilt für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres (Ausnahme: Im SGB XII gibt es keine Alterseinschränkung). Die Leistungen zum Mitmachen in Kultur, Sport und Freizeit werden bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres gewährt.

Der Senat geht davon aus, dass ein Großteil der anspruchsberechtigten Personen in Berlin zumindest eine der angebotenen Leistungen in Anspruch nimmt, da insbesondere die seit 2011 jährlich steigenden Ausgaben für Bildungs- und Teilhabeleistungen – bei in der Regel gleichbleibender Höhe der zu bewilligenden Leistungen – ein Indiz für eine stetig steigende Empfängerzahl ist. Um die Wahrnehmung des BuT noch weiter zu fördern und mehr Kindern die Teilnahme zu ermöglichen, wird derzeit an der Optimierung des bestehenden BuT-Verfahrens gearbeitet und durch entsprechende Öffentlichkeitsarbeit soll eine erhöhte Inanspruchnahme erzielt werden. Valide Empfängerdaten liegen noch nicht vor, da die technischen Voraussetzungen in den Jobcentern für die Datenerfassung im Rahmen des SGB II erst Anfang 2013 geschaffen wurden und insofern ein Gesamtüberblick noch nicht erstellt werden kann. Eine weitere Steigerung der Empfängerzahlen wird durch die zum 01. August 2013 erfolgten Leistungsverbesserungen bei der Schülerbeförderung und der sozialen und kulturellen Teilhabe erwartet.

Zur Verbesserung ihrer gesellschaftlichen Teilhabe und Sicherstellung ihrer Mobilität können Leistungsbechtigte nach SGB II und SGB XII daneben mit dem **berlinpass** das sogenannte **Berlin-Ticket-S** erwerben, das zu einer ermäßigten Nutzung des Öffentlichen Personennahverkehrs einschließlich der Regionalzüge der Deutschen Bahn berechtigt. Das Angebot wird von rd. 20 % (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales) aller Anspruchsberechtigten angenommen; die Zahlen sind seit Jahren steigend. Darüber hinaus

hält das Land Berlin für Menschen mit Behinderung, die den öffentlichen Personennahverkehr nicht nutzen können, einen Sonderfahrdienst bereit und finanziert bis zu einer festgelegten Höhe auch Taxifahrten.

Eine wichtige Rolle im Zusammenhang mit kultureller und gesellschaftlicher Teilhabe spielen auch die Berliner **Stadtteilzentren**, die in den nachfolgenden Kapiteln 5.2 ff. näher beschrieben werden. Aber auch das Bürgerschaftliche Engagement in seiner Vielfalt gehört dazu.

5.1.3.7 Handlungsfeld „Integration und Partizipation von Menschen mit Migrationshintergrund“

In Berlin waren am 31. Dezember 2011 lt. Einwohnerregisterstatistik rd. 908.000 Personen mit Migrationshintergrund melderechtlich registriert (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg), darunter rd. 25 % im Alter unter 18 Jahren. Knapp die Hälfte (rd. 430.000 Personen) aller Migrantinnen und Migranten in Berlin besitzt die deutsche Staatsbürgerschaft.

Menschen mit Migrationshintergrund haben ein überdurchschnittliches Armutsrisiko, auch in Berlin. Die aktuelle Quote liegt derzeit bei 27,2 % (Stand: 2012) und ist damit knapp doppelt so hoch wie die der Berliner Gesamtbevölkerung (15,2 %). Knapp jeder vierte Berliner bzw. jede vierte Berlinerin mit ausländischen Wurzeln verfügt nur über ein Äquivalenzeinkommen (vgl. Abschnitt 5.1.1.3) unterhalb der Armutsgrenze. Da die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund insgesamt sehr heterogen ist und Menschen mit sehr unterschiedlichen Lebenslagen und Chancenstrukturen umfasst, besteht die Herausforderung der Politik darin, gerade für diese Personengruppe Teilhabe und soziale Integration zu sichern. „Insbesondere fehlende berufliche Qualifikationen bzw. nicht anerkannte berufliche Abschlüsse, Sprachbarrieren, Branchenabhängigkeiten sowie unterschiedliches Erwerbsverhalten führen im Durchschnitt zu geringeren Einkommen und einem höheren Armutsrisiko. Ziel der Integrationspolitik muss daher sein, Personen mit Migrationshintergrund die gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen, kulturellen und wirtschaftlichen Leben zu ermöglichen“ (Bundesregierung 2010).

Bund, Länder und Kommunen sowie Vertreter der Gesellschaft und Migranten sowie Migrantinnen haben sich im Zusammenhang mit der Ausgestaltung des **Nationalen Integrationsplans** (http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Statistische_Seiten/Breg/IB/2006-10-27-ib-nationaler-integrationsplan.html; letzter Aufruf: 4. Dezember 2013) vor einigen Jahren auf konkrete Maßnahmen und Selbstverpflichtungen verständigt und verbindliche, überprüfbare Ziele festgelegt. Auch das Land Berlin hat seine diesbezüglichen integrationspolitischen Schwerpunkte in einem entsprechenden Konzept niedergelegt; die aktuelle **Zweite Berichtslegung zur Umsetzung des Berliner Integrationskonzeptes** (Die Beauftragte für Integration und Migration in Berlin 2012) legt Rechenschaft ab über Maßnahmen und Reformen der Jahre 2009 bis 2011. Berlin hat in der Integrationspolitik einen grundlegenden Wandel in die Wege geleitet. Integrationspolitik ist nicht länger vorrangig Sozialpolitik für eine benachteiligte Minderheit, sondern setzt vielmehr auf die Chancen und Potentiale, die mit der kulturellen Vielfalt einer Stadt wie Berlin verbunden sind. Der Senat von Berlin bekennt sich zur Einwanderung, zu einer Willkommenskultur und zu einer Kultur der Anerkennung. Diesen Ansatz greift das Handlungsfeld **Integration und Partizipation von Menschen mit Migrationshintergrund** auf und führt ihn näher aus.

5.1.3.8 Handlungsfelder der Berliner Seniorenpolitik

Als Richtschnur der Berliner Politik für ältere Menschen in einer älter werdenden Gesellschaft hat der Senat von Berlin am 20. August 2013 die **Leitlinien der Berliner Seniorenpolitik** (<http://www.berlin.de/sen/soziales/senioren/leitlinien/index.html>; letzter Aufruf: 7. Oktober 2013) beschlossen. Sie sollen umfassend und geschlechterdifferenziert gedacht umgesetzt und weiterentwickelt werden. Der Senat verfolgt dabei den Ansatz einer übergreifenden Generationenpolitik und eröffnet mit einer gezielten Schwerpunktsetzung Themenfelder, die mit den jeweiligen gesellschafts- oder fachpolitischen Entwicklungen mitwachsen und

ausgestaltet werden sollen. Die besonderen Bedürfnisse der älter werdenden Stadtgesellschaft sollen bei politischen Vorhaben und im Verwaltungshandeln stets Beachtung finden.

In Berlin leben derzeit rd. 660.000 Menschen im Alter ab 65 Jahre (Stand: 31.12.2011; Amt für Statistik Berlin-Brandenburg; Amtliche Bevölkerungsfortschreibung, ohne Korrektur des Zensus vom 09. Mai 2011). Bis zum Jahr 2030 wird ihre Zahl um knapp 30 % anwachsen und voraussichtlich bei rd. 860.000 Personen (Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt) liegen. Auch in der Alterskohorte der heute 55- bis unter 65-Jährigen wird es bis 2030 Zuwächse geben (rd. 11 %; von rd. 416.000 auf 462.000 Personen) und zu immer mehr Menschen im Ruhestand führen. Gleichzeitig verändert sich das Erwerbstätigenpotential, das in der Zukunft zu einem erheblichen Teil älter als 50 Jahre sein wird (Statistisches Bundesamt u. a. 2011).

Wie in Abschnitt 5.1.2.8 dargestellt, ist das Armutsrisiko der Berlinerinnen und Berliner im Rentenalter mit derzeit 8,7 % (Stand: 2012) im Verhältnis zu dem der Gesamtbevölkerung (15,2 %) eher unterdurchschnittlich. Allerdings deutet die Entwicklung der Quote seit einiger Zeit darauf hin, dass der Anteil älterer Menschen mit einem Nettoäquivalenzeinkommen unterhalb der Armutsrisikogrenze in den kommenden Jahren weiter wachsen könnte.

Von den heutigen Berliner Rentnerinnen und Rentnern sind bereits mehr als 35.000 (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales) auf Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII (Sozialhilfe) angewiesen, da ihr Einkommen zur Deckung des Lebensunterhalts nicht ausreicht. Dies entspricht – bezogen auf die Berliner Bevölkerung im gleichen Alter – einer Quote von 5,5 % und betrifft insoweit knapp jede Zwanzigste bzw. jeden Zwanzigsten. Obwohl auch diese Quote vergleichsweise niedrig ausfällt, steigen die Empfängerzahlen seit Jahren an. Da sich in diesen Daten auch die Folgen der Entwicklungen am Arbeitsmarkt und der Rentenpolitik der vergangenen Jahre abbilden, können sie als Indiz für eine sich ggf. entwickelnde Zunahme von Altersarmut gewertet werden. Aus methodischen Gründen ist der Bezug von Grundsicherungsleistungen nach SGB XII (und auch nach SGB II) aber nicht mit der Definition von relativer Einkommensarmut gleichzusetzen.

Armut im Alter hat aber nicht nur eine materielle Komponente, auch die gesellschaftliche Teilhabe wird mit dem Ausscheiden aus dem aktiven Erwerbsleben sowie aufgrund häufig hinzutretender Krankheit, Behinderung oder Pflege oftmals eingeschränkt. Insofern erfordert staatliches Handeln hier die Sicherstellung der Partizipation und Integration älterer Menschen unter Berücksichtigung der jeweiligen Lebenslage, aber auch unter Nutzung von Lebenserfahrung und persönlichem Engagement. Zu den Themenfeldern der **Leitlinien der Berliner Seniorenpolitik** gehören u. a. die Politische Partizipation älterer Menschen, die Stärkung des Bürgerschaftlichen Engagements sowie Zielsetzungen im Zusammenhang mit altersgerechtem Wohnen und der Teilnahme am Straßen- und Öffentlichen Personennahverkehr. Auch die Anforderungen an lebenslanges Lernen, an altersgerechte Arbeit und die Teilhabe an Kultur in Berlin sind als jeweils eigenständige Leitlinie formuliert. Nicht zuletzt wird auf die besondere Situation von älteren Migrantinnen und Migranten, die Gesundheit älter werdenden Menschen, Pflege im Alter und auch auf das Thema **Altersarmut** abgestellt.

Die **Leitlinien der Berliner Seniorenpolitik** führen in ihrem letzten Kapitel die Aspekte von Altersarmut aus, welche im Rahmen einer Bestandsaufnahme im Wesentlichen die oben und im Kapitel 5.1.2.8 bereits genannten Inhalte wiedergeben. In der Zielsetzung wird im Hinblick auf präventive Maßnahmen auf die **Leitlinien zur Bekämpfung von Kinderarmut und Verbesserung gesellschaftlicher Teilhabechancen in Berlin** abgestellt (siehe oben). Die daneben erforderlichen Maßnahmen zur Gewährleistung der gesellschaftlichen Teilhabe von einkommensschwachen älteren und alten Menschen finden sich hingegen in fast allen vorgeannten Kapiteln der **Seniorenpolitischen Leitlinien** wieder. Die Schnittmengen zwischen beiden Leitlinien sind vielfältig und müssen im weiteren Zusammenspiel der Landespolitik beachtet werden.

5.2 Das Infrastrukturförderprogramm Stadtteilzentren – Zivilgesellschaftliche Verantwortungsübernahme fördern – soziale Gemeinschaft stärken

5.2.1 Einleitung

In den Berliner Stadtteilzentren wurden die Elemente der Nachbarschaftsarbeit und der Selbsthilfe zusammengeführt. Sie bilden die wesentliche Infrastruktur zur Unterstützung von Eigeninitiative und bürgerschaftlichem Engagement. Damit wird die aktive Mitwirkung und Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern zur Bewältigung sozialer und gesundheitlicher Probleme in ihrem direkten Lebensumfeld gefördert. Insbesondere die Nachbarschaftseinrichtungen leisten einen wichtigen Beitrag zur Integration und Unterstützung im Rahmen der Hilfe zur Selbsthilfe für Bevölkerungsgruppen mit besonderen Bedarfslagen.

Die Stadtteilzentren sind bewährte und verlässliche Partner der sozialpolitischen Steuerung des Landes Berlin, die nachfolgend unter den Anforderungen einer alternden Gesellschaft, aber auch dem Aspekt der Gendergerechtigkeit näher betrachtet werden. Querschnittsthemen wie z. B. Inklusion, Anti-Extremismus (Stärkung von Demokratie und Toleranz) und interkulturelle Öffnung finden in den Qualitätsstandards der Stadtteilzentren Berücksichtigung und unterliegen zudem den Auswertungskriterien im Rahmen der Sachberichterstattung.

In Anknüpfung an die aktuellen Datenauswertungen des Sozialstrukturatlas wird zudem in Kapitel 5.2.3 ff. auf die bei der Mittelverteilung für die Stadtteilzentren zu berücksichtigenden Berechnungsgrößen eingegangen, die räumliche und soziale Indikatoren beinhalten.

5.2.1.1 Das Infrastrukturförderprogramm Stadtteilzentren

Das **Infrastrukturförderprogramm Stadtteilzentren (IFP STZ)** (http://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-soziales/vertraege/liga/koopv_ifp_stz_formatiert.pdf?start&ts=1293397853&file=koopv_ifp_stz_formatiert.pdf; letzter Aufruf: 7. Oktober 2013) wird in Kooperation mit dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband, Landesverband Berlin e.V. umgesetzt.

Die mehrjährige Mittelsicherung für das Programm wurde über einen Rahmenfördervertrag der für Gesundheit und Soziales zuständigen Senatsverwaltung und den Wohlfahrtsverbänden erreicht, der auch weitere soziale und gesundheitsfördernde Programme umfasst. Gefördert werden berlinweit 24 Nachbarschaftseinrichtungen und eine Selbsthilfekontaktstelle pro Bezirk. Vier weitere Projekte sind für die konkrete fachliche Weiterentwicklung und Qualitätssicherung in den Bereichen Nachbarschaftsarbeit, Selbsthilfe und bürgerschaftliches Engagement zuständig und haben einen überregionalen Wirkungskreis.

5.2.1.2 Gesamtstädtische Aufgaben der sozialen Stadtpolitik

Eine wichtige Zielstellung der Stadtteilzentren ist es, Angebote für alle Gruppen der Bevölkerung bereit zu halten und auf die Begegnung verschiedener kultureller Gruppen auszurichten, um Integration und gegenseitige nachbarschaftliche Hilfe zu ermöglichen. Damit knüpfen die Konzeptionen der Nachbarschaftseinrichtungen unmittelbar an ihre Entstehungsgeschichte nach dem Zweiten Weltkrieg an, in der sie sich zur demokratischen Wertevermittlung, Ermöglichung von Partizipation, Toleranz und Solidarität unabhängig von Alter und Herkunft der Berliner Bevölkerung verpflichtet haben.

In diesem Kontext erwuchs in Verbindung mit den Selbsthilfe-Kontaktstellen die Infrastruktur **Stadtteilzentren**. Hier setzt der Förderwille der sozialen Landespolitik auf. Die Infrastruktur trägt zur sozialen Stabilität in den Regionen bei. Teilhabe, soziales Engagement und damit eine aktive Zivilgesellschaft werden unterstützt.

Das Programm ist nicht auf bestimmte räumliche Handlungsgebiete beschränkt. Der gesamtstädtische Ansatz trägt dem Tatbestand Rechnung, dass es in allen Gebieten des Landes Berlin gilt, bestehende Disparitäten auszugleichen und für alle Bürgerinnen und Bürger ein niedrighschwelliges Angebot und eine Beteiligungsplattform für das soziale Miteinander vorzuhalten. Mit der Zuwendungsfinanzierung aus dem **Infrastrukturförderprogramm Stadtteilzentren (IFP STZ)** ist der Grundstein für eine verbindliche und aktivierende Rolle der Stadtteilzentren gelegt (vgl. Abschnitt 5.2.2.1).

Die für das Jahr 2011 vorliegenden Daten weisen mindestens 1,4 Millionen Besucherinnen und Besucher der Stadtteilzentren aus. Ca. 1.800 Einzelveranstaltungen sowie ca. 2.500 regelmäßig wiederkehrende Gruppen- und Kursangebote finden jährlich statt.

Rund 3.200 Bürgerinnen und Bürger engagieren sich in Stadtteilzentren ehrenamtlich, mehr als 800 Personen konnten in für sie spezialisierte Einrichtungen, wie z. B. Hospize, Besuchsdienste etc. oder zu Kooperationspartnern vermittelt werden. Diese Zahlen unterstreichen, dass die Bürgerinnen und Bürger Orte und Einrichtungen nutzen, in denen sie engagiert Verantwortung übernehmen können und in denen nicht nur Angebote nachgefragt werden. Die Nutzerinnen und Nutzer der Stadtteilzentren können weitestgehend als Gemeinschaftssuchende angesehen werden, die an der Gestaltung ihres eigenen Lebens und des ihres sozialen Umfeldes interessiert sind.

5.2.2 Berücksichtigung sozialstruktureller Entwicklungen in zwei Handlungsfeldern

Zu den wesentlichsten sozialstrukturellen Entwicklungen der kommenden Jahre gehört der demografische Wandel, die Alterung der Gesellschaft. Dies stellt auch an die Stadtteilzentren neue Anforderungen, die nachfolgend beschrieben werden. Daneben wird das Querschnittsziel der Gleichstellung von Menschen beiderlei Geschlechts in allen Projekten im Rahmen der Umsetzung des Infrastrukturprogramms Stadtteilzentren und die sich daraus ergebenden Herausforderungen betrachtet.

5.2.2.1 Neuorientierung in der Seniorenarbeit im Infrastrukturförderprogramm Stadtteilzentren

Die Mehrheit der älteren Bürgerinnen und Bürger wünscht sich, in der eigenen Wohnung zu verbleiben, im vertrauten sozialen Umfeld verankert zu sein, am sozial-kulturellen Leben teilzuhaben und Beteiligung zu erleben. Diese Faktoren unterscheiden sich nicht von anderen Generationen. Nur im Mix eines gemeinschaftlichen Miteinanders kann es gelingen, dass keine und keiner verloren geht, denn in einer guten Nachbarschaft kennt man sich und achtet aufeinander.

Rund 19 % der Berliner Bevölkerung (rd. 660.000 Personen; Stand: 31.12.2011; Amt für Statistik Berlin-Brandenburg; Amtliche Bevölkerungsfortschreibung ohne Korrektur des Zensus vom 09. Mai 2011) sind heute 65 Jahre alt und älter. Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung ist in den letzten zehn Jahren bereits um rd. 3,4 % angewachsen und wird auf der Basis der Daten von 2011 bis 2030 eine Steigerungsrate von insgesamt 30 % erreicht haben. Dann werden rd. 200.000 Seniorinnen und Senioren mehr in Berlin leben als heute (vgl. Abschnitt 5.1.3.8). Die räumliche Verteilung in der Stadt ist derzeit sehr heterogen und weist Spitzen in Charlottenburg-Wilmersdorf aus, die in einzelnen Planungsräumen bis zu 48,4 % beträgt. Der niedrigste Bevölkerungsanteil Berliner Seniorinnen und Senioren findet sich mit nur 2,8 % in einem Planungsraum des Bezirks Lichtenberg. Die Stadtteilzentren müssen insofern heute und auch in Zukunft auf diese Heterogenität in Angeboten und Struktur reagieren und adäquate Lösungen finden. Sie haben ihre Anpassungsfähigkeit an gesellschaftliche Veränderungsprozesse, die regional unterschiedlich verlaufen können, stets unter Beweis gestellt, wobei der Demografische Wandel in den kommenden Jahren neue Herausforderungen bereithält. Um dem gerecht zu werden, wurde das Thema bereits in verschiedenen

Handlungszielen und -linien implementiert:

- Die Auswirkungen und Handlungsanforderungen des Demografischen Wandels müssen weiter kommuniziert, Anpassungsstrategien entwickelt und die Chancen der Alterung der Gesellschaft identifiziert und genutzt werden. Durch die Einbindung von Senioren- bzw. Selbsthilfeprojekten, deren Arbeit auf die Erschließung von sozial-kulturellen Potentialen des Alters in die Gesellschaft gerichtet ist, erfolgt eine Fokussierung auf das Handlungsfeld.
- Im Bereich der Selbsthilfe wird der Schwerpunkt zu Fragen rund um das Alter weiter entwickelt. Dabei steht die Zusammenarbeit der Stadtteilzentren speziell mit Seniorenvertretungen, von Familien mit Kindern und älteren Freiwilligen sowie von pflegenden Angehörigen mit ambulanten Rehabilitationsmöglichkeiten im Vordergrund.
- Seit Herbst 2010 sind die Kontaktstellen-Pflegeengagement an die Strukturen der Stadtteilzentren angebunden (vgl. § 45d SGB XI (Pflegeversicherung) - Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe). Sie unterstützen pflegeflankierendes Bürgerschaftliches Engagement. Die Kooperation zu der wichtigsten Beratungs- und Koordinierungsstruktur rund um Alter und Pflege, den Pflegestützpunkten (vgl. Abschnitt 5.3.2.4), ist sichergestellt. Die erzielten Synergieeffekte stellen u. a. tragfähige Beziehungen her, die einer Vereinsamung entgegenwirken, Hilfebedarfe Älterer erkennen und darauf reagieren.
- Die Tatkraft älterer Menschen im Bürgerschaftlichen Engagement für die Belange des Gemeinwesens gewinnt angesichts der demografischen Entwicklung immer mehr an Bedeutung. Ehrenamt als Freiraum für kreative und individuelle Entfaltung, Engagement als Antwort auf die steigende Lebenserwartung sowie die Ermöglichung zur Selbstbestimmung nach der Erwerbsphase müssen weiter in die Gesellschaft hinein transportiert werden. Hier gilt es, vorhandene Potenziale, die sinnstiftende Wirkung entfalten und zu Aktivität und Gesunderhaltung beitragen können, zu erschließen. Dazu gehören auch die Weitergabe von Erfahrungswissen, die Freizeitgestaltung sowie Angebote für lebenslanges Lernen und aktive Kulturarbeit. Umfeld und Rahmenbedingungen müssen so gestaltet werden, dass auch Menschen mit Behinderung aktiv und passiv teilnehmen können.
- Stadtteilzentren haben die Rolle als Generationentreffpunkte und damit als Brückenbauer zwischen den Generationen angenommen. Distanz und Vorurteile werden durch gemeinsames Handeln und Erleben abgebaut. Haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bieten den Bürgerinnen und Bürgern niedrigschwellige Beratungen zu vielen Fragen und Lebenslagen an und helfen bei der Lösung von Problemen. Dadurch bieten Stadtteilzentren viele Möglichkeiten, sich aktiv auch mit Prozessen des Älterwerdens und gesundheitlicher Beeinträchtigungen auseinander zu setzen.
- Durch ehrenamtliche Dienste (z. B. Besuchsdienste) und die Vermittlung von Nachbarschaftshilfe ermöglichen die Stadtteilzentren nicht selten kranken und hochbetagten Bürgerinnen und Bürgern das Verbleiben in der eigenen Wohnung. Zudem wird älteren Menschen mit Behinderung sowie Hochbetagten durch Freiwilligendienste und Unterstützungsangebote das Leben im vertrauten Wohnumfeld und der Zugang zu lokalen sozialen Netzwerken erleichtert und damit im besten Fall die Vermeidung stationärer Pflege erreicht.
- Eine besondere Herausforderung für die Arbeit der Stadtteilzentren stellt die Integration und Förderung des Bürgerschaftlichen Engagements bei Menschen mit Migrationshintergrund dar, die der Entwicklung spezifischer Motivations- und Unterstützungsformen bedürfen. Hierbei haben sich sogenannte Tandem-Projekte bewährt, indem Stadtteilzentren mit entsprechenden Organisationen von Migrantinnen und Migranten gemeinsam Projekte vorbereiten und durchführen. Die Stadtteilzentren initiieren in dieser Hinsicht vielfältige Anregungen, die zur Stärkung des freiwilligen und ehrenamtlichen Engagements bei älteren Menschen aufgegriffen und mit Aktivitäten im Stadtteil verbunden werden. In Berlin leben heute Menschen aus über 180 Nationen. Die Bevölkerungsstruktur ist heterogen, das soziale Umfeld je nach Bezirk bzw. Region sehr unterschiedlich. Diese Vielfalt ist ein wichtiges und belebendes Potential für die Zukunft der Stadt. Insofern ist die auf den Demografischen Wandel in Berlin bezogene Politik auch eng mit den Fragen von Integration und Migration verbunden.

5.2.2.2 Handlungsempfehlungen für die Seniorenarbeit im Infrastrukturförderprogramm Stadtteilzentren

Als Maßnahme und Reaktion auf die Anforderungen des Demografischen Wandels ist beabsichtigt, die Kompetenz im Feld der Offenen Altenarbeit zu stärken. Offene Altenarbeit wird dabei als integrativer Bestandteil der sozial-kulturellen Arbeit gesehen und stützt sich auf Beratung, Begegnung, Bildung und Betreuung. Die Aufgabenfelder sollen sich eng an den fachpolitischen Entwicklungen orientieren. Dazu gehören insbesondere die **Berliner Leitlinien der Seniorenpolitik** und das **Berliner Seniorenmitwirkungsgesetz** (vgl. Abschnitt 5.1.3.8). Es bedarf einer Moderation im vielfältigen Geflecht von Akteuren und Akteurinnen, Sach- und Fachebenen sowie der Berliner Seniorenpolitik. Daneben sollen zur Umsetzung der Ziele Fachtagungen durchgeführt und Kriterien einer modernen Offenen Altenarbeit gemeinsam entwickelt werden.

Zur Neuorientierung der Seniorenarbeit im IFP STZ bedarf es auch weiterhin flächendeckender, verlässlicher und vernetzter sozialer Strukturen. Auf den bereits bestehenden, sich teilweise über Jahrzehnte hinweg bewährten Strukturen der Nachbarschaftseinrichtungen und der Selbsthilfe sollen künftig professionelle Neuansätze und Programme aufbauen bzw. an diese angedockt werden. Dazu werden nicht nur eine Vernetzung und Abstimmung mit den Akteuren und Akteurinnen vor Ort benötigt, sondern auch zwischen den Verwaltungen abgestimmte Konzepte. Da sich soziale Disparitäten nicht allein vom Sozialressort lösen lassen, muss auf eine ressortübergreifende Handlungsorientierung abgestellt werden.

Die Stadtteilzentren werden mit ihrer Arbeit und ihrem Angebotsspektrum den ständig sich verändernden Bedarfslagen und Anforderungen in Berlin auch weiterhin Rechnung tragen und gleichzeitig als Impulsgeber zur Entwicklung einer zeitgemäßen und innovativen sozialen Angebotslandschaft beitragen. Stadtteilzentren können ihre Funktion ausbauen, niedrighschwellige und spezialisierte Hilfen sowie weitere Ressourcen aus ihrem Umfeld einzubeziehen.

In Anlehnung an das **Demografiekonzept** (<http://www.berlin.de/demografiekonzept/>; letzter Aufruf: 7. Oktober 2013) des Landes Berlin werden folgende strategische Ziele verfolgt:

- Soziale Stabilität durch quartiersbezogene Ansätze erreichen,
- Weiterentwicklung der Willkommenskultur,
- Förderung der interkulturellen Kompetenzen sowie
- Förderung der interkulturellen Qualifikation von Migrantinnen und Migranten.

5.2.2.3 Gendergerechte Weiterentwicklung im Infrastrukturförderprogramm Stadtteilzentren

Die Gleichstellung von Menschen beiderlei Geschlechts ist seit 2008 ein Querschnittsziel für alle Projekte im Rahmen der Umsetzung des Infrastrukturförderprogramms Stadtteilzentren. Damit einher geht die Verpflichtung für die Träger, dafür Sorge zu tragen, dass das Handeln der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Stadtteilzentren maßgeblich von den Inhalten des Gender Mainstreaming bestimmt ist. Voraussetzung für die Planung und Durchführung von Projekten und Angeboten ist, auf die genderspezifisch geprägten Lebensbereiche der weiblichen und männlichen Besucher der Stadtteilzentren einzugehen. Die Sachberichte der Stadtteilzentren wurden an die daraus resultierenden Angebote angepasst. Somit besteht die Möglichkeit, sowohl auf Projekt- als auch Gesamtförderprogrammebene die Anzahl der Besucherinnen und Besucher und der freiwillig Aktiven unter Genderaspekten auszuwerten.

Für die Stadtteilzentren, als gesamtstädtische Infrastruktur der Daseinsvorsorge, ist die Geschlechterverteilung in der Gesamtbevölkerung Zielgröße. Sowohl in den Angeboten als auch bei den freiwillig Aktiven soll langfristig eine Geschlechterverteilung erreicht werden, die der umliegenden Einwohnerschaft über alle Altersgruppen hinweg entspricht. Eine Differenzierung der Geschlechterverhältnisse nach Alter wird im Rahmen der Sachberichterstattung von den Einrichtungen des IFP STZ nicht erhoben und kann daher auch nicht ausgewertet werden.

Derzeit liegt der Anteil der Männer an der Berliner Bevölkerung bei ca. 49 % (Stand: 2011). Der Anteil der männlichen Teilnehmer in den Veranstaltungen und in den durch die **Selbsthilfekontaktstellen** unterstützten Selbsthilfegruppen lag im Jahr 2012 hingegen bei nur 32 %. Hinsichtlich der Nutzung der Angebote der Nachbarschaftseinrichtungen ergibt sich ein ähnliches Bild: Im Durchschnitt lag der Anteil der männlichen Besucher bei knapp 31 %. Diese Zahl ist seit vielen Jahren relativ konstant und schwankt zwischen 30 % im Jahr 2010 und 32 % im Jahr 2011.

Im Bereich der freiwillig engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter lag der Anteil der Männer im Jahr 2012 wie in den Vorjahren bei ca. 28 % in den Nachbarschaftseinrichtungen und bei ca. 28 % in den Selbsthilfekontaktstellen.

Trotz aller Anstrengungen, sowohl in den Selbsthilfekontaktstellen als auch in den Nachbarschaftseinrichtungen, ist es bisher nicht gelungen, den Anteil der Männer in der freiwilligen Mitarbeiterschaft und in der Besucher-Struktur analog des Männeranteils an der Gesamtbevölkerung zu steigern. Ungeachtet der kleineren jährlichen Schwankungen liegt die Differenz seit mehreren Jahren relativ konstant insgesamt bei ca. 17-20 %.

5.2.2.4 Handlungsempfehlungen für die gendergerechte Weiterentwicklung im Infrastrukturförderprogramm Stadtteilzentren

Um den Anteil der Männer zu erhöhen bedarf es einer gemeinsamen Initiative aller im **Kooperationsgremium Stadtteilzentren** vertretenen Partner. Ausgehend von einer Problematisierung des Gender-Aspektes als Schwerpunktthema in 2014/2015 werden sehr unterschiedliche Handlungsansätze zu erarbeiten sein. Dabei geht es um eine auf Langlebigkeit angelegte, behutsame Weiterentwicklung der Angebotsstruktur der Stadtteilzentren. Zur Umsetzung dieser Strategie kann auf verschiedene erfolgversprechende Ansätze einzelner Einrichtungen zurückgegriffen werden. So ist es z. B. gelungen, junge Akademiker als Bildungspaten für Kinder mit Schulproblemen zu werben, bzw. vermehrt junge Väter in bestehende Eltern-Kind-Gruppen zu integrieren und damit den Anteil von männlichen Nutzern und Aktiven nachhaltig zu steigern.

5.2.3 Mittelverteilung auf der Grundlage sozialstruktureller Daten

Der Sozialstrukturatlas dient als Instrument der quantitativen, interregionalen und intertemporalen Sozialraumanalyse. In dieser Funktion findet er in seinen Resultaten unmittelbare Berücksichtigung zur Ermittlung von Orientierungsgrößen als Grundlage für die künftige Mittelverteilung, insbesondere vor dem Hintergrund der geplanten Ausweitung des **IFP STZ** im Doppelhaushalt 2014/2015. Dabei finden die räumliche Sozialstruktur Berlins und soziale Indikatoren Berücksichtigung.

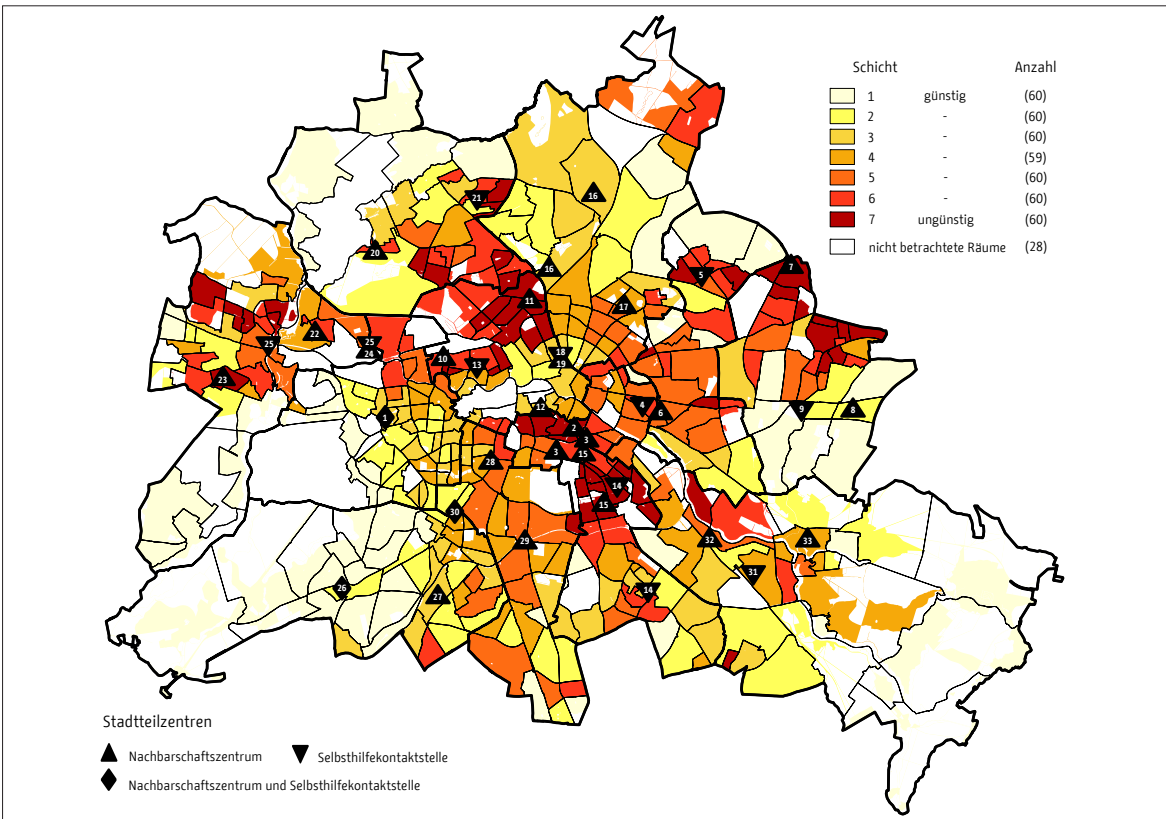
5.2.3.1 Entwicklung von Orientierungsgrößen

Der Berechnung bezirklicher Orientierungsgrößen im Zusammenhang mit der Mittelverteilung im IFP STZ liegen Empfehlungen einer Expertengruppe unter Beteiligung des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, Landesverband Berlin e.V., von Bezirksstadträtinnen und Bezirksstadträten sowie Vertreterinnen und Vertretern der für Jugend und Soziales zuständigen Senatsverwaltungen zugrunde. Diese Orientierungsgrößen, die auch der Mittelverteilung für die Jahre 2014/2015 zugrunde liegen, werden auf der Grundlage folgender Indikatoren berechnet:

- Konservativer Faktor mit 70 % (gebildet aus der bisherigen Zumessung im Haushalt)
- Sozialindex I 2013 mit 10 % (beschreibt die soziale Lage)
- Status-/ Segregationsindex 2013 mit 10 % (bezieht u. a. die Bildung und die familiäre Situation ein)
- Sozialindex I (Δt) R 2013 mit 10 % (beschreibt die soziale Veränderungsdynamik).

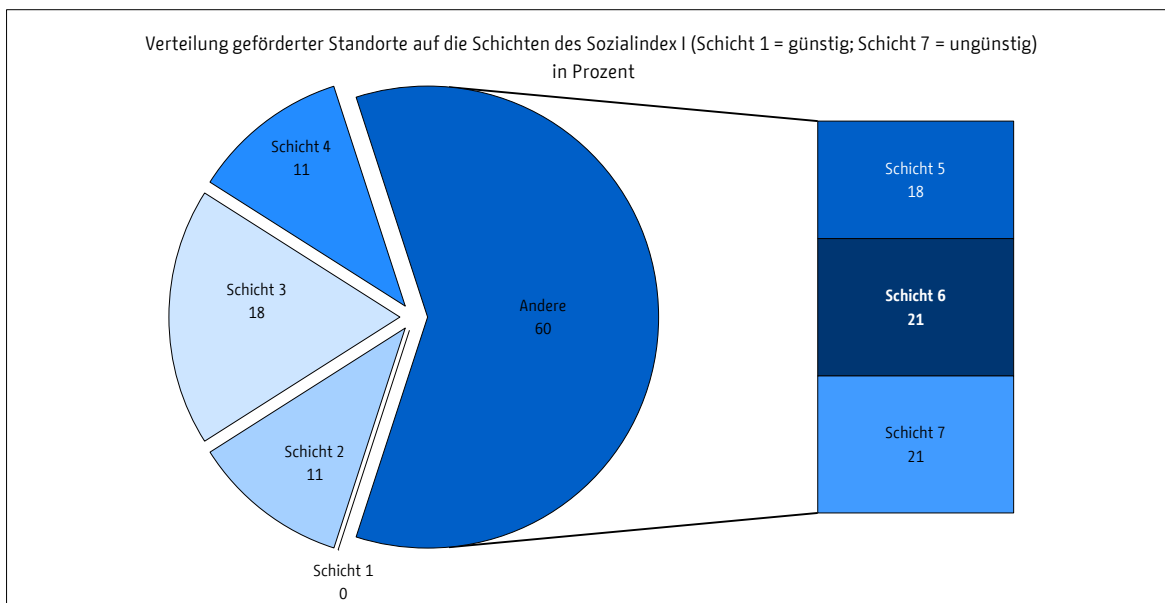
Die Inhalte und Beschreibungen der genannten Indizes können dem Kapitel 3 entnommen werden, insbesondere die Zuordnung zu unterschiedlichen Schichten nach dem Sozialindex I, die sich auch aktuell im IFP STZ in der Verteilung der geförderten Nachbarschafts- und Selbsthilfeeinrichtungen wiederfindet.

Abbildung 5.12:
Infrastrukturförderprogramm Stadtteilzentren 2011 – 2015; Stand: 11. September 2013



(Datenquelle: SenGesSoz II B, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 5.13:
Infrastrukturförderprogramm Stadtteilzentren Mittelverteilung nach Schichten des Sozialindex I in Prozent



(Datenquelle: SenGesSoz Berlin I A, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - II B -)

Danach liegen 60 % der Einrichtungen in den unteren Schichten 5 - 7, jede fünfte Einrichtung in einem Gebiet der Schicht 7. Keine Einrichtung hat ihren Standort in der Schicht 1 und lediglich 11 % in der Schicht 2.

Daran wird deutlich, dass das IFP STZ zwar eine gesamtstädtische Infrastruktur bereitstellt, d. h. in allen Regionen der Stadt Bürgerschaftliches Engagement fördert, die Standorte aber dennoch bevorzugt in sozial belasteteren Gebieten verortet sind. Darauf wird auch bei einer geplanten Aufstockung des Programms in den Jahren 2014/2015 geachtet werden.

Von den im IFP STZ geförderten Projekten liegt allerdings nur für die zwölf Selbsthilfekontaktstellen (pro Bezirk eine Einrichtung) und die 24 Nachbarschaftseinrichtungen ein klar definierter sozialräumlicher Bezug vor. Die sonstigen Projekte haben dagegen übergreifende, gesamtstädtische Bedeutung, die bei der Berechnung der bezirklichen Orientierungsgrößen keine Beachtung finden. Die Nachbarschaftseinrichtungen und Selbsthilfe-Kontaktstellen werden mit ca. 3,3 Mio. Euro finanziert. Die Finanzierung der Selbsthilfe-Kontaktstellen liegt bei ca. 80.000 Euro pro Einrichtung. Die Nachbarschaftseinrichtungen weisen eine Bandbreite von 30.000 Euro bis 244.500 Euro auf.

5.2.3.2 Prioritäten der Mittelverteilung

Die zukünftige Mittelverteilung erfolgt auf Grundlage folgender drei Planungsgrößen:

- Anzahl der im IFP STZ geförderten Nachbarschaftseinrichtungen pro Bezirk,
- regionale Verteilung der Fördermittel unter Berücksichtigung der jeweiligen Sozialstruktur und
- finanzielle Mindestausstattung einer Nachbarschaftseinrichtung.

Das langfristige Ziel der Aufstockung des IFP STZ ist der Aufbau eines Stadtteilzentrums pro Prognoseräum (derzeit werden in 24 der insgesamt 60 Prognoseräume entsprechende Einrichtungen aus dem IFP STZ gefördert). Dieses Ziel kann nur schrittweise erreicht werden. Mittelfristiges Ziel ist daher die Ausstattung eines jeden Berliner Bezirks mit mindestens zwei Nachbarschaftseinrichtungen. Die Tabelle 5.2 zeigt die Bezirke mit der höchsten Priorität, da dort bislang nur ein Stadtteilzentrum aus dem IFP STZ gefördert wird.

Die Prioritäten in der regionalen Mittelverteilung zwischen den Berliner Bezirken bzw. die jeweilige Höhe der Aufstockung basieren auf den oben beschriebenen Orientierungsgrößen auf Grundlage der aktuellen Ergebnisse des Sozialstrukturatlases.

Unter Anwendung der im Abschnitt 5.2.3.1 genannten Formel (70 % Konservativer Faktor, 10 % Sozialindex I 2013, 10 % Status-/ Segregationsindex 2013, 10 % Sozialindex I (Δt)R) ergeben sich, in Abhängigkeit von der notwendigen Aufstockungssumme, folgende Förderprioritäten:

Die Mindestausstattung für eine Nachbarschaftseinrichtung im IFP STZ beträgt 80.000 Euro. Im Jahr 2013 liegen insgesamt fünf Einrichtungen mit ihrer Förderung unterhalb dieser Mindestgrenze. Daher steht, neben der Förderung neuer Stadtteilzentren in bisher unterversorgten Regionen und der ausgewogenen, an den sozialstrukturellen Bevölkerungsdaten orientierten regionalen Mittelverteilung, künftig auch die Aufstockung bestehender Einrichtungen im Vordergrund.

5.2.3.3 Handlungsempfehlungen für die künftige Mittelverteilung

Die Grundlage für die Orientierungsgrößen der bisherigen Mittelverteilung berücksichtigt einen wesentlichen Faktor, der vor allem die historische Komponente der Nachbarschaftsarbeit in den Stadtteilzen-

Tabelle 5.1:
Bezirke mit bisher nur einer Nachbarschaftseinrichtung (Priorität A)

Bezirk	Priorität
Reinickendorf	A
Charlottenburg-Wilmersdorf	A
Neukölln	A
Lichtenberg	A

(Datenquelle, Berechnung, Darstellung: SenGesSoz - II B -)

Tabelle 5.2:
Bezirke mit den höchsten Aufstockungsprioritäten

Bezirk	Priorität
Reinickendorf	A
Charlottenburg-Wilmersdorf	B
Neukölln	B
Lichtenberg	C
Marzahn-Hellersdorf	C

(Datenquelle, Berechnung, Darstellung: SenGesSoz - II B -)

tren auszeichnet. Diesem primären Ansatz sowie seinem aktuellen Stellenwert in der sozialpolitischen Steuerung wird mit der Basis zur Mittelverteilung Rechnung getragen. Die erfolgte Anpassung an Bevölkerungsentwicklungen spiegelt aktuelle Bedarfslinien wider, die in den Sozialindizes abgebildet werden. Ziel ist es aber, die auf Dauerhaftigkeit ausgerichtete Basis der Stadtteilzentrenstruktur so auszubauen, dass die Teilhabe der Berliner Bevölkerung an elementaren Grundbedürfnissen sichergestellt ist und ihr Gestaltungsspielraum zur sozialen Stabilität beiträgt. Um der Komplexität der verschiedenen, sich aus den Sozialindizes ergebenden Anforderungen gerecht zu werden, wird es als erforderlich erachtet, ressortübergreifende Konzepte zu erarbeiten. Bei der Mittelverteilung soll zukünftig neben der erforderlichen inhaltlichen Ausgestaltung auch die aktive Beteiligung der Bezirke eine Rolle spielen.

Zurzeit bestehen im Land Berlin vielfältige Zugangswege zu Angeboten, Beratungen und Engagementmöglichkeiten für die Bürgerinnen und Bürger. Verschiedene Programm- und Förderansätze weisen jedoch gerade im Bereich der Aktivierung, Teilhabe und Bildung Überschneidungen in Inhalten und Angeboten aus. So setzt beispielsweise das Konzept der **Mehrgenerationenhäuser (MGH)** (<http://www.mehrgenerationen-haeuser.de/3>; letzter Aufruf: 7. Oktober 2013) des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unmittelbar auch auf die Zielsetzung der Berliner **Stadtteilzentren** auf. Die spezifische Ausgestaltung der Programmansätze ist für die Bürgerinnen und Bürger kaum erkennbar. Deshalb sollte überprüft werden, ob Ähnlichkeiten zu den Konzeptionen auch bei anderen Programmen wie bei den **Familienzentren**, dem **Quartiersmanagement**, den Projekten der **Aktionsräume plus** und weiterer sozialer Treffpunkte vorliegen. Die Finanzierung der Projekte erfolgt teilweise auf Landesebene, teilweise in Verantwortung der Bezirke oder – wie bei den MGH – auf Bundesebene. Für die Zukunft wird es als erforderlich angesehen, sinnvolle Abgrenzungen der Programminhalte herzustellen und diese adressatengerecht auszugestalten. Um das Nebeneinander der sich teilweise überlagernden Programme zu koordinieren, bedarf es trotz unterschiedlicher Finanzierungen eines ganzheitlichen Konzepts. Notwendig ist dabei die Aussteuerung der verschiedenen Programminhalte, um sie passgenauer zu etablieren und nutzbringend einzusetzen. Dies gilt vor allem für temporär angelegte Programme, wie z. B. die MGH.

Ziel ist es, den Bürgerinnen und Bürgern möglichst zentrale Anlaufstellen zu bieten und die Angebote übersichtlich und koordiniert für die Zielgruppen bekannt zu machen. Es wird als notwendig erachtet, die Überschneidungen in den verschiedenen Programmen und Angeboten abzustimmen um passgenaue Angebote transparent und nachvollziehbar darzustellen. Die daraus resultierenden Aufgaben, z. B. der Koordination, werden bei der Umsetzung und der Weiterentwicklung des Infrastrukturförderprogramms Stadtteilzentren eine Rolle im Sinne der Bürgerschaft des Landes Berlin spielen.

5.3 Pflege

5.3.1 Einleitung

Der nachfolgende Textteil Pflege stellt auf Basis ausgewählter Eckdaten die Bevölkerungsentwicklung in Berlin für die Altersgruppe ab 65 Jahre dar und geht auf die daraus erwachsenden demografischen Entwicklungen und ihre Anforderungen an die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung bis 2030 ein. Dabei wird insbesondere auf die Rolle des Sozialraums und die Bedeutung der Sozialstruktur für die Pflegeplanung abgestellt und anhand ausgewählter pflegepolitischer Schwerpunkte der aktuelle Sachstand sowie Handlungsempfehlungen für die Jahre 2014/2015 konkret beschrieben. Die pflegepolitisch maßgebliche Berichtslegung im **Landespflegeplan** wird damit unter dem Fokus **Pflege im Sozialraum** ergänzt.

Wird nachfolgend von **Pflege** gesprochen, ist damit sowohl der individuelle Hilfebedarf als auch das berufliche Handeln gemeint und damit eine Betrachtung aus rein leistungsrechtlicher Perspektive ausgeschlossen (zur Definition des Pflegebegriffs vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2010).

Mit dem am 29. Juni 2012 vom Bundestag beschlossenen **Pflege-Neuausrichtungsgesetz** wurde das Leistungsrecht der Pflegeversicherung (Elftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB XI) novelliert. Da wesentliche Reformschritte, wie z. B. die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, damit nicht erreicht werden konnten, fordern maßgebliche pflegepolitische Akteure und Akteurinnen erneut und weiterhin ein umfassendes Gesamtkonzept ein. Hierbei wird dem Sozialraum, dem Quartier sowie den Kommunen eine Schlüsselfunktion zugeschrieben (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge 2013; Engelmann et al. 2013; Hoberg et al. 2013). Dieser Ansatz wird von der für das Thema Pflege zuständigen Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales in vollem Umfang geteilt.

Da sich Familienstrukturen ändern und das Prinzip der **Wahlverwandtschaft** (Dörner 2011) nicht nur in Berlin eine immer größere Rolle spielt, entsteht ein Bedarf an alternsgerechten Quartieren, die eine bewusste Ausgestaltung der Bereiche **Wohnen, Soziales und Pflege** erfordern (Kuratorium Deutsche Altershilfe 2011). Dabei geht es u. a. um barrierefreie Neubaumaßnahmen und Wohnungsanpassungen, ein barrierefreies und infrastrukturell gut erschlossenes Wohnumfeld sowie um in die Quartiere wirkende alternative Wohnformen. Das Wohnen im Quartier ist dabei mit sozialen Angeboten zu verbinden, z. B. in Form sozialer Treffpunkte oder Begegnungsräume. Zudem ist eine wohnortnahe Bereitstellung von Beratungsangeboten und Unterstützungsstrukturen für Bürgerschaftliches Engagement erforderlich. Insbesondere für hilfe- und pflegebedürftige Menschen sind Alltagshilfen und Pflegeleistungen dezentral, zugehend und kleinteilig zu organisieren. Pflegeheime sollten sich dabei als Teil der die Quartiersversorgung sichernden lokalen Verantwortungsgemeinschaft einbringen.

Die Sozialstruktur in den einzelnen Sozialräumen beeinflusst auch die Selbsthilfepotentiale. So können innovative technische Lösungen (für sogenanntes **Ambient Assisted Living – AAL à umgebungsunterstütztes Leben oder selbstbestimmtes Leben**) für pflegebedürftige Personen hilfreich sein, scheitern aber ggf. an privater Zuzahlungsbereitschaft oder -fähigkeit der potentiellen Nutzer. Selbst eine größere Offenheit gegenüber technischen Hilfsmitteln bei der heranwachsenden älteren Generation wird insofern immer im Kontext der wirtschaftlichen Situation von Hilfebedürftigen und der Sozialstruktur ihres Wohnumfeldes zu betrachten sein. Zudem können technische Hilfen nie die positiven Wirkungen einer zwischenmenschlichen Begegnung ersetzen, die sich gerade im Alter und bei Pflegebedürftigkeit besonders positiv auf die Gesundheit und das individuelle Wohlbefinden auswirkt.

Dem Aus- und Aufbau von Begegnungsräumen kommt eine immer größere Bedeutung – auch unter präventiven Aspekten – zu. Indem sich z. B. stationäre Einrichtungen ins Quartier öffnen, Wohnungsbau-

gesellschaften und Wohnungsgenossenschaften bei der Entwicklung neuer Wohnformen einen sozialen Treffpunkt für einen alters- und generationenübergreifenden Austausch einplanen und beleben, können nachbarschaftliche Hilfen gestärkt und die Arbeit der Treffpunkte an den jeweiligen Bedarfslagen ausgerichtet werden. Sozialraumbezogene, wohnortnahe Angebote wirken ferner dem Risiko sozialer Isolation entgegen, das mit dem Leben in einer Millionenstadt wie Berlin oftmals einhergeht.

Um im vorgenannten Sinne zu Erfolgen zu kommen, bedarf es auch der Bereitschaft, die Bedeutung des Sozialraums neu zu definieren. Dabei sollen eine aktive Bürgerbeteiligung und das nachbarschaftliche Engagement gegenüber einem ggf. noch vorhandenen allgemeinen Versorgungsdenken in den Vordergrund rücken und als gemeinsame Zielsetzung verstanden werden. Dem Staat kommt hier die Rolle zu, hinreichend Impulse und Hilfen zur Selbsthilfe zu geben, wobei es auch nach Etablierung eines solchen gesellschaftlichen Wandels immer Menschen geben wird, die mit der Organisation ihres persönlichen Hilfebedarfs überfordert sein werden und Hilfestellung benötigen. Hier könnten sogenannte **Stadtteilkümmerner** eine Rolle einnehmen, indem sie als Kenner bzw. Kennerin des Quartiers / des Sozialraumes Kontakte knüpfen und eine Lotsenfunktion ausüben (Kuratorium Deutsche Altershilfe 2010). Dies kann allerdings nur gelingen, wenn Rolle und Funktion von der regionalen Verantwortungsgemeinschaft mitgetragen und regionale Netzwerke gebildet und gepflegt werden.

In den Jahren 2012 und 2013 wurde das Denken **in den Sozialraum hinein** sowie zur Stärkung der Bürgerbeteiligung bereits mit Leben erfüllt und findet sich auch in einer Vielzahl von Projekten mit folgender pflegepolitischen Schwerpunktsetzung wieder:

- Transparenz,
- Weiterentwicklung der Angebotsstruktur,
- Umsetzung des 3. Hospiz- und Palliativkonzeptes,
- Steuerung der Sozialausgaben sowie
- Stärkung der Pflegeberufe.

Die Berliner Sozialstrukturdaten sind für den Bereich Pflege aber auch unter planerischen Gesichtspunkten von Bedeutung. So ist etwa die Korrelation zwischen der Einkommenssituation und der Lebenserwartung eine wesentliche Komponente (Sallmon et al. 2011). Des Weiteren ist belegt, dass ressourcenschwache Gruppen von schweren und chronischen Krankheiten überproportional häufig betroffen sind und Personen, die in sozialstrukturschwachen Räumen leben, ein höheres Risiko haben, pflegebedürftig zu werden. Dies lässt für bestimmte Bereiche Berlins unter der Prämisse einer wohnortnahen Versorgung Rückschlüsse auf einen wachsenden Bedarf an Hilfen insbesondere im ambulanten Bereich zu.

5.3.2 Eckdaten der Pflege in Berlin

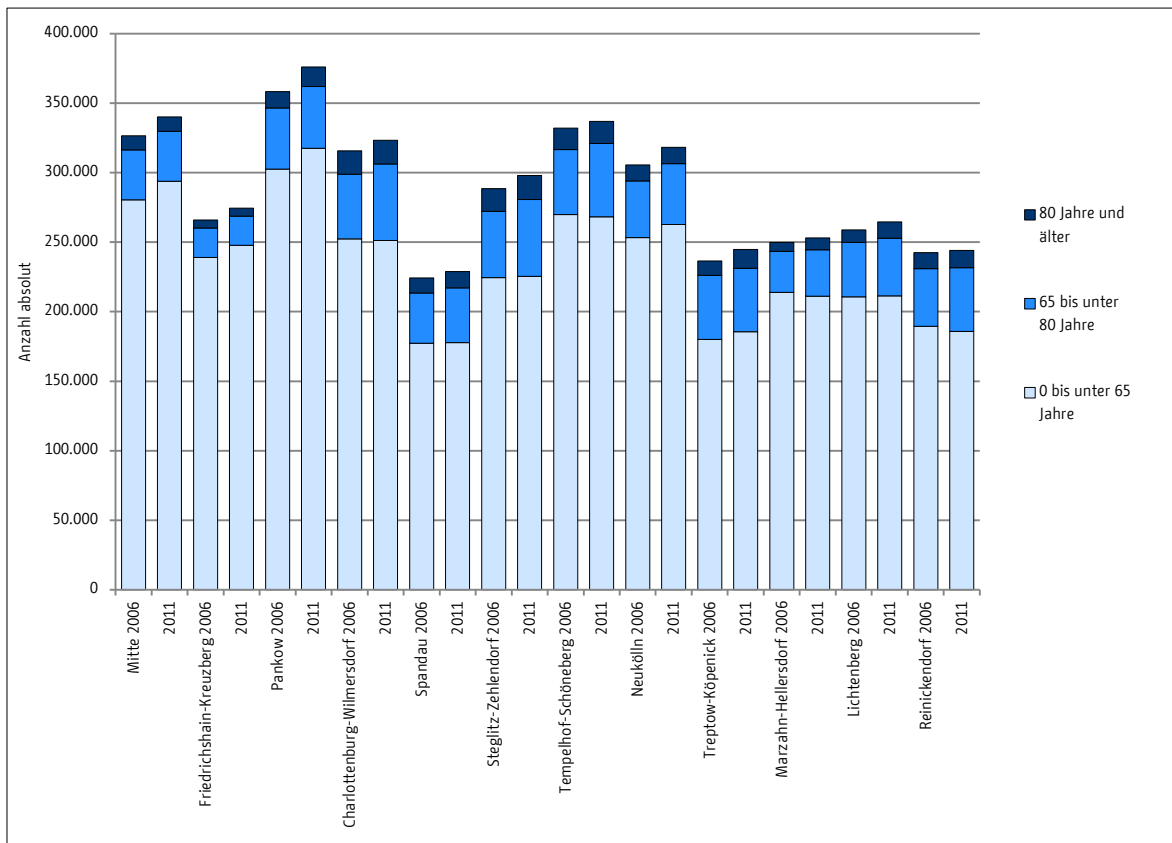
5.3.2.1 Entwicklung der Bevölkerung in Berlin

Am 31. Dezember 2006 lebten in Berlin rd. 3,4 Millionen Menschen, darunter rd. 610.000 Personen im Alter ab 65 Jahre. Dies entspricht einem prozentualen Anteil von knapp 18 %. Fünf Jahre später wurden zum gleichen Stichtag in Berlin rd. 663.000 Seniorinnen und Senioren gezählt. Ihr Anteil an der seit 2006 insgesamt um rd. 98.000 Personen (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Amtliche Bevölkerungsfortschreibung ohne Korrektur des Zensus vom 09. Mai 2011) gewachsenen Gesamtbevölkerung lag in 2011 bei rd. 19 %.

Aus den Daten des Jahresvergleichs 2006/2011 werden folgende Entwicklungen deutlich:

Die Berliner Bevölkerung ist insgesamt sowie in jedem einzelnen Bezirk angewachsen. Dies trifft auch auf die Altersgruppe ab 65 Jahre zu; lediglich in Friedrichshain-Kreuzberg war ein leichter Rückgang zu verzeichnen. Die Zahl der Berliner Seniorinnen und Senioren hat im Zeitraum 2006 bis 2011 um insgesamt 9 % zugenommen.

Abbildung 5.14:
Berliner Bevölkerung nach Bezirken und ausgewählten Altersgruppen am 31.12. der Berichtsjahre 2005 und 2011 im Vergleich



(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg, Amtliche Bevölkerungsfortschreibung, Darstellung: SenGesSoz - I A -)

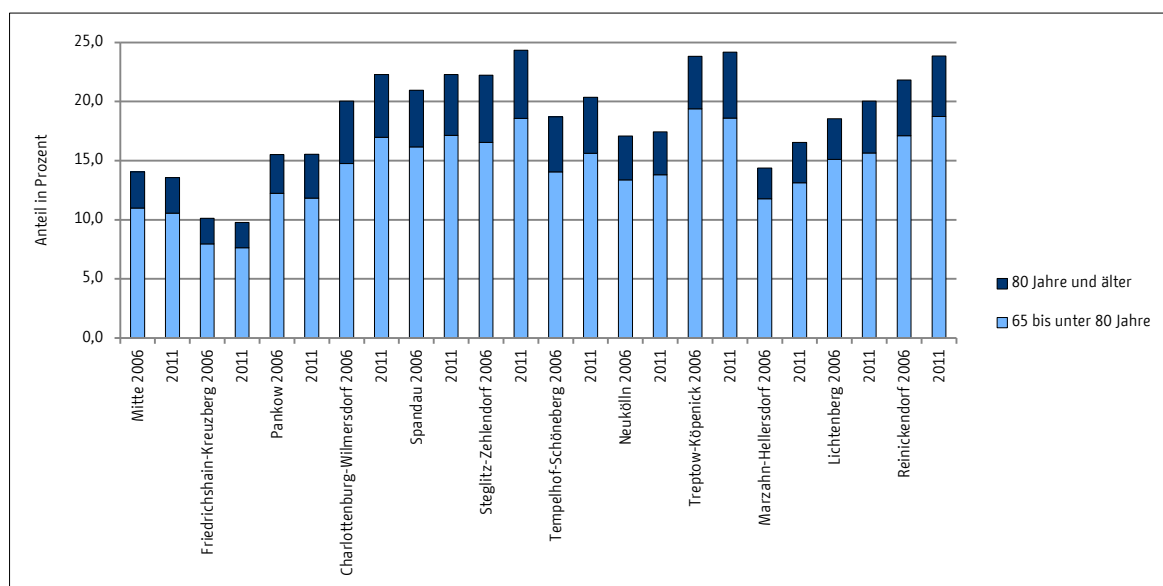
Die größten absoluten Zuwächse in der Bevölkerungsgruppe ab 65 Jahre lagen in den Bezirken Charlottenburg-Wilmersdorf, Steglitz-Zehlendorf und Tempelhof-Schöneberg, wobei in allen drei Bezirken gleichzeitig auch die meisten Einwohner und Einwohnerinnen dieser Altersgruppe leben. Prozentual betrachtet sind die meisten Zuwächse im genannten Zeitraum in Marzahn-Hellersdorf, Charlottenburg-Wilmersdorf und Steglitz-Zehlendorf zu verzeichnen. Die geringsten absoluten und prozentualen Zuwächse weisen die Bezirke Mitte, Treptow-Köpenick sowie Pankow aus.

Auch bei der Bevölkerung ab 80 Jahre, in der der Anteil der Pflegebedürftigen besonders hoch ist und mit zunehmendem Alter steigt, ist im Zeitraum 2006 bis 2011 ein Anwachsen für Berlin insgesamt und in allen Bezirken zu verzeichnen. Prozentual betrachtet liegt die Veränderungsrate insgesamt bei rd. 11 %, wobei die größten absoluten Zuwächse in Treptow-Köpenick, Pankow und Lichtenberg zu finden sind. Die meisten der über 80-jährigen Berlinerinnen und Berliner leben in Charlottenburg-Wilmersdorf, Steglitz-Zehlendorf und Tempelhof-Schöneberg, die bereits bei der Bevölkerungsgruppe ab 65 Jahre im Bezirksranking vorne liegen. Die größten prozentualen Zuwächse in der Altersgruppe ab 80 Jahre liegen dagegen in den Bezirken Marzahn-Hellersdorf, Lichtenberg und Treptow-Köpenick, die niedrigsten (auch absolut) in den Bezirken Friedrichshain-Kreuzberg, Neukölln und Mitte.

Betrachtet man die prozentuale Bevölkerungsentwicklung der Altersgruppen ab 65 und ab 80 Jahre in bezirklicher Verteilung ergibt sich das in Abbildung 5.15 dargestellte Bild.

Aus den Daten ist erkennbar, dass die Bevölkerungsentwicklung bei den Berliner Seniorinnen und Senioren in den einzelnen Bezirken im Zeitraum 2006 bis 2011 unterschiedlich verlaufen ist und prozentual betrachtet sowohl Anstiege als auch Abnahmen enthält.

Abbildung 5.15:
Anteile der Berliner Bevölkerung ab 65 und ab 80 Jahre an der Gesamtbevölkerung nach Bezirken in 2006 und 2011



(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg, Amtliche Bevölkerungsfortschreibung, Berechnung: SenGesSoz - II D -, Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Spitzenwerte beim Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahre an der Gesamtbevölkerung je Bezirk weisen die Bezirke Steglitz-Zehlendorf, Treptow-Köpenick und Reinickendorf auf. Die niedrigste Quote ist in Friedrichshain-Kreuzberg zu verzeichnen, wobei diese von 10,1 % im Jahr 2006 auf 9,8 % in 2011 sogar zurückgegangen ist.

Rund 22 % aller Berlinerinnen und Berliner im Seniorenalter sind 80 Jahre alt und älter und gehören somit zum Personenkreis mit einem besonders hohen Pflegerisiko. Bei der Betrachtung pro Bezirk ergeben sich analoge Quoten zwischen 20 % und knapp 24 % (Angaben für 2011). Spitzenwerte beim Anteil der Bevölkerung ab 80 Jahre an der bezirklichen Bevölkerung insgesamt erreichen die Bezirke Steglitz-Zehlendorf, Treptow-Köpenick und Charlottenburg-Wilmersdorf (jeweils über 5 % in 2011 mit leicht steigender Tendenz von 2006 bis 2011; für Treptow-Köpenick ist hier die stärkste Entwicklung zu verzeichnen). Auch hier weist Friedrichshain-Kreuzberg mit etwas über 2 % den niedrigsten Wert und eine leicht sinkende Tendenz im genannten Fünf-Jahreszeitraum aus.

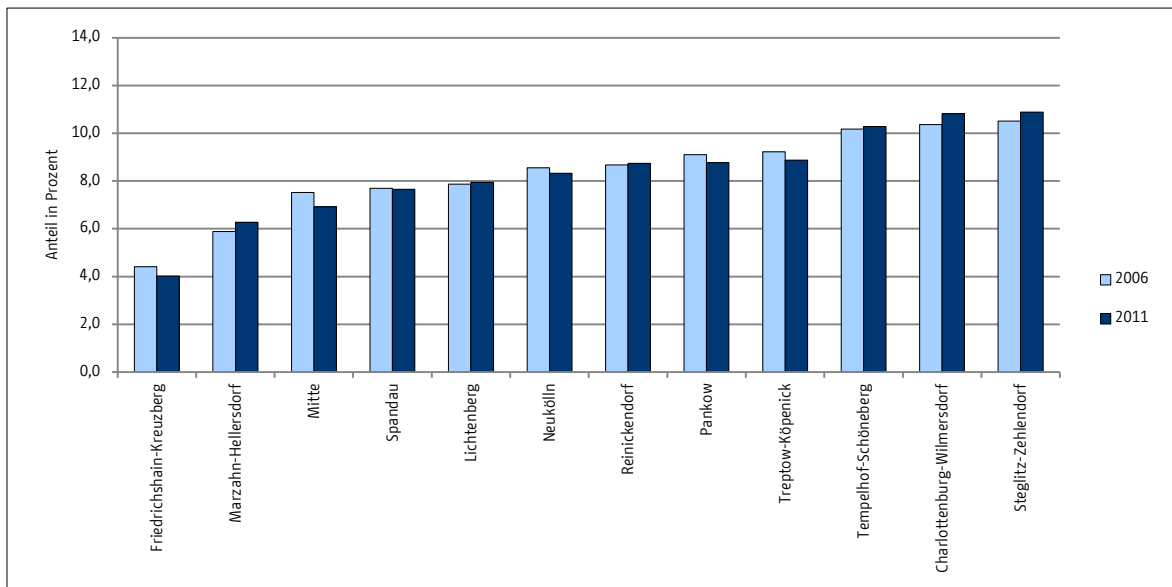
Betrachtet man die prozentuale Verteilung der Bevölkerung ab 65 und ab 80 Jahre auf die Berliner Bezirke ergibt sich das in Abbildung 5.16a dargestellte Bild.

Aus Abbildung 5.16a wird deutlich, dass die Bezirke Steglitz-Zehlendorf, Charlottenburg-Wilmersdorf und Tempelhof-Schöneberg mit jeweils über 10 % den größten Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahre in Berlin haben (mit leicht steigender Tendenz von 2006 bis 2011) und der niedrigste Anteil wiederum in Friedrichshain-Kreuzberg mit unter 4 % für 2011 zu verzeichnen ist.

Ein ähnliches Bild ergibt sich für die Altersgruppe ab 80 Jahre (vergleiche Abbildung 5.16b), wenn auch mit verschobenen Plätzen. Auch hier weisen die Bezirke Steglitz-Zehlendorf, Charlottenburg-Wilmersdorf und Tempelhof-Schöneberg mit jeweils 11 % bzw. 12 % den größten Anteil an der Bevölkerung im Bezirksvergleich aus und auch hier bildet Friedrichshain-Kreuzberg mit unter 4 % das Schlusslicht.

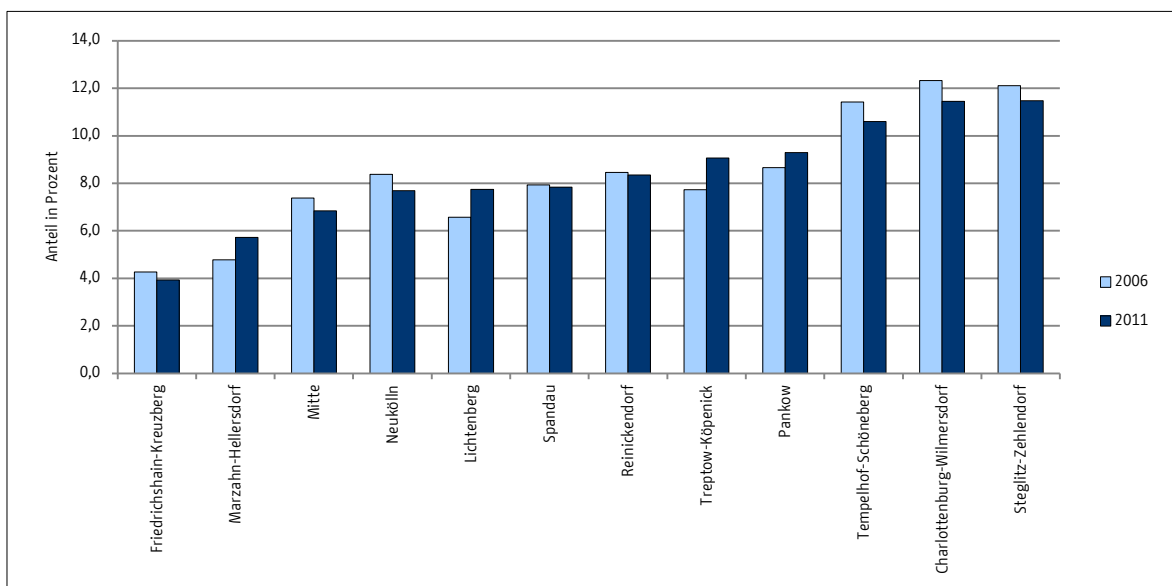
Die vorgenannten Daten machen deutlich, dass auch die Berliner Bezirke im Bereich der Altenhilfe bzw. Altenpflege vor Aufgaben stehen, die unmittelbar mit der Alterung der Gesellschaft zusammenhängen und auch Auswirkungen auf Stadtteile und Sozialräume haben werden. Besonders betroffen sind voraussichtlich die Bezirke Steglitz-Zehlendorf, Charlottenburg-Wilmersdorf und Tempelhof-Schöneberg, da dort bereits heute die meisten Menschen im Alter ab 80 Jahre leben und diese mit relativ hoher Wahrscheinlichkeit

Abbildung 5.16a:
Anteile der Berliner Bevölkerung ab 65 Jahren an der Gesamtbevölkerung im Bezirksvergleich 2006 und 2011



(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg, Amtliche Bevölkerungsfortschreibung, Berechnung: SenGesSoz - II D -, Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 5.16b:
Anteile der Berliner Bevölkerung ab 80 Jahren an der Gesamtbevölkerung im Bezirksvergleich 2006 und 2011



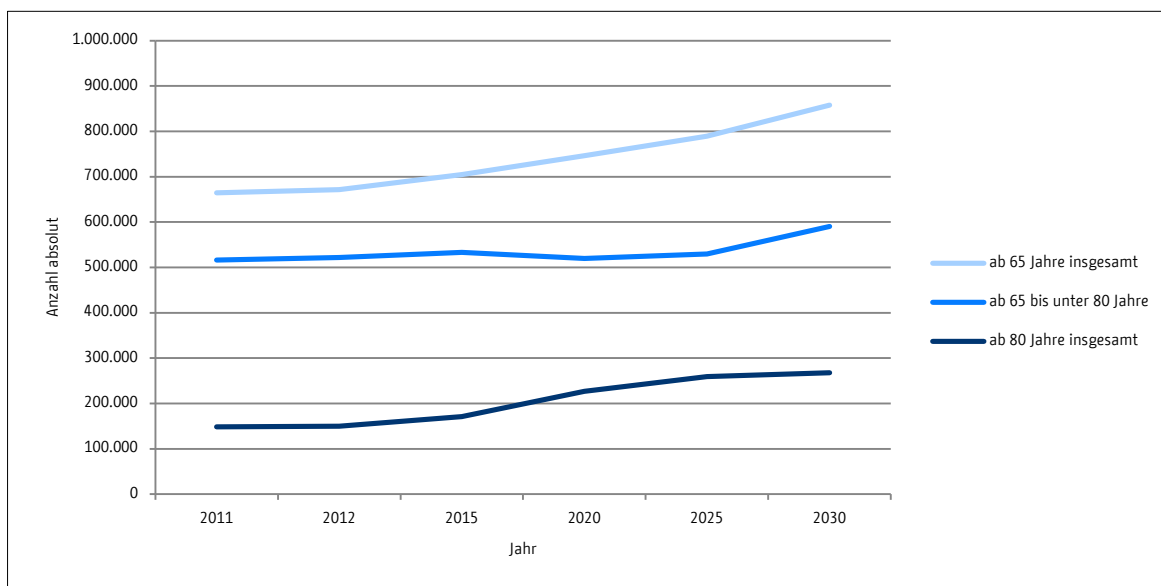
(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg, Amtliche Bevölkerungsfortschreibung, Berechnung: SenGesSoz - II D -, Darstellung: SenGesSoz - I A -)

und fortschreitendem Alter pflegebedürftig werden. Abhängig von der jeweiligen Alterspyramide werden einige Bezirke zudem von einem schnellen, überproportionalen Anstieg der älteren Bevölkerung betroffen sein und sind insofern gefordert, die bezirklichen Altenhilfeplanungen entsprechend auszurichten und anzupassen.

5.3.2.2 Entwicklung der Bevölkerung ab 65 Jahre in Berlin bis 2030

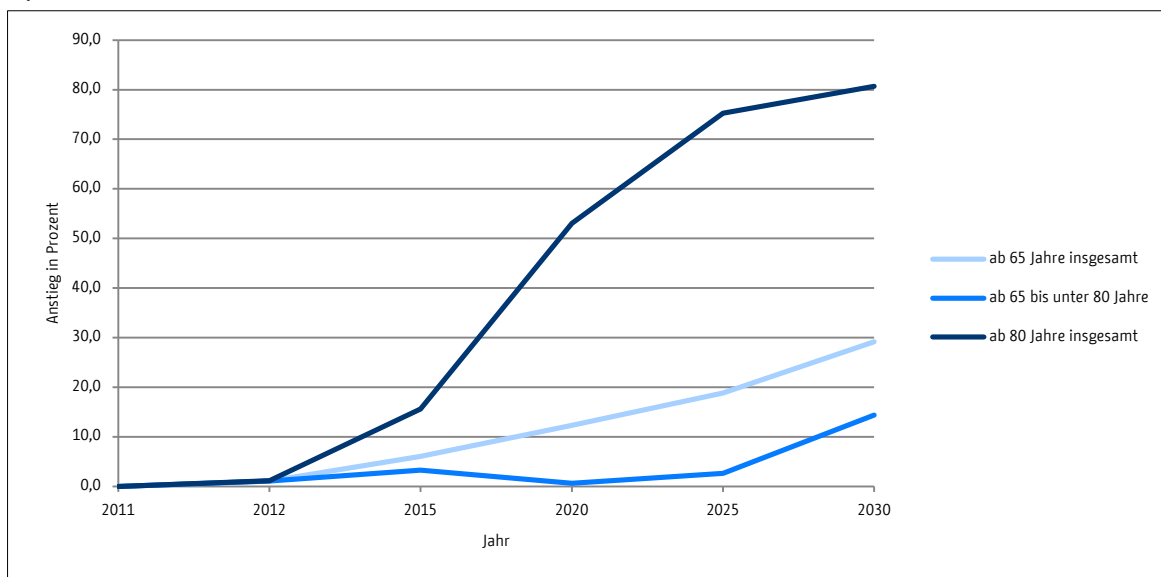
Aus den Daten der Bevölkerungsprognose für Berlin bis zum Jahr 2030 lässt sich für die Altersgruppen ab 65 bzw. ab 80 Jahre ein kontinuierlicher Zuwachs erkennen. Während die Zuwachsrate für die Altersgruppe ab 65 Jahre insgesamt bis 2030 bei rd. 29,1 % liegt, wird die Zahl der über 80-Jährigen bis dahin um mehr als 80 % zunehmen. Die analoge Quote der Altersgruppe von 65 bis unter 80 Jahren wird voraussichtlich +14,4 % betragen. Die absoluten und relativen Steigerungen im Zeitraum 2011 bis 2030 sind den beiden nachfolgenden Abbildungen 5.17a und 5.17b zu entnehmen.

Abbildung 5.17a:
Prognose der Entwicklung der Bevölkerung ab 65 Jahre in Berlin bis 2030 in Fünfjahresschritten
 - absolut



(Datenquelle: SenStadtUm Berlin; Bevölkerungsprognose für Berlin 2011 - 2030, Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 5.17b:
Prognose der Entwicklung der Bevölkerung ab 65 Jahre in Berlin bis 2030 in Fünfjahresschritten
 - prozentual

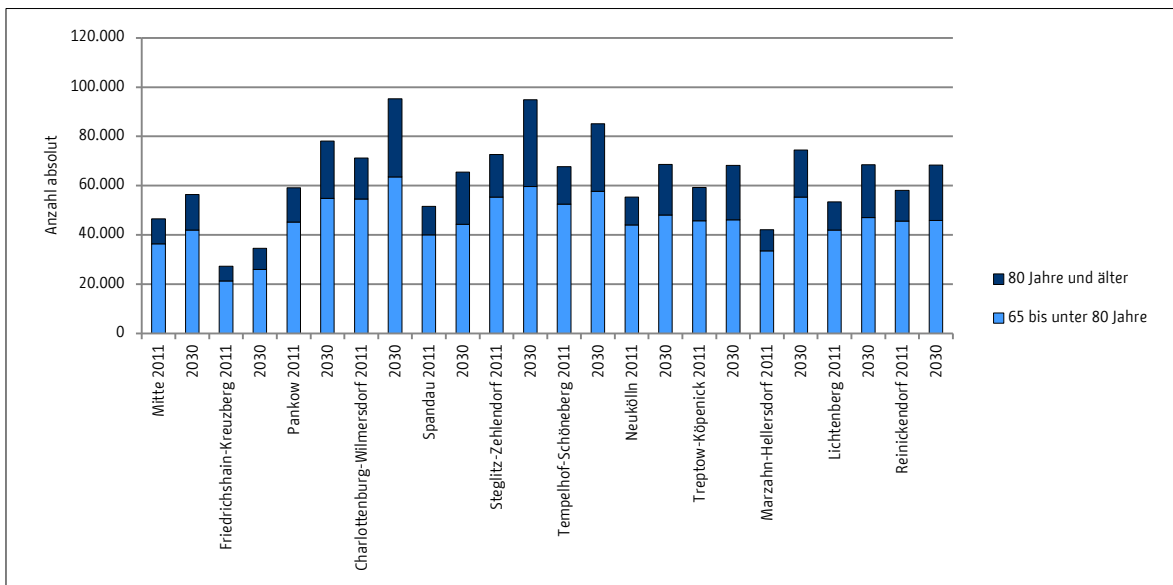


(Datenquelle: SenStadtUm Berlin; Bevölkerungsprognose für Berlin 2011 - 2030, Berechnung: SenGesSoz - II D -, Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Da es für die Prognose der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in Berlin keine verlässlichen Zahlen gibt, wird diese aus der Tendenz der vorstehenden Bevölkerungszahlen abgeleitet. So kann aus dem Anstieg der Bevölkerung ab 65 Jahre um fast ein Drittel bis zum Jahr 2030 auch ein Anstieg der Anzahl der Pflegebedürftigen um bis zu einem Drittel vermutet werden. Der überdurchschnittliche Anstieg der Bevölkerung ab 80 Jahre um mehr als 80 % deutet auch auf einen besonders starken Anstieg der Pflegebedürftigen in dieser Altersgruppe hin, insbesondere bei den Männern, deren Anteil an der Bevölkerung von 2011 bis 2030 um mehr als 130 % anwachsen wird.

Die Bevölkerungsentwicklung bis 2030 wird in den Bezirken unterschiedlich ausfallen. Den höchsten Zuwachs in der Altersgruppe ab 65 Jahre wird – mit großem Abstand vor allen anderen Bezirken – in Marzahn-Hellersdorf mit 76,8 % zu verzeichnen sein, der niedrigste mit nur 15,1 % in Treptow-Köpenick. Die absoluten Größenordnungen der einzelnen Berliner Bezirke zeigt Abbildung 5.18a.

Abbildung 5.18a:
Prognose der Entwicklung der Bevölkerung ab 65 Jahre in den Berliner Bezirken bis 2030 nach ausgewählten Altersgruppen



(Datenquelle: SenStadtUm Berlin; Bevölkerungsprognose für Berlin 2011 - 2030, Darstellung: SenGesSoz - I A -)

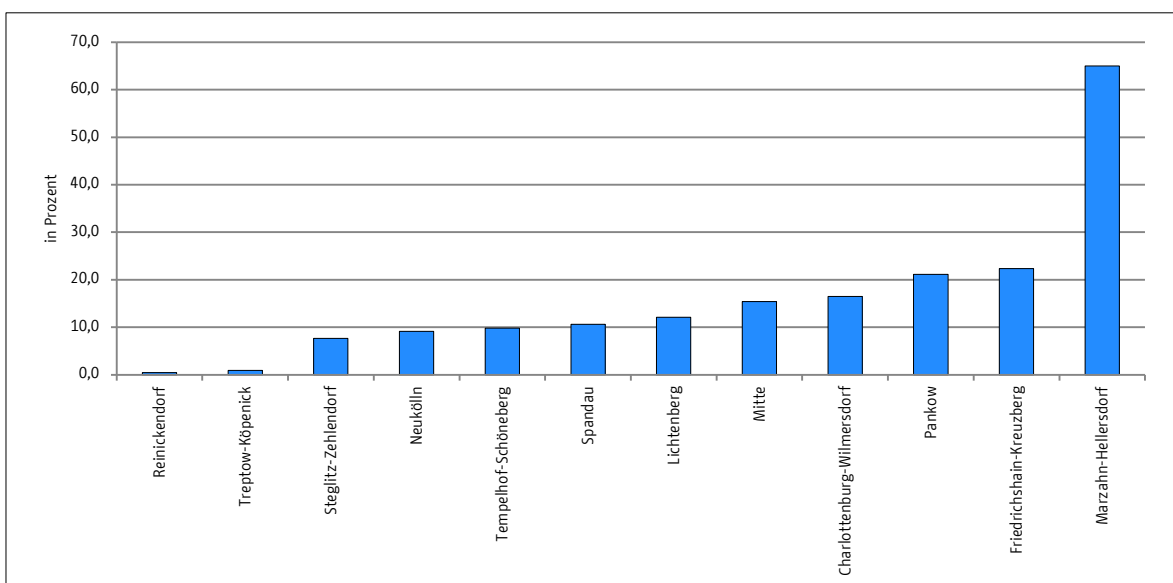
Absolut betrachtet wird die Altersgruppe der 65-jährigen und älteren Berlinerinnen und Berliner je nach Wohnbezirk zwischen 7.200 (Friedrichshain-Kreuzberg) und 32.300 (Marzahn-Hellersdorf) Personen wachsen, bei den 80-jährigen und Älteren liegt die Spannweite zwischen 2.400 (Friedrichshain-Kreuzberg) und knapp 18.000 (Steglitz-Zehlendorf) Personen.

Die Abbildungen 5.18b und 5.18c stellen das prozentuale Wachstum der Bevölkerung ab 65 Jahre von 2011 bis 2030 dar.

Auch in der Altersgruppe der 65- bis unter 80-Jährigen liegt Marzahn-Hellersdorf mit +65,0 % auf dem vordersten Platz; das Schlusslicht mit nur 0,5 % bildet hier Reinickendorf.

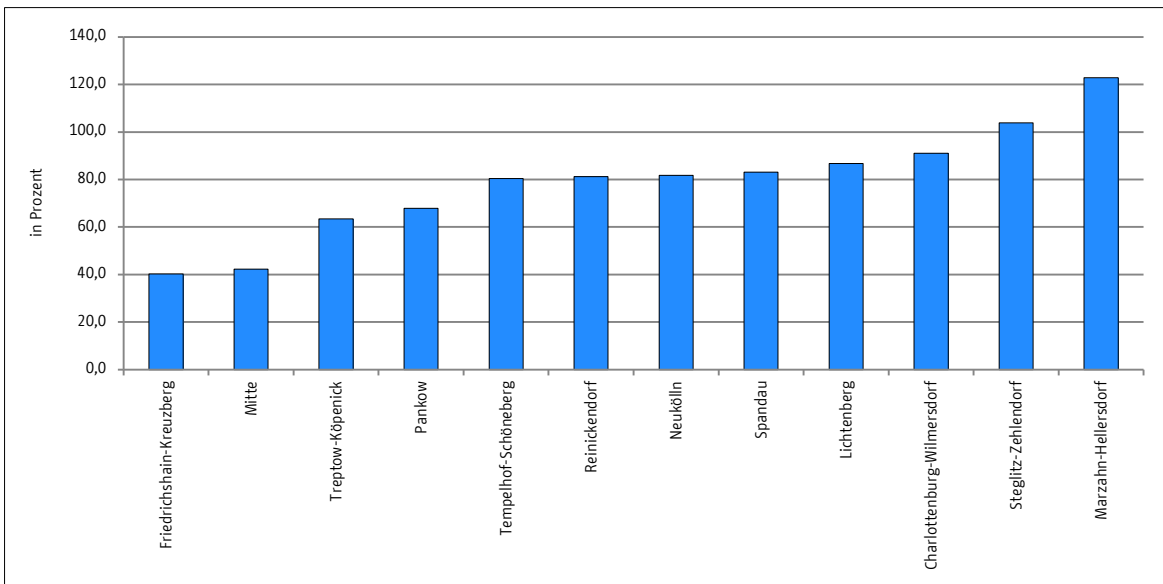
Besonders hohe Zuwächse sind in der Altersgruppe der 80-jährigen und Älteren zu erwarten. Hier werden sich die Zahlen in Marzahn-Hellersdorf mit 122,8 % bis 2030 mehr als verdoppeln. Eine ähnlich hohe Quote

Abbildung 5.18b:
Prognostizierter Anstieg der Bevölkerung von 65 bis unter 80 Jahre in den Berliner Bezirken bis 2030



(Datenquelle: SenStadtUm Berlin; Bevölkerungsprognose für Berlin 2011 - 2030, Berechnung: SenGesSoz - II B -; Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 5.18c:
Prognostizierter Anstieg der Bevölkerung ab 80 Jahre in den Berliner Bezirken bis 2030



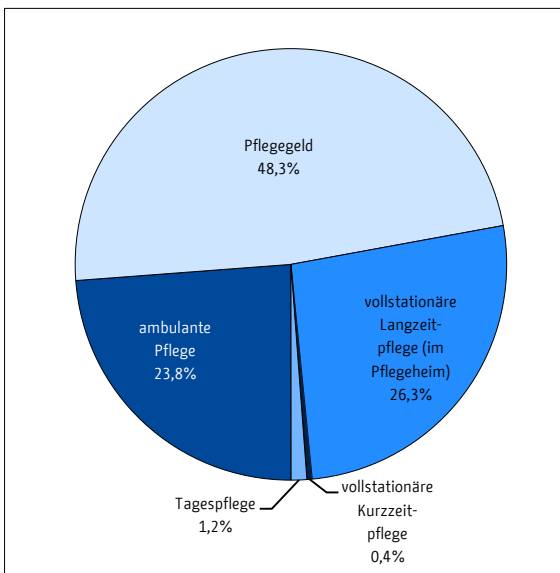
(Datenquelle: SenStadtUm Berlin; Bevölkerungsprognose für Berlin 2011 - 2030, Berechnung: SenGesSoz - II B - ; Darstellung: SenGesSoz - I A -)

ist mit 103,9 % für Steglitz-Zehlendorf zu erwarten. Den geringsten Zuwachs in dieser Altersgruppe wird voraussichtlich Friedrichshain-Kreuzberg mit 40,2 % ausweisen.

5.3.2.3 Pflegebedürftige nach SGB XI

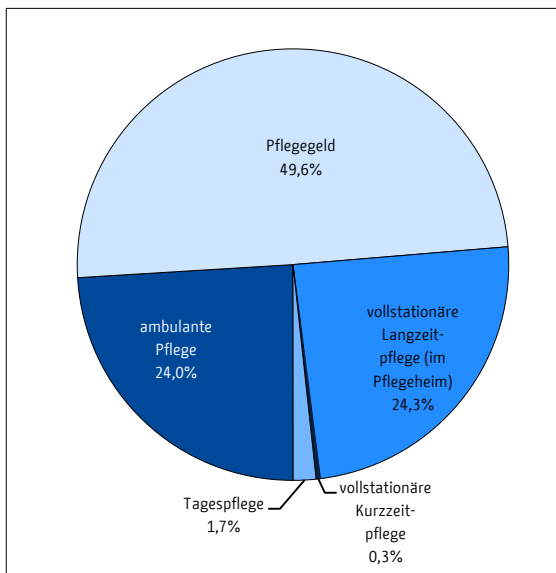
Die derzeitige Inanspruchnahme der Leistungen der Pflegeversicherung nach SGB XI im Vergleich zum Jahr 2005 wird anhand der Abbildungen 5.19a - d verdeutlicht.

Abbildung 5.19a:
Empfänger/innen von Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) am 15.12.2005 - Berlin insgesamt



(Datenquelle: Afs Berlin-Brandenburg (Daten werden nur alle zwei Jahre erhoben); Berechnung: SenGesSoz - II D - , Darstellung: SenGesSoz - I A -)

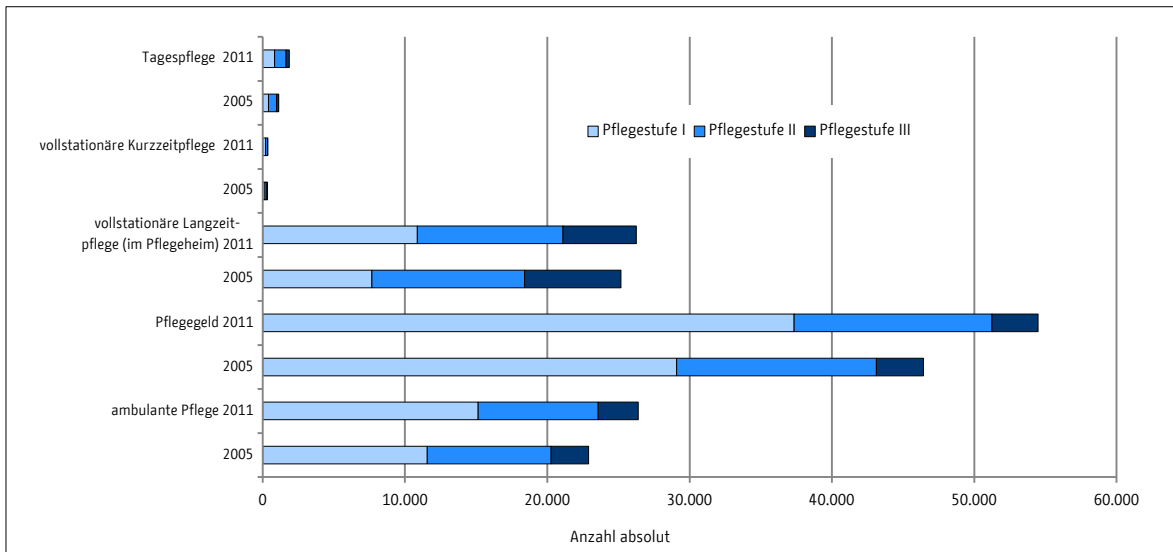
Abbildung 5.19b:
Empfänger/innen von Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) am 15.12.2011 - Berlin insgesamt



(Datenquelle: Afs Berlin-Brandenburg (Daten werden nur alle zwei Jahre erhoben); Berechnung: SenGesSoz - II D - , Darstellung: SenGesSoz - I A -)

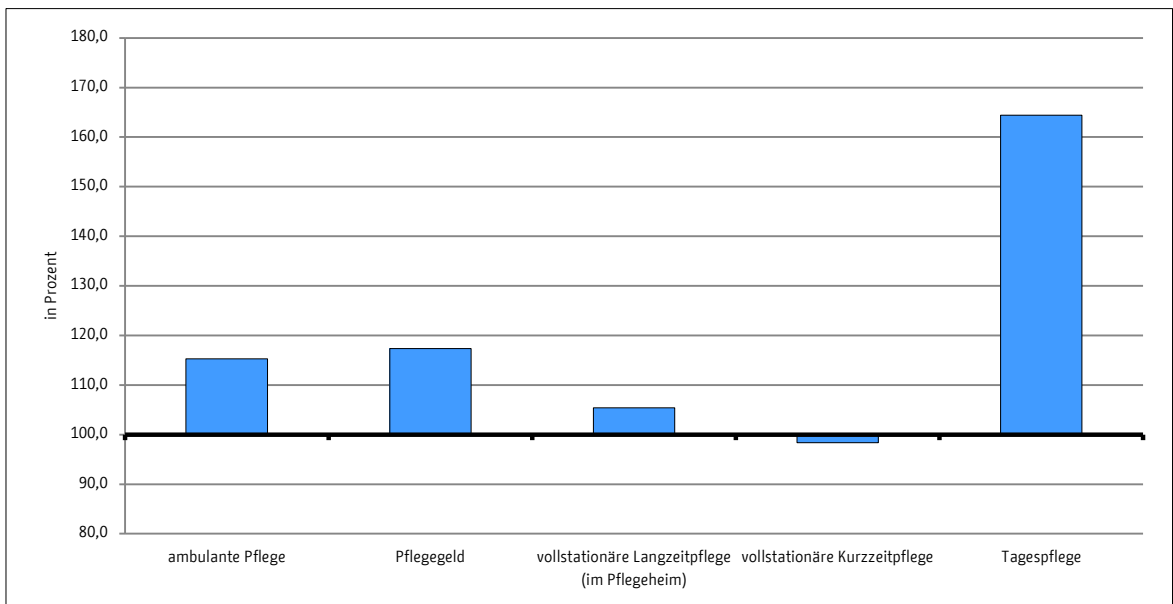
Die Zahl der Pflegebedürftigen nach SGB XI ist in Berlin von 2005 bis 2011 um fast 12.000 Personen (12,3 %) auf rd. 108.000 Personen angestiegen.

Abbildung 5.19c:
Empfänger/innen von Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) am 15.12. der Berichtsjahre 2005 und 2011 im Vergleich - Berlin insgesamt nach Versorgungsform und Pflegestufe



(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg (Daten werden nur alle zwei Jahre erhoben), Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 5.19d:
Prozentuale Entwicklung der Zahl der Empfänger/innen von Leistungen nach SGB XI von 2005 bis 2011 in Berlin nach Versorgungsform



(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg (Daten werden nur alle zwei Jahre erhoben), Berechnung: SenGesSoz - II D -, Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Der größte Zuwachs in den Empfängerzahlen ist bei den in Tagespflege betreuten Pflegebedürftigen mit +64,4 % im genannten Zeitraum zu verzeichnen. Daraus ergibt sich eine zunehmende Nachfrage und ein entsprechend rasantes Wachstum an Tagespflegeeinrichtungen, da die Tagespflege eine große Entlastung für häuslich Pflegende darstellt.

Die meisten Leistungsberechtigten nach SGB XI (Pflegeversicherung) werden häuslich durch Angehörige, Nachbarn oder Freunde versorgt und erhalten dafür ein Pflegegeld. Von 2005 zu 2011 ist die Zahl dieser Pflegebedürftigen um rd. 9.000 Personen bzw. 17,4 % angestiegen und weist damit prozentual nach der Tagespflege den höchsten Anstieg aus. Im Ranking der Zuwachsquoten folgen mit 15,3 % die durch ambulante Pflegedienste betreuten Pflegebedürftigen, deren Zahl von 22.895 (in 2005) auf 26.398 (in 2011) gestiegen ist.

Die Versorgung von Pflegebedürftigen in Pflegeheimen ist im genannten Zeitraum um 5,4 % bzw. rd. 1.300 Person angestiegen, während bei der Kurzzeitpflege ein leichter Rückgang um -1,6 % zu verzeichnen war.

In der häuslichen und ambulanten Pflege sowie in allen Pflegestrukturen ist bei der Pflegestufe I der größte Anstieg der Anzahl der Leistungsberechtigten nach SGB XI zu verzeichnen. Lediglich die Fälle, in denen zum Zeitpunkt der Datenerfassung noch keine Pflegestufe festgestellt worden war, übersteigen diese prozentualen Zuwächse, sind hinsichtlich der dahinterstehenden absoluten Zahlen aber eher untergeordnet zu betrachten.

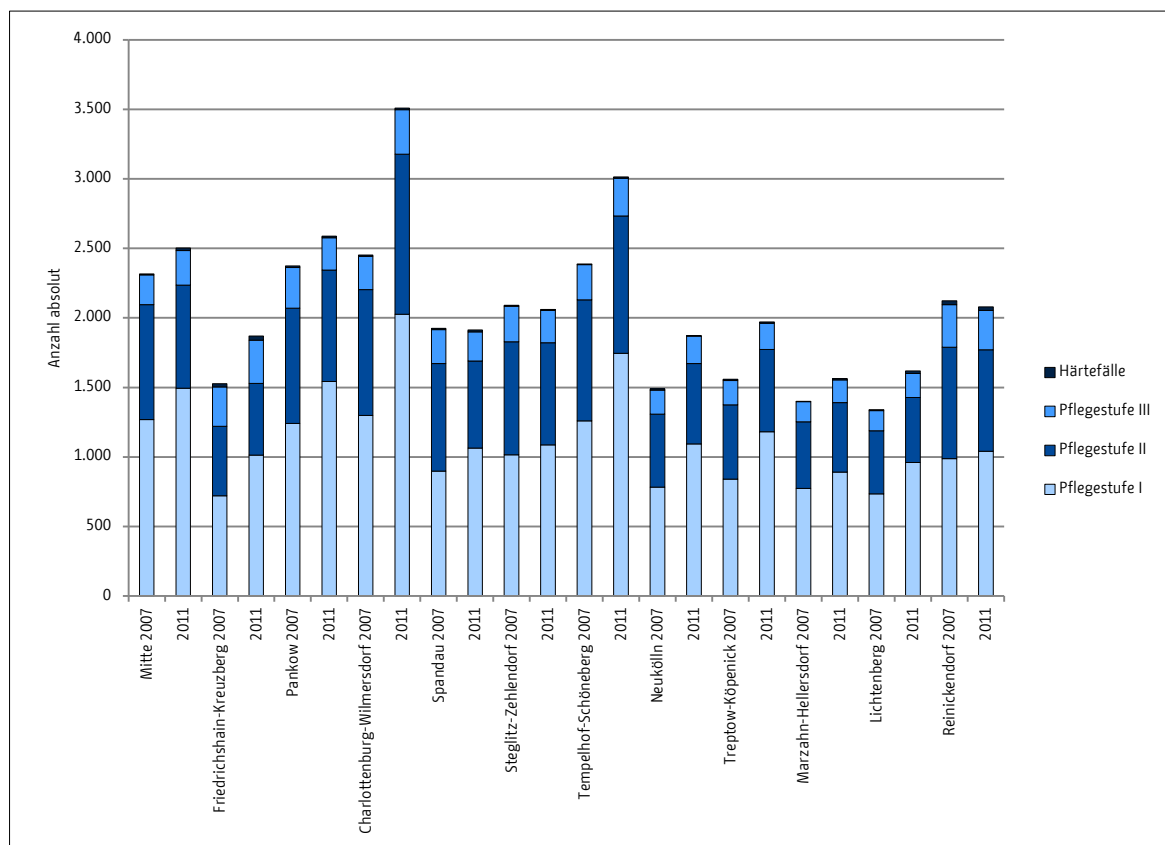
Die Anzahl der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe III ist nur bei der teilstationären und der ambulanten Pflege gestiegen.

Der Anteil der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe I an allen Pflegebedürftigen ist von etwas mehr als der Hälfte auf knapp 60 % und damit um rd. 15.000 auf rd. 63.600 Personen gestiegen. Der Anteil der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe II ist von 35 % in 2005 auf 30 % in 2011 gesunken und der Anteil der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe III fällt noch immer am geringsten aus; er ist um 3 Prozentpunkte auf 10 % gesunken.

Die Zahl der sogenannten Härtefälle ist im Auswertungszeitraum von 170 auf 426 Personen und damit um das 1,5-fache gestiegen.

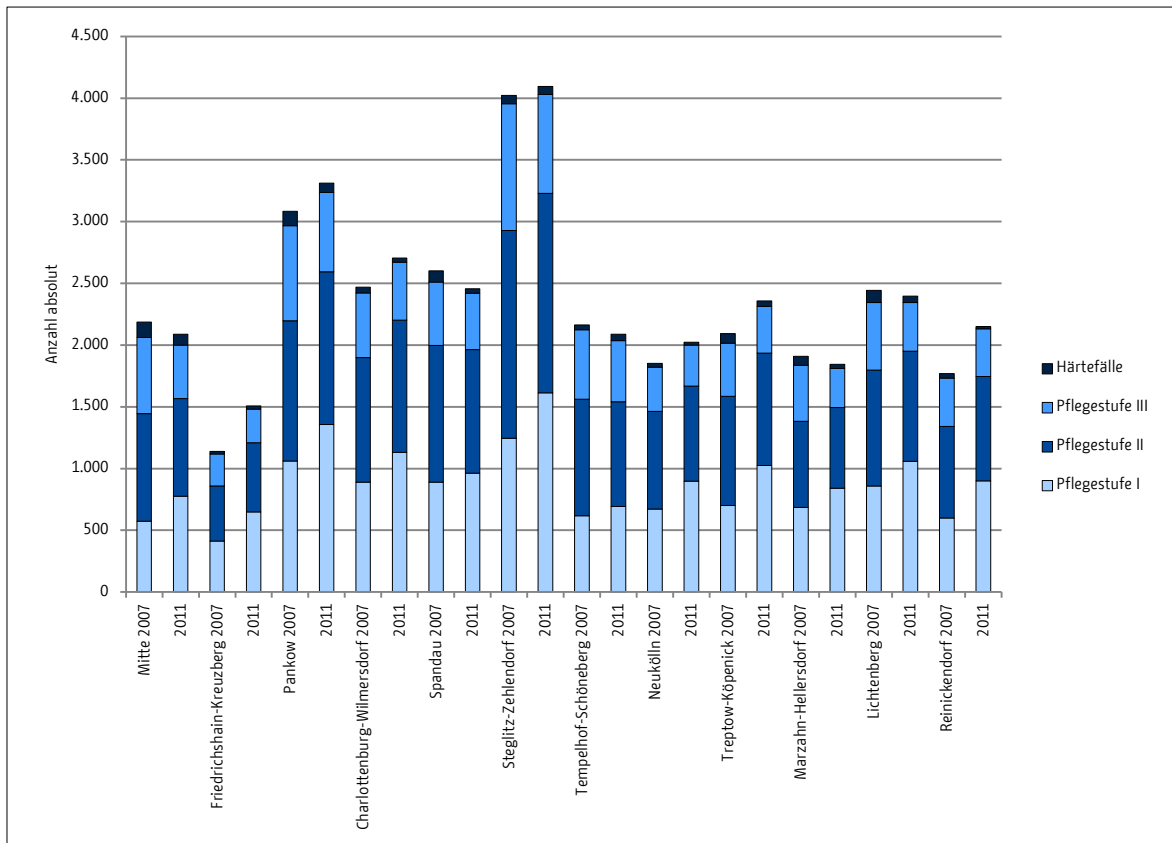
Betrachtet man ergänzend zu den Gesamtzahlen die Pflegebedürftigen, die von Pflegediensten betreut oder in Pflegeeinrichtungen versorgt wurden, lassen sich in bezirklicher Gliederung für den Zeitraum 2007 bis 2011 weitere Trends erkennen.

Abbildung 5.20: Pflegebedürftige mit Inanspruchnahme von Pflegediensten nach SGB XI am 15.12. der Berichtsjahre 2007 und 2011 im Vergleich in Berlin nach Pflegestufen



(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg (Daten werden nur alle zwei Jahre erhoben), Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 5.21:
Pflegebedürftige in Tages-, Kurzzeitpflegeeinrichtungen und in Pflegeheimen mit Leistungen nach SGB XI am 15.12. der Berichtsjahre 2007 und 2011 im Vergleich in Berlin nach Pflegestufen



(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg (Daten werden nur alle zwei Jahre erhoben), Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Ähnlich wie bei den vorher betrachteten Gesamtzahlen ist auch hier ein Anstieg bei der Zahl der ambulant versorgten Personen in den Bezirken zu verzeichnen. Er fällt jeweils höher aus als bei den Personen, die in einer Tages- oder Kurzzeitpflegeeinrichtung versorgt werden oder in einem Pflegeheim leben. Die Größenordnungen der absoluten Empfängerzahlen von ambulanter Versorgung und Personen in Tages-/Kurzzeitpflege / Pflegeheimen nähern sich immer mehr an.

Die Anzahl der von Pflegediensten ambulant betreuten Pflegebedürftigen fällt in den Bezirken unterschiedlich hoch aus und hat eine Spannweite von 1.554 Personen in Marzahn-Hellersdorf bis 3.498 Personen in Charlottenburg-Wilmersdorf (Stand 2011).

Die durchschnittliche Zahl der ambulant betreuten Pflegebedürftigen je Bezirk stieg im Zeitraum von 2007 bis 2011 um 300 Personen an (von rd. 1.900 in 2007 auf rd. 2.200 in 2011).

Mit wenigen Ausnahmen sind auch die Zahlen der ambulant betreuten Pflegebedürftigen – bezogen auf die einzelnen Pflegestufen – in den Bezirken gestiegen, wobei der größte Zuwachs wiederum bei Personen mit Pflegestufe I zu verzeichnen ist. Spitzenreiter mit einem absoluten Zuwachs von 728 ambulanten betreuten Pflegebedürftigen von 2007 zu 2011 ist Charlottenburg-Wilmersdorf, gefolgt von Tempelhof-Schöneberg (+ 486 Personen).

Bei den in Pflegeheimen sowie in Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen versorgten Pflegebedürftigen schwanken die Zahlen in 2011 zwischen 1.503 Personen in Friedrichshain-Kreuzberg und 4.099 Personen in Steglitz-Zehlendorf, so dass es hier eine weit höhere Schwankungsbreite zwischen den Bezirken gibt als bei den ambulant Gepflegten.

Die durchschnittliche Zahl der teilstationär und stationär betreuten Pflegebedürftigen (Anzahl der Pflegebedürftigen in Tages-, Kurzzeitpflege sowie in Pflegeheimen geteilt durch 12 Bezirke) je Bezirk stieg von rd. 2.250 in 2007 auf 2.400 Personen in 2011.

Vor allem die Anzahl der teilstationär und stationär betreuten Pflegebedürftigen mit Pflegestufe I stieg in allen Bezirken teils erheblich. Bei der Pflegestufe II sind die Zahlen insgesamt leicht rückläufig, darunter aber bei der Hälfte der Bezirke ansteigend. Bei der Pflegestufe III sind die Größenordnungen in jedem Bezirk rückläufig.

Im Ergebnis der Datenauswertung kann Folgendes festgestellt werden: In den letzten Jahren gab es einen erheblichen Anstieg der häuslich und ambulant gepflegten Pflegebedürftigen, der sich in allen Bezirken wiederfindet, aber je nach Bevölkerungsstruktur unterschiedlich ausgeprägt ist. Dieser Trend wird auch für die im Umfang wesentlich geringere, aber überproportional steigende Tagespflege angenommen – auch wenn hierzu keine bezirklichen Daten vorliegen.

Das Wachstum der in Pflegeheimen versorgten Pflegebedürftigen mit Pflegestufen I bis III ist insgesamt und bezirksbezogen eher verhalten, wobei ein deutlicher Zuwachs bei den Personen mit Pflegestufe I erkennbar ist. Die Größenordnungen in den Bezirken schwanken und bedürfen einer näheren Betrachtung und Bewertung je Bezirk. Hierbei wären dann auch die Zahlen der Leistungsberechtigten der Hilfe zur Pflege nach SGB XII (Sozialhilfe) einzubeziehen, um für die bezirkliche Altenhilfeplanungen und die Bezirksregionenprofile zu steuerungsrelevanten Aussagen zu kommen.

5.3.2.4 Pflegeinfrastruktur – aktuelle Entwicklung

Die aktuelle Entwicklung der Berliner Pflegeinfrastruktur bildet sich in Tabelle 5.3 (entgeltfinanzierte Pflegeinfrastruktur) und Tabelle 5.4 (zuwendungsfinanzierte pflegefrankierende Infrastruktur) ab:

Tabelle 5.3:
Entgeltfinanzierte Pflegeinfrastruktur 2011 und 2012 in Berlin

Pflegeinfrastruktur	Anzahl der Angebote		Plätze / betreute Pflegebedürftige	
	2012	2011	2012	2011
Stationäre / teilstationäre Angebote insgesamt	401	419	34.445	34.792
Tagespflegeeinrichtung mit Versorgungsvertrag nach SGB XI	84	78	1.497	1.351
Kurzzeitpflegeeinrichtung mit Versorgungsvertrag nach SGB XI	29	32	508	536
Vollstationäre Pflegeheime mit Versorgungsvertrag nach SGB XI	288	309	32.440	32.905
Ambulante Angebote insgesamt	1.082	978		26.398²⁾
Pflegedienste	575 ¹⁾	524	Daten werden nur alle 2 Jahre erhoben	26.398 ²⁾
(darunter: Pflegedienste in ambulant betreuten Wohngemeinschaften)	(175)	(162)	(3.761) ³⁾	(3.387) ³⁾
Pflege-Wohngemeinschaften (Pflege-WG)	507	454	3.761 ³⁾	3.387 ³⁾
Insgesamt	1.483	1.397		

¹⁾ Stand: 1. April 2013

²⁾ betreute Pflegebedürftige mit Stufe 1-3; incl. in Wohngemeinschaften betreute Pflegebedürftige; Stufe Null: 5.363 Ende 2012

³⁾ Erfasst werden Plätze zum Zeitpunkt der Meldung nach dem Wohnteilhabegesetz; keine Aktualisierung

(Datenquelle: SenGesSoz Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - II D -)

Die Daten der letzten beiden Jahre zeigen unterschiedliche Trends bei der entgeltfinanzierten Pflegeinfrastruktur. So ist die Anzahl der Pflegeheime und Kurzzeitpflegeeinrichtungen zurückgegangen und es sind Zuwächse bei den Tagespflegeeinrichtungen, Pflegediensten und Pflege-Wohngemeinschaften zu ver-

zeichnen. Zudem gibt es tendenziell eine weitere Annäherung der Größenordnung der ambulant Betreuten an die in Pflegeheimen Betreuten. Die im letzten Landespflegeplan (2011) beschriebenen Trends setzen sich damit fort.

Eine Analyse nach Bezirken wird für den nächsten Landespflegeplan geprüft. Dabei ist aber grundsätzlich zu beachten, dass durch die Wahlfreiheit der Pflegebedürftigen nur bedingt ein Zusammenhang zwischen Wohnort und Inanspruchnahme einer Pflegestruktur, die ihren Sitz im gleichen Bezirk bzw. Stadtteil hat, gegeben ist. Hinzu kommt, dass bei ambulanten Diensten aus dem Sitz des Leistungsanbieters nicht unbedingt auf dessen Einzugsbereich zu schließen ist. Einflussmöglichkeiten der öffentlichen Hand in Bezug auf Standortwahl/ -verlagerung bestehen bei ambulanten Diensten nicht, bei teil- und stationären Pflegestrukturen nur bedingt.

Die Träger der Pflegestrukturen nehmen am Wettbewerb des Marktes teil. Ihnen steht für die Analyse von Angebot und Nachfrage eine Reihe von öffentlich zugänglichen Informationsplattformen (wie das **Pflegeportal** des Landes Berlin mit dem **Pflegelotsen, der Hilfelotse Berlin oder der Pflegeheimführer des Tagesspiegels**) zur Verfügung. Zur sozialen Situation und Bevölkerungsstruktur geben neben dem **Sozialstrukturatlas** Spezialberichte und Statistiken des **Landesamtes für Statistik Berlin-Brandenburg** Auskunft. Der **Landespflegeplan** und die bezirklichen Altenhilfepläne geben Orientierungen.

Tabelle 5.4:
Zuwendungsfinanzierte pflegeflankierende Infrastruktur 2011 und 2012 in Berlin

Projekte	Anzahl der Projekte		Fördersumme in € gerundet	
	2012	2011	2012	2011
Pflegeflankierende Projekte im Integrierten Sozialprogramm gesamt	18	18	2.072.577	2.085.065
- Pflegestützpunkte	12	12	1.647.858	1.649.846
- Beratungsstelle Jüdische Gemeinde	1	1	35.893	35.893
- Kompetenzzentrum Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe	2	2	175.500	180.000
- Krisentelefon Pflege in Not	1	1	87.826	91.826
- Fachstelle für pflegende Angehörige	1	1	48.000	50.000
- Fachstelle für die Versorgung chronisch kranker und pflegebedürftiger Kinder - Menschenkind	1	1	77.500	77.500
Weitere pflegeflankierende Projekte	66	68	1.103.094	1.121.289
- Anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote	54	56	773.069	777.668
- Kontaktstellen PflegeEngagement	12	12	330.025	343.621
Projekte gesamt	84	86	3.175.671	3.206.354

(Datenquelle: SenGesSoz Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - II D -)

Die zuwendungsgeförderten Projekte weisen in den letzten beiden Jahren eine Verstärkung auf. Größere Veränderungen gab es vor allem in 2009 und 2010:

- Umwandlung der **Koordinierungsstellen Rund ums Alter** in **Pflegestützpunkte** im Herbst 2009;
- Einrichtung der **Fachstelle für pflegende Angehörige** im Juli 2010 bei Einstellung des beratungsorientierten **Berliner Service- und InformationsZentrums** für Angehörigenarbeit;
- Neuausrichtung des Projektes **Menschenkind** in Verbindung mit der Einrichtung von Kinderbeauftragten der Pflegestützpunkte;
- Einrichtung des **Kompetenzzentrums Pflegeunterstützung** und der 12 **Kontaktstellen PflegeEngagement** ab Oktober 2010 im Kontext der neuen Fördermöglichkeit von pflegeflankender Selbsthilfe und Ehrenamt;
- Abschluss des **Modellprojekts zur Sicherung der Transparenz und der geteilten Verantwortung in ambulant betreuten Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte Menschen** in 2011 und Überleitung von Teilaufgaben auf die **Kontaktstellen PflegeEngagement**.

Während die sogenannten solitären, gesamtstädtisch ausgerichteten Stabsprojekte in ihrer inhaltlichen Arbeit sozialräumliche bzw. sozialstrukturelle Aspekte weniger berücksichtigen, spielt dies bei den Projek-

ten mit bezirklichem oder kleinerem Einzugsgebiet naturgemäß eine größere Rolle. Dies betrifft vor allem die Pflegestützpunkte, von denen es in 2011 und 2012 insgesamt 26, darunter zwölf in landesseitiger Trägerschaft gab. In 2013 kamen zwei neue kassenseitige Pflegestützpunkte dazu. Hier bilden neben der gesetzlichen Grundlage des § 92c SGB XI ein spezieller Landesrahmenvertrag und eine Allgemeinverfügung des Landes den Rahmen. Im Landesrahmenvertrag ist u. a. geregelt, dass

- Pflegestützpunkte zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten einzurichten sind,
- die Pflegestützpunkte die Koordinierung und Vernetzung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen, pflegerischen und sozialen Angebote zur Hilfe und Unterstützung, kontinuierlich verbessern und erweitern,
- eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung durch Pflegestützpunkte gewährleistet ist, wenn landesweit für durchschnittlich jeweils 95.000 Einwohnerinnen und Einwohner ein Pflegestützpunkt eingerichtet ist,
- sich das Land Berlin und die Pflege- und Krankenkassen über die Standorte der Pflegestützpunkte verständigen und dass dabei die vorhandenen Strukturen zu berücksichtigen sind.

Das Land ist mit der Hälfte der Sitze im Steuerungsgremium der Pflegestützpunkte vertreten und kann in diesem Rahmen agieren. Für die nach 2009 errichteten Pflegestützpunkte und Filialen hat das Land maßgeblich sozialstrukturelle Faktoren für die Standortwahl eingebracht. Wohnortnähe wird aber auch durch zugehende bzw. aufsuchende und ausgelagerte Angebote gefördert.

Je Bezirk wurde eine **Kontaktstelle PflegeEngagement** errichtet. Hier bilden neben dem § 45d SGB XI die **Pflegebetreuungs-Verordnung** und die Aufgabenbeschreibung den Rahmen. Zu Beginn der Errichtung der neuen Struktur war eine umfangreiche sozialräumliche Angebots- und Bedarfsanalyse zu erstellen, die mit den jeweiligen Jahresplanungen fortgeschrieben wird. Bestandteil der Aufgabenbeschreibung ist u. a.:

- die Unterstützung wohnortnaher kleinerer Initiativen in nicht monetärer Form,
- das Zusammentragen von Informationen zu den für die konkrete Arbeit notwendigen Gegebenheiten (z. B. sozialraumorientierte Besonderheiten, Nachfrage- und Angebotssituation) im Rahmen der Bedarfs- und Angebotsanalyse sowie das Treffen von Ableitungen in Bezug auf die Gestaltung der Arbeit der Kontaktstelle PflegeEngagement,
- die Entwicklung eines bedarfsgerechten Angebots sowie
- eine bedarfsabhängige Förderung in der Ausbauphase.

Auch für die anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote nach § 45c SGB XI setzen die **Pflegebetreuungs-Verordnung** und ergänzende Mindeststandards den Rahmen. In der Verordnung ist als Zielsetzung der Förderung u. a. eine hinreichende Verteilung auf die Bezirke benannt. Bislang konnten in allen Bezirken Angebote gefördert werden.

5.3.3 Pflegepolitische Schwerpunkte in 2012/2013 sowie Handlungsempfehlungen für 2014/2015

5.3.3.1 Sicherung guter Pflege vor Ort – Herausforderungen der Zukunft

Der demographische Wandel, der durch langes Leben und die Zunahme des Anteils Älterer an der Bevölkerung gekennzeichnet ist, lässt einerseits den Anstieg hilfe- und pflegebedürftiger Personen sowie andererseits den Rückgang familialer Ressourcen bei gleichzeitigem Schrumpfen der Erwerbsbevölkerung erwarten. Diese Tendenzen machen auch vor Berlin nicht Halt und greifen in den einzelnen Sozialräumen mit unterschiedlicher Ausprägung (siehe vorangegangene Analyse).

Um die Würde der Menschen bis ins hohe Alter zu garantieren, stellen sich für die Zukunft folgende primäre Herausforderungen:

- **Pflege- und Altenhilfestrukturen sind auszubauen.**

Die absehbar wachsende Zahl pflegebedürftiger Menschen, darunter insbesondere multimorbider und altersdementer Personen, wird eine weitere Ausweitung des pflegewirtschaftlichen Sektors zur Folge haben. In Berlin ist nur in Ausnahmefällen die öffentliche Hand Träger von Pflegestrukturen. Die Initiative für neue Angebote lag bislang und wird auch in Zukunft vornehmlich bei privaten und gemeinnützigen Trägern liegen. Die Steuerungsmöglichkeiten der öffentlichen Hand beschränken sich in diesem Angebotsbereich somit auf die Darstellung zu erwartender Entwicklungen und die Vorgabe von Orientierungswerten im Rahmen der Altenhilfeplanung und Bezirksregionenprofile (http://www.stadtentwicklung.berlin.de/soziale_stadt/sozialraumorientierung/download/SFS_Handbuch_RZ_screen.pdf; letzter Aufruf: 7. Oktober 2013), die Moderation von Abstimmungsprozessen, die Erteilung von Genehmigungen im Zusammenhang mit Bauvorhaben, die Vornahme von Standortanalysen und Ähnliches. Da jedoch eine Reihe der Altenhilfestrukturen noch in öffentlicher Hand sind und Zuwendungen aus dem Landes- bzw. Bezirkshaushalt erhalten bzw. verbindliche Vereinbarungen zur Steuerung vorliegen, sind hier die Einflussmöglichkeiten wesentlich größer.

- **Pflege ist primär vor Ort zu organisieren.**

Die Menschen wünschen sich in der überwiegenden Mehrheit, im Alter in vertrauter Umgebung sicher zu leben. Damit sind vor Ort die entsprechenden Angebote zu organisieren und zu koordinieren. Den Kommunen kommt dabei eine zentrale Rolle zu, obwohl ihre Steuerungsmöglichkeiten und -instrumente eingeschränkt sind. Es gilt, auf erkannte Entwicklungstendenzen im Rahmen der Möglichkeiten angemessen zu reagieren und entsprechende Entwicklungen weitsichtig anzuschieben bzw. zu befördern.

- **Pflege und weitere notwendige Hilfen sind stärker zu koordinieren.**

Die Organisation von Pflege, Betreuung, haushaltswirtschaftlicher Hilfe, sozialer Gemeinschaft, Gesundheitsförderung etc. auf Grundlage einer Sozialraumorientierung bedeutet eine erhebliche Veränderung der Art und Weise, wie öffentliche Verwaltung an der Schnittstelle zur Zivilgesellschaft arbeitet. Es geht zum einen darum, mit den vornehmlich lokalen Akteuren und Akteurinnen partnerschaftlich in Netzwerken, in Kooperationen oder anderen Formen zusammenzuarbeiten, zum anderen stellt sich die Frage der konkreten Koordination der Hilfen und Pflege im Einzelfall. Hier wird die Einführung eines kommunalen Fallmanagements (ähnlich dem des in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung bereits praktizierten Verfahrens) in der Zukunft weiter diskutiert werden müssen.

- **Pflege betrifft alle.**

Die Leistung notwendiger Hilfe ist für jeden Hilfebedürftigen unabhängig von seinen Einkommens- und Vermögensverhältnissen sicherzustellen. Hier ist die Solidarität innerhalb der Gesellschaft, der Generationen und insbesondere der in einem Sozialraum Lebenden gefragt. Den unterschiedlichen sozialräumlichen Sozialstrukturen und damit verbundenen Selbsthilfepotentialen, ökonomischen Möglichkeiten und differierenden Anreizsystemen für die Niederlassung professioneller Dienstleister ist dabei durch die Kommune Rechnung zu tragen. Insofern sind die jeweils passenden Instrumentarien für die Gestaltung lokaler Pflegelandschaften sowie Interventionen und Unterstützungsangebote zu unterschiedlichen Handlungsoptionen zu erwägen und gegebenenfalls strukturausgleichende Maßnahmen durchzuführen.

Im Folgenden werden unter Berücksichtigung dieser vier zentralen Herausforderungen Handlungsempfehlungen für den Zeitraum 2014/2015 entwickelt.

5.3.3.2 Stärkung der Infrastruktur zur Unterstützung pflegender Angehöriger

Die Zahl der auf Pflege angewiesenen Menschen steigt deutlich. Zugleich stehen pro Pflegebedürftigem immer weniger Angehörige, Freunde sowie Nachbarn und Nachbarinnen zur Verfügung, die bereit oder in der Lage sind, eine zentrale Rolle in der Pflege und des „Sich-Kümmerns“ zu übernehmen. In Berlin übernehmen diese Aufgaben zurzeit rd. 170.000 Privatpersonen. Pflegende Angehörige leisten einen unschätzbaren Beitrag für das Gemeinwesen. Seit 2012 wird dies in Berlin im Rahmen einer bislang bundesweit einmaligen Veranstaltung, der **Woche der pflegenden Angehörigen**, gewürdigt, die durch den Zusammenschluss und die Kooperation vieler regional und landesweit agierender Akteure und Akteurinnen möglich wird.

Die Betreuung eines pflegebedürftigen oder demenzkranken Menschen ist verantwortungsvoll und anstrengend. Die Pflege führt zu unzähligen Veränderungen im Leben des Pflegenden. Neben körperlicher und emotionaler Belastung bringt Pflege oft hohe Kosten, Verwaltungsaufwand und viele offene Fragen zum praktischen Alltag mit sich. Im Land Berlin wurden hierfür verbraucherfreundliche Informationen, z. B. in der Schriftenreihe **Gut altern in Berlin** aufbereitet und für die Beratung stehen die neutralen Pflegestützpunkte zur Verfügung. Bei allen Pflegegeldempfängern und Pflegegeldempfängerinnen erfolgen viertel- oder halbjährliche Beratungsbesuche (nach § 37 Abs. 3 SGB XI), die in der Regel von Angestellten ambulanter Pflegedienste durchgeführt werden. Leider werden häufig Rat und notwendige Entlastungsmöglichkeiten zu spät gesucht, d. h. erst dann, wenn die häusliche Fürsorge die pflegenden Angehörigen an ihre Belastungsgrenzen führte. Negative Folgen der Pflege können zu Erkrankungen, Einkommenseinbußen und zu einer vorzeitigen eigenen Pflegebedürftigkeit der Pflegeperson führen. Berlin hat für Krisensituationen in der Pflege das spezielle, professionelle Beratungsangebot **Pflege in Not**. Pflegende Angehörige können aber vorbeugen und sich beispielsweise durch niedrigschwellige Betreuungsangebote unterstützen lassen, die es in fast allen Stadtteilen gibt. Noch größer ist die Zahl ambulanter Pflegedienste, Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen, die unterstützend zur häuslichen Pflege der Angehörigen eingebunden werden können.

Seit 2010 gibt es in jedem Bezirk mit den **Kontaktstellen PflegeEngagement** Unterstützungsstellen für pflegeflankierende Selbsthilfe und Ehrenamt. Über sie sollen wohnortnah bürgerschaftliche Ressourcen gezielt aktiviert sowie Anreize für die Zivilgesellschaft gegeben werden, niedrigschwellige und freiwillige Dienste zur Unterstützung pflegender Angehöriger und Pflegebedürftige zu leisten.

Einen reflektierenden, handlungsorientierten Überblick über Angebote und Maßnahmen zur Unterstützung pflegender Angehöriger erarbeitet die seit Mitte 2010 bestehende **Fachstelle für pflegende Angehörige**, die auch an einer Reihe maßgeblicher Initiativen und Vorhaben auf Landesebene beteiligt ist.

Eine der Schwerpunktsetzungen bei der Verbesserung der Unterstützung pflegender Angehöriger war die Aufarbeitung und Bewertung der Vielzahl von Ansätzen zur Unterstützung pflegender Angehöriger. Auf der Grundlage dieser Ergebnisse ist die Verabschiedung und Umsetzung eines entsprechenden Maßnahmenplans in den kommenden zwei Jahren geplant.

Zur Weiterentwicklung der Infrastruktur sowie zur Unterstützung von pflegeflankierender Selbsthilfe und Ehrenamt wurden in 2012/2013 der Aufbau der vorgenannten **Kontaktstellen PflegeEngagement** in den Bezirken abgeschlossen und anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote bei hinreichender regionaler Verteilung ausgebaut. Die Kontaktstellen werden in 2014/2015 unter Berücksichtigung sozialstruktureller Komponenten weiter ausgebaut und gestärkt werden.

In den letzten zwei Jahren konnte eine steigende Nachfrage des Angebots **Krisentelefon Pflege in Not** festgestellt werden; eine Stärkung dieses Angebots ist daher für 2014/2015 in Planung. Daneben sollen zur Sicherstellung der zentralen Infrastruktur der begonnene Netzwerkaufbau und die steigende Akzeptanz

der **Fachstelle für pflegende Angehörige** zu einer Etablierung führen. Im Rahmen der Weiterentwicklung der Anerkennungskultur wird in 2015 die **3. Woche für pflegende Angehörige** (s. o.) an dezentralen Orten durchgeführt werden.

5.3.3.3 Ausbau der Beratungs-, Koordinierungs- und Vernetzungsstrukturen

Beratung ist ein Schlüsselangebot für zu fallende Richtungsentscheidungen der Lebensgestaltung und des gelingenden Alterns. Um Informationen kleinräumig verfügbar zu machen, ist Beratung ortsnah und/oder zugehend zu organisieren. In Berlin sind die Pflegestützpunkte die wichtigsten neutralen Beratungsstellen rund um Fragen zu Pflege und Alter. Unter Berücksichtigung der Schaffung arbeitsfähiger Einheiten wurde in der Konzipierungsphase in Berlin von drei Pflegestützpunkten je Bezirk ausgegangen. Bislang kam es nur im Einzelfall zu einer räumlichen Anbindung an soziale Treffpunkte, wie Stadtteilzentren, Seniorenbegegnungsstätten; häufiger sind Kooperationen bzw. die Durchführung von Vorträgen und weiteren Veranstaltungen der Pflegestützpunkte in lokalen Begegnungszentren. Beispielsweise haben sich beim Thema Wohnanpassung Informationsveranstaltungen oder Beratungszeiten in den Räumen von lokalen, den Senioren bekannten Einrichtungen, als effektiv gezeigt.

Pflegestützpunkte beraten zu Angeboten der sozialen, gesundheitlichen, vorpflegerischen, pflegerischen und pflegeergänzenden Versorgung, der Gesundheitsförderung und Prävention. Auch die Koordination und Vernetzung dieser Angebote gehört zu ihren gesetzlichen Aufgaben. Dabei werden in der Praxis nicht immer alle wichtigen lokalen Akteure und Akteurinnen erreicht. Beispielsweise ist die Vernetzung mit den Hausärztinnen und Hausärzten sowie den Krankenhäusern vor Ort verbesserungswürdig. Generell ist eine gute Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen Pflege- und Krankenkassen, Kommunen sowie Anbietern anzustreben, um den notwendigen lokal verankerten **Hilfemix** aus Selbst- und Fremdhilfe, Profi- und Laienpflege, Medizin, Pflege und Alltagsversorgung im Rahmen eines Versorgungsmanagements für Pflegebedürftige und hilfebedürftige ältere Menschen sicherzustellen (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. 2010; Narten 2007). Bestehende Netzwerke in Berlin, darunter insbesondere die bezirklichen geriatrisch-gerontopsychiatrischen Verbände, spielen hierbei eine wichtige Rolle. Fachspezifische Netzwerke müssen bei ihrer Arbeit sozialstrukturelle Einflussfaktoren und die sozialräumliche Verortung der Hilfeangebote im Blick haben.

In Berlin gibt es derzeit 28 Pflegestützpunkte, darunter zwölf landeseigene PSP (einen je Bezirk). In 2013 wurden zwei neue kassenseitige PSP (Neukölln und Charlottenburg-Wilmersdorf) eröffnet und drei neue Filialen an jeweils sozialstrukturell sinnvollen Orten etabliert; außerdem ein PSP aus Friedrichshain-Kreuzberg nach Treptow-Köpenick verlagert. Daneben erfolgte die Einsetzung eines Kinderbeauftragten in jedem Bezirk und die **Interkulturelle Öffnung (IKÖ)** unter besonderer Berücksichtigung der PSP in Bezirken mit hohem Anteil an Zuwanderern und Zuwanderinnen wurde aufgearbeitet. Ergänzend dazu wurde die Kooperation der PSP eines Bezirks untereinander sowie die Kooperation der PSP und der **Kontaktstellen PflegeEngagement** eines Bezirks durch gemeinsame Beschlüsse verankert. In 2014/2015 sollen neue Pflegestützpunkte und Filialen nach Priorität auf der Grundlage sozialstruktureller Analysen und Bedarfslagen geschaffen werden. Daneben ist geplant, die Hausbesuche bzw. Formen mobiler Beratung, insbesondere in Sozialräumen ohne Pflegestützpunkte zu intensivieren sowie die Arbeit der PSP im Rahmen einer Evaluation zu analysieren und zu bewerten. Die für die Evaluation erforderliche Verbesserung der Datenbasis dient gleichermaßen Beratungs- und Steuerungszwecken. Der Standard **Vernetzung** (im Bezirk) und sogenannte Unterstandards (Module) zu wichtigen bezirklichen Kooperationspartnern sollen ebenfalls einer Beschlusslage zugeführt werden.

Zur Verbesserung des Schnittstellenmanagements in den Pflegestützpunkten wurde in 2012/2013 ein Dialogforum zum Entlassungsmanagement durchgeführt und die PSP als koordinierende Stellen aus Fall- und Systemebene ausgebaut. In den kommenden zwei Jahren ist vorgesehen, im Zusammenhang mit Schnitt-

stellenfragen Forschungsprojekte anzuregen und Gutachten bzw. Sonderprojekte zu fördern. Zudem soll die Rolle der Bezirksämter bei der Fallkoordinierung gestärkt werden.

Zur Stärkung bezirklicher und landesweiter Netzwerke wurden in 2012/2013 u. a. das **Netzwerk Palliative Geriatrie** unterstützt und die Mitglieder auch unter Berücksichtigung der Verortung ausgewählt. Auch die geriatrisch-gerontopsychiatrischen Verbände haben eine solche Unterstützung erfahren, insbesondere über die zwölf landeseigenen Pflegestützpunkte sowie durch Voten für die Bundesförderung **Lokale Allianzen für Demenz**. Zudem erfolgt eine Beteiligung an landesweiten Netzwerken sowie an der Thematisierung von Fragen regionaler Versorgungsstrukturen.

Das Netzwerk Palliative Geriatrie sowie die geriatrisch-gerontopsychiatrischen Verbände werden auch in den kommenden zwei Jahren weiter unterstützt, daneben ist die Etablierung eines neuen **Netzwerkes Interkulturelle Öffnung** in Vorbereitung. Die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales wird sich zudem an weiteren landesweiten Netzwerken beteiligen und Impulse zur sozialräumlichen Betrachtung einbringen.

5.3.3.4 Stärkung alternativer Wohn- und Versorgungsformen

Die Nachfrage nach alternativen Wohn-, Unterstützungs- und Pflegeformen steigt. Es werden vermehrt Angebote gewünscht, die ein hohes Maß an Alltagsnormalität, Selbstständigkeit und Selbstbestimmung im vertrauten Wohnumfeld sichern und möglichst preiswerter sind als ein Pflegeheimaufenthalt. Aktuell ist der Markt für Angebote des Wohnens, der Unterstützung und der Pflege von Seniorinnen und Senioren durch eine zunehmende Wettbewerbsintensität gekennzeichnet. Dabei wächst der Wettbewerb zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und alternativen Versorgungsformen. Die Angebotsformen zwischen Wohnen im Pflegeheim und dem Wohnen im angestammten häuslichen Umfeld werden zunehmen und sich weiter entsprechend der Bedarfslagen und der Kaufkraft differenzieren (Kremer-Preiß & Stolarz 2009).

Es entwickelt sich ein breites Feld für Modelle alternativer Wohn- und Versorgungsformen, das zunehmend auch von kommerziellen Akteuren und Akteurinnen bzw. der Wohnungswirtschaft entdeckt wird. Am häufigsten geht es dabei um Wohnen kombiniert mit Alltagshilfen, Betreuung, ambulanter Pflege und mit Möglichkeiten sozialer Begegnung, Freizeit, Kultur und Nachbarschaftshilfen. Daneben gibt es in Berlin aber auch eine anhaltende Dynamik bei alternativen gemeinschaftlichen Wohnformen – sowohl Baugruppen als auch Wohnprojekte zur Miete – bei denen Pflege und Betreuung nicht von vornherein integrierter Bestandteil sind. Seit 2007 unterstützt die vom Land geförderte **Netzwerkagentur Generationenwohnen** diese Prozesse.

Die Steuerung des Angebots an Wohn-, Unterstützungs- und Pflegeleistungen für Seniorinnen und Senioren durch den Gesetzgeber und die Kostenträger tendiert bundesweit in Richtung Ambulantisierung. Das entspricht der in Berlin schon seit Jahren vollzogenen Prioritätensetzung. Der eindeutige und in Berlin weiter wachsende Trend, sich bei Pflegebedürftigkeit für eine ambulante Organisation der Hilfe zu entscheiden, macht es erforderlich, dass dieser Bereich quantitativ wie qualitativ gestärkt wird. Da – anders als im stationären Bereich – hier die Pflege und Betreuung in der eigenen Häuslichkeit geschieht, ist einerseits der besondere Schutz der eigenen Wohnung zu wahren, andererseits auch die erforderliche Qualität, die es bei einer so nah am Menschen geleisteten Hilfe bedarf, sicherzustellen. Das **Wohnteilhabegesetz**, das auf ambulant betreute Wohngemeinschaften ausgedehnt wurde, bietet dafür ebenso ein Beispiel wie die Berliner Förderpraxis und bezirklichen Altenhilfepläne. Der größere Einfluss der Kapitalanleger, der Finanzinvestoren, der Wohnungswirtschaft aber auch der nachfragenden Seniorinnen und Senioren und der zivilgesellschaftlichen Akteure und Akteurinnen erhöht – nicht widerspruchsfrei – die Veränderungsdynamik in den Bereichen des Wohnens, der Unterstützung und der Pflege. Der in der **Berliner Rahmenstrategie Soziale Stadtentwicklung** gewiesene Weg, alle maßgeblichen Akteurinnen und Akteure, darunter auch die Pflege-

stützpunkte als neutrale beratende und koordinierende Instanzen unter Federführung der Bezirke in die Bezirksregionen- bzw. Quartiersentwicklungsprozesse einzubeziehen, soll Fehlentwicklungen vermeiden und Ressourcen erschließen bei der altersgerechten Gestaltung von Wohnvierteln. Hierzu gehören barrierefreie Neubaumaßnahmen oder Wohnungsanpassungen ebenso wie die barrierefreie Gestaltung des Wohnumfeldes, kleinräumig versorgende Infrastruktur und soziale Treffpunkte im Wohnviertel. Die besonderen Wohn- und Versorgungsformen sind kleinteilig ins Quartier zu integrieren. Zu Bedarfslagen gibt die jeweilige Bevölkerungs- und Sozialstruktur wichtige Hinweise. Rückschlüsse auf bestehende Nachfragen nach Angeboten wie z. B. Alltagshilfen, Wohnumbauten, Bedarf an barrierefreiem Wohnraum, Hilfsmittelbedarf, barrierefreien Infrastrukturen (z. B. Arztpraxen, Apotheken, Kulturangebote), Fahrdiensten, technischen Hilfen (z. B. Hausnotruf) können bei Auswertung von Altersstrukturen, wirtschaftlicher Situation von künftigen Hilfeempfängern und Hilfeempfängerinnen sowie aus vorhandenen Angebotsstrukturen gezogen werden.

Zur Verbesserung der Verbraucherinformation und Beratung sowie Unterstützung von selbstorganisierten Pflege-Wohngemeinschaften wurde am 4. September 2012 das **Berliner Dialogforum** durchgeführt und dokumentiert. Ergänzend dazu erfolgte die Veröffentlichung der Broschüre **Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz**, für die ebenso wie bei den anderen Schriften der Reihe „GUT ALTERN in Berlin“ auch ein Download zur Verfügung steht und die Anpassung der entsprechenden Internetseite im **Pflegeportal unter www.berlin.de/pflege/**. Ab 2014/2015 ist der Ausbau bestehender Strukturen zur Stärkung der Angehörigen und Vertretungsberechtigten von in Pflege-WG Lebenden bei der Gestaltung der Pflege-WG vorgesehen. Daneben soll eine Internetplattform aufgebaut werden, die gezielt auf Themen im Zusammenhang mit Pflege-WG abstellt.

Um die Qualität in Pflege-Wohngemeinschaften unter Wahrung des besonderen Schutzes der Wohnung und der eigenen Häuslichkeit sicherzustellen wurde in 2012/2013 eine Einigung zwischen Pflegekassen, Land und Verbänden der Pflegeanbieter erzielt, den Personaleinsatz in Pflege-WG für Menschen mit Demenz transparent zu machen (Personaleinsatzplan). Zur Sicherstellung der gebotenen Qualität in der Pflege führte die Heimaufsicht auf der Grundlage des **Wohnenhabengesetzes (WTG)** anlassbezogene Prüfungen durch. Auf der strukturellen, gesamtstädtisch ausgerichteten Ebene wurde der **Individuelle Ambulante Pflegegesamtplan (IAP)** um spezifische Aspekte der Pflege-WG erweitert. In den kommenden zwei Jahren soll verbraucherorientiert über den neuen Standard einer transparenten Personaleinsatzplanung informiert werden. Die Weiterentwicklung der rechtlichen Rahmenbedingungen im Hinblick auf die besonderen Belange von Pflege-WG wird geprüft und weiterverfolgt. Zudem gibt es Überlegungen im Hinblick auf die Einführung eines Monitorings auf Grundlage von den in den Bezirken vorhandenen Daten aus dem IAP.

Im Rahmen der Förderung neuer gemeinschaftlicher Wohn- und Versorgungsformen wurde in 2012/2013 insbesondere die Netzwerkagentur Generationenwohnen in Berlin fachlich begleitet und Konzepte sowie Einzelvorgänge zu Sonderwohnformen nebst Dienstleistungseinrichtungen erarbeitet. In den kommenden zwei Jahren soll der Schwerpunkt in der Unterstützung von entsprechenden Modellprojekten liegen.

5.3.3.5 Weiterentwicklung der Pflegeheime

Die Gesellschaft unterliegt einem tiefgreifenden Wandel in der Lebenskultur und in der sozialen Struktur. Die heutigen Versorgungsarrangements stehen jetzt – und mehr noch in Zukunft – nicht mehr in Übereinstimmung mit den sich wandelnden Einstellungen und Bedürfnissen der Menschen. Immer mehr und größere Heime sind keine Zukunftsperspektive. Ein Ausbau der professionellen Angebote, Kleinräumigkeit und gelebte Solidarität im Sozialraum sind die Forderungen für die Zukunft, um die Würde der Menschen bis ins hohe Alter zu garantieren (Engelmann et al. 2013).

Menschen ziehen nur dann in eine stationäre Wohnform, wenn sie sich in der eigenen Häuslichkeit nicht ausreichend sicher fühlen bzw. ihre Angehörigen dies so erleben (Kuratorium Deutsche Altershilfe 2012).

Pflege in einem Pflegeheim wird von pflegebedürftigen Menschen in Anspruch genommen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des Einzelfalles nicht in Betracht kommt. Nach der Datenzusatzenerhebung 2011 sind zwei Drittel der Neueinzüge in Pflegeheimen 80 Jahre und älter; 52 % aller Personen haben bei Einzug die Pflegestufe I. Für manche Pflegebedürftige (z. B. wenn ihnen keine helfenden Angehörigen und Nachbarn zur Seite stehen) sind diese Einrichtungen die einzige verbleibende Perspektive, jedoch auch eine positiv empfundene Entlastung von Überforderungen bei der Organisation des eigenen Alltags. Perspektivisch geht es unter Qualitätsgesichtspunkten also nicht nur um die Pflege und Versorgung, sondern auch um die stärkere Herausarbeitung des Wohncharakters von Pflegeheimen.

Durchaus befruchtend für die Diskussion zur Zukunft der Pflegeheime sind Impulse wie die des **Kuratoriums Deutsche Altenhilfe**, das von der 5. Generation von Pflegeheimen – den sogenannten KDA-Quartiershäusern – ausgeht. Im Rahmen der Gemeinschaftseinrichtung verfügen die Menschen über einen privaten Rückzugsraum in Form größerer Einzelzimmer mit eigener kleiner Küche; die Tür mit Klingel und eigenem Briefkasten ausgestattet soll den privaten Miniapartmentcharakter verstärken. Gemeinschaft oder Privatheit werden selbstbestimmt. „Die Unterstützung dieser Autonomie muss das primäre Ziel der Pflege sein. Die Bausteine konzeptioneller und architektonischer Art, die das Prinzip „Leben in Privatheit“ sichern, sollen auch dazu führen, eine notwendige Haltungsänderung bei den Mitarbeitenden herbeizuführen“ (Kuratorium Deutsche Altershilfe 2012). Bislang wird in ausgewählten Berliner Pflegeheimen das Prinzip der stationären Hausgemeinschaften in Orientierung an die Empfehlung des Kuratoriums Deutsche Altershilfe zur 4. Generation von Pflegeheimen angewandt. Dies gilt insbesondere in den Wohnbereichen für Menschen mit Demenz.

Ein zweiter, in Berlin bereits in vielfältiger Form umgesetzter Grundsatz ist die Öffnung in den Sozialraum. Dies führt ebenfalls zu einer besseren Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner des Pflegeheimes. Als **Institution des Gemeinwesens** können Pflegeheime selber zur Quartiersentwicklung beitragen. Neben Begegnungen der Generationen, Förderung von gemeinschaftlichen Aktivitäten, Selbsthilfe und Ehrenamt können Pflegeheime durch den sozialraumorientierten Versorgungsansatz auch dazu beitragen, dass Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf länger zu Hause bleiben können. Die Auslastung liegt mit aktuell rd. 87 % leicht unter dem bundesweiten Durchschnitt. Dem voraussichtlichen Gesamtplatzbedarf in Pflegeheimen von ca. 32.000 Plätzen im Jahr 2015 stand am 28. Februar 2013 ein Angebot von 32.442 Plätzen gegenüber. Damit verfügt Berlin über ein zahlenmäßig ausreichendes Angebot, um den voraussichtlichen Bedarf bis einschließlich 2015 decken zu können. Die angestrebte wohnortnahe Versorgung auf der Ebene der Berliner Bezirke ist weitgehend erreicht. Sollte es trotzdem zu privaten Initiativen der Errichtung neuer Pflegeheime kommen, wird eine Auseinandersetzung mit zukunftsweisenden Prämissen der Gestaltung von Lebensräumen, darunter auch den aktuell laufenden Prozessen zu Qualitätsverbesserungen (z. B. im Zusammenhang mit der Sorgeskultur am Lebensende in Berliner Pflegeheimen) empfohlen. Dies gilt ebenso für Sanierungen, Umbauten oder Änderungen der Betriebskonzepte bestehender Einrichtungen. Aufgrund der gegebenen Sozialstruktur Berlins und der ebenfalls im Blick zu habenden Steuerung von Transferausgaben ist auf eine Bezahlbarkeit der Angebote zu achten.

Zur Verbesserung der Personalschlüssel in Pflegeheimen wurden in den vergangenen Jahren sukzessiv die rahmenvertraglich vereinbarte Erhöhung des Pflegepersonals umgesetzt und in 2012/2013 zusätzliche Personalrichtwerte vereinbart (Qualitätsbeauftragte 1:150 (1:200); Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen 1:150 (1:200); für zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 87b SGB XI 1:24 (1:25)). Ab 2014 werden Fortbildungen und angemessene Freistellungen für Praxisanleitung im Rahmen der Altenpflegeausbildung finanziert. Zudem sollen weitere Personalschlüsselverbesserungen im Bedarfsfall geprüft und verhandelt werden.

Mit der Zielsetzung der Einführung von Hospizkultur und **Palliative Care** in den Pflegeheimen wurde in 2012/2013 die erste Phase des **Netzwerkes Palliative Geriatrie** als Maßnahme des **3. Berliner Hospiz- und Palliativkonzeptes** mit 19 Pflegeheimen erfolgreich zum Abschluss gebracht und die Handreichung **Sorgekultur am Lebensende in Berliner Pflegeheimen** als Ergebnis der Evaluation der Netzwerkarbeit veröffentlicht. Beide Dokumente stehen auf der Seite www.berlin.de auch zum Herunterladen zur Verfügung. In einer zweiten Umsetzungsphase des Konzepts beteiligen sich 38 Pflegeheime. Die Unterstützung des Netzwerkes ist auch für die nächsten Jahre geplant, insbesondere im Zusammenhang mit der dritten Phase ab Mitte 2015.

Erkenntnisse aus der zusätzlichen Datenerhebung in Pflegeheimen in 2011 haben ergeben, dass die Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner mit Pflegestufe Null (ohne Leistungen der Pflegeversicherung) zugenommen hat und der Anteil der Menschen mit Demenz an den Bewohnerinnen und Bewohnern bei 50 % liegt. 14 % aller Pflegeheimbewohner und -bewohnerinnen in Berlin sind psychisch krank. Obwohl Zahlen vorliegen, ist die Datenlage für die genannten Personengruppen noch ungenügend und es gibt Defizite bei der Steuerung der Aufnahme. Um hier zu Veränderungsprozessen zu kommen, wurden in 2012/2013 für die zum Stichtag 15. Dezember 2013 durchzuführende nächste Zusatzerhebung eine Reihe von Sonderfragen vorbereitet. Sie sollen im Rahmen der Auswertung und Aufarbeitung zu mehr Erkenntnissen führen und insbesondere zu einer Erhöhung der Transparenz und der Steuerung im vorgenannten Sinne beitragen. Darauf aufsetzend ist für 2014/2015 die Erarbeitung eines Verfahrens zur Aufnahme von Menschen mit psychischen Erkrankungen (ohne Pflegestufen) in Pflegeheimen in Zusammenarbeit mit den Bezirken geplant.

Zur Öffnung der Einrichtungen in den Sozialraum wurden mit § 10 des Wohnteilhabegesetzes (WTG) grundsätzliche Regelungen geschaffen. Eine zunehmende Öffnung erfolgt z. B. über kulturelle Veranstaltungen, Sommerfeste, kleine Weihnachtsmärkte, Mittagstischangebote und Informationsveranstaltungen zu Fragen rund um das Thema Pflege. Einzelne Einrichtungen sind bereits gut im Sozialraum vernetzt. Um hier weiter voranzuschreiten ist für die kommenden zwei Jahre ein entsprechender Diskurs in Fachgremien geplant, darunter auch zur Verbesserung der Datenlage zur Öffnung der Pflegeheime in den Sozialraum.

Nur 2,5 % aller in Berliner Pflegeheimen lebenden Bewohnerinnen und Bewohner sind nicht-deutscher Herkunftssprache. Die regelmäßige Zusatzdatenerhebung alle zwei Jahre weist nur geringe Steigerungsraten aus. Im Zuge der **Interkulturellen Öffnung (IKÖ)** wurde in 2012/2013 beim Träger **Vitanas** die Umsetzung eines Referenzmodells durch das **Kompetenzzentrum IKÖ in der Altenhilfe** begleitet und im Kompetenzzentrum eine **Fachgruppe Pflege** zur Aufarbeitung der Handlungsbedarfe IKÖ in der Pflege und Pflegeberatung etabliert. Ergänzend dazu wurde von der für Integration und Migration zuständigen Senatsverwaltung ein Gutachten zur Sichtweise der Zuwanderer und Zuwanderinnen auf die IKÖ insbesondere der Pflegeheime in Auftrag gegeben. Zeitgleich erfolgte die Übersetzung von Informationsmaterialien in diverse Sprachen. In 2014/2015 soll die Datengewinnung zur IKÖ im Rahmen der Datenzusatzerhebung fortgesetzt und daraus Erkenntnisse für die Prüfung von Auftragsvergaben fehlender Komponenten gewonnen werden. Daneben stehen die Verbreitung guter Praxisbeispiele und Arbeitshilfen auf der Agenda sowie die Prüfung der Initiierung eines Netzwerkes zur IKÖ in Pflegeheimen.

5.3.3.6 Verbesserung der Datenlage zu Pflege- und Altenhilfestrukturen

Ein Erkenntnisproblem, dass der demografische Wandel kommt, gibt es nicht. Um jedoch Umsetzungsschwierigkeiten vorzubeugen oder abzuschwächen, bedarf es einer belastbaren, bereichsspezifischen Datenlage. Aufgrund der steigenden Bedeutung des Sozialraums muss die Datenlage dahingehend weiter entwickelt werden, dass sie nicht nur gesamtstädtisch ausgerichtet ist, sondern auch für kleinräumigere Analysen genutzt werden kann. Auf einer solchen Grundlage kann eine bedarfsgerechte Planung sowie die Gestaltung von Wohn- und Betreuungs- und weiteren infrastrukturellen Angeboten erfolgen. Bezirke,

Anbieter und bestehende Netzwerke können auf der Grundlage von Ist-Daten sowie daraus abgeleiteten Prognosedaten bedarfsorientierte und wirtschaftlich effektive Angebote entwickeln. Vorhandene Daten sind zudem verbraucherorientiert auszurichten. Eine transparente Information über relevante Daten ermöglicht es Bürgern und Bürgerinnen, selbstbestimmte Entscheidungen auch bei Pflegebedürftigkeit zu treffen sowie Anbietern ihr Angebot nachfrageorientiert auszurichten.

Aktuell ist die Datenlage in Berlin insbesondere für die Tages- und Kurzzeitpflege ungenügend; die letzte statistische Erhebung dazu stammt aus den Jahren 2003 und 2004. Bislang wird alle zwei Jahre parallel zur Bundespflegestatistik in den Berliner Pflegeheimen durch die für Soziales zuständige Senatsverwaltung eine statistische Zusatzerhebung durchgeführt. Die zuletzt für 2011 vorliegenden Daten sind in ihrer Qualität kritikbehaftet. Derzeit läuft die Vorbereitung für die nächste Erhebung zum Stichtag 15. Dezember 2013, die inhaltlich zu Veränderungen führen soll und deren Inhalte und Verfahren mit dem **Fachausschuss Stationäre Pflege** abgestimmt werden. Für 2014/2015 ist der Abschluss einer Servicevereinbarung mit dem **Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (AFS)** geplant. Daneben sollen die Ergebnisse aller statistischen Zusatzerhebungen künftig aufbereitet und in den zuständigen Gremien kommuniziert werden. Der nächste Landespflegeplan soll bereits auf der Basis dieser neuen, erweiterten Datengrundlage erstellt werden.

Ein hoher Datenbedarf besteht auch für die Aufbereitung von Sonderthemen in Bezug auf Pflegeheime. So sind insbesondere Daten im Zusammenhang mit der Altenpflegeausbildung, der Hospizkultur und Palliativkompetenz, der Nutzung des Angebotes durch Menschen mit nicht-deutscher Herkunftssprache sowie zu Personen mit psychischen Krankheiten und Pflegestufe Null (neu) von Interesse. Auch diese Aspekte werden bei der Zielsetzung der Verbesserung der Datenlage Berücksichtigung finden, so dass perspektivisch eine Auswertung spezieller Daten, deren fachliche Bewertung und Einbeziehung in die Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen, möglich wird.

Der Zielsetzung einer Erweiterung der Transparenz in der Pflege wurde in 2012/2013 bereits mit der Veröffentlichung der Prüfberichte und daraus resultierender Gegendarstellungen bzw. Anmerkungen im Internet durch das **Landesamt für Gesundheit und Soziales** Rechnung getragen. Daneben wurde auf der Gesundheitsplattform unter www.berlin.de als Online-Portal der sogenannte **Pflegelotse Berlin** Mitte 2012 freigeschaltet, dessen Inhalte wöchentlich aktualisiert werden. Für 2014/2015 ist der Ausbau des Pflegelotsen Berlin in Bezug auf zusätzliche, von Verbrauchern nachgefragte Informationen unter Einbeziehung des **Fachausschusses Stationäre Pflege** geplant.

5.4 Gesundheitsziele für eine sozialraumorientierte Gesundheitsförderung

5.4.1 Einführung

Durch die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung können in jedem Alter Gesundheitsgewinne erzielt werden – eine Erkenntnis, die nicht nur wissenschaftlich gut fundiert, sondern auch politisch anerkannt ist. Durch die Steigerung der individuellen Gesundheitskompetenzen zur Förderung physischer, psychischer und kognitiver Fähigkeiten ist neben der Reduzierung der Krankheitslast auch die Verbesserung der Lebensqualität ein wichtiges Ziel. Zudem werden auch positive ökonomische Effekte berechnet. Diese werden u. a. durch geringere Folgekosten im medizinischen Versorgungssystem, der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit oder der Steigerung der Produktivität gesehen (SVR 2009).

Bislang profitieren von den positiven Effekten auf die Gesundheit durch Prävention und Gesundheitsförderung nicht alle Bevölkerungsgruppen in gleichem Maße – die sogenannte Morbiditätskompression ist sozial ungleich verteilt und entwickelt sich weiter auseinander (Kroll & Ziese 2009). Die vorliegenden Daten des Berliner Sozialstrukturatlas bestätigen erneut die seit langem bekannte enge Korrelation zwischen sozialer Lebenslage und Gesundheit.

Im Zuge des demografischen Wandels hat zudem die Akzentuierung der Gesundheit im Alter einen neuen Stellenwert erfahren. Auch wenn es über das Ausmaß und Erscheinungsbild gesundheitlicher Ungleichheit im Alter noch weitergehender Forschung bedarf (Böhm et al. 2009), zeigen die vorliegenden empirischen Befunde eine deutliche Tendenz: Sozialepidemiologische Daten bezeugen, dass die Angehörigen statusniedriger Bevölkerungsgruppen häufiger von chronischen Erkrankungen und Beschwerden, Unfallverletzungen und Behinderungen betroffen sind.

Betrachtet man die mehrheitlich gute Gesundheit von Kindern, so ist festzuhalten: Die Auswertungen u. a. der Berliner Einschulungsuntersuchung zeigen als wesentlichen Einflussfaktor auf gesundheitliche Konstellationen den Sozialstatus. Berliner Sozialräume mit problematischster Sozialstruktur haben den geringsten Anteil von gesundheitlich unbelasteten Kindern. Umgekehrt leben in Sozialräumen mit einer günstigsten Sozialstruktur auch in höchstem Anteil gesundheitlich unauffällige Kinder.

Soll durch Aktivitäten der Prävention und Gesundheitsförderung wirksam zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit beigetragen werden, sind spezifische Strategien und Interventionen notwendig. Menschen in schwieriger sozialer Lage werden über andere Kommunikationskanäle und mit anderen Ansprachestrategien erreicht als sozial besser Gestellte. Durch rein verhaltensbezogene Interventionen, wie z. B. Kursangebote, sind kaum nachhaltige Wirkungen zu erwarten. Information, Aufklärung und Beratung sind ein wichtiger Teil von Prävention, aber der Erfolg hängt maßgeblich davon ab, ob der Verhaltenskontext bzw. die konkreten Lebensbedingungen beeinflusst werden (Rosenbrock 2008). Lebensweltbezogene Gesundheitsförderung erfordert komplexe Interventionen, die immer der Abstimmung, Kooperation und längerfristigen Koordinierung unterschiedlicher, vor Ort agierender Partner bedürfen.

Positiv hervorzuheben ist, dass sich der Abbau gesundheitlicher Ungleichheit als Ziel nicht nur in der entsprechenden Bestimmung des Sozialgesetzbuches (SGB V § 20) abbildet, sondern auch in vielfältigen Regelungen, Programmen und Projekten ausdrückt. Zahlreiche Aktivitäten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der gesetzlichen Krankenkassen, der Wohlfahrtsverbände, freier Träger, des Sports und vieler anderer Akteure zielen darauf und wurden bereits im Berliner Gesundheitsberichtswesen ausführlich dargestellt (Meinlschmidt 2009a, Meinlschmidt et al. 2009b, Meinlschmidt 2011b, Sallmon et al. 2011)

Eine zentrale Rolle in Berlin nimmt dabei die Landesgesundheitskonferenz ein, deren Gesundheitszieleprozesse explizit auf den Abbau gesundheitlicher Ungleichheit ausgerichtet sind. Trotz positiver Entwicklungen verbleiben weiterhin zentrale Herausforderungen:

- Transparenz über das Engagement der Akteure herzustellen und Steuerungsmechanismen zu entwickeln, um die Aktivitäten noch zielgerichteter auf die Sozialräume zu konzentrieren, in denen soziale gesundheitliche Problemlagen kumulieren.
- Kooperationen und Synergieeffekte (z. B. in Form von Gemeinschaftsprojekten) zwischen den Akteuren zu fördern und dauerhaft zu sichern.
- Die Qualität der Maßnahmen so weiterzuentwickeln, dass sie wirksam zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit beitragen.

Im Folgenden werden – ausgehend von den Berliner Gesundheitszielen – die Entwicklungen für eine bessere Kindergesundheit und Gesundheit im Alter analysiert und Implikationen für die künftige Ausgestaltung der sozialraumorientierten Prävention und Gesundheitsförderung getroffen.

Im Bereich der Kindergesundheit wird dies exemplarisch anhand des Aufbaus integrierter kommunaler Strategien für ein gesundes Aufwachsen (Präventionsketten) sowie der Gesundheitsförderung in Kitas aufgezeigt.

Im Bereich der Gesundheit im Alter stehen exemplarisch die Handlungsfelder Bewegung und Demenz des Zielprozesses „Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten“ im Mittelpunkt.

5.4.2 Transparenz und Steuerung der sozialraumorientierten Gesundheitsförderung und Prävention

5.4.2.1 Daten für Taten

Die Daten der Sozial- und Gesundheitsberichterstattung bilden eine zentrale Planungsgrundlage für Prävention und Gesundheitsförderung. So gibt die lebenswelt- bzw. sozialräumlich orientierte Sicht- und Herangehensweise in dem Berichtswesen entscheidende Hinweise darauf, in welchen Sozialräumen soziale und gesundheitliche Problemlagen kumulieren. Dem gegenüber fehlt es an Informationen sowie Transparenz über die Bedarfsgerechtigkeit der vorgefundenen Interventionslandschaft. Diese Lücke gilt es zu schließen.

Tabelle 5.5:

Übersicht Interventionsebenen

Projekte und Regelangebote

Projekte und Regelangebote der Gesundheitsförderung sind Angebote, die auf gesundheitsfördernde und sozialkompensatorische Ziele ausgerichtet sind. Kennzeichnend für Projekte der Gesundheitsförderung ist, dass sie lokal begrenzt ("vor Ort") und unmittelbar mit der Zielgruppe arbeiten. Projekte sind zeitlich befristet.

Regelangebote sind ebenso lokal begrenzt und arbeiten unmittelbar mit der Zielgruppe, jedoch sind sie zeitlich unbefristet.

Programme

Programme der Gesundheitsförderung definieren Richtlinien bezogen auf die Zielsetzung, Zielgruppe, Vorgehensweise und Erfolgsbewertung für Projekte und Regelangebote, die im Rahmen dieser Programme durchgeführt werden. Erst durch die Umsetzung dieses verbindlichen Handlungsrahmens in lokal tätigen Projekten und Regelangeboten kann ein Programm Ergebnisse hinsichtlich der Zielsetzung erbringen.

Netzwerke

Als Netzwerkstruktur der Gesundheitsförderung werden Beziehungen zwischen Einrichtungen/ Initiativen/ Mitgliedern verschiedener Bereiche bezeichnet, die hinsichtlich einer gemeinsam getragenen Zielsetzung längerfristig kooperieren und/ oder koordinieren. Es handelt sich um eine Struktur, die durch eine zentrale Institution oder alternierend durch die Mitglieder der Netzwerkstruktur koordiniert und moderiert werden kann.

Kursangebote

Bei Kursen handelt es sich in der Regel um Präventionsangebote nach dem individuellen Ansatz, die sich an unterschiedlichen Altersgruppen in unterschiedlichen Handlungsfeldern (z.B. Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung) richten.

(Datenquelle und Darstellung: Gesundheit Berlin-Brandenburg 2013)

Ziel einer sozialraumorientierten Prävention und Gesundheitsförderung ist es, Programme, Projekte und Regelangebote sowie Netzwerke besser auf den Aufbau gesundheitlicher Ungleichheit auszurichten und zudem so zu verorten, dass sie im Besonderen in den Sozialräumen mit den größten Bedarfen wirksam werden.

Der Nutzen von einem solchen – auf die Ebene der Interventionen ausgerichteten Berichtswesen – ergibt sich auf verschiedenen Ebenen:

- **Verwaltung:** Die Daten liefern Planungshilfen, um Strategien, Prozesse und finanzielle Ressourcen an der vorliegenden Interventionslandschaft sowie den Erkenntnissen der Gesundheits- und Sozialberichterstattung auszurichten, um so besonders Aktivitäten in den sozial belasteten Sozialräumen zu stärken.
- **Partner der LGK:** Das Monitoring für den Kindergesundheitszielprozess wird weiter verbessert, um aktiv die Dynamik in dem auf Selbstverpflichtung beruhenden Zielprozess zu stärken und zur qualitätsorientierten Weiterentwicklung gesundheitsförderlicher Organisationsprozesse in den Lebenswelten der Kinder (und respektive älterer Menschen sowie weiterer Bevölkerungsgruppen) zu motivieren.
- **Professionelle aus der Praxis der Prävention und Gesundheitsförderung:** Professionelle erhalten Transparenz über Akteure, Netzwerke, Programme und Projekte. Zusätzlich wird durch die fachlichen Informationen die Qualitätsentwicklung in der Prävention und Gesundheitsförderung unterstützt.
- **Bürgerinnen und Bürger:** Geeignete Datenbanken wie der Stadtplan Gesundheitsförderung ermöglichen es, sich über präventive Aktivitäten und Angebote im Kiez zu informieren und so den Zugang zu diesen zu erleichtern.

5.4.2.2 Bausteine eines gesamtstädtischen Monitoring im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung

Als Schwierigkeit in den Prozessen zur Herstellung von mehr Transparenz stellen sich immer wieder die zeitliche Befristung der Maßnahmen und Projekte, die Heterogenität der Akteure, die fortlaufende Aktualisierung des Datenbestandes und die begrenzten personellen und finanziellen Ressourcen, die mit solchen Bestandsaufnahmen verbunden sind, heraus. Die Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin hat dazu im Rahmen der Berliner Gesundheitszieleprozesse gemeinsam mit den Mitgliedern und Mitgliederinnen der LGK in einem längeren Prozess verschiedene Bausteine für ein sozialräumliches Monitoring entwickelt, das im Wesentlichen auf drei Bausteinen beruht:

- **Baustein: Transparenz über präventive Angebote in Berlin**
Umfassende Darstellung von präventiven Angeboten und Projekten in einer Datenbank, die Informationen über gesundheitsbezogene Angebote gibt.
- **Baustein: Transparenz über lebensweltbezogene Interventionen**
Transparenz über Entwicklungen in den Sozialräumen und Lebenswelten. Hier werden Informationen zu den Gesundheitsförderungsaktivitäten von „Trägern von Lebenswelten“ wie Kitas, Schulen, Familien- und Seniorenzentren, Betrieben u. a. Lebenswelten zusammengefasst. Ziel ist es, zeitliche Entwicklungen abzubilden und Akteure der Gesundheitsförderung für eine Unterstützung nachhaltiger Gesundheitsförderungsprozesse in den Lebenswelten zu motivieren.
- **Baustein: Begleitende Qualitätsentwicklung und Transfer guter Praxis**
Fachliche und qualitätsorientierte Hinweise werden zur Verfügung gestellt. Dadurch wird Zusammenarbeit zwischen den Akteuren erleichtert und Orientierung zu Qualitätserfordernissen gegeben, die bei Angeboten und Aufgaben zu beachten sind. Diese unterstützen Entscheider und Entscheiderinnen in Verbänden, Bezirken und Institutionen als Orientierungshilfe für ihr Handeln.

5.4.2.3 Interventionsberichterstattung der LGK und Stadtplan für Gesundheitsförderung

Zur Umsetzung der oben genannten Bausteine und um auf die dargestellten Schwierigkeiten eines umfassenden gesamtstädtischen Monitorings zu reagieren, wurden durch die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales sowie die Landesgesundheitskonferenz entscheidende Weichenstellungen vorgenommen:

- Die Landesgesundheitskonferenz hat den Einstieg in eine interne Interventionsberichterstattung beschlossen.
- Die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales hat den Aufbau eines „Stadtplans Gesundheitsförderung“ in Auftrag gegeben.

Beides sind Maßnahmen, um die Planungs- und Steuerungsfunktion für die in der Landesgesundheitskonferenz zusammengefassten Akteure (und darüber hinaus) auf eine valide Datenbasis zu stellen. Verhältnisorientierte sowie verhaltensorientierte Perspektiven der Prävention können zudem sinnvoll verknüpft werden.

Interne Interventionsberichterstattung

Der Einstieg in eine interne Interventionsberichterstattung, wie sie der LGK-Beschluss Nr. 3/2012 vorsieht, stellt eine entscheidende qualitative Weiterentwicklung des methodischen Rahmens in den Zieleprozessen dar, um mehr Informationen sowie Transparenz über die Bedarfsgerechtigkeit der vorgefundenen Interventionslandschaft (in Hinblick auf die Umsetzung der Gesundheitsziele) zu erlangen.

Verfolgte Strategie ist der Aufbau einer „virtuellen Landkarte“, die den Mitgliedern und Mitgliederinnen der LGK zur Umsetzung der Gesundheitsziele zur Verfügung steht. Ein solches Planungsinstrument, das Informationen auf der Umsetzungsebene (Interventionen) der Mitgliedsorganisationen mit den Ergebnissen aus der Gesundheits- und Sozialberichterstattung verknüpft, zeigt Stärken und Schwächen der Prävention und Gesundheitsförderung in Berlin und ihrer sozialräumlichen Verteilung. Es bietet damit eine wichtige Grundlage zur Weiterentwicklung der Angebote und Maßnahmen.

Artikulierte Absicht der Mitgliederinnen und Mitglieder der LGK ist es, damit die Handlungsorientierung der LGK zu verbessern. Mit Aufbau einer validen Datenbasis können die Mitgliederinnen und Mitglieder der LGK ihre Aktivitäten im Rahmen der Selbstverpflichtung besser an den gemeinsamen Gesundheitszielen orientieren. Die kommentierte Auswertung der Daten in Zusammenarbeit mit dem Referat I A der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales unterstützt, dass themenspezifische (synergetische) Kooperationen unter den Mitgliedern und Mitgliederinnen gefördert werden. Solche Kooperationen sollten auf konkreten und verbindlichen Vereinbarungen beruhen, die festlegen, welche spezifischen Beiträge durch welchen Partner eingebracht werden können. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die LGK nicht Träger eigener Projekte ist, sondern ihre Mitglieder und Mitgliederinnen Projekte und Maßnahmen zur Umsetzung der Gesundheitsziele im Rahmen der Selbstverpflichtung durchführen, die dadurch zukünftig transparent und besser aufeinander abgestimmt werden.

Zur Umsetzung des Beschlusses wurde durch die Fachstelle und eine Arbeitsgruppe der LGK ein Erhebungsinstrument im Konsens entwickelt. In Abstimmung mit den Mitgliedsorganisationen werden in einem ersten Schritt die Aktivitäten und Schwerpunkte in Kitas sowie deren sozialräumliche Verortung erfasst. Dabei stehen Programme, Projekte und Regelangebote im Mittelpunkt, die sich primär an vulnerable Zielgruppen richten. Anders als z. B. Kursangebote handelt es sich dabei in der Regel um komplexe Maßnahmen, die auf die gesundheitsförderliche Ausrichtung der Strukturen und Prozesse in den Lebenswelten abzielen.

Dabei wird auf Erfahrungen beim Aufbau der Datenbank www.gesundheitliche-chancengleichheit.de zurückgegriffen, die der Träger der Fachstelle, Gesundheit Berlin-Brandenburg, im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung konzipiert und umgesetzt hat. Die hier entwickelten Kriterien „Guter

Praxis“ sind auch durch den GKV-Spitzenverband zur Umsetzung des § 20 SGB V als Förderkriterium anerkannt (GKV-Spitzenverband 2010).

Stadtplan Gesundheitsförderung

Stellt die Interventionsberichterstattung im Rahmen der LGK zunächst ein internes Steuerungsinstrument dar, so ermöglicht der Aufbau des Web-Portals „Stadtplan Gesundheitsförderung“ mehr Transparenz insbesondere für Bürgerinnen und Bürger, aber auch für Professionelle über präventive Angebote im Land Berlin. Er stellt für die Anbieter eine Plattform zur Präsentation ihrer präventiven Angebote dar und ermöglicht eine umfassende Recherche zu unterschiedlichen Handlungsfeldern der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Dabei wurde ein Verfahren aufgebaut, das sicherstellt, dass die erfassten Angebote qualitätsgesichert sind. Ergänzt werden die Möglichkeiten zur Recherche individueller Präventionsangebote mit verständlichen und bürgernahen Informationen zu den vielfältigen Aktivitäten in diesem Handlungsfeld, wie z. B. den Landesprogrammen „Gute gesunde Kita“ und „Gute gesunde Schule“ oder aus dem Bereich der Selbsthilfeangebote.

Die in der Datenbank erfassten Angebote sollen sozialräumlich verortet werden können, um so Erkenntnisse zu erhalten, in welchen Sozialräumen welche Angebote vorgehalten werden. Damit wird in einem ersten Schritt mehr Transparenz über individual- und gruppenpräventive Angebote, seien es qualitätsgesicherte Gesundheitskurse an Volkshochschulen, Angebote von Sportvereinen oder Fitnessstudios sowie Angebote des Rehabilitationssports geschaffen.

Perspektivisch gilt es, den Stadtplan in Zusammenarbeit mit den Präventionsakteuren weiter auszubauen und den Datenbestand aktuell zu halten.

Erkenntnisse und Informationen aus den im Rahmen der Interventionsberichterstattung erfassten komplexen Maßnahmen in den Lebenswelten (Verhältnisprävention) sollten in weiteren Ausbaustufen in den Datenbestand einfließen. Dabei sollte ein Verfahren gefunden werden, um Rückkopplungsschleifen mit den Partnern zu ermöglichen und diese Erfahrungen in den weiteren Ausbaustufen zu berücksichtigen.

5.4.2.4 Zentrale Rolle der Landesgesundheitskonferenz

Um einen Datenpool aufzubauen, mit dem eine verbesserte sozialräumliche Steuerung möglich ist, bedarf es der Bereitschaft der Träger und finanzierenden Organisationen, Informationen und Daten zu Programmen, Projekten und Angeboten zur Verfügung zu stellen. Stadtweite Fragebogenerhebungen sind aufgrund des zu erwartenden geringen Rücklaufs sowie des hohen personellen und finanziellen Aufwandes nicht zielführend.

Die Landesgesundheitskonferenz und ihre Mitglieder und Mitgliederinnen nehmen daher eine wichtige Rolle ein:

- In der LGK ist die überwiegende Zahl von Trägern präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen zusammengeschlossen.
- Die Zieleprozesse der LGK bieten einen inhaltlichen Orientierungsrahmen und es bestehen erprobte Arbeitsstrukturen und Anknüpfungspunkte für den schrittweisen Ausbau der Interventionsberichterstattung und des Stadtplans Gesundheitsförderung.
- Die fachliche Begleitung der LGK durch die Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin stellt sicher, dass ein qualitätsorientiertes und von den Partnern konsentiertes Informationssystem aufgebaut wird und weitere Akteure eingebunden werden.
- Die Bezirke sind über Arbeitsstrukturen der Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung in Form der Organisationseinheiten „Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination“ in den Bezirksämtern sowie die Mitglieder und Mitgliederinnen des Gesunde-Städte-Netzwerkes, Regionalverbund Berlin eng in die LGK einbezogen.

Zwischenfazit

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass mit der Interventionsberichterstattung der Landesgesundheitskonferenz und des Stadtplans Gesundheitsförderung künftig eine valide Datenlage vorliegen wird, die den Akteuren der Prävention und Gesundheitsförderung hilft, zielgerichtete und qualitativ hochwertige Programme, Projekte und Angebote zur Umsetzung der Gesundheitsziele in Berlin zu ergreifen. Dem Grundgedanken der LGK folgend werden hier alle Beteiligten einbezogen. Auch wenn dieser Prozess mitunter langwierig sein mag, sichert ein solches Vorgehen breit getragene, qualitativ hochwertige und nachhaltig etablierte Strukturen und Maßnahmen für die Prävention und Gesundheitsförderung in Berlin.

5.4.3 Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen verbessern – Benachteiligungen abbauen

5.4.3.1 Kindergesundheitsziele Berlin

Im 2009 veröffentlichten Sozialstrukturatlas Berlin wurde ausführlich dargestellt, wie durch die Landesgesundheitskonferenz Berlin, u. a. auf der Grundlage von Informationen der integrierten Gesundheits- und Sozialberichterstattung, Problemfelder der gesundheitlichen Lage und Versorgung in Berlin priorisiert und Gesundheitsziele formuliert wurden.

Die Analyse der Einschulungsdaten im zeitlichen Verlauf zeigt auf, dass es zwei Zielgruppen gibt, die besonders von gesundheitlicher Chancenungleichheit betroffen sind. Das sind zum einen Kinder in schwierigen sozialen Lagen (unteres Einkommensdrittel) im Vergleich zu Kindern aus Familien der mittleren und oberen sozialen Schicht, zum anderen Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Kindern deutscher Herkunft. Diese zwei Zielgruppen wurden daher bei der Formulierung von Gesundheitszielen explizit berücksichtigt. Deshalb wurden Unterziele zum Abbau von Benachteiligung formuliert. Im Ergebnis wurden in einem Zielsystem Kinder der Altersgruppe 0 - 6 Jahre als primäre Zielgruppe definiert, wobei Maßnahmen sich insbesondere auf Kinder aus sozial benachteiligten Familien und/oder Familien mit Migrationshintergrund beziehen sollen. Als vorrangige Handlungsfelder wurden die Bereiche Bewegung (Motorik), Ernährung und Sprache definiert. Erfolgversprechend sind hier vor allem Maßnahmen in den Lebenswelten (Setting-Ansatz). Die Gesundheitsförderung findet daher in den Settings Kita, Familie und Stadtteil (Bezirksregion, Quartier, Viertel, Kiez) statt (Meinlschmidt 2009a, S. 444ff).

Bilanz der Zielerreichung

Auf der Landesgesundheitskonferenz 2011 wurde eine erste Bilanz vorgenommen (Bettge 2012). Im Vergleich der Daten der Einschulungsuntersuchung 2005 mit den Daten aus den Jahren 2010 lässt sich festhalten, dass sich der Gesundheitszustand der Kinder nicht verschlechtert – aber auch nicht wesentlich verbessert hat. In den beiden Handlungsfeldern Ernährung und Sprache ist keine Annäherung an das formulierte Gesundheitsziel festzustellen. Bei den Unterzielen zum Abbau von Benachteiligung wurde eine kritische Bilanz gezogen: Im Handlungsfeld Motorik wurde das Unterziel für Kinder mit Migrationshintergrund erreicht, deren Daten sich im Zeitverlauf deutlicher verbessert haben als die der Kinder deutscher Herkunft. Hinsichtlich der sozialen Lage hat in keinem der Handlungsfelder eine Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit stattgefunden, beim Gesundheitsziel Normalgewicht hat sich der Abstand der beiden Gruppen sogar vergrößert.

Schlussfolgerungen für den weiteren Zielprozess

Epidemiologische Präventionsstudien zeigen, dass Interventionseffekte auf der Ebene von Outcomes (Senkung von Risikofaktoren, Morbidität und Mortalität) nur nach länger andauernder Intervention und nach

Tabelle 5.6:**Kinder mit unauffälliger Körperkoordination bei den Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2005 bis 2010 – Angaben in %**

Einschulungsjahrgang	Gesamt	nach Migrationshintergrund (MH)		nach sozialer Lage	
		mit MH	ohne MH	untere Schicht	mittl./obere Schicht
2005	68,2	65,3	69,6	64,7	70,2
2006	69,6	67,9	70,4	65,6	71,8
2007	72,9	69	74,8	68,5	75,5
2008	74,8	72,8	75,7	70,6	76,6
2009	72,5	72,2	73,1	69,5	74,1
2010	74,8	73,4	75,7	71,3	76,6

(Datenquelle: SenGesSoz Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Tabelle 5.7:**Normalgewichtige Kinder bei den Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2005 bis 2010 – Angaben in %**

Einschulungsjahrgang	Gesamt	nach Migrationshintergrund (MH)		nach sozialer Lage	
		mit MH	ohne MH	untere Schicht	mittl./obere Schicht
2005	80,8	76,5	82,7	77,3	83,0
2006	81,3	77,0	83,4	76,6	83,9
2007	81,0	76,8	83,1	76,8	83,3
2008	81,7	77,7	83,7	76,4	84,0
2009	80,4	77,8	81,8	76,7	82,4
2010	81,0	77,9	82,8	75,7	83,6

(Datenquelle: SenGesSoz Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Tabelle 5.8:**Kinder mit unauffälligem Test „Sätze nachsprechen“ bei den Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2005 bis 2010 – Angaben in %**

Einschulungsjahrgang	Gesamt	nach Migrationshintergrund (MH)		nach sozialer Lage	
		mit MH	ohne MH	untere Schicht	mittl./obere Schicht
2005	70,7	42,4	82,0	52,9	81,1
2006	66,9	38,8	79,5	46,0	78,2
2007	68,5	41,7	80,8	47,9	79,7
2008	69,3	45,2	80,9	47,7	80,1
2009	69,5	45,8	81,6	48,0	80,7
2010	70,2	47,5	82,0	50,1	80,0

(Datenquelle: SenGesSoz Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

längerer Einflussdauer (Latenzzeit) erreicht werden können. Der Interventionszeitraum für die Maßnahmen der Berliner Gesundheitsziele ist vor diesem Hintergrund als deutlich zu kurz anzusehen. Die kurze Zielperspektive wurde gewählt, um zeitnah zu überprüfen, was schon erreicht ist und in welchen Bereichen noch besonderer Handlungsbedarf zur Erreichung der Gesundheitsziele besteht.

Studien zeigen auch, dass die Veränderung von Verhalten durch Prävention auf Bevölkerungsebene je nach Verhaltensbereich unterschiedlich ist. Veränderungen von Risiken (Ernährungsverhalten, Übergewicht) durch Ernährungsinterventionen brauchen länger als andere Interventionen. Ob Ergebnisse erzielt werden, hängt auch von der „Zielgenauigkeit“ der Intervention ab, d. h. davon, ob die vulnerablen Gruppen, wie sozial Benachteiligte oder Migranten und Migrantinnen, durch die Maßnahmen in ausreichendem Maße erreicht und angesprochen werden konnten.

Für die Bewertung dessen, ob Gesundheitsziele erreicht wurden, ist die Berücksichtigung der Struktur- und Prozessziele besonders wichtig. Dabei geht es darum, ob eine gute Netzwerkstruktur der Anbieter erreicht werden konnte, ob sich die Akteure mit den Zielen identifizieren und wie engagiert sie sich in den Zielprozess einbringen, ob die Maßnahmen den Kriterien guter Praxis des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit genügen und ob qualitativ hochwertige Maßnahmen (Maßnahmen, die geeignet sind die Zielgruppen zu erreichen; gute und verantwortliche Umsetzung von Maßnahmen durch die Akteure) umgesetzt wurden.

Formulierte Struktur- und Prozessziele waren deshalb:

- Gesundheitsförderung in Settings (insb. im Sozialraum) weiter ausbauen bzw. entwickeln und stärken,
- Bestehende Netzwerke ausbauen und stärken,
- Eigenverantwortung der Akteure entwickeln und verbessern,
- Migrationspezifische Angebote verbessern und ausbauen,
- Projekttransparenz herstellen,
- Qualität abbilden,
- Beteiligung ermöglichen.

Bedeutung von Struktur- und Prozesszielen

Eine Bilanz allein auf Basis des Vergleichs der Einschulungsdaten fällt schwer. Zunächst ist zu konstatieren, dass durch Aktivitäten der Mitglieder und Mitgliederinnen der LGK zahlreiche Maßnahmen entwickelt und ausgebaut wurden. So wurden Kooperationsprojekte wie das Landesprogramm „Kitas bewegen - für die gute gesunde Kita“ oder der Aufbau von Präventionsketten innerhalb der Rahmenstrategie Soziale Stadtentwicklung / Aktionsräume plus initiiert und gefördert.

Versäumt wurde bei der Verabschiedung der Kindergesundheitsziele 2007 ein Konzept zur Evaluation der Struktur- und Prozessziele zu entwickeln. Auch waren diese nicht mit Indikatoren zur Zielerreichung unterlegt. Durch die Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung wurde daher mit den Mitgliedern und Mitgliederinnen ein Evaluationskonzept für den Kindergesundheitszielprozess entwickelt, das in seiner Diskussion zur Einrichtung einer ständigen Arbeitsgruppe Kita und Gesundheit führte (vgl. Abschnitt 5.4.3.3).

Im nächsten Schritt gilt es, durch die transparente Darstellung der Interventionen (vgl. Abschnitt 5.4.2.3) die Erreichbarkeit von Unterzielen auf Strukturebene und Prozessebene qualitativ gut nachzuweisen. Um die Qualität von Interventionsmaßnahmen auf der Struktur- und Prozessebene abzubilden, können z. T. bereits vorhandene Ergebnisse aus den Bereichen Qualitätssicherung, Monitoring, Evaluation, die die Akteure der Maßnahmen selbst durchgeführt haben (bzw. haben durchführen lassen) genutzt werden. Die Weiterentwicklung (und Finanzierung) von Evaluationskonzepten zur Überprüfung der gemeinsamen Zielerreichung auf Struktur- und Prozessebene wäre wünschenswert.

5.4.3.2 Integrierte kommunale Strategien – ein wichtiger Ansatz zur Umsetzung der Kindergesundheitsziele

Mit dem 1. repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitsbericht in Deutschland (KiGGS) zeigte das Robert Koch-Institut eine sogenannte „Neue Morbidität“ auf. Klassische Kinderkrankheiten sind demnach stark rückläufig, es dominieren zunehmend psychosozial assoziierte Symptomatiken wie Übergewicht, Stress, Depressionen oder ADHS oder auch – tiefer liegende – Regulationsstörungen (Eltern-Kind-Interaktionsstörungen). Um dieser Entwicklung entgegen zu treten, muss sich das Gesundheitswesen in Teilen neu ausrichten. Notwendig sind insbesondere präventive Maßnahmen zur Steigerung der Elternkompetenz, Bindungsförderung und Stärkung kindlicher Resilienz (Schlack et al. 2008).

Zeitgleich erhöht sich auch der Druck im Bereich der Jugendhilfe, einerseits wegen ständig wachsender Kosten für Hilfen zur Erziehung (HzE), andererseits wegen breit diskutierter Fälle von Kindesverwahrlo-

sung und Kindeswohlgefährdung (Sann et al. 2013). Dabei zeigt sich, dass gerade besonders belastete Eltern und Kinder mitunter zwischen die Zuständigkeiten von Gesundheits- und Jugendhilfen geraten, ohne dass ihnen wirklich geholfen werden kann. Mit dem Bundeskinderschutzgesetz und den Netzwerken Früher Hilfen wird dazu ein flächendeckendes Netz aufgebaut (ebd.). Bundesweiter Vorreiter dieses Prozesses ist die Kommune Dormagen, die dazu eine sogenannte „Präventionskette“ aufgebaut hat. Senkung von Problemfällen inkl. der entsprechenden Kosten für HzE beweisen den Erfolg einer solchen gemeinsam abgestimmten Strategie (Sandvoss & Kramer 2010).

Erweitert auf die gesamte kindliche Entwicklung, inklusive des Jugendalters und der Phase der Familiengründung, bieten solche integrierten Strategien für gesundes Aufwachsen für alle Kommunen in Deutschland eine Chance zur Weiterentwicklung ihrer bestehenden Strukturen, Angebote und Aktivitäten (Gold & Lehmann 2012). Die beteiligten Kommunen streben an, die Kluft zwischen der wachsenden Kinderarmut bei gleichzeitig starker Versäulung der Systeme und den komplexen Lebenslagen von Familien zu verringern.

Holz et al. (2011) nennen als wichtige Eigenschaften von „Präventionsketten“:

- Hilfesysteme werden mit der Absicht neu strukturiert, um „allen sozialen Gruppen positive Lebens- und Teilhabebedingungen zu eröffnen“.
- Öffentliche und gesellschaftliche Akteure tragen gemeinsam zur Bildung der Präventionskette bei. Dies funktioniert nur, wenn alle den gemeinsamen, kooperativen Handlungsansatz mittragen.
- Die Leistungen und Angebote dieser Akteure werden im Rahmen der Präventionskette aufeinander abgestimmt und koordiniert mit dem Ziel, „eine durchgängige und lückenlose Förderung und Unterstützung zu gestalten“.

In Berlin konnten hier durch die Modellmaßnahmen u. a. im Programm „Aktionsräume plus“ wichtige Impulse gesetzt werden. Die Verbesserung der Gesundheitsbedingungen in den Aktionsräumen ist ein verfolgter Schwerpunkt der fachübergreifenden Arbeitsgruppe 3 (Kultur, Gemeinwesen [Gesundheit und Soziales] und Integration) der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt. Hierzu zählen u. a. die Schaffung und der Ausbau von Informations- und Präventionsangeboten.

Lebensphasenorientierung

Strategien für gesundes Aufwachsen im Sinne sogenannter „Präventionsketten“ orientieren sich an den Phasen im Lebensverlauf eines Kindes und seiner Familie. Im Unterschied und in Ergänzung zu sogenannten „Risikoketten“ im Kinderschutz stehen diese für den Auf- und Ausbau ressourcenorientierter und gesundheitsfördernder Unterstützungssysteme im Wohnumfeld von Kindern und Familien. Um ein Aufwachsen in Wohlergehen (trotz Armutslagen) zu ermöglichen gilt es, verfügbare Ressourcen zu bündeln und bestehende Netzwerke und Kooperationen zu optimieren.

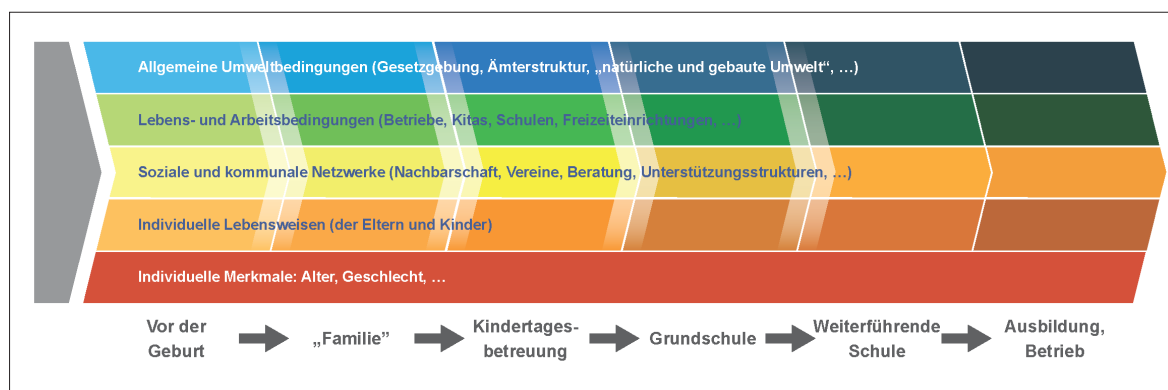
Zu den Themen, mit denen sich Träger und Fachkräfte auf unterschiedlichen Ebenen und aus unterschiedlichen Bereichen beim Aufbau integrierter kommunaler Strategien für gesundes Aufwachsen befassen, zählen:

- Die Verbesserung der Zugänge zu allen Unterstützungsangeboten und Dienstleistungen insbesondere für Familien, Kinder und Jugendliche in belastenden Lebenslagen,
- die Ausrichtung der bestehenden und zu entwickelnden Angebote an den Ressourcen und Bedarfen von Kindern, Jugendlichen und Familien,
- der Ausbau von gesundheitsfördernden / präventiven Regelangeboten bzw. die Sicherung von guten bestehenden Regelangeboten.

Übergänge positiv gestalten

Einen besonderen Stellenwert stellen die Übergänge („Transitionen“) im Lebensverlauf eines Kindes bzw. Heranwachsenden dar. Sie können sowohl mit Risiken als auch mit Chancen für die weitere Entwicklung von Kindern verbunden sein.

Abbildung 5.22:
Präventionskette



(Darstellung: Gesundheit Berlin-Brandenburg 2013)

Im Hinblick auf ein gesundes Aufwachsen und im Sinne einer integrierten kommunalen Strategie (<http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/integrierte-kommunale-strategien/>) sind aber nicht per se alle biografischen Übergänge als potentiell kritische Lebensereignisse anzusehen und damit für ein lückenloses Unterstützungssystem relevant (im Überblick: Schröder et al. 2013). Allerdings können die folgenden Übergänge in Hinblick auf das Ausmaß an Veränderungen und den damit verbundenen Herausforderungen insbesondere für Familien mit geringen Ressourcen kritische Lebensereignisse darstellen:

- Übergang zur Elternschaft: Schwangerschaft und Familiengründung,
- Übergang in die Kindertagesbetreuung,
- Übergang von der Kindertagesbetreuung in die Grundschule,
- Übergang von der Grundschule in die weiterführende Schule,
- Übergang in die Berufswelt.

Dabei handelt es sich um normative, biographische Übergänge, die überwiegend institutionell der Jugendhilfe (Krippe, Kindertagesstätte) bzw. dem Bildungssystem (Schule, Berufsschule, Hochschule) zuzuordnen sind. Aber auch Einrichtungen des Gesundheitswesens (Krankenhäuser, Geburtskliniken, Schwangerenberatungsstellen, Praxen von Hebammen, Ärzten und Ärztinnen, Therapeuten und Therapeutinnen etc.) und Betriebe sind beteiligt.

Damit Kinder, Heranwachsende und ihre Familien die Übergänge im Lebensverlauf positiv erleben und somit ihre Potenziale weiterentwickeln können, ist es erforderlich, dass die betreffenden Einrichtungen miteinander kooperieren und Ansätze der Förderung und Unterstützung der Kinder und Familien entwickeln und umsetzen. Gute Beispiele wurden dazu in Berliner Bezirken insbesondere für den Übergang Kita-Grundschule und auch vereinzelt für den Übergang Schule-Beruf entwickelt.

Präventionsketten schaffen den Rahmen, um die auf kommunaler Ebene verfügbaren Unterstützungsangebote öffentlicher und privater Träger über Altersgruppen und Lebensphasen hinweg sowie für die Gestaltung gelingender Übergänge aufeinander abzustimmen. Voraussetzung für den Auf- und Ausbau integrierter kommunaler Strategien ist:

- Die bereichs- und professionsübergreifende Zusammenarbeit nach einem gemeinsam entwickelten Handlungsansatz,
- die Steuerung und Koordinierung gemeinsamer Prozesse auf kommunaler Ebene.

Umsetzung integrierter kommunaler Strategien in Berlin

Berlin und seine Bezirke verfügen über eine Vielzahl von Aktivitäten, Angeboten, Trägern und Netzwerkstrukturen in den unterschiedlichen Bereichen (Gesundheit, Kinder- und Jugendhilfe, Stadtentwicklung, etc.) und auf unterschiedlichen Ebenen (Land, Bezirk, Stadtteile / Bezirksregionen, etc.). Die Herausforderung für das Land Berlin und seine Bezirke besteht darin, systematisch an bereichsübergreifenden Strategien für gesundes Aufwachsen zu arbeiten und den gesundheitsfördernden Ansatz der Präventionsketten ergänzend zum System des Kinderschutzes auszubauen. Es gilt an bestehenden Strukturen anzusetzen, Partner und Partnerinnen aus unterschiedlichen Bereichen und Ebenen einzubinden und insbesondere die Sozialräume mit besonderem Entwicklungsbedarf in den Fokus zu nehmen.

Eine besondere Rolle nehmen vor diesem Hintergrund die Regelangebote des Öffentlichen Gesundheitsdienstes / des Gesundheitsbereichs sowie die Regelangebote/ -einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe ein. Mit der Umsetzung auf Landes- und Bezirksebene der Bundesinitiative Frühe Hilfen bietet sich die Chance, den Auf- und Ausbau integrierter Strategien für die Phase rund um die Geburt strukturell nachhaltig zu verankern. Die Herausforderung für Berlin und seine Bezirke besteht darin, dies auch für die weiteren Übergänge und Lebensphasen zu erreichen.

Weiterentwickelt werden müssen vor diesem Hintergrund Instrumente der Steuerung und Koordination, der Qualitätsentwicklung und -sicherung von ressourcenorientierten und gesundheitsfördernden Unterstützungsangeboten für Kinder, Jugendliche und Familien in belastenden Lebenslagen und das Schließen von Angebotslücken. Hier leisten die Daten der Gesundheits- und Sozialberichterstattung und auch das Monitoring der Sozialen Stadt sowie weitere Daten aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe einen wertvollen Beitrag.

Im Rahmen des Kindergesundheitszielprozesses und der Landesgesundheitskonferenz haben die Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung und die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Berlin gemeinsam mit wichtigen Stakeholdern auf der Landes-, Bezirks- und lokalen Ebene Instrumente zur Unterstützung von Präventionsketten erarbeitet wie z. B. den Integrierten Handlungsleitfaden Gesundheitsförderung und Prävention rund um die Geburt.

Der Integrierte Handlungsleitfaden „Gesundheitsförderung und Prävention rund um die Geburt“ richtet sich vornehmlich an Fachkräfte und bietet fachliche Orientierung zu gesundheitsbezogenen Themen rund um die Geburt, formuliert Bedarfe und Qualitätserfordernisse für die Landes-, Bezirks- und lokale Ebene und stellt gute Berliner Beispiele vor.

<https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/service/meldungen/gesundheitsfoerderung-und-praevention-rund-um-die-geburt/>

Berliner Bezirke als Vorreiter

Der Ansatz integrierter kommunaler Strategien für gesundes Aufwachsen wird auf der Bundesebene durch den Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!“ unterstützt, der vom Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2011 ins Leben gerufen wurde (<https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?id=partnerprozess>). Auch drei Berliner Bezirke beteiligen sich an diesem bundesweiten Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!“, Friedrichshain-Kreuzberg, Marzahn-Hellersdorf und Neukölln.

In den Bezirken besteht ein hohes Interesse am systematischen Aufbau von Präventionsketten. Dieses Interesse wird in den relevanten Fachaustauschen, die die Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung und die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Berlin anbieten, gebündelt. Zudem werden die bezirklichen Gesundheitskonferenzen genutzt, um einen gemeinsamen Handlungsansatz in Richtung Aufbau von Präventionsketten zu befördern.

In Friedrichshain-Kreuzberg wird bereits seit 2005 der systematische Ausbau von bedarfsgerechten und familienunterstützenden Angeboten betrieben. Der Bezirk ist auch bundesweit Vorreiter kinderfreundlicher Maßnahmen wie dem Netzwerk gesunde Geburt, Formen der Kinderbeteiligung über Kiezdetektive u. ä. und einem flächendeckendem Angebot an Familienzentren. Über die Jahre konnte über solche konkreten Maßnahmen auch die Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitsbereich und der Kinder- und Jugendhilfe zum Wohle der Kinder und ihrer Familien verbessert und genutzt werden.

In Neukölln war es die erste Gesundheitskonferenz im Jahr 2010, die den Anstoß für den Aufbau einer bezirklichen Präventionskette gegeben hat. Die Diskussionsbeiträge der Fachkräfte und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zu Themen wie Zugänge zu Familien, Stärkung von Elternkompetenzen, fehlende Kooperationspartner und -partnerinnen, Qualität von Angeboten und Angebotslücken, Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung bewogen den Gesundheitsstadtrat dazu, für werdende und junge Familien mit Kindern bis zum Eintritt in die Grundschule ein systematischeres, besser aufeinander abgestimmtes Netz an Angeboten zu unterbreiten. Die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Berlin unterstützt Neukölln seit der Vorbereitung der ersten Gesundheitskonferenz bis heute fachlich und punktuell.

Insbesondere durch das Modellvorhaben „Gesund aufwachsen in Marzahn-Hellersdorf“ (2010-2014) hat die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit unmittelbar und intensiv mit den bezirklichen und lokalen Partnerinnen und Partner am Auf- und Ausbau einer bezirklichen Präventionskette gearbeitet und ausgehend von bestehenden Strukturen und Angeboten für Kinder, Jugendliche und Familien win-win-Situationen geschaffen. Auch hier war der Motor die Gesundheitsstadträtin und damalige Bezirksbürgermeisterin, die das Modellvorhaben in ihren Bezirk geholt hat. Das Modellvorhaben stellt durch seine bereichsübergreifende Finanzierung durch die Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt (über die Berliner Initiative Aktionsräumeplus), die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales und die Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Krankenkassen und Krankenkassenverbände ein gutes Beispiel synergetischer Kooperation dar.

Ausgehend von den Ressourcen und Bedarfen von Familien, Kindern und Jugendlichen in sozial benachteiligter Lage und den verfügbaren Ressourcen auf Seiten der Fachkräfte wurden Kooperationen optimiert, gute Angebote verstetigt und Angebotslücken geschlossen. Einige Beispiele aus Marzahn-Hellersdorf sind an dieser Stelle zu nennen:

- Die Etablierung der Eltern-AG, ein Elternkurs für sozial benachteiligte Eltern zur Stärkung von Elternkompetenzen, die mit dem Modellvorhaben angeschoben und nachhaltig an allen sechs Kinder-, Jugend- und Familienzentren angebunden werden konnte.
- Der Fahrplan „Was ist wichtig in der Zeit rund um die Geburt?“, der dem Bedarf von werdenden und jungen Eltern nach einheitlichen Informationen mit konkreten Ansprechpartner und -partnerinnen entspricht und über entsprechende Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (z. B. niedergelassene Gynäkologinnen und Gynäkologen, aufsuchende Elternhilfe, Schwangerenberatungsstellen, Familienzentren) verteilt wird.
- Die „Kita-Fibel“: Eine Broschüre, die Familien den Übergang in die Kita erleichtert und bei der Suche nach einem Kitaplatz unterstützt.

Qualitätsentwicklung und -sicherung

Aus den Ergebnissen und Erfahrungen mit den bezirklichen Prozessen hat die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit in Kooperation mit der Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung:

- Qualitätsmerkmale bzgl. Steuerung, Strukturaufbau, Prozessgestaltung und Ergebnisse identifiziert (Qualitätsrahmen),

- übertragbare „Bausteine“ einer Präventionskette entwickelt,
- Qualifizierungsmodule zum Kompetenzaufbau bei Fachkräften aus unterschiedlichen Bereichen erarbeitet und erprobt (Werkstatt „rund um die Geburt“, Werkstatt „gesunder Bezirk“, Werkstatt „Jugendliche“, Kitatransfertage).

Die Instrumente können für den Aufbau einer senats- und bezirksübergreifenden, gesamtstädtischen Strategie genutzt werden. Aufgabe ist nun, auch über die Modellförderung der finanzierenden Partner (Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Bezirken und Gesetzlichen Krankenkassen) hinaus, die als erfolgreich herausgestellten Qualitätserfordernisse, Bausteine und Qualifizierungsmodule systematisch zu erfassen und für den Transfer aufzubereiten.

Dies kann nicht in Verantwortung eines einzelnen Ressorts oder Präventionsakteurs geschehen, sondern muss als gemeinsame Handlungsorientierung – z. B. im Rahmen eines „Aktionsprogramms Gesundheit“ – verfolgt werden.

Wichtige Bausteine einer solchen gesamtstädtischen Strategie sollten sein:

Stärkung von Kooperation:

- Aufbau langfristiger Kooperationen zwischen den verschiedenen Strukturen zu initiieren (Netzwerke rund um die Geburt, Netzwerke Frühe Hilfen, Netzwerk Kinderschutz, Landesprogramme „Gute gesunde Kita / Schule“ etc.)
- sowie Kooperation mit weiteren Stakeholdern (Krankenkassen, Jobcenter, Verbände der niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen, Kinder- und Jugendärzte und -ärztinnen, Hebammen)

Unterstützung des Kompetenzaufbaus:

- Angebot bedarfsgerechter Qualifizierungen für mittlere Führungsebene der Bezirksverwaltungen (Sitz von Koordination und Steuerung bezirklicher Prozesse): Vermittlung von „Handwerkszeug“ zur Steuerung kommunaler Prozesse / Kenntnisse über präventive Bausteine einer Präventionskette,
- Angebot von themen- bzw. lebensphasenspezifischen Fachaustauschen für Fachkräfte aus unterschiedlichen Bereichen.

5.4.3.3 Prävention und Gesundheitsförderung in der Kita

Familie und Kindertageseinrichtungen sind wichtige Lebenswelten von Kindern im Vorschulalter, denn sie fördern gemeinsam Fähigkeiten und Fertigkeiten. Um ein gesundes Aufwachsen von Kindern zu unterstützen, befinden sich Kindertagesstätten und dort integrierte Prävention und Gesundheitsförderung in einer Schlüsselposition. Das ist zum einen auf die hohen Betreuungsquoten und zum anderen auf die Möglichkeit der frühen Einflussnahme auf Entwicklung und Stabilisierung von gesundheitlich bedeutsamen Einstellungen und Verhaltensweisen zurückzuführen.

Die alarmierenden Zahlen zur Kindergesundheit und Daten zur gesundheitlichen Belastung von pädagogischen Fachkräften zeigen den Bedarf zur ganzheitlichen Förderung von Gesundheit für alle Beteiligten im Setting Kita. Besonders die frühkindliche Entwicklungsphase wirkt sich entscheidend auf die Bildungs- und Gesundheitschancen im Leben aus. Von besonderer Bedeutung für eine gesunde Entwicklung der Kinder sind daher die Förderung personaler und sozialer Schutzfaktoren sowie der Abbau von Risikofaktoren in der Kita.

Im Hinblick auf die Betreuungsquoten in Berlin einerseits – 2012 besuchten bereits 89 % der Berliner Kinder zwei Jahre und länger eine Kita (Bettge & Oberwöhrmann 2013) – und die positiven Effekte auf die Gesundheits- und Teilhabechancen andererseits, ergibt sich nicht nur ein großes Potenzial, sondern auch eine Notwendigkeit Prävention und Gesundheitsförderung neben der Bildungsförderung als feste Bestandteile in Kitas zu etablieren.

Setting Kita in den Berliner Kindergesundheitszielen

Im Hinblick auf die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten für ein gesundes Aufwachsen für alle Kinder, wurde im Rahmen des Berliner Kindergesundheitszielprozesses unter anderem das Struktur- und Prozessziel „Prävention und Gesundheitsförderung im Setting Kita weiter ausbauen und stärken“ aufgenommen. Als ein Baustein des Evaluationskonzeptes der Fachstelle und der LGK zur Umsetzung der Kindergesundheitsziele wurde eine ständige Arbeitsgruppe „Kita und Gesundheit“ aufgebaut (vgl. Abschnitt 5.4.3.3). Im Rahmen der AG konnten entscheidende Schritte eingeleitet werden, um das Monitoring im Bereich des genannten Struktur- und Prozessziels zu verbessern. Ergänzt wird dies durch die im Rahmen der Interventionsberichterstattung erhobenen Daten, die Auskunft darüber geben, welche Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung im Setting Kita in welchen Sozialräumen umgesetzt werden. Damit stehen der LGK perspektivisch mehr Daten zur Verfügung, um besser als bisher

- die Anschlussfähigkeit der Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung auf die Bedarfe von Kitas in belasteten Sozialräumen zu verbessern (Qualitätsentwicklung),
- die Umsetzung der Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung auf besonders belastende Lebensräume zu konzentrieren (Sozialraumorientierung).

Arbeitsgruppe der Landesgesundheitskonferenz „Kita und Gesundheit“

Die Arbeitsgruppe „Kita und Gesundheit“ wurde 2011 eingerichtet, um den Kindergesundheitszielprozess zu begleiten und zu bewerten. Der Steuerungsausschuss der LGK hatte sich zunächst auf eine Teilauswertung für das Setting Kita verständigt. Dazu hat die AG ein Konzept zur kontinuierlichen Datenerhebung entwickelt, dessen Schwerpunkt auf gesundheitsrelevanten Strukturen, Prozessen und Ergebnissen in Kitas im Sinne des Setting-Ansatzes liegt. In Ergänzung dazu wurde ab Ende 2012 das Spektrum um weitere Themen rund um den Kindergesundheitszielprozess erweitert.

In der AG „Kita und Gesundheit“ arbeiten regelmäßig Vertreterinnen und Vertreter der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales und der Senatsverwaltung für Jugend, Bildung und Wissenschaft, des Berliner Kita-Instituts für Qualitätsentwicklung (BeKi), der Krankenkassen, der Wohlfahrtsverbände, der Sportjugend Berlin und der Bezirke zusammen. Im Fokus ihrer Aktivitäten stehen zwei Arbeitsfelder:

1. Monitoring des Kindergesundheitszielprozesses und
2. Bündelung und Transfer von Wissen und Erfahrungen.

Im ersten Arbeitsfeld geht es darum, das entwickelte Konzept zur Erhebung und Auswertung von Daten mit Bezug auf gesundheitsrelevante Strukturen, Prozesse und Ergebnisse im Setting Kita weiterzuentwickeln und in seiner Umsetzung fachlich zu begleiten. Im Rahmen des zweiten Arbeitsfeldes werden unter anderem Ergebnisse des Monitorings diskutiert und beraten, Empfehlungen für die Politik und die Praxis erarbeitet sowie Impulse für die Weiterentwicklung von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung in Kitas gegeben.

Monitoring der Kindergesundheitsziele

Kontinuierliche Datenerhebung zum Qualitäts- und Umsetzungsstand von Prävention und Gesundheitsförderung in Kitas

Damit Aussagen hinsichtlich der Qualität und der Qualitätsentwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung in Berliner Kitas möglich werden, ist eine kontinuierliche Datenerhebung erforderlich. Vor diesem Hintergrund wurde 2011 das BeKi durch die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales mit der Durchführung einer Analyse zum Integrationsstand von Bildung und Gesundheit in Berliner Kitas beauftragt. Die Ergebnisse der Untersuchung wurden auf der Achten Landesgesundheitskonferenz 2011 vorgestellt und in bezirklichen Runden beraten. Dabei wurde das große Interesse an derartigen Daten und Erhebungen deutlich. Die Ergebnisse geben Einblicke in den Qualitätsstand von Prävention und Gesundheitsförderung

und zeigen Entwicklungspotenziale und -bedarfe einer nachhaltigen Bildungs- und Gesundheitsförderung in Berliner Kitas auf. Die Ergebnisse wurden in Handlungsempfehlungen zusammengefasst und veröffentlicht.

Kurzbericht der Analyse zum Integrationsstand von Bildung und Gesundheit in Berliner Kitas unter http://www.berlin.gesundheitfoerdern.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/Fachstelle/Fachstelle-LGK/BeKi-Kurzbericht-21-12-2012.pdf

Vor dem Hintergrund des Monitorings des Kindergesundheitszielprozesses wurde vom BeKi zudem ein Konzept für eine Längsschnittstudie entwickelt, um kontinuierlich Daten zum Qualitäts- und Umsetzungsstand von Prävention und Gesundheitsförderung in Kitas zu erhalten.

Durch die Zusammenarbeit im Rahmen der AG „Kita und Gesundheit“ und den daraus hervorgegangenen Kooperationen zwischen den Senatsverwaltungen Bildung sowie Gesundheit, BeKi und Fachstelle kann auf berlinweit erhobene Daten für das Setting Kita zurückgegriffen werden und im Rahmen des Monitorings des Kindergesundheitszielprozesses die Abbildung von Qualität und Qualitätsentwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung in Kitas geleistet werden.

Dementsprechend fungieren inzwischen die regelmäßigen quantitativen Erhebungen des BeKi zur internen Evaluation des Berliner Bildungsprogramms und die ebenfalls kontinuierlich durch das BeKi durchgeführten inhaltsanalytischen Auswertungen von Kita-Konzeptionen als Datenquellen.

Anschlussfähigkeit und Wirkung von Konzepten und Programmen in Kitas

In Berlin werden bereits unterschiedliche Konzepte und Programme der Prävention und Gesundheitsförderung in Kitas umgesetzt (u. a. das Berliner Landesprogramm „Kitas bewegen – für eine gesunde Kita“, Konzept „Bewegungsfreundliche Kita“, Audit „Gesunde Kita“ und Kinder in Bewegung gGmbH [KiB] „Bewegungsfreudiger Kindergarten“).

Eine entsprechende Übersicht über die Handhabbarkeit bzw. Anschlussfähigkeit einerseits und die entfaltenen Wirkungen der Konzepte und Programme in Kitas andererseits gibt es bisher nicht. Hinzu kommt, dass die Perspektive der Kinder bisher bei entsprechenden berlinweiten Erhebungen keine Berücksichtigung gefunden hat.

Um das neu aufgebaute Monitoring des Berliner Kindergesundheitszielprozesses zu ergänzen, wurde 2012 im Rahmen der AG „Kita und Gesundheit“ eine qualitative Erhebung initiiert. Mit der Umsetzung wurde die Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung durch die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales beauftragt. Die Untersuchung wurde im Mai 2013 gestartet und dauerte zum Zeitpunkt der Erstellung des vorliegenden Berichtes noch an. Mittels der qualitativen Untersuchung werden das bereits in Berlin umgesetzte Konzept „Bewegungsfreundliche Kita“ und das Landesprogramm „Kitas bewegen – für eine gute gesunde Kita“ hinsichtlich ihrer Wirkungen auf die Organisationsentwicklung in Kitas sowie auf die Gesundheit von Kita-Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und auf das subjektive Wohlbefinden von Kindern betrachtet. Dazu wurden Kita-Träger, Kita-Leitungen und Kita-Kinder befragt. Gemeinsam mit den regelmäßig durch die Gesundheitsberichterstattung Berlin ausgewerteten Daten der Einschulungsuntersuchungen sowie den Ergebnissen der internen Interventionsberichterstattung bildet das Monitoringkonzept für die kitabezogenen Kindergesundheitsziele eine umfassende Datenbasis, um Aussagen zum Stand der Qualität und der Qualitätsentwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung in Berliner Kitas zu treffen. Auf dieser Grundlage kann ein wichtiger Beitrag zu deren Weiterentwicklung geleistet werden und damit ein gesundes Aufwachsen möglichst aller Kinder unterstützt werden.

Das im Rahmen des Monitorings der Kindergesundheitsziele entwickelte Instrumentarium zur Datenerhebung kann perspektivisch zudem genutzt werden, um kontinuierlich und in einem größeren Umfang Daten

zur Prävention und Gesundheitsförderung in Berliner Kitas zu erheben. Dadurch könnten weitere Angebote einbezogen und im Idealfall auf berlinweite Daten zur Qualitätsentwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung in Kitas zurückgegriffen werden.

Gute Beispiele für Prävention und Gesundheitsförderung in Berliner Kitas: Eine Auswahl

Die nachfolgenden Beispiele stehen exemplarisch für Aktivitäten im Rahmen synergetischer Kooperationen von Mitgliedern und Mitgliederinnen der LGK zur Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung in Berliner Kitas auf Landes- und Bezirksebene. Während das Landesprogramm „Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita“ darauf abzielt, sowohl die Kita selbst gesundheitsförderlich zu entwickeln als auch das Gesundheitsverhalten der Kinder, Eltern und Fachkräfte gleichermaßen in den Blick zu nehmen, setzt der Ansatz der Kitatransfertage in Marzahn-Hellersdorf auf den systematischen Transfer von Wissen und Erfahrungen guter Praxis von Prävention und Gesundheitsförderung.

Berliner Landesprogramm „Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita“

Ausgehend von einem ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit und Bildung zielt das Berliner Landesprogramm „Kitas bewegen“ darauf ab, über Organisationsentwicklungsprozesse die Gesundheits- und Bildungschancen von Kindern in Kitas nachhaltig zu verbessern. Grundlage des Berliner Landesprogramms „Kitas bewegen“ ist die modellhafte Erprobung des Konzeptes „Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita“ in Kindertagesstätten des Berliner Bezirkes Mitte. Die Erprobung fand in der Zeit von 2006 bis 2009 statt und wurde von der Bertelsmann Stiftung gemeinsam mit der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft, der AOK Nordost und dem Bezirksamt Mitte initiiert und durchgeführt. Die positive Bilanz, die unter anderem auf Grundlage der begleitenden Evaluation gezogen wurde, mündete darin, dass die Ausweitung des Konzeptes „Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita“ auf alle Berliner Bezirke in Aussicht gestellt wurde. Vor diesem Hintergrund haben die Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft, die Bertelsmann Stiftung, die Berliner Gesetzlichen Krankenkassen und weitere Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens am 29. August 2011 eine Kooperationsvereinbarung für das „Berliner Landesprogramm Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita“ geschlossen. Seit dem Jahr 2012 wird das Landesprogramm stufenweise berlinweit implementiert und aktuell in Kitas der Bezirke Mitte, Pankow, Reinickendorf und Treptow-Köpenick umgesetzt.

Kitatransfertage in Marzahn-Hellersdorf

Ein Modell, wie Kitas sich gegenseitig unterstützen können, wurde innerhalb des Modellvorhabens „Gesund aufwachsen in Marzahn-Hellersdorf“ entwickelt. Über sogenannte Kitatransfertage werden Ansätze guter Praxis in Marzahn-Hellersdorf sichtbar gemacht und verbreitet. Die Formulierung gemeinsamer Qualitätserfordernisse für die Arbeit mit Familien in schwieriger sozialer Lage ist dabei das zentrale Ziel.

Dementsprechend werden im Rahmen von Kitatransfertagen unter anderem folgende Punkte aufgegriffen und bearbeitet:

- Geeignete Zugänge zu Familien in schwieriger sozialer Lage,
- gute Ansätze der Elternarbeit,
- bewährte Ansätze zur Förderung der Elternkompetenz,
- ... (weitere Themen möglich, z. B. Übergang Familie-Kita, Übergang Kita-Grundschule).

Eine Kindertagesstätte stellt ihre Arbeit dabei exemplarisch vor und interessierte Einrichtungen können sich im Anschluss innerhalb einer (kurzen) Hospitation ein Bild von der Umsetzung machen. Im Anschluss findet ein moderierter Erfahrungsaustausch statt.

Nachfolgend sind die Themen der Kitatransfertage aufgelistet, die bereits umgesetzt werden konnten:

1. Wie können Eltern-Erzieher/innen-Partnerschaften gelingen?
2. Wie kann eine Kita zu einer zentralen Begegnungsstätte im Stadtteil werden?
3. Zugangswege zu Familien mit Migrationshintergrund.

Ein solcher partizipativer Ansatz der Qualitätsentwicklung wurde in der AG Kita und Gesundheit als geeignetes Modell für den überbezirklichen Transfer bewertet.

Zwischenfazit

Die gewonnenen Erfahrungen aus dem Zielprozess Kindergesundheit haben im Ergebnis dazu geführt, dass gemeinsam Wege erprobt werden, die Rahmenbedingungen für Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter zu verbessern. Ob durch die Initiierung von Landesprogrammen oder Modellmaßnahmen, die Verbesserung der Transparenz über die Angebotslandschaft, die Entwicklung neuer Planungs- und Steuerungsinstrumente oder die Bemühungen zur Qualitätsentwicklung: Es gilt nun diese positiven Entwicklungen zu verstetigen und ihre Reichweite zu verbessern, um nachhaltig die Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen zu verbessern.

Gleichzeitig konnten wichtige Erkenntnisse auch für zukünftige Zielprozesse gewonnen werden. Struktur- und Prozessziele müssen im Zielprozess stärker berücksichtigt werden. Im Gegensatz zu den Ergebniszielen können kurzfristige Wirkungen nachgewiesen werden. Eine alleinige ergebnisorientierte Ausrichtung braucht einen längerfristigen Zeitrahmen. Ein messbares und umsetzbares Indikatorensystem für die Evaluation von Gesundheitszielen muss bei der Zielformulierung klar definiert werden. Wichtig ist eine frühzeitige Einbeziehung aller Akteure im Zielprozess. Dadurch können Interventionsmaßnahmen auf Struktur- und Prozessebene innerhalb von Netzwerkstrukturen entwickelt, umgesetzt und evaluiert werden und die verbindliche Eigenverantwortung der Akteure im Zielprozess gestärkt werden.

5.4.4 Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten

5.4.4.1 Soziale und gesundheitliche Ungleichheit im Alter

Die Auswirkungen von Armut im Alter auf die Gesundheit wurden ausführlich im 2011 von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales veröffentlichten Spezialbericht zur sozialen Lage ältere Menschen in Berlin dargestellt. Aufgezeigt wurde, dass sich auch für die Bevölkerungsgruppe der älteren Menschen schichtspezifische Unterschiede in Morbidität, Mortalität und gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen erkennen lassen (Meinlschmidt 2011b; S. 96 ff. und S. 128 ff.). Sozialepidemiologische Daten bezeugen, dass die Angehörigen statusniedriger Bevölkerungsgruppen häufiger von chronischen Erkrankungen und Beschwerden, Unfallverletzungen und Behinderungen betroffen sind. Dies lässt sich nicht nur in Hinblick auf Krankheiten, Beschwerden und Risikofaktoren nachweisen, sondern ist auch anhand der Selbsteinschätzungen älterer Menschen zu ihrem subjektiven Gesundheitszustand, zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der ferneren Lebenserwartung festzustellen (Böhm et al. 2009).

Zu diesen Gruppen älterer Menschen, bei denen spezifische Problemlagen im Lebensverlauf die Chancen in guter Gesundheit alt zu werden, verringern, gehören in besonderem Maße arme Ältere, die von sozialer Isolation und gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen sind. Diese sind insbesondere alleinstehend, weiblich oder Hochaltrige. Auch ältere Migrantinnen und Migranten werden zu den Gruppen mit eingeschränkten Gesundheitschancen gezählt (Kümpers 2008).

Auf Grundlage der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse und der Auswertung von Beispielen guter Praxis der lebensweltorientierten Gesundheitsförderung, die z. B. im Rahmen des bundesweiten Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit“ identifiziert wurden und in einer Datenbank auf der

Plattform www.gesundheitliche-chancengleichheit.de abgebildet sind, wurden Erfolgsfaktoren für die Ausgestaltung aufgezeigt:

- Die Umsetzung im Setting Stadtteil als zentrale Handlungsebene,
- die lebensweltorientierte Entwicklung und Umsetzung der Angebote mit einem zugleich hohen Partizipationsgrad der Zielgruppe(n),
- die Einbeziehung von informellen und/oder professionellen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren,
- die Schaffung von Räumen / Möglichkeiten für informelles Lernen und Informationsvermittlung,
- die Anbindung gesundheitsfördernder Interventionen an soziale Ereignisse und Aktivitäten,
- die niedrigschwellige Vermittlung gesundheitsrelevanter Themen,
- den Aufbau stabiler arbeitsfähiger Strukturen sowie
- die Vernetzung der lokalen Institutionen, Organisationen und Initiativen.

Besonders für sozial benachteiligte ältere Menschen ist die Kombination von lebensweltorientierten und versorgungsbezogenen Ansätzen der Gesundheitsförderung vielversprechend.

Festgehalten wurde gleichzeitig, dass trotz erfolgreicher Erfahrungen und Beispiele sozial benachteiligte Ältere bisher als mögliche Zielgruppe von gesundheitsfördernden Stadtteilprojekten wenig Aufmerksamkeit gefunden haben und vergleichsweise wenige wissenschaftliche Publikationen zu diesem Themenbereich zu finden sind (Kümpers 2008). Die vielfältige Praxis der Prävention und Gesundheitsförderung im Alter in Deutschland zeigt aber zugleich, dass kurzfristige oder wenig zielgruppenspezifische Angebote nicht geeignet sind auch sozial benachteiligte Ältere zu erreichen, den notwendigen Vertrauensaufbau, die Beteiligung der Zielgruppen und die Vernetzung im Stadtteil zu leisten (Altgeld 2009).

5.4.4.2 Gesundheitsziel „Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten“

Die Landesgesundheitskonferenz Berlin hat 2009 begonnen, Gesundheitsziele für die Zielgruppe der Älteren zu entwickeln. Damit wurde ein öffentlicher Rahmen geschaffen, in dem eine gemeinsame Problem- und Bedarfsanalyse vorgenommen werden kann, gute Beispiele vorgestellt werden, Lösungswege entwickelt und Akteure verbindlich miteinander ins Gespräch kommen.

Im Ergebnis wurden 2011 unter dem Oberziel „Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten!“ **drei zentrale Ziele**, deren Umsetzung in einem Strategiepapier vereinbart wurde, vereinbart:

1. Strategien und Maßnahmen der sozialraumorientierten Gesundheitsförderung und sozialen Teilhabe ausbauen.
2. Maßnahmen der Bewegungsförderung ausbauen und ältere Menschen motivieren und fördern, sich regelmäßig zu bewegen.
3. Die gesellschaftliche Teilhabe psychisch kranker, älterer Menschen und ihrer Angehörigen fördern und adäquate Versorgungsstrukturen weiterentwickeln.

Bei der Konkretisierung und Umsetzung werden die Querschnittsthemen Gesundheitliche Chancengleichheit einschließlich der Situation älterer Migrantinnen und Migranten sowie Gender Mainstreaming berücksichtigt.

Die Umsetzungsstrategie konzentriert sich auf die Formulierung qualitativer Anforderungen auf der Struktur- und Prozessebene. Anders als im Kindergesundheitszielprozess wurden noch keine quantifizierten Ergebnisziele auf Grundlage der Gesundheitsberichterstattung formuliert. Dies liegt darin begründet, dass bevölkerungsbezogene Daten für das Alter derzeit noch nicht in ausreichender Differenzierung verfügbar sind (Meinlschmidt 2009a, S. 9). Diese Lücke soll im Zielprozess schrittweise geschlossen werden.

Die Gesundheitsziele wurden u. a. auch in die im August 2013 verabschiedeten Leitlinien der Seniorenpolitik der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales aufgenommen. Wichtige Anknüpfungspunkte

ergeben sich zudem an die Rahmenstrategie soziale Stadtentwicklung und das Programm „Soziale Stadt“, das Demografiekonzept Berlin (hier besonders das Handlungsfeld 4: Langes Leben in der Stadt) oder die Arbeit des Gesunde Städte-Netzwerkes.

5.4.4.3 Neunte Landesgesundheitskonferenz 2012

Auf der Neunten Landesgesundheitskonferenz 2012 wurde im Rahmen des Zielprozesses eine detaillierte Analyse der unterschiedlichen individuellen Lebenssituationen und sozialen Lebenslagen im Alter vorgenommen. In der AG „Alter und Gesundheit“ wurde ein konzeptioneller Rahmen entwickelt, der die Grundlage für den weiteren Zielprozess bildet. In Hinblick auf das Ziel des Prozesses, den Erhalt von Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter für alle Berlinerinnen und Berliner, ist ein differenzierter Blick gefragt, will man dem Altern in seiner Vielfalt der sozialen Rollen und im physiologischen Alterungsprozess gerecht werden – auch im Hinblick auf Prävention und Gesundheitsförderung sowie Gesundheitsversorgung und Pflege.

Im weiteren Zielprozess werden daher verschiedene Übergänge und Lebenslagen in den Blick genommen werden, die das Leben verändern und deren positive Gestaltung und Bewältigung für ein aktives Altern von zentraler Bedeutung ist. Auf diese Weise wird ein Beitrag zu einer bedarfsgerechten Abstimmung von Gesundheitsförderung geleistet.

Gesund im Beruf – Aktiv in den Ruhestand

Eine wichtige Phase der Veränderung ist beispielsweise der Übergang vom Beruf in den Ruhestand. Dies rückt zunächst das betriebliche Setting in den Fokus. Wie kann das Arbeitsumfeld für Ältere gesund gestaltet, nachhaltige Anregungen für gesundes Verhalten vermittelt, Lust an Bewegung unterstützt und schließlich auch ein aktiver Ruhestand vorbereitet werden? Für viele Menschen beginnt der Ruhestand bereits vor dem 65. Lebensjahr. Gründe für ein vorzeitiges Ausscheiden aus der Arbeitswelt können vielfältig sein: krankheitsbedingte Einschränkungen, Behinderungen, aber auch strukturelle Altersdiskriminierung in der Arbeitswelt gehören dazu. Ein unfreiwilliges Ausscheiden aus der Erwerbsarbeit wiederum kann Quelle für psychische Belastungen und Rückzug sein.

Betriebliches Gesundheitsmanagement oder auch Demografieberatung für Unternehmen bieten hier Anknüpfungspunkte, diesen Übergang auf betrieblicher Ebene für sowohl Beschäftigte als auch Unternehmen zu gestalten.

Dabei nach dem Erwerbsleben – kommunale Konzepte

Die Phase nach dem Erwerbsleben ist meist mit einer grundlegenden Veränderung des Alltags verbunden. So bietet diese Phase vielfältige Möglichkeiten, die eigenen Ressourcen und Potenziale auf kreative Weise neu zu nutzen, Zeit selbstbestimmt zu füllen und Träume zu verwirklichen. Andererseits kann das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben auch mit dem Gefühl verbunden sein, nicht mehr gebraucht zu werden oder ungewollt auf einem Abstellgleis zu landen. Dies wiederum kann zu Rückzug, Frustration und psychischen Belastungen führen. Hier sind gute Unterstützungsstrukturen auf kommunaler Ebene gefragt. Soziale und gesellschaftliche Teilhabe / Teilgabe werden zu einer entscheidenden Ressource, um aktiv zu bleiben, seelischen Erkrankungen wie Depressionen oder Ängsten vorzubeugen und belastende Situationen besser zu meistern.

Im Rahmen des Zielprozesses werden Möglichkeiten in den Blick genommen, wie die Menschen Ihre Ressourcen in gesellschaftliche Zusammenhänge einbringen können (z. B. Ehrenamt). Dabei soll auch berücksichtigt werden, dass sich für zahlreiche Menschen der Übergang in den Ruhestand nicht aus dem Erwerbsleben heraus vollzieht, sondern Arbeitslosigkeit oder Erwerbsunfähigkeit vorausgingen.

Wechselseitige Unterstützung zwischen den Generationen aber auch zwischen aktiveren und mobilitäts- eingeschränkteren Menschen und auch pflegende Senioren und Seniorinnen sollen thematisiert werden.

Dabei sein trotz Einschränkungen

Die Lebensphase des Alters ist auch durch mögliche Beschränkungen einer selbstständigen Lebensführung im Alter geprägt. Manche Menschen sind fit und aktiv bis ins hohe Alter – andere wiederum haben Barrieren verschiedener Art, die für ein aktives und selbstbestimmtes Leben hinderlich sein können (chronische Erkrankungen, Behinderungen, Demenz etc.). Diese betreffen benachteiligte Gruppen häufig früher und es stehen weniger Bewältigungsressourcen zur Verfügung um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden bzw. hinauszuzögern. Im Zielprozess wird analysiert, welcher Handlungsbedarf und entsprechende Unterstützungsstrukturen notwendig sind, um auch bei bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen die Ressourcen der Betroffenen und ihres sozialen Umfeldes zu stärken.

Innovative Konzepte für den Übergang in die Pflegebedürftigkeit

Ausgelöst von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen oder/und beginnender Pflegebedürftigkeit wird eine bisher selbständige und selbstbestimmte Lebensführung stark einschränkt. Das bedeutet, gewohnte Abläufe müssen wieder neu gestaltet oder professionelle Unterstützung organisiert werden. Im Zielprozess wird daher betrachtet, wie konkret der Übergang in die Pflegebedürftigkeit zu gestalten ist, dass der Zugang zu bedarfsgerechten Angeboten sichergestellt werden kann. Dabei sind auch die pflegenden Angehörigen und ihre gesundheitliche und soziale Situation Gegenstand des Prozesses.

Interkulturelle Öffnung in allen Lebenslagen und -phasen des Alterns

Anknüpfend an das Gesundheitsforum am 12.11.2012, welches den Stand der IKÖ hinsichtlich der Gesundheit älterer Migranten und Migrantinnen in Berlin betrachtete, wird im Zielprozess thematisiert, wie die interkulturelle Öffnung in den einzelnen Settings und für die betrachteten Lebenslagen weiterentwickelt werden kann.

5.4.4.4 Perspektiven im Zielprozess

Im Rahmen der AG „Gesundheit im Alter“ wurden vier wesentliche Entwicklungsaufgaben diskutiert, um anhand des konzeptionellen Rahmens die formulierten Strategien in konkrete Ziele zu übersetzen und Maßnahmen zur Umsetzung dieser Ziele auszubauen oder zu initiieren.

- Aufbau eines begleitenden Monitorings aus der Sozial- und Gesundheitsberichterstattung. Dabei werden **Satellitenindikatoren** für die 3 Module bestimmt: Indikatoren zur sozialen Lage, Indikatoren zur gesundheitlichen Lage, Indikatoren zu Potenzialen (Teilhabe und Teilgabe),
- Ausbau der Interventionsberichterstattung auf die Handlungsfelder Bewegung und Demenz,
- Stärkung und Initiierung begleitender Prozesse der Qualitätsentwicklung und des Transfers guter Praxis,
- Aufbau synergetischer Kooperationen auf Grundlage der Datenbasis und der Qualitätserfordernisse.

Neu aufgenommen wurden zudem die Themen „Betriebliche Gesundheitsförderung bei älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern“ sowie das Thema „Sucht im Alter“.

Anhand der Handlungsfelder Bewegung und Demenz wird im Folgenden dargestellt, wie es durch Kooperation und Vernetzung, Qualitätsentwicklung und den Transfer guter Praxis gelingen kann, Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen sozialraumorientierter Strategien zu stärken.

5.4.4.5 Themenfeld Bewegung

Bewegungsförderung – eine theoretische Einführung

Nicht nur in jungen Jahren, sondern auch im Alter trägt ein aktiver Lebensstil wesentlich zum Erhalt und zur Förderung von Gesundheit, Lebensqualität und Mobilität bei. Regelmäßige körperliche Aktivität ermöglicht es, auch im Alter Alltagskompetenzen zu wahren bzw. zu verbessern und Risiken, beispielsweise Stürze, zu vermeiden. Auf diese Weise gelingt es, Pflege-, Hilfe- oder Behandlungsbedürftigkeit zu vermeiden, hinauszuzögern oder sogar zu verhindern. Selbst im fortgeschrittenen Alter, bei Mobilitätseinschrän-

kung oder bei Pflegebedürftigkeit, führt ein bewegter Lebensstil zu positiven Effekten für Wohlbefinden und Gesundheit (Geuter 2012). Der Alterungsprozess ist zwar zu einem gewissen Maß genetisch kontrolliert, jedoch sind insbesondere Risikofaktoren und Folgen chronisch-degenerativer Erkrankungen eng damit verbunden. Diese können durch regelmäßige gesundheitswirksame körperliche Aktivität beeinflusst werden. Zudem leistet Bewegung einen Beitrag zur Förderung geistiger Leistungsfähigkeit und psychischem Wohlbefinden (Boldt 2012).

Gerade im Alter spielen (Gesundheits-) Sport, freizeitbezogene Bewegungsaktivitäten und Alltagsbewegung eine zentrale Rolle zur Gestaltung eines aktiven Lebensstils. Auf allen drei Ebenen lassen sich nach wissenschaftlichen Erkenntnissen Gesundheitsgewinne erzielen. Etabliert hat sich daran angelehnt die Bezeichnung gesundheitswirksamer oder gesundheitsförderlicher körperlicher Aktivität (Geuter 2012).

Zugänge zu geeigneten Angeboten schaffen

Um die negativen Effekte sozialer Ungleichheit auf die Gesundheitschancen im Alter zu kompensieren, besteht die Herausforderung darin, Zugänge zu älteren Menschen zu schaffen, die sich aus dem sozialen Umfeld zurückgezogen haben und sich überwiegend in der eigenen Häuslichkeit aufhalten. Insbesondere zunehmende Mobilitätseinschränkungen oder Hemmschwellen aufgrund finanzieller Barrieren sind traditionelle Wege der Zielgruppenerreichung nur bedingt wirksam. Der Zugang in institutionalisierten Settings fällt zudem bei Eintritt in den Ruhestand weitgehend weg. Erfolg versprechend sind insbesondere Ansätze der Bewegungsförderung, welche verhaltens- und verhältnispräventive Ansätze verbinden sowie eine übergreifende Zusammenarbeit unterschiedlicher Ressorts und Sektoren.

Motivation zu Bewegung ist jedoch nicht nur eine Frage individueller Motivation, sondern es kommt auch auf die Möglichkeiten vor Ort an. Insbesondere im Alter wird das Wohnumfeld zur zentralen Lebenswelt (Kümpers 2008), wichtig sind daher wohnortnahe Möglichkeiten körperlich aktiv zu sein. Dies macht auch eine Umfrage der Senatsverwaltung für Inneres und Sport aus dem Jahr 2008 deutlich: Etwa 50 % der Wegstrecken zu Sport- und Bewegungsangeboten beträgt weniger als zwei Kilometer (Holm 2012). Für Bewegungsförderung im Alter bedarf es daher wohnortnaher und niedrigschwelliger Zugänge und Angebote.

Im Kontext der Landesgesundheitskonferenz stellt sich daher die Aufgabe, ressort- und trägerübergreifende Zugänge zu schaffen und Angebote auszubauen und zu entwickeln, die auf die Lebenslage benachteiligter älterer Menschen abgestimmt sind.

Interventionsberichterstattung

Um mehr Transparenz über die Angebotslandschaft zu erreichen wurde 2011 und 2012 durch das Zentrum für Bewegungsförderung Berlin und die Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen der LGK eine erste Bestandsaufnahme durchgeführt. In der Dokumentation des Fachtages „Den Alltag im Stadtteil bewegen – Potenziale der Bewegungsförderung im Alter“ (2011) sowie der Broschüre „Gemeinsam mehr bewegen – Gute Argumente und Berliner Beispiele für die Bewegungsförderung im Alter“ (2012) wurden neben fachlichen Informationen zur Ausgestaltung bewegungsförderlicher Angebote auch für schwierig zu erreichende Zielgruppen besonders Stadtteilangebote abgebildet, die darauf zielen möglichst viele Kooperationspartner vor Ort einzubinden um so niedrigschwellige Zugänge zu ermöglichen. Die Bestandsaufnahme dient als Grundlage für den Ausbau der internen Interventionsberichterstattung in diesem Handlungsfeld.

Ergänzt wird dies durch den Stadtplan Gesundheitsförderung, in dem in Kooperation u. a. mit dem Landessportbund und den Volkshochschulen Berlin eine Vielzahl bewegungsfördernder Angebote recherchiert werden können.

Settings der Bewegungsförderung im Alter

Sportvereine

Sportvereine bilden einen wichtigen Baustein in der Bewegungsförderung. In den vergangenen Jahren gewann neben dem traditionellen leistungs- und wettkampforientierten Sport zunehmend der Gesundheitssport an Bedeutung und damit einhergehend auch der Seniorensport. Gesundheitssport in Sportvereinen ermöglicht gezielte körperliche Aktivität und bietet somit Potenzial, evidenzbasierter Bewegung bei älteren Zielgruppen zu fördern (Tiemann 2012). Berliner Sportvereine bieten in den kommunalen Sportstätten mit Gymnastik, Schwimmen, Tanzen, Tischtennis, Wanderungen, (Nordic-)Walking, Lauffreunds und Bewegungsangeboten auf Aktivplätzen große Angebotsvielfalt. Durch Gruppenaktivitäten wird das soziale Miteinander gefördert, sodass Sportvereine nicht nur Bewegung, sondern auch soziale Teilhabe fördern (Sotzmann 2012). Derzeit wird bereits ein großer Anteil der älteren Menschen in Berlin erreicht. In Sportvereinen organisiert waren in 2012 etwa 59.000 Menschen im Alter von 50 - 60 Jahren, bei den über 60 Jährigen etwa 100.000. Dennoch besteht Potenzial, weitere Zielgruppen mit Seniorensport zu erreichen und den Sportverein in seiner Rolle als lokalen Akteur in der Bewegungsförderung bei Älteren zu stärken (ebd.).

Stadtteilzentren und Nachbarschaftshäuser

Stadtteilzentren und Nachbarschaftshäuser bieten Älteren niedrigschwellig und wohnortnah vielfältige Möglichkeiten für die Gestaltung ihres Alltages. Neben sozialen und kulturellen Angeboten, Tätigkeitsfeldern für ehrenamtliches Engagement und Beratungsangeboten spielen Sport, Bewegung und gesundheitliche Selbsthilfe eine zentrale Rolle. Mit Wander- und Tanzgruppen, Wassergymnastik über Osteoporosegruppen, Qi Gong, Pilates, Yoga, Wirbelsäulengymnastik, Spaziergangsgruppen bis hin zu Hüft-Rücken-Knie- und Gangschulen wird ein breites Spektrum körperlicher Aktivität abgedeckt. Die wachsende Nutzergruppe von älteren Menschen – insbesondere auch mit Migrationshintergrund – verdeutlicht, dass Nachbarschaftshäuser und Stadtteilzentren ein wichtiges Settings in der Bewegungsförderung im Alter darstellen. Bewegungsförderung im Alter ist in der Arbeit der Nachbarschaftshäuser und Stadtteilzentren stark an den Bedürfnissen der Älteren orientiert und wird unter der Mitwirkung der Nutzergruppen organisiert. Es gibt somit Angebot übergreifende und zielgruppenspezifische Angebote in Bezug auf beispielsweise Alter oder Geschlecht (Monteiro 2012).

Volkshochschulen

Rund 19 % der Teilnehmenden an den Angeboten der Berliner Volkshochschulen sind über 65 Jahre alt. Diese fördern Aktivität im Alter unter anderem durch Gymnastikkurse und Entspannungskurse wie Qi Gong, Hatha Yoga, Tai JiQuan, Rückentraining, Pilates, Nordic Walking und Herz-Kreislauf-Training. Nachgefragt werden sowohl altersgemischte Kurse sowie Kurse nur für Ältere. Zielgruppengerechte Gestaltung gelingt, indem viele Kurse speziell für Ältere aufgrund zeitlicher Präferenzen an Vor- oder Nachmittagen stattfinden und die Voraussetzungen und Möglichkeiten der Teilnehmenden eingebunden werden. Durch 12 Standorte mit je einer Volkshochschule pro Bezirk und Kursangeboten in den verschiedenen Stadtteilen wird dem Bedürfnis nach wohnortnahen Angeboten Rechnung getragen. Es bestehen zudem Kooperationen mit Krankenkassen. Fallen Angebote in den Bereich der Primärprävention bestehen Möglichkeiten für eine Übernahme der Kosten durch die Krankenkasse, sodass eine Teilnahme auch mit einem geringen finanziellen Aufwand möglich ist (Kortmann 2012).

Bewegungsförderliche Umweltgestaltung im Stadtteil

Ältere bevorzugen insbesondere Bewegung im Freien. Fast 28 % aller körperlichen Aktivitäten werden auf den Grün- und Erholungsflächen Berlins betrieben, während rd. 19 % auf den Straßen der Stadt stattfinden, d. h. fast die Hälfte aller Sport- und Bewegungsaktivitäten findet auf den Frei- und Verkehrsflächen in Berlin statt (Holm 2012).

Die Bedeutung einer bewegungsförderlichen Umwelt wird durch die Empfehlungen in der Toronto-Charta des Globalen Komitees für Bewegung (2010) unterstrichen. In dieser werden Potenziale von Bewegungsförderung im Verkehrswesen und in der Raumplanung sowie Stadtplanung benannt, beispielsweise in Zugängen zu Frei- und Grünflächen und infrastrukturelle Maßnahmen ausgerichtet auf den Fuß und Fahrradverkehr.

Die Gestaltung altersgerechter und bewegungsfreundlicher Quartiere ist insbesondere im Alter von Relevanz, da das nahe Wohnumfeld bei zunehmenden Mobilitätseinschränkungen zum zentralen Aufenthaltsort wird (Kümpers 2008). Im Wohnumfeld werden Besorgungen zu Fuß getätigt, wird spazieren gegangen oder mit den Enkeln der Spielplatz besucht. Dadurch wird nicht nur Alltagsbewegung gefördert, sondern selbständiges Leben und Teilhabe am sozialen, öffentlichen Leben möglich. Teilhabe am öffentlichen Leben im Quartier beeinflusst wesentlich die Lebenszufriedenheit und Selbstwirksamkeit (Wolter 2012). Im Alter spielen hierfür sichere und barrierearme Wege eine zentrale Rolle, insbesondere aber Orte für Ruhepausen wie Bänke und Sitzmöglichkeiten oder Toiletten.

Die gesundheitsförderliche Entwicklung der Lebenswelt Stadtteil bietet zudem einen diskriminierungsfreien Zugang zu Menschen in schwierigen Lebenssituationen, die von organisierten Bewegungsangeboten nicht erreicht werden, jedoch eine hohe Identifikation mit dem Stadtteil aufweisen. Bewegungs- und altersfreundliche Quartiere tragen somit dazu bei, Mobilität und Selbstständigkeit bis ins hohe Alter zu wahren und am öffentlichen Leben teilzuhaben. Durch ein soziales Miteinander wird gegenseitig Fürsorge übernommen oder Zugang zu Information gewonnen werden, wodurch ein möglichst langes Wohnen in den eigenen vier Wänden ermöglicht wird.

Im Rahmen von Stadtteilbegehungen oder Kiezspaziergängen gelingt in Berliner Bezirken – unter anderem in Tempelhof-Schöneberg und Moabit – bereits unter aktiver Beteiligung der älteren Bewohnerinnen und Bewohner ein gemeinsames Engagement im Stadtteil. Neben Bewegung geht es ebenso um eine gezielte Auseinandersetzung mit dem Stadtteil, um so Hemmschellen abzubauen, unbekannte soziale Einrichtungen aufzusuchen oder Bewegungsangebote im Quartier gemeinsam kennen zu lernen. Initiiert durch kommunale Verwaltung und Umsetzung mit Partnern im Stadtteil wird zudem ein Beitrag zur Vernetzung geleistet.

Kooperation und Vernetzung

Ältere Menschen zu regelmäßiger Bewegung zu motivieren bedarf der Berücksichtigung zielgruppenspezifischer Merkmale. Aufgrund heterogener Lebenslagen gibt es kein pauschales Rezept, jedoch Strategien, die sich bewährt haben. Dies gilt insbesondere für Kooperationen mit Partnern und sektorenübergreifende Zusammenarbeit.

Ein Beispiel, wie eine gelungene Zusammenarbeit zwischen Sportvereinen und Multiplikatoren aussehen kann bietet die **Kampagne „Berlin komm(t) auf die Beine“**, die eine gemeinsame Initiative des Landessportbundes Berlin, der Ärztekammer Berlin, der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und dem Berliner Sportärztebund darstellt. Ein Baustein ist das „Rezept für Bewegung“. Ärztinnen und Ärzte stellen ihren Patientinnen und Patienten ein Rezept aus, welches Empfehlung für eine Bewegungsform oder Belastungsart beinhaltet. Orientierung für die Auswahl des passenden Bewegungsangebotes bietet die Broschüre „Gesundheitssport“, in die sich Vereine mit qualitätsgesicherten Angebote verzeichnen und welche jährlich aktualisiert wird. Das entwickelte Siegel SPORT PRO GESUNDHEIT bietet die Grundlage. Insbesondere für die Bewegungsförderung im Alter liegt großes Potenzial in dem Rezept für Bewegung, um Zielgruppen zu erreichen. Für Ältere stellen Ärztinnen und Ärzte eine zentrale Ansprech- und Vertrauensperson dar und sind somit ein wichtiger Multiplikator. In die Kampagne involviert sind bereits etwa 1.600 Ärztinnen und Ärzte. Aufgrund ihres Erfolges wurde diese bereits durch den Deutschen Olympischen Sportbund, der

Bundesärztekammer und der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention auf Bundesebene übernommen (Wismach 2012).

Die AOK Nordost hat unter dem Motto „**Sicher- und Aktivsein im Alter**“ auf Basis eines evaluierten Programmes ein Konzept entwickelt, das Stürzen im Alltag gezielt vorbeugt. Kooperationspartner sind Seniorenbegegnungsstätten, Familien- und Nachbarschaftshäuser, Tagespflegen und Wohnungsbaugesellschaften. Mitarbeitende werden kostenlos geschult, um anschließend in Eigenregie ein Angebot zur Sturzprävention mit älteren Menschen durchzuführen. Auf diese Weise wird zum einen der wohnortnahe Zugang der Stadtteileinrichtung genutzt, zum anderen durch die Schulung Mitarbeitender in Nachhaltigkeit investiert, da das Angebot unabhängig von externen Fachkräften durchgeführt werden kann (Schubert 2012).

Ein weiteres Beispiel ist die gemeinsame Entwicklung eines kommunalen Gesundheitszieles in Treptow-Köpenick. In Folge der durch das Zentrum für Bewegungsförderung begleitete Good Practice-Werkstatt „**Bewegtes Alter(n) im Quartier**“ wurde in einem partizipativen Prozess ein neues Gesundheitsprozessziel ausgerichtet auf die Bewegung im Alter entwickelt. Unter dem Motto „**Treptow-Köpenick bewegt sich!**“ zielt es auf eine Steigerung der Transparenz über die Angebotslandschaft im Bezirk hinsichtlich Bewegungsangebote für Ältere. Ein mehr an Transparenz unterstützt lokale Akteure darin, Versorgungs- und Angebotslücken identifizieren und diesen entgegenwirken zu können (Schliemann 2012).

Instrumente der Qualitätsentwicklung und -sicherung

Good Practice-Werkstatt Quartier

Durch den Kooperationsverbund wurden unter der Federführung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zwölf Kriterien guter Praxis für die Gesundheitsförderung mit und für sozial Benachteiligte entwickelt. Auf diesen Kriterien baut die Werkstatt Quartier auf und bietet ein Qualifizierungsmodul, den Good Practice-Ansatz zur Qualitätsentwicklung in die Praxis zu übertragen und in die eigene Arbeit zu integrieren.

Das Zentrum für Bewegungsförderung Berlin hat die Werkstatt Quartier auf das Handlungsfeld der Bewegungsförderung im Alter übertragen. Mit dem Titel „**Bewegtes Alter(n) im Quartier**“ bietet die Werkstatt eine Plattform, gemeinsam die Qualität der eigenen Arbeit zu reflektieren und weiterzuentwickeln. Dies gelingt z. B. in einem moderierten Lernprozess der Teilnehmenden, der durch die Good Practice-Kriterien methodisch begleitet wird. Zum anderen bietet der gegenseitige Austausch über Methoden, Werkzeuge und Vorgehensweisen Möglichkeiten, anhand von Beispielen gelingender Praxis aus den Erfahrungen Anderer zu lernen. Durch eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit von Akteuren aus der kommunalen Verwaltung, Sport, Altenhilfe, Pflege, Seniorenarbeit, Stadtteileinrichtungen etc. trägt die Werkstatt folglich dazu bei, bezirkliche Strukturen transparenter zu gestalten und zu vernetzen. Dies ist notwendig, da ein institutionalisierter Zugang über klassische Settings wie etwa Schulen, KITAS oder Betrieb nicht gegeben ist.

Potenziale einer transparenten und vernetzten Angebotslandschaft liegen zum anderen darin, Sozialräume mit fehlenden Angebots- und Versorgungsstrukturen zu identifizieren und Lösungsstrategien zu ermitteln. Qualitätsentwicklung im Konzept der Werkstatt beinhaltet, das Verständnis für Konzepte soziallyagenbezogener Gesundheitsförderung zu stärken und diese für die Bewegungsförderung im Alter nutzbar zu machen, um den benannten Herausforderungen begegnen zu können.

Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT

Der Landessportbund Berlin und seine Fachverbände entwickelten in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin Kriterien für präventiv ausgerichteten Gesundheitssport. In Zusammenarbeit mit dem Deutschen Olympischen Sportbund und der Bundesärztekammer entstand das Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT, welches bundesweit Sportangebote zertifiziert.

Das Siegel ermöglicht Bürgerinnen und Bürgern sowie relevanten Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wie beispielsweise Ärztinnen und Ärzten Orientierung bei der Auswahl von passenden präventiven Bewegungsangeboten. Sportvereine unterstützt es darin, die Qualität ihrer Angebote nach außen sichtbar zu machen. Aktuell sind rd. 500 Bewegungsangebote der Berliner Sportvereine durch das Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT ausgezeichnet und in der Broschüre „Gesundheitssport“ des Landessportbundes zusammengefasst.

Das Siegel beinhaltet Anforderungen an die gesundheitliche Zielstellung des Angebotes, beispielsweise die Stärkung physischer oder psychosozialer Gesundheitsressourcen. Kriterien sind zudem ein zielgruppengerechtes Angebot, eine qualifizierte Leitung, Regelmäßigkeit und einheitliche Strukturen, ein präventiver Gesundheitscheck beim Arzt, ein begleitendes Qualitätsmanagement und Kooperationen mit Partnern. Das Siegel ist ein zentrales Element des Rezeptes für Bewegung im Rahmen der Kampagne „Berlin komm(t) auf die Beine“, da es Ärztinnen und Ärzte in der Empfehlung eines qualitätsgesicherten Bewegungsangebotes unterstützt.

Zwischenfazit

Das große Potenzial der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit von Sportvereinen, Stadtteileinrichtungen, Nachbarschaftshäuser, Mehrgenerationenhäuser, Kirchengemeinden, interkulturelle Zentren sowie kommunaler Verwaltung und weiterer Träger, beispielsweise Wohnungsbaugenossenschaften wurde verdeutlicht. Durch vernetztes Vorgehen und gemeinsame Aktivitäten können neue Wege der Zielerreichung gelingen sowie bestehende Angebots- und Versorgungslücken geschlossen werden. Einen strukturellen Rahmen können im Gesundheitszielprozess gemeinsame Programme oder Instrumente für Qualitätsentwicklung wie die Good Practice-Werkstatt „Bewegtes Alter(n) im Quartier“ geben. Damit könnte – unter Einbindung der Träger der Lebenswelten – eine bezirksübergreifende Unterstützung geleistet werden, niedrigschwellige und auf die Bedarfe von älteren Menschen in schwieriger sozialer und gesundheitlicher Lage abgestimmte Angebote auf- bzw. auszubauen.

5.4.4.6 Demenz – eine kommunale Herausforderung

Kommunen, Pflege- und Versorgungseinrichtungen stehen vor der Herausforderung, sich auf eine steigende Zahl Demenzerkrankter einzustellen. Die Deutsche Alzheimergesellschaft geht davon aus, dass sich die Zahl der Erkrankten bis zum Jahr 2050 in Deutschland von 1.4 Mio. auf etwa 3 Mio. Menschen mehr als verdoppelt. In den letzten Jahren haben sich bundesweit regionale Kooperationen und Netzwerke entwickelt, die sich für Menschen mit Demenz engagieren und lokale Unterstützungsstrukturen aufbauen. Anliegen dieser Zusammenschlüsse ist es unter anderem, die Öffentlichkeit über die Erkrankung zu informieren, durch bedarfsorientierte Zusammenarbeit von Professionellen die gesundheitliche Versorgung von Betroffenen zu verbessern oder auch Akteure in den Nachbarschaften zu sensibilisieren.

Auch in den Berliner Bezirken haben sich Initiativen und Netzwerke entwickelt, die Aktivitäten bündeln, Schnittstellen zwischen Nachbarschaft, Gesundheitsversorgung und Pflege besser miteinander verzahnen, Fachpersonal qualifizieren und die Öffentlichkeit stärker sensibilisieren. Einige Bezirke haben derzeit die Möglichkeit, im Rahmen des Bundesprojektes „Zukunftswerkstatt Demenz“ Aktivitäten und Netzwerke zu stärken. Entwickelt haben sich auch vielfältige und kreative Ansätze, die Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen soziale Teilhabe ermöglichen. Das Spektrum reicht von Kunst, Film und Fotografie hin zu Spaziergängen und Sportangeboten.

Gesundheitsziele auf Landesebene

Die Stärkung gesellschaftlicher Teilhabe von älteren Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen ist ein zentraler Bestandteil im Gesundheitszielprozess. Die Strategien und Umsetzungsschritte wurden, ausgehend von der 7. LGK 2010, in einem Fachaustausch mit den demenzfreundlichen Initiativen in den Bezirken

sowie Akteuren auf Landesebene (u. a. Landessenorenbeirat, bezirkliche Altenhilfekoordination, Alzheimer-Gesellschaft Berlin, Kompetenzzentrum Pflegeunterstützung, Gesetzliche Krankenversicherung, Ärztekammer Berlin) erarbeitet.

Die formulierten Strategien und Ziele berücksichtigen besonders die Teilhabe von an Demenz erkrankten älteren Menschen, deren Autonomie aufgrund fehlender familiärer oder sozialer Netzwerke und/oder geringer finanzieller Ressourcen besonderes gefährdet ist. Ein Schwerpunkt wird zudem auf die Gesundheitsförderung pflegender Angehöriger gelegt, um sozialen (z. B. berufliche Situation, Freizeitmöglichkeit, soziale Kontakte) und gesundheitlichen Benachteiligungen vorzubeugen. Dabei sollte besonders die Situation von demenziell erkrankten Migrantinnen und Migrantinnen und ihren Angehörigen in den Blick genommen werden.

Auf dieser Grundlage wurden Umsetzungsstrategien zur Stärkung der Teilhabe dementiell erkrankter älterer Menschen und ihrer Angehörigen formuliert:

- Das Wissen in der Bevölkerung über das Krankheitsbild Demenz fördern.
- Die Akzeptanz gegenüber an Demenz erkrankten Menschen fördern, um die soziale Teilhabe zu stärken.
- Transparenz und Zugang zu den Angeboten ist verbessert und pflegende Angehörige finden in den Bezirken ein breit aufgestelltes Hilfsangebot.
- Akteure auf Landesebene (z. B. Kammern, Krankenkassen, Unternehmen) werden in den Fachaustausch mit den bezirklichen Initiativen eingebunden, um Kooperationen auf der bezirklichen und lokalen Ebene zu fördern.
- Zentrale Akteure des öffentlichen Lebens im Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen schulen.
- Umsetzungskonzepte um an Demenz erkrankte Menschen in Akutkrankenhäusern (und Rehabilitationseinrichtungen) bedarfsgerecht zu versorgen.

Der Austausch zeigt, dass Strukturen und Ressourcen in den Bezirken sehr unterschiedlich sind. Die Bezirke formulieren nachdrücklich den Bedarf, zum Teil prekäre ehrenamtliche Strukturen auf eine nachhaltigere und hauptamtliche Basis zu stellen. Derzeit liegen die Unterschiede der Netzwerke vor allem darin, ob sie von professionellen Kräften oder vorwiegend ehrenamtlich geführt werden. Auch sind die Ziele der Netzwerke unterschiedlich. Schwerpunkte liegen sowohl auf einer Verbesserung der medizinischen Versorgung wie auch auf der sozialen Inklusion und Entlastung der Nutzer und Nutzerinnen.

Die im Rahmen der Gesundheitszielentwicklung gegründete Arbeitsgruppe der demenzfreundlichen Initiativen der Bezirke wurde verstetigt. Die Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung und die Alzheimer Gesellschaft Berlin fungieren gemeinsam als vermittelnde Stelle zwischen den Initiativen und den Mitgliedern und Mitgliederinnen der LGK, um den Fachaustausch der Initiativen zu unterstützen und die Ergebnisse in die LGK zu tragen und zu beraten.

Arbeitsfelder der fachlichen Arbeit, die an die AG „Gesundheit im Alter“ angebunden ist, sind:

- Verknüpfung mit der Gesundheitsberichterstattung (begleitendes Monitoring), um Datengrundlagen zum Thema Demenz zu generieren – denn dazu besteht ein hoher Bedarf.
- Abbildung der Angebote / Maßnahmen im Rahmen der Interventionsberichterstattung.
- Identifizierung, Vorstellung und Transfer guter Praxis (z. B. Schutzräume, Schulungskonzepte).
- Aufbau von Kooperationen und gemeinsamen Projekten zwischen den Initiativen sowie Akteuren auf Landesebene (z. B. Forschungsprojekt DemNet-D).
- Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeitsaktionen zur Darstellung der Aktivitäten und Sensibilisierung für das Thema.
- Fachaustausch, um die Vorgehensweisen, Qualität und Wirkungen transparent zu machen und einen Lernprozess zu initiieren.

Einstieg in Interventionsberichterstattung

Im Rahmen der AG wurde, orientiert an den Strategien und Zielen, begonnen die Umsetzungsmaßnahmen im Rahmen des Zielprozesses zu erfassen. Damit wird ein erster Überblick über die unterschiedlichen Strukturen und Maßnahmen erstellt. Auf Grundlage dieses Überblickes ist die Herausforderung, gemeinsame Erfolgsfaktoren der Aktivitäten zu identifizieren, um den Transfer wirksamer Maßnahmen zu ermöglichen.

Daraus können Erkenntnisse gewonnen werden, wie eine sozialräumliche Abbildung bezirklicher Netzwerke und den in ihre interagierenden Akteuren gelingen kann. Zudem liegen in den Bezirken bereits umfangreiche Daten zu Beratungsangeboten, Selbsthilfegruppen, medizinischen Angeboten, Fortbildungen oder Informationsveranstaltungen vor. Datenbanken wie der „Hilfe-Lotse“ der Berliner Pflegestützpunkte ermöglichen zusätzliche Transparenz über die Angebotslandschaft.

Großes Potenzial bilden Modellprojekte wie:

- Indika – gefördert durch den GKV-Spitzenverband im Rahmen des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI.
- „DemNet-D“ – eine interdisziplinäre Evaluationsstudie von Demenznetzwerken in Deutschland. An der Alice Salomon Hochschule (ASH) Berlin angesiedelt und wird mit einer Laufzeit von drei Jahren im Rahmen des „Programms Zukunftswerkstatt Demenz“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung durchgeführt.

Hier werden evidenzbasierte und praxisrelevante Erkenntnisse gewonnen, um wirksame Hilfestellungen für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen zu identifizieren und passgenaue Versorgung und Unterstützung in der Kommune sicherstellen zu können. Diese können im Rahmen der Weiterentwicklung dieses Handlungsfeldes genutzt werden.

Gesundheitsziele auf kommunaler Ebene

Im Bezirksamt Pankow fand am 21. November 2012 die 1. Gesundheits- und Pflegefachkonferenz Demenz statt. Ziel der Konferenz war, Ziele für den Bezirk miteinander zu verabreden.

Im Rahmen der Konferenz wurde die Gesundheits- und Pflegefachkonferenz Demenz als Standard im jährlichen Turnus verabschiedet. Dabei wurde auf Daten und Fakten zu den Inzidenzen und Prävalenzen in Pankow aufgebaut. Zudem wurden die Sozialräume identifiziert, in denen besonders viele Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen leben, um spezifische Maßnahmen und Angebote hier zuerst zu realisieren.

Insgesamt wurden **fünf Gesundheitsziele** für eine bessere regionale Versorgung und Beratung von Menschen mit Demenz miteinander abgestimmt:

1. Es soll Transparenz geschaffen werden über die Angebotsstrukturen und Initiativen in Berlin und die bestehende Vernetzung.
2. Den Angehörigen von Menschen mit Demenz stehen Beratungs- und Entlastungsangebote zur Verfügung.
3. Die Bürger und Bürgerinnen Pankows sind über das Krankheitsbild Demenz und die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen informiert.
4. Die Kompetenzen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheitsberufe im Umgang mit Demenzerkrankten sind gestärkt.
5. Die Prozesse der Diagnose und Behandlung der Demenz sind verbessert.

Mit der Zielfokussierung wurde gleichzeitig erfasst, wer in welchen Zielbereichen bereits Angebote macht.

Für den Zielprozess auf Landesebene ergeben sich hier wichtige Erkenntnisse, wie die gesamtstädtischen Ziele auf die bezirkliche Ebene übersetzt werden können.

Qualitätsentwicklung und Transfer guter Praxis

Evaluationsstudie DemNet-D

Die Evaluationsstudie „DemNet-D“ wird mit einer Laufzeit von drei Jahren im Rahmen des „Programms Zukunftswerkstatt Demenz“ durchgeführt (2012-2015) u. a. von der Alice-Salomon-Hochschule Berlin. Beteiligt sind zudem vier bezirkliche Netzwerke: Demenzfreundliche Kommune Lichtenberg, Demenzfreundlich! Treptow-Köpenick, Qualitätsverbund Netzwerk im Alter Pankow e.V. „Unsere Kommune ist demenzfreundlich“ Charlottenburg-Wilmersdorf sowie als fünftes Netzwerk in Brandenburg das Demenznetzwerk des Landkreises Teltow-Fläming.

Im Vergleich der teilnehmenden Demenznetzwerke sollen erfolgreiche Kriterien für eine passgenaue Versorgung identifiziert und folgenden Bereiche analysiert werden:

- Welche Angebote werden von den Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen genutzt?
- Wie gestaltet sich das Leben mit Demenz bzw. mit einem an Demenz erkrankten Menschen und in welchen unterschiedlichen Lebensbereichen ist weitere Unterstützung notwendig?
- Wie wirken sich unterschiedliche Arten der Netzwerke auf die Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen aus?
- Wie und warum arbeiten die Demenznetze erfolgreich?

In Berlin liegt der Fokus auf der Frage, wie sich unterschiedliche Arten der Netzwerke auf die Menschen mit Demenz auswirken. Dabei geht es primär um die Beschreibung der medizinischen, pflegerischen und sozialen Versorgungssituation der von einem Netzwerk betreuten Menschen mit Demenz sowie potentielle Veränderungen über einen längeren Zeitraum. Hierdurch werden Analysen und Aussagen ermöglicht, wie es vernetzten Versorgungsstrukturen gelingt, eine effiziente, an den Bedürfnissen der Betroffenen orientierte Versorgung anzubieten.

Die Perspektiven der Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen werden über umfangreiche Befragungen einbezogen. Dabei werden auch Faktoren wie der Bildungsstand oder die Einkommenssituation erfasst. Ohne das Wissen um Erfahrungen der direkt Betroffenen und ihrer Schilderung von unterstützenden oder hemmenden Faktoren in der alltäglichen Versorgungsrealität kann letztendlich das Ziel der Studie – nämlich eine direkt an den Bedürfnissen der Betroffenen orientierten Versorgung sicherzustellen – nicht gelingen.

Modellvorhaben INDIKA

INDIKA steht für INDIKationsspezifische regional koordinierte nachstationäre Langzeitversorgung von Menschen mit Schlaganfall und Menschen mit Demenz (MmS/D) nach Schlaganfall in Berlin Pankow (Laufzeit 2012-2015).

Das Vorhaben hat zum Ziel, nachstationär die pflegerische Versorgungs- und Beratungsqualität von Menschen mit Schlaganfall und Menschen mit Demenz nach Schlaganfall und ihrer Angehörigen regional, wohnortnah und qualitätsgesichert zu vernetzen und damit zu verbessern.

Wertvoll für den Zielprozess auf Landesebene sind dabei u. a. die gewonnen Erkenntnisse zur Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsstruktur auf Basis von indikationsspezifischen regionalen Gesundheitsdaten- und -zielen. Weitere Module des Projektes sind die Entwicklung eines regionalen Konzeptes zur vernetzten, koordinierten und qualitätsgesicherten transsektoralen Langzeitversorgung von MmS/D sowie die Vermeidung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit bei MmS/D und ihren Angehörigen und Steigerung der Autonomie. Dazu gehört die Schulung Betroffener und Angehöriger zur Gesundheitsförderung: Umgesetzt werden z. B. kostenfreie wohnortnahe Schulungsangebote zur Vermittlung von notwendigen Wissen / Fertigkeiten zur Krankheitsbewältigung, Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten und gesundheitsfördernden Maßnahmen im Sinne der Sekundärprävention.

Transfer guter Praxis zwischen den Bezirken

Schutzräume für Menschen mit Demenz“

Das Projekt „Schutzräume für Menschen mit Demenz“ wurde vom Gerontopsychiatrisch-Geriatriischer Verbund Charlottenburg-Wilmersdorf e.V. (GPV e.V.) entwickelt. Es ist Teil der Kampagne „Unsere Kommune ist demenzfreundlich. Charlottenburg-Wilmersdorf“, dessen Ziel u. a. die Aufklärung und Enttabuisierung der Krankheit Demenz ist.

Um die Versorgung zu optimieren, hat der Gerontopsychiatrische Verbund Charlottenburg-Wilmersdorf e.V. in Kooperation mit dem Bezirksamt und der Polizeidirektion 2 folgende innovative Lösung erarbeitet: Menschen, die im Bezirk orientierungslos angetroffen werden und offensichtlich an einer Demenz erkrankt sind, werden seit dem 1. Februar 2011 in einer stationären Pflegeeinrichtung in räumlicher Nähe zugeführt und dort adäquat versorgt, bis der Wohnort von der Polizei ermittelt ist.

Schutzräume dürfen nur Einrichtungen anbieten, die Mitglied im GPV e.V. sind und einen zweiseitigen Kriterienkatalog erfüllen. Diese Kriterien sind unter Beteiligung der Abteilung Soziales, Gesundheit, Umwelt und Verkehr erarbeitet worden.

Diese Erfahrungen dienen anderen Bezirken, das erprobte Modell ebenfalls umzusetzen. Schutzräume wurden folgend auch in den Bezirken Pankow und Spandau aufgebaut.

Beratungs- und Selbsthilfestrukturen

Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen nehmen eine wichtige Rolle zur psychosozialen Unterstützung und Vermittlung in Unterstützungsangebote ein. So können z. B. in der Initiierung und Begleitung von offenen Gruppen für Angehörige oder auch in Angehörigenschulungen Probleme artikuliert und gemeinsam gelöst werden und die Betroffenen finden psychosoziale Unterstützung. Sie bilden zudem einen wichtigen Baustein für den Zugang in das Hilfesystem. Selbsthilfekontaktstellen werden vom Land Berlin im Rahmen des Förderkonzepts Stadtteilzentren finanziell unterstützt. An diesen sind auch die 12 Berliner Kontaktstellen PflegeEngagement angesiedelt. Sie unterstützen Pflegebedürftige und deren Angehörige bei der Alltagsbewältigung (im Rahmen der Pflegeversicherung nach § 45 d SGB XI), z. B. durch die Vermittlung von Gruppen von pflegenden Angehörigen oder nachbarschaftlicher Hilfenetze.

Eine zentrale Rolle im Bereich der Selbsthilfe für dementiell erkrankte Menschen nimmt die Alzheimer-Gesellschaft Berlin e.V. ein. Sie klärt auf, informiert, schult und berät bezirksübergreifend. Ihre Angebote richten sich an pflegende Angehörige, (Früh-)Betroffene, Fachleute und Interessierte. Der Erhalt und der Ausbau dieser Angebote stellt einen zentralen Baustein dar, um Betroffene und ihre Angehörigen bedarfsgerecht zu unterstützen und sollten daher nachhaltig gesichert werden.

Zwischenfazit

Die Vernetzung der bezirklichen und landesweit agierenden Akteure hat zu einer Struktur- und Qualitätsentwicklung der Netzwerke beigetragen. Es gilt, im weiteren Prozess besonders die Ergebnisse der vorgestellten Modellmaßnahmen auszuwerten und in die weitere Planung einzubeziehen. Wichtig ist, Wege zu entwickeln, wie die Netzwerke in den Bezirken nachhaltig stabilisiert und der Transfer guter Praxis unterstützt wird. Es besteht ein großer Bedarf, die Rahmenbedingungen für die Arbeit der Netzwerke zu verbessern und dabei die unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen zu berücksichtigen. Dabei gilt es, die Beratungs- und Selbsthilfestrukturen in den Bezirken einzubeziehen.

5.4.5 Perspektiven für die sozialraumorientierte Prävention und Gesundheitsförderung

5.4.5.1 Perspektiven in den Zielprozessen

Die Schwerpunktlegung der Landesgesundheitskonferenz auf die Beschreibung von notwendigen qualitativen Anforderungen für sozialräumliche Strukturen und Prozesse bietet gute Möglichkeiten, diese Qualitätserfordernisse für weitere Akteure zugänglich zu machen. Erkenntnisse, die hier gemacht werden, eignen sich nicht nur als Bezugspunkt für den Erfahrungsaustausch zwischen den Akteuren der LGK. Vielmehr stärken sie die gesamtstädtische Fokussierung der Prävention und Gesundheitsförderung auf sozialräumliche Bedarfe. Dabei ist die Unterschiedlichkeit der Strukturen, Prozesse und Schwerpunktsetzungen in den Bezirken und Sozialräumen zu berücksichtigen.

Für den weiteren Prozess ist im Sinne einer stärkeren Handlungsorientierung wesentlich, dass der Transfer erfolgreicher Modelle zwischen den Bezirken und den Partnern im Stadtteil gelingt und bewährte Strukturen und Prozesse Eingang, z. B. in die bezirklichen Handlungskonzepte für ein gesundes Aufwachsen bzw. zur Altenhilfeplanung und der gemeinwesenorientierten Altenarbeit finden. Eine zentrale Herausforderung ist dabei, die notwendige Vernetzung und konkrete Zusammenarbeit verschiedener Ressorts und Fachebenen mit den lokalen Akteuren zu fördern und Qualitätsentwicklungsprozesse aufzugreifen und anzustoßen.

Die Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung und andere Fachstellen / Koordinierungsstellen, die durch die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales finanziert werden (z. B. Fachstelle für Suchtprävention, Fachstelle für pflegende Angehörige, Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit, Zentrum für Bewegungsförderung Berlin, SIGNAL) leisten einen wichtigen Beitrag zur Moderation, Koordination und fachlichen Unterstützung, indem sie u. a. fachliche und qualitätsorientierte Hinweise erstellen, Netzwerke aufbauen und begleiten, Kooperationen anstoßen und Maßnahmen koordinieren und initiieren sowie Fortbildungen anbieten, um die fachliche Orientierung zum Thema und die Handlungsorientierung der Akteure zu erleichtern.

Mit dem Zielprozess der Landesgesundheitskonferenz sind gute Möglichkeiten verbunden, systematisch Wissen, Erfahrungen und Handlungsmöglichkeiten in einem Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung zu entwickeln und zu sammeln, was ein großes Potenzial darstellt, auf die Herausforderungen steigender Kinder- und Altersarmut und ihrer gesundheitlichen Folgen zu reagieren.

5.4.5.2 Perspektive „Aktionsprogramm Gesundheit“

Mit einem „Aktionsprogramm Gesundheit“ sollen nun – wie in der Koalitionsvereinbarung 2011 verankert sowie durch einen Beschluss des Abgeordnetenhauses gefestigt (Abgeordnetenhaus von Berlin 2013) – die guten Entwicklungsprozesse verstetigt werden. Schwerpunkte sind dabei, die Qualität der Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin weiter zu erhöhen und das Angebot an entsprechenden Maßnahmen transparent so zu bündeln, dass es Anreize für unterschiedliche Partner bietet, sich mit ihren je eigenen Aktivitäten daran zu beteiligen.

Die Grundlage dafür bietet ein Monitoring, das präventive Angebote, lebensweltbezogene Interventionen und Qualitätsprozesse transparent macht. Die von der LGK initiierte interne Interventionsberichterstattung und der von der Senatsverwaltung für Gesundheit in Auftrag gegebene Stadtplan für Gesundheitsförderung werden dazu eine umfassende Datengrundlage liefern.

Auf dieser Grundlage können auch weitere Akteure für die Umsetzung der Gesundheitsziele gewonnen werden, denn die gesamtgesellschaftliche Verantwortungsübernahme für die Stärkung von Prävention

und Gesundheitsförderung ist nicht nur den gesetzlichen Krankenkassen zuzuweisen, sondern auch anderen Trägern, denen eine verpflichtende Mitwirkung, insbesondere durch angemessene finanzielle Beteiligung, zukommt.

Hier kann angeknüpft werden an die wichtigen Aktivitäten der LGK und der Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung in den Bereichen Gesundes Aufwachsen und Gesundes Altern, die oben ausführlich dargestellt wurden. Auch die zurzeit schon laufenden Vorhaben wie z. B. der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit, des Modellprojektes Präventionskette „Gesund aufwachsen in Marzahn-Hellersdorf“ oder „Rund um die Geburt“ in Friedrichshain-Kreuzberg im Rahmen von „Aktionsräume Plus“ bieten hier Orientierung. Solche Projekte und Maßnahmen zeigen, dass Kooperationen fruchtbare Synergieeffekte erzeugen und für die Bevölkerung ein mehr an Nutzen bringen. Hierbei ist es von Bedeutung, Transparenz über gute Ansätze im Aufbau von Präventionsketten entlang der Lebensphasen herzustellen, die die Lebenswirklichkeit der Menschen beachten.

Durch die Arbeit der LGK sind durch den erfolgten Einigungsprozess zur Schwerpunktsetzung zentrale Vorarbeiten erfolgt. Hierauf kann in einem Stufenplan aufgebaut werden.

5.5 Regionale vertragsärztliche Planung

5.5.1 Vertragsärztliche Versorgung und Bedarfsplanung

5.5.1.1 Sicherstellungsauftrag

Die Kassenärztlichen Vereinigungen auf Landesebene und die Kassenärztliche Bundesvereinigung sind nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) verpflichtet, die ambulante ärztliche Versorgung aller Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sicherzustellen. Sie haben den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Die vertragsärztliche Versorgung umfasst die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung. Im Land Berlin obliegt dieser sogenannte Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (KV Berlin).

5.5.1.2 Bedarfsplanungs-Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Ärztinnen, Zahnärzte und Zahnärztinnen, Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, Krankenhäuser und gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der GKV und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV übernommen werden. Die Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA beschreibt den bedarfsgerechten Versorgungsgrad für die verschiedenen Arztgruppen, indem sie jeweils Verhältniszahlen für die Arzt-Einwohner-Relation bestimmt und Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung vorgibt.

Mit dem [GKV-Versorgungsstrukturgesetz](#) hat der Gesetzgeber die Instrumente der Bedarfsplanung durch Änderungen im SGB V stärker flexibilisiert und regionalisiert. Hierdurch sollen die Voraussetzungen geschaffen werden, dass auch in Zukunft in ganz Deutschland eine flächendeckende, möglichst wohnortnahe und bedarfsgerechte medizinische Versorgung gewährleistet ist. Der G-BA hat auf dieser Grundlage zum 01.01.2013 eine Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie beschlossen. Wesentliche Punkte der Neufassung sind die Flexibilisierung der Bedarfsplanung zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten (§ 2), die Definition von Versorgungsebenen (§ 5), die Weiterentwicklung des Demografiefaktors (§ 9) sowie die Einbeziehung von Arztgruppen, die bisher nicht der Bedarfsplanung unterlagen (§ 14).

Als neue Grundstruktur der Bedarfsplanung definiert die Richtlinie vier Versorgungsebenen:

1. Hausärztliche Versorgung (u. a. Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung),
2. allgemeine fachärztliche Versorgung (u. a. Augenärztinnen und Augenärzte, Frauenärztinnen und Frauenärzte, Hautärztinnen und Hautärzte, HNO-Ärztinnen und HNO-Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinderärztinnen und Kinderärzte),
3. spezialisierte fachärztliche Versorgung (u. a. Anästhesistinnen und Anästhesisten, fachärztlich tätige Internistinnen und Internisten, Radiologinnen und Radiologen),
4. gesonderte fachärztliche Versorgung (u. a. Humangenetikerinnen und Humangenetiker, Laborärztinnen und Laborärzte, Pathologinnen und Pathologen, Strahlentherapeutinnen und Strahlentherapeuten).

Jeder Versorgungsebene sind bestimmte Arztgruppen (einschließlich der Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen), ein Planungsbereich (Mittelbereiche, Kreise bzw. kreisfreie Städte, Raumordnungsregion, KV-Gebiet) und Verhältniszahlen für die Versorgungsgradfeststellung zugeordnet. Die Festlegung der Versorgungsebenen macht deutlich, dass die Versorgung mit Hausärzten und Hausärztinnen möglichst wohnortnah erfolgen soll, während Fachärzte und Fachärztinnen mit zunehmendem Spezialisierungsgrad

in größeren Einzugsgebieten tätig sind. In Berlin sind allerdings die den vier Versorgungsebenen zugeordneten Raumordnungsebenen aufgrund des Stadtstaatenstatus identisch, so dass aufgrund dieser Vorschriften keine differenzierte Bedarfsplanung für die verschiedenen Versorgungsstufen vorgeschrieben ist. Jedoch ist gemäß §§ 11-13 der Bedarfsplanungs-Richtlinie eine abweichende Raumgliederung (z. B. Untergliederung in Stadtteile) für die Planung der hausärztlichen, allgemeinen fachärztlichen und spezialisierten fachärztlichen Versorgung explizit möglich.

Der demografischen Entwicklung und dem für die meisten Arztgruppen festzustellenden Mehrbedarf der älteren Bevölkerung an ärztlicher Versorgung wird in der Bedarfsplanungs-Richtlinie seit 2009 in Form eines Demografiefaktors Rechnung getragen. Mit der Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie wird die Anwendung des Demografiefaktors im gesamten Bundesgebiet für alle Arztgruppen mit Ausnahme der Kinderärzte und Kinderärztinnen, der Kinder- und Jugendpsychiater und -psychiaterinnen und der Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung verbindlich festgeschrieben.

Zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, z. B. bezüglich Demografie, Morbidität, sozioökonomischer Faktoren, räumlicher Faktoren oder infrastruktureller Besonderheiten, darf die Bedarfsplanung von den vorgegebenen Arzt-Einwohner-Relationen abweichen, wenn es für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist.

Der von der KV Berlin im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen in Berlin aufgestellte „Bedarfsplan 2013 für den Zulassungsbezirk Berlin“ setzt die bundesweiten Neuregelungen auf Landesebene um, macht jedoch noch keinen Gebrauch von den laut Bedarfsplanungs-Richtlinie möglichen Flexibilisierungen. Berlin ist danach weiterhin ein Planungsbereich. Die Planungsblätter zur Feststellung der Versorgungsgrade weisen für alle Arztgruppen Überversorgung auf, d. h. die lokale Arzt-Einwohner-Relation in Berlin übersteigt die in der Bedarfsplanungs-Richtlinie festgelegte allgemeine Arzt-Einwohner-Relation um mindestens 10 Prozent.

5.5.1.3 Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Berlin

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen steuert die vertragsärztlichen Niederlassungen: Bei Überversorgung ordnet er Zulassungsbeschränkungen an. Bei drohender oder bereits eingetretener Unterversorgung fasst er Beschlüsse, aufgrund derer Sicherstellungsmaßnahmen eingeleitet werden können. Am 06.02.2013 hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für alle Arztgruppen im Zulassungsbezirk Berlin Überversorgung festgestellt und Zulassungsbeschränkungen angeordnet. Die Beschlüsse des Landesausschusses sind für den Zulassungsausschuss verbindlich. Der Zulassungsausschuss entscheidet über Zulassungsanträge von Ärztinnen und Ärzten sowie über Nachbesetzungen frei gewordener Vertragsarztsitze. Aufgrund der festgestellten Überversorgung und der angeordneten Zulassungsbeschränkungen können in Berlin zurzeit grundsätzlich keine weiteren Zulassungen erteilt werden.

Auch bei angeordneten Zulassungsbeschränkungen hat der Zulassungsausschuss die Möglichkeit, Sonderbedarfszulassungen zu erteilen, wenn die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind. Sonderbedarfszulassungen können aufgrund eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs oder als qualifikationsbezogener Versorgungsbedarf erteilt werden.

5.5.2 Landesgremium nach § 90 a SGB V

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurde den Ländern mit § 90 a SGB V die Möglichkeit eröffnet, nach Maßgabe landesrechtlicher Bestimmungen ein gemeinsames Landesgremium zu bilden. Das Land Berlin hat mit dem „Gesetz zur Errichtung eines gemeinsamen Landesgremiums nach § 90 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eine entsprechende Rechtsgrundlage geschaffen. Das gemeinsame Landesgremium kann Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben. Beispielsweise stellt

die Notfallversorgung in der Stadt ein Thema für das Landesgremium dar. Diskutiert wird in diesem Bereich insbesondere die Schlaganfallversorgung, bei der die Verkürzung der Zeit bis zum Behandlungsbeginn als ein wichtiges Ziel angesehen wird. Der Einsatz des STEMO (Stroke-Einsatz-Mobil) im Rahmen eines Modellprojekts ermöglicht Diagnostik und Therapie schon während des Transports ins Krankenhaus. Dennoch entstehen Zeitverluste an den Schnittstellen, weshalb Bedarf für eine Optimierung des Zusammenspiels der Akteure gesehen wird.

Dem Gremium ist zudem Gelegenheit zu geben, zur Aufstellung und Anpassung der Bedarfspläne sowie zu den Entscheidungen des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, die gegebenenfalls Unter- bzw. Überversorgung feststellen, Stellung zu nehmen. Beteiligte des gemeinsamen Landesgremiums für das Land Berlin sind Vertreter oder Vertreterinnen der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung, der KV Berlin, der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen in Berlin, der Berliner Krankenhausgesellschaft, der Ärztekammer Berlin, der Psychotherapeutenkammer Berlin sowie sachkundige Personen zur Wahrnehmung von Patienteninteressen, der Landesarzt für Psychiatrie und der Landesbeauftragte für Menschen mit Behinderung. Weitere Beteiligte sind zu den Sitzungen hinzuzuziehen, soweit deren Belange berührt werden.

In der konstituierenden Sitzung am 08.03.2013 wurde eine Geschäftsordnung des gemeinsamen Landesgremiums für das Land Berlin beschlossen. Darüber hinaus hat das gemeinsame Landesgremium einen Beschluss gefasst, mit dem es

1. den aktuellen Bedarfsplan zur Kenntnis nimmt und
2. die KV Berlin, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen als Trägerorganisationen der Bedarfsplanung unter Einbeziehung der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales bittet, Vorstellungen zu unterbreiten, welche Daten, Modellparameter und Modelle zukünftig in der Bedarfsplanung für den KV-Bezirk Berlin berücksichtigt werden können.

Hintergrund dieses Beschlusses ist der zwischen den Beteiligten erkennbare Diskussionsbedarf über die aktuelle und künftige Bedarfsplanung für Berlin. Der Bedarfsplan 2013 für den Zulassungsbezirk Berlin wurde von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales aufsichtsrechtlich geprüft und im Ergebnis nicht beanstandet. Die Nichtbeanstandung erfolgte unter Berücksichtigung des Zeitdrucks, der durch die engen Fristvorgaben der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie für die Aufstellung des aktuellen Bedarfsplans entstanden war. Herr Senator Czaja hat die Nichtbeanstandung mit einigen Anmerkungen zum Verfahren und zu den Inhalten des Bedarfsplans verbunden. Die KV Berlin wurde darauf hingewiesen, dass die Verfahrensweise bei der Aufstellung des Bedarfsplans zukünftig im Interesse einer frühzeitigen Einbindung der zu Beteiligten verbessert werden sollte. Zudem wurde die politische Erwartung zum Ausdruck gebracht, dass im Jahr 2014 ein Bedarfsplan vorgelegt werden sollte, der sich mit den Möglichkeiten der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie auseinandersetzt, um dem Ziel einer ausgewogenen hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsstruktur innerhalb Berlins näher zu kommen.

Das gemeinsame Landesgremium hat daher mit dem Beschlusspunkt 2 eine Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung für Berlin eingesetzt. In der Arbeitsgruppe sollten Daten, Modellparameter und Modelle für eine regionalisierte Bedarfsplanung exploriert werden. Der Arbeitsgruppe gehören Vertreterinnen und Vertreter der Kassen, der KV Berlin und der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales an. Sie hat sich im Zeitraum von April bis September 2013 intensiv mit der Weiterentwicklung der Versorgungsplanung und -steuerung in Berlin befasst.

Ein zentraler Punkt, der in der Arbeitsgruppe kontrovers diskutiert wurde, war die Frage, ob neue Modelle für die Bedarfsplanung zum Tragen kommen sollen oder ob die erstellten Modelle dem Zulassungsausschuss als Entscheidungshilfe bei Anträgen zur Neubesetzung und Verlagerung von Praxissitzen zur Verfügung gestellt werden. Für die Aufnahme der Modelle in die Bedarfsplanung spricht die höhere Verbind-

lichkeit, da der Zulassungsausschuss als Gremium der Selbstverwaltung nicht an Empfehlungen der am Landesgremium Beteiligten gebunden ist. Dagegen spricht jedoch, dass es bei einer Umstellung auf bezirkliche Bedarfsplanung in einzelnen Berliner Bezirken sofort zu Neuzulassungen in den meisten Arztgruppen käme, ohne dass die in den übrigen Bezirken vorhandene Überversorgung reduziert würde. Ein wirksames Instrument zum Abbau von Überversorgung steht bislang nicht zur Verfügung. Über die Möglichkeit des Aufkaufs frei werdender Arztpraxen bestehen gegensätzliche Ansichten (PROGNOS AG 2011, Czihal et al. 2013). Dagegen werden jährlich zahlreiche Anträge auf Praxisumzüge gestellt, die vom Zulassungsausschuss zu entscheiden sind. Hier werden Steuerungsmöglichkeiten gesehen, indem Praxisverlegungen nur noch von besser versorgten in schlechter versorgte Regionen zugelassen werden. Daher einigte sich die Arbeitsgruppe darauf, die Modelle zunächst dem Zulassungsausschuss als Entscheidungsgrundlage zur Verfügung zu stellen und die Auswirkungen über einen Zeitraum von zwei Jahren zu beobachten und daraufhin zu beurteilen, ob diese Form der Versorgungssteuerung geeignet ist.

5.5.3 Regionalisierung der Versorgungsplanung und -steuerung für Berlin

Berlin ist als Stadtstaat mit knapp 3,4 Millionen Einwohnern und Einwohnerinnen derzeit die größte Planungsregion für die vertragsärztliche Versorgung in Deutschland. Seit 2003 ist der KV-Bezirk Berlin gemäß Bedarfsplanungs-Richtlinie eine einheitliche Planungsregion, vor 2003 wurde die Planung und Zulassung von Arztsitzen auf der Ebene der Berliner Verwaltungsbezirke vorgenommen.

Die regionalisierte Planung für Berlin wurde im Jahr 2003 aufgegeben, weil es in einem im bundesweiten Vergleich bereits hervorragend versorgten Gebiet zu immer weiteren Neuzulassungen kam. Dieses stete Anwachsen der Zahl niedergelassener Ärzte und Ärztinnen sollte durch die Zusammenlegung zu einer Planungsregion gestoppt werden. In der Folge zeichnete sich allerdings ab, dass die Abkehr von der regionalisierten Bedarfsplanung für Berlin zu einer Abwanderung von Ärzten und Ärztinnen aus sozial benachteiligten, ohnehin weniger gut versorgten Regionen in sozial besser situierte, bereits überversorgte Regionen führte (Kopetsch 2011).

Mit der Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie wurde – wie bereits in Abschnitt 5.5.1 erwähnt – die Möglichkeit eingeführt, die Bedarfsplanung für die hausärztliche, allgemeine und spezialisierte fachärztliche Versorgung „zum Zwecke einer homogenen und stabilen Versorgung“ in einer von den Vorgaben abweichenden Raumgliederung vorzunehmen.

Berlin lässt sich in einem hierarchischen räumlichen Bezugssystem in 12 Bezirke, 60 Prognoseräume, 138 Bezirksregionen und 447 Planungsräume untergliedern. Während die Bezirke mit einer durchschnittlichen Bevölkerungszahl von über 270.000 jeder für sich eine eigene Großstadt darstellen könnten, haben auf der untersten Ebene mehr als zwei Drittel der Planungsräume weniger als 10.000 Einwohner bzw. Einwohnerinnen und fast ein Drittel sogar weniger als 5.000 Einwohner bzw. Einwohnerinnen.

Bei der Frage, auf welcher regionalen Ebene die vertragsärztliche Versorgung geplant und gesteuert werden sollte, ist der Spezialisierungsgrad der jeweiligen Arztgruppe als ein wichtiger Gesichtspunkt zu berücksichtigen. Der Anspruch an eine wohnortnahe Versorgung ist für eine wenig spezialisierte Arztgruppe der Grundversorgung, wie sie Hausärztinnen und Hausärzte sowie Kinderärztinnen und Kinderärzte leisten, sicherlich höher zu bewerten als für eine hoch spezialisierte Arztgruppe wie z. B. Strahlentherapeuten und Strahlentherapeutinnen, die nur in seltenen Ausnahmefällen in Anspruch genommen werden muss. Weiterhin muss die Einwohner-Arzt-Relation in einem vernünftigen Verhältnis zueinander stehen. Konkret bedeutet dies, dass die Einwohnerzahl auf der für die Planung ausgewählten Raumebene mindestens ebenso groß sein muss wie die in der Bedarfsplanungs-Richtlinie ausgewiesene Soll-Verhältniszahl von Einwohnern pro Arzt.

Je kleinräumiger die Betrachtungs- und Planungsebene gewählt wird, desto größere Disparitäten treten zutage und müssen durch Planungs- und Steuerungsinstrumente ausgeglichen werden. Daher muss abgewogen werden zwischen dem Interesse einer möglichst flächendeckend wohnortnahen Versorgung und anderen Interessen und Gesichtspunkten wie beispielsweise dem Steuerungsaufwand oder der Niederlassungsfreiheit der Ärzte und Ärztinnen. Berücksichtigung in dem Abwägungsprozess sollten auch Aspekte der Erreichbarkeit (Mobilität der Patienten und Patientinnen, Verkehrsinfrastruktur) und Wirtschaftlichkeit (hinreichende Patientenzahlen, Neuzulassung von Arztsitzen zulasten anderer Regionen) finden.

Die Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung empfiehlt unter Berücksichtigung der genannten Aspekte eine Regionalisierung der Versorgungssteuerung auf Bezirksebene für alle Arztgruppen mit direktem Patientenkontakt. Dies sind neben den Arztgruppen der hausärztlichen, allgemeinen und spezialisierten fachärztlichen Versorgung auch einzelne Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung.

5.5.4 Berücksichtigung weiterer Parameter in der vertragsärztlichen Versorgungsplanung und -steuerung

Als weitere Parameter, die in die Bedarfsplanung zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten aufgenommen werden können, benennt die Bedarfsplanungs-Richtlinie unter anderem Demografie, Morbidität und sozioökonomische Faktoren. In der Arbeitsgruppe zum gemeinsamen Landesgremium besteht Einigkeit, dass der Demografiefaktor in der von der Bedarfsplanungs-Richtlinie vorgesehenen Form zur Anwendung kommt und Modifikationen für die spezifische Altersstruktur in Berlin nicht erforderlich sind.

5.5.4.1 Morbidität

Die Berücksichtigung von Parametern der Morbidität stellt sich als schwierig dar, weil es kaum möglich ist, ein Maß für die Morbidität der Bevölkerung in einer bestimmten Region zu gewinnen, das nicht vom Versorgungsangebot abhängig und somit zumindest teilweise angebotsinduziert ist (Mühlbacher & Wessels 2011). Wird Morbidität anhand von Diagnosedaten der Kassen oder der KV erfasst, darf dabei nicht übersehen werden, dass es sich um Abrechnungsdaten handelt, die die Inanspruchnahme vertragsärztlicher Versorgung abbilden. Inwieweit diese dem tatsächlichen Versorgungsbedarf entspricht, lässt sich nicht klären (Ozegowski & Sundmacher 2012). Zudem bestehen Zweifel an der Kodierqualität und im Zusammenhang damit der Validität der Abrechnungsdiagnosen (Brenner et al. 2007, Erler et al. 2009, Giersiepen et al. 2007, Zimmermann et al. 2012).

Für eine Berücksichtigung von Morbiditätsdaten im Sinne eines Nachfrageindikators spricht sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung aus (Kopetsch 2011). Auch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) plädiert dafür, die Morbidität in Form des abgerechneten Leistungsbedarfs bei der Versorgungsplanung zu berücksichtigen (von Stillfried & Czihal 2011). Auf die Schwierigkeiten bei der Definition des Bedarfs und damit einer bedarfsgerechten Versorgung weisen Mühlbacher & Wessels (2011) hin, sprechen sich aber dennoch für eine morbiditätsorientierte Bedarfsplanung aus, indem die erbrachten Leistungen der Vorjahre einen Orientierungswert für die prognostizierte Inanspruchnahme bilden.

Nicht übersehen werden darf jedoch, dass Diagnosedaten von Kassen und KV die abgerechnete Morbidität abbilden, die aus der Inanspruchnahme vertragsärztlicher Versorgung resultiert. Inwieweit diese dem tatsächlichen Versorgungsbedarf entspricht, lässt sich nicht klären (Ozegowski & Sundmacher 2012). Zudem bestehen Zweifel an der Kodierqualität und im Zusammenhang damit der Validität der Abrechnungsdiagnosen (Brenner et al. 2007, Erler et al. 2009, Giersiepen et al. 2007, Zimmermann et al. 2012).

5.5.4.2 Sozioökonomische Faktoren

Die Einbeziehung sozioökonomischer Aspekte in die vertragsärztliche Bedarfsplanung erscheint geboten, da Zusammenhänge von sozialer Lage und Gesundheit vielfältig empirisch belegt sind. Für viele Zielgrößen im Gesundheitsbereich lässt sich ein sozialer Gradient feststellen, wonach Menschen in schwierigerer sozialer Lage häufiger und schwerer krank sind (Department of Health and Social Security 1980, Mielck 2000), eine geringere Lebenserwartung und eine höhere vermeidbare und vorzeitige Sterblichkeit aufweisen (Smith et al. 1990). Über die gesamte Lebensspanne unterliegt die Mortalität einem sozialen Gradienten (Marmot 2005). Aber auch die Krankheitsbelastung steigt mit abnehmendem Einkommen und geringerer Bildung (Lampert et al. 2013, Marmot 2005, Smith et al. 1990). Verantwortlich dafür sind hauptsächlich nicht-übertragbare Krankheiten wie kardiovaskuläre Erkrankungen, Krebs, Stoffwechselerkrankungen einschließlich Diabetes sowie Unfälle und Gewalt (Marmot 2005). Diese werden wiederum wesentlich durch lebensstilassoziierte Risikofaktoren wie Übergewicht, Rauchen, Alkoholkonsum und ungesunde Ernährung beeinflusst (Marmot 2005). Darüber hinaus haben chronische Erkrankungen bei Berufstätigen mit geringerem sozialen Status häufiger eine Erwerbsunfähigkeit zur Folge (Smith et al. 1990). Auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität weist einen deutlichen sozialen Gradienten auf (Smith et al. 1990, Ellert & Kurth 2013). Aus diesen Gründen wird ein für alle Bevölkerungsgruppen gleich guter Zugang zu gesundheitlichen Präventions- und Versorgungsangeboten und eine bessere Gesundheitsversorgung für sozial Benachteiligte gefordert (WHO Europe 2003), zumal die gesundheitlichen Ungleichheiten in vielen europäischen Ländern eher zugenommen haben (Mackenbach 2006). In der Versorgungsrealität lässt sich beobachten, dass die Versorgungssituation oft für Bevölkerungsgruppen mit höherem sozioökonomischen Status günstiger ist als für Personen mit niedrigerem sozioökonomischen Status. Diesen Sachverhalt beschrieb zuerst Hart (1971) unter dem Titel „The inverse care law“.

Weniger eindeutig ist die Befundlage zur Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung. Zwar nehmen weniger gebildete Bevölkerungsgruppen hausärztliche Versorgung häufiger in Anspruch als gebildetere, jedoch ist die Inanspruchnahme gemessen an ihrer höheren Morbidität noch unterproportional (Department of Health and Social Security 1980). Studien in Deutschland kommen zu dem Schluss, dass zumindest Hausärzte sowie Hausärztinnen von den unteren Sozialstatusgruppen häufiger in Anspruch genommen werden als von der oberen Statusgruppe (Lampert & Kroll 2010, Mielck 2000).

5.5.4.3 Empirische Befunde zu (abgerechneter) Morbidität und Sozialstruktur

In eigenen Auswertungen zeigt sich auf sozialräumlicher Ebene ein hoher Zusammenhang zwischen abgerechneter Morbidität (KV-Daten 2007) und sozialer Belastung (Sozialindex I 2008) (Meinlschmidt 2011a). Im Zuge der Arbeiten in der Arbeitsgruppe Bedarfsplanung zum § 90 a-Landesgremium wurde zunächst für die Gruppe der Hausärzte und Hausärztinnen geprüft, wie sich der Zusammenhang von abgerechneter Morbidität und Sozialstruktur darstellt, um eine Entscheidungsgrundlage für eine eventuelle Aufnahme sozialstruktureller Merkmale in die zukünftige Bedarfsplanung für Berlin zu haben. Zur Quantifizierung der Morbidität wurden die Diagnosen der Hausärzte und Hausärztinnen den Krankheitsgruppen gemäß BA-Grouper zugeordnet und die zehn relevantesten Krankheitsgruppen ausgewählt. Die Fallzahlen für diese zehn Krankheitsgruppen im ersten Quartal 2012 wurden von der KV Berlin nach Bezirken und Altersjahrgängen differenziert für die Berechnungen zur Verfügung gestellt. Tabelle 5.9 zeigt die berücksichtigten Krankheitsgruppen und die Fallzahlen der Hausärzte und Hausärztinnen in diesen Krankheitsgruppen im ersten Quartal 2012 für Berlin insgesamt.

Die Fallzahlen wurden indirekt altersstandardisiert (Berliner Bevölkerung als Referenz) zur Berechnung bezirksweise standardisierter Morbiditätsratios (SMRs). Diese geben an, ob die Fallzahlen in einem Bezirk bei vergleichbarer Altersstruktur der Bevölkerung unter dem Berliner Durchschnitt liegen ($SMR < 1$) oder über dem Berliner Durchschnitt liegen ($SMR > 1$).

Tabelle 5.9:
Berücksichtigte Krankheitsgruppen und Fallzahlen (I. Quartal 2012)

Krankheitsgruppe	Bezeichnung	Fallzahl Berlin gesamt
TCC006	Infektionskrankheiten geringeren Schweregrades (z. B. Diphtherie, Keuchhusten, Röteln, infektiöse Darmkrankheiten, Mandelentzündung)	278.775
RCC018	Blutgefäß-Krankheiten (z. B. Arteriosklerose, Thrombose, Embolie, Aneurysma)	321.587
TCC024	Bestimmte endokrine, metabolische und Ernährungsstörungen (z. B. Krankheiten der Schilddrüse, Vitaminmangelzustände, Adipositas)	1.774.476
TCC036	Gastrointestinale Erkrankungen geringeren Schweregrades (z. B. Entzündungen der Magen- und Darmschleimhaut, Hämorrhoiden, Krankheiten der Speiseröhre)	958.321
TCC040	Cox- oder Gonarthrose	155.554
TCC076	Radikulopathien, andere neurologische Erkrankungen und Folgen von Verletzungen des Nervensystems	22.802
TCC091	Essentielle Hypertonie	733.844
TCC115	Akute Bronchitis, Grippe	143.731
TCC166	Schwere Symptome, Abnorme Befunde	25.416
TCC167	Schwindel, Unwohlsein und andere Allgemeinsymptome	5.933

(Datenquelle: KV / Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Da die verschiedenen Krankheiten einen unterschiedlich hohen Versorgungsaufwand mit sich bringen, der in der Bedarfsplanung zu berücksichtigen ist, sollten die zehn Krankheitsgruppen mit dem durch sie verursachten Behandlungsaufwand gewichtet werden, bevor sie zu einem Morbiditätsindex aggregiert werden. Hierfür kommen zwei Gewichtungparameter in Frage: der im Durchschnitt für Patienten und Patientinnen dieser Krankheitsgruppe abgerechnete Punktwert (Leistungsbedarf) und der mit dieser Krankheitsgruppe statistisch verbundene Kostenfaktor (relativer Risikoscore) (von Stillfried & Czihal 2011). Beide Gewichtungparameter weisen einen relativ hohen Zusammenhang ($r = 0,78$) auf, sind jedoch nicht identisch. Da nicht aufgrund von Vorerfahrungen über die Eignung dieser beiden Gewichtungparameter entschieden werden konnte, kamen beide alternativ zur Anwendung.

Für jeden Bezirk wurde also ein Morbiditätsindex in zwei Varianten berechnet, indem die SMRs einmal mit dem Leistungsbedarf gewichtet und einmal mit dem relativen Risikoscore gewichtet aufsummiert wurden. Die so errechneten Morbiditätsindizes stehen als Indikator für die von Hausärztinnen und Hausärzten zu behandelnde Gesamt-Krankheitsbelastung.

Die Morbiditätsindizes wurden mit dem Sozialindex I 2013 auf Bezirksebene korreliert, wofür dieser zur besseren Interpretation vorab umgepolt wurde (hohe Werte entsprechen hoher sozialer Belastung). Mit dem (umgepolten) Sozialindex I 2013 korrelieren beide Morbiditätsindizes zu $r = 0,89$. Das heißt, eine hohe soziale Belastung geht mit einer überdurchschnittlichen altersstandardisierten Morbiditätsratio einher und umgekehrt. Die Korrelationen unterscheiden sich nicht für die beiden alternativen Varianten des Morbiditätsindex. Diese können demnach in diesem Zusammenhang äquivalent verwendet werden.

Die sehr hohe Korrelation zwischen abgerechneter Morbidität und Sozialindex I 2013 lässt sich dahingehend interpretieren, dass eine Berücksichtigung des Sozialindex in der vertragsärztlichen Bedarfsplanung angeraten erscheint, da der in einem Bezirk zu erwartende Behandlungsaufwand in Abhängigkeit von der Sozialstruktur im Bezirk variiert. Die Höhe der Korrelation überrascht nicht so sehr, wenn man bedenkt, dass der Sozialindex I bereits Gesundheitsdaten (wie beispielsweise Lebenserwartung, vorzeitige Sterblichkeit, Neuerkrankungsrate an bösartigen Neubildungen) einbezieht.

5.5.4.4 Modell zur Berücksichtigung der Sozialstruktur in der ärztlichen Bedarfsplanung

Die Arbeitsgruppe des gemeinsamen Landesgremiums hat sich darauf verständigt, zunächst für die Haus- und Kinderärzte sowie -ärztinnen ein sozialindikatives Modell zur Berechnung von Soll-Ärztzahlen auf Bezirksebene aufzustellen. In dem Modell werden die bezirkliche Bevölkerungszahl, der bezirkliche Demografiefaktor gemäß § 9 Bedarfsplanungs-Richtlinie (für die hausärztliche Versorgung) und der bezirkliche Sozialindex I 2013 zur Berechnungsgrundlage. Die Soll-Zahl an Hausärztinnen bzw. Hausärzten für jeden Bezirk wird ermittelt, indem die allgemeine Verhältniszahl (Einwohner pro Arzt) mit dem Mittelwert aus bezirklichem Demografiefaktor und dem bezirklichen Sozialindex I 2013 multipliziert wird (Tabelle 5.10). Zuvor wurde der Sozialindex I 2013 so transformiert, dass Werte > 1 eine unterdurchschnittliche soziale Belastung abbilden und Werte < 1 eine überdurchschnittliche soziale Belastung und sich insgesamt durch die Berücksichtigung des Sozialindex eine Spreizung um maximal +/- 10 % (Wertebereich 0,90 bis 1,10) ergibt. Für Kinderärzte und Kinderärztinnen kommt der Demografiefaktor nicht zur Anwendung, deswegen wird die allgemeine Verhältniszahl lediglich mit dem bezirklichen Sozialindex multipliziert, um die Soll-Zahl an Kinderärzten bzw. Kinderärztinnen zu berechnen.

Ausgewiesen werden die Soll-Ärztzahl für Berlin gesamt und pro Bezirk und der errechnete Versorgungsgrad. Aus Tabelle 5.10 lässt sich ablesen, dass Berlin insgesamt mit Hausärzten und Hausärztinnen überversorgt ist. Der gemäß dem sozialindikativen Modell berechnete Versorgungsgrad variiert über die Bezirke zwischen 95,9 % in Treptow-Köpenick und 170,7 % in Charlottenburg-Wilmersdorf. Während neun der zwölf Bezirke zu viele Hausarztstühle haben, praktizieren in den drei Bezirken Treptow-Köpenick, Lichtenberg und Neukölln unter Berücksichtigung der Bevölkerungszahl, des Demografiefaktors und des Sozialindex zu wenige Hausärzte bzw. Hausärztinnen.

Bei den Kinderärztinnen und Kinderärzten schwankt der unter Berücksichtigung des Sozialindex I 2013 berechnete Versorgungsgrad zwischen 100,1 % in Neukölln und 212,6 % in Steglitz-Zehlendorf, für ganz Berlin beträgt er 146,4 %.

Tabelle 5.10:

Modellrechnung unter Berücksichtigung von Demografiefaktor und Sozialindex I 2013 für Hausärzte

	Bevölkerung	Arztzahl ist	Demografiefaktor	Sozialindex I 2013	(Dem. + SI)/2	AVZ modifiziert	Arztzahl soll	Versorgungsgrad
Berlin	3.375.222	2.395,45	1,0186	1,0000	1,0093	1,687	2.001,3	119,7%
Mitte	329.969	248,25	1,0905	0,9295	1,0100	1,688	195,5	127,0%
Friedrichshain-Kreuzberg	259.483	188,80	1,1448	0,9676	1,0562	1,765	147,0	128,4%
Pankow	364.794	245,00	1,0678	1,0742	1,0710	1,790	203,8	120,2%
Charlottenburg-Wilmersdorf	298.567	297,30	0,9770	1,0753	1,0261	1,715	174,1	170,7%
Spandau	218.935	147,60	0,9752	0,9501	0,9626	1,609	136,1	108,4%
Steglitz-Zehlendorf	281.604	200,15	0,9493	1,1000	1,0247	1,712	164,5	121,7%
Tempelhof-Schöneberg	320.917	265,25	1,0024	1,0343	1,0184	1,702	188,6	140,7%
Neukölln	308.342	187,80	1,0403	0,9068	0,9735	1,627	189,5	99,1%
Treptow-Köpenick	242.000	138,75	0,9618	1,0397	1,0007	1,672	144,7	95,9%
Marzahn-Hellersdorf	248.786	162,55	1,0485	0,9628	1,0057	1,680	148,0	109,8%
Lichtenberg	258.586	151,75	1,0034	0,9824	0,9929	1,659	155,9	97,4%
Reinickendorf	243.239	162,25	0,9613	0,9774	0,9694	1,620	150,2	108,0%

(Datenquelle: Afs Berlin-Brandenburg; KV; SenGesSoz Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Für weitere Arztgruppen ist noch zu prüfen, ob eine Berücksichtigung des Sozialindex in der Versorgungsplanung und -steuerung gerechtfertigt erscheint. Dazu sollen für die Arztgruppen der allgemeinen und der spezialisierten fachärztlichen Versorgung Zusammenhänge auf Sozialraumebene zwischen der arztgruppenspezifischen Morbidität und der Sozialstruktur analysiert werden. Alternativ könnte ein arztgruppenspezifischer Morbiditätsindex als ein Indikator des Versorgungsbedarfs in das Planungsmodell aufgenommen werden.

5.5.5 Ausblick und nächste Schritte

In einem Letter of Intent (LOI) haben die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen und die KV Berlin als Beteiligte der Arbeitsgruppe Bedarfsplanung zum § 90 a-Landesgremium die wesentlichen Punkte zur regionalisierten und sozialindikativen Steuerung der vertragsärztlichen Versorgung zusammengefasst und die angestrebte Verfahrensweise im Zulassungsausschuss sowie das begleitende Monitoring skizziert. Dieser LOI wurde dem gemeinsamen Landesgremium zu seiner zweiten Sitzung am 9. Oktober 2013 zur Beschlussfassung vorgelegt. In der Sitzung des Landesgremiums wurden die Vorschläge von der Arbeitsgruppe erläutert und mit den weiteren Beteiligten diskutiert. Im Resultat hat das Landesgremium dem LOI einstimmig zugestimmt.

Die zentralen Verfahrensvorschläge des LOI sind Folgende:

- Für alle Arztgruppen mit direktem Patientenkontakt¹ werden auf Bezirksebene regionalisiert die Versorgungsgrade berechnet.
- Dabei wird für die Arztgruppen, bei denen dies gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie vorgesehen ist,² der Demografiefaktor berücksichtigt.
- Bei den Hausärzten bzw. Hausärztinnen und den Kinderärzten sowie Kinderärztinnen wird zusätzlich der Sozialindex I berücksichtigt.
- Die Tabellen mit den errechneten Versorgungsgraden werden dem Zulassungsausschuss zur Verfügung gestellt mit der Empfehlung, Anträgen auf Verlegung des Praxissitzes nur von Bezirken mit höherem Versorgungsgrad in Bezirke mit niedrigerem Versorgungsgrad stattzugeben.

Die Auswirkungen dieser Form der Versorgungssteuerung durch den Zulassungsausschuss auf die Ärzteverteilung in der Stadt sollen einem Monitoring durch die Beteiligten am Landesgremium unterliegen. Hierzu erstellt die Arbeitsgruppe im August / September 2014 einen Zwischenbericht und ein Jahr darauf einen Abschlussbericht. Sollte sich eine Entwicklung in Richtung auf das Ziel einer gleichmäßigeren und bedarfsgerechteren Verteilung der Haus- und Fachärzte bzw. -ärztinnen über das Stadtgebiet nicht abzeichnen, wird die Arbeitsgruppe Empfehlungen aussprechen, zu denen auch die Umstellung der Bedarfsplanung für Berlin auf die Ebene der 12 Bezirke gehören könnte.

Zudem wird in den kommenden Monaten geprüft, ob das beschriebene sozialindikative Modell auf Bezirksebene für weitere Arztgruppen empfohlen werden kann. Dazu werden für die jeweils in Betracht kommenden Arztgruppen Berechnungen zum Zusammenhang von Versorgungsbedarf (erfasst über die abgerechnete Morbidität) und Sozialindex I bzw. ggf. einzelnen Indikatoren oder weiteren Indizes der Sozialstruktur vorgenommen und anhand der Ergebnisse Empfehlungen abgegeben, die im Herbst 2014 dem gemeinsamen Landesgremium vorgestellt werden sollen.

¹ Hausärzte/innen, Kinderärzte/innen, Augenärzte/innen, Chirurgen/innen, Frauenärzte/innen, Hautärzte/innen, HNO-Ärzte/innen, Nervenärzte/innen, Orthopäden/innen, Psychotherapeuten/innen, Urologen/innen, Fachinternisten/innen, Kinder- und Jugendpsychiater/innen, Radiologen/innen, Neurochirurgen/innen, Nuklearmediziner/innen, Physikalische- und Rehabilitations-Mediziner/innen und Strahlentherapeuten/innen.

² Hausärzte/innen, Augenärzte/innen, Chirurgen/innen, Frauenärzte/innen, Hautärzte/innen, HNO-Ärzte/innen, Nervenärzte/innen, Orthopäden/innen, Psychotherapeuten/innen, Urologen/innen, Fachinternisten/innen, Radiologen/innen.

5.6 Sozialindikative Planung im Bereich Psychiatrie

5.6.1 Einführung

Wie in keinem anderen medizinischen Fachgebiet verbindet sich im psychiatrischen Versorgungssystem ärztliche und therapeutische Verantwortung mit gesellschaftlichen und sozialen Komponenten. Wie eine Gesellschaft mit ihren psychisch erkrankten Mitbürgern und Mitbürgerinnen umgeht ist ein wichtiger Indikator für ihren inneren Zustand.

Die allgemeinen Leitlinien der Psychiatriereform beinhalten das Bekenntnis zur gemeindenahen Versorgung, zur Auflösung der Langzeitbereiche und Großkliniken, zur Gleichstellung der psychisch kranken mit somatisch kranken Menschen, zur Sektorisierung und Pflichtversorgung sowie zum Grundsatz „ambulant vor teilstationär vor stationär“.

Bei den Ressourcenplanungen, wie z. B. der Krankenhausplanung, spielt die Sozialstruktur der jeweiligen Planungsräume sowie ihre perspektivische Entwicklung eine wichtige Rolle. Durch die Berücksichtigung der Sozialstruktur in der Planung wird der Tatsache Rechnung getragen, dass verschiedene psychische Erkrankungen durch Einflüsse des sozialen Umfelds beeinflusst werden können. Konkret bedeutet dies, dass Planungsräume, in denen eine eher schwache Sozialstruktur vorzufinden ist, mehr Leistungsmöglichkeiten erhalten als Regionen mit einer überdurchschnittlich guten Sozialstruktur.

Grundlage für die Umsetzung der Reformen im Land Berlin war und ist das Psychiatrieentwicklungsprogramm (PEP), aus dem Jahre 1997. Dieses setzte den Rahmen mit seinen Empfehlungen für eine strukturierte quantitative und qualitative Entwicklung der psychiatrischen Versorgung. Geltendes Prinzip ist die regionalisierte Pflichtversorgung, durch die die psychiatrische Versorgung auf der Ebene der Bezirke sichergestellt und alle wichtigen Versorgungsstrukturen in jedem Bezirk vorgehalten werden.

Zu Beginn der hiesigen Psychiatriereform konnten Leistungen der Wohnbetreuung und der tagesstrukturierenden Angebote nur wenige hundert Menschen in Anspruch nehmen. Heute erhalten jährlich über 6.000 Menschen diese Leistungen der Eingliederungshilfe.

Gleichzeitig erhöhte sich das finanzielle Engagement des Landes von wenigen Millionen D-Mark auf inzwischen deutlich über 100 Millionen Euro.

Das Land Berlin hat gemeinsam mit den Krankenhausträgern in den Neu- und Ausbau bezirklicher klinischer Abteilungen mehrere 100 Millionen Euro investiert.

Diese gute Versorgungsstruktur zu sichern und weiter zu entwickeln, vor dem Hintergrund angespannter ökonomischer Bedingungen, ist eine Herausforderung sowohl für heute als auch für die Zukunft. Diese Herausforderungen anzugehen ist von besonderer Bedeutung, da die Relevanz psychischer Erkrankungen in Deutschland zunimmt.

Wissenschaftliche Studien und die Daten der Krankenkassen belegen eindeutig:

- Psychische Störungen kommen weitaus häufiger vor und sind weiter verbreitet, als angenommen.
- Ca. 30 % der Bevölkerung werden im Laufe eines Jahres an einer psychischen Störung erkranken und ca. 40 % der Bevölkerung werden im Laufe ihres Lebens an einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung leiden (Wittchen et al. 2003).

Die am weitesten verbreiteten Störungen bzw. Erkrankungen in Deutschland und Europa sind Angststörungen, Depressionen und Suchterkrankungen. Nach Schätzungen der Europäischen Union leiden 9 % der erwachsenen Europäer und 17 % der erwachsenen Europäerinnen in den westlichen und südlichen EU-Staaten an Depressionen. Es wird damit gerechnet, dass bis zum Jahr 2020 Depressionen in den Industrie-

staaten die zweithäufigsten Erkrankungen sein werden. Die besondere Brisanz wird vor dem Hintergrund deutlich, dass 90 % der Selbsttötungen im Zusammenhang mit psychischen Problemen insbesondere der Depression stehen (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2012).

Die epidemiologischen Daten verweisen auf die volkswirtschaftliche Dimension psychischer Erkrankungen. Nach Angaben der EU belaufen sich beispielsweise die aufgrund psychischer Erkrankungen verursachten gesellschaftlichen Kosten auf ca. 3 bis 4 % des Bruttoinlandprodukts der europäischen Mitgliedsstaaten. Psychische Störungen und Erkrankungen zählen in der Europäischen Gemeinschaft zu den Hauptursachen für Frühverrentung und verminderte Erwerbsfähigkeit (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2012).

Psychische Störungen und Erkrankungen sind häufig und sie verlaufen zumeist folgeschwer, mit Auswirkungen auf alle Lebensbereiche. Ihre Relevanz für die gesundheitliche und soziale Stabilität der Gesellschaft ist erheblich. Psychisch erkrankte Menschen haben ein Recht auf Behandlung, Betreuung, Beratung und Unterstützung. Um dies zu ermöglichen, ist insbesondere auch staatliches Handeln gefordert. Dabei gilt es die vorhandenen Ressourcen möglichst bedarfsgerecht einzusetzen. So wird der Sozialstrukturindex bei der bezirklichen Zuweisung der Haushaltsmittel für die Finanzierung der Kontakt- und Beratungsstellen Psychiatrie, der Alkohol- und Medikamentenberatungsstellen sowie der Zuverdienstprojekte mit berücksichtigt, im Ergebnis stehen den Bezirken, die eine eher negative Sozialstruktur aufweisen, mehr Haushaltsmittel zur Finanzierung dieser bezirklichen Leistungsbausteine der psychiatrischen Pflichtversorgung zur Verfügung. Ein weiterer Anwendungsbereich der sozialindikativen Planung ist die Krankenhausplanung, sie wird nachfolgend exemplarisch dargestellt.

5.6.2 Grundlagen und Planungsansätze in der Psychiatrie

Psychisch kranke und abhängigkeitskranke sowie aufgrund solcher Erkrankungen behinderte Menschen sind in besonderer Weise auf Hilfestellungen angewiesen. Daher ist ein primäres Ziel der Psychiatrieplanung im Land Berlin, die Entwicklung des psychiatrischen Hilfesystems so zu gestalten, dass ein verlässliches, strukturell und inhaltlich aufeinander abgestimmtes System der komplementären, ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung entsteht.

Die Psychiatrieplanung des Landes Berlin basiert dabei u. a. auf den nachfolgenden Grundlagen:

- Besondere Berücksichtigung der Versorgung von Menschen mit lang andauernden chronischen Erkrankungsverläufen;
- Regionalisierung und Gemeindeorientierung der psychiatrischen Versorgung;
- Sicherstellung der Versorgung auf der Ebene der Berliner Bezirke (Prinzip der Pflichtversorgung);
- Verbindliche Aufgabenverteilung zwischen den Leistungserbringern und alle wichtigen Versorgungsleistungen müssen in einer Versorgungsregion vorhanden sein;
- Personenbezogene Behandlungs- und Rehabilitationsplanung.

Seit Beginn der Psychiatriereform in Berlin im Jahre 1993 konnten die Grundvoraussetzungen für eine qualitativ hochwertige und in den Bezirken regional verankerte Psychiatrie geschaffen werden. Mit Blick auf die Pflichtversorgungsregionen, die identisch mit den Berliner Bezirken sind, kann insgesamt festgestellt werden, dass in allen Regionen der Aus- und Umbau des Versorgungssystems entsprechend den Vorgaben des Psychiatrieentwicklungsprogramms erfolgt ist. Auf diese Weise sind landesweit vergleichbare Versorgungsstrukturen in den einzelnen Bezirken entstanden.

In den letzten 20 Jahren erfolgten in Berlin schrittweise der Umbau und die Weiterentwicklung des psychiatrischen Versorgungssystems.

Innerhalb dieses Zeitraumes wurden u. a. der Krankenhausplan 1999, dessen Fortschreibungen 2003 und 2006 sowie der Krankenhausplan 2010 erarbeitet. Die Planungen für das Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie basieren dabei auf den versorgungspolitischen Grundsätzen, die im Psychiatrieentwicklungsprogramm des Landes Berlin vom Juli 1996 festgeschrieben wurden sowie auf den im Jahr 2002 und 2008 vom Landespsychiatriebeirat beschlossenen konkreten Empfehlungen zur Fassung von Planungsgrundsätzen.

Ein wichtiger Planungsgrundsatz ist das Prinzip der regionalisierten / bezirklichen Pflichtversorgung. In diesem Zusammenhang ist der integrative Planungsansatz von Bedeutung. Dieser beinhaltet, dass die Kapazitäten im stationären und teilstationären Bereich im Verhältnis zur Leistungsfähigkeit sowie der Quantität und Qualität der Angebote im ambulant / komplementären Bereich betrachtet werden müssen (integrierte psychiatrische Versorgung). Dementsprechend werden im Rahmen der Krankenhausplanung den einzelnen Regionen Bettenkontingente zugewiesen. Dies erfolgt unter Berücksichtigung der Sozialstruktur der Bezirke, die in Berlin als verwaltungsmäßige Einheiten auch die Pflichtversorgungsregionen für das psychiatrische Hilfe- und Versorgungssystem darstellen.

5.6.3 Umsetzung und Auswirkungen der sozialindikativen Planung in der Psychiatrie

Die Auswirkungen der sozialstrukturellen Gewichtung bei der Vergabe von Ressourcen sollen im Folgenden für die Krankenhausplanung, die Planung im Bereich der Eingliederungshilfe und bei den niedrighschwelligem psychiatrischen Hilfen dargestellt werden.

Mit der Umsetzung des Krankenhausplanes 1999 ist nun seit einigen Jahren in jeder psychiatrischen Pflichtversorgungsregion die klinisch-stationäre, teilstationäre und institutsambulante Versorgung durch mindestens eine psychiatrische Fachabteilung oder ein psychiatrisches Fachkrankenhaus wohnortnah sichergestellt. Quantität und Qualität der durch Krankenhäuser im voll- und teilstationären, aber auch im institutsambulanten Bereich erbrachten Leistungen sind immer in Beziehung zum regionalisierten Gesamtversorgungssystem zu sehen.

Während der stationäre Versorgungsumfang in Berlin im Jahre 1999 noch über dem Bundesdurchschnitt lag, hat das regionalisierte Gesamtversorgungssystem eine deutliche Absenkung dieses Umfangs bewirkt. Die Zeit, die psychisch Kranke im Krankenhaus vollstationär behandelt wurden, hat sich weiter verkürzt.

Ein Vergleich ausgewählter Parameter zur vollstationären Versorgung in den Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland und Berlin zeigt für Berlin eine hohe durchschnittliche Bettenauslastung, eine im Bundes- und Stadtstaatenvergleich geringe Bettenmessziffer (Betten je 1.000 Einwohner), eine unter dem Bundesdurchschnitt liegende Verweildauer sowie in den letzten Jahren kontinuierlich steigende Fallzahlen.

Kennzahlen des Jahres 2011:

- Bettenauslastung
(Deutschland: 93,9 %, Berlin: 98,3 %)
- Bettenmessziffer
(Deutschland: 0,66, Berlin: 0,63 durchschnittlich aufgestellte Betten je 1.000 Einwohner, ohne tagesklinische Plätze)
- Verweildauer
(Deutschland: 22,7 Tage, Berlin: 19,5 Tage)
- Fallzahlen
(Deutschland: 9,97, Berlin: 11,64 Behandlungsfälle je 1.000 Einwohner, ohne tagesklinischer Bereich)

Aus den Empfehlungen des Landespsychiatriebeirates resultiert für den Krankenhausplan 2010 die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie betreffend eine Gesamtbettenmessziffer für das Land Berlin von 0,88 Betten / Plätzen je 1.000 Einwohner.

Für den Bereich der regionalen Pflichtversorgung hat der Landespsychiatriebeirat eine Bettenmessziffer von 0,75 Betten / Plätze je 1.000 Einwohner empfohlen; davon 0,56 Betten je 1.000 Einwohner für den stationären Bereich und 0,19 Plätze je 1.000 Einwohner für den teilstationären Bereich.

Für alle Berliner Bezirke und somit für alle Pflichtversorgungsregionen werden Bettenorientierungswerte berechnet. Bei der Berechnung dieser Werte wird ausgehend von der Bettenmessziffer für die regionalisierte Pflichtversorgung von 0,75 Betten / Plätze je 1.000 Einwohner und der Bevölkerungsprognose eine Bettenzahl für Berlin insgesamt ermittelt. Diese Betten werden auf die einzelnen Bezirke verteilt. Die Verteilung erfolgt zu 70 % über die prognostizierte Bevölkerung und zu 30 % über den Sozialindex der Bezirke.

Das geplante Bettenangebot nach der Fortschreibung 2006 des Berliner Krankenhausplans (SOLL Fortschreibung 2006) sowie die SOLL-Planung nach dem Krankenhausplan 2010 in den Fachgebieten Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie werden in der Tabelle 5.11 dargestellt.

Tabelle 5.11:

Geplantes Bettenangebot nach der Fortschreibung 2006 des Berliner Krankenhausplans (SOLL Fortschreibung 2006) sowie SOLL-Planung nach dem Krankenhausplan 2010 in den Fachgebieten Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Versorgungsregion / Bezirk	SOLL-Betten Fortschreibung 2006	Bettenorientierungswert ¹⁾	SOLL-Betten Krankenhausplan 2010	Versorgendes Krankenhaus	Betten / Plätze
Mitte ²⁾	220	283	283	St. Hedwig-Kliniken, Standort: St. Hedwig-KH Charité (CCM) ²⁾ Jüdisches Krankenhaus	192 41 50
Friedrichshain-Kreuzberg	210	230	230	Vivantes Klinika - Am Urban - im Friedrichshain	205 25
Pankow	250	281	281	St. Joseph-KH Weißensee	
Reinickendorf	166	173	173	Vivantes Humboldt-Klinikum	
Lichtenberg	175	195	195	Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH)	
Marzahn-Hellersdorf	170	192	192	Vivantes Klinikum Hellersdorf	
Neukölln	232	257	257	Vivantes Klinikum Neukölln	
Treptow-Köpenick	150	170	170	St. Hedwig-Kliniken, Standort: KH Hedwigshöhe	
Steglitz-Zehlendorf	205	188	205	Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk	
Tempelhof-Schöneberg	234	240	240	Vivantes Wenckebach-Klinikum Auguste-Viktoria-Klinikum	128 112
Charlottenburg-Wilmersdorf	230	222	222	F. v. Bodelschwingh-Klinik Schlosspark-Klinik	142 80
Spandau	154	169	169	Vivantes Klinikum Spandau	
Summe regionale Pflichtversorgung	2.396	2.600	2.617		
Spezialisierter Versorgungsauftrag im Rahmen der Pflichtversorgung	Charité (CCM) ²⁾	78	215	Charité (CCM) universitärer Teil	37
	Charité (CBF) ³⁾	85		Charité (CCM) bzfo	7
	KEH ⁴⁾	32		Charité (CBF) universitärer Teil	85
	Behandlungszentrum für Folteropfer (bzfo)	7		KEH ⁴⁾	41
				Jüdisches KH (Drogenentzug)	10
				Bundeswehr KH	5
			Schlosspark-Kl. (überregional)	30	
	insgesamt	202			
Gesamtsumme Psychiatrie und Psychotherapie	2.598		2.832		
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Charité (CCM)	30	208	Charité (CCM)	30
	DRK /Wiegmann	50		DRK /Wiegmann	50
	GKH Havelhöhe	35		GKH Havelhöhe	35
	Helios (E.v.Behring)	28		Helios (E.v.Behring)	28
	TWW	65		TWW	65
	Insgesamt	208			

¹⁾ berechnet auf Grundlage der Bettenmessziffer für die regionale Pflichtversorgung (0,75 Betten/Plätze je 1.000 Einwohner), der Bevölkerungsprognose und der Sozialstruktur

²⁾ Einbeziehung der Charité (CCM) in die Sicherstellung der Pflichtversorgung der Versorgungsregion Mitte

³⁾ Beteiligung der Charité (CBF) an der Sicherstellung der Pflichtversorgung der Versorgungsregion Charlottenburg-Wilmersdorf bis zum 30.11.2009

⁴⁾ Behandlungszentrum für psychisch kranke Menschen mit geistiger Behinderung

(Datenquelle / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I B -)

Anhang

Tabellenverzeichnis

3 Ergebnisse der sozialstrukturellen Analyse

Tabelle 3.1:

Sozialindex I 2013 – Eckwerte und Bevölkerungsverteilung nach Schichtenbildung

Tabelle 3.2:

Sozialindex II 2013 – Eckwerte und Bevölkerungsverteilung nach Schichtenbildung

Tabelle 3.3:

Sozialindizes und Status-/ Segregationsindex des Jahres 2013 für die Berliner Bezirke

Tabelle 3.4:

Übersicht über verwendete Dimensionen und Indikatoren der sozialen Struktur von Berlin 2013

Tabelle 3.5:

Faktorladungen (Korrelation zwischen Sozialindizes und Indikatoren, rotierte Komponentenmatrix) Bezirke 2013

Tabelle 3.6:

Faktorladungen (Rotierte Komponentenmatrix) zwischen Sozialindizes und Indikatoren LOR-Planungsebene 2013

Tabelle 3.7:

Sozialindizes 2013 und Sozialindex I (Δ)R 2013 mit Rang und Schicht in den jeweiligen LOR-Ebenen

4 Entwicklung ausgewählter Indikatoren im zeitlichen und räumlichen Vergleich

Tabelle 4.1:

Übersicht über die Einzelbeschreibungen

Tabelle 4.2:

Übersicht Planungsräume (Rang/Wert) mit dem niedrigsten und höchsten Anteil an Personen unter 6 Jahren in Berlin 2013 (Stand: 31.12.2011) im Vergleich zu 2008 (Stand: 31.12.2006)

Tabelle 4.3:

Übersicht Planungsräume (Rang/Wert) mit dem niedrigsten und höchsten Anteil an Personen von 6 - 17 Jahren in Berlin 2013 (Stand: 31.12.2011) im Vergleich zu 2008 (Stand: 31.12.2006)

Tabelle 4.4:

Übersicht Planungsräume (Rang/Wert) mit dem niedrigsten und höchsten Anteil an Personen von 18 - 34 Jahren in Berlin 2013 (Stand: 31.12.2011) im Vergleich zu 2008 (Stand: 31.12.2006)

Tabelle 4.5:

Übersicht Planungsräume (Rang/Wert) mit dem niedrigsten und höchsten Anteil an Personen von 35 - 64 Jahren in Berlin 2013 (Stand: 31.12.2011) im Vergleich zu 2008 (Stand: 31.12.2006)

Tabelle 4.6:

Übersicht Planungsräume (Rang/Wert) mit dem niedrigsten und höchsten Anteil an Personen ab 65 Jahre in Berlin 2013 (Stand: 31.12.2011) im Vergleich zu 2008 (Stand: 31.12.2006)

Tabelle 4.7:

Übersicht Planungsräume (Rang/Wert) mit dem niedrigsten und höchsten Anteil an ausländischen Personen in Berlin 2013 (Stand: 31.12.2011) im Vergleich zu 2008 (Stand: 31.12.2006)

Tabelle 4.8:

Übersicht Planungsräume (Rang/Wert) mit dem niedrigsten und höchsten Anteil an sozialversicherungspflichtig Beschäftigten an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre) in Berlin 2013 (Stand: 31.12.2011) im Vergleich zu 2008 (Stand: 31.12.2006)

Tabelle 4.9:

Übersicht Planungsräume (Rang/Wert) mit der niedrigsten und höchsten Arbeitslosenquote (Arbeitslose an den abhängig zivilen Erwerbspersonen bzw. an der Bevölkerung 15 - 64 Jahre) in Berlin (Stand: 31.12.2011) im Vergleich zu 2008 (Stand: 31.12.2006)

Tabelle 4.10:

Übersicht Planungsräume (Rang/Wert) mit dem niedrigsten und höchsten Anteil an arbeitslosen Ausländern SGB III an der ausländischen Bevölkerung (15 - 64 Jahre) in Berlin 2013 (Stand: 31.12.2011) im Vergleich zu 2008 (Stand: 31.12.2006)

Tabelle 4.11:

Übersicht Planungsräume (Rang/Wert) mit dem niedrigsten und höchsten Anteil an arbeitslosen Ausländern SGB II an der ausländischen Bevölkerung (15 - 64 Jahre) in Berlin 2013 (Stand: 31.12.2011) im Vergleich zu 2008 (Stand: 31.12.2006)

Tabelle 4.12:

Übersicht Planungsräume (Rang/Wert) mit dem niedrigsten und höchsten Anteil an arbeitslosen Jugendlichen SGB III (unter 25 Jahren) an der Bevölkerung (15 - 24 Jahre) in Berlin 2013 (Stand: 31.12.2011) im Vergleich zu 2008 (Stand: 31.12.2006)

Tabelle 4.13:

Übersicht Planungsräume (Rang/Wert) mit dem niedrigsten und höchsten Anteil an arbeitslosen Jugendlichen SGB II (unter 25 Jahren) an der Bevölkerung (15 - 24 Jahre) in Berlin 2013 (Stand: 31.12.2011) im Vergleich zu 2008 (Stand: 31.12.2006)

Tabelle 4.14:

Übersicht Planungsräume (Rang/Wert) mit dem niedrigsten und höchsten Anteil an Leistungsempfängern SGB III (ALG I) an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre) in Berlin 2013 (Stand: 31.12.2011) im Vergleich zu 2008 (Stand: 31.12.2006)

Tabelle 4.15:

Übersicht Planungsräume (Rang/Wert) mit dem niedrigsten und höchsten Anteil an erwerbsfähigen Hilfebedürftigen SGB II (ALG II) an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre) in Berlin 2013 (Stand: 31.12.2011) im Vergleich zu 2008 (Stand: 31.12.2006)

Tabelle 4.16:

Übersicht Planungsräume (Rang/Wert) mit dem niedrigsten und höchsten Anteil an nichterwerbsfähigen Hilfebedürftigen SGB II (SG) an der Bevölkerung (unter 15 Jahren) in Berlin 2013 (Stand: 31.12.2011) im Vergleich zu 2008 (Stand: 31.12.2006)

Tabelle 4.17:

Übersicht Planungsräume (Rang/Wert) mit dem niedrigsten und höchsten Anteil an nichterwerbsfähigen Hilfebedürftigen SGB II (SG) an der Bevölkerung (unter 65 Jahren) in Berlin 2013 (Stand: 31.12.2011) im Vergleich zu 2008 (Stand: 31.12.2006)

Tabelle 4.18:

Übersicht Planungsräume (Rang/Wert) mit dem niedrigsten und höchsten Anteil an Empfängern von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung (Stand: 31.12.2011) im Vergleich zu 2008 (Stand: 31.12.2006)

Tabelle 4.19:

Übersicht Planungsräume (Rang/Wert) mit dem niedrigsten und höchsten Anteil an Empfängern von Grundsicherung SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung (18 - 64 Jahre) in Berlin 2013 (Stand: 31.12.2011) im Vergleich zu 2008 (Stand: 31.12.2006)

Tabelle 4.20:

Übersicht Planungsräume (Rang/Wert) mit dem niedrigsten und höchsten Anteil an Empfängern von Grundsicherung SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung (ab 65 Jahre) in Berlin 2013 (Stand: 31.12.2011) im Vergleich zu 2008 (Stand: 31.12.2006)

Tabelle 4.21:

Übersicht Planungsräume (Rang/Wert) mit dem niedrigsten und höchsten Anteil an Empfängern von Hilfe zur Pflege SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung (ab 65 Jahre) in Berlin 2013 (Stand: 31.12.2011)

Tabelle 4.22:

Übersicht Planungsräume (Rang/Wert) mit der niedrigsten und höchsten Rate der vorzeitigen Sterblichkeit je 100.000 / Eurobevölkerung alt in Berlin 2013 (Stand: 2009 - 2011) im Vergleich zu 2008 (Stand: 2004 - 2006)

5 Bekämpfung von Armut und Verbesserung gesellschaftlicher Teilhabechancen in Berlin

Tabelle 5.1:

Bezirke mit bisher nur einer Nachbarschaftseinrichtung (Priorität A)

Tabelle 5.2:

Bezirke mit den höchsten Aufstockungsprioritäten

Tabelle 5.3:

Entgeltfinanzierte Pflegeinfrastruktur 2011 und 2012 in Berlin

Tabelle 5.4:

Zuwendungsfinanzierte pflegeflankierende Infrastruktur 2011 und 2012 in Berlin

Tabelle 5.5:

Übersicht Interventionsebenen

Tabelle 5.6:

Kinder mit unauffälliger Körperkoordination bei den Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2005 bis 2010 – Angaben in %

Tabelle 5.7:

Normalgewichtige Kinder bei den Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2005 bis 2010 – Angaben in %

Tabelle 5.8:

Kinder mit unauffälligem Test „Sätze nachsprechen“ bei den Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2005 bis 2010 – Angaben in %

Tabelle 5.9:

Berücksichtigte Krankheitsgruppen und Fallzahlen (I. Quartal 2012)

Tabelle 5.10:

Modellrechnung unter Berücksichtigung von Demografiefaktor und Sozialindex I 2013 für Hausärzte

Tabelle 5.11:

Geplantes Bettenangebot nach der Fortschreibung 2006 des Berliner Krankenhausplans (SOLL Fortschreibung 2006) sowie SOLL-Planung nach dem Krankenhausplan 2010 in den Fachgebieten Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Abbildungsverzeichnis

3 Ergebnisse der sozialstrukturellen Analyse

Abbildung 3.1:

Räumliche Sozialstruktur

Abbildung 3.2:

Sozialindex I 2013 für die Berliner Bezirke

Abbildung 3.3:

Sozialindex I 2013 für die Berliner Bezirke (Karte)

Abbildung 3.4:

Sozialindex I 2013 auf der LOR-Ebene der Planungsräume

Abbildung 3.5:

Sozialindex II 2013 für die Berliner Bezirke

Abbildung 3.6:

Sozialindex II 2013 für die Berliner Bezirke (Karte)

Abbildung 3.7:

Sozialindex II 2013 auf der LOR-Ebene der Planungsräume

Abbildung 3.8:

Status-/ Segregationsindex 2013 für die Berliner Bezirke

Abbildung 3.9:

Status-/ Segregationsindex 2013 für die Berliner Bezirke (Karte)

Abbildung 3.10:

Sozial- und Status-/ Segregationsindizes (Ränge) für die Berliner Bezirke 2013

Abbildung 3.11:

Sozialindex I für die Berliner Bezirke im Zeitvergleich – Rangvergleich des Sozialindex I 2003, Sozialindex I 2008 und Sozialindex I 2013 (Rang 1 entspricht dem günstigsten Sozialindex, Rang 12 dem ungünstigsten Sozialindex)

Abbildung 3.12:

Zusammenhang von Sozialstruktur und ihrer Veränderung (2008 zu 2013) – Ebene Berliner Bezirke 2013

Abbildung 3.13:

Zusammenhang von Sozialstruktur und ihrer Veränderung (2008 zu 2013) – Ebene Berliner Bezirke 2013 (Karte)

Abbildung 3.14:

Prozentuale Verteilung der bezirklichen Bevölkerung auf Planungsräume der vier Kategorien der sozialen Betroffenheit unter Einbeziehung Sozialindex I 2013 und Sozialindex I (Δt)R 2013

Abbildung 3.15:

Sozialindex I (Δt)R 2013 auf der LOR-Ebene der Planungsräume (Karte)

Abbildung 3.16:

Zusammenhang von Sozialstruktur und ihrer Veränderung (2008 zu 2013) – auf der LOR-Ebene der Planungsräume 2013 (Karte)

Abbildung 3.17:

Sozialindex I 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Mitte

Abbildung 3.18:

Sozialindex I 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Friedrichshain-Kreuzberg

Abbildung 3.19:

Sozialindex I 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Pankow

Abbildung 3.20:

Sozialindex I 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Charlottenburg-Wilmersdorf

Abbildung 3.21:

Sozialindex I 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Spandau

Abbildung 3.22:

Sozialindex I 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Steglitz-Zehlendorf

Abbildung 3.23:

Sozialindex I 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Tempelhof-Schöneberg

Abbildung 3.24:

Sozialindex I 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Neukölln

Abbildung 3.25:

Sozialindex I 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Treptow-Köpenick

- Abbildung 3.26:
Sozialindex I 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Marzahn-Hellersdorf
- Abbildung 3.27:
Sozialindex I 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Lichtenberg
- Abbildung 3.28:
Sozialindex I 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Reinickendorf
- Abbildung 3.29:
Sozialindex II 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Mitte
- Abbildung 3.30:
Sozialindex II 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Friedrichshain-Kreuzberg
- Abbildung 3.31:
Sozialindex II 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Pankow
- Abbildung 3.32:
Sozialindex II 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Charlottenburg-Wilmersdorf
- Abbildung 3.33:
Sozialindex II 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Spandau
- Abbildung 3.34:
Sozialindex II 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Steglitz-Zehlendorf
- Abbildung 3.35:
Sozialindex II 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Tempelhof-Schöneberg
- Abbildung 3.36:
Sozialindex II 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Neukölln
- Abbildung 3.37:
Sozialindex II 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Treptow-Köpenick
- Abbildung 3.38:
Sozialindex II 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Marzahn-Hellersdorf
- Abbildung 3.39:
Sozialindex II 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Lichtenberg
- Abbildung 3.40:
Sozialindex II 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Reinickendorf
- Abbildung 3.41:
Sozialindex I (Δ)R 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Mitte
- Abbildung 3.42:
Sozialindex I (Δ)R 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Friedrichshain-Kreuzberg
- Abbildung 3.43:
Sozialindex I (Δ)R 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Pankow
- Abbildung 3.44:
Sozialindex I (Δ)R 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Charlottenburg-Wilmersdorf
- Abbildung 3.45:
Sozialindex I (Δ)R 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Spandau
- Abbildung 3.46:
Sozialindex I (Δ)R 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Steglitz-Zehlendorf
- Abbildung 3.47:
Sozialindex I (Δ)R 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Tempelhof-Schöneberg
- Abbildung 3.48:
Sozialindex I (Δ)R 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Neukölln
- Abbildung 3.49:
Sozialindex I (Δ)R 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Treptow-Köpenick
- Abbildung 3.50:
Sozialindex I (Δ)R 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Marzahn-Hellersdorf
- Abbildung 3.51:
Sozialindex I (Δ)R 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Lichtenberg
- Abbildung 3.52:
Sozialindex I (Δ)R 2013 für die Planungsräume des Bezirkes Reinickendorf

4 Entwicklung ausgewählter Indikatoren im zeitlichen und räumlichen Vergleich

Abbildung 4.1:

Personen unter 6 Jahren an der Bevölkerung in Berlin und Deutschland 2002, 2006 und 2011 (Einwohnerregister)

Abbildung 4.2:

Personen von 6 - 17 Jahren an der Bevölkerung in Berlin und Deutschland 2002, 2006 und 2011 (Einwohnerregister)

Abbildung 4.3:

Personen unter 6 Jahren an der Bevölkerung in Berlin am 31.12.2011 im Vergleich zu 2006 und 2002 nach Bezirken (Einwohnerregister)

Abbildung 4.4:

Personen von 6 - 17 Jahren an der Bevölkerung in Berlin am 31.12.2011 im Vergleich zu 2006 und 2002 nach Bezirken (Einwohnerregister)

Abbildung 4.5:

Personen unter 6 Jahren an der Bevölkerung in Berlin am 31.12.2011 auf der Ebene der Planungsräume

Abbildung 4.6:

Personen von 6 - 17 Jahren an der Bevölkerung in Berlin am 31.12.2011 auf der Ebene der Planungsräume

Abbildung 4.7:

Personen von 18 - 34 Jahren an der Bevölkerung in Berlin und Deutschland 2002, 2006 und 2011 (Einwohnerregister)

Abbildung 4.8:

Personen von 35 - 64 Jahren an der Bevölkerung in Berlin und Deutschland 2002, 2006 und 2011 (Einwohnerregister)

Abbildung 4.9:

Personen von 18 - 34 Jahren an der Bevölkerung in Berlin am 31.12.2011 im Vergleich zu 2006 und 2002 nach Bezirken (Einwohnerregister)

Abbildung 4.10:

Personen von 35 - 64 Jahren an der Bevölkerung in Berlin am 31.12.2011 im Vergleich zu 2006 und 2002 nach Bezirken (Einwohnerregister)

Abbildung 4.11:

Personen von 18 - 34 Jahren an der Bevölkerung in Berlin am 31.12.2011 auf der Ebene der Planungsräume

Abbildung 4.12:

Personen von 35 - 64 Jahren an der Bevölkerung in Berlin am 31.12.2011 auf der Ebene der Planungsräume

Abbildung 4.13:

Personen ab 65 Jahre an der Bevölkerung in Berlin und Deutschland 2002, 2006 und 2011 (Einwohnerregister)

Abbildung 4.14:

Personen ab 65 Jahre an der Bevölkerung in Berlin am 31.12.2011 im Vergleich zu 2006 und 2002 nach Bezirken (Einwohnerregister)

Abbildung 4.15:

Personen ab 65 Jahren an der Bevölkerung in Berlin am 31.12.2011 auf der Ebene der Planungsräume

Abbildung 4.16:

Ausländische Personen an der Bevölkerung in Berlin und Deutschland 2002, 2006 und 2011 (Einwohnerregister)

Abbildung 4.17:

Ausländische Personen an der Bevölkerung (ohne EU-Ausländer) in Berlin und Deutschland 2002, 2006 und 2011 (Einwohnerregister)

Abbildung 4.18:

Ausländische Personen an der Bevölkerung in Berlin am 31.12.2011 im Vergleich zu 2006 und 2002 nach Bezirken (Einwohnerregister)

Abbildung 4.19:

Ausländische Personen an der Bevölkerung (ohne EU-Ausländer) in Berlin am 31.12.2011 im Vergleich zu 2006 und 2002 nach Bezirken (Einwohnerregister)

Abbildung 4.20:

Ausländische Personen an der Bevölkerung in Berlin am 31.12.2011 auf der Ebene der Planungsräume

Abbildung 4.21:

Personen mit Volks-/ Hauptschulabschluss an der Bevölkerung in Berlin und Deutschland 2002, 2006 und 2011 (Mikrozensus)

Abbildung 4.22:

Personen mit Volks-/ Hauptschulabschluss an der Bevölkerung in Berlin im Jahr 2011 im Vergleich zu 2006 und 2002 nach Bezirken (Mikrozensus)

Abbildung 4.23:

Personen ohne beruflichen Ausbildungsabschluss an der Bevölkerung in Berlin und Deutschland 2002, 2006 und 2011 (Mikrozensus)

Abbildung 4.24:

Personen ohne beruflichen Ausbildungsabschluss an der Bevölkerung in Berlin im Jahr 2011 im Vergleich zu 2006 und 2002 nach Bezirken (Mikrozensus)

Abbildung 4.25:

Sozialstatusindex Kinder in Berlin im Jahr 2011 (Mittelwert der Punkte)

Abbildung 4.26:

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre) in Berlin und Deutschland 2002, 2006 und 2011 (Arbeitsmarktdaten¹⁾, Einwohnerregister¹⁾ Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: voraggregierte Daten

Abbildung 4.27:

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre) in Berlin am 31.12.2011 im Vergleich zu 2006 und 2002 nach Bezirken (Arbeitsmarktdaten¹⁾, Einwohnerregister¹⁾ Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: voraggregierte Daten

Abbildung 4.28:

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre) in Berlin am 31.12.2011 auf der Ebene der Planungsräume

Abbildung 4.29:

Arbeitslosenquote (Arbeitslose an den abhängig zivilen Erwerbspersonen bzw. an der Bevölkerung 15 - 64 Jahre) in Berlin und Deutschland 2002, 2006 und 2011 (Arbeitsmarktdaten¹⁾, Mikrozensus¹⁾ Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: voraggregierte Daten

Abbildung 4.30:

Arbeitslosenquote (Arbeitslose an den abhängig zivilen Erwerbspersonen bzw. an der Bevölkerung 15 - 64 Jahre) in Berlin am 31.12.2011 im Vergleich zu 2006 und 2002 nach Bezirken (Arbeitsmarktdaten¹⁾, Mikrozensus¹⁾ Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: voraggregierte Daten

Abbildung 4.31:

Arbeitslosenquote (Arbeitslose an den abhängig zivilen Erwerbspersonen bzw. an der Bevölkerung 15 - 64 Jahre) in Berlin am 31.12.2011 auf der Ebene der Planungsräume

Abbildung 4.32:

Arbeitslose Ausländer SGB III an der ausländischen Bevölkerung (15 - 64 Jahre) in Berlin und Deutschland 2006 und 2011 (Arbeitsmarktdaten¹⁾, Einwohnerregister¹⁾ Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: voraggregierte Daten

Abbildung 4.33:

Arbeitslose Ausländer SGB II an der ausländischen Bevölkerung (15 - 64 Jahre) in Berlin und Deutschland 2006 und 2011 (Arbeitsmarktdaten¹⁾, Einwohnerregister¹⁾ Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: voraggregierte Daten

Abbildung 4.34:

Arbeitslose Ausländer SGB III an der ausländischen Bevölkerung (15 - 64 Jahre) in Berlin am 31.12.2011 im Vergleich zu 2006 nach Bezirken (Arbeitsmarktdaten¹⁾, Einwohnerregister¹⁾ Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: voraggregierte Daten

Abbildung 4.35:

Arbeitslose Ausländer SGB II an der ausländischen Bevölkerung (15 - 64 Jahre) in Berlin am 31.12.2011 im Vergleich zu 2006 nach Bezirken (Arbeitsmarktdaten¹⁾, Einwohnerregister¹⁾ Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: voraggregierte Daten

Abbildung 4.36:

Ausländische Arbeitslose SGB III an der ausländischen Bevölkerung (15 - 64 Jahre) in Berlin am 31.12.2011 auf der Ebene der Planungsräume

Abbildung 4.37:

Ausländische Arbeitslose SGB II an der ausländischen Bevölkerung (15 - 64 Jahre) in Berlin am 31.12.2011 auf der Ebene der Planungsräume

Abbildung 4.38:

Arbeitslose Jugendliche SGB III (unter 25 Jahren) an der Bevölkerung (15 - 24 Jahre) in Berlin und Deutschland 2006 und 2011 (Arbeitsmarktdaten¹⁾, Einwohnerregister¹⁾ Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: voraggregierte Daten

Abbildung 4.39:

Arbeitslose Jugendliche SGB II (unter 25 Jahren) an der Bevölkerung (15 - 24 Jahre) in Berlin und Deutschland 2006 und 2011 (Arbeitsmarktdaten¹⁾, Einwohnerregister¹⁾ Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: voraggregierte Daten

Abbildung 4.40:

Arbeitslose Jugendliche SGB III (unter 25 Jahren) an der Bevölkerung (15 - 24 Jahre) in Berlin am 31.12.2011 im Vergleich zu 2006 nach Bezirken (Arbeitsmarktdaten¹⁾, Einwohnerregister¹⁾ Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: voraggregierte Daten

Abbildung 4.41:

Arbeitslose Jugendliche SGB II (unter 25 Jahren) an der Bevölkerung (15 - 24 Jahre) in Berlin am 31.12.2011 im Vergleich zu 2006 nach Bezirken (Arbeitsmarktdaten¹⁾, Einwohnerregister¹⁾ Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: voraggregierte Daten

Abbildung 4.42:

Arbeitslose Jugendliche (unter 25 Jahren) SGB III an der Bevölkerung (15 - 24 Jahre) in Berlin am 31.12.2011 auf der Ebene der Planungsräume

Abbildung 4.43:

Arbeitslose Jugendliche (unter 25 Jahren) SGB II an der Bevölkerung (15 - 24 Jahre) in Berlin am 31.12.2011 auf der Ebene der Planungsräume

- Abbildung 4.44:
Armuts(risiko)quote in Berlin und Deutschland 2006 und 2011 (Mikrozensus)
- Abbildung 4.45:
Armuts(risiko)quote in Berlin im Jahr 2011 im Vergleich zu 2006 nach Bezirken (Mikrozensus)
- Abbildung 4.46:
Leistungsempfänger SGB III (ALG I) an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre) in Berlin und Deutschland 2006 und 2011 (Arbeitsmarktdaten¹⁾, Einwohnerregister) ¹⁾ Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: voraggregierte Daten
- Abbildung 4.47:
Erwerbsfähige Hilfebedürftige SGB II (ALG II) an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre) in Berlin und Deutschland 2006 und 2011 (Arbeitsmarktdaten¹⁾, Einwohnerregister) ¹⁾ Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: Mikrodaten
- Abbildung 4.48:
Leistungsempfänger SGB III (ALG I) an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre) in Berlin am 31.12.2011 im Vergleich zu 2006 nach Bezirken (Arbeitsmarktdaten¹⁾, Einwohnerregister) ¹⁾ Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: voraggregierte Daten
- Abbildung 4.49:
Erwerbsfähige Hilfebedürftige SGB II (ALG II) an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre) in Berlin am 31.12.2011 im Vergleich zu 2006 nach Bezirken (Arbeitsmarktdaten¹⁾, Einwohnerregister) ¹⁾ Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: Mikrodaten
- Abbildung 4.50:
Leistungsempfänger SGB III (ALG I) an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre) in Berlin am 31.12.2011 auf der Ebene der Planungsräume
- Abbildung 4.51:
Erwerbsfähige Hilfebedürftige SGB II (ALG II) an der Bevölkerung (15 - 64 Jahre) in Berlin am 31.12.2011 auf der Ebene der Planungsräume
- Abbildung 4.52:
Nichterwerbsfähige Hilfebedürftige SGB II (SG) an der Bevölkerung (unter 15 Jahren) in Berlin und Deutschland 2006 und 2011 (Arbeitsmarktdaten¹⁾, Einwohnerregister) ¹⁾ Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: Mikrodaten
- Abbildung 4.53:
Nichterwerbsfähige Hilfebedürftige SGB II (SG) an der Bevölkerung (unter 65 Jahren) in Berlin und Deutschland 2006 und 2011 (Arbeitsmarktdaten¹⁾, Einwohnerregister) ¹⁾ Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: Mikrodaten
- Abbildung 4.54:
Nichterwerbsfähige Hilfebedürftige SGB II (SG) an der Bevölkerung (unter 15 Jahren) in Berlin am 31.12.2011 im Vergleich zu 2006 nach Bezirken (Arbeitsmarktdaten¹⁾, Einwohnerregister) ¹⁾ Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: Mikrodaten
- Abbildung 4.55:
Nichterwerbsfähige Hilfebedürftige SGB II (SG) an der Bevölkerung (unter 65 Jahren) in Berlin am 31.12.2011 im Vergleich zu 2006 nach Bezirken (Arbeitsmarktdaten¹⁾, Einwohnerregister) ¹⁾ Datenpool, Arbeitsmarktdaten, Basis: Mikrodaten
- Abbildung 4.56:
Nichterwerbsfähige Hilfebedürftige SGB II (SG) an der Bevölkerung (unter 15 Jahren) in Berlin am 31.12.2011 auf der Ebene der Planungsräume
- Abbildung 4.57:
Nichterwerbsfähige Hilfebedürftige SGB II (SG) an der Bevölkerung (unter 65 Jahren) in Berlin am 31.12.2011 auf der Ebene der Planungsräume
- Abbildung 4.58:
Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung in Berlin und Deutschland 2006 und 2011 (Sozialhilfestatistik, Einwohnerregister)
- Abbildung 4.59:
Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung (unter 15 Jahren) in Berlin 2006 und 2011 (Sozialhilfestatistik, Einwohnerregister)
- Abbildung 4.60:
Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung in Berlin am 31.12.2011 im Vergleich zu 2006 nach Bezirken (Sozialhilfestatistik, Einwohnerregister)
- Abbildung 4.61:
Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung (unter 15 Jahren) in Berlin am 31.12.2011 im Vergleich zu 2006 nach Bezirken (Sozialhilfestatistik, Einwohnerregister)
- Abbildung 4.62:
Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung in Berlin am 31.12.2011 auf der Ebene der Planungsräume
- Abbildung 4.63:
Empfänger von Grundsicherung SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung (18 - 64 Jahre) in Berlin und Deutschland 2006 und 2011 (Sozialhilfestatistik, Einwohnerregister)

Abbildung 4.64:

Empfänger von Grundsicherung SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung (ab 65 Jahre) in Berlin und Deutschland 2006 und 2011 (Sozialhilfestatistik, Einwohnerregister)

Abbildung 4.65:

Empfänger von Grundsicherung SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung (18 - 64 Jahre) in Berlin am 31.12.2011 im Vergleich zu 2006 nach Bezirken (Sozialhilfestatistik, Einwohnerregister)

Abbildung 4.66:

Empfänger von Grundsicherung SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung (ab 65 Jahre) in Berlin am 31.12.2011 im Vergleich zu 2006 nach Bezirken (Sozialhilfestatistik, Einwohnerregister)

Abbildung 4.67:

Empfänger von Grundsicherung SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung (18 - 64 Jahre) in Berlin am 31.12.2011 auf der Ebene der Planungsräume

Abbildung 4.68:

Empfänger von Grundsicherung SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung (ab 65 Jahre) in Berlin am 31.12.2011 auf der Ebene der Planungsräume

Abbildung 4.69:

Empfänger von Hilfe zur Pflege SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung (ab 65 Jahre) in Berlin 2006 und 2011 (Sozialhilfestatistik, Einwohnerregister)

Abbildung 4.70:

Empfänger von Hilfe zur Pflege SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung (ab 65 Jahre) in Berlin am 31.12.2011 nach Bezirken (Sozialhilfestatistik, Einwohnerregister)

Abbildung 4.71:

Empfänger von Hilfe zur Pflege SGB XII (außerhalb v. Einrichtungen) an der Bevölkerung (ab 65 Jahre) in Berlin am 31.12.2011 auf der Ebene der Planungsräume

Abbildung 4.72:

Mittlere Lebenserwartung (in Jahren) in Berlin und Deutschland 2004 - 2006 und 2009 - 2011 (zusammengefasst) (Bevölkerungsstatistik)

Abbildung 4.73:

Mittlere Lebenserwartung (in Jahren) der Frauen in Berlin 2009 - 2011 im Vergleich zu 2004 - 2006 (zusammengefasst) nach Bezirken

Abbildung 4.74:

Mittlere Lebenserwartung (in Jahren) der Männer in Berlin 2009 - 2011 im Vergleich zu 2004 - 2006 (zusammengefasst) nach Bezirken

Abbildung 4.75:

Vorzeitige Sterblichkeit (0 - 64 Jahre) in Berlin und Deutschland 2001 - 2003, 2004 - 2006 und 2009 - 2011 (zusammengefasst) (Todesursachen-, Bevölkerungsstatistik) - je 100.000 / Eurobevölkerung alt

Abbildung 4.76:

Vorzeitige Sterblichkeit (0 - 64 Jahre) der Frauen in Berlin 2009 - 2011 im Vergleich zu 2004 - 2006 und 2001 - 2003 (zusammengefasst) nach Bezirken (Todesursachen-, Bevölkerungsstatistik) - je 100.000 / Eurobevölkerung alt

Abbildung 4.77:

Vorzeitige Sterblichkeit (0 - 64 Jahre) der Männer in Berlin 2009 - 2011 im Vergleich zu 2004 - 2006 und 2001 - 2003 (zusammengefasst) nach Bezirken (Todesursachen-, Bevölkerungsstatistik) - je 100.000 / Eurobevölkerung alt

Abbildung 4.78:

Vorzeitige Sterblichkeit (ICD-10 Nrn. A00 - T98 / 0 - 64 Jahre - je 100.000 / Eurobevölkerung alt 2009 - 2011 (zusammengefasst) in Berlin auf der Ebene der Planungsräume

Abbildung 4.79:

Anteil Raucher an der Bevölkerung in Berlin und Deutschland 2003, 2005 und 2009 (Mikrozensus)

Abbildung 4.80:

Anteil Raucher an der Bevölkerung (unter 25 Jahren) in Berlin und Deutschland 2003, 2005 und 2009 (Mikrozensus)

Abbildung 4.81:

Anteil weibliche Raucher an der Bevölkerung in Berlin 2009 im Vergleich zu 2005 und 2003 nach Bezirken (Mikrozensus)

Abbildung 4.82:

Anteil männliche Raucher an der Bevölkerung in Berlin 2009 im Vergleich zu 2005 und 2003 nach Bezirken (Mikrozensus)

5 Bekämpfung von Armut und Verbesserung gesellschaftlicher Teilhabechancen in Berlin

Abbildung 5.1:

Armutsrisikogrenze für einen Einpersonenhaushalt in Berlin und Deutschland 2005 - 2012 in Euro/ Monat

Abbildung 5.2:

Armutsrisikoquote der Berliner Bevölkerung 2005 - 2012 insgesamt (Landesmedian und Bundesmedian) und gesamtdeutscher Vergleichswert (Bundesmedian) in Prozent

Abbildung 5.3:

Armutsrisikoquote ausgewählter Personengruppen in Berlin 2012 in Prozent, Anteil der Bevölkerung mit einem Nettoäquivalenzeinkommen unterhalb der Armutsgrenze – Landesmedian

Abbildung 5.4:

Armutsrisikoquote von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren in Berlin 2005 - 2012 in Prozent (Landesmedian) im Vergleich zur Quote der Gesamtbevölkerung

Abbildung 5.5:

Armutsrisikoquote von Alleinerziehenden in Berlin 2005 - 2012 in Prozent (Landesmedian) im Vergleich zur Quote der Gesamtbevölkerung

Abbildung 5.6:

Armutsrisikoquote von Familien mit drei und mehr Kindern in Berlin 2005 - 2012 in Prozent (Landesmedian) im Vergleich zur Quote der Gesamtbevölkerung

Abbildung 5.7:

Armutsrisikoquote von jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis unter 25 Jahren in Berlin 2005 - 2012 in Prozent (Landesmedian) im Vergleich zur Quote der Gesamtbevölkerung

Abbildung 5.8:

Armutsrisikoquote Erwerbsloser in Berlin 2005 - 2012 in Prozent (Landesmedian) im Vergleich zur Quote der Gesamtbevölkerung

Abbildung 5.9:

Armutsrisikoquote Alleinlebender in Berlin 2005 - 2012 in Prozent (Landesmedian) im Vergleich zur Quote der Gesamtbevölkerung

Abbildung 5.10:

Armutsrisikoquote von Menschen mit Migrationshintergrund in Berlin 2005 - 2012 in Prozent (Landesmedian) im Vergleich zur Quote der Gesamtbevölkerung

Abbildung 5.11:

Armutsrisikoquote von Menschen ab 65 Jahren in Berlin 2005 - 2012 in Prozent (Landesmedian) im Vergleich zur Quote der Gesamtbevölkerung

Abbildung 5.12:

Infrastrukturförderprogramm Stadtteilzentren 2011 - 2015; Stand: 11. September 2013

Abbildung 5.13:

Infrastrukturförderprogramm Stadtteilzentren Mittelverteilung nach Schichten des Sozialindex I in Prozent

Abbildung 5.14:

Berliner Bevölkerung nach Bezirken und ausgewählten Altersgruppen am 31.12. der Berichtsjahre 2005 und 2011 im Vergleich

Abbildung 5.15:

Anteile der Berliner Bevölkerung ab 65 und ab 80 Jahre an der Gesamtbevölkerung nach Bezirken in 2006 und 2011

Abbildung 5.16a:

Anteile der Berliner Bevölkerung ab 65 Jahren an der Gesamtbevölkerung im Bezirksvergleich 2006 und 2011

Abbildung 5.16b:

Anteile der Berliner Bevölkerung ab 80 Jahren an der Gesamtbevölkerung im Bezirksvergleich 2006 und 2011

Abbildung 5.17a:

Prognose der Entwicklung der Bevölkerung ab 65 Jahre in Berlin bis 2030 in Fünfjahresschritten – absolut

Abbildung 5.17b:

Prognose der Entwicklung der Bevölkerung ab 65 Jahre in Berlin bis 2030 in Fünfjahresschritten – prozentual

Abbildung 5.18a:

Prognose der Entwicklung der Bevölkerung ab 65 Jahre in den Berliner Bezirken bis 2030 nach ausgewählten Altersgruppen

Abbildung 5.18b:

Prognostizierter Anstieg der Bevölkerung von 65 bis unter 80 Jahre in den Berliner Bezirken bis 2030

Abbildung 5.18c:

Prognostizierter Anstieg der Bevölkerung ab 80 Jahre in den Berliner Bezirken bis 2030

Abbildung 5.19a:

Empfänger/innen von Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) am 15.12.2005 – Berlin insgesamt

Abbildung 5.19b:

Empfänger/innen von Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) am 15.12.2011 – Berlin insgesamt

Abbildung 5.19c:

Empfänger/innen von Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) am 15.12. der Berichtsjahre 2005 und 2011 im Vergleich – Berlin insgesamt nach Versorgungsform und Pflegestufe

Abbildung 5.19d:

Prozentuale Entwicklung der Zahl der Empfänger/innen von Leistungen nach SGB XI von 2005 bis 2011 in Berlin nach Versorgungsform

Abbildung 5.20:

Pflegebedürftige mit Inanspruchnahme von Pflegediensten nach SGB XI am 15.12. der Berichtsjahre 2007 und 2011 im Vergleich in Berlin nach Pflegestufen

Abbildung 5.21:

Pflegebedürftige in Tages-, Kurzzeitpflegeeinrichtungen und in Pflegeheimen mit Leistungen nach SGB XI am 15.12. der Berichtsjahre 2007 und 2011 im Vergleich in Berlin nach Pflegestufen

Abbildung 5.22:

Präventionskette

Literaturverzeichnis

Abgeordnetenhaus von Berlin (2013): Prävention im Land Berlin durch das Aktionsprogramm Gesundheit stärken - Drucksachen 17/0859 und 17/0966 – Zwischenbericht. <http://www.parlament-berlin.de/ados/17/IIIPlen/vorgang/d17-1144.pdf> (06.11.2013).

Altgeld, T. (2009): Gesünder alt werden als Herausforderung für die Gesundheitsförderung. In: Info_Dienst für Gesundheitsförderung – Zeitschrift von Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., 9. Jahrgang, 4. Ausgabe 2009, S. 13.

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2011): Regionaler Sozialbericht Berlin-Brandenburg 2011, S. 16.

Bettge, S. (2012): Wie gesund sind die Berliner Kinder? In: Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung (Hrsg.) (2012): Dokumentation der 8. Landesgesundheitskonferenz Berlin. Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Berlin. http://www.berlin.gesundheitfoerdern.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/Fachstelle/Fachstelle-Publikationen/8-LGK-Doku-barrierefrei_neu__ma_.pdf, S. 7-11 (06.11.2013).

Bettge, S.; Oberwöhrmann, S. (2013): Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2012. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Berlin.

Böhm, K.; Tesch-Römer, C.; Ziese, T. (Hrsg.) (2009): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert-Koch-Institut, Berlin.

Boldt, F. (2012): Bewegung im Alter – Empfehlungen aus sportmedizinischer Sicht. In: Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (Hrsg.): Gemeinsam mehr bewegen – Gute Argumente und Berliner Beispiele für Bewegungsförderung im Alter. Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Berlin, S. 7-10.

Brenner, G.; Koch, H.; Kerek-Bodden, H.; Heuer, H.; Lang, A.; Franke, A. (2007): Diagnosen als Gegenstand der Versorgungsforschung zur Analyse der Morbidität ambulanter Patienten. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50, S. 1021-1027.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2011): Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft. Der Nationale Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, S. 47. http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a740-nationaler-aktionsplan-barrierefrei.pdf?__blob=publicationFile (07.10.2013).

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2010): Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Bericht der Sachverständigenkommission an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2010, S. 346.

Bundesregierung (2010): Antwort auf die Große Anfrage „Gesundheitliche Ungleichheit im europäischen Jahr gegen Armut und soziale Ausgrenzung“ vom 20. Dezember 2010. Bundestags-Drucksache 17/4332, S. 89.

Bundesregierung (2013): Lebenslagen in Deutschland – Vierter Armuts- und Reichtumsbericht. Bundestags-Drucksache 17/12650.

Czihal, T.; Schulz, M.; Rouche, A.; von Stillfried, D. (2013): Den demografischen Wandel bezahlbar machen: Potentiale ambulanter Versorgung. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Berlin.

Department of Health and Social Security (DHSS) (1980): Inequalities in health: report of a research working group (“Black Report”). DHSS, London.

- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (2010): Selbstbestimmung und soziale Teilhabe vor Ort sichern! Empfehlungen zur Gestaltung einer wohnortnahen Pflegeinfrastruktur. DV 05/10 AF IV, Berlin.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (2013): Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. zur Weiterentwicklung der Pflege vom 11. Juni 2013, S. 9 ff.
- Die Beauftragte für Integration und Migration in Berlin (2012): Integrationspolitik. Vielfalt fördern – Zusammenhalt stärken. Bericht zur Umsetzung des Integrationskonzepts 2007 für den Zeitraum 2009 bis September 2011. https://www.berlin.de/imperia/md/content/lb-integration-migration/publikationen/berichte/zweiter_umsetzungsbericht_ik_2009_bis_2011_.pdf?start&ts=1347964362&file=zweiter_umsetzungsbericht_ik_2009_bis_2011_.pdf (07.10.2013).
- Dörner, K. (2011): Der dritte Sozialraum – Impulse für den Sozialstaat. http://www.vsop.de/files/JT_2011_Der_dritte_Sozialraum_-_doerner.pdf (07.10.2013).
- Ellert, U.; Kurth, B.-M. (2013): Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 56, S. 643-649.
- Engelmann, D.; Gohde, J.; Künzel, G.; Schmidt, S. (2013): Gute Pflege vor Ort – Das Recht auf eigenständiges Leben im Alter. Positionspapier im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Erler, A.; Beyer, M.; Muth, C.; Gerlach, F.M.; Brennecke, R. (2009): Garbage in – Garbage out? Validität von Abrechnungsdiagnosen in hausärztlichen Praxen. Gesundheitswesen, 71, S. 823-831.
- Geuter, G. (2012): Bewegung im Alter – eine gesundheitswissenschaftliche Betrachtung. In: Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (Hrsg.): Gemeinsam mehr bewegen – Gute Argumente und Berliner Beispiele für Bewegungsförderung im Alter. Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Berlin, S. 5-7.
- Giersiepen, K.; Pohlabein, H.; Egidi, G.; Pigeot, I. (2007): Die ICD-Kodierqualität für Diagnosen in der ambulanten Versorgung. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50, S. 1028-1038.
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2010): Leitfaden Prävention. 2. korrigierte Fassung vom 10. November 2010. GKV-Spitzenverband, Berlin.
- Gold, C.; Lehmann, F. (2012): Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Gesundheitsförderung konkret, Band 17. BZgA, Köln.
- Hart, J.T. (1971): The inverse care law. The Lancet, 297:7696, 405-412.
- Hoberg, R.; Klie, T.; Künzel, G. (2013): Eckpunkte Strukturreform Pflege und Teilhabe, Kurzfassung. AGP Sozialforschung an der Evangelischen Hochschule Freiburg. http://agp-freiburg.de/downloads/pflege-teilhabe/Eckpunkte_Strukturreform_PFLEGE_TEILHABE_Kurzfassung.pdf (06.11.2013), S. 13.
- Holm, B. (2012): Sport- und Bewegungsverhalten älterer Menschen in Berlin. In: Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (Hrsg.): Gemeinsam mehr bewegen – Gute Argumente und Berliner Beispiele für Bewegungsförderung im Alter. Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Berlin, S. 12-14.

Holz, G.; Schöttle, M.; Berg, A. (2011): Fachliche Maßstäbe zum Auf- und Ausbau von Präventionsketten in Kommunen. Strukturansatz zur Förderung des „Aufwachsens im Wohlergehen“ für alle Kinder und Jugendliche. Essen, Frankfurt a. M., Monheim am Rhein. http://www.awo-nr.de/fileadmin/DAM/Sozial_Politisches_Engagement/Impulspapier_Praeventionsketten_13.10.2011.pdf (06.11.2013).

Jahn; Mack & Partner (2006): Vereinheitlichung von Planungsräumen. Gutachten im Auftrag der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung Berlin und des Statistischen Landesamtes Berlin.

Kopetsch, T. (2011): Bedarfsplanung – Das Reformkonzept der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Gesundheits- und Sozialpolitik 1/2011, S. 34-42.

Kortmann, I. (2012): Bewegung in den Berliner Volkshochschulen. In: Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (Hrsg.): Gemeinsam mehr bewegen – Gute Argumente und Berliner Beispiele für Bewegungsförderung im Alter. Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Berlin, S. 33-35.

Kremer-Preiß, U.; Stolarz, H. (2009): Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden, Themenheft 4: Neue Wohnformen im Alter – Finanzierungsmöglichkeiten innovativ gestalten. Netzwerk: Soziales neu gestalten, Gütersloh.

Kroll, L.; Ziese, T. (2009): Kompression oder Expansion der Morbidität? In: Böhm, K.; Tesch-Römer, C.; Ziese, T. (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin, S. 105-112.

Kümpers, S. (2008): Alter und gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangspunkte für sozialraumbezogene Prävention. WZB-Discussion-Paper SPI 2008-301. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.) (2010): Bestands- und Bedarfsanalyse zur kommunalen quartiersbezogenen Altenhilfeplanung der Stadt Goch. Gesamtbericht, Köln, S. 173.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.) (2011): Was sind altersngerechte Quartiersprojekte? Bausteine und Umsetzungsverfahren, Köln.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.) (2012): Die 5. Generation: KDA-Quartiershäuser. Ansätze zur Neuausrichtung von Alten- und Pflegeheimen, Köln.

Lampert, T.; Kroll, L.E. (2010): Armut und Gesundheit. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.): GBE kompakt 5/2010, Berlin.

Lampert, T.; Kroll, L.E.; Lippe, E.; von der Müters, S.; Stolzenberg, H. (2013): Sozioökonomischer Status und Gesundheit. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 56, S. 814-821.

Mackenbach, J.P. (2006): Health Inequalities: Europe in Profile. UK Presidency of the EU, Rotterdam.

Marmot, M. (2005): Social determinants of health inequalities. The Lancet, 365, 1099-1104.

Meinlschmidt, G. (Hrsg.) (2004): Sozialstrukturatlas Berlin 2003 – Ein Instrument der quantitativen, interregionalen und intertemporalen Sozialraumanalyse und -planung. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Berlin.

Meinlschmidt, G. (Hrsg.) (2009a): Sozialstrukturatlas Berlin 2008 – Ein Instrument der quantitativen, interregionalen und intertemporalen Sozialraumanalyse und -planung. Spezialbericht 2009-1, Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Berlin.

- Meinlschmidt, G.; Bettge, S.; Oberwöhrmann, S.; Sallmon, S.; Schulz, M. (2009b): Zur demografischen Entwicklung und ihren Auswirkungen auf Morbidität, Mortalität, Pflegebedürftigkeit und Lebenserwartung. Erste Ansätze zur Ableitung von Gesundheitszielen für die ältere Bevölkerung in Berlin. Gesundheitsberichterstattung Berlin. Diskussionspapiere zur Gesundheits- und Sozialforschung.
- Meinlschmidt, G. (Hrsg.) (2011a): Basisbericht 2010/2011. Gesundheitsberichterstattung Berlin. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Berlin.
- Meinlschmidt, G. (Hrsg.) (2011b): Sozialstruktur und Kindergesundheit – Ein Atlas für Berlin auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2007/2008. Spezialbericht 2011-1, Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Berlin.
- Mielck, A. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Verlag: Hans Huber, Bern.
- Monteiro, B. (2012): Gesundheits- und Bewegungsförderung in Stadtteilzentren und Nachbarschaftshäusern. In: Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (Hrsg.): Gemeinsam mehr bewegen – Gute Argumente und Berliner Beispiele für Bewegungsförderung im Alter. Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Berlin, S. 27-29.
- Mühlbacher, A.C.; Wessels, M. (2011): Neue Wege in der Bedarfsplanung in Deutschland: Haben wir eine Mengen- oder ein Verteilungs- bzw. Allokationsproblem? Gesundheits- und Sozialpolitik 1/2011, S. 53-63.
- Narten, R. (2007): Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden, Themenheft 2: Gemeinsam mehr erreichen – Lokale Vernetzung und Kooperation. Netzwerk: Soziales neu gestalten, Gütersloh.
- Ozegowski, S.; Sundmacher, L. (2012): Wie „bedarfsgerecht“ ist die Bedarfsplanung? Eine Analyse der regionalen Verteilung der vertragsärztlichen Versorgung. Gesundheitswesen, 74, S. 618-626.
- PROGNOS AG (2011): Der Kauf von Arztpraxen als Instrument zum Abbau der regionalen Ungleichverteilung in der vertragsärztlichen Versorgung. Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbands. PROGNOS AG, Basel.
- Rosenbrock, R. (2008): Primärprävention - Was ist das und was soll das? Discussion Papers der Forschungsgruppe Public Health. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin. <http://skylla.wz-berlin.de/pdf/2008/i08-303.pdf> (06.11.2013).
- Sallmon, S.; Mittelstaedt, K.; Schenk, U. (2011): Zur sozialen Lage älterer Menschen in Berlin - Armutsrisiken und Sozialleistungsbetrug. Spezialbericht 2011-1, Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Berlin.
- Sandvoss, U.; Kramer, K. (2010): Kommunale Armutsprävention: Das Dormagener Modell. In: Lutz, R.; Hammer, V. (Hrsg.): Wege aus der Kinderarmut. Gesellschaftspolitische Rahmenbedingungen und sozialpädagogische Handlungsansätze. Juventa, Weinheim, S. 185-197.
- Sann, A.; Geene, R.; Paul, M. (2013): Frühe Hilfen – Ein neues Handlungsfeld zur Stärkung von Kindern und Familien. In: Geene, R.; Höppner, C.; Lehmann, F. (Hrsg.): Kinder stark machen. Verlag: Gesunde Entwicklung, Bad Gandersheim, S. 361-388.
- Schlack, R.; Kurth, B.-M.; Hölling, H. (2008): Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Daten aus dem bundesweit repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Robert-Koch-Institut, Berlin.
- Schliemann, S. (2012): Der Gesundheitszielprozess in Treptow-Köpenick – Ein neuer und erfolgreicher Weg. In: Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (Hrsg.): Gemeinsam mehr bewegen – Gute Argumente und Berliner Beispiele für Bewegungsförderung im Alter. Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Berlin, S. 37-39.

Schröder, W.; Stauber, B.; Walther, A.; Böhnisch, L.; Lenz, K. (Hrsg.) (2013): Handbuch Übergänge. Beltz Juventa, Weinheim.

Schubert, B. (2012): Sicher- und Aktivsein im Alter durch wirksame Sturzprävention. Das Angebot der AOK Nordost. In: Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (Hrsg.): Gemeinsam mehr bewegen – Gute Argumente und Berliner Beispiele für Bewegungsförderung im Alter. Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Berlin, S. 31-33.

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (SenGesSoz) (2011): Dokumentation der Achten Landesgesundheitskonferenz am 15. Dezember 2011, S. 11.

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (SenGesSoz) (2012): Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven. Bericht der AG Psychiatrie der AOLG (Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 28. Juni 2012).

Smith, G.D.; Bartley, M.; Blane, D. (1990): The Black report on socioeconomic inequalities in health 10 years on. British Medical Journal, 301, 373-377.

Sotzmann, K. (2012): Seniorensport in Sportvereinen. In: Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (Hrsg.): Gemeinsam mehr bewegen – Gute Argumente und Berliner Beispiele für Bewegungsförderung im Alter. Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Berlin, S. 22-24.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2011a): Armutsrisikoquoten Berlin 2011 (Landesmedian). <http://www.amtliche-sozialberichterstattung.de/A1armutsgefaehrungsquoten.html> (06.10.2013).

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2011b): Glossar zur Sozialberichterstattung. <http://www.amtliche-sozialberichterstattung.de/glossar.html#Aequivalenzenkommen> (07.10.2013).

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2012): Kindertagesbetreuung regional 2012. Ein Vergleich aller 402 Kreise in Deutschland. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, S. 8.

Statistisches Bundesamt (2006): Armut und Lebensbedingungen. Ergebnisse aus LEBEN IN EUROPA (EU-SILC) für Deutschland 2005, S. 17.

Statistisches Bundesamt u. a. (2011): Datenreport 2011 – Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland – Band 1, S. 23.

SVR Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.

Tiemann, M. (2012): Bewegungsförderung im Sportverein. In: Geuter, G.; Holleederer, A. (Hrsg.): Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit. Verlag: Hans Huber, Bern, S. 271-278.

Von Stillfried, D.; Czihal, T. (2011): Möglichkeiten der fachgruppenspezifischen Risikoadjustierung der Verhältniszahlen für eine zeitgemäße Versorgungsplanung. Gesundheits- und Sozialpolitik 2/2011, S. 29-36.

WHO Europe (2003): Social Determinants of Health: The Solid Facts. 2nd Edition. WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen.

Wismach, J. (2012): Kampagne „Berlin komm(t) auf die Beine.“ Eine konzentrierte Aktion im Gesundheitssport. In: Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (Hrsg.): Gemeinsam mehr bewegen – Gute Argumente und Berliner Beispiele für Bewegungsförderung im Alter. Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Berlin, S. 24-25.

Wittchen, H.-U.; Jacobi, F.; Hoyer, J. (2003): Die Epidemiologie psychischer Störungen in Deutschland. Vortrag im Rahmen des Kongresses „Psychosoziale Versorgung in der Medizin, Hamburg.“

Wolter, B. (2012): Bewegung und Teilhabe fördern: Anforderungen an das Wohnumfeld. In: Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (Hrsg.): Den Alltag im Stadtteil bewegen – Potenziale der Bewegungsförderung im Alter. Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Berlin, S. 6-13.

Zimmermann, T.; Kaduszkiewicz, H.; v.d. Bussche, H.; Schön, G.; Wegscheider, K.; Werle, J.; Weyerer, S.; Wiese, B.; Olbrich, J.; Weeg, D.; Riedel-Heller, S.; Lupp, M.; Jessen, F.; Abholz, H.H.; Maier, W.; Pentzek, M. (2012): Reliabilität ärztlicher Morbiditätsangaben zu chronischen Krankheiten. Ergebnisse einer Längsschnittstudie im hausärztlichen Bereich. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 55, S. 260-269.

Publikationsverzeichnis

Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung und des Sozialstatistischen Berichtswesens wurden vom Referat Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister, Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales folgende Veröffentlichungen herausgegeben:

Gesundheitsberichterstattung (GBE)

Basisberichte

Diese Berichtsform (ISSN 1617-9242) enthält Tabellen, die sich am Indikatorensatz der Länder orientieren, Erläuterungen sowie kurze Ergebnisbeschreibungen zu verschiedenen Themenfeldern. Der Bericht erscheint jährlich. Ab Basisbericht 2001 als PDF-Datei abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/basis.html>.

- Basisbericht 2012/2013 (2013). Schwerpunktthema „Chronische Erkrankungen“.
- Basisbericht 2010/2011 (2011). Schwerpunktthema „Ambulante Versorgung und Morbidität“.
- Basisbericht 2009 (2010). Schwerpunktthema „Frauen und Männer im Erwerbsalter“.
- Basisbericht 2008 (2009). Schwerpunktthema „Ältere Menschen in Berlin“.
- Basisbericht 2006/2007 (2008). Schwerpunktthema „Ausländische Bevölkerung und Bevölkerung mit Migrationshintergrund“.
- Basisbericht 2005 (2006). Schwerpunktthema „Kinder und Jugendliche“.
- ...
- Jahresgesundheitsbericht 1961

Spezialberichte - GBE

Diese Berichtsform (ISSN 1617-9250) wird zu Schwerpunktthemen erarbeitet; sie enthält Analysen, Zusammenhänge und Handlungsempfehlungen. PDF-Dateien abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/spezial.html>.

- Meinschmidt, Gerhard (Herausgeber) (2014):
Handlungsorientierter Sozialstrukturatlas Berlin 2013 - Ein Instrument der quantitativen, interregionalen und intertemporalen Sozialraumanalyse und -planung. Spezialbericht 2014-1.
- Bettge, Susanne; Hermann, Sabine; Oberwöhrmann, Sylke (2013):
Einheitliche Erfassung des Migrationshintergrundes bei den Einschulungsuntersuchungen. Spezialbericht 2013-1.
- Häßler, Kathleen; Hermann, Sabine; Adloff, Inis; Grahl, Rainer; Lenz, Simone (2011):
Mundgesundheit der Berliner Kinder. Ergebnisse des Schuljahres 2009/2010. Spezialbericht 2011-2.
- Meinschmidt, Gerhard (Herausgeber) (2011):
Sozialstruktur und Kindergesundheit - Ein Atlas für Berlin auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2007/2008. Spezialbericht 2011-1.
- Meinschmidt, Gerhard (Herausgeber) (2009):
Sozialstrukturatlas Berlin 2008 - Ein Instrument der quantitativen, interregionalen und intertemporalen Sozialraumanalyse und -planung. Spezialbericht 2009-1.

- Bettge, Susanne; Nickel, Jennifer; Schulz, Mandy; Helle, Nadine; Hermann, Sabine; Meinschmidt, Gerhard; Ravens-Sieberer, Ulrike (2008):
Gesundheits- und Risikoverhalten von Berliner Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse der HBSC-Studie 2006. Spezialbericht 2008-2.
- Oberwöhrmann, Sylke; Bettge, Susanne (2008):
Grundaussagen der Einschulungsdaten 2006 zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin. Spezialbericht 2008-1.
- Oberwöhrmann, Sylke; Bettge, Susanne (2007):
Basisdaten zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2005. Spezialbericht 2007-1.
- Bettge, Susanne; Oberwöhrmann, Sylke et al. (2006):
Zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2004. Spezialbericht 2006-1.
- Meinschmidt, Gerhard (Herausgeber) (2004):
Sozialstrukturatlas Berlin 2003 - Ein Instrument der quantitativen, interregionalen und intertemporalen Sozialraumanalyse und -planung. Spezialbericht 2004-1.
- Delekat, Dietrich (2003):
Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin - Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 2001. Spezialbericht 2003-2.
- Meinschmidt, Gerhard; Imme, Uwe; Seeger, Michael (2003):
Sozialhilfeempfängerprognoseverfahren in Berlin. Spezialbericht 2003-1.
- Kis, Anita; Bömermann, Hartmut; Hermann, Sabine; Schieritz, Frank; Unger, Gisela (2002):
Diagnosedaten der Berliner Krankenhauspatienten 1994-1999. Spezialbericht 2002-1.
- Delekat, Dietrich; Kis, Anita (2001):
Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin - Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 1999. Spezialbericht 2001-1.
- Meinschmidt, Gerhard (Herausgeber) / SenGesSoz; Brenner, M. H. (Herausgeber) / TU Berlin (1. Ausgabe 1999):
Sozialstrukturatlas Berlin 1999 - Eine soziale Diagnose für Berlin -.
- Hermann, Sabine; Imme, Uwe; Meinschmidt, Gerhard (1997):
Sozialstrukturatlas 1997 - Eine disaggregierte statistische Sozialraumanalyse -.
- Hermann, Sabine; Meinschmidt, Gerhard (1997):
Sozialstrukturatlas Berlin - Fortschreibung 1997 -.
- Hermann, Sabine; Meinschmidt, Gerhard (1995):
Sozialstrukturatlas Berlin. Erste gemeinsame Berechnung für alle Bezirke.
- Meinschmidt, Gerhard; Imme, Uwe; Kramer, Ramona (1990):
Sozialstrukturatlas Berlin (West). Eine statistisch-methodische Analyse mit Hilfe der Faktorenanalyse.

Grundausswertungen - GBE

PDF-Dateien abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/grundausswertungen.html>.

- Bettge, Susanne; Oberwöhrmann, Sylke (2013): Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2012.
- Bettge, Susanne; Oberwöhrmann, Sylke (2012): Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2011.
- Bettge, Susanne; Oberwöhrmann, Sylke (2011): Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2010.
- Oberwöhrmann, Sylke; Bettge, Susanne (2011): Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2009.
- Oberwöhrmann, Sylke; Bettge, Susanne (2009): Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2008.
- Bettge, Susanne; Oberwöhrmann, Sylke (2009): Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2007.

Diskussionspapiere zur Gesundheits- und Sozialforschung

In dieser Reihe (ISSN 1868-4475) werden Themen von besonderer gesundheitspolitischer Bedeutung diskutiert sowie strittige oder widersprüchliche Aspekte des Themas aufgezeigt. Die Diskussionspapiere erscheinen in unregelmäßiger zeitlicher Folge. PDF-Dateien abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/veroeffentlichungen/diskussionspapiere.html>.

34. Meinschmidt, Gerhard; Bettge, Susanne; Oberwöhrmann, Sylke; Sallmon, Sylke; Schulz, Mandy (2009):
Zur demografischen Entwicklung und ihren Auswirkungen auf Morbidität, Mortalität, Pflegebedürftigkeit und Lebenserwartung. Erste Ansätze zur Ableitung von Gesundheitszielen für die ältere Bevölkerung in Berlin.
33. Hauschild, Beate; Baum, Christiane (2000):
Dokumentation zur Strukturentwicklung des gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgungssystems. Zweiter Basisdatenbericht (1998) zur Versorgung im ambulant/komplementären Bereich (Betreutes Wohnen und Tagesstätten).
32. Hauschild, Beate; Baum, Christiane (1998):
Dokumentation zur Strukturentwicklung des gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgungssystems. Erster Basisdatenbericht (1997) zur Versorgung im ambulant/komplementären Bereich (Betreutes Wohnen und Tagesstätten).
31. Wiesner-Balcke, Waltraud; Angerman, Regina (1997):
Allergische Erkrankungen und Beschwerden bei Berliner Einschülern im Vergleich mit dem Land Brandenburg - Analyse, Bezirksvergleiche, bezirkliches Vorsorgeprogramm -.
30. Kiss, Anita (1997):
Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Berlin unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1994/95.
29. Scholz, Rembrandt D.; Thoelke, Henning (1997):
Lebenserwartung in Berlin 1986-1994. - Trends und regionale Unterschiede -.
28. Hiestermann, Angelika; Hillen, Thomas (1996):
Zur psychosozialen Befindlichkeit der Berliner Bevölkerung. - Eine statistische Analyse -.
27. Dohnke-Hohrmann, Sylvia; Reich, Renate (1995):
Der Mund- und Zahngesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen 1992/93 in Berlin.
26. Hermann, Sabine; Hiestermann, Angelika (1995):
Zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Frauen in Berlin. - Eine erste geschlechtsspezifische empirische Diagnose -.

25. Beblo, Miriam (1995):
Zur Dimension der sozialen und gesundheitlichen Lage älterer Menschen in Berlin. Eine statistisch-empirische Diagnose.
24. Rothe, Kerstin u.a. (1995):
Vergleichbare Strukturdaten des Sozial- und Gesundheitswesens ausgewählter Großstädte der Bundesrepublik Deutschland 1992.
23. Kiss, Anita; Hermann, Sabine; Thoelke, Henning (1995):
Vermeidbare Sterbefälle in Berlin 1983-1992.
22. Kiss, Anita (1995):
Zur gesundheitlichen Lage von Jugendlichen in Berlin unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1991/1992 - eine statistische Analyse -.
21. Radoschewski, Michael; Kirschner, Wolf; Kirschner, Renate; Heydt, Kerstin (1994):
Entwicklung eines Präventionskonzeptes für das Land Berlin.
20. Koch-Malunat, Norbert (1994):
Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 1990 in Berlin-West - eine statistische Analyse -.
19. Thoelke, Henning; Meusel, Katharina (1994):
Zur Überlebensdauer von Typ-II-Diabetikern. Ergebnisse einer 20jährigen Follow-up-Studie in Berlin-Ost.
18. Hermann, Sabine; Imme, Uwe; Meinschmidt, Gerhard (1993):
Zur Sozialstruktur in den östlichen und westlichen Bezirken Berlins auf der Basis des Mikrozensus 1991.- Erste methodische Berechnungen mit Hilfe der Faktorenanalyse -.
17. Kirschner, Wolf; Radoschewski, Michael (1993):
Gesundheits- und Sozialsurvey in Berlin.
16. Kiss, Anita (1992):
Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1988/89 in Berlin (West).
15. Koch-Malunat, Norbert; Klausing, Michael (1990):
Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 1987 in Berlin (West).
14. Haecker, Gero; Kirschner, Wolf; Meinschmidt, Gerhard (1990):
Zur „Lebenssituation von Sozialhilfeempfängern“ in Berlin (West).
13. Liedtke, Dieter; Wanjura, Marlies (1989):
Projekt: Beratungspfleger (Teil 2).
12. Becker, Barbara; Kramer, Ramona; Meinschmidt, Gerhard (1989):
Zur subjektiven Morbidität der Berliner Bevölkerung.
11. Baum, Christiane; Koch-Malunat, Norbert; Seeger, Michael (1989):
Vergleichbare Strukturdaten des Sozial- und Gesundheitswesens ausgewählter Großstädte der Bundesrepublik.
10. Liedtke, Dieter (1988):
Projekt: Beratungspfleger (Teil 1).
9. Meinschmidt, Gerhard (1988):
Sozialhilfeempfänger auf dem Weg zurück ins Berufsleben. Grundgedanken zum Berliner Modell der Beschäftigung von arbeitslosen Sozialhilfeempfängern. Eine empirische Einstiegsstudie, die zu diesem Problemkomplex bei den Berliner Arbeitgebern durchgeführt wurde.

8. Referat Sozial- und Medizinalstatistik, EDV-gestützte Fachinformationssysteme (1988):
Sozialhilfeempfänger in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung. Statistischer Erfahrungsbericht zum 500er Programm.
7. Referat Sozial- und Medizinalstatistik, EDV-gestützte Fachinformationssysteme (1988):
Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1985/86 in Berlin (West) nach Kriterien des Jugendarbeitsschutzgesetzes.
6. Referat Sozial- und Medizinalstatistik, EDV-gestützte Fachinformationssysteme; Mader, Sylvia (1988):
Die Jugendzahnpflege 1986. Eine Untersuchung über den Zahnstatus bei Kindern und Jugendlichen in Berlin (West).
5. Meinschmidt, Gerhard (1988):
Strukturanalyse pflegebedürftiger Menschen in Berlin. Eine statistische Analyse.
4. Meinschmidt, Gerhard; Völker-Oswald, Ingrid (1988):
Zum Bedarf an Unterstützung in Hilfssituationen älterer Menschen in Berlin. Eine statistische Analyse.
3. Imme, Uwe; Meinschmidt, Gerhard (1986):
Strukturanalyse arbeitsloser Sozialhilfeempfänger. Eine statistische Analyse.
2. Imme, Uwe; Meinschmidt, Gerhard; Wanjura, Marlies (1986):
Der Krankenpflegenotfalldienst durch Sozialstationen. Eine Zwischenbilanz aus empirischer Sicht.
1. Meinschmidt, Gerhard (1986):
Ärzte beurteilen Sozialstationen. Eine statistisch empirische Diagnose.

Gesundheitsbarometer

PDF-Dateien abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/veroeffentlichungen/barometer.html>.

- Hermann, Sabine; Imme, Uwe (1996):
Erhebung zu den zusätzlichen Öffnungszeiten anlässlich der „Schaustelle Berlin“ vom 29. Juni bis 25. August 1996.
Gesundheitsbarometer 3.
- Hermann, Sabine; Meinschmidt, Gerhard; Thielke, Henning (1994):
Eine repräsentative Erhebung zu Fragen der Gesundheit, der Prävention und ihrer Gestaltung. Gesundheitsbarometer 2.
- Hermann, Sabine; Meinschmidt, Gerhard (1991):
Eine repräsentative Erhebung zur Gesundheitspolitik, der Politik im allgemeinen und zur Pflegeproblematik.
Gesundheitsbarometer 1.

Statistische Kurzinformationen - GBE

ISSN 1863-9305. PDF-Dateien abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/kurzinfo.html>.

- Häßler, Kathleen; Hermann, Sabine; Adloff, Inis; Grahlén, Rainer (2013):
Mundgesundheit Berliner Kinder und Jugendlicher im Schuljahr 2011/2012. Statistische Kurzinformation 2013-2.
- Häßler, Kathleen; Hermann, Sabine (2013):
Geburtsgeschehen in Berlin 2011. Statistische Kurzinformation 2013-1.
- Häßler, Kathleen; Hermann, Sabine; Adloff, Inis; Grahlén, Rainer (2012):
Mundgesundheit Berliner Kinder und Jugendlicher im Schuljahr 2010/2011. Statistische Kurzinformation 2012-1.
- Oberwöhrmann, Sylke; Bettge, Susanne; Hermann, Sabine (2011):
Kernindikatoren für Bezirksregionenprofile aus den Einschulungsdaten in Berlin. Statistische Kurzinformation 2011-1.

- Adloff, Inis; Häßler, Kathleen; Hermann, Sabine; Uhlig, Ursula (2010):
Mundgesundheit der Berliner Kinder im Schuljahr 2008/2009. Statistische Kurzinformation 2010-2.
- Häßler, Kathleen; Hermann, Sabine (2010):
Bericht über den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) in Berlin 2008. Statistische Kurzinformation 2010-1.
- Häßler, Kathleen; Hermann, Sabine; Uhlig, Ursula (2009):
Mundgesundheit der Berliner Kinder im Schuljahr 2007/2008. Statistische Kurzinformation 2009-2.
- Häßler, Kathleen; Hermann, Sabine (2009):
Bericht über den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) in Berlin 2007. Statistische Kurzinformation 2009-1.
- Kis, Anita; Geitner, Heide Lore; Hermann, Sabine (2008):
Unfälle im Kindes- und Jugendalter. Statistische Kurzinformation 2008-1.
- Struck, Christiane; Hermann, Sabine (2007):
Geburtenentwicklung, Schwangerschaftsabbrüche und Schwangerschaftskonfliktberatung - Altersstruktur, Konfliktgründe, Ländervergleich -. Statistische Kurzinformation 2007-3.
- Häßler, Kathleen; Hermann, Sabine (2007):
Präventive und gesundheitsförderliche Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes für Kinder und Jugendliche in Berlin. Statistische Kurzinformation 2007-2.
- Kis, Anita; Hermann, Sabine (2007):
Zur Suizidhäufigkeit in Berlin 1991 - 2005. Statistische Kurzinformation 2007-1.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2006):
Alters- und geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlungen in Berlin. Statistische Kurzinformation 2006-1.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2005):
Pflegebedürftigkeit in Berlin unter besonderer Berücksichtigung der Lebenserwartung. Statistische Kurzinformation 2005-1.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2002):
Stationäre Behandlung von Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises in den Berliner Krankenhäusern 2000. Statistische Kurzinformation 2002-4.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2002):
Beschäftigte im Berliner Gesundheitswesen. Statistische Kurzinformation 2002-3.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2002):
Die Diagnosedaten der Berliner Krankenhauspatienten 1994 - 1999. Statistische Kurzinformation 2002-2.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2002):
Neueste Lebenserwartungsberechnungen für die Berliner Bezirke - Deutliche Zusammenhänge zwischen Lebenserwartung, vermeidbaren Sterbefällen und sozialer Lage -. Statistische Kurzinformation 2002-1.

Sozialstatistisches Berichtswesen (SBW)

Spezialberichte - SBW

Die Spezialberichte (ISSN 1861-9444) verfolgen die vertiefende Analyse von Erkenntnissen aus der Sozialstatistik nach unterschiedlichen Themenschwerpunkten. Sie erscheinen in unregelmäßiger zeitlicher Reihenfolge. PDF-Dateien abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/sozial/spezial.html>.

- Sallmon, Sylke; Mittelstaedt, Karin; Schenk, Ullrich (2011):
Zur sozialen Lage älterer Menschen in Berlin - Armutsrisiken und Sozialleistungsbezug. Spezialbericht 2011-1.
- Seeger, Michael (2006):
Einflussfaktoren und Strukturmerkmale für die Sozialhilfebedürftigkeit von Familien mit Kindern in Berlin an der Schwelle zu „Hartz IV“. Spezialbericht 2006-1.
- Schmidtke, Kerstin (2005):
Konzepte und Methoden zur Abbildung von Lebenslagen - Bildung von Lebenslagen-Indices am Beispiel der Berliner Sozialhilfestatistik 2005. Spezialbericht 2005-1.

Spezialberichte und Diskussionspapiere aus dem Themengebiet des Sozialstatistischen Berichtswesens vor dem Jahr 2005 finden Sie unter den Publikationen im Abschnitt Gesundheitsberichterstattung (GBE).

Grundauswertungen - SBW

PDF-Dateien abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/sozial/grundauswertungen.php>.

- Brandt, Britta; Greiner, Jürgen; Sallmon, Sylke (2013): Leistungen der Grundsicherung nach dem SGB XII in Berlin. Datenüberblick, Stand 31.12.2012.
- Brandt, Britta; Greiner, Jürgen; Sallmon, Sylke (2013): Leistungen nach dem LPfGG in Berlin. Datenüberblick, Stand 31.12.2012.
- Brandt, Britta; Greiner, Jürgen; Sallmon, Sylke (2013): Leistungen nach dem AsylbLG in Berlin. Datenüberblick, Stand 31.12.2012.

Quartalsberichte - SBW

Die Berichtsreihe, in der die aktuelle Entwicklung der Leistungen und Empfängerart auf den Sozialleistungsgebieten BSHG, AsylbLG und PflegeG in Tabellenform mit kurzen Interpretationen sowie Schwerpunktthemen angeboten wurde, erschien quartalsweise seit 1988, letztmalig in dieser Form im IV. Quartal 2003.

- IV. Quartal 2003 (letzte Ausgabe)
ISSN 1618-033X

Der statistische Tabellensatz des Berichtes mit unterjährigen Empfänger- und Leistungsdaten für Berlin insgesamt sowie in bezirklicher Gliederung wird weiterhin im Internet unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/sozial/quartalsberichte.html> bereitgestellt.

Statistische Kurzinformationen - SBW

ISSN 1864-0710. PDF-Dateien abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/sozial/kurzinfo.html>.

- Brandt, Britta; Greiner, Jürgen; Sallmon, Sylke (2013):
Leistungen nach dem 5.-9. Kap. SGB XII in Berlin – Datenüberblick, Stand 31.12.2012. Statistische Kurzinformation 2013-1.
- Brandt, Britta; Greiner, Jürgen; Sallmon, Sylke (2012):
Leistungen der Grundsicherung nach dem SGB XII in Berlin - Datenüberblick, Stand 31.12.2011. Statistische Kurzinformation 2012-3.

- Brandt, Britta; Greiner, Jürgen; Sallmon, Sylke (2012):
Leistungen nach dem LPfGG in Berlin - Datenüberblick, Stand 31.12.2011. Statistische Kurzinformation 2012-2.
- Brandt, Britta; Greiner, Jürgen; Sallmon, Sylke (2012):
Leistungen nach dem AsylbLG in Berlin - Datenüberblick, Stand 31.12.2011. Statistische Kurzinformation 2012-1.
- Brandt, Britta; Sallmon, Sylke (2010):
Transferausgaben des Landes Berlin in den Sozialrechtsgebieten des SGB XII, SGB II (kommunaler Träger), AsylbLG, LPfGG in den Jahren 2005 bis 2008. Statistische Kurzinformation 2010-2.
- Sallmon, Sylke; Danner, Jonas (2010):
Grundsicherung bei dauerhaft voller Erwerbsminderung - statistische Analyse der Empfängerstruktur in Berlin. Statistische Kurzinformation 2010-1.
- Sallmon, Sylke (2008):
Pflegebedürftigkeit, Pflegeleistungen der Sozialhilfe und demographische Entwicklung in Berlin. Statistische Kurzinformation 2008-1.
- Sallmon, Sylke (2007):
Hilfe zur Pflege nach SGB XII - Eckdaten zu den Leistungsbeziehern -. Statistische Kurzinformation 2007-1.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2006):
Transferausgaben in Berlin im ersten Jahr der neuen Sozialgesetzgebung 2005 - SGB XII, AsylbLG, LPfGG. Statistische Kurzinformation 2006-1.

Informationssysteme

Spezialberichte - Informationssysteme

- Imme, Uwe; Brodersen, Sven; Kaske, Eva (2007):
GSI - das Gesundheits- und Sozialinformationssystem. Internetbasierte Bereitstellung von Daten und Berichten der Berliner Gesundheitsberichterstattung und des Sozialstatistischen Berichtswesens. Spezialbericht 2007-1, ISSN 1865-8377.
PDF-Datei abrufbar unter http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/veroeffentlichungen/spezial_gsi.html.

Weitere Veröffentlichungen

unter Beteiligung des Referats Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister, Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme.

- Stabenow, Roland; Schulz, Mandy; Meinschmidt, Gerhard; Imme, Uwe (2007):
Krebsatlas Berlin 2002-2004. Berlin, Schriftenreihe des Gemeinsamen Krebsregisters, Heft 2.
PDF-Datei abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gkr/index.html>.

Fachliche Auskünfte und Bezug:

Referat Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister, Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme

Telefon: (030) 9028 2660
 Telefax: (030) 9028 2067
 e-mail: Gerhard.Meinschmidt@sengs.berlin.de

Senatsverwaltung
für Gesundheit und Soziales



Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Oranienstr. 106
10969 Berlin
Tel (030) 9028-1235
www.berlin.de/sen/gessoz
pressestelle@sengs.berlin.de
© Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales