Matthias Schulze-Böing

Gibt es einen Zusammenhang zwischen Corona und Armut? Anmerkungen und Befunde zu einer vielzitierten These

Infektionstreiber Armut?

Die „Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung“ (FAS) berichtete in einem Aufmacher am 16. Mai 2021, dass Corona Arme in der Gesellschaft deutlich häufiger und stärker trifft als die übrige Bevölkerung. Die beiden von der FAS dazu interviewten prominenten Armutskritiker Christoph Butterwege und Ulrich Schneider nahmen den Ball dankbar auf und sahen darin einen weiteren Beleg für grundsätzliche Gerechtigkeitsprobleme in der Gesellschaft.

Der Gedanke an einen Zusammenhang zwischen Armut und Corona liegt ja auch durchaus nahe. Es ist aus vielen Untersuchungen bekannt, dass Arme häufiger krank sind und auch, dass sie statistisch gesehen eine niedrigere Lebenswartung haben[1]. Und alles, was man über die Verbreitungswege des Corona-Virus bisher weiß, spricht ebenfalls für ein besonderes Erkrankungsrisiko bei Armen, sind diese doch aufgrund fehlender Bildung schlechter über die Risiken des Virus und mögliche Maßnahmen gegen eine Ansteckung informiert, leben häufiger in beengten Wohnungen, sind stärker auf öffentliche Verkehrsmittel verwiesen und arbeiten häufiger in Berufen und Branchen, die einen Rückzug des Arbeitsplatzes ins Home-Office nicht zulassen[2].

Weiterhin wird vermutet, u. a. vom Chef des Robert-Koch-Instituts (RKI), dass Migranten besonders von Corona-Infektionen betroffen sind[3].

Daten, die die These eines Zusammenhangs der Inzidenz von Corona-Infektionen und Armut belegen, gibt es bisher aus einzelnen Teilanalysen. Endt u. a. haben Daten aus 465 Stadtteilen in 10 Großstädten, darunter auch Berlin, analysiert und stellen dort zum Teil hohe Korrelation der Corona-Inzidenz mit der Arbeitslosenquote und dem Ausländeranteil sowie eine starke negative Korrelation mit dem durchschnittlichen Haushaltseinkommen fest[4]. Die Situation in den Städten ist dabei allerdings sehr unterschiedlich. Nicht überall lassen sich diese Zusammenhänge nachweisen[5]. Zudem ist die Auswahl

---

[1] Siehe z. B. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2010): gesundheitliche-chancengleichheit (Download 24.05.2021)

[2] So zeigt eine Untersuchung des wissenschaftlichen Instituts der AOK, dass Menschen, die in „Sorgeberufen“ arbeiten, ein deutlich höheres Risiko der Erkrankung an Covid-19 aufweisen als der Durchschnitt. Zit. nach Aleksandra Lewicki: Sind Menschen mit Migrationshintergrund stärker von Covid-19 betroffen?, University of Sussex, Juni 2021, S. 3. Dort auch weitere Hinweise zu Forschungsergebnissen zum Zusammenhang von Berufstätigkeit, sozialer Stellung und Erkrankungsrisiko. Quelle: Warum Covid-19 Minderheiten härter trifft | Artikel | MEDIENDIENST INTEGRATION (mediendienst-integration.de) (Download 05.06.2021)

[3] Siehe etwa RKI-Chef Wieler: Sehr viele Corona-Erkrankte haben einen Migrationshintergrundhintergrund (rtl.de) (Download 24.05.2021)

[4] Christian Endt, Linda Fischer, Carla Grefe-Huge, Moritz Klack, Julius Tröger: Das sind die Corona-Hotspots in den deutschen Städten; Zeit-Online vom 01.06.2021; siehe https://www.zeit.de/wissen/2021-05/soziale-ungleichheit-corona-infektionen-aermere-stadtteile-datenanalyse-soziale-brennpunkte?utm_source=pocket-newtab-global-de-DE Es ist nicht ganz klar, warum die Autoren den Anteil der Bezieher von Sozialleistungen nach dem Sozialgesetzbuch II und Sozialgesetzbuch XII nicht in die Untersuchung einbezogen haben. Dies ist normalerweise eine relativ verlässliche Näherungsvariable zum Faktor „Armut“.

[5] Der Vergleich stadtteilbezogener Daten über verschiedene Städte hinweg ist auch deshalb nicht ganz unproblematisch, weil der Zuschnitt bzw. die durchschnittliche Größe von Raumeinheiten unterhalb der Gesamtstadt sehr stark variiert. So ist in dem Datensatz von Endt. u. a. die Stadt Nürnberg mit 520.000 Einwohnern mit über

der 10 großen Großstädte nicht repräsentativ. Hier gab es in der Studie aufgrund der Datenlage Einschränkungen.

Es gibt in den Medien breit dargestellte Einzelsituation bestimmter Wohnblocks oder Quartiere mit sozial schwacher Bewohnerschaft, bei denen sich Infektionscluster gebildet hatten. Inwieweit dies Ausdruck eines allgemeinen Trends ist, kann jedoch noch nicht endgültig entschieden werden.

Welche Daten können herangezogen werden?

Um die These des Zusammenhangs von Armut und Corona-Risiko näher prüfen, werden hier allgemein verfügbare Daten im Zusammenhang untersucht:

- Die vom Robert-Koch-Institut tagesaktuell veröffentlichten Daten zur Covid-19-Inzidenz. Dabei nutzt man üblicherweise die sog. „7-Tage-Inzidenz“, d. h. die Zahl der gemeldeten Fälle über sieben Tage bezogen auf die Bevölkerung, wobei diese zur Normierung der Kennziffer auf 100.000 Einwohner hochgerechnet wird. Diese Daten sind auf der Ebene von Landkreisen und kreisfreien Städten als kleinstem Raumbezug verfügbar. Sie liegen bis zum aktuellen Rand vor.
- Das RKI bietet weiterhin Daten zum Download an, die eine Analyse der Infektionszahlen und der Todesfälle mit Corona im Zeitverlauf sowie weitere Merkmale zum Infektionsgeschehen möglich machen. Diese Daten wurden für ausgewählte Bundesländer Westdeutschlands und dort für kreisfreie Städte herangezogen.
- Zur sozialen Situation bieten sich die vielfältigen Kennziffern an, die das Bundesinstitut für Bauen, Stadt- und Regionalplanung (BBSR) in der Datenbank INKAR anbietet[6]. Diese Datensammlung enthält viele für die Fragestellung direkt relevante Indikatoren auf der Ebene von Landkreisen und kreisfreien Städten, etwa die SGB II/ SGB XII-Quoten (als Proxy für Armut), das durchschnittliche Haushaltseinkommen, den Anteil einkommensschwacher Haushalte u. a. Diese Daten liegen aktuell nur bis zum Jahr 2017 vor. Das mindert deren Nutzbarkeit jedoch nicht, da sich die in den Indikatoren ausgedrückten Strukturmerkmale eher träge entwickeln und nicht davon auszugehen ist, dass sich die relative Position einzelner Kommunen in wenigen Jahren in größerem Maße ändert. Eine Erläuterung der einzelnen ausgewählten Indikatoren findet sich im Anhang (Metadaten).

In den Analysen wurde aus technischen Gründen die Stadt Berlin und ihre Bezirke ausgeklammert, da die Daten im BBSR-Datenbestand nicht auf Bezirksebene verfügbar sind.

Weiterhin können sehr detaillierte Daten für die kreisfreie Stadt Offenbach untersucht werden, für die auch Daten in der innerstädtischen Raumgliederung sowie für eine Reihe von soziodemographischen Merkmalen wie Alter und Staatsangehörigkeit ausgewertet werden können. Diese Daten können in Bezug zur Bevölkerungsstruktur sowie zur sozialen Situation gesetzt werden, sofern dafür Daten kleinräumig verfügbar sind. Für unsere Fragestellung wird vor allem die SGB-II-Quote als Näherungswert für Armut genutzt (Anteil der Leistungsberechtigten nach dem Sozialgesetzbuch II an der prinzipiell berechtigten Bevölkerung zwischen 0 und 65 Jahren), die auf der Ebene der statistischen Bezirke der Stadt verfügbar sind.

---

80 Stadtbezirken vertreten, die Stadt Berlin mit 3,7 Mio Einwohnern nur mit 11 Bezirken. Bei einer sehr feinkörnigen Gliederung ist es wahrscheinlicher, dass sich zwischen den einzelnen Bezirken größere Unterschiede zeigen als bei einer gröberen Gliederung, weil sich bei diese kleinräumige Unterschiede eher intern ausgleichen können, wobei es natürlich auch hier, wie das Beispiel Berlin zeigt, zwischen den Bezirken große Unterschiede geben kann.

[6] www.inkar.de

Bei den Daten zur Corona-Inzidenz wurden bei der bundesweiten Analyse die Zahl der Infektionsfälle im Jahr 2021 von Jahresbeginn bis in zweite Maihälfte sowie die Zahl der Infektionsfälle zwischen März und zweiter Maihälfte herangezogen. Der zweite Zeitraum deckt ungefähr die „dritte Welle“ der Pandemie ab (die ja Ende Mai noch nicht abgeschlossen ist).

Für die Stadt Offenbach wurden ebenfalls die Inzidenzen des Jahres 2021 zugrunde gelegt. Darüber hinaus wurde anhand von verschiedenen Teilzeiträumen untersucht, ob es hier bedeutende Änderungen im Zeitverlauf gibt.

Erste Analyse – 7-Tages-Inzidenzen auf Kreisebene

Der Befund dieser Analysen ist, dass es sowohl auf Bundesebene als auch auf der kleinräumigen Betrachtung kein ganz eindeutiges Bild zur These des Zusammenhangs von Corona und Armut gibt.

Es gibt *keinen* statistischen Zusammenhang zwischen der durchschnittlichen 7-Tage-Inzidenz für die beiden genannten Zeiträume und den Kennziffern zur sozialen Situation der Kreis und Städte[7]. Die Korrelationen sind so schwach, dass sich daraus keine Trendaussage ableiten lässt. Auch ein Zusammenhang zwischen dem Ausländeranteil der einzelnen Kommunen und der Betroffenheit von Corona-Infektionen lässt sich nicht belegen.

Korrelationen durchschnittliche 7-Tage-Inzidenz 2021 mit Sozialindikatoren (Pearson´s R)

	Ausländer-anteil	Haushalts-einkommen	SGB II - Quote	SGB II-/SGB XII-Quote	Vorzeitige Sterblichkeit	Langzeitarbeitslosenquote	Aufstocker	Haushalte mit niedrigem Einkommen (2016)	Beschäftigte am Wohnort ohne Berufsabschluss
Alle Land- und Stadkreise	0,06	-0,09	0,12	0,10	0,06	0,09	0,01	0,06	0,01
Kreisfreie Städte	0,11	-0,08	0,14	0,11	0,08	0,16	-0,08	0,04	0,06
Kreisfreie Städte Westdeutschland	0,12	-0,10	0,15	0,12	0,11	0,15	-0,08	0,08	0,10

Ein Wert von 1,0 drückt eine vollständige Korrelation aus, Werte zwischen 0,4 und 0,6 schwache bis mittlere Korrelationen und Werte ab 0,7 starke statistische Korrelationen, die auf einen starken sachlichen Zusammenhang hinweisen[8]. Wie man sieht, sind die Korrelationswerte der Übersicht oben sämtlich weit unterhalb von Werten, die einen Zusammenhang ausdrücken.

Ausnahme: die Gruppe der kreisfreien Städte Hessens. Hier gibt es eine starke Korrelation im Sinne der Ausgangsthese. Allerdings handelt es sich hier nur um fünf Städte, so dass man aus diesem Befund nur wenig ableiten kann.

[7] Während die diese Kennziffern untereinander zum Teil sehr stark korreliert sind, was ihre Aussagekraft in Bezug auf die soziale Situation bestätigt. Siehe dazu die entsprechenden Tabellen im Anhang.

[8] wohlgemerkt nicht auf kausale Abhängigkeit. Korrelationen sind keine Kausalbeziehungen, können aber ein Hinweis auf kausale Zusammenhänge sein, die dann näher zu untersuchen wären.

Korrelationen durchschnittliche 7-Tage-Inzidenz März-Mai 2021 mit Sozialindikatoren (Pearson´s R)									
	Ausländer-anteil	Haushalts-einkommen	SGB II - Quote	SGB II-/SGB XII-Quote	Vorzeitige Sterblichkeit	Langzeitarbeitslosenquote	Aufstocker	Haushalte mit niedrigem Einkommen (2016)	Beschäftigte am Wohnort ohne Berufsabschluss
Alle Land- und Stadkreise	0,08	-0,08	0,13	0,12	0,05	0,10	0,00	0,06	0,04
Kreisfreie Städte	0,04	-0,10	0,17	0,14	0,13	0,18	-0,08	0,09	0,02
Kreisfreie Städte Westdeutschland	0,05	-0,11	0,16	0,13	0,14	0,17	-0,07	0,11	0,05
Kreisfreie Städte Westdeutschland ohne Bayern	0,05	-0,06	0,13	0,10	0,19	0,13	-0,12	0,07	0,11
Kreisfreie Städte Nordrhein-Westfalen	0,03	-0,12	0,35	0,32	0,26	0,28	-0,11	0,17	-0,08
Kreisfreie Städte Hessen	0,67	-0,77	0,01	0,15	-0,19	-0,03	-0,64	0,60	0,55
Alle Land- und Stadkreise Hessen	-0,16	-0,20	-0,28	-0,25	-0,18	-0,29	0,01	0,04	0,05

Zweite Analyse – Großstädte ausgewählter Bundesländer

Das Bild ändert sich allerdings, wenn man den Blickwinkel ändert und sich etwa auf bestimmte konzentriert. In einer weiteren Betrachtung wurden dafür die Daten zur Inzidenz und den Todesfällen im Zusammenhang mit Covid-19 im gesamten Jahresverlauf 2021 (bis Ende Mai) nur für die kreisfreien Städte der Bundesländer Nordrhein-Westfalen, Hessen, Baden-Württemberg und Bayern betrachtet[9]. Da Bayern sehr viel sehr kleine kreisfreien Städte aufweist, wurden für dieses Bundesland nur die Großstädte mit über 100.000 Einwohnern herangezogen.

Für diese Gruppe von Gebietskörperschaften von 42 Städten zeigt sich im Gegensatz zur ersten Betrachtung ein recht deutlicher Zusammenhang sowohl der Corona-Inzidenz als auch der Sterblichkeit im Zusammenhang mit Corona.

Hier gibt es einen mittleren Zusammenhang zwischen den Indikatoren Gesamtinzidenz 2021 pro 100.000 Einwohner (alle gemeldeten Infektionsfälle 2021) einerseits und dem Indikator SGB-II-Quote auf der anderen Seite, der als Näherungswert für „Armut“ genutzt wird. Interessant ist, dass auch in dieser Betrachtung der Ausländeranteil scheinbar keine Rolle spielt, jedoch Indikatoren, die einen Rückschluss auf den Bildungs- und Qualifikationsstand der Wohnbevölkerung erlauben, einen starken Zusammenhang anzeigen. Die Anteile der Beschäftigten ohne Berufsausbildung und der Beschäftigten mit akademischer Ausbildung an der Wohnbevölkerung zeigen einen starken Zusammenhang mit sowohl mit der Covid-19-Inzidenz als auch mit der Rate der Todesfälle bezogen auf die Bevölkerung. Dies kann als Hinweis gesehen werden, dass Menschen mit niedrigen Qualifikationen und wahrscheinlich mit Beschäftigung in bestimmten Branchen und auf bestimmten Arbeitsplätzen deutlich vulnerabel in Bezug auf die Infektion und das Sterblichkeitsrisiko sind als der Durchschnitt der Bevölkerung. Dies ist aus den oben genannten Gründen plausibel. Interessant ist, dass der Zusammenhang mit diesen beiden Indikatoren stärker ist als der mit dem Indikator SGB-II-Quote. Erfasst werden bei diesen Indikatoren ja Beschäftigte, nicht Arbeitslose. Darüber hinaus verhalten sich beide Variablen tendenziell komplementär zueinander. Das könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Risiken im Zusammenhang mit Arbeit, etwa der Weg zur Arbeit in öffentlichen Verkehrsmitteln und die Situation an den Arbeitsplätzen, eine Rolle spielen. Auch die Tatsache, dass der Gesundheitszustand ärmerer

[9] Die Auswahl der Bundesländer beruht auf der Überlegung, dass hier besonders viele Großstädte mit einem hohen Ausländeranteil und hohen SGB-II-Quoten zu finden sind. Zum anderen waren arbeitsökonomische Gründe ausschlaggebend. Die Aufschließung der öffentlich zugänglichen Daten des RKI ist recht aufwendig, so dass eine Beschränkung notwendig war. In der weiteren Arbeit können evtl. weitere Bundesländer einbezogen werden.

Menschen tendenziell schlechter ist als im Durchschnitt der Bevölkerung dürfte dabei eine Rolle spielen, insofern eine Infektion mit Covid-19 erhöhte Risiken schwerer Verläufe oder sogar des Versterbens mit sich bringt.

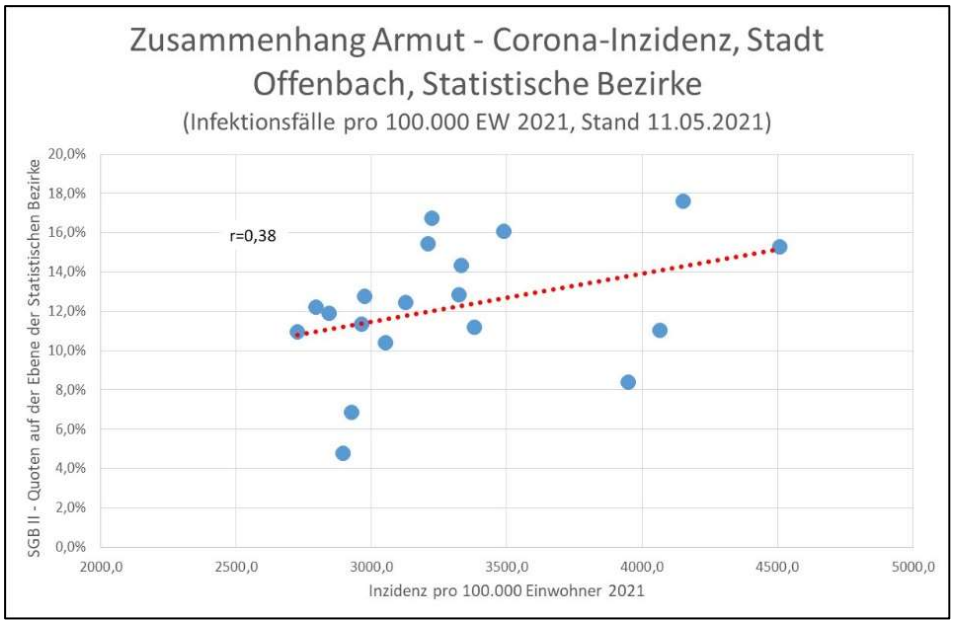
Korrelation der Covid-19-**Inzidenz** im Jahr 2021 pro 100 TEW mit den Variablen, Gebietszuschnitte, jeweils kreisfreie Städte, Bayern nur Großstädte	Beschäftigte am Wohnort ohne Berufsabschluss	Beschäftigte am Wohnort mit akademischem Abschluss	SGB II - Quote	Haushaltseinkommen	Wohnfläche	Ausländeranteil
Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, NRW	**0,8**	**-0,7**	**0,5**	-0,3	-0,2	0,3
NRW	0,7	-0,7	0,5	-0,5	-0,2	0,5
Hessen	0,9	-0,8	0,8	-0,7	-0,7	0,8
Baden-Württemberg	0,9	-0,7	0,5	0,5	0,1	0,7
Bayern	0,9	-0,9	0,9	-0,5	-0,5	0,4

Korrelation der Covid-19-**Todesfälle** im Jahr 2021 pro 100 TEW mit den Variablen, Gebietszuschnitte, jeweils kreisfreie Städte, Bayern nur Großstädte	Beschäftigte am Wohnort ohne Berufsabschluss	Beschäftigte am Wohnort mit akademischem Abschluss	SGB II - Quote	Haushaltseinkommen	Wohnfläche	Ausländeranteil
Baden-Württemberg, Bayern, Hessem, NRW	0,4	**-0,7**	**0,6**	-0,4	0,0	0,0
NRW	0,4	-0,6	0,6	-0,5	-0,3	0,2
Hessen	0,8	-0,9	0,8	-0,6	-0,6	0,8
Baden-Württemberg	0,3	-0,9	0,4	0,5	0,8	0,2
Bayern	0,9	-0,8	0,9	-0,4	-0,3	0,3

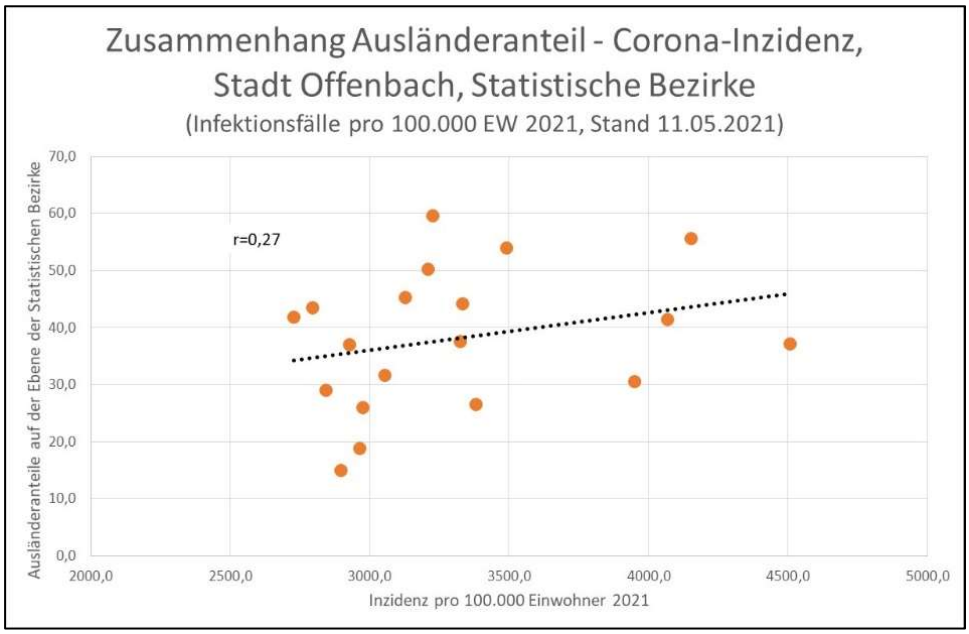
Dritte Analyse – kleinräumige und strukturelle Betrachtung der Stadt Offenbach am Main

Auch die kleinräumige Betrachtung der Stadt Offenbach am Main mit rund 140.00 Einwohnern bestätigt die These nicht[10]. Das nachfolgende Diagramm zeigt die Verteilung der Statistischen Bezirke der Stadt im Hinblick auf SGB-II-Quote und Corona-Inzidenz. Der r-Wert zeigt allenfalls einen schwachen Zusammenhang.

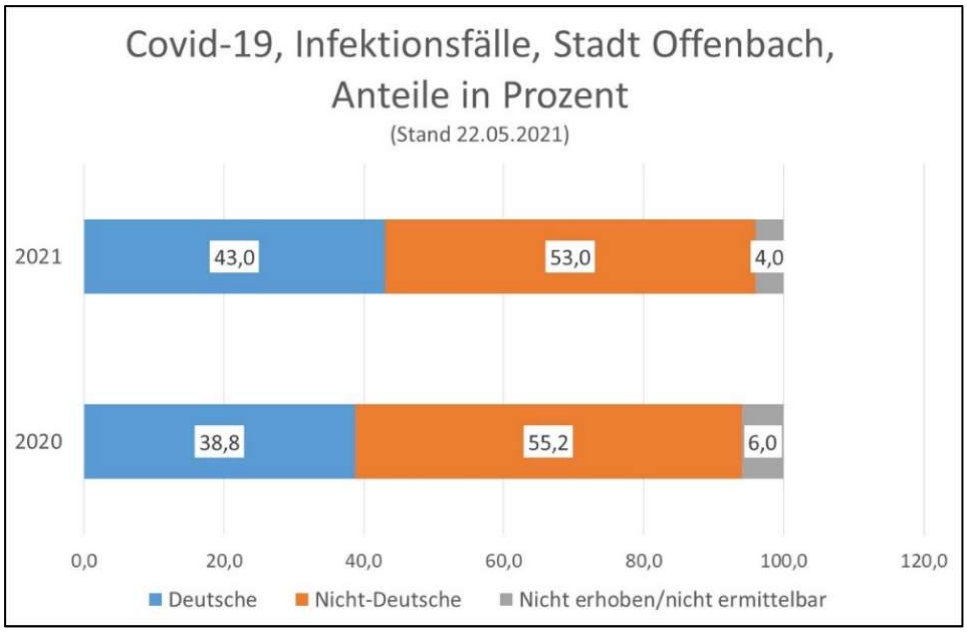
[10] Quellen für die Daten zur Stadt Offenbach: Stadt Offenbach, Abt. Statistik und Wahlen, Sozialbericht 2019 der Stadt Offenbach, eigene Berechnungen auf der Basis von Daten der Datenbank für Infektionskrankheiten des Gesundheitsamtes Offenbach.



Es scheint zudem keinen Zusammenhang zwischen dem Ausländeranteil an der Bevölkerung und der Corona-Inzidenz zu geben.

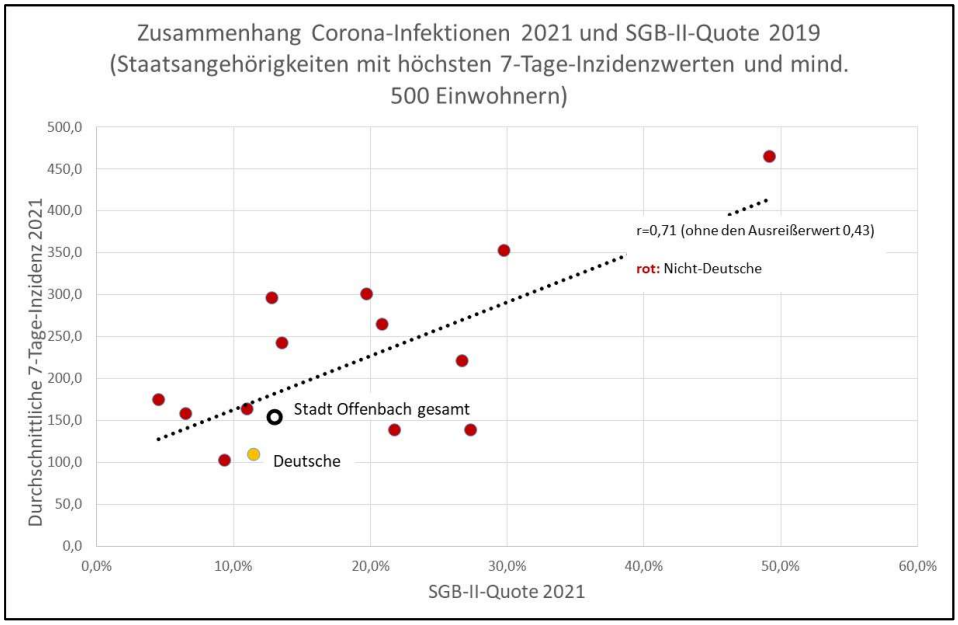


Allerdings ist die Bevölkerung mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit insgesamt erkennbar stärker von den Infektionen betroffen. Während der Anteil der Nicht-Deutschen an der Bevölkerung bei etwa 40 Prozent liegt, liegt er 2021 bei den Corona-Infizierten bei über 50 Prozent.



Eine nähere Analyse zeigt hier jedoch, dass es in der Gruppe der Nicht-Deutschen eine enorme Spannbreite der Betroffenheit gemessen im Anteil der Infizierten an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe gibt. Sie reicht bei einzelnen Nationalitäten von über 10 Prozent, die alleine im Jahr 2021 infiziert (und die Infektion gemeldet) wurden, bis zu einzelnen Herkunftsgruppen, die eine Betroffenheit von lediglich 2,2-2,5 Prozent aufweisen. Die durchschnittliche Infektionsrate 2021 der Bevölkerung liegt bei 3,5 Prozent, die der Deutschen bei 2,5 Prozent.

Während in der sozialräumlichen Betrachtung kein bedeutender Zusammenhang zwischen Armut und Corona festzustellen ist, gibt es bei der Differenzierung nach Nationalitäten sowohl bei den Inzidenzwerten als auch bei den SGB-II einen durchaus starken Zusammenhang, zumindest auf den ersten Blick. Dies liegt jedoch fast ausschließlich an den Werten einer Nationalität. Rechnet man diese heraus, sinkt das Zusammenhangsmaß von 0,71 auf 0,43. Zudem handelt es sich bei diesem Ausreißerwert um eine vergleichsweise kleine Gruppe, die nur 0,6 Prozent der Bevölkerung stellt und innerhalb der Migrationsbevölkerung nicht prägend ist. Auch hier also keine Bestätigung der Ausgangsthese eines engen Zusammenhangs von Erkrankungsrisiko und Armut.



Nationalitäten	SGB II-Quote 2019	Durchschnittliche 7-Tage-Inzidenz 2021
1	49,2%	465,3
2	29,8%	353,0
3	19,7%	301,3
4	12,8%	296,7
5	20,8%	265,2
6	13,5%	242,2
7	26,7%	221,0
8	4,5%	174,7
9	11,0%	163,9
10	6,5%	158,3
Gesamt	**13,0%**	**154,7**
11	27,3%	139,1
12	21,8%	138,5
Deutschland	11,5%	109,8
13	9,3%	102,9

Auffällig ist die große Streuung zwischen den einzelnen Nationalitäten (siehe Tabelle links[11]). Es könnte also sein, dass neben dem Status „Nicht-Deutsch“ und der sozialen Situation weitere Merkmale der einzelnen ethnischen Gruppen gibt, die einen Einfluss auf Inzidenz und damit Erkrankungsrisiko haben.

Naheliegend sind kulturelle und religiöse Faktoren. Sowohl die Formen der Geselligkeit und des sozialen Verkehrs als auch potentielle Konflikte zwischen religiösen Pflichten mit Zusammenkünften in größeren Gruppen und den durch die Corona-Hygiene aufgegebenen Abstandsgeboten könnten hier eine Rolle spielen. Zu Beginn der „zweiten Welle“ der Pandemie im Jahr 2020 wurde ja vielfach berichtet, dass Zusammenkünfte von Religionsgemeinschaften zu Infektionsausbrüchen geführt haben.

	Religion
1	Muslim
2	Muslim
3	Muslim
4	Orthodox
5	Katholisch
6	Orthodox
7	Muslim
8	Katholisch
9	Orthodox
10	Katholisch

Wenn man die Herkunftsländer nach der dort überwiegend vorhandenen Religionszugehörigkeit einordnet, ergibt sich allerdings kein eindeutiges Bild, wie in der Übersicht für die 10 Nationalitäten mit den höchsten durchschnittlichen Inzidenzwerten 2021 deutlich wird.

Familienstruktur – eine neue Perspektive?

Jenseits der Religionszugehörigkeit ist, wie der Anthropologe Emmanuel Todd in seinen Arbeiten gezeigt hat, die Familienstruktur bzw. das vorherrschende Familienmodell ein machtvoller Faktor, der die kulturelle, soziale und politische Entwicklung von Ländern und sogar die Religion und die Religionspraxis maßgeblich beeinflusst. Todd hat eine Typologie von Familienmodellen entwickelt, die nach seinem Anspruch weltweit gültig ist und eine wichtige Grundlage für die Klassifizierung und Analyse von Gesellschaften im Quervergleich wie in der historischen Entwicklung bietet.

Diese Typologie ist relativ komplex und kann hier nicht im Einzelnen dargestellt werden. Für unser Thema wäre vor allem die Unterscheidung von „Kernfamilie“, „Stammfamilie“ und „kommunitärer Familie“ mit jeweils einigen Untertypen relevant. Diese Familientypen prägen nach Todd die Kultur eines Landes, aber auch die Kultur, die normative Orientierung und die Lebensweise der Diaspora-

[11] Um der Bildung von Stereotypen keinen Vorschub zu leisten, wurden jeweiligen Staatsangehörigkeiten anonymisiert.

Gemeinden der jeweiligen Länder maßgeblich. Oft gibt es innerhalb von Nationalstaaten regional unterschiedliche Prägungen, so dass man die Zuordnung von vorherrschenden Familienmodellen auf der regionalen Ebene vornehmen muss, was dann auch auf die Situation der Diaspora-Gemeinden ausstrahlt, die sich dann uneinheitlich darstellt und erst durch die Klärung der Herkunftsregion in einem bestimmten Land geklärt werden kann. Eine kartographische Darstellung Europas mit den Zuordnungen der Familienmodelle nach dem Konzept von Todd findet sich im Anhang[12].

Todd´s Ansatz ist insofern auch für die Analyse von Formen und Folgen von Migration überaus interessant, wirft sie doch ein ganz neues Licht auf förderliche und hemmende Bedingungen für Integration in den Aufnahmeländern. Es zeigt durchaus plausibel „Tiefenstrukturen" in der kulturellen und sozialen „DNA" von Gesellschaften auf, die auch jenseits von wirtschaftlichen Rahmenbedingungen und politischen Konjunkturen wirksam sind. Man muss den zum Teil sehr weitreichenden Schlussfolgerungen von Todd nicht in allen Schritten folgen, wird aber in seinem Konzept doch immer wieder sehr anregende Perspektiven auf Probleme gesellschaftlicher Vielfalt und die Gelingens- und Misslingensbedingungen von Integration finden.

Zurück zu unseren Daten aus der Corona-Pandemie! Mit dem Familienstruktur-Modell von Todd zeigt sich ein gemeinsamer Nenner der Nationalitäten mit besonders hohen Inzidenzen:

Nationalitäten	Vorherrschendes Familienmodell im Herkunftsland
1	kommunitär
2	kommunitär
3	kommunitär
4	kommunitär
5	kommunitär
6	teilweise kommunitär
7	teilweise kommunitär
8	kommunitär
9	kommunitär
10	Kernfamilie

Prägend für den „kommunitären" Familientypus ist neben anderen Merkmalen das Zusammenleben von mehreren Generationen und sehr enge Kontakte in einer weit gefassten Verwandtschaft. Dies könnte darauf hinweisen, dass es selbst bei Beachtung aller Kontakteinschränkungen einfach durch die Logik der Familienstruktur weiter streuende private Kontakte als in der Durchschnittsbevölkerung gibt.

Ob und inwieweit das Familienmodell auch bei den Immigranten in der deutschen Diaspora wirkmächtig ist, wäre sicher näher zu untersuchen. Die Befunde der vielfältigen Forschung zu gesellschaftlicher Vielfalt und Integration scheinen in diese Richtung zu weisen[13].

Auch die Befunde zur Ausbreitung und zur regionalen Inzidenz zeigen zum Beispiel für Italien eine überraschende Übereinstimmung mit dem Einflussgebiet verschiedener Familienmodelle[14]. Interessanterweise ist dort nicht, wie man erwarten könnte, der arme Süden hauptsächlich betroffen, sondern (mit gewissen Ausnahmen) der wohlhabende Norden, in Todd`s Klassifikationsschema der Teil Italiens, der durch das „kommunitäre" Familienmodell geprägt ist.

Man ist sicher sehr gut beraten, mit solchen Erklärungsmodellen sehr vorsichtig zu verfahren. Sie bieten aber auf jeden Fall wichtige ergänzende Perspektiven zu den üblichen Zurechnungen auf die soziale Lage oder Religion. Natürlich sind Religion und Familienmodell, wie Todd in seinen historischen Analysen zeigt, eng verbunden (er spricht von einer „Ko-Evolution" von Religion und Familie). Aber

[12] Vgl. Emmanuel Todd: Das Schicksal der Immigranten: Deutschland - USA - Frankreich – Großbritannien, Frankfurt am Main 1998: Büchergilde Gutenberg; deutlich weniger prägnant und die Erklärungskraft des Modells überreizend: Emmanuel Todd: Traurige Moderne: Eine Geschichte der Menschheit, München 2018: C. H. Beck; Todd hat seine Konzeption über ein ganzes Forscherleben hinweg entwickelt und dabei immer wieder modifiziert. Einen ganz guten Überblick gibt Jacques Demorgon: Emmanuel Todd. Familles et sociétés. Toute l´histoire; in: Synergies Pay germanophones, Numéro 12 / Année 2019, pp. 75-92; ebenso der deutschsprachige Wikipedia-Eintrag zu Emmanuel Todd : Emmanuel Todd – Wikipedia (Download 24.05.2021)

[13] Siehe etwa Paul Scheffer: Die Eingewanderten: München 2016: Hanser

[14] Siehe: Coronavirus - Fallzahl in Italien nach Region 2021 | Statista

die Familienstruktur ist doch ein eigenständiger Wirkfaktor, der nach allem, was Todd an Befunden präsentiert, doch eine gewisse Stabilität und Resistenz von Lebensformen, Normen und Lebenshaltungen auch gegenüber sich schnell wandelnden sozialen Rahmenbedingungen schafft, auch nach der Migration in ein anderes Land und damit in einen anderen sozialen und kulturellen Kontext.

Fazit

Für die These eines Zusammenhangs von Armut und Corona gibt es in der Breite keine eindeutige Bestätigung. Betrachtet man nur Großstädte in einer Auswahl von Bundesländern Westdeutschlands werden jedoch Zusammenhänge erkennbar, wobei es Hinweise gibt, dass neben der Frage von Armut der Qualifikationsstand eine Rolle spielen könnte. Bei der kleinräumigen Analyse der Stadt Offenbach gibt es interessanterweise ebenfalls kein eindeutiges Bild. Es rücken dabei allerdings Faktoren ins Blickfeld, die beim Stand der verfügbaren Daten nur für eine Kommune auswertbar sind, die aber eine vertiefte Betrachtung in der Bereite zu verdienen scheinen. Hier wäre es dringend notwendig differenzierte Daten auf Bundesebene zugänglich zu machen.

Es wäre sicher zu früh, aus dieser tentativen und auf schmaler Daten-Basis entwickelten Vermutung Schlussfolgerungen zu ziehen. Für einen differenzierenden Blick auf das Pandemiegeschehen, der ja vor allem für die nach Abklingen der Pandemie notwendigen sozialen Präventionsstrategie notwendig ist, sollte man aber neben sozialen Aspekten auch kulturelle und möglicherweise auch familienstrukturelle Aspekte einbeziehen.

© Matthias Schulze-Böing, 28.05.2021 (überarbeitet 06.06.2021) www.schulzeboeing.de

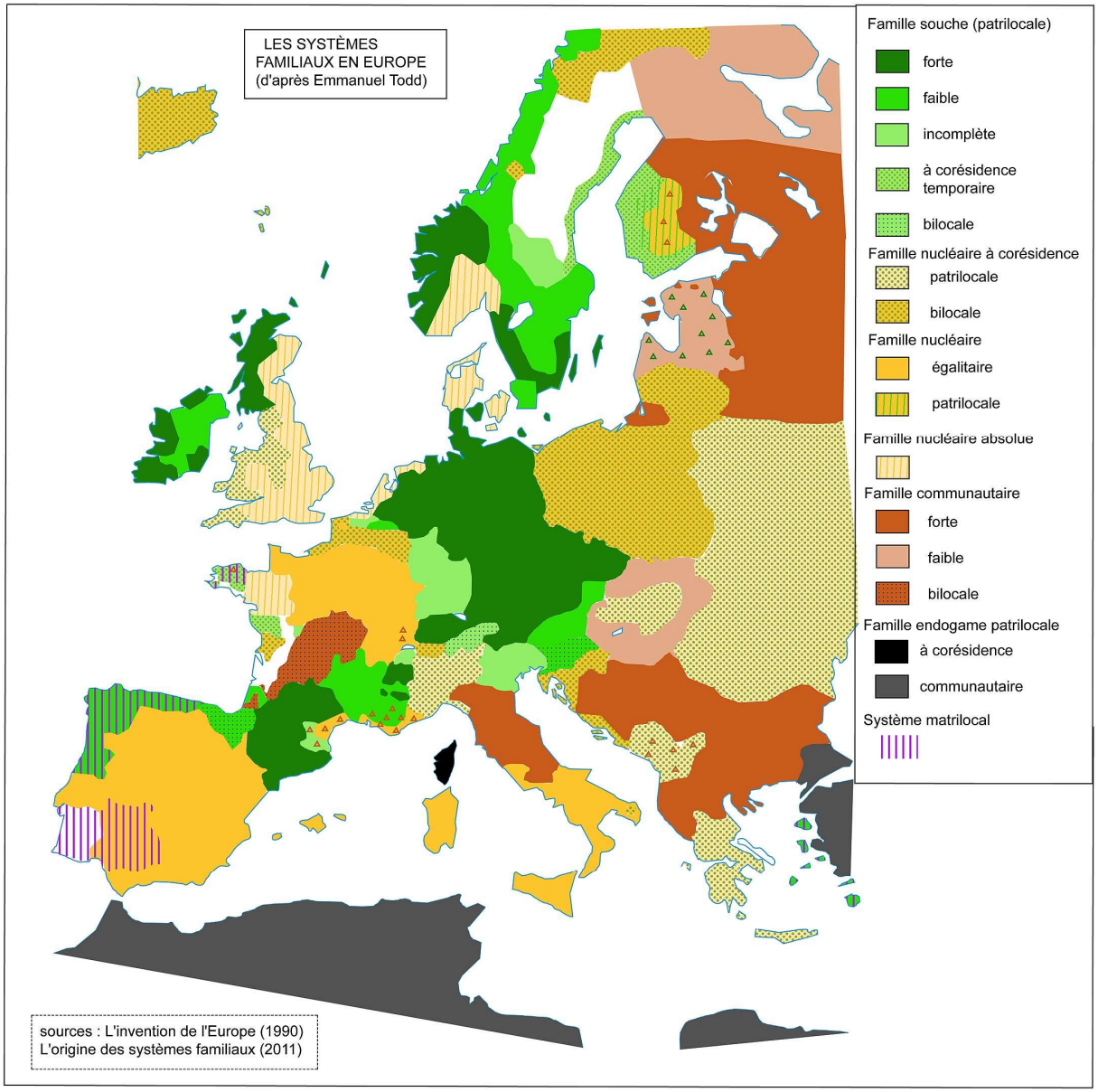
Anhang:

Metadaten zu den BBSR/Inkar-Kennziffern:

Indikator	Langname	Quelle	Berechnungsgrundlage
Ausländeranteil	Anteil der Ausländer an den Einwohnern in %	Fortschreibung des Bevölkerungsstandes des Bundes und der Länder	Ausländer <Zeitpunkt> / E <Zeitpunkt> * 100
Beschäftigte am Wohnort ohne Berufsabschluss	Anteil der SV Beschäftigten am Wohnort ohne Berufsabschluss	Statistik der Bundesagentur für Arbeit	SV Beschäftigte am Wohnort ohne Berufsabschluss <Zeitpunkt> / sv Beschäftigte am
Haushaltseinkommen	Durchschnittliches Haushaltseinkommen in € je Einwohner	Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder	verfügbares Einkommen der privaten Haushalte <Zeitpunkt> / E <Zeitpunkt>
SGB II - Quote	Anteil der erwerbsfähigen und nicht erwerbsfähigen Leistungsberechtigten nach SGB	Statistik der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II der Bundesagentur für Arbeit	Hilfebedürftige Personen nach SGB II <Zeitpunkt> / E unter 65 Jahren <Zeitpunkt> *100
SGB II-/SGB XII-Quote	Empfänger von Leistungen nach SGB II und Empfänger von Leistungen nach SGB XII je 1.000 Einwohner	Statistik der Emfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt des Bundes und der Länder; Statistik der Empfänger von Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel	(Empfänger von Leistungen nach SGB II + Empfänger von Leistungen nach SGB XII <Zeitpunkt> * 100)/ Einwohner <Zeitpunkt>
Vorzeitige Sterblichkeit	Todesfälle bei Personen im Alter von unter 65 Jahren je 1000 Einwohner	Statistisk der Gestorbenen des Bundes und der Länder	Anzahl Todesfälle bei Personen im Alter unter 65 Jahren <Zeitpunkt> / Einwohner <Zeitpunkt> *1000
Langzeitarbeitslosenquote	Anteil der Arbeitslosen, 1 Jahr und länger arbeitslos, an den Arbeitslosen in %	Statistik der Bundesagentur für Arbeit	Arbeitslose, 1 Jahr und länger arbeitslos, <Zeitpunkt> / Arbeitslose <Zeitpunkt> x 100
Aufstocker	Anteil erwerbstätiger ALGII-Bezieher (Aufstocker) an den abhängig Beschäftigten	Statistik der Grundsicherung für Arbeitssuchende der Bundesagentur für Arbeit	abhängig erwerbstätige Arbeitslosengeld-II-Bezieher <Zeitpunkt> * 100 / abhängig erwerbstätige Beschäftigte <Zeitpunkt>
Haushalte mit niedrigem Einkommen	Anteil Haushalte mit einem monatlichen Einkommen unter 1500 € an allen Haushalten in %	nexiga	Anteil Haushalte mit einem monatlichen Einkommen unter 1500 € <Zeitpunkt> / Anteil Haushalte insgesamt <Zeitpunkt> *100

Korrelationsmatrix der BBSR/Inkar-Kennziffern:

Korrelationen kreisfreie Städte und Landkreise	Ausländeranteil	Haushaltseinkommen	SGB II - Quote	SGB II-/SGB XII-Quote	Vorzeitige Sterblichkeit	Langzeitarbeitslosenquote	Aufstocker	Haushalte mit niedrigem Einkommen (2016)	Beschäftigte am Wohnort ohne Berufsabschluss
Ausländeranteil	1,00	0,28	0,15	0,21	-0,44	0,03	-0,20	-0,24	0,71
Haushaltseinkommen	0,28	1,00	-0,62	-0,62	-0,67	-0,60	-0,04	-0,80	0,24
SGB II - Quote	0,15	-0,62	1,00	0,99	0,60	0,92	0,01	0,68	0,02
SGB II-/SGB XII-Quote	0,21	-0,62	0,99	1,00	0,57	0,90	0,02	0,68	0,09
Vorzeitige Sterblichkeit	-0,44	-0,67	0,60	0,57	1,00	0,62	0,04	0,70	-0,39
Langzeitarbeitslosenquote	0,03	-0,60	0,92	0,90	0,62	1,00	0,01	0,64	-0,03
Aufstocker	-0,20	-0,04	0,01	0,02	0,04	0,01	1,00	0,24	-0,41
Haushalte mit niedrigem Einkommen (2016)	-0,24	-0,80	0,68	0,68	0,70	0,64	0,24	1,00	-0,36
Beschäftigte am Wohnort ohne Berufsabschluss	0,71	0,24	0,02	0,09	-0,39	-0,03	-0,41	-0,36	1,00

Korrelationen kreisfreie Städte	Ausländeranteil	Haushaltseinkommen	SGB II - Quote	SGB II-/SGB XII-Quote	Vorzeitige Sterblichkeit	Langzeitarbeitslosenquote	Aufstocker	Haushalte mit niedrigem Einkommen (2016)	Beschäftigte am Wohnort ohne Berufsabschluss
Ausländeranteil	1,00	0,35	-0,10	-0,04	-0,41	-0,07	-0,22	-0,38	0,67
Haushaltseinkommen	0,35	1,00	-0,65	-0,65	-0,51	-0,58	0,26	-0,71	0,16
SGB II - Quote	-0,10	-0,65	1,00	0,98	0,68	0,91	-0,54	0,54	0,07
SGB II-/SGB XII-Quote	-0,04	-0,65	0,98	1,00	0,63	0,88	-0,54	0,50	0,17
Vorzeitige Sterblichkeit	-0,41	-0,51	0,68	0,63	1,00	0,59	-0,35	0,40	-0,15
Langzeitarbeitslosenquote	-0,07	-0,58	0,91	0,88	0,59	1,00	-0,58	0,41	0,19
Aufstocker	-0,22	0,26	-0,54	-0,54	-0,35	-0,58	1,00	-0,08	-0,42
Haushalte mit niedrigem Einkommen (2016)	-0,38	-0,71	0,54	0,50	0,40	0,41	-0,08	1,00	-0,42
Beschäftigte am Wohnort ohne Berufsabschluss	0,67	0,16	0,07	0,17	-0,15	0,19	-0,42	-0,42	1,00

Verteilung der Familientypen in Europa (nach Emmanuel Todd)