

Gesundheit lernen

Wohnquartiere als Chance
für Kinder

Ein Kooperationsprojekt von Bertelsmann Stiftung,
Robert Koch-Institut und empirica AG



Gesundheit lernen

Wohnquartiere als Chance für Kinder

Ein Kooperationsprojekt von Bertelsmann Stiftung,
Robert Koch-Institut und empirica AG

Inhalt

Vorwort	4
Zusammenfassung	6
1. Die Idee: Kindergesundheit gezielt stärken	8
1.1 Gesund aufwachsen	9
1.2 Kindergesundheit erforschen	10
1.3 Das Kooperationsprojekt: ‚Die Bedeutung des Wohnquartiers für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen‘	11
2. Das Vorgehen: Ein Netz wichtiger Faktoren knüpfen	14
2.1 Die Quartierstypen	15
2.2 Das Referenz-Kind	16
2.3 Faktor Familie	17
2.4 Kindergesundheit messen	17
3. Die Ergebnisse: Gesundheit beginnt im Quartier	18
3.1 Das Umfeld prägt von Anfang an	19
3.1.1 Rauchen und Alkohol in der Schwangerschaft	19
3.1.2 Stillen als Prävention	23
3.2 Manche Eltern brauchen mehr Unterstützung	25
3.2.1 Ärztliche Vorsorge als Chance	25
3.2.2 Fastfood ist ansteckend	27
3.3 Wohnquartiere als Herausforderung	29
3.3.1 Bewegungsräume schaffen, Bewegungslust fördern	29
3.3.2 Verführung zum Medienkonsum	31
3.4 Probleme rechtzeitig erkennen	34
3.4.1 Messbare Folgen	34
3.4.2 Kinder ernst nehmen	38
4. Die Diskussion: Gesundheitsförderung effektiv gestalten	43
Literatur	47
Impressum	50

Vorwort

Kinder in Deutschland haben ungleiche Bildungs- und Gesundheitschancen. Zahlreiche Studien belegen deren Abhängigkeit von der sozialen Herkunft der Mädchen und Jungen. Aber auch das direkte Lebensumfeld, der Ort, an dem Kinder und Jugendliche aufwachsen, entscheidet mit über ihre Entfaltungsmöglichkeiten und fördert oder hemmt gesunde Entwicklungsbedingungen. Einige Kommunen verfolgen daher verstärkt quartiersbezogene Ansätze und steuern ihre Politik für Kinder, Jugendliche und Familien mit Blick auf deren Sozialräume. Dass dies der richtige Weg ist, bestätigt die vorliegende Studie von empirica, Robert Koch-Institut und Bertelsmann Stiftung.

Besonders für Kinder aus sozial prekären Verhältnissen wirkt das Umfeld stabilisierend. In städtischen Gebieten mit vielen Einfamilienhäusern und entsprechenden Grünflächen verbringen Kinder mit niedrigem Sozialstatus deutlich weniger Zeit am Computer als Kinder mit vergleichbarem Sozialstatus in belasteten Quartieren. Sie leiden auch weniger an Schlafstörungen als ihre Altersgenossen. Meist werden sie aber im städtischen Kontext durch ein dicht besiedeltes, preisgünstiges Wohnquartier mit mehrgeschossiger Bebauung zusätzlich benachteiligt.

Auch die Zugehörigkeit zur sozialen Mittelschicht garantiert Kindern noch keine optimalen Entwicklungsbedingungen. Leben sie in belasteten Gegenden, sitzen sie überdurchschnittlich lange am Computer und vor dem Fernsehgerät. Ihre körperliche Aktivität ist dagegen im Vergleich sehr gering. Gerade für eine positive Bewegungsentwicklung der Kinder ist nicht der soziale Status ausschlaggebend, sondern mit zunehmendem Alter das nachbarschaftliche Umfeld. Zudem verhalten sich Mittelschicht-Eltern je nach Wohnort sehr unterschiedlich: In den städtischen Problemvierteln greifen schwangere Frauen häufiger zur Zigarette und stillen ihr Kind seltener.

Ungleiche Startbedingungen existieren für Kinder somit schon sehr früh und nicht nur wegen ihrer sozialen Herkunft. Im Umkehrschluss kann der Lebensraum für Kinder jedoch auch positiv wirken und ihre Entwicklungschancen erweitern. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass Ressourcen gezielt und bedarfsorientiert eingesetzt werden und nicht „mit der Gießkanne“. Gleiche Entwicklungschancen bedeuten ungleichen Mitteleinsatz. Dieses Vorgehen verlangt Mut, aber auch Kenntnis über wirksame Handlungsansätze.

Grundlegend für wirksames Handeln vor Ort sind zunächst effektive Informationen zur Ist-Situation von Kindern und Jugendlichen. Unterschiedliche Ausgangslagen der Quartiere müssen transparent sein. Erfolgreiche Politik für Kinder ist zudem nur möglich, wenn sie verschiedene Perspektiven berücksichtigt und Gesundheit, Bildung und die soziale Lage von Kindern integriert. Denn erst auf Basis einer ressortübergreifenden und systematischen Berichterstattung können Risiken, aber auch Ressourcen für eine bessere Entwicklung und Bildung aller Kinder und Jugendlichen erkannt und genutzt werden. Entscheidend für die kommunale Berichterstattung ist dabei, keinen neuen Datenfriedhof zu schaffen, sondern eine überschaubare Anzahl aussagekräftiger Indikatoren zu finden und diese kontinuierlich zu erheben. So kann auch die Wirksamkeit ergriffener Maßnahmen geprüft und gegebenenfalls nachgesteuert werden. Erst durch mehr Transparenz können Ressourcen wirksam eingesetzt und Governance verbessert werden.

Eine leicht verständliche Darstellung lokaler Herausforderungen und Handlungsansätze ist insbesondere hilfreich für eine ressortübergreifende Zusammenarbeit aller Akteure rund um Kinder und ihre Familien. Denn angesichts der räumlich ungleich verteilten Chancen ist eine bürgernahe Quartiers- und Sozialraumpolitik notwendig. Staatlich-kommunale Verantwortungsgemeinschaften müssen daher auch Bürger und Zivilgesellschaft aktiv einbinden. Dabei ist klar, dass es keine Standardlösungen geben kann. Vielmehr braucht eine erfolgreiche Strategie die Menschen am Ort. Neue Beteiligungsstrukturen – auch für Kinder und Jugendliche – sind zu erproben und umzusetzen, um insbesondere in belasteten Quartieren auch längerfristig etwas zu bewegen. Erst wenn gemeinsam an Lösungsvorschlägen gearbeitet wird, kann ein lebendiges und akzeptiertes Netzwerk für Mädchen und Jungen entstehen. Und nur wenn Reformen gemeinsam entwickelt werden, wird ein differenzierter Mitteleinsatz zugunsten benachteiligter Kinder und Familien breite Unterstützung finden.

Für Kommunen ist dieses Vorgehen zukunftsrelevant, denn die einsetzbaren Finanzmittel werden immer knapper, und die Pflichtaufgaben wachsen. Umso wichtiger sind Strategien und Konzepte, die eine gezielte und nachhaltige Förderung der jungen Bürgerinnen und Bürger einer Stadt ermöglichen. Die Bertelsmann Stiftung will Kommunen hierbei unterstützen und entwickelt mit „KECK: Kommunale Entwicklung – Chancen für Kinder“ ein Instrument, das diesen Diskurs versachlichen kann. Politik, Verwaltung, Zivilgesellschaft und Bürger können auf dieser Basis gemeinsam ein gesundes Aufwachsen und die Teilhabe aller Kinder ermöglichen. Denn weiterhin „braucht es das ganze Dorf, um ein Kind aufzuziehen“.



Dr. Jörg Dräger,
Mitglied des Vorstandes
der Bertelsmann Stiftung



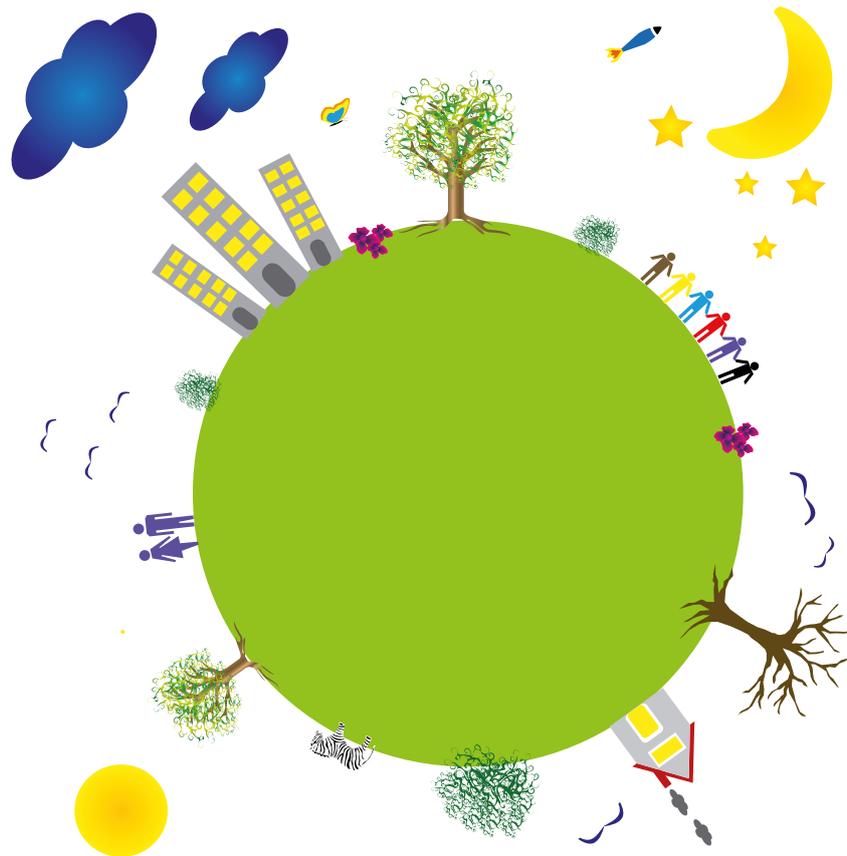
Anette Stein,
Programmdirektorin
Wirksame Bildungsinvestitionen

Zusammenfassung

Je nachdem, wo Kinder und Jugendliche aufwachsen, unterscheiden sich ihre Chancen auf Bildung und Gesundheit. In einem Kooperationsprojekt von Bertelsmann Stiftung, empirica AG und Robert Koch-Institut wird wissenschaftlich belegt, dass das direkte räumliche Umfeld die kindliche Entwicklung fördern, aber auch belasten kann. Erstmals wurde hierzu der Datensatz des Kinder- und Jugendgesundheits-Survey des Robert Koch-Instituts in Kombination mit Informationen zum Wohnquartier – also Baustruktur, Mietpreisniveau und Bevölkerungsdichte –, repräsentativ für das Bundesgebiet ausgewertet. Unabhängig von der familiären, sozialen und kulturellen Herkunft der Mädchen und Jungen zeigte sich das Wohnquartier als ein eigenständiger Einflussfaktor.

Die Ergebnisse tragen dazu bei, diesen Einfluss genauer zu lokalisieren: So genannte „Belastungs-Quartiere“ mit niedrigen Mieten und mehrgeschossiger Bebauung verstärken die gesundheitlichen Risiken der dort lebenden Kinder, während ein attraktiver Lebensraum hilft, mögliche Schwierigkeiten auszugleichen. Besonders deutlich wird der Quartierseinfluss bei Jungen und Mädchen der sozialen Mittelschicht. Ihre Gesundheit verändert sich nachweislich, je nachdem, wo sie aufwachsen. Leben sie in einem belasteten Quartier, sind sie so stark von Übergewicht betroffen wie ihre Altersgenossen mit niedrigem sozialem Status.

Kinder und Jugendliche aus diesen Quartieren verbringen auch überdurchschnittlich viel Zeit vor dem Fernsehgerät bzw. dem Computer. Sie bewegen sich weniger als Gleichaltrige in den gehobenen Stadtteilen. Zudem steigt der Anteil von Fastfood-Ernährung in den belasteten Wohngebieten unabhängig von anderen Risikofaktoren, wie sozialer Status oder Übergewicht der Eltern, deutlich an. Das Verhalten der Freunde und der benachbarten Familien prägt die gesundheitlichen Chancen und Risiken von Kindern in einem hohen, nicht zu unterschätzenden Maß. Aber auch die Eltern ändern ihr Verhalten, je nachdem, in welchem Umfeld sie wohnen. Nach den vorliegenden Ergebnissen ist die Wahrscheinlichkeit, dass Mütter während der Schwangerschaft geraucht haben, in den Belastungs-Quartieren höher als in anderen Stadtgebieten. Unabhängig von ihrem sozialen und materiellen Hintergrund ergreifen hier weniger Mütter die Chance, ihr Kind durch Stillen beispielsweise vor Allergien zu schützen. Die Ergebnisse zeigen, dass sowohl das schädigende als auch schützende Verhalten der Eltern – und später der Mädchen und Jungen – durch das Wohn- und Lebensumfeld entscheidend geprägt wird. Die Studie bestätigt damit den hohen Stellenwert von quartiersbezogenen Ansätzen und bereits bestehenden Projekten zur Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland.





1

Die Idee: Kindergesundheit gezielt stärken

1.1 Gesund aufwachsen

Kinder in Deutschland sind insgesamt gesünder als noch vor hundert Jahren. Dennoch gibt es keinen Grund zur Entwarnung. Die Kinder- und Jugendmedizin steht heute vor neuen, oft chronischen Krankheiten, die jetzt und in Zukunft zu bewältigen sind. Rund ein Viertel aller Kinder und Jugendlichen leidet zeitweise oder sogar dauerhaft an gesundheitlichen Problemen wie Asthma, Allergien und Übergewicht. Auffällig ist auch die steigende Anzahl von psychischen und psychosomatischen Beschwerden im Kindes- und Jugendalter. Dieses neue Spektrum an „Kinderkrankheiten“ lässt sich nicht mehr einfach lösen. Zu komplex sind die Ursachen und Strukturen, die solche Krankheiten begünstigen. Außerdem lebt heute jedes sechste Kind in Armut und hat damit neben vielen anderen Nachteilen auch ein deutlich erhöhtes Gesundheitsrisiko.¹ Erschwerend kommt hinzu, dass gerade in den benachteiligten Familien wichtige soziale Netzwerke fehlen und die Eltern häufig selbst Hilfe brauchen.

Wer heute Kinder und Jugendliche nachhaltig stärken will, muss dieser komplexen Situation Rechnung tragen. Gesundheitsförderung bedeutet deshalb, neben der Behandlung von Krankheiten, immer auch die schützenden und störenden Faktoren einer gesunden Entwicklung im Blick zu behalten. Die Umgebung, in der Kinder aufwachsen, spielt dabei eine entscheidende Rolle. Sie lernen am Vorbild ihrer Familie bzw. der Peergroup und reagieren auf das, was sie erleben. Dabei können sie je nach Art des Umfeldes entscheidende Basiskompetenzen für eine gesunde Entwicklung erwerben oder versäumen. Positive Anreize, beispielsweise Bildungs- und Bewegungsangebote, fördern die Kinder. Umgekehrt belasten etwa soziale Spannungen das Aufwachsen. Sichtbar wird dieser negative Einfluss unter anderem da, wo sich Kinder und Jugendliche durch falsche Ernährung, Bewegungsmangel, aber auch Zigaretten- und Alkoholkonsum selbst schaden. Sie passen sich damit schon früh der Welt der Erwachsenen an und blockieren langfristig wichtige Lern- und Bildungsprozesse, die zu einem gelungenen Start ins Leben gehören.

Gleiches gilt für die institutionellen Angebote durch Kindergärten, Schulen und Bildungsstätten. Ihre Qualität und Leistungsfähigkeit hängt in hohem Maß davon ab, wie sich die Wohnbevölkerung lokal zusammensetzt. Gerade in städtischen Problemgebieten sind diese Einrichtungen oft

¹ Vgl. OECD 2009.

1

mit einer Vielzahl von psychosozialen Problemen überfordert, während andere Gebiete über mehr Kapazitäten verfügen und weniger belastet sind. Gesundheitliche Folgeprobleme von Kindern und Jugendlichen könnten rechtzeitig und mit vergleichsweise geringem Aufwand vermieden werden, wenn diese Unterschiedlichkeit der Wohngebiete mehr berücksichtigt würde. Denn auch medizinische Behandlungen und präventive Angebote sind nur dann langfristig hilfreich, wenn das Wohn- und Lebensumfeld entsprechend umgestaltet werden kann.

1.2 Kindergesundheit erforschen

Alarmiert durch die wachsende Zahl gesundheitlicher Probleme bei Kindern und Jugendlichen, gaben das Bundesgesundheitsministerium und das Bundesministerium für Bildung und Forschung erstmals einen nationalen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) in Auftrag.² In diesem Zusammenhang untersuchte und befragte das Robert Koch-Institut rund 18.000 Kinder und Jugendliche im Alter bis 17 Jahre. Eine Kernuntersuchung ermittelte die Basisdaten zur gesundheitlichen Situation. Dabei wurden die neuesten methodischen Standards berücksichtigt, um die körperlichen und psychosozialen Probleme von Kindern mit Migrationshintergrund getrennt erfassen zu können.

Thematische Schwerpunkte ergänzten und vertieften wichtige Fragestellungen, unter anderem nach der motorischen Entwicklung, dem Ernährungsverhalten und der psychischen Gesundheit. Bei der Auswertung des Datensatzes wurden die medizinischen Ergebnisse mit der sozialen und wirtschaftlichen Lage der Familie verbunden und bereicherten so die Analyse um wichtige Aussagen zu Risikofaktoren. Eine grundsätzliche Unterscheidung von drei großen Altersgruppen macht es möglich, die jeweiligen Entwicklungsphasen mit ihren spezifischen Chancen und Risiken gesondert zu beurteilen.

Mit KiGGS liegen zum ersten Mal bundesweite, vergleichbare Daten über die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen vor. In welchem Maße daraus neue und tragfähige Ansätze für die Praxis und für politisches Handeln entstehen, wird sich erst noch zeigen. Möglicherweise muss die konkrete Situation der Kinder in ihrem Wohnumfeld noch detaillierter und anders als bisher erfasst werden, um zielgerichtet helfen zu können. Zwar verbindet KiGGS Daten zur Wohnsituation der Familie mit Aussagen zur gesundheitlichen Entwicklung, unterteilt dabei aber nur sehr grob zwischen Ost und West, Stadt und Land. Der weiterführende Kinder-Umwelt-Survey (KUS) analysiert im Rahmen von KiGGS umweltmedizinische Belastungen, beispielsweise durch Verkehrslärm oder giftige Ausdünstungen.

Die Ergebnisse dieses thematischen Schwerpunktes können aber nur einen ersten Eindruck vermitteln. Denn die Mehrheit der in KUS untersuchten Kinder und Jugendlichen lebt in Ein- bis Zweifamilienhäusern mit Grünfläche und haben somit gute Ausgangsbedingungen. Nur ein Drittel der befragten Familien lebt in problematischen Gebieten, die stark verdichtet bebaut sind. In KiGGS fehlen außerdem spezifische Fragestellungen zum Wohnen bzw. zur Infrastruktur des

Wohngebietes, z. B. Gebäudetypen, Lagequalität oder Preisniveau. Auf dieser Grundlage konnten bisher keine bundesweiten Aussagen über den Einfluss von Wohn- und Lebensbedingungen auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland getroffen werden.

1.3 Das Kooperationsprojekt: ‚Die Bedeutung des Wohnquartiers für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen‘

Die Bertelsmann Stiftung setzt sich seit vielen Jahren dafür ein, allen Kindern und Jugendlichen unabhängig von ihrer Herkunft einen guten Start ins Leben zu ermöglichen. In ihrem Programm „Wirksame Bildungsinvestitionen“ untersucht sie auch, wie Bildungschancen von Mädchen und Jungen mit ihrer gesundheitlichen und sozialen Entwicklung verwoben sind. Mit dem Projekt KECK: Kommunale Entwicklung – Chancen für Kinder liegt erstmals ein bundesweiter Online-Atlas vor, der Daten zu den Lebensbereichen Gesundheit, Bildung und soziale Lage bis auf Kreisebene gemeinsam erfasst und anschaulich darstellt.³ In diesem Zusammenhang entstand zwischen der Bertelsmann Stiftung und dem Kooperationspartner empirica der Impuls, noch einen Schritt weiter zu gehen:

Mittlerweile gibt es eine Vielzahl an Aktivitäten, die Gesundheits- und Bildungsförderung von Kindern und Jugendlichen am Ort aufbauen und dokumentieren. Die Plattform IN FORM fasst sie zusammen und macht vorhandene Ideen für die interessierte Öffentlichkeit zugänglich.⁴ Bundesprogramme wie ‚Soziale Stadt‘ und lokale Initiativen in Städten, Kommunen und Bundesländern spiegeln ein wachsendes Interesse an lokalen Projekten. Um die Qualität dieser Maßnahmen besser einschätzen und beurteilen zu können, fehlten bisher bundesweite Vergleichsdaten zur Bedeutung der Wohnsituation für die Entwicklungschancen von Kindern und Jugendlichen.

Unklar blieb deshalb auch, ob Unterschiede des Gesundheitszustandes der Bevölkerung einzelner Wohngebiete nur auf die jeweils charakteristische soziale Mischung der Nachbarschaft zurückzuführen sind. Diese Vermutung ist denkbar, da die KiGGS-Studie eindeutig belegt, wie sehr die familiäre und sozioökonomische Situation gerade in Deutschland das Aufwachsen der Kinder bestimmt. Internationale Erfahrungen und regionale Studien über Wohngebiete und Nachbarschaften zeigen aber deutlich, dass jede Umgebung auch unabhängig von der Herkunftsfamilie einen ganz eigenen Einfluss auf die Gesundheits- und Bildungschancen der Kinder ausübt.⁵

Schwierige bauliche Wohnverhältnisse, Lärmbelastung, Spannungen unter Nachbarn und fehlende Spielmöglichkeiten sind Beispiele für Lebensbedingungen, die sich bis in die Familien hinein als Belastung auswirken. Ausreichende Grünflächen, wenig Verkehr und eine intakte Infrastruktur hingegen lassen weniger Stress aufkommen und unterstützen die Familien in ihrer Entwicklung. Ziel des Kooperationsprojektes ist es deshalb, den positiven und den negativen Einfluss der Wohngebiete auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen systematisch, bundesweit und getrennt von anderen Faktoren zu untersuchen.

³ Vgl. www.keck-atlas.de.

⁴ Vgl. www.in-form.de.

⁵ Vgl. Pickett K.E. und M. Pearl 2001: 111-122.

1

Prof. Dr. Klaus Hurrelmann arbeitet seit 2009 als Senior Professor of Public Health and Education an der Hertie School of Governance in Berlin. Er ist Mitautor der 2. World Vision Kinderstudie, die im Auftrag der Kinderhilfsorganisation World Vision Deutschland erstellt wurde. Grundlage der Studie ist eine bundesweite, repräsentative Befragung von 6- bis 11-Jährigen zu ihren Lebenswelten. Aber auch in dieser Studie wurden Indikatoren zur baulichen Umwelt bisher nicht mit abgefragt:

” Die Einzelinterviews der World Vision Studie bestätigen Ihre Studie: Die bauliche Umwelt verstärkt vorhandene soziale Chancen bzw. Strukturen. In der World Vision Studie haben wir aber in der Tat nur die soziale Umwelt als Indikator berücksichtigt: Wo sind die nächsten Möglichkeiten für Freizeitbeschäftigung? Wie werden sie angenommen, und wie sieht es mit Freundschaftskontakten aus? Das ist alles drin. Aber die gebaute Wohnumwelt ist bisher nicht thematisiert worden. Das ist eine Lücke in der World Vision Kinderstudie, und da werde ich vorschlagen, dass wir das beim nächsten Mal auf jeden Fall mit berücksichtigen.“



2

Das Vorgehen: Ein Netz wichtiger Faktoren knüpfen

2.1 Die Quartierstypen

Familien sind in einem hohen Maß auf ihr Wohnumfeld angewiesen. Dazu gehören die konkreten Wohnbedingungen und das sozialräumliche Umfeld. Beide Faktoren zusammen charakterisieren ein Wohnquartier. Um über Handlungsmöglichkeiten entscheiden zu können, muss die konkrete Situation mit ihren speziellen Anforderungen und Ressourcen systematisch erfasst werden. Dabei stellt sich die Frage, ob quartierspezifische Unterschiede ein Spiegelbild der sozialen Zusammensetzung einer Nachbarschaft sind oder ob das Zusammenwirken der sozialen und baulichen Umwelt zu einem eigenen Einflussfaktor für das Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen wird. Mit diesem Ziel wurden in einem ersten Schritt die Wohnorte der Familien in acht verschiedene Quartierstypen eingeteilt. Jede Kategorie spiegelt dabei eine spezifische bauliche und soziale Nachbarschaft wider.

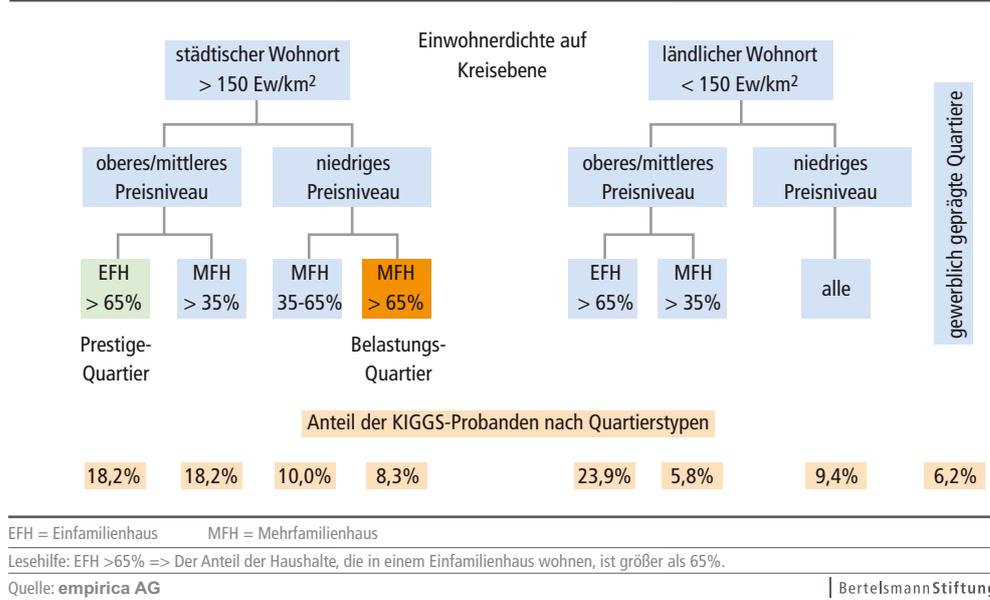
Bisher liegen keine bundesweit vergleichbaren amtlichen Daten vor, die eine derartige Charakterisierung der Wohnquartiere erlauben. Ebenso wenig gibt es offizielle räumliche Abgrenzungen solcher Wohngebiete. Die Idee der vorliegenden Studie ist es deshalb, die Daten der KiGGS-Studie im Hinblick auf den Einfluss des Quartiers neu zu strukturieren und mit zusätzlichen, quartierspezifischen Informationen zu verknüpfen. Die räumliche Grundlage hierfür bietet ein nichtamtliches Beobachtungsraster mit durchschnittlich etwa 1.000 Bewohnern⁶.

Ziel ist es, mit der Typisierung in acht Quartiere, regionale Unterschiede zu erfassen. Dazu erfolgt zunächst eine grobe Unterteilung in ländliche und städtische Wohngebiete. Innerhalb der Städte und Gemeinden unterscheiden sich die Wohnquartiere insbesondere im Mietpreisniveau und in der Baustruktur, sodass beide Merkmale kombiniert berücksichtigt werden. Sie weisen gleichzeitig auf die soziale Zusammensetzung einer Nachbarschaft hin. Eine Sonderkategorie bilden Quartiere mit einem hohen Besatz gewerblicher Nutzungen, so z. B. Innenstadtzentren oder Gewerbegebiete am Stadtrand. Die bundesweit repräsentativen acht Kategorien teilen sich somit auf vier städtische, drei ländliche und einen gewerblich geprägten Quartierstyp auf (vgl. Abbildung 1). Mit der Beschränkung auf acht Kategorien konnte sichergestellt werden, dass der KiGGS-Individualdatensatz auch bei quartiersbezogenen Auswertungen für das Bundesgebiet repräsentativ bleibt (vgl. hierzu Abb. 1: Anteil der KiGGS-Probanden nach Quartierstyp).

⁶ Die nichtamtliche räumliche Abgrenzung wurde von InfasGeodaten kostenfrei für die Untersuchung zur Verfügung gestellt.

2

Abb. 1: Vom Bundesdurchschnitt zum Quartier ...



Im Folgenden werden die Ergebnisse für zwei städtische Quartierstypen dargestellt. Nach Durchsicht aller Daten treten diese als das prägnante Gegensatzpaar hervor. Der erste Quartierstyp zeichnet sich durch gesundheitsfördernde Wohnbedingungen aus. In diesem sogenannten Prestige-Quartier leben Familien überwiegend in Einfamilienhäusern mit einem mittleren bis hohen lokalen Mietpreisniveau. Den zweiten Quartierstyp bilden städtische Wohnnachbarschaften mit einem niedrigen Preisniveau und einem hohen Anteil an Geschosswohnungsbau. Kinder und Jugendliche wachsen hier in einem Umfeld auf, das eine gesunde Entwicklung mehr belastet als fördert, sodass dieser Typ nachfolgend als Belastungs-Quartier bezeichnet wird.

2.2 Das Referenz-Kind

In einem ersten Schritt beschreibt die Studie messbare Unterschiede zwischen sozialen Schichten, Altersgruppen und den Quartierstypen. Von besonderem Interesse ist jedoch die Frage, ob sich die verschiedenen Quartierstypen auch unabhängig von der familiären Situation auf die gesundheitliche Entwicklung von Mädchen und Jungen auswirken. Dies lässt sich nur mit Hilfe komplexer statistischer Modelle beantworten. Zu diesem Zweck wird ein Referenzhaushalt bzw. ein sogenanntes Referenz-Kind als Vergleichsgröße definiert. Dadurch werden zentrale individuelle Daten wie Geschlecht, Migrationshintergrund, Haushaltseinkommen und elterlicher Bildungsstand konstant gehalten, und ihr jeweiliger Einfluss kann neutralisiert bzw. „herausgerechnet“ werden. Das Ergebnis zeigt schließlich die Bedeutung des Wohnquartiers, und zwar ohne Verzerrung durch

familiäre Faktoren. In den hellblau hinterlegten Kästen werden diese Ergebnisse im Folgenden zusammengefasst.

2.3 Faktor Familie

Die Familie bestimmt in Deutschland stärker als in anderen europäischen Ländern die Gesundheits- und Bildungschancen von Kindern und Jugendlichen. Soziale und wirtschaftliche Unterschiede prägen das Aufwachsen in hohem Maß. Mit KiGGS liegt erstmals eine bundesweite Befragung vor, die den Faktor Familie mit Individualdaten zur Gesundheit von Mädchen und Jungen verknüpft. Die vorliegende Studie greift auf diese Zuordnung durch das Robert Koch-Institut zurück, die den sozialen Status anhand von Elternangaben über ihre Ausbildung, die derzeitige Berufstätigkeit und das Haushaltsnettoeinkommen der Familie ableitet. Dieser Sozialindex klassifiziert drei verschiedene Gruppen: Haushalte mit einem hohen, mittleren und niedrigen Sozialstatus. Indem die Auswertung nach Sozialstatus und Quartierstyp kombiniert wird, lässt sich der Einfluss der Wohngebiete auch hier isolieren und der Bedeutung des sozialen Status gegenüberstellen.

2.4 Kindergesundheit messen

Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen lässt sich nicht allein in den Kategorien krank oder gesund erfassen. Nach der Geburt ist sicherlich die individuelle Konstitution der Babys entscheidend, aber auch das Umfeld wirkt sich von Anfang an auf ihr Wohlbefinden aus. Daher ist es notwendig, dass eine Messung der Gesundheit auch den Einfluss dieser externen Faktoren berücksichtigt.

Die gesunde Entwicklung der Kinder beginnt bereits während der Schwangerschaft. Nach neueren wissenschaftlichen Ergebnissen prägt das Verhalten der Mutter in dieser Zeit das Baby stärker als bisher angenommen. Um die unterschiedlichen Einflüsse sichtbar zu machen, müssen geeignete Gesundheitsindikatoren festgelegt und ausgewertet werden. Im Vordergrund stehen hier Indikatoren, die Eltern und Kinder über ihr Verhalten lenken und die veränderbar sind.

Die Indikatoren Rauchen und Alkohol während der Schwangerschaft und Stillzeit sowie die Inanspruchnahme von Kinderfrüherkennungsuntersuchungen zeigen, wie Eltern bereits den Start ins Leben positiv oder negativ mitgestalten können. Exemplarisch für gesundheitsförderndes und -schädigendes Verhalten der Kinder selbst, werden Indikatoren zu körperlichen Aktivität, Medienkonsum und Ernährung untersucht. Um den Gesundheitszustand der Mädchen und Jungen zu beschreiben, werden das subjektive Empfinden des eigenen Gesundheitszustandes, Schlafschwierigkeiten und Übergewicht analysiert.



3

Die Ergebnisse: Gesundheit beginnt im Quartier

3.1 Das Umfeld prägt von Anfang an

3.1.1 Rauchen und Alkohol in der Schwangerschaft

Tabakkonsum von Frauen in der Schwangerschaft ist in hohem Maße gesundheitsschädlich für das Kind. Laut einer schweizerischen Umfrage im Jahr 2009 wird das Risiko, dass Frauen in der Schwangerschaft dennoch rauchen, erhöht durch hohen Zigarettenkonsum vor der Schwangerschaft, einen rauchenden Partner, niedrigeres Bildungsniveau, reduziertes Wohlbefinden und geringeres Wissen über die Schädlichkeit des Zigarettenrauches.⁷ Die Ergebnisse dieser Studie belegen darüber hinaus, dass auch das räumliche Umfeld, sprich der Quartierstyp, in dem die Frauen leben, einen Einfluss auf den Zigarettenkonsum hat: Liegt der Anteil der Frauen, die angeben, in der Schwangerschaft manchmal oder regelmäßig zu rauchen bzw. geraucht zu haben, im Durchschnitt bei 17,6%, ist dieser Anteil im Belastungs-Quartier mit 27,1% deutlich höher.

Diese Abweichung ist Folge des Zusammenspiels von Sozialstatus und Wohnumfeld der Frauen, das ihren Alltag prägt. Abbildung 3 zeigt, dass Mütter mit ungünstigeren sozialen Rahmenbedingungen im Vergleich zu Müttern mit mittlerem und vor allem hohem Sozialstatus überdurchschnittlich oft in der Schwangerschaft rauchen.

Gleichzeitig gibt es innerhalb eines sozialen Status große Unterschiede und zwar in Abhängigkeit vom Wohnumfeld. Besonders auffällig ist dies bei Müttern in der mittleren gesellschaftlichen Schicht: Leben diese Frauen in einem Prestige-Quartier, weicht der Zigarettenkonsum gegenüber dem Durchschnitt aller Frauen um -17,9% ab (vgl. Abb. 3), sodass nur 14,4% der Mütter während der Schwangerschaft rauchen. In einem schwierigen Umfeld (Belastungs-Quartier) dagegen rauchen Mütter mit dem gleichen Sozialstatus überdurchschnittlich oft. Die Abweichung gegenüber dem Durchschnitt aller Frauen beträgt +35,1% (vgl. Abb. 3), d. h., dass hier 23,8% der Mütter während der Schwangerschaft Tabak konsumieren.

Das räumliche Umfeld mit Nachbarn und Freunden kann somit dazu beitragen, den für das Ungeborene schädlichen Zigarettenkonsum der werdenden Mutter zu hemmen, aber auch zu fördern.

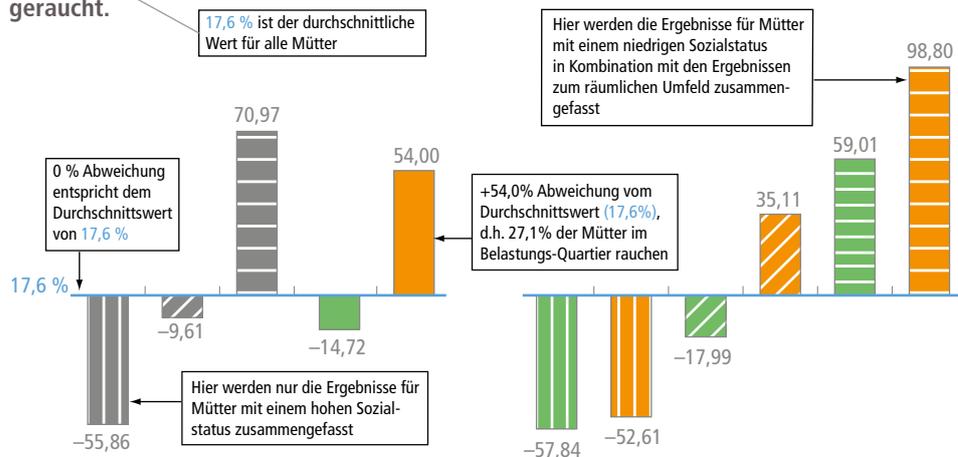
⁷ Vgl. Keller et al. 2009.

3

Lesehilfe-Beispiel:

Abb. 2: Rauchen der Mutter während der Schwangerschaft – Abweichung vom Durchschnitt

17,6 % der Mütter haben manchmal oder regelmäßig während der Schwangerschaft geraucht.



Differenzierung Sozialstatus	Differenzierung Quartierstypen	Differenzierung Sozialstatus plus Quartierstypen
hoher Sozialstatus	Prestige-Quartier	hoher Sozialstatus in Prestige-Quartier
mittlerer Sozialstatus	Belastungs-Quartier	hoher Sozialstatus in Belastungs-Quartier
niedriger Sozialstatus		mittlerer Sozialstatus in Prestige-Quartier
		mittlerer Sozialstatus in Belastungs-Quartier
		niedriger Sozialstatus in Prestige-Quartier
		niedriger Sozialstatus in Belastungs-Quartier

Quelle: empirica AG

BertelsmannStiftung

Isolierter Quartiereffekt

In den jeweils hellblau hinterlegten Kästen werden die Ergebnisse der Regressionsanalysen zu den einzelnen untersuchten Indikatoren dargestellt. Die Ergebnisse zeigen den jeweiligen Quartiereinfluss, der unabhängig von anderen familiären Einflussfaktoren ermittelt wurde.

Abb. 3: Rauchen der Mutter während der Schwangerschaft – Abweichung vom Durchschnitt

17,6 % der Mütter haben manchmal oder regelmäßig während der Schwangerschaft geraucht.



Unabhängig vom sozialen Status verstärkt das belastete Wohnquartier das Rauchen in der Schwangerschaft.

Quelle: empirica AG

BertelsmannStiftung

Ausgehend vom Referenzhaushalt liegt die Wahrscheinlichkeit, dass Mütter während der Schwangerschaft manchmal oder regelmäßig rauchen/geraucht haben, im Belastungs-Quartier rd. 9,9%-Punkte höher als im Prestige-Quartier.

Isolierter Quartiereffekt

Dieses Ergebnis kann Lioba Kunz, Leiterin der katholischen Bildungsstätte Frankfurt/M. durch ihre Arbeit in der Frankfurter Nordweststadt bestätigen

” [...] die Erfahrung, dass das Wohnquartier eine Rolle spielt, machen wir täglich, z. B. beim Rauchen. In einer schicken Straße mit Einfamilienhäusern werden sie kaum eine schwangere Frau mit Zigarette sehen, da ist die soziale Kontrolle zu groß. Aber hier, in den Hochhäusern, ist dieses Bild täglich zu sehen, und das liegt nicht daran, dass die Frauen nicht aufgeklärt sind, sondern dass es eher üblich ist. “

3

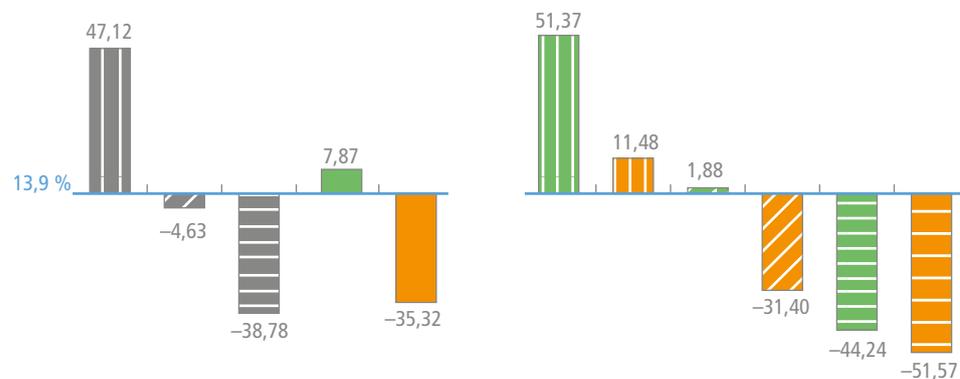
Auch vom Alkoholkonsum während der Schwangerschaft raten Experten dringend ab. Informationskampagnen klären schwangere Frauen über die Risiken und Spätfolgen auf.

Laut den Ergebnissen des Robert Koch-Instituts konsumier(t)en dennoch 13,9% der befragten Mütter während der Schwangerschaft – zumindest gelegentlich – Alkohol. Entgegen den Ergebnissen zum Zigarettenkonsum nimmt der Konsum von Alkohol mit dem sozialen Status – und damit auch dem Bildungsgrad – zu.⁸ In Abbildung 4 wird deutlich, dass der Alkoholkonsum von Frauen mit positiven sozialen Lebensbedingungen im Belastungs-Quartier rd. 11,5% und im Prestige-Quartier sogar um rd. 51,4% vom Durchschnitt aller Frauen abweicht. Gleichzeitig trinken Mütter ohne Migrationshintergrund dreimal häufiger Alkohol in der Schwangerschaft als Mütter mit Migrationshintergrund.⁹

Abb. 4: Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft – Abweichung vom Durchschnitt

13,9 % der Mütter konsumier(t)en im Durchschnitt Alkohol während der Schwangerschaft.

Der Genuss von Alkohol bei Schwangeren nimmt mit dem sozialen Status zu.



Differenzierung Sozialstatus

- ▨ hoher Sozialstatus
- ▨ mittlerer Sozialstatus
- ▨ niedriger Sozialstatus

Differenzierung Quartierstypen

- Prestige-Quartier
- Belastungs-Quartier

Differenzierung Sozialstatus plus Quartierstypen

- ▨▨ hoher Sozialstatus in Prestige-Quartier
- ▨▨ hoher Sozialstatus in Belastungs-Quartier
- ▨▨ mittlerer Sozialstatus in Prestige-Quartier
- ▨▨ mittlerer Sozialstatus in Belastungs-Quartier
- ▨▨ niedriger Sozialstatus in Prestige-Quartier
- ▨▨ niedriger Sozialstatus in Belastungs-Quartier

Quelle: empirica AG

Bertelsmann Stiftung

⁸ Vgl. Robert Koch-Institut 2008a: 42.
⁹ Vgl. Bergmann et al. 2007: 670-676.

Mit Blick auf den Quartierstyp erklären diese beiden Ergebnisse – der hohe Anteil an Migrantinnen, die durchschnittlich weniger Alkohol trinken, und der unterdurchschnittliche Alkoholkonsum von Frauen mit niedrigem Sozialstatus –, warum der Anteil der Frauen, die in der Schwangerschaft auf Alkohol verzichten, in Belastungs-Quartieren höher ist als in anderen Quartieren.

Insgesamt ist der Quartierseffekt beim Alkoholkonsum im Vergleich zum Konsum von Zigaretten eher schwach ausgeprägt. Ausgehend vom Referenzhaushalt liegt dieser mit 12,2% im Belastungs-Quartier lediglich 2,9% unter dem Prestige-Quartier mit 15,1%.

Isolierter
Quartierseffekt

3.1.2 Stillen als Prävention

Kleinkinder sollten etwa sechs Monate, mindestens jedoch bis zum Anfang des fünften Monats voll gestillt¹⁰ werden – d.h. ohne Zugabe anderer Flüssigkeiten oder Nahrung.¹¹ Im Rahmen der KiGGS-Studie wurden Mütter nach der Stilldauer in Monaten befragt, zunächst unabhängig davon, ob ausschließlich gestillt oder Zusatznahrung verwendet wurde. Die empfohlene Stilldauer von sechs Monaten wird durchschnittlich in allen Quartieren übertroffen. Unterschiede werden dennoch sichtbar, wenn berücksichtigt wird, ob Mütter ihre Kinder jemals voll gestillt haben. Im Durchschnitt haben 67,4% der Mütter ihr Kind zumindest über einen kurzen Zeitraum voll gestillt. Im Belastungs-Quartier sinkt der Anteil auf 62,7%, während der Anteil im Prestige-Quartiere bei 69,2% liegt. Besonders positiv wirkt sich aber ein hoher Sozialstatus der Frauen auf das Stillverhalten aus (vgl. Abb. 5).

¹⁰ Das Robert Koch-Institut definiert „voll gestillt“ als ausschließliches Stillen (vgl. Lange, Schenk, Bergmann 2007: 1437-1588).

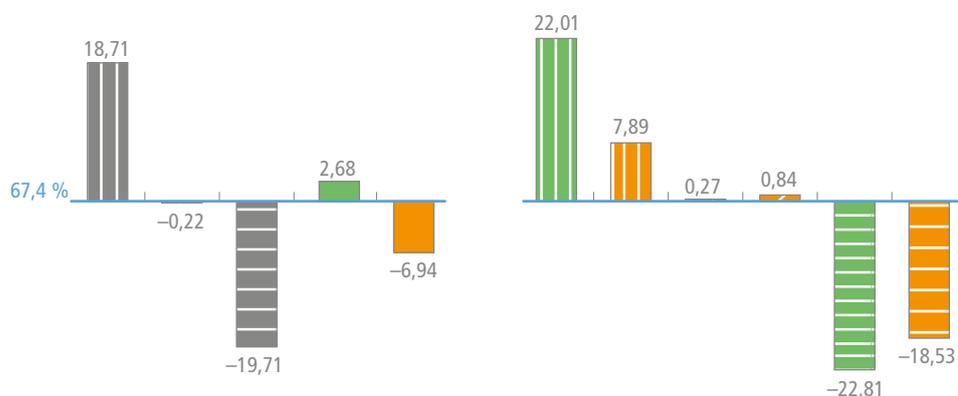
¹¹ Vgl. Bundesinstitut für Risikobewertung (Hrsg.) 2004; Horta et al. 2007: 40.

3

Abb. 5: Anteil der Mütter, die ihr Kind jemals voll gestillt haben – Abweichung vom Durchschnitt

67,4 % der Mütter haben ihr Kind jemals voll gestillt.

Das belastete Wohnquartier senkt die Chance für Kinder, voll gestillt zu werden.



Differenzierung Sozialstatus	Differenzierung Quartierstypen	Differenzierung Sozialstatus plus Quartierstypen
<ul style="list-style-type: none"> hoher Sozialstatus mittlerer Sozialstatus niedriger Sozialstatus 	<ul style="list-style-type: none"> Prestige-Quartier Belastungs-Quartier 	<ul style="list-style-type: none"> hoher Sozialstatus in Prestige-Quartier hoher Sozialstatus in Belastungs-Quartier mittlerer Sozialstatus in Prestige-Quartier mittlerer Sozialstatus in Belastungs-Quartier niedriger Sozialstatus in Prestige-Quartier niedriger Sozialstatus in Belastungs-Quartier

Quelle: empirica AG

BertelsmannStiftung

Isolierter Quartierseffekt

Hinsichtlich der Stilldauer ergeben sich keine signifikanten Quartierseffekte. Diese werden jedoch bei der Frage deutlich, ob Mütter ihre Kinder jemals – d.h. zumindest kurze Zeit – voll gestillt haben (unabhängig von der Länge). Die höchste Chance, jemals voll gestillt worden zu sein, haben Kinder im Prestige-Quartier. Die Wahrscheinlichkeit im Belastungs-Quartier sinkt um 5,3%-Punkte.

3.2 Manche Eltern brauchen mehr Unterstützung

3.2.1 Ärztliche Vorsorge als Chance

Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern dienen der Prävention und frühzeitigen Erkennung von Entwicklungsstörungen und Erkrankungen.¹² Besonders im ersten Lebensjahr ist die Akzeptanz des Angebotes sehr hoch. In der KiGGS-Befragung gaben rd. 85,6% der Eltern an, dass sie in den ersten zwölf Monaten mit ihren Kleinkindern an allen sechs Terminen der U1 bis U6 teilgenommen haben. Sozialstatus und Migrationshintergrund lassen sich dabei als Faktoren bei den übrigen rd. 14,4% der Befragten für eine unterdurchschnittliche Inanspruchnahme identifizieren.

Zusätzlich wird ein Quartiereinfluss deutlich: Eltern im Belastungs-Quartier nehmen das Angebot der Vorsorgeuntersuchung weniger ernst. Mit rd. 77,2% ist der Anteil der Kinder, die alle sechs Vorsorgeuntersuchungen im ersten Lebensjahr erhalten haben, im Belastungs-Quartier am niedrigsten. Überdurchschnittlich gut schneidet dagegen das Prestige-Quartier ab.

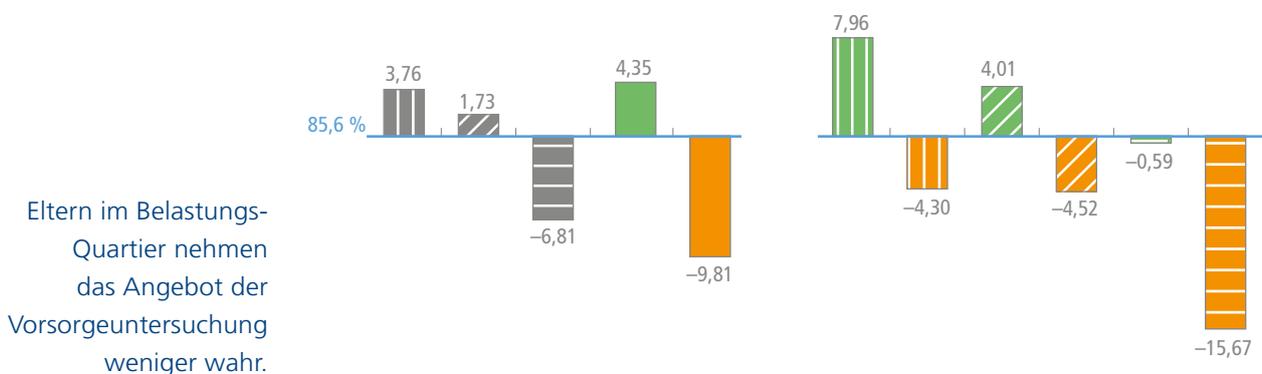
Die Unterschiede zwischen den Quartierstypen sind dabei größer als die Abweichungen, die allein auf den sozialen Status zurückgeführt werden können. So beträgt die positive Abweichung vom Durchschnitt im unbelasteten Quartier 4,4% und die negative Abweichung im belasteten Quartier 9,8%, während die Spannbreite in Bezug auf die sozialen Rahmenbedingungen zwischen +3,8% (hoher Sozialstatus) und -6,8% (niedriger Sozialstatus) liegt (vgl. Abb. 6). Dieses Ergebnis zeigt, dass sich auch mit Blick auf das präventive Gesundheitsverhalten von Eltern ein spezifischer Einfluss des Wohnumfeldes messen lässt.

¹² Vgl. Robert Koch-Institut 2008a: 61.

3

Abb. 6: Anteil der Kinder mit allen Vorsorgeuntersuchungen im ersten Lebensjahr – Abweichung vom Durchschnitt

85,6 % der Kinder haben im ersten Lebensjahr alle Vorsorgeuntersuchungen erhalten.



Differenzierung Sozialstatus	Differenzierung Quartierstypen	Differenzierung Sozialstatus plus Quartierstypen
<ul style="list-style-type: none"> ▨ hoher Sozialstatus ▨ mittlerer Sozialstatus ▨ niedriger Sozialstatus 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prestige-Quartier ■ Belastungs-Quartier 	<ul style="list-style-type: none"> ▨ hoher Sozialstatus in Prestige-Quartier ▨ hoher Sozialstatus in Belastungs-Quartier ▨ mittlerer Sozialstatus in Prestige-Quartier ▨ mittlerer Sozialstatus in Belastungs-Quartier ▨ niedriger Sozialstatus in Prestige-Quartier ▨ niedriger Sozialstatus in Belastungs-Quartier

Quelle: empirica AG

BertelsmannStiftung

Isolierter Quartierseffekt

Die Wahrscheinlichkeit, dass Eltern im Belastungs-Quartier mit ihrem Kind an allen Vorsorgeuntersuchungen im ersten Lebensjahr teilnehmen, ist rd. 1,7% geringer als im Prestige-Quartier.

In der Regel werden Frauen nach der Geburt ihres Kindes durch eine Nachsorgehebamme betreut, die die Familie zu Hause aufsucht. Sie unterstützen die Frauen in der ersten Phase nach der Geburt, z. B. bei Stillproblemen, und verfolgen gleichzeitig die Entwicklung des Kindes. Obwohl ein gesetzlicher Anspruch auf die Betreuung durch eine Nachsorgehebamme besteht, sieht die Realität anders aus. **Liona Kunz sieht dies als elementares Problem in belasteten Quartieren:**

” [...] die Frauen hier in der Frankfurter Nordweststadt haben in der Regel keine Nachsorgehebamme [...] obwohl die Krankenkasse diese Kosten übernimmt. Die Familien hier wissen es einfach nicht, und wenn sie die Informationen dann doch noch bekommen sollten, stehen keine

Nachsorgehebammen in Frankfurt mehr zur Verfügung, weil diese dann schon längst von den gut organisierten ‚flotten‘ Müttern angeheuert wurden. Das ist ein großes Dilemma. Und es wäre so einfach zu beheben, wenn die Frauenärzte nur frühzeitig die werdenden Mütter darauf hinweisen würden. Es wäre so wichtig für diese erste Phase, für das Stillen und eine präventive Kindergesundheit. “

3.2.2 Fastfood ist ansteckend

Eine ausgewogene Ernährung ist die Basis für eine gesunde Entwicklung von Kindern und eine gute körperliche Leistungsfähigkeit.¹³ Das Ernährungsverhalten hat zudem Auswirkungen auf die Konzentrationsfähigkeit von Kindern und kann sogar Hyperaktivitäten hervorrufen.

Was und wie Kinder essen, ist besonders vom Alter abhängig. Während bei Kindern die Eltern maßgeblich die Ernährung beeinflussen,¹⁴ entscheiden Jugendliche zunehmend selbst über ihre Essgewohnheiten. Ihr Verhalten wird von soziokulturellen Lernprozessen (Außenreizen) gelenkt.¹⁵ Dabei ist Fastfood vor allem bei vielen Jugendlichen sehr beliebt: Jeder dritte Junge im Alter von 14 bis 17 Jahren isst mindestens einmal pro Woche Fastfood. Bei jüngeren Kindern ist der Konsum deutlich geringer.¹⁶ Diese Tendenz spiegelt auch der Body Mass Index (BMI) wider: Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der adipösen Kinder.¹⁷

Im Durchschnitt liegt der Anteil an Kindern und Jugendlichen,¹⁸ die mehr als einmal pro Monat Fastfood (d. h. hier stellvertretend Brat-/Currywurst, Hamburger oder Döner Kebab) essen, mit rd. 49,4% etwa genauso hoch wie der Anteil der Kinder, die seltener oder nie Fastfood konsumieren. Bei genauerer Analyse sind auch hier räumliche Unterschiede zu messen: Insbesondere Kinder im Belastungs-Quartier fallen durch einen überdurchschnittlich hohen Fastfood-Konsum auf: 57,9% geben an, mehr als einmal pro Monat Fastfood zu essen.

Diese Unterschiede nach dem Wohnquartier zeigen sich auch bei einer Differenzierung nach dem Sozialstatus (vgl. Abb. 7): Zwar ergibt die Befragung eine deutliche Beziehung zwischen sozialem Status und Fastfood-Konsum, aber innerhalb der einzelnen sozialen Gruppen variieren die Angaben zum Fastfood-Konsum insofern, als dass dieser im Belastungs-Quartier deutlich höher ausfällt als im Prestige-Quartier. Besonders offensichtlich wird dieser Zusammenhang bei Kindern und Jugendlichen mit sozial schwachem Hintergrund. Die Abweichung vom Durchschnitt beträgt für diese Gruppe im Prestige-Quartier 11,1%, im Belastungs-Quartier 33,3% (vgl. Abb. 7). Im Ergebnis ist der Wohnort in der belasteten Gegend ein Risikofaktor für die Ernährung.

¹³ Vgl. Robert Koch-Institut 2008a: 54; Wabitsch, 2004: 736-743.

¹⁴ Vgl. Brown und Odgen 2004: 261-271.

¹⁵ Vgl. Ellrott 2007: 167-173.

¹⁶ Vgl. Mensik 2007: 609-623.

¹⁷ Vgl. Kurth et al. 2007: 736-743.

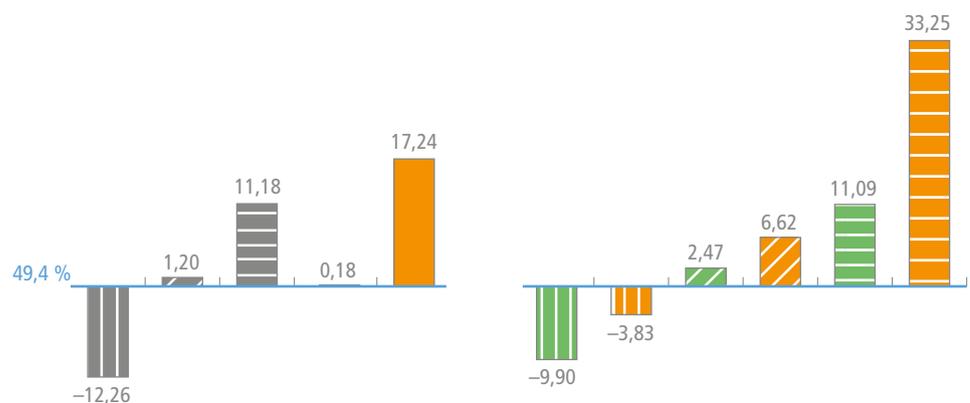
¹⁸ Im Rahmen der KiGGS-Studie wurden die Ernährungsmuster von Kindern erhoben: Für Kinder von 0 bis 10 Jahre beantworteten Eltern stellvertretend die Ernährungsfragen, während Kinder und Jugendliche von 11 bis 17 Jahre eigenständig antworteten.

3

Abb. 7: Anteil der Kinder und Jugendlichen, die mindestens einmal pro Monat Fastfood essen – Abweichung vom Durchschnitt

49,4 % der Kinder essen mindestens einmal pro Monat Fastfood.

Fastfood wird von Kindern und Jugendlichen unabhängig von den sozialen Rahmenbedingungen in Belastungs-Quartieren häufiger gegessen.



Differenzierung Sozialstatus

- hoher Sozialstatus
- mittlerer Sozialstatus
- niedriger Sozialstatus

Differenzierung Quartierstypen

- Prestige-Quartier
- Belastungs-Quartier

Differenzierung Sozialstatus plus Quartierstypen

- hoher Sozialstatus in Prestige-Quartier
- hoher Sozialstatus in Belastungs-Quartier
- mittlerer Sozialstatus in Prestige-Quartier
- mittlerer Sozialstatus in Belastungs-Quartier
- niedriger Sozialstatus in Prestige-Quartier
- niedriger Sozialstatus in Belastungs-Quartier

Quelle: empirica AG

BertelsmannStiftung

Isolierter Quartiereffekt

Dieses Ergebnis bestätigt sich in der Regressionsanalyse: Gegenüber dem Prestige-Quartier, in dem die Wahrscheinlichkeit, dass Kinder und Jugendliche mehr als einmal pro Monat Fastfood essen, bei 49,5% liegt, weisen Belastungs-Quartiere eine um 4,5%-Punkte signifikant höhere Wahrscheinlichkeit auf.

3.3 Wohnquartiere als Herausforderung

3.3.1 Bewegungsräume schaffen, Bewegungslust fördern

Ein aktiver, sportlicher Lebensstil beeinflusst die gesunde Entwicklung von Kindern und kann zahlreichen Krankheiten vorbeugen.¹⁹ Er fördert nicht nur das körperliche Wohlbefinden, sondern kann auch das psychische Wohlbefinden und die Persönlichkeitsentwicklung stärken.²⁰ Die United Kingdom Expert Consensus Conference empfiehlt beispielsweise mindestens eine Stunde täglich moderate körperliche Aktivität für junge Menschen.²¹ Dies erreicht jedoch nur etwa jedes vierte bis fünfte Kind in Deutschland: Nach den Auswertungen des Robert Koch-Instituts sind nur 17,3% der Mädchen und 28,2% der Jungen täglich aktiv, und diese Werte nehmen mit dem Alter weiter ab.²² Dabei treiben Jungen grundsätzlich mehr Sport als Mädchen.

Von den älteren Kindern und Jugendlichen zwischen 11 und 17 Jahren sind im Durchschnitt nur 23,2% täglich körperlich aktiv, immerhin knapp zwei Drittel zwischen ein- und fünfmal pro Woche. Jeder Zehnte dagegen nie. Dieser Anteil von Kindern und Jugendlichen, die niemals körperlich aktiv sind, variiert deutlich je nach Wohnstandort: 15,3% der Mädchen und Jungen im Belastungs-Quartier sind nie körperlich aktiv, im Prestige-Quartier liegt der Anteil dagegen bei 8,9%.

Als Erklärung dienen zwei Ansätze: Zum einen gibt es einen Zusammenhang zwischen Quartierstyp und sozialem Hintergrund und damit ein durch den familiären Hintergrund beeinflusstes Verhalten. Ein höherer Anteil der sportlich Inaktiven in der unteren sozialen Statusgruppe wurde bereits in Studien belegt²³ und spiegelt sich hier insbesondere im Belastungs-Quartier wider. Zum anderen birgt das Wohnumfeld in den verschiedenen Quartierstypen unterschiedliche Möglichkeiten der sportlichen Betätigung: Während in innerstädtischen, verdichteten Quartieren lediglich vereinzelt Grünflächen und Sportplätze Raum für Aktivitäten bieten, gibt es in Einfamilienhausquartieren deutlich mehr Spiel- und Bewegungsflächen im Wohnumfeld. Darüber hinaus wirkt sich das Verhalten der Nachbarschaft ebenfalls auf die sportlichen Aktivitäten von Kindern und Jugendlichen aus. Dieser Quartierseinfluss zeigt sich in den großen Unterschieden innerhalb der einzelnen sozialen Statusgruppen. Im Durchschnitt sind 82,9% der 11- bis 17-Jährigen einmal pro Woche körperlich aktiv. Bei gleicher Zugehörigkeit z. B. zur mittleren sozialen Schicht weicht der Wert bei Jugendlichen im Belastungs-Quartier um -10,2% ab, während 3,4% der Jugendlichen im Prestige-Quartier gegenüber dem Durchschnitt körperlich aktiver sind (vgl. Abb. 8).

¹⁹ Vgl. Lampert et al. 2007: 634

²⁰ Vgl. U.S. Department of Health and Human Services 1996: 7-8.

²¹ Vgl. Cavill et al. 2001: 12-15.

²² Vgl. Robert Koch-Institut 2008: 58.

²³ Vgl. Ebenda.

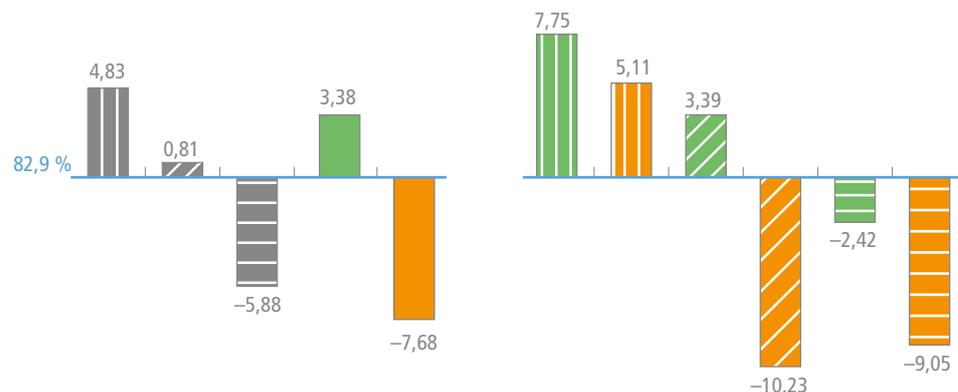
3

Die Nachbarschaft übt demnach auf die Bewegung von Kindern einen stärkeren Einfluss aus als der soziale Status. Außerdem gilt: Je älter die Kinder werden, desto entscheidender wird das Umfeld.

Abb. 8: Anteil der 11- bis 17-Jährigen, die mindestens einmal pro Woche körperlich aktiv sind – Abweichung vom Durchschnitt

82,9 % der 11- bis 17-Jährigen sind mindestens einmal pro Woche körperlich aktiv.

Mädchen und Jungen, die in dicht bebauten und preislich günstigeren Wohngegenden aufwachsen, sind – unabhängig von ihrem sozialen Hintergrund – körperlich weniger aktiv.



Differenzierung Sozialstatus	Differenzierung Quartierstypen	Differenzierung Sozialstatus plus Quartierstypen
<ul style="list-style-type: none"> hoher Sozialstatus mittlerer Sozialstatus niedriger Sozialstatus 	<ul style="list-style-type: none"> Prestige-Quartier Belastungs-Quartier 	<ul style="list-style-type: none"> hoher Sozialstatus in Prestige-Quartier hoher Sozialstatus in Belastungs-Quartier mittlerer Sozialstatus in Prestige-Quartier mittlerer Sozialstatus in Belastungs-Quartier niedriger Sozialstatus in Prestige-Quartier niedriger Sozialstatus in Belastungs-Quartier

Quelle: empirica AG

BertelsmannStiftung

Isolierter Quartiereffekt

Ausgehend vom Referenzhaushalt ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein Kind bzw. Jugendlicher (3 bis 10 Jahre²⁴ bzw. 11 bis 17 Jahre), der im Belastungs-Quartier aufwächst, mindestens einmal pro Woche körperlich aktiv ist, um 11,9 bzw. 11,5%-Punkte geringer als im Prestige-Quartier.

²⁴ In dieser Altersklasse wurden nicht die Kinder selbst, sondern die Eltern befragt, zudem wurde nicht nach „körperlichen Aktivitäten“ sondern nach „Sport im Verein“ und „Sport außerhalb eines Vereins“ gefragt.

3.3.2 Verführung zum Medienkonsum

Mediennutzung bedeutet in der Regel körperlich inaktive Freizeit, in der Kinder und Jugendliche nicht draußen spielen oder Sport treiben. Weniger Bewegung kann sich negativ auf den Gesundheitszustand von Heranwachsenden auswirken. Auch wenn ein messbar negativer Einfluss der Mediennutzung auf die körperliche Aktivität erst bei sehr hohem Medienkonsum (mehr als fünf Stunden pro Tag) feststellbar ist,²⁵ so sind psychosomatische Beschwerden, entwicklungspsychologische Probleme und Verhaltensauffälligkeiten als Folge nicht auszuschließen.²⁶

Fernsehen

Von den 3- bis 10-jährigen Kindern sieht rund die Hälfte an Wochentagen mindestens eine Stunde fern, davon die meisten zwischen einer und zwei Stunden täglich. Der Fernsehkonsum steigt dabei mit zunehmendem Alter. Gleichzeitig zeigen sich hier signifikante Unterschiede je nach Haushaltseinkommen, Migrationshintergrund, Wohnort und Erziehungsstatus: Einen deutlich höheren Fernsehkonsum weisen Kinder auf, die in einem Haushalt mit einem Einkommen von unter 1.500,- Euro/Monat leben, in Ostdeutschland wohnen, mit allein erziehendem Elternteil aufwachsen und einen Migrationshintergrund haben.

Das Fernsehverhalten von Mädchen und Jungen weicht ebenfalls nach Quartierstypen ab. Der Anteil von Kindern, die mindestens eine Stunde pro Wochentag fernsehen, ist im Belastungs-Quartier mit 62,5% am höchsten. Im Prestige-Quartier ist er mit rd. 43,7% dagegen am geringsten.

Zwar stehen der Quartierstyp und die oben genannten Faktoren in einem engen Zusammenhang, jedoch liegt auch hier ein eigener Einfluss des räumlichen Umfeldes vor: Der deutliche Unterschied des Fernsehkonsums nach Sozialstatus wird nochmals überlagert von den Quartierstypen. Besonders auffällig sind die Differenzen beim mittleren Sozialstatus. Leben die 3- bis 10-Jährigen in einem Prestige-Quartier, weicht der Fernsehkonsum gegenüber dem Durchschnitt aller Kinder um -2,6% ab, sodass nur 48,4% der Kinder täglich mehr als eine Stunde fernsehen (vgl. Abb. 9). Leben sie in einem schwierigen Umfeld, sehen die Kinder mit dem gleichen Sozialstatus überdurchschnittlich oft fern. Die Abweichung gegenüber dem Durchschnitt beträgt +28,6%, d. h., dass sich der Fernsehkonsum bei über zwei Dritteln (63,9%) der Kinder auf mehr als eine Stunde am Tag beläuft (vgl. Abb. 9).

²⁵ Vgl. Robert Koch-Institut 2008: 59.

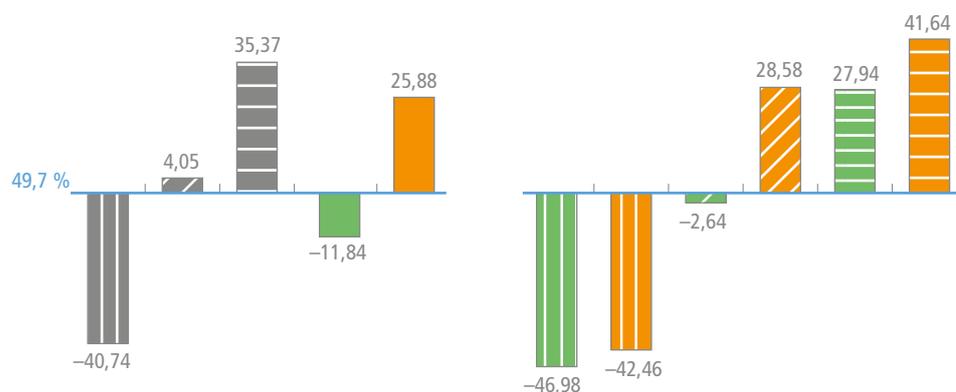
²⁶ Vgl. Ebenda; Johnson et al. 2002: 2468-2471; Pfeiffer et al. 2007: 2.

3

Abb. 9: Anteil der Kinder, die mehr als eine Stunde täglich fernsehen – Abweichung vom Durchschnitt

49,7 % der 3 bis 10-Jährigen sehen mehr als eine Stunde fern pro Tag.

Kinder in belasteten Quartieren verbringen deutlich mehr Zeit vor dem Fernsehgerät als Kinder in gehobenen Wohngegenden.



Differenzierung Sozialstatus	Differenzierung Quartierstypen	Differenzierung Sozialstatus plus Quartierstypen
<ul style="list-style-type: none"> ▨ hoher Sozialstatus ▧ mittlerer Sozialstatus ▩ niedriger Sozialstatus 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prestige-Quartier ■ Belastungs-Quartier 	<ul style="list-style-type: none"> ▨▩ hoher Sozialstatus in Prestige-Quartier ▧▩ hoher Sozialstatus in Belastungs-Quartier ▧▩ mittlerer Sozialstatus in Prestige-Quartier ▧▩ mittlerer Sozialstatus in Belastungs-Quartier ▩▩ niedriger Sozialstatus in Prestige-Quartier ▩▩ niedriger Sozialstatus in Belastungs-Quartier

Quelle: empirica AG

BertelsmannStiftung

Isolierter Quartierseffekt

Die Wahrscheinlichkeit für ein Kind (im Alter von 3 bis 10 Jahren), dass es mindestens eine Stunde pro Wochentag vor dem Fernsehgerät verbringt, steigt im Belastungs-Quartier gegenüber dem Prestige-Quartier signifikant um 6,6%-Punkte.

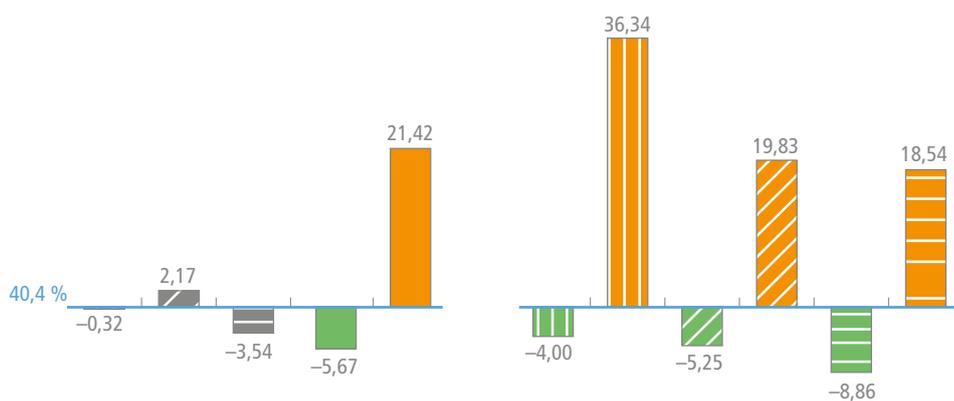
Computernutzung

Die Computer- und Internet-Nutzung spielt – im Gegensatz zum Fernsehkonsum – erst mit dem Grundschulalter und insbesondere mit dem Eintritt in die Pubertät eine zunehmend wichtigere Rolle im Freizeitverhalten von Kindern und Jugendlichen. Von den 11- bis 17-Jährigen geben 40,4% an, täglich mindestens eine Stunde am Computer zu verbringen. Dabei ist die soziale Herkunft nur von geringer Bedeutung, dagegen bestehen klare quartiersbezogene Unterschiede.

Im Belastungs-Quartier geben 49,0% der 11- bis 17-Jährigen an, dass sie mindestens eine Stunde pro Tag am Computer sitzen oder das Internet nutzen, während es im Prestige-Quartier 38,1% sind (vgl. die Größenordnung der Abweichung in Abb. 10).

Abb. 10: Anteil der 11- bis 17- Jährigen, die mindestens eine Stunde pro Tag am Computer verbringen – Abweichung vom Durchschnitt

40,4 % der 11 bis 17-Jährigen verbringen mindestens eine Stunde am Computer pro Tag.



Der Computerkonsum ist bei Kindern in belasteten Quartieren deutlich höher als in nachgefragten städtischen Wohngegenden.

Differenzierung Sozialstatus	Differenzierung Quartierstypen	Differenzierung Sozialstatus plus Quartierstypen
<ul style="list-style-type: none"> ▨ hoher Sozialstatus ▧ mittlerer Sozialstatus ▥ niedriger Sozialstatus 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prestige-Quartier ■ Belastungs-Quartier 	<ul style="list-style-type: none"> ▨▨ hoher Sozialstatus in Prestige-Quartier ▨▨ hoher Sozialstatus in Belastungs-Quartier ▧▧ mittlerer Sozialstatus in Prestige-Quartier ▧▧ mittlerer Sozialstatus in Belastungs-Quartier ▥▥ niedriger Sozialstatus in Prestige-Quartier ▥▥ niedriger Sozialstatus in Belastungs-Quartier

Quelle: empirica AG

BertelsmannStiftung

16,4% der 11- bis 17-Jährigen widmen sich nach eigener Auskunft mindestens eine Stunde pro Tag der Spielkonsole. Hierbei bestehen deutliche Unterschiede in Abhängigkeit von den sozialen Rahmenbedingungen der Jugendlichen (hoher Sozialstatus durchschnittlich rd. 8,1% und niedriger Sozialstatus rd. 24,4%). Mit 18,7% verbringen mehr junge Menschen im belasteten Quartier täglich mindestens eine Stunde vor der Spielkonsole als im Prestige-Quartier mit 14,2%. Allerdings ist der Einfluss des Wohnumfeldes gegenüber dem sozialen Hintergrund deutlich geringer.

3

Isolierter Quartierseffekt

Bei gleichem Referenzhaushalt verbringen Jugendliche im belasteten Quartier gegenüber dem Prestige-Quartier mit einer signifikant höheren Wahrscheinlichkeit von 11,6% mindestens eine Stunde pro Tag am Computer oder im Internet. Bei der Nutzung der Spielkonsole ist kein signifikanter Quartierseinfluss messbar.

3.4 Probleme rechtzeitig erkennen

3.4.1 Messbare Folgen

Übergewicht

Die KiGGS-Studie zeigt, dass etwa 15,0% der Kinder und Jugendlichen übergewichtig sind. Neben genetischen Konstitutionen fördern verhaltensbedingte Faktoren in der Familie oder auch im Umfeld Übergewicht bei Kindern. Hierzu zählen vor allem Ernährungsgewohnheiten und die körperlichen Aktivitäten der Mädchen und Jungen.

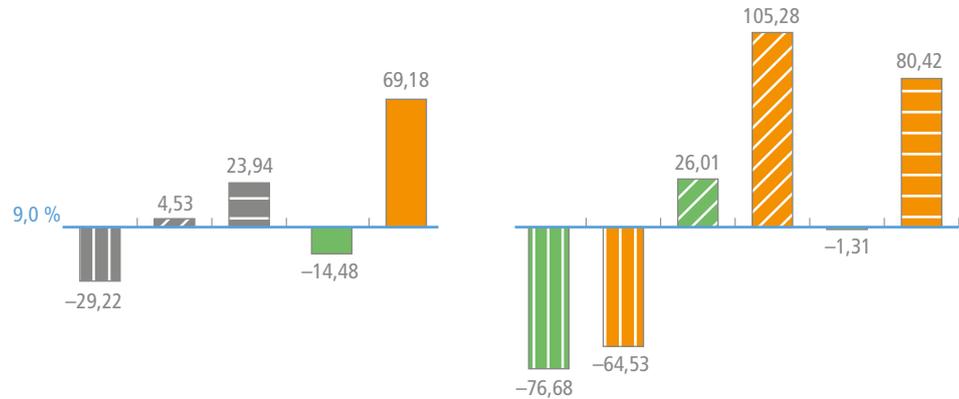
Stark bestimmt wird das Verhalten der Kinder bzw. ihrer Familien durch ihre sozialen sowie wirtschaftlichen und materiellen Rahmenbedingungen. Zu den signifikanten Einflussfaktoren gehören z. B. das Haushaltseinkommen und der Bildungsstand der Eltern. So sind Kinder aus Familien mit einem hohen Sozialstatus nur zu rd. 9,5% übergewichtig, in der mittleren sozialen Schicht dagegen zu rd. 14,8% und in der unteren sozialen Schicht sogar zu rd. 20,6%. Weitere Kriterien, die das Verhalten erheblich prägen, ist das Merkmal Migrationshintergrund und ob ein Kind bei einem allein erziehenden Elternteil aufwächst.

Ähnlich ausdifferenziert sind die Ergebnisse vor dem Hintergrund unterschiedlicher Quartierstypen: Etwa 19,6% der Kinder im Belastungs-Quartier sind übergewichtig, während es im Prestige-Quartier nur 13,7% der Kinder sind. Im Durchschnitt beträgt der Mittelwert des BMI aller Kinder und Jugendlichen 18,5, die Spannweite reicht dabei von 18,9 im belasteten Quartier bis 18,4 im Prestige-Quartier.

Berücksichtigt man nur die Mädchen und Jungen im Alter von 3 bis 6 Jahren, sind im Durchschnitt mit etwa 9,0% - im Vergleich zu den älteren Kindern - weniger Kinder übergewichtig. Noch deutlicher als die Abhängigkeit vom sozialen Status wird dabei aber der Gebietseinfluss: Im Prestige-Quartier sind rd. 7,8% und im Belastungs-Quartier rd. 15,4% der Kinder übergewichtig (vgl. Abb. 11).

Abb. 11: Anteil der Kinder (3 bis 6 Jahre) mit Übergewicht – Abweichung vom Durchschnitt

9,0 % der Kinder (3 bis 6 Jahre) haben Übergewicht.



Kinder – vor allem aus der Mittel- und Unterschicht – leiden in Belastungs-Quartieren bedeutend häufiger an Übergewicht.

Differenzierung Sozialstatus	Differenzierung Quartierstypen	Differenzierung Sozialstatus plus Quartierstypen
<ul style="list-style-type: none"> ▨ hoher Sozialstatus ▨ mittlerer Sozialstatus ▨ niedriger Sozialstatus 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prestige-Quartier ■ Belastungs-Quartier 	<ul style="list-style-type: none"> ▨ hoher Sozialstatus in Prestige-Quartier ▨ hoher Sozialstatus in Belastungs-Quartier ▨ mittlerer Sozialstatus in Prestige-Quartier ▨ mittlerer Sozialstatus in Belastungs-Quartier ▨ niedriger Sozialstatus in Prestige-Quartier ▨ niedriger Sozialstatus in Belastungs-Quartier

Quelle: empirica AG

BertelsmannStiftung

Am stärksten ist der Gebietseinfluss auf die Wahrscheinlichkeit von Übergewicht bei Kindern im Alter von 3 bis 6 Jahren. Im Belastungs-Quartier hat ein Kind eine um 7,5%-Punkte erhöhte Wahrscheinlichkeit auf Übergewicht als im Prestige-Quartier.

Isolierter Quartierseffekt

3

Schlafstörungen

Die International Classification of Sleep Disorders unterscheidet über 80 Formen von Schlafstörungen.²⁷ Ebenso komplex sind die Ursachen von Schlafschwierigkeiten bei Kindern und Jugendlichen.²⁸ Mädchen und Jungen mit Schlafproblemen sind häufig weiteren psychischen, sozialen und medizinischen Risiken ausgesetzt.²⁹ Neben psychisch bedingten Faktoren wirken sich auch Licht- und Lärmbelastigung negativ auf die Schlafqualität aus.³⁰

Im Rahmen der KiGGS-Studie wurden Kinder und Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren befragt, ob sie unter Schlafschwierigkeiten leiden. Rd. 21,3% bejahen dies. Dabei schwankt der Anteil an Kindern und Jugendlichen mit solchen Problemen auffällig zwischen den Quartierstypen. Besser schlafen die Befragten u. a. im Prestige-Quartier mit einem Anteil von rd. 19,3% mit Schlafschwierigkeiten, während dieser bei Kindern und Jugendlichen im Belastungs-Quartier rd. 27,0% beträgt (vgl. Abb. 12).

Diese räumlichen Besonderheiten zeigen sich auch innerhalb der einzelnen sozialen Gruppen: Hier sind die Ausprägungen nach Quartierstypen größer als die Unterschiede nach Sozialstatus, wobei Kinder aus höheren sozialen Schichten tendenziell weniger oft Schlafschwierigkeiten haben als gleichaltrige Kinder mit niedrigem Sozialstatus.³¹

Demnach entscheidet weniger der finanzielle und soziale Hintergrund der eigenen Familie über Schlafstörungen bei Kindern, sondern mehr das Umfeld in der Nachbarschaft mit seinen Lärmbelastungen, aber auch sozialen Einflüssen.

²⁷ Vgl. Vella und Hasselmann 2010: 222-229.

²⁸ Vgl. Lehmkuhl et al. 2008: 809-14.

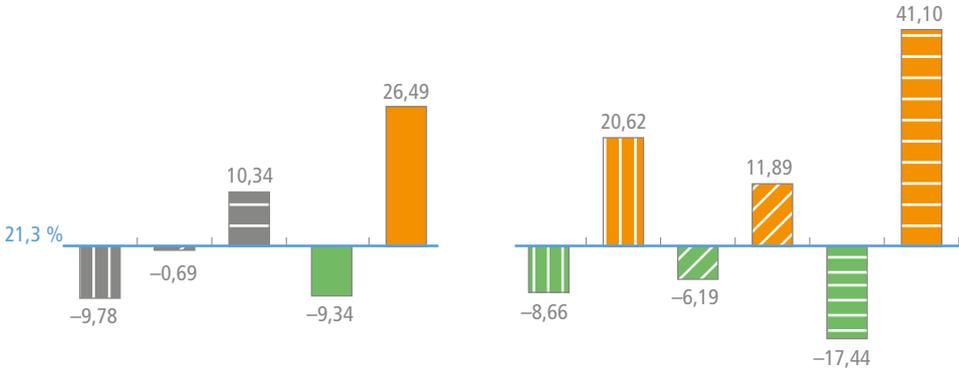
²⁹ Vgl. Stein et al. 2001: 60.

³⁰ Vgl. Lehmkuhl et al. 2008: 809-14.

³¹ Der Durchschnittswert ergibt sich aus den möglichen Antwortkategorien „1= Schlafschwierigkeiten vorhanden“ und „2= keine Schlafschwierigkeiten“ im Rahmen der KiGGS-Studie.

Abb. 12: Anteil der Jugendlichen (11 bis 17 Jahre) mit Schlafschwierigkeiten – Abweichung vom Durchschnitt

21,3 % der Kinder und Jugendlichen (11 bis 17 Jahre) haben Schlafschwierigkeiten.



Das Wohnumfeld und die gesellschaftlichen Einflüsse in der Nachbarschaft wirken sich deutlich auf die Schlafqualität der Kinder aus.

Differenzierung Sozialstatus	Differenzierung Quartierstypen	Differenzierung Sozialstatus plus Quartierstypen
hoher Sozialstatus	Prestige-Quartier	hoher Sozialstatus in Prestige-Quartier
mittlerer Sozialstatus	Belastungs-Quartier	hoher Sozialstatus in Belastungs-Quartier
niedriger Sozialstatus		mittlerer Sozialstatus in Prestige-Quartier
		mittlerer Sozialstatus in Belastungs-Quartier
		niedriger Sozialstatus in Prestige-Quartier
		niedriger Sozialstatus in Belastungs-Quartier

Quelle: empirica AG

BertelsmannStiftung

Im Vergleich zum Prestige-Quartier haben Kinder und Jugendliche (11 bis 17 Jahre) aus dem Belastungs-Quartier mit einer signifikant höheren Wahrscheinlichkeit von 4,6%-Punkten Schlafschwierigkeiten.

Isolierter Quartierseffekt

3

3.4.2 Kinder ernst nehmen

Die Selbsteinschätzung der Gesundheit gilt als geeigneter Indikator für das persönliche Gesundheitsempfinden³² und wird seit 1978 im Mikrozensus, im Wohlfahrtssurvey und im sozioökonomischen Panel erfragt. Auch in der KiGGS-Studie wurden Eltern und Kinder aufgefordert, den Gesundheitszustand zu bewerten.³³ 93,3% der Eltern beurteilten den Gesundheitszustand ihres Kindes als „sehr gut“ oder „gut“. Je älter das Kind ist, desto geringer wird die Gesundheit des Kindes von den Eltern eingeschätzt.³⁴ Des Weiteren sind der Migrationsstatus und der finanzielle Hintergrund entscheidend für die Bewertung.³⁵

Die Befragungsergebnisse zeigen aber auch einen eigenen Einfluss des Wohnstandortes: Während rd. 9,8% der Kinder und Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren im Belastungs-Quartier nach Angabe ihrer Eltern einen mittelmäßigen bis schlechten Gesundheitszustand haben, sind dies im Prestige-Quartier nur rd. 5,5%. Im Durchschnitt liegt der Anteil in dieser Altersgruppe bei rd. 6,7%.

Eine Gegenüberstellung der Elternangaben und der Einschätzungen der 11- bis 17-Jährigen selbst weist auf deutliche Unterschiede in der Wahrnehmung des Gesundheitszustandes der Mädchen und Jungen hin (vgl. Abbildung 13): Nach eigenen Angaben haben mehr als doppelt so viele Kinder und Jugendliche (rd. 14,9%) im Durchschnitt einen mittelmäßigen bis sehr schlechten Gesundheitszustand. Auch bei der Selbsteinschätzung verbessert sich dieses Empfinden mit dem sozialen Status, jedoch erfolgt dies nicht gleichmäßig über alle Quartierstypen, wie Abbildung 13 zeigt.

Welche Rolle spielt das Quartier nun genau beim subjektiven Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen? Studien belegen, dass nicht nur der sozioökonomische Hintergrund den Gesundheitszustand beeinflusst, sondern auch so genannte Schutzfaktoren.³⁶ Zu diesen Schutzfaktoren zählt die erfahrene oder verfügbare soziale Unterstützung durch Gleichaltrige und Eltern.³⁷

Das Wohnumfeld hat hier eine entscheidende Bedeutung, da sich viele soziale Kontakte insbesondere zu Gleichaltrigen auf das eigene Wohnquartier und die unmittelbare Nachbarschaft beziehen.

³² Vgl. Lange et al. 2007: 578-589; AOLG 2003: 113.

³³ Eltern antworten für alle Altersgruppen, während Kinder lediglich im Alter von 11 bis 17 Jahren um eine Selbsteinschätzung gebeten werden.

³⁴ Vgl. Lange et al. 2007: 578-589.

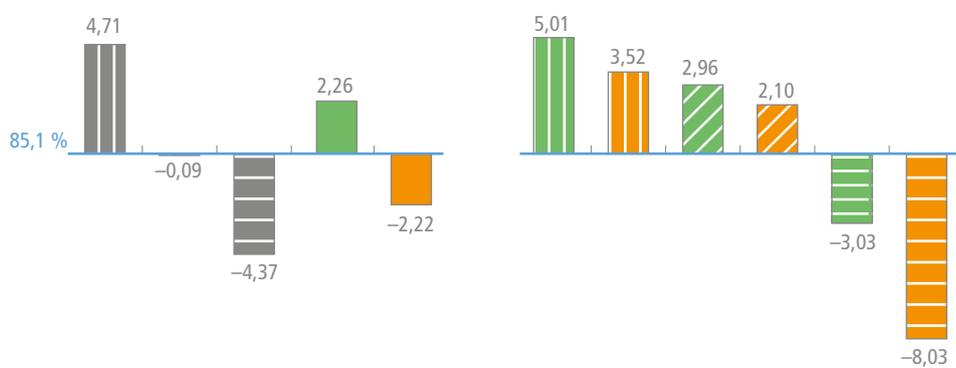
³⁵ Vgl. Hackauf und Winzen 1999: 8-19.

³⁶ Vgl. Erhart et al 2007: 800-809.

³⁷ Vgl. Seyda 2009.

Abb. 13: Anteil der 11- bis 17-Jährigen, die ihren subjektiven Gesundheitszustand mindestens gut bewerten – Abweichung vom Durchschnitt

85,1 % der 11- bis 17-Jährigen bewerten ihren Gesundheitszustand mindestens gut.



Jungen und Mädchen in belasteten Wohnnachbarschaften bewerten ihren Gesundheitszustand schlechter als ihre Altersgenossen in Prestige-Quartieren.

Differenzierung Sozialstatus	Differenzierung Quartierstypen	Differenzierung Sozialstatus plus Quartierstypen
<ul style="list-style-type: none"> ▨ hoher Sozialstatus ▧ mittlerer Sozialstatus ▩ niedriger Sozialstatus 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prestige-Quartier ■ Belastungs-Quartier 	<ul style="list-style-type: none"> ▨▨ hoher Sozialstatus in Prestige-Quartier ▧▧ hoher Sozialstatus in Belastungs-Quartier ▩▩ mittlerer Sozialstatus in Prestige-Quartier ▧▩ mittlerer Sozialstatus in Belastungs-Quartier ▩▨ niedriger Sozialstatus in Prestige-Quartier ▩▧ niedriger Sozialstatus in Belastungs-Quartier

Quelle: empirica AG

BertelsmannStiftung

In der Selbsteinschätzung ihres Gesundheitszustandes erhöht sich bei Kindern und Jugendlichen der Einfluss des Wohnquartiers im Vergleich zur Bewertung durch die Eltern. Die Wahrscheinlichkeit, dass Jungen und Mädchen die eigene Situation schlechter beurteilen, ist im Belastungs-Quartier zwar höher, jedoch statistisch nicht signifikant nachweisbar.

Isolierter Quartiereffekt

3

Prof. Dr. Klaus Hurrelmann hat in der 2. World Vision Kinderstudie erstmalig 6- und 7-jährige Kinder in die Untersuchung mit einbezogen und interviewt. Auch aus seiner Sicht hat die Selbsteinschätzung von Kindern einen hohen Stellenwert, gleichzeitig benennt er die methodischen Herausforderungen:

” Man kann sagen, dass die Ergebnisse von Kindern familiensolidarisch geschönt sind. Man bekommt sehr positive Aussagen, auch von Kindern, die in sehr sehr schlechten Verhältnissen leben. [...] die Spannbreite der Unterschiede zwischen den Kindern, die objektiv aus ganz schlechten und objektiv aus ganz guten Verhältnissen kommen, die ist schmal. Das drängelt sich alles im oberen Quantil [...]. Also muss man die kleinen Unterschiede sehr ernst nehmen. D. h. also, die Kinder spiegeln die ungünstigen Lebensverhältnisse wider, aber auf einem hohen Sockel, der erst einmal ihre Familie als solidarische Gemeinschaft, als ihre emotionale Zugehörigkeit spiegelt. Danach beginnen die Unterschiede und da muss man gewissermaßen die kleinen Ausschläge ganz intensiv interpretieren und wahrnehmen. “



4

Die Diskussion: Gesundheitsförderung effektiv gestalten

Quartiere beeinflussen die Gesundheit

Die Ergebnisse des vorliegenden Kooperationsprojektes zeigen, dass verschiedene Quartierstypen die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen auf unterschiedliche Weise fördern, aber auch belasten. Dieser Quartiereinfluss hat unabhängig von anderen Faktoren eine eigene Wirkung, die bisher noch nicht bundesweit erfasst wurde. Die Studie bestätigt damit auch den hohen Stellenwert der bereits bestehenden quartiersbezogenen Ansätze und Pilotprojekte zur Verbesserung der gesundheitlichen Entwicklungschancen von Kindern.

Das eigene Gewicht des Wohnumfeldes lässt sich nicht durchgängig für alle Quartierstypen und alle Indikatoren nachweisen. Für das dargestellte Gegensatzpaar städtischer Wohnquartiere ist der negative bzw. positive Einfluss auf die Gesundheits- und Bildungschancen der Kinder jedoch deutlich belegbar. Die Quartierstypen als Wohn- und Lebensraum der Kinder und Eltern haben einen begründeten Einfluss auf das Verhalten der Mütter während der Schwangerschaft und in den ersten Lebensmonaten. Kinder und Jugendliche werden in ihrem Verhalten, z. B. wie viel sie sich bewegen, was sie essen oder wie häufig sie Medien konsumieren, ebenfalls durch ihr Wohnquartier geprägt. Sichtbar wird die Bedeutung des Quartiers auch bei der Wahrscheinlichkeit für Übergewicht oder Schlafstörungen.

Belastungen und Ressourcen liegen nahe beieinander

Gerade die stärker belasteten städtischen Quartiere haben eine eigene, meist negative Wirkung auf die Gesundheitsentwicklung von Kindern und verstärken damit die ohnehin häufiger vorhandenen Risiken. Diese kleinräumig ungleiche Verteilung verdeutlicht dabei auch, dass gerade in den Wohnquartieren erhebliche Ressourcen für eine systematische Verbesserung der Gesundheits- und Bildungschancen für Kinder liegen. Das soziale Klima in der Nachbarschaft, Impulse für das Konsum- und Freizeitverhalten sowie die Kommunikationskultur und das Selbstbewusstsein von Kindern und Jugendlichen entwickeln sich zu Hause, aber auch im Quartier. Gefühlte Sicherheitsaspekte, die Intimität der Wohnsituation, Spiel- und Bewegungsmöglichkeiten im Umfeld oder Belastungen durch Lärm sind gerade für Familien mit kleinen Kindern besonders wichtige Umfeldkriterien. Mit der wohnräumlichen Situation können nachbarschaftliche Beziehungen verstärkt,

4

aber andererseits auch Spannungen erzeugt werden. Die Ergebnisse zeigen, dass ein systematischer Handlungsbedarf besteht – die Lösungen müssen lokal erfolgen.

Über ein gelungenes Praxis-Beispiel berichtet die Leiterin der katholischen Bildungsstätte Frankfurt/M., Lioba Kunz. Ein Resümee aus 40 Jahren Berufserfahrung ist, dass Projekte nur dann erfolgreich sind, wenn sie sich maßgeblich an den lokalen Gegebenheiten orientieren und die Bewohner dort abholen:

” Mit dem Projekt ‚Willkommenstage‘ sprechen wir Familien mit besonderen Belastungen in der Frankfurter Nordweststadt aktiv an. Das sind Familien, die in der Regel nicht von sich aus auf bestehende Angebote in der frühen Elternzeit zugehen [...]. Wir haben ein Netzwerk von 15 bis 16 Fachleuten, die mit den Familien rund um die Geburt arbeiten. Über diese Partner, wie Hebammen oder Krankenschwestern werden die Frauen z. B. nach der Entbindung im Krankenhaus angesprochen und über das Projekt informiert. Im gleichen Atemzug werden sie gefragt, ob die Telefonnummer der Familie an uns weitergegeben werden darf, und das ist dann der Startschuss [...] so schnell wie möglich wird eine so genannte Familienbegleiterin der Bildungsstätte aktiv und stellt einen persönlichen Kontakt her. Im besten Fall steht die Familienbegleiterin der Familie im ersten Lebensjahr des Kindes zur Seite, und die ganze Familie wird zu den so genannten Willkommenssamstagen eingeladen. In dem Projektzeitraum finden in der Familienbildungsstätte drei Willkommenstage statt, bei denen wichtige Themen im ersten Lebensjahr eines Kindes wie z. B. Bindung, Entwicklung und Gesundheit vermittelt werden, und zwischen den Willkommenstagen findet ein regelmäßiges Müttercafé statt [...]. Die Frauen nehmen die Projekte so gut an, weil sie erst unter ‚ihresgleichen‘ Themen diskutieren können, z. B. zur Ernährung oder dem Stillen der Kinder. Und dann holen wir Expertenwissen dazu, und nach und nach wird das Wissen der Frauen erweitert und über die Frauen als Multiplikatoren auch wieder ins Quartier zurückgetragen, so dass sich hier bestenfalls auf lange Sicht auch Einstellungen ändern.“

Kommunen beobachten und gestalten Gesundheit

Kommunen sind der Wohn- und Lebensort für Familien. In ihrer Verantwortung liegt es auch, für Eltern und Kinder unterstützende Rahmenbedingungen für ein gelingendes Aufwachsen zu schaffen. Die Förderung einer gesunden Entwicklung darf dabei kein isoliertes Aufgabengebiet sein, sondern muss in Verbindung mit sozialen, bildungsbezogenen und wirtschaftlichen Chancen von Kindern und Jugendlichen gesehen werden. Als Ausgangspunkt für Konzepte, Strategien und Handlungsansätze der Kommunen ist eine quartiersspezifische Beobachtung erforderlich, die gesundheitliche Probleme und Ressourcen sichtbar macht. Eine systematische Berichterstattung am Ort ermöglicht es, Gesundheitskampagnen und Initiativen zu präzisieren und gezielt zu unterstützen. Vor allem lassen sich durch genaues Beobachten die ohnehin knappen Ressourcen besser steuern und optimieren.

Dr. Stephan Articus, Hauptgeschäftsführer des Deutschen Städtetages, sieht eine besondere Herausforderung für die Kommunen vor allem im Steuerungsprozess der vorhandenen Ressourcen:

„Eine Herausforderung ist unter anderem das Zusammenwirken der verschiedenen kommunalen Dienste. Zu einer Koordinationsaufgabe der Kommunen, gerade im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung, könnte und sollte aber auch die Koordination weiterer Akteure, so zum Beispiel der Krankenkassen und anderer Akteure gehören, damit Maßnahmen in ihrer Gesamtheit in einem Zusammenspiel so wirken können, dass sie nicht nebeneinander konkurrieren, sondern zusammen zusätzlichen Nutzen stiften können. Diese koordinierende Funktion der Kommune muss dieser jedoch – auch finanziell – ermöglicht werden. Ein guter Rahmen für entsprechende Regelungen wäre ein Präventionsgesetz des Bundes.“

Mehr Unterstützung für Kommunen

Für die Beobachtung frühkindlicher Entwicklungsphasen liegen bislang nur wenige systematisch aufbereitete Grundlagen vor. Auch wenn die Daten direkt erhoben wurden, sind geeignete Vergleichsmaßstäbe oder Referenzdaten, z. B. Daten und Auswertungen anderer Kommunen, für eine Bewertung der Ergebnisse erforderlich.

Prof. Dr. Klaus Hurrelmann plädiert dafür, die KiGGS-Studie in regelmäßigem Turnus zu wiederholen,

„[...] sodass nicht nur die Bildungskompetenzen, sondern auch die gesundheitlichen Kapazitäten und Kompetenzen langfristig erhoben werden und öffentlich verglichen werden können. Dann wäre man einen Schritt weiter. Die Pisa-Studien machen deutlich, was die Veröffentlichung von transparent erhobenen Daten über Outcome-Variablen, in dem Falle Bildungskompetenzen, für Kräfte freisetzen. Könnten wir ein ähnliches Instrument im Gesundheitsbereich etablieren und Organisationsstrukturen verankern, dann würden sich gute Ansätze wie z. B. das gesunde Frühstück, von Eltern in der Schule organisiert, ausbreiten. Die Schulen und Kindertageseinrichtungen müssen dauerhafte Anreize haben, entweder finanziell oder durch öffentlichen Status, dann würden gute Beispiele nicht mehr von Einzelpersonen abhängen.“

Die Beobachtung der Gesundheitsentwicklung von Kindern erfordert, dass die bisher eingesetzten Instrumente wie z. B. die Schuleingangsuntersuchungen, auch von den Kommunen viel systematischer ausgewertet und genutzt werden. In vielen Fällen müssen sie zudem gegenüber dem heutigen Standard verbessert, präzisiert und erweitert werden. Dazu sind Erhebungsinstrumente notwendig, die Kompetenzen – auch gesundheitsbezogene Kompetenzen – und Interessen von Kindern erfassen und wissenschaftlich fundierte Referenzwerte für die einzelnen Bereiche kindlicher Entwicklung liefern. Neben der Aufbereitung sozialräumlicher kindbezogener Informationen sollte auch das Zusammenwirken der medizinischen und psychologischen Versorgungsangebote und ihrer (nicht nur räumlichen) Erreichbarkeit Gegenstand der integrierten Beobachtung werden.

Dr. Stephan Articus ist in seinen Empfehlungen bereits sehr anwendungsorientiert und plädiert dafür,

„[...] eine Art Ideen- und Methodenkoffer mit pragmatischen Anregungen und Hilfestellungen

4

für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung zu erarbeiten und somit auch Anreize für Initiativen im Alltagshandeln in den Städten und Gemeinden zu schaffen. Hierbei können Bund und Länder – aber auch weitere Akteure des Gesundheitswesens – wichtige Hilfestellungen geben und nicht zuletzt finanzielle Unterstützungen leisten. “

Gemeinsam für Kinder und Jugendliche

Projekte, Maßnahmen, Kampagnen oder Programme müssen sich letztlich immer auch Fragen zu ihren Erfolgen, aber auch Misserfolgen stellen. Um die Wirkungen aufdecken und fundiert bewerten zu können, sind entsprechende Datengrundlagen durch präzise und belegbare Beobachtungen – Monitoring – erforderlich. Was dabei zunächst sehr einfach klingt, stellt die Kommunen in der Praxis vor große Herausforderungen.

Die Verantwortung für das Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen liegt nicht bei einem einzelnen Fachressort, sondern setzt sich vielmehr zusammen wie ein Mosaik aus unterschiedlichen, manchmal auch konkurrierenden Fachbereichen, Trägern oder Institutionen. Eine integrierte Beobachtung setzt somit eine systematische Zusammenarbeit aller relevanten verantwortlichen Personen und Institutionen voraus.

Hier sieht Prof. Dr. Klaus Hurrelmann eine wichtige Zukunftsaufgabe für die Kommunen. Er plädiert für einen institutionalisierten Austausch aller relevanten Akteure.

” Das kann beispielsweise eine Clearing-Stelle bei der Kommune sein, wo sich jede Initiative registrieren lässt und alles Wissen zusammen fließt. Da muss die Kommune natürlich auch einen kleinen Stab von zwei oder drei Leuten haben, der den Austausch pflegt und aktiv vorantreibt, z. B. durch Abstimmungskonferenzen oder das Vorstellen von guten übertragbaren Projekten. “

Aber nicht nur die Koordinierungsleistungen und die Bündelung vorhandener Ressourcen sieht Prof. Hurrelmann in der Verantwortung der Kommunen.

” Darüber hinaus könnte ein Fonds eingerichtet werden, der in kommunaler Verantwortung liegt. Stiftungen, Firmen oder Privatpersonen könnten hier Geld einzahlen, das dann von der Verwaltung oder einem Gremium für Projekte im Bildungs- und Gesundheitsbereich verteilt wird. Auch hierüber könnten wieder Anreize geschaffen werden. “

Ungleiche Ausgangssituationen dürfen nicht zwingend zu einer gesundheitlichen Belastung von Kindern und Jugendlichen führen. Bei der Entwicklung von geeigneten Lösungen brauchen die Kommunen Unterstützung. Gesundheitspolitik von Bund und Ländern, aber auch von überregionalen Trägern sollte daher gezielt die Kommunen in ihrer Verantwortung und ihren Aufgaben stärken. Nur durch ein gemeinsames Wirken können insbesondere Belastungs-Quartiere so in den Fokus gerückt und aufgewertet werden, dass die dort lebenden Kinder und Jugendlichen durch ein gesundes Umfeld und eine verantwortungsbewusste Nachbarschaft in ihrer Entwicklung unterstützt werden.

Literaturverzeichnis

Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG): *Indikatorensetz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder.* **2003.**

(Online unter: www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=9768&p_sprache=D&p_uid=gast&p_aid=51855969&p_lfd_nr=2; Stand: September 2010).

Bergmann, K. et al. „Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS).“ *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* (50) 5-6 **2007**: 670-676.

Brown, R. und J. Odgen: „Children's eating attitudes and behaviour: a study of the modelling and control theories of parental influence“. *Health Education Research* (19) 3 **2004**: 261-271.

Bundesinstitut für Risikobewertung (Hrsg.): *Stilldauer. Empfehlung der Nationalen Stillkommission am BfR.* Berlin **2004.**

(Online unter: www.bfr.bund.de/cm/207/stilldauer.pdf; Stand: September 2010).

Cavill, N. et al. „Health enhancing physical activity for young people: Statements of the United Kingdom Expert Consensus Conference“. *Pediatric Exercise Science* (13) **2001**: 12-15.

Ellrott, T. „Wie Kinder essen lernen“. *Ernährung Wissenschaft und Praxis* (1) **2007**: 167-173.

Erhart, M. et al. „Der Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen“. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* (50) 5/6 **2007**: 800-809.

Hackauf, H. und G. Winzen. „Gesundheitstrends bei jungen Menschen im vereinten Europa“. *Diskurs* 9 (2) **1999**: 8-19.

Horta, B.L. et al. *Evidence on the long-term effects of breastfeeding. Systematic review and meta-analyses.* Ed. by World Health Organization. Genf **2007.**

Johnson, J. et al. „Television Viewing and Aggressive Behavior During Adolescence and Adulthood“. *Science Magazine Volume* (295) 5564 **2002**: 2468-2471.

Keller, R. et al. *Rauchen in der Schwangerschaft. Tabakmonitoring - Schweizerische Umfrage zum Tabakkonsum.* Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Gesundheitspolitik, Fachstelle Tabakpräventionsfonds. Zürich **2009.**

(Online unter: www.tabakmonitoring.ch/Berichte/Schwangerschaft/schwangerschaft_dt.pdf, Stand: September 2010)

Literaturverzeichnis

Kurth, B.M. et al. „Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland“. *Bundesgesundheitsblatt -- Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* (50) **2007**: 736-743.

Lampert, T. et al. „Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* (50) 5/6 **2007**: 634-642.

Lange, C. et al. „Verbreitung, Dauer und zeitlicher Trend des Stillens in Deutschland“. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* (50) **2007**: 1437-1588.

Lange, M. et al. „Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Messung soziodemographischer Merkmale im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands“. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* (50) 5/6 **2007**: 578-589.

Lehmkuhl, G. et al. „Schlafstörungen im Einschulalter - Ursachen und Auswirkungen“. *Deutsches Ärzteblatt* (105) 47 **2008**: 809-814.

Mensik, G. „Lebensmittelverzehr bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS)“. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* (50) **2007**: 609-623.

OECD (Ed.): *Doing better for children*. Paris **2009**.

(Online unter: www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/doing-better-for-children_9789264059344-en; Stand: September 2010).

Pfeiffer, C. et al. *Die PISA-Verlierer - Opfer ihres Medienkonsums. Eine Analyse auf der Basis verschiedener empirischer Untersuchungen*. Hannover **2007**.

Pickett K.E. und M. Pearl. „Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review.“ *J Epidemiol Community Health* (55) **2001**: 111-122.

Robert Koch-Institut. *Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des nationalen Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS)*. Beiträge zur Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Berlin **2008a**.

Seyda, S. „Der Einfluss der Familie auf die Gesundheit und Bildungslaufbahn von Kindern“. *IW-Trends* (3) **2009**: 1-17.

Literaturverzeichnis

Stein, M.A. et al. „Sleep and behavior problems in school-aged children“. *Pediatrics* (107) 60
2001: 1-9.

U.S. Department of Health and Human Services. *Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General*. Atlanta **1996**.

Vella, S. und O. Hasselmann: „Schlafstörungen bei Kindern. Teil 2“. *Swiss Medical Forum* (10)
12 **2010**: 222-229.

Wabitsch, M. „Kinder und Jugendliche mit Adipositas in Deutschland“. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* (50) **2004**: 736-743.

Impressum

© 2010 Bertelsmann Stiftung

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
www.bertelsmann-stiftung.de

Auftraggeber

Bertelsmann Stiftung

Verantwortlich

Dr. Ingrid Stöhr

Autoren

empirica:

Timo Heyn

Iris Fryczewski

Meike Heckenroth

Wissenschaftsjournalistin:

Dr. Stefanie Schmid-Altringer

Gestaltung

Bertelsmann Stiftung

Produktion

Media und More, Gütersloh

Bildnachweise

fotolia

Kauf-CD: Veer Incorporated / Parents and Tots

iStockphoto

Adresse | Kontakt

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
Telefon +49 5241 81-0
Fax +49 5241 81-681999

Dr. Ingrid Stöhr
Programm Wirksame Bildungsinvestitionen
Telefon +49 5241 81-81329
Fax +49 5241 81-681329
ingrid.stoehr@bertelsmann-stiftung.de

www.bertelsmann-stiftung.de

www.keck-atlas.de