

Moderation:

Dr. Gabriele Sturm,

Dr. Miriam Reiner-Henrich

■ Schwerpunkt

- 2** Hochhaus oder Heuballen?
Wie urbane und ländliche
Wohnumgebungen unsere
Gesundheit beeinflussen
Sven Schneider, Stefan Santner

- 9** Zufrieden wohnen,
gesund leben?
Ina Mayer, Jakob Hartl

- 17** Ökonomischer Status
und Pandemie-Effekte:
Eine Analyse der Daten
der Bürgerbefragung
„Leben in Koblenz“ 2023
Daniela Schüller

- 23** Sozialräumliche Unterschiede
und individuelle Gesundheits-
einschätzung in deutschen
Großstädten: Eine Analyse
auf Basis der Innerstädtischen
Raumbeobachtung und des
Sozio-ökonomischen Panels
*Dorothee Winkler,
Judith Kaschowitz*

- 31** Aktive Schulwege in städtischen
und ländlichen Gebieten:
(Un)genutzte Gesundheits-
potenziale?
*Leon Klos, Laura Wolbring,
Alexander Woll*

- 38** Kommunale Netzwerke
der Sport- und Bewegungs-
förderung: Analyse und
Entwicklung interorganisatio-
naler Kooperationsstrukturen
*Laura Wolbring, Leon Klos,
Alexander Woll, Hagen Wäsche*

- 45** Eine Pandemie in Wellen:
Unterschiedliche Belastung
der Stuttgarter Stadtbezirke
im Zeitverlauf
*Till Heinsohn, Annette Galante-
Gottschalk, Stefan Ehehalt*

■ Stadtforschung

- 53** Das Mietwohnungsangebot in
Köln 2023: Wenig bezahlbarer
Wohnraum für Geringverdien-
ende und Haushalte mit Kindern
André Grow-Böser

- 62** Umweltgerechtigkeit in Kassel:
Ein indikatorengestütztes
Vorgehen zur Abbildung
des Dreiklangs aus Umwelt,
Gesundheit und Sozialem
Miriam Buchholz, Björn Schippers

■ Statistik und Informations- management

- 69** Einsamkeit:
Neue Anforderungen
an lebendige Quartiere
Petra Potz, Nils Scheffler

■ Historie

- 74** Fundstücke aus 150 Jahren
Münchener Städtestatistik
Uta Thien-Seitz

■ Entdeckt

- 82** Die Koordinierungsstelle Ge-
sundheitliche Chancengleich-
heit (KGC) Hessen:
Ziele, Aufgaben und ein Blick
auf ihren letzten Jahresfachtag
zum Thema „Gesundheit und
Migration“
Anna Kleine

- 84** Gesundheitsberichterstattung
als Wegbereiter für mehr
gesundheitliche Chanceng-
leichheit in der Kommune
Nicole Rosenkötter

- 87** Mehr Licht, mehr Luft und mehr
sozialer wie gesundheitsorien-
tierter Städtebau von Marianne
Rodenstein
Günther Bachmann

- 87** Stress and the City
von Mazda Adli
Günther Bachmann

- 88** Das Thema Gesundheit im
„Sozialbericht 2024: Ein Daten-
report für Deutschland“
Günther Bachmann

- 89** Gesundheitsanalysen aus dem
Berliner Wissenschaftszentrum
Günther Bachmann

Sven Schneider, Stefan Santner

Hochhaus oder Heuballen?

Wie urbane und ländliche Wohnumgebungen unsere Gesundheit beeinflussen

Dieser konzeptionelle Beitrag untersucht, wie Spezifika von Stadt und Land die Gesundheit ihrer Bewohnerinnen und Bewohner beeinflussen können. Gesundheitsrelevante Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Umwelten werden identifiziert und in einem Modell systematisiert. Der erste Abschnitt skizziert klassische Determinanten der Gesundheit auf Mikroebene des Individuums. Danach werden gesundheitsrelevante Stadt-Land-Unterschiede auf Mesoebene entlang einzelner Umweltdimensionen analysiert und gesundheitsrelevante Rahmenbedingungen auf Makroebene kurz benannt. Im letzten Abschnitt werden methodische Aspekte sowie vorliegende Modelle angrenzender Forschungsfelder angesprochen. Der Fokus liegt dabei auf Deutschland, dessen polyzentrisches Städtesystem, Urbanisierungsdynamik und strukturelle Besonderheiten sich von anderen Nationen unterscheiden.

Stadt als Thema der Gesundheitssoziologie

Die Urbanisierung in Deutschland ist ungebrochen und differenziert sich in Prozessen innerstädtischer Gentrifizierung und Suburbanisierung immer weiter aus (Zukunftsinstitut 2019). Die Soziologie befasst sich seit jeher mit daraus resultierenden Phänomenen wie Segregation, sozialräumlichen Ungleichheiten, Marginalisierung, Milieubildung und Landflucht. Zunehmend rücken in letzter Zeit mehr und mehr spezifische gesundheitsrelevante Aspekte der Stadt in den Fokus soziologischer Betrachtungen. Abgesehen von empirischen Arbeiten zu spezifischen Einzelaspekten, wie Feinstaub- und Lärmbelastungen in der Stadt und dem Mangel an Ärztinnen und Ärzten auf dem Land, fehlt für Deutschland aber bis dato eine Systematisierung der Stadt-Land-spezifischen Einflussfaktoren auf die individuelle Gesundheit. In dem vorliegenden Beitrag wird deswegen ein interdisziplinäres Modell zur Erklärung gesundheitsrelevanter Unterschiede zwischen Stadt und Land vorgestellt. Das hier vorgeschlagene konzeptionelle Modell bildet neben der Gesundheit auch gesundheitsrelevante Verhaltensweisen sowie umfassendere Konstrukte wie Lebensqualität und Wohlbefinden und schließlich Mortalität ab (Abb. 1).

Prof. Dr. phil. Sven Schneider

Soziologe M. A., seit 2007 Professor für Sozialepidemiologie, Zentrum für Präventivmedizin und Digitale Gesundheit (CPD) der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg. Themenschwerpunkte: Sozialepidemiologie, Gesundheitssoziologie, Klimawandel und Gesundheit

📧 sven.schneider@medma.uni-heidelberg.de

Stefan Santner

B. A. Public Management, studentischer Mitarbeiter seit Dezember 2024, Zentrum für Präventivmedizin und Digitale Gesundheit (CPD) der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg, Themenschwerpunkte: Kommunale Gesundheitsförderung, Klimawandel und Gesundheit, Suchtprävention

📧 stefan.santner@medma.uni-heidelberg.de

Schlüsselwörter:

Gesundheitssoziologie – Stadtsoziologie – Umweltgerechtigkeit – Stadtgesundheit – Gesundheit im ländlichen Raum

Determinanten der Gesundheit auf Mikroebene

Als individuelle Determinanten sind zunächst auf Mikroebene neben der genetischen Prädisposition Merkmale wie Alter, Nationalität und Ethnie sowie das biologische und soziale Geschlecht zu nennen. Auf individueller Ebene stehen sie in bestimmender Beziehung zu Ressourcen und Stressoren, welche u.a. aus den räumlichen Einflussfaktoren auf Mesoebene resultieren. Aus diesem komplexen Bedingungsgefüge resultierten schließlich die individuelle Anfälligkeit (Vulnerabilität) und die Widerstandsfähigkeit (Resilienz), die die individuelle Gesundheit bedingen (Schneider u. Holzwarth 2021: 23).

Determinanten der Gesundheit auf Mesebene

Stadt-Land-Unterschiede bezüglich der natürlichen Umwelt

Städtische und ländliche Wohnumgebungen unterscheiden sich u. a. geographisch (geomorphologisch, vegetativ und mikroklimatisch). Gesundheitlich relevant ist hierunter vor allem das **Mikroklima**, das aus dem Zusammenspiel von Großklima, lokaler Atmosphäre, Luftaustausch und Niederschlag sowie Strahlungs-, Wärme- und Feuchtehaushalt resultiert (Kuttler 2008).

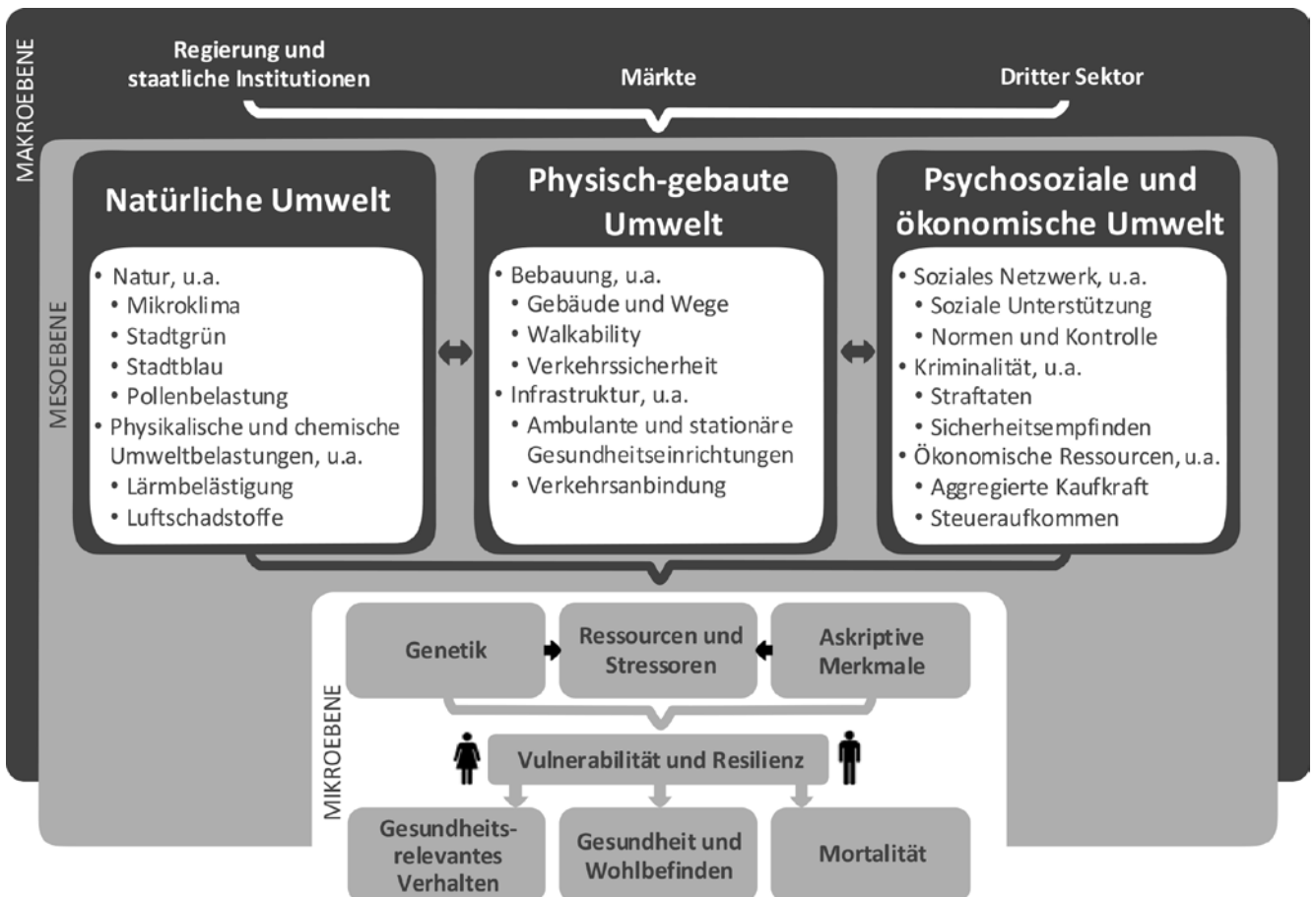
Bei der Betrachtung des natürlichen Mikroklimas zeigt sich ein Phänomen, das bei allen anderen Einflussgrößen ebenfalls stets zu bedenken ist und durch bidirektionale Pfeile in unserem Modell Berücksichtigung findet: Die Umwelten beeinflussen sich stets gegenseitig. Konkret hängt das Mikroklima auch von der gebauten Umwelt ab:

Die besonderen Temperaturbedingungen in Städten sind durch den „städtischen Wärmeinseleffekt“ gekennzeichnet. Typisch für den Stadtraum sind sogenannte (inner-)städtische Hitzeinseln („urban heat islands“), welche sich durch die Aufheizung von Ziegeln, Glas, Beton, Stahl sowie asphaltierter und anderweitig versiegelter Flächen im Verein mit einer geringeren Belüftungseffektivität bilden. Wie stark der städtische

Wärmeinseleffekt ist, hängt vor allem von der Größe der Stadt, ihrer Dichte, der Höhe der Bebauung, dem Versiegelungsgrad und dem Grünflächenanteil sowie den verwendeten Baumaterialien (Glas, Beton usw.) ab. Im Mittel liegen hierzulande die Temperaturen in der Stadt um etwa 0,5 bis 2 Grad Celsius höher als auf dem Land. In Großstädten wie Berlin liegen die täglichen Temperaturunterschiede zwischen Zentrum und Umland im Sommer noch höher, nämlich zwischen 3 und 4 Grad. In solch dicht bebauten Innenstädten wurden im Sommer sogar schon maximale Temperaturdifferenzen von bis zu +11 Grad Celsius beobachtet. Der Deutsche Wetterdienst betont, dass zwar einerseits noch unklar sei, ob sich Wärmeinseleffekte im Zuge des Klimawandels verstärken werden, dass diese Effekte aber andererseits bereits jetzt Einfluss auf Schlaf und Erholung sowie hitzebedingte Morbidität und Mortalität haben (Früh et al. 2011; Umweltbundesamt 2023: 216, 220–221).

Zunehmend versucht ein klimaangepasster Städtebau u.a. durch bessere Versorgung mit grünen (z. B. vegetationsbestandenen Quellen) und blauen (z. B. innerstädtische Gewässer) Infrastrukturen die Ausgangsbedingungen für ein gesundes oder wenig belastendes Mikroklima auch bei heißen und trockenen Wetterlagen zu sichern. Je größer eine Kommune ist, desto schwieriger erscheint dies umsetzbar: Vor allem für Großstädte ist es wegen des hohen Urbanisierungsdrucks eine

Abb. 1 Interdisziplinäres Modell der Determinanten gesundheitlicher Unterschiede zwischen Stadt- und Landbewohnern (modifiziert und erweitert auf Basis von Schneider u. Holzwarth 2021)



Herausforderung, Stadtgrün und Stadtblau für den stadtklimatischen Ausgleich und zur Erholung zu erhalten oder neu zu schaffen. Laut Umweltbundesamt ist die Ausstattung mit solchen Flächen in den Metropolen, deren Bevölkerungszahl über 500.000 liegt, am geringsten. Die großen Mittelstädte mit einer Bevölkerungszahl zwischen 50.000 und 100.000 Personen sind im Vergleich dazu deutlich besser versorgt (Umweltbundesamt 2023: 218–229).

Aus medizinischer Sicht ist außerdem u.a. die räumlich ungleich verteilte **Pollenbelastung** gesundheitsrelevant. Naturgemäß ist sie auf dem Land höher (Bosch-Cano et al. 2011), differiert aber innerstädtisch ebenfalls u.a. in Abhängigkeit vom Urbanitätsgrad: So werden an innerstädtischen Hauptverkehrsstraßen aufgrund der starken Aufwirbelung bereits sedimentierter Pollen deutlich höhere Konzentrationen registriert als in städtischen Randlagen. Zudem wirken Pollen in Gebieten mit höherer Luftverschmutzung aggressiver (Bergmann et al. 2013).

Physikalische und chemische Umweltbelastungen:

Über *Lärmbelästigung* im unmittelbaren Wohnumfeld berichten etwa 40 % der Deutschen, darunter 51 % der Bewohnerinnen und Bewohner in Großstädten und 41 % in ländlichen Kreisen. Dieser Stadt-Land-Unterschied findet sich auch bei einer Differenzierung nach den häufigsten Lärmquellen (Verkehrs-, Nachbarschafts- und Fluglärm; Niemann et al. 2014). Besonders von Verkehrslärm betroffen sind innerstädtische Lagen großer Metropolen (Liebig-Gonglach et al. 2020). Aus Fokusgruppeninterviews weiß man, dass sich nicht nur das Ausmaß (Quantität), sondern auch die Art der Lärmbelästigung (Qualität) zwischen Stadt und Land unterscheidet. So werden in der Innenstadt neben dem bereits erwähnten Verkehrslärm auch vermehrt Party- und Veranstaltungslärm und in städtischen Randlagen eher Nachbarschaftslärm beklagt. Dagegen werden in ländlichen Gebieten eher Lärm durch Bau- und Arbeitsgeräte (Kreissägen, Hochdruckreiniger) und Haus- und Nutztiere moniert. Typisch ist auch, dass innerhäusige Lärmbelästigung im Stadtzentrum mit seinen typischen Mehrfamilienhäusern bzw. Mehrgeschossbauten häufiger vorkommt als in Randlagen, wo Einfamilien- und Reihenhäuser dominieren (Umweltbundesamt 2020: 15, 43, 50, 52). Negative, sog. aurale Wirkungen betreffen Gehörschäden durch Schallintensität und -dauer, während sog. extra-aurale Wirkungen physiologische und psychische Stressreaktionen beschreiben, die durch niedrigere Schallpegel ausgelöst werden (Niemann et al. 2014). Verkehrslärm erhöht nachweislich das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen (wie ischämische Herzkrankheiten, Herzinsuffizienz und Schlaganfall), indem er unter anderem den Blutdruck steigert, oxidativen Stress fördert und Entzündungen sowie Gefäßfunktionsstörungen begünstigt (Münzel et al. 2024). Bezüglich anthropogen verursachter **Luftschadstoffe** unterscheidet man verbrennungsbedingte und nicht-verbrennungsbedingte Partikel und Gase (Urban 2010). Während für Gase wie Schwefeldioxid und Stickoxide Grenzwerte ermittelbar sind, unter denen keine gesundheitlich nachteiligen Wirkungen zu erwarten sind, sind Partikel in Form von Feinstaub in jeder Konzentration schädlich (Umweltbundesamt 2009). Wenig überraschend liegt die Feinstaubkonzentration in der Stadt über derjenigen auf dem Land.

Innerstädtisch sind vor allem Hauptverkehrsstraßen betroffen (Bergmann et al. 2013; Urban 2010). Gleiches Stadt-Land-Gefälle gilt für Luftschadstoffe der Gasphase wie Schwefeldioxid, Stickoxide, Kohlenmonoxide und Kohlenwasserstoffe. Eine Ausnahme stellt Ozon dar: Weil es mit lokal emittiertem Stickstoffmonoxid durch einen Titrationseffekt zu Stickstoffdioxid abgebaut wird, liegen die Ozonkonzentrationen auf dem Land in der Regel über denen in der Stadt (Urban 2010).

Stadt-Land-Unterschiede bezüglich der physisch-gebauten Umwelt

Bebauung: Die Verkehrs- und Stadtplanung unterscheidet zur Charakterisierung der Bebauung durch **Gebäude und Wege** die fünf „D´s“: Die „Density“, also die Dichte der Bebauung, die „Diversity“, also die Vielfalt der Flächennutzung, das „Design“ der Straßen, Fuß- und Radwege inklusive deren Vernetzung, die „Destination accessibility“, also die Entfernung wichtiger Zielpunkte, und schließlich die „Distance to transit“, also die kürzeste Wegstrecke zur nächsten Haltestelle. Walkability-Scores kombinieren diese fünf quantitativen Elemente, um die Bewegungsfreundlichkeit eines städtischen oder ländlichen Wohnortes zu charakterisieren (z. B. www.walkscore.com). Aktuelle Ansätze berücksichtigen darüber hinaus auch qualitative Aspekte, wie Aufenthaltsqualität, Ästhetik, Beleuchtung, Angsträume, Verkehrssicherheit. Gemessen an den oben genannten klassischen Indikatoren weisen städtische Räume grundsätzlich eine bessere ÖPNV-Anbindung, eine höhere Konnektivität und damit u.a. auch eine bessere Walkability als ländliche Räume auf (Bucksch u. Schneider 2014; Umweltbundesamt 2020: 50).

Die dichtere Bebauung und die größere Nähe von Zielpunkten gehen allerdings mit einer grundsätzlich geringeren **Verkehrssicherheit** in der Stadt einher. Sowohl die absolute Zahl an Verkehrsunfällen als auch das relative Unfallrisiko pro Einwohner ist in Städten höher als auf dem Land (Statistisches Bundesamt 2024). Dies gilt für Pkw-Fahrer, Radfahrer und Fußgänger gleichermaßen (Gesundheitsregion plus Regensburg 2017: 29). Ergänzend sei hier das inner- mit dem außerörtlichen Unfallgeschehen verglichen: In absoluten Zahlen zeigt sich innerhalb geschlossener Ortschaften eine etwa zehnfach höhere Anzahl an Unfällen, außerhalb geschlossener Ortschaften, also etwa auf Landstraßen, dagegen eine höhere Anzahl tödlicher Verläufe. Besonders alarmierend ist diese Entwicklung bei der stark zunehmenden Zahl an Fahrradunfällen (Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft 2024; Statistisches Bundesamt 2024).

Infrastruktur: Im Rahmen der Bedarfsplanung ist es politisch gewollt, dass **ambulante und stationäre Gesundheitseinrichtungen** in der Stadt Patientinnen und Patienten im weiteren Umland mitversorgen. Folglich ist für Deutschland ein ausgeprägtes Stadt-Land-Gefälle etwa bei der Ärztedichte typisch. Dies gilt für die hausärztliche Versorgung ebenso wie für die fachärztliche Versorgung und die Erreichbarkeit anderer medizinischer Leistungserbringer (Albrecht et al. 2014; Kriwy et al. 2020: 588; Neumeier 2017a). Beispielsweise ist in Stadtstaaten wie Berlin, Hamburg und Bremen die Ärztedichte, gemessen über das Verhältnis Einwohner pro Arzt, am höchsten und in Flächenländern wie Brandenburg, Niedersachsen

und Sachsen-Anhalt am niedrigsten (Bundesärztekammer 2024; Neumeier 2017a). Bezüglich der ambulanten Versorgung besteht in Deutschland keine generelle Unterversorgung, jedoch führen regionale Disparitäten und Fachkräftemangel zu einer Unterversorgung in ländlichen Regionen, während der Versorgungsbedarf dort gleichzeitig steigt (Buck et al. 2020). Eigene Repräsentativdaten belegen, dass diese quantitative Unterversorgung auch mit einer qualitativen Unterversorgung einhergeht, u.a. weil Ärztinnen und Ärzte in der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung auf dem Land mit volleren Praxen, Zeitmangel und Vernetzungsdefiziten zu kämpfen haben (Görig et al. 2016). Ähnliche regionale Disparitäten werden auch bezüglich der stationären Versorgung mit Krankenhausbetten prognostiziert (Neumeier 2017b).

Damit kommt der **Verkehrsanbindung** eine Schlüsselrolle bei der gesundheitsrelevanten Infrastruktur zu (Siewert et al. 2013). Ein besserer öffentlicher Personennahverkehr erhöht die Erreichbarkeit von gesundheitsrelevanten Einrichtungen wie Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern, Apotheken, Drogerien, Lebensmittelmärkten, Vereinen, Spiel- und Bewegungsressourcen. Das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung konstatiert für viele ländliche Regionen bezüglich Bedienungs-, Erschließungs- und Verbindungsqualität lediglich eine Grundversorgung. So ist die Haltestellendichte in Großstädten fast zehnmals so hoch wie auf dem Land (2,6 versus 0,3 Haltestellen pro km²). Ähnliches gilt für die Dichte der Abfahrten und den Quotienten aus Abfahrten*Flächeneinheit. Letzterer liegt in Großstädten um das 100fache höher als in Landgemeinden (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung 2018).

Stadt-Land-Unterschiede bezüglich der psychosozialen und ökonomischen Umwelt

Soziales Netzwerk: Das soziale Netzwerk ist eine Gesundheitsressource (Vlahov et al. 2007; Voigtländer et al. 2012). So kann daraus resultierende **soziale Unterstützung** im Krankheitsfall im Sinne eines Puffereffektes psychische (Trost, Intimität, Selbstvertrauen), instrumentelle (informelle Pflege, finanzielle Unterstützung, Transport- und Versorgungsdienstleistungen) und informationelle (Teilen von Gesundheits- und Behandlungsinformationen) Hilfe bedeuten (Schneider 2002; Vlahov et al. 2007). Zentraler Teil des sozialen Netzwerkes ist die Familie. Diesbezügliche Stadt-Land-Unterschiede wurden u.a. für die besonders vulnerable Gruppe der Seniorinnen und Senioren untersucht. So haben Seniorinnen und Senioren auf dem Land im Durchschnitt 1,2 mehr Angehörige mit enger Beziehung und 0,5 mehr Angehörige in unmittelbarer Nähe als diejenigen in der Stadt. Folglich leiden sie auch seltener unter Einsamkeit (Schilling u. Wahl 2002). Über die Familie hinaus scheinen auch außerfamiliäre Netzwerke und soziale Institutionen auf dem Land eine größere Bedeutung zu haben. Dies ist für Nachbarschaftskontakte (Diewald 1985) und für die Kirchenbindung bekannt (Neu u. Völkl, 2006). Quantitative Daten des Robert Koch-Institutes belegen mehr Unterstützung durch Nachbarn oder weitere Personen auf dem Land als in der Stadt (Weidmann 2024).

Folglich nehmen insbesondere ältere Menschen den Kontakt zur Nachbarschaft in ländlichen Regionen im Vergleich zu städtischen Regionen als enger wahr – dies gilt gleichermaßen

für Ost- und Westdeutschland (Deutsches Zentrum für Altersfragen 2023). Und auch aus qualitativer Forschung weiß man, dass Beziehungen in ländlichen und kleinstädtischen Gebieten eher langjährig, enger und häufiger verwandtschaftlich sind (Völschow u. Gadzala 2019). Nicht zuletzt legen rigidere soziale **Normen** (Kriwy et al. 2020: 596) und ausgeprägtere soziale **Kontrolle** auf dem Land weniger Devianz und gesundheits-schädliches Verhalten nahe (Oelkers 2016).

Kriminalität: Typische Charakteristika der Stadt kumulieren zu einem günstigen Nährboden für **Straftaten**. Hierzu zählen höhere und damit aggressionsfördernde Bevölkerungsdichte, größere Anomie, mehr lohnende Objekte, mehr Tatgelegenheiten, häufigerer Kontakt sowie bessere Kooperationsmöglichkeiten des Täterkreises und schließlich häufigere, im negativen Sinne beispielgebende Normbrüche (Naplava 2023; Schöch 2019). Darüber hinaus bieten Anonymität und Desorganisation der Stadt eine geringere soziale Kontrolle und damit bessere Möglichkeiten für jegliche Art normabweichenden Verhaltens (Klimke 2019: 146).

Gerade in der Stadt verstärken soziale Phänomene wie relative Deprivation (das Gefühl der Benachteiligung durch den Vergleich mit anderen), räumliche Polarisierung und soziale Ungleichheiten in Bezug auf sozioökonomische Verhältnisse und Zugang zu Ressourcen die residentielle Segregation (räumliche Trennung von Bevölkerungsgruppen nach sozialen oder wirtschaftlichen Merkmalen) und die Kriminalitätsentstehung (Naplava 2023). Folglich ist die objektive Kriminalitätsbelastung in der Stadt deutlich höher als auf dem Land: Betrachtet man nur die Anzahl der Straftaten pro Einwohner, korreliert das relative Kriminalitätsrisiko positiv mit dem Globalindikator „Einwohnerzahl“ (Oelkers 2016; Oelkers u. Schierz 2019: 89). Bei Betrachtung der einzelnen Straftatengruppen ergibt sich in der Stadt (Betrug, einfacher und schwerer Diebstahl, alle Formen der Körperverletzung, Rauschgiftdelikte, Vergewaltigung und sexuelle Nötigung) ein um den Faktor 2 bis 4 höheres Risiko. Für Raubdelikte liegt dieser Faktor sogar bei 9 (Schöch 2019). Diese Stadt-Land-Unterschiede bei der objektiven Kriminalität spiegeln sich auch subjektiv, im **Sicherheitsempfinden**, wider (Oelkers 2016).

Ökonomische Ressourcen: Individuelles Einkommen und Vermögen der Bewohnerinnen und Bewohner kumuliert auf Mesoebene zum ökonomischen Status einer Region oder einer Wohnumgebung. So verfügen Kommunen mit einem hohen Anteil an Arbeitslosen und Geringverdienern auch auf der aggregierten Ebene der Gemeinschaft über weniger finanzielle Ressourcen als reichere. Laut dem Online-Atlas INKAR des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2024) lag das Medianeinkommen 2021 in urbanen Kreisen, wie Ingolstadt, Wolfsburg oder Erlangen mit bis zu fünftausend Euro mehr als zweitausend Euro über den ländlichen Kreisen am unteren Ende der Skala, wie der Saale-Orla-Kreis, der Erzgebirgskreis oder Kreis Görlitz. Auch ist der lokale Arbeitsmarkt in Städten in der Regel differenzierter als auf dem Land und bietet sowohl im Niedriglohn- als auch im Hochlohnsektor vielfältigere Beschäftigungsmöglichkeiten (Müller 2022: 144). Demzufolge ist die Einkommensungleichheit in der Stadt größer: So lassen sich in deutschen Großstädten mehr Haushalte dem oberen

sowie dem unteren Ende der Einkommensskala zuordnen als auf dem Land (Goebel u. Hopp 2015). Neuere Ansätze operationalisieren regionale ökonomische Ungleichheit – z. B. anhand der bereinigten Kaufkraft – umfassender als lediglich anhand des aggregierten Einkommens (Deutscher Index Multipler Deprivation; Maier 2017; Maier et al., 2012). Ökonomische Ressourcen sind gesundheitsrelevant, weil zum einen Kommunen indirekt von dem resultierenden Steueraufkommen profitieren (z. B. für die Instandhaltung von Schwimmbädern, Sportstätten, Calisthenicsanlagen und Radwege) sowie zum anderen kumulierte Kaufkraft Ansiedlung und Qualität gesundheitsrelevanter Einrichtungen begünstigt (Angebote von Vereinen und Gesundheitsdienstleistern).

Determinanten der Gesundheit auf Makroebene

Übergreifende, gesundheitsrelevante Rahmenbedingungen werden gemeinhin der Makroebene zugeordnet. Unterschiede werden hierbei der Einfluss staatlicher Institutionen, Gesetzgebung, Märkten (z. B. Gesundheitsmarkt, Automobil-, Chemie- und Nahrungsmittelindustrie) und des sogenannten „Dritte Sektors“ (Non-Profit-Organisationen, Nichtregierungsorganisationen u. ä.; Vlahov et al. 2007, Abb. 1). Diese Strukturen existieren per definitionem überregional, können in der Stadt und auf dem Land aber in Form lokaler Akteure eine unterschiedliche Relevanz erlangen.

Modellimmanente Wirkungspfade

Interdependente Effekte

Als umweltspezifische Einflussfaktoren auf die verschiedenen Dimensionen der Gesundheit sind auf dem Mesolevel natürliche Umwelteinflüsse von physisch-gebauten sowie psychosozialen und ökonomischen zu unterscheiden. Wie bereits eingangs am Beispiel des Mikroklimas veranschaulicht, sollen die zwischen diesen Blöcken liegenden Pfeile symbolisieren, dass diese Faktoren in einer interdependenten Beziehung stehen (Abb. 1). Beispielsweise führen städtebauliche Maßnahmen, wie die Beleuchtung von Unterführungen und anderen Angsträumen (physisch-gebauter Umwelt), zu einer Verringerung der Kriminalität (psychosoziale Umwelt), und eine unzulängliche Verkehrsinfrastruktur (physisch-gebauter Umwelt) wegen häufiger Staus und hohem Pkw-Aufkommen zu Feinstaubbelastungen der Luft (natürliche Umwelt).

Objektive und subjektive Effekte

Es ist möglich, dass objektive Merkmale städtischer und ländlicher Umwelten aufgrund objektiv unterschiedlicher Vulnerabilität und subjektiv unterschiedlicher Wahrnehmung jeweils spezifisch auf die dort lebenden Personen wirken (Gebel et al., 2011). Unser Modell veranschaulicht, dass Einflussgrößen der Mesoebene sich folglich individuell unterschiedlich als Ressourcen oder Stressoren niederschlagen können. Dies legt nahe, nicht von einer identischen Dosis-Wirkungs-Beziehung eines spezifischen Umweltfaktors auf alle Bewohnerinnen und Bewohner auszugehen.

Kompositionelle und kontextuelle Effekte

Stadt-Land-Unterschiede im Gesundheitsgeschehen resultieren durchaus nicht ausschließlich aus den bisher dargestellten kontextuellen Faktoren auf Meso- und Makroebene. Sie können auch lediglich aus der wanderungsbedingten Bevölkerungszusammensetzung resultieren. Dann spricht man von einem kompositionellen Effekt (Mohnen u. Schneider 2014; Vlahov et al. 2007). Kompositionelle Effekte können aus Wanderungsbewegungen, residentieller Segregation und/oder Gentrifizierung entstehen.

Gesundheitsmodelle angrenzender Forschungsfelder

Das hier vorgestellte Modell differenziert Determinanten auf Mikro-, Meso-, und Makroebene und ist anschlussfähig an einschlägige nationale und internationale Arbeiten, welche allerdings für mehr oder weniger abweichende Kontexte und Zielgrößen formuliert wurden (Bolte et al. 2012; Harris et al. 2016; Schulz u. Northridge 2004; Vlahov et al. 2007). Wenngleich eine konzeptionelle Herleitung des vorgeschlagenen Modells aus Platzgründen an dieser Stelle nicht möglich ist, soll dennoch ein an anderer Stelle publizierter Modellvergleich angesprochen werden: Bolte et al. (2012: 46-47) haben existierende Modelle zum angrenzenden Feld der Umweltgerechtigkeit bewertet. Demnach zeichne sich ein gutes Modell zur Umweltgerechtigkeit durch sieben Elemente aus: Berücksichtigung (1) der Makroebene, von (2) Genderaspekten, der (3) physischen und sozialen Umwelten als Ressourcen und Stressoren, von (4) komplexen Dosis-Wirkungs-Beziehungen, der (5) Umweltbedingungen auf Mesoebene, der (6) individuellen Vulnerabilität und der (7) expliziten Nennung von Akteuren. Wenngleich unser Gesundheitsmodell nicht Umweltgerechtigkeit, sondern Stadt-Land-Unterschiede erklären soll, so versucht es dennoch, die o.g. Anforderungen zu berücksichtigen.

Fazit für die Praxis

Abschließend lässt sich festhalten, dass hierzulande weder das Leben auf dem Land, noch das Leben in der Stadt per se gesündere Lebensbedingungen bietet. Innerhalb der berücksichtigten Dimensionen, der natürlichen Umwelt, der physisch-gebauten sowie der psychosozialen und ökonomischen Umwelt, finden sich empirisch einige auf dem Land und einige in der Stadt günstigere Verhältnisse. Darüber können sich die innerstädtischen Rand- und Zentrumslagen in Bezug auf gesundheitsrelevante Belastungen und Ressourcen deutlich unterscheiden.

Unser Modell zeichnet sich dadurch aus, dass es eine zu starke Vereinfachung ebenso wie eine Überkomplexität vermeidet, indem es sich auf wesentliche Aspekte beschränkt und somit Raum für Anwendung und Erweiterung bietet. Damit bietet es sich für Forschung und Lehre als Einstieg in die Themen „Stadtgesundheit“ und „Gesundheit im ländlichen Raum“ respektive „Urban Health“ and „Rural Health“ an.

Literatur

- Albrecht, M.; Etgeton, S.; Ochmann, R. (2014). Faktencheck Gesundheit – Regionale Verteilung von Ärztsitzen (Ärztedichte). Bertelsmann. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Faktencheck_Gesundheit_Aerztedichte_2.pdf
- Bergmann, K.-C.; Simoleit, A.; Wagener, S.; Mücke, H.-G.; Werchan, M.; Zuberbier, T. (2013). The distribution of pollen and particulate matter in an urban agglomeration using the city of Berlin as an example. In: *Allergo Journal*, 22(7), S. 475–479. <https://doi.org/10.1007/s15007-013-0430-7>
- Bolte, G.; Voigtländer, S.; Razum, O.; Mielck, A. (2012). Modelle zur Erklärung des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage, Umwelt und Gesundheit. In: Bolte, G.; Bunge, C.; Hornberg, C.; Köckler, H.; Mielck, A. (Hrsg.): *Umweltgerechtigkeit: Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven*. Bern. S. 39–50
- Bosch-Cano, F.; Bernard, N.; Sudre, B.; Gillet, F.; Thibaudon, M.; Richard, H.; Badot, P.-M.; Ruffaldi, P. (2011). Human exposure to allergenic pollens: A comparison between urban and rural areas. In: *Environmental Research*, 111(5), S. 619–625. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2011.04.001>
- Buck, C.; Doctor, E.; Eymann, T. (2020). Vermeidung der medizinischen Unterversorgung ländlicher Strukturen durch innovative Ansätze der Telemedizin. In: Pfannstiel, M. A.; Kassel, K.; Rasche, C. (Hrsg.), *Innovationen und Innovationsmanagement im Gesundheitswesen: Technologien, Produkte und Dienstleistungen voranbringen*. Wiesbaden. S. 715–737. https://doi.org/10.1007/978-3-658-28643-9_38
- Bucksch, J.; Schneider, S. (2014). *Walkability. Das Handbuch zur Bewegungsförderung in der Kommune*. Bern.
- Bundesärztekammer. (2024). *Arztdichte in Deutschland nach Bundesländern in den Jahren 2019 bis 2023 (Einwohner je berufstätigen Arzt)*. In: Statista. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/158847/umfrage/arztdichte-in-deutschland-seit-2009/> (Abruf: 23.01.2025)
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung. (2018). *Verkehrsbild Deutschland: Angebotsqualitäten und Erreichbarkeiten im öffentlichen Verkehr*. <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/veroeffentlichungen/analysen-kompakt/2018/ak-08-2018-dl.pdf> (Abruf 20.12.2024)
- Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung. (2024). *Laufende Raumbewachung des BBSR – INKAR, Ausgabe 03/2024*. Bonn. <https://www.inkar.de/> (Abruf 23.01.2025)
- Deutsches Zentrum für Altersfragen. (2023). *Regionale Unterschiede in den Lebensbedingungen älterer Menschen*. https://www.dza.de/fileadmin/dza/Dokumente/Fact_Sheets/Fact_Sheet_RegionaleUnterschiede_Lebensbedingungen_final.pdf
- Diewald, M. (1985). Private Netzwerke. In: *Datenreport. Schriftenreihe / Bundeszentrale für politische Bildung*, 226, S. 454–461.
- Früh, B.; Kofmann, M.; Roos, M. (2011). *Frankfurt am Main im Klimawandel – Eine Untersuchung zur städtischen Wärmebelastung*. Deutscher Wetterdienst. https://publikationen.uni-frankfurt.de/opus4/frontdoor/deliver/index/docId/22416/file/237_gesamt.pdf
- Gebel, K.; Bauman, A. E.; Sugiyama, T.; Owen, N. (2011). Mismatch between perceived and objectively assessed neighborhood walkability attributes: prospective relationships with walking and weight gain. In: *Health & place*, 17(2), S. 519–524. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.12.008>
- Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft. (2024). *Analyse von getöten Radfahrenden auf Landstraßen*. <https://www.udv.de/resource/blob/180736/f22687fe1144a2cac2e761eccc362a8/96-fahrradunfaelle-data.pdf>
- Gesundheitsregion plus Regensburg. (2017). *Optimal vernetzt, bestens versorgt. In der Gesundheitsregion plus Regensburg Landkreis und Stadt. Bestands- und Bedarfsanalyse*. <https://www.regensburg.de/fm/121/ergebnisbericht-analyse-gesundheitsregionplus2.pdf>
- Goebel, J.; Hopp, L. (2015). *Ausmaß und Trends sozialräumlicher Segregation in Deutschland*. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. <https://www.armuts-und-reichtumsbericht.de/SharedDocs/Downloads/Service/Studien/abschlussbericht-sozialraeumliche-segregation.pdf>
- Görig, T.; Diehl, K.; Herr, R.; Bock, C.; Mayer, M.; Schneider, S. (2016). *Stadt-Land-Unterschiede im Angebot von Lebensstilberatung zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen in der Hausarztpraxis. Ergebnisse einer bundesweiten Hausärztebefragung*. In: *Das Gesundheitswesen*, 78(08/09), S. 533–538. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1564208>
- Harris, J. K.; Beatty, K.; Leider, J.; Knudson, A.; Anderson, B. L.; Meit, M. (2016). The double disparity facing rural local health departments. In: *Annual review of public health*, 37, S. 167–184. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031914-122755>
- Klimke, D. (2019). *Ländliche Sicherheitsmentalitäten. Empirische Einblicke in die soziale Konstruktion ländlicher Kriminalitätsräume*. In: Klimke, D.; Oelkers, N. Schweer, M. K. W. (Hrsg.): *Sicherheitsmentalitäten im ländlichen Raum*. Wiesbaden. S. 143–249. https://doi.org/10.1007/978-3-658-15118-8_6
- Kriwy, P.; Neumeier, S.; Klärner, A. (2020). *Regionale gesundheitliche Ungleichheiten*. In Kriwy, P. Jungbauer-Gans, M. (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssoziologie*. Wiesbaden. S. 583–601. https://doi.org/10.1007/978-3-658-06392-4_31
- Kuttler, W. (2008). *Zum Klima im urbanen Raum*. In: *Deutscher Wetterdienst (Hrsg.): Klimastatusbericht*. S. 6–12. https://www.researchgate.net/profile/Wilhelm_Kuttler/publication/265078458_Zum_Klima_im_urbanen_Raum/links/5465ebbf0cf2052b50afd78.pdf
- Liebig-Gonglach, M.; Pauli, A.; Hornberg, C. (2020). *Zur Bedeutung von Umweltqualitäten und sozialen Verhältnissen als Gesundheitsfaktoren*. In: Kriwy, P.; Jungbauer-Gans, M. (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssoziologie*. Wiesbaden. S. 603–623. https://doi.org/10.1007/978-3-658-06392-4_32
- Maier, W. (2017). *Indizes Multipler Deprivation zur Analyse regionaler Gesundheitsunterschiede in Deutschland. Erfahrung aus Epidemiologie und Versorgungsforschung*. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 12, S. 1403–1412. <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2646-2>
- Maier, W.; Koller, D.; Mielck, A. (2012). *Regionale Deprivation und gesundheitliche Risiken als Indikatoren für Umweltgerechtigkeit*. In Bolte, G.; Bunge, C.; Hornberg, C.; Köckler, H.; Mielck, A. (Hrsg.): *Umweltgerechtigkeit: Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven*. Bern. S. 61–72.
- Mohnen, S. M.; Schneider, S. (2014). *Wohnung und Gesundheit*. In: Bucksch, J.; Schneider, S. (Hrsg.): *Walkability: Das Handbuch zur Bewegungsförderung in der Kommune*. Bern. S. 27–44.
- Müller, A.-L. (2022). *Nutzungsvielfalt von öffentlichen Räumen in Migrationsgesellschaften. Eine Annäherung an geeignete Methoden ihrer empirischen Untersuchung*. In: Kost, S.; Petrow, C. A. (Hrsg.): *Kulturelle Vielfalt in Freiraum und Landschaft: Wahrnehmung, Partizipation, Aneignung und Gestaltung*. Wiesbaden. S. 139–161. https://doi.org/10.1007/978-3-658-37518-8_7
- Münzel, T.; Molitor, M.; Kuntic, M.; Hahad, O.; Röösli, M.; Engelmann, N.; Basner, M.; Daiber, A.; Sørensen, M. (2024). *Transportation Noise Pollution and Cardiovascular Health*. *Circulation Research*, 134(9), S. 1113–1135. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.123.323584>
- Naplava, T. (2023). *Soziale Ungleichheit und Kriminalität im urbanen Raum. Effekte residentieller Segregation auf deliktsspezifische Kriminalitätsraten in deutschen (Groß-)Städten*. In: *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*. 106(4), S. 251–266. <https://doi.org/doi:10.1515/mks-2022-0016>
- Neu, V.; Völk, K. (2006). *Regionales Wahlverhalten und die Erfolgsaussichten der Parteien*. Konrad-Adenauer-Stiftung. https://www.kas.de/c/document_library/get_file?uuid=018d6764-3963-f87b-8680-4c9666469a7f&groupId=252038 (Abruf: 23.01.2025)
- Neumeier, S. (2017a). *Haus- und Facharzteerreichbarkeit in Deutschland: Regionalisierte Betrachtung auf Basis einer GIS-Erreichbarkeitsanalyse*. In: *Raumplanung – Fachzeitschrift für räumliche Planung und Forschung*, 192(4), S. 30–37. https://www.vhw.de/fileadmin/user_upload/08_publikationen/verbandszeitschrift/FWS/2018/1_2018/FWS_1_2018_Neumeier.pdf
- Neumeier, S. (2017b). *Regionale Erreichbarkeit von ausgewählten Fachärzten, Apotheken, ambulanten Pflegediensten und weiteren ausgewählten Medizindienstleistungen in Deutschland: Abschätzung auf Basis des Thünen-Erreichbarkeitsmodells*. Johann Heinrich von Thünen-Institut. <https://doi.org/https://doi.org/10.3220/WP1503653790000>
- Niemann, H.; Hoebel, J.; Hammersen, F.; Laußmann, D. (2014). *Lärmbelästigung – Ergebnisse der GEDA-Studie 2012*. In: *GBE kompakt*, 5(4), S. 1–9. <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3130/4.pdf>
- Oelkers, N. (2016). *Sicherheit im ländlichen Raum*. Bundeszentrale für politische Bildung.

- <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/innere-sicherheit/207263/sicherheit-im-laendlichen-raum> (Abruf: 20.12.2024)
- Oelkers, N.; Schierz, S. (2019). Zur Interdependenz von Ländlichkeit und Sicherheit im „doing rurality“. In: Klimke, D.; Oelkers, N.; Schweer, M. K. W. (Hrsg.), Sicherheitsmentalitäten im ländlichen Raum. Wiesbaden. S. 83–106. https://doi.org/10.1007/978-3-658-15118-8_4
- Schilling, O.; Wahl, H.-W. (2002). Familiäre Netzwerke und Lebenszufriedenheit alter Menschen in ländlichen und urbanen Regionen. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 54. S. 304–317. <https://doi.org/10.1007/s11577-002-0041-x>
- Schneider, S. (2002). Lebensstil und Mortalität. Welche Faktoren bedingen ein langes Leben? Wiesbaden.
- Schneider, S.; Holzwarth, B. (2021). Gesundheitliche Unterschiede zwischen Stadt und Land – Vorschlag für ein interdisziplinäres Erklärungsmodell. In: Weidmann, C.; Reime, B. (Hrsg.), Gesundheitsförderung und Versorgung im ländlichen Raum. Göttingen. S. 21–37.
- Schöch, H. (2019). Kriminalität in Großstädten – Erscheinungsformen, Ursachen, Präventionsmöglichkeiten. Vorlesungsmanuskript. Ludwig-Maximilians-Universität.
- Schulz, A.; Northridge, M. E. (2004). Social determinants of health: implications for environmental health promotion. In: Health Education & Behavior, 31(4), S. 455–471. <https://doi.org/10.1177/1090198104265598>
- Siewert, U.; Fendrich, K.; Markus, M. R. P.; Baummeister, S. E.; Doblhammer-Reiter, G.; Scholz, R. D.; Hoffmann, W. (2013). Future outpatient health-care utilisation in an ageing population: projections up to the year 2020 based on the Study of Health in Pomerania (SHIP). In: Journal Public Health, 21, S. 289–296. <https://doi.org/10.1007/s10389-012-0550-7>
- Statistisches Bundesamt. (2024). Straßenverkehrsunfälle nach Unfallkategorie, Ortslage. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Verkehrsunfaelle/Tabellen/polizeilich-erfasste-unfaelle.html> (Abruf 20.12.2024)
- Umweltbundesamt. (2009). Feinstaubbelastung in Deutschland. <https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/publikation/long/3565.pdf>
- Umweltbundesamt. (2020). Lärmbelastungssituation in Deutschland. https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/5750/publikationen/2020_12_03_texte_225-2020_laermbelaestigungssituation_in_deutschland_0.pdf
- Umweltbundesamt. (2023). Monitoringbericht 2023 zur Deutschen Anpassungsstrategie an den Klimawandel. https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/376/publikationen/das-monitoringbericht_2023_bf_korr.pdf
- Urban, S. (2010). Charakterisierung der Quellverteilung von Feinstaub und Stickoxiden in ländlichem und städtischem Gebiet. Bergische Universität Wuppertal. Jülich. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:hbz:468-20110221-161907-1> (Abruf 20.12.2024)
- Vlahov, D.; Freudenberg, N.; Proietti, F.; Om-pad, D.; Quinn, A.; Nandi, V.; Galea, S. (2007). Urban as a determinant of health. Journal of Urban Health, 84(1), S. 16–26. <https://doi.org/10.1007/s11524-007-9169-3>
- Voigtländer, S.; Mielck, A.; Razum, O. (2012). Die Bedeutung des kleinräumigen Kontexts für Gesundheit: Entwurf eines Erklärungsmodells. Das Gesundheitswesen, 74(11), S. 702–709. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1285863>
- Völschow, Y.; Gadzala, M. (2019). Zwischen Policing und Self-Policing: Handlungsstrategien im Alltag und Deutungsstrukturen professioneller AkteurInnen vor Ort. In: Klimke, D.; Oelkers, N.; Schweer, M. K. W. (Hrsg.), Sicherheitsmentalitäten im ländlichen Raum Wiesbaden. S. 277–292. https://doi.org/10.1007/978-3-658-15118-8_8
- Weidmann, C. (2024). Gesundheitsförderung, Prävention und gesundheitliche Chancengleichheit in ländlichen Regionen. <https://lzg-bayern.de/files/veranstaltungen-2024/2024-06-11-laendliche-regionen/2024-06-11-weidmann.pdf>
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. (2021). Stadt-Land-Unterschiede in der Verbreitung von Heuschnupfen in Deutschland. https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/126/VA_21-07_Bericht_Heuschnupfen_2021-07-27.pdf
- Zukunftsinstitut. (2019). Urbanisierung: Die Stadt von morgen. <https://www.zukunftsinstitut.de/zukunftsthemen/urbanisierung-die-stadt-von-morgen>

Anschrift des Korrespondenzautors

Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg
Zentrum für Präventivmedizin und Digitale Gesundheit (CPD)
Alte Brauerei
Röntgenstraße 7
D-68167 Mannheim
Tel. +49 621 383-71815
Fax +49 621 383-71801
E-Mail: sven.schneider@medma.uni-heidelberg.de

Interessenkonflikt

Alle Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.
Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

Ina Mayer, Jakob Hartl

Zufrieden wohnen, gesund leben?

Der Beitrag widmet sich der Frage nach dem Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit verschiedenen Rahmenbedingungen des Wohnens und der psychischen Gesundheit. Am Beispiel dreier unterschiedlich großer Erhebungsorte in Bayern wird mit den vom Forschungsinstitut Gesellschaftlicher Zusammenhalt (FGZ) erhobenen Daten des Regionalpanels gezeigt, dass die Berücksichtigung des Wohnkontextes auch bei der Bewertung der Zufriedenheiten mit der eigenen psychischen Gesundheit berücksichtigt werden muss. So können selbstberichtete gesundheitliche Unterschiede bei unterschiedlicher Zufriedenheit mit dem baulichen Zustand der Wohnung nur für die untersuchte Großstadt konstatiert werden, während diese in der untersuchten Kleinstadt nicht festzustellen sind.

Ina Mayer

seit 2023 wissenschaftliche Mitarbeiterin am FGZ Standort Halle an der Universität Halle-Wittenberg, Institut für Soziologie
ina.mayer@soziologie.uni-halle.de

Dr. Jakob Hartl

seit 2021 wissenschaftlicher Mitarbeiter am FGZ Standort Halle an der Universität Halle-Wittenberg, Institut für Soziologie
jakob.hartl@soziologie.uni-halle.de

Schlüsselwörter:

Bedarfsorientiertes Bauen – Wohnzufriedenheit – Psychische Gesundheit – Raumvergleich

Mein Haus ist mein Hafen

Eine Wohnung erfüllt heute weit mehr Funktionen als nur vor den Elementen zu schützen. Wie man wohnt, repräsentiert wer man ist und trägt grundlegend zum allgemeinen Wohlbefinden bei – nicht umsonst wird die Wohnung auch als dritte Haut bezeichnet (Grütter 2021). Für die Gesundheit spielt Wohnen nicht nur in Bezug auf eine altersgerechte Ausstattung (Teti und Höpflinger 2020) oder bezüglich Wohnungslosigkeit eine Rolle (Finzi 2023). Auf die psychische Gesundheit wirken auch konkrete Fragen wie: Wo ist die Wohnung gelegen? Wie ist das soziale Umfeld? Gibt es Freund:innen in der Wohnumgebung? Ist es im Wohnumfeld sauber und gepflegt? Gibt es ausreichende Versorgungsinfrastrukturen und kulturelle Angebote (Evans et al. 2003)? Verschiedene Studien zeigen darüber hinaus, dass Wohnen für die psychische Gesundheit nicht nur in der Gegenwart von Relevanz ist, sondern dass sich vergangene schlechte Wohnverhältnisse sogar nach ihrer Verbesserung noch negativ auf die psychische Gesundheit auswirken (Pevalin et al. 2017; Singh et al. 2019).

Wir möchten in diesem Beitrag der Frage nach dem Zusammenhang von Parametern der Wohnsituation und der psychischen Gesundheit nachgehen. Konkret liegt unser Fokus auf den Aspekten der Nutzungsform, Kosten, Größe und baulichem Zustand der Wohnung. Bevor wir unser Forschungsvorhaben vorstellen, werfen wir einen Blick auf Befunde zum Zusammenhang der psychischen Gesundheit mit den genannten Aspekten der Wohnung (oder des Hauses). Im Anschluss daran stellen wir unsere Daten vor und prüfen an ihnen unsere Hypothesen, bevor wir diese abschließend diskutieren und Ableitungen für die Stadtplanung machen.

Forschungsstand zum Zusammenhang von psychischer Gesundheit und Wohnen

Lebenszufriedenheit und psychische Gesundheit sind nicht zuletzt von Stabilität und materieller Sicherheit abhängig, die sich auch in Wohnarrangements ausdrücken. So sind Menschen mit selbstgenutztem Wohneigentum generell zufriedener mit ihrem Leben als Mieter:innen, auch wenn das Wohnen nur einen marginalen direkten Teil zur Erklärung der allgemeinen Lebenszufriedenheit beiträgt (Stiel et al. 2024). Insgesamt 53 % aller Wohnungen in Deutschland werden hingegen vermietet (Zensus 2022) und mietende Haushalte

geben im Schnitt 28 % ihres Haushaltsnettoeinkommens allein für die Bruttokaltmiete aus (Mikrozensus 2022).

Bewohner:innen selbst genutzten Wohneigentums sind nicht nur mit ihrer Wohnung oder ihrem Haus zufriedener, auch ihre psychische Gesundheit ist besser als die von Mieter:innen. So berichten aktuelle Studien von schlechterer psychischer Gesundheit von Personen, die in für sie nur schwer finanzierbaren Wohnungen wohnen, insbesondere bei Mieter:innen und Jüngeren (Arundel et al. 2024). In einer australischen Studie werden ähnliche Ergebnisse dadurch begründet, dass die aktuelle finanzielle Belastung von Eigentümer:innen durch Kreditraten durch die positive Zukunftsaussicht des Eigentums weniger psychisch belastend wirkt, als vergleichbare Mietbeträge (Mason et al. 2013), wobei dies zum Teil auf die soziodemografischen Merkmale und ökonomischen Ressourcen der Befragten zurückzuführen ist und weniger auf das vorhandene Eigentum selbst (Baker et al. 2013).

Der Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit kann jedoch nicht nur durch die Finanzierbarkeit einer Wohnung hergestellt werden, vielmehr muss die Wohnung auch als Lebensraum in ihrer Materialität etwa hinsichtlich der Ermöglichung von Gastlichkeit berücksichtigt werden (Spellerberg und Giel 2019). Einerseits spielt dabei die Größe der Wohnung eine Rolle, weshalb die OECD auch die Anzahl der Räume pro Person in ihrem Better Life Index als Hinweis auf Lebensqualität aufgenommen hat. Die eigene Wohnung stellt nach Flade (2020) nicht nur einen Ort des Rückzugs, sondern auch einen Ort des Sich-Öffnens dar, an dem die Bewohnenden sich in der Kontrolle von Grenzen üben können. Mangelnde Kontrolle äußere sich dann nicht nur durch ein „Zuviel“ an Gemeinsamkeit mit anderen Bewohnenden, sondern auch durch ein „Zuwenig“ in Form von Alleinsein oder Einsamkeit (Flade 2020). Wenn eine Wohnung oder ein Haus jedoch we-

niger Zimmer als Bewohner:innen hat, ist diese Option der Grenzkontrolle nicht gegeben und die psychische Integrität wird kompromittiert.

Neben der Größe kann auch der bauliche Zustand, etwa durch Schadstoffbelastungen in Böden, Farben und Belägen oder Schallschutz und Dämmeigenschaften eine Herausforderung für das psychische Wohlbefinden darstellen. Insbesondere die Schimmelbelastung kann durch kostensparendes Verhalten der Bewohnenden (weniger Heizen und Lüften) noch verstärkt werden (Jörissen und Stelzer 2002). Aber auch der Grundriss, die Deckenhöhe und das Raumklima beeinflussen die Wahrnehmung und Bewertung einer Wohnung (Purkarthofer und Friehs 2022). Hierbei ist hervorzuheben, dass diese Aspekte auf verschiedene Weise durch die Bewohnenden (Verhalten in der Wohnung wie Lüften, Heizen, Bedürfnisse, Wünsche und Vorstellungen), die Eigentümer:innen, sofern diese nicht die Bewohnenden selbst sind (Kosten, Service), und der Materialität der Wohnung oder des Hauses, wie Größe, Grundriss, Fassade, Baustoffe, Isolierung, Schallschutz (Augustin und Augustin 2021), beeinflusst sind.

Ausgehend von diesen Überlegungen und Befunden prüfen wir mit den Befragungsdaten der zweiten Welle des FGZ-Regionalpanels den Zusammenhang der vier betrachteten Aspekte der Wohnung (Nutzungsform, Kosten, Größe, baulicher Zustand) und der psychischen Gesundheit. Dafür untersuchen wir drei nach Bevölkerung unterschiedlich große Kommunen, da das Wohnen in der Großstadt – bei allen kulturellen wie infrastrukturellen Vorteilen – aufgrund verschiedener materieller und sozialer Stressoren allgemein zu einem höheren Risiko für psychische Erkrankungen und Unwohlsein führen kann, auch wenn die konkreten Zusammenhänge noch Gegenstand aktueller Forschungsbemühungen sind (Adli und Schöndorf 2020; Gründer 2020; Tost und Kirsch 2018).

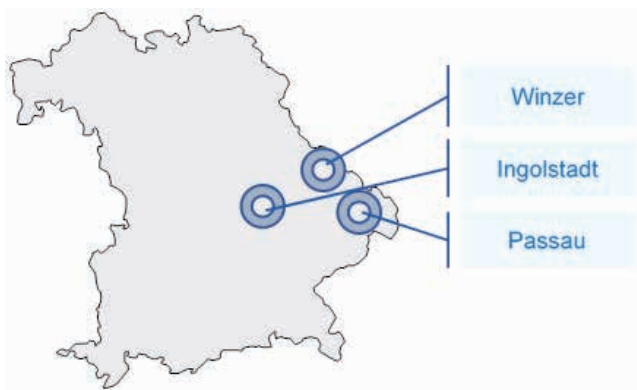
Tab. 1 Deskriptionstabelle des Analysesamples mit gültigen Fällen der Analysevariablen, Regionalpanel (Welle 2)

	Winzer		Passau		Ingolstadt	
Alter in Jahren	$\bar{x} = 55,7$	sd (14)	$\bar{x} = 51,4$	sd (18)	$\bar{x} = 55,1$	sd (16)
Männlich	49,0 %		49,9 %		49,3 %	
Regelmäßig beschäftigt	38,8 %		37,5 %		38,9 %	
Verheiratet	70,4 %		55,4 %		64,2 %	
Ledig	14,3 %		32,8 %		21,3 %	
Geschieden, verwitwet	14,3 %		11,8 %		14,5 %	
Staatsangehörigkeit nicht deutsch	2,0 %		13,0 %		4,8 %	
Median Nettohaushaltsäquivalenzeinkommen	2.027,8€		2.222,2 €		2.527,8€	
Mittelwert Nettohaushaltsäquivalenzeinkommen	2.266,2€		2.445,4€		2.905,7€	
Eigentümer:innen (selbst genutzt)	83,2 %		43,0 %		59,7 %	
Mieter:innen	16,8 %		57,0 %		40,3 %	
Zufriedenheit Kosten der Wohnung	$\bar{x} = 2,7$	sd (1,00)	$\bar{x} = 2,7$	sd (1,13)	$\bar{x} = 2,7$	sd (1,10)
Zufriedenheit Größe der Wohnung	$\bar{x} = 3,5$	sd (0,75)	$\bar{x} = 3,2$	sd (0,92)	$\bar{x} = 3,3$	sd (0,95)
Zufriedenheit Baulicher Zustand der Wohnung	$\bar{x} = 3,2$	sd (0,83)	$\bar{x} = 3,0$	sd (0,95)	$\bar{x} = 3,1$	sd (0,96)
Zufriedenheit allgemein Wohnraum	$\bar{x} = 3,2$	sd (0,97)	$\bar{x} = 3,1$	sd (1,02)	$\bar{x} = 2,4$	sd (1,04)
N	196		323		643	

Daten und Untersuchungsorte

Die Daten des FGZ-Regionalpanels werden vom Forschungsinstitut Gesellschaftlicher Zusammenhalt (FGZ) in Kooperation mit den untersuchten Kommunen erhoben. Es handelt sich um einen repräsentativen selbstadministrierten Personensurvey, dessen zweite Erhebungswelle mittels postalischer und online Befragung zwischen Mai und September 2023 erhoben wurde. Der Datensatz umfasst je eine ländliche Kommune, eine Mittel- und eine Großstadt in insgesamt vier Bundesländern in West- und Ostdeutschland (Sackmann et al. 2024¹). Für die vorliegenden Analysen werden die Daten der drei bayerischen Erhebungsorte genutzt, da hier im regionalen Teil des Fragebogens die Zufriedenheit mit der eigenen Wohnung erfragt wurde. Die ländliche Kommune sowie die Großstadt wurden dabei zufällig nach Bundesland und Größe gezogen, die Mittelstadt wurde aufgrund bestehender Kooperationen bewusst gewählt. Die bereinigten Ausschöpfungsquoten der drei repräsentativen Erhebungen liegen zwischen 22,7 % und 29,3 %.

Abb. 1 Die drei Erhebungsorte des Regionalpanels in Bayern



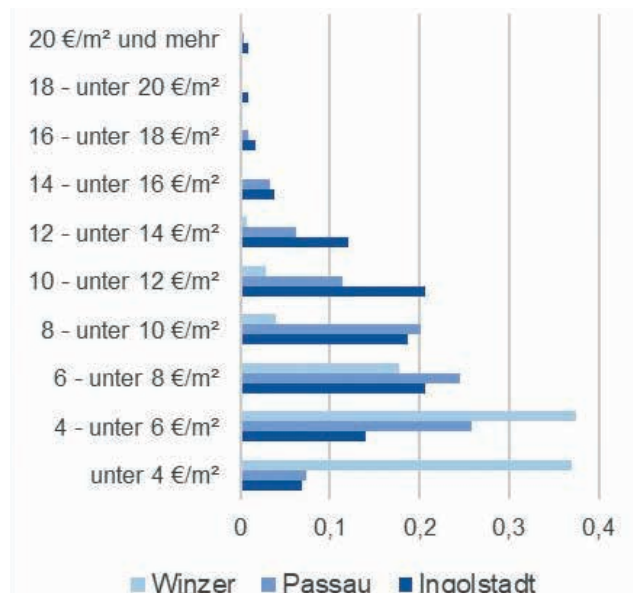
Es handelt sich um Markt Winzer, gelegen im Landkreis Deggendorf mit 3.800 Einwohner:innen; die im Regierungsbezirk Niederbayern liegende kreisfreie Stadt Passau mit rund 51.900 Einwohner:innen; und die im Regierungsbezirk Oberbayern gelegene kreisfreie Stadt Ingolstadt mit etwa 136.500 Einwohner:innen (Zensus 2022). Eine Deskription der Verteilungen der betrachteten Variablen der Analysesamples ist Tabelle 1 zu entnehmen².

Charakterisierung des Wohnraums in den drei Untersuchungsorten

Aus den Zensusdaten 2022 lässt sich ein Bild des lokalen Wohnraums in den drei Untersuchungsorten gewinnen, die bei der Einordnung der Analyseergebnisse dienlich sind. Bezogen auf die Wohnungsnutzung werden in Passau und Ingolstadt etwa ein Drittel der Wohnungen von den Eigentümer:innen selbst bewohnt, während dieser Anteil in Winzer mit 70 % etwas mehr als doppelt so hoch ist. Vergleicht man die Höhe der Nettokaltmieten der vermieteten Wohnungen zwischen den Orten zeigen sich ebenfalls deutliche Unterschiede. Über 70 % der Wohnungen in Winzer kosten unter 6 € pro Quadratmeter. In Ingolstadt zahlen hingegen 30 % der Mieter:innen

mindestens 10 €/m². Die Mieten in Passau liegen zu 70 % zwischen vier bis zehn Euro pro Quadratmeter, was in etwa dem Bundesdurchschnitt entspricht.

Abb 2 Durchschnittliche Nettokaltmiete in €/m², Eigene Berechnung Zensus 2022



Während in Passau und Ingolstadt über die Hälfte der Wohnungen kleiner als 73 m² sind, sind mehr als die Hälfte der Wohnungen in Winzer mindestens 120 m² groß. Entsprechend verhält es sich mit der Raumanzahl der Wohnungen. Nur 4 % der gesamten Wohnungen in Winzer sind Ein- oder Zweiraumwohnungen, während etwa 27 % der Wohnungen sieben oder mehr Räume haben. In Passau liegt der Anteil von Ein- und Zweiraumwohnungen bei 28 % und in Ingolstadt bei 20 %. Die meisten Wohnungen in den beiden größeren Städten stellen Wohnungen mit drei oder vier Räumen dar. In allen drei Orten wurde der Großteil der Wohnungen zwischen 1960 und 2000 gebaut, in Passau wurden 87 % aller Wohnungen vor der Jahrtausendwende gebaut, in Winzer 80 % und in Ingolstadt nur etwa 73 %.

Psychische Gesundheit in den drei Untersuchungsorten

Die Erhebung von Gesundheitsdaten in sozialwissenschaftlichen Studien ist aus Datenschutz- und ethischen Gründen nur schwer realisierbar, weshalb die meisten Erhebungen auf gesundheitsbezogene Selbsteinschätzungen zurückgreifen (Bombak 2013). Auch im Regionalpanel wird die psychische Gesundheit als Selbsteinschätzung über die Frage „Wie würden Sie Ihren seelischen Gesundheitszustand beschreiben?“ mit den Antwortmöglichkeiten „schlecht“, „weniger gut“, „zufriedenstellend“, „gut“ und „sehr gut“ abgefragt³. Den Antwortmöglichkeiten liegt ein Wertebereich zwischen 0 und 4 zugrunde, wobei höhere Werte eine besser eingeschätzte Gesundheit beschreiben (Tab. 2). Der Median in allen drei Untersuchungsorten liegt bei „gut“ (3). Die Mittelwerte der Stichproben bewegen sich auf ähnlichem Niveau, wobei Befragte in Winzer mit $\bar{x} = 2,5$ eine leicht geringere psychische Gesundheit

Tab. 2 Verteilung des psychischen Gesundheitszustands in den drei Untersuchungsorten, Regionalpanel (Welle 2)

Psychischer Gesundheitszustand	Mittelwert	sd	Median	Min	Max	N
Winzer	2,45	0,96	3	0	4	196
Passau	2,62	1,04	3	0	4	323
Ingolstadt	2,59	0,97	3	0	4	643

aufweisen ($\bar{x}_{Passau} = 2,6$; $\bar{x}_{Ingolstadt} = 2,6$). Diese geringen Unterschiede des durchschnittlichen psychischen Gesundheitszustandes in den Stichproben der drei Untersuchungsorte sind jedoch entsprechend eines T-Test im Zweistichprobenfall mit ungleichen Varianzen nicht signifikant.

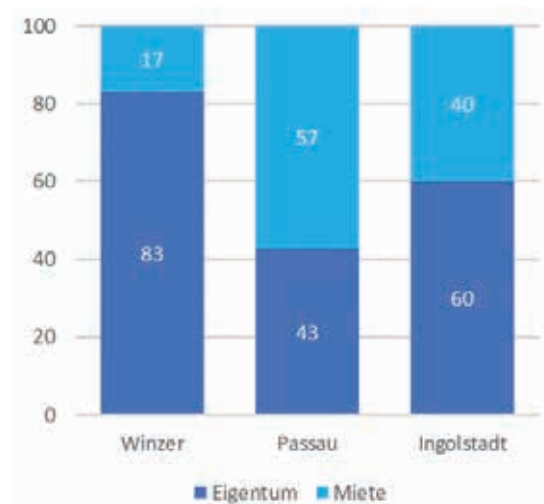
Dass die Einschätzung der psychischen Gesundheit im ländlich gelegenen Untersuchungsort in unserem Sample etwas schlechter ist als in den Städten, steht zunächst im Kontrast zu dem zuvor zitierten Befund, wonach Urbanität negativ auf psychisches Wohlbefinden wirkt. Ingolstadt und Passau haben jedoch beide viel städtisches Grün und naturnahe Stadtlandschaften wie Parks oder Bäume können die Erholung fördern und dem negativen Urbanitätseffekt entgegenwirken (Abraham et al. 2007). Daher scheint es notwendig, die Lage der Wohnung der Befragten innerhalb der Stadt selbst zu berücksichtigen. Das Regionalpanel ermöglicht es uns, die Befragten Ingolstadts innerhalb der administrativen Unterstadtbezirke zu verorten, sodass wir deren Varianz der psychischen Gesundheit untersuchen können. Allerdings können lediglich 0,6 % (Intra Class Correlation, ICC) der gesamten Varianz der psychischen Gesundheit durch Unterschiede zwischen den Unterstadtbezirken erklärt werden, was bedeutet, dass die Lage der Wohnung innerhalb Ingolstadts kaum zur Erklärung der berichteten psychischen Gesundheit beiträgt. Aufgrund dieses geringen ICCs werden im Verlauf der Analysen einfache Regressionen (Ordinary Least Square, OLS) berechnet, anstatt die Clusterung der Befragten in den Unterstadtbezirken zu berücksichtigen.

Unterscheidet sich der psychische Gesundheitszustand nach Nutzungsform?

Blicken wir zunächst auf die Verteilung der Nutzungsform in den Regionalpanel-Samples der drei Orte (Abb. 3) wird deutlich, dass in Markt Winzer der Anteil der Eigentümer:innen bei 83 % liegt. In Passau hingegen übersteigt der Anteil der Mieter:innen mit 57 % jenen der Eigentümer:innen, während in Ingolstadt ein etwas größerer Anteil der Befragten (60 %) im Eigentum wohnt.

Prüft man mittels zweistichproben T-Test mit gleichen Varianzen, ob der psychische Gesundheitszustand innerhalb der Städte zwischen den Befragten Eigentümer:innen und Mieter:innen signifikant verschieden ist, zeigt sich, dass dies für die beiden Städte zutrifft: In Passau und Ingolstadt, wo das Verhältnis von Eigentümer:innen und Mieter:innen in unserem Sample eher ausgeglichen ist, berichten Eigentümer:innen von einer durchschnittlich signifikant besseren psychischen Gesundheit als die Gruppe der Mieter:innen ($H_{Alternativ}$: Differenz > 0: $p_{Passau} = 0,011$; $p_{Ingolstadt} = 0,000$). In Winzer, wo der Anteil der befragten Eigentümer:innen den der Mieter:innen deutlich übersteigt, finden wir keinen signifikanten Unterschied.

Abb. 3 Verteilung des Anteils von befragten Eigentümer:innen und Mieter:innen in den drei Untersuchungsorten in %, Regionalpanel (Welle 2)

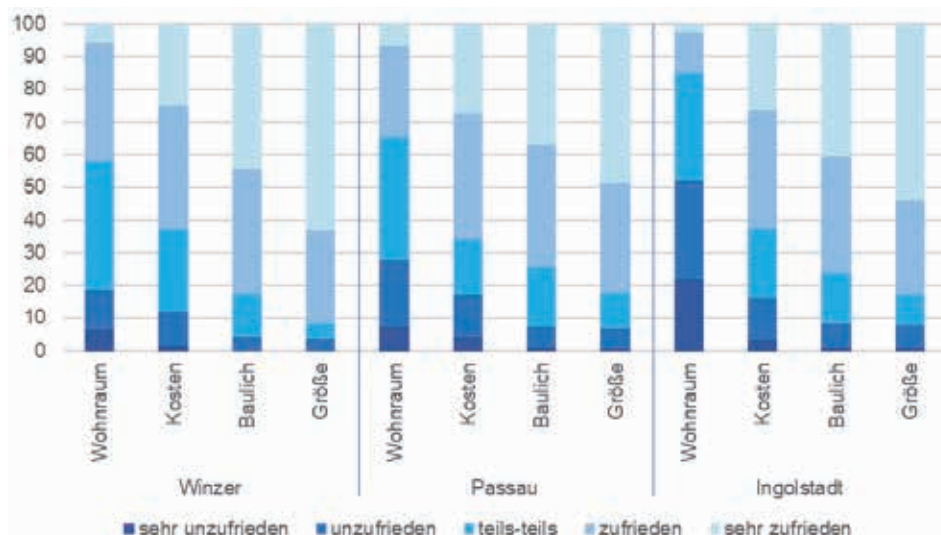


Wie zufrieden sind die Befragten mit ihrer Wohnsituation?

Neben der Nutzungsform sollen die Aspekte Kosten, Größe und baulicher Zustand der Wohnung berücksichtigt werden. Hierzu wurde im Regionalpanel gefragt, „Wie zufrieden sind sie generell mit ...“ a. „dem baulichen Zustand ihrer Wohnung/Ihres Hauses“, b. „der Größe Ihrer Wohnung/Ihres Hauses“ und c. „den Kosten ihrer Wohnung/Ihres Hauses“. Die Antwortmöglichkeiten umfassen „überhaupt nicht zufrieden“, „eher nicht zufrieden“, „teils-teils“, „eher zufrieden“ und „sehr zufrieden“. Um die Zufriedenheit mit der Wohnungsinfrastruktur am Wohnort allgemein zu kontrollieren, haben wir die Zustimmung zur Zufriedenheit mit „bezahlbarem Wohnraum“, ebenfalls 5-stufig von „überhaupt nicht zufrieden“ bis „sehr zufrieden“, berücksichtigt.

Abbildung 4 zeigt die Zufriedenheiten mit den einzelnen Charakteristika der Wohnverhältnisse getrennt nach Untersuchungsorten. Die jeweils erste Säule „Wohnraum“ zeigt die zuletzt genannte Zufriedenheit mit bezahlbarem Wohnraum allgemein, während die anderen drei Säulen sich jeweils auf die eigene Wohnung beziehen. Mit Blick auf die Verteilungen wird deutlich, dass die Befragten generell eher zufrieden sind. Dies kann damit erklärt werden, dass Veränderungen der Wohnsituation nur mit erheblichem zeitlichem und finanziellem Aufwand umgesetzt werden können, sodass die Einschätzung der Zufriedenheiten von Befragten tendenziell nach oben korrigiert wird, um einem „Gefühl der Unzufriedenheit entgegenzuwirken“ (Purkarthofer und Friehs 2022, S. 21). In der Gegenüberstellung der Orte sind die Befragten in Winzer mit allen vier Aspekten generell zufriedener als jene in

Abb. 4 Zufriedenheiten mit Wohnraum und der eigenen Wohnung der Befragten in %, Regionalpanel (Welle 2)



Passau und Ingolstadt. Bezogen auf die allgemeine Situation mit bezahlbarem Wohnraum im Ort sind die Befragten in Ingolstadt mit über 50% am unzufriedensten. Darüber hinaus zeigen sich mit Blick auf die eigene Wohnung in Passau und Ingolstadt ähnliche Verteilungen: Am wenigsten zufrieden sind die Befragten mit den Kosten, gefolgt vom baulichen Zustand. Jeweils weniger als 20% sind hingegen mit der Größe ihrer Wohnung (sehr) unzufrieden. Auffällig ist, dass die Unzufriedenheit mit den Kosten der Wohnung in Winzer ähnlich hoch ist wie in den beiden Städten, obwohl die durchschnittliche Nettokaltmiete deutlich niedriger und der Anteil an Eigentümer:innen deutlich höher ist. Dies könnte dem Umstand geschuldet sein, dass die Wohnungen in Winzer tendenziell größer sind und dadurch höhere Betriebskosten verursachen. Die Unzufriedenheit mit dem baulichen Zustand und insbesondere der Größe ist in Winzer hingegen auf einem deutlich niedrigeren Niveau als in den beiden Städten.

Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Wohnzufriedenheit und der psychischen Gesundheit?

Wir konnten in den vorangegangenen Ausführungen zeigen, dass für die Befragten in Passau und Ingolstadt ein signifikanter Unterschied zwischen der psychischen Gesundheit von Mieter:innen und Eigentümer:innen konstatiert werden kann. Bevor wir das Zusammenspiel von Nutzungsform und den Zufriedenheiten mit Kosten, Größe und baulichem Zustand

Tab. 3 Zusammenhang zwischen der psychischen Gesundheit und den Wohnzufriedenheiten getrennt nach Untersuchungsort, Regionalpanel (Welle 2)

Pearson-Bravais-Korrelation	Winzer	Passau	Ingolstadt
Gesundheit x Kosten	0,16	0,14	0,14
Gesundheit x Größe	0,02	0,10	0,17
Gesundheit x Bau	0,04	0,25	0,28
Gesundheit x Allgemein Wohnraum	0,18	0,26	0,15

der Wohnung und der psychischen Gesundheit gemeinsam betrachten, werfen wir einen Blick auf die Stärke der bivariaten Zusammenhänge (Tab. 3). In Winzer sind diese allesamt auf einem positiven aber vernachlässigbaren (Größe & Bau) bzw. geringen (Kosten & Allgemein) Niveau. In Passau gibt es einen mittleren positiven Zusammenhang der psychischen Gesundheit mit der Wohninfrastruktur und dem baulichen Zustand der eigenen Wohnung; in Ingolstadt gibt es für die Zufriedenheit mit dem baulichen Zustand der eigenen Wohnung mit der psychischen Gesundheit ebenfalls einen mittleren positiven Zusammenhang (Interpretation nach Kühnel/Krebs 2012:322).

Wie bedingen sich die einzelnen Zufriedenheiten in ihrem Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit?

Um nun die Wohnzufriedenheiten in ihrem Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit gemeinsam zu betrachten, rechnen wir drei lineare Regressionsmodelle, die für Passau und Ingolstadt in Abbildung 5 und Tabelle 4 dargestellt werden⁴. Da wir für Winzer keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Nutzungsform finden und auch die Korrelationen nur schwach ausgeprägt sind, möchten wir uns nachfolgend ausführlicher den Befunden der beiden Städte widmen. Eine Zusammenfassung der Modelle für Winzer ist dem Anhang zu entnehmen⁵. Im ersten Modell A berücksichtigen wir ausschließlich die vier Zufriedenheiten mit den Wohnumständen sowie die Nutzungsform. In Modell B integrieren wir einen Interaktionseffekt zwischen Nutzungsform (Eigentum/Miete) und Zufriedenheit mit den Kosten, da wir davon ausgehen, dass Unzufriedenheiten mit den Kosten der Wohnung für Mietende einen anderen Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit aufweisen als für Eigentümer:innen. Zuletzt integrieren wir soziodemografische und ökonomische Merkmale wie Alter, Geschlecht, Familienstand, regelmäßige Erwerbstätigkeit und das Haushaltsnettoäquivalenzeinkommen (Modell C), die entsprechenden Koeffizienten sind der Tabelle 4 zu entnehmen.

Tab. 4 Regressionstabelle für die Analysen in Passau und Ingolstadt, Regionalpanel (Welle 2)

	Passau						Ingolstadt					
	Modell A		Modell B		Modell C		Modell A		Modell B		Modell C	
	b	sd	b	sd	b	sd	b	sd	b	sd	b	sd
Mieter:in	-0,109	(0,12)	-0,108	(0,12)	0,058	(0,13)	-0,302***	(0,09)	-0,306***	-0,302***	-0,261**	(0,09)
Zuf.: Kosten	-0,031	(0,06)	-0,020	(0,09)	-0,072	(0,09)	0,030	(0,04)	0,105*	(0,05)	0,073	(0,05)
Zuf.: Baulicher Zustand	0,247**	(0,07)	0,247**	(0,07)	0,263***	(0,08)	0,218***	(0,05)	0,210***	(0,05)	0,201***	(0,05)
Zuf.: Größe	-0,059	(0,07)	-0,060	(0,07)	-0,096	(0,07)	-0,016	(0,06)	-0,007	(0,05)	0,018	(0,05)
Zuf.: Allgemein Wohnraum	0,229***	(0,07)	0,230***	(0,07)	0,217**	(0,07)	0,073	(0,04)	0,079*	(0,04)	0,083*	(0,04)
Alter (zentiert)					-0,002	(0,01)					0,000	(0,00)
Männlich					0,121	(0,12)					0,105	(0,07)
Ledig					-0,447**	(0,15)					-0,033	(0,11)
Geschieden/verwitwet					-0,315	(0,20)					-0,045	(0,12)
Ausländer					-0,006	(0,19)					0,173	(0,19)
Regelmäßig beschäftigt					0,078	(0,14)					0,037	(0,10)
Nettohaushaltseinkommen					0,000	(0,00)					0,000***	(0,00)
Miete # Zuf.: Kosten			-0,016	(0,11)	0,050	(0,10)			-0,153*	(0,08)	-0,137	(0,08)
Konstante	0,062	(0,08)	0,060	(0,09)	0,047	(0,17)	0,122**	(0,04)	0,106*	(0,05)	0,020	(0,10)
R ²	0,11		0,11		0,16		0,11		0,12		0,15	
N	323		323		323		643		643		643	

In Passau sehen wir in Modell A signifikante positive Zusammenhänge zwischen der Zufriedenheit mit dem baulichen Zustand der eigenen Wohnung sowie der allgemeinen Wohnraumsituation in der Stadt. Entsprechend der bivariaten Korrelation geht eine höhere Zufriedenheit mit einer besseren psychischen Gesundheit einher. Ein Unterschied zwischen Mieter:innen und Eigentümer:innen kann zwar für unsere Stichprobe angenommen werden, jedoch nicht für die Grundgesamtheit der Passauer verallgemeinert werden. Einen Interaktionseffekt zwischen der Nutzungsform und der Zufriedenheit mit den Kosten der Wohnung können wir Modell B nicht entnehmen. Berücksichtigen wir in Modell C letztlich die soziodemografischen und ökonomischen Merkmale, ändert sich nichts an den Koeffizienten der Zufriedenheiten. Darüber hinaus zeigt sich, dass ledige Personen eine

niedrigere psychische Gesundheit berichten als solche die verheiratet sind. Andere Kontrollmerkmale sind in Passau nicht signifikant.

In Ingolstadt weisen die befragten Mieter:innen eine deutlich niedrigere durchschnittliche psychische Gesundheit auf als die Eigentümer:innen, was unserem deskriptiven Befund ebenfalls entspricht. Darüber hinaus bekräftigt Modell A den bivariaten Befund, dass ein positiver Zusammenhang zwischen der psychischen Gesundheit und der Zufriedenheit mit dem baulichen Zustand der eigenen Wohnung besteht. Weitere Zufriedenheiten mit der Wohnung weisen keinen signifikanten Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit auf. Ergänzen wir in Modell B einen Interaktionseffekt zwischen der Nutzungsform und der Zufriedenheit mit den Kosten ändert sich dies.

Abb. 5 Koeffizientenplot für Passau und Ingolstadt, Kontrollvariablen inkludiert aber nicht abgebildet (siehe auch Tab. 4)

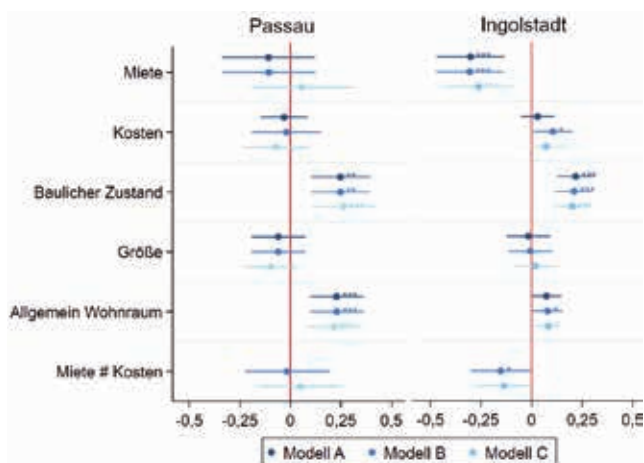
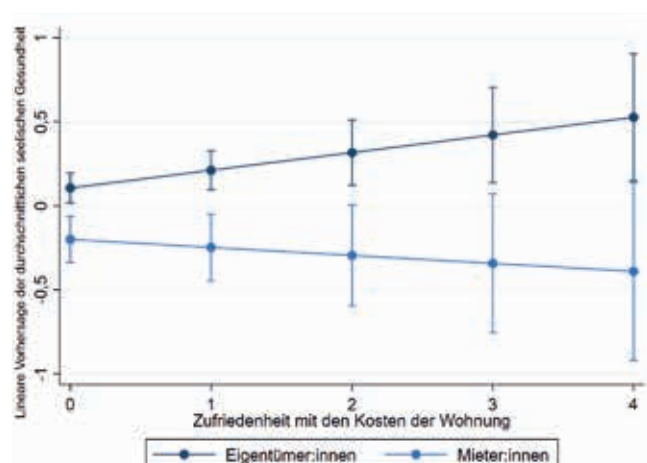


Abb. 6 Geschätzter Interaktionseffekt für Ingolstadt, Modell B



Wir sehen, dass der Unterschied zwischen Mieter:innen und Eigentümer:innen bei durchschnittlichen Zufriedenheiten mit den Aspekten der Wohnung und der Wohninfrastruktur bestehen bleibt, ebenso wie der Zusammenhang mit dem baulichen Zustand. Darüber hinaus werden die Koeffizienten der Zufriedenheit mit den Kosten und der allgemeinen Wohnungslage stärker und signifikant – höhere Zufriedenheiten gehen für Eigentümer:innen mit einer besseren psychischen Gesundheit einher. Der signifikante Interaktionseffekt hingegen ist negativ: Mietende haben mit zunehmender Zufriedenheit mit den Kosten der Wohnung eine schlechtere psychische Gesundheit berichtet als Eigentümer:innen. Dieser scheinbar paradoxe Befund lässt sich entsprechend dem Forschungsstand so interpretieren, dass die Zufriedenheit mit den Kosten der eigenen Wohnung über die Eigentumsform vermittelt wird, vermutlich da Eigentümer:innen durch die Investition in ihre Zukunft ein anderes Verhältnis zu diesen haben.

Berücksichtigen wir nun in Modell C auch die soziodemografischen und ökonomischen Merkmale der Befragten, verliert der Interaktionseffekt und auch der Koeffizient der Zufriedenheit mit den Kosten wieder seine Signifikanz, während das Nettohaushaltsäquivalenzeinkommen einen zwar sehr geringen aber positiv signifikanten Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit aufweist. Auch die Differenz zwischen Mietenden und Eigentümer:innen bleibt weitestgehend stabil. Hervorzuheben ist hierbei, dass der positive signifikante Zusammenhang der Zufriedenheit mit dem baulichen Zustand und der psychischen Gesundheit unabhängig von soziodemografischen und ökonomischen Merkmalen wie in Passau bestehen bleibt.

Bedarfsorientiertes Bauen fördert psychische Gesundheit

Wohnzufriedenheit beschreibt nicht die objektive Qualität einer Wohnung, sondern ist das Resultat eines Zusammenspiels individueller Ansprüche, Bedürfnisse und Bewertungen, das aber als solches relevant ist für die psychische Gesundheit der Bewohner:innen. Neben den in die Analyse integrierten soziodemografischen und ökonomischen Merkmalen beeinflussen also normative Vorstellungen und das Image der Wohnumgebung die Einschätzung der Zufriedenheit (Flade 2020; Purkarthofer und Friehs 2022). Ziel des Artikels war es daher, Erkenntnisse über das Zusammenspiel verschiedener die Wohnsituation betreffende Zufriedenheiten und der psychischen Gesundheit zu liefern. Dabei ist zunächst hervorzuheben, dass die psychische Gesundheit in den drei Untersuchungsorten im Schnitt ähnlich eingeschätzt wird. Darüber hinaus konnten wir feststellen, dass die psychische Gesundheit in der untersuchten Großstadt nicht von der Lage der Wohnung innerhalb der Stadt abhängt. Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass in der Marktgemeinde hinsichtlich der psychischen Gesundheit keine nennenswerten Unterschiede zwischen Eigentümer:innen und Mieter:innen sowie bezüglich der Zufriedenheiten mit der Wohnung bestehen. Dies könnte dadurch begründet sein, dass der Standard der Wohnsituation bereits auf einem zufriedenstellenden Niveau ist: die Nettokaltmieten sind auf einem niedrigeren Niveau, die

Wohnungen und Häuser überdurchschnittlich groß und sie haben häufiger eine größere Anzahl an Räumen, sodass Unzufriedenheiten in den drei untersuchten Aspekten des Wohnens nicht mit einer schlechteren psychischen Gesundheit einhergehen. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass der Anteil der Eigentümer:innen und der Mieter:innen in unserer Stichprobe sehr ungleich ist und das aufgrund des Sampledesigns unsere Befunde nur jeweils für die drei untersuchten Orte bzw. im Fall der Marktgemeinde und der Großstadt für vergleichbar bevölkerungsstarke Orte in Bayern repräsentativ sind.

Auffällig ist, dass auch in den beiden Städten die Zufriedenheit mit der Größe der Wohnung nicht mit der psychischen Gesundheit in Zusammenhang steht. Auch die Zufriedenheit mit den Kosten hat – berücksichtigt man die finanziellen Ressourcen der Befragten – keine Bedeutung mehr, auch wenn letztere nicht in beiden Städten mit der psychischen Zufriedenheit signifikant zusammenhängen. Hervorzuheben ist die bedeutende Rolle der Zufriedenheit mit dem baulichen Zustand, also die Beurteilung von vermuteten oder tatsächlichen Schadstoffbelastungen, Schallschutz und Dämmeigenschaften etc., die in beiden Städten unabhängig von sozialen Merkmalen der Befragten einen starken positiven Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit aufweist. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass Personen, die unzufriedener mit dem baulichen Zustand ihrer Wohnung sind, im Schnitt eine schlechtere psychische Gesundheit berichten. Ebenfalls konstant relevant für die psychische Gesundheit ist ungeachtet der (Un)Zufriedenheit mit den eigenen Wohnungskosten die Verfügbarkeit bezahlbaren Wohnraums am Wohnort. Unsere Ergebnisse verweisen daher auf die Relevanz von bedarfsorientiertem Wohnen und Bauen für die psychische Gesundheit von Jungen und Alten, Familien und Alleinstehenden insbesondere in urbaneren Kommunen, die bei der Gestaltung von Wohnraum berücksichtigt werden sollten.

- 1 Die Daten der zweiten Welle sind zum Zeitpunkt des Erscheinens noch nicht veröffentlicht, der Dokumentation der ersten Erhebungswelle sind jedoch detaillierte Informationen zum Erhebungsdesign zu entnehmen: DOI: 10.60532/risc_regpan.2021.w1.v1
- 2 Die Auswertungen wurden mit Stata 17 durchgeführt.
- 3 Die Angabe der Antwortmöglichkeit „weiß nicht“ wird ermöglicht, für die Analysen jedoch ausgeschlossen.
- 4 Alle Zufriedenheiten ebenso wie die psychische Gesundheit, das Alter und das Haushaltsnettoäquivalenzeinkommen wurden hierfür auf den stadtspezifischen Mittelwert zentriert. Die Regressionsmodelle werden mit robusten Standardfehlern geschätzt.
- 5 Entsprechend der bivariaten Zusammenhänge überrascht es nicht, dass sich die Zufriedenheiten mit der Wohnung in Winzer in der multivariaten Betrachtung nicht ändern (Koeffizienten sind der Tab. 5 im Anhang zu entnehmen). Es gibt keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der Nutzungsform und den Wohnungszufriedenheiten. Entsprechend finden wir in Modell B auch keinen signifikanten Interaktionseffekt. Berücksichtigen wir die soziodemografischen Merkmale finden wir in Winzer lediglich einen signifikanten positiven Zusammenhang des Nettohaushaltsäquivalenzeinkommens mit der psychischen Gesundheit und eine durchschnittlich besser eingeschätzte psychische Gesundheit bei Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit im Vergleich zu solchen mit deutscher Staatsangehörigkeit. Auf Basis unserer Daten können wir in Winzer weder Zusammenhänge der berichteten psychischen Gesundheit zwischen Mieter:innen und Eigentümer:innen, noch zwischen unterschiedlichen Zufriedenheiten mit der eigenen Wohnung oder der lokalen Wohninfrastruktur feststellen.

Literatur

Abraham, Andrea; Sommerhalder, Kathrin; Bolliger-Salzmann, Heinz; Abel, Thomas (2007): Landschaft und Gesundheit. Das Potential einer Verbindung zweier Konzepte. Hg. v. Universität Bern.

Adli, Mazda; Schöndorf, Jonas (2020): Macht uns die Stadt krank? Wirkung von Stadtstress auf Emotionen, Verhalten und psychische Gesundheit. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 63 (8), S. 979–986. DOI: 10.1007/s00103-020-03185-w.

Arundel, Rowan; Li, Ang; Baker, Emma; Bentley, Rebecca (2024): Housing unaffordability and mental health: dynamics across age and tenure. In: International Journal of Housing Policy 24 (1), S. 44–74. DOI: 10.1080/19491247.2022.2106541.

Augustin, Matthias; Augustin, Carola (Hg.) (2021): Grundlagen und Praxis der Wohnmedizin. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Baker, Emma; Bentley, Rebecca; Mason, Kate (2013): The Mental Health Effects of Housing Tenure: Causal or Compositional? In: Urban Studies 50 (2), S. 426–442. DOI: 10.1177/0042098012446992.

Bombak, Andrea E. (2013): Self-rated health and public health: a critical perspective. In: Frontiers in public health (1), S. 15. DOI: 10.3389/fpubh.2013.00015.

Evans, Gary W.; Wells, Nancy M.; Moch, Annie (2003): Housing and Mental Health: A Review of the Evidence and a Methodological and Conceptual Critique. In: Journal of Social Issues 59 (3), S. 475–500. DOI: 10.1111/1540-4560.00074.

Finzi, Jan A. (2023): Wohnungsnot, Geschlecht und Gesundheit. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Flade, Antje (2020): Wohnen in der individualisierten Gesellschaft. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Gründer, Gerhard (2020): Wie wir wohnen und leben. In: Gerhard Gründer (Hg.): Wie wollen wir leben? Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 123–134.

Grütter, Jörg Kurt (2021): Grundsätzliches zum Thema Wohnen. In: Jörg Kurt Grütter (Hg.): WOHNRAUM planen. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 17–33.

Jörissen, Juliane; Stelzer, Volker (2002): Global zukunftsfähige Entwicklung – Perspektiven für Deutschland. Arbeitspaket V: Wohnen und Bauen. Zwischenbericht 2001. Hg. v. HGF-Strategiefondsvorhaben.

Kühnel, Steffen M.; Krebs, Dagmar (2012): Statistik für die Sozialwissenschaften. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Mason, Kate E.; Baker, Emma; Blakely, Tony; Bentley, Rebecca J. (2013): Housing affordability and mental health: does the relationship differ for renters and home purchasers? In: Social science & medicine (1982) 94, S. 91–97. DOI: 10.1016/j.socscimed.2013.06.023.

Mikrozensus (2022): Ergebnisse aus dem Zusatzprogramm Wohnen. Unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/03/PD23_129_12_63.html (letzter Zugriff: 10.12.2024)

Pevalin, David J.; Reeves, Aaron; Baker, Emma; Bentley, Rebecca (2017): The impact of persistent poor housing conditions on mental health: A longitudinal population-based study. In: Preventive medicine 105, S. 304–310. DOI: 10.1016/j.ypmed.2017.09.020.

Purkardthofer, Bettina; Friehs, Barbara (2022): Mensch und Raum, eine glückliche Beziehung? Wohnpsychologie als Planungsgrundlage für Humanes Bauen. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Sackmann, Reinhold; Dirksmeier, Peter; Göb, Angelina; Hartl, Jakob; Mayer, Ina; Rees, Jonas; Rees, Yann; Reinhold, Maïke; Schmidt, Andreas; Schmidt, Jan-H.; Vogel, Berthold; Winkler, Oliver (2024). FGZ Regionalpanel 2021 – Welle 1. Daten und Dokumentation. DOI: 10.60532/risc_regpan.2021.w1.v1

Singh, Ankur; Daniel, Lyrian; Baker, Emma; Bentley, Rebecca (2019): Housing Disadvantage and Poor Mental Health: A Systematic Review. In: American journal of preventive medicine 57 (2), S. 262–272. DOI: 10.1016/j.amepre.2019.03.018.

Spellerberg, Annette; Giel, Christoph (2019): Wohnen und Armut. In: Bürger & Staat 69 (2/3), S. 143–149.

Stiel, Caroline; Duso, Tomaso; Kholodilin, Konstantin A. (2024): Mehrheit mit Wohnsituation zufrieden, aber beeinträchtigte Wohnverhältnisse für Familien. DIW-Wochenbericht.

Teti, Andrea; Höpflinger, François (2020): Wohnen im höheren Lebensalter. In: Frank Eckardt und Sabine Meier (Hg.): Handbuch Wohnsoziologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 1–26.

Tost, Heike; Kirsch, Peter (2018): Stress In The City. Wie die Umwelt unser Gehirn verändert. Ruperto Carola, Nr. 12 (2018): Stadt & Land. DOI: 10.17885/heiup.ruca.2018.12.23802.

Zensus (2022): Regionaltabelle Gebäude und Wohnungen. Unter: https://www.zensus2022.de/DE/Ergebnisse-des-Zensus/_inhalt.html (letzter Zugriff: 10.12.2024)

Anhang

Tab. 5 Regressionstabelle für die Analyse in Winzer

	Winzer					
	Modell A		Modell B		Modell C	
	b	sd	b	sd	b	sd
Miete	-0,366	(0,22)	-0,366	(0,21)	-0,378	(0,20)
Zufriedenheit Kosten	0,137	(0,09)	0,137	(0,09)	0,129	(0,09)
Zufriedenheit Baulicher Zustand	-0,028	(0,09)	-0,027	(0,09)	-0,097	(0,10)
Zufriedenheit Größe	-0,077	(0,09)	-0,077	(0,09)	-0,079	(0,09)
Zufriedenheit Allgemein Wohnraum	0,124	(0,09)	0,124	(0,09)	0,070	(0,09)
Alter (zentriert)					0,001	(0,01)
Mann					-0,021	(0,14)
Ledig					0,000	(,)
Geschieden/verwitwet					0,128	(0,23)
Ausländer					-0,207	(0,20)
Regelmäßig beschäftigt					0,549*	(0,25)
Nettohaushaltseinkommen					0,046	(0,19)
Miete # Kosten			-0,002	(0,20)	-0,050	(0,20)
Konstante	0,062	(0,07)	0,062	(0,07)	0,045	(0,18)
R ²	0,06		0,06		0,13	
N	196		196		196	

Daniela Schüller

Ökonomischer Status und Pandemie-Effekte

Eine Analyse der Daten der Bürgerbefragung „Leben in Koblenz“ 2023

Nach dem offiziellen Ende der Corona-Pandemie haben manche Menschen weiterhin mit deren Folgen zu kämpfen. Obwohl es keinen Einfluss haben sollte, ob jemand reich oder arm ist, kann vermutet werden, dass wohlhabendere Personen besser durch die Pandemie gekommen sind. Dazu werden die Folgen „gesundheitliche Beeinträchtigungen“, „wirtschaftliche/finanzielle Einbußen“ und „soziale Isolation“ für verschieden ökonomisch ausgestattete Gruppen und Lebensstiltypen näher betrachtet. Der Artikel zeigt anhand ausgewählter Items der Koblenzer Mehrthemen-Bürgerbefragung selbstberichtete Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die unterschiedlichen ökonomischen Statusgruppen.

Obwohl die Bundesrepublik Deutschland als Sozial- und Wohlfahrtsstaat mit einer generellen Krankenversicherungspflicht, kombiniert mit hohen Standards der medizinischen Behandlung, ihre Bürgerinnen und Bürger auf hohem Niveau versorgt, treten Gesundheitsbelastungen in ökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen häufiger auf. Dies postuliert bereits das Robert-Koch-Institut in einer Publikation zu „Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit“ im Jahr 2005 (RKI 2005). Detaillierter gehen Thomas Lampert und Kollegen im „Datenreport 2021“ auf dieses Thema ein; für ihren Beitrag werteten sie Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP) aus und kamen zu der Erkenntnis, dass viele Krankheiten bei Personen mit jeweils niedrigem Einkommen, Bildung und beruflicher Stellung vermehrt vorkommen.

Wie sieht es aber im Falle einer Pandemie aus, insbesondere dann, wenn es sich um eine neuartige Virusinfektion handelt, die für alle Menschen, egal ob reich oder arm, vermeintlich das gleiche Risiko darstellt? Können die Beobachtungen von Lambert et. al. auch auf die gesundheitlichen Folgen einer Pandemie übertragen werden?

Und gilt dies nur für die gesundheitlichen Folgen der Pandemie oder auch für die Häufigkeit der sozialen Kontakte?

Um dies zu untersuchen, werden im Folgenden die Daten der Koblenzer Bürgerbefragung „Leben in Koblenz“ 2023 analysiert.

Die Koblenzer Bürgerbefragung 2023

Seit 2017 führt die Fachdienststelle Kommunalstatistik und Stadtforschung der Stadt Koblenz im Turnus von zwei Jahren eine Mehrthemenbefragung von Bürgerinnen und Bürgern durch. Zentral sind die Themen Lebenszufriedenheit und Lebensqualität. In die Erhebung wurden 2023 neue Fragen eingefügt, die Auswirkungen der Corona-Pandemie messen sollten. Neben Aspekten wie z. B. Homeoffice-tätigkeit oder Online-Shopping wurden auch Auswirkungen wie gesundheitliche Beeinträchtigungen, soziale Isolation oder finanzielle Einbußen in einer Frage mit Mehrfachnennung abgefragt. Abbildung 1 zeigt die in der Koblenzer Bürgerbefragung genannten Auswirkungen der Corona-Pandemie. An der Befragung nahmen 2023 insgesamt 3.296 Personen teil, der Rücklauf lag bei 36 %.

Insgesamt über die Hälfte (55 %) der Befragten bemerken nachhaltige Veränderungen durch die Corona-Pandemie in

Daniela Schüller

Diplom-Sozialwissenschaftlerin; Stadt Koblenz, Fachdienststelle Kommunalstatistik und Stadtforschung; Schwerpunkte: Kommunale Umfragen, Erhebungen und Evaluationen, Mietspiegel

 Daniela.schueller@stadt.koblenz.de

Schlüsselwörter:

Ökonomischer Status – Gesundheit – Bürgerbefragungen – Corona-Pandemie – Lebensstiltypen

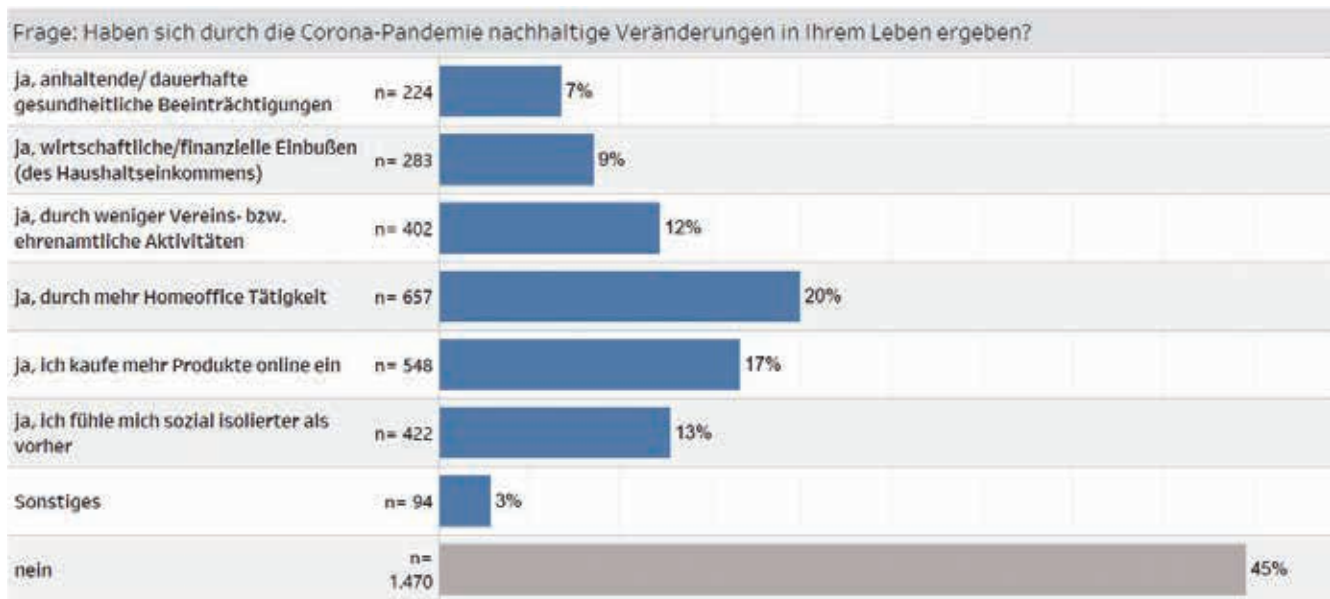
ihrem Leben. Obwohl die Pandemie vorbei ist, hat sie noch Auswirkungen auf Ihr Leben.

Um der Frage nachzugehen, ob ökonomisch unterschiedlich ausgestattete Gruppen auch unterschiedlich von den Folgen der Pandemie betroffen sind, werden von den in Abbildung 1 dargestellten Auswirkungen drei näher betrachtet. Es handelt sich um die Items:

- ja anhaltende/ dauerhafte gesundheitliche Beeinträchtigungen
- ja, ich fühle mich sozial isolierter als vorher
- ja, wirtschaftliche/finanzielle Einbußen (des Haushaltseinkommens)

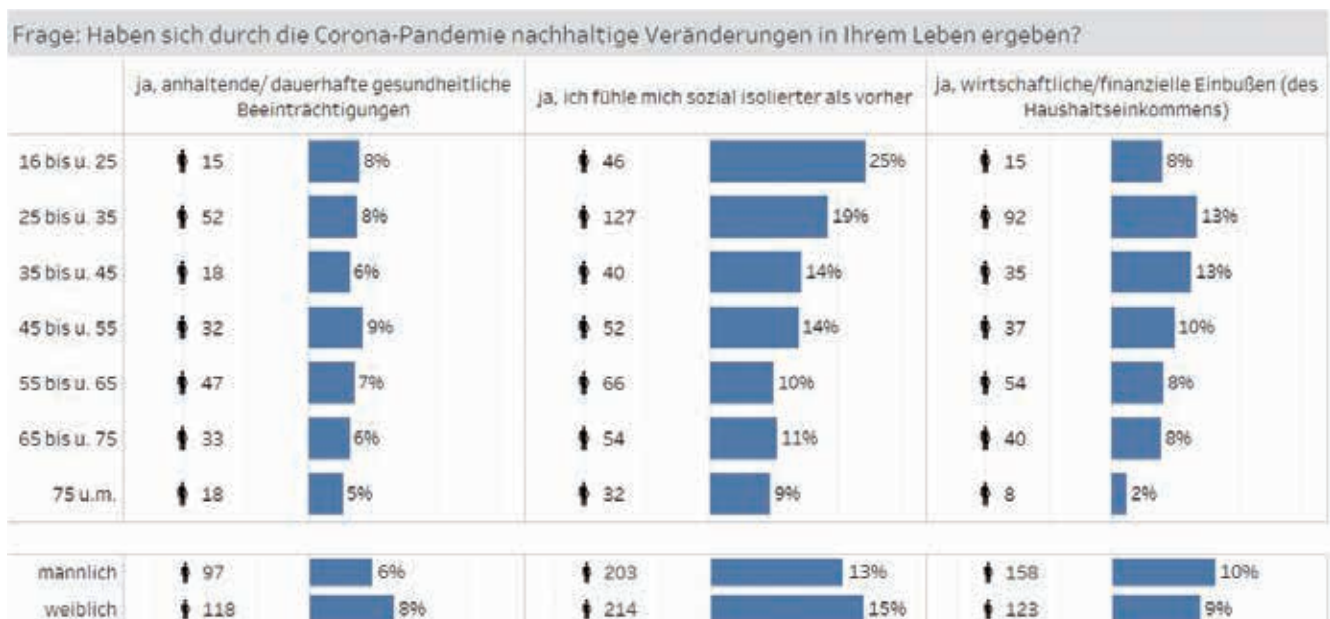
Das erste Item wurde ausgewählt, weil es das Auftreten von gesundheitlichen Beeinträchtigungen, der eigentlichen Fragestellung, misst. Zudem wird die soziale Isolation betrachtet, da sie die Inzidenz chronischer Erkrankungen erhöht (Rheinwarth, Cihlar 2021). Soziale Distanzierung war ein wichtiges Mittel zur Vermeidung von Ansteckungen in der Covid-19-Pandemie und daher wichtig, um die Ausbreitung der Pandemie zu verlangsamen. Da soziale Isolation jedoch viele negative gesundheitliche Folgen hat, fungiert dieses Item als Indikator für gesundheitliche Risiken, deren Zunahme mit anhaltender sozialer Isolation einhergeht.

Abb. 1 Verteilung nachhaltiger Veränderungen



Quelle: Bürgerumfrage „Leben in Koblenz – Bürgerpanel 2023“, Stadt Koblenz, Kommunalstatistik und Stadtforschung

Abb. 2 Verteilung nachhaltiger Veränderungen nach Altersgruppen und Geschlecht



Der finanzielle Gesichtspunkt bleibt für die weitere Analyse enthalten, da es von Interesse ist, ob Personen, die bereits finanziell schlechter gestellt sind, darüber hinaus von Einbußen beim Haushaltseinkommen berichten. In der Summe entfallen auf diese drei Items 929 Antworten.

Demografische Differenzierung

Abbildung 2 zeigt die Anteile der Befragten, die für die drei angeführten Folgen angeben, dass diese auf sie zutreffen. Die berichteten Auswirkungen werden zunächst differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht betrachtet. Die eher geringen Differenzen erscheinen auf den ersten Blick plausibel.

Gesundheitlich beeinträchtigt fühlen sich in den einzelnen Altersgruppen 5% bis 9% der Befragten. Das Alter scheint kaum einen Einfluss auf das Auftreten von dauerhaften gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu haben.

Unter den Frauen scheinen tendenziell mehr Befragte unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu leiden als unter den befragten Männern.

Von sozialer Isolation sehen sich generell deutlich mehr Befragte betroffen; dabei berichten insbesondere die jüngeren Befragten von einer nachwirkenden Einschränkung ihrer sozialen Kontakte – bei den unter-25-Jährigen konstatiert dies immerhin ein Viertel.

Auch wirtschaftliche Einbußen werden vermehrt aus der jüngeren Altersgruppe der 25- bis 45-Jährigen berichtet. In diese Lebensaltersphase fallen in der Regel die Familiengründung und der Berufseinstieg und somit auch Stellenwechsel, häufig verbunden mit Ortswechselln. Weiterhin gehen mehr Männer als Frauen von wirtschaftlichen Einbußen aus.

Für die in Abbildung 2 dargestellten Betroffenheitsquoten der unterschiedlichen Gruppen wurden Chi-Quadrat-Tests gerechnet. Diese zeigen für die Verteilungen in Abhängigkeit

vom Alter hinsichtlich der Items „sozial isoliert“ und „finanzielle Einbußen“ deutliche Ungleichverteilungen. Ebenso können deutliche Ungleichverteilungen für die beiden erhobenen Genusgruppen hinsichtlich der selbstberichteten Betroffenheit für die Items „sozial isoliert“ und „gesundheitliche Beeinträchtigungen“ konstatiert werden.

Ökonomische Differenzierung

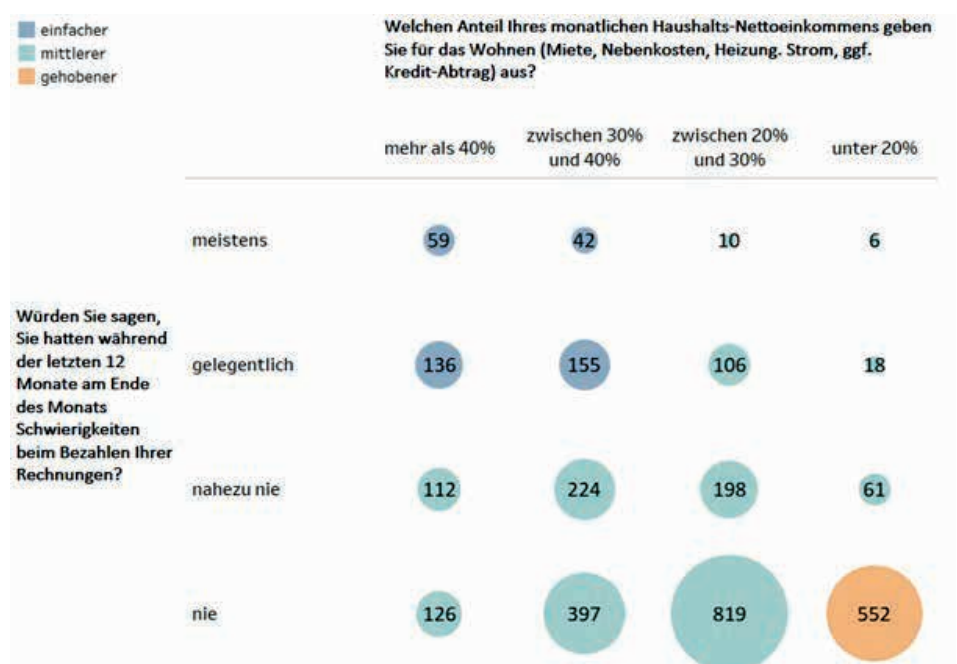
Im Weiteren wird der Fragestellung nachgegangen, ob unterschiedlich ökonomisch ausgestattete Gruppen unterschiedlich stark von den Auswirkungen der Pandemie betroffen waren.

In einem ersten Schritt mussten dazu ökonomische Statusgruppen gebildet werden. Die Operationalisierung wurde anhand einer Kreuztabelle zweier Fragestellungen durchgeführt und kann ausführlich im Ergebnisbericht (Kommunalstatistik & Stadtforschung 2024) der Bürgerbefragung nachgelesen werden. Es handelt sich um eine sehr einfache Kategorisierung des ökonomischen Status und wird der Komplexität des Themas kaum gerecht. Vor allem beziehen sich die Antworten auf diese beiden Fragen eher auf die Situation des Haushalts und nicht auf die der einzelnen antwortenden Personen. Das ist bei der Interpretation der hier präsentierten Ergebnisse zu berücksichtigen. Dennoch bietet der generierte Indikator einen ersten Eindruck vom Einfluss unterschiedlicher ökonomischer Gestaltungsspielräume auf Einstellungen und Bewertungen. Wie die drei Gruppen gebildet werden, kann der farblichen Einteilung in Abbildung 3 entnommen werden.

Insgesamt befinden sich 392 Personen in der Gruppe mit niedrigem ökonomischem Status, und 552 in der mit gehobenen. Dies entspricht 13 % und 18 % der Befragten, die Restlichen entfallen auf die mittlere Gruppe.

Erwartungsgemäß verteilen sich die ökonomischen Statusgruppen nicht gleich über die Altersgruppen. Knapp jede

Abb. 3 Ökonomische Statusgruppen



zweite Person mit niedrigem ökonomischem Status ist jünger als 35 Jahre. In der Gruppe mit gehobenem Status ist hingegen nur jede vierte Person in dieser Altersgruppe. Insbesondere die Werte der untersten Zeile entsprechen der Erwartung, dass die Personen, die weniger als 30 % ihres Einkommens fürs Wohnen ausgeben, auch am Monatsende noch solvent sind.

Abbildung 5 zeigt die drei ausgewählten Items aus der Liste der möglichen Pandemiefolgen differenziert nach ökonomischen Statusgruppen. Insgesamt 3.021 Befragte haben alle drei Fragen beantwortet. Die Grundannahme lautet, dass der ökonomische Status des Haushalts Einfluss darauf hat, ob eine Person von negativen Folgen aufgrund einer Covid-19-Infektion berichtet oder nicht.

Auf den ersten Blick zeigt sich bei den aufgeführten negativen Auswirkungen, dass die Gruppe mit niedrigem ökonomischem Status in allen drei Items die höchsten Betroffenheitsquoten aufweist, während Personen mit gehobenem Status jeweils die niedrigsten Werte haben. Die Abstände zwischen dem niedrigen und mittleren ökonomischen Status sind jeweils wesentlich höher als die Unterschiede zwischen dem mittleren und gehobenen Status. Die Ergebnisse bestätigen die These, dass Personen mit einfachem ökonomischem Status deutlich stärker von negativen Folgen der Pandemie betroffen sind.

Anhaltende gesundheitliche Beeinträchtigungen

Insgesamt berichten 15 % der Personen mit niedrigem ökonomischem Status, dass sie anhaltende gesundheitliche Beeinträchtigungen haben. Bei den anderen zwei Gruppen trifft dies nur auf 7 % bzw. 4 % zu. Auch hier wurde ein Chi-Quadrat-Test gerechnet, der zeigt, dass sich die diesbezügliche Wahrnehmung im Vergleich der drei Gruppen deutlich ungleich verteilt.

Soziale Isolation

Von sozialer Isolation sind insgesamt mehr Personen betroffen als von gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Knapp jede vierte Person mit niedrigem ökonomischem Status fühlt sich nach der Pandemie sozial isolierter als vorher. Auch hier ist der Abstand zwischen dieser Gruppe und den anderen beiden deutlich höher. 11 % beträgt der Abstand zur mittleren Gruppe (13 %) und 13 % zur gehobenen (11 %). Wie zuvor kann von deutlich unterschiedlichen Verteilungen ausgegangen werden.

Abb. 4 Verteilung des ökonomischen Status nach Altersgruppen

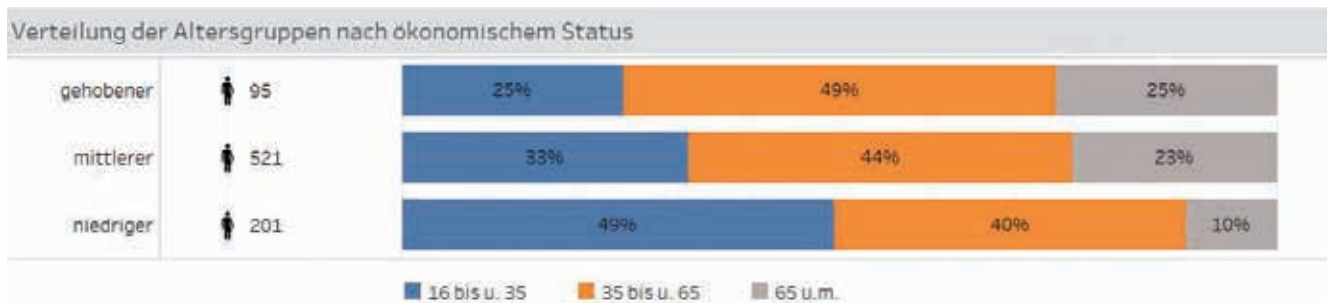
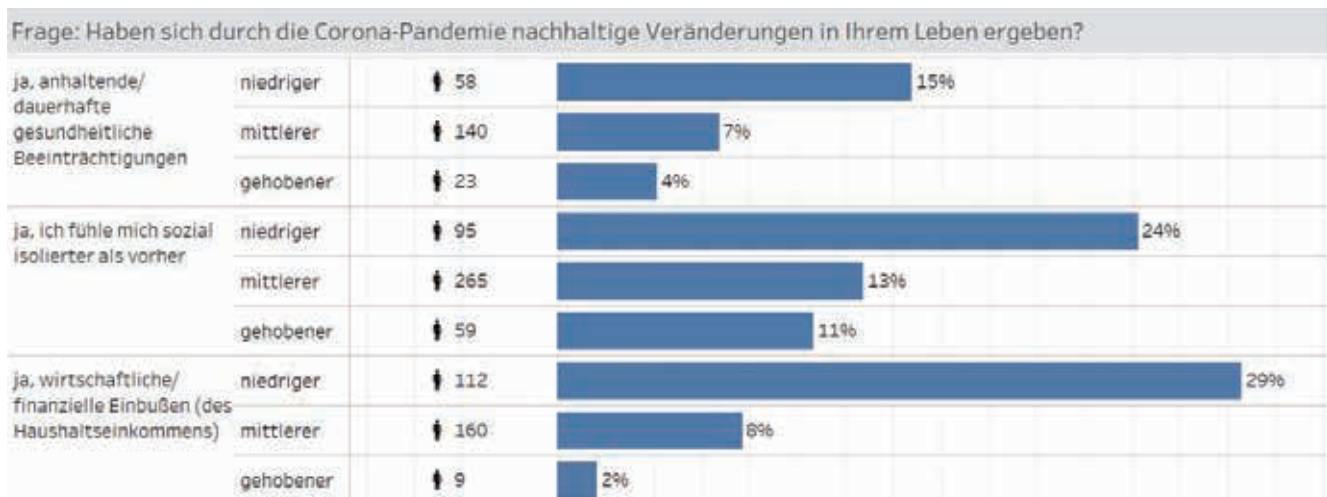


Abb. 5 Verteilung nachhaltiger Veränderungen nach ökonomischen Statusgruppen



Wirtschaftliche/finanzielle Einbußen (des Haushaltseinkommens)

Wie zu erwarten zeigt Abbildung 5, dass von den Befragten, die in die Gruppe mit niedrigem ökonomischem Status zugeordnet wurden, knapp jede dritte Person berichtet, von wirtschaftlichen bzw. finanziellen Einbußen betroffen zu sein. Bei dem Aspekt der finanziellen Einbußen war dies zu erwarten, da diese Personen bereits eine höhere Wohnbelastungsquote haben und angaben, am Ende des Monats Schwierigkeiten beim Bezahlen von Rechnungen zu haben. Auch hier weist der Chi-Quadrat-Test deutlich unterschiedliche Verteilungen nach.

Da jedoch explizit danach gefragt wurde, ob sie durch die Pandemie nachhaltige wirtschaftliche Einbußen haben, ist nicht ersichtlich, ob diese Personen bereits vor Corona wirtschaftlich schlechter gestellt waren oder erst durch die Folgen der Pandemie in diese prekäre Situation gelangt sind. Da die Gruppe mit niedrigem ökonomischem Status knapp zur Hälfte aus jungen Personen unter 35 Jahren besteht, kann vermutet werden, dass Menschen mit geringen oder, im Fall etwa von Studierenden, noch nicht abgeschlossenen Qualifikationen, in höherem Maße Nebenjobs nachgegangen sind, die pandemiebedingt weggefallen sind (z. B. in der Gastronomie- oder Veranstaltungsbranche) und dadurch in finanzielle Schwierigkeiten gekommen sind.

Zudem kann vermutet werden, dass ein Teil dieser Personen in der niedrigen ökonomischen Statusgruppe aufgrund nachhaltiger gesundheitlicher Folgen (Long-Covid) erst in eine schwierige ökonomische Lage gekommen sind. Beide Vermutungen betreffen wahrscheinlich nur einen kleinen Teil dieser Gruppe.

Leider wurde die Frage, ob am Ende des Monats Schwierigkeiten beim Bezahlen von Rechnungen bestehen, erst 2023 in den Fragebogen aufgenommen. Der Panelansatz hätte es sonst ermöglicht zu überprüfen, wie viele der Personen, die aktuell von einer schwierigen finanziellen Lage betroffen sind, dies bereits schon in den Vorjahren waren. Dadurch wäre es möglich gewesen, die Größe der Personengruppe zu schätzen,

die finanziellen Auswirkungen aufgrund der gesundheitlichen Einschränkungen haben.

Zudem kann keine Aussage dazu getroffen werden, inwieweit sich die abgefragten negativen Folgen gegenseitig beeinflussen. Zwischen den Items bestehen signifikante Zusammenhänge, die jedoch schwach ausgeprägt sind und keine Aussage zu Ursache bzw. Wirkung zulassen. Daher kann nicht gezeigt werden, ob finanzielle und/oder gesundheitliche Schwierigkeiten dazu führen, dass weniger soziale Kontakte gepflegt werden können. Oder ob soziale Isolation sogar der Auslöser dafür war, dass eine Covid 19-Infektion eher gesundheitliche Einschränkungen zur Folge hatte. Dennoch besteht die Möglichkeit, sollten die genutzten Fragestellungen auch beim nächsten Bürgerpanel 2025 enthalten sein, die Folgen der Coronapandemie weiterhin zu beobachten.

Differenzierung nach selbstberichtetem Lebensstil

Zusätzlich zum ökonomischen Status beinhaltete der Fragebogen eine Itematterie zum Lebensstil (Otte 2019), in der u.a. die Aussagen

- Ich pflege einen gehobenen Lebensstandard
- Ich leiste mir manchmal ein richtig teures Menü im Restaurant
- Es ist mir zu teuer, regelmäßig große Urlaube im Ausland zu machen (umcodiert)

enthalten sind. Die jeweilige Einschätzungsskala lautete

- 1- trifft voll und ganz zu
- 2- trifft eher zu
- 3- trifft eher nicht zu
- 4- trifft ganz und gar nicht zu

Zur Einordnung zu einem Lebensstil wurde aus den Summen der drei Items die Kategorien „einfach, mittel, gehoben“ gebildet. Bis 6 Punkte wurde eine Person dem gehobenen Lebensstil zugeordnet, ab 9 Punkten dem einfachen.

Abb. 6 Verteilung nachhaltiger Veränderungen nach Lebensstil



Dieses Differenzierungskriterium wurde in die Analyse aufgenommen, da der Lebensstil hoch mit dem ökonomischen Status korreliert. Ein gehobener Lebensstil ist oft nur mit einer gewissen finanziellen Ausstattung möglich. Daher eignet sich dieses Konstrukt ebenfalls, um zu untersuchen, ob arme Menschen stärker von den Folgen der Pandemie betroffen sind.

Abbildung 6 stellt den Zusammenhang von selbstberichtetem Lebensstil und in der Pandemie erfahrenen negativen Folgen grafisch dar. Insgesamt haben N = 2.837 Befragte beide Fragen beantwortet.

Die Struktur der Antwortverteilung nach den drei Ausprägungen der Lebensstil-Kategorie ähnelt der vorherigen Abbildung. Auch hier berichten Personen mit einem hohen und mittleren Lebensstil von weniger negativen Auswirkungen der Pandemie und umgekehrt. Allerdings sind die Abstände unter den einzelnen Anteilswerten nicht so stark ausgeprägt, wie bei der Differenzierung nach ökonomischem Status.

Für diese Items wurden ebenfalls Chi-Quadrat-Tests durchgeführt. Hinsichtlich der Variable der „gesundheitlichen Beeinträchtigungen“ liegt nur eine tendenzielle Ungleichverteilung vor, für die anderen beiden sind wiederum deutliche Unterschiede zwischen den Antwortverteilungen festzustellen.

Fazit

Diese Kurz-Analyse der Koblenzer Bürgerbefragung zeigt, dass wirtschaftlich benachteiligte Menschen bzw. Haushalte und solche mit einem einfachen Lebensstil stärker von den negativen Folgen der Pandemie betroffen sind. Zumindest nehmen sie sich als stärker betroffen wahr. Obwohl es keinen Einfluss haben sollte, ob jemand reich oder arm ist, kann vermutet werden, dass wohlhabendere Personen besser durch die Pandemie gekommen sind. Die Erkenntnisse von Lambert et. al können somit auf die Pandemiefolgen in Koblenz übertragen werden.

Die kommunale Daseinsvorsorge umfasst wirtschaftliche, soziale und kulturelle Dienstleistungen. Die Ergebnisse verdeutlichen, wie wichtig die kommunale Daseinsvorsorge bei der Bewältigung negativer Pandemiefolgen sein kann und auf welche Personengruppen ein besonderes Augenmerk gelegt werden sollte. Denn Personen mit weniger sozialem und ökonomischem Kapital stehen weniger Ressourcen zur Verfügung, um die Covid19-Pandemie und deren Folgen zu bewältigen.

Um entscheiden zu können, welche Maßnahmen in den Kommunen getroffen werden können, um den betroffenen Menschen Unterstützung zukommen zu lassen, werden belastbare Daten benötigt. Die Koblenzer Kommunalstatistik verfügt leider kaum über Registerdaten zum gesundheitlichen Zustand der Bevölkerung. Dieses Beispiel zeigt, welchen wertvollen Beitrag Bürgerbefragungen als ergänzende Datenquelle leisten können, um u.a. datenbasierte Entscheidungen zu ermöglichen.

Perspektivisch wird es spannend sein zu verfolgen, wie lange die Folgen der Pandemie Auswirkungen auf die Lebensqualität haben werden. Sind weiterhin vermehrt arme Menschen betroffen, gibt es Unterschiede zwischen Stadt und Land und wird sich die aktuell wachsende Schere zwischen Arm und Reich stärker auf die Gesundheit auswirken?

Literatur

Kommunalstatistik und Stadtforschung. (2024). *Leben in Koblenz – Koblenzer Bürgerpanel*. Koblenz.
Lampert, Thomas; Michalski, Niels; Müters, Stephan; Wachtler, Benjamin & Hoebel, Jens (RKI). (2021). *Gesundheitliche Ungleichheit*. In: WZB & SOEP (Hg.), *Datenreport 2021*. https://www.wzb.eu/system/files/docs/sv/k/kap_09_dr2021.pdf (Zugriff am 31.01.2025).

Otte, Gunnar. (2019). *Weiterentwicklung der Lebensführungstypologie*, Version 2019. https://www.researchgate.net/publication/334098473_Weiterentwicklung_der_Lebensführungstypologie_Version_2019 (Zugriff am 31.01.2025).
Rheinwarth, Anna; Cihlar, Volker. (2021). *Soziale Isolation im höheren Erwachsenenalter. Einflüsse von Lebenssituation, sozioökono-*

mischer Lage und Gesundheit. In: *Bevölkerungsforschung aktuell* 3/2021. Wiesbaden.
RKI - Robert Koch-Institut (2005). *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. Berlin.

Dorothee Winkler, Judith Kaschowitz


Sozialräumliche Unterschiede und individuelle Gesundheitseinschätzung in deutschen Großstädten

Eine Analyse auf Basis der Innerstädtischen Raumbearbeitung und des Sozio-oekonomischen Panels¹

Bewohnerinnen und Bewohner in deutschen Großstädten finden unterschiedliche Lebensbedingungen in ihren Stadtteilen vor. Wir vergleichen die Gesundheit von Personen in Stadtteilen mit einer hohen SGB-II Quote mit der von Personen aus Stadtteilen mit niedriger SGB-II Quote. Wir wollen den Einfluss kleinräumiger Unterschiede auf die Gesundheit, unter Berücksichtigung individueller sozioökonomischer und demographischer Merkmale, herausarbeiten. Die Lebensbedingungen erfassen wir mit Daten der Innerstädtischen Raumbearbeitung (IRB). Zur Erfassung des Gesundheitszustands nutzen wir die Befragungsdaten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP). Unsere Ergebnisse bestätigen, dass der Zusammenhang von Gesundheit und sozialer Ungleichheit nicht losgelöst vom räumlichen und sozialen Umfeld betrachtet werden darf.

Dorothee Winkler

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR), Bonn. Aufgabenschwerpunkte: Datenakquise, -aufbereitung und -analyse zu den Themen kleinräumige Stadtbeobachtung und Städtebauförderung

 dorothee.winkler@bbr.bund.de

Judith Kaschowitz

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR), Bonn. Aufgabenschwerpunkte: kleinräumige Stadtbeobachtung, wissenschaftliche Begleitung von Projekten zur Stadtentwicklung

 judith.kaschowitz@bbr.bund.de

Schlüsselwörter:

Soziale Disparitäten – Innerstädtische Raumbearbeitung – gesundheitliche Ungleichheit – kleinräumige Analysen

Einleitung

Gesundheit ist eine zentrale Ressource und Voraussetzung für viele Lebensbereiche wie Bildungsbeteiligung, Erwerbsarbeit oder den Aufbau und Erhalt sozialer Beziehungen (u.a. Vonneilich und Knesebeck, 2020). Dabei ist sie nicht nur abhängig von individuellen Merkmalen, sondern das Resultat einer Wechselbeziehung des Individuums mit sich verändernden Lebens- und Umweltbedingungen (Vögele, 2013).

Kriwy et al. (2020) zeigen, dass neben dem sozialen Status und demographischen Merkmalen einer Person auch regionale Unterschiede für gesundheitliche Ungleichheiten eine Rolle spielen und als eigenständige Dimension betrachtet werden sollten. Gleichzeitig führen sie auf, dass verschiedene regionale Größeneinheiten zu beachten sind. Als Regionen können der Nationalstaat, Raumordnungsregionen, Bezirksebenen und Ortsteile fungieren (Gross und Kriwy, 2013). Viele Studien konzentrieren sich dabei auf größere regionale Einheiten wie Raumordnungsregionen mit im Durchschnitt ca. 800.000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Wir möchten mit unserem Artikel deshalb einen Beitrag dazu leisten, kleinräumige Regionen mit im Durchschnitt 8.000 Bewohnerinnen und Bewohner in den Blick zu nehmen und nutzen dafür Stadtteile von 53 deutschen Großstädten.

Bereits durchgeführte Analysen haben gezeigt, dass sich die Lebensbedingungen von Bewohnerinnen und Bewohnern in deutschen Großstädten in Abhängigkeit des Wohnorts in der Stadt unterscheiden (Göddecke-Stellmann et al., 2023; Grundmann und Winkler, 2022). Armutsgefährdete Gruppen leben dabei häufig segregiert in bestimmten Stadtteilen (Goebel und Krause, 2021; Helbig und Jähnen, 2018) unter vergleichsweise schwierigeren Lebensbedingungen in Bezug auf die Aspekte Wohnen, öffentlicher Raum und Umweltbelastungen (Kriwy et al., 2020). Daneben stellen eine hohe Dichte im Zusammenleben mit vielen Personen aus unterschiedlichen Kulturen und mit unterschiedlichen Wertemustern sowie finanzielle Schwierigkeiten Stressfaktoren dar, die ebenfalls Einfluss auf die Gesundheit haben können.

Eine Analyse auf Stadtteilebene in Bezug auf gesundheitliche Ungleichheiten mit den Daten der Innerstädtischen

Raumb Beobachtung (IRB) ist bisher nicht erfolgt. Im vorliegenden Beitrag werden diese Daten mit den Befragungsdaten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) kombiniert, um Unterschiede in der Beurteilung der eigenen Gesundheit auf kleinräumiger Ebene untersuchen zu können. Dabei gehen wir der Frage nach, inwiefern sich Personen, die in Stadtteilen mit konzentrierter Armut leben, von Personen in Stadtteilen mit vergleichsweise geringer Armutsquote, im Hinblick auf ihre gesundheitsrelevanten Selbsteinschätzungen unterscheiden.

Zunächst stellen wir den Forschungsstand zum Zusammenhang zwischen dem individuellen sozioökonomischen Status (SES) und der Gesundheit sowie regionalen Unterschieden in dieser Beziehung dar. Zudem gehen wir auf theoriebasierte Erklärungen für diese regionalen Unterschiede ein. Anschließend präsentieren wir die verwendeten Daten und Methoden und beschreiben die untersuchten Merkmale. Abschließend stellen wir die deskriptiven und multivariaten Ergebnisse vor und ziehen ein Fazit.

Theoretischer Hintergrund und Forschungsstand

Individuenbezogene gesundheitliche Ungleichheiten

Gesundheitssoziologische Studien untersuchen den Zusammenhang zwischen dem SES einer Person (z. B. Beruf) und deren Gesundheit (z. B. selbsteingeschätzter Gesundheitszustand). Gezeigt wurde, dass Personen mit einem niedrigen SES weniger gesund sind als Personen mit einem hohen SES. Unterschiede bestehen in Bezug auf die selbsteingeschätzte Gesundheit, Herz-Kreislaufkrankheiten, Diabetes Typ 2, Krebserkrankungen, Beeinträchtigungen alltäglicher Funktionen, Mortalität sowie psychische Erkrankungen wie Depressionen (Geyer, 2020). Erklärt wird dies dadurch, dass Personen, die sich hinsichtlich ihres SES sowie soziodemographischer Merkmale unterscheiden, aufgrund von Wissen oder Anreizen ein unterschiedliches Gesundheitsverhalten (Sport/Bewegung, Ernährung, Rauchen) aufweisen, andere Ressourcen zur Abmilderung negativer Gesundheitseffekte haben und in unterschiedlichem Maße Belastungen ausgesetzt sind (Gross und Kriwy, 2013).

Die bisherige Forschung zeigt daher, dass individuenbezogene Faktoren wie der sozioökonomische Status mit in die Analyse einbezogen werden sollten, da sie einen Einfluss auf die individuelle Gesundheit haben.

Regionale gesundheitliche Ungleichheiten

Neben der Forschung zu individuenbezogenen gesundheitlichen Ungleichheiten, die eine Möglichkeit für zielgruppenspezifische Maßnahmen schafft, werden in der Literatur regionale Unterschiede diskutiert, die auf aggregierten Daten basieren und somit raumbezogene Maßnahmen ermöglichen (z. B. Schaffung von Infrastrukturen). In der Empirie werden zur Messung sozialräumlicher Unterschiede nach Region z. B. das regionale Bildungsniveau, die Arbeitslosenquote, das Einkommensniveau, Armutsrisikoquoten von Regionen oder eigene Sozialindizes genutzt (Freie Hansestadt Bremen, 2006; Gross und Kriwy, 2013, Lampert und Kroll, 2014).

Im Ergebnis zeigt sich, dass die mittlere Lebenserwartung von Männern und Frauen in Bundesländern mit niedrigerer Armutsquote am höchsten ausfällt und am niedrigsten in den „ärmsten“ Bundesländern (Kriwy et al., 2020). Dieser Zusammenhang findet sich auf Ebene von Raumordnungsregionen wieder: je niedriger die Armutsrisikoquote einer Region, desto höher die mittlere Lebenserwartung bei Geburt (Lampert und Kroll, 2014). Auf der Ebene von Landkreisen und kreisfreien Städten zeigt eine Studie, die den Zeitraum 1995-2009 umfasst, dass die mittlere Lebenserwartung von Männern und Frauen in Kreisen mit dem niedrigsten mittleren Einkommensniveau um 10 Jahre (bzw. 7 Jahre für Frauen) unter der von Kreisen mit dem höchsten mittleren Einkommensniveau liegt (Lampert und Kroll, 2010, 2014). Deutlich kleinräumiger betrachtet Bremen die Gesundheit seiner Bewohnerinnen und Bewohner und stellt den Zusammenhang zum sozialen Status des Stadtteils her. Es zeigen sich deutliche Unterschiede in der mittleren Lebenserwartung und Mortalität zwischen Vierteln in denen eher Wohlhabende leben und benachteiligten Gebieten (Freie Hansestadt Bremen, 2006). Während die erstgenannten Studien Analysen mit deutlich größeren räumlichen Einheiten vornehmen, als die vorliegende, geht Bremen zwar ebenfalls auf die Ebene der Stadtteile bzw. einer eigens entwickelten Stadtteilklassifikation, verbleibt dabei aber in der eigenen Stadt, wohingegen wir aggregierte Daten auf Stadtteile von mehr als 50 deutschen Großstädten mit Befragungsdaten kombinieren und somit allgemeingültigere Aussagen treffen können.

Kombination individueller und regionaler Ungleichheiten

Gemein ist den vorgenannten regionalen Studien, dass sie keine Befragungsdaten in ihre Untersuchungen einbeziehen. Somit können keine Erklärungen auf Individualebene miteinbezogen werden. So besteht hier die Gefahr der Fehlinterpretation, weil sich viele Personen mit einem niedrigen SES in bestimmten Regionen konzentrieren. Dies könnte dazu führen, dass der Region eine höhere Bedeutung für die individuelle Gesundheit zugeschrieben wird, da sämtliche individuellen Unterschiede unberücksichtigt bleiben.

Dagegen kombinieren Gross und Kriwy (2013) Befragungsdaten mit räumlichen Daten. Sie messen soziale Ungleichheit auf der Ebene von 97 Raumordnungsregionen und verwenden verschiedene Indikatoren zur Messung sozialräumlicher Ungleichheit, u. a. die Arbeitslosenquote oder das Bildungsniveau. Zur Analyse der Gesundheit wird das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) mit der Frage zur selbsteingeschätzten Gesundheit verwendet und mit den genannten raumbezogenen Daten in Bezug gesetzt. Dabei schätzen die Autoren Mehrebenenmodelle. In diese empirischen Modelle nehmen sie Merkmale auf der Ebene der Individuen auf und kontrollieren so für individuelle Unterschiede. Im Ergebnis zeigt sich kein eigenständiger Effekt des regionalen Einkommensniveaus, der betrachteten Ungleichheitsmerkmale oder der lokalen Arbeitslosenquote auf die individuelle Gesundheit. Der individuelle Bildungseffekt ist aber stärker in Regionen mit hoher Bildungsungleichheit (Gross und Kriwy, 2013). Dies zeigt, dass die Lebensumstände auf Maßstabsebene größerer regionaler Einheiten keinen eigenständigen Effekt auf die individuelle

Gesundheit haben. Ergänzend dazu kann daher unsere Analyse gesehen werden, die der Frage nachgeht, ob dies auch für kleinere regionale Einheiten, wie wir sie in dieser Studie verwenden, gilt.

Theorie zur Erklärung kleinräumiger gesundheitlicher Ungleichheiten

Kriwy, Neumeier und Klärner (2020) diskutieren verschiedene theoretische Ansätze zur Wirkung von kleinräumigen regionalen Unterschieden auf die individuelle Gesundheit. **Soziale Ansteckung** beschreibt, dass eine Gruppe von Personen in einem Stadtteil (kein) Wissen über Gesundheit hat und sich in der Folge (un)gesund verhält (Sport, Spaziergänge, regelmäßige Vorsorge), was von anderen „nachgeahmt“ wird. **Lokale soziale Normen** beschreiben akzeptierte Verhaltensmuster, an denen sich der Einzelne in seinem Verhalten orientiert. Gehen z.B. genug Leute zu Fuß, kann es zur sozialen Norm werden, sich zu Fuß fortzubewegen. **Nachbarschaftliches Sozialkapital** beschreibt, inwieweit Personen mit anderen Menschen aus der Nachbarschaft interagieren. Im Falle von Krankheit, so die These, kann auf unmittelbare Unterstützung zurückgegriffen werden, was negative Gesundheitsfolgen abmildern kann. Dagegen meint **relative Deprivation**, dass Personen, die sich mit ihrem direkten Umfeld vergleichen und „schlechter abschneiden“ z.B. hinsichtlich des Einkommens, diesen Vergleich als stressig empfinden, was auf Dauer zu einer schlechteren Gesundheit führt.

Daten und Methode

Anknüpfend an den Forschungsstand und die Theorien zur Erklärung kleinräumiger gesundheitlicher Ungleichheiten untersuchen wir vier gängige Gesundheitsmerkmale und deren Zusammenhang mit dem individuellen SES in Abhängigkeit davon, ob die Person in einem Stadtteil lebt, der einen hohen, mittleren oder niedrigen Anteil an SGB-II Empfängerinnen und Empfängern hat. Für die SOEP-Befragten in unserer Studie wissen wir, in welcher Kategorie von Stadtteil (niedrig, mittel, hoch) unserer gebildeten SGB-II Klassifikation sie leben.

Wir nutzen die Daten der Innerstädtischen Raubeobachtung (IRB) für die Klassifikation der städtischen Wohnumgebung und die Befragungsdaten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP, bereitgestellt vom DIW) für die gesundheitliche Einstufung. Das SOEP ist eine jährlich wiederholte echte Längsschnitbefragung. Erfasst werden in dem Survey soziodemografische und sozioökonomische Merkmale, Informationen zur Haushaltszusammensetzung und Gesundheitsmerkmale (Goebel et al., 2019). Das Analysejahr ist 2021. Die raumbezogenen Daten der IRB liegen für Stadtteile von 53 Städten vor und enthalten Merkmale zu u.a. dem Bevölkerungsbestand und der Transferabhängigkeit (Göddecke-Stellmann et al., 2021). Auf Basis der Transferabhängigkeit wurde eine Klassifikation zur sozialen Lage der Stadtteile erstellt (siehe Göddecke-Stellmann et al., 2024 und Tabelle 1).

Den individuellen SES erfassen wir mit den Variablen Haushaltseinkommen, Bildungsstand, Erwerbsstatus und Einschätzung des eigenen Lebensstandards. Weiter erfassen wir soziale Unterstützung über die Anzahl der Haushaltsmitglieder, die

Tab. 1 In der Studie verwendete Variablen

Regionale/raumbezogene Ungleichheit	
SGB-II Klassifikation	0 – niedrige 1 – mittlere 2 – hohe SGB-II Quote
Individueller SES	
Haushaltseinkommen	Äquivalenzhaushaltseinkommen, gewichtet nach Anzahl der Haushaltsmitglieder
Bildung	0 – Niedrig (noch kein Abschluss, ohne Abschluss, Hauptschule, Hauptschule und berufl. Bildungsabschluss) 1 – Mittel (Realschulabschluss, Realschulabschluss und berufl. Bildungsabschluss, Fachhochschulreife/Abitur, Fachhochschulreife/Abitur und berufl. Bildungsabschluss) 2 – Hoch (Fachhochschule, Hochschule)
Erwerbsstatus	0 – nicht erwerbstätig 1 – erwerbstätig (Vollzeit, Teilzeit, Ausbildung/Lehre, geringfügig erwerbstätig, Werkstatt für behinderte Menschen, in Kurzarbeit)
Einschätzung Lebensstandard im Vergleich zu Nachbarn	0 – viel niedriger, etwas niedriger 1 – etwa gleich hoch, etwas höher, viel höher
Soziale Unterstützung	
Anzahl Haushaltsmitglieder	0 bis max. 10
Zufriedenheit mit der Familie	0–10 – sehr unzufrieden bis sehr zufrieden
Anzahl Freunde	0 – niedrig (weniger als 5) 1 – mittel (5 bis 10) 2 – hoch (mehr als 10)
Demographische Merkmale	
Alter	in Jahren
Geschlecht	0 – Männlich 1 – Weiblich
Migrationshintergrund	0 – kein Migrationshintergrund 1 – Migrationshintergrund (direkt, indirekt)

Zufriedenheit mit der Familie und die Anzahl der Freunde. Zudem nutzen wir gängige demographische Merkmale wie Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund als Kontrollvariablen (Tab. 1). Die in der Analyse verwendeten Gesundheitsvariablen zeigt Tabelle 2.

Tab. 2 Operationalisierung von Gesundheit

Variablen	Ausprägungen
Selbst eingeschätzte Gesundheit	0 – sehr gut, gut, zufriedenstellend 1 – weniger gut, schlecht
Selbst berichtete Einschränkungen	0 – nein, nicht eingeschränkt 1 – ja, etwas eingeschränkt/ ja, sehr eingeschränkt
Selbst berichtete depressive Erkrankung	0 – trifft nicht zu 1 – ja
Selbst berichteter Diabetes	0 – trifft nicht zu 1 – ja

Ergebnisse

Deskriptive Ergebnisse:

Gesundheit differenziert nach SGB-II Klassifikation

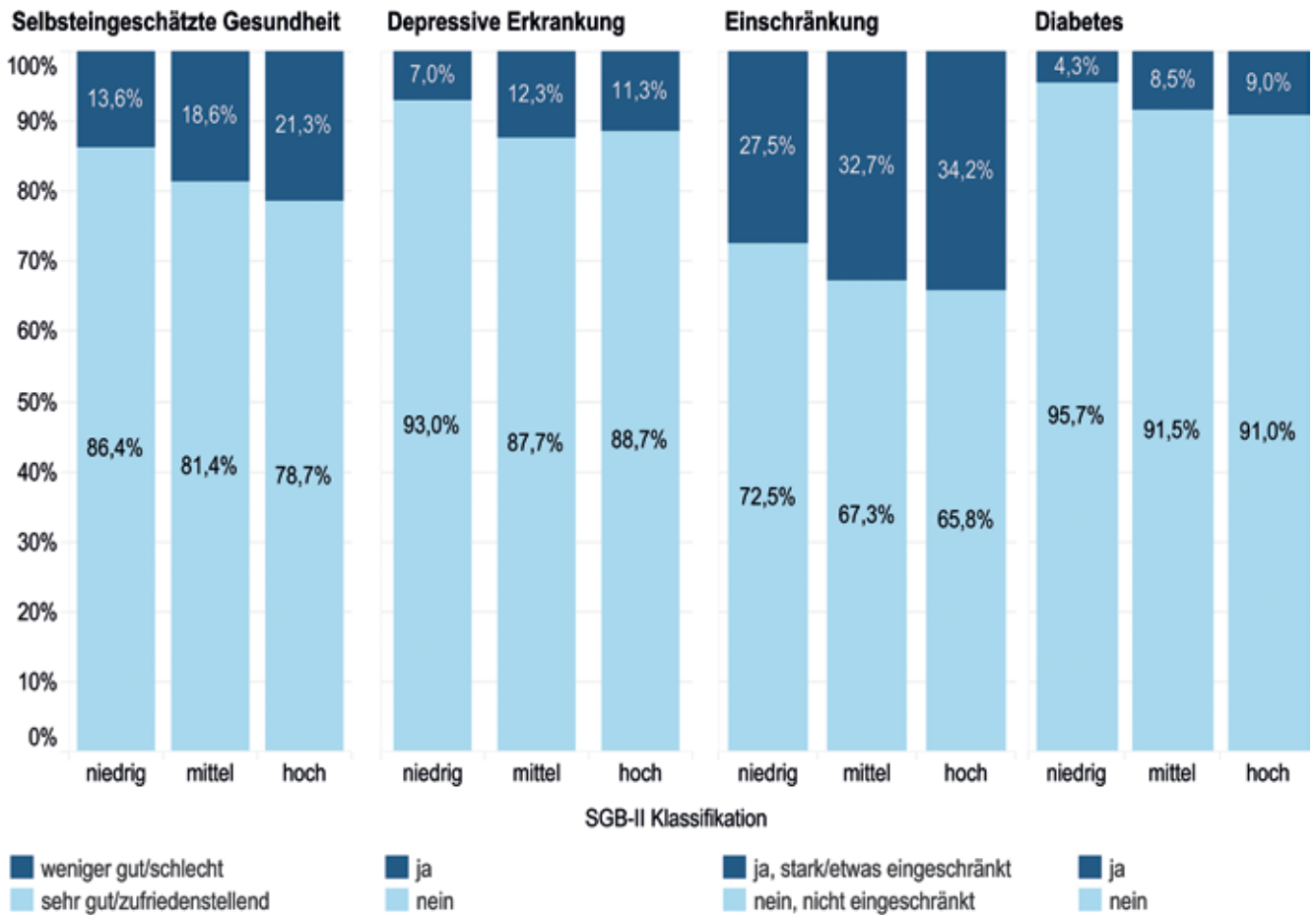
Die Auswertungen in diesem Abschnitt beziehen nur die regionale Ungleichheit, jedoch nicht den individuelle SES mit ein. Dies soll helfen, die Ergebnisse der Studien zu regionalen gesundheitlichen Ungleichheiten mit unseren Daten zu vergleichen und die darauffolgenden Regressionsergebnisse unter Einbezug des individuellen SES besser bewerten zu können. Für alle vier selbstberichteten Gesundheitsmerkmale zeigt sich, dass Befragte, die in Gebieten mit einer hohen oder mittleren SGB-II Quote leben häufiger angeben, eine weniger gute oder sogar schlechte Gesundheit zu haben (Abb. 1).

Tab. 3 Regressionsergebnisse regionale Ungleichheit und Gesundheit

	Schlechte selbst eingeschätzte Gesundheit	Depressive Erkrankung liegt vor	Einschränkungen liegen vor	Diabetes liegt vor
	AME (SF)	AME (SF)	AME (SF)	AME (SF)
Regionale Ungleichheit				
SGB-II Klassifikation (Ref. niedrig)				
<i>mittel</i>	0.025 (0.018)	0.032 (0.016)	0.029 (0.022)	-0.005 (0.013)
<i>hoch</i>	0.031 (0.021)	0.038* (0.019)	0.038 (0.026)	0.003 (0.015)
Individueller SES				
Äq. HH-Einkommen	-0.023*** (0.006)	-0.010 (0.005)	-0.028*** (0.007)	-0.006 (0.004)
Bildung (Ref. niedrig)				
<i>mittel</i>	-0.031 (0.019)	0.034* (0.016)	-0.079** (0.025)	-0.011 (0.013)
<i>hoch</i>	-0.061** (0.020)	-0.006 (0.017)	-0.130*** (0.025)	-0.032* (0.013)
Erwerbstätig	-0.076*** (0.018)	-0.117*** (0.019)	-0.143*** (0.022)	-0.028* (0.012)
Einschätzung Lebensstandard (Ref. viel niedriger, etwas niedriger)				
_ mind. gleich hoch im Vergleich zu Nachbarn	-0.072*** (0.018)	-0.024 (0.016)	-0.101*** (0.022)	-0.000 (0.011)
Soziale Unterstützung				
Anzahl HH-Mitglieder	0.002 (0.005)	-0.028*** (0.005)	-0.011* (0.006)	0.001 (0.003)
Zufr. mit der Familie	-0.021*** (0.003)	-0.014*** (0.003)	-0.022*** (0.004)	-0.001 (0.002)
Anzahl Freunde (Ref. niedrig)				
<i>mittel</i>	-0.007 (0.013)	-0.028* (0.012)	-0.015 (0.015)	-0.009 (0.008)
<i>hoch</i>	0.016 (0.035)	-0.074** (0.025)	-0.073* (0.037)	-0.022 (0.018)
N	3095	3072	3092	3072

Anmerkung: Daten; eig. Analysen; weitere Kontrollvariablen: Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund, Signifikanzniveau: *** p < 0.001; ** p < 0.01; * p < 0.05

Abb. 1 Gesundheitsmerkmale nach SGB-II Klassifikation



Quelle: Innerstädtische Raubeobachtung des BBSR; Datengrundlage: Kommunalstatistiken der IRB-Städte; SOEP (v38, 2021), eig. Darstellung; Anmerkung: Chi-Quadrat-Tests sind jeweils signifikant

Die deskriptive Auswertung zeigt, dass Befragte aus Gebieten mit einer hohen und mittleren SGB-II Quote bei den betrachteten Merkmalen zu höheren Anteilen eine schlechte Gesundheit aufweisen als Befragte in Gebieten mit niedriger SGB-II Quote. Im Folgenden analysieren wir, ob dieser Zusammenhang bestehen bleibt, wenn der individuelle SES und weitere Kontrollvariablen berücksichtigt werden. Wir kombinieren also individuelle und regionale Ungleichheiten (s. Tab. 3).

Regressionsergebnisse

Wir schätzen logistische Regressionsmodelle und weisen „average marginal effects“ (AME) aus. Diese geben bspw. an, wie sich die Wahrscheinlichkeit ändert, eine schlechte selbsteingeschätzte Gesundheit zu haben, wenn sich die Region (SGB-II Klasse) ändert (Tab. 3). Zudem schätzen wir in logistischen Regressionsmodellen pro SGB-II Klasse (niedrig, mittel oder hoch) den Einfluss des individuellen SES auf die Gesundheit (Tab. 4).

Regionale Ungleichheit als unabhängige Variable

Die Kontrollvariablen Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund werden in diesem Beitrag der Übersichtlichkeit halber nicht dargestellt.

Im Ergebnis zeigt sich überwiegend kein direkter Effekt des SGB-II-Anteils im Stadtteil auf die selbst beurteilte Gesundheit.

Zugleich zeigen unsere Berechnungen, wie wichtig die Kontrolle individueller Unterschiede ist. Würde das Einkommen nicht als Variable in das Modell aufgenommen werden, würde der Einfluss des SGB-II-Anteils im Stadtteil auf die Gesundheit in allen Fällen signifikant werden, das heißt es käme zu einer Überschätzung des Einflusses der regionalen Ungleichheit auf die individuelle Gesundheit. Für depressive Erkrankungen hat der Stadtteil, unter Kontrolle aller anderen im Modell enthaltenen Einflussfaktoren, einen geringen Einfluss. Das könnte ein Hinweis darauf sein, dass nachbarschaftliches Sozialkapital und soziale Deprivation (Kriwy, Neumeier und Klärner, 2020) hier wirken.

Weiter zeigt sich:

Selbst eingeschätzte Gesundheit: Für die individuellen SES Merkmale zeigt sich, dass ein höheres Einkommen (2,3 Prozentpunkte (PP)), ein hohes Bildungsniveau (6,1 PP) und erwerbstätig zu sein (7,6 PP), mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit einhergehen, von einer schlechten Gesundheit zu berichten. Befragte, die ihren Lebensstandard gleich oder besser einschätzen als den ihrer Nachbarn haben eine geringere Wahrscheinlichkeit (7,2 PP) ihre Gesundheit als weniger gut oder schlecht einzuschätzen. Ebenso geht eine hohe Zufriedenheit mit der Familie mit einer geringeren Wahrschein-

lichkeit (2,1 PP) einher, die eigene Gesundheit schlecht einzuschätzen. Dies deckt sich mit den Forschungsergebnissen zu den individuenbezogenen gesundheitlichen Ungleichheiten.

Depressive Erkrankung: Personen in Stadtteilen mit einem hohen SGB-II-Anteil berichten signifikant häufiger von einer depressiven Erkrankung als Personen in Stadtteilen mit einem niedrigen SGB-II-Anteil (3,8 PP). Erwerbstätig zu sein, geht mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit (11,7 PP) einher, eine depressive Erkrankung zu haben. Der Zusammenhang von Bildung und einer depressiven Erkrankung ist uneindeutig. Weiter finden wir, je größer die Anzahl der Haushaltsmitglieder (2,8 PP) ist, je zufriedener die Personen mit ihrer Familie (1,4 PP) sind und je mehr Freunde (mittel: 2,8 / hoch: 7,4 PP) sie haben, desto weniger wahrscheinlich ist das Vorliegen einer Depression.

Einschränkungen: Ein höheres Einkommen (2,8 PP), ein höherer Bildungsgrad (mittel: 7,9 / hoch: 13,0 PP) und erwerbstätig zu sein (14,3 PP), „schützen“ davor, von Einschränkungen betroffen zu sein. Hier muss allerdings der Effekt der umgekehrten Kausalität berücksichtigt werden, da Personen, die im Alltag eingeschränkt sind, seltener einer Erwerbstätigkeit nachgehen können. Einen im Vergleich zu den Nachbarn besseren Lebensstandard zu haben, reduziert die Wahrscheinlichkeit (10,1 PP), sich im Alltag eingeschränkt zu fühlen. Gleiches gilt für die untersuchten Merkmale der sozialen Unterstützung (Anzahl HH-Mitglieder: 1,1 PP; Zufr. mit der Familie: 2,2 PP; Anzahl Freunde hoch: 7,3 PP).

Diabetes: Kaum eine der untersuchten Einflussvariablen zeigt einen signifikanten Effekt. Nur eine hohe Bildung (3,2 PP) und erwerbstätig zu sein (2,8 PP), stehen im Zusammenhang mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit für das Vorhandensein einer Diabetes-Erkrankung. Allerdings können wir Diabetes-

Erkrankungen nur selten in unserem Datensatz beobachten, daher sind diesbezügliche Effekte nur äußerst vorsichtig zu interpretieren.

Getrennte Modelle nach regionaler Ungleichheit

Im Anschluss betrachten wir den Zusammenhang zwischen der Einschätzung der individuellen Gesundheit und dem individuellen sozioökonomischen Status getrennt nach den drei SGB-II Klassen, um gegebenenfalls moderierende Effekte der regionalen Ungleichheit aufzudecken.

Aus Tabelle 4 wird deutlich, dass sich die Zusammenhänge je nach Ausprägung der SGB-II-Klassifikation unterscheiden.

Selbst eingeschätzte Gesundheit: Der Zusammenhang von Erwerbstätigkeit und schlechter eingeschätzter Gesundheit nimmt von Stadtteilen mit einem niedrigen SGB-II-Anteil zu Stadtteilen mit einem hohen zu und wird signifikant. In Stadtteilen mit einem mittleren SGB-II-Anteil steht eine Erwerbstätigkeit mit einer um 7,6 Prozentpunkte geringeren Wahrscheinlichkeit für eine weniger gut bis schlecht eingeschätzte Gesundheit in Zusammenhang, während es bei Stadtteilen mit einem hohen SGB-II-Anteil 10,9 Prozentpunkte sind. Erwerbstätig zu sein, wirkt in Stadtteilen mit hoher SGB-II Quote stärker protektiv oder eventuell bedeutet es aber auch, dass erwerbstätige Personen keine Zeit haben, sich um ihre Gesundheit zu sorgen. Möglich ist aber auch, dass eine gute Gesundheit in solchen Stadtteilen eine besonders wichtige Voraussetzung ist, um erwerbstätig zu sein.

Depressive Erkrankung: Ähnliches gilt auch für die depressiven Erkrankungen, wobei hier noch deutlichere Unterschiede bestehen (mittel: 10,4 / hoch: 17,6 PP). Zusätzlich zeigt sich, dass ein Vergleich im Lebensstandard mit den Nachbarn nur bei Personen in Stadtteilen mit einem mittleren SGB-II-Anteil in einem signifikanten Zusammenhang zu einer depressiven Erkrankung steht.

Tab. 4 Regressionsergebnisse Gesundheit nach SGB-II-Klassifikation

	Schlechte selbst eingeschätzte Gesundheit			Depressive Erkrankung liegt vor			Einschränkungen liegen vor			Diabetes liegt vor		
	AME (SF)			AME (SF)			AME (SF)			AME (SF)		
	Niedrig	Mittel	Hoch	Niedrig	Mittel	Hoch	Niedrig	Mittel	Hoch	Niedrig	Mittel	Hoch
Individueller SES												
Äq. HH-Einkommen	-0.005 (0.011)	-0.025*** (0.007)	-0.026 (0.016)	-0.000 (0.009)	-0.012 (0.006)	-0.008 (0.013)	-0.008 (0.013)	-0.031*** (0.008)	-0.027 (0.016)	0.005 (0.006)	-0.011* (0.005)	-0.002 (0.010)
Bildung (Ref. niedrig)												
Mittel	-0.062 (0.079)	-0.037 (0.025)	-0.018 (0.034)	-0.117 (0.085)	0.028 (0.023)	0.066* (0.030)	-0.292** (0.106)	-0.048 (0.033)	-0.080* (0.041)	-0.036 (0.047)	-0.003 (0.015)	-0.017 (0.026)
Hoch	-0.113 (0.078)	-0.059* (0.025)	-0.049 (0.040)	-0.127 (0.085)	-0.021 (0.022)	0.051 (0.036)	-0.337** (0.106)	-0.099** (0.033)	-0.138** (0.047)	-0.039 (0.046)	-0.018 (0.015)	-0.073** (0.025)
Erwerbstätig	-0.013 (0.043)	-0.076*** (0.022)	-0.109** (0.037)	-0.086 (0.054)	-0.104*** (0.023)	-0.176*** (0.040)	-0.086 (0.065)	-0.106*** (0.028)	-0.256*** (0.043)	-0.095 (0.051)	-0.022 (0.014)	-0.017 (0.023)
Einschätzung Lebensstandard (Ref. viel niedriger, etwas niedriger)												
_ mind. gleich hoch im Vergleich zu Nachbarn	-0.035 (0.039)	-0.093*** (0.025)	-0.033 (0.036)	0.009 (0.032)	-0.055* (0.022)	0.045 (0.029)	-0.158** (0.059)	-0.125*** (0.030)	0.003 (0.040)	-0.004 (0.026)	0.006 (0.013)	-0.016 (0.025)
N	428	1958	732	425	1943	727	428	1956	731	425	1943	727

Anmerkung: Daten; eig. Analysen; weitere Kontrollvariablen: Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund, Anzahl Haushaltsmitglieder, Zufriedenheit mit der Familie, Anzahl Freunde, Signifikanzniveau: *** p < 0.001; ** p < 0.01; * p < 0.05

Einschränkungen: Das Vorliegen einer Erwerbstätigkeit zeigt hier einen ähnlichen Zusammenhang wie bei den beiden vorherigen Gesundheitsmerkmalen. Die Größe des Zusammenhangs ist am geringsten bei Personen in Gebieten mit einem niedrigen SGB-II-Anteil und nimmt dann mit aufsteigender Kategorie zu (mittel: 10,6 / hoch: 25,6 PP). Signifikant ist der Zusammenhang jedoch nur in den Klassen „mittel“ und „hoch“. Einen besonders starken Zusammenhang hat eine mittlere bzw. hohe Bildung im Vergleich zu einer niedrigen Bildung bei Personen in Gebieten mit einem niedrigen SGB-II-Anteil. So haben Personen mit einem hohen Bildungsabschluss in diesen Gebieten eine um 33,7 Prozentpunkte (mittel: 29,2 PP) niedrigere Wahrscheinlichkeit eine Einschränkung im alltäglichen Leben zu berichten – es könnte sich hier um Personen handeln, die Tätigkeiten ausüben, die körperlich weniger belastend sind. Im Vergleich dazu verringert sich die Wahrscheinlichkeit in Gebieten mit einem hohen SGB-II-Anteil durch eine hohe Bildung um lediglich 13,8 Prozentpunkte. Interessant ist, dass ein positives Abschneiden des Lebensstandards beim Vergleich mit den Nachbarn in den Klassen niedrig und mittel mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit (niedrig: 15,8 / mittel: 12,5 PP) einhergeht, von Einschränkungen zu berichten. Naheliegend ist hier die Erklärung, dass Personen, die ihre Lebenssituation „besser“ bewerten als die ihrer Nachbarn, zur Einschätzung kommen, dass sie von weniger Einschränkungen betroffen sind im Vergleich zu anderen.

Diabetes: Für Diabetes finden wir nur einen signifikanten Koeffizienten für Bildung und Einkommen. Auch hier gilt, dass es sich bei einer Diabetes-Erkrankung um ein im Datensatz seltenes Phänomen handelt. Personen, die in Gebieten mit einem hohen SGB-II-Anteil leben und über eine hohe Bildung verfügen, haben eine um 7,3 Prozentpunkte geringere Wahrscheinlichkeit an Diabetes zu leiden. Hier könnte ein höheres Gesundheitswissen einer Diabetes-Erkrankung entgegenwirken. Für Gebiete der Klassifikation mittel gilt, dass ein höheres Einkommen die Wahrscheinlichkeit einer Diabetes-Erkrankung verringert (1,1 PP).

Fazit

Diese Analyse folgte dem Zweck, den Einfluss kleinräumiger regionaler Unterschiede auf die gesundheitsbezogene Selbstwahrnehmung von Bewohnerinnen und Bewohnern zu untersuchen. Die Unterschiede wurden dabei über die SGB-II Quote des Stadtteils erfasst und spiegeln wider, ob ein Stadtteil durch Armut geprägt ist, was mit besonderen Herausforderungen einhergehen kann. Ein weiteres Ziel dieser Untersuchung war es zu prüfen, ob sich die Ergebnisse der bisherigen Forschung zur regionalen Ungleichheit und Gesundheitsunterschieden auf Basis der verwendeten Daten reproduzieren lassen. Diese haben den Vorteil, dass sie es erlauben, kleinräumige Unterschiede in Großstädten (regionale Ungleichheit) mit der Gesundheitseinschätzung in Zusammenhang zu bringen und zu berücksichtigen, dass sich Bewohnerinnen und Bewohner dieser Stadtteile hinsichtlich weiterer Merkmale (individueller SES) unterscheiden. Unsere Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen individuellem SES und der Gesundheit decken sich mit den bisherigen Studien. Personen, die erwerbstätig sind

und eine hohe Bildung haben, berichten von einer besseren Gesundheit. Der theoretische Ansatz der relativen Deprivation lässt sich teilweise bestätigen. Personen, die im Vergleich zu ihrem Umfeld über einen mindestens gleichwertigen Lebensstandard verfügen, berichten seltener von einer schlechten Gesundheit, Depressionen oder Einschränkungen im Alltag, lediglich in Bezug auf das Vorliegen einer Diabeteserkrankung konnte eine Bestätigung des theoretischen Ansatzes nicht erfolgen.

Besonders hervorzuheben sind die unterschiedlichen Zusammenhänge zwischen den individuellen SES Merkmalen und der selbstberichteten Gesundheit in Abhängigkeit von der SGB-II-Klassifikation des Wohngebiets. Hier hat sich gezeigt, dass diese teilweise einen moderierenden Effekt hat. So finden wir, dass das Nachgehen einer Erwerbstätigkeit in den Gebieten, die einen hohen SGB-II Anteil haben, in einem signifikanten Zusammenhang zur Gesundheitseinschätzung steht (Ausnahme: Diabetes), während das in Stadtteilen mit einem niedrigen SGB-II-Anteil nicht der Fall ist. Dies bestätigt die Befunde, die argumentieren, dass die Zusammenhänge nicht losgelöst vom räumlichen und sozialen Umfeld (soziale Ansteckung, lokale soziale Normen, nachbarschaftliches Sozialkapital) betrachtet werden dürfen.

Einschränkend ist zu sagen, dass die SGB-II Quote nur eine Annäherung an die Verhältnisse im Stadtteil darstellt und eine allgemeine Belastung des Stadtteils durch Armut widerspiegelt. Sie sagt nichts über die Qualität von Nachbarschaften oder das Eingebunden sein der Bewohnerinnen und Bewohner in ihren Stadtteil aus. Bei der Schätzung der Modelle konnten wir keine Mehrebenenanalyse anwenden, aber haben uns der Wirkung des Raums auf die Gesundheit mittels getrennter Modellierung nach Stadtteilen in Abhängigkeit von der SGB-II-Quote angenähert. Da unterschiedlich viele Befragte in die drei Klassen der SGB-II Klassifikation fallen, kann es sein, dass wir für bestimmte Gesundheitsmerkmale nicht genug Variation in den Daten haben, was dazu führen kann, dass Zusammenhänge nicht deutlich werden. Zudem muss erwähnt werden, dass insbesondere die Wahl eines Stadtteils als Wohnort von finanziellen Gegebenheiten abhängt und somit die Zusammensetzung der Einwohnerschaft in den Stadtteilen variiert.

Mit den gewählten Modellen können keine kausalen Aussagen getroffen werden. Jedoch versuchen wir das Problem zu mildern, indem wir auf der individuellen Ebene den sozioökonomischen Status und soziale Unterstützung (Tab. 1) kontrollieren. Zu beachten ist zudem, dass wir uns zwar über den Stadtteil an die regionalen Ungleichheiten annähern können, jedoch dies je nach Größe und Verteilung innerhalb des Stadtteils nicht die realen Lebensbedingungen der befragten Personen darstellen muss. Generell gilt für die Verwendung von Gesundheitsmerkmalen aus Befragungen, dass es sich um subjektive Einschätzungen handelt, die sicherlich von der individuellen Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit beeinflusst sind. Die Kombination der Daten hat jedoch gezeigt, dass Analysen auf Stadtteilebene möglich sind und sich Aussagen über Befragte in (Groß-)Städten treffen lassen.

Aus städtebaulicher Perspektive könnte in weiteren Untersuchungen versucht werden, den Einfluss von städtebaulichen Strukturen – über z. B. die Infrastruktur oder die Wohnbau-

ung – auf die Gesundheit zu modellieren, um Ansatzpunkte aufzudecken, wie regionale Ungleichheiten abgebaut werden können. Die zunehmende Verfügbarkeit von Geodaten zur Infrastruktur und Umweltbelastungen macht solche Studien möglich. Hier bieten die Daten der Innerstädtischen Raumbearbeitung sinnvolle Modifikationsmöglichkeiten.

1 Die hier wiedergegebene Meinung muss nicht zwingend mit der Meinung des BBR/BBSR übereinstimmen.

Literatur

- Freie Hansestadt Bremen (2006): Die Auswirkungen sozialer Polarisierung. Zur Entwicklung der Lebenserwartung und Sterblichkeit in ausgewählten Bremer Wohngebieten. Hg. v. Gesundheitsamt Bremen. Bremen.
- Geyer, Siegfried (2020): Soziale Ungleichverteilungen von Gesundheit und Krankheit und ihre Erklärungen. In: Monika Jungbauer-Gans und Peter Kriwy (Hg.): Handbuch Gesundheitssoziologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 1–23.
- Goebel, Jan; Krause, Peter (2021): Datenreport 2021. Armut in verschiedenen Bevölkerungsgruppen. Bonn. Zugriff: <https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/datenreport-2021/private-haus-halte-einkommen-und-konsum/329951/armut-in-verschiedenen-bevoelkerungsgruppen/> [abgerufen am 30.12.2024].
- Göddecke-Stellmann, Jürgen; Grundmann, Teresa; Kaschowitz, Judith; Mannseicher, Claudia; Müller, Cornelia; Rimke, Charlotte, Winkler, Dorothee (2023): Deutsche Großstädte unter Anpassungsdruck: Aktuelle und zukünftige soziodemografische und sozioökonomische Entwicklungspfade. BBSR Einzelpublikation.
- Göddecke-Stellmann, Jürgen; Lauerbach, Teresa; Winkler, Dorothee (2021): Innerstädtische Raumbearbeitung: ein kritischer Rück- und Ausblick. In: *Stadtforschung und Statistik* 34 (1), S. 98–105.
- Göddecke-Stellmann, Jürgen; Mannseicher, Claudia; Müller, Cornelia; Winkler, Dorothee (2024): Neue Vergleichskriterien für die Innerstädtische Raumbearbeitung. Bonn (BBSR-Analysen KOMPAKT, 2).
- Goebel, Jan; Grabka, Markus M.; Liebig, Stefan; Kroh, Martin; Richter, David; Schröder, Carsten; Schupp, Jürgen (2019): The German Socio-Economic Panel (SOEP). In: *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik* 239 (2), S. 345–360. DOI: 10.1515/jbnst-2018-0022.
- Gross, Christiane; Kriwy, Peter (2013): Einfluss regionaler sozialer Ungleichheits- und Arbeitsmarktmerkmale auf die Gesundheit. In: *Comparative Population Studies – Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft* 38 (3), S. 74–768.
- Grundmann, Teresa; Winkler, Dorothee (2022). Soziale Lage von Kindern in der Stadt: Kinderarmut im sozialräumlichen Kontext. *Stadtforschung und Statistik: Zeitschrift des Verbandes Deutscher Städtestatistiker*, 35 (1), S. 28–37.
- Helbig, Marcel; Jähnen, Stefanie (2018): Wie brüchig ist die soziale Architektur unserer Städte? Trends und Analysen der Segregation in 74 deutschen Städten. WZB Discussion Paper P2018–001. Berlin
- Jungbauer-Gans, Monika; Kriwy, Peter (Hg.) (2020): Handbuch Gesundheitssoziologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Kriwy, Peter; Neumeier, Stefan; Klärner, Andreas (2020): Regionale gesundheitliche Ungleichheiten. In: Monika Jungbauer-Gans und Peter Kriwy (Hg.): Handbuch Gesundheitssoziologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 583–603.
- Lampert, T.; Kroll, L. E. (2010): Armut und Gesundheit. Hg. v. Robert Koch-Institut Berlin. Berlin (GBE kompakt, 5).
- Lampert, T.; Kroll, L. E. (2014): Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. Hg. v. Robert Koch-Institut. Berlin (GBE kompakt, 5(2)).
- Vögele, Claus (2013): Was ist Gesundheit?. *Verhaltenstherapie*, 23 (4): S. 232–233.
- Vonneilich, Nico; Knesebeck, Olaf von dem (2020): Gesundheitliche Ungleichheit und soziale Beziehungen. In: Monika Jungbauer-Gans und Peter Kriwy (Hg.): Handbuch Gesundheitssoziologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 253–273.

Leon Klos, Laura Wolbring, Alexander Woll

Aktive Schulwege in städtischen und ländlichen Gebieten (Un)genutzte Gesundheitspotenziale?

Ausreichende Bewegung ist wichtig für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Ein aktiver Schulweg, z. B. zu Fuß oder mit dem Fahrrad, kann dazu beitragen, auch im Alltag aktiv zu sein. Anhand der COMO-Studie, einer deutschlandweiten, repräsentativen Befragung von Kindern und Jugendlichen, werden aktuelle Zahlen zur Art der Schulwege in städtischen und ländlichen Gebieten und der damit verbundenen Bewegungszeit vorgestellt. Im langfristigen Vergleich lässt sich eine Abnahme der Fußmobilität und eine Zunahme der Fahrradmobilität in Großstädten erkennen. Obwohl ein Großteil der Kinder und Jugendlichen zumindest einen Teil des Schulweges aktiv zurücklegt, gibt es sowohl in städtischen als auch in ländlichen Gebieten noch ungenutzte Gesundheitspotenziale bei Kindern und Jugendlichen, die beispielsweise mit dem Auto zur Schule gebracht werden.

M. Sc. Leon Klos

Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Bereich Sozial- und Gesundheitswissenschaften des Sports am Institut für Sport und Sportwissenschaft des Karlsruher Instituts für Technologie
✉ Leon.Klos@kit.edu

Dr. Laura Wolbring

Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Bereich Sozial- und Gesundheitswissenschaften des Sports am Institut für Sport und Sportwissenschaft des Karlsruher Instituts für Technologie
✉ Laura.Wolbring@kit.edu

Prof. Dr. Alexander Woll

Leitung des Bereichs Sozial- und Gesundheitswissenschaften des Sports und Leiter des Instituts für Sport und Sportwissenschaft des Karlsruher Instituts für Technologie
✉ Alexander.Woll@kit.edu

Schlüsselwörter:

Aktive Mobilität – Kinder und Jugendliche –
Schulweg – Bewegungsförderung

Einleitung

Die negativen Folgen von Bewegungsmangel und einem inaktiven Lebensstil sind in der Bevölkerung weitgehend bekannt. Bereits im Kindes- und Jugendalter sind die vielfältigen gesundheitsfördernden Effekte sowohl auf die psychische, als auch auf die physische Gesundheit messbar und vielfach belegt (Poitras et al., 2016). Dennoch erreicht nur ein Bruchteil der Kinder und Jugendlichen die Bewegungsempfehlungen der Weltgesundheitsorganisation von durchschnittlich 60 Minuten moderater bis hochintensiver körperlicher Aktivität pro Tag (Bull et al., 2020). In Deutschland erfüllt nur knapp ein Drittel der Kinder und Jugendlichen diese Empfehlungen (Nigg et al., under review). Das heißt, rund zwei Drittel können damit das Gesundheitspotenzial von ausreichender körperlicher Aktivität nicht ausschöpfen.

Kinder und Jugendliche können sich in verschiedenen Kontexten bewegen: In der Freizeit (z. B. beim draußen Spielen, im Sportverein oder im Fitnessstudio), in der Schule (z. B. im Sportunterricht), im Haushalt (z. B. beim Rasenmähen) oder bei der Mobilität. Der Schulweg eignet sich besonders gut, um regelmäßige Bewegung in den Alltag zu integrieren: Fast alle Kinder und Jugendlichen im Alter von 6 bis 17 Jahren gehen oder fahren regelmäßig fünfmal pro Woche (bzw. an insgesamt 190-200 Schultagen im Jahr) zur Schule und zurück. Studien haben gezeigt, dass auch leichte bis moderate Aktivitäten wie zu Fuß gehen oder Rad fahren einen gesundheitlichen Nutzen haben (Ekelund et al., 2019). Somit können auch solche alltäglichen körperlichen Aktivitäten außerhalb des Sports zu einer gesunden Entwicklung von Kindern und Jugendlichen beitragen. Darüber hinaus zeigen Studien, dass Kinder und Jugendliche mit einem aktiven Schulweg sich mehr bewegen, fitter und seltener übergewichtig sind als diejenigen, die beispielsweise mit dem Auto zur Schule gebracht werden (Henriques-Neto et al., 2020; Larouche et al., 2014; Martin et al., 2016; Martin-Moraleda et al., 2022).

Doch wie viele Kinder und Jugendliche kommen tatsächlich zu Fuß oder mit dem Fahrrad zur Schule? Wie viel Bewegungszeit können sie dabei sammeln? Und gibt es Unterschiede im Mobilitätsverhalten in städtischen und ländlichen Gebieten? Diese Fragen werden anhand von Daten der deutschlandweiten, repräsentativen COMO-Studie von Kindern und Jugendlichen beantwortet.

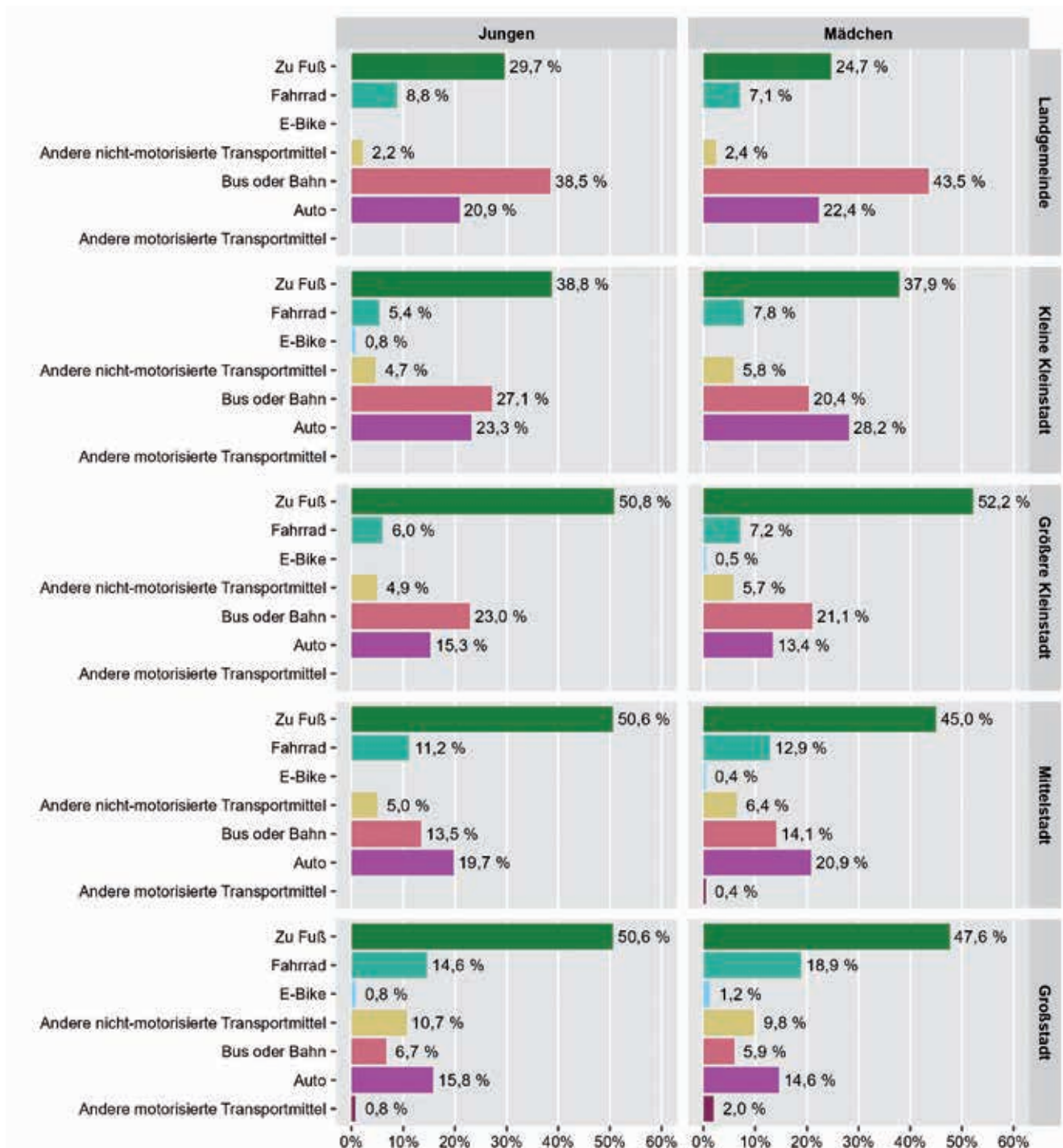
Methoden

Die Daten für die folgenden Analysen stammen aus der ersten Erhebungswelle der COMO-Studie. Die COMO-Studie¹ untersucht die körperliche Aktivität und die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie. Von September 2023 bis Januar 2024 wurde eine repräsentative Online-Befragung von 6.097 Kindern und Jugendlichen und deren Eltern durchgeführt. Die Stichprobe wurde in 163 Gemeinden gezogen und postalisch angeschrieben. Die Studie wurde gemäß der Deklaration von

Helsinki durchgeführt und es liegt ein positives Ethikvotum vom 10.11.2023, ausgestellt vom Karlsruher Institut für Technologie, vor.

Kinder unter 11 Jahren füllten den Fragebogen gemeinsam mit ihren Eltern aus, Kinder und Jugendliche ab 11 Jahren allein. Zusätzlich erhielten die Eltern einen Fragebogen, den sie ohne die Kinder ausfüllen sollten. Die Kinder und Jugendlichen wurden gefragt, wie sie meistens zur Schule kommen. Als Antwortmöglichkeiten standen „zu Fuß“, „mit dem Fahrrad“, „mit dem Fahrrad mit elektrischer Tretunterstützung (E-Bike)“, „mit anderen nicht-motorisierten Transportmitteln (z. B. Longboard,

Abb. 1 Wahl des Transportmittels zur Grundschule aufgeteilt nach Jungen und Mädchen und Stadt- und Gemeindetyp



Inliner, Tretroller)“, „mit Bus oder Bahn“, „mit dem Auto“ und „mit anderen motorisierten Transportmitteln (z. B. E-Scooter, Motorroller, Motorrad)“ zur Auswahl. Sofern diese Frage mit einer der ersten vier Antwortmöglichkeiten beantwortet wurde, wurde noch nach der für diesen aktiven Schulweg benötigten Zeit gefragt. Auch bei der Auswahl „mit Bus oder Bahn“ wurde gefragt, wie lange die Kinder und Jugendlichen zu Fuß oder mit dem Fahrrad bis zur Haltestelle benötigen. Somit konnte auch hier die Wegezeit erfasst werden.

Über den Wohnort der Kinder und Jugendlichen wurde der Stadt- und Gemeindetyp des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) ermittelt. Hier wurde die Wohngemeinde anhand ihrer Einwohnerzahl und ihrer zentralörtlichen Funktion in Landgemeinde, kleine Kleinstadt, große Kleinstadt, Mittelstadt oder Großstadt eingeteilt.

Alle Ergebnisse werden getrennt für Grundschul Kinder (1.–4. Klasse) und für Kinder und Jugendliche in weiterführenden Schulen (5.–13. Klasse) dargestellt. Zunächst wird ein Überblick über die Fortbewegungsmittel gegeben, mit denen die Kinder und Jugendlichen zur Schule kommen, getrennt nach Mädchen und Jungen und nach Stadt- und Gemeindetypen. In einem zweiten Schritt wird die Dauer des aktiven Teils des Schulweges getrennt nach Verkehrsmitteln dargestellt. Dabei werden die Kategorien Fahrrad und E-Bike zusammengefasst. Die passiven Kategorien Auto und andere motorisierte Fortbewegungsmittel werden hier nicht mehr aufgeführt. Alle Auswertungen wurden mit dem Statistikprogramm R durchgeführt.

Ergebnisse

Insgesamt liegen Daten zum Schulweg von 1.815 Grundschulkindern (49,6% Mädchen) und 2.427 Kindern und Jugendlichen auf weiterführenden Schulen (51,2% Mädchen) vor.

Wie kommen Kinder zur Grundschule?

Die meisten Grundschul Kinder gehen zu Fuß zur Grundschule (Abb. 1). Nur in Landgemeinden kommen die Kinder häufiger mit dem Bus oder der Bahn zur Grundschule. Das Fahrrad spielt hier eine untergeordnete Rolle: Zusammen mit anderen nicht-motorisierten Fortbewegungsmitteln wie dem Tretroller kommt nur etwa jedes zehnte Kind, das in einer Landgemeinde wohnt, auf Rädern aktiv zur Schule, in der

Großstadt ist es jedes dritte. Des Weiteren fällt auf, dass der Anteil der Kinder, die den Bus oder die Bahn wählen, stark abnimmt, je städtischer sie wohnen. Nicht so deutlich zeigt sich der Unterschied bei dem Auto; Abhängig vom Stadt- und Gemeindetyp werden zwischen 15 % und 25 % der Kinder mit dem Auto zur Grundschule gebracht. Insgesamt gibt es keine größeren Unterschiede in der Wahl des Fortbewegungsmittels zwischen Jungen und Mädchen.

Aus Sicht der Sportwissenschaft und der Gesundheitsförderung ist es nicht nur relevant, ob die Kinder aktiv zur Schule kommen, sondern auch, wie viel sie sich dabei bewegen. Deshalb zeigt Tabelle 1, wie viel Aktivitätszeit die Kinder durch den aktiven Schulweg zu Fuß, mit dem Rad, anderen nicht-motorisierten Fortbewegungsmitteln und durch den aktiven Weg zur Bus- oder Bahnhaltestelle sammeln. Insgesamt sind die meisten Kinder mit aktivem Schulweg zwischen 5 und 15 Minuten unterwegs (mittlere Dauer±Standardabweichung: 10,7±7,0 Minuten). Gut ein Viertel kommt sogar über Bewegungszeiten von mehr als 15 Minuten pro Weg. Betrachtet man die Wege differenziert nach Verkehrsmitteln, so kommen die Wege zu Fuß (12,2±7,2 Minuten), mit dem Fahrrad (10,9±5,2 Minuten) und mit anderen nichtmotorisierten Verkehrsmitteln (10,8±5,5 Minuten) im Durchschnitt auf ähnliche Aktivitätszeiten. Der Weg zur Bus- oder Bahnhaltestelle ist mit 6,5±6,3 Minuten etwas kürzer.

Wie kommen Kinder und Jugendliche zur weiterführenden Schule?

Im Vergleich zur Grundschule sieht die Fortbewegungsmittelwahl zur weiterführenden Schule grundsätzlich anders aus: Die meisten Kinder und Jugendlichen fahren mit dem Bus oder mit der Bahn zur Schule. In Landgemeinden kommen mehr als drei von vier Kindern oder Jugendlichen so zur Schule, in Mittel- und Großstädten sind es mit 40 % deutlich weniger. Es bleibt aber immer noch das am häufigsten gewählte Fortbewegungsmittel. Auffällig ist auch, dass der Anteil der Wege zu Fuß und mit dem Fahrrad von den Landgemeinden hin zu Großstädten ansteigt. Dabei fahren mehr Kinder und Jugendliche mit dem Fahrrad und es wird seltener zu Fuß gegangen – bei den Grundschulkindern war dies andersherum der Fall. Gleichzeitig verlieren alternative nicht-motorisierte Fortbewegungsmittel fast vollständig an Bedeutung und es werden weniger Kinder mit dem Auto zur Schule gebracht. Während es in der Grundschule keine großen Unterschiede

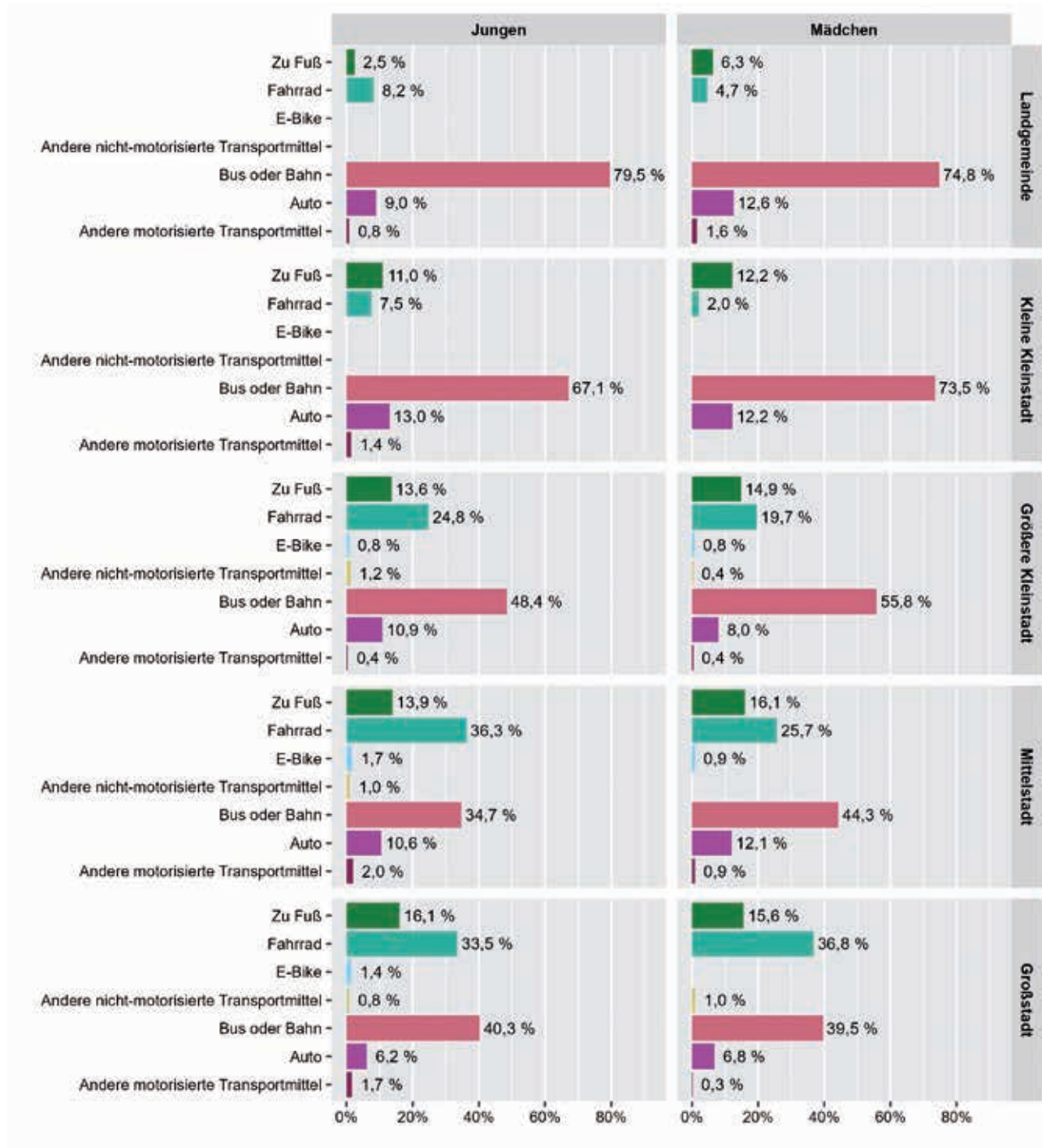
Tab. 1 Dauer des aktiven Schulwegs (nur Hinweg) zur Grundschule aufgeteilt nach Fortbewegungsmittel

Dauer des aktiven Schulwegs in Minuten	Zu Fuß N = 831	Fahrrad (incl. E-Bike) N = 209	Bus oder Bahn N = 289	Andere nicht-motorisierte Transportmittel N = 118	Gesamt N = 1.447
<5	6,1 %	1,0 %	37,0 %	7,6 %	11,7 %
5–9	23,1 %	31,6 %	39,4 %	28,0 %	28,0 %
10–14	33,8 %	40,7 %	14,5 %	31,4 %	30,8 %
15–19	18,4 %	18,7 %	3,8 %	21,2 %	15,8 %
20–24	11,3 %	5,3 %	2,1 %	9,3 %	8,4 %
25–29	3,4 %	1,4 %	1,4 %	1,7 %	2,6 %
≥ 30	3,9 %	1,4 %	1,7 %	0,8 %	2,8 %

Tab. 2 Dauer des aktiven Schulwegs (nur Hinweg) zur weiterführenden Schule aufgeteilt nach Fortbewegungsmittel

Dauer des aktiven Schulwegs in Minuten	Zu Fuß N = 329	Fahrrad (incl. E-Bike) N = 618	Bus oder Bahn N = 1.157	Andere nicht-motorisierte Transportmittel N = 14	Gesamt N = 2.118
<5	8,2%	2,8%	32,2%	0,0%	19,6%
5–9	26,7%	18,0%	33,1%	28,6%	27,7%
10–14	28,9%	26,5%	18,4%	28,6%	22,5%
15–19	16,7%	21,7%	8,2%	28,6%	13,6%
20–24	12,8%	17,5%	3,1%	7,1%	8,8%
25–29	2,7%	5,5%	0,6%	0,0%	2,4%
≥30	4,0%	8,1%	4,4%	7,1%	5,4%

Abb. 2 Wahl des Transportmittels zur weiterführenden Schule aufgeteilt nach Jungen und Mädchen und Stadt- und Gemeindetyp



zwischen Jungen und Mädchen gibt, ist hier der Anteil der Jungen, die mit dem Fahrrad zur Schule fahren, höher als der der Mädchen, die im Gegenzug häufiger mit dem Bus oder der Bahn zur Schule fahren.

Etwa die Hälfte der Kinder und Jugendlichen sammelt 5–15 Minuten Aktivitätszeit auf dem Hinweg zur Schule (mittlere Dauer±Standardabweichung: 10,9±9,2 Minuten). Im Vergleich zur Grundschule zeigen sich Unterschiede bei den einzelnen Fortbewegungsmitteln – tendenziell ist die aktive Zeit bei allen etwas angestiegen. Die mittlere Aktivitätszeit zu Fuß beträgt 12,1±8,2 Minuten, mit dem Fahrrad 14,7±7,7 Minuten, mit sonstigen nicht-motorisierten Fortbewegungsmitteln 13,3±9,0 min und mit dem Bus oder der Bahn wieder etwas weniger, nämlich 8,5±9,4 Minuten.

Diskussion

Zusammenfassung

Die repräsentative COMO-Studie liefert aktuelle Zahlen aus den Jahren 2023 und 2024 zur Schulmobilität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland.

Grundschulkindern kommen am häufigsten zu Fuß, mit Bus und Bahn oder mit dem Auto zur Schule. Im Stadt-Land-Vergleich zeigt sich, dass in Landgemeinden Bus und Bahn am häufigsten genutzt werden, während in städtischen Gebieten der Fußweg überwiegt. Tendenziell gilt auch: Je städtischer die Gemeinde, desto mehr Kinder kommen auch mit dem Fahrrad oder anderen nicht-motorisierten Fortbewegungsmitteln zur Schule. Mit aktiven Fortbewegungsmitteln kommen Grundschulkindern im Durchschnitt auf rund 11 Minuten Bewegungszeit. Wenn sie mit Bus oder Bahn zur Schule kommen, sind es etwa 7 Minuten.

Zur weiterführenden Schule kommen die meisten Kinder mit Bus, Bahn oder dem Fahrrad. Je ländlicher die Gemeinde, desto häufiger werden Bus und Bahn genutzt, je städtischer

die Gemeinde, desto häufiger wird das Fahrrad genutzt oder auch zu Fuß gegangen. 10% der Kinder und Jugendlichen werden mit dem Auto zur Schule gebracht. Jungen fahren häufiger mit dem Fahrrad als Mädchen, diese wiederum häufiger mit Bus oder Bahn als die Jungen. Mit aktiven Fortbewegungsmitteln dauert der Schulweg im Durchschnitt zwischen 12 und 15 Minuten, der aktive Teil zum Bus oder der Bahn ist mit ca. 9 Minuten etwas kürzer.

Schulwege früher und heute – ein Vergleich über die letzten 20 Jahre

In den letzten Jahren – vielleicht auch verstärkt durch die Corona-Pandemie – ist die Rolle der aktiven Mobilität in den Bereichen Public Health, Verkehrsplanung und Stadtentwicklung, aber auch in der Gesellschaft zunehmend thematisiert worden. Diese Untersuchung ist eine der ersten, die deutschlandweite Zahlen zur Schulmobilität nach der Corona-Pandemie liefert und somit Vergleiche mit früheren Erhebungen zulässt, um langfristige Trends aufzudecken.

Die deutschlandweite Motorik-Modul-Studie (MoMo) liefert hier vergleichbare, repräsentative Zahlen zur Schulmobilität von Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren aus den Jahren 2003 bis 2006 (Reimers et al., 2013). Aufgrund von Unterschieden in der Darstellung der Ergebnisse können hier nur die Zahlen zu den Wegen zu Fuß oder mit dem Fahrrad zur weiterführenden Schule verglichen werden. Wie Tabelle 3 zeigt, ist der Anteil der zu Fuß zurückgelegten Schulwege in allen städtischen und ländlichen Stadt- und Gemeindetypen um 3 bis 14 Prozentpunkte zurückgegangen. Gleichzeitig hat sich der Anteil der mit dem Fahrrad zurückgelegten Schulwege nicht wesentlich verändert, nur in den Großstädten ist er deutlich um 10 bis 15 Prozentpunkte gestiegen. Insgesamt lässt sich somit in den letzten 20 Jahren kein eindeutiger Trend zu mehr aktiven Schulwegen erkennen, auch wenn zumindest in den Großstädten der Anteil der Schülerinnen und Schüler, die mit dem Fahrrad zur Schule fahren, zugenommen hat.

Tab. 3 Vergleich der Anteile der Schulwege zu Fuß und mit dem Fahrrad zur weiterführenden Schule über die letzten 20 Jahre

	Zu Fuß			Mit dem Fahrrad		
	MoMo 2003-2006	COMO 2023-2024	Unterschied in Prozentpunkten	MoMo 2003-2006	COMO 2023-2024	Unterschied in Prozentpunkten
Jungen						
Ländlich	11,6%	2,5%	-9,1%	11,6%	8,2%	-3,4%
Kleinstadt*	17,4%	12,6%	-4,8%	22,0%	18,6%	-3,4%
Mittelstadt	18,8%	13,9%	-4,9%	34,4%	36,3%	1,9%
Großstadt	18,6%	16,1%	-2,5%	23,2%	33,5%	10,3%
Mädchen						
Ländlich	11,7%	6,3%	-5,4%	4,1%	4,7%	0,6%
Kleinstadt*	23,8%	13,9%	-9,9%	16,4%	13,1%	-3,3%
Mittelstadt	21,7%	16,1%	-5,6%	34,2%	25,7%	-8,5%
Großstadt	29,5%	15,6%	-13,9%	21,5%	36,8%	15,3%

* In dieser Darstellung wurden die Kategorien kleine und große Kleinstadt bei den COMO-Daten zusammengefasst, um den Kategorien der MoMo-Daten zu entsprechen.

Aktive Schulwege – (Un)genutzte Gesundheitspotenziale?

Die vorliegende Untersuchung hat gezeigt, dass ein Großteil der Kinder und Jugendlichen den Schulweg ganz oder teilweise aktiv zurücklegt. Die Bewegungsempfehlungen der Weltgesundheitsorganisation besagen, dass sich Kinder und Jugendliche im Wochendurchschnitt mindestens 60 Minuten pro Tag mit moderater bis hoher Intensität bewegen sollten, wozu auch Gehen und Radfahren zählen, um den gesundheitlichen Mindestnutzen für eine gesunde Entwicklung zu erreichen (Bull et al., 2020). Im Durchschnitt benötigt ein Kind 11 Minuten für den aktiven Teil des Schulwegs. Wenn es das gleiche Fortbewegungsmittel wieder auf dem Rückweg nutzt, hat es bereits 22 Minuten bzw. 37 % der angestrebten 60 Minuten für diesen Tag erreicht. Bezogen auf eine Schulwoche entsprechen die 110 Minuten Aktivitätszeit beispielsweise etwa drei Schulsportstunden.

Dementsprechend kann ein aktiver Schulweg bereits einen wesentlichen Teil zum Erreichen der Bewegungsempfehlungen und somit zur gesunden Entwicklung von Kindern und Jugendlichen beitragen. Ein aktiver Schulweg hat mehrere Alleinstellungsmerkmale:

- Keine andere Bewegungsförderungsmaßnahme hat das Potenzial, nahezu alle Kinder und Jugendlichen zu erreichen, da – mit sehr wenigen Ausnahmen – alle Kinder und Jugendlichen (im Rahmen der Schulpflicht) zur Schule gehen und diesen Weg zwangsläufig zurücklegen müssen. Damit können auch Zielgruppen erreicht werden, die sonst nur schwer mit Bewegungsförderungsprogrammen zu erreichen sind (z. B. Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status oder Familien mit Migrationshintergrund).
- Ein aktiver Schulweg, insbesondere zu Fuß, ist eine niedrigschwellige Aktivität, d. h. es gibt, im Gegensatz zum Sporttreiben, keine großen Einstiegshürden, wie z. B. spezielle Sportgeräte, Mitgliedsbeiträge, die Erreichbarkeit der Sportstätten und zeitliche Ressourcen der Kinder, Jugendlichen und deren Eltern. Auch Kinder und Jugendliche, die bisher wenig Sport getrieben haben, können so in Bewegung gebracht werden.
- Ein Schuljahr hat ca. 190–200 Schultage, Der Schulweg ist also eine regelmäßige Aktivität, die sehr häufig wiederholt wird. Das ist eine wichtige Voraussetzung, um gesundheitsförderliche Gewohnheiten zu etablieren, die über viele Jahre bestehen bleiben.
- Ein aktiver Schulweg wirkt sich nicht nur auf die individuelle Gesundheit aus, sondern kann, wenn beispielsweise Wege mit motorisierten Fortbewegungsmitteln durch nichtmotorisierte ersetzt werden, auch zur Vermeidung von Luft- und Lärmbelastungen sowie zur Reduzierung klimaschädlicher Treibhausgase beitragen. Fuß- und Fahrradmobilität sind somit ein zentraler Baustein nachhaltiger Mobilität und verbessern folglich auch die sogenannte planetare Gesundheit bzw. „Planetary Health“ (Abu-Omar et al., 2023)

Aus der Sicht der Bewegungs- und Gesundheitsförderung ist es deshalb ein Ziel, dass möglichst alle Kinder und Jugendlichen den Schulweg aktiv zurücklegen. Dafür gibt es einerseits Initiativen wie beispielsweise den Bicibus². Wie bei einem Schulbus werden die Kinder mit dem „Fahrradbus“ entlang

einer festen Strecke abgeholt und fahren in einer Gruppe, begleitet durch Erwachsene, mit dem Fahrrad zur Schule. Dadurch kommen die Kinder sicher und aktiv zur Schule. Auch wenn solche Fahrradbusse oft von ehrenamtlichen Eltern und Lehrkräften organisiert werden, kann eine Unterstützung durch die Kommunen helfen, dieses Angebot zu verstetigen (Larouche & Mendoza, 2018).

Um es Kindern und Jugendlichen zu ermöglichen, auch ohne solche Initiativen sicher zur Schule zu kommen, ist es wichtig, eine gut instand gehaltene und sichere Infrastruktur für den Schulweg zur Verfügung zu stellen. Kinder, die zu Fuß gehen, bevorzugen breite Fußwege und sichere Fußgängerüberwege, sowie verkehrsberuhigte Straßen oder wenige befahrene Straßen (z. B. Michail & Ozbil Torun, 2024). Rad fahrende Kinder und Jugendliche müssen spätestens ab dem Alter von zehn Jahren auf der Fahrbahn fahren, auf der auch Autos fahren – sofern keine getrennten Radwege vorhanden sind. Da sie noch nicht so sicher im Straßenverkehr unterwegs sind, ist es hier besonders wichtig, eine entsprechende Sicherheit durch die Infrastruktur, beispielsweise durch baulich getrennte Radwege, Spiel- und Fahrradstraßen und erhöhte Geschwindigkeitsbegrenzungen ($\leq 30\text{km/h}$) für den Autoverkehr besonders in Schulumnähe zu gewährleisten (z. B. Schönbach et al., 2020).

Ein weiterer wichtiger Faktor ist die Distanz zur Schule. Je weiter diese vom Wohnort entfernt ist, desto seltener gehen die Kinder und Jugendlichen zu Fuß oder fahren mit dem Fahrrad dort hin. Besonders im ländlichen Bereich ist deshalb die Nutzung von Schulbussen und des Autos höher als in Städten. Wie diese Untersuchung gezeigt hat, können die Kinder und Jugendlichen auch bei der Nutzung von Bus und Bahn Aktivitätszeit sammeln. Hier geht es also darum, den Anteil der mit dem Auto zur Schule gebrachten Kinder zu verringern – auch weil sich dadurch der Autoverkehr in Schulumnähe reduziert, was wiederum den Kindern und Jugendlichen zugutekommt, die zu Fuß oder mit dem Fahrrad unterwegs sind.

Kritische Beurteilung der Ergebnisse

Die COMO-Studie liefert aktuelle Daten zur Schulmobilität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Diese können teilweise mit den Zahlen der MoMo-Studie verglichen werden, um die langfristige Entwicklung der letzten 20 Jahre aufzuzeigen.

Neu ist, dass in dieser Studie auch die Dauer der Aktivitätszeit auf dem Schulweg erfasst und damit das Gesundheitspotenzial des Schulwegs aufgezeigt werden kann. Allerdings handelt es sich hierbei nicht um objektiv gemessene Daten, sondern um Selbstangaben, die womöglich teilweise unter- oder überschätzt wurden. Auch Effekte wie z. B. die soziale Erwünschtheit können dabei eine Rolle gespielt haben. Auf die Darstellung der Ergebnisse von Kindern und Jugendlichen mit diverser Geschlechtsidentität wurde verzichtet. Aufgrund der sehr kleinen Fallzahlen kann der Datenschutz bei geschlechtsspezifischen Analysen nicht gewährleistet werden.

Im langfristigen Vergleich ist zu beachten, dass die Daten der MoMo-Studie und der COMO-Studie leicht unterschiedlich erhoben und aufbereitet wurden. So weist die MoMo-Studie gewichtete Daten aus und verwendet eine etwas andere Kategorisierung der Gemeindegröße. Dennoch lassen sich anhand

dieser Daten zumindest grobe langfristige Trends bei den Jugendlichen aufzeigen.

Fazit

Schulwege zur Grundschule und zur weiterführenden Schule unterscheiden sich in Deutschland substantiell: In der Grundschule kommen die meisten Kinder zu Fuß zur Schule, in der weiterführenden Schule vorrangig mit dem Bus oder der Bahn. Die Mobilitätsmuster unterscheiden sich deutlich zwischen ländlichen und städtischen Gebieten. Zwischen Jungen und Mädchen gibt es nur in der weiterführenden Schule kleinere Unterschiede. Der langfristige Vergleich mit der MoMo-Studie zeigt, dass der Anteil der Jugendlichen, die zu Fuß gehen, in den letzten 20 Jahren insgesamt gesunken ist und der Anteil der Radfahrenden nur in Großstädten zugenommen hat. Ein aktiver Schulweg trägt wesentlich zur täglichen Bewegungszeit bei und fördert die Gesundheit, erreicht alle Kinder und Jugendliche unabhängig von ihrem sozioökonomischen Status und hat positive Auswirkungen auf die Umwelt. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, die mit dem Auto zur Schule

gebracht werden, gibt es daher noch ungenutzte Gesundheitspotenziale. Die Förderung der aktiven Schulmobilität, z. B. durch Initiativen wie den Bicibus, eine sichere Infrastruktur für Fußgänger*innen und Radfahrer*innen besonders in Schulinähe und die Reduzierung von „Elterntaxis“, sollte ein zentrales Ziel sein. Hierfür wäre es wichtig, dass verschiedene kommunale Akteure z. B. aus der Gesundheitsförderung, Stadtentwicklung und Verkehrsplanung, aber auch Schulen und Eltern auf unterschiedlichen Ebenen zusammenarbeiten.

- 1 Diese Arbeit ist im Forschungsprojekt „COMO-Studie“ (Laufzeit 2023–2026) entstanden. Die nationale Studie zur Untersuchung der Auswirkung der COVID-19 Pandemie auf die physische und die psychische Gesundheit sowie das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen vor dem Hintergrund sozioökologischer Kontexte wird unter dem Förderkennzeichen 01UP2222 in der Förderlinie „Forschung zu den gesellschaftlichen Auswirkungen der Coronapandemie“ durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert. Informationen zur Studie finden Sie unter: <https://www.ifss.kit.edu/como/>
- 2 Siehe <https://www.bicibus.de/>

Literatur

- Abu-Omar, K.; Chevance, G.; Tcymbal, A.; Gelius, P. & Messing, S. (2023). Physical activity promotion, human and planetary health – a conceptual framework and suggested research priorities. *The Journal of Climate Change and Health*, 13, 100262. <https://doi.org/10.1016/j.joclim.2023.100262>
- Bull, F. C.; Al-Ansari, S. S.; Biddle, S.; Borodulin, K.; Buman, M. P.; Cardon, G.; Carty, C.; Chaput, J.-P.; Chastin, S.; Chou, R.; Dempsey, P. C.; DiPietro, L.; Ekelund, U.; Firth, J.; Friedenreich, C. M.; Garcia, L.; Gichu, M.; Jago, R.; Katzmarzyk, P. T.; ... Willumsen, J. F. (2020). World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British Journal of Sports Medicine*, 54(24), 1451–1462. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955>
- Ekelund, U.; Tarp, J.; Steene-Johannessen, J.; Hansen, B. H.; Jefferis, B.; Fagerland, M. W.; Whincup, P.; Diaz, K. M.; Hooker, S. P.; Chernofsky, A.; Larson, M. G.; Spartano, N.; Vasan, R. S.; Dohrn, I.-M.; Hagströmer, M.; Edvardson, C.; Yates, T.; Shiroma, E.; Anderssen, S. A. & Lee, I.-M. (2019). Dose-response associations between accelerometry measured physical activity and sedentary time and all cause mortality: Systematic review and harmonised meta-analysis. *BMJ*, 366, 14570. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4570>
- Henriques-Neto, D.; Peralta, M.; Garradas, S.; Pelegrini, A.; Pinto, A. A.; Sánchez-Miguel, P. A. & Marques, A. (2020). Active Commuting and Physical Fitness: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 17(8). <https://doi.org/10.3390/ijerph17082721>
- Larouche, R. & Mendoza, J. A. (2018). Walking School Buses and Bicycle Trains. In *Children's Active Transportation* (S. 217–228). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-811931-0.00015-6>
- Larouche, R.; Saunders, T. J.; Faulkner, G. E. J.; Colley, R. & Tremblay, M. (2014). Associations between active school transport and physical activity, body composition, and cardiovascular fitness: A systematic review of 68 studies. *J. Phys. Act. Health*, 11(1), 206–227. <https://doi.org/10.1123/jpah.2011-0345>
- Martin, A.; Boyle, J.; Corlett, F.; Kelly, P. & Reilly, J. J. (2016). Contribution of Walking to School to Individual and Population Moderate-Vigorous Intensity Physical Activity: Systematic Review and Meta-Analysis. *Pediatr. Exerc. Sci.*, 28(3), 353–363. <https://doi.org/10.1123/pes.2015-0207>
- Martin-Moraleda, E.; Mandic, S.; Queralt, A.; Romero-Blanco, C. & Aznar, S. (2022). Associations among Active Commuting to School and Prevalence of Obesity in Adolescents: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), Article 17. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710852>
- Michail, N. & Ozbil Torun, A. (2024). Walking to School: What Streets Do Children Prefer? *Urban Planning*, 9, 8460. <https://doi.org/10.17645/up.8460>
- Nigg, C. R.; Burchartz, A.; Niessner, C.; Kolb, S.; Schmidt, S. C. E. & Woll, A. (under Review). Solving the inactivity epidemic with a wording change? *The Lancet Public Health*.
- Poitras, V. J.; Gray, C. E.; Borghese, M. M.; Carson, V.; Chaput, J.-P.; Janssen, I.; Katzmarzyk, P. T.; Pate, R. R.; Connor Gorber, S.; Kho, M. E.; Sampson, M. & Tremblay, M. S. (2016). Systematic review of the relationships between objectively measured physical activity and health indicators in school-aged children and youth. *Applied physiology, nutrition, and metabolism*, 41(6 Suppl 3), 197–239. <https://doi.org/10.1139/apnm-2015-0663>
- Reimers, A. K.; Jekauc, D.; Peterhans, E.; Wagner, M. O. & Woll, A. (2013). Prevalence and socio-demographic correlates of active commuting to school in a nationwide representative sample of German adolescents. *Preventive Medicine*, 56(1), 64–69. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.11.011>
- Schönbach, D. M. I.; Vondung, C.; Hidding, L. M.; Altenburg, T. M.; Chinapaw, M. J. M. & Demetriou, Y. (2020). Gender Influence on Students, Parents, and Teachers' Perceptions of What Children and Adolescents in Germany Need to Cycle to School: A Concept Mapping Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6872. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186872>

Laura Wolbring, Leon Klos, Alexander Woll, Hagen Wäsche

Kommunale Netzwerke der Sport- und Bewegungsförderung

Analyse und Entwicklung interorganisationaler Kooperationsstrukturen¹

Interorganisationale Kooperationsnetzwerke von Akteuren aus dem Bereich Sport und Bewegung sind entscheidend für die kommunale Sport- und Bewegungsförderung und damit für die Entwicklung gesunder Städte. Im Beitrag werden die Funktionsweise und Bedeutung solcher Netzwerke verdeutlicht und Ansatzpunkte für eine zielgerichtete Entwicklung der Netzwerke abgeleitet. Zur Datenerhebung wurden sport- und bewegungs anbietende sowie sportadministrative Organisationen in zwei Kommunen in Baden-Württemberg zu ihren kooperativen Beziehungen und organisatorischen Merkmalen befragt. Zur Datenauswertung wurden Verfahren der sozialen Netzwerkanalyse angewendet. In beiden Netzwerken ließen sich ähnliche Strukturen und Kooperationsbedingungen feststellen (z. B. geringe Dichte, zentralisierte Strukturen). Die kommunalen Sportämter erwiesen sich hinsichtlich der Kooperationsaktivität als die zentralsten Akteure. Kooperationen fanden zudem häufiger in Dreieckskonstellationen statt und konzentrierten sich um wenige weitere zentrale Akteure. Zudem kooperierten Organisationen häufiger über Sektorengrenzen hinweg. Auf Basis der Ergebnisse lassen sich Implikationen für die Entwicklung und effektive Steuerung dieser Netzwerke ableiten.

Dr. Laura Wolbring

Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Bereich Sozial- und Gesundheitswissenschaften des Sports am Institut für Sport und Sportwissenschaft des Karlsruher Instituts für Technologie
✉ Laura.Wolbring@kit.edu

M. Sc. Leon Klos

Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Bereich Sozial- und Gesundheitswissenschaften des Sports am Institut für Sport und Sportwissenschaft des Karlsruher Instituts für Technologie
✉ Leon.Klos@kit.edu

Prof. Dr. Alexander Woll

Leitung des Bereichs Sozial- und Gesundheitswissenschaften des Sports und Leiter des Instituts für Sport und Sportwissenschaft des Karlsruher Instituts für Technologie
✉ Alexander.Woll@kit.edu

Prof. Dr. Hagen Wäsche

Professor für Sportwissenschaft mit dem Schwerpunkt Sportsoziologie, geschäftsführender Leiter des Instituts für Sportwissenschaft an der Universität Koblenz und des Zentrums für Sportentwicklungsforschung
✉ Waesche@uni-koblenz.de

Schlüsselwörter:

Bewegungsförderung – Gesundheitsförderung – interorganisationale Kooperation – soziale Netzwerkanalyse – Sportentwicklung

Einleitung

Bewegung findet vor allem dort statt, wo Menschen leben, wohnen, lernen und arbeiten: in der Kommune. Der Sozialraum einer Kommune, mit ihren Quartieren, stellt einerseits die Lebenswelt aller Menschen dar und vereint andererseits alle anderen Lebenswelten in sich, etwa das Arbeits- oder Schulumfeld, das Wohnquartier oder Freunde und Familie. Ein Großteil der deutschen Bevölkerung wohnt in städtischen Kommunen und Quartieren, wobei ihr Gesundheitsverhalten maßgeblich durch die sozialräumlichen Strukturen und die Organisationen vor Ort beeinflusst wird. Sport und Bewegung, die nachweislich zu einem gesunden Lebensstil beitragen und einen elementaren Bestandteil einer „gesunden Stadt“ darstellen, können dabei in vielfältiger Form stattfinden.

Für Sport und Bewegung in einer Kommune ist neben der Angebotsstruktur kommunaler Sport- und Bewegungsmöglichkeiten und den infrastrukturellen Verhältnissen (der Verfügbarkeit von Sportanlagen und Bewegungsräumen) die Organisationsstruktur als „Hintergrundorganisation“ von Sport und Bewegung entscheidend (vgl. Wäsche, 2018; Wolbring & Wäsche, 2024). Die Organisationsstruktur bildet die Basis aller Möglichkeiten für Sport und Bewegung in der Kommune. Sie umfasst die Organisationen einer Kommune, die Sport- und Bewegungsmöglichkeiten anbieten und/oder koordinieren und die notwendige Infrastruktur erschaffen bzw. erhalten. Dazu gehören Akteure wie Sportvereine, Schulen, Kindergärten, Universitäten, verschiedene Ämter der kommunalen Stadtverwaltung, Krankenkassen, kommerzielle Sportanbieter oder auch Kirchen und Pflegeeinrichtungen. Erst im Zusammenspiel aller Akteure wird die notwendige Infrastruktur formeller und informeller Sport- und Bewegungsräume sowie eine darauf

aufbauende Angebotsstruktur für Sport und Bewegung in der Kommune geschaffen. In diesem Zusammenhang bildet sich ein kommunales Netzwerk, welches teilweise geplant, meist aber ungeplant und sich in seiner Gänze für die beteiligten Akteure oftmals unbewusst entwickelt. Dieses sich meist „organisch“ entwickelnde kommunale Sportnetzwerk ist die Grundlage für Sport und Bewegung und daraus resultierender Gesundheitseffekte für die Bevölkerung einer Kommune.

Es handelt sich hierbei um interorganisationale Kooperationsnetzwerke von Akteuren, die für den Bereich Sport und Bewegung relevant sind. Wie dargelegt stellen diese interorganisationalen Kooperationsnetzwerke die strukturelle Grundlage für die Sport- und Bewegungsförderung in der Kommune dar. Die netzwerktheoretische Grundannahme dabei ist, dass Organisationen, die nicht isoliert voneinander arbeiten, sondern innerhalb eines Netzwerks kooperieren, eine Struktur höherer Qualität ausbilden. Diese befähigt dazu, Ziele besser zu erreichen, als dies durch die Anstrengungen Einzelner möglich ist (Provan et al., 2005), oder auch größere ohne Kooperation unerreichbare Ziele zu bewerkstelligen.² Eine systematische Kooperation verschiedener Akteure ermöglicht den Austausch von Informationen, Expertise und Ressourcen, wodurch Synergieeffekte entstehen können (Bevc et al., 2005; Mays und Scutchfield, 2010). Besonders gewinnbringend ist eine intersektorale Vernetzung, da dadurch verschiedene Kernkompetenzen und sektorale Perspektiven auf ein Problem vereint und gemeinsame Lösungen gefunden werden können. Um jedoch kommunale Netzwerke für Sport und Bewegung gezielt aufzubauen und entwickeln zu können, bedarf es des Wissens um deren strukturelle Beschaffenheit sowie um die der beteiligten Akteure und deren Position im Netzwerk. Darüber hinaus ist Wissen um Mechanismen der Netzwerkentwicklung, wie Netzwerke entstehen und sich entwickeln, wichtig.

In diesem Beitrag soll die Struktur und Funktionsweise solcher Netzwerke bestehend aus sport anbietenden und -verwaltenden Akteuren und deren Kooperationsbeziehungen exemplarisch anhand zweier kommunaler Sportnetzwerke in Baden-Württemberg verdeutlicht werden (Wäsche et al., 2021; Wolbring et al., 2022). Die Analyse dieser Netzwerke liefert Ansatzpunkte dafür, wie kommunale Sozialräume für Sport, Bewegung und Gesundheit gezielt und bedarfsgerecht (weiter-)entwickelt werden können.

Methode

Stichprobe und Ablauf

Für unsere Analyse nutzten wir Daten zu zwei sozialräumlichen Netzwerken in zwei verschiedenen Kommunen in Baden-Württemberg. Zunächst erfolgte eine umfassende und systematische Recherche zur Identifizierung relevanter Akteure im Bereich von Sport und Bewegung. Neben Anbietern von Sport- und Bewegungsmöglichkeiten umfasste dies auch koordinierende und verwaltende Organisationen in den Gemeinden. Basierend auf einem breiten Sportverständnis wurden nicht nur traditionelle und kommerzielle Anbieter wie Sportvereine und Fitnessstudios einbezogen, sondern auch Organisationen wie Schulen, Kindergärten, Universitäten, soziale Einrichtungen, Kirchen und Pflegeeinrichtungen, die Sport- und Bewe-

gungsprogramme in irgendeiner Form anboten. Darüber hinaus wurden Organisationen berücksichtigt, die übergeordnete administrative und beratende Funktionen im Bereich Sport und Bewegung ausübten, z. B. kommunale Einrichtungen und Verwaltungen, welche oftmals die Sportstätten und Bewegungsräume verantworten und viele Anbieter im öffentlichen und gemeinnützigen Sektor finanziell und materiell unterstützen. Die Datenerhebung in beiden Netzwerken erfolgte durch einen standardisierten Online-Fragebogen, der an die identifizierten Organisationen verschickt wurde. *Netzwerk I* wurde auf Stadtebene untersucht. Die Stadt hatte etwa 80.000 Einwohner. *Netzwerk II* wurde auf Ebene eines Stadtteils untersucht. Der Stadtteil hatte etwa 20.000 Einwohner, während die gesamte Stadt rund 300.000 Einwohner zählte.

Messungen

Die Organisationen wurden entsprechend ihrer Rechtsform und übergeordneten Zielsetzung drei Sektoren zugeordnet:

- öffentlicher Sektor (z. B. Kommunalverwaltungen, Schulen, Kindergärten, Universitäten)
- privater Sektor (z. B. Fitnessstudios, Yogastudios, physiotherapeutische Praxen)
- gemeinnütziger Sektor (Non-Profit-Organisationen wie z. B. Sportvereine, soziale und kirchliche Organisationen)

Organisationen in *Netzwerk II* wurden zusätzlich gefragt, ob sie über eine Sportstätte im entsprechenden Stadtteil verfügen.

Zur Erhebung der kooperativen Beziehungen wurde den Teilnehmenden eine Liste aller identifizierten Anbieter von Sport und Bewegung sowie der koordinierenden Organisationen der jeweiligen Kommune vorgelegt. Sie wurden gebeten anzugeben, mit wem sie kooperieren und welche Form der Kooperation besteht. Es konnten bis zu zehn Organisationen genannt werden, mit denen eine Kooperation besteht. Bei Kooperationen mit mehr als zehn Organisationen sollten nur die zehn wichtigsten benannt werden.

In *Netzwerk I* sollte jede Kooperation einer von vier Kategorien zugeordnet werden: Informationsaustausch, informelle Kooperation (lose Zusammenarbeit zur Erreichung gemeinsamer Ziele), formelle Kooperation (enge Zusammenarbeit in einem Team zur Erreichung gemeinsamer Ziele) und Partnerschaft (enge Zusammenarbeit über einen längeren Zeitraum in verschiedenen Projekten). In *Netzwerk II* sollten die Teilnehmenden zwischen den folgenden Kooperationsarten unterscheiden: Informationsaustausch, Personalaustausch, Kooperation bei Angeboten und gemeinsame Nutzung von Sportstätten. Für die vergleichende Analyse wurden alle Kooperationsformen in eine binäre Variable (keine Kooperationsbeziehung vs. Kooperationsbeziehung vorhanden) zusammengefasst.

Datenanalyse

Zur Analyse wurden die Netzwerke visualisiert und die folgenden Parameter berechnet:

Netzwerkebene: Dichte (Verhältnis der realisierten Beziehungen zur maximal möglichen Anzahl von Beziehungen im Netzwerk), durchschnittlicher Grad (durchschnittliche Anzahl von Beziehungen der Organisationen) und Zentralisierung des Netzwerks (Ausmaß, in dem alle Beziehungen des Netzwerks um wenige zentrale Organisationen organisiert sind).

Organisationsebene: Gradzentralität (Anzahl der Beziehungen mit anderen Organisationen) und Zwischenzentralität (Ausmaß, in dem eine Organisation als Brücke zwischen zwei nicht direkt verbundenen Organisationen fungiert).

Zudem wurde mit Hilfe von Exponentiellen Zufallsgraphenmodellen statistisch analysiert, unter welchen Bedingungen Kooperationen im Netzwerk entstehen bzw. welche strukturellen Muster Kooperationen zugrunde liegen. Beispielsweise war von Interesse, ob vor allem Organisationen aus dem gleichen Sektor miteinander kooperieren oder ob profitorientierte Organisationen eine höhere Kooperationsaktivität aufweisen, weil sie sich dadurch möglicherweise wirtschaftliche Vorteile erhoffen.

Ergebnisse

In *Netzwerk I* wurden insgesamt 213 relevante Akteure identifiziert, von denen 159 an der Umfrage teilnahmen (74,6% Rücklaufquote). Kooperative Aktivitäten wurden bei 104 Organisationen festgestellt. Weitere 29 Organisationen, die nicht an

der Befragung teilgenommen hatten, und deren Beziehungen konnten rekonstruiert werden. Somit bestand das finale *Kooperationsnetzwerk I* aus 133 Organisationen.

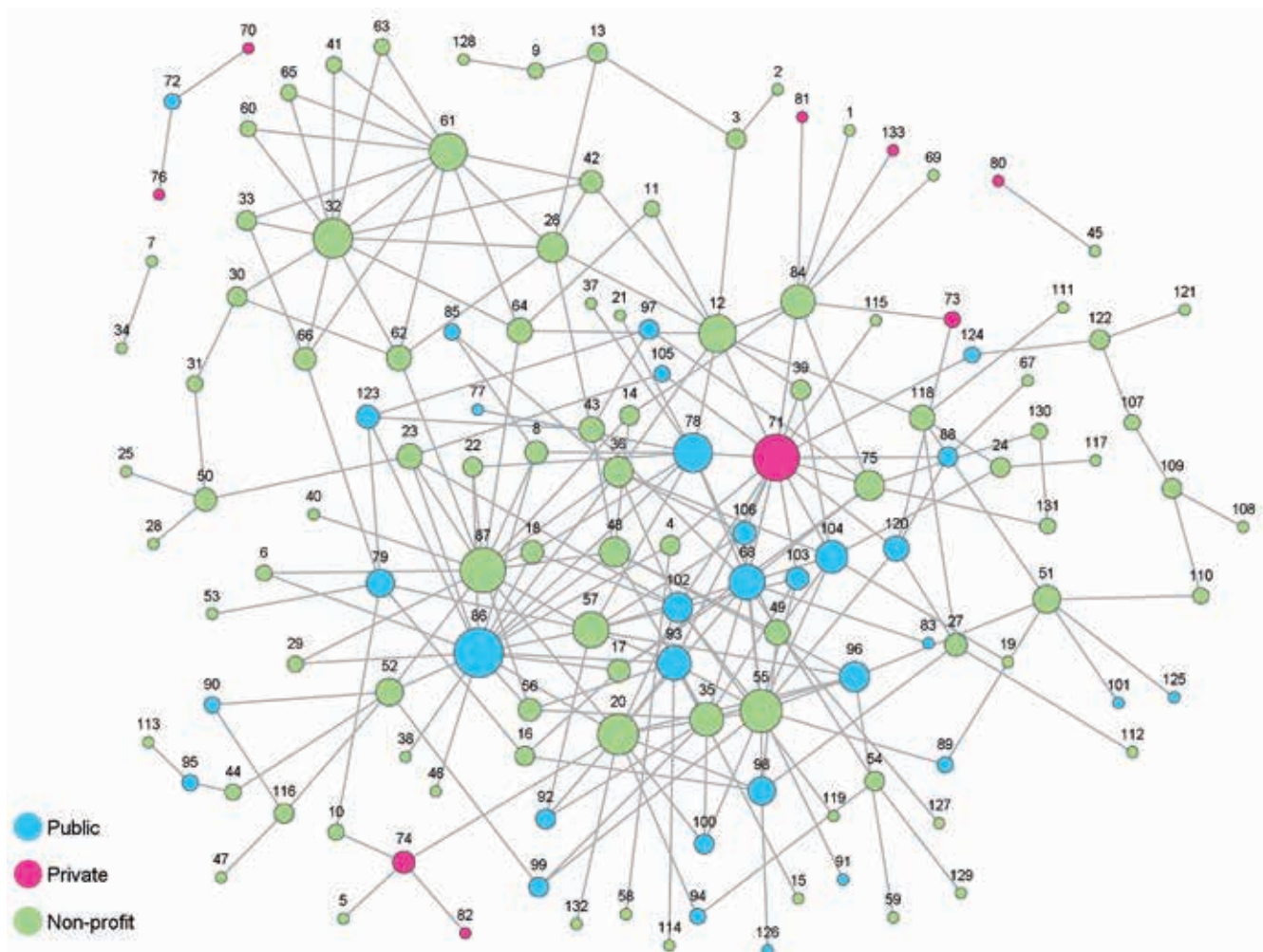
In *Netzwerk II* nahmen von 72 identifizierten Akteuren 39 an der Umfrage teil (54,2% Rücklaufquote). 28 Organisationen gaben kooperative Beziehungen an, und 22 zusätzliche Organisationen konnten rekonstruiert werden. Das finale *Kooperationsnetzwerk II* bestand somit aus 50 Organisationen.

In beiden Netzwerken zeigten vor allem Kindergärten und private Sportanbieter keine kooperative Aktivität. In *Netzwerk I* wiesen auch kirchliche Einrichtungen und Pflegeheime wenige oder keine kooperativen Verbindungen zu anderen Organisationen auf.

Strukturelle Merkmale

Die beiden Netzwerke sind in Abbildung 1 (*Netzwerk I*) und Abbildung 2 (*Netzwerk II*) dargestellt. Die einzelnen Organisationen stellen die Knoten des Netzwerks dar, während die Kooperationsbeziehungen durch sogenannte Kanten dargestellt werden. Der Anteil öffentlicher (blau), privater (pink) und gemeinnütziger (grün) Organisationen war in beiden

Abb. 1 Netzwerk I (n = 133), die Kanten zwischen den Knoten stehen für kooperative Beziehungen, die Farbe der Knoten steht für den jeweiligen Sektor, die Größe der Knoten repräsentiert die Anzahl der kooperativen Beziehungen je Knoten



Netzwerken ähnlich. Gemeinnützige Organisationen stellten die Mehrheit, gefolgt von öffentlichen Organisationen, während private Organisationen am wenigsten vertreten waren.

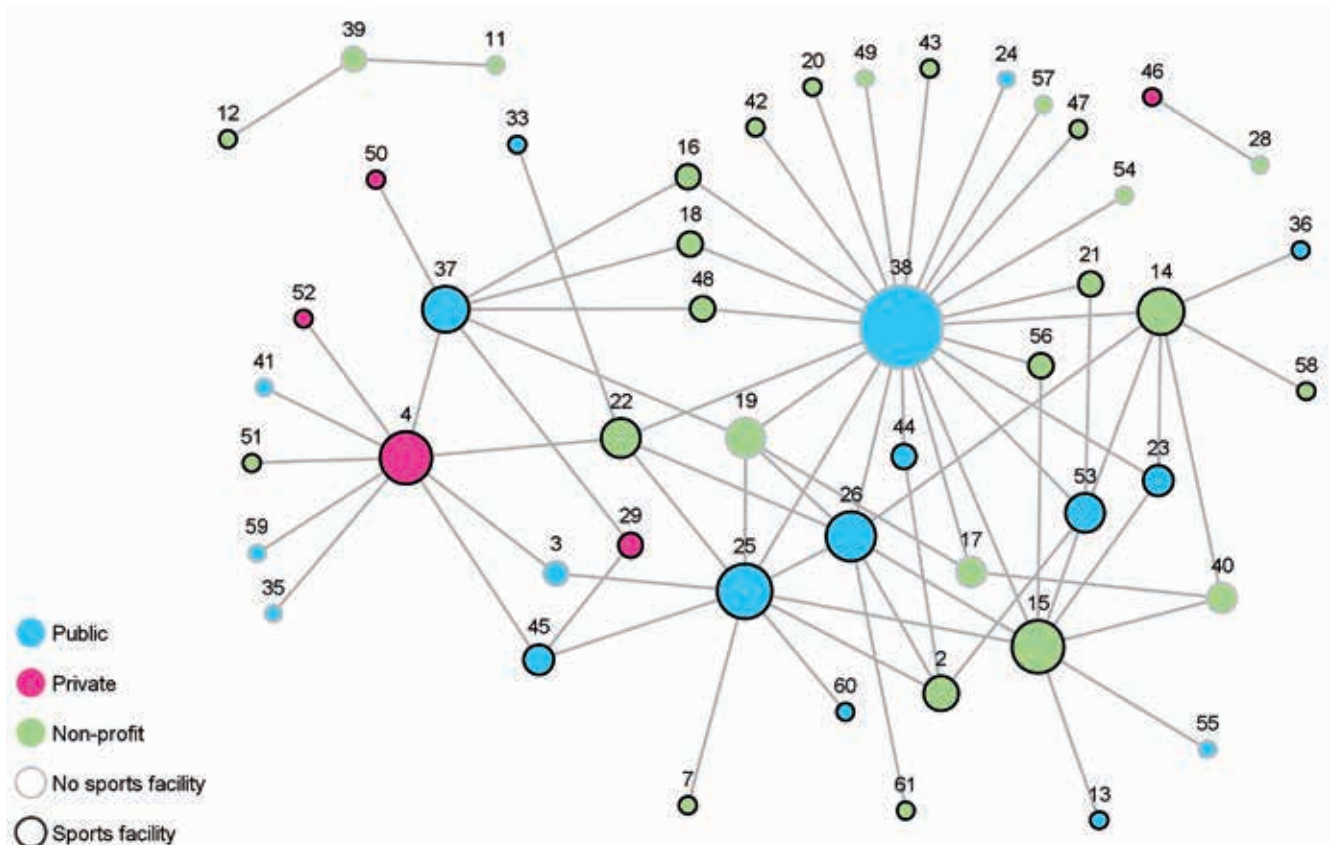
Zwischen den 133 Organisationen in *Netzwerk I* waren 480 kooperative Verbindungen realisiert. Im Schnitt kooperierte jede Organisation mit drei bis vier anderen Organisationen. Die Netzwerkdichte betrug 0,03, was bedeutet, dass in diesem Netzwerk lediglich 3 % aller möglichen Verbindungen realisiert wurden. In *Netzwerk II* waren zwischen den 50 Organisationen 148 Kooperationsbeziehungen realisiert. Im Schnitt kooperierte jede Organisation mit knapp drei anderen Organisationen. Die Netzwerkdichte war mit 0,06 ebenfalls gering ausgeprägt.

In *Netzwerk I* waren 12 % aller Kooperationsbeziehungen auf eine zentrale Organisation konzentriert. *Netzwerk II* war deutlich zentralisierter, hier konzentrierten sich 43 % aller Beziehungen auf eine zentrale Organisation. Diese Organisationen mit den meisten Kooperationsbeziehungen waren in beiden Netzwerken die kommunalen Sportämter (*Netzwerk I*: Knoten 86, *Netzwerk II*: Knoten 38). Weitere zentrale Akteure in *Netzwerk I* waren die städtische Bädergesellschaft (Knoten 71), ein Stadtsportverband (Knoten 87) sowie zwei Sportvereine (Knoten 55 und 20). In *Netzwerk II* hatten, neben dem kommunalen Sportamt, eine Schule (Knoten 25), ein privates Gesundheitszentrum (Knoten 4) sowie zwei Sportvereine (Knoten 15 und 22) die meisten Kooperationsbeziehungen im Netzwerk aufgebaut.

In *Netzwerk I* nahm die städtische Bädergesellschaft (Knoten 71) die zentralste Rolle in Bezug auf die Zwischenzentralität ein, was auf eine bedeutende Rolle bei der Kontrolle von Informationen innerhalb des Netzwerks hinweist. Es folgen eine lokale DLRG-Organisation (Knoten 12), das kommunale Sportamt (Knoten 86), der Stadtsportverband (Knoten 87) und ein Sportverein (Knoten 20). In *Netzwerk II* hatte das kommunale Sportamt (Knoten 38) nicht nur die höchste Anzahl an Kooperationsbeziehungen, sondern fungierte auch am häufigsten als Brücke zwischen zwei nicht direkt verbundenen Organisationen (Zwischenzentralität), was dessen wichtige Rolle für den Informationsfluss im Netzwerk unterstreicht. Eine hohe Zwischenzentralität hatten außerdem das private Gesundheitszentrum (Knoten 4), ein Sportverein (Knoten 22), eine Schule (Knoten 25) und ein weiterer Sportverein (Knoten 15).

Um herauszufinden, welche Mechanismen zur Ausbildung von Kooperationsbeziehungen in den untersuchten Netzwerken führen, wurde für beide Netzwerke ein Exponentielles Zufallsgraphenmodell (ERGM) geschätzt. ERGMs stellen eine Klasse statistischer Modelle für soziale Netzwerke dar (Lusher et al., 2013). Die Grundidee hierbei ist, dass sogenannte Mikrokonfigurationen wie z. B. geschlossene Dreiecke (drei durch drei Kanten verbundene Knoten) Prädiktoren für die Beziehungsbildung in Netzwerken darstellen. ERGMs ermöglichen es festzustellen, ob eine spezifische Mikrokonfiguration nicht zufällig vorkommt, unter Berücksichtigung anderer Effekte im Modell.

Abb. 2 Netzwerk II (n = 50), die Kanten zwischen den Knoten stehen für kooperative Beziehungen, die Farbe der Knoten steht für den jeweiligen Sektor, die Farbe der Knotenumrandung gibt den Besitz einer Sportstätte an, die Größe der Knoten repräsentiert die Anzahl der kooperativen Beziehungen je Knoten



Tab. 1 Ergebnisse der Exponentiellen Zufallsgraphenmodelle zur Aufdeckung kooperativer Mechanismen in Netzwerk I und Netzwerk II. Signifikante Werte sind mit einem Stern markiert, in Klammern ist jeweils der Standardfehler angegeben.

Parameter	Netzwerk I	Netzwerk II
Kanten	-3.24 (0.16)*	-2.30 (0.38)*
Attributive Prädiktoren		
<i>Homophilie</i>		
Öffentlicher Sektor	-0.73 (0.35)*	-0.64 (0.42)
Privater Sektor	0.51 (1.17)	1.30 (1.31)
Gemeinnütziger Sektor	-0.36 (0.13)*	-1.38 (0.44)*
<i>Aktivität</i>		
Profitorientierung	-0.31 (0.17)	-0.55 (0.30)
Besitz einer Sportstätte		0.01 (0.15)
Strukturelle Prädiktoren		
<i>Dreiecksbildung</i>	0.48 (0.08)*	0.36 (0.18)*
<i>Zentralisierung</i>	-0.94 (0.21)*	-0.84 (0.42)*

Positive (negative) Parameter weisen auf mehr (weniger) der Konfigurationen im Netzwerk hin, als in einer zufälligen Verteilung erwartet werden würde. Die Ergebnisse der ERGMS für *Netzwerk I* und *Netzwerk II* sind in Tabelle 1 dargestellt.

Beide Netzwerke zeigen einige Gemeinsamkeiten hinsichtlich der Mechanismen, die zur Entstehung kooperativer Beziehungen beitragen. Der Kanten-Parameter ist als Konstante zu betrachten. Der signifikante negative Wert gibt jeweils an, dass weniger Beziehungen realisiert waren, als zufällig zu erwarten gewesen wäre, was sich durch die geringe Dichte schon angedeutet hatte. In beiden Netzwerken lag ein Heterophilie-Effekt vor, was anhand der negativen Vorzeichen zu erkennen ist. In *Netzwerk I* kooperierten vor allem Organisationen des öffentlichen Sektors und des gemeinnützigen Sektors seltener untereinander als zufällig zu erwarten gewesen wäre, in *Netzwerk II* trifft dies nur auf Organisationen des gemeinnützigen Sektors zu. Das bedeutet, dass diese Organisationen häufiger über Sektorgrenzen hinweg mit anderen Organisationen zusammenarbeiten. Profitorientierte Organisationen wiesen in beiden Netzwerken keine höhere Kooperationsaktivität auf, die Effekte waren nicht signifikant. Auch bildeten Organisationen in Netzwerk II, die eine Sportstätte besaßen, nicht mehr Beziehungen aus, als zufällig zu erwarten gewesen wäre. Was die strukturellen Prädiktoren betrifft, ist der Parameter der Dreiecksbildung in beiden Netzwerken signifikant und positiv. Kooperationsbeziehungen scheinen also tendenziell in Dreiecksstrukturen ausgebildet zu werden. Was den Zentralisierungsparameter betrifft, weisen negative Werte auf eine Zentralisierung des Netzwerks hin, während ein positives Vorzeichen ein Indikator für ein dezentralisiertes Netzwerk wäre. Da hier in beiden Netzwerken ein signifikant negativer Parameter vorliegt, kann auf einen Zentralisierungseffekt (auch Preferential Attachment-Effekt genannt) in *Netzwerk I* und *Netzwerk II* geschlossen werden. Dies bedeutet, dass der Großteil an Kooperationsbeziehungen zu wenigen zentralen Organisationen gebildet wird, welche eine machtvolle Stellung innerhalb der Netzwerke einnehmen.

Diskussion

Das Ziel dieser Studie war es, interorganisationale Kooperationsstrukturen kommunaler Netzwerke im Bereich Sport und Bewegung zu untersuchen. Anhand der Analyse zweier Kooperationsnetzwerke kommunaler Akteure konnten Strukturen und Mechanismen der Kooperation identifiziert werden. Dies stellt die Basis für eine strategische Netzwerk(weiter)entwicklung und -steuerung im Bereich kommunaler Sport- und Bewegungsförderung dar.

In beiden Netzwerken stellten gemeinnützige Organisationen – hauptsächlich Sportvereine – die Mehrheit dar, während privatwirtschaftliche Organisationen am wenigsten vertreten waren. Dies ist wenig überraschend, da Kooperationen zwischen dem privaten Sektor und dem öffentlichen oder gemeinnützigen Sektor aufgrund unterschiedlicher Ziele, Werte und Missionen generell herausfordernd sind (Babiak und Thibault, 2009). Dennoch kann die Integration privatwirtschaftlicher Organisationen in Netzwerke der öffentlichen Gesundheitsförderung als besonders zielführend angesehen werden, da sie über nützliche Ressourcen und Kompetenzen sowie den Zugang zu bestimmten Bevölkerungsgruppen verfügen, die zur Erreichung übergeordneter Ziele der Gesundheitsförderung vorteilhaft sind (Wiggings et al., 2021). Aus diesem Grund sind Strategien hilfreich, um die Potenziale dieser Organisationen, insbesondere aus dem Fitness-Segment, für die Ziele einer kommunalen Sport- und Bewegungsförderungspolitik zu gewinnen. Neben wirtschaftlich verwertbaren Image-Zugewinnen könnte ein Ansatz darin bestehen, hervorzuheben, dass privatwirtschaftliche Organisationen durch Kooperationen und gemeinsame Projekte neue Mitglieder gewinnen können. Darüber hinaus gilt es auch Kindertagesstätten und -gärten sowie Seniorenwohnheime stärker in vorhandene Netzwerkstrukturen einzubinden, um für die im Sinne einer bevölkerungsbasierten Gesundheitsförderung wichtigen Zielgruppen bedürfnisgerechte Sport- und Bewegungsmöglichkeiten zu schaffen. Zentrale, ressourcenstarke Akteure sowie im Netzwerk identifizierte sozialraumrelevante Akteure spielen bei der Netzwerkintegration peripherer Akteure eine wichtige Rolle und können gezielt für potenzielle Zusammenarbeiten, etwa Kooperationsprojekte zwischen Verein und Kita, gewonnen werden.

Die analysierten Netzwerke stellten sich als fragmentiert mit einer geringen Anzahl an realisierten Kooperationsbeziehungen dar. Da beide Netzwerke nicht formell gegründet und bisher nicht systematisch gesteuert wurden, ist dies nicht überraschend und kann auch in anderen Netzwerken dieser Art beobachtet werden (Andrade et al., 2018; Seippel und Belbo, 2021). Bisherige Studien zeigen, dass eine engere Zusammenarbeit und Vernetzung im Bereich der Sport- und Bewegungsförderung notwendig sind, damit Synergieeffekte entstehen können (Wäsche et al., 2018; Wolbring et al., 2021). Insofern könnten beide Netzwerke von einer Erhöhung der Kooperationsaktivitäten profitieren. Zentralisierungstendenzen konnten in beiden Netzwerken festgestellt werden, waren jedoch in *Netzwerk II* stärker ausgeprägt. In beiden Netzwerken gehörten die kommunalen Sportämter zu den zentralsten Organisationen, sowohl hinsichtlich der Anzahl der kooperativen Verbindungen als auch im Hinblick auf ihre Funktion

als Brückenorganisationen. Die bisherige Forschung zeigt, dass Organisationen des öffentlichen und staatlichen Sektors häufig eine zentrale Position in Netzwerken der öffentlichen Gesundheitsförderung einnehmen (Andrade et al., 2018; Parra et al., 2011). Dies hängt damit zusammen, dass diese Organisationen im Kontext der kommunalen Sport- und Gesundheitsförderung häufig für die Verteilung finanzieller und materieller Ressourcen verantwortlich sind und die Koordination von Kooperationen eine ihrer Kernaufgaben ist. Daneben finden sich aber auch kleinere, meist räumlich bezogene, Subnetzwerke, bestehend aus wenigen Akteuren (etwa Schulen und Vereine aus einem Quartier), die eng zusammenarbeiten (Mikro-Kooperationen) bspw. bei der gemeinsamen Entwicklung oder Nutzung einer Sportstätte.

Hinsichtlich der Netzwerkgröße, -dichte und -zentralisierung sind unterschiedliche Konfigurationen für unterschiedliche Situationen als effektiv zu betrachten. Je größer ein Netzwerk ist, desto größer ist die Vielfalt der Ziele der einzelnen Organisationen, was eine Herausforderung für die Effektivität eines Netzwerks bei der Lösung spezifischer Probleme darstellt. Jedoch stehen insbesondere in den beobachteten Netzwerken nur begrenzte öffentliche Mittel zur Verfügung. Durch die Integration weiterer Organisationen und die Bildung von zusätzlichen Kooperationsbeziehungen zwischen bestehenden Akteuren wird eine größere Verfügbarkeit von Ressourcen, Fachwissen, Ideen und gegenseitigem Vertrauen geschaffen, wodurch positive Ergebnisse wahrscheinlicher werden (Retrum et al., 2013). Damit Netzwerke mit einer großen Anzahl und Vielfalt an Akteuren effektiv sind, müssen jedoch gemeinsame Netzwerkziele definiert und dokumentiert sowie deren Erreichung evaluiert werden. Zudem bedarf es eines Akteurs, der die Rolle der Netzwerkkoordination übernimmt.

Vor diesem Hintergrund besteht der Vorteil zentralisierter Netzwerke darin, dass eine Organisation oder eine kleine Gruppe von zentralen Organisationen eine Netzwerkposition innehat, die es erlaubt die Netzwerkaktivitäten effizient zu organisieren. Dezentrale Netzwerke bieten hingegen mehr Raum für Vielfalt und für die Entstehung neuer Ideen. Es ist jedoch für einzelne Organisationen erheblich zeitaufwändiger, eine Vielzahl kooperativer Beziehungen zu pflegen, als sich auf eine zentrale Organisation zu verlassen, die alle Aktivitäten koordiniert, zudem wird dadurch die Einigung und Verfolgung gemeinsamer Netzwerkziele erschwert. Aufgrund der großen Unterschiede in den Zielen und dem Engagement der einzelnen befragten Organisationen in dieser Studie ist eine zentralisierte Netzwerkform besser geeignet, kooperative Aktivitäten zu steuern. Grundlage hierfür ist ein koordinierender Akteur, der interessensneutral agiert. Neben den kommunalen Ämtern für Sport, Bildung und Gesundheit können diese Rolle in spezifischen Sozialräumen insbesondere auch Stadtteilkoordinatorinnen und -koordinatoren oder Quartiersmanagerinnen und -manager übernehmen.

Die Kooperation in beiden Netzwerken ist durch ein Übergewicht heterophiler Beziehungsbildung gegenüber homophilen Beziehungen gekennzeichnet und findet vorrangig in multisektoralen Clustern statt. Dieses Phänomen lässt sich mit einer Ressourcenabhängigkeit erklären, wodurch Organisationen heterophile Verbindungen zu Akteuren anderer Sektoren aufbauen, um Zugang zu Informationen und Ressourcen zu

erhalten, die in ihrem eigenen Sektor nicht verfügbar sind (Pfeffer und Salancik, 2009). Solche sektorenübergreifenden Kooperationen haben, obwohl sie arbeitsintensiver und oftmals schwieriger zu realisieren sind, ein großes Potenzial, strukturelle Veränderungen zu bewirken. Ein Beispiel hierfür wären Public-Private-Partnerships beim Bau neuer Sportstätten sowie Bewegungs- und Begegnungsräumen.

Aus der Analyse der interorganisationalen Netzwerke von Sport- und Bewegungsanbietern als Organisationsstruktur von Sport und Bewegung lassen sich verschiedene Ansatzpunkte ableiten, die genutzt werden können, um die sozialräumliche Lebenswelt für Sport, Bewegung und Gesundheit in der Kommune gezielt und bedarfsgerecht weiterzuentwickeln. Zunächst bedarf es der Etablierung eines koordinierenden und begleitenden Akteurs innerhalb der Netzwerke zur Sicherstellung eines effektiveren Austauschs und einer gelingenden Zusammenarbeit, von der alle Beteiligten profitieren. Darüber hinaus ist eine klare Rollen- und Aufgabenverteilung sowie die konsequente Schaffung von „Win-win-Situationen“ wichtig, um ein solches interorganisationales Kooperationsnetzwerk nachhaltig zu etablieren.

Ein solches Netzwerk bildet die Basis für die Entwicklung und den Erhalt kommunaler Sport- und Bewegungsmöglichkeiten, woraufhin eine wirksame und gebündelte Kommunikation von Angeboten und Orten für Sport und Bewegung erfolgen kann, damit alle Bewohnerinnen und Bewohner einer Kommune bzw. eines Quartiers diese einfacher nutzen können. Hierbei sind insbesondere auch „benachteiligte“ Bevölkerungsgruppen wie Seniorinnen und Senioren, Menschen mit Migrationshintergrund und sozioökonomisch schwache Familien zu berücksichtigen. Um Synergien zu schaffen und Ressourcen zu bündeln, sind ein regelmäßiger Informationsaustausch, der Austausch von Personal, eine gemeinsame Nutzung von Sport- und Bewegungsräumen und gemeinsame Projekte unerlässlich. Auch sollten isolierte Akteure in die Netzwerke eingebunden werden, um insbesondere eine verbesserte Integration von Kindergärten und Kitas, Seniorenwohnheimen, Kirchen und sozialen Einrichtungen zu erreichen und somit alle Altersgruppen und breite Bevölkerungsschichten anzusprechen. Zuletzt ist der Aufbau von Initiativen innerhalb der Netzwerke, die sich dafür einsetzen, dass möglichst viele Sportstätten und Bewegungsräume öffentlich zugänglich sind, empfehlenswert.

Die Stärke dieser Studie ist, dass sie eine der ersten Netzwerkstudien im Bereich der kommunalen Sport- und Bewegungsförderung ist, die neben der Beschreibung von Netzwerkstrukturen auch die Bedingungen der Entstehung von Kooperationen aufdeckt. Die untersuchten Netzwerke weisen ähnliche Merkmale auf (gleiche Art von Netzwerkorganisationen, kommunale Ebene, städtischer Raum, informelle Netzwerke, gleicher Kulturraum, gleiches Bundesland usw.) und liefern damit einen ersten Ansatz der Betrachtung übergeordneter Strukturen und Mechanismen, welche sich auf andere kommunale Netzwerke dieser Art übertragen lassen. Die Analysen ermöglichen somit ein generelles Verständnis der Funktion von interorganisationalen Kooperationsnetzwerken, die entscheidend für eine umfassende und systematische Bewegungs- und Gesundheitsförderung in der Kommune sind. Die Netzwerkanalyse liefert dabei das methodische Instrumentarium, welches die übergeordneten, strukturellen Zusammenhänge und zugrunde

liegenden Mechanismen der Organisation sport- und bewegungsfördernder Kommunen sichtbar macht. Das Verständnis der Mechanismen und Strukturen solcher Netzwerke bildet die Grundlage für eine proaktive und nachhaltige Entwicklung kommunalen/r Sports und Bewegungsförderung im Sinne einer gesunden Stadt. Jedoch muss auch berücksichtigt werden, dass die analysierten Netzwerke nur eine Momentaufnahme der zum Zeitpunkt der Umfrage beteiligten Netzwerkorganisationen und -beziehungen darstellen und die betrachteten Netzwerke naturgemäß einer Veränderungsdynamik unterliegen. Insofern sollten in der praktischen Anwendung Netzwerkanalysen über längere Zeiträume wiederholt und aktualisiert werden.

Fazit und Ausblick

Diese Studie zeigt an zwei Beispielen, wie Organisationen, die Sport und Bewegung anbieten und/oder fördern, untereinander vernetzt sind. Die untersuchten Netzwerke wiesen vergleichbare Strukturen (geringe Dichte, Zentralisierung, periphere und zentrale Akteure) und Kooperationsmechanismen (Dreiecksbildung, multisektorale Cluster) auf. Damit liefern die gewonnenen Erkenntnisse Ansatzpunkte für eine gezielte Weiterentwicklung und eine effiziente Steuerung von Netzwerken dieser Art (Provan & Kenis, 2007).

Die Identifikation aller relevanten Akteure und deren strukturelle Einbindung sowie Interessen bilden die Basis einer zielgerichteten kommunalen Sport- und Bewegungsförderung im

Sinne einer nachhaltigen Transformation urbaner Sozialräume und Lebenswelten. Die formelle und informelle Organisationsstruktur eines kommunalen Sport- und Bewegungsnetzwerks bietet die Möglichkeit, gezielt Synergien zu schaffen und Potenziale der Zusammenarbeit in partizipativer Weise zu nutzen, um den kommunalen Sozialraum gesundheitsförderlich zu gestalten. Sowohl die Infrastruktur als auch die Angebotsstrukturen für kommunale/n Sport und Bewegung basieren auf einer „gelingenden“ Hintergrundorganisation, die maßgeblichen Einfluss auf das Sport- und Bewegungsverhalten der Bevölkerung ausübt. Letztlich sind es die vorhandenen bzw. nicht vorhandenen Möglichkeiten und Barrieren in der menschlichen Lebenswelt, die die körperlich-sportliche Aktivität des Menschen bestimmen. Neben der Einbindung und Partizipation relevanter Akteure zur Schaffung von Synergien und Nutzung vorhandener Potenziale im Bereich Sport und Bewegung auf kommunaler Ebene ist auch eine politische Unterstützung unerlässlich, um nachhaltige Strukturen der Entwicklung und Steuerung kommunaler Netzwerke zur Förderung von Sport und Bewegung zu etablieren.

- 1 Der Beitrag basiert auf einer bereits veröffentlichten Studie im Journal *BMC Public Health* (Wolbring, L., Schmidt, S. C. E., Niessner, C., Woll, A., & Wäsche, H. (2022). Community networks of sport and physical activity promotion: An analysis of structural properties and conditions of cooperation. *BMC Public Health*, 22, Artikel 1966. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14383-3>)
- 2 Bezeichnend für diesen Effekt ist der Aristoteles zugewiesene Ausspruch „Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile“.

Literatur

- Andrade, D. R.; Garcia, L. M. T.; Perez, D. C. P. (2018). Local collaborations for physical activity promotion: A network analysis. *Cadernos De Saúde Pública*, 34(10), Article e00127517. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00127517>
- Babiak, K.; Thibault, L. (2009). Challenges in multiple cross-sector partnerships. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 38(1), 117–143. <https://doi.org/10.1177/0899764008316054>
- Bevc, C. A.; Retrum, J. H.; Varda, D. M. (2015). New perspectives on the “silos effect”: Initial comparisons of network structures across public health collaboratives. *American Journal of Public Health*, 105(Suppl. 2), 230–235. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302256>
- Lusher, D.; Koskinen, J.; Robins, G. (2013). Exponential random graph models for social networks: Theory, methods, and applications. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511894701>
- Mays, G. P.; Scutchfield, F. D. (2010). Improving public health system performance through multiorganizational partnerships. *Preventing Chronic Disease*, 7(6), Article 116.
- Pfeffer, J.; Salancik, G. R. (2009). The external control of organizations: A resource dependence perspective. Stanford Business Books.
- Parra, D. C.; Dauti, M.; Harris, J. K.; Reyes, L.; Malta, D. C.; Brownson, R. C.; Quintero, M. A.; Pratt, M. (2011). How does network structure affect partnerships for promoting physical activity? Evidence from Brazil and Colombia. *Social Science & Medicine*, 73(9), 1365–1370. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.08.020>
- Provan, K. G.; Veazie, M. A.; Staten, L. K.; Teufel-Shone, N. I. (2005). The use of network analysis to strengthen community partnerships. *Public Administration Review*, 65(5), 603–613. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2005.00487.x>
- Provan, K. G.; Kenis, P. (2007). Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(2), 229–252. <https://doi.org/10.1093/jopart/mum015>
- Retrum, J. H.; Chapman, C. L.; Varda, D. M. (2013). Implications of network structure on public health collaboratives. *Health Education & Behavior*, 40(1, Suppl.), 13–23. <https://doi.org/10.1177/1090198113492759>
- Seippel, Ø.; Belbo, J. S. (2021). Sport clubs, policy networks, and local politics. *International Journal of Sport Policy and Politics*, 13(3), 479–499. <https://doi.org/10.1080/19406940.2021.1898441>
- Wäsche, H. (2018). Soziale Strukturen und Netzwerke im Sport: Analysen und Steuerungsansätze struktureller Bedingungen sportbezogener Handelns. Habilitationsschrift, Karlsruher Institut für Technologie.
- Wäsche, H.; Peters, S.; Appelles, L.; Woll, A. (2018). Bewegungsförderung in Deutschland: Akteure, Strukturen und Netzwerkentwicklung. *Bewegungstherapie & Gesundheitssport*, 34(6), 257–273. <https://doi.org/10.1055/a-0739-9857>
- Wäsche, H.; Wolbring, L.; Woll, A. (2021). Physical activity promotion in an urban district: Analyzing the mechanisms of interorganizational cooperation. *PloS One*, 16(11), Article e0260053. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260053>
- Wiggins, B.; Anastasiou, K.; Cox, D. N. (2021). A systematic review of key factors in the effectiveness of multisector alliances in the public health domain. *American journal of health promotion*, 35(1), 93–105. <https://doi.org/10.1177/0890117120928789>
- Wolbring, L.; Reimers, A. K.; Niessner, C.; Demetriou, Y.; Schmidt, S. C. E.; Woll, A.; Wäsche, H. (2021). How to disseminate national recommendations for physical activity: A qualitative analysis of critical change agents in Germany. *Health Research Policy and Systems*, 19(1), Article 78. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00729-7>
- Wolbring, L.; Schmidt, S. C. E.; Niessner, C.; Woll, A.; Wäsche, H. (2022). Community networks of sport and physical activity promotion: An analysis of structural properties and conditions of cooperation. *BMC Public Health*, 22, Article 1966. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14383-3>
- Wolbring, L.; Wäsche, H. (2024). Sozialräumliche Lebenswelten für Sport, Bewegung und Gesundheit. *Dialog – Bildungsjournal der Pädagogischen Hochschule Karlsruhe* 14(1), 21–25.

Till Heinsohn, Annette Galante-Gottschalk, Stefan Ehehalt

Eine Pandemie in Wellen

Unterschiedliche Belastung der Stuttgarter Stadtbezirke im Zeitverlauf

Dieser Beitrag zeigt auf, dass die 23 Stuttgarter Stadtbezirke in Abhängigkeit der sozioökonomischen Konstitution ihrer Bewohnerschaft zu unterschiedlichen Zeitpunkten der Pandemie unterschiedlich stark betroffen waren. In der zweiten, dritten und vierten Welle, in welchen noch kaum Schutzmöglichkeiten (Masken, Impfung) vorhanden waren, lässt sich eine überproportional hohe Belastung in Stadtbezirken mit vergleichsweise geringem Einkommen beobachten. Daraus kann die Lehre gezogen werden, dass die soziale Lage bis zum Zeitpunkt, zu dem ausreichende Schutzmaßnahmen vorhanden sind, als zusätzlicher Risikofaktor für eine Infektion anzunehmen ist.

Der vorliegende Beitrag wurde in Statistik und Informationsmanagement Monatshefte 10/2023 der Landeshauptstadt Stuttgart erstveröffentlicht. Die hier zweitveröffentlichte Fassung entspricht in weiten Teilen der Erstveröffentlichung.


Dr. rer. soc. Till Heinsohn

Politik- und Verwaltungswissenschaftler, Abteilungsleiter für den Bereich Wirtschaft und Befragungen beim Statistischen Amt der Landeshauptstadt Stuttgart.

 till.heinsohn@stuttgart.de


Annette Galante-Gottschalk, MPH

Gesundheitswissenschaftlerin, stellvertretende Leitung der Abteilung Gesundheitsförderung und Gesundheitsplanung beim Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Stuttgart.

 annette.galante-gottschalk@stuttgart.de

apl. Prof. Dr. med. Stefan Ehehalt

Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen und Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Leitung des Gesundheitsamtes der Landeshauptstadt Stuttgart.

 stefan.ehehalt@stuttgart.de

Schlüsselwörter:

Corona – Pandemie – Kleinräumig – Soziale Lage

Erkenntnisinteresse

Am 5. Mai 2023 erklärt die WHO die mit der COVID-19-Pandemie einhergehende gesundheitliche Notlage mit internationaler Tragweite für beendet. Rückblickend verzeichnet die Landeshauptstadt Stuttgart zu diesem Zeitpunkt über 253 000 registrierte Coronafälle und beklagt 782 Menschen, die mit oder an Corona verstorben sind. Auch heute noch leiden viele der Stuttgarterinnen und Stuttgarter an den Spätfolgen ihrer Infektion. Ungeachtet einer persönlichen Infektion lassen sich weitreichende psychosoziale Folgen beobachten, die sich auf die Coronapandemie zurückführen lassen. Neben der wissenschaftlichen Erforschung von Long-COVID, welche vom Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Stuttgart in Kooperation mit dem Universitätsklinikum Tübingen vorangetrieben wird, arbeitet die Stadtverwaltung an der Auswertung der im Zuge der Pandemie erhobenen Daten. Denn aus diesen, so die Hoffnung, lassen sich Schlüsse und Handlungsoptionen für zukünftige gesundheitliche Notlagen ableiten.

Einer dieser Ansätze besteht darin, die unterschiedliche Belastung der Stuttgarter Stadtbezirke über den Pandemieverlauf zu analysieren. Denn neben der Beobachtung, dass die Coronapandemie in Wellen verlief (vgl. Abb. 1), werden wir in diesem Beitrag herausarbeiten, dass die 23 Stuttgarter Stadtbezirke in Abhängigkeit der sozioökonomischen Konstitution ihrer Bewohnerinnen und Bewohner zu unterschiedlichen Zeitpunkten der Pandemie unterschiedlich stark betroffen waren.

Wellenübergreifende Belastung

Eine wichtige Erkenntnis aber vorweg: Über den gesamten Pandemieverlauf betrachtet war nur der Stadtbezirk Stuttgart-Mitte überproportional stark vom Infektionsgeschehen betroffen. In Abbildung 2 lässt sich dies daran erkennen, dass der in Rot (inkl. 95 %-Konfidenzintervall) abgetragene wellenübergreifende Anteil an Coronainfektionen von Stuttgart-Mitte (4,41 %) signifikant über dem in Blau abgetragenen Bevölkerungsanteil des Stadtbezirks an der Gesamtstadt (3,86 %) liegt. Eine mögliche Erklärung dafür, warum Stuttgart-Mitte über den gesamten Pandemieverlauf betrachtet mehr Infektionen aufweist, als es sein Bevölkerungsanteil erwarten ließe, sehen wir darin, dass es sich bei Stuttgart-Mitte um einen ausgesprochen urbanen, dicht besiedelten, mobilen und jungen

Abb. 1 7-Tage-Inzidenz für Stuttgart je 100.000 EW laut Landesgesundheitsamt BW (LGA)

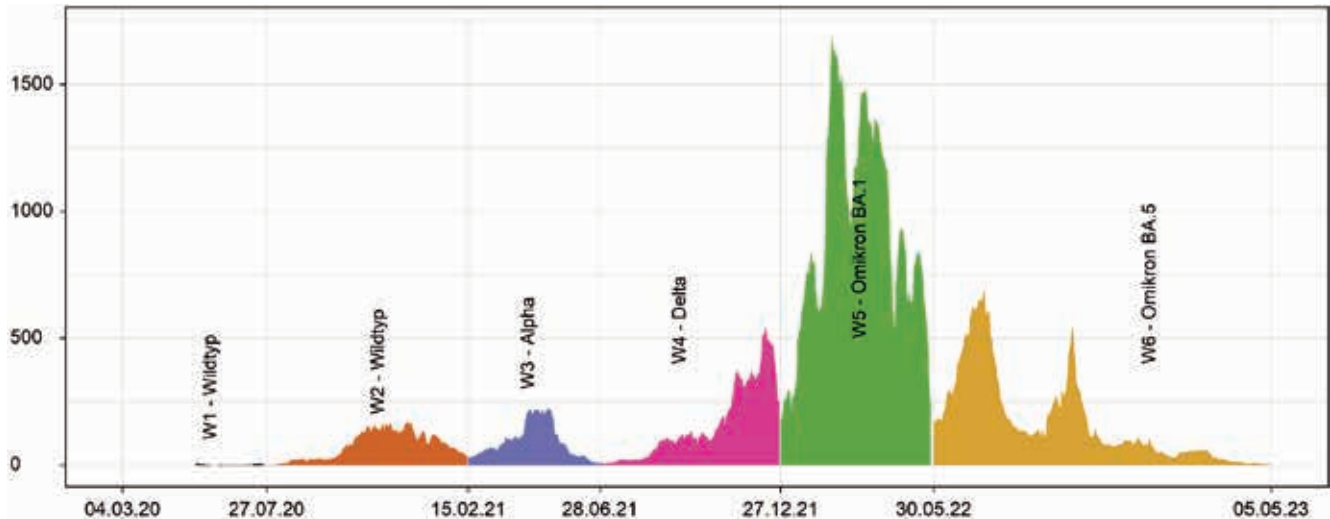
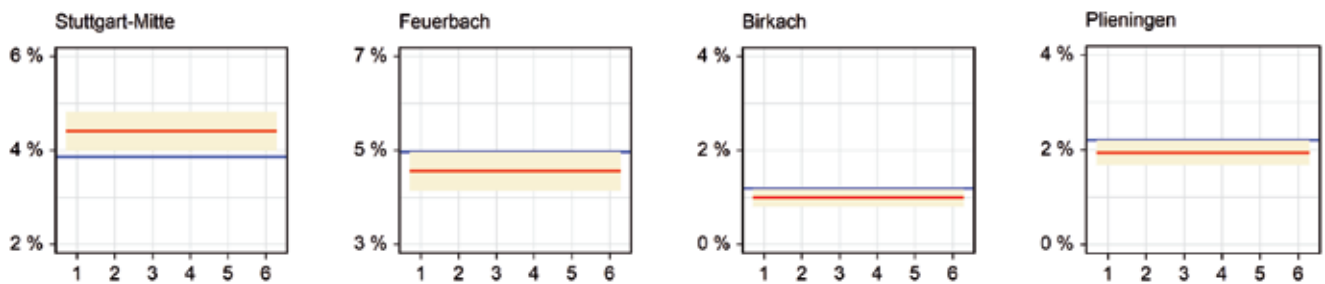
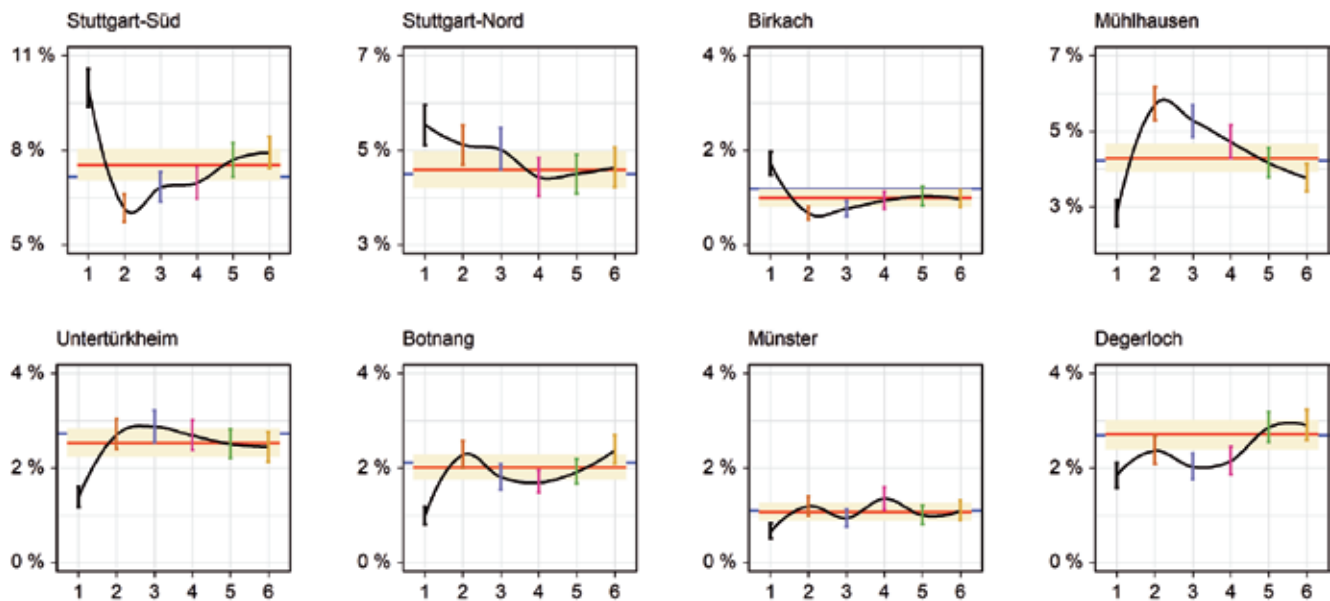


Abb. 2 Stadtbezirke mit überproportionaler bzw. unterproportionaler Belastung über den gesamten Pandemieverlauf



Y-Achse: Wellenübergreifender Stadtbezirksanteil an Coronainfektionen in Rot; Bevölkerungsanteil in Blau
X-Achse: 1. bis 6. Welle

Abb. 3 Stadtbezirke mit überproportionaler bzw. unterproportionaler Belastung



Y-Achse: Stadtbezirksspezifischer Anteil an Coronainfektionen (inkl. 95%-KI) nach Wellen
X-Achse: 1. bis 6. Welle

Stadtbezirk handelt. So ist der Anteil der 18- bis 30-Jährigen (25,6 %) in keinem anderen Stadtbezirk höher als hier (vgl. Anhang, S. 51/52). Neben der überproportionalen Betroffenheit von Stuttgart-Mitte, lassen sich mit Feuerbach, Birkach und Plieningen drei Stadtbezirke identifizieren, deren Anteil an Infektionen – bei einer angenommenen Gleichverteilung des Infektionsgeschehens über das Stadtgebiet – möglicherweise etwas höher hätte liegen können. Tatsächlich befinden wir uns hier aber sehr knapp an der Nachweisgrenze einer statistisch signifikanten Abweichung. Entsprechend halten wir uns mit Erklärungsansätzen an dieser Stelle zurück.

Darüber hinaus ist bei jeder kleinräumigen Verortung von Infektionen zu bedenken, dass hierfür der Wohnort der Betroffenen und nicht etwa der Arbeitsplatz oder ein sonstiger Aufenthaltsort tagsüber herangezogen wird. Auch ist nicht restlos auszuschließen, dass sich das Testverhalten der Bevölkerung von Stadtbezirk zu Stadtbezirk unterscheiden kann – z. B. weil die Testinfrastruktur vor Ort unterschiedlich stark ausgebaut ist.

Wellenspezifische Belastung

Das Gesamtbild eines über den Pandemieverlauf mehr oder weniger gleichermaßen betroffenen Stadtgebiets bekommt Risse, sobald wir uns der Belastung der städtischen Teilräume in den einzelnen Wellen annehmen. Eine solche differenzierte Betrachtung des Infektionsgeschehens nach Wellen und Stadtbezirken in Form eines kleinräumigen Monitorings ist erforderlich, weil eine stärkere Belastung zu einem frühen Zeitpunkt, an dem noch kaum Schutzmöglichkeiten (Masken, Impfung) vorhanden waren und das medizinische Wissen zur Behandlung von Krankheitssymptomen noch nicht voll ausgebildet sein konnte, mit ganz anderen Folgen für die Infizierten einhergehen kann.

1. Welle – 4. März 2020 bis 26. Juli 2020

Virusvariante: Wildtyp

Die Landeshauptstadt Stuttgart verzeichnet am 4. März 2020 ihren ersten offiziellen Coronafall. In Deutschland bereits Ende Januar 2020 nachgewiesen, kommt eine IfW-Studie zu dem Schluss, dass der COVID-19-Ausbruch im österreichischen Skiort Ischgl im Februar und März 2020 einen unvergleichbaren Einfluss auf das Infektionsgeschehen in Deutschland genommen habe. Stadt- und Landkreise mit geografischer Nähe zum Skiort weisen in dieser Zeit eine erhöhte Infektionsrate auf. Als Erklärung hierfür werden Urlaubende angeführt, die sich beim Après-Ski infiziert haben.

Tatsächlich gehört die Landeshauptstadt in dieser Anfangszeit zu den Regionen mit einer erhöhten Infektionsrate. Zeitungsberichte zeugen davon, dass sich Betroffene im österreichischen Skiort mit dem Virus infizierten und dieses dann mit nach Stuttgart brachten. Im Vergleich zu dem, was in späteren Wellen auf die Stadt zukommen wird, wartet die erste Welle mit 1 641 registrierten Fällen aber noch mit wenigen Infizierten auf. Die höchste 7-Tage-Inzidenz je 100 000 Einwohnern wird in Stuttgart laut Landesgesundheitsamt am 17. Mai 2020 mit einem Wert von 7,4 gemessen. Gleichwohl spiegeln die noch geringen Fallzahlen in keiner Weise die Schicksale der Betroffenen wider. In keiner anderen Welle ist

die Verstorbenenrate, also der Anteil der Personen die mit oder an COVID-19 starben, höher (3,9%). Insgesamt sind in dieser Frühphase 64 Todesfälle in Stuttgart zu beklagen. Die höchste altersgruppenspezifische Inzidenz findet sich in der ersten Welle bei den über 80-jährigen Stuttgarterinnen und Stuttgartern. Entsprechend gelten die ersten Bemühungen des Gesundheitsamts dem Schutz dieser besonders vulnerablen Personengruppe. Dazu gehört auch die landesweit verfügte Schließung von Schulen und Kindergärten. Parallel werden zu diesem Zeitpunkt städtische Strukturen aufgebaut und die Arbeitsorganisation des Gesundheitsamts wird so umgestellt, dass sie eine effektive Bearbeitung der eingehenden Meldungen sowie den Schutz vulnerabler Gruppen ermöglicht.

In der Anfangsphase der Pandemie, die noch durch sehr niedrige Inzidenzen und – nach unserer Einschätzung – durch eher zufällige Hotspots und Cluster geprägt ist, entfallen vergleichsweise viele Fälle auf die Stadtbezirke Stuttgart-Süd, Stuttgart-Nord und Birkach. Unterproportional belastet sind in der ersten Welle die Stadtbezirke Mühlhausen, Untertürkheim, Botnang, Münster und Degerloch.

Die statistisch signifikante über- beziehungsweise unterproportionale Belastung eines Stadtbezirks in der ersten Welle (1) wird in Abbildung 3 daran deutlich, dass der als vertikale schwarze Linie dargestellte stadtbezirksspezifische Anteil an Coronainfektionen (inkl. 95 %-KI) vollständig ober- oder unterhalb des als horizontale Linie in Rot (inkl. 95 %-KI) abgetragenen wellenübergreifenden Stadtbezirksanteils liegt. Stuttgart-Süd weist wellenübergreifend zum Beispiel einen Anteil an den gesamtstädtischen Infektionen von 7,53 Prozent auf (Intervall zwischen 7,03 bis 8,05). Der in der ersten Welle in Stuttgart-Süd gemessene Anteil an Coronainfektionen an den gesamtstädtischen Infektionen beläuft sich aber auf 9,97 Prozent (Intervall zwischen 9,38 und 10,58 Prozent). Damit ist Stuttgart-Süd in der ersten Welle deutlich stärker belastet, als es die durchschnittliche Belastung des Stadtbezirks über den gesamten Pandemieverlauf erwarten ließe.

2. Welle – 27. Juli 2020 bis 14. Februar 2021

Virusvariante: Wildtyp

Was sich in der ersten Welle überwiegend noch in Form von Hotspots und Cluster darstellt, wächst sich in der zweiten Welle zu einem zunehmend diffusen Infektionsgeschehen aus. Mit dem weiterhin dominanten Wildtyp infizieren sich in diesem Zeitraum bereits 16 458 Stuttgarterinnen und Stuttgarter. Die 7-Tage-Inzidenz je 100 000 Einwohnern erreicht am 15. und 16. Dezember 2020 mit einem Wert von 171,1 ihren vorläufigen Höhepunkt. Weiterhin besonders stark betroffen ist die Altersgruppe der über 80-Jährigen. Hohe Auslastungen in den Kliniken und 225 Todesfälle sind die Folge. Diese manifestieren sich in einer Verstorbenenrate von 1,4 Prozent. Die Landeshauptstadt Stuttgart baut in dieser Phase einen Pool an Mitarbeitenden – auch aus anderen städtischen Ämtern – auf. Zur weiteren Unterstützung bei der Nachverfolgung von Infektionsketten kommt die Bundeswehr im Rahmen der Amtshilfe zum Einsatz. Der offizielle Impfstart fällt auf den 27. Dezember 2020. Im Klinikum Stuttgart wird an diesem Tag die erste Stuttgarterin geimpft.

Doch die Impfdosen sind zunächst begrenzt und die Geduld vieler Impfwilliger wird in den folgenden Monaten

auf die Probe gestellt – nicht zuletzt wegen des für die ältere Bevölkerung sehr komplizierten Telefon- und Online-Terminvergabesystems. Wichtig ist hier die Unterstützung bei der Terminvereinbarung oder die Begleitung zu Impfterminen von körperlich oder psychisch eingeschränkten Menschen durch bürgerschaftlich Engagierte. Bevor der Allgemeinbevölkerung ein Impfangebot gemacht werden kann, werden Bewohnerinnen und Bewohner von Alten- und Pflegeheimen, von Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Mitarbeitende im Gesundheitsbereich geimpft. Später werden die Impftermine dann unter anderem nach Alter gestaffelt vergeben, beginnend mit der Altersgruppe der über 80-Jährigen.

In dieser frühen Phase der Pandemie, in der die Impfung der Risikogruppen die höchste Priorität genießt, verzeichnen die Stadtbezirke Mühlhausen (vgl. Abb. 3), Feuerbach, Bad Cannstatt, Zuffenhausen und in der Tendenz auch Hedelfingen eine überproportionale Betroffenheit (vgl. Abb. 4). Vergleichsweise wenige Fälle treten in der zweiten Welle der Pandemie in den Stadtbezirken Stuttgart-Süd sowie Birkach (vgl. Abb. 3) – beide waren zu Beginn noch überproportional betroffen – und darüber hinaus Möhringen, Stuttgart-West, Sillenbuch und Vaihingen auf (vgl. Abb. 4).

Mit Blick auf die sozioökonomische Konstitution der nun über- beziehungsweise unterproportional betroffenen Stadtbezirke fällt auf, dass es sich bei den überproportional betroffenen Stadtbezirken um die einkommensärmeren Bezirke der Stadt handelt. So weisen Mühlhausen (84), Bad Cannstatt (91), Zuffenhausen (89) und Hedelfingen (92) allesamt Einkommensindexwerte auf, die sich unter dem gesamtstädtischen Mittel (100) befinden. Einzig Feuerbach scheint mit einem Einkommensindexwert von 103 nicht ganz in das Bild zu passen – wobei es sich bei Feuerbach um einen sehr heterogenen Stadtbezirk mit sehr wohlhabenden und weniger wohlhabenden Lagen handelt. Die in der zweiten Welle vergleichsweise

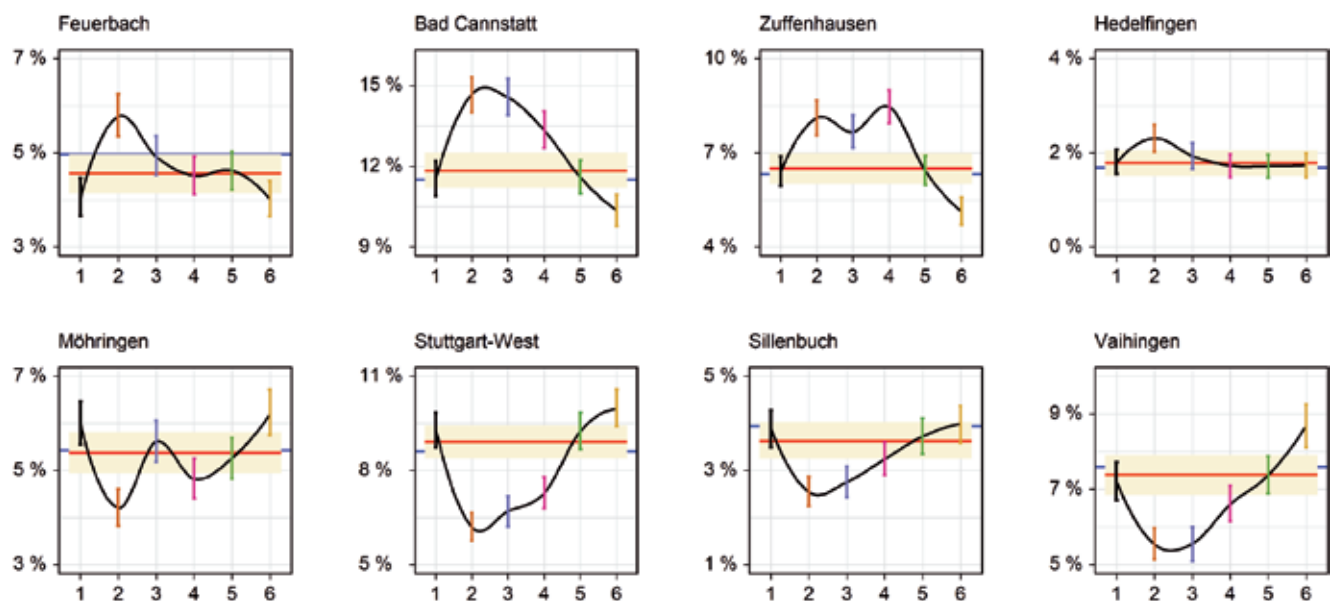
unterproportional betroffenen Stadtbezirke Stuttgart-Süd (107), Birkach (105), Möhringen (103), Stuttgart-West (110), Sillenbuch (106) und Vaihingen (106) finden sich hingegen am oberen Ende des Einkommensindexes wieder. In dieser zweiten, sehr aktiven Phase der Pandemie mit dem Höhepunkt um die Weihnachtszeit, als noch kein Impfschutz verfügbar war, trifft es offensichtlich verstärkt jene Stadtbezirke, in denen vermehrt Menschen mit geringeren Einkommen leben. Häufiger einer Arbeit nachgehend, die eine Präsenz vor Ort voraussetzt und mit dem Zusammentreffen mit (vielen) anderen Menschen einhergeht, birgt diese ein erheblich höheres Infektionsrisiko als eine in aller Regel besser bezahlte Tätigkeit, die aus dem Home-Office verrichtet werden kann. Der Kontakt mit möglichen Infektionsquellen ist wesentlich geringer, wenn die berufliche Tätigkeit von zu Hause erfolgt.

3. Welle – 15. Februar 2021 bis 27. Juni 2021

Virusvariante: Alpha

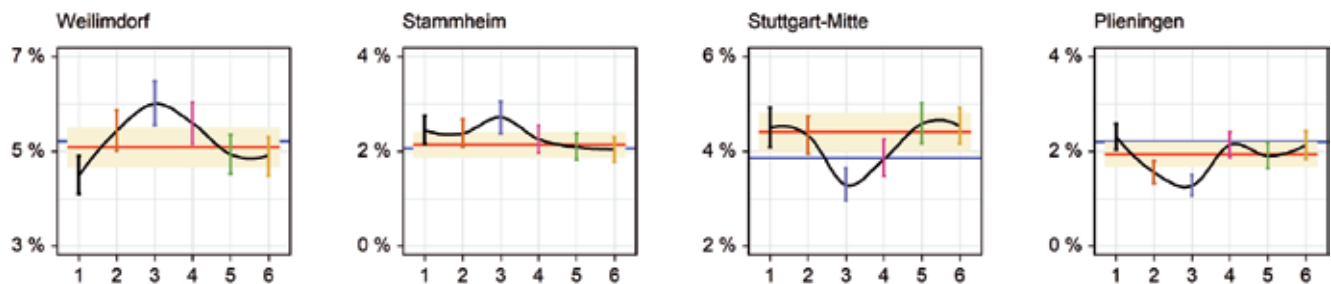
Die dritte Welle der Pandemie baut sich durch die ansteckendere Alpha-Variante auf. Insgesamt werden während dieser Phase in Stuttgart 11 611 Coronafälle registriert. Die 7-Tage-Inzidenz je 100 000 Einwohnern steigt am 6. Mai 2021 auf einen vorläufigen Höchstwert von 224,1. Weitere 141 Personen sterben in dieser Phase mit oder an Corona. Dies entspricht einer Verstorbenenrate von 1,2 Prozent. Die höchste altersgruppenspezifische Inzidenz weist nun nicht mehr die Gruppe der Hochbetagten, sondern die der 10- bis 19-Jährigen auf. In der Konsequenz haben nun die über 80-Jährigen die niedrigste Inzidenz. Dass die besonders vulnerable Gruppe der Älteren nun durch Impfpriorisierung und Besuchsregeln besser geschützt werden kann, wertet das Gesundheitsamt als Erfolg. Angetrieben durch die erzielten Erfolge und eine nach und nach höhere Verfügbarkeit an Impfdosen liegt der Arbeitsschwerpunkt des Gesundheitsamts nun auf der Ausweitung der Impfkampagne.

Abb. 4 Stadtbezirke mit überproportionaler bzw. unterproportionaler Belastung



Y-Achse: Stadtbezirksspezifischer Anteil an Coronainfektionen (inkl. 95%-KI) nach Wellen
 X-Achse: 1. bis 6. Welle

Abb. 5 Stadtbezirke mit überproportionaler bzw. unterproportionaler Belastung



Y-Achse: Stadtbezirksspezifischer Anteil an Coronainfektionen (inkl. 95%-KI) nach Wellen
X-Achse: 1. bis 6. Welle

Aber auch in der dritten Welle bleiben die einkommensschwächeren Stadtbezirke Mühlhausen (vgl. Abb. 3), Bad Cannstatt und Zuffenhausen (vgl. Abb. 4) überproportional stark durch das Infektionsgeschehen betroffen. Neu hinzu kommen die Stadtbezirke Weilimdorf und in der Tendenz auch Stammheim (vgl. Abb. 5). Wie für Mühlhausen, Bad Cannstatt und Zuffenhausen gilt auch für Weilimdorf (97) und Stammheim (95), dass sie Einkommensindexwerte unterhalb des gesamtstädtischen Mittels aufweisen.

Die einkommensstarken Stadtbezirke Stuttgart-West, Sillenbuch und Vaihingen (vgl. Abb. 4) offenbaren weiterhin eine relativ geringe Belastung. Es zeigt sich also ein ganz ähnliches Bild wie in der Welle zuvor. Hinzukommen die Stadtbezirke Stuttgart-Mitte (vgl. Abb. 5) und Degerloch (vgl. Abb. 3). Ebenso wie Stuttgart-West, Sillenbuch und Vaihingen zählen auch Stuttgart-Mitte (106) und Degerloch (109) zu den einkommensstärkeren Stadtbezirken und weisen in dieser Phase der Pandemie ebenfalls eine vergleichsweise geringe Belastung auf. Der Richtung nach gilt dies auch für den Stadtbezirk Plieningen (100). Den städtischen Einkommensdurchschnitt widerspiegelnd erfährt Plieningen in der dritten Welle eine signifikant geringere Belastung, als es seine wellenübergreifende Betroffenheit erwarten ließe (vgl. Abb. 5).

4. Welle – 28. Juni 2021 bis 26. Dezember 2021

Virusvariante: Delta

Inzwischen ist die Delta-Variante vorherrschend und zeichnet in Stuttgart für 27 363 Infektionen verantwortlich. Am 11. und 12. Dezember steigt die 7-Tage-Inzidenz je 100 000 Einwohnern auf ein bis dahin nicht erreichtes Niveau von 539,7. Besonders betroffen ist jetzt die Altersgruppe der 6- bis 9-Jährigen. Entsprechend konzentrieren sich die Bemühungen der Stadt zur Eindämmung der Pandemie nun vermehrt auf die Gruppe der Kinder und Jugendlichen. Insgesamt 149 Stuttgarterinnen und Stuttgarter versterben im Zuge der vierten Welle an oder mit Corona. Dies entspricht einer Verstorbenenrate von 0,5 Prozent. Der Rückgang der Verstorbenenrate spricht für einen deutlich besseren Schutz innerhalb der vulnerablen Bevölkerung, vorwiegend bedingt durch Impfungen, Masken und Testungen. Zudem werden medizinische Fortschritte bei der Behandlung erzielt. Demzufolge verlagert sich das Infektionsgeschehen nun nachhaltig weg von dem besonders vulnerablen Personenkreis.

Wie bereits in der zweiten und in der dritten Welle verzeichnen die einkommensschwächeren Stadtbezirke Bad Cannstatt und Zuffenhausen (vgl. Abb. 4) weiterhin eine überproportionale Belastung durch das Virus. Die einkommensstärkeren Stadtbezirke Stuttgart-West (vgl. Abb. 4) und in der Tendenz auch Degerloch (vgl. Abb. 3) weisen zum dritten, respektive zweiten Mal in Folge eine signifikant geringe Betroffenheit auf. Auch für die vierte Welle darf demnach angenommen werden, dass bei der Erklärung für das jeweilige Ausmaß des Infektionsgeschehens der Unterscheidung der Stadtbezirke nach eher wohl situierten und eher weniger wohl situierten Personen eine bedeutende Rolle zukommt.

5. Welle – 27. Dezember 2021 bis 29. Mai 2022

Virusvariante: Omikron BA.1

Das inzwischen zur Omikron BA.1-Variante mutierte Virus ist noch ansteckungsfähiger. In Kombination mit weniger Kontaktbeschränkungen breitet sich das Virus nun sehr rasch in Stuttgart aus. Insgesamt werden während dieser Welle in Stuttgart sage und schreibe 130 361 Infektionen aktenkundig. Die 7-Tage-Inzidenz je 100 000 Einwohnern steigt am 17. Februar 2022 mit einem Wert von 1720,8 auf ihren absoluten Höchstwert. Weiterhin ist es die Altersgruppe der 6- bis 9-Jährigen, die am stärksten betroffen ist. Trotz der schier unglaublichen Zahl an Infizierten versterben in dieser Hochinfektionsphase mit 101 Personen vergleichsweise wenige Stuttgarterinnen und Stuttgarter an oder mit Corona. Die Trauer um jede einzelne Person schmälert dies gleichwohl nicht. Dass die Verstorbenenrate aber inzwischen auf 0,1 Prozent gesunken ist, ist Ausdruck eines in der Regel sehr viel mildereren und damit ungefährlicheren Krankheitsverlaufs. Unter dem diffusen Infektionsgeschehen, welches nun auch durch zahlreiche Reinfektionen bestimmt ist, kämpft das Gesundheitsamt mit Änderungen bei der Testverordnung und dem sich ändernden Testverhalten der Betroffenen selbst. Für längst nicht mehr alle mit entsprechenden Symptomen darf in dieser Phase angenommen werden, dass sie sich einem offiziellen PCR-Test unterziehen oder unterziehen können. Entsprechend rücken andere Parameter zur Beschreibung der pandemischen Lage, wie etwa die Abwasseranalytik oder die Auslastung der Krankenhausbetten, in den Vordergrund.

In Anbetracht der Vielzahl an Fällen mittelt sich die Belastung über die Stadtbezirke in dieser Phase der Pandemie aus.

Mit anderen Worten: In der fünften Welle entspricht der Anteil der Coronainfektionen in allen Stadtbezirken näherungsweise dem Bevölkerungsanteil der Stadtbezirke. Während wir in der zweiten, dritten und vierten Welle also noch zeigen konnten, dass die räumliche Verteilung des Infektionsgeschehens nicht gänzlich zufällig verläuft, sondern sich das Infektionsgeschehen insbesondere da manifestiert, wo Menschen aufgrund weniger privilegierter Lebensumstände einem besonderen Infektionsrisiko ausgesetzt sind, kann nun davon keine Rede mehr sein. Die noch ansteckendere Omikron BA.1-Variante erwischt sprichwörtlich nun nahezu alle. Im Unterschied zu vorherigen Wellen weiß sich jetzt aber ein Großteil der Bevölkerung durch Impfung, mögliche Selbsttestungen, individuelle Schutzmaßnahmen wie Masken, medizinischen Fortschritt und teilweise durch Immunität gut geschützt. Das Virus wird zunehmend als vermeintlich berechenbares Risiko des alltäglichen Lebens eingestuft. Die Menschen werden unvorsichtiger und sehnen sich nach einer langen Zeit der Entbehrungen nach sozialen Kontakten und Begegnungen.

6. Welle – 30. Mai 2022 bis 5. Mai 2023

Virusvariante: Omikron BA.5

Bis zur Verkündung des offiziellen Endes der gesundheitlichen Notlage vergeht aber fast noch ein Jahr. In der sechsten Welle dominiert die Omikron BA.5-Variante das Infektionsgeschehen. Insgesamt werden in diesem Zeitraum 65 788 Fälle einer Coronainfektion in Stuttgart registriert. Zwischenzeitlich deutlich gesunken erklimmt die 7-Tage-Inzidenz je 100 000 Einwohnern am 19. Juli 2022 ein lokales Hoch von 691,3 und am 17. Oktober 2022 einen Wert von 546,1. Die Verstorbenerate liegt in diesem Zeitraum bei 0,2 Prozent. Insgesamt 102 Personen sterben während der sechsten Welle mit oder an Corona in Stuttgart. Nun ist die Altersgruppe der 20- bis 39-Jährigen diejenige mit der höchsten Inzidenz. Unter den Jüngsten führen die zurückliegenden Schutzmaßnahmen und Kontaktbeschränkungen zu einem gewissen Nachholeffekt bei für dieses Lebensalter typischen Erkältungskrankheiten. In der Folge kommen die Kinderarztpraxen sowie die Kinderkliniken an ihre Belastungsgrenze. Verstärkend kommt in dieser Phase der massive Ausfall medizinischen Fachpersonals hinzu.

Bezeichnenderweise zeigen sich hinsichtlich der Belastung nun wieder Unterschiede zwischen den Stadtbezirken. Die beiden einzigen Stadtbezirke mit überproportionaler Belastung sowohl in der zweiten, dritten als auch in der vierten Welle – namentlich Bad Cannstatt und Zuffenhausen (vgl. Abb. 4) – verzeichnen zum Ausgang der Pandemie signifikant weniger Infektionen, als es deren Bevölkerungsanteil erwarten ließe. Demgegenüber stehen die Stadtbezirke Möhringen, Stuttgart-West und Vaihingen (vgl. Abb. 4). In den Wellen 2 bis 4 in aller Regel unterdurchschnittlich belastet scheint sich das Coronavirus dort besonders leicht zu verbreiten. Diese Entwicklung war zu erwarten: Die neuen Virusvarianten sind ansteckender und breiten sich somit noch leichter aus. Gleichzeitig nimmt glücklicherweise die Krankheitsschwere ab, was weitere Lockerungen möglich macht aber innerhalb der Bevölkerung zu weniger vorsichtigen Verhaltensweisen führt. Die bis dahin noch bestehende Impflücke wird durch Infektionen geschlossen, was vor dem Hintergrund von Long-COVID nicht unproblematisch erscheint.

Was lässt sich also feststellen und für die Zukunft lernen?

Das kleinräumige Monitoring des Covid-19-Infektionsgeschehens in Stuttgart stellt einen wichtigen Baustein der städtischen Nachbetrachtung der Pandemie dar. Neben ganz grundlegenden Erkenntnissen und Einsichten liefern die vorangestellten Analysen insbesondere Hinweise darauf, dass einkommensschwächere Teilräume gleich zu Beginn einer Pandemie oder gesundheitlichen Notlage noch stärker in den Fokus gerückt werden müssen:

1. Aus bevölkerungsmedizinischer Perspektive ist die Landeshauptstadt Stuttgart mit vereinten Kräften vergleichsweise gut durch die Coronapandemie gekommen.
2. Nach der ersten Welle einer Pandemie kommen weitere, höhere Wellen, das heißt die Fallzahlen steigen und immer mehr Menschen infizieren sich.
3. Die Maßnahmen und Strategien müssen sich fortlaufend an Infektiosität und Pathogenität des Virus und den damit verbundenen Folgen anpassen. Dies kann nur dann gelingen, wenn unter der Leitung des Oberbürgermeisters sehr frühzeitig ein interdisziplinärer Verwaltungsstab eingesetzt wird, der regelmäßig, wenn notwendig täglich, die Lage bewertet und umgehend die notwendigen Entscheidungen trifft.
4. Zu Beginn einer Pandemie steht im Vordergrund, ausreichend Zeit zu gewinnen für die Entwicklung zielgruppenspezifischer Schutzkonzepte, erregerspezifischer Tests, und vor allem auch wirksamer Impfstoffe. Damit dies gelingt, muss die unkontrollierte Ausbreitung des Virus verhindert werden. Hierfür notwendig sind wiederkehrende, möglichst kurz dauernde, deutliche Kontaktbeschränkungen sowie eine intensiv betriebene Kontaktpersonennachverfolgung mit entsprechenden Absonderungsmaßnahmen. Aus den hier vorgelegten Ergebnissen muss die Lehre gezogen werden, dass die soziale Lage bis zu dem Zeitpunkt, zu dem ausreichende Schutzmaßnahmen vorhanden sind, als zusätzlicher Risikofaktor für eine Infektion anzunehmen ist. Sobald für die Allgemeinbevölkerung wirksame Schutzmaßnahmen (Impfung, Testung, Schutzausrüstung) zur Verfügung stehen, sind schrittweise Lockerungen der Kontaktbeschränkungen möglich. In der Folge kommt es zu einem immer diffuser werdenden Infektionsgeschehen. Während dieser Zeit konzentriert sich die Arbeit des Krisenstabs und die des Gesundheitsamts immer mehr auf den Schutz von Menschen mit einem erhöhten Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf. Die Wirksamkeit der Kontaktpersonennachverfolgung ist zu diesem Zeitpunkt der Pandemie nur noch sehr eingeschränkt gegeben.
5. Als weitere kommunale Aufgabe hat sich im Verlauf der Pandemie herauskristallisiert, parallel zu den eingeführten Infektionsschutzmaßnahmen die psychosoziale Gesundheit der Bevölkerung im Blick zu behalten. Aus Infektionsschutzgründen notwendige Kontaktbeschränkungen, Absonderungsmaßnahmen und Einrichtungsschließungen können sich negativ auf Psyche und Wohlbefinden der Bevölkerung auswirken. Besonders betroffen davon sind Personengruppen, die nicht auf belastbare familiäre Strukturen zurückgreifen können, die auf soziale Kontakte in

- Einrichtungen angewiesen sind (z.B. ältere oder psychisch kranke Menschen) oder Kinder und Jugendliche, für die der vielfältige Kontakt zu Gleichaltrigen notwendig für eine gesunde Entwicklung ist. Hier ist es die Aufgabe der Kommune, soziale Einrichtungen, Hilfsdienste und ehrenamtlich Engagierte dabei zu unterstützen, alternative und auch kreative Wege zu finden, wie soziale Kontakte unter schwierigen Voraussetzungen wie z. B. einem Lockdown aufrechterhalten werden können. Bewegungsangebote online, Telefonnummern für Teenager in Not oder Spielangebote auf der Straße sind nur einige Beispiele für das Erreichen von Kindern und Jugendlichen in ihrer Häuslichkeit, um Tagesstruktur und Lebensqualität zu erhalten, aber auch um häuslicher Gewalt vorzubeugen.
- Es ist von entscheidender Bedeutung, die Bevölkerung auf verständliche und zielgruppenspezifisch angemessene Weise über die Pandemie und die notwendigen Schutzmaßnahmen zu informieren. Nur so kann gewährleistet werden, dass diese gesamtgesellschaftlich mitgetragen und umgesetzt werden.
 - Mit fortdauernder Pandemie werden Fragestellungen wichtig, die über den reinen Infektionsschutz hinausgehen. Zum Beispiel, wie die psychosozialen Folgen einer Pandemie abgemildert werden können.

- Die Pandemie ist aus lokaler Sicht dann zu Ende, wenn der Immunschutz gegenüber dem Krankheitserreger in der Gesamtbevölkerung ausreichend ist, um eine Überlastung des medizinischen Versorgungssystems zu verhindern. Bevölkerungsmäßig sind dann keine speziellen Maßnahmen mehr erforderlich. Für Menschen mit einem erhöhten Risiko für schwere Verläufe bleibt die Erkrankung aber auch dann immer noch bedeutsam.
- Nach der Pandemie ist vor der Pandemie. Das bedeutet, dass entsprechende Strategien, Absprachen und Konzepte fortlaufend weiterentwickelt werden müssen, um gut vorbereitet zu sein. Hierzu zählt unter anderem auch das Vorhalten eines Pandemielagers mit persönlicher Schutzausrüstung.

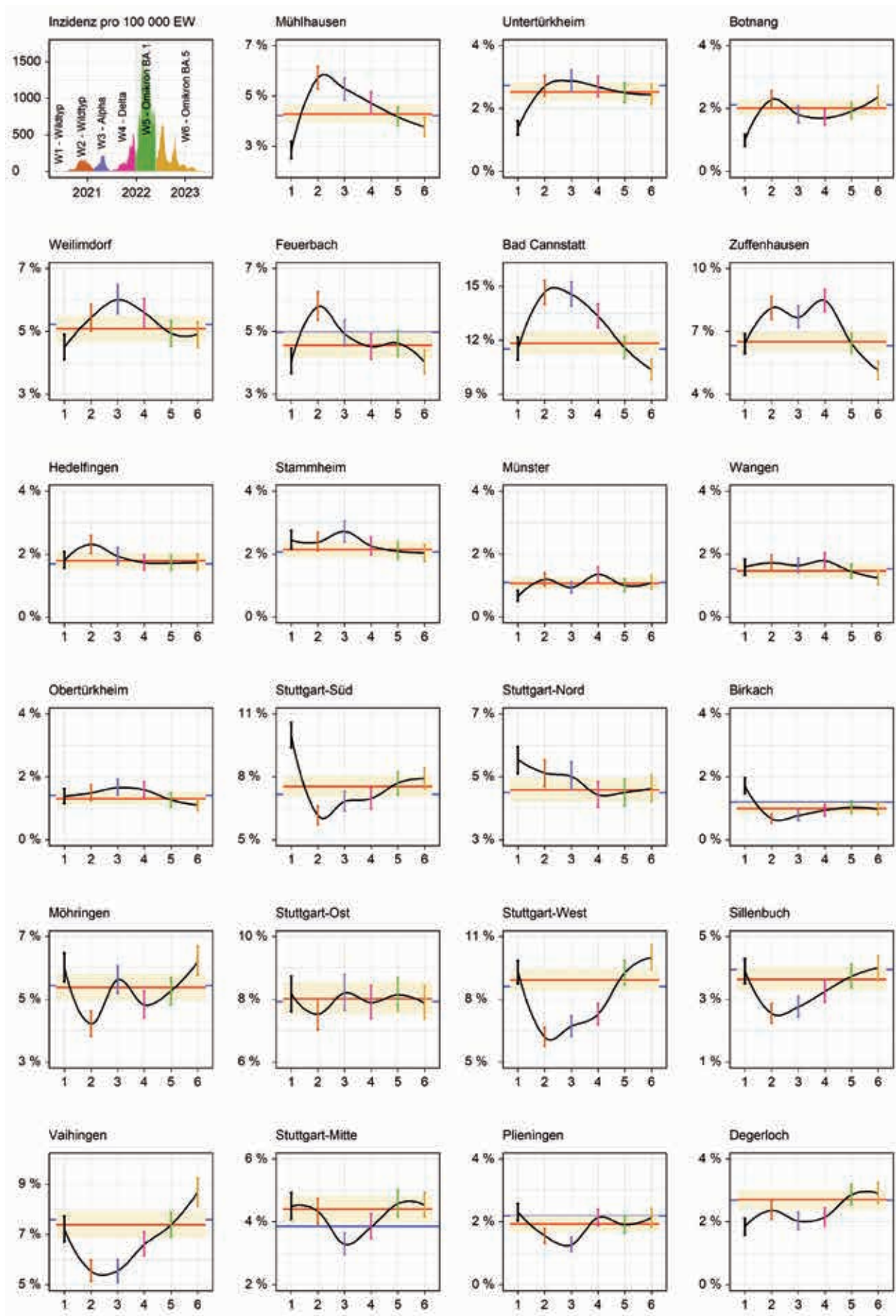
- Der Bevölkerungsanteil bezieht sich auf die Bevölkerung nach kommunalem Melderegister zum Stand 31.12.2021.
- Vgl. hierzu: <https://www.ifw-kiel.de/de/publikationen/medieninformationen/2020/corona-naehe-zu-ischgl-erhoeht-die-infektionsrate/> (aufgerufen am 04.08.2023).
- Vgl. hierzu: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Archiv_Maerz.html (aufgerufen am 04.08.2023).
- Vgl. hierzu den Bericht in den Stuttgarter Nachrichten vom 14.09.2020: „Nach Infektion in Ischgl sind Reisen erst mal gestrichen“.
- Der normierte Einkommensindex basiert auf den Angaben der Oberfinanzdirektion und referenziert auf die zur Steuer veranlagten Einkommen aus dem Steuerjahr 2019. Einkommen über 200 000 Euro sind gedeckelt. Er dient der Sozialberichterstattung als Wohlstandsindikator.

Anhang

Tab. 1 Bevölkerungsanteile nach Altersklassen und Einkommensindex

Stadtbezirk	Davon im Alter von ... bis unter ... Jahren										Einkommensindex
	0-3	3-6	6-15	15-18	18-30	30-45	45-60	60-65	65-75	75+	
Mitte	2,6%	1,9%	4,2%	1,8%	25,6%	30,1%	17,6%	4,1%	6,5%	5,7%	106
Nord	3,1%	2,6%	7,0%	2,4%	17,7%	23,9%	20,1%	5,3%	7,7%	10,1%	111
Ost	2,9%	2,6%	6,7%	2,3%	18,3%	25,1%	19,9%	5,5%	8,1%	8,6%	96
Süd	3,1%	2,5%	6,4%	1,9%	17,9%	28,6%	20,0%	5,1%	7,5%	7,2%	107
West	3,2%	2,5%	5,8%	1,7%	19,2%	30,2%	18,3%	4,4%	6,9%	7,7%	110
Bad Cannstatt	3,0%	8,1%	2,7%	16,4%	23,9%	20,3%	5,7%	8,3%	8,7%	3,0%	91
Birkach	2,4%	7,9%	3,1%	20,8%	18,6%	18,5%	5,4%	8,1%	12,7%	2,4%	105
Botnang	2,5%	8,0%	2,7%	12,9%	18,9%	20,8%	6,4%	10,6%	14,9%	2,5%	104
Degerloch	2,9%	7,8%	2,6%	12,9%	20,5%	21,0%	6,2%	9,3%	14,0%	2,9%	109
Feuerbach	2,9%	7,9%	2,5%	15,0%	23,3%	20,6%	5,6%	8,4%	10,6%	2,9%	103
Hedelfingen	2,5%	8,2%	2,9%	14,2%	22,1%	22,0%	6,3%	8,9%	10,3%	2,5%	92
Möhringen	3,1%	7,9%	2,4%	14,6%	22,3%	20,0%	5,8%	8,7%	12,2%	3,1%	103
Mühlhausen	2,8%	8,2%	3,0%	12,7%	19,5%	20,0%	6,8%	10,7%	13,4%	2,8%	84
Münster	2,8%	6,9%	2,1%	16,5%	22,3%	21,3%	6,0%	8,8%	10,2%	2,8%	86
Obertürkheim	2,6%	8,7%	2,8%	15,0%	21,7%	21,2%	6,5%	8,5%	10,0%	2,6%	96
Plieningen	2,6%	7,4%	2,6%	21,2%	20,3%	18,6%	5,4%	8,5%	10,8%	2,6%	100
Sillenbuch	2,7%	8,7%	2,9%	11,2%	18,3%	20,8%	6,2%	9,9%	16,9%	2,7%	106
Stammheim	3,2%	7,7%	2,3%	14,1%	22,0%	20,8%	7,0%	10,3%	9,6%	3,2%	95
Untertürkheim	2,7%	7,9%	2,4%	17,2%	21,1%	20,9%	5,8%	8,9%	10,3%	2,7%	89
Vaihingen	2,5%	7,5%	2,6%	21,8%	20,9%	19,2%	5,2%	7,9%	9,7%	2,5%	106
Wangen	2,9%	8,5%	2,7%	16,4%	23,2%	20,9%	5,7%	7,9%	9,0%	2,9%	86
Weilimdorf	3,1%	9,0%	3,0%	12,5%	20,2%	22,1%	6,7%	10,0%	10,5%	3,1%	97
Zuffenhausen	3,1%	8,8%	3,0%	15,7%	22,4%	20,9%	6,0%	8,7%	8,3%	3,1%	89

Abb. 6 Anteil der Coronainfektionen im Stadtbezirk an allen Coronainfektionen in Stuttgart im Wellenverlauf (inkl. 95 %-KI)



Das Mietwohnungsangebot in Köln 2023

Wenig bezahlbarer Wohnraum für Geringverdienende und Haushalte mit Kindern

Die kommunale Statistikstelle der Stadt Köln hat im Jahr 2024 erstmals Analysen zur Leistbarkeit von Wohnraum und zu möglichen Lock-In-Effekten auf dem Kölner Mietwohnungsmarkt erstellt. Grundlage sind Daten zur Wohnsituation der Kölner Haushalte sowie Daten zu den in Köln angebotenen Mietwohnungen aus dem Jahr 2023. Das Resultat ist eine Übersicht darüber, welche Art Haushalte sich wo im Stadtgebiet eine Wohnung angemessener Größe leisten könnten und wie sich ihre Wohnkosten bei einem Umzug verändern würden. Die Ergebnisse zeigen, dass Paarhaushalte mit mittlerem Einkommen aktuell am besten auf dem Kölner Wohnungsmarkt positioniert sind, während Geringverdienende und Haushalte mit Kindern es schwerer haben dürften, sich angemessen mit Wohnraum zu versorgen.

Dr. André Grow-Böser

Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Sachgebiet Analysen, Berichte, Umfragen im Amt für Stadtentwicklung und Statistik der Stadt Köln, Themenschwerpunkt Bauen und Wohnen.

✉ andre.grow-boeser@stadt-koeln.de

Schlüsselwörter:

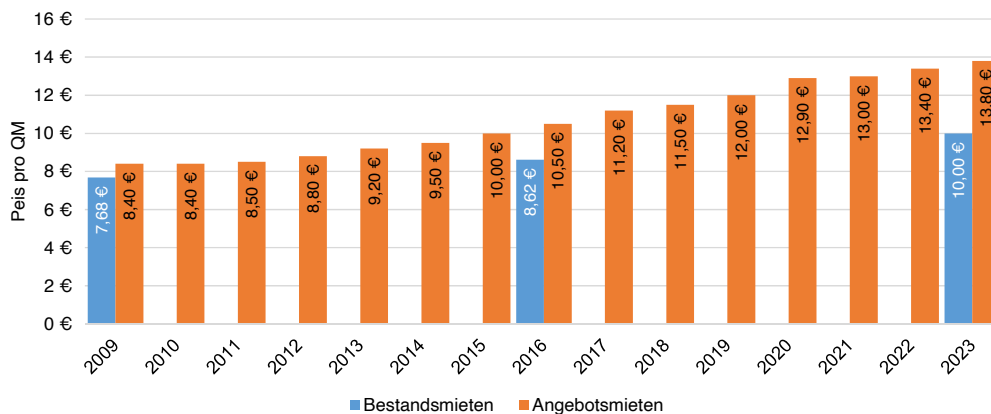
Angebotsmieten – Bestandsmieten – Leistbarkeit von Wohnraum – Lock-In-Effekte – Wohnungsmarkt

Einleitung

Die Wohnungsmieten in Köln steigen seit Jahren an. Lag die durchschnittliche Nettokaltmiete in bestehenden Mietverhältnissen (Bestandsmieten) im Jahr 2016 noch bei 8,62 Euro pro Quadratmeter, so stieg sie bis 2023 auf 10,00 Euro (+16%, Abb. 1).¹ Bei den Mieten für neu angebotene Wohnungen (Angebotsmieten) war der Anstieg noch deutlicher. Im Jahr 2016 lag die mittlere Angebotsmiete bei 10,50 Euro pro Quadratmeter, im Jahr 2023 bei 13,80 Euro (+31 %). Somit sind die mittleren Angebotsmieten schneller gestiegen als die Bestandsmieten. Gleichzeitig variierten die Angebotsmieten 2023 stark über das Stadtgebiet (Karte 1). Am höchsten waren die mittleren Angebotsmieten mit 14,21 bis 18,30 Euro im Stadtzentrum entlang des Rheins sowie am westlichen Zentrumsrand. Am niedrigsten waren die Angebotsmieten mit 5,40 bis 10,90 Euro in den nordwestlichen und südlichen Stadtrandlagen sowie in einzelnen zentraler gelegenen Stadtteilen.

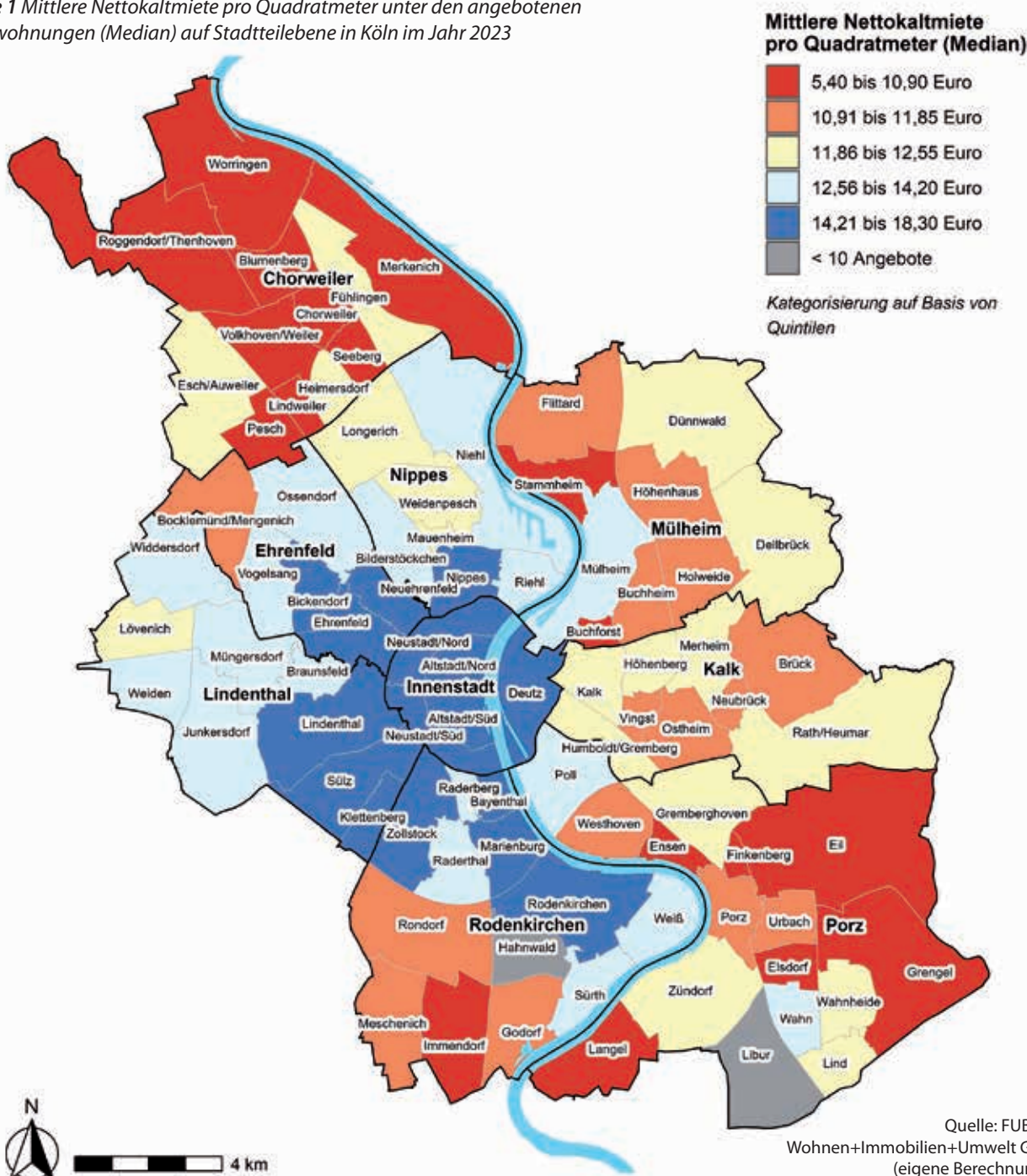
Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung hat die kommunale Statistikstelle der Stadt Köln im Jahr 2024 erstmals Analysen zur Leistbarkeit von Wohnraum und zu möglichen Lock-In-Effekten auf dem Kölner Mietwohnungsmarkt erstellt. Haushalte benötigen ausreichend großen und bezahlbaren Wohnraum und steigende Mietpreise können es für Haushalte schwierig machen, sich mit solchem Wohnraum zu versorgen. Die Leistbarkeitsanalyse betrachtet daher, ob und wo im Kölner Stadtgebiet Haushalte mit unterschiedlicher Größe und Einkommen theoretisch eine ausreichend große und bezahlbare Mietwohnung finden könnten. Darüber hinaus kann eine Diskrepanz zwischen Angebots- und Bestandsmieten zu einer ineffizienten Verteilung des vorhandenen Wohnraums führen, etwa, wenn Haushalte aus Kostengründen davon absehen in eine kleinere oder größere Wohnung umzuziehen, auch wenn dies für sie wünschenswert wäre (zum Beispiel auf Grund einer Haushaltsverkleinerung oder -vergrößerung). Um mögliche Umzugshürden zu identifizieren, betrachtet die Lock-In-Analyse die zu erwartende Veränderung in den Mietkosten, die für Haushalte durch Unterschiede in den mittleren Angebots- und Bestandsmieten bei einem Umzug entstehen würde. Die Ergebnisse dieser Analysen werden in der vorliegenden Arbeit vorgestellt. Dabei ist zu beachten, dass keine Aussagen darüber getroffen werden, welche Haushalte tatsächlich einen Umzugswunsch haben. Die Analysen beschreiben lediglich das Wohnungsangebot, das den Haushalten zur Verfügung stünde, wenn sie einen Umzugswunsch hätten.

Abb. 1 Bestandsmieten und Angebotsmieten (jeweils Median der Nettokaltmiete pro qm) in der Stadt Köln im Zeitverlauf



Quelle: FUB IGES
Wohnen+Immobilien+Umwelt GmbH (eigene Berechnungen);
Stadt Köln – Amt für Stadtentwicklung und Statistik, Umfragen „Demografischer Wandel 2009“, „Leben in Köln 2016“ und „Strukturdatenerhebung in Köln 2023“

Karte 1 Mittlere Nettokaltmiete pro Quadratmeter unter den angebotenen Mietwohnungen (Median) auf Stadtteilebene in Köln im Jahr 2023



Die Analysen basieren auf zwei Datenquellen. Die erste Datenquelle ist die Umfrage „Strukturdatenerhebung in Köln 2023“, die im Frühjahr und Sommer 2023 durch die Stadt Köln durchgeführt wurde und die Angaben zu den Eigenschaften der Kölner Haushalte und zu bestehenden Mietverhältnissen liefert. Die zweite Datenquelle ist die Mietdatenbank der FUB IGES Wohnen+Immobilien+Umwelt GmbH, die Angaben zu den in Köln angebotenen Mietwohnungen enthält, wie etwa den Mietpreis pro Quadratmeter Wohnraum und die Wohnfläche. Zusammen ermöglichen diese Daten es, die gegenwärtige Wohnsituation der Kölner Haushalte und das Wohnungsangebot vergleichend zu betrachten.

Hintergrund und Definitionen

Leistbarkeit und Angemessenheit

Damit eine Wohnung als Mietwohnung für einen Haushalt in Frage kommt, muss sie für den Haushalt erschwinglich sein. In der Forschungsliteratur ist hier der Begriff „Leistbarkeit“ (oder auch „Bezahlbarkeit“) zentral, der an der Höhe der Mietbelastung festgemacht wird. Die Mietbelastung eines Haushalts gibt an, wie viel Prozent des monatlichen Haushaltsnettoeinkommens für Wohnkosten aufgewendet werden müssen. Gemeinhin gilt eine Mietbelastung von bis zu 30 Prozent als leistbar, während eine höhere Mietbelastung oft als problematisch angesehen wird, da ab diesem Wert nur noch wenig Geld für andere Konsumausgaben übrigbleibt (Lebuhn et al. 2017). Dieser Schwellenwert wird auch in der vorliegenden Arbeit verwendet.

Bei der Betrachtung von Mieten kann zwischen der Nettokaltmiete (Grundmiete ohne Nebenkosten), der Bruttokaltmiete (Nettokaltmiete plus kalte Neben- und Betriebskosten) oder der Bruttowarmmiete (Bruttokaltmiete plus Kosten für Heizung und Warmwasserbereitung) unterschieden werden. Bei Analysen der Mietbelastung auf Basis von Bestandsmieten wird typischerweise die Bruttokaltmiete herangezogen. Bei Angebotsmieten werden jedoch häufig die „kalten“ und „warmen“ Nebenkosten nicht separat voneinander ausgewiesen. Deshalb erfolgt die Berechnung der Mietbelastung bei Angebotsmieten oft auf Basis der Nettokaltmiete. Dieser Ansatz wird auch in den vorliegenden Analysen verwendet und zur besseren Vergleichbarkeit wird auch bei den Bestandsmieten die Nettokaltmiete betrachtet. Da die Bruttokaltmiete in der Regel höher als die Nettokaltmiete ist, ist zu erwarten, dass die Anteile der leistbaren Angebote auf Basis der Bruttokaltmiete geringer sind als die hier ausgewiesenen Anteile auf Basis der Nettokaltmiete.

Darüber hinaus sollte eine Wohnung eine angemessene Größe für die Anzahl der unterzubringenden Haushaltsmitglieder haben. Eine Wohnung gilt hier als angemessen, wenn für jedes Haushaltsmitglied mindestens 10 Quadratmeter reine Wohnfläche² und mindestens ein Zimmer zur Verfügung stehen (ohne Küche, Diele und Bad) (IT.NRW 2010).

Lock-In-Effekte

Lock-In-Effekte („lock in“ aus dem Englischen: „einschließen“ oder „einsperren“) auf dem Wohnungsmarkt können entstehen, wenn die Preise der Angebotsmieten über den Preisen

der Bestandsmieten liegen und es dadurch für Haushalte finanziell unattraktiv wird, ihre Wohnsituation zu ändern und umzuziehen, selbst wenn ihre Lebensumstände dies wünschenswert machen (Gohl 2019).

Lock-In-Effekte liegen zum Beispiel vor, wenn Personen, die lange in derselben Wohnung gelebt haben, auch nach einer Verkleinerung des Haushalts (etwa, weil der/die Partner*in verstorben ist oder die Kinder ausgezogen sind) in der nun zu großen Wohnung verbleiben, da die Anmietung einer neuen, kleineren Wohnung keine Kostenersparnis oder sogar Mehrkosten mit sich bringen würde (Remanenzeffekt). Auch für Haushalte, die in eine größere Wohnung umziehen wollen (zum Beispiel, weil Nachwuchs erwartet wird), können sich Lock-In-Effekte einstellen. Wenn es schwieriger ist, bezahlbaren Wohnraum in angemessener Größe zu finden, kann es sein, dass sie in zu kleinen Wohnungen verbleiben (Crowding) (Henger & Enste, 2021).

Mit den vorliegenden Daten (siehe Details im nächsten Abschnitt) lässt sich nicht quantifizieren, wie viele Haushalte gerne umziehen würden, dies aber aufgrund von Unterschieden zwischen Bestands- und höheren Neuvertragsmieten nicht tun. Die Daten eignen sich jedoch dazu, potentielle Lock-In-Effekte indirekt durch den mittleren Preisunterschied zwischen Bestands- und Angebotsmieten zu quantifizieren. Die Annahme ist hier, dass *ceteris paribus* das Potential für Lock-In-Effekte umso größer ist, je stärker die mittleren Angebotsmieten über den mittleren Bestandsmieten liegen.

Datenquellen

Die aktuelle Wohnsituation der Kölner Haushalte

Die Angaben zur Höhe der Mietkosten von bewohnten Wohnungen (Bestandsmieten), zum Haushaltseinkommen und zur Haushaltszusammensetzung in Köln basieren auf der repräsentativen Umfrage „Strukturdatenerhebung in Köln 2023“, die das Amt für Stadtentwicklung und Statistik der Stadt Köln im Frühjahr und Sommer 2023 durchgeführt hat (Stadt Köln 2023).

Mit dieser Umfrage wurden Informationen zu Themen erhoben, die für die Stadtverwaltung und die Politik von Bedeutung sind, aber nicht aus vorhandenen administrativen Quellen abgeleitet werden können. Für die Befragung wurden rund 127.000 nach dem Zufallsprinzip aus dem Einwohnermelderegister der Stadt Köln ausgewählte Kölner*innen angeschrieben und um Teilnahme an der freiwilligen Umfrage gebeten. Am Ende der Feldphase lagen 22.809 auswertbare Fragebögen vor (Teilnahmequote 18,3%).

Das Mietwohnungsangebot in Köln

Die Angaben zur Zahl der Mietwohnungsangebote und zur Höhe der Angebotsmieten basieren auf der Mietdatenbank der FUB IGES Wohnen+Immobilien+Umwelt GmbH. Grundlage ist eine deutschlandweite Sammlung von über 100 Quellen, vielfach Internetportale, aber auch Printveröffentlichungen.³

Für 2023 liegen Informationen zu 10.790 Mietangeboten in Köln vor. Mietwohnungen, die ohne Inserat vermittelt werden, sind nicht erfasst. Die Daten enthalten Angaben zur Objektart (Wohnung im Mehrfamilienhaus oder Einfamilien-

haus), Wohnfläche (qm), Anzahl der Zimmer, zu weiteren Ausstattungsmerkmalen und zum Mietpreis pro Quadratmeter. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Daten der FUB IGES repräsentativ für die öffentlich inserierten Mietangebote in Köln sind.

Für die hier durchgeführten Analysen konnten Angaben von 10.595 Angeboten (98,2% aller Mietangebote aus dem Jahr 2023) verwendet werden.

Ergebnisse

Lock-In-Effekte auf dem Kölner Wohnungsmarkt

Wie groß sind die Lock-In-Effekte, die durch die Preisunterschiede zwischen Bestands- und Angebotsmieten entstehen? Das heißt, wie würde sich die Nettokaltmiete der Haushalte im Schnitt verändern, wenn sie innerhalb des Stadtgebiets umziehen würden?

Über alle Wohnungsgrößenklassen hinweg wäre ein Umzug in eine vergleichbare Wohnung mit einer mittleren Kostensteigerung von minimal 29 Prozent bis maximal 44 Prozent verbunden (Tab. 1). Am größten wäre die relative Preissteigerung für Wohnungen mit weniger als 40 Quadratmetern Wohnfläche. Hier lag die mittlere Bestandsmiete 2023 bei 361 Euro und die mittlere Angebotsmiete bei 520 Euro. Somit würde die Nettokaltmiete bei einem Umzug um

159 Euro steigen, was einer Kostensteigerung von 44 Prozent entspräche. Eine ähnliche relative Kostensteigerung würde mit 42 Prozent bei Umzügen zwischen Wohnungen mit 40 bis 59 Quadratmetern anfallen (von 490 € auf 695 €, +205 €). Die stärkste absolute Preissteigerung wäre mit 550 Euro bei Wohnungen mit 140 und mehr Quadratmetern zu verzeichnen (+33%).

Bei fast allen Größenklassen wäre sogar eine Verkleinerung der Wohnfläche zur nächstkleineren Klasse im Mittel mit einem Kostenanstieg verbunden. Erst bei Verkleinerungen um mindestens zwei Größenklassen, also um gemittelt 40 Quadratmeter, wären Ersparnisse zu erwarten. So würden zum Beispiel die Mietkosten beim Wechsel von einer 60–79 Quadratmeter großen Wohnung in eine 40–59 Quadratmeter große Wohnung im Mittel um 45 Euro pro Monat steigen (+7%). Bei einem Wechsel in eine Wohnung von unter 40 Quadratmetern hingegen wäre mit einer Kostenersparnis von 130 € zu rechnen (-20%). Eine Ausnahme bilden Wohnungen mit 140 und mehr Quadratmetern, bei denen ein Wechsel in die nächstkleinere Wohnungsgröße (120–140 qm) mit keinen nennenswerten Kostenänderungen verbunden wäre (von 1.650 € zu 1.637 €, -13 €/1%).

Im Vergleich dazu sind bei Vergrößerungen in die jeweils nächstgrößere Wohnungsgrößenklasse Kostensteigerungen zwischen im Minimum 56 Prozent (bei einem Wechsel von 110–119 qm Wohnfläche zu 120–139 qm Wohnfläche, +587 €)

Tab. 1 Preisunterschiede zwischen Bestands- und Angebotsmieten nach Wohnungsgröße im Jahr 2023

Wohnungsgröße	Mittlere Nettokaltmiete Bestand 2023 (Median)	Mittlere Nettokaltmiete Angebot 2023 (Median)	Differenz mittlere Angebotesmiete (Spalte) / mittlere Bestandsmiete (Zeile)						
			unter 40 qm	40–59 qm	60–79 qm	80–99 qm	100–119 qm	120–139 qm	140 qm und mehr
Absolute Differenz									
unter 40 qm	361 €	520 €	+159 €	+334 €	+519 €	+786 €	+1.039 €	+1.276 €	+1.839 €
40–59 qm	490 €	695 €	+30 €	+205 €	+390 €	+657 €	+910 €	+1.147 €	+1.710 €
60–79 qm	650 €	880 €	-130 €	+45 €	+230 €	+497 €	+750 €	+987 €	+1.550 €
80–99 qm	840 €	1.147 €	-320 €	-145 €	+40 €	+307 €	+560 €	+797 €	+1.360 €
100–119 qm	1.050 €	1.400 €	-530 €	-355 €	-170 €	+97 €	+350 €	+587 €	+1.150 €
120–139 qm	1.270 €	1.637 €	-750 €	-575 €	-390 €	-123 €	+130 €	+367 €	+930 €
140 qm und mehr	1.650 €	2.200 €	-1.130 €	-955 €	-770 €	-503 €	-250 €	-13 €	+550 €
Prozentuale Differenz									
unter 40 qm	361 €	520 €	+44 %	+93 %	+144 %	+218 %	+288 %	+353 %	+509 %
40–59 qm	490 €	695 €	+6 %	+42 %	+80 %	+134 %	+186 %	+234 %	+349 %
60–79 qm	650 €	880 €	-20 %	+7 %	+35 %	+76 %	+115 %	+152 %	+238 %
80–99 qm	840 €	1.147 €	-38 %	-17 %	+5 %	+37 %	+67 %	+95 %	+162 %
100–119 qm	1.050 €	1.400 €	-50 %	-34 %	-16 %	+9 %	+33 %	+56 %	+110 %
120–139 qm	1.270 €	1.637 €	-59 %	-45 %	-31 %	-10 %	+10 %	+29 %	+73 %
140 qm und mehr	1.650 €	2.200 €	-68 %	-58 %	-47 %	-30 %	-15 %	-1 %	+33 %

Lesehilfe: Die dunkelblau eingefärbte Diagonale zeigt die Preisunterschiede (absolut und prozentual) zwischen Bestands- und Angebotsmieten für gleichwertige Wohnungen. Zellen über der Diagonale zeigen Preisunterschiede zu größeren Angebotswohnungen, Zellen unter der Diagonalen zeigen Preisunterschiede zu kleineren Angebotswohnungen.

Quelle: FUB IGES Wohnen+Immobilien+Umwelt GmbH (eigene Berechnungen); Stadt Köln – Amt für Stadtentwicklung und Statistik, Umfrage „Strukturdatenerhebung in Köln 2023“

und im Maximum 93 Prozent zu erwarten (bei einem Wechsel von unter 40 qm Wohnfläche zu 40–59 qm Wohnfläche, +334 €). So müsste zum Beispiel ein kinderloses Paar, das gegenwärtig auf 60–79 Quadratmetern Wohnfläche wohnt und das seine Wohnfläche gerne auf Grund eines Kinderwunsches auf 80–99 Quadratmeter vergrößern möchte, im Schnitt rund 76 Prozent mehr Nettokaltmiete aufbringen (+497 €).

Leistbarkeit von Wohnungen für verschiedene theoretische Einkommen

Bei einem Haushaltsnettoeinkommen von 1.000 Euro liegt die oben definierte Leistbarkeitsgrenze bei 300 Euro Nettokaltmiete. Stellt man diese Leistbarkeitsgrenze den tatsächlichen Mietangeboten aus dem Jahr 2023 gegenüber, dann zeigt sich, dass bei diesem Einkommen rund 1 Prozent der angebotenen Wohnungen leistbar, sprich für den Haushalt bezahlbar wären (Tab. 2). Bei einem Haushaltsnettoeinkommen von 2.000 Euro steigt die Leistbarkeitsgrenze auf 600 Euro und der Anteil der leistbaren Angebote auf rund 25 Prozent. Erst mit einem Einkommen von mindestens 3.000 Euro wären mehr als 50 Prozent (58,3 %) der Angebote leistbar.

Berücksichtigt man die Tatsache, dass ungefähr 33 Prozent der Kölner Haushalte ein Haushaltsnettoeinkommen von weniger als 2.000 Euro zur Verfügung haben, dann ergibt sich, dass für ein Drittel der Kölner Haushalte maximal 25 Prozent der angebotenen Wohnungen leistbar wären.

Leistbarkeit und Angemessenheit von Wohnungen nach Haushaltsgröße

Haushalte unterschiedlicher Größe haben unterschiedliche Anforderungen an die Wohnfläche ihrer Wohnung. Wie stellt sich das Wohnungsangebot dar, wenn man neben der Leistbarkeit auch die Angemessenheit auf Basis der Haushaltsgröße berücksichtigt?

Einpersonenhaushalte hatten in Köln im Jahr 2023 ein mittleres Einkommen von 2.199 Euro und konnten sich somit eine Nettokaltmiete von bis zu 660 Euro leisten.⁴ Unter der Maßgabe, dass für solche Haushalte die Wohnung mindestens ein Zimmer und mindestens 10 Quadratmeter Wohnfläche haben muss, waren 30,3 Prozent der Mietangebote leistbar und angemessen (Tab. 3). Im Schnitt hatten diese leistbaren und angemessenen Wohnungen eine Gesamtwohnfläche von 40 Quadratmetern (Median).

Für Zweipersonenhaushalte war das leistbare und angemessene Wohnungsangebot mit 58,3 Prozent ungefähr doppelt so groß wie für Einpersonenhaushalte. Dies liegt maßgeblich am höheren Einkommen von durchschnittlich 4.187 Euro. Auch die mittlere Wohnfläche der in Frage kommenden Angebote war mit 65 Quadratmetern deutlich größer.

Unter größeren Haushalten lag das mittlere Haushaltsnettoeinkommen noch höher, dennoch sinkt das leistbare und angemessene Wohnungsangebot drastisch mit der Haushaltsgröße. So waren für Dreipersonenhaushalte lediglich rund 23

Tab. 2 Leistbarkeitsgrenzen und Anteile leistbarer Mietangebote nach Haushaltsnettoeinkommen und Wohnfläche im Jahr 2023

Haushaltsnettoeinkommen	Leistbarkeitsgrenze	Prozent aller zur Miete angebotenen Wohnungen, die leistbar sind, nach Wohnfläche							Gesamt
		unter 40 qm	40–59 qm	60–79 qm	80–99 qm	100–119 qm	120–139 qm	140 qm und mehr	
1.000 €	300 €	4,1 %	1,6 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,2 %
2.000 €	600 €	71,7 %	33,2 %	9,3 %	2,1 %	1,5 %	0,4 %	0,0 %	24,5 %
3.000 €	900 €	95,7 %	81,4 %	55,5 %	21,9 %	9,1 %	2,5 %	1,7 %	58,3 %
4.000 €	1.200 €	99,3 %	96,1 %	87,2 %	58,9 %	27,9 %	15,7 %	5,5 %	79,1 %
5.000 €	1.500 €	99,9 %	99,2 %	97,1 %	84,4 %	64,2 %	39,6 %	12,9 %	89,9 %
6.000 €	1.800 €	99,9 %	99,7 %	99,2 %	95,0 %	86,0 %	61,8 %	24,7 %	94,6 %

Quelle: FUB IGES Wohnen+Immobilien+Umwelt GmbH (eigene Berechnungen)

Tab. 3 Leistbarkeitsgrenzen, Angemessenheitsgrenzen, Anteile leistbarer und angemessener Mietangebote sowie mittlere Wohnfläche der leistbaren und angemessenen Angebote (Median) nach Haushaltsgröße und mittlerem Haushaltseinkommen (arithmetisches Mittel) im Jahr 2023

Haushaltsgröße	Mittleres Haushaltsnettoeinkommen	Leistbarkeitsgrenze	Angemessenheit (min. Zimmer, min. Wohnfläche)	Prozent aller Mietangebote die leistbar und angemessen sind	Mittlere Wohnfläche der leistbaren und angemessenen Mietangebote
1 Person	2.199 €	660 €	1 Zimmer, 10 qm	30,3%	40 qm
2 Personen	4.187 €	1.256 €	2 Zimmer, 20 qm	58,3%	65 qm
3 Personen	4.415 €	1.325 €	3 Zimmer, 30 qm	23,3%	80 qm
4 Personen	5.023 €	1.507 €	4 Zimmer, 40 qm	4,5%	100 qm
5 Personen	4.768 €	1.430 €	5 Zimmer, 50 qm	0,4%	120 qm

Quelle: FUB IGES Wohnen+Immobilien+Umwelt GmbH (eigene Berechnungen); Stadt Köln – Amt für Stadtentwicklung und Statistik, Umfrage „Strukturdatenerhebung in Köln 2023“

Prozent aller Angebote leistbar und angemessen (bei einer mittleren Wohnungsgröße von 80 qm), während für Vierpersonenhaushalte dies nur auf 4,5 Prozent der Angebote zutrif (bei einer mittleren Wohnungsgröße von 100 qm). Für Fünfpersonenhaushalte war schließlich mit 0,4 Prozent nahezu keines der Angebote leistbar und angemessen (die in Frage kommenden Angebote mit mindestens fünf Zimmern und mindestens 50 qm Wohnfläche hatten eine mittlere Wohnfläche von 120 qm).

Die leistbaren und angemessenen Angebote nach Haushaltsgröße verteilen sich recht unterschiedlich über das Stadtgebiet. Für Einpersonenhaushalte mit mittlerem Einkommen gab es in allen Stadtteilen leistbare und angemessene Angebote, jedoch lag der Anteil in vielen Stadtteilen bei weniger als 30 Prozent und in einigen Stadtteilen sogar bei weniger als 20 Prozent. Gleichzeitig kamen in sechs der Stadtteile 60 Prozent und mehr der Angebote in Frage (Abb. 2).⁵

Für Zwei- und Dreipersonenhaushalte waren vor allem Wohnungen im nördlichen, östlichen und südlichen Rand der Stadt leistbar und angemessen. Wohnungen im Stadtzentrum

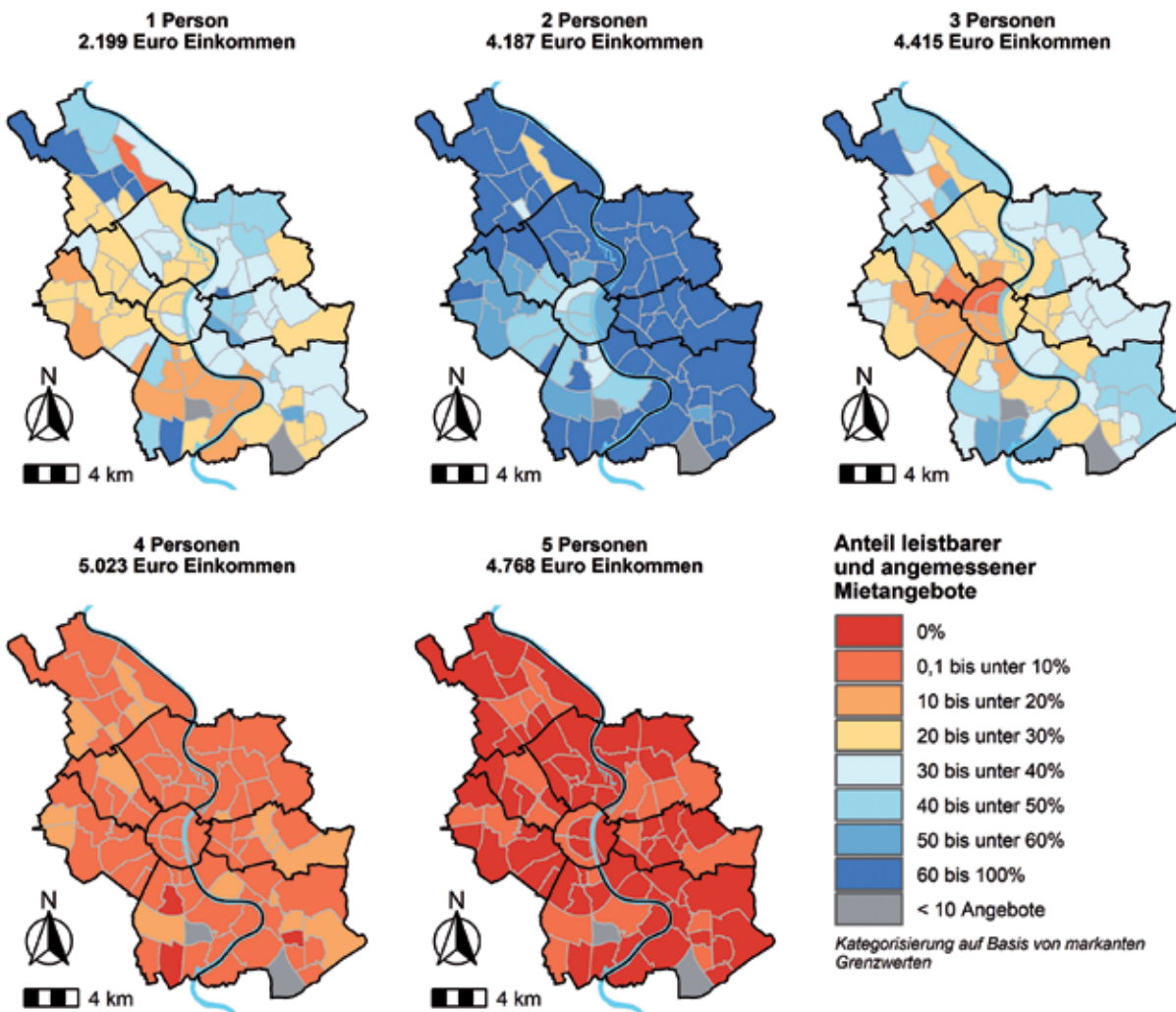
und in den angrenzenden Stadtteilen im Westen und Süden der Stadt hingegen kamen seltener in Frage.

Für Haushalte mit vier oder fünf Personen kamen – entsprechend der allgemein geringen Anzahl von leistbaren und angemessenen Angeboten für diese Haushalte (vgl. Tab. 3) – in allen Stadtteilen weniger als 20 Prozent der Angebote in Frage; für Fünfpersonenhaushalte gab es insgesamt in nur einem Viertel aller Stadtteile überhaupt leistbare und angemessene Angebote.

Leistbarkeit und Angemessenheit von Wohnungen nach Haushaltsform

Neben der Anzahl der Personen beeinflusst auch die Alterszusammensetzung des Haushalts, welche Wohnungen leistbar und angemessen sind. Alleinstehende unter 65 Jahren hatten im Jahr 2023 ein durchschnittliches Haushaltsnettoeinkommen von 2.265 Euro, was einer Leistbarkeitsgrenze von 680 Euro Nettokaltmiete entspricht.⁶ Berücksichtigt man für diesen Haushaltstyp zusätzlich noch die Größenanforderungen an die Wohnung, so waren rund 32 Prozent der angebotenen Woh-

Abb. 2 Anteil leistbarer und angemessener Mietangebote nach Haushaltsgröße und mittlerem Haushaltsnettoeinkommen im Jahr 2023



Quelle: FUB IGES Wohnen+Immobilien+Umwelt GmbH (eigene Berechnungen); Stadt Köln – Amt für Stadtentwicklung und Statistik, Umfrage „Strukturdatenerhebung in Köln 2023“

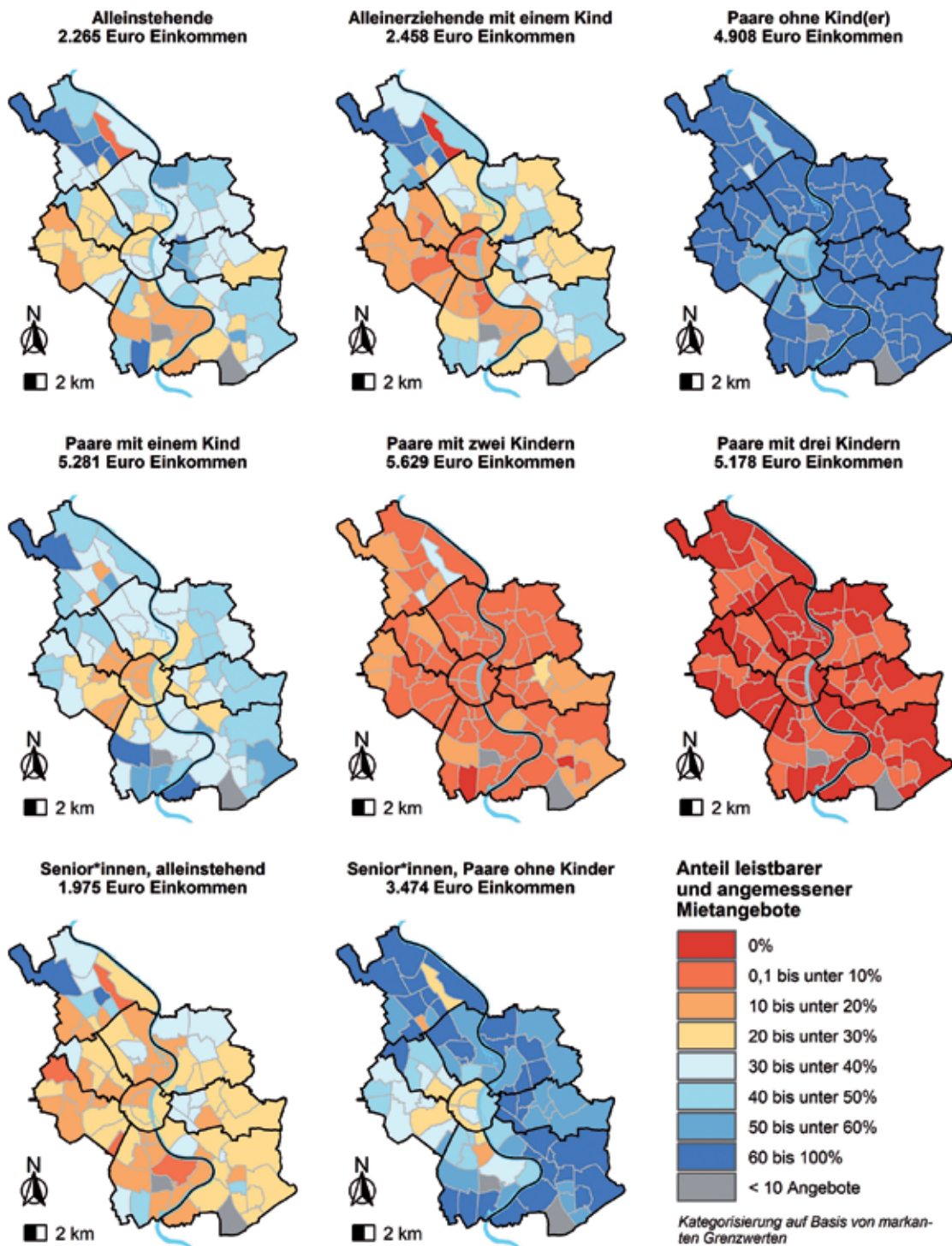
nungen (mit einer mittleren Wohnfläche von 41 qm) leistbar und angemessen (Tab. 4).

Das Einkommen von Alleinerziehenden unter 65 Jahren mit einem Kind unter 18 Jahren war mit durchschnittlich 2.458 Euro etwas höher als das Einkommen für Alleinstehende, aber durch die zusätzlichen Ansprüche an die Wohnungsgröße

reduziert sich für diesen Haushaltstyp das leistbare und angemessene Wohnungsangebot auf 21 Prozent, während sich die mittlere Wohnfläche auf 56 Quadratmeter erhöht.⁷

Für alleinstehende Senior*innen ab 65 Jahren sah die Lage am Wohnungsmarkt ähnlich wie für Alleinerziehende mit einem Kind aus, sodass rund 22 Prozent der Wohnungen bei

Abb. 3 Anteil leistbarer und angemessener Mietangebote nach Haushaltszusammensetzung und mittlerem Haushaltsnettoeinkommen im Jahr 2023



Quelle: FUB IGES Wohnen+Immobilien+Umwelt GmbH (eigene Berechnungen); Stadt Köln – Amt für Stadtentwicklung und Statistik, Umfrage Strukturdatenerhebung in Köln 2023

Tab. 4 Leistbarkeitsgrenzen, Angemessenheitsgrenzen und Anteile leistbarer und angemessener Mietangebote nach Haushaltstyp und mittlerem Haushaltseinkommen im Jahr 2023

Haushaltstyp	Mittleres Haushaltsnettoeinkommen	Leistbarkeitsgrenze	Angemessenheit (min. Zimmer, min. Wohnfläche)	Prozent aller Mietangebote die leistbar und angemessen sind	Mittlere Wohnfläche der leistbaren und angemessenen Mietangebote
Alleinstehende	2.265 €	679 €	1 Zimmer, 10 qm	32,1%	41 qm
Alleinerziehende mit einem Kind	2.458 €	737 €	2 Zimmer, 20 qm	21,0%	56 qm
Paare ohne Kind(er)	4.908 €	1.472 €	2 Zimmer, 20 qm	65,6%	66 qm
Paare mit einem Kind	5.281 €	1.584 €	3 Zimmer, 30 qm	29,0%	81 qm
Paare mit zwei Kindern	5.629 €	1.689 €	4 Zimmer, 40 qm	5,4%	103 qm
Paare mit drei Kindern	5.178 €	1.553 €	5 Zimmer, 50 qm	0,5%	120 qm
Senioren, alleinstehend	1.975 €	592 €	1 Zimmer, 10 qm	22,1%	38 qm
Senioren, Paare ohne Kinder	3.474 €	1.042 €	2 Zimmer, 20 qm	46,0%	62 qm

Quelle: FUB IGES Wohnen+Immobilien+Umwelt GmbH (eigene Berechnungen); Stadt Köln – Amt für Stadtentwicklung und Statistik, Umfrage „Strukturdatenerhebung in Köln 2023“

einer mittleren Größe von 38 Quadratmetern leistbar und angemessen waren.

Unter Paarhaushalten sind solche ohne Kinder mit Abstand am besten auf dem Wohnungsmarkt positioniert. Auf Grund des vergleichsweise hohen Haushaltsnettoeinkommens von im Mittel 4.908 Euro und den gleichzeitig vergleichsweise niedrigen Anforderungen an die Wohnungsgröße, waren für diesen Haushaltstyp rund 66 Prozent der Mietangebote leistbar und angemessen (bei einer mittleren Wohnungsgröße von 66 qm).

Für Paarhaushalte mit einem Kind (Durchschnittseinkommen: 5.281 Euro) waren lediglich 29 Prozent der Angebote leistbar und angemessen (bei einer mittleren Größe von 81 qm). Für Paare mit zwei Kindern sinkt dieser Wert auf rund 5 Prozent (im Mittel 103 qm pro Wohnung) und für Paare mit drei Kindern auf weniger als 1 Prozent (im Mittel 120 qm pro Wohnung). Somit war das Wohnungsangebot insbesondere für größere Familien im Jahr 2023 gering.

Die für Alleinerziehende mit einem Kind unter 18 Jahren leistbaren und angemessenen Mietangebote konzentrieren sich in den nördlichen, östlichen und südlichen Randlagen. Im Zentrum und in den angrenzenden westlichen und südlichen Stadtteilen gab es für solche Haushalte nur wenige Angebote, die in Frage gekommen wären (Abb. 3).

Für Paare ohne Kinder waren über alle Stadtteile hinweg oft mindestens die Hälfte aller Mietangebote leistbar und angemessen. Lediglich im westlichen Stadtzentrum und in Fühlingen fällt dieser Wert teilweise auf unter 50 Prozent und in Lindweiler unter 40 Prozent.

Für Paare mit Kindern werden mit zunehmender Anzahl der Kinder immer weniger Angebote im Zentrum leistbar und angemessen, sodass sie zunehmend auf Stadteile in Randlagen ausweichen müssen. Für Paare mit drei Kindern gibt es nur in 26 von 86 Stadtteilen überhaupt leistbare und angemessene Mietwohnungsangebote.

Für Alleinstehende unter 65 Jahren und alleinstehende Senior*innen gibt es hauptsächlich im Norden und Osten der Stadt leistbare und angemessene Angebote. Für

Senior*innenpaare ähnelt die Verteilung der leistbaren und angemessenen Wohnungsangebote den Verteilungen von Paaren ohne Kinder und Paaren mit einem Kind.

Diskussion

Steigende Mieten sind für viele Großstadtbewohner*innen ein Problem, weshalb die Wohnraumversorgung zu einem sozial- und verteilungspolitischen Thema geworden ist (Holm et al. 2018: 10). Die hier vorgestellten Analysen zeigen, dass auch in Köln das aktuelle Mietniveau bei neu angebotenen Wohnungen viele Haushalte bei Umzügen vor Probleme stellen könnte, jedoch betrifft dies vermutlich nicht alle Haushalte in gleichem Maße. Insbesondere Haushalte mit geringem Einkommen und Haushalte mit mehr als zwei Personen, zumeist Familien, dürften es bei einem Umzugswunsch als schwierig empfinden, angemessenen und leistbaren Wohnraum zu finden.

Trotz dieser Erkenntnis ist es wichtig zu beachten, dass bei der Ermittlung des Haushaltsnettoeinkommens in der Kölner Strukturdatenerhebung 2023 alle Netto-Einkünfte und somit auch Transferleistungen und regelmäßige Zahlungen (wie zum Beispiel Wohngeld) berücksichtigt wurden. Da nicht bestimmt werden kann, wie hoch der Anteil der Transferleistungen am aktuellen Haushaltsnettoeinkommen ist und wie sich dieser Anteil bei einem tatsächlichen Umzug ändern würde (zum Beispiel das gezahlte Wohngeld), ist es nicht möglich zu bestimmen, wie sich solche Transferleistungen auf die Verteilung der leistbaren Wohnungsangebote auswirken. Die hier vorgestellten Ergebnisse sollten somit als ein Vergleich des Status quo hinsichtlich des gesamten Einkommens und der aktuellen Wohnsituation der Kölner Bevölkerung mit dem aktuell verfügbaren Wohnungsangebot verstanden werden. Bedarfe für bestimmte Wohnungsmarktsegmente (zum Beispiel im Bereich sozialer Wohnungsbau) können daraus nicht abgeleitet werden.

Des Weiteren gilt zu beachten, dass bei dem hier vorgestellten Vergleich zwischen der aktuellen Wohnsituation der

Kölner Haushalte und dem Angebot auf dem Wohnungsmarkt nur Haushalte betrachtet werden können, die gegenwärtig im Stadtgebiet leben. Außen vor bleiben Haushalte, die außerhalb Kölns leben, jedoch gerne in das Stadtgebiet ziehen würden. Darüber hinaus wurde in den vorgestellten Analysen lediglich das Wohnungsangebot bei einem theoretischen Umzugswunsch von Haushalten betrachtet, während die tatsächlichen Umzugswünsche der Haushalte (und mögliche Unterschiede in diesen zwischen verschiedenen Haushaltstypen) unberücksichtigt blieben. Die vorgestellten Analysen stellen daher notwendigerweise nur einen Ausschnitt der Situation auf dem Kölner Wohnungsmarkt dar.

- 1 Alle Angaben zu mittleren Mietpreisen basieren auf dem Median.
- 2 Nach dem Wohnraumstärkungsgesetz NRW vom 23.06.2021 muss für jede Person eine Wohnfläche von mindestens 10 Quadratmetern zur Verfügung stehen, andernfalls darf die Wohnung nicht überlassen oder genutzt werden. Vergleiche Paragraph 10, Absatz 1, abrufbar unter https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_bes_detail?sg=0&menu=0&bes_id=46087&anw_nr=2&aufgehoben=N&det_id=518093.
- 3 Mehr Informationen unter <https://fub.iges.com/>.
- 4 Alle Angaben zu mittleren Einkommen basieren auf dem arithmetischen Mittel.
- 5 Dies waren die Stadtteile Buchforst, Chorweiler, Immendorf, Roggendorf/Thenhoven, Seeberg und Volkhoven/Weiler.
- 6 Alleinstehende sind Haushalte mit einer Person im Alter 18 bis unter 65 Jahre. Alleinerziehende mit einem Kind sind Haushalte mit einer Person zwischen 18 und unter 65 Jahre, die ein Kind unter 18 Jahre erzieht. Paarhaushalte sind Haushalte, in denen zwei Personen zwischen 18 und 65 Jahre leben und die angegeben haben, in einer Beziehung miteinander zu leben; die Anzahl der Kinder im Haushalt bezieht sich auf Kinder unter 18 Jahre. Senior*innenhaushalte (alleinstehend oder Paare ohne Kinder) werden wie Alleinstehende-/Paarhaushalte definiert, mit der zusätzlichen Maßgabe, dass mindestens ein Haushaltsmitglied 65 Jahre oder älter ist.
- 7 Separate Analysen für Alleinerziehende mit mehr als einem Kind sind auf Grund der geringen Fallzahlen für diese Haushaltstypen in der Strukturdatenerhebung in Köln 2023 nicht möglich.

Literatur

Gohl, Niklas. 2019. House Prices and Spatial Mobility: Lock-in Effects on the German Rental Market. Beiträge zur Jahrestagung des Vereins für Socialpolitik 2019: 30 Jahre Mauerfall - Demokratie und Marktwirtschaft.

Henger, Ralph und Enste, Dominik. 2021. Das Recht auf urbanes Wohnen – Wohnungspolitische und wirtschaftsethische Herausforderungen. Jahrbuch für Christliche Sozialwissenschaften, 62, S. 137–169.

Holm, Andrej; Lebuhn, Henrik; Junker, Stephan; Neitzel, Kevin. 2018. Wie viele und welche

Wohnungen fehlen in deutschen Großstädten? Die soziale Versorgungslücke nach Einkommen und Wohnungsgröße. Working Paper Forschungsförderung 63, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf.

IT.NRW. 2010. Wohnen und Armut. Sozialberichterstattung NRW. Kurzanalyse 01/2010, Düsseldorf. Abrufbar unter http://www.sozialberichte.nrw.de/sozialberichterstattung_nrw/kurzanalysen/Kurzanalyse_10_1_Wohnen_und_Armut.pdf.

Lebuhn, Henrik; Holm, Andrej; Junker, Stephan; Neitzel, Kevin. 2017. Wohnverhältnisse in Deutschland – eine Analyse der sozialen Lage in 77 Großstädten. Böckler Impuls 14/2007.

Stadt Köln. 2023. Strukturdatenerhebung Köln 2023: Methodendokumentation. Abrufbar unter https://www.stadt-koeln.de/mediaasset/content/pdf15/statistik-umfragen/strukturdatenerhebung_2023_methodendokumentation.pdf.

Björn Schippers, Miriam Buchholz

Umweltgerechtigkeit in Kassel

Ein indikatoren gestütztes Vorgehen zur Abbildung des Dreiklangs aus Umwelt, Gesundheit und Sozialem

Umweltbelastungen im städtischen Raum nicht isoliert zu betrachten, sondern in Kombination mit der sozialen und der gesundheitsbezogenen Lage vor Ort, stellt das zentrale Element des interdisziplinären Konzepts der Umweltgerechtigkeit dar. Durch die räumliche Überlagerung von multiplen Belastungslagen aus dem Dreiklang Umwelt, Gesundheit und Soziales lassen sich prioritäre Handlungsräume mit vordringlichem Maßnahmenbedarf zur substantziellen Verbesserung der Situation für die Menschen vor Ort identifizieren. Neben einer Rückschau auf die Datenanalyse und Methodenentwicklung in einer ersten Pilotphase fokussiert sich der vorliegende Beitrag auf ein aktuelles Umsetzungsprojekt in einem Kasseler Ortsbezirk mit hohen Belastungsdichten. Zudem wird herausgestellt, welche Rolle der Kommunalstatistik im Kontext eines solchen Ansatzes zukommt.

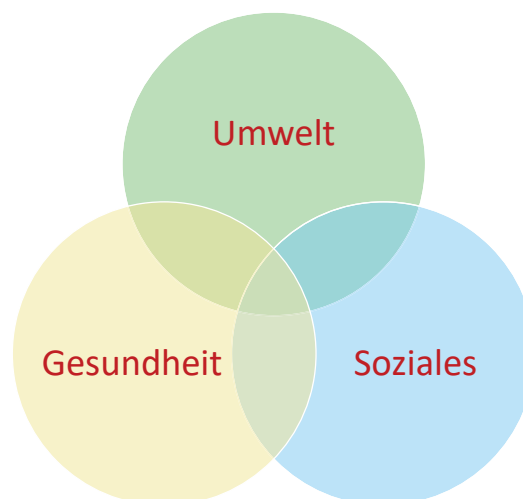
Einführung

„Umweltgerechtigkeit zielt darauf ab, eine Konzentration gesundheitsrelevanter Umweltbelastungen [...] in sozial benachteiligten Quartieren oder Wohnlagen zu vermeiden und abzubauen sowie ihren Bewohnerinnen und Bewohnern den Zugang zu gesundheitsfördernden Umweltressourcen [...] zu ermöglichen.“ (Böhme et al. 2019: 12)

Umweltbelastungen und -ressourcen vor Ort nicht völlig losgelöst zu betrachten, sondern sie in einen Kontext mit sozialen und gesundheitsbezogenen Faktoren zu stellen – das ist das zentrale Anliegen des Konzepts „Umweltgerechtigkeit“.

Entscheidend hierbei ist der Dreiklang aus den drei sich gegenseitig bedingenden Dimensionen Umwelt, Soziales und Gesundheit, die in einem ganzheitlichen Ansatz simultan betrachtet werden. Dieses interdisziplinäre Vorgehen ermöglicht, dank seiner holistischen Perspektive, die Gewinnung von vernetzten Erkenntnissen, was sich durch eine singuläre Herangehensweise nicht im selben Umfang erreichen ließe. Aus dieser ganzheitlichen Perspektive heraus bietet sich die Möglichkeit, konkrete Maßnahmenvorschläge abzuleiten, die die lokale Situation der Menschen im Stadtraum verbessern können.

Abb. 1 Dreiklang der Dimensionen zur Umweltgerechtigkeit



Björn Schippers

Stadt Kassel – Kommunalstatistik (seit Dezember 2015)

bjoern.schippers@kassel.de

Miriam Buchholz

Stadt Kassel – Kommunalstatistik (seit März 2020)

miriam.buchholz@kassel.de

Schlüsselwörter:

Umweltgerechtigkeit – Mehrfachbelastungen – räumliche Überlagerung – Interdisziplinär

Neben den spezifischen Fachplanungen kommt hierbei der Kommunalstatistik als querschnittsorientiertem, inhaltlich objektiven Akteur eine wesentliche verbindende Rolle zu, da sich nur mit einer guten Datengrundlage, einer fundierten, objektiven Analyseebene und dem Überblick über die Methodenvielfalt, passgenaue Aussagen und Planungen ableiten lassen.

Soziale und gesundheitliche Dispositionen treten häufig in einem Lebensumfeld mit mehrfachen Umweltbelastungen und wenigen Umweltressourcen auf (Magistrat der Stadt Kassel 2020: 11). Aus diesem Grund wird der Begriff „Belastungen“ im Konzept der Umweltgerechtigkeit weit gefasst und geht über den reinen Umweltaspekt hinaus. Vielmehr stehen **Mehrfachbelastungen** als Indikator für räumliche Belastungskonzentrationen im Fokus. Hierzu werden multiple Belastungslagen räumlich überlagert, und zwar neben Umweltbelastungen (z. B. Überwärmung) auch soziale Belastungen (z. B. Kinderarmut) sowie gesundheitliche Belastungen (z. B. Auffälligkeiten der Atmung/des Herz-Kreislauf-Systems bei Kindern) (vgl. Magistrat der Stadt Kassel 2020: 11).

Der Aspekt „Gerechtigkeit“ umfasst in diesem Zusammenhang vier verschiedene Ausprägungen (vgl. Magistrat der Stadt Kassel 2020: 11): Die gerechte bzw. angemessene Verteilung von Umweltressourcen sowie von (nicht vermeidbaren) Umweltbelastungen wird als **Verteilungsgerechtigkeit** verstanden. **Zugangsgerechtigkeit** umfasst den gleichberechtigten Zugang zu Umweltressourcen. Der Fokus der **Verfahrensgerechtigkeit** liegt auf den Beteiligungsmöglichkeiten an Informations-, Planungs-, Anhörungs- und Entscheidungsprozessen. **Vorsorgegerechtigkeit** umfasst das gleichwertige Engagement zum Abbau von Umweltbelastungen bzw. zur Kompensation von nicht abbaubaren Umweltbelastungen durch den Aufbau von Umweltressourcen.

Projekt „Umweltgerechtigkeit in Kassel“

Die Etablierung des Konzepts der Umweltgerechtigkeit als Planungsprozess in Kassel baut auf einem mehrjährigen, zweistufigen Projektablauf ab.

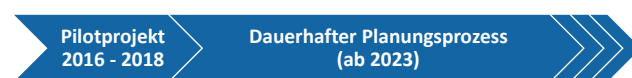
Zunächst bestand von 2016 bis 2018 einschließlich einer dreijährigen initialen Pilotphase. Zentrales Anliegen dieser Pilotphase war es, eine integrierte Strategie zur Umweltgerechtigkeit in Kassel zu definieren. Hierzu nahm die Stadt Kassel zusammen mit zwei weiteren Pilotstädten (Marburg und München) an einem vom Deutschen Institut für Urbanistik (Difu) begleiteten Pilotprojekt im Auftrag des Umweltbundesamtes teil.

Es wurden drei aufeinander aufbauende Hauptziele definiert, die es innerhalb der drei Jahre zu betrachten galt (vgl. Magistrat der Stadt Kassel 2020: 9): Die Priorität lag zunächst auf der Schaffung eines gemeinsamen „Kasseler Verständnisses“ zum Konzept der Umweltgerechtigkeit. Danach sollte sich eine gesamtstädtische Analyse anschließen, um darauf basierend Methoden zur späteren Anwendung in einem Beispielgebiet zu entwickeln.

Abb. 2 Organisatorischer Aufbau der Projektgruppe „Umweltgerechtigkeit“ 2016–2018



Abb. 3 Projektablauf „Umweltgerechtigkeit in Kassel“



Zur Erreichung der genannten Ziele dienten folgende Projektbausteine: die Sichtung vorhandener Ziele und Konzepte, Datenanalyse und Monitoring, eine ämter- und dezernatsübergreifende interdisziplinäre Zusammenarbeit, sowie die Verortung als Querschnittsaufgabe in der Stadtverwaltung.

Hervorzuheben ist insbesondere die ämter- und dezernatsübergreifende Zusammenarbeit: In der von 2016 bis 2018 verfügbaren Projektgruppe nahmen neben der Projektbegleitung durch das Difu-Institut regelmäßig 25 Vertreterinnen und Vertreter von 11 städtischen Organisationseinheiten teil, teilweise bis zur Ebene der Dezernentinnen und Dezernenten (siehe Abb. 2).

Einen generellen Überblick über die initiale Pilotphase bietet auch: Böhme et al. 2022 (91 f.).

Nach Abschluss der dreijährigen Pilotphase schloss sich – nach einer Phase konsolidierender sowie vorbereitender Zwischenarbeiten – ab dem Jahr 2023 der eigentliche Umsetzungsprozess an. Dieser ist als konstanter Planungsprozess auf Dauer angelegt und soll dazu dienen, die in der Pilotphase für Kassel ausgearbeitete Strategie in konkretes planerisches Handeln umzusetzen. Als organisatorischer Rahmen wurde hierzu eine dauerhaft verfügbare Arbeitsgruppe der Stadt Kassel eingerichtet.

Der vorliegende Beitrag fokussiert sich auf die gesamtstädtische Analyse sowie auf die Entwicklung von Methoden.

Gesamtstädtische Analyse (2016–2018)

Als eines der drei Hauptziele der initialen Projektphase wurde eine gesamtstädtische Analyse zur Ableitung möglicher Handlungsfelder und prioritärer Handlungsräume in Bezug auf die Umweltgerechtigkeit definiert. Als Kernelement hierbei diente die Identifizierung von mehrfach belasteten Räumen im Stadtgebiet, das sich aus der räumlichen Überlagerung der

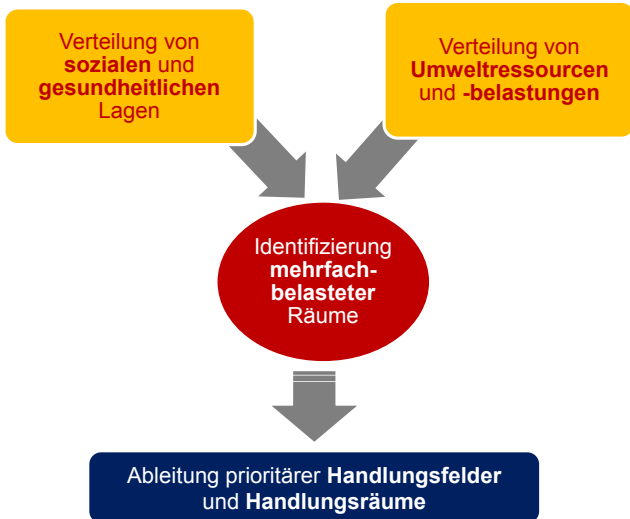
drei Dimensionen soziale und gesundheitliche Belastungslagen sowie Umweltressourcen und -belastungen ergab (siehe Abb. 4).

Zur Definition der Datenbasis wurde sich an einem Vorschlag des Difu-Instituts orientiert (Böhme et al. 2015: 17f.). Dieser umfasst zu jeder der drei Dimensionen Umwelt, Ge-

sundheit und Soziales jeweils vier Basisindikatoren (vgl. Magistrat der Stadt Kassel 2020: 13 ff.).

Die Einzelindikatoren wurden zunächst losgelöst voneinander im GIS visualisiert. Als räumliche Analyseebene dienten die 153 Kasseler Wahlbezirke. Anschließend erfolgte für jede der drei Dimensionen eine Verdichtung der zugehörigen Indikatoren, wodurch die räumliche Bestimmung von besonderen Belastungslagen ermöglicht wurde.

Abb. 4 Schema zur gesamtstädtischen Analyse

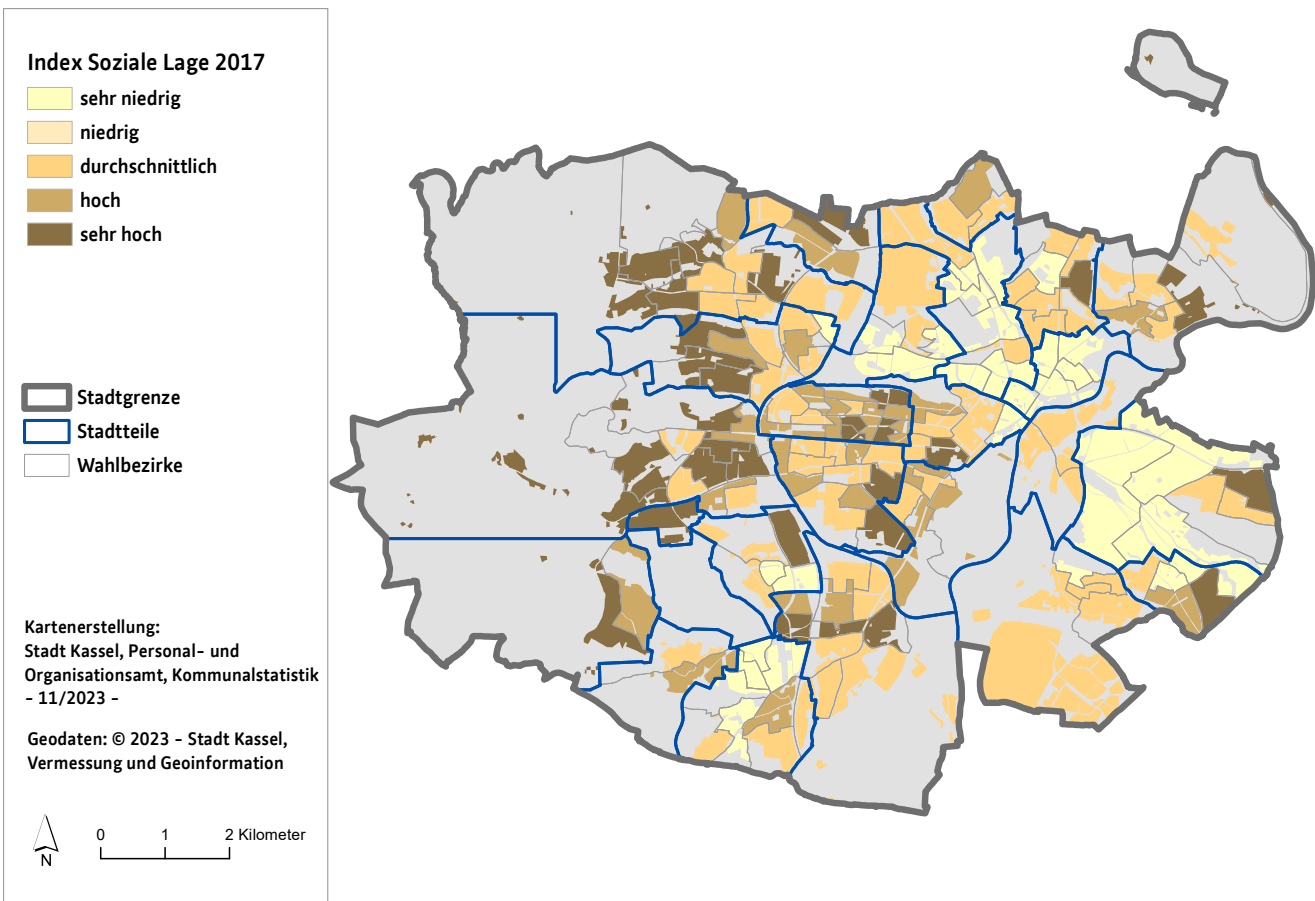


Nachfolgend wird das Vorgehen zur Bestimmung von **sozialen Belastungslagen** skizziert:

Als Datengrundlage dienten gemäß dem Vorschlag des Difu-Instituts die folgenden vier Basisindikatoren mit Daten der Bundesagentur für Arbeit: die Jugendarbeitslosigkeit als Anteil der Arbeitslosen unter 25 Jahren gemessen an der altersgleichen Gesamtbevölkerung, Kinderarmut als Anteil der Empfänger von SGB II-Leistungen unter 18 Jahren gemessen an der altersgleichen Gesamtbevölkerung, SGB II-Aufstockung als Anteil der Empfänger von SGB II-Leistungen mit Einkommen aus abhängiger Erwerbstätigkeit gemessen an allen Empfängern von SGB II-Leistungen, sowie Langzeitarbeitslosigkeit als Anteil der Arbeitslosen, die ein Jahr oder länger arbeitslos sind, gemessen an allen Arbeitslosen.

Aus diesen vier Indikatoren wurde anschließend ein Sozialindex abgeleitet, der in aggregierter Form Aufschluss über die soziale Belastung in den 153 Kasseler Wahlbezirken gibt.

Abb. 5 Räumliche Verteilung der Indexklassen zur sozialen Lage (dargestellt nur für das besiedelte Gebiet)



Die Ermittlung dieses Indexes erfolgte in vier Schritten:

1. Zunächst wurden die vier Indikatoren auf einen einheitlichen Wertebereich transformiert.
2. Anschließend wurde pro Wahlbezirk die Summe der transformierten Werte über alle vier Indikatoren ermittelt.
3. Im dritten Schritt wurde diese Summe auf den Wertebereich von 0 bis 100 transformiert. Dies ist der eigentliche Index zur sozialen Lage: Der Wahlbezirk mit dem höchsten Sozialstatus hat einen Indexwert von 100; der sozial schwächste Bezirk kommt auf einen Wert von 0.
4. Schließlich wurden die Quartiere anhand ihrer Indexwerte in fünf Quantilsklassen – von „sehr niedrig“ bis „sehr hoch“ – eingeteilt.

Die Abbildung 5 zeigt das Ergebnis der Verdichtung der vier Basisindikatoren zur sozialen Lage zu einem Index.

Zur kleinräumigen Darstellung von **Umweltbelastungen** wurden vier Basisindikatoren herangezogen, die auf Datenbeständen des Kasseler Umwelt- und Gartenamtes beruhen: das Grünflächendefizit als mangelnde fußläufige Erreichbarkeit von Grün- und Freiräumen, thermische Belastung – basierend auf Überwärmungsgebieten aus der Klimafunktionskarte, die Verkehrslärmbelastung als nächtlicher Lärm durch Kfz- und Eisenbahnverkehr, sowie die Luftbelastung – gemessen anhand des Erreichens bzw. Überschreitens des Grenzwertes für Stickstoffdioxid.

Die Belastungsfaktoren zur Umweltsituation wurden vom Kasseler Umwelt- und Gartenamt im ersten Schritt in einem GIS räumlich überlagert, um Gebiete zu identifizieren, die von multiplen Umweltbelastungen geprägt sind. In einem zweiten Schritt wurden die von diesen Belastungen betroffenen Personen mit einbezogen, indem die Belastungsgebiete mit der Zahl

der dort lebenden Einwohnerinnen und Einwohner verknüpft wurde. Dabei wurde je Bezirk eine Gewichtung der Einwohnerzahlen nach der Anzahl der multiplen Belastungsfaktoren vorgenommen. Daraus resultierte eine Umweltbelastungskarte, die die Einwohnerzahl gewichtet nach der Anzahl der multiplen Belastungsfaktoren in fünf Stufen darstellt (siehe Abb. 6).

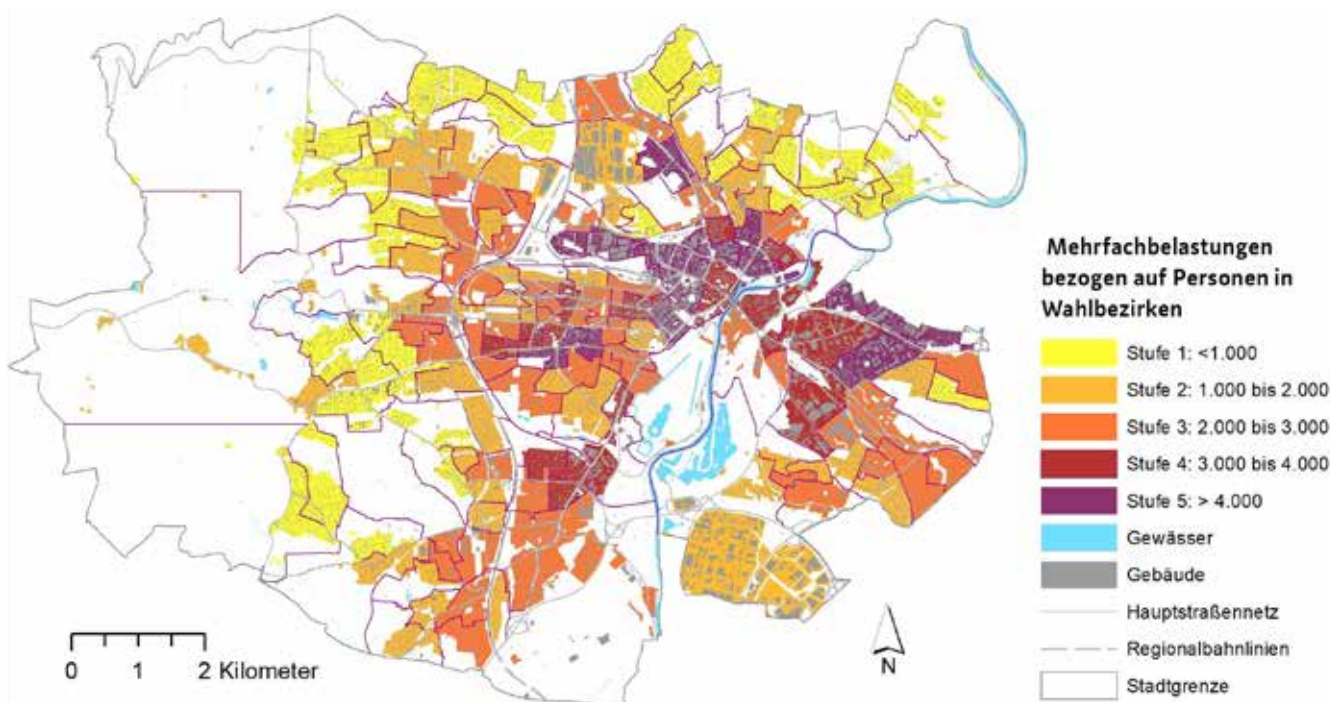
Zur Analyse der **gesundheitlichen Lage** in den Teilräumen der Stadt sind die folgenden Indikatoren zu Vorschulkindern aus der Schuleingangsuntersuchung betrachtet worden: Auffälligkeiten hinsichtlich der altersgerechten grobmotorischen Entwicklung, der altersgerechten feinmotorischen Entwicklung, der Atmung und des Herz-Kreislauf-Systems, sowie Übergewicht und Adipositas.

Da die Indikatoren zur Kindergesundheit in sehr hohem Maße mit den sozialen Indikatoren **korrelieren**, wurden sie aus der weiteren Analyse **ausgeschlossen**.

Abschließend wurden die bislang separat betrachteten sozialen Belastungen und Umweltbelastungen in einer **Gesamt-schau** zusammengebracht (wie erwähnt, wurde auf die Verwendung der Indikatoren zur Kindergesundheit verzichtet). Auch dieser Schritt wurde mithilfe einer räumlichen Überlagerung verwirklicht. Als mehrfach belastete Räume wurden dabei solche Wahlbezirke identifiziert, die einen niedrigen oder sehr niedrigen Sozialindex aufweisen, und die gleichzeitig in der bevölkerungsgewichteten Betrachtung multipler Umweltbelastungen in der Stufe 4 oder 5 liegen (siehe Abb. 7).

Aus dieser Zusammenschau der Umweltfaktoren und der sozialen Lage resultierte schlussendlich eine Karte der Kasseler Wahlbezirke mit den höchsten Belastungsdichten (siehe Abb. 8).

Abb. 6 Verteilung mehrfacher Umweltbelastungen im Stadtgebiet (dargestellt nur für das besiedelte Gebiet) – Magistrat der Stadt Kassel 2020: 26.



Nicht verschwiegen werden soll, dass der skizzierte methodische Ansatz auch **Grenzen offenbarte**:

So ergibt sich – wie bei jeder Aggregation von Daten – das Dilemma, dass dezidierte Einzelbelastungen (wie z.B. der Verkehrslärm an einer bestimmten Straßenkreuzung) in höheren Aggregationsstufen nivelliert werden bzw. nicht mehr individuell sichtbar werden.

Darüber hinaus offenbarten sich allerdings auch Probleme, die auf die Verfügbarkeit der Datengrundlagen und die geöffnete Auswahl der Indikatoren zurückzuführen waren.

Für den Bereich der Gesundheitsdaten (Indikatoren aus der Schuleingangsuntersuchung) betraf dies den Aspekt, dass die Untersuchungsdaten nur eingeschränkt kleinräumig vorlagen, sowie den Umstand, dass die Gesundheitsinformationen nur zu einer bestimmten Altersgruppe (Vorschulkinder) verfügbar waren.

Hier sollte künftig eine Erweiterung der Georeferenzierung der Schuleingangsdaten sowie die grundsätzliche Ausweitung der Erschließung von Gesundheitsdaten erfolgen, um die ge-

sundheitliche Lage weiterer Alters- bzw. Bevölkerungsgruppen abbilden zu können.

Auch für den Bereich der Umweltdaten stellten sich gewisse Einschränkungen heraus: Zum einen waren die Daten zur Luftbelastung nur für zwei Messpunkte verfügbar, und zum anderen lagen Daten zur Lärmbelastung nur relativ grobmaschig vor.

Eine Verbesserung der Datengrundlagen sowie eine verfeinerte Analyse zur Lärmbelastung könnten hier zukünftig Abhilfe schaffen.

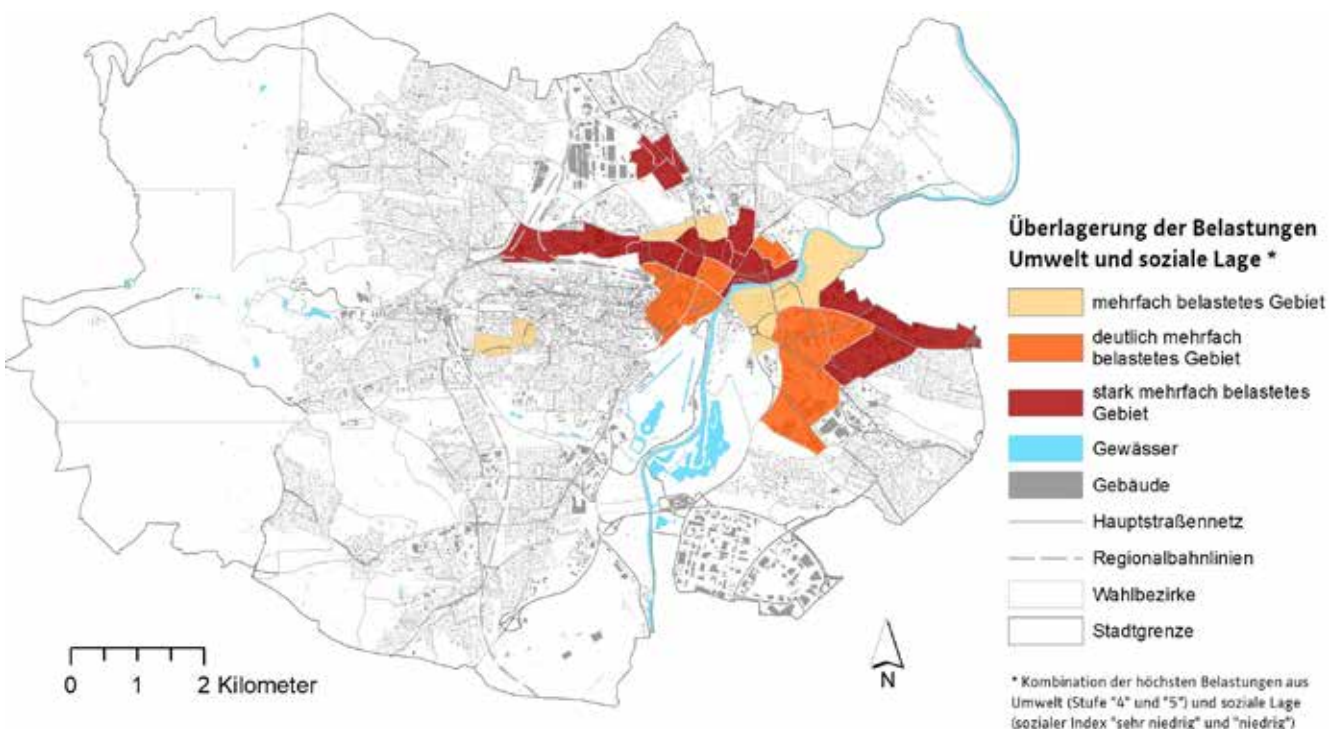
Die gewählten Basisindikatoren zum Bereich „Soziales“ offenbarten ebenfalls Unzulänglichkeiten. Die soziale Lage von Kindern und Jugendlichen war durch die gewählten Indikatoren doppelt berücksichtigt (Kinderarmut, Jugendarbeitslosigkeit). Demgegenüber wurde die soziale Disposition im Alter gar nicht betrachtet. Zudem wurde für die Indikatoren zu SGB II-Aufstockern und Langzeitarbeitslosen jeweils eine ungeeignete Basis gewählt.

Abb. 7 Umweltbelastungen und soziale Lage – Einstufung der höchsten Belastungen

Mehrfach-Umweltbelastungen		
	Stufe 4	Stufe 5
Hohe soziale Belastungen	Mehrfach belastete Gebiete	Deutlich mehrfach belastete Gebiete
Sehr hohe soziale Belastungen	Deutlich mehrfach belastete Gebiete	Stark mehrfach belastete Gebiete

Um die beschriebenen Mängel der Indikatoren zur sozialen Lage zu beheben, hat die Kasseler Kommunalstatistik im Nachgang ein optimiertes Indikatorenset entwickelt, welches mittlerweile auch in anderen Zusammenhängen angewendet wurde. So wird für die Langzeitarbeitslosigkeit die erwerbsfähige Bevölkerung als neue Basis verwendet. Der Indikator „Beziehende von SGB II-Ergänzungsleistungen“ hat eine neue Bezeichnung erhalten und wird anhand einer neuen Basis (Summe aus sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und geringfügig Beschäftigten) berechnet. Die bislang separaten Indikatoren zur Kinder- und Jugendarmut wurden zu einem gemeinsamen Indikator „Kinder- und Jugendarmut“ zusam-

Abb. 8 Gebiete mit multiplen Belastungslagen (Umwelt und Soziales) – Magistrat der Stadt Kassel 2020: 27.



mengeführt. Zur Abbildung des zuvor nicht berücksichtigten Aspekts der Altersarmut wird fortan der Grundsicherungsbezug ab 65 Jahren als neuer Indikator verwendet.

Die Projektgruppe hat auf Grundlage der Erkenntnisse der skizzierten Analysen für die Stadt Kassel den Abbau von Belastungen an großen Verkehrsadern, den Lärmschutz in Wohnquartieren, die Sicherung bzw. Qualifizierung der Ressource „Stadtgrün“, die soziale Durchmischung der Quartiere sowie quartiersspezifisch abgestimmte Maßnahmen auf Grundlage von einzelquartierbezogenen Analysen als prioritäre Handlungsfelder festgelegt (vgl. Magistrat der Stadt Kassel 2020: 37).

Umsetzung in einem Ortsbezirk (Werkstattbericht)

Nachdem zuvor in der Pilotprojektphase wichtige Grundlagen gelegt worden sind, wurde Anfang 2021 die ständige Arbeitsgruppe „Umweltgerechtigkeit“ per Stadtverordneten-Beschluss ins Leben gerufen. Ziel der Arbeitsgruppe ist es, die ämterübergreifende Zusammenarbeit des Pilotprojekts fortzusetzen und in einem Start-Quartier Maßnahmen zur Verbesserung der Umweltgerechtigkeit zu etablieren, die auf andere Quartiere übertragungsfähig sind.

Als Start-Quartier wurde ein Ortsbezirk gewählt, der basierend auf den Ergebnissen des Pilotprojekts mehrfachen Belastungen ausgesetzt ist. Die konkrete Wahl fiel auf den Ortsbezirk Rothenditmold. Basierend auf den Erfahrungen und dem Wissen der Akteure der Arbeitsgemeinschaft beherbergt Rothenditmold ein engagiertes Stadtteilmanagement, und es besteht eine gut gewachsene Vernetzung weiterer Akteure im Quartier mit der Stadtverwaltung.

Bereits mit der Verfügung der Arbeitsgruppe sind die Aufgaben auf dem Weg zum Erreichen des Ziels näher bestimmt worden, die dazu dienen sollen, zur Erhöhung der Umweltgerechtigkeit zunächst in einem Quartier beizutragen und – basierend auf den gewonnenen Erkenntnissen, den etablierten Maßnahmen und Strukturen – in einem zweiten Schritt auch in weiteren Quartieren zur Stärkung der Umweltgerechtigkeit angewendet werden sollen. Die erste Aufgabe der Arbeitsgruppe besteht darin, ein Monitoring auf kleinräumiger Ebene zu etablieren. Dabei sollen zum einen die Indikatoren des ursprünglichen Projekts (zum Teil angepasst) eingehen, zum anderen sollen weitere Indikatoren identifiziert und wenn nötig verfügbar gemacht werden. Als zweite Aufgabe zur Erhöhung der Umweltgerechtigkeit in dem ausgewählten Quartier sollen passgenaue Methoden, Maßnahmen und Projekte entwickelt werden, welche die Bürgerinnen und Bürger beteiligen und die Übertragbarkeit auf andere Ortsbezirke mitdenken. Die dritte Aufgabe sieht vor, Steuerungsinstrumente zur Erhöhung der Umweltgerechtigkeit zu entwickeln. Nach Möglichkeit sollen die bereits bestehenden Strukturen konkret im Ortsbezirk, aber auch der Stadt genutzt werden. Maßnahmen und Projekte sollen an diese bestehenden Strukturen angebunden werden. Der Gedanke ist direkt bei der Entwicklung die Verstetigung von Projekten und Maßnahmen mitzudenken und im besten Fall an bereits bestehende Planungen anzudocken.

Als Methode der Wahl kommt in der Arbeitsgruppe eine umsetzungsorientierte Analyse in vier Schritten zum Einsatz:

1. Vertiefte Analyse und Verstehen der Belastungen
2. Identifizierung von prioritären Handlungsräumen in einer Quartiersanalyse
3. Erarbeitung eines Quartierskonzepts, das insbesondere das Potential der Ressourcenentwicklung darstellt
4. Umsetzungsphase, in der die etablierten Bausteine der Umweltgerechtigkeit durch die Integration in die laufenden Planungsprozesse der Stadt Kassel verstetigt werden sollen

In einem ersten Schritt sollte eine vertiefende Analyse einen möglichst kleinräumigen Überblick über mehrfachbelastete Gebiete im Quartier sowie über Gebiete mit besonders wenig Belastungen geben.

Im zweiten Schritt sollten prioritäre Handlungsräume für den Abbau von Belastungen identifiziert werden. Der Fokus wurde auf die mehrfachbelasteten Gebiete innerhalb des Quartiers gelegt, die sich im Einflussbereich der Stadtverwaltung befinden. Eine Identifikation der besonderen Ressourcen und Belastungen des Ortsbezirks versprach, die spezifischen Herausforderungen und Qualitäten des Quartiers zu erschließen und prioritäre Handlungsfelder herauszuarbeiten.

Durch einen strukturierten Stadtteilspaziergang erarbeitete sich die Arbeitsgruppe ein besseres Verständnis des Quartiers. Der Spaziergang hat die Belastungen und Ressourcen des Quartiers für die AG-Mitglieder greifbar gemacht und Anregungen für das weitere Projekt geliefert.

Der Ortsbezirk Rothenditmold wird durch eine **Bahntrasse** räumlich stark von der restlichen Stadt getrennt, und große Teile der Bevölkerung befinden sich in einer herausfordernden sozialen Lage. Die größte Belastung stellt eine **Hauptverkehrsstraße** dar, die mitten durch den Ortsbezirk führt. Hinzu kommen starke Umweltbelastungen durch nur geringe Grünflächenanteile an den Hauptverkehrswegen und den Industrieräumen des Ortsbezirks.

Aber der Ortsbezirk hat auch viele Ressourcen, beispielsweise eine **große Grünanlage**, die jedoch von den Bewohnerinnen und Bewohnern des Ortsbezirks nur in geringem Maß genutzt wird. Es gibt mehrere gut frequentierte **Kleingartenanlagen**, aber auch breite Grünstreifen zwischen Gebäuden, welche unternutzt erscheinen. Außerdem existiert ein ausgedehntes leerstehendes Areal mit dem Charakter einer Industriebrache, das ein großes Potential für die Zukunft des Ortsbezirks birgt.

Auf Grundlage der identifizierten Belastungen und Ressourcen sammelte die Arbeitsgruppe beispielhaft gemeinsame Fragestellungen. Warum werden die vorhandenen Grünflächen nicht genutzt? Welche Potentiale liefert das identifizierte Industriebrachen-Areal? Welche Möglichkeiten gibt es, die räumliche Trennung durch die Bahntrasse aufzuweichen?

Basierend auf den gemeinsamen Fragen und damit der Berücksichtigung der konkreten Ressourcen und Belastungen im Ortsbezirk hat die Arbeitsgruppe Indikatoren und Zielgruppen identifiziert und priorisiert. Im Kontext der Fragensammlung und der Identifikation der Zielgruppen war die interdisziplinäre Zusammensetzung der Arbeitsgruppe aus verschiedenen Bereichen besonders wertvoll und zielführend, um möglichst

alle betroffenen Gruppen zu berücksichtigen und Möglichkeiten der vorhandenen Ressourcen zu erschließen. Aber auch um zu identifizieren, welche Möglichkeiten bestehen, die Belastungen in Rothenditmold abzubauen.

Der dritte und vierte Schritt – die Erarbeitung eines Quartierskonzepts und die Umsetzungsphase, basierend auf den Erkenntnissen der bisherigen Arbeiten der Arbeitsgruppe – stehen momentan noch bevor.

Wichtige Ecksteine der Folgeschritte werden nach derzeitiger Planung die Etablierung eines **Stadtmonitorings** und die **Projekt- und Maßnahmenplanung** sein.

Das Stadtmonitoring befindet sich noch im Aufbau und soll die durch die Arbeitsgruppe identifizierten relevanten Indikatoren beinhalten und deren Veränderungen beobachten.

Hier ist ein Beginn des Monitorings in Rothenditmold angedacht, dieses soll anschließend sukzessive auf das Stadtgebiet ausgeweitet werden.

Hinsichtlich der Projekt- und Maßnahmenplanung sind noch keine Präzisierungen möglich. Aber eine breite Palette an passgenauen Projekten in Kombination mit Datenerhebungen könnte zum Einsatz kommen. Basierend auf der gewünschten Partizipation der Bevölkerung des Quartiers sind insbesondere verschiedene Beteiligungsformate denkbar, die zum Einsatz kommen könnten.

Die Kasseler Statistikstelle ist ständiges Mitglied der Arbeitsgruppe und nimmt eine zentrale Rolle im Bereich datenbezogener Analysen ein. Sie hat in der Vergangenheit eng mit der Projektleitung zusammengearbeitet und wird die weiteren Phasen des Projekts methodisch insbesondere hinsichtlich des Datenmanagements begleiten. Der Fokus der Kasseler Statistikstelle im weiteren Verlauf wird aller Voraussicht nach zum einen auf der Erschließung von Daten und deren Haltung und zum anderen auf dem Aufbau und der Betreuung des Monitorings liegen. Allerdings steht das konkrete weitere Vorgehen zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht abschließend fest.

Fazit

Das Konzept der Umweltgerechtigkeit ist ein geeignetes Instrument, um mehrfach belastete Gebiete zu identifizieren. Die Einsatzmöglichkeiten der Überlagerung sind vielfältig und bieten ein einzigartiges Potential, um prioritäre Handlungsfelder in einem Gebiet zu erkennen. Hierbei kommt der Kommunalstatistik eine entscheidende Rolle in der Ausarbeitung der Datengrundlagen und der Analyse von Mehrfachbelastungen zu.

Umweltgerechtigkeit kann als Instrument dienen, das von der kommunalen politischen Ebene und von den unterschiedlichen Fachplanungen verwendet werden kann, um mehrere Handlungsfelder an einem Ort parallel zu betrachten und passende interdisziplinäre Lösungen zu erarbeiten. Die simultane Betrachtung verschiedener Ressourcen und Belastungen eines Gebietes ermöglicht es, Gefahren und Chancen zu erkennen sowie Orte oder Netzwerke zu identifizieren, die prioritär bespielt werden können, um Veränderungen voranzutreiben.

Zu beachten bleibt, dass die schlichte analytische Überlagerung verschiedener Indikatoren nur ein Teilaspekt im Kasseler Projekt Umweltgerechtigkeit ist. Das Erkennen von Synergien, das Erzielen von Projekterfolgen sowie eine nachhaltige Stärkung der Umweltgerechtigkeit vor Ort profitieren erheblich von einer wohlwollenden, kooperativen Zusammenarbeit der beteiligten Akteure.

Durch den unterschiedlichen Fokus der beteiligten fachübergreifenden Akteure können neben gemeinsam erarbeiteten Lösungen, die gleich mehrere Belastungen an einem Ort in den Blick nehmen, auch verschiedenartige Lösungen an benachbarten Orten zu einer Verringerung der Gesamtbelastung eines Quartiers beitragen. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Professionen macht es möglich, Lösungen, Projekte und Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen zugleich in den Blick zu nehmen und kooperativ an einer Lösung zu arbeiten.

Für das Kasseler Projekt zur Umweltgerechtigkeit hat sich deutlich gezeigt, dass die ganzheitliche, simultane Betrachtung des Dreiklangs aus Umweltsituation, sozialen Herausforderungen und der gesundheitlichen Lage vor Ort ein sehr gewinnbringendes Vorgehen war, das eine Vielzahl an Erkenntnissen und konkreten Handlungsfeldern ans Licht gebracht hat.

Literatur

Böhme, Christa; Preuß, Thomas; Bunzel, Arno; Reimann, Bettina; Seidel-Schulze, Antje; Landua, Detlef (2015): Umweltgerechtigkeit im städtischen Raum – Entwicklung von praxistauglichen Strategien und Maßnahmen zur Minderung sozial ungleich verteilter Umweltbelastungen. *Umwelt & Gesundheit*, 01/2015. Deutsches Institut für Urbanistik gGmbH, Berlin im Auftrag des Umweltbundesamtes (Hrsg.). URL: https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/378/publikationen/umwelt_und_gesundheit_01_2015.pdf, aufgerufen am 31.01.2025.

Böhme, Christa; Franke, Thomas; Preuß, Thomas (2019): Umsetzung einer integrierten Strategie zu Umweltgerechtigkeit – Pilotprojekt in deut-

schen Kommunen; Abschlussbericht. *Umwelt & Gesundheit*, 02/2019. Deutsches Institut für Urbanistik gGmbH, Berlin im Auftrag des Umweltbundesamtes (Hrsg.). URL: https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/1410/publikationen/2019-03-28_uug_02-2019_umweltgerechtigkeit.pdf, aufgerufen am 06.12.2024.

Böhme, Christa; Franke, Thomas; Michalski, Daniela; Preuß, Thomas; Reimann, Bettina; Strauss, Wolf-Christian (2022): Umweltgerechtigkeit in Deutschland: Praxisbeispiele und strategische Perspektiven; Abschlussbericht. *Umwelt & Gesundheit*, 04/2022. Deutsches Institut für Urbanistik gGmbH, Berlin im Auftrag des Umweltbundesamtes (Hrsg.). URL: https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/479/publikationen/uug_04-2022_umweltgerechtigkeit_in_deutschland_praxisbeispiele_und_strategische_perspektiven_0.pdf, aufgerufen am 06.12.2024.

Magistrat der Stadt Kassel (2020): Umweltgerechtigkeit – Umsetzung einer integrierten Strategie zu Umweltgerechtigkeit – Pilotprojekt in deutschen Kommunen; Forschungs-Praxis-Projekt; Zwischenbericht. URL: https://www.kassel.de/buerger/umwelt_und_klima/umweltschutz/index.php.media/98647/Umweltgerechtigkeit-Zwischenbericht.pdf, aufgerufen am 06.12.2024.

Petra Potz, Nils Scheffler

Einsamkeit

Neue Anforderungen an lebendige Quartiere

Der Beitrag stellt das Projekt „Einsamkeit. Neue Anforderungen an lebendige Quartiere“ vor, das sich aus stadtplanerischer Perspektive mit Einsamkeit als gesellschaftlicher Herausforderung befasst. Dabei wird die Frage behandelt, wie die Quartiersdimension und die Gestaltung des sozialen Zusammenlebens in der Nachbarschaft für eine Stärkung der Einsamkeitsresilienz relevant sein können. Handlungsansätze auf kommunaler Ebene werden im Anschluss vorgestellt: Überlegungen zum Monitoring einsamkeitsgefährdeter Quartiere, Anforderungen an die gebaute Umwelt und Infrastrukturen des Alltagslebens sowie die professionelle Unterstützung und das bürgerschaftliche Engagement in den Gelegenheitsstrukturen zur Teilhabe vor Ort werden skizziert. Der Ausblick ist ein praxisorientiertes Plädoyer für einen integrierten Ansatz.

Dr. Petra Potz

Stadtplanerin und Inhaberin des Büros location³ – Wissenstransfer in Berlin. Sie arbeitet zu innovativen Akteurskonstellationen in der integrierten Stadtentwicklung und den Bedingungen nachhaltiger sozialer Quartiersentwicklung.

 potz@location3.de

Nils Scheffler

Stadtplaner und Inhaber des Büros Urban Expert. Er ist DGNB-Auditor für nachhaltige Stadtquartiere und berät und unterstützt öffentliche und private Akteure unter anderem im Bereich der integrierten, nachhaltigen Stadtentwicklung.

 scheffler@urbanexpert.net

Schlüsselwörter:

Quartier – Stadtplanung – Einsamkeitsresilienz – Monitoring – Integrierter Ansatz

Einsamkeit ist vielschichtig

Einsamkeit ist ein subjektives Gefühl, das aus der Diskrepanz zwischen gewünschten und tatsächlichen sozialen Beziehungen entsteht, sowohl quantitativ als auch qualitativ. Menschen können sich einsam fühlen, auch wenn sie in einer Gruppe sind oder ein großes soziales Netzwerk haben. Einsamkeit ist emotional belastend. Soziale Isolation als objektiver Zustand des Alleinseins ist messbar, Einsamkeit als subjektives Empfinden hingegen viel schwieriger zu erfassen.

Die Entstehung von Einsamkeit kann nicht monokausal erklärt werden, sondern ergibt sich aus einem diffusen Feld individueller, zwischenmenschlicher und gesellschaftlicher Ereignisse, Einstellungen und Faktoren, die das Einsamkeitserleben eines Menschen beeinflussen. Die gleichen Ereignisse und Situationen führen deswegen nicht zwangsläufig bei betroffenen Personen zu einem Einsamkeitsgefühl.

Einsamkeit ist eine komplexe Herausforderung für die Gesellschaft (Luhmann 2022): Sie betrifft viele gesellschaftliche Gruppen und hat gesundheitliche, soziale und wirtschaftliche Auswirkungen. Menschen unterschiedlichen Alters und in unterschiedlichen Lebenslagen können unter Einsamkeit leiden: Kinder und Jugendliche, junge Erwachsene, Menschen im Erwerbsalter oder im Ruhestand, in Umbruchsituationen zwischen Schule und Beruf, dem Übergang zwischen Erwerbsleben und Ruhestand oder nach krisenhaften Ereignissen wie Trennung oder Verlust nahestehender Menschen. Besonders Menschen mit einem erhöhten Armutrisiko, Alleinstehende, Alleinerziehende, pflegende Angehörige sind betroffen.

Es gibt unterschiedliche Formen von Einsamkeit. Als relevant wurden insbesondere die Formen in den Blick genommen, die sich durch alltäglich reduzierte soziale Interaktionen sowie mangelnde soziale Teilhabe bzw. eingeschränkten Zugang zu gesellschaftlichen Infrastrukturen ergeben, und bei denen man aus dem Projektverständnis auf der Quartierebene ansetzen kann. Dazu zählen beispielsweise die soziale/ relationale Einsamkeit (Fehlen von guten Beziehungen zu Freunden oder einem direkten sozialen Netzwerk), die kollektive Einsamkeit (fehlende Zugehörigkeit zu einer größeren Gruppe oder Gemeinschaft), die kulturelle Einsamkeit (Fehlen des bevorzugten kulturellen oder sprachlichen Umfelds) und die vorübergehende/situationale Einsamkeit durch soziale, krisenhafte Umbrüche.

Gleichzeitig ist Einsamkeit häufig unsichtbar und wird stigmatisiert. Einsamkeit ist aber nicht nur ein individuelles

Empfinden, sondern entfaltet sich in einem sozialen Gefüge und in der alltäglichen (reduzierten) sozialen Interaktion.

Einsamkeit auf Quartiersebene

Im Projekt „Einsamkeit. Neue Anforderungen an lebendige Quartiere“¹ stehen die Quartiersebene und ihre gebaute Umwelt mit ihren sozialräumlichen Merkmalen im Fokus. Aus einer stadtplanerischen Perspektive ist zu klären, wie ein soziales Zusammenleben und das Wohnumfeld Einsamkeitsgefährdeter künftig zu gestalten sind. Einsamkeit drückt sich auch in einem mangelnden Zugang zur Teilhabe und sozialen Ressourcen sowie gesellschaftlichen Infrastrukturen aus. Fehlende oder unzulängliche Gelegenheiten zur Begegnung und Interaktion reduzieren die Möglichkeiten, soziale Beziehungen einzugehen. Erkenntnisse auf kleinräumiger Ebene sind notwendig, um Einsamkeit in ihrer Vielschichtigkeit vorzubeugen bzw. das Risiko der Vereinzelung mit präventiven Maßnahmen und Strukturen zu verringern.

Das Projekt widmet sich einem Segment, das bislang in der Einsamkeitsforschung noch wenig Berücksichtigung gefunden hat: dem Quartier (Potz u. Scheffler 2023). Dieses ist ein bedeutsamer Faktor: Mit seinen städtebaulichen Strukturen und der infrastrukturellen Ausstattung, dem öffentlichen Raum und den Teilhabeangeboten kann es maßgeblichen Einfluss auf das Einsamkeitsgefühl nehmen und bei entsprechenden Qualitäten dazu beitragen, diesem entgegenzuwirken. Gleichzeitig ist das Quartier der Ort für nachbarschaftliche Beziehungen und ein soziales Miteinander, was soziale, kollektive und kulturelle Einsamkeit verringern kann.

Handlungsansätze auf kommunaler Ebene

Im Projekt werden verschiedene Handlungsansätze daraufhin analysiert und diskutiert, wie sich Quartiere, Nachbarschaften und das Wohnumfeld gegen Einsamkeit wappnen können:



Gebaute Umwelt und Infrastrukturen des Alltagslebens



Professionelle Unterstützungsaktivitäten



Bürgerschaftliches Engagement



Monitoring einsamkeitsgefährdeter Quartiere



Digitale Instrumente und Plattformen

Die Handlungsansätze, die dem Einsamkeitsrisiko entgegenwirken, kommen dabei nicht nur „den Einsamen“ zugute, sondern tragen grundsätzlich zu lebenswerten und sozial resilienteren Quartieren (Sozialkapital) bei. Die kommunale Ebene wird als Ausgangspunkt für einen integrierten, praxisorientierten Untersuchungsansatz betrachtet. Ziel ist die Konzeption eines praxisorientierten Handlungsleitfadens für Kommunen und weitere Einrichtungen und Akteure, die sich mit Einsamkeit befassen.

Auf Grundlage einer umfassenden Literaturrecherche zum Thema Einsamkeit wurden zentrale Ansatzpunkte und Lösungskonzepte für die Handlungsansätze identifiziert. Diese wurden in drei thematischen, interdisziplinär besetzten Arbeitsgruppen mit Vertreterinnen und Vertretern aus Forschung und Praxis diskutiert und weiterentwickelt.

AG Monitoring einsamkeitsgefährdeter Quartiere

- Identifizierung einsamkeitsgefährdeter Quartiere in einer Stadt über ein Einsamkeitsmonitoring, das sowohl eigenständig angelegt als auch in ein bestehendes Monitoring integriert werden könnte
- Gewinnung weiterer Erkenntnisse zur Einsamkeitssituation im Quartier über Befragungen, die eigenständig durchgeführt oder auch mit anderen Befragungen gekoppelt werden könnten, um daraus lokal angepasste Handlungsansätze und Maßnahmen gegen Einsamkeit abzuleiten
- Analoge und digitale Möglichkeiten, einsamkeitsgefährdete bzw. -betroffene Personen im Quartier zu erkennen und ihnen Hilfestellungen anzubieten

AG Gebaute Umwelt und Infrastrukturen des Alltagslebens

- Konzeptionelle und gestalterische Anforderungen an einsamkeitsrelevante Infrastrukturen im Quartier, um positiven Einfluss auf das Einsamkeitsgefühl von Personen zu nehmen
- Identifizierung von Schlüsselakteuren und deren Aufgaben und Verantwortlichkeiten sowie Aufzeigen der Instrumente, die diesen zur Verfügung stehen, um die einsamkeitsrelevanten Infrastrukturen im Quartier einsamkeitsresilient zu gestalten
- Digitale Anwendungen zur Unterstützung sozialer Interaktionen und gesellschaftlicher Teilhabe in den einsamkeitsrelevanten Infrastrukturen im Quartier als Beitrag zur Einsamkeitsresilienz des Quartiers

AG Teilhabe vor Ort

- Identifizierung einsamkeitsgefährdeter bzw. -betroffener Personen durch professionelle Dienste und lokale Engagementstrukturen im Quartier
- Aktivitäten und Maßnahmen der professionellen Dienste und lokalen Engagementstrukturen im Quartier als Brückenbauer zur Unterstützung einsamkeitsgefährdeter bzw. -betroffener Personen
- Nutzung der einsamkeitsrelevanten Infrastrukturen durch professionelle Dienste und lokale Engagementstrukturen im Quartier, um einsamkeitsgefährdete bzw. -betroffene Personen zu erreichen

Zwischenergebnisse

Identifizierung einsamkeitsgefährdeter Quartiere

Zur Identifizierung einsamkeitsgefährdeter Quartiere wurde ein Indikatorenset entwickelt. Dazu wurden unterschiedliche individuelle Risikofaktoren identifiziert, die dazu beitragen können, dass Menschen sich einsam fühlen. Daneben wurden infrastrukturelle Ausstattungsmängel im Quartier, die Einsamkeitsgefühle verstärken können, erarbeitet. Es wird von der These ausgegangen, dass, wenn sich mehrere dieser Risikofaktoren und Ausstattungsdefizite in einem Quartier kumulieren, die Wahrscheinlichkeit steigt, dass dort Menschen leben, die sich einsam fühlen.

Folgende Kernindikatoren wurden identifiziert, die zur Ermittlung einsamkeitsgefährdeter Quartiere herangezogen werden könnten:

Tab. 1

Risikofaktoren (individuell)	Kernindikatoren
Einkommensarmut	- RE01: Transferleistungsbezug
Kritische Lebensphase	- RL01: Geschiedene bzw. Personen mit aufgehobener Lebenspartnerschaft - RL02: Verwitwete Personen bzw. Partner verstorbener Personen - RL03: Langzeitarbeitslose
Umbruchphase	- RU01: Fluktuation - RU02: Junge Erwachsene - RU03: Neu-Rentner
Schlechter körperlicher, geistiger oder mentaler Gesundheitszustand	- RG01: Hochaltrige Personen - RG02: Gesundheitszustand von Kindern
Direkte Migrations- und Fluchterfahrung	- RM01: Im Ausland geborene Personen
Defizite bei sozialen Kontakten	- RK01: Alleinlebende Personen - RK02: Alleinerziehenden-Haushalte
Sonstige	- RS01: Wahlbeteiligung

Ausstattungsmängel (quartiersbezogen)	Kernindikatoren
Blau-/Grün-, Erholungs- und Freizeitflächen	- MF01: Parks, Grünanlagen, Sportflächen
Soziale, Dritte und Begegnungsorte	- MO01: Gemeinbedarfseinrichtungen/ Begegnungsorte - MO02: Nutzung digitaler Nachbarschaftsplattformen
Wohnortnahe Grundversorgung	- ME01: Einzelhandelsbetriebe für Waren des täglichen Bedarfs
Mobilitätsangebote	- MM01: Haltepunkte des ÖPNV

Quelle: Scheffler u. Potz 2024a

Die Verfügbarkeit von Daten und Indikatoren unterscheidet sich von Stadt zu Stadt, so dass davon auszugehen ist, dass das Indikatorenset lokal angepasst werden muss. Genauso werden weitere Forschungserkenntnisse in der Zukunft dazu beitragen, das Indikatorenset weiter zu qualifizieren und zu schärfen.

Gewinnung weiterer Erkenntnisse über die Einsamkeitssituation und Betroffene im Quartier

Um mehr zur Einsamkeitssituation in einem einsamkeitsgefährdeten Quartier zu erfahren, sowie darüber, welche Personengruppen von Einsamkeit betroffen und wo Probleme und Handlungsansätze im Umgang mit Einsamkeit im Quartier erkennbar sind, wurde ein Fragenkatalog entwickelt. Der Fragenkatalog enthält drei Bereiche und ermittelt:

- (verstärkt) von Einsamkeit betroffene Personengruppen über indirekte Fragen zum Einsamkeitsempfinden sowie die Aufnahme einsamkeitsrelevanter Merkmale zu den persönlichen Lebensumständen,
- den Beitrag, den einsamkeitsrelevante Infrastrukturen zur sozialen Einbindung der Bewohnerschaft, insbesondere einsamkeitsbetroffener Personengruppen, ins Quartier leisten; die Fragen dienen zum Verständnis, ob in der Wahrnehmung der Befragten, insbesondere der sich einsam Fühlenden, diese Infrastrukturen präsent sind und genutzt werden,
- Defizite bei einsamkeitsrelevanten Infrastrukturen im Quartier aus Sicht der Bewohnerschaft.

Einsamkeitsrelevante Infrastrukturen und gestalterische und konzeptionelle Anforderungen

Einsamkeitsrelevante Infrastrukturen im Quartier sind diejenigen, die gesellschaftliche Teilhabe, Nachbarschaften und niederschwellige, soziale Beziehungen befördern und somit dazu beitragen können, Einsamkeitsgefühlen vorzubeugen bzw. sie zu verringern. Eine rein quantitative Bereitstellung dieser Infrastrukturen wird aber nicht wesentlich auf das Einsamkeitsgefühl Einfluss nehmen können. Erst konzeptionelle und gestalterische Qualitäten, die ein niederschwelliges Zusammenkommen befördern, können dies ermöglichen.

Einsamkeitsrelevante Infrastrukturen im Quartier und deren Anforderungen sind im Wesentlichen:

- das Wohnumfeld und der öffentliche Raum mit Plätzen, Parks, Grün- und Sportanlagen, die ungeplante, niederschwellige Begegnungen, Kontakte und Interaktionen mit Menschen und eine zwanglose Kommunikation und vielfältige Nutzungen ermöglichen.
- Begegnungsorte wie Mehrgenerationenhäuser, Stadtteilzentren, Bibliotheken, Nachbarschafts- und Begegnungstreffs. Hier stehen eine einladende und inklusive Gestaltung sowie unterschiedliche Nutzungsmöglichkeiten im Vordergrund.
- Orte der Daseinsvorsorge und Nahversorgung wie Supermärkte, Hausärzte, Apotheken, Bäckereien, Gastwirtschaften, die Alltagsbegegnungen und Gespräche mit anderen Menschen unterstützen.

Gerade für Menschen, die sich aufgrund ihres Einsamkeitserlebens sowie der Stigmatisierungsbefürchtung zurückgezogen haben, stellt das Aufsuchen sozialer, kommunikativer Orte eine

Hürde dar. Daher ist es wichtig, diese Orte auch für Einsame attraktiv zu gestalten. Es geht um die Gestaltung kommunikativer Räume wie auch die Gestaltung von Räumen, wo sich Einsame aufhalten können, ohne den Druck zu fühlen, in soziale Interaktion treten zu müssen. Grundsätzliches Ziel für die Ausgestaltung der einsamkeitsrelevanten Infrastrukturen mit Blick auf Einsame ist es:

- niederschwellig zufällige wie intendierte und wiederkehrende Begegnungen mit Menschen wahrscheinlicher und einfacher zu gestalten und zu befördern, so dass die Hemmschwelle sinkt, Kontakt zu Menschen aufzunehmen und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben;
- sich in diesen Orten und Räumen allein aufhalten zu können, ohne das Gefühl der Stigmatisierung oder des Zwangs der sozialen Interaktion zu empfinden, und trotzdem das Gefühl zu haben, ohne aktives Zutun am Geschehen beteiligt zu sein;
- das Gefühl der Zugehörigkeit zu diesen Orten und Räumen und den Personen, die sich dort aufhalten, zu stärken (*place attachment*).

Schlüsselakteure und ihre Instrumente zur Verbesserung der Einsamkeitsresilienz mittels relevanter Infrastrukturen

Als Schlüsselakteure für die Stärkung der Resilienz gegen Einsamkeit über die Bestands- und Neubauentwicklung relevanter Infrastrukturen im Quartier wurden wesentliche Akteursgruppen identifiziert, denen unterschiedliche Instrumente in folgenden Handlungsbereichen zur Verfügung stehen (s. Tab. 2).

Mobilisierung unterstützender Akteursgruppen im Quartier

In den Quartieren sind hauptamtliche Hilfs- und Unterstützungsdienste wie auch zivilgesellschaftliche und Engagementstrukturen zumeist vorhanden. Für das vielschichtige Thema Einsamkeit ist jedoch eine Sensibilisierung notwendig, um die Teilhabe vor Ort zu stärken. Niederschwellige, soziale Interaktionen können Nachbarschaft stärken, Begegnungen ermöglichen und damit dazu beitragen, Einsamkeit vorzubeugen oder zu reduzieren. Die Bereiche der Teilhabe vor Ort, wie Gesundheit,

Pflege, Kultur, Sport, Bildung, Inklusion, Quartiersarbeit, Sozialarbeit und Wirtschaftsförderung, sind vielfältig. Die sozialen und räumlichen Strukturen unterstützen gesellschaftliche Teilhabe, soziale Interaktion, Nachbarschaften und niederschwellige Beziehungen. Für Einsame sind diese Aktivitäten sehr voraussetzungsvoll, es gilt eine große Hürde zu überwinden. Der Quartiersraum bietet dafür mit seiner vertrauten Öffentlichkeit eine Chance, die dem Rückzug ins Private entgegenwirkt.

Unterschiedliche Personengruppen erfordern spezifische Ansätze, um deren besondere Einsamkeitserfahrungen wirksam anzugehen. So sind beispielsweise Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, Ältere, Pflegebedürftige, Menschen mit Migrationserfahrung und Alleinerziehende speziellen Herausforderungen „ausgesetzt“. Um sie mit geeigneten Maßnahmen und an den „richtigen“ Orten zu erreichen, bedarf es gezielter Handlungsansätze und Strategien. Das Eintauchen in die digitale Welt kann einerseits zur Einsamkeit beitragen, bietet andererseits jedoch auch Chancen für Kontakt und Vernetzung, insbesondere unter jungen Menschen. Digitale Kontaktflächen sind daher zunehmend in die Strategien einzubeziehen.

Schaffung einsamkeitsrelevanter Gelegenheitsstrukturen in der Nachbarschaft

Gesellschaftliche Teilhabe und Einsamkeitserfahrungen sind eng mit den Gelegenheitsstrukturen im Alltag und in der Nachbarschaft verbunden. Unter Gelegenheitsstrukturen werden nachbarschaftliche Orte und Anlaufstellen, die alle regelmäßig aufsuchen, verstanden, sei es zum Einkaufen, für die gesundheitliche Versorgung und Körperpflege, Bank- oder Postangelegenheiten etc. Sie ermöglichen alltägliche niederschwellige Begegnungen und Kontakte. Die Qualität der sozialen Beziehungen und Bindungen spielt dabei eine entscheidende Rolle. Für chronisch Einsame kann es nahezu unmöglich sein, diese Barrieren zu überwinden, was zu einem Rückzug führen kann (vgl. Potz u. Scheffler 2024).

Daher ist es wichtig, vor Ort Ansatzpunkte zu identifizieren: Welche Akteure begegnen einsamkeitsgefährdeten oder betroffenen Personen in ihrem Lebensumfeld? Mit welchen Angeboten und Aktivitäten auf Quartiersebene lassen sich soziale

Tab. 2

Handlungsbereiche / Schlüsselakteure	Planung/ Konzepte	Vergabe	Finanzierung	Information/ Beratung	Beteiligung	Betreiben
Kommunalverwaltung	x	x	x	x	x	x
Planende Berufe	x			x	x	
Politik	x		x	x		
Gebäudeeigentümer	x			x	x	x
Professionelle (soziale) Träger	x			x		x
Handel und Gewerbe				x		x
Engagement/Ehrenamt				x		x
Bewohnerschaft				x		x
Bildungseinrichtungen				x		

Quelle: Scheffler u. Potz 2024b

Interaktion und Teilhabe fördern sowie Einsamkeit vorbeugen oder lindern?

Das Quartier bietet einsamen oder gefährdeten Personen Raum und Gelegenheiten, die über beiläufige und gezielte Alltagsbegegnungen zur Teilhabe führen können. Für die Einsamkeitsbewältigung relevant sind vor allem:

- Professionelle Hilfs- und Unterstützungsangebote: Aktivitäten, die verschiedene Risikofaktoren für Einsamkeit adressieren, z.B. zielgruppenübergreifend, intergenerativ, digital/analog, im Kontext von Armut oder Bildung.
- Aktivierung von Bewohnerschaft und Engagement: Vereine, lokale Initiativen, Freiwilligenagenturen, Kirchengemeinden, Religionsgemeinschaften und migrantische Initiativen, die soziale Teilhabe fördern.
- Soziale, Dritte und Begegnungsorte: Stadtteilzentren, Jugendhäuser, Mehrgenerationenhäuser oder Community-Gärten, die niederschwellig den Austausch, das Miteinander und emotionale sowie informationelle Unterstützung ermöglichen.
- Wohnbereich und -umfeld sowie Grün-, Blau-, Erholungs- und Freizeitflächen: Begegnungs- und gemeinschaftsfördernde Wohnformen, Plätze, Erholungsräume, und Sportanlagen, die nachbarschaftliche Interaktionen und niederschwellige Begegnungen begünstigen.
- Orte des Alltagslebens und der Daseinsvorsorge: Supermärkte, Bäckereien, Gaststätten, Arztpraxen, Bibliotheken oder Sportstätten, die alltägliche Begegnungen und Gespräche unterstützen. Diese sollten im Quartier vorhanden, gut erreichbar und möglichst von Menschen betrieben werden (keine Automatisierung).
- Kommunale Strukturen: Kommunale Bündnisse, Strategien, Beauftragte oder Ansprechpersonen, die vor Ort Einsamkeit entgegenwirken und Öffentlichkeit für das Thema schaffen.

- *Integrierte Quartiersplanung*: Eine Planung, die raumbezogene und soziale Aspekte berücksichtigt, fördert soziale Interaktionen und reduziert Einsamkeit.
- *Gestaltung der gebauten Umwelt*: Begegnungsorte, Grünflächen und barrierefreie Infrastrukturen stärken Kommunikation und Nachbarschaftsinteraktionen.
- *Gemeinschaftliche Wohnformen und soziale Initiativen*: Diese stärken nachbarschaftliche Beziehungen, bieten Begegnungsräume und fördern den Austausch sowie den Aufbau sozialer Netzwerke.
- *Priorisierung sozialer Infrastrukturen*: Die Schaffung sozialer Infrastrukturen sollte in städtebaulichen Strategien priorisiert werden, um die Lebensqualität zu verbessern und Verwurzelung zu fördern.
- *Aktivierung lokaler Akteure*: Lokale Akteure sollten sensibilisiert und durch niederschwellige Maßnahmen einbezogen werden, um Einsamkeit zu lindern.
- *Mikrointerventionen im Alltag*: Alltägliche Begegnungen und lokale Dienstleister sind entscheidend für die Einsamkeitsprävention und den Aufbau sozialer Bindungen.
- *Evidenzbasiertes Monitoring*: Ein indikatorengestütztes Frühwarnsystem hilft, Risikoquartiere zu identifizieren und gezielt zu intervenieren.
- *Kleinräumiges Wissen über Einsamkeit*: Spezifische Einsamkeitsausprägungen in Quartieren müssen erkannt und entsprechende Orte weiterentwickelt werden.
- *Anpassung bestehender Orte*: Bauliche Anpassungen und Nutzungserweiterungen im Bestand machen Begegnungsorte einsamkeitsresilienter.
- *Einsamkeitsresilienz als Leitlinie*: Einsamkeitsresilienz und soziale Vernetzung sollten in die städtebaulichen Strategien von Bund, Ländern und Kommunen integriert werden.

Ausblick: Kommunale Strategien gegen Einsamkeit

Der Handlungsansatz Einsamkeit ist noch keine etablierte Dimension in der Stadtforschung, kann aber Erkenntnisse für das Zusammenleben und die Gestaltung von Quartieren aufzeigen. Die Handlungsbedarfe sowohl bei der Prävention als auch bei der Intervention sind groß und erfordern eine integrierte Herangehensweise. Die wichtigsten Erkenntnisse und Erfordernisse für das Handlungsfeld Einsamkeit im Quartier betreffen Orte, Akteure und Strukturen gleichermaßen (vgl. Potz, Reichert-Schick, Scheffler 2024).

Einsamkeitsprävention erfordert eine interdisziplinäre Herangehensweise, die soziale und räumliche Aspekte vereint. Durch die gezielte Kombination von Planung, Monitoring und der Aktivierung lokaler Akteure entstehen nachhaltige Lösungen. Das Quartier als zentrale Handlungsebene spielt dabei eine entscheidende Rolle: Hier werden soziale Interaktionen gefördert und Nachbarschaften gestärkt. Die Schaffung einsamkeitsresilienter Quartiere ist ein wesentlicher Schritt hin zu lebendigen, inklusiven Gemeinschaften, die den derzeitigen gesellschaftlichen Herausforderungen gewachsen sind.

1 Das Kooperationsprojekt der Wüstenrot Stiftung mit location³ und Urban Expert wird von 2023-2026 durchgeführt. Informationen und Projektergebnisse: www.quartier-einsamkeit.de

Literatur

Luhmann, Meike (2022): Definitionen und Formen der Einsamkeit. KNE-Expertise 1/2022, Kompetenznetz Einsamkeit, Berlin
 Potz, Petra; Reichert-Schick, Anja; Scheffler, Nils (2024): Einsamkeit und Stadtentwicklung. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, 74. Jg., Heft 52/2024, S. 48–53
 Potz, Petra; Scheffler, Nils (2024): Akteure und Gelegenheitsstrukturen im Quartier. Arbeitspapier, AG Teilhabe vor Ort, Einsam-

keit. Neue Anforderungen an lebendige Quartiere, Wüstenrot Stiftung, doi: 10.13140/RG.2.2.12685.96487
 Potz, Petra; Scheffler, Nils (2023): Einsamkeit und integrierte Stadtentwicklung, KNE-Expertise 14/2023, Kompetenznetz Einsamkeit, Berlin
 Scheffler, Nils; Potz, Petra (2024a): Indikatorenset – Einsamkeitsgefährdete Quartiere. Arbeitspapier, AG Monitoring, Einsamkeit.

Neue Anforderungen an lebendige Quartiere, Wüstenrot Stiftung, doi: 10.13140/RG.2.2.25736.64003
 Scheffler, Nils; Potz, Petra (2024b): Akteure, Verantwortlichkeiten, Instrumente – Einsamkeitsrelevante Infrastrukturen im Quartier. Arbeitspapier, AG Gebaute Umwelt, Einsamkeit. Neue Anforderungen an lebendige Quartiere, Wüstenrot Stiftung, doi: 10.13140/RG.2.2.24961.98403

Uta Thien-Seitz

Fundstücke aus 150 Jahren Münchner Städtestatistik

Am 1. Januar 1875 wurde das Städtische Statistische Bureau der Landeshauptstadt München gegründet; nur drei Jahre nach dem Kaiserlichen Statistischen Amt. In dem damaligen Statut wurden auch die Aufgaben formuliert: „... statistische Daten über alle für das Gemeindeleben der Stadt bedeutsamen Verhältnisse zu sammeln, zu ordnen, zu übersichtlichen Darstellungen zu verarbeiten und zu veröffentlichen.“ (Abb. 1) – eine Beschreibung, die im Kern auch noch 150 Jahre später zutrifft.

Zeitliche Einordnung

Die Gründung fiel in eine Zeit, in der Kaiser Wilhelm I. mit seinem Kanzler Bismarck im Zweiten Deutschen Reich (bis 1888) regierte; der Schriftsteller und Märchenverfasser Hans Christian Andersen (1805–1875) in Kopenhagen starb; das Ende des amerikanischen Bürgerkriegs gerade mal zehn Jahre zurücklag und die Sklaverei in großen Teilen der Welt noch nicht verboten war.

Eine Zeit, in der die mittlere Lebenserwartung der Männer bei 35,6 Jahren (heute: 78,3 Jahren) und die der Frauen bei 38,5 Jahren (heute: 83,2 Jahren) lag.

Betrachtet man den Münchner Bevölkerungsbaum von 1890, dann erinnert dieser für die Jahrgänge 1875 und älter stark an heutige Entwicklungsländer mit vergleichsweise hohen Geburten- und Sterberaten (Abb. 2).

Abb. 1 Gründungsstatut vom 1. Januar 1875



Dipl.-Stat. Uta Thien-Seitz
Leiterin des Statistischen Amtes München

Schlüsselwörter:
Jubiläum – Historie – 150 Jahre – Pandemien –
Entwicklung – Nationalsozialismus

Abb. 2 Altersaufbau der Münchner Bevölkerung links vom 1.12.1890, rechts vom 31.12.2023

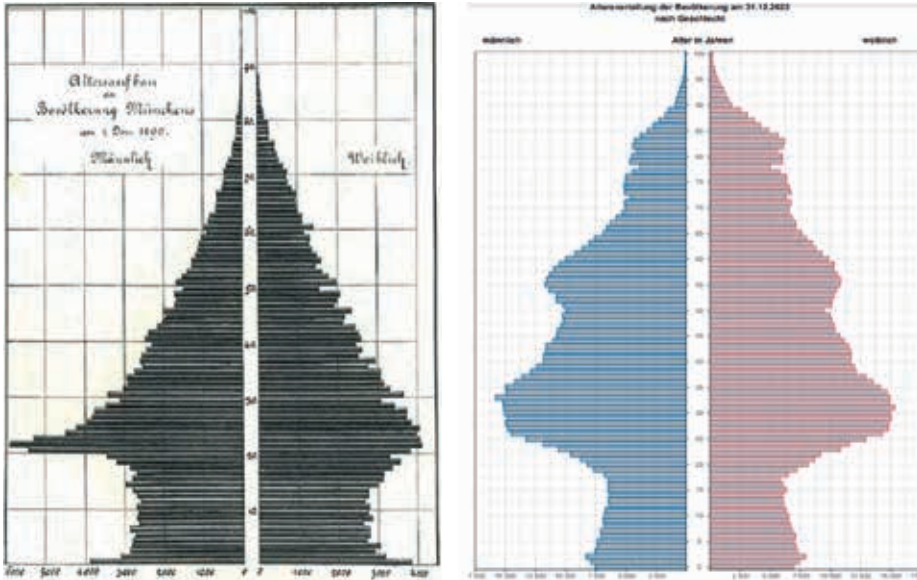


Abb. 3 Stadtgrenzen München: farbig 1875, grau 2024



München war auch noch weit entfernt von einer Millionenstadt, sondern hatte – allerdings auf einer deutlich kleineren Stadtfläche als heute (Abb. 3) – gerade mal etwas über 193 000 Einwohner.

Erste Aufgaben des neu gegründeten Statistischen Bureaus

Die ersten Aufgaben des neu gegründeten Statistischen Bureaus waren im ersten Halbjahr 1875 eine Untersuchung der hohen Kindersterblichkeit, basierend auf der damals rasanten Bevölkerungsentwicklung, gepaart mit einem starken Ärztemangel sowie einer ungünstigen hygienischen Situation in der Stadt.

Daran schloss sich die Organisation und Durchführung der Volkszählung vom 1.12.1875 inkl. einer Gebäude- und Wohnungserhebung an. Bei dieser als Vollerhebung umgesetzten Volkszählung, die alle 5 Jahre wiederholt werden sollte,

erfassten die Erheber vor Ort unter anderem Name, Stellung im Haushalt, Geschlecht, Geburtsjahr, Familienstand, Religionszugehörigkeit, Beruf, aktiver Militärdienst, Wohnort und Staatsangehörigkeit. Während früher die Hauptakteure derartiger Volkszählungen die Polizeibehörden waren, wurden die Daten in München ab 1875 ausschließlich vom Statistischen Amt verarbeitet, ausgewertet und veröffentlicht (Abb. 4).

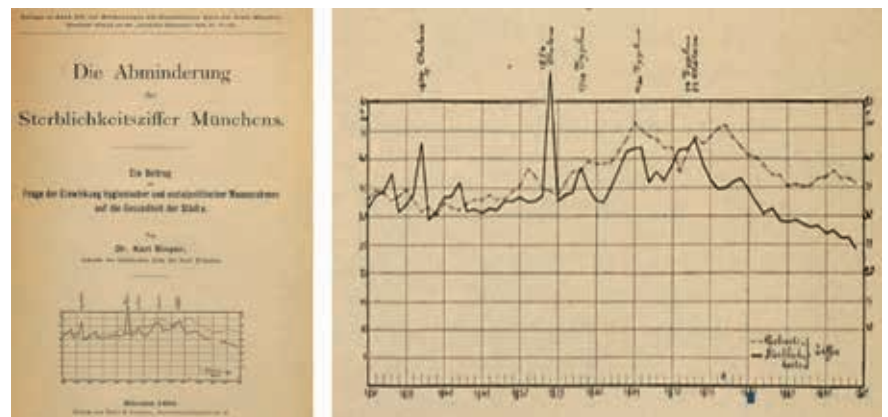
„Controlling-Funktion“ des Statistischen Amtes

1895 wurde in der Sonderveröffentlichung „Die Abminderung der Sterblichkeitsziffer Münchens“ der Nachweis erbracht, dass die Realisierung größerer Umweltschutzmaßnahmen wie z.B. einer zentralen Wasserversorgung, der Stadtkanalisation, einer allgemeinen Unratabfuhr, der Einführung einer hygienisch ausgerichteten Bauordnung und einer erweiterten Krankenfürsorge zur Abnahme der hohen Sterblichkeit in allen

Abb. 4 Einwohnerzahl Münchens aus der Volkszählung 1.12.1875

Bezirke	Einwohner		
	weiblich	männlich	insgesamt
I	1866	2581	4447
II	5942	6390	12332
III	5523	8239	13762
IV	5297	3494	8791
V	10225	9012	19237
VI	7224	8137	15361
VII	2549	2873	5422
VIII	3598	4392	7990
IX	10040	10107	20147
X	2678	2842	5520
XI	3991	3599	7590
XII	2968	7634	10602
XIII	4792	4301	9093
XIV	4525	4394	8919
XV	2346	2795	5141
XVI	3964	3979	7943
XVII	3878	4240	8118
XVIII	3601	3395	7000
Gesamt München	45922	47142	93064
Gesamt Gegend	3020	2795	5815
Gesamt München und G.	48942	49937	98879

Abb. 5 Die Abminderung der Sterblichkeitsziffer Münchens 1895 und Verlauf der Sterblichkeit von 1830–1895



Altersklassen geführt hatte (Abb. 5). Am Verlauf der Sterblichkeitsziffer (Gestorbene auf 1 000 Einwohner, heute würde man Sterberate sagen) von 1830 bis 1895 erkennt man gut die regelmäßigen Ausschläge verursacht durch Cholera- und Typhus-Epidemien.

Das erfreuliche Fazit lautete:

„Das Hauptergebnis der Tabelle I ist ein für München hoch erfreuliches. Die Sterblichkeitsziffer ist von Jahrfünft zu Jahrfünft im fortgesetzten Rückgange: seit 1871/75 bis zu den letzten drei Jahren 1891/93: 40,4, 35,4, 30,4, 28,3, 26,6 ‰. Das Jahr 1894 wird voraussichtlich einen Rückgang bis unter 24 ‰ bringen.“

Zum Vergleich:

Heute liegen wir zwischen 10,1 (2005) und 12,7 (2022).

Themen im Wandel der Zeit

Mit einer Erhebung im Jahre 1909 wurde eine Untersuchung der wirtschaftlichen und sozialen Lage weiblicher Dienstboten in München durchgeführt (Abb. 6). Dafür legte man sowohl den Herrschaften wie auch den Dienstboten denselben umfangreichen Fragebogen vor, der detailliert auf alle Facetten der Lebenssituation der weiblichen Dienstboten einging. Insgesamt wurden je 3 500 Fragebögen ausgegeben und man erzielte einen Rücklauf von heute sensationellen 87% bzw. 81%.

Ein für damals überraschendes Ergebnis war, dass fast 60% der Herrschaften keine Kinder hatten, wobei man zuvor davon ausgegangen war, dass das der Hauptgrund für den Einsatz von Dienstboten war.

Einige Tabellen (Abb. 7) werden wahrscheinlich heutigen erfahrenen Umfrageforschern ein wissendes Schmunzeln auf die Lippen zaubern. Schon damals zeigte sich bei den Antworten ein - nennen wir es mal „sozio-ökonomischer“ - Bias. Sowohl bei den Angaben zu den Lohnklassen wie auch in der

Höhe der Weihnachtsgeschenke lagen die Angaben bzgl. einer großzügigen Bezahlung bzw. Gratifikation bei den Herrschaften höher als bei den Dienstboten.

Statistiken mit viel Herzblut

Eine Sonderveröffentlichung aus dem Jahre 1909 beschäftigte sich mit der Lebensführung von 22 Arbeiterfamilien in München. Für die damalige Zeit ungewöhnlich war auch, dass die verantwortliche Autorin eine promovierte Frau war, Frau Dr. Else Conrad. Denn erst ab September 1903 waren Frauen zur Immatrikulation an den bayerischen Universitäten zugelassen - zuvor war es ihnen nur gestattet, als Hörerinnen an der akademischen Bildung teilzuhaben.

Vor dem Hintergrund „bedeutender Preissteigerungen der wichtigsten Verbrauchsartikel und die zum Teil daran anknüpfenden Lohnkämpfe“ stellte man sich in dieser Untersuchung die Frage: „Kann der Arbeiter mit seinen Löhnen auskommen, sind seine Einnahmen so, dass er eine Familie damit zu ernähren vermag?“

Man verwendete hierzu die von dem Kaiserlichen Statistischen Amt ausgestellten Haushaltungsbücher, die an solche Arbeiterfamilien der Stadt ausgegeben werden sollten, die sich bereit erklärten, ein Jahr hindurch ihre Einnahmen und Ausgaben gewissenhaft und regelmäßig zu dokumentieren - dabei verzichtete man aber nicht auf eine feine Kritik gegenüber der übergeordneten Behörde: „Leider versäumte das Kaiserliche Statistische Amt, für die zufriedenstellende Durchführung der Aufgabe Prämien in Aussicht zu stellen, die eine regere Beteiligung veranlasst hätten; dies hat sich in München gezeigt, wo nach Einführung einer Prämie von zweimal 5 Mark keine der beteiligten Familien mehr abgefallen ist.“

Doch Frau Dr. Conrad wollte ihre detaillierte Analyse der Lebenssituation nicht nur auf den Daten aus den Haushaltsbüchern beruhen lassen. Ihr Ziel war „ein lebendiges Bild“ zu

Abb. 6 Die weiblichen Dienstboten in München vom Jahre 1909



Abb. 7 Vergleich der Aussagen von Dienstboten und Herrschaften zum Lohn bzw. Weihnachtsgeschenken

Lohnstufen ¹⁾ (Gesamtlohn)	Zahl der Dienstboten		Prozentanteile	
	nach den Angaben der		nach den Angaben der	
	Herrschaften	Dienstboten	Herrschaften	Dienstboten
bis 12 Mark	121	174	4,8	6,1
über 12-15 "	161	208	6,4	9,0
" 15-18 "	338	392	13,6	13,6
" 18-20 "	389	475	15,6	16,2
" 20-25 "	830	953	32,4	33,2
" 25-30 "	483	463	19,1	16,1
" 30 "	208	159	8,1	5,2
Zusammen:	2500	2874	100	100

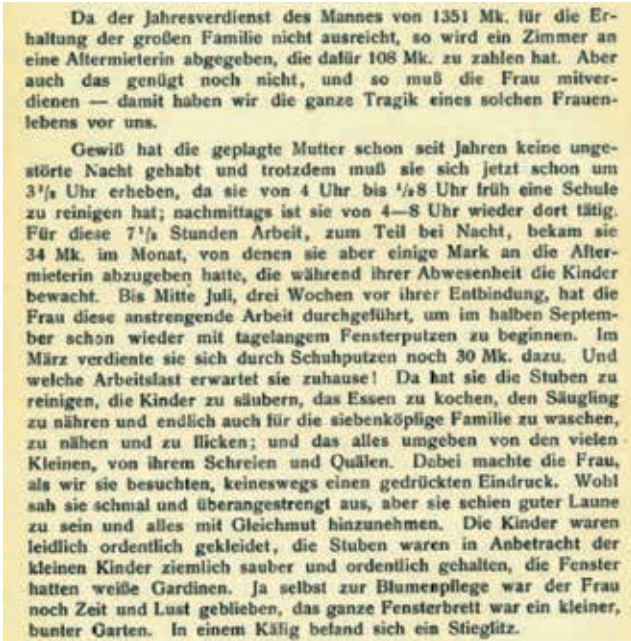
nach den Angaben	Ueber die Höhe oder den Wert der Weihnachtsgeschenke geben folgende Zahlen Aufschluß:					Zusammen	
	bis 10 Mk.	über 10-20 Mk.	über 20-30 Mk.	über 30-40 Mk.	über 40-50 Mk.		
Zahl der Dienstboten:							
der Herrschaften	104	595	770	346	212	143	2170
der Dienstboten	161	501	501	225	141	111	1640
Prozentverhältnisse:							
der Herrschaften	4,8	27,4	33,6	15,6	9,4	6,2	100
der Dienstboten	9,8	30,4	30,4	13,7	8,4	6,7	100

Abb. 8 Lebensführung von 22 Arbeiterfamilien Münchens 1909, Dr. Else Conrad



gewinnen, indem sie unangekündigt mal allein oder mit einem Kollegen die einzelnen Familien aufsuchte, sich mit den Bewohnern unterhielt, die Wohnung ausmaß, ihren Eindruck der jeweiligen Situation sachlich, aber auch teilweise nicht ganz ohne eigene Betroffenheit beschrieb. Ein zeitgenössischer, intensiver Einblick in die Lebenssituation von Arbeiterfamilien in München um 1909.

Abb. 9 Familie 12, Lebensführung von 22 Arbeiterfamilien, 1909



Beispiel Familie 12:

Ein 34-jähriger Schmied mit Ehefrau und 4, später 5 Kindern (10, 5, 4, 11/2 sowie ein Säugling), Abb. 9

Doch Frau Dr. Conrad scheute sich auch nicht, kritisch im Fazit zu vermerken:

„Daß die meisten der berichterstattenden Arbeiterfamilien unterernährt sind, zeigen die Tabellen zur Genüge; doch wäre eine bessere Ernährung bei gleichem Einkommen vielfach möglich, wenn nicht dem Bier ein so großer Platz eingeräumt würde.“

Der Autorin war auch klar, dass eine Stichprobe von nur 22 Familien für statistische Aussagen viel zu klein war, doch zu der Zuverlässigkeit der Angaben erklärte sie:

„Wenn zum Beispiel Strafgeelder, Abzahlungen für versetzte Gegenstände, Spielverluste, Ausgaben für künstliche Zähne für die Frau angegeben sind, wenn fünfeinhalb Liter Bier an einem Abend für den Ehemann verzeichnet wurden, wenn für 3 Pfennige Grünes nicht vergessen ist, so gewinnen wir doch den Eindruck, daß wir es im großen und ganzen mit gewissenhaften Aufzeichnungen zu tun haben.“

Pandemien in 150 Jahren

COVID-19

Während der zurückliegenden COVID-19 Pandemie veröffentlichte das Statistische Amt München regelmäßige Analysen, etwa in Form von Dashboards, zu den Auswirkungen der Pan-

demie auf Wirtschaft, Bildung, Gesellschaft (inkl. Todesfälle), Verkehr sowie Gesundheit und Pflege. Zudem erschienen Sonderveröffentlichungen etwa zur Übersterblichkeit, Passagierzahlen beim Münchner Flughafen oder Verkehrsunfällen. Doch wie wurde das in den vergangenen 150 Jahren gehandhabt:

Russische Grippe:

Die erste Pandemie nach Gründung des Statistischen Amtes war die Russische Grippe (1889–1895), die ihren Ursprung im Sommer 1889 in Zentralasien hatte; bereits im Oktober 1889 wurde erstmalig in der Münchner Zeitungen über eine Influenzaepidemie in Petersburg berichtet. In nur vier Monaten entwickelte sie sich vor allem entlang der Eisenbahnlinien zu einer weltweiten Pandemie, die bei einer Weltbevölkerung von ca. 1,5 Milliarden über eine Million Todesopfer forderte und somit zu der bis dahin schwersten Pandemie einer Atemwegsinfektion wurde. Die Mediziner standen der Russischen Grippe fast hilflos gegenüber: Man verschrieb fiebersenkende Mittel wie Chinin oder Natriumsalicylat, ggf. auch Strychnin und empfahl Bettruhe.

In der Wissenschaft (Vijgen et al. 2025) wird jedoch seit einigen Jahren diskutiert, ob die Russische Grippe gar nicht durch einen Influenzaerreger, sondern durch ein Coronavirus namens OC43 verursacht wurde, das vom Rind (ggf. vom Schwein) auf den Menschen übergesprungen sein könnte und auch noch heutzutage im Winter für etwa 10% der Erkältungskrankheiten verantwortlich ist. Neben molekularen Hinweisen darauf erinnern auch andere Beobachtungen an die letzte Corona-Pandemie: Kinder waren seltener von schweren Krankheitsverläufen betroffen, Männer stärker als Frauen, Tote gab es vor allem unter den Älteren.

Auch die damaligen Symptome ähnelten stark denen von Covid-19: heftige Kopfschmerzen, Fieber, Schmerzen in der Brust und in den Schultern, starke Beeinträchtigung der Lunge („katarthale Belästigung der Atmungsorgane“), Magen-Darm Symptome, Verlust des Geschmackssinns und selbst Langzeitsymptome wie Depressionen, Konzentrationsstörungen und Müdigkeit wurden bei 9% der Erkrankten beobachtet.

Insgesamt erstreckte sich die Russische Grippe über vier Wellen. Die erste traf Deutschland im Dezember 1889 und ging bis Februar 1890. Das Statistische Amt München berichtete beispielsweise in ihren Mitteilungen detailliert über diese erste Welle der Pandemie. Neben Tabellen zu den Erkranktenzahlen nach Monaten (Abb. 10), Wochen und sogar einzelnen Tagen wurde über die Verteilung nach Alter und Geschlecht der Betroffenen berichtet und die Situation der Pandemiewelle kleinräumig nach Stadtbezirken, teils sogar nach Straßennamen analysiert.

Schwer tat man sich auch damals schon mit einer genauen Zuordnung der Einwohner, die tatsächlich an der Russischen Grippe gestorben waren. „Die Sterbefälle an Influenza statistisch zu verwerten ist schwer weil nicht selten diese Krankheit Personen überfiel, die bereits an anderen Leiden erkrankt waren so daß das Hinzutreten der Influenza sicher nicht ohne Einfluß auf den tödlichen Ausgang blieb, aber keineswegs als dessen ursprüngliche oder unmittelbare Ursache aufgefaßt werden konnte, und deshalb auch nicht immer als Todesursache seitens der behandelnden Aerzte oder der Leichenbeschau bezeichnet wurde.“ Bei 133 Fällen in der Zeit von Ende

Abb. 10 An der Russischen Grippe Erkrankte nach Monaten in München 1889–1890

Die Uebersicht nach Monaten bietet sich in folgender Weise:

	männl.	weibl.	zusammen
1889 März	—	1	1
April	1	—	1
Mai	1	—	1
Juni	1	—	1
September	2	1	3
Oktober	5	2	7
November	12	8	20
Dezember	6 152	4 467	10 619
1890 Januar	5 980	6 004	11 984
Februar	194	149	283
März	18	16	29
April	10	8	18
Mai	1	4	5
zusammen	12 312	10 660	22 972

1889 bis Anfang 1890 wurde die Influenza als Todesursache vermerkt, die ebenfalls detailliert nach Alter, Geschlecht, Vorerkrankungen, Berufen usw. zusammengestellt; selbst auf die Theorie, dass das Wetter einen Einfluss gehabt haben könnte, wird gewissenhaft eingegangen.

Um der tatsächlichen durch die Pandemie verursachten Mortalität näherzukommen, werden die Todesfälle mit den vorangegangenen Jahren verglichen. Dabei stellte man heraus: „Daß aber die Influenza von grossem Einfluß auf die Sterblichkeit im allgemeinen war, beweist die Thatsache daß der Monat Januar 1890 nicht weniger als 1 001 Sterbefälle brachte während er im ganzen Jahrzehnt 1881/90 früher die Zahl 732 nie überstiegen hatte und auch im Verlaufe des Jahres 1890 kein anderer Monat die gleiche Höhe erreicht, der zweitstarkbetheiligte Monat August vielmehr nur 876 Sterbefälle verzeichnet. Auch der Februar 1890 hat mit 744 eine weit höhere Sterbefallzahl als der Februar der Vorjahre.“

Spanische Grippe

Die Spanische Grippe (1918–1920), deren Ursprung wohl in den USA lag, umrundete in wenigen Monaten die Erde und verlief in insgesamt drei Wellen. Laut WHO fielen ihr bei einer Weltbevölkerung von etwa 1,8 Milliarden weltweit zwischen 20-50 Mio. Menschen zum Opfer. Zum Vergleich: Während des 1. Weltkriegs gab es ca. 17 Millionen Tote (1914–1918).

Bei allen am 1. Weltkrieg beteiligten Ländern wurde aus politischen Gründen die Berichterstattung zu der Pandemie und ihren Auswirkungen unterdrückt, entsprechend gab es auch vom Statistischen Amt München weder pandemiebezogene Todeszahlen noch Sonderveröffentlichungen. Da Spanien als neutrales Land ein solches Verbot nicht kannte, berichteten sie detailliert über die Pandemie, was zur Namensbildung „Spanische Grippe“ führte.

Die drei Wellen zeigten stark unterschiedliche Letalitätsszahlen:

Für Großbritannien wurde errechnet, dass von allen Grippeopfern der Pandemie 1918/19 etwa 10 Prozent in der ersten Welle im Frühjahr 1918 ums Leben kamen, rund 64 Prozent in der zweiten Welle im Herbst 1918 und weitere 26 Prozent schließlich in der dritten Welle (Frühjahr 1919). Die Symptome ähnelten einer typischen Influenza: Die Erkrankung begann mit Fieber, Husten, Kopf- und Gliederschmerzen und endete für viele mit einer begleitenden bakteriellen Lungenentzündung und dem Tod wenige Tage später. Speziell bei der 2. Welle trat der Tod oft innerhalb von 2 Tagen ein („Blitzkatharrh“). Auffällig war, dass vor allem Säuglinge sowie die 20- bis 40-Jährigen von den schweren Verläufen besonders betroffen waren. Es wurde vermutet, dass in der älteren Generation eine Grundimmunität durch frühere Influenza-Epidemien vorhanden war.

Auch wenn das Statistische Amt der Stadt München nicht direkt über die Auswirkungen der Pandemie berichtete, konnte man ihre Folgen aus den Standardtabellen, speziell im Verlauf von 1911 bis 1919 sowie zu den Todesursachen 1918 sehr wohl ablesen (Abb. 11).

Münchner Statistik in der Zeit des Nationalsozialismus

Mit der Machtübernahme der Nationalsozialisten (ab 1933) wird Statistik in ganz Deutschland zum Instrument der Machterhaltung und zu einem wertvollen, vor der Allgemeinheit schätzenswerten Gut.

Das Berliner Statistische Amt 1937 erklärt hierzu: „... in einzelnen Fällen [stehen] höhere Interessen des Gemeinwohls einer allgemeinen Bekanntgabe der Zahlen entgegen. In solchen Fällen wird das Statistische Amt eine Form der Ver-

Abb. 11 links Todesfälle von 1911 bis 1919, rechts: spezielle Todesursachen 1918

Jahr	Grundzahlen					spezielle Todesursachen 1918								
	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.	25.
1911	181	2114	288	204	727									
1912	94	2274	309	224	797									
1913	289	2947	291	226	1129									
1914	490	3392	350	208	1090									
1915	634	2989	367	313	1010									
1916	512	2041	366	281	893									
1917	419	1887	396	285	754									
1918	450	1743	374	282	798	100	154	4	2	6	1	40	21	
1919	400	1274	356	259	755	82	106	3	5	6	4	29	19	
1920	370	1295	430	276	789	48	50	6	3	4	4	23	21	
1921	416	1887	406	305	744	73	27	3	3	5	5	16	23	
1922	459	1037	416	315	733	72	18	6	1	2	2	17	14	
1923	437	725	458	315	810	48	9	5	5	2	1	15	17	
1924	428	818	454	307	865	34	7	8	3	2	4	7	10	
1925	1981	1020	499	300	1069	17	11	13	2	4	4	7	9	
1926	740	1059	504	299	884	28	7	11	4	5	4	4	10	
						42	3	5	6	4	4	6	14	
						52	0	8	3	1	1	14	11	
						97	20	4	2	11	1	14	14	
Jahr	642	410	76	39	52	9	2	192	184					
Von 100 Sterbefällen überh.	6,2	3,1	0,7	1,4	0,5	0,3	0,3	1,4	1,3					

Abb. 12 Vorblatt des Statistischen Jahrbuchs des Deutschen Reiches 1939/1940

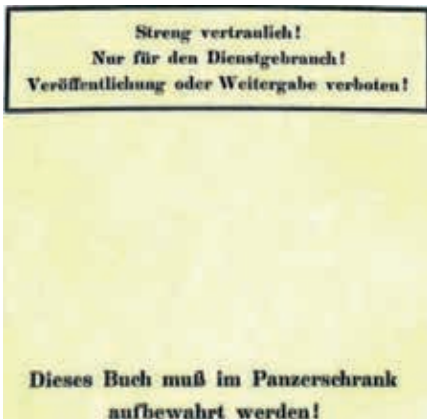


Abb. 13 Nachruf und Bild Amtsleiter Prof. Dr. Morgenroth

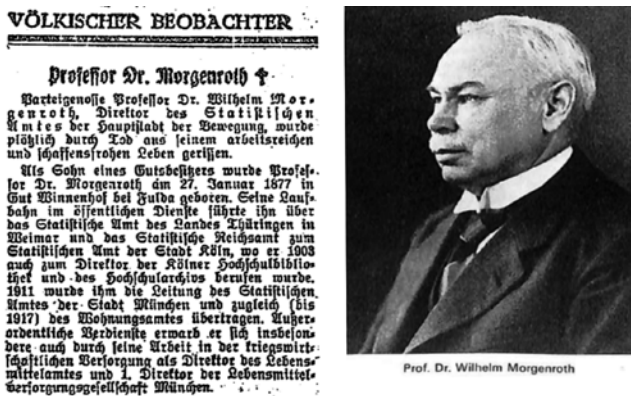


Abb. 14 Darstellung der Geburtenentwicklung 1933–1939



breitung finden müssen, die die Kenntnis der statistischen Ergebnisse auf einen engeren Kreis von an der Verwaltung beteiligten Persönlichkeiten und Dienststellen beschränkt“.

Entsprechend dem Vorblatt des Statistischen Jahrbuchs des Deutschen Reiches 1939/1940 wurden die statistischen Informationen sogar als streng vertraulich eingestuft (Abb. 12).

Darüber hinaus steigerte sich die Anzahl der Erhebungen im Auftrag von Land- und Reich stark, u. a. kommt die Funktion der Preisüberwachung oder Namenslisten Straffälliger dazu. Erstmals wurde zudem in einer Volkszählung die jüdische Bevölkerung nach den Bestimmungen der "Nürnberger Gesetze" mit Hilfe eines besonderen Fragebogens, einer sogenannten „Ergänzungskarte für Angaben über Abstammung und Vorbildung“, erfasst.

Der langjährige Leiter des Münchner Statistischen Amtes Prof. Dr. Morgenroth meldete wohl Bedenken an und erhielt prompt nach 27 Dienstjahren die Entlassungsurkunde. Am 2. Juni 1938 nahm er sich das Leben.

Im offiziellen Organ „Völkischer Beobachter“ wurden bezeichnenderweise die „außerordentlichen Verdienste“ hervorgehoben, die sich Morgenroth durch seine Arbeit in der kriegswirtschaftlichen Versorgung als Direktor des Lebensmittelamtes und der Lebensmittelversorgungsgesellschaft München erworben hatte. Kein Wort von Entlassung, Freitod oder möglichen Ursachen (Abb. 13).

Auch die aufgegriffenen Themen und deren Darstellung spiegelten den damaligen Zeitgeist wider, wie beispielsweise die grafische Darstellung der Geburtenentwicklung von 1933–1939 zeigt (Abb. 14).

Nach dem 2. Weltkrieg beschäftigte man sich 1945 zunächst natürlich mit einer „Bestandsaufnahme“: In München waren 22 700 Gefallene zu beklagen, 10 500 vermisst (und wurden meist für tot erklärt), 5 700 Bombenopfer und 10 300 vernichtete Gebäude (17% des Bestands) wurden registriert (Abb. 15).

Auch auf der Alterspyramide aus den Daten der Volkszählung von 1946, die offenbar bereits im Folgejahr zur Verfügung standen, lässt sich deutlich erkennen, wie massiv die Bevölkerung von den Kriegsfolgen betroffen war (Abb. 16).

In einer Veröffentlichung der Reihe Münchner Statistik vom Jahre 2022 wird diese Bevölkerungspyramide erklärt und mit der Bevölkerung von 2021 verglichen (Abb. 17).

Abb. 15 Rindermarkt nach seiner Zerstörung



Es gab aber auch weitere Themen, die damals die Städtestatistik in München bewegte und sie sich in Sonderveröffentlichungen widmeten. So unter anderem:

- 1947/48: Wo leben die Münchner Evakuierten?
- 1947/48: Die Stadt München als Flüchtlingsgemeinde
- 1947/48: Kriegsgefangene und Vermisste der Großstädte in der US Zone
- 1950: Spätheimkehrer 1949
- 1950: Kriegsvermisste Frauen Münchner Einwohner
- 1955: Wie groß ist die Zahl der Heimatvertriebenen in München?
- 1955: Wie viele uneheliche ‚Besatzungskinder‘ gibt es in München?

Vor dem Hintergrund der letzten Zensusprojekte des Bundes gab es auch 1950 einige Aussagen zur damaligen Volkszählung, die einem aus heutiger Sicht bekannt vorkommen oder auch verwundern lassen:

Die Anfangsbegeisterung „Das Eis, das für gewöhnlich die Statistiker vom Volke trennt, war gebrochen“ wurde durch die Erleichterung des Statistischen Amtes München kurz vor der Durchführung der großen Vollerhebung insofern ergänzt, dass „... kurz vor Torschluß die notwendige Zahl von Zählern doch noch zur Verfügung stand“. Allerdings relativierten die Städtestatistiker diese Aussage anschließend noch mit den Erkenntnissen, „... wer sich durch die Nennung der Behörde endgültig gebunden fühlte und wie viele abzuspringen versuchten“ sowie man, „... ja schließlich eine jugendliche Angestellte oder einen Oberschüler nicht in einer wilden Siedlung oder einem schwierigen Ausländerviertel zählen lassen ...“ kann.

Im Nachgang zog man das Fazit, dass „alle Beteiligten ein hartes Stück Arbeit gehabt“ hatten und „... daß das Fragenprogramm diesmal bis an die Grenze des Tragbaren gegangen ist ... und es unverantwortlich wäre, wenn aus dem Mitgehen der Bevölkerung der Schluß gezogen würde, man könnte der-

Abb. 16 Altersaufbau der Münchner Bevölkerung zum Oktober 1948



Abb. 17 Vergleich der Münchner Bevölkerung von 1946 und 2021

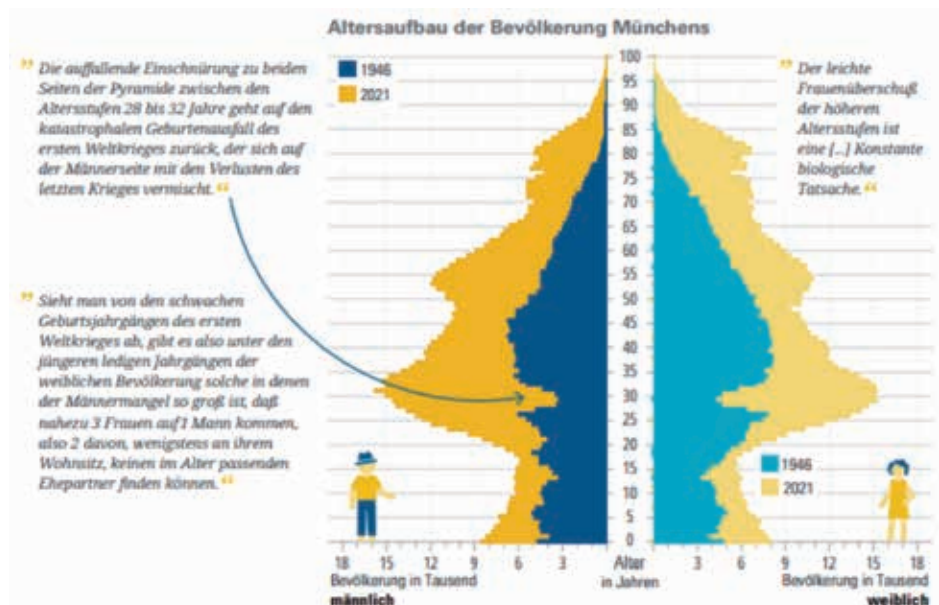
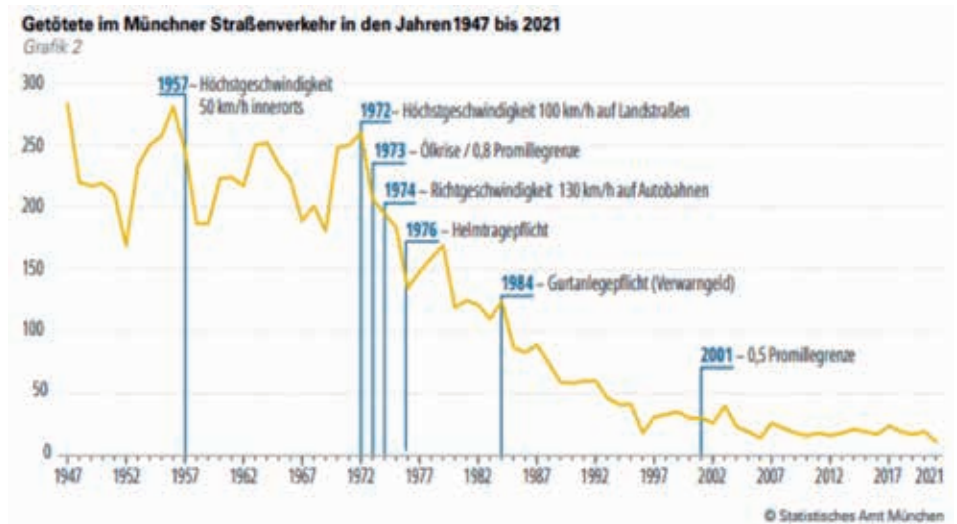


Abb. 18 Getötete im Münchner Straßenverkehr in den Jahren 1947 bis 2021, Münchner Statistik 2022



artige Zumutungen zur Regel machen“. Nach der Feststellung, dass weniger gebürtige Münchner in der Landeshauptstadt leben als Zugezogene, sah sich das damalige Statistische Amt veranlasst, zu erklären: „... selbstverständlich sind diese auswärts Geborenen nicht etwa lauter Norddeutsche oder gar Ausländer, sondern überwiegend Bayern, die aus anderen bayerischen Orten in die Hauptstadt gekommen sind“.

Oftmals, aber leider aus Zeitgründen selten umgesetzt, ist eine Zeitreihe in die längerfristige Vergangenheit durchaus aufschlussreich, so wie in einer der jüngsten Veröffentlichungen der Münchner Statistik zur Entwicklung der Getöteten im Münchner Straßenverkehr in den Jahren 1947 bis 2021, die

mit Maßnahmen der Verkehrsregelung in Zusammenhang gebracht werden konnte (Abb. 18).

Selbstverständlich liegt der Fokus der Städtestatistik primär auf der aktuellen Situation und auf Prognosen, um valide Daten für eine evidenzbasierte Steuerung und Planung in den Städten bereitzustellen. Doch lohnt es sich oftmals innezuhalten und einen Blick zurückzuwerfen, da hier ebenfalls wertvolle Erkenntnisse und Entwicklungen schlummern, die auch heute noch von großer Bedeutung sind.

Abschließend zur Abrundung von 150 Jahren Münchner Städtestatistik noch eine kleine Übersicht der Amtsleiter – sowie einer Amtsleiterin.



Literatur

Vijgen L, Keyaerts E, Moës E, Thoelen I, Wollants E, Lemey P, Vandamme AM, Van Ranst M. (2005): Complete genomic sequence of human coronavirus OC43: molecular clock analysis suggests a relatively recent zoonotic coronavirus transmission event. J Virol. 2005 Feb;79(3):1595-604. doi: 10.1128/JVI.79.3.1595-1604.2005. PMID: 15650185; PMCID: PMC544107.

Die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) Hessen

Ziele, Aufgaben und ein Blick auf ihren letzten Jahresfachtag zum Thema „Gesundheit und Migration“

Anna Kleine

Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) Hessen

Gesundheitliche Chancengleichheit ist ein zentrales Thema im öffentlichen Gesundheitswesen. Sie zielt darauf ab, allen Menschen, unabhängig von ihrem sozialen Hintergrund und ihren Ressourcen, die gleichen Chancen auf ein gesundes Leben zu ermöglichen. In Hessen setzen sich verschiedene Organisationen und Initiativen für dieses Ziel ein. Eine zentrale und vernetzende Rolle spielt dabei die *Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) Hessen*¹. Im Folgenden werden die Aufgaben und Ziele der KGC Hessen erläutert und das Themenfeld „Gesundheit und Migration“ vorgestellt, mit dem sich ihr letzter Jahresfachtag beschäftigte. Aufgrund der hohen Bedeutung der Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten wurde in Hessen, wie auch in anderen Bundesländern, eine Koordinierungsstelle zur Stärkung der gesundheitlichen Chancengleichheit eingerichtet. Die Koordinierungsstellen sind eine Arbeitsstruktur und Teil des bundesweit agierenden *Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit*². Dieses Netzwerk fördert Strategien und Projekte zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancen als gesellschaftliche und politische Aufgabe. Durch den Verbund profitieren die Mitgliedsorganisationen von Wissen, Erfahrungen und Good Practice-Beispielen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. In Hessen wird die KGC mit Mitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Bündnis für Gesundheit) und durch das

Hessische Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege (HMFG) gefördert. Sie ist bei der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAGE)³ angesiedelt. Die HAGE setzt sich als Landesvereinigung für die Gesundheitsförderung und Prävention in Hessen ein und koordiniert sowie vernetzt Aktivitäten, entwickelt Ideen und Konzepte oder veranstaltet landesweite Fachtagungen und Fortbildungen für Multiplikator*innen. Die KGC Hessen agiert auf Grundlage des im Jahr 2015 in Kraft getretenen Gesetzes „zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“. Es legt einen besonderen Schwerpunkt auf benachteiligte Gruppen sowie auf die Schaffung von nachhaltigen kommunalen Strukturen, die langfristig gleiche Gesundheitschancen für alle ermöglichen. Das Präventionsgesetz bildet die gesetzliche Grundlage, um gesundheitliche Chancengleichheit als Ziel in der Gesundheitsförderung zu verankern. Die KGC Hessen setzt die Ziele des Präventionsgesetzes auf Landesebene um und spielt eine zentrale Rolle bei der Vernetzung und Unterstützung regionaler und kommunaler Akteur*innen in diesem Arbeitsfeld. Das Engagement dient insbesondere Menschen in herausfordernden Lebenslagen. Dazu zählen Personen(-gruppen), die von Armut betroffen sind, Alleinerziehende, Erwerbslose, Menschen mit internationaler Familiengeschichte und Ältere.

Die Aufgabenfelder der Koordinierungsstelle sind:

- *Sensibilisierung* zum Thema gesundheitliche Chancengleichheit/Gesundheitsförderung bei Menschen in herausfordernden Lebenslagen

- *Netzwerkaufbau und Kooperation* durch die Schaffung von Plattformen für den fachlichen Austausch zwischen Akteur*innen aus Kommunen und Landesebene
- *Beratung und Unterstützung von Projekten und Programmen* der Kommunen zum Auf- und Ausbau kommunaler Gesamtstrategien, Fördermöglichkeiten und Konzeptideen
- *Wissensvermittlung und Qualifizierung* durch Schulungen, Workshops und Fachveranstaltungen
- *Wissenstransfer und Öffentlichkeitsarbeit* durch Informationen über gute Praxisbeispiele, Publikationen, Berichte und Übersichtsdokumente

Bei all ihren Aufgaben sensibilisiert die KGC Hessen auch für ein umfassendes Verständnis von Gesundheitsförderung entsprechend den Leitlinien der Ottawa-Charta (WHO 1986) sowie für die Förderung von „Health in all Policies“ (HiAP). Gesundheitsförderung wird gemäß WHO als Prozess verstanden, der Menschen dazu befähigt, ihre Gesundheit selbstbestimmt zu verbessern und ihre gesundheitsförderlichen Ressourcen zu stärken sowie die Lebenswelt gesundheitsförderlich mitzugestalten. HiAP betont darüber hinaus Gesundheit als Querschnittsaufgabe. Dies bedeutet, dass alle politischen und gesellschaftlichen Bereiche Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung tragen. So sollen zum Beispiel Bildungs-, Verkehrs-, Umwelt- und Sozialressorts gemeinsam gesundheitsfördernde (Lebens-) Bedingungen schaffen. HiAP ist damit eine Strategie, um durch ein Zusammenwirken verschiedener Akteur*innen die Strukturen nachhaltig (gesundheitsförderlich) zu verändern und bedarfsorien-

tierte Angebote zu entwickeln (Böhm et al., 2020).

Zur Vernetzung der Akteur*innen aus unterschiedlichen Handlungsfeldern und zur thematischen Sensibilisierung veranstaltet die KGC Hessen jährlich einen *Jahresfachtag* in Präsenz. Der Fachtag am 05.09.2024 rückte das Thema „Gesundheit und Migration“ in den Fokus und beleuchtete den Zusammenhang zwischen Migration, sozialen Determinanten, sozialer Teilhabe und Gesundheit in Deutschland. Die zentrale Frage lautete: „Wie fördern wir gesundheitliche Chancengleichheit und Integration in der kommunalen Lebenswelt?“ Ziele des Fachtages waren zum einen, den Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit aufzuzeigen sowie die Auseinandersetzung mit Bedarfen und Bedürfnissen von Eingewanderten und ihren Nachkommen in Deutschland. Zum anderen sollten notwendige Transformationsprozesse für eine offene, integrative und vielfältige Gesellschaft diskutiert werden.⁴

Zusätzlich zu sechs praxisbezogenen Fachforen und dem Raum für Vernetzung widmeten sich zwei Impulsvorträ-

ge den Zusammenhängen von Gesundheit und Migration. Frau Dr. Claudia Hövener vom Robert-Koch-Institut betonte, dass der Datenbestand zum Thema Gesundheit und Migration immer größer wird, die vorhandenen Daten jedoch häufig nicht vergleichbar sind. Zudem beschrieb sie die vielschichtigen Herausforderungen, Menschen mit internationaler Familiengeschichte zu erreichen aufgrund von Sprache, Sozialstruktur, Heterogenität, Ängsten etc. Den Abschluss des Jahresfachtages bildete ein Vortrag von Frau Souad Lamroubal zum Thema, nicht zum Problem der diversitätssensiblen Öffnung der Verwaltung. Dabei legte sie dar, dass komplexe Verwaltungssprache und starre Machtverhältnisse eine derartige Entwicklung erschweren.

Entsprechend ihrer Aufgaben, gesundheitliche Ungleichheiten abzubauen und sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen zu unterstützen, ermöglichte die KGC Hessen anhand von Praxisbeispielen und vertiefenden Fachforen einen differenzierten Blick auf die Herausforderungen und den Bedarf von Familien mit internationaler Zuwande-

rungsgeschichte und ihren Nachkommen in Deutschland. Die Veranstaltung bot den Teilnehmenden die Möglichkeit, konkrete Lösungsansätze zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit im kommunalen Lebensumfeld zu entwickeln.

- 1 <https://hage.de/arbeitsbereiche/gesundheitsliche-chancengleichheit/kgc-hessen/>
- 2 <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/kooperationsverbund/>
- 3 <https://hage.de/ueber-uns/hage/>
- 4 <https://hage.de/veranstaltungen/veranstaltung/jahresfachtag-der-kgc-hessen-2024-2023-06-21/>

Literatur

Böhm, K.; Bräunling, S.; Geene, R. & Köckler, H. (2020). *Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland*. Wiesbaden: Springer.

WHO – World Health Organisation (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Online verfügbar unter <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349654>, zuletzt geprüft am 18.10.2024.

Gesundheitsberichterstattung als Wegbereiter für mehr gesundheitliche Chancengleichheit in der Kommune

Dr. Nicole Rosenkötter

seit 2021 Referentin für Gesundheitsberichterstattung, Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf
✉ rosenkoetter@akademie-oegw.de

Die Gesundheitsberichterstattung (GBE) ist Teil einer großen kommunalen Berichterstattungsfamilie – weitere Familienmitglieder: Die Sozialberichterstattung, die Bildungsberichterstattung, die Umweltberichterstattung, die integrierte Berichterstattung, usw. Bei so vielen kommunalen Berichterstattungs-aufgaben fragt man sich, warum es keine gemeinsame Community der kommunalen Berichtersteller:innen gibt? Ein ressortübergreifender Austausch könnte vermutlich für Berichtersteller:innen aller Lager gewinnbringend sein und das gemeinsame Selbstverständnis verbessern. Denn auch wenn sich die Berichterstattungen im Detail unterscheiden, so eint sie sicherlich das Ziel fakten-basierte Informationen für die kommunale Planung und Steuerung zu liefern – „Daten für Taten“. In diesem Beitrag steht nun aber die GBE im Fokus.

Der Slogan „Daten für Taten“ wird in der GBE häufig und gerne genutzt. Wenn man sich jedoch mit kommunalen Gesundheitsberichtersteller:innen unterhält, dann bekommt man den Eindruck, dass der Slogan nur selten wortwörtlich gelebt und umgesetzt wird. Als alternative Wortspielerei dürfte „Immer wieder Daten, irgendwann mal Taten“ möglicherweise die realistischere sein. Vermutlich deckt sich diese Beobachtung auch mit den Erfahrungen von kommunalen Berichtersteller:innen anderer Fachrichtungen. Doch auch wenn der Weg zu den Taten manchmal steinig

ist, so liefert die Berichterstattung nicht verzichtbare fakten-basierte Hinweise zu (gesundheitlichen) Entwicklungen in der Kommune. Man braucht erfahrungsgemäß einen langen Atem für diese Aufgabe und sollte nicht müde werden, lang Bekanntes immer wieder zu wiederholen oder neu aufzubereiten, um die Themen ins Bewusstsein der kommunalen Akteur:innen zu rücken und letztlich Taten folgen zu lassen.

Unter welchen Rahmenbedingungen wird die GBE durchgeführt?

Die Lage der kommunalen GBE ist bundesweit höchst divers. Sie basiert auf landesseitig unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen – den Gesundheitsdienstgesetzen – und diese variieren in der Ausgestaltung der kommunalen und landesseitigen GBE-bezogenen Aufgabenzuordnung sowie dem Planungsbezug, mit dem die GBE in den Gesundheitsämtern verknüpft ist (Rosenkötter et al. 2020). Ganz grundsätzlich gibt es aber in allen Bundesländern einen Auftrag zur GBE.

Zur Diversität der kommunalen GBE tragen auch die unterschiedlichen Gebietskörperschaften bei. Die GBE einer kreisfreien Stadt kann in der Regel auf direktere Strukturen zugreifen und hat kürzere Wege als die GBE eines Landkreises, die im Kreisamt verortet ist und Strukturen zu allen kreiszugehörigen Gemeinden etablieren muss.

Hinzu kommt, dass die GBE in vielen Kommunen lange ein Schattendasein führte. Sie war häufig nicht oder nur unzureichend personell besetzt und technisch ausgestattet. Die Coronapandemie und der daraus resultierende und mit Geldern hinterlegte „Pakt für den ÖGD“ (Öffentlicher Gesundheitsdienst) haben zu einer personellen und tech-

nischen Stärkung der kommunalen Gesundheitsämter und vielfach auch der kommunalen GBE geführt (BMG 2020). Die Berichterstattungskolleg:innen, die neu in den Gesundheitsämtern gestartet sind, haben nun die Aufgabe, die GBE in ihrer Kommune wiederzubeleben, erstmalig aufzubauen, zu digitalisieren oder ganz allgemein zu stärken und zu etablieren.

Welche Aufgaben gehören zur GBE?

Damit dies gut gelingt bietet die Informationspyramide allen in der GBE-Tätigen Orientierung (Abb. 1) (Arnold u. Starke 2023). Der konzeptionelle Ansatz der GBE wird in der Regel mit Hilfe etablierter Modelle wie dem Regenbogenmodell von Dahlgren und Whitehead (1991) definiert. Darin werden gesundheitliche Einflussfaktoren beschrieben, die neben individuellen Faktoren und dem Lebensstil auch die sozioökonomische Lage, die Lebenswelten und die großen gesamtgesellschaftlichen und ökologischen Rahmenbedingungen einbeziehen. Entsprechend ist das Gesundheitsverständnis der GBE ein weites und es ergeben sich daraus viele Schnittstellen zu anderen kommunalen Ressorts. Nachfolgend werden einige Besonderheiten und Herausforderungen für jedes Aufgabenfeld beschrieben.

Welche Daten werden genutzt?

Die Kommune ist Datenhalter einer der wichtigsten Datenquellen der kommunalen GBE – den Daten der Schuleingangsuntersuchung, die durch die kommunalen Kinder- und Jugendgesundheitsdienste erhoben werden. Dabei handelt es sich in der Regel um Daten eines gesamten Einschulungsjahrgangs. Vielfach, aber nicht in allen Bundesländern und Kommunen, läuft

bei den Schuleingangsuntersuchungen ein Elternfragebogen mit, über den Informationen zum Bildungshintergrund der Eltern, zur internationalen Geschichte der Familie oder zur familiären Erstsprache erhoben werden. Punktuell werden die Elternfragebögen um Zusatzerhebungen, beispielsweise zur Stilldauer im Säuglingsalter, zum Medienkonsum, zur körperlichen Aktivität, zur Schwimmfähigkeit des einzuschulenden Kindes oder zur Mitgliedschaft in Vereinen oder Musikschulen ergänzt. Neben den Schuleingangsuntersuchungen kann es, je nach gesetzlichem Auftrag, auch regelmäßige Untersuchungen in den höheren Schuljahrgängen geben, die die kommunale Datenlage weiter verbessern. Hinzu kommen die Daten der Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienste. Diese kommunal erhobenen Daten kennzeichnet in der Regel, dass sie auch unterhalb der Kreis- oder Gemeindegrenzen aufbereitet werden können und sich deshalb sehr gut eignen, um kommunale Steuerungsprozesse zu initiieren und Maßnahmen bedarfsgerecht zu etablieren (Szagun et al. 2024). Weitere Informationen zur Bevölkerungsgesundheit werden aus amtlichen Statistiken (z. B. Todesursachenstatistik, Krankenhausdiagnosestatistik, Bevölkerungsstatistik) oder repräsentativen Bevölkerungsbefragungen generiert. Die Nutzung von Versorgungsdaten der gesetzlich krankenversicherten Bürger:innen stellt ein hoffnungsvolles zukünftiges Entwicklungsfeld dar, das weitere Informationen für die kommunale GBE liefern könnte (BMG 2024). Diesen Datenquellen ist gemein, dass die räumliche Aufbereitung aufgrund gesetzlicher Vorgaben häufig weniger kleinräumig möglich ist als bei den zuvor genannten kommunal erhobenen Daten.

Wie werden die Daten analysiert?

Im Mittelpunkt der GBE steht die Darstellung von zeitlichen Entwicklungen und Unterschieden zwischen Bevölkerungsgruppen (beispielsweise nach Geschlecht, Alter, sozioökonomischer Situation, Wohnort, internationaler Geschichte, etc.). Die GBE arbeitet meist deskriptiv und nur selten inferenzstatistisch, idealerweise werden Ergebnisse der GBE mit Erkenntnissen aus bevölke-

Abb. 1

Informationspyramide mit den Routineaufgaben der Gesundheitsberichterstattung



(erweiterte Darstellung nach Verschuuren u. van Oers 2019) © Marion Burbulla

rungsbasierten wissenschaftlichen Studien, systematischen Literaturreviews oder Metaanalysen angereichert. Gesundheitliche Unterschiede nach sozioökonomischer Lage stellen ein wichtiges Untersuchungsthema in der GBE dar. Dieser Zusammenhang ist auf individueller Ebene nachweisbar, wenn Daten zur sozioökonomischen und gesundheitlichen Situation beispielsweise aus Befragungen vorliegen (Hoebel u. Müters 2024). Wir sehen dies aber auch auf ökologischer (räumlicher) Ebene, wenn beispielsweise der Grad der sozioökonomischen Deprivation das Risiko vorzeitiger Todesfälle in den Kommunen erhöht (Michalski et al. 2022). Auch wenn solche Zusammenhänge für Deutschland und international gut belegt sind, werden sie auch kommunal regelmäßig untersucht, da sie wichtige Hinweise für die Steuerung vor Ort liefern. Dies gelingt aufgrund der eingeschränkten Datenverfügbarkeit bzw. dem Fehlen von sozioökonomischen Informationen in den Daten der amtlichen Gesundheitsstatistiken vielfach nicht auf Individualebene, wohl aber auf ökologischer Ebene mit Hilfe von Deprivationsindizes (Michalski et al. 2022) oder sozialräumlichen Gliederungen der Kommunen.

Wenn Daten zur gesundheitlichen Lage der Gesamtbevölkerung räumlich oder

im zeitlichen Verlauf verglichen werden, dann werden in der GBE in der Regel altersstandardisierte Raten genutzt. Denn, je höher das Lebensalter, desto wahrscheinlicher sind gesundheitliche Einschränkungen. Kommt es nun zum räumlichen Vergleich von Bevölkerungen mit einer unterschiedlichen Alterszusammensetzung oder zur Analyse zeitlicher Entwicklungen – bei der es aufgrund des demografischen Wandels ebenfalls zu Unterschieden in der Altersstruktur der Bevölkerung kommt – sind Unterschiede oder Entwicklungen auf Basis roher Raten nicht zu beurteilen. Hier kann der Effekt einer älteren oder alternden Bevölkerung gesundheitspolitisch wichtige Beobachtungen maskieren. Um dem entgegenzuwirken, nutzt die GBE Methoden der direkten oder indirekten Altersstandardisierung.

Die Datenvisualisierung ist ein Aufgabenfeld, das der Analyse und der Berichterstattung zugeordnet werden kann. Bei großen Datenmengen kann sie bereits während der Datenanalyse helfen, die Daten zu ordnen und einen Überblick über Verteilungen oder Entwicklungen zu generieren. Zudem lassen sich Sachverhalte mit Abbildungen häufig deutlicher darstellen. Sie sind Eyecatcher, bei dem Personen, die ggf. nur durch den Bericht scrollen, hängenbleiben. Ziel ist

anstelle eher technischer Grafiken und Visualisierungen solche zu erstellen, die in dem Bericht Interesse wecken und die Kernaussage klar transportieren.

Wie sieht ein Gesundheitsbericht aus?

In der GBE unterscheiden wir eine Basisberichterstattung und eine Spezialberichterstattung. Während die Basisberichterstattung die gesundheitliche Lage der Bevölkerung möglichst umfassend beschreibt, hat ein Spezialbericht ein Kernthema, wie beispielsweise die Gesundheit der Einschüler:innen. Immer häufiger begegnen uns in der GBE auch kurze Factsheets, beispielsweise zu einzelnen Erkrankungen, oder kommunale Dashboards, in denen die Daten aufbereitet und der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden.

Dazu muss klar sein, für welche primäre Adressat:innengruppe der Bericht verfasst wird und welchen Kenntnisstand, welche Vorerfahrungen und Informati-

onsbedürfnisse diese Gruppe hat. Denn auch wenn wissenschaftliche Kriterien und Methoden die Arbeit in der GBE leiten, so ist ein Gesundheitsbericht kein wissenschaftlicher Artikel und die Adressat:innen sind häufig nicht Teil der fachlichen wissenschaftlichen Community. Das bedeutet auch, dass wir im Aufbau und der Ausgestaltung der Berichte deutlich freier sind als beim Verfassen wissenschaftlicher Artikel und diese Freiheit auch nutzen dürfen.

Um die Lösungsorientierung des Berichts zu erhöhen, sollten Handlungsfelder oder Handlungsoptionen benannt werden, die dann in kommunalen Ausschüssen und Gremien diskutiert werden und in Planungsprozesse einfließen können.

Wie entwickelt sich die GBE?

Die GBE ist ein abwechslungsreiches, wissenschaftlich geprägtes, häufig kreatives und idealerweise auch kommu-

nikatives Arbeitsfeld, das mit anderen kommunalen Berichterstattungen und Daten aufbereitenden Ressorts sowie den unterschiedlichen Akteur:innen in der Kommune im Austausch stehen sollte.

Durch den Pakt für den ÖGD, scheint es einen Aufwuchs in den Kommunen zu geben, der sich hoffentlich auch nach der Laufzeit des Pakts verstetigt und etabliert und somit zu einer Stärkung der kommunalen GBE führt. Auch datenseitig zeichnen sich mit dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz hoffnungsvolle Entwicklungen ab, mit deren Hilfe zukünftig auch die Daten aus der ambulanten sowie der stationären Versorgung gesetzlich Versicherter für die GBE nutzbar werden könnten. Es ist also eine eher hoffnungsvolle Perspektive, die sich für die kommunale GBE abzeichnet und Möglichkeiten eröffnet, die GBE weiter kommunal zu etablieren und einzelne Aufgaben weiter zu entwickeln.

Literatur

Arnold, Laura; Starke, Dagmar (Hg.) (2023): Gesundheitsberichterstattung. Lehrbücher für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, Bd. 1, Version 1. Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf.

BMG – Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit (2020): Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/pakt-fuer-den-oegd.html> Letzter Zugriff: 07.01.2025.

BMG – Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit (2024): Gesundheitsdatennutzungsgesetz. Online: Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) | BMG Letzter Zugriff: 07.01.2025.

Dahlgren, Göran; Whitehead, Margaret (1991): Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO-Strategy paper for Europe. Institute for Future Studies, Sweden.

Hoebel, Jens; Müters, Stephan (2024): Sozioökonomischer Status und Gesundheit. Datenlage, Befunde und Entwicklungen in Deutschland. In: WSI Mitteilungen, 77, 3, S. 172–179.

Michalski, Niels; Reis, Marvin; Tetzlaff, Fabian; Herber, Meik; Kroll, Lars Eric; Hövener, Claudia; Nowossadeck, Enno; Hoebel, Jens (2022): German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD): Revision, Aktualisierung und Anwendungsbeispiele. Journal of Health Monitoring, 7, S. 5.

Rosenkötter, Nicole; Borrmann, Brigitte; Arnold, Laura; Böhm, Andreas (2020): Gesundheitsberichterstattung in Ländern und Kommunen: Public Health an der Basis. In: Bundesgesundheitsblatt, 63, S. 1067–1075.

Szagun, Bertram; Rosenkötter, Nicole; Arnold, Laura (2024): Evidenzbasierung kommunaler Steuerungsaufgaben des ÖGD: Evidenzinformiert entscheiden und evidenzbasiert handeln. In: Public Health Forum, 32, 4, S. 331–334.

Verschuuren, Marieke; van Oers, Hans (Hg.) (2019): Population Health Monitoring. Springer International Publishing, Cham.

Mehr Licht, mehr Luft und mehr sozialer wie gesundheitsorientierter Städtebau

von Marianne Rodenstein

Günther Bachmann
(Darmstadt)

📖 Rodenstein, Marianne (1988). *Mehr Licht, mehr Luft – Gesundheitskonzepte im Städtebau seit 1750*. Frankfurt am Main: Campus (Wiederauflage).

Der Blick zurück schärft den Blick nach vorne: in die wünschenswerte „gesunde Stadt“. Marianne Rodensteins Werk ist eine hervorragende Analyse des historischen Städtebaus und seiner Problematiken in gesundheitlicher, sozialer und ökologischer Hinsicht. Sie zeigt die Zusammenhänge zwischen Cholera-Epidemien, dem Bau der Kanalisation in Großstädten und dem Mietskasernenbau der Jahrhundertwende um 1900 auf. Aus alledem ergibt sich ein neuer Blick auf die Geschichte des Städtebaus, den Weg von der Mietskasernen zum Konzept der Gartenstadt und hin zu aktuellen Städtebaudiskussionen um die „aufgelockerte Stadt“. Auf die in den Städten, „... herrschende(n) Unreinlichkeitszustände des Proletari-

ats...“ (S. 91) musste mit der Säuberung der Stadt geantwortet werden – durch den Bau von Kanalisation, aber auch durch eine neue Gesundheitsorientierung im städtebaulichen Diskurs der jeweiligen Ratsherren in den Rathäusern der Großstädte. Spannend sind die Beispiele und vielfältigen zitierten Quellen zu einzelnen Städten und deren gesundheitsorientierten Forderungen an den Städtebau in den jeweiligen Zeiträumen vor und nach dem Ersten Weltkrieg. Die „saubere Stadt“ wird damit zu einem Indikator der „gesunden“ bürgerlichen Kultur. In der Zeit zwischen den beiden Weltkriegen nimmt die modernere Hygieneforschung ihren Platz in der städtebaulichen Entwicklung ein und führt zu einer Praxis des gesundheitsorientierten Städtebaus. Dabei wurden die Merkmale des „gesunden“ Städtebaus fixiert: „Es waren Wohnungen, die man an gewissen objektiven Merkmalen erkennen konnte“ (S. 173). Dazu gehören: keine Überbelegung der Wohnungen, sie sollten genügend Licht und Luft haben, eine gesunde Wohnumwelt ohne Lärm und Schmutz,

einen Garten zur gesunden Verpflegung und zur körperlichen Ertüchtigung und hergestellt aus ökologischen Baumaterialien. „Anlass dafür, daß der Städtebau in diese Politisierung der Gesundheit eingebunden wurde, waren seine augenscheinlichen Einwirkungsmöglichkeiten auf die Bedingungen, die die Gesundheit eines großen Teils der Bevölkerung gefährdeten“ (S. 210).

Interessant ist, dass die in der Weimarer Republik errichteten neuen Wohnungen mehrheitlich den gesundheitlichen Richtlinien des modernen Städtebaus folgten. Entgegen Hitlers Versprechen rangiert der Wohnungsbau nach 1933 hinter dem „Autobahnausbau, der Wehrhaftmachung des Volkes und der Autarkie der Ernährung“ (S. 177).

Etwas pessimistisch beendete Frau Rodenstein ihr Buch mit den Worten, dass es zur Zeit (das war 1988) so aussähe, dass der Wert „Gesundheit“ seine einst gesellschaftsgestaltende Kraft verloren habe. Auf jeden Fall: ein sehr lesenswertes Buch!

Stress and the City

von Mazda Adli

Günther Bachmann
(Darmstadt)

📖 Adli, Mazda (2017). *Stress and the City. Warum Städte uns krank machen. Und warum sie trotzdem gut für uns sind*. München: C. Bertelsmann.

In einem seiner bekanntesten Werke entwickelte der Stadtforscher Georg Simmel (1903) das Bild von gestressten Bewohnern der Metropolen: „Das populäre Bild des nervösen Großstadtmenschen war entstanden“ (Adli 2017, S. 66). Viele moderne Forschungsergebnisse belegen tatsächlich, dass Menschen, die in Großstädten leben oder aufgewachsen

sind, ein höheres Risiko für psychische Erkrankungen wie Schizophrenie, Depression oder Angststörungen haben.

Der Autor Mazda Adli, Arzt und Psychiater, der unter anderem an der berühmten Berliner Charité arbeitet, stellt die Frage, wie unser Gehirn auf die permanenten Reize in der Stadt reagiert und ob uns so-

zialer Stadtstress krank macht. Nach Adli gibt es guten und schlechten Stress: „Die Qualität von Stress und damit seine Auswirkung auf unsere Gesundheit hängen stark von der subjektiven Beurteilung des Einzelnen ab“ (S. 29). Klar ist auch: „Chronischer Stress macht krank“ (S. 35). Stress ist jedoch nicht ein individuelles Problem, sondern Voraussetzung und Ursache für Hierarchiekämpfe – es geht um die Behauptung des Individuums in einer Gemeinschaft bzw. Gesellschaft. Hierarchiekämpfe gehören entsprechend zur Großstadt: Da geht es beispielsweise um den Sitzplatz im Bus, die grüne Ampelphase, die Reihenfolge an der Supermarktkasse etc. (S. 47).

In einem leicht verständlichen Kapitel beschreibt Adli, wie der Stress ins Gehirn kommt, die biologischen Grundlagen und die neuronalen Bedingungen im Gehirn. Großstädte sind zu hektisch und zu laut – Adlis Ausführungen über die Geschwindigkeit in der Stadt und die Lärmbelastung der Metropole sind sowohl am Beispiel als auch theoretisch brillant ge-

schrieben. Studien zu Stress im Straßen- und Berufsverkehr zeigen die Grenzen der autogerechten Stadt ebenso auf wie „Überlebensstrategien im Verkehrsgewühl“.

Angst-Räume in der Stadt werden mit vielen Beispielen belegt: Statistisch interessant sind neben seinen Beispielen seine Ausführungen zu Gewalt gegen Frauen (eher im privaten als im öffentlichen Raum) und Männer (eher Opfer von Gewalt in der Öffentlichkeit als im Privaten). Dennoch: Nächtliche Stadtangst kann vor allem bei Frauen die Bewegungsfreiheit erheblich beeinträchtigen (ausführlich dazu S. 113 ff.).

Urbanisierung ist eine Erfolgsgeschichte, so Adli, jedoch ist der Preis für einzelne Individuen und Gruppen hoch: Gesundheitsbelastungen durch Feinstaub (S. 188 ff.), künstliche Beleuchtung und dadurch verursachte Störungen im Hormonhaushalt, Infektionskrankheiten usw.

„Also doch lieber das Getümmel der Großstadt meiden und raus aufs Land,

weil es sich dort gesünder lebt? Nein, denn diese Schlussfolgerung wäre falsch. Denn um die körperliche Gesundheit der Städter ist es insgesamt nicht schlechter bestellt als um die der Landbewohner. Im Gegenteil ...“ (S. 199). Das dicht gewebte Netz aus Ärzten, Krankenhäusern, Psychotherapeuten, Apotheken und eine flächendeckendere Gesundheitsaufklärung führen bei Stadtbewohnern zu einer deutlich günstigeren Gesundheitsbilanz. Deutlich wird durch viele Forschungsberichte, dass die „gesunde“ Stadt viel Grün braucht, stabile soziale Verhältnisse („Sozialkapital“), Mobilitätskompetenz und „Verhandlung des öffentlichen Raumes“ (S. 336). Gesunde Städte zu formen wird deshalb eine immer dringendere sozial- und gesundheitspolitische Notwendigkeit. Adli plädiert für eine Neuro-Urbanistik, einen interdisziplinären Ansatz für Wissenschaft, Kultur und Politik, um neue Visionen für unsere Städte zu entwerfen. Denn: „Städte sind gut für uns – wir müssen nur lernen, sie zu lebenswerten Orten zu machen.“

Das Thema Gesundheit im „Sozialbericht 2024 Ein Datenreport für Deutschland“

Günther Bachmann
(Darmstadt)

In regelmäßigen Abständen hatte das Statistische Bundesamt in den vergangenen Jahrzehnten einen Datenreport herausgegeben, der Daten und Statistiken zu verschiedenen Themenbereichen vorstellt und analysiert. Der neueste 2024 herausgegebene Report ist in Kombination mit etlichen wissenschaftlichen Institutionen entstanden: „Dabei bildet das Zusammenspiel aus »harten« statistischen Daten und kluger sozialwissenschaftlicher Analyse den Kern eines umfassenden Werkes, das gesellschaftliche Trends und Entwicklungen auf einzigar-

tige Weise aufzeigt und nachvollziehbar macht“ (Vorwort).

Herausgeber sind neben dem Statistischen Bundesamt (Destatis) das Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), das Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB) sowie – in Zusammenarbeit mit dem Sozioökonomischen Panel (SOEP) – das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (DIW Berlin).

Die Kapitel des Sozialberichts behandeln die Themen Demografie, Lebensformen, Bildung, Arbeitsmarkt, Einkommen und Konsum, Wohnen, Sozialstruktur, Gesundheit, soziale Sicherung, gesellschaftliche und politische Partizipation, Werte und Einstellungen sowie Umwelt und Mobilität. Sie bilden die Lebenslagen, Einstellungen und Sorgen der Menschen in

ihren vielfältigen Facetten ab. Gleichzeitig stellen sie damit aktuelle Daten zu wichtigen gesellschaftspolitischen Fragen bereit. Besonders interessant ist für das Schwerpunktthema des vorliegenden Hefts das Thema Gesundheit (Kap. 8).

Die Angaben in Kapitel 8.1 stammen aus der Krankenhausstatistik, der fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik (DRG-Statistik), der Statistik schwerbehinderter Menschen, der Pflegestatistik, der Schwangerschaftsabbruchstatistik und der Todesursachenstatistik.

Die Analysen in Kapitel 8.2 sind insofern sehr aufschlussreich, da Gesundheitsdaten mit sozioökonomischen Daten (SOEP) verbunden werden: „Eine Vielzahl gesundheitswissenschaftlicher und sozialespidemiologischer Studien belegt

einen engen Zusammenhang zwischen der sozialen und der gesundheitlichen Lage. Die Befunde zeigen mit großer Übereinstimmung, dass Menschen, die in sozioökonomisch benachteiligten Verhältnissen aufwachsen, arbeiten, wohnen und alt werden, verminderte Gesundheitschancen und erhöhte Risiken für chronische Erkrankungen und vorzeitiges Versterben aufweisen“ (S. 314).

Neben der Darstellung vieler Daten und grafischer Auswertungen kommen die Autorinnen und Autoren in ihrem Fazit zu dem Schluss: „Diese gesundheitliche Ungleichheit zeigt sich bereits im Kindes- und Jugendalter und spiegelt sich in einer durchschnittlich kürzeren Lebenserwartung von Personen in sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen wider. Zudem weisen die Daten darauf hin, dass sich die gesund-

heitliche Ungleichheit in Deutschland über die vergangenen Jahre weiter verschärft hat“ (S. 319).

Kurzum: eine gute Ergänzung zum vorliegenden Heft!

Link zum aktuellen Sozialbericht mit Möglichkeit zum Download:

https://www.bpb.de/system/files/dokument_pdf/Sozialbericht_2024_bf_k2.pdf
<https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/sozialbericht-2024/>

Gesundheitsanalysen aus dem Berliner Wissenschaftszentrum

Günther Bachmann
(Darmstadt)

Die neue Ausgabe der WZB-Mitteilungen, Heft 4/24, nimmt sich ebenfalls des Themas Gesundheit an. Hier die einzelnen Aufsätze:

- Felix Holub berichtet unter dem Titel „Saubere Luft, gesunde Kinder“ über messbare Effekte von Umweltzonen in Städten,
- Andreas Knie gibt einem „alten“ Verkehrsmittel einen neuen Rückhalt: „Die Welt kommt auf die Füße“ und
- Anna E. Kluge und Mio Tamakoshi betrachten den „normierten Körper“ in einer Analyse von Lehrplänen und medizinischen Richtlinien rund um die Reproduktion.
- Rohan Khan und Hannah Zagel widmen sich dem Thema „Wie Reproduktionspolitik die Gesundheit von Frauen beeinflusst“ bei vielen Betroffenen und mit wenigen Daten.
- Paula Edling und Michael Wrase schreiben zu „Versprechen und Wirklichkeit – Die Grenzen des Gewaltschutzgesetzes“ und
- Marina Fischer forscht über „Richtlinien, Reflexion, Konsens – Körperlichkeit und Machtkritik an künstlerischen Hochschulen“.
- Zu „Angst, Stress, Depressionen“ berichtet Francesco Capozza, was die

Akzeptanz psychologischer Unterstützung fördert,

- „Wie eine neue Pandemie“ wirkt für İrem Tuncer-Ebetürk, Jessica Kim und Yasemin Soysal die Zunahme von Aufmerksamkeitsdefiziten weltweit.
- Lara Bister untersucht die „Gesundheit der Wendekinder“ und Unterschiede zwischen Ost und West auf lange Sicht.

- Anna Fruhstorfer, Ismael Benkrama und Rebecca Kittel berichten über „Körper und Widerstand“: Protest-camps in autoritären Regimen.

Wie immer sind die Artikel einzeln oder das ganze Heft zum Download unter <https://www.wzb.eu/de/publikationen/wzb-mitteilungen> bereitgestellt.

