

Zusammenhang zwischen Übergewicht und Sozialraum

Studien zeigen, dass Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen in allen Industrienationen zunimmt. Nicht nur der Anteil übergewichtiger Kinder und Jugendlicher in den verschiedenen Altersgruppen steigt, auch das Ausmaß des Übergewichts bei den einzelnen Personen wird immer größer (vgl. Kurth/Schaffrath-Rosario 2007). Zur Prophylaxe und Bekämpfung dieses Trends wurden zahlreiche Kampagnen ins Leben gerufen, denen jedoch nennenswerte Erfolge versagt blieben. Es wächst immer mehr das Verständnis dafür, dass es sich um eine komplexe Ursache-Wirkungs-Konstellation handelt, die allein durch das Ernährungs- und Bewegungsverhalten weder erklärt noch therapiert werden kann.

Für ein adäquates Problemverständnis wurde im Rahmen des SÖF-geförderten Verbundprojekts „Übergewicht und Adipositas bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen als systemisches Risiko“ u. a. eine stadtoökologische Untersuchung durchgeführt. Stadtoökologische Ansätze gehen davon aus, dass Kommunen von hinreichender Größe eine sozialräumliche Segregation aufweisen. Das bedeutet, dass es eine wohnräumliche Aufteilung der Bevölkerung nach sozioökonomischen und ethnischen Merkmalen gibt. Erkenntnisse aus epidemiologischen Erhebungen zu Übergewicht haben wiederholt ein mit Übergewicht assoziiertes soziales Gefälle erkennen lassen. Je niedriger der soziale Status, desto höher die Häufigkeit von Übergewicht. Aus den stadtoökologischen und epidemiologischen Befunden ist zu vermuten, dass Übergewicht über den Sozialraum einer Stadt nicht gleichverteilt ist, sondern dass in Wohngebieten mit niedrigem sozioökonomischen Status mit verstärktem Auftreten von Übergewicht zu rechnen ist. Falls sich diese Vermutung als empirisch zutreffend erweist, könnten hieraus für die Handlungsebene Konsequenzen für den gezielten räumlichen Einsatz von Präventionsmaßnahmen abgeleitet werden. Diese Vermutung wurde anhand von Daten des Jugend- und Gesundheitsamtes der Stadt Stuttgart überprüft.

Sozialer Status entscheidend

Zur Ermittlung der verschiedenen Sozialraumtypen hat das Gesundheitsamt das Stadtgebiet Stuttgart in 138 Regionen eingeteilt und diese mittels einer Clusteranalyse demographischer, sozialer, ökonomischer und ethnischer Kennwerte nach sieben Sozialraumtypen klassifiziert. Zu den verwendeten 21 Kennwerten gehören beispielsweise die Übertrittsquote von der Grundschule auf das Gymnasium, der Migrantenanteil, die Wohnfläche pro Person und der Anteil der Arbeitslosengeld-II-Empfänger. Der Sozialraumtyp 7 ist jener mit dem niedrigsten sozioökonomischen Status und Prestige und wird folgendermaßen charakterisiert: „Junge, kinderreiche Wohngebiete mit großer nationaler Vielfalt und sehr hohem Armutspotential, überwiegend überdurchschnittlichen Interventionszahlen und unterdurchschnittlichen Bildungschancen“ (Landeshauptstadt Stuttgart 2007: 164). Im scharfen Kontrast dazu steht der Sozialraumtyp 2¹, der als „[...] Wohngebiete mit deutlich unterdurchschnittlichem Anteil an Personen mit Migrationshintergrund bei allen Altersgruppen, gemischter Altersstruktur, überwiegend guter bis sehr guter Wohnlage und Wohnsituation, guten bis sehr guten Bildungschancen für Kinder und mit geringem Armutspotential und geringen Interventionszahlen [...]“ (Landeshauptstadt Stuttgart 2007: 164) beschrieben wird. Bei den Schuleingangsuntersuchungen des Jahres 2006 hat das Gesundheitsamt nicht nur den Body-Mass-Index (Maßzahl für die Bewertung des Körpergewichts eines Menschen) der SchulanfängerInnen (N = 4820) ermittelt, sondern auch den Sozialraumtyp, in dem die SchulanfängerInnen im Stuttgarter Stadtgebiet wohnen, so dass eine Analyse der Prävalenz von Übergewicht in Abhängigkeit vom Sozialraumtyp möglich ist.

Werden jeweils die beiden statushöchsten (1/2) und die beiden statusniedrigsten Sozialraumtypen (6/7) zusammengefasst, so ergibt sich folgendes Bild: In den Sozialraumtypen 1 und 2 waren 83,9 Prozent der SchulanfängerInnen normal- und 8,9 Prozent übergewichtig. In den statusniedrigsten

¹ In Bezug auf diese Analyse besteht der faktisch stärkste Gegensatz zwischen Sozialraumtyp 2 und 7 und nicht zwischen Sozialraumtyp 1 und 7, da sich der Sozialraumtyp 1 u. a. dadurch auszeichnet, dass der Anteil der Kinder und Jugendlichen dort gering ist.

Sozialraumtypen hingegen nur 76,9 Prozent normal- und 18,2 Prozent übergewichtig. Der Zusammenhang zwischen Sozialraumtyp und Gewichtsverteilung ist statistisch signifikant ($C_{\text{korrr}} = 0.19$; $p < 0.05$). Die theoretisch abgeleitete Vermutung, dass in Wohngebieten mit niedrigem sozioökonomischen Status mit verstärktem Auftreten von Übergewicht zu rechnen ist, konnte damit empirisch nachgewiesen werden. Das Gesundheitsamt der Stadt Stuttgart kommt in seinem kommunalen „Kindergesundheitsbericht 2008“ zum gleichen Ergebnis: „Der einflussreichste soziale Risikofaktor für die Entwicklung von Übergewicht ist Armut und Migrationshintergrund“ (Gesundheitsamt Stuttgart 2008: 22).

Migrationshintergrund als wichtiger Einflussfaktor

Sozialraumtypen mit niedrigem Status sind in der Regel Ballungsräume ethnischer Minderheiten. Betrachtet man die Gruppe der Übergewichtigen differenziert nach Sozialraumtyp und Nationalität, so zeigen sich folgende Ergebnisse: In den beiden statusniedrigsten Sozialraumtypen sind 27,9 Prozent der übergewichtigen und adipösen Kinder türkischer Abstammung. Hier zeigt sich die starke Betroffenheit türkischer Kinder von Übergewicht und Adipositas, die auch in dem eher schwachen, aber hoch signifikanten Zusammenhang zwischen Nationalität (deutsch; türkisch) und BMI (Untergewicht; Normalgewicht; Übergewicht) zum Ausdruck kommt ($C_{\text{korrr}} = 0.16$; $p < 0.05$). 2007 hat bereits der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) auf den Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und Übergewicht aufmerksam gemacht (vgl. Kurth/Schaffrath-Rosario 2007: 740), allerdings wurde dort keine Differenzierung nach Wohnquartieren vorgenommen.

In der Stuttgarter Erhebung sind in den beiden statushöchsten Sozialraumtypen deutsche Kinder mit 73 Prozent in der Gruppe der Übergewichtigen vertreten. In diesen Gebieten sind 84,4 Prozent der SchulanfängerInnen deutscher Herkunft, 3,5 Prozent sind türkische Kinder. In den beiden statusniedrigsten Sozialraumtypen, in denen auch der Ausländeranteil mit 47,9 Prozent um ein Vielfaches höher liegt als in den beiden statushöchsten Gebieten (14,6 Prozent), haben die deutschen Kinder lediglich noch einen Anteil von 43,4 Prozent an der Gruppe der Übergewichtigen, der Anteil der türkischen Kinder liegt dagegen bei 28 Prozent. Hat man es in den beiden statushöchsten Sozialraumtypen also hauptsächlich mit übergewichtigen Kindern deutscher Herkunft zu tun, so setzt sich die Gruppe der übergewichtigen Kinder in den beiden statusniedrigsten Sozialraumtypen überwiegend aus Kindern mit Migrationshintergrund zusammen.

Verteilungsmuster auch in anderen Städten anzutreffen

Nicht nur in Stuttgart sondern auch in anderen deutschen Großstädten lassen sich ähnliche wie die oben beschriebenen Verteilungsmuster in der Prävalenz von Übergewicht beobachten. So kommt eine Dortmunder Studie mit Kindern im Alter von ein bis drei Jahren zu dem Schluss, dass in statusniedrigen Sozialräumen der Anteil übergewichtiger Kinder höher ist und somit vermutet werden kann, dass der Sozialraum einen Einfluss auf das Gewicht hat (vgl. Eissing/Nolle-Gösser 2009: 15). Auch für Bremen konnte eine Studie zeigen, dass Übergewicht nicht gleichmäßig über das Stadtgebiet verteilt ist, sondern dass Kinder in statusniedrigen Sozialräumen in besonderem Maße von der Übergewichtsproblematik betroffen sind. Dieselbe Studie konnte darüber hinaus eine stärkere Prävalenz von Übergewicht bei Bremer Kindern mit Migrationshintergrund feststellen (vgl. Friedemann/Müller-Russel 2005: 107, 131 f.). Ein ähnliches Bild zeigt sich in Berlin, wo ebenso Kinder mit Migrationshintergrund stärker von Übergewicht betroffen sind als deutsche Kinder. Die Berliner Studie konnte darüber hinaus zwar eine ungleichmäßige Verteilung der Übergewichtsprävalenz über das Stadtgebiet nachweisen, jedoch konnte aufgrund großer sozialer Unterschiede innerhalb der analysierten Bezirke keine Aussage darüber getroffen werden, ob in Berlin statusniedrige Sozialräume besonders stark von der Übergewichtsproblematik betroffen sind (vgl. Delekat 2003: 58, 62).

Probleme bei der Erfassung von Übergewicht

Es besteht Grund zur Annahme, dass die Zahlen der Schuleingangsuntersuchungen, die die Grundlage für diese Analyse bildeten, Verzerrungen aufweisen. Das Gesundheitsamt der Stadt Stuttgart stellt im „Kindergesundheitsbericht 2008“ fest, dass die Schuleingangsuntersuchungen bei Kindern mit Migrationshintergrund unterdurchschnittlich oft durchgeführt werden. Darüber hinaus nehmen im Allgemeinen Kinder aus den Sozialraumtypen 5, 6 und 7 – also aus statusniedrigen

Sozialraumtypen – die Untersuchung deutlich weniger häufig vor als Kinder aus den anderen, statushöheren Sozialraumtypen (vgl. Gesundheitsamt Stuttgart 2008: 41). Wenn man nun noch in Betracht zieht, dass evtl. vor allem übergewichtige Kinder und deren Eltern aus Angst vor Stigmatisierung und den zu erwartenden Vorwürfen durch das medizinische Personal die Schuleingangsuntersuchungen nicht wahr nehmen, dann kann davon ausgegangen werden, dass die Übergewichtproblematik in den statusniedrigen Sozialraumtypen sogar noch stärker ausgeprägt ist, als es die Zahlen zeigen.

Einen weiteren Anhaltspunkt für die Richtigkeit dieser Vermutung liefert die Auswertung der Stuttgarter Schuleingangsuntersuchung des Jahres 2001. Anders als im Jahre 2006, in dem die SchülerInnen vor Ort, in der Schule, durch einen Amtsarzt untersucht wurden, dienten im Jahr 2001 die vorgelegten Kinderarzt-Untersuchungshefte als Referenz für die Schuleingangsuntersuchung. Dieses geänderte Vorgehen im Jahr 2006 hatte zur Folge, dass sich die Zahl der untersuchten Kinder von 2625 im Jahr 2001 auf 4820 Kinder im Jahr 2006 fast verdoppelte. Analog zu der oben dargelegten Auswertung analysierten wir auch den Datensatz des Jahres 2001. Dabei ergab sich folgende Auffälligkeit: Während in den beiden statushöchsten Sozialraumtypen der Anteil der übergewichtigen Kinder zwischen 2001 und 2006 fast konstant blieb, stieg er in den beiden statusniedrigsten Sozialraumtypen von 11,2 % im Jahr 2001 auf 18,2 % im Jahr 2006 an. Ein tatsächlicher Anstieg der Übergewichtsprävalenz von sieben Prozentpunkten innerhalb von fünf Jahren erscheint relativ unrealistisch. Es ist deshalb anzunehmen, dass durch das geänderte Vorgehen bei der Schuleingangsuntersuchung im Jahr 2006 mehr übergewichtige Kinder aus den beiden statusniedrigsten Sozialraumtypen erfasst werden konnten. Es ist deshalb besonders zu begrüßen, dass seit Dezember 2008 die Schuleingangsuntersuchungen in Baden-Württemberg für alle Kinder verpflichtend durchgeführt werden muss, was im Jahre 2006 noch nicht der Fall war.

Prävention anpassen

Entsprechend der Erkenntnisse, dass Übergewicht bei Kindern in statusniedrigen Wohnquartieren im Allgemeinen und bei den dort lebenden türkischen Kindern im Besonderen virulent ist, sollten Präventionsmaßnahmen auf die ethnischen Besonderheiten in den Wohnquartieren zugeschnitten werden. Ohne damit die Übergewichts-Prävalenz bei deutschen Kindern verharmlosen zu wollen, konzentrieren wir uns abschließend bei unseren Ausführungen auf die Gruppe der Türken und einige spezifische Gesichtspunkte.

Hier stellt nicht nur die Überwindung der sprachlichen Barrieren, insbesondere gegenüber den Eltern, ein großes Problem dar, sondern auch divergierende Körpernormen. Viele türkische Migranten setzen Beibehaltung mit Gesundheit – bei erwachsenen Frauen auch mit Schönheit – gleich, wohingegen der schlanke Körper traditionell als kränklich und wenig widerstandsfähig gilt (vgl. Zwick 2008: 41). Gerade die Erwartungen, die an die soziale Rolle der türkischen Mutter gerichtet sind, setzen deren Erfolg mit der Wohlgenährtheit der Kinder gleich, da die Ernährung der Kinder als Ausdruck der Fürsorge verstanden wird. Darüber hinaus sind viele Sportangebote nicht auf die Bedürfnisse muslimischer Mädchen zugeschnitten, so dass diese Gruppe bisher mit entsprechenden Angeboten kaum erreicht werden kann (vgl. ebd.: 51, 63). Außerdem ist es aufgrund der Kommunikationsgewohnheiten türkischer Migranten schwer, diese über deutsche Medien zu erreichen. Es darf vermutet werden, dass dieser Personenkreis über muttersprachliche Medien womöglich besser zu erreichen wäre (vgl. ebd.: 65).

Bei all dem sollte mit Respekt und entsprechender Sensibilität gegenüber der türkischen Kultur gehandelt werden. Die kulinarischen Vorlieben, Schönheitsideale und Rollenerwartungen erfüllen eine wichtige Funktion. Sie stiften Identität und vermitteln Sicherheit. So ist die Kulinarik des Heimatlandes seit jeher ein Anker, der Migranten in der Fremde Halt und mithin Sicherheit gibt. Wer entsprechend die türkische Küche in Frage stellt, stellt zu einem gewissen Grade auch die „Heimat in der Fremde“ in Frage. Die Herausforderung für Präventionsprogramme besteht also zum einen darin, Ideen zu liefern bzw. zusammen mit TürkinInnen zu erarbeiten, wie der türkische Speiseplan nicht substituiert, sondern modifiziert werden kann. Zum anderen gilt es, eine Atmosphäre der Sicherheit zu schaffen, aus der heraus erst die Bereitschaft erwachsen kann, auch beim Speiseplan Neues zu wagen. Für beide Strategien eignet sich der kommunale Rahmen besonders. Netzwerke, wie sie durch Kulturvereine und Glaubensgemeinschaften bestehen, können für Kochkurse und damit für die intraethnische Vermittlung gewonnen werden. Auch die Schaffung einer Atmosphäre der Akzeptanz und Sicherheit ist insbesondere im Wohnquartier möglich. Ein Schlüssel zur Problemlösung ist daher unserer Meinung nach ein wohnquartiersbezogener Ansatz, der ethnische Besonderheiten berücksichtigt und mit den Potentialen vor Ort arbeitet.

Das sozialräumliche Monitoring sollte zu einem Teil des von der Bundesregierung initiierten nationalen Aktionsplans zur Prävention von Übergewicht „In Form - Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ werden. Differenziertere Aussagen zum gezielten Einsatz von Präventionsmitteln wären möglich, wenn zukünftig in Schuleingangsuntersuchungen die räumliche Herkunft kleinteiliger erhoben würde als bisher, das heißt, wenn im Stuttgarter Fall die Herkunft nicht nach sieben Gebietstypen, sondern nach den 138 Planungsregionen erfasst würde.

Weitere Informationen:

www.zirn-info.de/indexadi.htm

Literatur:

Delekat, D. (2003): Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin. Spezialbericht 2003 - 2. Berlin.

Eissing, G.; Nolle-Gösser, T. (2009): Längsschnittuntersuchung der Entwicklung des BMI an einer Stichprobe Dortmunder Kinder. Universität Dortmund, Fach Hauswirtschaftswissenschaft, Arbeitsbericht Nr. 10/2009.

Friedemann, D.; Müller-Russel, M. (2005): Übergewicht bei Kindern in Bremen. Analyse der Gewichtssituation und der Präventionsangebote. Universität Bremen: unveröffentlichte Magisterarbeit.

Gesundheitsamt Stuttgart (Hg.) (2008): Kindergesundheitsbericht 2008. Stuttgart.

Kurth, B; Schaffrath-Rosario, A. (2007): Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt 50: 736-743.

Landeshauptstadt Stuttgart (Hg.) (2007): Sozialdatenatlas Kinder und Jugendliche 2005. Stuttgart.

Zwick, Michael M. (2008): Maßnahmen wider die juvenile Adipositas. Stuttgarter Beiträge zur Risiko- und Nachhaltigkeitsforschung 9.

Kontakt

Autoren:

Jürgen Deuschle, Marco Sonnberger

ZIRN

Universität Stuttgart

marco.sonnberger@sowi.uni-stuttgart.de

juegen.deuschle@sowi.uni-stuttgart.de