

Effekte des Wohngebiets auf die mentale und physische Gesundheit der Bewohner/Innen

Jürgen Friedrichs

Eine der grundlegenden Annahmen der Soziologie ist, das Handeln von Individuen sei nicht allein auf Merkmale der Person, wie z.B. Alter, Bildung oder psychische Dispositionen wie z.B. Aggressivität, zurückzuführen, sondern auch – oder gar vor allem – auf Bedingungen ihrer jeweiligen Umwelt. Die Umwelt stellt einen Kontext dar, der sowohl Optionen (Chancen) als auch Restriktionen für das Handeln aufweist. Einer der am häufigsten untersuchten Kontexte ist das Wohngebiet (neighbourhood). In der sozialwissenschaftlichen Literatur über die generellen Effekte des Wohngebietes auf dessen Bewohner/innen hat sich gezeigt, dass die (Nachbarschafts-)Effekte – verglichen mit den Individueffekten – sehr niedrig sind (u.a. Brooks-Gunn et al. 1993, Dietz 2002, Durlauf 2005, Galster 2003, 2007, Leventhal & Brooks-Gunn 2000, van Ham et al. 2012).

Das Problem ist nun, wie der Kontext auf die Individuen wirkt – worin der Kontexteffekt besteht (vgl. dazu Abbildung 1). Dazu ist es sinnvoll, zwei in der Literatur gelegentlich synonym verwendete Konzepte zu unterscheiden. Zum einen ist es der Kontexteffekt, der in der Annahme besteht, es gäbe eine Wirkung des Kontextes auf die Individuen. Wie die Wirkung genau zustande kommt, ist bislang unzureichend aufgeklärt (Friedrichs 2014, Galster 2014, Opp 2004, 2013, van Ham et al. 2012). Eine methodologische Analyse der Kontexteffekte erbringt, dass sich ein Teil von ihnen durch lerntheoretisch basierte Mechanismen genauer fassen lässt (Friedrichs 2016). Zum anderen sind es „soziale Mechanismen“ (Hedstrom 2005, Hedstrom & Swedberg 1998), in denen ein Kontextmerkmal über eine Kette von Hypothesen mit einem Ergebnis, dem Handeln von Individuen, verbunden wird. Hingegen weist die umfangreiche Literatur zum Zusammenhang von Merkmalen des Wohngebiets und dem Gesundheitszustand der Bewohner deutliche Effekte nach. Mehr noch: In ihr werden häufig auch die Mechanismen spezifiziert, die den Effekt auftreten lassen. Diese Analysen sind deshalb so wichtig, weil sie über die empirisch hinreichend nachgewiesenen Zusammenhänge zwischen sozialer Schicht einerseits und Gesundheitsverhalten und Erkrankungen andererseits hinausgehen und die verstärkenden (oder vermindernenden) Einflüsse des Wohngebiets untersuchen.

Die folgende Darstellung gibt einen Überblick über wichtige Befunde der internationalen Forschung zu Kontexteffekten des Wohngebiets auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von Bewohner/innen. Ich verwende statt des Ausdrucks „neighbourhood“ oder „Quartier“ durchgängig den Ausdruck „Wohngebiet“. Aus der Vielzahl von Studien habe ich für den jeweiligen Gegenstand typische ausgewählt. In der folgenden Analyse geht es um fünf Fragen:

1. Hat das Wohngebiet einen Effekt auf die mentale und psychische Gesundheit der Bewohner/innen? Oder sind es nur individuelle Merkmale und Dispositionen, die zu Krankheiten führen?
2. Welche Merkmale des Wohngebiets – unabhängig von individuellen Merkmalen – bewirken solche Effekte?
3. Welche Effekte oder Auswirkungen lassen sich nachweisen?
4. Wie kommt der Effekt zustande, d.h. welcher Mechanismus verbindet die Makroebene des Wohngebiets mit der Mikroebene des Individuums?
5. Sind von den Effekten alle sozialen Bewohnergruppen gleichermaßen betroffen?

Bei der Analyse der Merkmale oder Bedingungen des Wohngebiets, die zu mentalen und physischen Schäden bei Bewohnern führen, konzentriere ich mich auf solche Bedingungen und Erkrankungen, die häufig in der Literatur untersucht wurden. Dabei geht es um so unterschiedliche Auswirkungen wie Stress, Asthma, Depressionen, Übergewicht oder den subjektiv als schlecht beurteilten Gesundheitszustand als abhängige Variablen. Außerdem geht es darum, zu beschreiben, wie diese Effekte zustande kommen, die in der Literatur – explizit oder nur implizit – angeführt werden.

In einem abschließenden Teil gehe ich darauf ein, welche Folgerungen für politische und präventive Maßnahmen sich aus diesen Befunden ergeben. Geht es nur um Maßnahmen für eine individuelle Prävention oder auch um Maßnahmen, die sich auf das Wohngebiet richten?

1 Problem

Das Problem der Effekte des Wohngebiets auf das Verhalten der Bewohner/innen lässt sich am besten durch ein Makro-Mikro-Modell darstellen, das seit Coleman (1987, 1990) in der Soziologie verwendet wird. Es ist in Abbildung 1 dargestellt. Die Beziehung auf der Makroebene (Anteil Arme → Anteil der Bewohner mit Depressionen) wird durch die Beziehungen zwischen der Makro- und Mikroebene (Kontexteffekt), eine Handlungstheorie auf der Mikroebene, z.B.

Rational Choice Theorie, und der Beziehung zwischen Mikro- und Makroebene (Aggregationseffekt) erklärt, also durch einen „Umweg“ über die Makro-Mikro-Makroebene.

Den realen Bedingungen angemessener ist es, eine Mesoebene einzuführen; sie kann aus Institutionen wie der Schule oder Familie, aber auch aus Überzeugungen der Individuen über das Kollektiv, bestehen. Zu Letzteren gehören das Konzept des Sozialkapitals in einem Wohngebiet und das Konzept der kollektiven Wirksamkeit (collective efficacy), das von Sampson und Kollegen eingeführt wurde (Sampson 2006, 2012, Sampson & Groves 1989, Sampson et al. 1997). Es misst das Vertrauen und die soziale Kontrolle im Wohngebiet. Demnach gibt es neben dem direkten auch noch einen indirekten Effekt der Makroebene auf die Mikroebene. Es ist plausibel, dass der direkte Effekt (Wohngebiet → Individuum) durch die indirekten (Wohngebiet → Familie → Individuum) verstärkt oder aber aufgehoben wird.

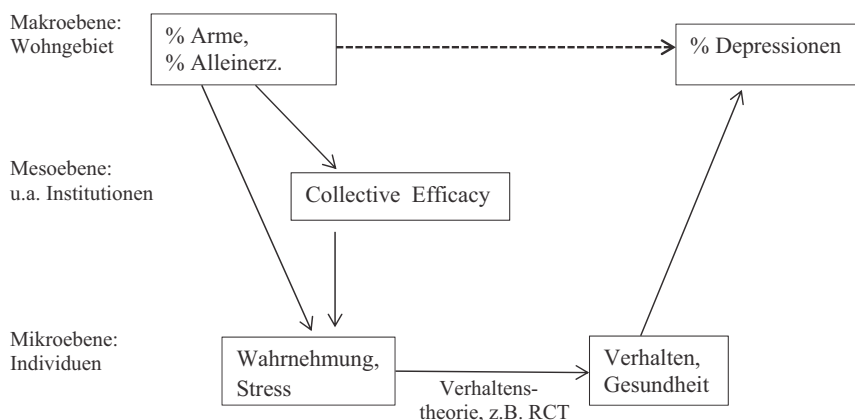


Abbildung 1: Das Makro-Mikro-Modell

Effekte des Wohngebiets u.a. auf Kriminalität, Schulschwänzen, Schwangerschaft von Teenagern sind nachgewiesen (z.B. Dietz 2002, Ellen & Turner 1997, Friedrichs 2014, Galster 2007, 2008, 2012, 2014, Galster & Friedrichs 2015, Haynie 2001, Sampson et al. 2002, Manley & Van Ham 2012). Als Effekte wurden häufig kollektive Sozialisation, fehlende positive Rollenmodelle, gegenseitige Ansteckung oder Ausstattung des Gebiets (Infrastruktur) angeführt. Damit wissen wir jedoch noch nicht, wie der Effekt zustande kommt, kennen also den Mechanismus nicht.

2 Effekte des Wohngebiets auf die Gesundheit: Einfaches Modell

In zahlreichen Studien sind die Einflüsse von Bedingungen (oder Merkmalen) des Wohngebiets auf den Gesundheitszustand untersucht worden. Dabei wurden zumeist folgende Merkmale des Wohngebiets verwendet:

- Anteil Armer
- Anteil Alleinerziehender
- Anteil an Minoritäten
- Anteil niedriger Einkommen
- Sozio-ökonomischer Status (SES)

Die Effekte wurden untersucht, indem man Individualmerkmale wie Alter, Geschlecht und Bildung kontrollierte (u.a. Bleich et al. 2012, Bryden et al. 2013, Diez Roux 2001). Es wurden Effekte auf den selbst-berichteten Gesundheitszustand, Kreislauf-Versagen, Depressionen und Übergewicht nachgewiesen. Auch sind Effekte auf Morbidität und Mortalität belegt. Die Befunde sind, verglichen mit denen in anderen Bereichen der Soziologie, relativ ähnlich, es werden vielfach auch die gleichen Messinstrumente verwendet, sodass man von einer gut entwickelten und kumulativen Forschung sprechen kann. Das belegen auch mehrere Artikel, die den Stand der Forschung darstellen (Cohen et al. 2003, 2007, Curtis et al. 2013, Diez Roux & Mair 2010, O'Campo et al. 2009, Robert 1999).

In einer Längsschnittstudie mit Daten aus England und Wales untersuchten Boyle et al. (2004) mehr als 77.612 Haushalte, die über die drei Stichproben 1971, 1981 und 1991 im gleichen Wohngebiet gewohnt haben. Was sich über die Zeit ändern konnte, war das Ausmaß der Deprivation des Gebiets. Die Autoren zeigen nun, dass sowohl die Morbidität als auch die Mortalität in statushohen Gebieten niedriger sind als in statusniedrigen und mit einem Wechsel des Gebiets von einem niedrigeren zu einem höheren Status eine geringere Morbidität und Mortalität verbunden sind sowie umgekehrt mit einem Wechsel zu einem niedrigeren Status beide Werte ansteigen.

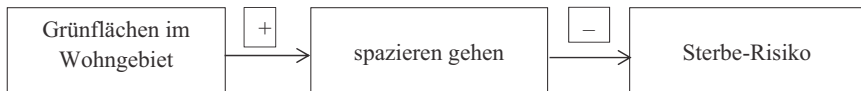
Mehrere Merkmale des Wohngebiets haben sich als abträglich für den *selbst-berichteten Gesundheitszustand* erwiesen (Browning et al. 2003, McCulloch 2001, Mulvaney-Day et al. 2007, Ross 2000, Stafford et al. 2008, Zhang & Ta 2009). Den Einfluss von Wohlstand und Armut auf selbst-berichtete Gesundheit untersuchten Browning et al. (2003) mit Daten von Surveys in Chicago 1991-1999. Sie zerlegten die Effekte von Wohngebiet, Individuen und Zeit. Der Grad des Wohlstands (gemessen über den Anteil hoher Einkommen), aber nicht derjenige der Armut, wies bei Kontrolle individueller Merkmale, einschließlich des sozialen Status, einen Effekt auf die Gesundheit bei Schwarzen und Latinos,

jedoch nicht bei Weißen auf. Die Autoren erklären den Befund damit, dass mit steigendem Anteil wohlhabender Bewohner sowohl die infrastrukturelle Ausstattung des Gebiets als auch die soziale Organisation besser werden.

Da „Gesundheitszustand“ ein mehrdimensionales Konzept ist, tritt die Frage auf, welche Merkmale oder Eigenschaften Befragte heranziehen, wenn sie aufgefordert werden, ihren Gesundheitszustand zu beurteilen. Den Ergebnissen von Au & Johnston (2014) zufolge ist der wichtigste Aspekt „Vitalität“ („full of life and energetic“), gefolgt von „mobil zu sein“ und von „keine Schmerzen zu haben“ (ebd.: 27). Der selbst-berichtete Gesundheitszustand wurde durch die Frage „In general, would you say your health is: excellent, very good, good, fair or poor?“ erhoben. Zusätzlich wurde als Instrument der Test SF-36 (Ware 2000) eingesetzt, der acht verschiedene Dimensionen der Gesundheit misst.

Das Wohngebiet kann einen Einfluss auf das *Kreislauf-Versagen* haben (u.a. Diez Roux et al. 2008, Pickett & Pearl 2001). Diez Roux et al. referieren eine Reihe von internationalen Studien, die signifikante Effekte der Benachteiligung und der Kriminalitätsrate im Wohngebiet auf Herzkranzgefäße nachweisen. Auch vermindert die Ausstattung des Wohngebiets mit Geschäften oder Supermärkten mit gesunder Nahrung das Auftreten solchen Erkrankungen.

Zur Ausstattung gehören auch Grünflächen. Wie Lachowycz und Jones (2014) zeigen, führen Grünflächen im Wohngebiet dazu, dass mehr Bewohner/innen spazieren gehen, was sich wiederum auf ein geringeres Risiko, früh zu sterben, auswirkt. Die nachfolgende Grafik zeigt am Beispiel der Grünflächen, wie sich die Ausstattung des Wohngebiets als Chance für Aktivitäten auswirkt, hier auf die Gesundheit.



Eine Vielzahl von Studien richtet sich auf das Vorkommen von *Depressionen* (Giurgescu et al. 2015, Greif & Doodoo 2015, Mair et al. 2010, 2015, McCulloch 2001, O'Campo et al. 2015, Whitley & Prince 2005) und Wohlbefinden (Cutrona et al. 2000). So belegt Ross (2000) in einer nordamerikanischen Studie mit einer Wahrscheinlichkeitsstichprobe von 2.400 Erwachsenen, dass in benachteiligten Gebieten (gemessen über die Anteile von Armen und von Alleinerziehenden) signifikant mehr Depressionen auftraten. Der Befund galt auch unter Kontrolle von Individualmerkmalen wie Geschlecht, Alter, Ethnie, Bildung und Einkommen. Die Beziehung bestand jedoch nicht mehr, wenn das Ausmaß der wahrgenommenen Verwahrlosung (Kriminalität, physische Verwahrlosung) einbezogen wurde. Der Kontexteffekt des Gebiets bestand demnach nur dann, wenn Benach-

teilung *und* Verwahrlosung gemeinsam auftraten, statistisch ein Interaktionseffekt.

In einer Studie von 2.412 Personen in 87 Stadtteilen in Toronto fanden O'Campo et al. (2015), dass geringe soziale Kontrolle, geringe Kohäsion und andere Probleme im Wohngebiet zu höheren Anteilen von depressiven Bewohnern, mehr Angstgefühlen und höheren Anteilen von übergewichtigen Personen führten. Die Effekte waren stärker bei Frauen als bei Männern, bei Älteren stärker als bei Jüngeren.

Die Zusammenhänge von Merkmalen des Wohngebiets, Verwahrlosung und sozialen Beziehungen und Depression untersuchte Kim (2010). Die Studie bezog sich auf Einwohner von Illinois; der „Community, Crime and Health Survey“ wurde 1995 und dann erneut 1998 durchgeführt, umfasste 2.482 resp. 1.327 Befragte. Verwahrlosung und geringe soziale Beziehungen wirkten sich beide begünstigend auf Depressionen aus. Hingegen hatten soziale Unterstützung und Kontakte in der Nachbarschaft – also soziales Kapital – einen negativen Effekt auf das Ausmaß der Depressionen. Hier, wie auch in anderen berichteten Studien, zeigt sich, dass die Benachteiligung des Wohngebiets für sich genommen nur einen sehr geringen direkten Effekt von .07 auf eine Folge, hier: Depressionen, hat. Bedeutsamer sind die indirekten Effekte, z.B. mit dem Ausmaß der wahrgenommenen Verwahrlosung. In anderen Studien sind dies Interaktionseffekte. Das differenzierte Modell zeigt Abbildung 2.

Mair et al. (2015) zeigen an einer Stichprobe von 103 Wohngebieten in New York, wie sich zwischen 2002 und 2007 die Veränderungen der Kohäsion, von Gewaltdelikten und des Sicherheitsempfindens auf das Auftreten von Arteriosklerose auswirkten. Weiße lebten vor allem in Gebieten, in denen sich die Werte für diese Merkmale verbesserten. Wo sich hingegen die Bedingungen verschlechterten, nahm auch die Arteriosklerose zu.

Zahlreiche Untersuchungen erbringen einen Zusammenhang von Benachteiligung des Gebiets mit dem Anteil von Personen mit *Übergewicht* (u.a. Burnette & Hill 2008, Maguire et al. 2015, O'Campo et al. 2015) und mit den kognitiven Fähigkeiten (Sharkey & Elwert 2011).

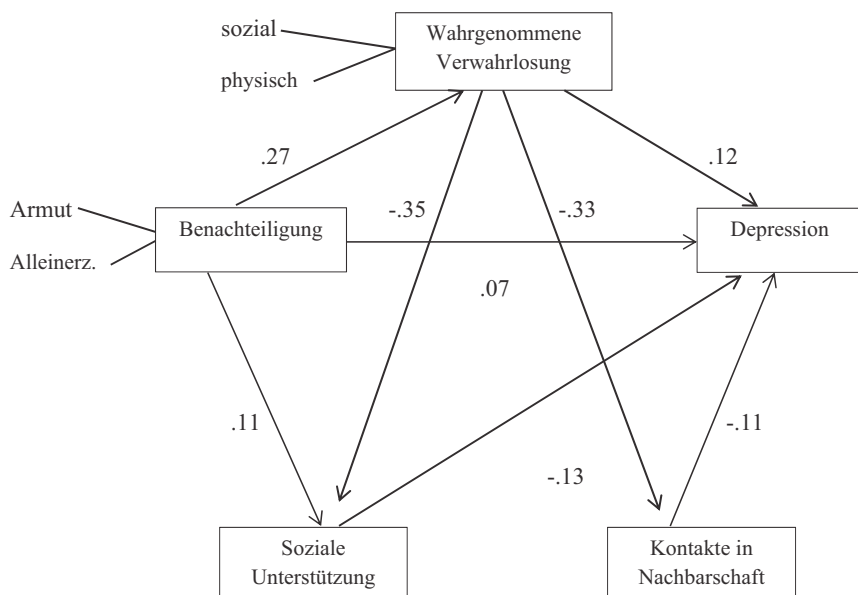


Abbildung 2: Das Modell von Kim (2010: 266)

Die Wirkungen der Merkmale des Wohngebiets sind nicht einheitlich für alle sozialen Gruppen. So zeigten Bassett und Moore (2014) auf der Basis der „Montreal Neighborhood Networks and Healthy Aging Study“ mit 2.643 Befragten, dass in benachteiligten Wohngebieten mehr Personen Schlafstörungen haben, dies gilt allerdings signifikant stärker für Frauen als für Männer. Hohes Vertrauen in das Wohngebiet verringerte die Wahrscheinlichkeit von Schlafstörungen bei Frauen, aber nicht bei Männern. Vermutlich geht diese höhere Anfälligkeit (Vulnerabilität) der Frauen darauf zurück, dass sie mehr Zeit im Gebiet verbringen. Ein ähnliches Ergebnis berichten Barrington et al. (2014). In benachteiligten Wohngebieten war die Kriminalitätsfurcht höher und die wahrgenommene soziale Kontrolle niedriger, aber nur bei Frauen trat eine physiologische Reaktion, eine Veränderung des Cortisolspiegels, auf. Die Autoren erklären den Effekt durch folgenden Mechanismus: Wer weniger soziale Kontrolle im Wohngebiet wahrnimmt, nimmt auch mehr soziale Bedrohungen wahr, diese Bedrohungen erzeugen Stress, auf den die physiologische Reaktion ein erschöpfter allostatischer Regelmechanismus und eine Senkung des Cortisolspiegels ist (ebd.: 124; vgl. dazu die Ausführungen im nächsten Kapitel).

Den Einfluss von benachteiligtem Wohngebiet, physischer und sozialer Verwahrlosung und hohen Anteilen ethnischer Minoritäten auf die physischen Aktivitäten von Kindern untersuchten Brewer und Kimbro (2014). Die physischen Aktivitäten der Kinder wurden durch folgende Frage an die Eltern gemessen: „In a typical week, on how many days does the child get exercise that causes rapid breathing, perspiration, and rapid heartbeat for 20 continuous minutes or more?“. Die Daten kamen aus der nordamerikanischen Studie „Early Childhood Longitudinal Study Kindergarten“, die Stichprobe umfasste 17.510 Kinder. Kinder der ethnischen Minoritäten wiesen weniger physische Aktivitäten auf als diejenigen der weißen Majorität. Höhere Verwahrlosung und Konzentration von Minoritäten im Wohngebiet führten zu geringerer physischer Aktivität und höherem Sicherheitsempfinden.

3 Effekte: Erweitertes Modell

Erweitert man das einfache Modell um die Mesoebene, findet man in diesem Forschungsbereich relativ viele Studien. Ich stelle einige Untersuchungen für die Mesoebene dar, die Institutionen und soziales Kapital in den Mittelpunkt stellen.

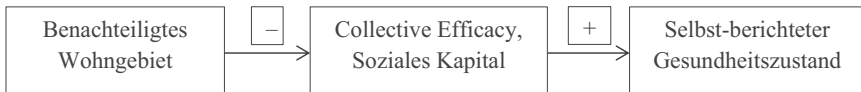
3.1 Mesoebene: Institutionen

Sharkey und Elwert (2011) zeigen, dass sich in Familien, die über zwei Generationen in einem benachteiligten Gebiet wohnen, die kognitiven Fähigkeiten der Kinder um mehr als die Hälfte einer Standardabweichung verschlechtern. Familiäre Instabilität führt, wie Johansson et al. (2015) belegen, zu einem höheren Alkoholkonsum von Jugendlichen. Wohngebiet und Institution können auch verstärkende Wirkungen haben. So fanden Dunn et al. (2015), dass sie einen Effekt auf das Rauchen von Jugendlichen haben. Ähnliche Effekte belegen Wang et al. (2014) in einer Längsschnittstudie: Leben Jugendliche in einem risikoreichen Wohngebiet oder haben risikoreiche peers, bei zugleich geringer Kontrolle durch die Eltern, dann entwickelt sich eine hohe Risikogruppe von Jugendlichen.

3.2 Mesoebene: Soziales Kapital

Eine andere Form, die Mesoebene einzubeziehen, ist, nach dem sozialen Kapital im Wohngebiet zu fragen. Das Konzept wird in der hier behandelten Literatur ebenso uneinheitlich behandelt wie in der Soziologie allgemein (siehe Franzen & Freitag 2007). Im engeren Sinne lassen sich hierunter soziale Netzwerke (und deren Nutzen) verstehen, seien es die lokalen Beziehungen oder nur die sozialen

Hilfs- und Unterstützungs-Netzwerke im Gebiet. Die weitere Bedeutung bezieht sich auf den sozialen Zusammenhalt im Wohngebiet: Kohäsion, soziale Kontrolle, Vertrauen, kollektive Wirksamkeit. Hierbei handelt es sich um von den Bewohnern wahrgenommene Eigenschaften, die aber quasi als soziale Tatsache auf einer Ebene über den Individuen, der Mesoebene, lokalisiert werden. Es geht demnach nicht um objektiv vorhandene Bedingungen, sondern darum, wie die Bewohner sie wahrnehmen (Sampson et al. 2002). Formal dargestellt:



Sehr ausführlich spezifizieren Franzini et al. (2005; vgl. auch Hong et al. 2014) diese Zusammenhänge in einer Studie über Wohngebiete in Texas. Die Benachteiligung des Wohngebiets wird durch die Anteile der Armen, der Arbeitslosen und der Alleinerziehenden gemessen, die Mesoebene über Kohäsion, soziale Kontrolle, Verwahrlosung, Kriminalitätsfurcht und collective efficacy. Die abhängige Variable auf der Individualebene ist der selbst-berichtete Gesundheitszustand, zusätzlich wurden sozio-demografische Variablen einbezogen. Die Wohngebietsmerkmale weisen deutliche Effekte auf das soziale Kapital (-.37), die Verwahrlosung (.29) und Kriminalitätsfurcht (.45) auf. Soziales Kapital wiederum hat einen positiven Effekt auf den selbst-berichteten Gesundheitszustand (.30), Verwahrlosung einen negativen (-.36).

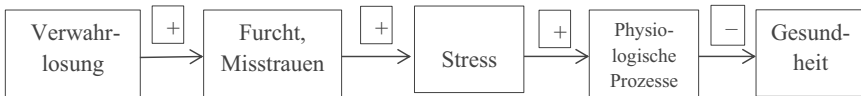
Die Befunde zu den Wirkungen des sozialen Kapitals sind sehr einheitlich. Ein umfangreiches lokales Netzwerk, Unterstützung durch Nachbarn ebenso wie soziale Kontrolle, soziale Kohäsion und collective efficacy wirken sich positiv auf die Gesundheit der Bewohner/innen aus (sei es selbst-berichtet, seien es diagnostizierte Angststörungen oder Depressionen). Besteht in einem Wohngebiet ein hohes soziales Kapital, so wirkt es positiv auf die Individuen, mehr Sport zu betreiben (Prins et al. 2014), es treten weniger Depressionen auf (Curtona et al. 2000, Mair et al. 2010, McCulloch 2001, Whitley & Prince 2005), es tritt seltener Schizophrenie auf (Boydell et al. 2001) und der selbst-berichtete Gesundheitszustand ist besser (Mair et al. 2010, McCulloch 2001, Mulvaney-Day et al. 2007, Ross 2000, Zhang & Ta 2009).

4 Effekte: Komplexes Modell

Die Mechanismen lassen sich nur aufklären, wenn man bio-chemische Prozesse im Körper hinzunimmt. Dann entsteht ein komplexes Erklärungsmodell. Es geht von dem Modell:



zu diesem:



Der entscheidende Mechanismus, der Umgebung und Individuum verbindet, sind die durch (dauerhaften) Stress ausgelösten physiologischen Prozesse. Stress führt zu einer allostatischen Belastung (allostatic load; McEwen & Stellar 1993), die sich bei geringem Stress positiv ist, bei starkem und vor allem andauernden jedoch negativ auf den Organismus auswirkt. Es werden zu viele Hormone ausgeschüttet, z.B. Adrenalin oder Cortisol. Cortisol regelt eine Vielzahl von physiologischen Prozessen, den Blutzuckerspiegel und beschleunigt den Abbau von Eiweiß und Fett. Bei stark erhöhtem Cortisol-Ausstoß entsteht Hunger, sodann wird zu viel Nahrung aufgenommen, was zu einer exzessiven Speicherung von Energie führt: Übergewicht ist die Folge.

Diese methodologisch überzeugende Erklärung ist in zahlreichen Studien verwendet worden und hat sich empirisch bewährt (u.a. Brenner et al. 2013, Burdette & Hill 2008, Cohen et al. 2012, Jiménez et al. 2015, Schulz et al. 2013, Steptoe & Feldman 2001, Thayer et al. 2015). So zeigen Schulz et al. (2013) in einer Studie über Detroit mit 919 Befragten, dass in benachteiligten Gebieten („neighborhood poverty“) in Kombination mit wahrgenommener Verwahrlosung das „kumulative biologische Risiko“ steigt, und zwar von Herz-Kreislauf- und Stoffwechsel-Erkrankungen und Schlaganfall. In einer Studie von 654 Befragten in 37 Wohngebieten unterschiedlichen sozialen Status fanden Steptoe und Feldman (2001), dass Probleme im Wohngebiet – bei Kontrolle individueller Merkmale – bei Bewohnern in benachteiligten Gebieten zu weniger sozialem Kapital, mehr Gesundheitsproblemen und mehr Stress führten. Aufschlussreich ist auch eine Studie über N=55 schwangere Frauen in Neuseeland, die aufgrund ihrer

ethnischen Zugehörigkeit diskriminiert wurden (Thayer et al. 2015). Sie berichteten einen schlechteren Gesundheitszustand, wiesen (deshalb) höhere Cortisol-Werte auf; selbst ihre Babys hatten eine höhere Cortisol-Reaktivität. Sollte sich dieser Befund in anderen Studien bewähren, dann könnte man davon sprechen, nicht nur Armut vererbe sich, sondern auch Diskriminierung im Wohngebiet.

5 Folgerungen

Der Zusammenhang von Merkmalen des Wohngebiets und dem Gesundheitszustand der Bewohner/innen ist in zahlreichen – und einer steigenden Zahl – von Studien untersucht worden. Die Ergebnisse stimmen weitgehend überein; die Forschung ist kumulativ. Es werden fast immer Mehrebenen-Analysen (Wohngebiet – Individuen) vorgenommen und multiple Regressionen verwendet.

Die Studien zeigen übereinstimmend einen Effekt des Wohngebiets auf die Gesundheit der Bewohner/innen. Dieser Effekt ist jedoch nur in geringem Maße direkt, er tritt vielmehr dann auf, wenn andere Merkmale des Gebiets als negativ wahrgenommen werden, z.B. die soziale Kontrolle oder eine starke Verwahrlosung. Dabei geht es in fast allen Studien um die *wahrgenommene* Verwahrlosung. Zugespitzt könnte man folgern, in einem benachteiligten Gebiet zu wohnen, habe keine (zusätzlichen) benachteiligenden Wirkungen auf die Bewohner/innen. Die Frage „Do poor Neighbourhoods make their residents poorer?“ (Friedrichs 1998) lässt sich nach den Forschungsergebnissen zur Gesundheit dann so beantworten: Ja, aber nur, wenn weitere (wahrgenommene) negative Eigenschaften hinzukommen.

Drei Mechanismen sind es, die die nachgewiesenen Effekte ausmachen:

- Erstens ist es die Ausstattung des Gebiets, welche die Chancen gesundheitlich ausgerichteten Verhaltens begünstigt, z.B. Ernährung, spazieren gehen oder Sport zu betreiben.
- Zweitens – und wichtiger – sind es die negativen Folgen der Benachteiligung, gemessen über den Anteil der Armen, der Sozialhilfeempfänger oder der Alleinerziehenden. Diese Quoten haben sich in vielen internationalen Studien als sinnvoll, d.h. Varianz aufklärend, erwiesen. Es liegt jedoch nur selten ein direkter Effekt vor, sondern erst, wenn diese Merkmale zusammen mit geringer sozialer Kontrolle, geringer collective efficacy oder Verwahrlosung auftreten, erzeugen sie einen dauerhaften Stress, der zu den physio-biologischen Fiktionen führt.
- Drittens sind es die lokalen Netzwerke, vor allem die Unterstützungsnetzwerke, die die negativen Effekte des Gebiets vermindern.

Die Ergebnisse geben auch Hinweise darauf, wie man die Lebensbedingungen in armen oder benachteiligten Wohngebieten verbessern könnte. Naheliegend ist es, die infrastrukturelle Ausstattung des Gebiets zu verbessern. Wichtiger noch ist es, das soziale Kapital in seinen verschiedenen Ausprägungen als soziale Kontrolle, soziale Kohäsion und collective efficacy zu erhöhen. Wie dies möglich ist, liegt außerhalb dieser Studien. Hier können wir nur Vermutungen äußern. Sehr wahrscheinlich ist die soziale Kontrolle umso geringer, je heterogener die Bewohnerschaft *und* je höher die Fluktuation im Gebiet ist. Um das zu verbessern, sind gebietsbezogene Programme erforderlich (wie z.B. das Programm „Soziale Stadt“ in Deutschland).

Allerdings sind solche Maßnahmen oder Programme nur begrenzt geeignet, die negativen Wirkungen von Benachteiligung zu mildern. Es sind im übertragene Sinn „pharmakologische Programme“, die nicht die grundsätzlichen Ursachen der Deprivation angehen. Dazu bedürfte es einer Politik, die mehr Arbeitsplätze schafft, einen besseren Zugang zum Arbeitsmarkt ermöglicht und – letztlich – einer geringeren sozialen Ungleichheit.

Literatur

- Au, N. & D. W. Johnston (2014): Self-assessed health: What does it mean and what does it hide? *Social Science & Medicine* 121 (10): 21-28.
- Barrington, W. E., Stafford, M., Hamer, M., Beresford, S. A. A., Koepsell, T. & A. Steptoe (2014): Neighborhood Socioeconomic Deprivation, Perceived Neighborhood Factors, and Cortisol Responses to Induced Stress Among Healthy Adults. *Health & Place* 27 (2): 120-126.
- Bassett, E. & S. Moore (2014): Neighbourhood disadvantage, network capital and restless sleep: Is the association moderated by gender in urban-dwelling adults? *Social Science & Medicine* 108 (2): 185-193.
- Bleich, S. N., Jarlenski, M. P., Bell, C. N. & T. LaVeist (2012): Health inequalities: Trends, progress, and policy. *Annual Review of Public Health* 33: 7-40.
- Boydell, J., van Os, J. & K. McKenzie (2001): Incidence of schizophrenia in ethnic minorities in London: Ecological study of interaction with environment. *British Medical Journal* 323 (7325): 1336-1338.
- Boyle, P., Norman, P. & P. Rees (2004): Changing places. Do changes in the relative deprivation of areas influence limiting long-term illness and mortality among non-migrant people living in non-deprived households? *Social Science & Medicine* 58 (9): 2459-2471.
- Brenner, A. B., Zimmerman, M. A., Bauermeister, J. A. & C. H. Caldwell (2013): The physiological expression of living in disadvantaged neighborhoods for youth. *Journal of Youth and Adolescence* 42 (6): 792-806.
- Brewer, M. & R. T. Kimbro (2014): Neighbourhood context and immigrant children's physical activity. *Social Science & Medicine* 116 (6): 1-9.

- Brooks-Gunn, J., Duncan, G. J., Klebanov, P. K. & N. Sealand (1993): Do Neighborhoods Influence Child and Adolescent Development? *American Journal of Sociology* 29 (1): 167-207.
- Browning, C. R., Cagney, K. A. & M. Wen (2003): Explaining variation in health status across space and time: Implications for racial and ethnic disparities in self-rated health. *Social Science & Medicine* 57 (7): 1221-1235.
- Bryden, A., Roberts, B., Petticrew, M. & M. McKee (2013): A Systematic Review of the Influence of Community Level Factors on Alcohol Use. *Health and Place* 21 (1): 70-85.
- Burdette, A. M. & T. D. Hill (2008): An Examination of Processes Linking Perceived Neighborhood Disorder and Obesity. *Social Science & Medicine* 67 (3): 38-46.
- Cohen, D., Mason, K., Bedimo, A., Scribner, R., Basolo, V. & T. A. Farley (2003): Neighborhood Physical Conditions and Health. *American Journal of Public Health* 93 (3): 467-471.
- Cohen, S., Janicki-Deverts, D. & G. E. Miller (2007): Psychological stress and disease. *Journal of the American Medical Association* 298 (14): 1685-1687.
- Cohen, S., Janicki-Deverts, D., Doyle, W. J., Miller, G. E., Frank, E., Rabin, B. S. & R. B. Turner (2012): Chronic stress, glucocorticoid receptor resistance, inflammation, and disease risk. *Publications of the National Academy of Sciences* 109 (16): 5995-5999.
- Coleman, J. S. (1987): Microfoundations and Macrosocial Behavior. In: Alexander, J. C., Münch, R. & Smelser, N. J. (eds.): *The Micro-Macro Link*. Berkeley: 153-173.
- Coleman, J. S. (1990): *Foundations of Social Theory*. Cambridge, MA.
- Crane, J. (1991): The Epidemic Theory of Ghettos and Neighborhood Effects on Dropping Out and Teenage Childbearing. *American Journal of Sociology* 96 (5): 1226-1259.
- Curtis, S., Pain, S., Fuller, S., Khatib, Y., Rethon, C., Stephen A., Stanfeld, S. A. & S. Daya (2013): Neighborhood Risk Factors for Common Mental Disorders among Young People Aged 10-20 Years: A Structured Review of Quantitative Research. *Health & Place* 20 (1): 81-90.
- Cutrona, C. E., Russell, D. W., Hessling, R. M., Brown, P. A. & Murry, V. (2000): Direct and moderating effects of community context on the psychological well-being of African American Women. *Journal of Personality and Social Psychology* 79 (6): 1088-1101.
- Dietz, R. D. (2002): Estimation of Neighborhood Effects in the Social Sciences. *Social Science Research* 31 (4): 539-575.
- Diez Roux, A. V. (2001): Investigating Neighborhood and Area Effects on Health. *American Journal of Public Health* 91 (11): 1783-1789.
- Diez Roux, A. V. (2007): Neighborhoods and health: where we are and where we go from here? *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 55 (1): 13-21.
- Diez Roux, A. V., Kershaw, K. & L. Lisabeth (2008): Neighbourhoods and cardiovascular risk: Beyond individual-level risk factors. *Current Cardiovascular Risk Reports* 2 (3): 175-180.
- Diez Roux, A. V. & C. Mair (2010): Neighborhoods and Health. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1186: 125-145.

- Dunn, E. C., Richmond, T. C., Milliren, C. E. & S. V. Subramanian (2015): Using cross-classified multilevel models to disentangle school and neighbourhood effects: An example focusing on smoking behaviors among adolescents in the United States. *Health & Place* 31 (12): 224-232.
- Durlauf, S. (2004): Neighborhood Effects. In: Vernon Henderson, J. & Thisse, J.-F. (eds.): *Handbook of Regional and Urban Economics*. Vol. 4: Cities and Geography. Amsterdam: 2173-2242.
- Ellen, I. G. & Turner, M. A. (1997): Does Neighborhood Matter? Assessing Recent Evidence. *Housing Policy Debate* 8 (4): 833-866.
- Fitzpatrick, K. M., Piko, B. F., Wright, D. R. & M. LaGory (2005): Depressive symptomatology, exposure to violence, and the role of social capital among African American adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry* 75 (2): 262-274.
- Franzen, A. & Freitag, M. (eds.) (2007): *Sozialkapital*. Wiesbaden. (Sonderheft 47 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie)
- Franzini, L., Caughy, M., Spears, W. & M. E. Fernandez Esquer (2005): Neighbourhood economic conditions, social processes, and self-rated health in low-income neighbourhoods in Texas: A multilevel latent variables model. *Social Science & Medicine* 61 (2): 1135-1150.
- Friedrichs, J. (1998): Do Poor Neighborhoods Make Their Residents Poorer? Context Effects of Poverty Neighborhoods on Residents. In: Andreß, H. J. (Hrsg.): *Empirical Poverty Research in Comparative Perspective*. Aldershot: 77-99.
- Friedrichs, J. (2014): Kontexteffekte von Wohngebieten. In: Friedrichs, J. & Nonnenmacher, A. (eds.): *Soziale Kontexte und Soziale Mechanismen*. Wiesbaden: 287-316. (Sonderheft 55 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie)
- Friedrichs, J. (2016): Neighbourhood Effects: Lost in Transition? *Analyse & Kritik* 38 (1): 73-90.
- Galster, G. C. (2003): Investigating Behavioral Impacts of Poor Neighborhoods: Towards New Data and Analytic Strategies. *Housing Studies* 18 (6): 893-914.
- Galster, G. C. (2007): Neighborhood Social Mix as a Goal of Housing Policy: A Theoretical Analysis. *European Journal of Housing Policy* 7 (1): 19-43.
- Galster, G. C. (2008): Quantifying the Effects of Neighbourhood on Individuals: Challenges, Alternative Approaches, and Promising Directions. *Schmollers Jahrbuch* 128: 7-48.
- Galster, G. C. (2012): The Mechanism(s) of Neighbourhood Effects: Theory, Evidence, and Policy Implications. In: Van Ham, M. et al. (eds.): *Neighbourhood Effects Research: New Perspectives*. Dordrecht: 23-56.
- Galster, G.C. (2014): Nonlinear and Threshold Aspects of Neighbourhood Effects. In: Friedrichs, J. & Nonnenmacher, A. (eds.): *Soziale Kontexte und Soziale Mechanismen*. Wiesbaden: 117-133. (Sonderheft 55 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie)
- Galster, G. C. & J. Friedrichs (2015): The Dialectic of Neighbourhood Social Mix: Editor's Introduction to the Special Issue. *HousingStudies* 30(2): 175-191
- Giurgescu, C., Misra, D. P., Sealy-Jefferson, S., Caldwell, C. H., Templin, T. N., Slaughter-Acey, J. C. & T. L. Osypuk (2015): The impact of neighbourhood quality, per-

- ceived stress, and social support on depressive symptoms during pregnancy in African American women. *Social Science & Medicine* 130 (2): 172-180.
- Greif, M. J. & F. N.-A. Doodoo (2015): How community physical, structural, and social stressors relate to mental health in the urban slums of Accra, Ghana. *Health & Place* 33 (2): 57-66.
- Haynie, D. L. (2001): Delinquent Peers Revisited: Does Network Structure Matter? *American Journal of Sociology* 106 (4): 1013-1057.
- Hedström, P. (2005): *Dissecting the Social: On the Principles of Analytical Sociology*. Cambridge.
- Hedström, P. & R. Swedberg (1998): Social Mechanisms. An Introductory Essay. In: Hedström, P. & R. Swedberg (eds.): *Social Mechanisms: An Analytical Approach to Social Theory*. Cambridge: 1-31.
- Hong, S., Zhang, W. & E. Walton (2014): Neighbourhoods and mental health: Exploring ethnic density, poverty, and social cohesion among Asian Americans and Latinos. *Social Science & Medicine* 111 (4): 117-124.
- Jiménez, M. P., Osypuk, T. L., Arevalo, S., Tucker, K. L. & L. M. Falcon (2015): Neighbourhood socioeconomic context and change in allostatic load among older Puerto Ricans: The Boston Puerto Rican health study. *Health & Place* 33 (1): 1-8.
- Johansson, K., San Sebastian, M., Hammarström, A. & P. E. Gustafsson (2015): Neighbourhood disadvantage and individual adversities in adolescence and total alcohol consumption up to mid-life – Results from the Northern Swedish cohort. *Social Science and Medicine* 33 (3): 187-194.
- Kim, J. (2010): Neighbourhood disadvantage and mental health: The role of neighbourhood disorder and social relationships. *Social Science Research* 39 (2): 260-271.
- Lachowycz, K. & A. P. Jones (2014): Does walking explain associations between access to greenspace and lower mortality? *Social Science & Medicine* 107 (2): 9-17.
- Leventhal, T. & J. Brooks-Gunn (2000): The Neighborhood They Live in: The Effects of Neighborhood Residence on Child and Adolescent Outcomes. *Psychological Bulletin* 126 (2): 209-337.
- Mair, C., Diez Roux, A. V. & S. Galea (2008): Are neighbourhood characteristics associated with depressive symptoms? A review of evidence. *Journal of Epidemiology and Community Health* 62 (11): 940-946.
- Mair, C., Diez Roux, A. V., Osypuk, T. L., Rapp, S. R., Seeman, T. & K. E. Watson (2010): Is neighbourhood racial/ethnic composition associated with depressive symptoms? The multi-ethnic study of atherosclerosis. *Social Science & Medicine* 71 (3): 541-550.
- Mair, C., Diez Roux, A. V. & Golden, S. H., Rapp, S., Seeman, T. & S. Shea (2015): Change in neighbourhood environments and depressive symptoms in New York City: The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Health & Place* 32 (1): 93-98.
- Maguire, E. R., Burgoine, T. & P. Monsivais (2015): Area deprivation and the food environment over time: a repeated cross-sectional study on takeaway outlet density and supermarket presence in Norfolk, UK. *Health & Place* 33 (2): 142-147.
- Manley, D. & M. Van Ham (2012): Neighbourhood Effects, Housing Tenure and Individual Outcomes. In: Van Ham, M., Manley, D., Bailey, N. Simpson, L. & D. Maclennan (eds.): *Neighbourhood Research: New Perspectives*. Dordrecht: 147-173.

- McCulloch, A. (2001): Ward-level Deprivation and Individual Social and Economic Outcomes in the British Household Panel Study. *Environment and Planning A* 33 (4): 667-684.
- McEwen, B. S. & E. Stellar (1993): Stress and the individual. Mechanisms leading to disease. *Archives of Internal Medicine* 153 (18): 2093-2101.
- Mulvaney-Day, N. E., Alegria, M. & W. Sribney (2007): Social cohesion, social support, and health among Latinos in the United States. *Social Science & Medicine* 64 (2): 477-495.
- O'Campo, P., Salmon, C., & J. Burke (2009): Neighbourhoods and Mental Well-Being: What are the Pathways? *Health & Place* 15 (1): 56-68.
- O'Campo, P., Wheaton, B., Nisenbaum, R., Glazier, R. H., Dunn, J. R. & C. Chambers (2015): The Neighbourhood Effects on Health and Well-being (NEHW) study. *Health & Place* 31 (1): 65-74.
- Opp, K.-D. (2004): Erklärung durch Mechanismen: Probleme und Alternative. In: Keeskes, R., Wagner, M. & C. Wolf (eds.): *Angewandte Soziologie*. Wiesbaden: 361-379.
- Opp, K.-D. (2013): Rational Choice Theory, the Logic of Explanation, Middle-range Theories and Analytical Sociology: A Reply to Gianluca Manzo and Petri Ylikoski. *Social Science Information* 52 (3): 394-408.
- Pickett, K. E. & M. Pearl (2001): Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: A Critical Review. *Journal of Epidemiology and Community Health* 55 (2): 111-122.
- Prins, R. G., Beenackers, M. A., Boog, M. C., Van Lenthe, F. J., Brug, J. & A. Oenema (2014): Neighbourhood social capital as a moderator between individual cognitions and sports behaviour among Dutch adolescents. *Social Science & Medicine* 105 (1): 9-15.
- Robert, S. A. (1999): Socioeconomic position and health: The independent contribution of community economic context. *Annual Review of Sociology* 25: 489-516.
- Ross, C. E. (2000): Walking, exercising, and smoking: Does neighborhood matter? *Social Science & Medicine* 51 (2): 265-274.
- Sampson, R. J. (2006): How does Community Context Matter? Social Mechanisms and the Explanation of Crime Rates. In: Wikström, P.-O.H. & R. J. Sampson (Hrsg.): *Crime and Its Explanation: Contexts, Mechanisms and Development*. Cambridge: 31-60.
- Sampson, R. J. (2012): *Great American City*. Chicago, London.
- Sampson, R. J. & W. Groves (1989): Community Structure and Crime: Testing Social Disorganization Theory. *American Journal of Sociology* 94 (4): 774-802.
- Sampson, R. J., Morenoff, J. D. & F. Earls (1999): Beyond Social Capital: Spatial Dynamics of Collective Efficacy for Children. *American Sociological Review* 64 (5): 633-660.
- Sampson, R. J., Morenoff, J. D. & T. Gannon-Rowley (2002): Assessing „Neighborhood Effects“: Social Processes and New Directions in Research. *Annual Review of Sociology* 28: 443-478.
- Sampson, R. J., Raudenbush, S. W. & F. Earls (1997): Neighborhoods and Violent Crime: A Multilevel Study of Collective Efficacy. *Science* 277: 918-924.

- Schulz, A. J., Mentz, G., Lachance, L., Zenk, S. N., Johnson, J., Stokes C. & R. Mandell (2013): Do Observed or Perceived Characteristics of the Neighborhood Environment Mediate Associations Between Neighborhood Poverty and Cumulative Biological Risk? *Health & Place* 24 (2): 147-156.
- Sharkey, P. & F. Elwert (2011): The legacy of disadvantage: Multigenerational neighbourhood effects on cognitive ability. *American Journal of Sociology* 116 (6): 1934-1981.
- Stafford, M., Gimeno, D. & M. G. Marmot (2008): Neighbourhood characteristics and trajectories of health functioning: A multilevel prospective analysis. *European Journal of Public Health* 18 (6): 604-610.
- Stephens, A. & P. J. Feldman (2001): Neighborhood Problems as Sources of Chronic Stress: Development of a Measure of Neighborhood Problems, and Association with Socioeconomic Status and Health. *Annals of Behavioral Medicine* 23 (3): 177-185.
- Thayer, Z. M. & C. W. Kuzawa (2015): Ethnic discrimination predicts poor self-rated health and cortisol in pregnancy: Insights from New Zealand. *Social Science and Medicine* 128 (1): 36-42.
- Van Ham, M., Manley, D., Bailey, N., Simpson, L. & D. Maclennan (2012): Neighbourhood Effects Research. In: Van Ham, M., Manley, D., Bailey, N. Simpson, L. & D. Maclennan (eds.): *Neighbourhood Research: New Perspectives*. Dordrecht: 1-22.
- Wang, B., Deveaux, L., Li, X., Marshall, S. & X. Chen (2014): The impact of youth, family, peer and neighbourhood risk factors on development trajectories if risk involvement from early through middle adolescence. *Social Science & Medicine* 106: 43-52.
- Ware, J. E. J. (2000): SF-36 health survey update. *Spine* 25: 3130-3139.
- Whitley, R. & M. Prince (2005): Fear of crime, mobility and mental health in inner city London. *Social Science & Medicine* 61 (8): 1678-1688.
- Zhang, W. & V. M. Ta (2009): Social connections, immigration-related factors, and self-rated physical and mental health among Asian Americans. *Social Science & Medicine* 68 (12): 2104-2112.

Quartier und Gesundheit

Impulse zu einem Querschnittsthema in Wissenschaft,
Politik und Praxis

Fabian, C.; Drilling, M.; Niermann, O.; Schnur, O. (Hrsg.)

2017, VIII, 218 S. 35 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-15371-7