

**Im Auftrag der Freien und Hansestadt Hamburg**

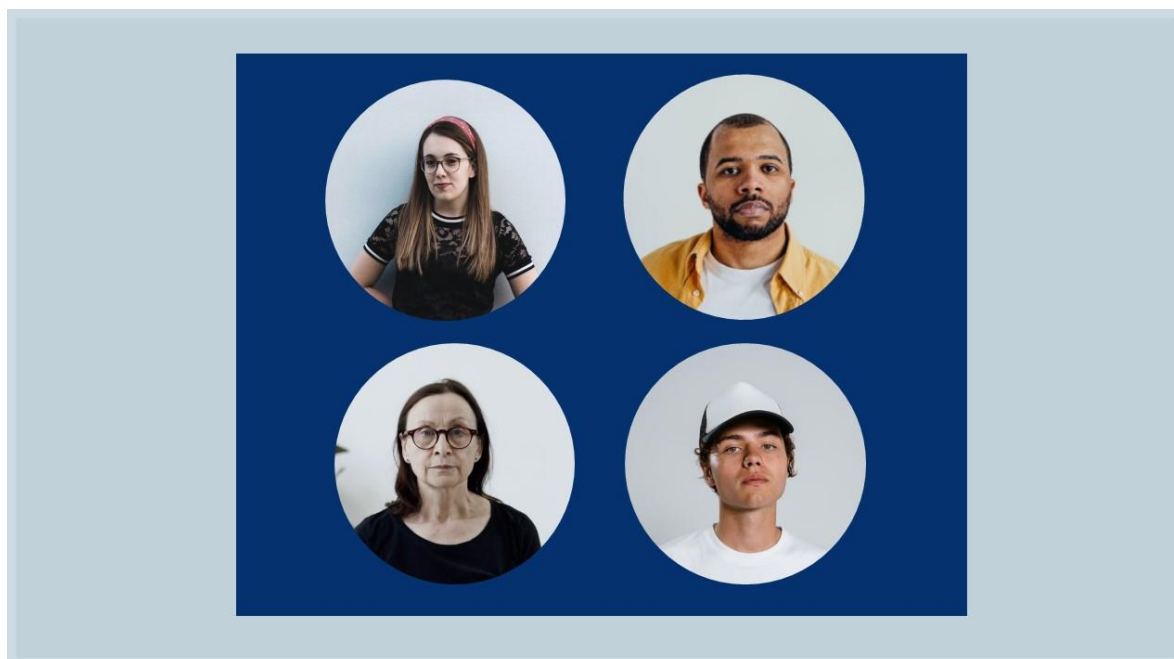
**Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration**

**Juni 2022**

**Vergabe-Nr.: 300010233**

## **ABSCHLUSSBERICHT**

Studie zu Ursachen und Einflussfaktoren der Heterogenität des SARS-CoV-2-Infektionsgeschehens in den Hamburger Bezirken und Stadtteilen



## **Autorinnen und Autoren**

Dr. Anja Durdel

apl. Prof. Dr. Piet Hausberg

Ann-Kathrin Schütte

Dr. Thorsten Lübbers

Julia Tölle

Theresa Hohmann

# Inhalt

<b>1 Ergebnisse auf einen Blick .....</b>	<b>1</b>
1.1 Erstes zentrales Ergebnis: Kommunikation .....	2
1.2 Zweites zentrales Ergebnis: Sozioökonomischer Status .....	3
1.3 Drittes zentrales Ergebnis: Sozialraum-Netzwerke .....	4
1.4 Viertes zentrales Ergebnis: Daten .....	5
<b>2 Ausgangslage und Zielsetzung der Studie .....</b>	<b>6</b>
<b>3 Untersuchungsansatz und Methodisches Vorgehen .....</b>	<b>9</b>
3.1 Analyse nationaler und internationaler Studien.....	10
3.2 Quantitative Analyse stadtteilbezogener Daten.....	11
3.3 Qualitative Einzel- und Gruppeninterviews mit Expertinnen und Experten .....	14
<b>4 Das Infektionsgeschehen in den Hamburger Bezirken und Stadtteilen .....</b>	<b>18</b>
4.1 Sozioökonomischer Status und Infektionsgeschehen in Hamburg.....	19
4.2 Berufstätigkeit und Infektionsgeschehen in Hamburg .....	20
4.3 Wohnverhältnisse und Infektionsgeschehen in Hamburg.....	22
4.4 Alter und Infektionsgeschehen in Hamburg .....	23
4.5 Migrationshintergrund und Infektionsgeschehen in Hamburg.....	24
4.6 Technische Infrastruktur und Infektionsgeschehen in Hamburg .....	25
4.7 Schul- und Kindergartenkinder und Infektionsgeschehen in Hamburg .....	26
4.8 Zusammenfassung der bisherigen Befunde .....	29
<b>5 Multifaktorielle Erklärungen im lebensweltbezogenen Bedingungsgefüge .....</b>	<b>30</b>
5.1 Armut – Wohnumfeld – Gesundheit .....	31
5.2 Prekäre Beschäftigung – Mobilität – Kinderbetreuung.....	34
5.3 Migration – Sprache – Informationszugänge .....	38
5.4 Vertrauen – Zusammengehörigkeitsgefühl – Vorbildwirkungen .....	43
<b>6 Handlungsansätze hinsichtlich der Steuerung von aktuellen und künftigen gesundheits- und sozialpolitischen Herausforderungen .....</b>	<b>49</b>
6.1 Kurzfristige Wirksamkeit: Zielgruppenadäquate Kommunikationsmaßnahmen .....	50
6.2 Mittelfristige Wirksamkeit: Stärkung krisenfester Stadtteile durch systematische Förderung der verbindlichen ressortübergreifenden Kooperation in lebensweltorientierten Netzwerken auf Stadtteilebene.....	53
6.3 Mittelfristige Wirksamkeit: Datenmanagement weiter optimieren.....	58
6.4 Langfristige Wirksamkeit: Ganzheitliche Armutsprävention .....	60
<b>7 Literaturverzeichnis.....</b>	<b>65</b>
<b>Anhang.....</b>	<b>75</b>

## Abkürzungsverzeichnis

BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
COVIMO	COVID-19 Impfquoten-Monitoring
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
HBI	Hans-Bredow-Institut
HCHE	Hamburg Center for Health Economics
HiAP	Health in all policies
HVV	Hamburger Verkehrsverbund
MG	Migrationsgeschichte
NPI	nicht-pharmazeutische Intervention
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
PCR	polymerase chain reaction
POC	Point-of-Care
RKI	Robert Koch-Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
SÖS	sozioökonomischer Status

# 1 Ergebnisse auf einen Blick

**Ziel** der vorgelegten Studie ist es, aus einer sozialwissenschaftlichen Perspektive **Ursachen für das unterschiedliche Infektionsgeschehen** in den Hamburger Bezirken und Stadtteilen herauszuarbeiten und aus den Befunden **Handlungsansätze für zukünftige Interventionen sowie Präventionsmaßnahmen** abzuleiten (vgl. Kapitel 2). Im Ergebnis der Studie kann nun ein **datengestützter Blick auf einige multifaktorielle Zusammenhänge** des heterogenen Infektionsgeschehens in Hamburg gerichtet werden.

**Methodisch** wurde von Juni 2021 bis Februar 2022 ein Mix aus Literatur- und statistischen Analysen sowie qualitativen Erhebungen umgesetzt, wobei die Ergebnisse immer weiter verdichtet und schließlich in Handlungsoptionen überführt wurden (vgl. Kapitel 3). Der **Beobachtungszeitraum** der quantitativen Analyse erstreckt sich von März 2020 bis August 2021, sodass die ersten drei Wellen berücksichtigt werden konnten. Dabei ist vor allem zu beachten, dass erst in der dritten Welle die Impfkapazitäten aufgebaut und zeitlich versetzt die verschiedenen Prioritätsgruppen zum Impfen aufgerufen worden sind.

Aufgrund der **eingeschränkten Verfügbarkeit von stadtteilbezogenen Daten** in Hamburg können multifaktorielle Zusammenhänge jedoch **nicht vollständig erklärt** werden. Allerdings wurden im Zeitraum der Studiererstellung **zwei relevante andere Untersuchungen** veröffentlicht, die die Evidenzen und Hinweise, die in dieser Studie für Hamburg erarbeitet wurden, stützen:

- Das Robert Koch-Institut (RKI) veröffentlichte im Februar 2022 den Bericht 9 des COVID-19-Impfquoten-Monitorings (COVIMO). Das Monitoring basiert auf telefonischen Interviews mit circa 1.000 Personen mit und ohne Migrationshintergrund, die für den Bericht 9 erstmals in mehreren Sprachen umgesetzt wurden. Zentrales Ergebnis des Berichts ist, dass die Impfquote unter der Bevölkerung ohne migrantischen Hintergrund etwas höher ist, die Impfbereitschaft aber geringer. Die **Lücke zwischen Impfquote und Impfbereitschaft bei Menschen mit Migrationshintergrund** wird teilweise mit dem sozioökonomischen Status und Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitssystem begründet, **vor allem aber mit Sprachbarrieren** (RKI 2022: 1 f.; vgl. hierzu auch Kapitel 6.1).
- Für die Stadt Bonn wurden auf Grundlage **mikrogeografischer Daten** erste Ergebnisse einer Analyse des Infektionsgeschehens auf kleinräumiger Ebene<sup>1</sup> vorgelegt, wobei Daten zu Berufsgruppen, Nachbarschaften oder Wohnverhältnissen berücksichtigt wurden. Die Analyse zeigt unter anderem **Zusammenhänge zwischen Infektionszahlen einerseits sowie der Bebauungs- und Sozialstruktur andererseits** und bestätigt, dass in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen und großen Familien ein verhältnismäßig starkes Infektionsgeschehen zu verzeichnen ist. Außerdem wird in den bisherigen Veröffentlichungen darauf verwiesen, dass sich Infektionsketten vor allem **in nachbarschaftlichen Situationen und innerhalb sozialer Gruppen** abspielen (vgl. zur Bonner Studie auch Kapitel 6.3).

<sup>1</sup> Verantwortlich für die Untersuchungen zeichnen die Infas360gmbh sowie das Hygiene-Institut am Universitätsklinikum Bonn; vgl. im Überblick [Stadt\\_Bonn\\_Kurzpräsentation\\_Coronadaten.pptx \(live.com\)](#), Abruf 24.02.2022; sowie [Corona-Datenanalyse | Bundesstadt Bonn](#), Abruf 02.03.2022.

Die **vorliegende Hamburg-spezifische Studie** zeigt nun auf der Grundlage ihres Mixed-Methods-Design vergleichbare Tendenzen auf. Es können **vier zentrale Ergebnisse** in den Themenfeldern „Kommunikation“, „sozioökonomischer Status“, „Sozialraum-Netzwerke“ sowie „Daten“ zusammengefasst werden:

## 1.1 Erstes zentrales Ergebnis: Kommunikation

**Zielgruppenadäquate Kommunikationsmaßnahmen werden sowohl in der Literatur als auch von nahezu allen für diese Studie interviewten Expertinnen und Experten als relevanter Hebel in der Steuerung des Pandemiegeschehens eingeschätzt** (vgl. Kapitel 5.3). **Anders als die anderen drei zentralen Ergebnisse, die mit einer mittel- und langfristig wirksamen Präventionspolitik einhergehen, können Maßnahmen rund um eine zielgruppengenaue Kommunikation kurzfristig die Steuerung des Pandemiegeschehens beeinflussen.**

Die Literaturanalyse und die qualitativen Erhebungen zeigen: Kommunikation hat eine hohe Relevanz für die Steuerung des Pandemiegeschehens, weil die **Pandemie von vielen Menschen als Gefahr wahrgenommen** wird, die mit Ängsten einhergeht und Diskriminierungserfahrungen wachruft. Deshalb muss nicht nur bedacht werden, was kommuniziert wird, sondern auch wie – bezogen auf erreichbare Medien, verständliche Sprache und Tonalität. Gerade die gesundheitsbezogene Sprache und die in Anweisungen verwendete Verwaltungssprache wird – mindestens für gering literarisierte Menschen und solche mit nichtdeutscher Herkunftssprache – als sehr hochschwellig wahrgenommen (vgl. Kapitel 5.3). Dass **Sprachbarrieren Einfluss auf das Infektionsschutzverhalten** haben und Unterschiede in der Impfbereitschaft von Menschen mit und ohne Migrationsgeschichte erklären können, bestätigt die jüngste Studie des RKI: Je besser die selbst eingeschätzten Deutschkenntnisse, desto höher ist die Impfquote (RKI 2022: 6 f.). Deshalb sind – so auch die Akteurinnen und Akteure in den Einzel- und Gruppeninterviews für die vorgelegte Studie – Dolmetscherinnen und Dolmetscher eine hochrelevante Ressource in der Pandemiebekämpfung.

Neben Sprachbarrieren beeinflusst insbesondere das **Vertrauen, das Menschen in Sender von Informationen haben**, die Bereitschaft, Informationen zu glauben und Handlungsanweisungen zu folgen. Folglich sind Nachrichten aus dem Herkunftsland oder Informationen, die von Vertrauenspersonen weitergegeben werden, die bevorzugten Quellen einiger Menschen. Eine Befragung des Hamburg Center for Health Economics (HCHE) hat gezeigt, dass Menschen mit beispielsweise niedrig ausgeprägtem **Vertrauen gegenüber der Bundesregierung** mit 65 Prozent die geringste Impfbereitschaft aufweisen. In für diese Studie durchgeführten Gruppeninterviews wurde ergänzt, dass beispielsweise angekündigte Test- und Impfangebote, die nicht im geplanten Zeitraum umgesetzt wurden, sich zusätzlich negativ auf das Vertrauen in die Regierung ausgewirkt haben (vgl. Kapitel 5.4). In diesem Zusammenhang wird in der Literatur und in den qualitativen Erhebungen auch auf die zunehmenden Anforderungen an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren hingewiesen, kompetent auf Fehl- und Desinformationen zu reagieren und diesen ansprechende Kommunikationsangebote entgegenzusetzen (vgl. Kapitel 6.1).

Auf der Grundlage der Literaturanalyse sowie der Ergebnisse der qualitativen Erhebungen wurden die **multifaktoriellen Zusammenhänge** von „Vertrauen – Zusammengehörigkeitsgefühl – Vorbildwirkungen“ im Kapitel 5.4 verdichtet und in Form einer Persona am Ende des Kapitels zusammengefasst. Zudem ist auch die Faktorengruppe „Migration – Sprache – Informationszugänge“ (Kapitel 5.3), die ebenfalls für Ergebnis 2 relevant ist, für das Handlungsfeld Kommunikation aufschlussreich und geht mit einem hohen Steuerungspotenzial einher.

**Handlungsansatz zu Ergebnis 1 – kurzfristige Perspektive:** Es gilt, auf den bisherigen Erfahrungen mit Kommunikationsmaßnahmen während der Pandemie aufbauend, eine **integrierte Informations- und Kommunikationsstrategie** weiterzuentwickeln und auszubauen, die **inklusiv an den Lebenswelten verschiedener Bevölkerungsgruppen ausgerichtet** ist. Dabei sollte besondere Aufmerksamkeit auf gelingende Zugänge zu möglichst allen Menschen sowie auf leichte Sprache und Mehrsprachigkeit gelegt werden. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie Vertrauenspersonen sollten in Kommunikationsplanung und -umsetzung eingebunden und unter anderem mit Blick auf **multimediale Anforderungen und den Umgang mit Falschinformationen** geschult werden (vgl. Kapitel 6.1). Entsprechend umgesetzte Maßnahmen können in zukünftigen Katastrophen- und Krisensituationen kurzfristig Wirkung entfalten. Sie tragen aber auch in der alltäglichen Interaktion von Staat, Institutionen sowie Bürgerinnen und Bürgern dazu bei, erfolgreich zu informieren, politisches Handeln zu legitimieren und Zustimmung zu Maßnahmen zu erhalten (Girnth 2010) und haben insofern auch eine langfristige Wirkung.

## 1.2 Zweites zentrales Ergebnis: Sozioökonomischer Status

**Der sozioökonomische Status<sup>2</sup> beeinflusst die Gesundheitsförderung, die Infektionsprävention und die schwere Erkrankung an COVID-19 am stärksten** (vgl. Kapitel 4, bes. 4.1, 4.5, 4.8).

Die Auswertung statistischer Daten zeigt, dass in Hamburg in sozial benachteiligten Stadtteilen in der zweiten und dritten Welle **etwa doppelt so hohe Inzidenzen** registriert wurden wie in sozial privilegierten Stadtteilen. Insofern ist das in der Wochenzeitung DIE ZEIT formulierte „eindeutige Muster“, dass ein hoher Anteil von Menschen mit **Migrationshintergrund** in den Hamburger Vierteln direkt mit einer dortigen höheren Inzidenz einhergeht (Endt et al. 2021), nicht bestätigt worden. Zwar zeigten statistische Analysen für einzelne Bezugsländer einen noch signifikanten Zusammenhang. Sobald jedoch der Einfluss des sozioökonomischen Status berücksichtigt wurde, wurde der Effekt sehr viel schwächer (vgl. Kapitel 4.5). Dies ist ein Indiz, dass die höhere Infektionsdynamik in migrantisch geprägten Stadtteilen nicht so sehr auf den Anteil der migrantischen Bevölkerung selbst, sondern vielmehr auf die sozioökonomischen Lebensrealitäten in diesen Stadtteilen zurückzuführen ist (vgl. Kapitel 5.3).

Zu den Lebensumständen, die die Infektion von Menschen in Stadtteilen mit geringem sozioökonomischem Status beeinflussen, gehören vor allem die **Arbeitstätigkeit** (vgl. Kapitel 5.2), wobei literaturgestützt vor allem von Beschäftigungen in **systemrelevanten Berufen** oder solchen ohne die Möglichkeit, Abstand zu halten, im Homeoffice zu bleiben bzw. den Öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) zu meiden, relevant sein dürften. Außerdem sind **beengte Wohnverhältnisse** mit einem hohen Anteil an **Familien** und **Kindergartenkindern** (vgl. Kapitel 4.3; 4.7; 5.1) relevant. Literaturgestützt und im Rückgriff auf qualitative Erhebungen kann ebenfalls davon ausgegangen werden, dass **Vorerkrankungen** eine Rolle spielen.

<sup>2</sup> Der Faktor „sozioökonomischer Status“ wird dabei wesentlich von verschiedenen Indikatoren für Arbeitslosigkeit, dem Bildungsniveau (gemessen als Anteil Personen mit Haupt-/Realschulabschlüssen oder ohne Abschluss) und der Einkommenssituation (gemessen am Median des Gesamtbeitrags der Einkünfte) bestimmt (siehe Tabelle 3 im Anhang).

Auf der Grundlage von statistischen Daten- und Literaturanalysen sowie den Ergebnissen der qualitativen Erhebungen wurden die **multifaktoriellen Zusammenhänge**, die zwischen einer erhöhten Infektionsgefahr und einem niedrigen sozioökonomischen Status in Hamburg bestehen können, in drei Gruppen verdichtet<sup>3</sup>:

- Armut – Wohnumfeld – Gesundheit (Kapitel 5.1),
- Prekäre Beschäftigung – Mobilität – Kinderbetreuung (Kapitel 5.2) sowie
- Migration – Sprache – Informationszugänge (Kapitel 5.3).

**Handlungsansatz zu Ergebnis 2 – langfristige Perspektive:** Aufgrund des starken Unterschiedes zwischen dem Infektionsgeschehen in Hamburger Stadtteilen mit geringem und hohem sozioökonomischem Status empfehlen wir mit einer **langfristigen präventiven Perspektive**, eine **ganzheitliche Strategie zur Armutsprävention** aufzusetzen, die vorhandene Fachstrategien konsistent verbindet und zukünftig hilft, Armutslagen zu minimieren. Außerdem sollte eine Armutspräventionsstrategie in Zukunft ermöglichen, **ungleichen Voraussetzungen zu begegnen, indem auf prekäre Situationen mit prioritären Maßnahmen reagiert wird**, beispielsweise in Form schneller aufsuchender Test- und Impfangebote (vgl. Kapitel 6.4). Zwar sind für Prioritätensetzungen immer praktische Begleitumstände wie die Verfügbarkeit von Tests und Impfstoffen sowie einschlägige Rahmensetzungen auf Bundesebene zu berücksichtigen, jedoch kann auch diesbezüglich eine Weiterentwicklung bisheriger Prozesse erwartet werden – unter anderem im Diskurs mit den Ländern. Nicht zuletzt können Prioritätensetzungen hinsichtlich einzusetzender und zu verknüpfender Maßnahmen und solchen, die nicht mehr eingesetzt werden, durch ein **systematisches Qualitätsmanagement** unterstützt werden, um systematisch wirksame und verknüpfbare Interventionen zu identifizieren.

### 1.3 Drittes zentrales Ergebnis: Sozialraum-Netzwerke

**Die relevante soziale und gesundheitsbezogene Infrastruktur, über die Gesundheitsförderung und Armutsprävention abgesichert und Menschen in Krisensituationen begleitet werden, befindet sich im Gemeinwesen auf Stadtteilebene und bildet eine soziale Ressource im Pandemiemanagement sowie die Basis für krisenfeste Stadtteile** (vgl. Kapitel 6.2).

Im Gemeinwesen gibt es **auf persönlicher Ebene Beziehungsgeflechte** mit Vertrauenspersonen und -orten; **auf systemischer Ebene sind verschiedene organisierte ressortübergreifende Netzwerke** von großem Wert, durch die gesellschaftlichen Herausforderungen wie der Pandemie kooperativ begegnet werden kann. Die Lebenslagen, Brüche, institutionellen Anbindungen und Vulnerabilitäten Erwachsener sind so vielfältig, dass es für diese Zielgruppe kaum generalisierbare Netzwerkkonstellationen für Prävention gibt (anders als für Kinder und Jugendliche). Jedoch können passend zu den jeweiligen Lebenslagen der Menschen vor Ort durch die dortigen professionellen und ehrenamtlichen Akteurinnen und Akteure **Präventionsketten** gegen Armut und Gesundheitsgefährdung gebildet werden. Dazu ist es nötig, alle institutionellen und personellen Ressourcen in den Sozialräumen zu erkennen, ihre Zusammenarbeit zu fördern, Förderlücken zu schließen und auch durch weitere Professionalisierung auf die Interaktion und Kommunikation in Krisensituationen vorzubereiten.

<sup>3</sup> Dabei verfolgt die Dreier-Clusterung der Faktoren der Kapitel 5.1–5.3 lediglich das analytische Ziel, Zusammenhänge übersichtlich herauszuarbeiten – aus den Faktoren hätten auch andere Dreier-Cluster gebildet werden können (vgl. Kapitel 5).



Hamburg verfügt bereits über eine Vielzahl von multiprofessionellen Einrichtungen mit sozial- und gesundheitsbezogenem Fokus, über koordinierende und vernetzende Akteurinnen und Akteure sowie haupt- und ehrenamtliche Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die eine sehr gute Ausgangsposition für die systematische Entwicklung krisenfester Stadtteile bilden können. Als **gute Praxis**, die durch die Zusammenarbeit im Gemeinwesen realisiert wurde, wurden in den qualitativen Erhebungen unter anderem Impfangebote genannt, die an Orten des Vertrauens wie Schulen oder Imbissbuden stattfanden oder in einer Unterkunft durch ein Team von Ärztinnen und Ärzten, das mit Übersetzungen durch Menschen aus den Communities der Bewohnerinnen und Bewohner zusammengearbeitet hat (vgl. Kapitel 5.1). Eine derartige **Zusammenarbeit** mit dem Ziel, möglichst zeitnahe und niedrighschwellige Angebote vor Ort umzusetzen, wurde in den qualitativen Erhebungen jedoch als **noch zu zufällig, fragil und zu wenig gesteuert beschrieben, sodass Kooperationspotenzial nicht ausgeschöpft wurde**. Angeregt wurde auch, gute und verbesserungswürdige Erfahrungen während der Pandemie – auch im Zusammenspiel von Land und Sozialraumakteurinnen und -akteuren – systematisch aufzuarbeiten und für zukünftiges schnelles und zielgenaues Handeln nutzbar zu machen (vgl. Kapitel 6.2).

**Handlungsansatz zu Ergebnis 3 – mittelfristige Perspektive:** Das soziale Kapital der sozialräumlich agierenden Fachkräfte und der ehrenamtlichen Netzwerke sowie die gesundheitliche und soziale Infrastruktur bilden die **Basis für die Steuerung des Pandemiegeschehens**. Akteurinnen und Akteure sowie Strukturen sollten vor allem in sozioökonomisch benachteiligten Stadtteilen durch systematische **Struktur- und Potenzialanalysen, die Identifizierung und Förderung geeigneter ressortübergreifend agierender Koordinationsstrukturen, Verstetigung projektfinanzierter guter Praxis sowie den Transfer wirksamer Präventionsansätze** in ihrer verbindlichen Zusammenarbeit gestärkt werden (vgl. Kapitel 6.2).

#### 1.4 Viertes zentrales Ergebnis: Daten

**Für Hamburg, das bereits zu den digitalen Vorreitern in Deutschland gehört, fehlen teilweise noch kleinräumig differenzierte Daten. Zudem hat sich im Zuge der Studiererstellung die Zugänglichkeit und Verknüpfbarkeit von verfügbaren Daten als optimierbar dargestellt.**

Das Pandemiegeschehen ist als eine **Steuerungsaufgabe in Mehrebenensystemen** zu verstehen, wobei es einerseits mehrere Ressorts, andererseits die Bundes-, Landes- und Stadtteilebene zu berücksichtigen gilt. Daten unterstützen derartige Steuerungsaufgaben in Mehrebenensystemen, weil sie Priorisierungs- und Investitionsentscheidungen begleiten helfen. Außerdem sichern verknüpfte Daten, dass tatsächliche Zusammenhänge analysiert werden können. Um datengeleitete Steuerungsprozesse in Hamburg weiter zu optimieren, sollten die **„Echtzeit-Verfügbarkeit“** von Daten, ihre **Verknüpfbarkeit in verschiedenen Behörden** sowie ihre **kleinräumige Differenzierbarkeit** in den Blick genommen werden. Zudem erscheint ein innerbehördlich gemeinsames Verständnis der **datenschutzrechtlichen Möglichkeiten und Grenzen** der Nutzung dieser Daten förderlich. Dies sollte für jede Art von Daten einmal grundsätzlich geklärt werden, um sie im Anwendungsfall schnell übermitteln und verwenden zu können. Eine fallbasierte Klärung des datenschutzrechtlichen Status stellt hier eine vermeidbare Verzögerung dar.

**Handlungsansatz zu Ergebnis 4 – mittelfristige Perspektive:** **Die Erfahrungen mit vorhandenen und nicht vorhandenen Daten sowie der Ämterkooperation beim Datenmanagement während der Pandemie sollten systematisch ausgewertet werden.** Schlussfolgerungen sollten die weitere Ausgestaltung eines Datenmanagements betreffen, das die **schnelle Steuerung in Krisensituationen** unterstützt. Da entsprechende Herausforderungen bundesweit bestehen, könnte auch ein bundesländerübergreifender Austausch hilfreich sein.

## 2 Ausgangslage und Zielsetzung der Studie

*„Aus Hamburg gibt es besonders detaillierte Daten, die ein eindeutiges Muster zeigen: Je höher der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund im Viertel, desto höher die Inzidenz.“ (ZEIT ONLINE, 1.6.2021: Endt et al. 2021)*

*„Die Sozialbehörde hatte bereits mit Blick auf die Unterschiede in den Bezirken darauf hingewiesen, dass der Wohnort der Infizierten nur eine begrenzte Aussagekraft habe. Es sei nicht klar, wo sich die Betroffenen infiziert hätten. Außerdem könnten Ausbrüche in Wohnunterkünften wie Seniorenheimen die Statistik verzerren und damit die Stadtteile weniger vergleichbar machen. Das lassen Opposition, Sozialverbände und die Medizinerinnen und Mediziner des Stadtteilgesundheitszentrums Veddel nicht gelten. Die Unterschiede seien zu signifikant, um diesen nicht weiter nachzugehen.“ (NDR Hamburg Journal, 7.4.2021: Sander 2021)*

### Ausgangslage

Aus verschiedenen internationalen und nationalen Studien ist in der Zwischenzeit bekannt, dass die Gefahr, sich mit COVID-19 zu infizieren, seit Mitte der zweiten Corona-Welle konstant signifikant höher für Menschen in **Regionen mit geringem sozioökonomischem Status** ist als für Menschen in Regionen mit einem hohen Status (beispielsweise Hoebel et al. 2021a; De Ridder et al. 2020; Wachtler et al. 2020). Zu Beginn der Pandemie stellte sich das Bild umgekehrt dar: Stadtteile mit höherem sozioökonomischem Status zeigten ein dynamischeres Infektionsgeschehen (Plümper & Neumayer 2020; Hoebel et al. 2021a). In zugrunde liegenden epidemiologischen Studien wird dabei methodenkritisch darauf hingewiesen, dass **ökologische Forschungsdesigns** nicht auf Kausalitäten schließen lassen und zu Fehlschlüssen führen können und dass Drittvariablen zu bedenken seien (Hoebel et al. 2021a). Gerade für Deutschland wird darüber hinaus festgestellt, dass die für derartige Studien zu nutzenden gesundheits- und sozialbezogenen Daten schwer zugänglich und vor allem schwer zu verbinden seien (Deutsche Forschungsgemeinschaft 2021).

Parallel zur anspruchsvollen Forschungslage zu Relationen von sozioökonomischen Indikatoren und Infektionsentwicklungen steigt die gesellschaftliche Auseinandersetzung mit **Fragen der Stigmatisierung und Ausgrenzung** angesichts der COVID-19-Pandemie. In dem von der UNICEF Österreich 2020 herausgegebenen „Leitfaden zur Prävention und Bekämpfung von sozialer Stigmatisierung“ angesichts von COVID-19 heißt es unter anderem, dass der Grad der Stigmatisierung von drei Hauptfaktoren abhängt: „Erstens die Neuartigkeit der Krankheit und die damit einhergehenden Unsicherheiten, zweitens die Angst vor dem Unbekannten und drittens die Leichtigkeit, diese Angst mit ‚anderen‘ zu verknüpfen“, und dass die Faktoren Verwirrung, Unsicherheit und Angst soziale Stigmatisierung in der Öffentlichkeit schüren (UNICEF, WHO & IFRC 2020: 1).

Auch im öffentlichen Diskurs in Deutschland werden Fragen zu den Zusammenhängen von sozioökonomischen Hintergründen in den Regionen und heterogenem Infektionsgeschehen aufgegriffen. Die Beiträge werden – wie das Eingangszitat des NDR zeigt – verbunden mit Anfragen an staatliche Verantwortungsträgerinnen und -träger, welche **Interpretationen und Handlungsnotwendigkeiten** sich aus berichteten Zusammenhängen ergeben. Vor diesem Hintergrund hat die Behörde für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Integration der Freien und Hansestadt Hamburg im Juni 2021 Ramboll Management Consulting mit einer Untersuchung beauftragt, die mögliche Ursachen und Einflussfaktoren der Heterogenität des SARS-CoV-2-Infektionsgeschehens in den Hamburger Bezirken und Stadtteilen identifizieren und aus sozialwissenschaftlicher Perspektive analysieren soll. Dabei sollen – um den Terminus der Hoebel-et al-Studie (2021a) aufzunehmen – auch „Drittvariablen“ berücksichtigt werden, um eindimensionale und stigmatisierende

Begründungszusammenhänge zu hinterfragen. Nicht zuletzt soll die Analyse Beiträge zu einer Präventionsstrategie leisten.

### Zielsetzung, Zielgruppe und zeitlicher Bezug der Studie

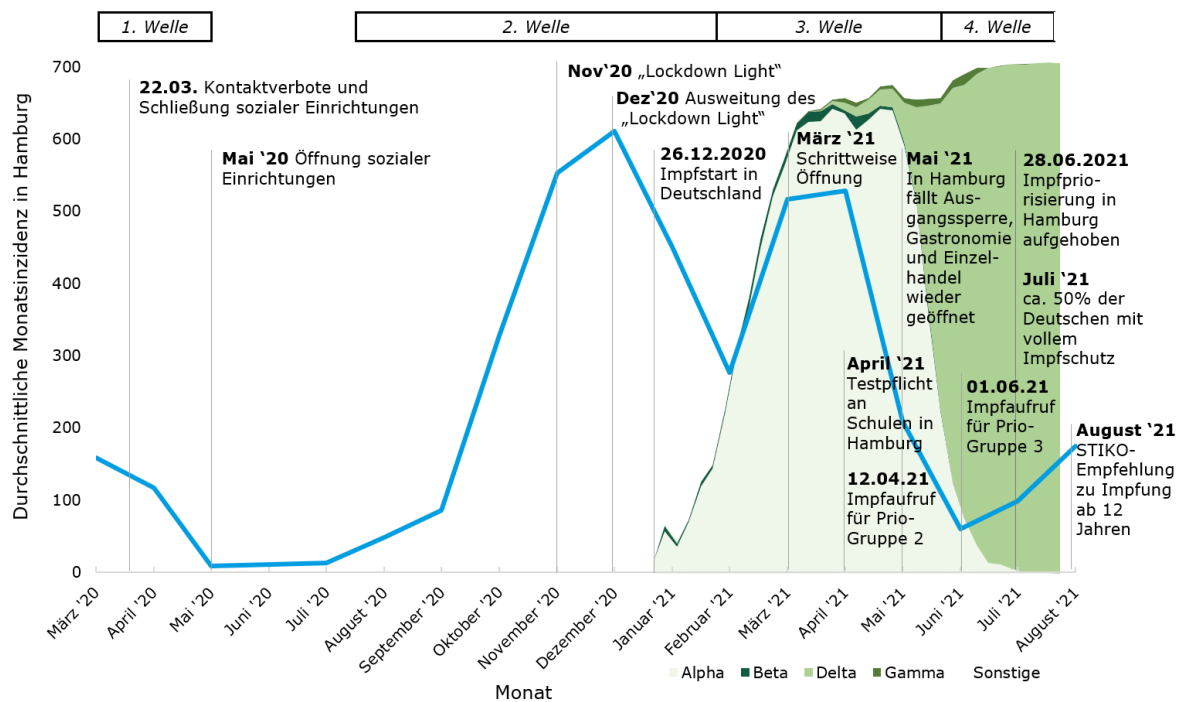
Mit der „Studie zu Ursachen und Einflussfaktoren der Heterogenität des SARS-CoV-2-Infektionsgeschehens in den Hamburger Bezirken und Stadtteilen“, die aus einer **sozialwissenschaftlichen Perspektive** erstellt wurde, werden demnach **zwei Zielstellungen** bearbeitet:

- Erstes Ziel der Studie ist es, auf der Grundlage einer datengeleiteten sorgfältigen Analyse des SARS-CoV-2-Infektionsgeschehens in Hamburg **Erklärungsansätze für die heterogenen Entwicklungen in den Sozialräumen zu liefern**. Diese Erklärungsansätze sollen multifaktoriell sein und die Lebenslagen, den (Arbeits-)Alltag, die Mobilität sowie weitere sozioökonomische und soziodemografische Daten berücksichtigen, sofern verfügbar.
- Zweites Ziel ist es, aus den Studienbefunden **Handlungsansätze für die Steuerungsebene** abzuleiten, wie innerhalb von Krisensituation zukünftig gesteuert und wodurch Prävention unterstützt werden kann.

Damit sind die Entscheidungsträgerinnen und -träger in den Hamburger Behörden die **erste Zielgruppe der Studie**, die sich mit ihren nachgeordneten und kooperierenden Einrichtungen sowie den sozialräumlich relevanten Institutionen mit den Ergebnissen der Analyse und den Handlungsmaximen unter anderem bei der Ausrichtung ihrer Präventionsstrategien befassen können.

Der **Beobachtungszeitraum** der Studie deckt grundsätzlich die Zeit von März 2020 (dem ersten Monat, für den Fallzahlen in Hamburg vorliegen) bis August 2021 ab (siehe Abbildung 1). Das bedeutet, dass Daten zur ersten, zweiten und dritten Welle quantitativ ausgewertet werden konnten.

**Abbildung 1: COVID-19-Infektionsdynamik in Hamburg im Zeitverlauf im Beobachtungszeitraum**



Quelle relativer Anteil verschiedener Varianten: RKI; Quelle Infektionszahlen in Hamburg: Sozialbehörde; Quelle Infektionsschutzmaßnahmen: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus/chronik-coronavirus.html>

Eine Fortschreibung der sich zum Ende dieses Beobachtungszeitraums abzeichnenden Tendenzen ist nicht möglich. Die im Rahmen der Literaturanalyse identifizierten Studien umfassen hauptsächlich die frühen Pandemiephasen, während in der qualitativen Erhebung die Pandemie insgesamt bis zur vierten Welle diskutiert wurde. In Abbildung 1 ist der Pandemieverlauf in Hamburg im Beobachtungszeitraum entlang ausgewählter Ereignisse (wie z. B. den Impfaufrufen für die verschiedenen Prioritätsgruppen) und der anteiligen Entwicklung der Virusvarianten visualisiert. Hierbei ist u. a. festzustellen, dass erst **zum Ende des Beobachtungszeitraums die Impfpriorisierung (in Hamburg) aufgehoben** wurde und erstmals ungefähr die Hälfte der Bevölkerung (deutschlandweit) vollständig geimpft war. Alle im Bericht verwendeten Hinweise sind vor dem Hintergrund dieser zeitlichen Einordnung zu betrachten.

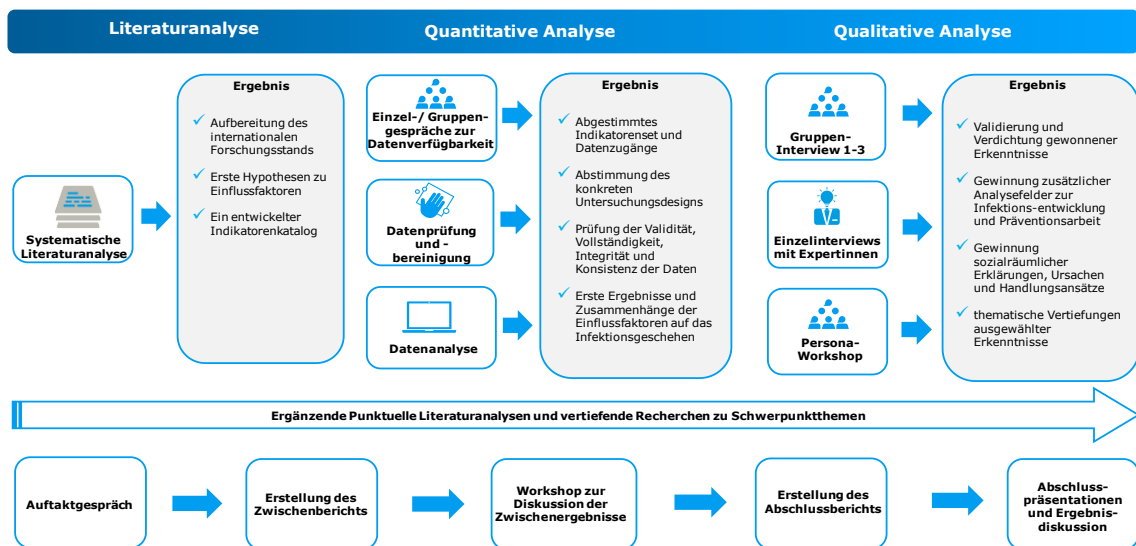
### 3 Untersuchungsansatz und Methodisches Vorgehen

Um eine **trianguläre Analyse** des Bedingungsgefüges des SARS-CoV-2-Infektionsgeschehens in Hamburg vornehmen zu können, wurde ein Mixed-Methods-Ansatz mit Literaturanalyse, Auswertung statistischer Daten sowie qualitativen Erhebungen umgesetzt (vgl. Abbildung 2). Angesichts der bis dato vielfältigen Studien- und Materiallage wurde ein **deduktiver Start** der Untersuchung gewählt. So konnten die in nationalen und internationalen Studien bereits herausgearbeiteten Befunde zu Bedingungsgefügen im Infektionsgeschehen als Ausgangspunkt für die Datenanalyse nutzbar gemacht und eine Anschlussfähigkeit an den Fachdiskurs gesichert werden (vgl. Kapitel 3.1).

**Quantitativ** wurden relevante stadtteilbezogene Daten für den Untersuchungszeitraum analysiert, die von verschiedenen Behörden zur Verfügung gestellt werden konnten. Dafür wurden als Erstes mehrere Einzel- und Gruppengespräche mit Vertretungen unterschiedlicher Behörden geführt, weil die **Datenverfügbarkeit und -qualität von keiner einzelnen Person vollständig rekonstruiert** werden konnte. Im Ergebnis stand ein Set an Daten zur Verfügung, mit dem aus der Literaturanalyse abgeleitete **Arbeitshypothesen Hamburg-spezifisch überprüft** werden konnten (vgl. Kapitel 3.2).

Parallel zur Datenauswertung wurde mit der Konzeption und Umsetzung **qualitativer Erhebungen** begonnen, mit denen vertiefende, vor allem lebenswelt- und sozialraumorientierte Fragestellungen bearbeitet wurden. Die qualitativen Erhebungen trugen insbesondere dazu bei, **multifaktorielle Ansätze** zur Erklärung des heterogenen Infektionsgeschehens in den Hamburger Stadtteilen analytisch zu verdichten (vgl. Kapitel 3.3).

Abbildung 2: Methodisches Vorgehen im Forschungsvorhaben



Quelle: Eigene Darstellung Ramboll Management Consulting

Weil nicht nur das Pandemiegeschehen, sondern auch die **Forschung zu SARS-CoV-2 dynamisch** ist, wurden begleitend punktuell **weitere Quellen** hinzugezogen, die zum Zeitpunkt des systematischen Literaturreviews noch nicht verfügbar waren oder Themenfelder betreffen, die sich erst im Laufe der Untersuchungen als relevant erwiesen, zum Beispiel zur Relevanz kommunikativer Maßnahmen oder der Fokussierung auf den Sozialraum. Ein **Team der Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration** begleitete den iterativen Prozess der Studiererstellung und stimmte mit Ramboll Nachsteuerungsbedarfe entsprechend Datenzugängen, Auswahl von Personen für Workshops und Interviews, Berichtslegungen etc. ab.

### 3.1 Analyse nationaler und internationaler Studien

Ziel der systematischen Literaturanalyse war es, einen Überblick über mehrfach bestätigte Indikatoren zu erhalten, die das Infektionsgeschehen vor allem im städtischen Umfeld beeinflussen. Sowohl beim Auffinden relevanter Studien als auch bei der Einordnung von Ursachen und Einflussfaktoren wurde eine **kriteriengeleitete Vorgehensweise** gewählt, mit der die Literaturanalyse zum Start der Untersuchung als erster Schritt umgesetzt wurde. Zusätzlich wurden über den gesamten Zeitraum der Studiererstellung bei Bedarf weitere Quellen hinzugezogen.

#### Methodisches Vorgehen und verwendete Literatur

Zur Identifikation relevanter Studien für die systematische Literaturanalyse wurde im Juni 2021 die Datenbank PubMed<sup>4</sup> mit Suchtermen/-begriffen<sup>5</sup> durchsucht, woraus 500 Suchergebnisse resultierten, die nach Relevanz gefiltert wurden. Im Ergebnis standen **53 ausgewählte Artikel**, die vorwiegend soziodemografische, sozioökonomische, infrastrukturelle, umwelt- und mobilitätsspezifische Themen behandeln, und zwar überwiegend auf Stadtteilebene, zum Teil auch auf Stadt- oder Landkreisebene. Die Auswahl betraf hauptsächlich das **europäische und nordamerikanische Pandemiegesehen**, da die politischen, städtischen und kulturellen Gegebenheiten vergleichbar mit denen in Deutschland sind. Aufgrund der dynamischen Datenlage und der sich schnell wandelnden Ereignisse im Pandemiegesehen fokussierten sich die meisten wissenschaftlichen Studien auf gesicherte Daten zur **ersten und zweiten Welle der Pandemie**.

Die im Rahmen der Analyse erfassten Informationen (u. a. Zeitbezug, Quelle, Zusammenhang mit Infektionsgeschehen) bildeten einen **Indikatorenkatalog**; sofern Studien mehrere Indikatoren multifaktoriell untersuchten, wurden diese als weitere Indikatoren dem Katalog zugeführt. In die Ergebnisauswertung flossen Indikatoren ein, wenn sie in mindestens zwei Studien als potenzieller Einflussfaktor auf das Infektionsgeschehen untersucht wurden. Aus den zusammengefassten Ergebnissen bildeten sich

- **Mobilität,**
- **Umwelt,**
- **Infrastruktur,**
- **soziodemografische sowie sozioökonomische Lage**

als relevante Faktoren heraus, die schließlich durch die nachgelagerten quantitativen Analysen (vgl. Kapitel 3.2) und qualitativen Datenerhebungen (vgl. Kapitel 3.3) in ihrer Relevanz überprüft wurden.

<sup>4</sup> PubMed ist eine englischsprachige, textbasierte Meta-Datenbank mit Referenzen auf medizinische Artikel bezogen auf den gesamten Bereich der Biomedizin der Nationalen Medizinischen Bibliothek der Vereinigten Staaten (National Library of Medicine, NLM).

<sup>5</sup> ("COVID-19" OR "COVID19" OR COVID OR "SARS-CoV-2") AND (spread OR infections OR prevalence OR incidence OR cases) AND (Municipalities OR districts OR neighbourhoods) AND (poverty OR deprivation OR socioeconomic OR migration OR immigrants)

## 3.2 Quantitative Analyse stadtteilbezogener Daten

Die Ergebnisqualität und Aussagekraft quantitativer Analysen als ein zentraler Bestandteil des Untersuchungsansatzes hängt grundlegend von der **Verfügbarkeit relevanter Daten in der benötigten zeitlichen und räumlichen Auflösung sowie angemessenen Qualität** ab. Im Folgenden wird daher auf das Vorgehen bei der Datenerfassung und -prüfung eingegangen, bevor die sich daraus ergebenden Konsequenzen für die Auswertungsmethoden dargelegt werden.

### Datenauswahl und Datenzugänge

Die **Verfügbarkeit der für die Studie relevanten Daten in den Hamburger Behörden** wurde in insgesamt fünf Einzel- und Gruppengesprächen unter Beteiligung von Vertreterinnen und Vertretern der Hamburger Sozialbehörde, der bezirklichen Gesundheitsämter, des Instituts für Hygiene und Umwelt und der Kasse.Hamburg sowie weiteren Vertreterinnen und Vertretern von Bezirksverwaltungen geklärt. Als Herausforderungen stellten sich dabei die **datenschutzrechtlichen Anforderungen an den Auflösungsgrad der Fallzahldaten** dar, die in unterschiedlicher Qualität vorlagen. Die datenschutzrechtlichen Bedenken konnten im fortlaufenden Prozess schrittweise geklärt werden.

Die **das Infektionsgeschehen beschreibenden Daten**, d. h. die Infizierten- und Todeszahlen, wurden aus dem von den Gesundheitsämtern gespeisten IT-System „OctoWare“ bezogen. Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) konnte die Anzahl durchgeführter Point-of-Care(POC)-Tests sowie PCR-Tests und die Anzahl der positiven POC-Tests zur Verfügung stellen. Das Amt für Gesundheit der Hamburger Sozialbehörde konnte auch Zahlen zu Infektionen, Genese und Todesfällen in vollstationären Pflegeeinrichtungen bereitstellen.

Die zur Verfügung stehenden Daten der zu erklärenden Variablen auf Stadtteilebene wurden entweder direkt von der Website des Statistikamts Nord bezogen oder über Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner in der Sozialbehörde, beim Statistikamt Nord beziehungsweise inner- und inter-behördlich abgefragt. Dies gilt etwa für die **stadtteilspezifischen soziodemografischen Daten** wie die zur Bevölkerungszahl sowie zu Geschlecht, Alter, Herkunft und Staatsangehörigkeit. Die vom Statistikamt Nord bezogenen Daten waren die Quelle aller betrachteten Indikatoren zum Thema Wohnen wie etwa der Anzahl der Haushalte, der Anzahl verschiedener Haushaltsformen (z. B. Einpersonen-, Familien- oder Alleinerziehendenhaushalte) und Daten zum Wohnungsmarkt (z. B. Anteil Sozialwohnungen an allen Wohnungen, Immobilienpreise, durchschnittliche Wohnungsgröße, Wohnfläche je Einwohner). Die folgenden Daten zu wichtigen sozioökonomischen Indikatoren stammen ebenfalls vom Statistikamt Nord:

- Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten
- Anzahl der Arbeitslosen verschiedenen Alters und Geschlechts
- Anzahl der SGB-II-Leistungsempfänger
- Anzahl der Bedarfsgemeinschaften (davon mit Kindern)
- Anzahl der in Mindestsicherung lebenden unter 15-Jährigen
- Gesamtbetrag der Einkünfte je Steuerpflichtigen (Durchschnitt und Median im Jahr 2013)

Zu letzterem Indikator wurde eine gesonderte Nachfrage an das Finanzamt gerichtet, da keine aktuellen Einkommens- und Steuerstatistiken vorliegen, die für eine Zusammenfassung der Einkommenssituation nach Hamburger Stadtteilen nötig wären – die letzte Auswertung dieser Art wurde



für das Jahr 2013 vorgelegt.<sup>6</sup> Stadtteilspezifische Daten zur Zahl der Beschäftigten in verschiedenen Wirtschaftszweigen, zur realisierten Kurzarbeit und zum Äquivalenzeinkommen **konnten nicht beschafft werden**, da die Statistik der Bundesagentur für Arbeit diese nicht auf Stadtteil-ebene bzw. nach Wohnort der Beschäftigten erfasst.

Im Bereich **Mobilität** konnten vom Statistikamt Nord Daten zum privaten PKW-Bestand und vom Hamburger Verkehrsverbund (HVV) Daten zur Veränderung der Fahrgastzahlen der ÖPNV-Nutzung im Vorjahresvergleich gewonnen werden. Hier konnten für Hamburg jedoch nur aggregiert die Gesamtveränderung der Fahrgastzahlen bezogen auf den entsprechenden Monat 2019 zuge- liefert werden. Die AKN Eisenbahn GmbH<sup>7</sup> konnte quartalsweise erhobene Daten für das Mobili- tätsaufkommen nach Haltestellen der AKN-Nahverkehrslinie A1<sup>8</sup> für alle vier Quartale 2020 zur Verfügung stellen. Die Daten von HVV und AKN sind allerdings zu grob bzw. zu fragmentär und somit **im Rahmen des ökologischen Designs nicht verwertbar**. Das Angebot für einen Da- tenankauf in Form eines Mobilitätsindex auf Basis von Telefonica-Mobiltelefonaten wurde nach Abwägung von Kosten und Nutzen seitens der Sozialbehörde nicht wahrgenommen. Darüber hin- aus wurden Daten von Taxidiensten und Sharingangeboten angefragt, die jedoch nicht zur Verfü- gung gestellt wurden.

Weitere relevante **Daten, die nicht vorlagen bzw. nicht zugelifert werden** konnten, sind

- Anteil Beschäftigter in systemrelevanten und kontaktreichen Berufen in den Stadtteilen,
- Impfquoten nach Stadtteilen und
- Testhäufigkeit nach Stadtteil des Wohnorts der getesteten Personen.

Daten zu den Stadtteilen, in denen Betroffene von **besonderen Ausbrüchen** (Superspreader- Events) wohnen, konnten nicht zugelifert werden. Dynamische Indikatoren wie die zu speziellen Ereignissen – wie z. B. besondere Infektionsausbrüche in Schulen<sup>9</sup> oder Justizvollzugsanstalten<sup>10</sup> – können in kleinen Stadtteilen zu außergewöhnlich hohen Inzidenzwerten führen. Es konnten für die Studie jedoch keine diesbezüglichen Daten genutzt werden.

Außerdem lagen keine auslesbaren Daten über die Einführung verschiedener Maßnahmen gemäß den Hamburger Eindämmungsverordnungen bzw. **nicht-pharmazeutischer Interventionen** (NPI) vor, wie z. B. zu Schließungen bestimmter Einrichtungstypen (Schulen, Gastronomie, Ein- zelhandel u. a.).

Hinsichtlich des Themenkomplexes **Bildung**, insbesondere Bildungsstruktur und Bildungsinfra- struktur der Stadtteile, wurden Daten zu Kindergärten (Anzahl und Personal) und Grundschulen (Anzahl) sowie der in Sekundarstufe I beschulten Kinder (auch nach Schulform) ebenfalls vom Statistikamt Nord bezogen. Die Anzahl der in den Kindergärten betreuten Kinder und das Fläche- Kind-Verhältnis in den Kindergärten wurde von der Abteilung Familie und Kindertagesbetreuung

<sup>6</sup> Vgl. [Lohn- und Einkommensteuerstatistik in Hamburg 2013 – Große Unterschiede zwischen den Hamburger Stadtteilen \(PDF\)](#), Abruf 02.03.2022.

<sup>7</sup> Die AKN Eisenbahn GmbH ist ein regionales Eisenbahnverkehrsunternehmen und Eisenbahninfrastrukturunternehmen mit Sitz in Kaltenkirchen. Sie betreibt Strecken in Schleswig-Holstein und Hamburg. Diese Länder sind auch Anteilseigner und besitzen je die Hälfte der Gesellschaft. Vgl. [www.akn.de](http://www.akn.de), Abruf 02.03.2022.

<sup>8</sup> [Fahrplan der Linie A1 \(13.12.2020–11.12.2021\) Neumünster – Eidelstedt – Hamburg Hbf.](#)

<sup>9</sup> NDR: [Untersuchung rekonstruiert Corona-Ausbruch an Hamburger Schule \(2021\)](#).

<sup>10</sup> sh: z Schleswig-Holsteinischer Zeitungsverlag: [Corona-Ausbruch in „Santa Fu“: 21 Gefangene positiv getestet \(Januar 2022\)](#).



der Sozialbehörde zugeliefert. Daten zur Bildungsstruktur wurden dem Sozialmonitor 2020 entnommen und die Anzahl der Kinder und die Fläche pro Kind in Kindertagesstätten durch die Sozialbehörde zur Verfügung gestellt.

Im Bereich **Gesundheit und Gesundheitsinfrastruktur** konnten Indikatordaten zu Anzahl und Quote verschiedener Ärztinnen und Ärzte sowie Apotheken vom Statistikamt Nord bezogen werden. Daten zu Gesundheits- und Altenpflegeeinrichtungen, zur Kapazität vollstationärer Pflegeeinrichtungen, zu gesundheitlichen Risiken und zur vorzeitigen Sterblichkeit wurden vom Amt für Gesundheit der Sozialbehörde zugeliefert.

### Aufbereitung der Daten und Limitation gewonnener Erkenntnisse

Vor jeglicher Art der Auswertung quantitativer Daten ist ihre **Überprüfung und Bereinigung ein grundlegend wichtiger Schritt**, um Mängel zu identifizieren und den Umgang mit ihnen zu definieren. Daher wurden alle erfassten Daten auf Validität, Vollständigkeit, Integrität und Konsistenz geprüft<sup>11</sup>.

Für eine erste Beurteilung der Daten und möglichen Zusammenhänge von Infektionsgeschehen und erklärenden Faktoren wurde auf deskriptive Statistiken und grafische Analysen zurückgegriffen. Die Betrachtung der deskriptiven Statistiken (s. Übersicht der zentralen Indikatoren in Tabelle 2 im Anhang) zeigt eine **große Heterogenität zwischen den Stadtteilen** in fast allen Bereichen<sup>12</sup>. Es konnte festgestellt werden, dass viele der Indikatoren aufgrund hoher Korrelationen nicht gleichzeitig in einem Modell berücksichtigt werden können, da dies mit einer hohen Multikollinearität der unabhängigen Variablen einhergeht und Ergebnisse damit nicht belastbar sind (s. Tabelle 2 im Anhang). Aus diesem Grund galt es zunächst, mittels einer Hauptkomponentenanalyse aus der Vielzahl vorliegender Indikatoren<sup>13</sup> die Faktoren zu bestimmen, **die einen möglichst großen Teil der Informationen der vorliegenden Indikatoren erklären**. Diese **Faktoren/Hauptkomponenten** bündeln somit die Einzelindikatoren. Dabei fließen die verschiedenen Einzelindikatoren mit unterschiedlicher Gewichtung in die Faktorengruppen ein. Welche Indikatoren nun mit welcher Gewichtung auf einen Faktor einfließen („laden“), ist Ausgangspunkt für die Interpretation der statistisch identifizierten Faktoren.

Die Ergebnisse dieser Hauptkomponentenanalyse (Rotierte Komponentenmatrix) sind in Tabelle 3 im Anhang zusammengefasst. In dieser Hauptkomponentenanalyse ließen sich somit **fünf Faktoren** identifizieren, die entsprechend den darin gruppierten und gewichteten Einzelindikatoren wie folgt interpretiert und benannt wurden:

- „(1) niedriger sozioökonomischer Status (SÖS)“,
- „(2) Familien“,

<sup>11</sup> Im Verlauf dieser Prüfung wurde eine unplausible Angabe im Bereich des Anteils Sozialwohnungen festgestellt, die laut dem Auszug des Statistikamts für Billwerder die Gesamtzahl der Wohnungen überstieg. Nach Rücksprache mit dem Statistikamt Nord konnte geklärt werden, dass dies aufgrund neuer Sozialwohnungen im Sonderbauverfahren, z. B. Flüchtlingsunterkünfte, zustande gekommen ist. Diese werden bereits als Sozialwohnungen gezählt, fließen aber noch nicht in die amtliche Wohnungsfortschreibung ein, weil sie baurechtlich noch nicht abgeschlossen sind. Ebenfalls liegt für April 2021 eine sehr hohe Fallzahl für Allermöhe vor. Bei einer Bevölkerung von knapp 1.400 Personen ist dieser Wert von 193 für einen einzigen Monat so unplausibel, dass wir Allermöhe bei den weiteren Auswertungen nicht berücksichtigt haben. Die Ursache für diesen Extremwert konnte im weiteren Verlauf nicht ermittelt werden. Die sehr kleinen Stadtteile Altenwerder, Moorburg, Tatenberg, Spadenland, Reitbrook, Francop, Cranz, Kleiner Grasbrook, Steinwerder, Moorfleet und Billbrook konnten wegen zu vieler insbesondere aufgrund des Datenschutzes fehlender Datenpunkte nicht berücksichtigt werden.

<sup>12</sup> U. a. Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Prozent der Gesamtbevölkerung, Bevölkerungsdichte (Einwohner/qkm), durchschnittliche Wohnungsgröße, Stadtteilmedian des Gesamtbetrags der Einkünfte.

<sup>13</sup> Z. B. Einkommen, Wohnfläche in qm je Einwohner, Arbeitslose unter den 15- bis 65-Jährigen, Anteil SGB-II-Empfänger, Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten.

- „(3) Kindergartenkinder“,
- „(4) Gesundheitsrisiko“ und
- „(5) Arbeitnehmerprägung der Stadtteile“.

Das **ökologische Studiendesign** war gemäß Leistungsausschreibung für die quantitativen Teile der beauftragten Studie vorgegeben. Das Design birgt jedoch auch Herausforderungen: In der Epidemiologie wird dieser Untersuchungsansatz kritisch betrachtet, da es verschiedene methodische Limitationen gibt. Insbesondere verleitet es leicht zu einem sogenannten ökologischen Fehlschluss („ecological fallacy“) bzw. zu unzulässigen Schlussfolgerungen von der Populationsebene auf die Individualebene. Dennoch ist dieser Ansatz häufig die einzige Möglichkeit, erste Indizien für Zusammenhänge aufzudecken, da häufig wirtschaftlich und/oder datenschutzrechtlich keine Datengrundlage für eine Untersuchung auf Individualebene hergestellt werden kann.

Im **Ergebnis der quantitativen Analysen** (vgl. Kapitel 4.8) zeigten sich vor allem die auf die **Faktorengruppen „(1) niedriger sozioökonomischer Status/Armut (SÖS)“ einfließenden Variablen als Einflussfaktoren**, die es im Hinblick auf die aus der Literaturanalyse gewonnenen Erkenntnisse zu Mobilität, Infrastruktur oder soziodemografischen Faktoren zu überprüfen und zu erweitern galt. Deshalb wurde dieses Analysefeld in den folgenden auswertenden und interpretierenden Kapiteln 4 bis 6 fokussiert und diskutiert, inwiefern Aspekte wie Berufstätigkeit, Wohnverhältnisse, Alter, Migrationshintergrund, Bildungs- und Betreuungseinrichtungen sowie Infrastruktur literatur- und datenbasiert weitere Erklärungsansätze für das unterschiedliche Infektionsgeschehen in Hamburg bieten. Dafür und um lebensweltbezogene Bedingungsgefüge, die das Infektionsgeschehen beeinflussen können, besser einordnen zu können, wurden zusätzlich Ergebnisse qualitativer Erhebungen hinzugezogen.

### 3.3 Qualitative Einzel- und Gruppeninterviews mit Expertinnen und Experten

Um die aus der Literatur- und Datenanalyse gewonnenen Erkenntnisse zu möglichen Einflussfaktoren auf das heterogene Infektionsgeschehen zu ergänzen, wurden

- Expertinnen und Experten aus gesundheitsbezogenen, medizinischen und sozialen Handlungskontexten sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus Hamburger Stadtteilen in **drei Gruppeninterviews** zu lebensweltbezogenen Zusammenhängen, Einflüssen auf das Infektionsgeschehen sowie weiterführenden Handlungsansätzen befragt;
- ein **Persona-Workshop** mit je einer Vertretung aus jedem Gruppeninterview durchgeführt, um die aus allen drei Analyseschritten destillierten vier Personas (vgl. die zusammenfassenden Personas der Kapitel 5.1 bis 5.4) zu validieren und anzureichern;
- zwei vertiefende Einzelinterviews mit Akteurinnen geführt, die eine **länderübergreifende Perspektive** einnehmen: zum einen für das Thema Krisenkommunikation, zum anderen zur Verbindung sozialraumbezogener Gesundheits- und Armutsprävention.

Insgesamt wurden so 19 Personen in **sechs virtuelle Gesprächstermine** eingebunden.

#### Methodisches Vorgehen

Die methodische Entscheidung, den Fokus auf Gruppeninterviews und einen Persona-Workshop zu setzen, liegt in der **Chance dialogischer Formate** begründet: Alle Teilnehmenden waren als Expertinnen und Experten für ihr Berufsfeld mit engerem oder weiterem Überblick über Hamburger Sozialräume eingeladen. Die dialogischen Formate ermöglichten, dass sich **einzelne Beiträge ergänzten, verstärkten oder kontrastierten**, und trugen so direkt zur Validierung der Ergebnisse

bei. Teilweise wurden auch schon direkt Netzwerke oder präventive Ketten aufgezeigt, indem einzelne beteiligte Akteurinnen und Akteure über das Ineinandewirken des Handelns ihrer Organisationen berichteten.<sup>14</sup>

Zur **Identifikation relevanter Akteurinnen und Akteure** für die Gruppeninterviews wurden neben einer stadtteilbezogenen Recherche auch die Auftraggebenden und die Fachämter des Sozialraummanagements in den Hamburger Bezirksämtern eingebunden. Insgesamt wurden 17 Personen in Gruppeninterviews befragt. Die Gruppeninterviews dauerten zwischen 1,5 und 2 Stunden. Thematisch und personell wurden die Gruppen wie folgt geclustert:

**Gruppeninterview 1:** Einblicke in das Stadtteilgeschehen sowie Erfassen von Perspektiven und Erfahrung zur Erklärung des Infektionsgeschehens durch relevante Akteurinnen und Akteure aus dem Sozialraum mit direktem Kontakt zu Bürgerinnen und Bürgern.

Teilnehmende: Sechs Personen aus den Handlungsfeldern Jugend- und Gesundheitsämter, Stadtteilbüros, Vernetzungsstellen im Bereich der Prävention sowie Unterkunfts- und Sozialraummanagement.

**Gruppeninterview 2:** Erfahrungen und Perspektiven von Akteurinnen und Akteuren verschiedener Bildungseinrichtungen und Institutionen sowie im Sozialraum Engagierter, um neben erklärenden Einflussfaktoren auch Hinweise zu gelingendem Infektionsschutz(verhalten) und Informationszugang zu erhalten.

Teilnehmende: Fünf Personen aus den Handlungsfeldern Kindertagesbetreuung, schulische Bildung, institutionelle Gesundheitsprävention, Familienbildung und Ehrenamt.

**Gruppeninterview 3:** Neben der Ausgestaltung von Informationszugängen und einem gelingenden Infektionsschutz wurden mögliche Handlungsansätze und Maßnahmen einer erfolgreichen Präventionsstrategie und Präventionspolitik diskutiert.

Teilnehmende: Sechs Personen aus den Bereichen Sozialraummanagement, kommunales Gesundheitsfördermanagement, institutionelle Gesundheitsförderung und -prävention, integrierte Stadtentwicklung und Städtebauförderung, kommunale gesundheitliche Primärversorgung.

Abgeleitet aus der Literaturanalyse und den statistischen Auswertungen wurden die drei Gruppeninterviews zu **drei thematischen Blöcken** gebündelt, wobei beim dritten Gruppeninterview ein Schwerpunkt auf die Themenblöcke zwei und drei gelegt wurde:

- 1) Infektionsgeschehen und erklärende Faktoren
  - Erklärungsansätze für heterogenes Infektionsgeschehen in Bezirken/Stadtteilen/Sozialräumen
  - Bestimmte lebensweltbezogene Merkmale, die mit einem erhöhten Infektionsrisiko in Verbindung gebracht werden
  - Kenntnis von besonderem Ausbruchsgeschehen
- 2) Informationszugang und Infektionsschutz
  - Woher und in welcher Form beziehen die Menschen im Bezirk/Stadtteil/Sozialraum Informationen zu SARS-CoV-2?
  - Was verbessert den Zugang zu schwer erreichbaren Personengruppen?
  - Was verbessert die Bereitschaft zum Infektionsschutz bzw. zur Impfung?

<sup>14</sup> Beispielsweise vermittelte eine Institution, deren Vertretung am Gruppeninterview beteiligt war, für eine andere Institution Sprachmittlung und Informationsweitergabe.

- Was sind wichtige Faktoren für die Bekämpfung von Infektionen?
- 3) Handlungsansätze und erfolgreiche Präventionspolitik
- Welche Erkenntnisse wurden in der Pandemie gewonnen, die sich für künftige gesundheits- und sozialpolitische Präventionsansätze nutzen lassen?
  - Welches sind wichtige einzubindende Akteurinnen und Akteure?
  - Welche Art der Zusammenarbeit zwischen den Bezirken/Stadteilen/Sozialräumen könnte zu einer erfolgreichen Pandemiebekämpfung beitragen?

In allen Gruppeninterviews wurden die gleich strukturierten Miroboards als **digitales Dokumentationstool** eingesetzt, wobei die drei thematischen Blöcke das Dokumentationstool gliederten (siehe Abbildung 3).

Das Board funktionierte wie eine Pinnwand – **Wortbeiträge wurden in Echtzeit auf Post-its dokumentiert** und konnten von allen Teilnehmenden eingesehen werden (siehe Abbildung 18 im Anhang). Auch dieses Vorgehen diente der Qualität im Prozess: Fehlende oder falsche Mitschriften wurden sofort von den Teilnehmenden angemerkt.

**Abbildung 3: Miroboard mit Leitfragen für die Gruppeninterviews**



Quelle: Eigene Darstellung Ramboll Management Consulting

Nach den Gruppeninterviews wurde eine **Inhaltsanalyse** der erlangten Erkenntnisse entlang der übergeordneten Themenfelder durchgeführt. Da an jedem Gruppeninterview zwei Evaluatorinnen (Moderation und Fragen; Dokumentation und Nachfragen) teilnahmen, wurde eine Forschertrian-gulation gesichert. Als Zusammenfassung aller Ergebnisse wurden durch mehrere Quellen ge-stützte **Faktorenbündel zusammengestellt**, wie sie in Kapitel fünf dargestellt sind:

1. Armut – Wohnumfeld – Gesundheit
2. Prekäre Beschäftigung – Mobilität – Kinderbetreuung
3. Migration – Sprache – Informationszugänge
4. Vertrauen – Zusammengehörigkeitsgefühl – Vorbildwirkungen

Als letzter Analyseschritt wurden aus dem Material zu jedem Faktorenbündel **Personas** abgelei-tet, die die herausgearbeiteten Bedingungsgefüge anhand einer fiktiven Person konkretisieren (vgl. dazu Erläuterung in Kapitel 5). Diese Personas wurden mit je einer Vertretung aus jedem Gruppeninterview (also drei Personen) in einem **abschließenden Workshop** validiert. Mit den Hinweisen aus diesem Workshop wurden die Personas final „gefüttert“.

Parallel zu dieser Hamburg-spezifischen Erhebungslinie wurden zwei **ergänzende leitfadengestützte Experteninterviews** geführt: Grundlagen dafür waren Literaturanalysen und Desk-Research zu den Themenfeldern „Zielgruppenspezifische Kommunikation in Krisensituationen“ sowie „Sozialraumbezogene Gesundheits- und Armutsprävention“: Beide Themen erwiesen sich aufgrund der Literaturanalyse und der Gruppeninterviews für die Studie als besonders relevant. Zu beiden Themen wurden durch Desk-Research eine Expertin ausgewählt und jeweils ein Leitfaden entwickelt, durch den existente Erkenntnislücken abgedeckt wurden. Die Leitfäden wurden im Vorfeld an die Expertinnen versandt, die Interviews dokumentiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Mit den Expertinnen wurde vereinbart, dass ihre Aussagen anonymisiert aufgenommen oder wörtlich wieder- und dann freigegeben werden. Im Arbeitsprozess hat sich die Evaluation aufgrund der breit verwendeten Einschätzungen der Expertinnen für anonymisierte Wiedergaben entschieden; die Expertinnen sind jedoch durch Quellenangaben in der Studie gespiegelt.

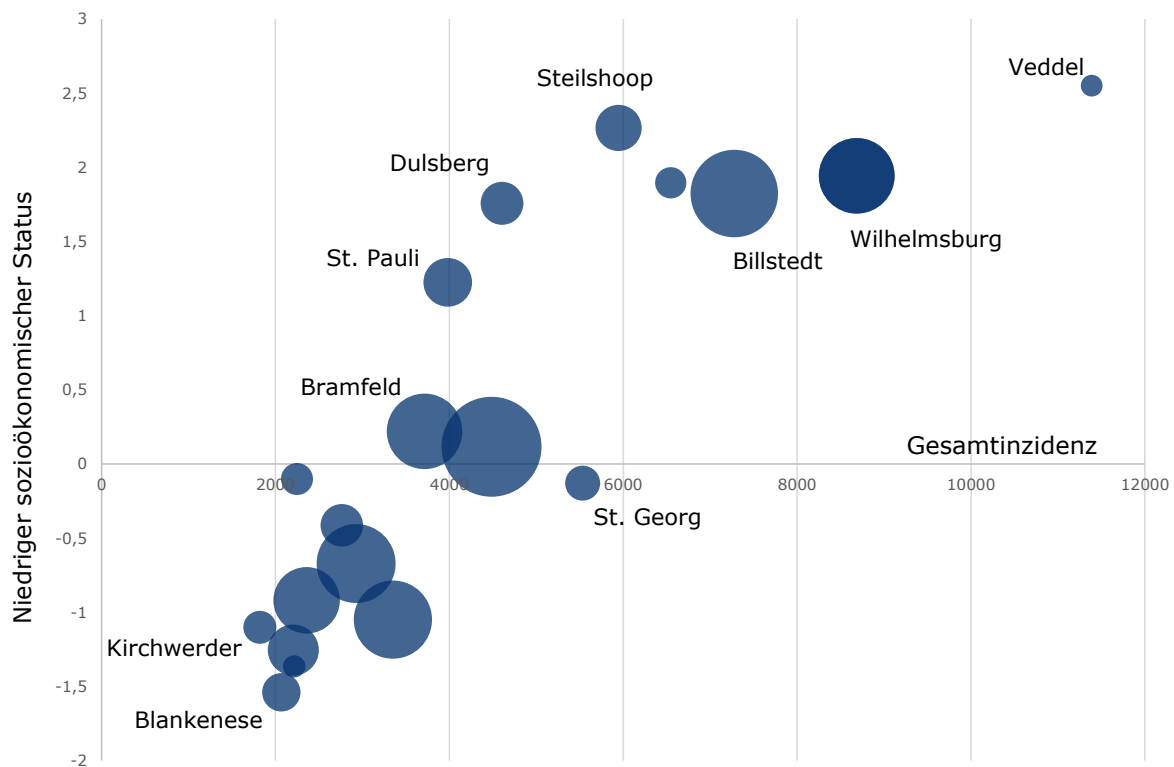
## 4 Das Infektionsgeschehen in den Hamburger Bezirken und Stadtteilen

In diesem Kapitel werden zentrale Befunde hinsichtlich des Infektionsgeschehens in Hamburger Bezirken und Stadtteilen dargestellt, die auf **einzelne mögliche erklärende Faktoren** bezogen werden. Es wird also bewusst noch keine multifaktorielle Analyse vorgenommen, weil zuerst die Relevanz einzelner Einflussgrößen dargestellt werden soll. Im folgenden Kapitel 5 wird die multifaktorielle Diskussion dann auf Grundlage dieses Kapitels sowie der Ergebnisse der qualitativen Erhebungen (vgl. Kapitel 3.3) erfolgen, bevor in Kapitel 6 dann Handlungsansätze abgeleitet werden.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass auf Grundlage der zur Verfügung stehenden Daten **kein „Hamburg-spezifisches“ Infektionsgeschehen** zu beobachten ist, das zu Erklärungsmustern führt, die nicht auch aus anderen Studien bekannt sind. Entsprechende Bezüge zu anderen Studien werden deshalb als Kontextualisierung in dieses Kapitel eingebunden, sodass die Datenbasis für Kapitel 4 statistische Analysen sowie die Ergebnisse der Literaturanalyse bilden.

Die Betrachtung der deskriptiven Statistiken der ersten drei Wellen in Hamburg deutet auf eine **große Heterogenität zwischen den Hamburger Stadtteilen und Bezirken** in fast allen Bereichen hin (eine Übersicht der zentralen vorliegenden Indikatoren ist in Tabelle 1 im Anhang wiedergegeben). Differenziert man den Einfluss unterschiedlicher Faktoren, stellt sich als zentrale Erklärung des Infektionsgeschehens der unterschiedliche sozioökonomische Status in den verschiedenen Hamburger Stadtteilen heraus.

**Abbildung 4: Zusammenhang zwischen Gesamtinzidenz in Stadtteilen und SÖS**



Anmerkungen: Beobachtungszeitraum von März 2020 bis August 2021; Kreisgröße: Stadtteilgröße gemessen an Bewohnern  
Quelle: Eigene Darstellung Ramboll Management Consulting auf Basis der vorliegenden Daten

Die **COVID-19-Infektionsdynamik** in Hamburg entspricht in etwa der für das gesamte Bundesgebiet. Die erste Welle nach Ausbruch der Pandemie ebte im Mai 2020 ab, die zweite Welle kündigte sich erst im Juli 2020 an und erreichte ihren Höhepunkt zum Jahreswechsel (siehe Abbildung 1 **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Mit zunehmender Dominanz der Alpha-Variante wurde die abnehmende zweite Welle von der dritten abgelöst. Nachdem diese im April 2021 ihren Höhepunkt überschritten hatte, wurden im Mai auch in Hamburg Maßnahmen wie die nächtliche Ausgangssperre zurückgenommen. Zum Ende des Beobachtungszeitraums dieser Studie kündigte sich bereits die vierte Welle an.

Im Folgenden werden einzelne Faktoren bezüglich ihres Einflusses auf das Infektionsgeschehen diskutiert.

#### 4.1 Sozioökonomischer Status und Infektionsgeschehen in Hamburg

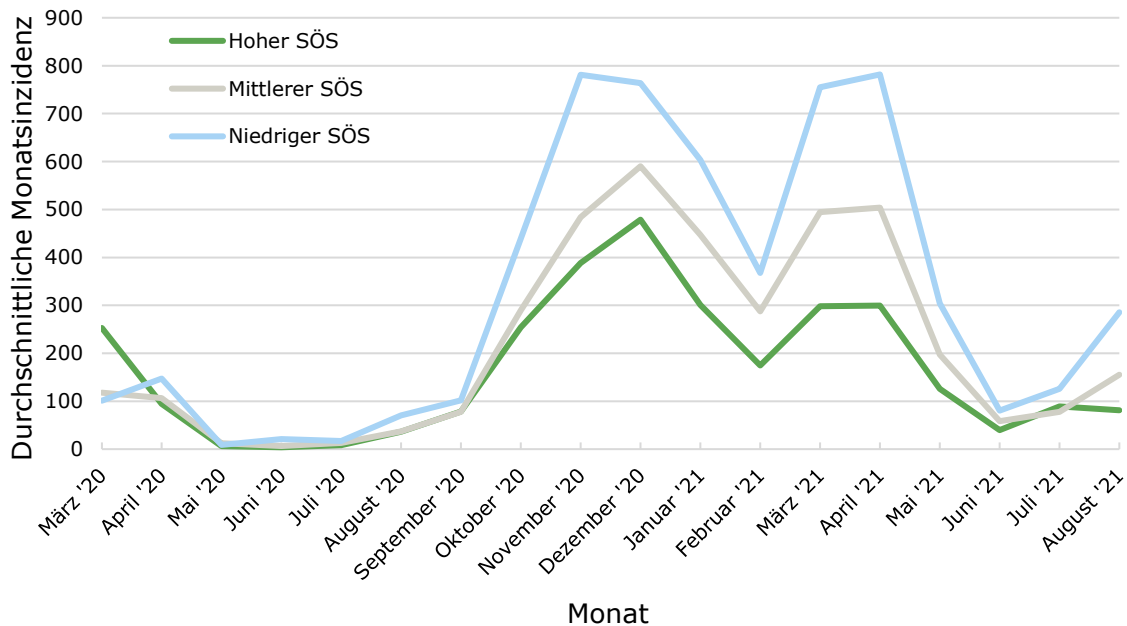
Der **sozioökonomische Status** wird wesentlich von verschiedenen Indikatoren für Arbeitslosigkeit, dem Bildungsniveau (gemessen als Anteil Personen mit Haupt-/Realschulabschluss oder ohne Abschluss) und der Einkommenssituation (gemessen am Median des Gesamtbetrags der Einkünfte) bestimmt.<sup>15</sup> Ein Blick auf den Pandemieverlauf entlang der Hamburger **Stadtteile mit niedrigem, mittlerem und hohem sozioökonomischem Status**<sup>16</sup> zeigt einen deutlichen Zusammenhang mit dem Infektionsgeschehen (siehe Abbildung 4): Sichtbar wird, dass die **Pandemie in Stadtteilen mit hohem sozioökonomischem Status ihren Anfang** genommen hat, sich seit der zweiten Welle jedoch immer deutlicher in Stadtteilen mit niedrigem sozioökonomischem Status dynamischer entwickelt. In der zweiten Welle liegt die durchschnittliche Monatsinzidenz in Stadtteilen mit hohem sozioökonomischem Status bei 478 im Höchstwert, in Stadtteilen mit niedrigem sozioökonomischem Status bei knapp 781. In der dritten Welle liegt das Verhältnis dann schon bei 300 (hoher SÖS) zu 782 (niedriger SÖS): Damit **infizierten sich in sozial benachteiligten Stadtteilen knapp (2. Welle) oder mehr als doppelt so viele (3. Welle) Menschen** wie in sozial privilegierten Stadtteilen. Angesichts der relativ hohen Inzidenz in Stadtteilen mit hohem sozioökonomischem Status zu Beginn der ersten Welle ist zu bedenken, dass in Hamburg die Zeit der ersten Welle der Pandemie in Europa im März 2020 auf die Schulferien fiel. Insbesondere das „Super-Spreader-Event“ in Ischgl wird somit auch einen Effekt auf den Pandemiebeginn in Hamburg gehabt haben<sup>17</sup>. Dabei ist besonders auffällig, wie schnell sich dieser Zusammenhang umgekehrt hat. Schon im April 2020 war die Monatsinzidenz in den Stadtteilen mit niedrigem sozioökonomischem Status höher als in anderen Stadtteilen.

<sup>15</sup> Siehe Faktor (1) der Hauptkomponentenanalyse, Tabelle 3 im Anhang.

<sup>16</sup> SÖS wird hierbei mit Faktor (1) der Hauptkomponentenanalyse gemessen. Einteilungen von Variablen (z. B. zur Visualisierung in den Abbildungen der folgenden Abschnitte) erfolgen immer in gleich große Quantile, hier im Falle von „niedrigem“, „mittlerem“ und „hohem“ sozioökonomischen Status also in Terzile/Drittel.

<sup>17</sup> Zur Bedeutung touristischer freizeitbezogener Mobilität vgl. Plümper & Neumayer 2020: 9.

**Abbildung 5: Pandemieverlauf in Stadtteilen nach sozioökonomischem Status (SÖS)**



Quelle: Eigene Darstellung Ramboll Management Consulting auf Basis der vorliegenden Daten

Mit dem Hamburger Inzidenzverlauf werden **Befunde aus der Literaturstudie bestätigt**: Zu Beginn der Pandemie zeigten vor allem die Stadtteile mit höherem sozioökonomischem Status ein dynamischeres Infektionsgeschehen (Plümper & Neumayer 2020, Hoebel et al. 2021a). Eine Ursache wird darin erkannt, dass Menschen mit höherem Einkommen international mobiler sind und so früher im Ausland mit dem Virus in Kontakt kamen. Der generell enge Zusammenhang zwischen Einkommen und Infektionsgeschehen wird in der einschlägigen Forschungsliteratur festgestellt, wonach **höhere Einkommen mit geringeren Infektionsraten** einhergehen. Insgesamt wurden elf Studien herangezogen, die das Einkommen betrachten: Diese stellten mehrheitlich einen negativen Zusammenhang mit der Inzidenz her (Cordes & Castro 2020, Marí-Dell’Olmo et al. 2021, van Holm et al. 2021). Dass Menschen in sozioökonomisch benachteiligten Regionen und mit geringem Haushaltseinkommen seit Mitte der zweiten Welle von einer SARS-CoV-2-Infektion stärker betroffen waren und eine höhere Sterblichkeitsrate haben als sozioökonomisch besser gestellte Personengruppen, ist auch ein bundesweit nachgewiesener Befund (vgl. Dragano et al. 2021, Hoebel et al. 2021a und 2021b).

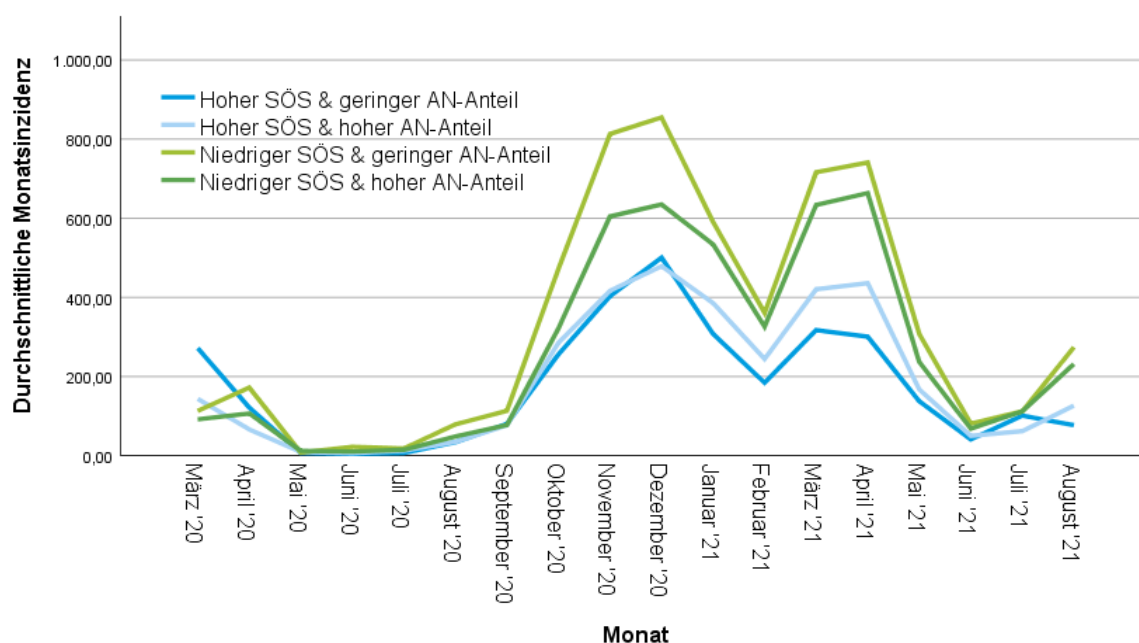
## 4.2 Berufstätigkeit und Infektionsgeschehen in Hamburg

Seit Beginn der Pandemie sind die Berufstätigkeit und ihr Einfluss auf das Infektionsrisiko ein zentrales Thema öffentlicher Diskussionen. Testverfahren am Arbeitsplatz, Homeoffice oder die Definition systemrelevanter Berufe und damit einhergehender Maßnahmen wie Kinderbetreuung im Haushalt für nicht systemrelevante Berufe sind Maßnahmen, um das Infektionsgeschehen am Arbeitsplatz und auf dem Weg dorthin zu vermeiden. Die Hamburger Daten deuten auf einen **Zusammenhang zwischen der Berufstätigkeit, dem sozioökonomischen Status und der Inzidenz** hin: In Stadtteilen mit niedrigem sozioökonomischem Status ist die Inzidenz **höher**, wenn gleichzeitig der Anteil an Arbeitnehmenden an der Erwerbsbevölkerung gering ist. In Stadtteilen mit hohem sozioökonomischem Status ist die Inzidenz zumindest in der dritten Welle **niedriger**, wenn gleichzeitig der Anteil an Arbeitnehmenden gering ist. Dieser Interaktionseffekt lässt sich auch in einer multivariaten Regression belegen, bei der gleichzeitig der Einfluss anderer möglicher Einflussfaktoren kontrolliert werden kann (vgl. Tabelle 4 im Anhang).



Der Unterschied im Zusammenhang des Anteils an Arbeitnehmenden und Inzidenz ist in der zweiten Welle deutlicher als in der dritten. Während der zweiten Welle galten Lockdown-Maßnahmen, die während der dritten Welle schrittweise zurückgenommen wurden. Eine plausible Erklärung für den beobachteten Unterschied ist, dass in Stadtteilen mit niedrigerem sozioökonomischem Status **mehr Arbeitnehmende auch während des Lockdowns in systemrelevanten Berufen** arbeiten mussten und somit einem höheren Expositionsrisiko ausgesetzt waren. In dieser Zeit lässt sich auf der anderen Seite für Stadtteile mit hohem sozioökonomischem Status kein Zusammenhang mit dem Anteil an Arbeitnehmenden feststellen.

**Abbildung 6: Interaktion SÖS und Arbeitnehmeranteil mit durchschnittlicher Monatsinzidenz**



Quelle: Eigene Darstellung Ramboll Management Consulting

Für das Expositionsrisiko aufgrund der Arbeit lassen sich mehrere Gründe identifizieren. Diese liegen vor allem in den **unterschiedlichen Mobilitätsmöglichkeiten** von Menschen mit hohem bzw. geringem Einkommen und der Art von Arbeit, die beispielsweise Homeoffice zulässt oder nicht (Hoebel et al. 2021b, van Holm et al. 2021: 222), sowie in Arbeitsbedingungen wie der räumlichen Nähe in Produktionsbetrieben oder dem Teilen von Geräten und Materialien (Contreras et al. 2021). Aufgrund nicht verfügbarer Daten zur Nutzung des ÖPNV konnten keine das Mobilitätsverhalten oder die Verkehrsinfrastruktur betreffenden Variablen auf Hamburger Stadtteilebene in die Analyse aufgenommen werden. Die Mobilität wurde jedoch sowohl in der einschlägigen Literatur als auch in dem Gruppeninterview (vgl. Kapitel 3.3) als ein erklärender Faktor benannt.

Als besonders **kontaktintensive Branchen** mit hoher Infektionsgefahr gelten das Gesundheitswesen, das Bildungswesen und der Einzelhandel (Barbieri et al. 2021) bzw. konkretisiert für Deutschland medizinische Fachangestellte, Angehörige von Berufen in der Gesundheits- und Krankenpflege, Berufe in der Fachkrankenpflege, Berufe in der Ergotherapie, Berufe in der Altenpflege, Berufe in der Kinderbetreuung und -erziehung sowie Berufe in der Haus- und Familienpflege (Techniker Krankenkasse 2021: 28). Dabei ist davon auszugehen, dass in der Pflege auch Menschen mit geringem Einkommen beschäftigt sind (vgl. Blank & Schulz 2021). In der hier vorgelegten Studie konnten allerdings entsprechende statistische Zusammenhänge nicht geklärt werden,

da weder zum Anteil der Beschäftigten nach Berufszweig noch zur Nutzung des ÖPNV<sup>18</sup> Daten auf Stadtteilebene zur Verfügung standen<sup>19</sup>. So muss an dieser Stelle auf Evidenzen aus der Literatur verwiesen und weiterer Forschungsbedarf festgestellt werden.

### 4.3 Wohnverhältnisse und Infektionsgeschehen in Hamburg

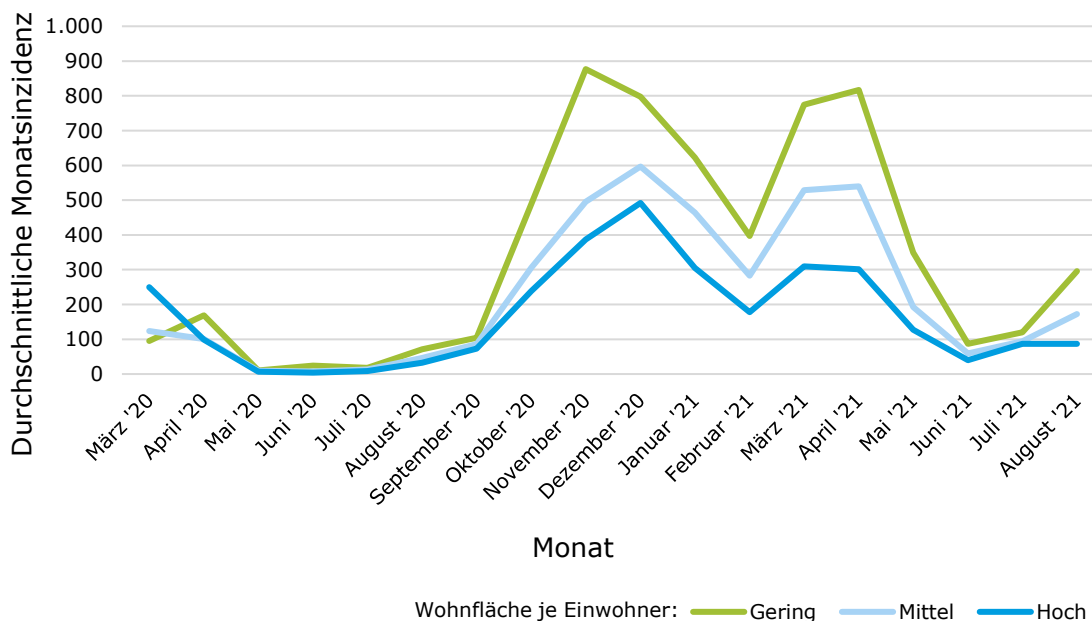
Der Zusammenhang zwischen Wohnverhältnissen und der COVID-19-Inzidenz wird in der Literatur anhand unterschiedlicher Datengrundlagen ermittelt, z. B. **Haushaltsgröße oder Wohnfläche pro Einwohner**. Überwiegend wurde in entsprechenden Studien ein positiver Zusammenhang dargelegt und bedingt durch enge Wohnverhältnisse auf die unmittelbare Nähe und Kontakte zu anderen Haushaltsmitgliedern zurückgeführt (z. B. Lamb et al. 2021: 214). Spezielle Untersuchungen liegen auch zu **verschiedenen Formen von Gemeinschaftsunterkünften** vor. Hier wurde festgestellt, dass Menschen in Gemeinschaftsunterkünften sich aufgrund der von vielen Menschen gemeinsam genutzten beengten Wohnverhältnissen häufiger mit COVID-19 infizieren als der Rest der Bevölkerung. Das Risiko bestand insbesondere während der ersten Welle, da nicht ausreichende Testmöglichkeiten oder nahegelegene Testzentren zu Verfügung standen (Karb et al. 2020: 1049–1051, Koh 2020: 636).

Für Hamburg können entsprechende Tendenzen für den Zusammenhang von Wohnraumenge und Inzidenz erkannt werden. Abbildung 7 zeigt, dass die Monatsinzidenz sowohl in der zweiten wie auch der dritten Welle in Stadtteilen mit einer niedrigeren durchschnittlichen Wohnfläche je Einwohner deutlich höher war. Die Vermutung liegt nahe, dass dies auch auf den **niedrigeren sozioökonomischen Status, der mit beengten Wohnverhältnissen korreliert**, zurückzuführen ist (vgl. zum Zusammenhang von Armut und Wohnumfeld auch Kapitel 5.1) oder auf eine höhere Anzahl an Familien in diesen Stadtteilen. Allerdings kann der Effekt auch bei Betrachtung ausschließlich der Stadtteile mit niedrigem sozioökonomischem Status und hoher Ausprägung des Faktors Familie beobachtet werden (siehe Abbildung 16 im Anhang).

<sup>18</sup> Die in Kapitel 3.2 erwähnten Daten des HVV zu den Fahrgastzahlen der Linie S1 stellen nur einen beispielhaften Auszug dar und können nicht für umfassendere Analysen verwendet werden.

<sup>19</sup> Der Faktor (5) „Arbeitnehmerprägung“ stellt hier nur eine sehr grobe Annäherung dar, ohne speziell auf das Expositionsrisiko abstellen zu können. In der Tat ist der Effekt dieses Faktors in Regressionsmodell 2 auch nicht signifikant. Von den Monatsinzidenzen korreliert allein der September 2020 negativ mit diesem Faktor, was wahrscheinlich auf das vermehrte Testen von Reiserückkehrern zurückgeführt werden kann.

**Abbildung 7: Inzidenz nach Wohnfläche je Einwohner**

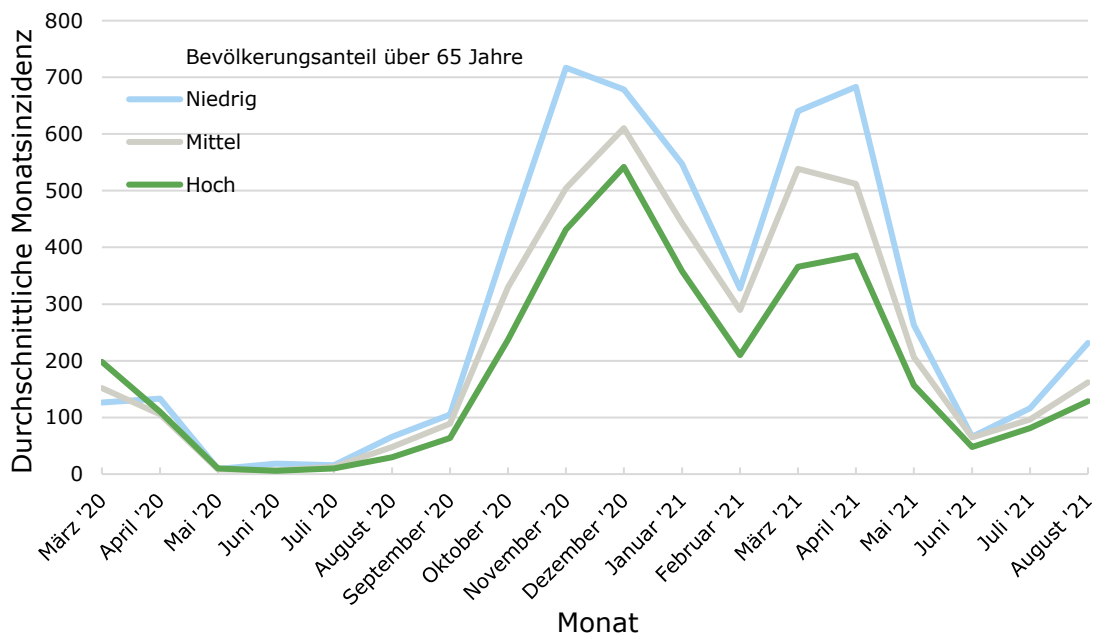


Quelle: Eigene Darstellung Ramboll Management Consulting auf Basis der vorliegenden Daten

#### 4.4 Alter und Infektionsgeschehen in Hamburg

Bei Betrachtung der **Bevölkerung über 65 Jahre** zeigt sich mit Beginn der zweiten Welle in Hamburg ein deutlich negativer Einfluss (siehe Abbildung 8). Dies ist womöglich auf die größere Vorsicht der älteren Bevölkerung zurückzuführen, bei der sich bereits zu Beginn der Pandemie ein sehr viel höheres Risiko eines schweren oder tödlichen Verlaufs abzeichnete und sich in der Folge viele ältere Menschen auch ohne Lockdown isolierten. In der dritten Welle zeigt sich dieser Unterschied nochmals deutlicher ausgeprägt, was wahrscheinlich auf die wachsende Impfquote in dieser Bevölkerungsgruppe zurückzuführen ist. Im Ergebnis zeigt die Analyse der untersuchten Literatur keinen eindeutigen Zusammenhang zwischen dem Alter und der Inzidenz, da positive Korrelationen mit einer häufigeren und ausgeprägteren Symptomatik und damit verbundenen Testungen bzw. niedrigeren Dunkelziffern erklärt werden (vgl. u. a. Zhang 2021: 534–535 f. oder Marí-Dell’Olmo et al. 2021: 8).

**Abbildung 8: Pandemieverlauf in Stadtteilen nach Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre**



Quelle: Eigene Darstellung Ramboll Management Consulting auf Basis der vorliegenden Daten

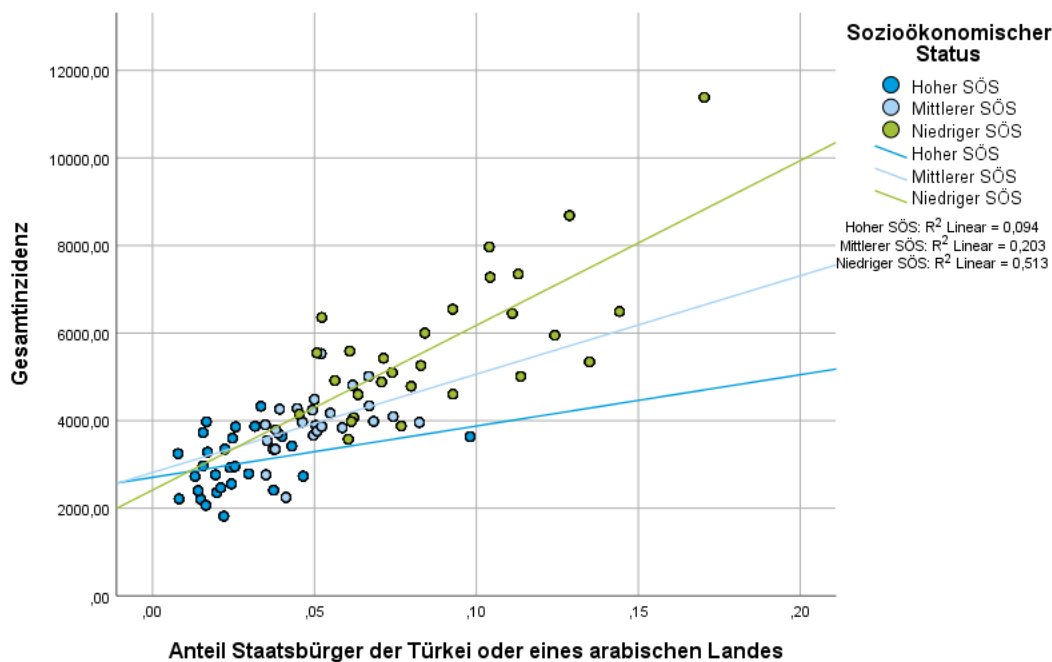
#### 4.5 Migrationshintergrund und Infektionsgeschehen in Hamburg

Der Einfluss des Anteils der ausländischen Bevölkerung konnte in einer Reihe multivariater Regressionen untersucht werden.<sup>20</sup> Im ersten Regressionsmodell (Modell 1 in Tabelle 5) konnte mit Blick auf wichtige Bezugsländer bzw. Bezugsländergruppen für die Gruppen „Arabisch/Türkisch“ und „Südeuropa“ ein signifikanter Effekt gezeigt werden.<sup>21</sup> Sobald allerdings auch der Einfluss des sozioökonomischen Status im Modell 2 berücksichtigt wird, ist dieser Effekt sehr viel schwächer und weniger signifikant (Modell 2 in Tabelle 5). Dies ist ein Indiz, dass die höhere Infektionsdynamik in migrantisch geprägten Stadtteilen nicht so sehr auf den Anteil der ausländischen Bevölkerung selbst, sondern vielmehr auf die **sozioökonomischen Lebensrealitäten**, die in diesen Stadtteilen vorherrschen, zurückzuführen ist. Dieser Erklärungsansatz wird bei genauerer Betrachtung der Interaktion von sozioökonomischem Status und Migrationshintergrund auf die Inzidenz auf Hamburg bezogen untermauert: Der Zusammenhang zwischen dem Anteil der Bevölkerung mit Staatsbürgerschaft der Türkei oder eines arabischen Landes und der Inzidenz ist in Stadtteilen mit hohem sozioökonomischem Status nur sehr schwach ausgeprägt und nimmt für Stadtteile mit geringem sozioökonomischem Status zu (siehe Abbildung 9).

<sup>20</sup> Die Variablen „Anteil Bevölkerung mit Migrationshintergrund“ und „Anteil ausländischer Bevölkerung“ unterscheiden sich darin, dass in Ersterem auch Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit sind, die aber selbst oder deren Eltern eine Migrationsgeschichte aufweisen. Im Anteil ausländischer Bevölkerung sind hingegen nur Personen mit einer konkreten ausländischen Staatsangehörigkeit berücksichtigt. In dieser Studie wurde aus zwei Gründen auf Letztere abgestellt: (1) Sie bildet besser den Bevölkerungsanteil ab, der potenziell höhere sprachliche und kulturelle Barrieren aufweist. (2) Der „Anteil Bevölkerung mit Migrationshintergrund“ korreliert noch stärker mit dem SÖS in den Stadtteilen und konnte daher aufgrund hoher Multikollinearität nicht in den Regressionsmodellen berücksichtigt werden.

<sup>21</sup> Es konnten nicht alle Ländergruppen gleichzeitig in einem Modell betrachtet werden. In separaten Modellen wurde auch der Einfluss der zwei anderen Ländergruppen getestet, konnte aber nicht bestätigt werden.

**Abbildung 9: Interaktion SÖS und Anteil Staatsbürger der Türkei/eines arabischen Landes**



Quelle: Eigene Darstellung Ramboll Management Consulting auf Basis der vorliegenden Daten

Das gleiche Ergebnis findet sich in der herangezogenen Forschungsliteratur, in der ebenfalls ein positiver Zusammenhang zwischen dem Anteil an migrantischer Bevölkerung in Stadtteilen und einer höheren COVID-19-Inzidenz aufgezeigt wird. Dabei handelt es sich bei den Studien überwiegend um multifaktorielle Untersuchungen, die auch eine **hohe Korrelation mit Variablen wie Armut, Haushaltsgröße oder persönlichem Gesundheitsrisiko** aufweisen (vgl. Kapitel 4.6, Søgaard & Kan 2021, Strully et al. 2021, Zhang 2021: 534 f.). Diese Variablen werden dabei auch im Kontext struktureller Ungleichheit betrachtet, aus der beispielsweise ein erschwerter Zugang zu Teststationen oder enge Wohnverhältnisse resultieren (Alsan et al. 2020: 8 ff., Cordes & Castro 2020: 3 f., DiMaggio et al. 2020: 6, van Holm et al. 2021: 223). Außerdem wird immer deutlicher, dass Sprachbarrieren das Impfverhalten von Menschen mit Migrationsgeschichte beeinflussen, obwohl ihre Impfbereitschaft höher ist als bei Menschen ohne Migrationsgeschichte (vgl. Kapitel 1): In der 2022 veröffentlichten RKI-Studie zum Impfverhalten wird festgestellt: „Unter Kontrolle der Merkmale Bildung, Einkommen, Alter und Sprache als zusätzliche Variable unterscheidet sich die Chance geimpft zu sein zwischen Personen mit und ohne Migrationsgeschichte nicht“ (RKI 2022: 7).

#### 4.6 Technische Infrastruktur und Infektionsgeschehen in Hamburg

Die während der Pandemie aufgebaute **Testzentren-Infrastruktur** hat sich in einer unterschiedlichen Anzahl durchgeführter POC-Tests in den Stadtteilen niedergeschlagen, die als Kontrollvariable in das zweite Regressionsmodell aufgenommen wurde. Hier konnte jedoch kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden. Dabei ist einerseits zu beachten, dass Daten zu durchgeführten POC-Tests nur für die letzten vier Monate des Beobachtungszeitraums vorliegen. Hier könnte sich daher noch ein signifikanter Einfluss feststellen lassen, wenn im Rahmen weiterführender quantitativer Untersuchungen auch Zeitreihenanalysen über einen längeren Zeitraum durchgeführt werden können. Darüber hinaus wurden spätestens mit der sogenannten Bundesnotbremse im Mai 2021 durch die „3G-Regelung“ die Schnelltests in vielen Bereichen des öffentlichen Lebens Pflicht, wodurch sich die diesbezügliche Varianz zwischen den Stadtteilen verringert. Andererseits

**muss diese Variable mit Vorsicht interpretiert werden**, da die Testzahlen sich auf die Stadtteile beziehen, in denen getestet worden ist, nicht auf die Stadtteile, in denen die getesteten Personen gemeldet sind. Wie groß dieses Problem ist, lässt sich mit den vorliegenden Daten nicht abschätzen. Hinzu kommt, dass seit dem 24. Februar 2021 auch Corona-Selbsttests zugelassen sind, zu deren Nutzung es keinerlei Datenbasis gibt. Auch sollten Arbeitgeber ab April 2021 ihren Beschäftigten ermöglichen, zweimal pro Woche einen Schnelltest durchführen zu lassen.<sup>22</sup> Zur Umsetzung von Schnelltests am Arbeitsplatz fehlt ebenso die Datengrundlage.

Auch wenn in dem oben genannten Regressionsmodell kein signifikanter Zusammenhang nachgewiesen werden konnte: Die Durchführung von POC-Tests ist ein wichtiges Mittel, Infektionsketten frühzeitig zu brechen und die Infektionsdynamik zu verlangsamen (Cordes & Castro 2020: 6 f.).<sup>23</sup>

Auch die Analyse der **Forschungsliteratur** brachte den Hinweis auf einen negativen Zusammenhang – insbesondere mit zeitlichem Bezug zur ersten Welle, aufgrund nicht gut zugänglicher Teststationen in Stadtteilen (Hu et al. 2020: 13 f.). Leithäuser et al. (2021: 1) untersuchten darüber hinaus am Beispiel von Deutschland, wie eine optimale Verteilung von Impfstellen gegen COVID-19 dazu beitragen kann, die Barrieren für eine Impfung zu minimieren. Eine **gleichmäßige Verteilung von Impfzentren über ganz Deutschland** ist dabei optimal, um die Distanzen zu vermindern und in der Folge Barrieren aufgrund längerer Anfahrtszeiten abzubauen (ebd.: 14 f.).

#### 4.7 Schul- und Kindergartenkinder und Infektionsgeschehen in Hamburg

Die Daten, mit denen in dieser Studie Hinweise zum Zusammenhang von der Anzahl von Kindern und Jugendlichen in Stadtteilen und dem dortigen Infektionsgeschehen untersucht wurden, betreffen vor allem die **ersten Wellen der Pandemie**. Im weiteren Verlauf veränderte sich die Dynamik im Infektionsgeschehen durch die Zunahme der Impfungen bei Erwachsenen: „Aufgrund der Änderungen der zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten und der zunehmenden Impfquote bei Erwachsenen ist zu erwarten, dass die Bedeutung der Rolle von Kindern und Jugendlichen für die Transmission von SARS-CoV-2 zunimmt und ihr Anteil an allen Meldungen weiterhin ansteigen wird“ (Autorengruppe Corona-KiTa-Studie 2021: 49 ff.). In der Literatur wurden als Einflussgrößen, mit denen das Infektionsgeschehen in Kitas und Schulen beeinflusst werden kann, vor allem auf Hygienepraktiken, die Fokussierung von Kontaktmustern von Pädagoginnen und Pädagogen sowie deren Impfstatus („Neupriorisierung von Impfungen gegenüber dem pädagogischen Personal in der Kindertagesstätte“) verwiesen (Schoeps et al. 2021: 13).

In Stadtteilen mit hoher bzw. niedriger Ausprägung des Faktors **„(3) Kindergartenkinder“**<sup>24</sup> zeigt sich ein deutlicher Unterschied in den jeweils drei Monaten nach den Sommerferien 2020

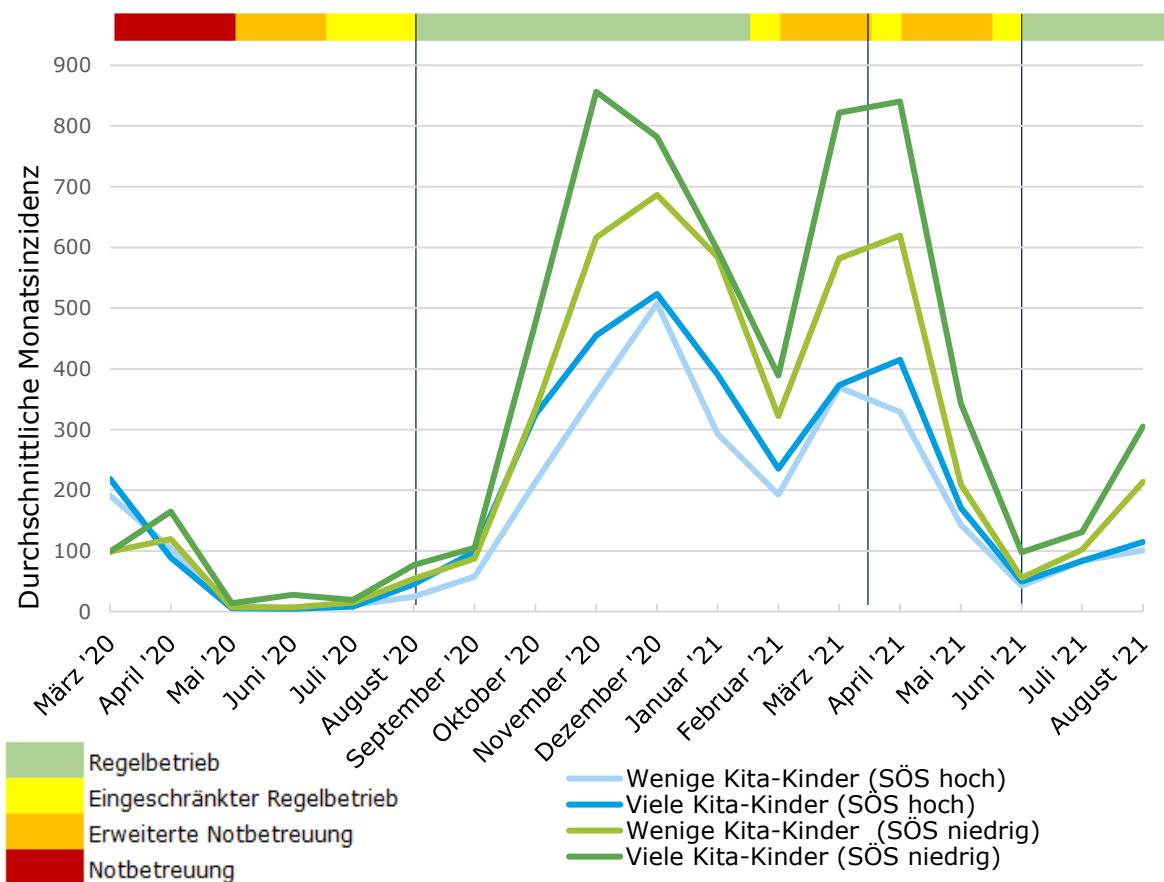
<sup>22</sup> <https://www.hamburg.de/coronavirus/14993566/2021-03-31-sozialbehoerde-corona-massnahmen/>

<sup>23</sup> Andererseits konnte in einer systematischen Literaturübersicht kein klarer Nachweis der Effektivität von Tests erbracht werden (Mendez-Brito et al. 2021). Dies muss aber nicht bedeuten, dass Testen grundsätzlich ineffektiv ist, sondern könnte auch darauf zurückzuführen sein, dass diese NPI nur in Zusammenhang mit einer guten Teststrategie und hinreichenden Testkapazitäten wirksam wird und gerade zu Beginn der Pandemie hier noch viel Lern- und Infrastrukturaufbaubedarf bestand.

<sup>24</sup> Der Faktor „(3) Kindergartenkinder“ bündelt die Variablen Kindergartenkinder je 1000 Einwohner, Flächen-Kind-Relation in Kindergärten (qm/Kind), Durchschnittsalter der Bevölkerung, Immobilienpreise in Euro je m<sup>2</sup> für Eigentumswohnungen, Bestand privater PKW je 1.000 Einwohner, 65-Jährige und Ältere in Prozent der Bevölkerung in einem Faktor bzw. einer Faktorengruppe. In dieser Konstellation wird die gemeinsame Varianz der Indikatoren am umfanglichsten erklärt, wobei die Variable „Kindergartenkinder je 1.000 Einwohner“ mit der stärksten Gewichtung in die Faktorengruppe einfließt (vgl. Tabelle 3: Ergebnisse der Hauptkomponentenanalyse (Rotierte Komponentenmatrix)).

und den Märzferien 2021 mit einem Höhepunkt im April 2021. Die Korrelationen zwischen Inzidenz und dem Faktor Kindergartenkinder sind in den jeweiligen Monaten der zweiten wie auch der dritten Welle signifikant (siehe Tabelle 5 im Anhang). Abgesehen von August und September 2020 sind die Korrelationen für die gleichen Monate auch zwischen Inzidenz und dem Einzelindikator „Anzahl Kindergartenkinder je 1.000 Einwohner“ signifikant. Dies bedeutet, dass in Stadtteilen, in denen viele Kindergartenkinder leben, eine höhere Monatsinzidenz verzeichnet wurde. Zumindest in der zweiten Welle fand hier auch weitestgehend ein Regelbetrieb statt. Bei nach sozioökonomischem Status differenzierter Betrachtung fällt jedoch auf, dass dieser Zusammenhang in Stadtteilen mit durchschnittlich niedrigerem SÖS stärker ist (siehe Abbildung 10).

**Abbildung 10: Pandemieverlauf in Stadtteilen nach Faktor „(3) Kindergartenkinder“**



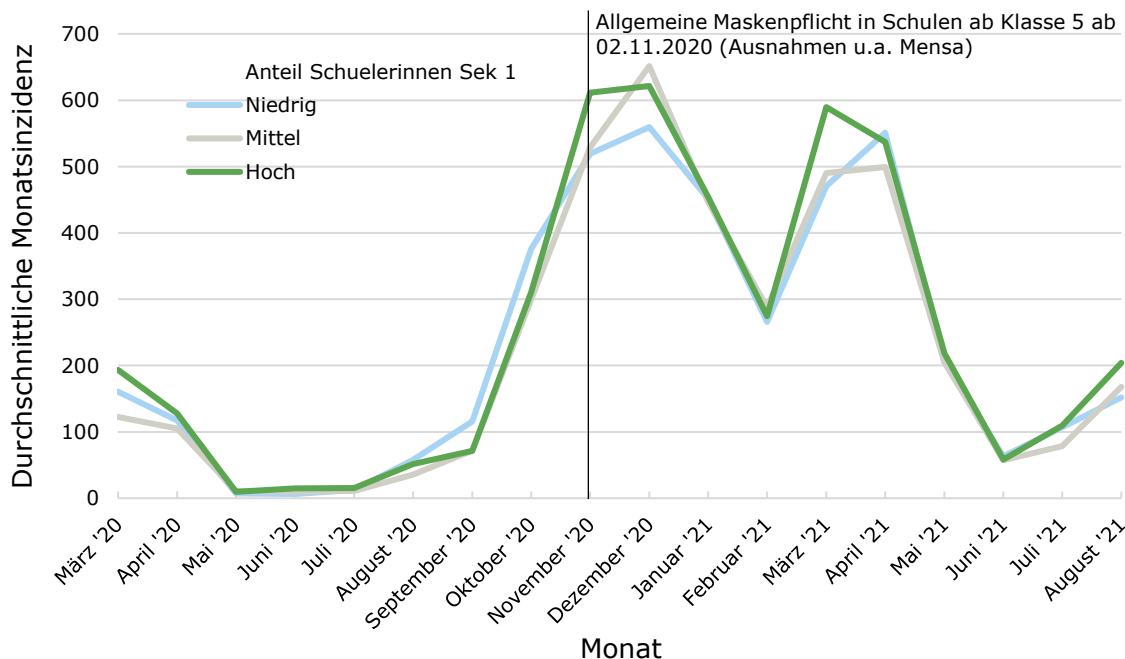
Quelle: Eigene Darstellung Ramboll Management Consulting auf Basis der vorliegenden Daten

Bei Betrachtung des Pandemieverlaufs nach dem **Anteil der Schülerinnen und Schüler der Sekundarstufe I** zeigt sich, dass nach den Schulferien Anfang März 2021 in den Stadtteilen mit vielen Schülerinnen und Schülern die Inzidenz durchschnittlich etwas höher liegt (siehe Abbildung 11) jedoch ist die Korrelation nicht signifikant (siehe Tabelle 5 im Anhang). Andererseits ist eine äußerst signifikante, negative Korrelation im September 2020 festzustellen. Es wäre möglich, dass sich in den Schulferien die Kontakte von Familien reduzieren und daher **nach den Schulferien** die Inzidenzen zunächst geringer sind.

Bei differenzierter Betrachtung der Korrelationen sind zwar noch weitere Monate mit signifikant negativer Korrelation in Stadtteilen mit hohem sozioökonomischem Status zu sehen, jedoch auch positive Korrelationen für März und August 2021 in Stadtteilen mit niedrigem sozioökonomischem

Status. In einer multivariaten Regression konnte in der Tat eine Interaktion zwischen sozioökonomischem Status und dem Faktor Familie festgestellt werden (siehe Modell 3 in Tabelle 5 im Anhang), die sich auch im Zeitverlauf beobachten lässt (siehe Abbildung 17 im Anhang). Das bedeutet, dass ein hoher Anteil an Familien insbesondere in Stadtteilen mit niedrigem sozioökonomischem Status mit höheren Inzidenzwerten einhergeht.

**Abbildung 11: Pandemieverlauf in Stadtteilen nach Anteil Schülerinnen/Schüler der Sekundarstufe I**



Quelle: Eigene Darstellung Ramboll Management Consulting auf Basis der vorliegenden Daten

Bereits Studien aus der ersten Pandemiewelle 2020 boten Hinweise, dass durch das Ergreifen von Schutzmaßnahmen, wie das Tragen von Masken oder die Vermeidung von beengten Klassenräumen, das Infektionsgeschehen in Mittelschulen und Gymnasien weniger stark zunahm, was im Pandemieverlauf zu **strengeren Hygienemaßnahmen** führte **und dezentrale Quarantänemaßnahmen** nach klar festgelegten Richtlinien zur Folge hatte (Goldstein et al. 2021: 366, Isphording et al. 2020: 13). Untersuchungen **besonderer Ausbruchsgeschehen an Hamburger Schulen** wie das der Heinrich-Hertz-Schule 2020 zeigten ebenfalls deutlich, welche Relevanz Maßnahmen wie feste Sitzplätze, Belüftungsmöglichkeiten, Atemschutzmasken und Mindestabstände haben (Baumgarte & Bollongino 2021: 5 f., Otte im Kampe et al. 2020). Weitere Untersuchungen wie die von Schoeps et al. (2021: 11 f.) zeigen auf, dass die Inzidenzen höher waren, wenn der Indexfall dem Lehrpersonal angehörte und es nur begrenzte Übertragung von Kinderindexfällen auf Lehrende gab, was häufiger in Kindertagesstätten stattfand.

Analog den oben beschriebenen Ergebnissen der Datenanalyse auf Ebene der Hamburger Stadtteile wird auch in der Forschungsliteratur **kein unmittelbarer positiver Zusammenhang zwischen der Inzidenz und Schulöffnungen** gefunden. Zwar zeigen die Ergebnisse von Staguhn et al. (2021: 3), dass Schulschließungen einen erheblichen Einfluss auf die COVID-19-Infektionsraten haben, jedoch deuten weitere Analysen deutlich darauf hin, dass sich das Ende der Sommerpausen negativ auf die Zahl der bestätigten Neuerkrankungen ausgewirkt hat, was sicherlich mit strengeren Hygienemaßnahmen in Kombination mit Quarantäne- und Eindämmungsmaßnahmen zusammenhängt (Isphording et al. 2020: 1, 14 & Baumgarte & Bollongino 2021: 5).



## 4.8 Zusammenfassung der bisherigen Befunde

In der Gesamtschau kann festgestellt werden, dass die zentralen Befunde aus anderen, ähnlich gelagerten Studien sich auch für Hamburg abzeichnen. Als wichtigste Erkenntnis kann hier die Relativierung des Einflusses, den der **Anteil migrantischer Bevölkerung** auf das Infektionsgeschehen hat, gelten. Es konnte gezeigt werden, dass bei Berücksichtigung des **sozioökonomischen Status** in den Stadtteilen der beobachtbare Zusammenhang zwischen dem Anteil migrantischer Bevölkerung und der Inzidenz deutlich abnimmt. Stattdessen deuten die Daten darauf hin, dass der sozioökonomische Status den stärksten Effekt auf die Inzidenz hat.

Ebenso konnten Ergebnisse der einschlägigen Literatur hinsichtlich der **Wohnverhältnisse** für Hamburg nachgezeichnet werden. Der Faktor „geringe Wohnflächen je Einwohner“ weist auch unter Berücksichtigung des sozioökonomischen Status noch einen deutlichen Zusammenhang mit der Inzidenz auf.

Den Einfluss der **Arbeit** auf die Inzidenz konnte nur sehr grob approximiert werden. Bei gemeinsamer Betrachtung mit dem sozioökonomischen Status zeichnet sich aber zumindest der Effekt ab, der auch in der einschlägigen Literatur berichtet wird: Berufstätigkeit in ärmeren Stadtteilen ist häufiger mit höheren Inzidenzen verbunden.

Auch einen Zusammenhang zwischen **Alter** und Inzidenz lassen die Daten vermuten. Stadtteile mit einem höheren Anteil älterer Bevölkerung haben niedrigere Inzidenzen. Dies könnte zum einen daran liegen, dass ältere Menschen aufgrund des für sie größeren Risikos sich eher in ihrer Mobilität einschränken. Darüber hinaus ist für Personen im Rentenalter die Einschränkung der Mobilität auch naheliegender.

**Weitere, in der Literaturanalyse als relevant identifizierte Faktoren** konnten aufgrund unzureichender Datenqualität bzw. -verfügbarkeit nicht quantitativ untersucht werden. Hierzu zählen vor allem

- Art und Umfang von Mobilität sowie
- Gesundheitskompetenz und -verhalten (insbesondere Impfquoten, Testfrequenz und Beachtung der Eindämmungsmaßnahmen).

## 5 Multifaktorielle Erklärungen im lebensweltbezogenen Bedingungsgefüge

Eine zentrale Fragestellung der Evaluation ist, inwiefern bei besonderen Infektionslagen **strukturelle Muster** in den Hamburger Bezirken und Stadtteilen sowie **lebensweltbezogene Bedingungsgefüge** als multifaktorielle Erklärungen belegt werden können. Aufbauend auf den Ergebnissen aus Kapitel 4 und den dort herausgearbeiteten Evidenzen zu Einflussgrößen in Hamburg sollen in diesem Kapitel Beziehungen zwischen einzelnen Faktoren gezeigt und qualifiziert werden. Die lebensweltbezogenen Konstruktionen, die so entstehen, stützen sich vor allem auf die qualitativen Erhebungen, die für diese Studie durchgeführt wurden (vgl. Kapitel 3.3), und werden durch andere Forschungsarbeiten kontextualisiert. Im Ergebnis können Narrative, bei denen multifaktorielle Zusammenhänge gegebenenfalls zu wenig berücksichtigt wurden, eingeordnet werden.

Das zentrale Ergebnis der hier vorgelegten Studie ist, dass **Armut, von der Menschen in einzelnen Stadtteilen häufiger und in anderen Stadtteilen weniger häufig betroffen sind**, der treibende Faktor ist, an SARS-CoV-2 zu erkranken, die Infektion zu übertragen sowie an der Infektion zu sterben. In der Literatur werden dazu starke Korrelationen vor allem zwischen einkommensbezogenen Faktoren und Arbeitslosigkeit sowie zwischen arbeitsmarktbezogenen Indikatoren und der Entwicklung von regionalen Infektionszahlen nachgewiesen (Dragano et al. 2021). Neben entsprechenden Aspekten, die mit einer materiellen Armut einhergehen (**Ressourcenkonzept** von Armut), ist es für das Aufzeigen von strukturellen Zusammenhängen hilfreich, das **Lebenslagenkonzept** von Armut hinzuzuziehen. Denn mit dem Lebenslagenkonzept werden auch die Unterversorgung in den Bereichen physische und psychische Gesundheit, Bildung sowie soziale und kulturelle Teilhabe berücksichtigt (vgl. Voges 2002, Holz 2010, Fischer 2011). In aktuellen Studien werden entsprechende Einflussfaktoren auf die Pandemie-Entwicklung bezogen, wobei zur Erklärung der COVID-19-bedingten Sterblichkeit vier Zusammenhänge herausgearbeitet wurden, die mit der sozialen Lage korrelieren:

- erhöhte Anfälligkeit aufgrund einer höheren Belastung durch individuelle Gesundheitszustände,
- erhöhte Anfälligkeit aufgrund einer geschwächten Immunfunktion, z. B. als Folge von chronischem Stress durch langfristige Exposition gegenüber widrigen Umständen,
- erhöhte Exposition, z. B. aufgrund von Arbeitsbedingungen, und
- erhöhte Übertragung, z. B. aufgrund von beengten Wohnverhältnissen in benachteiligten sozioökonomischen Gruppen (Hoebel 2021b in Anlehnung an Bamba et al. 2021).

Vor diesem Hintergrund und unter Beachtung der für diese Studie ausgewerteten Literaturquellen sowie quantitativen und qualitativen Daten werden im Folgenden **vier lebensweltorientierte Gruppierungen** von Einflussfaktoren<sup>25</sup> diskutiert, die als Bedingungsgefüge für Erkrankung und Übertragung empirisch und/oder theoretisch begründbar sind:

1. Armut – Wohnumfeld – Gesundheit
2. Prekäre Beschäftigung – Mobilität – Kinderbetreuung

<sup>25</sup> Diese lebensweltorientierten Faktorengruppen sind nicht identisch mit den Faktorengruppen der Hauptkomponenten für die statistischen Untersuchungen in dieser Studie (vgl. 3.2), nehmen aber Erkenntnisse aus den Faktoren der Hauptkomponenten [(1) SÖS, (2) Familien, (3) Kindergartenkinder, (4) Gesundheitsrisiko und (5) Arbeitnehmerprägung der Stadtteile] auf. Am augenscheinlichsten ist, dass die Hauptkomponenten 1, 2 und 4 auf die lebensweltorientierte Gruppierung 1 einzahlen und die Komponenten 1, 3 und 5 auf die Gruppe 2.

3. Migration – Sprache – Informationszugänge
4. Vertrauen – Zusammengehörigkeitsgefühl – Vorbildwirkungen

Die ersten drei Faktorengruppen bedingen einander, können miteinander verwoben sein und beziehen Armut als Ankerfaktor ein. Sie werden in diesem Kapitel nur **analytisch getrennt**, um die Wechselwirkung von Einflüssen besser konturieren zu können und könnten auch anders gruppiert werden. Die vierte Gruppe ist losgelöst und nimmt ein Bedingungsgefüge in den Blick, das sich stärker auf Infektionsschutz bezieht als auf das direkte Infektionsgeschehen.

Für alle vier Faktorengruppen werden die zentralen Lebensweltbezogenen Faktoren, die zu einer erhöhten Infektionsrate beitragen können, abschließend im Sinne einer **Persona** verdichtet. Eine „Persona“ ist ein auf der Grundlage von Daten entwickelter Urtyp, der „Personen einer spezifischen Zielgruppe mit bestimmten Merkmalen“ charakterisiert (Lepzien & Lewerenz o. J.: 23). Die Methode stammt ursprünglich aus der Softwareentwicklung, wird aber inzwischen auch in sozialwissenschaftlichen Forschungen zur Verdeutlichung lebensweltbezogener Zusammenhänge eingesetzt.



Für diese Studie werden in der Persona-Arbeit vor dem Hintergrund, dass Armut für die Persona 1 bis 3 der zentrale beeinflussende Faktor im Pandemiegeschehen ist, die infektionsschutzbegrenzenden Aspekte hervorgehoben, auf die dann mit Steuerungs- und Unterstützungsoptionen reagiert werden kann (vgl. Kap. 6).

## 5.1 Armut – Wohnumfeld – Gesundheit

Gesundheitliche Chancenungleichheit und soziale Lagen werden in Deutschland seit Langem untersucht – mit dem Befund, dass Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken sozial ungleich verteilt sind (vgl. z. B. RKI 2005 und 2015: 149). In den nächsten Monaten und Jahren werden – z. B. in Forschungsprojekten wie INHECOV<sup>26</sup> und Kongressen wie dem Public-Health-Kongress<sup>27</sup> – die Zusammenhänge von Armut, Umfeld und Gesundheit mit dem Infektionsgeschehen in Deutschland tiefgehend analysiert.

Für Hamburg zeigen die Daten dieser Studie, dass für Menschen, die in sozial benachteiligten Stadtteilen leben, die Wahrscheinlichkeit einer Infektion in der zweiten und dritten Welle deutlich erhöht war gegenüber Menschen in sozial privilegierten Stadtteilen (vgl. Kapitel 4.1). In den qualitativen Erhebungen – vor allem den Gruppeninterviews mit Akteurinnen und Akteuren aus dem Sozialraum, Sozial- und Gesundheitsdiensten, dem Gesundheitswesen und von Bildungs- und Be-

<sup>26</sup> Vgl. Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Universität zu Köln, Robert Koch-Institut: Sozioökonomische Ungleichheit in der Gesundheit während der COVID-19-Pandemie (INHECOV): Empirische Analysen und Implikationen für die Pandemieplanung (2021–2024) (inhecov.de).

<sup>27</sup> Der Public-Health-Kongress 2022 wird sich unter der Überschrift „Armut und Gesundheit“ unter anderem mit bedürfnisorientiertem Pandemiemanagement sowie sozial bedingten Ungleichheiten in Gesundheitschancen befassen (vgl. Diskussionspapier\_Kongress\_Armut\_und\_Gesundheit\_Version\_2.8.2021.pdf (armut-und-gesundheit.de)).

betreuungseinrichtungen – wurden **mit Armut korrespondierende Zusammenhänge** rekonstruiert, die das Infektions- und Sterberisiko beeinflussen. Dabei zeigt sich, dass beengte Wohnverhältnisse vor allem in größeren Familien, ein vorbelasteter Gesundheitszustand und der Zugang zu gesundheitlicher Infrastruktur relevante Einflussgrößen sind.

Bundesweite Analysen zeigen, dass Menschen mit geringem oder keinem Einkommen häufiger als Menschen mit höherem Einkommen über wenig Wohnraum verfügen<sup>28</sup>. Darauf, dass es einen Zusammenhang zwischen höherem Infektionsgeschehen und **beengten Wohnverhältnissen** insbesondere von kinderreichen Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status in Hamburg gibt, verweisen neben den statistischen Analysen dieser Studie (vgl. Kapitel 4.3) auch die qualitativen Daten: Teilnehmende durchgeführter Gruppeninterviews haben kleine Wohnungen für große Familien als Infektionsrisiko angeführt und Zusammenhänge mit folgenden Beispielen verdeutlicht: Da Geschwisterkinder in der Regel verschiedene Bildungs- und Betreuungseinrichtungen nutzen und phasenweise die Nutzung von Spielplätzen nicht möglich war, erhöhte sich das Infektionsrisiko innerhalb dieser Haushalte aufgrund des beengten Wohnraums (Gruppeninterviews 1, 2). Quarantänefälle in verschiedenen Bildungs- und Betreuungseinrichtungen der Kinder könnten sich aneinanderreihen und für Familien in engen Wohnverhältnissen zu schwer zu meisternden Herausforderungen führen; Separierung einzelner infizierter Personen sei nicht umsetzbar (Gruppeninterviews 1, 2, 3).

**Aus großen Familien** und bezüglich **Menschen in Wohnunterkünften** wurde von sozialen Interaktionen auf engstem Raum berichtet, bei denen Infektionsschutz ebenfalls schwer umsetzbar sei, etwa gemeinsamen Essen im großen Familienkreis oder bei Trauerbekundungen (Gruppeninterviews 1, 2). Noch verschärfte Schwierigkeiten, sich entsprechend den Infektionsschutzregeln zu verhalten, wurde von wohnungslosen Menschen oder von Menschen in prekären Unterkunftssituationen berichtet. Hier gelte es zu unterstützen, was an Hygienemaßnahmen überhaupt umsetzbar sei (Gruppeninterviews 1, 2). In der Literatur wird auf weitere **vulnerable Gruppen** wie Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen oder Neuankommende verwiesen, die mit bestehenden Angeboten nur schwer zu erreichen seien. Aufgrund ihrer Lebenssituationen ist die Einhaltung von Hygieneregeln erschwert und die niedrigschwelligen Impfangebote wie mit dem „COVID-19 Vaccine Janssen“ von Johnson&Johnson haben sich zunächst bewährt, jedoch versiegte der logistische Vorteil der Einmalimpfung aufgrund notwendiger Folgeimpfungen (vgl. z. B. DHS 2021).

Menschen mit geringem Haushaltseinkommen haben häufiger einen **vorbelasteten Gesundheitszustand** als sozial Privilegierte und sind der erhöhten Gefahr eines früheren Todes ausgesetzt<sup>29</sup>. Dieser Zusammenhang wird in der sozialepidemiologischen Forschung bestätigt: „Dabei sind es Menschen aus sozioökonomisch benachteiligten Gruppen, die ein höheres Infektionsrisiko

<sup>28</sup> Vgl. dazu auch den Armutsbericht für Deutschland 2021 zum Zusammenhang von Corona-Hilfen und Armut: „Die übergroße Mehrheit der Maßnahmen richtete sich an Menschen, die bisher nicht in der Grundsicherung waren und denen die Härten des Grundsicherungsbezugs erleichtert werden sollten. Und es ging nicht zuletzt um eine Entlastung der Jobcenter, die kaum in der Lage gewesen wären, die gewohnte Kontrolldichte aufrecht zu erhalten. Für diejenigen, für die die Grundsicherung schon vorher zum Alltag geworden war, war mit den Maßnahmen wenig bis nichts gewonnen. Sie verwalten oft genug keine Vermögen, sondern allenfalls aufgelaufene Schulden, und mussten nicht den Umzug in kleinere Wohnungen fürchten, weil sie schon längst in solchen wohnten.“ (Der Paritätische Gesamtverband 2021: 20)

<sup>29</sup> Dieser Befund gilt auch unabhängig von einer pandemischen Lage: „Nach Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP) der Jahre 1992 bis 2016 sterben 13 % der Frauen und 27 % der Männer aus der niedrigsten Einkommensgruppe bereits vor Vollendung des 65. Lebensjahres, während dies in der höchsten Einkommensgruppe lediglich auf 8 % der Frauen und 14 % der Männer zutrifft.“ (Lampert et al 2019: 3).

haben, häufiger im Krankenhaus und intensivmedizinisch behandelt werden und häufiger mit COVID-19 versterben als sozioökonomisch Bessergestellte“ (Wachtler et al. 2020: 11, vgl. auch Cordes & Castro 2020: 6 sowie Lassale et al. 2020: 48).

Für **Hamburg** zeigt die statistische Analyse<sup>30</sup>, dass es vor allem einen Zusammenhang zwischen **hohen Inzidenzen in Stadtteilen und einer vorzeitigen Sterblichkeit** aufgrund von Atemwegserkrankungen sowie zur Anzahl von Pflegeplätzen<sup>31</sup> gibt. In den qualitativen Daten dieser Studie wurden entsprechende Zusammenhänge kontextualisiert: Vor allem im Gruppeninterview 3 und im Einzelinterview 1 wurde berichtet, dass in Stadtteilen, in denen viele Menschen mit einem geringen sozioökonomischen Status wohnen, auch mehr Menschen vorerkrankt seien, beispielsweise an Diabetes, und gleichzeitig einem höheren Ansteckungsrisiko ausgesetzt seien. Perspektivisch hilfreich wäre es deshalb, die gesundheitliche Infrastruktur nach dem Präventionsmotto „Ungleiches ungleich fördern“ (vgl. auch Ramboll 2018: 80) auszubauen und niedrigschwellig erreichbare, multiprofessionelle Versorgung gerade in den Stadtteilen weiter zu stärken, in denen der sozioökonomische Status gering ist. Mit der **Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Hamburg** hat Gesundheit als soziale Frage in Hamburg bereits einen Ort, wobei sowohl an der sozialräumlichen Praxis, an Erfahrungsaustausch und Wissensaufbau sowie an Kooperation zwischen den relevanten Bereichen wie beispielsweise Gesundheit, Stadtentwicklung und Soziale Arbeit angesetzt wird<sup>32</sup>.

Die für diese Studie ausgewerteten Hamburger Daten zeigen, dass gerade in den Stadtteilen mit niedrigem sozioökonomischen Status die Möglichkeit, einen **POC-Test** zu machen, um die Infektionsgefahr abzumildern, deutlich weniger genutzt wurde als in anderen Stadtteilen. Auf diesen Zusammenhang wird mit Verweis auf das Präventionsparadox auch in Einzelinterview 1 verwiesen: Menschen, die Unterstützung am meisten benötigen, werden von den Angeboten nicht erreicht. In den Interviews (Gruppeninterviews 1, 2, 3, Einzelinterview 1) wurden deshalb auch Erfahrungen gespiegelt, wie **gesundheitliche Infrastruktur und sozioökonomischer Status** in ihrem Wechselspiel bedacht werden müssten:

- Test- und Impfzentren, die mit dem ÖPNV erreicht werden müssen, seien mit der Hürde des ÖPNV-Ticketpreises verbunden.
- Wenn Impf- und Testzentren als „Großveranstaltungen“ in Hallen oder Ähnlichem organisiert werden, wirken sie aufgrund der zu dechiffrierenden Nutzungscodes (Anstellen, Papier ausfüllen, Rückfragen beantworten) mitunter hochschwellig und für kinderreiche Familien schwer nutzbar. Es wurde ein Beispiel berichtet, bei dem Menschen dachten, sie könnten sich beim Angebot impfen lassen, dabei handelte es sich um ein Testangebot (Interview 2).
- Menschen in prekären Arbeitssituationen könnten sich die zeitliche Investition, sich in lange Warteschlangen einzureihen, mitunter nicht leisten (Gruppeninterview 3).

Als **gute Praxis** in Hamburg wurden in den Interviews mobile Angebote genannt (Gruppeninterviews 1, 3) und vor allem solche, die an Orten des Vertrauens stattfinden, z. B. eine Impfkation in

<sup>30</sup> Faktor 4: Gesundheitsrisiko; vgl. Tabelle 5 im Anhang.

<sup>31</sup> Es konnten im Rahmen dieser Studie keine Daten zu besonderem Ausbruchsgeschehen (Superspreader-Events) herangezogen werden, sodass Zusammenhänge zwischen Ausbruchsgeschehen, dem Vorhandensein von Pflegeeinrichtungen und besonderem Ausbruchsgeschehen nicht geprüft werden können. Grundsätzlich sollten solche einfachen statistischen Zusammenhänge zwischen Variablen wie Gesundheitszustand oder Personen in vollstationärer Pflege und der Inzidenz mit Vorsicht betrachtet werden, da Personen mit Vorerkrankungen bzw. einer belasteten Gesundheit weniger asymptomatische Verläufe haben. Dadurch kann die Dunkelziffer in diesem Personenkreis deutlich geringer sein, was zu einer Überschätzung des Zusammenhangs führen kann.

<sup>32</sup> Siehe <https://www.hag-gesundheit.de/wir-ueber-uns/koordinierungsstelle-gesundheitliche-chancengleichheit-hamburg>, Abruf 01.03.2022.

einer Schule durch Ärztinnen und Ärzte aus der Elternschaft (Gruppeninterview 2), sodass die ohnehin aufzusuchende Bildungseinrichtung auch gleich dem Infektionsschutz diene.

### Zusammenfassung als Persona:

## PERSONA 1

### Armut – Wohnumfeld – Gesundheit

- Ich lebe mit meiner fünfköpfigen Familie in zwei Zimmern. Das Wichtigste ist mir, dass wir alle gesund und beieinander sind!
- Als die Kinder zu Hause bleiben mussten, gab es ständig Ärger: Die Kleine konnte nicht für die Schule lernen, es war viel zu laut! Die Großen sind trotzdem raus und haben sich mit Freunden getroffen.
- 1,50 Meter Abstand halten ist auf kleinem Raum schwierig. Bei uns ist alles so eng: Wenn uns meine Schwester mit ihrer Familie besucht, sitzen wir alle gemütlich zusammen um den Tisch und essen.
- Oder wir treffen uns bei meiner Schwester. Dort gibt es in der Nähe einen Park, wo wir alle zusammen draußen sitzen und die Kinder spielen können.
- Tests machen die Kinder, glaube ich, in der Schule. Da ich nicht so viel unterwegs bin, brauche ich keinen Test.
- Ich mache mir Sorgen um meinen Mann. Der hustet schon so immer. Der darf sich nicht anstecken.
- Zum Impfen brauche ich bestimmt ein Busticket – ich weiß gar nicht, wo ich da hin muss. Und was kostet das? Wenn meine Großen mitkommen, kann ich das bestimmt nicht bezahlen.
- Ja, vielleicht würde ich mich impfen lassen, wenn jemand vorbeikäme. Oder hier bei uns in der Schule. Die erklären da alles gut, hat meine Kleine gesagt.



Quellen: Gruppeninterviews 1, 2, 3, Einzelinterview 1, Persona-Workshop, Calmbach et al. 2020

Foto: Karolina Grabowska von Pexels

## 5.2 Prekäre Beschäftigung – Mobilität – Kinderbetreuung

Zu diesen lebensweltorientierten Faktorengruppen lagen im Rahmen dieser Studie nur wenige Hamburg-spezifische statistische Daten vor. Diese zeigen jedoch, dass in Stadtteilen, in denen viele Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status und hohem Anteil an Beschäftigung leben, diese häufiger an COVID-19 erkrankt sind als in Stadtteilen mit hohem sozioökonomischen Status und ebenfalls hohem Anteil an Beschäftigung (vgl. Kapitel 4.2). Erklärungen für entsprechende Zusammenhänge können in Ergebnissen aus anderen Studien gefunden werden sowie in den qualitativen Daten dieser Studie. Wie in Kapitel 5.1 dargestellt, wird die erhöhte Exposition, an einer Infektion mit COVID-19 zu sterben, empirisch unter anderem mit Arbeitsbedingungen verbunden, bei denen eine erhöhte Übertragung möglich ist. Außerdem ist ausschlaggebend, ob Menschen ihre arbeitsbezogene Mobilität einschränken, also im Homeoffice arbeiten können oder

nicht, und ob sie bei ihrem Weg zur Arbeit auf den ÖPNV angewiesen sind (Hoebel 2021b in Anlehnung an Bamba et al. 2021). In den Gruppeninterviews wurde der Blick auf folgende **Zusammenhänge** gelenkt: Bedingungen, die mit prekärer Arbeit einhergehen; Bedingungen, die mit notwendiger Mobilität zwischen Wohnung und Arbeitsort einhergehen sowie Bedingungen, die mit notwendiger Kinderbetreuung einhergehen.

Bezüglich **prekärer Beschäftigungen** wurde auf die besonderen Arbeitsbedingungen im Niedriglohnsektor oder in Nachunternehmerketten wie beispielsweise im Hamburger Hafen hingewiesen. Diese gingen auch mit Übernachtungen in Unterküften einher, in denen Hygienestandards schwer haltbar seien („Einige bekommen nur eine Matratze zugewiesen“ – Gruppeninterview 1). Insbesondere die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes könne Treiber dafür sein, dass Menschen ein erhöhtes Infektionsrisiko durch die Nutzung des ÖPNV, Kontakte und die Arbeitsbedingungen auf engem Raum in Kauf nehmen (Gruppeninterviews 1, 2). Auch der Druck, unter pandemischen Bedingungen zu arbeiten, belastete einige Menschen. Dabei werde mentale Gesundheit mitunter als peinliches und negativ besetztes Thema wahrgenommen, über das nicht gesprochen wird (Einzelinterview 1). In einem Interview wurde beispielsweise von der Angst einer Krankenpflegerin vor einer Impfung berichtet, weil die Impfung unfruchtbar machen könne (Gruppeninterview 1; vgl. RKI 2020: 11). Der offene Umgang mit Ängsten, für den Menschen vertraute Personen benötigen, mit denen sie reden können, sei einer der zentralen Schlüssel bei der Bekämpfung der Pandemie (Einzelinterview 1, Gruppeninterviews 1, 2, 3) – dazu gehöre auch die Angst vor dem Verlust von Arbeit durch Krankheit oder Impfstatus. Gespiegelt an den Infektionsschutzbedingungen, die Personen im Homeoffice einhalten können, seien die öffentlichen Hygienetipps wie „Abstand einhalten – im Job, bei privaten Treffen, beim Einkaufen und draußen“ oder „Wenn man sich krank fühlt, unbedingt zu Hause bleiben“<sup>33</sup> für Menschen in prekären Arbeitssituationen demzufolge viel schwerer einzuhalten, wenn sie nicht vom Arbeitgeber proaktiv gestützt werden (Gruppeninterview 3).

Bezüglich der **Mobilität zwischen Wohnung und Arbeitsort** zeigt die Literatur, dass insbesondere die Nutzung des ÖPNV auch während der Lockdowns ein wichtiger Pandemietreiber war. Die Inanspruchnahme erfolgt meist aus beruflichen Gründen und variiert mit Niederschlag: Insbesondere bei Nässe und Kälte in Herbst- und Wintermonaten wird der ÖPNV vermehrt genutzt. Dadurch konnte in Fahrzeugen der nötige Abstand nicht eingehalten werden und eine ausreichende Belüftung war nicht mehr möglich (Hassan et al. 2021: 20; van Holm et al. 2021: 222). Mobilitätsbezogene Aussagen wurden auch im Rahmen dieser Studie formuliert: Wer nicht von zu Hause arbeiten könne und kein eigenes Fahrzeug besitze, sei auf dem Weg zur Arbeit auf den ÖPNV angewiesen und setze sich damit diesem Bedingungsgefüge aus (Gruppeninterviews 1, 2). Insbesondere in Stadtteilen, in denen die Taktung des ÖPNV oft unregelmäßig sei oder S-Bahnen häufiger ausfallen, erhöhe sich automatisch die Fahrgastzahl in der nachfolgenden Bahn, was die Situation verschärfe (Einzelinterview 2). Als **gute Praxis** wurde bezüglich der Nutzung des ÖPNV berichtet, dass auf Bezirksebene in Hamburg der ÖPNV genutzt wurde, um in einer Kampagne niedrigschwellig über Infektionsschutz zu informieren.

Mit der Notwendigkeit, den Arbeitsort aufzusuchen, ist in Familien auch die Notwendigkeit verbunden, **Kinder in Betreuungs- und Bildungseinrichtungen** zu geben – auch im Lockdown. Neben der Tatsache, dass bei fehlendem eigenem Fahrzeug auch hier wieder der ÖPNV genutzt wer-

<sup>33</sup> Vgl. „8 nützliche Empfehlungen für den Alltag in der Corona-Pandemie“ von BZgA, RKI und infektionsschutz.de, online verfügbar unter 8 nützliche Empfehlungen für den Alltag in der Corona-Pandemie (infektionsschutz.de), Abruf 28.01.2022.



den muss, kam es besonders während des Lockdowns zu Begegnungen zwischen Kindern mit hoher Ansteckungsgefahr (Gruppeninterview 2). Die für diese Studie ausgewerteten Daten zeigen, dass in Stadtteilen mit einem hohen Anteil an Kindergartenkindern vor allem in der dritten Welle eine höhere Monatsinzidenz verzeichnet wurde. Auch in diesem Zusammenhang können bei Erkrankungen von Eltern oder Kindern wiederum Ängste vor Jobverlust angenommen werden. Eine Studie zur Situation von Eltern während der Pandemie hat gezeigt, dass „alleinerziehende Mütter [...] besonders häufig vor der Herausforderung [standen], einer Erwerbstätigkeit außer Haus nachgehen zu müssen und gleichzeitig die Betreuung ihrer Kinder sicherzustellen“ (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2020: 33).

### Zusammenfassung als Persona:

## PERSONA 2

### Prekäre Beschäftigung – Mobilität – Kinderbetreuung

- Ich bin alleinerziehende Mutter. Meine Tochter ist gerade drei Jahre alt geworden.
- Ich bin froh, dass ich diese Arbeit in der Krankenpflege gefunden habe. Ich habe sogar gearbeitet, als andere zu Hause im Lockdown waren.
- Meine Tochter bringe ich jeden Tag in die Kita, damit ich arbeiten gehen kann.
- Manchmal teile ich mir die Betreuung mit einer anderen Mutter, die ich aus der Kita kenne.
- Mit meinem Lohn komme ich zurecht, aber manchmal wird es schon knapp. Insbesondere jetzt, wo noch Masken dazukommen. Schnelltests kann ich mir privat nicht leisten.
- Um zur Arbeit zu kommen, nehme ich den Bus. Zum Glück können wir wenigstens in die Kita zu Fuß gehen.
- Obwohl ich weiß, dass ich mich in meinem Beruf schnell anstecken kann, fürchte ich mich vor der Impfung. Ich habe gehört, dass man nach der Impfung vielleicht keine Kinder mehr bekommen kann. Und vielleicht möchte ich später noch ein zweites Kind bekommen, wenn ich einen neuen Partner finde.
- Außerdem kann ich mir keine Impfung geben lassen: Wenn ich davon krank werde, wer kümmert sich dann um meine Tochter?
- In der Klinik wird es zunehmend zum Problem, dass ich nicht geimpft bin. Ich spreche nicht so gern darüber und weiß noch nicht, wie das werden wird. Ich möchte meine Arbeit behalten.
- Ich gehe häufiger in die Kirche – wir sind eine größere Gemeinschaft. Da finde ich etwas Ruhe und treffe andere Menschen, mit denen ich mich austauschen kann. Meine Tochter kann ich da mitnehmen.



Quellen: Gruppeninterviews 1, 2, 3, Einzelinterview 1, Persona-Workshop, Calmbach et al. 2020, RKI 2022: 12

Foto: Julian Hochgesang auf Unsplash





### 5.3 Migration – Sprache – Informationszugänge

Wie in Kapitel 4.5 dargelegt, gibt es keinen gesicherten Zusammenhang zwischen dem Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund in Hamburger Stadtteilen und der COVID-19-Inzidenz. Sowohl in der Analyse der Hamburger Stadtteildaten als auch in der Forschungsliteratur wird vielmehr der Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status und Indikatoren wie Armut, Einkommen, Haushaltsgröße oder dem persönlichen Gesundheitsrisiko festgestellt. Dabei zeigen sich **strukturelle Ungleichheiten als Ursache für das erhöhte Infektionsgeschehen**, die Menschen mit Migrationshintergrund – als Teilmenge der sozioökonomisch schwächer gestellten Bevölkerung – erfahren. Hier werden beispielsweise enge Wohnverhältnisse, die Nähe zu Testzentren oder ein Misstrauen gegenüber Gesundheitsinstitutionen aufgrund historischer Ereignisse genannt (Alsan et al. 2020: 8 ff., Cordes & Castro 2020: 3 f., DiMaggio et al. 2020: 6, van Holm et al. 2021: 223).

Familien mit Migrationshintergrund oder eigener Migrationserfahrung haben im Vergleich zu Familien ohne Migrationshintergrund ein **signifikant geringeres Einkommen** und sind mit 29 Prozent bzw. 30 Prozent sehr viel häufiger von Armut bedroht als Menschen ohne Migrationshintergrund (12 Prozent) (BMFSFJ 2020: 9, 22). Dabei sind die Unterschiede bei Betrachtung von Herkunftsgruppen, Bildungsstand sowie Familienform und -größe zu berücksichtigen (ebd.: 32).

Darüber hinaus können weitere Lebensbedingungen ein erhöhtes Infektionsgeschehen zur Folge haben: Je nach **Einwanderungs- und Aufenthaltsstatus** leben zugewanderte Menschen in Sammelunterkünften, Aufnahmeeinrichtungen oder anderen beengten Wohnverhältnissen zusammen. Fehlende oder eingeschränkte Krankenversicherungen, unzureichende medizinische Versorgung bzw. Zugangsbarrieren zu frühzeitiger Versorgung verstärken strukturelle Ungleichheiten, die ein erhöhtes Erkrankungsrisiko oder auch einen schwereren Krankheitsverlauf zur Folge haben (RKI 2022: 7, Hintermeier et al. 2021: 1, 3 f., Paradies et al. 2015). Vor diesem Hintergrund sind auch Zusammenhänge mit der im Kapitel 5.2 dargelegten Berufstätigkeit im Kontext von Arbeitsmigration und Saisonarbeit sowie damit verbundener prekärer Arbeits-, Wohn- und Rahmenbedingungen zu beachten, die zu einer erhöhten Exposition gegenüber SARS-CoV-2 führen (Gruppeninterviews 1, 2, Weisskircher 2021: 4, 11).

Die Ergebnisse der jüngsten COVIMO-Befragung des RKI zum Infektionsschutzverhalten von Menschen mit und ohne Migrationsgeschichte zeigen neben dem entscheidenden Einflussfaktor des sozioökonomischen Status, dass Menschen ohne Migrationsgeschichte eine etwas höhere Impfquote als Personen mit Migrationsgeschichte haben, die Impfbereitschaft der aktuell noch Ungeimpften jedoch bei Personen mit Migrationsgeschichte im Durchschnitt signifikant höher ist. Die **geringe Impfquote bei einer höheren Impfbereitschaft von Menschen mit Migrationsgeschichte** wird z. T. durch die sozioökonomischen Merkmale Bildung und Einkommen sowie das Alter unter den Menschen mit Migrationsgeschichte erklärt (RKI 2022: 1, 6 f.). Mit steigendem Einkommen und höherem Bildungsstand steigt demzufolge die Wahrscheinlichkeit, geimpft zu sein (ebd.: 7). So konstatieren auch Paradies et al. Konsens darüber, dass sozioökonomische Ungleichheiten und Zugangsbarrieren die geringere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und damit auch die Unterschiede im Impfverhalten nach Migrationsgeschichte erklären (Paradies et al. 2015). Im zweiten und vierten Gruppeninterview sowie in der Literatur wurde zudem auf **Diskriminierungserfahrungen im Gesundheits- und Pflegebereich** hingewiesen, die auch zu einem kleinen Teil die Unterschiede in der Impfbereitschaft erklären können (RKI 2022: 2).

Neben den Ergebnissen der Daten- und Literaturanalysen resultieren aus den qualitativen Erhebungen konkrete Hinweise und Beispiele, die sich auf **soziokulturelle Aspekte und Besonderheiten verschiedener migrantischer Communities** beziehen, die in besonderen Fällen ein erhöhtes Infektionsrisiko darstellen können. Hier werden beispielsweise Traditionen, Rituale und

Festlichkeiten genannt, die sich je nach Community unterschiedlich gestalten und mit der Ansammlung einer größeren Anzahl von Menschen verbunden und damit Treiber für Infektionen sein können. So wird im Gruppeninterview 2 von einem Todesfall berichtet, um den kulturbedingt eine Woche lang in der Gemeinschaft unter einem erhöhten Expositionsrisiko getrauert wurde. Aber auch mediale und reale Leitfiguren sowie deren Kommunikation über Infektionsschutz können Handlungsorientierung und -maxime vorgeben (Gruppeninterviews 1, 2). Hier wurde beispielsweise auf Verwandte im Herkunftsland, aber auch auf Elternlotsen im Stadtteil und religiöse Vertretungen (Gruppeninterviews 2, 3) verwiesen.

Darüber hinaus kann die individuelle Resilienz von Menschen mit Migrationsgeschichte die **Wahrnehmung von Gefahren wie dem Corona-Virus** beeinflussen, beispielsweise wenn sie auf traumatische oder Diskriminierungserfahrungen aufsetzt (Gruppeninterviews 2, 4, Einzelinterviews 1, 2). Auf diesen Zusammenhang weist auch das RKI (2022: 9) hin, demzufolge Menschen mit Migrationserfahrung eine signifikant geringere Risikowahrnehmung verspüren und in der Folge zwischen dem Nutzen und dem Risiko einer Impfung abwägen.

Ein weiteres Themenfeld, das sich in den qualitativen Erhebungen und Literaturanalysen deutlich herauskristallisierte, betrifft den **Einfluss von Kommunikation und Sprache auf die Entscheidungskompetenz der Handelnden** (vgl. auch Kapitel 6.1). In den Gruppeninterviews werden hochschwellige und deutschsprachige Informations-, Test- und Impfangebote als zentrale Herausforderung benannt, die ebenso wie digitale Ämterkontakte ausschließend wirken (Gruppeninterviews 1, 2, 3). Insbesondere wird verwiesen auf

- **fehlende schriftliche Übersetzungen in Fremdsprachen auf diversen Medien** wie Flyer, Plakate, Internetseiten etc. sowie Kostenaufwand von vielsprachigen Texten (Gruppeninterviews 1, 2, 3),
- **zu wenige anerkannte Dolmetschende**; beim Einsatz von ehrenamtlichen Übersetzungen wird von Unsicherheiten bei der Genauigkeit und Passung der Texte berichtet (Gruppeninterviews 1, 2, 3),
- eine – vermutlich aufgrund der Dringlichkeit – **uneinheitliche Darbietung von Informationen**, die den Eindruck der Inkonsistenz hinterlasse (Gruppeninterview 3),
- die (auch für Menschen mit deutscher Muttersprache) schwer verständliche Quarantäneanordnung und die generelle Notwendigkeit von **Kommunikation in leichter Sprache** (Gruppeninterviews 1, 2; Einzelinterview 1).

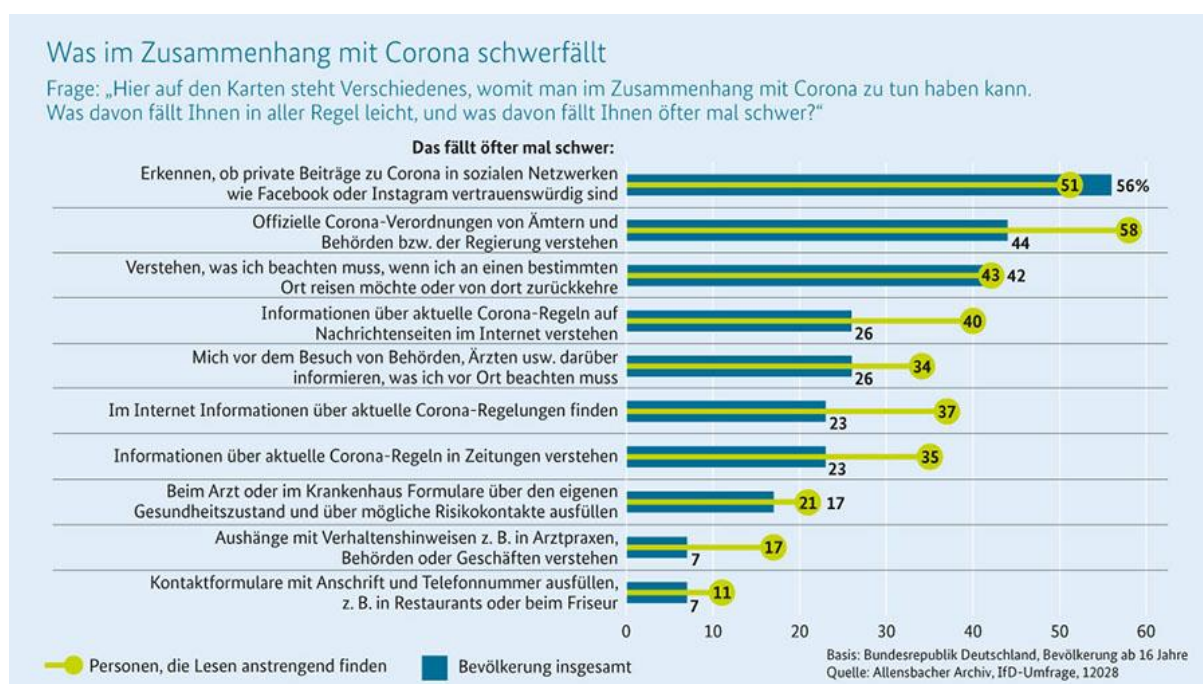
Beispielsweise berichten Teilnehmende der Gruppeninterviews von eigens initiierten Übersetzungen von Kita-Trägern oder Eltern in Schulen, da für neueste offizielle Informationen und Beschlüsse zeitnah keine Übersetzungen zur Verfügung standen. Auch wird beispielhaft vorgetragen, dass Kinder ihren Eltern Informationen übersetzen und ihnen das Quarantäneverfahren erklärten (Gruppeninterview 2).

Dass **Sprachbarrieren Einfluss auf das Infektionsschutzverhalten** haben und auch Unterschiede in der Impfbereitschaft von Menschen mit und ohne Migrationsgeschichte erklären können, bestätigen jüngste Studien des RKI: Je besser die selbst eingeschätzten Deutschkenntnisse, desto höher ist die Impfquote. Der Anteil der Befragten mit Deutsch als Muttersprache oder selbst eingeschätzten (sehr) guten Deutschkenntnissen geben zu 92 % an, mind. einmal geimpft zu sein; Der Anteil der Befragten, deren Deutschkenntnisse nach eigenen Angaben mittelmäßig ist, beträgt etwa 83 %. Der Anteil der Befragte, die ihre Deutschkenntnisse als (sehr) schlecht einschätzen, haben eine Impfquote von 75 % (RKI 2022: 6).

Als **gute Praxis** aus Hamburg wurde in einem Gruppeninterview der vorliegenden Studie von der Impfkation eines Ärzteteams in einer Unterkunft berichtet, das mit Übersetzungen durch Menschen aus den Bewohner-Communities gearbeitet hat (Gruppeninterview 1).

Neben der Notwendigkeit, in Fremdsprachen zu übersetzen, finden sich in Literatur und Interviews auch Hinweise auf den Bedarf zielgruppenorientierter Information (Gruppeninterview 2, Einzelinterview 1). In diesem Zusammenhang wird beispielweise auf afghanische Communities hingewiesen (Gruppeninterview 2), unter denen sich viele Analphabetinnen und Analphabeten befinden bzw. Menschen mit Lese- und Rechtschreibschwächen<sup>34</sup>. Der Hinweis auf die besondere Berücksichtigung der Informationsbedarfe **gering literalisierter Erwachsener** – gleich welcher Nationalität – wurde auch in Gruppeninterview 1 als relevant eingeschätzt.<sup>35</sup> Eine durch das BMBF beauftragte Studie zeigt, wie relevant die in leichter Sprache aufbereitete Kommunikation in der Pandemie ist (siehe Abbildung 12).

**Abbildung 12: Die Bedeutung von Lesen und Schreiben im Zusammenhang mit Corona**



Quelle: BMBF (AlphaDekade 2016–2026)

(vgl. [https://www.alphadekade.de/alphadekade/de/\\_documents/artikel/halbzeit-der-alphadekade.html](https://www.alphadekade.de/alphadekade/de/_documents/artikel/halbzeit-der-alphadekade.html), Abruf 24.02.2022)

Demnach fallen gering literalisierten Menschen noch mehr als denen, die gut lesen und schreiben können, das **Verstehen offizieller Corona-Verordnungen** von Regierung, Ämtern und Behörden sowie die Aufnahme von Informationen aus dem Internet und aus Zeitungen besonders schwer. Dies schränkt auch das Verständnis dieser Regeln ein.

Neben der inhaltlichen Aufbereitung der Informationen ist auch das **Medium** zu berücksichtigen, auf dem diese transportiert werden. Neben Flyern, Plakaten, Anzeigen, Give-Aways, Internetseiten, Spots in TV oder Rundfunk gewinnen Soziale Medien nicht nur an Bedeutung, sondern sind für viele die gewählte Informationsquelle (vgl. Meßmer et al. 2021). Die offiziellen Informationsseiten der Länder waren während der Pandemie zentrales Medium zur Verkündung von aktuellen Informationen und Verordnungen. Die Weiterverbreitung über andere Informationskanäle erfolgt

<sup>34</sup> Rund 6,2 Millionen Menschen in Deutschland können nicht richtig lesen und schreiben (vgl. LEO-Studie 2018, <https://leo.blogs.uni-hamburg.de>, Abruf 24.02.2022).

<sup>35</sup> Das BMBF hat für diese Zielgruppe im Rahmen der Alpha-Dekade eine Informationsplattform eingerichtet (vgl. <https://www.xn--mein-schlssel-zur-welt-0lc.de/de/lernen/informationen-zum-corona-virus/informationen-fuer-familien/informationen-fuer-familien.html?nn=427062>, Abruf 22.02.2022).

entsprechend etwas oder auch stärker zeitversetzt und gegebenenfalls nicht immer in gleicher Informationsqualität.

In den Gruppen- und Einzelinterviews wird berichtet, dass **offizielle Informationen zur Pandemie seitens der Behörden** bei Menschen in den Stadtteilen oftmals nicht bekannt seien. Ursachen dafür seien einerseits ein fehlendes Vertrauen in die Informationen öffentlicher Behörden und andererseits die bereits erwähnten Sprachbarrieren (Gruppeninterviews 1, 2, Einzelinterview 1). Darüber hinaus wird im Einzelinterview darauf hingewiesen, dass viele Bürgerinnen und Bürger mit der Corona-Info-Seite der Stadt nicht erreicht werden, da die offiziellen Seiten nicht die bevorzugte Informationsquelle seien, die Wege (in diesem Zusammenhang Klicks) zu gewünschten Informationen zu lang seien oder in Wohnunterkünften kein Internetzugang zur Verfügung stehe. Somit zeigen sich bestehende Ungleichheiten auch während der Pandemie in technischer Ausstattung, Medienkompetenz, Bildung und Sprache und beeinflussen damit den Zugang zu digitalen Angeboten. Informationszugänge und -wege öffentlicher Behörden würden demzufolge noch nicht der Relevanz ihres Auftrages entsprechen (Gruppeninterviews 1, 2, Einzelinterview 1, vgl. hierzu auch Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2021).

Dem gegenüber stehen **Social-Media-Kanäle und Messengerdienste**, die häufig vorgezogen werden. Informationen sind dabei schwer zu validieren und werden vielfach ungleich mittels personalisierter Algorithmen verbreitet. Im Einzelinterview 1 wurde dabei im Kontext einer digitalen Kampagne in Hamburg<sup>36</sup> auf „Echo-Kammern“<sup>37</sup> und „Filterblasen“ hingewiesen – durch die Menschen also vornehmlich ihren Interessen folgen und auch nur entsprechende Informationen angezeigt bekommen<sup>38</sup>. Anhand welcher Kriterien die Algorithmen geeignete Informationen auswählen („filtern“), ist dabei häufig nicht bekannt (Klein 2021: 37).

Die Bedeutung sozialer Netzwerke wurde auch im Rahmen von Gruppeninterviews für diese Studie thematisiert. Demnach würden Netzwerke und Messengerdienste wie Instagram, Twitter, Telegram und WhatsApp den Zugang zu **manipulativen Nachrichten und Fehlinformationen** erleichtern, was die Aufklärungsarbeit für die Bevölkerung in der Pandemie zusätzlich erschwere. Die Interviewten berichteten von Fehlinformationen aus Herkunftsländern, die verstärkt Unsicherheit hervorrufen, da unterschiedliche Haltungen, Ansichten und Überzeugungen zum Tragen kommen (Gruppeninterviews 1, 2). Am Beispiel russischer Communities wurde dargelegt, dass es keine russischsprachigen Nachrichtenprogramme gebe und die Menschen aus diesem Grund die Berichterstattung aus Russland mit Propaganda und Desinformationen beziehen. Eine grundlegende Skepsis gegenüber Staatsmächten verstärke die Befürchtung, dass Freiheit und Autonomie durch Corona-Maßnahmen gefährdet werden (Gruppeninterview 2). Darüber hinaus wird von weiteren **hartnäckigen Fehlinformationen in verschiedenen Communities** berichtet, die sich festgesetzt haben und mit Religiosität (Corona als „Strafe Gottes“, der man wenig entgegensetzen kann), Unfruchtbarkeit infolge von Impfungen bei hohem Stellenwert von Kinderreichtum oder Tö-

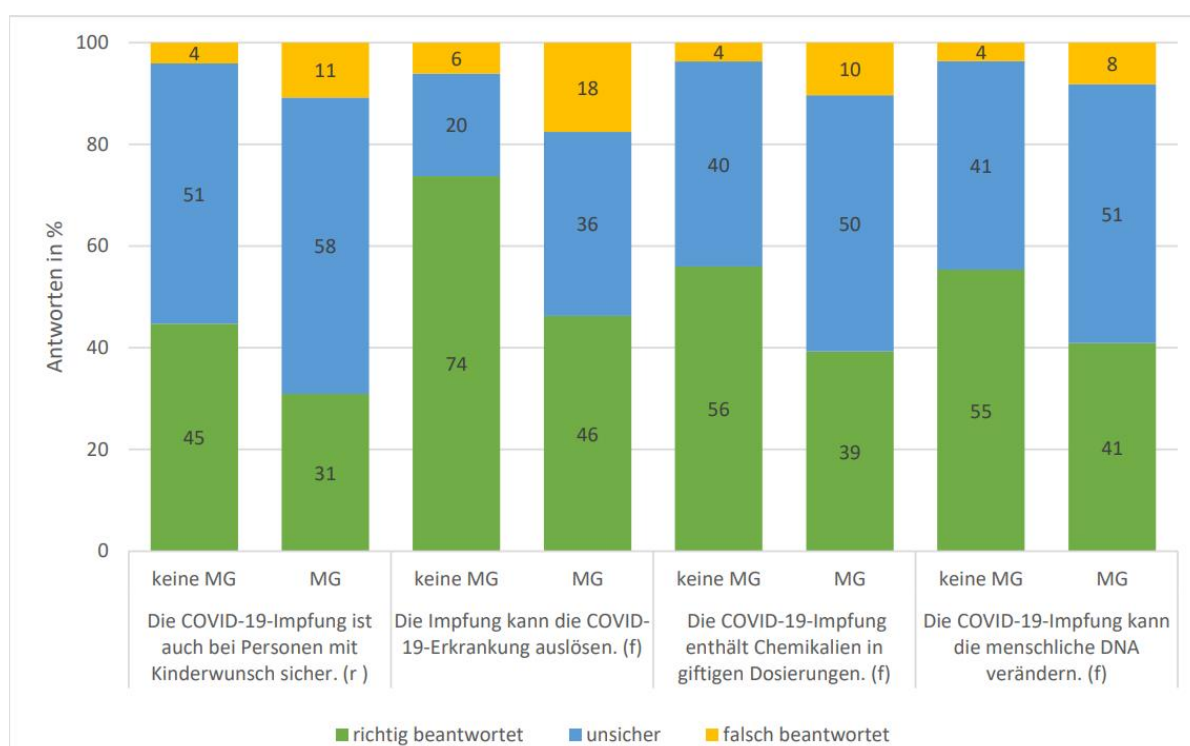
<sup>36</sup> [COROZON](#) ist ein gemeinnütziges Projekt mit dem Ziel, gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern. Zu Beginn der Corona-Pandemie wurde 2020 die Kampagne „#WIRSINDZUSAMMENALLEIN“ ins Leben gerufen, die breit ausgespielt alle Menschen in ihren Lebenswelten erreichen sollte, die mit ihrer Familie oder auch allein die Herausforderungen der Quarantäne-Situation meistern müssen. Die Kampagne wurde primär auf Instagram und Facebook verbreitet, aber auch auf anderen Websites, bspw. der Coronavirus-Informationssseite der Stadt Hamburg, und durch Medienbeiträge (Blotevogel 2020:18).

<sup>37</sup> Als Echokammern werden abgegrenzte Teile des Internets wie bspw. Facebook- oder Telegramgruppen bezeichnet, die im Hinblick auf Teilnehmende und ausgetauschte Informationen homogen sind (Klein 2021: 37).

<sup>38</sup> Bei Auswertungen der Beiträge der Follower (im Deutschen Anhänger) wurde sichtbar, dass Gesundheitsinformationen auf Instagram zu 84 % von Frauen zwischen 25 und 35 verfolgt werden, was im Kontext der Kampagne bedeutet, dass ein großer Teil der Zielgruppe nicht erreicht wurde (Einzelinterview 1).

tung durch Impfung bzw. Implementierung eines Chips, der die Ausweisung ins Heimatland markiere (Gruppeninterview 2). Wenn Desinformationen dieser Art platziert seien, könne das großen Einfluss auf das Verhalten in der Bevölkerung ausüben – vor allem, wenn sie nicht konsequent durch die Social-Media-Plattformen gelöscht oder richtiggestellt werden (Schaefer & Bitzer 2021: 1). Die jüngsten Befragungsergebnisse des RKI zeigen in diesem Zusammenhang, dass die **Unwissenheit und Unsicherheit in Bezug auf Wissen zur COVID-19-Impfung bei Menschen mit Migrationsgeschichte höher sind**, das unsichere und falsche Wissen jedoch in der gesamten Bevölkerung ausgeprägt ist, wie Abbildung 13 zeigt (vgl. hierzu auch Meßmer et al. 2021: 20 ff., vgl. Kapitel 5.4).

**Abbildung 13: Anteil richtiger, falscher und unsicherer Antworten zu ausgewählten Wissensitems nach Migrationsgeschichte (MG)**



Quelle: RKI 2022: 11

Von allen Interviewten wird die **Bedeutung von Informationen aus dem persönlichen Umfeld**, der besten Freundin, der Familie oder der jeweiligen Communities hervorgehoben. Persönliche Beziehungen basieren auf (epistemischem) Vertrauen, wodurch die Kommunikation eines anderen Menschen als vertrauenswürdig, verallgemeinerbar und relevant betrachtet wird (vgl. hierzu Kapitel 5.4) (Gruppeninterviews 1, 2, 3, Einzelinterview 1, 2, Persona-Workshop).

## Zusammenfassung als Persona:

### PERSONA 3

#### Migration – Sprache – Informationszugänge



- Ich habe ein Schreiben bekommen. Da stand etwas mit Corona drin und dass ich zu Hause bleiben soll – glaube ich.
- Ich habe Schwierigkeiten mit dem Lesen und Schreiben. Aber auch meine Freunde haben das Schreiben nicht verstanden.
- Ich kenne die aktuellen Regeln in Deutschland oder Hamburg nicht. Mein Deutsch ist nicht gut, daher sehe ich meistens Nachrichten aus meinem Heimatland. Die geben mir etwas Sicherheit.
- Dort gibt es nicht so strenge Corona-Regeln, da herrschen ganz andere Probleme. Ich weiß nicht genau, was schlimmer ist: Corona, oder was vorher in meinem Heimatland passiert ist.
- Manche von dort sagen, dass Corona keine große Gefahr ist und wir uns keine Sorgen machen brauchen. Wir sollen einfach weitermachen wie bisher.
- Letztens hat mir jemand erzählt, dass man mit der Impfung einen Chip bekommt und dann abgeschoben wird. Ich glaube das nicht, aber impfen lasse ich mich lieber trotzdem nicht.
- Es ist sehr verwirrend, daher halte ich mich an meine Familie, Freunde und Bekannte. Wir helfen uns gegenseitig, um besser zu verstehen, was wir tun sollen – wir wollen ja nichts falsch machen.
- Meine Freundin ist krank. Sie hat schon länger diese Schmerzen, will aber nicht wieder zum Arzt. Beim letzten Mal hat er sie nicht verstanden. Sie vertraut Ärzten nicht mehr.

*Quellen: Gruppeninterviews 1, 2, 3, Einzelinterview 1, Persona-Workshop, Calmbach et al. 2020, RKI 2022: 7 f.  
Foto: VAZHNIK von Pexels*

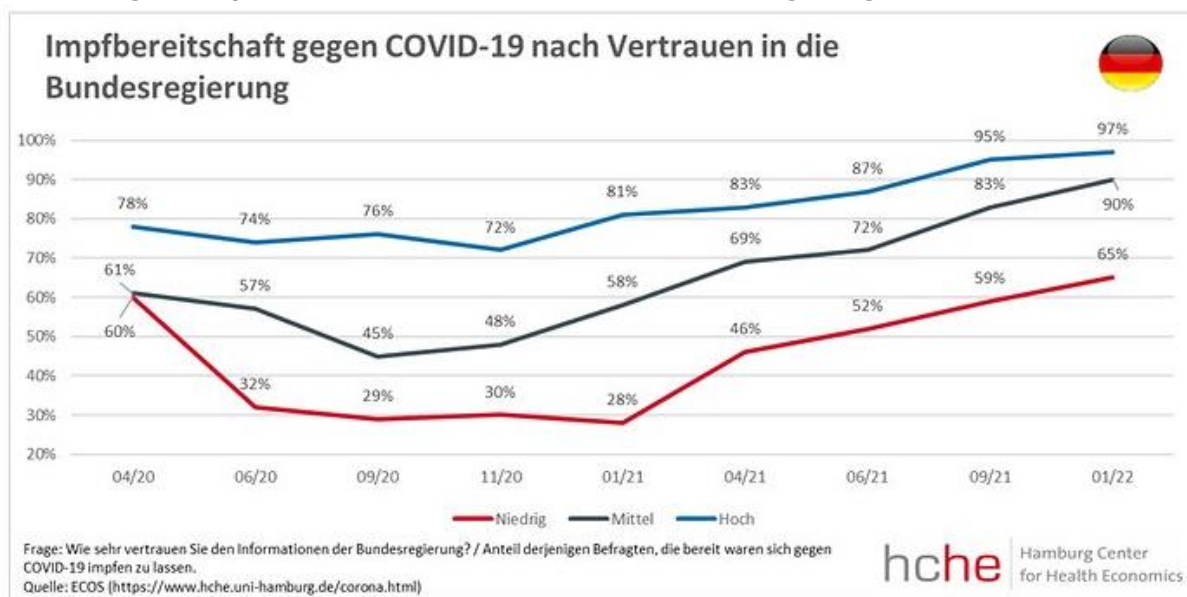
## 5.4 Vertrauen – Zusammengehörigkeitsgefühl – Vorbildwirkungen

Die bereits in den vorausgegangenen Abschnitten dargelegten vielschichtigen Erklärungsansätze zeigen, dass die Möglichkeit oder auch Bereitschaft, sich aktiv am Infektionsschutz zu beteiligen, zwischen einzelnen Menschen abhängig von ihrer Lebenswelt variiert. Ein weiterer Aspekt, der die Impfbereitschaft beeinflusst und den es deshalb in das Geflecht der multiplen Einflussfaktoren einzufügen gilt, ist Vertrauen.



Die jüngste Befragung des Hamburger Center for Health Economics (HCHE)<sup>39</sup> zeigt, dass Menschen mit beispielsweise niedrig ausgeprägtem **Vertrauen gegenüber der Bundesregierung** mit 65% die geringste Impfbereitschaft aufweisen (siehe Abbildung 14). Dabei ist es möglich, dass bereits vor der Pandemie kein Vertrauen und beispielsweise ein starkes Interesse an **Autonomieverteidigung** bestand<sup>40</sup>, oder dass das Vertrauen im Verlauf der Pandemie gesunken ist – etwa durch widersprüchliche Aussagen, ergriffene Maßnahmen oder einem unzureichenden Erwartungsmanagement seitens der Politik. So wurde auch im 2. Gruppeninterview davon berichtet, dass sich beispielsweise angekündigte Test- und Impfangebote, die nicht im geplanten Zeitraum umgesetzt wurden, negativ auf das Vertrauen in die Regierung niederschlug.

**Abbildung 14: Impfbereitschaft nach Vertrauen in die Bundesregierung**



Quelle: HCHE – Neunte Befragungswelle im Dezember 2021/Januar 2022

Neben dem eingeschränkten Vertrauen gegenüber der Regierung zeigt sich aber auch das **unzureichende Vertrauen in das Gesundheitssystem als relevante Einflussgröße** (vgl. dazu Ausführungen in Kapitel 5.3 und RKI 2022).

Eine besondere Gruppe innerhalb derer, die Infektionsschutzmaßnahmen ablehnen, bilden **Corona-Kritikerinnen und -Kritiker sowie Querdenkerinnen und Querdenker**. Aus einer von der Forsa (2021) durchgeführten Befragung von nicht geimpften Personen zu den Gründen für die fehlende Inanspruchnahme der Corona-Schutzimpfung wurden zur besseren Veranschaulichung **vier (nicht trennscharfe) Typen<sup>41</sup> nicht geimpfter Personen** identifiziert: „Existenzleugner“, die die Existenz des Coronavirus abstreiten oder infrage stellen. Ihrer Auffassung nach gibt es bis heute keine eindeutigen Beweise für die Existenz des Coronavirus. „Diktatur-Vermuter“

<sup>39</sup> Das HCHE untersucht seit April 2020 gemeinsam mit Forschenden von drei weiteren europäischen Universitäten die Sorgen und Einstellungen der Menschen in der Corona-Pandemie sowie die Impfbereitschaft. Im Rahmen des Projekts „European COVID Survey (ECOS)“ werden alle zwei Monate mehr als 7.000 Menschen in 7 europäischen Ländern befragt.

<sup>40</sup> Im Einzelinterview wurde darauf hingewiesen, dass Politik und insbesondere Behörden, je nach individueller Erfahrung, häufig als potenzielle Kontrollinstanz wahrgenommen werden – insbesondere im Kontext des Jugendamtes oder im Bereich des SGB-II-Bezugs, was sich u. U. bereits vor der Pandemie beeinträchtigend auf das Vertrauen auswirkt (Einzelinterview 1).

<sup>41</sup> Es gibt nur sehr geringe Übereinstimmungen mit den in 5.1 bis 5.4 beschriebenen Personas, weil für die Personas lebensweltliche Perspektiven gewählt wurden und keine einstellungsbezogenen.



befürchten, dass hinter den Corona-Beschränkungen ein alternatives Motiv oder ein Vorwand steckt, um mehr staatliche Kontrolle zu erhalten. Die „Skeptiker“ zweifeln weder die Existenz des Coronavirus an noch glauben sie an eine „Corona-Diktatur“. Aber sie stehen den beschlossenen „(grundrechtseinschränkenden) Maßnahmen und der (einseitigen) Medienberichterstattung“ sehr kritisch gegenüber. Ihnen zufolge sollte man im Umgang mit Corona mehr auf den gesunden Menschenverstand vertrauen. „Ohne Nähe zu Querdenkern“ umfasst Personen, die die typischen Ansichten der „Querdenker“-Bewegung nicht teilen.

Mittlerweile weiß man um die **große Heterogenität innerhalb der Bewegung** der Corona-Kritikerinnen und -Kritiker sowie der Querdenkerinnen und Querdenker. Es handelt sich um mehrere, häufig disparate soziale Gruppen einer tendenziell älteren und relativ akademischen Bewegung bzw. um gebildete Angehörige der Mittelschicht, die mit 25 Prozent einen deutlich höheren Anteil an Selbstständigen umfasst als in der Gesamtbevölkerung. Ihnen wird eine starke Entfremdung von den Institutionen und Werten des politischen Systems (parlamentarische Demokratie), den Medien und der Wissenschaft attestiert, was die Zugänge deutlich erschwere (Nachtwey et al. 2020: 51 f.). Auffällig ist dabei, dass fast die Hälfte von ihnen in der Vergangenheit noch an keinem anderen Protest teilgenommen hat und damit zumindest vor der Pandemie vermutlich politisch weder stark rechts noch links orientiert war, wobei ihnen dennoch ein „beträchtliches immanentes Radikalisierungspotenzial“ zugesprochen wird. Dabei wurde eine grundsätzliche Kritik an Institutionen deutlich, die mit einem Vertrauensverlust einhergeht (ebd.: 54 ff.).

In den qualitativen Erhebungen für diese Studie wurden keine konkreten Erfahrungen etwa mit Querdenkerinnen und Querdenkern vorgetragen, es wurde jedoch verdeutlicht, dass Vertrauen nicht nur im Zusammenhang politischen Handelns einen beeinflussenden Faktor darstellt, sondern insbesondere im Hinblick auf **persönliche Beziehungen und soziale Ähnlichkeit** (Gruppeninterviews 1, 2, 3, Einzelinterview 1). Wie bereits in Kapitel 5.3 beschrieben, bevorzugen Menschen Informationszugänge aus dem persönlichen Umfeld, der Familie oder der Community. Vertrauen dient hier als Basis dafür, dass ausgetauschte Informationen zwischen Peers als richtig, wichtig und persönlich relevant eingeschätzt werden – von einer Person geteilt, die sich für die eigene Person interessiert. Im Einzelinterview 1 wird in diesem Zusammenhang das **epistemische Vertrauen** genannt, das in der Fachliteratur und im Allgemeinen als basales Vertrauen in eine Person als sichere Informationsquelle oder auch im pädagogischen und psychotherapeutischen Kontext die grundlegende Bereitschaft bezeichnet, die Kommunikation eines anderen Menschen als vertrauenswürdig, verallgemeinerbar und relevant zu betrachten (Sperber et al. 2010, Fonagy & Luyten 2016). Die epistemische Vertrauensbasis kann somit positiven wie auch negativen Einfluss auf das individuelle oder auch kollektive Infektionsgeschehen in Communities haben.

Wie in Kapitel 5.2 und 5.3 beschrieben, ist auch die **individuelle Angst als maßgeblicher Einflussfaktor** auf das Infektionsschutzverhalten zu benennen. Im Kontext berufsbedingter Einflussfaktoren wurde beispielhaft auf Ängste vor einer durch aus der Impfung resultierenden Unfruchtbarkeit oder die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes hingewiesen, aber auch auf die Angst etwa Alleinerziehender, durch einen Ausfall nach der Impfung die Arbeits- und Betreuungssituation nicht mehr gewährleisten zu können (Gruppeninterview 2, Persona-Workshop). Im Einzelinterview 1 und im Persona-Workshop wurde in diesem Kontext deutlich auf die **Emotionalität** hingewiesen, die mit Angst verbunden sein kann und das Wahrnehmen und Handeln von Personen beeinflusst. Hinweise auf diesen Zusammenhang sind in der Literatur auch unter dem Stichwort

„confirmation bias“<sup>42</sup> und mit Verweis auf **Verschwörungstheorien** zu finden, wonach angstvolle Menschen in der Pandemie besonders schwer zu erreichen seien, da sie dazu neigten, „Informationen so auszuwählen, zu ermitteln und zu interpretieren, dass sich ihre eigenen Erwartungen erfüllen“ (Stangl 2022, vgl. auch Enste & Kary 2021: 18, 23, Stangier et al. 2021). Von diesen Menschen würden offizielle Informationen gescheut, bewusst vermieden oder ignoriert werden und jene, die die eigene Ansicht bestärken, bevorzugt (Einzelinterview 1, Persona-Workshop).

In den Gruppeninterviews 1 und 2 wurde im Zusammenhang mit Infektionsschutz auch explizit auf das **Verhalten von Jugendlichen** verwiesen, die insbesondere in Zeiten der Ausgangssperren herausgefordert waren, wenn an ihre Vernunft und Disziplin appelliert wurde. Zu Beginn der Pandemie hätten insbesondere junge Männer das Infektionsgeschehen nicht ernst genommen und keine subjektive Angst vor einer Infektion verspürt. Eher seien Befürchtungen wahrgenommen worden, andere (ältere) Menschen und insbesondere Familienmitglieder zu infizieren (Gruppeninterview 2). Erst durch bekannte Schicksale habe die Pandemie ein Gesicht bekommen und es entstand Einfluss auf die Communities. Kommunizierte statistische Daten seien in diesem Zusammenhang weniger beeindruckend als **Krankheitsverläufe im eigenen Familienkreis oder im Netzwerk**, die zu einem verbesserten Zugang zu den Communities für Aufklärung und Impfschutz führten (Gruppeninterviews 1, 2). Dies zeigt sich auch den Ergebnissen der SINUS-Jugendstudie 2020, die den Jugendlichen, insbesondere jenen aus sozial benachteiligten Lebensräumen, eine geringe subjektive Betroffenheit attestieren, aber eben auch, dass sie um ihre soziale und gesundheitliche Verantwortung wissen, dass sie die Krise ernst nehmen und sich um ihre Mitmenschen sorgen (Calmbach et al. 2020).

Einflussfaktoren wie das oben beschriebene Vertrauen, persönliche Beziehungen und soziale Ähnlichkeit zwischen Menschen können das **Gefühl der Zusammengehörigkeit** fördern und damit starken Einfluss auf das **solidarische Handeln in der Gemeinschaft** nehmen (Gruppeninterviews 2, 3, Einzelinterview 1, vgl. auch die Bedeutung des Gemeinwesens/der Nachbarschaft in Kapitel 6.2). In den Interviews wurde deutlich auf die Relevanz des „Wir-Gefühls“ hingewiesen, das soziales Handeln befördere und sich damit auch auf Impf- und Testbereitschaft auswirken könne (Gruppeninterviews 2, 3, vgl. auch Tackenberg et al. 2020: 8). Die neuesten Ergebnisse der COVIMO-Fokuserhebung bestätigen, dass die Impfung stark als gemeinschaftliche Maßnahme wahrgenommen wird (RKI 2022: 9). In diesem Zusammenhang wird auch auf Menschen mit Migrationsgeschichte verwiesen, bei denen die Wahrscheinlichkeit mindestens einmal geimpft zu sein höher ist, je stärker die Impfung als eine gemeinschaftliche Maßnahme zur Eindämmung der Pandemie betrachtet werde (ebd.: 11).

Ob sich Menschen also der Gemeinschaft zugehörig und als Teil der Gesellschaft fühlen, bestimmt demnach auch, ob sie für sich allein oder sozial im Sinne ihrer Mitmenschen handeln. Fühlen sie sich nicht zugehörig oder sogar benachteiligt, beeinflusse das auch das Zusammengehörigkeitsgefühl und die Bereitschaft zum Infektionsschutz (Gruppeninterview 2). Auf (sozial)räumlicher Ebene betrachtet, sind damit auch das unmittelbare Wohnumfeld und der Zusammenhalt innerhalb der Stadtteile als möglicher positiver wie negativer Einflussfaktor in der Pandemie zu berücksichtigen.

<sup>42</sup> „Confirmation bias“ – im Deutschen „Bestätigungsfehler“ – ist eine Bezeichnung aus der Kognitionspsychologie und ein wesentlicher Aspekt der selektiven Wahrnehmung (Stangl 2022).

sichtigen (Gruppeninterviews 2, 3, Einzelinterview 1 sowie Tackenberg et al. 2020: 8, Franzke Olano 2020: 28, vgl. Kapitel 6.2). Dies bestätigen auch die Ergebnisse eines vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Projekts<sup>43</sup>, das den **Zusammenhalt in der Gesellschaft bzw. im Sozialraum als wesentlichen Resilienzfaktor** identifiziert, der als Sozialkapital zu betrachten sei und in Krisenzeiten ein kollektives Bewältigungspotenzial freisetzen kann (Franzke Olano 2020: 1, 13 f.). Wenn also die Politik zu solidarischem Handeln in der Pandemie aufruft,<sup>44</sup> wendet sie sich demzufolge auch an den sozialen Zusammenhalt in der Bevölkerung – „eine Art Lackmustest [...], der Aufschluss über den Grad des prosozialen Verhaltens in der Zivilgesellschaft“ geben könne (Tackenberg et al. 2020: 8).

Nicht zuletzt wurde in den qualitativen Erhebungen auf die Notwendigkeit verwiesen, dass die öffentliche Hand für Krisen wie die Pandemie auf eine geeignete **Krisenkommunikation** vorbereitet sein müsse (Einzelinterview 1, Gruppeninterview 3). Wünschenswert sei es beispielsweise, die Beherrschbarkeit des Corona-Virus – etwa im Vergleich zu Ebola – in den Vordergrund der Kommunikation zu rücken und dadurch zum Handeln zu motivieren (Gruppeninterview 3). Mit Blick auf die Impfbereitschaft habe es sich bewährt, die Menschen zu ermutigen, über gewünschtes Verhalten zu sprechen und somit die Verbreitung **positiver Rollenbilder** in verschiedenen Gesellschaftsgruppen zu unterstützen.

Als **gute Beispiele** dafür wurden die Impfpflaster-Selfies auf Instagram genannt. Aber auch das Teilen eigener Erfahrungen im Freundes- und Bekanntenkreis im Sinne von „Tu Gutes und rede darüber“ sei mit Blick auf die oben beschriebene Relevanz epistemischen Vertrauens von maßgeblicher Relevanz (Rudert & Janke 2021). Außerdem sei es zentral, auch auf alltägliche Probleme wie Drucksituationen – etwa während Quarantänephase – kommunikativ einzugehen und nicht nur Informationen zu senden, um **konkreten Nutzen** zu schaffen und damit Vertrauen zu fördern (Einzelinterview 1). Weitere Lernpunkte sind im Gliederungspunkt 6.3 zusammengefasst.

<sup>43</sup> „Resilienz durch sozialen Zusammenhalt – Die Rolle von Organisationen“ (ResOrt) (Franzke Olano 2020).

<sup>44</sup> Die ehemalige Bundeskanzlerin Angela Merkel appelliert in einer TV-Ansprache an das solidarische Handeln der Bürgerinnen und Bürger bei der Eindämmung der Corona-Pandemie (vgl. ZDFheute vom 18.03.2020: <https://www.zdf.de/nachrichten/politik/merkel-fernsehansprache-corona-100.html>, abgerufen am 08.02.2022).

## PERSONA 4

### Vertrauen – Zusammengehörigkeitsgefühl – Vorbildwirkungen

- Ich möchte mein Leben leben und mir von niemandem sagen lassen, was ich zu tun oder zu lassen habe.
- Ich hatte von Anfang an keine Angst vor dem Virus. Als eine Freundin von mir ins Krankenhaus musste, habe ich mir aber Sorgen gemacht.
- Wer weiß schon, welche Interessen Politiker verfolgen, ich höre da auch schon gar nicht mehr hin. Versteht ja auch kein Mensch mehr, was die sagen.
- Jetzt musste auch der kleine Laden an der Ecke, in dem ich mir immer noch Kaffee geholt habe, schließen. Mit Corona ist hier alles kaputtgegangen.
- Ich lasse mich nicht offiziell testen. Wer hilft mir denn, wenn ich in Quarantäne muss und nicht zum Supermarkt darf?
- Meine Freunde oder auch berühmte Menschen haben sich nicht impfen lassen, warum sollte ich das dann tun?
- Ich bin mir auch gar nicht sicher, ob die Impfung nicht Chemikalien in giftigen Dosierungen enthält. Das habe ich mal auf Instagram gelesen.
- Die meisten Menschen im Haus und in der Nachbarschaft kenne ich gar nicht.
- Ich komme gut alleine klar und weiß schon, was das Beste für mich ist.



Quellen: Gruppeninterviews 1, 2, 3, Einzelinterview 1, Persona-Workshop, Calmbach et al. 2020, RKI 2022: 11  
Foto: MART PRODUCTION von Pexels

## 6 Handlungsansätze hinsichtlich der Steuerung von aktuellen und künftigen gesundheits- und sozialpolitischen Herausforderungen

Aus den Ergebnissen der vorliegenden Studie leiten wir für die Steuerungsebene vier kurz-, mittel- und langfristig wirksame Handlungsansätze ab, wie Erkenntnisse über die Auswirkungen von sozialer Ungleichheit in der Corona-Pandemie in der zukünftigen Präventionsstrategie und der Steuerung in Krisensituationen berücksichtigt werden können:

### Kurzfristig:

- Literaturanalyse und qualitative Erhebungen haben gezeigt, dass pandemie- und gesundheitsbezogene Informationen als zum Teil schwer verständlich, wenig ansprechend formuliert und unzureichend zugänglich wahrgenommen werden. Daher empfehlen wir die Weiterentwicklung einer **zielgruppenadäquaten, lebensweltorientierten Kommunikation**, vor allem in Krisensituationen (Kapitel 6.1). Dieser Ansatz ist mit Blick auf Prävention und Gesundheitsschutz sehr wirksam und hat Effekte auch in der alltäglichen Kommunikation zwischen Staat, Institutionen sowie Bürgerinnen und Bürgern.

### Mittelfristig:

- Weil Gesundheits- und Armutsprävention in den Sozialräumen umgesetzt wird und dort die vorhandenen Institutionen, Fachkräfte und ehrenamtlich Tätigen für eine gelingende Ansprache und einen lebensweltorientierten Gesundheitsschutz verbindlich und systematisch kooperieren müssen, empfehlen wir die **Stärkung krisenfester Stadtteile durch die systematische Förderung einer verbindlichen ressortübergreifenden Kooperation in lebensweltorientierten Netzwerken in den Hamburger Quartieren** (Kapitel 6.2).
- Weil schnell verfügbare und verknüpfbare Daten die Steuerung von sozialräumlich differenzierten Infektionsmaßnahmen im Mehrebenensystem unterstützen, empfehlen wir die weitere **Optimierung des Datenmanagements** in Hamburg (Kapitel 6.3).

### Langfristig:

- Am deutlichsten zeigte sich in dieser Studie Einfluss des soziökonomischen Status auf das Infektionsgeschehen in den Hamburger Stadtteilen. Allerdings werden bisher zur Prävention von Armut keine ganzheitlichen Strategien umgesetzt. Daher empfehlen wir die Arbeit an einer **ganzheitlichen Armutspräventionsstrategie** (Kapitel 6.4). Mit der dafür nötigen Verknüpfung der vorhandenen Fachstrategien sollte kurzfristig begonnen werden, um langfristig den sozial ungleich verteilten Chancen zur Bewältigung von Krankheit und Krisen begegnen zu können.

Die vier Handlungsansätze bedingen einander und schaffen wechselseitig Voraussetzungen für Prävention und Steuerung in Krisensituationen. Ihre **Priorisierung wird deshalb als gleichrangig** erachtet, auch wenn ihre direkten Effekte unterschiedlich schnell beobachtbar sein werden.

Jedes der vier folgenden Unterkapitel ist in **drei Abschnitte** unterteilt: Zuerst wird kurz der Gegenstand des Steuerungs- und Handlungsfeldes eingeordnet und mit den Ergebnissen der Studie verbunden. Darauf folgt die Darstellung möglicher Handlungsansätze, die farblich hervorgehoben sind. Den Abschluss bilden jeweils Anregungen aus Studien und/oder „Next Practice“ aus anderen Bundesländern, Städten oder Hamburg selbst, die für die Ausgestaltung Hamburger Vorhaben Inspiration geben können.

## 6.1 Kurzfristige Wirksamkeit: Zielgruppenadäquate Kommunikationsmaßnahmen

Die Aufbereitung von Informationen und die Wahl der Medien, mit denen sie transportiert werden, können im Pandemiegesehen schnell wirksame Instrumente darstellen, um gewünschte Verhaltensweisen zu beeinflussen (Vardavas et al. 2021: 2; vgl. 5.3). Voraussetzung dafür ist, dass die Informationen die Adressatinnen und Adressaten erreichen, diese sie verstehen und richtig interpretieren. Zugangswege zur Bevölkerung und zu Adressatinnen- und Adressatengruppen haben damit eine übergeordnete Bedeutung, da sie am Anfang der Wirkungskette gelingender Information stehen. Die **Notwendigkeit der heterogenen Ausgestaltung von Zugängen entlang verschiedener Bedarfs- und Zielgruppen** bildet eine Herausforderung und erfordert verschiedene Konzepte, Kompetenzen und Mittel – insbesondere in Krisenzeiten, wenn wichtige Informationen Menschen zeitnah erreichen müssen und diese nicht erst danach suchen sollen (Einzelinterview 1, Gruppeninterviews 1, 2 und 3, Persona-Workshop).

Für gelingende Kommunikation ist die Einbindung von **Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie Schlüsselfiguren** eine wichtige Ressource, die auch bei der Stärkung und Sicherung analoger Zugänge mitgedacht werden muss – insbesondere im Hinblick auf die Interpretation von Gesundheitsinformationen durch Aufklärung und Sprachmittlung. Deshalb wird der Förderung einer verbindlichen Kooperation in lebensweltorientierten Netzwerken auf Stadtteilebene ein separater Handlungsansatz gewidmet (vgl. 6.2). Die beispielhaften Ausführungen dafür, dass offizielle Informationen seitens der Behörden für eine Vielzahl von Menschen nicht verständlich sind und digitale Ämterkontakte mitunter ausschließend wirken, verdeutlichen die Notwendigkeit einer **Kommunikation, die sich an den Lebenswelten der Adressatinnen- und Adressatengruppen orientiert** (Kapitel 5.3, 5.4). In den qualitativen Erhebungen wurde neben der Notwendigkeit einer niedrigschwelligen Informierung auch noch ein anderer Aspekt hervorgehoben: Es gehe nicht nur darum, welche Informationen vermittelt werden, sondern auch darum, wie. Es brauche eine warme Sprache und eine Kommunikation, die Fragen stelle, Scheu abbaue und Ängste und Sorgen der Menschen ernst nehme (Einzelinterview 1, Gruppeninterview 3, Persona-Workshop). Berücksichtigt werden müssen auch Unterschiede in der Ausstattung, technischer Zugänge und Anwendungskompetenz – insbesondere im Hinblick auf vulnerable und benachteiligte Gruppen, denn **digitale Ansätze zur Kommunikation werden weiterhin einen wichtigen Stellenwert in der Aufklärung und Information der Bevölkerung einnehmen**. Hochfrequentierte Webseiten wie die des RKI oder Anwendungen wie die Corona-Warnapp attestieren während der Pandemie die Relevanz digitaler Kommunikation und Intervention (Helmer et al. 2021: 9, vgl. auch Möser 2020: 203).

Im Bereich der Kommunikations- und Informationstechnologien bringt der digitale Wandel aber auch Herausforderungen mit sich, da sich die **Machtverhältnisse in öffentlichen Diskursen** verändern, denn jeder im Netz aktive Mensch nimmt Einfluss darauf, welche Nachrichten geteilt und kommentiert werden und somit für mehr öffentliche Aufmerksamkeit sorgen (Möser 2020: 203). Die Vielzahl zugänglicher und angepriesener Informationen macht es den Menschen nicht leicht, die jeweils richtigen und ihren Bedürfnissen entsprechenden Informationen zu finden, zu beurteilen, zu verstehen und anwenden zu können (vgl. Nordholt & Busch 2020: 4). Die **exponentielle Verbreitung von Desinformationen im Kontext der Pandemie** über verschiedene Bevölkerungsgruppen hinweg stellt dabei eine besondere Herausforderung und eines der kritischsten Gebiete zukünftiger Forschungen dar, die eine interdisziplinäre Anstrengung und die Erarbeitung geeigneter Kommunikationskonzepte erfordere (vgl. hierzu Briand et al. 2021). Hier brauche es die Unterstützung bei der Validierung von Informationen, Informationsdiensten oder Absende-

rinnen und Absendern von Informationen sowie (präventive) Techniken, um die Bevölkerung gegen Fehl- und Desinformation im Internet zu „immunisieren“ (sogenanntes Pre-Bunking) oder um Falschnachrichten richtigzustellen (z. B. Kontextualisierung, Erwidern, Warnhinweise oder Quellen transparent machen (vgl. hierzu Schaefer & Bitzer 2021: 1)). Obwohl die Verwaltungen großer Städte eine führende Rolle in der Umsetzung der Gesundheitspolitik übernehmen, zeigte die Studie von Teichmann et al., dass die Bundesbehörden eine größere öffentliche Reichweite haben, womit die Zusammenarbeit mit ihnen in der Gesundheitskommunikation entscheidend sei (Teichmann et al. 2020: 25). Die Europäische Kommission fördert hier bereits eine Reihe von Projekten zur Bekämpfung von Desinformation.<sup>45</sup>

**Handlungsansatz:** Wir empfehlen der Freien und Hansestadt Hamburg die **Weiterentwicklung einer integrierten Informations- und Kommunikationsstrategie, die an den Lebenswelten verschiedener Bevölkerungsgruppen ausgerichtet ist und auch in Krisensituationen greift**. Die Arbeit der kommunalen Verwaltungen hat direkte Auswirkungen auf das alltägliche Leben der Bürgerinnen und Bürger, daher ist der Aufbau einer fachübergreifenden effizienten und zuverlässigen Kommunikation, die gerade in Krisenzeiten Bestand hat, wichtig (vgl. Möser 2020: 201 f., Girnth 2010). Dafür sollten zunächst Adressatinnen- und Adressatengruppen bestimmt werden, die anschließend in den Prozess eingebunden werden, denn partizipative und beteiligungsorientierte Ansätze und das Wissen über Beweggründe und Handlungsmotive von Menschen können über den Erfolg einer Kommunikationsstrategie entscheiden (vgl. Hofrichter 2020: 2, Vey 2020: 232 f.). Folgende Aspekte sind aus unserer Perspektive bei der Weiterentwicklung einer integrierten Informations- und Kommunikationsstrategie zu berücksichtigen:

- Die **Entwicklung bzw. Stärkung von Zugängen und die Gestaltung von Ansprache**, die nicht ausschließend wirken und sowohl analoge als auch digitale Formate systematisch und kontinuierlich miteinander verknüpfen. Die persönliche Ansprache der Menschen in den jeweiligen Sozialräumen unter Berücksichtigung verschiedener Milieus hat sich in Hamburg bereits mit dem Info-Mobil, das gemeinsam von dem Gesundheitsprojekt MiMi-Hamburg – „Mit Migranten für Migranten“, dem Kinderschutzbund und der Sozialbehörde betriebene wurde, bewährt und empfiehlt sich durch Formate wie Hausbesuche, Spaziergänge oder Straßensozialarbeit erweitert zu werden (Gruppeninterviews 1, 2, 3, vgl. Hofrichter 2020: 3 f.). Dafür gilt es zunächst Vertrauenspersonen zu identifizieren und sie perspektivisch stärker in die Aufklärungs- und Präventionskommunikation vor Ort einzubinden. Dies können neben Ärztinnen und Ärzten, Sozialarbeitenden, Ehrenamtlichen auch die Verkäuferin oder der Verkäufer beim Kiosk, beim Bäcker oder im Supermarkt sein. Der Einsatz von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren fördert die informelle Kommunikation und bietet die Chance, Umsetzungswege zu beschleunigen und Informationsprozesse agiler zu gestalten.
- Es wird eine **positive einfache und niedrigschwellige Aufbereitung von Informationen in einer leichten und warmen Sprache** benötigt. Informationen sollten in **Fremdsprachen** übersetzt und mit Visualisierungen wie Piktogrammen unterstützt werden (Gruppeninterviews 1, 2, 3; Einzelinterview 1, Teichmann et al. 2020: 25 f.). Die Informationen gilt es dabei auch ganz konkret mit Handlungsmöglichkeiten zu hinterlegen, die den Menschen Orientierung bieten und den daraus resultierenden Nutzen

<sup>45</sup> Vgl. [Corona-Krisenreaktion > Bekämpfung von Desinformation > Geförderte Projekte zur Bekämpfung von Desinformation](#), Abruf 01.03.2022.

vermitteln. Auch der Vergleich mit anderen Gesundheitsrisiken, wie der Sterblichkeitsrate während Grippewellen, können zudem die Interpretation und Einordnung erleichtern (vgl. Nordholt & Busch 2020: 28). Wie in Kapitel 5.3 dargelegt, sind bei der Entwicklung von Aufklärungs-, Test- und Impfstrategien auch die große Anzahl gering literalisierter Erwachsener zu berücksichtigen sowie spezifische Migrantinnen- und Migrantengruppen wie beispielsweise in Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende oder Saisonarbeitende (Gruppeninterviews 2, 3, Hintermeier et al. 2021: 4).

- Mit Blick auf die zunehmende Relevanz sozialer Medien und Messengerdienste empfehlen wir die **Erarbeitung und Implementierung einer Strategie zum Schutz vor Fehl- und Desinformation** für die Stadt Hamburg unter Beteiligung von Entscheidungstragenden, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, Journalistinnen und Journalisten und Bürgerschaftsvertretungen.<sup>46</sup> Dabei sollte ein Austausch mit Bundesbehörden in Betracht gezogen werden, um eine größere Wirkung von präventiven Maßnahmen wie auch von Maßnahmen zur Richtigstellung von Falschinformationen zu erreichen (vgl. Schaefer & Bitzer 2021: 1).
- Die schnelle Weiterentwicklung von Informations-, Kommunikations- und Interaktionstechnologie beeinflusst Arbeitsprozesse, -formen, -bedingungen sowie Arbeitskultur und erfordert **Anwendungswissen aufseiten der öffentlichen Verwaltung**. Immer seltener benutzen Bürgerinnen und Bürger klassische Kommunikationsmedien, weshalb **eine interaktivere und marketingorientierte Ausrichtung der Verwaltungskommunikation** zunehmend gefordert wird (Möser 2020: 208). Mit Blick auf die externe Kommunikation können Kompetenzen im Digital- oder auch Marketingbereich durch Fort- und Weiterbildungen erlangt oder durch Fachakteurinnen und -akteure anlassbezogen hinzugezogen werden. Im Einzelinterview 1 wird jedoch betont, dass es ohne Erfahrung und Interesse an Social Media für die öffentlichen Verwaltungen schwer wird, die Bevölkerung zu erreichen.

#### Weitere Anregungen – Next Practice:

- Das Leibniz-Institut für Medienforschung | Hans-Bredow-Institut (HBI) analysierte zwischen Dezember 2020 und April 2021 im Auftrag des BMBF kommunikative Prozesse in Krisen. Im Ergebnis werden verschiedene **bereichsübergreifende Herausforderungen für die Kommunikation in Krisen** identifiziert und Empfehlungen formuliert, wie kommunikative Beziehungen zwischen Akteurinnen und Akteuren aus Politik, Wissenschaft, Medien und Zivilgesellschaft zur Stärkung einer Krisenresilienz beitragen können (Broer et al. 2021).
- Als Zusammenschluss von 25 Fachorganisationen hat das „Kompetenznetzwerk Public Health COVID 19“ zwei Ergebnisse zum **Thema Risikokommunikation und -wahrnehmung** angesichts der Pandemie veröffentlicht. Darin sind – in Anlehnung an internationale

<sup>46</sup> Am 23. März 2022 fand beispielsweise in Hamburg zum 33. Mal das Gipfeltreffen zur Krisenkommunikation statt, bei dem 200 Fach- und Führungskräfte gemeinsam zu Desinformationskampagnen, Cyberangriffen, der Flutkatastrophe und der vierten Corona-Welle berieten und gemeinsam in den Austausch traten. <https://www.krisenkommunikationsgipfel.de/krisenkommunikationsgipfel/pressemittteilung.pdf>, Abruf 03.03.2022.



wissenschaftliche Erkenntnisse – sechs Kernbotschaften formuliert, welche bei einer „wissenschaftsbasierte[n] Öffentlichkeitskommunikation und -information im Rahmen einer nationalen COVID19-Impfstrategie“<sup>47</sup> berücksichtigt werden sollten (vgl. Helmer et al. 2021; Letz-Holland et al. 2021).

- Der Presse- und Informationsdienst der Stadt Wien hat **gemeinsam mit einer Werbeagentur eine Kampagne zum Thema Falschinformationen** gestartet. Sie soll insbesondere Kinder und Jugendliche sowie die ältere Generation aufklären und mehr Medienkompetenz vermitteln – vor allem im Umgang mit sozialen Medien. Gezielte Werbemaßnahmen in Print- und Online-Medien sowie TV und Hörfunk klären darüber auf, wie man Fake News erkennt und sich verhält, wenn man mit ihnen konfrontiert wird.<sup>48</sup> Auch die Europäische Kommission fördert im Rahmen des laufenden Forschungs- und Innovationsprogramms „Horizont 2020“ eine Reihe von Projekten zur Bekämpfung von Desinformationen und um den Wahrheitsgehalt von Informationen in den sozialen wie in den klassischen Medien zu erhöhen.<sup>49</sup>
- Das BMBF hat für **gering literalisierte Menschen eine Informationsplattform zur Corona-Pandemie** eingerichtet.<sup>50</sup> In leichter Sprache und mit Vorlesefunktion finden Menschen hier aktuelle und allgemeine Informationen, Online-Lernangebote, FAQs und einen Verweis auf das kostenlose Beratungstelefon „ALFA-Telefon“.<sup>51</sup> Auch auf der Hamburger Behördenseite stehen Informationen in leichter Sprache zur Verfügung, beispielsweise zu aktuellen Corona-Regeln<sup>52</sup>.

## 6.2 Mittelfristige Wirksamkeit: Stärkung krisenfester Stadtteile durch systematische Förderung der verbindlichen ressortübergreifenden Kooperation in lebensweltorientierten Netzwerken auf Stadtteil-ebene

Die Konkretisierung und Umsetzung einer ganzheitlichen Armutsstrategie, für die auf Landesebene ein Rahmen gesetzt werden muss, erfolgt auf der Ebene von Stadtteilen. Vor allem für die **Gesundheitsförderung ist die Stadtteilbene** von zentraler Bedeutung, weil dort Menschen direkt in vertrauensvollen Settings erreicht werden können: „Vor dem Hintergrund der Pandemie wird deutlich, wie wichtig etablierte Netzwerkstrukturen auf lokaler Ebene (wie z. B. lokale Vernetzungsstellen für Prävention, lokale Demenz-Netzwerke) und integrierte kommunale Strategien sind. Sie bilden die Grundlage für eine gute Zusammenarbeit in den Bereichen Gesundheit und Prävention und stellen den Kontakt zu den Institutionen und den Bewohner\*innen des Stadtteils her“ (Hofrichter & Duwe 2020: 3).

Die meisten systematisierten Erfahrungen mit Präventionsnetzwerken liegen für die **Zielgruppe Kinder und Jugendliche** vor (vgl. z. B. Ramboll 2018, Durdel & Schütte 2020, Röber 2020). Hier

<sup>47</sup> Vgl. hierzu die Ergebnisse des [Kompetenznetz Public Health COVID-19](#), darunter die Handreichung „[Wissenschaftsbasierte Öffentlichkeitskommunikation und -information im Rahmen einer nationalen COVID-19-Impfstrategie \(28.01.2021\)](#)“, Abruf 28.02.2022.

<sup>48</sup> Vgl. hier [die Aufklärungsinitiative der Stadt Wien](#), Abruf 28.02.2022

<sup>49</sup> Vgl. [Durch die Europäische Kommission geförderte Projekte zur Bekämpfung von Desinformation](#), Abruf 03.03.2022.

<sup>50</sup> Vgl. [Informationsplattform zur Corona-Pandemie](#), Abruf 01.03.2022.

<sup>51</sup> Vgl. [ALFA-Telefon](#), Abruf 01.03.2022.

<sup>52</sup> Vgl. [Wichtige Corona-Regeln ab dem 2. April 2022 - hamburg.de](#), Abruf 25.04.2022.

wurde die Erfahrung gemacht, dass auf lokaler Ebene Akteurinnen und Akteure etwa aus Kinderarztpraxen, Kitas, Grundschulen, Familienbildungseinrichtungen und Selbsthilfeorganisationen oder Stadtteilmütter gemeinsame „**Werteketten**“ bilden können, wenn sie sich, ihre Ziele und ihre Leistungen untereinander kennen, eine gemeinsame Sprache sprechen, aufeinander verweisen und im besten Fall durch eine Koordinierungsstelle im Zusammenwirken unterstützt werden (Schubert 2018: 78; Durdel & Rose 2020: 9). Sie werden optimalerweise durch eine übergreifende Präventionsstrategie, zum Beispiel auf Landesebene, gestützt (vgl. z. B. Ramboll 2018).

Entsprechende Netzwerke, die sich auf die **gleichberechtigte Teilhabe und Gesundheit Erwachsener** beziehen, sind weniger bekannt als die mit dem Fokus Kindesalter: Für das Kindesalter ist es beispielsweise schnell entscheidbar, wen man in einer Steuerungsgruppe gegen Kinder- und Jugendarmut einsetzt – Fachbereichsleitungen Familie und Gesundheit, Fachdienstleitungen, Kita-Leitungen, Bildungskoordinatorinnen, Schulleitungen usw. Wer wären entsprechende Personen für andere Altersgruppen? Als Antwort auf diese Frage kommen Sozialräume in den Blick und Nachbarschaften, womit sich Präventionsketten für Erwachsene nicht so leicht institutionalisieren lassen (Einzelinterviews 1 und 2). Die Lebenslagen, institutionellen Anbindungen und Vulnerabilitäten Erwachsener sind so vielfältig, dass es für diese Zielgruppe kaum generalisierbare Netzwerkkonstellationen für Prävention gibt. Dass zusätzlich das konkrete Wohnumfeld im Stadtteil einen relevanten Einfluss auf das Wohlergehen von Menschen ausübt, hat diese Studie gezeigt (vgl. 4.1, 4.3., 4.5, 4.6, 5.1., 5.2, 5.3). Ziel sollte es deshalb sein, das soziale Kapital im Sinne von „**Beziehungsgflechten**“ sowie die professionelle Kooperation und Koordination im Sinne „**organisierter Netzwerke**“ (Schubert 2018: 4, Einzelinterview 2, Persona-Workshop) in den Stadtteilen zu stärken. Hamburger Stadtteile verfügen bereits über Strukturen, die die Krisenfestigkeit im Gemeinwesen stützen. Dazu gehören beispielsweise

- sehr **leistungsfähige Institutionen** wie Stadtteilschulen und Mehrgenerationenhäuser, in denen beispielsweise Impfangebote unterbreitet wurden (Gruppeninterview 2, Rosenbusch et al. 2020), Moscheen, die bei Informationstransfer unterstützt haben (Gruppeninterview 3), oder multiprofessionelle Versorgungseinrichtungen wie die Poliklinik Veddel (s. u. „Weitere Anregungen“),
- **bürgerschaftliche Netzwerke** wie das Gesundheitsprojekt MiMi – „Mit Migranten für Migranten“<sup>53</sup> (Gruppeninterviews 1, 2, 3), Elternlotsen (Gruppeninterview 1) oder Besuchs- und Begleitdienste (Gruppeninterview 3) sowie
- **professionelle Koordinationsstrukturen** wie die Lokalen Vernetzungsstellen Prävention (Gruppeninterview 3; Rosenbusch et al. 2020) oder Aktivoli<sup>54</sup> (Gruppeninterview 3),

die eine sehr gute Ausgangsposition für die systematische Entwicklung krisenfester Stadtteile bilden können. In den Interviews (Gruppeninterview 2, 3) wurde jedoch berichtet, dass **die Vernetzung und der Informationstransfer** zwischen Akteurinnen und Akteuren noch sehr zufällig gelaufen seien. Beispielsweise hätten viele Stadtteilakteurinnen und -akteure zu einem frühen Zeitpunkt der Pandemie selbst für mehrsprachiges Informationsmaterial gesorgt, weil kein zentraler Zugang bekannt gewesen sei.<sup>55</sup> Außerdem sei die **Steuerung von Ressourcen** nicht so erfolgt,

<sup>53</sup> Vgl. [MiMi Hamburg »Mit Migranten für Migranten« – Das Gesundheitsprojekt \(mimi-hamburg.de\)](https://mimi-hamburg.de), Abruf 20.02.2022.

<sup>54</sup> Vgl. [Fachkreise, Arbeits- und Projektgruppen – AKTIVOLI-Landesnetzwerk Hamburg e.V.](https://www.hamburg.de/corona-kurzinfo), Abruf 20.02.2022.

<sup>55</sup> Die Sozialbehörde hat u. a. auf Basis eines regelmäßigen Austausches mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus den Stadtteilen auf die Notwendigkeit von zentral zugänglichen Informationsmaterialien in leichter Sprache und verschiedenen Sprachen reagiert, entsprechende Materialien ab Januar 2021 zur Verfügung gestellt und ab Mai 2021 auf der Seite <https://www.hamburg.de/corona-kurzinfo> gebündelt.

dass etwa potenzialstarke Infrastrukturen wie Kitas oder Stadtteilschulen gefragt worden seien, ob sie beispielsweise zusätzliche Aufgaben im Bereich von Information oder Impforganisation übernehmen könnten – und dafür entsprechende Unterstützung erführen. Auch Quartiers- und Bildungszentren hätten jeweils individuelle Finanzierungsmöglichkeiten gesucht und seien so hinter dem zurückgeblieben, was sie hätten beitragen können (Gruppeninterviews 2 und 3). Den interviewten Akteurinnen und Akteuren war nicht in jedem Fall transparent, wer in Stadtteilkonferenzen, Sozialraumteams, Vernetzungsstrukturen der Jugendhilfe usw. organisiert ist, was die Umsetzung kurzfristiger organisatorischer Aufgaben während der Pandemie erschwerte (Gruppeninterview 2). Auch seien Ressourcen wie der **Katastrophenschutz** nicht systematisch eingebunden. Nötig sei es, diesen frühzeitig und nachhaltig aufzubauen und besser vorzubereiten, damit er in Krisen einsetzbar sei. In einigen Stadtteilen fehle darüber hinaus wertvolle Infrastruktur wie multiprofessionelle Gesundheitscenter, niedrigschwellig zugängliche und mehrsprachige Hausarztpraxen (Gruppeninterview 3) oder auch ausreichend möbliertes und klar benanntes Stadtgrün, in dem sich größere Gruppen pandemiekonform treffen könnten (Persona-Workshop, Einzelinterview 2).

**Handlungsansatz:** Wir empfehlen der Freien und Hansestadt Hamburg, systematisch und nachhaltig das soziale Kapital und die gesundheitliche und soziale Infrastruktur vor allem in sozioökonomisch benachteiligten Stadtteilen durch **Struktur- und Potenzialanalysen, Identifizierung und Förderung geeigneter ressortübergreifend agierender Koordinationsstrukturen, Verstetigung projektfinanzierter guter Praxis sowie den Transfer wirksamer Präventionsansätze** zu stärken (Gruppeninterviews 2, 3, Persona-Workshop, Einzelinterview 2). Sozialraumakteure und Verantwortung Tragende auf Landesebene sollten darauf zielen, die **Verbindlichkeit ihrer ressortübergreifenden Kooperation** zugunsten lebensweltorientierter Netzwerke zu erhöhen. Folgende Schritte könnten hilfreich sein, um zur systematischen Stärkung krisenfester Stadtteile und zur Nutzbarmachung des sozialen Kapitals in Krisensituationen beizutragen:

- Organisation eines **dialogischen Resümees auf Stadtteil- und Landesebene**<sup>56</sup> darüber, wie Verwaltungen, Institutionen, Netzwerke und Ehrenamtsstrukturen während der Pandemie kooperiert haben: Was hat sich bewährt und sollte fortgesetzt werden, welche Defizite sind sichtbar geworden, die überwunden werden müssen, um zukünftig schneller und genauer reagieren zu können? Damit würde die Resilienz als „das Vermögen, aus vergangenen Erfahrungen zu lernen und sich an zukünftige Entwicklungen anzupassen“ (Keck: 2015: 147, s. Kapitel 6.1), gestärkt.
- Förderung von **Sozialraum- und Potenzialanalysen**, beispielsweise in Form von Befragungen, um Institutionen und Netzwerke zu identifizieren und verstärkt zu fördern, die direkt zur Krisenintervention und vor allem zur Gesundheitsförderung beitragen können und sehr niedrigschwellig zugänglich sind. Bei entsprechenden Analysen sollten auch Lücken identifiziert und geschlossen werden, die bisher in sozialräumlichen Präventionsketten existieren, beispielsweise hinsichtlich multiprofessioneller Versorgungszentren. Als infrastrukturelle Knotenpunkte für Gesundheitsförderung könnten – bei entsprechender multiprofessioneller Aufstellung und zusätzlicher Ausstattung – beispielsweise auch Regelstrukturen wie Kindertagesstätten oder Schulen sichtbar werden, die einen vertrauensvollen Kontakt zu Familien pflegen und sich vorstellen könnten,

<sup>56</sup> Beispielsweise in Form von SWOT-Analysen: Stärken und Schwächen der Kooperationen, Chancen und Risiken, die es bei der Weiterentwicklung zu beachten gilt. Vgl. [tano\\_toolkit\\_ii\\_web.pdf \(transferagentur-nord-ost.de\)](#), Abruf 20.02.2022.

auch Impfangebote zu integrieren. Als sehr niedrigschwellige Strukturen bieten auch die in Hamburg etablierten Eltern-Kind-Zentren gute Ansatzpunkte, die Beratung zu Gesundheit oft schon in ihrem Portfolio haben. Auch alltägliche Kontaktpunkte etwa für Seniorinnen und Senioren wie Bäcker oder Apotheken könnten als wichtige Ressource im Sozialraum identifiziert und unterstützt werden. Nicht zuletzt gilt es, Potenzial für aufsuchende Formate (vgl. Gesundheitsfachkräfte unter „weitere Anregungen“) und auch Akteurinnen und Akteure für Begleitung und Sprachmittlung zu identifizieren.

- Ausschreibung von **ressortübergreifenden Koordinationsstrukturen** in den Stadtteilen, die gesundheitsfördernde Präventionsketten auf Steuerungs- und operativer Ebene systematisch aufbauen, pflegen und professionalisieren helfen und erste Ansprechadresse zur Vermittlung von Informationen und Ressourcen-Allokation auch in Krisenzeiten sind. Beispielsweise ist die landesweit agierende Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit seit 2004 in die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG) integriert. Gefördert durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und durch die Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde) könnte sie die systematische stadtteilbezogene Netzwerkbildung unterstützen.
- **Verstetigung** von modellhaft erprobten und sich als wirksam erwiesen habenden Praxisansätzen, die zur Gesundheitsförderung und zu einem resilienten Gemeinwesen (Beziehungsgeflechte mit akzeptierten Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, organisierte Netzwerke, lernende Organisationen) beitragen, und **Transfer** dieser Ansätze in sozioökonomisch benachteiligten Stadtteilen.

Insgesamt wurde in den Untersuchungen darauf hingewiesen, dass die verschiedenen sozialen und gesundheitsbezogenen Institutionen und Strukturen und die darin tätigen haupt- und ehrenamtlichen Menschen die wertvollste Ressource Hamburgs sind und eine **zentrale Stütze für die Bewältigung von Krisen**. Ihre solide Ausstattung und Vernetzung gelte es deshalb zu fördern – nicht nur „wenn es brennt“ (Gruppeninterview 2).

Ein besonderes Potenzial, um Vertrauen und Erreichbarkeit potenziell aller Menschen zu sichern, wurde dabei dem **Ehrenamt** zugeschrieben, das durch Coaching, Supervision und durch Aufstiegsmöglichkeiten ins Hauptamt gefördert werden sollte (Gruppeninterviews 2, 3). Insgesamt sei Partizipation eine unterschätzte Ressource: Der Staat müsse nicht alles selbst verantworten, wenn er Strukturen für Partizipation und Empowerment sowie zivilgesellschaftliche Netzwerke stärke (Gruppeninterview 3; Einzelinterview 2; Persona-Workshop).

#### **Weitere Anregungen – Next Practice:**

- In 14 **Bremer Quartieren** sind seit dem Frühjahr 2021 **Gesundheitsfachkräfte**<sup>57</sup> aktiv, um zu Corona und Gesundheitsförderung zu beraten, passgenaue Informationen weiterzugeben oder Projekte zu initiieren. Sie sitzen nicht am Schreibtisch, sondern sind im Sozialraum unterwegs und sprechen Menschen direkt an. Gesundheitsfachkräfte betreiben sozi-

<sup>57</sup> Vgl. [Gesundheitsfachkräfte in Bremer Quartieren - familiennetz bremen \(familiennetz-bremen.de\)](https://familiennetz-bremen.de), Abruf 21.02.2022.

almedizinische Arbeit an der Schnittstelle von Sozialberatung und Gesundheitskompetenzförderung und arbeiten eng mit bestehenden Netzwerken zusammen (Einzelinterview 2). In **Hamburg** gibt es mit den Gesundheitsfachkräften an Schulen ein Modellprojekt, in dem Fachkräfte ebenfalls aufsuchend tätig sind und das hinsichtlich möglicher Aufklärungs- und Informationsarbeit auch hin zu Eltern Potenziale bietet. So ist auch Ziel, „Kindern und Eltern durch geeignete Maßnahmen den Zugang zu gesundheitsbewusstem Handeln und zur Gesundheitsversorgung“ zu erleichtern.<sup>58</sup>

- Die **Poliklinik Veddel** wurde mehrfach als zu verstetigende und transferfähige gesundheitliche und gleichermaßen soziale Infrastruktur hervorgehoben (Gruppeninterviews 1, 3; Einzelinterview 2), der ein niedrigschwelliger Zugang zu Menschen gelinge. Die multiprofessionelle Zusammenarbeit von Psychologen, Community Nurses sowie Ärztinnen und Ärzten ermögliche, sich den Menschen individuell zuzuwenden und zu helfen (Gruppeninterview 3). Die Poliklinik Veddel wird auch über Hamburg hinaus für ihre Arbeit gewürdigt: Sie hat 2021 den zweiten Platz beim „Carola Gold-Preis für gesundheitliche Chancengleichheit“ erhalten, der ihr beim Public-Health-Kongress 2021 verliehen wurde. In der Laudatio wurde gewürdigt, dass die Poliklinik Veddel „in den gerade mal vier Jahren ihres Bestehens“ gezeigt habe, „dass es gelingen kann, auch unter den prekären Bedingungen zeitlich begrenzter Projektfinanzierungen, neben einer Allgemeinarzt- und einer Hebammenpraxis Stellen für Gemeinwesenarbeit und lokale Präventionsarbeit, für Gesundheits-, Pflege-, Sozial- und psychologische Beratung zu etablieren und selbst Gesundheitsforschung zu integrieren“.<sup>59</sup>
- „**BARRIO – the parents' hood**“<sup>60</sup> ist ein Eltern-Online-Magazin und zugleich eine Plattform, um Menschen aus dem Stadtteil zusammenzubringen. „barrio“ kommt aus dem Spanischen und bedeutet so viel wie Nachbarschaft oder Stadtviertel. Vergleichbar mit einer Dating-App für alle Eltern, die sich in der Nachbarschaft befinden, dient sie der Information und Vernetzung ganzer Stadtteile, um den lokalen Zusammenhalt in der Bevölkerung zu stärken. Sie soll die **Anonymität reduzieren und Informationen und Angebote im Web dezentralisieren** (siehe Persona 6.4). Mit der Eingrenzung von Social-Media-Anwendungen auf bestimmte Stadtgebiete wird ein sozialraumorientierter Ansatz zur Stärkung des Zusammenhaltes und der Information verfolgt, der sowohl analoge als auch digitale Elemente enthält (Einzelinterview 1). Über die App „nebenan.de“ gibt es auch in (Teilen von) Hamburg aktive nachbarschaftliche Communities, die nach Stadtteilen organisiert sind und Potenziale zur Informationsweitergabe bieten.
- Erfahrungen zu **gesundheitsbezogenen Präventionsketten** für Kinder liegen aus Niedersachsen<sup>61</sup> vor, wo mit Mitteln der Auridis Stiftung seit 2017 Kommunen dabei unterstützt werden, strukturbildende Präventionsketten aufzubauen und dabei die Maßnahmen

<sup>58</sup> Vgl. <https://www.hamburg.de/pressearchiv-fhh/13235442/2019-11-21-bqv-schulgesundheitsfachkraefte/>, Abruf 01.03.2022.

<sup>59</sup> Vgl. [Armut und Gesundheit: Carola Gold-Preis 2021 \(armut-und-gesundheit.de\)](#), Abruf 21.01.2022.

<sup>60</sup> „[BARRIO – the parents hood](#)“, Abruf 28.02.2022.

<sup>61</sup> Vgl. [Präventionsketten Niedersachsen \(praeventionsketten-nds.de\)](#), Abruf 18.02.2022.

der Ressorts Bildung, Soziales, Gesundheit und Jugend aufeinander zu beziehen. Die Perspektive aus der Präventionskettenarbeit floss unter anderem in die Streitschrift „Corona-Chronik: Gruppenbild ohne (arme) Kinder“ ein (Holz & Richter-Kornweitz 2020).

### 6.3 Mittelfristige Wirksamkeit: Datenmanagement weiter optimieren

Hamburg gehört zu den digitalsten Städten Deutschlands.<sup>62</sup> ZEIT ONLINE bescheinigte Hamburg, über besonders detaillierte Daten zu verfügen, mit denen das Pandemiegeschehen in Stadtteilen verfolgt werden kann (ZEIT ONLINE, 01.06.2021: Endt et al. 2021). Und auch mit den Entwicklungsarbeiten zum pandemiebegleitenden Datenmanagement, dem Hamburger Pandemiemanager<sup>63</sup>, ist **Hamburg Vorreiter**. Damit verfügt Hamburg über eine hervorragende Ausgangsposition, datengeleitete Steuerungsprozesse kontinuierlich weiterzuentwickeln und sich so für zukünftige Krisensituationen zu rüsten.

Denn **Daten unterstützen vor allem Steuerungsaufgaben, die in Mehrebenensystemen zu lösen sind**, bei denen also mehrere Ressorts (vgl. Kapitel 6.1) sowie die Bundes-, Landes- und Stadtteilebene beteiligt bzw. betroffen sind. Sie können Unterstützung bei Priorisierungs- und Investitionsentscheidungen geben und zwischen unterschiedlichen Meinungen vermitteln helfen (vgl. Durdel & Rose 2020: 10). In den Kapiteln 3.2 und 4 wurde dargelegt, welche Daten zur Untersuchung des heterogenen Infektionsgeschehens in den Hamburger Stadtteilen genutzt werden konnten und welche nicht verfügbar waren und demzufolge nicht in Analysen von Wirkungszusammenhängen eingebunden werden konnten. Wenn in einem Gruppeninterview im Rahmen dieser Studie (Gruppeninterview 3) beispielsweise festgestellt wurde, dass in Hamburg aus dem besonderen Ausbruchsgeschehen in den Stadtteilen nicht notwendige Schlussfolgerungen gezogen wurden (z. B. entsprechende Infektions-Hotspots auch frühzeitig bevorzugt mit mobilen und niedrigschwelligen Test- und Impfangeboten zu versorgen), liegt das ggf. auch an **schwer zugänglichen Daten** zu besonderem Infektionsgeschehen. Im Einzelnen wurden zur Datenverfügbarkeit folgende Beobachtungen gesammelt:

- Der Analyseprozess, welche Ämter über welche Daten auf welcher sozialräumlichen Ebene in welcher Qualität verfügen und unter welchen datenschutzrechtlichen Prämissen diese zur Verfügung gestellt werden können, gestaltete sich zeit- und ressourcenaufwendig (vgl. Kapitel 3.2). Dieser Umstand erschwerte in akuten Situationen, Daten für Steuerungsentscheidungen nutzen zu können.
- Die das Infektionsgeschehen beschreibenden Daten liegen in unterschiedlichen Behörden in verschiedenen IT-Systemen vor. Beispielsweise können Infizierten- und Todeszahlen aus dem IT-System „OctoWare“ der Gesundheitsämter bezogen werden. Mit dem Hamburger Pandemiemanager wird zusätzlich an einer umfassenden Plattformlösung gearbeitet, die die Beobachtung, Planung und Durchführung von Tests sowie der nachfolgenden Maßnahmen steuern helfen soll.
- Daten zum besonderen Ausbruchsgeschehen (Hotspots) konnten nicht zur Verfügung gestellt werden, liegen aber vor. Allerdings bestehen anscheinend aufgrund fehlender bzw. unzureichender Datenverarbeitungseinwilligungen für weitergehende Analysen datenschutzrechtliche Hürden.

<sup>62</sup> Vgl. Smart-City-Atlas: [Deutschlands digitalste Städte - Smart City Index 2020 | dm \(digital-magazin.de\)](#), vgl. [download-digitalstrategie-2020.pdf \(hamburg.de\)](#); Abruf 23.02.2022.

<sup>63</sup> Vgl. [PowerPoint-Präsentation \(hamburg.de\)](#), Abruf 23.02.2022.

- Da keine Daten über den Anteil der Beschäftigten nach Berufszweig oder zur Nutzung des ÖPNV zur Verfügung standen, wären dahingehende Untersuchungen in weiteren Analyseschritten nachzuholen.
- Es werden zwar Daten zur Nutzung der Testzentren erhoben, aber es gibt derzeit keine Statistik nach den Stadtteilen der Wohnorte der getesteten Personen. Dabei könnte neben der Impfbereitschaft auch die Testbereitschaft eine entscheidende Rolle in der Pandemie spielen. Diese Daten werden bei der Anmeldung zum Testtermin bereits erhoben und könnten mit einer einfachen kurzen Abfrage der datenschutzrechtlichen Freigabe einer anonymisierten Verarbeitung dieser Information verwertbar gemacht werden.
- Eine strukturelle Schwierigkeit stellt die Tatsache dar, dass kein Impfregeister auf Bundesebene existiert (Gruppeninterview 3).

Aus diesen Beobachtungen leiten wir folgende Handlungsimpulse ab:

**Handlungsansatz:** Wir empfehlen der Freien und Hansestadt Hamburg, die **Erfahrungen mit vorhandenen und nicht vorhandenen Daten sowie der Ämterkooperation beim Datenmanagement während der Pandemie systematisch auszuwerten und Schlussfolgerungen abzuleiten**, wie ein Datenmanagement mittelfristig gestaltet werden kann, das die Steuerung in Krisensituationen unterstützt. Dabei könnte auch ein bundeslandübergreifender Austausch hilfreich sein. Zieldimensionen bei der Ausgestaltung eines geeigneten Datenmanagements könnten sein:

- Es sollten Daten **in „Echtzeit“** zugänglich sein, um schnell handeln zu können.
- Neben einer möglichst zeitnahen Verfügbarkeit und einer hinreichenden Qualität der Daten muss auch dafür gesorgt werden, dass potenzielle Nutzerinnen und Nutzer in den Behörden wissen, **welche Daten wo vorliegen**. Je weiter die verschiedenen genutzten IT-Systeme integriert werden bzw. je weniger verschiedene Datenbanken es gibt, desto leichter wird es, dies übersichtlich und nachvollziehbar zu dokumentieren.
- Weil Armuts- und Gesundheitspräventionsansätze operativ auf Stadtteilebene umgesetzt werden und eine Steuerungsaufgabe darin bestehen sollte, Ungleiches ungleich zu behandeln (vgl. Kapitel 6.2 und 6.4), werden Daten auf **möglichst kleinräumiger Ebene** benötigt.
- Es bedarf innerbehördlich eines gemeinsamen Verständnisses der **datenschutzrechtlichen Möglichkeiten und Grenzen** der Nutzung dieser Daten. Dies sollte für jede Art von Daten einmal grundsätzlich geklärt und geprüft werden, welche Einverständnisse benötigt werden, um diese im begründeten Anwendungsfall schnell übermitteln und verwenden zu können. Eine fallbasierte Klärung des datenschutzrechtlichen Status stellt hier eine vermeidbare Verzögerung dar.

#### **Weitere Anregungen – Next Practice:**

- Bonn verfügt über eine **mikrogeografische Analyse des Infektionsgeschehens**<sup>64</sup>, die in Kooperation des dortigen Universitätsklinikums mit der infas 360 GmbH erstellt wurde. Hier konnten Daten zu Berufsgruppen, Nachbarschaften und Wohnverhältnissen auf kleinräumiger Ebene berücksichtigt werden. Die Bonner Analyse bestätigt die Befunde der vorliegenden Hamburg-bezogenen Studie, dass in von sozialer Benachteiligung betroffenen

<sup>64</sup> Vgl. im Überblick [Stadt\\_Bonn\\_Kurzpräsentation\\_Coronadaten.pptx \(live.com\)](#), Abruf 24.02.2022.



Bevölkerungsgruppen und in großen Familien ein verhältnismäßig starkes Infektionsgeschehen zu verzeichnen ist und dass sich Infektionsketten vor allem in nachbarschaftlichen Situationen und innerhalb sozialer Gruppen abspielen. Aber auch die Bonner Studie merkt an, dass fehlende Daten wichtige weitere Analysen verhindern.

- Datenzugänge bewegen nicht nur Akteurinnen und Akteure aus Politik und Verwaltung, sondern auch aus der Forschung. Die Interdisziplinäre Kommission für Pandemieforschung der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) weist in einer Stellungnahme darauf hin, dass in Deutschland **Daten für die gesundheitsbezogene Forschung zukünftig besser verknüpft** werden müssen. In anderen Ländern wie Dänemark, den Niederlanden und Großbritannien sei es datengeleitet möglich, „Fragen zu Übertragungsdynamiken des Virus, zur Wechselwirkung mit anderen Erkrankungen oder zur Erfassung und Bewertung von Impfreaktionen“ (DFG 2021: 1) zu bearbeiten, weil etwa Daten aus epidemiologischen oder klinischen Studien, zur Versorgung und Behandlung von Erkrankungen, zur Bevölkerungsentwicklung, zur Mobilität, zu Umwelt sowie den Sozial- und Wirtschaftswissenschaften verbunden werden können. Dies sei in Deutschland nur verzögert möglich, was nicht an fehlenden Daten, sondern an erschweren Zugängen und Verknüpfungsmöglichkeiten liege. Die DFG sieht als notwendige Handlungsfelder deshalb beispielsweise, sich einen Überblick zu verschaffen und Vorhandenes zu nutzen, eine zentrale Datenintegrationsstelle sowie die Entwicklung und Nutzung einer einheitlichen Bezugsgröße (eines mit der Datenschutz-Grundverordnung konformen „unique identifier“), die „eine Interoperabilität von unterschiedlichen personenbezogenen Datensätzen ermöglicht“ (DFG 2021: 3).

#### 6.4 Langfristige Wirksamkeit: Ganzheitliche Armutsprävention

Das zentrale Ergebnis der vorliegenden Studie ist, dass der soziökonomische Status das unterschiedliche Infektionsgeschehen in den Hamburger Bezirken am stärksten erklärt (vgl. Kapitel 4.1, 4.8, 5.1, 5.2, 5.3). Wie im Kapitel 4.1 dargestellt, kann mit dem sozioökonomischen Status beschrieben werden, inwiefern in einem Gesellschaftsgefüge die Positionen einzelner Menschen ungleich verteilt sind. Mit der Ungleichverteilung von Gehalt, Vermögen, Wohnraum und Bildung gehen regelmäßig **soziale „Vor- und Nachteile“** einher (Lampert et al. 2012: 1). Im Falle der COVID-19-Pandemie bestehen die Nachteile für Menschen in Stadtteilen mit geringem sozioökonomischem Status in Hamburg darin, dass sie sich in der zweiten und dritten Welle etwa doppelt so häufig infiziert haben wie Menschen in sozial privilegierten Stadtteilen (vgl. Kapitel 4.1). Aus der Forschung ist bekannt, dass ein geringerer sozioökonomischer Status auch mit einer höheren Gefahr einhergeht, an einer Krankheit zu versterben (Lampert et al. 2019, Dragano et al. 2021). Insofern stellen das Vorhandensein von Armut und ihre ungleiche Verteilung in den Stadtteilen Ansatzpunkte für präventives Handeln dar.

Der **Lebenslagenbericht für Hamburg zeigte 2019 zwar insgesamt eine positive Tendenz bei armutsbezogenen Kennzahlen** wie der Anzahl der Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen nach dem SGB II und der Anzahl von Bedarfsgemeinschaften (Freie und Hansestadt Hamburg 2019: 6 f.). Gleichzeitig hat die vorliegende Studie zu stadtteilbezogenen Inzidenzen verdeutlicht, dass auch ein (im Vergleich zu den anderen Stadtstaaten verhältnismäßig) geringer Anteil von Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status in einer Krisensituation wie der Covid-19-Pandemie zu verstärkten Problemlagen führen kann, auch weil Armut sich in einzelnen Stadtteilen ballt (vgl. Der Paritätische Gesamtverband 2021: 7). Als eine **langfristige Präventionsperspektive** ergibt sich daraus eine nachhaltige und ganzheitliche Armutspräventionsstrategie, die unterschiedliche Fachstrategien zusammenführt und bis hin zur Ausgestaltung der städtebaulichen Infrastruktur reichen kann, in denen sich Armut nicht ballt. Hamburg setzt hier mit dem



sogenannten Drittel-Mix bereits an, durch den in Neubauprojekten wie beispielsweise der Neuen Mitte Altona oder des Holsten-Areals neben frei finanzierten Mietwohnungen und Eigentumswohnungen je ein Drittel Sozialwohnungen innenstadtnah entstehen und der Segregation entgegenwirken. Für die weitere Ausgestaltung entsprechender Maßnahmen sind auch die Arbeiten zum Stichwort sozial resiliente Quartiere hilfreich, wonach Quartiere als interaktive und emotionale Orte gezielt für Resilienzstrategien nutzbar gemacht werden können (vgl. z. B. Schnur 2021: 54). **Soziale Resilienz** beschreibt dabei drei Dimensionen, nämlich „erstens, die Fähigkeit von Akteurinnen und Akteuren zur Bewältigung von Krisen; zweitens, das Vermögen, aus vergangenen Erfahrungen zu lernen und sich an zukünftige Entwicklungen anzupassen; und drittens, die Befähigungen zur Verbesserung des individuellen Wohlergehens und zur gesellschaftlichen Transformation“ (Keck 2015: 147).

Armutsprävention im ganzheitlichen Sinne und Gesundheitsprävention sind Teil der „Befähigungen zur Verbesserung des individuellen Wohlergehens“ und müssen Hand in Hand gehen – entsprechend dem Ansatz „**Health in All policies**“ (HiAP) (vgl. Hofrichter & Duwe 2020). Insofern bezieht sich dieser vierte, in einer **langfristigen Perspektive nachhaltig wirksame Handlungsansatz** auch auf eine konsequente Verknüpfung von Sozial- und Gesundheitspolitik und allen Politikfeldern wie Bildung, Wohnen, Arbeit, Stadtplanung und weiteren, die den sozioökonomischen Status positiv beeinflussen. Die UN-Nachhaltigkeitsziele (siehe Abbildung 15), deren Umsetzung Hamburg 2017 beschlossen hat<sup>65</sup>, können dabei eine gute Orientierung bieten.

**Abbildung 15: Die 17 UN-Ziele für eine nachhaltige Entwicklung**



Quelle: Bundesregierung: [Die UN-Nachhaltigkeitsziele \(bundesregierung.de\)](https://www.bundesregierung.de), Abruf 20.04.2022

**Handlungsansatz:** Wir empfehlen der Freien und Hansestadt Hamburg die Erarbeitung einer **ganzheitlichen Armutspräventionsstrategie**. Bei einer ganzheitlichen Armutspräventionsstrategie wird das mit Armut verbundene Faktorencluster als Ausgangspunkt einer integrierten

<sup>65</sup> Vgl. [Umsetzung der Nachhaltigkeitsziele der Vereinten Nationen in Hamburg - hamburg.de](https://www.hamburg.de/nachhaltigkeitsziele), Abruf 20.04.2022.

Politik gesetzt, wie es die Bundesregierung im Kontext des UN-Nachhaltigkeitsziels 1, „Keine Armut“, beschrieben hat: „Extreme Armut, das heißt nach wie vor: Geringe Lebenserwartung, schlechte Bildung und Gesundheitsversorgung, unzureichende Rechte, kaum Einkommen und berufliche Chancen. Um Armut zu beenden, muss sie in allen Dimensionen nachhaltig überwunden werden, überall. [...] Gerade die Ärmsten der Armen leiden unter der Corona-Krise besonders“ (Bundesregierung 2022).

Hamburg verfügt bereits über eine **Vielzahl von Fachstrategien und Maßnahmen**, beispielsweise zur Förderung von Alleinerziehenden und von Menschen mit Migrationshintergrund (Freie und Hansestadt Hamburg 2019), zur Gesundheitsförderung<sup>66</sup>, zur Erhöhung der Lebensqualität in Quartieren mit besonderen Entwicklungsbedarfen<sup>67</sup> oder zur Sozialindex-bezogenen Ausstattung von Schulen<sup>68</sup>.

- Mit einer langfristigen Perspektive, die ungleichen Chancen auf ein gesundes Leben und auf soziale Teilhabe auszugleichen, sollten die **Fachstrategien in Hamburg gemappt und so aufeinander bezogen werden**, dass sie zu einer ganzheitlichen Armutspräventionsstrategie verbunden werden können. Diese Armutspräventionsstrategie für Hamburg sollte sich einerseits der Aufgabe verschreiben, Ansätze einer integrierten Politik umzusetzen, durch die **alle Menschen erreicht werden** – und zwar auf den jeweils möglichen Wegen. Dafür müssen regelmäßig Akteurinnen und Akteure aus den Feldern Gesundheitspolitik, Familien- und Sozialpolitik, Bildungspolitik, Wohnen und Arbeit zusammenwirken und ihre Strategien und Maßnahmen anschlussfähig gestalten (vgl. Durdel & Rose 2020: 6; siehe Kapitel 6.2).
- Eine zweite Aufgabe, die mit der Armutspräventionsstrategie bearbeitbar sein sollte, ist, den **Einsatz von Ressourcen nach dem Prinzip „Ungleiches ungleich behandeln“** zu steuern, wie es beispielsweise bereits durch das Rahmenprogramm Integrierte Stadtentwicklung oder in Schulen mit der Anwendung des kürzlich überarbeiteten Sozialindex datenbasiert geschieht<sup>69</sup>. Dieser Handlungsansatz mit kurz- und mittelfristiger Perspektive setzt auf dem Ergebnis auf, dass die Ballung von Menschen mit einem geringen sozioökonomischen Status in einzelnen Stadtteilen Hamburgs mit einem ungleich verteilten Infektionsgeschehen einhergeht. Deshalb sollten vor allem in Stadtteilen mit geringem sozioökonomischem Status **Informations- und Präventionsmaßnahmen forciert werden, die besonders niedrigschwellig zugänglich sind und sich an der Lebenswelt der Menschen orientieren**. Aufgrund des durch Armut beeinflussten Mobilitätsverhaltens sollten dies vor allem aufsuchende Angebote sein. Außerdem werden Angebote benötigt, in denen mündlich und schriftlich mehrsprachig kommuniziert wird und in denen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus lebensweltbezogenen Communities eingebunden sind (vgl. Kapitel 5.3 und 6.2). In den Gruppeninterviews wurden als positive Beispiele ein mehrsprachiges Impfangebot in einer Unterkunft, das Impfangebot beim HSV und das eines Imbissbuden-Besitzers genannt (Gruppeninterviews 1, 2, 3). Dabei war schnelleres Handeln mit Blick auf Impfangebote für Menschen an Orten erzwungener Nähe wie Sammelunterkünften (vgl. auch BMI, Memorandum Post Corona Stadt 2020) oder in prekären Arbeitssituationen eines der am häufigsten

<sup>66</sup> Vgl. z. B. Pakt für Gesundheit: [Hand in Hand für Prävention und Gesundheitsförderung in Hamburg | Die Techniker - Presse & Politik \(tk.de\)](#), Abruf 18.02.2022.

<sup>67</sup> Vgl. <https://www.hamburg.de/rise/>, Abruf 01.03.2022.

<sup>68</sup> Vgl. [Hamburger Sozialindex Institut für Bildungsmonitoring und Qualitätsentwicklung \(IfBO\) Hamburg - hamburg.de](#), Abruf 18.02.2022.

<sup>69</sup> Vgl. [Bildungsbehörde passt Sozialindex an aktuelle Lage an - hamburg.de](#), Abruf 18.02.2022.

genannten Stichworte (Gruppeninterviews 1, 2; Einzelinterview 2). Außerdem wurde die Beobachtung geteilt, dass während der Pandemiewellen besonders in belasteten Stadtteilen die Interventionen zu spät und zu hochschwellig erfolgt seien und eine frühe Priorisierung bei der Gestaltung von Informationsmaßnahmen sowie niedrigschwellig erreichbaren Test- und Impfangeboten nötig gewesen wäre (Gruppeninterviews 2, 3, Einzelinterview 2). Diese Beobachtungen sind durch die **bundesweiten Steuerungsrahmen** zu kontextualisieren, die unter anderem in Verordnungen zur Impfpriorisierung und das Vorhandensein von ausreichend Impfstoff bestanden haben – diese haben die Zieldimension „Ungleiches ungleich behandeln“ im Untersuchungszeitraum nur eingeschränkt möglich gemacht.

- Nicht zuletzt trägt ein **evidenzbasiertes systematisches Qualitätsmanagement** dazu bei, Prioritäten hinsichtlich der Aufgabenstellung zu setzen, ressourcenbewusst wirksame und verknüpfbare Maßnahmen zu identifizieren und zu verstetigen und – spiegelbildlich – sich von nicht akzeptierten oder nicht wirksamen Maßnahmen zu trennen (vgl. Durdel & Rose 2020: 10).

Dieser vierte Handlungsansatz, langfristig einem ungleichen Infektionsgeschehen in Hamburger Stadtteilen durch eine nachhaltige Armutsprävention zu begegnen, ist **eng verbunden mit den weiteren drei Handlungsansätzen**: Um mehr Resilienz in allen Stadtteilen zu erreichen, müssen besonders in den benachteiligten Stadtteilen die dortigen sozialen und gesundheitlichen Infrastrukturen, Fachkräfte und Netzwerke gestärkt werden (Kapitel 6.2). Um alle Personen zu erreichen und das Vertrauen in die staatliche Ansprache zu stärken, muss (bundesweit) die Kommunikation zielgruppenadäquater gestaltet werden (Kapitel 6.1). Um Ungleiches ungleich zu behandeln und dieses Handeln legitimieren zu können, ist ein Datenmanagement erforderlich, das die Zugänglichkeit und Verknüpfung von Daten ermöglicht (Kapitel 6.3).

#### **Weitere Anregungen – Next Practice:**

- Bremen hat 2021 den Bericht „Lebenslagen im Land Bremen“ vorgelegt und darin **Armut multiperspektivisch und datengestützt** analysiert, „denn nur, wer die Umstände kennt und die unterschiedlichen Lebenslagendimensionen, wie z. B. Bildung, Erwerbsbeteiligung und Gesundheit, beleuchtet, kann Zusammenhänge erkennen und gezielt Ausgrenzung verhindern. Aus Sicht des Senats sind Bildung, gutes Wohnen, Erwerbsbeteiligung und Gesundheit zentrale Triebkräfte einer erfolversprechenden Strategie zur Teilhabe“ (Die Senatorin für Soziales, Jugend, Integration und Sport 2021: 4).
- Thüringen hat eine Armutspräventionsrichtlinie aufgelegt, mit der das Land auf die **Förderung lokaler Armutsstrategien und deren ämterübergreifende Umsetzung** zielt. Die Evaluation bescheinigt Erfolg: „Vor allem eine verbesserte fachbereichsübergreifende Datenlage und deren beteiligungsorientierte Interpretation nach dem Lebenslagenansatz ist eine wichtige Voraussetzung zur Armutsprävention und einer der größten Mehrwerte der Förderung“ (Ramboll 2020: 5).
- **Die Transferagentur Großstädte** der Deutschen Kinder- und Jugendstiftung, die auf die Stadtstaaten Hamburg, Bremen und Berlin fokussiert, hat 2020 in „Armutsprävention im Spiegel kommunaler Bildungslandschaften“ Perspektiven dazu aufbereitet, wie beispielsweise Datenbasierung und die Gestaltung von ressortübergreifend verantworteten Präventionsketten in Großstädten zur Minderung von Kinder- und Jugendarmut beitragen können.
- Zur Förderung resilienter Städte hat das Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat seit Dezember 2020 17 Pilotprojekte mit Projektauftrag **„Post-Corona-Stadt: Ideen**

**und Konzepte für die resiliente Stadtentwicklung**“ identifiziert (BMI 2021b). Ein gefördertes Projekt findet im **Quartier Rothenburgsort** in Hamburg statt. Die Hamburger Behörde für Stadtentwicklung und Wohnen wird Verkehrsraum zu einem Pop-up-Straßenplatz umwandeln – einem Straßenraum mit Aufenthaltsqualität, um den hohen Stellenwert lokaler Freiräume als Begegnungsorte zu stärken. Geplant ist, an einer Verkehrskreuzung einen neuen verbindenden Grünzug zu schaffen und den Verkehr einzugrenzen. In einem experimentellen und partizipativen Prozess soll den Bürgerinnen und Bürgern die Möglichkeit zur Neugestaltung und Aneignung des qualitätsvollen Freiraums gegeben werden (BMI 2021a).

## Literaturverzeichnis

- Alsan, M., Stantcheva, S., Yang, D., Cutler, D. (2020): Disparities in Coronavirus 2019 Reported Incidence, Knowledge, and Behavior Among US Adults. *JAMA Network Open*, 3(6), e2012403. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.12403>, Abruf 21.01.2022.
- Autorengruppe Corona-KiTa-Studie. (2021): 5. Quartalsbericht der Corona-KiTa-Studie (III/2021). <https://corona-kita-studie.de/quartalsberichte-der-corona-kita-studie>, Abruf 21.02.2022.
- Bambra, C., Lynch, J., Smith, K. E. (2021): The unequal pandemic: COVID-19 and health inequalities. Bristol. Online verfügbar unter Emerging socio-economic disparities in COVID-19-related deaths during the second pandemic wave in Germany – ScienceDirect, Abruf 21.01.2022.
- Barbieri, T., Basso, G., & Scicchitano, S. (2021): Italian Workers at Risk During the COVID-19 Epidemic. *Italian Economic Journal*. <https://doi.org/10.1007/s40797-021-00164-1>, Abruf 21.01.2022.
- Baumgarte, S., & Bollongino, K. (2021): Abschlussbericht des Gesundheitsamtes Hamburg-Nord zur Untersuchung eines COVID-19-Ausbruches in der Heinrich-Hertz-Schule im Spätsommer 2020, Abruf 21.01.2022.
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) (2017): Webbasierte Medien in der Stadtentwicklung. Bürgerbeteiligung und Bürgerengagement in der digitalen Gesellschaft (Bonn).
- Blank, F., & Schulz, E. S. (2021): Soziale Sicherung unter dem Brennglas. Altersarmut und Alterssicherung bei Beschäftigten im deutschen Sozialsektor. Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. O. O. Online verfügbar unter Soziale Sicherung unter dem Brennglas: Altersarmut und Alterssicherung bei Beschäftigten im deutschen Sozialsektor; Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung (fes.de), Abruf 28.01.2022.
- Blotevogel, M. (2020): Schwung holen, um die digitale Kluft anzugehen. Ad-hoc-Digitalisierung eines Programms zur Stärkung von Resilienz im Zwischenmenschlichen. Standpunkte Thema. Information zur Gesundheitsförderung, 01, 17–18.
- Briand, S. C., Cinelli, M., Nguyen, T., Lewis, R., Prybylski, D., Valensise, C. M., & Quattrocioni, W. (2021): Infodemics: A new challenge for public health. *Cell*, 184(25), 6010–6014. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0092867421012861>, Abruf 27.02.2022
- Broer, I., Hasebrink, U., Lampert, C., Schröder, H.-D., Wagner, H.-U., unter Mitarbeit von Endreß, C. (2021): Kommunikation in Krisen. Hamburg: Hans-Bredow-Institut, September 2021 (Arbeitspapiere des Hans-Bredow-Instituts | Projektergebnisse Nr. 59). [https://hans-bredow-institut.de/uploads/media/default/cms/media/xz5u0gv\\_AP59Kommunikation%20in%20Krisen.pdf](https://hans-bredow-institut.de/uploads/media/default/cms/media/xz5u0gv_AP59Kommunikation%20in%20Krisen.pdf), Abruf 28.02.2022.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V., (BAGW) (2021): COVID-19-Impfschutz in der Wohnungsnotfallhilfe sicherstellen—Empfehlungen zur Impfstrategie für wohnungslose Menschen und Mitarbeitende in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe. [https://www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/POS/POS\\_21\\_Empfehlung\\_Impfstrategie.pdf](https://www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/POS/POS_21_Empfehlung_Impfstrategie.pdf), Abruf 21.01.2022.
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2020): Eltern während der Corona-Krise. Zur Improvisation gezwungen. Wiesbaden. Online verfügbar unter Eltern-waehrend-der-Corona-Krise.pdf (bund.de), Abruf 28.01.2022.

- Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (BMI) (2021a): Pop-up Straßenplatz Hamburg Rothenburgsort. [https://www.nationale-stadtentwicklungspolitik.de/NSPWeb/SharedDocs/Projekte/Pilotprojekt/Post-Corona-Stadt/hamburg\\_strassenplatz.html;jsessionid=24714644F65283DCDAC37B5D418190C1.live11313?nn=2932694](https://www.nationale-stadtentwicklungspolitik.de/NSPWeb/SharedDocs/Projekte/Pilotprojekt/Post-Corona-Stadt/hamburg_strassenplatz.html;jsessionid=24714644F65283DCDAC37B5D418190C1.live11313?nn=2932694), Abruf 21.01.2022.
- Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (BMI) (2021b): „Post-Corona-Stadt“. 17 Pilotprojekte zur Umsetzung innovativer Ideen und Konzepte für die resiliente Stadtentwicklung ausgewählt! [https://www.nationale-stadtentwicklungspolitik.de/NSPWeb/DE/Projekte/Projektaufruf/Post-Corona-Stadt/post-corona-stadt\\_node.html](https://www.nationale-stadtentwicklungspolitik.de/NSPWeb/DE/Projekte/Projektaufruf/Post-Corona-Stadt/post-corona-stadt_node.html), Abruf 21.01.2022.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2020): MEMORANDUM POST-CORONA-STADT. Für eine suffiziente und resiliente Entwicklung von Städten und Regionen. [https://www.nationale-stadtentwicklungspolitik.de/NSPWeb/DE/Projekte/Projektaufruf/Post-Corona-Stadt/post-corona-stadt\\_node.html](https://www.nationale-stadtentwicklungspolitik.de/NSPWeb/DE/Projekte/Projektaufruf/Post-Corona-Stadt/post-corona-stadt_node.html), Abruf am 21.01.2022.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2020): Gelebte Vielfalt: Familien mit Migrationshintergrund in Deutschland. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/116880/83c02ec19dbea15014d7868048f697f2/gelebte-vielfalt--familien-mit-migrationshintergrund-in-deutschland-data.pdf>, Abruf 19.04.2022
- Bundesregierung, Presse- und Informationsamt (2022): Gemeinsam den Wandel gestalten. Die UN-Nachhaltigkeitsziele. Online verfügbar unter Die UN-Nachhaltigkeitsziele (bundesregierung.de), Abruf 14.02.2022.
- Calmbach, M., Flaig, B., Edwards, J., Möller-Slawinski, H., Borchard, I., & Schleer, C. (2020): Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.): Wie ticken Jugendliche? SINUS-Jugendstudie 2020 – Lebenswelten von Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren in Deutschland. Schriftenreihe Band 10531. <https://www.sinus-institut.de/media-center/presse/sinus-jugendstudie-2020>, Abruf 03.03.2022.
- Contreras, Z., Ngo, V., Pulido, M., Washburn, F., Meschyan, G., Gluck, F., Kuguru, K., Reporter, R., Curley, C., Civen, R., Terashita, D., Balter, S., & Halai, U.-A. (2021): Industry Sectors Highly Affected by Worksite Outbreaks of Coronavirus Disease, Los Angeles County, California, USA, March 19–September 30, 2020. *Emerging Infectious Diseases*, 27(7), 1769–1775. <https://doi.org/10.3201/eid2707.210425>, Abruf 21.01.2022.
- Cordes, J., & Castro, M. C. (2020): Spatial analysis of COVID-19 clusters and contextual factors in New York City. *Spatial and Spatio-Temporal Epidemiology*, 34, 100355. <https://doi.org/10.1016/j.sste.2020.100355>, Abruf 21.01.2022.
- Corona Datenplattform (2021): Corona Datenplattform—Themenreport 03, Impfquote und Impfbereitschaft. 03, 10. [https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Downloads/I/infas-corona-datenplattform-papier03-20210819.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=4](https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Downloads/I/infas-corona-datenplattform-papier03-20210819.pdf?__blob=publicationFile&v=4), Abruf 21.01.2022.
- Da Costa, P., & Weber, M. (2021): Urban Creativity Now! – Das Playbook für die Post-Corona-Stadt. Urban Change Academy.
- De Ridder, D., Sandoval, J., Vuilleumier, N., Azman, A. S., Stringhini, S., Kaiser, L., Joost, S., & Guessous, I. (2020): Socioeconomically Disadvantaged Neighborhoods Face Increased Persistence of SARS-CoV-2 Clusters. *Frontiers in Public Health*, 8, 626090. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.626090>, Abruf 21.01.2022.
- Der Paritätische Gesamtverband (Hrsg.) (2021): Armut in der Pandemie. Der Paritätische Armutsbericht 2021. Berlin. Online verfügbar unter [broschuere\\_armutsbericht-2021\\_web.pdf](#) (der-paritaetische.de), Abruf 21.01.2022.

- Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) (2021): Coronavirus-Pandemie: Daten für die gesundheitsbezogene Forschung. Bonn. Online verfügbar unter [stellungnahme\\_daten\\_gesundheitsforschung.pdf](#) (dfg.de), Abruf 24.02.2022.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (2021): Niedrigschwellige Corona-Impfangebote und „Booster-Impfungen“ für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Hamm. Online verfügbar unter [https://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/DHS\\_Appell\\_Booster-Impfungen\\_fuer\\_abhaengigkeitskranke\\_Menschen\\_rasch\\_und\\_niedrigschwellig\\_anbieten.pdf](https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/DHS_Appell_Booster-Impfungen_fuer_abhaengigkeitskranke_Menschen_rasch_und_niedrigschwellig_anbieten.pdf), Abruf 21.01.2022.
- Deutsche Kinder- und Jugendstiftung (Hrsg.) (2020): Armutsprävention im Spiegel kommunaler Bildungslandschaften. Berlin. Online verfügbar unter [201217\\_dossier\\_armut\\_web.pdf](#) (transferagentur-grossstaedte.de), Abruf 18.02.2022.
- Die Senatorin für Soziales, Jugend, Integration und Sport (Hrsg.) (2021): Lebenslagen im Land Bremen. Bremen. Online verfügbar unter <https://www.soziales.bremen.de/soziales/armuts-und-reichtumsberichte-70849>, Abruf 18.02.2022.
- DiMaggio, C., Klein, M., Berry, C., & Frangos, S. (2020): Black/African American Communities are at highest risk of COVID-19: Spatial modeling of New York City ZIP Code-level testing results. *Annals of Epidemiology*, 51, 7–13. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2020.08.012>, Abruf 21.01.2022.
- Dragano, N., Hoebel, J., Wachtler, B. et al. (2021): Soziale Ungleichheit in der regionalen Ausbreitung von SARS-CoV-2. *Bundesgesundheitsbl.* 64, 1116–1124 (2021). Online verfügbar unter <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03387-w>, Abruf 21.01.2021.
- Durdel, A., & Rose, H. (2020): Kinder am Steuer. Plädoyer für eine integrierte Politik der frühen Kindheit im Rückgriff auf Erfahrungen der Bremer Initiative zur Stärkung der frühkindlichen Entwicklung (BRISE). Herausgegeben von Ramboll Management Consulting GmbH. Berlin. Online verfügbar unter [27f26e6ff53847aab82eacbf067926f9.pdf](#) (ramboll.com), Abruf 14.02.2022.
- Durdel, A., & Schütte, A.-K. (2020): Qualitative Prozess- und Begleitevaluation der Bremer Initiative zur Stärkung der frühkindlichen Entwicklung (BRISE). Abschlussbericht. Herausgegeben von Ramboll Management Consulting GmbH. Hamburg. Online verfügbar unter [ABSCHLUSSBERICHT QUALITATIVE PROZESS- UND BEGLEITEVALUATION DER BREMER INITIATIVE ZUR STÄRKUNG FRÜHKINDLICHER ENTWICKLUNG – BRISE – PDF Free Download](#) (docplayer.org), Abruf 22.02.2022.
- Endt, C., Fischer, L., Greife-Huge, C., Klack, M., & Tröger, J. (2021): Soziale Ungleichheit und Corona: Das sind die Corona-Hotspots in deutschen Großstädten. *Die Zeit*. <https://www.zeit.de/wissen/2021-05/soziale-ungleichheit-corona-infektionen-aermere-stadtteile-datenanalyse-soziale-brennpunkte>, Abruf 21.01.2022.
- Enste, D., & Kary, J. (2021): Verschwörungsmymen besser verstehen: Hintergründe und Gegenmaßnahmen. Eine verhaltensökonomische Analyse. *IW-Policy Paper 11/21*. [https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user\\_upload/Studien/policy\\_papers/PDF/2021/IW-Policy-Paper\\_2021\\_Verschwo%CC%88rungstheorien.pdf](https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user_upload/Studien/policy_papers/PDF/2021/IW-Policy-Paper_2021_Verschwo%CC%88rungstheorien.pdf), Abruf 04.02.2022.
- Fischer, J. (2011): Wege aus der Kinder- und Jugendarmut in Thüringen. Orientierungsrahmen für eine Armutsprävention und Bildungsförderung auf lokaler Ebene. Studie im Auftrag des Thüringer Ministeriums für Soziales, Familie und Gesundheit. [PDF] [Wege aus der Kinder und Jugendarmut in Thüringen – Free Download PDF](#) (silo.tips), Abruf 18.01.2022.
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2016): A multilevel perspective on the development of borderline personality disorder. In: D. Cicchetti (Hrsg.), *Developmental psychopathology: Maladaptation and psychopathology* (pp. 726–792). John Wiley & Sons, Inc.

- Forbes, H., Morton, C. E., Bacon, S., et al. (2021): Association between living with children and outcomes from covid-19: OpenSAFELY cohort study of 12 million adults in England. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 372, n628. <https://doi.org/10.1136/bmj.n628>, Abruf 21.01.2022.
- Forsa Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen mbH (Forsa) (2021): Befragung von nicht geimpften Personen zu den Gründen für die fehlende Inanspruchnahme der Corona-Schutzimpfung. Ergebnisbericht, Abruf 21.01.2022.
- Franzke Olano, I. (2020): Resilienz durch sozialen Zusammenhalt – Die Rolle von Organisationen (ResOrt). Soziale Beziehungen in Nachbarschaften. Working Paper. [https://www.resort.uni-wuppertal.de/fileadmin/site/buk/ResOrt/SBiN\\_resort\\_wp\\_gesamt.pdf](https://www.resort.uni-wuppertal.de/fileadmin/site/buk/ResOrt/SBiN_resort_wp_gesamt.pdf), Abruf 08.02.2022.
- Franzkowiak, P. (2018): Präventionsparadox. Leitbegriffe der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/praeventionsparadox/>, Abruf 25.02.2022.
- Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (Hrsg.) (2019): Lebenslagenbericht: Zur Situation von Leistungsberechtigten im Rechtskreis des Sozialgesetzbuches, Zweites Buch (SGB II). Hamburg. Online verfügbar unter Lebenslagenbericht zur Situation von Leistungsberechtigten im Rechtskreis des Sozialgesetzbuches, Zweites Buch (SGB II) ([hamburg.de](http://hamburg.de)), Abruf 14.02.2022.
- Friebertshäuser, B. (1997): Interviewtechniken – ein Überblick. In: Friebertshäuser, B., & Prengel, A. (Hrsg.): *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. Weinheim: Juventa, 371–395.
- Girnth, H. (2010): Einstieg: Sprache und Politik. In: Bundeszentrale für Politische Bildung (Hrsg.): *Sprache und Politik*. Online verfügbar unter Einstieg: Sprache und Politik | [bpb.de](http://bpb.de), Abruf 19.04.2022.
- Goldstein, E., Lipsitch, M., & Cevik, M. (2021): On the Effect of Age on the Transmission of SARS-CoV-2 in Households, Schools, and the Community. *The Journal of Infectious Diseases*, 223(3), 362–369. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiaa691>, Abruf 21.01.2022.
- Hamburg Center for Health Economics, (HCHE) (2021): Corona-Forschung am HCHE. <https://www.hche.uni-hamburg.de/corona.html>, Abruf 21.01.2022.
- Hamidi, S., & Hamidi, I. (2021): Subway Ridership, Crowding, or Population Density: Determinants of COVID-19 Infection Rates in New York City. *American Journal of Preventive Medicine*, 60(5), 614–620. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.11.016>, Abruf 21.01.2022.
- Hassan, M. S., Bhuiyan, M. A. H., Tareq, F., Bodrud-Doza, M., Tanu, S. M., & Rabbani, K. A. (2021): Relationship between COVID-19 infection rates and air pollution, geo-meteorological, and social parameters. *Environmental Monitoring and Assessment*, 193(1), 29. <https://doi.org/10.1007/s10661-020-08810-4>, Abruf 21.01.2022.
- Helmer, S. M., Pischke, C. R., Wegwarth, O., Rebitschke, F. G., Ellermann, C., Tomsic, I., von Lengerke, T., & Härter, M. (2021): Wissenschaftsbasierte Öffentlichkeitskommunikation und -information im Rahmen einer nationalen COVID19-Impfstrategie, [https://www.public-health-covid19.de/images/2021/Ergebnisse/Helmer\\_et\\_al\\_Kommunikation\\_Impfung\\_28012021\\_final\\_Haarter\\_Update\\_3\\_Januar28\\_2021.pdf](https://www.public-health-covid19.de/images/2021/Ergebnisse/Helmer_et_al_Kommunikation_Impfung_28012021_final_Haarter_Update_3_Januar28_2021.pdf), Abruf 21.01.2022.
- Hintermeier, M., Jahn, R., Biddle, L., et al. (2021): SARS-CoV-2 bei Migrant\*innen und geflüchteten Menschen. Kompetenznetz Public Health COVID-19, [https://www.public-health-covid19.de/images/2021/Ergebnisse/SARS\\_COV\\_2\\_bei\\_MigrantInnen\\_Policybrief\\_v10.pdf](https://www.public-health-covid19.de/images/2021/Ergebnisse/SARS_COV_2_bei_MigrantInnen_Policybrief_v10.pdf), Abruf 21.01.2022.



- Hoebel, J., Michalski, N., Wachtler, B., Diercke, M., Neuhauser, H., Wieler, L. H., & Hövener, C. (Hoebel et al 2021a): Socioeconomic differences in the risk of infection during the second SARS-CoV-2 wave in Germany. 118, 269–270, DOI: 10.3238/arztebl.m2021.0188, Abruf 21.01.2022.
- Hoebel, J., Michalski, N., Diercke, M., Hamouda, O., Wahrendorf, M., Dragano, N., & Nowossadeck, E. (Hoebel et al. 2021b): Emerging socio-economic disparities in COVID-19-related deaths during the second pandemic wave in Germany. *International Journal of Infectious Diseases*, Volume 113, 344–346. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.10.037>, Abruf 27.01.2022.
- Hofrichter, P. (2020): Leben mit Corona – Digitalisierung und gesundheitliche Chancengerechtigkeit. Standpunkte Thema. *Information zur Gesundheitsförderung*, 01, 3–4.
- Hofrichter, P., & Duwe, C. (2020): Gesundheitsförderung, Prävention und Vulnerabilität (nicht nur) in Corona-Zeiten. In: Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG) (Hrsg.): *Gesundheitsförderung, Prävention und vulnerable Personengruppen in der Pandemie*. Hamburg. 3–4. Online verfügbar unter [StadtpunkteThema\\_-2-2020.pdf](http://stadt.thema.de/2020/02/18/gesundheitsfoerderung-praevention-und-vulnerabilitaet-in-corona-zeiten) (hag-gesundheit.de), Abruf 18.02.2022.
- Holland-Letz, I., Caesar, J., Kezia Dannat, A.-K., Möller, R., Stöveken, J., & Zmatlik, M. (2021): Kommunikationsstrategie zur COVID-19-Impfung: Eine Analyse der Internetauftritte zentraler Gesundheitsinstitutionen in Deutschland – Empfehlungen für Inhalt und Gestaltung von web-basierten Informationen zur COVID19-Impfung. [https://www.public-health-covid19.de/images/2021/Ergebnisse/Holland\\_Letz\\_et\\_al\\_Policy\\_Brief\\_Kommunikationsstrategie\\_zur\\_COVID19\\_Impfung\\_Final\\_Version\\_22062021.pdf](https://www.public-health-covid19.de/images/2021/Ergebnisse/Holland_Letz_et_al_Policy_Brief_Kommunikationsstrategie_zur_COVID19_Impfung_Final_Version_22062021.pdf), Abruf 21.01.2022.
- Holz, G. (2010): Kommunale Strategien gegen Kinder- und Bildungsarmut – Der Ansatz kindbezogener Armutsprävention. In: *Zeitschrift für Inklusion* 4/2010. URL: <http://www.inklusion-online.net/index.php/inklusion-online/article/view/113/113>, Abruf 18.01.2022.
- Holz, G., & Richter-Kornweitz, A. (2020): *Corona-Chronik. Gruppenbild ohne (arme) Kinder. Eine Streitschrift*. Frankfurt am Main und Hannover. Online verfügbar unter [Corona-Chronik\\_Streitschrift\\_final.pdf](http://www.iss-ffm.de/Corona-Chronik-Streitschrift-final.pdf) (iss-ffm.de).
- Hu, T., Yue, H., Wang, C., She, B., Ye, X., Liu, R., Zhu, X., Guan, W. W., & Bao, S. (2020): Racial Segregation, Testing Site Access, and COVID-19 Incidence Rate in Massachusetts, USA. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), E9528. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249528>, Abruf 21.01.2022.
- Ispording, I. E., Lipfert, M., & Pestel, N. (2020): School Re-Openings after Summer Breaks in Germany Did Not Increase SARS-CoV-2 Cases. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3713631>, Abruf 21.01.2022.
- Karb, R., Samuels, E., Vanjani, R., Trimbur, C., & Napoli, A. (2020): Homeless Shelter Characteristics and Prevalence of SARS-CoV-2. *The Western Journal of Emergency Medicine*, 21(5), 1048–1053. <https://doi.org/10.5811/westjem.2020.7.48725>, Abruf 21.01.2022.
- Keck, M. (2015): Gewalt, Raum und Resilienz. Handeln im Kontext bewaffneter Konflikte. In: Korf, B., & Schetter, C. (Hrsg.): *Geographien der Gewalt. Kriege, Konflikte und die Ordnung des Raumes im 21. Jahrhundert*. Borntaeger Studienbücher der Geographie, 146–162.
- Klein, T. (2021): *AlgoKratie – wie Algorithmen die Demokratie gefährden*. (n. p.): Lit Verlag.
- Koh, D. (2020): Migrant workers and COVID-19. *Occupational and Environmental Medicine*, 77(9), 634–636. <https://doi.org/10.1136/oemed-2020-106626>, Abruf 24.02.2022.

- Lamb, M. R., Kandula, S., & Shaman, J. (2021): Differential COVID-19 case positivity in New York City neighborhoods: Socioeconomic factors and mobility. *Influenza and Other Respiratory Viruses*, 15(2), 209–217. <https://doi.org/10.1111/irv.12816>, Abruf 21.01.2022.
- Lampert, T., Kroll, L. E., Müters, S., & Stolzenberg, H. (2012): Messung des sozioökonomischen Status in der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA. Gesundheitsberichterstattung, Robert Koch-Institut, Berlin. Online verfügbar unter [22v4qibHmrjBg.pdf](https://www.rki.de/DE/Content/infodienstleistungen/22v4qibHmrjBg.pdf) (rki.de), Abruf 25.02.2022.
- Lampert, T., Hoebel, J., & Kroll, L. E. (2019): Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland – Aktuelle Situation und Trends. In: *Journal of Health Monitoring* 2019 4(1). Berlin. Online verfügbar unter [Journal of Health Monitoring | 1/2019 | Mortalität und Lebenserwartung](https://www.rki.de/DE/Content/infodienstleistungen/1/2019/Mortalitaet_und_Lebenserwartung.pdf) (rki.de), Abruf 21.01.2022.
- Lassale, C., Gaye, B., Hamer, M., Gale, C. R., & Batty, G. D. (2020): Ethnic disparities in hospitalisation for COVID-19 in England: The role of socioeconomic factors, mental health, and inflammatory and pro-inflammatory factors in a community-based cohort study. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 44–49. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.074>, Abruf 21.01.2022.
- Lepzien, J., & Lewerenz, M. (o. J.): *Persona-Methode. Eine Methode zur Illustrierung von Bildungsbedarfen*. Universität Rostock. Online verfügbar unter [Persona.pdf](https://www.uni-rostock.de/Personen/Personen/Persona.pdf) (uni-rostock.de), Abruf 27.01.2022.
- Leithäuser, N., Schneider, J., Johann, S., Krumke, S. O., Schmidt, E., Streicher, M., & Scholz, S. (2021): Quantifying Covid19-vaccine location strategies for Germany, *BMC Health Services Research*, 21(1), 780. doi:10.1186/s12913-021-06587-x, Abruf 21.01.2022.
- Marí-Dell’Olmo, M., Gotsens, M., Pasarín, M. I., Rodríguez-Sanz, M., Artazcoz, L., Garcia de Olalla, P., Rius, C., & Borrell, C. (2021): Socioeconomic Inequalities in COVID-19 in a European Urban Area: Two Waves, Two Patterns. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1256. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031256>, Abruf 21.01.2022.
- Maroko, A. R., Nash, D., & Pavilonis, B. T. (2020): COVID-19 and Inequity: A Comparative Spatial Analysis of New York City and Chicago Hot Spots. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 97(4), 461–470. <https://doi.org/10.1007/s11524-020-00468-0>, Abruf 21.01.2022.
- Mendez-Brito, A., El Bcheraoui, C., & Pozo-Martin, F. (2021): Systematic review of empirical studies comparing the effectiveness of non-pharmaceutical interventions against COVID-19. *Journal of Infection*, 83(3), 281–293.
- Meßmer, A., Sänglerlaub, A., & Schulz, L. (2021): „Quelle: Internet“? Digitale Nachrichten- und Informationskompetenzen der deutschen Bevölkerung im Test. [https://www.stiftung-nv.de/sites/default/files/studie\\_quelleinternet.pdf](https://www.stiftung-nv.de/sites/default/files/studie_quelleinternet.pdf), Abruf 03.03.2022.
- Möser, A. (2020). *Kommunale Kommunikation in digitalen Zeiten*. In: *Öffentliche Verwaltung–Verwaltung in der Öffentlichkeit*, 201-221. Springer VS, Wiesbaden. In: Kocks, K., Knorre, S.: *Öffentliche Verwaltung - Verwaltung in der Öffentlichkeit: Herausforderungen und Chancen der Kommunikation öffentlicher Institutionen*. Deutschland: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Murti, M., Achonu, C., Smith, B. T., Brown, K. A., Kim, J. H., Johnson, J., Ravindran, S., & Buchan, S. A. (2021): COVID-19 Workplace Outbreaks by Industry Sector and their Associated Household Transmission, Ontario, Canada, January – June, 2020. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, Publish Ahead of Print.
- Nachtwey, O., Schäfer, R., & Frei, N. (2020): Politische Soziologie der Corona-Protteste [Preprint]. SocArXiv. <https://doi.org/10.31235/osf.io/zyp3f>, Abruf 21.01.2022.
- Nordholt, P. U., & Busch, S. (2020): E-Health für Nutzerinnen und Nutzer – Ein Überblick durch einen Perspektivwechsel. *Standpunkte Thema. Information zur Gesundheitsförderung*, 01, 4–5.

- Otte im Kampe, E., Lehfeld, A.-S., Buda, S., Buchholz, U., & Haas, W. (2020): Surveillance of COVID-19 school outbreaks, Germany, March to August 2020. *Eurosurveillance*, 25(38). <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.38.2001645>, Abruf 21.01.2022.
- Paradies, Y., Ben, J., Denson, N., Elias, A., Priest, N., Pieterse, A., et al. (2015): Racism as a Determinant of Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE* 10(9): e0138511. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138511>, Abruf 21.01.2022.
- Plümper, T., & Neumayer, E. (2020): The pandemic predominantly hits poor neighbourhoods? SARS-CoV-2 infections and COVID-19 fatalities in German districts. *European journal of public health*, 30(6), 1176–1180.
- Pokora, R., Kutschbach, S., Weigl, M., et al. (2021): Investigation of superspreading COVID-19 outbreak events in meat and poultry processing plants in Germany: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, 16(6), e0242456. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242456>, Abruf 21.01.2022.
- Ramboll (2018): Evaluation des Modellprojekts „Kommunale Präventionsketten“ (ehemals „Kein Kind zurücklassen“). Abschlussbericht im Auftrag des Ministeriums für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration Nordrhein-Westfalen. Berlin. Online verfügbar unter [abschlussbericht\\_evaluation\\_kpk.pdf](#) (mkffi.nrw), Abruf 21.01.2022.
- Ramboll (2020): Evaluierung der Armutspräventionsrichtlinie im Rahmen der Förderung durch den Europäischen Sozialfonds (ESF) im Freistaat Thüringen in der Förderperiode 2014 bis 2020. Endbericht der Hauptstudie. Berlin. Online verfügbar unter [Evaluierung\\_der\\_Armutspraeventionsrichtlinie-Endbericht.pdf](#) (esf-thueringen.de), Abruf 18.02.2022.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung (Thomas Lampert, Anke-Christine Saß, Michael Häfeling, Thomas Ziese). Berlin. Online verfügbar unter [Gesundheitsberichterstattung des Bundes \(rki.de\)](#), Abruf 21.01.2022.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2015): Welche Faktoren beeinflussen die Gesundheit? Einzelkapitel aus: Gesundheit in Deutschland. Berlin. Online verfügbar unter [Welche Faktoren beeinflussen die Gesundheit? Gesundheit in Deutschland 2015 \(Einzelkapitel\)](#). (rki.de), Abruf 21.01.2022.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2021): COVID-19 Impfquoten-Monitoring in Deutschland (COVIMO), Report 7 vom 06. Oktober 2021. Online verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Projekte\\_RKI/COVIMO\\_Reports/covimo\\_studie\\_bericht\\_7.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/COVIMO_Reports/covimo_studie_bericht_7.pdf?__blob=publicationFile), Abruf 21.10.2021.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2022): COVID-19-Impfquotenmonitoring in Deutschland als Einwanderungsgesellschaft (COVIMO-Fokuserhebung), Report 9 vom 03. Februar 2022. [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Projekte\\_RKI/COVIMO\\_Reports/covimo\\_studie\\_bericht\\_9.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/COVIMO_Reports/covimo_studie_bericht_9.pdf?__blob=publicationFile), Abruf 04.02.2022.
- Röber, L. (2020): Prävention im Sozialraum: Gesamtstädtisch planen, lokal umsetzen. In: Deutsche Kinder- und Jugendstiftung (Hrsg.): Armutsprävention im Spiegel kommunaler Bildungslandschaften. Berlin. 26 f. Online verfügbar unter [201217\\_dossier\\_armut\\_web.pdf](#) (transferagentur-grosstaedte.de), Abruf 18.02.2022.
- Rosenbusch, B., Jakobi, C., & Franzen, H. (2020): Lokale Vernetzungsstellen für Prävention – Zugänge und Zusammenarbeit in der Pandemie. In: Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG) (Hrsg.): Gesundheitsförderung, Prävention und vulnerable Personengruppen in der Pandemie. Hamburg. 15–17. Online verfügbar unter [StadtpunkteThema\\_-2-2020.pdf](#) (hag-gesundheit.de), Abruf 18.02.2022.

- Rudert, S. C., & Janke, S. (2021): Following the crowd in times of crisis: Descriptive norms predict physical distancing, stockpiling and prosocial behavior during the COVID-19 Pandemic. *Group Processes und Intergroup Relations*. <https://www.uni-koblenz-landau.de/de/aktuell/archiv-2021/psychologisch-estudiecoronaschutzmassnahmen>, Abruf 25.02.2022.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2021): Digitalisierung für Gesundheit – Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems. [https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Aktuelles/2021/SVR\\_Gutachten\\_2021\\_online.pdf](https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Aktuelles/2021/SVR_Gutachten_2021_online.pdf), Abruf 03.03.2022.
- Sander, H. (2021, Juli 4): Corona-Zahlen: Erhebliche Unterschiede in Hamburgs Stadtteilen. <https://www.ndr.de/nachrichten/hamburg/Corona-Zahlen-Erhebliche-Unterschiede-in-Hamburgs-Stadtteilen,stadtteile628.html>, Abruf 21.01.2022.
- Schaefer, C., & Bitzer, E.-M. (2021): Umgang mit Fehl- und Desinformation in Medien. Kompetenznetz Public Health COVID-19, Abruf 21.01.2022.
- Schnur, O. (2021): Quartier und soziale Resilienz. In: Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (Hrsg.): Memorandum „Urbane Resilienz“. Wege zur robusten, adaptiven und zukunftsfähigen Stadt. Berlin, 54 f. Online verfügbar unter Memorandum „Urbane Resilienz“ (bund.de), Abruf 20.02.2022.
- Schoeps, A., Hoffmann, D., Tamm, C., et al. (2021): Surveillance of SARS-CoV-2 transmission in educational institutions, August to December 2020, Germany. *Epidemiology and Infection*. <https://doi.org/10.1017/S0950268821002077>, Abruf 21.04.2022.
- Schubert, H. (2018): *Netzwerkorientierung in Kommune und Sozialwirtschaft. Eine Einführung*. Wiesbaden: Springer.
- Siegrist, J., Mekel, O., Plaß, D., Icks, A., Wahrendorf, M., Dragano, N., & Hoffmann, B. (2020): Integrierte gesundheitspolitische Empfehlungen – Eine Begründung integrierter gesundheitspolitischer Empfehlungen zur Eindämmung indirekter gesundheitlicher Folgen der COVID-19 Pandemie im Rahmen internationaler Public-Health-Entwicklungen. 2020, Bremen: Kompetenznetz Public Health COVID 19.
- Søegaard, E. G. I., & Kan, Z. (2021): COVID-19 infections in the districts of Oslo. *Tidsskrift for den Norske laegeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny raeke*, 141(6). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.1022>, Abruf 21.01.2022.
- Sperber, D., Clément, F., Heintz, C., Mascaro, O., Mercier, H., Origg, G., & Wilson, D. (2010): Epistemic vigilance. *Mind & Language*, 25(4), 359–393.
- Staguhn, E. D., Weston-Farber, E., & Castillo, R. C. (2021): The impact of statewide school closures on COVID-19 infection rates. *American Journal of Infection Control*, 49(4), 503–505. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2021.01.002>, Abruf 21.01.2022.
- Stangier, U., Kananian, S., & Schüller, J. (2021): Perceived vulnerability to disease, knowledge about COVID-19, and changes in preventive behavior during lockdown in a German convenience sample. *Current psychology* [im Druck]. Doi 10.1007/s12144-021-01456-6. [https://www.psychologie.uni-frankfurt.de/97522072/Ergebnisse\\_der\\_ersten\\_Corona\\_Angst\\_Studie](https://www.psychologie.uni-frankfurt.de/97522072/Ergebnisse_der_ersten_Corona_Angst_Studie), Abruf 04.02.2022.
- Stangl, W. (2022): Stichwort: 'confirmation bias'. Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik. Online verfügbar unter <https://lexikon.stangl.eu/10640/confirmation-bias-bestaetigungsfehler-bestaetigungstendenz>, Abruf 01.03.2022.

- Stark, A. L., Geukes, C., & Dockweiler, C. (2020): Sozillagengerechte Gesundheitsförderung und Prävention in der digitalen Transformation. Standpunkte Thema. Information zur Gesundheitsförderung, 01, 6–7.
- Strully, K., Yang, T.-C., & Liu, H. (2021): Regional variation in COVID-19 disparities: Connections with immigrant and Latinx communities in U.S. counties. *Annals of Epidemiology*, 53, 56–62.e2. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2020.08.016>, Abruf 21.01.2022.
- Sung, B. (2021): A spatial analysis of the effect of neighborhood contexts on cumulative number of confirmed cases of COVID-19 in U.S. Counties through October 20 2020. *Preventive Medicine*, 147, 106457. <https://doi.org/10.1016/j.ympmed.2021.106457>, Abruf 21.01.2022.
- Tackenberg, B., Fathi, R., & Lukas, T. (2020): Partizipation im digitalen Zeitalter – Sozialer Zusammenhalt in der Corona-Krise. Standpunkte Thema. Information zur Gesundheitsförderung, 01. <https://www.hag-gesundheit.de/fileadmin/hag/data/Medien/Stadtpunkte/STPThema-1-2020.pdf>, Abruf 21.01.2022.
- Techniker Krankenkasse (2021): Ein Jahr Coronapandemie: Wie geht es Deutschlands Beschäftigten? O. O. Online verfügbar unter TK Gesundheitsreport 2021, Abruf 28.01.2021.
- Teichmann, L., Nossek, S., Bridgman, A., Loewen, P. J., Owen, T., Ruths, D., & Zhilin, O. (2020): Public Health Communication and Engagement on Social Media during the COVID-19 Pandemic [Preprint]. Open Science Framework. <https://doi.org/10.31219/osf.io/7hypj>, Abruf 21.01.2022.
- Turner, N. A., Pan, W., Martinez-Bianchi, V. S., Panayotti, G. M. M., Planey, A. M., Woods, C. W., & Lantos, P. M. (2021): Racial, Ethnic, and Geographic Disparities in Novel Coronavirus (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) Test Positivity in North Carolina. *Open Forum Infectious Diseases*, 8(1), ofaa413. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofaa413>, Abruf 21.01.2022.
- UNICEF, WHO & IFRC (2020): Soziale Stigmatisierung durch COVID-19. Leitfaden zur Prävention und Bekämpfung von sozialer Stigmatisierung. [https://unicef.at/fileadmin/media/Infos\\_und\\_Medien/Info-Material/Ernaehrung\\_und\\_Gesundheit/Soziale-Stigmatisierung-Coronavirus.pdf](https://unicef.at/fileadmin/media/Infos_und_Medien/Info-Material/Ernaehrung_und_Gesundheit/Soziale-Stigmatisierung-Coronavirus.pdf), Abruf 21.10.2021.
- van Holm, E. J., Wyczalkowski, C. K., & Dantzler, P. A. (2021): Neighborhood conditions and the initial outbreak of COVID-19: The case of Louisiana. *Journal of Public Health (Oxford, England)*, 43(2), 219–224. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa147>, Abruf 21.01.2022.
- Vardavas, C., Odani, S., Nikitara, K., El Bahawi, H., Kyriakos, C., Taylor, L., & Becuwe, N. (2021): Public perspective on the governmental response, communication and trust in the governmental decisions in mitigating COVID-19 early in the pandemic across the G7 countries. *Preventive Medicine Reports*, 21, 101252. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2020.101252>, Abruf 21.01.2022.
- Vey, D. (2020): Social-Media-Strategie – Ressourcenplanung, Budget und die richtige Kommunikation. In: *Öffentliche Verwaltung – Verwaltung in der Öffentlichkeit: Herausforderungen und Chancen der Kommunikation öffentlicher Institutionen* (223–242). Springer Fachmedien: Wiesbaden. Online verfügbar unter <http://link.springer.com/10.1007/978-3-658-28008-6>, Abruf 21.01.2022.
- Voges, Wolfgang (2002): Perspektiven des Lebenslagenkonzeptes. In: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): *Perspektiven der Armuts- und Reichtumsberichterstattung in Deutschland*. Symposium am 13.12.2002 in Berlin. 32–48.
- Wachtler, B., Michalski, N., Diercke, M., Wahrendorf, M., Santos-Hövenner, C., Lampert, T., & Hoebel, J. (2020): Sozioökonomische Ungleichheit und COVID-19 – Eine Übersicht über den internationalen Forschungsstand. In: *Journal of Health Monitoring* 2020 5(S7), 19–30. Online verfügbar unter

[https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/JoHM\\_S7\\_2020\\_Soziale\\_Ungleichheit\\_COVID\\_19.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/JoHM_S7_2020_Soziale_Ungleichheit_COVID_19.pdf?__blob=publicationFile), Abruf 21.01.2022.

Washington, H. A. (2021): Medizinische Apartheid in Zeiten von Corona. Rassismus im Gesundheitssystem der Vereinigten Staaten | APuZ. bpb.de. <https://www.bpb.de/apuz/medizin-und-ethik-in-der-pandemie-2021/334623/rassismus-im-gesundheitssystem-der-vereinigten-staaten>, Abruf 21.01.2022.

Wegwarth, O., Kendel, F., Tomsic, I., von Lengerke, T., & Härter, M. (2021): Die COVID-19-Pandemie: Wie gelingt eine transparente Kommunikation von Risiken? Public Health Forum, 29(1), 27–31. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2020-0113>, Abruf 21.01.2022.

Weisskircher, M. (2021): Arbeitsmigration während der Corona-Pandemie. Saisonarbeitskräfte aus Mittel- und Osteuropa in der deutschen Landwirtschaft, MIDEM-Policy Paper 01/21. MERCATOR FORUM Migration und Demokratie, Dresden. [https://www.stiftung-mercator.de/content/uploads/2021/04/TUD\\_MIDEM\\_PolicyPaper\\_2021-1\\_Arbeitsmigration.pdf](https://www.stiftung-mercator.de/content/uploads/2021/04/TUD_MIDEM_PolicyPaper_2021-1_Arbeitsmigration.pdf), Abruf 18.02.2022.

Wild, P., Ammon-Weiß, K., & Pilidis, G. (2021): Dashboard Gutenberg COVID-19 Studie. <https://www.uni-medizin-mainz.de/GCS/dashboard/#/>, Abruf 21.01.2022.

Zhang, M. (2021): Estimation of differential occupational risk of COVID-19 by comparing risk factors with case data by occupational group. American Journal of Industrial Medicine, 64(1), 39–47. <https://doi.org/10.1002/ajim.23199>, Abruf 21.01.2022.

## Anhang

**Tabelle 1: Deskriptive Statistiken der zentralen vorliegenden Indikatoren**

<b>Indikator</b>	<b>N</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>	<b>Mittel</b>	<b>Stdabw.</b>
Anteil ausländische Bevölkerung	82	0,05	0,45	0,17	0,08
Bevölkerung mit Migrationshintergrund in % der Gesamtbevölkerung	82	0,13	0,74	0,36	0,13
Unter 18-Jährige mit Migrationshintergrund in % der unter 18-Jährigen	82	0,20	0,92	0,51	0,17
Anteil Personen mit Migrationshintergrund an der Bevölkerung: Bezugsland Türkei	82	0,02	0,37	0,12	0,08
Anteil Personen mit Migrationshintergrund an der Bevölkerung: Bezugsland Russland/ehem. Sowjetunion	82	0,03	0,39	0,11	0,06
Anteil Personen mit Migrationshintergrund an der Bevölkerung: Bezugsland Polen	82	0,02	0,21	0,10	0,04
Bevölkerungsanteil unter 18 Jahre	82	0,10	0,24	0,17	0,03
65-Jährige und Ältere in % der Bevölkerung	82	0,03	0,32	0,18	0,05
Durchschnittsalter der Bevölkerung	82	15,10	54,70	32,26	7,16
Bevölkerungsdichte (Einwohner/km <sup>2</sup> )	82	269	18707	5184	4312
Durchschnittliche Wohnungsgröße	82	53,70	144,00	81,39	18,96
Anzahl der Sozialwohnungen an allen Wohnungen	81	0,10	51,20	7,88	7,99
Immobilienpreise in Euro/m <sup>2</sup> für Wohnungen	71	2748	9915	4668	1626
Anteil Arbeitslose an den 15- bis unter 65-jährigen	81	2,10	11,50	5,94	2,22
Anteil Arbeitslose an allen 15- bis unter 25-jährigen	76	0,80	6,30	3,16	1,28
Anteil Arbeitslose an allen 55- bis unter 65-jährigen	81	2,40	11,60	5,80	2,19
Leistungsempfänger/innen nach SGB II in % der Bevölkerung	82	0,70	23,70	8,78	5,39
Anteil Bedarfsgemeinschaften mit Kindern an allen Bedarfsgemeinschaften	80	13,80	56,00	32,68	10,10
Anteil der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Männer an Männern im Alter von 15 bis unter 65 Jahren	82	47,80	69,40	61,70	4,51
Anteil der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Frauen an Frauen im Alter von 15 bis unter 65 Jahre	82	42,40	68,40	57,04	5,47
Stadtteilmedian des Gesamtbetrags der Einkünfte	82	10.502	57.913	27.674	8.503
Allgemeinärzte je 100.000 Einwohner	79	20,50	548,90	72,30	69,59
Apotheken je 100.000 Einwohner	80	8,00	70,90	21,91	11,30
Flächen-Kind-Relation in Kindergärten (m <sup>2</sup> /Kind)	82	2,92	4,71	3,71	0,35
Personen je Haushalt	82	1,50	2,30	1,86	0,24
Einpersonenhaushalte an allen Haushalten (%)	82	29,20	72,20	51,76	10,98
Haushalte mit Kindern an allen Haushalten (%)	82	10,20	30,90	19,00	4,85
Alleinerziehende an allen Haushalten mit Kindern (%)	82	11,70	41,70	23,17	5,47
Anteil Personen mit Haupt-/Realschulabschluss oder ohne Abschluss	82	-1,66	1,50	-0,05	0,77
Pflegeplätze	82	0	1101	210,59	199,31
Ambulante Behandlung je Einwohner	80	3,82	6,45	5,29	0,61
Vorzeitige Sterblichkeit (Atemwegserkrankungen) in der deutschen Bevölkerung 2019	77	0,00	50,00	14,99	11,42
Vorzeitige Sterblichkeit (Atemwegserkrankungen) in der nicht-deutschen Bevölkerung 2019	77	0,00	7,00	0,73	1,19
Bestand privater PKW je 1.000 Einwohner	82	163,00	582,00	352,91	94,41
Kindergartenkinder je 1.000 Einwohner	82	10,94	106,53	44,43	14,69
Schülerinnen/Schüler der Sekundarstufe I je 1.000 Einwohner	82	24,07	77,06	51,75	13,75

**Tabelle 2: Korrelationen zentraler vorliegenden Indikatoren**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1 Ln (Inzidenz)	1	,911**	,605**	0,011	-0,014	0,054	-,517**	-,253	-0,021	-,727**	,801**	,828**	-0,053	-,690**	-0,108	-0,072	,560**	0,185	,511**	-,587**	0,163	-0,023
2 Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund (MHG)	,911**	1	,585**	0,185	0,072	0,117	-,519**	-,289**	-0,042	-,789**	,872**	,919**	-0,042	-,729**	-0,147	-0,183	,620**	0,179	,522**	-,600**	0,139	0,024
3 MHG Bezugsland Türkei	,605**	,585**	1	-,223*	-0,094	-0,002	-,375**	-,241*	0,098	-,581**	,712**	,596**	0,057	-,611**	-0,091	-0,117	,578**	0,148	,385**	-,474**	-0,080	-0,035
4 MHG Bezugsland Russland/ehem. Sowjetunion	0,011	0,185	-,223*	1	,646**	,301**	0,200	0,155	-,256*	-0,060	0,001	0,100	0,110	-0,067	-0,171	-,272*	0,016	0,167	-0,049	,229*	-0,017	,259*
5 MHG Bezugsland Polen	-0,014	0,072	-0,094	,646**	1	,284**	,356**	0,132	-,353**	-0,038	-0,047	0,074	,221*	-0,148	-0,194	-,292**	0,059	,327**	0,064	,426**	-,260*	,310**
6 Bevölkerungsanteil unter 18 J.	0,054	0,117	-0,002	,301**	,284**	1	,353**	0,102	-,686**	0,172	0,008	0,199	-,588**	0,164	-,291**	-,310**	-,337**	-0,015	0,014	,561**	0,064	,924**
7 Bevölkerungsanteil über 65 J.	-,517**	-,519**	-,375**	0,200	,356**	,353**	1	,408**	-,429**	,662**	-,484**	-,456**	-,260*	,400**	-0,039	-0,093	-,448**	0,112	-,281*	,797**	-,349**	,503**
8 Durchschnittsalter	-,253	-,289**	-,241*	0,155	0,132	0,102	,408**	1	-0,170	,316**	-,362**	-,300**	-0,059	,232*	0,018	-0,038	-,226*	-0,195	-,336**	,359**	-0,201	0,214
9 Bevölkerungsdichte (Einwohner/km²)	-0,021	-0,042	0,098	-,256*	-,353**	-,686**	-,429**	-0,170	1	-0,199	0,094	-0,077	,408**	-0,102	,274*	0,134	,411**	-0,044	0,090	-,576**	-0,078	-,650**
10 Wohnfläche in m² je Einwohner	-,727**	-,789**	-,581**	-0,060	-0,038	0,172	,662**	,316**	-0,199	1	-,819**	-,814**	-,408**	,842**	0,189	0,184	-,737**	-,286*	-,444**	,762**	-0,051	,291**
11 Arbeitslose unter den 15-65-Jähr.	,801**	,872**	,712**	0,001	-0,047	0,008	-,484**	-,362**	0,094	-,819**	1	,941**	0,041	-,843**	-0,178	-0,182	,804**	,254*	,545**	-,655**	0,026	-0,031
12 Anteil SGB-II-Empfänger	,828**	,919**	,596**	0,100	0,074	0,199	-,456**	-,300**	-0,077	-,814**	,941**	1	-0,048	-,784**	-,223*	-,248*	,689**	0,216	,531**	-,533**	0,034	0,133
13 Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten	-0,053	-0,042	0,057	0,110	,221*	-,588**	-,260*	-0,059	,408**	-,408**	0,041	-0,048	1	-,342**	-0,003	-0,160	,309**	,262*	-0,038	-,302**	-0,198	-,623**
14 Gesamteinkünfte (Median)	-,690**	-,729**	-,611**	-0,067	-0,148	0,164	,400**	,232*	-0,102	,842**	-,843**	-,784**	-,342**	1	0,174	0,161	-,807**	-,353**	-,464**	,586**	0,122	0,129
15 Allgemeinärzte (je 100.000 Einwohner)	-0,108	-0,147	-0,091	-0,171	-0,194	-,291**	-0,039	0,018	,274*	0,189	-0,178	-,223*	-0,003	0,174	1	,519**	-0,054	-0,148	-0,017	-0,113	0,095	-,251*
16 Apotheken (je 100.000 Einwohner)	-0,072	-0,183	-0,117	-,272*	-,292**	-,310**	-0,093	-0,038	0,134	0,184	-0,182	-,248*	-0,160	0,161	,519**	1	-0,050	-0,173	-0,075	-0,145	,236*	-,242*



17	Anteil Alleinerziehende an den Haushalten mit Kindern	,560**	,620**	,578**	0,016	0,059	-,337**	-,448**	-,226*	,411**	-,737**	,804**	,689**	,309**	-,807**	-0,054	-0,050	1	,294**	,466**	-,674**	-0,129	-,270*
18	Vorzeitige Sterblichkeit aufgrund von Atemwegserkrankungen (Deutsche)	0,185	0,179	0,148	0,167	,327**	-0,015	0,112	-0,195	-0,044	-,286*	,254*	0,216	,262*	-,353**	-0,148	-0,173	,294**	1	,375**	-0,058	-0,062	-0,037
19	Vorzeitige Sterblichkeit aufgrund von Atemwegserkrankungen (Nicht-Deutsche)	,511**	,522**	,385**	-0,049	0,064	0,014	-,281*	-,336**	0,090	-,444**	,545**	,531**	-0,038	-,464**	-0,017	-0,075	,466**	,375**	1	-,364**	0,126	0,020
20	Bestand privater PKW (je 1.000 Einwohner)	-,587**	-,600**	-,474**	,229*	,426**	,561**	,797**	,359**	-,576**	,762**	-,655**	-,533**	-,302**	,586**	-0,113	-0,145	-,674**	-0,058	-,364**	1	-0,183	,640**
21	Kindergartenkinder (je 1.000 Einwohner)	0,163	0,139	-0,080	-0,017	-,260*	0,064	-,349**	-0,201	-0,078	-0,051	0,026	0,034	-0,198	0,122	0,095	,236*	-0,129	-0,062	0,126	-0,183	1	-0,077
22	Schülerinnen/Schüler der Sekundarstufe II (je 1.000 Einwohner)	-0,023	0,024	-0,035	,259*	,310**	,924**	,503**	0,214	-,650**	,291**	-0,031	0,133	-,623**	0,129	-,251*	-,242*	-,270*	-0,037	0,020	,640**	-0,077	1

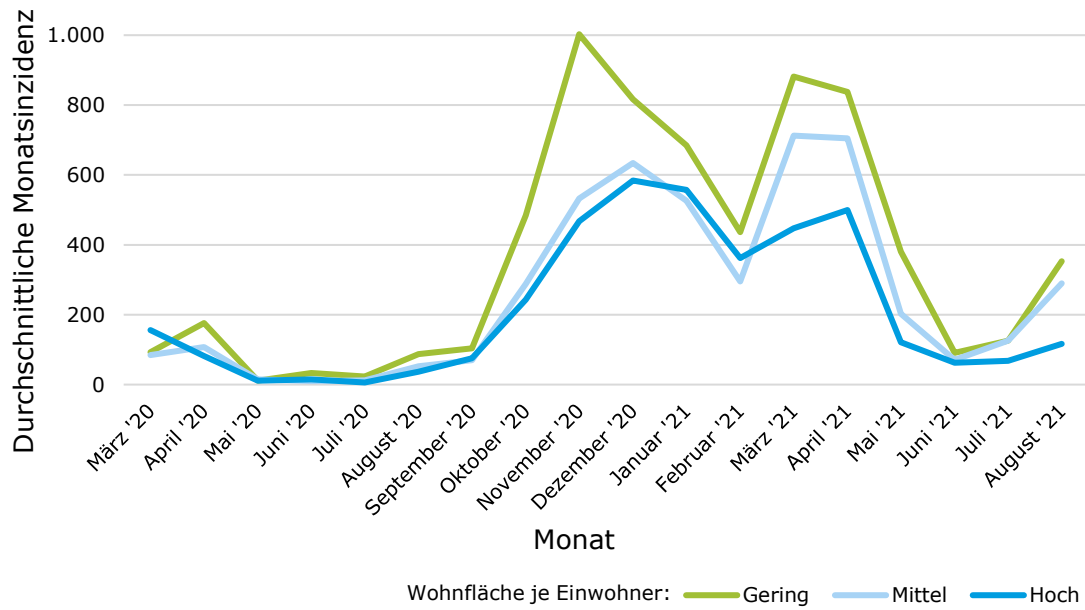
**Tabelle 3: Ergebnisse der Hauptkomponentenanalyse (Rotierte Komponentenmatrix)**

Indikator	Hauptkomponenten*				
	1	2	3	4	5
Anteil Arbeitslose an den 15- bis unter 65-jährigen	0,963				
Leistungsempfängerinnen und -empfänger nach SGB II in % der Bevölkerung	0,955				
Anteil Personen mit Haupt-/Realschulabschluss oder ohne Abschluss	0,892				
Median des Gesamtbetrags der Einkünfte	-0,876				
Anteil Arbeitslose an allen 15- bis unter 25-jährigen	0,841				
Anteil Arbeitslose an allen 55- bis unter 65-jährigen	0,818	-0,437			
Anteil Alleinerziehende an allen Haushalten mit Kindern	0,810	-0,396			
Ambulante Behandlung je Einwohner	0,772			0,325	0,314
Anteil Sozialwohnungen an allen Wohnungen	0,691				
Vorzeitige Sterblichkeit aufgrund von Atemwegserkrankungen in der nicht-deutschen Bevölkerung 2019	0,531			0,460	
Immobilienpreise in Euro je m <sup>2</sup> für Eigentumswohnungen	-0,478	-0,455	0,451		
Personen je Haushalt		0,967			
Anteil Haushalte mit Kindern an allen Haushalten		0,953			
Anteil Einpersonenhaushalte an allen Haushalten		-0,947			
Bevölkerungsanteil unter 18 Jahre		0,932			
Schülerinnen/Schüler der Sekundarstufe I je 1000 Einwohner		0,862			-0,321
Bevölkerungsdichte (Einwohner/km <sup>2</sup> )		-0,814			
Anteil Bedarfsgemeinschaften mit Kindern an allen Bedarfsgemeinschaften	0,315	0,807			
Bestand privater PKW je 1.000 Einwohner	-0,597	0,658	-0,356		
Durchschnittliche Wohnungsgröße	-0,627	0,658			
Anteil Kindergartenkinder je 1.000 Einwohner			0,818		
65-Jährige und Ältere in % der Bevölkerung	-0,480	0,421	-0,562		
Flächen-Kind-Relation in Kindergärten (m <sup>2</sup> /Kind)			0,528		
Durchschnittsalter der Bevölkerung			-0,488		
Pflegeplätze				0,851	
Vorzeitige Sterblichkeit aufgrund von Atemwegserkrankungen in der deutschen Bevölkerung 2019				0,840	
Anteil sozialversicherungspflichtig beschäftigte Männer an Männern von 15 bis unter 65 Jahre	0,302				0,863
Anteil sozialversicherungspflichtig beschäftigte Frauen an Frauen von 15 bis unter 65 Jahre		-0,586			0,666

Anmerkungen: Varimax-Rotation. Indikatoren standardisiert. Keine Ladungen unter 0,3 angezeigt.

\*Interpretation der Hauptkomponenten: „(1) niedriger sozioökonomischer Status (SÖS)/Armut“, „(2) Familien“, „(3) Kindergartenkinder“, „(4) Gesundheitsrisiko“ und „(5) Arbeitnehmerprägung der Stadtteile“.

**Abbildung 16: Inzidenz nach Wohnfläche je Einwohner in Stadtteilen mit niedrigem SÖS und hoher Ausprägung des Faktors Familie**



Quelle: Eigene Darstellung Ramboll Management Consulting auf Basis der vorliegenden Daten

**Tabelle 4: Ergebnisse der multivariaten Regressionsanalyse**

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	VIF
<b>(Konstante)</b>	(0,000)	(0,000)	(0,000)	
<b>Arabisch/Türkisch</b>	0,709*** (0,000)	0,250* (0,038)	0,284* (0,015)	5,108
<b>Ostasien</b>	0,063 (0,361)	0,154* (0,034)	0,144* (0,040)	1,842
<b>Südeuropa</b>	0,210** (0,007)	0,162 (0,088)	0,170 (0,057)	3,039
<b>Niedriger SÖS/Armut</b>		0,519*** (0,000)	0,552*** (0,000)	5,003
<b>Familien</b>		0,124 (0,125)	0,117 (0,139)	2,412
<b>Kindergärten</b>		0,089 (0,219)	0,065 (0,340)	1,793
<b>Gesundheit</b>		0,095 (0,095)	0,112* (0,043)	1,152
<b>Arbeitnehmer</b>		-0,003 (0,957)	0,001 (0,986)	1,078
<b>Niedriger SÖS*Familien</b>			0,131* (0,017)	1,128
<b>Niedriger SÖS*Arbeitnehmer</b>			0,153* (0,025)	1,764
<b>Adj. R<sup>2</sup></b>	0,695	0,763	0,794	
<b>F-Wert (Signifikanz)</b>	62,595 (0,000)	33,603 (0,000)	32,181 (0,000)	
<b>Signifikanz der F-Änderung</b>	0,000	0,000	0,003	

Anmerkungen: Abhängige Variable ist die logarithmierte Gesamtinzidenz über den Zeitraum März 2020 bis August 2021. Angezeigt sind standardisierte OLS-Regressionskoeffizienten; P-Werte in Klammern darunter. \*\*\*) signifikant auf dem 0,001-Niveau; \*\*) signifikant auf dem 0,01-Niveau; \*) signifikant auf dem 0,05-Niveau. VIF = Variance Inflation Factor. Morans I liegt für die standardisierten Residuale bei 0,02 (n.s.). Keiner der Faktoren wies einen Condition Index über 15 auf (höchster Wert: 12,581). Residuale homoskedastisch und normalverteilt.

#### **Ländergruppen:**

Arabisch/Türkisch = Ägypten, Afghanistan, Algerien, Irak, Iran, Jemen, Jordanien, Libanon, Libyen, Marokko, Palästinensische Gebiete, Saudi-Arabien, Somalia, Syrien, Türkei, Tunesien

Ostasien = China, Indonesien, Japan, Pakistan, Philippinen, Republik Korea, Vietnam

Südeuropa = Griechenland, Italien, Portugal, Spanien

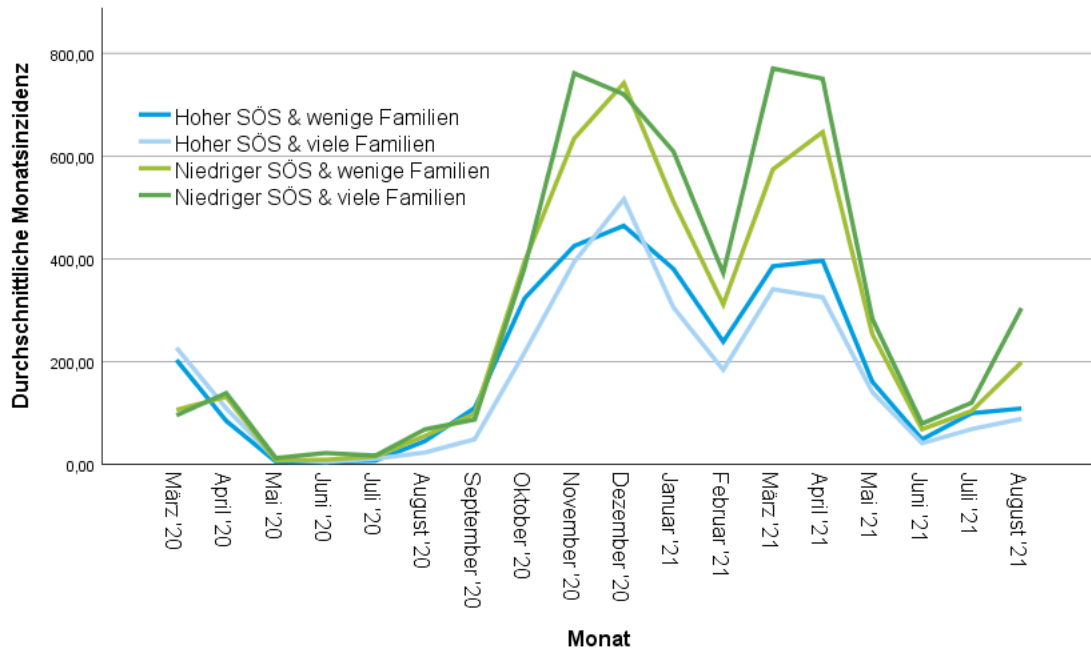
#### **Weitere Ländergruppen:**

Zu folgenden weiteren Ländergruppen lagen Daten vor, die jedoch nicht gleichzeitig in Modellen mit den oben aufgeführten Ländergruppen berücksichtigt werden konnten. Modelle mit ausschließlich diesen und ohne die oben aufgeführten Ländergruppen lieferten deutlich schlechtere Ergebnisse.

Osteuropa = Albanien, Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, Estland, Finnland, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Kosovo, Kroatien, Lettland, Litauen, Montenegro, Nordmazedonien, Polen, Republik Moldau, Rumänien, Russische Föderation, Serbien, Slowakei, Slowenien, Tschechische Republik, Ukraine, Ungarn, Usbekistan

Nordamerika/Europa/Israel = Australien, Belgien, Dänemark, Frankreich, Irland, Israel, Kanada, Luxemburg, Neuseeland, Niederlande, Norwegen, Österreich, Schweden, Schweiz, USA, Vereinigtes Königreich

**Abbildung 17: Interaktion von (1) sozioökonomischem Status und (2) Familien auf Inzidenz im Zeitverlauf**



**Tabelle 5: Korrelationen zentraler Variablen mit Monatsinzidenzen**

	Faktoren der Hauptkomponentenanalyse					Soziodemografische Einzelindikatoren			Wichtige Bezugsländer des Migrationshintergrunds		
	(1) Niedriger SÖS	(2) Familien	(3) Kindergartenkinder	(4) Gesundheitsrisiko	(5) Arbeitnehmerprägung	Kindergartenkinder je 1.000 Einwohner	Schülerinnen/Schüler Sek. I/ Einwohner	Über 65-jährige/ Einwohner	Türkei	Russland	Polen
<b>Mrz 20</b>	-0,6***	-0,03	0,04	-0,12	-0,48***	0,08	0,1	0,26*	-0,45***	-0,24*	-0,37**
<b>Apr 20</b>	0,44***	0	-0,02	0,12	-0,26*	-0,02	0,1	-0,14	0,27*	-0,17	-0,21
<b>Mai 20</b>	0,1	0,27*	0,1	0,41***	0,21	0,03	0,1	0,09	0,09	0,01	0,24*
<b>Jun 20</b>	0,37***	0,1	0,05	-0,24*	-0,06	0,06	0,14	-0,22*	0,30**	-0,12	-0,20
<b>Jul 20</b>	0,36***	0,06	-0,03	-0,21	0,01	-0,04	0,09	-0,21	0,28*	-0,10	-0,13
<b>Aug 20</b>	0,48***	-0,07	0,32**	-0,16	-0,17	0,22	-0,04	-0,48***	0,56***	-0,20	-0,34**
<b>Sep 20</b>	0,25*	-0,55***	0,24*	0,1	-0,22*	0,22	-0,48***	-0,4***	0,08	-0,15	-0,33**
<b>Okt 20</b>	0,59***	-0,17	0,39***	0,09	-0,18	0,36***	-0,16	-0,55***	0,27*	-0,09	-0,15
<b>Nov 20</b>	0,62***	0,11	0,1	-0,11	-0,15	0,05	0,13	-0,35**	0,49***	-0,14	-0,15
<b>Dez 20</b>	0,58***	0,07	-0,01	0,19	-0,15	-0,05	0,15	-0,17	0,44***	-0,15	0,01
<b>Jan 21</b>	0,65***	0,08	0,17	0,15	0,02	0,07	0,01	-0,39***	0,54***	0,10	0,16
<b>Feb 21</b>	0,67***	0,11	0,25*	0,01	0,18	0,18	-0,01	-0,45***	0,43***	0,23*	0,18
<b>Mrz 21</b>	0,74***	0,18	0,14	-0,09	0,03	0,05	0,16	-0,42***	0,61***	0,02	0,11
<b>Apr 21</b>	0,68***	0,07	0,42***	-0,02	0,06	0,35**	-0,08	-0,53***	0,43***	0,09	-0,01
<b>Mai 21</b>	0,66***	0,06	0,33**	0,05	-0,08	0,27*	0	-0,45***	0,46***	-0,07	-0,07
<b>Jun 21</b>	0,42***	0,07	0,35**	-0,06	0,1	0,33**	-0,09	-0,34**	0,17	0,23*	0,08
<b>Jul 21</b>	0,28*	-0,02	0,11	-0,14	-0,13	0,11	0,09	-0,31**	0,29**	0,04	-0,04
<b>Aug 21</b>	0,72***	0,16	0,12	-0,06	0,03	0,09	0,16	-0,34**	0,63***	0,14	0,03

N.B.: \* p-Wert < 0,05; \*\* p-Wert < 0,01; \*\*\* p-Wert < 0,001.

