

COVID-19, Menschen mit Einwanderungsgeschichte und benachteiligte Quartiere – eine Pandemie als Katalysator räumlicher, sozialer und kultureller Differenzierungen

Studie gefördert durch das Ministerium für Kinder, Jugend, Familie, Gleichstellung, Flucht und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen

ILS-WORKING PAPER

Von: Mariam Manz, Simon Liebig, Dr. Jörg Plöger, Ralf Zimmer-Hegmann.
Unter Mitarbeit von Martin Gruber und Tim Raulf



Impressum

Herausgegeben vom

ILS – Institut für Landes- und
Stadtentwicklungsforschung gGmbH
Brüderweg 22–24
44135 Dortmund

Telefon +49 (0)231 90 51–0

Telefax +49 (0)231 90 51–155

www.ils-forschung.de

poststelle@ils-forschung.de

Dortmund, Deutschland, Januar 2023

© ILS 2023, alle Rechte vorbehalten.

ISSN 2701-0112

Kartografie

Jutta Rönsch

Titelfoto

AdobeStock_331337607

Ministerium für Kinder, Jugend, Familie,
Gleichstellung, Flucht und Integration
des Landes Nordrhein-Westfalen



Gefördert durch:

Ministerium für Kinder, Jugend, Familie, Gleichstellung,
Flucht und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen

Autor*innen

Mariam Manz

Simon Liebig

Dr. Jörg Plöger

Ralf Zimmer-Hegmann

unter Mitarbeit von

Martin Gruber

Tim Raulf

Mariam Manz ist wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Forschungsgruppe Sozialraum Stadt des ILS.

Simon Liebig ist wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Forschungsgruppe Sozialraum Stadt des ILS.

Dr. Jörg Plöger ist wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Forschungsgruppe Sozialraum Stadt des ILS.

Ralf Zimmer-Hegmann (Projektleitung) ist wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Forschungsgruppe Sozialraum Stadt des ILS.

Martin Gruber ist studentischer Mitarbeiter in der Forschungsgruppe Sozialraum Stadt des ILS.

Tim Raulf ist studentischer Mitarbeiter in der Forschungsgruppe Sozialraum Stadt des ILS.

Inhaltsverzeichnis

1	Kurzzusammenfassung	4
2	Einleitung	10
3	Forschungsstand	12
3.1	Ungleiche Verteilung von COVID-19-Infektionen.....	13
3.1.1	Infektionsrisiko von Menschen mit Einwanderungsgeschichte	13
3.1.2	Forschungsergebnisse mit explizit räumlichem Fokus.....	16
3.2	Erklärungsansätze für Unterschiede im Infektionsrisiko	17
3.2.1	Sozioökonomischer Status.....	18
3.2.2	Wohnsituation	19
3.2.3	Arbeitssituation und Alltagsmobilität.....	20
3.2.4	Kulturelle und religiöse Praktiken	22
3.2.5	Schutzimpfung und Information.....	23
3.2.6	Gesundheitliche Lage und Zugang zum Gesundheitsbereich.....	25
3.2.7	Gesellschaftliches Klima und Diskriminierung.....	27
4	Methodisches Vorgehen	28
4.1	Literaturrecherche	29
4.2	Quantitative Methodik	29
4.3	Qualitative Methodik.....	32
5	Kleinräumige Analyse der COVID-19-Infektionen in ausgewählten Fallstudien	33
5.1	Fallstudie: Dortmund	34
5.1.1	Strukturmerkmale der Stadt Dortmund.....	34
5.1.2	COVID-19-Betroffenheit in den Dortmunder Stadtbezirken.....	37
5.1.3	Fokus: Die Stadtbezirke Innenstadt-Nord und Hombruch im Vergleich.....	41
5.2	Fallstudie: Solingen.....	45
5.2.1	Strukturmerkmale der Stadt Solingen.....	45
5.2.2	COVID-19-Betroffenheit in den Solinger Stadtbezirken und Quartieren.....	47
5.2.3	Fokus: Migrant*innenmilieus	51
5.3	Fallstudie: Düsseldorf	53
5.3.1	Strukturmerkmale der Stadt Düsseldorf	53
5.3.2	COVID-19-Betroffenheit in den Düsseldorfer Stadtbezirken und Stadtteilen	55
5.3.3	Fokus: Herkunftsregionen.....	61
5.4	Fallstudie: Kreis Lippe.....	63
5.4.1	Strukturmerkmale des Kreis Lippe.....	61
5.4.2	COVID-19-Betroffenheit der Städte und Gemeinden im Kreis Lippe	67
5.5	Fallstudienübergreifende Analysen.....	69
5.6	Zusammenfassung der quantitativen Ergebnisse	72

6	Einschätzungen zur Infektionsbetroffenheit und Belastungen in den Quartieren – Qualitative Analyse	74
6.1	Erhöhtes Infektionsrisiko und die Gründe.....	75
6.1.1	Sozioökonomischer Status – Arbeits- und Wohnsituation	75
6.1.2	Kulturelle und religiöse Faktoren	78
6.1.3	Informationsbarrieren und Unterschiede in Wissensbeständen	79
6.1.4	Zugang und Bereitschaft zur Schutzimpfung	84
6.1.5	Gesundheit und Ungleichheit.....	87
6.1.6	Stigmatisierungstendenzen im Kontext der Infektionsverbreitung.....	88
6.1.7	Zwischenfazit der Ergebnisse.....	89
6.2	Belastungen durch Infektionsschutzmaßnahmen	91
6.2.1	Einschränkungen durch beengte Wohnverhältnisse	91
6.2.2	Schließungen von Behörden und Beratungsangeboten	93
6.2.3	Schließungen von Bildungs- und Betreuungseinrichtungen	95
6.2.4	Zwischenfazit der Ergebnisse.....	97
7	Synthese der Ergebnisse mit Blick auf die Forschungsfragen	99
8	Handlungsmöglichkeiten	103
8.1	Zielgruppenspezifische Pandemiekommunikation verbessern	104
8.2	Niedrigschwelligen Zugang zum Gesundheitssystem gewährleisten.....	108
8.3	Sozialräumlichen Gesundheitsschutz in der Stadtentwicklung verankern.....	111
8.4	Datenerhebung ausbauen für evidenzbasierte Pandemiemaßnahmen.....	112
8.5	Vermeidung der Mehrbelastung benachteiligter Bevölkerungsgruppen	113
9	Literaturverzeichnis	115
10	Abbildungsverzeichnis.....	125
11	Tabellenverzeichnis.....	126
12	Liste der Interviewpartner*innen	127

1 Kurzzusammenfassung

Das vom NRW-Integrationsministerium geförderte Forschungsprojekt „COVID-19, Menschen mit Einwanderungsgeschichte und benachteiligte Quartiere – eine Pandemie als Katalysator räumlicher, sozialer und kultureller Differenzierungen“ beschäftigt sich mit der Frage, inwiefern Menschen mit Einwanderungsgeschichte, die in sozioökonomisch benachteiligten Nachbarschaften leben, stärker von der COVID-19-Pandemie betroffen sind. Ziel ist es dabei, zu erforschen, inwiefern räumliche, soziale und kulturelle Aspekte in den untersuchten Quartieren die Wahrscheinlichkeit einer COVID-19-Infektion erhöhen. Zudem gilt es, geeignete Maßnahmen zu entwickeln, um die Resilienz (Widerstandsfähigkeit) von Menschen mit Einwanderungsgeschichte in benachteiligten Stadtteilen zu stärken.

Das Forschungsprojekt befindet sich in einem Spannungsfeld: Einerseits soll eine „Migrantisierung“ des Pandemiegeschehens vermieden werden. Andererseits ist es von Bedeutung, spezifische Problemlagen, wie z.B. Zugangsbarrieren bzw. Benachteiligungen in der Gesundheitsversorgung aufzudecken. Nur so können politische Maßnahmen und zielgerichtete Angebote entwickelt werden, um diese Benachteiligungen auszugleichen.

Im Fokus der Untersuchung standen die vier nordrhein-westfälischen Fallstudienkommunen Dortmund, Düsseldorf, Solingen und der Kreis Lippe. Die Forschung basiert auf einem Mixed-Methods-Ansatz und umfasst im Wesentlichen drei Bausteine: Erstens die Aufbereitung relevanter Forschungsliteratur; zweitens die statistische Auswertung der Inzidenzzahlen (in Kombination mit kleinräumigen Daten zur Sozialstruktur, den Herkunftsregionen und den sozialen Milieus der Bevölkerung mit Einwanderungsgeschichte) und drittens die Durchführung und Auswertung von Interviews mit über 40 Expert*innen, vor allem aus den Fallkommunen.

Im Folgenden sind zentrale Ergebnisse des Projekts skizziert:

Die Bewohner*innen sozial und ökonomisch benachteiligter Quartiere mit erhöhten Anteilen von Menschen mit Einwanderungsgeschichte sind stärker von COVID-19-Infektionen betroffen. Ursächlich dafür ist vor allem die schwierigere wirtschaftliche Situation und soziale Lage der Haushalte.

Die räumliche Verbreitung der COVID-19-Infektionen in den untersuchten Städten war sehr dynamisch. Alle Stadtviertel waren im Verlauf der Pandemie von Infektionen betroffen. Die Entwicklung der Inzidenzen im zeitlichen Verlauf zeigt zwischen Frühjahr 2020 und Ende 2021 eine Verbreitung von sozioökonomisch eher privilegierten Stadtteilen (v.a. in der ersten Welle 2020 durch Urlaubsrückkehrer*innen) hin zu benachteiligten Räumen.

Quartiere oder Stadtteile, die durch einen niedrigen sozioökonomischen Status ihrer Bewohner*innen geprägt sind, sind somit im Verlauf der Pandemie stärker durch das Infektionsgeschehen betroffen. In diesen Quartieren leben häufig auch viele Personen mit Einwanderungsgeschichte.

Die Gründe dafür sind allerdings vielfältig und mehrdimensional. So können sowohl die sozioökonomische Situation, kulturelle Aspekte und Praktiken (die nicht unbedingt mit einer Einwanderungsgeschichte verknüpft sein müssen) sowie strukturelle Benachteiligung – z.B. durch Sprachbarrieren, ein erhöhtes Armutsrisiko und diskriminierende Gesellschaftsstrukturen – relevant sein. Die ökonomische Ausstattung – das heißt, die Frage wie arm oder reich eine Person oder ein Haushalt ist – erscheint insgesamt jedoch als ausschlaggebender Faktor. Da Menschen mit Einwanderungsgeschichte in Deutschland einem stark erhöhten Armutsrisiko ausgesetzt sind, ist davon auszugehen, dass eine stärkere Infektionsbetroffenheit in erster Linie auf eine ökonomische Benachteiligung zurückgeführt werden kann.

In den untersuchten Fallstudienkommunen steigert ein niedriger sozioökonomischer Status das Risiko, sich mit COVID-19 zu infizieren. Damit schließen die Ergebnisse an andere Forschungsarbeiten an, welche einen Zusammenhang zwischen niedrigem sozioökonomischem Status und Infektionsrisiko aufzeigen.

Unterschiedliche Arbeits- und Wohnsituationen erklären ein erhöhtes Infektionsrisiko.

Gehen Menschen einer Tätigkeit nach, die mit vielen physischen Kontakten verbunden ist und wenig Möglichkeiten zur Arbeit im Homeoffice bietet (z.B. im Bereich der Krankenpflege, Gastronomie oder der Paketzustellung), erhöht sich das Infektionsrisiko.

Weiterhin besteht ein Zusammenhang zwischen der (beengten) Wohnsituation und einem erhöhten Infektionsrisiko. Auf statistischer Ebene gibt es Hinweise, dass Single- und Familienhaushalte (als Haushaltsformen, in denen Menschen mit Einwanderungsgeschichte häufig leben), wesentlich stärker vom Infektionsgeschehen betroffen sind als Paar-Haushalte. Insbesondere in Familienhaushalten ist davon auszugehen, dass die oftmals beengte Wohnsituation in ärmeren Quartieren dazu führt, dass haushaltsinterne Isolations- und Quarantänemaßnahmen nur unzureichend umgesetzt werden können, wenn z.B. nicht genügend Zimmer zur Verfügung stehen. Bei der Infektion eines Haushaltsmitglieds infiziert sich folglich häufig der gesamte Haushalt.

Menschen mit Einwanderungsgeschichte sind durch eingeschränkte Teilhabemöglichkeiten einem höheren Infektionsrisiko ausgesetzt.

Das deutsche Gesundheitssystem beispielsweise bringt für viele Menschen mit Einwanderungsgeschichte Informations- und Zugangsbarrieren mit sich, z.B. wenn relevante Informationen nur in deutscher Sprache verfügbar sind. Im Kontext der COVID-19-Pandemie kam erschwerend hinzu, dass die Infektionsschutzmaßnahmen meist in deutscher Amtssprache formuliert waren, was auch bei Personen ohne Einwanderungsgeschichte teilweise zu Verständnisschwierigkeiten geführt hat.

Sind Informationen zu Infektionsschutzmaßnahmen nicht für alle Menschen gleich zugänglich, führt dies zu unterschiedlichen Wissensständen. Dadurch kann sich das Infektionsrisiko von Menschen mit Einwanderungsgeschichte erhöhen (insbesondere von Personen ohne oder mit geringen Deutschkenntnissen). Gründe für die teils nicht adäquate Informationslage sind neben sprachliche Barrieren auch die bisher größtenteils fehlende Adressierung von Menschen mit Einwanderungsgeschichte über geeignete Informationskanäle (z.B. Social Media, Schlüsselpersonen).

Daneben können auch Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem, welche unabhängig von der COVID-19-Pandemie bestehen, zu einer Erhöhung des Infektionsrisikos sowie der Sterberate von Personen mit Einwanderungsgeschichte beitragen. Grund dafür ist unter anderem die unzureichende interkulturelle Öffnung des Gesundheitssektors. So können z.B. sprachliche Barrieren bei ärztlicher Behandlung, Erfahrungen mit Diskriminierung und eine fehlende interkulturelle Sensibilität des medizinischen Personals zu Unsicherheiten führen und dazu, dass das Aufsuchen von Ärzt*innen im Krankheitsfall herausgezögert wird oder ganz ausbleibt.

Kulturelle und religiöse Aspekte können zwar einen Einfluss auf den Umgang mit Infektionsschutzmaßnahmen haben, sind aber insgesamt weniger relevant.

Hinsichtlich kultureller und religiöser Aspekte kann gesagt werden, dass alle Handlungen, bei denen Menschen direkten Kontakten mit anderen Menschen ausgesetzt sind, das Infektionsrisiko steigern. Werden religiöse Handlungen betrachtet, so ergibt sich ein differenziertes Bild. Für Menschen, die aktiv religiöse Praktiken vollziehen (z.B. regelmäßige Besuche von Gottesdiensten, gemeinsames Singen etc.), scheint der wesentliche Faktor für den Umgang mit dem Infektionsschutz – unabhängig von der Religion – der Umgang mit diesem Thema in der jeweiligen religiösen Gemeinde zu sein.

So kann die Zugehörigkeit zu einer Gemeinde beeinflussen, in welchem Umfang die Infektionsschutzmaßnahmen befolgt werden. Dies ist der Fall, wenn wichtige Persönlichkeiten der jeweiligen Gemeinde COVID-19 verharmlosen oder Praktiken wie Singen und Beten trotz Kontaktbeschränkungen weiter gemeinsam durchgeführt werden. Andererseits werden religiöse Kontexte und Netzwerke auch zur Adressierung der Gemeindemitglieder genutzt – z.B., wenn diese dazu aufgerufen werden, sich testen oder impfen zu lassen. Bei der Betrachtung des Einflusses religiöser Anschauungen auf den Infektionsschutz können in den Interviews keine grundsätzlichen Differenzen zwischen einzelnen gesellschaftlichen Gruppen – insbesondere zwischen Personen mit und ohne Einwanderungsgeschichte – erkannt werden.

Grundlegende Unterschiede zwischen einzelnen Herkunftsländern können im Hinblick auf das Infektionsgeschehen nicht konstatiert werden.

Die Gruppe von Menschen mit Einwanderungsgeschichte in Deutschland ist sehr vielfältig. Dies gilt sowohl hinsichtlich der Herkunftsländer, des sozioökonomischen Status wie auch der Frage, wie lange die jeweiligen Personen bereits in Deutschland leben.

Unsere Analyse zeigt keine grundsätzlichen Unterschiede zwischen einzelnen Herkunftsländern. Zwar gibt es in Gebieten mit höheren Zahlen bestimmter Herkunftsgruppen auch etwas erhöhte Infektionen. Nach unseren statistischen Berechnungen lassen sich diese allerdings vor allem durch deren sozioökonomische Lage und Zusammensetzung erklären. Dies bestätigen auch die von uns angestellten Analysen der Migrant*innenmilieus. Hier weisen vor allem Milieus mit wenigen ökonomischen Ressourcen einen stärkeren statistisch positiven Zusammenhang mit COVID-19-Infektionen in einem Gebiet auf. Bei wohlhabenderen Milieus ist dieser statistische Zusammenhang negativ. Demgegenüber haben wir solche Zusammenhänge bei der alltagsweltlichen und kulturellen Grundorientierung der unterschiedlichen Milieus, beispielsweise zwischen eher religiös-traditionell-orientierten und eher modernen Milieus, nicht feststellen können.

Das unterstreicht die Bedeutung der individuellen sozioökonomischen Ausstattung für das Infektionsgeschehen und macht deutlich, dass die Einwanderungsgeschichte oder die individuelle Bedeutung der Herkunftskultur in der Alltagspraxis nicht die entscheidende erklärende Variable ist.

Menschen mit Einwanderungsgeschichte und benachteiligte Quartiere sind im Kontext der Pandemie Diskriminierung und Stigmatisierung ausgesetzt.

Es konnten deutliche Hinweise auf die Stigmatisierung von Menschen mit Einwanderungsgeschichte sowie von Quartieren mit einem höheren Anteil von Personen mit Migrationsgeschichte gefunden werden. Diese voreiligen Schuldzuweisungen und Diskriminierungen gegenüber Menschen mit Einwanderungsgeschichte und den Quartieren, in denen diese leben, verstärken die Benachteiligung zusätzlich. Hier wird das Spannungsfeld zwischen der Offenlegung bestehender Problemlagen und der Vermeidung einer Migrantisierung des Pandemiegeschehens deutlich. So ist die höhere Betroffenheit in den untersuchten Quartieren vor allem durch ihre sozioökonomische Benachteiligung sowie die damit einhergehenden Lebensumstände (und somit weniger durch die Einwanderungsgeschichte an sich) erklärbar. Daneben spielen jedoch auch migrationsspezifische Aspekte wie Sprachbarrieren und Diskriminierungserfahrungen eine Rolle.

Die Verbesserung der Arbeits- und Wohnsituation sowie die Verringerung sozioökonomischer Ungleichheit sind daher von zentraler Bedeutung, um die Ungleichheiten in der Verteilung von Gesundheit und Krankheit zu verringern. Dies stützt die Forderung nach einem stärkeren Fokus politischer Maßnahmen auf die Berücksichtigung sozialer Ungleichheiten.

Die Pandemie und die damit verbundenen Maßnahmen haben bestehende Ungleichheiten verstärkt.

Daneben müssen auch die negativen Folgen von Infektionsschutzmaßnahmen betrachtet werden. Der Ausfall des schulischen Präsenzunterrichts und die Umstellung auf Notbetreuung in Kindertagesstätten hatte insbesondere für Kinder und Jugendliche aus ärmeren Haushalten schwerwiegende Folgen. Bei Kindern aus Familien mit Einwanderungsgeschichte kam in vielen Fällen hinzu, dass ihre Eltern sie, beispielweise aufgrund sprachlicher Probleme, nicht beim Homeschooling unterstützen konnten. Es ist davon auszugehen, dass sich dadurch bestehende Ungleichheiten sowohl im Hinblick auf Bildung als auch auf die psychosoziale Entwicklung verfestigen.

Daneben hat die Schließung von Ämtern und Beratungsstellen den gesellschaftlichen Integrationsprozess insbesondere für neu angekommene Menschen mit Einwanderungsgeschichte erheblich beeinträchtigt. Die jeweiligen Personen wurden teilweise vor existentielle Probleme gestellt, da zeitweise unklar war, wie Aufenthaltstitel und Sozialleistungen beantragt und verlängert werden können.

Die Folgen der Pandemie sowie der damit verbundenen Infektionsschutzmaßnahmen lassen sich daher nicht nur auf den Bereich der Gesundheit reduzieren, sondern berühren eine Vielzahl unterschiedlicher Gesellschaftsbereiche. Eine zukünftige Anpassung pandemiebedingter Maßnahmen erfordert daher die weitere intensive wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den gesellschaftlichen Folgen der Pandemie sowie die Erarbeitung angepasster Infektionsschutzmaßnahmen. Insgesamt zeigt sich, dass die Pandemie mit starken Belastungen in den untersuchten Quartieren einhergeht.

Im Hinblick auf den Titel dieser Studie kann die COVID-19-Pandemie somit tatsächlich als Katalysator gesellschaftlicher Differenzierungen bezeichnet werden. Nach zweieinhalb Jahren Pandemie haben sich soziale Ungleichheiten eher verstärkt.

Handlungsmöglichkeiten

Aus den skizzierten Ergebnissen der Studie konnten konkrete Handlungsmöglichkeiten für die weitere Pandemiepolitik abgeleitet werden, von denen fünf zentrale Handlungsbereiche an dieser Stelle zusammenfassend dargelegt werden:

1. Zielgruppenspezifische Pandemiekommunikation

Die Pandemiekommunikation ist wesentliches Element zur Umsetzung der Infektionsschutzmaßnahmen. Die Frage, wie Informationen zum Infektionsschutz (u.a. zu Kontaktbeschränkungen, Maskenpflicht, Schutzimpfung, Abstands- und Hygieneregulungen) aufbereitet und verbreitet werden, hat dabei zentrale Bedeutung. Grundsätzlich sollte bei der Kommunikation die (Re-)Produktion rassistischer Stereotype unbedingt vermieden werden. Für eine gute Pandemiekommunikation ist grundsätzlich ein barrierearmer Zugang zu Informationen sowie eine effektive Kommunikation zwischen Politik, staatlichen Behörden, Versorgungs- und Präventionseinrichtungen und der adressierten Bevölkerungsgruppe notwendig. Eine einheitliche Dachkampagne, in der Informationen zum Infektionsschutz gebündelt und in den relevanten Muttersprachen sowie in einfacher deutscher Sprache kommuniziert werden, ist hier wesentlich.

Daneben sollte die Nutzung zielgruppenspezifischer Informationskanäle ausgebaut werden. Das umfasst sowohl die Kommunikation über Social Media als auch über Multiplikator*innen. Die persönliche (und aufsuchende) Ansprache durch bereits bekannte Schlüsselpersonen, zu denen ein Vertrauensverhältnis besteht, nimmt hier einen wichtigen Stellenwert ein.

2. Niedrigschwelliger Zugang zum Gesundheitssystem

Um eine adäquate Gesundheitsversorgung – insbesondere in Zeiten der Pandemie – zu gewährleisten, sollte ein möglichst niedrigschwelliger Zugang zum Gesundheitssystem sichergestellt werden. Personen mit Einwanderungsgeschichte, die zudem einen niedrigen sozioökonomischen Status haben, sind häufig intersektionalen Benachteiligungen ausgesetzt. Der Zugang zu gesundheits-

relevanten Institutionen ist für diese Personengruppe meist mit Barrieren verbunden. So mangelt es in den untersuchten Quartieren teilweise an Arztpraxen und im Kontakt mit medizinischem Personal liegen Sprachbarrieren vor.

Dementsprechend sollte einer medizinischen Unterversorgung in benachteiligten Quartieren aktiv entgegengewirkt werden. Dabei erscheinen interdisziplinäre Ansätze sinnvoll, die Gesundheit unter Einbeziehung der Lebensverhältnisse betrachten wie z.B. Gesundheitskioske oder Stadtteilgesundheitszentren. Daneben sollte ein niedrigschwelliger Zugang zu Impfungen, z.B. durch wohnortnahe Impfangebote ohne bürokratische Zugangsbarrieren, geschaffen werden. Des Weiteren ist eine breitere Repräsentation von Personen mit Einwanderungsgeschichte im Gesundheitswesen (auf allen Ebenen) anzustreben.

3. Sozialräumlichen Gesundheitsschutz in der Stadtentwicklung verankern

Für eine Verminderung sozialräumlicher Ungleichheiten beim Thema Gesundheit ist eine stärkere Einbindung des Gesundheitsschutzes in die Stadtentwicklung sinnvoll. Neben der Sicherstellung einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung, welche Gesundheit und Krankheit im Zusammenhang mit migrationsspezifischen Problemlagen (u.a. Sprachbarrieren, eingeschränkten gesellschaftlichen Teilhabemöglichkeiten, prekären Wohn- und Arbeitssituationen) betrachtet, ist der Ausbau sozialräumlich orientierter Hilfsansätze wichtig (z.B. durch den Ausbau und die langfristige finanzielle Sicherung von Quartiersmanagements). Zudem sollte insbesondere in sozialräumlich benachteiligten Quartieren, in denen die Bewohner*innen häufig in beengten Wohnverhältnissen leben, der Zugang zu wohnortnahen Grün- und Freiflächen ermöglicht werden. Langfristig muss eine pandemieresiliente Verbesserung der Wohnverhältnisse (Wohnungsgrößen und -zuschnitte, Vermeidung von Überbelegung) erfolgen. Im Hinblick auf die Pandemie können z.B. durch abtrennbare Zimmer haushaltsinterne Quarantänen besser eingehalten und psychosoziale Belastungen vermieden werden.

4. Mehrbelastung benachteiligter Bevölkerungsgruppen vermeiden und ausgleichen

In den untersuchten Quartieren kommt es zu doppelten Belastungen: zum einen durch erhöhte Infektionsrisiken und zum anderen durch die negativen Folgen von Infektionsschutzmaßnahmen, die teils zu erheblichen materiellen und psychosozialen Belastungen führen. Vor diesem Hintergrund ist die Schließung von Betreuungs- und Bildungseinrichtungen, die Bildungsungleichheiten zu verschärfen droht, unbedingt zu vermeiden. Auch staatliche Behörden (insbesondere Jobcenter und Ausländerbehörde) sollten – im Rahmen der notwendigen Schutzmaßnahmen – unbedingt offengehalten werden, da die Umstellung der Kommunikation und Sachbearbeitung auf Telefon und digitale Angebote für viele Personen in den untersuchten Quartieren eine hohe Barriere darstellt. Falls einzelne Einrichtungen dennoch kurzzeitig schließen müssen, sollten finanzielle Mehrbelastungen (z.B. dadurch, dass die Essensversorgung der Kinder Zuhause statt in der Betreuungseinrichtung erfolgen muss) möglichst unbürokratisch ausgeglichen werden. Grundsätzlich ist die Etablierung des Ausgleichs sozial bedingter Ungleichheiten als eigenständiges Thema der Pandemiepolitik wesentlich.

5. Datengrundlagen verbessern

Es bedarf einer Verbesserung der Datengrundlagen und der Datenerhebung im Gesundheitsbereich sowie einer vertieften wissenschaftlichen Evaluation von Infektionsschutzmaßnahmen im Hinblick auf ihre Wirksamkeit für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen vor allem in benachteiligten Lebenslagen. Dazu ist die Schaffung einer kleinräumigen und zielgruppenspezifischen Datengrundlage erforderlich, die differenzierte Analysen und passgenaue Maßnahmen erlaubt. Lediglich eine Unterscheidung zwischen Personen mit und ohne Einwanderungsgeschichte in der Datenerhebung scheint in einer postmigrantischen Gesellschaft an den Problemlagen einzelner Personengruppen vorbeizuführen. Vielmehr könnte eine Differenzierung im Hinblick auf die soziale Lage und Teilhabechancen in den

verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen dabei helfen, spezifische Informations- und Hilfsbedarfe zu erfassen.

2 Einleitung

Das Ende des Jahres 2019 in Wuhan ausgebrochene Corona-Virus (SARS-CoV-2) und seine Erkrankung (COVID-19) wurde am 11. März 2020 zur globalen Pandemie erklärt und stellt seitdem die Gesellschaft in Deutschland sowie weltweit vor gesundheitliche und soziale Herausforderungen. Neben den unmittelbaren gesundheitlichen Gefährdungen mit Übersterblichkeiten in den allermeisten Ländern schränken Maßnahmen zur Bewältigung der Pandemie, wie Lockdowns, Kontaktbeschränkungen und Schulschließungen, das Alltagsleben der Bevölkerung phasenweise oder ganz ein und wirken sich in unterschiedlicher Weise und meist sozial selektiv auf verschiedene Bevölkerungsgruppen aus. Und auch in der räumlichen Betroffenheit lassen sich Unterschiede feststellen, die meist städtische, benachteiligte Räume in den Blick rücken. Menschen in dicht besiedelten und hochverdichteten Stadträumen sind mehr Kontakten – und damit potenziellen Infektionen – in ihrem Wohnumfeld ausgesetzt. Gleichzeitig treffen Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen Haushalte, die in beengten Strukturen leben, besonders hart, da sie seltener über private Freiräume (wie einen Garten oder Balkon) verfügen und sich oftmals mit mehreren Personen ein Zimmer teilen müssen. Aus der Segregationsforschung ist zudem bekannt, dass sich ethnische und soziale Segregation meist räumlich überlagern, d.h. viele Menschen mit Einwanderungsgeschichte leben in sozial benachteiligten Gebieten und ausländische Staatsbürger*innen und Deutsche mit Einwanderungsgeschichte¹ sind von diesen schlechteren Wohnverhältnissen statistisch überdurchschnittlich häufig betroffen (Helbig/Jähnen 2019).

Vor diesem Hintergrund wird die überdurchschnittliche Betroffenheit von Bevölkerungsgruppen mit niedrigem sozioökonomischem Status und von Menschen mit Einwanderungsgeschichte intensiv in Wissenschaft und Politik diskutiert. Gleichzeitig werden politische Forderungen nach gezielter Unterstützung bestimmter Gruppen und Stadtteile laut. Inwieweit sich das Infektionsgeschehen der Pandemie in Deutschland in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen nach Herkunftskontext, sozialer Lage, Wohnort und Lebensführung unterscheidet, ist bisher allerdings nicht ausreichend erforscht. Internationale Studien weisen zwar auf ein höheres Infektionsrisiko und höhere Sterberaten von Menschen mit sozialer Benachteiligung und von ethnischen Minderheiten hin. Die für Deutschland jedoch unklare Evidenz über entsprechende Zusammenhänge führt zu einem dazu, dass Personen mit Einwanderungsgeschichte medial als „Pandemietreiber“ dargestellt und diskriminierende Stereotype verstärkt werden. Zum anderen verdecken die fehlenden Daten zu Inzidenzen und Sterbefällen von Menschen mit Einwanderungsgeschichte ihre spezifischen Problemlagen und Gefährdungen.

Das von uns mit Förderung des NRW-Integrationsministeriums durchgeführte Forschungsprojekt „COVID-19, Menschen mit Einwanderungsgeschichte und benachteiligte Quartiere – eine Pandemie als Katalysator räumlicher, sozialer und kultureller Differenzierungen“ befindet sich damit in einem Spannungsfeld: Einerseits soll eine „Migrantisierung“ des Pandemiegeschehens vermieden werden. Andererseits ist es jedoch wesentlich, spezifische Problemlagen, wie z.B. Zugangsbarrieren bzw. Benachteiligungen in der Gesundheitsversorgung herauszuarbeiten, um diesen durch politische Maßnahmen und zielgerichteten Angeboten zu begegnen. Insofern zielt das Projekt auf eine differenzierte Analyse, die eine Verschneidung räumlicher, sozioökonomischer, kultureller sowie strukturell benachteiligender Aspekte einbezieht. Neben den „objektiven“ sozialräumlichen Aspekten des Infektionsgeschehens wird nämlich auch die Frage diskutiert, ob „subjektives“ Verhalten von Personengruppen für unterschiedliche Betroffenheiten von der Infektion eine Rolle spielt bzw. ob hier spezifische

¹ Der Begriff „Einwanderungsgeschichte“ ersetzt den oftmals als diskriminierend empfundenen Begriff des „Migrationshintergrundes“.

kulturelle Hintergründe relevant sind. Wird die Gefährlichkeit des Virus in bestimmten Gruppen unterschätzt oder gar geleugnet? Auch vermehrte Infektionen aufgrund religiöser Praktiken in Großgruppen sind zu beobachten, wie z.B. hohe Infektionszahlen in freikirchlichen Gemeinden zeigen. Auch mangelnde Aufklärung oder sprachliche Verständigungsschwierigkeiten können Gründe für unvorsichtiges Verhalten sein.

Zur Differenzierung gehört es ebenso, die große Gruppe der Bevölkerung mit Einwanderungsgeschichte in Deutschland in ihrer (zunehmenden) Heterogenität zu betrachten. Der Bundesverband Wohnen und Stadtentwicklung (vhw) hat beispielsweise die Personen mit Einwanderungsgeschichte in sogenannte Migrant*innenmilieus auf der Grundlage unterschiedlicher Lebensstile – analog zu den SINUS-Milieus – analysiert und differenziert (Hallenberg 2018). Hier wird deutlich, dass Menschen des gleichen Milieus mit unterschiedlicher Einwanderungsgeschichte mehr verbindet als mit Landsleuten aus anderen Milieus. Dennoch zeigen sich auch verbindende Elemente, denn knapp ein Drittel der Menschen mit Einwanderungsgeschichte wird einem Milieu zugeordnet, in dem eine traditionsbewusste Grundorientierung vorherrscht (Religiös-Verwurzeltes Milieu, Traditionelles Arbeitermilieu, Statusbewusstes Milieu). Gerade für diese Milieus kann auch die Frage nach weiteren – möglicherweise kulturell begründeten – Faktoren, die ein erhöhtes Infektionsgeschehen der migrantischen Bevölkerung in einzelnen Stadträumen Deutschlands erklären könnten, Relevanz besitzen. Denn inwieweit sich das Infektionsgeschehen in Deutschland in den unterschiedlichen Gruppen von Personen mit Einwanderungsgeschichte nach Herkunftskontext, sozialer Lage und Lebensführung unterscheidet, ist bisher nicht erforscht.

Der vorliegende Forschungsbericht nimmt daher die unterschiedliche Betroffenheit von Menschen mit Einwanderungsgeschichte und insbesondere die Situation in benachteiligten Stadträumen im Kontext der COVID-19-Pandemie in den Blick. Es steht die Frage im Mittelpunkt, welche räumlichen, sozialen und kulturellen Aspekte zu einer Überrepräsentation von COVID-19-Infektionen bei Menschen mit Einwanderungsgeschichte führen. Außerdem wird danach gefragt, welche Maßnahmen geeignet sind, um die Resilienz von Menschen mit Einwanderungsgeschichte in benachteiligten Stadtteilen zu stärken. So zeigt die vorliegende Untersuchung, dass Menschen mit Einwanderungsgeschichte in doppelter Weise überproportional von der Pandemie und ihren Folgen negativ berührt sind: höhere Infektionsbetroffenheit und -risiken, aber auch die sozialen Folgen von Schutzmaßnahmen und Einschränkungen treffen sie deutlicher. So wird mit einer gewissen Berechtigung von einer „polarisierenden Pandemie“ (Butterwegge 2022) gesprochen, welche gesellschaftliche Ungleichheiten verstärkt. Zumindest muss konstatiert werden, dass während der Pandemie die Armutszahlen in Deutschland deutlich gestiegen sind (Der Paritätische 2022).

In der vorliegenden Untersuchung haben wir uns in unterschiedlicher Weise mit diesen sozialräumlichen Ausprägungen und Unterschieden beschäftigt. Dabei standen die folgenden Fragen am Beginn unserer Forschung:

- Welche räumlichen, sozialen und kulturellen Bedingungen führen zu einer möglichen Überrepräsentation von COVID-19-Infektionen bei Menschen mit Einwanderungsgeschichte?
- Lassen sich dabei Differenzierungen zwischen unterschiedlichen Gruppen von Menschen mit Einwanderungsgeschichte erkennen und wie können diese erklärt werden?
- Welche Maßnahmen sind geeignet, um die Resilienz von Menschen mit Einwanderungsgeschichte in benachteiligten Stadtteilen zu stärken und sie somit vor potentiellen Infektionen besser zu schützen?
- Welche Maßnahmen sind notwendig, um Menschen mit Einwanderungsgeschichte in benachteiligten Stadtteilen gegen Diskriminierung und Stigmatisierung vor dem Hintergrund des COVID-19-Infektionsgeschehens besser zu schützen?

Mittels eines Mixed-Methods-Vorgehens haben wir uns diesen Fragestellungen genähert. Der Forschungsbericht gliedert sich dabei folgendermaßen:

In Kapitel 2 wird zunächst der aktuelle Forschungsstand in deutschen und internationalen wissenschaftlichen Studien zur Betroffenheit von Menschen mit Einwanderungsgeschichte in benachteiligten Stadträumen dargelegt. Das Kapitel 3 dient der Skizzierung des methodischen Vorgehens. Dieses besteht aus einer Kombination quantitativer und qualitativer Forschungsmethoden, die im Kern aus einer Aufbereitung und Analyse von Inzidenzzahlen in ausgewählten Kommunen und Expert*innen-interviews bestehen.

In Kapitel 4 stellen wir die Ergebnisse der quantitativen Datenanalyse in den vier ausgewählten Fallstudienkommunen (Dortmund, Düsseldorf, Solingen, Kreis Lippe) dar, indem wir Zusammenhänge (Korrelationen) zwischen der kleinräumigen Entwicklung von Inzidenzzahlen städtischer Teilräume im Zeitverlauf mit verschiedenen sozialstrukturellen Merkmalen dieser Gebiete aufzeigen. Wir betrachten dabei die Inzidenzentwicklung bis Dezember 2021, da danach durch die hohen Infektionszahlen der Omikron-Variante das (räumliche) Infektionsgeschehen zunehmend diffus wird. Dabei zeigt sich neben einer hohen Dynamik mit räumlich wechselnden Betroffenheiten doch tendenziell eine höhere Betroffenheit von benachteiligten Gebieten mit höheren Anteilen von Menschen mit Einwanderungsgeschichte. Einschätzungen von Expert*innen zu den Gründen und Folgen solch einer höheren Betroffenheit bilden den Kern des qualitativen Kapitels 5 zu den Erklärungsfaktoren dieser Unterschiede. Auf Grundlage der Expertise und Einschätzungen von über 40 lokalen und überregionalen Expert*innen aus unterschiedlichen Bereichen von Wissenschaft und kommunaler bzw. zivilgesellschaftlicher Praxis ergibt sich ein differenziertes Bild über Ursachen und Folgen der Pandemie, die wir dann in Kapitel 6 in einer Synthese unserer Befunde in den Zusammenhang mit unseren quantitativen Datenanalysen und den Ergebnissen der Forschungsliteratur stellen.

Im abschließenden Kapitel 7 zeigen wir insbesondere auf Grundlage der Hinweise aus den Expert*innen-Interviews spezifische politische Herausforderungen und Handlungsbedarfe auf, die wir in einem separaten Expert*innen-Workshop zum Ende des Projektes im Mai 2022 nochmal intensiv diskutiert und geschärft haben. Außerdem verweisen wir in diesem Kapitel auf Best-Practice-Beispiele.

Insofern hoffen wir, mit den Ergebnissen einen Beitrag zu leisten, die - für die meisten von uns doch länger als gedacht anhaltende - COVID-19-Pandemie besser verstehen zu können und Maßnahmen auf dieser Grundlage zielgenauer ausrichten zu können bzw. für vergleichbare Situationen in der Zukunft besser gewappnet zu sein. Dazu gehört in jedem Fall: Maßnahmen früher zielgruppen- und sozialraumbezogen zu adressieren, Informations- und Aufklärungsangebote und Zugänge zu verbessern sowie strukturelle Benachteiligungen in der Gesundheitsprävention und -versorgung zu beseitigen.

3 Forschungsstand

Die Forschung zu COVID-19 und seinen Folgen wurde seit Beginn der Pandemie im Frühjahr 2020 intensiv ausgeweitet. Im Folgenden wird ein Überblick zu den Forschungsergebnissen hinsichtlich der gesellschaftlichen und räumlichen Verteilung der COVID-19-Infektionen gegeben. Der Fokus liegt dabei auf deutschsprachiger sowie internationaler Literatur, welche das Infektionsrisiko von Menschen mit Einwanderungsgeschichte bzw. ethnischen Minderheiten thematisiert. Der Forschungsstand ist in zwei Teile gegliedert. Zunächst werden in Kapitel 2.1 wissenschaftliche Arbeiten zu ungleichen sozialen und räumlichen Verteilungen der Pandemie aufgezeigt. Im zweiten Teil (Kapitel 2.2) werden die in der Literatur diskutierten Erklärungsansätze für Unterschiede im Infektionsrisiko dargelegt. Neben der dynamischen Entwicklung der Pandemie ist auch die Forschungslage dynamisch, sodass der vor-

liegende Forschungsstand nur Literatur berücksichtigt, welche bis Ende des ersten Halbjahres 2022 vorlag.

3.1 Ungleiche Verteilung von COVID-19-Infektionen

Die unterschiedliche Ausbreitung von COVID-19-Infektionen wird seit Beginn der Pandemie im Frühjahr 2020 sowohl in internationalen als auch in deutschsprachigen Forschungsarbeiten thematisiert. Die Verteilung wird dabei entlang unterschiedlicher Differenzlinien analysiert: Zum einen werden Infektionszahlen anhand sozialer Aspekte untersucht. Dabei steht die unterschiedliche Verteilung von Infektionen und Mortalitätsraten zwischen einzelnen sozialen Gruppen (z.B. entlang der sozialen Lage oder der Einwanderungsgeschichte) im Vordergrund. Zum anderen liegen Arbeiten vor, welche räumliche Verteilungsmuster fokussieren. Die räumliche Ausbreitung wird dabei mit sozialen bzw. sozioökonomischen Aspekten verbunden. Im Folgenden wird der aktuelle Forschungsstand zunächst hinsichtlich sozialer (Kapitel 2.1.1) und daran anschließend sozialräumlicher (Kapitel 2.1.2) Parameter skizziert. Da die Forschungsarbeiten, auf die Bezug genommen wird, teilweise sowohl räumliche als auch soziale Parameter in ihre Analyse einbeziehen, ist die differenzierte Darstellung als Heuristik zu verstehen.

3.1.1 Infektionsrisiko von Menschen mit Einwanderungsgeschichte

Der erste Fall einer COVID-19-Erkrankung wird in Deutschland am 27. Januar 2020 dokumentiert. Seitdem breitet sich das Virus über alle Bevölkerungsteile aus. Inwiefern soziodemographische Bevölkerungsmerkmale zu Unterschieden zwischen einzelnen sozialen Gruppen im Hinblick auf Inzidenzen und Mortalitätsraten führen, wird sowohl im internationalen als auch im deutschen Kontext in einigen Studien untersucht.

Die Datenlage der internationalen Studien bietet eine ausdifferenzierte Betrachtung der Indikatoren, die Einfluss auf die COVID-19-Betroffenheit in verschiedenen Ländern haben. Allgemein gilt, dass die COVID-19-Betroffenheit bei älteren Personen sowie Männern und schlechter gebildeten Personen höher ist (Carlsten et al. 2021; Martin et al. 2020; St-Denis 2020; Indseth et al. 2021). Neben sozioökonomischen, wohnräumlichen (u.a. Haushaltsgröße, verfügbare Wohnfläche und Wohnlage) und gesundheitlichen Indikatoren (u.a. Vorerkrankungen, erhöhter Body-Mass-Index (BMI), die Zugänglichkeit zu Krankenhäusern) wird auch thematisiert, ob Personen einer ethnischen Minderheit angehören oder nicht (Carlsten et al. 2021; Khanijahani 2021; Raisi-Estabragh et al. 2020; Sun et al. 2021; Tai et al. 2021).

Pan et al. und Sze et al., wie auch weitere Autor*innen, kommen zu dem Ergebnis, dass People of Colour (PoC), Menschen aus Asien, Hispanics und andere ethnische Minderheiten ein erhöhtes Risiko der Ansteckung mit COVID-19 haben (Almagro et al. 2020; Antwi-Amoabeng et al. 2021; Figueroa et al. 2020; Pan et al. 2020; Sze et al. 2020; Tai et al. 2021). Auch die Mortalitätsrate, im Vergleich zu vorherigen Jahren, zeigt das erhöhte Sterberisiko von Menschen mit Einwanderungsgeschichte. So vergleichen Rossen et al. die durchschnittliche Sterberate von 2015 bis 2019 mit der von 2020 bezogen auf das Alter und die Ethnie in den USA. Die Befunde sprechen dafür, dass die Sterberate bei Hispanics am stärksten gestiegen ist, gefolgt von amerikanischen Ureinwohner*innen, PoC und Asiat*innen. Dahingegen liegt für weiße Personen ein verhältnismäßig geringer Anstieg vor (Rossen et al. 2020). Allerdings beschreiben Almagro et al. in einer Studie zur COVID-19-Betroffenheit in New York City, dass das erhöhte Risiko für eine COVID-19-Infektion bei PoC gegenüber weißen Individuen unter Kontrolle der Mobilität, Demographie und Beschäftigung auf ein Minimum reduziert wird (Almagro et al. 2020). Kabarriti et al. legen in einer Untersuchung in New York dar, dass Menschen mit Einwanderungsgeschichte bzw. Angehörige ethnischer Minderheiten keine abweichenden gesundheitlichen Ergebnisse

bei der Behandlung von COVID-19 in einer professionellen Umgebung haben (z.B. Krankenhaus), sofern für Geschlecht, Alter und Vorerkrankungen kontrolliert wird (Kabarriti et al. 2020).

Auch für den europäischen Raum liegen einige Studien vor. Ein Bericht des European Centre for Disease Prevention and Control trägt in einer systematischen Meta-Analyse die klinischen Ergebnisse von Menschen mit Einwanderungsgeschichte in EU-Ländern zusammen. Berücksichtigt werden dabei gesundheitliche und soziale Einflüsse, Risikofaktoren und Vulnerabilität, sowie das Impfverhalten von Menschen mit Einwanderungsgeschichte. Demnach erfuhren Menschen mit Einwanderungsgeschichte direkt oder indirekt Auswirkungen auf ihre Gesundheit oder soziale Lage. Sie waren beispielsweise einer gesteigerten Diskriminierung, Mobilitätseinschränkungen, Grenzschließungen, einem erhöhten beruflichen Risiko oder überfüllten Unterkünften ausgesetzt (Bendel et al. 2021; European Centre for Disease Prevention and Control 2021). In einer quantitativen Analyse der Bezirke Amsterdams erforschen Coyer et al. für das erste Halbjahr 2020 den Zusammenhang der Hospitalisierungs- und Sterberate in Abhängigkeit von demographischen, sozioökonomischen und ethnischen Faktoren. Bezirke mit einer geringeren ökonomischen Ausstattung, einem schlechteren gesundheitlichen Status, sowie jene mit einem hohen Anteil an Personen mit Einwanderungsgeschichte aus Nicht-EU-Ländern weisen eine stärkere COVID-19-Betroffenheit auf (Coyer et al. 2021). Für Leicester (GB) führen Martin et al. für März und April 2020 eine Regressionsanalyse durch, die den Zusammenhang zwischen sozio-demographischen, klinischen und zeitlichen Faktoren sowie der Erkrankung mit COVID-19 untersucht. Die Betroffenheit von Menschen mit Einwanderungsgeschichte ist nach den ersten drei Wochen des ersten Lockdowns höher als bei der einheimischen Vergleichsgruppe (Martin et al. 2020). Indseth et al. untersuchen für Norwegen anhand aller bestätigten COVID-19-Fälle, in Kombination mit individuellen administrativen Daten, die Wirkung der ethnischen Zugehörigkeit auf die COVID-19-Fallzahlen und die Hospitalisierungsrate. Demnach sind insbesondere Personen mit somalischer, pakistanischer und iranischer Einwanderungsgeschichte betroffen. Im Allgemeinen sind Menschen mit Einwanderungsgeschichte mit Bezug zu Afrika, Asien und Südamerika häufiger an COVID-19 erkrankt. Bei schwereren Verläufen liegt ihr Mortalitätsalter außerdem zehn Jahre unter dem Durchschnitt (Indseth et al. 2021). Zu ähnlichen Befunden kommen Rostila et al. für die Einwohner*innen Stockholms. Anhand der Analyse der COVID-19-Betroffenheit im Zusammenhang mit demographischen, sozioökonomischen und Haushaltseigenschaften, wie der Anzahl an erwerbstätigen Personen im Haushalt, der Art der Wohnung respektive der Bevölkerungsdichte, kommen die Autor*innen zu dem Ergebnis, dass Menschen mit Einwanderungsgeschichte aus dem Mittleren Osten und afrikanischen Ländern eine höhere Sterblichkeit aufweisen (Rostila et al. 2020). Allerdings kommen die Autor*innen auch zu dem Ergebnis, dass die Mortalitätsrate bei aus anderen skandinavischen Ländern eingewanderten Menschen ebenfalls erhöht ist.

Für den deutschsprachigen Raum liegen einige wissenschaftliche Arbeiten vor, die Differenzen bei Infektionsrisiko und Mortalität von Menschen mit und ohne Einwanderungsgeschichte in den Blick nehmen. In Deutschland ist die Datenlage hier grundsätzlich schwierig, da Infektionszahlen, Todesfälle und Impfquote nicht hinsichtlich ethnischer Zugehörigkeit oder Einwanderungsgeschichte erfasst werden. Es liegen somit keine flächendeckenden Daten vor, anhand derer die Betroffenheit von Menschen mit Einwanderungsgeschichte analysiert werden kann (Sachverständigenausschuss 2022). Dennoch existieren einzelne entsprechende Untersuchungen. So zeigen Plümecke et al., dass der Anteil der Todesfälle von Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit gegenüber deutschen Staatsangehörigen im letzten Quartal 2020 sowie in den Monaten Januar bis August 2021 überproportional gestiegen ist (Plümecke et al. 2021). Die Autor*innen stützen sich auf Daten des Statistischen Bundesamtes zu Todesfällen nach Staatsangehörigkeit. Es wird deutlich, dass der Anteil ausländischer Staatsangehöriger an den Gesamttodesfällen schon vor der Pandemie (zwischen 2010 und 2019) kontinuierlich um 0,1 bis 0,2% steigt. Dies wird damit erklärt, dass der Anteil der in Deutschland lebenden älteren Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit wächst und es damit auch zu einer Steigerung der Todesfälle kommt. Während der Pandemie ist in den Monaten Januar bis

August 2021 jedoch mit 0,4 % eine überproportionale Steigerung des Anteils der Todesfälle von ausländischen Staatsangehörigen zu verzeichnen. Die Autor*innen merken dabei an, dass Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit im Durchschnitt jünger als die Gesamtbevölkerung sind. Somit wäre eine deutlich geringere Steigerung der Todesfälle während der Pandemie (in der v.a. ältere Personen einem Sterberisiko ausgesetzt waren) zu erwarten gewesen. Plümecke et al. unterstreichen diesen Anstieg durch die Aufschlüsselung der Todesfälle nach Altersgruppen. Dabei wird deutlich, dass es vor allem in den Gruppen der 45- bis 64-Jährigen und 75- bis 84-Jährigen eine enorme Steigerung der Todesfälle gegenüber Personen mit deutscher Staatsbürgerschaft gab. So liegt für Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft zwischen 45 und 64 Jahren eine achtmal höhere Steigerung als bei der Vergleichsgruppe mit deutscher Staatsbürgerschaft vor. Bei Personen zwischen 75 und 84 Jahren ist die Steigerung um den Faktor sechs erhöht (Plümecke et al. 2021).

Eine Erhebung des Zentrums für Türkeistudien und Integrationsforschung (ZfTI) legt den Fokus auf die COVID-19-Betroffenheit türkeistämmiger Personen in NRW (Sauer 2021). Die Untersuchung zeigt, dass eine COVID-19-Infektion in der Stichprobe deutlich häufiger vorlag als in der Gesamtbevölkerung. Dabei konnten zwar keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Infektionsrisiko und dem sozialen Status der Befragten festgestellt werden, dennoch scheinen Bildungsniveau, Haushaltsgröße und ungelernete Erwerbstätigkeiten (ohne Berufsabschluss) die Wahrscheinlichkeit einer COVID-19-Infektion zu beeinflussen (Sauer 2021). In unterschiedlichen Publikationen im deutschsprachigen Raum wird die Verschneidung von sozioökonomischer Deprivation und Einwanderungsgeschichte betont (Fina et al. 2022; Kohlenberger et al. 2021; Günay/Dzihic 2021; RKI 2022b; Sachverständigenrat für Integration und Migration 2022; Schulze-Böing 2022; RKI 2022a). So nennen Kohlenberger et al. die Verschränkung zwischen sozioökonomischem Status und Einwanderungsgeschichte als wesentlichen Faktor für eine stärkere Betroffenheit (in Form höherer Inzidenzen). Die Gründe dafür werden in Aspekten wie schlechten Arbeitsbedingungen, mangelnder medizinischer Versorgung aufgrund des Aufenthaltsstatus sowie schlechten Wohnbedingungen gesehen (Kohlenberger et al. 2021; RKI 2022b; Sachverständigenrat für Integration und Migration 2022; RKI 2022a). Eine deskriptive Analyse des paritätischen Gesamtverbandes erkennt, dass beengte Wohnverhältnisse, die Unverfügbarkeit von Homeoffice oder chronische Vorerkrankungen das Risiko deutlich erhöhen, an COVID-19 zu erkranken (Pieper 2020). Da Personen mit Einwanderungsgeschichte überdurchschnittlich häufig in sozioökonomisch deprivierten Lagen leben, hat die sozioökonomische Dimension einen erheblichen Einfluss auf das Infektionsrisiko (Sachverständigenrat für Integration und Migration 2022).

Es gibt außerdem Hinweise, dass Menschen mit Einwanderungsgeschichte auch subjektiv eine höhere Betroffenheit von Infektionen erleben. Sie gaben in einer Befragung an, dass sie sich in der COVID-19-Pandemie gesellschaftlich benachteiligt fühlen. Explizit verspüren sie bei der Arbeit ein höheres Ansteckungsrisiko. Sie leben in beengteren Wohnverhältnissen und Wohnumfeldern (u.a. durch eine höhere Anzahl an Haushaltsmitgliedern, dem Gefühl schlechterer Wohnsicherheit, der Verortung in sozial deprivierten Räumen, durch die Nutzung von Gemeinschaftsunterkünften oder durch die geringere Verfügbarkeit von Freizeit- und Erholungsflächen); fühlen sich häufiger gestresst und einsam; sind stärker überfordert vom Onlineunterricht und befürchten häufiger Nachteile für ihre Kinder. Allerdings machen sie sich gleichzeitig weniger Sorgen um ihre Gesundheit im Allgemeinen (Ruhland et al. 2021).

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass die überwiegende Forschungsliteratur eine zum Teil deutlich höhere Betroffenheit beim Infektionsrisiko für Menschen mit Einwanderungsgeschichte zeigt. Allerdings zeigt sich hier schon, dass dabei Zusammenhänge mit der sozialen Lage und (wohn-)räumlichen Aspekten mitbetrachtet werden müssen.

3.1.2 Forschungsergebnisse mit explizit räumlichem Fokus

In einigen Untersuchungen wird bei der Analyse der COVID-19-Betroffenheit neben der sozialen auch die räumliche Dimension des Infektionsgeschehens betrachtet. So zeigt Harris in einer Analyse der COVID-19-Infektionen auf Quartiersebene in London auf, dass die Mortalitätsrate in Gebieten mit vermehrt Schwarzen Personen, Menschen mit asiatischer Einwanderungsgeschichte sowie sozio-ökonomisch benachteiligten und in großen Haushalten lebenden Personen erhöht ist (Harris 2020). Im US-amerikanischen Kontext arbeitet Sung anhand einer Analyse der kumulierten COVID-19-Infektionen in Verbindung mit unterschiedlichen sozialen Variablen auf Quartiersebene statistisch positiv und negativ assoziierte Variablen heraus, welche das Infektionsgeschehen beeinflussen (Sung 2021). Variablen, die positiv mit dem Infektionsgeschehen assoziiert sind, sind demnach unter anderem Armut, fehlende Krankenversicherung, höhere Beschäftigungsquoten im Produktions- und Industriesektor sowie ein höherer Anteil an hispanischer, Schwarzer und im Ausland geborener Personen in den jeweiligen Quartieren. Negativ assoziierte Variablen sind dagegen (u.a.) ein vergleichsweise hohes Einkommen, ein hoher Anteil an Personen im Rentenalter und an Menschen mit asiatischer Migrationsgeschichte (Sung 2021). Huang und Li untersuchen in einer weiteren Studie die Auswirkungen der Lockdowns als zentrales Element der Pandemiebekämpfung auf den Pandemieverlauf sowie gesundheitliche Ungleichheit anhand einer Fallstudie in New York City (Huang/Li 2022). Die Autor*innen betrachten dabei das Infektionsgeschehen auf sozialräumlicher Ebene (Orientierung an Postleitzahlgebieten) hinsichtlich registrierter Infektionen und Mortalitätsrate in Verbindung mit sozialen Variablen (u.a. sozioökonomischer Benachteiligung, ethnischer Zugehörigkeit, Alter). Dabei zeigt sich, dass Postleitzahlgebiete mit größeren Haushalten, einer höheren Konzentration ethnischer Minderheiten, älterer Personen und Personen ohne Krankenversicherung höhere Infektions- und Todesraten verzeichnen. Die Autor*innen arbeiten heraus, dass die räumliche Ausstattung (v.a. in Form der Wohnungsgröße) und sozioökonomische Faktoren die Zahl der COVID-19-Infektionen sowie den grundsätzlichen Gesundheitszustand der jeweils ansässigen Personen beeinflussen (Huang/Li 2022).

Auch im deutschen Kontext liegen Untersuchungen vor, die die räumliche Dimension der Pandemie in den Blick nehmen. Blätgen und Milbert untersuchen die Abhängigkeit von Siedlungsstrukturen für die Infektions- und Todeszahlen in den ersten zehn Monaten der Pandemie. Dabei zeigt sich, dass im städtischen Raum die COVID-19-Fallzahlen gegenüber dem ländlichen Raum bis zum Dezember 2020 leicht erhöht waren. Ab Dezember kehrte sich dieser Trend um. Die Beschreibung der räumlichen Verteilung von COVID-19-Infektionen anhand eines Stadt-Land-Gefälles wird in der Literatur dementsprechend relativiert (Fina et al. 2022; Siedentop/Zimmer-Hegmann 2020). Vielmehr wird ein räumliches Muster zwischen wachsenden und schrumpfenden Regionen diskutiert (Blätgen/Milbert 2020). So analysiert Mullis in einer theoretischen Arbeit für den Zeitraum März bis November 2020 den Zusammenhang zwischen urbaner Dichte und Fragen des ungleichen Zugangs zu städtischen Ressourcen und Einrichtungen. Mullis zeigt auf, dass die Dichte nur im Zusammenhang mit weiteren soziodemographischen Disparitäten, insbesondere der Altersstruktur und der sozialen Deprivation, einen statistisch messbaren Effekt auf die geographische Verteilung von COVID-19 hat (Mullis 2021). Auch Wachtler et al. beschreiben mit Hilfe eines Abgleichs der COVID-19-Fallzahlen und dem *German Index of Socioeconomic Deprivation* (GISD), dass während der ersten Welle der Pandemie zunächst Kreise mit höherem mittlerem Haushaltseinkommen eine erhöhte Inzidenz aufwiesen. Ab Mitte April 2020 hingegen wandelte sich die Betroffenheit und die Inzidenz stieg stärker in Kreisen mit niedrigem Einkommen und geringerer Wohnfläche (Wachtler et al. 2020a; Warendorf et al. 2021). Für Berlin veröffentlichte die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung 2020 in einem Bericht, dass benachteiligte gegenüber privilegierten Stadtlagen stärker von COVID-19 betroffen sind (Senatsverwaltung für Gesundheit und Pflege und Gleichstellung 2020). Dragano et al. betrachten in einer Studie alle Landkreise und kreisfreien Städte in Deutschland zwischen dem 03. Februar 2020 und 28. März 2021. Die Autor*innen kommen zu dem Schluss, dass sich Infektionskrankheiten wie

COVID-19 in benachteiligten Gebieten (Regionen mit geringem Durchschnittseinkommen, hoher Einkommensungleichheit, hoher Arbeitslosigkeit oder multipler Benachteiligung) schneller verbreiten. Dies wurde sowohl für kleinräumige Vergleiche, etwa von Stadtteilen, als auch für Vergleiche von größeren Gebietseinheiten, etwa von Gemeinden, bestätigt (Dragano et al. 2021). Fina et al. Beschreiben daran anschließend ein Muster, nach dem sich Infektionen von global vernetzten, (groß-)städtischen Räumen hin zu peripher gelegenen und ggf. sozial benachteiligten Räumen ausbreiten und dort stärkere Auswirkungen haben (Fina et al. 2022).

Zur sozialräumlichen Verteilung der COVID-19-Infektionen auf städtischer Ebene liegen für Deutschland bisher unterschiedliche Ergebnisse vor. So analysieren Straßburger und Mewes die Verteilung von COVID-19-Infektionen für die zweite Pandemiewelle auf Stadtteilebene in Duisburg mit Fokus auf sozioökonomische Unterschiede (Straßburger/Mewes 2022). Die Ergebnisse legen „einen negativen Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Morbiditätsrate“ (ebd.) sowie COVID-19-Fallzahlen nahe, welcher sich auch sozialräumlich niederschlägt. Die Autor*innen kommen zu dem Schluss, dass die COVID-19-Pandemie sozial benachteiligte Stadtteile besonders stark trifft. Fina et al. zeigen anhand sozialräumlicher Analysen in Düsseldorf, dass der Anteil von Menschen mit Einwanderungsgeschichte in den jeweiligen Sozialräumen zu einer Erhöhung des Infektionsrisikos führt, während ein monatliches Haushaltseinkommen von mehr als 5.000 Euro das Infektionsrisiko senkt (Fina et al. 2022). Damit legen die Autor*innen einen Zusammenhang zwischen Einwanderungsgeschichte, sozioökonomischem Status und Infektionsrisiko nahe. Für Offenbach am Main kommt Schulze-Böing dagegen zu dem Schluss, dass ein Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Benachteiligung und Infektionsrisiko zumindest auf sozialräumlicher Ebene dort nicht nachweisbar ist (Schulze-Böing 2022). Im Unterschied dazu stellt das Robert Koch-Institut in einer sozialräumlichen Analyse am Beispiel des Bezirks Berlin-Zehlendorf höhere Inzidenzen in Sozialräumen fest, in denen der Anteil an Personen in sozioökonomisch deprivierten Lagen und an Personen mit Einwanderungsgeschichte erhöht ist oder eine hohe Einwohnerdichte vorliegt (RKI 2022a). Durch eine multivariate Regressionsanalyse und einer Kontrolle der Ergebnisse auf Alter und Geschlecht wird der Zusammenhang mit dem Merkmal Einwanderungsgeschichte nicht mehr statistisch signifikant und der Zusammenhang mit der Einwohnerdichte ganz aufgehoben. Die Autor*innen folgern daraus, dass die Aspekte Migrationshintergrund bzw. Einwanderungsgeschichte und soziale Lage im Zusammenhang betrachtet werden müssen. Höhere Inzidenzen in Sozialräumen mit einem erhöhten Anteil an Personen mit Einwanderungsgeschichte können demnach vor allem durch den Aspekt der sozioökonomischen Deprivation erklärt werden (ebd.).

Insgesamt liegen somit differenzierte Ansätze zur Beschreibung räumlicher Ausbreitungsmuster von COVID-19-Infektionen vor. Die räumliche Verbreitung ist dabei eng vernetzt mit sozialen bzw. sozioökonomischen Faktoren, die die jeweiligen Räume prägen. Grundsätzlich scheint jedoch eine Tendenz der Ausbreitung von international vernetzten Metropolregionen in Richtung sozioökonomisch deprivierter, peripherer Räume vorzuliegen. Kleinräumige Analysen deuten jedoch darauf hin, dass die Verbreitungsdynamik zwischen einzelnen Stadtteilen und Quartieren von der lokalen Sozialstruktur abhängig ist (Mullis 2021; Straßburger/Mewes 2022).

3.2 Erklärungsansätze für Unterschiede im Infektionsrisiko

Im Folgenden werden die Aspekte dargelegt, welche in der aktuellen wissenschaftlichen Debatte als Gründe für Differenzen in der Betroffenheit zwischen einzelnen Bevölkerungsgruppen diskutiert werden. Einen theoretischen Ausgangspunkt bieten Dzudzek und Strüver, welche die sozialräumliche Verteilung von Gesundheit und Krankheit als strukturelles Phänomen fassen (Dzudzek/Strüver 2020). Gesundheit und Krankheit sind sowohl von der sozialen und ökologischen Umgebung als auch den individuellen (u.a. ökonomischen) Ressourcen abhängig. Dabei sind sie in gesellschaftliche Machtstrukturen eingebettet. Die individuelle Perspektive auf Krankheit verdeckt demnach strukturelle

Gründe, wie „Restrukturierungen auf dem Arbeits- und Wohnungsmarkt, Stress und Diskriminierung“ (ebd.). Bůžek et al. arbeiten in diesem Zusammenhang die drei Aspekte rassistische Diskriminierung, Aushebelung von Arbeitsrechten sowie die Orientierung medizinischer Praktiken am männlichen Körper als Beispiele heraus, die verdeutlichen, dass Gesundheit Gegenstand gesellschaftlicher Aushandlungsprozesse ist (Bůžek et al. 2022).

In Anlehnung an diese ganzheitliche Betrachtung der Verteilung von Gesundheit und Krankheit werden im Folgenden verschiedene Aspekte erläutert, welche Unterschiede im Infektionsrisiko zwischen Menschen mit und ohne Einwanderungsgeschichte begründen können. Dabei geht es zunächst um den sozioökonomischen Status von Personen sowie die damit in Verbindung stehenden Themen der Wohn- und Arbeitssituation sowie der Alltagsmobilität. Weiterhin werden Debattenstränge zu kulturellen und religiösen Einflussfaktoren, zum Thema der COVID-19-Schutzimpfung und Informationsbarrieren sowie zu Aspekten struktureller Benachteiligung in Form von Vorerkrankungen und Diskriminierung erläutert. Daran anschließend wird das gesellschaftliche Klima im Kontext der Pandemie skizziert.

3.2.1 Sozioökonomischer Status

Der sozioökonomische Status beschreibt die gesellschaftliche Position eines Individuums aufgrund seiner Bildung sowie seiner beruflichen und monetären Situation. So werden gesundheitliche Gefährdungen bei marginalisierten ethnischen Gruppen mit ihrem niedrigen sozioökonomischen Status erklärt (Razai et al. 2021). Wahrendorf et al. beschreiben das Zusammenspiel gesundheitlicher und sozialer Faktoren. Aufgrund gesundheitlicher Ungleichheiten sind sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen häufiger von Vorerkrankungen und weiteren Risikofaktoren, wie (erhöhtem) Konsum von Alkohol, Zigaretten oder Fast Food, betroffen (Wahrendorf et al. 2021; Tai et al. 2021). Auch im Jahresgutachten des Sachverständigenrat für Integration und Migration wird die sozioökonomische Dimension von Gesundheit betont (Sachverständigenrat für Integration und Migration 2022).

Es liegen mehrere Studien vor, die den Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und dem Infektionsgeschehen bestätigen (Carlsten et al. 2021; Clouston et al. 2021; Indseth et al. 2021; Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW 2021; RKI 2022a; Rostila et al. 2020; Ruhland et al. 2021; Straßburger/Mewes 2022). Im fünften Epidemiologischen Bulletin des RKI stellen die Autor*innen fest, dass in sozioökonomisch deprivierten Regionen ab der zweiten Welle der COVID-19-Pandemie überdurchschnittlich viele Infektionen und Todesfälle zu verzeichnen sind (RKI 2022a). Außerdem benennt das RKI für „Menschen mit niedriger Bildung ein doppelt so hohes Infektionsrisiko [...] wie Menschen mit hoher Bildung“ (ebd.). Unterschiede in den Lebens- und Arbeitsbedingungen tragen somit zur stärkeren Betroffenheit sozioökonomisch deprivierter Personen bei (Carlsten et al. 2021; Rostila et al. 2020). Personen, welche in Haushalten mit geringen ökonomischen Ressourcen leben, erkranken häufiger an COVID-19 und haben einen schwereren Verlauf (Wahrendorf et al. 2021). Arbeitslosigkeit steht dabei beispielhaft für ein stärkeres Infektionsrisiko. Wahrendorf et al. untersuchen den statistischen Zusammenhang zwischen COVID-19-bedingten Krankenhausaufenthalten und der Erwerbssituation von Individuen. Ein zentrales Ergebnis der Studie ist, dass (Langzeit-)Arbeitslose, Menschen mit ALG-II-Bezug oder Niedriglohnverdienende eine erhöhte Rate eines Krankenhausaufenthaltes wegen COVID-19 zeigen (Wahrendorf et al. 2021). Das gleiche Phänomen ist auf der Aggregatebene festzustellen: Die Studie aus Berlin zeigt auf, dass ein hoher Anteil an Arbeitslosen bzw. Transferbeziehenden mit einer hohen 7-Tage-Inzidenz korreliert (Senatsverwaltung für Gesundheit und Pflege und Gleichstellung 2020). Außerdem ist die 7-Tage-Inzidenz in Berliner Bezirken positiv mit dem Anteil der Einwohner*innen mit Einwanderungsgeschichte sowie mit dem Anteil der Nicht-EU-Bürger*innen assoziiert (ebd.).

Das erhöhte Infektionsrisiko scheint dabei unter anderem darin begründet zu sein, dass Personen mit höherem sozioökonomischem Status häufiger die Möglichkeit zu Homeoffice haben, öffentliche Verkehrsmittel vermeiden können und über eine großzügigere Wohnsituation verfügen, wodurch sie sich besser zurückziehen und damit *social distancing* betreiben können. Im Gegensatz dazu arbeiten Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status eher im Niedriglohnsektor, sind dort häufig einer Vielzahl sozialer Kontakte ausgesetzt und leben in beengten Wohnungen (Clouston et al. 2021; RKI 2022a; Straßburger/Mewes 2022). Daran anschließend legen Straßburger und Mewes für die Stadt Duisburg dar, dass sozioökonomische Unterschiede ein wesentlicher Grund für Gesundheitsunterschiede innerhalb eines Stadtgebiets sind (Straßburger/Mewes 2022). Sie ziehen eine Verbindungslinie zwischen dem individuellen Wohnumfeld und dem Gesundheitsstatus. Demnach können sozialräumliche Aspekte wie Ressourcenausstattung (z.B. medizinische Infrastruktur, Wohnungsgröße, Verfügbarkeit öffentlicher Erholungsräume), die Bevölkerungsdichte, die Verbreitung gesundheitsrelevanter Informationen und das Vorhandensein von Umweltbelastungen den individuellen Gesundheitsstatus beeinflussen. Die Autor*innen sehen den Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheit als eine der größten (vermeidbaren) Herausforderungen im Gesundheitswesen. Bezüglich der COVID-19-Pandemie stellen Straßburger und Mewes im Rahmen ihrer Untersuchung fest, dass durch die sozioökonomische Dimension des Infektionsgeschehens arme und armutsgefährdete Personen stärker betroffen bzw. gefährdet sind (ebd.).

Personen mit Einwanderungsgeschichte leben überdurchschnittlich häufig in sozioökonomisch deprivierten Lebenslagen. Somit treffen die Auswirkungen sozioökonomischer Benachteiligung auf die individuelle Gesundheit häufig diese Personengruppe. Am Beispiel der Hispanics in den USA zeigen Antwi-Amoabeng et al., dass sich der sozioökonomische Status (u.a. Niedriglohnsektor) und das Fehlen einer Krankenversicherung oder einer hausärztlichen Versorgung in einer höheren COVID-19-Betroffenheit der Gruppe äußert (Antwi-Amoabeng et al. 2021). Ruhland et al. bestätigen ein höheres Infektionsrisiko von Menschen mit Einwanderungsgeschichte in Deutschland, welches nicht in ihrer Zuwanderungsgeschichte oder der kulturellen Prägung begründet sei, sondern vielmehr in der sozialen Lage (Ruhland et al. 2021).

Neben Arbeiten zum erhöhten Infektionsrisiko aufgrund sozioökonomischer Benachteiligung liegen einige Untersuchungen zu den Rückwirkungen der Pandemie auf deprivierte Bevölkerungsgruppen vor (Bendel et al. 2021; Kohlenberger et al. 2021; Universitätsmedizin Mainz 2021; Wachtler et al. 2020a). So zeigen sich verstärkte sozioökonomische Herausforderungen für Menschen mit Flucht- und Einwanderungsgeschichte, die teils durch die Pandemie entstanden, teils durch sie verstärkt wurden (Kohlenberger et al. 2021). Auch das Dashboard der Gutenberg COVID-19 Studie der Universität Mainz zeigt, dass sich die Einkommenssituation für arme und armutsgefährdete Personen in Deutschland im Zuge der Pandemie zusätzlich verschlechtert hat. Bei Personen, die über ein Nettoäquivalenzeinkommen unterhalb des Bundesmedians verfügen, ist das Einkommen im Verlauf der Pandemie wesentlich häufiger gesunken als bei Personen, deren Einkommen oberhalb des Medians liegt (Universitätsmedizin Mainz 2021). Die Pandemie und die damit einhergehenden Maßnahmen haben das Potential, die gesundheitliche Ungleichheit weiter zu verschärfen (Wachtler et al. 2020b).

3.2.2 Wohnsituation

Bei der Untersuchung der Ursachen für eine erhöhte COVID-19-Betroffenheit wird die Wohnsituation als wichtiger Erklärungsansatz diskutiert. Als eine Dimension sozialer Ungleichheit beeinflusst diese das Pandemiegeschehen direkt, da sie sich unmittelbar auf die Möglichkeit zur Isolation im Krankheitsfall auswirkt (Rosenberg et al. 2020). Mehrere nationale und internationale Veröffentlichungen bestätigen die Korrelation einer schlechteren respektive beengten Wohnsituation mit einer erhöhten COVID-19-Betroffenheit (Cerami et al. 2021; Indseth et al. 2021; Mijnsen 2021; Universitätsmedizin Mainz 2021; Wachtler et al. 2020b). Besonders Menschen mit Einwanderungsgeschichte haben dabei

ein erhöhtes Ansteckungsrisiko, da sie öfter unter risikobehafteten Bedingungen wie einer höheren Wohndichte, unsichereren Wohnverhältnissen und vermehrt in Mehrgenerationenhaushalten leben, sodass eine Reduzierung sozialer Kontakte nur schwer gewährleistet werden kann (Ruhland et al. 2021; Tai et al. 2021; Figueroa et al. 2020; Sze et al. 2020). Als Ursache kommen in der aktuellen Debatte sowohl die Bevölkerungsdichte im Quartier als auch die Haushaltsgröße in Betracht. Für Berlin wurde festgestellt, dass eine dichtere Besiedelung bei gleichzeitig geringerer Verfügbarkeit von Frei- und Erholungsflächen mit einer höheren COVID-19-Betroffenheit in den Bezirken korreliert (Senatsverwaltung für Gesundheit und Pflege und Gleichstellung 2020). Die Einwohner*innendichte in einem Quartier erscheint jedoch vor allem dann als relevante Größe, wenn weitere Merkmale der „sozialen Deprivation“ betrachtet werden (Blätgen/Milbert 2021). Andere Veröffentlichungen kommen daher eher zu dem Ergebnis, dass das Betroffenheitsrisiko mit der Agglomeration von Personen in einem Haushalt respektive mit der Haushaltsgröße korreliert (Almagro et al. 2020; Martin et al. 2020; Universitätsmedizin Mainz 2021). Laut dem COVID-Dashboard der Gutenberg Gesundheitsstudie haben Personen, die in prekären Wohnsituationen (d.h. Haushalte mit einer Fläche von weniger als neun Quadratmeter pro Person oder einer Mietkostenbelastung von über 50 % des Nettoeinkommens) ein um 60 % erhöhtes Infektionsrisiko (Universitätsmedizin Mainz 2021).

Für die Haushaltsstruktur zeigen Ergebnisse des Mikrozensus 2018, dass Haushalte aus Einwanderungsfamilien im Durchschnitt größer sind als Haushalte ohne Einwanderungsgeschichte: In Haushalten, in denen jedes Mitglied aus Einwanderungsfamilien stammt, leben durchschnittlich 2,21 Personen. In der Vergleichsgruppe ohne Einwanderungsgeschichte sind es lediglich 1,87 Personen. Gleichzeitig leben in Haushalten mit Einwanderungsgeschichte häufiger Kinder (0,51 Kinder pro Haushalt) als in Haushalten ohne (0,24). Ebenso ist die verfügbare Wohnfläche pro Person bei Menschen mit Einwanderungsgeschichte gegenüber Personen ohne Einwanderungsgeschichte durchschnittlich ca. 12 Quadratmeter geringer (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2019). Größere Haushalte können das Infektionsrisiko steigern, da Personen hier eine größere Anzahl an Leuten infizieren können und eine haushaltsinterne Isolation aufgrund der beengten Wohnsituation erschwert wird (Figueroa et al. 2020; Sze et al. 2020). Für Geflüchtete ist die Situation zum Teil noch dramatischer, z.B. wenn sie in Gemeinschaftsunterkünften leben. Aufgrund der beengten Wohnverhältnisse ist das Risiko, sich dort mit dem Virus zu infizieren, um ein Vielfaches höher (Bendel et al. 2021; Pieper 2020).

Eine Auswirkung beengten Wohnraums ist, dass Menschen mit Einwanderungsgeschichte Schulschließungen weniger befürworten als Menschen ohne Einwanderungsgeschichte (Ruhland et al. 2021). Weiterhin führen Schulschließungen und die Verlagerung auf Online-Unterricht zur Verstärkung bestehender Ungleichheiten im Bildungssystem (Bendel et al. 2021). Die Wohnungs- bzw. Haushaltsgröße beeinflusst die „Wohlstandswahrnehmung“ während der Pandemie, so bieten vor allem kleine Wohnungen kaum Flexibilität für eine Anpassung an Homeoffice, Homeschooling etc. und erfordern neue Aushandlungsprozesse innerhalb des Haushalts (Preece et al. 2021). Laut der Sozialberichtserstattung des Ministeriums für Arbeit und Soziales NRW vom November 2021 stieg der Anteil an Unzufriedenheit mit der eigenen Wohnsituation in „kleinen, überbelegten Wohnungen“ im Zuge des Lockdowns während der zweiten Infektionswelle (von Ende 2020 bis Frühjahr 2021) von 25,6 % auf 44,3 % an (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW 2021).

3.2.3 Arbeitssituation und Alltagsmobilität

Arbeitsbedingungen sind ein wesentlicher Faktor für ungleiche COVID-19-Betroffenheiten. In Deutschland wurden die zum Teil prekären Arbeitsbedingungen in der Fleischindustrie oder in der Landwirtschaft zu Beginn der Pandemie durch zahlreiche COVID-19-Ausbrüche besonders offensichtlich (Pieper 2020; Günther et al. 2020). Personen, die in Bereichen arbeiten, in denen es keine Möglichkeit zu Homeoffice gibt, sind von einer erhöhten Ansteckungsgefahr durch COVID-19 betroffen. Gründe

dafür sind Arbeitssituationen, die das Einhalten von Distanz- und Hygieneregeln erschweren, weniger flexible Arbeitszeiten und geringerer Arbeitsschutz im Niedriglohnsektor (Garnier et al. 2021; Carlsten et al. 2021; Figueroa et al. 2020; Bui et al. 2020; Brücker et al. 2021). Die Gutenberg Gesundheitsstudie legt in ihren Ergebnissen vom Juli 2021 dar, dass Personen, die ihre Tätigkeit ausschließlich ins Homeoffice verlagern können, ein deutlich geringeres Infektionsrisiko aufweisen, als Personen, die an ihren Arbeitsort gebunden sind (Universitätsmedizin Mainz 2021). Für die Zufriedenheit im Homeoffice ist die Wohnsituation von wesentlicher Bedeutung. So stieg die Zustimmung zur Verlagerung der Tätigkeit ins Homeoffice an, wenn genügend Wohnraum (z.B. in Form eines Arbeitszimmers o.ä.) vorlag (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW 2021). Verschiedene Veröffentlichungen stellen fest, dass die Pandemie Arbeitnehmer*innen mit Einwanderungsgeschichte und jene mit Fluchterfahrung besonders trifft. Menschen mit Einwanderungsgeschichte haben ein erhöhtes Ansteckungsrisiko, da sie häufiger in besonders gefährdeten oder systemrelevanten und weniger für die Heimarbeit geeigneten Berufen tätig sind, in denen ein direkter menschlicher Kontakt unvermeidbar ist (Almagro et al. 2020; Bendel et al. 2021; Brücker et al. 2021; Coyer et al. 2021; Ruhland et al. 2021; Sze et al. 2020; Sachverständigenrat für Integration und Migration 2022).

Auch wenn bisher keine Erkenntnisse zur langfristigen Auswirkung der Pandemie auf den Arbeitsmarkt vorliegen (Knuth 2022; Hamann et al. 2021), so sind Menschen mit Einwanderungsgeschichte in Deutschland zumindest kurzfristig überproportional von Erwerbslosigkeit durch die COVID-19-Pandemie betroffen (Bendel et al. 2021; Kohlenberger et al. 2021; Brücker et al. 2021; Sieglen et al. 2021). Sie haben häufiger ihren Arbeitsplatz verloren oder befinden sich in Kurzarbeit, arbeiten weniger Stunden seit der Pandemie und melden in einer Befragung des hessischen Ministeriums für Soziales und Integration ein erhöhtes Ansteckungsrisiko am Arbeitsplatz (Ruhland et al. 2021). Ursachen für die höhere Betroffenheit auf dem Arbeitsmarkt sind befristete Beschäftigungsverhältnisse, kurze Betriebszugehörigkeiten und Unterschiede in den Tätigkeitsstrukturen (Brücker et al. 2021). Hinzu kommt, dass die Arbeitssuche jener Menschen, die bereits vor der COVID-19-Krise erwerbslos waren, massiv erschwert wird (Kohlenberger et al. 2021; Brücker et al. 2021). Neben finanziellen Problemlagen, die aus dem Arbeitsplatzverlust resultieren, gibt es Hinweise darauf, dass Arbeitslosigkeit mit der Anfälligkeit für gesundheitliche Belastungen, wie psychosozialen Stress, armutsbedingtes ungesundes Verhalten und letztlich das Risiko, sich mit COVID-19 zu infizieren, korreliert (Wahrendorf et al. 2021).

Um eigene Bedürfnisse zu befriedigen und Tätigkeiten an unterschiedlichen Orten ausführen zu können, ist (verkehrliche) Mobilität häufig eine notwendige und nicht vermeidbare Voraussetzung (Welsch et al. 2014). Im Allgemeinen wird allerdings ein Rückgang der Mobilität während der Lock-downs festgestellt. Die Mobilität wird in Gebieten mit einem hohen Anteil an Jobs, für welche kein Homeoffice infrage kommt, weniger reduziert, was die Disparität zwischen verschiedenen Gebieten bezüglich der COVID-19-Betroffenheit verstärken kann (Trasberg/Cheshire 2021). Hinzu kommt, dass die Verfügbarkeit und Nutzung verschiedener Verkehrsmittel von Menschen mit und ohne Einwanderungsgeschichte unterschiedlich sind. Eine Pilotstudie zum Einfluss der Einwanderungsgeschichte auf die Alltagsmobilität in Städten von Welsch et al. (2014) weist einen Zusammenhang zwischen migrationsbezogenen Variablen und der Verkehrsmittelnutzung auf. Höhere Einkommen und längere Aufenthaltsdauern äußern sich in mehr Wahlmöglichkeit und einer stärkeren Pkw-Nutzung. Menschen mit Einwanderungsgeschichte besitzen in Mehr-Personen-Haushalten signifikant weniger Autos, weniger Fahrerlaubnisse, aber auch weniger Fahrräder. Personen mit Einwanderungsgeschichte, insbesondere Frauen, sind häufiger mit Bus und Bahn unterwegs (Welsch et al. 2014).

Ein unterschiedliches Mobilitätsverhalten äußert sich auch in einer unterschiedlichen COVID-19-Betroffenheit. Ansteckungen im öffentlichen Verkehr sind deutlich wahrscheinlicher als im Individualverkehr. Internationale Studien zeigen, dass sozioökonomisch benachteiligte Quartiere eine stärkere

U-Bahn-Nutzung aufweisen (Sy et al. 2020) und PoC häufiger mit öffentlichen Verkehrsmitteln zur Arbeit fahren (Indseth et al. 2021; Tai et al. 2021). Huang und Li legen für New York City dar, dass eine höhere Dichte an Bahnstationen in den Stadtvierteln mit einer höheren Infektions- und Todesrate korreliert (Huang/Li 2022).

3.2.4 Kulturelle und religiöse Praktiken

In der aktuellen Debatte wird der Einfluss kultureller und religiöser Praktiken auf das Infektionsgeschehen differenziert diskutiert. Gerade zu Beginn der Pandemie können vereinzelte COVID-19-Ausbrüche in Deutschland mit religiösen und kulturellen Praktiken in Verbindung gebracht werden. So werden beispielsweise die Karnevalssitzung im nordrhein-westfälischen Kreis Heinsberg im März 2020 (Streeck et al. 2020) sowie ein baptistischer Gottesdienst in Frankfurt am Main (Majra et al. 2021) als Ursachen für lokale COVID-19-Ausbrüche benannt.

Der Aspekt der Religion und damit verbundene religiös begründete Verhaltensweisen können einerseits als Risiko betrachtet werden, wenn die jeweiligen Praktiken den Infektionsschutzmaßnahmen (z.B. Kontaktbeschränkungen) entgegenstehen. Andererseits können über religiöse Gemeinschaften auch Menschen informiert und in die Bekämpfung der Pandemie eingebunden werden (Yendell et al. 2021). Vermeer und Kregting legen nahe, dass der Anteil an Kirchenmitgliedschaften respektive die Anwesenheit bei Kirchenaktivitäten in einem Gebiet einen erhöhenden Effekt auf die Hospitalisierungsrate hat (Vermeer/Kregting 2020), wobei unklar bleibt, ob hier nicht eher die Altersstruktur ausschlaggebend ist. Inwiefern die Religionszugehörigkeit einen direkten Einfluss auf eine höhere Inzidenz bei Menschen mit Einwanderungsgeschichte hat, ist ebenso unklar. Buonsenso et al. heben dagegen hervor, wie Geschlecht und Kultur Gesundheit beeinflussen und welchen Einfluss dabei religiöse Prägungen haben. Die Autor*innen berichten davon, dass es in einigen religiösen Gruppen zum Teil ein Misstrauen gegenüber westlicher Medizin gibt (Buonsenso et al. 2020). Zum Teil rufen Prediger unterschiedlicher Religionen im Internet auch dazu auf, die empfohlenen Maßnahmen zu missachten (Speckhard et al. 2020). Schulze-Böing konstatiert in seiner Untersuchung zum Infektionsgeschehen in Offenbach am Main in der zweiten Woche des Fastenmonats Ramadan im Jahr 2021 eine erhöhte Inzidenz bei Personen, welche eine Einwanderungsgeschichte mit Bezug zu Afghanistan und Marokko haben (Schulze-Böing 2022).

Andere Studien legen nahe, dass die einfache Korrelation zwischen der Mitgliedschaft in einer Religionsgemeinschaft und einem erhöhten Infektionsrisiko zu kurz greift. So stellen Khunti et al. (2020) für Großbritannien dar, dass neben sozioökonomischen und gesundheitlichen Dispositionen auch der soziokulturelle Kontext einen Einfluss auf die starke Betroffenheit von Personen, die ethnischen Minderheiten angehören, haben könnte. Zugleich betonen sie jedoch die strukturelle Benachteiligung dieser Personen und führen das erhöhte Infektionsrisiko dabei eher auf die Haushaltsgröße, Überbelegungspraktiken, eine allgemein schlechtere Wohnsituation sowie die Arbeit im Niedriglohnsektor und in systemrelevanten Berufen zurück (Khunti et al. 2020). Hinsichtlich des Infektionsrisikos von Menschen mit Einwanderungsgeschichte in Österreich leitet Mijnsen eine höhere COVID-19-Betroffenheit weniger von kulturellen und religiösen Gründen, sondern vielmehr von der gesellschaftlichen Position ab (Mijnsen 2021).

Yendell et al. untersuchen in einer umfassenden empirischen Studie die Rolle religiöser Akteur*innen in Kontext der Pandemie (Yendell et al. 2021). Dabei differenzieren die Autor*innen nicht zwischen einzelnen Religionen sondern unterscheiden in ihrer Analyse zwischen Makro-, Meso- und Mikroebene, anhand derer sie Best- and Worst-Practices offenlegen. Dabei ergibt sich ein differenziertes Bild. So gab es einerseits konstruktive Zusammenarbeit zwischen religiösen Akteur*innen und der WHO sowie staatlichen Institutionen (Makro-Ebene). Auch auf der Meso-Ebene (Ebene der Gemeinde o.ä.) wurde teils zur Befolgung der Infektionsschutzmaßnahmen aufgerufen sowie wichtige Informationen zu

COVID-19 verteilt. Andererseits konnten auf beiden Ebenen teilweise Widerstände, Verstöße und die Verbreitung von Verschwörungsnarrativen beobachtet werden (ebd.). Auf der Mikroebene arbeiten die Autor*innen in einer Befragung die Verbindung zwischen individuellen religiösen Praktiken (z.B. Gebete, Gottesdienstbesuche), der subjektiven Einschätzung zur Tiefe der eigenen Gläubigkeit und der Anfälligkeit für Verschwörungsnarrative heraus. Dabei kann einerseits grundsätzlich eine negative Abhängigkeit zwischen der Tiefe der eigenen Religiosität und dem Glauben an Verschwörungsnarrative nachgewiesen werden. Andererseits neigen Personen, für die „religiöse Deutungen als wichtiger erachtet [werden] als wissenschaftliche Erklärungen“ oder die eine eher strafende Gottesvorstellung haben eher zum Glauben an Verschwörungsnarrative (ebd.).

Hananel et al. nehmen in einer Studie zu ultraorthodoxen jüdischen Gemeinden in Israel den Zusammenhang zwischen epidemiologischer Resilienz und urbaner Diversität in den Blick (Hananel et al. 2022). Sie kommen zu dem Ergebnis, dass in Regionen, in denen der Anteil ultraorthodoxer Gemeinden größer ist, auch die Infektionsrate erhöht ist. Sie führen dies primär auf den Lebensstil der betreffenden Personen zurück und arbeiten die quartiersbezogene Diversität als schützenden Faktor gegen eine Infektion heraus. Hananel et al. begründen dies damit, dass der soziale Druck allgemeingültige Normen (hier: Infektionsschutzmaßnahmen) zu befolgen in diverseren Nachbarschaften (in denen sowohl ultraorthodoxe als auch liberale Jüdinnen und Juden leben) höher ist, da Verstöße hier eher sozial sanktioniert werden (z.B. durch die Aufforderung Maßnahmen zu befolgen, kritische Blicke etc.). Darauf aufbauend plädieren sie auf sozialräumlicher Ebene für die Schaffung sozial durchmischter (diverser) Quartiere (ebd.).

Insgesamt ist der Zusammenhang zwischen Religion, damit verbundenen Praktiken und der COVID-19-Inzidenz komplex. Eine einfache Verbindung zwischen der Tiefe individueller Gläubigkeit und Verstößen gegen Infektionsschutzmaßnahmen scheint zu kurz zu greifen. Allgemeingültige Aussagen scheinen vor dem Hintergrund des skizzierten Forschungsstandes schwierig, da die Ausrichtung lokaler Glaubensgemeinschaften sowie individuelle Einstellungen stark differieren. Auch die Überlagerung der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Religion mit sozioökonomischer Deprivation wirkt dabei erschwerend. Dennoch erscheinen Religionszugehörigkeit und die Ausübung damit verbundener Praktiken als wichtige und differenziert zu betrachtende Aspekte im Hinblick auf das Infektionsgeschehen.

Neben explizit religiösen Faktoren thematisieren einige Arbeiten den Einfluss kultureller Praktiken auf das Infektionsgeschehen. Dazu zählt unter anderem die Weitergabe der COVID-19-Infektion im Zuge spezifischer Veranstaltungen wie z.B. der Karnevalssitzung im Kreis Heinsberg im Februar 2020 (Streeck et al. 2020). Darüber hinaus spielt die Frage, wie Menschen in sozialen Netzwerken verankert sind, eine wichtige Rolle (Streeck et al. 2020). Dabei wird unter anderem die Haushaltgröße als Aspekt diskutiert, der sowohl ökonomisch als auch kulturell bedingt und mit einem höheren Infektionsrisiko einher gehen kann (Cerami et al. 2021). So ist das Zusammenleben von mehreren Generationen in einem Haushalt in traditionelleren Herkunftskontexten eher verbreitet. Auch milieuspezifische Praktiken spielen, wie die im Winter 2021/2022 medial thematisierten COVID-19-Erkrankungen im Kontext von Bar- und Clubbesuchen (Tagesschau 2021), ebenso eine Rolle wie sportliche oder kulturelle Großereignisse. Die Fußball Europameisterschaft der Männer 2021 war dafür ein entsprechendes Beispiel.

3.2.5 Schutzimpfung und Information

Die Impfquote steht in direktem Zusammenhang mit dem COVID-19-Infektionsrisiko. Hinsichtlich einer erhöhten Inzidenz unter Personen mit Einwanderungsgeschichte scheint daher die Frage der Impfquote und Impfbereitschaft relevant. Im Dezember 2020 wurden in Deutschland die ersten Impfungen durchgeführt. Zu Beginn lag eine Priorisierung einzelner, besonders vulnerabler Be-

völkerungsgruppen vor (u.a. hinsichtlich Alter und Vorerkrankung), welche jedoch im Juni 2021 aufgehoben wurde. Ende Mai 2022 sind über 77 % der deutschen Gesamtbevölkerung mindestens einfach gegen COVID-19 geimpft (Bundesministerium für Gesundheit 2022). 75,9 % gelten als grundimmunisiert, das heißt, dass sie über einen als vollständig geltenden Impfschutz verfügen. 65,7 % haben bereits eine oder zwei Auffrischungsimpfungen erhalten (Bundesministerium für Gesundheit 2022; RKI 2022c).

Das Thema der COVID-19-Schutzimpfung wurde sowohl medial als auch in der wissenschaftlichen Debatte breit diskutiert. Häufiger Grund für die Ablehnung der Impfung ist die Angst um mögliche Nebenwirkungen (Robertson et al. 2021). Aber auch Aspekte des Zugangs zu Impfmöglichkeiten (z.B. Schwierigkeiten bei der Terminvereinbarung) sowie Informationsdefizite über Folgen und Wirkungen des Impfstoffes für bestimmte Personengruppen (z.B. Personen mit Kinderwunsch) werden genannt (RKI 2021). Weiterhin kann die Ablehnung aufgrund einer bereits im Vorfeld existierenden geringeren Bereitschaft zum Impfen oder durch zu starkes Misstrauen gegenüber dem öffentlichen Gesundheitssystem entstehen (Khushchandani et al. 2021). Einige Erhebungen legen nahe, dass Frauen, jüngere Menschen, jene mit geringerem Bildungsstand und Menschen mit Einwanderungsgeschichte etwas stärker vor der Impfung zögern (European Centre for Disease Prevention and Control 2021; Pan et al. 2020; RKI 2021). Darüber hinaus haben sozioökonomische Faktoren, Gesundheitskompetenzen, der Versicherungsstatus, der Anspruch auf Pflege sowie die Mobilität einen Einfluss auf die Impfbereitschaft (Pan et al. 2020; Sinus-Institut 2021; Universitätsmedizin Mainz 2021).

Daten zum Impfstatus nach Nationalität oder Herkunft werden in Deutschland grundsätzlich nicht erhoben. In einer Studie aus dem Juni 2021 zu COVID-19 und Menschen mit Einwanderungsgeschichte in Hessen legen Ruhland et al. allerdings dar, dass Personen mit Einwanderungsgeschichte weniger geneigt sind, sich impfen zu lassen (Ruhland et al. 2021). Im Februar 2022 veröffentlicht das Robert Koch-Institut eine Fokuserhebung, welche Impfquote und -bereitschaft von Menschen mit Einwanderungsgeschichte erfasst. Demnach geben unter den Personen mit eigener oder familiärer Einwanderungsgeschichte 84 % an mindestens eine Impfung erhalten zu haben. Bei Personen ohne Einwanderungsgeschichte liegt die Quote bei 92 % (RKI 2022b). Diese Differenz wird in dem Bericht als gering eingeordnet und ist deutlich kleiner als die im Frühjahr 2021 durch Ruhland et al. erhobenen Unterschiede in der Impfbereitschaft (Ruhland et al. 2021), was für einen zeitlich verzögerten Anstieg der Impfquote unter Personen mit Einwanderungsgeschichte spricht und gegen eine grundsätzlich geringere Impfbereitschaft. Im COVID-19 Snapshot-Monitoring vom März 2022 wird die Impfbereitschaft unter noch nicht geimpften Personen für Deutschland insgesamt mit gerade einmal 4 % angegeben (Universität Erfurt et al. 2022). Die Studie des RKI zeigt jedoch auf, dass die Impfbereitschaft unter den noch nicht geimpften Personen mit Einwanderungsgeschichte signifikant höher als bei der Vergleichsgruppe ohne Einwanderungsgeschichte zu sein scheint (RKI 2022b). Wird der Impfstatus unter Personen mit Einwanderungsgeschichte bezüglich der Sprachkenntnisse aufgeschlüsselt, zeigt sich, dass bei Personen mit sehr guten und muttersprachlichen Deutschkenntnissen die Impfquote ebenfalls bei 92 % liegt. Mit sinkenden Deutschkenntnissen sinkt auch die Impfquote (RKI 2022b), was auf ein Defizit in der Informationsbereitstellung hinweist.

Für Österreich wurden Zahlen zur Impfquote aufgeschlüsselt nach Geburtsland veröffentlicht (Statistik Austria 2021). Dabei wird deutlich, dass die Differenzierung zwischen Personen mit und ohne Einwanderungsgeschichte zu kurz greift. So schwankt die Impfquote zwischen den einzelnen Geburtsländern stark. Während die Impfquote unter in der Türkei, Tschechien, Afghanistan und Italien geborenen Personen sogar höher ist als bei der in Österreich geborenen Bevölkerung, ist sie unter Personen mit dem Geburtsland Rumänien, Russland, Serbien, Ungarn, Polen, Slowakei und Syrien deutlich geringer (Statistik Austria 2021). Für Deutschland liegt eine ähnliche Aufschlüsselung der Daten zur Impfquote bislang nicht vor. Es ist jedoch davon auszugehen, dass auch im deutschen Kontext erhebliche Schwankungen zwischen einzelnen Herkunftsregionen vorliegen.

Unterschiede in der Impfquote können zum einen durch sozioökonomische und soziodemographische Faktoren begründet sein (siehe dazu auch Kapitel 2.2.1 und Universitätsmedizin Mainz 2021). Zum anderen werden fehlende Deutschkenntnisse und daraus erwachsende Informationsdefizite sowie Diskriminierung im Gesundheitsbereich als Gründe für die Differenz genannt (RKI 2022b). Menschen mit Einwanderungsgeschichte sind spezifischen Barrieren ausgesetzt. Diese können die gesellschaftliche Teilhabe und damit die adäquate Informationslage zum Pandemiegeschehen behindern. Dabei geht es zum einen um Probleme beim Zugang zum Gesundheitssystem und zum anderen um Sprachbarrieren, die eine adäquate Informationslage erschweren können. Die Pandemie hat bereits bestehende Barrieren beim Zugang zur Gesundheitsversorgung verstärkt (Bendel et al. 2021). Diese Zugangsschwierigkeiten zum Gesundheits- und Impfsystem hat die COVID-19-Betroffenheit von Menschen mit Einwanderungsgeschichte direkt erhöht (European Centre for Disease Prevention and Control 2021; Indseth et al. 2021; Mijnsen 2021). Darum fokussiert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Bemühungen, Menschen mit Einwanderungsgeschichte beispielsweise durch gezielte Ansprache und mobile Impfzentren stärker zu adressieren (Bendel et al. 2021).

Sprachbarrieren im Gesundheitssektor wirken über die Pandemie hinaus als Faktoren, welche den Zugang (Informationen) zu medizinischer Versorgung für Menschen mit Einwanderungsgeschichte einschränken können (Bekyol et al. 2021). So weisen Berens et al. einen großen ungedeckten Bedarf an Übersetzungsdiensten von Personen mit türkischer und ex-sowjetischer Einwanderungsgeschichte nach (Berens et al. 2022). Im Kontext von COVID-19 erschweren sprachliche Barrieren den Zugang zu genauen und aktuellen Informationen bzgl. der Pandemie sowie zur Gesundheitsprävention und -versorgung (COVID-19-Tests, Behandlung) (RKI 2020, 2022b; Thakur et al. 2020). Durch mangelnde Sprachkenntnis können hier Kommunikationslücken entstehen, die wiederum zu Misstrauen in das Gesundheitssystem führen (Tai et al. 2021). Bekyol et al. merken an, dass sowohl das RKI als auch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Informationen zu COVID-19 in unterschiedlichen Sprachen veröffentlicht haben, diese Übersetzungen jedoch schwer zugänglich und häufig nur mit Hilfe einer Person mit guten Deutschkenntnissen auffindbar waren (Bekyol et al. 2021). Teilweise wird die Relevanz von Informationen auch unterschiedlich bewertet, je nach dem in welcher Sprache sie rezipiert wird (Speckhard et al. 2020).

Das Fehlen von Informationen in den jeweiligen Muttersprachen kann sich in Fehl- oder Desinformationen ausdrücken und so die Impfbereitschaft von Menschen mit Einwanderungsgeschichte beeinflussen (Bendel et al. 2021; Ruhland et al. 2021). Die Auswahl der genutzten Medien könnte dabei einen Einfluss auf die Impfbereitschaft haben. Befragte, die sich vor allem über die „klassischen Medien“ Fernsehen, Print und Radio zu COVID-19 informieren, sind impfbereiter. Menschen mit Einwanderungsgeschichte nutzen Soziale Medien etwas häufiger als andere Personen, was ein weiterer Erklärungsansatz für eine geringere Impfquote sein könnte (ebd.). Kohlenberger et al. legen für Österreich dar, dass Menschen mit Einwanderungsgeschichte und Geflüchtete verschiedenste Informationskanäle nutzen, um gesundheitsrelevante Informationen einzuholen. Die Verbreitung relevanter Informationen erfolgt häufig über migrantische Communities oder durch einzelne Schlüsselpersonen und weniger über öffentlich-rechtliche Medien (Kohlenberger et al. 2021). Dementsprechend wird in der Literatur auf den Bedarf „niederschwelliger und lebensweltnaher Infektionsschutz-, Test- und Impfangebote, die aufsuchende Ansätze beinhalten“ (RKI 2022a) hingewiesen (siehe dazu auch Kapitel 7 sowie Soldt 2021; Kohlenberger et al. 2021; RKI 2020; Unger 2022; Sachverständigenausschuss 2022).

3.2.6 Gesundheitliche Lage und Zugang zum Gesundheitsbereich

Im Hinblick auf migrationsspezifische Aspekte sind, neben den bereits erläuterten Faktoren, die Prävalenz von Menschen mit Einwanderungsgeschichte aufgrund von Vorerkrankungen sowie Diskriminierungstendenzen im Gesundheitsbereich relevant.

Vorerkrankungen stellen im Kontext der COVID-19-Pandemie einen erheblichen Risikofaktor dar. So steigern unter anderem Stoffwechsel-, Lungen- und Herzkreislauferkrankungen, ebenso wie Organtransplantationen und Diabetes, bei der Infektion mit COVID-19 das Risiko eines schweren Krankheitsverlaufs und damit die Hospitalisierungsrate (Koppe et al. 2021). Berens et al. weisen in einer Studie mit Fokus auf Personen mit türkischer und ex-sowjetischer Einwanderungsgeschichte nach, dass sich die Gesundheitskompetenz von Menschen mit und ohne Einwanderungsgeschichte kaum unterscheidet (Berens et al. 2022). Dennoch geben verschiedene Studien Hinweise darauf, dass Menschen mit Einwanderungsgeschichte im Durchschnitt häufiger an den genannten Vorerkrankungen leiden (Bekyol et al. 2021; Kluge et al. 2020; Kohlenberger et al. 2021; Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW 2021). Die gesundheitliche Lage wird maßgeblich von der sozialen Lage beeinflusst (siehe Kapitel 2.2.1). Daher wird in der Literatur davon ausgegangen, dass weniger die ethnische Herkunft, sondern vielmehr die Lebensbedingungen für diesen Unterschied bedeutsam sind (Bekyol et al. 2021; Bůžek et al. 2022; Dzudzek/Strüver 2020; Sachverständigenrat für Integration und Migration 2022). Der Sachverständigenrat für Integration und Migration legt vor diesem Hintergrund dar, dass Personen mit Einwanderungsgeschichte häufig in Bereichen arbeiten, in denen sie hohen körperlichen und psychischen Belastungen ausgesetzt sind – wie beispielsweise im Bereich der Fleischverarbeitung, der Paketzustellung oder der Gastronomie – was auf lange Sicht zu gesundheitlichen Schäden führen kann (Sachverständigenrat für Integration und Migration 2022). Die überdurchschnittlich starke Betroffenheit durch die genannten Vorerkrankungen erscheint auch vor dem Hintergrund relevant, dass Personen mit Einwanderungsgeschichte zum Zeitpunkt ihrer Migration nach Deutschland häufig in einem überdurchschnittlich guten Gesundheitszustand sind, welcher im zeitlichen Verlauf jedoch (aufgrund der genannten Lebensbedingungen) verloren geht (ebd.). Kohlenberger weist darauf hin, dass dieser „healthy immigrant effect“ für neu ankommende Geflüchtete (zumindest in Österreich) nur eingeschränkt zutrifft, da diese im Fluchtverlauf besonders starken physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt sind (Kohlenberger 2021). Vorerkrankungen können vor diesem Hintergrund als strukturell begründeter Risikofaktor gesehen werden, welcher einen schweren Krankheitsverlauf bei einer COVID-19-Infektion maßgeblich steigert.

Daneben thematisieren unterschiedliche wissenschaftliche Arbeiten die Diskriminierung im Gesundheitssektor und ihren Einfluss auf die gesundheitliche Situation von Menschen mit Einwanderungsgeschichte (Kluge et al. 2020; Kohlenberger et al. 2019; Krieger 2020; Yeboah 2017). Eine Einwanderungsgeschichte kann vor diesem Hintergrund einen Risikofaktor, z.B. aufgrund von Sprachbarrieren und mangelnder kultursensibler Gesundheitsversorgung, darstellen (Sachverständigenrat für Integration und Migration 2022). So haben nach Kluge et al. sowohl sozioökonomische Aspekte als auch struktureller Rassismus zu Ungleichheiten in der Infektionsbetroffenheit durch COVID-19 geführt (Kluge et al. 2020). Die Autor*innen berufen sich dabei auf den sozialökologischen Forschungsansatz der Epidemiologin Nancy Krieger, wonach bei der Betrachtung der gesundheitlichen Situation unter anderem ökonomische und soziale Aspekte, die Exposition gegenüber gesundheitsschädigenden Umwelteinflüssen, ungesundes individuelles Verhalten aufgrund von Diskriminierung sowie Lücken in der medizinischen Versorgung einbezogen werden sollten (ebd.). In Deutschland liegt grundsätzlich eine Ungleichbehandlung je nach Aufenthaltsstatus vor. So haben Asylbewerber*innen im Laufe ihres Asylverfahrens nur einen eingeschränkten Zugang zu medizinischer Versorgung (Bekyol et al. 2021; Georges et al. 2021). Beigang et al. zeigen in einer Studie im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes darüber hinaus, dass Diskriminierung aufgrund (zugeschriebener) Einwanderungsgeschichte und Religion im Gesundheitsbereich vor allem in Form sozialer Herabwürdigung, teilweise jedoch auch durch materielle Benachteiligung vorliegt, z.B. wenn bestimmte Leistungen vorenthalten werden (Beigang et al. 2017). Konkret kann sich Diskriminierung in Form von Missverständnissen und Konflikten in der medizinischen Versorgung, z.B. aufgrund fehlender interkultureller Sensibilität, äußern (Sachverständigenrat für Integration und Migration 2022). Laut Berens et al. schätzen Personen mit Einwanderungsgeschichte es schwieriger als die Allgemeinbevölkerung ein, bei einem Arztbesuch in der Schilderung ihrer Krankheitssituation nicht unterbrochen zu werden (Berens et al. 2022). Dis-

kriminierende Praktiken können zu größerer Unzufriedenheit mit der medizinischen Behandlung und dadurch dazu führen, dass Menschen mit Einwanderungsgeschichte länger zögern, bis sie Ärzt*innen aufsuchen (Sachverständigenrat für Integration und Migration 2022). Diskriminierende Praktiken im Bereich der Gesundheitsversorgung scheinen in Deutschland kein pandemiespezifisches Problem zu sein. Während der COVID-19-Pandemie, in welcher der Stellenwert angemessener medizinischer Versorgung an Bedeutung gewinnt, stellt die Benachteiligung von Personen mit Einwanderungsgeschichte jedoch ein zusätzliches gesundheitliches Risiko für diese Gruppe dar (Kluge et al. 2020; Kohlenberger 2021).

3.2.7 Gesellschaftliches Klima und Diskriminierung

Eine Analyse aktueller Debatten zeigt, dass Diskriminierungsformen sowohl Auslöser als auch Folge des Pandemiegeschehens sein können und dass das gesellschaftliche Klima eng mit der Gesundheit verbunden ist. Gesellschaftliche Ungerechtigkeit verkörpert sich in der individuellen Gesundheit, Krankheit und unterschiedlicher Lebenserwartung. Diese Ungleichheiten sind nicht nur Resultat von Verteilungsungleichheiten, sondern auch von (Un-)Möglichkeiten der Teilhabe (Bůžek et al. 2022; Dzudzek/Strüver 2020). Die gesellschaftliche und sozialräumliche Verteilung von Gesundheit und Krankheit wurde bereits vor der COVID-19-Pandemie in unterschiedlichen wissenschaftlichen Auseinandersetzungen als strukturell bedingt konzeptualisiert (Krieger 2001, 2011; Lampert et al. 2018). Die Pandemie wirkt hier als Katalysator und macht die Verzahnung individueller Gesundheitsbiographien mit soziostrukturellen Faktoren (z.B. Arbeits- und Wohnbedingungen, Stigmatisierungserfahrungen etc.) deutlich sichtbar.

Für die USA wird festgestellt, dass sich die Pandemie insbesondere auf „historisch benachteiligte Bevölkerungen“ ausgewirkt hat (Thakur et al. 2020). Verantwortlich dafür sind vor allem soziale und strukturelle Faktoren, wie beispielsweise struktureller Rassismus und daraus resultierende benachteiligende Politiken, die sich über Jahrzehnte manifestiert haben. Strukturelle Ungleichheiten und (rassistische) Diskriminierungen manifestieren sich auf verschiedenste Weisen, so auch auf dem Wohnungsmarkt oder in einer schlechteren Zugänglichkeit zu Angeboten der Gesundheitsversorgung (ebd.). Rassismus und strukturelle Diskriminierung können sich für ethnische Minderheiten auch in schlechteren klinischen Ergebnissen äußern. Ursachen dafür sind, wie bereits dargelegt, Ungleichheiten in der medizinischen Versorgung und Zugangsbarrieren zur Pflege, aber auch ein Vertrauensverlust in das Gesundheitssystem als solches und psychosoziale Stressfaktoren (Sze et al. 2020). Rassismus und Diskriminierung verstärken insofern verschiedene Erklärungsmuster für eine erhöhte COVID-19-Betroffenheit von Menschen mit Einwanderungsgeschichte (Razai et al. 2021).

Im europäischen Kontext zeigen Untersuchungen zu Österreich, dass die ausschließliche Adressierung von Österreicher*innen, vor allem in Pressekonferenzen, und die Darstellung von größtenteils weißen Menschen in Werbekampagnen zur Impfung dazu führen, dass sich Menschen mit Einwanderungsgeschichte, unabhängig von der Aufenthaltsdauer und dem Aufenthaltsstatus, nicht zugehörig und nicht angesprochen fühlen (Kohlenberger et al. 2021; Mijnsen 2021). Insbesondere Geflüchtete sind beim Zugang zur Gesundheitsversorgung weltweit benachteiligt (Pieper 2020). Weiterhin geben Menschen mit einem „sichtbaren Migrations- und Fluchthintergrund“ an, ein diskriminierendes Verhalten der Polizei bei der Kontrolle der Eindämmungsmaßnahmen („racial profiling“) wahrgenommen zu haben (Kohlenberger et al. 2021).

Auch in Deutschland erfolgt im medialen Diskurs oftmals eine verkürzte Darstellung, in der die Menschen selbst problematisiert werden, statt sich mit den zu Grunde liegenden strukturellen Rahmenbedingungen und konkreten Auswirkungen sozialer Ungleichheit auseinanderzusetzen. Der Sachverständigenausschuss fordert vor diesem Hintergrund „die sozial bedingte Ungleichheit als eigenständiges Thema der Pandemiopolitik zu etablieren“ (Sachverständigenausschuss 2022). Von

Politik und Medien werden jedoch häufig eher der Bildungsstand, die Herkunft oder fehlende Deutschkenntnissen als Gründe für hohe Infektionsraten angeführt (Bäckermann/Birke 2021). So werden Vorurteile gegenüber Personen mit Einwanderungsgeschichte oftmals reproduziert. Aus räumlicher Perspektive erfolgt dadurch eine Verstetigung diskursiver Muster zu „Ghettos“, „ethnischen Parallelgesellschaften“ oder „Problemvierteln“. Das Pandemiegeschehen wird verräumlicht und dem Raum Attribute wie „migrantisch“, „arm“ und „renitent“ zugeschrieben, um schließlich die essentialisierten Räume mitsamt den Menschen zum Problem zu erklären (Mullis 2021). Tatsächlich ist eine Zunahme von Diskriminierung und Rassismus in Krisenzeiten wie der COVID-19-Pandemie zu beobachten, wodurch bestehende migrationsspezifische Barrieren verstärkt und der gesellschaftliche Zusammenhalt geschwächt werden (Bendel et al. 2021; Ruhland et al. 2021). So stellen Bendel et al. fest, dass Debatten über gesellschaftliche Solidarität in der Pandemie exklusiv sind. Personen ohne Aufenthaltsstatus wurden in weiten Teilen des Diskurses nicht eingeschlossen (Bendel et al. 2021). Nach Drouhot et al. ist für Deutschland zwar keine generelle Abkehr urbaner Bevölkerungsteile von der Vorstellung einer diversen Gesellschaft zu beobachten. Dennoch erscheinen diskriminierende Übergriffe auf Minderheiten als ernsthaftes Problem (Drouhot et al. 2021). Die Suche nach „Sündenböcken“ für die Ausbreitung des Virus sowie für die verschlechterte wirtschaftliche Lage macht Menschen mit Einwanderungsgeschichte zur Zielscheibe. So ist die Zahl der antisemitischen Vorfälle seit Beginn der Pandemie weltweit um 18 % gestiegen (Buonsenso et al. 2020). Auch gegenüber asiatisch gelesenen Personen ist ein Anstieg rassistischer Diskriminierung im Zuge der COVID-19-Pandemie zu verzeichnen (Berliner Register 2021; Schindler 2021). Die MIDEM-Jahresstudie zu COVID-19 und Rechtspopulismus zeigt auf, dass die Pandemie im Diskurs teils genutzt wird, um Migrationsbewegungen unter dem Vorwand der Ausbreitungsgefahr des Virus einzudämmen (MIDEM 2021). Die Konstruktion gesundheitlicher Gefahr durch Migration und Flucht erscheint dabei als neues Element im rechtspopulistischen Diskurs. Die Studie legt offen, dass rechtspopulistische Akteur*innen die Pandemie „aktiv zur Vertiefung politischer und gesellschaftlicher Spaltung“ (u.a. durch verschwörungsgeladene Erzählungen), genutzt haben (ebd.).

Nicht zuletzt vor dem Hintergrund dieser Narrative ist eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema und eine evidenzbasierte „Objektivierung“ der Diskussion dringend notwendig.

4 Methodisches Vorgehen

Wie im Forschungsstand dargestellt, sind vor allem Personen in sozioökonomisch schlechteren Lagen, ältere Menschen, Menschen mit Einwanderungsgeschichte sowie Personen, die in beengten Wohnverhältnissen leben, stärker von COVID-19 betroffen. Für die Untersuchung dieser Problematik und das Entwickeln politischer Handlungsmöglichkeiten werden vier Fallstudien untersucht, welche eine starke Inzidenzdynamik aufweisen und sich in den Dimensionen geographische Verortung, Größe, sozioökonomische und -demographische Zusammensetzung unterscheiden. Ein weiterer wichtiger Punkt für die Auswahl der Fallstudien ist die Datenverfügbarkeit, insbesondere die raumbezogene Betroffenheit an COVID-Erkrankungen. In allen Fallstudienkommunen konnten die zuständigen Ämter die Fallzahlen in verhältnismäßig guter Qualität bereitstellen. Die vier Fallstudienkommunen sind Dortmund, Solingen, Düsseldorf und der Kreis Lippe. Wir möchten uns an dieser Stelle noch einmal bei den Gesundheits- und Statistikämtern der beteiligten Kommunen für die Aufbereitung und Bereitstellung der Daten bedanken.

Nach einer umfassenden Literaturrecherche werden zunächst mithilfe dieser kleinräumigen Daten zu den COVID-Betroffenheiten die Dynamiken in ausgewählten Fallstudiengebieten nachgezeichnet. Hierzu werden die 30-Tage-Inzidenzen im Zeitverlauf in den jeweiligen Fallstudien dargestellt und analysiert. Durch die Verknüpfung mit sozioökonomischen Kennziffern lassen sich innerhalb der Fallstudiengebiete Quartiere identifizieren, die überdurchschnittlich hohe Infektionsbetroffenheiten aufweisen oder in besonderer Weise durch Migration und/oder soziale Benachteiligung geprägt sind und sich damit für eine vertiefende qualitative Untersuchung eignen.

Um die COVID-19-Betroffenheit von Menschen mit Einwanderungsgeschichte und benachteiligten Quartieren zu analysieren, wurde ein Mixed-Method-Ansatz gewählt. Der quantitative Teil basiert auf einfacher deskriptiver Statistik. Er dient primär zum Entschlüsseln räumlicher Strukturen der COVID-Betroffenheit für die qualitative Analyse. Das Wechselspiel zwischen den beiden methodischen Ansätzen bietet den Vorteil, dass statistische Daten mit den Erfahrungen von Expert*innen sowie Beteiligten vor Ort in Einklang gebracht werden und sich gegenseitig kontrollieren können.

4.1 Literaturrecherche

Zur Aufbereitung des Forschungsstands wurde eine ausführliche Literatur- und Studienrecherche zu den dieser Arbeit zugrundeliegenden Themenbereichen in deutsch und englisch durchgeführt. Dabei wurden zum einen wissenschaftliche Arbeiten zur Betroffenheit von Menschen mit Einwanderungsgeschichte in Bezug auf das COVID-19-Infektionsgeschehen herangezogen. Zum anderen wurden Studien zum allgemeinen Verhältnis von Gesundheit und (migrationsspezifischer) Ungleichheit sowie im Speziellen bereits existierende Literatur und erste Studienergebnisse mit Bezug auf die COVID-19-Pandemie und deren Auswirkungen auf Menschen mit Einwanderungsgeschichte (bzw. People of Colour) und oder niedrigem sozioökonomischem Status analysiert. Dabei spielten auch bisher bekannte Ergebnisse zur multifaktoriellen Benachteiligung von Menschen mit Einwanderungsgeschichte eine Rolle. Eine Besonderheit bei der Literaturrecherche bestand in der explosiven Dynamik der Studien zur COVID-19-Pandemie und ihren gesellschaftlichen Auswirkungen, welche während der Laufzeit der vorliegenden Studie veröffentlicht wurden. Diese Dynamik in der Forschungslandschaft sorgte dafür, dass im Deutschsprachigen vorwiegend graue Literatur verwendet wurde.

Neben der Literaturrecherche kam es zudem in Bezug auf unsere vier Fallstudien jeweils zu einer Durchsicht bzw. Analyse der lokalen Medienberichterstattung, um die Diskurse vor Ort einschätzen zu können und ggf. zusätzliche Informationen zum lokalen Pandemiegeschehen und dem Handeln der lokalen Akteur*innen zu erfahren.

4.2 Quantitative Methodik

Die räumliche Verbreitung der COVID-19-Infektionen ist insgesamt von einer hohen Dynamik geprägt. Sowohl auf der (inter)nationalen Ebene als auch in der kleinräumigen Betrachtung zeigen sich im Zeitverlauf deutliche Verschiebungen. Um diesen Entwicklungen möglichst gerecht zu werden, wurden die Analysen für die verfügbaren Zeiträume monatsweise analysiert. Auch die Erfassung migrationsspezifischer Aspekte ist aufgrund der Datenlage nicht unproblematisch. Amtliche Daten bieten über den Status „Ausländer*in“ bzw. „Migrationshintergrund/Einwanderungsgeschichte“ hinaus kaum Möglichkeiten der Differenzierung. Durch die Heranziehung weiterer nichtamtlicher Datensätze wurde versucht, dennoch Hinweise auf möglicherweise unterschiedliche Betroffenheiten zu gewinnen. In den einzelnen Fallstudienanalysen werden daher migrationsspezifische Datensätze der nichtamtlichen Statistik zu den Herkunftsregionen und Milieuzuordnungen der migrantischen Bevölkerung explorativ eingesetzt.

Die Datenlage auf räumlichen Aggregatsebenen lässt nur die Analyse auf diesen zu. Ermittelte Zusammenhänge geben daher keine Rückschlüsse auf tatsächliche individuelle Betroffenheiten. Die angestellten Korrelationsberechnungen zwischen Inzidenzwerten und sozialräumlichen Indikatoren dürfen daher nicht überinterpretiert werden. So beschränkt sich die Aussagekraft von Korrelationsberechnungen zwischen z.B. Arbeitslosigkeit und Inzidenzwerten auf die untersuchte Raumeinheit. Es zeigen sich also keine Zusammenhänge zwischen der Arbeitslosigkeit einer Person und der persönlichen COVID-Betroffenheit, sondern zwischen Räumen mit erhöhter Arbeitslosigkeit und erhöhten Inzidenzwerten.

Daten

Die Daten für die einzelnen Fallstudien sind auf unterschiedlichen räumlichen Maßstabsebenen vorhanden. Das liegt vor allem an dem räumlichen Detailgrad der COVID-Fallzahlen. Diese werden von den Statistik- und Gesundheitsämtern der jeweiligen Fallstudien-Kommune unterschiedlich aufbereitet. Dortmund stellt seine Fallzahlen auf der Stadtteilebene (N=12) für einen Zeitraum von Juli 2020 bis Oktober 2021 auf dem OpenData-Portal der Stadt zur Verfügung. Das Statistikamt der Stadt Solingen konnte uns die Fallzahlen auf der Quartiersebene (N=36) für einen Zeitraum von März 2020 bis Oktober 2021 bereitstellen. Der Landkreis Lippe lieferte die Fallzahlen auf der Ebene der kreisangehörigen Gemeinden (N=16) für den Zeitraum Januar 2021 bis Dezember 2021. Das Statistikamt der Landeshauptstadt Düsseldorf lieferte die Fallzahlen auf der Ebene der Stadtteile (N=50¹) für einen Zeitraum von März 2020 bis Dezember 2021.

Für die explorativen Analysen werden soziodemographische Daten genutzt, die vom Forschungszentrum Ruhr am RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) für das Jahr 2019 bereitgestellt werden. Die Daten liegen kleinräumig auf einem 1-km-Grid vor und wurden für unsere Analysen auf die jeweilige verfügbare räumliche Ebene der COVID-Inzidenzen verschnitten. Daten über die Verteilung der SINUS-vhw-Migrant*innenmilieus (in der Fallstudie Solingen) wurden von vhw auf derselben räumlichen Ebene wie die verfügbaren Daten zu den COVID-Inzidenzen aggregiert bereitgestellt. Die Systematik der Migrant*innenmilieus basiert auf dem vhw-Migrant*innenmilieumodell aus 2018.

Variablen

In der quantitativen Analyse werden die monatlichen (kumulierten) COVID-Fallzahlen in 30-Tage-Inzidenzen umgerechnet. Die Transformation dient als abhängige Variable und ermöglicht eine Vergleichbarkeit zwischen den einzelnen Monaten innerhalb der Städte.

Die Datensätze vom RWI wurden im 1-km-Grid (Inspire) bereitgestellt und von uns auf die einzelnen räumlichen Dimensionen der COVID-Fallzahlen verschnitten. Die Herkunftsregionen werden auf der Basis einer onomastischen Analyse des Haushaltsvorstandes herausgegeben. Durch dieses Verfahren können keine Rückschlüsse gezogen werden, wie viele Personen im Haushalt eine ausländische Herkunft haben, wie lange eine Person bereits in Deutschland lebt und wie ihre sozialen Anbindungen sind (RWI/microm 2018a). Die Arbeitslosenquote spiegelt den Anteil der Arbeitslosen an der Gesamtzahl der zivilen Erwerbspersonen wider. Die Haushaltsstruktur wird vom RWI in drei Kategorien unterteilt. Single-, Paar- und Familienhaushalte werden aufgrund der Haushaltsgröße respektive der Anzahl der Kinder sowie durch Angaben der Fernsprechteilnehmer*innen und Angaben aus der Datei der Privatkonsument*innen des Verbandes der Vereine Creditreform bestimmt (ebd.). Die Kaufkraft ist das Haushaltsnettoeinkommen ohne Abzüge von regelmäßigen Zahlungen wie Miet- oder Stromkosten.

¹ Der Stadtteil ‚Hafen‘ wurde aufgrund zu geringer Bevölkerungszahlen aus den statistischen Analysen ausgeschlossen. Hier wurde mit N=49 gerechnet.

Das Haushaltsnettoeinkommen liegt dem RWI zunächst auf der Gemeinde- respektive PLZ-Ebene vor. Mithilfe statistischer Modelle, in denen verschiedene erklärende Variablen des microm-Portfolios herangezogen werden, werden die Informationen auf kleinräumigere Ebenen berechnet (ebd.).

Im Allgemeinen beschreiben die Sinus-Milieus auf Basis der individuellen sozialen Lage und Wertorientierung, in welcher gesellschaftlichen Position sich jemand befindet. Eine Adaption dessen findet sich in den Migrant*innenmilieus wieder. Die Migrant*innenmilieus wurden 2018 in Kooperation mit dem Bundesverband für Wohnen und Stadtentwicklung (vhw) herausgebracht. Dafür wurde zunächst eine qualitative Leitstudie mit non-direktiv angelegten narrativen Interviews in verschiedenen Sprachen und 160 Teilnehmenden (Quotenstichprobe) durchgeführt. Dieser Schritt diente zur Entwicklung der Milieus. In einer anschließenden bundesweiten Untersuchung mit 2.000 persönlich-mündlich geführten Interviews wurde das Vorkommen und die Verbreitung (Größe) der verschiedenen Milieus quantifiziert. Dadurch konnte das soziodemographische Profil der Milieus sowie die Einstellungen, Werte, Perspektiven, kulturelle Identifikation und soziale Integration von Personen in den Milieus beschrieben werden. Die Grundgesamtheit sind Menschen mit Einwanderungsgeschichte und Wohnsitz in Deutschland ab 15 Jahren (Flaig/Schleer 2018). Die Migrant*innenmilieu-Daten wurden auf die jeweilige relevante räumliche Dimension der Fallstudie aggregiert bereitgestellt.

Statistische Auswertungen

Nach dem Aufbereiten der Daten wurden mit Hilfe von Stata-15 COVID-Verläufe der einzelnen Städte modelliert sowie Korrelationskoeffizienten bezogen auf die 30-Tage-Inzidenzen berechnet. Die COVID-Verläufe zeigen separiert die Ausprägungen der einzelnen Bezirke oder Stadtteile respektive Quartiere. Dadurch kann die Verteilung und Dynamik der Betroffenheit über das Stadtgebiet optisch nachgezeichnet werden. Die Verbindungslinien zwischen den Werten in den graphischen Darstellungen (Abbildung 2, 8, 9, 14, 15, 19) dienen ausschließlich der Übersicht und lassen keine Schätzung der 7-Tage-Inzidenz o.ä. zu. Die Korrelationskoeffizienten werden solitär für jeden Zeitpunkt berechnet. Dieser Schritt bietet einen ersten rudimentären Überblick, welche Gruppen einen statistischen Zusammenhang aufweisen. Korrelationskoeffizienten bestimmen einen linearen Zusammenhang und können Werte zwischen -1 und 1 annehmen. Je weiter der Wert von 0 entfernt ist, desto größer ist die Korrelation. Werte über 0 stehen für einen positiven und unter 0 für einen negativen Zusammenhang.

Limitationen der statistischen Auswertungen

Grundsätzlich bestehen Limitationen aufgrund der räumlichen Dimensionierung der Städte. Die bereitgestellten Daten sind dabei i.d.R. auf ein Vielfaches von Drei gerundet, um den Datenschutz zu gewährleisten. Durch die unterschiedlichen Gebietszuschnitte können keine direkten statistischen interstädtischen Vergleiche durchgeführt werden. Selbiges gilt für die verschiedenen Zeiträume, die die Gesundheits- bzw. Statistikämter zur Verfügung stellen. Durch die Wahl der auf 30 Tage kumulierten Fallzahlen können kurzzeitige kleinräumige Dynamiken verdeckt werden, die bei der Darstellung von 7-Tage-Inzidenzen zu Tage treten. Datenschutzrechtliche Beschränkungen führen jedoch bei kleinen Fallzahlen zu Schwärzungen. Durch das Abstellen auf kumulierte 30-Tage-Werte konnten diese Schwärzungen deutlich reduziert werden. Bei insgesamt geringen Fallzahlen (insbesondere in den ersten Monaten der Pandemie) sowie in Raumeinheiten mit sehr geringen Bevölkerungszahlen sind die Ergebnisse daher jedoch nicht aussagekräftig.

Hinzu kommt die geringe Anzahl an variierenden Datenpunkten, da die Daten des RWI und die Milieu-Daten ausschließlich für einen Zeitpunkt zur Verfügung stehen. Das heißt, dass alle Beobachtungen zu einem Bezirk oder Stadtteil respektive Quartier stets dieselben Ausprägungen haben. Ferner führt die Berechnung von Korrelationskoeffizienten zu dem Problem, dass ausschließlich bivariate Zusammenhänge dargestellt werden. Die Kontrolle anderer Variablen wäre notwendig, damit ein annäherndes

Bild der Wirklichkeit präsentiert werden könnte. Aus diesem Grund dürfen die Ergebnisse nur als Anhaltspunkt verstanden werden, dass Unterschiede existieren, aber nicht als kausal zu interpretierende Ursache. Auch bringen Analysen auf Aggregatebenen die Gefahr des ökologischen Fehlschlusses mit sich. Das bedeutet, dass beobachtete Korrelationen auf der Aggregatebene keine Belege für entsprechende Zusammenhänge auf der Individualebene darstellen. Dies ist bei der Interpretation der statistischen Ergebnisse unbedingt zu berücksichtigen.

4.3 Qualitative Methodik

Neben der statistischen Auswertung wurde eine qualitative Analyse in Form leitfadengestützter Expert*inneninterviews durchgeführt (Bogner/Menz 2002). Dabei wurden zum einen lokale Expert*innen in einzelnen Quartieren in den Fallstudienkommunen befragt. Zum anderen wurden überregionale Expert*innen, welche eine Tätigkeit im Überschneidungsbereich der Themen Migration und Gesundheit ausüben, interviewt.

Leitfadengestützte Interviews

Die Gespräche wurden größtenteils über Videotelefonie durchgeführt und dauerten zwischen circa 20 und 60 Minuten. Im Anschluss daran wurden die Interviews in Form von Ergebnisprotokollen mit selektiv wörtlich transkribierten Abschnitten dokumentiert. Insgesamt wurden 43 Expert*innen aus Forschung und Praxis zum allgemeinen Zusammenspiel von Migrationserfahrung und Gesundheit (mit Fokus auf die COVID-19-Pandemie) befragt. Für die Interviews in den Fallstudienkommunen wurden dabei jeweils bis zu zwölf Akteur*innen akquiriert. Darunter fallen sowohl bei den kommunalen Gesundheitsämtern als auch den Ämtern für Integration und Migration tätige Personen. Zudem wurden Interviews mit Vertreter*innen migrantischer Selbstorganisationen (MSO), sozialer Träger, Quartiersmanagements und Integrationszentren geführt. Diese Akteur*innen haben in der Regel einen direkten Bezug zu den einzelnen Quartieren respektive der Situation in der jeweiligen Kommune. In den überregionalen Gesprächen wurden Personen aus der Wissenschaft (aus den Gebieten der Migrations- und Gesundheitsforschung), Vertreter*innen überregionaler migrantischer Selbstorganisationen, Journalist*innen mit Expertise im Bereich Medizin und Gesundheit sowie im Gesundheitssystem tätige Personen interviewt.

Auswertung der Interviews

Die Kodierung der Inhalte der Interviews erfolgte auf Basis des aktuellen Forschungsstands. Gleichzeitig wurden die Codes im Forschungsverlauf in einem induktiv-deduktiven Wechselspiel stetig weiterentwickelt. Daraus ergaben sich verschiedene Kategorien im Hinblick auf spezifische Problemlagen von Personen mit Einwanderungsgeschichte. Zu Beginn der Untersuchung lag das Augenmerk vor allem auf der Frage inwiefern (und wenn ja, warum) Personen mit Einwanderungsgeschichte in den betrachteten Quartieren ein höheres Infektionsrisiko hatten. Im Verlauf der Datenerhebung und -auswertung wurde jedoch deutlich, dass neben der Frage des Infektionsrisikos auch der Umgang und die sozial-psychologische Abfederung der Infektionsmaßnahmen ein großes Thema in den Quartieren darstellte. Hier wurde das induktiv-deduktive Vorgehen um eine explorative Komponente ergänzt. So wurden die spezifischen Belastungen, welche sich für die Bewohner*innen der untersuchten Quartiere im Zuge der Infektionsschutzmaßnahmen (zusätzlich zu der Gefahr einer COVID-19-Infektion) ergaben, mit in die Auswertung aufgenommen.

Auf Grundlage der Interviewauswertung und der dargelegten Literaturanalyse konnten Handlungsmöglichkeiten sowie -empfehlungen abgeleitet werden. Diese fokussieren sowohl auf die Reduktion des Infektionsrisikos wie auch auf den Ausgleich der spezifischen Belastungen in den betrachteten Quartieren.

5 Kleinräumige Analyse der COVID-19-Infektionen in ausgewählten Fallstudien

Auf der Grundlage der zugänglichen bzw. uns von den Kommunen zur Verfügung gestellten Inzidenzzahlen haben wir in vier Fallstudienkommunen das Infektionsgeschehen kleinräumig analysiert. Das genauere Vorgehen haben wir im vorangegangenen Methodenkapitel näher erläutert. Ziel war es, räumliche Auffälligkeiten im Infektionsgeschehen zu identifizieren und mögliche Zusammenhänge der Inzidenzentwicklung mit anderen sozialstrukturellen Merkmalen dieser Räume aufzuzeigen. So können Hinweise auf statistische Zusammenhänge (Korrelationen) im Infektionsverlauf mit Blick auf die vermutete höhere Infektionsbetroffenheit von sozial benachteiligten Quartieren und (dort lebenden) Menschen mit Einwanderungsgeschichte gewonnen werden.

Die erste Fallstudie behandelt Dortmund, die größte Stadt des Ruhrgebiets. Es folgt Solingen, eine der drei Städte des Bergischen Städtedreiecks im Bergischen Land. Die dritte Fallstudienstadt ist Düsseldorf, die Landeshauptstadt Nordrhein-Westfalens. Als eher ländlich geprägte Fallstudienkulisse wurde der Landkreis Lippe gewählt, welcher durch einen Mix aus urbanen und ländlichen Gebieten gekennzeichnet ist. Alle Fallstudien sind historisch durch eine individuelle Migrationsgeschichte geprägt. Im Zuge dessen bestehen interessante soziale Räume wie das Ankunftsquartier Dortmunder Nordstadt, das japanische Viertel in Düsseldorf oder die Gemeinde Augustdorf im Landkreis Lippe, die eine hohe Dichte an Freikirchen und Spätaussiedler*innen aufweist.

Der jeweilige Anteil an Ausländer*innen in den Großstädten Düsseldorf, Dortmund und Solingen liegt zwischen 17 und 21 %. Im Kreis Lippe ist der Anteil mit 8,9 % dagegen deutlich niedriger. Die Wirtschaftsstruktur in den Kommunen variiert zum Teil stark: Der Landkreis Lippe stellt den höchsten Anteil an Arbeiter*innen im primären Wirtschaftssektor innerhalb der Fallstudien. Der sekundäre Sektor ist in Solingen und im Landkreis Lippe überdurchschnittlich stark ausgeprägt. Gleiches gilt für den tertiären Wirtschaftssektor in Düsseldorf und Dortmund. Die SGB-II-Quote in Dortmund (17,9 %) ist im Verhältnis zu den anderen Städten und im Vergleich zum nordrhein-westfälischen Durchschnitt (zwischen 9 und 11,4 %) deutlich erhöht. Die SGB-II-Quote unter der ausländischen Bevölkerung ist in jeder Fallstudie ungefähr doppelt so hoch wie in der Gesamtbevölkerung. Die Ausnahme ist der Landkreis Lippe: Hier ist sie etwas mehr als dreimal so hoch. Tabelle 1 bietet einen Überblick über wichtige Kennwerte der vier Fallstudienkommunen für das Jahr 2020.

Tabelle 1: Kennzahlen der Fallstudiengebiete 2020

Gebiet	Bevölkerung					Arbeitslosenquote* (%)		SGB-II-Quote (%)	
	Gesamt	Ausländer*innen	Ausländer*innen (%)	Einwohner*innen je Hektar	Durchschnittsalter (Jahre)	Ausländische Bevölkerung	Gesamtbevölkerung	Ausländische Bevölkerung	Gesamtbevölkerung
Düsseldorf	620.523	128.416	20,7	28,5	43,1	11,1	6,4	21,8	11,4
Dortmund	587.696	109.154	18,6	20,9	43,5	17,1	9,4	35,9	17,9
Solingen	159.193	27.273	17,1	17,8	44,6	12,7	6,9	25,2	11,3
Lippe, LK	346.970	30.879	8,9	2,8	44,8	14,8	5,5	32,1	9,0
Nordrhein-Westfalen	17.925.570	2.481.716	13,8	5,3	44,3	13,1	6,3	27,9	11,1

*Arbeitslosenquote gemessen am Anteil der jeweiligen Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (15-64 Jahre)

Quelle: Bertelsmann-Stiftung 2022b

5.1 Fallstudie: Dortmund

5.1.1 Strukturmerkmale der Stadt Dortmund

Die kreisfreie Stadt Dortmund liegt im östlichen Teil des Ruhrgebiets. Sie ist Teil der Metropolregion Rhein-Ruhr und administrativ dem Regierungsbezirk Arnsberg zugeordnet. Als neuntgrößte Stadt Deutschlands mit einer Fläche von 280 km² hat Dortmund im Jahr 2021 eine Hauptwohnbevölkerung von 602.713, wovon über ein Drittel (Stand 2021: 226.701) eine Migrationsgeschichte hat (Stadt Dortmund 2022)¹. Die gesamtstädtische Bevölkerungsdichte betrug im Jahr 2018 75,2 Personen je Hektar (Stadt Dortmund 2019, S. 16). Dortmund ist in zwölf Stadtbezirke mit 62 statistischen Bezirken sowie 170 statistischen Unterbezirken unterteilt. Die klassische Industriestadt wurde seit den 1980er Jahren von einem tiefgreifenden Strukturwandel erfasst: Während Branchen wie Bergbau, Stahlindustrie und Brauereien weitestgehend verloren gingen, etablierten sich z.B. neue Wirtschaftszweige mit Unternehmen aus den Bereichen Logistik oder Informationstechnologien. An den ansässigen Hochschulen sind ca. 50.000 Personen eingeschrieben.

¹ Die Differenz zwischen den Bevölkerungsangaben in Tabelle 1 und diesem Kapitel ergibt sich aus der unterschiedlichen Datenbasis. Tabelle 1 nutzt die fortgeschriebene Bevölkerungszahl auf der Basis des Zensus 2011, während es sich bei den durch die Kommune veröffentlichten Daten um einen Melderegisterauszug zum Stichtag handelt. Für fallstudienübergreifende Vergleiche ist die Heranziehung der fortgeschriebenen Bevölkerungszahl sinnvoll, bei innerstädtischen Vergleichen wird hingegen auf die Daten des Melderegisters abgestellt, da diese kleinräumig unterhalb der Gemeindegrenze vorliegen.

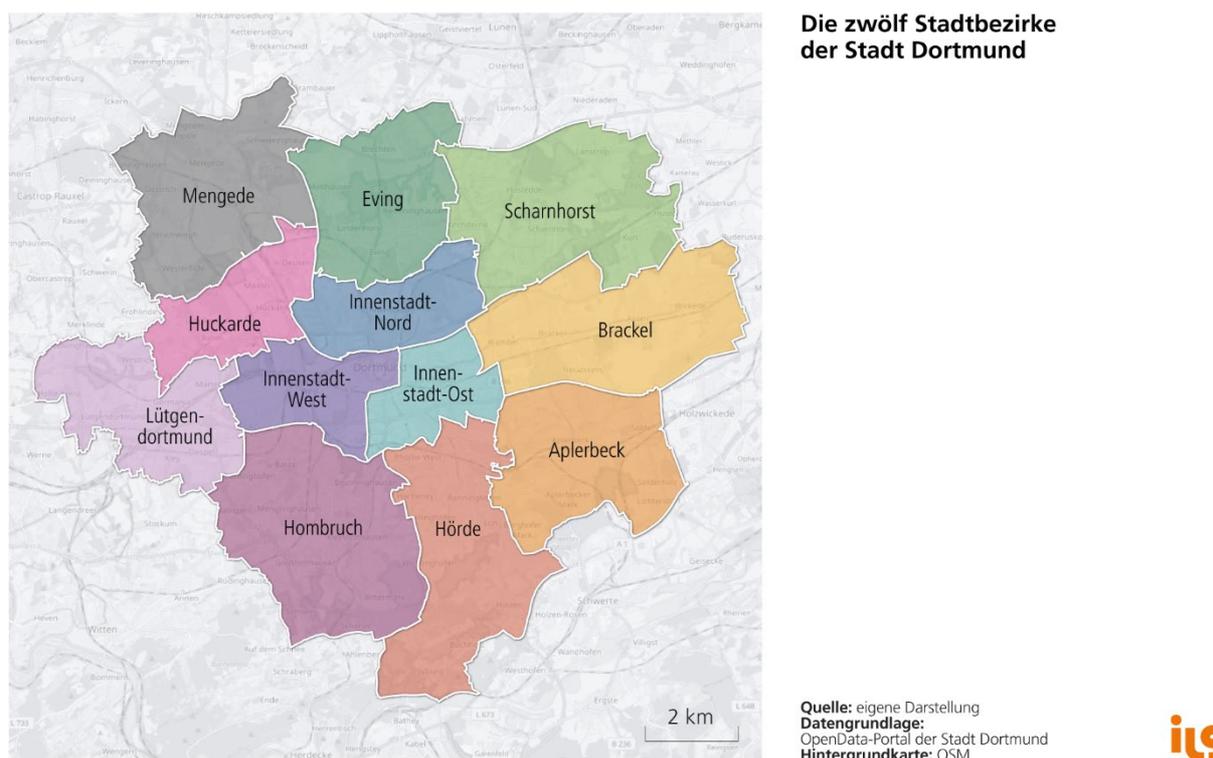


Abbildung 1: Die Stadtbezirke der Stadt Dortmund

Die Stadt Dortmund hatte Mitte des 20. Jahrhunderts einen Bevölkerungsstand von ca. 500.000 Personen. Nach einem längeren Bevölkerungsrückgang im Zuge der Deindustrialisierung seit den 1980er Jahren stieg die Zahl der Einwohner*innen zuletzt wieder auf 602.713 im Jahr 2021 an (Stadt Dortmund 2005; Stadt Dortmund 2022). Die Zahl der ausländischen Wohnbevölkerung ist noch deutlicher gestiegen. 1985 lebten insgesamt 48.926 nichtdeutsche Personen in Dortmund und im Jahr 2021 waren es 118.612. Das entspricht etwa 20 % der Gesamtbevölkerung und ist gleichzeitig der höchste Wert in der Geschichte Dortmunds. 2020 lebten 154.853 (25,7 %) Personen in Einpersonenhaushalten, 196.482 (32,6 %) in Paarhaushalten ohne Kind, 173.587 (28,8 %) in Paarhaushalten mit Kind(ern) und 38.051 (6,3 %) in alleinerziehenden Haushalten. Die übrigen 6,6 % waren in größeren Mehrpersonenhaushalten oder in Gemeinschaftsunterkünften gemeldet (Stadt Dortmund 2021). Mit einem Altersdurchschnitt von ca. 43,5 Jahren ist Dortmund die zweitjüngste Stadt der Fallstudien. Die Arbeitslosenquote an allen zivilen Erwerbspersonen lag Mitte 2020 bei 11,8 %. 2020 lebten in Dortmund Menschen aus 160 verschiedenen Nationen. Die häufigsten Herkunftsregionen sind die Türkei (21.023), Syrien (12.288), Polen (9.568), Rumänien (5.832), Spanien (4.992), Bulgarien (4.659) und Griechenland (4.165) (Stadt Dortmund 2022). Rund 180 Migrant*innen-Organisationen engagieren sich für die gesellschaftliche, politische und wirtschaftliche Teilhabe von Menschen mit Einwanderungsgeschichte.

Im Zuge des „Aktionsplans Soziale Stadt“ wurden von städtischer Seite 13 Sozialräume identifiziert. Diese befinden sich primär im Dortmunder Norden und zeichnen sich, im Verhältnis zum Dortmunder Durchschnitt, durch eine Konzentration sozialer Problemlagen aus. Die Infektionszahlen werden von der Stadt auf der Ebene der Stadtbezirke im OpenData-Portal bereitgestellt, in den folgenden Beschreibungen und Analysen wird daher auf diese räumliche Ebene Bezug genommen. Die soziodemographischen und -ökonomischen Indikatoren variieren stark zwischen den einzelnen Stadtbezirken (Tabelle 2).

Tabelle 2: Indikatoren der Dortmunder Stadtbezirke

Stadtbezirk	Bevölkerungszahl (2020)	Bevölkerungsdichte (EW je Hektar)	Menschen mit Einwanderungsgeschichte (%) (2020)	Arbeitslosenquote (%) (2019)	Kaufkraft pro Einwohner*in (€) (2019)
Aplerbeck	55.288	53,4	26,1	5,8	24.815
Brackel	56.141	68,5	26,5	7,9	21.008
Eving	38.808	72,3	44,8	11,4	21.915
Hombruch	56.955	54,9	24,3	4,9	26.112
Hörde	56.547	62,8	31,1	9,0	27.155
Huckarde	36.331	74,9	37,8	10,9	21.175
Innenstadt-Nord	59.263	215,4	76,3	20,0	18.071
Innenstadt-Ost	57.284	111,9	34,3	7,5	21.486
Innenstadt-West	52.526	106,1	36,2	8,9	20.097
Lütgendortmund	48.134	71,0	30,6	10,4	21.065
Mengede	39.040	69,3	39,5	11,0	21.294
Scharnhorst	46.396	68,2	44,9	11,5	20.902
Gesamtstadt	602.713	75,2	37,6	10,1	22.091

Quelle: Stadt Dortmund 2019, 2020, 2022; RWI/microm 2021

Besonders auffällig ist der Bezirk Innenstadt-Nord, welcher durchschnittlich eine weitaus höhere Einwohner*innendichte (Stand 2018: 215,4 Personen je Hektar), Arbeitslosenquote (Stand 2019: 20 %), einen höheren Anteil an Menschen mit Einwanderungsgeschichte (Stand 2021: 76 %) und eine niedrigere durchschnittliche Kaufkraft pro Person (Stand 2019: 18.071 €) aufweist. Eving liegt bei der Arbeitslosenquote (11,4 %) und dem Anteil an Menschen mit Einwanderungsgeschichte (45 %) leicht über und bei der Einwohner*innendichte (72,3 Personen je Hektar) leicht, sowie bei der durchschnittlichen Kaufkraft (21.915 €) marginal unter dem Dortmunder Durchschnitt. Die Bezirke Aplerbeck und Hombruch im Süden Dortmunds haben eine eher geringe Einwohner*innendichte von 53,4 respektive 54,9 Einwohnenden je Hektar, einen Anteil von Menschen mit Einwanderungsgeschichte von ca. 25 %, eine Arbeitslosenquote von 5,8 bzw. 4,9 % und eine überdurchschnittlich hohe Kaufkraft von 24.815 € bzw. 26.112 €.

Die höchste Kaufkraft (27.155 €) verzeichnet der ebenfalls im Süden gelegene Stadtbezirk Hörde. Hier beträgt die Einwohner*innendichte 62,8 Personen je Hektar, die Arbeitslosenquote liegt bei 9 % und der Anteil an Menschen mit Einwanderungsgeschichte beträgt knapp über 30 %.

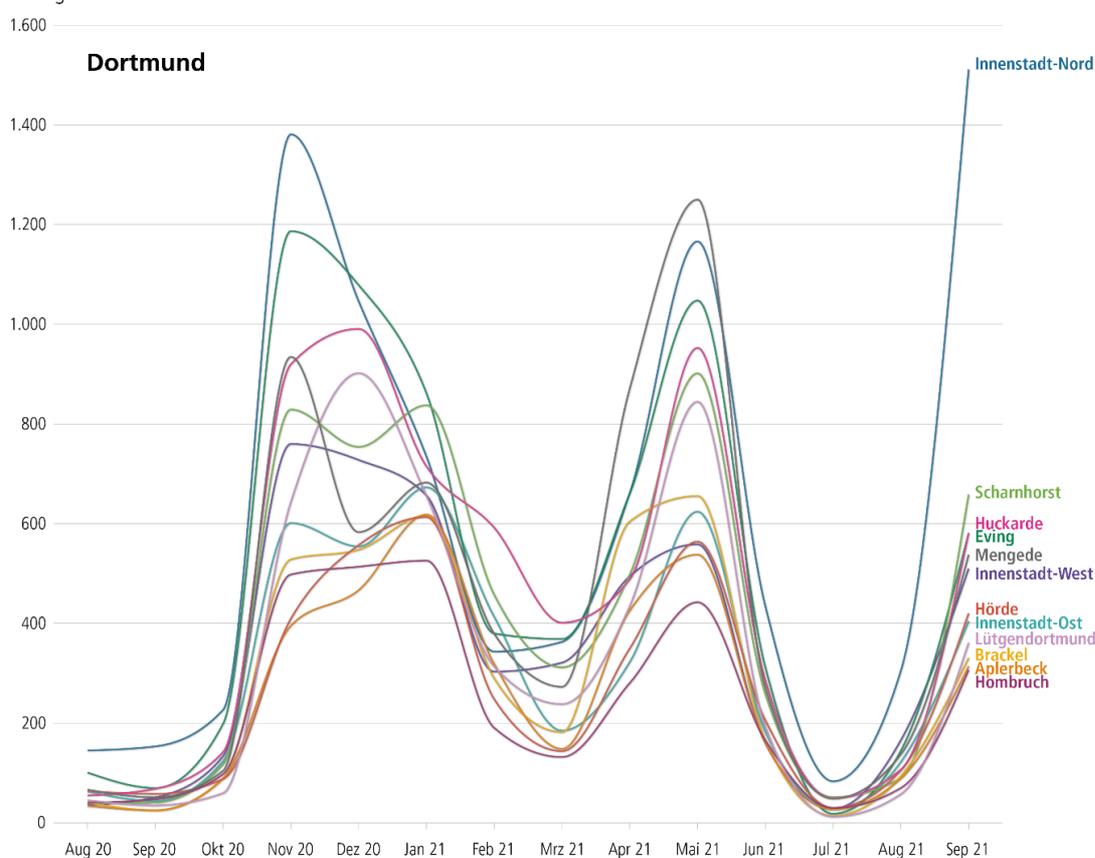
Im Westen der Stadt verzeichnen die Bezirke Lütgendortmund und Mengede leicht überdurchschnittliche Arbeitslosenquoten von 10,4 und 11 % und die Einwohner*innendichte sowie die mittlere Kaufkraft sind leicht unterdurchschnittlich. Der Anteil an Menschen mit Einwanderungsgeschichte beträgt in Lütgendortmund etwas unter einem Drittel (30,6 %) und in Mengede knapp 40 % (39,5%).

5.1.2 COVID-19-Betroffenheit in den Dortmunder Stadtbezirken

Die Daten zu den COVID-19-Infektionen werden von der Dortmunder Statistik über das OpenData-Portal der Stadt auf der Ebene der zwölf Stadtbezirke veröffentlicht. Zum Zeitpunkt unserer Analysen lagen die Daten von August 2020 bis einschließlich September 2021 vor. Eine Besonderheit ist, dass die Stadt Dortmund die räumlich dargestellten monatlichen Fallzahlen aktiv kommuniziert und immer mit einer zusätzlichen Einordnung des Gesundheitsamtes veröffentlicht. In dieser "Fachkommentierung des Gesundheitsamtes zu den monatlichen Stadtbezirkzahlen" (Gesundheitsamt Dortmund o. J.) werden sowohl die Dortmunder Entwicklungen in den Kontext des gesamten Infektionsgeschehens gesetzt, als auch bekannte Ursächlichkeiten für die beobachteten Inzidenzentwicklungen dargelegt. Dabei wird auch immer wieder deutlich, dass Faktoren wie die Alters- und Haushaltsstruktur oder vermehrte Ausbrüche in einzelnen Einrichtungen (wie Kitas, Schulen oder auch Pflegeeinrichtungen) wesentlich zur Erklärung der innerstädtischen Differenzen beitragen können. Diese offensive und transparente Form der Kommunikation kann dabei helfen stigmatisierende Diskurse (über einzelne Bevölkerungsgruppen und Stadträume) gar nicht erst entstehen zu lassen oder zumindest einzuordnen. Für den untersuchten Zeitraum von August 2020 bis September 2021 zeigt sich auf Ebene der zwölf Stadtbezirke folgende Entwicklung:

Covid-19-Verlauf in Dortmund

30-Tage-Inzidenz



Quelle: eigene Darstellung
Datengrundlage: OpenData-Portal der Stadt Dortmund



Abbildung 2: COVID-19-Verlauf in Dortmund

Anhand des COVID-19-Verlaufs der einzelnen Stadtbezirke (Abbildung 2) ist eine hohe Dynamik der COVID-19-Betroffenheit in Dortmund festzustellen. Zu unterschiedlichen Zeitpunkten sind unterschiedliche Bezirke am stärksten bzw. weniger stark betroffen. Dennoch fällt auf, dass die Stadtbezirke Innenstadt-Nord, Mengede und Eving häufiger hohe Inzidenzen gemeldet haben als andere Gebiete. Lediglich im Februar und März 2021 weist mit Huckarde ein anderer Bezirk die höchste Inzidenz im stadtweiten Vergleich auf.

Insgesamt wird deutlich, dass sowohl zu Beginn des betrachteten Pandemiezeitraums als auch ab Juni 2021 der Stadtbezirk Innenstadt-Nord die höchsten COVID-19-Infektionsinzidenzen verzeichnet. Im August und September 2021 verschärft sich diese Entwicklung nochmals deutlich und im September verzeichnet der Bezirk Innenstadt-Nord mehr als doppelt so hohe Inzidenzwerte wie der Bezirk mit den zweithöchsten Inzidenzen (Scharnhorst).

In der kartografischen Darstellung zeigt sich für Dortmund auf Ebene der zwölf Stadtbezirke ein eindeutiges Muster.

30-Tage-Inzidenzen der zwölf Dortmunder Stadtbezirke von August 2020 bis September 2021 im innerstädtischen Vergleich

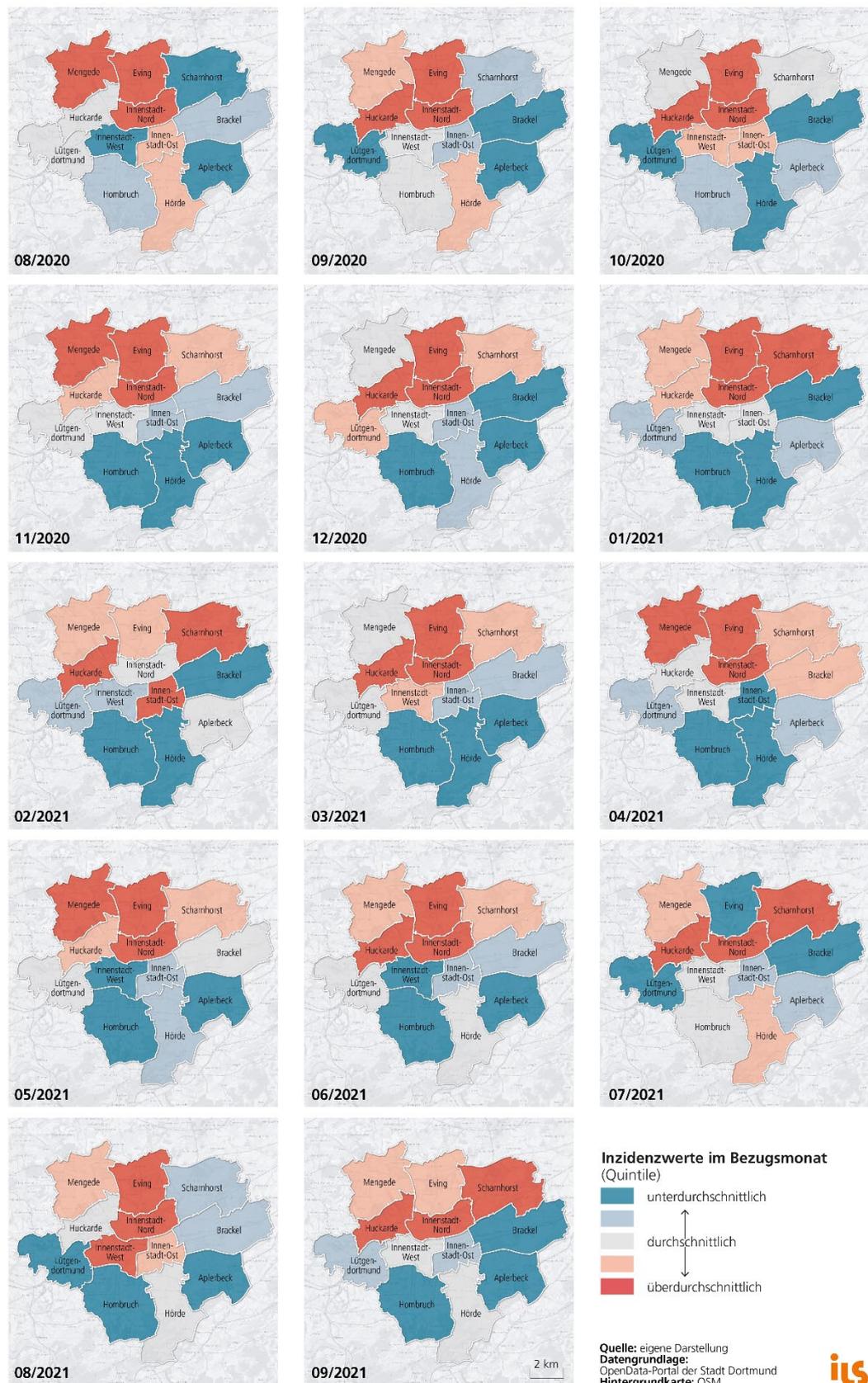


Abbildung 3: 30-Tage-Inzidenzen der zwölf Dortmunder Stadtbezirke von August 2020 bis September 2021

Abbildung 3 beschreibt die räumliche Entwicklung der 30-Tage-Inzidenzen in Dortmund auf der Ebene der Stadtbezirke für den Zeitraum von August 2020 bis September 2021. Eine Betrachtung der Entwicklung der COVID-19-Inzidenzen im Zeitverlauf lässt dabei deutliche Muster erkennen. In den ersten beiden dargestellten Monaten zeigt sich ein ähnliches Bild. Vor allem die Stadtbezirke im Nordwesten (Mengede, Eving) und der Bezirk Innenstadt-Nord sind durch überdurchschnittliche Inzidenzen gekennzeichnet. Die stärkere Betroffenheit dieser Gebiete bleibt nahezu über den gesamten Zeitraum persistent. Einzelne Ausnahmen (im Februar 2021 ist der Bezirk Innenstadt-Nord, im März 2021 Mengede und im Juli 2021 Eving nicht am stärksten betroffen) geben Hinweise auf die hohe Dynamik auch in den anderen Bezirken. Diese Dynamik wird auch bei der Betrachtung der an die Innenstadt-Nord grenzenden Bezirke Innenstadt-West und Innenstadt-Ost deutlich. Der Bezirk Innenstadt-West zeigt im August 2020 sowie im Mai und Juni 2021 sehr niedrige Inzidenzen im innerstädtischen Vergleich, in den Monaten Oktober 2020 sowie März und August 2021 verzeichnet der Bezirk hingegen einen der höchsten 30-Tage-Inzidenzwerte. Ähnliches zeigt sich im Bezirk Innenstadt-Ost. Insgesamt verfestigt sich ein Bild, dass die drei Bezirke im Süden (Hombruch, Hörde, Aplerbeck) und die Außenbezirke im Osten (Brackel) und Westen (Lütgendortmund) geringere Betroffenheiten ausweisen.

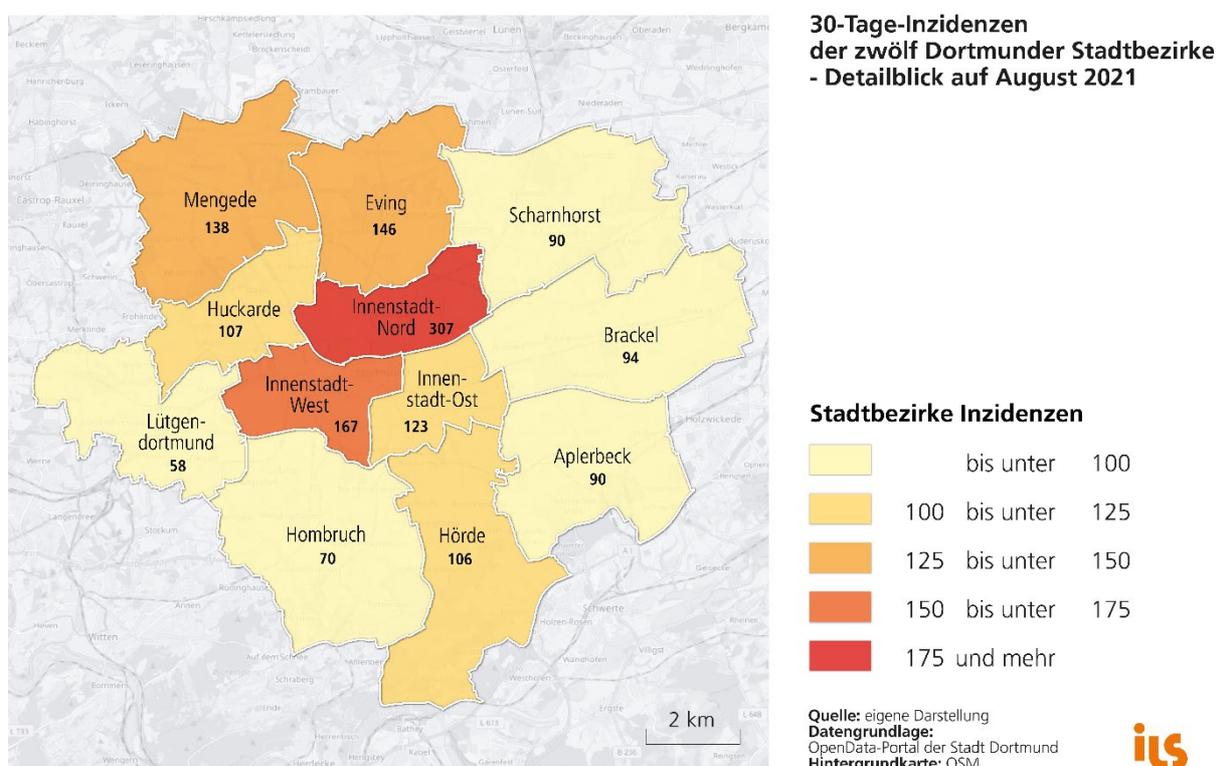


Abbildung 4: 30-Tage-Inzidenzen der zwölf Dortmunder Stadtbezirke; Detailblick auf August 2021

Der Detailblick auf die Inzidenzwerte der Stadtbezirke für August 2021 verdeutlicht die Struktur der unterschiedlichen Betroffenheiten. Der Stadtbezirk Innenstadt-Nord weist den mit Abstand höchsten Inzidenzwert aus, gefolgt von den angrenzenden Innenstadtbezirken (Innenstadt-West und Innenstadt-Ost) sowie dem im Norden angrenzenden Bezirk Eving und dem Bezirk Mengede im Nordosten der Stadt. Die Bezirke am östlichen (Scharnhorst und Brackel) und westlichen (Lütgendortmund) Stadtrand weisen hingegen geringere Werte auf. Besonders auffällig sind auch die eher geringen Betroffenheitswerte im Süden Dortmunds (Hombruch, Aplerbeck und Hörde).

Insgesamt kann anhand der verfügbaren Daten ein Bild der räumlichen Entwicklung gezeichnet werden, das zwar von hoher Dynamik geprägt scheint, jedoch mit der deutlichen Tendenz, dass die Bezirke des Dortmunder Nordens – und hier insbesondere der Stadtbezirk Innenstadt-Nord – in Relation zum Süden stärker betroffen waren (hier erscheint der Bezirk Hombruch insgesamt am geringsten betroffen). Mit zunehmendem Pandemieverlauf lässt sich eine Verfestigung hoher Inzidenzwerte in den nördlichen Stadtbezirken feststellen, wohingegen die Werte im südwestlich gelegenen Stadtbezirk Hombruch weitestgehend unter dem Durchschnitt liegen.

Abschließend kann dennoch kein finales Bild bezüglich der COVID-19-Betroffenheit in Dortmund gezeichnet werden. Zwar sind die stärker betroffenen Gebiete tendenziell durch einen höheren Anteil an Menschen mit Einwanderungsgeschichte und einer höheren Arbeitslosenquote gekennzeichnet (siehe Tabelle 2), allerdings überlagern sich diese Variablen stark, sodass viele Gebiete sowohl durch einen höheren Anteil an Menschen mit Einwanderungsgeschichte als auch durch schlechtere soziale Lagen gekennzeichnet sind. Dies wird im Folgenden am Beispiel des Vergleichs der Bezirke Innenstadt-Nord – der Kulisse unserer qualitativen Interviews (Kap. 5) – und Hombruch deutlich.

5.1.3 Fokus: Die Stadtbezirke Innenstadt-Nord und Hombruch im Vergleich

Eine Gegenüberstellung der beiden Stadtbezirke Innenstadt-Nord und Hombruch, als durchschnittlich am stärksten bzw. am geringsten betroffene Bezirke, zeigt große Differenzen sowohl hinsichtlich der Bevölkerungskomposition und der sozialen Lagen als auch hinsichtlich der städtebaulichen Struktur und infrastrukturellen Ausstattung. Die durchschnittliche 30-Tage-Inzidenz im Beobachtungszeitraum war im Bezirk Innenstadt-Nord mit 615,4 fast dreimal so hoch wie in Hombruch (240,1). Der geringste Inzidenzwert wurde für den Bezirk Innenstadt-Nord im Juli ausgewiesen (83,8), für Hombruch lag der geringste Wert bei 29,8 und wurde ebenfalls im Juli 2021 ermittelt. Für den Bezirk Innenstadt-Nord wurde mit einer 30-Tage-Inzidenz von 1.521 im September 2021 der höchste aller Inzidenzwerte im betrachteten Zeitraum gemeldet. Der höchste Wert im Bezirk Hombruch wurde für Januar 2021 gemeldet und lag mit 530 deutlich unter dem Wert des Bezirks Innenstadt-Nord.

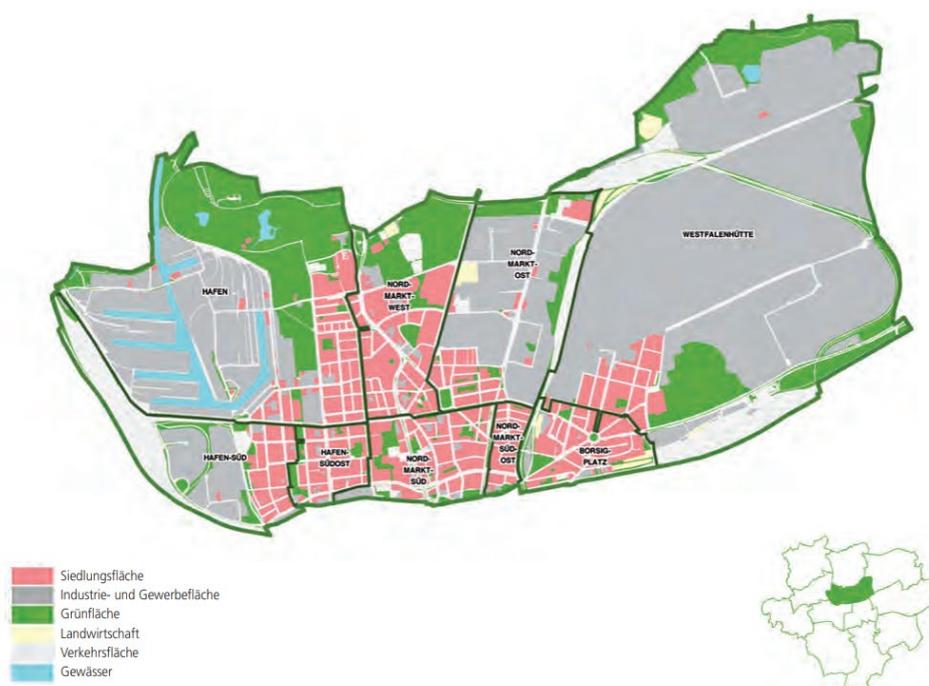


Abbildung 5: Der Stadtbezirk Innenstadt-Nord
Quelle: Stadt Dortmund 2019, S. 138

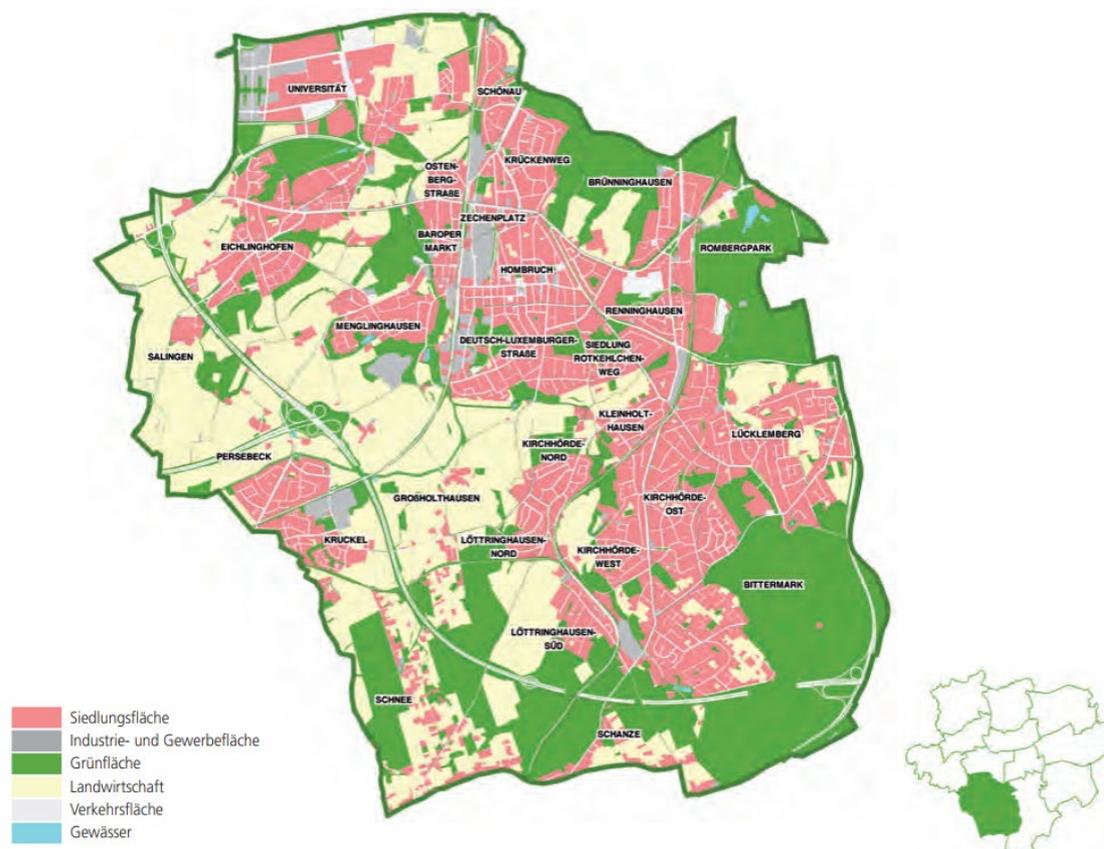


Abbildung 6: Der Stadtbezirk Hombruch
Quelle: Stadt Dortmund 2019, S. 138

Der Stadtbezirk Innenstadt-Nord liegt unmittelbar nördlich des Dortmunder Hauptbahnhofs im Zentrum der Stadt. Der Bezirk Hombruch liegt im Südosten und grenzt im Westen an Witten.

Bei der Betrachtung der Siedlungsstruktur und Flächennutzung der beiden Stadtbezirke (Abbildung 5 und Abbildung 6) werden bereits einige Unterschiede deutlich: Der Bezirk Innenstadt-Nord ist durch eine zusammenhängende Siedlungsfläche mit hohen Bevölkerungsdichten sowie durch Industrie- und Gewerbeflächen charakterisiert. Dagegen ist der Bezirk Hombruch aufgrund weniger Gewerbeflächen, weniger verdichteter Bebauung und einem höheren Anteil an landwirtschaftlich genutzten Flächen deutlich aufgelockert. Auch der Anteil an Grünflächen ist in Hombruch höher als im Bezirk Innenstadt-Nord. Zudem liegt in Hombruch der Campus der Technischen Universität Dortmund.

Tabelle 3: Indikatoren der Dortmunder Stadtbezirke Innenstadt-Nord und Hombruch

Indikator	Innenstadt-Nord	Hombruch
Bevölkerung gesamt (2021)	59.263	56.955
Deutsche mit Einwanderungsgeschichte (2021)	12.394	7.767
Nichtdeutsche (2021)	32.827	6.094
Anteil Migrant*innen an der Gesamtbevölkerung (2021)	76,3	24,3
Anteil sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (2018)	43,0	56,8
Anteil sozialversicherungspflichtig beschäftigter Ausländer*innen (2018)	34,5	41,4
Anteil Bevölkerung unter 18 J. (2021)	22,9	14,1
Anteil Bevölkerung ab 65 J. (2021)	10,6	24,1
Anteil Einpersonenhaushalte (2021)	30,1	26,4
Anteil Paarhaushalte (ohne Kinder) (2021)	19,8	36,2
Anteil Haushalte mit Kind(ern) (2021)	43,4	30,9
sonstige Mehrpersonenhaushalte (2021)	6,3	4,9
Einwohnerdichte (EW je ha) (2018)	215,4	54,9
Anteil mit Wohndauer über 10 Jahre (2018)	32,2	48,2
Anteil Ein- und Zweifamilienhäuser (2016)	1,1	34,0
Wohnfläche je Einwohner*in (in qm) (2016)	29,5	44,7
Anteil Empfänger*innen von staatlichen Transferleistungen zur Mindestsicherung (2018)	39,4	6,6
Anzahl der gemeldeten Privat-Pkw je 1.000 Einwohner*innen (2018)	206,5	511,6

Quelle: Stadt Dortmund 2019, 2021, 2022

Mit jeweils über 55.000 Einwohner*innen zählen Hombruch und Innenstadt-Nord zu den bevölkerungsreichsten Bezirken Dortmunds. Hinsichtlich der Demographie und sozialen Lage der Wohnbevölkerung zeigen sich jedoch deutliche Unterschiede. So ist die Anzahl der Deutschen mit Einwanderungsgeschichte im Bezirk Innenstadt-Nord (12.394) fast doppelt so hoch wie im Bezirk Hombruch (7.767). Noch deutlicher wird die starke Prägung durch Zuwanderung des Bezirks Innenstadt-Nord bei der Betrachtung des Anteils der nichtdeutschen Bevölkerung: Mehr als die Hälfte der Bewohner*innen des Bezirks haben keine deutsche Staatsangehörigkeit (32.827), das sind mehr als fünfmal so viele wie im Stadtbezirk Hombruch (6.094).

Auch hinsichtlich der Beschäftigungsquoten zeigen sich deutliche Unterschiede. So liegt der Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten für Innenstadt-Nord (43,0 %) deutlich unter dem Wert für Hombuch (56,8 %). Eine Betrachtung des Anteils von Empfänger*innen staatlicher Transferleistungen zur Mindestsicherung zeigt diese Differenzen der sozialen Lage noch eindrucksvoller: Für Hombuch liegt der Anteil bei 6,6 %, für Innenstadt-Nord bei 39,4 %.

Neben den hohen Anteilen an Arbeitslosen bzw. Transferleistungsempfänger*innen und zugewanderten Menschen ist der Bezirk Innenstadt-Nord von einer höheren Fluktuation der Bevölkerung geprägt. Der Anteil der Bevölkerung (über 18 Jahre), der länger als zehn Jahre an der jetzigen Adresse gemeldet ist, beträgt im Bezirk Innenstadt-Nord mit 32,2 % weniger als ein Drittel, in Hombuch ist mit 44,7 % fast die Hälfte der erwachsenen Bevölkerung seit mehr als zehn Jahren an derselben Adresse wohnhaft. Aufgrund der starken internationalen Zuwanderung und hohen Fluktuation gilt Innenstadt-Nord als ein klassisches Ankunftsquartier, denn viele Neuzugewanderte finden hier ihre erste Wohnung (Hanhörster et al. 2020). Dadurch ist der Bezirk natürlich auch von besonderen Integrationsbedarfen gekennzeichnet.

Daneben ist der Bezirk Innenstadt-Nord der demographisch jüngste aller Dortmunder Stadtbezirke. Knapp ein Viertel der Bevölkerung ist unter 18 Jahre alt (22,9 %), in Hombuch sind es 14,1 %. Anders sieht es hingegen beim Anteil der Personen über 65 Jahren aus: Während der Anteil in Hombuch hier bei etwa einem Viertel (24,1 %) liegt, beträgt er in Innenstadt-Nord lediglich 10,6 %. Diese Unterschiede zeigen sich auch bei der Zusammensetzung der Haushalte. Der Anteil der Haushalte, in denen Kinder wohnen, beträgt im Bezirk Innenstadt-Nord 43,4 % in Hombuch 30,9 %. Auch die Art der Wohngebäudestruktur unterscheidet sich zwischen den Bezirken deutlich. Der Bezirk Innenstadt-Nord ist durch eine hochverdichtete, oftmals gründerzeitliche Mehrfamilienhausbebauung gekennzeichnet. Der Anteil an Ein- und Zweifamilienhäusern liegt bei lediglich 1,1 %. Anders stellt sich die Situation in Hombuch dar. Hier beträgt der Anteil an Ein- und Zweifamilienhäusern mehr als ein Drittel (34,0 %). Diese Unterschiede in der Wohngebäudestruktur spiegeln sich auch in der verfügbaren Wohnfläche der Haushalte. In Hombuch stehen jedem*r Bewohner*in im Durchschnitt 44,7 Quadratmeter zur Verfügung, der höchste Wert aller Dortmunder Bezirke. Im Bezirk Innenstadt-Nord hingegen steht mit knapp 29,5 Quadratmetern etwa ein Drittel weniger Wohnfläche pro Person zur Verfügung. Der Anteil gemeldeter Privat-Pkw kann eingeschränkt einen Hinweis auf das Mobilitätsverhalten der Bewohner*innen geben. Hier ist der Wert in Hombuch mit 511,6 Pkw je 1.000 Einwohner*innen mehr als doppelt so hoch wie der für Innenstadt-Nord (206,5 je 1.000 Einwohner*innen).

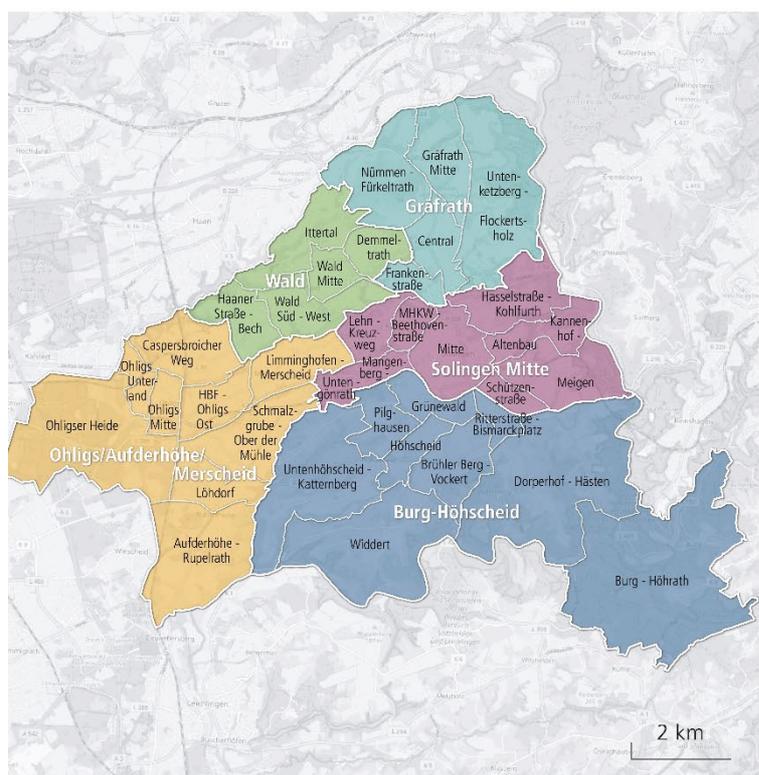
Im Vergleich der beiden Bezirke wird deutlich, dass der Stadtbezirk Innenstadt-Nord neben der sozialen Lage auch in weiteren Aspekten eine höhere Vulnerabilität aufweist. Durch den hohen Anteil an Neuzugewanderten sind sowohl das Wissen über die Institutionen Deutschlands – und damit auch das Gesundheitssystem – als auch die zu erwartenden Sprachkenntnisse geringer. Gleichzeitig leben die Menschen in beengten Wohnverhältnissen in Mehrfamilienhäusern. Sowohl innerhalb der Wohnungen gibt es weniger Raum zur privaten Nutzung (und somit kaum Möglichkeiten der Isolation im Krankheitsfall oder Raum für Homeoffice und Homeschooling) als auch weniger private Freiflächen wie Gärten, sodass die Bevölkerung des Bezirks Innenstadt-Nord auch von Kontaktbeschränkungen stärker betroffen war.

Insgesamt zeigt sich also, dass der Stadtbezirk (Innenstadt-Nord) mit den deutlich höheren Anteilen an Menschen mit Einwanderungsgeschichte und Menschen in prekären Lebensverhältnissen deutlich stärker von COVID-19-Infektionen betroffen ist, als der eher „bürgerliche“ Stadtbezirk Hombuch.

5.2 Fallstudie: Solingen

5.2.1 Strukturmerkmale der Stadt Solingen

Die kreisfreie Stadt Solingen ist Teil des Bergischen Landes, welches im südwestlichen Zentrum Nordrhein-Westfalens im Regierungsbezirk Düsseldorf sowie in der Metropolregion Rheinland liegt. Die Stadt Solingen bildet zusammen mit Remscheid und Wuppertal das Bergische Städtedreieck. Solingen bietet über 160.000 (2020: 162.940) Menschen einen Wohnort, wovon über ein Drittel (2020: 58.999) eine Migrationsgeschichte hat (Bertelsmann-Stiftung 2022a). Die Einwohner*innen Solingens verteilen sich auf fünf Stadtbezirke respektive 36 Quartiere (Abbildung 7) auf einer Fläche von 89,54 km² mit einer Bevölkerungsdichte von 1.820 Einwohner*innen pro Quadratkilometer.



Die fünf Stadtbezirke und 36 Quartiere der Stadt Solingen

Quelle: eigene Darstellung
Hintergrundkarte: OSM



Abbildung 7: Karte der Solinger Stadtbezirke und Quartiere

Die Einwohner*innenzahl von Solingen entwickelte sich in den letzten Jahrzehnten sehr schwankend. Sie erreichte ihren Höhepunkt in den 1970er Jahren mit knapp unter 180.000 Einwohnenden. Im Anschluss sank die Einwohner*innenzahl und pendelte sich zwischen 155.000 und 165.000 ein (Klingenstadt Solingen, Statistikstelle 2022). Die Anzahl an Ausländer*innen stieg seit den 1960er Jahren kontinuierlich von ca. 5.000 auf über 25.000 (2020: 28.041) an (Klingenstadt Solingen, Statistikstelle 2021b). Zwischen 2010 und 2020 wuchs der Anteil der Gruppe der Menschen mit Einwanderungsgeschichte von 30,7 % auf 36,2 % (Bertelsmann-Stiftung 2022a). 2020 wohnen die Menschen in Solingen in knapp 80.000 Haushalten. Davon waren die meisten (42,9 %) Einpersonenhaushalte. Die restlichen Anteile verteilen sich mit 29,5 % auf Paarhaushalte, 20,3 % auf Familienhaushalte und 7,3 % auf sonstige Haushalte.

Mit einem Altersdurchschnitt von 44,3 Jahren ist Solingen die zweitälteste Stadt der Fallstudien. Im Dezember 2020 gab es 7.069 erwerbslose Personen, was einer Quote von 7 % entspricht. Zwischen 2010 und 2020 stieg der Anteil der Nichtdeutschen an den Erwerbslosen von 27 % auf 36,8 %

(Bertelsmann-Stiftung 2022a; Klingenstadt Solingen, Statistikstelle 2021b). Dementsprechend sind nichtdeutsche Personen bei den Erwerbslosen überrepräsentiert. In Solingen leben Personen aus 140 verschiedenen Herkunftsländern. 2020 hatten die meisten Personen davon ihre Wurzeln in Italien (5.893), Türkei (5.785), Syrien (1.892), Polen (1.653), Griechenland (1.378) und Bulgarien (1.370) (Klingenstadt Solingen, Statistikstelle 2021a).

Tabelle 4: Kernindikatoren der fünf Solinger Stadtbezirke

Gebiet	Bevölkerungs- zahl	Bevölker- ungsdichte pro km ²	Menschen mit Einwanderungs- geschichte	Menschen mit Einwanderungs- geschichte (%)	Arbeitslosen- quote (%)	Alters- durch- schnitt
Solingen- Mitte	42.602	3.411	21.344*	50,1	10,6	42,0
Ohligs/ Aufder- höhe/ Merscheid	42.847	1.967	13.325*	31,1	5,7	45,0
Wald	24.190	3.066	9.047*	37,4	6,5	44,0
Burg/ Höhscheid	34.824	1.007	11.317*	32,5	5,4	46,0
Gräfrath	18.477	1.441	4.915*	26,6	5,4	46,0
Gesamt- stadt	162.940	1.820	58.999	36,2	7,0	44,3

Quelle: Bertelsmann-Stiftung 2022a; * Eigene Berechnung

Die Stadt Solingen gliedert sich in fünf Stadtbezirke, die sich hinsichtlich ihrer Bevölkerungskomposition deutlich unterscheiden (Tabelle 4). Der Bezirk mit den meisten Einwohner*innen ist Ohligs/Aufderhöhe/Merscheid mit 42.847 Einwohner*innen (1.967 pro km²), knapp gefolgt von dem Bezirk mit der höchsten Bevölkerungsdichte Solingen-Mitte mit 42.602 Einwohner*innen (3.411 pro km²). In Burg/Höhscheid leben 34.824 Einwohner*innen (1.007 pro km²), in Wald 24.190 Einwohner*innen (3.066 pro km²) und in Gräfrath 18.477 Einwohner*innen (1.441 pro km²). In Gräfrath und Burg/Höhscheid wohnen mit durchschnittlich 46 Jahren ältere Personen als in Solingen-Mitte (42 Jahre) und Wald (44 Jahre). Ohligs/Aufderhöhe/Merscheid liegt mit einem Durchschnittsalter von 45 in der Mitte. Menschen mit Einwanderungsgeschichte machen im Jahr 2020 im gesamten Stadtgebiet einen Anteil von 36,2 % aus. Die Verteilung in den Stadtbezirken ist sehr unterschiedlich. In Solingen-Mitte haben beispielsweise über 50 % und in Gräfrath unter 27 % eine Einwanderungsgeschichte (Bertelsmann-Stiftung 2022a). Ferner hat Solingen-Mitte mit einer Arbeitslosenquote von 10,6 % einen deutlich höheren Wert als die übrigen Stadtteile. Der Bezirk Wald folgt mit einer Arbeitslosenquote von 6,5 %. Die Stadtbezirke Ohligs/Aufderhöhe/Merscheid (5,7 %), Gräfrath (5,4 %) und Burg/Höhscheid (5,4 %) sind stark unter dem Durchschnittswert von Solingen (7,0 %) (Bertelsmann-Stiftung 2022a). Ein besonderer Fokus der Stadtentwicklung liegt auf der Solinger Nordstadt. Im Rahmen des Förderprogramms „Soziale Stadt“ sollen städtebauliche, soziale, infrastrukturelle und funktionale Mängel der Solinger Nordstadt behoben werden (Geschäftsstelle des Städteneetzes Soziale Stadt NRW 2022).

5.2.2 COVID-19-Betroffenheit in den Solinger Stadtbezirken und Quartieren

Die COVID-19-Betroffenheit in Solingen folgte dem allgemeinen Trend Nordrhein-Westfalens. Bis in den September 2020 lagen die 30-Tage-Inzidenzen der Solinger Stadtbezirke deutlich unter der 200er Marke. In den folgenden Monaten zeigt sich ein drastischer Anstieg in allen Bezirken, bevor für Januar und Februar wieder geringere Werte gemeldet wurden. Dann steigen die Zahlen erneut auf ein Maximum im April 2021. Im Juni und Juli 2021 werden die niedrigsten Inzidenzen des Jahres verzeichnet, bevor ab August und September wieder deutlich höhere Inzidenzen gemessen werden.

Anhand des COVID-19-Verlaufs der einzelnen Stadtbezirke ist eine hohe Dynamik der COVID-19-Betroffenheit in Solingen festzustellen (Abbildung 8). Solingen-Mitte, der Bezirk mit den höchsten Anteilen an Menschen mit Einwanderungsgeschichte (50,1 %) und der höchsten Arbeitslosenquote (10,6 %), erscheint dabei durchschnittlich am stärksten von COVID-19 betroffen. Gräfrath, der Bezirk mit den geringsten Anteilen an Menschen mit Einwanderungsgeschichte (26,6 %) und der geringsten Arbeitslosenquote (5,4 %), weist im Mittel hingegen eine deutlich geringere Betroffenheit auf.

Covid-19-Verlauf in Solingen

30-Tage-Inzidenz

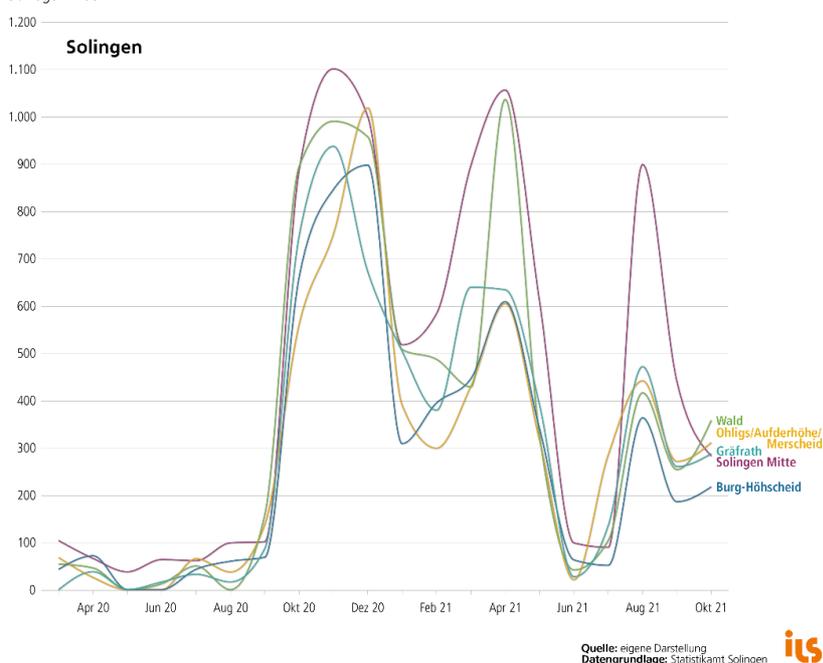


Abbildung 8: COVID-19-Verlauf in Solingen

Allerdings verändert sich die Schwere der Betroffenheit zwischen Bezirken zu den verschiedenen Zeitpunkten. Im März und Dezember 2020 hat Gräfrath - teils mit großem Abstand - die geringste Betroffenheit. Im März und August 2021 wandelt sich das Bild und Gräfrath ist der Bezirk mit den zweithöchsten Inzidenzen. Die Dynamik wird ebenfalls durch den Wechsel des Stadtbezirks mit der höchsten 30-Tage-Inzidenz deutlich. Zu den meisten Zeitpunkten hat Solingen-Mitte den höchsten Wert. Im Juli, September, Oktober und Dezember 2020 sowie im Juli und Oktober 2021 zeigen hingegen andere Bezirke höhere Werte. Im Dezember 2020 und Juli 2021 ist der Bezirk Ohligs/Aufderhöhe/Merscheid und im September und Oktober 2020 der Bezirk Wald am stärksten betroffen. Der Bezirk Burg-Höhscheid zeigt nur für den Zeitpunkt April 2020, zu Beginn der Pandemie, die höchsten Inzidenzen. Unter Berücksichtigung demographischer Daten zeigt sich also insgesamt, dass Bezirke mit einer höheren Einwohner*innendichte sowie Arbeitslosenquote und einem höheren Anteil an Menschen mit Einwanderungsgeschichte eine durchschnittlich höhere COVID-19-Betroffenheit

aufweisen. Besonders auffällig scheint dieser Zusammenhang in Solingen-Mitte, wenngleich insgesamt eine hohe räumliche Dynamik festgestellt wird.

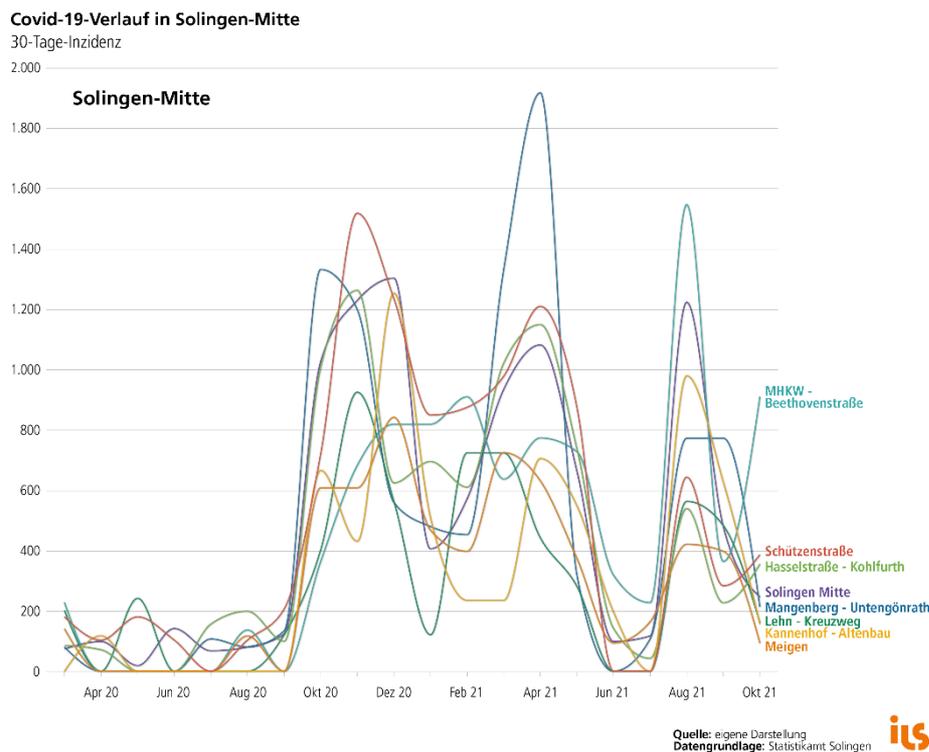


Abbildung 9: Verlauf in Solingen-Mitte

Die hohe räumliche Dynamik der COVID-19-Betroffenheiten zeigt sich auch bei einem Detailblick in den durchschnittlich am stärksten betroffenen Stadtbezirk Solingen-Mitte. Unterhalb der Ebene der fünf Stadtbezirke liegt in Solingen die Gebietseinheit von 36 Quartieren, die einen noch kleinräumigeren Blick auf das Infektionsgeschehen ermöglichen. In Abbildung 9 sind die acht Quartiere abgetragen, die unterhalb der administrativen Einheit des Stadtbezirks Solingen-Mitte liegen. Die Entwicklung der Inzidenzen in den einzelnen Quartieren von Solingen-Mitte verdeutlicht, dass auch auf dieser kleinräumigen Quartiersebene sehr wechselhafte Betroffenheiten im beobachteten Pandemieverlauf vorzufinden sind. Zu verschiedenen Zeitpunkten weisen unterschiedliche Quartiere die höchsten Inzidenzen auf. Im Oktober 2020 erscheint das Quartier Mengenberg-Untengönrath am stärksten betroffen. Im Folgemonat weist hingegen das Quartier Schützenstraße die höchsten Inzidenzen aus. Im Dezember wiederum ist das Quartier Solingen-Mitte die Gebietseinheit mit der höchsten Betroffenheit im Stadtbezirk. Lediglich Kannenhof-Altenbau und Meigen sind zu keinem der von uns untersuchten Zeiträume die Quartiere mit der höchsten Betroffenheit. Allerdings sind sie auch nicht die Quartiere, die durchgehend die geringsten Inzidenzwerte ausweisen. Entsprechend muss festgehalten werden, dass für Solingen keine einzelnen Quartiere identifiziert werden können, die im gesamten Pandemieverlauf die höchsten Betroffenheiten ausweisen. Dies kann nochmals als Indiz der hohen kleinräumlichen Dynamik verstanden werden, da sowohl auf der Ebene der Bezirke als auch auf der kleinräumigen Quartiersebene zwar Tendenzen stärkerer Betroffenheiten erkannt werden können, diese jedoch im Zeitverlauf nicht persistent erscheinen.

Um dieser hohen Dynamik innerhalb der Stadtbezirke Solingens Rechnung zu tragen und dennoch räumliche Muster von Gebieten identifizieren zu können, die im Pandemieverlauf besonders häufig

eine überdurchschnittliche Betroffenheit aufweisen, wurde die kleinräumige Ebene der Solinger Quartiere und ihre 30-Tage-Inzidenzen kartografisch dargestellt (Abbildung 10).

30-Tage-Inzidenzen der 36 Solinger Quartiere von März 2020 bis Oktober 2021 im innerstädtischen Vergleich

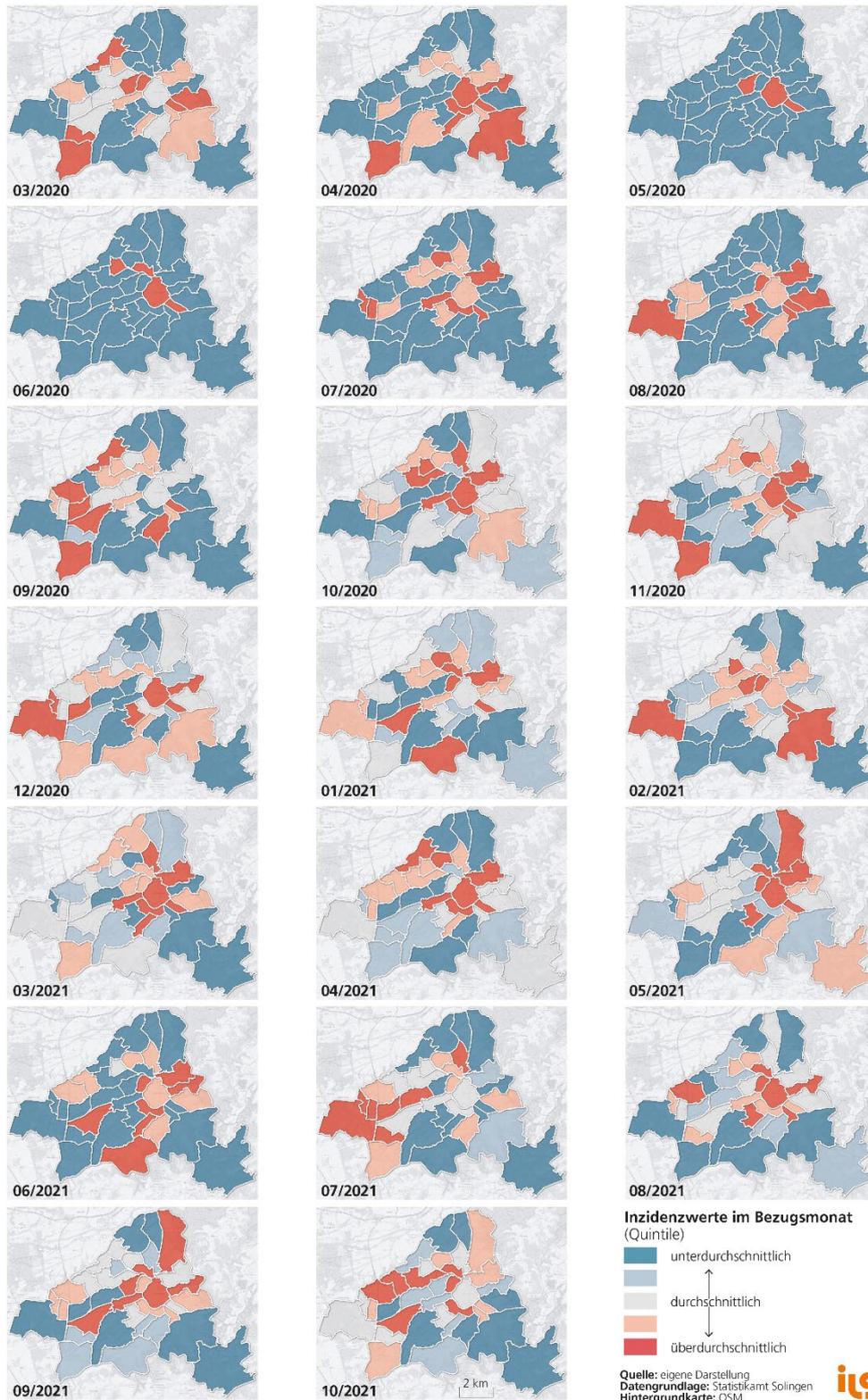


Abbildung 10: 30-Tage-Inzidenzen der 36 Solinger Quartiere von März 2020 bis Oktober 2021

wanderungsgeschichte und benachteiligten sozialen Lagen. Die Charakterisierung der stärker betroffenen Quartiere im Außenbereich ist schwieriger, da statistische Daten hier nur auf der Ebene der Stadtbezirke dargestellt werden und sich Quartiere innerhalb der Bezirke, wie auch am Beispiel Solingen-Mitte deutlich wurde (Abbildung 9), sowohl hinsichtlich der Betroffenheiten als auch der Bevölkerungszusammensetzung und Baustruktur sehr heterogen gestalten können.

Zusammenfassend weist Solingen also eine hohe Dynamik im Infektionsgeschehen mit vereinzelt hohen Inzidenzwerten in unterschiedlichen Stadträumen auf, wobei die urbanen Gebiete im Zentrum insgesamt durch überdurchschnittliche Werte gekennzeichnet sind. Damit scheinen sich in Solingen zunächst die vermehrte Infektionsbetroffenheit mit den Faktoren des Anteils von Menschen mit Einwanderungsgeschichte und der Arbeitslosenquote räumlich (auf der Ebene der Bezirke) zu überlagern. Es sind allerdings auch die urbanen Gebiete, die, neben der höheren ethnischen Diversität und schlechteren sozialen Lage, eher durch Mietwohnungen, weniger private Grünflächen und insgesamt beengte Wohn- und Lebensweisen geprägt sind.

Genauere Hinweise auf die Zusammenhänge zwischen den räumlichen COVID-19-Betroffenheiten und der sozialstrukturellen Zusammensetzung auf der Ebene der Quartiere erkennen wir im Folgenden bei der Betrachtung der unterschiedlichen Milieus der Bevölkerung mit Einwanderungsgeschichte.

5.2.3 Fokus: Migrant*innenmilieus

Die vom Bundesverband Wohnen und Stadtentwicklung (vhw) gemeinsam mit dem SINUS-Institut entwickelte Milieusystematik für die Bevölkerung mit Einwanderungsgeschichte in Deutschland ab 15 Jahre ermöglicht einen Blick auf lebensweltliche Differenzen innerhalb der migrantischen Bevölkerung. In Anlehnung an die SINUS-Milieus wurde, auf Basis von Interviews sowie ergänzenden georeferenzierten Daten, erstmals 2015 ein Modell mit zehn Migrant*innenmilieus entwickelt, die kleinräumig verortet werden können. Im Jahr 2018 wurde das Modell nochmals aktualisiert. Für unsere Analysen bildet das Modell von 2018 die Datengrundlage.

SINUS VHW Migrant*innenmilieus 2018

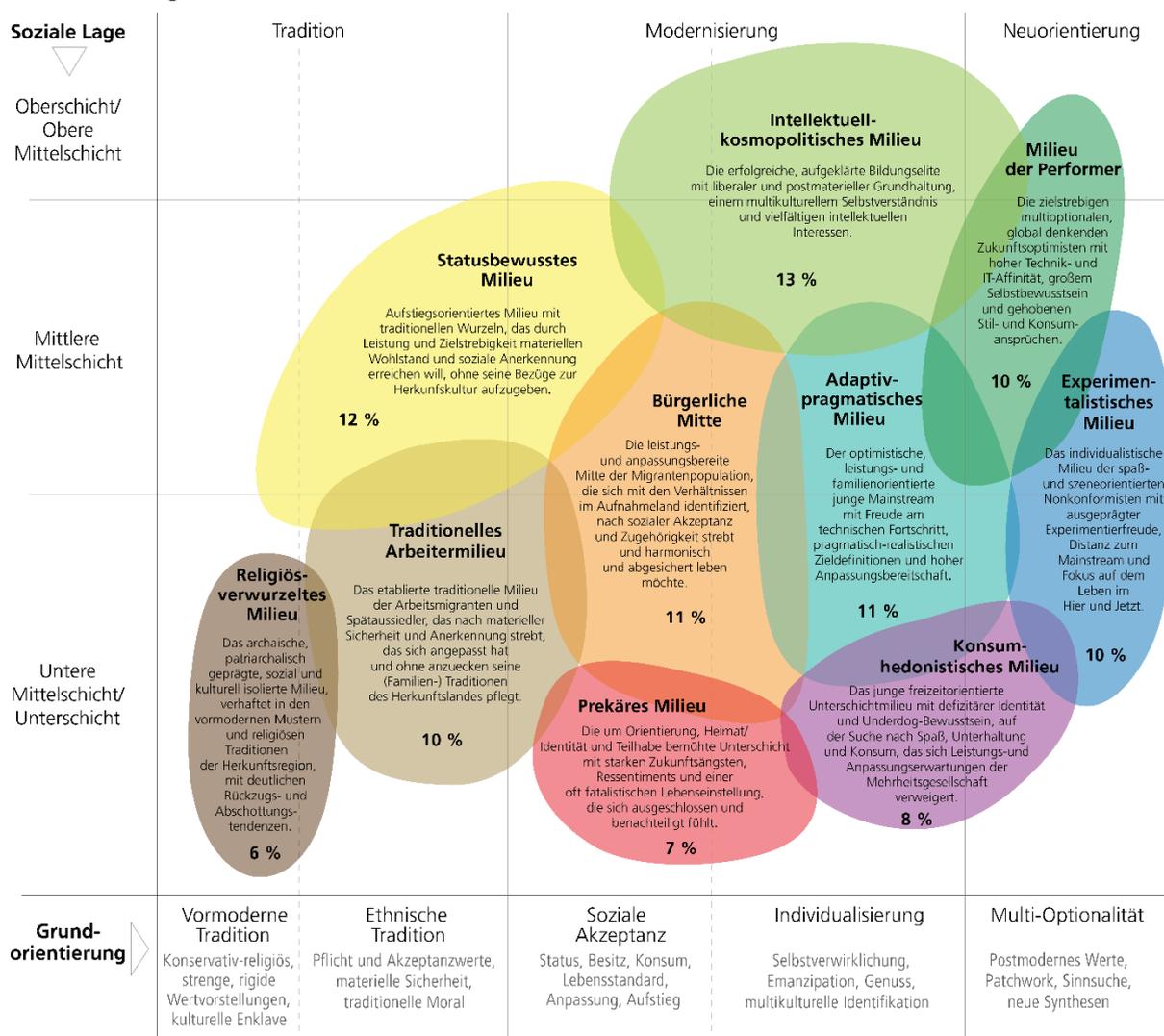


Abbildung 12: SINUS-vhw-Migrant*innenmilieus 2018

Quelle: Eigene Darstellung; Daten: Hallenberg 2018

Das Migrant*innenmilieumodell beschreibt insgesamt zehn verschiedene soziale Milieus. Dabei spannen sich die Milieus auf zwei Dimensionen auf. In der vertikalen Dimension bildet die soziale Lage als ökonomische Kennziffer die finanzielle Situation der Milieus ab. Daneben wird auf der horizontalen Achse die lebensweltliche Grundorientierung abgetragen. Diese spannt sich zwischen einer weiterhin klar auf die Herkunftskultur ausgerichteten Lebenswelt mit einer hohen Traditionsverbundenheit auf der einen Seite und einem klar postmodernen Lebensstil auf der anderen Seite auf (Abbildung 12). Den eher traditionsverbundenen Milieus „Religiös-verwurzeltes Milieu“, „Traditionelles Arbeitermilieu“ und „Statusbewusstes Milieu“ wird knapp ein Drittel (28 %) der Bevölkerung mit Einwanderungsgeschichte in Deutschland ab 15 Jahre zugerechnet.

Tabelle 5: Heatmap der Korrelationskoeffizienten für die Inzidenz und SINUS-vhw-Migrant*innenmilieus bezogen auf das jeweilige Datum auf der Quartierebene

	Mrz 20	Apr 20	Mai 20	Jun 20	Jul 20	Aug 20	Sep 20	Okt 20	Nov 20	Dez 20
Statusbewusste	-0,146	-0,144	-0,251	-0,352 *	-0,381 *	-0,374 *	-0,257	-0,492 **	-0,312	-0,109
Intellektuell-Kosmopol.	-0,191	-0,193	-0,263	-0,370 *	-0,271	-0,360 *	-0,255	-0,490 **	-0,352 *	-0,024
Performer	-0,146	-0,058	-0,264	-0,202	0,004	-0,211	-0,247	-0,288	-0,218	0,021
Experimentalisten	0,344 *	-0,018	0,115	0,022	-0,043	0,098	0,160	0,016	0,071	-0,131
Adaptiv-Pragmatische	0,108	0,055	0,028	-0,117	-0,125	-0,029	0,125	0,122	0,081	-0,129
Bürgerliche Mitte	-0,224	-0,219	-0,031	-0,393 *	-0,406 *	-0,364 *	-0,064	-0,296	-0,299	-0,232
Traditionelle Arbeiter	0,057	0,176	0,157	0,446 **	0,448 **	0,416 *	0,180	0,487 **	0,354 *	0,194
Religiös-Verwurzelte	0,113	0,157	0,212	0,323	0,212	0,325	0,191	0,415 *	0,286	0,036
Prekäres Milieu	0,154	0,065	0,250	0,145	-0,045	0,180	0,175	0,225	0,138	-0,083
Konsum-Hedonisten	0,227	0,185	0,304	0,467 **	0,442 **	0,405 *	0,274	0,492 **	0,368 *	0,188

	Jan 21	Feb 21	Mrz 21	Apr 21	Mai 21	Jun 21	Jul 21	Aug 21	Sep 21	Okt 21
Statusbewusste	-0,321	-0,526 ***	-0,364 *	-0,472 **	-0,410 *	-0,260	-0,247	-0,747 ***	-0,548 ***	-0,374 *
Intellektuell-Kosmopol.	-0,449 **	-0,566 ***	-0,371 *	-0,594 ***	-0,528 ***	-0,384 *	-0,057	-0,735 ***	-0,593 ***	-0,424 **
Performer	-0,469 **	-0,390 *	-0,334 *	-0,433 **	-0,373 *	-0,239	0,069	-0,561 ***	-0,483 **	-0,276
Experimentalisten	0,021	0,160	-0,146	0,151	0,015	0,080	-0,097	0,164	-0,166	0,249
Adaptiv-Pragmatische	0,115	0,171	0,038	0,016	-0,068	0,290	-0,051	0,176	0,275	0,307
Bürgerliche Mitte	-0,289	-0,462 **	-0,257	-0,341 *	-0,382 **	-0,544 ***	-0,213	-0,651 ***	-0,299	-0,575 ***
Traditionelle Arbeiter	0,372 *	0,509 **	0,472 **	0,447 **	0,471 **	0,305	0,264	0,709 ***	0,546 ***	0,359 *
Religiös-Verwurzelte	0,452 **	0,477 **	0,363 *	0,554 ***	0,481 **	0,336 *	0,025	0,684 ***	0,541 ***	0,312
Prekäres Milieu	0,497 **	0,384 *	0,166	0,425 **	0,438 **	0,245	-0,137	0,544 ***	0,440 **	0,231
Konsum-Hedonisten	0,331 *	0,559 ***	0,410 *	0,553 ***	0,513 **	0,314	0,254	0,766 ***	0,524 **	0,459 **

N=36 / statistisch signifikant * bei p<0.05; ** bei p<0.01; *** bei p<0.001

Quelle: Eigene Berechnungen und Darstellung; Daten: Statistikamt Solingen; vhw

Lesebeispiel: Der Wert in der ersten Zelle bedeutet, dass die Korrelation im März 2020 zwischen der Variable „30-Tage-Inzidenz“ und der Variable „Anteil Statusbewusstes Milieu“ -0,146 beträgt. Das bedeutet, dass je höher der Anteil an Personen, die dem Statusbewussten Milieu zugerechnet werden, in einem Stadtteil ist, desto niedriger ist die Inzidenz in dem Gebiet zu diesem Zeitpunkt.

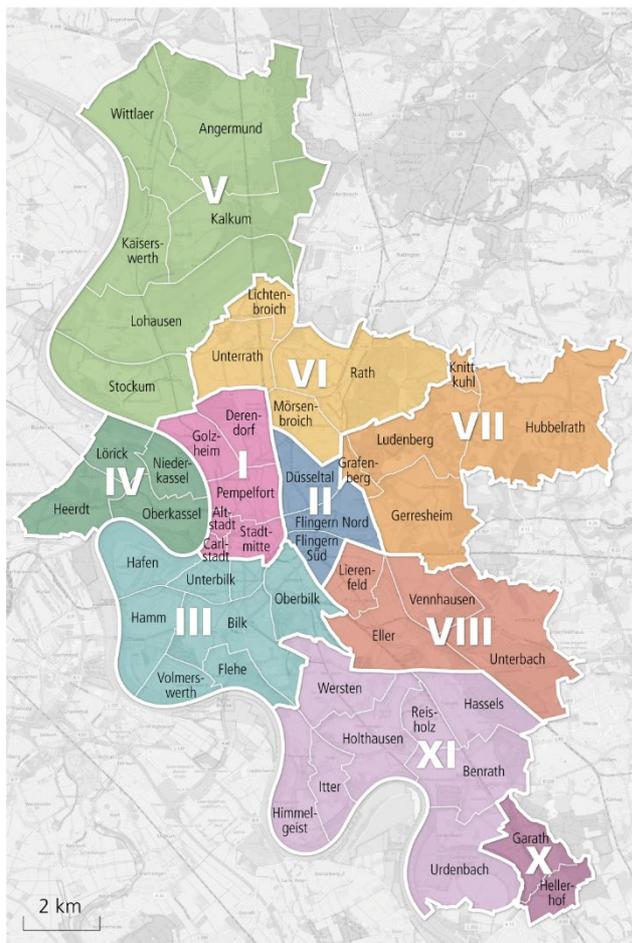
Für Solingen können auf der Ebene der Quartiere interessante Beobachtungen festgehalten werden (Tabelle 5). Zum einen zeigen die Milieus, die sich am unteren Ende der Skala zur sozialen Lage positionieren (Religiös-Verwurzeltes Milieu, Traditionelles Arbeitermilieu, Prekäres Milieu, Konsum-Hedonistisches Milieu) nahezu durchweg einen positiven Zusammenhang mit dem Infektionsgeschehen. In Gebieten mit einem höheren Anteil an Menschen mit Einwanderungsgeschichte, die diesen Milieus zugeordnet werden, lassen sich also auch vermehrt Infektionen beobachten. Gleichwohl ist das Religiös-Verwurzelte Milieu, als das am stärksten der Herkunftskultur verhaftete Milieu, in dieser Analyse keinesfalls stärker betroffen als die anderen Milieus in vergleichbaren sozialen Lagen (Prekäres Milieu; Konsum-Hedonistisches Milieu). Da im Statusbewussten Milieu – einem ähnlich stark wie das Religiös-Verwurzelte Milieu in der Herkunftskultur verhafteten Milieu – durchweg negative Zusammenhänge mit der Infektionsbetroffenheit festgestellt wurden, kann die These, dass eine stärkere Verbundenheit mit der Herkunftstradition mit höheren COVID-19-Betroffenheiten einhergeht, nicht bestätigt werden. Viel eher erscheint auch in dieser Analyse die soziale Lage der Bevölkerung ausschlaggebend für eine erhöhte Infektionsbetroffenheit.

5.3 Fallstudie: Düsseldorf

5.3.1 Strukturmerkmale der Stadt Düsseldorf

Düsseldorf, die Landeshauptstadt Nordrhein-Westfalens liegt südwestlich des Ruhrgebiets in der Rheinschiene und wird sowohl der Metropolregion Rhein-Ruhr als auch der Metropolregion Rheinland zugerechnet. Als Landeshauptstadt und mit gleichzeitigem Sitz der Bezirksregierung des gleichnamigen Regierungsbezirks ist Düsseldorf stark durch Verwaltungsbehörden geprägt. Daneben finden sich viele Headquarter internationaler Unternehmen im Stadtgebiet. Aufgrund der zentralen Lage und wirtschaftlichen Prosperität der Stadt ist sie stark durch Pendlerverflechtungen mit dem Umland verbunden.

Düsseldorf ist die bevölkerungsreichste Stadt in unserer Untersuchung. Mit aktuell etwa 645.000 Einwohnenden ist Düsseldorf die zweitgrößte Stadt im Bundesland Nordrhein-Westfalen und die siebtgrößte Stadt in Deutschland. Im Jahr 2019 lebten 152.232 (23,6%) ausländische Staatsbürger*innen ohne deutschen Pass in Düsseldorf. Insgesamt 272.982 der Düsseldorfer Einwohner*innen besitzen eine Einwanderungsgeschichte, das entspricht 42,3% der Gesamtbevölkerung (Landeshauptstadt Düsseldorf 2020, S. 10). Auf einer Gesamtfläche von 217,41 km² gliedert sich die Stadt in zehn Stadtbezirke. Unterhalb der Stadtbezirke liegt die administrative Einheit der 50 Stadtteile (Abbildung 13).



Die zehn Stadtbezirke und 50 Stadtteile der Stadt Düsseldorf

Quelle: eigene Darstellung
Hintergrundkarte: OSM 

Abbildung 13: Karte der Düsseldorfer zehn Stadtbezirke und 50 Stadtteile

Zwischen den Jahren 2014 und 2020 wuchs der Anteil der nichtdeutschen Bevölkerung in der Landeshauptstadt Düsseldorf von 126.388 auf 151.853. Das entspricht einer Steigerung von über 20% (Landeshauptstadt Düsseldorf 2020). Im Jahr 2019 verteilte sich die Wohnbevölkerung Düsseldorfs auf knapp 360.000 Haushalte. Mit über der Hälfte aller Haushalte bildeten Einpersonenhaushalte die vorherrschende Haushaltsgröße (194.133 oder 53,9%). Auf Zweipersonenhaushalte entfielen 25,5% (91.788) und 37.255 (10,4%) waren Dreipersonenhaushalte. Die übrigen 36.787 Haushalte (10,2%) wurden der Kategorie Vier- oder Mehrpersonenhaushalte zugerechnet. In 17% der Düsseldorfer Haushalte leben Kinder unter 18 Jahren (ebd.: 19). Mit einem Durchschnittsalter von 43,0 Jahren hat Düsseldorf die jüngste Bevölkerung unserer Fallstudien (ebd.: 7).

Die Arbeitslosenquote betrug im Jahr 2020 in der Landeshauptstadt Düsseldorf 9,6%. In der ausländischen Bevölkerung lag die Arbeitslosenquote bei 17,8% und damit fast doppelt so hoch wie

in der Gesamtbevölkerung (Bertelsmann-Stiftung 2022b). Die häufigsten fünf Herkunftsregionen sind dabei die Türkei, Griechenland, Polen, Italien und Syrien. Zusammen liegt ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung bei 30,5 % (Landeshauptstadt Düsseldorf 2020, S. 11). Eine migrationspezifische Besonderheit Düsseldorfs ist der hohe Anteil japanischer Bevölkerung und Unternehmen. Nach London und Paris ist Düsseldorf mit über 8.000 Japaner*innen die drittgrößte japanische Gemeinde Europas.

Tabelle 6: Kernindikatoren der Düsseldorfer Stadtbezirke

Stadtbezirk	Bevölkerungszahl	Menschen mit Einwanderungsgeschichte (%)	Arbeitslosenquote (%)	Singlehaushalte (%)	Paarhaushalte (%)	Drei- und Mehrpersonenhaushalte (%)
I	85.996	44,4	8,0	63,7	22,3	14,0
II	63.991	45,1	10,1	58,5	23,3	18,2
III	120.921	44,9	9,3	62,7	22,8	14,5
IV	45.198	40,4	6,8	51,2	26,1	22,7
V	34.479	32,2	5,9	41,4	28,7	29,9
VI	66.957	47,1	11,2	47,5	27,4	25,1
VII	46.900	32,2	8,3	46,9	29,0	24,1
VIII	60.412	43,1	11,5	48,2	28,0	23,8
IX	94.170	44,7	11,1	46,8	28,4	24,7
X	24.729	48,7	15,7	38,9	31,0	30,1
Gesamtstadt	643.753	43,1	9,8	54,0	25,6	20,4

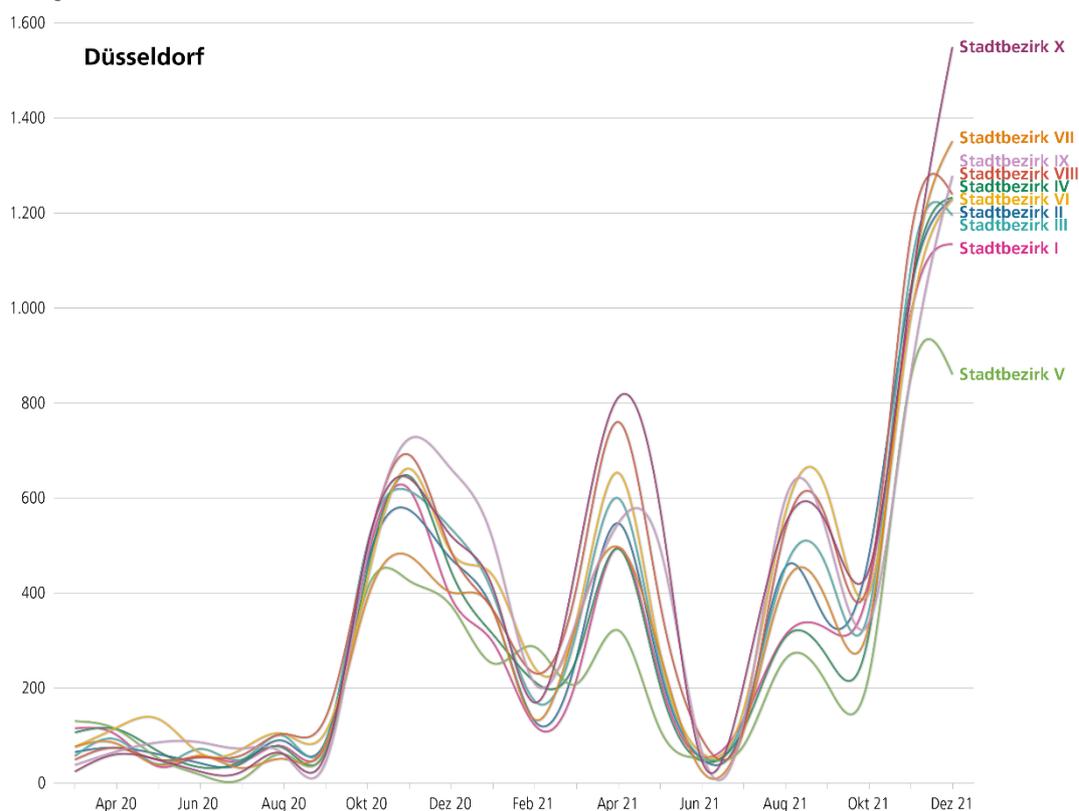
Quelle: Landeshauptstadt Düsseldorf o. J.

5.3.2 COVID-19-Betroffenheit in den Düsseldorfer Stadtbezirken und Stadtteilen

Die COVID-19-Inzidenzen in der Landeshauptstadt Düsseldorf spiegeln insgesamt den allgemeinen Trend in Nordrhein-Westfalen: Geringere 30-Tage-Inzidenzwerte in der ersten Jahreshälfte 2020 und eine deutliche Steigerung ab September. Im Jahr 2021 zeigten sich die höchsten Werte der Wellen im April und August bevor die Zahlen im November und Dezember regelrecht explodieren.

Covid-19-Verlauf in Düsseldorf

30-Tage-Inzidenz



Quelle: eigene Darstellung
 Datengrundlage: Statistik und Gesundheitsamt Düsseldorf



Abbildung 14: COVID-19-Verlauf in Düsseldorf

Auch in Düsseldorf zeigt sich bei der kleinräumigeren Betrachtung der einzelnen Stadtbezirke eine sehr hohe Dynamik (Abbildung 14). Auf der Ebene der zehn Stadtbezirke zeigen sich zu unterschiedlichen Zeitpunkten unterschiedliche Betroffenheiten. Insgesamt folgen alle Stadtbezirke in der Entwicklung der 30-Tage-Inzidenz einem gemeinsamen Trend. Gleichzeitig variieren die Bezirke hinsichtlich ihrer Betroffenheit im Zeitverlauf. Im März 2020, zu Beginn der Pandemie, erscheint der Stadtbezirk V (Stockum, Lohausen, Kaiserswerth, Wittlaer, Kalkum, Angermund) am stärksten betroffen. Im November 2020 ist hingegen der Stadtbezirk IX (Wersten, Holthausen, Reisholz, Benrath, Urdenbach, Hassels, Itter, Himmelgeist) am stärksten betroffen und der Stadtbezirk V weist die geringsten Inzidenzwerte aus. Im April 2021 wiederum verzeichnet der Stadtbezirk X (Garath, Hellerhof) die höchste Betroffenheit und der Stadtbezirk IX liegt im Mittelfeld der ermittelten Inzidenzen. Im August 2021 verzeichnet der Stadtbezirk IX wiederum die höchste Inzidenz im städtischen Vergleich, im folgenden September ist hingegen der Stadtbezirk VI (Lichtenbroich, Unterrath, Rath, Mörsenbroich) am stärksten betroffen. Die gleiche Dynamik zeigt sich auch bei einer Betrachtung der Bezirke mit den geringsten Betroffenheiten. Auch hier wechseln sich die Bezirke mit den niedrigsten Inzidenzen im Zeitverlauf häufig ab, wenngleich festgehalten werden kann, dass der Bezirk V – ein Stadtbezirk mit unterdurchschnittlichen Anteilen an Personen mit Einwanderungsgeschichte und geringen Arbeitslosenzahlen - mit Ausnahme der ersten Pandemienmonate im Zeitverlauf tendenziell unterdurchschnittliche Inzidenzwerte verzeichnet. Insgesamt muss für den gesamten Pandemieverlauf für Düsseldorf eine sehr hohe Dynamik beschrieben werden, wo zu unterschiedlichen Zeitpunkten verschiedenen Stadtbezirke am stärksten und am geringsten betroffen erscheinen, sich jedoch durchaus Tendenzen der über- und unterdurchschnittlichen Betroffenheit erkennen lassen. Bei der Betrachtung der durchschnittlichen 30-Tage-Inzidenzen über den gesamten Beobachtungs-

zeitraum (März 2020 bis Dezember 2021) erscheinen die Bezirke VIII, IX und X im traditionell eher industriellen Düsseldorfer Süden mit durchschnittlichen bis höheren Anteilen an Personen mit Einwanderungsgeschichte und höheren Arbeitslosenzahlen, am stärksten betroffen. Demgegenüber verzeichnet der „bürgerliche“ Stadtbezirk V die geringsten Infektionsbetroffenheiten. Für die kleinräumigere Betrachtung und tiefergehende Analysen wurden daher die Bezirke VIII, IX und X, als im gesamten betrachteten Zeitverlauf am stärksten betroffene Gebiete, ausgewählt.

Für die Landeshauptstadt Düsseldorf liegen die 30-Tage-Inzidenzen auch auf der Ebene der 50 Stadtteile vor. Dies ermöglicht einen noch kleinräumigeren Blick auf die Betroffenheiten im Zeitverlauf als die Darstellung der Stadtbezirke. Zunächst wird der kleinräumige Verlauf innerhalb der am stärksten betroffenen Stadtbezirke VIII, IX und X dargestellt (Abbildung 15).

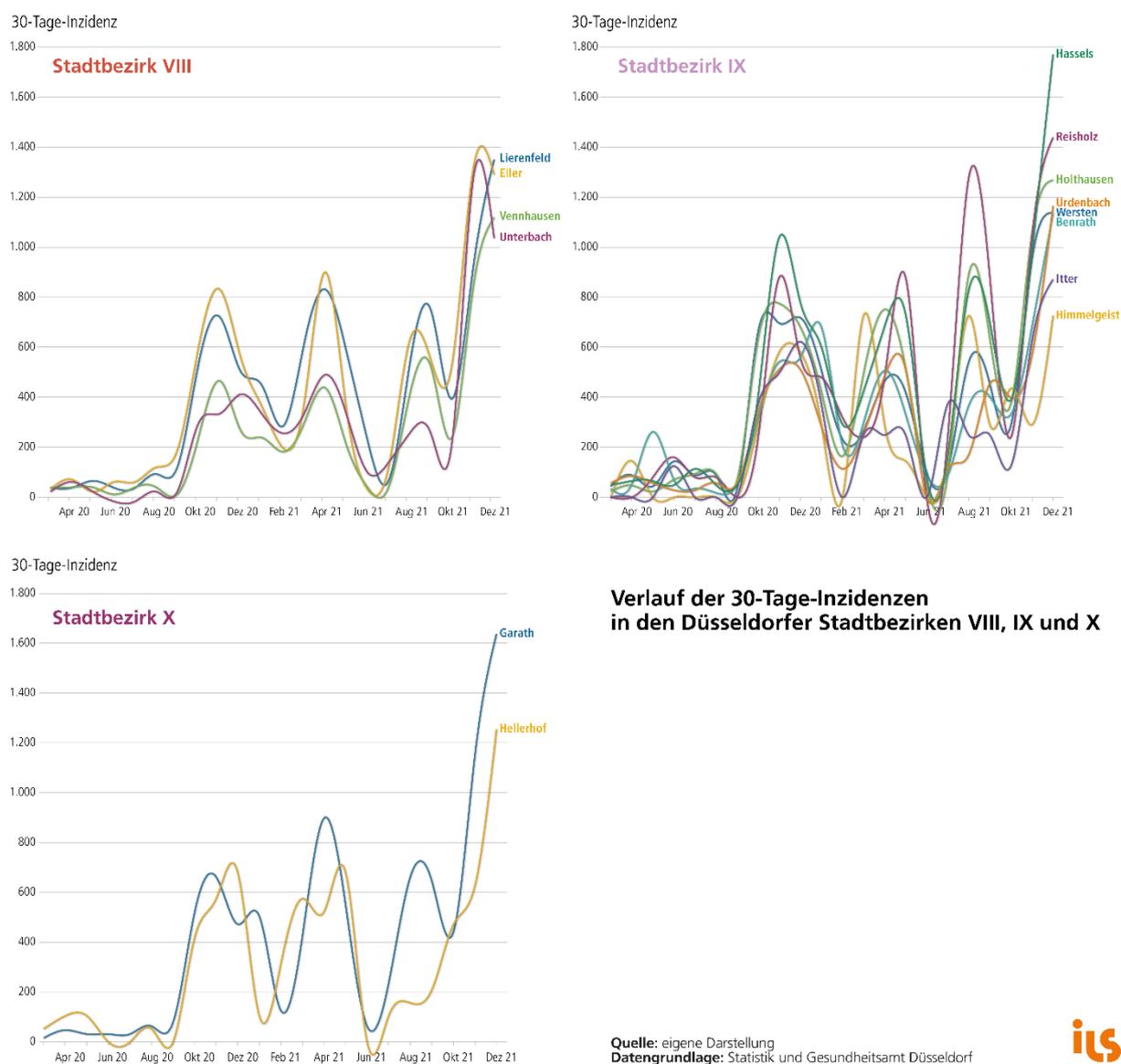


Abbildung 15: Verlauf der 30-Tage-Inzidenzen im Stadtbezirk VIII, Stadtbezirk IX und Stadtbezirk X

Der Stadtbezirk VIII setzt sich aus vier Stadtteilen zusammen wobei die Stadtteile Lierenfeld und Eller deutlich höhere Infektionsbetroffenheiten verzeichnen als die Stadtteile Vennhausen und Unterbach. Auch hier lässt sich das schon bekannte Muster einer höheren Betroffenheit der Stadtteile mit höheren Anteilen von Menschen mit Einwanderungsgeschichte und in prekären Lebenslagen gegenüber eher

„bürgerlichen“ Stadtteilen beobachten. Lediglich ganz zu Beginn der Pandemie (im März 2020) sowie bei niedrigen Inzidenzen im Juli 2021 erscheint weder Eller noch Lierenfeld am stärksten betroffen. Zu allen anderen Zeitpunkten weisen sie jedoch, meist mit deutlichem Abstand, die höchsten Inzidenzen im Stadtbezirk VIII aus.

Für den Stadtbezirk IX spiegelt auch der Detailblick auf die Inzidenzverläufe der Stadtteile des Bezirks die hohe räumliche Dynamik wider. Auch hier bestätigen sich die Ergebnisse, dass zu unterschiedlichen Zeitpunkten unterschiedliche Raumeinheiten die stärksten Betroffenheiten ausweisen. Dennoch kann beobachtet werden, dass die sozial benachteiligten Stadtteile Hassels und Reisholz häufiger als die anderen Stadtteile überdurchschnittlich betroffen erscheinen.

Auch für den Stadtbezirk X, der sich mit Garath und Hellershof aus lediglich zwei Stadtteilen zusammensetzt, kann der Inzidenzverlauf als kleinräumig sehr dynamisch beschrieben werden. Beide Stadtteile folgen insgesamt derselben Entwicklung, sind zu unterschiedlichen Zeitpunkten jedoch unterschiedlich stark betroffen und auch ein Blick auf die Differenzen zwischen den Inzidenzen zu einzelnen Zeitpunkten offenbart die hohe Dynamik. Liegen die 30-Tage-Inzidenzwerte zu einigen Zeitpunkten nahezu aufeinander, zeigt sich zu anderen Zeitpunkten (September und November 2021) eine Differenz von über 500 je 100.000 Einwohnenden. Wobei auch hier der sozial benachteiligte Stadtteil Garath überwiegend die höheren Werte aufweist.

Um der hohen Dynamik innerhalb der Stadtbezirke Rechnung zu tragen und dennoch räumliche Muster von Gebieten identifizieren zu können, die im Pandemieverlauf besonders häufig eine überdurchschnittliche Betroffenheit aufweisen, wurden die kleinräumige Ebene der Düsseldorfer Stadtteile und ihre 30-Tage-Inzidenzen kartografisch dargestellt (Abbildung 16).

30-Tage-Inzidenzen der 50 Düsseldorfer Stadtteile von März 2020 bis Dezember 2021 im innerstädtischen Vergleich

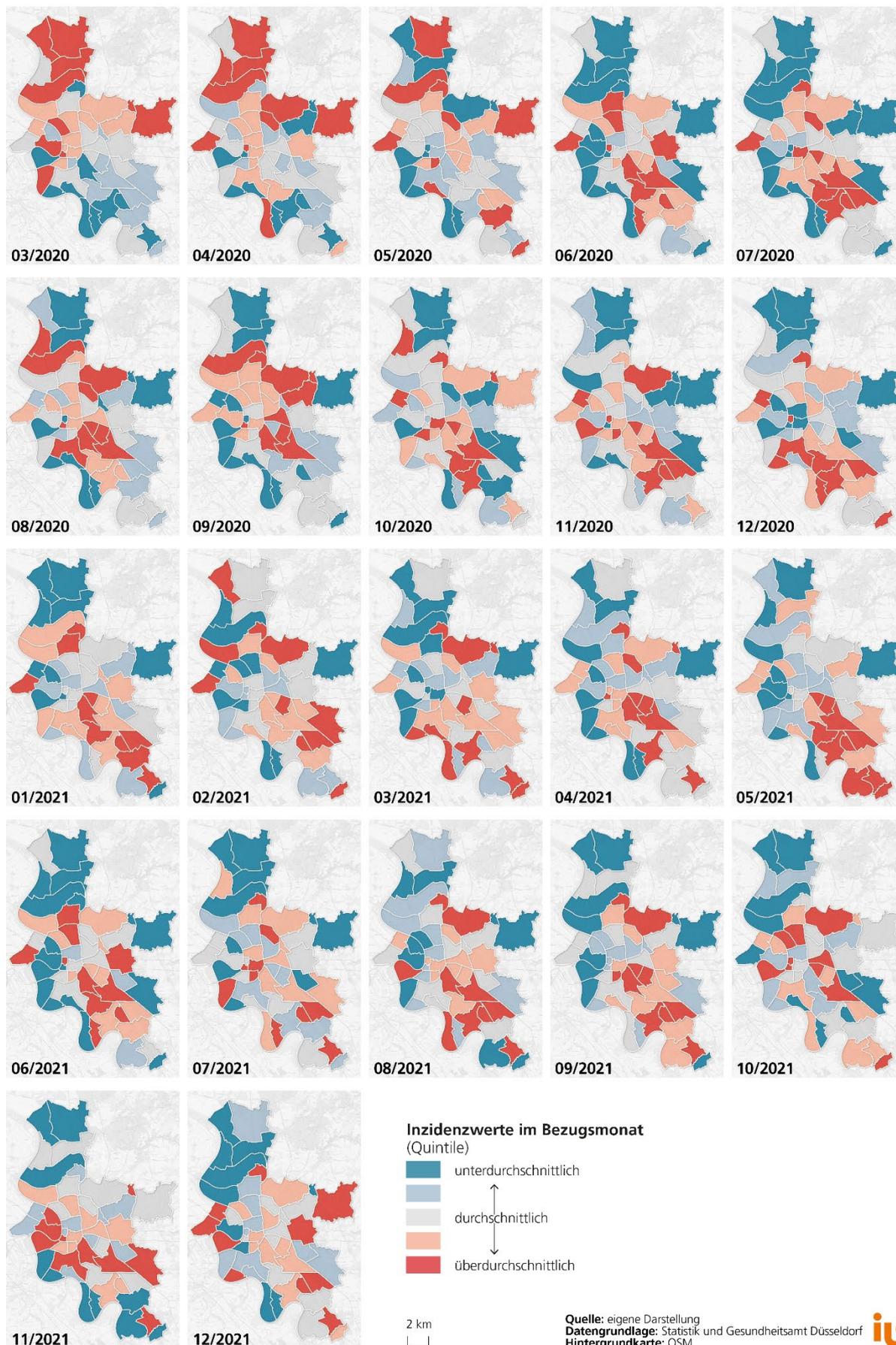


Abbildung 16: 30-Tage-Inzidenzen der 50 Düsseldorfer Stadtteile von März 2020 bis Dezember 2021

Abbildung 16 beschreibt die Entwicklung der 30-Tage-Inzidenzen in Düsseldorf auf der Ebene der Stadtteile für den Zeitraum von März 2020 bis Dezember 2021. Eine Betrachtung der Entwicklung der COVID-19-Inzidenzen im Zeitverlauf zeigt dabei ein deutliches räumliches Muster. Zu Beginn der Pandemie, in den Monaten März und April 2020, zeigten sich vor allem in den Außenbereichen der Stadt erhöhte Inzidenzen. Insbesondere die Stadtteile im Norden Düsseldorfs, aber auch am östlichen und westlichen Stadtrand, schienen überdurchschnittlich betroffen, die Bereiche südlich des Zentrums hingegen eher unterdurchschnittlich. Dieses Muster ändert sich jedoch ab Mai 2020. Jetzt erscheinen zunehmend auch Stadtteile im Süden stärker betroffen und im Norden nehmen die Inzidenzen im innerstädtischen Vergleich immer weiter ab. Dieses Bild verfestigt sich in den Folge Monaten zunehmend. Neben der verstärkten Betroffenheit der Stadtteile im Süden zeigen sich auch am westlichen Stadtrand Gebiete, die im Pandemieverlauf häufiger überdurchschnittlich hohe Inzidenzen ausweisen. Auch hier scheinen sich erhöhte 30-Tage-Inzidenzen zu verfestigen. Parallel zu diesen Entwicklungen zeigen sich aber auch (zu unterschiedlichen Zeitpunkten) erhöhte Inzidenzen in einzelnen Stadtteilen im nördlichen Teil Düsseldorfs. So muss auch für Düsseldorf insgesamt eine hohe Dynamik des innerstädtischen Infektionsgeschehens festgehalten werden, da auch hier kein Stadtteil zu jedem abgetragenen Zeitpunkt niedrige Inzidenzen ausweist.

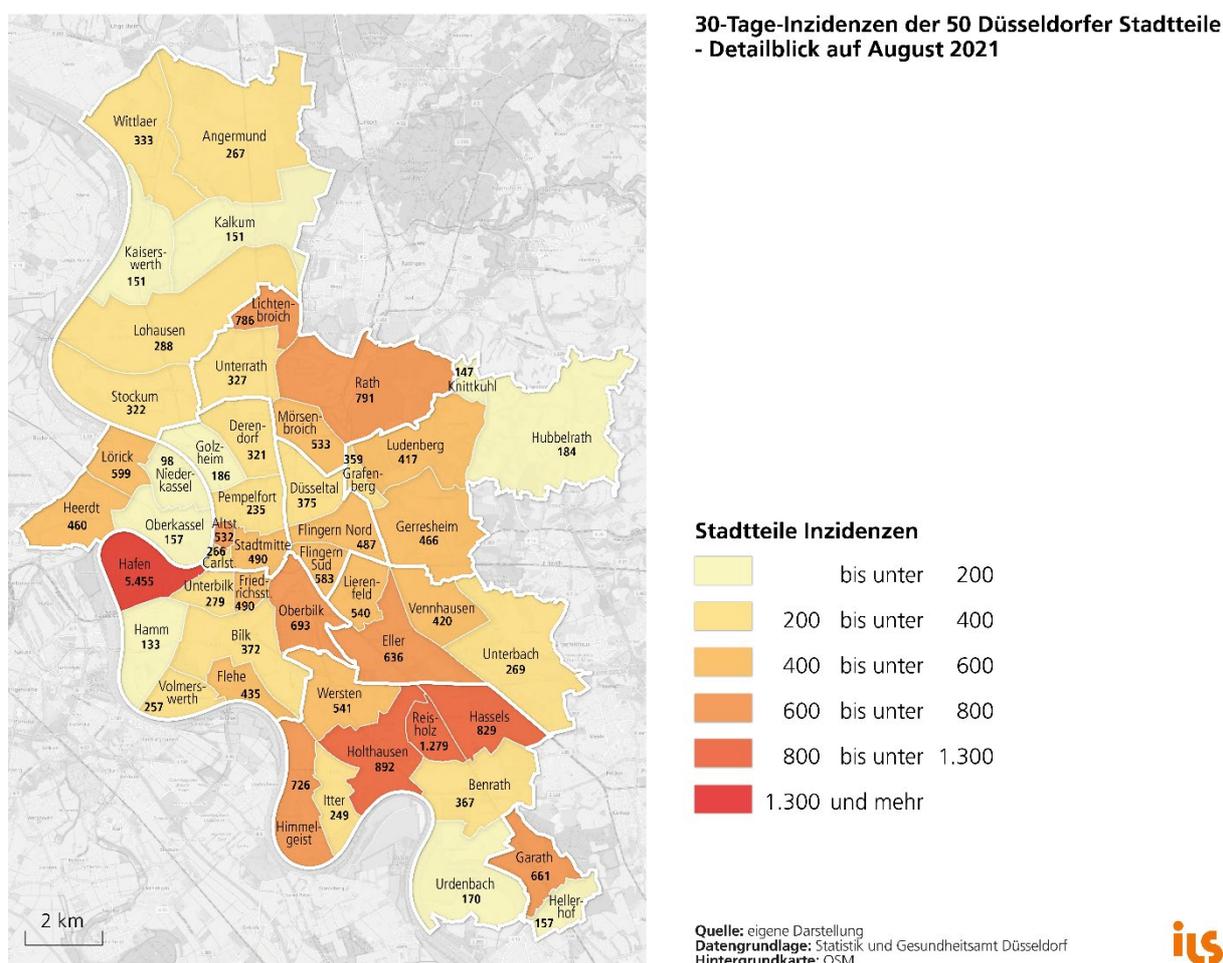


Abbildung 17: 30-Tage-Inzidenzen der 50 Düsseldorfer Stadtteile; Detailblick auf August 2021

Auch der Detailblick auf die 30-Tage-Inzidenzen für den Monat August 2021 (Abbildung 17) spiegelt die Ergebnisse der Gesamtbetrachtung. Einerseits zeigen sich räumliche Schwerpunkte in den Stadtteilen südlich der City, zum anderen sieht man auch hier die vereinzelt hohen Betroffenheiten am nordöstlichen (Lichtenbroich, Rath) und westlichen (Lörick, Hafen) Stadtrand. Der Stadtteil Hafen zeigt

hier jedoch auch die hohe Anfälligkeit für Verzerrungen und die Problematiken bei der Vergleichbarkeit in der kleinräumlichen Betrachtung. Die berichtete Inzidenz von über 5.000 lässt sich nämlich auf die sehr geringere Bevölkerungszahl des Stadtteils zurückführen, so dass selbst geringe tatsächliche Infektionen zu einer hohen Inzidenz (pro 100.000 Einwohner*innen) führen. Die Stadtteile mit der nächsthöheren Betroffenheit (Hassels, Reisholz, Holthausen) liegen unmittelbar nebeneinander im Stadtbezirk IX. Auch in den Stadtteilen Himmelgeist (ebenfalls Bezirk IX) und Garath (Stadtbezirk X) zeigten sich deutlich erhöhte Inzidenzwerte. Diese Ergebnisse decken sich mit den Ergebnissen des Sozialraummonitoring der Stadt Düsseldorf, die diese Sozialräume aufgrund der Bevölkerungsstruktur als benachteiligte Stadträume charakterisiert und ihnen einen hohen oder sehr hohen „sozialen Handlungsbedarf“ bescheinigt (Landeshauptstadt Düsseldorf 2018, S. 200ff). Wir sehen also auch für Düsseldorf eine übermäßige Betroffenheit von Bezirken und Stadtteilen mit einer schwierigen sozialen Lage.

5.3.3 Fokus: Herkunftsregionen

Die statistische Erfassung von eingewanderten Menschen und ihren Nachkommen in Deutschland ist auf unterschiedliche Weise von Problemen gekennzeichnet. In der amtlichen Statistik werden „Personen mit Migrationshintergrund“ bzw. „Einwanderungsgeschichte“ geführt. Hierzu zählen ausländische Staatsbürger*innen sowie Menschen, die mindestens einen ausländischen Elternteil haben, selbst im Ausland geboren oder eingebürgert wurden.

Um ein besseres Bild und eine Differenzierung nach Herkunftsregionen zu ermöglichen, wurden deshalb georeferenzierte Daten des Forschungsdatenzentrum Ruhr zu den Herkunftsregionen der Haushalte genutzt. Diese Daten speisen sich nicht aus der amtlichen Statistik, sondern wurden über onomastische Verfahren² generiert. Eine Analyse auf Stadtteilebene für die Düsseldorfer 30-Tage-Inzidenzen zeigt die Zusammenhänge zwischen dem Anteil der Personen aus den jeweiligen Herkunftsregionen und der erfassten Infektionsbetroffenheit im Untersuchungsgebiet zum jeweiligen Zeitpunkt (Tabelle 7). Die Herkunftsregion „Deutschland“ dient dabei als zusammenfassende Kategorie der Menschen, denen keine ausländische Herkunftsregion zugerechnet wurde.

² Durch eine Vor- und Nachnamenanalyse hinsichtlich ihrer sprachlichen Herkunft wird die vermeintliche Sprachabstammung von Personen ermittelt. Dabei bezieht sich die Namensanalyse ausschließlich auf den Haushaltsvorstand. Aussagen darüber, wie viele Personen tatsächlich ausländischer Herkunft sind, wie lange Personen bereits in Deutschland leben oder wie gut sie integriert sind, sind nicht möglich (RWI/microm 2018b).

Tabelle 7: Heatmap der Korrelationskoeffizienten für die Inzidenz und Herkunftsregionen bezogen auf das jeweilige Datum auf der Ebene der Stadtteile

Ethnischer Hintergrund	Mrz 20	Apr 20	Mai 20	Jun 20	Jul 20	Aug 20	Sep 20	Okt 20	Nov 20	Dez 20	Jan 21
Deutschland	0,293 *	0,108	-0,065	-0,445 **	-0,735 ***	-0,553 ***	-0,347 **	-0,338 *	-0,290 *	-0,238	-0,473 ***
Italien	0,182	0,113	-0,002	0,217	0,086	0,377 **	0,403 **	0,008	0,185	-0,094	0,119
Türkei	-0,282 *	-0,051	0,242	0,339 *	0,704 ***	0,552 ***	0,436 **	0,273	0,287 *	0,250	0,524 ***
Griechenland	-0,356 *	-0,189	-0,110	0,422 **	0,580 ***	0,333 *	0,094	0,299 *	0,351 *	0,229	0,358 *
Spanien / Portugal	0,220	0,029	-0,075	-0,025	-0,108	0,245	0,212	-0,021	0,212	-0,162	-0,092
Balkan	-0,256	-0,026	0,009	0,429 **	0,660 ***	0,519 ***	0,268	0,284 *	0,240	0,153	0,396 **
Osteuropa	-0,376 **	-0,197	0,102	0,249	0,539 ***	0,279	0,174	0,138	0,151	0,320 *	0,424 **
Afrika südl. der Sahara	0,466 ***	0,220	-0,031	0,056	0,013	0,229	0,300 *	-0,109	-0,037	-0,310 *	-0,037
außereurop. islamische Staaten	-0,177	-0,097	-0,031	0,441 **	0,551 ***	0,481 ***	0,319 *	0,393 **	0,250	0,091	0,320 *
Süd-/Ost-/Südostasien	0,005	0,028	-0,135	0,219	0,467 ***	0,339 *	0,102	0,370 **	0,277	-0,041	0,082
Spätaussiedler früh. Sowjetunion	-0,243	-0,094	0,164	0,235	0,514 ***	0,293 *	0,142	0,104	0,101	0,387 **	0,341 *
	Feb 21	Mrz 21	Apr 21	Mai 21	Jun 21	Jul 21	Aug 21	Sep 21	Okt 21	Nov 21	Dez 21
Deutschland	-0,202	-0,208	-0,628 ***	-0,573 ***	-0,402 **	-0,222	-0,185	-0,754 ***	-0,069	-0,214	-0,142
Italien	-0,206	-0,158	0,232	-0,089	0,141	0,054	0,124	0,173	0,159	0,284 *	0,071
Türkei	0,253	0,302 *	0,597 ***	0,441 **	0,512 ***	0,099	0,228	0,740 ***	0,112	0,149	0,171
Griechenland	-0,009	0,095	0,278	0,287 *	0,250	0,168	0,277	0,441 **	0,156	0,202	0,183
Spanien / Portugal	-0,129	-0,293 *	-0,005	-0,339 *	-0,092	0,233	0,115	-0,264	0,193	0,269	0,089
Balkan	0,151	0,146	0,475 ***	0,451 **	0,416 **	0,119	0,157	0,681 ***	0,050	0,167	0,087
Osteuropa	0,275	0,368 **	0,512 ***	0,784 ***	0,177	0,254	0,115	0,682 ***	-0,023	0,084	0,125
Afrika südl. der Sahara	-0,113	-0,451 **	-0,101	-0,166	0,050	-0,168	0,016	-0,023	0,002	0,130	-0,109
außereurop. islamische Staaten	0,085	0,039	0,490 ***	0,235	0,384 **	0,133	0,141	0,500 ***	0,076	0,238	0,103
Süd-/Ost-/Südostasien	0,029	-0,188	0,335 *	0,097	0,234	0,163	0,108	0,190	0,138	0,249	0,128
Spätaussiedler früh. Sowjetunion	0,256	0,341 *	0,511 ***	0,731 ***	0,074	0,303 *	0,040	0,651 ***	-0,056	-0,009	0,031

N=49 / statistisch signifikant * bei p<0.05; ** bei p<0.01; *** bei p<0.001

Quelle: Eigene Berechnungen; Daten: Statistik und Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf; RWI/microm 2021

Lesebeispiel: Der Wert in der ersten Zelle bedeutet, dass die Korrelation im März 2020 zwischen der Variable „30-Tage-Inzidenz“ und der Variable „Herkunftsregion Deutschland“ 0,293 beträgt. Das bedeutet, dass je höher der Anteil an Personen, die der „Herkunftsregion Deutschland“ zugerechnet werden, in einem Stadtteil ist, desto höher ist die Inzidenz in dem Gebiet.

Bei der Betrachtung der Korrelationskoeffizienten wird deutlich, dass sich ab Mai 2020 ein durchweg negativer Zusammenhang zwischen dem Anteil an Menschen mit der Herkunftskultur „Deutschland“ und der COVID-19-Betroffenheit abzeichnet. Im Umkehrschluss erscheinen Gebiete mit einem geringen Anteil an Menschen mit der Herkunftskultur „Deutschland“ stärker betroffen. In den nachfolgenden Zeilen sind die nichtdeutschen Herkunftskulturen aufgeschlüsselt dargestellt.

Dabei spiegelt sich auch in dieser Analyse die hohe räumliche Dynamik der Betroffenen wider. Insofern ist es nicht verwunderlich, dass zu den verschiedenen Zeitpunkten unterschiedliche Gruppen mal stärker, mal weniger stark betroffen erscheinen. Jedoch zeigen sich auch hier einzelne Herkunftsregionen, die zu vielen Zeitpunkten überdurchschnittliche Betroffenheiten ausweisen. Hierzu zählen die Herkunftsregionen „Türkei“, „Balkan“, „Osteuropa“ und auch „Spätaussiedler früh. Sowjetunion“. Tendenziell eher geringere Betroffenheiten lassen sich in dieser Analyse bei den Herkunftsregionen „Italien“, „Spanien, Portugal“ sowie „Afrika südl. der Sahara“ erkennen.

Bei der räumlichen Analyse ist jedoch auch zu berücksichtigen, dass verschiedene Herkunftskulturen unterschiedlich stark räumlich segregiert leben. Auch die soziale Lage unterscheidet sich zwischen den Herkunftskulturen teilweise deutlich. Mit „Türkei“, „Balkan“ und „Osteuropa“ erscheinen Herkunftskulturen besonders betroffen, die auch oftmals in benachteiligten Quartieren leben und finanziell eher über geringe Ressourcen verfügen.

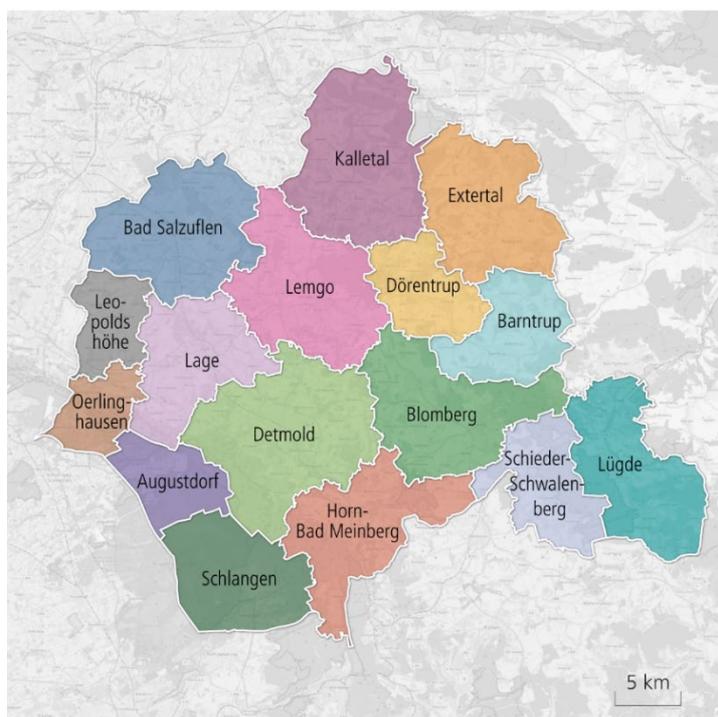
Eine Betrachtung der Herkunftsregion „Süd-/Ost-/Südostasien“ – zu der die in Düsseldorf lebende japanische Gemeinde gerechnet wird – zeigt ein sehr ambivalentes Bild. Zu einigen Zeitpunkten zeigen sich deutlich positive Zusammenhänge, die meiste Zeit jedoch nur sehr marginale (mal positiv, mal negativ gerichtete) Zusammenhänge.

Inwieweit sich die Infektionen tatsächlich auf die höheren Anteile bestimmter Herkunftsgruppen zurückführen lassen, oder inwieweit sich die Zusammenhänge durch die stärkere wohnräumliche Segregation der Gruppen und die räumliche Überlagerung mit sozialen Problemlagen ergeben, bleibt jedoch unklar. Insgesamt bestätigt sich jedoch der vielfach gemessene Zusammenhang des Anteils von Menschen mit nichtdeutscher Herkunft und der Infektionsbetroffenheit auch in dieser kleinräumigen Analyse. Da insbesondere die Herkunftsregionen mit einer eher unterdurchschnittlichen ökonomischen Ausstattung positive Zusammenhänge mit einer vermehrten Infektionsbetroffenheit zeigen, kann kein eindeutiger Rückschluss auf die Bedeutung des Herkunftskontexts gezogen werden. Vielmehr bestätigt die Analyse die große Diversität der Gruppe der Menschen mit Einwanderungsgeschichte und die beschränkte Aussagekraft von Analysen, die lediglich die Variable des Migrationshintergrundes bzw. der Einwanderungsgeschichte oder der Staatsangehörigkeit nutzen.

5.4 Fallstudie: Kreis Lippe

4.4.1 Strukturmerkmale des Kreis Lippe

Der Kreis Lippe liegt in der Region Ostwestfalen-Lippe im Nordosten Nordrhein-Westfalens im Regierungsbezirk Detmold. Insgesamt ist der Kreis Lippe ländlich geprägt und die Landwirtschaft und vor allem die verarbeitende Industrie sind vielfach Arbeitgeber. Insgesamt lebten im Jahr 2020 346.970 Menschen im Kreis Lippe, davon hatten 8,9 % eine ausländische Staatsangehörigkeit (30.879). Die wichtigsten Herkunftsregionen waren Türkei (5.080), Syrien (4.715), Polen (2.280), Rumänien (1.830) und Bulgarien (1.795). Auf einer Gesamtfläche von 1.246,22 km² entspricht das einer Bevölkerungsdichte von 2,8 Einwohner*innen je Hektar. Wobei deutliche Unterschiede zwischen den Gemeinden und Städten festgestellt werden können. Der Kreis Lippe vereint insgesamt 16 Kommunen, darunter zehn Städte und sechs Gemeinden (Abbildung 18). Eine Besonderheit des Kreis Lippe ist die recht hohe Anzahl evangelischer Freikirchen, die oftmals durch russische Aussiedler*innen gegründet wurden, denn der Kreis Lippe war einer der Siedlungsschwerpunkte von (Spät)Aussiedler*innen.



Die 16 Gemeinden im Kreis Lippe

Quelle: eigene Darstellung
Geodatengrundlage: GeoBasis-DE/BKG
Hintergrundkarte: OSM



Abbildung 18: Karte der 16 Gemeinden des Landkreis Lippe

Da die Daten zu den Infektionsbetroffenheiten für den Landkreis Lippe auf der Ebene der 16 Gemeinden vorliegen, können zusätzlich amtliche Daten zur Charakterisierung der Gebietseinheiten genutzt werden, die von der Bertelsmann-Stiftung auf der Website Wegweiser-Kommune.de aufbereitet zur Verfügung gestellt werden (Tabelle 8).

Tabelle 8: Kernindikatoren für den Landkreis Lippe und die Gemeinden 2020

Gebiet	Bevölkerung	Anteil Ausländer*innen (%)	Anteil unter 18-Jährige (%)	Anteil ab 80-Jährige (%)	Wohnfläche pro Person (m ²)	Wohnungen in Ein-/Zweifamilienhäusern (%)	Anteil Arbeitslose an den SvB (%)	Anteil Arbeitslose an den ausländischen SvB (%)	SGB II-Quote (%)	Hochqualifizierte (%)
Detmold	74.097	10,0	18,2	7,8	47,0	52,1	10,0	32,0	12,1	16,5
Bad Salzuflen	54.166	13,2	17,2	9,2	46,8	51,4	10,3	29,0	11,9	11,5
Lemgo	40.456	7,9	16,6	7,8	46,5	58,3	6,3	21,2	6,9	14,2
Lage	34.885	8,0	20,6	7,6	45,2	64,6	8,8	34,5	9,1	9,3
Horn-Bad Meinberg	17.245	10,7	17,8	8,2	47,5	59,3	9,8	32,3	11,3	10,0
Oerlinghausen	17.065	9,2	17,6	7,6	49,0	57,6	6,6	24,4	6,0	15,0
Leopoldshöhe	16.382	6,1	19,5	7,9	45,9	71,6	4,9	k.A.	3,6	12,5
Blomberg	15.093	6,2	18,7	7,4	49,6	74,8	6,2	19,8	7,4	9,3
Kalletal	13.385	5,2	17,1	8,7	50,7	76,1	5,7	22,4	5,9	8,5
Extertal	11.042	5,4	16,0	8,0	53,5	73,3	8,5	k.A.	9,4	8,0
Augustdorf	10.147	14,1	23,2	4,9	37,6	62,1	7,0	k.A.	7,0	5,6
Schlangen	9.254	5,6	19,0	7,0	47,8	74,9	6,8	20,8	5,5	11,8
Lügde	9.235	6,3	15,8	7,8	52,3	73,2	6,3	k.A.	7,7	7,2
Barntrop	8.501	5,5	17,4	7,4	49,5	67,8	6,8	k.A.	8,0	7,8
Schieder-Schwalenberg	8.355	4,6	17,5	8,8	50,2	69,1	6,8	22,9	6,0	8,8
Dörentrup	7.662	4,2	16,7	8,1	50,7	76,9	6,0	k.A.	5,4	8,7
Lippe, LK (gesamt)	346.970	8,9	18,0	8,0	47,4	60,8	8,1	27,4	9,0	11,9

Quelle: Eigene Darstellung; Daten: Bertelsmann-Stiftung 2022b

Die großen Differenzen zwischen den unterschiedlichen Gemeinden werden schon bei der Betrachtung der Bevölkerungszahlen deutlich. Die größte Stadt im Kreis Lippe ist Detmold mit knapp unter 75.000 Einwohnenden. Bad Salzuflen, die zweitgrößte Stadt des Kreises, hat mit 54.166 Einwohner*innen schon fast ein Drittel weniger Wohnbevölkerung. Lemgo (40.456 EW) und Lage (34.885 EW) sind die nächstgroßen Agglomerationen im Kreis Lippe. Nach diesen sechs Mittelstädten mit deutlich über 20.000 Einwohner*innen ist der Kreis von Kleinstädten mit Bevölkerungszahlen zwischen 17.245 in Horn-Bad Meinberg und 7.662 in der Gemeinde Dörentrup geprägt.

Eine Betrachtung des Anteils ausländischer Staatsbürger*innen zeigt überwiegend einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Gemeindegröße und dem Anteil an Ausländer*innen. Die Mittelstädte verzeichnen Werte zwischen 8,0 % (Lage) und 13,2 % (Bad Salzuflen). Die kleineren Gemeinden verzeichnen eher Anteile zwischen 4 und 6 %. Eine Sonderstellung nimmt hier die Gemeinde Augustdorf ein, die bei knapp über 10.000 Einwohner*innen einen Anteil an Ausländer*innen von 14,1 % - und damit den höchsten Wert im gesamten Kreisgebiet - verzeichnet. Diese Sonderstellung Augustdorfs setzt sich auch bei der Betrachtung weiterer Indikatoren fort. Es ist die Gemeinde mit dem höchsten Anteil an unter 18-Jährigen (23,2 %) und dem niedrigsten Anteil an über 80-Jährigen (4,9 %). Bei der Wohnfläche, die jeder Person zur Verfügung steht, weist Augustdorf mit einer Durchschnittsgröße von 37,6 Quadratmetern mit Abstand die geringsten Werte aus, denn selbst in den Mittelstädten des Kreises liegen die durchschnittlich verfügbaren Wohnflächen bei über 45 Quadratmetern pro Person obwohl sie stärker durch Mehrfamilienhäuser (und dadurch tendenziell geringere Wohnflächen) geprägt sind.

Indikatoren zur sozialen Lage (Arbeitslosenquote, Transferleistungsbezug nach SGB II und der Anteil Hochqualifizierter) zeigen hingegen ein ambivalentes Bild. Im Vergleich zu unseren anderen Fallstudiengebieten verzeichnet der Kreis Lippe insgesamt die geringsten Arbeitslosenquoten und Anteile an transferleistungsempfangenden Haushalten. Auch hinsichtlich der Varianz innerhalb der Fallstudiengebiete zeigen sich in Lippe vergleichsweise geringe Differenzen. Die höchsten Arbeitslosenquoten verzeichnen die größten Städte des Kreises Detmold (10,0 %) und Bad Salzuflen (10,3 %), die geringste die Gemeinde Leopoldshöhe (4,9 %). Auch der Anteil der Haushalte im SGB-II-Bezug ist in Leopoldshöhe mit 3,6 % am geringsten und in den beiden Mittelstädten Detmold mit 12,1 % und Bad Salzuflen mit 11,9 % am höchsten.

Die Gemeinde Augustdorf verzeichnet hingegen sowohl bei der Arbeitslosenquote als auch bei dem Anteil transferleistungsbeziehender Haushalte nach dem SGB-II einen Wert von jeweils 7,0 %. Damit liegt Augustdorf im Mittelfeld aller Gemeinden. Gleichzeitig verzeichnet Augustdorf jedoch den geringsten Anteil an Hochqualifizierten unter den Beschäftigten (5,6 %).

Eine migrationspezifische Besonderheit Augustdorfs ist der hohe Anteil der Gruppe der (Spät-)Aussiedler*innen und ihrer Nachkommen, die überwiegend seit den 1980er Jahren aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion ausgesiedelt sind. Etwa ein Drittel der Einwohnenden der Gemeinde Augustdorf kann dieser Gruppe zugerechnet werden (Gemeinde Augustdorf 2022).

Die höchsten Anteile an arbeitslosen Ausländer*innen verzeichnen die größeren Gemeinden Detmold (32,0 %), Bad Salzuflen (29,0 %) sowie Lage (34,5 %) und Horn-Bad Meinberg (32,3 %). Hier ist fast ein Drittel der Ausländer*innen arbeitslos gemeldet. In den übrigen Gemeinden beträgt der Anteil zwischen 20 und 25 %. Die deutlichsten Differenzen zwischen den Anteilen an Arbeitslosen in der Gesamtbevölkerung und dem Anteil der Arbeitslosen unter den Ausländer*innen zeigen sich in Oerlinghausen und Kalletal, hier liegt der Anteil der arbeitslosen Ausländer*innen etwa viermal höher als in der Gesamtbevölkerung.

5.4.2 COVID-19-Betroffenheit der Städte und Gemeinden im Kreis Lippe

Für die Betrachtung der kleinräumigen Entwicklungen stehen für den Kreis Lippe die 30-Tage-Inzidenzen lediglich auf der Ebene der 16 Gemeinden für den Zeitraum Februar bis Dezember 2021 zur Verfügung.

Covid-19-Verlauf im Kreis Lippe

30-Tage-Inzidenz

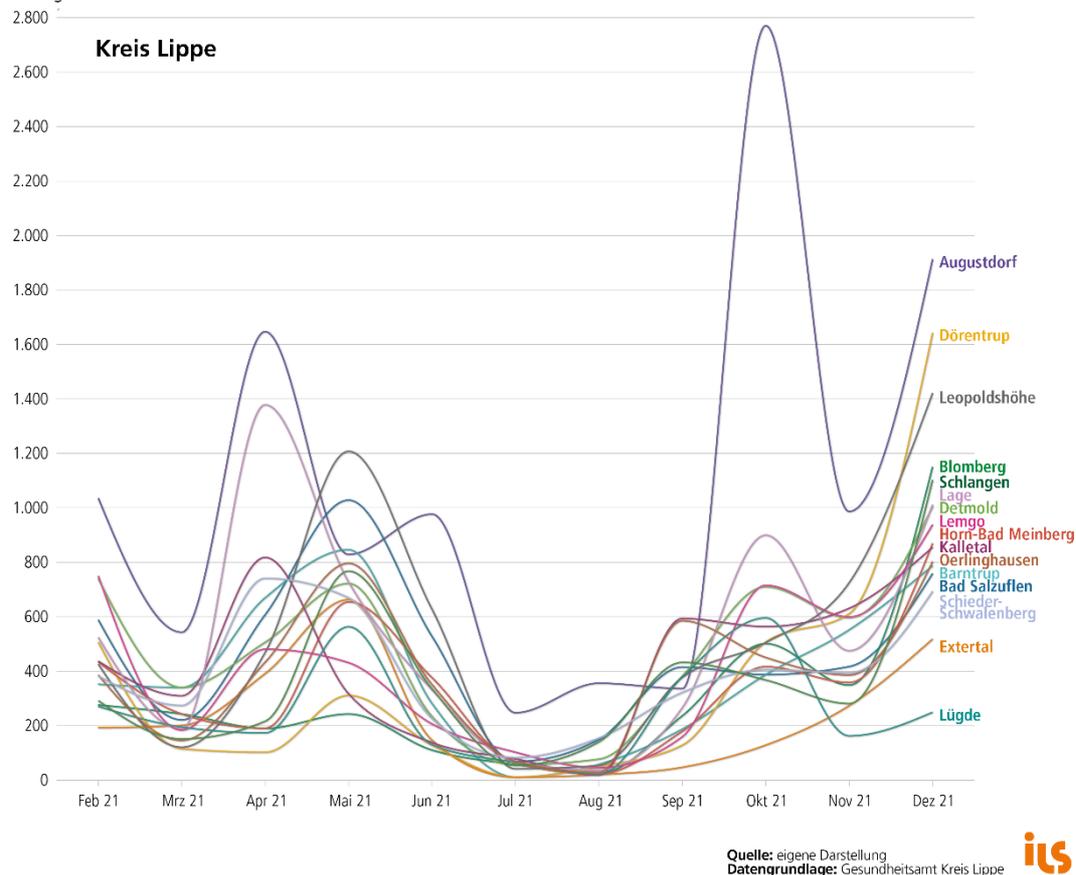


Abbildung 19: COVID-19-Verlauf im Kreis Lippe

Die COVID-19-Betroffenheit im Kreis Lippe ist von einer hohen Dynamik gekennzeichnet (Abbildung 19). In einigen Gemeinden des Kreises wurden sehr hohe 30-Tage-Inzidenzen von über 1.000 verzeichnet. Im Oktober 2021 wurde für Augustdorf mit 2.759,4 sogar eine 30-Tage-Inzidenz von weit über 2.000 gemeldet. Zu anderen Zeitpunkten wurden in vielen Gemeinden des Kreises eine Inzidenz von (nahezu) 0 verzeichnet. Während die Gemeinden mit den geringsten 30-Tage-Inzidenzen häufig wechseln, zeigt die Betrachtung der am stärksten betroffenen Raumeinheiten ein eindeutiges Bild. Die Gemeinde Augustdorf scheint zu nahezu allen Zeitpunkten (Ausnahmen sind der Mai und September 2021) die stärksten Infektionsbetroffenheiten auszuweisen, teilweise mit einem sehr deutlichen Abstand und zu vier Zeitpunkten mit einem Inzidenzwert von über 1.000. Auch für die Gemeinde Lage wurden für April und Oktober 2021 deutlich überdurchschnittliche 30-Tage-Inzidenzen ermittelt. Im Mai und Dezember verzeichnete die Gemeinde Leopoldshöhe auffällig hohe Inzidenzen und auch die Gemeinde Dörentrup scheint im Dezember überdurchschnittliche Infektionsbetroffenheiten auszuweisen. Die bevölkerungsreichsten Gemeinden des Kreises, Detmold, Bad Salzuflen und Lemgo zeigen hingegen keine Auffälligkeiten hinsichtlich ihrer 30-Tage-Inzidenzen im Vergleich zu den anderen Gemeinden des Kreises und liegen meist im Durchschnitt der Betroffenheiten. In der räumlichen Entwicklung lässt sich für den Zeitraum Februar bis Dezember 2021 auf Basis der 30-Tage-Inzidenzen folgendes Bild nachzeichnen (Abbildung 20).

30-Tage-Inzidenzen der 16 Gemeinden im Kreis Lippe von Februar 2021 bis Dezember 2021

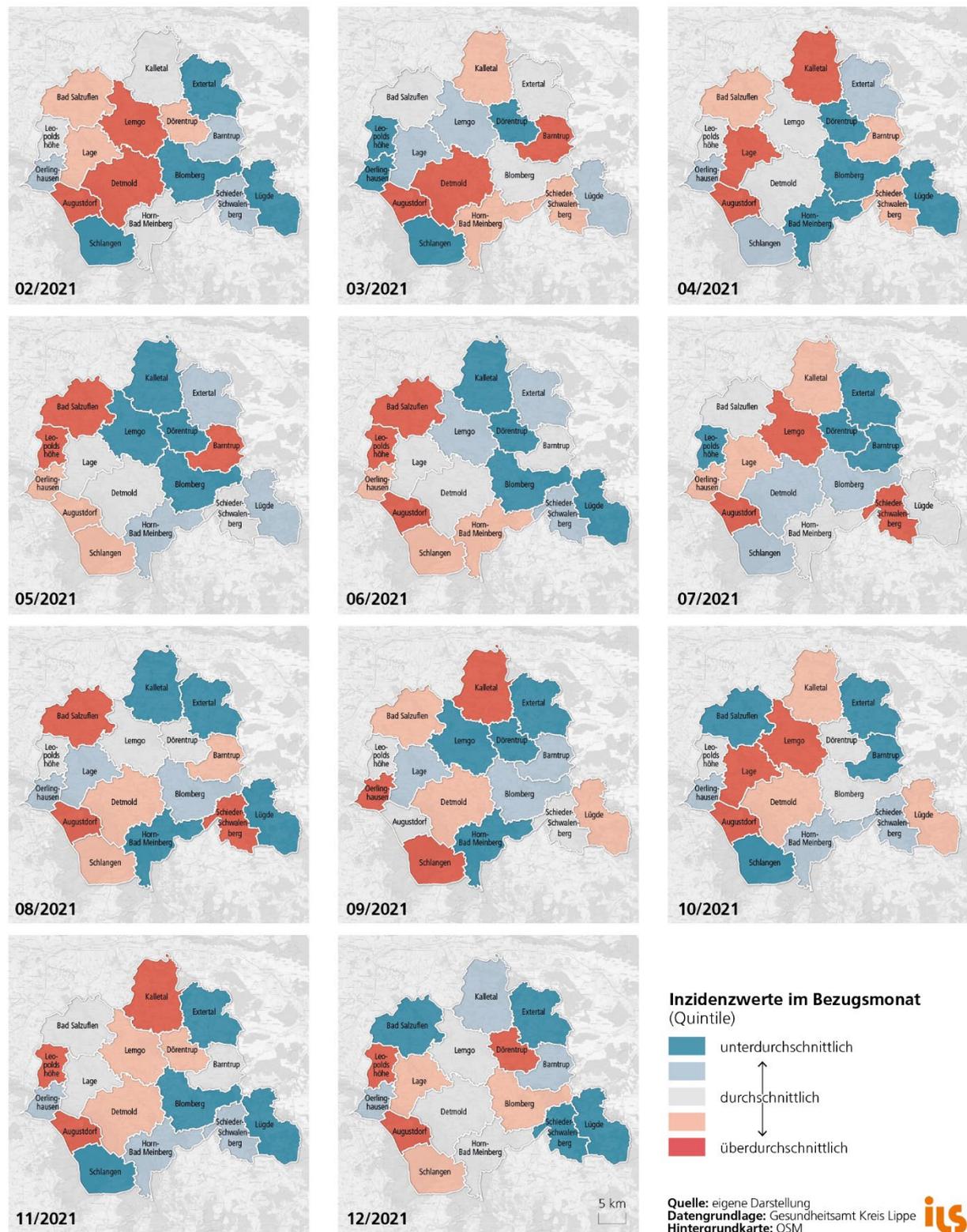


Abbildung 20: 30-Tage-Inzidenzen der Gemeinden im Kreis Lippe von Februar 2021 bis Dezember 2021

Abbildung 20 beschreibt die Entwicklung der 30-Tage-Inzidenzen im Landkreis Lippe auf der Ebene der Gemeinden für den Zeitraum von Februar 2021 bis Dezember 2021. Eine Betrachtung der Entwicklung der COVID-19-Inzidenzen im Zeitverlauf zeigt dabei kein eindeutiges Muster der räumlichen Verteilung. Zwar scheinen die Gemeinden im Norden und Südosten des Kreises insgesamt eher geringere Betroffenheitswerte auszuweisen, zu einigen Zeitpunkten dreht sich das Bild jedoch

und auch diese Gemeinden sind überdurchschnittlich stark betroffen. Im Westen des Kreises scheinen sich dagegen eher höhere Inzidenzen festzusetzen, wenngleich auch hier aus einigen Gemeinden zu verschiedenen Zeitpunkten vergleichsweise geringe Inzidenzen berichtet wurden. Gleichzeitig lässt sich auch keine Gemeinde identifizieren, die über den gesamten hier betrachteten Pandemieverlauf unterdurchschnittliche Inzidenzwerte ausgewiesen hat.

Der Detailblick auf die kleinräumige Verbreitung im August 2021 bestätigt die uneinheitliche räumliche Entwicklung (Abbildung 21). Eher unterdurchschnittliche Inzidenzen lassen sich in den Gemeinden an den südlichen (Horn-Bad Meinberg, Lügde) und nördlichen (Kalletal und Extertal) Randlagen des Kreises identifizieren. Die mit Abstand höchste Inzidenz wurde zu diesem Zeitpunkt in Augustdorf im Westen des Kreises gemeldet. Hier lagen die Inzidenzwerte mehr als doppelt so hoch wie in den Gemeinden mit den nächsthöchsten Betroffenheitswerte (Schieder-Schwalenberg, Bad Salzuflen und Schlangen). Ein Muster, dass die urban geprägten Gemeinden stärkere Betroffenheiten ausweisen, lässt sich nicht feststellen. Die übermäßige Betroffenheit Augustdorfs kann anhand der verfügbaren Indikatoren nicht auf eine insgesamt schlechtere soziale Lage der Bevölkerung zurückgeführt werden, da sowohl die Arbeitslosenquote als auch der Anteil transferleistungsbeziehender Haushalte nach dem SGB II (jeweils 7 %) in der Gemeinde unterhalb des Durchschnitts des gesamten Kreis Lippe (8,1 % bzw. 9 %) liegen. Das können Hinweise auf Zusammenhänge mit spezifischen Bevölkerungsstrukturen sein, die sich allerdings aus den statistischen Kennzahlen zunächst nicht eindeutig belegen lassen. In den Medien wurden etwa Zusammenhänge mit den schon erwähnten freikirchlichen Gemeinden bzw. Eingewanderten aus der ehemaligen Sowjetunion hergestellt.

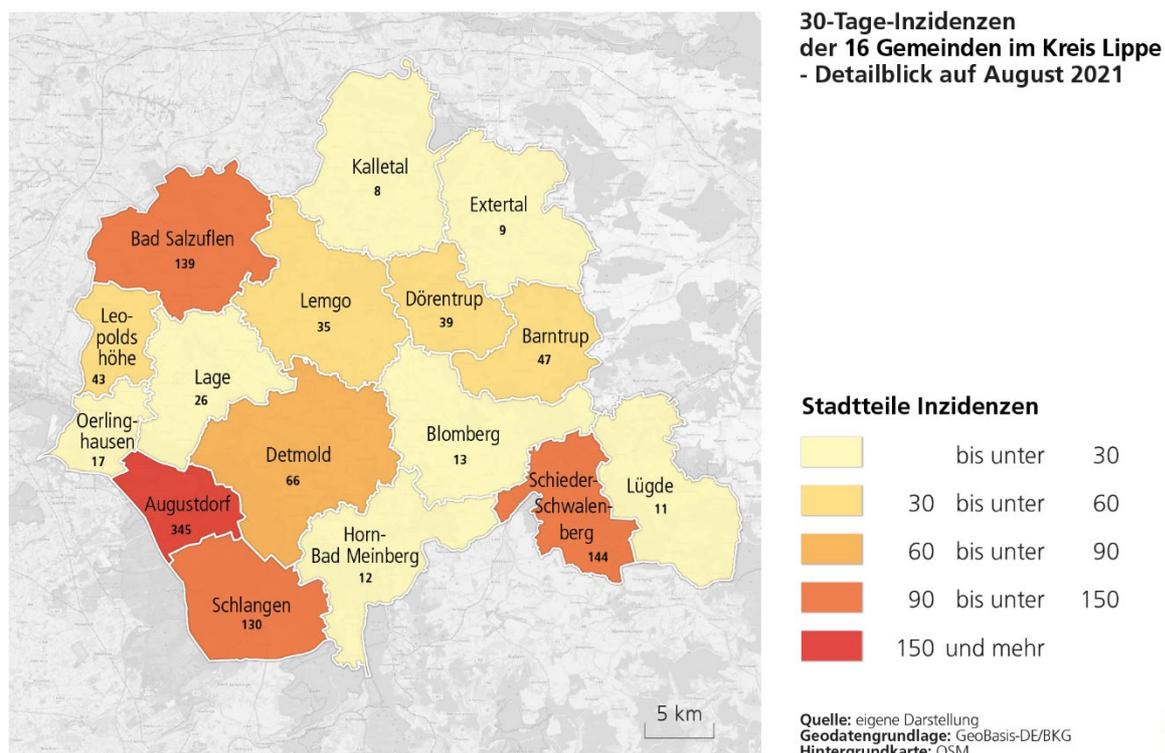


Abbildung 21: 30-Tage-Inzidenzen der Gemeinden im Kreis Lippe; Detailblick auf August 2021

5.5 Fallstudienübergreifende Analysen

Trotz der im Zeitverlauf hohen räumlichen Dynamik in den einzelnen Fallstudien konnten in allen Fallstudien Gebiete mit einer erhöhten Betroffenheit identifiziert werden. Der georeferenzierte Datensatz des Forschungsdatenzentrum Ruhr (FDZ) ermöglicht eine Übertragung auf unsere Gebiets-

einheiten. In den nachfolgenden Tabellen werden die Ergebnisse von Korrelationsberechnungen für die Variablen „Arbeitslosenquote“ und „Haushalte mit ausländischem Haushaltsvorstand“ (Tabelle 9) sowie Angaben über die Haushaltsstruktur (Tabelle 10) dargestellt. Die Gebietseinheiten innerhalb der Fallstudien sind dabei in Solingen die 36 Quartiere, in Düsseldorf die Ebene der 49 Stadtteile, in Dortmund die Ebene der zwölf Stadtbezirke und im Kreis Lippe die Ebene der 16 Gemeinden.

Die Analyse der Zusammenhänge zwischen dem Anteil an Arbeitslosen in einem Gebiet und der 30-Tage-Inzidenz zeigt für die urbanen Fallstudiengebiete eine eindeutige Tendenz. Die Arbeitslosenquote als Indikator der sozialen Lage beschreibt in Düsseldorf, Solingen und Dortmund in der Gesamtbetrachtung einen positiven Zusammenhang mit dem Infektionsgeschehen. Nur in den ersten drei betrachteten Pandemiemonaten zeigt sich für Düsseldorf auf der Ebene der Stadtteile kein positiver Zusammenhang. Im Gegenteil zeigt sich im März 2020 sogar ein starker negativer Zusammenhang. In Solingen ergeben die Analysen auf der Quartiersebene ein ähnliches Bild. Nur an vier der gemessenen Zeitpunkte (Juli, September und Dezember 2020 sowie Juli 2021) zeigen sich keine positiven, sondern negativ gerichtete Zusammenhänge. Das heißt, dass zu diesen vier Zeitpunkten Quartiere mit überdurchschnittlichen Infektionsbetroffenheiten im innerstädtischen Vergleich eher niedrige Arbeitslosenquoten aufweisen. In der Fallstudie Dortmund zeigt sich hingegen durchweg ein positiver Zusammenhang zwischen dem Anteil an Arbeitslosen und der 30-Tage-Inzidenz. Gänzlich andere Ergebnisse zeigen die Analysen für den Kreis Lippe. Hier kann lediglich für die Monate Februar und März 2021 ein positiver Zusammenhang zwischen der Arbeitslosenquote und den gemeldeten Infektionszahlen gezeigt werden. Für die Monate April bis Oktober 2021 lassen sich keine oder nur sehr marginale Zusammenhänge zwischen der sozialen Lage – gemessen über die Arbeitslosenquote – und einer vermehrten oder verminderten Infektionsbetroffenheit der Gemeinden nachweisen. In den Monaten November und Dezember 2021 zeigen sich hingegen negative Zusammenhänge.

Tabelle 9: Zusammenhänge zwischen Arbeitslosenquote bzw. Anteilen an Haushalten mit ausländischem Haushaltsvorstand und 30-Tage-Inzidenzen auf den jeweils kleinsten verfügbaren Raumeinheiten (Korrelationskoeffizient)

	Mrz 20	Apr 20	Mai 20	Jun 20	Jul 20	Aug 20	Sep 20	Okt 20	Nov 20	Dez 20	Jan 21	Feb 21	Mrz 21	Apr 21	Mai 21	Jun 21	Jul 21	Aug 21	Sep 21	Okt 21	Nov 21	Dez 21
Düsseldorf																						
Arbeitslosenquote	-0,336	-0,087	-0,045	0,388	0,660	0,494	0,293	0,349	0,302	0,172	0,446	0,102	0,211	0,570	0,487	0,376	0,146	0,222	0,663	0,156	0,227	0,215
Haushalte mit ausl. HH-Vorstand	-0,300	-0,108	0,056	0,425	0,729	0,551	0,344	0,346	0,283	0,227	0,465	0,199	0,224	0,623	0,565	0,389	0,223	0,188	0,749	0,072	0,207	0,144
Solingen																						
Arbeitslosenquote	0,639	0,068	0,928	0,965	-0,334	0,528	-0,083	0,491	0,750	-0,276	0,863	0,874	0,953	0,583	0,946	0,672	-0,300	0,948	0,958	0,342		
Haushalte mit ausl. HH-Vorstand	0,694	-0,115	0,846	0,912	-0,173	0,354	0,230	0,589	0,872	-0,121	0,961	0,885	0,830	0,730	0,806	0,557	-0,107	0,888	0,947	0,619		
Dortmund																						
Arbeitslosenquote						0,657	0,739	0,707	0,875	0,737	0,491	0,313	0,752	0,485	0,683	0,747	0,616	0,724	0,807			
Haushalte mit ausl. HH-Vorstand						0,813	0,906	0,875	0,861	0,658	0,451	0,240	0,684	0,400	0,567	0,808	0,734	0,932	0,929			
Kreis Lippe																						
Arbeitslosenquote												0,214	0,204	0,000	0,086	-0,065	-0,051	-0,070	-0,176	-0,079	-0,228	-0,393
Haushalte mit ausl. HH-Vorstand												0,814	0,683	0,680	0,340	0,760	0,823	0,745	0,061	0,852	0,511	0,404

Quelle: Eigene Berechnungen; Daten: Statistik und Gesundheitsamt Düsseldorf; Statistikamt Solingen; OpenData-Portal der Stadt Dortmund; Statistikamt Lippe; RWI/microm 2021

Lesebeispiel: Der Wert in der letzten Zelle bedeutet, dass die Korrelation im Dezember 2021 zwischen der Variable „30-Tage-Inzidenz“ und der Variable „Haushalte mit ausländischem Haushaltsvorstand“ auf der Ebene Gemeinden des Kreis Lippe +0,404 beträgt. Das bedeutet, dass je höher der Anteil an Haushalten mit ausländischem Haushaltsvorstand in einer Gemeinde ist, desto höher ist auch die Inzidenz in dem Gebiet zu diesem Zeitpunkt.

Eine Betrachtung der Zusammenhänge zwischen dem Anteil an Menschen mit Einwanderungsgeschichte und ihren Nachkommen - hier gemessen über den Nachnamen des Haushaltsvorstandes - und der gemeldeten COVID-19-Inzidenzen in einer Gebietseinheit zeigt über alle Fallstudien ein eindeutiges Bild. Insgesamt erscheinen sowohl in den urbanen Fallstudiengebieten als auch im Kreis Lippe positive Zusammenhänge zwischen dem Anteil zugewanderter Menschen und erhöhten COVID-19-Inzidenzen. Ausnahmen in Düsseldorf zu Beginn der Pandemie (März und April 2020) und in

Solingen (April, Juli, Dezember 2020 und Juli 2021) decken sich mit den beobachteten Ergebnissen zur Arbeitslosenquote. Dies kann als Hinweis auf eine starke räumliche Überlagerung der beiden Variablen verstanden werden. Auch für die Fallstudie Dortmund scheint sich diese Überlagerung zu bestätigen, da die ausgewiesenen Korrelationskoeffizienten nicht nur zu allen Zeitpunkten in dieselbe Richtung zeigen, sondern auch hinsichtlich ihrer Stärke nahezu identisch erscheinen.

Mögliche Zusammenhänge zwischen der Haushaltskomposition und den COVID-19-Betroffenheiten in den Gebietseinheiten wurden über alle Fallstudiengebiete analysiert (Tabelle 10). Dabei zeigen sich zum Teil sehr deutliche Ergebnisse. Der Anteil an Singlehaushalten in einem Stadtteil zeigt für Düsseldorf ein ambivalentes Bild. Zu Beginn der Pandemie – in den Monaten März, April und Mai 2020 – zeigen sich keine oder sogar negative Zusammenhänge. Gleiches gilt für den Anteil an Familienhaushalten mit Kindern für März und April 2020. In diesen Monaten scheint eher der Anteil an Paarhaushalten in einem Gebiet in einem positiven Zusammenhang mit den gemeldeten 30-Tage-Inzidenzen zu stehen.

Tabelle 10: Zusammenhänge zwischen Haushaltskomposition und 30-Tage-Inzidenzen auf den jeweils kleinsten verfügbaren Raumeinheiten (Korrelationskoeffizient)

	Mrz 20	Apr 20	Mai 20	Jun 20	Jul 20	Aug 20	Sep 20	Okt 20	Nov 20	Dez 20	Jan 21	Feb 21	Mrz 21	Apr 21	Mai 21	Jun 21	Jul 21	Aug 21	Sep 21	Okt 21	Nov 21	Dez 21	
Düsseldorf																							
Anteil Single-Haushalte	-0,026	-0,107	-0,278	0,256	0,108	0,229	0,185	0,184	0,290	-0,020	0,011	-0,221	-0,078	0,254	-0,199	0,031	0,233	0,127	-0,060	0,250	0,298	-0,112	
Anteil Paar-Haushalte	0,245	0,183	0,171	-0,446	-0,464	-0,397	-0,291	-0,270	-0,361	-0,193	-0,303	0,091	-0,125	-0,552	-0,244	-0,156	-0,379	-0,202	-0,429	-0,207	-0,328	-0,173	
Anteil Familien mit Kinder	-0,335	-0,095	0,226	0,235	0,523	0,208	0,123	0,092	0,044	0,332	0,445	0,249	0,328	0,401	0,725	0,185	0,172	0,087	0,763	-0,121	-0,020	0,068	
Solingen																							
Anteil Single-Haushalte	0,709	0,035	0,939	0,939	-0,235	0,540	0,000	0,500	0,758	-0,176	0,879	0,894	0,932	0,621	0,926	0,674	-0,215	0,963	0,977	0,419			
Anteil Paar-Haushalte	-0,657	0,280	-0,817	-0,895	0,179	-0,351	-0,212	-0,418	-0,806	0,124	-0,956	-0,781	-0,840	-0,596	-0,789	-0,427	-0,048	-0,873	-0,964	-0,621			
Anteil Familien mit Kinder	0,408	-0,736	0,410	0,598	-0,040	-0,052	0,513	0,176	0,684	-0,007	0,847	0,396	0,477	0,405	0,364	-0,091	0,475	0,506	0,701	0,805			
Dortmund																							
Anteil Single-Haushalte						0,239	0,367	0,359	0,166	0,060	-0,140	-0,129	0,103	-0,204	-0,205	0,014	0,166	0,530	0,320				
Anteil Paar-Haushalte						-0,565	-0,608	-0,718	-0,843	-0,657	-0,576	-0,427	-0,803	-0,544	-0,643	-0,635	-0,497	-0,702	-0,676				
Anteil Familien mit Kinder						0,287	0,188	0,303	0,638	0,572	0,714	0,557	0,666	0,753	0,850	0,601	0,300	0,100	0,305				
Kreis Lippe																							
Anteil Single-Haushalte													0,015	0,021	-0,211	-0,175	-0,427	-0,273	-0,384	-0,170	-0,343	-0,352	-0,601
Anteil Paar-Haushalte													-0,824	-0,390	-0,588	-0,240	-0,735	-0,739	-0,762	-0,176	-0,730	-0,675	-0,717
Anteil Familien mit Kinder													0,355	0,158	0,420	0,238	0,647	0,533	0,627	0,205	0,582	0,585	0,770

Quelle: Eigene Berechnungen; Daten: Statistik und Gesundheitsamt Düsseldorf; Statistikamt Solingen; OpenData-Portal der Stadt Dortmund; Statistikamt Lippe; RWI und microm 2021

Lesebeispiel: Der Wert in der letzten Zelle bedeutet, dass die Korrelation im Dezember 2021 zwischen der Variable „30-Tage-Inzidenz“ und der Variable „Anteil Familien mit Kinder“ für die Ebene der Gemeinden des Kreis Lippe +0,770 beträgt. Das bedeutet, dass je höher der Anteil an Familienhaushalten in einer Gemeinde ist, desto höher ist auch die Inzidenz in dem Gebiet zu diesem Zeitpunkt.

Mit zunehmendem Verlauf der Pandemie verfestigt sich jedoch ein anderes Bild. Ab Juni 2020 scheint der Anteil an Familienhaushalten mit Kindern hinsichtlich vermehrter COVID-19-Infektionen in einem Stadtteil eher in einem positiven Zusammenhang zu stehen. Gegenteiliges zeigt sich für den Anteil an Paarhaushalten ohne Kinder. Hier scheint sich ein persistenter negativer Zusammenhang abzubilden. Auch in den großmaßstäblich untersuchten Fallstudien Dortmund und Kreis Lippe zeigen sich diese Zusammenhänge deutlich. Paarhaushalte ohne Kinder weisen für alle ausgewiesenen Monate durchgängig einen (teilweise sehr starken) negativen Zusammenhang mit den gemeldeten 30-Tage-Inzidenzen aus. Der Anteil an Familien mit Kindern hingegen zeigt durchweg positive Zusammenhänge.

Die Zusammenhänge zwischen den Anteilen an Singlehaushalten in einer Gebietseinheit und den COVID-19-Betroffenheiten sind etwas uneindeutiger. In Düsseldorf zeigen sich zu einigen Zeitpunkten keine oder sogar negative Zusammenhänge, zu anderen wiederum positive. Für Solingen erscheint das Bild hingegen eindeutiger. Auf der Ebene der 36 Solinger Quartiere zeigt sich zu den meisten Zeitpunkten ein deutlicher positiver Zusammenhang zwischen dem Anteil an Singlehaushalten und vermehrten COVID-19-Infektionen. In der Fallstudie Dortmund lassen sich keine Hinweise auf persistenterer Zusammenhänge nachweisen. Hier wurden für die meisten Beobachtungszeitpunkte nur schwache (mal negativ mal positiv gerichtete) Zusammenhänge ermittelt. Im Kreis Lippe zeigt sich

hingegen ein negativer Zusammenhang zwischen den gemeldeten 30-Tage-Inzidenzen und dem Anteil an Singlehaushalten in einer Gemeinde.

Insgesamt verfestigt sich bei der Betrachtung der Ergebnisse aller Fallstudien das Bild, dass Gebiets-einheiten mit einem hohen Anteil an Familienhaushalten mit Kindern im Pandemieverlauf stärker von höheren Inzidenzen gekennzeichnet waren. Gebiete mit einem hohen Anteil an Paarhaushalten ohne Kinder zeigen hingegen deutliche negative Zusammenhänge mit den 30-Tage-Inzidenzwerten. Für die Anteile an Singlehaushalten kann keine Aussage über alle Fallstudien hinweg getroffen werden.

5.6 Zusammenfassung der quantitativen Ergebnisse

In allen Fallstudien konnte eine hohe räumliche Dynamik des Infektionsgeschehens nachgewiesen werden. Es existieren keine Gebietseinheiten, die nicht von COVID-19-Infektionen betroffen waren. Gleichzeitig konnten auch keine Gebiete identifiziert werden, die über den gesamten Pandemieverlauf durchgängig die höchsten Inzidenzwerte in den Fallstudiengebieten ausweisen. Bereits in Dortmund und dem Kreis Lippe – wo die Daten auf Stadtbezirksebene (N=12) bzw. Gemeindeebene (N=16) vorlagen – zeigt sich die hohe Dynamik zwischen den Bezirken respektive Gemeinden. In der noch kleinräumigeren Betrachtung in den Fallstudien Solingen (N=36) und Düsseldorf (N=50) bestätigt sich diese Entwicklung noch deutlicher. Dabei sind kleinräumige Analysen (insbesondere in den Fallstudiengebieten Solingen und Düsseldorf) jedoch auch anfällig für Ausreißer. Hinzu kommt, dass Ungenauigkeiten durch räumliche Verschneidungen und teilweise geringe Varianzen in den Datensätzen (insbesondere zu den Herkunftsregionen) die Aussagekraft der Ergebnisse weiter einschränken. Auch können einzelne Hotspots, also vermehrte Ansteckungen auf einer Veranstaltung oder in einer Einrichtung, die sich in dieser Gebietseinheit befinden, einen großen Einfluss auf die Inzidenz haben, wenngleich es keine Rückschlüsse auf die generelle Vulnerabilität gibt.

Die Betrachtung der räumlichen Entwicklungen im Zeitverlauf zeigt jedoch für alle urbanen Fallstudien eine zunehmende Verlagerung hoher Infektionsbetroffenheiten in sozial benachteiligte Gebiete. In der Fallstudie Kreis Lippe zeigt sich hingegen keine Verfestigung hoher Inzidenzen in Gebieten mit höheren Anteilen an Arbeitslosen. Dabei ist jedoch auch zu berücksichtigen, dass der Kreis Lippe auf der von uns untersuchten Gemeindeebene nur geringe Varianzen hinsichtlich der sozialen Lage der Bevölkerung ausweist. Dennoch konnten durch die Analysen in allen Fallstudien kleinräumige Gebietskulissen identifiziert werden, die im Pandemieverlauf insgesamt besonders häufig stärker betroffen zu sein scheinen und damit eine gute Basis für die vertiefenden qualitativen Analysen liefern.

Über alle Fallstudien hinweg lässt sich auch ein Zusammenhang zwischen dem Anteil an Menschen mit Einwanderungsgeschichte und ihren Nachkommen und den gemeldeten COVID-19-Inzidenzen aus den Gebieten nachweisen. Das explorative Vorgehen mit nicht-amtlichen Daten des Forschungsdatenzentrum Ruhr sowie das Migrant*innenmilieumodell des Bundesverbands Wohnen und Stadtentwicklung (vhw) ermöglicht eine Annäherung an migrationsspezifische Aspekte einer verstärkten COVID-19-Betroffenheit. Die Unterscheidung nach Herkunftsregionen zeigt für die Fallstudie Düsseldorf deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Herkunftskontexten. Dabei zeigen insbesondere die Herkunftsregionen, die auch hinsichtlich ihrer sozialen Lage oftmals Benachteiligungen erfahren, positive Zusammenhänge mit vermehrten Infektionen in ihren Wohnquartieren. Durch diese räumliche Überlagerung von sozialen und migrationsspezifischen Aspekten bleibt zunächst offen, inwieweit auch herkunftskulturelle Aspekte die Infektionswahrscheinlichkeit beeinflussen. Durch die Analysen der Migrant*innenmilieus können jedoch Hinweise auf den möglichen Einfluss der Verbundenheit zur Herkunftskultur der migrantischen Bevölkerung auf die COVID-19-Inzidenzen gewonnen werden. Hier zeigt sich, dass sich für die traditionsverbundenen Milieus je nach ihrer sozialen Lage positive oder negative Zusammenhänge nachweisen lassen. Für traditionsverbundene Milieus im unteren Bereich der Skala zur sozialen Lage lässt sich ein positiver Zusammenhang mit den

gemeldeten Infektionszahlen zeigen, für das ökonomisch erfolgreichere – jedoch ähnlich stark der Herkunftskultur und Tradition verbundene – Statusbewusste Milieu zeigen sich hingegen deutliche negative Zusammenhänge. Dies kann auch als Hinweis auf die deutliche Dominanz des Einflusses der sozialen Lage auf die Infektionsbetroffenheit interpretiert werden.

Auch für die Haushaltskomposition - differenziert zwischen Single-, Paar- und Familienhaushalten – konnte ein Zusammenhang mit der Infektionsbetroffenheit in allen Fallstudiengebieten nachgewiesen werden. Der Anteil von Familienhaushalten mit Kindern zeigte demnach in allen Fallstudien persistente positive Zusammenhänge mit erhöhten Infektionsbetroffenheiten in den Gebietseinheiten. Bei Paarhaushalten zeigt sich ein gänzlich gegensätzliches Bild. Gebiete mit überdurchschnittlichen Anteilen an Paarhaushalten scheinen eher durch unterdurchschnittliche 30-Tage-Inzidenzen gekennzeichnet. Diese Korrelationsberechnungen geben somit einen Hinweis auf eine möglicherweise höhere Infektionsbetroffenheit von Familienhaushalten mit Kindern bzw. eine höhere Resilienz von Paarhaushalten.

Um diese Fragen abschließend zu beantworten, reichen die angestellten räumlichen Analysen jedoch nicht aus. Die statistischen Auswertungen auf der Aggregatebene verdeutlichen zwar die räumliche Überlagerung von überdurchschnittlich hohen Inzidenzen, überdurchschnittlichen Arbeitslosenquoten und Anteilen an Menschen mit Einwanderungsgeschichte. Welche Bevölkerungsgruppen aber konkret durch COVID-19-Infektionen betroffen sind, kann nicht dargestellt werden. Hierzu müssten zusätzliche Individualdaten genauer betrachtet werden.

Exemplarisch kann diese Problematik an dem positiven Zusammenhang zwischen Paarhaushalten mit Kindern und vermehrten COVID-19-Infektionen in der Gebietseinheit nachgezeichnet werden. Zum einen könnten auch hier räumliche Überlagerungen mit weiteren relevanten sozialen Faktoren, wie dem Anteil an Menschen mit Einwanderungsgeschichte oder der verfügbaren Wohnfläche, vorliegen. Zum anderen gibt die Analyse keinen Hinweis darauf, welche Personen oder Haushalte tatsächlich von COVID-19-Infektionen betroffen waren. Zwar kann es plausibel erscheinen, dass Haushalte mit Kindern weniger Möglichkeiten der Selbstisolation hatten, dies kann mit den statistischen Auswertungen dieser Studie jedoch nicht abschließend bestätigt werden. Hier müssten entweder Individualdaten ergänzt werden oder die COVID-19-Betroffenheiten weiter aufgeschlüsselt (z.B. nach Altersgruppe oder Haushaltskomposition) erhoben und dargestellt werden.

Insgesamt bestätigen die quantitativen Analysen die Ergebnisse anderer Studien. Die vom Zentrum für Türkeistudien und Integrationsforschung durchgeführte Befragung türkeistämmiger Personen mit Einwanderungsgeschichte zeigte eine höhere Infektionsbetroffenheit dieser Gruppe (Sauer 2021). Dies deckt sich mit den Ergebnissen der Korrelationsberechnungen zu den Herkunftsregionen. Gleichmaßen konnte auch in der Befragung kein Zusammenhang zwischen Religiosität und einer vermehrten COVID-19-Betroffenheit nachgewiesen werden. Auch dieses Ergebnis scheint sich in der Betrachtung der Zusammenhänge einzelner Migrant*innenmilieus zu bestätigen.

Auch die Zusammenhänge zwischen sozialer Benachteiligung und vermehrten COVID-19-Infektionen konnten mit unseren Daten (hier Arbeitslosenquote) bestätigt werden. Damit bestätigen sie auch vorige Regressionsanalysen für Düsseldorf (Fina et al. 2022), die sowohl für den Anteil von Menschen mit Einwanderungsgeschichte als auch für das monatliche Haushaltseinkommen Zusammenhänge aufzeigen konnten. Auch die Ergebnisse des RKI für den Bezirk Berlin-Zehlendorf – die höhere Inzidenzen in Sozialräumen mit einem erhöhten Anteil an Personen mit Einwanderungsgeschichte vor allem durch den Aspekt der sozioökonomischen Deprivation erklärt sehen – stehen hierzu nicht im Widerspruch.

Die Ergebnisse der von Straßburger und Mewes (2022) angestellten Untersuchung für Duisburg auf der Ebene der Stadtteile zeigten ebenfalls, dass die COVID-19-Pandemie sozial benachteiligte Stadtteile besonders stark trifft. Die für das Ruhrgebiet als typisch bezeichnete Nord-Süd-Trennung – von Straßburger und Mewes als nördlich der A40 beschrieben – spiegelt sich auch in der Fallstudie Dortmund, wenngleich hier einschränkend erwähnt werden muss, dass insbesondere in Stadtrandlagen auch in den nördlich gelegenen Gebieten keine überdurchschnittlichen Betroffenheiten festgestellt wurden.

Auch die von Wachtler et al. (2020b) großräumlich auf Kreisebene beschriebene Dynamik der Infektionsbetroffenheit bestätigt sich in der kleinräumigen Betrachtung. Auch in den innerkommunalen Vergleichen zeigen sich in den ersten Pandemiemonaten zunächst eher die Gebiete mit einem höheren sozialen Status als stärker betroffen. Ab April 2020 zeigte sich jedoch eine stärkere Betroffenheit in sozial benachteiligten Stadtteilen. Das entspricht auch den Ergebnissen vorangegangener Studien, die in ihren Analysen auf unterschiedlichen Raumebenen im Verlauf der Pandemie eine stärkere Betroffenheit benachteiligter Räume festgestellt haben (Wachtler et al. 2020a; Senatsverwaltung für Gesundheit und Pflege und Gleichstellung 2020; Mullis 2021; Fina et al. 2022; RKI 2022a).

6 Einschätzungen zur Infektionsbetroffenheit und Belastungen in den Quartieren – Qualitative Analyse

Im vorangegangenen Kapitel haben wir die tendenziell höhere Infektionsbetroffenheit von benachteiligten Quartieren mit einem höheren Anteil von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte anhand einer quantitativen Datenanalyse in den vier Fallstudiengebieten nachgezeichnet. Im Folgenden werden wir diese Befunde durch Expert*inneninterviews in den Fallstudienkommunen, der Analyse lokaler Medienberichte zum Thema COVID-19 sowie Interviews mit überregionalen Expert*innen vertiefen. In den Fallstudien haben wir neben Personen aus den kommunalen Verwaltungen, die sich im Schwerpunkt mit Gesundheit und Integration beschäftigen, vor allem den Fokus auf diejenigen Quartiere gelegt, die in der Datenanalyse durch hohe Inzidenzzahlen oder Besonderheiten im Infektionsgeschehen aufgefallen sind. Insbesondere auch Expert*innen aus den betroffenen Quartieren wie z.B. die Quartiersmanagements waren dabei für uns besonders interessant. Deren Sichtweise und Expertise hilft uns, das Infektionsgeschehen und seine Ursachen besser zu verstehen. Sie liefern uns aber auch wertvolle Hinweise auf geeignete Maßnahmen im Umgang mit der Pandemie.

Zunächst werden Einschätzungen zum Infektionsrisiko für Menschen mit Einwanderungsgeschichte und die Gründe dafür dargelegt (Kapitel 5.1). Hier spielen, neben sozioökonomischen und kulturell-religiösen Faktoren, Informationsbarrieren zu Infektionsschutzmaßnahmen eine besondere Rolle. Dabei wird die COVID-Schutzimpfung als eine wesentliche Maßnahme zur Eindämmung der Pandemie in den Fokus genommen. Es werden sowohl Erfahrungen mit lokalen Impfangeboten sowie Praktiken der Informationsvermittlung (sowohl solche, die umgesetzt wurden, als auch solche, die gefehlt haben) zur Erreichung spezifischer Zielgruppen herausgearbeitet. Bezogen auf das Infektionsrisiko und den Zugang zu Beratungs- und Impfangeboten werden außerdem die grundsätzlichen Zugangsbarrieren zum deutschen Gesundheitssystem für Menschen mit Einwanderungsgeschichte in den Blick genommen. Im Hinblick auf tatsächlich oder vermeintlich höhere Infektionszahlen in Quartieren mit einem hohen Anteil an Menschen mit Einwanderungsgeschichte spielt außerdem die

Stigmatisierung der jeweiligen Wohnorte und Quartiere eine wichtige Rolle. Dieser Aspekt wird am Schluss des Teilkapitels erörtert.

Im Rahmen der Interviews wird deutlich, dass die Menschen mit Einwanderungsgeschichte in den benachteiligten Quartieren teils stark durch die Infektionsschutzmaßnahmen belastet waren. Daher widmet sich das Kapitel 5.2 diesem Thema. Die COVID-19-Pandemie und die damit verbundenen Schließungen von Behörden, Bildungs- und Betreuungseinrichtungen sowie die Umsetzung von Quarantäneregelungen haben Ankommens- und Selbstermächtigungsprozesse von Menschen mit Einwanderungsgeschichte erheblich erschwert bzw. beeinflusst. Hier zeigen sich spezifische Problemlagen dieser Gruppe im Kontext der Pandemie.

6.1 Erhöhtes Infektionsrisiko und die Gründe

Die Frage danach, ob Menschen mit Einwanderungsgeschichte in Deutschland ein erhöhtes Risiko für eine Infektion mit COVID-19 haben, wird, wie in Kapitel 2 dargestellt, in der wissenschaftlichen Literatur breit diskutiert. Präzise Aussagen dazu, ob die Inzidenzen bei dieser heterogenen Personengruppe insgesamt erhöht waren respektive sind, können aufgrund fehlender Individualdaten nicht eindeutig getätigt werden. Im US-amerikanischen und britischen Kontext gibt es jedoch Studien, die auf ein erhöhtes Risiko für Menschen hinweisen, die ethnischen Minderheiten angehören (Carlsten et al. 2021; Sun et al. 2021; Tai et al. 2021). Für Deutschland liegen hier lediglich die in Kapitel 2 bereits aufgeführten Daten vor (RKI 2022a, 2022b; Sauer 2021; Universitätsmedizin Mainz 2021). Dennoch können Indizien für ein höheres Infektionsrisiko für Menschen mit Einwanderungsgeschichte in benachteiligten sozialen Lagen in Deutschland konstatiert werden. So war die Mortalitätsrate von ausländischen Staatsbürger*innen im letzten Quartal 2020 sowie im Jahr 2021 erhöht (Plümecke et al. 2021). Dabei wird eine Verschneidung von Aspekten wie Einwanderungsgeschichte, sozioökonomischem Status und damit einhergehenden Lebensbedingungen nahegelegt (Berens et al. 2022; Fina et al. 2022; Kohlenberger 2021; Straßburger/Mewes 2022). Und auch unsere quantitativen Analysen in Kapitel 4 geben deutliche Hinweise auf entsprechende statistische Zusammenhänge.

In den geführten Interviews werden Aspekte und Mechanismen in den Fokus genommen, die zu einem erhöhten Infektionsrisiko für Personen mit Einwanderungsgeschichte beitragen können. Ein Großteil der interviewten Expert*innen schätzt das Infektionsrisiko in den betrachteten Quartieren als erhöht ein. Die Begründung dafür wird jedoch nicht im Aspekt der Einwanderungsgeschichte oder der ethnischen Zugehörigkeit gesehen, sondern vielmehr in den sozioökonomischen Lebensverhältnissen (S-01, S-06, Ü-01, Ü-02, Ü-03, Ü-04, Ü-05, Ü-07, Ü-08). So sieht ein*e in der Migrationsforschung tätige Interviewpartner*in die „starke Verschränkung der geographisch-ethnischen Herkunft mit der sozialen Herkunft“ (Ü-04) als wesentlichen Grund für eine mögliche Überrepräsentation von Personen mit Einwanderungsgeschichte unter den Infizierten.

Grundsätzlich erscheint das Infektionsgeschehen sowie das damit verbundene Risiko, sich mit COVID-19 zu infizieren, als multifaktorieller Prozess, weshalb aus Sicht der Forschung ein intersektionaler Ansatz der Analyse gewinnbringend ist. So kommt es für einzelne Personen und Personengruppen zu einer Verschneidung unterschiedlicher Risikofaktoren. Dazu zählen mit dem sozioökonomischen Status verknüpfte Punkte (z.B. Haushaltsgröße, Wohn- und Arbeitsbedingungen), spezifische kulturelle und religiöse Praktiken und der Zugang zu Informationen sowie zum Gesundheitssystem. Im Folgenden werden die Ergebnisse hinsichtlich dieser Aspekte dargelegt.

6.1.1 Sozioökonomischer Status – Arbeits- und Wohnsituation

Der sozioökonomische Status wird in den Interviews als wichtiger Einflussfaktor für ein erhöhtes Infektionsrisiko benannt. Dabei wird die Verknüpfung von Armut und Gesundheit auch über die Pandemie hinaus betont (S-01, S-04, S-06, Ü-05). Die Lebensverhältnisse in sozioökonomisch de-

privierten Lagen zeichnen sich dabei u.a. durch Arbeitslosigkeit oder prekäre Arbeitsverhältnisse, in denen eine Verlagerung ins Homeoffice selten möglich ist, sowie beengte Wohnverhältnisse aus (Ü-01, Ü-02, Ü-04, Ü-05, Ü-07, S-06).

Prekäre Arbeitsbedingungen

Die Beschäftigungssituation einer Person bestimmt maßgeblich ihren sozioökonomischen Status. Unter Pandemiebedingungen beeinflusst sie darüber hinaus die Menge an direkten Kontakten und damit das Infektionsrisiko. Es gewinnt die Frage an Relevanz, ob die jeweilige Tätigkeit in Präsenz vor Ort durchgeführt werden muss, oder ob eine Verlagerung ins Homeoffice möglich ist. In den betrachteten Quartieren ist die Arbeitssituation häufig mit der direkten Präsenz am Arbeitsplatz verknüpft. Das heißt, dass die Möglichkeit, Homeoffice zu betreiben, selten vorliegt.

So wurden in Solingen beispielsweise die Arbeit bei produzierenden Unternehmen und Tätigkeiten in systemrelevanten Berufen als häufige Arbeitsfelder von Menschen mit Einwanderungsgeschichte genannt (S-01, S-05, S-06). Dabei scheinen die betrachteten Quartiere durchaus unterschiedliche Beschäftigungsstrukturen aufzuweisen. So wird in einem urbanen, zentral gelegenen Quartier in Solingen darauf hingewiesen, dass dort hochqualifizierte Personen mit Einwanderungsgeschichte leben, die im Homeoffice arbeiten (S-05). In den etwas dezentraler gelegenen Solinger Untersuchungsgebieten scheint Homeoffice dagegen eine geringere Rolle zu spielen, wie diese Zitate von Interviewpartner*innen aus zwei Quartieren in Solingen verdeutlichen:

„Der kleinere Teil kann hier im Homeoffice bleiben. Also ich sag mal im Homeoffice das sind ja schon Tätigkeiten, Büro und so, das ist ja schon der höhere [...] oder der mittlere Bildungsstand. Und der ist hier eher nicht anzutreffen. Das heißt, das sind Lagerarbeiten, Helfertätigkeiten. Es gibt bestimmt hier auch welche im Homeoffice, aber das ist ein ganz geringer Teil.“ (S-03)

„Mir fällt jetzt niemand ein, der seine Arbeit im Homeoffice hätte machen können. Das sind dann eher Leute, die in der Fabrik arbeiten oder geringfügigen Beschäftigungen nachgehen, die man nicht im Homeoffice machen kann.“ (S-04)

Die lokale Wirtschaftsstruktur und die damit einhergehenden üblichen Berufsfelder sowie der individuelle Bildungsstand beeinflussen dabei die Möglichkeit, die Arbeitstätigkeit in die eigene Wohnung zu verlagern. Das gilt insbesondere für Arbeitsplätze im produzierenden Gewerbe oder der Logistikbranche. In Städten und Regionen, in denen viele Arbeitsplätze auf Branchen entfallen, die sich nur schwer ins Homeoffice verlagern lassen, ist somit auch von einem erhöhten Infektionsrisiko am Arbeitsplatz auszugehen. Zudem wird auf die vorrangige Nutzung des ÖPNV durch ökonomisch schwächere Personen und des hier vermutlich höheren Infektionsrisikos hingewiesen (S-02, S-03).

Gerade in schlecht bezahlten und prekären Dienstleistungs- und Produktionsbereichen, wie Logistik und Fleischindustrie, mit einem hohen Anteil von Beschäftigten mit Einwanderungsgeschichte, werden deutliche Zusammenhänge zwischen den Arbeitsverhältnissen und Infektionsausbrüchen und -ketten sichtbar (Birke 2022). Auch wenn der untersuchte Kreis Lippe nicht unmittelbar Schwerpunkt dieser Wirtschaftsbereiche ist, zeigen sich doch in den benachbarten Kreisen in Ostwestfalen solche Infektionsausbrüche und auch Betriebsschließungen. Durch die Unterbringung insbesondere von Werkvertragsarbeiter*innen der Fleischindustrie in prekären Gruppenunterkünften sind allerdings auch einzelne Gemeinden im Kreis Lippe von Infektionsausbrüchen an den Wohnstandorten betroffen (L-02). Ein*e überregionale*r Interviewpartner*in mit Expertise zu den Arbeitsbedingungen in der Fleischindustrie berichtet, dass die betreffenden Arbeiter*innen durch die Unterbringung in durch den Arbeitgeber organisierten, räumlich abgegrenzten und unbetreuten Sammelunterkünften sowie Sprachbarrieren nur schwer mit Informationen zum Infektionsschutz zu erreichen

sind (Ü-07). Auch in den Betrieben selbst haben die Infektionsschutzmaßnahmen nach wie vor wenig Relevanz (Ü-07).

Beengtes Wohnen und Haushaltsgröße

Der Aspekt des Wohnens und dabei im Speziellen die verfügbare Wohnfläche hat Einfluss darauf, inwiefern Quarantäne- und Isolationsregeln haushaltsintern befolgt werden können. Bezüglich des Infektionsrisikos sind dabei die zur Verfügung stehenden Wohnräume, die Haushaltsgröße sowie verfügbare Freiflächen wichtige Einflussfaktoren (S-01, S-06, D-02, D-03, D-04, D-05, D-06). Hier wird deutlich, dass das verfügbare Platzangebot maßgeblich mitbestimmt, inwiefern die Infektionsschutzbestimmungen (Kontaktbeschränkungen, Distanzunterricht, Homeoffice, Schließung der Betreuungsangebote) umgesetzt und sozialpsychologisch aufgefangen werden können. Es zeigt sich, dass beengte Wohnsituationen eine enorme Herausforderung darstellen, welche sich teilweise im Ausweichen auf öffentliche Räume sowie in psychischen Belastungen kanalisieren (siehe hierzu auch Kapitel 5.2).

Die Wohnverhältnisse in den betrachteten Quartieren in Solingen, Dortmund und Düsseldorf werden als beengt beschrieben (S-02, S-03, S-04, S-05, D-02, D-03, D-04, D-05, D-06). Besonders bei Haushalten mit mehr als zwei Personen (i.d.R. Familien) schätzen einzelne Expert*innen auf Quartiersebene das Verhältnis von Wohnfläche und Personenzahl als ungünstig ein (S-03, D-06). Dabei werden Familien, deren Kinder (teils verschiedene) Betreuungs- oder Bildungseinrichtungen besuchen, als besonders vom Infektionsgeschehen betroffen wahrgenommen (S-01, S-04, D-02). Hinzu kommt, dass die bauliche Qualität in den Quartieren zum Teil als in „bescheidenem, desaströsem Zustand“ (S-02) beschrieben wird. Die engen Wohnverhältnisse erschweren haushaltsintern das Einhalten von Isolations- und Quarantänevorgaben. Das heißt, dass die COVID-19-Infektion eines Haushaltsmitglieds häufig eine Infizierung aller Haushaltsangehörigen zur Folge hat (S-02, S-04, S-05). So gibt es beispielsweise kein separates Zimmer, in welchem eine Isolation erfolgen kann. Das Zusammenspiel aus schlechter Gebäudequalität und beengten Wohnverhältnissen erschwert auch über den Haushalt hinaus die Befolgung pandemiebedingter Regelungen. Im Falle eines Solinger Quartiers, das durch Hochhausbauten geprägt ist, wird vom Quartiersmanagement beschrieben, dass die mangelnde Wohnsituation dazu führt, dass während der Kontaktbeschränkungen 2020 und 2021 die öffentlichen Räume im Quartier als Ausweichorte genutzt wurden, wobei es teilweise zu - aus epidemiologischer Sicht unerwünschten - Sozialkontakten kam (z.B. bei Spielplätzen). Diese Aussage deckt sich mit Beschreibungen aus den anderen Quartieren in Solingen, Düsseldorf und Dortmund (S-02, S-03, D-06). In den Quartieren, die von Mehrfamilienhäusern mit mehreren Geschossen gekennzeichnet sind, werden außerdem die gemeinsame Nutzung der Treppenhäuser und Aufzüge als kaum vermeidbare Kontaktorte genannt, welche das Infektionsrisiko der Bewohner*innen steigern (u.a. S-03).

Es gibt Hinweise von Expert*innen aus den Fallstudienkommunen, dass die Gruppe geflüchteter Menschen - trotz enger Wohnsituation - relativ wenig durch COVID-19-Infektionen betroffen zu sein scheint (S-04, S-07, D-01). Wie in Solingen kann dies zum einen darauf zurückgeführt werden, dass dort ein Großteil der Geflüchteten in Wohnungen und nicht in zentralen Heimen untergebracht ist. Zum anderen wird berichtet, dass insbesondere im Falle von Infektionen in größeren Unterkünften, die städtischen Quarantäneregelungen schnell umgesetzt wurden und Kontaktpersonen sowie infizierte Personen insoliert untergebracht wurden (S-03, S-04, S-07). Auch durch gezielte Impfaktionen in Unterkünften ließ sich eine große Zahl von Menschen erreichen (L-01, S-03, S-04). Bezogen auf die Gruppe der Geflüchteten gibt es auch kritische Stimmen zu den Quarantäne- und Isolationsbedingungen. Insbesondere wird hier die Gefahr der Störung des Ankommensprozesses angeführt (S-04) (siehe hierzu auch Kapitel 5.2).

6.1.2 Kulturelle und religiöse Faktoren

Auch kulturelle und religiöse Praktiken wurden bei der Frage nach der Ausbreitung der COVID-19-Infektionen angesprochen. Allerdings wird ihnen im Vergleich zu sozioökonomischen Aspekten von den Expert*innen weit weniger Raum gegeben und Bedeutung beigemessen. Dennoch werden einzelne Faktoren beschrieben, die das Infektionsrisiko beeinflussen können.

So haben Interviewpartner*innen in den Fallstudienkommunen vereinzelt auf bestimmte Events bzw. zeitliche Zusammenhänge hingewiesen, welche für eine starke Erhöhung der COVID-19-Fallzahlen verantwortlich gemacht werden. Diese Events stehen zum Teil – aber nicht immer – im Zusammenhang mit migrantischen Communities. Dies kann beispielhaft in Solingen gezeigt werden. Hier wurden im Anschluss an die öffentliche Live-Übertragung des Finales der Fußball-Europameisterschaft der Herren im Juli 2021 (Italien gegen England) im Stadtteil Ohligs eine sprunghafte Erhöhung der Inzidenzen verzeichnet (S-01, S-02, S-03, S-04, S-05, S-06). Dabei waren vor allem Personen mit italienischer Einwanderungsgeschichte von den Infektionen betroffen. Hier wird deutlich, dass einzelne Events, die mit einer größeren Ansammlung von Menschen und damit einer Vielzahl sozialer Kontakte einhergehen, das lokale Infektionsgeschehen stark beeinflussen können. Je nach Zielgruppe der jeweiligen Veranstaltung können dabei bestimmte soziale Gruppen (Milieus, Nationalitäten, Altersklassen) besonders betroffen sein.

Die Größe von Haushalten und Familienstrukturen ist ein weiterer Aspekt, der zu einer Erhöhung des Infektionsrisikos beitragen kann (S-01, Ü-01). Dabei wird die Tendenz des Zusammenlebens mehrerer Generationen in einem Haushalt vor allem auf Menschen mit Einwanderungsgeschichte bezogen. Auch von haushaltsübergreifenden familiären Kontakten (z. B. wenn mehrere Wohnungen in einem Quartier von Familienmitgliedern bewohnt werden) wird berichtet (S-03, S-04). Hier liegen jedoch keine Vergleichsgrößen zu Personen ohne Einwanderungsgeschichte vor. Weiterhin ist bei der Einordnung zu beachten, dass das Zusammenleben in Mehrgenerationenhaushalten sowohl kulturell als auch ökonomisch begründet sein kann. Dazu beschreibt ein*e Interviewpartner*in, dass beispielsweise Migrant*innen, die im Zuge der Anwerbeabkommen aus der Türkei nach Deutschland gekommen sind, im Alter häufig von Armut betroffen oder zumindest armutsgefährdet sind (Ü-01). Dies führe dazu, dass sie aus finanziellen Gründen darauf angewiesen sind, bei ihren Nachkommen zu leben. Hinsichtlich der Haushaltsstruktur von Menschen mit Einwanderungsgeschichte und der Auswirkung auf das Infektionsgeschehen wäre eine differenzierte Analyse wünschenswert.

Ein weiterer Aspekt ist, dass Jugendliche und junge Erwachsene durch die pandemiebedingten Kontaktbeschränkungen in ihrer Freizeit stark auf das Wohnumfeld des Elternhauses angewiesen sind. In einem überregionalen Interview wird beschrieben, dass hier ein traditionelles Familienumfeld von jungen Menschen als sehr beschränkend wahrgenommen wird (Ü-01). Die interviewte Person nimmt dabei direkten Bezug zu traditionell orientierten muslimischen Haushalten. Hier seien junge Menschen sehr auf (halb)öffentliche Räume (z.B. Parks, Bars, Clubs) angewiesen, um Freiheiten (z.B. Alkoholkonsum, Liebesbeziehungen) ausleben zu können. Da ein Ausweichen auf diese Räume offiziell während der Kontaktbeschränkungen nicht möglich war, könne es teilweise zu Verstößen gegen die Infektionsschutzmaßnahmen gekommen sein (z.B. in Form größerer Ansammlungen an öffentlichen Plätzen) (Ü-01).

Im Kontext religiöser Praktiken legen einzelne Interviewpartner*innen einen Zusammenhang mit einem erhöhten Infektionsrisiko nahe. So wird angemerkt, dass bei stark gläubigen Personen religiöse Praktiken teils einen stärkeren Einfluss auf ihren Umgang mit der Pandemie haben als Infektionsschutzmaßnahmen (D-06). Als entscheidend wird dabei weniger die jeweilige Religion betrachtet als vielmehr die konkrete Ausrichtung der Gemeinde, der sich gläubige Personen zugehörig fühlen (D-01, D-06). Der Glaube an eine religiös bedingte Schicksalsergebenheit kann zu einem sorglosen Umgang mit der Pandemie beitragen (Ü-01). Gerade für Teile migrantischer Gemeinschaften kann die Religion

jedoch ein sinn- und identitätsstiftendes Element sein (Ü-01). Von spezifischen Infektionsausbrüchen in migrantischen Communities, die auf religiöse Praktiken zurückzuführen sind, wird jedoch nicht berichtet. Dennoch stellen religiöse Praktiken, die mit direkten sozialen Kontakten einhergehen – unabhängig davon, um welche Religion es sich handelt – ein Infektionsrisiko dar. So wird für Solingen von einer Erhöhung der Inzidenzen im Zusammenhang mit christlichen Glaubenspraktiken (gemeinsames Singen) in einem Nonnenkloster berichtet (S-01). Für Dortmund wird vereinzelt auf muslimische Hochzeiten und Zusammenkünfte von Pfingstgemeinden im Zusammenhang mit Infektionen berichtet (DO-02, DO-05). Im Kreis Lippe können auffallende Infektionsausbrüche im Zusammenhang mit evangelisch-freikirchlichen Religionsgemeinschaften beobachtet werden, bei denen es auch eine hohe Überschneidung mit russland-deutschen Bevölkerungsgruppen gibt. Hierzu hat es im Kreis Lippe seit Beginn der Pandemie eine umfangreiche Berichterstattung in den lokalen Medien gegeben (Althoff 2020; Augustdorfer Nachrichten 2020; Domradio.de 2020; Brekenkamp 2021; Niemeyer 2021; RP Online 2021). Die befragten Expert*innen bestätigen solche „Auffälligkeiten“. Sie verweisen gleichzeitig aber auf sehr unterschiedliche Betroffenheiten je nach Gemeinde, was vermutlich auf unterschiedliche Praktiken in der Religionsausübung (z.B. lautes Singen in großen Gruppen) und unterschiedliche Sensibilitäten bei der Einhaltung von Schutzmaßnahmen (z.B. Maskentragen, Treffen in Großgruppen, Einhaltung von Abständen etc.) zurückgeführt werden kann. Insgesamt schätzen die Expert*innen die Datenlage hier aber als wenig belastbar ein und sehen aufgrund der Berichterstattungen durchaus die Gefahr der Stigmatisierung dieser Gruppen. Das betrifft auch die Kenntnis über die unterschiedliche Impfbereitschaft in diesen Gruppen. Tendenziell wird hier jedoch eine höhere Impfskepsis eingeräumt, die u.a. durch eine traditionell größere Skepsis gegenüber staatlichen Institutionen aus dem Herkunftsland (ehemalige Sowjetunion) begründet sein könnte (L-01, L-02). Dass die Einstellung und das Vertrauen gegenüber staatlichen Institutionen wesentlichen Einfluss auf das Verhalten während der Pandemie haben kann, bestätigen auch entsprechende wissenschaftliche Studien, die zeigen, dass Vertrauen in Institutionen und regelkonformes Verhalten bzw. die affektive Risikowahrnehmung positiv zusammenhängen (Eitze et al. 2021).

Die Politik im Kreis Lippe scheint ambivalent auf diese Erscheinungen zu reagieren: Einerseits werden sehr gezielte Infektionsschutzmaßnahmen für betroffene oder vermutlich betroffene Gemeinden ergriffen bzw. auch gezielte Impfaktionen durchgeführt. Andererseits wird sehr zurückhaltend auf Fragen nach einer spezifisch religiös-kulturellen (Über-)Betroffenheit dieser Gruppen beim Infektionsgeschehen reagiert. Das kann aus Sorge vor einer Stigmatisierung dieser Gruppen und ihrer Wohnorte und Gemeinden erfolgen oder auch aus Rücksichtnahme auf deren politische Einflussnahme (z.B. bei anstehenden Wahlen). Zumindest wird berichtet, dass sich einzelne freikirchliche Gemeinden entsprechend protestierend an den Landrat gewandt haben (L-01).

Die Annahme, dass religiöse Praktiken bei Menschen mit Einwanderungsgeschichte einen stärkeren Einfluss haben als bei Personen ohne Einwanderungsgeschichte, kann auf Grundlage der Interviews nicht bestätigt werden. Zugleich wird deutlich, dass „die offiziellen Repräsentanten und die offizielle Positionierung der Glaubensgemeinschaft [...] gegenüber Impfen, Testen“ (Ü-4) den Umgang mit der Pandemie durchaus beeinflussen. Religion und Glaube sind somit Aspekte, die gerade hinsichtlich der Handlungsmöglichkeiten zur besseren Kommunikation von Infektionsschutzmaßnahmen, in den Blick genommen werden sollten.

6.1.3 Informationsbarrieren und Unterschiede in Wissensbeständen

Neben den sozioökonomischen, kulturellen und religiösen Aspekten können Unterschiede in den Wissensbeständen zu Infektionsschutzmaßnahmen zu einem erhöhten Infektionsrisiko für Menschen mit Einwanderungsgeschichte führen. In den Interviews werden die Fragen, in welcher Sprache und über welchen Informationskanal Informationen zu Infektionsschutzmaßnahmen bereitgestellt werden, als zentrale Punkte genannt, um einzelne Zielgruppen zu erreichen. Hinsichtlich der

Erreichung von Menschen mit Einwanderungsgeschichte in benachteiligten Quartieren werden dabei spezifische Problemlagen und Bedürfnisse sichtbar.

Sprache

Nach Einschätzung der interviewten Expert*innen spielt die Sprachbarriere hinsichtlich der Informationsvermittlung zu pandemiebedingten Maßnahmen eine wichtige Rolle (S-01, S-03, S-04, S-06, L-01). Menschen mit Einwanderungsgeschichte sind, abhängig von ihrem deutschen Sprachniveau, auf Informationen in der jeweiligen Muttersprache oder in einfacher deutscher Sprache angewiesen. Zu Beginn der Pandemie im Frühjahr 2020 liegen die Informationen zu Infektionsschutzbestimmungen teils nicht in den jeweiligen Muttersprachen vor. Zwar werden Informationen im Pandemieverlauf in unterschiedliche Sprachen übersetzt, dennoch werden sprachliche Barrieren in der Informationsbeschaffung in einem überwiegenden Teil der Expert*innengespräche problematisiert (Ü-01, Ü-02, Ü-03, Ü-04, Ü-06, Ü-08, S-02, S-03, S-04, S-05). Dies erschwert es insbesondere Personen ohne oder mit geringen Deutschkenntnissen, sich adäquat zu informieren. Die Kontaktbeschränkungen und die damit einhergehenden Schließungen vieler Beratungsangebote verstärken die Informationsbarriere weiter (S-02, S-03, S-04, S-06, S-07, D-01, D-02, D-03, D-06, Ü-02, Ü-04, Ü-05, Ü-08). Ein Ausweichen auf kontaktlose Kommunikationswege (digital, telefonisch oder postalisch) brachte weitere Zugangsbarrieren (u.a. digitale Kompetenz) mit sich und ist nicht für alle Personen umsetzbar (D-01, D-03, D-06, D-08, Ü-01, Ü-05, S-03).

Die teils unübersichtliche Informationslage und das Fehlen muttersprachlicher Informationen produziert insbesondere zu Beginn der Pandemie Unsicherheiten für Menschen mit Einwanderungsgeschichte (Ü-01). Auch diejenigen, die Deutsch im Alltag sprechen, jedoch Verständnisprobleme mit der amtsdeutschen Sprache haben, können die offiziellen Infektionsschutzbestimmungen häufig nicht verstehen (D-06, S-03). Speziell für Menschen, welche sich sowohl über deutsche Medien als auch über Medien ihrer Herkunftsländer informieren wollen (bzw. dies aufgrund fehlender muttersprachlicher Informationen müssen), ist die Informationslage teils widersprüchlich. Dies führt zu Unverständnis und dem Gefühl, der Pandemie ausgeliefert zu sein (Ü-04, Ü-05). Hier berichtet eine interviewte Person aus dem Bereich der Migrationsforschung von einem Spannungsverhältnis zwischen dem Vertrauen in staatliche Informationen und den jeweiligen Sprachkenntnissen (Ü-04). So sei das Vertrauen in Informationen deutscher staatlicher Institutionen im Pandemiekontext durchaus vorhanden. Dies sei jedoch von der verzögerten und teils schlecht zugänglichen Bereitstellung muttersprachlicher Informationen beeinträchtigt worden. Ein*e andere*r Interviewpartner*in betont, dass eine muttersprachliche Übersetzung oder Bereitstellung in einfacher deutscher Sprache dazu beitrage, unseriöser Informationsbeschaffung und Desinformation vorzubeugen (Ü-04).

Barrieren im Bereich der Sprache produzieren außerdem Abhängigkeiten, da betroffene Personen auf Kontakte (z.B. Familienmitglieder, Freund*innen, Bekannte) angewiesen sind, welche betreffende Informationen für sie übersetzen (S-03, S-04, Ü-08). So betont der*die Vertreter*in einer jesidischen migrantischen Selbstorganisation die Rolle der jüngeren Generation, die teils seit Geburt in Deutschland lebt (Ü-08). Diese übersetze einen Großteil der Informationen für ältere Familienmitglieder, die sowohl aufgrund sprachlicher Barrieren als auch mangelnder digitaler und medialer Kompetenz Schwierigkeiten hätten, sich über geltende Infektionsschutzbestimmungen sowie Impfmöglichkeiten ausreichend zu informieren und einen Impftermin zu vereinbaren.

Im Verlauf der Pandemie werden Informationen zu Infektionsschutzmaßnahmen zwar in eine Vielzahl an Sprachen übersetzt (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2022; Land NRW 2022; Ministerium für Kinder, Jugend, Familie, Flucht und Integration NRW 2022). Dabei können in den Interviews jedoch zwei zentrale Problemlagen herausgearbeitet werden: Erstens werden Regelungen und Maßnahmen im Zeitverlauf mehrfach an den aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse angepasst. Diese dynamische Informationslage macht erneute Über-

setzungen erforderlich. In diesem Zusammenhang wird von veralteten Informationen sowie qualitativ schlechten Übersetzungen berichtet (Ü-01, Ü-02, Ü-05).

„Was ich interessant fand das war auch eine Stadt in NRW, die hatte die Webseite vom Gesundheitsamt in unterschiedlichen Sprachen angeboten, indem sie eine automatische Übersetzung durch Google Translate angeboten hat. Was natürlich bei deutsch und englisch ganz gut klappt aber bei vielen anderen Sprachen doch nach hinten losgehen kann. Also der Wille war da, aber die Umsetzung war irgendwie nicht so gut. [...] Andere Kommunen hatten auf ihren Webseiten Materialien in unterschiedlichen Sprachen, die aber nicht geupdatet waren. Also das war dann irgendwie im März 2021, da gab's dann ein Dokument in unterschiedlichen Sprachen von Herbst 2020. Das ist dieser Dynamik gar nicht gerecht geworden, dass man tagesaktuell informieren müsste.“ (Ü-02)

Auch in Dortmund wird berichtet, dass einige Zielgruppen aufgrund von Verzögerungen bei der Kommunikation rund um die Pandemie anfangs nicht ausreichend informiert wurden. Man habe lernen müssen, dass es bei sich so dynamisch entwickelnden Prozessen eher auf Geschwindigkeit als auf Genauigkeit ankomme, ansonsten „hinkt man der Entwicklung hinterher“ (DO-10). Es wird deutlich, dass Qualität und Aktualität muttersprachlicher Informationen wesentliche Ansatzpunkte sind, um unterschiedlichen Wissensbeständen vorzubeugen. Die sprachliche Anpassung von Informationen ist dabei keine einmalige Praktik, sondern sollte im Pandemiemanagement kontinuierlich mitgedacht werden. Die zeitnahe Anpassung von Übersetzungen bei veränderter Informationslage ist dabei wichtig, um widersprüchliche Informationslagen und damit Unsicherheiten zu vermeiden.

Zweitens wurde problematisiert, dass die übersetzten Informationen teils so veröffentlicht werden, dass sie nur mithilfe einer Person, welche die deutsche Sprache beherrscht, zugänglich sind. So werden die Übersetzungen beispielsweise auf Webseiten veröffentlicht, auf denen ein längerer Klickpfad durch deutschsprachigen Text erforderlich ist. Dies produziert wiederum Abhängigkeiten, da zur Erreichung der Informationen eine vermittelnde Person mit guten Deutschkenntnissen benötigt wurde (Ü-01, Ü-02). So berichtet ein*e Expert*in aus dem Wissenschaftsbereich mit Bezug auf die Webseite der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) von Diskrepanzen zwischen behördlicher Kommunikation und der Frage der Zugänglichkeit für Betroffene:

„Informationen in unterschiedlichen Sprachen sind so verfügbar gemacht, dass man noch eine Mittelperson braucht. [...] Aber Personen, die kein deutsch sprechen, sich aber auf einer deutschen Webseite informieren wollen, können die Informationen dann nicht finden.“ (Ü-02)

Sprachliche Barrieren und die dynamische Informationslage werden auch in den Fallstudienkommunen als Herausforderung wahrgenommen, die den Informationsstand für Einwohner*innen der betroffenen Quartiere teils erschwert (S-01, S-06, D-02, D-06).

In Solingen zeigt sich, dass die in den untersuchten Quartieren angesiedelten Expert*innen unterschiedliche Rollen hinsichtlich der Überwindung der dargelegten Sprachbarrieren einnehmen. Während die Unterstützung bei der Überwindung sprachlicher Barrieren in einem Quartier ein wesentlicher Punkt der Quartierssozialarbeit darstellt (S-03), spielt dieser Aspekt in einem anderen eine untergeordnete Rolle (S-05). Als Grund für die Differenzen wird die unterschiedliche Struktur und Verankerung der Quartierssozialarbeit angeführt (S-05). So verfügt das eine Quartiersmanagement (S-05) über weniger personelle Ressourcen, was eine intensivere Begleitung der Bewohner*innen erschwert. Die Überwindung sprachlicher Barrieren, z.B. durch die Klärung von Fragen zu Infektionsmaßnahmen und insbesondere zum Thema Impfen, erscheint hier als ressourcenintensiv, da je nach Bewohner*innenstruktur eine Vielzahl an Sprachen bedient werden muss. Das andere Quartiersmanagement, welches eine aktive Rolle in der sprachlichen Informationsvermittlung übernimmt (S-03), verfügt über ein breit aufgestelltes Team, das Personen mit unterschiedlichen Herkunft und Sprachkenntnissen erreichen kann:

„Ich habe (...) Mitarbeiter, die außergewöhnliche Sprachen sprechen. Türkisch und Russisch lassen wir mal außen vor, aber ich habe auch Farsi, Dari, Mazedonisch, das sind schon so außergewöhnliche Sprachen, die ich aus meinem eigenen Team dann liefern kann. Und das macht diese Kommunikation mit den Menschen einfacher.“ (S-03)

So können Personen mit unterschiedlichen Sprachkompetenzen adressiert und spezifisch angesprochen werden:

„Wenn ich jetzt weiß, die kommen aus Nigeria [...], dann muss ich schauen was sprechen die für eine Sprache? Dann kann ich das nicht auf Deutsch machen. Es kommt ja auch immer drauf an, wen möchte ich erreichen. Das heißt ich darf jetzt auch nicht so ein Formblatt von der Stadt haben. Ich muss die Sprache der Menschen sprechen.“ (S-03)

In den Interviews wird wiederholt thematisiert, dass es bei der Vermittlung von Informationen nicht nur um die Frage des Verstehens geht. Vielmehr schafft Übersetzung in die jeweilige Muttersprache Vertrauen und kann Unsicherheiten vorbeugen (Ü-01, Ü-05, Ü-08, S-02, S-03, S-04, D-03, D-06, D-07).

Informationskanäle

Über die Übersetzung von Informationen zu Infektionsschutzmaßnahmen hinaus spielt der direkte Zugang zu Personen mit Einwanderungsgeschichte eine wichtige Rolle. Die Frage über welche Informationskanäle Wissen zum Infektionsschutz bereitgestellt wird, wird in allen geführten Interviews thematisiert. So wird beschrieben, dass Menschen mit Einwanderungsgeschichte öffentlich-rechtliche Medien teils weniger konsumieren, was die Erreichbarkeit über diese Kanäle erschwert (Ü-01, Ü-02, Ü-05, Ü-08). Auf Quartiersebene wird außerdem dargelegt, dass Informationen in Form von schriftlichen Flyern und Aushängen kaum rezipiert werden (S-02, S-03, S-04, S-06, D-02, D-06). Als Gründe für die Differenzen in der Mediennutzung werden Sprachbarrieren sowie Zugangsprobleme, beispielsweise durch fehlende digitale Kompetenz von älteren Personen, genannt (Ü-01, Ü-05, Ü-08). Daneben scheint auch das Gefühl, über offizielle Informationskampagnen nicht adressiert und repräsentiert zu sein (Ü-03, Ü-05) sowie fehlendes Vertrauen in staatliche Institutionen (Ü-02, Ü-04), eine Rolle zu spielen. Stattdessen wird teilweise auf Social Media (Ü-01, S-03), Beratungsstellen (D-01) sowie Nachrichten aus den jeweiligen Herkunftsländern (S-03, S-04, Ü-01, Ü-05, Ü-08) zurückgegriffen. Außerdem können Bildungsunterschiede die Mediennutzung und -kompetenz beeinflussen (Ü-05, Ü-08). Das Ausweichen auf weniger regulierte Kanäle, wie beispielsweise Social Media, erhöht das Risiko der Desinformation. Dennoch können soziale Medien von staatlichen Institutionen noch stärker genutzt werden, um Informationen zu Infektionsschutzmaßnahmen zu veröffentlichen. In den Interviews wird hier beispielsweise die Veröffentlichung kurzer Videoclips (Ü-01, D-10) genannt. Auch die vermehrte Nutzung von Medien aus den Herkunftsländern kann zu in Deutschland ungültigen bis hin zu falschen Informationen führen (Ü-01, Ü-05, Ü-04, Ü-06, Ü-08, S-03, S-04). Die Interviews können zwar weder einen repräsentativen Einblick in die Mediennutzung von Menschen mit Einwanderungsgeschichte im Allgemeinen noch in den untersuchten Quartieren geben. Es scheint jedoch teilweise Abweichungen in der Nutzung von Informationskanälen zu geben. So gibt es in Untersuchungen Hinweise darauf, dass Menschen mit Einwanderungsgeschichte stärker das Internet als Informationsquelle nutzen und insbesondere Zeitungen seltener zur Informationsgewinnung genutzt werden als bei Menschen ohne Einwanderungsgeschichte. Auch hinsichtlich des Vertrauens in deutsche Medien allgemein zeigen sich in Untersuchungen deutliche Unterschiede zwischen verschiedenen Herkunftsgruppen, wobei auch hier das Bildungsniveau als maßgeblich für ein höheres Vertrauen in die deutsche Medienlandschaft erscheint (Tonassi et al. 2020). Eine differenzierte Analyse zur Informationsgewinnung während der COVID-19-Pandemie scheint hier sinnvoll.

Es werden verschiedene Kanäle der Informationsvermittlung genannt, welche die Adressierung von Menschen mit Einwanderungsgeschichte in den untersuchten Quartieren ermöglichen. Neben der Informationsvermittlung über Beratungsstellen (z.B. in Form von Integrationsagenturen, Frauen-

beratungsstellen, Beratungsstellen für Geflüchtete) wird deutlich, dass die Vermittlung von Wissen durch eine kontinuierliche sozialräumliche Begleitung gefördert werden kann. Die Adressierung der Menschen vor Ort nimmt einen wichtigen Stellenwert ein (D-06, D-07, D-10, S-01, S-03, S-04, L-01). Dabei wird Wissen häufig in persönlichen Gesprächen weitergegeben. Das geschieht über familiäre Netzwerke, Schlüsselpersonen aus migrantischen Communities, sozialräumlich arbeitende Beratungsstellen sowie im Einzelfall auch über informelle Gespräche (z.B. mit Erzieher*innen bei der Abholung von Kindern aus der jeweiligen Kita). Hier eröffnen sich Anknüpfungspunkte, die zur Vermittlung von Wissen gezielter genutzt werden können. Vor allem ältere Menschen und jüngere Personen mit mangelnden Sprachkenntnissen, die wenig am öffentlichen Leben teilnehmen, können über familiäre Netzwerke erreicht werden. Dies könnte beispielsweise dadurch geschehen, dass die Weitergabe von Informationen von jüngeren an ältere Personen durch Beratungsstellen stärker angeregt wird (Ü-01, Ü-05, Ü-08). Weiterhin wird die Einbeziehung von Schlüsselpersonen, welche in der adressierten Personengruppe Vertrauen genießen und gut vernetzt sind, als wichtige Möglichkeit zur Erreichung von Menschen mit Einwanderungsgeschichte in den untersuchten Quartieren genannt. Hier werden in den Interviews unterschiedliche Beispiele genannt, welche die Bandbreite der Schlüsselpersonen verdeutlichen:

So berichtet ein*e Expert*in aus Solingen, dass nach dem COVID-19-Ausbruch im Kontext der Fußball-Europameisterschaft, bei dem viele Personen mit italienischer Einwanderungsgeschichte betroffen waren, ein katholischer Pfarrer die Besucher*innen des Gottesdienstes zur Durchführung von Bürgertests aufgerufen hat (S-01). In Düsseldorf und Dortmund sind außerdem einzelne Moscheegemeinden in die Bewerbung der Schutzimpfung eingebunden worden (S-01, D-06). Die Einbeziehung religiöser Institutionen wird insgesamt als wichtig eingestuft, um gläubige Personen zu adressieren (Ü-01, Ü-05, Ü-08, D-06, S-03). Insbesondere Personen mit Einwanderungsgeschichte, die eher traditionell-religiös orientiert sind, können so gut erreicht werden. Auch in der Fallstudienkommune Lippe werden die dort ansässigen Freikirchen gezielt durch den Kreis mit Blick auf Informationsbedarfe angesprochen. Allerdings haben sich die Kirchen hier teilweise an den Pranger gestellt gefühlt und sich beim Landrat beschwert. Insofern wird die Niedrigschwelligkeit der Information und die nötige Sensibilität betont:

„Man muss das sehr vorsichtig tun, einfach um nicht den Eindruck zu erwecken, das passiert nur bei euch und nur ihr braucht eine Sonderbehandlung.“ (L-01)

Es bleibt daher ein schwieriger Balanceakt, einerseits gezielt gruppenspezifisch zu informieren und gleichzeitig nicht der Gefahr der Stigmatisierung dieser Gruppen zu erliegen.

In einem der untersuchten Quartiere in Solingen verfügt das Quartiersmanagement über ein interkulturell zusammengesetztes Team. Die Mitarbeiter*innen des Quartiersmanagements können hier selbst als Schlüsselfiguren fungieren. So können Communities direkt durch das Quartiersmanagement erreicht werden. Das dortige Quartiersmanagement berichtet bezüglich der Bewerbung der Schutzimpfung:

„Also sagen wir’s mal so, wenn ich den Russen was sage, kommt das wenig an. Also hat meine russische Mitarbeiterin die Russen angesprochen. Die aus dem Iran die Syrer [...] usw. Also jeder hat so sein Land. [...] All das läuft bei uns sehr viel über Mund-zu-Mund-Propaganda. [...] Es kommt immer drauf an, wen ich ansprechen möchte. Ich habe hier auch Mitarbeiterinnen, die bei mir hier auch Kurse machen, bei denen ich weiß, diese Menschen haben eine zentrale Bedeutung. Dann wäre es ja Quatsch, wenn ich jeden einzeln ansprechen muss, wenn ich nur diese eine ansprechen muss, und die gibt das dann weiter.“ (S-03)

Hier wird deutlich, dass eine interkulturelle Aufstellung der Quartierssozialarbeit die Vermittlung von Informationen vereinfacht. Diese Aussagen decken sich mit Einschätzungen der Expert*innen aus Dortmund und Düsseldorf. So können die im Quartiersmanagement beschäftigten Personen selbst zu

Multiplikator*innen werden. Voraussetzung ist hier ein Vertrauensverhältnis zwischen dem Quartiersmanagement und den Bewohner*innen des Quartiers.

Am Beispiel eines Düsseldorfer Quartiers beschreibt ein*e Expert*in, dass vor allem Frauen wichtige Katalysatoren für Wissen zum Infektionsschutz - und hier insbesondere zu Schutzimpfungen - sind:

„Also diese Schlüsselpersonen die hatten wir ja auch hier. Wir hatten einen Zeitungsbericht, da kam eine unserer langjährigen Ehrenamtlichen. Eine afghanische Frau, die hier eine große Bedeutung im Stadtteil hat, weil sie so viel unterstützt. [...] Da haben wir gesagt, bitte diese Frau interviewen. Wenn denn mal jemand Zeitung liest, dann kann diese Frau als Vorbild gelten. Und gleichzeitig waren es auch die Frauen und die Mütter, die ihr ganzes Umfeld informiert haben.“ (D-06)

Frauen wird in dem Quartier die wesentliche Rolle für Themen der Kindererziehung und Gesundheit zugeschrieben (D-06). Sie erscheinen dabei als teils gut vernetzte Akteur*innen, die Vertrauen genießen und durch gezielte Ansprache Wissen zum Infektionsschutz weitervermitteln können. Auch in der Fallstudie Dortmund wird die Bedeutung von weiblichen Schlüsselpersonen bei der Vermittlung von Information und dem Abbau von Vorbehalten hervorgehoben. Voraussetzung für die Nutzung des Potentials der Wissensvermittlung über Schlüsselpersonen ist, dass die sozialräumlich arbeitenden Akteur*innen im Quartier verankert sind und direkte Kontakte zu den Bewohner*innen haben. So können Vertrauen hergestellt und Schlüsselpersonen identifiziert werden (S-03, D-03, D-06, D-07).

Auch in den Interviews mit überregionalen Expert*innen wird die Wissensvermittlung über Schlüsselpersonen thematisiert (Ü-01, Ü-02, Ü-03, Ü-05, Ü-06, Ü-08). So zeigt eine Aussage zur Informationsvermittlung in der jesidischen Community beispielhaft, dass einzelne Personen, denen Vertrauen entgegengebracht wird, wichtige Akteur*innen sind, um (ältere) Personen mit Einwanderungsgeschichte zu erreichen:

„Die ältere Generation hat häufig eher auf die Medien zurückgegriffen aus deren Herkunftsländern, sprich dort wurde die COVID-19-Pandemie und das Virus meistens relativiert und d.h. die ältere Generation hat erstmal gar nicht den Ernst der Lage begriffen, bis dann jesidische Ehrenamtler in Vereinen tätig geworden sind und die das veröffentlicht haben.“ (Ü-08)

Aufgrund der dargelegten Informationsbarrieren ist davon auszugehen, dass Menschen mit Einwanderungsgeschichte, insbesondere bei mangelnden Deutschkenntnissen, Informationen zum Infektionsschutz teils erst mit zeitlicher Verzögerung erhalten haben. Dies kann zu einer Überrepräsentation von Personen mit Einwanderungsgeschichte unter den Infizierten beigetragen haben, da Kontaktbeschränkungen erst zeitlich verzögert umgesetzt wurden. Auch bei der Entwicklung der Impfbereitschaft ist mit einem zeitlichen Versatz zu rechnen (siehe unten). Dies ist teils darin begründet, dass der Zugang zu Beginn der Impfungen sehr kompliziert war, unter anderem, weil Informationen in den jeweiligen Muttersprachen erst mit Zeitverzug vorlagen und Terminvereinbarungen mit bürokratischem Aufwand verbunden waren. Zum anderen wird erst im Verlauf der Pandemie deutlich, dass es zielgruppenspezifischer Informationskanäle bedarf, um einzelne migrantische Communities zu erreichen. Der Aspekt des Vertrauens in die Informationsquelle scheint bei der Umsetzung der Infektionsschutzmaßnahmen in alltäglichen Handlungsroutinen einen wesentlichen Stellenwert einzunehmen. Die Wissensvermittlung nimmt hinsichtlich der Handlungsmöglichkeiten zur Weiterentwicklung des Pandemiemanagements (Kapitel 7) eine wesentliche Rolle ein.

6.1.4 Zugang und Bereitschaft zur Schutzimpfung

Wichtiges Element des Infektionsschutzes ist die Schutzimpfung. Sie ist Kumulationspunkt, an dem die oben dargelegten Problematiken der Pandemiekommunikation (Informationssprache und -kanal) zusammentreffen. Auf Grundlage der qualitativ-explorativen Methodik können keine repräsentativen

Aussagen zur Impfquote und Impfbereitschaft von Menschen mit Einwanderungsgeschichte in den untersuchten Quartieren getroffen werden. Daher liegt der Fokus der Interviews auf den Erfahrungen der lokalen Expert*innen mit Impfkationen in der jeweiligen Kommune bzw. im Quartier. Außerdem geht es sowohl in den lokalen als auch den überregionalen Interviews darum, die Gründe herauszuarbeiten, warum Menschen mit Einwanderungsgeschichte ggf. mit der Durchführung der Schutzimpfung zögern. Insgesamt zeigt sich in allen Fallstudienkommunen sowie in den überregionalen Interviews, dass das Thema der Schutzimpfung eng mit den vorliegenden Wissensbeständen verknüpft ist. Dem Aspekt der Vermittlung von Informationen (und damit der Frage von Informationssprache und -kanal) wird eine zentrale Bedeutung zugeschrieben. Die grundsätzliche Verweigerung gegenüber der Impfung scheint eher die Ausnahme zu sein. Es werden nur vereinzelt Differenzen zwischen einzelnen migrantischen Gruppen beschrieben. So scheint beispielsweise die russischsprachige Community in Bezug auf die Schutzimpfung schwer erreichbar zu sein (Ü-01, S-03, S-08, D-01, D-07). Für die türkische Community sieht ein*e Interviewpartner*in, welche*r im Themenbereich der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Einwanderungsgeschichte (mit dem Fokus auf Menschen mit türkischem und russischem Hintergrund) tätig ist, den Bildungsstand als ausschlaggebend (Ü-01). Gleichwohl machen die meisten kommunalen und überregionalen Interviewpartner*innen keine Differenzierungen in Bezug auf Herkunftsländer. Vielmehr wird die Verunsicherung aufgrund fehlender und widersprüchlicher Informationen als ausschlaggebend für eine Verzögerung der Impfung gesehen (Ü-01, Ü-02, Ü-03, Ü-04, Ü-04, Ü-08, S-03, S-04, S-05, D-02, D-03, D-06, D-07). Als konkrete Schwierigkeiten werden dabei wiederholt fehlende Informationen in der Muttersprache (Ü-01, Ü-05, Ü-08, D-06) genannt. Auch die bürokratischen Hürden zur Vereinbarung eines Impftermins zu Beginn der Impfkampagne werden als Hemmnis beschrieben (Ü-01, Ü-5). Außerdem sorgen die wechselnden Empfehlungen in Bezug auf die Impfstoffe für Verunsicherung unter den Personen mit Einwanderungsgeschichte (Ü-05, S-02, S-03, S-04).

In Solingen wurden in drei der vier betrachteten Quartiere lokale Impfkationen durchgeführt. In dem Quartier, in dem keine Impfkation stattfand, wird dies damit erklärt, dass das Quartier sehr zentral und nahe am städtischen Impfzentrum gelegen ist (S-05). In den übrigen drei Quartieren kann zwischen den öffentlichen Impfkationen, welche durch die jeweiligen Quartiersmanagements in Zusammenarbeit mit der Stadt Solingen organisiert wurden, und den gezielten Impfungen in den dort angesiedelten Unterkünften für Geflüchtete differenziert werden. Die öffentlichen Impfkationen wurden jeweils im Frühjahr und Sommer 2021 mit dem Impfstoff von Johnson & Johnson durchgeführt (S-02, S-03, S-04). Der Erfolg der Impfkationen wird in den Interviews unterschiedlich bewertet. Ein*e Interviewpartner*in, welche im Kommunalen Integrationszentrum tätig ist, beschreibt die Impfkationen als „gut angenommen“ (S-06). In den Gesprächen mit den direkt im Quartier beschäftigten Quartiersmanager*innen ist die Bewertung differenzierter. So berichten die Quartiersmanager*innen der betreffenden Quartiere, dass das lokale Impfangebot von den Bewohner*innen zwar insgesamt angenommen wurde, die Auslastung dennoch so gering war, dass das Angebot stadtweit geöffnet werden musste, um einen Verfall des Impfstoffs zu verhindern (S-02, S-03, S-04). Die Personen, die sich im Quartier haben impfen lassen, werden bezüglich der Impfung als zufrieden beschrieben (S-02). Vereinzelt wird von Bedenken wegen der Verwendung des Johnson & Johnson-Impfstoffs berichtet, da dieser als qualitativ schlechter, als Impfstoffe anderer Hersteller bewertet wurde (S-03). In Dortmund wird in diesem Zusammenhang auch auf die problematische symbolische Wirkung der vergleichsweise häufigen Verwendung des vermeintlich „schlechtesten“ Impfstoffs in sozial benachteiligten Kontexten hingewiesen (DO-04).

Neben den öffentlichen Impfkationen fanden in den Unterkünften für Geflüchtete gezielte Impfungen statt (L-01, S-04). Zu dem Erfolg dieser Impfangebote liegen in den Interviews unterschiedliche Einschätzungen vor. Während eine bei der Kommune tätige Person, welche im Bereich der Unterbringung geflüchteter Personen arbeitet von einer schlechten Annahme der Impfungen spricht (S-07), wird die Impfquote unter den Geflüchteten sowohl von der*dem Expert*in des Kommunalen Integrations-

zentrums als auch von den Quartiersmanager*innen als sehr hoch eingestuft. Dies deckt sich mit der niedrigen Inzidenz der in städtischen Unterkünften untergebrachten Geflüchteten (S-01, S-02, S-03, S-04, S-06). Der Grund dafür wird im Interview mit einem Quartiersmanagement auch darin gesehen, dass die Stadt Druck auf Geflüchtete ausgeübt habe, sich impfen zu lassen:

„Und die Menschen in der Unterkunft die hatten jetzt auch nicht so die Wahlmöglichkeit, als da dieses Impfen kam, weil die Stadt viel Druck gemacht hat. Dass da gedroht wurde implizit ‚Wenn ihr jetzt euch nicht impfen lasst, dann müsst ihr ausziehen.‘ Das heißt da gab es auch viel Angst, aber da hatten wir viel mehr Zeit und waren enger an den Leuten, um denen die Angst zu nehmen. Und wenn wir gesagt haben ‚Ja, wir sind auch geimpft‘, das hat das nochmal einfacher gemacht für einige.“ (S-04)

Hier wird deutlich, dass auf vulnerable Gruppen teilweise politischer Druck ausgeübt wurde, was letztlich zu einer Entscheidung für eine Impfung geführt hat. Diese Art, Personen von einer Impfung zu überzeugen, wird, wie das oben genannte Zitat belegt, durchaus kritisch gesehen. So konnte im konkreten Fall den betreffenden Personen ihre Angst zwar durch eine zielgruppenspezifische sozialarbeiterische Begleitung teilweise genommen werden. Dem Aufbau langfristigen Vertrauens gegenüber dem deutschen Gesundheitssystem und politischen Maßnahmen der Pandemiebekämpfung stehen diese Methoden jedoch entgegen. Auch über die Gruppe Geflüchteter hinaus berichten Interviewpartner*innen für Solingen von Skepsis unter Menschen mit Einwanderungsgeschichte gegenüber der Schutzimpfung. Die Skepsis wird vorrangig auf Unsicherheit bezüglich der Informationslage zurückgeführt (S-02, S-03, S-04, S-06). Informationsangebote, die sich an den sprachlichen Bedürfnissen und gängigen Kommunikationskanälen (siehe oben) orientieren, erscheinen als eine gute Möglichkeit, um die Impfbereitschaft zu fördern. Dem Aspekt des Vertrauens wird dabei eine wichtige Rolle zugeschrieben. So berichtet ein*e Interviewpartner*in, welche*r im Quartiersmanagement arbeitet:

„Jetzt darf man auch nicht vergessen, ich bin 20 Jahre hier. Man kennt mich, man hat Vertrauen in mich und in meine Person. Wenn ich mich selber impfen lasse, dann kann es ja so scheiße erstmal nicht sein. [...] Dass man das einfach den Menschen rüberbringt. Mit ganz einfachen Worten und nicht belehrend, dann denke ich kommt man da Schritt für Schritt weiter [...]. Man muss die Menschen da abholen, wo sie sind, wo sie herkommen. Die fahren nicht für eine Impfveranstaltung in die Stadt. Die fragen auch nicht ihren Arzt.“ (S-03)

Hier wird beispielhaft deutlich, dass durch personelle Kontinuität in der Quartierssozialarbeit Vernetzung im Quartier geleistet wird, welche im Pandemiekontext als Ressource genutzt werden konnte, um Menschen zu erreichen. Bei der Bewerbung der lokalen Impfangebote in Solingen wurde daher auf persönliche Gespräche gesetzt. So wurden Eltern, deren Kinder die Kindertagesstätte im Quartier (S-03) oder Freizeitangebote des Quartiersmanagements (S-04) besuchen, auf die Impfung hingewiesen. Schriftliche Aushänge und Flyer wurden teilweise zwar genutzt, ihre Reichweite wird jedoch als eher niedrig eingeschätzt (S-02, S-04). Ein*e Expert*in aus Düsseldorf berichtet außerdem, dass die lokalen Impfaktionen im dortigen Quartier mit einer (im Rahmen des Infektionsschutzes erlaubten) Kulturveranstaltung (u.a. mit Musik und Essen) verknüpft wurden (D-07), was erheblich zum Erfolg des Impfangebots beigetragen hat.

Auch in der Fallstudienkommune Lippe gab es mit Blick auf das erhöhte Ausbruchgeschehen in einzelnen Gemeindegebieten gezielte dezentrale Impfangebote, bei denen auch Dolmetscher*innen eingesetzt wurden. Insgesamt berichten die lokalen Expert*innen aus Lippe jedoch, dass versucht wurde, den Eindruck zu vermeiden, gezielte Angebote für einzelne Personengruppen mit Einwanderungsgeschichte oder Religionsgruppen anzubieten. Vielmehr wurden Angebote eher raumbezogen umgesetzt und richteten sich an alle Menschen (L-01).

Die Umsetzung lokaler, unbürokratischer Impfangebote ist vor diesem Hintergrund eine wichtige Strategie, um Menschen in den untersuchten Quartieren zu erreichen. Eine ganzheitliche Planung, die

zielgruppenspezifische Informationsangebote beinhaltet und zugleich einzelne soziale Gruppen nicht stigmatisiert, erscheint hier wesentlich (siehe Kapitel 7).

6.1.5 Gesundheit und Ungleichheit

Im Hinblick auf die Frage des Infektionsrisikos thematisieren die interviewten Personen mehrfach die ungleiche Verteilung von Gesundheit und Krankheit über die COVID-19-Pandemie hinaus. Es werden grundsätzliche Zugangsbarrieren zum deutschen Gesundheitssystem für Menschen mit Einwanderungsgeschichte konstatiert, welche sich in einem schlechteren Gesundheitszustand niederschlagen können. Die dabei beschriebenen Punkte tragen unabhängig von der Pandemie zu einer Ungleichverteilung von Gesundheit bei. Die pandemische Lage wirkt hier als verstärkender Faktor, als Katalysator, der Differenzen im Gesundheitsstatus und im Zugang zum Gesundheitssystem sichtbar macht.

Expert*innen, die an der Schnittstelle Migration, Integration und Gesundheitsversorgung tätig sind, problematisieren die fehlende interkulturelle Öffnung des deutschen Gesundheitssystems (Ü-01, Ü-03, Ü-05, D-01). Vor diesem Hintergrund können zwei Faktoren differenziert werden, die den Zugang zum Gesundheitssystem für Menschen mit Einwanderungsgeschichte erschweren. Als ein Faktor wird der grundsätzliche Mangel muttersprachlicher Informationen zum deutschen Versorgungssystem genannt (Ü-1). Dies schlägt sich beispielsweise im Unwissen zur fachmedizinischen Strukturierung des deutschen Gesundheitssystems nieder (S-04, D-06). Durch fehlendes Wissen entstehen Unsicherheiten bei den betreffenden Personen, was dazu führen kann, dass ärztliche Hilfe gegebenenfalls erst sehr spät eingeholt wird. Dies wiederum kann den Genesungsprozess erschweren. Auch in der medizinischen Behandlung selbst spielen Sprachbarrieren eine große Rolle (Ü-01, Ü-02, Ü-03, Ü-04, Ü-05, Ü-08). So sprechen mehrere in der Migrationsforschung und dem Gesundheitssystem tätige Expert*innen von einem großen ungedeckten Bedarf zielgruppenorientierter, muttersprachlicher ärztlicher Versorgung (Ü-01, Ü-02, Ü-03, Ü-04, Ü-05). Demnach fehlt es an mehrsprachigem Krankenhauspersonal sowie an Dolmetscher*innen und Sprachmittler*innen, welche Patient*innen ohne oder mit wenigen Deutschkenntnissen begleiten (Ü-05). Das hat teils erhebliche Probleme bei der Diagnosestellung zur Folge. Der Pandemiekontext hat diese Problemlage noch verstärkt, da Patient*innen häufig nicht von Bekannten oder Verwandten, die für sie hätten übersetzen können, ins Krankenhaus begleitet werden durften.

In der psychotherapeutischen Behandlung ist die Versorgungslage besonders prekär (Ü-05). In diesem Bereich machen sprachliche Barrieren eine Behandlung oft unmöglich und führen dazu, dass Personen mit Einwanderungsgeschichte mit ihren psychischen Problemlagen ohne professionelle Behandlung zurückbleiben. Neben den gesundheitlichen Problemen, die mit sprachlichen Barrieren einher gehen können, werden Menschen mit Einwanderungsgeschichte, die aufgrund von Verständigungsproblemen mehrere (Fach-)Mediziner*innen besuchen, so zu vergleichsweise teuren Patient*innen (Ü-05). Eine Ausweitung sprachlicher Kompetenzen im Gesundheitssektor scheint somit auch auf ökonomischer Ebene sinnvoll. Die Beschreibung eines Mangels an ärztlicher Versorgung in der jeweiligen Muttersprache wird auch in den Interviews mit lokalen Expert*innen deutlich. Diese berichten, dass die Bewohner*innen in den untersuchten Quartieren in Solingen, Düsseldorf und Dortmund zumeist Arztpraxen präferieren, in denen das Personal die jeweilige Muttersprache beherrscht (S-04, D-03, D-06). Konkret wird vor allem die Nachfrage nach arabisch- und türkischsprachigen Ärzt*innen benannt. Als eine zentrale Forderung hinsichtlich sprachlicher Zugangsbarrieren wird hier die Einrichtung krankenkassenfinanzierter Dolmetscher*innen und – Sprachmittler*innen formuliert (Ü-01, Ü-03, Ü-05). In Düsseldorf ist bereits ein Sprachmittler*innenpool eingerichtet, der kommunal refinanziert wird (intermigras e.V. 2022). Der Zugriff ist dabei jedoch über Wohlfahrtsverbände, Ämter der Stadt Düsseldorf und weitere gemeinnützige Träger organisiert (intermigras e.V. 2022). Dadurch ist es weiterhin nur über institutionelle Akteur*innen möglich, Sprachmittler*innen zu engagieren. Vor dem Hintergrund der dargelegten Sprachbarrieren wird von

zwei Expert*innen, welche selbst im Gesundheitssektor tätig sind, die reguläre Inklusion von Sprachmittler*innen in gesundheitsrelevante Institutionen gefordert (Ü-01, Ü-05).

Der zweite Faktor, welcher hinsichtlich der interkulturellen Öffnung des Gesundheitssystems problematisiert wird, ist eine fehlende Sensibilität gegenüber kulturellen Praktiken (Ü-01, Ü-05). Als Beispiel wird hier eine Impfkaktion in der Kölner Zentralmoschee im Mai 2021 thematisiert (Ü-01). Diese wurde während des islamischen Fastenmonats Ramadan durchgeführt. Das Impfangebot wurde zwar insgesamt gut angenommen und medial positiv bewertet. Die Terminierung während des Fastenmonats hatte jedoch zur Folge, dass muslimische Personen, die am Fasten teilnahmen, sich tagsüber nicht impfen lassen konnten (Ü-01). Hier wird deutlich, dass zielgruppenspezifische Gesundheitsangebote im direkten Dialog mit der jeweiligen Zielgruppe gestaltet werden sollten. Einen Grund für die wenig kultursensible Ausgestaltung gesundheitsspezifischer Angebote sieht die interviewte Person in der mangelnden Repräsentation von Menschen mit Einwanderungsgeschichte im Gesundheitswesen allgemein und im Speziellen in der kommunalen Organisation zur Pandemiebekämpfung:

„Dann gucken sie mal im Gesundheitsamt wie viele Menschen mit Migrationshintergrund da arbeiten. Das ist wahrscheinlich die Putzfrau mit Kopftuch, die da putzt und in der Kantine die Küchenhilfskraft. Und der Security vorne an der Tür. Und keiner soll mir sagen da findet keine institutionelle Diskriminierung statt.“ (Ü-01)

Die Auswirkung der Zugangsproblematik sehen die Interviewpartner*innen (Ü-01, Ü-02, Ü-05) unter anderem darin, dass Personen mit Einwanderungsgeschichte in der Akutversorgung häufig überrepräsentiert und im Präventions- und Rehabilitationsbereich – den Bereichen, welche häufiger mit eigener Initiative verbunden sind – seltener vertreten sind:

*„Für das Gesundheitswesen lässt sich die Situation für Menschen mit Migrationshintergrund folgendermaßen zusammenfassen: Migrant*innen sind überrepräsentiert in Notfallambulanzen, in der Akutversorgung und auch in den psychiatrischen Kliniken. Und unterrepräsentiert in Rehabilitations-einrichtungen, in der psychotherapeutischen Behandlung in Gesundheitsförder- und Präventionsmaßnahmen. Und das liegt m.E. an der fehlenden interkulturellen Öffnung im Gesundheitssystem. Und das haben wir am Anfang der Coronazeit brutal zu spüren bekommen, dass insbesondere Migrant*innen in den Kliniken vertreten waren.“ (Ü-01)*

Für eine kultursensible Ausrichtung medizinischer Versorgung erscheint dabei die Abbildung postmigrantischer Gesellschaftsstrukturen in den gesundheitsrelevanten Institutionen (u.a. Gesundheitsämter, Krankenhäuser, Ärztekammern) wesentlich (Ü-01, Ü-05). So können kulturelle, religiöse sowie geschlechterspezifische Hemmnisse (Ü-05) zunächst offengelegt und in die Planung lokaler Versorgungsstrukturen integriert werden.

Ein weiterer Befund, der den Zugang zum Gesundheitssystem erschwert, ist (zumindest für die Dortmunder Nordstadt und in einzelnen Quartieren in Solingen), dass die medizinische Grundversorgung in benachteiligten Quartieren offenbar nicht überall ausreichend gewährleistet ist. Aufgrund der hohen Bevölkerungsdichten, der innerstädtischen Lage und der grundsätzlich hohen Dichte an sozialen Infrastrukturen solcher Quartiere, ist das zunächst einmal überraschend. Für Ärzt*innen sind Praxen in benachteiligten Quartieren aufgrund des geringen Anteils Privatversicherter sowie teils fehlender Krankenversicherung laut Aussage einiger Interviewpartner*innen (DO-05, DO-09, S-04) weniger attraktiv. Das deutet insgesamt darauf hin, dass sich sozialräumliche Benachteiligungen zunehmend auch in der Gesundheitsversorgung niederschlagen.

6.1.6 Stigmatisierungstendenzen im Kontext der Infektionsverbreitung

Die vermeintliche wie auch die tatsächliche sozialräumliche Verbreitung der COVID-19-Inzidenzen kann zu einer Stigmatisierung bestimmter Stadtteile wie auch sozialer Gruppen führen. Wie in den vor-

hergehenden Unterkapiteln dargelegt, ist das Risiko sich mit COVID-19 zu infizieren von unterschiedlichen Faktoren abhängig. Im medialen Diskurs werden komplexe gesellschaftliche Zusammenhänge jedoch teilweise simplifiziert dargestellt (beispielsweise, wenn Menschen mit Einwanderungsgeschichte als „Pandemietreiber“ dargestellt werden), was stigmatisierende Auswirkungen haben kann. So wurde in Dortmund auf die Stigmatisierung einzelner Stadtteile hingewiesen. Insbesondere betrifft das die Dortmunder Nordstadt (DO-03, DO-07, DO-09). Die Nordstadt ist ein großer, zentrumsnah gelegener ehemaliger Arbeiterstadtteil (siehe dazu auch Kapitel 4.2), der sich im Laufe der Zeit zu einem paradigmatischen Ankunftsquartier entwickelt hat und sich durch eine hohe migrationsbedingte Dynamik auszeichnet (Hanhörster/Hans 2019). Als problematisch wird in diesem Zusammenhang insbesondere die mediale Berichterstattung über den Stadtteil bezeichnet. Um solchen Stigmatisierungen bestimmter Stadtgebiete und ihrer Bewohner*innenschaft vorzubeugen, veröffentlicht die Stadt Dortmund z.B. Daten rund um das Infektionsgeschehen in den Stadtgebieten nur mit fachlichen Einordnungen, um auf die komplexen Zusammenhänge bestimmter Entwicklungen hinzuweisen (DO-01, DO-10). Ein zurückhaltender Umgang mit Informationen zu lokalen (gemeindebezogenen) Inzidenzen auch in Lippe ist ein Hinweis auf die Sorge vor einer Stigmatisierung einzelner Kommunen, Wohnlagen und religiöser Einrichtungen.

Die raumbezogene Stigmatisierung der untersuchten Quartiere wird in Solingen und Düsseldorf weniger stark problematisiert. Eine beim Gesundheitsamt Solingen tätige Person berichtet jedoch, dass die Stigmatisierung einzelner sozialer Gruppen im Zuge der Pandemie durchaus als sensibles Thema verhandelt worden sei (S-01). So wird gerade im Hinblick auf die Kopplung der COVID-19-Inzidenzen an die Gruppe von Menschen mit Einwanderungsgeschichte die Gefahr gesehen, dass der sozio-ökonomische Kontext ausgeklammert und das Thema für rechtsgerichtete politische Zwecke vereinnahmt wird (S-01). Für Solingen wie auch für Düsseldorf berichten die Expert*innen außerdem, dass die Gruppe geflüchteter Personen im Zuge der COVID-19-Inzidenzen von städtischer Seite wie auch medial stark problematisiert worden sei, obwohl die Fallzahlen in den Quartieren, in denen sie jeweils wohnhaft sind, nicht als erhöht eingeschätzt werden (S-04, D-01).

Insgesamt wird hinsichtlich der Stigmatisierungsgefahr einzelner Räume wie auch sozialer Gruppen das Spannungsfeld deutlich, in dem sich wissenschaftliche Arbeiten bei der vorliegenden Thematik befinden. Auf der einen Seite ist der Ausbau der Datenlage im Gesundheitsbereich im Zusammenhang mit der Erhebung sozialer Merkmale wesentlich für eine wissenschaftsbasierte Pandemiepolitik. So können erstens Problemlagen einzelner Bevölkerungsgruppen aufgedeckt und politisch adressiert werden. Zweitens kann Narrativen, die einzelne Bevölkerungsgruppen ohne datenbasierte Evidenz als „Pandemietreiber“ darstellen, entgegengewirkt werden. Auf der anderen Seite geht mit der Erhebung und Veröffentlichung gesundheitsbezogener und nach sozialräumlichen Merkmalen aufgeschlüsselter Daten die Gefahr einher, dass Zusammenhänge (z.B. zwischen Migrationsgeschichte und COVID-19-Erkrankung) ohne den jeweiligen Kontext (wie beispielsweise dem sozioökonomischen Status) betrachtet und dadurch wiederum Stigmatisierungen reproduziert werden. Hier bedarf es einer differenzierten Außenkommunikation, welche die unterschiedlichen Aspekte, die zu einer erhöhten COVID-19-Inzidenz in einzelnen sozialen Gruppen oder bestimmten Räumen führen, in die Analyse einbezieht.

6.1.7 Zwischenfazit der Ergebnisse

Die Interviews geben Hinweise auf ein erhöhtes Infektionsrisiko von Menschen mit Einwanderungsgeschichte. Das Infektionsrisiko ist multifaktoriell begründet. Der sozioökonomische Status sowie die damit verknüpften Arbeits- und Wohnverhältnisse sowie das Mobilitätsverhalten haben einen wesentlichen Einfluss auf die sozialen Kontakte, denen Menschen ausgesetzt sind und damit auf das Risiko sich mit COVID-19 zu infizieren. In den untersuchten Quartieren wird von beengten Wohnverhältnissen und Arbeitssituationen ohne die Möglichkeit zu Homeoffice berichtet. Die enge

Wohnsituation erschwert die Befolgung der Kontaktbeschränkungen und Isolationsregeln. Bei der Infektion eines Haushaltsmitglieds infizieren sich häufig auch weitere Mitglieder. Als besonders gefährdet werden Familien in engen Wohnverhältnissen beschrieben, deren Kinder Betreuungs- und Bildungseinrichtungen besuchen. Beschäftigungsverhältnisse, bei denen ein Ausweichen auf Homeoffice oder eine anderweitige Reduzierung sozialer Kontakte nicht möglich ist, können das Infektionsrisiko weiter steigern. Auch die Nutzung des ÖPNV ist ein weiterer Faktor, der zu sozialen Kontakten führt und somit das Infektionsrisiko steigert.

In Bezug auf religiöse und kulturelle Praktiken werden in den Interviews vier Punkte thematisiert, welche zu erhöhten Inzidenzen beitragen können. Erstens können grundsätzlich alle kulturellen und religiösen Veranstaltungen, bei denen soziale Kontakte zustande kommen, zur Übertragung des Virus führen. Spezifische lokale Events, wie die öffentliche Live-Übertragung des EM-Spiels in Solingen, können die Infektionslage einzelner Gruppen (hier: Menschen mit italienischer Einwanderungsgeschichte) beeinflussen. Zweitens stellt das Zusammenleben in größeren Haushalten und Familienzusammenhängen ein erhöhtes Infektionsrisiko dar. In den untersuchten Quartieren wird die Tendenz zu Mehrgenerationenhaushalten vor allem auf Menschen mit Einwanderungsgeschichte bezogen und auch von haushaltsübergreifenden familiären Kontakten berichtet. Es ist davon auszugehen, dass das Zusammenleben in größeren Haushaltsstrukturen sowohl kulturell als auch ökonomisch begründet ist. Eine differenzierte Analyse der Haushalts- und Wohnsituation von Personen mit Einwanderungsgeschichte und ihr Einfluss auf das Pandemiegeschehen wäre aufschlussreich. Drittens wird dargelegt, dass die Kontaktbeschränkungen für junge Menschen, welche in traditionell-religiösen Familienzusammenhängen (hier v.a. muslimische Familien) leben, eine starke Einschränkung sonstiger Freiheiten bedeutete. Dies kann dazu führen, dass es in dieser Gruppe zu vermehrten Verstößen gegen Kontaktbeschränkungen (z.B. durch das Treffen von Freund*innen im öffentlichen Raum) kam. Viertens wird beschrieben, dass Personen, deren Alltagshandeln stark durch ihren Glauben geprägt ist, dazu neigen, dass religiöse Regeln den Umgang mit der Pandemie stärker bestimmen als die Befolgung von Infektionsschutzmaßnahmen. Eine Aufklärung dieser Gruppe durch religiöse Institutionen könnte hier ein Anknüpfungspunkt sein, um den Infektionsschutz stärker in den Fokus zu rücken.

Im Hinblick auf Informationsbarrieren im Kontext der Pandemiekommunikation können drei Punkte als relevant herausgestellt werden. Erstens ist die Bereitstellung von Informationsmaterial in den jeweiligen Muttersprachen ein wesentlicher Baustein, um die heterogene Personengruppe von Menschen mit Einwanderungsgeschichte zu erreichen. Neben dem einfacheren Verständnis muttersprachlicher Materialien wird in den Interviews dargelegt, dass diese darüber hinaus zu einer Steigerung des Vertrauens in die jeweiligen Informationen beitragen können. Zweitens wurde die Frage, über welche Kanäle Personen mit Einwanderungsgeschichte, die in sozioökonomisch deprivierten Quartieren wohnen, erreicht werden können, thematisiert. Menschen mit Einwanderungsgeschichte scheinen weniger gut über öffentlich-rechtliche Medien sowie schriftliche Aushänge adressierbar zu sein. Dies ist in der Kombination aus schwieriger Zugänglichkeit (aufgrund von Sprache und digitaler Kompetenz), mangelnder Repräsentation und fehlenden Vertrauens in staatliche bzw. staatlich finanzierte Informationskanäle begründet. Die persönliche Ansprache über quartiersbezogene Einrichtungen, Angebote und Netzwerke, denen Vertrauen entgegengebracht wird, erfüllt hier eine wichtige Funktion und bedarf der Stärkung. Drittens kann anhand der Schutzimpfung verdeutlicht werden, dass sich die Pandemiekommunikation in einem Spannungsfeld von Unsicherheit und Vertrauen bewegt. Anhand der Informationssprache und der genutzten Informationskanäle kann das Vertrauen von Menschen mit Einwanderungsgeschichte gestärkt und Verunsicherung verhindert werden. Im Kontext der Frage eines höheren Infektionsrisikos für Personen mit Einwanderungsgeschichte wurde in den überregionalen Interviews – insbesondere von Expert*innen aus dem Tätigkeitsbereich Gesundheit, Integration und Migration – mehrfach der Zugang zum Gesundheitssystem problematisiert. Hier wurde auf die bisher fehlende interkulturelle Öffnung des

Gesundheitssystem hingewiesen. Dabei spielen die Überwindung sprachlicher Barrieren (z.B. durch den regulären Einsatz von Sprachmittler*innen) sowie die Schaffung kultureller Sensibilität (z.B. durch stärkere Repräsentation von Menschen mit Einwanderungsgeschichte in relevanten Institutionen) eine wesentliche Rolle. Daneben legen die Interviews offen, dass es in einzelnen der untersuchten Quartiere keine ausreichende gesundheitliche Infrastruktur gibt. Dies scheint unter anderem in dem geringen Anteil privatversicherter Patient*innen zu liegen.

Weiterhin können auf Basis der Expert*innengespräche in den Fallstudienkommunen teils stigmatisierende Tendenzen konstatiert werden. Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Aspekte, welche einen Einfluss auf das Infektionsrisiko haben, wird deutlich, dass die gesellschaftliche Debatte hier teils stark verkürzt geführt wird. Eine detailliertere Datenerhebung und -analyse könnte hier eine differenzierte Debatte ermöglichen, in der spezifische Unterstützungsbedarfe aufgedeckt und der Reproduktion von Vorurteilen entgegengewirkt würde.

6.2 Belastungen durch Infektionsschutzmaßnahmen

Neben den dargelegten Punkten, die ein höheres Infektionsrisiko begründen können, legen die Interviews offen, dass die Infektionsschutzmaßnahmen selbst zu Belastungen der Menschen mit Einwanderungsgeschichte in den betroffenen Quartieren geführt haben. Kontaktbeschränkungen, Hygienemaßnahmen und die Schließung weiter Teile des öffentlichen Lebens lassen hier spezifische Problemlagen entstehen. Die Belastungen durch die Pandemie sind dabei nicht nur in einer Infektion, sondern auch durch die sozioökonomischen Umstände, in denen die Infektionsschutzmaßnahmen umgesetzt werden müssen, begründet. So sind Menschen mit Einwanderungsgeschichte und niedrigerem Sozialstatus deutlich häufiger von den ökonomischen Auswirkungen der Pandemie betroffen. Das umfasst insbesondere Einkommenseinbußen durch den Verlust des Arbeitsplatzes (z.B. im Gastronomiegewerbe, als Reinigungskräfte etc.) (Butterwegge 2022; Gruber/Zupan 2022). Verschiedene Interviewpartner*innen verweisen darauf, dass es im Zuge der COVID-19-Pandemie gerade im Bereich des Niedriglohnssektors zu Arbeitsplatzverlusten kam (DO-02, DO-06, DO-08). Zudem nimmt hier auch die Konkurrenz um Arbeitsplätze zu, wobei Menschen mit Einwanderungsgeschichte mit geringeren Sprachkenntnissen beim Zugang benachteiligt sind. Einerseits verschlechtert sich dadurch das Einkommen der betroffenen Haushalte, wodurch unmittelbar wirtschaftliche Notlagen ausgelöst werden können (z.B. Bezahlung von Miete oder Energiekosten). Andererseits werden die Menschen zum Teil erheblich in ihrem Integrations- und Teilhabeprozess zurückgeworfen. Über die ökonomischen Einbußen hinaus werden vor allem die beengten Wohnverhältnisse sowie die Schließung von Behörden, Beratungsstellen und Bildungs- und Betreuungseinrichtungen als belastende Faktoren in den untersuchten Quartieren thematisiert.

6.2.1 Einschränkungen durch beengte Wohnverhältnisse

Beengte Wohnverhältnisse erschweren teilweise die Einhaltung der Infektionsschutzmaßnahmen. Durch Kontaktbeschränkungen, Isolations- und Quarantäneregelungen, die Schließung von Geschäften, Schulen und Kinderbetreuungseinrichtungen sowie den Ausfall öffentlicher Veranstaltungen werden die eigenen Wohnverhältnisse zum zentralen Ort des Alltags. Neben den Schwierigkeiten, die sich daraus im Hinblick auf Quarantäne- und Isolationsregelungen ergeben (siehe dazu Kapitel 5.1.1) wird für die untersuchten Quartiere mehrfach von haushaltsinternen Konflikten berichtet (S-03, S-05, D-01, D-03, D-05, D-06, D-10, DO-9). Besonders betroffen sind Familienhaushalte, in denen durch die oben genannten Schließungen plötzlich alle Haushaltsmitglieder ihren Alltag im gemeinsamen Wohnraum verbringen. Die Organisation von Care-Arbeit (Haushaltsarbeit und (Klein-) Kindbetreuung) und Homeschooling stellt viele Haushalte in den untersuchten Quartieren vor enorme Herausforderungen. So verfügen viele Haushalte nicht über genügend Räume, um Rückzugsorte zu ermöglichen. In manchen Fällen sei es dabei zu häuslicher Gewalt gekommen (S-05, D-06, D-10). Für

Düsseldorf wird in diesem Zusammenhang von einem Fall berichtet, bei dem ein Mann seine Ehefrau umgebracht habe (D-10). Grundsätzlich wirkt der alltägliche Aufenthalt in engen Wohnsituationen negativ auf das psychische Wohlbefinden der Bewohner*innen in den untersuchten Quartieren. Eine in der Quartierssozialarbeit tätige Person berichtet, dass vor allem Männer, die im Pandemiekontext arbeitslos geworden sind, darunter leiden, im Alltag auf die eigene Wohnung beschränkt zu sein. Daraus entstünden häufig familiäre Streitigkeiten (z.B. zwischen Eheleuten über die Aufteilung der Care-Arbeiten) (D-06). Auch Kinder sind davon zum Teil betroffen. In Dortmund wurde z.B. berichtet, dass das Jugendamt im Zuge der Kontaktbeschränkungen das Aufsuchen von Kindern und Jugendlichen in vulnerablen Verhältnissen eingestellt hatte, wodurch die Möglichkeiten der Intervention in Notlagen stark eingeschränkt wurde:

„Niemand hat wahrgenommen, wie es den Kindern geht.“ (DO-09)

Entstandene Konflikte können in Quartieren, die über eine gut verankerte Quartierssozialarbeit verfügen, teilweise aufgefangen und geklärt werden. Auch in dezentralen Beratungsstellen spielt die Enge der Wohnung und die daraus entstehenden Konflikte eine Rolle (D-01, D-02, D-10). Es zeigt sich, dass enge Wohnverhältnisse in den untersuchten Quartieren auch über das Infektionsrisiko hinaus eine wesentliche Problemlage im Pandemiekontext darstellen. Politisch wurde dieses Thema bisher kaum problematisiert. Die Verlagerung alltäglicher Praktiken in den jeweiligen Wohnraum trifft Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status – und damit einen überproportionalen Anteil an Personen mit Einwanderungsgeschichte – jedoch unverhältnismäßig stark.

Besonders schwierig stellt sich die Situation für Geflüchtete dar, die in größeren Unterkünften leben. Hier liegen ohnehin enge Wohnverhältnisse vor, welche durch Infektionsschutzmaßnahmen noch stärker in den Mittelpunkt des alltäglichen Lebens gerückt wurden. Für die Fallstudienkommune Solingen berichtet ein Quartiersmanagement von den städtischen Quarantänemaßnahmen für die im Quartier gelegene Sammelunterkunft:

„Ja genau, also am Anfang hieß es, wenn eine Person aus dem Haus positiv ist, würde das ganze Haus unter Quarantäne gestellt werden. Die standen halt auch per se unter Generalverdacht, dass die sich nicht an die Regeln halten würden [...] Tatsächlich hatten wir aber erst vor drei oder vier Wochen den ersten positiven Fall. Und es wurde so gehandhabt, dass sobald eine Person in Quarantäne war, weil eine Person aus der Klasse positiv war, dann wurde die ganze Familie ausquartiert in eine andere Unterkunft. Was natürlich nicht besonders toll war. Die Kinder die konnten nicht mehr zur Schule, die konnten nicht mehr mit anderen spielen. Und es war ja nicht ein Kind positiv, sondern ein Kind hatte nur Kontakt mit jemandem. Und das hat viele auch sehr zurückgeworfen.“ (S-04)

Hier wird deutlich, dass die Isolation in Form der Unterbringung in einer externen Unterkunft durchaus ambivalent gewertet werden kann. Im Fall einer Quarantäne oder Isolation waren geflüchtete Personen in Sammelunterkünften – zumindest in der Fallstudienkommune Solingen - den städtischen Maßnahmen (insbesondere bezüglich der Schutzimpfung) weitgehend ausgeliefert. So konnten sie nicht selbst entscheiden, ob sie sich in ihren Wohnräumen in der jeweiligen Unterkunft oder in externen Unterbringungsmöglichkeiten isolieren wollten. Maßnahmen des Infektionsschutzes stehen hier teilweise dem Ankommensprozess geflüchteter Menschen entgegen. Die isolierten Personen wurden zwar auch in den neuen Unterbringungen durch städtische Sozialarbeiter*innen betreut (S-04, S-07). Die sozialen und psychischen Auswirkungen der Verlegung in eine unbekannte Umgebung konnten dabei jedoch nicht aufgefangen werden (S-04).

Insgesamt zeigen die Interviews auf, dass die Wohnverhältnisse eine entscheidende Rolle dabei spielen, inwiefern die Infektionsschutzmaßnahmen umgesetzt und sozialpsychologisch aufgefangen werden konnten. Wohnen in engen räumlichen Gegebenheiten führt dazu, dass die jeweiligen Personen teils stark unter der Umstellung alltäglicher Praktiken leiden. Die Schaffung weniger

beengter und zugleich erschwinglicher Wohnungen stellt eine wesentliche Maßnahme dar, um die Resilienz von Menschen mit Einwanderungsgeschichte in sozioökonomisch benachteiligten Quartieren zu stärken (S-02, S-04, S-05, D-03, D-06).

6.2.2 Schließungen von Behörden und Beratungsangeboten

Eine große Belastung ergibt sich für viele Familien durch die Schließung von Behörden. Vor allem die Schließung des Jobcenters und der Ausländerbehörde werden von den Expert*innen als problematisch beurteilt. Im Laufe der Pandemie wird in den Fallstudienkommunen zwar auf digitale und telefonische Angebote umgestellt (S-06, S-07, D-08, D-09). Zum einen passiert dies jedoch mit zeitlicher Verzögerung. Zum anderen verfügen einkommensschwache Haushalte häufig nicht über die digitale Kompetenz bzw. die entsprechenden Geräte oder die sprachlichen Voraussetzungen, um Termine digital wahrnehmen zu können (S-02, S-03, S-04, S-06, D-01, D-03, D-05, D-08). Insbesondere für Geflüchtete, die in größeren Unterkünften ohne Internetzugang leben, stellt die Umstellung eine enorme Hürde dar. Mit sinkenden Inzidenzen wurde der Präsenzbetrieb teilweise zwar wieder eingeführt, dennoch führte die Schließung zu großer Unsicherheit und teils finanziellen Notlagen bei den betroffenen Personen. Auch von Seiten der Behörden wird dargelegt, dass es durch die Schließungen zu Verzögerungen gekommen sei, die teilweise auch im ersten Quartal 2022 noch nicht aufgearbeitet werden konnten (D-08).

Die zeitweise eingeschränkte Erreichbarkeit des Jobcenters hatte für betroffene Haushalte einschneidende finanzielle Folgen. Häufig wird von der Unterbrechung der Zahlung von Sozialleistungen berichtet, weil z.B. die notwendigen Dokumente nicht rechtzeitig eingereicht werden konnten (S-02, S-04, D-03, D-06, D-09). Dies hat zur Folge, dass Familien teils nicht mehr in der Lage waren ihren Lebensunterhalt zu bestreiten. Die sozialen Träger haben die damit einhergehenden Notlagen nur zum Teil auffangen können.

Auch die Schließung der Ausländerbehörden brachte Personen mit Einwanderungsgeschichte, die in einem laufenden Asylverfahren steckten, eine Verlängerung ihres Aufenthaltstitels benötigten oder einen Asylantrag stellen wollten, in Situationen starker Unsicherheit. Die Umstellung auf digitale und telefonische Kommunikation war für viele Betroffene nicht umsetzbar:

„Die größte Änderung war der Lockdown der Behörden, denn bei den Behörden gab's Corona und es war geschlossen. Und unsere Klienten konnten dort nicht mehr vorsprechen und per Telefon waren sie [die Behörden] auch nicht erreichbar. Post ist nicht angekommen. Es musste praktisch alles auf elektronischem Wege zu den Behörden kommen und viele waren eben ohne diese Möglichkeit. Also die, die in den Geflüchtetenunterkünften sind, hatten weder Internet noch einen Scanner. Und in den Copyshop konnte man auch nicht gehen. Da war es auch geschlossen.“ (D=01)

Es wird deutlich, dass Personen, die auf den Service der Ausländerbehörden angewiesen sind, durch die Schließungen teils in existentielle Problemlagen geraten sind. So war die Informationslage zu Beginn des Lockdowns undurchsichtig. Betroffene Personen wussten oft nicht, wie sie ihre Sachbearbeiter*innen (sofern vorhanden) erreichen und Anträge und fehlende Dokumente einreichen konnten (D-01, D-03, D-06, S-06). Die Expert*innen berichten mehrfach, dass Familien, aufgrund der problematischen Kommunikationssituation mit der Ausländerbehörde, ihre finanziellen Leistungen zeitweise nicht weiter beziehen konnten (S-06, D-01, D-03, D-06).

Auch für die Kommunen selbst werden die Schließungen und die Umstellung auf telefonische und digitale Kommunikationswege als herausfordernd beschrieben (S-07, D-08, D-09). In Düsseldorf wurden die Aufenthaltsgenehmigungen in den ersten Wochen des Lockdowns pauschal verlängert (D-08). Es wird berichtet, dass in der Zeit der Schließung über 15.000 Termine abgesagt werden mussten, welche auch bis ins erste Quartal 2022 teilweise noch nicht nachgeholt werden konnten (D-08). Hier hat die Schließung zu einer grundsätzlichen Umstrukturierung der Arbeitsweise in der Ausländerbehörde geführt. So wurde der Kund*innenkontakt aus der Ausländerbehörde in einen zentralen

Servicepoint ausgelagert. Die Antragstellung läuft entweder postalisch oder per Mail, wobei der Servicepoint als Knotenpunkt der Kommunikation zwischen Kund*innen und Ausländerbehörde agiert (z.B. durch die Vergabe von Terminen oder die Weiterleitung von Dokumenten) (D-08). Hier bleibt abzuwarten, inwiefern sich durch die, über die Pandemie hinausgehende, Verlagerung behördlicher Kommunikation auf digitale Kanäle Zugangsbarrieren für Personen mit Einwanderungsgeschichte langfristig verstetigen. Zudem beschrieben Expert*innen aus dem Bereich der Quartierssozialarbeit sowie zentralen Beratungsstellen eine große Verunsicherung unter den Personen mit Einwanderungsgeschichte. Diese wurde durch die zeitweise Schließung der Beratungsstellen sozialer Träger weiter verstärkt (D-01). Die Beratungsstellen, die zugänglich waren, berichten hier von einer großen Nachfrage an Beratungen (S-06, D-01, D-03, D-05, D-06). Dies wird an den Aussagen zweier Expert*innen aus Düsseldorf, die jeweils in einer zentralen und einer quartiersbezogenen Beratungsstelle tätig sind, beispielhaft deutlich:

„Das heißt, wir sind praktisch zum Schreibtisch der Behörden avanciert. Und es war sehr schwer überhaupt in Kontakt zu kommen und die Anliegen der Klientinnen und Klienten in die Behörden zu schaffen.“ (D-01)

„Das andere ist, dass die ganze Infrastruktur für die Familien ja teilweise bis heute zusammengerochen ist. Das heißt, es gab auch Beratungsstellen, die nicht geöffnet waren, es gab keine persönlichen Ansprechpartner mehr. Wir durften Gott sei Dank nach vier Wochen wieder öffnen. Wir haben ein relativ großes Haus, das heißt, wir konnten mit Abstand, Masken, Lüften gut weiterarbeiten in der Einzelberatung. Aber Beratungsstellen, die räumlich sehr begrenzt sind, konnten das nicht.“ (D-06)

Für Solingen wird berichtet, dass das kommunale Integrationszentrum teilweise Vermittlungstätigkeiten im Kontext der Behördenschließungen übernommen hat:

„Wir haben versucht auch Schwierigkeiten auszugleichen, die die Menschen haben mit Einwanderungsgeschichte. [...] Gerade in den Zeiten, wo auch viele Behörden geschlossen hatten, war die Kontaktaufnahme schwieriger. Vieles ging dann über E-Mail. Da fehlen dann häufig vielleicht auch die IT-Kenntnisse, aber vor allem die Sprachkenntnisse. Und da haben wir auch hier unsere Aufgabe gesehen da Mittler zu sein. Also wir waren die ganze Zeit erreichbar im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben, [...] sodass wir eine Art Bindeglied zwischen den geschlossenen oder nur sehr wenig geöffneten Behörden und den Menschen mit Einwanderungsgeschichte hatten, die nicht wussten wie sie ihre Angelegenheiten, ob's Verlängerungsanträge waren, hinbekommen haben.“ (S-06)

Das große Ausmaß der Nachfrage nach Beratung legt die Schwierigkeiten offen, mit denen Menschen mit Einwanderungsgeschichte durch die Schließungen konfrontiert waren. Die Umstellung auf Verfahren ohne persönliche Kontakte zeigt Problemlagen auf (v.a. Sprachbarrieren, fehlende digitale Ausstattung und Kompetenz), die erst im Verlauf des kommunalen Pandemiemanagements erkannt wurden. In den Interviews werden wiederholt die Folgen für den Ankommens- und Inklusionsprozess insbesondere für Personen mit Einwanderungsgeschichte, die noch nicht lange in Deutschland sind, hingewiesen. Dies wird durch folgende Aussage aus einem Interview mit einer Düsseldorfer Beratungsstelle beispielhaft deutlich:

„Und das schlimme war, [...] wir arbeiten ja so, dass die Menschen möglichst viel selber machen können. Aber viele von ihnen kamen wieder zu uns und konnten nichts selber machen. Das war für die Personen schon auch eine Kränkung und Demütigung und ziemlich schlimm. Dass sie viel erreicht hatten in Deutschland, Fortschritte gemacht hatten mit der Sprache und plötzlich sind sie wieder abhängig. Die Selbstermächtigung, die sie sich erarbeitet hatten, war dahin.“ (D-01)

Darüber hinaus wird beschrieben, dass durch die Schließung von Beratungsangeboten für Geflüchtete der Kontakt zu einzelnen Haushalten langfristig abgebrochen sei (D-10). Die Schließungen von Behörden und die damit einhergehenden Problemlagen erschweren somit den Prozess der Selbstständigkeit und damit der langfristigen gesellschaftlichen Teilhabemöglichkeiten insbesondere

von Neuzugewanderten. Darüber hinaus kam es für Menschen mit Einwanderungsgeschichte, die ohnehin in prekären Lebenssituationen leben, teils zu finanziellen Notlagen.

6.2.3 Schließungen von Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

Ein weiterer belastender Faktor für die Familien in den untersuchten Quartieren geht von der Schließung von Kinderbetreuungseinrichtungen (bzw. der Umstellung auf Notbetreuung) sowie von der Umstellung auf Homeschooling an den Schulen aus. Darüber hinaus wird auch der Ausfall lokaler Betreuungsaktivitäten in den Quartieren selbst (u.a. Jugendtreffs, Hausaufgabenbetreuung) als erschwerender Faktor thematisiert.

Grundsätzlich wird berichtet, dass die Verlagerung der Betreuungs- und Lerntätigkeiten in den Wohnbereich zu einem Anstieg der finanziellen Belastung in den untersuchten Quartieren geführt hat (S-03, D-03, D-06, DO-03, DO-05). Ein wesentlicher Grund dafür ist, dass sich auch die Mahlzeiten der Kinder und Jugendlichen in den Haushalt verlagerten. Bei Haushalten, die Leistungen im Sinne des SGB-II erhalten, werden diese Mahlzeiten bei regulärem Schul- und Betreuungsbetrieb durch Leistungen für Bildung und Teilhabe (BuT-Leistungen) vom Jobcenter übernommen. Durch die Schließung der Kindertagesstätten und die Umstellung auf Homeschooling waren die Kinder und Jugendlichen jedoch zuhause und haben dementsprechend dort gegessen. Da es keine Ersatzleistungen durch das Jobcenter gab (z.B. durch gesonderte Geldleistungen oder Essensgutscheine), führte dies zu Mehrbelastungen und teilweise zu finanziellen Engpässen in den Familien (D-06).

Die Schließung von Kindertagesstätten führte außerdem dazu, dass die Kinderbetreuung in die Familien und damit in den ohnehin häufig beengten Wohnraum (siehe Kapitel 5.2.2) verlagert werden musste. In den Interviews wird mehrfach beschrieben, dass insbesondere Frauen stark durch die Betreuungsarbeit belastet waren. In Familien mit mehreren Kindern kam hinzu, dass aufgrund der engen Wohnsituation kein Raum für die unterschiedlichen Bedürfnisse der Kinder (z.B. Ruhe für Homeschooling, Raum zum Spielen für jüngere Kinder) vorhanden war. Dies führte teils zu haus-internen Streitigkeiten.

Hinsichtlich des Homeschoolings werden in den Interviews drei Problemlagen deutlich: Erstens war es insbesondere für Familien, in denen die Eltern kein oder nur wenig Deutsch sprechen, schwierig den Distanzunterricht zu begleiten. Wenn die Kinder selbst ebenfalls noch im Sprachlernprozess steckten, erschwerte dies die Unterrichtsteilnahme zusätzlich. Teilweise stellte so schon die Anmeldung an der jeweiligen Lernplattform eine Herausforderung dar, die die Unterstützung durch Personen mit guten deutschen Sprachkenntnissen bedurfte (D-06). Sprachliche Barrieren erschwerten somit den Lernprozess für einige Kinder und Jugendliche erheblich. Darüber hinaus wird beschrieben, dass sich vor allem in nicht-deutschsprachigen Familien die Sprachkompetenz zurückentwickelt hat, wie folgende Aussage aus der Fallstudienkommune Düsseldorf beispielhaft zeigt:

„Kinder lernen ja schnell die Sprache, können Sprache schnell begreifen. Es hat sich aber bei vielen in dieser Lockdownzeit zurückentwickelt, weil sie nur noch im muttersprachlichen Kontext waren [...]. Das Lese- und Schreibverständnis hat sich alles maximal zurückentwickelt.“ (D-03)

Die Umstellung auf Homeschooling erschwert somit nicht nur das weitere Lernen. Vielmehr werden darüber hinaus negative Auswirkungen auf die sprachliche Entwicklung, motorische Fähigkeiten sowie den psychischen Gesundheitszustand der Kinder (u.a. durch das Gefühl der Isolation und Einsamkeit) beschrieben (S-03, S-04, D-02, D-03, D-06, D-07). Diese Ergebnisse decken sich mit der Studie des Instituts zur Qualitätsentwicklung im Bildungswesen (IQB) zur Kompetenz der Viertklässler*innen in den Fächern Deutsch und Mathematik im Jahr 2021 (Stanat et al. 2022). Demnach sind Verschlechterungen der Lese-, Schreib- und Rechenkompetenz ersichtlich, wobei sich „die sozialen und zuwanderungsbezogenen Disparitäten“ (ebd.) verstärkt haben.

Zweitens waren Familien mit geringen ökonomischen Ressourcen in den meisten Fällen (zumindest zu Beginn des Distanzunterrichts) gar nicht mit der nötigen digitalen Infrastruktur ausgestattet. Es wird berichtet, dass zum einen Endgeräte (z.B. Laptops, Tablets) fehlten. Zum anderen lag in vielen Haushalten keine ausreichende Internetverbindung vor. Der Internetzugang wurde hier zumeist über das Datenvolumen der Mobiltelefone organisiert. Dies stellte sich im Kontext des Homeschoolings als problematisch heraus, da häufig datenintensive Tätigkeiten durchgeführt werden mussten (Videotelefonie, Herunterladen von Materialien etc.). Die Kinder konnten dem Unterricht so nur sehr eingeschränkt folgen. Im Verlauf der Pandemie gab es zwar Bemühungen von Seiten der Schulen und politischen Akteur*innen zumindest das Problem der fehlenden Endgeräte zu beseitigen. Dennoch wird – zumindest für Düsseldorf – berichtet, dass die Ausstattung der Kinder und Jugendlichen teilweise weiterhin problematisch war:

„Es gab Familien, die keine Ausstattung hatten. Die hatten dann ein Handy und darauf mussten dann fünf Kinder ihre Sachen runterladen und Videokonferenz machen. Und leider hat sich das Jobcenter oder auch die Stadt Düsseldorf sehr schwergetan. Die haben dann irgendwann die Schulen ausgestattet mit Leihgeräten. Da mussten die Eltern dann aber unterschreiben, dass sie bei Defekten, oder wenn die Geräte kaputt gehen [...] dann eine Art Versicherung abschließen und dann auch Geld dafür zahlen mussten. Deshalb haben manche wirklich davon abgesehen.“ (D-06)

Hier wird deutlich, dass auch die geschaffenen Angebote zur Ausstattung der Kinder und Jugendlichen für die betroffenen Familien finanzielle Hürden darstellten, die teilweise dazu führten, dass die Angebote nicht wahrgenommen werden konnten. Im Rahmen gesetzlicher Änderungen im Bereich des SGB II wurden die Jobcenter im Pandemieverlauf zwar dazu verpflichtet die Ausstattung der Kinder für das Homeschooling zu übernehmen. Der Antrag zur Übernahme der Kosten wird jedoch als bürokratisch sehr aufwendig beschrieben, sodass er auch mithilfe von Akteur*innen der Quartierssozialarbeit teils nicht bewilligt wurde:

„Wir haben das dann mit einigen Familien versucht, wo ganz klar war, die Schule hat keine Leihgeräte mehr. Und wir hatten Riesenprobleme. Das war so ein bürokratischer Aufwand. Wir haben es glaube ich nur bei zwei Familien geschafft, dass sie 150 Euro bekommen vom Jobcenter.“ (D-06)

Auch etwaige Mehrkosten durch die Anschaffung eines haushaltseigenen Internetanschlusses zur Umsetzung von Homeschooling wurden nicht übernommen (D-06).

Drittens wurde neben der digitalen Ausstattung auch der Mangel an digitaler Kompetenz unter den Schüler*innen problematisiert (S-03, D-02, D-03, D-06). Das Homeschooling und die damit verbundenen konkreten digitalen Praktiken, wie z.B. das Schreiben von E-Mails mit Anhängen oder die Anmeldung an den jeweiligen Lernplattformen, waren für die Kinder und Jugendlichen teilweise ungewohnt (S-03, D-06). Zugangsprobleme aufgrund fehlender digitaler Kompetenz werden durch sprachliche Unsicherheiten und mangelhafte Ausstattung noch verstärkt, sodass Homeschooling für Schüler*innen mit Einwanderungsgeschichte in ökonomisch prekären Lebenslagen teils nur unter stark erschwerten Bedingungen möglich war. Mit langfristiger Perspektive scheint die Pandemie hier zu einer Verstärkung und Verstetigung der Bildungsungleichheit beigetragen zu haben. Dies zeigt sich unter anderem im Stocken der allgemeinen sprachlichen und motorischen Entwicklung, Rückschritten im Erlernen von Deutsch als Zweitsprache sowie auch in psychosozialen Belastungen (S-03, S-04, D-02, D-03, D-06).

Neben Betreuungs- und Bildungseinrichtungen mussten im Kontext der Pandemie auch Freizeitangebote, wie z.B. Jugendtreffs, Nachmittagsbetreuung und Hausaufgabenhilfen, der quartiersbezogen arbeitenden Akteur*innen pausieren (S-02, S-03, S-04, D-02, D-06). Zum einen führte dies zu einer erneuten Verstärkung der Zugangsbarrieren zum Homeschooling, da hier weitere Angebote, die bei Fragen und Problemen unterstützen können, zeitweise wegfielen. Zum anderen wurde so auch der

Kontakt der Quartierssozialarbeiter*innen zu den Kindern erschwert, wodurch etwaige Problemlagen gegebenenfalls gar nicht oder erst verspätet wahrgenommen wurden. So beschreibt z.B. eine in der Quartierssozialarbeit tätige Person die Situation für ein Solinger Quartier folgendermaßen:

„Viele Sachen lassen sich digital nicht bedienen. Wenn ich die Kinder und Jugendlichen vor mir habe, kann ich sehen, wenn ein Kinder mit einer Sommerjacke oder frierend reinkommt. Dann kann ich mal nachhaken. Das sehe ich aber digital gar nicht oder das Kind kommt erst gar nicht. Wenn ein Kind Hunger hat kriege ich das am Telefon auch nicht mit. Und viele Sachen sehe ich erst in der Beobachtung mit den Kindern und Jugendlichen, dass sich an dem Verhalten was ändert. Dann kann ich sagen ‚Warum bist du denn traurig‘ oder so.“ (S-03)

Die Umstellung auf digitale Angebote konnte den Ausfall persönlicher Kontakte somit nur stellenweise ausgleichen. Dies war vor allem hinsichtlich der oben dargelegten Auswirkungen von Homeschooling und Schließung der Kindertagesstätten bedenklich, da Familien in prekären Lebenslagen im Allgemeinen - und mit Einwanderungsgeschichte im Speziellen – in verschiedener Hinsicht stark belastet waren.

Insgesamt können starke Auswirkungen der Schließung von Bildungs- und Betreuungseinrichtungen sowie Freizeitangeboten auf die Kinder und Familien in den untersuchten Quartieren konstatiert werden. Es ergeben sich auf mehreren Ebenen Schwierigkeiten für die Familien (z.B. durch finanzielle Belastungen, beengten Wohnraum, fehlende Sprachkenntnisse, fehlende digitale Ausstattung und digitale Kompetenz). Expert*innen berichten in diesem Zusammenhang von psychischen Problemen bei Kindern und Eltern, verzögerter sprachlicher und motorischer Entwicklung, Problemen bei der Lese- und Schreibkompetenz sowie der Verlangsamung des Erlernens von Deutsch als Zweitsprache. Auf Grundlage der Interviews ist somit gerade im Hinblick auf Kinder und Jugendliche von einer Verstärkung der Bildungs- und damit der sozialen Ungleichheit auszugehen.

6.2.4 Zwischenfazit der Ergebnisse

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Maßnahmen zum Infektionsschutz zu erheblichen Belastungen in den untersuchten Quartieren geführt haben. Personen, die sich in sozioökonomisch prekären Lebenslagen befinden und zudem aufgrund einer Einwanderungsgeschichte mit Sprachbarrieren und Abhängigkeiten von staatlichen Behörden (z.B. Ausländerbehörde) konfrontiert sind, erscheinen dabei als besonders vulnerable Personengruppe.

In den betroffenen Quartieren kam es teils zu Arbeitsplatzverlusten, welche die häufig ohnehin schon prekäre finanzielle Situation weiter verschärften. Beengte Wohnverhältnisse erschwerten außerdem die Umsetzung der Infektionsschutzmaßnahmen und führten teils zu starken psychosozialen Belastungen. Durch den Verlust von Arbeitsplätzen, die Verlagerung von Betreuungs- und Bildungsaktivitäten und Kontaktbeschränkungen wurde der eigene Wohnraum zum wesentlichen Ort alltäglicher Praktiken. Es wurde von Streitigkeiten und teils auch häuslicher Gewalt (u.a. aufgrund fehlenden Rückzugsraums, der Aufteilung von Care-Arbeit und Frustration wegen Jobverlusten) berichtet. Geflüchtete, die in größeren Unterkünften leben, sind von engen Wohnsituationen besonders betroffen und städtischen Quarantäne und Isolationsregelungen weitgehend ausgesetzt. Dies führte teilweise zu einer erheblichen Störung der Ankommensprozesse. Es wird deutlich, dass die oftmals beengte Wohnsituation in den Quartieren nicht nur das Infektionsrisiko steigert, sondern auch zu einer verstärkten psychosozialen Belastung der Haushalte bei der Umsetzung der Schutzmaßnahmen führt.

Die Schließung von Behörden sowie Beratungsstellen führte zu weiteren Belastungen. Insbesondere die zeitweise Schließung des Jobcenters und der Ausländerbehörde lässt Unsicherheiten und teils finanzielle Notlagen entstehen, da Aufenthaltsgenehmigungen teilweise nicht verlängert und

finanzielle Leistungen ausgesetzt wurden. Die Umstellung der behördlichen Kommunikation auf telefonische und digitale Verfahren stellte insbesondere für Personen mit geringen Deutschkenntnissen erhebliche Barrieren dar. Hier könnte es zu einer Verstärkung eben dieser Zugangsbarrieren kommen, da die Umstellung auf kontaktlose bzw. kontaktarme digitale Antragsverfahren von einzelnen Kommunen auch langfristig angestrebt wird. Die problematische Situation wurde durch die vorübergehende Schließung lokaler und zentraler Beratungsstellen weiter verstärkt. Die Beratungsstellen, die weiter erreichbar bleiben konnten, berichten von einer starken Nachfrage an Beratungsgesprächen. Insgesamt hat der Wegfall der persönlichen Vorsprache bei den genannten Behörden zu einer erheblichen Störung des Selbstermächtigungsprozesses vieler Personen mit Einwanderungsgeschichte geführt.

Durch die Umstellung von Betreuungs- und Bildungseinrichtungen auf Notbetreuung und Homeschooling waren Familien in den untersuchten Quartieren zusätzlich stark belastet. Die ohnehin beengte Wohnsituation wurde verstärkt. Außerdem führte der ganztägige Aufenthalt der Kinder im familiären Haushalt zu finanziellen Belastungen, die in prekären Lagen kaum abgefedert werden konnten. Die Umstellung auf Homeschooling bringt hier spezifische Problemlagen mit sich. Für Kinder, die bisher nur wenige Deutschkenntnisse haben, stellt Homeschooling eine enorme Herausforderung dar. Auch fehlende Deutschkenntnisse bei den Eltern führten dazu, dass diese ihre Kinder kaum unterstützen konnten. Die Expert*innen berichten hier teilweise von einer Rückentwicklung der Sprachkenntnisse. Weiterhin stellten das Fehlen digitaler Infrastruktur (u.a. Endgeräte, ausreichende Internetanbindung) und digitaler Kompetenz (u.a. Verschicken von Mails, Anmeldung an Lernplattformen) Probleme in der Umsetzung des Homeschoolings dar. In den Interviews werden hier insbesondere die – teils fehlenden und falls vorhanden aufwendigen – Regelungen zur Bereitstellung von Endgeräten (z.B. Tablets und Laptops) für Leistungsempfänger*innen problematisiert. Durch die Schließung lokaler Freizeit- und Unterstützungsangebote für Kinder und Jugendliche kam es zu weiteren Belastungen. So konnten familiäre Problemlagen teils erst spät erkannt und antizipiert werden.

Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Belastungen in den dargelegten Themenfeldern, erscheinen die Pandemie und die damit verbundenen Maßnahmen die Ankommens- und Inklusionsprozesse in den untersuchten Quartieren eher gehemmt zu haben. Vor allem für Personen, die sich noch nicht lange in Deutschland befinden, über weniger Sprachkenntnisse verfügen und in ökonomisch deprivierten Lagen leben, brachten die Infektionsschutzmaßnahmen (über das Infektionsrisiko hinaus) spezifische Problemlagen mit sich. Die Ergebnisse legen nahe, dass die Pandemie hier zu einer Verstärkung und Verstärkung sozioökonomischer und bildungsbezogener Unterschiede geführt hat.

7 Synthese der Ergebnisse mit Blick auf die Forschungsfragen

Die vorliegende Arbeit untersucht das Infektionsgeschehen mit sozialräumlichem Fokus auf (benachteiligte) Quartiere, die von einem hohen Anteil an Menschen mit Einwanderungsgeschichte gekennzeichnet sind. Dies geschieht vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstandes unter Rückgriff auf quantitative und qualitative Daten im Sinne eines Mixed-Method-Ansatzes. Die Arbeit verfolgt dabei vier leitende Fragestellungen.

Erstens steht die Frage im Zentrum, welche räumlichen, sozialen und kulturellen Bedingungen zu einer möglichen Überrepräsentation von COVID-19-Infektionen bei Menschen mit Einwanderungsgeschichte führen. In den Fallstudienkommunen zeigt sich eine grundsätzlich dynamische Lage, was die räumliche Verteilung von COVID-19-Infektionen angeht. Dabei liegen die Inzidenzdaten in den einzelnen Kommunen auf unterschiedlichen Aggregatebenen vor. Die verschiedenen räumlichen Einheiten (Quartiere, Sozialräume, Stadtteile, Bezirke, Gemeinden) sind grundsätzlich alle von COVID-19-Infektionen betroffen. Dennoch zeigt sich auf quantitativer Ebene die Tendenz, dass im zunehmenden Pandemieverlauf städtische Räume, die durch einen niedrigen sozioökonomischen Status ihrer Bewohner*innen und einen erhöhten Anteil an Personen mit Einwanderungsgeschichte geprägt sind, stärker durch das Infektionsgeschehen betroffen sind. Bei Betrachtung des zeitlichen Verlaufs der Inzidenzen vom Frühjahr 2020 bis Ende 2021 kann eine Verbreitung von sozioökonomisch eher privilegierten Räumen (v.a. in der ersten Welle 2020) hin zu benachteiligten Räumen beobachtet werden. Dies stützt die These der initialen Verbreitung der COVID-19-Infektionen durch tendenziell privilegierte Urlauber*innen bzw. transnational lebende und arbeitende Personen in der ersten Welle. In den darauffolgenden Infektionswellen waren Räume mit niedrigem sozioökonomischem Status stärker betroffen (Fina et al. 2022).

Es ist davon auszugehen, dass die Gründe für die tendenzielle Überrepräsentation benachteiligter Stadträume multikausal sind. Im Hinblick auf die untersuchten Fallstudienkommunen lassen sich insbesondere die Merkmale des niedrigen sozioökonomischen Status und der Einwanderungsgeschichte auf statistischer Ebene kaum differenzieren. Das heißt, es liegen zwar tendenziell erhöhte Inzidenzen in Quartieren mit niedrigem sozioökonomischem Status und einem hohen Anteil an Personen mit Einwanderungsgeschichte vor. Ob und inwieweit die Infektionen aber Personen mit Einwanderungsgeschichte oder sozioökonomisch deprivierte Personen betreffen, kann mit diesen Daten jedoch nicht dargestellt werden. Da Personen mit Einwanderungsgeschichte häufig intersektional benachteiligt sind – zum einen durch migrationspezifische Aspekte (u.a. Sprachbarrieren, diskriminierende Gesellschaftsstrukturen), zum anderen durch einen schlechteren sozioökonomischen Status – ist dennoch von einer Überrepräsentation auszugehen.

Als Gründe für die tendenzielle Überrepräsentation der Infektionen in den untersuchten Quartieren sind auf Grundlage der qualitativen Daten sozioökonomische, migrationspezifische sowie kulturelle bzw. religiöse Aspekte relevant. Ein niedriger sozioökonomischer Status steigert demnach das Risiko einer COVID-19-Infektion. Damit schließen die Ergebnisse an andere Arbeiten an, welche einen Zusammenhang zwischen niedrigem sozioökonomischem Status und Infektionsrisiko darlegen (RKI 2022a; Ruhland et al. 2021; Straßburger/Mewes 2022; Universitätsmedizin Mainz 2021; Warendorf et al. 2021). Die Arbeits- und Wohnsituation können dabei als wesentliche mit dem sozioökonomischen Status verknüpfte Faktoren herausgearbeitet werden, die zu einem erhöhten Infektionsrisiko führen. In der quantitativen Analyse zeigt sich insbesondere ein Zusammenhang zwischen der vermehrten Infektionsbetroffenheit und der Variable Arbeitslosigkeit. Auch die Tätigkeit in Bereichen mit vielen physischen Kontakten und ohne Möglichkeit zu Homeoffice führt zu einer Erhöhung des Infektionsrisikos. In den untersuchten Quartieren wird Homeoffice eine geringe Bedeutung zuge-

schrieben. Weiterhin führt die beengte Wohnsituation zu einem höheren Infektionsrisiko. Auf statistischer Ebene gibt es Hinweise, dass Single- und Familienhaushalte (als Haushaltsformen, in denen Menschen mit Einwanderungsgeschichte häufig leben (Liebig et al. 2021)), in den Fallstudienkommunen wesentlich stärker vom Infektionsgeschehen betroffen sein könnten als Paarhaushalte. Insbesondere in Familienhaushalten ist davon auszugehen, dass die oftmals beengte Wohnsituation in sozioökonomisch benachteiligten Quartieren dazu führt, dass haushaltsinterne Isolations- und Quarantänemaßnahmen häufig aufgrund mangelnder Platzkapazitäten nicht durchgeführt werden können. Bei der Infektion eines Haushaltsmitglieds infiziert sich folglich häufig der gesamte Haushalt.

Im Hinblick auf migrationspezifische Aspekte können Informationsbarrieren und Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem als wesentliche Punkte herausgearbeitet werden, die das Infektionsrisiko erhöhen können. Die Ergebnisse decken sich hier mit anderen wissenschaftlichen Arbeiten aus dem Themenfeld Migration und Gesundheit (Bendel et al. 2021; Berens et al. 2022; European Centre for Disease Prevention and Control 2021; Indseth et al. 2021; Mijnsen 2021; RKI 2022b, 2021). Informationsbarrieren in Bezug auf Infektionsschutzmaßnahmen lassen Unterschiede in den Wissensbeständen zum Infektionsschutz entstehen. Dies kann zu einem erhöhten Infektionsrisiko von Menschen mit Einwanderungsgeschichte (insbesondere von Personen ohne oder mit geringen Deutschkenntnissen) führen. Gründe für die teils nicht adäquate Informationslage sind sprachliche Barrieren sowie die bisher teils fehlende zielgruppenspezifische Adressierung über geeignete Informationskanäle. Auch Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem – welche unabhängig von der COVID-19-Pandemie bestehen – können das Infektionsrisiko für Personen mit Einwanderungsgeschichte erhöhen. Grund dafür ist unter anderem die fehlende interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems. So können zum Beispiel sprachliche Barrieren im ärztlichen Kontext, Erfahrungen mit Diskriminierung und eine fehlende interkulturelle Sensibilität des medizinischen Personals zu Unsicherheiten führen. Dies hat ggf. zur Folge, dass medizinische Versorgung erst sehr spät oder gar nicht in Anspruch genommen wird. Der Aspekt der Ausweitung sprachlicher Kompetenz im Gesundheitssystem (u.a. durch den Einsatz von Sprachmittler*innen bzw. Dolmetscher*innen) hat dabei eine große Bedeutung. Ein weiterer Befund ist, dass in einigen der untersuchten Quartiere die medizinische Infrastruktur nicht ausreichend vorhanden ist.

Hinsichtlich kultureller und religiöser Aspekte kann grundsätzlich gesagt werden, dass alle Praktiken, bei denen Menschen physischen Kontakten mit anderen Menschen ausgesetzt sind, das Infektionsrisiko erhöhen. Aus den Expert*innengesprächen ergibt sich hinsichtlich religiöser Praktiken ein differenziertes Bild. Eine Verknüpfung der Inzidenzen mit größeren religiösen Festen, wie sie in der Arbeit von Schulze-Böing in Bezug auf den Fastenmonat Ramadan dargelegt wird (Schulze-Böing 2022), kann in den untersuchten Kommunen nicht festgestellt werden. Vielmehr erscheint – unabhängig von der Religion – der konkrete Umgang mit dem Infektionsschutz in der jeweiligen religiösen Gemeinde als relevanter Faktor (Yendell et al. 2021). So kann die Zugehörigkeit zu einer Gemeinde einerseits dazu führen, dass Infektionsschutzmaßnahmen eher nicht befolgt werden. Dies ist der Fall, wenn von in der jeweiligen Gemeinde wichtigen religiösen Persönlichkeiten COVID-19 verharmlost wird oder Praktiken wie Singen und Beten trotz Kontaktbeschränkungen weiter gemeinsam durchgeführt werden. Andererseits werden engere religiöse Kontexte und Netzwerke auch zur besseren Adressierung der Gemeindemitglieder genutzt. So zum Beispiel, wenn diese dazu aufgerufen werden sich testen oder impfen zu lassen. Die Expert*innengespräche verdeutlichen im Hinblick auf die Schutzimpfung, dass in erster Linie die deutschen Sprachkenntnisse einen wesentlichen Einfluss darauf haben, ob Personen mit Einwanderungsgeschichte adäquat informiert und geimpft sind. Sprachliche Barrieren, welche teils Unsicherheit bezüglich etwaiger Risiken des Impfens entstehen lassen, können die Impfbereitschaft dementsprechend mindern. Dies deckt sich mit dem COVID-19-Impfquotenmonitoring des RKI vom Februar 2022 (RKI 2022b).

Zweitens wird die Frage untersucht, inwiefern sich Differenzierungen mit Blick auf unterschiedliche Herkunftsregionen und soziale Milieus erkennen lassen. Hier ist zu beachten, dass die Gruppe von Menschen mit Einwanderungsgeschichte in Deutschland sehr heterogen ist. Dies gilt sowohl hinsichtlich der Herkunftsländer, des sozioökonomischen Status wie auch der Frage, wie lange die jeweiligen Personen bereits in Deutschland leben. Intersektionale Benachteiligungen waren im Zuge der vorliegenden Studie statistisch nicht zu erfassen. Im Hinblick auf die oben genannte Forschungsfrage kann somit nur von Tendenzen gesprochen werden. So haben wir in der quantitativen Analyse zwar Hinweise, dass insbesondere Haushalte, denen eine türkische oder osteuropäische Einwanderungsgeschichte zugeschrieben wird, besonders betroffen sein könnten. Allerdings ist aus der Segregationsforschung auch bekannt, dass gerade diese Gruppen häufig stärker segregiert leben und ebenfalls sozioökonomisch stärker benachteiligt sind. Auch bezogen auf die Impfquote gibt es im Anschluss an die für Österreich veröffentlichten Daten aufgeschlüsselt nach Staatsangehörigkeit Hinweise auf erhebliche Unterschiede zwischen einzelnen Herkunftsländern. Hier weisen Personen mit türkischer Einwanderungsgeschichte beispielsweise eine höhere Impfquote auf, als die in Österreich geborenen Menschen (Statistik Austria 2021). Demgegenüber bestätigt die Untersuchung des Zentrums für Türkeistudien (Sauer 2021) eine deutlich höhere Infektionsbetroffenheit dieser Gruppe in Deutschland. Das Impfquotenmonitoring des RKI vom Februar 2022 legt jedoch nahe, dass diese erhöhte Infektionsbetroffenheit auch durch den zeitlich versetzten Anstieg der Impfquote bei Menschen mit Einwanderungsgeschichte (u.a. begründet in Informations- und Sprachbarrieren) begründet ist (RKI 2022b). Insgesamt ist die Datenlage also unklar und wenig belastbar. Eine bessere Datenlage und eine stärkere Differenzierung zwischen einzelnen Personengruppen mit Einwanderungsgeschichte könnte daher auch in Deutschland zu einer zielgruppenspezifischeren Pandemiekommunikation beitragen. Der Blick auf die Migrant*innenmilieus gibt Hinweise darauf, dass die Variable des sozioökonomischen Status einen größeren Einfluss auf die Infektionsbetroffenheit hat als der Migrationshintergrund respektive die Einwanderungsgeschichte an sich (siehe Kapitel 4; Tabelle 5; Abbildung 12). So wird deutlich, dass die Migrant*innenmilieus mit niedrigem sozioökonomischem Status (Religiös-verwurzeltes Milieu, Traditionelles Arbeitermilieu, Prekäres Milieu, Konsumhedonistisches Milieu) stärkere Zusammenhänge mit vermehrten COVID-19-Infektionen zeigen als sozioökonomisch besser ausgestattete Milieus. Die sozioökonomische Variable überlagert hier auch die Frage der alltagsweltlichen Grundorientierung der unterschiedlichen Milieus zwischen Tradition, Modernisierung und Neuorientierung. So weist beispielsweise das Statusbewusste Milieu, welches eher an traditionellen Werten des Herkunftslandes orientiert ist, aber einen höheren sozioökonomischen Status hat, einen negativen Zusammenhang mit dem Infektionsgeschehen auf (siehe Kapitel 4; Tabelle 5). Dies unterstreicht erneut die Wesentlichkeit der sozioökonomischen Lage für das Infektionsgeschehen und schließt somit an andere wissenschaftliche Arbeiten zu Unterschieden in der Infektionsbetroffenheit an (RKI 2022a, 2022b; Universitätsmedizin Mainz 2021). Insgesamt wird deutlich, dass der Migrationshintergrund respektive die Einwanderungsgeschichte als erklärende Variable nicht ausreicht. Zwar ist von einer höheren Infektionsbetroffenheit auszugehen, die unmittelbaren kausalen Zusammenhänge bedürfen jedoch einer näheren Betrachtung. Und auch Differenzen zwischen einzelnen Herkunftsländern können belastbar nicht erfasst werden, obwohl dies hinsichtlich einer zielgruppenspezifischen Adressierung notwendig wäre.

Drittens geht es um die Frage welche Maßnahmen geeignet sind, um die Resilienz von Menschen mit Einwanderungsgeschichte in benachteiligten Stadtteilen zu stärken und sie somit vor potentiellen Infektionen besser zu schützen. Anschließend an die in den Kapiteln 4 und 5 dargelegten Ergebnisse ergeben sich unterschiedliche Anknüpfungspunkte, um die Resilienz in den untersuchten Stadtvierteln zu stärken. Hinsichtlich der konkreten Pandemiebekämpfung erscheinen vor allem die Aspekte der Adressierung von Personen mit Einwanderungsgeschichte und niedrigem sozioökonomischem Status wesentlich (u.a. Informationssprache, Informationskanäle). Auch die Schaffung niedrigschwelliger, sozialräumlich orientierter Gesundheitsangebote ist hier relevant. Darüber hinaus sind strukturelle Aspekte, wie die Verbesserung der Arbeits- und Wohnsituation sowie die Verringerung sozialer

Ungleichheit relevante Punkte, um die generelle Ungleichverteilung von Gesundheit und Krankheit zu adressieren, da es deutliche Hinweise gibt, dass die Pandemie armuts- und ungleichheitsverschärfend wirkt (Butterwegge 2022; Der Paritätische 2022). Dies stützt die Forderung des Sachverständigenausschusses nach einem stärkeren Fokus politischer Maßnahmen im Pandemiekontext auf soziale Ungleichheit (Sachverständigenausschuss 2022). Daneben zeigen sich auf Grundlage der qualitativen Daten deutliche Problemlagen in Bezug auf die Rückwirkungen der Infektionsschutzmaßnahmen. Die Verlagerung des Schulunterrichts ins Homeschooling und die Schließung von Ämtern und Beratungsstellen hat die Bewohner*innen der untersuchten Quartiere teilweise vor existentielle Probleme gestellt. In Kapitel 7 werden mögliche Handlungsmaßnahmen zur Schaffung einer größeren Resilienz in den untersuchten Quartieren konkretisiert.

Viertens geht die vorliegende Arbeit der Frage nach, welche Maßnahmen notwendig sind, um Menschen mit Einwanderungsgeschichte in benachteiligten Stadtteilen gegen Diskriminierung und Stigmatisierung vor dem Hintergrund des COVID-19-Infektionsgeschehens zu schützen. In der vorliegenden Studie konnten deutliche Hinweise auf Gefahren der Stigmatisierung von betroffenen Räumen und Menschen gefunden werden. Hier wird erneut das Spannungsfeld zwischen der Offenlegung bestehender Problemlagen und der Vermeidung einer Migrantisierung des Pandemiegeschehens deutlich. So scheint die höhere Betroffenheit der Personen mit Einwanderungsgeschichte in den untersuchten Quartieren vor allem durch ihre sozioökonomische Benachteiligung und den damit einhergehenden Lebensumständen erklärbar zu sein. Daneben spielen jedoch auch migrationspezifische Aspekte wie Sprachbarrieren und Diskriminierungserfahrungen eine Rolle. Dementsprechend scheint eine antidiskriminierende Ansprache in Verbindung mit zielgruppenspezifischen Unterstützungsangeboten, die genannte bestehende Barrieren ausgleichen, notwendig. Auch im Hinblick auf dieses Thema werden in Kapitel 7 konkrete Handlungsmöglichkeiten skizziert.

Insgesamt machen die vorliegenden empirischen Ergebnisse deutlich, dass eine klare Tendenz zur erhöhten Infektionsbetroffenheit von Menschen mit Einwanderungsgeschichte in den betrachteten Quartieren vorliegt. Gründe dafür sind die sozioökonomische Benachteiligung im Zusammenspiel mit migrationspezifischen Aspekten (u.a. Sprach- und Informationsbarrieren, mangelnde Repräsentation und Diskriminierung im Gesundheitsbereich). Über die Infektionsgefahr hinaus zeigt sich, dass die Pandemie mit starken Belastungen in den Quartieren einhergeht. Im Hinblick auf den Titel dieser Studie erscheint die COVID-19-Pandemie somit tatsächlich als Katalysator gesellschaftlicher Differenzierungen. Nach zweieinhalb Jahren Pandemie scheinen sich anfängliche Erwartungen, dass die Pandemie zu einer Angleichung sozialer Unterschiede beitragen könne, eher ins Gegenteil zu verkehren. Dies wird auf unterschiedlichen Ebenen sichtbar. Neben der erhöhten Infektionsbetroffenheit weist die überproportional erhöhte Mortalitätsrate unter Personen mit Einwanderungsgeschichte (Plümecke et al. 2021) darauf hin, dass die Pandemie im Bereich Gesundheit eher zu einer Ausdifferenzierung entlang sozioökonomischer Variablen sowie dem Aspekt der Einwanderungsgeschichte geführt hat. Auf sozialräumlicher Ebene geht dies teils mit der Stigmatisierung bestimmter städtischer Räume einher. Darüber hinaus liegen deutliche Hinweise für die Verschärfung sozialer Differenzierungen vor. So hat das Aussetzen des Präsenzunterrichts und die Umstellung auf Notbetreuung in Kindertagesstätten zu erheblichen Benachteiligungen von Kindern und Jugendlichen aus sozioökonomisch schwachen Haushalten geführt. Bei Kindern aus Familien mit Einwanderungsgeschichte kam in vielen Fällen erschwerend hinzu, dass ihre Eltern sie, beispielweise aufgrund sprachlicher Probleme, nicht beim Homeschooling unterstützen konnten. Es ist davon auszugehen, dass dies zu nachhaltiger Ungleichheit sowohl im Hinblick auf Bildung als auch auf die psychosoziale Entwicklung führt. Daneben hat die Schließung von Ämtern und Beratungsstellen den Prozess der Verselbstständigung und damit auch der gesellschaftlichen Inklusion insbesondere für relativ neu angekommene Menschen mit Einwanderungsgeschichte erheblich beeinträchtigt. Auch auf ökonomischer Ebene wird deutlich, dass vor allem Personen, die in ohnehin prekären Arbeitsbereichen tätig sind (u.a. Gastronomie), in der Pandemie häufiger ihren Arbeitsplatz verlieren und in

ökonomische Notlagen geraten (Knuth 2022; Hamann et al. 2021). Die COVID-19-Pandemie bringt somit erhebliche gesellschaftliche Herausforderungen mit sich, welche nicht auf den Bereich der Gesundheit beschränkt sind. Die Folgen der Pandemie sowie der damit verbundenen Infektionsschutzmaßnahmen tangieren eine Vielzahl unterschiedlicher Gesellschaftsbereiche. Eine zukünftige Anpassung pandemiebedingter Maßnahmen erfordert daher die weitere intensive wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den gesellschaftlichen Folgen der Pandemie sowie die Erarbeitung angepasster Infektionsschutzmaßnahmen.

Im Anschluss an die empirischen Ergebnisse dieser Studie sowie den in Kapitel 2 skizzierten Forschungsstand können dabei insbesondere drei Forschungslücken als besonders relevant herausgestellt werden. Erstens erscheint eine nähere Auseinandersetzung mit dem Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Einwanderungsgeschichte und der Einfluss auf den Gesundheitszustand gewinnbringend. Für eine differenzierte (Forschungs-)Debatte ist dabei das Aufbrechen der Variable des Migrationshintergrunds bzw. der Einwanderungsgeschichte notwendig. Nur so können Problemlagen einzelner Personengruppen erkannt und adressiert werden. Um dies jedoch zu gewährleisten – und eine durch Vorurteile und Annahmen getriebene Debatte, in der Menschen mit Einwanderungsgeschichte als „Pandemietreiber“ dargestellt werden zu verhindern – wird die zweite Forschungslücke relevant. So liegt in Deutschland aktuell ein Mangel an validen Gesundheitsdaten vor. Dies erschwert quantitative Analysen des Infektionsgeschehens. Eine erweiterte Datenerfassung, welche Gesundheitsdaten beispielsweise mit sozioökonomischen und demographischen Variablen abgleicht, wäre hier eine wesentliche, notwendige Grundlage. Drittens wird im Zuge der Expert*inneninterviews deutlich, dass die untersuchten Quartiere in zweierlei Hinsicht stark durch die COVID-19-Pandemie betroffen sind. Zum einen sind sie durch das tendenziell überdurchschnittliche Infektionsrisiko belastet. Zum anderen bringen jedoch auch die Infektionsschutzmaßnahmen für die Bewohner*innen der Quartiere starke Belastungen und Einschränkungen in ihrer Selbstbestimmtheit mit sich. Eine eingehende Analyse gesellschaftlicher Auswirkungen von Infektionsschutzmaßnahmen, über die Evaluation der Pandemiemaßnahmen des Sachverständigenausschusses hinaus (Sachverständigenausschuss 2022), sollte hier – auch im Hinblick auf den Umgang mit weiteren COVID-19-Infektionswellen – eine wesentliche Grundlage für die weitere Pandemiepolitik darstellen.

8 Handlungsmöglichkeiten

Auf Basis des Forschungsstandes (Kapitel 2) sowie der eigenen Empirie zur COVID-19-Betroffenheit von Menschen mit Einwanderungsgeschichte in den vier Fallstudien in NRW (Kapitel 4 und 5) können einzelne Ansatzpunkte zur Verbesserung des künftigen Pandemiemanagements abgeleitet werden. Es hat sich gezeigt, dass Menschen mit Einwanderungsgeschichte, die außerdem in sozioökonomisch benachteiligten Lagen leben, insgesamt eine stärkere Betroffenheit durch die Pandemie aufweisen. Sie sind im doppelten Sinne überproportional betroffen: Dies äußert sich zum einen im höheren Infektionsrisiko und schwereren Krankheitsverläufen (u.a. aufgrund von Vorerkrankungen) und zum anderen in stärkeren Belastungen durch die Infektionsschutzmaßnahmen.

Daher bedarf es hier besonderer und zielgerichteter Lösungen zum Schutz dieser Bevölkerungsgruppen. Dabei ist der Schutz von Menschen, die einem erhöhten Infektionsrisiko mit COVID-19 ausgesetzt sind, auch ein Schutz der gesamten in Deutschland lebenden Bevölkerung. Die Effektivität von Verhaltensregeln und Infektionsschutzmaßnahmen ist jedoch maßgeblich von der individuellen Umsetzung abhängig. Um diese Mitwirkung zu gewährleisten, bedarf es zunächst einer Identifikation bestehender Unterstützungsbedarfe und einer gezielten Situationsbewertung in den betroffenen Bevölkerungsgruppen (RKI 2020). Generell sollte dabei eine antidiskriminierende Vorgehensweise

gewährleistet und berücksichtigt werden, dass die Gruppe von Menschen mit Einwanderungsgeschichte in Deutschland sehr heterogen ist. Sie reicht von Geflüchteten, die erst wenige Monate in Deutschland sind, bis hin zu Personen, die seit mehreren Generationen in Deutschland leben und aktiv an gesellschaftlichen Prozessen teilhaben. Insofern sind die dargelegten Handlungsempfehlungen jeweils situations- und teilweise auch gruppenbezogen zu betrachten und an die konkreten Rahmenbedingungen und Herausforderungen anzupassen.

Im Folgenden werden konkrete Handlungsansätze skizziert, welche eine verbesserte Adressierung von Menschen mit Einwanderungsgeschichte, die zudem in benachteiligten Räumen leben, gewährleisten sollen. Diese werden mit Best-Practice-Beispielen ergänzt. Für eine langfristige Einhegung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit sollten die dargelegten Handlungsmöglichkeiten im Kontext der grundsätzlich notwendigen interkulturellen Öffnung des Gesundheitswesens wie auch der öffentlichen Verwaltung umgesetzt werden. Daneben gilt es, langfristig benachteiligende Lebenssituationen mit nur eingeschränkten Zugängen zu Ressourcen zu beseitigen. Das betrifft insbesondere mit Blick auf den Schutz vor Infektionen die Beseitigung von prekären Arbeits- und Wohnverhältnissen.

8.1 Zielgruppenspezifische Pandemiekommunikation verbessern

Die Pandemiekommunikation ist wesentliches Element zur Umsetzung der Infektionsschutzmaßnahmen. Die Frage, wie Informationen zum Infektionsschutz (u.a. zu Kontaktbeschränkungen, Maskenpflicht, Schutzimpfung, Abstands- und Hygieneregulungen) aufbereitet und verbreitet werden, hat dabei zentrale Bedeutung. Für eine gute Pandemiekommunikation ist grundsätzlich ein barrierearmer Zugang zu Informationen sowie eine effektive Kommunikation zwischen Politik, staatlichen Behörden, Versorgungs- und Präventionseinrichtungen und der adressierten Bevölkerungsgruppe notwendig (RKI 2020; The Regional Risk Communication and Community Engagement (RCCE) 2020). Weiterhin ist eine schnelle Kommunikation über unterschiedliche Informationskanäle und in den relevanten Muttersprachen wichtig.

Einheitliche Dachkampagne

Vom Sachverständigenausschuss der Bundesregierung wird eine multimodale, multilinguale und multimediale Risikokommunikation von öffentlicher Seite empfohlen, welche schützende Verhaltensweisen in der Bevölkerung anregen soll, die bisher jedoch teils nur unzureichend umgesetzt wurde (Sachverständigenausschuss 2022). Zudem wird zu einer übergeordneten Dachkampagne geraten, welche sich an die gesamte Bevölkerung richtet und wenige, einfache und klare Botschaften enthalten sollte. Parallel dazu können in weiteren Teilkampagnen zielgruppenspezifische Botschaften vermittelt werden, wofür eine enge Kooperation mit lokalen Akteur*innen notwendig ist (ebd.). Auf Grundlage der qualitativen Empirie wird deutlich, dass zur Erreichung von Personen mit Einwanderungsgeschichte, welche zudem in sozioökonomisch deprivierten Lagen leben, eine zielgruppenspezifische Adressierung notwendig ist. Es können mehrere Aspekte identifiziert werden, die für eine verbesserte Ansprache dieser Gruppen sinnvoll erscheinen: Informationen in den Muttersprachen, einfache (deutsche) Sprache, die Nutzung vorhandener zielgruppenspezifischer Kanäle und auch die direkte persönliche Ansprache über Multiplikatoren.

Best-Practice-Beispiel 1: Zentral organisierte Impfkampagne in Spanien

Als Vorzeigebispiel auf internationaler Ebene für ein Land mit einer hohen Impfquote gilt Spanien, das seine Impfkampagne sehr zentralisiert organisiert hat. So wurden die Impftermine zentral von Gesundheitsbehörden per Anruf oder SMS vergeben und dies immer lediglich mit einem knappen Vorlauf von ein oder zwei Tagen. Diese unkomplizierte Organisation sorgte dafür, dass niemand sich selbstständig um die COVID-19-Impfung bemühen musste (Neuroth 2021a). Hinzu kommt, dass manche Impfzentren 24 Stunden geöffnet sind, wodurch die Impfkapazitäten stark erhöht werden

können. Die Hauptstadt Madrid hat beispielsweise zudem die eigentliche Impfpriorisierung bereits im Spätsommer 2021 aufgegeben, sodass durch die effektive Impfkoordination die Quote von bereits geimpften Spanier*innen schnell steigen konnte (Neuroth 2021b). Zudem sorgten die Impfkultur sowie Prozesse der Informationsverbreitung und der Solidarität für die hohe Impfbereitschaft, da besonders die Familie in Spanien einen hohen Stellenwert hat, viele junge Personen noch Zuhause bei ihrer Familie leben und die Menschen eine gesellschaftliche und familiäre Verantwortung spüren (Neuroth 2021c). Das zentral organisierte und verhältnismäßig strenge Verfahren führt gleichzeitig zu positiven Impfdynamiken in gleichen Altersgruppen, wobei der Austausch über die Impfung vor allem über Mund-zu-Mund-Propaganda funktioniert und eine Art Gruppendynamik auslöste (Neuroth 2021b). Zudem besteht bei Personen, welche in Gesundheitsberufen tätig sind, eine sehr hohe Impfquote von annähernd 100 %, wodurch eine Impfpflicht für diese Personengruppe als nicht notwendig angesehen wird. Generell kamen in Spanien Debatten über eine Impfpflicht durch die meist annehmbare epidemiologische Lage nie richtig zustande (Neuroth 2021a).

Infektionsschutzmaßnahmen in Muttersprachen bzw. einfacher deutscher Sprache kommunizieren

Sprachliche Barrieren bezüglich der Informationen zum Infektionsschutz müssen ausgeglichen und etwaige Informationsdefizite aufgeholt werden. Die wichtige Rolle der Sprache zeigt sich sowohl in den im Zuge dieser Studie geführten Interviews als auch in der Fokuserhebung des RKI zum COVID-19-Impfquotenmonitoring (RKI 2022b). Es bieten sich unterschiedliche Ansatzpunkte an, um eine Pandemiekommunikation mit geringen bzw. ohne sprachliche Barrieren zu gewährleisten:

Erstens sollten Informationen zu Infektionsschutzmaßnahmen und Impfungen in den Muttersprachen der adressierten Personengruppen bereitgestellt werden. Eine automatisierte Übersetzung (z.B. über GoogleTranslate) ist nicht empfehlenswert, da eine gute Qualität der Übersetzungen hier häufig nicht gewährleistet ist. Die qualitative Hochwertigkeit der Übersetzung wird in den geführten Interviews jedoch als wesentlich für die Rezeption der jeweiligen Information genannt. Die Bereitstellung von Informationen in Muttersprachen ist auch für Personen mit Deutschkenntnissen relevant. So scheint die muttersprachliche Adressierung das Vertrauen in die Informationen zu stärken (Berens et al. 2022).

Zweitens sollte bei der Informationsbereitstellung in deutscher Sprache auf eine einfache und verständliche Formulierung geachtet werden. Aus den Interviews ergibt sich, dass die Frage der Sprachbarriere auch Personen (sowohl mit als auch ohne Einwanderungsgeschichte) betrifft, die zwar Deutsch sprechen, jedoch Verständnisprobleme mit der deutschen Amtssprache haben. Bei der Form der Ansprache muss außerdem die Frage der Alphabetisierung berücksichtigt werden (European Centre for Disease Prevention and Control 2021). Dies kann beispielsweise durch das Zurückgreifen auf unterschiedliche Informationsformate (z.B. Abbildungen, Grafiken) und die Reduzierung bzw. den Verzicht von Schriftsprache passieren.

Drittens ist zu beachten, dass die übersetzten Informationen so zur Verfügung gestellt werden sollten, dass sie für Personen ohne oder mit geringen Deutschkenntnissen zugänglich sind. Das heißt beispielsweise, dass sie im Internet so verfügbar gemacht werden, dass Personen ohne Deutschkenntnisse sie finden können, ohne sich vorher durch deutschsprachige Seiten klicken zu müssen.

Best-Practice-Beispiel 2: Interkulturelles Aufklärungsteam Berlin-Neukölln (IKAT)

Für die Umsetzung von sozialräumlich und auf Mehrsprachigkeit bezogene Aufklärungsarbeit im Bereich von Gesundheitsthemen kann das IKAT Berlin-Neukölln als Best-Practice-Beispiel genannt werden, welches zu Beginn der COVID-19-Pandemie ins Leben gerufen wurde. Es unterstützt die Maßnahmen des Gesundheitsamtes zum Infektionsschutz und reagiert zugleich auf besondere

Bedarfe, welche von öffentlichen Gesundheitseinrichtungen nicht vollständig abgedeckt werden können (Chance Berlin o.J.a). Das Interkulturelle Aufklärungsteam (IKAT) im Berliner Bezirk Neukölln besteht seit September 2020 als Modellprojekt respektive seit Januar 2022 als Evaluationsprojekt, welches durch das Bezirks- bzw. Gesundheitsamt Neukölln gefördert wird (Chance Berlin o.J.b). Träger des Projekts ist die Chance BJS gGmbH, welche sich als bildungs- und arbeitsmarktpolitische Dienstleisterin versteht und „die Entwicklung und Umsetzung von Beschäftigungs- und Qualifizierungsprojekten im Rahmen der Arbeitsförderungs-, Bildungs- und Sozialpolitik [anbietet]“ (ebd.). Das IKAT fungiert als Ansprechpartner für niedrigschwellige Gesundheitsberatung sowie zur COVID-19-Prävention und ist insbesondere für die Bereitstellung von Informationen rund um die COVID-19-Pandemie zuständig. Sich selbst sieht es als eine Brücke zwischen dem Gesundheitsamt und den Bewohner*innen von Neukölln an. Ein besonderer Fokus liegt darauf, mit einem Angebot von insgesamt zwölf Sprachen mobile und offene hausärztliche Beratung sprachmittelnd zu begleiten sowie diese Beratung auf Neuköllner Wochenmärkten, in Einkaufszentren oder per Chat, Telefon und Videocall anzubieten (ebd.). Zudem gibt es die wöchentliche Veröffentlichung eines mehrsprachigen Newsletters zu COVID-19 und Pandemiebekämpfung sowie Informationen per Social Media. Diese sogenannte „Pop-Up-Beratung“ soll dazu beitragen, Unsicherheiten abzubauen und niedrigschwellige Gesundheitsberatung für alle Neuköllner*innen anbieten zu können, wofür die Arbeit sich auf die räumliche Nähe fokussiert.

Zielgruppenspezifische Informationskanäle nutzen

Die qualitative Empirie gibt Hinweise darauf, dass Personen mit Einwanderungsgeschichte in den untersuchten Quartieren über öffentlich-rechtliche Informationskanäle schwierig erreichbar sind. Gerade Menschen mit wenigen Deutschkenntnissen scheinen (u.a. aufgrund der sprachlichen Barrieren) häufig auf Informationskanäle aus dem Herkunftsland zurückzugreifen. Dies birgt die Gefahr der Falschinformation, weil die Infektionsschutzmaßnahmen zwischen einzelnen Ländern teils erheblich abweichen. Der Aspekt des Vertrauens wird in den geführten Interviews wiederholt als wesentliches Element, das über die Verwertung der jeweiligen Information entscheidet, genannt. Damit Infektionsschutzmaßnahmen umgesetzt werden, sollte bei der Adressierung dieser heterogenen Personengruppe auf die Nutzung geeigneter Informationskanäle (welchen die jeweilige Zielgruppe vertraut) geachtet werden. Hier kann zwischen medialen und persönlichen Informationskanälen unterschieden werden.

Bezüglich der medialen Informationsaufbereitung scheint eine vermehrte Nutzung von Social Media sinnvoll. Hier können Informationen beispielsweise über kurze Beiträge, Werbeanzeigen oder Videoclips übertragen werden. Vor allem für die Adressierung jüngerer Zielgruppen scheint diese Art der Informationsübertragung geeignet. Daneben stellen Informationskampagnen im öffentlichen Raum (wie der Ärmelhoch- und Impfen-hilft-Kampagnen der Bundesregierung) eine Möglichkeit dar, einzelne Zielgruppen zu erreichen. Solche Informationskampagnen können über die Nutzung von QR-Codes mit Webseiten verknüpft werden, die ausführlichere Informationen zum Infektionsschutz (in den gängigen Muttersprachen) enthalten.

Für Menschen mit Einwanderungsgeschichte müssen auch Kanäle geschaffen werden, in denen sie ihre Fragen und Anliegen in ihrer eigenen Muttersprache teilen können (The Regional Risk Communication and Community Engagement (RCCE) 2020). Dies kann beispielsweise durch mehrsprachige Telefonsprechstunden oder Chatangebote geschehen, bei denen die Fragen und Unsicherheiten der betreffenden Personen beantwortet und geklärt werden.

Persönliche Ansprache und Multiplikator*innen einbeziehen

Auch die Weitergabe von Informationen über persönliche Gespräche sollte stärker fokussiert werden. Dabei ist eine aufsuchende, im Alltag ansetzende Pandemiekommunikation zur Erreichung der Zielgruppe sinnvoll. Aufbauend auf den empirischen Ergebnissen der vorliegenden Studie stellt sich die Übertragung von Informationen über persönliche Informationskanäle zur Erreichung von Menschen mit Einwanderungsgeschichte in deprivierten sozialen Lagen als wesentliches und besonders wirksames Element heraus.

Dies kann erstens durch die lebensweltnahe Vermittlung von Infektionsschutzmaßnahmen durch Schlüsselpersonen, denen in den adressierten Communities Vertrauen geschenkt wird, geschehen. In den Expert*innengesprächen wurden als Beispiele im Quartier verankerte Sozialarbeiter*innen, Personen aus dem Religionskontext (u.a. Priester, Imame und Pfarrer*innen), bekannte Sportler*innen sowie Persönlichkeiten benannt, die im jeweiligen Quartier bzw. in der fokussierten Community allgemein geschätzt werden. Auch Frauen, die als erfahrene Mütter im Quartier bekannt sind, wird dabei eine wichtige Rolle zugeschrieben. Die Voraussetzung zur verstärkten Nutzung dieser Schlüsselpersonen ist jedoch, dass die jeweiligen Quartiere in kommunale oder staatliche Hilfesysteme eingebunden sind. Nur so können potentielle Schlüsselpersonen überhaupt identifiziert und akquiriert werden.

Zweitens stellen interkulturell zusammengesetzte, sozialräumlich arbeitende Teams, welche Informationen zu Infektionsschutzmaßnahmen in den jeweiligen Quartieren verbreiten, eine sinnvolle Ergänzung der medialen Informationsvermittlung dar. Hier können sowohl bereits bestehende Quartiersmanagements als auch eigens dafür zusammengesetzte Arbeitsgruppen genutzt werden.

Best-Practice-Beispiel 3: Bremer Gesundheitslotsen und Impfkonzept als sozialräumlich orientierte Maßnahmen

Der aktive Einbezug von Gesundheitslotsen auf dem Maßstab der Quartiersebene ist in Bremen wesentlicher Teil einer bedarfsgerechten COVID-19-Prävention. Mit der Erkenntnis, dass auch in Bremen strukturell benachteiligte Stadtviertel deutlich stärker betroffen sind als andere, wurden seit März 2021 sogenannte „Gesundheitsfachkräfte in den Quartieren“ als neun Vollzeitstellen installiert. In 14 benachteiligten Bremer Stadtvierteln finden Informationsansprache sowie Beratungen zur COVID-19-Schutzimpfung und Aufklärung zu Infektionsschutzregelungen sowie zu allgemeinen gesundheitsbezogenen Fragen über Schlüsselpersonen aus den Quartieren statt. Die Begleitung des Projekts findet durch die Staatskanzlei sowie das Gesundheitsamt des Stadtstaats statt und ist Teil des Förderprogramms der sozialen Stadtentwicklung „Wohnen in Nachbarschaften“ (Freie Hansestadt Bremen o.J.). Mit den Gesundheitslotsen soll eine Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bewohner*innen sowie eine „passgenaue Aufklärung zu Hygiene- und Infektionsschutzmaßnahmen“ (ebd.) erfolgen. Neben der Durchführung von Informationsveranstaltungen kommt es im Zuge der Beratungstätigkeit zu COVID-19 und Gesundheit im Quartier u.a. zur Vermittlung von Angeboten durch eine enge Kooperation mit Stadtteilakteur*innen und bestehenden Netzwerken von u.a. Impfzentren, Schulen, Mütterzentren oder auch den Quartiersmanagements. Die Ermittlung von gesundheitsbezogenen Bedarfen sorgt dafür, dass in der Beratung vor allem auch die psychischen Folgen der Pandemie im Fokus stehen. Die Gesundheitslotsen selbst sind Gesundheitswissenschaftler*innen, die meist aus denselben oder vergleichbaren Quartieren kommen, in denen sie nun gesundheitsspezifische Quartiersarbeit leisten. Fast alle von ihnen haben eine Migrationsgeschichte, sodass auch für Menschen mit Einwanderungsgeschichte muttersprachliche Beratung angeboten werden kann (Schnackenburg 2022). Durch barrierearme Beratungsangebote und die Nähe zu den Bewohner*innen wird eine aktive Mitarbeit in quartiersbezogenen Netzwerken möglich, was als Erfolgsfaktor für das Konzept der Gesundheitslotsen gilt. Aufgrund dieses Erfolgs hat sich die zunächst einjährige Förderlaufzeit bis Ende 2023 verlängert und wurde um drei Vollzeitstellen

erweitert (ebd.). Die bedarfsgerechte Impfaufklärung vor Ort als Impfkonzert der „kurzen Wege“ ist ein wesentlicher Baustein für die Erreichung der im bundesweiten Vergleich hohen Impfquote in Bremen. Es zeigt sich, dass besonders das Datenmanagement bei den Impfungen unzureichend war, was u.a. der hohen Dynamik geschuldet sein kann. Die Impfansprache fokussiert strukturschwache Stadtteile mit hohen Inzidenzen, wo zudem meist eine große Armut, ein hoher Migrationsanteil und eine hohe Skepsis gegenüber staatlichen Behörden vorliegen. Das Konzept folgt der Auffassung, Gesundheit als soziale Frage zu verstehen, sodass Aufklärung und Angebote dorthin müssen, wo die Menschen sind. Impfmobile sind entscheidender Bestandteil des Konzepts sowie eine enge Zusammenarbeit zwischen Behörden, Hilfsorganisationen und Verantwortlichen vor Ort wie Quartiersmanagements, Ortsämter, Vereine, Glaubensgemeinschaften und Stadtteilinitiativen (Otto-Moog 2021). Retrospektiv ist die Impfquote in Bremen laut einem Bulletin des RKI zufolge jedoch anders einzuordnen, da sich viele Nicht-Bremer*innen in dem Stadtstaat immunisieren ließen. So fallen etwa 17 % der Impfungen an Menschen mit Wohnsitz außerhalb der Stadt. Grund für die neuen Erkenntnisse sind Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen, welche die Wohnort-Postleitzahl der Geimpften enthielten (Tagesschau 2022).

Vermeidung stigmatisierender und diskriminierender Außenkommunikation

Grundsätzlich sollte zur Vermeidung der Reproduktion diskriminierender Zuschreibungen eine anti-diskriminierende Kommunikation erfolgen. So sollten Äußerungen dahingehend überprüft werden, ob sie bezüglich des Infektionsschutzes zielführend sind und Aufschluss über notwendige Maßnahmen geben. Die Nennung von Informationen, die für den konkreten Sachverhalt irrelevant sind (z.B. Ethnizitäten der Betroffenen, Zugehörigkeit zu religiösen oder sozialen Gemeinschaften) sollte vermieden werden, um der (Re-)Produktion von Vorurteilen und Stereotypen entgegenzuwirken (Robe-znieks 2020; RKI 2020).

Zugleich sollten positive Beiträge von Menschen mit Einwanderungsgeschichte, die zur Eindämmung der Pandemie beitragen, in der öffentlichen Debatte stärker betont werden. Dadurch kann gesellschaftliche Zugehörigkeit unterstrichen und Zusammenhalt gestärkt werden (Kohlenberger et al. 2021). Bei der Konzipierung von Werbekampagnen zum Infektionsschutz sollte darauf geachtet werden, dass diese auch Personen mit Einwanderungsgeschichte repräsentieren.

8.2 Niedrigschwelligen Zugang zum Gesundheitssystem gewährleisten

Um eine adäquate Gesundheitsversorgung – insbesondere in Zeiten einer Pandemie – zu gewährleisten, sollte ein möglichst niedrigschwelliger Zugang zum Gesundheitssystem sichergestellt werden. Personen mit Einwanderungsgeschichte, die zudem einen niedrigen sozioökonomischen Status haben, sind häufig intersektionalen Benachteiligungen ausgesetzt. Der Zugang zu gesundheitsrelevanten Institutionen ist für diese Personengruppe meist mit Barrieren verbunden. So mangelt es in den untersuchten Quartieren teilweise an Arztpraxen und im Kontakt mit medizinischem Personal liegen Sprachbarrieren vor. Auf Grundlage des aktuellen Forschungsstands und der geführten Interviews erscheinen folgende Aspekte als relevante Handlungsansätze:

Niedrigschwelligen Zugang zu Impfungen verbessern

Die zielgerichtete Ansprache und Priorisierung von Personen in deprivierten Lebenslagen – unter anderem in Bezug auf die Schutzimpfung sowie Schnelltests – erscheint im Kontext der COVID-19-Pandemie sinnvoll. So sollten COVID-19-Tests diesen Bevölkerungsteilen niederschwellig und kostenfrei zur Verfügung gestellt werden (Carlsten et al. 2021; European Centre for Disease Prevention and Control 2021). Dies kann z.B. durch lokale Impfkonzerte und mobile bzw. wohnortnahe Testangebote gewährleistet werden. Außerdem stellt der Einsatz krankenkassenfinanzierter Über-

setzer*innen bzw. Sprachmittler*innen (z.B. in Arztpraxen, Krankenhäusern, Impfzentren) einen wichtigen Aspekt zur Gewährleistung eines niedrigschwelligen Zugangs zu medizinischer Versorgung dar. So kann die Zugänglichkeit deutlich erhöht und das Vertrauen in das deutsche Gesundheitswesen und die staatlichen Institutionen insgesamt gestärkt werden (RKI 2020).

Best-Practice-Beispiel 4: Impfkation in Berlin-Zehlendorf zur Priorisierung benachteiligter Quartiere

Als Beispiel für eine erfolgreiche Infektionsschutzmaßnahme im Bereich der COVID-19-Prävention, welche mit einem sozialräumlichen Fokus konzipiert und durchgeführt wurde, kann eine Impfkation in Berlin-Zehlendorf aufgeführt werden. Am 22. und 23. Mai 2021 kam es in der sogenannten Thermometer-Siedlung zu einer mobilen Impfkation in einer Turnhalle – ausschlaggebend dafür war die Befürchtung, dass die Menschen vor Ort mit den bestehenden Impfangeboten nicht ausreichend erreicht werden (Heim 2022). Die Impfkation wurde vom Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf organisiert und zudem vom Deutschen Roten Kreuz, vom Jugendrotkreuz und von der Bundeswehr bei der Durchführung unterstützt. Mithilfe des lokalen Quartiersmanagements geschah die Informationsverbreitung im Vorfeld der Impfkation über verschiedene Kanäle, indem vor allem soziale Infrastrukturen wie Kitas und Schulen sowie soziale Medien einbezogen wurden. Parallel dazu gab es mehrsprachige Aushänge in allen Häusern (ebd.). An den beiden Tagen der Impfkation selbst wurde zudem mit einem Lautsprecherwagen durch die Siedlung gefahren, um auf das lokale Impfangebot aufmerksam zu machen. Nachdem die Nachfrage zunächst hinter den Erwartungen zurückblieb und gleichzeitig die Impfdosenanzahl kurzfristig erhöht werden konnte, wurde die Impfkation, welche zunächst nur für Bewohner*innen der Thermometersiedlung vorgesehen war, auf den gesamten Bezirk Steglitz-Zehlendorf ausgeweitet. Insgesamt konnten 1.848 Impfdosen, welche von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung bereitgestellt wurden, verimpft werden (Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf 2021). Der Effekt der Impfkation zeigte sich insofern, dass die Siedlung in den darauffolgenden Wellen nicht durch hohe Inzidenzen auffiel, sodass sogar im Epidemiologischen Bulletin des RKI darauf Bezug genommen wurde, um den Erfolg von gezielten Impfkationen zu unterstreichen (RKI 2022a).

Repräsentanz von Menschen mit Einwanderungsgeschichte im Gesundheitswesen verbessern

Auch die fehlende Repräsentanz von Menschen mit Einwanderungsgeschichte im bzw. der Zugang zum Gesundheitswesen sollte umfassend angegangen werden. Hierfür ist eine stärkere interkulturelle Öffnung notwendig. So können diskriminierend wirkende Strukturen aufgebrochen werden (Robeznieks 2020). Dies kann unter anderem durch eine stärkere Sensibilisierung des medizinischen Personals im Hinblick auf die Bedarfe von Menschen mit Einwanderungsgeschichte geschehen (z.B. durch Fortbildungen, Etablierung von Rassismusbeauftragten in Krankenhäusern). Der barrierefreie Zugang zum Gesundheitssystem für Menschen mit Einwanderungsgeschichte sollte in nationalen Planungen Berücksichtigung finden (European Centre for Disease Prevention and Control 2021).

Medizinische Unterversorgung von benachteiligten Räumen beseitigen

Die ausreichende Versorgung mit ärztlicher Infrastruktur in benachteiligten Quartieren muss – auch über die Pandemie hinaus – sichergestellt werden. Aus den Interviews ergeben sich Hinweise darauf, dass es in einigen Quartieren einen Mangel an Arztpraxen gibt. Ein Grund dafür scheint unter anderem der niedrige Anteil privatversicherter Patient*innen in diesen Räumen zu sein. Einer Unterversorgung mit medizinischer Infrastruktur sollte auf politischer Ebene entgegengewirkt werden. Konzepte wie Gesundheitskioske und Stadtteilgesundheitszentren, die Gesundheit und Krankheit im Kontext sozioökonomischer Gesellschaftsstrukturen betrachten, werden in einzelnen Städten (u.a. Hamburg

und Berlin) als Bausteine einer integrierten Gesundheitsversorgung bereits umgesetzt. Eine Evaluation und ein Ausbau solcher Angebote erscheinen sinnvoll.

Best-Practice-Beispiel 5: Poliklinik / Gesundheitskiosk / Stadtteillabor als Ansatz zur integrierten Betrachtung gesundheitlicher Ungleichheiten

Als weitere sozialräumlich orientierte Einrichtungen der Gesundheitsarbeit gilt es, die Chancen der Konzepte von stadtteilbezogenen Polikliniken, von gesundheitsbezogener Forschung in Stadtteillaboren sowie von Gesundheitskiosken hervorzuheben. Diese können als Ansätze zur integrierten Betrachtung gesundheitlicher Ungleichheiten mit sozialräumlichem Fokus betrachtet werden. Ein Beispiel für eine bereits existierende Poliklinik ist die Poliklinik Veddel als soziales Stadtteil-Gesundheitszentrum in Hamburg-Veddel. Es besteht seit 2017 und wurde u.a. gegründet, da es nur zwei Ärzt*innen im gesamten Viertel gab. Der Stadtteil gilt während der COVID-19-Pandemie meist als ein Bereich Hamburgs mit den höchsten Inzidenzen und weist zugleich eine hohe Arbeitslosigkeit und einen hohen Anteil an Menschen mit Einwanderungsgeschichte auf (Özer et al. 2021). In der Poliklinik wird versucht, mit einer allgemeinärztlichen Versorgung, einer Sozial- und Gesundheitsberatung und einer psychologischen Beratung, Gesundheitsproblemen kollektiv zu begegnen. Das Team vor Ort besteht aus Sozialarbeiter*innen, Ärzt*innen und Jurist*innen, sodass nicht nur die medizinische Versorgungsvielfalt im Mittelpunkt steht, sondern weit gefächerte Gesundheitsangebote geschaffen werden, „die zu den komplexen Lebenslagen passen, durch die Menschen krank werden“ (Poliklinik Veddel o.J.). Während der COVID-19-Pandemie wurde mit mehrsprachigen Flyern und bei einem Infostand im Viertel zu Impfaktionen eingeladen, wodurch seit April 2021 auch 190 Menschen pro Woche vor Ort geimpft werden konnten. Dies stellt eine Besonderheit dar, da es in Hamburg keine Sonderimpfaktionen in benachteiligten Stadtteilen geben sollte (Özer et al. 2021).

Eine weitere Idee, die sowohl in Interviews mit lokalen Akteur*innen als auch in der Öffentlichkeit als Idee eines zusätzlichen niedrigschwelligen Gesundheitsangebots gilt, ist die Schaffung sogenannter Gesundheitskiosks, deren Pläne u.a. auf eine Vereinbarung im derzeitigen Koalitionsvertrag zurückgehen. Ausgangspunkt ist, dass in vielen Regionen und Stadtteilen die medizinische Versorgung nicht ausreicht und daher Gesundheitskiosks als flächendeckende Anlaufstellen für gesundheitliche Aufklärung vor Ort geplant sind. Die Einrichtungen sollen etwa dabei helfen, dass Personen Arzttermine oder eine Physiotherapie erhalten sowie Befunde erklärt werden können. Zudem sollen Angebote zur Gesundheitsvorsorge und Ernährungsberatung geplant sein (Eckardt 2022). Das Konzept soll besonders sprach- und kultursensibel fungieren, sodass die verstärkten Dialogangebote der (gesundheitlichen) Beratung als Austausch verstanden werden. Menschen soll barrierefrei, mehrsprachig und auf Augenhöhe Gesundheitswissen vermittelt und Orientierung in der Versorgung vor Ort gegeben werden, sodass „die Lebens- und Gesundheitschancen von Menschen verbessert werden, für die es sonst schwieriger wäre, von den Angeboten des Gesundheits- und Sozialsystems zu profitieren“ (ebd.).

Ein weiteres Konzept ist das seit 2015 etablierte Stadtteillabor in der Bochumer Hustadt als Ort der gesundheitlichen Langzeitforschung auf Stadtteilebene. Die Hustadt hat innerhalb Bochums den höchsten Index-Wert gesundheitlicher Herausforderungen, die jüngste Bevölkerung und einen hohen Anteil an transferleistungsbeziehenden Haushalten (Hochschule für Gesundheit o.J.). Das Stadtteillabor verfolgt einen postmigrantischen und entmigrantisierenden Ansatz, sodass nicht Migration, sondern Armut als die primäre Differenzkategorie für gesundheitliche Ungleichheit aufgefasst wird. Mit diesem Ansatz wird „Gesundheit und Krankheit im Stadtteillabor im Kontext politisch-ökonomischer Machtbeziehungen und nicht per se als Ergebnis ‚migrantischen Fehlverhaltens‘ betrachtet“ (ebd.).

8.3 Sozialräumlichen Gesundheitsschutz in der Stadtentwicklung verankern

Für eine langfristige Verbesserung sozialräumlicher Differenzen in der Gesundheitssituation ist daher eine stärkere Einbindung des Gesundheitsschutzes in die Stadtentwicklung sinnvoll. So kann die Verteilung von Gesundheit und Krankheit im Kontext gesellschaftlicher Strukturen betrachtet werden. Neben der Sicherstellung einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung, welche Gesundheit und Krankheit im Zusammenhang mit migrationsspezifischen Problemlagen (u.a. Sprachbarrieren, eingeschränkten gesellschaftlichen Teilhabemöglichkeiten, prekären Wohn- und Arbeitssituationen) betrachtet (siehe oben), können weitere Aspekte benannt werden, welche in der Stadtentwicklung stärker in den Fokus gerückt werden sollten.

Ausbau der sozialräumlich orientierter Hilfeansätze und Netzwerke

Sozialräumlich orientierte Hilfesysteme und Netzwerke stellen in der COVID-19-Pandemie eine gute Möglichkeit dar, um Menschen in deprivierten Lebenslagen zu adressieren. Dazu scheint ein Ausbau der Quartierssozialarbeit und der Strukturen von Quartiersmanagements, die eine Vernetzung der wesentlichen lokalen Akteur*innen erleichtern, sinnvoll. So kann eine aufsuchende und alltagsweltliche Adressierung umgesetzt werden. Vor dem Hintergrund der geführten Expert*innengespräche sollte dabei eine langfristige personelle Besetzung fokussiert werden, um ein Vertrauensverhältnis zwischen den Bewohner*innen und den sozialräumlich agierenden Institutionen zu schaffen. Hierzu wäre eine Verstärkung der Finanzierung sozialräumlich agierender Hilfeansätze und Strukturen notwendig.

Daneben vereinfacht eine interkulturelle Aufstellung der Quartierssozialarbeit die Vermittlung von Informationen zum Infektionsschutz. So können sprachliche Barrieren überbrückt, Vertrauen gefördert und ansonsten teils schwer erreichbare Personen adressiert werden. Weiterhin sollte die akteursübergreifende Vernetzung alltagsrelevanter Institutionen in Quartieren mit sozioökonomischen Problemlagen verstärkt werden. So kann beispielsweise die Zusammenarbeit zwischen Quartiersmanagement, Schulen und Kindertagesstätten eine wichtige Ressource darstellen, wenn es darum geht intersektional benachteiligte Familien zu unterstützen.

Wohnsituation und Grün- und Freiflächenversorgung verbessern

Im Kontext der COVID-19-Pandemie stellt sich außerdem die Wohnsituation als wichtiger Faktor heraus, der das Infektionsrisiko wie auch die psychosoziale Abfederung der Infektionsschutzmaßnahmen beeinflusst. Im Wohnungsbau sollte daher auf flexible Grundrisse mit mehreren Zimmern gesetzt werden, sodass auch Familien mit eingeschränkten ökonomischen Ressourcen die haushaltsinterne Isolation sowie die Umsetzung von Homeschooling möglich ist. Gruppenunterkünfte sollten vermieden und Ausweichmöglichkeiten geschaffen werden. Die beengte Wohnsituation bringt in den untersuchten Quartieren teils erhebliche Belastungen mit sich, da insbesondere während der Kontaktbeschränkungen und Lockdowns kaum Ausweichmöglichkeiten (z.B. in Form von Gärten oder Terrassen) bestanden.

Neben der grundsätzlichen Verbesserung der Wohnsituation sollte daher der Aspekt der Grün- und Freiflächenversorgung hinsichtlich seiner gesundheitsfördernden Potentiale in der Stadtplanung stärkere Berücksichtigung finden. Die Schaffung öffentlicher Räume, die auch unter Pandemiebedingungen nutzbar sind, und so Maßnahmen wie Kontaktbeschränkungen und die Umstellung auf Notbetreuung in Kindertagesstätten leichter umsetzbar machen, sollte daher stärker in den Fokus rücken. Dies könnte beispielsweise durch die Schaffung öffentlicher Parks sowie Spiel- und Sportplätze geschehen. Auch der Ausbau von Spazierwegen in quartiersnahen Naherholungsräumen kann dazu beitragen, sozialpsychische Belastungen zu erleichtern. Dabei sollte beachtet werden, dass die jeweiligen Räume insbesondere für Menschen aus den adressierten benachteiligten Quartieren

zugänglich respektive einfach zu erreichen sind, da gerade in diesen städtischen Räumen die Grün- und Freiflächenversorgung bisher vergleichsweise gering ist.

Sozialräumliche Stigmatisierung verhindern

Die Stigmatisierung von Menschengruppen und Räumen verstärkt sich häufig wechselseitig. Dabei werden einzelnen Menschengruppen sowie die Räume, die diese nutzen, mit negativen Attributen verknüpft. In diesem Prozess werden Zuschreibungen (re-)produziert, welche benachteiligte Quartiere in der Außenwahrnehmung zusätzlich belasten. Auch im Kontext der Pandemie kam es in einigen der untersuchten Quartiere zur Stigmatisierung, u.a. indem vermeintlich höhere Inzidenzen direkt mit der Einwanderungsgeschichte oder dem Bildungsstand der Bewohner*innen verknüpft wurden. Daher sollten die Maßnahmen zur Adressierung der in den betreffenden Vierteln lebenden Personen so angelegt sein, dass ein stigmatisierender Effekt möglichst verhindert wird. Aufsuchende Maßnahmen, wie z.B. lokale Impfaktionen, befinden sich damit im Spannungsfeld zwischen der Notwendigkeit einer lebensweltnahen, zielgruppenspezifischen Adressierung und der Gefahr einer paternalistischen Herangehensweise, welche die Zielgruppe zusätzlich stigmatisiert. Eine mögliche Herangehensweise wäre hier, für Impfaktionen oder lokale Testangebote möglichst Räume zu nutzen, die sowohl von der Zielgruppe, als auch von anderen Personen genutzt werden (wie z.B. Supermarktparkplätze). Daneben wäre für eine grundsätzliche Entkräftung von Vorurteilen und Stigmata im Kontext der Pandemie die Schaffung einer breiteren und differenzierenden Datenbasis ein wichtiges Element (siehe unten).

8.4 Datenerhebung ausbauen für evidenzbasierte Pandemiemaßnahmen

Es bedarf eines Ausbaus der Datenerhebung im Gesundheitsbereich sowie einer vertieften wissenschaftlichen Evaluation der Infektionsschutzmaßnahmen insbesondere im Hinblick auf ihre Wirksamkeit für Bevölkerungsgruppen in deprivierten Lebenslagen. Dabei können zwei Ebenen voneinander differenziert werden.

Kleinräumige und zielgruppenspezifische Datengrundlage verbessern

Erstens bedarf es einer breiteren Datengrundlage zur gesundheitlichen Lage unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen. Wie oben beschrieben, sollte die (Re-)Produktion stereotypischer Zuschreibungen in Bezug auf Personen mit Einwanderungsgeschichte vermieden werden. Zugleich sollten Unterschiede im Gesundheitszustand verschiedener Bevölkerungsgruppen jedoch besser dokumentiert werden. So könnten Monitoringsysteme ausgebaut werden, indem beispielsweise Daten zum Arbeitsplatz und zur Wohnsituation in das öffentliche Gesundheitsinformationssystem implementiert werden (Carlsten et al. 2021). Auch die systematische Erhebung von Informationen über die Einwanderungsgeschichte und den Aufenthaltsstatus kann sinnvoll sein, damit unterschiedliche Expositionen, Risiken und Erkrankungsfolgen untersucht werden können (Hintermeier et al. 2020). Dabei sollte es nicht darum gehen, eine etwaigen Einwanderungsgeschichte als genuinen Grund für einen schlechteren Gesundheitszustand oder ein erhöhtes Infektionsrisiko zu betrachten. Vielmehr könnte auf diese Weise eine empirisch verankerte Debatte um soziale Ungleichheit und strukturelle Diskriminierung von Menschen mit Einwanderungsgeschichte ermöglicht werden (Dzudzek/Strüver 2020; Kluge et al. 2020). Das Zusammenwirken von Aspekten wie sozioökonomischer Status, Bildung, Wohnsituation und Diskriminierungserfahrungen auf die Gesundheit von Menschen erscheint hier als wesentlich zu diskutierender Punkt. Der Mangel an Daten zu diesem Thema wurde auch in den Expert*innengesprächen mehrfach thematisiert. Bei diesem Thema ist jedoch eine erhöhte Sensibilität (sowohl in der Art der Datenerhebung und -aufarbeitung als auch in der Interpretation und Kommunikation) notwendig, wie sie beispielweise in den Fachkommentierungen zu den veröffentlichten Infektionsdaten in Dortmund erfolgt (siehe Kapitel 4.2.2). Die (unfreiwillige) Beförderung rassistischer Kampagnen, bei denen Menschen mit Einwanderungsgeschichte als

„Pandemietreiber“ betrachtet werden, ohne den gesellschaftsstrukturellen Kontext zu beachten, sollte in jedem Fall verhindert werden.

Best-Practice-Beispiel 6: Internationale Modelle des Datenmanagements

Abseits von Deutschland gibt es Best-Practice-Beispiele, die aufzeigen, wie die Gesetzgebung der Wissenschaft ermöglicht, ein besseres Monitoring zu schaffen. Ein wichtiger Aspekt zur Bewältigung einer Pandemie ist die Anlage und Zugänglichkeit digitaler Gesundheitsdaten. In Australien und Finnland werden bereits seit 2018 respektive 2019 digitale Gesundheitsakten geführt und diese der Forschung pseudonymisiert zur Verfügung gestellt (Lesch et al. 2022). Dementsprechend müssen Akteur*innen des Gesundheitswesens digital miteinander vernetzt sein. In Frankreich beispielsweise tragen die zuständigen Gesundheitsämter respektive Teststellen die COVID-19-Fälle in ein landesweites zentrales System ein (Wikimedia 2022). Durch einen schnelleren Austausch von Informationen können Lagebilder in Echtzeit erstellt werden, was die Reaktionszeit für Maßnahmen senkt. Die Vereinigten Staaten von Amerika haben mit dem Current Population Survey zudem ein Werkzeug, mit dem sie die Veränderung der Arbeitsmarktsituation von Individuen monatlich erfassen können. Dadurch lassen sich politische Unterstützungsmaßnahmen gezielt für vulnerable Personen entwickeln, einsetzen und evaluieren (Bachmann et al. 2021).

Das Verbinden von Informationen verschiedener Datensätze kann dabei unterstützen, die Problemlagen von Betroffenen besser zu fassen und Möglichkeiten des Schutzes zu implementieren. So können beispielsweise gesundheitliche, demographische, wirtschaftliche und räumliche Mikrodaten zusammengefügt werden, um ein genaueres Bild des Pandemiegeschehens zu zeichnen. In Finnland, Frankreich und den Niederlanden kann bereits auf diese Methode zurückgegriffen werden (ebd.).

Negative Auswirkungen von Infektionsschutzmaßnahmen frühzeitig modellieren

Zweitens bedarf es einer vertieften, datenbasierten wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Wirkung der Infektionsschutzmaßnahmen im Zuge der COVID-19-Pandemie. Auf dieser Basis kann die Ausgestaltung der Maßnahmen im Hinblick auf weitere Infektionswellen angepasst werden. Im Gegensatz zum Vorgehen in anderen Ländern wurde in Deutschland noch keine fachübergreifende Begleitforschung während der COVID-19-Pandemie entwickelt, welche neben der Wirksamkeit der Maßnahmen im Hinblick auf die Eindämmung von COVID-19-Infektionen, auch gesellschaftliche Wechselwirkungen einbezieht. Dies wäre jedoch notwendig, um die Maßnahmen auf eine bessere Wissensgrundlage zu stellen. Der Sachverständigenausschuss stellt deshalb in seinem Evaluationsbericht zu den Pandemiemaßnahmen fest, dass es u.a. aufgrund der nicht ausreichenden Datenlage unmöglich ist, alle Maßnahmen der Pandemiopolitik adäquat zu evaluieren und einzuschätzen. Aufgrund der dynamischen Pandemielage müssen jedoch schnelle Entscheidungen auf Basis verfügbarer Daten und Evidenzen getroffen werden, sodass die systematische Erfassung relevanter aktueller Daten essenziell ist (Sachverständigenausschuss 2022). Der Aspekt der datenbasierten Evaluierung der Infektionsschutzmaßnahmen ist besonders im Hinblick auf die sozialen Auswirkungen der Maßnahmen relevant. So zeigen die Expert*innengespräche, dass die untersuchten Quartiere nicht nur im Hinblick auf COVID-19-Infektionen tendenziell stärker betroffen sind. Vielmehr scheinen auch die Infektionsschutzmaßnahmen selbst hier Problemlagen zu verstärken. Auch dieser Aspekt gesellschaftlicher Auswirkungen der COVID-19-Pandemie sollte stärker in den wissenschaftlichen Fokus gerückt werden.

8.5 Vermeidung der Mehrbelastung benachteiligter Bevölkerungsgruppen

Im Zuge der Expert*innengespräche wird deutlich, dass die Infektionsschutzmaßnahmen in den untersuchten Quartieren teils zu erheblichen materiellen und psychosozialen Belastungen geführt

haben. Diese Belastungen sollten unter Abwägung des Infektionsschutzes vermieden bzw. ausgeglichen werden. Auch der Sachverständigenausschuss betont die essenzielle Wichtigkeit, sozial bedingte Ungleichheit als eigenständiges Thema der Pandemiepolitik zu etablieren und Mehrfachbelastungen benachteiligter Bevölkerungsgruppen durch die Pandemie und deren Maßnahmen zu verhindern (Sachverständigenausschuss 2022).

Schließung von Bildungs- und Betreuungseinrichtungen vermeiden

Die Schließung von Bildungs- und Betreuungseinrichtungen sollte weitgehend vermieden werden. In den untersuchten Quartieren stellen die Schul- und Kita-Schließungen erhebliche Belastungen für die Familien dar. Gründe dafür sind unter anderem die beengte Wohnsituation und die finanzielle Mehrbelastung durch die Notwendigkeit ausreichender digitaler Infrastruktur (z.B. Laptops, Tablets, Internetzugang). Außerdem können viele Eltern ihre Kinder im Homeschooling nicht adäquat unterstützen (z.B. wegen Zeitmangel und sprachlichen Barrieren). Eine Verlagerung des Schulunterrichts ins Homeschooling bringt somit die erhebliche Gefahr einer Vergrößerung von Bildungsungleichheit mit sich.

Beratungsangebote aufrechterhalten

Beratungsstellen und Ämter (v.a. Jobcenter, Ausländerbehörde), die wichtige Anlaufpunkte für Personen in spezifischen sozialen wie auch sozioökonomischen Problemlagen sind, sollten möglichst offengehalten werden. Beratungsstellen fungieren im Pandemiekontext als wichtiger Ankerpunkt für Hilfesuchende. Die Schließung einzelner Amtsbereiche im Zuge der Pandemie hat zu erheblichen finanziellen Belastungen und teils existentieller Unsicherheit geführt. Das Ausweichen auf digitale und telefonische Beratung scheint hier keine adäquate Alternative, da dies mit erheblichen Barrieren (u.a. Sprache, Alphabetisierung, technische Ausstattung) verknüpft ist. Teilweise haben die Pandemie und die damit verbundenen Schließungen auch zur langfristigen Umstrukturierung behördlicher Kommunikationswege geführt. Hier sollten die Barrieren, die mit diesen Umstrukturierungen einhergehen, möglichst evaluiert und alternative Kontaktmöglichkeiten (z.B. persönliche Termine unter Einhaltung bestimmter Hygienevorschriften) erarbeitet werden. Eine möglichst kontaktarme, aber dennoch persönliche Beratung, scheint hier sinnvoll.

Ausgleich für Mehrbelastungen schaffen

Die Pandemie und die damit verbundenen Maßnahmen haben teilweise zu erheblichen Mehrbelastungen in den untersuchten Quartieren geführt. Beispiele dafür sind, dass Kinder durch die Schul- und Kitaschließungen alle Mahlzeiten zuhause einnehmen mussten und für die Durchführung des Homeschoolings Endgeräte wie Laptops oder Tablets benötigt wurden. Hier scheint die Etablierung eines – möglichst unkompliziert zu beantragenden – finanziellen Ausgleichs sinnvoll, welcher zumindest die monetäre Mehrbelastung in ohnehin bereits deprivierten Familien abfedert. So könnte beispielsweise diskutiert werden, ob einzelne Leistungen für Bildung und Teilhabe (BuT-Leistungen) den jeweiligen Familien im Falle erneuter Schulschließungen ausgezahlt werden, um die finanzielle Belastung durch die ganztägige Essensversorgung der Kinder auszugleichen.

9 Literaturverzeichnis

- Almagro, Milena; Coven, Joshua; Gupta, Arpit; Orane-Hutchinson, Angelo (2020): Racial Disparities in Frontline Workers and Housing Crowding during COVID-19: Evidence from Geolocation Data. Preprint. Institute Working Paper. <https://www.minneapolisfed.org/research/institute-working-papers/racial-disparities-in-frontline-workers-and-housing-crowding-during-covid-19-evidence-from-geolocation-data> (21.04.2022).
- Althoff, Christian (2020): Lippe: 65 Infizierte nach Gottesdienst in Freikirche. In: Westfalen Blatt, 12.12.2020. <https://www.westfalen-blatt.de/owl/kreis-lippe/lippe-65-infizierte-nach-gottesdienst-in-freikirche-779076> (14.12.2022).
- Antwi-Amoabeng, Daniel; Beutler, Bryce D.; Awad, Munadel; Kanji, Zahara; Mahboob, Sumaiya; Ghuman, Jasmine; Boppana, Sri Harsha; Sheikh, Mohammad; Ulanja, Mark Bilinyi; Gullapalli, Nageshwara (2021): Sociodemographic Predictors of Outcomes in COVID-19: Examining the Impact of Ethnic Disparities in Northern Nevada. In: Cureus 13, 2, e13128. <https://doi.org/10.7759/cureus.13128>.
- Augustdorfer Nachrichten (2020): Was macht Freikirchen zu Corona-Hotspots? <https://www.augustdorfernachrichten.de/2020/10/19/was-macht-freikirchen-zu-corona-hotspots/> (20.07.2022).
- Bachmann, Rüdiger; Riphahn, Regina; Reichl, Andreas (2021): Bessere Daten – bessere Politik. Hrsg. v. Ifo Institut München. <https://www.ifo.de/medienbeitrag/2021-08-06/bessere-daten-bessere-politik> (07.07.2022).
- Bäckermann, Luisa; Birke, Peter (2021): Gefährliche Orte. Über die stadtpolitische Lokalisierung der Corona-Krise in Göttingen und Berlin. https://coronamonitor.noblogs.org/2021/01/15/gefaehrliche_orte/#more-1086 (07.07.2022).
- Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2022): Was Sie über das Corona-Virus wissen müssen. Die neusten Beschlüsse der Bundesregierung, praktische Hinweise zu Hygiene und Quarantäne sowie die wichtigen Ansprechpartner finden Sie hier kompakt und übersichtlich in 24 Sprachen. <https://www.integrationsbeauftragte.de/ib-de/staatsministerin/corona> (14.12.2022).
- Beigang, Steffen; Fetz, Karolina; Kalkum, Dorina; Otto, Magdalena (2017): Diskriminierungserfahrungen in Deutschland. Ergebnisse einer Repräsentativ- und einer Betroffenenbefragung. Hrsg. v. Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Baden-Baden.
- Bekyol, Yasemin; Molthagen, Dietmar; Saad, Tarek (2021): Migrations- und Integrationspolitik in Schleswig-Holstein neu denken. Impulse eines Expert_innenkreises der Friedrich-Ebert-Stiftung. Hrsg. v. Friedrich-Ebert-Stiftung Hamburg. Bonn.
- Bendel, Petra; Bekyol, Yasemin; Leisenheimer, Marlene (2021): Auswirkungen und Szenarien für Migration und Integration während und nach der COVID-19 Pandemie. Hrsg. v. Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg und Stiftung Mercator. Institut für Politische Wissenschaft – Forschungsbereich Migration, Flucht und Integration. Erlangen.
- Berens, Eva-Maria; Klinger, Julia; Mensing, Monika; Carol, Sarah; Schaeffer, Doris (2022): Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Ergebnisse des HLS-MIG. Hrsg. v. Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld. Bielefeld.
- Berliner Register (2021): Jahresbericht 2020. Berliner Register zur Erfassung extrem rechter und diskriminierender Vorfälle in Berlin. Berlin.
- Bertelsmann-Stiftung (Hrsg.) (2022a): Keck-Atlas Nordrhein-Westfalen. Kommunale Entwicklung – Chance zur Kooperation. Indikatoren der Stadt Solingen. Unter Mitarbeit von Stadt Solingen Stadtdienst Einwohnerwesen, Strategiebereich Demografie Inklusion Datenpflege durch Abteilung für Statistik. <https://www.keck-atlas.de/keck-kommunen/solingen> (07.07.2022).
- Bertelsmann-Stiftung (Hrsg.) (2022b): Wegweiser-Kommune. Kommunale Daten. Düsseldorf, Dortmund, Solingen, Landkreis Lippe. <https://www.wegweiser-kommune.de/daten/demografische-entwicklung+berlin+2013-2020+tabelle> (07.07.2022).
- Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf (2021): Erfolgreiche Impfkation für die Thermometersiedlung und den gesamten Bezirk Steglitz-Zehlendorf! <https://www.berlin.de/ba-steglitz-zehlendorf/aktuelles/pressemitteilungen/2021/pressemitteilung.1087873.php> (07.07.2022).
- Birke, Peter (2022): Grenzen aus Glas. Arbeit, Rassismus und Kämpfe der Migration in Deutschland. Wien/Berlin: Mandelbaum Verlag.

- Blätgen, Nadine; Milbert, Antonia (2020): Dichte und Pandemie – Gibt es räumliche Erklärungsmuster für das Infektionsgeschehen in Deutschland? In: Informationen zur Raumentwicklung 47, 4, 31–45. https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/veroeffentlichungen/izr/2020/4/downloads/blaetgen-milbert.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (15.12.2022).
- Blätgen, Nadine; Milbert, Antonia (2021): Analysen raumzeitlicher Ausbreitungsmuster von COVID-19 mit Corona Regional, dem Analysetool des BBSR. In: Stadtforschung und Statistik: Zeitschrift des Verbandes Deutscher Städtestatistiker 34, 1, 2–7. <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/72551> (07.07.2022).
- Bogner, Alexander; Menz, Wolfgang (2002): Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In: Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (Hrsg.): Das Experteninterview. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Brekenkamp, Lukas (2021): Corona-Vorwürfe gegen Freikirchen in OWL: Was ist dran? https://www.lz.de/owl/23147113_Corona-Vorwuerfe-gegen-Freikirchen-in-OWL-Was-istdran.html (07.07.2022).
- Brücker, Herbert; Gundacker, Lidwina; Hauptmann, Andreas; Jaschke, Philipp (2021): Die Arbeitsmarktwirkungen der COVID-19-Pandemie auf Geflüchtete und andere Migrantinnen und Migranten. IAB-Forschungsbericht 5/2021. Hrsg. v. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (IAB). Nürnberg. <https://doku.iab.de/forschungsbericht/2021/fb0521.pdf> (17.09.2021).
- Bui, David P.; McCaffrey, Keegan; Friedrichs, Michael; LaCross, Nathan; Lewis, Nathaniel M.; Sage, Kylie et al. (2020): Racial and Ethnic Disparities Among COVID-19 Cases in Workplace Outbreaks by Industry Sector – Utah, March 6–June 5, 2020. In: MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report 69, 33, 1133–1138. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6933e3>.
- Bundesministerium für Gesundheit (2022): Aktueller Impfstatus. Wie ist der Fortschritt der COVID-19-Impfung? Bundesministerium für Gesundheit. <https://impfdashboard.de/> (30.05.2022).
- Buonsenso, Danilo; Malorni, Walver; Sisti, Grazia Leuconoe; Moscato, Umberto (2020): COVID-19 and Religion: Risks and Opportunities. In: Preprints 2020, 2020120173, online first December 7, 2020. <https://doi.org/10.20944/preprints202012.0173.v1>.
- Butterwegge, Christoph (2022): Die polarisierende Pandemie. Deutschland nach Corona. Weinheim: Beltz Juventa.
- Bůžek, Richard; Hübl, Susanne; Kamphaus, Lisa; Dzudzek, Iris (2022): Wenn die Verhältnisse unter die Haut gehen. Urbane Gesundheit relational gedacht. In: sub/urban – zeitschrift für kritische stadtforschung 10, 1, 41–71. <https://doi.org/10.36900/suburban.v10i1.702>.
- Carlsten, Christopher; Gulati, Mridu; Hines, Stella; Rose, Cecile; Scott, Kenneth; Tarlo, Susan M.; Torén, Kjell; Sood, Akshay; de la Hoz, Rafael E. (2021): COVID-19 as an occupational disease. In: American Journal of Industrial Medicine 64, 4, 227–237. <https://doi.org/10.1002/ajim.23222>.
- Cerami, Carla; Popkin-Hall, Zachary R., Rapp, Tyler; Tompkins, Kathleen; Zhang, Haoming; Müller, Meredith S.; Basharn, Christopher et al. (2021): Household Transmission of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 in the United States: Living Density, Viral Load, and Disproportionate Impact on Communities of Color. In: Clinical Infectious Diseases 74, 10, 1776–1785. <https://doi.org/10.1093/cid/ciab701>.
- Chance Berlin (o.J.a): Interkulturelles Aufklärungsteam Neukölln (IKAT). <https://chance-berlin.com/index.php/unsere-angebote/interkulturelles-aufklaerungsteam-gesundheitsmittler> (07.07.2022).
- Chance Berlin (o.J.b): Wir über uns. <https://ikatneukoelln.chance-berlin.com/de/> (07.07.2022).
- Clouston, Sean A.P.; Natale, Ginny; Link, Bruce G. (2021): Socioeconomic inequalities in the spread of coronavirus-19 in the United States: A examination of the emergence of social inequalities. In: Social Science & Medicine 268, 113554. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113554>.
- Coyer, Liza; Wynberg, Elke; Buster, Marcel; Wijffels, Camiel; Prins, Maria; Schreijer, Anja; van Duijnhoven, Yvonne T.H.P; van Dam, Alje; van der Lubben, Mariken; Leenstra, Tjalling (2021): Hospitalisation rates differed by city district and ethnicity during the first wave of COVID-19 in Amsterdam, the Netherlands. Preprint. <https://doi.org/10.1101/2021.03.15.21253597>.
- Der Paritätische Gesamtverband (Hrsg.) (2022): Zwischen Pandemie und Inflation. Paritätischer Armutsbericht 2022. Berlin.
- Domradio.de (2020): Was Freikirchen zu Corona-Hotspots macht. <https://www.domradio.de/artikel/soziale-und-ideologische-gruende-was-freikirchen-zu-corona-hotspots-macht> (14.12.2022).

- Dragano, Nico; Hoebel, Jens; Wachtler, Benjamin; Diercke, Michaela; Lunau, Thorsten; Wahrendorf, Morten (2021): Soziale Ungleichheit in der regionalen Ausbreitung von SARS-CoV-2. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 64, 9, 1116–1124. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03387-w>.
- Drouhot, Lucas G.; Petermann, Sören; Schönwälder, Karen; Vertovec, Steven (2021): Has the Covid-19 pandemic undermined public support for a diverse society? Evidence from a natural experiment in Germany. In: Ethnic and Racial Studies 44, 5, 877–892. <https://doi.org/10.1080/01419870.2020.1832698>.
- Dzudzek, Iris; Strüver, Anke (2020): Urbane Gesundheitsgerechtigkeit. In: gz 108, 4, 249. <https://doi.org/10.25162/gz-2020-0005>.
- Eckardt, Lisa-Marie (2022): Regierung plant Gesundheitskioske gegen Ärztemangel. Ampel-Koalition. In: Zeit-Online, 07.07.2022. <https://www.zeit.de/gesundheit/2022-07/gesundheitskioske-aerztemangel-bundesregierung-ampel-koalition> (22.07.2022).
- Eitze, Sarah; Felgendreff, Lisa; Korn, Lars; Sprengholz, Philipp; Allen, Jennifer; Jenny, Miriam A. et al. (2021): Vertrauen der Bevölkerung in staatliche Institutionen im ersten Halbjahr der Coronapandemie: Erkenntnisse aus dem Projekt COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 64, 3, 268–276. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03279-z>.
- European Centre for Disease Prevention and Control (Hrsg.) (2021): Reducing COVID-19 transmission and strengthening vaccine uptake among migrant populations in the EU/EEA. Technical Report. Stockholm.
- Figuroa, Jose F.; Wadhwa, Rishi K.; Lee, Dennis; Yeh, Robert W.; Sommers, Benjamin D. (2020): Community-Level Factors Associated With Racial And Ethnic Disparities In COVID-19 Rates In Massachusetts. In: Health Affairs 39, 11, 1984–1992. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.01040>.
- Fina, Stefan; Gerten, Christian; Heider, Bastian (2022): Die neue Datenmü(n)digkeit? Mit Gastbeitrag von Blätgen, Nadine; unter Mitarbeit von Gehrig-Fitting, Katinka; Rönsch, Jutta; Scholz, Benjamin. ILS-TRENDS [extra], 2/2022. Dortmund. https://www.ils-forschung.de/files/publikationen/pdfs/TRENDS-EXTRA_2.22_ONLINE.pdf (14.12.2022).
- Flaig, Berthold Bodo; Schleer, Christoph (2018): Migrantische Lebenswelten in Deutschland. Update des Modells der Sinus-Migrantenmilieus®. In: Barth, Bertram; Flaig, Berthold Bodo; Schäuble, Norbert; Tautscher, Manfred (Hrsg.): Praxis der Sinus-Milieus®. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 113–123.
- Freie Hansestadt Bremen (o.J.): Gesundheitsfachkräfte in Bremer Quartieren. <https://www.gesundheit.bremen.de/corona/schutz-und-praevention/gesundheitsfachkraefte-in-bremer-quartieren-39475> (22.07.2022).
- Garnier, Romain; Benetka, Jan R.; Kraemer, John; Bansal, Shweta (2021): Socioeconomic Disparities in Social Distancing During the COVID-19 Pandemic in the United States: Observational Study. In: Journal of Medical Internet Research 23, 1, e24591. <https://doi.org/10.2196/24591>.
- Gemeinde Augustdorf (2022): Einwohner. <https://www.augustdorf.de/Die-Gemeinde/Einwohner/> (20.07.2022).
- Georges, Daniela; Buber-Ennser, Isabella; Rengs, Bernhard; Kohlenberger, Judith; Doblhammer, Gabriele (2021): Health determinants among refugees in Austria and Germany: A propensity-matched comparative study for Syrian, Afghan, and Iraqi refugees. In: PLOS ONE 16, 4, e0250821. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250821>.
- Geschäftsstelle des Städteneetzes Soziale Stadt NRW (2022): Solingen Nordstadt. <https://www.soziale-stadt-nrw.de/stadtteile-und-projekte/solingen-nordstadt> (07.07.2022).
- Gesundheitsamt Dortmund (o. J.): COVID-19-Infektionen in Dortmund – Fachkommentierung des Gesundheitsamtes zu den monatlichen Stadtbezirkzahlen. https://www.dortmund.de/de/leben_in_dortmund/gesundheit/gesundheitsamt/corona_stadt-bezirkzahlen/index.html (20.07.2022).
- Gruber, Marika; Zupan, Kathrin (2022): Arbeitsmarktbedingte Herausforderungen und Potentiale der COVID-19-Pandemie in Österreich. In: Pichler, Christine; Küffner, Carla (Hrsg.): Arbeit, Prekariat und COVID-19. Wiesbaden: Springer VS, 71–98.
- Günay, Cengiz; Dzihic, Vedran (2021): Politische Teilhabe im transnationalen Kontext: Türkische und serbische MigrantInnen in Wien. <https://ec.europa.eu/migrant-integration/system/files/2021-11/stadt-wien-ucc88bearbeitet-projektbericht-8-11-2021.pdf> (22.07.2022).
- Günther, Thomas; Czech-Sioli, Manja; Indenbirken, Daniela; Robitaille, Alexis; Tenhaken, Peter; Exner, Martin et al. (2020): SARS-CoV-2 outbreak investigation in a German meat processing plant. In: EMBO molecular medicine 12, 12, e13296. <https://doi.org/10.15252/emmm.202013296>.

- Hallenberg, Bernd (2018): Menschen mit Zuwanderungsgeschichte in Deutschland – vhw-Migranten-milieu-Survey 2018. Identität, Teilhabe und das Leben vor Ort. vhw-Schriftenreihe, 10. Berlin.
- Hamann, Silke; Kropp, Per; Niebuhr, Annekatri; Roth, Duncan; Sieglén, Georg (2021): Die regionalen Arbeitsmarkteffekte der Covid-19-Pandemie: Nicht nur eine Frage der Wirtschaftsstruktur. IAB-Kurzbericht, 14. Nürnberg. <https://doku.iab.de/kurzber/2021/kb2021-14.pdf> (09.12.2022).
- Hananel, Ravit; Fishman, Ram; Malovicki-Yaffe, Nechumi (2022): Urban diversity and epidemic resilience: The case of the COVID-19. In: Cities 122, 103526. <https://doi.org/10.1016/j.cities.2021.103526>.
- Hanhörster, Heike; Gerten, Christian; Hans, Nils; Liebig, Simon (2020): Ankunftsquartiere – Identifizierung und Funktionsbestimmung. ILS-TRENDS, 2/2020. Dortmund. https://www.ils-forschung.de/files_publicationen/pdfs/ILS-TRENDS_2-20_Ankunftsquartiere_ONLINE.pdf (14.12.2022).
- Hanhörster, Heike; Hans, Nils (2019): Zusammenhalt im Kontext von Diversität und Fluktuation? Zur besonderen Rolle von Ankunftsquartieren. ILS-Working Paper, 1. Dortmund. https://www.ils-forschung.de/files_publicationen/pdfs/2019-06-18_ils-working-paper.pdf (14.12.2022).
- Harris, Richard (2020): Exploring the neighbourhood-level correlates of Covid-19 deaths in London using a difference across spatial boundaries method. In: Health & Place 66, 102446. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2020.102446>.
- Heim, Manuela (2022): Gesundheitspolitikerin übers Impfen. „Wir haben alle Kanäle genutzt“. Gefühlte Wahrheit oder Fakt? Eine neue Studie spricht für den Erfolg gezielter Impfkampagnen, sagt die Berliner Gesundheitsstadträtin Carolina Böhm. In: TAZ, 12.01.2022. <https://taz.de/Gesundheitspolitikerin-uebers-Impfen/15825105/> (12.12.2022).
- Helbig, Marcel; Jähnen, Stefanie (2019): Wo findet „Integration“ statt? Die sozialräumliche Verteilung von Zuwanderern in den deutschen Städten zwischen 2014 und 2017. Discussion Paper, P 2019-003. Berlin. <https://bibliothek.wzb.eu/pdf/2019/p19-003.pdf> (14.12.2022).
- Hintermeier, Maren; Gencer, Hande; Kajikhina, Katja; Rohleder, Sven; Santos-Hövenner, Claudia; Tallarek, Marie; Spallek, Jacob; Bozorgmehr, Kayvan (2020): SARS-CoV-2 among migrants and forcibly displaced populations: A rapid systematic review. In: Journal of Migration and Health 4, 100056. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2021.100056>.
- Hochschule für Gesundheit (o.J.): Das Stadtteillabor in der Bochumer Hustadt. <https://www.hs-gesundheit.de/stadtteillabor-hustadt> (14.12.2022).
- Huang, Youqin; Li, Rui (2022): The lockdown, mobility, and spatial health disparities in COVID-19 pandemic: A case study of New York City. In: Cities 122, 103549. <https://doi.org/10.1016/j.cities.2021.103549>.
- Indseth, Thor; Grønsland, Mari; Arnesen, Trude; Skyrud, Katrine; Kløvstad, Hilde; Lamprini, Veneti; Telle, Kjetil; Kjøllesdal, Marte (2021): COVID-19 among immigrants in Norway, notified infections, related hospitalizations and associated mortality: A register-based study. In: Scandinavian Journal of Public Health 49, 1, 48–56. <https://doi.org/10.1177/1403494820984026>.
- intermigras e.V. (2022): Sprachmittlerpool für die Stadt Düsseldorf. www.intermigras.de/projekte/sprachmittlerpool-fuer-die-stadt-duesseldorf/ (30.06.2022).
- Kabarriti, Rafi; Brodin, N. Patrik; Maron, Maxim I.; Guha, Chandan; Kalnicki, Shalom; Garg, Madhur K.; Racine, Andrew D. (2020): Association of Race and Ethnicity With Comorbidities and Survival Among Patients With COVID-19 at an Urban Medical Center in New York. In: JAMA Network Open 3, 9, e2019795. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.19795>.
- Khanijahani, Ahmad (2021): Racial, ethnic, and socioeconomic disparities in confirmed COVID-19 cases and deaths in the United States: a county-level analysis as of November 2020. In: Ethnicity & Health 26, 1, 22–35. <https://doi.org/10.1080/13557858.2020.1853067>.
- Khubchandani, Jagdish; Sharma, Sushil; Price, James H.; Wiblehauser, Michael J.; Sharma, Manoj; Webb, Fern J. (2021): COVID-19 Vaccination Hesitancy in the United States: A Rapid National Assessment. In: Journal of Community Health 46, 2, 270–277. <https://doi.org/10.1007/s10900-020-00958-x>.
- Khunti, Kamlesh; Singh, Awadhesh Kumar; Pareek, Manish; Hanif, Wasim (2020): Is ethnicity linked to incidence or outcomes of covid-19? In: BMJ 369, m1548. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1548>.
- Klingenstadt Solingen, Statistikstelle (2021a): Gesamtstadt – ausgewählte Nationalitäten 2011-2020. https://www.solingen.de/C12581FE0036EAEC/files/gesamtstadt_ausgewaehlte_nationalitaeten_2011-2021.pdf/%24file/gesamtstadt_ausgewaehlte_nationalitaeten_2011-2021.pdf (14.12.2022).
- Klingenstadt Solingen, Statistikstelle (2021b): Entwicklung der ausländischen Bevölkerung in Solingen seit 1963. https://solingen.de/C12581FE0036EAEC/files/auslaendische_bevoelkerungsentwicklung_seit_1963.pdf/%24file/auslaendische_bevoelkerungsentwicklung_seit_1963.pdf (20.07.2022).

- Klingenstadt Solingen, Statistikstelle (2022): Entwicklung der Gesamteinwohnerzahl in Solingen seit 70 Jahren. Bevölkerungsentwicklung seit 1951. https://www.solingen.de/C12581EF0036EAEC/files/bevoelkerungsentwicklung_seit_1951.pdf/%24file/bevoelkerungsentwicklung_seit_1951.pdf (07.07.2022).
- Kluge, Ulrike; Aichberger, Marion Christina; Heinz, E.; Udeogu-Gözalán, Christiana; Abdel-Fatah, Dana (2020): Rassismus und psychosche Gesundheit. In: Der Nervenarzt 91, 1017–1024. <https://doi.org/10.1007/s00115-020-00990-1>.
- Knuth, Matthias (2022): Der Corona-Effekt. Was wissen wir über die Arbeitsmarktsituation von Migrant_innen und Geflüchteten in der Pandemie? FES diskurs. Bonn. <https://library.fes.de/pdf-files/a-p-b/18824.pdf> (14.12.2022).
- Kohlenberger, Judith (2021): Schau auf dich, schau auf mich? COVID-19 und seine Auswirkungen auf Schutzsuchende in Europa. In: Filzweiser, Christian; Kasper, Lioba (Hrsg.): Jahrbuch für Asyl- und Fremdenrecht. Wien: Neuer Wissenschaftlicher Verlag, 203–217.
- Kohlenberger, Judith; Buber-Ennsner, Isabella; Rengs, Bernhard; Landesmann, Michael (2019): Barriers to health care access and service utilization of refugees in Austria: Evidence from a cross-sectional survey. In: Health Policy 123, 9, 833–839. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.01.014>.
- Kohlenberger, Judith; Weigl, Marion; Gaiswinkler, Sylvia; Buber-Ennsner, Isabella; Rengs, Bernhard (2021): COVID-19 und Migrationshintergrund. Erreichbarkeit, Umgang mit Maßnahmen und sozioökonomische Herausforderungen von Migrant/inn/en und Geflüchteten. Endbericht des Projekts „COVID-19 und Migrationshintergrund“, gefördert vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Wien.
- Koppe, Uwe; Wilking, Hendrik; Harder, Thomas; Haas, Walter; Rexroth, Ute; Hamouda, Osamah (2021): COVID-19-Patientinnen und -Patienten in Deutschland: Expositionsrisiken und assoziierte Faktoren für Hospitalisierungen und schwere Krankheitsverläufe. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 64, 9, 1107–1115. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03391-0>.
- Krieger, Nancy (2001): Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. In: International Journal of Epidemiology 30, 4, 668–677. <https://doi.org/10.1093/ije/30.4.668>.
- Krieger, Nancy (2011): Epidemiology and the people`s health. Theory and context. Oxford/New York: Oxford University Press.
- Krieger, Nancy (2020): ENOUGH: COVID-19, Structural Racism, Police Brutality, Plutocracy, Climate Change-and Time for Health Justice, Democratic Governance, and an Equitable, Sustainable Future. In: American Journal of Public Health 110, 11, 1620–1623. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305886>.
- Lampert, Thomas; Kuntz, Benjamin; Schneider, Sven; Spallek, Jacob (2018): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: die Entwicklung sozialepidemiologischer Forschung in Deutschland. In: Public Health Forum 26, 3, 212–215. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2018-0062>.
- Land NRW (2022): Multilingual information about the Coronavirus in North Rhine-Westphalia. The State Government informs about current measures with regards to the coronavirus in several languages. <https://www.land.nrw/corona> (14.12.2022).
- Landeshauptstadt Düsseldorf (Hrsg.) (o.J.): Amt für Statistik und Wahlen. Statistische Daten. Stadtgebietsprofile – Stadtbezirke und Stadtteile. Düsseldorf. <https://www.duesseldorf.de/statistik-und-wahlen/statistik-und-stadtforschung/statistische-daten.html#c62136> (20.07.2022).
- Landeshauptstadt Düsseldorf (Hrsg.) (2018): Amt für Statistik und Wahlen. Statistik & Stadtforschung Nr. 56. Sozialräumliche Gliederung – Fortschreibung 2017. Düsseldorf. https://www.duesseldorf.de/fileadmin/Amt12/statistik/stadtforschung/download/Sozialraeumliche_Gliederung_Fortschreibung_2017.pdf (07.07.2022).
- Landeshauptstadt Düsseldorf (Hrsg.) (2020): Amt für Statistik und Wahlen. Statistische Informationen Nr. 307. Demografiemonitoring 2014 bis 2020. Düsseldorf. https://www.duesseldorf.de/fileadmin/Amt12/statistik/stadtforschung/download/Demografiemonitoring_2014_bis_2020.pdf (20.07.2022).
- Lesch, Wiebke; Richter, Gesine; Semler, Sebastian C. (2022): Daten teilen für die Forschung: Einstellungen und Perspektiven zur Datenspende in Deutschland. In: Richter, Gesine; Loh, Wulf; Buyx, Alena; Graf von Kielmansegg, Sebastian (Hrsg.): Datenreiche Medizin und das Problem der Einwilligung. Berlin/Heidelberg: Springer, 211–226.
- Liebig, Simon; Zimmer-Hegmann, Ralf; Malottki, Christian von; Joosten, Han (2021): Perspektiven und Wohnwünsche von Menschen aus Einwanderungsfamilien auf dem deutschen Wohnungsmarkt. Studie der Abteilung Gebietsentwicklung und Marktforschung der bouwfonds Immobilienentwicklung (BPD) in Zusammenarbeit mit dem Institut für Landes- und Stadtentwicklungsforschung (ILS). Hrsg. v. BPD Immobilienentwicklung GmbH. Frankfurt am Main.

- Majra, Dasha; Benson, Jayme; Pitts, Jennifer; Stebbing, Justin (2021): SARS-CoV-2 (COVID-19) superspreader events. In: The Journal of Infection 82, 1, 36–40. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.11.021>.
- Martin, Christopher A.; Jenkins, David R.; Minhas, Jatinder S.; Gray, Laura J.; Tang, Julian; Williams, Caroline et al. (2020): Socio-demographic heterogeneity in the prevalence of COVID-19 during lockdown is associated with ethnicity and household size: Results from an observational cohort study. In: eClinicalMedicine 25, 100466. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100466>.
- MIDEM – Mercator Forum Migration und Demokratie (2021): Corona und Rechtspopulismus. Jahresstudie. Hrsg. v. Vorländer, Hans. Dresden. https://forum-midem.de/cms/data/fm/user_upload/Publikationen/TUD_MIDEM_Jahresstudie2021_RZ_online.pdf (07.07.2022).
- Mijnssen, Ivo (2021): Migranten sind in Österreich anfälliger für eine Corona-Erkrankung – dies liegt weniger an ihrer Kultur als an der gesellschaftlichen Position. In: Neue Züricher Zeitung, 06.04.2021. <https://www.nzz.ch/international/coronavirus-oesterreich-migration-als-risiko-faktor-ld.1609783> (07.07.2022).
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (2021): Soziale Auswirkungen von Corona. Blickpunkt Nordrhein-Westfalen. Sozialberichterstattung NRW. Kurzanalyse 03/2021. Düsseldorf. http://www.sozialberichte.nrw.de/sozialberichterstattung_nrw/kurzanalysen/Kurzanalyse-3-2021.pdf (14.12.2022).
- Ministerium für Kinder, Jugend, Familie, Flucht und Integration NRW (2022): Multilingual information on the Coronavirus and measures of the State Government. Here you can find information about the Coronavirus in 15 languages <https://www.mkjfgfi.nrw/neu-multilingual-information-coronavirus-and-measures-state-government> (14.12.2022).
- Mullis, Daniel (2021): Peripherien und Zentralitäten: Geographien von Covid-19. Überlegungen zu Roger Keils Beitrag zu der translokalen Vorlesungsreihe „Geographien von Covid-19“ sowie der aktuellen s u b \ u r b a n -Debatte zum „Ende des Städtischen“. In: sub\urban 9, 3/4, 303–318. <https://doi.org/10.36900/suburban.v9i3/4.707>.
- Neuroth, Oliver (2021a): Es geht auch ohne Impfpflicht – noch. Corona in Spanien. <https://www.tagesschau.de/ausland/europa/corona-spanien-159.html> (07.07.2022).
- Neuroth, Oliver (2021b): Corona-Impfung: Warum Spanien Impf-Rekordmeister ist. <https://www.swr.de/swr2/wissen/deshalb-laeuft-das-impfen-in-spanien-so-erfolgreich-100.html> (07.07.2022).
- Neuroth, Oliver (2021c): Warum das Impfen in Spanien läuft. <https://www.tagesschau.de/ausland/europa/corona-impfung-spanien-101.html> (07.07.2022).
- Niemeyer, Friederike (2021): Impfskepsis hat tiefe Wurzeln. <https://www.westfalen-blatt.de/owl/kreis-minden-luebbecke/impfskepsis-hat-tiefe-wurzeln-2453392?pid=true> (07.07.2022).
- Otto-Moog, Robert (2021): Warum Bremen beim Impfen spitze ist. Bundesweit beste Quote. <https://www.tagesschau.de/inland/gesellschaft/bremen-impfen-101.html> (07.07.2022).
- Özer, Esra; Struckmeier, Lea; Granti, Alex (2021): Impfreiheitenfolge: Impfen in sozialen Brennpunkten sinnvoll. <https://www.ndr.de/fernsehen/sendungen/panorama3/Impfreiheitenfolge-Impfen-in-sozialen-Brennpunkten-sinnvoll.corona7900.html> (07.07.2022).
- Pan, Daniel; Sze, Shirley; Minhas, Jatinder S.; Bangash, Mansoor N.; Pareek, Nilesh; Divall, Pip; Williams, Caroline M. L.; Oggioni, Marco R.; Squire, Iain B.; Nellums, Laura B.; Hanif, Wasim; Khunti, Kamlesh; Pareek, Manish (2020): The impact of ethnicity on clinical outcomes in COVID-19: A systematic review. In: eClinicalMedicine 23, 100404. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100404>.
- Pieper, Jonas (2020): 20 vorläufige Lehren aus Corona. Bericht aus den Facharbeitskreisen des Paritätischen Gesamtverbandes. Berlin.
- Plümecke, Tino; Supik, Linda; Will, Anne-Kathrin (2021): Rassismus der Pandemie: Unterschiedliche Sterberaten im Zusammenhang mit Covid-19. Mediendienst Integration. Berlin.
- Poliklinik Veddel (o.J.): Wir sind die Poliklinik Veddel. <https://www.poliklinik1.org> (07.07.2022).
- Preece, Jenny; McKee, Kim; Robinson, David; Flint, John (2021): Urban rhythms in a small home: COVID-19 as a mechanism of exception. In: Urban Studies, online first June 27, 2021. <https://doi.org/10.1177/00420980211018136>.
- Raisi-Estabragh, Zahra; McCracken, Celeste; Bethell, Mae S.; Cooper, Jackie; Cooper, Cyrus; Caulfield, Mark J.; Munroe, Patricia B.; Harvey, Nicholas C.; Petersen, Steffen E. (2020): Greater risk of severe COVID-19 in non-White ethnicities is not explained by cardiometabolic, socioeconomic, or behavioural factors, or by 25(OH)-vitamin D status: study of 1,326 cases from the UK Biobank. In: Journal of Public Health 42, 3, 451–460. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa095>.

- Razai, Mohammad S.; Kankam, Hadyn K. N.; Majeed, Azeem; Esmail, Aneez; Williams, David R. (2021): Mitigating ethnic disparities in covid-19 and beyond. In: BMJ 372, m4921. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4921>.
- RKI – Robert Koch-Institut (2020): Allgemeine Hinweise für Gesundheitsbehörden zur Kontaktaufnahme und Zusammenarbeit mit marginalisierten Bevölkerungsgruppen. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Marginalisierte_Gruppen.html (07.07.2022).
- RKI – Robert Koch-Institut (2021): COVID-19 Impfquoten-Monitoring in Deutschland (COVIMO) – 8. Report. (Datenerhebung 15.09.21 - 18.10.21). Berlin. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/COVIMO_Reports/covimo_studie_bericht_8.html (14.12.2022).
- RKI – Robert Koch-Institut (2022a): COVID-19: soziale Ungleichheit und sozialräumliche Betrachtung des Infektionsgeschehens. Epidemiologisches Bulletin, 5/2022 Berlin. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/Ausgaben/05_22.pdf?__blob=publicationFile (09.12.2022).
- RKI – Robert Koch-Institut (2022b): COVID-19-Impfquotenmonitoring in Deutschland als Einwanderungsgesellschaft (COVIMO-Fokuserhebung). Report 9 (Datenerhebung 04.11.2021 – 18.12.2021). https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/COVIMO_Reports/covimo_studie_bericht_9.pdf?__blob=publicationFile (09.12.2022).
- RKI – Robert Koch-Institut (2022c): Digitales Impfquotenmonitoring zur COVID-19-Impfung. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Impfquoten-Tab.html (30.05.2022).
- Robertson, Elaine; Reeve, Kelly S.; Niedzwiedz, Claire L.; Moore, Jamie; Blake, Margaret; Green, Michael; Katikireddi, Srinivasa Vittal; Benzeval, Michaela J. (2021): Predictors of COVID-19 vaccine hesitancy in the UK Household Longitudinal Study. In: Brain, Behavior, and Immunity 94, 41–50. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2021.03.008>.
- Robeznieks, Andis (2020): Policies must address COVID-19 impact on minoritized communities. AMA Center for Health Equity. <https://www.ama-assn.org/delivering-care/health-equity/policies-must-address-covid-19-impact-minoritized-communities> (07.07.2022).
- Rossen, Lauren M.; Branum, Amy M.; Ahmad, Farida B.; Sutton, Paul; Anderson, Robert N. (2020): Excess Deaths Associated with COVID-19, by Age and Race and Ethnicity — United States, January 26–October 3, 2020. In: MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report 69, 42, 1522–1527. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6942e2>.
- Rostila, Mikael; Cederström, Agneta; Wallace, Matthew; Brandén, Maria; Malmberg, Bo; Andersson, Gunnar (2020): Disparities in covid-19 deaths by country of birth in Stockholm, Sweden: A total population based cohort study. Stockholm Research Reports in Demography. Preprint. <https://doi.org/10.17045/STHLMUNI.12852854.V1>.
- RP Online (2021): 152 Corona-Fälle in Baptistengemeinde – 1100 Menschen in Quarantäne. In: Rheinische Post, 22.03.2021. https://rp-online.de/nrw/panorama/90-corona-faelle-in-baptistengemeinde-in-lage-1100-menschen-in-quarantaene_aid-56932465html (09.12.2022).
- Ruhland, Ingrid; Fuhr-Becker, Gabriela; Avdic, Amela; Bergmann, Martin; Reiber, Jonas (2021): Gesellschaftliche Folgen der Corona-Pandemie in Hessen. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung mit dem Fokus auf die Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Hrsg. v. Hessisches Ministerium für Soziales und Integration. Wiesbaden. https://integrationskompass.hessen.de/sites/integrationskompass.hessen.de/files/Corona%20Studie_barrierefrei_1.pdf (11.12.2022).
- RWI; microm (2018a): Sozioökonomische Daten auf Rasterebene (Welle 6). Arbeitslosenquote. RWI-GEO-GRID. Version: 1. RWI – Leibniz Institute for Economic Research. Dataset. doi.org/10.7807/microm:alq:v6.
- RWI; microm (2018b): Sozioökonomische Daten auf Rasterebene (Welle 6). Ethno. RWI-GEO-GRID. Version: 1. RWI – Leibniz Institute for Economic Research. Dataset. doi.org/10.7807/microm:ethno:v6.
- RWI; microm (2021): RWI-GEO-GRID: Socio-economic data on grid level (wave 11). RWI-GEO-GRID. Version: 1. RWI – Leibniz Institute for Economic Research. Dataset. doi.org/10.7807/microm:v11.
- Sachverständigenausschuss nach § 5 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz, Bundesgesundheitsministerium (2022): Evaluation der Rechtsgrundlagen und Maßnahmen der Pandemiepolitik. Bericht des Sachverständigenausschuss nach § 5 Abs. 9 IfSG. Berlin.
- Sachverständigenrat für Integration und Migration (SVR) gGmbH (Hrsg.) (2022): Systemrelevant: Migration als Stütze und Herausforderung für die Gesundheitsversorgung in Deutschland. Jahresgutachten 2022. Berlin. https://www.svr-migration.de/wp-content/uploads/2022/06/SVR_Jahresgutachten_2022_barrierefrei.pdf (11.12.2022).
- Sauer, Martina (2021): Corona-Pandemie: Betroffenheit und Einstellung der Türkeistämmigen in Nordrhein-Westfalen. Essen.

- Schindler, Sina (2021): Zunehmender (anti-asiatischer) Rassismus – Ursachen, Entwicklungen & Handlungsmöglichkeiten in der Schule. In: Hackethal, Svenja; Jeß, David; Klopsch, Tania K.; Schindler, Judith (Hrsg.): Creative Democracy. Gemeinsam Zukunft gestalten! Berlin/Jena: Eigenverlag Deutsche Gesellschaft für Demokratiepädagogik e.V. https://www.creative-democracy.de/wp-content/uploads/2022/01/Creative-Democracy_Gemeinsam-Zukunft-gestalten.pdf (11.12.2022).
- Schnackenburg, Alexander (2022): Diesen Beitrag leisten Gesundheitslotsen zu Bremens hoher Impfquote. <https://www.butenunbinnen.de/nachrichten/gesundheitslotsen-erfolg-bremen-bremerhaven-100.html> (07.07.2022).
- Schulze-Böing, Matthias (2022): Covid-19 und Sozialstruktur: Einige Ergebnisse der Analyse von Daten der Stadt Offenbach am Main. In: Stadtforschung und Statistik: Zeitschrift des Verbandes Deutscher Städtestatistiker 35, 1, 74-82. <http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-78543-6> (15.12.2022).
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung (Hrsg.) (2020): Das SARS-CoV-2-Infektionsgeschehen in Berlin – Zusammenhang mit Soziodemografie und Wohnumfeld. Kurz informiert 2020/02. Berlin. https://www.berlin.de/sen/gesundheits/assets/service/gesundheitsberichterstattung/kurz-informiert_2020-2_sars-cov-2_in_berlin.pdf (11.12.2022).
- Siedentop, Stefan; Zimmer-Hegmann, Ralf (2020): COVID-19 und die Zukunft der Städte. Verändert die Pandemie das Verständnis von nachhaltiger Stadtentwicklung? ILS-IMPULSE 1/20. Dortmund. https://www.ils-forschung.de/files/publikationen/pdfs/ils-impulse_1-20_online_issn.pdf (14.12.2022).
- Sieglen, Georg; Roth, Duncan; Carl, Birgit (2021): Auswirkungen der Covid-19-Krise auf den Arbeitsmarkt in Nordrhein-Westfalen. IAB Regional Nordrhein-Westfalen, 1/2021. Nürnberg.
- Sinus-Institut (2021): Umfrage: Große Mehrheit will sich gegen Corona impfen lassen. <https://www.sinus-institut.de/media-center/presse/umfrage-corona-impfung> (07.07.2022).
- Soldt, Rüdiger (2021): Impfbotschafter für Flüchtlinge sollen die Quote steigern. In: FAZ.net, 28.12.2021. <https://m.faz.net/aktuell/politik/inland/impfbotschafter-fuer-fluechtlinge-in-baden-wuerttemberg-17703725.html> (22.07.2022).
- Speckhard, Anne; Mahamud, Othman; Ellenberg, Molly (2020): When Religion and Culture Kill – COVID-19 in the Somali Diaspora Communities in Sweden. In: Homeland Security Today, 03.04.2020. <https://www.hstoday.us/subject-matter-areas/counterterrorism/when-religion-and-culture-kill-covid-19-in-the-somali-diaspora-communities-in-sweden/> (17.09.2021).
- Stadt Dortmund (Hrsg.) (2005): Amt für Statistik und Wahlen. Dortmunder Statistik – Jahrbuch 2005. Dortmund. https://www.dortmund.de/media/p/statistik/pdf_statistik/veroeffentlichungen/statistisches_jahrbuch/jahrbuch_2005.pdf (07.07.2022).
- Stadt Dortmund (Hrsg.) (2019): Dortmunder Statistik – Statistikatlas. Dortmunder Stadtteile. Nr. 215. Dortmund. https://www.dortmund.de/media/p/statistik/pdf_statistik/veroeffentlichungen/statistikatlas/215_-_Statistikatlas_-_2019.pdf (07.07.2022).
- Stadt Dortmund (Hrsg.) (2020): Dortmunder Statistik – Arbeitslosenquoten nach Stadtbezirken. https://www.dortmund.de/media/p/statistik/pdf_statistik/wirtschaft_1/06_12_Arbeitslosequoten_Stadtbezirke.pdf (07.07.2022).
- Stadt Dortmund (Hrsg.) (2021): Dortmunder Statistik – Tabellenband Bevölkerung. Dortmund. https://www.dortmund.de/media/p/statistik/pdf_statistik/bevoelkerung/Tabellenband_Bevoelkerung_2021.pdf (07.07.2022).
- Stadt Dortmund (Hrsg.) (2022): Dortmunder Statistik – Bevölkerung nach Geschlecht und Migrationshintergrund in den Statistischen Bezirken am 31.12.2021. https://www.dortmund.de/media/p/statistik/pdf_statistik/bevoelkerung/02_02_Bevoelkerung_Geschlecht_Staatsangehoerigkeit_Statistische_Bezirke.pdf (07.07.2022).
- Stanat, Petra; Schipolowski, Stefan; Schneider, Rebecca; Sachse, Karoline A.; Weirich, Sebastian; Henschel, Sofie (2022): IQB-Bildungstrend 2021. Kompetenz in den Fächern Deutsch und Mathematik am Ende der 4. Jahrgangsstufe: Erste Ergebnisse nach über einem Jahr Schulbetrieb unter Pandemie-bedingungen. Münster: Waxmann.
- Statistik Austria (2021): Österreich: COVID-19 Impfquote nach Staatsangehörigkeit und Geburtsort stark unterschiedlich. https://ec.europa.eu/migrant-integration/news/oesterreich-covid-19-impfquote-nach-staatsangehoerigkeit-und-geburtsort-stark-unterschiedlich_de (14.12.2022).

- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit – Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2018. Fachserie 1 Reihe 2.2. Wiesbaden.
- St-Denis, Xavier (2020): Sociodemographic Determinants of Occupational Risks of Exposure to COVID-19 in Canada. In: Canadian Review of Sociology/Revue canadienne de sociologie 57, 3, 399–452. <https://doi.org/10.1111/cars.12288>.
- Straßburger, Max-Leon; Mewes, Lars (2022): Der Zusammenhang zwischen sozialen Ungleichheiten und Covid-19 Fallzahlen auf Stadtteilebene – Eine Fallstudie für 46 Stadtteile der Stadt Duisburg. In: ZFW – Advances in Economic Geography 66, 2, 111–130. <https://doi.org/10.1515/zfw-2021-0030>.
- Streeck, Hendrik; Schulte, Bianca; Kümmerer, Beate M.; Richter, Enrico; Höller, Tobias; Fuhrmann, Christine et al. (2020): Infection fatality rate of SARS-CoV2 in a super-spreading event in Germany. In: Nature Communications 11, 5829. <https://doi.org/10.1038/s41467-020-19509-y>.
- Sun, Yeran; Hu, Xuke; Xie, Jing (2021): Spatial inequalities of COVID-19 mortality rate in relation to socioeconomic and environmental factors across England. In: Science of The Total Environment 758, 143595. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.143595>.
- Sung, Baksun (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. In: Preventive Medicine 147, 106457. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106457>.
- Sy, Karla Therese L.; Martinez, Micaela E.; Rader, Benjamin; White, Laura F. (2020): Socioeconomic disparities in subway use and COVID-19 outcomes in New York City. In: American Journal of Epidemiology, Volume 190, Issue 7, July 2021, 1234–1242, <https://doi.org/10.1093/aje/kwaa277>.
- Sze, Shirley; Pan, Daniel; Nevill, Clareece R.; Gray, Laura J.; Martin, Christopher A.; Nazareth, Joshua; Minhas, Jatinder S.; Divall, Pip; Khunti, Kamlesh; Abrams, Keith R.; Nellums, Laura B.; Pareek, Manish (2020): Ethnicity and clinical outcomes in COVID-19: A systematic review and meta-analysis. In: eClinicalMedicine 29, 100630. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100630>.
- Tagesschau (2021): Bars und Clubs sind Corona-Hotspots. Daten der Luca-App. <https://www.tagesschau.de/inland/gesellschaft/corona-luca-bars-101.html> (07.07.2022).
- Tagesschau (2022): Bremen ist doch nicht Impfmeister. Corona-Impfquoten der Länder. <https://www.tagesschau.de/inland/gesellschaft/rki-impfquote-corona-101.html> (22.07.2022).
- Tai, Don Bambino Geno; Shah, Aditya; Doubeni, Chyke A.; Sia, Irene G.; Wieland, Mark L. (2021): The Disproportionate Impact of COVID-19 on Racial and Ethnic Minorities in the United States. In: Clinical Infectious Diseases 72, 4, 703–706. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa815>.
- Thakur, Neeta; Lovinsky-Desir, Stephanie; Bime, Christian; Wisnivesky, Juan P.; Celedón, Juan C. (2020): The Structural and Social Determinants of the Racial/Ethnic Disparities in the U.S. COVID-19 Pandemic. What's Our Role? In: American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 202, 7, 943–949. <https://doi.org/10.1164/rccm.202005-1523PPP>.
- The Regional Risk Communication and Community Engagement (RCCE) (2020): COVID-19: How to include marginalized and vulnerable people in risk communication and community engagementdiseases in the context of global change. https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbd1486/files/our_work/covid-19_communityengagement_130320.pdf (14.12.2022).
- Tonassi, Timo; Wittlif, Alex; Schemer, Christian (2020): Mediennutzung und Medienvertrauen von Migranten. Untersuchung auf Basis des SVR-Integrationsbarometers 2018. In: Media Perspektiven 12, 626–635. https://www.ard-media.de/fileadmin/user_upload/media-perspektiven/pdf/2020/1220_Tonassi_Wittlif_Schemer.pdf (07.07.2022).
- Trasberg, Terje; Cheshire, James (2021): Spatial and social disparities in the decline of activities during the COVID-19 lockdown in Greater London. In: Urban Studies, online first August 31, 2021. <https://doi.org/10.1177/00420980211040409>.
- Unger, Christian (2022): Corona-Pandemie: Der schwere Weg zur hohen Impfquote. In: WAZ, 01.02.2022. <https://www.waz.de/politik/corona-impfen-impfquote-migrationshintergrund-deutschland-id234463315.html> (12.12.2022).
- Universität Erfurt; RKI – Robert Koch-Institut; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2022): Zusammenfassung und Empfehlungen Welle 61. COSMO – COVID-19 Snapshot Monitoring. <https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/web/summary/61/> (07.07.2022).
- Universitätsmedizin Mainz (2021): Gutenberg COVID-19 Studie. <https://www.unimedizin-mainz.de/gcs/uebersicht.html> (07.07.2022).

- Vermeer, Paul; Kregting, Joris (2020): Religion and the Transmission of COVID-19 in The Netherlands. In: Religions 11, 8, 393. <https://doi.org/10.3390/rel11080393>.
- Wachtler, Benjamin; Michalski, Niels; Nowossadeck, Enno; Diercke, Michaela; Wahrendorf, Morten; Santos-Hövenner, Carmen; Lampert, Thomas; Hoebel, Jens (2020a): Sozioökonomische Ungleichheit und COVID-19 – Eine Übersicht über den internationalen Forschungsstand. In: Journal of Health Monitoring 5, 7, 3–18. <https://doi.org/10.25646/7058>.
- Wachtler, Benjamin; Michalski, Niels; Nowossadeck, Enno; Diercke, Michaela; Wahrendorf, Morten; Santos-Hövenner, Claudia; Lampert, Thomas; Hoebel, Jens (2020b): Sozioökonomische Ungleichheit im Infektionsrisiko mit SARS-CoV-2 – Erste Ergebnisse einer Analyse der Meldedaten für Deutschland. In: Journal of Health Monitoring 5, 7, 19–31. <https://doi.org/10.25646/7056>.
- Wahrendorf, Morten; Rupprecht, Christoph J.; Dortmann, Olga; Scheider, Maria; Dragano, Nico (2021): Erhöhtes Risiko eines COVID-19-bedingten Krankenhausaufenthaltes für Arbeitslose: Eine Analyse von Krankenkassendaten von 1,28 Mio. Versicherten in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 64, 3, 314–321. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03280-6>.
- Welsch, Janina; Conrad, Kerstin; Wittowsky, Dirk; Reutter, Ulrike (2014): Einfluss des Migrationshintergrundes auf die Alltagsmobilität im urbanen Raum. In: Raumforschung und Raumordnung 72, 6, 503–516. <https://doi.org/10.1007/s13147-014-0323-6>.
- Wikimedia (2022): Kritik des COVID-19-Expert*innenrates an Datenlage: Wikimedia Deutschland fordert offene Daten für mehr Durchblick in der Pandemie. <https://www.wikimedia.de/presse/kritik-des-covid-19-expertinnenrates-an-datenlage-wikimedia-deutschland-fordert-offene-daten-fuer-mehr-durchblick-in-der-pandemie/> (07.07.2022).
- Yeboah, Amma (2017): Rassismus und psychische Gesundheit in Deutschland. In: Fereidooni, Karim; El, Meral (Hrsg.): Rassismuskritik und Widerstandsformen. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 142–161. https://doi.org/10.1007/978-3-658-14721-1_9.
- Yendell, Alexander; Hidalgo, Oliver; Hillenbrand, Carolin (2021): Die Rolle von religiösen Akteuren in der COVID-19-Pandemie. Eine theoriegeleitete empirische Analyse mit politischen Handlungsempfehlungen. ifa-Edition Kultur und Außenpolitik. Stuttgart: ifa – Institut für Auslandsbeziehungen. <https://doi.org/10.17901/akbp1.09.2021>.

10 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Die Stadtbezirke der Stadt Dortmund	35
Abbildung 2: COVID-19-Verlauf in Dortmund	37
Abbildung 3: 30-Tage-Inzidenzen der zwölf Dortmunder Stadtbezirke von August 2020 bis September 2021	39
Abbildung 4: 30-Tage-Inzidenzen der zwölf Dortmunder Stadtbezirke; Detailblick auf August	40
Abbildung 5: Der Stadtbezirk Innenstadt-Nord	41
Abbildung 6: Der Stadtbezirk Hombruch	42
Abbildung 7: Karte der Solinger Stadtbezirke und Quartiere	45
Abbildung 8: COVID-19-Verlauf in Solingen	47
Abbildung 9: Verlauf in Solingen-Mitte	48
Abbildung 10: 30-Tage-Inzidenzen der 36 Solinger Quartiere von März 2020 bis Oktober 2021	49
Abbildung 11: 30-Tage-Inzidenzen der 36 Solinger Quartiere; Detailblick auf August 2021	50
Abbildung 12: SINUS-vhw-Migrant*innenmilieus 2018.....	52
Abbildung 13: Karte der Düsseldorfer zehn Stadtbezirke und 50 Stadtteile	54
Abbildung 14: COVID-19-Verlauf in Düsseldorf	56
Abbildung 15: Verlauf der 30-Tage-Inzidenzen im Stadtbezirk VIII, Stadtbezirk IX und Stadtbezirk X	57
Abbildung 16: 30-Tage-Inzidenzen der 50 Düsseldorfer Stadtteile von März 2020 bis Dezember 2021	59
Abbildung 17: 30-Tage-Inzidenzen der 50 Düsseldorfer Stadtteile; Detailblick auf August 2021.....	60
Abbildung 18: Karte der 16 Gemeinden des Landkreis Lippe	63
Abbildung 19: COVID-19-Verlauf im Kreis Lippe	67
Abbildung 20: 30-Tage-Inzidenzen der Gemeinden im Kreis Lippe von Februar 2021 bis Dezember 2021	68
Abbildung 21: 30-Tage-Inzidenzen der Gemeinden im Kreis Lippe; Detailblick auf August 2021	69

11 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kennzahlen der Fallstudiengebiete 2020	34
Tabelle 2: Indikatoren der Dortmunder Stadtbezirke	36
Tabelle 3: Indikatoren der Dortmunder Stadtbezirke Innenstadt-Nord und Hombruch.....	43
Tabelle 4: Kernindikatoren der fünf Solinger Stadtbezirke	46
Tabelle 5: Heatmap der Korrelationskoeffizienten für die Inzidenz und SINUS-vhw-Migrant*innenmilieus bezogen auf das jeweilige Datum auf der Quartiersebene	53
Tabelle 6: Kernindikatoren der Düsseldorfer Stadtbezirke.....	55
Tabelle 7: Heatmap der Korrelationskoeffizienten für die Inzidenz und Herkunftsregionen bezogen auf das jeweilige Datum auf der Ebene der Stadtteile.....	62
Tabelle 8: Kernindikatoren für den Landkreis Lippe und die Gemeinden 2020	65
Tabelle 9: Zusammenhänge zwischen Arbeitslosenquote bzw. Anteilen an Haushalten mit ausländischem Haushaltsvorstand und 30-Tage-Inzidenzen auf den jeweils kleinsten verfügbaren Raumeinheiten (Korrelationskoeffizient)	70
Tabelle 10: Zusammenhänge zwischen Haushaltskomposition und 30-Tage-Inzidenzen auf den jeweils kleinsten verfügbaren Raumeinheiten (Korrelationskoeffizient)	71

12 Liste der Interviewpartner*innen

Bezeichnung	Kommune	Fachbereich/Expertise
Ü-01	Überregional	Praxis Gesundheitssektor: Gesundheitsberatung für Migrant*innen
Ü-02	Überregional	Wissenschaft; Fachbereich Psychologie
Ü-03	Überregional	Wissenschaft; Fachbereich Sozialwissenschaften/Migrations- und Fluchtforschung
Ü-04	Überregional	Wissenschaftsjournalismus mit Fokus auf Medizin und Gesundheit bei Migrant*innen
Ü-05	Überregional	Praxis Gesundheitssektor: Integrationsbeauftragte*r
Ü-06	Überregional	Migrantische Selbstorganisation; Ostasien
Ü-07	Überregional	Ehrenamt im Bereich Arbeitsmigration mit Fokus Fleischindustrie
Ü-08	Überregional	Migrantische Selbstorganisation; Jesid*innen
Ü-09	Überregional	Landeszentrum Gesundheit NRW (2 Personen)
S-01	Solingen	Stadt Solingen; Gesundheitsamt Solingen
S-02	Solingen	Quartiersmanagement
S-03	Solingen	Quartiersmanagement
S-04	Solingen	Quartiersmanagement
S-05	Solingen	Quartiersmanagement
S-06	Solingen	Stadt Solingen; Kommunales Integrationszentrum
S-07	Solingen	Stadt Solingen; Stadtdienst Soziales
S-08	Solingen	Migrantische Selbstorganisation; Osteuropa
D-01	Düsseldorf	Zentrale Flüchtlingsberatung; kirchlicher Träger
D-02	Düsseldorf	Lokales Nachbarschafts- und Beratungszentrum
D-03	Düsseldorf	Lokale Beratungsstelle für Migrant*innen; kirchlicher Träger
D-04	Düsseldorf	Quartiersmanagement
D-05	Düsseldorf	Quartiersmanagement
D-06	Düsseldorf	Lokale Beratungsstelle; kirchlicher Träger

D-07	Düsseldorf	Migrantische Selbstorganisation; Osteuropa
D-08	Düsseldorf	Stadt Düsseldorf; Amt für Migration und Integration
D-09	Düsseldorf	Stadt Düsseldorf; Kommunales Integrationszentrum
D-10	Düsseldorf	Stadt Düsseldorf; Welcome Points
DO-01	Dortmund	Stadt Dortmund, Sozialdezernat
DO-02	Dortmund	Stadt Dortmund, Sozialdezernat
DO-03	Dortmund	Sozialer Träger, Bereich Beschäftigung
DO-04	Dortmund	Stadt Dortmund, Sozialdezernat
DO-05	Dortmund	Sozialer Träger, mit Stadtteilkfokus
DO-06	Dortmund	Kirchlicher Träger, mit Stadtteilkfokus
DO-07	Dortmund	Stadt Dortmund, lokale Willkommenszentren
DO-08	Dortmund	Kirchlicher Träger (2 Personen)
DO-09	Dortmund	Sozialer Träger, Bereich Gesundheit
DO-10	Dortmund	Stadt Dortmund, Gesundheitsamt (2 Personen)
L-01	Kreis Lippe	Kommunales Integrationszentrum (2 Personen)
L-02	Kreis Lippe	Projektleitung Antirassismus und Rechtsextremismus-Prävention