

Community Health Konferenz 2025,
20. November 2025

Ergebnisse einer Online-Befragung im Rahmen des Projektes „Gesunde Quartiere 2.0“ im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention

Referentin: Linda Völtzer (vertreten durch Susanne Busch)

Partizipative Forschungsansätze zur bedarfsgerechten Ausgestaltung von Gesundheitsförderung und Prävention im Quartier

Referentin: Juliane von Eitzen

Juliane von Eitzen, Linda Völtzer, Lasse Jenner-Nissen, Johann Popp, Natalie Krämer

Sabine Wöhlke, Susanne Busch



**Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss**

G-BA Innovationsfonds zur Förderung von Versorgungsforschung

Förderzeitraum:

01.07.2023 – 30.06.2026 (Verlängerung beantragt bis 31.12.2026)

Fördersumme:

1,5 Millionen Euro (ca.)

Fördertitel:

Kleinräumige Analysen zur bedarfsgerechten Ausgestaltung von
Präventionsleistungen in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen
(KAbAPräv_sozial)

Projektteam HAW Hamburg

Prof. Dr. Susanne Busch (Konsortialführung)

Prof. Dr. Sabine Wöhlke (Teilprojektleitung)

Leonie Corinth

Juliane von Eitzen

Natalie Krämer

Lasse Nissen (Koordination)

Johann Popp

Linda Völtzer

Universität Magdeburg

Prof. Dr. Enno Swart (stell. Konsortialführung/Teilprojektleitung)

Denise Kubat

Hafen City University

Prof. Dr. Jörg Pohlan

Dominic Behde/NN

HAG

Petra Hofrichter

Franziska Alpen



Gefördert durch:



HINTERGRUND

„**Prävention und Gesundheitsförderung** soll in jedem Lebensalter und in allen Lebensbereichen als **gemeinsame Aufgabe der Sozialversicherungsträger** und der **Akteure in Ländern und Kommunen** gestaltet werden und dort greifen, wo Menschen leben, lernen und arbeiten“.¹

Die Ermittlung des Bedarfs an entsprechenden präventiven und gesundheitsförderlichen Interventionen sollte möglichst **datengestützt** – ggf. unter **Nutzung** vorhandener Untersuchungen, Messungen und Datenquellen – erfolgen² und zur **Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit** beitragen“.

HINTERGRUND UND ZIEL

- Menschen in niedriger sozialer Lage werden von Präventionsangeboten oft nicht erreicht oder nehmen seltener teil, obwohl ihr Bedarf besonders hoch ist („Präventionsdilemma“). (Hoebel & Müters, 2024)
- Soziallagenblinde Ansätze verstärken die Ungleichheit.
- Bedarf, die Heterogenität der Zielgruppen zu berücksichtigen
- Mixed-Methods-Ansatz als Methode der „erweiterten Erkenntnismöglichkeit“ (Flick, 2009, S. 9)
- Das Quartier ist als räumliche Ebene standardisierter Auswertungen zur Darstellung von Gesundheit und sozialer Lage bislang nicht verbreitet



Ziel des Forschungsprojektes „Gesunde Quartiere 2.0“:

Identifikation von Ansatzpunkten, die dazu beitragen können, dass Präventionsträger (im Sinne der Nationalen Präventionskonferenz und Bund, Länder und Kommunen) Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention adressat:innengerechter konzipieren und implementieren können

HERANGEHENSWEISE – HERAUSFORDERUNGEN

Ausgangspunkt:	Weiterentwicklung Vorgängerprojekt „Gesunde Quartiere“ (2017 – 2021)
Forschungsfokus:	Erklärung und Ansätze zur Überwindung des Präventionsdilemma
Forschungsansatz:	Verhältnis- bzw. wohnumfeldbezogene und verhaltensbezogene Analyse, orientiert am Modell „Determinanten der Gesundheit“ nach Dahlgren/Whitehead
Forschungsmethodik: (multimodal)	Quantitativ: GKV-Routinedaten (Modul 1) Qualitativ: Communitymapping/Fokusgruppen (Modul 2) Quantitativ: Primärdaten - standardisierte Befragung (Modul 3)
Forschungspopulation:	GKV-Versicherte Hamburg, Bevölkerung von konkreten 4 Quartieren
Herausforderungen:	Überwindung der Limitationen der jeweiligen methodischen Ansätze Einheitlicher Proxy für Soziallage (Hamburger Sozialmonitoring) Allen Datenquellen zuordenbar mittels Wohnadresse Kleinräumige Auflösung der Datenquellen „Identifikation“ der Zielgruppe

PROJEKTVORSTELLUNG

SOZIALMONITORING HAMBURG

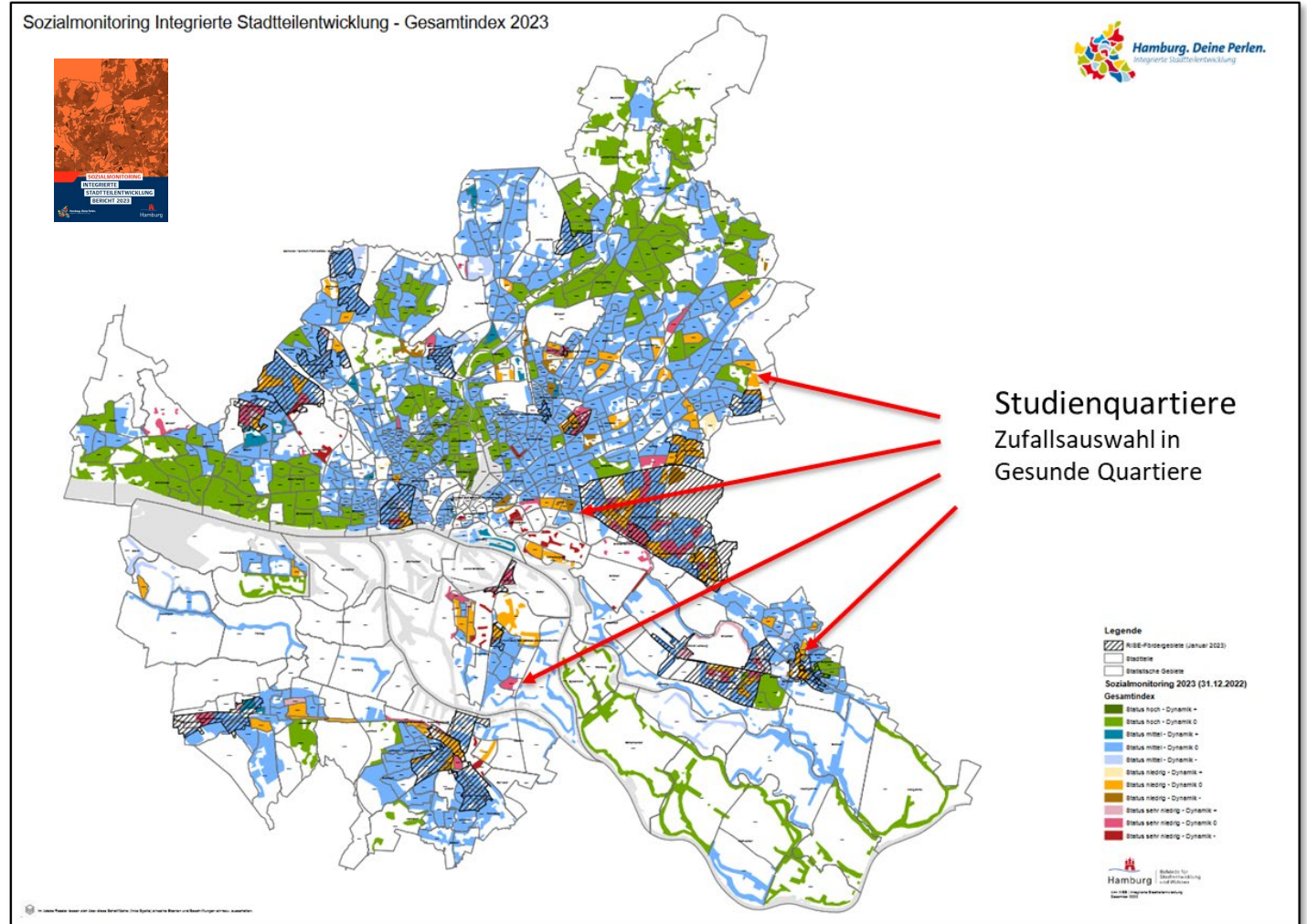
941 (847) Statistische Gebiete
(durchschn. ca. 2.100 BewohnerInnen)

7 Aufmerksamkeitsindikatoren

- S1 Kinder mit Migrationshintergrund
- S2 Kinder von Alleinerziehenden
- S3 SGB-II- und AsylbLG-Empfänger/-innen
- S4 Arbeitslose
- S5 Kinder (unter 15 Jahren) in Mindestsicherung
- S6 Mindestsicherung im Alter
- S7 Schulabschlüsse (Anteil RS, HS und oHS; bes. Gebietsausschluss)

Klassifiziert in 4 Gruppen sozialer Lage (Im weiteren als „Statusindexklasse“ als Proxy für die soziale Lage)

- Hoch
- Mittel
- Niedrig
- Sehr niedrig

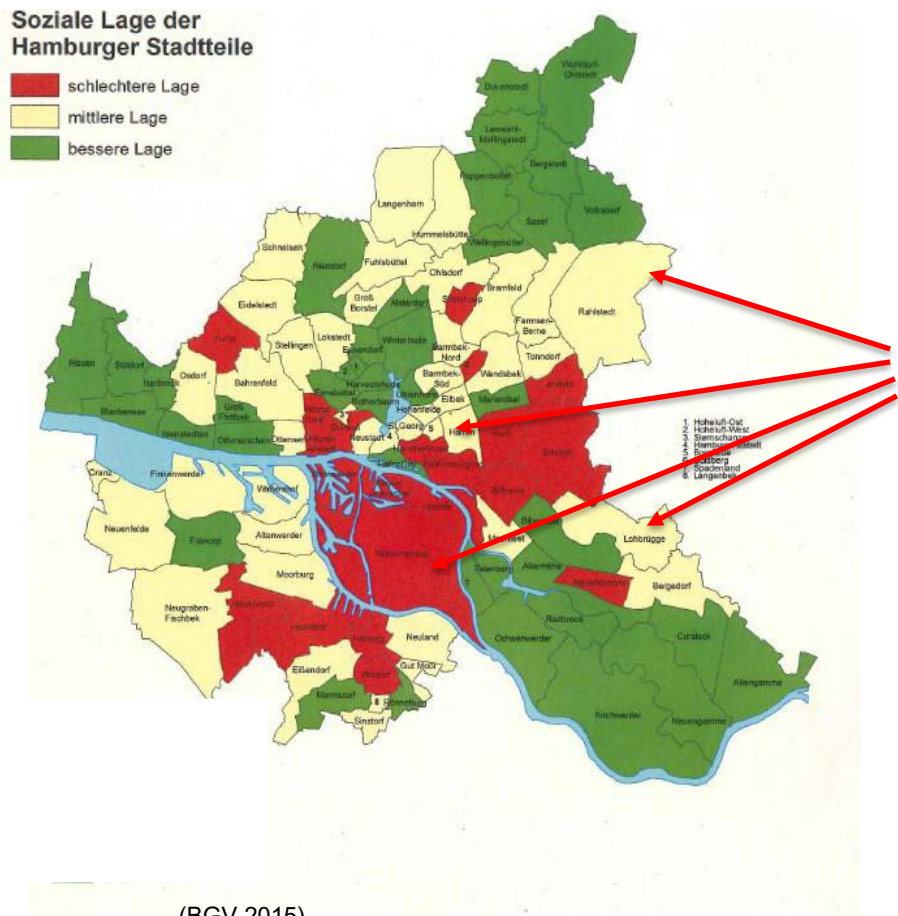


Quelle: eigene Darstellung nach Sozialmonitoring Integrierte Stadtteilentwicklung 2023: o.S.

PROJEKTVORSTELLUNG

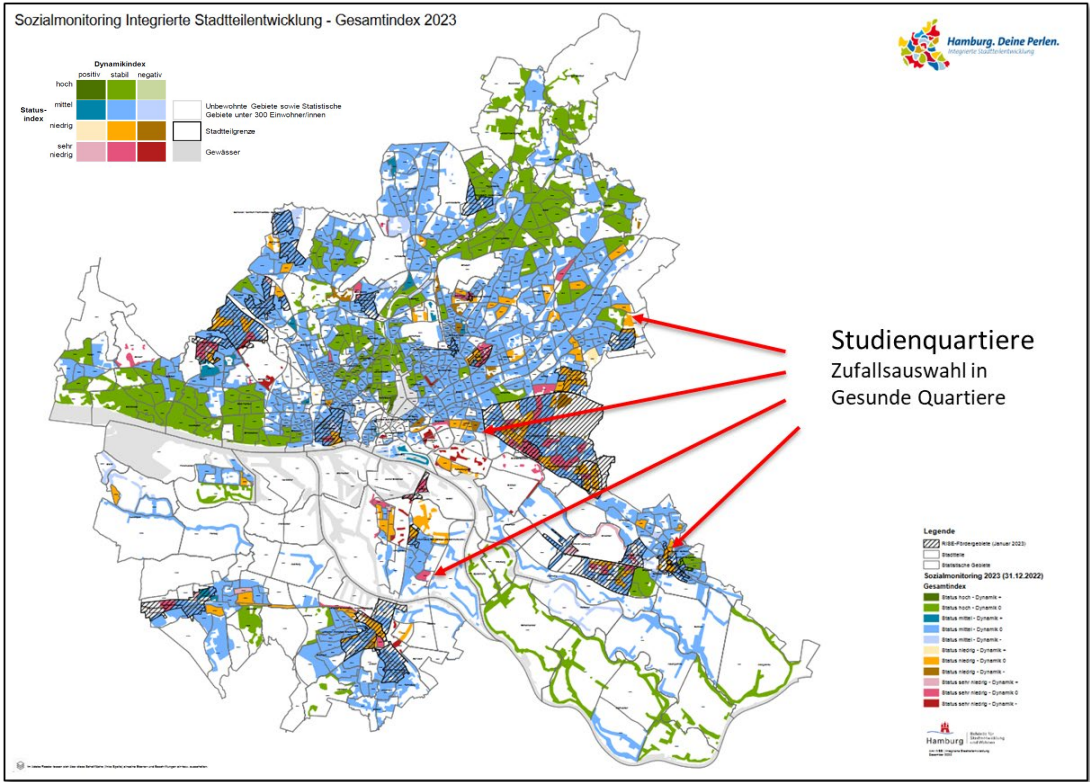
SOZIALMONITORING: HAMBURG IM VERGLEICH STADTTEIL VERSUS STATISTISCHE GEBIETE

104 Stadtteile



(BGV 2015)

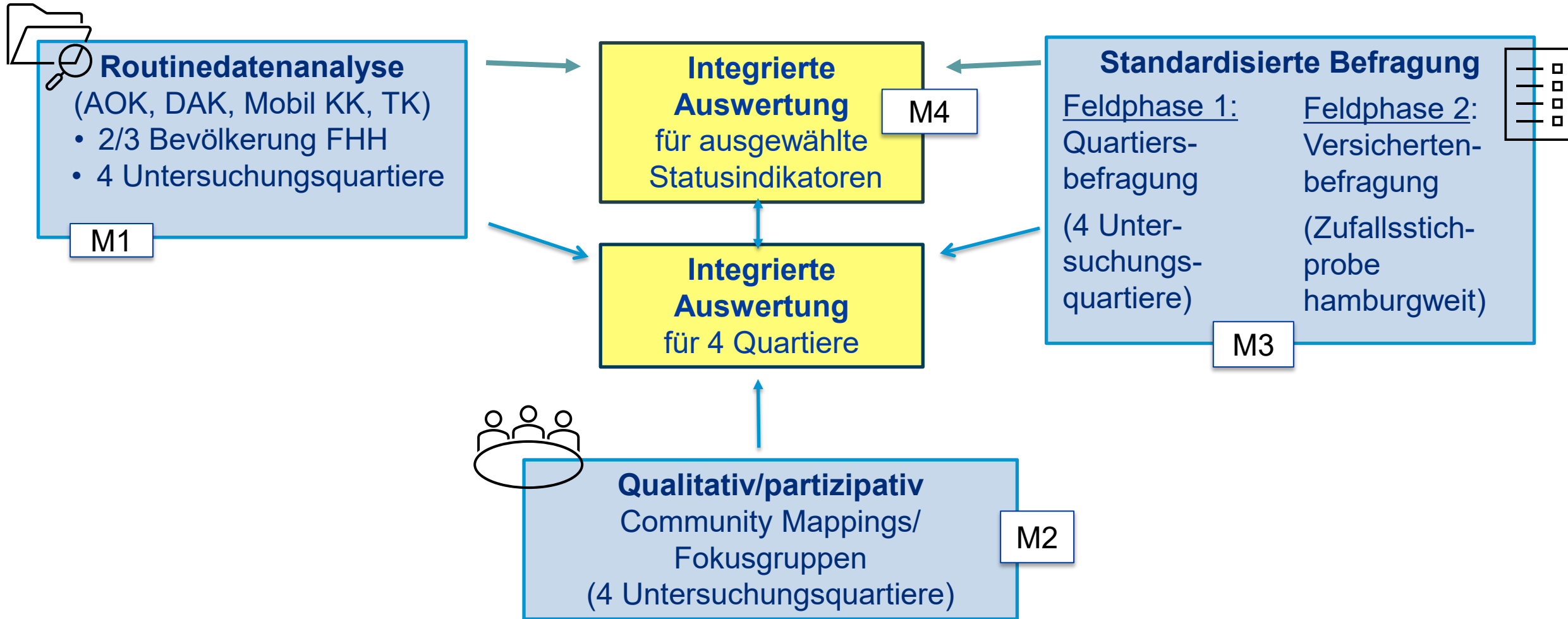
948 Quartiere



Quelle: eigene Darstellung nach Sozialmonitoring Integrierte Stadtteilentwicklung 2023: o.S.

PROJEKTVORSTELLUNG

FORSCHUNGSAGENDA UND PROJEKTZIEL



GESUNDHEITSMODELL: DETERMINANTEN DER GESUNDHEIT

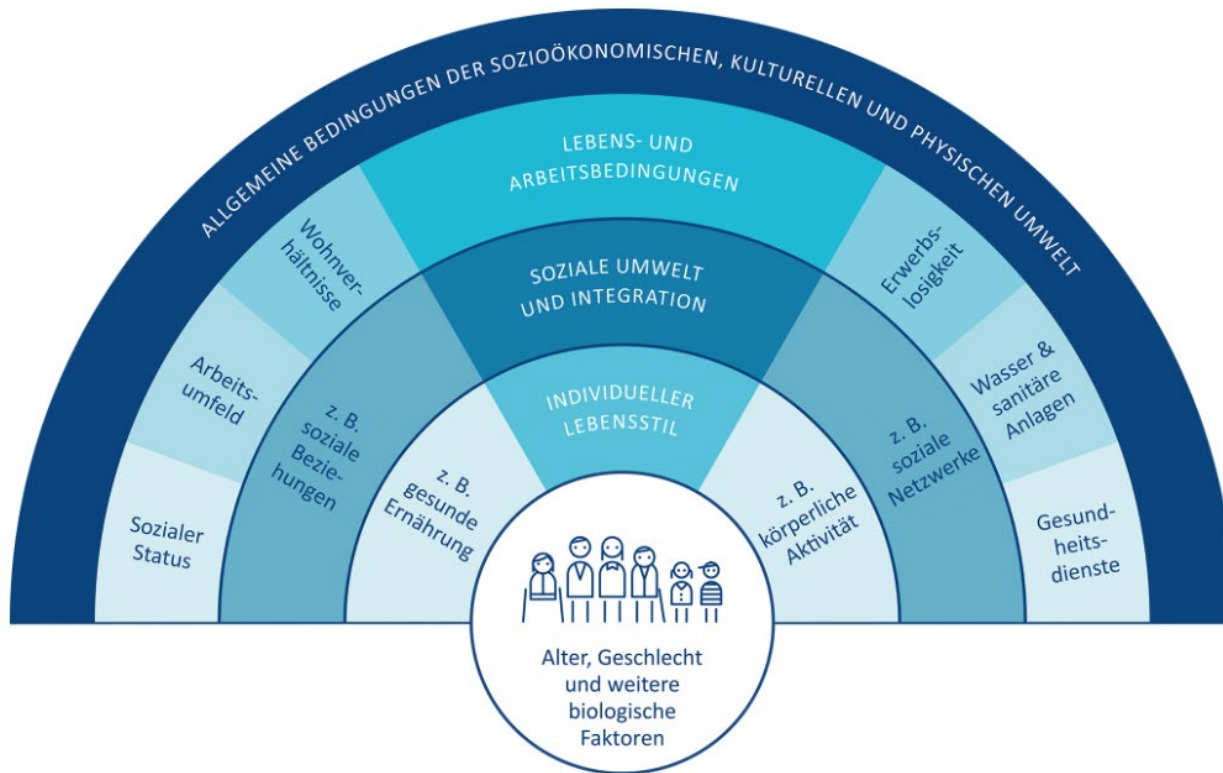
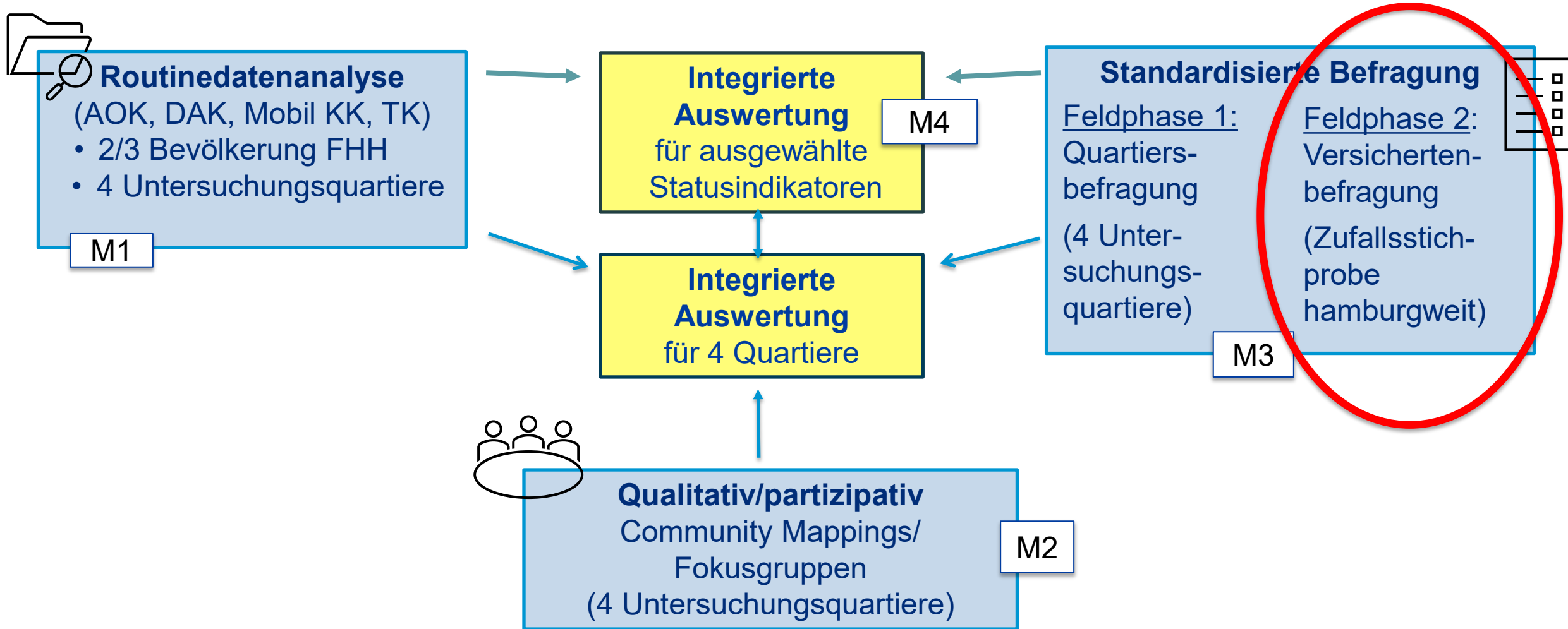


Abb.: Determinanten der Gesundheit – Regenbogenmodell
(Darstellung nach Dahlgren, Whitehead 1991/ BZgA 2018),
© Marion Burbulla

- Wohnort und Wohnumfeld haben einen eigenständigen Einfluss auf Gesundheitskompetenz, Gesundheitsverhalten und das Auftreten von Krankheiten und hängen wiederum mit der sozialen Lage zusammen
- Daraus ergeben sich kleinräumige Lebenswelt- oder Settingansätze zur Verringerung soziallagenbezogener gesundheitlicher Ungleichheit (z.B. Lampert et al. 2019a; Knieps & Pfaff 2014)
- Als Interventionsebene im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention ist das **Quartier** verbreitet (z.B. Westenhöfer et al. 2021; Bär 2014)
- In der (kleinräumigen) Versorgungsforschung erfolgen räumliche Analysen v.a. auf Ebene von Landkreisen, Postleitzahlengebieten und kreisfreien Städten (z.B. Lampert et al. 2019b)
- Darstellung in großstädtischen Ballungsgebieten zumeist auf Ebene von Bezirken oder Stadtteilen
- **Das Quartier ist als räumliche Ebene standardisierter Auswertungen zur Darstellung von Gesundheit und sozialer Lage bislang nicht verbreitet!**

PROJEKTVORSTELLUNG

FORSCHUNGSAGENDA UND PROJEKTZIEL



Zielsetzung

Soziallagendifferenzierte Identifizierung

- der gesundheitsförderlichen, präventiven Bedarfe und Bedürfnisse
- der Kenntnis von, Haltung zu, Inanspruchnahme von gesundheitsförderlichen Angeboten (SGB V, § 20)
- potenzieller Einflussfaktoren

M3 – QUANTITATIVE PRIMÄRDATENERHEBUNG

DURCHFÜHRUNG: HAW HAMBURG

Determinanten von Gesundheit

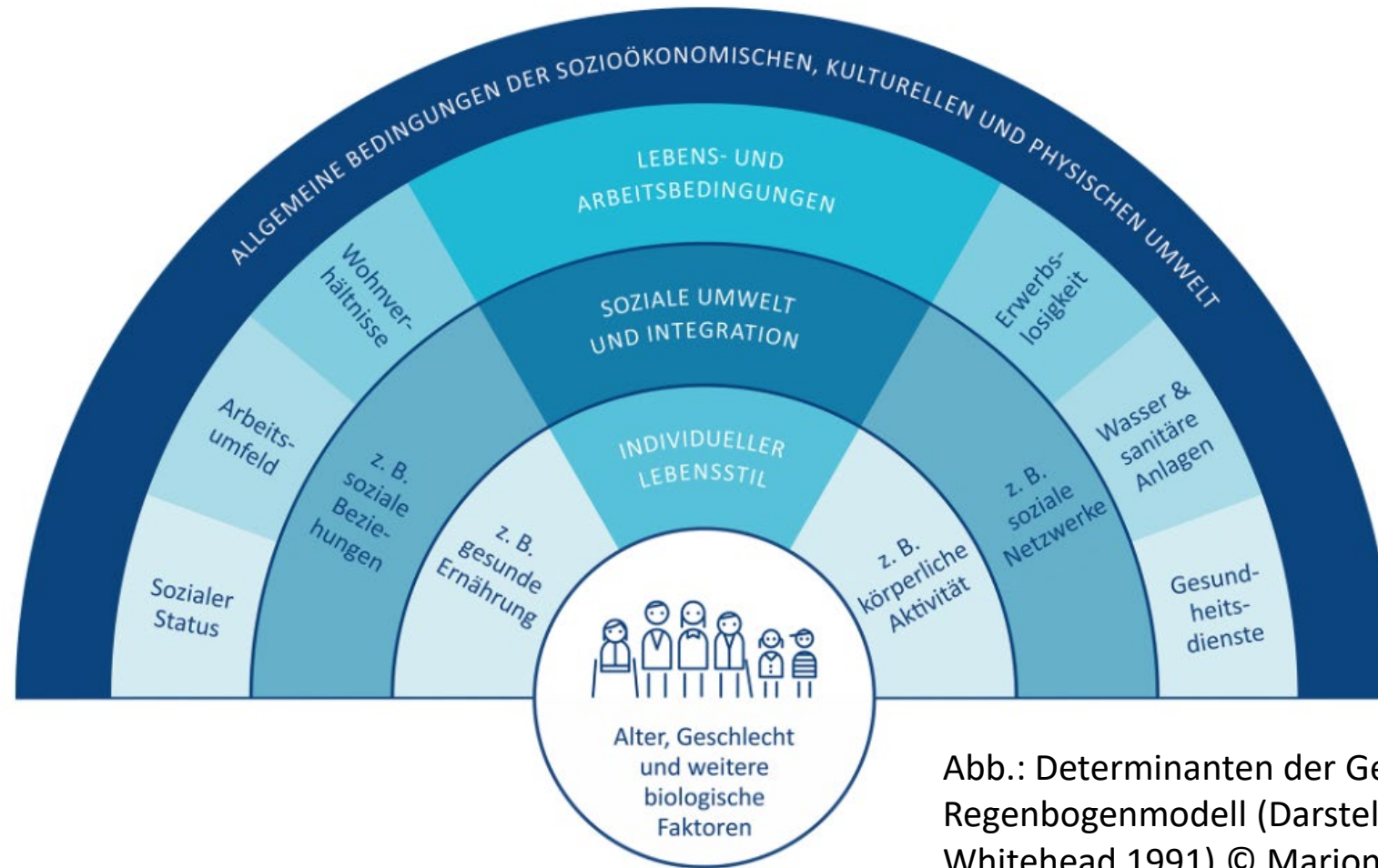


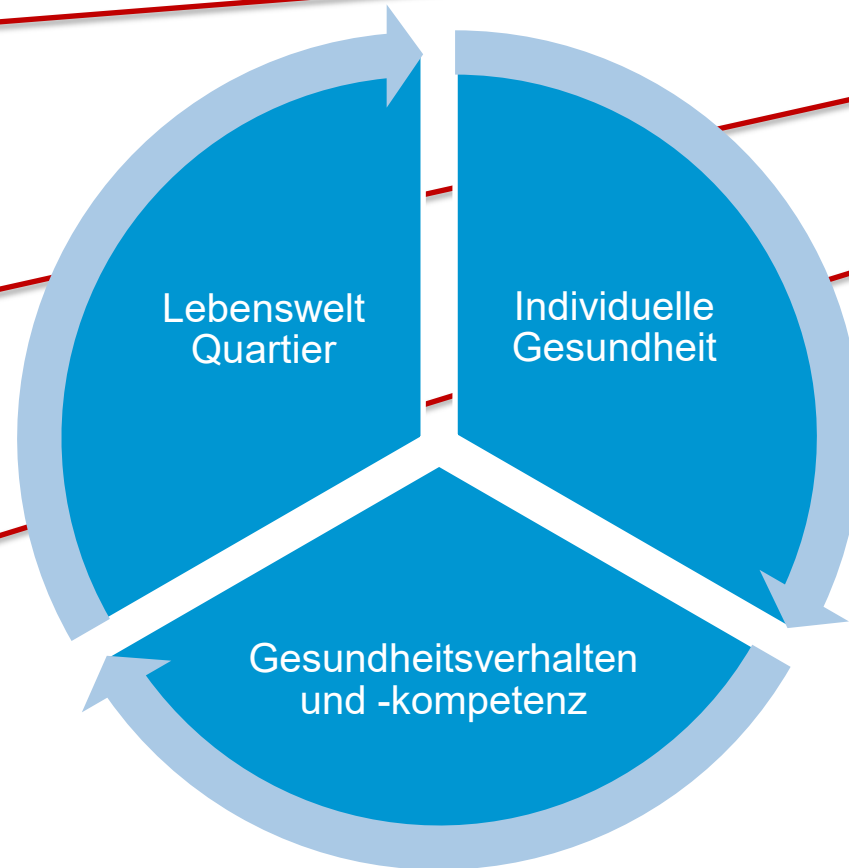
Abb.: Determinanten der Gesundheit – Regenbogenmodell (Darstellung nach Dahlgren, Whitehead 1991) © Marion Burbulla ¹²

Determinanten von Gesundheit

- Wohnumgebung
 - Grünflächen
 - Toiletten
 - Beleuchtung
 - Sitzgelegenheiten
 - Sicherheitsgefühl
- Gemeinschaftsgefühl

Verhalten

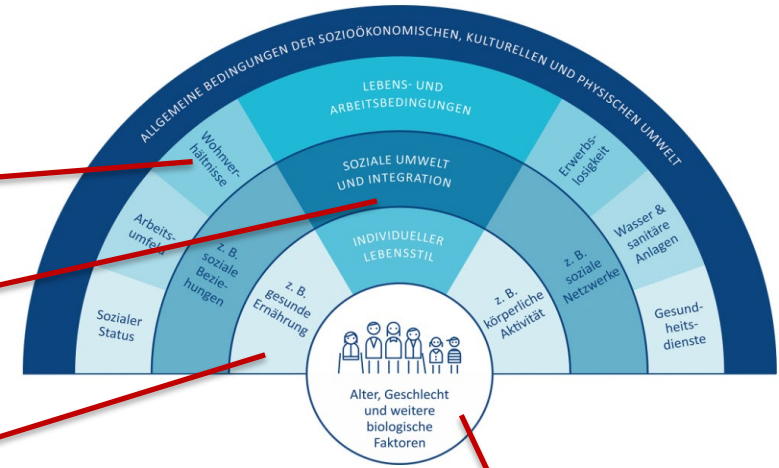
- Ernährung
- Bewegung
- Alkohol
- Rauchen
- Früherkennung
- Angebote § 20 SGB V
- Einstellung Gesundheitsförderung



- Gesundheitsbezogene Lebensqualität
- Stressbelastung
- Kohärenzsinn

Kompetenz

- Health Literacy
- Wissen Satzungsleistungen
- Wissen Angebote § 20 SGB V
- Informationsquellen



Zusätzlich:
Soziodemographische
und sozioökonomische
Variablen

Abb.: Übersicht erfasste Themenbereiche und Merkmale (in Anlehnung an Westenhöfer et al. 2021) (eigene Darstellung)

M3 – QUANTITATIVE PRIMÄRDATENERHEBUNG

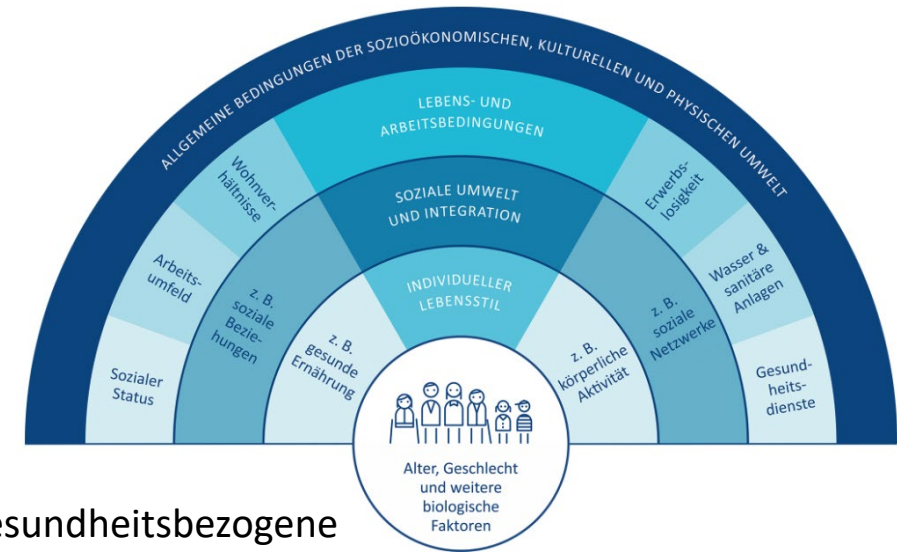
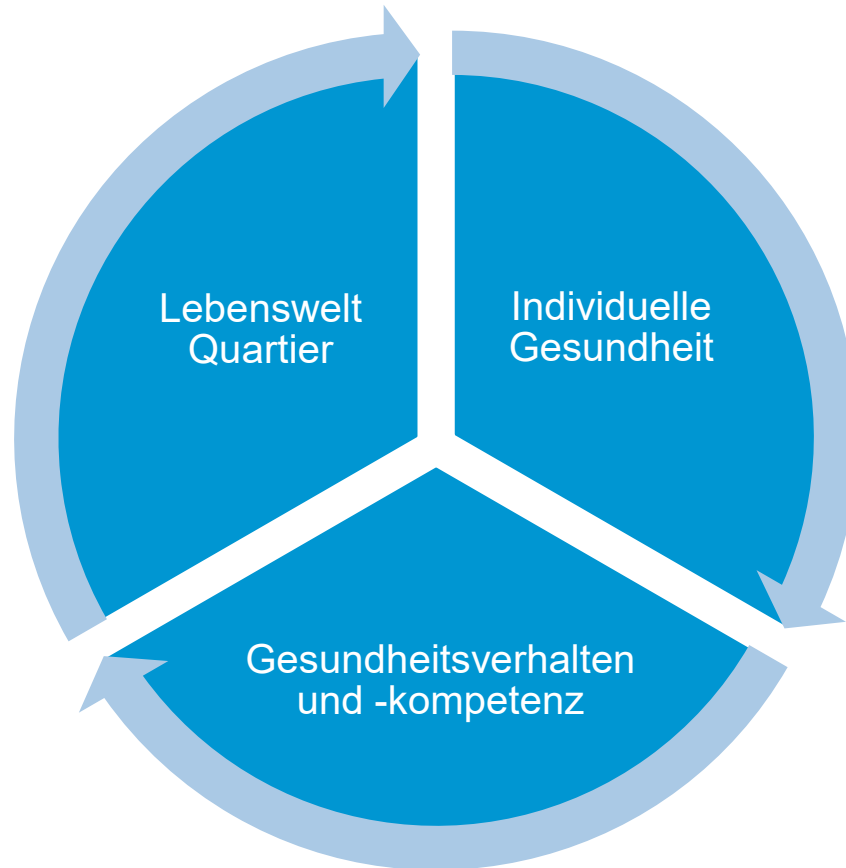
DURCHFÜHRUNG: HAW HAMBURG

Fragebogen

- Wohnumgebung
 - Grünflächen
 - Toiletten
 - Beleuchtung
 - Sitzgelegenheiten
 - Sicherheitsgefühl
- Gemeinschaftsgefühl

Verhalten

- Ernährung
- Bewegung
- Alkohol
- Rauchen
- Früherkennung
- Angebote § 20 SGB V
- Einstellung Gesundheitsförderung



- Gesundheitsbezogene Lebensqualität
- Stressbelastung
- Kohärenzsinn

Zusätzlich:
Soziodemographische
und sozioökonomische
Variablen

Kompetenz

- Health Literacy
- Wissen /Kenntnis Satzungsleistungen
- Wissen/Kenntnis Angebote § 20 SGB V
- Informationsquellen

Abb.: Übersicht erfasste Themenbereiche und Merkmale (in Anlehnung an Westenhöfer et al. 2021) (eigene Darstellung)

Datenanalyse

- deskriptive Auswertung
- bivariate Assoziationen
- Multivariate lineare und logistische Regressionen



Prüfung eines kausalen Strukturmodells

M3 – VERSICHERTENBEFRAGUNG

DURCHFÜHRUNG: HAW HAMBURG

Stichprobenbeschreibung



32.000 Versicherte
angeschrieben

Rücklauf: **2.763 (8,6 %)**



61,8 % weibliche Versicherte

ges. HH 51 %



Mittleres Alter beträgt **54 Jahre** (18 bis 100 Jahre)

ges. HH 42 Jahre



92 % mit deutscher Staatsbürgerschaft

ges. HH 79,3 %



Rücklauf je Statusindexklasse:

4,0 % sehr niedrig; **5,2 %** niedrig

8,2 % mittel, **17,1 %** hoch

Stichprobenbeschreibung - Schulabschluss

- Fast zwei Drittel der Befragten (65 %) Schulabschluss mit Hochschulzugangs-berechtigung
- Zusammenhang zwischen der Statusindexklasse und dem Bildungsniveau

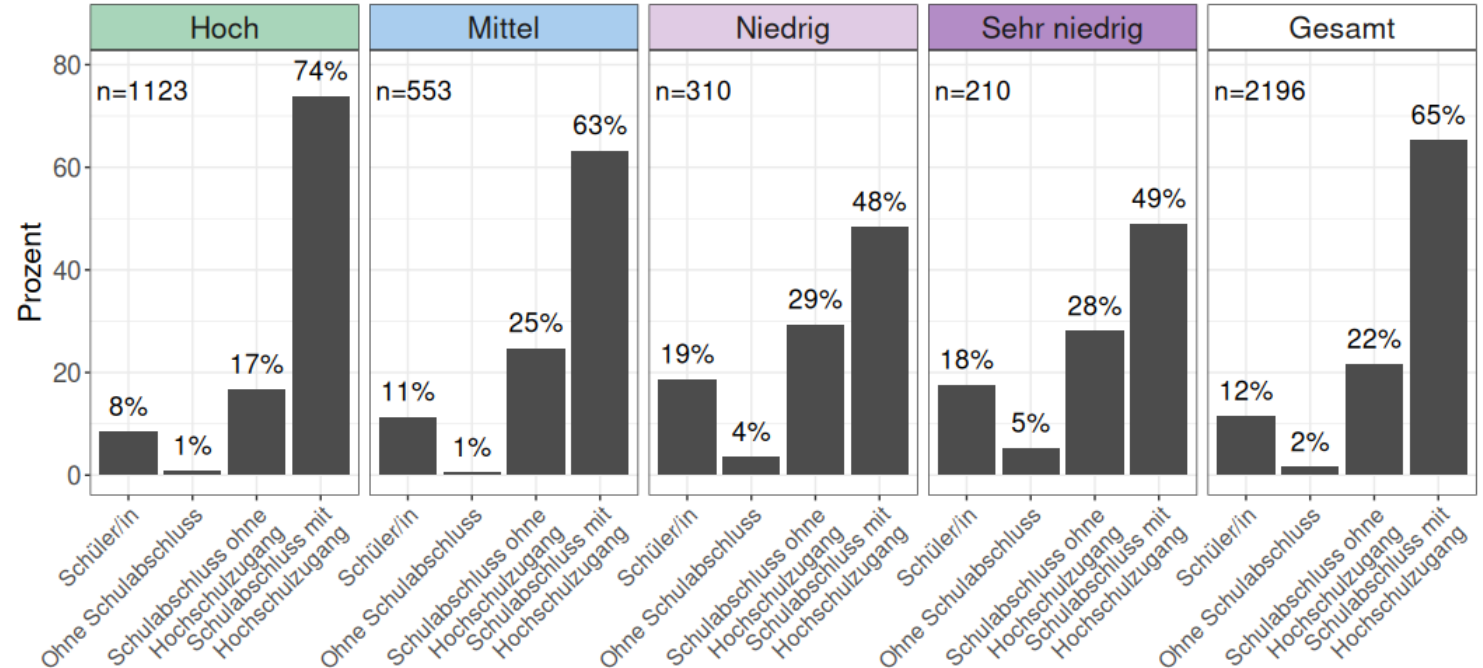


Abb.: Frage 101 „Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?“

Stichprobenbeschreibung - Einkommen ausreichend

- Mehrheit empfindet die finanzielle Lage als „gut“ (26%) oder „sehr gut“ (25% bzw. „relativ gut“ (24%)
- Mit abnehmender Statusindexklasse wird die finanzielle Situation als schwieriger eingeschätzt.

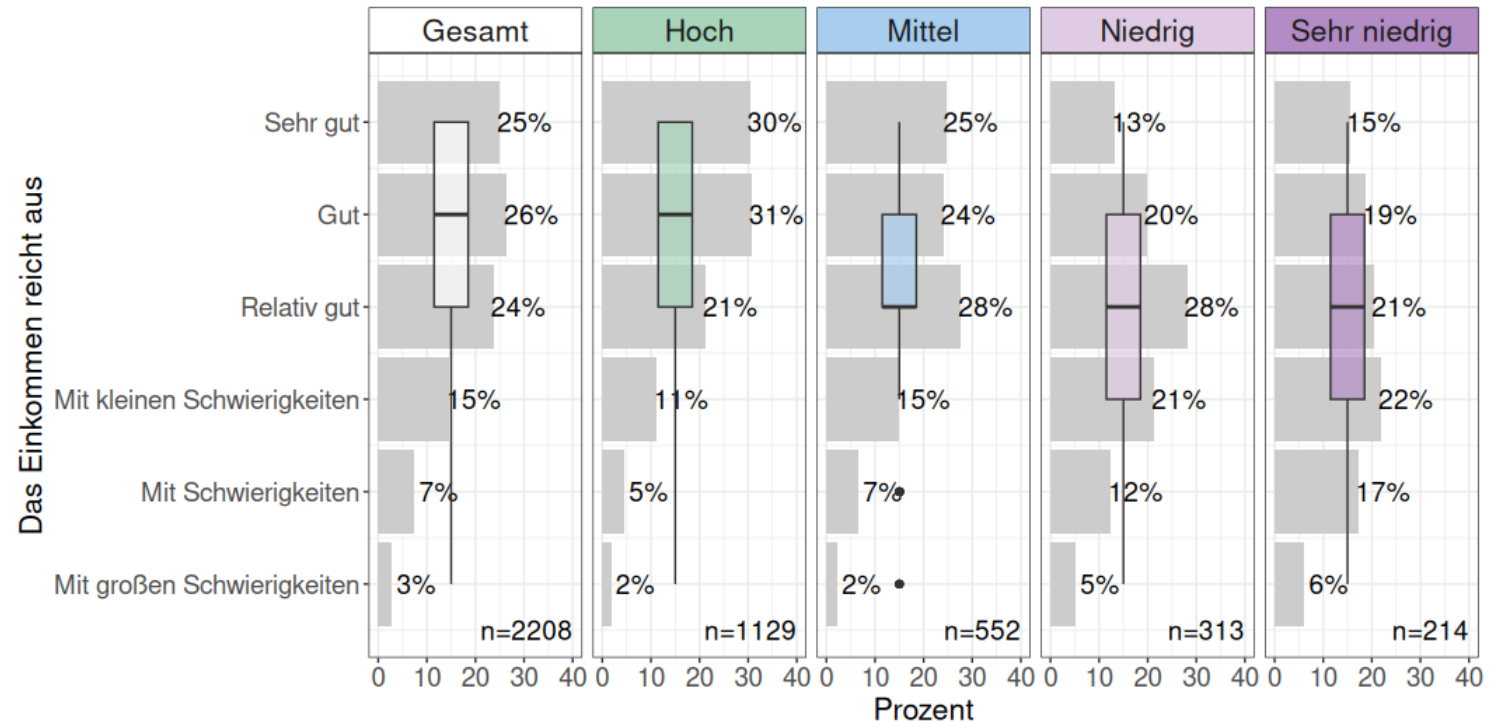


Abb.: Frage 107 „Wenn Sie an Ihr monatliches Haushaltseinkommen denken, wie kommt Ihr Haushalt damit zurecht?“

Erste Ergebnisse - Bewegung

- Bewegung wird überwiegend als positiv empfunden
- Etwas mehr als zwei Drittel der Befragten (68,2 %) haben das Gefühl, sich so zu bewegen, dass es Ihnen guttut.
- Höhere Statusindexklasse berichtet häufiger, dass ihre Bewegung ihnen guttut (72 %)

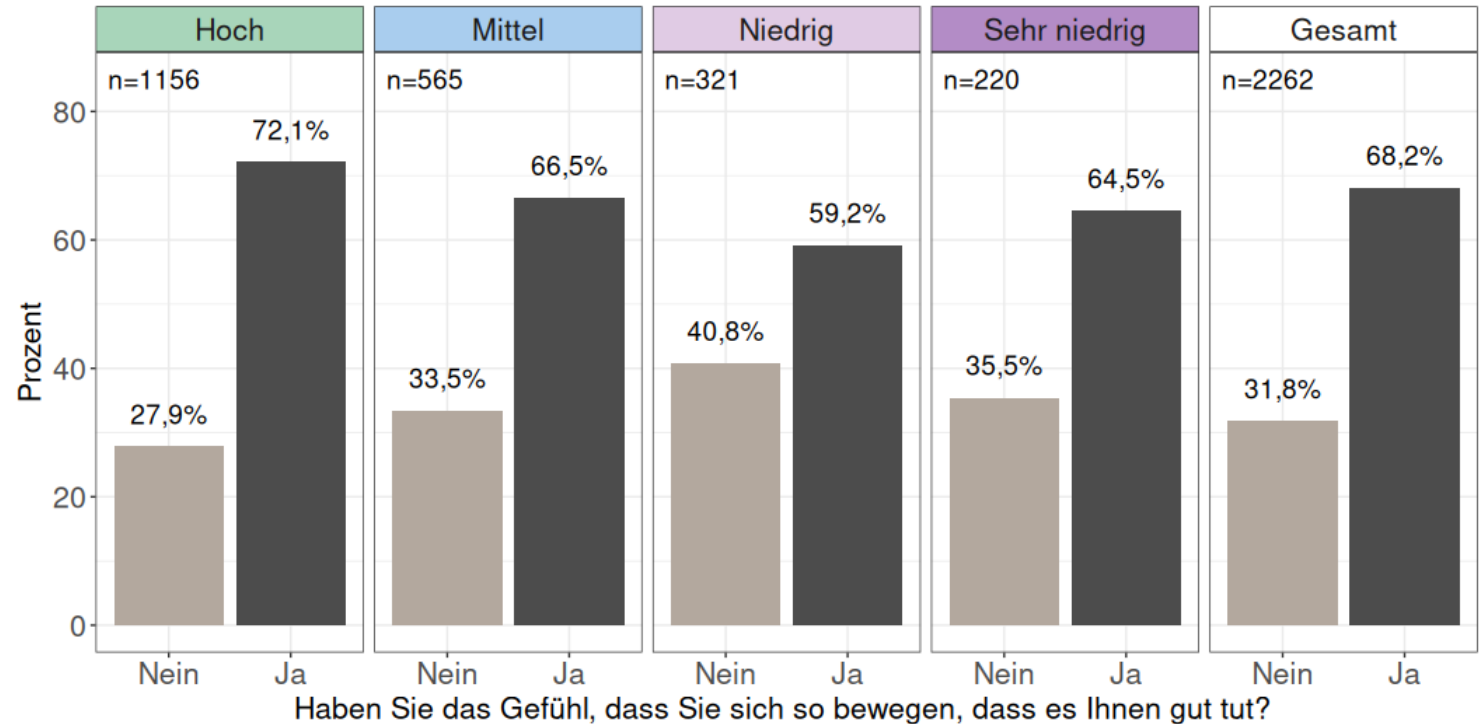


Abb.: Frage 52: „Haben Sie das Gefühl, dass Sie sich so bewegen, dass es Ihnen guttut?“

Erste Ergebnisse - Ernährung

- Über 70 % der Befragten fühlen sich durch ihre Ernährung gut, unabhängig der Statusindexklasse
- In höherer Statusindexklasse wird am häufigsten berichtet, dass ihre Ernährung ihnen guttut (76 % „Hoch“ vs. 65,8 % „Sehr niedrig“).

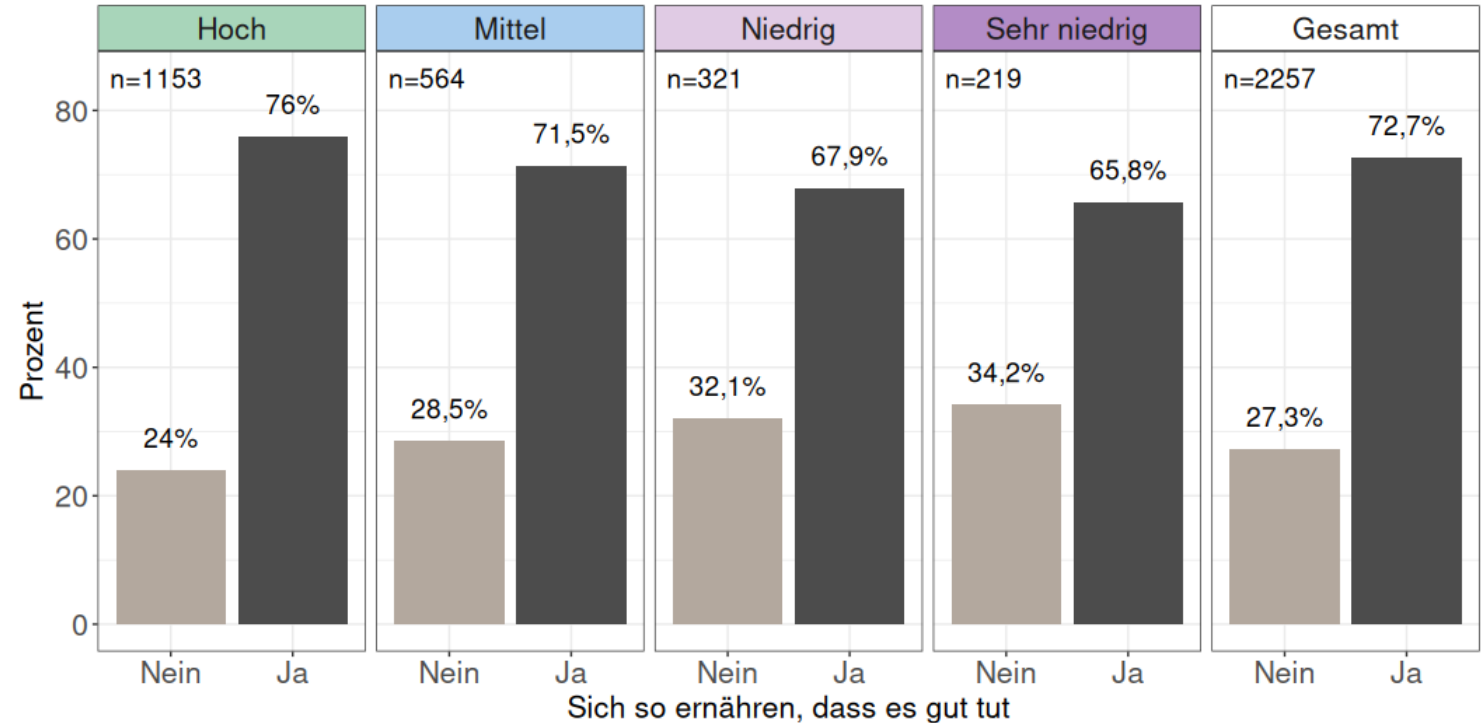


Abb.: Frage 59: „Haben Sie das Gefühl, dass Sie sich so ernähren, dass es Ihnen guttut?“

M3 – VERSICHERTENBEFRAGUNG

DURCHFÜHRUNG: HAW HAMBURG

Erste Ergebnisse - Rauchen

- Rauchen betrifft insgesamt knapp 20 % der Befragten
- Je niedriger der Statusindex, desto höher der Anteil von Personen, die rauchte.
- Rauchen in der untersten Statusindexklasse fast doppelt so häufig wie in der hohen.

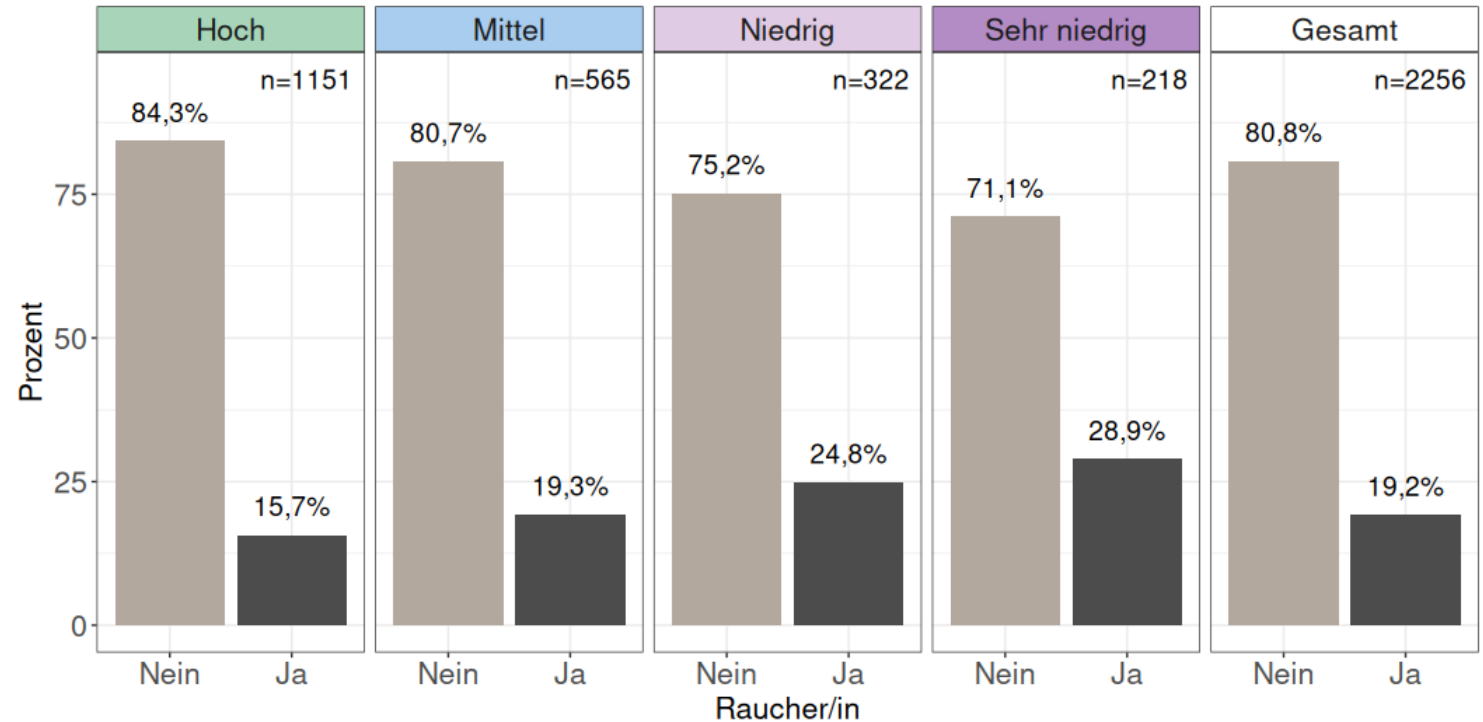


Abb.: Frage 67: „Haben Sie im letzten Jahr geraucht?“

Erste Ergebnisse - Alkohol

- Etwa drei Viertel (72 %) der Gesamtstichprobe hat im letzten Jahr Alkohol konsumiert.
- Höchster Anteil in der Statusindexklasse „Hoch“ (79,7%), nimmt mit abnehmender Statusindexklasse bis auf 54,3% ab.

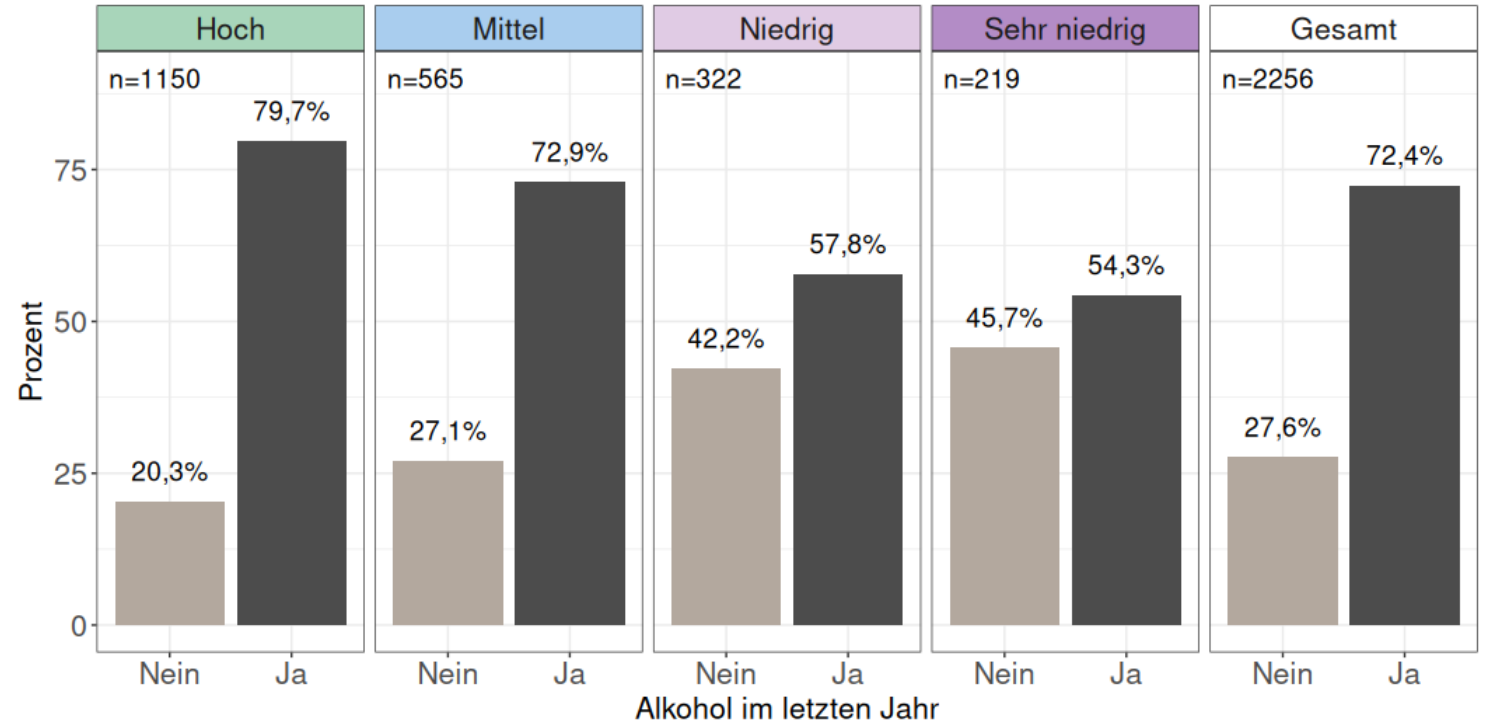


Abb.: Frage 63: „Haben Sie im letzten Jahr Alkohol getrunken?“

Erste Ergebnisse – Einstellung Gesundheitsverhalten

- Mehrheit glaubt stark an eigenen Einfluss auf Gesundheit
- Starker Glaube an Selbstwirksamkeit nimmt mit sinkender Statusindexklasse ab (von 85 % in „Hoch“ auf 65 % in „Sehr niedrig“).

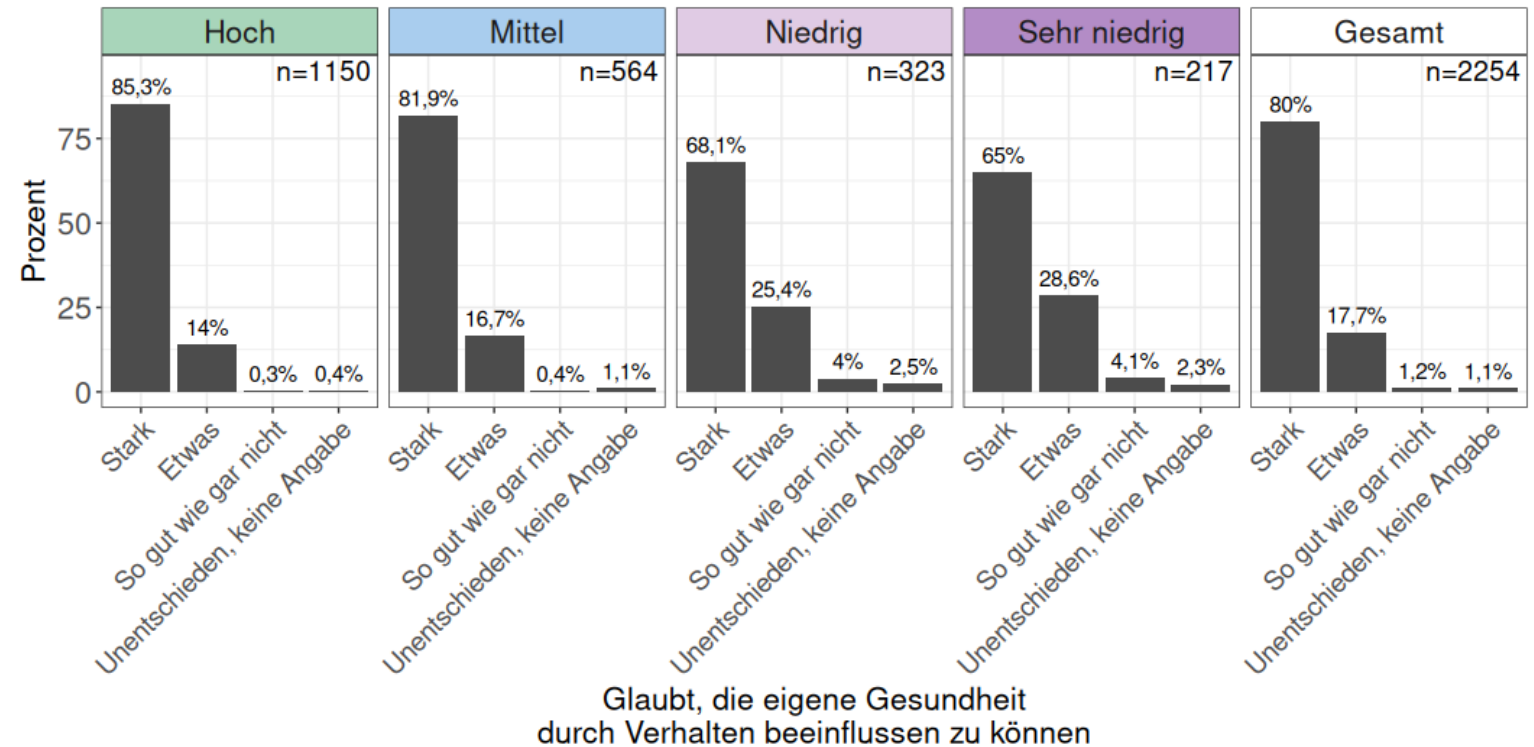


Abb.: Frage 71: „Glauben Sie, dass man durch sein Verhalten das eigene Wohlbefinden und die eigene Gesundheit beeinflussen kann?“

Erste Ergebnisse - Kohärenzgefühl

Sense of Coherence Scale – Leipziger Kurzform (SOC-L9)

Erfassung, wie stark eine Person ihre Lebenswelt als verständlich, handhabbar und sinnvoll erlebt (zentrale salutogene Ressource/Meta-Ressource)

- Wert sinkt mit abnehmendem Sozialindikator der Wohnumgebung
- Unterschied zwischen „Hoch“ und „Sehr niedrig“ 5 Punkte (im Median)

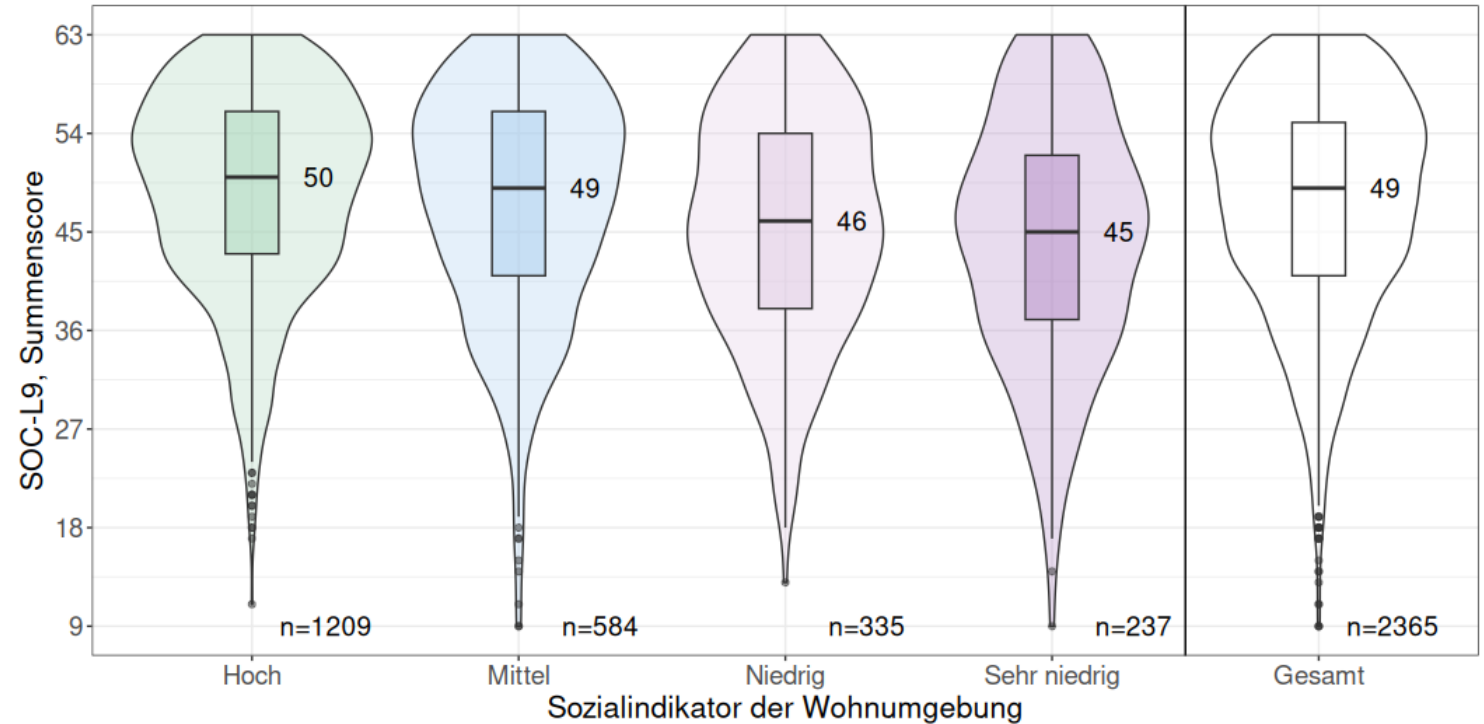


Abb.: Summenscore der Sense of Coherence Scale – Leipziger Kurzform (SOC-L9)
9 (min) – 63 (max)

Erste Ergebnisse – Kohärenzgefühl (z-standardisiert)

Sense of Coherence Scale – Leipziger Kurzform (SOC-L9)

- negativer z-Wert zeigt, dass das Kohärenzgefühl in „Niedrig“ und „Sehr niedrig“ unter dem Gesamtdurchschnitt der Normstichprobe liegt.
- -> geringere salutogene Ressource, stärker vulnerabel gegenüber Stressoren

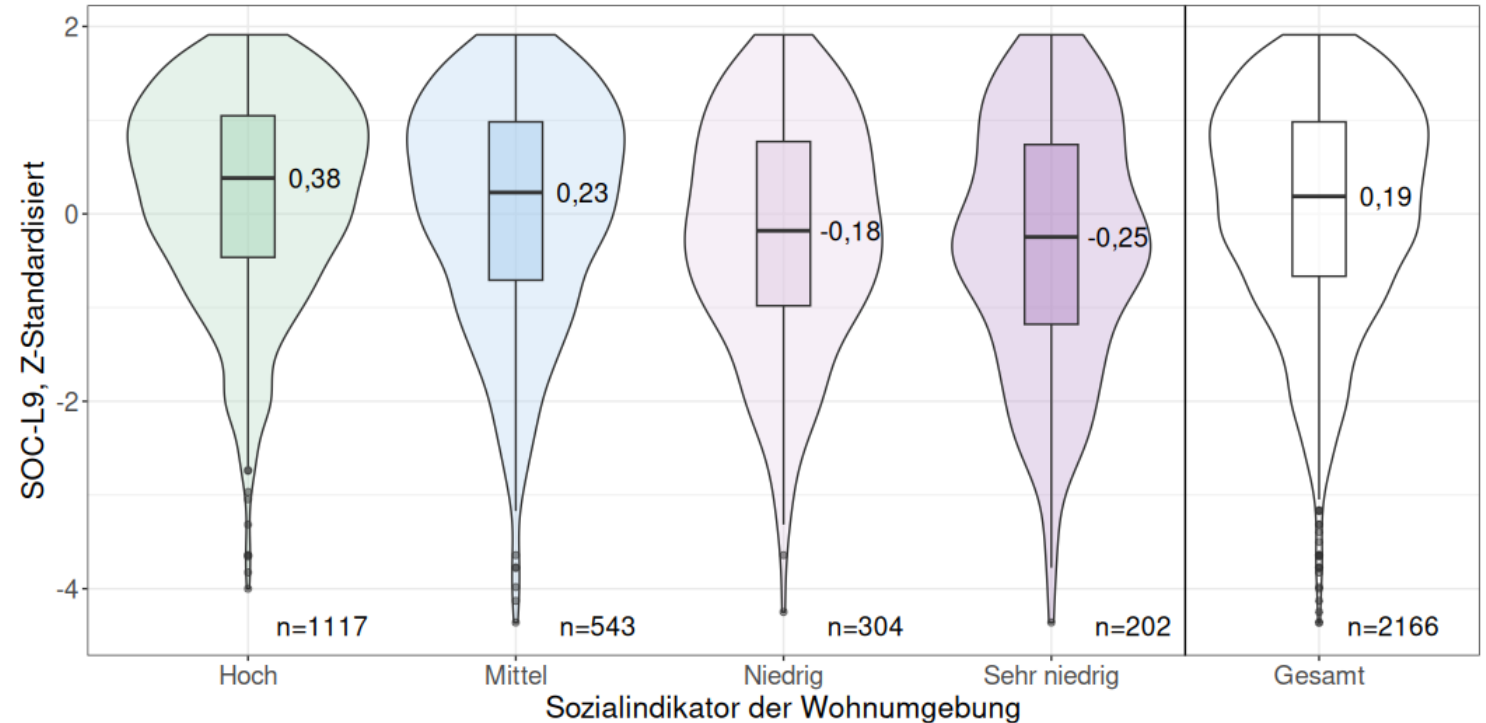


Abb.: Summenscore SOC-L9 z-standardisiert

Erste Ergebnisse - Gemeinschaftsgefühl

Brief Sense of Community Scale (BSCS)

1 (min) – 5 (max)

- Bedürfnisbefriedigung, Gruppenzugehörigkeit, Einfluss und gemeinsame emotionale Verbundenheit
- Gemeinschaftsgefühl nimmt mit sinkendem Sozialindikator ab

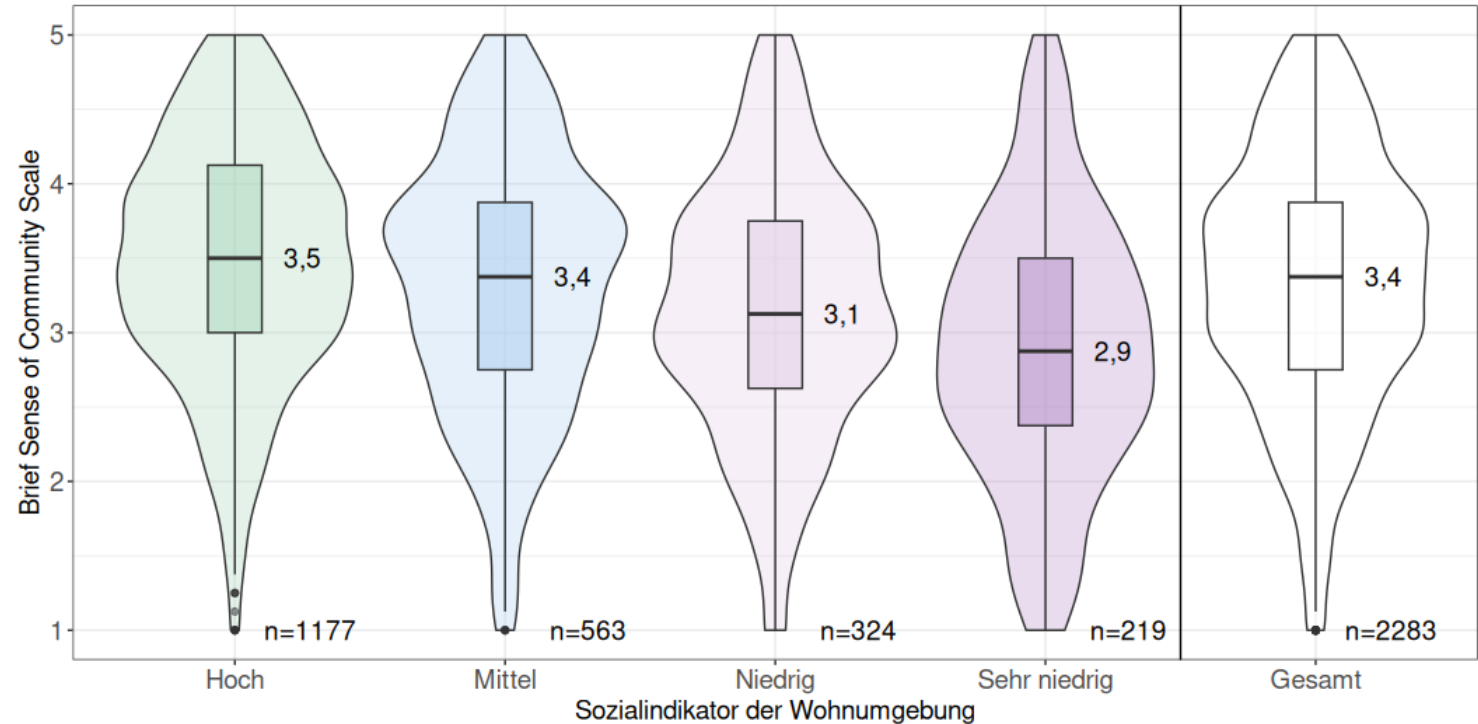


Abb.: Gemeinschaftsgefühl: Brief Sense of Community Scale (BSCS), 1 (min) - 5 (max), Versichertenbefragung, Fragen 32 - 39

Diskussion

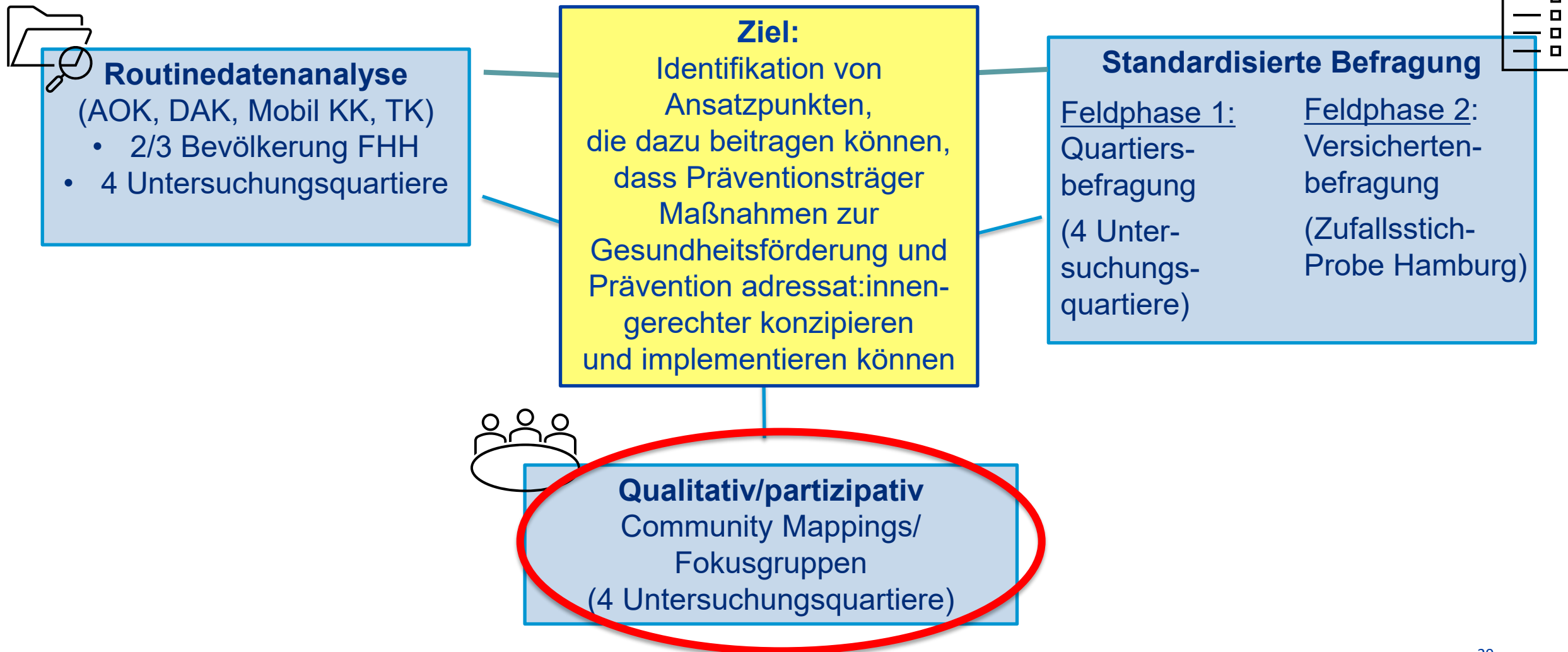
- Soziallagenabhängige Muster deuten sich an. (Work in progress)
- Erreichung der Zielgruppe?
- Erkennbare Hinweise auf soziallagenabhängige Unterschiede im Gesundheitsverhalten und in den Ressourcen
- Verfügbarkeit von Angeboten allein ist nicht entscheidend

DISKUSSION UND AUSBLICK

- Selektive Teilnahme an Befragung (Hohe Bildung in unteren Quartilen überrepräsentiert)
- Gemeinschaftsgefühl beeinflusst Gesundheitsverhalten
- Gesundheitskompetenz sollte nicht isoliert, sondern in sozialen Kontexten gedacht werden.
- Heterogenität der Quartiere: quartiersspezifische Unterschiede sind relevant (sozialräumliche Vielfalt)
- Multiperspektivische Datenanalyse/-integration der unterschiedlichen Datenquellen (reaktiv und nonreaktiv quantitativ, qualitativ, kontextuell-raumbezogen)
 - vergleichende Analyse Feldphase 1 und 2
 - Triangulation der Ergebnisse erhöht Validität
 - Erschließung komplexer Zusammenhänge mittels Joint Display

M2 – QUALITATIVE DATEN

DURCHFÜHRUNG: HAW HAMBURG



Zielsetzung

Quartierspezifische Identifizierung

- vorhandener gesundheitsförderlicher Orte/Institutionen/ Angebote, etc.
- der Kenntnis und Wahrnehmung von gesundheitsförderlichen Angeboten
- gesundheitsförderlicher Bedarfe

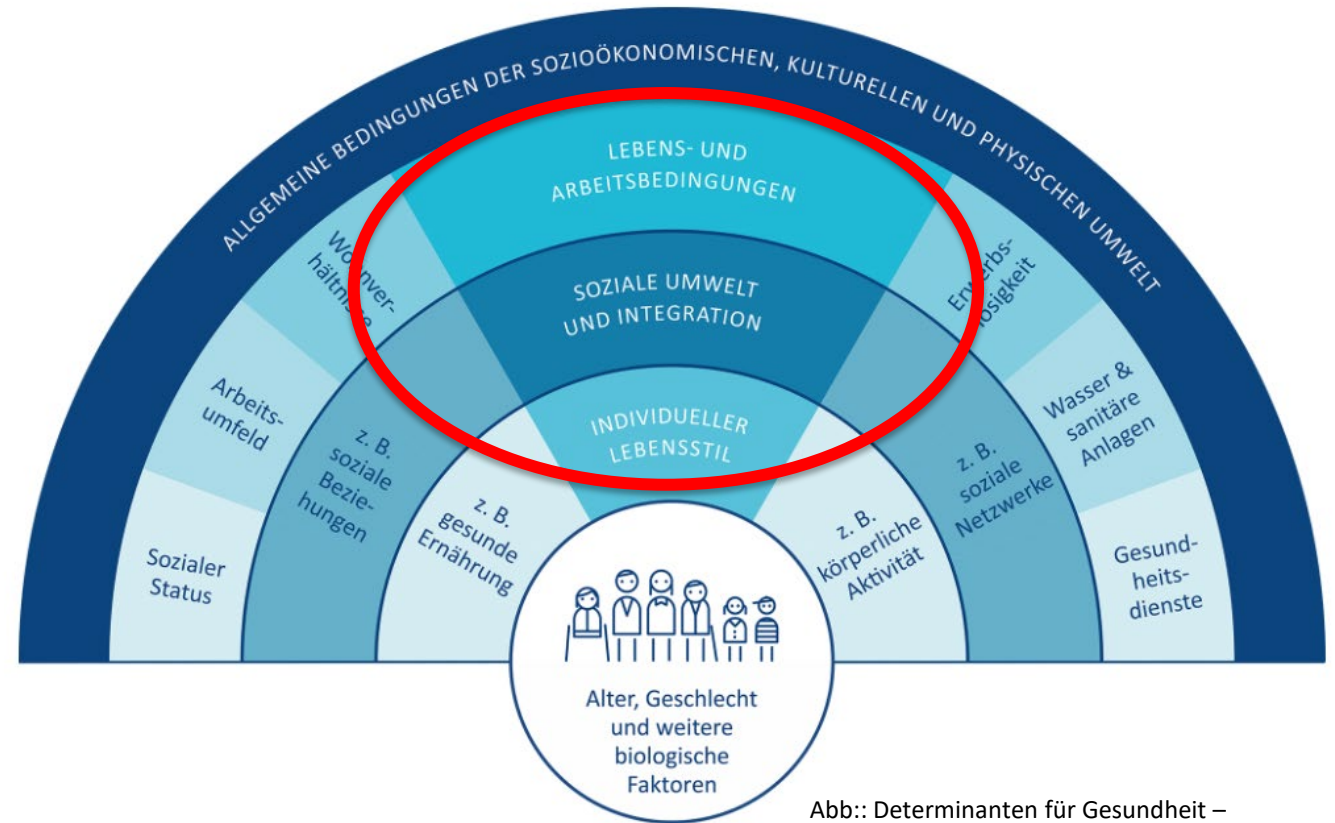


Abb.: Determinanten für Gesundheit – Regenbogenmodell (Darstellung nach Dahlgren, Whitehead 1991) © Marion Burbulla

30

Forschungsmethoden

Community Mapping

- „Bürgertreff“ mit Anwohnern zum Thema Gesundheit
- Grundlage für die Fragebögen & Fokusgruppen
- Interpretation: ergänzende, vertiefende Einblicke zu quantitativen Daten

Fokusgruppen

- Leitfadengeführte Gruppendiskussion mit Akteuren, u.a. zu Schwerpunktthemen des CM
- Vertiefung und Validierung der CM Ergebnisse
- Ergänzende Themen und Perspektiven (z.B. Kinder, junge Menschen)

M2 – ZIEL DER COMMUNITY MAPPINGS



M2 – MEIST CODIERTE THEMENBEREICHE COMMUNITY MAPPINGS & FOKUSGRUPPEN:

DURCHFÜHRUNG: HAW HAMBURG

Community Mapping



Vereinigung und Organisationen

- Sport-/Kulturvereine, inkl. lokaler Initiativen: vorhanden/genutzt



Soziales Miteinander

- Nachbarn, Gemeindemitglieder, lose Alltagskontakte bzgl. Zusammenleben im Stadtteil



Lebensumfeld

- Zustand/ Themen bzgl. Erholungsgebiete/ Grünflächen

Fokusgruppen



Partizipation

- Zugangsbarrieren/ Hindernisse, Voraussetzungen und Chancen



Angebote

- Hemmende & förderliche Faktoren für Inanspruchnahme von Angeboten



Vernetzung/ Zusammenarbeit

- Good Practice Beispiele, Hemmende & förderliche Faktoren für Zusammenarbeit

M2 – ERGEBNISSE COMMUNITY MAPPINGS

DURCHFÜHRUNG: HAW HAMBURG

Schwerpunktthemen

Quartier	CM
A	Hygiene: Vermüllung/ starke Verschmutzung, fehlende Mülleimer Lärm: Güterzüge nachts
B	Soziales Miteinander: Uneinigkeit zw. Gruppierungen (eskalierende Konflikte), jedoch Eingebunden innerhalb Gruppierungen Wohnumfeld: Viele Grünbereiche, Vandalismus
C	Vernetzung im Stadtteil: Wunsch / Interesse an (generationsübergreifende) Angebot, Angebote wenig bekannt Bewegungsmöglichkeiten: geprägt von Grünflächen, teilweise sehr überfüllte/ beschädigte Gehwege
D	Zusammenleben: gemeinschaftliches Miteinander/ soz. Unterstützung, aber auch soz. Kontrolle Umweltbedingungen: belastende Faktoren: schlechte Luftqualität (Autobahn)

35

M2 – VERGLEICH COMMUNITY MAPPINGS & FOKUSGRUPPEN

DURCHFÜHRUNG: HAW HAMBURG

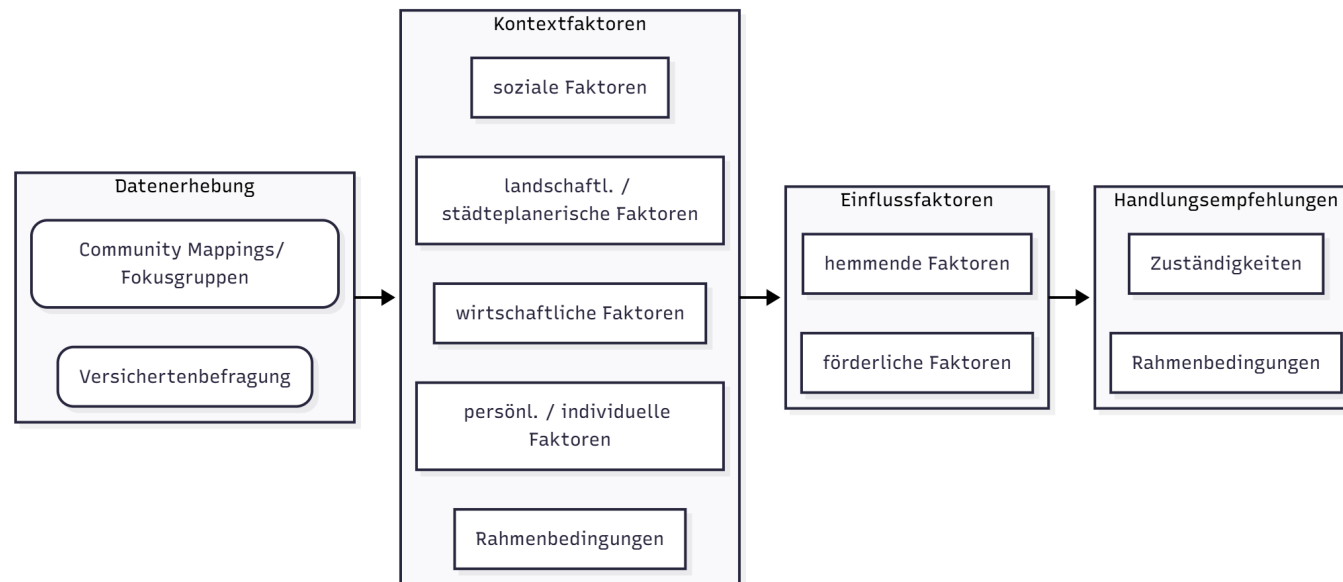
Beispielthema Quartier C: Vernetzung & Zusammenarbeit

Themen	CM: Vernetzung im Stadtteil	FG: Zusammenarbeit im Stadtteil
Wissen von vorhandenen Angeboten	• Vorhandene & bekannte Angebote werden gesammelt	• Akteure kennen vertretene Institutionen & sich untereinander
Aktuelle Situation	• Feststellung: umfangreiche Angebote vorhanden von denen Viele nichts wissen	• Akteure kennen die aktuellen Angebote der anderen Institutionen nicht
Schwierigkeiten	• Zugang zu Informationen: digital vs. analog. jung & alt	• Zeitdruck innerhalb der eigenen Arbeit: wenig Fokus/ Zeit für Vernetzung
Lösungsvorschläge	• „Schwarzes Brett“	• „Quartierslogo“, um Vertrauen und Übersicht zu vorhandenen Angeboten schaffen

36

Ausblick

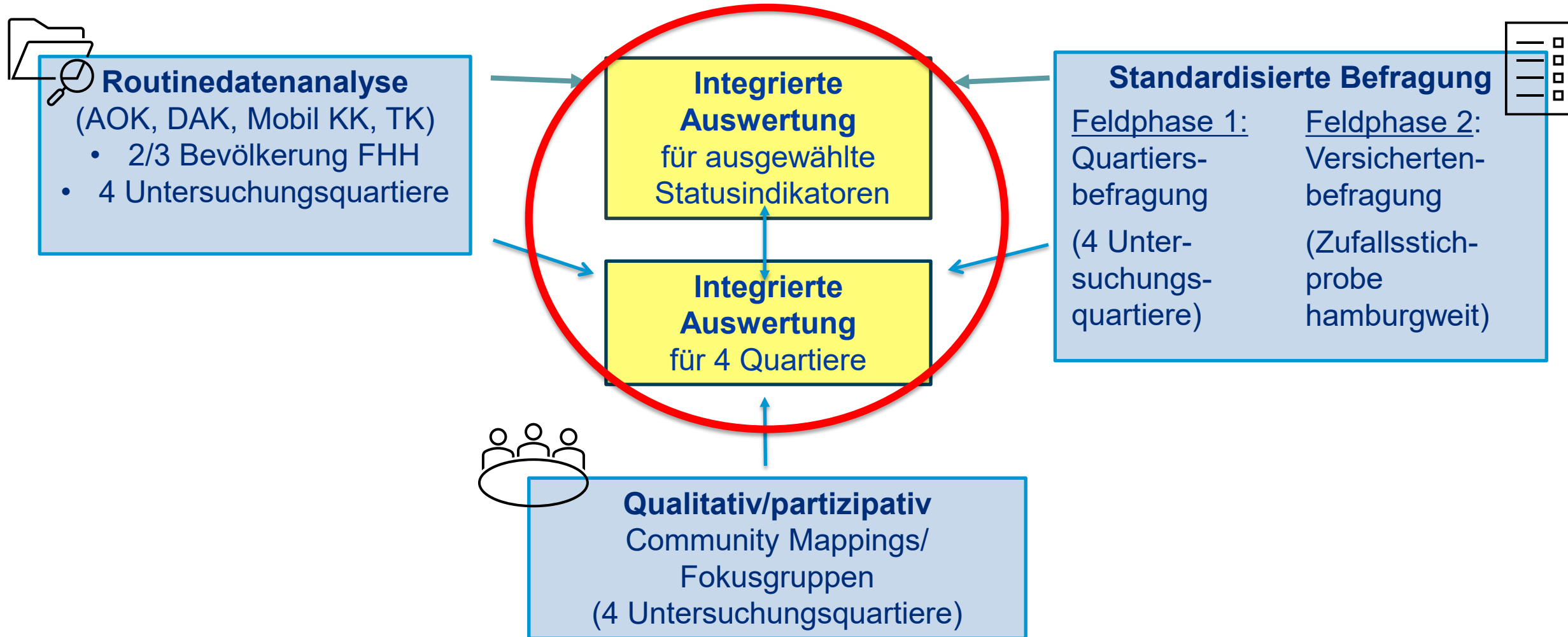
- Verknüpfung der Ergebnisse: Community Mapping & Fokusgruppen
- Datenintegration: Verknüpfung der quantitativen und qualitativen Ergebnisse



- Transferprozess

Abb.: Eigene Darstellung des Datenintegrationsprozesses

M4: DATENZUSAMMENFÜHRUNG



Methodisches Vorgehen

- strukturierte Zusammenführung sowohl im Sinne der Triangulation als auch der Komplementarität
 - Ergebnisse werden auf Konvergenzen/Divergenzen hin untersucht
 - sich ergänzende Ergebnisse bringen ein breiteres und tieferes Verständnis hervor
 - Entstehung von Meta-Inferenzen: neue, übergeordnete Erkenntnisse
- spiralförmige Integration: iterativer Analyseprozess, Weiterentwicklung der Joint Displays

M4 – INTEGRIERTE AUSWERTUNG

Beispiel Joint Display Quartiersbefragung

Themenfeld	Quantitativ – Quartiersbefragung	Qualitative Daten	Integration
Wohn- umgebung: Beleuchtung	<u>Beleuchtung ein Hindernisgrund für Freizeitaktivitäten „ja“</u> Gesamt 41% Quartier A (mittel) 40% Quartier B (niedrig) 49% Quartier C (niedrig) 35 % Quartier D (sehr niedrig) 48%	Beleuchtung - z.T. von Community thematisiert (zu wenig, fehlt an „unheimlichen“ Orten) - Einfluss auf Sicherheitsgefühl und Bewegungsfreiheit	– Ergebnisse lassen sich sowohl im Sinne der Konvergenz als auch Komplementarität zusammenführen – Hinweis, dass mit ausreichender Beleuchtung das Sicherheitsgefühl in der Wohnumgebung gestärkt werden kann – Wechselseitige (?) salutogene Effekte: → Unterstützt das Kohärenzgefühl (Handhabbarkeit) → Gesundheitsverhalten → Soziale Teilhabe → Stärkung sozialer Netzwerke → aktiviert soziale/individuelle Ressourcen
Wohn- umgebung: Sicherheit	<u>In meiner Wohnumgebung fühle ich mich sicher bei der Ausübung von Freizeitaktivitäten. „eher ja“</u> Gesamt 69% Quartier A (mittel) 68% Quartier B (niedrig) 49% Quartier C (niedrig) 82 % Quartier D (sehr niedrig) 61%	Sicherheit - Gruppenbildung/Verdrängung - Alkohol- und Drogenkonsum im öffentlichen Raum - Vandalismus - Schnelle Fahrradfahrer:innen, E-Roller	

Transferprozess

Ziel: Einordnung und Reflexion der Ergebnisse aus zweierlei Perspektiven

- Rückkopplung der Ergebnisse in die **Quartiere**: Einbezug der Communities & Akteure
→ Validierung der Ergebnisse, ggfs. Beitrag zur besseren Vernetzung der Akteure und Bürger:innen
- Reflexion und Ergebnisdiskussion **Präventionsträger**: Einbezug Behörden, Bezirksamter, Sozialraumanagement, Gesetzliche Krankenversicherung
→ Kritische Einordnung der Methodik, Hinterfragen der Ergebnisse, Diskussion von Implikationen

Diskussion und Ausblick

- Triangulation als methodische Validierung
- Sozialindikator
- Hohe Bedeutung verhältnisbezogener, ressourcenstärkender Maßnahmen
- Lokale Bedeutung (Berücksichtigung der spezifischen Bedingungen vor Ort/in den Quartieren)
- Informationssystem hilfreiche Unterstützung