



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg  
*Hamburg University of Applied Sciences*

**Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg**

**Fakultät Life Sciences  
Studiengang Gesundheitswissenschaften**

**Soziale Kohäsion in der Nachbarschaft und Gesundheit**

**Welche gesundheitsförderlichen Potenziale bietet soziale Kohäsion in der  
Nachbarschaft?**

Eine systematische Literaturrecherche

Zur Erreichung des akademischen Grades des Bachelor of Science (B.Sc.).

Tag der Abgabe: 07.12.2020

Vorgelegt von:

Isabelle Kalmer

██████████

██████████████████

██

Betreuender Prüfer: Prof. Dr. Joachim Westenhöfer

Zweite Prüferin: Jana Simone Borutta

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Mit voranschreitender Urbanisierung rücken die Auswirkungen der natürlichen und bebauten Umwelt auf die menschliche Gesundheit verstärkt in den Fokus der sozialwissenschaftlichen Gesundheitsforschung. Neben gesundheitsschädigenden Faktoren der Lebensumwelt werden auch gesundheitsförderliche Aspekte berücksichtigt. Aus gesundheitsförderlicher Sicht bietet das Quartier und die Nachbarschaft einen geeigneten Setting-Ansatz, da es infrastrukturelle und soziale Komponenten vereint. Zu den sozialen Komponenten gehört die sogenannte soziale Kohäsion, die ein multidimensionales Konzept ist, welches den Zusammenhalt von Gemeinschaften beschreibt. Das Ziel dieser Arbeit dient der Untersuchung des gesundheitsförderlichen Potenziales von sozialer Kohäsion in der Nachbarschaft.

**Methode:** Um die vorangegangene Fragestellung zu beantworten, wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Mit Hilfe festgelegter Suchbegriffe und Ein- und Ausschlusskriterien wurde in der Online-Datenbank „PubMed“ nach Publikationen zur Beantwortung der Leitfrage gesucht. Insgesamt konnten 8 für diese Arbeit relevante Studien, der letzten 10 Jahre in Europa identifiziert werden.

**Ergebnis:** Alle inkludierten Studien konnten positive Wirkungsweisen der sozialen Kohäsion auf die Gesundheit nachweisen. Bei höherer sozialer Kohäsion in der Nachbarschaft steigt die Chance zur sportlichen Beteiligung bei Jugendlichen. Zudem wird in den Studien berichtet, dass soziale Kohäsion in der Nachbarschaft das Stresslevel senkt und den negativen Effekt von soziökonomischer Benachteiligung auf die Psyche abschwächt. Darüber hinaus berichten Teilnehmer\*innen, die in stark kohäsiven Nachbarschaften leben, von einer guten allgemeinen Gesundheit und Wohlbefinden.

**Fazit:** Die Studienergebnisse beleuchten verschiedene gesundheitsförderliche Aspekte von sozialer Kohäsion innerhalb von Nachbarschaften. Dies untermauert die Bedeutung der sozialen Kohäsion im Kontext der Gesundheitsförderung im Setting des Quartiers. Zukünftig wäre es von Interesse mehr Längsschnittstudien durchzuführen, sodass kausale Schlüsse gezogen werden können

## **Abstract**

**Background:** With advancing urbanization, the effects of the natural and built environment on human health are increasingly becoming the focus of social science health research. In addition to health-damaging factors of the living environment, health-promoting aspects are also taken into account. From a health-promoting perspective, the neighborhood offers a suitable setting approach because it combines infrastructural and social components. Social components include what is known as social cohesion, which is a multidimensional concept that describes the cohesion of communities. The aim of this thesis is to investigate the health-promoting potential of social cohesion in the neighborhood.

**Methods:** In order to answer the previous question, a systematic literature review was conducted. With the help of defined search terms and inclusion and exclusion criteria, the online database "PubMed" was searched for publications to answer the key question. A total of 8 studies relevant for this work, from the last 10 years in Europe, were identified.

**Result:** All included studies were able to prove positive effects of social cohesion on health. With higher social cohesion in the neighborhood, the chance of sports participation among adolescents increases. In addition, the studies report that social cohesion in the neighborhood lowers stress levels and buffers the negative effect of socio-economic disadvantage on the mental health. In addition, participants living in highly cohesive neighborhoods report good overall health and well-being.

**Conclusion:** The study results shed light on various health-promoting aspects of social cohesion within neighborhoods. This emphasizes the importance of social cohesion in the context of health promotion in the setting of the neighborhood. In the future, it would be interesting to conduct more longitudinal studies so that causal conclusions can be drawn.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Inhaltsverzeichnis .....</b>	<b>I</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>III</b>
<b>Tabellenverzeichnis.....</b>	<b>III</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>IV</b>
<b>1 Einleitung .....</b>	<b>1</b>
<b>2 Hintergrund .....</b>	<b>3</b>
<b>2.1 Determinanten der Gesundheit .....</b>	<b>3</b>
2.2 Bedeutung von Communities und sozialen Beziehungen .....	5
2.2.1 Die soziale Kohäsion und die empirische Erfassung .....	6
2.2.2. Das soziale Kapital und die empirische Erfassung .....	8
2.2.3 Die Gesundheitsrelevanz von sozialer Kohäsion und sozialem Kapital .....	10
2.3 Begriffserklärung Quartier und Nachbarschaft .....	11
<b>3 Methodik .....</b>	<b>15</b>
3.1 Systematische Literaturrecherche .....	15
3.2 Recherchestrategie.....	16
<b>4 Ergebnisse .....</b>	<b>18</b>
4.1 Ergebnisse der Literaturrecherche .....	18
4.2 Tabellarische Darstellung der Ergebnisse .....	20
4.3 Beschreibung der Stichproben .....	28
4.4 Bewertung der Studiendesigns.....	28
4.5 Darstellung der Ergebnisse .....	32
4.5.1 Sportverhalten .....	32
4.5.2 Psychische Gesundheit.....	35
4.5.3 Gesundheit und Wohlbefinden .....	41

<b>5 Diskussion.....</b>	<b>45</b>
5.1 Diskussion der Ergebnisse .....	46
5.2 Limitationen der vorliegenden Arbeit .....	48
<b>6 Fazit und Ausblick.....</b>	<b>49</b>
<b>Eidesstattliche Erklärung .....</b>	<b>V</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>VI</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Hauptdeterminanten der Gesundheit in Anlehnung an das „Regenbogenmodell“ von Dahlgren & Whitehead, 1991 (Naidoo & Wills, 2016, S. 61).....	3
Abbildung 2: „the health map“: Determinanten der Gesundheit im Kontext der Nachbarschaft (Barton & Grant, 2006, S. 252) .....	5
Abbildung 3: Dimensionen von gesellschaftlichem Zusammenhalt (Dragolov et al., 2014, S. 6) .....	7
Abbildung 4: Soziales Kapital aus salutogenetischer Perspektive und den Zusammenhang zur Gesundheit (Schott & Hornberg, 2011, S. 243) .....	10
Abbildung 5: Die Zusammensetzung des Quartiers (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2014, S. 4) .....	12
Abbildung 6: Flussdiagramm über die verschiedenen Phasen der systematischen Literaturrecherche (eigene Darstellung) .....	19

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien für die Literatursuche .....	16
Tabelle 2: Darstellung der extrahierten Ergebnisse der Studien.....	21
Tabelle 3: Checkliste zur Bewertung der Studienqualität (Eigene Darstellung) .....	29

## Abkürzungsverzeichnis

AXIS	Appraisal tool for Cross-Sectional Studies
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CASP	Critical Appraisal Skills Programme
CMD	Common mental disorders
GIS	Geoinformationssystem (geographic information system)
ICC	Intraklassenkorrelationskoeffizient
KI	Konfidenzintervall
K10	Kessler Psychological Distress Scale
MHI-5	5-item mental health inventory
OR	Odds Ratio
PBC	perceived behaviour control
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
SES	Sozioökonomischer Status (engl. socioeconomic status)
SF-36	Short-Form Health Survey
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization)
WoOn	Housing and Living Survey

## Einleitung

Urbanisierung zählt zu den größten globalen Veränderungen, denen die Menschen ausgesetzt sind. In Deutschland wird das Umland von Großstädten immer mehr besiedelt, sodass 77 % der deutschen Bevölkerung im städtischen Umfeld lebt. Stadtbewohner haben durchschnittlich bessere Lebensbedingungen als Menschen in ländlichen Regionen. Ihnen werden mehr Entfaltungsmöglichkeiten geboten, ein größeres Bildungs- und Kulturangebot steht zur Verfügung und der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung ist einfacher. Dennoch wird das Leben in einer Stadt mit einem höheren Risiko für psychische Erkrankungen verbunden, wobei sozialer Stress einen wichtigen Einfluss zu haben scheint (Adli & Schöndorf, 2020). Zudem weisen Stadtrandgebiete in Europa infrastrukturelle Muster auf, gekennzeichnet durch eine Spaltung der Flächennutzung, was wiederum zu einer vermehrten Nutzung von Kraftfahrzeugen führt. Dies begünstigt eine Reduzierung des täglichen Zufußgehens und der allgemeinen Bewegung, wodurch es zu einem höheren Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen und Übergewicht kommt. Außerdem wird das Potenzial einer integrativen und sozialen Nachbarschaft erschwert (Barton & Grant, 2013).

Mit voranschreitender Urbanisierung rücken die Auswirkungen der natürlichen und bebauten Umwelt auf die Gesundheit, beleuchtet sowohl von Fachleuten des öffentlichen Gesundheitswesens als auch von Raumplanern, zunehmend in den Mittelpunkt (Barton & Grant, 2006). Im Angesicht dessen gewinnen auch die gesundheitsförderlichen Potenziale der Lebensumwelt an Bedeutung (Böhme, 2012). Für die Gesundheitsförderung bietet das Quartier einen besonders wichtigen Ansatz, da es viele Potenziale für Gesundheit birgt und verschiedene Aspekte wie beispielsweise die infrastrukturellen Bedingungen, soziale Faktoren, wie Partizipationsmöglichkeiten und sozialen Zusammenhalt vereint (Fabian et al., 2017). Der Thematik des sozialen Zusammenhalts, auch unter dem Begriff soziale Kohäsion bekannt, wird zunehmend Aufmerksamkeit geschenkt. Internationale Organisationen wie die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklungen (OECD), widmen sich dieser und setzen sie neben Globalisierung auf die Agenda der aktuellen Zeit (Chan et al., 2006).



Aus diesem Grund widmet sich diese Arbeit der Frage: Welche gesundheitsförderlichen Potenziale bietet soziale Kohäsion in der Nachbarschaft?

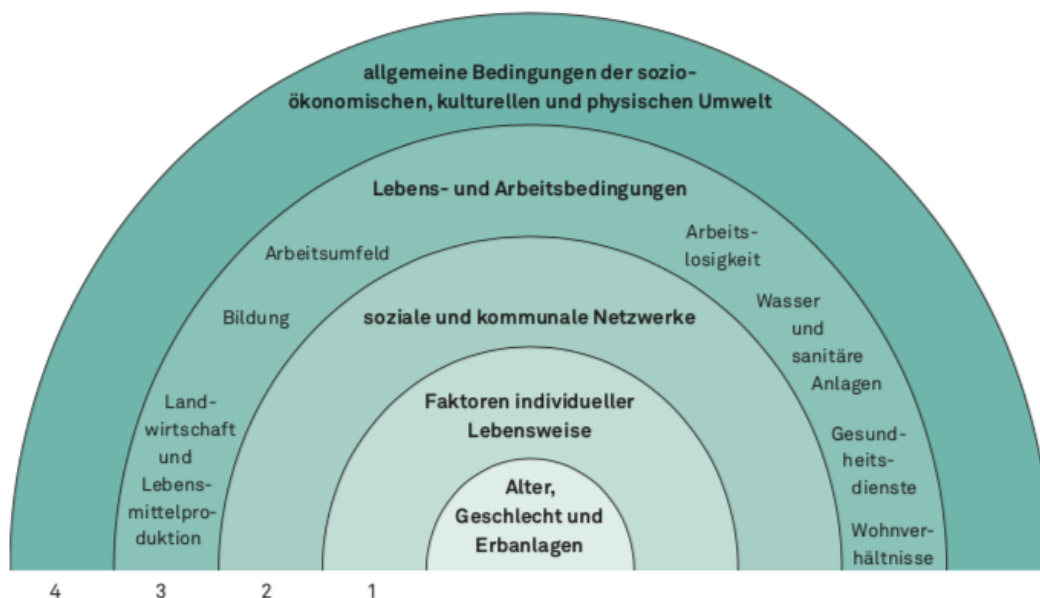
Die aktuelle Arbeit nimmt die salutogenetische Perspektive ein und durch eine systematische Literaturrecherche soll ein Überblick über die aktuelle Studienlage zu diesem Thema verschafft werden. Zunächst wird eine theoretische Auseinandersetzung mit der Thematik stattfinden. Dafür werden Grundlagen und Determinanten der Gesundheit erklärt, im Weiteren spezialisiert im Bezug zur Nachbarschaft dargestellt. Außerdem wird die Theorie der sozialen Kohäsion und des sozialen Kapitals erläutert und ein Grundverständnis über Nachbarschaft und Quartier geschaffen. Anschließend wird das methodische Vorgehen der systematischen Literaturrecherche dargestellt. Im Ergebnisteil werden die inkludierten Studien zusammengefasst und die Ergebnisse präsentiert. Abschließend werden im Diskussionsteil die Ergebnisse reflektiert und die Limitationen der vorliegenden Arbeit in einer kritischen Auseinandersetzung geschildert. Schließlich wird die Arbeit in einem Fazit zusammengefasst und ein Ausblick geschaffen.

## 2 Hintergrund

Gesundheit wird in dieser Arbeit im Sinne der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verstanden: „Gesundheit ist der Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht die bloße Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen.“ (World Health organization, 1946, S. 2). Um das Konstrukt Gesundheit in seiner Fülle zu verstehen, bedarf es einer Bestimmung von Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen. Welche Aspekte die Gesundheit beeinflussen und welche im Kontext der Nachbarschaft besonders bedeutsam sind, wird in den folgenden Kapiteln erläutert.

### 2.1 Determinanten der Gesundheit

Grundannahme der Gesundheitsförderung besteht darin, dass die Gesundheit und das Wohlbefinden der Einzelnen multifaktoriell beeinflusst werden. Diese Einflussfaktoren werden im Gesundheitswissenschaftlichen Rahmen Gesundheitsdeterminanten genannt (Gold, 2014).



**Abbildung 1:** Hauptdeterminanten der Gesundheit in Anlehnung an das „Regenbogenmodell“ von Dahlgren & Whitehead, 1991 (Naidoo & Wills, 2016, S. 61)

Margret Whitehead und Göran Dahlgren entwickelten 1991 das „Regenbogenmodell“, welches die Wirkungsweisen der Faktoren auf die Gesundheit über verschiedene Ebenen veranschaulicht und in Abbildung 1 dargestellt ist.

Im Kern des Modells sind die weitgehend unveränderbaren Elemente Alter, Geschlecht und Erbanlagen. Darüber hinaus folgen vier weitere Ebenen, welche Einfluss auf das Individuum haben (Gold, 2014). Die Schichten des „Regenbogenmodells“ sollen veranschaulichen, dass diese sowohl direkten als auch indirekten Einfluss auf das Individuum und dessen Gesundheit haben und somit entweder gesundheitsförderlich oder schädigend wirken können. Anders als der Kern des Modells stellen die weiteren Schichten modifizierbare Determinanten dar, welche durch Strategien der Gesundheitsförderung beeinflusst werden können und sich somit positiv auf die Gesundheit auswirken. Die erste Einflussebene besteht aus den persönlichen Verhaltens- und Lebensweisen. Darauf folgen in der zweiten Ebene die sozialen und kommunalen Netzwerke. Soziale Einbindung fördert und erhält Gesundheit und kann direkten, aber auch indirekten Einfluss auf das Gesundheitsverhalten nehmen. Diese sozialen Netzwerke werden wiederum durch Lebens- und Arbeitsbedingungen geformt, welche die dritte Schicht des Modells darstellen. Schließlich bilden kulturelle, sozioökonomische und physische Umweltbedingungen die äußerste Schicht des „Regenbogenmodells“ (M. Richter & Hurrelmann, 2015). Unabdingbar ist die Berücksichtigung, dass sämtliche Faktoren nicht einzeln betrachtet werden können und in Wechselwirkung zueinanderstehen (Gold, 2014).

Angelehnt an Whiteheads und Dahlgreens Darstellung der Determinanten der Gesundheit von 1991, entwickelten Barton und Grant, 2006 die „health map“ im Kontext der Nachbarschaft (siehe Abbildung 2). Die „health map“ hat offensichtliche und beabsichtigte Übereinstimmungen. Es sind kulturelle, wirtschaftliche und politische Kräfte, die sich auf das Wohlergehen des Menschen in der Nachbarschaft auswirken abgebildet. Darüber hinaus wurde die „health map“ ergänzt um das Ökosystem und nachhaltige Entwicklungen. Sie spiegelt alle Facetten einer Nachbarschaft wider (Barton & Grant, 2006).

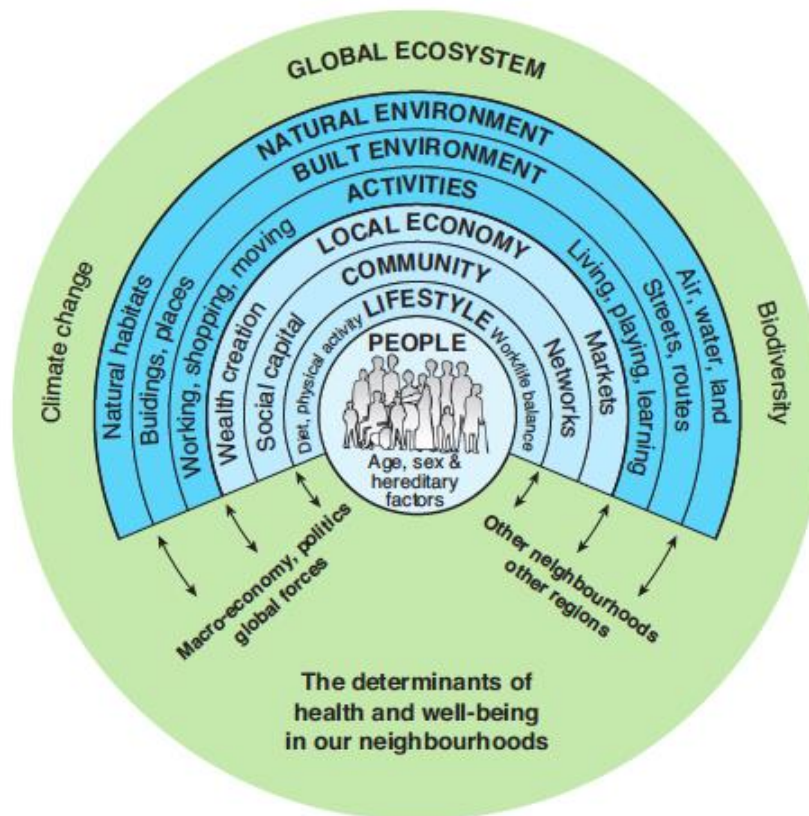


Abbildung 2: „the health map“: Determinanten der Gesundheit im Kontext der Nachbarschaft (Barton & Grant, 2006, S. 252)

Im weiteren Verlauf wird sich eingehend mit der Determinante soziale und kommunale Netzwerke beschäftigt, angewandt auf die „health map“: die Community Ebene (Community: social capital, networks). Aus der Community Ebene können sich soziale Beziehungen, Interaktionen und Netzwerke ergeben.

Die Bedeutung dieser Faktoren für die Gesundheit des Menschen wird im nächsten Abschnitt erläutert.

## 2.2 Bedeutung von Communities und sozialen Beziehungen

Der Begriff Community stammt aus dem Englischen und wird im Deutschen mit dem Gemeindebegriff assoziiert. Jedoch wird der englische Begriff auch in der deutschen Sprache verwendet. Dabei gibt es verschiedene Möglichkeiten die Community zu definieren und seinen inhaltlichen Schwerpunkt zu setzen. Vorrangig wird jedoch der Fokus auf dem Gefühl der sozialen Zugehörigkeit und Identifikation gelegt. Darüber hinaus kann sich der Begriff auf soziale Beziehungssysteme und dessen Ressourcen beziehen (Naidoo & Wills, 2016).

*„Als soziales Wesen benötigen wir nicht nur gute materielle Bedingungen, sondern auch von Kindesbeinen an das Gefühl, geschätzt und gemocht zu werden. Wir brauchen Freunde, wir brauchen menschliche Gesellschaften, wir müssen uns nützlich fühlen [...].“ (Wilkinson et al., 2004, S. 9).*

Die Annahme, dass die Art, die Qualität und der Umfang an sozialen Beziehungen eines Menschen Einfluss, auf dessen Gesundheit nimmt, ist vielseitig belegt. Meilenstein dieser These stellt die Alameda County Study von Berkman und Syme, 1979 dar. Diese wies enge Bindungen, als bedeutende Indikatoren für die Lebenserwartung nach. Dabei fungieren soziale Bindungen, indem sie einen lebensverlängernden und gesundheitsförderlichen Einfluss auf das eigene Verhalten und die Gesundheit haben, indem sie das Selbstwertgefühl steigern können und angstreduzierend wirken. Zusätzlich bieten soziale Beziehungen Unterstützung, durch das Bereitstellen an Informationen und informeller Hilfen untereinander (Bormann, 2012).

Wird sich mit Literatur bezüglich sozialer Beziehungen innerhalb des Quartiers beschäftigt, sind soziale Kohäsion und soziales Kapital immanenter Bestandteil dieser. Nachfolgend werden die jeweiligen Konzepte beschrieben. Aufgrund der Vielfalt an Literatur bezüglich der Themen, besteht in den folgenden Ausführungen kein Anspruch auf Vollständigkeit, sondern dient dem Einblick in die Thematik.

### 2.2.1 Die soziale Kohäsion und die empirische Erfassung

Soziale Interaktionen und Beziehungen zwischen Menschen können sozialen Zusammenhalt ergeben. Dieses Phänomen ist auch bekannt als soziale Kohäsion. Die Wissenschaft weist eine inhaltliche Fülle über dieses Konstrukt auf, sodass die Intuition oftmals ein einfacheres Verständnis über Kohäsion verleiht, als die Auseinandersetzung mit wissenschaftlichen und empirischen Überlegungen. Das Konstrukt ist von langjähriger Forschung und Wandel geprägt, was zu diversen Operationalisierungen und Methoden seiner Messung führt. Diese Vielfalt an Konzeptualisierung trägt zu Konfusion und Uneinigkeit des Verständnisses der sozialen Kohäsion bei. Dennoch herrscht Übereinstimmung darüber, dass soziale Kohäsion Aspekte der Solidarität und positiver Gruppengefühle mit sich bringt (Begert, 2019).

Oftmals steht soziale Kohäsion für eine bestimmte Qualität und Dichte zwischenmenschlicher Beziehungen in überschaubaren sozialräumlichen Einheiten, welche gekennzeichnet sind durch gleiche Werte und Normen, Hilfsbereitschaft und Vertrauen untereinander (A. Richter & Wächter, 2009).

Nachfolgend wird ein Definitionsversuch von Kearns und Forrest erläutert, welcher für diese systematische Literaturanalyse im Bereich der sozialen Kohäsion innerhalb der Nachbarschaft relevant ist. Ihnen zufolge liegen dem Konzept fünf fundamentale Elemente zu Grunde. Diese sind: gemeinsame Werte und staatsbürgerliche Kultur; soziale Ordnung; soziale Solidarität; soziale Netzwerke und Sozialkapital; ortsgebundene Zugehörigkeit und Identität. In ihren Ausführungen vermerken Kearns und Forrest, dass sozialer Zusammenhalt auf Quartiersebene nicht zwingend positiv sein muss, sondern auch ausgrenzend wirken kann (Jenson, 2010). Auch die Definition, der Bertelsmann-Studie „Radar gesellschaftlicher Zusammenhalt - messen was Verbindet“ basiert auf dem Ansatz, dass Zusammenhalt ein Merkmal von Gemeinwesen ist und von vielen Indikatoren geprägt ist. Eine Gesellschaft ist dann kohäsiv, wenn die sozialen Beziehungen belastbar sind und sich die Individuen innerhalb der Gesellschaft emotional verbunden fühlen und am Gemeinwohl orientiert sind (Dragolov et al., 2014).

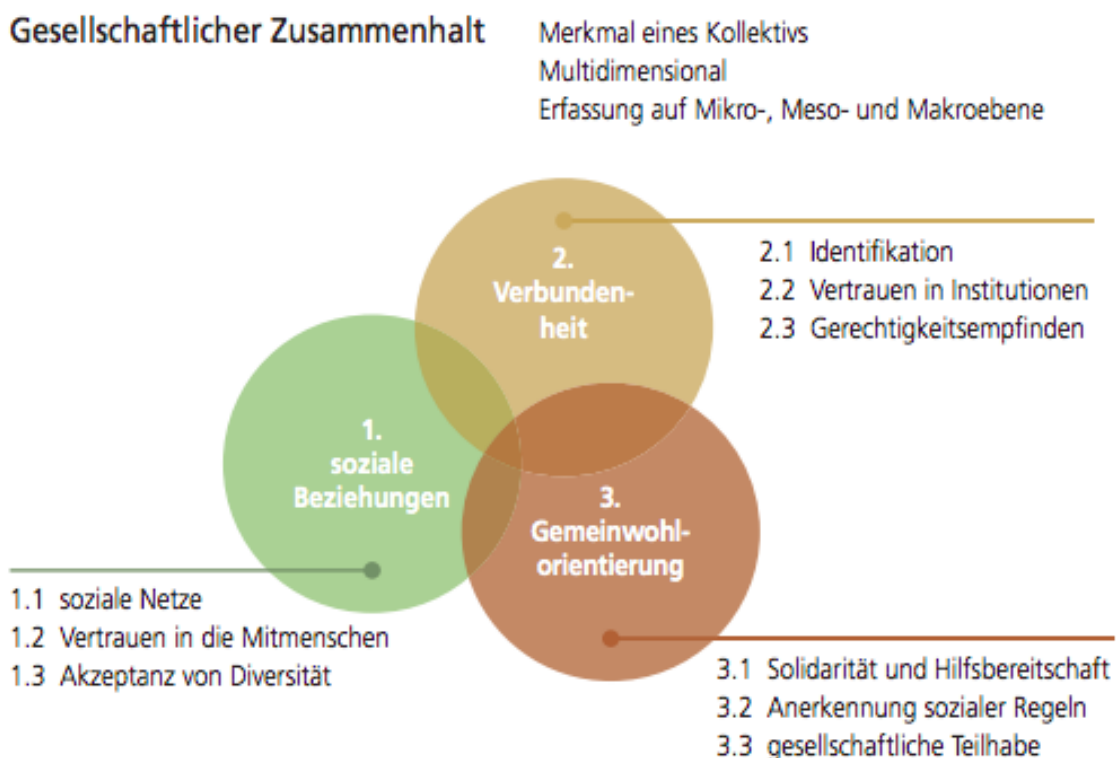


Abbildung 3: Dimensionen von gesellschaftlichem Zusammenhalt (Dragolov et al., 2014, S. 6)

Abbildung 3 veranschaulicht die drei Hauptbereiche, die gesellschaftlichen Zusammenhalt erzeugen. Soziale Beziehungen bewirken Zusammenhalt, indem ein Gefüge von Beziehungen zwischen Personen und gesellschaftlichen Gruppen, bestimmt durch Vertrauen und Vielfalt, vorliegt. Verbundenheit fördert den Zusammenhalt durch die Identifikation der Menschen mit dem Gemeinwesen, Vertrauen in gesellschaftliche Institutionen und der Empfindung, dass die Verteilung von Gütern innerhalb der Gesellschaft gerecht ist. Neben der Verbundenheit stellt die Gemeinwohlorientierung einen wichtigen Aspekt von gesellschaftlichem Zusammenhalt dar, indem sich Menschen füreinander verantwortlich fühlen, sich an soziale Regeln halten und am öffentlichen Leben teilnehmen (Dragolov et al., 2014). Es ist wichtig festzuhalten, dass es keine einheitliche Definition und keinen absoluten Konsens über Indikatoren gibt. Aufgrund der fehlenden einheitlichen Definition bezieht sich die empirische Erfassung von sozialer Kohäsion meist auf Ersatzindikatoren, welche sich auf den verschiedenen Analyseebenen (Mikro-, Meso- und Makroebene) finden lassen (Schiefer et al., 2012). Die Mikroebene behandelt die Handlungen des Individuums. Auf der Mesoebene finden Institutionen oder Zusammenschlüsse einzelner Individuen ihre Berücksichtigung. Die Makroebene beschäftigt sich schließlich mit übergeordneten Systemen (Bundeszentrale für politische Bildung, 2018).

Im Kontext der sozialen Nachbarschaft findet auch der Begriff des sozialen Kapitals seine Bedeutung. Die beiden Konzepte weisen deutliche inhaltliche Überschneidungen auf, welche im Anschluss an die Einführung in den Begriff soziale Kohäsion erläutert werden.

### 2.2.2. Das soziale Kapital und die empirische Erfassung

Das Konzept des sozialen Kapitals wird oft als Bestandteil von sozialer Kohäsion gesehen. Es bezieht sich auf die Stärke des Zusammenhalts einer Gemeinschaft und umfasst Unterstützung, formelle und informelle Hilfen, Vertrauen in die Gemeinde und das Zugehörigkeitsgefühl (Naidoo & Wills, 2016).

Die WHO definierte soziales Kapital in 1998 wie folgt:

*„Soziales Kapital beschreibt den Grad des sozialen Zusammenhaltes, der innerhalb von Gemeinschaften zu finden ist. Soziales Kapital bezieht sich auf Prozesse zwischen*

*Menschen, die Netzwerke, Normen und soziales Vertrauen hervorbringen sowie Koordination und Zusammenarbeit zu gegenseitigem Vorteil erleichtern. Soziales Kapital entsteht durch die unzähligen alltäglichen Interaktionen zwischen Menschen. Es wird in Strukturen wie zivilen und religiösen Gruppen, Familienmitgliedschaft und informellen Netzwerken verkörpert und offenbart sich in Normen von Freiwilligkeit, Altruismus und Vertrauen. Je stärker diese Netzwerke und Bindungen sind, desto wahrscheinlicher ist es, dass Mitglieder einer Gemeinschaft zum gegenseitigen Nutzen zusammenarbeiten. Auf diesem Wege erzeugt Soziales Kapital Gesundheit und könnte den Nutzeffekt von Investitionen für Gesundheit vergrößern“ (Haring, 2019, S. 178).*

Doch auch der Begriff des sozialen Kapitals weist mehrdeutige Verwendungen auf und wird in der Soziologie, Ökonomie, Politikwissenschaft und Sozialpsychiatrie behandelt (Klärner et al., 2019). Die mehrdeutige Verwendung ist darauf zurückzuführen, dass die Sozialkapitaltheorie von drei wesentlichen Autoren bestimmt wird. Zu den Begründern der Theorie gehören: Bourdieu; Coleman und Putman. Aus Gründen des Umfangs wird in dieser Arbeit nur Bezug auf die Theorie von Putman genommen, da diese im gesundheitswissenschaftlichen Rahmen meistverbreitet ist. Putman verbindet die Idee des sozialen Kapitals mit dem Gedanken, dass das Vertrauen in hilfreiche und wohlwollende Absichten der Anderen ein gemeinsames Handeln und Interagieren erleichtert. Dies begünstigt wiederum die allgemeine Hilfsbereitschaft, was sich laut seiner Theorie sowohl auf das Gemeinschaftswohl als auch auf die Wirtschaft positiv auswirkt. Somit kann soziales Kapital auch als Ressource verstanden werden. Laut Putman handelt es sich bei dem sozialen Kapital vor allem um eine kollektive Eigenschaft, das heißt eine Eigenschaft einer größeren sozialen Einheit, wie beispielsweise die Nachbarschaft. Lediglich soziale Kontakte zu haben stellt keine hinreichende Bedingung für soziales Kapital dar, sondern entscheidend sind Eigenschaften der Beziehungen (Haring, 2019).

Zudem differenziert das Konzept von sozialem Kapital zwischen starken und schwachen Beziehungen und sieht gerade in schwachen Beziehungen die Möglichkeit neue Ressourcen und Informationen bereitzustellen. Dieses Phänomen wird *strength of weak ties* genannt. Folglich werden Ressourcen wie beispielsweise Zugang zum Arbeitsmarkt oder neue Informationen nicht über intensive häufig frequentierte Kontakte geteilt, sondern über Kontakte, die geringe Intensität aufweisen. Kontakte, welche sich über unterschiedliche soziale Gruppen hinweg bilden, erhöhen den



Zugang zu bestimmten Ressourcen und werden auch als überbrückendes soziales Kapital (*bridging social capital*) verstanden (Klärner et al., 2019).

Die empirische Erfassung von sozialem Kapital erweist sich als schwierig. Meist beziehen sich die Messungen auf Normen und Werte, Vertrauen und Engagement und Interaktionen innerhalb Gemeinschaften. Messungen des sozialen Kapitals sollten möglichst viele dieser Kerndimensionen des Konzepts abdecken. Meist wird soziales Kapital anhand von Antworten auf standardisierte Fragen erhoben und ein Messwert als Ausprägungsgrad erstellt (M. Richter & Hurrelmann, 2009).

Zusammenfassend wird festgehalten, dass soziales Kapital und soziale Kohäsion Eigenschaften eines Systems sozialer Beziehungen und nicht die Qualität individueller Beziehungen beschreiben und deutliche inhaltliche Überschneidungen aufweisen, was eine Abgrenzung schwer macht (Klärner et al., 2019).

Aus diesem Grund werden im weiteren Verlauf dieser Arbeit sowohl die soziale Kohäsion als auch das soziale Kapital in Hinblick auf die Gesundheit berücksichtigt. In welchem Zusammenhang beide Konstrukte mit Gesundheit stehen wird im nächsten Kapitel beschrieben.

### 2.2.3 Die Gesundheitsrelevanz von sozialer Kohäsion und sozialem Kapital

Der Gedanke, dass soziale Beziehungen vorteilhaft für die Gesundheit sein können, aus Kapitel 2.2, lässt sich gleichermaßen auf das Konstrukt des sozialen Kapitals beziehen. Demnach wird es meist positiv mit Gesundheit assoziiert.

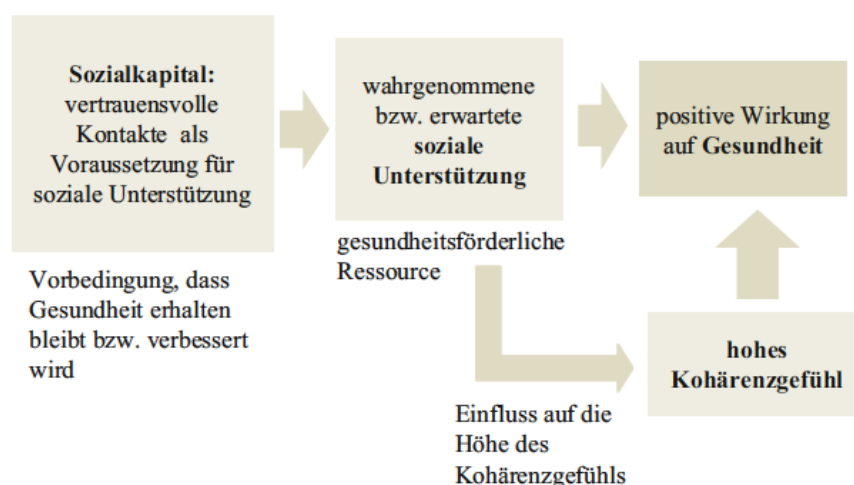


Abbildung 4: Soziales Kapital aus salutogenetischer Perspektive und den Zusammenhang zur Gesundheit (Schott & Hornberg, 2011, S. 243)

Abbildung 4 veranschaulicht die Verbindung zwischen sozialem Kapital und Gesundheit. Susanne Hartung deklariert soziales Kapital als eine Vorbedingung für soziale Ressourcen wie die soziale Unterstützung. Wenn soziales Kapital vorhanden ist, kann sich die soziale Unterstützung direkt auf die Gesundheit, oder indirekt über das Kohärenzgefühl auswirken (Schott & Hornberg, 2011). Das Kohärenzgefühl umschreibt das Gefühl des Vertrauens, dass Herausforderungen in der eigenen Umwelt verstanden werden und erklärbar sind (*Verstehbarkeit*), dass Herausforderungen eigenständig kontrolliert werden können und passende Ressourcen vorhanden sind (*Handhabbarkeit*) und dass Herausforderungen sinnvoll sind und sich die Auseinandersetzung lohnt (*Bedeutsamkeit*) (Haring, 2019). Wird das soziale Umfeld einer Person als unterstützend empfunden, fördert dies die Kompetenz der Handhabbarkeit von Herausforderungen und kann folglich Einfluss auf die Gesundheit nehmen (Schott & Hornberg, 2011).

Soziales Kapital kann auf individueller Ebene wirken, beispielsweise als psychosozialer Schutzfaktor oder auf gemeinschaftlicher Ebene. Auf der gemeinschaftlichen Ebene dient es beispielsweise dem Austausch von gesundheitsbezogenen Informationen und Teilen von Normen (Haring, 2019). So kann beispielsweise die Vermittlung von Informationen über Ressourcen, wie Ärzte oder Sportaktivitäten, Einfluss auf die Gesundheit nehmen. Zudem können lokale und kohäsive Netzwerke bestimmte Gesundheitsnormen vorziehen und diese an die Mitglieder weitergeben. Diese Gesundheitsnormen können sowohl positiven als auch negativen Einfluss auf die Gesundheit nehmen. Beispiel hierfür kann die Akzeptanz von Rauchen an öffentlichen Orten sein. Folglich sind soziale Kohäsion und soziales Kapital relevante Themenbereiche für Public Health (Dragano, 2012).

Nach Einführung in die soziale Kohäsion, das soziale Kapital und ihre Wirkungsweisen auf die Gesundheit soll nun der räumliche Kontext betrachtet werden, in dem die Konstrukte ihre Bedeutung finden.

## 2.3 Begriffserklärung Quartier und Nachbarschaft

Im folgenden Abschnitt soll sich der begrifflichen Ausführung und der Erklärung des Verhältnisses der beiden Aspekte Nachbarschaft und Quartier genähert werden.

Die Begriffe Nachbarschaft und Quartier ein- und abzugrenzen, stellt noch immer eine Herausforderung dar. Zentrales Element der Diskussion über die Begrifflichkeiten stellt

dabei das Verhältnis von Gesellschaft und Raum dar. So umfassen beide Ansätze einer Definition stets die räumliche Nähe als auch die soziale Interaktion (Eckardt, 2012).

Der Begriff des Quartiers findet insbesondere im Bereich der Gesundheitsförderung seine Bedeutung. Dabei steht er für die Interaktion verschiedener Aspekte wie beispielsweise Infrastruktur, soziale und physische Umwelt sowie Zugang zu Dienstleistungserbringern und bietet viel Potenzial zur Stärkung der Gesundheit (Naidoo & Wills, 2016). Ein Definitionsversuch von Olaf Schnur lautet: „Ein Quartier ist ein kontextuell eingebetteter, durch externe und interne Handlungen sozial konstruierter, jedoch unscharf konturierter Mittelpunkt-Ort alltäglicher Lebenswelten und individueller sozialer Sphären, deren Schnittmengen sich im räumlich-identifikatorischen Zusammenhang eines überschaubaren Wohnumfeldes abbilden“. Dabei liefert diese Definition keine konkreten Kriterien zur Bemessung eines Quartiers (Fabian et al., 2017). Dem Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“, gegründet durch die BZgA, zufolge setzt sich das Quartier aus vier Hauptfaktoren zusammen (siehe Abbildung 4).



Abbildung 5: Die Zusammensetzung des Quartiers (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2014, S. 4)

Dazu gehören baulich-physische Faktoren, soziale Faktoren, politisch-administrative Faktoren und symbolische Faktoren. Zu den baulich-physischen Faktoren gehören beispielsweise Grünflächen, Lärm und Infrastruktur. Unter den sozialen Faktoren befinden sich die Nachbarschaft, die Kommunikation und Mobilität. Beispiele für die politisch-administrativen Faktoren im Quartier sind gesundheitliche Versorgung, Kulturangebote und Bildungsangebote. Die symbolischen Faktoren stehen für das Wohnumfeld, das Image dessen und die Wahrnehmung der Wohnumgebung als Belastung oder Ressource. Der Abbildung der BZgA ist zu entnehmen, dass Nachbarschaft zu den sozialen Faktoren eines Quartiers gehört (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2014).

Wird sich der Theorie der Nachbarschaft als eigenes Konstrukt genähert, so fallen erhebliche Übereinstimmungen zum Quartiersbegriff auf (Eckardt, 2012). Auch Nachbarschaft ist Begriff für räumliche Wohnnähe und gleichzeitig ergeben sich aus dieser ökologischen Gegebenheit soziale Beziehungen und Interaktionen. Kawachi und Berkman definieren die Nachbarschaft 2003 wie folgt: „Nachbarschaft ist als ein Gefüge sozialer Beziehungen von Bewohnern und Bewohnerinnen einer Region zu sehen, die in überschaubarer Nähe leben und in einem gewissen Umfang an gleichen Einrichtungen partizipieren“ (vgl. Kawachi und Berkman 2003) (A. Richter & Wächter, 2009, S. 22).

Der deutsche Soziologe Bernd Hamm stellte eine Theorie der Nachbarschaft aus der soziologischen Sicht auf, welche in der Literatur weitverbreitet ist. Ihm zu Folge ist die Nachbarschaft, als soziales Netzwerk, auf einer Ebene mit Verwandtschaft und Freundeskreis. Jedoch interagiert die Nachbarschaft primär wegen Gemeinsamkeit des Ortes. Der Umfang der Nachbarschaft bleibt unklar. Allerdings äußerte sich Hamm, dass der Begriff Nachbarschaft nicht im Sinne eines ganzen Quartiers zu nutzen sei. Nachbarschaft sei ein Orientierungsrahmen für soziales Handeln und Interaktion (Eckardt, 2012). Quartiere hingegen umfassen neben sozialen Faktoren auch bauliche Aspekte und eine Art von Regierungsstrukturen einer gesellschaftlichen und politischen Einheit (Fabian et al., 2017). Eckardt deklariert, dass Hamms Nachbarn in einem behavioristischen Sinn auf der Bühne des bestehenden Quartiers agieren (vgl. Eckardt, 2012, S. 470). Demnach kann die Nachbarschaft im Kontext des Quartiers gesehen werden (Eckardt, 2012).

Da diese Arbeit sich vordergründig mit sozialen Prozessen beschäftigt, erscheint der Gebrauch des Begriffs Nachbarschaft für diese Arbeit passend. In den vorigen

Ausführungen wurde ein thematischer Überblick zu den Aspekten von Gesundheit, sozialer Kohäsion, sozialem Kapital und der Nachbarschaft geboten. Dies stellt die Basis für die folgende Analyse dar.

## 3 Methodik

Die aktuelle Bachelorarbeit untersucht das gesundheitsförderliche Potenzial sozialer Kohäsion in der Nachbarschaft für die menschliche Gesundheit.

Hierzu wird eine systematische Literaturrecherche durchgeführt, um den aktuellen Studienstand zum Thema Soziale Kohäsion in der Nachbarschaft und Gesundheit darzustellen. Das folgende Kapitel beschreibt zunächst die Methode „systematische Literaturrecherche“ und nimmt im zweiten Teil Bezug zur konkret angewandten Recherchestrategie.

### 3.1 Systematische Literaturrecherche

Systematische Literaturrecherchen dienen der übersichtlichen Darstellung von Studienberichten zu einem im Vorfeld definierten Thema (Blümle et al., 2019).

Die systematische Literaturrecherche dieser Arbeit orientiert sich an den Empfehlungen des PRISMA-Statements, welche sowohl eine Checkliste, als auch ein Flussdiagramm beinhalten, um die Recherche transparent zu veranschaulichen (Moher et al., 2009).

Um einen differenzierten Überblick hinsichtlich der relevanten Literatur zu erhalten, bietet es sich an auf Online-Datenbanken zurückzugreifen. Die Online-Datenbank „PubMed“ bietet umfassenden Einblick in mehr als 30 Millionen Zitationen und Abstracts, welche verschiedene Forschungsbereiche abdecken. Dazu gehören unter anderem biomedizinische, verhaltenswissenschaftliche, biowissenschaftliche und gesundheitswissenschaftliche Arbeiten (National Center for Biotechnology et al., 2020).

Einzelne Suchbegriffe können bei „PubMed“ mittels der Boole-Operatoren „AND“ „OR“ „NOT“ kombiniert werden, um die Sucheingabe zu spezifizieren. Dabei werden Suchbegriffe, die zu einem Aspekt gehören mit dem Operator „OR“ kombiniert. Suchbegriffe, die sich auf verschiedene Themen beziehen werden schließlich mit „AND“ verknüpft. Durch die Verwendung von „NOT“ werden die nachfolgenden Begriffe aus den Suchergebnissen eliminiert. Da es sich um eine englischsprachige Datenbank handelt, empfiehlt es sich alle Suchbegriffe im Englischen ein zugeben (Blümle et al., 2018).

## 3.2 Recherchestrategie

Die Literatursuche erfolgte in der elektronischen Datenbank „PubMed“.

Eine vorangegangene Grobrecherche diente der Einführung in die Thematik, sodass passendes Suchvokabular identifiziert werden konnte, um anschließend in dem Online-Katalog dem Suchthema nachzugehen. Da es sich bei „PubMed“ um eine vordergründig englischsprachige Datenbank handelt und Fachliteratur überwiegend auf Englisch publiziert wird, wurden die Suchbegriffe im Englischen verwendet. Im ersten Teil der Recherche wurden die Suchbegriffe „*social cohesion OR social capital AND neighbourhood AND health AND Europe*“ verwendet und es ergaben sich 194 Treffer in „PubMed“. Diese Trefferliste bot einen ersten Überblick über die Studienlage. Anhand dieser Ergebnisse konnten weitere Suchbegriffe abgeleitet werden, sowie Ein- und Ausschlusskriterien geformt werden (siehe Tabelle 1).

**Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien für die Literatursuche**

<b>Einschlusskriterien</b>	<b>Ausschlusskriterien</b>
Publikationszeitraum 2010-2020	Publikationszeitraum vor 2010
Erhebung der Studie innerhalb Europas	Erhebung der Studie außerhalb Europas
Psychische Gesundheit	Nachbarschaft nicht im Fokus
Gesundheitsbezogenes Verhalten	Soziale Nachbarschaft (soziale Kohäsion/ soziales Kapital) aus pathogenetischer Sicht
Deutsche und englische Sprache	Andere Sprache als Deutsch oder Englisch
Soziale Kohäsion und soziales Kapital	Unpassende Definition für soziale Nachbarschaft
Quantitative Erhebungen	Qualitative Forschungen

Publikationen deren Stichproben außerhalb Europas erhoben wurden, wurden für diese Arbeit ausgeschlossen, da bedingt durch ökologische, sozioökonomische und ethnische Unterschiede, sich die Nachbarschaftsformen deutlich von Europa unterscheiden und deshalb nur schwierig hierauf anwenden lassen. Die Integration könnte zu Verzerrungen der Ergebnisse führen (M. Richter & Hurrelmann, 2009, S. 172).

Da sich diese Arbeit mit den gesundheitsförderlichen Aspekten von sozialer Kohäsion in der Nachbarschaft auseinandersetzt, werden Studien, welche Kohäsion als Risikofaktor sehen und somit die pathogenetische Sichtweise annehmen, ausgeschlossen. Zudem werden Studien exkludiert, welche unpassende Definitionen von sozialer Kohäsion und sozialem Kapital verwenden, sofern die Konstrukte nicht im Sinne dieser Arbeit verstanden werden. Zusätzlich muss ein klarer Bezug von sozialer Kohäsion zu der Nachbarschaft ersichtlich sein und diese im Fokus stehen.

Im zweiten Teil der Recherche in „PubMed“ wurden folgende Begriffskombinationen für die Suche verwendet: *social cohesion OR social capital AND neighbourhood AND mental health AND europe* (58 Ergebnisse), *social cohesion OR social capital AND neighbourhood AND health promotion AND europe* (31 Ergebnisse), *social cohesion OR social capital AND neighbourhood AND health behaviour AND europe* (47 Ergebnisse).

Zusätzlich wurden, um die Ergebnisse einzugrenzen Filtereinstellungen vorgenommen:

- Publikationen innerhalb der letzten 10 Jahre
- Englisch-deutschsprachig
- Abstract, Fulltext

Insgesamt wurden mithilfe der Suchterme im ersten und im zweiten Teil der Suche 330 Titel gesichtet, wovon 57 Titel anhand der Ein- und Ausschlusskriterien mit dem Literaturverwaltungsprogrammes Zotero, als relevant gespeichert wurden.

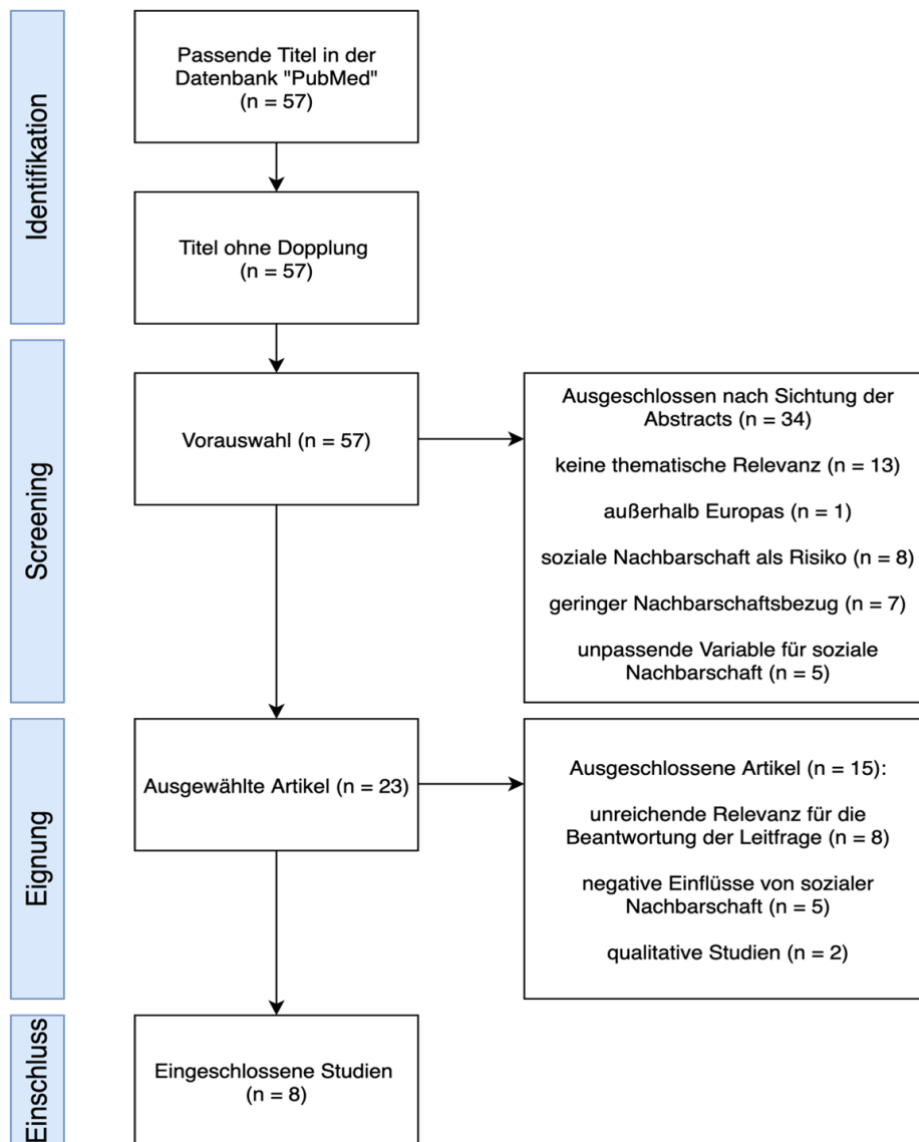


## 4 Ergebnisse

In dem folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Literaturrecherche und die Ergebnisse der Studien, welche der Beantwortung der Forschungsfrage dienen sollen, dargestellt.

### 4.1 Ergebnisse der Literaturrecherche

Um die Literaturrecherche, den Ausschluss von Studien und die finale Auswahl der Studien transparent und nachvollziehbar darzustellen wurde ein Diagramm in Anlehnung an das PRISMA-Statement erstellt, welches zur Optimierung der Berichterstattung von Übersichtsarbeiten dient (Moher et al., 2009). Dieses bildet in Form eines Flussdiagramms die verschiedenen Phasen der Recherche ab und stellt dar, wie viele Artikel gefunden und ausgeschlossen wurden. Darüber hinaus kann dem Diagramm entnommen werden, welche Begründungen zu dem Ausschluss der Artikel geführt haben.



**Abbildung 6:** Flussdiagramm über die verschiedenen Phasen der systematischen Literaturrecherche (eigene Darstellung)

Wie im Abschnitt Methoden erklärt, wurden insgesamt  $n=57$  Titel in der Identifikationsphase als interessant identifiziert und mittels des Literaturprogrammes Zotero gespeichert. Unter den  $n=57$  Artikeln befanden sich keine Dopplungen. Alle  $n=57$  Publikationen wurden in die Vorauswahl übernommen. Von diesen Artikeln wurden nach Sichtung der Abstracts  $n=34$  Dokumente ausgeschlossen, da sie nicht die notwendigen Einschlusskriterien erfüllen (siehe Tabelle 1). Von den verbliebenen  $n=23$  Artikeln wurden die Volltexte auf ihre Eignung geprüft und es konnten erneut  $n=15$  Artikel ausgeschlossen werden. Somit finden final  $n=8$  Studien ihre Berücksichtigung in dieser Arbeit, die der Beantwortung der Leitfrage dienen.

## 4.2 Tabellarische Darstellung der Ergebnisse

Im Rahmen der Datenextraktion wurde mittels Excel eine Tabellenschablone entworfen, um eine übersichtliche Darstellung zu ermöglichen und Informationen festzuhalten. Lediglich relevante Daten bezogen auf die Forschungsfrage der Arbeit wurden extrahiert. Die Studien sind nach Titel in alphabetischer Reihenfolge aufgelistet. Es wurden die folgenden Informationen dokumentiert (siehe Tabellen 2):

In der Kategorie „Autor, Jahr und Titel“ finden sich Informationen über die Autoren, das Publikationsjahr und den Titel der Arbeit. Die Kategorie „Studiendesign und Datenbasis“ gibt Auskunft über den verwendeten Studientyp und die Datengrundlage, aus der die Studie ihre Daten bezieht, da es sich bei manchen Studien um Sekundäranalysen handelt. Die Kategorie „Stichprobe“ enthält die Größe, der in der Publikation analysierten Stichprobe fest. Unter der Kategorie „Statistische Methode“ wird festgehalten welche statistischen Analyseverfahren in der jeweiligen Studie verwendet wurden. Der Kategorie „Ziel“ kann das der jeweiligen Studie zugrundeliegende Forschungsvorhaben entnommen werden. Darüber hinaus gibt die Kategorie „Land“ Auskunft über das Land, in dem die jeweilige Forschung durchgeführt wurde. In den Kategorien „Festlegung der Nachbarschaft“ wird hervorgehoben wie in den jeweiligen Studien die Nachbarschaft definiert wurde. Gleiches gilt für die Kategorie „Festlegung für soziale Kohäsion/soziales Kapital in der Nachbarschaft“, welche sowohl Facetten sozialen Zusammenhalts als auch deren Erfassung festhält. In der Kategorie „Festlegung für Gesundheitsindikatoren“ kann abgelesen werden, welches gesundheitliche Outcome gemessen wurde. Die Kategorie „Weitere Messgrößen“ enthält zusätzliche erhobene Variablen der jeweiligen Studie. Die letzte Kategorie „Ergebnisse“ stellt eine kurze Zusammenfassung der erzielten Forschungsergebnisse der jeweiligen Publikation dar. Diese werden im weiteren Verlauf der Arbeit genauer beschrieben.

**Tabelle 2: Darstellung der extrahierten Ergebnisse der Studien**

<p><b>Autor, Jahr und Titel der Publikation:</b>  <i>(Prins et al., 2012): Are neighbourhood social capital and availability of sports facilities related to sports participation among Dutch adolescents?</i></p>	
<p><b>Studiendesign und Datenbasis:</b>          Querschnittstudie          Daten aus: „YouRAction evaluation trial“ (2009-2010)</p>	<p><b>Festlegung für Nachbarschaft:</b>          - Definiert durch 4-stellige Postleitzahl</p> <p><b>Festlegung für soziale Kohäsion/ soziales Kapital der Nachbarschaft:</b>  <u>Soziales Kapital:</u>          - Definiert als eine Ressource (Vertrauen, geteilte Normen), welche für alle Gemeinschaftsmitglieder zur Verfügung steht          - Gemessen durch zwei Fragen über die Qualität der Interaktionen innerhalb der Nachbarschaft (Verbundenheit und Solidarität)</p>
<p><b>Stichprobe:</b>          N= 852 Menschen</p> <p><b>Statistische Methode:</b>          Multiple logistische Regression</p>	<p><b>Festlegung für Gesundheitsindikatoren:</b>  <u>Freizeitliche Sportbeteiligung:</u>          - erhoben durch Selbstauskunft über max. drei verschiedene Sportarten, welche in der vorherigen Woche ausgeübt wurden und die Häufigkeit (0-7 Tage)</p> <p><b>Weitere Messgrößen:</b>  <u>Verfügbarkeit von Sportanlagen und Parks:</u>          - Daten des Geoinformationssystem (GIS) über die Verfügbarkeit von Parks und Sportanlagen wurden verwendet und mit Postleitzahlen der Teilnehmer*innen verknüpft          1) Verfügbarkeit Im 1600 Meter Radius von Adresse der Teilnehmer*innen (6-stellige Postleitzahl)          2) Dichte In der jeweiligen 4-stelligen Postleitzahlregion (kleiner als 1600 Meter Radius)</p>
<p><b>Ziel:</b>          Überprüfung, ob die Verfügbarkeit von Sportanlagen, Parks und Sozialkapital in der Nachbarschaft mit der Freizeitsportbeteiligung Jugendlicher in Zusammenhang stehen.</p> <p><b>Land:</b>          Niederlande</p>	
<p><b>Ergebnis:</b>          Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen nachbarschaftlichem Sozialkapital und der freizeithlichen Sportbeteiligung von Jugendlichen (OR: 3,51 (95%KI: 1,18;10,41)).          Eine signifikante Interaktion wurde zwischen nachbarschaftlichem Sozialkapital und Dichte von Parks in der Nachbarschaft gefunden (OR:1,22 (90%KI: 1,01;1,34)). Eine Zersetzung des Interaktionsterms zeigt, dass Jugendliche sich am Wahrscheinlichsten an freizeithlichen Sport beteiligen, wenn sowohl Dichte an Parks als auch das Sozialkapital in der Nachbarschaft hoch ist.</p>	

<b>Autor, Jahr und Titel der Publikation:</b> (D. Fone et al., 2014): <i>Effect of neighbourhood deprivation and social cohesion on mental health inequality: a multilevel population-based longitudinal study</i>	
<b>Studiendesign und Datenbasis:</b> Kohortenstudie	<b>Festlegung für Nachbarschaft</b> - Definiert durch Wohnbezirke anhand bestehender administrativer Grenzen (Postleitzahlen)  <b>Festlegung für soziale Kohäsion/ soziales Kapital der Nachbarschaft:</b> <u>Soziale Kohäsion:</u> - Definiert als gemeinschaftliche Eigenschaft, gekennzeichnet durch Vertrauen, geteilte Normen und Gegenseitigkeit innerhalb einer lokalen sozialen Struktur - gemessen durch die „Buckner’s neighbourhood cohesion scale“ (Buckner, 1988), Fokus auf Vertrauen und Gegenseitigkeit
<b>Stichprobe:</b> N= 4.426 Menschen  <b>Statistische Methode:</b> Multiple lineare Regression	
<b>Ziel:</b> Einfluss von nachbarschaftlicher Kohäsion auf die psychische Gesundheit, insbesondere, ob sie in der Lage ist den negativen Effekt von sozioökonomischer Benachteiligung auf die Psyche auszugleichen.	<b>Festlegung für Gesundheitsindikatoren:</b> <u>Veränderungen der psychischen Gesundheit</u> - Gemessen durch die „5-item mental health inventory“ (MHI-5) Skala (Cuijpers et al., 2009) - beinhaltet 5 Fragen zur psychischen Gesundheit und potenziellen Symptome von „common mental disorder“ (CMD) der letzten 4 Wochen  <b>Weitere Messgrößen:</b> <u>Sozioökonomische Benachteiligung:</u> - Schätzungen des Brutto Haushaltseinkommen des entsprechenden Wahlbezirkes
<b>Land:</b> Wales	
<b>Ergebnis:</b> Es besteht ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen „Wohnort in benachteiligter Nachbarschaft“ und „Psychischer Gesundheit“. Dieser negative Effekt wurde signifikant reduziert durch das Umziehen in eine Nachbarschaft mit hoher sozialer Kohäsion. Hohe soziale Kohäsion in der Nachbarschaft weist eine signifikante positive Korrelation ( $ICC=+1,68$ (95%KI: 0,27;3,09)) mit der Veränderung der psychischen Gesundheit auf.	

<b>Autor, Jahr und Titel der Publikation:</b> (Mohnen et al., 2010): <i>Neighborhood social capital and individual health</i>	
<b>Studiendesign und Datenbasis:</b> Querschnittstudie Daten aus: <ul style="list-style-type: none"> <li>- „Housing and Living Survey“ (WoOn,2006)</li> <li>- „Statistics Netherlands“ (CBS)</li> </ul>	<b>Festlegung der Nachbarschaft:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definiert durch die 4-stellige Postleitzahl</li> </ul> <b>Festlegung für soziale Kohäsion/ soziales Kapital der Nachbarschaft:</b> <u>Soziales Kapital:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definiert als Ressource, welche durch die Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft erworben wird, bestehend aus geteilten Normen, Gegenseitigkeit und Vertrauen</li> <li>- Gemessen durch 5 Items hinsichtlich Kontakt, soziale Atmosphäre, Verbundenheit innerhalb der Nachbarschaft</li> </ul>
<b>Stichprobe:</b> N= 61.235 Menschen  <b>Statistische Methode:</b> Multiple logistische Regression	
<b>Ziel:</b> Untersuchung des Einflusses von nachbarschaftlichem Sozialkapital auf die individuelle Gesundheit unter Berücksichtigung sozioökonomischer Faktoren.	<b>Festlegung für Gesundheitsindikatoren:</b> <u>Selbsteingeschätzte Gesundheit:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- erfasst durch ein Item</li> </ul> <b>Weitere Messgrößen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bildungsstand, Einkommen, Erwerbstätigkeit, Wohneigentum</li> </ul>
<b>Land:</b> Niederlande	
<b>Ergebnis:</b> Nachbarschaftliches Sozialkapital hat einen signifikant positiven Einfluss auf individuelle Gesundheit. Soziales Kapital in der Nachbarschaft ist signifikanter positiver Prädiktor für selbstbewertete Gesundheit (OR:1,06 (95% KI:1,05;1,08)).	

<b>Autor, Jahr und Titel der Publikation:</b> (Gale et al., 2011): <i>Neighbourhood environment and positive mental health in older people</i>	
<b>Studiendesign und Datenbasis:</b> Querschnittstudie	<b>Festlegung für Nachbarschaft:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Innerhalb der Grafschaft Hertfordshire, selbstüberlassene Definition</li> </ul> <b>Festlegung für soziale Kohäsion/ soziales Kapital der Nachbarschaft:</b>
<b>Stichprobe:</b> N= 1.157 Menschen	<u>Soziale Kohäsion:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definiert durch das Zusammengehörigkeitsgefühl, Gegenseitigkeit und freundschaftliches Verhältnis innerhalb der Nachbarschaft</li> <li>- Gemessen durch 8 Items der „18 Items Neighbourhood Social Cohesion Scale“ (Buckner, 1988)</li> </ul>
<b>Statistische Methode:</b> Lineare Regressionsanalyse	
<b>Ziel:</b> Zusammenhang zwischen nachbarschaftlichen Problemen, Benachteiligung und sozialer Kohäsion in der Nachbarschaft und psychischem Wohlbefinden bei Älteren zu finden.	<b>Festlegung für Gesundheitsindikatoren:</b> <u>Psychisches Wohlbefinden:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gemessen durch die „Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale“ (Tennant et al., 2007), bezieht sich nur auf positive Aspekte des psychischen Wohlbefindens</li> <li>- 14 Aussagen über Erfahrungen und positive Symptome der letzten zwei Wochen und deren Häufigkeit</li> </ul>
<b>Land:</b> England	<b>Weitere Messgrößen:</b> <u>Nachbarschaftliche Benachteiligung:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Postleitzahlen der Teilnehmer*innen wurden mit einem geografischen „Deprivationscore“ verknüpft, welcher Einkommen, Beschäftigung, Bildung, Dienstleistungen im Wohnumfeld und Kriminalität umfasst</li> </ul> <u>Nachbarschaftliche Probleme:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Selbsteinschätzung der Teilnehmer*innen, über Probleme, welche in der Nachbarschaft häufig auftreten (Vandalismus, Müll, Verkehr, Lärm)</li> </ul>
<b>Ergebnis:</b> Positiver Zusammenhang zwischen Level an wahrgenommener Kohäsion und dem Level an positiver psychischer Gesundheit, Korrelationskoeffizient ( $r=,40$ , $p<,001$ ) konnte identifiziert werden.	

<b>Autor, Jahr und Titel der Publikation:</b> (Prins et al., 2014): <i>Neighbourhood social capital as a moderator between individual cognitions and sports behaviour among Dutch adolescents</i>	
<b>Studiendesign und Datenbasis:</b> Querschnittstudie Daten aus: „YouRAction evaluation trial “	<b>Festlegung für Nachbarschaft:</b> - Definiert durch 4-stellige Postleitzahl  <b>Festlegung für soziale Kohäsion/ soziales Kapital der Nachbarschaft:</b> <u>Soziales Kapital:</u> - Definiert als eine Ressource (Vertrauen, Normen), welche für alle Gemeinschaftsmitglieder zur Verfügung steht - Gemessen durch zwei Fragen über die Qualität der Interaktionen innerhalb der Nachbarschaft (Verbundenheit und Solidarität)
<b>Stichprobe:</b> N=832 Menschen	
<b>Statistische Methode:</b> Multiple logistische Regression	
<b>Ziel:</b> Zusammenhang zwischen individuellen Kognitionen und nachbarschaftlichem Sozialkapital zu identifizieren in Bezug auf Einhaltung der Fit-Norm bei Jugendlichen.	<b>Festlegung Gesundheitsindikatoren:</b> <u>Einhaltung der Fit-Norm:</u> - definiert als sportliche Beteiligung mindestens drei Mal pro Woche - gemessen durch Selbstauskunft über max. 3 Sportarten, welche in der vorherigen Woche ausgeübt wurden und Häufigkeit (0-7 Tage)
<b>Land:</b> Niederlande	<b>Weitere Messgrößen:</b> <u>Individuelle Kognitionen:</u> - Einstellungen hinsichtlich Sport - Subjektive Norm - Kontrolle des wahrgenommenen Verhaltens (perceived behaviour control - PBC) - Absichten sich an Verhalten zu halten
<b>Ergebnis:</b> Ein höheres Level an nachbarschaftlichem Sozialkapital führt zu einer höheren Chance die Fit-Norm einzuhalten (OR:5,40 (95% KI: 1,13;25,74)). Das nachbarschaftliche Sozialkapital moderiert außerdem den Zusammenhang zwischen Einstellungen, PBC und der Absicht sich an die Fit-Norm zu halten.	



<b>Autor, Jahr und Titel der Publikation:</b> <i>(Erdem et al., 2016): Socioeconomic Inequalities in Psychological Distress among Urban Adults: The Moderating Role of Neighborhood Social Cohesion</i>	
<b>Studiendesign und Datenbasis:</b> Querschnittstudie  Daten aus: - Erhebung über physische und psychische Gesundheit der kommunalen Gesundheitsdienste - "Housing and Living Survey", WoOn, 2009	<b>Festlegung für Nachbarschaft:</b> - Definiert durch 4-stellige Postleitzahl  <b>Festlegung für soziale Kohäsion/ soziales Kapital der Nachbarschaft:</b> <u>Soziale Kohäsion:</u> - Definiert durch Ausmaß an Verbundenheit und Solidarität innerhalb einer Gemeinschaft, hat Effekt auf alle Mitglieder einer Gemeinschaft - Erfasst durch 5 Fragen über Qualität der Beziehungen untereinander, Solidarität, Quantität von Kontakten
<b>Stichprobe:</b> N=18.173 Menschen	
<b>Statistische Methode:</b> Multiple lineare Regression	
<b>Ziel:</b> Untersuchung von nachbarschaftlicher sozialer Kohäsion auf die negative Verbindung zwischen sozialer Benachteiligung und Depressionen	<b>Festlegung für Gesundheitsindikatoren:</b> <u>Psychischer Stress:</u> - Verwendet als Indikator für Depressionen - Gemessen durch „Kessler Psychological Distress Scale“ (K10), Fragen über Ängste oder depressive Symptome der letzten 4 Wochen (Kessler & Mroczek, 1994)
<b>Land:</b> Niederlande	<b>Weitere Messgrößen:</b> <u>Sozioökonomische Faktoren:</u> - Höchster Bildungsabschluss, Beschäftigungsstatus, finanzielle Schwierigkeiten
<b>Ergebnis:</b> Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Wohnen in kohäsiven Nachbarschaften und reduziertem psychischen Stress. Menschen mit finanziellen Schwierigkeiten, welche in Nachbarschaften mit hoher Kohäsion wohnen haben ein geringeres Risiko für psychischen Stress ( $\beta = 3,2$ (95%KI: 2,9;3,5)), als Menschen, die in gering kohäsiven Nachbarschaften wohnen ( $\beta = 3,7$ (95%KI: 3,4;4,0)).	

<p><i>Autor, Jahr und Titel der Publikation:</i>  (Erdem et al., 2015), <i>Structural neighbourhood conditions, social cohesion and psychological distress in the Netherlands</i></p>	
<p><b>Studiendesign und Datenbasis:</b>  Querschnittstudie</p> <p>Daten aus:  - Erhebung über physische und psychische Gesundheit der kommunalen Gesundheitsdienste  - "Housing and Living Survey", WoOn, 2009</p>	<p><b>Festlegung für Nachbarschaft:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definiert durch 4-stellige Postleitzahl</li> </ul> <p><b>Festlegung für soziale Kohäsion/ soziales Kapital der Nachbarschaft:</b></p> <p><u>Soziale Kohäsion:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definiert durch Ausmaß an Verbundenheit und Solidarität innerhalb einer Gemeinschaft, hat Effekt auf alle Mitglieder einer Gemeinschaft</li> <li>- Erfasst durch 5 Items über Qualität der Beziehungen untereinander, Solidarität, Quantität von Kontakten</li> </ul>
<p><b>Stichprobe:</b>  N=18.173 Menschen</p> <p><b>Statistische Methode:</b>  Multiple lineare Regression</p>	
<p><b>Ziel:</b>  Einfluss von Sozialer Kohäsion in der Nachbarschaft, strukturellen Nachbarschaftsbedingungen auf die psychische Belastung</p>	<p><b>Festlegung Gesundheitsindikatoren:</b></p> <p><u>Psychischer Stress:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verwendet als Indikator für Depressionen</li> <li>- Gemessen durch „Kessler Psychological Distress Scale“ (K10), Fragen über Ängste oder depressive Symptome der letzten 4 Wochen (Kessler &amp; Mroczek, 1994)</li> </ul> <p><b>Weitere Messgrößen:</b></p> <p><u>Strukturelle Bedingungen innerhalb der Nachbarschaft:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sozioökonomischer Status, Instandhaltung des Wohnraumes, Urbanität und Grünflächen</li> </ul>
<p><b>Land:</b>  Niederlande</p>	
<p><b>Ergebnis:</b>  Es wurden keine signifikanten Zusammenhänge zwischen Grünflächen, Urbanität und Instandhaltung des Wohnraumes und psychischem Stress gefunden. Es besteht ein negativer signifikanter Zusammenhang zwischen höherem nachbarschaftlichem sozioökonomischem Status (<math>\beta = -0,13</math> (95% KI: -0,24;0,02)) sowie stärker ausgeprägter Kohäsion (<math>\beta = -0,16</math> (95%KI: -0,27;0,06)) und psychischem Stress.</p>	

<b>Autor, Jahr und Titel der Publikation:</b> (Cramm et al., 2013), <i>The Importance of Neighborhood Social Cohesion and Social Capital for the Well Being of Older Adults in the Community</i>	
<b>Studiendesign und Datenbasis:</b> Querschnittstudie	<b>Festlegung für Nachbarschaft:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 Bezirke Rotterdams, bestehend aus 72 Nachbarschaften</li> <li>- Keine konkrete Definition für diese Nachbarschaften</li> </ul> <b>Festlegung für soziale Kohäsion/ soziales Kapital der Nachbarschaft:</b>
<b>Stichprobe:</b> N= 945 Menschen	<u>Soziale Kohäsion:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wird als soziale Interdependenz verstanden</li> <li>- Erhoben durch 8 Item Instrument (D. Fone et al., 2007)</li> <li>- Fragen über Gegenseitigkeit, Hilfe, Zusammenarbeit für die Gemeinschaft</li> </ul>
<b>Statistische Methode:</b> Mehrebenenanalyse	<u>Soziales Kapital:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definiert als Ressource durch direkte Unterstützung der Gemeinschaft</li> <li>- Erhoben durch 8 Item Instrumente von (Yang et al., 2002)</li> <li>- Fragen über: Teilnahme an Gemeinschaftsaktivitäten, Qualität der Beziehungen und Zufriedenheit innerhalb der Nachbarschaft</li> </ul>
<b>Ziel:</b> Einfluss des Sozialen Kapitals und der Sozialen Kohäsion in der Nachbarschaft auf das Wohlbefinden Älterer zu untersuchen	<b>Festlegung Gesundheitsindikatoren:</b> <u>Wohlbefinden:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gemessen durch die 15-item Skala „the social Production Function Instrument for the level of Well-being“(SPF-IL), (Nieboer et al., 2005)</li> <li>- Umfasst körperliches und soziales Wohlbefinden</li> </ul>
<b>Land:</b> Niederlande	
<b>Ergebnis:</b> Soziale Kohäsion in der Nachbarschaft ist ein signifikanter positiver Prädiktor für das Wohlbefinden älterer Menschen ( $B=0,16(p<,001)$ ).	

### 4.3 Beschreibung der Stichproben

Die Stichproben der acht eingeschlossenen Studien variieren stark in ihrer Größe und ihren Merkmalen. Während drei Studien sich mit Stichproben unter 1000 Teilnehmer\*innen beschäftigen (Cramm et al., 2013; Prins et al., 2012, 2014), weisen die restlichen Publikationen eine Spanne von 1.157 (Gale et al., 2011) bis zu 61.235 (Mohnen et al., 2010) Teilnehmer\*innen auf.

Auch bezüglich des Alters der Teilnehmer\*innen lassen sich Unterschiede feststellen. Zwei der acht Studien beschäftigen sich ausschließlich mit der Wirkung von sozialem Kapital in der Nachbarschaft auf Jugendliche. Dabei werden in den Studien niederländische Jugendliche im Alter von 12 bis 13 Jahren berücksichtigt (Prins et al., 2012, 2014). Bei den Teilnehmer\*innen der restlichen Studien handelt es sich um Erwachsene zwischen 18 und 103 Jahren. Die Studien von Cramm et al. und Gale et al. haben ihren Fokus jedoch nur auf Ältere gelegt, sodass die Altersspanne hier zwischen 69 und 78 Jahren (Gale et al., 2011) und 70 und 101 Jahren bei Cramm et al. liegt.

### 4.4 Bewertung der Studiendesigns

Im folgenden Abschnitt werden die acht inkludierten Studien hinsichtlich ihrer Qualität mit der „Appraisal tool for Cross-Sectional Studies“ (AXIS) -Checkliste und der „Critical Appraisal Skills Programme“ (CASP) -Checkliste bewertet. Beide Checklisten sind Hilfsmittel zur Beurteilung von Studienqualitäten.

Da es sich bei den vorliegenden Studien um sieben Querschnitt- und eine Kohortenstudie handelt, wurde die AXIS-Checkliste, welche für Querschnittstudien geeignet ist, mit Fragen aus der CASP Checkliste angepasst (siehe Tabelle 3). Die CASP Checkliste wird verwendet, um Kohortenstudien zu bewerten.

Die ersten 20 Items der Tabelle 3, stammen aus der AXIS-Checkliste. Sie ist ein kritisches Bewertungsinstrument, was sowohl das Studiendesign und die Qualität der Berichterstattung als auch das Risiko von Verzerrungen in Querschnittstudien berücksichtigt. Hierbei beziehen sich jeweils sieben Items auf die Qualität der Berichterstattung und auf die Qualität des Studiendesigns. Weitere sechs Items nehmen Bezug auf mögliche Verzerrungen (Downes et al., 2016).

Zur Bewertung der Qualität der Kohortenstudie, wurde die CASP-Checkliste herangezogen (Critical Appraisal Skills Programme, 2018). Weitestgehend weisen

die beiden Checklisten deckungsgleiche Fragen auf, jedoch werden fünf Items (Item 21-25) aus der CASP-Checkliste übernommen und für die Kohortenstudie angewandt. Beide Instrumente weisen keine numerische Skala zur Beurteilung der Qualität der Studie auf, sodass ein Maß an subjektiver Beurteilung erforderlich ist (Critical Appraisal Skills Programme, 2018; Downes et al., 2016).

**Tabelle 3: Checkliste zur Bewertung der Studienqualität (Eigene Darstellung)**

Item-Nr.	Frage	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
1*	Ist die Zielsetzung der Studie klar?	J	J	J	J	J	J	J	J
2*	Ist das Studiendesign für das angegebene Ziel geeignet?	J	J	J	J	J	J	J	J
3*	Ist der Stichprobenumfang gerechtfertigt?	J	J	J	J	J	J	J	J
4*	Ist die Referenzbevölkerung klar definiert?	J	J	J	J	J	J	J	J
5*	Wurde die Stichprobe aus einer geeigneten Bevölkerungsbasis entnommen, so dass sie die Referenzbevölkerung repräsentiert?	J	J	J	J	N	J	J	J
6*	War das Auswahlverfahren geeignet, Teilnehmer*innen auszuwählen, die repräsentativ für untersuchte Referenzbevölkerung sind?	N	J	J	J	N	J	J	N
7*	Wurden Maßnahmen ergriffen, um fehlende Antworten zu erhalten?	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	J	J	J
8*	Wurden Risikofaktoren und Ergebnisvariablen gemessen, die entsprechend den Zielen der Studie nachgehen?	J	J	J	J	J	J	J	J

9*	Wurden Risikofaktoren und Ergebnisvariablen korrekt mit validierten Instrumenten gemessen?	J	J	J	J	J	J	J	J
10*	Ist es klar, was zur Bestimmung der statistischen Signifikanz benutzt wurde?	J	J	J	J	J	J	J	J
11*	Wurden die Methoden (einschließlich statistischer Methoden) ausreichend beschrieben, um sie zu wiederholen?	J	J	J	J	J	J	J	J
12*	Wurden die Basisdaten angemessen beschrieben?	J	N	J	J	J	J	J	J
13*	Gibt die Antwortrate Anlass zur Besorgnis über einen Non-Response-Bias?	N	N	N	N	N	N	N	N
14*	Wurden gegebenenfalls Informationen über fehlende Antworten beschrieben?	N	N	N	N	N	J	J	N
15*	Waren die Ergebnisse intern konsistent?	J	J	J	J	J	J	J	J
16*	Wurden die Ergebnisse für die in den Methoden beschriebenen Analysen vorgestellt?	J	J	J	J	J	J	J	J
17*	Waren die Diskussionen und Schlussfolgerungen der Autoren durch die Ergebnisse gerechtfertigt?	J	J	J	J	J	J	J	J
18*	Wurden die Limitationen der Studie diskutiert?	J	J	J	J	J	J	J	J
19*	Gab es Finanzierungsquellen oder Interessenkonflikte, die die Interpretation der Ergebnisse beeinflussen?	N	N	n.a.	n.a	N	N	N	n.a.

20*	Wurde die ethische Zustimmung oder Zustimmung der Teilnehmer*innen erreicht?	J	J	n.a.	J	J	N	N	J
21**	Wurden alle möglichen confounder identifiziert?		J						
22**	Wurden confounder in der Analyse/design berücksichtigt?		J						
23**	War die Nachbeobachtung der Proband*innen vollständig genug?		J						
24**	War der Zeitpunkt der Nachbeobachtung angemessen?		N						
25**	Können Ergebnisse auf lokale Gemeinschaft übertragen werden?		J						

*Anmerkung.* Die Reihenfolge der Studien S1-S8 entspricht der Reihenfolge von Tabelle 2. Die Antwortmöglichkeiten sind Ja (J) Nein (N) und nicht anwendbar (n.a.). Alle Fragen wurden aus dem Englischen ins Deutsche übersetzt. (\* = Item entstammt (Downes et al., 2016), \*\* = Item entstammt (Critical Appraisal Skills Programme, 2018).

Insgesamt weisen die acht Studien eine zufriedenstellende Qualität auf. Allen Studien liegt eine klare Zielsetzung zugrunde und besitzen für dieses ein passendes Studiendesign. Die Stichprobengrößen sind gerechtfertigt und klar definiert. Zudem weisen alle Studien eine Vorstellung der Ergebnisse auf und besprechen anschließend im Diskussionsteil Stärken und Schwächen ihrer Arbeit.

Alle Studien besitzen eine genügende Antwortrate, sodass es keine Hinweise für einen Non-Response Bias gibt. Fünf Studien betonten, dass es keine Interessenkonflikte oder Finanzierungsquellen gab, sodass davon ausgegangen werden kann, dass die Ergebnisse nicht anderweitig beeinflusst wurden.

## 4.5 Darstellung der Ergebnisse

In den folgenden Ausführungen werden die extrahierten Daten der Einzelstudien (siehe Tabelle 2) zusammengefasst und erklärt. Bei sieben der acht Studien handelt es sich um Querschnittstudien, eine Studie ist eine Kohortenstudie.

Sechs Studien wurden in den Niederlanden durchgeführt und zwei in Großbritannien. Dabei lässt sich eine Unterteilung in folgende gesundheitsbezogene Themengebiete vornehmen: „Sportverhalten“, „Psychische Gesundheit“ und „Gesundheit und Wohlbefinden“.

### 4.5.1 Sportverhalten

Zwei Studien beschäftigen sich mit dem Sportverhalten von Jugendlichen in Verbindung mit nachbarschaftlichem Sozialkapital. Dabei untersuchen Prins et al (2012) im Rahmen ihrer Studie, ob nachbarschaftliches Sozialkapital und die Verfügbarkeit von Sportanlagen und Parks mit der freizeithlichen Sportbeteiligung von Jugendlichen in Zusammenhang stehen. In der von Prins et al (2014) publizierten Studie evaluieren die Autoren, ob nachbarschaftliches Sozialkapital eine vermittelnde Rolle hinsichtlich der individuellen Kognitionen der Jugendlichen bezüglich Sport und der tatsächlichen freizeithlichen Sportbeteiligung hat.

Es handelt sich bei beiden Querschnittsstudien um Sekundäranalysen, da die Analysen auf Daten basieren, die im Rahmen der dreiarmligen Cluster-randomisierten Studie „YouRAction evaluation trial“ erhoben wurden. Die „YouRAction evaluation trial“-Studie umfasst drei Messzeitpunkte, wobei sowohl Prins et al (2012) als auch Prins et al (2014) lediglich Daten in ihre Analysen integrieren, die zum letzten Messzeitpunkt erhoben wurden. Die Teilnehmer\*innen füllten Fragebögen, über Sportverhalten, wahrgenommenes nachbarschaftliches Sozialkapital und demografische Aspekte sowie individuelle kognitive Faktoren aus. Die Stichprobe der finalen Messung betrug N=1129.

In der Studie von Prins et al (2012) wurden Daten von 852 der 1129 Teilnehmer\*innen verwendet, da diese vollständige Informationen für alle relevanten Variablen für die Analysen aufwiesen. Nachbarschaft wurde hier mittels der Postleitzahl eingegrenzt und ökometrische Methoden wurden verwendet, um das individuell wahrgenommene nachbarschaftliche Sozialkapital auf Postleitzahlebene



zu vereinen. Die unabhängige Variable „soziales Kapital“ wurde durch zwei Items nach Verbundenheit und Interaktion innerhalb der Nachbarschaft erhoben. Die Verfügbarkeit (innerhalb eines Radius von 1600 Metern der Wohnadresse der Jugendlichen) und die Dichte in Postleitzahlgebieten der Teilnehmer\*innen (4-stellige Postleitzahl) von Sportanlagen und Parks wurde mithilfe von geografischen Informationssystemen erfasst. Die „freizeitliche Sportbeteiligung der Jugendlichen“ stellt die abhängige Variable dar und wurde basierend auf Selbstauskünften über maximal drei in der letzten Woche ausgeübte Sportarten und deren Frequenz (null bis sieben Tage) erhoben. Das durchschnittliche Alter der befragten Personen betrug 13,24 Jahre und 46,2% der Jugendlichen waren weiblich. Im Durchschnitt befanden sich vier Sportanlagen und 1,77 Parks in einem Radius von 1600 Metern Entfernung des Zuhauses der Teilnehmer\*innen.

Multiple logistische Regressionsanalysen wurde angewandt, um die Interaktionen der verschiedenen Variablen zu untersuchen. Die Autoren berichten von einem signifikanten Zusammenhang zwischen nachbarschaftlichem Sozialkapital, unter Kontrolle der anderen Prädiktoren, also vorhersagenden Faktoren, mit der sportlichen Beteiligung von Jugendlichen (OR:3,51(95%KI: 1,18;10,41)). Es lässt die Vorhersage zu, dass durch die Erhöhung des nachbarschaftlichen Sozialkapitals um eine Einheit, es eine 3,5-fache Erhöhung der Chance sich sportlich zu betätigen gibt. Es besteht kein signifikanter Zusammenhang für die Verfügbarkeit von Sportanlagen in der Nachbarschaft (OR:0,99 (95%KI: 0,96;1,01)), und der Dichte von Sportanlagen in der Nachbarschaft (OR:0,97 (95%KI:0,91;1,02)).

Gleiches gilt für die Dichte von Parks in der Nachbarschaft (OR:1,02 (95%KI: 0,98;1,05)) und Verfügbarkeit von Parks in der Nachbarschaft (OR:1,07 (95%KI:0,88;1,29)). Allerdings berichten Prins et al. einen signifikanten Interaktionsterm zwischen dem nachbarschaftlichem Sozialkapital und der Dichte von Parks innerhalb der Nachbarschaft (OR:1,22 (90%KI: 1,01;1,34)). Dies deutet darauf hin, dass sich die Dichte von Parks je nach Zustand des nachbarschaftlichen Sozialkapitals unterschiedlich auf das Sportverhalten der Jugendlichen auswirkt. Eine Zersetzung des Interaktionsterms zeigte, dass Jugendliche am wahrscheinlichsten Sport betreiben, wenn sowohl die Dichte an Parks als auch das nachbarschaftliche Sozialkapital am höchsten sind. Die Ergebnisse der Studie verdeutlichen, dass nachbarschaftliches Sozialkapital signifikant mit der freizeitlichen Sportbeteiligung von Jugendlichen zusammenhängt und die Chance

sich sportlich zu beteiligen steigt. Es konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Dichte und Verfügbarkeit von Parks und Sportanlagen und der sportlichen Beteiligung von Jugendlichen nachgewiesen werden.

Dies unterstreicht die Bedeutung von sozialem Kapital in der Nachbarschaft hinsichtlich des Sportverhaltens (Prins et al., 2012).

In ihrer 2014 publizierten Studie untersuchen Prins et al., ob individuelle kognitive Faktoren und nachbarschaftliches soziales Kapital sich gegenseitig in Bezug auf die sportliche Teilnahme (mindestens drei Mal pro Woche) von Jugendlichen stärken. Die Daten stammen ebenfalls aus der „YouRAction evaluation trial“ Studie und die integrierte Stichprobengröße beträgt  $N=832$  Teilnehmer\*innen. Folglich gleicht die Erfassung des „nachbarschaftlichen Sozialkapitals“ (unabhängige) und der „sportlichen Beteiligung“ (abhängige Variable) den oben genannten Erhebungsformen (siehe Prins et al. 2012).

Freizeitliche Sportbeteiligung wird von Prins et al. als Einhaltung der Fit-Norm definiert. Die niederländische Fit-Norm besagt, dass Jugendliche mindestens drei Mal pro Woche Sport treiben sollen. Die Variable „individuelle Kognition der Jugendlichen“ wurde basierend auf Items zu folgenden Untervariablen ermittelt: „Einstellung gegenüber Sport“, „subjektive Normen“, „die Absicht sich an die Fit-Norm“ zu halten und „perceived behaviour control“ (PBC), welches die wahrgenommene Leichtigkeit oder Schwierigkeit einem bestimmten Verhalten zu folgen umschreibt.

Das durchschnittliche Alter der Teilnehmer\*innen beträgt 13,24 Jahre und 47,1% der Probandinnen waren weiblich. Mittels Multipler logistischer Regressionsanalysen wurde nachbarschaftliches Sozialkapital als signifikanter Prädiktor für die Einhaltung der Fit-Norm von Jugendlichen bestätigt (OR: 5,40 (95% KI: 1,13;25,74)). Zur Untersuchung der Funktion vom nachbarschaftlichen Sozialkapital als Moderator zwischen Kognitionen und Einhaltung der Fit-Norm der Jugendlichen, wurde ein Interaktionsterm im Regressionsmodell berechnet.

Dabei weisen die Interaktionen von nachbarschaftlichem Sozialkapital mit der Untervariable: Einstellung (OR: 2,56 (95%KI: 1,08;6,08)), mit PBC (OR:3,06 (95%KI: 1,19;1,59)) und mit der Absicht sich an die Fit-Norm zu halten (OR: 1,97 (95%KI:1,00;3,87)) signifikante positive Wechselwirkungen auf. Das

nachbarschaftliche Sozialkapital moderiert signifikant den Zusammenhang zwischen Einstellungen, PBC und der Absicht sich an die Fit-Norm zu halten. Folglich wirken sich je nach Zustand des Sozialkapitals in der Nachbarschaft die Einstellung, die Absicht und PBC unterschiedlich auf das Sportverhalten aus. Insgesamt zeigen die Ergebnisse beider Studien, dass nachbarschaftliches Sozialkapital ein signifikanter Prädiktor für die sportliche Beteiligung Jugendlicher ist. Die Chance ist höher sich sportlich zu beteiligen, wenn auch das soziale Kapital in der Nachbarschaft hoch ist. Zudem wurde sozialem Kapital eine moderierende Rolle nachgewiesen, sodass das soziale Kapital auf die Beziehung zwischen den Variablen von Kognition und sportlicher Beteiligung und Parks und sportlicher Beteiligung Einfluss nimmt.

#### 4.5.2 Psychische Gesundheit

Ein Zusammenhang zwischen nachbarschaftlichem Sozialkapital und sozialer Kohäsion und psychischer Gesundheit wird in drei Querschnittstudien (Erdem et al., 2015, 2016; Gale et al., 2011) und einer Kohortenstudie (D. Fone et al., 2014) untersucht.

In der Querschnittstudie von Gale et al. wurden die Einflüsse nachbarschaftlicher Bedingungen auf die positive psychische Gesundheit von Älteren untersucht. Im Rahmen der Erhebung wurden Proband\*innen einer abgeschlossenen Kohortenstudie (1998-2004), im Jahr 2009 erneut von den Autoren postalisch kontaktiert. Die Analyse bezieht sich auf die Daten der Erhebung von 2009. Das letztendlich in die Analyse einbezogene Datenset setzt sich aus N=1157 Teilnehmer\*innen zusammen. Das durchschnittliche Alter der Proband\*innen lag bei 73 Jahren und 48% gaben das weibliche Geschlecht an.

Die Variable „nachbarschaftliche Bedingungen“ umfasst die Facetten „nachbarschaftliche Benachteiligung“, „Wahrnehmung von sozialer Kohäsion“ und „nachbarschaftliche Probleme“. Die abhängige Variable die „positive psychische Gesundheit“ wird mittels der „Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale“ (Tennant et al., 2007) gemessen. Diese beinhaltet 14 positiv formulierte Aussagen über die psychische Gesundheit. Zudem sollten die Teilnehmer\*innen angeben, wie oft diese Aussagen innerhalb der letzten 14 Tage zutrafen. Zur Auswertung wurden die

einzelnen Items zu einer Gesamtpunktzahl addiert, wobei eine hohe Punktzahl ein hohes Level an psychischer Gesundheit widerspiegelt. Die unabhängige Variable „nachbarschaftliche Kohäsion“ wurde durch acht Items der „18 Items Neighbourhood Social Cohesion Scale“ (Buckner, 1988) erfasst, welche Aussagen zu Zusammengehörigkeitsgefühl und Solidarität in der Nachbarschaft umfasst. Anhand der Antworten wird eine Gesamtpunktzahl errechnet, wobei eine hohe Gesamtpunktzahl für ein hohes Empfinden an sozialer Kohäsion steht. Die unabhängige Variable „nachbarschaftliche Benachteiligung“ wurde ermittelt, indem die Postleitzahlen der Teilnehmer\*innen mit einem geografischen „Deprivationscore“ verknüpft wurden. Dieser liefert ein Maß über sozioökonomische Benachteiligung auf Gebietsebene. Die Erhebung der unabhängigen Variable „nachbarschaftlichen Probleme“ erfolgte über eine Einschätzung der befragten Personen. Hierbei sollten diese Auskunft über häufig auftretende Probleme innerhalb der Nachbarschaft geben.

Basierend auf einer linearen Regressionsanalyse berichten Gale et al., einen signifikant positiven Zusammenhang zwischen dem Level an wahrgenommener Kohäsion und dem Level an positiver psychischer Gesundheit ( $r=,40$ ,  $p<,001$ ).

Mittels multipler Regressionsanalysen wurden die Beziehungen zwischen nachbarschaftlicher Kohäsion, nachbarschaftlichen Problemen und psychischer Gesundheit genauer untersucht. Dabei wurde herausgefunden, dass es signifikante Zusammenhänge zwischen den beiden unabhängigen Variablen und dem psychischen Wohlbefinden gibt. Der Zusammenhang zwischen nachbarschaftlicher Kohäsion und psychischem Wohlbefinden ist statistisch signifikant ( $\beta =3,05$  (95%KI: 2,62;3,48)). Die Ergebnisse verdeutlichen, dass bei einer Erhöhung des Kohäsionscores um eine standardisierte Einheit, das psychische Wohlbefinden um drei standardisierte Einheiten steigen wird. Es wurde kein signifikanter Zusammenhang zwischen nachbarschaftlicher Benachteiligung und psychischem Wohlbefinden gefunden ( $\beta= -0,041$  (95%KI: -0,11;0,02),  $p=,216$ )).

Menschen, die ein höheres Maß an nachbarschaftlicher Kohäsion empfinden und weniger Probleme in der Nachbarschaft wahrnehmen, erzielten höhere Punktzahlen des psychischen Wohlbefindens, unabhängig von sozialer Schicht, Einkommen, Vorhandensein von einschränkender Krankheit oder Behinderung. Die Ergebnisse zeigen, dass nachbarschaftliche Kohäsion positive Wirkung auf die psychische Gesundheit und Wohlbefinden von Älteren hat (Gale et al., 2011).

In der Querschnittstudie von Erdem et al. (2016) wurde untersucht, ob soziale Kohäsion in der Nachbarschaft einen Einfluss auf den Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Faktoren und psychischem Stress hat. Dabei stellten die Autoren die Hypothese auf, dass höhere Level an sozialer Kohäsion in der Nachbarschaft den negativen Effekt sozialer Benachteiligung auf psychischen Stress mildern können.

Im Jahr 2008 führten die kommunalen Gesundheitsdienste, der vier größten niederländischen Städte, eine Erhebung über die physische und psychische Gesundheit und die Demografie ihrer Einwohner durch. In den vier Städten wurde eine Zufallsstichprobe gezogen, ab dem Alter von 16 Jahren. Die Teilnehmer\*innen füllten einen schriftlichen oder online Fragebogen aus. Im Jahr 2009 fand darüber hinaus die sogenannte WoON-Studie statt, die zum Ziel hatte soziale Kohäsion und soziale Benachteiligung auf Stadtteilebene zu untersuchen. Die finale Stichprobengröße, integriert aus den beiden Erhebungen 2008 und 2009, betrug N=18,173 Teilnehmer\*innen und 57% davon waren weiblich. Die Altersspanne betrug 16 bis 65+. Die Nachbarschaft wurde hierbei durch die 4-stellige Postleitzahl definiert. Die Teilnehmer\*innen wurden gebeten, fünf Aussagen zur nachbarschaftlichen Kohäsion (unabhängige Variable) zu bewerten. Die Aussagen bezogen sich auf die Qualität der Beziehungen, Solidarität und Quantität von Kontakten innerhalb der Nachbarschaft. Durch ökometrische Methoden wurde eine Punktzahl für soziale Kohäsion in der Nachbarschaft errechnet. Dabei steht eine hohe Punktzahl für eine hohe Kohäsion.

Als abhängige Variable erfassten die Autoren Erdem et al. „psychischen Stress“, als potenziellen Risikofaktor für Depressionen. Dies wurde mittels der „Kessler Psychological Distress Scale (K10)“ (Kessler & Mroczek, 1994) gemessen. Die „K10“ Skala enthält 10 Fragen über Angst und depressive Symptome innerhalb der letzten 4 Wochen. Als weitere Messgrößen wurden die sozioökonomischen Faktoren „höchster Bildungsstand“, der „Beschäftigungsstatus“ (oder das Empfangen von staatlicher Hilfe) und „finanzielle Schwierigkeiten“ erhoben.

Durch multiple lineare Regression wurden potenzielle Zusammenhänge zwischen sozialer Kohäsion und den soziodemografischen und sozioökonomischen Faktoren und dem psychischen Stress analysiert. Die Autoren berichten, dass Menschen mit einigen oder großen finanziellen Schwierigkeiten von größerem psychischen Stress

berichten, als Menschen mit keinen oder geringen finanziellen Schwierigkeiten. Hier beträgt der signifikante Regressionskoeffizient  $\beta = 3,4$  (95%KI: 3,2;3,6). Das Leben in einer Nachbarschaft mit geringer Kohäsion wurde signifikant mit höherem psychischen Stress assoziiert ( $\beta = 0,3$  (95%KI: 0,0;0,5)).

Hinsichtlich der Interaktion zwischen nachbarschaftlicher Kohäsion und den sozioökonomischen Faktoren wurde herausgefunden, dass Menschen, mit finanziellen Schwierigkeiten, die in Nachbarschaften mit geringer Kohäsion wohnen, ein größeres Risiko für psychischen Stress haben ( $\beta = 3,7$  (95%KI: 3,4;4,0)) als Menschen mit finanziellen Schwierigkeiten, welche in Nachbarschaften mit hoher Kohäsion wohnen ( $\beta = 3,2$  (95%KI: 2,9; 3,5)). Daraus kann geschlossen werden, dass das Leben in einer Nachbarschaft mit hoher Kohäsion im Gegensatz zu niedriger Kohäsion mit geringerem psychischen Stress bei Menschen mit finanziellen Schwierigkeiten assoziiert wird. Darüber hinaus wurden signifikante Interaktionen zwischen nachbarschaftlicher Kohäsion und dem Beschäftigungsstatus (oder Empfangen von staatlicher Unterstützung) gefunden. Menschen, die von staatlicher Unterstützung leben und in Nachbarschaften mit geringer Kohäsion wohnen, haben ein größeres Risiko für psychischen Stress ( $\beta = 6,2$  (95%KI: 5,8;6,7)) als Menschen die staatliche Unterstützung empfangen aber in Nachbarschaften mit hoher Kohäsion wohnen ( $\beta = 4,9$  (95%KI: 4,4;5,4)). Somit berichten Menschen die staatliche Unterstützung erhalten jedoch in stark kohäsiven Nachbarschaften wohnen, von 22% weniger psychischem Stress als diejenigen in gering kohäsiven Nachbarschaften.

Folglich federt soziale Kohäsion in der Nachbarschaft die negativen Effekte von finanzieller Schwierigkeiten und Beschäftigungsstatus ab und hat eine moderierende Rolle.

Eine weitere Studie von Erdem et al. Aus dem Jahr 2015 beschäftigt sich mit strukturellen Nachbarschaftsbedingungen und psychischem Stress sowie der Analyse der potenziell moderierenden Rolle sozialer Kohäsion in der Nachbarschaft. Die Studie bezieht ihre Daten aus den gleichen Datensets wie die vorherige von (Erdem et al., 2016). Die Stichprobengröße liegt ebenfalls bei  $N = 18,173$ , mit einer Altersspanne von 16 bis 65+ Jahren und 57% weiblichen Teilnehmerinnen.

Neben sozialer Kohäsion (unabhängige Variable) und psychischem Stress (abhängige Variable) wurden außerdem folgende unabhängige Variablen in den Analysen berücksichtigt: „nachbarschaftlicher sozioökonomischer Status“, „Grünflächen in der Nachbarschaft“, „Urbanität“ und „Instandhaltung des Wohnraumes“. Diese Variablen repräsentieren die strukturellen Nachbarschaftsbedingungen. Der „nachbarschaftliche sozioökonomische Status“ wurde durch die Antworten von Individuen auf Nachbarschaftsebene aggregiert. „Soziale Kohäsion“ und „psychischer Stress“ wurden analog zu der Studie von Erdem et al. 2016 erhoben.

Durch multiple lineare Regression konnten keine signifikanten Zusammenhänge zwischen „Grünflächen“, „Urbanität“ und „Instandhaltung des Wohnraumes“ und „psychischem Stress“ berichtet werden. Jedoch wurde ein höherer nachbarschaftlicher sozioökonomischer Status ( $\beta = -0,13$  (95% KI: -0,24;0,02)) und stärkere Kohäsion in der Nachbarschaft ( $\beta = -0,16$  (95%KI: -0,27;0,06)) mit vermindertem psychischem Stress verbunden.

Somit zeigen die Ergebnisse, dass hohe nachbarschaftliche Kohäsion signifikant mit geringerem psychischem Stress verbunden ist. Den strukturellen Nachbarschaftsbedingungen wie beispielsweise „Grünflächen“ etc. konnte kein signifikanter Zusammenhang nachgewiesen werden.

Fone et al analysieren in ihrer Kohortenstudie den Zusammenhang vom Leben in Nachbarschaften mit hoher Kohäsion und den Effekten auf die psychische Gesundheit. Im Jahr 2001 wurden in Caerphilly (Wales) die Bewohner postalisch zu ihrer psychischen Gesundheit und ihren sozialen Bedürfnissen befragt. Insgesamt N= 10,892 nahmen an der Umfrage teil, die eine Altersspanne von 18 bis 74 Jahren aufwiesen. Im Jahr 2008 wurden die Proband\*innen erneut kontaktiert. In dieser Folgebefragung nahmen insgesamt N=4558 teil. Die Reduktion der Teilnehmerzahl wird unter anderem durch die spezifische Sterberate begründet.

Im Folgenden werden die Variablen erklärt, welche zu beiden Messzeitpunkten erhoben wurden. Die unabhängige Variable „soziale Kohäsion“ wurde durch die „Neighbourhood Cohesion Scale“ (Buckner, 1988) gemessen. Hierbei liegt der Fokus auf Vertrauen und Altruismus. Durch ökometrische Verfahren wurden die individuellen Antworten auf Nachbarschaftsebene aggregiert und in geringe, mittlere und hohe Kohäsion in Nachbarschaften unterteilt. Um Veränderungen der

wahrgenommenen Kohäsion zwischen den Messzeitpunkten zu berücksichtigen, wurde eine Variable mit drei Unterkategorien erstellt: Die niedrige Kategorie steht für Abnahme des Kohäsionswertes um zwei oder mehr Punkte, die mittlere Kategorie repräsentiert minimale Veränderung mit bis zu zwei Punkten und die hohe Kategorie für eine Zunahme an zwei oder mehr Punkten. Als abhängige Variable wurde die Veränderung der psychischen Gesundheit durch das „5-Item Mental Health Inventory (MHI-5)“ (Cuijpers et al., 2009) Instrument gemessen. Die MHI-5 beinhaltet fünf Items über Symptome mit Bezug auf Nervosität, Niedergeschlagenheit und Freude in den letzten vier Wochen. Eine hohe Punktzahl impliziert gute psychische Gesundheit. Eine Zunahme der Punktzahl der psychischen Gesundheit von Erhebungszeitraum 1 zu Erhebungszeitpunkt 2 wurde als Verbesserung dieser interpretiert. Außerdem wurden sozioökonomische Variablen erhoben, darunter der Erwerbsstatus und das Einkommen, der Familienstand, der Wohnbesitz und die Benachteiligung auf Nachbarschaftsebene. Die Benachteiligung der Nachbarschaft wurde mittels Schätzungen des Brutto Haushaltseinkommen der jeweiligen Nachbarschaft ermittelt. Es wurde kategorisiert in stark benachteiligte und benachteiligte Nachbarschaften. In dem Kontext war von besonderem Interesse, ob die Bewohner innerhalb der Erhebungszeiträume in stärker oder weniger benachteiligte Nachbarschaften gezogen oder in der Ursprungsnachbarschaft geblieben sind.

Mittels multipler linearer Regressionsanalysen wurde herausgefunden, dass eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit signifikant mit dem Wohnen in stark benachteiligten Nachbarschaften korreliert. (ICC=-0,79 (95%KI: -1,45; -0,13)). Der Intraklassenkorrelationskoeffizient repräsentiert die negative Veränderung der psychischen Gesundheit, bei der Erhöhung der benachteiligten Wohnverhältnisse um eine standardisierte Einheit. Im Vergleich zu Nachbarschaften mit geringer Kohäsion, konnte sowohl für mittlere Kohäsion (ICC=+2,15 (95%KI: 0,78;3,52)) als auch für starke Kohäsion (ICC=+1,68 (95%KI: 0,27;3,09)) eine signifikante positive Korrelation gefunden werden. Mittlere und starke Kohäsion stehen folglich in Zusammenhang mit einer Verbesserung der psychischen Gesundheit. Der positive Koeffizient für die Interaktion zwischen Benachteiligung in der Nachbarschaft und sozialer Kohäsion (ICC=+1,49 (95% KI: 0,08-2,90)) deutete darauf hin, dass der negative Einfluss von Benachteiligung in der Nachbarschaft auf die psychische Gesundheit, mit hoher sozialer Kohäsion deutlich abgeschwächt wird. Folglich kann



geschlossen werden, dass soziale Kohäsion in der Nachbarschaft insbesondere in benachteiligten Nachbarschaften die psychische Gesundheit verbessern kann.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse der vier Studien (Erdem et al., 2015, 2016; D. Fone et al., 2014; Gale et al., 2011), dass nachbarschaftliches Sozialkapital und soziale Kohäsion in der Nachbarschaft positive Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben. Die signifikanten Ergebnisse von Gale et al verdeutlichen, dass Menschen, welche in stark kohäsiven Nachbarschaften leben, ein höheres Level der psychischen Gesundheit haben (Gale et al., 2011). Auch Erdem et al. konnten in ihren Studien 2015 und 2016 signifikante Ergebnisse erzielen. Hohe soziale Kohäsion in der Nachbarschaft wurde mit reduziertem psychischem Stress, als Indikator für Depression, nachgewiesen (Erdem et al., 2016, Erdem et al., 2015). In der Kohortenstudie von Fone et al. wurden signifikante Zusammenhänge zwischen der Verbesserung der psychischen Gesundheit und dem Leben in mittel bis stark kohäsiven Nachbarschaften berichtet. Außerdem scheint soziale Kohäsion insbesondere in benachteiligten Nachbarschaften starken Einfluss auf die psychische Gesundheit zu haben (D. Fone et al., 2014)

Somit unterstreichen alle Studien, dass soziale Kohäsion und soziales Kapital sich positiv auf die psychische Gesundheit auswirken. Beide scheinen das psychische Wohlbefinden sowohl zu steigern als auch einen stressmindernden Einfluss zu haben, sodass sie negative Effekte von sozioökonomischer Benachteiligung abschwächen.

#### 4.5.3 Gesundheit und Wohlbefinden

Die Auswirkungen von sozialer Kohäsion und sozialem Kapital in der Nachbarschaft auf die Gesundheit und das Wohlbefinden fanden ihre Berücksichtigung in zwei Querschnittstudien (Cramm et al., 2013; Mohnen et al., 2010).

In der Studie von Mohnen et al. wurde der Einfluss von nachbarschaftlichem Sozialkapital auf die individuelle Gesundheit untersucht. Es wurden Daten aus zwei verschiedenen Datenbasen für die Analyse verwendet. Zum einen wurden Daten aus der „WoON“ 2006 verwendet, eine niederländische, landesweite Befragung zur Wohnsituation, individuellen Eigenschaften, selbsteingeschätzten

Gesundheitszustand und den Kontakten zur Nachbarschaft. Zum anderen wurde ein Datenset des statistischen Amtes der Niederlande ergänzt, welches zusätzliche Informationen über die Nachbarschaften enthält. In beiden Datensets wurde die Nachbarschaft durch die 4- stellige Postleitzahl definiert.

Folgende Variablen wurden erhoben: Die abhängige Variable stellt die selbsteingeschätzte Gesundheit dar. Diese wurde mittels einer Skala, bei der die Antworten von sehr schlecht bis sehr gut reichen, via Selbsteinschätzung der Proband\*innen erfasst. In der anschließenden Analyse wurde die Variable in „schlechte“ und „gute“ Gesundheit dichotomisiert. Zusätzlich wurden soziodemografische und sozioökonomische Variablen wie beispielsweise den Bildungsstand, das Einkommen, den Erwerbsstatus, Wohnbesitz und Dauer des Wohnaufenthaltes in der Nachbarschaft erfasst. Die erklärende, somit unabhängige Variable „soziale Kapital“ wurde durch fünf Items bezüglich der Kontakte innerhalb der Nachbarschaft erhoben. Dabei repräsentieren hohe Wert ein hohes Sozialkapital. Ökometrische Methoden wurden verwendet, um die Antworten auf Nachbarschaftsebene zu aggregieren. Auf Nachbarschaftsebene wurden außerdem das Einkommen einer Nachbarschaft, der Grad an Urbanität in der Nachbarschaft und der Zustand des Wohnraumes erhoben. Die Stichprobengröße betrug N=61.235 Teilnehmer\*innen. Das durchschnittliche Alter lag bei 47 Jahren und 53% der Personen, die befragt wurden, gaben das weibliche Geschlecht an.

Als statistische Methode verwendeten Mohnen et al. multiple logistische Regression. Auch hier konnte soziales Kapital in der Nachbarschaft als signifikanter positiver Prädiktor für selbstbewertete Gesundheit herausgestellt werden (OR: 1,06 (95% KI:1,05;1,08)). Folglich kann durch die Erhöhung des nachbarschaftlichen Sozialkapitals um eine Einheit eine 1.06-fache Erhöhung der Chance von besserer Gesundheit erzielt werden. Weitere multiple logistische Regressionsanalysen wurden berechnet, um den Effekt von nachbarschaftlichem Sozialkapital auf die selbstbewertete Gesundheit, separat für fünf Urbanitätsgrade der Nachbarschaften zu untersuchen. Dabei wurde in dem höchsten Urbanitätsgrad der Nachbarschaften, soziales Kapital als ein signifikanter Prädiktor gefunden (OR:1,11(95%KI:1,06;1,15)). Folglich ergibt sich durch die Erhöhung des nachbarschaftlichen Sozialkapitals um eine Einheit eine 1,11-fache Erhöhung der Chance von besserer selbstbewerteter Gesundheit in Nachbarschaften mit

höchstem Urbanitätsgrad. Zusammenfassend profitieren vor allem Menschen, die in Nachbarschaften mit hohem Urbanitätsgrad wohnen, von sozialem Kapital.

Cramm et al. (2013) untersuchten in ihrer Querschnittstudie, ob soziales Kapital und soziale Kohäsion in der Nachbarschaft sich positiv auf das Wohlbefinden Älterer auswirken. Die Stichprobengröße betrug  $N=945$  und die Teilnehmer\*innen wurden per Mail gebeten einen handgeschriebenen oder online Fragebogen auszufüllen. Das durchschnittliche Alter lag bei 77 Jahren und 57% der Personen, die befragt wurden, waren weiblich.

Soziale Kohäsion in der Nachbarschaft und soziales Kapital wurden als unabhängige Variablen deklariert. Soziale Kohäsion wurde durch das „8 Item Instrument“ von (D. Fone et al., 2007) basierend auf Fragen über die Gegenseitigkeit, Hilfe und Zusammenarbeit der Nachbarschaft erfasst. Soziales Kapital haben Cramm et al. durch das „8 Item Instrument“ von (Yang et al., 2002) erhoben. Dabei lag der Fokus auf der Teilnahme an Gemeinschaftsaktivitäten, Qualität der Beziehungen und Zufriedenheit innerhalb der Nachbarschaft. Bei sozialer Kohäsion und sozialem Kapital impliziert eine hohe Punktzahl eine starke Kohäsion bzw. soziales Kapital. Die abhängige Variable stellt in dieser Studie das Wohlbefinden der Älteren dar. Um dies zu bestimmen, verwendeten Cramm et al. die „the social Production Function Instrument for the level of Well-being“ (SPF-IL) Skala (Nieboer et al., 2005), welche sowohl körperliches als auch soziales Wohlbefinden umfasst. Eine hohe Punktzahl steht für ein hohes Wohlbefinden. Zudem wurden Geschlecht, Alter, Familienstatus, Ethnie, Wohneigentum, Bildung und Einkommen als weitere unabhängige Variablen erhoben.

Multiple lineare Regression wurde berechnet, um Interaktionen der Variablen festzustellen. Ein signifikanter Zusammenhang sowohl zwischen nachbarschaftlicher Kohäsion und sozialem Kapital und dem Wohlbefinden von Älteren wurde von den Autoren berichtet. Individuelle Faktoren wie beispielsweise der Familienstatus ( $B=0,05$ ,  $p<,05$ ) und das Einkommen ( $B =0,05$ ,  $p<,05$ ) sind signifikante positive Prädiktoren auf das Wohlbefinden Älterer. Werden dem Regressionsmodell die Nachbarschaftsvariablen Kohäsion und Kapital hinzugefügt, so stellen Familienstatus ( $B=0,04$ ,  $p>,05$ ) und das Einkommen ( $B=0,02$ ,  $p>,05$ ) keine signifikanten Prädiktoren mehr dar. Somit können soziales Kapital und soziale

Kohäsion in der Nachbarschaft als Mediator zwischen Familienstatus, Einkommen und dem Wohlbefinden Älterer interpretiert werden.

Der Regressionskoeffizient für soziale Kohäsion liegt bei ( $B=0.16$ ,  $p<0.001$ ). Somit ist soziale Kohäsion ein signifikanter Prädiktor für das Wohlbefinden Älterer. Die geschätzte Zunahme des Wohlbefindens ist 0,16, pro Einheitserhöhung der sozialen Kohäsion. Auch nachbarschaftliches SozialKapital wurde als signifikanter Prädiktor identifiziert ( $B =0.08$ ,  $p< 0.001$ ).

Die Ergebnisse der Studien von Mohnen et al. und Cramm et al. zeigen beide signifikante positive Zusammenhänge mit sozialem Kapital und sozialer Kohäsion und der selbsteingeschätzten Gesundheit und dem Wohlbefinden (Cramm et al., 2013; Mohnen et al., 2010).

## 5 Diskussion

Im Rahmen dieser Arbeit, wurde untersucht, inwiefern soziale Kohäsion in der Nachbarschaft gesundheitsförderliches Potenzial bietet. Mittels einer systematischen Literaturrecherche in der Online-Datenbank „PubMed“ wurde die aktuelle Studienlage zu dem Thema dargestellt.

Zunächst wurden durch eine gründliche Hintergrundrecherche Suchterme entwickelt und Ein- sowie Ausschlusskriterien für die Studien bei „PubMed“ gebildet. Insgesamt wurden acht Studien in dieser Arbeit berücksichtigt, welche den ausgewählten Kriterien entsprachen. Dabei handelt es sich um sieben Querschnittstudien und eine Kohortenstudie. Drei der Studien benutzten Primärdaten (Cramm et al., 2013; D. Fone et al., 2014; Gale et al., 2011), die restlichen fünf Studien verwendeten bereits vorhandene Datensets zur Überprüfung ihrer Hypothesen (Erdem et al., 2015, 2016; Mohnen et al., 2010; Prins et al., 2012, 2014)

Die Populationsgruppen der Studien variieren in Größe und Alter. Zwei Studien beschränken sich ausschließlich auf Jugendliche, während die restlichen sich mit Erwachsenen beschäftigen, worunter wiederum zwei Studien sich nur auf Menschen höheren Alters beschränken (69 Jahre und älter) (Cramm et al., 2013; Gale et al., 2011).

Um Facetten des sozialen Zusammenhalts der Nachbarschaft zu messen, wurde entweder soziale Kohäsion oder soziales Kapital in der Nachbarschaft erhoben.

Nachbarschaft wird in sechs Studien unter Verwendung von administrativen Grenzen (Postleitzahlen der Teilnehmer\*innen) verstanden. In zwei Studien wurde es den Teilnehmer\*innen selbst überlassen die Nachbarschaft zu definieren.

Schließlich wurde soziale Kohäsion<sup>1</sup> in der Nachbarschaft evaluiert im Zusammenhang mit folgenden gesundheitlichen Outcomes: Sportverhalten, psychische Gesundheit und Gesundheit und Wohlbefinden. Zusätzlich wurden je nach Studienziel weitere relevante Variablen erhoben, beispielsweise Parks in der Nachbarschaft oder soziodemografische und sozioökonomische Faktoren.

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der Leserlichkeit/Nachvollziehbarkeit wird im folgenden Kapitel begrifflich nicht mehr zwischen sozialer Kohäsion und sozialem Kapital unterschieden, sondern umfassend soziale Kohäsion genutzt.

Alle Autoren der Einzelstudien konnten statistisch signifikante Ergebnisse berichten, in Hinblick auf die Interaktion zwischen sozialer Kohäsion in der Nachbarschaft und dem gesundheitlichen Outcome, sodass verschiedene gesundheitsförderliche Einflüsse beleuchtet wurden. Zu diesen gesundheitsförderlichen Potenzialen gehört beispielsweise die positive Wirkung auf die sportliche Beteiligung bei Jugendlichen (Prins et al., 2012, 2014). Es wurde beobachtet, dass bei stärkerer Kohäsion in der Nachbarschaft die Chance zur sportlichen Beteiligung bei Jugendlichen steigt. Somit ist nachbarschaftliche soziale Kohäsion ein wichtiger Faktor, der bei der Sportförderung zu berücksichtigen ist. Außerdem beeinflusst starker Zusammenhalt die psychische Gesundheit, indem es das Stresslevel senkt, den negativen Effekt von Benachteiligung in der Nachbarschaft auf die Psyche abschwächt und Teilnehmer\*innen von besserem psychischen Wohlbefinden berichten (Erdem et al., 2015, 2016; D. Fone et al., 2014; Gale et al., 2011). Auch in Bezug auf die allgemeine Gesundheit und das empfundene Wohlbefinden berichten die Autoren, dass sozialer Zusammenhalt positiv mit dem selbstbewerteten Wohlbefinden und Gesundheit assoziiert wird (Cramm et al., 2013; Mohnen et al., 2010).

## 5.1 Diskussion der Ergebnisse

Bereits während der Recherche der Hintergrundinformationen wurde deutlich, dass sich sowohl bei den Begriffen von Nachbarschaft als auch bei sozialer Kohäsion und sozialem Kapital keine allgemeingültige Definition finden lässt. Dieser Aspekt spiegelt sich auch in den vorliegenden Einzelstudien wider. Während sich vier Studien mit sozialer Kohäsion, drei mit sozialem Kapital und eine mit beiden Formen beschäftigen, wird nahezu in allen Studien eine unterschiedliche Erfassung verwendet und sich auf verschiedene, wenn auch sehr ähnliche, Indikatoren bezogen. Allerdings erschwert dieser Aspekt die Vergleichbarkeit und Verallgemeinerung der Studienergebnisse. Bei sieben der acht inkludierten Studien handelt es sich um Querschnittstudien. Grundsätzlich lassen Querschnittstudien keine Aussagen bezüglich kausaler Zusammenhänge zu. Darüber hinaus handelt es sich bei drei Studien um reine Sekundäranalysen, was bedeutet, dass die Studien ihre Datenbasis aus einer bereits vorhandenen Studie gezogen haben. Zwei weitere Studien haben ihre erhobenen Daten mit externen Datensets ergänzt. Lediglich drei Studien haben ihre analysierten Daten eigenständig erhoben.

Probleme hierbei können darin bestehen, dass die ursprüngliche Erhebung ihren Fokus nicht auf der Analyse von Vorgängen innerhalb der Nachbarschaft hatte und somit nicht ideal geeignet ist um diese zu erfassen. Grundsätzlich werden dennoch unter Primär- und Sekundäranalyse keine wertenden qualitativen Unterschiede gemacht (Tausendpfund, 2018)

Um die sportliche Beteiligung von Jugendlichen zu erheben wurde in den Studien von Prins et al. (2012, 2014) die sportliche Beteiligung mittels Selbstauskunft erhoben. Dabei wurde die Häufigkeit der Sporteinheit erfasst. Die Dauer wurde aufgrund eines potenziellen Recall-bias weggelassen. Eine objektive Messung durch beispielsweise Tachometer würde an dieser Stelle zu nachweisbareren Ergebnissen führen. Außerdem besteht die Möglichkeit eines Self-selection-bias, sodass die Möglichkeit besteht, dass körperlich aktive Familien sich eine unterstützende Nachbarschaft für ihren Sport suchen. Zu beachten ist, dass in der Studie von Prins et al. der Interaktionsterm zwischen nachbarschaftlichem Sozialkapital und Dichte von Parks mit einem 90% Konfidenzintervall angegeben wurde (Prins et al., 2012). Sämtliche anderen Parameter wurden unter Verwendung eines 95% Konfidenzintervalls angegeben. Durch die Erweiterung des Konfidenzintervalls ist es wahrscheinlicher einen statistisch signifikanten Wert vorzufinden. Dies ist kritisch zu betrachten und kann eventuelle Rückschlüsse auf die Qualität der Studie geben. Die Wahl die Nachbarschaft anhand von Postleitzahlen abzugrenzen ist eine weitverbreitete Methode. Dennoch können die individuellen Wahrnehmungen von Nachbarschaft, und was darunter verstanden wird differieren. Daher benötigt es explizite Definitionen (Prins et al., 2014). Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass psychische Gesundheit einen Effekt auf das Zugehörigkeitsgefühl und die Wahrnehmungen des Menschen haben kann. Wahrnehmung von Kohäsion und nachbarschaftlicher Umgebung kann also auch eine Reflektion des Wohlbefindens sein, anstatt einer objektiven Bewertung der Nachbarschaft. Auch das Einverständnis bei Umfragen teilzunehmen könnte abhängig von nachbarschaftlicher Kohäsion sein, insofern, dass Menschen die sich besser eingebunden fühlen, öfter auf Umfragen reagieren, als Menschen, die weniger Kontakte haben. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, dass eher gesunde als ungesunde Menschen auf Umfragen antworten. Zusätzlich kann selektive Migration teils für die Ergebnisse verantwortlich sein, da Menschen, die psychisch krank sind oder über schlechte körperliche Gesundheit verfügen,

eventuell weniger Energie haben, um aus benachteiligten Nachbarschaften mit geringen Zusammenhalt wegzuziehen. Jedoch belegen frühere Studien, dass Gesundheit nur marginalen Einfluss auf das Umzugsverhalten hat (Erdem et al., 2016).

## 5.2 Limitationen der vorliegenden Arbeit

Da soziale Kohäsion und soziales Kapital multidimensionale, komplexe Konstrukte sind, die jeweils eine enorme Vielfalt an Definitionsversuchen und keine einheitlichen Erfassungsmethoden aufweisen, besteht in der vorangegangenen theoretischen Auseinandersetzung kein Anspruch auf Vollständigkeit. Für die Literaturrecherche wurde lediglich „PubMed“ verwendet. Unter Verwendung weiterer Datenbanken könnten vermutlich weitere wichtige Studien identifiziert werden, auf dies wurde jedoch auch aus Gründen des Umfangs verzichtet.

Die qualitative Bewertung der Studien ist zudem limitiert, da kein Bewertungsmaßstab für die Checklisten vorhanden ist. Somit bedarf es einer subjektiven Bewertung.

Weiterhin ist die Vergleichbarkeit der Einzelstudien limitiert. Die inkludierten Studien weisen verschiedene Studiendesigns auf, mit verschiedenen Populationen und beinhalten verschiedene statistische Analyseverfahren. Die Ergebnisse werden aufgrund dessen in verschiedenen Parametern dargestellt, beispielsweise Odds Ratios, Regressionskoeffizienten  $B$  und  $\beta$  und Korrelationskoeffizienten ( $r$ ). Die Signifikanz der Ergebnisse lässt sich in den angegebenen Konfidenzintervallen ablesen. Zudem wurden in den Studien entweder soziale Kohäsion oder soziales Kapital behandelt, samt verschiedener Erfassung und Definitionen. Da sich auch die abhängigen Variablen, die Gesundheitsoutcomes, in den Studien unterscheiden, sind allgemeine Schlussfolgerungen schwer zu ziehen. Darüber hinaus umfassen die vorliegenden Studien nur Arbeiten aus den Niederlanden und UK und bieten somit keine umfassende Darstellung der Forschung in ganz Europa. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist, dass nachbarschaftlicher Zusammenhalt auch negative Auswirkungen haben kann. Diese finden in der vorliegenden Arbeit jedoch keine Berücksichtigung, da sie den Umfang dieser Arbeit überschritten hätten. Nachbarschaften können negative Normen besitzen, welche an die Bewohner weitergegeben werden und damit das Verhalten negativ beeinflussen können (Prins



et al., 2012). In Anbetracht der Studienauswahl wird dennoch ein guter Einblick in den Querschnitt der Bevölkerung geboten. Es wurden verschiedene Altersgruppen in verschiedenen Ländern berücksichtigt. Darüber hinaus konnten unterschiedliche gesundheitliche Aspekte herausgearbeitet werden, wodurch die vielfältigen gesundheitsförderlichen Potenziale der sozialen Kohäsion in der Nachbarschaft beleuchtet wurden.

## 6 Fazit und Ausblick

Aufgrund des Umfangs dieser Arbeit konnten nur acht Studien berücksichtigt werden. Trotz einiger Limitationen kann die Leitfrage dennoch beantwortet werden, sodass die Einzelergebnisse der Studien eine Übersicht über die gesundheitsförderlichen Potenziale von sozialer Kohäsion in der Nachbarschaft bieten. Die Autoren berichten, dass soziale Kohäsion in der Nachbarschaft in Verbindung mit Sportbeteiligung von Jugendlichen steht, sodass dies bei der Implementierung von Sportförderungsprogrammen berücksichtigt werden sollte. Auch im Hinblick auf die psychische Gesundheit erweist sich eine Nachbarschaft mit hoher sozialer Kohäsion als förderlich. Außerdem wurden positive Wirkungsweisen der sozialen Kohäsion unter anderem bei Personen fortgeschrittenem Alters nachgewiesen werden. Da Menschen hohen Alters oftmals in ihrer Mobilität eingeschränkt sind und viel Zeit in der Nachbarschaft verbringen, ist dieses Umfeld für sie von besonderer Bedeutung (Gale et al., 2011). Dieser Aspekt ist gerade in Hinblick auf die alternde Gesellschaft von Relevanz. Zudem berichten die Autoren, dass soziale Kohäsion die negativen Effekte von sozioökonomischer Benachteiligung auf die psychische Gesundheit abschwächt (D. Fone et al., 2014). Frühere Studien wiesen einen Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Aspekten und der psychischen Gesundheit nach. Das Risiko an einer Depression zu erkranken ist ungleich in der Bevölkerung verteilt, sodass Menschen mit geringen Einkommen oder niedrigem Bildungsstand eine höhere Gefährdung aufweisen (Lorant, 2003).

In diesem Kontext scheint soziale Kohäsion eine wichtige Ressource zu sein, um das Problem der ungleichen Gesundheitschancen anzugehen. Folglich sollten Interventionen, um die ungleiche Verteilung von Gesundheitschancen unter sozial benachteiligten Menschen zu reduzieren, Komponenten der sozialen Kohäsion

enthalten. Zusammenfassend kann soziale Kohäsion in der Nachbarschaft kann als vielversprechende Ressource für die Gesundheitsförderung gesehen werden. Um Aussagen über Kausalitäten von Kohäsion und Gesundheit zu treffen, bedarf es mehr Interventions- und Längsschnittstudien. Längsschnittstudien scheinen zudem von besonderer Interesse, da Nachbarschaften keine statischen Objekte sind und dessen Merkmale wie Kohäsion sich mit der Zeit verändern können. Demnach sollte zukünftige Forschung sozialen Zusammenhalt in der Nachbarschaft unter dem Aspekt eventueller Veränderung, und wie sich diese auf die Gesundheit auswirken, berücksichtigen. Zudem verwendeten alle Studien subjektiv bewertete Gesundheitszustände oder Verhalten. Weiterführend wäre es von Interesse Forschungen mit objektiv bewertetem Gesundheitszustand zu betreiben.

Angesichts der herausgearbeiteten Relevanz von sozialer Kohäsion muss sich eingehend mit der Thematik der Förderung von sozialer Kohäsion in Nachbarschaft beschäftigt werden. Laut Adli und Schöndorf haben hier öffentliche Räume wie Parks und Plätze besondere Relevanz. Diese ermöglichen soziale Interaktion der Nachbarn und bietet die Möglichkeit zur Entwicklung von sozialer Kohäsion. Um öffentliche Plätze zu nutzen, muss jedoch seitens der Bewohner ein Anreiz bestehen. Wie bereits in der Einleitung erwähnt darf die Erreichbarkeit dieser öffentlichen Orte nicht begrenzt werden und weitestgehend fußläufig erreichbar sein (Adli & Schöndorf, 2020). Um optimierte Strategien zur Förderung der sozialen Kohäsion zu identifizieren, wären weitere Studien, die sich dieser Thematik widmen zusätzlich von Interesse.

Wie zuvor erwähnt kann sozialer Zusammenhalt in der Nachbarschaft auch negative Einflüsse haben, welche in dieser Arbeit nicht weiter beleuchtet wurden. Um Kohäsion in seiner Fülle zu verstehen, bedarf es auch einer genaueren Betrachtung aus dem Blickwinkel der Pathogenese. In diesem Zusammenhang wird sich sozialer Kohäsion als Risikofaktor genähert, was zur vollständigen Analyse des Einflusses von sozialer Kohäsion in der Nachbarschaft auf Gesundheit ein wichtiges Kriterium darstellt.

Die vorliegende Arbeit konnte die Bedeutsamkeit von sozialem Zusammenhalt, aus einem salutogenetischen Blickwinkel in der Nachbarschaft untermauern, sodass dieser zunehmend Bestandteil der public health Debatte werden sollte und in Betracht gezogen werden muss, inwiefern sich der Zusammenhalt fördern lässt.

## Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe, selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quellen kenntlich gemacht.

Hamburg, den 7.12.2020

Isabelle Kalmer

## Literaturverzeichnis

Adli, M., & Schöndorf, J. (2020). Macht uns die Stadt krank? Wirkung von Stadtstress auf Emotionen, Verhalten und psychische Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 63(8), 979–986. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03185-w>

Barton, H., & Grant, M. (2006). A health map for the local human habitat. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 126(6), 252–253. <https://doi.org/10.1177/1466424006070466>

Barton, H., & Grant, M. (2013). Urban Planning for Healthy Cities: A Review of the Progress of the European Healthy Cities Programme. *Journal of Urban Health*, 90(S1), 129–141. <https://doi.org/10.1007/s11524-011-9649-3>

Begert, T. (2019). *Klassenzusammenhalt und schulisches Problemverhalten: Eine netzwerkanalytische Untersuchung auf der Sekundarstufe I*. Springer VS.

Blümle, A., Lagrèze, W. A., & Motschall, E. (2018). *Systematische Literaturrecherche in PubMed*. Springer Medizin Verlag GmbH. <https://doi.org/10.1007/s00347-018-0659-3>

Blümle, A., Sow, D., Nothacker, M., Schaefer, C., Motschall, E., Boeker, M., Lang, B., Kopp, I., & Meerpohl, J. J. (2019). *Manual systematische Recherche für Evidenzsynthesen und Leitlinien*. <https://doi.org/10.6094/UNIFR/149324>

Böhme, C. (Hrsg.). (2012). *Handbuch Stadtplanung und Gesundheit (1. Aufl)*. Huber.

Bormann, C. (2012). *Gesundheitswissenschaften Einführung*. UVK-Verl.-Ges. [u.a.]. <http://www.utb-studi-e-book.de/9783838537887>

Buckner, J. C. (1988). The development of an instrument to measure neighborhood cohesion. *American Journal of Community Psychology*, 16(6), 771–791. <https://doi.org/10.1007/BF00930892>

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). (2014). *Gesundheitsförderung im Quartier bzw. Stadtteil*.

Bundeszentrale für politische Bildung. (2018). Makro, Meso, Mikro: Das bedeuten die Begriffe. [https://praxistipps.chip.de/makro-meso-mikro-das-bedeuten-die-begriffe\\_109501](https://praxistipps.chip.de/makro-meso-mikro-das-bedeuten-die-begriffe_109501)

Chan, J., To, H.-P., & Chan, E. (2006). Reconsidering Social Cohesion: Developing a Definition and Analytical Framework for Empirical Research. *Social Indicators Research*, 75(2), 273–302. <https://doi.org/10.1007/s11205-005-2118-1>

Cramm, J. M., van Dijk, H. M., & Nieboer, A. P. (2013). The Importance of Neighborhood Social Cohesion and Social Capital for the Well Being of Older Adults in the Community. *The Gerontologist*, 53(1), 142–152. <https://doi.org/10.1093/geront/gns052>

Critical Appraisal Skills Programme. (2018). CASP (Cohort Study) Checklist. [https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Cohort-Study-Checklist-2018\\_fillable\\_form.pdf](https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Cohort-Study-Checklist-2018_fillable_form.pdf)

Cuijpers, P., Smits, N., Donker, T., ten Have, M., & de Graaf, R. (2009). Screening for mood and anxiety disorders with the five-item, the three-item, and the two-item Mental Health Inventory. *Psychiatry Research*, 250–255. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.05.012>

Downes, M. J., Brennan, M. L., Williams, H. C., & Dean, R. S. (2016). Development of a critical appraisal tool to assess the quality of cross-sectional studies (AXIS). *BMJ Open*, 6(12), e011458. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011458>

Dragano, N. (2012). Soziales Kapital und Gesundheit im städtischen Raum. *Public Health Forum*, 3.

Dragolov, G., Ignácz, Z., Lorenz, J., Kuhl, R., Delhey, J., & Boehnke, K. (2014). Radar gesellschaftlicher Zusammenhalt messen was verbindet-Gesellschaftlicher Zusammenhalt in Deutschland Methodenbericht. 59.

Eckardt, F. (Hrsg.). (2012). *Handbuch Stadtsoziologie*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-94112-7>

Erdem, Ö., Prins, R. G., Voorham, T. A. J. J., van Lenthe, F. J., & Burdorf, A. (2015). Structural neighbourhood conditions, social cohesion and psychological distress in the Netherlands. *The European Journal of Public Health*, 25(6), 995–1001. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv120>

Erdem, Ö., Van Lenthe, F. J., Prins, R. G., Voorham, T. A. J. J., & Burdorf, A. (2016). Socioeconomic Inequalities in Psychological Distress among Urban Adults: The Moderating Role of Neighborhood Social Cohesion. *PLOS ONE*, 11(6), e0157119. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157119>

Fabian, C., Drilling, M., Niermann, O., & Schnur, O. (Hrsg.). (2017). *Quartier und Gesundheit: Impulse zu einem Querschnittsthema in Wissenschaft, Politik und Praxis*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-15372-4>

Fone, D., White, J., Farewell, D., Kelly, M., John, G., Lloyd, K., Williams, G., & Dunstan, F. (2014). Effect of neighbourhood deprivation and social cohesion on mental health inequality: A multilevel population-based longitudinal study. *Psychological Medicine*, 44(11), 2449–2460. <https://doi.org/10.1017/S0033291713003255>

Fone, D., Dunstan, F., Keith Lloyd, Williams, G., Watkins, J., & Palmer, S. (2007). Does social cohesion modify the association between area income deprivation and mental health? A multilevel analysis. 8.

Gale, C. R., Dennison, E. M., Cooper, C., & Sayer, A. A. (2011). Neighbourhood environment and positive mental health in older people: The Hertfordshire Cohort Study. *Health and Place*, 4(17), 867–874. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2011.05.003>

Gold, C. (2014). *Aktiv werden für Gesundheit: Arbeitshilfen für kommunale Prävention und*

Gesundheitsförderung (4., aktualisierte Auflage). Gesundheit Berlin-Brandenburg.

Haring, R. (Hrsg.). (2019). Gesundheitswissenschaften. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58314-2>

Jenson, J. (2010). Defining and Measuring Social Cohesion. Commonwealth Secretariat. <https://doi.org/10.14217/9781848590724-en>

Kessler, R., & Mroczek, D. (1994). Final versions of our non-specific psychological distress scale.

Klärner, A., Gamper, M., Keim-Klärner, S., Moor, I., von der Lippe, H., & Vonneilich, N. (Hrsg.). (2019). Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten: Eine neue Perspektive für die Forschung. VS Verlag FÜR SOZIALWISSE. <http://link.springer.com/10.1007/978-3-658-21659-7>

Lorant, V. (2003). Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157(2), 98–112. <https://doi.org/10.1093/aje/kwf182>

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement.

Mohnen, S. M., Groenewegen, P. P., Völker, B., & Flap, H. (2010). Neighborhood social capital and individual health. *Social Science & Medicine*, 72, 660–667. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.12.004>

Naidoo, J., & Wills, J. (2016). *Foundations for health promotion (Fourth edition)*. Elsevier.

National Center for Biotechnology, Pike, U. S. N. L. of M. 8600 R., MD, B., & Usa, 20894. (2020). PubMed Help. In PubMed Help [Internet]. National Center for Biotechnology Information (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK3827/>

Nieboer, A., Lindenberg, S., Boomsma, A., & Brugge, A. C. V. (2005). Dimensions Of Well-Being And Their Measurement: The Spf-IL Scale. *Social Indicators Research*, 73, 313–353.

Prins, R. G., Beenackers, M. A., Boog, M. C., van Lenthe, F. J., Brug, J., & Oenema, A. (2014). Neighbourhood social capital as a moderator between individual cognitions and sports behaviour among Dutch adolescents. *Social Science & Medicine*, 105, 9–15. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.12.031>

Prins, R. G., Mohnen, S. M., van Lenthe, F. J., Brug, J., & Oenema, A. (2012). Are neighbourhood social capital and availability of sports facilities related to sports participation among Dutch adolescents? *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(1), 90. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-90>

Richter, A., & Wächter, M. (2009). Zum Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung.

Richter, M., & Hurrelmann, K. (Hrsg.). (2009). *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen*,

Probleme, Perspektiven (2., aktualisierte Aufl). VS, Verl. für Sozialwissenschaften.

Richter, M., & Hurrelmann, K. (2015). Determinanten von Gesundheit. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-I008-1.0>

Schiefer, D., van der Noll, J., Delhey, J., & Boehnke, K. (2012). Kohäsionsradar: Zusammenhalt messen Gesellschaftlicher Zusammenhalt in Deutschland – ein erster Überblick.

Schnur, O. (2018). Skizze eines Forschungsfelds. 13.

Schott, T., & Hornberg, C. (Hrsg.). (2011). Die Gesellschaft und ihre Gesundheit: 20 Jahre Public Health in Deutschland ; Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft (1. Aufl). VS, Verl. für Sozialwiss.

Tausendpfund, M. (2018). Primär- und Sekundäranalyse. In M. Tausendpfund, Quantitative Methoden in der Politikwissenschaft (S. 139–166). Springer Fachmedien Wiesbaden. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-20698-7\\_8](https://doi.org/10.1007/978-3-658-20698-7_8)

Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., Parkinson, J., Secker, J., & Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): Development and UK validation. Health and Quality of Life Outcomes, 13.

Wilkinson, R. G., Marmot, M. G., & Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.). (2004). Soziale Determinanten von Gesundheit: Die Fakten (2. Ausg). WHO.

World Health organization. (1946). Constitution of the World Health Organization (WHO).

Yang, M.-J., Yang, M.-S., Shih, C.-H., & Kawachi, I. (2002). Development and validation of an instrument to measure perceived neighbourhood quality in Taiwan. Journal of Epidemiology and Community Health, 56, 492–496.