

PILOTSTUDIE

**Gesundheit und Unterstützung
in Zeiten von Corona**

ERGEBNISBERICHT

Technische Universität Dortmund

Fakultät 17 Sozialwissenschaften

Lehrstuhl für Sozialstruktur und Soziologie alternder Gesellschaften

Dortmund, Januar 2021

PILOTSTUDIE
Gesundheit und Unterstützung
in Zeiten von Corona

ERGEBNISBERICHT

Herausgeberin:	Technische Universität Dortmund, Fakultät 17 Sozialwissenschaften
Projektleitung:	Prof. Dr. Martina Brandt (Professur für Sozialstruktur und Soziologie alternder Gesellschaften)
Autor/innen:	Miriam Grates, Martina Brandt, Claudius Garten, Lisa Jessee, Judith Kaschowitz, Markus Klingel, Nekehia T. Quashie, Alina Schmitz
Weitere Mitwirkende:	Vera Birgel, Franziska Colak, Jana Dreypelcher, Cansel Kepez, Fidan Sahin
Kooperationspartnerinnen:	Prof. Dr. Monika Reichert, Luise Bernhardt, Kim Marei Kusserow
Korrespondenz:	coronastudie.sowi@tu-dortmund.de
Projekt-Webseite:	https://sag.sowi.tu-dortmund.de/forschung/projekte/gesundheit-und-unterstuetzung-in-zeiten-von-corona/

© bei Autor/innen / Januar 2021 – Alle Rechte vorbehalten.

ZUSAMMENFASSUNG

Angesichts der COVID-19-Pandemie, die plötzliche Veränderungen in vielen Lebensbereichen nach sich zieht, wurde im Forschungsfeld „Alternde Gesellschaften“ der Technischen Universität Dortmund eine Pilotstudie durchgeführt. Ziel der Studie „Gesundheit und Unterstützung in Zeiten von Corona“ war es, Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie sich die COVID-19-Pandemie auf das Gesundheitsverhalten, Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden sowie auf geleistete und erhaltene Unterstützung von Personen im mittleren und höheren Erwachsenenalter auswirkt. Darüber hinaus war von Interesse zu erfahren, welche Bedeutung Kommunikationsmedien wie dem Internet und Telefon im Zuge der Pandemie zukommt.

Die Teilnahme an der quantitativen Befragung war sowohl online als auch telefonisch zwischen Mai und Juli 2020 möglich. Die Stichprobe bilden 458 Personen zwischen 31 und 91 Jahren.

Die Pilotstudie kam zu folgenden zentralen Ergebnissen:

- **Viele Befragte haben in der ersten Phase der COVID-19-Pandemie auf notwendige medizinische oder therapeutische Dienstleistungen verzichtet.**
- **Die subjektive Lebenszufriedenheit nahm ab, während Einsamkeitsgefühle zunahmen.**
- **Informelle soziale Unterstützungsleistungen haben sich seit Beginn der COVID-19-Pandemie in vielen Fällen verändert.**
- **Die Mehrheit der Großeltern hat im Zuge der der COVID-19-Pandemie auf die Betreuung ihrer Enkelkinder verzichtet.**
- **Vor allem die Angst, andere anzustecken, führte dazu, dass einige Befragte das Gefühl hatten, die nötige Unterstützung in nicht ausreichendem Maße leisten zu können.**
- **Das Internet wurde als hilfreich wahrgenommen, um anfallende Aufgaben zu erledigen und soziale Kontakte zu pflegen, wenn die persönlichen Internetkompetenzen als hoch eingeschätzt wurden.**
- **Dem Telefon wurde zur Aufrechterhaltung sozialer Kontakte eine höhere Bedeutung beigemessen als dem Internet.**

In weiteren, repräsentativen Untersuchungen muss geklärt werden, wie dauerhaft die Veränderungen von Gesundheit und Unterstützung ausfallen und welche Folgen dies nach sich zieht.

Schlagwörter: COVID-19, Pandemie, Hilfe, informelle Pflege, Einsamkeit, Lebenszufriedenheit, Kommunikationsmedien, Internet

ABSTRACT

In view of the COVID-19 pandemic, which entails sudden changes in many areas of life, a pilot study was carried out in the research field "Aging Societies" of the Technical University of Dortmund. The aim of the study "Health and Support in Times of Corona" was to gain insights into how the COVID-19 pandemic affects the health behavior, life satisfaction and well-being as well as the support provided and received by people in middle and later adulthood. Moreover, we wanted to learn about the importance of communication media such as the internet and telephone in the course of the pandemic.

Participation in the quantitative survey was available both online and by telephone between May and July 2020. The sample consists of 458 individuals between the ages of 31 and 91.

The pilot study produced the following key findings:

- Many respondents avoided necessary medical or therapeutic services during the first phase of the COVID-19 pandemic.
- Life satisfaction decreased while feelings of loneliness increased.
- Informal social support services have changed in many cases since the onset of the COVID-19 pandemic.
- The majority of grandparents refrained from looking after their grandchildren in the wake of the COVID-19 pandemic.
- Fear of infecting others, in particular, has led some respondents to feel that they cannot provide the necessary support to a sufficient degree.
- The internet was perceived as helpful for completing tasks and maintaining social contacts if personal internet skills were rated as high.
- The telephone was considered more important than the internet for maintaining social contacts.

Further, representative studies must clarify how lasting the changes in health and support are and what the consequences are.

Keywords: COVID-19, pandemic, help, informal care, loneliness, life satisfaction, communication media, internet

INHALT

ZUSAMMENFASSUNG.....	3
ABSTRACT.....	4
INHALT.....	5
Abbildungsverzeichnis.....	6
Tabellenverzeichnis	7
EINLEITUNG UND METHODIK	8
1 Hintergrund und Ziel der Pilotstudie.....	8
2 Methodik.....	9
ERGEBNISSE	11
3 Beschreibung der Stichprobe.....	11
4 Allgemeine Fragen zur COVID-19-Pandemie.....	12
4.1 Erkrankung an COVID-19 und Einschätzung der Erkrankungswahrscheinlichkeit.....	12
4.2 Einstellung gegenüber den Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie	13
5 Nutzung medizinischer Dienstleistungen	14
6 Unterstützung leisten	16
6.1 Unterstützungsleistungen an die (Schwieger-)Eltern.....	17
6.2 Unterstützungsleistungen an den (Ehe-)Partner/ die (Ehe-)Partnerin	18
6.3 Unterstützungsleistungen an die Kinder.....	18
6.4 Unterstützungsleistungen an andere Verwandte.....	19
6.5 Unterstützungsleistungen an Freund/innen.....	19
6.6 Unterstützungsleistungen an Nachbar/innen	19
6.7 Unterstützungsleistungen an sonstige Personen.....	20
6.8 Unterstützung durch Dritte bei der eigenen Unterstützung.....	20
6.9 Betreuung von Enkelkindern	21
6.10 Zwischenfazit	22
6.11 Belastungsempfinden und Unterstützungspotenzial.....	23
7 Unterstützung erhalten	25
7.1 Unterstützung erhalten vor und seit Beginn der COVID-19-Pandemie.....	25
7.2 Fehlende Unterstützung.....	27
8 Einsamkeit und Zufriedenheit.....	28
8.1 Einsamkeit.....	28

8.1.1	Einsamkeit nach Alter und Geschlecht.....	29
8.1.2	Einsamkeit bei alleinwohnenden Befragten	30
8.1.3	Einsamkeit bei Befragten mit chronischen Krankheiten	31
8.2	Zufriedenheit.....	32
8.2.1	Lebenszufriedenheit	32
8.2.2	Zufriedenheit mit der Paarbeziehung.....	33
9	Bedeutung von Kommunikationsmedien	34
9.1	Umgang mit dem Internet.....	34
9.2	Bedeutung des Internets in Zeiten von COVID-19.....	35
9.3	Bedeutung des Telefons in Zeiten von COVID-19.....	39
	FAZIT.....	41
10	Methodische Grenzen.....	41
11	Diskussion und Schlussfolgerungen	42
	LITERATUR	46
	ANHANG.....	50

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Empfänger/innen regelmäßiger Hilfe vor Beginn der COVID-19-Pandemie..	16
Abbildung 2:	Personen, denen die Befragten vor der COVID-19-Pandemie regelmäßig privat geholfen haben – Veränderungen seit Beginn der Pandemie	18
Abbildung 3:	Betreuung von Enkelkindern seit Beginn der COVID-19-Pandemie.....	21
Abbildung 4:	Belastungsempfinden von Befragten, die regelmäßig andere Personen unterstützen	23
Abbildung 5:	Selbsteingeschätztes Unterstützungspotenzial seit Beginn der COVID-19-Pandemie nach Alter und Geschlecht	24
Abbildung 6:	Gründe für geringeres Unterstützungspotenzial	24
Abbildung 7:	Einsamkeitsempfinden vor und seit Ausbreitung von COVID-19.....	29
Abbildung 8:	Gefühl der Isolation vor und seit Ausbreitung von COVID-19 – Alleinwohnende und Befragte im Zwei-/Mehrpersonenhaushalt im Vergleich.....	31
Abbildung 9:	Gefühl, am Rande zu stehen vor und seit Ausbreitung von COVID-19 – Befragte mit und ohne chronische Krankheiten im Vergleich.....	32
Abbildung 10:	Durchschnittliche Lebenszufriedenheit vor und seit Ausbreitung von COVID-19 nach Alter und Geschlecht	33
Abbildung 11:	Haltung gegenüber Möglichkeiten des Internets nach selbsteingeschätzter Internetkompetenz	36
Abbildung 12:	Haltung gegenüber der Möglichkeit des Internets, anfallende Aufgaben zu erledigen nach Alter und Geschlecht.....	37

Abbildung 13: Haltung gegenüber der Möglichkeit des Internets, soziale Kontakte aufrecht zu erhalten nach Alter und Geschlecht.....	37
Abbildung 14: Haltung gegenüber der Möglichkeit des Internets, soziale Kontakte aufrecht zu erhalten nach Gesundheit.....	38
Abbildung 15: Haltung gegenüber der Möglichkeit des Telefons, soziale Kontakte aufrecht zu erhalten nach Alter und Geschlecht.....	40
Abbildung 16: Geschlechterverteilung – Bevölkerung Deutschlands 40+ und Stichprobe Corona-Studie 40+ im Vergleich	50
Abbildung 17: Altersgruppenverteilung – Bevölkerung Deutschlands 40+ und Stichprobe Corona-Studie 40+ im Vergleich	51

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Studiendesign im Überblick.....	9
Tabelle 2: Beschreibung der Stichprobe der Corona-Studie (N = 458)	11

EINLEITUNG UND METHODIK

1 Hintergrund und Ziel der Pilotstudie

Angesichts der COVID-19-Pandemie, die plötzliche Veränderungen in vielen Lebensbereichen nach sich zieht, wurde im Forschungsfeld „Alternde Gesellschaften“ an der Fakultät Sozialwissenschaften der Technischen Universität (TU) Dortmund eine Pilotstudie durchgeführt. Ziel der Pilotstudie „Gesundheit und Unterstützung in Zeiten von Corona“ (kurz: Corona-Studie) war es, Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie sich die COVID-19-Pandemie auf das Gesundheitsverhalten und auf geleistete und erhaltene Unterstützung von Personen im mittleren und höheren Erwachsenenalter auswirkt. Beispielsweise sollte in Erfahrung gebracht werden, inwieweit Menschen in Zeiten der COVID-19-Pandemie Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen, ob informelle soziale Unterstützungsleistungen an andere zu- oder abgenommen haben und inwiefern Personen mit Unterstützungsbedarf (weiterhin) Unterstützung durch ihr soziales Umfeld und professionelle Dienstleister erhalten. Darüber hinaus war von Interesse, wie sich die Pandemie auf Einsamkeit und Lebenszufriedenheit auswirkt und welche Bedeutung Medien wie dem Telefon und Internet bei der Bewältigung von COVID-19-bedingten Problemen zugeschrieben wird. Dabei galt es zu untersuchen, welche Personengruppen in besonderem Maße von den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie betroffen sind. Die zwischen Anfang Mai und Anfang Juli 2020 durchgeführte Befragung sollte dazu beitragen, Herausforderungen, aber auch Chancen, die die COVID-19-Pandemie insbesondere hinsichtlich sozialer Unterstützung und Gesundheit mit sich bringt, aufzuzeigen. Ziel war es, mehr Öffentlichkeit auch für diese Themen zu schaffen. Aus wissenschaftlicher Sicht ging es außerdem darum, offene Fragen sichtbar zu machen, die es in künftigen repräsentativen Studien tiefergehend zu untersuchen gilt.

Ein herzlicher Dank gilt allen Personen, die an der Befragung teilgenommen haben! Danken möchten wir auch den Organisationen, Vereinen, Verbänden und Akteur/innen, die uns bei der Rekrutierung von Teilnehmer/innen unterstützt haben.

Dieser Ergebnisbericht ist wie folgt aufgebaut: Kapitel 2 beinhaltet Informationen zur Methodik, woraufhin die Stichprobe beschrieben wird (Kap. 3). In Kapitel 4 werden Ergebnisse zu allgemeinen Fragen rund um die COVID-19-Pandemie, wie beispielsweise Einschätzungen zur Erkrankungswahrscheinlichkeit (Kap. 4.1) und Einstellungen gegenüber den Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie (Kap. 4.2) dargestellt. Kapitel 5 widmet sich der Frage, inwiefern auf notwendige medizinische Dienstleistungen verzichtet wurde. Kapitel 6 untersucht, ob und wie sich private soziale Unterstützungsleistungen an andere Personen verändert haben. In Kapitel 7 wird aus Sicht derjenigen, die Unterstützung erhalten, beleuchtet, ob sich Unterstützung durch andere im Zuge der COVID-19-Pandemie verändert hat. Den Themen Einsamkeit und Zufriedenheit widmet sich Kapitel 8. In Kapitel 9 werden die Ergebnisse zur Bedeutung von Internet und Telefon in Zeiten der COVID-19-Pandemie dargestellt. Schließlich werden methodische Grenzen der Pilotstudie aufgezeigt

(Kap. 10). Abschließend werden die wesentlichen Ergebnisse zusammengefasst, diskutiert und Schlussfolgerungen abgeleitet (Kap. 11).

2 Methodik

Tabelle 1 gibt einen Überblick über das Studiendesign. Es handelt sich um eine Querschnitterhebung, also eine (zunächst) einmalige Befragung der Teilnehmer/innen zu einem Zeitpunkt. Die Teilnahme war zwischen dem 1. Mai und 1. Juli 2020 möglich. Es wurde ein standardisierter Fragebogen mit vorgegebenen Antwortkategorien eingesetzt. Am Ende der Befragung bestand die Möglichkeit, Anmerkungen in einem Freitextfeld festzuhalten. Die Teilnahme war sowohl über einen Online-Fragebogen als auch über ein telefonisches Interview möglich. Die Befragung richtete sich an Personen im mittleren und höheren Erwachsenenalter, worunter ein Alter ab 40 Jahren verstanden wird. Jüngere Personen wurden aber nicht ausgeschlossen. Die Rekrutierung der Teilnehmenden erfolgte über verschiedene Kanäle (siehe Tabelle 1). Es handelt sich um eine willkürliche Stichprobe und keine repräsentative Erhebung. Inwiefern die Stichprobe mit der ab 40-jährigen Allgemeinbevölkerung Deutschlands vergleichbar ist, wird in Kapitel 3 und im Anhang beschrieben.

Tabelle 1: Studiendesign im Überblick

Erhebungsmethode	<ul style="list-style-type: none"> • Standardisierte Online- und Telefon-Befragung, Querschnitterhebung
Erhebungszeitraum	<ul style="list-style-type: none"> • Mai bis Juli 2020
Inhalte der Befragung	<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine Fragen zur COVID-19-Pandemie • Nutzung medizinischer und gesundheitsbezogener Dienstleistungen • Unterstützung leisten • Unterstützung erhalten • Einsamkeit, Lebenszufriedenheit, Partnerschaft • Kommunikationsmedien: Internet und Telefon • Fragen zur Person (soziodemografische Angaben) • Zeitlicher Rahmen: <i>vor</i> und <i>seit</i> Ausbreitung von COVID-19 in Deutschland
Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Personen im mittleren und höheren Erwachsenenalter
Rekrutierung der Teilnehmenden	<ul style="list-style-type: none"> • Printanzeige in kostenloser Wochenzeitung im Raum Dortmund • Informationsschreiben und Flyer an Multiplikator-Organisationen, Verbände, Vereine (vorwiegend aus dem Ruhrgebiet) • Persönliche und berufliche Netzwerke
Anzahl Fragebögen bzw. Interviews	<ul style="list-style-type: none"> • 458 auswertbare Fragebögen bzw. Interviews, davon <ul style="list-style-type: none"> – 446 Online-Fragebögen (97 %), 12 Telefon-Interviews (3 %) – 413 vollständig (90 %), 45 unvollständig (10 %)

Das Frageprogramm gliederte sich in mehrere thematische Blöcke (siehe Tabelle 1). Einen Schwerpunkt bildeten Fragen zu geleisteter und erhaltener Unterstützung. Die Teilnehmer/innen wurden gebeten, die Fragen zum einen rückblickend für die Zeit *vor* Ausbreitung des Corona-Virus¹ in Deutschland, zum anderen für die Zeit *seit* Ausbreitung des Corona-Virus zu beantworten. Mit der Zeit *vor* Ausbreitung des Corona-Virus war etwa die Zeit *vor Ende Februar 2020* gemeint, *seit* Ausbreitung des Corona-Virus bzw. seit Beginn der COVID-19-Pandemie bezieht sich auf den Zeitraum seit etwa *Anfang März 2020*.

Letztlich konnten die Antworten von 458 Personen ausgewertet werden. Zuvor wurden Fälle ausgeschlossen, bei denen z. B. die Befragung nach den ersten allgemeinen Fragen abgebrochen wurde oder Fälle, die aufgrund der Antworten als unplausibel eingeschätzt wurden. Von den 458 Personen haben 413 Personen (90 %) den Fragebogen bis zum letzten Frageblock beantwortet, 45 Personen (10 %), haben die Befragung zwischendurch beendet. Mit 97 % hat die große Mehrheit online an der Befragung teilgenommen, lediglich 3 % der Befragten haben per Telefon teilgenommen. Detaillierte Informationen zur Methodik befinden sich in der Studienbeschreibung (Quashie et al., 2020).

Die statistische Auswertung erfolgt im vorliegenden Bericht auf deskriptiver Ebene, indem prozentuale Häufigkeiten (gerundet), Mittelwerte und Streuungsparameter (z. B. Standardabweichungen = SD) berechnet werden. Bei allen Angaben von Häufigkeiten werden nur die Antworten herangezogen, die einen gültigen Wert für die entsprechende Frage (also nicht „keine Angabe“) aufweisen.

¹ Im Folgenden wird das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 als Corona-Virus (entsprechend der Formulierung im Fragebogen) oder COVID-19 bezeichnet.

ERGEBNISSE

Die Ergebnisse werden entlang der thematischen Blöcke der Befragung vorgestellt (Kap. 4 bis 8). Vorab erfolgt eine Beschreibung der Stichprobe (Kap. 3), um die Ergebnisse besser einordnen zu können.

3 Beschreibung der Stichprobe

Die 458 Personen, deren Antworten ausgewertet werden können, bilden die Stichprobe der Corona-Studie. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Stichprobe. Eine ausführliche Beschreibung der Stichprobe sowie ein Vergleich mit Daten der amtlichen Statistik, sind dem Anhang zu entnehmen. Das Durchschnittsalter der Befragten liegt bei knapp 58 Jahren. Mit 71 % handelt es sich bei der Mehrheit der Befragten um Frauen. Knapp drei Viertel der Befragten (74 %) wohnen im Zwei- oder Mehrpersonenhaushalt. Gut drei Viertel der Befragten (76 %) verfügen über das Abitur oder die Fachhochschulreife.

Tabelle 2: Beschreibung der Stichprobe der Corona-Studie (N = 458)

Alter (N = 455)	MW = 57,9 Jahre (SD = 11,9), Spannweite: 31 – 91 Jahre	
Geschlecht (N = 454)	weiblich	72 %
	männlich	28 %
Migrationshintergrund (N = 417)	ohne	82 %
	mit	12 %
Haushaltsstruktur (N = 452)	1-Personen-Haushalt	26 %
	2-und-mehr-Personen-Haushalt	74 %
Familienstand (N = 455)	ledig	19 %
	verheiratet oder eingetragene Lebenspartnerschaft	65 %
	geschieden oder Lebenspartnerschaft aufgeboben	10 %
	verwitwet oder eingetragene/r Lebenspartner/in verstorben	6 %
Höchster Schulabschluss (N = 412)	Abitur oder Fachhochschulreife	76 %
	Mittlere Reife, Realschulabschluss oder vergleichbar	17 %
	Hauptschule, Volksschule oder vergleichbar	7 %
Erwerbsbeteiligung (N = 413)	erwerbstätig	61 %
	nicht erwerbstätig	39 %

Anmerkungen: Angaben gerundet; nur gültige Angaben; N = Anzahl, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung.

Der Vergleich mit Daten der amtlichen Statistik (siehe Anhang) zeigt, dass die Stichprobe der Corona-Studie hinsichtlich einiger Merkmale relativ gut mit der Bevölkerung Deutschlands im mittleren und höheren Erwachsenenalter vergleichbar ist. Starke Abweichungen von der Allgemeinbevölkerung zeigen sich vor allem bei der Verteilung des höchsten Schul-

und Berufsbildungsabschlusses und beim Geschlechterverhältnis. Personen mit Haupt- oder Volksschulabschluss und Personen ohne Schulabschluss, mit einer beruflichen Ausbildung sowie Männer wurden mit der Corona-Studie in zu geringem Maße erreicht, wohingegen Personen mit (Fach-)Abitur, mit Hochschulabschluss und Frauen deutlich überrepräsentiert sind. Außerdem sind Personen ab 80 Jahren unterrepräsentiert. Es ist davon auszugehen, dass die Stichprobe über eine vergleichsweise gute Gesundheit und ein überdurchschnittlich hohes Einkommen verfügt. Es handelt sich also um eine selektive Stichprobe zugunsten von Frauen und Personen in einer eher ressourcenreichen Lebenslage. Dieses Phänomen ist auch aus anderen Studien bekannt (Kühne, Kroh, Liebig & Zinn, 2020; Lang, Rupprecht & Martin, 2020; Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, 2020) und muss bei der Ergebnisinterpretation berücksichtigt werden. Zudem besteht die Stichprobe größtenteils aus Personen mit Wohnsitz in NRW und in urbanen Gegenden, was ebenfalls bei der Ergebnisinterpretation zu beachten ist.

4 Allgemeine Fragen zur COVID-19-Pandemie

4.1 Erkrankung an COVID-19 und Einschätzung der Erkrankungswahrscheinlichkeit

Die Teilnehmenden wurden gefragt, ob sie denken, dass das Corona-Virus in ihrer Region besonders häufig auftritt. Fast drei Viertel der Befragten (72 %) verneinen dies. Lediglich 17 % stimmen dieser Aussage zu. Die anderen geben an, es nicht beurteilen zu können. Die Mehrheit (88 %) der Befragten gibt an, sich gut über das Corona-Virus informiert zu fühlen.

Jede/r fünfte Befragte gibt an, eine Person im Umfeld zu haben, die bereits an COVID-19 erkrankt ist. 2 % der Befragten waren bereits selbst an COVID-19 erkrankt. Von den anderen wird die Wahrscheinlichkeit, selbst an COVID-19 zu erkranken, sehr unterschiedlich eingeschätzt. Gut ein Drittel der Befragten (38 %) hält es für (eher) unwahrscheinlich, 29 % der Befragten halten es für (eher) wahrscheinlich und ein Drittel der Befragten (33 %) ist unentschlossen.

Die Gruppe der Befragten, die jemanden kennt, der bereits an COVID-19 erkrankt ist, hält es tendenziell für etwas wahrscheinlicher, selbst zu erkranken. Zwischen Frauen und Männern zeigen sich nahezu keine Unterschiede. Jüngere Befragte halten es im Schnitt für etwas wahrscheinlicher, selbst an COVID-19 zu erkranken als ältere Befragte. Beispielsweise geben von den 40- bis 49-Jährigen 38 % an, dass sie es für (eher) wahrscheinlich halten, an COVID-19 zu erkranken, während dies 25 % von den 60- bis 69-Jährigen und von den 70- bis 79-Jährigen nur 13 % angeben. Dies könnte dadurch zu erklären sein, dass Personen im erwerbsfähigen Alter mehr Kontakt zu anderen Menschen haben und daher das eigene Infektionsrisiko als höher einschätzen. Dass die Gruppe der 70- bis 79-Jährigen es für weniger wahrscheinlich hält, selbst zu erkranken, könnte auch auf die vergleichsweise gute subjektive Gesundheit der Befragten im Alter zwischen 70 und 79 Jahren zurückzuführen sein.

Befragte mit mehreren chronischen Krankheiten halten es im Schnitt für etwas wahrscheinlicher an COVID-19 zu erkranken als Personen mit einer oder keiner chronischen Krankheit. So geben 34 % der Befragten mit mehreren chronischen Krankheiten an, dass sie es für (eher) wahrscheinlich halten, an COVID-19 zu erkranken, während dies von den Befragten mit einer oder keiner chronischen Krankheit rund 28 % angeben.

Im Falle einer Infektion halten 27 % der Befragten einen schweren Krankheitsverlauf für (eher) wahrscheinlich. Dabei zeigen sich Altersunterschiede. Je älter die Befragten, desto eher halten sie einen schweren Krankheitsverlauf für wahrscheinlich. Zudem halten Männer einen schweren Verlauf im Schnitt für wahrscheinlicher als Frauen. Auch Befragte mit chronischen Krankheiten erwarten eher einen schweren Verlauf als Personen ohne chronische Krankheiten: Von den Befragten mit mehreren chronischen Krankheiten gehen 54 % im Falle einer COVID-19-Infektion von einem schweren Krankheitsverlauf aus, während von den Befragten ohne chronische Krankheiten nur 12 % einen schweren Verlauf für (eher) wahrscheinlich halten.

4.2 Einstellung gegenüber den Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie

Es wurden verschiedene Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie eingeführt, wobei sich die konkreten Maßnahmen zum Zeitpunkt der Befragung je nach Bundesland unterschieden. Zwischen dem 15. und 19. März wurde das öffentliche Leben in allen Bundesländern bis auf Lebensmittelgeschäfte, Banken, Apotheken und Drogerien komplett stillgelegt (Land NRW, 2020a). Am 22. März 2020 wurde zusätzlich ein Kontaktverbot in allen Ländern ausgesprochen. Im öffentlichen Raum waren ab diesem Zeitpunkt nur noch Treffen von zwei Personen aus unterschiedlichen Haushalten erlaubt (Bundesregierung, 2020a). Ende April wurde in allen Bundesländern die Maskenpflicht eingeführt. Wo genau eine Mund-Nasen-Bedeckung getragen werden musste, unterschied sich anfangs noch in den Bundesländern. In NRW galt das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung beim Einkaufen und im ÖPNV sowie auf Wochenmärkten und in Arztpraxen (Bundesregierung, 2020b; Land NRW, 2020b). Anfang Mai 2020 wurden die Maßnahmen des öffentlichen Lebens gelockert. In NRW wurden Schulen und Kindertagesstätten schrittweise wieder geöffnet. Eine Woche später durften auch Lokale und Restaurants sowie Handel und Dienstleistungsgeschäfte unter strengen Hygieneauflagen öffnen (Land NRW, 2020c). Mitte Juni wurden in NRW dann weitere Lockerungen im Bereich der Freizeitgestaltung eingeführt. Lockerungen waren im Bereich der Veranstaltungen, privaten Feste, Erholungs- und Freizeiteinrichtungen und sportlichen Aktivitäten zu finden (Land NRW, 2020d).

Der Großteil der Befragten (85 %) ist der Meinung, dass alle staatlichen Maßnahmen getroffen werden, um das Corona-Virus zu bekämpfen. Allerdings halten rund 15 % der Befragten die Maßnahmen der Bundesregierung hinsichtlich des Corona-Virus für übertrieben. Die meisten Befragten (82 %) denken, dass Deutschland gut auf das Corona-Virus vorbereitet ist. Im Politbarometer vom 27.03.2020 war ein ähnliches Stimmungsbild erkennbar: 75 % der Befragten halten die Maßnahmen bezüglich der Corona-Krise für richtig. Nur 4 % halten sie für übertrieben und 20 % denken im Gegensatz dazu, dass die Maßnahmen

noch härter ausfallen müssten. Auch die Befragungen Anfang April und Anfang Mai spiegeln diese Meinung wider. Anfang Mai 2020 ist die Mehrheit der Befragten des Politbarometers (81 %) weiterhin mit der Arbeit der Regierung zufrieden (ZDF, 2020a, 2020b, 2020c). Auch die repräsentative SOEP-CoV-Befragung konnte zeigen, dass die Bevölkerung im April und Mai 2020 insgesamt mit dem COVID-19-Krisenmanagement der Regierungen auf Bundes-, Länder- und Kommunalebene zufrieden ist (Kühne et al., 2020, S.15).

5 Nutzung medizinischer Dienstleistungen

Bei gesundheitlichen Beschwerden oder bei Bedarf nach einem Medikament, wenden sich viele Menschen für gewöhnlich an den Hausarzt/die Hausärztin, eine Notfallambulanz oder eine Apotheke. Zudem sind einige Menschen auf therapeutische Behandlungen (z. B. Krankengymnastik, Logopädie, Psychotherapie) angewiesen. Personen mit Seh- oder Hörbeeinträchtigung müssen regelmäßig entsprechende Dienstleister wie Optiker oder Hörgeräteakustiker aufsuchen.

Aufgrund der allgemein geltenden Kontaktbeschränkungen, der Schließung bestimmter Einrichtungen oder aus Angst, sich oder andere mit dem Corona-Virus anzustecken, ist davon auszugehen, dass medizinische Dienstleistungen seltener in Anspruch genommen wurden als sonst üblich. Ob sich die Annahme bestätigen lässt, sollte im Rahmen der Corona-Studie in Erfahrung gebracht werden. Zudem war von Interesse, ob bestimmte Gruppen, z. B. Menschen hohen Alters oder mit chronischen Krankheiten, die sogenannten Risikogruppen, vermehrt auf die Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen verzichten.

Die Teilnehmenden wurden gefragt, ob sie seit der Ausbreitung des Corona-Virus auf notwendige medizinische bzw. gesundheitsbezogene Dienstleistungen verzichtet haben. Von den Befragten, die angaben, dass die Inanspruchnahme der entsprechenden Dienstleistung notwendig gewesen wäre², haben 30 % auf einen Arztbesuch verzichtet, 54 % haben auf medizinische bzw. therapeutische Dienstleistungen wie Physiotherapie, Logopädie, Psychotherapie oder Fußpflege oder verzichtet. 38 % haben darauf verzichtet, einen Optiker, Hörgeräteakustiker oder ein Sanitätshaus aufzusuchen. Auf einen notwendigen Apothekenbesuch hat nur ein geringer Anteil verzichtet (5 %), wobei von den Alleinlebenden jede/r zehnte Befragte auf notwendige Apothekenbesuche verzichtet hat. Hier stellt sich die Frage, ob diese Gruppe dennoch notwendige Medikamente über Angehörige, einen Bringdienst, Online-Bestellung o. ä. erhalten hat (vgl. Kap. 7.2). Hinsichtlich der anderen medizinischen Dienstleistungen zeigen sich allenfalls sehr geringe Unterschiede zwischen alleinlebenden Befragten und Befragten in Mehrpersonenhaushalten.

² Das Aufsuchen einer Arztpraxis sei für 275 Befragte prinzipiell notwendig gewesen, für 191 Befragte sei eine medizinisch-therapeutische Behandlung wie z. B. Physiotherapie, Logopädie, Psychotherapie oder Fußpflege notwendig gewesen, für 132 Befragte das Aufsuchen eines Optikers, Hörgeräteakustikers oder Sanitätshauses und für 369 Befragte das Aufsuchen einer Apotheke.

Bei allen abgefragten Dienstleistungen fällt auf, dass der Anteil derjenigen, die verzichten haben, bei den Frauen etwas höher ist als bei den Männern. Altersgruppenunterschiede zeigen sich lediglich beim Verzicht auf den notwendigen Besuch eines Optikers, Hörgeräteakustikers oder Sanitätshauses. Von den jüngeren Befragten (unter 65-Jährige) haben anteilig etwas mehr auf ebendiese Dienstleistungen verzichtet als von den älteren Befragten (über 65-Jährige). Es könnte sein, dass die Inanspruchnahme solcher Dienstleistungen aufgrund möglicherweise stärkerer sensorischer oder körperlicher Einschränkungen bei den älteren Befragten noch notwendiger oder dringender war als bei den jüngeren Befragten und ein Verzicht mit zu gravierenden Einschränkungen für das Alltagsleben einhergegangen wäre, während jüngere Befragte die fehlende Inanspruchnahme des Optikers oder Hörgeräteakustikers vielleicht eher in Kauf nehmen konnten, da es etwas weniger notwendig war.

Befragte mit mehreren chronischen Krankheiten haben anteilig häufiger auf notwendige Besuche eines Optikers, Hörgeräteakustikers oder Sanitätshauses sowie auf das Aufsuchen einer Apotheke und anteilig weniger auf notwendige Arztbesuche verzichtet als Befragte mit einer oder keiner chronischen Krankheit. Vermutlich waren die Arztbesuche aufgrund der Krankheiten von höherer Notwendigkeit und Wichtigkeit, weshalb diese von den meisten wie üblich in Anspruch genommen wurden, während auf das Aufsuchen von Sanitätshäusern, des Optikers, etc. oder von Apotheken verzichtet werden konnte, um Kontakte zu vermeiden und das Risiko einer Infektion gering zu halten.³

Bildungsunterschiede zeigen sich dahingehend, dass Befragte mit (Fach-)Abitur anteilig häufiger auf notwendige Arztbesuche, dagegen anteilig weniger auf notwendige Besuche eines Optikers, Hörgeräteakustikers oder Sanitätshauses verzichtet haben als Befragte mit Realschulabschluss oder Hauptschulabschluss.⁴ Die Gruppe der Befragten mit Real- oder Hauptschulabschluss, die im Durchschnitt etwas älter ist, ist im Schnitt von mehr chronischen Krankheiten betroffen als die Gruppe der Befragten mit (Fach-)Abitur, was eine Erklärung für die Unterschiede nach dem Bildungsstand sein könnte. Ärztliche Untersuchungen oder Behandlungen waren aufgrund der chronischen Erkrankungen möglicherweise von sehr hoher Notwendigkeit, sodass die meisten hierauf nicht verzichten konnten. Um diese Zusammenhänge vertiefend zu untersuchen, bedarf es zukünftig repräsentativer Erhebungen.

³ Anzumerken ist, dass nicht nach dem konkreten Anlass für die Notwendigkeit die gesundheitsbezogenen Einrichtungen aufzusuchen gefragt wurde. Es wurde lediglich erhoben, ob die Inanspruchnahme solcher Dienstleistungen notwendig gewesen wäre. Diese Einschätzung unterliegt subjektiven Maßstäben.

⁴ Aufgrund der kleinen Stichprobengröße wurde die Gruppe der Befragten mit Mittlerer Reife und Realschulabschluss mit der Gruppe der Befragten mit Haupt-/Volksschulabschluss zusammengefasst.

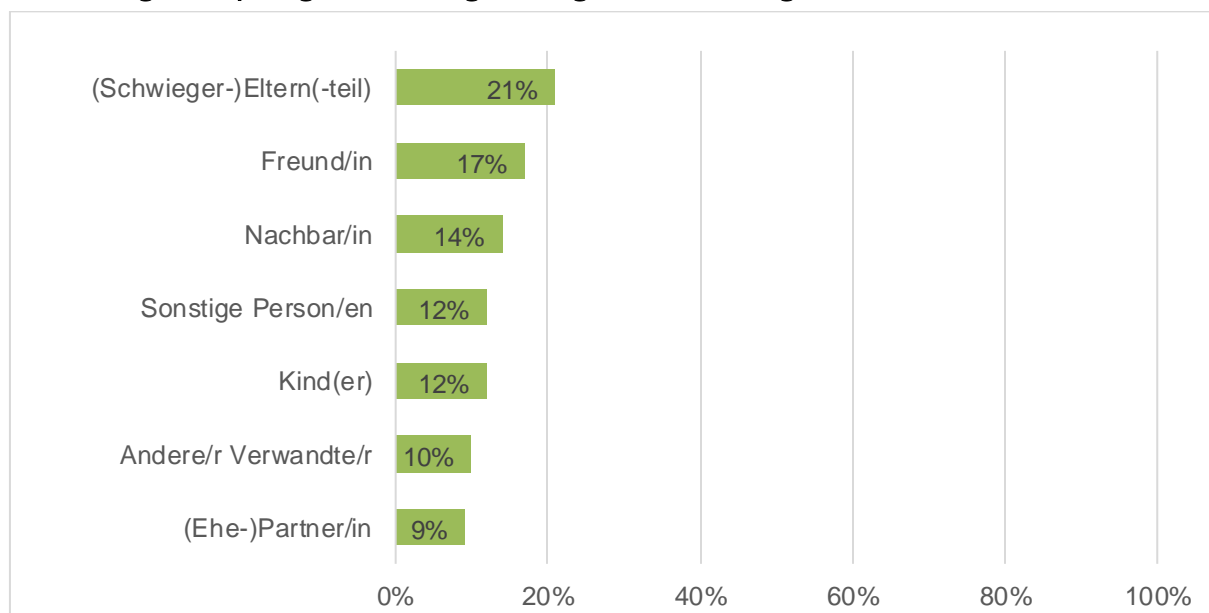
6 Unterstützung leisten

Mit der Pilotstudie sollte in Erfahrung gebracht werden, ob informelle Unterstützung im Zuge der Ausbreitung des Corona-Virus weiterhin geleistet wird und ob Hilfeleistungen zu- oder abgenommen haben. 41 % aller Befragten geben an, dass sie *vor* Ausbreitung des Corona-Virus regelmäßig privat anderen Personen (z. B. pflegebedürftigen Angehörigen, Nachbar/innen, Freund/innen) geholfen haben.⁵ Von den weiblichen Befragten geben dies 42 % an, von den männlichen Befragten sind es mit 38 % anteilig etwas weniger. Aus der Gruppe der Befragten im Alter von 65 Jahren und älter haben 44 % anderen geholfen, während es von den Befragten unter 65 Jahren mit 40 % anteilig etwas weniger waren.

Welche Personengruppen wurden unterstützt und um welche Art von Hilfe handelt es sich dabei?⁶ Wie häufig erfolgte die Unterstützung *vor* Ausbreitung des Corona-Virus und inwiefern hat sich die Häufigkeit der Hilfeleistungen *seit* Ausbreitung des Corona-Virus in Deutschland verändert?

Personengruppen, denen die Befragten *vor* Beginn der COVID-19-Pandemie regelmäßig geholfen haben, sind in erster Linie Eltern und/oder Schwiegereltern, gefolgt von Freund/innen und Nachbar/innen (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: Empfänger/innen regelmäßiger Hilfe vor Beginn der COVID-19-Pandemie



Anmerkungen: Angaben gerundet; nur gültige Angaben; N = 444; N = Anzahl aller Befragten; eigene Berechnung und Darstellung.

⁵ Die Betreuung von Enkelkindern im klassischen Sinne ist hier ausgenommen. Siehe dazu Kapitel 6.9.

⁶ Antwortoptionen bei der Art von Hilfe waren: persönlichen Pflege (z. B. Anziehen, Baden/Duschen), Unterstützung im Haushalt (z. B. Haushaltsaufgaben, Einkaufen, Gartenarbeit), Hilfe bei Schreibarbeiten (z. B. beim Ausfüllen von Formularen, beim Erledigen finanzieller Angelegenheiten) und sonstige Hilfen.

Daneben geben 14 % der Befragten an, dass es Personen gibt, denen sie *erst seit* Ausbreitung des Corona-Virus regelmäßig privat helfen. Auch hier sind es anteilig etwas mehr Frauen (15 %) als Männer (10 %), die anderen helfen, allerdings – anders als bei der regelmäßigen Unterstützung vor Ausbreitung des Corona-Virus – anteilig mehr jüngere als ältere Befragte (bis 64-Jährige: 16 %, ab 65-Jährige: 9 %). Bei den Personengruppen, denen die Befragten *erst seit* Ausbreitung des Corona-Virus regelmäßig helfen, handelt es sich in erster Linie um Nachbarn/innen, gefolgt von (Schwieger-)Eltern.

6.1 Unterstützungsleistungen an die (Schwieger-)Eltern

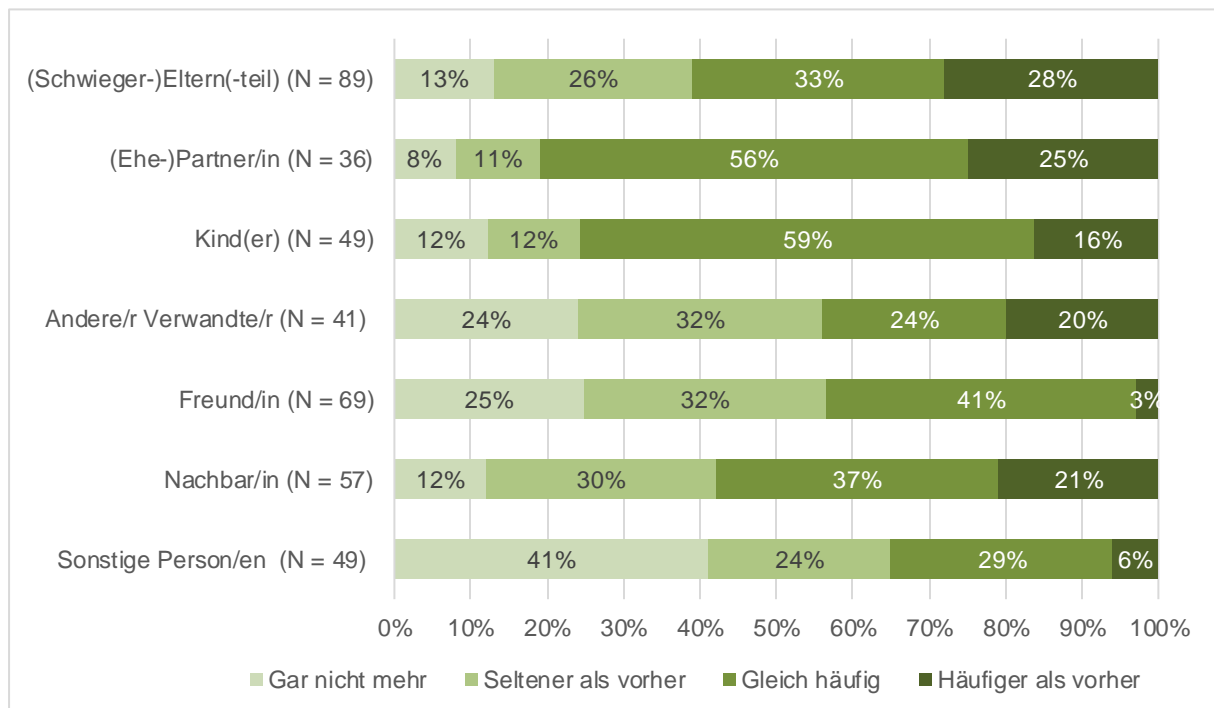
21 % aller Befragten haben ihren Eltern und/oder Schwiegereltern *vor* Ausbreitung des Corona-Virus regelmäßig geholfen. Dabei handelte es sich vor allem um Unterstützung im Haushalt (79 %) wie z. B. Einkaufen, Putzen oder Gartenarbeit, gefolgt von Hilfe bei Schreibarbeiten (43 %) wie z. B. das Ausfüllen von Formularen oder das Erledigen von finanziellen Angelegenheiten, sowie sonstigen Hilfen (39 %), die nicht näher spezifiziert wurden. Unterstützung bei der persönlichen Pflege nimmt nur einen geringen Stellenwert ein: 8 % der Befragten, die ihre (Schwieger-)Eltern vor Beginn der COVID-19-Pandemie regelmäßig unterstützten, haben sie pflegerisch unterstützt, z. B. beim Waschen, Anziehen, Essen, ins Bett legen und Benutzen der Toilette.

Die Häufigkeit der Unterstützung *vor* Beginn der COVID-19-Pandemie ist dabei breit gestreut und reicht vor allem von Unterstützung etwa einmal pro Monat bis hin zu täglicher Unterstützung. Dabei zeigen sich Geschlechterunterschiede: Weibliche Befragte unterstützten ihre (Schwieger-)Eltern häufiger täglich, während männliche Befragte häufiger wöchentlich Unterstützung leisteten.

Knapp ein Drittel der Befragten, die ihre (Schwieger-)Eltern *vor* Ausbreitung des Corona-Virus regelmäßig unterstützten, tun dies *seit* Ausbreitung des Virus genauso häufig wie zuvor (33 %). 28 % helfen häufiger als vorher, 26 % helfen seltener als vorher und 13 % helfen ihren (Schwieger-)Eltern seit Ausbreitung der Virus gar nicht mehr (siehe Abbildung 2).

Daneben gibt es Befragte (5 %), die ihre (Schwieger-)Eltern oder einen Elternteil *erst seit* Ausbreitung des Corona-Virus unterstützen.

Abbildung 2: Personen, denen die Befragten vor der COVID-19-Pandemie regelmäßig privat geholfen haben – Veränderungen seit Beginn der Pandemie



Anmerkungen: Angaben gerundet; nur gültige Angaben; N = Anzahl; andere Verwandte ohne Enkel; andere Personen ohne Kolleg/innen; eigene Berechnungen und Darstellung.

6.2 Unterstützungsleistungen an den (Ehe-)Partner/ die (Ehe-)Partnerin

9 % aller Befragten geben an, dass sie ihren (Ehe-)Partner/ihre (Ehe-)Partnerin *vor* Ausbreitung des Corona-Virus regelmäßig unterstützt haben. Dabei handelte es sich – wie bei der Unterstützung der (Schwieger-)Eltern – vor allem um Hilfe im Haushalt, gefolgt von Unterstützung bei Schreiarbeiten und sonstigen Hilfen. Rund ein Fünftel der Befragten, die ihren Partner/ihre Partnerin regelmäßig unterstützten, halfen bei der persönlichen Pflege. Die Hilfe erfolgte vor allem täglich. Für über die Hälfte ist dies *seit* Ausbreitung des Corona-Virus unverändert. Ein Viertel hilft nun häufiger als vorher, ein Fünftel hilft nun weniger bis gar nicht mehr (siehe Abbildung 2). Daneben gibt es wenige Befragte (1 %), die ihren Partner/ihre Partnerin *erst seit* Ausbreitung des Corona-Virus unterstützen.

6.3 Unterstützungsleistungen an die Kinder

12 % der Befragten haben ihre Kinder *vor* Ausbreitung des Corona-Virus regelmäßig unterstützt. Dabei handelte es sich vor allem um sonstige Formen von Hilfe, die nicht näher spezifiziert wurden, aber auch um Hilfe im Haushalt, bei der persönlichen Pflege sowie bei

Schreibarbeiten.⁷ Es handelt sich vor allem um tägliche oder wöchentliche Unterstützung. Bei der Mehrheit erfolgt die Unterstützung genauso häufig wie vor Beginn der COVID-19-Pandemie. Rund 16 % helfen ihren Kindern nun häufiger und je rund 12 % helfen nun seltener als vorher oder gar nicht mehr (siehe Abbildung 2). Daneben gibt ein geringer Anteil der Befragten (1 %) an, seinem Kind/seinen Kindern *erst seit* Beginn der COVID-19-Pandemie regelmäßig zu helfen.

6.4 Unterstützungsleistungen an andere Verwandte

10 % der Befragten haben andere Verwandte *vor* Ausbreitung des Corona-Virus regelmäßig unterstützt. Dabei handelte es sich vor allem um sonstige Formen von Unterstützung, die nicht näher erhoben wurden, gefolgt von Unterstützung im Haushalt. Die Häufigkeit der Unterstützung *vor* Ausbreitung des Corona-Virus ist dabei breit gestreut und reicht vor allem von eher seltener Unterstützung bis hin zu wöchentlicher Unterstützung. Ein Viertel hilft *seit* Beginn der COVID-19-Pandemie genauso häufig wie zuvor, ein Fünftel hilft den Verwandten nun häufiger als vorher. Knapp ein Drittel hilft nun weniger als vorher und ein weiteres Viertel hilft den Verwandten seit Ausbreitung des Corona-Virus gar nicht mehr (siehe Abbildung 2). Daneben geben einzelne Befragte (1 %) an, dass sie anderen Verwandten *erst seit* Ausbreitung des Corona-Virus regelmäßig helfen.

6.5 Unterstützungsleistungen an Freund/innen

17 % aller Befragten haben *vor* Ausbreitung des Corona-Virus regelmäßig Freund/innen geholfen. Ähnlich wie bei der Gruppe anderer Verwandter handelte es sich auch hier vor allem um sonstige Formen von Unterstützung, gefolgt von Unterstützung im Haushalt. Die Unterstützung erfolgte vor allem wöchentlich, gefolgt von monatlich, in einigen Fällen aber auch täglich oder seltener als einmal pro Monat. In gut 40 % der Fälle erfolgt die Hilfe genauso häufig wie *vor* Ausbreitung des Corona-Virus, nur knapp 3 % helfen nun häufiger als zuvor. Knapp ein Drittel unterstützt den Freund/die Freundin weniger als vorher und ein Viertel leistet keine Hilfe mehr (siehe Abbildung 2). 2 % aller Befragten geben an, dass sie *seit* Ausbreitung von COVID-19 Freund/innen helfen, denen sie vorher nicht geholfen haben.

6.6 Unterstützungsleistungen an Nachbar/innen

14 % aller Befragten haben *vor* Ausbreitung des Corona-Virus regelmäßig Nachbar/innen geholfen. Dabei handelt es sich vor allem um Unterstützung im Haushalt, gefolgt von sonstigen Formen der Hilfe. Die Häufigkeit der Unterstützung reicht vor allem von eher seltener Hilfe bis hin zu wöchentlicher Unterstützung. Von den Befragten, die ihre Nachbar/innen *vor* Ausbreitung von COVID-19 regelmäßig unterstützt haben, helfen 37 % *seit* Ausbreitung des Virus genauso häufig wie zuvor, 21 % helfen häufiger, 30 % helfen seltener als vorher

⁷ Anzumerken ist, dass nicht erfasst wurde, aus welchem Grund die Kinder auf Hilfe angewiesen sind (z. B. junges Alter, Behinderung, Versorgung eigener Kinder bei Berufstätigkeit, etc.).

und 12 % helfen gar nicht mehr (siehe Abbildung 2). Von allen Befragten geben 6 % an, dass sie *seit* Ausbreitung von COVID-19 Nachbar/innen helfen, denen sie vorher nicht geholfen haben.

6.7 Unterstützungsleistungen an sonstige Personen

12 % aller Befragten haben *vor* Ausbreitung des Corona-Virus regelmäßig privat sonstigen Personen, die nicht oben genannt sind, geholfen. Dabei handelt es sich mit großer Mehrheit um sonstige Formen von Unterstützung, wobei nicht näher erfragt wurde, was sich hinter „sonstiger Hilfe“ verbirgt. Denkbar wäre z. B. emotionale Unterstützung durch Gespräche im Rahmen einer ehrenamtlichen Tätigkeit. In einigen Fällen wird auch Unterstützung bei Schreibarbeiten, im Haushalt oder bei der persönlichen Pflege geleistet. Die Häufigkeit der Unterstützung sonstiger Personen *vor* Ausbreitung des Virus variiert dabei stark und reicht von täglicher Unterstützung bis hin zu Unterstützung seltener als einmal pro Monat. In 29 % der Fälle erfolgt die Hilfe *seit* Beginn der COVID-19-Pandemie genauso häufig wie zuvor, 6 % helfen häufiger, 24 % helfen seltener als vorher und 41 % helfen den Personen *seit* Ausbreitung des Virus gar nicht mehr (siehe Abbildung 2). Nur einzelne Befragte (1 %) geben an, dass sie „sonstigen Personen“ *erst seit* Ausbreitung des Corona-Virus helfen.

6.8 Unterstützung durch Dritte bei der eigenen Unterstützung

Personen, die ihre Angehörigen zum Beispiel aufgrund von Pflegebedarf regelmäßig unterstützen, werden dabei selbst zum Teil durch Dritte, wie z. B. andere Familienmitglieder oder ambulante Pflegedienste unterstützt. Von den Befragten, die anderen Personen regelmäßig privat helfen, werden insgesamt 61 % dabei für gewöhnlich durch Dritte unterstützt, meist durch andere Familienmitglieder, gefolgt von Freund/innen und Nachbar/innen sowie ambulanten Pflegediensten. Auch hier kam es *seit* Ausbreitung des Corona-Virus zum Teil zu Veränderungen, die bei den meisten mit der Ausbreitung des Corona-Virus bzw. den Maßnahmen zur Eindämmung in Zusammenhang stehen.

Bei den Befragten, die bei der Pflege oder Betreuung eines Angehörigen für gewöhnlich durch Familienmitglieder unterstützt werden, zeigt sich ein gemischtes Bild hinsichtlich der Veränderung der Unterstützung: In 43 % dieser Fälle ist die Unterstützung durch Familienmitglieder *seit* Ausbreitung des Virus in etwa gleichgeblieben. In 19 % der Fälle ist die Unterstützung weniger geworden und in 16 % der Fälle ist sie *seit* Beginn der COVID-19-Pandemie weggefallen. In 22 % der Fälle hat die Unterstützung durch Familienmitglieder zugenommen. Die Zunahme an Unterstützung durch andere Familienmitglieder könnte damit zusammenhängen, dass Unterstützung durch andere Dritte (z. B. Tagespflegeeinrichtungen, stundenweise Betreuungskräfte) oftmals weggefallen ist (siehe unten).

Auch bei Befragten, die bei der Versorgung einer anderen Person von Nachbar/innen oder Freund/innen unterstützt wurden, ist die Situation *seit* Ausbreitung von COVID-19 unter-

schiedlich: In knapp der Hälfte dieser Fälle erfolgt *seit* Ausbreitung des Virus weniger Unterstützung, bei gut einem Drittel gab es keine Veränderung und bei knapp einem Fünftel erfolgt nun mehr Unterstützung.

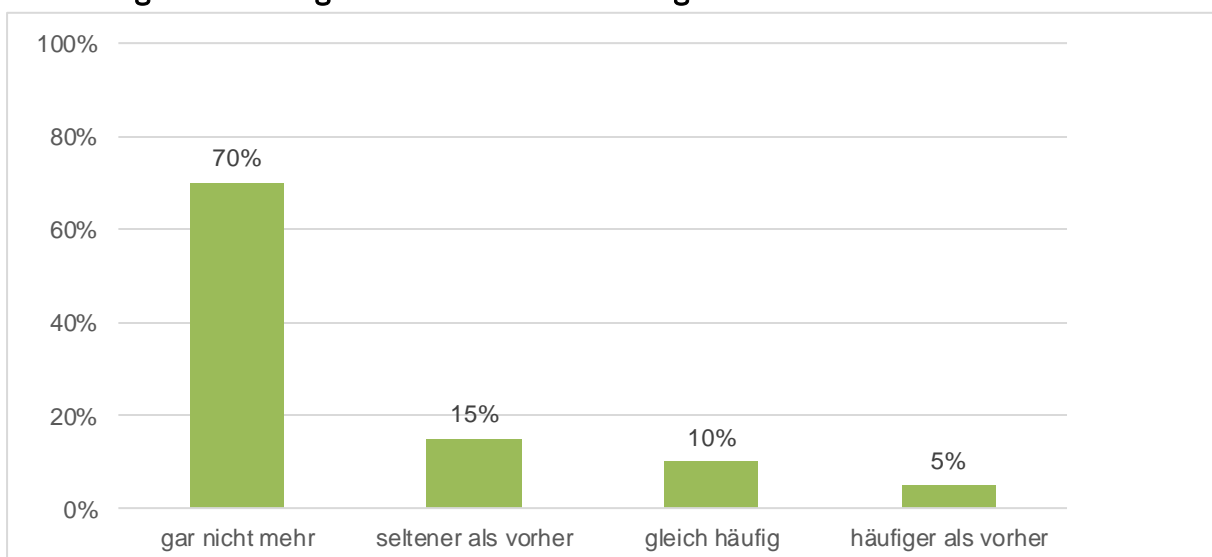
Bei über der Hälfte der Befragten, die einer hilfe- oder pflegebedürftigen Person aus dem privaten Umfeld regelmäßig helfen und dabei für gewöhnlich von einem ambulanten Pflegedienst unterstützt werden, kam es zu keiner Veränderung, bei einem Drittel der Fälle ist die Unterstützung durch den ambulanten Pflegedienst jedoch weggefallen. In einzelnen Fällen kam es zu einer Veränderung dahingehend, dass die Unterstützung entweder abgenommen oder zugenommen hat. In etwa Gleiches zeigt sich für die stundenweise Unterstützung durch eine Betreuungskraft sowie bei der Unterstützung durch eine 24-Stunden-Pflegekraft, welche für gewöhnlich bei der hilfe-/pflegebedürftigen Person wohnt.

Befragte, die einer hilfe- oder pflegebedürftigen Person aus dem Umfeld regelmäßig helfen und dabei von einer Tagespflegeeinrichtung unterstützt werden, können *seit* Ausbreitung von COVID-19 mehrheitlich nicht mehr auf diese Unterstützungsquelle zurückgreifen, in einzelnen Fällen nur noch in reduziertem Maße.

6.9 Betreuung von Enkelkindern

29 % der Befragten haben ein Enkelkind oder mehrere Enkelkinder. Davon haben 71 % *vor* der Ausbreitung des Corona-Virus regelmäßig auf ihr(e) Enkelkind(er) aufgepasst. Die Betreuung erfolgte bei den meisten in wöchentlichem Rhythmus, in einigen Fällen monatlich bis seltener und in einzelnen Fällen (fast) täglich. Mit 70 % gibt die große Mehrheit an, *seit* Ausbreitung des Corona-Virus die Enkelkinder gar nicht mehr zu betreuen.

Abbildung 3: Betreuung von Enkelkindern seit Beginn der COVID-19-Pandemie



Anmerkungen: Angaben gerundet; nur gültige Angaben von Befragten, die vor Ausbreitung von COVID-19 regelmäßig Enkelkinder betreut haben; N = 86; N = Anzahl; eigene Berechnungen und Darstellung.

15 % passen nun seltener als vorher auf die Enkelkinder auf. In 10 % der Fälle hat sich an der Häufigkeit der Betreuung nichts geändert. 5 % betreuen die Enkelkinder nun häufiger als vorher (siehe Abbildung 3).

6.10 Zwischenfazit

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die private Unterstützung, die die Befragten *vor* Ausbreitung des Corona-Virus regelmäßig leisteten, *seit* Beginn der COVID-19-Pandemie zum Teil unverändert blieb. Dies betrifft vor allem die Unterstützung des (Ehe-)Partners/der (Ehe-)Partnerin und der eigenen Kinder (siehe Abbildung 2). Jedoch kam es bei rund 71 % der Befragten, die vor Beginn der Pandemie anderen Personen regelmäßig geholfen haben, seit Ausbreitung des Virus zu einer Veränderung in der Häufigkeit der Hilfeleistungen. Zum Teil hat die Hilfe zugenommen, zum Teil hat sie abgenommen oder erfolgt gar nicht mehr.⁸ Sofern es eine Veränderung gab, handelt es sich zumeist – außer bei der Hilfe des (Ehe-)Partners/der (Ehe-)Partnerin und der Kinder – eher um eine Abnahme als um eine Zunahme, vor allem bei Hilfeleistungen an sonstige Personen, Freund/innen und andere Verwandte, aber auch bei Hilfe gegenüber den Nachbar/innen und (Schwieger-)Eltern. Die meisten Befragten geben an, dass die Zu- oder Abnahme an Hilfe mit der Ausbreitung des Corona-Virus in Zusammenhang steht.

Daneben gibt es einen Teil an Befragten (14 %), der bestimmten Personen *erst seit* Ausbreitung des Corona-Virus hilft. Personen, denen geholfen wird, sind vor allem die (Schwieger-)Eltern und Nachbar/innen. Dabei handelt es sich in erster Linie um Einkaufshilfe, gefolgt von emotionaler Unterstützung in Form von Reden und Zuhören und drittens um das Abholen von Medikamenten, aber auch um andere Formen der Unterstützung.

Eine Zunahme an Unterstützung könnte zum einen damit zusammenhängen, dass von Seiten der Politik und Wohlfahrtsverbänden daran appelliert wurde, ältere und chronisch kranke Personen zu schützen, sodass z. B. Einkäufe vermehrt von Angehörigen oder Nachbar/innen übernommen wurden. Ein anderer Grund kann der Wegfall professioneller oder anderer Unterstützungsquellen (z. B. Tagespflege, stundenweise Betreuungskraft) sein (siehe Kap. 6.8).

Die Betreuung von Enkelkindern wurde in den meisten Fällen seit Ausbreitung des Corona-Virus eingestellt oder reduziert. Dies ist sicherlich auf die eingeführten Kontaktbeschränkungen allgemein zurückzuführen. Darüber hinaus wurde in den Medien und der Öffentlichkeit die Sichtweise propagiert, dass Ältere sich besser schützen und den Kontakt zu Enkelkindern reduzieren sollten. Hier stellt sich die Frage, ob und inwiefern dies zu kurz-, mittel- und langfristigen negativen Folgen für die Großeltern, aber auch ihre Kinder und

⁸ Es ist anzumerken, dass lediglich nach einer Veränderung bei der *Häufigkeit* der Unterstützung gefragt wurde; ob sich die *Intensität* der Hilfe verändert hat, wurde nicht erfasst. Es ist unklar, ob ein Rückgang (oder eine Zunahme) der *Häufigkeit* auch mit einem Rückgang (bzw. einer Zunahme) der *Intensität* verbunden ist, sofern nicht angegeben wurde, dass nun gar keine Hilfe mehr geleistet wird.

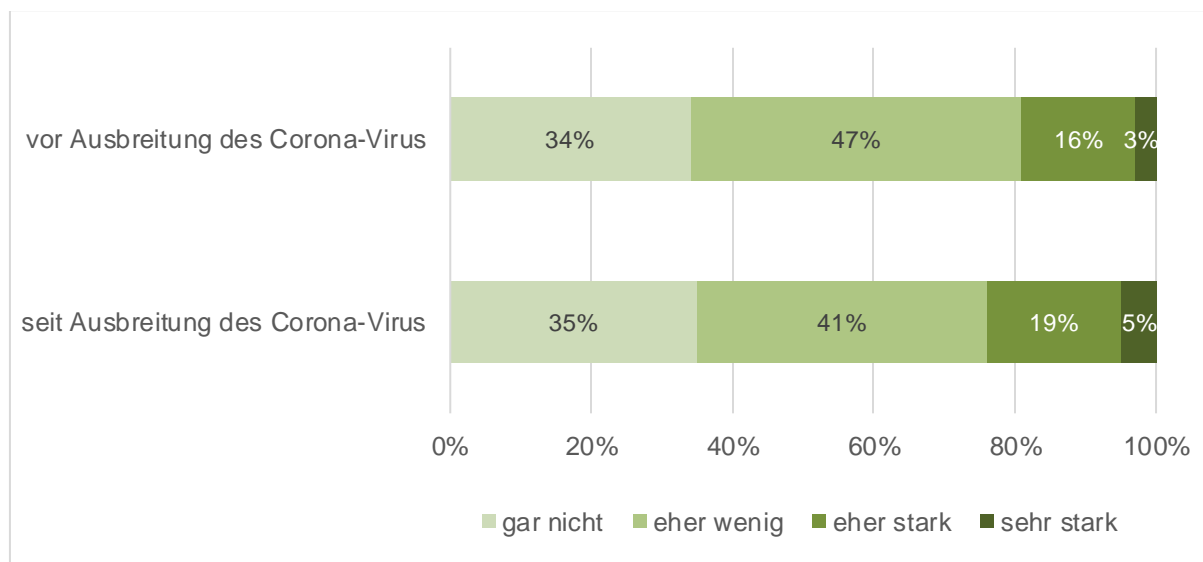
die Enkelkinder geführt hat (z. B. erhöhtes Einsamkeitsempfinden, Stress für Eltern aufgrund reduzierter Unterstützung bei der Kinderbetreuung). Eine Befragte äußert in diesem Zusammenhang als Anmerkung zur Befragung Folgendes:

„In meiner Apotheke hängt ein Schild: ‚Bring Corona nicht zur Oma‘. Ich möchte daneben schreiben: ‚Lass sie lieber an Sehnsucht und Einsamkeit sterben‘.“

6.11 Belastungsempfinden und Unterstützungspotenzial

Befragte, die schon *vor* Ausbreitung von COVID-19 regelmäßig anderen Personen privat geholfen haben, fühlen sich *seit* Beginn der COVID-19-Pandemie im Durchschnitt etwas stärker belastet. So gibt für die Zeit *vor* Ausbreitung des Corona-Virus knapp ein Fünftel an, sich eher stark oder stark belastet zu fühlen, während dies für die Zeit *seit* Ausbreitung des Virus bereits knapp ein Viertel angibt (siehe Abbildung 4).

Abbildung 4: Belastungsempfinden von Befragten, die regelmäßig andere Personen unterstützen



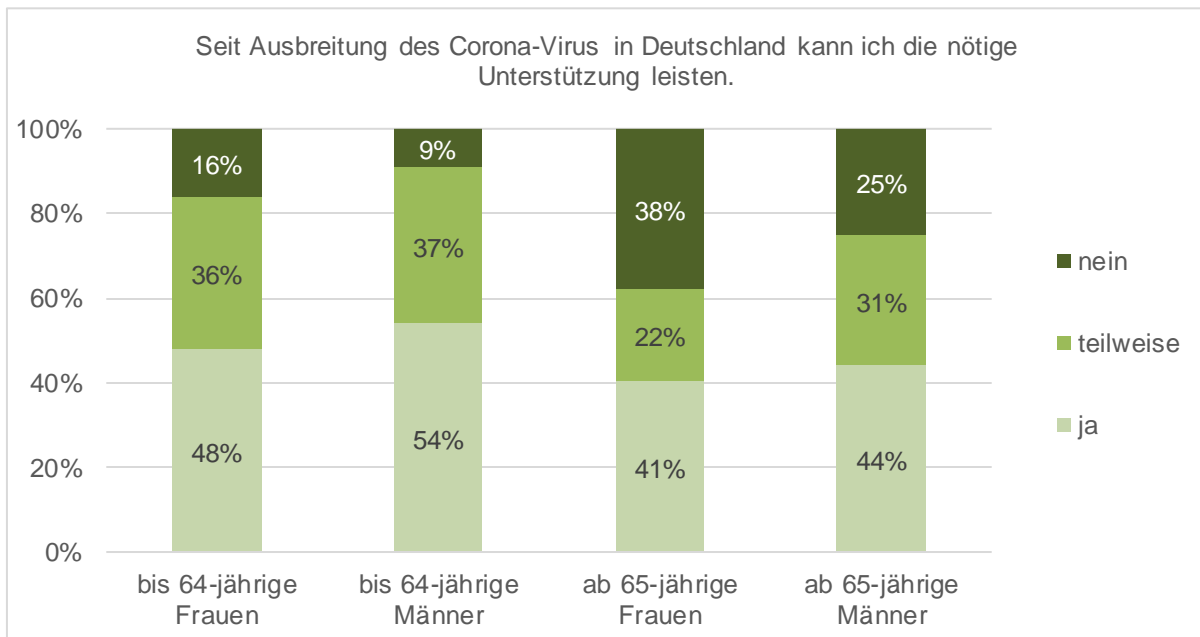
Anmerkungen: Angaben gerundet; nur gültige Angaben von Befragten, die vor Ausbreitung von COVID-19 regelmäßig andere Personen unterstützt haben und Angaben zum Belastungsempfinden für die Zeit vor und seit Ausbreitung des Corona-Virus gemacht haben; N = 149; N = Anzahl; eigene Berechnungen und Darstellung.

Die Teilnehmenden wurden außerdem gefragt, ob sie insgesamt betrachtet *seit* Beginn der COVID-19-Pandemie die nötige Unterstützung leisten können. Von denjenigen, die Unterstützung für andere leisten, gibt knapp die Hälfte an, die notwendige Unterstützung leisten zu können. Ein Drittel könne die notwendige Unterstützung nur zum Teil und knapp ein Fünftel könne die nötige Unterstützung nicht leisten. Über 65-jährige Befragte, und hier vor allem Frauen, geben anteilig am häufigsten an, die nötige Unterstützung nicht leisten zu können (siehe Abbildungen 5).

Der meist genannte Grund, weshalb die nötige Unterstützung laut der Befragten nicht oder nur zum Teil geleistet werden kann, ist die Angst der Befragten, die Hilfeempfänger/innen anzustecken, gefolgt von der Aussage, die Hilfeempfänger/innen haben Angst, sich selbst

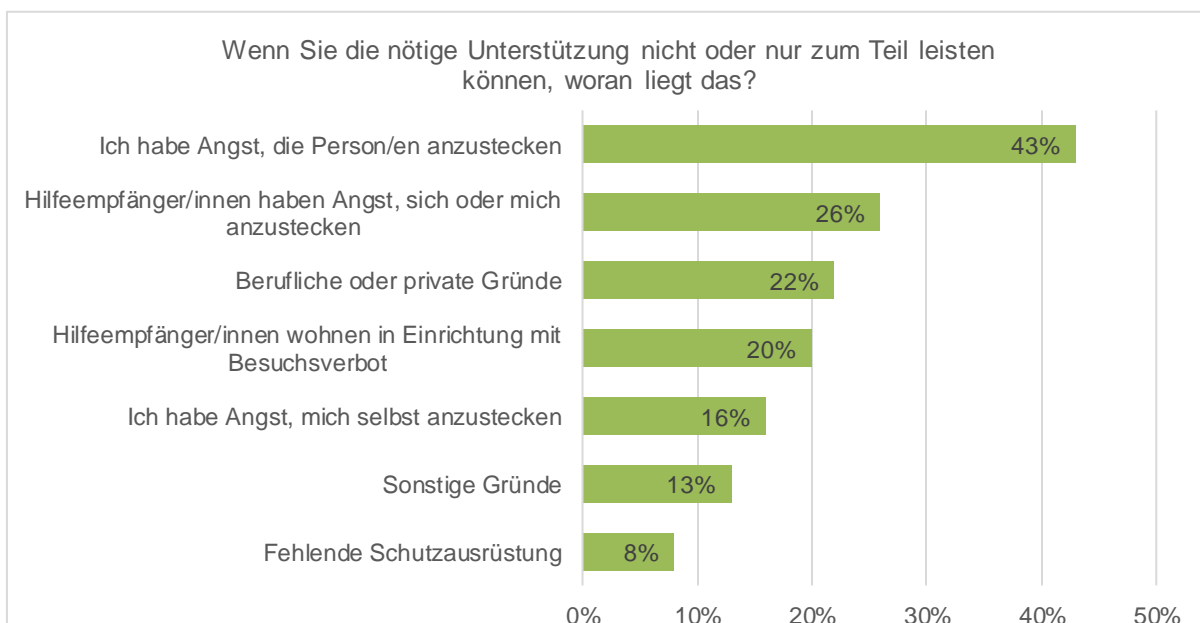
oder die Befragten anzustecken. Berufliche oder private Gründe werden am dritthäufigsten genannt. Jede/r fünfte Befragte, der/die angibt, die nötige Unterstützung nicht oder nur zum Teil leisten zu können, nennt als Grund, dass die Angehörigen bzw. die Hilfeempfänger/innen in einer Einrichtung (z. B. Pflegeheim) wohnen, in der Besuchsverbot herrscht (siehe Abbildung 6).

Abbildung 5: Selbsteingeschätztes Unterstützungspotenzial seit Beginn der COVID-19-Pandemie nach Alter und Geschlecht



Anmerkungen: Angaben gerundet; nur gültige Angaben von Befragten, auf die das prinzipiell zutrifft; N = 219; N = Anzahl; eigene Berechnungen und Darstellung.

Abbildung 6: Gründe für geringeres Unterstützungspotenzial



Anmerkungen: Angaben gerundet; Mehrfachangaben möglich; nur gültige Angaben von Befragten, die angaben, die nötige Unterstützung nicht oder nur zum Teil leisten können; N = 114; N = Anzahl; eigene Berechnungen und Darstellung.

Eine Befragte, deren pflegebedürftiger Partner in einem weiter entfernten Pflegeheim lebt, den sie vor Ausbreitung des Corona-Virus zweimal pro Woche für mehrere Stunden besucht hat, schildert ihre Situation und Empfindung im Freitextfeld wie folgt:

„[...] Durch das Besuchsverbot entfallen nun diese Besuche bzw. sind derzeit auf 20 min 1 x pro Woche eingeschränkt. Dadurch sinkt zwar meine zeitliche Belastung, aber die psychische Begleitung ist schwieriger geworden, da mein Partner (stärker noch als ich) unter der Isolation leidet. Erleichternd ist, dass wir seit Beginn der Coronapandemie Skype installiert haben und es nun endlich auch nutzen können, nachdem jemand im Heim meinen Partner eingewiesen hat.“

An diesem Beispiel wird auch deutlich, welche Rolle der Einsatz von digitaler Technik im Zuge der COVID-19-Pandemie spielen kann. Auf die Bedeutung des Internets wird in Kapitel 9.2 näher eingegangen.

7 Unterstützung erhalten

7.1 Unterstützung erhalten vor und seit Beginn der COVID-19-Pandemie

Die Teilnehmenden wurden auch gefragt, ob sie *vor* der Ausbreitung des Corona-Virus Unterstützung durch andere erhalten haben, und wenn ja, durch welche Personengruppen die Hilfe erfolgte, um welche Art von Unterstützung es sich handelte, wie häufig die Hilfe erfolgte und ob sich daran seit Ausbreitung von COVID-19 etwas verändert hat. Zudem wurde erhoben, ob es Personen gibt, von denen die Befragten *erst seit* Ausbreitung von COVID-19 Hilfe bekommen.

14 % aller Befragten geben an, Unterstützung durch andere *vor* Ausbreitung des Corona-Virus erhalten zu haben, vor allem durch den (Ehe-)Partner/die (Ehe-)Partnerin, die Kinder und Freund/innen oder Bekannte. Dabei handelte es sich vor allem um Hilfe im Haushalt, in einigen Fällen um sonstige Hilfe, wobei hier nicht nachgefragt wurde, um welche Form der Hilfe es sich genau handelte.

6 % aller Befragten wurden *vor* Ausbreitung von COVID-19 regelmäßig von ihrem (Ehe-)Partner/ihrer (Ehe-)Partnerin unterstützt. Die Unterstützung erfolgte zumeist täglich, gefolgt von wöchentlicher Hilfe. Die Mehrheit dieser Befragten erhält *seit* Ausbreitung des Corona-Virus genauso viel Unterstützung von ihrem Partner/ihrer Partnerin wie zuvor. In den anderen Fällen hat die Hilfe zugenommen, abgenommen oder ist weggefallen.

6 % aller Befragten wurden *vor* Ausbreitung des Corona-Virus regelmäßig von ihren Kindern unterstützt. Die Häufigkeit der Unterstützung reichte bei dieser Gruppe von täglicher Unterstützung bis zu Hilfe seltener als einmal pro Monat. Die Hälfte dieser Befragten erhält *seit* Beginn der COVID-19-Pandemie genauso viel Unterstützung von den Kindern wie zuvor. In gut einem Viertel der Fälle hat die Hilfe zugenommen, bei dem anderen Viertel hat die Hilfe durch die Kinder abgenommen oder erfolgt gar nicht mehr.

5 % aller Befragten wurden *vor* Ausbreitung von COVID-19 regelmäßig von Freund/innen oder Bekannten unterstützt. Die Häufigkeit der Unterstützung reichte bei dieser Gruppe meist von wöchentlicher Hilfe bis zu Hilfe seltener als einmal pro Monat. In den meisten Fällen hat die Hilfe durch Freund/innen oder Bekannte *seit* Ausbreitung von COVID-19 abgenommen oder ist weggefallen. In einigen Fällen erfolgt die Hilfe genauso häufig wie zuvor und in einzelnen Fällen erhalten die Befragten häufiger Hilfe von Freund/innen als vorher.

4 % aller Befragten wurden *vor* Ausbreitung des Corona-Virus regelmäßig von Nachbar/innen unterstützt. Die Häufigkeit der Unterstützung reichte bei dieser Gruppe von täglicher Unterstützung bis zu Hilfe seltener als einmal pro Monat. In den meisten Fällen erfolgt die Hilfe durch Nachbar/innen *seit* Ausbreitung des Corona-Virus genauso häufig wie zuvor. In vielen Fällen hat sie aber auch abgenommen oder erfolgt derzeit gar nicht mehr. Es gibt aber auch Fälle, in denen die Befragten nun häufiger als vorher Hilfe von den Nachbar/innen erhalten.

Befragte, die Hilfe durch die Eltern oder Schwiegereltern erhalten haben, können *seit* Ausbreitung von COVID-19 nicht mehr darauf zurückgreifen oder nur noch in geringerem Maße. Ähnliches gilt für Hilfe durch die Enkelkinder. Bei Hilfe durch andere Verwandte fällt das Ergebnis gemischter aus. Hier erfolgt die Unterstützung bei der Hälfte nun öfter, die anderen erhalten entweder gleich häufig, seltener oder gar keine Hilfe durch andere Verwandte mehr.

Hilfe durch eine Putzkraft oder Haushaltshilfe erfolgt *seit* Ausbreitung von COVID-19 entweder gar nicht mehr oder genauso häufig wie vorher. Hilfe durch eine/n Therapeut/in oder Berater/in erfolgt entweder genauso häufig wie vorher oder seltener als vorher bis gar nicht mehr. Hilfe durch Kolleg/innen hat bei den meisten eher abgenommen. Zwei Befragte geben an, vor Beginn der COVID-19-Pandemie monatlich Hilfe durch eine/n Pfarrer/in, Priester oder andere/r Geistliche/r erhalten zu haben. In beiden Fällen erfolgt diese Hilfe seit Beginn der Pandemie nicht mehr.

6 % aller Befragten geben an, dass es bestimmte Personen gibt, von denen sie *erst seit* Ausbreitung des Corona-Virus Hilfe bekommen. Diese „neue“ Hilfe erfolgt vor allem durch die Kinder, Freund/innen oder Nachbar/innen. Dabei handelt es sich vor allem um Einkaufshilfe, aber auch um emotionale Hilfe in Form von Zuhören und Reden, in einigen Fällen auch um Unterstützung bei der Kinderbetreuung oder um andere Hilfe.

Es zeigt sich also ein gemischtes Bild: In vielen Fällen erfolgen Hilfeleistungen genauso häufig wie vor Ausbreitung des Corona-Virus, in vielen Fällen kam es aber auch zu einer Abnahme bis hin zum Wegfall der Hilfe. Allerdings gibt es auch Fälle, in denen Hilfeleistungen häufiger erfolgen oder in denen Befragte von bestimmten Personen *erst seit* Beginn der COVID-19-Pandemie Hilfe bekommen.

7.2 Fehlende Unterstützung

Um Aussagen darüber treffen zu können, wie die Befragten die Situation empfinden, wurden sie gebeten anzugeben, ob sie *seit* Beginn der Corona-Pandemie genügend Unterstützung erhalten. Von denjenigen, auf die das prinzipiell zutrifft, gibt knapp die Hälfte an (48 %), genügend Unterstützung zu erhalten. 30 % haben den Eindruck, nur zum Teil genug Unterstützung zu erhalten und 22 % geben an, nicht genügend Unterstützung zu erhalten. Auffällig ist, dass über 65-jährige Frauen überdurchschnittlich häufig angeben, dass sie genügend Unterstützung erhalten (63 %), während die anderen Gruppen (unter 65-jährige Frauen, Männer über und unter 65 Jahren) anteilig häufiger angeben, nicht genügend Unterstützung zu erhalten. Von den alleinlebenden Befragten haben weniger das Gefühl, nicht genug Unterstützung zu erhalten (13 %), während von den Befragten im Zwei-/Mehrpersonenhaushalt anteilig mehr den Eindruck haben, nicht genügend Unterstützung zu erhalten (25 %). Dies könnte damit zu erklären sein, dass Befragte im Mehrpersonenhaushalt eher Kinder im Kita- oder Schulalter haben, die aufgrund der Schließung von Kindertagesstätten und Schulen von den Eltern zu Hause betreut und unterstützt werden mussten und es hierfür zum Teil keine expliziten Unterstützungsmaßnahmen gab.

Befragte, die auf mindestens eine medizinische Dienstleistung wie z. B. auf Arztbesuche, auf Therapien oder auf den Besuch eines Hörgeräteakustikers verzichtet haben, geben anteilig etwas häufiger an, nicht genügend (28 %) oder nur zum Teil (34 %) die notwendige Unterstützung zu erhalten. Von den Befragten, die auf notwendige Apothekenbesuche verzichtet haben, geben sogar 40 % an, nicht genügend Unterstützung zu erhalten; weitere 30 % geben an, notwendige Unterstützung nur zum Teil zu erhalten.

Die Befragten, denen *seit* Ausbreitung von COVID-19 weniger oder nicht genügend Unterstützung zur Verfügung steht, wurden nach den Gründen gefragt. Bei einem Fünftel der Fälle liegt es daran, dass die Institutionen, von denen die Befragten üblicherweise unterstützt werden, pandemiebedingt geschlossen haben. Dazu können sowohl Schulen als auch Kindertagesstätten sowie Tagespflegeeinrichtungen zählen. Ebenfalls ein Fünftel gibt an, Angst zu haben, sich selbst oder die anderen anzustecken und deshalb auf die Unterstützung durch andere zu verzichten. 15 % geben an, dass die Personen, die sonst Hilfe leisten, das strikte Kontaktverbot befolgen. Vereinzelt werden auch andere Gründe genannt, wie z. B., dass die Helfer/innen zu weit entfernt wohnen, nicht zu wissen, an wen man sich wenden soll oder pandemiebedingte finanzielle Schwierigkeiten, so dass sich die Betroffenen die Hilfe nicht mehr leisten können. Dies sind jedoch nicht die zentralen Gründe. So geben über 30 % der Befragten, die nicht genügend Unterstützung erhalten, an, dass es an sonstigen Gründen liegt, die aber nicht näher erfragt wurden.

Es wurde außerdem erhoben, ob die Befragten seit Beginn der COVID-19-Pandemie Betreuungsprobleme mit jüngeren und älteren Angehörigen haben. Von den Befragten, auf die das prinzipiell zutrifft, haben über 42 % Betreuungsprobleme mit jüngeren Angehörigen und knapp ein Drittel mit älteren Angehörigen. Diese Befragten geben überdurchschnittlich häufig an, dass sie nicht genügend Unterstützung erhalten.

Das Gefühl, nicht genügend Unterstützung zu erhalten, könnte aus Mehrfachbelastungen resultieren, wie aus der folgenden Anmerkung einer Befragten deutlich wird:

„Analoges Einkaufen unter den Corona-Bedingungen ist eine große zeitliche und psychische Belastung, die vor allem Frauen schultern. Zuständigkeit für Haushalt, schwerbehinderte Angehörige/Schulkinder und gleichzeitig Home-Office belastet insbesondere Frauen.“

8 Einsamkeit und Zufriedenheit

Probleme in der Betreuung von Kindern oder anderen Angehörigen aufgrund geschlossener Schulen, Kindertagesstätten, Tagespflege- und anderen Einrichtungen, die Gefährdung des Arbeitsplatzes und damit verbundene finanzielle Sorgen sowie Kontaktbeschränkungen und weitere Einschränkungen können sich auf die Lebenszufriedenheit auswirken. Aufgrund der Maßnahmen ist außerdem davon auszugehen, dass es zu erhöhtem Einsamkeitsempfinden kommt.

8.1 Einsamkeit

Das Erleben von Einsamkeit wurde mit den folgenden drei standardisierten Fragen erfasst (Russell, 1996):

- Wie häufig vermissen Sie Gesellschaft?
- Wie häufig haben Sie das Gefühl, am Rande zu stehen?
- Wie häufig fühlen Sie sich isoliert von anderen?

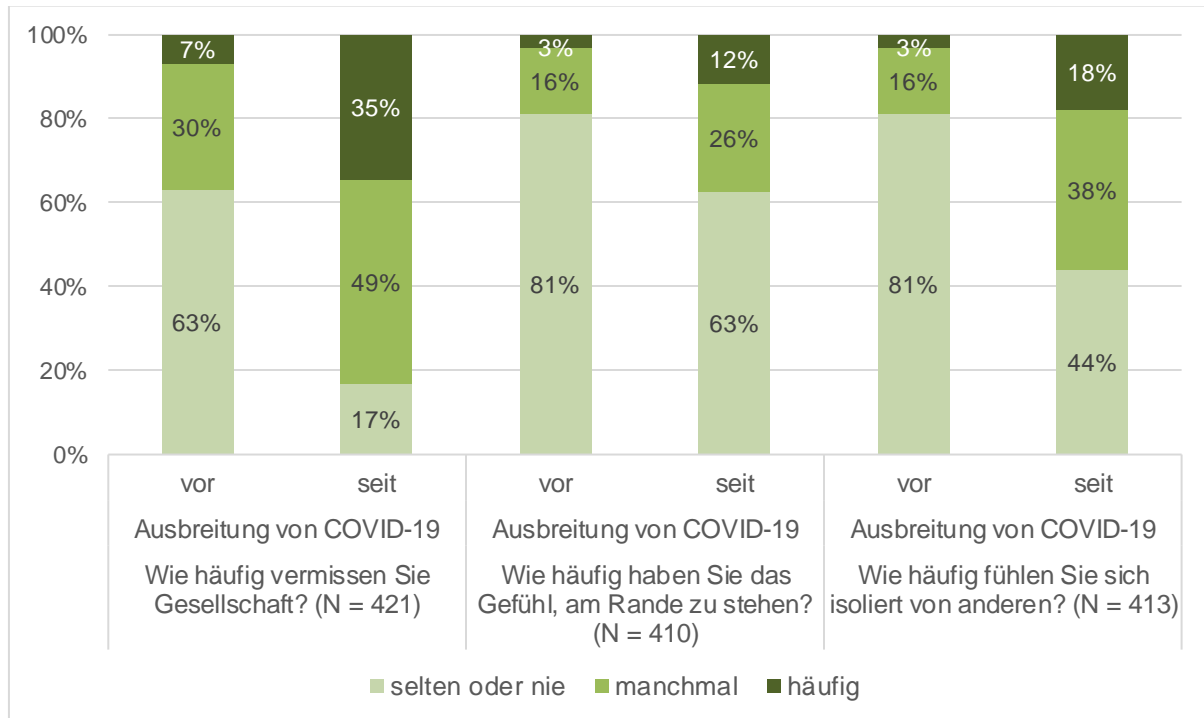
Die Antwortoptionen lauteten „häufig“, „manchmal“ und „selten oder nie“.

Auch hier wurden die Befragten gebeten, die Fragen retrospektiv für die Zeit *vor* Ausbreitung von COVID-19 zu beantworten sowie für die Zeit *seit* Ausbreitung des Corona-Virus.

Es zeigt sich, dass Gefühle von Einsamkeit *seit* Ausbreitung des Corona-Virus zugenommen haben (siehe Abbildung 7). Es fällt vor allem auf, dass *seit* Ausbreitung des Virus ein im Vergleich zu der Zeit *vor* Ausbreitung des Virus hoher Anteil an Befragten häufig Gesellschaft vermisst (35 % seit Ausbreitung vs. 7 % vorher, siehe Abbildung 7 links).

Aber auch ein nicht geringer Teil der Befragten (18 %) fühlt sich *seit* Ausbreitung des Corona-Virus häufig von anderen isoliert. Für die Zeit *vor* Ausbreitung des Virus geben dies nur 3 % der Befragten an (siehe Abbildung 7, rechts).

Abbildung 7: Einsamkeitsempfinden vor und seit Ausbreitung von COVID-19



Anmerkungen: nur gültige Angaben; Angaben gerundet; N = Anzahl; eigene Berechnungen und Darstellung.

8.1.1 Einsamkeit nach Alter und Geschlecht

Dass für die Zeit *seit* Ausbreitung von COVID-19 anteilig mehr Befragte angeben, häufiger als zuvor Gesellschaft zu vermissen, häufiger das Gefühl zu haben, am Rande zu stehen, und sich häufiger von anderen isoliert zu fühlen, zeigt sich fast durchweg in allen Alters- und Geschlechtergruppen. Auf Frauen trifft dies stärker zu als auf Männer.

Während in der Gruppe der *unter 65-jährigen* Befragten für die Zeit *vor* Ausbreitung von COVID-19 anteilig etwas mehr Männer als Frauen angeben, häufig Gesellschaft vermisst zu haben (8 % vs. 6 %), kehrt sich dieses Bild für die Zeit *seit* Ausbreitung von COVID-19 um und der Geschlechterunterschied ist sogar größer: So geben für die Zeit *seit* Ausbreitung des Corona-Virus 27 % der unter 65-jährigen Männer und 37 % der unter 65-jährigen Frauen an, häufig Gesellschaft zu vermissen. Bei beiden Geschlechtern erhöht sich für die Zeit *seit* Ausbreitung des Virus außerdem der Anteil an Befragten, die angeben, *manchmal* Gesellschaft zu vermissen (von rund 30 % auf circa 50 %). Bei dieser Antwortoption („manchmal“) zeigen sich nur geringfügige Geschlechterunterschiede.

Von den *ab 65-jährigen* Befragten haben *vor* Ausbreitung des Virus von den Frauen 8 % häufig und 28 % manchmal Gesellschaft vermisst, von den Männern haben 5 % häufig und 41 % manchmal Gesellschaft vermisst. *Seit* Ausbreitung des Virus vermissen von den ab 65-jährigen Frauen 39 % häufig Gesellschaft und 48 % manchmal. Von den ab 65-jährigen Männern vermissen *seit* Ausbreitung des Virus 27 % häufig Gesellschaft und 52 % manchmal.

Ein Grund für die Geschlechterunterschiede könnte darin liegen, dass der Anteil der Alleinlebenden, die aufgrund der Kontaktbeschränkungen in besonderem Maße von einer Zunahme an Einsamkeit betroffen sind (siehe Kap. 8.1.2), bei den Frauen höher ist als bei den Männern. Der Anteil der Alleinlebenden ist in der Stichprobe bei den Frauen (27 %) allerdings nur etwas höher als bei den Männern (24 %), so dass die sich die Vermutung hier nicht bestätigen lässt. Die weiblichen Befragten leiden anteilig häufiger an chronischen Krankheiten (49 %) als die männlichen Befragten (40 %). Und da von den Befragten mit chronischen Krankheiten seit Ausbreitung von COVID-19 ein vergleichsweise hoher Anteil häufig von Einsamkeit betroffen ist (siehe Kap. 8.1.3), könnte dies eine Erklärung für die Geschlechterunterschiede sein. Denkbar ist aber auch, dass die Unterschiede auf unterschiedliches Antwortverhalten von Frauen und Männern zurückzuführen sind.

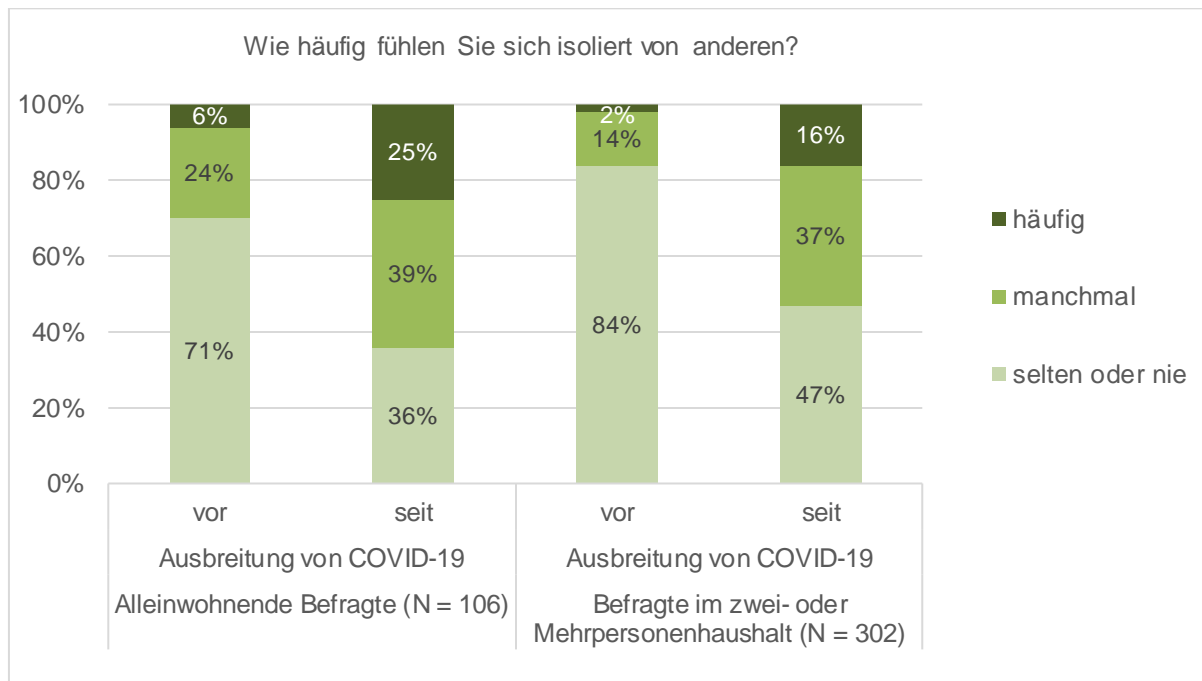
8.1.2 Einsamkeit bei alleinwohnenden Befragten

Die Haushaltsform hat einen deutlichen Einfluss auf das Einsamkeitsempfinden. Befragte, die alleine wohnen, geben bereits für die Zeit *vor* Ausbreitung des Corona-Virus zu höheren Anteilen als Befragte im Zwei- oder Mehrpersonenhaushalt an, häufig Gesellschaft vermisst zu haben (10 % vs. 5 %), häufig, das Gefühl gehabt zu haben, am Rande zu stehen (7 % vs. 2 %), und sich häufig isoliert gefühlt zu haben (6 % vs. 2 %).

Sowohl alleinwohnende als auch nicht alleinwohnende Befragte berichten für die Zeit seit Beginn der COVID-19-Pandemie anteilig häufiger von Gefühlen der Einsamkeit. Die Gruppe der Alleinwohnenden nimmt jedoch zu höheren Anteilen häufig Gefühle der Einsamkeit wahr als diejenigen, die nicht alleine wohnen.

Für die Zeit *seit* Beginn der COVID-19-Pandemie gibt fast die Hälfte der alleinwohnenden Befragten an (46 %), häufig Gesellschaft zu vermissen, während es von den Befragten im Zwei-/Mehrpersonenhaushalt knapp ein Drittel angibt (31 %). Zudem gibt für die Zeit *seit* Ausbreitung von COVID-19 jede/r vierte alleinwohnende Befragte (25 %) an, sich häufig isoliert zu fühlen, während dies von den Befragten im Zwei- oder Mehrpersonenhaushalt 16 % angeben (siehe Abbildung 8).

Abbildung 8: Gefühl der Isolation vor und seit Ausbreitung von COVID-19 – Alleinwohnende Befragte und Befragte im Zwei-/Mehrpersonenhaushalt im Vergleich



Anmerkungen: nur gültige Angaben; Angaben gerundet; n = Anzahl; eigene Berechnungen und Darstellung.

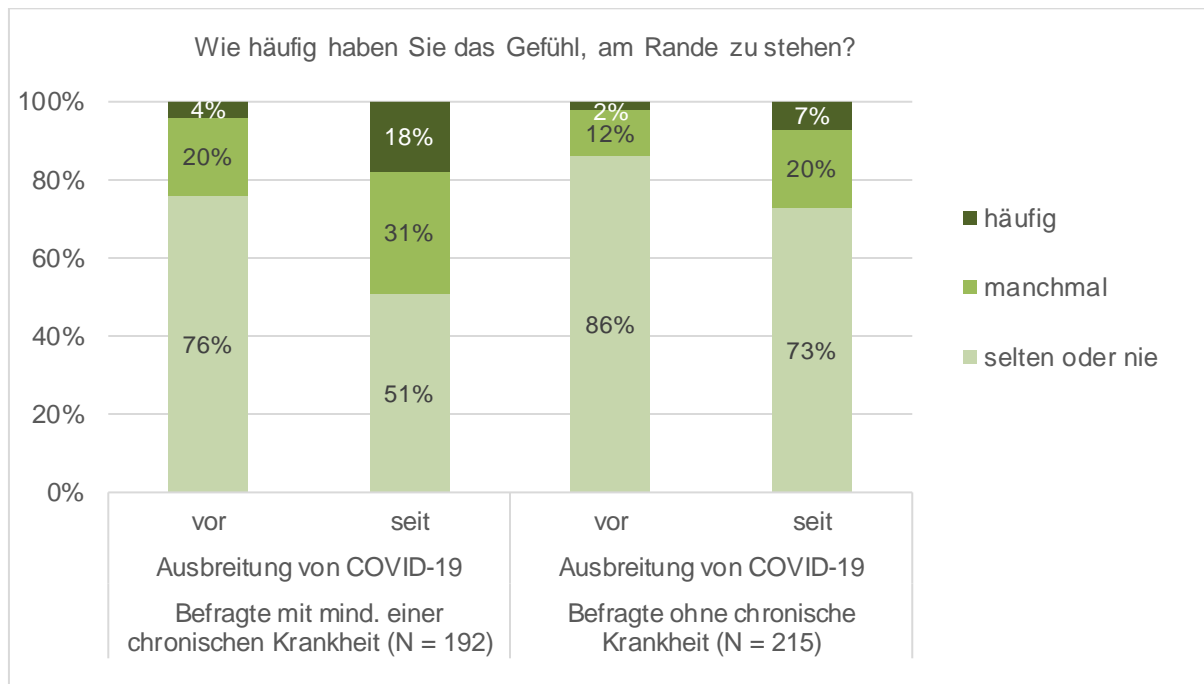
8.1.3 Einsamkeit bei Befragten mit chronischen Krankheiten

Befragte mit einer oder mehreren chronischen Krankheiten geben bereits für die Zeit *vor* Ausbreitung von COVID-19 zu etwas höheren Anteilen als Befragte ohne chronische Krankheiten an, häufig Gesellschaft vermisst zu haben (8 % vs. 6 %), häufig das Gefühl gehabt zu haben, am Rande zu stehen (4 % vs. 2 %), und sich häufig von anderen isoliert gefühlt zu haben (5 % vs. 1 %).

Für die Zeit *seit* Ausbreitung des Corona-Virus vergrößern sich die Unterschiede zwischen Befragten mit und ohne chronische Krankheiten, vor allem beim Gefühl, am Rande zu stehen und beim Gefühl, sich von anderen isoliert zu fühlen. So haben von den Befragten mit mindestens einer chronischen Krankheit *seit* Ausbreitung des Corona-Virus 18 % häufig das Gefühl, am Rande zu stehen, während dies von den Befragten ohne chronische Krankheit 7 % angeben (siehe Abbildung 9). Und über ein Viertel der Befragten mit einer oder mehreren chronischen Krankheiten fühlt sich *seit* Ausbreitung des Corona-Virus häufig von anderen isoliert (26 %), während es von den Befragten ohne chronische Krankheiten anteilig nur halb so viele angeben (12 %).

Denkbar ist, dass sich Menschen mit gesundheitlichen Problemen aus Angst vor Ansteckung zurückziehen und dass sich auch ihr Umfeld zurückzieht, um sie zu schützen, wodurch die Zunahme an Einsamkeit insbesondere bei Menschen mit Vorerkrankungen zu erklären sein könnte.

Abbildung 9: Gefühl, am Rande zu stehen vor und seit Ausbreitung von COVID-19 – Befragte mit und ohne chronische Krankheiten im Vergleich



Anmerkungen: nur gültige Angaben; Angaben gerundet; N = Anzahl; eigene Berechnungen und Darstellung.

8.2 Zufriedenheit

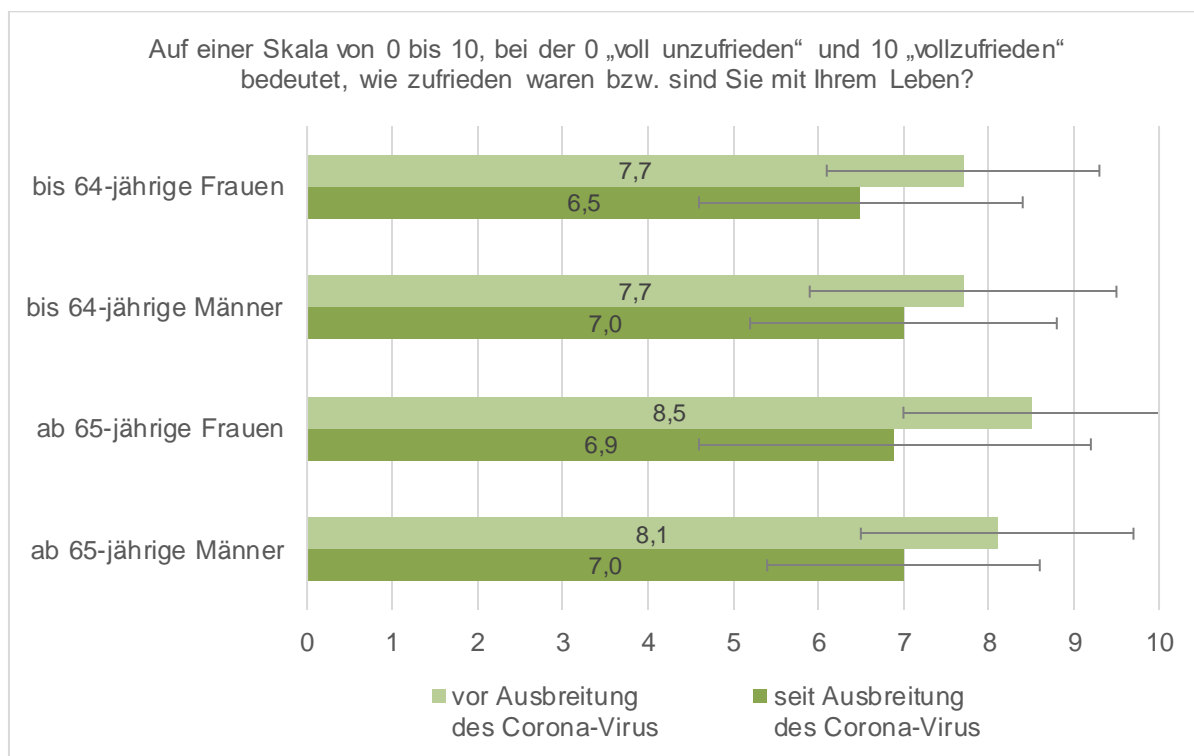
8.2.1 Lebenszufriedenheit

Die bisherigen Ergebnisse unterstreichen, dass es aufgrund der COVID-19-Pandemie im Alltag vieler Menschen zu gravierenden Veränderungen gekommen ist, mit denen sich die Betroffenen arrangieren müssen. Die Befragten wurden vor diesem Hintergrund darum gebeten, auf einer Skala von 0 („voll unzufrieden“ bis 10 („voll zufrieden“) anzugeben, wie zufrieden sie mit ihrem Leben *vor* Ausbreitung von COVID-19 in Deutschland waren, und wie zufrieden sie *seit* Ausbreitung von COVID-19 sind.

Für die Zeit *vor* Ausbreitung geben die Befragten eine durchschnittliche Lebenszufriedenheit von 7,9 an (SD = 1,6).⁹ Für die Zeit *seit* Ausbreitung geben sie eine geringere Lebenszufriedenheit von durchschnittlich 6,7 an (SD = 2,0). Bei einer differenzierteren Betrachtung nach Alter und Geschlecht zeigt sich für alle Gruppen im Durchschnitt eine Abnahme der Lebenszufriedenheit seit Beginn der COVID-19-Pandemie (siehe Abbildung 10). Frauen haben etwas stärkere Einbußen der Lebenszufriedenheit zu verzeichnen als Männer.

⁹ Zum Vergleich liegen Daten des SHARE für ab 50-jährige Personen aus Deutschland aus dem Jahr 2015 vor (Börsch-Supan, 2019). Die durchschnittliche Lebenszufriedenheit lag demnach bei 7,9 (SD = 1,7) (eigene Berechnungen). Betrachtet man nur die ab 50-jährigen Befragten der Corona-Studie, so lag die Lebenszufriedenheit für die Zeit „vor Corona“ bei einem Durchschnitt von 8,0 (SD = 1,6). Dieses Ergebnis kommt dem der repräsentativen SHARE-Erhebung sehr nahe.

Abbildung 10: Durchschnittliche Lebenszufriedenheit vor und seit Ausbreitung von COVID-19 nach Alter und Geschlecht



Anmerkungen: N = 416; N = Anzahl; eigene Berechnungen und Darstellung.

Die Abnahme der Lebenszufriedenheit kann durch ganz unterschiedliche Faktoren bedingt sein, etwa durch Existenzängste, durch Mehrfachbelastungen für (berufstätige) Eltern oder pflegende Angehörige aufgrund geschlossener Betreuungseinrichtungen, aber auch durch die Kontaktbeschränkungen und den Verzicht auf Treffen mit den Enkelkindern (siehe Kap. 6.9), oder durch die Sorge, dass sich nahestehende Personen mit COVID-19 infizieren oder man selbst erkrankt, sowie durch die anhaltende Ungewissheit, wie es weiter geht.

Eine Befragte merkt am Ende der Befragung an, dass sie durch die Pandemie in eine große Stresssituation gekommen ist, da sie Angst hat, ihren Nebenjob auszuführen, bei dem sie viel Kontakt zu anderen Personen hat. Aufgrund der Angst vor dem Corona-Virus befürchtet sie, dass sie diese Tätigkeit aufgeben muss, wodurch sich ihre schwierige finanzielle Situation weiter verschlechtern würde.

Eine andere Person merkt an:

„Das größte Problem ist, die Ungewissheit auf allen Gebieten auszuhalten: Welche Informationen stimmen – wie lange wird es dauern, bis wieder normales Leben möglich ist – was wird aus dieser Prüfung Sinnvolles gelernt?“

8.2.2 Zufriedenheit mit der Partnerschaft

Auch für zwischenmenschliche Beziehungen stellt die Pandemie eine Belastungsprobe dar. Die Befragten, die verheiratet sind bzw. in einer Partnerschaft leben, wurden gefragt,

wie zufrieden sie mit ihrer Paarbeziehung sind. Auch hier wurde retrospektiv erhoben, wie zufrieden sie *vor* Ausbreitung von COVID-19 mit ihrer Paarbeziehung waren.

Für die Zeit *vor* Ausbreitung des Corona-Virus in Deutschland geben die Befragten auf einer Skala von 0 („voll unzufrieden“) bis 10 („voll zufrieden“) eine hohe Zufriedenheit von durchschnittlich 8,0 an (SD = 1,8). Die durchschnittliche Zufriedenheit mit ihrer Paarbeziehung *seit* Ausbreitung von COVID-19 beträgt ebenfalls 8,0 (SD = 2,0).

Frauen und Männer im Alter von *unter 65 Jahren* unterscheiden sich nur geringfügig. Zudem zeigen sich in diesen Gruppen kaum Unterschiede in der Zufriedenheit mit der Paarbeziehung für die Zeit *vor* und *seit* Ausbreitung von COVID-19: Frauen im Alter von unter 65 Jahren geben sowohl für die Zeit *vor* Ausbreitung von COVID-19 als auch für die Zeit *seit* Ausbreitung von COVID-19 eine Zufriedenheit mit ihrer Paarbeziehung von durchschnittlich 7,9 an, wobei die Antworten für die Zeit *seit* Ausbreitung von COVID-19 breiter gestreut sind (SD_{vor} = 1,9; SD_{seit} = 2,2). Männer im Alter von unter 65 Jahren sind im Durchschnitt geringfügig zufriedener mit ihrer Paarbeziehung. Für die Zeit *vor* Ausbreitung von COVID-19 beträgt die durchschnittliche Zufriedenheit mit der Paarbeziehung bei den männlichen Befragten unter 65 Jahren 8,0 (SD = 1,8), für die Zeit *seit* Ausbreitung des Virus liegt sie mit durchschnittlich 8,1 (SD = 1,9) nur minimal höher.

Größere Geschlechterunterschiede in der Paarzufriedenheit zeigen sich bei den *ab 65-jährigen Befragten*: Bei den ab 65-jährigen Frauen sinkt die Zufriedenheit mit der Paarbeziehung von durchschnittlich 8,1 (SD = 1,5) „vor Corona“ auf 7,9 (SD = 2,3) „seit Corona“, während sie bei den ab 65-jährigen Männern von durchschnittlich 8,5 (SD = 1,3) „vor Corona“ auf 8,7 (SD = 1,3) „seit Corona“ steigt.

Zur Zufriedenheit mit der Paarbeziehung merkt eine Teilnehmerin im Freitextfeld an:

„Die Frage nach der Zufriedenheit mit der Paarbeziehung ist nicht einfach zu beantworten. Die Zufriedenheit variiert über den gesamten Zeitraum gerade durch die ungewohnte Enge stark.“

9 Bedeutung von Kommunikationsmedien

In Zeiten von COVID-19 gewinnen Kommunikationsmedien wie Telefon und insbesondere das Internet zunehmend an Bedeutung. So kann das Internet genutzt werden, um sich zu informieren, mit Familienangehörigen und Freunden über E-Mails, Videotelefonate oder Chats in Kontakt zu bleiben, um Einkäufe zu tätigen und vieles mehr.

9.1 Umgang mit dem Internet

Die Befragte wurden gebeten, ihre Kenntnisse und Fähigkeiten im Umgang mit dem Internet einzuschätzen. Zwei Drittel der Befragten (66 %) schätzen ihre Internetkenntnisse und -fähigkeiten als eher hoch oder sehr hoch ein. 30 % bezeichnen sie als mittelmäßig. Nur ein kleiner Teil (4 %) schätzt seine Internetkompetenzen als eher gering oder sehr gering

ein und lediglich 1 % der Befragten gibt an, das Internet nicht zu nutzen. Damit sind Personen, die das Internet nicht nutzen, im Vergleich zur Bevölkerung deutlich unterrepräsentiert (Statistisches Bundesamt, 2020a). Zudem ist davon auszugehen, dass Personen mit hohen Internetkompetenzen deutlich überrepräsentiert sind (Initiative D21 e.V., 2020).

Es ist davon auszugehen, dass Personen, die das Internet vor Ausbreitung von COVID-19 nicht genutzt haben, sich nun vermehrt dafür interessieren. Daher wurde auch erhoben, seit wann die Befragten das Internet nutzen. Fast alle Befragten nutzen das Internet allerdings bereits seit langem, niemand gibt an, das Internet erst seit ein paar Wochen zu nutzen. Dies ist vermutlich auf die Selektivität der Stichprobe zurückzuführen (siehe Kap. 3).

Befragte, die ihre Kenntnisse und Fähigkeiten im Umgang mit dem Internet (Internetkompetenzen) als eher hoch oder sehr hoch einschätzen, unterscheiden sich auch in einigen soziodemografischen Merkmalen von den Befragten, die ihre Internetkompetenzen als mittelmäßig oder gering einschätzen: Beispielsweise schätzen Befragte unter 65 Jahren, Männer und Befragte mit höherem formalen Bildungsgrad ihre Internetkompetenzen im Durchschnitt deutlich höher ein als Befragte über 65 Jahren, Frauen und Personen mit niedrigerem formalen Bildungsgrad: So erachten 89 % der unter 65-jährigen Männer, aber nur 66 % der unter 65-jährigen Frauen ihre Kenntnisse und Fähigkeiten im Umgang mit dem Internet als eher hoch oder sehr hoch. Von den über 65-jährigen Männern schätzen 61 % ihre Internetkompetenzen als hoch ein, von den über 65-jährigen Frauen sind es nur 51 %. Von den Befragten mit (Fach-)Hochschulabschluss erachten 76 % ihre Internetkompetenzen als hoch, von den Befragten mit Abschluss einer Ausbildung an einer Fach-, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie geben dies 63 % an und von den Befragten mit Abschluss einer beruflich-betrieblichen Ausbildung (Lehre) oder beruflich-schulischen Ausbildung sind es 53 %. Diese Unterschiede sind auch aus anderen Erhebungen bekannt (Initiative D21 e.V., 2020) und dürften u. a. auf höhere bzw. geringere Technikerfahrung der verschiedenen Gruppen zurückzuführen sein (Ehlers, Heß, Frewer-Graumann, Olbermann & Stiemke, 2020; Künemund, 2016).

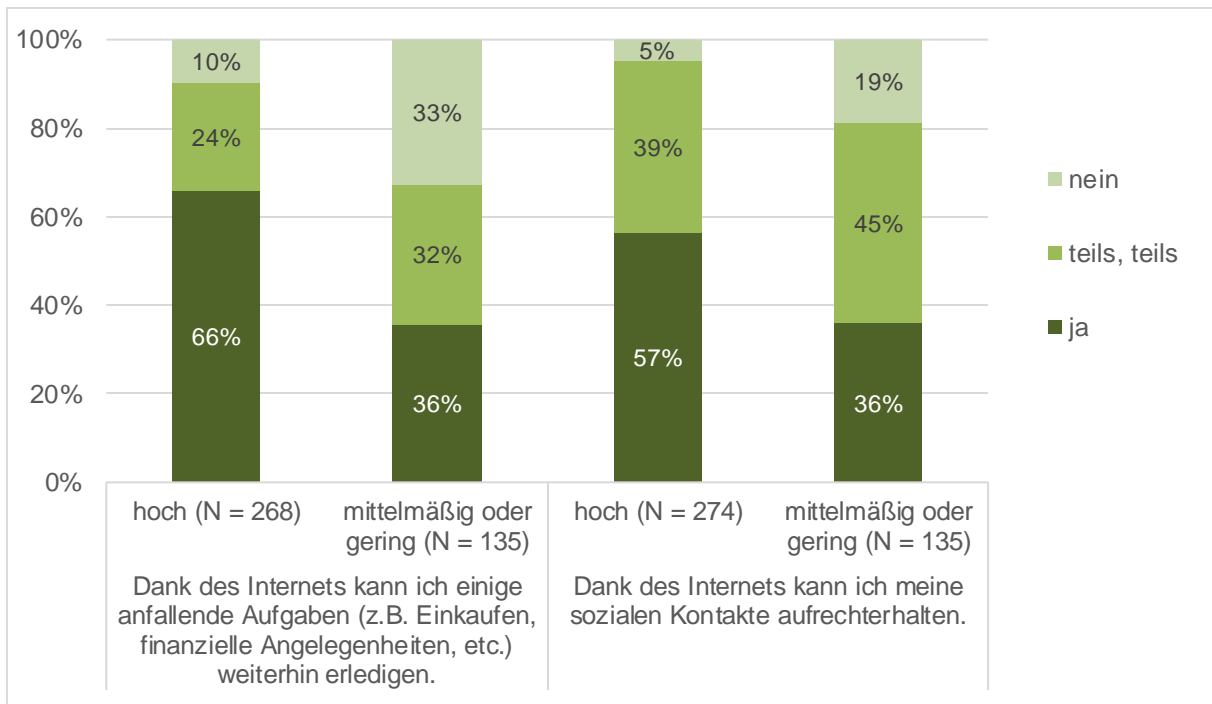
9.2 Bedeutung des Internets in Zeiten von COVID-19

Bei einem Vergleich der Befragten, die ihre Internetkenntnisse und -fähigkeiten als sehr hoch oder eher hoch einschätzen, mit den Befragten, die ihre Internetkompetenzen als mittelmäßig, eher gering oder sehr gering einschätzen, zeigt sich, dass Befragte mit als hoch eingeschätzten Kompetenzen dem Internet zu deutlich höheren Anteilen eine größere positive Bedeutung beimessen. Um die Bedeutung des Internets in Zeiten von COVID-19 zu ermitteln, wurde gefragt, ob dank des Internets zum einen anfallende alltägliche Aufgaben weiterhin erledigt und zum anderen soziale Kontakte aufrechterhalten werden können.

Zwei Drittel der Befragten mit als hoch eingeschätzten Internetkompetenzen stimmen der Aussage „Dank des Internets kann ich einige anfallende Aufgaben (z. B. Einkaufen, finanzielle Angelegenheiten, etc.) weiterhin erledigen.“ explizit zu, während dies von den Befragten mit als mittelmäßig oder gering eingeschätzten Kompetenzen nur gut ein Drittel

(36 %) so sieht (siehe Abbildung 11, links). Zudem sind Befragte mit als hoch eingeschätzten Internetkompetenzen deutlich häufiger der Meinung, dank des Internets soziale Kontakte aufrecht erhalten zu können (siehe Abbildung 11, rechts).

Abbildung 11: Haltung gegenüber Möglichkeiten des Internets nach selbsteingeschätzter Internetkompetenz

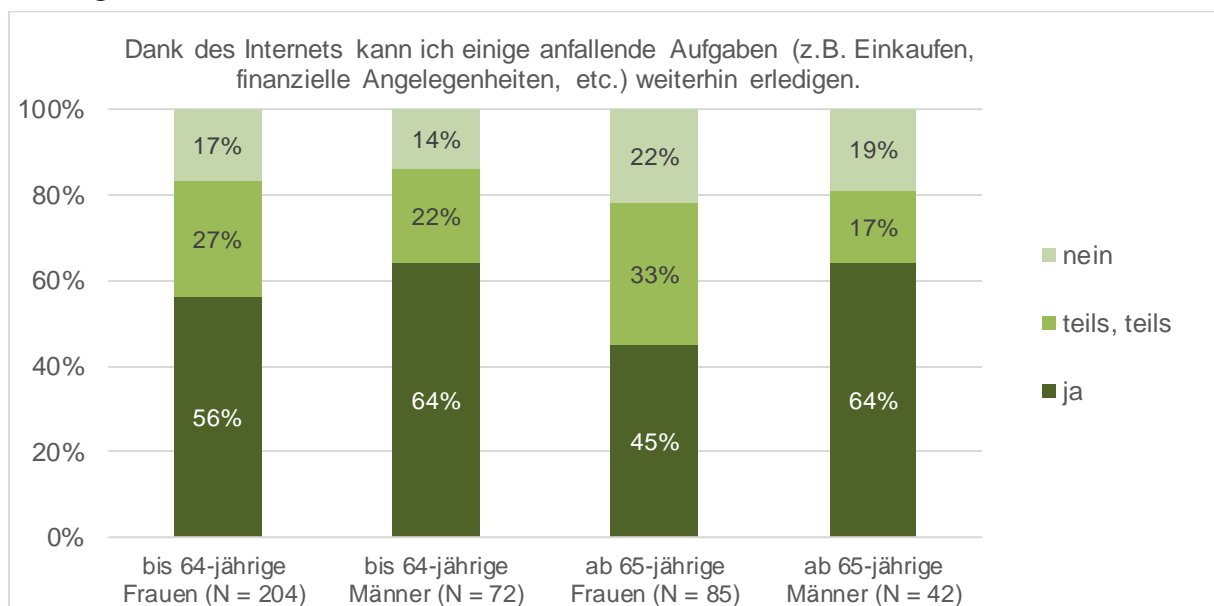


Anmerkungen: nur gültige Angaben von Internetnutzer/innen; Angaben gerundet; N = Anzahl; eigene Berechnungen und Darstellung.

Wie in Kap. 9.1 beschrieben, zeigen sich soziodemografische Unterschiede in der selbsteingeschätzten Internetkompetenz. Und da Befragte mit als hoch eingeschätzten Internetkompetenz dem Internet eine höhere Bedeutung zuschreiben (siehe Abbildung 11), lässt sich vermuten, dass sich die Bedeutung des Internets nach soziodemografischen Merkmalen (z. B. zwischen Frauen und Männern) unterscheidet.

Diese Vermutung lässt sich teilweise bestätigen. So geben knapp zwei Drittel der Männer unter und über 65 Jahre an, dass sie dank des Internets einige anfallende Aufgaben weiterhin erledigen können, während es von den unter 65-jährigen Frauen nur 56 % und von den ab 65-jährigen Frauen nur 45 % so sehen (siehe Abbildung 12). Dennoch scheinen die selbsteingeschätzten Kenntnisse und Fähigkeiten im Umgang mit dem Internet einen größeren Einfluss auf die Beantwortung dieser Frage zu haben (vgl. Abbildung 11, Säulen links).

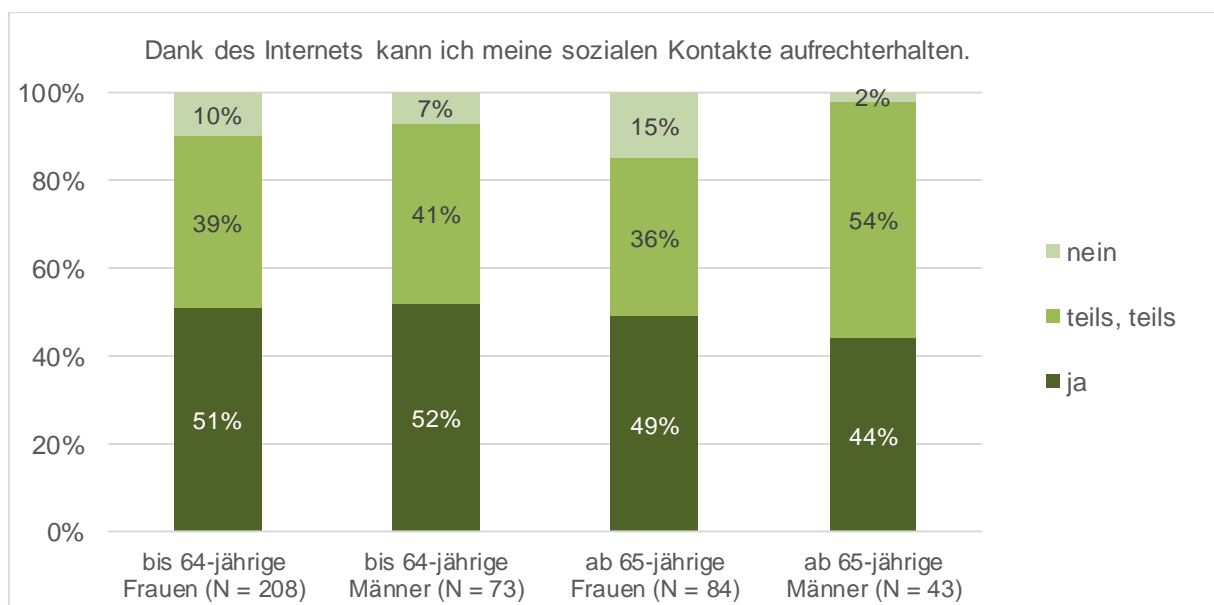
Abbildung 12: Haltung gegenüber der Möglichkeit des Internets, anfallende Aufgaben zu erledigen nach Alter und Geschlecht



Anmerkungen: nur gültige Angaben; Angaben gerundet; N = Anzahl; eigene Berechnungen und Darstellung.

Bei der Frage danach, ob dank des Internets soziale Kontakte aufrechterhalten werden können, zeigen sich zum Teil auch Unterschiede zwischen den Alters- und Geschlechtergruppen (siehe Abbildung 13), allerdings auch weniger deutlich als bei einem Vergleich nach selbsteingeschätzten Internetfähigkeiten (vgl. Abbildung 11, Säulen rechts).

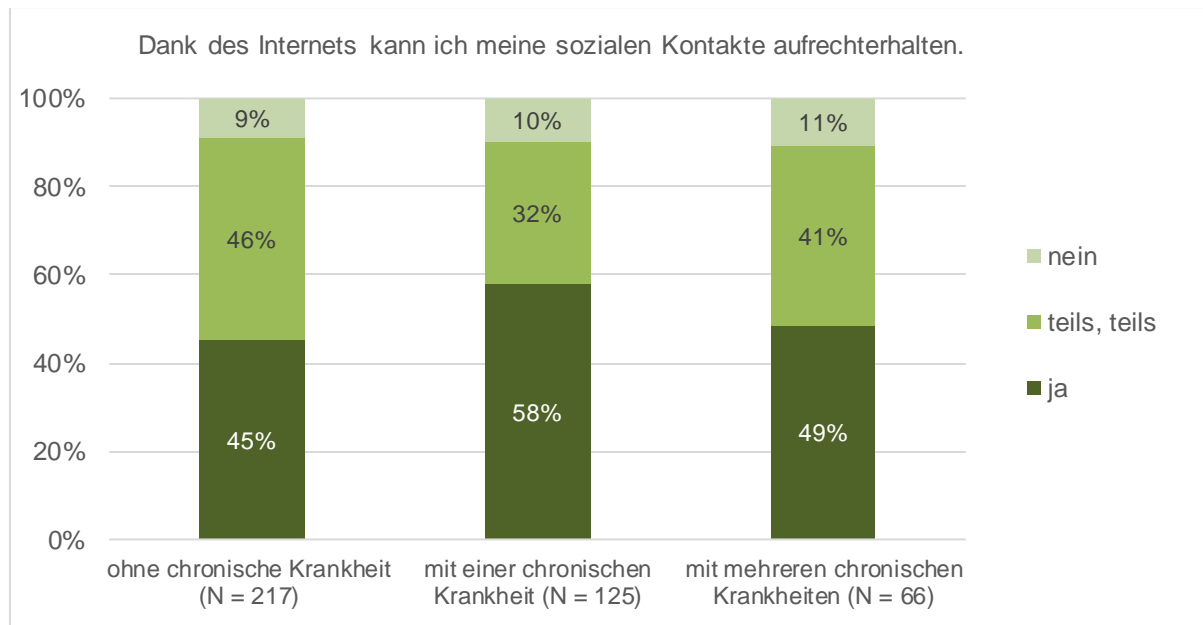
Abbildung 13: Haltung gegenüber der Möglichkeit des Internets, soziale Kontakte aufrecht zu erhalten nach Alter und Geschlecht



Anmerkungen: nur gültige Angaben; Angaben gerundet; n = Anzahl; eigene Berechnungen und Darstellung.

Befragte mit chronischen Krankheiten, und hier insbesondere diejenigen mit nur einer chronischen Krankheit, geben zu etwas höheren Anteilen als Befragte ohne chronische Krankheiten an, dass sie dank des Internets anfallende Aufgaben weiterhin erledigen und soziale Kontakte aufrechterhalten können (siehe Abbildung 14).

Abbildung 14: Haltung gegenüber der Möglichkeit des Internets, soziale Kontakte aufrecht zu erhalten nach Gesundheit



Anmerkungen: nur gültige Angaben; Angaben gerundet; n = Anzahl; eigene Berechnung und Darstellung.

Alleinlebende Befragte können anteilig etwas häufiger dank des Internets soziale Kontakte aufrechterhalten als Befragte, die im Zwei- oder Mehrpersonenhaushalt leben (51 % vs. 49 %), wobei der Unterschied von zwei Prozentpunkten eher gering ist. Umgekehrt können Alleinlebende im Vergleich zu nicht alleinlebenden Befragten anteilig etwas weniger anfallende Aufgaben dank des Internets weiterhin erledigen (54 % vs. 57 %), aber auch hier sind die Unterschiede eher gering. Über ein Fünftel (22 %) der alleinlebenden Befragten verneint die Aussage, anfallende Aufgaben dank des Internets weiterhin erledigen zu können.

Insgesamt zeigt sich, dass die große Mehrheit der Befragten zumindest teilweise von den Möglichkeiten des Internets bei der Erledigung anfallender Aufgaben und dem Aufrechterhalten sozialer Kontakte in den ersten Monaten der COVID-19-Pandemie profitiert. Ausschlaggebend für eine positive Beurteilung der Möglichkeiten des Internets scheint vor allem das Ausmaß an subjektiven Internetkenntnissen und -fähigkeiten zu sein, insofern als Befragte mit als hoch eingeschätzten Internetkompetenzen die Möglichkeiten des Internets zu höheren Anteilen positiv bewerten als Befragte mit als mittelmäßig oder gering eingeschätzter Internetkompetenz. Soziodemografische Unterschiede (z. B. nach Alter und Geschlecht) in der Bedeutung des Internets zeigen sich teilweise, wenngleich sie schwächer ausgeprägt sind als die Unterschiede nach eingeschätzter Internetkompetenz. Es wäre anhand repräsentativer Studien zu prüfen, ob diese Zusammenhänge auch auf die Allgemeinbevölkerung zutreffen.

Das Statistische Bundesamt (2020b) berichtet auf Basis von Ergebnissen der Erhebung über die private Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) von einem Anstieg verschiedener Internetaktivitäten. Unter allen Internetnutzer/innen¹⁰ hat der Anteil derjenigen, die internetbasierte (Video-)Telefonate (z. B. Skype, WhatsApp) nutzen, von 59 % im ersten Quartal 2019 um neun Prozentpunkte auf 68 % im ersten Quartal 2020 zugenommen (Statistisches Bundesamt, 2020c). In einer zwischen Juni und September 2020 von der Universität Heidelberg durchgeführten Online-Befragung von 384 ab 65-jährigen Internetnutzer/innen gaben gut zwei Drittel der Befragten an, dass der *virtuelle* Kontakt zu Familie und Freund/innen im Zuge der COVID-19-Pandemie zugenommen hat (Schlomann & Wahl, 2020). Knapp drei Viertel der Befragten erachten moderne Technik in der Zeit der COVID-19-Pandemie als nützlich für sich, wenngleich das Interesse an moderner Technik in der Zeit der Pandemie bei der Mehrheit nur teilweise oder gar nicht gestiegen ist (Schlomann & Wahl, 2020).

Das Internet scheint eine nützliche Ergänzung darzustellen, jedoch keinen Ersatz. So bringt es eine befragte Person der Corona-Studie im Freitextfeld auf den Punkt:

„Die Kommunikation über das Internet kann die reale Begegnung nicht ersetzen.“

Daneben muss berücksichtigt werden, dass rund 10 % der Bevölkerung¹¹ das Internet nicht nutzen (Statistisches Bundesamt, 2020a). Diese Gruppe ist im Vergleich zu den Internetnutzer/innen tendenziell älter, verfügt über eine geringere formale Bildung, geringeres Einkommen und eine schlechtere Gesundheit (König, Seifert & Doh, 2018; Statistisches Bundesamt, 2017; Tesch-Römer, Weber & Webel, 2016). Endter, Hagen und Berner (2020) zeigen für die Gruppe älterer Menschen, dass insbesondere „älteren Menschen mit wenigen Ressourcen, vulnerablen hochbetagten Menschen, älteren Frauen (häufig allein lebend), älteren Migrantinnen und Migranten sowie Menschen in Alters- und Pflegeheimen [...] die digitalen Möglichkeiten weitgehend verschlossen [bleiben]“ (S. 6). Diesen per se benachteiligten Gruppen werde es schwerer fallen, die COVID-19-Pandemie zu bewältigen, da sie internetbasierte Dienste nicht zur Kompensation der Einschränkungen einsetzen können und ihnen zudem weniger Informationsquellen zur Verfügung stehen (Endter et al., 2020, S. 6f.). Auch können diese Personen nicht von der Corona-Warn-App profitieren. Als Folge dieser digitalen Exklusion könnte diese Gruppe „einem erhöhten Risiko für Angst, Hilflosigkeit, Isolation oder Depression ausgesetzt sein“ (Endter et al., 2020, S. 7).

9.3 Bedeutung des Telefons in Zeiten von COVID-19

Neben dem Internet kann das Telefon eine gute Alternative darstellen, wenn es um den Erhalt sozialer Kontakte geht. Über zwei Drittel der Befragten (67 %) stimmen der Aussage „Dank des Telefons kann ich meine sozialen Kontakte aufrechterhalten.“ zu. Weitere 29 % geben an, dass diese Aussage teilweise („teils, teils“) zutrifft. 4 % der Befragten verneinen die Aussage explizit. Damit schneidet das Telefon zur Aufrechterhaltung sozialer Kontakte deutlich besser ab als das Internet: So stimmte nur die Hälfte der Befragten (50 %) der

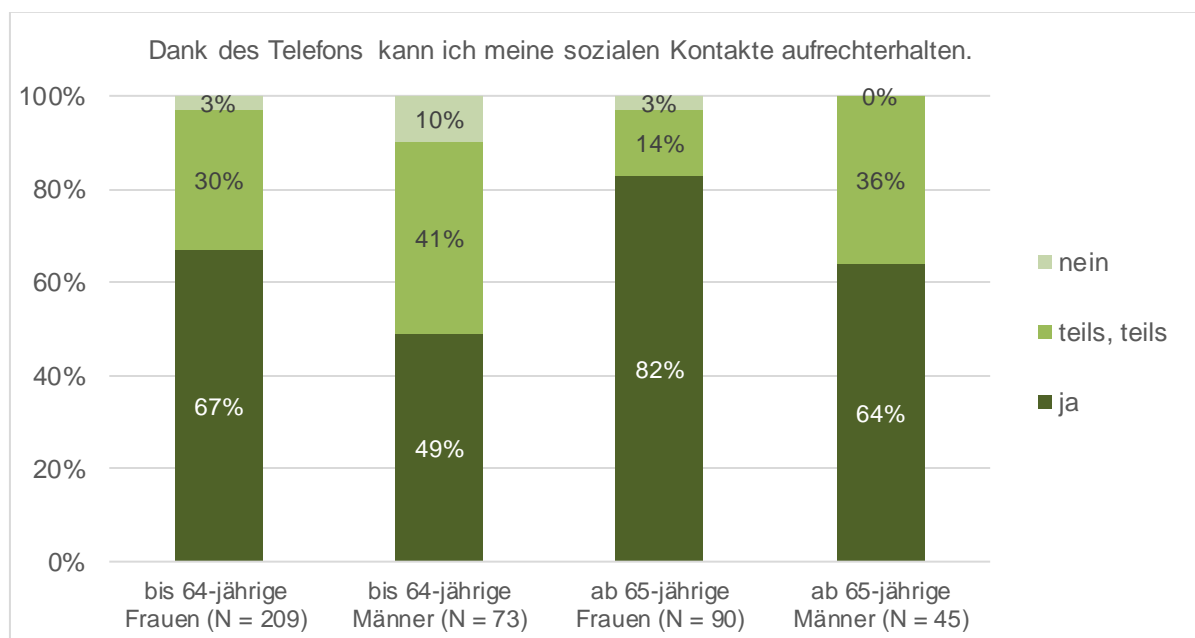
¹⁰ eingeschlossen waren nur Personen im Alter von zehn Jahren und älter

¹¹ ab einem Alter von zehn Jahren und älter

Aussage „Dank des Internets kann ich meine sozialen Kontakte aufrechterhalten.“ explizit zu, während 41 % der Befragten mit „teils teils“ und 10 % der Befragten mit „nein“ antworteten.

Besonders Frauen ab 65 Jahren (siehe Abbildung 15) gaben häufiger an, dank des Telefons soziale Kontakte aufrechterhalten zu können. Es muss allerdings angemerkt werden, dass *nicht* erhoben wurde, wie häufig *vor* Ausbreitung des Corona-Virus mit Bekannten, Freund/innen oder Familienangehörigen telefoniert wurde, so dass ein Vorher-Nachher-Vergleich nicht möglich ist. Möglicherweise haben ab 65-jährige Frauen das Telefon bereits *vor* der COVID-19-Pandemie gerne genutzt, um mit anderen in Kontakt zu bleiben, während es für viele der bis 64-jährigen Männer möglicherweise auch vor der COVID-19-Pandemie nicht so üblich war.

Abbildung 15: Haltung gegenüber der Möglichkeit des Telefons, soziale Kontakte aufrecht zu erhalten nach Alter und Geschlecht



Anmerkungen: nur gültige Angaben; Angaben gerundet; N = Anzahl; eigene Berechnungen und Darstellung.

Zum anderen sind es vor allem alleinwohnende Befragte, die angeben, dank des Telefons soziale Kontakte aufrechterhalten zu können (73 %), und hier vor allem alleinwohnende Befragte im Alter von 65 Jahren und älter: Von dieser Gruppe geben 89 % an, dank des Telefons soziale Kontakte aufrechterhalten zu können.

Ähnlich wie bei der Frage nach dem Internet zur Aufrechterhaltung sozialer Kontakte, zeigt sich auch bezogen auf das Telefon, dass Befragte mit chronischen Krankheiten etwas stärker vom Telefon profitieren als Befragte ohne chronische Krankheiten, wobei es auch hier vor allem diejenigen Befragten sind, die nur *eine* chronische Krankheit haben (70 %).

Das Telefon scheint also für sehr viele Befragte und vor allem für alleinlebende ältere Personen ein wichtiges Mittel zu sein, um auch in Zeiten von COVID-19 mit anderen Menschen in Kontakt zu bleiben.

FAZIT

Bevor die zentralen Ergebnisse knapp zusammengefasst, diskutiert und Schlussfolgerungen abgeleitet werden (Kap. 11), soll zunächst auf einige methodische Grenzen der Pilotstudie hingewiesen werden (Kap. 10).

10 Methodische Grenzen

Zunächst sei nochmals auf die Selektivität der Stichprobe verwiesen, wodurch sich die Ergebnisse nicht auf die Allgemeinbevölkerung im mittleren und hohen Erwachsenenalter übertragen lassen (siehe Kap. 3). Dadurch, dass Personen in eher ressourcenreichen Lebenslagen überrepräsentiert sind, kann davon ausgegangen werden, dass die Allgemeinbevölkerung stärker negativ von den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie betroffen ist als die Ergebnisse unserer Pilotstudie nahelegen. Zudem sind Männer in der Befragung unterrepräsentiert. Durch die relativ kleine Stichprobengröße von rund 450 Personen und die oftmals geringe Varianz bei den Antworten (z. B. kaum Varianz bei der Einschätzung zum Einkommen) waren Vergleiche zwischen verschiedenen Gruppen häufig nicht möglich (z. B. zwischen Befragten mit unterschiedlichen finanziellen Ressourcen).

Es handelt sich um eine Querschnitterhebung, also eine Befragung von Personen zu einem einmaligen Zeitpunkt. Um Aussagen über Veränderungen treffen zu können, z. B. in Unterstützungsmustern oder im Erleben von Einsamkeit, wurde jeweils gefragt, wie sich die Situation *vor* Ausbreitung des Corona-Virus gestaltet hat und wie es *seit* Ausbreitung des Corona-Virus aussieht. Der retrospektive Charakter der Fragen birgt jedoch die Gefahr, dass die Situation „vor Corona“ zum Zeitpunkt der Befragung verzerrt wahrgenommen wurde, insbesondere wenn es sich um subjektive Einschätzungen handelt, wie z. B. dem Erleben von Einsamkeit oder Belastung. Eine Erhebung zu zwei Zeitpunkten, zu meinen *vor* der COVID-19-Pandemie und zum andern *seit* der COVID-19-Pandemie hätte sicherlich validere Ergebnisse zur Folge. Zudem fand die Befragung in einer relativ frühen Phase der COVID-19-Pandemie statt. Es wäre wichtig zu erfahren, wie sich die Situation mittlerweile – nach fast einem Jahr und im Zuge der „zweiten Welle“ – gestaltet.

Aufgrund des standardisierten Designs der Befragung war möglicherweise für manche Themen, die die Befragten während der Pandemie beschäftigten, kein Raum. Beispielsweise beinhaltete der Fragebogen nur wenige Fragen zur beruflichen und finanziellen Situation. Das Thema „Unterstützung“ bezog sich vor allem auf informelle soziale Unterstützung. Sofern es sich um sonstige Formen der Hilfe handelte, wurde nicht näher erhoben, was sich dahinter verbirgt. Unklar bleibt zum Teil außerdem, aus welchen Gründen anderen Personen geholfen wurde; erfolgte z. B. die Pflege des eigenen Kindes, weil es sich um ein Kleinkind mit entsprechendem Hilfebedarf handelt oder weil das (ggf. erwachsene) Kind aufgrund einer Behinderung besonderen Hilfe- und Pflegebedarf hat?

11 Diskussion und Schlussfolgerungen

Im Rahmen der Pilotstudie „Gesundheit und Unterstützung in Zeiten von Corona“ sollte in Erfahrung gebracht werden, wie Menschen im mittleren und höheren Erwachsenenalter die Pandemie bewältigen, welche Auswirkungen die Pandemie auf Gesundheit und Gesundheitsverhalten hat und inwieweit sich Veränderungen in Mustern informeller sozialer Unterstützung ergeben.

Hinsichtlich des Schwerpunkts „Gesundheit“ lässt sich festhalten: Die Stichprobe weist insgesamt eine gute Gesundheit auf, dennoch ist fast die Hälfte der Befragten von chronischen Krankheiten betroffen. Auffällig ist der hohe Anteil an Befragten, die auf medizinische, therapeutische oder andere gesundheitsbezogene Dienstleistungen verzichtet haben. Allerdings lässt sich vermuten, dass akut notwendige medizinische Behandlungen weiterhin mehrheitlich in Anspruch genommen wurden (vgl. Kap. 5). Dass Menschen auf ärztliche Untersuchungen oder medizinische bzw. therapeutische Behandlungen verzichtet haben und seltener einen Notruftätigten, und dass umgekehrt vonseiten der Krankenhäuser nach der Aufforderung der Regierungen planbare Operationen verschoben wurden (Osterloh, 2020), war und ist auch Thema in den Medien (Tagesschau, 2020). In Deutschland war im Frühjahr 2020 eine deutliche Abnahme an Herzinfarkt- und Schlaganfallbehandlungen zu verzeichnen und Rettungsdienste wurden seltener gerufen (Tagesschau, 2020). Aufgrund der COVID-19-Pandemie wurden knapp eine Millionen Operationen abgesagt (Ettel, 2020). Die Öffentlichkeit wurde daraufhin darüber aufgeklärt, dass bei starken, akuten gesundheitlichen Beschwerden in jedem Fall ein Notruf getätigt bzw. ein Krankenhaus aufgesucht werden muss und nicht auf notwendige Behandlungen verzichtet werden soll. Es wäre zu untersuchen, welche Folgen der Verzicht auf notwendige gesundheitliche Dienstleistungen für Betroffene nach sich gezogen hat.

Die psychische Gesundheit scheint verstärkt unter der COVID-19-Pandemie und den Maßnahmen zur Eindämmung zu leiden. So deuten die Ergebnisse unserer Pilotstudie auf eine Zunahme von Einsamkeitserleben hin, wovon Alleinlebende in besonderem Maße betroffen sind. Eine Zunahme an subjektiver Einsamkeit in der Bevölkerung zeigen auch die Ergebnisse der zwischen April und Juni 2020 durchgeführten repräsentativen SOEP-CoV-Studie. Die Zunahme an subjektiver Einsamkeit sollte ernst genommen werden, da langfristige Einsamkeit psychische und physische Erkrankungen bedingen kann (Entringer et al., 2020, S. 18). Hier gilt es, geeignete – nicht nur digitale, sondern auch analoge – niedrigschwellige und aufsuchende Interventionsmaßnahmen vor Ort zu organisieren und Strukturen für bürgerschaftliches Engagement und Nachbarschaftshilfe auszubauen (Entringer et al., 2020, S. 18; Kessler et al., 2020). Während die Ergebnisse unserer Studie außerdem auf eine Abnahme der Lebenszufriedenheit im Zuge der COVID-19-Pandemie hindeuten, zeigt sich dieser Befund in der repräsentativen SOEP-CoV-Studie jedoch nicht (Entringer et al., 2020).¹² Auch wenn die Lebenszufriedenheit zunächst stabil blieb, so ist

¹² Während die SOEP-CoV-Studie die Angaben aus dem Zeitraum April bis Juni 2020 mit den Daten der SOEP-Erhebung aus dem Jahr 2019 vergleicht, handelt es sich bei TU-Dortmund-Corona-

davon auszugehen, dass sich wirtschaftliche Sorgen und Ängste der Bevölkerung durch (derzeit drohende) Arbeitsplatzverluste zukünftig negativ auf die Lebenszufriedenheit und die psychische Gesundheit auswirken könnten (Entringer et al., 2020, S. 19f.).

Rund um das Thema der sozialen Unterstützung zeigt sich Folgendes: Informelle soziale Unterstützungsleistungen haben sich seit Ausbreitung des Corona-Virus in Deutschland in vielen Fällen verändert. Absehen von Hilfe dem Partner/der Partnerin gegenüber, hat regelmäßige Unterstützung eher ab- als zugenommen, und dies vor allem gegenüber Personen aus dem nichtfamiliären Umfeld wie z. B. gegenüber Freund/innen und Nachbar/innen, aber auch gegenüber Angehörigen aus dem weiteren Familienkreis. Ob die COVID-19-Pandemie sozialen Netzwerken und der darin geleisteten Unterstützung geschadet hat, bleibt abzuwarten. Allerdings kann vermutet werden, dass die Unterstützung im familiären und nichtfamiliären Umfeld dann wieder zu nehmen wird, wenn die Sorge vor Ansteckung nicht mehr begründet ist.

Sofern die Befragten bei der regelmäßigen Unterstützung eines/einer Angehörigen oder anderer Personenkreise selbst für gewöhnlich durch Dritte unterstützt werden, zeigt sich bei Unterstützung durch *Familienangehörige* ein gemischtes Bild von einem Rückgang oder gar Wegfall über gleichbleibende Unterstützung bis zur Zunahme, während die Unterstützung durch *Nachbar/innen, Freund/innen und professionelle Dienste* tendenziell eher abgenommen hat. Von einer Abnahme an unterstützenden Dienstleistungen und Hilfestrukturen durch Dritte bei der Pflege von Angehörigen berichten auch Eggert und Kolleg/innen (2020) sowie Rothgang und Kolleg/innen (2020). Die Autor/innen betonen, dass die Gruppe pflegender Angehöriger größere Aufmerksamkeit und Wertschätzung bedarf und sprechen Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Unterstützungssituation, zur psychosozialen Entlastung und zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege aus (Eggert et al., 2020; Rothgang et al., 2020).

Unsere Studie zeigt auch, dass in einigen Fällen Hilfeleistungen zugenommen haben oder gar neu entstanden sind. Eine Zunahme an Unterstützung zeigt sich u. a. in Form von Einkaufshilfe und emotionaler Unterstützung, die vor allem von den Kindern, Nachbar/innen und Freund/innen geleistet wird. Es gibt viele ehrenamtliche Initiativen, die im Zuge der Pandemie Einkaufsdienste und andere Formen an Unterstützung anbieten. Einkaufsdienste werden sicherlich von Personen geschätzt, die aufgrund einer Vorerkrankung Ängste vor einer Infektion mit COVID-19 und Sorgen um schwerwiegende gesundheitliche Folgen haben. Zudem kann durch ehrenamtliche Nachbarschaftshilfe soziale Teilhabe auf beiden Seiten gestärkt werden. Häufig ist jedoch zu beobachten, dass die Gruppe Älterer allein aufgrund ihres kalendarischen Alters als besonders gefährdet und schützenswert eingeschätzt wird (Ayalon et al., 2020), was von den Betroffenen als stigmatisierend empfunden werden kann. Auch die in Kap. 6.9 dargestellten Ergebnisse des nahezu vollständigen Wegfalls der Enkelbetreuung zeigen, dass Großeltern den Empfehlungen, sich von den

Studie nur um eine Querschnitterhebung, in der rückblickend für die Zeit „vor Corona“ die Lebenszufriedenheit eingeschätzt werden sollte. Wie in Kap. 10 erwähnt, geht dies möglicherweise mit einer Verzerrung einher. Dies könnte eine Erklärung für die z. T. unterschiedlichen Befunde sein.

Enkelkindern fern zu halten, gefolgt sind. Die COVID-19-Pandemie bringt unterschiedliche Formen von Altersdiskriminierung zutage (Ayalon et al., 2020). Selbstbestimmung und soziale Teilhabe der sehr heterogenen Gruppe der älterer Menschen dürfen nicht unter dem Deckmantel des besonderen Schutzes missachtet werden, sondern sollten weiterhin handlungsleitend sein (Kessler et al., 2020). Es muss beispielsweise weiterhin legitim sein, wenn ältere Menschen ihre Einkäufe selbstständig tätigen wollen.

Die COVID-19-Pandemie verdeutlicht außerdem die enorme Bedeutung, die digitaler Technik in nahezu allen Lebensbereichen zukommt. Digitale Medien kompensieren derzeit viele Einschränkungen des (sozialen) Lebens. Wie in Kapitel 9.2 angedeutet, sind Personen, die das Internet nicht nutzen, im Zuge der Pandemie mehrfach benachteiligt, z. B. durch einen niedrigen sozioökonomischen Status. Es besteht die Gefahr, dass diese Gruppe weiter „abgehängt“ wird (Ehlers et al., 2020; Endter et al., 2020). So „kann eine digitale Exklusion durchaus zu einer gesellschaftlichen Exklusion führen“ (Ehlers et al., 2020, S. 28). Damit möglichst alle Menschen von den digitalen Möglichkeiten profitieren, müssen sowohl der Zugang zum Internet und entsprechenden Geräten sichergestellt sein als auch Möglichkeiten bestehen, den souveränen Umgang mit digitalen Medien zu lernen (8. Altersberichtskommission, 2020; Ehlers et al., 2020). Dies darf aber nicht bedeuten, dass jeder das Internet nutzen muss. Auch der Wunsch nach Internet-Nichtnutzung muss akzeptiert werden. Auch deshalb ist es erforderlich, Informationen, Dienstleistungen, (Freizeit-)Angebote etc. zusätzlich auf analogem Wege bzw. über die klassischen Medien (Fernsehen, Zeitung, Radio, Telefon) zugänglich zu machen.

Ein Teil der Ergebnisse der vorliegenden Studie wurde auch durch die Aussagen von Expert/innen aus Politik, Praxis und Wissenschaft bestätigt, die im April/Mai 2020 zu den Folgen der COVID-19-Pandemie, speziell bezogen auf die Generation 65plus, befragt worden sind (Reichert, Kusserow & Bernhardt, 2020). Dies gilt insbesondere für die Ergebnisse zur Situation von pflegenden Angehörigen, deren ohnehin hohes Belastungserleben, z. B. bei dem Versuch der Vereinbarkeit von Beruf- und Pfl egetätigkeit, durch die COVID-19-Pandemie auch aus Sicht der Expert/innen noch verstärkt worden ist. Aber auch auf andere Gruppen – vor allem chronisch kranke, pflegebedürftige, an Demenz erkrankte und/oder hochaltrige Menschen – gelten nach Ansicht der Expert/innen auf Grund der Pandemie als besonders vulnerabel. Thematisiert wurden diesbezüglich das gestiegene Risiko von Isolation und Einsamkeit, aber auch die eingeschränkte bzw. fehlende Unterstützung durch Familienangehörige und/oder ambulante Dienste. Es ist somit wenig erstaunlich, dass sich der von den Expert/innen identifizierte Handlungsbedarf vorrangig auf eine Verbesserung der Lebenssituation der genannten Personengruppen bezieht. So wird zur Bewältigung der Folgen der COVID-19-Pandemie ein weiterer, und von den Kommunen zu fördernder Ausbau von Nachbarschaftsnetzwerken ebenso gefordert, wie der Ausbau und die Inanspruchnahme von neuen Kommunikations- und Medizintechnologien. Darüber hinaus – so die Vorschläge – muss in Zukunft die professionelle Pflegeinfrastruktur, einschließlich (weiterer) Entlastungs- und Unterstützungsangebote für informell Pflegenden, qualitativ wie quantitativ nachhaltig verbessert werden (Reichert, Kusserow & Bernhardt, 2020).

Auf Basis unserer Pilotstudie lässt sich nun u. a. weiter untersuchen, ob und wie Veränderungen in Unterstützungsleistungen mit Veränderungen in der Lebenszufriedenheit und

dem Einsamkeitsempfinden zusammenhängen. Dabei können besonders ältere Personen und Frauen in den Blick genommen werden, die, so deutet es sich hier an, verstärkt von COVID-19-bedingten Maßnahmen betroffen sind. Solche weiterführenden Analysen helfen letztlich dabei, fundierte politische Gestaltungshinweise zu geben.

LITERATUR

- Altersberichtskommission, Achte. (2020). Achter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Ältere Menschen und Digitalisierung. Bericht der Sachverständigenkommission an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. In: *Drucksache 19/21650*. Deutscher Bundestag, 19. Wahlperiode. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Ayalon, L., Chasteen, A., Diehl, M., Levy, B. R., Neupert, S. D., Rothermund, K. et al. (2020). Aging in Times of the COVID-19 Pandemic: Avoiding Ageism and Fostering Intergenerational Solidarity. *The Journals of Gerontology: Series B*, gbaa051. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa051>
- Börsch-Supan, A. (2019). Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 6. Release version: 7.1.0. SHARE-ERIC. <https://doi.org/10.6103/SHARE.W6.710>
- Bundesregierung. (2020a). Besprechung der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder. *Bundesregierung*. Zugriff am 29.10.2020. Verfügbar unter: <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/besprechung-der-bundeskanzlerin-mit-den-regierungschefinnen-und-regierungschefs-der-laender-1733248>
- Bundesregierung. (2020b). Maskenpflicht gilt ab sofort. *Bundesregierung*. Zugriff am 29.10.2020. Verfügbar unter: <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/maskenpflicht-in-deutschland-1747318>
- Eggert, S., Teubner, C., Budnick, A., Gellert, P. & Kuhlmeier, A. (2020). *Pflegende Angehörige in der COVID-19-Krise*. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP).
- Ehlers, A., Heß, M., Frewer-Graumann, S., Olbermann, E. & Stiemke, P. (2020). Digitale Teilhabe und (digitale) Exklusion im Alter. In C. Hagen, C. Endter & F. Berner (Hrsg.), *Expertisen zum Achten Altersbericht der Bundesregierung*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- El-Menouar, Y. (2014). Befragung von Migranten. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 787–797). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Endter, C., Hagen, C. & Webel, H. (2020). *Ältere Menschen und ihre Nutzung des Internets. Folgerungen für die Corona-Krise*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Entringer, T., Kröger, H., Schupp, J., Kühne, S., Liebig, S., Goebel, J. et al. (2020). *Psychische Krise durch Covid-19? Sorgen sinken, Einsamkeit steigt, Lebenszufriedenheit bleibt stabil*. SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research, Nr. 1087. Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW).
- Ettel, A. (2020, Mai 29). Wegen Corona: In Deutschland wurden 908.000 OPs aufgeschoben. *DIE WELT*. Zugriff am 30.11.2020. Verfügbar unter: <https://www.welt.de/wirtschaft/article208557665/Wegen-Corona-In-Deutschland-wurden-908-000-OPs-aufgeschoben.html>
- Grates, M. & Rübler, H. (2017). *Methodenbericht. Schriftlich-postalische Befragung im Projekt „QuartiersNETZ“*. Dortmund: Fachhochschule Dortmund.

- Initiative D21 e.V. (2020). *D21-Digital-Index. Jährliches Lagebild zur Digitalen Gesellschaft*. Berlin.
- Kessler, E.-M., Strumpfen, S., Kircheldorff, C., Franke, A., Pantel, J. & Gellert, P. (2020). *Partizipation und soziale Teilhabe älterer Menschen trotz Corona-Pandemie ermöglichen*. Gemeinsames Statement der Sektionen für Geriatrische Medizin (II), Sozial- und Verhaltenswissenschaftliche Gerontologie (III), Soziale Gerontologie und Altenhilfe (IV) der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG e.V.).
- Klaus, D. & Engstler, H. (2017). Daten und Methoden des Deutschen Alterssurveys. In K. Mahne, J.K. Wolff, J. Simonson & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)*. Berlin.
- König, R., Seifert, A. & Doh, M. (2018). Internet use among older Europeans. An analysis based on SHARE data. *Universal Access in the Information Society*, 17, 621-633. <https://doi.org/10.1007/s10209-018-0609-5>
- Kühne, S., Kroh, M., Liebig, S., Rees, J., Zick, A., Entringer, T. et al. (2020). *Gesellschaftlicher Zusammenhalt in Zeiten von Corona: Eine Chance in der Krise?*. SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research, Nr. 1091. Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW).
- Kühne, S., Kroh, M., Liebig, S. & Zinn, S. (2020). The Need for Household Panel Surveys in Times of Crisis: The Case of SOEP-CoV. *Survey Research Methods*, 14(2), 195-203. <https://doi.org/10.18148/srm/2020.v14i2.7748>
- Künemund, H. (2016). Wovon hängt die Nutzung technischer Assistenzsysteme ab? Expertise zum Siebten Altenbericht der Bundesregierung. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Land NRW. (2020a). Landesregierung beschließt weitere Maßnahmen | Das Landesportal Wir in NRW. Zugriff am 29.10.2020. Verfügbar unter: [/de/pressemitteilung/landesregierung-beschliesst-weitere-massnahmen-zur-eindaemmung-der-corona-virus](#)
- Land NRW. (2020b). Landesregierung führt Maskenpflicht ein | Das Landesportal Wir in NRW. Zugriff am 29.10.2020. Verfügbar unter: [/de/pressemitteilung/landesregierung-fuehrt-maskenpflicht-ein](#)
- Land NRW. (2020c). Stufenweise Öffnungen bei den Maßnahmen in der Corona-Pandemie | Das Landesportal Wir in NRW. Zugriff am 29.10.2020. Verfügbar unter: [/de/pressemitteilung/ministerpraesident-armin-laschet-stellt-nordrhein-westfalen-plan-vor](#)
- Land NRW. (2020d). Neue Fassung der Corona-Schutzverordnung | Das Landesportal Wir in NRW. Zugriff am 29.10.2020. Verfügbar unter: [/de/pressemitteilung/neue-fassung-der-corona-schutzverordnung-mit-weiteren-erleichterungen-gilt-ab](#)
- Lang, F., Rupprecht, F. & Martin, K. (2020). *Begleitstudie zur Corona-Pandemie*. Nürnberg: Institut für Psychogerontologie. Zugriff am 8.12.2020. Verfügbar unter: <https://www.geronto.fau.de/download/4098/>
- Motel-Klingbiel, A., Klaus, D. & Simonson, J. (2014). Befragungen von älteren und alten Menschen. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 781-786). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Osterloh, F. (2020). Coronavirus: Krankenhäuser verschieben planbare Eingriffe. *Deutsches Ärzteblatt*, 117(12), A-575/B-497.

- Quashie, N. T., Brandt, M., Garten, C., Grates, M., Kaschowitz, J., Klingel, M. & Schmitz, A. (2020). *Health and Support in Times of Corona - Study Description*. Dortmund: TU Dortmund, FK17.
- Reichert, M., Kusserow, K. & Bernhardt, L. (2020). *Folgen der COVID-19 Pandemie für die Generation 65plus aus Sicht von Expert*innen*. Discussion paper. Dortmund: TU Dortmund, FK17.
- Reuband, K.-H. (2014). Schriftlich-postalische Befragung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 643–660). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Rothgang, H., Wolf-Ostermann, K., Domhoff, D., Heinze, F., Heß, M., Kalwitzki, T. et al. (2020). *Zur Situation der häuslichen Pflege in Deutschland während der Corona-Pandemie. Ergebnisse einer Online-Befragung von informellen Pflegepersonen im erwerbsfähigen Alter*. Bremen: SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik und Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen in Kooperation mit der DAK Gesundheit und dem Verein wir pflegen e. V.
- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, Validity, and Factor Structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20–40. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2
- Schlomann, A. & Wahl, H.-W. (2020, November 10). Analysen zum Zusammenhang der subjektiven IKT-Kompetenz mit sozialer Teilhabe bei älteren Onlinern: Ergebnisse einer Befragungsstudie während der Corona-Pandemie. Online-Symposium des FA „Alter und Technik“ der DGGG: „COVID-19 als <Brennglas>: Was wir aus der Krise zum Thema Altern und Digitalisierung lernen können“.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder. (2014). Zensusdatenbank - Deutschland - Bevölkerung nach Geschlecht, Familienstand (ausführlich) und Alter (10er-Jahresgruppen). Zugriff am 4.11.2020. Verfügbar unter: https://ergebnisse.zensus2011.de/#StaticContent:00,BEV_10_1,m,table
- Statistisches Bundesamt. (2017). *Entwicklung der Privathaushalte bis 2035 Ergebnisse der Haushaltsvorausberechnung - 2017*.
- Statistisches Bundesamt. (2020a). Internetnutzung von Personen nach Altersgruppen in Prozent. *Statistisches Bundesamt*. Zugriff am 2.12.2020. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Einkommen-Konsum-Lebensbedingungen/_Grafik/_Interaktiv/it-nutzung-alter.html
- Statistisches Bundesamt. (2020b). IT-Nutzung Computer- und Internetnutzung im ersten Quartal des jeweiligen Jahres von Personen ab 10 Jahren. Zugriff am 8.12.2020. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Einkommen-Konsum-Lebensbedingungen/IT-Nutzung/Tabellen/zeitvergleich-computernutzung-ikt.html>
- Statistisches Bundesamt. (2020c). 1. Quartal 2020: Starker Anstieg bei der Nutzung von Videochats und Online-Telefonie. Pressemitteilung Nr. 302 vom 11. August 2020. Zugriff am 8.12.2020. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/08/PD20_302_639.html
- Statistisches Bundesamt. (2020d). *Genesis-Online, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes Deutschland. Ergebnisse auf Grundlage des Zensus 2011*. Datenlizenz by-2-0; eigene Berechnung/eigene Darstellung.

- Statistisches Bundesamt. (2020e). *Bildungsstand der Bevölkerung. Ergebnisse des Mikrozensus 2018. Ausgabe 2019*. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt. (2020f). Erwerbsbeteiligung. Erwerbstätige und Erwerbstätigenquote nach Geschlecht und Alter 2009 und 2019. Ergebnis des Mikrozensus. *Statistisches Bundesamt*. Zugriff am 30.11.2020. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/Tabellen/erwerbstaetige-erwerbstaetigenquote.html>
- Statistisches Bundesamt. (2020g). Pflege in Deutschland - Pflegequote nach Altersgruppe und Geschlecht 2017. *Statista*. Zugriff am 4.11.2020. Verfügbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/187686/umfrage/pflegequote-in-deutschland/>
- Tagesschau. (2020). Kliniken verschieben planbare Operationen wegen Corona. *tagesschau.de*. Zugriff am 30.11.2020. Verfügbar unter: <https://www.tagesschau.de/inland/kliniken-corona-101.html>
- Tesch-Römer, C., Weber, C. & Webel, H. (2016). *Nutzung des Internets durch Menschen in der zweiten Lebenshälfte*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). (2020). *Corona-Alltag: Ergebnisse: Stichprobe*. Zugriff am 26.11.2020. Verfügbar unter: <https://wzb.eu/de/node/67069/subpage/67273>
- ZDF. (2020a). Corona: Drei Viertel finden Maßnahmen richtig. Zugriff am 4.11.2020. Verfügbar unter: <https://www.zdf.de/uri/f0d22c85-c5c1-4e4d-9cc7-df071e59199d>
- ZDF. (2020b). ZDF-Politbarometer: Shutdown: Mehrheit gegen schnelle Lockerung. Zugriff am 4.11.2020. Verfügbar unter: <https://www.zdf.de/uri/11937f72-c699-4a03-9ba6-70b807a24449>
- ZDF. (2020c). ZDF-Politbarometer Extra: Mehrheit findet jetzige Lockerungen richtig. Zugriff am 4.11.2020. Verfügbar unter: <https://www.zdf.de/uri/a09f2567-885f-4a6e-bc7a-64ceba21596b>

ANHANG

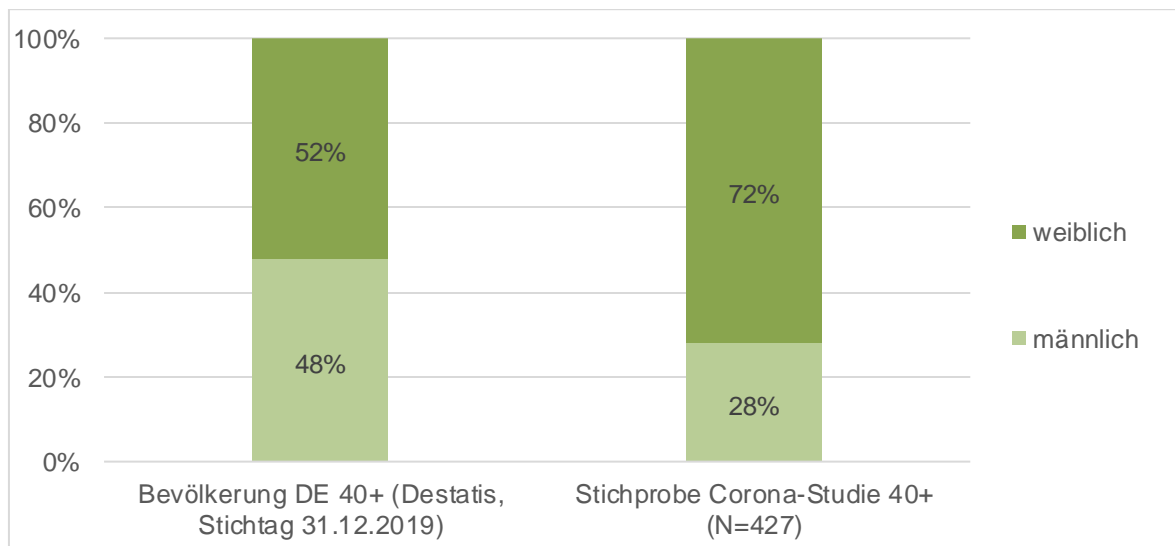
Ausführliche Beschreibung der Stichprobe

Im Folgenden wird die Stichprobe beschrieben und mit der Bevölkerung Deutschlands im mittleren und höheren Erwachsenenalter anhand der amtlichen Statistik verglichen, um Unterschiede und Ähnlichkeiten herauszufinden. Dadurch kann eingeschätzt werden, ob die Ergebnisse in dieser Form auch in der gesamten Bevölkerung im mittleren und höheren Erwachsenenalter zu erwarten sind.

Geschlecht, Alter und Migrationshintergrund

Mit einem Anteil von knapp 72 % ist die Mehrheit der Befragten weiblich. 28 % sind männlich und eine befragte Person (0,2 %) gibt „divers“ an. Bei einem Vergleich der ab 40-jährigen Befragten mit der ab 40-jährigen Bevölkerung Deutschlands zeigt sich, dass Frauen in der Corona-Studie im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich überrepräsentiert sind (siehe Abbildung 16). In der Allgemeinbevölkerung sind Frauen und Männer zu etwa gleichen Anteilen vertreten.

Abbildung 16: Geschlechterverteilung – Bevölkerung Deutschlands 40+ und Stichprobe Corona-Studie 40+ im Vergleich

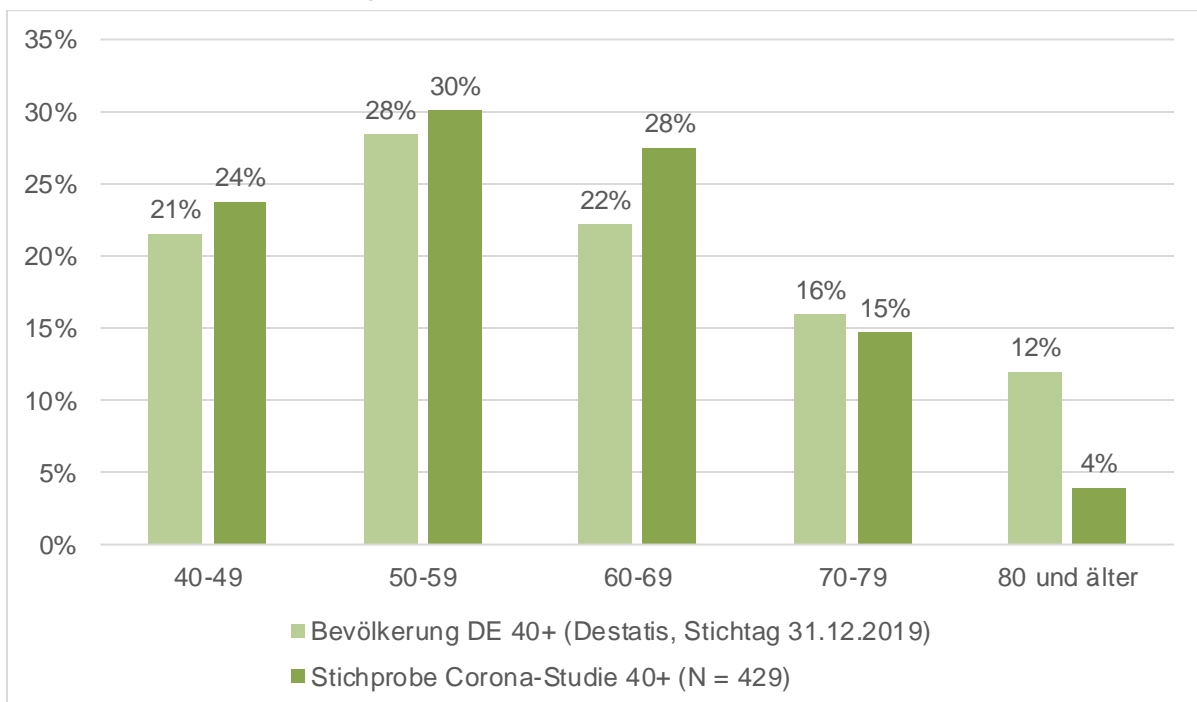


Anmerkungen: Angaben gerundet; DE = Deutschland; N = Anzahl; zur besseren Vergleichbarkeit beinhaltet die Darstellung nur die Studienteilnehmer/innen, die mindestens 40 Jahre alt sind, weiblich oder männlich sind, und in Deutschland leben (N = 427). Eigene Berechnungen und Darstellung; Datengrundlage: eigene Erhebung und Statistisches Bundesamt (2020d).

Das Durchschnittsalter der Studienteilnehmer/innen beträgt 58 Jahre (SD = 11,9). Die Altersspanne liegt zwischen 31 und 91 Jahren. Die beiden Altersgruppen 50-59 Jahre und 60-69 Jahre sind am stärksten besetzt, gefolgt von der Gruppe der 40- bis 49-Jährigen. Vor allem ältere Personen ab 80 Jahren bilden eine vergleichsweise kleine Gruppe. Mit einem

Anteil von 3 % bilden unter 40-Jährige die kleinste Gruppe, was daran liegt, dass zumeist explizit Menschen ab 40 Jahren angesprochen wurden. Bei einem Vergleich der ab 40-jährigen Befragten mit der ab 40-jährigen Bevölkerung Deutschlands zeigt sich, dass die Stichprobe hinsichtlich der Altersverteilung relativ gut vergleichbar ist mit der deutschen Bevölkerung, allerdings sind ab 80-jährige Personen in der Corona-Studie im Vergleich zur Bevölkerung unter- und 60- bis 69-jährige Personen überrepräsentiert (Statistisches Bundesamt, 2020d) (siehe Abbildung 17). Die geringere Teilnahmequote an Befragungen von Menschen der Altersgruppe 80+ ist bekannt (Klaus & Engstler, 2017; Motel-Klingbiel, Klaus & Simonson, 2014).

Abbildung 17: Altersgruppenverteilung – Bevölkerung Deutschlands 40+ und Stichprobe Corona-Studie 40+ im Vergleich



Anmerkungen: Angaben gerundet; DE = Deutschland; n = Anzahl; zur besseren Vergleichbarkeit beinhaltet die Darstellung nur die Studienteilnehmer/innen, die mindestens 40 Jahre alt sind und in Deutschland leben (N = 429). Eigene Berechnungen und Darstellung; Datengrundlage: eigene Erhebung und Statistisches Bundesamt (2020d).

12 % der Befragten haben einen Migrationshintergrund, d. h. sie selbst sind im Ausland geboren oder mindestens ein Elternteil ist nicht in Deutschland geboren. Im Vergleich zur Bevölkerung Deutschlands dieser Altersgruppe sind Menschen mit Migrationshintergrund in der Befragung leicht unterrepräsentiert, was sich auch in vielen anderen Erhebungen zeigt (El-Menouar, 2014; Grates & Rübler, 2017; Klaus & Engstler, 2017; Reuband, 2014).

Haushaltsgröße und Familienstand

Knapp drei Viertel der Befragten (74 %) wohnen im Zwei- oder Mehrpersonenhaushalt, gut ein Viertel (26 %) wohnt alleine. Lediglich eine Person gibt an, in einer Pflegeeinrichtung zu leben (0,2 %). Hinsichtlich des Verhältnisses von Ein- zu Mehrpersonenhaushalten ist die

Stichprobe relativ gut mit der Bevölkerung Deutschlands im mittleren und höheren Erwachsenenalter vergleichbar (Statistisches Bundesamt, 2017).

Mit knapp zwei Drittel (65 %) ist die Mehrheit der Befragten verheiratet oder lebt in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft. 19 % sind ledig, wobei davon knapp die Hälfte in einer Partnerschaft lebt. 10 % der Befragten sind geschieden. 6 % der Befragten sind verwitwet. Die Stichprobe ist hinsichtlich des Familienstands relativ gut mit der Bevölkerung Deutschlands dieser Altersgruppe vergleichbar. Personen, die verwitwet sind, sind in der Corona-Studie etwas unterrepräsentiert, Personen, die ledig sind, sind dagegen etwas überrepräsentiert (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2014).

Über drei Viertel der Befragten geben an, Kinder zu haben (77 %). Davon hat über die Hälfte (53 %) zwei Kinder, gefolgt von einem Viertel (25 %) mit einem Kind, 18 % mit drei Kindern und 4 % mit vier oder mehr Kindern. 23 % der Befragten geben an, keine Kinder zu haben.

Bildung, Erwerbstätigkeit und Einkommen

Von den Befragten, die Angaben zum höchsten Schulabschluss gemacht haben, verfügen drei Viertel (76 %) über die allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife bzw. das (Fach-)Abitur. 17 % der Befragten verfügen über einen Realschulabschluss, die Mittlere Reife oder vergleichbares. Lediglich 7 % verfügen über einen Haupt- oder Volksschulabschluss oder vergleichbares. Niemand gibt an, über keinen Schulabschluss zu verfügen. Diese Verteilung weicht deutlich von der Verteilung in der Bevölkerung Deutschlands ab. Personen mit Abitur sind in der Befragung deutlich überrepräsentiert. Personen mit Haupt- oder Volksschulabschluss sind demgegenüber deutlich unterrepräsentiert. Dementsprechend sind auch Personen mit akademischem Abschluss erheblich überrepräsentiert: So besitzen 54 % der Befragten einen Hochschulabschluss, während es in der ab 30-jährigen Bevölkerung Deutschlands im Jahr 2018 knapp 20 % waren (Statistisches Bundesamt, 2020e).

61 % der Befragten sind erwerbstätig und davon zumeist in Vollzeit abhängig beschäftigt. 40 % sind nicht (mehr) erwerbstätig und davon zumeist im Ruhestand. Damit sind Erwerbstätige in der Corona-Studie im Vergleich zur Bevölkerung Deutschlands überrepräsentiert, was auch damit zusammenhängen dürfte, dass Personen im erwerbsfähigen Alter in der Befragung etwas überrepräsentiert sind (Statistisches Bundesamt, 2020f).

Die Befragten wurden gebeten anzugeben, wie sie mit dem Monatseinkommen ihres Haushalts *vor* und *seit* Ausbreitung des Corona-Virus über die Runde kamen bzw. kommen. *Vor* Ausbreitung des Virus seien nahezu alle Befragten (95 %) leicht oder einigermaßen leicht mit dem Haushaltseinkommen über die Runden gekommen. Für die Zeit *seit* Ausbreitung des Corona-Virus zeigen sich leichte Veränderungen. So geben für die Zeit *seit* Beginn der COVID-19-Pandemie „nur“ noch 89 % an, dass sie (einigermaßen) leicht über die Runden kommen, während 11 % angeben, mit Schwierigkeiten über die Runden zu kommen. Dies war zu erwarten, da einige Erwerbstätige direkt von den Maßnahmen zur Eindämmung betroffen sind. Zum Vergleich liegen Daten des repräsentativen Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) aus dem Jahr 2015 für ab 50-jährige Personen mit Wohnsitz

in Deutschland vor (Börsch-Supan, 2019): Demnach beträgt der Anteil derjenigen, die angeben, mit Schwierigkeiten über die Runden zu kommen, bei über 16 % (eigene Berechnungen). Betrachtet man nur die *ab 50-jährigen* Befragten der Corona-Studie, sind es 8 %, die für die Zeit seit Ausbreitung von COVID-19 angeben, mit Schwierigkeiten über die Runden zu kommen. Dieser Vergleich und auch ein Vergleich mit Zahlen der amtlichen Statistik (z. B. der Armutsgefährdungsquote) zeigt, dass die Stichprobe insgesamt im Vergleich zur Bevölkerung überdurchschnittlich gut mit ihrem Einkommen über die Runden kommt, wohingegen Menschen mit finanziellen Schwierigkeiten in zu geringem Maße erreicht wurden. Dies war aufgrund des überdurchschnittlich hohen Bildungsniveaus der Stichprobe zu erwarten und muss bei der Ergebnisinterpretation berücksichtigt werden.

Gesundheit

Die Befragten wurden gebeten, anhand einer fünfstufigen Skala (1 = ausgezeichnet, 2 = sehr gut, 3 = gut, 4 = mittelmäßig, 5 = schlecht) anzugeben, wie sie ihren Gesundheitszustand einschätzen. Die selbsteingeschätzte Gesundheit der Stichprobe liegt im Durchschnitt bei 2,9 (SD = 0,8). Die meisten Befragten (52 %) wählen die mittlere Antwortkategorie („gut“), gefolgt von den Kategorien „sehr gut“ (23 %) und „mittelmäßig“ (20 %). Als „ausgezeichnet“ beurteilen 5 % der Befragten ihren Gesundheitszustand und lediglich 1 % schätzt seinen Gesundheitszustand als „schlecht“ ein. Zum Vergleich liegen Daten des repräsentativen Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) für die ab 50-jährige Bevölkerung aus dem Jahr 2015 vor (Börsch-Supan, 2019). Die ab 50-jährigen Befragten der Corona-Studie weisen mit einem Durchschnittswert von 3,0 (SD = 0,74) eine etwas bessere subjektive Gesundheit auf als die in Deutschland lebenden ab 50-jährigen Teilnehmenden des SHARE mit einer selbsteingeschätzten Gesundheit von durchschnittlich 3,3 (SD = 0,97) (eigene Berechnungen).

Knapp die Hälfte der Befragten (47 %) gibt an, eine oder mehrere lang andauernde, chronische Krankheit/en zu haben (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems), von denen knapp zwei Drittel lediglich von *einer* und gut ein Drittel von *mehreren* chronischen Krankheiten betroffen sind. Knapp 2 % der Befragten geben an, Leistungen der Pflegeversicherung zu erhalten. Damit sind pflegebedürftige Personen in der Befragung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung etwas unterrepräsentiert (Statistisches Bundesamt, 2020g). Dass Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen in Befragungen unterproportional erreicht werden und dass tendenziell eher Personen mit guter Gesundheit teilnehmen, zeigt sich in vielen Studien. Die geringere Teilnahmequote ist auch darauf zurückzuführen, dass ältere Personen in den meisten Befragungen unterrepräsentiert sind, eine Gruppe, die im Schnitt stärker von gesundheitlichen Einbußen betroffen ist (Klaus & Engstler, 2017; Motel-Klingbiel et al., 2014).

Wohngegend

Fast alle Befragte haben ihren Wohnsitz in Deutschland (98 %). Davon wohnt die große Mehrheit (64 %) in Nordrhein-Westfalen (NRW), gefolgt von Baden-Württemberg (9 %) und Niedersachsen (8 %). Aus den Neuen Bundesländern haben nur vereinzelt Personen teil-

genommen. Der hohe Anteil an Befragten aus NRW ist auf die Rekrutierung zurückzuführen, die vor allem über Multiplikator-Organisationen mit Sitz in Dortmund und Umgebung sowie einer Anzeige in einer Dortmunder Zeitung erfolgte.

Sowohl Personen aus urbanen Gegenden als auch aus ländlichen Regionen haben an der Befragung teilgenommen: 29 % der Befragten wohnen in einer Großstadt, gefolgt von 25 % mit Wohnsitz in einer Vorstadt oder einem Außenbezirk einer Großstadt. Ein Fünftel der Befragten (20 %) wohnt in einer ländlichen Gegend oder einem Dorf. 16 % wohnen in einer Kleinstadt und 10 % in einer größeren Stadt. Ein Vergleich mit repräsentativen Daten von in Deutschland wohnenden Befragten des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) zeigt, dass in der Corona-Studie Personen, die in einer Kleinstadt, einer ländlichen Gegend oder einem Dorf wohnen, unterrepräsentiert, und Personen mit Wohnsitz in einer Großstadt, einer Vorstadt oder einem Außenbezirk einer Großstadt überrepräsentiert sind (Börsch-Supan, 2019). Auch dies ist vermutlich auf die Rekrutierungsstrategie zurückzuführen.