

© 2020 KFS

Für den Inhalt des Dokuments sind allein die Autor*innen verantwortlich. Jede kommerzielle Nutzung der Dokumente, auch von Teilen und Auszügen, ist ohne vorherige Zustimmung und Absprache mit den Autor*innen ausdrücklich verboten.

Zitierweise: Schulze, Katja; Bock, Nicolas; Dittmer, Cordula; Flörchinger, Verena; Lorenz, Daniel F.; Merkes, Sara T.; Voss, Martin (2020): Die SARS-CoV-2-Pandemie aus Sicht der Bevölkerung. Ergebnisse einer Bevölkerungsbefragung. KFS Working Paper Nr. 16. Berlin: KFS. Online verfügbar unter: <http://www.polsoz.fu-berlin.de/ethnologie/forschung/arbeitsstellen/katastrophenforschung/publikationen/index.html>.

DOI: 10.17169/refubium-26823

Katastrophenforschungsstelle (KFS)
Freie Universität Berlin
FB Politik- und Sozialwissenschaften
Carl-Heinrich-Becker-Weg 6-10
12165 Berlin

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	II
Tabellenverzeichnis	II
Zusammenfassung.....	III
Abstract	III
1. Einleitung.....	4
2. Methode	4
3. Ergebnisse.....	6
3.1 Gedanken zu „SARS-CoV-2“ oder „COVID-19“	6
3.2 Betroffenheit	7
3.3 Sorgen und Ängste.....	9
3.3.1 Wahrscheinlichkeit.....	9
3.3.2 Allgemeine Sorgen.....	10
3.3.3 Persönliche Ängste.....	12
3.3.4 Ängste bezogen auf die Bewältigung und Auswirkungen.....	16
3.4 Eigene Maßnahmen.....	17
3.5 Quarantäne.....	18
3.6 Auswirkungen und Bewältigung	20
3.7 Vertrauen.....	21
3.8 Informationen	23
4. Zusammenfassung.....	25
Impressum	27

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Geografische Verteilung der Befragungsteilnehmenden	4
Abbildung 2: Wortwolke mit Assoziationen der Befragten.....	6
Abbildung 3: Selbst auf Infektion mit SARS-CoV-2 getestet.....	8
Abbildung 4: Kenntnis von infizierten Personen	8
Abbildung 5: Wahrscheinlichkeit einer eigenen Infektion (n = 671).....	9
Abbildung 6: Sorgen vor einer Infektion mit SARS-CoV-2 (n = 676).....	10
Abbildung 7: Angaben zu den Ängsten bezogen auf die eigene Person bzw. auf nahestehende Personen	13
Abbildung 8: Angaben zu den Ängsten bezogen auf die Bewältigung und die Auswirkungen der SARS-CoV-2-Lage	16
Abbildung 9: Angaben zur Häufigkeit ergriffener Maßnahmen.....	17
Abbildung 10: Angaben zur Sinnhaftigkeit verschiedener Maßnahmen	18
Abbildung 11: Angaben zur Bewertung der Sinnhaftigkeit unterschiedlicher Quarantänemaßnahmen	19
Abbildung 12: Angaben zur Bewertung der Auswirkungen und der Bewältigung der SARS-CoV-2-Lage	21
Abbildung 13: Angaben zum Vertrauen in verschiedene Akteursgruppen.....	22
Abbildung 14: Täglich aufgewendete Zeit zur Informationsbeschaffung	24
Abbildung 15: Angaben zur Bewertung der erhaltenen Information und der Medienberichterstattung	24

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Stichprobenkennwerte	5
---------------------------------------	---

Zusammenfassung

Die von der Katastrophenforschungsstelle (KFS) durchgeführte Studie erfasste im März 2020, wie die in Deutschland lebenden Menschen die Situation während der Ausbreitung der durch den SARS-CoV-2-Erreger verursachten Infektionskrankheit COVID-19 bewerteten. Im Fokus der Untersuchung standen die Ängste und Sorgen der Befragten. Zusätzlich wurde erhoben, wie die Menschen agierten, wie sie verschiedene Maßnahmen zur Eindämmung des Virus beurteilten, wie sehr sie verschiedenen Akteur*innen vertrauten und wie sie die gesamtgesellschaftlichen Bewältigungskompetenzen einschätzten. Neben standardisierten Fragen wurde eine Vielzahl an offenen Fragen eingespeist, um die quantitativen Daten zu qualifizieren und einen vertieften Einblick in die Sorgen der Befragten zu gewinnen.

Schlüsselwörter: SARS-CoV-2, COVID-19, Corona, Virus, Pandemie, Bevölkerungsbefragung

Abstract

In March 2020, the Disaster Research Unit (DRU) conducted a study on how people living in Germany assessed the situation during the spread of the infectious disease COVID-19 caused by the SARS CoV-2 pathogen. The survey focused on the fears and concerns of the respondents. In addition, the study included how people acted, how they assessed various measures to contain the virus, how much they trusted different actors, and how they evaluated the coping skills of society as a whole. In addition to standardized questions, a large number of open questions were fed in to gain a deeper insight into the concerns of the respondents.

Keywords: SARS-CoV-2, COVID-19, Corona, virus, pandemic, survey

1. Einleitung

Die von der Katastrophenforschungsstelle (KFS) durchgeführte Studie erfasste wie die in Deutschland lebenden Menschen (Aufenthaltsbevölkerung) die Situation Ende März 2020 während der Ausbreitung der durch den SARS-CoV-2-Erreger verursachten Infektionskrankheit COVID-19 bewerteten. Im Fokus der Untersuchung standen die Ängste und Sorgen der Befragten. Zusätzlich wurde erhoben, wie die Menschen agierten, wie sie verschiedene Maßnahmen zur Eindämmung des Virus beurteilten, wie sehr sie verschiedenen Akteur*innen vertrauten und wie sie die gesamtgesellschaftlichen Bewältigungskompetenzen einschätzten.

Mit der Studie sollten tiefere Einblicke in das individuelle Erleben der Studienteilnehmenden erhalten und umfassend beschrieben werden. Um den Erkenntnisgewinn zu erhöhen, wurden in der Befragung im Sinne eines Mixed-Methods-Ansatzes quantitative und qualitative Elemente kombiniert und integriert. Neben geschlossenen Fragen wurde daher eine Vielzahl an offenen Fragen eingespeist. Die Studie zielte demnach nicht auf populationsbeschreibende, generalisierende Aussagen über die in Deutschland lebenden Menschen, sondern auf das ganzheitliche und kontextbezogene „Verstehen“ der Sichtweisen der Befragten. In diesem Bericht werden die quantitativ und qualitativ erhobenen Daten deskriptiv ausgewertet.

2. Methode

Die Daten wurden anhand einer Gelegenheitsstichprobe mittels Online-Befragung erhoben. Den Forschenden war bewusst, dass mit dieser Erhebungsmethode bestimmte Bevölkerungsgruppen nur schwer erreicht werden. Andere Erhebungsmethoden (z. B. Face-to-Face-Befragungen, Paper-Pencil-Befragungen, Telefonbefragung) boten sich entweder aufgrund der zum Erhebungszeitpunkt vorherrschenden Situation (Ausgangsbegrenzungen) und aufgrund der vielen offenen Fragen nicht an.

Die Online-Befragung wurde am 18.03.2020 um 18:30 Uhr gestartet und ab dem 19.03.2020 über verschiedene Kanäle beworben. Nach einer Woche wurde am 25.03.2020 um 18:30 Uhr die erste Befragungsrunde beendet. Zu diesem Zeitpunkt lagen von 690 Personen vollständig ausgefüllte Fragebögen vor. In der hier vorliegenden Auswertung des ersten Befragungszeitraums werden die standardisierten und offenen Angaben dieser Personen deskriptiv ausgewertet.

Von den 691 Befragten waren 393 (57 %) weiblich und 269 (39 %) männlich (siehe Tabelle 1). 7 (1 %) Personen gaben ein anderes Geschlecht an und 21 (3 %) machten dazu keine Angaben. Die Befragungsteilnehmenden waren zwischen 14 und 84 Jahren (Durchschnittsalter: 40 Jahre) alt. 581 (84 %) gaben als höchsten Schulabschluss ein Abitur bzw. Fachabitur an. An der Befragung haben Personen aus ganz Deutschland teilgenommen (siehe Abbildung 1). 428 (62 %) lebten zum Befragungszeitpunkt in einer Großstadt mit mehr als 100.000 Einwohner*innen. 117 (17 %) Personen gaben einen Migrationshintergrund an.

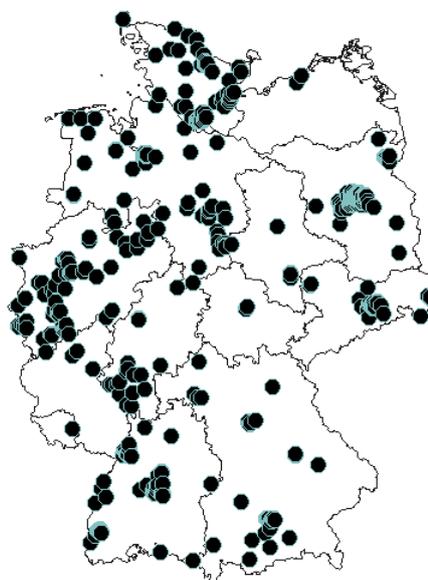


Abbildung 1: Geografische Verteilung der Befragungsteilnehmenden

Überdurchschnittlich viele Befragte waren weiblich und lebten zum Befragungszeitpunkt in einer Großstadt. Es handelt sich um eine vergleichsweise junge und gebildete Stichprobe. Das war aufgrund der Stichprobenziehung zu erwarten. Wie bereits erwähnt, war es nicht das Ziel verallgemeinernde, populationsbeschreibende Aussagen zu treffen, sondern ein vertieftes Verständnis der Sichtweisen der Befragten zu gewinnen.

Tabelle 1: Stichprobenkennwerte

	Häufigkeit	Prozent
Geschlecht		
weiblich	393	57,0
männlich	269	39,0
anderes	7	1,0
keine Angabe / weiß nicht	21	3,0
Alterskategorien		
bis 24 Jahre	64	9,3
25 bis 39 Jahre	248	35,9
40 bis 59 Jahre	173	25,1
60 Jahre und älter	64	9,3
keine Angabe / weiß nicht	141	20,9
Ortsgröße		
eine Großstadt	428	62,0
eine mittelgroße Stadt	90	13,0
eine Kleinstadt	87	12,6
ein Dorf	66	9,6
keine Angabe / weiß nicht	19	2,8
Schulabschluss		
bis zu 8 Klassen	3	0,4
9. Klasse/Hauptschulabschluss	6	0,9
10. Klasse/Mittlere Reife/POS	80	11,6
Abitur/Fachabitur	581	84,2
keine Angabe / weiß nicht	20	2,9
Im Katastrophenschutz tätig		
Ja	92	13,3
Nein	576	83,5
keine Angabe / weiß nicht	22	3,2
Staatsangehörigkeit		
Deutsche Staatsangehörigkeit	622	90,1
Doppelte Staatsangehörigkeit (deutsche und andere)	14	2,0
Andere Staatsangehörigkeit	32	4,6
keine Angabe / weiß nicht	22	3,2
Geburtsland		
Deutschland	557	80,7
Geburtsland des*der Befragten und/oder Mutter und/oder Vater nicht Deutschland	115	16,7
keine Angabe / weiß nicht	18	2,6
Einkommen		
unter 500 Euro	8	1,2
500 bis unter 1000 Euro	44	6,4
1000 bis unter 2000 Euro	89	12,9
2000 bis unter 3000 Euro	124	18,0
3000 bis unter 4000 Euro	119	17,2
4000 bis unter 5000 Euro	90	13,0
5000 bis unter 6000 Euro	62	9,0
6000 Euro und mehr	54	7,8
keine Angabe / weiß nicht	100	14,5

Bereits in dieser rein quantitativen Auflistung wird deutlich, dass das Thema für die meisten Teilnehmer*innen sehr **negativ konnotiert** war. Dies zeigt sich auch in der Analyse der Aussagen, wobei in der Mehrheit weniger Angst oder Panik, sondern eher eine große Unsicherheit vorherrschte, darauf bezogen, was die Situation bedeute, wie lange sie noch anhalten würde und welche Folgen sie für jede*n Einzelne*n bzw. sein*ihr soziales Umfeld, aber auch die Wirtschaft haben würde.

Zugleich waren sehr viele Leute „genervt“, aber auch überfordert von dem Thema, sie empfanden die Berichterstattung als zu übergreifend („Nachrichtenflut“), es sei kaum möglich, auch noch über anderes zu lesen oder sich zu unterhalten. So verschärfte sich für einige die Situation, die schon an sich durch die z. T. massiven Einschränkungen als „sehr stressig“ empfunden wurde, noch dadurch, dass dieses Thema auch in den Medien und im Privatleben omnipräsent war.

Vielfach fand sich in den Aussagen auch Unverständnis darüber, warum so viele scheinbar den „**Ernst der Lage noch nicht begriffen**“ hätten und noch immer sehr unvernünftig handeln würden. Einige äußerten sich beunruhigt bezüglich der Auswirkungen auf die Demokratie, der Einschränkungen der Freiheitsrechte, des nationalen Egoismus sowie der Ausblendung anderer dramatischer Notlagen, wie z. B. in Griechenland.

In den Extremen fanden sich Aussagen zu **Todesangst und Panik** („für mich als jahrelang schwerst misshandelten und eingesperrten traumatisierten Menschen wiederholen sich Dinge von Isolation erneut“) über eher Neutralität bzw. einen gewissen Fatalismus („auch das geht vorbei“) bis hin zur Negation der Situation („selbsterzeugte Apokalypse“, „Hysterie“, „Panikmache“).

Viele der Teilnehmenden sahen die Situation jedoch trotz möglicher Verluste auch als etwas **Positives**, als „Probe für die Gesellschaft und das System“, als „Weckruf Gottes“, eine „Herausforderung für die Menschheit“ in der auch eine Chance für ein größeres Umdenken liege. Hier fanden sich z. T. Hoffnungen auf eine Veränderung der Weltordnung, aber auch einfach auf eine Zeit, in der mehr Achtsamkeit, Entspannung, Zusammenhalt („Weg vom Ich zum Wir“) gelebt werden können. Dies bezog sich auf die gegenwärtige Situation der Kontaktbeschränkungen aber auch auf die Zeit danach („schauen, was wirklich wichtig ist“, „Leben auf Stopp gesetzt“). Auch die positiven Auswirkungen auf die Umwelt und das Klima wurden erwähnt („Die Welt wird eine andere sein“, „Chance auf eine neue Welt“, „Hoffnung, dass die Welt hinterher trotz der vielen Sorgen und Toten in vielerlei Hinsicht eine bessere sein kann“, „Möglichkeit für eine gesellschaftliche Transformation“).

Einige der Teilnehmenden hatten das Gefühl, sich in einem **Traum** („das ist alles nur ein Traum und heute bin ich wach geworden und alles ist wieder gut“) oder in einem Film zu befinden. Die Situation sei „**surreal**“, „unwirklich“, „diffus“, „unbegreiflich“, „seltsam“, „unfassbar, dass so ein kleines Biest die ganze Welt in Frage stellt“.

3.2 Betroffenheit

Die Mehrzahl (651; 94 %) der Befragten war zum Zeitpunkt der Befragung nicht auf eine Infektion mit SARS-CoV-2 getestet worden (siehe Abbildung 3). Bei 13 (2 %) Personen war das der Fall. 26 (4 %) Befragte machten dazu keine Angaben.

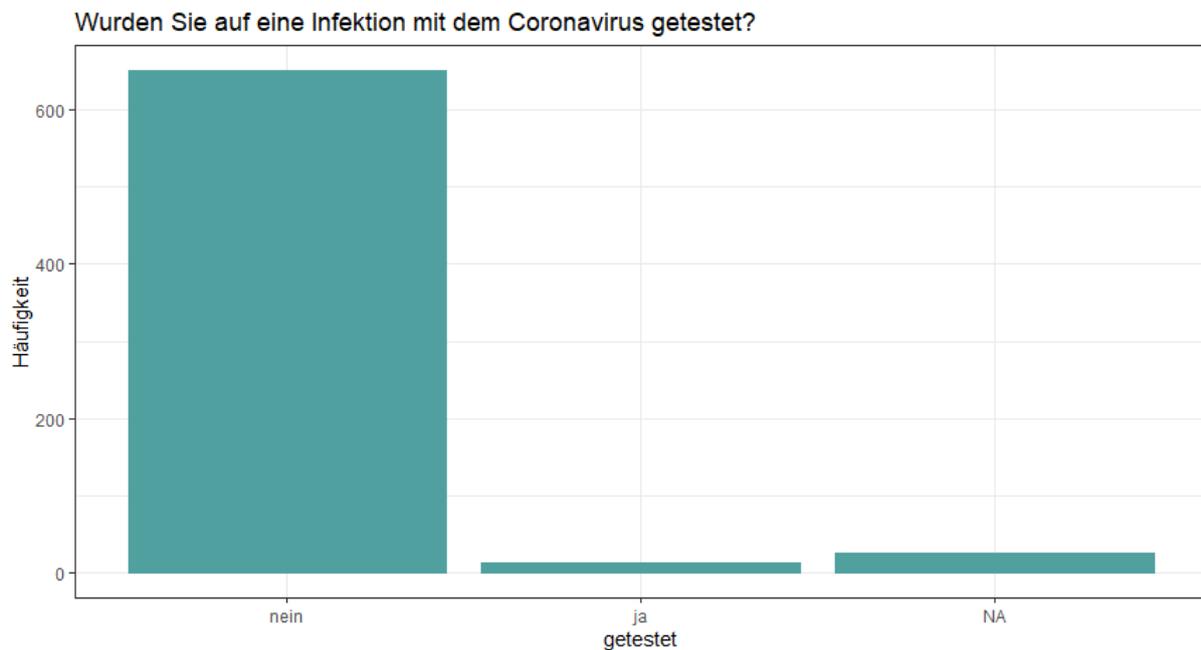


Abbildung 3: Selbst auf Infektion mit SARS-CoV-2 getestet

Die Mehrzahl (555; 80 %) der Befragungsteilnehmenden kannte zum Zeitpunkt der Befragung niemanden persönlich, der oder die sich nachweislich mit SARS-CoV-2 infiziert hatte (Abbildung 4). 4 (1 %) waren selbst, bei 2 (0,3 %) Personen jemand aus dem Haushalt, bei 10 (1 %) Personen jemand aus der Familie, mit dem*der der*die Befragte nicht in einem Haushalt lebt, infiziert. 18 (3 %) Personen kannten jemanden, der*die infiziert ist und mit der*dem sie in den letzten 14 Tagen persönlich Kontakt hatten. 69 (10 %) gaben an, jemanden zu kennen, der*die infiziert ist, ohne dass sie in den letzten 14 Tagen einen persönlichen Kontakt zu dieser Person hatten. 50 (7 %) wussten nicht, ob sie jemanden kennen, der*die infiziert ist.

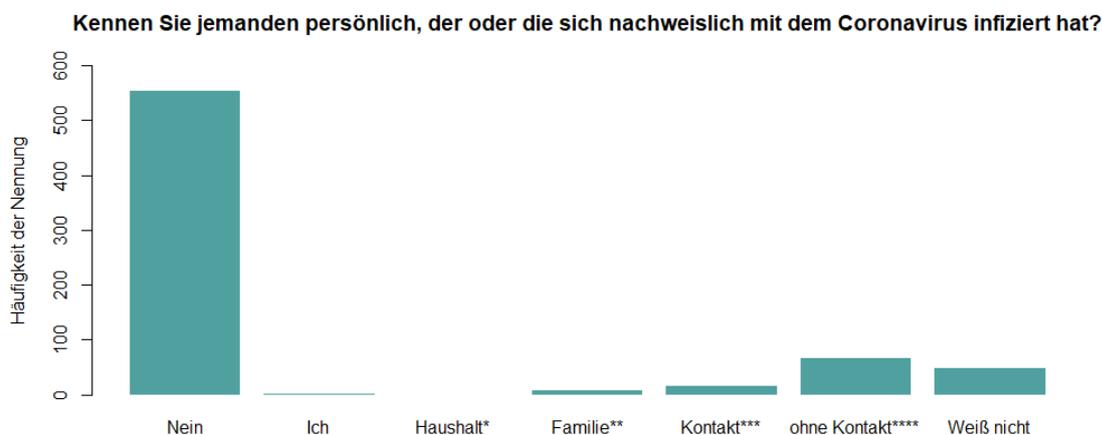


Abbildung 4: Kenntnis von infizierten Personen

Anmerkungen: Mehrfachantworten waren möglich; *jemand aus meinem Haushalt (z. B. Familienmitglieder, Mitbewohner*innen); **jemand aus meiner Familie (mit dem*der ich nicht in einem Haushalt lebe); *Person(en) mit denen ich in den letzten 14 Tagen persönlichen Kontakt hatte; ****Person(en) mit denen ich in den letzten 14 Tagen keinen persönlichen Kontakt hatte**

Von den 19 Personen, die entweder selbst infiziert waren oder Kontakt zu infizierten Personen hatten befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung 11 in amtlich angeordneter Heimquarantäne. Die anderen 8 Personen gaben an, (freiwillig) zu Hause zu sein.

3.3 Sorgen und Ängste

Im Zentrum der Studie lag die Frage nach den Ängsten und Sorgen der Befragungsteilnehmenden. Nachdem bereits die Eingangsfrage zu den frei assoziierten Gedanken zum Thema „SARS-CoV-2“ einen ersten Eindruck von den Sorgen und Ängsten der Befragten gab, wurde diese Thematik in weiteren Fragen vertieft. So wurde zunächst die kognitive Risikowahrnehmung ermittelt, indem die Wahrscheinlichkeit sich selbst mit dem Virus anzustecken erhoben wurde. Darüber hinaus wurden emotionale Aspekte der Risikowahrnehmung in Form einer generellen Besorgnis sowie verschiedener konkreter Ängste bezogen auf die eigene Person bzw. nahestehende Personen und bezogen auf die Bewältigung bzw. die Auswirkungen der SARS-CoV-2-Lage erfragt.

3.3.1 Wahrscheinlichkeit

Gefragt danach, für wie wahrscheinlich die Befragungsteilnehmenden es hielten, dass sie sich mit SARS-CoV-2 infiziert hätten oder künftig infizieren werden, zeigte sich ein differenziertes Bild (Abbildung 5). Während ca. die Hälfte (51 %) der Befragten dies für wahrscheinlich hielt, glaubten 28 %, dass eine eigene Ansteckung nicht wahrscheinlich sei. 21 % der befragten Personen waren diesbezüglich unentschieden.

Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie sich mit dem Coronavirus infiziert haben oder infizieren werden?

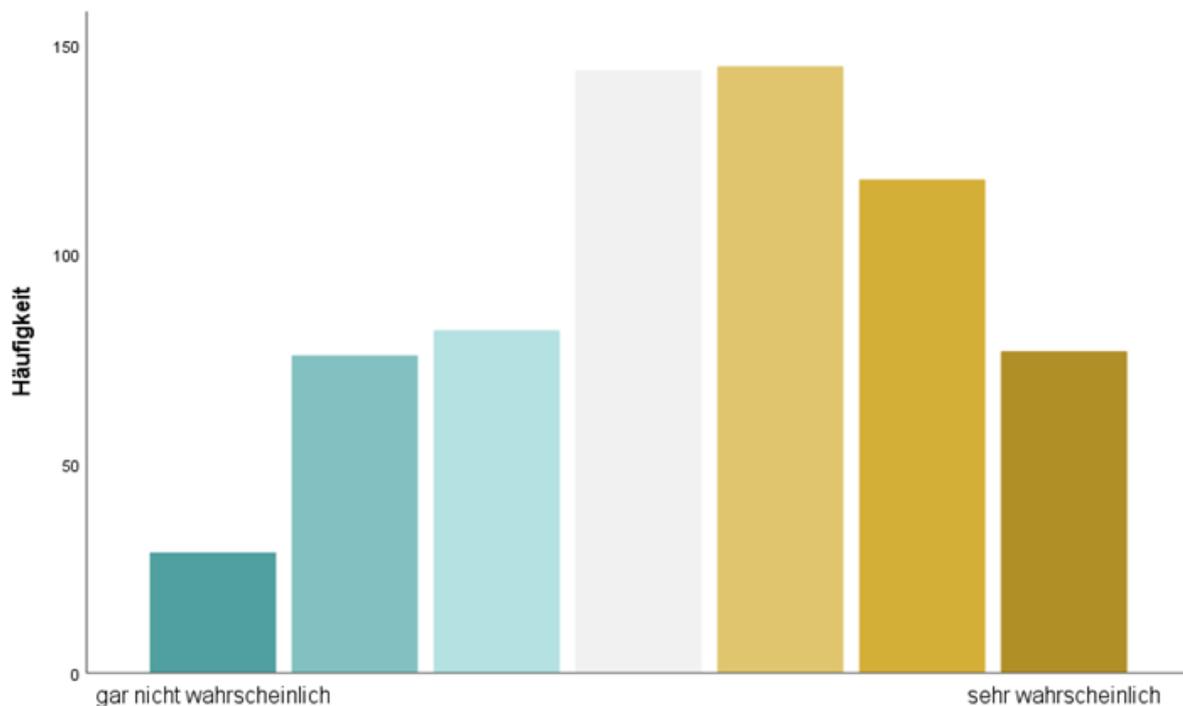


Abbildung 5: Wahrscheinlichkeit einer eigenen Infektion (n = 671)

3.3.2 Allgemeine Sorgen

Etwas mehr als die Hälfte (56 %) der befragten Personen sagte, dass sie sich wegen SARS-CoV-2 ganz allgemein Sorgen machten (Abbildung 6). Knapp ein Viertel (24 %) machte sich nach eigenen Angaben keine Sorgen. Welche Sorgen die Menschen hatten und warum sie sich bzw. warum sich einige Menschen keine Sorgen machten, wurde mithilfe offener Fragen erhoben.

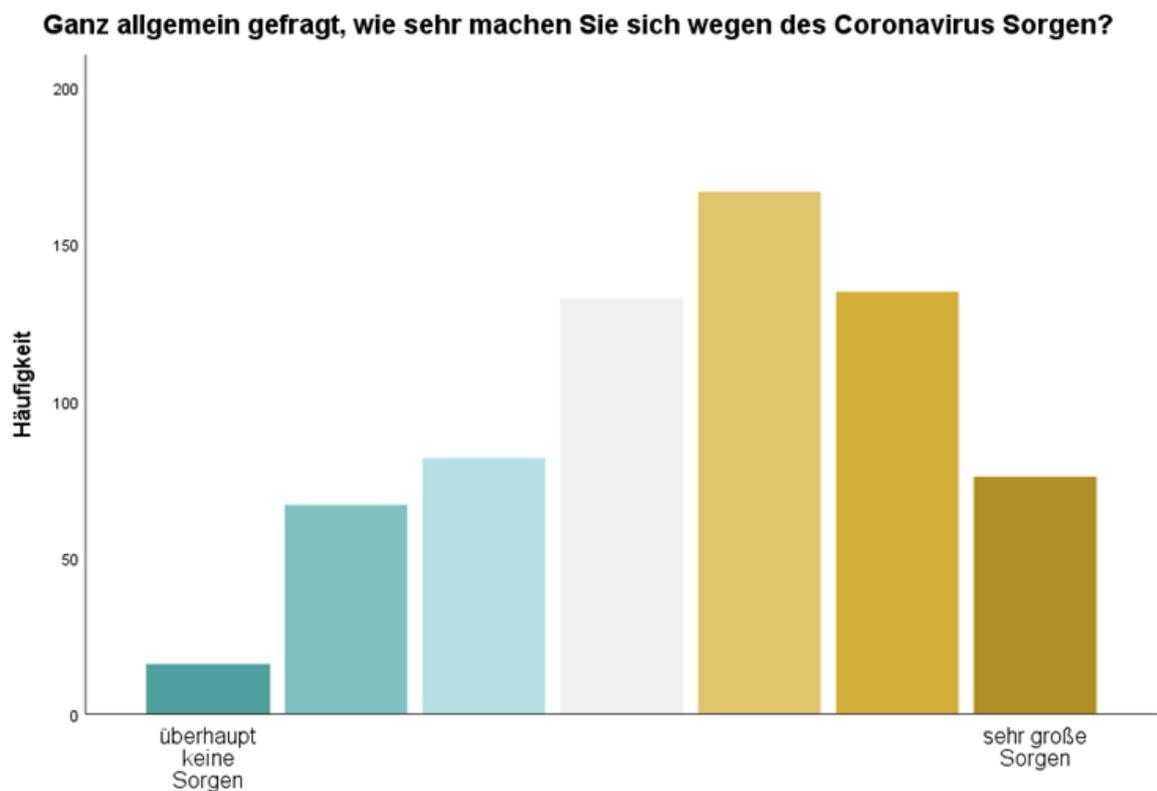


Abbildung 6: Sorgen vor einer Infektion mit SARS-CoV-2 (n = 676)

3.3.2.1 Gründe, sich zu sorgen

Von den 378 (56 %) Befragten, die sich nach eigenen Angaben Sorgen machten, machten 357 Ausführungen dazu, warum sie sich sorgten. Die geäußerten Sorgen sind vielfältig und decken sich thematisch teilweise stark mit den später abgefragten Ängsten.

Zusammengefasst besorgte sehr viele Befragte eher auf **persönlicher Ebene** und in Bezug auf andere Menschen, dass sie selbst oder Nahestehende zur Risikogruppe für einen schweren Krankheitsverlauf gehörten und sich anstecken könnten (z. B. „Ansteckung und anschließendes Leiden“). Häufige Erwähnung fanden auch die finanzielle und berufliche Lage, u. a. auch Bildungs- und Jobverlust, der mögliche eigene Tod/ der Nahestehender oder allgemein vieler Menschen, andere zu infizieren, Isolation und/oder Familie nicht besuchen zu können, psychische Auswirkungen und Stress sowie ein risikoexponierter Arbeitsplatz z. B. in Krankenhäusern, Apotheken oder in der Kitanotbetreuung. Diese Sorgen wurden sowohl auf sich selbst als auch auf nahestehende Menschen bezogen. Neben Infektionsrisiken wurden auch mögliche oder bereits einhergehende Überbelastungen am Arbeitsplatz thematisiert. So fragte sich eine Person beispielsweise: „Wird mein Partner [...] sich kaputt arbeiten? [...] Werden wir noch irgendeine Art gemeinsames Privatleben haben?“. Vereinzelt wurden u. a. Sorgen bezüglich

Rückkehrmöglichkeiten nach Deutschland, der Vereinbarkeit beruflicher Pflichten und Familie z. B. im Rahmen von „Home Office“ beziehungsweise Belastungen als Alleinerziehende erwähnt.

Mit Blick auf die **gesellschaftliche Ebene** bezogen sich häufig geäußerte Sorgen auf wirtschaftliche Folgen, eine Systemüberlastung insbesondere im Gesundheitswesen mit Folgewirkungen wie hohen Todesraten nach dem Motto „hält unser Gesundheitssystem das aus?“ sowie Auswirkungen, z. B. auf das Zusammenleben („Veränderung des freien Umgangs miteinander“) und den Zusammenhalt sowie soziale Folgen, die Verbreitung extremistischen Gedankenguts und Populismus und langfristige Veränderungen.

Gesellschaftsbezogene Sorgen wurden von einigen Befragten sehr konkret mit ihrer persönlichen Situation verknüpft, beispielsweise: „Überlastung des Gesundheitssystem[s]. Falls man selbst oder jemand in der Familie schwer erkrankt, nicht ausreichend versorgt werden zu können. Und das Besuchsverbot in den Kliniken, um erkrankte Angehörige besuchen zu [...] oder selbst Besuch bekommen zu können. Und vielleicht auch keine Möglichkeit zu haben, überhaupt etwas über den Gesundheitszustand zu erfahren. Vor allem sich eventuell nicht verabschieden zu können“ und „Die Vorstellung, sie könnten an Covid-19 erkranken und würden allein im Krankenhaus sterben, ist für mich schwer erträglich“.

Auch das **Verhalten Anderer**, seien es Egoismus, „Hamsterkäufe“, Ignoranz und Unvorsicht etc. wurden vermehrt als Gründe der eigenen Sorge genannt. Mit Sorge wurden des Weiteren die Dauer zum Beispiel der Maßnahmen, unter anderem der Quarantäneregeln, bis eine Impfung/Behandlungsmethode gefunden wird sowie die Schnelligkeit einer Ausbreitung betrachtet. Ungewissheiten z. B. bezüglich unentdeckter Erkrankungen, Krankheitsverläufen, Auswirkungen allgemein und der Zukunft beunruhigten ebenfalls einige (z. B. „Das[s] niemand wirklich sicher ist. Und ich habe Angst, dass man nicht die ganze Wahrheit sagt“). Zudem wurden Auswirkungen auf die Politik unterschiedlicher Art als Sorge geäußert, darunter die „Aushebelung demokratischer Standards“, „nationale Alleingänge“ und Nationalismus. Eine Person formulierte ihre Sorgen beispielsweise so: „Politische Folgen (erweiterte Kompetenz für Polizei, Sicherheitspolitik, Migrationspolitik, weitere Abschottung EU)“. Einige sorgten sich auch mit Blick auf bestehende bzw. weitere Einschränkungen, während vereinzelt Maßnahmen als zu spät bewertet wurden. Manche äußerten außerdem Sorgen um sozial vulnerable Gruppen wie u. a. Obdachlose, sozio-ökonomisch schwache Familien, Betroffene häuslicher Gewalt, Geflüchtete und Menschen mit psychischen Erkrankungen. Vereinzelt wurden Sorgen bezüglich globaler Auswirkungen und Leid, insbesondere in ökonomisch und infrastrukturell schlechter gestellten Ländern ausgedrückt („Mich belastet das weltweite Leid, besonders auch in Ländern, die nicht über die Ressourcen verfügen, wie wir es tun“).

3.3.2.2 Gründe, sich keine Sorgen zu machen

Die 165 (24 %) Befragten, die angaben, sich keine Sorgen zu machen, wurden zusätzlich gebeten, zu begründen warum sie sich keine Sorgen machten. 144 gaben eine Begründung an. Als Gründe, sich keine Sorgen zu machen, wurde am häufigsten die **Nichtzugehörigkeit zu einer Risikogruppe** z. B. aufgrund jungen Alters und keiner Vorerkrankungen nach dem Motto „Ich bin jung und fit und habe ein sehr gutes Immunsystem“ genannt. Weiterhin viele gaben ihre Vorsicht (z. B. Kontaktvermeidung, Selbstisolation, Hygienemaßnahmen, Befolgen der Empfehlungen) als Grund an. Teilweise erfolgte die Nennung der Nichtzugehörigkeit zu einer Risikogruppe in Kombination mit **eigener Vorsicht**, aber es fanden sich auch Ausnahmen wie beispielsweise „[Ich mache mir keine Sorgen,] weil wir über 80 Jahre sind und möglichst nicht aus dem Haus gehen. Weil unsere Kinder und Enkelkinder sehr vorsichtig sind“.

An dritter Stelle standen Aussagen, die **Vertrauen** in das Gesellschaftssystem, den Staat, Verantwortungstragende (darunter auch Arbeitgeber*innen) und/oder in die „Vernunft der Menschen allgemein“ bekundeten. Fast genauso häufig wurden **Sorgen** als **nicht hilfreich** angesehen: „Sorgen machen hat noch keinem geholfen – ich habe Respekt vor dem was gerade geschieht und handle verantwortungsbewusst“ und „Es lässt sich wie so viele Dinge im Leben nicht ändern und wir können nur das Beste aus der Situation machen. Eine Wahl gibt es eben nicht. Et kütt wie et kütt“.

Vereinzelt wurden unter anderem Gründe erwähnt wie der Aufenthalt in einem Nichtrisikogebiet, gute individuelle Vorbereitung, keine persönlichen finanziellen Einbußen, eine Krise als Chance für gesellschaftliche Verbesserungen, eine geringe Sterblichkeitsrate, keine Angst vor dem Tod bzw. Akzeptanz dessen sowie Halt durch Glauben und Spiritualität.

Folgende Zitate geben einen kleinen, ausgewählten Einblick: „Unkaputtbarer Optimismus und die Erfahrung, dass die Menschheit es irgendwie immer geschafft hat. Ich denke natürlich auch an meine Familie, aber wir gehören zu der Sorte Mensch, die sich sagt, dass das Leben endlich ist und wenn deine Kerze aus geht, dann ist es halt so. Nach dem guten norddeutschen Wat mutt, datt mutt“, „Gott Vertrauen - Jesus Vertrauen“ oder „Aber ich will mich nicht sorgen. Das wäre kontraproduktiv. Ich habe eine spirituelle Grundeinstellung und sehe einen Sinn in den Ereignissen. Von diesem Sinn und der Kraft, die dahintersteht, fühle ich mich getragen.“

3.3.3 Persönliche Ängste

Zusätzlich wurden die Befragungsteilnehmenden nach konkreten auf die eigene Person bezogenen Ängsten gefragt (siehe Abbildung 7). In der Stichprobe hatten die meisten Befragten (80 %) Angst um ihnen nahestehende Menschen. Ca. zwei Drittel (65 %) hatten Angst davor, andere anzustecken. Ca. ein Drittel der Befragten hatte Angst, lange Zeit in Quarantäne zu sein (33 %) oder sich mit SARS-CoV-2 anzustecken (31 %). Ca. jede*r zehnte (9 %) Befragte äußerte die Angst, aufgrund von COVID-19 zu versterben. Etwas mehr als ein Drittel (35 %) empfand persönlich keine Bedrohung durch SARS-CoV-2.

3.3.3.1 Um wen sich gesorgt wird

In einer offenen Frage wurden die 542 (80 %) Personen, die angaben, Angst um andere Menschen zu haben, gefragt, um wen sie sich Sorgen machen. 501 Personen äußerten sich dazu. Am allerhäufigsten wurden **Familienmitglieder und Verwandte** aufgezählt, darunter vor allem Großeltern, Eltern, Geschwister, der/die (Ehe-)Partner*in und (Enkel-)Kinder jeden Alters sowie Ungeborene. Somit reichte die Angst für die allermeisten bis ins engste Umfeld und konkretisiert sich sehr persönlich an geliebten und wertgeschätzten Menschen (z. B. „Alle die ich liebe, weil ich sie liebe“ und „Meine Tochter – anderthalb Monate, deswegen noch nicht geimpft und eine Doppelinfection wäre schrecklich. Ich weiß, dass Babys und Kinder kaum schwere Verläufe habe[n], aber bei einem so kleinen Kind ist es manchmal schwer rational zu denken.“). Die Angst um die eigene Person wurde vergleichsweise wenig erwähnt. Weiterhin wurden oft **Bekannte** wie Freund*innen, Kolleg*innen, Lehrer*innen, Schüler*innen, Nachbar*innen oder andere Personen im eigenen Umfeld und Arbeitsumfeld (z. B. „Bewohner*innen in dem Altenheim in dem ich arbeite“ und „mir anvertraute Patienten“) erwähnt.

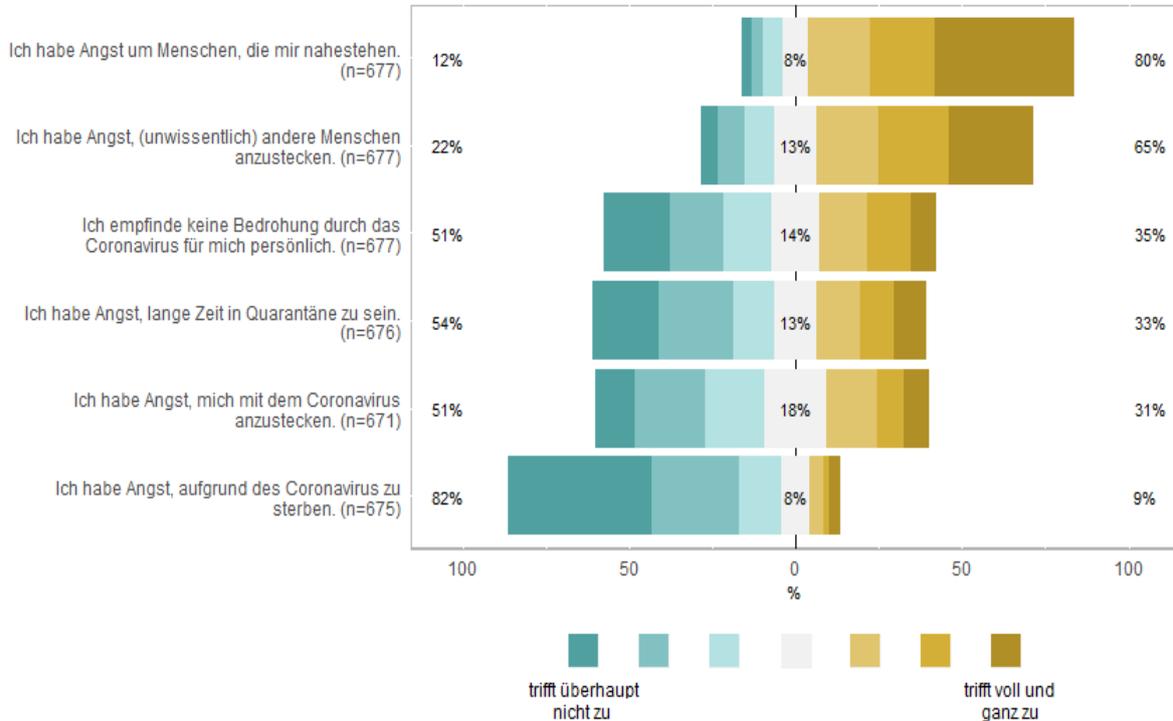


Abbildung 7: Angaben zu den Ängsten bezogen auf die eigene Person bzw. auf nahestehende Personen

Bei Einigen ging die Angst über persönliche Kontakte hinaus und bezog sich auf **nicht direkt bekannte Mitmenschen** (z. B. „Menschen in unserer Gesellschaft, die ich nicht kenne, für die der Virus eine Gefahr wäre“, „um die Flüchtlinge, die immer noch in großen Massen fast versorgungslos aufeinander sitzen“, „Ärztinnen und Ärzte“ und „um zentrale/wichtige Persönlichkeiten (Bsp. Dr. Merkel)“).

Als Gründe, warum Angst um bestimmte Personen besteht, wurden vornehmlich ein **erhöhtes Risiko** aufgrund von Alter, Erkrankungen, Lebensgewohnheiten und gelegentlich „Beratungsresistenz“ sowie vereinzelt der Wohnort angegeben. Die eigene Entfernung zu geliebten Menschen und dass sie teilweise alleine leben oder „im Ausland feststecken“, wurde ebenfalls als Belastung empfunden („Ich bin nicht in ihrer Nähe, um sie zu unterstützen“, „da er gesundheitlich nicht stabil und soweit weg ist (Spanien)“, „Distanz zu meiner Familie in schwierigen Zeiten“ und „Vater, Risikopatient, allein in NRW. Mutter, älter, allein in Berlin“). Ebenso wurden eine **potentielle Priorisierung von Patient*innen**, die Menschen zum Nachteil werden könnte (z. B. „[dass] sie aufgrund von möglicher Überlastung in Krankenhäusern schlechter behandelt werden“), dass sie generell „die vermutlich schrecklichen Bedingungen hautnah erleben müssen“ und ein grausamer Tod („sie sind grundsätzlich bereit zum Sterben. Aber sie sollen nicht so grausam und alleine sterben“) als Angstgründe geäußert.

Die geäußerten Ängste knüpften an oft bereits bestehende **biographische Schicksale** wie Krankheits- und Leidensgeschichten sowie damit verbundene psychische Belastungen oder auch Verlustängste an. Des Weiteren wurde häufig die **psychische Belastung**, die mit Isolation, der Ausnahmesituation und ihren sekundären Auswirkungen einhergeht oder einhergehen könnte, als Grund für die Angst um bestimmte Personen erwähnt (z. B. „Um die seelische Gesundheit meiner Familie in diesen belastenden Zeiten“ und „um eine Freundin, die große psychische Probleme hat und nun auf absehbare Zeit allein zu Hause sitzt“).

Die zusätzliche Belastung von **Alleinerziehenden** und die schwierige Situation **sozial vulnerabler** Gruppen wurden ebenfalls als Angstgründe thematisiert (z. B. „Meine Schülerin, die zur gewalttätigen Familie zurückgeschickt wurde aus einer Notunterkunft.“). Ein weiterer Grund zur Angst bei einigen Befragten war das mit bestimmten **Berufen** verbundene höhere Ansteckungsrisiko, aber auch der zusätzliche Stress in teils schon sehr (über)fordernden Arbeitsumfeldern (z. B. „Arbeitskollegen, da diese keinen ausreichenden Schutz/KEINE ausreichende Schulung erfahren“, „in Krankenhäusern tätig sind und extremer psychischer und physischer Belastung ausgesetzt sind“ und „da sie [...] mit vielen Menschen in Kontakt kommen (Polizei, Kindertagesstätte“).

Hinzu kam die Ansteckungsgefahr von teils gefährdeten Personen, die mit diesen Menschen in einem Haushalt leben, verbunden mit der Befürchtung, dass die **Hilfe für andere Menschen zur direkten Bedrohung für die eigene Familie werden kann** (z. B. „Meine Mutter, sie ist älter und hat ein Herzproblem, wohnt weit weg und mit meinem Bruder zusammen, der Arzt ist und sich evtl. infizieren könnte“).

Auch die **Angewiesenheit** auf öffentliche Verkehrsmittel oder bestimmte Lebensmittel bzw. Medikamente, die nicht uneingeschränkt verfügbar sind, ängstigte Angehörige von Betroffenen (z. B. „weil sie ihrer Arbeit nachgehen müssen und mit öffentlichen Verkehrsmitteln unterwegs sind“, „Nahrungsmittelunverträglichkeiten. Die benötigte Nahrung [...] ist in den meisten Geschäften vergriffen!“ und „bekommt er sein Medikament, es war schon vor Corona schlecht lieferbar“). Hinzu kamen Zukunftsängste, finanzielle bzw. berufsbezogene Ängste und Angst um Bildungsnachteile für nahestehende Personen.

3.3.3.2 Gründe, Angst vor einer Ansteckung zu haben

Von den 207 (31 %) Personen, die Angst vor einer Ansteckung hatten, gaben 188 Gründe dafür an. Die Befragten bezogen ihre Angst vor einer Ansteckung häufig auf das eigene Wohl und/oder auf das anderer Personen insbesondere aus dem persönlichen Umfeld. Zahlreiche Befragte begründeten ihre Ängste damit, andere Menschen, v. a. Haushaltsmitglieder unwissend zu infizieren und diese dadurch in Gefahr zu bringen (z. B. „Da ich mir nahestehende Personen anstecken könnte“). Oftmals verwiesen die Befragten darauf, selbst zur **Risikogruppe** zu gehören. Dies spezifizierten sie häufig, indem sie ihr Alter oder Vorerkrankungen als Begründung anführten (z. B. „geschwächtes Immunsystem, verringertes Lungenvolumen“). Aus zahlreichen Antworten wurde deutlich, dass Ängste aus der **Ungewissheit des Krankheitsverlaufs** resultierten. Dieses Motiv benannten sowohl Vorerkrankte als auch Personen, die nicht zur Risikogruppe gehören. Dahingegen gaben wenige Teilnehmende an, dass sie Angst vor einem durch die Infektion herbeigeführten Tod haben. Viele Antworten implizierten **Unsicherheiten** auf verschiedenen Ebenen. Manche Befragten begründeten dies damit, dass noch nicht viel Wissen über SARS-CoV-2 und COVID-19 bestehe: „Das Virus ist noch nicht genau genug erforscht. Welche Konsequenzen hat eine Infektion mit dem Virus auf langer Sicht.“

Unter den Befragten befanden sich Personen, die in **systemrelevanten Berufen** arbeiten und für die dadurch eine verstärkte soziale Interaktion besteht. Hierdurch seien sie gegenüber Personen exponiert, die nicht zu ihrem Haushalt gehören, was die Wahrscheinlichkeit einer Infizierung erhöhe. So bekundeten bspw. Befragte bzw. deren Haushaltsmitglieder, die im Gesundheitssektor arbeiten, Ängste, sich selbst oder andere in ihrem Arbeitsumfeld zu infizieren.

Es wurden auch Ängste genannt, die durch jene **Maßnahmen** entstehen, die zur Eindämmung der Pandemie ergriffen werden. Ein paar Befragte berichten, Angst vor Quarantäne und einer sozialen Isolation zu haben. Weitere Gründe für Angst bestanden darin, sich gegebenenfalls nicht um andere (häufig Kinder oder weitere Familienmitglieder) kümmern zu können, wenn sie selbst erkranken oder in Qua-

rantäne sind. Es bestand eine Ungewissheit, die entstehende Mehrfachbelastung bewältigen zu können. Einige wenige Befragte hatten Angst davor, im Falle einer Quarantäne nicht ausreichend „versorgt“ zu sein. Es wurden auch Ängste vor einer Überlastung des Gesundheitssystems genannt. Wenige spezifizierten diese Aussage, indem sie einen möglichen Krankenhausaufenthalt unter schwierigen Bedingungen benannten (z. B. „unklar [...] ob ich in ein überfülltes und überlastetes Krankenhaus muss“).

Vereinzelt kritisierten Befragte das **Verhalten anderer** Personen. Sie schilderten Angst zu haben, mit dem Virus infiziert zu werden, weil andere die Hygienevorgaben nicht einhielten, sich unverantwortlich verhielten und nicht vorsichtig agierten (z. B. „Weil [sich] die Menschen nicht der Bedeutung [von] Hygiene bewusst sind!“ oder „Weil viele Menschen zu unbedacht damit umgehen und andere gefährden“).

3.3.3.3 Gründe, keine Angst vor einer Ansteckung zu haben

Von den 341 (51 %) Personen, die keine Angst vor einer Ansteckung äußerten, gaben 298 Gründe dafür an. Der häufigste genannte Grund, keine Angst vor einer Ansteckung zu haben, war **nicht zur Risikogruppe** zu gehören. Die Mehrzahl der Befragten sagte, sie sei jung und habe keine Vorerkrankungen. Demnach wurde davon ausgegangen, persönlich nicht einen schwerwiegenden Krankheitsverlauf zu erleiden (z. B. „[ich] gehöre [...] zu der Gruppe, bei der es wahrscheinlich glimpflich abläuft“). Dennoch war vielen Befragten bewusst, dass sie durchaus andere Personen infizieren könnten, was ihnen unbehagte (z. B. „weil ich denke, dass ich persönlich keine starken Auswirkungen hätte. Ich habe mehr Angst, andere Leute unbemerkt anzustecken“). Sie merkten jedoch an, ihre sozialen Kontakte zu reduzieren, teilweise keinen physischen Kontakt zu anderen Personen aufzunehmen und bestimmte Maßnahmen zu ergreifen, um andere vor einer Infizierung zu schützen. So wurde beispielweise genannt, im Homeoffice zu arbeiten, Abstand zu anderen im öffentlichen Raum zu halten und die Hygienevorschriften einzuhalten (z. B. „Weil eine einfache Körperhygiene und eine Beschränkung der Sozialkontakte ausreichend [ist]“).

Eine hohe Anzahl der Befragten empfand es schlicht als **nicht hilfreich**, sich vor einer Ansteckung zu fürchten. Die eigenen Handlungsmöglichkeiten wurden teilweise als begrenzt erklärt (z. B. „Weil ich es ohnehin nicht ändern könnte, ich kann versuchen es zu minimieren, aber – was soll man machen. Vorsicht und Umsicht – ja. Angst – nein“ oder „Wenn es passiert, dann passiert es. Ich bin nicht in einer Risikogruppe. Ich habe Respekt vor der gesamten Situation [habe] aber keine Angst“).

Einige beurteilten ihr eigenes Verhalten als vernünftig und angemessen (z. B. „Ich versuche, im Rahmen des Möglichen Schutzmaßnahmen für mich zu treffen, die vernünftig, umsetzbar und langfristig durchhaltbar sind“). Ein paar Befragte hatten keine Angst vor einer Ansteckung, weil sie davon ausgingen, COVID-19 sei mit anderen von Corona- oder **Influenzaviren** verursachten Erkrankungen vergleichbar (z. B. „Ist wie jede andere Grippe“). Ein paar der Befragten berichteten von ihrer **Arbeitserfahrung** im Gesundheitswesen und die damit einhergehende Vorbereitung, was ihre Angst minimierte (z. B. „habe beruflich Erfahrung mit Kontamination und verhalte mich entsprechend“). Weitere erwähnten explizit, dass sie Vertrauen in das Gesundheitssystem haben und die bisher getroffenen Maßnahmen ausreichten.

3.3.3.4 Gründe, sich nicht bedroht zu fühlen

Die 212 der 237 Befragten, die angaben, keine Bedrohung für sich persönlich zu sehen, begründeten dies häufig mit der eigenen **„robusten“ Gesundheit** („ein sehr starkes Immunsystem“) und Fitness, einem jungen Alter, keinen Vorerkrankungen und (teilweise) gesunder Ernährung. Andere wiederum

fühlten sich nicht bedroht aufgrund ihres **Verhaltens** wie das Treffen von Vorsorge- und Hygienemaßnahmen und Isolation (z. B. „Weil ich mich fast ausschließlich in der Wohnung aufhalte, bis auf Müllentsorgung“). Die eigenen Umstände wie ein sicherer Arbeitsplatz und wenige Expositionsmöglichkeiten (z. B. „arbeite jetzt schon im Home Office“ und „fehlt bisher der Bezug zu der Gefahr“), aber auch keine Verantwortung gegenüber anderen („noch keine Kinder“) wurden als weitere Gründe genannt.

Andere wiesen auf **geringe Sterberaten** und statistische Wahrscheinlichkeiten hin und vereinzelt wurde einer potenziellen Erkrankung das Positive einer möglichen Immunität abgewonnen („mit großer Wahrscheinlichkeit wird es bei mir nicht schwerwiegend verlaufen und hoffentlich ist man danach immun“). Andere wiederum äußerten eine **Grundakzeptanz von Geschehnissen**, die sie nicht ändern können: „Ich kann nicht mehr tun, als ich es jetzt schon mache. Wenn ich dran bin, bin ich dran“ und „Weil man sich im Laufe des Lebens auf viele Bedrohungen einstellen musste. Ich genieße jeden Tag und bin halt auch keine 20 mehr.“

3.3.4 Ängste bezogen auf die Bewältigung und Auswirkungen

Gefragt nach den Ängsten, die sich auf die Bewältigung und die Auswirkung der derzeitigen SARS-CoV-2-Lage bezogen (siehe Abbildung 8), äußerten mehr als drei Viertel (78 %) Angst vor einer Überlastung des Gesundheitssystems. Jeweils etwas weniger als zwei Drittel hatten Angst vor den langfristigen Auswirkungen (64 %) und den wirtschaftlichen Folgen (64 %). Annähernd der gleiche Anteil der Befragten hatte Angst (39 %) bzw. keine Angst (42 %) vor dem, was als nächstes kommt. Ähnlich verteilten sich die Angaben bezogen auf die Angst, dass Deutschland die Situation nicht bewältigen kann. 47 % gaben an, sie haben davor keine und 38 % gaben an, sie haben davor Angst. Ca. sechs von zehn (62 %) Befragten äußerten, dass sie keine Angst vor Versorgungsengpässen haben. Sieben von zehn (71 %) hatten keine Angst davor, sich im Arbeitsumfeld mit SARS-CoV-2 zu infizieren.

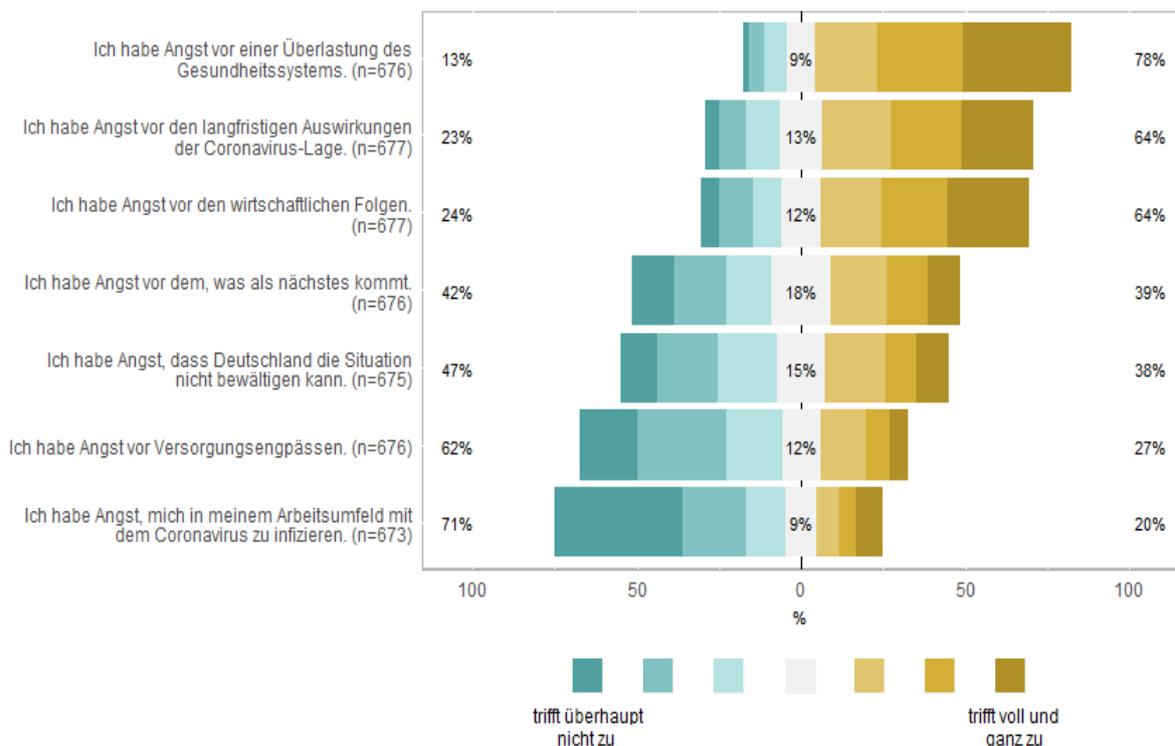


Abbildung 8: Angaben zu den Ängsten bezogen auf die Bewältigung und die Auswirkungen der SARS-CoV-2-Lage

3.4 Eigene Maßnahmen

Neben den Sorgen und Ängsten wurden die Befragten gebeten anzugeben, welche Maßnahmen sie zum Schutz ergriffen haben und für wie sinnvoll sie diese halten (siehe Abbildung 9). Eine deutliche Verhaltensänderung beschrieben die meisten Personen dahingehend, dass sie nun viel häufiger als sonst nicht mehr die Hand zur Begrüßung geben (90%), Orte mit vielen Menschen meiden (85%), Besuche bei Freund*innen oder Verwandten absagen bzw. verschieben (82%), allgemeine Hygienemaßnahmen ergreifen (66%) oder den öffentlichen Verkehr meiden (60%). Gegenstände nicht mit der Hand berühren bzw. berührte Dinge desinfizierten 39% der Befragten viel häufiger bzw. 40% etwas häufiger als sonst. Körperlichen Kontakt mit nahen Familienangehörigen bzw. dem*der Partner*in vermieden 29% viel und 23% etwas häufiger als sonst. Ca. die Hälfte (49%) gab an, etwas häufiger als sonst Lebensmittelvorräte anzulegen. 43% taten dies nach eigenen Angaben nicht häufiger als sonst. Acht von zehn (81%) Befragten gaben an, nicht häufiger als sonst Medikamentenvorräte anzulegen und neun von zehn (90%) nicht häufiger als sonst Schutzmasken zu benutzen.

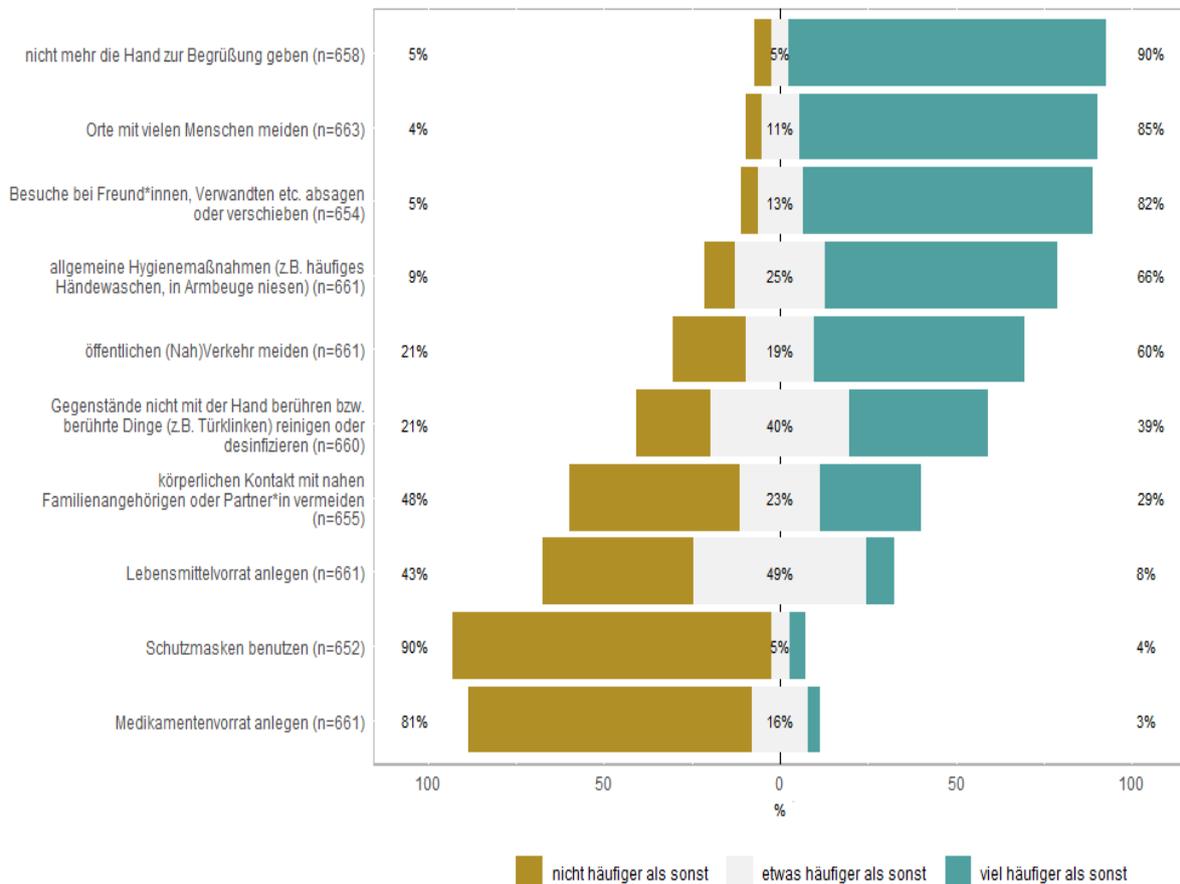


Abbildung 9: Angaben zur Häufigkeit ergriffener Maßnahmen

Bezogen auf die Sinnhaftigkeit der Maßnahmen wurden allgemeine Hygienemaßnahmen (100%), nicht mehr die Hand zur Begrüßung zu geben (98%), Orte mit vielen Menschen meiden (98%), Besuche absagen oder verschieben (96%), den öffentlichen Verkehr meiden (96%) und Gegenstände nicht mehr mit der Hand berühren bzw. berührte Gegenstände zu desinfizieren (89%) von jeweils der überwiegenden Mehrzahl als sinnvoll erachtet (siehe Abbildung 10). Körperlichen Kontakt mit nahen Angehörigen zu vermeiden bzw. einen Lebensmittelvorrat anzulegen, wurde jeweils von etwas mehr als der

Hälfte (58 % bzw. 53 %) als sinnvoll erachtet. Nicht sinnvoll fanden diese Maßnahmen 42 % bzw. 47 % der Befragten. Ca. vier von zehn Befragten fanden, Schutzmasken zu nutzen (41 %) bzw. einen Medikamentenvorrat anzulegen (40 %), sinnvoll. Entsprechend erachteten ca. sechs von zehn (59 % bzw. 60 %) diese Maßnahmen als nicht sinnvoll.

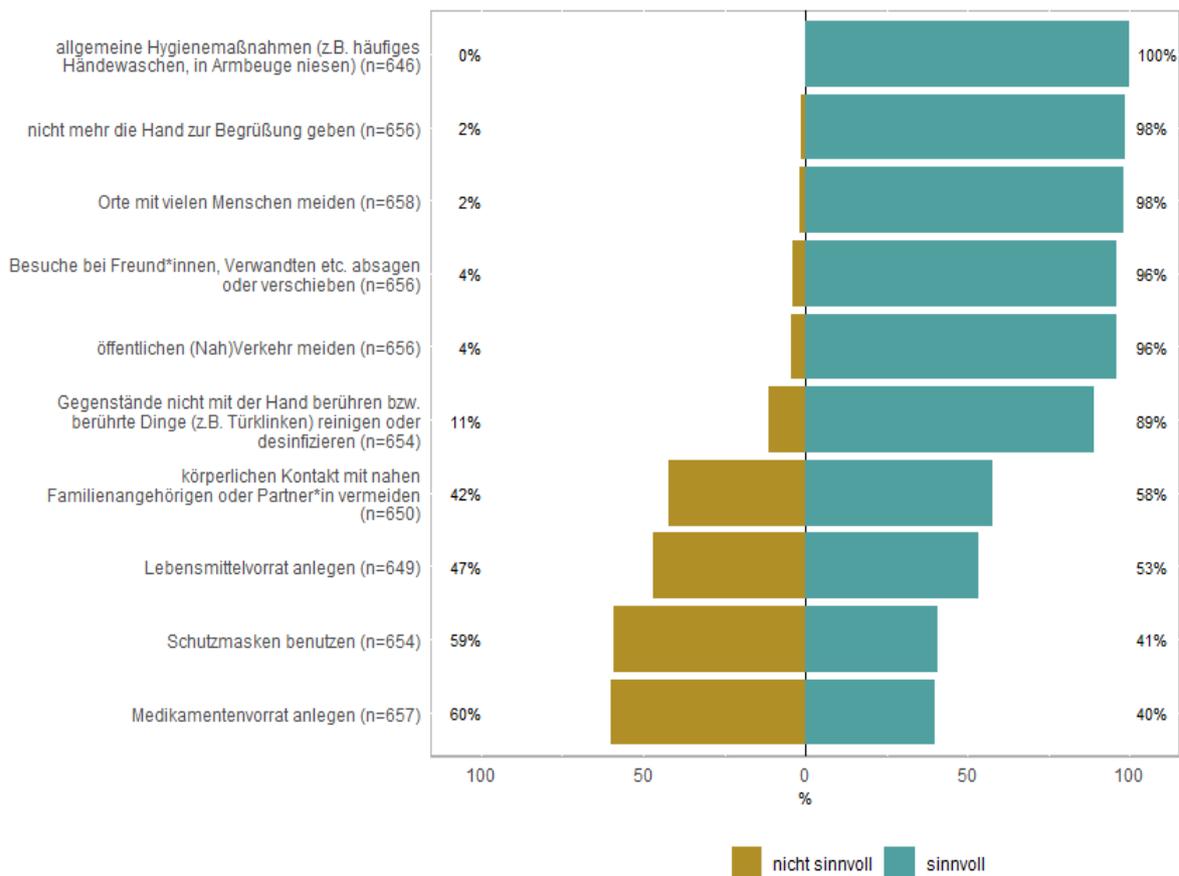


Abbildung 10: Angaben zur Sinnhaftigkeit verschiedener Maßnahmen

3.5 Quarantäne

Des Weiteren sollten die Befragten Quarantänemaßnahmen bewerten (siehe Abbildung 11). Fast alle (96 %) Befragten fanden es sinnvoll, sich bei Verdacht einer Infektion freiwillig in Heimquarantäne zu begeben. Neun von zehn (91 %) fanden es auch sinnvoll, dass der Staat bei Verdacht einer Infektion Personen zur Heimquarantäne zwingt. 87 % der Befragten fanden es zudem sinnvoll, größere Gebiete unter Quarantäne zu stellen, wenn es dort besonders viele Infektionen gebe. Etwas weniger als zwei Drittel (64 %) der Befragten bewertete allgemeine Ausgangssperren als sinnvoll, bei denen das Verlassen der Wohnung nur noch bei medizinischen Notfällen oder zum Einkaufen erlaubt ist. 27 % bewerteten dies als nicht sinnvoll. 46 % der Befragten war bereits vor der SARS-CoV-2-Lage bewusst, dass Quarantänemaßnahmen in Deutschland angeordnet werden können. 43 % wussten dies nach eigenen Angaben nicht.

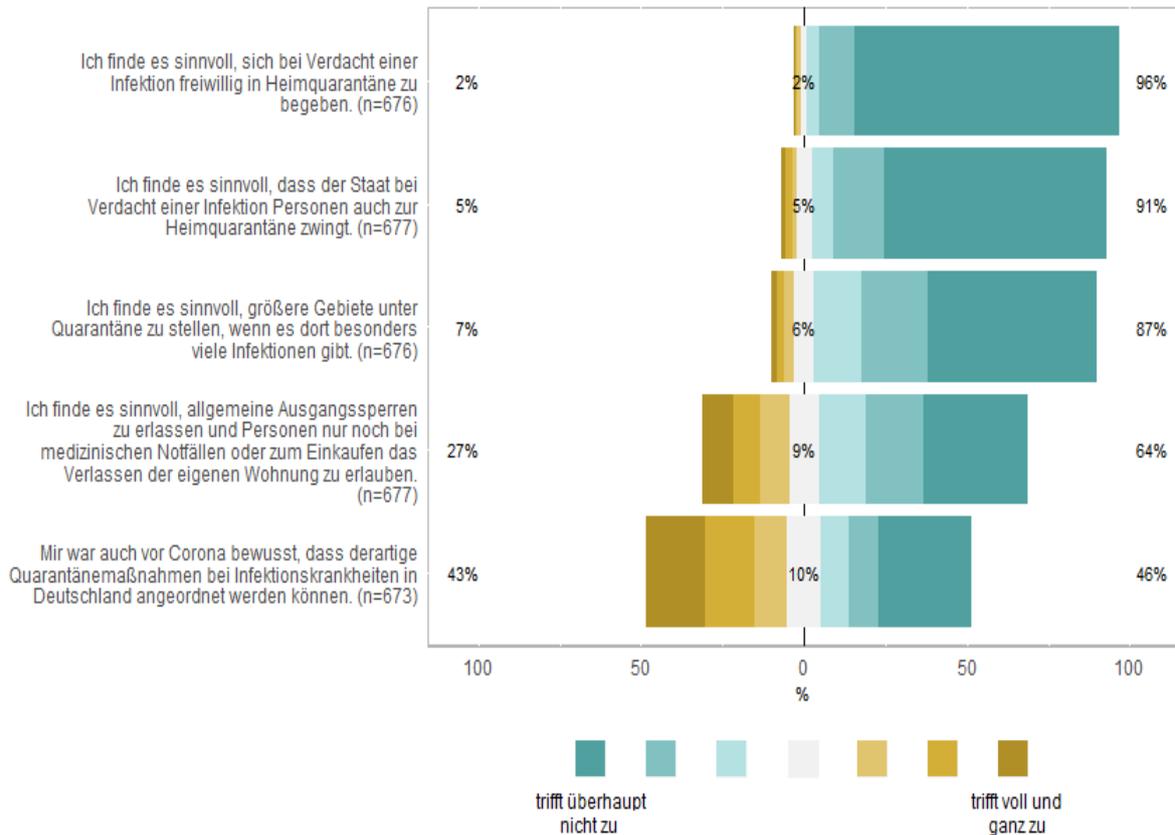


Abbildung 11: Angaben zur Bewertung der Sinnhaftigkeit unterschiedlicher Quarantänemaßnahmen

Ergänzend wurden die Studienteilnehmenden gebeten, die Quarantänemaßnahmen generell einzuschätzen und dabei sowohl anzugeben, was ihnen am meisten Sorgen macht, als auch, welche positiven Aspekte es ggf. gibt. 481 (70 %) Personen machten diesbezüglich Angaben. Insgesamt fand sich eine sehr **große Zustimmung** zu den Quarantänemaßnahmen, diese wurden vielfach als die einzig wirksamen Maßnahmen zur Ausbreitungseindämmung angesehen – nur Einzelpersonen lehnten die Maßnahmen als zu tiefe Eingriffe in persönliche Freiheiten ab.

Sehr groß war die **Sorge**, dass **zu wenige Menschen den Maßnahmen Folge leisten** würden, da diese nicht ernst genommen würden bzw. die Durchsetzung zu wenig erzwungen werde. Auch wurde von Befragten kritisiert, dass die Maßnahmen (teilweise) zu spät ergriffen wurden. Daher befürchteten einige Befragte eine weitere Verschärfung der Maßnahmen.

Befragte berichteten sowohl von negativen als auch von positiven Aspekten, die mit den Quarantänemaßnahmen verbunden seien. Einige beklagten Einschnitte in die persönliche Freiheit sowie die damit verbundene Verunsicherung in der Bevölkerung. Der Mangel an sozialen Kontakten würde eine zunehmende „**Vereinsamung**“ bewirken. Besonders kritisch wurde dies mit Blick auf „**vulnerable**“ Gruppen, wie bspw. ältere oder psychisch kranke Menschen gesehen, da diese von der „sozialen Isolation“ besonders betroffen seien. Auch über diese Gruppen hinaus wurden partiell negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit einschließlich Traumatisierungen sowie eine Zunahme von Suiziden vermutet. Aber auch jenseits pathologischer Folgen wurden für die breite Bevölkerung deutliche **Mehrfachbelastungen** durch Arbeit, Haushalt und Kinderbetreuung angegeben. So sahen Viele Konflikte in Familien als mögliche Folge („Lagerkoller“). Einige befürchteten die Zunahme häuslicher Gewalt, andere

eher Gesundheitsrisiken aufgrund von Bewegungsmangel. Vereinzelt wurde die Sorge um Personen geäußert, die selbst über wenig Schutzmöglichkeiten verfügen, wie bspw. obdachlose Menschen und Flüchtlinge in Sammelunterkünften. Einzelne Personen beschäftigten Fragen im Falle einer Isolation aufgrund einer Infektion. Hier sorgten sich Personen um die organisierte Unterstützung für Risikogruppen, aber auch um ihre eigene Versorgung sowie die Betreuung/Versorgung von Haustieren. Zudem wurden **gesamtgemeinschaftliche Effekte** wie „Hamsterkäufe“ sowie wirtschaftliche und kulturelle Folgen der Maßnahmen befürchtet. Einzelne Personen sahen zudem die Gefahr, dass die Überwachung durch den Staat in der Folge der SARS-CoV-2-Lage ausgeweitet werden könnte.

Sehr viele Befragte äußerten auch **positive (Neben-)Wirkungen der Quarantänemaßnahmen**. So berichteten Befragte häufig von (unerwarteter) Hilfsbereitschaft und **Solidarität** in der Nachbarschaft, z. T. auch in anonymen gesellschaftlichen Kontexten. Oft wurde eine „**Entschleunigung der Welt**“ berichtet: Befragte äußerten, dass sie Zeit für die Familie und Partnerschaft fänden und eine Steigerung der sozialen Kohäsion im Nahbereich beobachten würden. Personen berichteten zudem davon, dass ihnen die Situation eine „**Rückbesinnung** auf das Wesentliche“ wie zentrale Werte erlauben würde. Zudem ließe die unerwartete Unterbrechung des Alltags „endlich“ Raum zur Erledigung aufgeschobener Dinge, die (telekommunikative) Pflege entfernter Sozialkontakte oder einfach „Zeit zum Lesen“. Vereinzelt wurde eine Zunahme von Geburten („Babyboom“) in neun Monaten erwartet.

Die ungewohnte Situation eröffnete für einige Personen auch **kreative Freiräume**, mit denen sich auch Hoffnungen auf einen „Digitalisierungsschub“ und die mobile Zusammenarbeit verknüpfen. So wurde in diesem Kontext bisweilen auch die Verringerung von „sinnlosem Konsum“ und (Dienst-)Reisen einschließlich positiver Umwelteffekte begrüßt. Einige Befragte äußerten ihre Hoffnung, dass damit auch über die Krise hinauswirkende **gesellschaftliche Transformationen** verbunden sein würden, so bspw. die Hinterfragung wirtschaftlicher und sozio-politischer Zusammenhänge. Auch bestand die Hoffnung, dass diese globale Katastrophe einerseits das Bewusstsein für Anfälligkeiten stärke, andererseits aber auch eine globale Solidarität und mehr Anstrengungen im Umweltschutz bewirke.

3.6 Auswirkungen und Bewältigung

In weiteren Fragen sollten die Teilnehmenden angeben, wie sie die derzeitige Situation und ihre Entwicklung bewerten (siehe Abbildung 12). Ca. sieben von zehn (72 %) Befragten gaben an, dass sich ihr Leben bzw. ihr Alltag aufgrund SARS-CoV-2 radikal verändert habe. Insgesamt beschrieben die Befragten eher Altruismus und gegenseitige Hilfeleistungen. So war die überwiegende Mehrzahl (95 %) bspw. überzeugt, dass wir uns alle zum Wohle der Allgemeinheit und besonders gefährdeter Menschen einschränken sollten. Auch sagten 70 % sie hätten jemandem Hilfe angeboten und 44 %, dass ihnen Hilfe angeboten wurde. Gleichzeitig glaubten 41 %, dass sich die Menschen in Zeiten von SARS-CoV-2 egoistischer verhielten als sonst. 32 % glaubten dies nicht.

Ca. neun von zehn (91 %) stimmten der Aussage „Wir befinden uns derzeit in einer Krise“ zu. 83 % meinten, dass wir die negativen Auswirkungen noch lange spüren würden. Gleichzeitig war die Mehrzahl der Befragten bezogen auf die Bewältigung der Lage optimistisch. So sagten 72 %, sie glauben, dass die Verantwortlichen alles tun würden, was notwendig sei, um die Situation zu bewältigen. Drei Viertel (75 %) der Befragten waren überzeugt, dass wir die Situation langfristig gut bewältigen können.

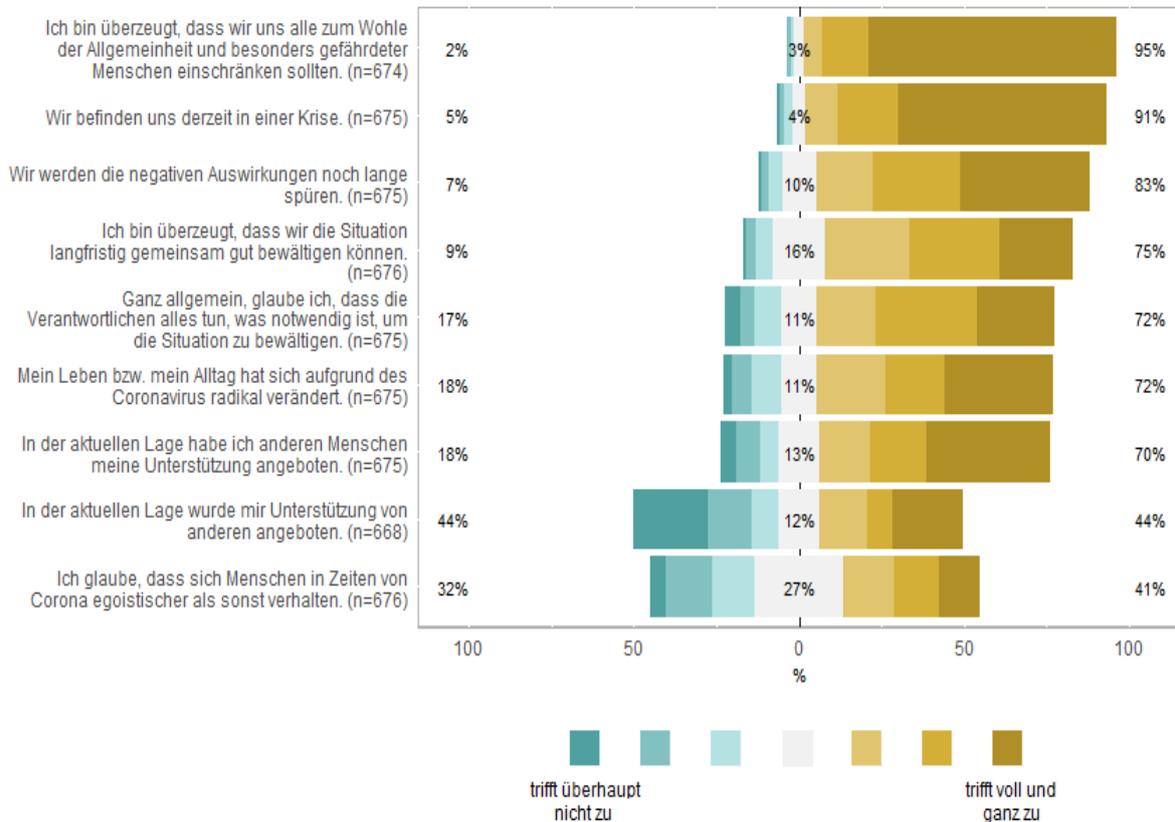


Abbildung 12: Angaben zur Bewertung der Auswirkungen und der Bewältigung der SARS-CoV-2-Lage

3.7 Vertrauen

Zusätzlich sollten die Befragten angeben, wie sehr sie verschiedenen Akteursgruppen vertrauen, die derzeitige Situation bewältigen zu können (siehe Abbildung 13). Dabei zeigte sich, dass vor allem Ärzt*innen und anderen in der Gesundheitsversorgung angestellten Personen Vertrauen entgegengebracht wurde. Neun von zehn (90 %) Befragten gaben dies an. Mehr als sieben von zehn vertrauten dem deutschen Katastrophenschutz (79 %), der deutschen Bundesregierung (74 %) und dem deutschen Gesundheitssystem (72 %). Die Mehrzahl vertraute auch der Landesregierung des Bundeslandes (64 %), indem sie leben bzw. der kommunalen Verwaltung / Regierung (59 %). Den in Deutschland (44 %) bzw. Europa (43 %) lebenden Menschen wurde bei der Bewältigung der derzeitigen Situation vergleichsweise weniger Vertrauen entgegengebracht.

97 (14 %) Befragte ergänzten bzw. kommentierten ihre Angaben zum Vertrauen. Insgesamt schien unter den Befragten größere **Unsicherheit** bezüglich der Bewertung der getroffenen Maßnahmen durch die politischen Entscheidungsträger*innen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene zu herrschen. So erläuterten mehrere Befragte, die Situation im Falle von COVID-19 sei so neuartig und unberechenbar, dass sie keine klare Aussage zu ihrer Einstellung gegenüber den politischen Institutionen und denen der Gesundheitsversorgung treffen könnten. Dies spiegelte sich auch in der vielfach geäußerten Aussage wider, dass man keine Kenntnis über den deutschen Katastrophenschutz bzw. dessen Zuständigkeit, Aufgaben und Strukturen habe.

Das Vertrauen der Befragten in die Politik war unterschiedlich ausgeprägt. Zwar schien die Mehrzahl dem politischen Gesamtsystem zu vertrauen, es wurde jedoch bezüglich aller politischen Ebenen Kritik an **mangelnder Entscheidungsgeschwindigkeit und -kompetenz** geübt. Insbesondere wurde beklagt, dass durch die Bundespolitik Maßnahmen allgemein und insbesondere bezüglich der Vorbereitung des Gesundheitssystems auf die Pandemie zu zögerlich umgesetzt worden sein.

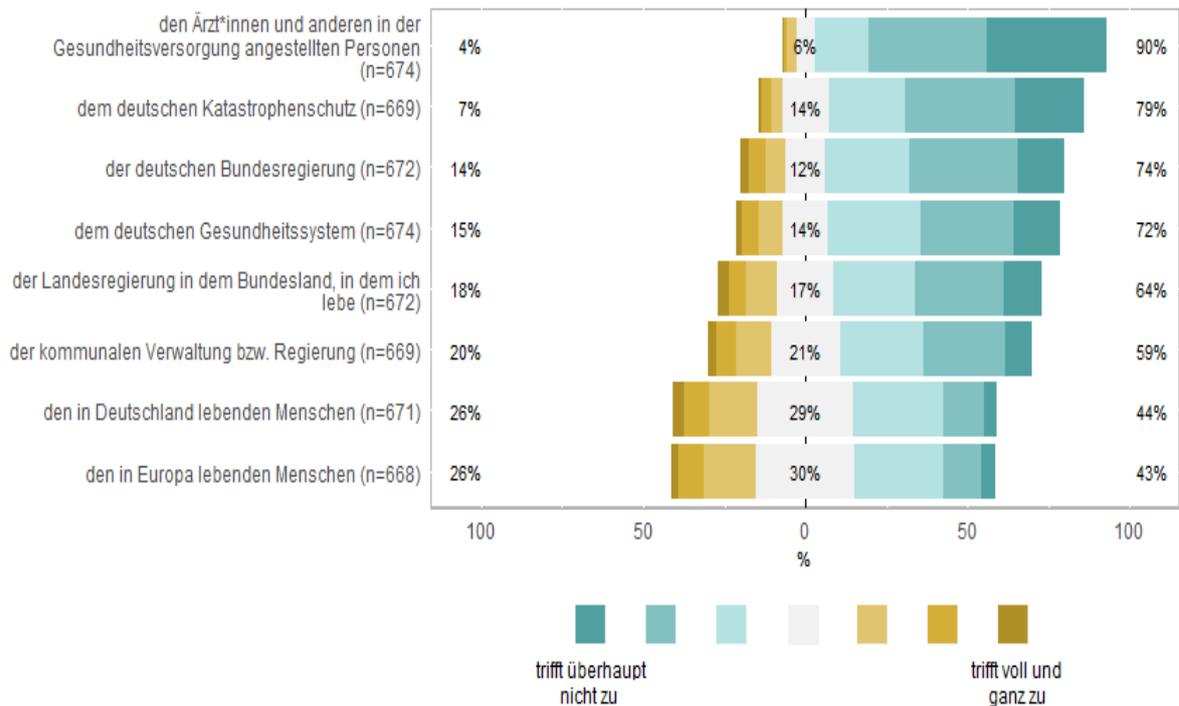


Abbildung 13: Angaben zum Vertrauen in verschiedene Akteursgruppen

Hinsichtlich des Vertrauens in die politischen Maßnahmen war das Verhältnis **gespalten**. Viele Befragte bezweifelten, dass die Bundesregierung auf der einen Seite, insbesondere aber die Regierungen der Bundesländer über fachlich ausreichende Expertise verfügten, um geeignete Maßnahmen gegen die Ausbreitung von SARS-CoV-2 zu ergreifen. So wurden u. a. Maßnahmen als zu unkonkret und Äußerungen z. B. der Bundeskanzlerin als zu wenig entschieden bezeichnet. Auch grundsätzliches Misstrauen von Befragten gegenüber den Motivationen von Politiker*innen wurde zum Ausdruck gebracht, so seien viele Politiker*innen auf Profilierung aus und von ökonomischen Interessen geleitet.

Etwas mehr Befragte gaben jedoch an, der **Bundes- und ihrer Länderregierung** zuzutrauen, die Krise mit geeigneten Mitteln zu bewältigen. Unter anderem wurde die Vorreiterrolle Bayerns in der Maßnahmenergreifung gegen eine weitere Ausbreitung des Virus als vorbildlich genannt, aber auch kommunale Maßnahmen lokaler politischer Entscheidungsträger*innen wurden positiv hervorgehoben. Vereinzelt wurde auch gefordert, einen stärkeren Fokus auf kommunale Maßnahmen zu setzen, da diese konkreter auf die Bedürfnisse der Bürger*innen eingehen könnten.

Wiederkehrende **Kritik** gab es an anfänglich mangelnder Abstimmung zwischen den einzelnen Bundesländern untereinander und mit dem Bund. Partiiell wurde in diesem Zusammenhang auch generelle Kritik am föderalistischen System geäußert, welches für eine effektive Krisenbewältigung nicht geeignet sei. Auch der Blick über Deutschland hinaus wurde vereinzelt gefordert. So verglichen einige Befragte die deutschen politischen Maßnahmen mit denen von anderen Staaten, welche ihrer Meinung

nach besser oder schlechter reagierten bzw. deren Vorgehen auch in Deutschland übernommen werden sollte. Einige forderten auch eine Fokussierung auf solidarische Hilfe für „Entwicklungsländer“ und Risikogebiete, in denen die Bundesregierung helfen sollte.

Die **deutlichste Kritik** betraf jedoch nicht politische Akteure, sondern **Mitmenschen**. So kritisierten viele Befragte die mangelnde Akzeptanz von politischen und behördlichen Beschlüssen hinsichtlich der Kontaktbeschränkungen durch ihre Mitmenschen und führten Negativbeispiele aus ihrem eigenen Umfeld an. So sei unter anderem der gesellschaftlich verbreitete Egoismus in Bezug auf die Ausbreitung des Virus ein hauptsächliches Hindernis bei der Eindämmung. Einen kompletten Zusammenbruch der öffentlichen Ordnung mit weitreichenden gesellschaftlichen Umwälzungen im Zuge der Pandemie befürchteten jedoch nur die wenigsten.

Dem **Gesundheitssystem** begegneten wiederum ungefähr gleich viele Menschen mit Vertrauen bzw. Misstrauen. Die Mehrzahl der Äußerungen kritisierten jedoch die mangelnde finanzielle und personelle Ausstattung im Gesundheitsbereich. Ein Befragter äußerte, die Wiedereinführung des Wehr- bzw. Wehersatzdienstes sollte in Anbetracht der personalkritischen Situation erwogen werden. Andere Befragte kritisierten die Informationspolitik der für sie zuständigen Gesundheitsbehörden, da hier wenig, missverständlich ausgedrückte und intransparente Informationsweitergabe an die Bürger*innen stattfände.

Grundsätzliche Probleme vermuteten einige Befragte unter anderem im Zwang zur **ökonomischen Effizienz** der Gesundheitseinrichtungen. Das Gesundheitssystem wie auch der Katastrophenschutz sollten nach Meinung der meisten sich hierzu äussernden Befragten nach der Krise besser ausgestattet und den dort Mitarbeitenden mehr politische Wertschätzung entgegengebracht werden. Gerade dem medizinischen Personal wurde im COVID-19-Kontext besonders viel Vertrauen entgegengebracht. In einigen Antworten schwang die Sorge mit, finanzielle Aufwendungen von Bund und Ländern würden zulasten des Gesundheitssektors zu intensiv für die Bewältigung der ökonomischen Auswirkungen der Pandemie eingesetzt.

3.8 Informationen

Wie viel Zeit die Befragten täglich verwendeten, um sich über das Thema SARS-CoV-2 oder COVID-19 zu informieren ist in **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** dargestellt. 447 (65 %) Personen machten dazu Angaben, von denen jede*r Fünfte (20 %) gar keine Zeit oder maximal 30 Minuten dafür aufwendeten. Etwas mehr als ein Viertel (26 %) informierte sich für circa eine Stunde am Tag. 28 % verwendeten zwei Stunden am Tag für die Informationssuche über SARS-CoV-2. Weitere 23 % nutzten mehr als drei Stunden täglich, um sich zu informieren. 16 (4 %) Personen gaben an, sie würden „zu viel“ Zeit für die Informationssuche aufwenden.

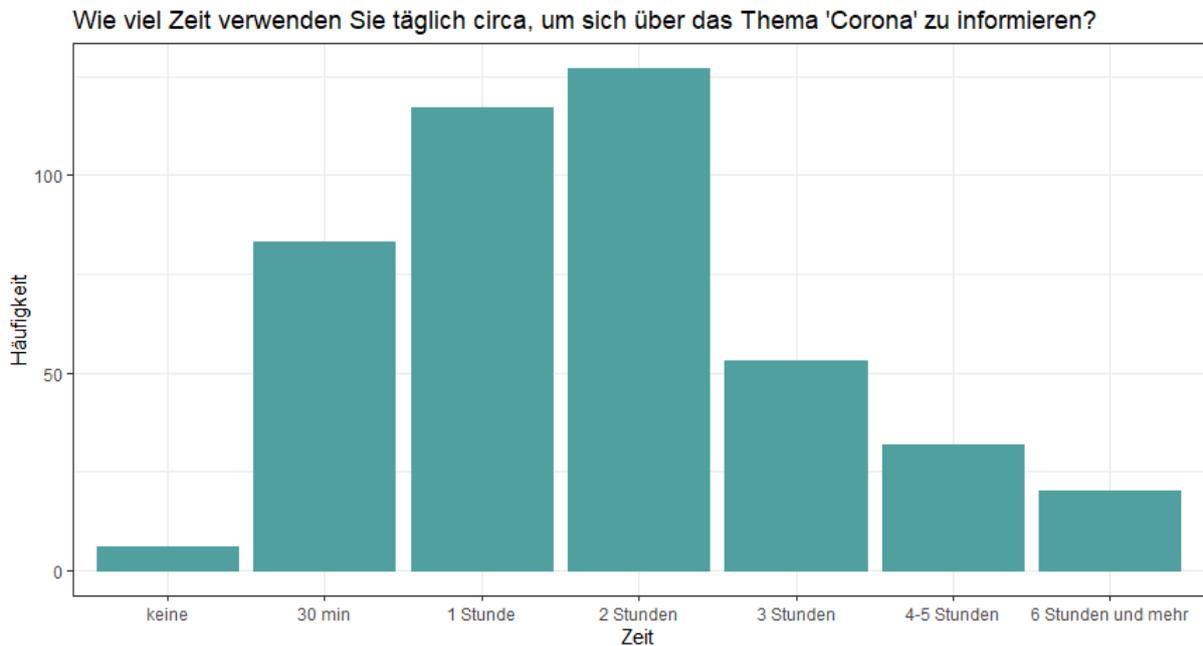


Abbildung 14: Täglich aufgewendete Zeit zur Informationsbeschaffung

Im Großen und Ganzen schienen die Befragten mit den erhaltenen Informationen zufrieden zu sein (vgl. Abbildung 15). So gaben acht von zehn (81 %) Befragte an, sie hätten aufgrund der erhaltenen Information gewusst, wie sie sich verhalten sollen. Knapp drei Viertel (74 %) hatten sich ausreichend informiert gefühlt. Demgegenüber waren 39 % durch die Medienberichterstattung verunsichert. 42 % gaben an, dass das für sie nicht zutraf. 28 % glaubten, in den Medien werde übertrieben. 52 % glaubten dies nicht.

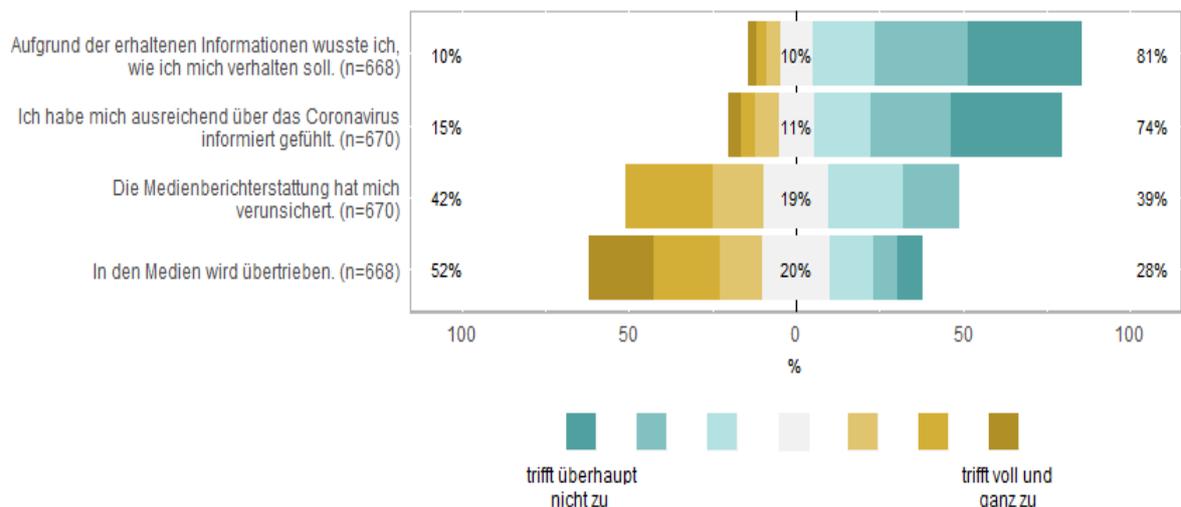


Abbildung 15: Angaben zur Bewertung der erhaltenen Information und der Medienberichterstattung

Die 101 (15 %) Personen, die angaben, sich nicht ausreichend informiert gefühlt zu haben, konnten in einer offenen Frage beschreiben, welche Informationen ihnen gefehlt haben. 66 Personen machten dazu Angaben, wobei sich die Antworten breit auf unterschiedliche Themen bezogen. Zunächst gaben einige Befragte an, dass ihnen nicht konkrete Informationen gefehlt haben, sondern sie kritisierten die Art der Kommunikation der Information. Einigen waren die Informationen z. B. zu oft **widersprüchlich** und sie hätten sich einheitliche bzw. gebündelte Informationen gewünscht. Andere hingegen fanden die Berichterstattung **zu einseitig** und vermissten kritisches Hinterfragen und alternative Meinungen. Einige äußerten das Gefühl, dass Informationen zurückgehalten würden und wünschten sich, dass „die Wahrheit“ gesagt werden würde. Andere hätten die Informationen gern früher erhalten.

Bezogen auf konkrete Inhalte hätte sich ein Teil der Befragten mehr sachliche Informationen und Fakten bzw. **Zahlen** gewünscht. Vergleichsweise oft vermissten die Befragten **Informationen zu SARS-CoV-2 bzw. zur COVID-19 Erkrankung**, z. B. Informationen zu den Symptomen oder dem Verlauf der Erkrankung, zur Ansteckungsgefahr oder Übertragung oder zu einer möglichen Immunität nach Genesung. Auch die Ursachen der Pandemie bzw. die Herkunft des Virus war für einige Befragten interessant. Darüber hinaus wurden oft die Kommunikation von **Verhaltensregeln** und der Relevanz dieser Regeln vermisst sowie generell der Hinweis auf die **Wichtigkeit** und Gefährlichkeit der Situation. Daneben wünschten sich einige Befragte Informationen darüber, wie sich die Situation zukünftig entwickeln werde bzw. Prognosen, z. B. über die Dauer der Krise. Neben Informationen zur deutschen Strategie vermissten einige Befragungsteilnehmende Informationen für den persönlichen Umgang mit der Situation.

4. Zusammenfassung

Die Studie gibt einen tiefen Einblick in die Sorgen und Ängste der befragten Personen. Die Kombination quantitativer und qualitativer Elemente ermöglichte eine ganzheitliche und umfassende Beschreibung der Sichtweisen der Studienteilnehmenden. Insgesamt zeigte sich ein großes Mitteilungsbedürfnis unter den Befragten, was die vielen teilweise ausführlichen Antworten auf die offenen Fragen verdeutlichen.

Das Thema „SARS-CoV-2“ war für die meisten Befragungsteilnehmer*innen negativ konnotiert, wobei weniger Angst oder Panik, sondern eher eine große Unsicherheit vorherrschte. Auch scheint die Mehrzahl der Befragten weniger um sich selbst, als vielmehr um andere Menschen, vorrangig Familienangehörige und Freund*innen, aber auch ihnen unbekannte Personen besorgt zu sein. Hier spielt die Zugehörigkeit der Person zu einer Risikogruppe oder eine erhöhte Exponiertheit eine wichtige Rolle. Aber nicht nur die Angst um andere Menschen ist hoch ausgeprägt, sondern auch die Angst davor, andere anzustecken. Auch diese Angst wurde häufiger geäußert als die Angst vor einer eigenen Betroffenheit. Angst davor, aufgrund einer COVID-19 Erkrankung zu versterben, ist vergleichsweise gering ausgeprägt. Dennoch hatte ca. jede*r zehnte Befragte Angst davor.

Bezogen auf die Bewältigung und die Auswirkungen war die Angst vor einer Überlastung des Gesundheitssystems und den langfristigen Auswirkungen bzw. den wirtschaftlichen Folgen am größten. Angst vor Versorgungsengpässen wurde vergleichsweise selten geäußert. Die Auswertung der verbalen Angaben machte deutlich, wie sehr die Befragten die Unsicherheit der Situation, aber auch der Auswirkungen gerade auf persönlicher Ebene belasten.

Die überwiegende Mehrzahl der Befragten hatte ihr Verhalten aufgrund der SARS-CoV-2-Lage angepasst und bewertete allgemeine Hygienemaßnahmen und das Vermeiden von Kontakt mit anderen

(z. B. Händeschütteln, Orte mit vielen Menschen, öffentlichen Verkehr) als sinnvoll. Als weniger häufig und weniger sinnvoll wurden das Anlegen von Vorräten und die Verwendung von Schutzmasken angesehen. Die Mehrzahl der Befragten hielten sowohl freiwillige als auch erzwungene Quarantänemaßnahmen und Ausgangsperren für sinnvoll und unterstützten diese. Es wurden einerseits Sorgen über die sozialen, emotionalen und psychischen Auswirkungen einer Isolation und über mögliche Einschränkungen persönlicher Freiheiten genannt. Andererseits wurden auch positive Aspekte z. B. Entschleunigung geäußert.

Fast alle Befragten bewerteten die derzeitige Situation als Krise, deren negative Auswirkungen wir noch lange spüren werden. Für viele hatte sich das Leben radikal verändert. Trotzdem war die Mehrzahl optimistisch, dass die Verantwortlichen alles tun würden, um die Situation zu bewältigen sowie, dass die Lage langfristig gut bewältigt werden könne. Es wurden gegenseitige Hilfsmaßnahmen und ein erhöhtes Zusammengehörigkeitsgefühl berichtet. Viele Befragungsteilnehmende sahen in der Situation auch für die Zukunft positive Aspekte, in der z. B. eine Chance für ein größeres gesamtgesellschaftliches Umdenken liegen könnte.

Die Mehrzahl der Befragten vertraute den in der Gesundheitsversorgung tätigen Personen, dem deutschen Katastrophenschutz, den Regierungen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene und dem deutschen Gesundheitssystem, die derzeitige Situation bewältigen zu können. Den in Deutschland bzw. in Europa lebenden Menschen wurde diesbezüglich weniger Vertrauen entgegengebracht. Gerade das rücksichtslose Verhalten einiger Menschen wurde kritisiert. Die Angaben der Befragten zeigten aber auch größere Unsicherheit bezüglich der Bewertung der getroffenen Maßnahmen durch die politischen Entscheidungsträger*innen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene auf. Kritisiert wurden trotz eines überwiegend geäußerten Vertrauens die mangelnde Entscheidungsgeschwindigkeit und -kompetenz sowie die anfänglich mangelnde Abstimmung zwischen den einzelnen Bundesländern untereinander und mit dem Bund.

Im Großen und Ganzen schienen die Befragten mit den erhaltenen Informationen zufrieden zu sein. Die Mehrzahl fühlte sich ausreichend informiert und wusste aufgrund der Informationen, wie sie sich verhalten sollte. Eine Minderheit glaubte, dass in den Medien übertrieben wurde. Dennoch kritisierten Viele in den offenen Angaben die Flut an unterschiedlichen, sich teilweise widersprechenden Informationen sowie eine zu einseitige Informierung, die außerdem zu wenig Fakten lieferten.

Impressum

Titel

Die SARS-CoV-2-Pandemie aus Sicht der Bevölkerung. Ergebnisse einer Befragung

Herausgeber

Katastrophenforschungsstelle (KFS)
Freie Universität Berlin
FB Politik- und Sozialwissenschaften
Carl-Heinrich-Becker-Weg 6-10
12165 Berlin

Titelfoto

Cordula Dittmer, KFS (erstellt mit Wordle)

Die Autor*innen

Katja Schulze, Nicolas Bock, Cordula Dittmer, Verena Flörchinger, Daniel F. Lorenz, Sara T. Merkes, sind wissenschaftliche Mitarbeiter*innen der KFS.

Prof. Dr. Martin Voss ist Universitätsprofessor im Fachgebiet Sozialwissenschaftliche Katastrophenforschung an der Freien Universität Berlin und Leiter der Katastrophenforschungsstelle (KFS).

Danksagungen

Wir danken allen Personen, die an der Befragung teilgenommen haben und ihre Sichtweisen mit uns geteilt haben. Ohne die große Bereitschaft zur Teilnahme wäre diese Studie nicht möglich gewesen. Darüber hinaus gilt unser Dank allen Personen, die die Befragung verbreitet haben.



Katastrophenforschungsstelle (KFS)
Freie Universität Berlin



<http://www.polsoz.fu-berlin.de/ethnologie/forschung/arbeitsstellen/katastrophenforschung>