

Wie erleben Menschen in der zweiten Lebenshälfte die Corona-Krise? Wahrgenommene Bedrohung durch die Corona-Krise und subjektive Einflussmöglichkeiten auf eine mögliche Ansteckung mit dem Corona-Virus

Wettstein, Markus; Vogel, Claudia; Nowossadeck, Sonja; Spuling, Svenja M.; Tesch-Römer, Clemens

Veröffentlichungsversion / Published Version

Arbeitspapier / working paper

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Wettstein, M., Vogel, C., Nowossadeck, S., Spuling, S. M., & Tesch-Römer, C. (2020). *Wie erleben Menschen in der zweiten Lebenshälfte die Corona-Krise? Wahrgenommene Bedrohung durch die Corona-Krise und subjektive Einflussmöglichkeiten auf eine mögliche Ansteckung mit dem Corona-Virus.* (dza-aktuell: Deutscher Alterssurvey, 01/2020). Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-70568-3>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-SA Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Weitergabe unter gleichen Bedingungen) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-SA Licence (Attribution-NonCommercial-ShareAlike). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0>

dza aktuell deutscher alterssurvey

Heft 01 /2020

Herausgeber:
Deutsches Zentrum für
Altersfragen

Wie erleben Menschen in der zweiten Lebeshälfte die Corona-Krise?

Wahrgenommene Bedrohung durch die
Corona-Krise und subjektive
Einflussmöglichkeiten auf eine mögliche
Ansteckung mit dem Corona-Virus

Markus Wettstein, Claudia Vogel, Sonja
Nowossadeck, Svenja M. Spuling, Clemens
Tesch-Römer

Wie erleben Menschen in der zweiten Lebenshälfte die Corona-Krise? – Wahrgenommene Bedrohung durch die Corona-Krise und subjektive Einflussmöglichkeiten auf eine mögliche Ansteckung mit dem Corona-Virus

Markus Wettstein, Claudia Vogel, Sonja Nowossadeck, Svenja M. Spuling, Clemens Tesch-Römer

Inhalt

Kernaussagen	3
Einleitung	4
Der Deutsche Alterssurvey (DEAS)	5
Wahrgenommene Bedrohung durch die Corona-Krise	6
Subjektive Einflussmöglichkeiten auf das Corona-Infektionsrisiko	12
Zusammenhang zwischen wahrgenommener Bedrohung und subjektiven Einflussmöglichkeiten auf das Infektionsrisiko	15
Wahrnehmung der Corona-Krise und subjektives Wohlbefinden	16
Fazit	18
Literatur	22

Kernaussagen

Im Juni und Juli 2020 wurde im Rahmen des Deutschen Alterssurveys (DEAS) eine Kurzbefragung zu den Auswirkungen der Corona-Krise durchgeführt. Im Mittelpunkt der Befragung standen Veränderungen in verschiedenen Lebensbereichen, die durch die Pandemie bei Menschen in der zweiten Lebenshälfte aufgetreten sind. Zudem gaben die Befragten Auskunft über ihre individuelle Wahrnehmung der Corona-Krise.

- Die Mehrheit der Menschen in der zweiten Lebenshälfte erlebt die Corona-Krise nicht als sehr bedrohlich.** Ungefähr 9 Prozent der Menschen in der zweiten Lebenshälfte (46 bis 90 Jahre) fühlen sich durch die Corona-Krise stärker bedroht, 42 Prozent geben eine mittlere Bedrohung an, und knapp 50 Prozent schätzen die Bedrohung als niedrig ein.
- Gesundheit spielt eine wichtige Rolle für die wahrgenommene Bedrohung durch die Corona-Krise.** Personen, die ihre Gesundheit als weniger gut einschätzen, fühlen sich deutlich häufiger durch die Pandemie bedroht als Personen, die ihre Gesundheit als sehr gut oder gut einschätzen. Zudem fühlen sich Personen mit niedrigem Bildungsstand stärker bedroht als Personen mit hohem Bildungsstand. Dagegen spielen Alter, Geschlecht sowie Corona-Infektionen im persönlichen Umfeld keine bedeutsame Rolle für das Bedrohungserleben.
- Die Mehrheit hat das Gefühl, die Ansteckungsgefahr durch das Corona-Virus zumindest in einem mittleren Ausmaß beeinflussen zu können.** 23 Prozent schätzen ihren Einfluss auf eine mögliche Ansteckung als hoch ein, 65 Prozent als mittel und 12 Prozent als gering.
- Auch für subjektive Einflussmöglichkeiten auf eine Corona-Infektion spielt Gesundheit eine wichtige Rolle.** Personen, die ihre Gesundheit als weniger gut einschätzen, sehen weniger Einflussmöglichkeiten auf eine Ansteckung als Personen mit guter selbsteingeschätzter Gesundheit. Auch Bildung und Lebensalter sind von Bedeutung: Höhere Einflussmöglichkeiten nehmen Personen im Alter zwischen 61 und 75 Jahren sowie Personen mit hoher Bildung wahr. Geschlecht und Corona-Infektionen im persönlichen Umfeld spielen keine wichtige Rolle für die subjektiven Einflussmöglichkeiten.
- Gefühlte Bedrohung durch die Corona-Krise und subjektive Einflussmöglichkeiten auf eine Infektion hängen kaum miteinander zusammen.** Die Gruppen derer, die eine hohe Bedrohung empfinden, und derer, die glauben, das Ansteckungsrisiko nur wenig beeinflussen zu können, sind nicht deckungsgleich. Personen, die sich durch die Corona-Krise stärker bedroht fühlen, sind etwas häufiger davon überzeugt, das Ansteckungsrisiko beeinflussen zu können, als Personen mit niedrigem Bedrohungserleben. Gleichzeitig sind Personen in dieser Gruppe jedoch auch häufiger der Ansicht, einen geringen Einfluss zu haben, als Personen mit niedrigem Bedrohungserleben.
- Personen, die eine hohe Bedrohung erleben, sowie Personen mit geringen subjektiven Einflussmöglichkeiten haben ein geringeres Wohlbefinden.** Personen, die sich von der Corona-Krise stärker bedroht fühlen, sowie Personen, die geringe Einflussmöglichkeiten über eine mögliche Ansteckung erleben, sind weniger mit ihrem Leben zufrieden und berichten mehr depressive Symptome als Personen mit niedrigerem Bedrohungserleben und höheren subjektiven Einflussmöglichkeiten.

Einleitung

Die Corona-Pandemie ist eine anhaltende weltweite Krise, die eine Bedrohung für die Gesundheit und Lebensqualität der Weltbevölkerung, für die Weltwirtschaft sowie für das gesellschaftliche Zusammenleben und das soziale Miteinander darstellt. Zwar ist Deutschland bislang weniger stark von Infektionen und Todesfällen betroffen als viele andere Länder Europas (Stafford, 2020), dennoch hat die Corona-Krise auch in Deutschland das Alltagsleben vieler tiefgreifend verändert. Das liegt nicht nur an der Bedrohung, die von dem Corona-Virus ausgeht, sondern auch an den weitreichenden Maßnahmen, die zur Eindämmung des Virus ergriffen worden sind, etwa den sogenannten AHAL-Regeln (Abstand, Hygiene, Alltagsmasken, Lüften) oder Reise- und Kontaktbeschränkungen bis hin zu Besuchsverboten in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern. Zudem wurden zahlreiche kulturelle Veranstaltungen abgesagt und Institutionen wie Schulen und Kitas zeitweise geschlossen.

Diese Maßnahmen waren in Deutschland insofern erfolgreich, als Infektionszahlen und Sterberaten während der ersten Corona-Welle vergleichsweise niedrig geblieben sind. Gleichzeitig hatten und haben diese einschränkenden Maßnahmen aber erhebliche Auswirkungen auf die Gestaltung des Alltagslebens. Dies betrifft etwa die Pflege persönlicher sozialer Beziehungen, die reduziert oder auf Telefonate und Online-Formate umgestellt werden musste. Auch ihren Arbeits- und Familienalltag mussten viele Menschen neu organisieren, etwa im Home Office arbeiten und die Betreuung der eigenen Kinder und Enkelkinder neu organisieren. Die Freizeitgestaltung hat sich bei vielen Menschen ebenfalls verändert: Beispielsweise waren Möglichkeiten für das Ausüben von Sport zeitweise eingeschränkt, da Sportstätten geschlossen blieben. Einige wurden von der Corona-Pandemie auch erheblich finanziell getroffen durch Einkommenseinbußen, etwa aufgrund von

Kurzarbeit, Arbeitslosigkeit oder Konkurs der eigenen Firma.

Für Menschen in der zweiten Lebenshälfte stellt die Corona-Pandemie in besonderer Weise eine Herausforderung und Bedrohung dar: Die Wahrscheinlichkeit, bei einer Infektion mit dem Corona-Virus einen schweren Krankheitsverlauf von Covid-19 zu erleben oder an der Erkrankung zu sterben, steigt mit dem Lebensalter deutlich an (Robert-Koch-Institut, 2020).

Was bedeutet dies für die subjektive Perspektive dieser Menschen auf die Pandemie, wie erleben Menschen in der zweiten Lebenshälfte die Bedrohung durch die Corona-Krise? Und gibt es Unterschiede in verschiedenen Bevölkerungsgruppen, etwa nach Geschlecht, Bildung, subjektivem Gesundheitszustand oder nach Corona-Infektionen, die im persönlichen Umfeld aufgetreten sind?

Eine ähnliche Frage lässt sich mit Blick auf die subjektiven Einflussmöglichkeiten auf das Corona-Infektionsrisiko stellen: Glauben Menschen in der zweiten Lebenshälfte, einen Einfluss darauf zu haben, ob sie sich mit dem Corona-Virus anstecken? Und gibt es auch hier Unterschiede nach Alter, Geschlecht, Bildung, subjektiven Gesundheitszustand sowie nach Corona-Infektionen, die im persönlichen Umfeld aufgetreten sind?

Für Präventionsmaßnahmen von Bedeutung ist die Frage, ob und wie das Bedrohungserleben durch die Corona-Krise sowie subjektive Einflussmöglichkeiten auf das Infektionsrisiko zusammenhängen. Sind subjektive Einflussmöglichkeiten dann hoch, wenn die Bedrohung als hoch eingeschätzt wird? Möglicherweise führt in diesem Fall das Bedrohungserleben zu einer verstärkten Vorsicht im Alltag, mit der Menschen ihren Einfluss auf eine mögliche Ansteckung maximieren wollen. Oder sind – im Gegenteil – subjektive Einflussmöglichkeiten dann besonders hoch, wenn die Bedrohung als gering eingeschätzt wird? Womöglich

schätzen Personen die Bedrohung durch die Corona-Krise dann gering ein, wenn sie meinen, einen erheblichen Einfluss auf eine mögliche Ansteckung zu haben. Umgekehrt könnte ein hohes Bedrohungsleben zu Fatalismus führen und zu der Einstellung, dass es kaum oder keine individuellen Einflussmöglichkeiten auf das Corona-Infektionsrisiko gibt. In Abhängigkeit davon, wie Menschen ihr Bedrohungsleben und ihre subjektiven Einflussmöglichkeiten einschätzen und wie der Zusammenhang zwischen beiden Einstellungen ausfällt, muss die mediale und politische Risikokommunikation über die Corona-Krise unterschiedlich gestaltet werden.

Schließlich könnte die Wahrnehmung der Corona-Krise auch für das subjektive Wohlbefinden von Menschen in der zweiten Lebenshälfte relevant sein. Ist das subjektive Wohlbefinden derjenigen Menschen beeinträchtigt, die eine hohe Bedrohung durch die Corona-Krise sowie wenig Einfluss auf eine eigene Ansteckung wahrnehmen? Wahrscheinlich ist, dass Menschen, die sich aktuell stark bedroht fühlen, sowie Personen, die wenig Einflussmöglichkeiten sehen, sich selbst vor dem Corona-Virus zu schützen, weniger zufrieden mit ihrem Leben sind und häufiger depressiv verstimmt sind als Personen mit einer optimistischeren Perspektive auf die Corona-Krise.

Forschungsfragen

In diesem Bericht werden die folgenden vier Fragen untersucht:

1. *Wahrgenommene Bedrohung durch die Corona-Krise*

Wie stark fühlen sich Menschen in der zweiten Lebenshälfte durch die Corona-Krise bedroht? Fühlen sich verschiedene Bevölkerungsgruppen unterschiedlich stark bedroht? Berücksichtigt werden die

Merkmale Alter, Geschlecht, Bildung, subjektive Gesundheit sowie Infektionen im persönlichen Umfeld.

2. *Subjektive Einflussmöglichkeiten auf das Corona-Infektionsrisiko*

In welchem Ausmaß haben Menschen in der zweiten Lebenshälfte das Gefühl, eine eigene mögliche Ansteckung mit dem Covid-19-Virus beeinflussen zu können? Gibt es Unterschiede zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen? Berücksichtigt werden wiederum Alter, Geschlecht, Bildung, subjektive Gesundheit sowie Infektionen im persönlichen Umfeld.

3. *Zusammenhang zwischen wahrgenommener Bedrohung durch die Corona-Krise und subjektiven Einflussmöglichkeiten auf das Corona-Infektionsrisiko*

Wie hängt die wahrgenommene Bedrohung durch die Corona-Krise mit den subjektiven Einflussmöglichkeiten auf das Corona-Infektionsrisiko zusammen? Haben Menschen eher das Gefühl, eine mögliche Ansteckung beeinflussen zu können, wenn sie eine geringe oder wenn sie eine hohe Bedrohung durch die Pandemie erleben? Oder sind wahrgenommene Bedrohung und subjektive Einflussmöglichkeiten unabhängig voneinander?

4. *Wahrnehmung der Corona-Krise und subjektives Wohlbefinden*

Sind Menschen weniger zufrieden mit ihrem Leben und eher depressiv verstimmt, wenn sie sich stärker bedroht durch die Corona-Krise fühlen und wenn sie glauben, eine Ansteckung mit dem Corona-Virus eher wenig beeinflussen zu können?

Der Deutsche Alterssurvey (DEAS)

Der Deutsche Alterssurvey (DEAS) ist eine repräsentative Quer- und Längsschnittbefragung von Personen in der zweiten Lebenshälfte. Im Rahmen der Studie werden seit mehr als zwei Jahrzehnten Frauen und Männer auf ihrem Weg ins höhere und hohe Alter regelmäßig befragt (1996, 2002, 2008, 2011, 2014, 2017, 2020). Dieser lange Beobachtungszeitraum von mehr als zwei Jahrzehnten erlaubt einen umfassenden Einblick in das Älterwerden und die Lebenssituationen von Menschen in der zweiten Lebenshälfte. Zudem kann durch das kohortensequenzielle Design der Studie Älterwerden im sozialen Wandel untersucht werden. Der Deutsche Alterssurvey ist daher die zentrale Studie zu Alter und Altern in Deutschland. Mehr als 20.000 Personen haben bislang an der Studie teilgenommen. Befragt werden Personen, die zum Zeitpunkt der ersten Teilnahme 40 Jahre und älter sind. Die Teilnehmenden werden auf Basis einer nach Alter, Geschlecht und Region geschichteten Einwohnermeldeamtsstichprobe ausgewählt. Die Daten des Deutschen Alterssurveys sind daher repräsentativ für die in Privathaushalten lebende Wohnbevölkerung Deutschlands in der zweiten Lebenshälfte. Durch den Deutschen Alterssurvey können auch die Lebenssituationen in Krisenzeiten – wie wir sie aktuell aufgrund der Corona-Pandemie erleben – näher beleuchtet und besser verstanden werden.

Die jüngste Befragung fand im Zeitraum vom 8. Juni bis zum 22. Juli 2020 statt. Im Zentrum dieser Befragung standen Fragen zur aktuellen Lebenssituation sowie zu erlebten Veränderungen während der Corona-Pandemie in verschiedenen Lebensbereichen, etwa in sozialen Beziehungen, im Wohlbefinden und in der Erwerbsarbeit. Es haben 4.823 Personen ab einem Alter von 46 Jahren an der Befragung teilgenommen. Aufgrund der Corona-Pandemie wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Deutschen Alterssurveys, die bereits zuvor mindestens einmal an der Studie teilgenommen hatten, mit einem schriftlichen Fragebogen (anstatt wie bisher im persönlichen Interview) befragt. Diese jüngste schriftlich-postalische Kurzbefragung stellt den ersten Teil der siebten Welle des Deutschen Alterssurveys dar. Im zweiten Teil werden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Deutschen Alterssurveys telefonisch interviewt – von November 2020 bis April 2021.

Der Deutsche Alterssurvey (DEAS) wird aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördert.

Weitere Informationen zum Deutschen Alterssurvey (DEAS) finden sich unter www.deutscher-alterssurvey.de

Die Ergebnisse dieses Berichts basieren auf Auswertungen der siebten Welle des Deutschen Alterssurveys (DEAS; Vogel, Klaus, Wettstein, Simonson, & Tesch-Römer, 2020). Für die vorliegenden Auswertungen wurden die Angaben von 4.762 Personen im Alter zwischen 46 und 90 Jahren berücksichtigt.

Für die Analysen wurden die folgenden Maße verwendet:

- Die wahrgenommene Bedrohung durch die Corona-Krise wurde mit der Frage erfasst: „Inwiefern empfinden Sie die Corona-Krise derzeit als Bedrohung für sich selbst?“.¹ Die Befragten beantworteten diese Frage, indem sie eine Zahl zwischen 1 (überhaupt keine Bedrohung für mich) und 10 (extreme Bedrohung für mich) vergaben.
- Der subjektive Einfluss auf eine mögliche Ansteckung mit dem Corona-Virus wurde mit der Frage erfasst: „Inwieweit haben Sie das Gefühl, dass Sie selbst beeinflussen können, ob Sie sich mit dem Corona-Virus anstecken oder nicht?“.² Diese Frage wurde von den Befragten auf einer Skala von 1 (überhaupt nicht) bis 7 (voll und ganz) beantwortet.
- Um Corona-Infektionen im eigenen Umfeld zu erfassen, wurde die Frage gestellt: „Haben sich Personen aus Ihrem persönlichen Umfeld mit dem Corona-Virus infiziert?“.³ Antwortmöglichkeiten auf diese Frage waren „Ja“, „Nein“, oder „Weiß nicht“.⁴
- Zur Erfassung der subjektiven Gesundheit wurde die Frage gestellt „Wie bewerten Sie Ihren derzeitigen

Gesundheitszustand?“. Beantwortet wurde die Frage auf einem Antwortformat von 1 (sehr gut) bis 5 (sehr schlecht). In den folgenden Analysen werden die Werte 1 und 2 als "sehr gute/gute subjektive Gesundheit" und Werte von 3 bis 5 als "mittlere bis schlechte subjektive Gesundheit" interpretiert.

- Das subjektive Wohlbefinden wurde mit zwei Indikatoren erhoben, Lebenszufriedenheit und depressive Symptome. Lebenszufriedenheit wurde mit der deutschsprachigen Version der Satisfaction with Life Scale erfasst (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985). Diese besteht aus 5 Aussagen (z. B. „Ich bin zufrieden mit meinem Leben“), welche auf einer Skala von 1 (trifft genau zu) bis 5 (trifft gar nicht zu) beantwortet werden. Über die fünf Aussagen hinweg wird ein Mittelwert gebildet und so transformiert, dass höhere Werte eine höhere Lebenszufriedenheit anzeigen. Werte, die über dem Wert 3,3 liegen, werden als hohe Lebenszufriedenheit interpretiert (Wolff & Tesch-Römer, 2017). Depressive Symptome wurden anhand einer Kurzversion der CES-D Depressionsskala (Radloff, 1977) erfasst. Diese Kurzversion umfasst zehn Aussagen (z. B. „Während der letzten Woche war alles anstrengend für mich“), die jeweils auf einer Skala von „selten“ (1) bis „immer“ (4) beantwortet wurden. Pro Person wurde ein Summenwert über alle Aussagen gebildet. Werte über dem Skalenmittelwert von 15 wurden in den folgenden Analysen als ausgeprägte depressive Symptome interpretiert.

¹ Diese Frage stammt ursprünglich aus der Mannheimer Corona-Studie des German Internet Panel (GIP; <https://www.uni-mannheim.de/gip/corona-studie/>), und die Originalformulierung wurde in dieser Studie minimal angepasst.

² Diese Frage stammt ebenfalls aus der Mannheimer Corona-Studie des German Internet Panel (GIP; <https://www.uni-mannheim.de/gip/corona-studie/>) und wurde hier in angepasster Form verwendet.

³ Diese Frage wurde in einem ähnlichen Wortlaut auch in anderen Studien gestellt (Mannheimer Corona-Studie; COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO)).

⁴ Die Angabe „Weiß nicht“ wurde nur sehr selten gemacht (in 3,5 Prozent der Fälle) und wurde in den folgenden Auswertungen nicht berücksichtigt.

Alter, Geschlecht sowie Bildungsstatus basierten auf Selbstauskünften bzw. waren aufgrund vorheriger Teilnahmen der Personen am Deutschen Alterssurvey bereits bekannt. Um die Rolle des Lebensalters zu untersuchen, wurden drei Altersgruppen gebildet: 46- bis 60-Jährige ($n=966$; 20,9 Prozent), 61- bis 75-Jährige ($n=2.166$; 45,5 Prozent) sowie Personen über 75 Jahre ($n=1.600$; 33,6 Prozent).

Zudem wurden Frauen ($n=2.431$; 51,1 Prozent) und Männer ($n=2.328$; 48,9 Prozent) miteinander verglichen. Bildung wurde gemäß ISCED-Klassifizierung in drei Gruppen unterteilt: Personen mit niedrigem Bildungsabschluss ($n=205$; 4,3 Prozent), mittlerem Bildungsabschluss ($n=2.250$; 47,2 Prozent) und hohem Bildungsabschluss ($n=2.306$; 48,4 Prozent).

Wahrgenommene Bedrohung durch die Corona-Krise

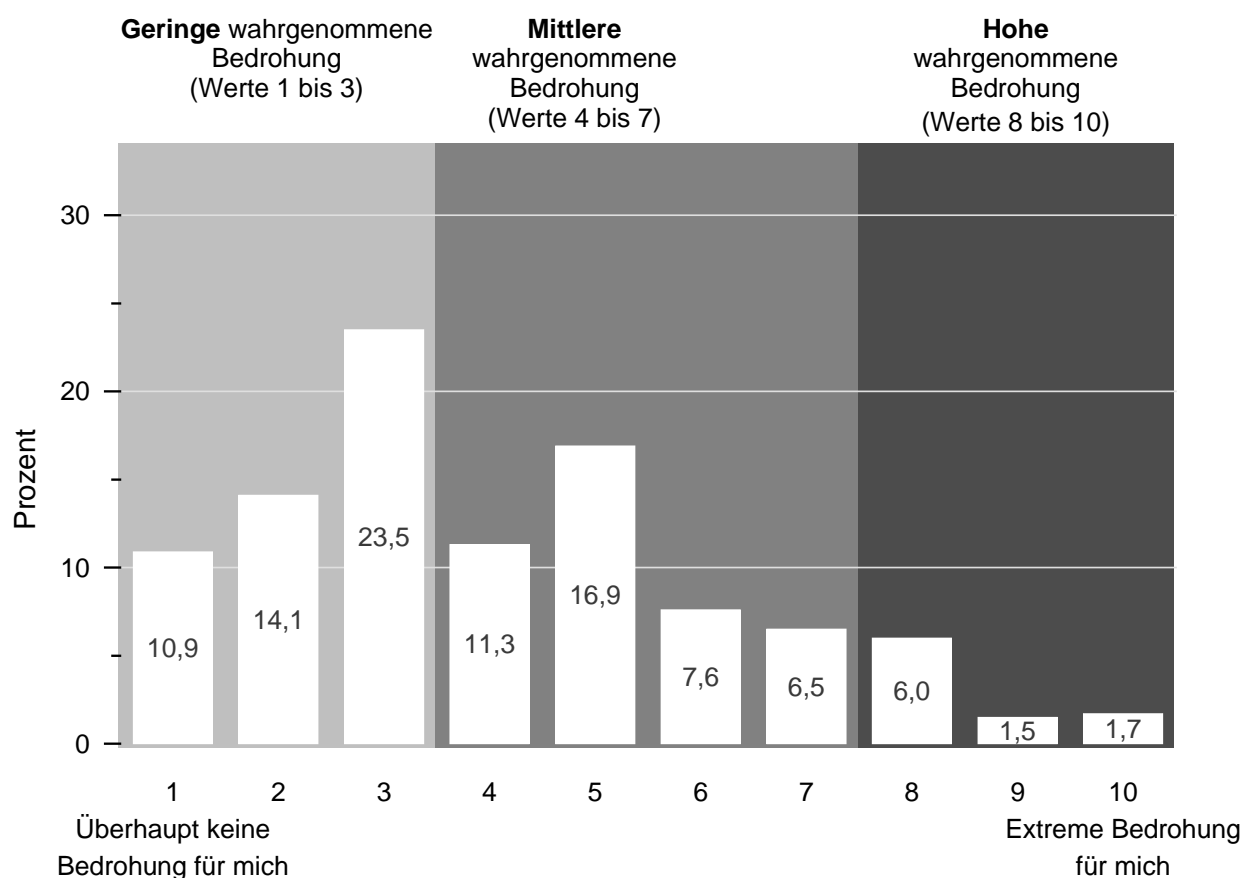
Menschen in der zweiten Lebenshälfte nehmen die Corona-Krise überwiegend nicht als starke Bedrohung wahr

Die Antworten der Befragten auf die Frage, ob sie die Corona-Krise als Bedrohung für sich selbst erleben, verteilen sich sehr ungleich auf die zehn Antwortmöglichkeiten (s. Abbildung 1): Der Anteil der Personen, die die Corona-Krise als eher geringe Bedrohung einschätzt, ist deutlich größer als der Anteil der Personen, die die Corona-Krise als hohe Bedrohung einschätzt. Am häufigsten werden die Werte 3 (23,5 Prozent) sowie die Skalenmitte 5 (16,9 Prozent) angegeben. Die Werte von 9 und 10, die ein extrem hohes

Bedrohungserleben widerspiegeln, werden von weniger als 4 Prozent der Personen angegeben.

Teilt man die Werte in drei Gruppen auf (s. Abbildung 1), so zeigt sich, dass knapp die Hälfte der Befragten (48,5 Prozent) Werte zwischen 1 und 3 angeben (geringe wahrgenommene Bedrohung durch die Corona-Krise). Werte zwischen 4 und 7, die ein mittleres Bedrohungserleben widerspiegeln, werden von 42,3 Prozent angegeben. Und schließlich gibt knapp jeder Zehnte (9,2 Prozent) einen Wert über 7 und somit das Erleben einer hohen persönlichen Bedrohung an.

Abbildung 1: Wahrgenommene Bedrohung durch die Corona-Pandemie, Verteilung auf zehn Antwortkategorien von 1 (überhaupt keine Bedrohung für mich) bis 10 (extreme Bedrohung für mich), Anteile in Prozent



Quelle: DEAS 2020 (n=4.739), gewichtete Analysen, gerundete Angaben.

Vergleicht man diese drei Gruppen, welche die Corona-Krise entweder als wenig bedrohlich, mittel bedrohlich oder sehr bedrohlich wahrnehmen, nach verschiedenen Merkmalen (Alter, Geschlecht, Bildung, Infektionen im persönlichen Umfeld und Geschlecht; s. Abbildung 2), so zeigt sich folgendes Bild: In der ältesten Gruppe (76 Jahre und älter) ist der Anteil derjenigen, die sich wenig bedroht fühlen, etwas kleiner (46,3 Prozent) als bei den 46- bis 60-Jährigen (49,4 Prozent) und als bei den 61- bis 75-Jährigen (48,4 Prozent). Allerdings ist der Anteil an Personen, die sich sehr bedroht fühlen, ebenfalls kleiner in der ältesten Gruppe (8,1 Prozent) als in der jüngsten Gruppe (11,6 Prozent) und sehr ähnlich zur Gruppe der 61- bis 75-Jährigen (6,9 Prozent). Insgesamt sind diese Altersunterschiede klein: In jeder Altersgruppe fühlen sich knapp die Hälfte der Personen wenig bedroht, aber immerhin auch zwischen 7 und 12 Prozent stark bedroht.

Beim Vergleich von Frauen und Männern fällt auf, dass sich mehr Männer (51,4 Prozent) als Frauen (45,7 Prozent) wenig bedroht fühlen. Allerdings fühlen sich auch etwas mehr Männer (9,6 Prozent) als Frauen (8,9 Prozent) sehr bedroht. Dieser Geschlechterunterschied ist jedoch vernachlässigbar, Frauen und Männer fühlen sich also offenbar in einem sehr ähnlichen Ausmaß durch die Pandemie bedroht.

Zudem gibt es Unterschiede nach Bildung: Mit steigender Bildung wird der Anteil derjenigen größer, die sich wenig bedroht durch die Pandemie fühlen (niedrige

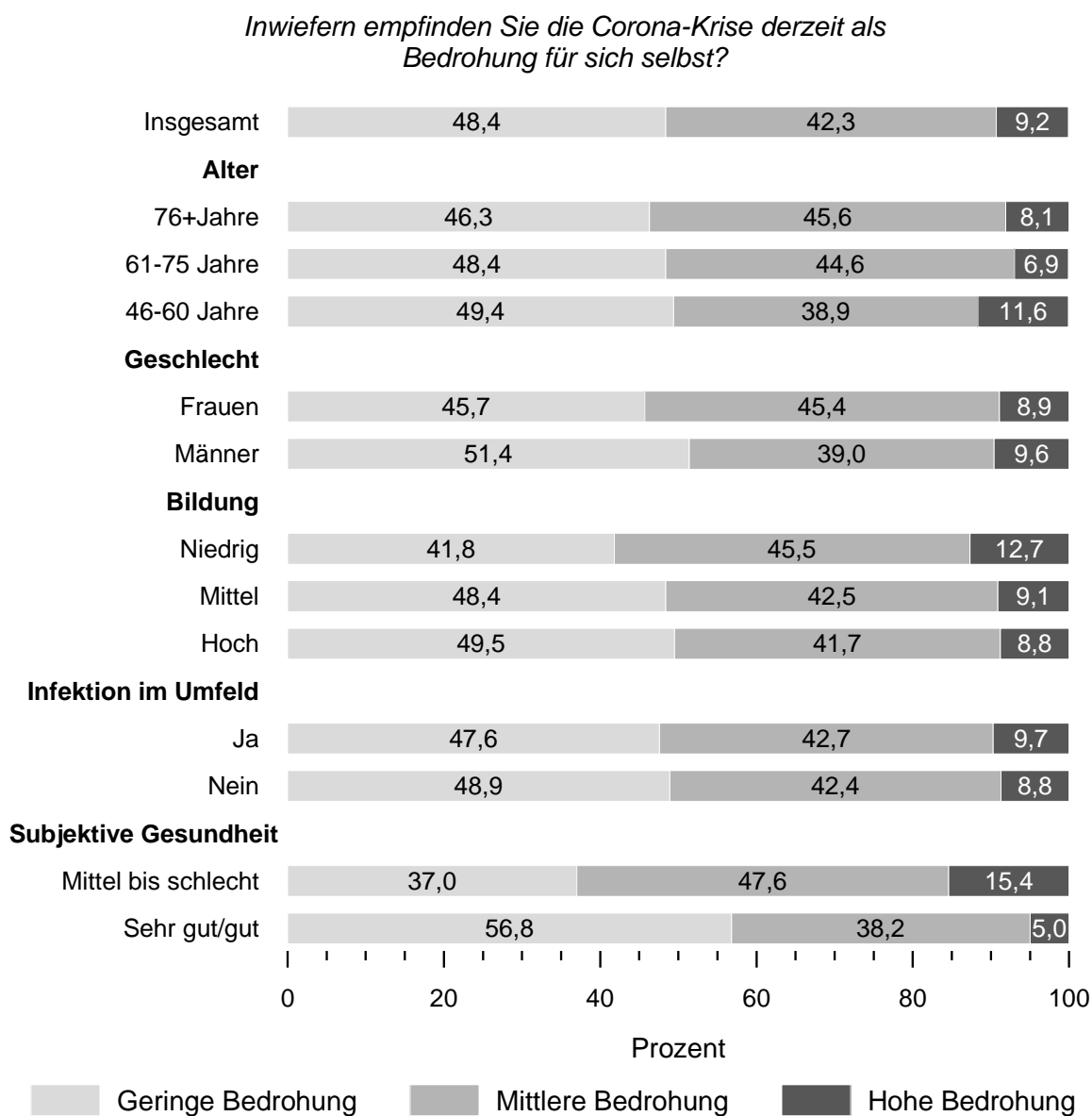
Bildung: 41,8 Prozent; mittlere Bildung: 48,4 Prozent; hohe Bildung: 49,5 Prozent). Zudem sind es unter denjenigen mit niedriger und hoher Bildung (9,1 Prozent und 8,8 Prozent) weniger, die sich sehr bedroht fühlen, als bei den Personen mit niedriger Bildung (12,7 Prozent).

Dagegen scheint es keinen Unterschied für das Bedrohungserleben zu machen, ob Personen Infektionen mit dem Corona-Virus in ihrem näheren Umfeld erlebt haben oder nicht: Es sind jeweils um die 50 Prozent (Infektionen im Umfeld ja: 47,6 Prozent; Infektionen im Umfeld nein: 48,9 Prozent), die sich wenig bedroht fühlen, sowie unter 10 Prozent (Infektionen im Umfeld ja: 9,7 Prozent; Infektionen im Umfeld nein: 8,8 Prozent), die sich sehr bedroht fühlen.

Menschen mit eingeschränkter subjektiver Gesundheit erleben die Corona-Pandemie stärker als Bedrohung für sich selbst als Personen, die ihre Gesundheit als gut oder sehr gut bewerten

Am deutlichsten fallen die Unterschiede nach subjektivem Gesundheitszustand aus: Während mehr als die Hälfte (56,8 Prozent) der Personen mit sehr guter oder guter subjektiver Gesundheit die Bedrohung als gering wahrnimmt, sind es bei Personen mit mittlerer bis schlechter Gesundheit mit 37 Prozent deutlich weniger. Hier liegen die Gruppen also um 20 Prozentpunkte auseinander. Umgekehrt fühlen sich 5 Prozent der Personen mit sehr guter bis guter Gesundheit stark bedroht, bei den Personen mit mittlerer bis schlechter Gesundheit sind es mit 15,4 Prozent ungefähr dreimal so viele.

Abbildung 2: Wahrgenommene Bedrohung durch die Corona-Pandemie nach Alter, Geschlecht, Bildung, Infektionen im persönlichen Umfeld und subjektivem Gesundheitszustand, Anteile in Prozent



Quelle: DEAS 2020 (n=4.739), gewichtete Analysen, gerundete Angaben, Gruppenunterschiede statistisch signifikant für Alter und subjektive Gesundheit (p<.05).

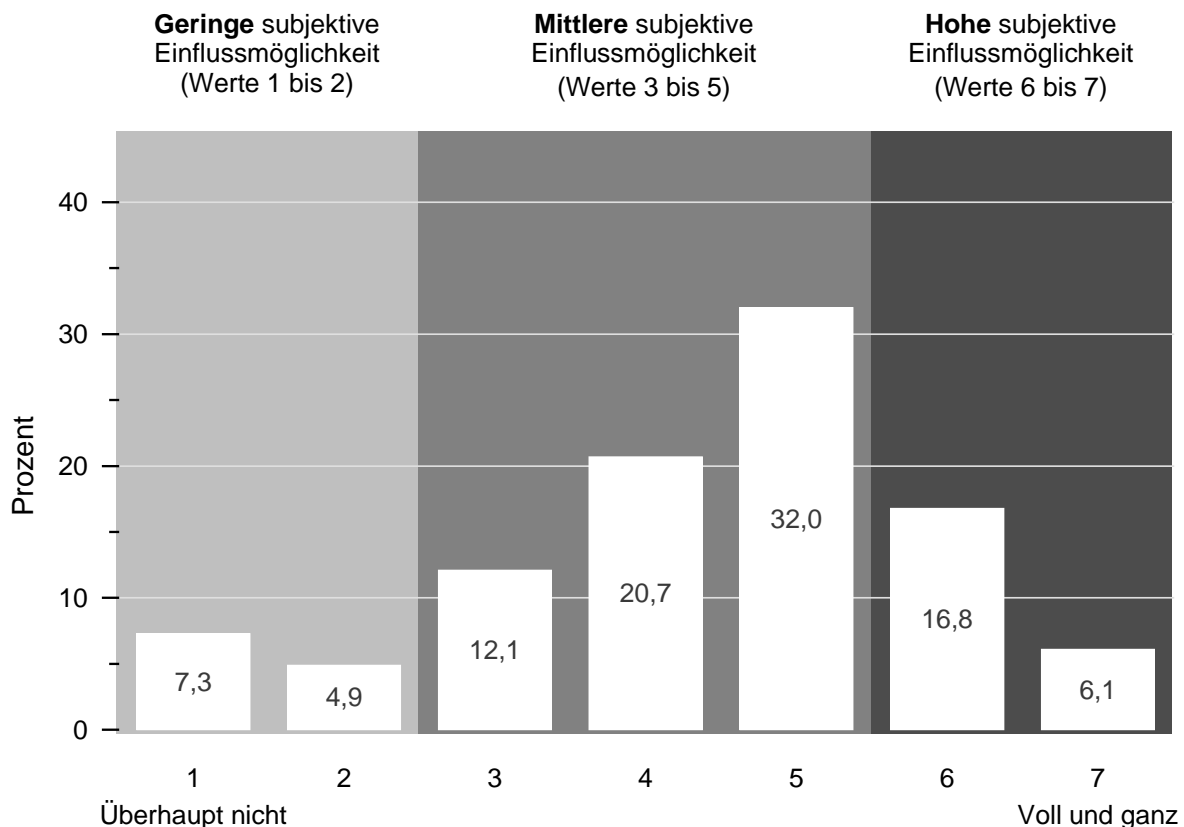
Subjektive Einflussmöglichkeiten auf das Corona-Infektionsrisiko

Die Mehrheit hat das Gefühl, die Ansteckungsgefahr durch das Corona-Virus zumindest in einem mittleren Ausmaß selbst beeinflussen zu können

Die Antworten auf die Frage, inwieweit Personen das Gefühl haben, eine Infektion mit dem Corona-Virus selbst beeinflussen zu können, verteilen sich sehr ungleich auf die sieben Antwortmöglichkeiten (s. Abbildung 3): Während mehr als jeder Zehnte (12,2 Prozent) den Wert 1 oder 2 angibt, also eher geringe Einflussmöglichkeiten für sich sieht, liegen

in dem Wertebereich 6 und 7, der hohe wahrgenommene Einflussmöglichkeiten widerspiegelt, mehr als ein Fünftel (22,9 Prozent). Knapp zwei Drittel (64,9 Prozent) geben Werte zwischen 3 und 5 an und liegen somit im Bereich mittlerer wahrgenommener Einflussmöglichkeiten. Am häufigsten wird der Wert 5 angegeben (32 Prozent), während die Extremausprägungen 1 (überhaupt kein Einfluss: 7,3 Prozent) und 7 (völliger Einfluss: 6,1 Prozent) jeweils von weniger als 10 Prozent der Befragten angegeben werden.

Abbildung 3: Subjektive Einflussmöglichkeiten auf das Corona-Infektionsrisiko, Verteilung auf sieben Antwortkategorien von 1 (überhaupt nicht) bis 7 (voll und ganz), Anteile in Prozent



Quelle: DEAS 2020 (n=4.604), gewichtete Analysen, gerundete Angaben.

Vergleicht man diese drei Gruppen, die entweder einen geringen, mittleren oder hohen Einfluss auf eine Ansteckung mit dem Corona-Virus erleben, gemäß verschiedener Merkmale (s. Abbildung 4), zeigt sich folgendes Muster: Was das Lebensalter betrifft, sind es offenbar die „jungen Alten“ im Altersbereich zwischen 61 und 75 Jahren, die ihren Einfluss tendenziell am höchsten einschätzen. In dieser Gruppe nimmt ein niedrigerer Anteil (9,3 Prozent) seinen Einfluss als gering wahr als in der ältesten Gruppe (16,5 Prozent) und in der jüngsten Gruppe (12,8 Prozent). Bei diesen „jungen Alten“ gibt es zudem mehr Personen, die einen mittleren Einfluss wahrnehmen (67,2 Prozent) als bei den über 76-Jährigen (60,8 Prozent) sowie den 46- bis 60-Jährigen (64,7 Prozent). Dagegen sind die Anteile derjenigen mit einem hohen Einfluss erleben in allen drei Gruppen ähnlich, sie liegen im Bereich zwischen 20 und 25 Prozent.

Kein Unterschied im wahrgenommenen Einfluss tritt zwischen Frauen und Männern auf. Mehr als jede fünfte Frau und jeder fünfte Mann glauben, einen hohen Einfluss auf eine mögliche Ansteckung zu haben, während etwas mehr als jede zehnte Frau und jeder zehnte Mann der Meinung sind, ihr Einfluss sei gering.

Bildung spielt dagegen durchaus eine Rolle für den erlebten Einfluss: Während dieser bei ca. 17 Prozent der Personen mit niedriger und mittlerer Bildung gering ausgeprägt ist, ist dieser Anteil mit weniger

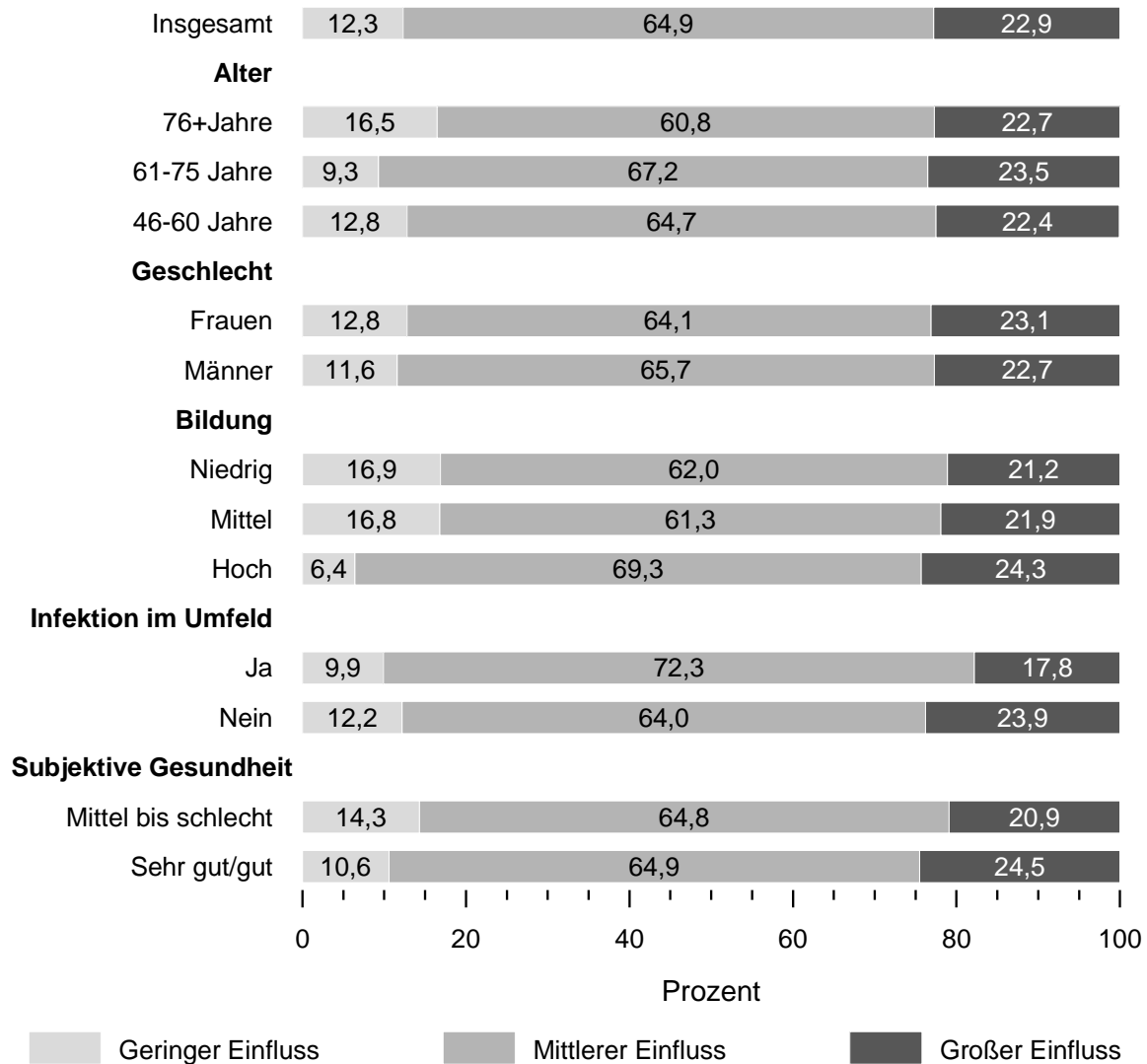
als 7 Prozent bei Personen mit hoher Bildung um 10 Prozentpunkte kleiner. Dafür nehmen mehr Personen mit hoher Bildung einen mittleren oder hohen Einfluss wahr als Personen mit niedriger oder mittlerer Bildung.

Ob Infektionen im persönlichen Umfeld aufgetreten sind, ist offenbar weniger relevant für den wahrgenommenen Einfluss: Bei Personen, die keine Infektionen im näheren Umfeld erlebt haben, nehmen etwas mehr einen geringen Einfluss wahr (12,2 Prozent) als bei Personen mit Infektionen im persönlichen Umfeld (9,9 Prozent). Dies gleicht sich jedoch dadurch aus, dass auch mehr Personen innerhalb derer, die keine Infektionen im Umfeld berichten, einen hohen Einfluss erleben (23,9 Prozent) als bei den Personen mit Infektionen im persönlichen Umfeld (17,8 Prozent).

Schließlich zeigen sich auch für den subjektiven Einfluss Unterschiede in Abhängigkeit der selbst eingeschätzten Gesundheit: Bei guter subjektiver Gesundheit nehmen mehr Personen (24,5 Prozent) einen hohen Einfluss wahr als bei weniger guter subjektiver Gesundheit (20,9 Prozent). Ebenso glauben mehr Personen (14,3 Prozent) mit mittlerer bis schlechter subjektiver Gesundheit, dass sie einen geringen Einfluss auf eine mögliche Ansteckung haben, während es bei den Personen mit sehr guter oder guter subjektiver Gesundheit weniger sind (10,6 Prozent).

Abbildung 4: Subjektive Einflussmöglichkeiten auf das Corona-Infektionsrisiko nach Alter, Geschlecht, Bildung, Infektionen im persönlichen Umfeld und subjektivem Gesundheitszustand, Anteile in Prozent

Inwieweit haben Sie das Gefühl, dass Sie selbst beeinflussen können, ob Sie sich mit dem Corona-Virus anstecken oder nicht?



Quelle: DEAS 2020 (n=4.604), gewichtete Analysen, gerundete Angaben, Gruppenunterschiede für Bildung und subjektive Gesundheit statistisch signifikant ($p < .05$).

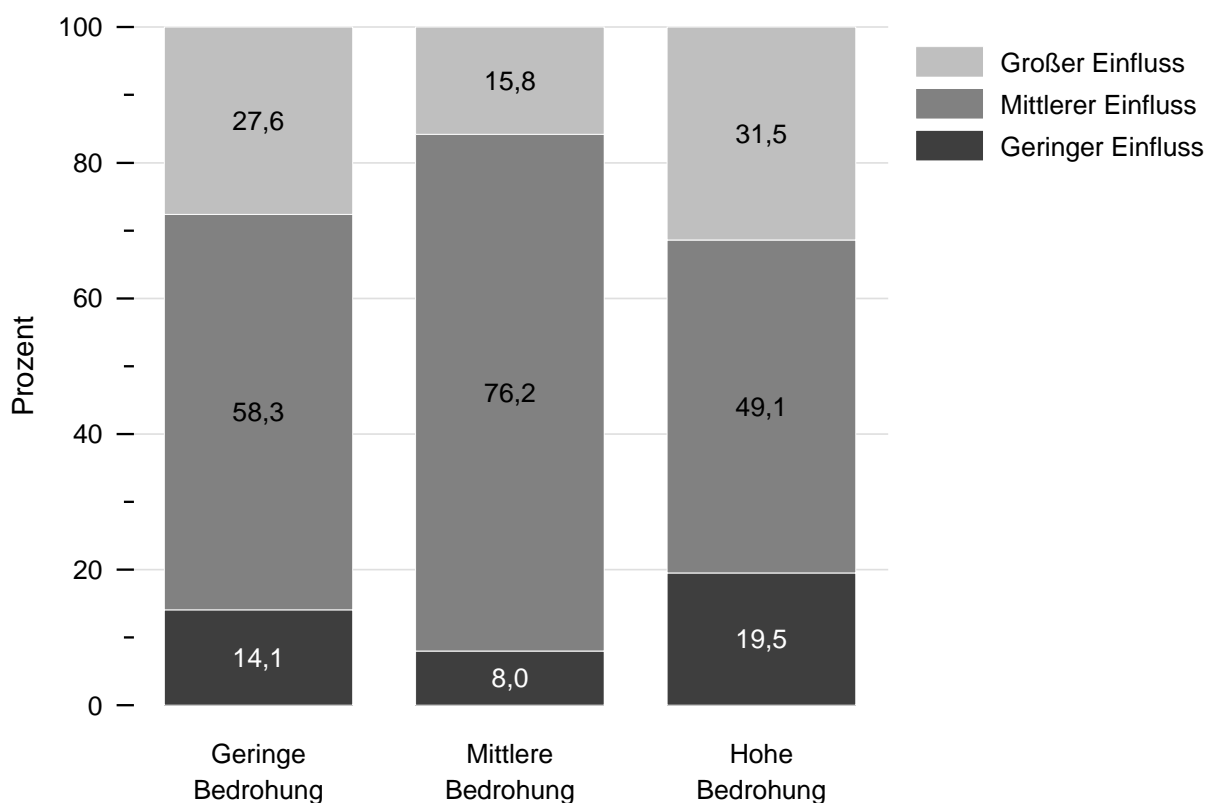
Zusammenhang zwischen wahrgenommener Bedrohung und subjektiven Einflussmöglichkeiten auf das Infektionsrisiko

Wahrgenommene Bedrohung und subjektive Einflussmöglichkeiten hängen nur schwach miteinander zusammen

Wie hängen das Bedrohungserleben und der wahrgenommene Einfluss auf eine mögliche Ansteckung zusammen? Es gibt einen positiven Zusammenhang (mehr wahrgenommene Einflussmöglichkeiten bei stärkerem Bedrohungserleben), der jedoch komplex ist und nicht deutlich ausfällt (s. Abbildung 5): Mehr Personen nehmen einen mittleren Einfluss wahr, wenn sie auch eine mittlere Bedrohung angeben (76,2 Prozent) im Vergleich zu

denen, die eine niedrige (58,3 Prozent) oder hohe (49,1 Prozent) Bedrohung angeben. In der Gruppe derer, die sich sehr bedroht fühlen, nehmen mehr Personen einen hohen Einfluss wahr (31,5 Prozent) als in den anderen Gruppen (bei geringer Bedrohung: 27,6 Prozent; bei mittlerer Bedrohung: 15,8 Prozent). Gleichzeitig erleben jedoch in dieser Gruppe auch mehr Personen einen geringen Einfluss (19,5 Prozent) als in den anderen Gruppen (bei geringer Bedrohung: 14,1 Prozent; bei mittlerer Bedrohung: 8,0 Prozent).

Abbildung 5: Zusammenhang zwischen der Bewertung der persönlichen Bedrohung und dem wahrgenommenen Einfluss auf eine Ansteckung mit dem Corona-Virus, Anteile in Prozent



Quelle: DEAS 2020 (n=4.594), gewichtete Analysen, gerundete Angaben, der Zusammenhang von Bedrohungserleben und subjektivem Einfluss ist statistisch signifikant ($p < .05$).

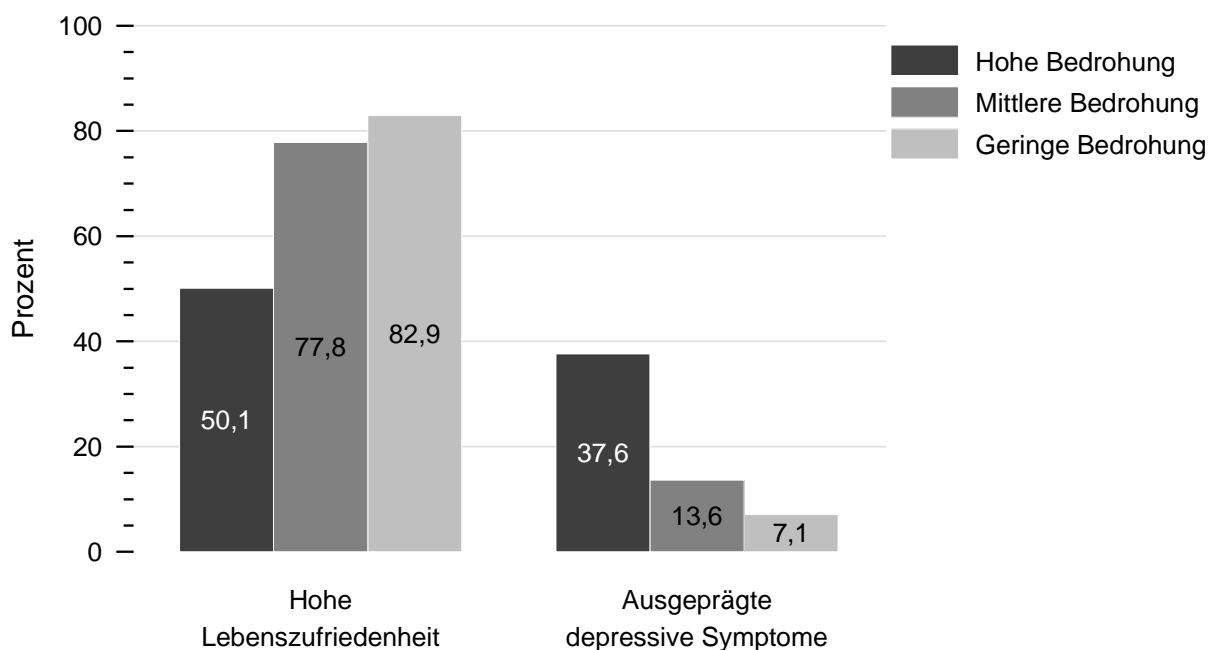
Wahrnehmung der Corona-Krise und subjektives Wohlbefinden

Personen, die sich durch die Corona-Krise stärker bedroht fühlen und die weniger Einflussmöglichkeiten auf eine mögliche Ansteckung mit dem Corona-Virus sehen, sind weniger zufrieden mit ihrem Leben und häufiger depressiv verstimmt

Das Ausmaß, in dem sich Personen von der Corona-Krise bedroht fühlen sowie in dem sie Einfluss auf eine mögliche Ansteckung erleben, hängt womöglich damit zusammen, wie zufrieden sie mit ihrem Leben sind und ob sie depressive Symptome aufweisen. Um dies zu untersuchen, wurde verglichen, welche Anteile von Personen mit niedriger, mittlerer und hoher erlebter Bedrohung sowie von Personen mit geringem, mittlerem und hohem subjektiven Einfluss auf das Ansteckungsrisiko eine hohe Lebenszufriedenheit berichten bzw. ausgeprägte depressive Symptome aufweisen.

Es zeigt sich in der Tat ein deutlicher Zusammenhang (Abbildung 6): Je geringer die Bedrohung durch die Corona-Krise eingeschätzt wird, desto größer sind die Anteile derer, die eine hohe Lebenszufriedenheit berichten. Mehr als 80 Prozent der Personen mit geringer erlebter Bedrohung sind sehr zufrieden mit ihrem Leben, bei denjenigen mit hoher erlebter Bedrohung sind es nur 50 Prozent, und damit mehr als 30 Prozentpunkte weniger. Ähnlich deutlich fallen die Unterschiede in den depressiven Symptomen aus: Während weniger als 10 Prozent der Personen, die eine geringe Bedrohung wahrnehmen, ausgeprägte depressive Symptome aufweisen, sind es mit 37,6 Prozent in der Gruppe derer, die sich stark bedroht fühlen, mehr als fünfmal so viele.

Abbildung 6: Lebenszufriedenheit und depressive Symptome nach Bewertung der persönlichen Bedrohung, Anteile in Prozent

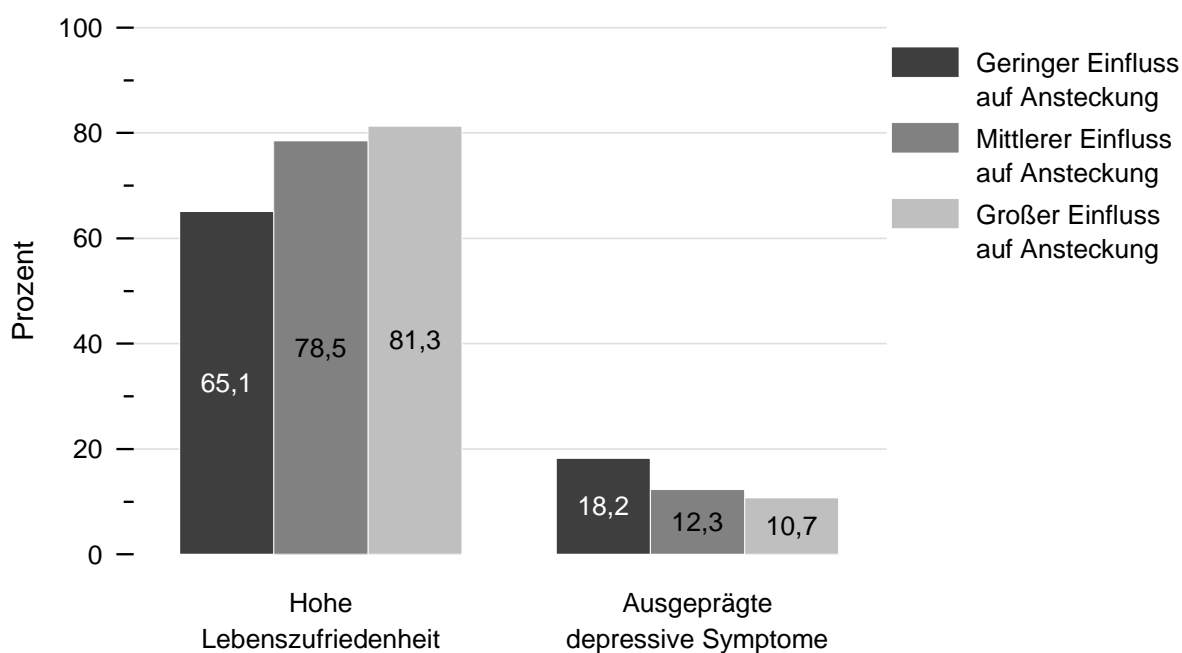


Quelle: DEAS 2020 (Lebenszufriedenheit: n=4.729, Depressivität: n=4.720), gewichtete Analysen, gerundete Angaben, Gruppenunterschiede statistisch signifikant ($p < .05$).

Nicht ganz so deutlich, aber ebenfalls sehr markant fallen die Unterschiede im Wohlbefinden in Abhängigkeit des erlebten Einflusses auf die Ansteckung mit dem Corona-Virus aus: Wesentlich mehr Personen unter denjenigen, die einen hohen subjektiven Einfluss berichten, sind mit ihrem Leben sehr zufrieden (81,3 Prozent), als bei denjenigen, die einen geringen

Einfluss erleben (65,1 Prozent). Ebenso ist der Anteil an Personen mit ausgeprägten depressiven Symptomen fast doppelt so hoch bei denen mit geringem erlebten Einfluss (18,2 Prozent) im Vergleich zu denen, die einen hohen Einfluss auf eine mögliche Ansteckung wahrnehmen (10,7 Prozent).

Abbildung 7: Lebenszufriedenheit und depressive Symptome nach subjektivem Einfluss auf eine mögliche Ansteckung mit dem Corona-Virus, Anteile in Prozent



Quelle: DEAS 2020 (Lebenszufriedenheit: n=4.593, Depressivität: n=4.586), gewichtete Analysen, gerundete Angaben, Gruppenunterschiede statistisch signifikant ($p < .05$).

Fazit

Die Ergebnisse zu wahrgenommener Bedrohung und subjektiven Einflussmöglichkeiten auf eine Ansteckung mit dem Corona-Virus zeigen: Die meisten Personen, ungefähr 91 Prozent, fühlen sich in einem geringen bis mittleren Ausmaß bedroht durch die Pandemie, und die meisten Menschen (88 Prozent) erleben mittlere bis hohe Einflussmöglichkeiten, um sich selbst vor einer Infektion zu schützen. Die Ergebnisse zeigen jedoch auch: Knapp jeder Zehnte fühlt sich durchaus stärker bedroht, und ebenso gibt mehr als ein Zehntel der Personen an, wenig Einfluss auf eine mögliche Ansteckung mit dem Corona-Virus zu haben.

Die Rolle des Lebensalters für Bedrohungserleben und subjektive Einflussmöglichkeiten

Wie kann man diejenigen charakterisieren, die sich stark bedroht fühlen von der Pandemie? Personen mit höherer Bildung fühlen sich weniger stark bedroht durch die Corona-Krise als Personen mit niedrigerer Bildung. Dagegen unterscheiden die Faktoren Lebensalter, Geschlecht, Corona-Infektionen im eigenen Umfeld kaum zwischen Personen, die ein höheres vs. ein niedrigeres Bedrohungserleben haben. Dies bedeutet auch: In jedem Lebensalter und bei Männern wie bei Frauen gibt es einen Anteil an Personen von über 10 Prozent, die sich sehr bedroht fühlen.

Personen im mittleren Erwachsenenalter fühlen sich nicht zwingend weniger bedroht als ältere Personen. Dies mag auf den ersten Blick überraschen, da ältere Personen ja objektiv ein höheres Risiko für schwere und sogar tödliche Covid-19-Krankheitsverläufe haben. Dennoch sind ältere Menschen offenbar überwiegend dazu in der Lage, mit dieser Bedrohungssituation umzugehen, ohne allzu besorgt zu sein. Lebenserfahrung und in der Vergangenheit gemeisterte Krisen könnten hier Faktoren sein, die älteren Menschen dazu verhelfen, sich nicht allzu bedroht zu fühlen. Dies

bestätigen auch andere Studien, die zeigen, dass die Angst vor Covid-19 relativ unabhängig vom Alter ist (Pearman, Hughes, Smith, & Neupert, 2020).

Das bedeutet auch: Auch wenn das Risiko schwerer Covid-19-Krankheitsverläufe mit dem Alter ansteigt, verbietet sich eine paternalistische Haltung gegenüber älteren Personen und deren pauschale Stigmatisierung als besonders verletzbare Gruppe. Vor dem Virus müssen letztlich *alle* Bevölkerungsgruppen geschützt werden, denn es gibt ja auch bedeutsame Risikomerkmale (wie bestimmte Vorerkrankungen) jenseits des chronologischen Alters von 50 bis 60 Jahren, ab dem etwa das Robert-Koch-Institut ältere Menschen zur Risikogruppe für schwere Verläufe einer Covid-19-Erkrankung einordnet (Robert-Koch-Institut, 2020). Ebenso müssen *alle* Bevölkerungsgruppen dazu beitragen, andere und sich selbst zu schützen. Zu Beginn der Corona-Pandemie wurden Befürchtungen geäußert, dass es zu einer Zunahme von Altersdiskriminierung und Generationenkonflikten kommen könnte (Ayalon et al., 2020; Ehni & Wahl, 2020; Meisner, 2020), und es gibt inzwischen auch Befunde, die diese Befürchtung bestätigen (Jimenez-Sotomayor et al., 2020). Altersdiskriminierung und pessimistische gesellschaftliche Altersbilder wirken sich bekanntermaßen negativ darauf aus, wie Menschen ihr eigenes Älterwerden erleben, und dies wiederum hat schädliche Konsequenzen für das Wohlbefinden, die Gesundheit und sogar die Lebenserwartung (Levy, Slade, Chang, Kanno, & Wang, 2020; Westerhof & Wurm, 2015). Um also zu verhindern, dass sich negative Altersbilder etablieren und die beschriebenen widrigen Konsequenzen mit sich bringen, ist es wichtig, dass Politik und Medien einseitigen Altersbildern entgegenzutreten, welche die Verletzlichkeit älterer Menschen überbetonen. Vielmehr können die meisten älteren Personen mit der Krise umgehen, sie

sind nicht übermäßig belastet und nicht besorgter als jüngere Personen.

Beim wahrgenommenen Einfluss auf eine mögliche Ansteckung mit dem Corona-Virus zeigt sich das Muster, dass offenbar „junge Alte“ (61-75 Jahre) einen stärkeren Einfluss auf eine mögliche Ansteckung wahrnehmen als „alte Alte“ (über 75 Jahre), aber auch als Personen im mittleren Erwachsenenalter (46-60 Jahre). Auch Bildung spielt eine Rolle für den wahrgenommenen Einfluss: Personen mit höherer Bildung glauben eher, dass sie einen Einfluss auf eine mögliche Ansteckung mit dem Corona-Virus haben. Tatsächlich geht höhere Bildung mit gewissen Schutzfaktoren vor einer Ansteckung, etwa der Möglichkeit von Home Office, einher (Schröder et al., 2020). Mehr sollte getan werden, damit auch Personen mit niedrigerer Bildung, die häufig in exponierteren Berufen tätig sind, ein niedrigeres Infektionsrisiko mit dem Corona-Virus haben und wahrnehmen. Dies könnten neben dem Arbeiten im Home Office, soweit möglich, auch schützende Maßnahmen für bestimmte Berufsgruppen sein, wie sie teilweise bereits ergriffen wurden (etwa eine stärkere räumliche Trennung zwischen Dienstleistern wie Verkäufern und Kunden; Ausstattung mit hochwertiger Schutzausrüstung wie Masken, Bereitstellung von Schnelltests in besonders gefährdeten Einrichtungen).

Die Rolle der subjektiven Gesundheit für Bedrohungserleben und subjektive Einflussmöglichkeiten

Deutlicher als alle anderen Faktoren hängt die subjektive Gesundheit mit dem Erleben von Bedrohung und Einfluss zusammen: Personen, die sich weniger gesund fühlen, erleben auch die Pandemie für sich als bedrohlicher und nehmen geringere Einflussmöglichkeiten auf eine potenzielle Ansteckung mit dem Covid-19-Virus wahr. Dies ist plausibel, da Personen, die sich weniger gesund fühlen, im Allgemeinen auch weniger gesund sind, und bestimmte Vorerkrankungen sind ja in der Tat ein Risikofaktor für schwere Covid-19-

Krankheitsverläufe (Robert-Koch-Institut, 2020). Der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand sowie Sorgen um die eigene Gesundheit sind also von hoher Relevanz für Ängste und Bedrohungserleben während der Corona-Pandemie (Jungmann & Witthöft, 2020; Traunmüller et al., 2020). Menschen mit eingeschränkter subjektiver Gesundheit sollten daher auch und gerade in Zeiten der Corona-Pandemie optimal medizinisch versorgt und behandelt werden. Auch im Alltag sollten diese Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen dabei unterstützt werden, ihr Ansteckungsrisiko zu minimieren. Maßnahmen wie das Tragen von Mund-Nasen-Schutz und das Einhalten des Mindestabstands tragen dazu bei, auch diese Personengruppe zu schützen – wenn sie konsequent und von allen eingehalten werden.

Der Zusammenhang zwischen Bedrohungserleben und subjektiven Einflussmöglichkeiten

Interessanterweise sind Bedrohungserleben und wahrgenommener Einfluss relativ unabhängig voneinander. Tendenziell nehmen sogar etwas mehr Personen einen großen Einfluss auf ihr Ansteckungsrisiko wahr, wenn sie sich stärker bedroht fühlen. Möglicherweise sind Menschen mit hohem Bedrohungserleben besonders konsequent in Bezug auf schützende Maßnahmen wie dem Tragen von Masken und dem Abstandhalten, sodass sie in der Folge einen höheren Einfluss auf ihr Ansteckungsrisiko wahrnehmen. Gleichzeitig ist jedoch auch der Anteil derjenigen, die einen geringen Einfluss wahrnehmen, am größten in der Gruppe, die sich sehr bedroht fühlen, was zeigt, dass es hier keinen ganz eindeutigen Zusammenhang gibt. Bedroht fühlen können sich auch Menschen, die zuversichtlich sind, dass sie sich selbst nicht mit dem Corona-Virus anstecken werden, denn die Pandemie kann ja nicht nur als Bedrohung der eigenen Gesundheit erlebt werden, sie kann darüber hinaus auch den Arbeitsplatz, die finanzielle Situation oder die

sozialen Beziehungen von Menschen gefährden.

Was bedeutet es, wenn sich Menschen wenig bedroht oder sehr bedroht durch die Pandemie fühlen? Im Allgemeinen scheinen Menschen tendenziell ihr Risiko zu überschätzen, lebensgefährlich an Covid-19 zu erkranken (Hertwig, Liebig, Lindenberger, & Wagner, 2020). Dies könnte einerseits positive Auswirkungen haben, weil diese Personen möglicherweise besonders vorsichtig in ihrem Alltag sind und sich konsequenter vor einer möglichen Ansteckung schützen. Andererseits können übersteigerte Sorgen die psychische Gesundheit gefährden. Politik und Medien sollten daher ausgewogen über die Gefährdung durch Covid-19 informieren. Leichtsinn und Panik in der Bevölkerung sind gleichermaßen zu vermeiden. Zudem haben diejenigen, die sich gut über die Pandemie und das Corona-Virus informiert fühlen und mit den verfügbaren Informationen zufrieden sind, tendenziell auch weniger Angst vor diesem Virus (Jungmann & Witthöft, 2020; Traunmüller et al., 2020).

Wahrnehmung der Corona-Krise und subjektives Wohlbefinden

Personen mit sehr starker Bedrohungswahrnehmung und sehr geringem Einfluss erleben sind psychisch stärker belastet, wie andere Studien, die während der Corona-Pandemie durchgeführt wurden (Kivi et al., 2020; Losada-Baltar et al., 2020; Zacher & Rudolph, 2020), nahelegen. Auch unsere Befunde zeigen, dass das Wohlbefinden, erfasst über Lebenszufriedenheit und depressive Symptome, derjenigen Personen niedriger ist, die sich stärker durch die Pandemie bedroht fühlen und die einen geringeren Einfluss auf eine mögliche Ansteckung wahrnehmen. Auch wenn ein nicht bagatellisierendes Bedrohungserleben und eine realistische Einschätzung der eigenen – durchaus auch begrenzten – Einflussmöglichkeiten sicherlich angemessen sind und vor Leichtsinn

schützen, haben gesteigerte, durch die Pandemie ausgelöste Sorgen womöglich negative Konsequenzen für die Lebensqualität. Unsere Ergebnisse zeigen, dass dies ungefähr jeweils um die zehn Prozent der Personen in der zweiten Lebenshälfte betrifft, die sich stark bedroht fühlen und die wenig Kontrolle über eine mögliche Ansteckung erleben und die ebenso eine geringere Lebenszufriedenheit und mehr depressive Symptome berichten. Allerdings ist ebenso möglich, dass depressive Symptome zu einem erhöhten Bedrohungserleben führen, oder dass sich beide Faktoren gegenseitig beeinflussen.

Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich also feststellen: Die meisten Personen in der zweiten Lebenshälfte fühlen sich von der Pandemie *nicht* übermäßig bedroht, und sie halten auch einen eigenen Einfluss über eine eigene Ansteckung in einem gewissen Ausmaß für möglich. Nichtsdestotrotz gibt es in jeder Bevölkerungsgruppe Personen, die sich stärker bedroht fühlen und glauben, weniger Einfluss auf eine Ansteckung zu haben.

Unterschiede im Bedrohungs- und Einfluss erleben hängen nur gering mit dem Lebensalter zusammen. Vielmehr sind es diejenigen, die sich weniger gesund fühlen, die sich sowohl stärker bedroht fühlen durch die Pandemie als auch eher glauben, wenig Einfluss auf eine mögliche Ansteckung mit Covid-19 zu haben. Einen geringeren Einfluss nehmen auch Niedrig- und Mittelgebildete gegenüber Hochgebildeten wahr. Diese Gruppen, Personen mit eingeschränkter subjektiver Gesundheit und mit niedrigerer Bildung, müssen noch besser dabei unterstützt werden, ihr Infektionsrisiko zu minimieren und ohne allzu hohe Besorgnis durch die anhaltende Corona-Krise zu kommen. Medizinische Maßnahmen, die zu einer besseren – wahrgenommenen und tatsächlichen – Gesundheit führen, sind hier ebenso wichtig wie Maßnahmen, durch die Menschen einen höheren persönlichen Einfluss auf eine

mögliche Ansteckung erleben (z. B. Möglichkeit von Home Office, Unterstützung von anderen etwa durch Übernahme von Einkäufen etc.).

Zu den beschriebenen Studienergebnissen ist festzuhalten, dass diese eine Momentaufnahme aus dem Sommer (Juni und Juli) des Jahres 2020 darstellen. In diesem Zeitraum waren etliche Maßnahmen zur Eingrenzung des Virus bereits wieder gelockert, und die Zahl an Personen, die am Corona-Virus erkrankt waren, war niedrig.

Sicherlich hat dies dazu beigetragen, dass sich im Juni und Juli nur wenige Menschen stark durch die Pandemie bedroht fühlten. Das Erleben von Bedrohung und Kontrolle ist dynamisch und sehr wahrscheinlich stark abhängig von Rahmenbedingungen wie den aktuellen Infektionszahlen und -trends. Wiederholte Messungen sind nötig, um diese Dynamik abzubilden, und auch um besser zu verstehen, welche Faktoren Veränderungen im Bedrohungs- und Kontrollerleben während der Corona-Krise vorhersagen.

Literatur

- Ayalon, L., Chasteen, A., Diehl, M., Levy, B., Neupert, S., Rothermund, K., Tesch-Römer, C., Wahl, H.-W. (2020). Aging in Times of the COVID-19 Pandemic: Avoiding Ageism and Fostering Intergenerational Solidarity. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*. doi: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa051>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75. doi: https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Ehni, H. J., & Wahl, H. W. (2020). Six Propositions against Ageism in the COVID-19 Pandemic. *Jornal of Aging & Social Policy*, 32(4–5), 515–525.
- Jungmann, S. M., & Witthöft, M. (2020). Health anxiety, cyberchondria, and coping in the current COVID-19 pandemic: Which factors are related to coronavirus anxiety? *Journal of Anxiety Disorders*, 73, 102239. doi: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102239>
- Kivi, M., Hansson, I., & Bjälkebring, P. (2020). Up and About: Older Adults' Well-being During the COVID-19 Pandemic in a Swedish Longitudinal Study. *The Journals of Gerontology: Series B*. doi: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa084>
- Levy, B. R., Slade, M. D., Chang, E.-S., Kanno, S., & Wang, S.-Y. (2020). Ageism Amplifies Cost and Prevalence of Health Conditions. *The Gerontologist*, 60(1), 174–181. doi: <https://doi.org/10.1093/geront/gny131>
- Losada-Baltar, A., Jiménez-Gonzalo, L., Gallego-Alberto, L., Pedroso-Chaparro, M. d. S., Fernandes-Pires, J., & Márquez-González, M. (2020). “We Are Staying at Home.” Association of Self-perceptions of Aging, Personal and Family Resources, and Loneliness With Psychological Distress During the Lock-Down Period of COVID-19. *The Journals of Gerontology: Series B*. doi: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa048>
- Pearman, A., Hughes, M. L., Smith, E. L., & Neupert, S. D. (2020). Age Differences in Risk and Resilience Factors in COVID-19-Related Stress. *The Journals of Gerontology: Series B*. doi: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa120>
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385–401. doi: <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Robert-Koch-Institut. (2020). SARS-CoV-2 Steckbrief zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19), https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html (Zugriffsdatum 3.11.2020)
- Schröder, C., Entringer, T., Goebel, J., Grabka, M. M., Graeber, D., Kroh, M., Kröger, H., Kühne, S., Liebig, S., Schupp, J., Seebauer, J., Zinn, S. (2020). Erwerbstätige sind vor dem Covid-19-Virus nicht alle gleich. *SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research* 1080.
- Stafford, N. (2020). Covid-19: Why Germany's case fatality rate seems so low. *BMJ*, 369, m1395. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1395>
- Vogel, C., Klaus, D., Wettstein, M., Simonson, J., & Tesch-Römer, C. (2020). German Ageing Survey (DEAS). In D. Gu & M. E. Dupre (Eds.), *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging*. Cham: Springer. doi: https://doi.org/10.1007/978-3-319-69892-2_1115-1

- Westerhof, G. J., & Wurm, S. (2015). Longitudinal Research on Subjective Aging, Health, and Longevity: Current Evidence and New Directions for Research. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 35(1), 145–165. doi: <https://doi.org/10.1891/0198-8794.35.145>
- Wolff, J. K., & Tesch-Römer, C. (2017). Glücklich bis ins hohe Alter? Lebenszufriedenheit und depressive Symptome in der zweiten Lebenshälfte. In K. Mahne, J. K. Wolff, J. Simonson & C. Tesch-Römer (Eds.), *Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)* (pp. 171–183). Wiesbaden: Springer VS. doi: https://doi.org/10.1007/978-3-658-12502-8_11
- Zacher, H., & Rudolph, C. W. (2020). Individual differences and changes in subjective wellbeing during the early stages of the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*. doi: <https://doi.org/10.1037/amp0000702>

Impressum

Markus Wettstein, Claudia Vogel, Sonja
Nowossadeck, Svenja M. Spuling, Clemens Tesch-
Römer: *Wie erleben Menschen in der zweiten
Lebeshälfte die Corona-Krise? –
Wahrgenommene Bedrohung durch die Corona-
Krise und subjektive Einflussmöglichkeiten auf eine
mögliche Ansteckung mit dem Corona-Virus*

Erschienen im November 2020.

DZA Aktuell ist ein Produkt des Deutschen
Zentrums für Altersfragen (DZA), Berlin. Das DZA
wird gefördert durch das Bundesministerium für
Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

www.dza.de