



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Bachelorthesis

Vorgelegt von:

Rosa Beitz

██

████████

Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die mentale Gesundheit von Jugendlichen eines Hamburger Jugendhilfeträgers

Abgabedatum: 21. August 2020

Betreuender Professor: Prof. Dr. (mult.) Dr. h.c. (mult.) Walter Leal

Zweite Prüfende: Magistra Artium Jana Dobberstein

Fakultät Life Sciences

Department Gesundheitswissenschaften

Studiengang: Bachelor Gesundheitswissenschaften

Vorwort

Seit einiger Zeit bin ich nun in der Jugendhilfe tätig. Ein Thema, welches mich beruflich sowie persönlich weitreichend interessiert, mit meinem Studium zu verbinden, motivierte mich, diese Arbeit zu erstellen. Die Corona-Pandemie gab mir in diesem Fall einen positiven Anstoß und erweckte neue Fragen in der Arbeit mit ökonomisch, sozial und individuell benachteiligten Jugendlichen. Der Klärung dieser bin ich mit Freude nachgegangen und habe während meiner Erhebung sowie der Recherche vieles gelernt. Ich danke meinen beiden Gutachtern, Jana Dobberstein der BI Beruf und Integration Elbinseln gGmbH und Prof. Dr. Walter Leal der HAW Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, für die zahlreichen Denkanstöße und die fachliche Unterstützung. Ich danke der BI Beruf und Integration Elbinseln gGmbH für den Beginn meines beruflichen Werdegangs. Ebenso danke ich meinen Eltern für die Möglichkeit, bedenkenlos ein Studium absolvieren zu können und zu guter Letzt, meinen Freund*innen für die mentale Unterstützung.

Inhalt

Abbildungsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis	6
Abkürzungsverzeichnis	7
Zusammenfassung	8
1. Einleitung	9
2. Theoretischer Hintergrund	10
2.1. Mental Health	10
2.2. Mental Health und Jugendliche	13
2.3. Soziale Ungleichheit und Jugendliche	14
2.4. Pandemie	16
2.5. SARS-CoV-2: Maßnahmen und Auswirkungen	17
3. Forschungsfrage	18
4. Methodik	19
4.1. Stichprobe	19
4.2. Material	20
4.3. Datenanalyse	22
5. Ergebnisse	24
5.1. Einteilung der Ergebnisse in Teilfragen	24
5.2. Zusammenfassung der Ergebnisse	34
6. Diskussion	35
7. Fazit und Ausblick	37
8. Literaturverzeichnis	38
Anhang	42
Anhang 1: Zweite Verordnung zur Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2- Eindämmungsverordnung	43
Anhang 2: Angewandter Fragebogen	57
Anhang 3: Kodierschema für die Auswertung des Fragebogens	61
Anhang 4: Eingabe aller Fragebögen in Excel	62

Anhang 5: Eingabe der Werte des WHO-5 in Excel.....	70
Anhang 6: Kodierschema für den G-Score	71
Anhang 7: Antworten auf die Frage „Was vermissen Sie sehr seit der Kontaktsperre?“	73
Anhang 8: Antworten auf die Frage „Was vermissen Sie nicht seit der Kontaktsperre?“	74
Eidesstattliche Erklärung	75

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit (Quelle: Mielck 2005, überarbeitete Fassung in Geyer 2016)	15
Abbildung 2: Streudiagramm mit Trendlinie des WHO-5 der gruppierten Proband*innen (Auswirkung auf das Wohlbefinden).....	25
Abbildung 3: Streudiagramm mit Trendlinie des WHO-5 der gruppierten Proband*innen (Auswirkung auf den Alltag).....	26
Abbildung 4: Streudiagramm der Zusammenhänge zwischen gesundem Verhalten (G-Score) und Wohlbefinden (WHO-5).....	28
Abbildung 5: Streudiagramm mit Trendlinie des WHO-5 der gruppierten Proband*innen (Sorge um die berufliche Zukunft)	29
Abbildung 6: Streudiagramm des WHO-5 der gruppierten Proband*innen (Art der Wohnung)	30
Abbildung 7: Streudiagramm des WHO-5 der gruppierten Proband*innen (Wohnverhältnisse)	31
Abbildung 8: Streudiagramm des WHO-5 der gruppierten Proband*innen (Kontakt zu Freund*innen und Familie)	32
Abbildung 9: Streudiagramm des WHO-5 der gruppierten Proband*innen (subjektive Befindlichkeit von Proband*innen, welche ihre Freund*innen und Familie vermissen)	33

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: MW und SD des WHO-5 der gruppierten Proband*innen (Auswirkung auf das Wohlbefinden).....	24
Tabelle 2: MW und SD des WHO-5 der gruppierten Proband*innen (Auswirkung auf den Alltag)	25
Tabelle 4: Übersicht Verteilung des Gesundheitsverhaltens, anhand des G-Score	27
Tabelle 5: MW und SD des WHO-5 der gruppierten Proband*innen (Sorge um die berufliche Zukunft)	29
Tabelle 6: MW und SD des WHO-5 der gruppierten Proband*innen (Art der Wohnung).....	30
Tabelle 7: MW und SD des WHO-5 der gruppierten Proband*innen (Wohnverhältnisse)	31
Tabelle 8: MW und SD des WHO-5 der gruppierten Proband*innen (Kontakt zu Freund*innen und Familie) .	32
Tabelle 9: MW und SD des WHO-5 der gruppierten Proband*innen (subjektive Befindlichkeit von Proband*innen, welche ihre Freund*innen und Familie vermissen (n=11))	33
Tabelle 10: Kodierschema	61
Tabelle 11: Kodierschema für den G-Score (Ernährung).....	71
Tabelle 12: Kodierschema für den G-Score (Bewegung)	71
Tabelle 13: Kodierschema für den G-Score (Medienkonsum)	72
Tabelle 14: Kodierschema für den G-Score (Freunde/Familie)	72
Tabelle 15: Kodierschema für den G-Score (Schlaf)	72

Abkürzungsverzeichnis

BAUA Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

GBE Gesundheitsberichterstattung des Bundes

MW Mittelwert

RKI Robert Koch-Institut

SD Standardabweichung

TN Teilnehmer*innen

WHO World Health Organization bzw. Weltgesundheitsorganisation

Zusammenfassung

Aufgrund des neuartigen SARS-CoV-2-Virus kam es weltweit zu Beschränkungen des öffentlichen Lebens. Um die Auswirkungen dieser Beschränkungen auf die mentale Gesundheit Jugendlicher eines Hamburger Jugendhilfeträgers zu erkennen, wurde folgende Forschungsfrage aufgestellt: „Wie wirkt sich die Corona-Pandemie auf die mentale Gesundheit von Jugendlichen (in der Berufsvorbereitung) aus?“.

Hierzu wurden Fragebögen postalisch an Jugendliche der Bildungseinrichtung geschickt. Der Fragebogen deckt die Bereiche Wohlbefinden, Gesundheitsverhalten, Freizeitgestaltung und Sorge um die berufliche Zukunft ab. Zusätzlich wurde als Vergleichsmittel der WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden eingesetzt. Anschließend konnten 24 Fragebögen deskriptiv ausgewertet werden. Es konnten keine aussagekräftigen Ergebnisse erzielt werden. Limitationen des Fragebogens und der Erhebung werden aufgezeigt und praktische Implikationen für weitere Forschungsschritte gegeben.

Schlüsselwörter: *Wohlbefinden, SARS-CoV-2, mentale Gesundheit, benachteiligte Jugendliche*

1. Einleitung

Die vorliegende Arbeit dient der Erforschung mentaler Gesundheit Jungerwachsener in Ausnahmesituationen. Die Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen der SARS-CoV-2 Pandemie dienten hierbei als Beispiel. Die Proband*innen der Befragung sind Teilnehmende einer Berufsvorbereitung in Hamburg und wurden seit dem 16. März 2020 ausschließlich online beschult. Bereits nach wenigen Wochen verringerte sich der Kontakt zu den Bildungsbegleiter*innen enorm. Diese Situation führte zum Interesse der Befragung. Die Teilnehmenden kommen aus sozial, ökonomisch oder individuell benachteiligten Situationen. Studien beweisen, dass Personen solcher Lebensumstände nicht nur durchschnittlich häufiger an Herz-Kreislaufkrankungen, Stoffwechselstörungen, Atemwegserkrankungen oder Erkrankungen des Bewegungsapparates leiden, sondern auch an psychischen Störungen, vorwiegend sind dies Depressionen und Angststörungen. Einen Überblick bietet Thomas Lampert in seinem Artikel „Soziale Ungleichheit der Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken“ (Lampert, 2018). Viele Teilnehmende der Berufsvorbereitungsmaßnahme haben den Mitarbeiter*innen zufolge herausfordernde Familienverhältnisse. Erheblichen Einfluss auf das Wohlbefinden dieser Altersgruppe haben Peer Groups und das Setting Schule. Es wird davon ausgegangen, dass während der Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie viele Determinanten für Gesundheit bei den Jugendlichen entfallen. Zudem beweisen neuere Studien, dass Ausnahmesituationen, wie die, durch Maßnahmen der SARS-CoV-2 Pandemie, entstandene, zu erhöhtem Aufkommen psychischer Störungen und Gewalt führen können (Fatke et al., 2020). Für die zuständigen Bildungsbegleiter*innen der Maßnahme ist von hohem Interesse, wie es um die mentale Gesundheit ihrer Teilnehmenden steht – ob sich diese beispielsweise verschlechtert hat, sodass die Wahrscheinlichkeit, an einer psychischen Störung zu erkranken, erhöht sein könnte. Ein daraufhin entwickelter Fragebogen in einfacher und verständlicher Sprache enthielt kurze Abschnitte zu Ernährungs-, Aktivitäts- und Schlafverhalten sowie zur Wahrnehmung der subjektiven Befindlichkeit. Der in der Depressionsforschung bewährte WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden (Kvorning, 2012) wurde ebenso beigefügt, um die Angaben der eigens erstellten Fragen mit den Angaben des WHO-5 zu vergleichen. Durch Einsatz des Fragebogens soll die Forschungsfrage „Wie wirkt sich die Corona-Pandemie auf die mentale Gesundheit von Jugendlichen (in der Berufsvorbereitung) aus?“ untersucht werden. Etwaige Zusammenhänge zwischen Wohlbefinden der Jugendlichen und Einwirkung verschiedener Aspekte sollen näher betrachtet werden. Es wird auf die Kontaktsperre während der Corona-Krise, das gesundheitsbezogene Verhalten der

Jugendlichen, die Sorge um die berufliche Zukunft und die soziale Unterstützung sowie Veränderung der Freizeitgestaltung eingegangen.

In den nachfolgenden Abschnitten wird vorerst auf die für diese Arbeit relevanten Gegebenheiten und Begriffe eingegangen und auf deren mögliche Folgen für die Proband*innen. Anschließend wird die Forschungsfrage vorgestellt, welche anhand mehrerer Aspekte untersucht werden soll. Im Methodenteil wird zunächst die Stichprobe beschrieben, gefolgt von einer Vorstellung des verwendeten Materials und dem Vorgehen bei der Datenanalyse. Anschließend werden die Ergebnisse der Auswertung vorgestellt und noch einmal kurz zusammengefasst. Diese werden dann in einer Diskussion bewertet. Es folgt eine Aussage über wichtige Limitationen. Die Arbeit schließt mit einem Fazit und einem Ausblick über weitere Erhebungsmöglichkeiten ab.

2. Theoretischer Hintergrund

Zunächst findet eine definitorische Annäherung an den Begriff der mentalen Gesundheit bzw. Mental Health angelehnt an die Definition der WHO statt. Des Weiteren wird auf den Begriff der sozialen Ungleichheit eingegangen und mithilfe eines Modells näher erläutert. Daraufhin wird die besondere Situation benachteiligter Jugendlicher erläutert und anhand vorherrschender Beeinflussungsfaktoren verdeutlicht. Hierfür wird ein Bezug zur Zielgruppe der Erhebung gezogen. Anschließend wird der Begriff der Pandemie mit Bezug auf SARS-CoV-2 erläutert. Die von Hamburg getroffenen Maßnahmen werden erläutert und ihre allgemeinen Auswirkungen beleuchtet. Abschließend werden die einzelnen Begriffe und ihre Wirkungen aufeinander in einen Zusammenhang gebracht.

2.1. Mental Health

Lebensqualität und Leistungsfähigkeit können nur unter vollständiger Gesundheit, psychisch sowie körperlich, und mit einem allgemeinen Wohlbefinden erreicht werden. Nun verlangt die moderne Industrie-, Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft hohe Anpassungsfähigkeit und vermehrte soziale sowie kommunikative Kompetenzen des Einzelnen. Leistungen körperlicher Kraft und Ausdauer treten in den Hintergrund und mentale Leistungen in den Vordergrund. Einhergehend gewinnen psychische Störungen und Beeinträchtigungen an Bedeutung, da sie maßgeblich zu Arbeitsunfähigkeiten beitragen (GBE, 2015). Bereits Studien aus dem Jahr 1970 zeigen, dass durch die Fortschritte der Gesundheitsversorgung nur eine geringe Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit erreicht wurde. Änderungen der sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen hingegen führten deutlich zu positiver Veränderung (Graham, 2004, S. 101-124; Rosenbrock, Kümpers, 2006 nach Hurrelmann et al., 2008, S. 9-10).

Mental Health

Die Mentale Gesundheit ist ein Bestandteil von vielen der allgemeinen Gesundheit und eng verknüpft mit dem psychischen Wohlbefinden einer Person. Somit steht die mentale Gesundheit häufig auch als Synonym für die psychische Gesundheit (BAUA, o.J.; WHO, o.J.). In der Public-Health-Forschung wird unter dem Begriff „Mental Health“ oft auch von „Subjective Health“ oder „Child Well-Being“, hier speziell in Bezug auf Kinder, gesprochen – alle drei Bezeichnungen stehen für eine gesundheitsbewusste Lebensqualität. Vor allem das „well-being“, also das Wohlbefinden, wird mit Lebensqualität bedeutungsgleich verwendet (Klasen, 2015, S. 13). Das Zusammenspiel von Mental Health, körperlicher, psychischer und sozialer Gesundheit wird von der WHO als Gesundheit definiert (Constitution of the World Health Organization, 1946, S. 1315). Alle Aspekte beeinflussen sich gegenseitig und definieren dadurch den Gesundheitszustand einer Person (Klasen, 2015, S. 11). Ein Zustand des völligen Wohlbefindens, und nicht nur die Abwesenheit der Beeinträchtigung durch psychische Schädigungen, wird als mentale Gesundheit beschrieben (BAUA, o.J.). Dieser wird durch die subjektive Zufriedenheit, individuelle Ressourcen sowie den Gleichlauf von Mensch und Umwelt, beispielsweise in der Arbeitszufriedenheit, beeinflusst (BAUA, o.J.). Wie bereits oben erwähnt, spielt die mentale Gesundheit eine zunehmende Rolle in der Arbeitswelt (BAUA, o.J.). Studien ergeben, dass körperliche und mentale Gesundheit eng im Zusammenhang mit körperlicher Aktivität, Sucht- und Ernährungsverhalten stehen (WHO, 2009, S. 1-18). Dabei hat körperliche Aktivität eine positive Auswirkung auf die physische sowie mentale Gesundheit (Clegg et al., 2012, S. 68-78; Forbes et al., 2008). Studien zeigen zudem, dass Einsamkeit und soziale Isolation das Mortalitätsrisiko fördern (Stephoe et al., 2013).

Psychische Gesundheit

Psychische Gesundheit wird von der WHO wie folgt definiert:

„Psychische Gesundheit ist ein Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann.“ (WHO, 2019)

Für das Individuum bedeutet psychisch gesund zu sein, eine Rolle in der Gesellschaft zu finden und sich intellektuell und emotional verwirklichen zu können. Eine psychisch gesunde Gesellschaft bedeutet für ein Land, wirtschaftlichen Wohlstand sowie Solidarität und soziale Gerechtigkeit zu erreichen (Hapke, 2012, S. 39; Beddington et al., 2008, S. 1057). In Deutschland empfinden sich circa 14 Prozent der weiblichen und sieben Prozent der männlichen Bevölkerung in ihrer psychischen Gesundheit beeinträchtigt (Hapke et al., 2012, S. 39).

Hierbei besteht auch ein Zusammenhang mit der jeweiligen Bildung. Die durchschnittliche psychische Gesundheit ist höher, wenn der Bildungsstatus höher ist. Auch die soziale Unterstützung, durch positive Beziehungen mit beispielsweise Freund*innen, Familie oder Kolleg*innen, trägt wesentlich zu einer positiven psychischen Gesundheit bei (Hapke et al., 2012, S. 39). Voraussetzung für eine hohe Lebensqualität sowie Leistungsfähigkeit des Menschen ist demnach nicht nur körperliche, sondern auch psychische Gesundheit. Aufgrund zunehmender Bedeutung sozialer und kommunikativer Kompetenzen erbringt eine Person im Leben hohe Anpassungsleistungen an Arbeits- und Sozialbeziehungen (RKI, 2016, S. 43). Risikofaktoren, wie eine berufliche Belastung, schwerwiegende Lebensereignisse oder der soziale Status können die psychische Gesundheit negativ beeinflussen und damit die Lebensqualität, Leistungsfähigkeit oder soziale Teilhabe trüben. Andererseits können sogenannte Schutzfaktoren, wie die eigene Resilienz, eine gesunde Lebensweise oder soziale Unterstützung sich positiv auf die psychische Gesundheit auswirken (RKI, o.J.). Gefördert wird psychische Gesundheit vorwiegend im sozialen Umfeld, also in Familien, Kitas und Schulen sowie am Arbeitsplatz oder im Seniorenwohnheim (BMG, 2015).

Psychische Störungen

Beeinträchtigungen oder Störungen der psychischen Gesundheit sind heutzutage weit verbreitet (RKI, o.J.). Eine Kombination belastender Gedanken, Emotionen, Verhaltensweisen oder auch Beziehungen tragen, neben genetischen Dispositionen, persönlicher Entwicklung und Umweltfaktoren, zur Entstehung psychischer Störungen bei (Hapke, 2012, S. 39; Europäische Generaldirektion Gesundheit & Verbraucherschutz, 2005, S. 4). Aufgrund individueller Gesundheitsfolgen, aber auch gesellschaftlicher Folgen und ihrem Beitrag als Vorläufer oder Auswirkung chronischer Erkrankungen, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Krebs, wächst die Bedeutung psychischer Störungen daher als gesamtgesellschaftliches Thema (RKI, 2016, S. 45; WHO, 2019; GBE, 2015). In den Fokus der Public Health rücken vor allem Depressionen, Angststörungen, Schlafstörungen, bipolare Störungen und Psychosen sowie Sucht- und Demenzerkrankungen. Störungen wie diese erhöhten in den letzten Jahren, im Gegensatz zu anderen Diagnosen, deutlich die Fehlzeiten am Arbeitsplatz (RKI, 2016, S. 43-45). Trotz eines allgemeinen Rückgangs von Frühberentungen steigen seit den 1980er-Jahren zunehmend die Zahlen der Frühberentungen aufgrund psychischer Störungen (RKI, 2016, S. 43). Zudem sterben Personen, welche an einer psychischen Störung erkrankt sind oder waren, im Schnitt 20 Jahre früher als die allgemeine Bevölkerung (WHO, 2019). Im Jahr 2015 waren der WHO zufolge zwölf Prozent der europäischen Bevölkerung an einer psychischen Störung erkrankt (WHO, 2019).

Obwohl psychische Erkrankungen Kosten verursachen und finanzielle Verluste bedeuten sowie die Bürger*innen eines Landes und die Gesellschaftssysteme belasten (Hapke, 2012, S. 39; Europäische Generaldirektion Gesundheit & Verbraucherschutz, 2005, S. 4), wurden im Jahr 2016 nur ein Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben den Ausgaben für Behandlung und Prävention psychischer Erkrankungen zugeordnet (WHO, 2019). Vor allem durch intensive Präventionsarbeit bei Kindern und Jugendlichen können chronische Verläufe psychischer Störungen vermieden werden und dadurch zu einer Verminderung dieser in der Gesellschaft beitragen (Kuntz et al., 2018, S. 20, RKI, 2016, S. 45).

2.2. Mental Health und Jugendliche

Die Definition der Gesundheit erweitert sich im Jugendalter von einer zuvor wahrgenommenen nicht-krank sein-Situation um körperliche, seelische und soziale Aspekte (Blättner, Waller, 2011, S. 73). In dieser Lebensphase finden sich die Jugendlichen in altersspezifischen Rollen wieder, welche großen Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden haben. Die Bedeutung von Bildungseinrichtungen, Medien, Peer Groups und Freizeitgestaltung wächst enorm (Hurrelmann 1990, 1999 nach Richter et al., 2008, S. 10, 17). Die sich schnell verändernden Lebenssituationen im Jugendalter können, neben positiven Auswirkungen, auch stark psychosozialbelastend auf Personen einwirken. Vor allem Mädchen ist ein psychisches Wohlbefinden sehr wichtig (Blättner, Waller, 2011, S. 73).

Trotzdem die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen heutzutage so gut ist wie noch nie (Klasen, 2015, S. 9), steigt auch in dieser Gruppe das Vorkommen psychischer Störungen und chronischer Erkrankungen an (Hölling et al., 2014, S. 816-818; Schmitz et al., 2014, S. 777). Nicht selten können diese bis ins Erwachsenenalter andauern und sich auf die Gesellschaft auswirken (Klasen, 2015, S. 9). Laut der WHO leiden jährlich ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen an psychischen und verhaltensbezogenen Auffälligkeiten (WHO, 2018). Ausgangspunkt von rund der Hälfte der Auffälligkeiten im Erwachsenenalter ist das Kindes- oder Jugendalter (WHO, 2018). Zwischen 2014 und 2017 sind circa 17 Prozent der Kinder und Jugendlichen in Deutschland psychisch auffällig (Klipker et al., 2018, S. 39). Hierbei zeigt sich, dass Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status vermehrt von psychischen Auffälligkeiten betroffen sind (Klasen, 2015, S. 11). Die Welle des, 2007 in Deutschland durchgeführten, Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS), erbrachte zudem das Ergebnis, dass soziale und demografische Faktoren wie Geschlecht, Alter, soziale Schicht und Migrationshintergrund die eigene Einschätzung der Gesundheit verändern (Blättner, Waller, 2011, S. 75).

Eine große Rolle bei der Entstehung psychischer Erkrankungen spielen bei Kindern und Jugendlichen, unter anderem, folgende Risikofaktoren: bereits vorhandene körperliche Erkrankungen des Kindes und/oder psychische Erkrankungen der Eltern, Trennungen der Eltern, das Leben mit vielen Geschwistern auf engem Raum, Alkoholkonsum der Eltern, der Tod eines Elternteils, Gewalterfahrungen oder sexuelle Übergriffe. Die psychischen Auffälligkeiten sind umso ausgeprägter je mehr Risikofaktoren aufeinandertreffen (Klasen, 2015, S. 11). Sie bewirken bei Jugendlichen Beeinträchtigungen im Alltag, beispielsweise im sozialen Umgang oder in ihren Entwicklungschancen in Bezug auf schulische und berufliche Bildung (Klasen, 2015, S. 9-12). Aber auch Kinder und Jugendliche können Ressourcen, und damit Schutzfaktoren, aufbauen, indem sie eine starke Selbstwirksamkeit besitzen, soziale Unterstützung erhalten und ein positives Familienklima herrscht. Auch hierbei gilt: je mehr Schutzfaktoren, desto geringer das Risiko für psychische Auffälligkeiten (Klasen, 2015, S. 11).

2.3. Soziale Ungleichheit und Jugendliche

Lebensbedingungen und Gesundheitsverhalten wirken sich auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung aus; dabei sind in Deutschland Gesundheitschancen und -risiken sozial ungleich verteilt. Menschen, denen ein niedriger sozialer Status zugeschrieben wird, leiden deutlich häufiger unter Gesundheitsproblemen und Krankheitsrisiken (RKI, 2016, S. 7).

Soziale Ungleichheit

„Soziale Ungleichheit“ wird assoziiert mit Bildung, beruflicher Stellung und Einkommen (Richter, Hurrelmann, 2007). Der Begriff wird durch das *Konzept des sozioökonomischen Status* der Sozialwissenschaft durch die Position eines Menschen in der Gesellschaft erklärt. Diese Position ist abhängig von jeweiligen Privilegien, zugänglichen Gütern und Angeboten, dem Wohlstand und zusammenhängender sozialer Vor- und Nachteile (Richter, 2005, S. 17-19). Dadurch entsteht eine Einteilung der sozioökonomischen Schicht in niedrig, mittel und hoch (Hurrelmann, 2006 nach Richter et al., 2008, S. 39). Die Personen passen ihre Einstellungen und Verhaltensweisen wiederum denen der jeweilig zugehörigen Schicht an (Richter et al., 2008, S. 39). In der Forschung werden gesellschaftliche Anerkennung, Art der Bildung, Abschluss oder Beruf und Stellung sowie finanzielle Ressourcen als Indikatoren der sozialen Ungleichheit genutzt (Richter et al., 2008, S. 40). Aus einer sozialen Ungleichheit entwickelt sich in der Gesellschaft auch eine gesundheitliche Ungleichheit. Es bestehen zahlreiche Erklärungsmodelle gesundheitlicher Ungleichheit, diese konnten bislang noch nicht in einem zusammengefasst werden. Dennoch beinhalten sie alle einen Wirkungszusammenhang der Faktoren – soziale Ungleichheit, Lebensbedingungen, gesundheitsrelevantes Verhalten und Gesundheitszustand (Geyer, 2016).

Abb. 1 stellt ein Modell dar, aus welchem entnehmbar ist, dass sich die soziale Ungleichheit unmittelbar auf gesundheitliche Belastungen und Ressourcen in Arbeit, Freizeit und Wohnen auswirkt. Hierbei spielt auch die Bewältigung sozialer Herausforderungen eine Rolle. Ebenso wirken sich die Unterschiede der sozialen Ungleichheit direkt auf das Gesundheits- und Krankheitsverhalten und auf die Verfügbar- oder Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung aus. Über diese Faktoren beeinflusst der sozioökonomische Status die gesundheitliche Ungleichheit (Richter et al., 2008, S. 41; Richter, Hurrelmann, 2007).

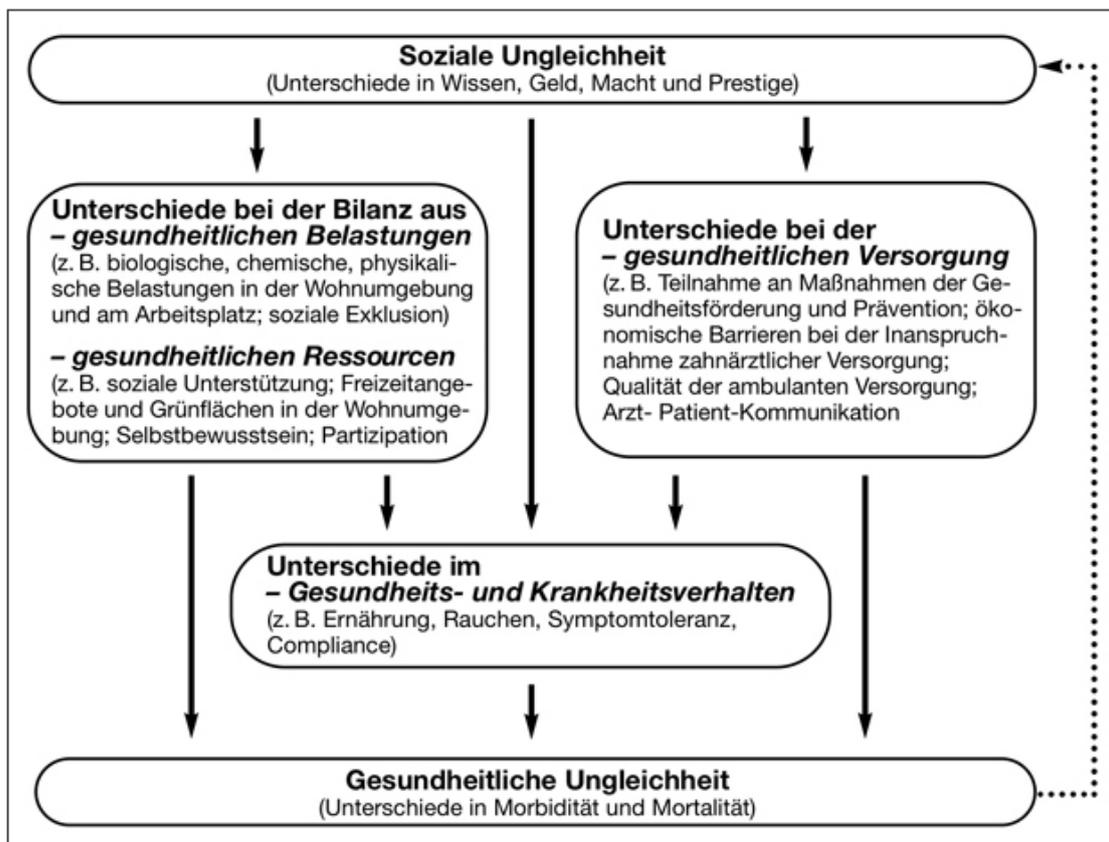


Abbildung 1: Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit (Quelle: Mielck 2005, überarbeitete Fassung in Geyer 2016)

Benachteiligte Jugendliche

Nach bisherigen Erkenntnissen tritt eine gesundheitliche Ungleichheit verstärkt in der frühen Kindheit und dem frühen Erwachsenenalter auf, im Jugendalter ist sie eher schwach ausgeprägt (Chen, Matthews, Boyce, 2002, S. 295-321; Richter, 2005, S. 51). Bei neu auftretenden gesundheitlichen Störungen und dem sozioökonomischen Status von Jugendlichen wurde ein Zusammenhang zwischen ihrer Gesundheit und einer sozialen Ungleichheit festgestellt, dieser verhält sich bisweilen aber inkonsistent (Chen, Matthews, Boyce, 2002, S. 295-321; Richter, 2005, S. 52-55).

Schwächer ausgeprägt als in anderen Lebensphasen, aber wesentlich deutlicher, ist der Zusammenhang bei der Selbsteinschätzung der Gesundheit bei chronischen Erkrankungen und bei der unfallbedingten Mortalitätsrate (Richter, 2005, S. 72-84). Diese Aspekte sind auf eine soziale Benachteiligung in der frühen Kindheit zurückzuführen (West, 1997, S. 837). Prägnant ist hierbei der Einfluss der eigenen Einschätzung im Gegensatz zum Status der Eltern und der Zusammenhang zwischen Schweregrad und Status. Bei jungen Frauen bestehen zudem erhebliche Unterschiede, Ernährung und Aktivität betreffend (Chen, Matthews, Boyce, 2002, S. 295-321). Ausschlaggebend für die Gesundheit ist das Setting Familie (Richter et al., 2008, S. 19-20).

Eine nahezu vollständige, gesundheitsbezogene Benachteiligung erfahren alleinerziehende Eltern. Eine gute Beziehungsqualität, sowie Abstimmung und Unterstützung der Jugendlichen wirken sich dabei positiv auf Jugendliche aus (Klocke, 2000 nach Richter et al., 2008, S. 20). Neben der Familie spielen auch die Schule und, meist sich dort bildende, Peer Groups eine große Rolle für den weiteren Bildungs- oder Lebensweg und damit einhergehend für Status und Gesundheitschancen (Hurrelmann, 1999 nach Richter et al., 2008, S. 20-21). Die sozial ungleich verteilten Determinanten der Lebensbedingungen eines Jugendlichen können das eigene Gesundheitsverhalten sowie die Gesundheit direkt und indirekt beeinflussen. Auf ihnen liegt daher starkes Gewicht in der Ursache gesundheitlicher Ungleichheiten. Der sozioökonomische Status gesamt gesehen, hat aber keinen direkten Einfluss auf den Gesundheitszustand der Jugendlichen (Richter, Hurrelmann, 2007).

2.4. Pandemie

Der Begriff „Pandemie“ bezeichnet eine weltweite Ausbreitung eines Virus (RKI: 2009). Dabei besitzen nicht alle Viren ein pandemisches Potenzial. Aufgrund neuartiger Viren ist das menschliche Immunsystem nicht gut vorbereitet, es bestehen kaum Resistenzen und das Virus verbreitet sich rasant von Mensch zu Mensch und wird damit zu einem hohen Risiko für die Weltbevölkerung. Ein neuartiges Virus kann neben schweren Erkrankungen auch bei sonst gesunden Menschen vergleichsweise leichte Symptome verursachen und insgesamt zu einer Überlastung des Gesundheitssystems des Staates führen. Daher gehen Pandemien oft einher mit Erkrankungs- und Sterberaten, die den Durchschnitt üblicher Krankheitswellen weit übersteigen (RKI, 2009; Rengeling, 2020, S. 211-212).

SARS-CoV-2 wird von der WHO seit dem 11. März 2020 als Pandemie bezeichnet und war zu diesem Zeitpunkt in 114 Ländern verzeichnet (WHO, 2020). SARS-CoV-2 ist die erste Pandemie seit der Schweinegrippe in den Jahren 2009 und 2010 (Rengeling, 2020, S. 211).

2.5. SARS-CoV-2: Maßnahmen und Auswirkungen

Zum Zeitpunkt der Erhebung richtete sich das Leben der hamburgischen Bevölkerung nach dem Hamburgischen Gesetz- und Verordnungsblatt „Zweite Verordnung zur Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung“ vom 17. April 2020. Nähere Information befinden sich in Anhang 1. Im Folgenden wird nicht spezifisch darauf eingegangen, sondern nur kurz angerissen, welche Maßnahmen für die Teilnehmenden der Erhebung aus Sicht der Berufsvorbereitung von Bedeutung sind.

Die Maßnahmen der Regierung beinhalteten die komplette Schließung von Schulen seit den Frühjahrsferien bis zum 04.05.2020. In diesem Zeitraum wurde nur per Homeschooling unterrichtet. Dies galt auch für andere Bildungseinrichtungen. Danach erfolgte eine schrittweise Öffnung für einzelne Personen oder Kleingruppen unter strengen Abstands- und Hygieneregeln. Zugleich wurde fast das ganze öffentliche Leben lahmgelegt. Friseure, Restaurants und Bars, Geschäfte und Sportvereine wurden geschlossen. Lebensmittelgeschäfte sollten nur bei dringendem Bedarf aufgesucht werden. Es war Abstand zu halten und möglichst zu Hause zu bleiben. Es wurde untersagt, Menschen anderer Haushalte zu treffen, auch wenn diese zur eigenen Familie gehörten. In diesen Zeitrahmen fielen auch zwei große religiöse und familiäre Feste, Ostern und Ramadan. Die Geduld der Bevölkerung wurde stark auf die Probe gestellt und strapaziert. Weltweit erließen die Regierungen SARS-CoV-2 Maßnahmen, welche eine extreme Reduzierung des öffentlichen Lebens mit sich führten. Grenzen wurden geschlossen, Regionen wurden unter strenge Quarantäne gesetzt, Bewegungs- Versammlungs-, und Berufsfreiheiten wurden eingeschränkt (Rengeling, 2020, S. 215). Die Maßnahmen erreichten damit ein bisher unbekanntes Ausmaß. Viele Bürger*innen fühlen sich ihren Rechten entzogen (Rengeling, 2020, S. 215). Solch eine Situation kann zu Beunruhigung und Problemen in der Bevölkerung führen (Fatke et al., 2020, S. 675). In China gab es bereits Studien zu den mentalen Auswirkungen der staatlichen Maßnahmen auf die Bevölkerung (Fatke et al., 2020, S. 678). Eine Studie erfolgte über den Messenger Dienst „WeChat“. Darüber gewonnene Daten zeigten auf, dass 75 Prozent der chinesischen Bevölkerung in diesem Zeitraum der Pandemie unter Stress litten und sogar 50 Prozent unter einer Depression (Fatke et al., 2020, S. 679). Eine weitere Studie erfolgte über den Blogging-Dienst „WeiBo“. Diese belegte mittels Worthäufigkeiten vermehrte emotionale Anzeichen und Sorgen über Gesundheit und Familie (Fatke et al., 2020, S. 679). Zuletzt ergab eine Online-Befragung mit über 1000 Teilnehmenden, dass 28 Prozent dieser an Angst, 17 Prozent an Depressionen und 8 Prozent an Stress litten (Fatke et al., 2020, S. 679). Somit sollte vor allem mit affektiven Erkrankungen und Symptomen gerechnet werden. Besonders gefährdet sind psychisch vorerkrankte Personen. Ausnahmesituationen, wie beispielsweise

Ausgangsbeschränkungen, werden von ihnen nämlich verstärkt wahrgenommen. Ebenfalls nehmen sie Normalzustände in solch einer Situation anders wahr als zuvor und Sozialisationsfremdes wirkt auf sie bedrohlich. Unter den Aspekt „sozialisationsfremd“ fällt in Europa beispielsweise das Tragen von Masken. Psychisch Vorerkrankte können zunehmend den Bezug zur und die Kontrolle über die Realität verlieren, einhergehend verschlechtert sich ihr Befinden (Fatke et al., 2020, S. 675). Aufgrund der Maßnahmen ebenfalls gefährdet, sind Betroffene häuslicher Gewalt. Durch die Ausgangsbeschränkungen sind sie verhindert, sich einer gewalttätigen Situation zu entziehen. Die Möglichkeit, sich in dieser Zeit, Hilfe zu holen oder in einem Frauenhaus unterzukommen, ist stark beschränkt und bei einer häuslichen Quarantäne-Verordnung unmöglich (Fatke et al., 2020, S. 676). Andere Risikofaktoren spielen erfahrungsgemäß für die hier untersuchte Stichprobe keine große Rolle, weshalb nicht weiter auf diese eingegangen wird.

Trotz vieler Einschränkungen und Probleme, können Krisensituationen auch stärkend auf Individuen wirken und zu einer Solidarisierung in der Gesellschaft beitragen (Fatke et al., 2020, S. 679).

3. Forschungsfrage

Die vorgestellten Themen verdeutlichen, dass die mentale Gesundheit unter den Auswirkungen einer Pandemie leiden kann, weshalb sich dies in der vorliegenden Arbeit genauer angeschaut werden soll. Die Forschungsfrage lautet daher:

Wie wirkt sich die Corona-Pandemie auf die mentale Gesundheit von Jugendlichen (in der Berufsvorbereitung) aus?

Speziell sollen dabei die Zusammenhänge zwischen dem Wohlbefinden der Jugendlichen und der Einwirkung verschiedener Aspekte durch folgende Konstrukte näher betrachtet werden:

- 1) Ob und inwiefern die Kontaktsperre sich auf das Wohlbefinden auswirkt.
- 2) Ob und inwiefern gesundheitsbezogenes Verhalten der Jugendlichen mit deren Wohlbefinden zusammenhängt.
- 3) Ob und inwiefern das Wohlbefinden und die Sorge um die berufliche Zukunft zusammenhängen.
- 4) Ob und inwiefern soziale Unterstützung und das Wohlbefinden zusammenhängen.
- 5) Ob und inwiefern die Freizeitgestaltung und das Wohlbefinden zusammenhängen.

Diese Aspekte werden im Ergebnisteil nach vorliegender Unterteilung wiederholt aufgefasst.

4. Methodik

Im Folgenden werden die Stichprobe, die Zusammensetzung des Fragebogens und die methodische Vorgehensweise zur statistischen Überprüfung dieser beschrieben; danach die Durchführung der Erhebung.

4.1. Stichprobe

Hintergrund

Die Proband*innen, welche zur Untersuchung der Forschungsfrage heran gezogen wurden, nehmen allesamt an einer berufsvorbereitenden Maßnahme eines Hamburger Jugendhilfeträgers teil. Diese Maßnahme macht es sich zur Aufgabe, Jungerwachsenen mit sozialer, ökonomischer oder individueller Benachteiligung eine berufliche Perspektive mit Übergang in Arbeit oder Ausbildung zu bieten. Aufgrund der sich ändernden Gegebenheiten der SARS-CoV-2-Pandemie wurde der Regelbetrieb und damit eine Anwesenheit vor Ort ausgesetzt und die Teilnehmenden bekamen tägliche Lehreinheiten und Aufgaben per E-Mail. Diese Art der Kommunikation und Lehre gestaltete sich schwierig, dennoch konnte anfangs eine rege Beteiligung festgestellt werden. Mit der Zeit fiel nicht nur die Teilnahme der Online-Beschulung stark ab, auch telefonisch waren die Teilnehmenden kaum noch zu erreichen. Es wurden zudem von ihnen eingehende E-Mails und Anrufe in den späten Abendstunden bis in die frühen Morgenstunden verzeichnet. Die Situation bildete die Grundlage der Befragung. Es sollte festgestellt werden, ob die Teilnehmenden durch die, zu diesem Zeitpunkt herrschende soziale Isolation in den verschiedensten Lebensbereichen negativ beeinflusst wurden und dadurch erwartete Leistungen nicht mehr erbringen konnten. Die Befragung wurde im Zeitraum Mitte April 2020 bis Mitte Mai 2020 durchgeführt.

Stichprobe

Die Stichprobe ($n=24$) besteht aus zwölf männlichen, neun weiblichen und drei Proband*innen ohne Geschlechtsangabe. Das Alter der Befragten liegt zwischen 18 und 26 Jahren. Das mittlere Alter beträgt 20,75 Jahre ($SD=7,4$). Sechs der Proband*innen sind in Deutschland geboren. Alle anderen sind seit durchschnittlich sechs Jahren ($SD=4,92$) in Deutschland sesshaft und besitzen Staatsangehörigkeiten anderer europäischer, asiatischer oder afrikanischer Länder. Hierbei sind Fluchtländer gleichermaßen vertreten wie Nicht-Fluchtländer. Zwei der Personen haben selbst jeweils ein Kind unter fünf Jahren, wovon eine Person mit diesem zusammenwohnt, die andere nicht. Befragt nach bestehenden Vorerkrankungen geben zwei der Teilnehmenden an, übergewichtig zu sein. Eine weitere Teilnehmende gibt an, an Asthma zu leiden.

4.2. Material

Zunächst wurde ein Fragebogen in einfacher Sprache erstellt. Dieser wurde so kurz wie möglich gehalten und der Sprache der Jugendlichen angepasst. Ebenfalls diesem Stil angepasst wurden die Items so präzise und konkret wie möglich, aber der Zielgruppe verständlich, gestaltet. Der Fragebogen enthält insgesamt 45 eigens erstellte Items und 5 Items des WHO-5 Fragebogens des Wohlbefindens. Nach der Durchführung von vier Pretests, wurde der Fragebogen in zwei weitere Sprachen, Englisch und Französisch, übersetzt. Unverständliche Items und ihre Antwortmöglichkeiten wurden überarbeitet. Ebenso wurde die Optik geändert und anfängliche Hinweise nun zu Beginn eines jeden Abschnittes wiederholt. Die neuen Fragebögen wurden den Pretester*innen erneut zur Verfügung gestellt, welche daraufhin eine schnellere und einfachere Bearbeitungszeit erzielten.

Es wurden überwiegend keine Likert-Skalen für die Beantwortung der Fragen genutzt, da diese eine lange Konzentrationsfähigkeit sowie die Kenntnis und Bedeutung vieler verschiedener Wörter voraussetzt. Es wurde darauf hingewiesen, dass in jeder Zeile nur ein Kreuz zu setzen ist und es keine richtigen oder falschen Antworten gibt. Diese Hinweise wurden bei jedem Abschnitt wiederholt. Für offene Antwortmöglichkeiten wurde ein Unterstrich gezogen, um ein Antwortfeld zu verdeutlichen. Zur Beantwortung der Fragen standen den Proband*innen geschlossene sowie offene Antwortmöglichkeiten zur Verfügung. Alle eigens erstellten Items mit geschlossenen Antwortmöglichkeiten wurden unter dem Schema einer Nominalskala entwickelt. Zur Auswahl stehen Ja, Nein, Nicht anders und Nie. Der vollständige Fragebogen befindet sich in Anhang 2.

Im Folgenden wird die Zusammensetzung des Fragebogens zur mentalen Gesundheit Jungerwachsener während der Kontaktsperre in Zeiten von SARS-CoV-2 im Frühjahr 2020 in Hamburg erläutert.

Sozio-Demographische Daten

Hierbei handelt es sich um Fragen zu Geschlecht und Alter der Proband*innen sowie ihrer Kinder, zur Herkunft und den Wohnverhältnisse, zu Erkrankungen und zu der Partizipation an Ramadan. Diese Items bieten geschlossene sowie offene Antwortmöglichkeiten. Eine Teilnahme am muslimischen Fastenmonat Ramadan wurde erfragt, weil dieser zur selben Zeit stattfand wie die Befragung. Ein eventueller Zusammenhang sollte nicht ausgeschlossen werden.

Wohlbefinden

Dieser Teil besteht zunächst aus dem WHO-5 Fragebogen zum Wohlbefinden sowie zwei weiteren Items zum Einfluss der Kontaktsperre aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie auf das Wohlbefinden und den Alltag.

Der WHO-5 Fragebogen zum Wohlbefinden wurde von der Weltgesundheitsorganisation erstellt und enthält ausschließlich die fünf Fragen, welche im eigens erstellten Fragebogen integriert wurden. Dieser wurde bereits in einer Vielzahl wissenschaftlicher Studien angewandt und zeichnet sich als hervorragendes Depressions-Screening aus (Kvorning, 2012). Er ist frei zugänglich und in mehr als 30 Sprachen übersetzt. Die 5 Items befassen sich mit den Bereichen Stimmung, Vitalität und Alltagsinteresse. Der zu erreichende Wert wird auf einer Fünf-Punkte-Likert-Skala bewertet. Hierbei bekommt die Aussage „Die ganze Zeit“ 5 Punkte, „Meistens“ 4 Punkte, „Etwas mehr als die Hälfte der Zeit“ 3 Punkte, „Etwas weniger als die Hälfte der Zeit“ 2 Punkte, „Ab und zu“ 1 Punkt und „Zu keinem Zeitpunkt“ 0 Punkte. Alle angegebenen Werte werden summiert und in Prozent umgerechnet. Demnach kann die befragte Person einen Wert von 0 bis 100 Prozent erreichen. Aufgrund sehr geringer Bearbeitungszeit und hoher Validität schafft der Fragebogen eine gute Grundlage für den Vergleich mit den weiteren, im Fragebogen angegebenen, Items. Der WHO-5 hat bei $n=22$ einen Mittelwert von 63,45%, dabei beträgt die Standardabweichung 18,11%. Das Minimum des WHO-5 hat bei der vorliegenden Stichprobe einen Wert von 20% und das Maximum einen Wert von 96%. Cronbachs Alpha beträgt 0,68 und die Reliabilität des WHO-5 ist bei dieser Stichprobe somit als gerade noch akzeptabel einzustufen. Zwei der Befragten haben keine Angaben zum Wohlbefinden mithilfe des WHO-5 getätigt.

In den anschließenden Items des Fragebogens sollen Teilnehmende ihr Verhalten während der Kontaktsperre der SARS-CoV-2-Pandemie mit dem Verhalten ihres vorherigen alltäglichen Lebens vergleichen.

Ernährung

Dieser Teil beschäftigt sich mit Hilfe von acht Items mit dem Ernährungsverhalten der TN. Zwei der Items dienen dabei der Erfassung der Nahrungsmenge. Zwei Items erfragen, ob die TN darauf achten, was sie essen. Außerdem wurden vier weitere Items dem Überthema Ernährung zugeordnet, welche sich mit dem Rauch- und Alkoholkonsum befassen.

Aktivität

Dieser Teil besteht aus insgesamt 14 Items zur Erfassung der Aktivität. Die TN sollen angeben, wie viel sie sich bewegen und ob sie dies draußen tun. Zudem befassen sich die Items mit dem Konsum von Filmen und Serien, Youtube, Computer- und Konsolenspielen und der Nutzung von sozialen Medien sowie dem Kontakt zu Freund*innen und Familie.

Schlaf

Dieser Teil beschäftigt sich mit den Schlafgewohnheiten. Vier Items fragen hierzu die Menge an Schlaf und die Tageszeiten, zu welchen geschlafen wird, ab.

Danach folgen zwei weitere Items, welche die Sorge um die berufliche Zukunft der TN abfragen. Der Fragebogen schließt mit zwei Items in Form offener Fragen ab. In diesen geht es darum, was die TN seit der Kontaktsperre bedingt durch die SARS-CoV-2-Pandemie vermissen.

Ablauf

Die Fragebögen wurden postalisch an 30 Proband*innen versandt. Zusätzlich enthalten war ein frankierter Rücksendeumschlag. Ein weiteres Informationsschreiben wurde per E-Mail an die TN geschickt. Ebenso wurden die Proband*innen gebeten, sich telefonisch zu melden, sobald sie den Fragebogen erhalten haben. Hierbei konnten etwaige Fragen geklärt und nochmals persönlich darüber informiert werden, wie der Fragebogen auszufüllen ist und welchem Zwecke er dient. Die Rücklaufquote sollte über die drei Kanäle der Informationsgabe erhöht werden. Es wurde mit einer Rücklaufquote von 50% gerechnet – diese wurde mit 24 zurückgesandten Fragebögen mehr als erreicht.

4.3. Datenanalyse

Die Datenanalyse wurde mithilfe von Excel Microsoft Office 365 ProPlus durchgeführt. Das Kodierschema kann dem Anhang 3 entnommen werden. Die vollständige Eingabe der Fragebögen in Excel befindet sich in Anhang 4.

Der WHO-5 Fragebogen zum Wohlbefinden wurde nach dem entsprechenden Schema ausgewertet und die Prozentzahlen in die Exceltabelle eingetragen. Einen Überblick bietet Anhang 5.

In Teil 3 wurde bereits die Forschungsfrage mit den unterteilten Aspekten vorgestellt. Im Folgenden wird nun das Vorgehen der Datenanalyse dieser fünf Aspekte näher betrachtet.

- 1) Ob und inwiefern sich die Kontaktsperre auf das Wohlbefinden auswirkt.

Zunächst wird mittels des WHO-Fragebogens das Wohlbefinden der TN ausgewertet und mit den Angaben bezüglich des Wohlbefindens seit den Corona-Kontakteinschränkungen verglichen. Hier gilt es herauszufinden, ob diese Angaben übereinstimmen und welche Angabe zur Alltagsveränderung durch Corona vorgenommen wurde. Um die Frage der Alltagsänderung durch die Corona-Kontakteinschränkungen zu beantworten, standen den Proband*innen die drei Antwortmöglichkeiten „ja“, „nein“, „nicht anders“ zur Verfügung. Entsprechend ihrer Antworten wurden die Proband*innen gruppiert. Es wurde der WHO-5-Mittelwert der jeweiligen Gruppen gebildet und verglichen. Zudem wurde ausgewertet, wie

viele Proband*innen angaben, dass es ihnen „besser“, „schlechter“ oder „nicht anders“ durch die Kontakteinschränkungen geht und wie viele von ihnen Alltagsveränderungen bejahten oder verneinten. Auch von diesen Gruppen wurde ein durchschnittlicher WHO-5-Wert gebildet. Ein weiteres Augenmerk wurde auf Proband*innen mit Vorerkrankungen gelegt. Bei diesen wurden die jeweiligen WHO-5-Werte und die Angaben zur Alltagsveränderung zusätzlich mit den zugehörigen Punkten zum Gesundheitsverhalten (G-Score) verglichen. Dieser wird im folgenden Abschnitt erläutert.

- 2) Ob und inwiefern gesundheitsbezogenes Verhalten der Jugendlichen mit deren Wohlbefinden zusammenhängt.

Der jeweilige WHO-5-Wert wird auch mit den Essgewohnheiten, den Aktivitätsgewohnheiten und den Schlafgewohnheiten verglichen. Hierfür wurde ein Gesundheitsverhalten-Score (G-Score) entwickelt. Dabei wurden die Antworten auf den Skalen Ernährung, Aktivität, Medienkonsum, sozialer Kontakt und Schlaf danach gewichtet, wie sehr sie gesunde oder ungesunde Verhaltensweisen widerspiegeln. Bei dem G-Score ist eine maximale Punktzahl von 26 zu erreichen. Personen, die eine höhere Gesamtpunktzahl von mehr als 20 erreichen, weisen ein sehr gutes Gesundheitsverhalten auf. Eine genaue Erläuterung befindet sich in Anhang 4. Der G-Score wird in Bezug auf das Gesundheitsverhalten wie folgt interpretiert:

sehr schlecht ($0 \leq x < 5$)

schlecht ($5 \leq x < 10$)

mittel ($10 \leq x < 15$)

gut ($15 \leq x < 20$)

sehr gut ($x \geq 20$)

- 3) Ob und inwiefern das Wohlbefinden und Sorge um die berufliche Zukunft zusammenhängen.

Hierfür wird der WHO-5-Wert mit den Angaben zur Sorge um die berufliche Zukunft verglichen. Die Proband*innen konnten auswählen, ob sie sich mehr, weniger oder unveränderte Sorgen um die berufliche Zukunft machen. Daraufhin wurde der WHO-5-Mittelwert der jeweiligen Gruppe gebildet und verglichen.

- 4) Ob und inwiefern soziale Unterstützung und das Wohlbefinden zusammenhängen.

Der Aspekt der sozialen Unterstützung konnte aufgrund vorhandener Sprachbarrieren nicht erhoben werden. Deshalb wird als Proxy der Kontakt zu Freund*innen und Familie genutzt. Ebenso wird betrachtet, wie sich das individuelle Wohlbefinden in Abhängigkeit der Wohnsituation verhält. Hierfür wird der WHO-5-Score der jeweiligen Personengruppen,

welche allein, mit ihrer Familie, oder mit Freund*innen beziehungsweise Mitbewohner*innen leben, verglichen.

5) Ob und inwiefern die Freizeitgestaltung und das Wohlbefinden zusammenhängen.

Das Wohlbefinden in Abhängigkeit der Freizeitgestaltung sollte anhand der offenen Frage ermittelt werden. Angedachte Antworten waren beispielsweise: nicht mehr ständig diverse Behördengänge zu bestreiten, nicht jeden Tag pünktlich bei der Maßnahme oder beim Praktikum erscheinen zu müssen, eine Ausrede zu haben, sich nicht täglich Gedanken, um die Zukunftsplanung machen zu müssen. Diese Antwortmöglichkeiten wurden aus Erfahrungswerten durch die langjährige Arbeit mit den Jugendlichen formuliert.

5. Ergebnisse

Die Ergebnispräsentation erfolgt durch die bekannte Einteilung. Die Teilfragen wurden bereits im Abschnitt der Forschungsfrage vorgestellt. Der Ergebnisteil schließt mit einer kurzen Zusammenfassung aller Ergebnisse ab. Diese werden im nachfolgenden Abschnitt diskutiert.

5.1. Einteilung der Ergebnisse in Teilfragen

1) Ob und inwiefern sich die Kontaktsperre auf das Wohlbefinden auswirkt.

Zunächst wird ausgewertet, welchen Einfluss die Kontaktsperre während Corona auf das Wohlbefinden der Proband*innen nimmt. 15 Proband*innen (62,50%) geben an, dass es ihnen schlechter geht. Der durchschnittliche Wert zum Wohlbefinden des WHO-5 beträgt bei dieser Gruppe von Personen 58,93% (SD=17,73%). 7 aller Proband*innen (33,33%) geht es wie bisher, hier liegt der WHO-5 mit n=6 Proband*innen bei 75,33% (SD=16,28%). Lediglich eine Person gibt an, eine positive Veränderung des Wohlbefindens durch den Einfluss der Kontaktsperre während Corona zu empfinden. Diese Person hat einen WHO-5 von 60%. Eine Übersicht der Werte findet sich in Tab. 1. Da sich die Mittelwerte der unterschiedlichen Gruppen kaum unterscheiden, wurde es als nicht sinnvoll erachtet, diese Differenzen auf statistische Signifikanz zu überprüfen.

Tabelle 1: MW und SD des WHO-5 der gruppierten Proband*innen (Auswirkung auf das Wohlbefinden)

Gruppe	MW WHO-5	SD
schlechter (n=15)	58,93%	17,7%
unverändert (n=7)	75,33% (n=6)	16,28%
besser (n=1)	60%	-

Die Grafik in Abb. 2 verdeutlicht die sich kaum unterscheidenden Mittelwerte des Wohlbefindens der unterschiedlichen Gruppen. Die Trendlinie zeigt sich u-förmig im Zusammenhang von Wohlbefindens und Kontaktsperre. Dabei weicht die Anzahl der Proband*innen in der vorgenommenen Gruppierung stark voneinander ab.

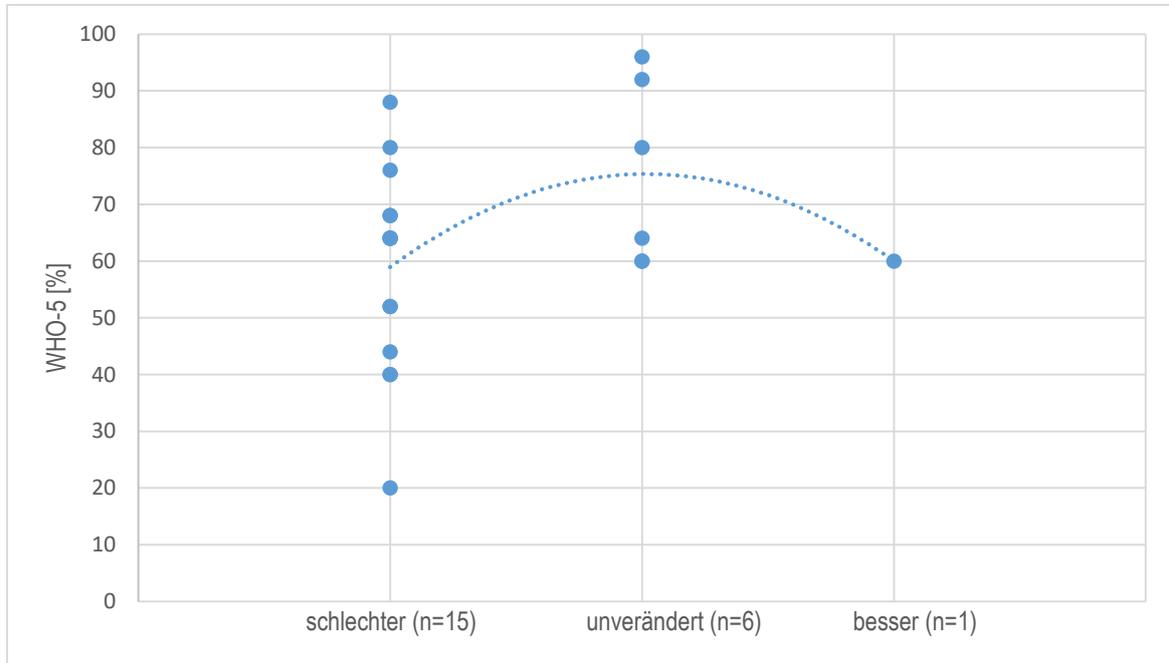


Abbildung 2: Streudiagramm mit Trendlinie des WHO-5 der gruppierten Proband*innen (Auswirkung auf das Wohlbefinden)

Zusätzlich wird die Auswirkung der Kontaktsperre auf den Alltag während Corona ausgewertet. 19 der n=24 Proband*innen (79,17%) haben angekreuzt, dass sich ihr Alltag durch die Corona-Kontakteinschränkungen geändert hat. 12 davon, also 50% aller Proband*innen, fühlen dabei eine negative Veränderung ihres Wohlbefindens. Ihr durchschnittlicher WHO-5 liegt bei 56,7% (SD=17,63%). Die Personen, die angaben, ihr Alltag sei durch die Corona Kontakteinschränkungen unverändert (n=3, 12,5%), haben einen durchschnittlichen WHO-5 von 72% (SD=28,28%), wobei eine Person keine Angabe zum Wohlbefinden gemacht hat. In Tab. 2 sind die Ergebnisse noch einmal aufgeführt.

Tabelle 2: MW und SD des WHO-5 der gruppierten Proband*innen (Auswirkung auf den Alltag)

Gruppe	MW WHO-5	SD
negativ (n=12)	56,7%	17,63%
unverändert (n=3)	72% (n=2)	28,28%
positiv (n=1)	60%	-

Die Grafik in Abb. 3 lässt einen umgekehrten u-förmigen Zusammenhang erkennen. Bei positiver oder unveränderter Auswirkung des Alltags, ist das Wohlbefinden besser, als bei einer negativ wahrgenommenen Auswirkung auf den Alltag.

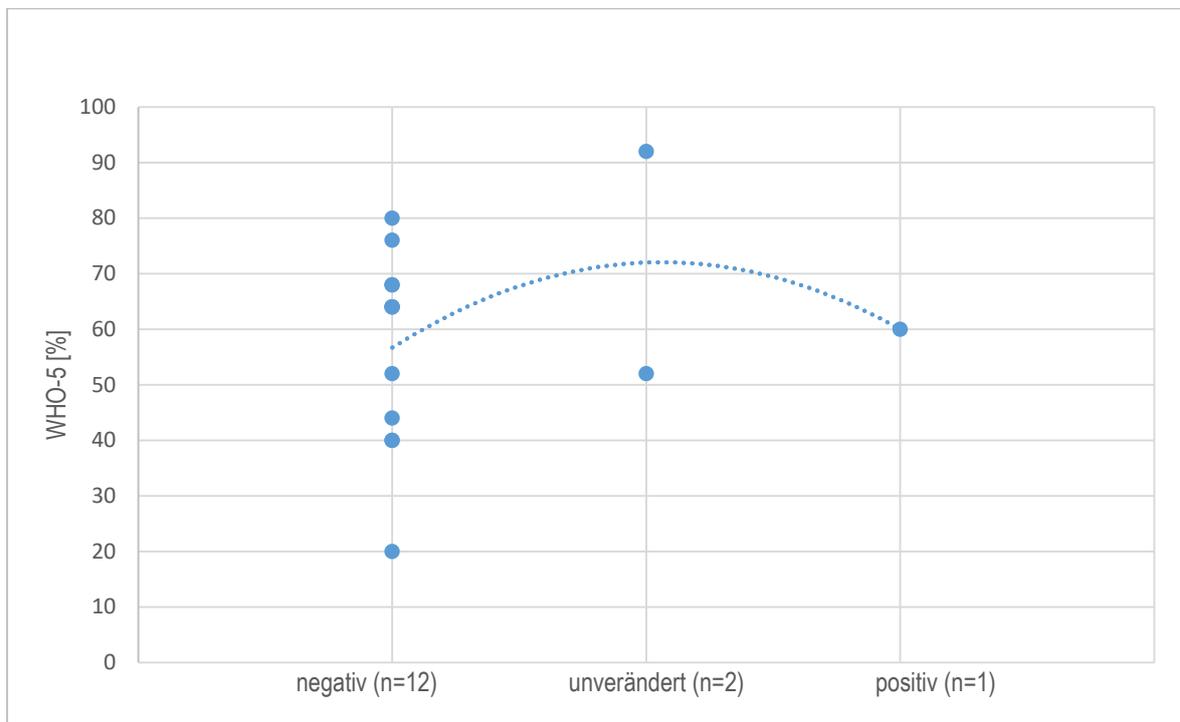


Abbildung 3: Streudiagramm mit Trendlinie des WHO-5 der gruppierten Proband*innen (Auswirkung auf den Alltag)

Die Differenz der Mittelwerte des WHO-5 zwischen den Gruppen „negativ wahrgenommene Alltagsveränderung“ und „unverändert wahrgenommene Alltagsveränderung“ beträgt 15,3%. Da jedoch die Varianzen im Verhältnis sehr groß sind und sich die Werte der Gruppen überlappen, wurde es als nicht sinnvoll erachtet, die Mittelwertsunterschiede auf statistische Signifikanz zu überprüfen.

Ergebnisse aus beiden Fragen statuieren, dass 12 von den 15 Personen, die angeben, sich schlechter zu fühlen, Veränderungen in ihrem Alltag durch die Corona-Kontakteinschränkungen bejahen. 6 von 8 Personen, die ein unverändertes Wohlbefinden angeben, bestätigen eine Veränderung ihres Alltags. Des Weiteren hat eine Probandin die Veränderung ihres Alltags als positiv bewertet.

Da bestimmte Vorerkrankungen das Risiko einer SARS-CoV-2-Infektion erhöhen, wurden diese abgefragt. Um einen möglichen Einfluss einer Vorerkrankung auf das Wohlbefinden erkennen zu können, wurden die Mittelwerte von WHO-5 und G-Score sowie der subjektiven Befindlichkeit gegenüber der Alltagsveränderung hinzugezogen. Die ausgewerteten Daten lassen sich der folgenden Tab. 3 entnehmen.

Tabelle 3: WHO-5-Score und G-Score von Proband*innen mit Vorerkrankungen (n=3, 12,5%)

Vorerkrankungen	MW WHO-5	G-Score	Alltagsveränderung
Übergewicht (n=2)	40% (n=1)	9 (n=1)	Negativ (n=1)
Asthma (n=1)	96%	12	unverändert

Die Person, die einen WHO-5 von 40% erzielte, befindet sich unter dem durchschnittlichen Wohlbefinden der Gesamtbefragten (MW=63,45%, SD=18,11%). Mit dem erreichten G-Score=9 befindet er sich im schlechten Bereich und unter dem durchschnittlichen Wert von 13,13. Die Person mit dem WHO-5 von 96% befindet sich über dem durchschnittlichen Wohlbefinden der Gesamtbefragten. Mit einem G-Score=12 liegt sie mit ihrem Gesundheitsverhalten im Mittelfeld, dennoch ebenfalls unter dem Durchschnitt.

- 2) Ob und inwiefern gesundheitsbezogenes Verhalten der Jugendlichen mit deren Wohlbefinden zusammenhängen.

Um Ergebnisse hierfür deuten zu können, wurde der G-Score entwickelt und mit dem WHO-5 in Verbindung gesetzt. Der Gesamt-Mittelwert des G-Scores liegt bei 13,13 (SD=3,38). Das Minimum liegt bei 9 und das Maximum bei 20. Cronbachs Alpha oder weitere interne Konsistenzen wurden für den G-Score als nicht sinnvoll erachtet und nicht berechnet, da die Skala sehr heterogen ist.

Nach der Auswertung des G-Scores ist festzustellen, dass die meisten Probanden (n=16) sich im Mittelfeld befinden, ihr Mittelwert liegt bei 11,75 (SD=1,57). Gefolgt von 5 Personen mit einem guten Gesundheitsverhalten (MW=17,8, SD=1,1), 2 mit einem schlechten Gesundheitsverhalten (MW=9, SD=0). Lediglich eine Person weist ein sehr gutes Gesundheitsverhalten auf (G-Score=20). Keine Person weist ein sehr schlechtes Gesundheitsverhalten auf. Eine Übersicht bietet Tab. 4.

Tabelle 4: Übersicht Verteilung des Gesundheitsverhaltens, anhand des G-Score

G-Score	sehr schlecht	schlecht	mittel	gut	sehr gut
n=24 (MW=13,3, SD=3,38)	n=0	n=2 (MW=9, SD=0)	n=16 (MW=11,75, SD=1,57)	n=5 (MW=17,8, SD=1,1)	n=1 (20)

Im Folgenden wird auf Abb. 4 eingegangen.

Zu sehen ist, dass die Messwerte des WHO-5 und des G-Scores sich überwiegend im Mittelfeld befinden. Die Grafik lässt drei Ausreißer erkennen. Ein*e Proband*in erzielt einen WHO-5 von 20% und liegt damit weit unter dem Durchschnittswert. Gleichzeitig erzielt diese*r Proband*in einen G-Score von 14 und liegt damit leicht über dem Durchschnitt.

Ein*e weitere*r Proband*in befindet sich mit einem erreichten WHO-5 von 96% weit über dem Durchschnitt der Stichprobe. Diese Person weist gleichzeitig einen leicht unter dem Durchschnitt liegenden G-Score von 12 auf. Einen weiteren Ausreißer bildet ein*e Proband*in mit einem, für die Zielgruppe, vergleichsweise hohen G-Score von 19 und einem gleichzeitig eher geringem WHO-5 von 44%. Insgesamt lässt sich kein Trend erkennen. Es ist unklar, inwiefern ein Zusammenhang besteht, deswegen wurde auf inferenzstatistische Analysen verzichtet.

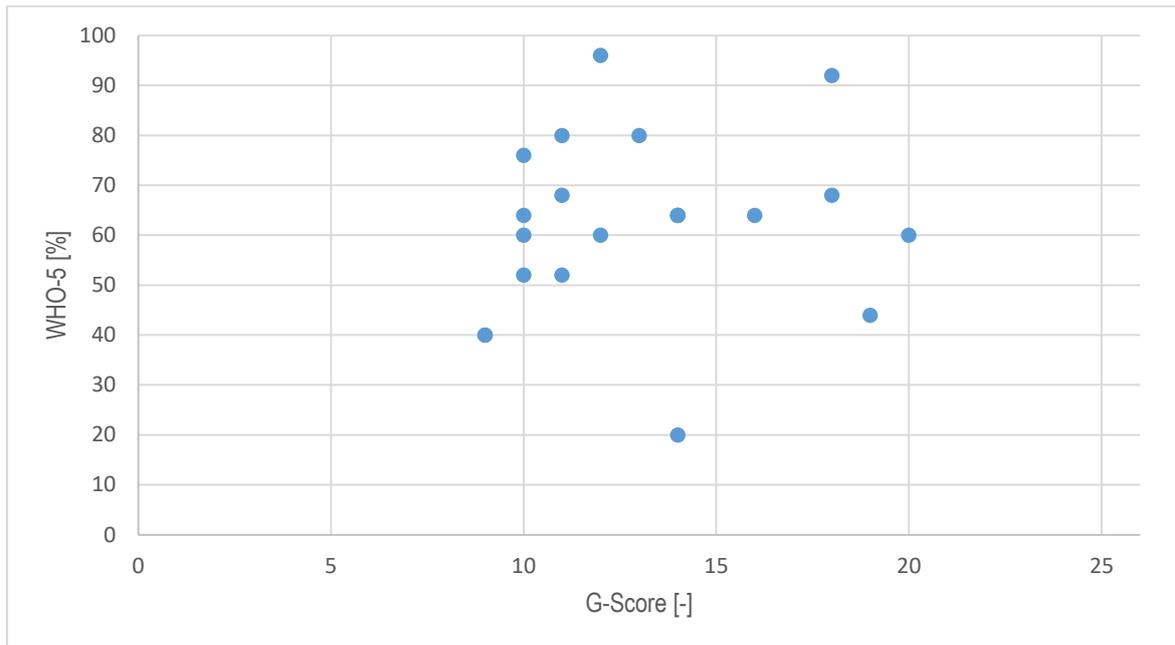


Abbildung 4: Streudiagramm der Zusammenhänge zwischen gesundem Verhalten (G-Score) und Wohlbefinden (WHO-5)

- 3) Ob und inwiefern das Wohlbefinden und Sorge um die berufliche Zukunft zusammenhängen.

Hierfür wurden die beiden Fragen, welche die berufliche Zukunft betreffen, zusammengefasst und mit den Werten des WHO-5 in Verbindung gesetzt. 11 Personen (45,83%) haben die Sorge um ihre berufliche Zukunft verstärkt wahrgenommen. Eine dieser Personen hat keine Angaben zum Wohlbefinden gemacht. Der durchschnittliche Wert des Wohlbefindens liegt in dieser Gruppe bei 68% (SD=19,14%). 8 Personen (33,33%) haben die Sorge um ihre berufliche Zukunft als nicht anders im Vergleich zu vor Corona eingeschätzt. Hierbei hat ebenfalls eine Person keine Angaben zum Wohlbefinden gegeben. Der durchschnittliche Wert des Wohlbefindens für diese Gruppe beträgt 57,1% (SD=18,14%). Lediglich 2 Personen (8,33%) empfinden weniger Sorge um ihre berufliche Zukunft, diese erhalten einen durchschnittlichen Wert des Wohlbefindens von 74% (SD=17,8%).

Die Personen, welche die Sorge um ihre berufliche Zukunft verstärkt wahrnehmen, erreichen dennoch ein höheres Wohlbefinden als jene, die keine Veränderung angeben. Eine Übersicht gibt Tab. 5.

Tabelle 5: MW und SD des WHO-5 der gruppierten Proband*innen (Sorge um die berufliche Zukunft)

Sorge um berufl. Zukunft	MW WHO-5	SD
weniger (n=2)	74%	17,8%
nicht anders (n=8)	57,1% (n=7)	18,14%
stärker (n=11)	68% (n=10)	19,14%

Im Folgenden wird auf die Grafik in Abb. 5 eingegangen.

Die Trendlinie zeigt einen u-förmigen Zusammenhang zwischen den zwei Variablen auf. Da kein linearer Zusammenhang erkennbar ist, wird auf die Berechnung von Spearmans Rho bzw. einer Rangkorrelation verzichtet. Auch für inferenzstatistische Analysen sind die Voraussetzungen mit den erhobenen Daten nicht gegeben. Insofern wird auf eine ausschließlich deskriptive Interpretation der Grafik zurückgegriffen. Diese zeigt, dass Proband*innen, welche vermehrt Sorgen um ihre berufliche Zukunft haben, ein größeres Wohlbefinden besitzen als diejenigen, deren Sorge sich nicht verändert hat. Ebenso führt eine geringere Sorge um die berufliche Zukunft zu einem höheren Wohlbefinden.

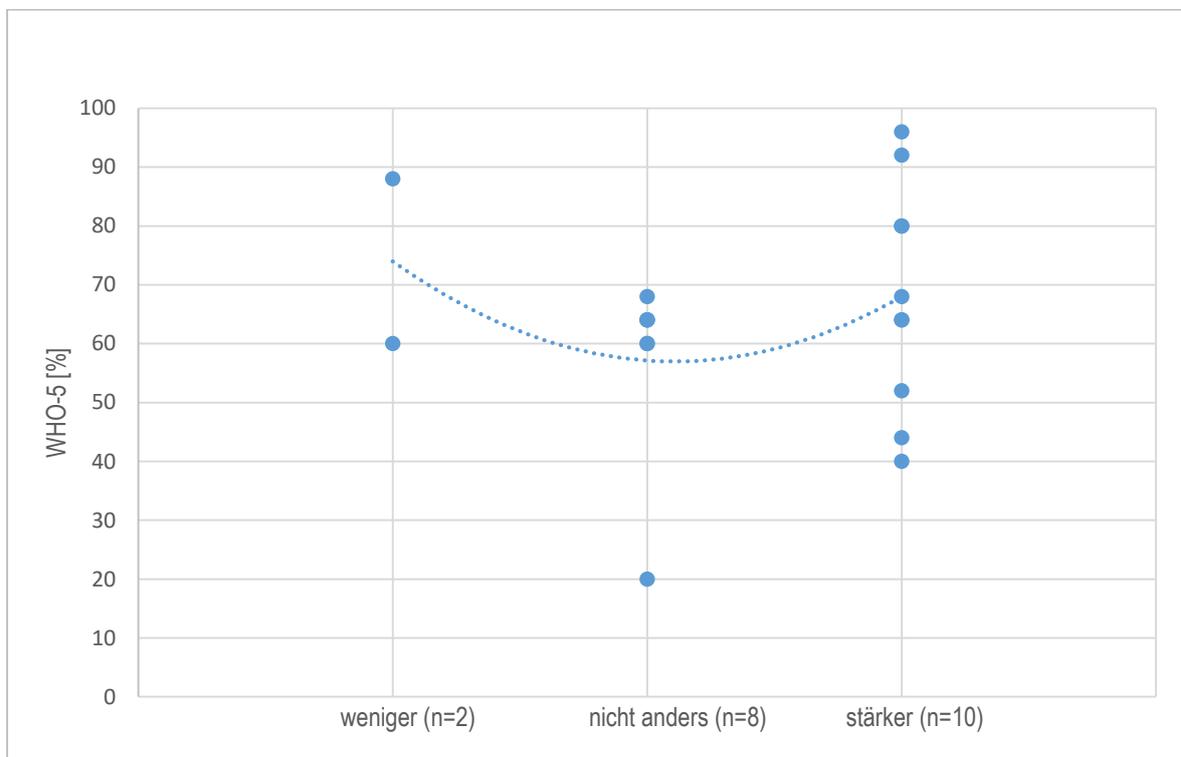


Abbildung 5: Streudiagramm mit Trendlinie des WHO-5 der gruppierten Proband*innen (Sorge um die berufliche Zukunft)

4) Ob und inwiefern soziale Unterstützung und das Wohlbefinden zusammenhängen.

Um Aussagen bezüglich der sozialen Unterstützung zu tätigen, wurde auf die demographischen Angaben zu den Wohnumständen der Proband*innen zurückgegriffen. Es wird das Wohlbefinden in Abhängigkeit der Art der Wohnung von n=24 betrachtet. Davon wurden die Angaben von 5 Personen als ungültig gewertet, weil diese kontroverse Angaben gemacht haben. Eine Übersicht befindet sich in Tab. 6. Hierbei fällt auf, dass in einer Wohnunterkunft lebende Personen (n=4, 11,66%) mit einem durchschnittlichen WHO-5 von 76% (SD=15,31%) das größte Wohlbefinden aufweisen. Diese Personen leben alle in einem Familienverbund. Mit einem WHO-5 von 53% (SD=9,45%) weisen in einer Jugendwohnung lebende Personen (n=3, 12,5%) das geringste Wohlbefinden auf. Im Mittelfeld befinden sich somit diejenigen, welche in einer Mietwohnung leben (n=11, 45,83%). Bei ihnen liegt der Wert bei 59,2% (SD=19,03%). In dieser Gruppe befindet sich eine Person, die keine Angabe zum Wohlbefinden getätigt hat. Abb. 6 bietet eine graphische Übersicht der zuvor beschriebenen Angaben.

Tabelle 6: MW und SD des WHO-5 der gruppierten Proband*innen (Art der Wohnung)

Art der Wohnung	MW WHO-5	SD
Wohnunterkunft (n=4)	76%	15,31%
Jugendwohnung (n=4)	53%	9,45%
Mietwohnung (n=11)	59,2% (n=10)	19,03%

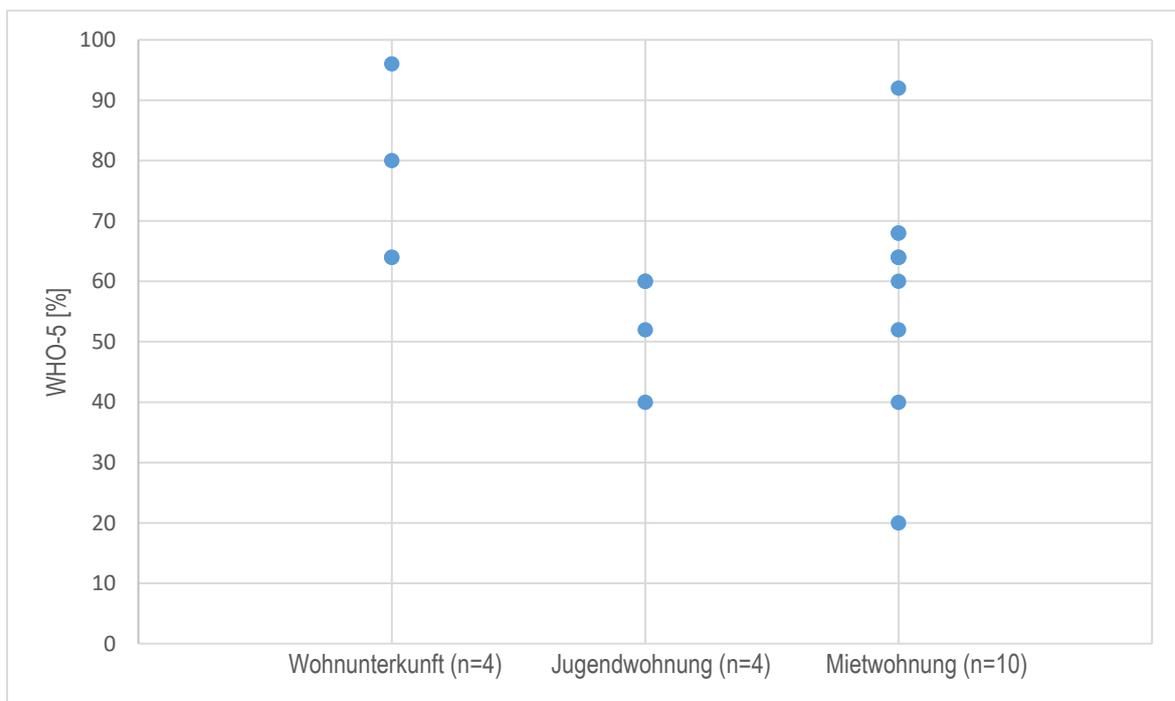


Abbildung 6: Streudiagramm des WHO-5 der gruppierten Proband*innen (Art der Wohnung)

Zusätzlich wurden die Wohnverhältnisse von n=23 ausgewertet und mit dem durchschnittlichen WHO-5-Wert in Verbindung gesetzt. Eine Übersicht befindet sich in Tab. 7. Personen, die allein wohnen (n=2, 8,3%), haben einen durchschnittlichen WHO-5 von 40% (SD=28,28%). Personen, welche im Familienverbund leben (n=16, 66,6%), besitzen ein weitaus höheres durchschnittliche Wohlbefinden von circa 67% (SD=13,18%). 2 der Proband*innen aus dieser Gruppe haben keine Angaben zum Wohlbefinden gemacht. Befragte Personen, welche einen Haushalt mit Freund*innen oder Mitbewohner*innen teilen, befinden sich im Mittelfeld und besitzen ein durchschnittliches Wohlbefinden von 56,8% (SD=19,06%). Abb. 7 bietet eine graphische Übersicht der zuvor beschriebenen Angaben.

Tabelle 7: MW und SD des WHO-5 der gruppierten Proband*innen (Wohnverhältnisse)

Wohnverhältnisse	MW WHO-5	SD
allein (n=2)	40%	28,28%
Familie (n=16)	67%	13,18%
Freunde/WG (n=5)	56,8%	19,06%

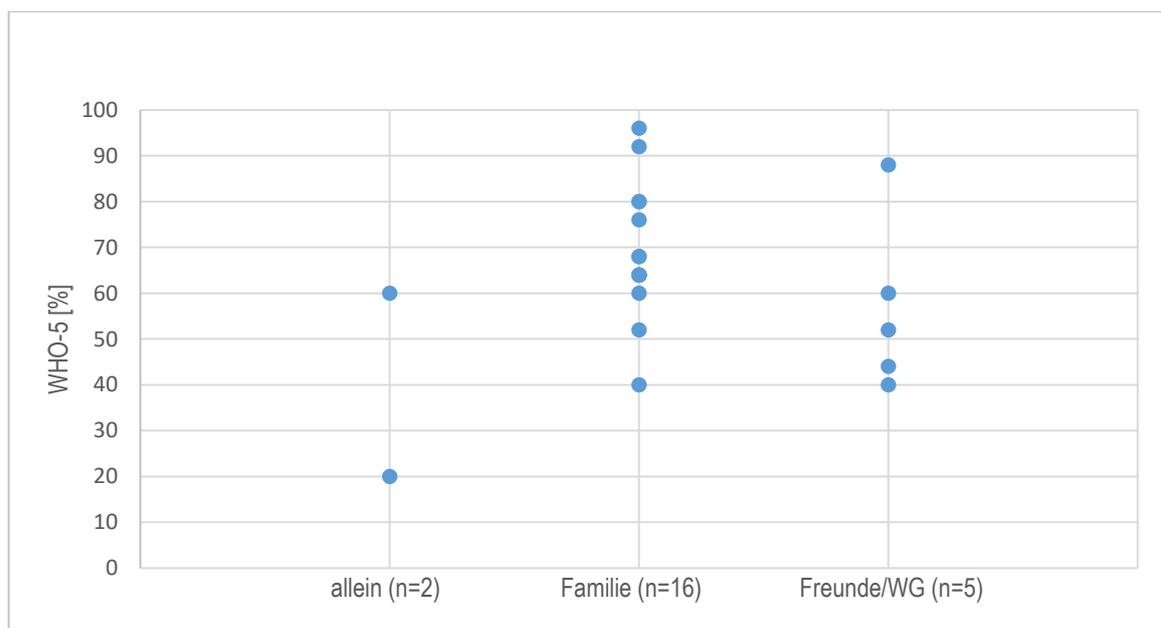


Abbildung 7: Streudiagramm des WHO-5 der gruppierten Proband*innen (Wohnverhältnisse)

Werden also die Lebensumstände als Proxy für soziale Unterstützung genutzt, ergibt sich, dass alleinlebende Personen ein durchaus geringeres Wohlbefinden aufweisen als diejenigen, welche sich den Haushalt mit weiteren Personen teilen. Aufgrund im Verhältnis großer Varianzen wurde hier ebenfalls auf eine inferenzstatistische Überprüfung verzichtet. Als weiteres Indiz für die soziale Unterstützung wurde der Kontakt zu Freund*innen und Familie betrachtet und ebenso mit dem WHO-5 in einen Zusammenhang gebracht. Eine Übersicht der Ergebnisse befindet sich in Tab. 8.

8 Personen (33,33%) geben an, weniger Kontakt mit Freund*innen und Familie zu haben. Diese Gruppe an Personen hat einen durchschnittlichen WHO-5 von 71% (SD=16,53). 7 Personen (29,17%) geben an, mehr Kontakt zu Freund*innen und Familie zu haben. Diese Gruppe an Personen hat einen durchschnittlichen WHO-5 von 62,4% (SD=8,24%). 2 Personen haben keine Angaben zum Wohlbefinden gemacht. Bei 6 Personen (25%) hat sich der Kontakt zu Freund*innen und Familie nicht geändert. Diese Gruppe an Personen hat einen durchschnittlichen WHO-5 von 54% (SD=17,3%).

Tabelle 8: MW und SD des WHO-5 der gruppierten Proband*innen (Kontakt zu Freund*innen und Familie)

Kontakt zu Freunden & Familie	MW WHO-5	SD
weniger (n=8)	71%	16,53%
unverändert (n=6)	54%	17,3%
mehr (n=7)	62,4% (n=5)	18,24%

Diese Ergebnisse zeigen auf, dass die Proband*innen, welche weniger Sozialkontakte haben, sich durchschnittlich wohler fühlen als die, die mehr Kontakt zu Freund*innen und Familie haben. Proband*innen, welche ihre Sozialkontakte als nicht verändert wahrnehmen, haben durchschnittlich das geringste Wohlbefinden. Die Trendlinie der Grafik in Abb. 8 zeigt einen u-förmigen Zusammenhang, der aufgrund der Beschaffenheit der Daten nicht inferenzstatistisch überprüft wurde.

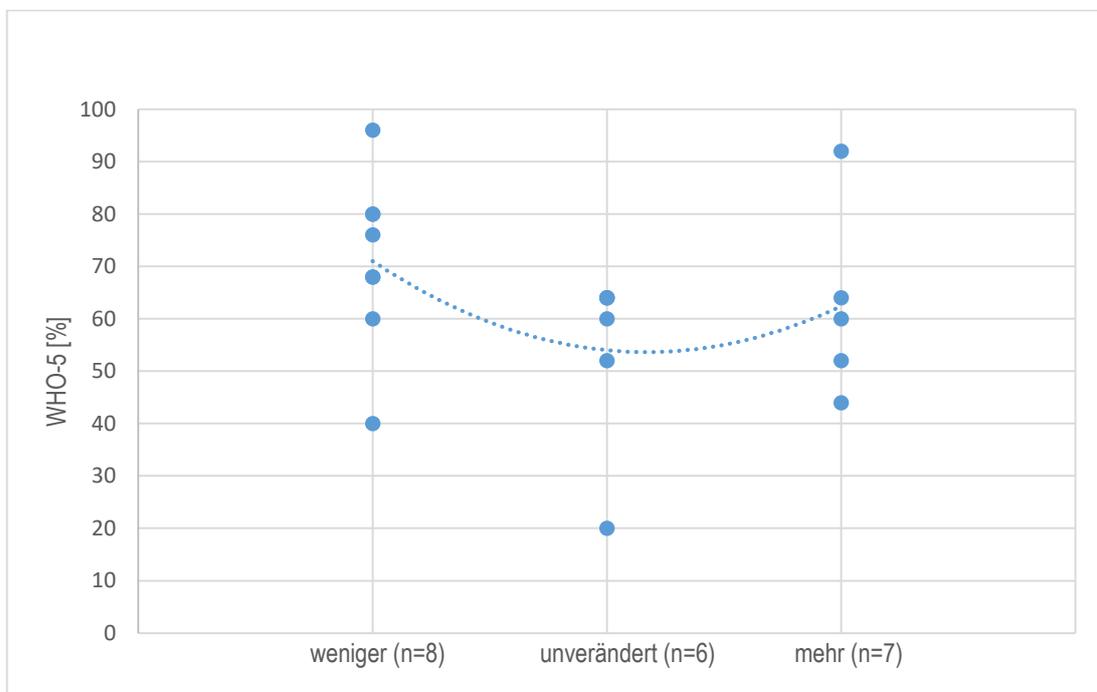


Abbildung 8: Streudiagramm des WHO-5 der gruppierten Proband*innen (Kontakt zu Freund*innen und Familie)

Zuletzt wurde die offene Frage am Ende des Fragebogens hinzugezogen, um eine weitere Annäherung an das Konstrukt der sozialen Unterstützung zu schaffen. In dieser konnten die Proband*innen angeben, was sie zurzeit besonders vermissen. Alle vollständigen Antworten befinden sich in Anhang 5. 11 Personen (45,83%) erwähnen in dieser Frage, dass sie Zeit mit Freund*innen und/oder der Familie vermissen. Diese Leute haben einen durchschnittlichen WHO-5 von 58,8% (SD=18,86%). 4 (36,36%) dieser 11 Befragten haben zusätzlich angegeben, dass sie dabei keine Veränderung ihrer subjektiven Befindlichkeit verspüren. Die verbleibenden 7 der 11 Personen sind der Meinung, dass es ihnen schlechter gehe.

Tab. 9 zeigt einen Abgleich der subjektiven Befindlichkeit der 11 Personen, aufgeteilt in zwei Gruppen, mit dem jeweiligen Durchschnittswert des WHO-5. Eine graphische Darstellung folgt in Abb. 9. Hier ist ein absteigender Trend zu erkennen. Nach einer graphischen Inspektion wurde eine inferenzstatistische Überprüfung der Mittelwertsunterschiede als nicht sinnvoll erachtet und deshalb darauf verzichtet.

Tabelle 9: MW und SD des WHO-5 der gruppierten Proband*innen (subjektive Befindlichkeit von Proband*innen, welche ihre Freund*innen und Familie vermissen (n=11))

Subjektive Befindlichkeit	MW WHO-5	SD
unverändert (n=4)	72% (n=3)	17,44%
schlechter (n=7)	53,14% (n=7)	17,54%

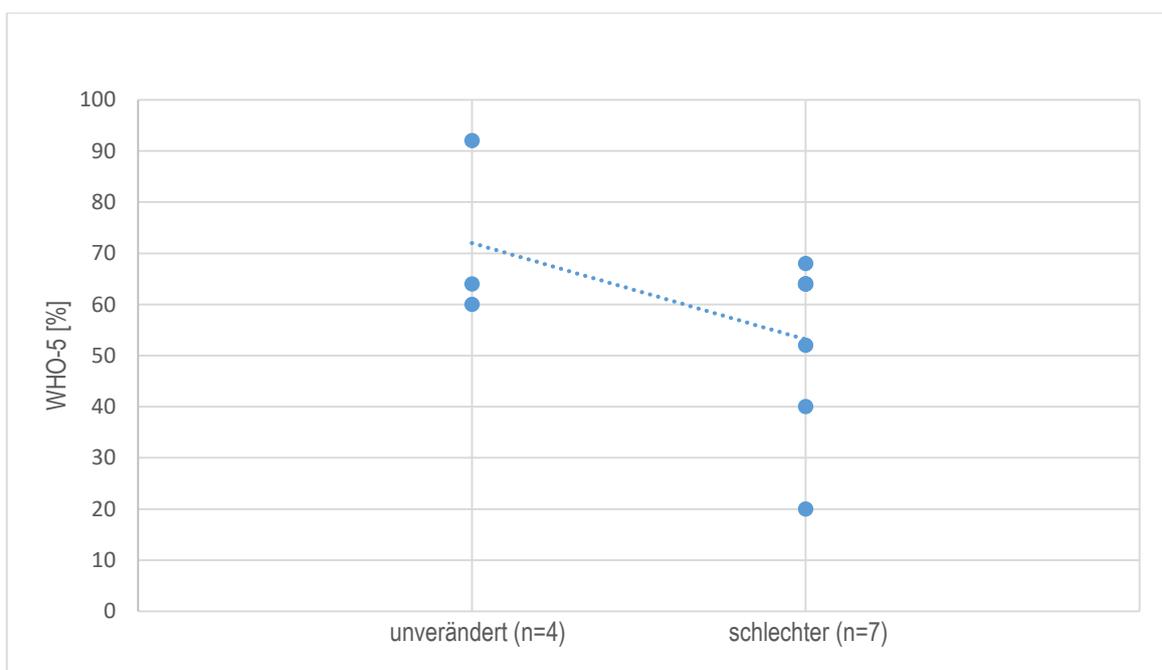


Abbildung 9: Streudiagramm des WHO-5 der gruppierten Proband*innen (subjektive Befindlichkeit von Proband*innen, welche ihre Freund*innen und Familie vermissen)

Die Antworten der Proband*innen zur offenen Frage wurden mit den weiteren Angaben zu Kontakt mit Freund*innen und Familie und der subjektiven Befindlichkeit im folgenden Abschnitt in Verbindung gesetzt.

7 aller n=24 Befragten (29,17%) haben angegeben, mehr Kontakt zu Freund*innen und Familie zu haben, dennoch vermissen 4 von diesen 7 ihre Freund*innen und ihre Familie. 4 der 6 Personen, die ihren Kontakt zu Freund*innen und Familie als nicht verändert wahrnehmen, geben an, diese trotzdem zu vermissen. 3 der 8 Personen, die angeben, weniger Kontakt zu Freund*innen und Familie zu haben, geben zusätzlich an, Freund*innen und Familie zu vermissen. Die einzige Person aller Befragten, die angegeben hat, dass es ihr besser geht, hat nicht ausgesagt, was sie vermisst.

5) Ob und inwiefern die Freizeitgestaltung und das Wohlbefinden zusammenhängen.

Die Proband*innen wurden im Stil eines offenen Antwortformats gefragt, was sie am wenigsten seit der Corona-Kontaktsperre vermissen. Aus den gegebenen Antworten lässt sich kaum etwas ableiten. Lediglich eine Person gibt an, die vielen Befehle ihrer Mutter und das Aufpassen auf die Geschwister nicht zu vermissen. Zwei weitere Personen berichten, dass sie den Kontakt zu ihren Freund*innen und ihrer Familie nicht vermissen. Einem Probanden ist aufgefallen, dass die Maßnahmen zur Eingrenzung der Pandemie auch der Umwelt zugutekämen und beantwortet die Frage, was er nicht vermissen würde, mit „Umweltverschmutzung“. Weitere Antworten sind wenig brauchbar. Alle Antworten befinden sich in Anhang 6.

5.2. Zusammenfassung der Ergebnisse

In Bezug auf Frage 1 lässt sich ein u-förmiger Zusammenhang zwischen Wohlbefinden und Kontaktsperre erkennen. Dabei unterscheiden sich die Mittelwerte der Gruppen minimal und lediglich eine Person hat angegeben, dass es ihr besser geht. Zusätzlich lässt sich ein umgekehrter u-förmiger Zusammenhang zwischen Wohlbefinden und wahrgenommener Alltagsveränderung erkennen. Beim Berechnen des Zusammenhangs von Wohlbefinden und Vorerkrankung lässt sich kein Trend erkennen.

In Bezug auf Frage 2 lässt sich kein Trend erkennen. Der Zusammenhang zwischen Wohlbefinden und Gesundheitsverhalten ist unklar.

In Bezug auf Frage 3 lässt sich ein u-förmiger Zusammenhang zwischen Wohlbefinden und Sorge um die berufliche Zukunft erkennen. Hierbei besitzen Proband*innen mit vermehrter Sorge um die berufliche Zukunft sowie Proband*innen mit verminderter Sorge um die berufliche Zukunft ein höheres Wohlbefinden als Proband*innen mit unveränderter Sorge um die berufliche Zukunft.

In Bezug auf Frage 4 lässt sich kein Trend beim Wohlbefinden in Zusammenhang mit der sozialen Unterstützung erkennen. Es fällt lediglich auf, dass im Familienverbund und in einer Wohnunterkunft lebende Personen das größte Wohlbefinden der Stichprobe erreichen. Zusätzlich besteht ein u-förmiger Zusammenhang zwischen Wohlbefinden und Sozialkontakt. Personen mit geringerem Sozialkontakt erzielen ein höheres Wohlbefinden als diejenigen, die mehr oder unveränderten Sozialkontakt haben. Bei einem Vergleich des Wohlbefindens durch den WHO-5 und der subjektiven Befindlichkeit ist ein abfallender Trend zu erkennen. Personen mit unveränderter subjektiver Befindlichkeit erreichen durchschnittlich ein besseres Wohlbefinden als diejenigen mit negativ veränderter subjektiver Befindlichkeit.

In Bezug auf Frage 5 lässt sich kein Trend zwischen Wohlbefinden und Freizeitgestaltung erkennen.

Zum Fastenmonat Ramadan ergaben sich keine Zusammenhänge mit der Auswertung anderer Items des Fragebogens. Lediglich zwei Personen gaben an, dass ihnen die Fastenzeit schwerfällt. Zudem gab eine dieser Personen an, sich besser zu fühlen. Diese Person hat einen WHO-5 von 60%. Die andere gab an, sich schlechter zu fühlen. Diese Person hat einen WHO-5 von 68%.

6. Diskussion

Diese Erhebung stellt einen anfänglichen Versuch dar, die Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie auf die mentale Gesundheit von Jugendlichen zu erforschen. Um aussagekräftige Ergebnisse belegen zu können, bedarf es weiterer Erhebungen. Diese sollten in ihrer Gestaltung entsprechend der folgenden Kritik angepasst werden.

Zunächst lässt sich feststellen, dass die gesamte Stichprobe zu klein ist, um wirklich aussagekräftige Schlussfolgerungen abzuleiten. Zudem handelt es sich bei dem SARS-CoV-2-Virus um ein neuartiges Virus, sodass eine allgemeine Gültigkeit der in dieser Arbeit erforschten Annahmen nicht gegeben ist. Die vorliegende Erhebung zeigt, dass sich offene Fragen weniger gut für eine wissenschaftliche Auswertung der Fragen eignen. Zusätzlich sollte darauf geachtet werden, dass ein Konstrukt nicht durch viele Variablen und Items versucht wird abzubilden. Ein Face-to-Face-Interview hätte vermutlich zu eindeutigeren Ergebnissen geführt als die angewandte Paper-Pencil-Methode. Ebenso wurden Daten zu lediglich einem Zeitpunkt erhoben, somit kann keine Aussage bezüglich der Kausalität getroffen werden. Weitere Limitationen sind aufgrund des geringen Aussagewertes der Erhebung nicht eindeutig auszumachen.

Die ausgefüllten Fragebögen lassen erkennen, dass das gewählte Format keine erfolgreiche Lösung ist, um aussagekräftige Daten zu erheben. Die angegebenen Antworten lassen in vielen Fällen darauf schließen, dass die Fragen nicht oder falsch verstanden wurden. Dies zeigt sich zum Beispiel im Vergleich der Angaben zur subjektiven Befindlichkeit und zum WHO-5. Gut vorbereitete und strukturierte Interviews wären vorteilhafter gewesen, um die Fragen dem Gegenüber entsprechend individuell formulieren zu können. Diese Art der Befragung war durch die vorgenommenen Maßnahmen der Regierung zur Eindämmung der Corona-Pandemie nicht gegeben. Die in den Pre-Tests sehr gut angenommenen Fragebögen auf Englisch und Französisch, wurden in der richtigen Befragung nicht genutzt. Die Proband*innen haben sich allesamt für die deutsche Version des Fragebogens entschieden.

Der angewandte WHO-5 ist kurzgehalten – ein gutes Cronbachs Alpha für fünf Items zu erhalten, gestaltet sich schwierig. Demnach ist das errechnete Cronbachs Alpha von 0,68 noch als akzeptabel einzustufen (Diekmann, 2016, S. 253-256). Die Validität der eigens erstellten Items ist in Frage zu stellen, da diese nicht aus zuvor anerkannten und geprüften Testverfahren entnommen wurden. Ebenfalls könnte eine geringe Vergleichbarkeit der beiden Fragebögen (WHO-5 und eigens erstellte Items) bestehen. Auch der G-Score lässt eine geringe Vergleichbarkeit mit dem WHO-5 vermuten, dies ist unter anderem auf die unter Punkt 2 des Ergebnisteils entstandenen Ausreißer zurückzuführen.

In dieser Erhebung wurden die Art der Unterkunft, die Wohnverhältnisse und die Sozialkontakte in und außerhalb der Wohnverhältnisse zur Untersuchung der sozialen Unterstützung herangezogen. Hierbei fallen die Personen, die in Wohnunterkünften leben durch einen überdurchschnittlichen Wert an WHO-5-Wohlbefinden auf. Ein möglicher Grund könnte das Zusammenleben im Familienverbund sein. Dies müsste durch weitere Studien erforscht werden. Des Weiteren ergibt sich aus der Untersuchung der Lebensumstände als Proxy für soziale Unterstützung, dass alleinlebende Personen ein geringeres Wohlbefinden aufweisen als im Familienverbund lebende Personen. Diese Auswirkung könnte den Folgen der Maßnahmen zur Pandemieeindämmung zugeordnet werden. Andererseits hat den Ergebnissen zufolge weniger Sozialkontakt der Proband*innen keine negative Auswirkung auf das Wohlbefinden. Dies widerspricht der gängigen Forschung zur mentalen Gesundheit Jugendlicher, auf welche im theoretischen Teil dieser Arbeit eingegangen wurde. Personen mit geringerem Sozialkontakt geben an, dies nicht als sehr problematisch oder belastend anzusehen. Personen, welche bereits vermehrt soziale Kontakte pflegen, geben an ein größeres Bedürfnis nach diesen zu haben. Ob sich dieser vorsichtige Trend in weiteren Studien bestätigt, ist abzuwarten. Bei einer weiterführenden Forschungsarbeit zu diesem Thema sollte darauf geachtet werden, die

soziale Unterstützung dem gängigen Forschungsstand entsprechend zu untersuchen. In der vorliegenden Arbeit wurden lediglich Annäherungen zur sozialen Unterstützung vorgenommen, wie der Kontakt zu Freund*innen und Familie. Diese stellten sich als ungeeignet heraus.

Ob die Sorge um die berufliche Zukunft Einfluss auf das Wohlbefinden hat, lässt sich durch die erhobenen Daten nicht aussagen. Die vorliegende Erhebung zeigt einen unerwarteten Zusammenhang – Proband*innen mit vermehrter oder geringerer Sorge als zuvor zeigen einen höheren Wert des Wohlbefindens als Proband*innen mit unveränderter Sorge. Somit ist ein Zusammenhang zwischen Sorge um die berufliche Zukunft und WHO-5-Wohlbefinden in Frage zu stellen. Für weitere Forschungen könnte der Vergleich von Wohlbefinden und Sorge um die berufliche Zukunft dennoch interessant sein. Hierfür sollten spezifischere Fragen gestellt werden. In dem vorliegenden Fragebogen wurden keine Definition oder Beispiele zur Sorge um die berufliche Zukunft gegeben. Es ist anzuzweifeln, ob die Stichprobe für sich definieren kann, was Sorge um die berufliche Zukunft bedeutet und beinhaltet.

7. Fazit und Ausblick

Mithilfe dieser Erhebung sollte festgestellt werden, ob die Proband*innen der Stichprobe durch die soziale Isolation von April bis Mai 2020 während der Corona-Pandemie in Hamburg eine negative Beeinflussung in verschiedenen Lebensbereichen erfahren. Der Hintergrund des Interesses war hierbei, eine mögliche Erklärung dafür zu finden, dass, von der Berufsvorbereitung, erwartete Leistungen nicht mehr erbracht werden konnten. Bei aussagekräftigen Studienergebnissen hätte darauf Bezug genommen und nach möglichen Lösungswegen gesucht werden können, um die mentale Gesundheit der Teilnehmenden zu schützen und zu fördern. In der vorliegenden Arbeit konnten diese Ergebnisse nicht erzielt werden, aufgrund dessen kann auch die Frage, wieso erwartete Leistungen nicht erbracht wurden, nicht beantwortet werden. Ebenso wurde kein Vergleichszeitpunkt oder eine Vergleichskohorte gebildet. Beides kann in Zukunft in Erwägung gezogen werden. Die Ergebnisse der Erhebung zeigen durchschnittlich keine gravierende Auswirkung der Maßnahmen zur Eindämmung der SARS-CoV-2-Pandemie auf die mentale Gesundheit der Jugendlichen.

8. Literaturverzeichnis

Beddington, J., Cooper, C.L., Field, J., Goswami, U., Huppert, F.A., Jenkins, R., Jones, H.S., Kirkwood, T.B.L., Sahakian, B.J., Thomas, S.M., (2008). The mental wealth of nations, in: Nature, Nature, 455. Jg., Nr. 7216, S. 1057-1060.

Blättner, B., Waller, H. (2011). Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen Theorie und Anwendung (5. Auflage). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (o.J.). Zum Verständnis mentaler Gesundheit. Von der Abwesenheit psychischer Störungen bis hin zum Wohlbefinden. <https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeit-und-Gesundheit/Psychische-Gesundheit/Mentale-Gesundheit-und-kognitive-Leistungsfahigkeit/Konzept-Mentale-Gesundheit.html>, Stand 17.08.2020

Bundesministerium für Gesundheit (2015). Glossar Begriffe A-Z. Seelische Gesundheit. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/s/seelische-gesundheit.html>, Stand 17.08.2020

Chen, E., Matthews, K.A., Boyce, W.T. (2002). Socioeconomic differences in children's health: How and why do these relationships change with age?, in: Psychological Bulletin, 128. Jg., Nr. 2, S. 295-329.

Clegg, A. P., Barber, S. E., Young, J. B., Forster, A., & Iliffe, S. J. (2012). Do home-based exercise interventions improve outcomes for frail older people? Findings from a systematic review, in: Reviews in clinical gerontology, 22. Jg., Nr. 1, S. 68–78. DOI: 10.1017/S0959259811000165.

Constitution of the World Health Organization. (1946), in: American journal of public health and the nation's health, 36. Jg., Nr. 11, S. 1315–1323.

Diekmann, A. (2016). Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. (10. Auflage). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Europäische Generaldirektion Gesundheit & Verbraucherschutz (2005). Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union. https://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_de.pdf, Stand 17.08.2020

Fatke, B., Hölzle, P., Frank, A., Förstl, H. (2020). Psychische Probleme in der Pandemie. Beobachtungen während der COVID-19-Krise, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift, Jg. 145, Nr. 10, S. 675-681. DOI: 10.1055/a-1147-2889.

Forbes, D., Forbes, S., Morgan, D. G., Markle-Reid, M., Wood, J., & Culum, I. (2008). Physical activity programs for persons with dementia, in: The Cochrane database of systematic reviews, Nr. 3.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2015). Kapitel 2.11 Psychische Gesundheit [Gesundheit in Deutschland, 2015]. http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=25397, Stand 17.08.2020

Geyer, S., Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2016). Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit. DOI: 10.17623/BZGA:224-i109-1.0. <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/soziale-ungleichheit-und-gesundheitkrankheit/>, Stand 17.08.2020

Graham H. (2004). Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings, in: The Milbank quarterly, 82. Jg., Nr. 1, S. 101–124.

Hapke, U., v.d. Lippe, E., Busch, M., Lange, C. (2012). Psychische Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland, in: Robert Koch-Institut (Hrsg.) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI, S.39-50.

Hölling, H., Schlack, R., Petermann, F., Ravens-Sieberer, U., Mauz, E. & KiGGS Study Group. (2014). Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003-2006 und 2009-2012), in: Bundesgesundheitsblatt, 57. Jg., Nr. 7, S. 807-819.. DOI: 10.1007/s0103-014-1979-3.

Klasen, F. (2015). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Kumulative Habilitationsschrift. Hamburg.

Klipker, K., Baumgarten, F., Göbel, K., Lampert, T., Hölling, H. (2018). Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends, in: Journal of Healing Monitoring, 3. Jg., Nr. 3. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2018-077.

Kuntz, B., Rattay, P., Poethko-Müller, C., Thamm, R., Hölling, H., Lampert, T. (2018). Soziale Unterschiede im Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse der KiGGS Welle 2, in: Journal of Healing Monitoring, 3 Jg., Nr. 3, S. 37-44.. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2018-076.

Kvorning, J. (2012). Mental Health Services. The WHO-5 website. Oxford. <https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/about-the-who-5/Pages/default.aspx>, Stand 17.08.2020

Lampert, T. Bundeszentrale für politische Bildung. (2018). Soziale Ungleichheit der Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken, in: Aus Politik und Zeitgeschichte, Nr. 24, S. 12-18.

Ohrnberger, J., Fichera, E., & Sutton, M. (2017). The relationship between physical and mental health: A mediation analysis, in: Social science & medicine, 195. Jg., S. 42–49. DOI: 10.1016/j.socscimed.2017.11.008.

Rengeling, D. (2020). Die Corona-Pandemie 2020 – über eine allumfassende Prävention hinaus, in: N.T.M, Jg.,28, S. 211-217. DOI: 10.1007/s000048-020-00256-6.

Richter, M. (2005). Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter: Der Einfluss sozialer Ungleichheit. Wiesbaden: VS-Verlag.

Richter, M., Hurrelmann, K. (2007). Warum die gesellschaftlichen Verhältnisse krank machen, in: Aus Politik und Zeitgeschichte, Nr. 42, S. 3-10.

Richter, M., Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W., Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.). (2008). Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Robert Koch-Institut (2009). Was ist eine Pandemie? <https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Pandemie/FAQ18.html>, Stand 17.08.2020

Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2016). Gesundheit in Deutschland – die wichtigsten Entwicklungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin: RKI: 43. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2016-021.

Robert Koch-Institut. (o.J.). Psychische Gesundheit. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Psychische_Gesundheit/Psychische_Gesundheit_node.htm, Stand 17.08.2020

Schmitz, R., Tamm, M., Ellert, U., Kalcklösch, M., Schlaud, M. & Group, K.S. (2014). Verbreitung häufiger Allergien bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland, in: Bundesgesundheitsblatt,57. Jg., Nr. 7, S. 771-778. DOI: 10.1007/s00103-014-1975-7.

Stephens, A., Shankar, A., Demakakos, P., & Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women, in: Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 110. Jg., Nr. 15, S. 5797–5801. DOI: 10.1073/pnas.1219686110.

Weltgesundheitsorganisation (2019). Psychische Gesundheit – Faktenblatt. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/404853/MNH_FactSheet_DE.pdf?ua=1, Stand 17.08.2020

Weltgesundheitsorganisation (2018). Junge Menschen und psychische Gesundheit in einer sich wandelnden Welt – Welttag für psychische Gesundheit 2018. <https://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2018/10/young-people-and-mental-health-in-a-changing-world-world-mental-health-day-2018>, Stand 17.08.2020

Weltgesundheitsorganisation (2020). Pandemie der Coronavirus-Krankheit (COVID-19). <https://www.euro.who.int/de/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov>, Stand 17.08.2020

West, P. (1997). Health inequalities in the early years: Is there equalisation in youth?, in: Social Science & Medicine, 44. Jg., Nr. 6, S. 833–858. DOI:10.1016/s0277-9536(96)00188-8.

World Health Organization. (o.J.). Mental Health. https://www.who.int/mental_health/en/, Stand 17.08.2020

World Health Organization (2009). Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Genf: WHO Press.

Anhang

Anhang 1: Zweite Verordnung zur Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung ..	43
Anhang 2: Angewandter Fragebogen	57
Anhang 3: Kodierschema für die Auswertung des Fragebogens.....	61
Anhang 4: Eingabe aller Fragebögen in Excel.....	62
Anhang 5: Eingabe der Werte des WHO-5 in Excel	70
Anhang 6: Kodierschema für den G-Score	71
Anhang 7: Antworten auf die Frage „Was vermissen Sie sehr seit der Kontaktsperr?“	73
Anhang 8: Antworten auf die Frage „Was vermissen Sie nicht seit der Kontaktsperr?“	74

HAMBURGISCHES GESETZ- UND VERORDNUNGSBLATT

TEIL I

HmbGVBl. Nr. 20	FREITAG, DEN 17. APRIL	2020
Tag	Inhalt	Seite
17. 4. 2020	Zweite Verordnung zur Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung	217

Angaben unter dem Vierstelligeinstellen bestehen aus der Gliederungsnummer in der Sammlung der Gesetze und Verordnungen des Preises und Hansverlags Hamburg.

Zweite Verordnung zur Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung Vom 17. April 2020

Auf Grund von § 32 Satz 1 in Verbindung mit §§ 28, 29 und § 30 Absatz 1 Satz 2 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), zuletzt geändert am 27. März 2020 (BGBl. I S. 587), wird verordnet:

§ 1

Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung

Die Hamburgische SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung vom 2. April 2020 (HmbGVBl. S. 181), geändert am 9. April 2020 (HmbGVBl. S. 205), wird wie folgt geändert:

1. § 2 erhält folgende Fassung:

„§ 2

Verbot von Versammlungen und Veranstaltungen

(1) Öffentliche und nicht-öffentliche Veranstaltungen und Versammlungen sind untersagt, soweit sie nachstehend nicht genannt sind. Diese Untersagung gilt auch für Zusammenkünfte in Kirchen, Moscheen, Synagogen sowie die Zusammenkünfte anderer Glaubensgemeinschaften.

(1a) Veranstaltungen mit einer Teilnehmerzahl von 1000 und mehr Personen (Großveranstaltungen) sind bis zum 31. August 2020 untersagt. Für Veranstaltungen unter 1000 Teilnehmern gilt Absatz 1 Satz 1.

(2) Die Veranstaltung von Feiern, Festen in Wohnungen oder anderen nicht-öffentlichen Orten ist untersagt, soweit es nachstehend nicht gesondert gestattet ist.“

2. § 3 wird wie folgt geändert:

- 2.1 Absatz 3 erhält folgende Fassung:

„(3) Abweichend von §§ 1 und 2 sind Kontakte und Ansammlungen von Personen an öffentlichen Orten

zulässig, wenn diese im Zusammenhang mit der Nutzung einer nach § 8 für den Publikumsverkehr zulässig geöffneten Verkaufsstelle, eines Betriebs oder einer Einrichtung stehen. Die hierbei anwesenden Personen müssen einen Mindestabstand von 1,5 Metern zueinander einhalten. Dies gilt nicht für Personen, die in derselben Wohnung leben.“

- 2.2 Es wird folgender Absatz eingefügt:

„(8) Abweichend von §§ 1 und 2 sind Ansammlungen von Personen für die Anfertigung von schriftlichen Prüfungsarbeiten unter Aufsicht sowie mündliche und praktische Prüfungen, die nach oder auf Grund gesetzlicher Vorgaben in Rechtsverordnungen oder sonstigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen vorgesehen sind, zulässig. Zur Prüfungsverbereitung sowie für die Prüfung selbst sind geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung zu stellen. Die hierbei anwesenden Personen müssen einen Mindestabstand von 1,5 Metern zueinander einhalten.“

3. § 4 erhält folgende Fassung:

„§ 4

Speisen an öffentlichen Orten

(1) Die Zubereitung von Speisen, das Grillen oder Picknicken an öffentlichen Orten sind untersagt.

(2) Absatz 1 gilt nicht für Personen, denen aufgrund bestehender Wohnungslosigkeit eine Wohnung oder eine andere Unterkunft, insbesondere in Wohnheimen, zur öffentlich-rechtlichen Unterbringung, nicht zur Verfügung steht.“

4. §5 wird wie folgt geändert:

4.1 Absatz 3 erhält folgende Fassung:

„(3) Für den unmittelbaren Publikumsverkehr dürfen folgende Einrichtungen nicht geöffnet und folgende Angebote nicht durchgeführt werden:

1. Theater (einschließlich Musiktheater),
2. Opernhäuser,
3. Filmtheater (Kinos),
4. Konzerthäuser und -veranstaltungsorte,
5. Museen,
6. Ausstellungshäuser,
7. Angebote in Stadtmuseen und Bürgerhäusern,
8. Angebote der offenen Kinder- und Jugendarbeit,
9. (aufgehoben)
10. Planetarien,
11. zoologische Gärten,
12. zoologische Ausstellungen in geschlossenen Räumen,
13. Tierparks,
14. Freizeitparks,
15. Angebote von Freizeitaktivitäten (im Freien und in geschlossenen Räumen),
16. Angebote von Volkshochschulen,
17. Angebote von Sprach-, Integrations-, Berufspraxis- und Orientierungskursen,
18. Angebote von Musikschulen,
19. Angebote in Literaturhäusern,
20. Angebote privater Bildungseinrichtungen (einschließlich Fahrschulen),
21. Tanzschulen,
22. Schwimmbäder, einschließlich sogenannter Spaßbäder,
23. Saunen und Dampfbäder,
24. Thermen,
25. Wellnesszentren,
26. Fitness- und Sportsstudios,
27. Seniorzentren,
28. Mensen und Cafés des Studierendenwerks Hamburg sowie die Mensen an der Hochschule für Musik und Theater Hamburg und der Hochschule für Bildende Künste Hamburg.“

4.2 Es wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Bibliotheken und Archive können für den Publikumsverkehr geöffnet werden. Die anwesenden Personen müssen einen Mindestabstand von 1,5 Metern zueinander einhalten. Die Betreiber der Einrichtung müssen das Infektionsrisiko der anwesenden Personen durch geeignete technische oder organisatorische Vorkehrungen reduzieren; sie sind insbesondere verpflichtet,

1. die Nutzerinnen und Nutzer der Einrichtung durch schriftliche oder bildliche Hinweise aufzufordern, einen Abstand von 1,5 Metern zueinander einzuhalten und im Fall des Auftretens von Symptomen einer akuten Atemwegsinfektion die Einrichtung nicht zu betreten,
2. den Zugang zu der Einrichtung durch geeignete technische oder organisatorische Maßnahmen so zu über-

wachen, dass die anwesenden Personen einen Abstand von 1,5 Metern zueinander einhalten können und hiervon abweichende Ansammlungen von Personen in der Einrichtung nicht entstehen und

3. die Oberflächen von Türen, Türgriffen oder anderen Gegenständen, die durch die Nutzerinnen, Nutzer oder das Personal häufig berührt werden, mehrmals täglich zu reinigen.“

3. § 8 erhält folgende Fassung:

„§ 8

Vorübergehende Schließung von Verkaufsstellen des Einzelhandels

(1) Der Betrieb von Verkaufsstellen des Einzelhandels, deren Verkaufsfläche nicht auf 800 Quadratmeter begrenzt ist, ist für den Publikumsverkehr unzulässig, soweit nachstehend nichts anderes bestimmt ist. Zulässig ist die Reduzierung auf 800 Quadratmeter einer aussonnert größeren Verkaufsfläche. Ausgenommen bleibt die Auslieferung von Gütern auf Bestellung sowie deren Abverkauf im Fernabsatz zur Abholung bei kontaktloser Übergabe außerhalb der Geschäftszeiten unter Wahrung des Sicherheitsabstands von 1,5 Metern.

(2) Alle Einrichtungen des Gesundheitswesens bleiben unter Beachtung der geeigneten hygienischen Anforderungen für den Publikumsverkehr geöffnet, soweit nicht in dieser Verordnung oder in anderen Vorschriften etwas Abweichendes geregelt ist.

(3) Unabhängig von der Größe der Verkaufsfläche dürfen die nachfolgenden Betriebe oder Einrichtungen einschließlich ihrer Verkaufsstellen für den Publikumsverkehr geöffnet bleiben:

1. Einzelhandel für Lebensmittel,
2. Verkaufsstände auf Wochenmärkten, soweit sie Lebensmittel oder Waren des täglichen Bedarfs anbieten,
3. Abhol- und Lieferdienste,
4. Getränkemärkte,
5. Apotheken,
6. Sanitätshäuser, Handel für Berufskleidung,
7. Drogereien,
8. Tankstellen,
9. Banken und Sparkassen,
10. Poststellen,
11. Reinigungen,
12. Wachdienste,
13. Stellen des Zeitungs- und Zeitschriftenverkaufs,
14. Bau-, Gartenbaubedarfmärkte,
15. Tierbedarfsmärkte,
16. der Großhandel,
17. Reparaturbetriebe für Fahrzeuge einschließlich Fahrrädern,
18. Dienstleistungs- und Handwerksbetriebe, soweit dies nicht gesondert eingeschränkt ist,
19. Handel mit Kraftfahrzeugen,
20. Handel mit Fahrrädern und
21. Buchhandlungen.

(4) Unabhängig von der Größe der Verkaufsfläche dürfen Betriebe und Einrichtungen mit gemischtem Warensortiment ihre Verkaufsstellen für den Publikumsver-

kehr öffnen, wenn die Waren den Schwerpunkt des Sortiments bilden, die dem typischen Sortiment einer der in Absatz 3 genannten Betriebe oder Einrichtungen entsprechen. Diese Betriebe können Waren des gesamten Sortiments verkaufen, das sie gewöhnlich vertreiben.

(3) In allen für den Publikumsverkehr geöffneten Verkaufsstellen des Einzelhandels, Betrieben oder Einrichtungen nach den Absätzen 1, 3 und 4 müssen die anwesenden Personen einen Mindestabstand von 1,5 Metern zueinander einhalten. Dieses gilt auch für die öffentlich zugänglichen Verkaufsstellen in Einkaufszentren oder Einkaufszentren. Dies gilt nicht für Personen, die in derselben Wohnung leben. Auf den öffentlich zugänglichen Verkaufsstellen in Einkaufszentren oder Einkaufszentren sind keine offenen Verkaufstische zulässig.

(6) In allen für den Publikumsverkehr geöffneten Verkaufsstellen des Einzelhandels, Betrieben oder Einrichtungen nach den Absätzen 1, 3 und 4 müssen die Betriebsinhaberinnen oder Betriebsinhaber das Infektionsrisiko der anwesenden Personen durch geeignete technische oder organisatorische Vorkehrungen reduzieren. Sie sind insbesondere verpflichtet,

1. Kunden und Beschäftigte durch schriftliche oder bildliche Hinweise aufzufordern, auf der Verkaufsstelle und deren Umgebung einen Abstand von 1,5 Metern zueinander einzuhalten und außer bei Apotheken im Fall des Auftretens von Symptomen einer akuten Atemwegserkrankung, die Verkaufsstelle nicht zu betreten,
2. den Zugang des Publikums zu der Verkaufsstelle durch geeignete technische oder organisatorische Maßnahmen so zu überwachen, dass die auf der Verkaufsstelle anwesenden Personen regelmäßig einen Abstand von 1,5 Metern zueinander einhalten können und hiervon abweichende Ansammlungen von Personen auf der Verkaufsstelle nicht entstehen,
3. bei einer Bildung von Warteschlangen auf der Verkaufsstelle, insbesondere in Kassabereichen, durch geeignete technische oder organisatorische Vorkehrungen zu gewährleisten, dass die wartenden Personen einen Abstand von 1,5 Metern zueinander einhalten und
4. die Oberflächen von Türen, Türgriffen oder anderen Gegenständen, die durch das Publikum oder das Personal häufig berührt werden, mehrmals täglich zu reinigen.

(7) Die Darreichung von Lebensmittelproben zum Direktverzehr sowie die Darreichung von unverpackten Kosmetika in Form von Tessen sind untersagt.

(8) Die zuständige Behörde kann weitgehendende Anordnungen zur Hygiene und Sicherheit treffen.“

6. § 15 wird wie folgt geändert:

6.1 Die Überschrift erhält folgende Fassung:

„Wohnsiedlungen und Kurzzeitpflegeeinrichtungen nach dem Hamburgischen Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz, Ambulante Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen des Kinderschutzes der Jugendhilfe“.

6.2 In Absatz 1 wird die Textzeile „§ 2 Absatz 4 des Hamburgischen Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz (HmbWBG) (Wohnsiedlungen)“ durch die Textzeile „§ 2 Absatz 4 und Kurzzeitpflegeeinrichtungen gemäß § 2 Absatz 3 des Hamburgischen Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz (HmbWBG)“ ersetzt.

6.3 Hinter Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Eltern und Sorgeberechtigte sowie gerichtlich oder behördlich bestellte Umgangsbegleiterinnen und Umgangsbegleiter können Kinderschutzeinrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe im Sinne von Absatz 1 und Einrichtungen des Kinder- und Jugenddienstes nach Absatz 3 zu Besuchszwecken einmal wöchentlich für die Dauer einer Zeitrunde betreten,

1. soweit keine COVID-19-Erkrankung bekannt ist und sie einen Test auf SARS-CoV-2 mit negativem Ergebnis vorlegen, das nicht älter als 48 Stunden ist oder
2. wenn bei einer bekannten COVID-19-Erkrankung durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt bestätigt wurde, dass in den vergangenen 48 Stunden keine Symptome einer COVID-19-Erkrankung bestanden und zwei Tests auf SARS-CoV-2 mit negativem Ergebnis im Abstand von 24 Stunden durchgeführt wurden.

Der Träger der Einrichtung bestimmt Ort und Zeit des Besuchs. Diese ausnahmsweise betreuungsbegleitenden Personen haben die Vorgaben bestehender Hygienepläne strikt einzuhalten.“

6.4 Es werden folgende Absätze 7 bis 10 angefügt:

„(7) Sämtliche Wohnsiedlungen und Kurzzeitpflegeeinrichtungen haben, sofern für sie kein Aufnahmestopp nach § 13 Absatz 1 HmbWBG erlassen wurde oder die Aufnahmekapazität erschöpft ist, Neuaufnahmen vorzunehmen. Satz 1 gilt nicht für an COVID-19 erkrankte Personen, mit Ausnahme von aus einer Krankenhausbildung zurückkehrende Personen, deren COVID-19-Erkrankung schon vor der Krankenhausbildung bestand. Vor einer Aufnahme einer pflegebedürftigen oder betreuungsbedürftigen Person, bei der keine COVID-19-Erkrankung bekannt ist, in eine Wohnsiedlung oder Kurzzeitpflegeeinrichtung ist durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt zu bestätigen, dass ein Test auf SARS-CoV-2 in zeitlichem Zusammenhang vor der Aufnahme mit negativem Ergebnis durchgeführt wurde. Vor einer Aufnahme einer pflegebedürftigen oder betreuungsbedürftigen Person, die von einer COVID-19-Erkrankung genesen ist, in eine Wohnsiedlung oder Kurzzeitpflegeeinrichtung ist durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt zu bestätigen, dass in den vergangenen 48 Stunden keine Symptome einer COVID-19-Erkrankung bestanden, und zwei Tests auf SARS-CoV-2 mit negativem Ergebnis im Abstand von 24 Stunden durchgeführt wurden.

(8) Bei einer erforderlicher Krankenhausbildung ihrer pflegebedürftigen oder betreuungsbedürftigen Personen ist der Träger der Wohnsiedlung oder Kurzzeitpflegeeinrichtung verpflichtet, dem Krankenhaus vor Beginn des Transports mitzuteilen, ob in ihrer Einrichtung eine Häufung von labor diagnostisch nachgewiesenen COVID-19-Erkrankungen oder Lungenerkrankungen besteht. Vor einer erforderlichen Behandlung durch eine niedergelassene Ärztin oder einen niedergelassenen Arzt gilt Satz 1 entsprechend.

(9) Sämtliche Träger von Wohnsiedlungen oder Kurzzeitpflegeeinrichtungen haben unverzüglich geeignete organisatorische Maßnahmen zu treffen, die eine getrennte Unterbringung für Personen, die nachgewiesen mit SARS-CoV-2 infiziert oder dessen Verdachtig sind und daher isoliert unterzubringen sind, und von gesunden und nicht-infizierten Personen gewährleisten.

Darüber ist dem zuständigen Gesundheitsamt innerhalb einer Woche nach Inkrafttreten dieser Verordnung zu berichten. Zu den geeigneten Maßnahmen gehört insbesondere das Verhalten räumlich zusammenhängender Isolations- und Quarantänebereiche und ein personelles Konzept zur entsprechenden Versorgung der pflegebedürftigen oder betreuungsbedürftigen Personen in Abhängigkeit von möglichen Szenarien des Infektionsgeschehens. Bei der Einrichtung der Isolations- und Quarantänebereiche sind, sobald diese benötigt werden, auch Verfügungen oder Umzüge von pflegebedürftigen oder betreuungsbedürftigen Personen innerhalb der Einrichtung zulässig, wenn dies erforderlich ist. Die gesamte Unterbringung von infizierten Personen ist für die gesamte Dauer der durch das Gesundheitsamt angeordneten Isolierung zu gewährleisten. Das Infektionsrisiko für die gesunden und nicht-infizierten Personen ist zu minimieren. Dazu gehört insbesondere die Bestimmung von Personal, das ausschließlich die Versorgung, Betreuung und Pflege der infizierten Personen übernimmt.

(10) Der Träger der Wohnsitzrichtung oder Kurzzeitpflegeeinrichtung ist nach Auftreten einer SARS-CoV-2-Infektion unter den pflegebedürftigen oder betreuungsbedürftigen Personen oder den Beschäftigten der Einrichtung verpflichtet, bei allen pflegebedürftigen oder betreuungsbedürftigen Personen sowie Beschäftigten unverzüglich einen Test auf SARS-CoV-2 durchführen zu lassen und in einem geeigneten Zeitabstand zu wiederholen.“

7. § 15a wird wie folgt geändert:

7.1 Die Überschrift erhält folgende Fassung:

„Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, in denen Leistungen der Eingliederungshilfe in besonderen Wohnformen oder ambulant betreuten Wohngruppen erbracht werden.“

7.2 In Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Satz 1 gilt nicht für Bewohnerinnen oder Bewohner, bei denen keine COVID-19-Erkrankung bekannt ist und bei denen vor Rückkehr durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt bestätigt wurde, dass ein Test auf SARS-CoV-2 in zeitlichem Zusammenhang vor der Rückkehr mit negativem Ergebnis durchgeführt wurde.“

7.3 Es wird folgender Absatz 7 angefügt:

„(7) § 15 Absätze 7 bis 10 gilt entsprechend.“

8. § 20 erhält folgende Fassung:

– § 20

Vorübergehende Schließung

(1) Staatliche, private und konfessionelle Hochschulen einschließlich ihrer Einrichtungen dürfen nicht für den Präsenzlehrebetrieb und nicht für den Publikumsverkehr geöffnet werden. Diese Regelungen gelten für den Betriebsrat Medizinische Fakultät des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) – Körperschaft des öffentlichen Rechts – entsprechend.

(2) Die Hochschulschließung gilt nicht für die Aneignung von schriftlichen Prüfungsarbeiten unter Aufsicht, für mündliche und praktische Prüfungen sowie für Praxisveranstaltungen, die spezielle Labor- beziehungsweise Arbeitsräume an den Hochschulen erfordern. Diese können unter Beachtung geeigneter Hygiene- und Schutzmaßnahmen durchgeführt werden. Zur Prüfungsvorbereitung sowie für die Prüfung selbst sind geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung zu stellen. Die hierbei

anzuwendenden Personen müssen einen Mindestabstand von 1,5 Metern zueinander einhalten.“

9. § 21 wird wie folgt geändert:

9.1 Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Soweit nachstehend nichts anderes bestimmt ist, werden die Schulen in der Freien und Hansestadt Hamburg bis einschließlich Mittwoch, den 6. Mai 2020 geschlossen. Dies schließt die Vorschulklassen und die Sprachförderangebote nach § 28a Absatz 2 des Hamburgischen Schulgesetzes (HmbSG) vom 16. April 1997 (HmbGVBl. S. 97), zuletzt geändert am 31. August 2018 (HmbGVBl. S. 288), ein.“

9.2 Es wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Absatz 1 gilt ab dem 27. April 2020 ferner nicht für einzelne Lerngruppen von höchstens 15 Schülerinnen und Schülern, soweit der Schulträger sicherstellt, dass

1. zu keinem Zeitpunkt mehr als 25 vom Hundert der gesamten Schülerschaft einer Schule sich auf dem Schulgelände aufhalten,
2. die Lerngruppen nicht durchmischte werden und alle lerngruppenübergreifenden Aktivitäten entfallen; dies gilt nicht für Prüfungshandlungen, soweit deren Durchführung den Anforderungen nach Nummer 3 genügt,
3. die Pausenregelung so erfolgt, dass Lerngruppen zeitversetzt das Außengelände betreten,
4. Schülerinnen und Schüler mit Symptomen einer akuten Atemwegsinfektion und Schülerinnen und Schüler, für die behördlich Quarantäne angeordnet ist, die Schule nicht betreten,
5. im Rahmen des Hausrechtes der Schule die erforderlichen Abstandsgebote für alle Beteiligten verbindlich gemacht werden und
6. die Empfehlungen des Robert Koch-Instituts zur Hygiene in Bildungseinrichtungen beachtet werden.“

10. Teil 8 erhält folgende Fassung:

– Teil 8

Kindertageseinrichtungen

§ 26

Vorübergehende Schließung der Kindertageseinrichtungen

(1) Die Kindertageseinrichtungen in der Freien und Hansestadt Hamburg werden bis einschließlich Mittwoch, den 6. Mai 2020 geschlossen.

(2) Die Schließung nach Absatz 1 gilt nicht für Kinder mit einem dringlichen sozialpädagogischen Förderbedarf.

§ 27

Notbetreuung

(1) Es wird eine Notbetreuung in jeder Kindertageseinrichtung sichergestellt. Für Eltern, die zwingend auf eine Betreuung ihrer Kinder angewiesen sind, bleiben die Kindertageseinrichtungen geöffnet. Die Betreuung steht Eltern zur Verfügung, deren Tätigkeit für die Daseinsvorsorge bedeutsam oder für die Aufrechterhaltung der wichtigen Infrastrukturen oder der Sicherheit (zum Beispiel Polizei, Feuerwehr, Krankenhaus, Pflege, Eingliederungshilfe, Versorgungsbetriebe) notwendig ist, sowie Alleinerziehenden.

(2) In begründeten Einzelfällen kann die Betreuung auch infolge von besonders gelagerten individuellen Notfällen erfolgen.

- (3) Kinder mit Symptomen einer akuten Atemwegs-erkrankung sowie Kinder, für die behördlich Quarantäne angeordnet ist, dürfen an der Notbenutzung nach Absatz 1 nicht teilnehmen. §19 bleibt unberührt.“
11. § 33 wird wie folgt geändert:
- 11.1 Hinter Nummer 4 wird folgende Nummer 4a eingefügt:
„4a. entgegen § 2 Absatz 1a eine Großveranstaltung veranlassen oder an einer solchen teilnehmen.“
- 11.2 Nummer 5 erhält folgende Fassung:
„5. entgegen § 4 Absatz 1 an öffentlichen Orten Speisen zubereiten, grillen oder picknicken.“
- 11.3 In Nummer 18 wird die Textstelle „Absatz 3 Satz 1 Nummern 1 bis 18“ durch die Textstelle „Absatz 3 Nummern 1 bis 21“ ersetzt.
- 11.4 Nummer 19 erhält folgende Fassung:
„19. entgegen § 8 Absatz 3 Satz 1 den Mindestabstand zwischen Personen missachtet, soweit dies nicht gemäß § 8 Absatz 3 Satz 3 gestattet ist.“
- 11.5 Nummer 31 erhält folgende Fassung:
„31. entgegen § 13 Absatz 1 eine der in § 13 Absatz 1 genannten Einrichtungen betritt, ohne dass dies nach § 15 Absätzen 3a und 4 zugelassen ist.“
12. § 34 erhält folgende Fassung:
„§ 34
Außerkräfttreten
§ 3 Absatz 1 Nummer 1 und Absatz 3 Nummern 1, 2 und 4 sowie § 14 bis 18 treten mit Ablauf des 30. Juni 2020 außer Kraft. § 24 tritt mit Ablauf des 31. Juli 2020 außer Kraft. § 2 Absatz 1a tritt mit Ablauf des 31. August 2020 außer Kraft. Im Übrigen tritt diese Verordnung mit Ablauf des 6. Mai 2020 außer Kraft.“
13. Abschnitt I der Anlage erhält folgende Fassung:
„I
Die folgenden vorsätzlichen oder fahrlässigen Verstöße gegen Ge- oder Verbote nach § 33 Absatz 1 die Ordnungswidrigkeiten darstellen, ohne dass an einer vorangehenden Anordnung den Verstoß zu beenden bedarf, sind wie folgt zu ahnden:

Vor-schrift	Gebot oder Verbot	Verstoß	Adressat	Regelsatz in Euro
§ 1 Absatz 1	Personen müssen an öffentlichen Orten grundsätzlich einen Mindestabstand von 1,5 Metern zueinander einhalten, es sei denn, dass die örtlichen oder räumlichen Verhältnisse dies nicht zulassen oder dass nachfolgend etwas anderes gestattet ist.	Nichtbeachtung des Abstandsgebotes	Jede oder jeder Beteiligte	150
§ 1 Absatz 2 Satz 1	Der Aufenthalt von Personen im öffentlichen Raum ist nur alleine sowie in Begleitung der Personen gestattet, die in derselben Wohnung leben, oder in Begleitung einer weiteren Person, die nicht in derselben Wohnung lebt.	Nichtbeachtung des Gebotes	Jede oder jeder Beteiligte	150
§ 1 Absatz 3	Sonstige Kontakte oder Ansammlungen von Menschen an öffentlichen Orten sind untersagt, soweit es nachstehend nicht gesondert gestattet ist.	Nichtbeachtung des Gebotes	Jede oder jeder Beteiligte	150
§ 2 Absatz 1	Öffentliche und nicht-öffentliche Veranstaltungen und Versammlungen sind untersagt, soweit sie nachstehend nicht gestattet sind. Diese Untersagung gilt auch für Zusammenkünfte in Kirchen, Moscheen, Synagogen sowie die Zusammenkünfte anderer Glaubensgemeinschaften.	Nichtbeachtung des Verbotes	Voranstalterin, Veranstalter Teilnehmerin, Teilnehmer	1000 150

Vorschrift	Gebot oder Verbot	Verstoß	Adressat	Regelsatz in Euro
§2 Absatz 1a	Großveranstaltungen sind bis zum 31. August 2020 untersagt.	Nichtbeachtung des Verbots	Veranstalterin, Veranstalter	1000
			Teilnehmerin, Teilnehmer	150
§2 Absatz 2	Die Veranstaltung von Feierlichkeiten in Wohnungen oder anderen nicht-öffentlichen Orten ist untersagt, soweit es nachstehend nicht gesondert gestattet ist.	Veranstaltung von Feierlichkeiten	InhaberIn oder Inhaber der Wohnung/des nicht öffentlichen Ortes	150 bis 500
§3 Absatz 3 Satz 2	Soweit die räumlichen Bedingungen und die Art des Betriebs oder der Dienstleistung es zulassen, müssen die hierbei anwesenden Personen einen Mindestabstand von 1,5 Metern zueinander einhalten.	Nichtbeachtung der normierten Sicherheitsvorkehrungen	BetriebsinhaberIn, Betriebsinhaber (bei juristischen Personen Geschäftsführung o.ä.)	500 bis 1000 je nach Geschäftsgröße
§3 Absatz 4 Satz 2	Soweit die räumlichen Verhältnisse es zulassen, müssen Personen einen Mindestabstand von 1,5 Metern zueinander einhalten.	Nichtbeachtung der normierten Sicherheitsvorkehrungen	Jede oder jeder Beteiligte	150
§4 Absatz 1	Die Zubereitung von Speisen, das Grillen oder Picknicken an öffentlichen Orten sind untersagt.	Nichtbeachtung des Verbotes	Jede oder jeder Beteiligte	150
	Gewerbebetriebe im Sinne der Gewerbeordnung der folgenden Arten dürfen nicht für den Publikumsverkehr geöffnet werden: 1. Tanzlustbarkeiten, insbesondere in Clubs, Diskotheken und Musikclubs, 2. Messen, Ausstellungen, 3. Spezialmärkte und Jahrmärkte, 4. Volksfeste, 5. Spielhallen, 6. Spielbanken, 7. Wettannahmestellen und ähnliche Unternehmen.	Öffnung einer benannten Einrichtung für den Publikumsverkehr	BetriebsinhaberIn, Betriebsinhaber (bei juristischen Personen Geschäftsführung o.ä.)	5000
§5 Absatz 2	Vergnügungsstätten im Sinne der Baunutzungsverordnung dürfen nicht für den Publikumsverkehr geöffnet werden.	Betrieb einer Vergnügungsstätte	BetriebsinhaberIn, Betriebsinhaber (bei juristischen Personen Geschäftsführung o.ä.)	5000
§5 Absatz 3	Für den unmittelbaren Publikumsverkehr dürfen folgende Einrichtungen nicht geöffnet und folgende Angebote nicht dargebracht werden:	Öffnung einer benannten Einrichtung oder Darbringung eines benannten Angebotes für den Publikumsverkehr	BetriebsinhaberIn, Betriebsinhaber (bei juristischen Personen Geschäftsführung o.ä.)	5000

Vor-schrift	Gebot oder Verbot	Verstoß	Adressat	Regelsatz in Euro
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Theater (einschließlich Musiktheater), 2. Opernhäuser, 3. Filmtheater (Kinos), 4. Konzerthäuser und -veranstaltungenorte, 5. Museen, 6. Ausstellungshäuser, 7. Angebote in Stadtkulturzentren und Bürgerhäusern, 8. Angebote der offenen Kinder- und Jugendarbeit, 10. Planetarien, 11. zoologische Gärten, 12. zoologische Ausstellungen in geschlossenen Räumen, 13. Tierparks, 14. Freizeitparks, 15. Angebote von Freizeitaktivitäten (im Freien und in geschlossenen Räumen), 16. Angebote von Volkshochschulen, 17. Angebote von Sprach-, Integrations-, Berufssprach- und Erstorientierungskursträgern, 18. Angebote von Musikschulen, 19. Angebote in Literaturhäusern, 20. Angebote privater Bildungseinrichtungen (einschließlich Fahrschulen), 21. Tanzschulen, 22. Schwimmbäder, einschließlich sogenannter Spaßbäder, 23. Saunas und Dampfbäder, 24. Thermen, 25. Wellnesszentren, 26. Fitness- und Sportstudios, 27. Seniorentreffpunkte, 28. Mensen und Cafés des Studierendenwerks Hamburg sowie die Mensen an der Hochschule für Musik und Theater Hamburg und der Hochschule für Bildende Künste Hamburg. 			

Vorschrift	Gebot oder Verbot	Verstoß	Adressat	Regelsatz in Euro
§ 6 Absatz 1	Der Sportbetrieb auf und in allen öffentlichen und privaten Sportanlagen ist untersagt.	Organisation von Sportbetrieben	Person, die die Entscheidung über den Betrieb trifft	1000 bis 5000
		Teilnahme am Sportbetrieb	Jede oder jeder Beteiligte	150
§ 7 Absatz 1	Prostitutionsstätten im Sinne des Prostituiertenschutzgesetzes dürfen nicht für den Publikumsverkehr geöffnet werden.	Öffnen einer Prostitutionsstätte für den Publikumsverkehr	Betriebsinhaberin, Betriebsinhaber (bei juristischen Personen Geschäftsführung o.ä.)	5000
§ 7 Absatz 2	Die Prostitutionsvermittlung im Sinne des Prostituiertenschutzgesetzes und die Ausübung der Prostitution sind nicht gestattet.	Betrieb einer Prostitutionsvermittlung und Ausübung der Prostitution	Betriebsinhaberin, Betriebsinhaber (bei juristischen Personen Geschäftsführung o.ä.)	5000
§ 7 Absatz 3	Prostitutionsveranstaltungen im Sinne des Prostituiertenschutzgesetzes dürfen nicht durchgeführt werden.	Durchführung einer Prostitutionsveranstaltung	Person, die die Entscheidung über die Veranstaltung trifft	5000
§ 7 Absatz 4	Prostitutionsfahrzeuge im Sinne des Prostituiertenschutzgesetzes dürfen nicht bereitgestellt werden.	Bereitstellung eines Prostitutionsfahrzeuges	Person, die die Entscheidung über die Bereitstellung trifft	5000
§ 7 Absatz 5	Die Erbringung sexueller Dienstleistungen im Sinne von § 2 Absatz 1 Satz 1 des Prostituiertenschutzgesetzes ist untersagt.	Erbringung sexueller Dienstleistungen	Person, die die Dienstleistung erbringt	5000
§ 8 Absatz 1	Der Betrieb von Verkaufsstellen des Einzelhandels, deren Verkaufsfläche nicht auf 800 Quadratmeter begrenzt ist, ist für den Publikumsverkehr untersagt, soweit nachstehend nichts anderes bestimmt ist.	Betrieb einer Verkaufsstelle die nicht von den Ausnahmen erfasst wird	Betriebsinhaberin, Betriebsinhaber (bei juristischen Personen Geschäftsführung o.ä.)	2500
§ 8 Absatz 5 Satz 1	In allen für den Publikumsverkehr geöffneten Verkaufsstellen des Einzelhandels, Betrieben oder Einrichtungen nach den Absätzen 1, 3 und 4 müssen die anwesenden Personen einen Mindestabstand von 1,5 Metern zueinander einhalten, soweit die räumlichen Verhältnisse dies zulassen.	Nichtbeachtung der normierten Sicherheitsvorkehrungen	Betriebsinhaberin, Betriebsinhaber (bei juristischen Personen Geschäftsführung o.ä.)	500 bis 1000 je nach Geschäftsgröße

Vorschrift	Gebot oder Verbot	Verstoß	Adressat	Regelsatz in Euro
§ 9 Absatz 1	Übernachtungsangebote in Beherbergungsbetrieben, in Ferienwohnungen, auf Campingplätzen und in vergleichbaren Einrichtungen dürfen nicht für touristische Zwecke bereitgestellt werden.	Bereitstellung von Übernachtungsangeboten für touristische Zwecke	Betriebsinhaberin, Betriebsinhaber (bei juristischen Personen Geschäftsführung o.ä.)	4000
§ 10 Absatz 1	Spielplätze sind für den Publikumsverkehr gesperrt oder müssen durch ihre Betreiberin oder ihren Betreiber für den Publikumsverkehr geschlossen werden.	Betrieb oder Unterlassen der Sperrung der Anlage mit regelmäßiger Kontrolle	Person, die die Entscheidung über die Öffnung trifft oder für die Sperrung/Kontrolle verantwortlich ist	4000
§ 10 Absatz 2	Spielplätze dürfen nicht betreten werden.	Betreten eines Spielplatzes	Jede oder jeder Beteiligte	150
§ 11 Satz 1	Reisen mit Omnibussen (Reisebusreisen) zu touristischen Zwecken sind untersagt.	Durchführung von Reisebusreisen	Betriebsinhaberin, Betriebsinhaber (bei juristischen Personen Geschäftsführung o.ä.)	4000
§ 12 Satz 2	Dienstleistungen im Bereich der Körperpflege (Friseure, Kosmetikstudios, Massagelons, Tattoo-Studios und ähnliche Betriebe) sind untersagt.	Erbringung der genannten Dienstleistungen	Betriebsinhaberin, Betriebsinhaber (bei juristischen Personen Geschäftsführung o.ä.)	2000
§ 13 Absatz 1	Der Betrieb von Gaststätten im Sinne des Gaststättengesetzes wird untersagt. Das gilt auch für Speiselokale und Betriebe, in denen Speisen zum Verzehr an Ort und Stelle abgegeben werden, Personalrestaurants, Kantinen sowie Speiselokale im Beherbergungsgewerbe (wie zum Beispiel Hotelrestaurants).	Betrieb einer Gaststätte im Sinne des Gaststättengesetzes	Betriebsinhaberin, Betriebsinhaber (bei juristischen Personen Geschäftsführung o.ä.)	4000
§ 13 Absatz 2 Satz 3	Zwischen den Gästen ist ein Mindestabstand von 1,5 Metern zu gewährleisten.	Nichtbeachtung der normierten Sicherheitsvorkehrungen	Betriebsinhaberin, Betriebsinhaber (bei juristischen Personen Geschäftsführung o.ä.)	500 bis 1000 je nach Geschäftsgröße
§ 13 Absatz 3 Satz 2	Hierbei ist ein Mindestabstand von 1,5 Metern zueinander einzuhalten.	Nichtbeachtung der normierten Sicherheitsvorkehrungen	Jede oder jeder Beteiligte	150

Vorschrift	Gebot oder Verbot	Verstoß	Adressat	Regelsatz in Euro
§ 14 Absatz 1	<p>Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren, Besucherinnen und Besucher mit akuten Atemwegserkrankungen sowie Besucherinnen und Besucher, für die behördlich Quarantäne angeordnet ist, dürfen folgende Einrichtungen nicht betreten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummern 1 und 3 IfSG (Krankenhäuser sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt), 2. Einrichtungen der öffentlich-rechtlichen Unterbringung, 3. Einrichtungen über Tag und Nacht für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche nach § 35a Absatz 2 Nummer 4 SGB VIII, 4. Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe mit Erlaubnisvorbehalt gemäß § 45 SGB VIII (Einrichtungen und Wohnformen, in denen Kinder und Jugendliche teilstationär oder stationär betreut werden). 	Betreten einer Einrichtung obwohl die Voraussetzungen des Absatzes 1 vorliegen	Jede oder jeder Beteiligte	150
§ 14 Absatz 4	Kantinen, Cafeterien oder vergleichbare Einrichtungen für Patientinnen und Patienten sowie Bewohnerinnen und Bewohner dürfen von Besuchenden nicht betreten werden.	Betreten der Einrichtung	Jede oder jeder Beteiligte	150
§ 14 Absatz 5	Sämtliche öffentliche Veranstaltungen wie Vorträge, Lesungen oder Informationsveranstaltungen einschließlich der Gemeinschaftsaktivitäten, die zu einer Ansammlung von Personen, insbesondere mit Besuchenden, führen, sind zu unterlassen.	Durchführung einer untersagten Veranstaltung	Betriebsinhaberin, Betriebsinhaber (bei juristischen Personen Geschäftsführung o.ä.)	1000

Vor-schrift	Gebot oder Verbot	Verstoß	Adressat	Regelsatz in Euro
§ 15 Absatz 1	Wohnrichtungen gemäß §2 Absatz 4 und Kurzzeitpflegeeinrichtungen gemäß §2 Absatz 5 des Hamburgischen Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetzes (HmbWBG) sowie besondere Formen von Kinderschutzeinrichtungen nach §42 SGB VIII, in denen Leistungen der Eingliederungs- und Jugendhilfe in besonderen Wohnformen erbracht werden, dürfen zu Besuchszwecken nicht betreten werden.	Betreten der benannten Institution	Jede oder jeder Beteiligte	150
§ 15a Absatz 1	Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen im Sinne des §2 Absatz 1 SGB IX, in denen Leistungen der Eingliederungshilfe in besonderen Wohnformen und ambulant betreuten Wohngruppen erbracht werden, dürfen zu Besuchszwecken nicht betreten werden.	Betreten der benannten Institution	Jede oder jeder Beteiligte	150
§ 16 Absatz 1	Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren, Besucherinnen und Besucher mit akuten Atemwegserkrankungen sowie Besucherinnen und Besucher, für die behördlich Quarantäne angeordnet ist, dürfen folgende Einrichtungen nicht betreten: 1. Tagesstrukturierende Einrichtungen der Eingliederungshilfe (Werkstätten für behinderte Menschen, Tagesförderstätten oder sonstige vergleichbare Angebote), 2. Begegnungstätten der ambulanten Sozialpsychiatrie und 3. interdisziplinäre oder heilpädagogische Frühförderstellen.	Betreten der benannten Institution	Jede oder jeder Beteiligte	150
§ 17 Absatz 1	Tagespflegeeinrichtungen gemäß §71 Absatz 2 Nummer 2 zweite Alternative SGB XI sind grundsätzlich zu schließen.	Betreiben einer Tagespflegeeinrichtung über die in §17 genannte Betreuung hinaus	Betriebsinhaberin, Betriebsinhaber (bei juristischen Personen Geschäftsführung o.ä.)	1000

Vorschrift	Gebot oder Verbot	Verstoß	Adressat	Regelsatz in Euro
§ 19 Absatz 1	Personen, für die behördlich Quarantäne angeordnet ist, dürfen keine Hochschule, Schule, Kindertageseinrichtung, Kindertagespflege oder Heilpädagogische Tagesstätte betreten.	Betreten der genannten Einrichtung trotz behördlich angeordneter Quarantäne	Jede oder jeder Beteiligte	300
§ 19 Absatz 2	Die Personensorgeberechtigten haben für die Erfüllung der in Absatz 1 genannten Verpflichtung zu sorgen. Sie dürfen, unter Berücksichtigung der Voraussetzungen nach Absatz 1, keine Betreuungsangebote der vorgenannten Gemeinschaftseinrichtungen in Anspruch nehmen.	Unterlassen der Sicherstellung durch die sorgeberechtigte Person	Jede oder jeder Beteiligte	150
§ 28	Das Betreten der Insel Neuwerk ist verboten.	Betreten obwohl keine Ausnahme vom Betretungsverbot vorliegt	Jede oder jeder Beteiligte	150
§ 30	Das planmäßige Freilegen von Kampfmitteln in bewohnten Gebieten in denen in der Folge mit Räumungen zu rechnen ist oder die sich im unmittelbaren Bereich von kritischen Infrastrukturen, Krankenhäusern oder Pflegeheimen befinden, ist untersagt.	Freilegen von Kampfmitteln obwohl mit Räumungen zu rechnen ist oder die sich im unmittelbaren Bereich von kritischen Infrastrukturen, Krankenhäusern oder Pflegeheimen befinden	Betriebsinhaberin, Betriebsinhaber (bei juristischen Personen Geschäftsführung o.ä.)	5000
§ 30a Absatz 1 Satz 1	Personen, die auf dem Land-, See-, oder Luftweg aus einem Staat außerhalb der Bundesrepublik Deutschland in die Freie und Hansestadt Hamburg einreisen, sind verpflichtet, sich nach der Einreise in der eigenen Häuslichkeit oder einer anderen geeigneten Unterkunft für einen Zeitraum von 14 Tagen nach ihrer Einreise ständig abzusondern.	Unterlassen der Absonderung	Ein- und Rückreisende	500 bis 10000
§ 30a Absatz 1 Satz 1	Personen, die auf dem Land-, See-, oder Luftweg aus einem Staat außerhalb der Bundesrepublik Deutschland in die Freie und Hansestadt Hamburg einreisen, sind verpflichtet, sich nach der Einreise in der eigenen Häuslichkeit oder einer anderen geeigneten Unterkunft für einen Zeitraum von 14 Tagen nach ihrer Einreise ständig abzusondern.	Sich nach der Einreise nicht unverzüglich auf direktem Weg in die eigene Häuslichkeit oder eine andere geeignete Unterkunft zu begeben	Ein- und Rückreisende	150 bis 3000

Vorschrift	Gebot oder Verbot	Verstoß	Adressat	Regelsatz in Euro
§ 30a Absatz 1 Satz 2	Den in Absatz 1 Satz 1 genannten Personen ist es in diesem Zeitraum nicht gestattet, Besuch von Personen zu empfangen, die nicht ihrem Hausstand angehören.	Empfang von Besuch, der nicht zum Hausstand gehört	Ein- und Rückreisende	300 bis 5000
§ 30a Absatz 2 Satz 1	Die von Absatz 1 Satz 1 erfassten Personen sind verpflichtet, unverzüglich die für sie zuständige Behörde zu kontaktieren und auf das Vorliegen der Verpflichtungen nach Absatz 1 hinzuweisen.	Unterlassen der Kontaktaufnahme mit der zuständigen Behörde nach Einreise	Ein- und Rückreisende	150 bis 2000
§ 30a Absatz 2 Satz 2	Die in Absatz 1 Satz 1 erfassten Personen sind ferner verpflichtet, beim Auftreten von Krankheitssymptomen die zuständige Behörde unverzüglich zu informieren.	Unterlassen der Kontaktaufnahme mit der zuständigen Behörde nach Einreise	Ein- und Rückreisende	300 bis 3000
§ 30b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2	Die zwingende Notwendigkeit ist durch den Dienstherrn oder Arbeitgeber zu prüfen und zu bescheinigen.	Ausstellen einer unrichtigen Bescheinigung durch Dienstherrn/ Arbeitgeber	Dienstherr/ Arbeitgeber	2000
§ 30b Absatz 2 Satz 2	Der Arbeitgeber zeigt die Arbeitsaufnahme bei der zuständigen Behörde an und dokumentiert die ergriffenen Maßnahmen nach Satz 1.	Unterlassen der Kontaktaufnahme mit der zuständigen Behörde	Arbeitgeber	5000
§ 30b Absatz 4 Satz 1 zweiter Halbsatz	§ 30a gilt darüber hinaus nicht für Personen, die nur zur Durchreise in die Bundesrepublik Deutschland und die Freie und Hansestadt Hamburg einreisen; diese haben das Gebiet der Freien und Hansestadt Hamburg auf unmittelbarem Weg zu verlassen.	Unterlassen des unmittelbaren Verlassens des Gebiets der Freien und Hansestadt Hamburg	Ein- und Rückreisende	150 bis 3000*

§ 2

Einschränkung von Grundrechten

Durch diese Verordnung wurden das Grundrecht der Freiheit der Person (Artikel 2 Absatz 2 Satz 2 des Grundgesetzes), das Elternrecht (Artikel 6 Absatz 3 des Grundgesetzes) und das Grundrecht der Berufstätigkeit (Artikel 11 Absatz 1 des Grundgesetzes) eingeschränkt.

§ 3

Änderung der Verordnung zur Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung

§ 3 der Verordnung zur Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung vom 9. April 2020 (HmbGVBl. S. 205) wird aufgehoben.

§ 4

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 20. April 2020 in Kraft.

Gegeben in der Versammlung des Senats,

Hamburg, den 17. April 2020.

Anhang 2: Angewandter Fragebogen

Demografische Daten

Machen Sie bitte Angaben zu Ihrer Person. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Alter: _____

Geschlecht: w m d

Aus welchem Land kommen Sie? _____

Seit wann sind Sie in Deutschland? _____

Wohnen Sie in einer Wohnunterkunft? Ja Nein

Wohnen Sie in einer Jugendwohnung? Ja Nein

Wohnen Sie in einer Mietwohnung? Ja Nein

Mit wem wohnen Sie zusammen? _____

Haben Sie Kinder? Ja Nein

Wenn ja, wie alt sind diese? _____

Haben Sie eine dieser Erkrankungen? Kreuzen Sie bitte an.

Diabetes

Asthma

Übergewicht

Rheuma

Herz-Kreislaufferkrankungen

Krebs

Lungenerkrankungen

Autoimmunkrankheit

Machen Sie Ramadan? Ja Nein

Wenn ja, fällt es Ihnen schwer? Ja Nein

Blättern Sie nun bitte um, es gibt noch weitere Fragen für alle, egal ob Sie fasten oder nicht.
Machen Sie in jeder Zeile bitte ein Kreuz.

Ich trinke mehr Alkohol als vor Corona. Ja Nein nicht anders
 Ich trinke nie

Ich trinke weniger Alkohol als vor Corona. Ja Nein nicht anders
 Ich trinke nie

Ich rauche mehr als vor Corona. Ja Nein nicht anders
 Ich rauche nie

Ich rauche weniger als vor Corona. Ja Nein nicht anders
 Ich rauche nie

Aktivität

Versuchen Sie bei Ihren Angaben bitte immer an die letzte Woche vor Ramadan zu denken. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Wählen Sie nur eine Antwort pro Zeile aus.

Ich bewege mich mehr als vor Corona. Ja Nein nicht anders

Ich bewege mich weniger als vor Corona. Ja Nein nicht anders

Ich bin mehr an der frischen Luft als vor Corona. Ja Nein nicht anders

Ich bin weniger an der frischen Luft als vor Corona. Ja Nein nicht anders

Ich gucke mehr Filme und Serien (Netflix, Amazon Prime, Sky, Fernsehprogramme) als vor Corona. Ja Nein nicht anders
 Das mache ich nie

Ich gucke weniger Filme und Serien als vor Corona. Ja Nein nicht anders
 Das mache ich nie

Ich nutze mehr Youtube als vor Corona. Ja Nein nicht anders
 Das mache ich nie

Ich nutze weniger Youtube als vor Corona. Ja Nein nicht anders
 Das mache ich nie

Ich spiele mehr Computer- oder Konsolenspiele als vor Corona. Ja Nein nicht anders
 Das mache ich nie

Ich spiele weniger Computer- oder Konsolenspiele als vor Corona. Ja Nein nicht anders
 Das mache ich nie

Ich nutze mehr soziale Netzwerke, wie Instagram, TikTok, SnapChat als vor Corona.

Ja Nein nicht anders

Das mache ich nie

Ich nutze weniger soziale Netzwerke als vor Corona.

Ja Nein nicht anders

Das mache ich nie

Ich habe mehr Kontakt zu Freunden und Familie als vor Corona.

Ja Nein nicht anders

Ich habe weniger Kontakt zu Freunden und Familie als vor Corona.

Ja Nein nicht anders

Schlaf

Versuchen Sie bei Ihren Angaben bitte immer an die letzte Woche vor Ramadan zu denken. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Wählen Sie nur eine Antwort pro Zeile aus.

Ich schlafe weniger als vor Corona.

Ja Nein nicht anders

Ich schlafe mehr als vor Corona.

Ja Nein nicht anders

Ich schlafe mehr in der Nacht (22-6 Uhr).

Ja Nein nicht anders

Ich schlafe mehr am Tag (6-22 Uhr).

Ja Nein nicht anders

Versuchen Sie bei Ihren Angaben bitte immer an die letzte Woche vor Ramadan zu denken. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Machen Sie sich seit der Kontaktsperre mehr Sorgen um Ihre berufliche Zukunft?

Ja Nein nicht anders

Machen Sie sich seit der Kontaktsperre weniger Sorgen um Ihre berufliche Zukunft?

Ja Nein nicht anders

Was vermissen Sie sehr seit der Kontaktsperre?

Was vermissen Sie nicht seit der Kontaktsperre?

Anhang 3: Kodierschema für die Auswertung des Fragebogens

Tabelle 10: Kodierschema

Hierbei wurden die Antwortmöglichkeiten des Fragebogens wie folgt kodiert:

Keine Angabe/nicht lesbar	0
Ja	1
Nein	2
Nicht anders	3
Nie	4
Besser	5
Schlechter	6
Diabetes	10
Asthma	11
Übergewicht	12
Rheuma	13
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	14
Krebs	15
Lungenerkrankungen	16
Autoimmunkrankheit	17

Anhang 4: Eingabe aller Fragebögen in Excel

Frabo-Nr.	Demografische Daten		Herkunftsland	Aufenthalt Deutschland	Wohnunterkunft	Jugendwohnung	Mietwohnung
	Alter	Geschlecht					
1	20	w	Syrien	2014	1	2	2
2	18	m	Türkei	in Deu. geboren	2	2	1
3	24	m	Syrien	2015	2	1	0
4	19	m	Deutschland	in Deu. geboren	2	1	2
5	23	w	Irak	2016	1	2	2
6	22	w	Irak	2016	1	2	2
7	23	w	Deutschland	in Deu. geboren	2	2	1
8	21	m	Irak	2015	1	2	2
9	20	w	Türkei	in Deu. geboren	2	2	2
10	21	w	Algerien	2018	2	2	1
11	23	m	Eritrea	2015	2	2	2
12	19	m	Ägypten	2015	0	1	0
13	26	w	Ghana	2015	2	2	1
14	20	m	Ghana	2015	2	1	2
15	19		0 Rumänien	2014	2	2	1
16	18	m	Deutschland	in Deu. geboren	2	2	1
17	18	w	Deutschland	in Deu. geboren	2	2	1
18	23	m	Elfenbeinküste	2015	2	2	1
19	21	m	Indien	2001	2	2	1
20	20	w	Polen	2016	0	0	0
21	23	m	Irak	2017	2	2	1
22	19		0 Türkei	2000	1	2	1
23	20		0 Afghanistan	2016	1	1	1
24	18	m	Serbien	2014	2	2	1
Mittelwert	20,75			2013,722222			
SD				4,920611578			

Frabo-Nr.	Wohnungsart	Mitbewohner	Kinder	Alter der Kinder	Erkrankungen	Ramadan	schwierleicht
1	Wohnunterkunft	Eltern		2	0	2	0
2	Mietwohnung	Familie		2	0	1	1
3	Jugendwohnung	Freunde (w/G)		2	0	2	2
4	Jugendwohnung	Mitbewohner		2	0	2	0
5	Wohnunterkunft	Familie		2	0	2	2
6	Wohnunterkunft	Familie		2	0	2	0
7	Mietwohnung	alleine		2	0	2	2
8	Wohnunterkunft	Vater		2	0	2	0
9		0 Eltern		2	0	2	0
10	Mietwohnung	Eltern		2	0	1	1
11		0 Freund		2	0	2	0
12	Jugendwohnung	Freund		2	0	1	1
13	Mietwohnung	Sohn		1 Fast 5	0	2	0
14	Jugendwohnung	alleine		2	0	2	0
15	Mietwohnung	Eltern		2	0	2	0
16	Mietwohnung	Mutter		2	0	2	2
17	Mietwohnung	Eltern		2	0	1	2
18	Mietwohnung	Schwiegermutter		1 2 Jahre 6 Monate	0	1	1
19	Mietwohnung	Eltern		2	0	2	0
20		0 Mutter		2	0	2	0
21	Mietwohnung	Hexe		2	0	0	0
22		0 Großeltern		2	0	2	0
23		0 Jugendwohnung		2	0	1	2
24	Mietwohnung	Familie		2	2	2	2

Frabo-Nr.	Wohlbefinden		WHD		Rang Man-Whitney-U	
	Einfluss Corona	Veränderung Alltag	Veränderung Alltag	%	mehr	weniger
1	3			1	24	3
2	6			0	12	1
3	6			1	4	1
4	3			1	9	3
5	6			1	12	2
6	6			1	12	2
7	6			1	3	3
8	3			1	20	3
9	6			1	19	1
10	5			1	9	1
11	6			1	6	3
12	6			1	7	3
13	6			1	17	2
14	3			1	9	1
15	6			2	7	0
16	6			1	4	1
17	3			1	12	2
18	6			1	17	2
19	3			2	23	2
20	6			1	20	3
21	6			1	12	1
22	3			2	1	2
23	6			0	22	1
24	3			1	1	3

Frabo-Nr.	Ernährung						Ernährung G-Score
	darauf achten	nicht darauf achten	mehr Alkohol	weniger Alkohol	mehr rauchen	weniger rauchen	
1	3	3	3	4	4	2	3
2	3	3	3	4	4	2	1
3	1	2	2	2	4	4	4
4	3	3	2	4	4	3	3
5	1	2	4	4	4	4	4
6	1	2	4	4	4	4	4
7	3	3	2	2	1	1	0
8	3	3	4	4	4	2	3
9	2	2	4	4	0	4	4
10	0	1	2	2	2	2	2
11	3	3	3	3	3	4	4
12	1	0	4	4	4	4	4
13	1	2	4	4	4	4	4
14	1	3	4	4	4	4	4
15	0	0	2	2	2	4	4
16	3	3	2	2	1	4	4
17	3	3	4	4	4	4	4
18	3	3	4	4	3	4	4
19	1	3	4	4	4	4	4
20	3	3	3	3	3	4	4
21	0	1	3	3	4	4	4
22	2	1	4	4	1	4	4
23	1	2	4	4	4	2	2
24	3	3	2	2	0	3	2

Frabo-Nr.	Aktivität		Bewegung		G-Score		mehr TV		weniger TV	
	mehr Bewegung	weniger Bewegung	mehr draußen	weniger draußen			mehr TV	weniger TV		
1	2	1	3	3	2	3	1	2	2	2
2	2	1	2	1	0	1	1	2	2	2
3	1	2	2	1	2	1	1	2	2	2
4	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1
5	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2
6	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2
7	1	0	2	1	1	1	1	2	2	2
8	2	1	3	3	1	3	1	2	2	2
9	2	2	1	2	3	2	1	2	2	2
10	1	3	3	2	3	2	1	2	2	2
11	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1
12	1	0	1	0	2	0	0	3	3	3
13	1	2	1	2	4	2	2	1	1	1
14	1	2	1	2	4	2	2	1	1	1
15	2	1	2	1	0	1	1	1	1	1
16	2	1	2	1	0	1	1	2	2	2
17	1	2	2	1	2	1	2	1	1	1
18	2	1	2	1	0	1	2	3	3	3
19	1	2	1	1	3	1	1	2	2	2
20	3	1	3	1	0	1	3	3	3	3
21	1	3	1	2	4	2	1	2	2	2
22	1	0	1	0	2	0	1	0	0	0
23	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1
24	3	3	3	3	2	3	1	3	1	3

Frabo-Nr.	Frabo-Nr.				Frabo-Nr.				Frabo-Nr.				Medien G-Score
	mehr Youtube	weniger Youtube	mehr PC-Spiele	weniger PC-Spiele	mehr Social Media	weniger Social Media	mehr PC-Spiele	weniger PC-Spiele	mehr Social Media	weniger Social Media	Medien G-Score		
1	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1		
2	1	2	4	4	1	4	4	4	1	2	2		
3	1	2	1	1	2	2	2	2	0	1	1		
4	1	2	1	1	2	2	2	2	2	1	4		
5	2	2	4	4	2	4	4	4	1	2	3		
6	2	2	4	4	2	4	4	4	1	2	3		
7	3	2	2	2	3	2	2	2	4	1	4		
8	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3		
9	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2		
10	1	2	1	1	2	2	2	2	1	3	1		
11	2	1	4	4	2	4	4	4	3	3	6		
12	1	0	1	1	1	1	1	0	3	0	2		
13	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	6		
14	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	7		
15	1	2	4	4	1	4	4	4	1	1	4		
16	3	3	1	1	3	2	2	2	3	2	3		
17	3	3	2	2	3	1	1	1	1	2	4		
18	1	3	4	4	1	4	4	4	1	2	3		
19	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
20	1	3	1	1	3	2	2	2	2	2	3		
21	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	2		
22	3	0	1	1	3	0	0	0	2	1	4		
23	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	4		
24	4	4	4	4	4	4	4	4	3	1	6		

Frabo-Nr.	Kontakt		Schlaf		Tag	Schlaf G-Score
	mehr Kontakt	weniger Kontakt	weniger	mehr		
1	2	1	0	2	1	2
2	3	3	2	2	1	1
3	0	0	0	0	0	0
4	2	1	0	2	3	0
5	3	3	2	2	1	2
6	3	3	2	2	1	2
7	3	3	2	1	0	1
8	2	1	0	2	1	2
9	2	1	0	2	2	1
10	1	2	2	2	1	2
11	1	2	2	2	1	1
12	1	0	1	1	0	0
13	2	1	0	1	2	2
14	3	3	2	2	1	1
15	1	1	1	2	1	2
16	2	1	0	2	3	0
17	1	2	2	3	2	2
18	2	1	0	2	1	1
19	1	2	2	3	3	4
20	2	1	0	2	1	0
21	1	3	2	2	1	2
22	1	0	1	0	1	0
23	2	2	1	1	2	0
24	1	2	2	1	3	2

Frabo-Nr.	WHD %	Bewertung G-Score	Zukunft		Auswertbare Antwort mehr / weniger
			mehr Sorgen	weniger Sorgen	
1	96	mittel	1	2	mehr
2	64	mittel	2	3	nicht anders
3	40	schlecht	0	0	0
4	60	mittel	3	3	nicht anders
5	64	mittel	2	2	nicht anders
6	64	mittel	2	2	nicht anders
7	20	mittel	2	0	nicht anders
8	80	mittel	1	2	mehr
9	76	mittel	1	3	0
10	60	mittel	2	1	weniger
11	44	gut	1	2	mehr
12	52	mittel	1	0	mehr
13	68	gut	1	2	mehr
14	60	sehr gut	3	3	nicht anders
15	52	mittel	1	3	0
16	40	schlecht	1	2	mehr
17	64	gut	1	2	mehr
18	68	mittel	2	2	nicht anders
19	92	gut	1	2	mehr
20	80	mittel	1	2	mehr
21	64	mittel	1	2	mehr
22	0	mittel	1	0	mehr
23	88	mittel	2	1	weniger
24	0	gut	3	3	nicht anders

Anhang 6: Kodierschema für den G-Score

Gesündere Verhaltensweisen werden mit 1 kodiert und ungesunde oder nicht sicher mit 0.

Ernährung

Tabelle 11: Kodierschema für den G-Score (Ernährung)

Essen mehr	Ja=0	Nein=0	Nicht anders=1	
Essen weniger	Ja=0	Nein=0	Nicht anders=1	
Achten mehr drauf	Ja=1	Nein=0	Nicht anders=1	
Achten weniger drauf	Ja=0	Nein=1	Nicht anders=1	
Mehr Alkohol	Ja=0	nein=1	Nicht anders=1	nie=1
Weniger Alkohol	Ja=1	nein=0	Nicht anders=1	nie=1
Mehr Rauchen	Ja=0	nein=1	Nicht anders=1	nie=1
Weniger Rauchen	Ja=1	nein=0	Nicht anders=1	nie=1

Wenn TN nichts anders machen, wird dies als positiv interpretiert, da die Situation durch Corona das Verhalten nicht negativ ändert.

Aktivität

Tabelle 12: Kodierschema für den G-Score (Bewegung)

Mehr Bewegung	Ja=1	Nein=0	Nicht anders=0	
Weniger Bewegung	Ja=0	Nein=1	Nicht anders=1	
Mehr draußen	Ja=1	Nein=0	Nicht anders=0	
Weniger draußen	Ja=0	Nein=1	Nicht anders=1	

Nicht anders=1 bedeutet keine Verschlechterung der Aktivität, wenn bei weniger=nein.

Tabelle 13: Kodierschema für den G-Score (Medienkonsum)

Mehr TV	Ja=0	Nein=1	Nicht anders=1	Nie=1
Weniger TV	Ja=1	Nein=0	Nicht anders=0	Nie=1
Mehr Youtube	Ja=0	Nein=1	Nicht anders=1	Nie=1
Weniger Youtube	Ja=1	Nein=0	Nicht anders=0	Nie=1
Mehr PC-Spiele	Ja=0	Nein=1	Nicht anders=1	Nie=1
Weniger PC-Spiele	Ja=1	Nein=0	Nicht anders=0	Nie=1
Mehr Social Media	Ja=0	Nein=1	Nicht anders=1	Nie=1
Weniger Social Media	Ja=1	Nein=0	Nicht anders=0	Nie=1

Nicht anders=1 bedeutet keine Verschlechterung des Medienkonsums, wenn bei mehr=nein.

Tabelle 14: Kodierschema für den G-Score (Freunde/Familie)

Mehr Kontakt	Ja=1	Nein=0	Nicht anders=1	
Weniger Kontakt	Ja=0	Nein=1	Nicht anders=1	

Schlaf

Tabelle 15: Kodierschema für den G-Score (Schlaf)

weniger	Ja=0	Nein=0	Nicht anders=1	
mehr	Ja=0	Nein=0	Nicht anders=1	
Nacht	Ja=1	Nein=0	Nicht anders=0	
Tag	Ja=0	Nein=1	Nicht anders=0	

Fragen zum Schlafverhalten konnten nicht eindeutiger gestellt werden (TN hätten Stundenanzahl und Vergleich zu letzten Wochen nicht angeben können, Verständnis und Vorstellungsvermögen fehlt). Demnach ist es schwierig, darüber zu urteilen, was positiv oder negativ ist, da das vorige Schlafverhalten nicht bekannt ist. Als eindeutig positiv zu definieren, ist das Schlafen in der Nacht.

Offene Fragen

Was vermissen Sie sehr seit der Kontaktsperre?

Arbeit, Schoppen, Raus gehen und Spazieren

Mit Freunden Entspannt treffen, Schwimmen, Fussball.

0

Meine Familie

Schule + Freizeit mit Freunden

Schule + Freizeit mit Freunden

Zeit mit meinem Partner

Arbeit, Schoppen, Raus gehen und Spazieren

Schule

Schule. und Arbeit

Ich vermissee sehr vor die corona Zeit wider zurück

Fußball zuspilen - Freunde - Schule manchmal

ich vermissee die Zeit, in der ich mein Praktikum gemacht habe.

Eigentlich vermissee ich garnicht

Aktion des Lebens

Das treffen und feiern mit Freunden.

Mit mehreren Freunde rausgehen (Kino etc.), Meine Familie

RausGehen Wie Ich Möchte.frefunde treffen. Füßball spielen

Freunde zu Treffen

0

Ich vermissee sehr den Kauflaune zugehen

mein Normalen alltag

0

Kontak mit Freunden/Familie

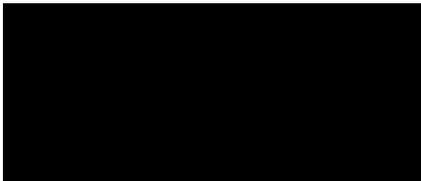
Anhang 8: Antworten auf die Frage „Was vermissen Sie nicht seit der Kontaktsperre?“

Was vermissen Sie nicht seit der Kontaktsperre?	
nichts	
Nichts.	
	0
nichts	
	0
	0
	0
nichts	
Das Leben während der Corona Zeit	
Ja.	
	0
	0
	0
nicht	
Umweltverschmutzung	
	0
Viele Befehle von meiner Mutter, Die Hälfte des Tages auf meine Geschwister aufzupassen der Kontakt Mit Meiner Familie.	
	0
	0
Meine Freunde :-)	
die Corona Krise	
	0
	0

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit eigenständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe. Textpassagen, die wörtlich oder dem Sinn nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Hamburg, den 21.08.2020



Rosa Beitz