

COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO) — Welle 14

Ergebnisse aus dem wiederholten querschnittlichen Monitoring von Wissen, Risikowahrnehmung, Schutzverhalten und Vertrauen während des aktuellen COVID-19 Ausbruchsgeschehens

Stand: 12.06.2020 (Version 14-01)

Cornelia Betsch¹, Lars Korn¹, Lisa Felgendreff¹, Sarah Eitze¹, Philipp Schmid¹, Philipp Sprengholz¹, Lothar Wieler², Patrick Schmich², Volker Stollorz³, Michael Ramharter⁴, Michael Bosnjak⁵, Saad B. Omer⁶, Heidrun Thaiss⁷, Freia De Bock⁷, Ursula von Rügen⁷, Christian Krauth⁸, Martin Bruder⁹, Jens Eger⁹, Jörg Faust⁹, Sebastian Schneider⁹

¹ University of Erfurt, Nordhäuser Straße 63, 99089 Erfurt, Germany

² Robert Koch Institute, Nordufer 20, 13353 Berlin, Germany

³ Science Media Center Germany gGmbH, Rosenstr. 42-44, 50678 Köln, Germany

⁴ Bernhard-Nocht-Institute for Tropical Medicine, Bernhard-Nocht-Straße 74, 20359 Hamburg, Germany

⁵ Leibniz Institute for Psychology Information and Documentation, Universitätsring 15, 54296 Trier, Germany

⁶ Yale Institute for Global Health, New Haven, CT, USA

⁷ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Maarweg 149-161, 50825 Köln

⁸ Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover

⁹ Deutsches Evaluierungsinstitut der Entwicklungszusammenarbeit gGmbH, Fritz-Schäffer-Str. 26, 53113 Bonn

Ziel

Ziel dieses Projektes ist es, wiederholt einen Einblick zu erhalten, wie die Bevölkerung die Corona-Pandemie wahrnimmt, wie sich die “psychologische Lage” abzeichnet. Dies soll es erleichtern, Kommunikationsmaßnahmen und die Berichterstattung so auszurichten, um der Bevölkerung korrektes, hilfreiches Wissen anzubieten und Falschinformationen und Aktionismus vorzubeugen. So soll z.B. auch versucht werden, medial stark diskutiertes Verhalten einzuordnen.

Diese Seite soll damit Behörden, Medienvertretern, aber auch der Bevölkerung dazu dienen, die psychologischen Herausforderungen der COVID-19 Epidemie einschätzen zu können und im besten Falle zu bewältigen.

Alle Daten und Schlussfolgerungen sind als vorläufig zu betrachten und unterliegen ständiger Veränderung. Ein Review Team von wissenschaftlichen Kolleg/innen sichert zudem die Qualität der Daten und Schlussfolgerungen. Trotz größter wissenschaftlicher Sorgfalt und dem Mehr-Augen-Prinzip haften die beteiligten Wissenschaftler/innen nicht für die Inhalte.

Informationen zu COVID-19 und dem Ausbruchsgeschehen

Wichtig: Hier finden Sie KEINE Informationen zu COVID-19 und dem eigentlichen Ausbruchsgeschehen. Wenn Sie das suchen, klicken Sie bitte hier:

- Robert Koch-Institut: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/nCoV_node.html

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: <https://www.infektionsschutz.de/coronavirus-sars-cov-2.html>
- Science Media Center: <https://www.sciencemediacenter.de/alle-angebote/coronavirus/>

Gegenstand dieser Informationsseite ist die jeweils zuletzt durchgeführte Erhebung. Die wöchentlichen Auswertungen der vorherigen Erhebungswellen finden Sie hier: <https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/archiv/>

Preprints: <https://www.psycharchives.org/handle/20.500.12034/2398>

Studienprotokoll: <http://dx.doi.org/10.23668/psycharchives.2776>

Fragebögen: <https://dfncloud.uni-erfurt.de/s/Cmzfw8fPRAgzEpA>

Materialien für die Nutzung in anderen Europäischen Ländern basierend auf COSMO (WHO Regionalbüro für Europa): <http://www.euro.who.int/en/covid-19-BI>

Wissenschaftliche Verantwortung und Initiative: UE

Finanzierung: UE, ZPID, RKI, BZgA

Auswertung und Dokumentation: UE

Kontakt: cornelia.betsch@uni-erfurt.de

Eine Zusammenfassung mit den wichtigsten Ergebnissen, Empfehlungen und Abbildungen als Kurzpräsentation gibt es hier: <https://dfncloud.uni-erfurt.de/s/PkiZW7NWeBSCCqq>

1 Zusammenfassung und Empfehlungen

Dieses Kapitel fasst alle Ergebnisse zusammen und gibt Empfehlungen; die **Abbildungen** dazu finden sich in den Einzelkapiteln weiter unten.

Analyse der 14. Datenerhebung (09.06.-10.06.2020). Die Datenerhebungen finden wöchentlich dienstags und mittwochs statt.

Die 955 Befragten wurden aus einem durch die Firma Respondi (<https://www.respondi.com/>) rekrutierten und gepflegten Befragtenpool (sog. Online-Panel) so gezogen, dass sie der Verteilung von Alter, Geschlecht (gekreuzt) und Bundesland (ungekreuzt) in der Deutschen Bevölkerung entsprechen.

Sorglosigkeit: Risiko und Verhalten

Die Risikowahrnehmung und Akzeptanz der Maßnahmen sinken auf das Niveau von vor dem Lockdown und spiegeln die aktuellen Entwicklungen zu mehr Lockerungen wider. Schutzverhalten ist weiter auf hohem Niveau, wobei es stagniert oder teilweise leicht abnimmt.

AHA Regel: 84% halten 1.5m Abstand (Abstands-Regel), 83% waschen sich 20 Sekunden die Hände (Hygiene-Regel), 84% tragen eine Maske (Atemschutz-Regel). Personen, die die Maßnahmen übertrieben finden, halten sich deutlich seltener an die Maßnahmen als alle anderen (die die Lockerungen übertrieben und zu früh finden und Personen, die indifferent sind).

- *Empfehlung: Neue, notwendige Verhaltensweisen wie Abstand halten oder Maske tragen sollten zu Routinen und Gewohnheit werden. Damit dies langfristig gelingt sollten unterstützende Maßnahmen und Erkenntnisse aus den Verhaltenswissenschaften genutzt werden.*
- *Empfehlung: Besonders zum Thema Maske tragen und Abstand halten werden Widersprüche wahrgenommen. Hier können Kommunikationskampagnen und einheitlichere Regelungen helfen.*

Maßnahmen oder Lockerungen ablehnen

Bei der Einschätzung der Sinnhaftigkeit der Maßnahmen und Lockerungen scheint es zum einen viele Unentschiedene zu geben (48%), zu anderen zwei eher polarisierte „Lager“: 31% finden die Lockerungen (eher) übertrieben, während 21% die Maßnahmen für übertrieben halten.

Beim Vergleich dieser Gruppen fällt auf, dass die große Gruppe derer, die indifferent sind und die, denen die Lockerungen zu schnell gehen, ein ähnliches psychologisches „Profil“ aufweisen (z.B. höhere Risikowahrnehmung, ähnlich viel Schutzverhalten).

Wer jedoch denkt, dass die Maßnahmen übertrieben sind, unterscheidet sich systematisch diesen beiden Gruppen: dieses Fünftel der Befragten ist schlechter über Schutzmaßnahmen informiert, vertraut den Behörden weniger, fühlt ein geringeres Risiko, nimmt den Ausbruch als einen Medien-Hype wahr und hängt eher Verschwörungstheorien an (sowohl habituell als auch konkret auf Corona bezogen, siehe vorherige Wellen). V.a. in den letzten Wellen zeigte sich, dass diese Gruppe auch vermehrt Existenzängste hat.

- *Empfehlung: Um die Gruppe zu erreichen, die Maßnahmen ablehnt, sollten Strategien der Risikokommunikation entwickelt werden (z.B. hat sich das Betonen gleicher Werte als effektiv erwiesen).*
- *Empfehlung: Die größte Gruppe besteht vorwiegend aus Personen, die weder die Maßnahmen noch die Lockerungen ablehnen. Hier ist das Kippen der Meinung hin zur Ablehnung der Maßnahmen zu vermeiden.*
- *Empfehlung: Auch wenn nicht klar ist, ob Existenzängste ursächlich dazu führen, dass Maßnahmen abgelehnt werden, könnten politische Maßnahmen, die individuelle Existenzängste reduzieren, auch für die Unterstützung des künftigen Infektionsschutzes hilfreich sein.*

Lokaler Lockdown bei 50 (35) Fällen pro 100.000 Einwohnern

Städte oder Landkreise, in denen mehr als 50 (35) Neuinfektionen auf 100.000 Einwohner vorliegen, sollen das öffentliche Leben in der Region erheblich einschränken.

58% befürworten (eher) diese Regelung; 70% sind in dieser Situation (eher) bereit, sich wieder einzuschränken (Maßnahmen vor dem 6.5.20).

Eigenverantwortung

Derzeit findet eine große Debatte über Gebote vs. Verbote statt und dass der Bürger mehr Eigenverantwortung im Infektionsschutz übernehmen soll.

Insgesamt denken 38% (eher), dass Gebote ausreichend sind. 33% denken (eher), die Mehrheit würde sich an die Regeln halten.

Vor allem diejenigen finden Gebote (statt Verbote) ausreichend, die die Maßnahmen ablehnen. Sie denken auch eher, dass sich die Mehrheit an die Empfehlungen halten würde. Jedoch halten sie sich selbst weniger an die Regeln als alle anderen (die die Lockerungen übertrieben finden oder die indifferent sind, was Maßnahmen und Lockerungen angeht).

- *Empfehlung: Sollte stärker auf Freiwilligkeit und Eigenverantwortung gesetzt werden, muss mit weniger Schutzverhalten gerechnet werden - v.a. von denen, die insgesamt weniger Schutzverhalten zeigen und daher möglicherweise besonders gefährdet/eine Gefahr sind. Entsprechende Maßnahmen und Kampagnen sind empfehlenswert; hier sollten Kosten und Nutzen einer freiwilligen Regelung sehr sorgfältig abgewogen werden.*

Maske tragen: freiwillig oder verpflichtend?

Neu: Die WHO empfiehlt nun das Tragen nicht-medizinischer Masken in der Öffentlichkeit bei hoher Infektionsgefahr.

Aus diesem Anlass fassen wir Ergebnisse der letzten Welle (29.05.20) nochmal zusammen:

Das Wissen über den Schutz anderer ist hoch; wenn andere Maske tragen, reduziert sich die eigene gefühlte Anfälligkeit. Masketragen wird als sozialer Vertrag wahrgenommen – wer sich beteiligt, wird (sozial) belohnt, wer gegen den Vertrag verstößt, “bestraft”.

- Die Maskenpflicht ist seit Mitte April durchgängig von ca. 50% der Befragten akzeptiert (aktuell: 56%). Sie führt dazu, dass auch Personen, die Maßnahmen generell ablehnen, mehr Masken tragen und führt zu einer ausreichend hohen Tragebereitschaft, damit Masken effektiv in der Transmissionsvermeidung werden; Freiwilligkeit reicht hierfür nicht aus.
- Die Maskenpflicht wird als fairer wahrgenommen als eine freiwillige Regelung, besonders von Risikogruppen.
- Masken scheinen positive soziale Signale zu senden: wer eine Maske trägt wird für prosozialer und positiv-moralisch gehalten und eher als Mitglied einer Risikogruppe eingeschätzt. Es findet keine Stigmatisierung von Masketrägern als potenziell COVID-19 Erkrankte statt positiv-moralisch eingeschätzt. Ob es eine verpflichtende oder freiwillige Regelung gibt, spielt für diese Aspekte kaum eine Rolle.
- Eine freiwillige Regelung könnte zu mehr Polarisierung führen, da so mehr Personen keine Maske tragen, die in der Konsequenz von Masketrägern negativ bewertet werden.
- *Empfehlung: Derzeit scheint eine Maskenpflicht ein akzeptiertes, als fair wahrgenommenes und effektives Mittel zu sein, um viele Leute zum Masketragen zu bewegen.*

Sorgen

Sorgen um die Wirtschaftskraft bleiben stabil hoch. Die Befürchtung, dass die Corona-Pandemie die soziale Ungleichheit verstärkt, bleibt nach wie vor bestehen. Die Sorgen um ein überlastetes Gesundheitssystem sind mittelmäßig ausgeprägt und sinken tendenziell.

- *Empfehlung: Da die Sorge um Ungleichheit hoch ist, sollte das Adressieren von Ungleichheit durch Corona ein wichtiger Faktor in der Kommunikation werden.*

Vertrauen

Das Vertrauen in die Wissenschaft, die Bundesregierung und die WHO ist relativ stabil, während das Vertrauen in Behörden, den Gesundheitssektor und die Medien leichten Schwankungen unterliegt. Im Vergleich zu vor zwei Wochen gibt es kaum Veränderungen: Krankenhäuser und Ärzte genießen weiter hohes Vertrauen, alle anderen Institutionen pendeln sich auf einem etwas niedrigerem Niveau (als Ende März) ein.

Vertrauen in die Behörden ist ein wichtiger Einflussfaktor für die Akzeptanz vieler Maßnahmen (z.B. auch Akzeptanz einer Tracing-App, einer möglichen Impfung gegen COVID-19, der Beibehaltung der Maßnahmen etc.) und daher besonders schützenswert.

- *Empfehlung: Transparente Kommunikation ist weiterhin wichtig, um das Vertrauen aufrecht zu erhalten und zu stärken.*

Die Hälfte der Befragten ist bereit eine Tracing-App zu nutzen

Die Bereitschaft zur Nutzung einer Tracing-App ist weiter stabil. 53% (Vorwoche 49%) sind eher bereit oder bereit, sich eine datenschutzkonforme App zu installieren. Vertrauen in die Behörden spielt nach wie vor eine Rolle bei der potenziellen Akzeptanz der App. Wer schon mal Infizierte im persönlichen Umfeld hatte oder eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung hat, ist bereiter, sich eine App herunterzuladen.

- *Empfehlung: Vertrauen sollte durch größere Transparenz und Kommunikation des erwarteten Nutzens gestärkt werden.*

- *Empfehlung: Bei der Einführung kann auf die Stärkung der Selbstwirksamkeit hingewiesen werden sowie dass Personen, die bereits einmal in der Situation einer möglichen Infektion waren, die App eher runterladen würden.*

Akzeptanz von Maßnahmenbündeln

Die ökonomischen Folgen werden für die Befragten wichtiger. Einkommensverluste sollten weitgehend verhindert werden. Die gesundheitlichen Folgen bleiben den Befragten weiterhin sehr wichtig. Bei den Maßnahmen wird eher der Status Quo präferiert. Die Maskenpflicht wird unterstützt (wenn auch mit geringer Präferenzstärke) und eine mittlere Öffnungsvariante bei den Schulen präferiert. Schutzmaßnahmen für Risikopersonen wie Masken zum Eigenschutz werden positiv aufgenommen.

Impfungen

46% der geplanten Erwachsenen- und 42% der geplanten Kinderimpfungen fanden nicht zum initial geplanten Termin statt. Davon wurden bislang nur 40% bzw. 65% nachgeholt (Erwachsene/Kinder). Eine von fünf Kinderimpfungen und 2 von 5 Erwachsenenimpfungen wurden abgesagt, ohne dass bislang ein Nachholtermin besteht.

- *Empfehlung: Sollten Impfungen abgesagt werden, sollten dringend Nachholtermine vereinbart werden, damit keine Impfücken entstehen. Dies gilt v.a. für Impfungen bei Erwachsenen.*

Hypothetische Impfung gegen das Coronavirus

61% würden sich (eher) gegen COVID-19 impfen lassen, Mitte April waren es noch 79%, seitdem sinkt die Bereitschaft. Vertrauen in die Impfung und die Behörden ist wesentlich für die Impfbereitschaft. Bei einer angenommenen Basisreproduktionsrate von $R_0 = 3$ (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html) und einem perfekt wirksamen Impfstoff würde eine Impfbereitschaft von 61% nicht ausreichen, um die Verbreitung des Virus zu stoppen.

- *Empfehlung: Eine transparente Risikokommunikation zu erwarteten Nutzen und Risiken einer Impfung gegen COVID-19 ist wichtig.*
- *Empfehlung: Veränderung der Einstellungen zum Impfen allgemein sowie zu einer potenziellen COVID-19 Impfung sollten wiederholt betrachtet werden, um die Risikokommunikation zu steuern.*

Verteilung von Intensivbetten

Es wurde erfasst, wie fair die Befragten eine Verteilung von knappen Intensivbetten nach dem Kriterium der klinischen Erfolgsaussicht bewerten. 53.3% fanden die Regel fair, 19.3% waren unentschlossen, 27.4% bewerteten sie als unfair. Dieselbe Regel wurde im Rahmen eines fiktiven Arztgesprächs mit einem Angehörigen, der nach der Behandlung der 90-jährigen Oma fragt, als weniger fair und unfairer bewertet. Es ist also bei tatsächlicher Betroffenheit möglicherweise mit einer stärkeren Ablehnung der Regelung zu rechnen.

Sterbehilfe

10% haben im Zusammenhang mit COVID-19 schon einmal über das Thema Sterbehilfe nachgedacht.

40% finden (eher), dass COVID-19-Patienten generell die Möglichkeit haben sollten, Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen. 45% finden (eher), dass Personen, die einer Risikogruppe für einen schweren COVID-19-Verlauf angehören, im Infektionsfall die Möglichkeit haben sollten, Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen. 35% finden (eher), dass die Regelungen zur Inanspruchnahme von Sterbehilfe aufgrund der aktuellen Lage in Bezug auf COVID-19 geändert werden sollten.

Personen, die einer COVID-19 Risikogruppe angehören, stimmen den Aussagen eher zu.

Corona, Europa und die Welt

Der Anteil an Befragten, die sich Sorgen machen, dass es aufgrund der jetzigen Corona-Situation in Entwicklungsländern zu humanitären Katastrophen kommt, ist im Vergleich zur vorherigen Erhebung um 8 Prozentpunkte auf 58% gestiegen. Die Notwendigkeit von globaler Solidarität und Zusammenarbeit, um die Krise zu bewältigen, ist den Befragten weiterhin bewusst und erfährt konstant hohe Zustimmung. Jedoch sehen nur 43% der Befragten Deutschland als moralisch verpflichtet zu helfen.

Familien mit kleinen vs. großen Kindern

Familien mit jüngeren Kindern (unter 14 Jahren) fühlen sich momentan nach wie vor besonders belastet. Hier ist auch der Anteil der größeren und kleineren Meinungsverschiedenheiten größer als in der Gruppe der Eltern mit älteren Kindern (über 14 Jahren).

2 Methode

2.1 Stichprobe

Die Probandinnen und Probanden werden über einen Online-Panelanbieter (Respondi, <https://www.respondi.com/>) eingeladen. Regelmäßig wird eine repräsentative Verteilung der N=1000 Befragten zwischen 18-74 Jahren auf Basis der Zensusdaten aus Deutschland angestrebt (Münnich et al., 2012). Zunächst fand diese wöchentlich statt, ab dem 26. Mai im Abstand von zwei Wochen. In Welle 14 wurden 955 Personen befragt. Eine Quotierung wird nach Alter / Geschlecht (gekreuzt) und Bundesland (ungekreuzt) vorgenommen.

Hinweis: Ausschließlich in Welle 4 wurde zusätzlich das Alterssegment über 74 Jahren erhoben. Um die Vergleichbarkeit zwischen den Wellen zu erhalten wurde dieses Alterssegment aus den Berechnungen ab Welle 5 wieder ausgeschlossen (d.h. die dargestellten Daten aus Welle 4 enthalten nur Personen bis einschließlich 74 Jahren).

2.2 Messungen

2.2.1 Skalen der Befragung

Demografische Daten. Alter, Geschlecht, Bildung, Wohnortgröße und Bundesland werden abgefragt. In späteren Wellen kommen Anzahl der eigenen Kinder, Religion, Personen im eigenen Haushalt, vorrangig gesprochene Sprache, Alleinerziehendenstatus, berufliche Selbstständigkeit, Beruf im Gesundheitssektor, der allgemeine Gesundheitszustand, sowie psychische und chronische Erkrankungen hinzu.

Wissen über COVID-19. Es wurde wahrgenommenes Wissen (*Wie schätzen Sie ihr Wissen über das neuartige Coronavirus ein?* gar kein Wissen (1) – sehr viel Wissen (7), Krawczyk et al, 2013), Symptomwissen und generelles Wissen über COVID-19 mit Items zum korrekten Namen (nur **Welle 1**), Behandlung, Übertragungsweg und Inkubationszeit erhoben (Bsp: *Wie lang ist die Inkubationszeit [...] des neuartigen Coronavirus?* ca. 3 Tage / ca. 7 Tage / ca. 14 Tage / weiß nicht). Von **Welle 1 bis Welle 5** wurde das Symptomwissen (Welche der folgenden Symptome können mit dem neu aufgetretenen Coronavirus in Verbindung gebracht werden?) für zehn Krankheitsanzeichen (z. B. Kopfschmerzen oder Durchfall) überprüft. In **Welle 10** wurde dies wieder aufgegriffen, wobei die Symptome gemäß den Ergebnissen einer medizinischen Studie angepasst wurden (Streeck et al., 2020).

Risikowahrnehmung. Einschätzung zu Wahrscheinlichkeit (*Wie hoch schätzen Sie Ihre Wahrscheinlichkeit ein, dass Sie sich mit dem neuartigen Coronavirus infizieren?* Extrem unwahrscheinlich (1) – Extrem wahrscheinlich (7)), Schweregrad (*Wie schätzen Sie eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus für sich selbst ein?* völlig harmlos (1) – extrem gefährlich (7)) und Anfälligkeit (*Als wie anfällig schätzen Sie sich für eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus ein?* Überhaupt nicht anfällig (1) – Sehr anfällig (7)) für die Coronavirus-Infektion werden als Dimensionen von Risikowahrnehmung abgefragt (Brewer et al. 2007). Zusätzlich wurden ab **Welle 8** zwei weitere Faktoren der Ansteckungswahrscheinlichkeit abgefragt. Einerseits wurde erhoben, wie groß der Optimism Bias ist, das heißt, wie sehr man die Ansteckungsgefahr für

andere Menschen über- bzw. die eigene Ansteckungsgefahr unterschätzt (Sharot, 2011). Dafür wurde auf einer siebenstufigen Skala von Extrem unwahrscheinlich (1) – extrem wahrscheinlich (7) explizit nach anderen Personen gefragt (*Wie hoch schätzen Sie die Wahrscheinlichkeit für eine durchschnittliche andere Person Ihres Alters und Geschlechts ein, dass sie sich mit dem neuartigen Coronavirus infiziert?*). Andererseits ging es darum, welche Aktivitäten als besonders infektiös betrachtet werden. Hierfür wurden vier Aktivitäten (z.B. Einkaufen gehen) herangezogen, deren Infektionsrisiko ebenfalls auf sieben Stufen (Sehr unwahrscheinlich (1) – Sehr wahrscheinlich (7)) eingeschätzt werden sollte.

Schutzverhalten. Fragen zur Nützlichkeit und tatsächlichen Anwendung (Liao et al. 2011, Steel Fisher et al. 2012) der empfohlenen Präventivmaßnahmen (7-11 Punkte, z.B. Abdecken des Mundes beim Husten, körperliche Distanz). Diese wurden wöchentlich angepasst und enthielten auch Items zur Ablenkung (1-11 Items, z.B. Ingwertee trinken), um nach irrelevantem Schutzverhalten (Aktionismus) zu suchen.

Selbstwirksamkeit. Für die Beurteilung von Schutzmaßnahmen (*Wie sicher oder unsicher fühlen Sie sich bei der Frage, welche Schutzmaßnahmen geeignet sind, um eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus zu vermeiden?* sehr unsicher (1) – sehr sicher (7), Bandura 2006) und die Selbstwirksamkeit bei der Anwendung (*In der jetzigen Situation eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus zu vermeiden ist für mich... extrem schwierig (1) – extrem einfach (7)*, Renner & Schwarzer, 2005).

Gruppenwirksamkeit. In den **Wellen 4, 5, 6 und 8** wurde die Gruppenwirksamkeit in mehreren Items untersucht (*Was glauben Sie, wieviel Prozent der Deutschen...*). Es wurden dabei verschiedene Verhaltensweise miteinbezogen, die über die Befragungswellen hinweg angepasst wurden (z.B. *...halten sich an die von den Behörden erlassenen Ausgangsbeschränkungen* oder *...tragen eine Atemschutzmaske, wenn sie sich in öffentlichen Bereichen bewegen*). Für die Antwort sollte eine prozentuale Einschätzung getroffen werden, die als ganze Zahl in ein Freifeld eingetragen wurde.

Affektive Bewertung. Die Ausbruchssituation wird bewertet auf siebenstufigen semantischen Differenzialen (6-8 Items, z.B. angsteinflößend (1) – nicht angsteinflößend (7), langsam ausbreitend (1) – schnell ausbreitend (7), Bradley & Lang, 1994).

Psychische Gesundheit und Wohlbefinden. In den **Wellen 4 bis 6, 8 und 12** wurden fünf Items zur psychischen Gesundheit in den Fragebogen integriert (z.B. *Ich fühlte mich einsam*). Entnommen wurden diese Items aus den Skalen zur Allgemeinen Depressionsskala (ADS; Hautzinger et al, 2012) und der Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD; Löwe, 2015). Die Antwortskala deckt den bezugszeitraum von Überhaupt nicht oder weniger als 1 Tag (1) – 5 bis 7 Tage (4) ab. In **Welle 12** wurde zusätzlich mithilfe des WHO-5-Index das Wohlbefinden der Teilnehmenden erhoben (WHO, 1998). Dabei werden fünf unterschiedliche Items jeweils auf die letzten beiden Wochen bezogen (z.B. *In den letzten zwei Wochen habe ich mich energisch und aktiv gefühlt*) und auf einer sechsstufigen Skala von Die ganze Zeit (1) – Zu keinem Zeitpunkt (6) beantwortet.

Informationsverhalten. In den **Wellen 3 bis 6, 8 und 13** wurde das Vertrauen in sowie die Nutzungshäufigkeit von verschiedenen Medien zur Gewinnung von Informationen zum Coronavirus in der Bevölkerung abgefragt (z.B.: privates Fernsehen, Websites von Gesundheitseinrichtungen; Nie (1) –Sehr häufig (7). Die 8–11 Informationsquellen wurden über die Wellen hinweg zum Teil modifiziert, beispielsweise wurden öffentlich-rechtliche Fernseh- und Radiosender zunächst einzeln abgefragt und später unter öffentlich-rechtliche Medien zusammengefasst. Beginnend mit **Welle 2** wurde auch generelle Informationssuche erhoben Nie (1) – Sehr häufig (7). In **Welle 11** wurde außerdem eine Frage zur Informationspolitik des Robert Koch-Instituts hinzugefügt. Die Häufigkeit der Pressekonferenzen (bis dato 2-mal pro Woche) sowie die angestrebte Häufigkeit (bei besonderen Ereignissen) sollte auf einer siebenstufigen Skala von Zu selten (1) – Zu häufig (7) bewertet werden.

Vertrauen in Institutionen. Abgefragt für 11 bis 12 wöchentlich wechselnde Institutionen und Entscheidungsträger (z.B. der eigene Arzt, das Bundesministerium für Gesundheit, die Medien, das Robert Koch-Institut, die Bundesregierung). Dabei konnten die Befragten auf einer siebenstufigen Skala von Sehr wenig Vertrauen (1) – Sehr viel Vertrauen (7) antworten. Keine Angabe war ebenfalls eine Option (Pearson & Raeke, 2000, Schweitzer et al., 2006). In **Welle 8 und Welle 14** wurde das Vertrauen in das Robert Koch-Institut sowie in die Bundesregierung in jeweils neun Items ausdifferenzierter abgefragt (z.B. *In Bezug auf den Umgang mit der Corona-Ausbruchssituation ist das RKI ein Experte* oder *...agiert das RKI im Interesse der Bürger*).

Die Antworten konnten auf sieben Stufen von Stimme überhaupt nicht zu (1) – Stimme voll und ganz zu (7) gegeben werden (Grimmelhuijsen & Knies, 2017).

Akzeptanz der Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung. Akzeptanz zu politischen Entscheidungen, die zur Diskussion stehen (11-14 Items z.B. *Alle Großveranstaltungen sollten abgesagt werden*, Stimme überhaupt nicht zu (1) – Stimme voll und ganz zu (7)). Ab **Welle 5** wurden Fragen zur möglichen Fortführung und Veränderung der Maßnahmen im gleichen Format hinzugefügt, die für **Welle 6** noch erweitert wurden (z.B. *Die strikten Maßnahmen gelten weiterhin in Großstädten, nicht aber in ländlichen Regionen*).

Akzeptanz der Lockerungsmaßnahmen. Ab **Welle 9** wurden die politischen Vorgaben zur Lockerung der Pandemie in den Fragenkatalog zunächst mit einer Frage aufgenommen (*Die aktuellen Maßnahmen sollten nach dem 4. Mai nicht gelockert werden*). Ab **Welle 10** wurden zwei Items verwendet, um dies abzufragen. Dabei ging es um die bundesweite Einheitlichkeit sowie die mögliche Übertriebenheit der Lockerungen, deren Zustimmung jeweils auf einer Skala von Stimme überhaupt nicht zu (1) – Stimme voll und ganz zu (7) beantwortet wurden. Mit weiterer Abnahme der Einschränkungen wurden in den **Wellen 13 und 14** zwei Items hinzugefügt, die messen sollten, wie stark sich die Befragten auf die autonomen Entscheidungen anderer Bürgerinnen und Bürger verlassen (z.B. *Eigenverantwortliches Handeln auf der Basis von Geboten ist ausreichend effektiv, um der Verbreitung des Virus entgegenzuwirken*), was ebenfalls mithilfe einer siebenstufigen Skala abgefragt wurde.

Krisenverhalten. In den **Wellen 1 bis 4** wird in 7-10 Items das Verhalten abgefragt, das wöchentlich auf die öffentliche Diskussion angepasst wird (z.B. *Kauf großer Mengen von Lebensmitteln und Toilettenpapier oder von Zuhause arbeiten* – Das habe ich bereits getan (1), Ich habe vor das zu tun (2) oder Ich habe nicht vor, das zu tun (3)). In **Welle 10** wurde außerdem explizit danach gefragt, ob die Befragten in den vorangegangenen acht Wochen häufiger als sonst im Home Office tätig waren.

Falschmeldungen. Mit offenem Antwortformat werden die Teilnehmenden gebeten, von Falschmeldungen zu berichten (*Sind Sie auf Informationen über das neu aufgetretene Coronavirus gestoßen, bei denen Sie nicht sicher sind, ob sie richtig oder falsch sind?*), 3-5 Nennungen sind möglich. Punktuell werden zusätzliche Dimensionen erhoben.

Risikowahrnehmung Influenza. In **Welle 2 und 3** werden die Fragen für Wahrscheinlichkeit, Schweregrad und Anfälligkeit (Brewer et al. 2007) auch für Influenza gestellt.

Ausbruchsbezogene Ängste. Ab **Welle 3** werden in 9 Items (z.B. Aufgrund der jetzigen Corona-Situation, wie viele Sorgen machen Sie sich, dass die Gesellschaft egoistischer wird?) krisenspezifische Ängste erhoben. Die Antworten reichten von Sehr wenig Sorgen (1) – sehr viele Sorgen (7).

Verschwörungstheoretisches Denken. In **Welle 3, 11 und 12** wird die Tendenz, Verschwörungstheorien zu glauben (z.B. *Es geschehen viele sehr wichtige Dinge in der Welt, über die die Öffentlichkeit nie informiert wird*. Stimmt sicher nicht (1) – stimmt sicher (7)) erhoben (Bruder et al. 2013).

Coronaspezifische Verschwörungstheorien. In **Welle 10, 11 und 12** wurde erhoben, wie stark die Befragten an Verschwörungstheorien zum Thema COVID-19 glauben (z.B. *Das Virus wird absichtlich als gefährlich dargestellt, um die Öffentlichkeit in die Irre zu führen*). Dabei wurden diese dazu aufgefordert, zu sechs verschiedenen Theorien auf einer siebenstufigen Skala (stimme überhaupt nicht zu (1) – stimme voll und ganz zu (7)) zu bewerten (Imhoff & Lamberty, 2020).

Resilienz. In **Welle 4, 5 und 8** wird Resilienz mittels der Brief Resilience Scale (z.B. *Ich brauche nicht viel Zeit, um mich von einem stressigen Ereignis zu erholen*. stimme überhaupt nicht zu (1) – stimme voll und ganz zu (5), Smith et al, 2008) und Corona-spezifischen Items (z.B. *Während der Pandemie weiß ich, dass ich mich nicht unterkriegen lasse*. Stimme überhaupt nicht zu (1) – stimme voll und ganz zu (7))

Lebenszufriedenheit. Ab **Welle 4** wurde mit einem Item (*Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig - alles in allem - mit Ihrem Leben?* ganz und gar nicht zufrieden (1) – ganz und gar zufrieden (7)) die Lebenszufriedenheit erhoben.

Beurteilung offizieller Verfügungen. Ab **Welle 5** wurde in 8 Items erhoben, ob Maßnahmen als offizielle Verfügungen erkannt werden (z.B. *Welche der folgenden Maßnahmen sind offizielle Verfügungen, um die Ausbreitung und die Ansteckung mit dem neuartigen Coronavirus zu verhindern?*) Dabei wird dies beispielsweise

für die Einhaltung von Sicherheitsabstand, Selbst-Quarantäne und die Meidung öffentlicher Orte sowie anderer Personen abgefragt. Die Antwortoptionen beinhalten (1) Ja, (2) Nein und (3) Weiß nicht. In **Welle 14** wurde außerdem die Verständlichkeit der Verfügungen abgefragt. Dabei sollten die Befragten angeben, ob sie genau wüssten, welche Verfügungen gelten (Ja/Nein). Anschließend wurde erhoben, als wie widersprüchlich die Gebote empfunden werden (Widersprüchlich (1) – Eindeutig (7)). Ab einem mittleren Wert auf der Skala (4) konnte in einem freien Textfeld eingegeben werden, welche Widersprüche sich nach Empfinden der Befragten aus den Regelungen ergeben.

Häusliche Gewalt. In Welle 6 wurden Teilnehmende zunächst nach ihrem Beziehungsstatus gefragt. Falls sie diese mit Ja beantworteten, wurde geprüft, ob sie im gleichen Haushalt wie ihre Partner oder Partnerinnen leben sowie ob und wie viele Kinder vorhanden sind. Im späteren Verlauf der Umfrage wurden drei generelle Fragen zu Konfliktsituationen (Streit, körperliche Auseinandersetzung, Gefühl von Bedrohung) gestellt. Außerdem wurde Teilnehmenden je nach Gruppe vier (Kontrollgruppe) oder fünf Aussagen (Experimentalgruppe) präsentiert, die mit Ja oder Nein beantwortet werden konnten (z.B. *Ich habe schon einmal die AfD gewählt* oder *Ich oder ein anderes Haushaltsmitglied haben innerhalb der letzten zwei Wochen mein Kind/meine Kinder geohrfeigt, geschlagen oder getreten*). Um Anonymität zu gewährleisten und sozialer Erwünschtheit vorzubeugen, sollte dabei nur die Gesamtzahl der bestätigten Aussagen eingegeben werden. Mit den beiden Frageformaten wurden so insgesamt alle fünf Dimensionen der Conflict Tactics Scale (Strauss, 1979) abgefragt, die häufig genutzt wird, um Gewalt innerhalb von Familien zu erheben. Dabei handelte es sich um physische Auseinandersetzung (z.B. *Kam es in den letzten 7 Tagen zu körperlichen Auseinandersetzungen zwischen Ihnen und Ihrem (Ehe-)Partner/Ihrer (Ehe-)Partnerin?*), sexuelle Nötigung (*Ich wurde innerhalb der letzten zwei Wochen von meinem (Ehe-)Partner/meiner (Ehe-)Partnerin zum Geschlechtsverkehr genötigt*), psychische Aggression (*Kam es in den letzten 7 Tagen zu Streit zwischen Ihnen und Ihrem (Ehe-)Partner/Ihrer (Ehe-)Partnerin, in dem Sie sich angeschrien haben?*) und mögliche Verletzungen (*Ich wurde innerhalb der letzten zwei Wochen von meinem (Ehe-)Partner/meiner (Ehe-)Partnerin geschlagen, getreten oder anderweitig körperlich verletzt*). Lediglich die Bereitschaft zur Verhandlung wurde nicht abgefragt, dafür allerdings die wahrgenommene Bedrohung.

Reaktanz. Die Reaktanz gegenüber den ergriffenen Maßnahmen wurde ab **Welle 6** mithilfe einer siebenstufigen Likert-Skala erhoben (z.B. *Wie sehr ärgern Sie die Maßnahmen?*) Die Antwortmöglichkeiten reichten von überhaupt nicht (1) – sehr (7). Die vier Items basieren auf einer Skala von Dillard und Shen (2004). Ab **Welle 11** wurde die Skala mit einem Item zum krisenspezifischen Verhalten der Teilnahme an Demonstrationen gegen einschränkende Maßnahmen (stimme nicht zu 1 – stimme voll und ganz zu 7) ergänzt.

Zustimmung zur Obduktion. Zu welchen Teilen die Bevölkerung bereit wäre, einen Leichnam zu wissenschaftlichen Untersuchungen frei zu geben, wurde in **Welle 7** ebenfalls erhoben. Dazu wurde eine Frage in den Bogen integriert, die abfragte, ob der Obduktion eines verstorbenen Angehörigen zugestimmt werden würde.

Physische Aktivität. In **Welle 7** wurde physische Aktivität abgefragt, mit dem Ziel Unterschiede zwischen der Zeit vor und während der Pandemie festzustellen. Genutzt wurden Items aus der European Health Interview Survey (Lange et al., 2017). Sie stützen sich auf die offiziellen Bewegungsempfehlungen der WHO und fragen nach Ausdauertätigkeiten (mind. 2,5 Stunden pro Woche) und Muskelstärkung (mind. an zwei Tagen pro Woche). Die Fragen konnten jeweils mit Ja und Nein beantwortet werden und werden einmal für die Zeit vor sowie einmal für die Zeit während der Pandemie gestellt.

Impfverhalten. Mittels der 5C-Skala (Betsch et al., 2018) wurden in **Welle 7** Determinanten des Impfverhaltens abgefragt. Dabei spielen folgende Variablen eine Rolle: Das Vertrauen in die Effektivität und Sicherheit der Impfungen (Confidence, z.B. *Ich habe vollstes Vertrauen in die Sicherheit von Impfungen*), die Risikowahrnehmung (Complacency, z.B. *Impfungen sind überflüssig*), Barrieren in der Ausführung (Constraints, z.B. *Alltagsstress hält mich davon ab, mich impfen zu lassen*), das Ausmaß der Kosten-Nutzen-Analyse bzw. die Berechnung (Calculation, z.B. *Wenn ich darüber nachdenke, mich impfen zu lassen, wäge ich sorgfältig Nutzen und Risiken ab*) sowie das Verantwortungsgefühl für die Gemeinschaft (Collective Responsibility z.B. *Wenn alle geimpft sind, brauche ich mich nicht auch noch impfen lassen*). Die Teilnehmenden antworteten auf einer siebenstufigen Skala von (1) stimme keinesfalls zu – (7) stimme voll und ganz zu. Außerdem wurde geplantes Impfverhalten der Teilnehmenden (eigene und Kinderimpfungen) abgefragt (Antwortoptionen nicht geplant, geplant aber von mir wegen der Corona-Situation abgesagt, geplant aber vom Arzt wegen der

Corona-Situation abgesagt, wegen anderen Gründen abgesagt, keine geplant). Ab **Welle 9** wurden die Fragen zu den Impfungen weiter spezifiziert. Zu der Frage, ob in den letzten sechs Wochen eine Impfung stattfand wurden die Fragen nach der Art der Impfung und einem möglichen Nachholtermin bei Absage sowohl für die Befragten als auch für deren Kinder hinzugefügt.

Rauchen und Alkoholkonsum. In den **Wellen 7 und 12** wurden die Trinkgewohnheiten der Befragten erhoben. Um die das Verhalten vor und während Krise vergleichen zu können, wurde nach der Häufigkeit des Alkoholkonsums in den letzten 12 Monaten sowie den letzten 4 Wochen gefragt. Die Antwort erfolgte in 8 Stufen (An allen Tagen der Woche (1) – An keinem Tag (6) / Ich trinke selten Alkohol (7) / Ich trinke nie Alkohol (8)). In **Welle 8** wurden aktuelle Rauchgewohnheiten für klassische Tabakprodukte (*Rauchen Sie Tabakprodukte? Bitte schließen Sie elektronische Zigaretten oder ähnliche Produkte aus.*) und E-Produkte (*Nutzen Sie aktuell elektronische Zigaretten oder ähnliche Produkte*) abgefragt (Kotz, Böckmann, & Kastaun, 2018). Vier abgestufte Antwortmöglichkeiten (täglich / gelegentlich / nicht mehr / noch nie) wurden vorgegeben.

Medienkonsum. In **Welle 8** wurde die relative Nutzungsdauer von Medien (*Ich verbringe mehr Zeit als vor der Corona-Situation mit...*) für Computer- und Videospiele und digitale Medien bzw. das Internet abgefragt. Das dritte Item zu diesem Konstrukt sollte eine Selbsteinschätzung der Problematik abbilden (*Meine Mediennutzung während der Corona-Situation wäre in normalen Zeiten wohl problematisch*). Für alle drei Items konnten die Antworten auf einer siebenstufigen Likert-Skala gegeben werden (1 Stimme überhaupt nicht zu – 7 Stimme voll und ganz zu).

Belastung. Mit einem Item wurden in den **Wellen 5, 7, 9 und 11 bis 14** abgefragt, als wie belastend die Situation empfunden wird (Empfinden Sie Ihre persönliche Situation momentan als belastend? Ja/Nein).

Coping. In Kooperation mit der BZgA wurde ab **Welle 4** der Umgang mit und die Bewältigung der Krise (Coping) mit bis zu 7 Items erhoben (z.B. *Ich habe einen Plan für meinen Alltag in Bezug auf Schlaf, Arbeit oder körperliche Aktivitäten* oder *Ich langweile mich.*). Die Antworten wurden auf einer siebenstufigen Skala von Trifft überhaupt nicht zu (1) – Trifft voll und ganz zu (7) gegeben, die Items und Instruktionen wurden wöchentlich adaptiert. In den **Wellen 9** (Unterstützungsangebote) und **11** (Schulunterricht der Kinder) wurde nur jeweils ein Item erhoben.

Familienzusammenhalt. In Kooperation mit der BZgA wurde in den **Wellen 5 bis 11** im Abstand von je zwei Wochen der familiäre Zusammenhalt erforscht. Dazu wurden nach einer kurzen Einleitung in die Thematik insgesamt 16 Items verwendet, die siebenstufig beantwortet werden konnten (Trifft überhaupt nicht zu (1) – Trifft voll und ganz zu (7) bzw. Stimme überhaupt nicht zu (1) – Stimme voll und ganz zu (7)). Einige Fragen zielten dabei auf die Offenheit der Kommunikation ab (z.B. *Wir können unsere Gefühle zueinander in Worte fassen*), andere auf das Problemlöseverhalten (z.B. *In Krisensituationen unterstützen wir uns gegenseitig*) und wieder andere auf positiven Affekt (z.B. *Ich genieße es, Zeit mit meiner Familie / meinem/meiner Partner/in zu verbringen*). Das Konfliktpotential wurde in **Welle 13 und 14** mit nur zwei Items erhoben, wobei in kleinere (z.B. Diskussionen) und größere Meinungsverschiedenheiten (z.B. Handgreiflichkeiten) unterschieden wurde.

Familiäre Belastung. In den **Wellen 12 und 14** wurde zusätzlich zur allgemeinen Belastung mit zwei Items je sieben Antwortstufen die Belastung als Elternteil bzw. Teil einer Familie untersucht (z.B. *Ich fühle mich als Elternteil in der aktuellen Situation überfordert*). Stimme überhaupt nicht zu (1) – Stimme voll und ganz zu (7)). Um herauszufinden, woher die mögliche Überlastung rührt, wurden acht verschiedene Möglichkeiten ausgewählt und abgefragt, inwiefern diese von Eltern als Herausforderung wahrgenommen werden (z.B. Home Office und Kinderbetreuung in Einklang zu bringen). Die Antworten erfolgen auf einer siebenstufigen Skala von Gar nicht herausfordernd – Äußerst herausfordernd, wobei auch die Option Trifft nicht zu zur Verfügung stand. In den **Wellen 5, 7, 9, 11 und 13** wurde im gleichen Zuge auf die Existenz telefonischer Seelsorge-Hotlines bei familiären Schwierigkeiten hingewiesen und erhoben, inwiefern diese bekannt sind oder gegebenenfalls sogar schon genutzt wurden.

Kinder und Corona. Gruppiert nach dem Alter des Kindes/der Kinder (3 bis unter 6 Jahren / 6 bis unter 10 Jahren / 10 bis unter 14 Jahre, / 14 bis unter 18 Jahren, Mehrfachnennungen möglich) wurden in **Welle 8** pro ausgewählter Kategorie drei Fragen zum Umgang des Kindes mit Corona gestellt. Dabei wurden sowohl der Kenntnisstand des Kindes (1 sehr schlecht – 7 sehr gut) als auch das Verständnis für die Maßnahmen (1

stimme überhaupt nicht zu – 7 stimme voll und ganz zu) auf einer siebenstufigen Skala eingeschätzt. Zuletzt wurde die Häufigkeit erfasst, in der Kinder gegenüber ihren Eltern Sorgen und Ängste über Corona äußerten (1 Mehrmals täglich – 6 Nie).

Kindererkrankung. In den Medien wurde immer wieder ein Kindererkrankung thematisiert, bei der die Zusammenhänge mit dem Coronavirus nicht klar sind (Heise, 2020). Um die Wahrnehmung dieser Krankheit zu untersuchen, sollten die Befragten in **Welle 12 und 13** deshalb Auskunft darüber geben, ob sie davon schon gehört hätten (Ja/Nein/Weiß nicht). Anschließend folgten zwei Items, die beide auf einer siebenstufigen Skala zu beantworten waren: *Wie hoch schätzen Sie die Wahrscheinlichkeit ein, dass Ihr Kind oder Ihre Kinder sich mit dem neuartigen Coronavirus infizieren könnte(n)?* Extrem unwahrscheinlich (1) - Extrem wahrscheinlich (7) und *Wenn ich an mein(e) Kind(er) denke, ist das neuartige Coronavirus für mich... Besorgnis erregend (1) – Nicht Besorgnis erregend (7).* Die gleichen Fragen wurden dann mit Bezug auf die neuartige Kinderkrankheit gestellt.

Kinder und Medienkonsum. In **Welle 12** wurde der Medienkonsum von Kindern abgefragt. Auch hier wurden die verschiedenen Altersgruppen einzeln erhoben (3 bis unter 6 Jahren / 6 bis unter 10 Jahren / 10 bis unter 14 Jahre, / 14 bis unter 18 Jahren, Mehrfachnennungen möglich). Insbesondere ging es dabei um die Dauer, die das Kind fernsieht (inkl. Filme auf Smartphone oder Laptop). Die Antwortmöglichkeiten reichten in sieben Stufen von Gar nicht (1) – Über 2 Stunden (7).

Kinder und Coping. Basierend auf der Subskala zu emotionalen Auffälligkeiten der SDQ 25 (Woerner et al., 2002) wurde in **Welle 12 und 14** ermittelt, wie Kinder mit der Krise insgesamt umgehen und wie sich Probleme äußern. Die Skala beinhaltet fünf Items zu physischen und psychischen Anzeichen für emotionale Schwierigkeiten (z.B. *Mein Kind war oft unglücklich oder niedergeschlagen, weinte häufig*), die auf einer dreistufigen Skala (nicht zutreffend/teilweise zutreffend/eindeutig zutreffend) beantwortet wurden. Im Anschluss folgten im ersten Durchgang drei spezifisch auf die Krisensituation bezogenen Fragen (z.B. *Mein Kind freut sich darüber, mehr Zeit in der Familie zu verbringen* Stimme überhaupt nicht zu (1) – Stimme voll und ganz zu (7)). Auch hier wurde eine Einteilung in Altersklassen vorgenommen (6 bis unter 10 Jahren/10 bis unter 14 Jahre/14 bis unter 18 Jahren), wobei die Fragen für jede Altersklasse einzeln gestellt wurden.

Unterricht während der Krise. Die Pandemie führte zu neuen Unterrichtssituationen für Schulkinder in allen Altersklassen. Um in Erfahrung zu bringen, ob und wie die Lerninhalte weiter vermittelt wurden, gab es in den **Wellen 12 und 14** dazu eine Frage (*Wie wird Ihr Kind bzw. Ihre Kinder im Alter von 6 bis unter 10 Jahren/10 bis unter 14 Jahre/14 bis unter 18 Jahren derzeit unterrichtet?*). Die Antwortoptionen beinhalteten Unterricht in der Schule, Unterricht von zu Hause aus und keinen Unterricht. Danach gab es fünf Items zur Einschätzung der Qualität des Unterrichtsgeschehens und zur Akzeptanz der Situation aus Kindersicht (z.B. *Der Unterricht meines schulpflichtigen Kindes wird in einem guten Maße weiter umgesetzt oder Mein Kind ist mit seinen Lehrerinnen und Lehrern zufrieden*. Stimme überhaupt nicht zu (1) – Stimme voll und ganz zu (7)).

Isolation und soziale Unterstützung. In Abstimmung mit der BZgA wurden in **Welle 6 und Welle 13** Informationen zur sozialen Unterstützung erhoben. Zuerst wurden die Teilnehmenden mit 6 Items gefragt, ob sie wüssten, wo sie sich für verschiedene Herausforderungen (z.B. Einkäufe, Botengänge oder seelische Krisen) Unterstützung einholen können. Es folgte eine Frage zur Notwendigkeit von sozialer Unterstützung im Alltag (Ja/Nein). Bei einem Ja folgte eine Auflistung von 6 Beispielen. So sollte in Erfahrung gebracht werden, wo diese Unterstützung in Anspruch genommen wurde (*Wer unterstützt Sie zurzeit?*) und auf welche Unterstützungsangebote Menschen während der Pandemie gegebenenfalls verzichten mussten (*Mussten Sie in den vergangenen Wochen wegen der Reduzierung von Kontakten und weiterer Regularien in der aktuellen Situation auf wichtige Unterstützungsangebote verzichten?*). Die Auswahloptionen beinhalteten unter anderem Bekannte, die Wohlfahrt und Pflegedienste. Zusätzlich gab es die Option „Sonstige“, bei der in einer Freifeldangabe weitere Unterstützungsangebote eingetragen werden konnten. Zuletzt wurde nach der medizinischen Versorgung (Medikamente und Arztkontakte) gefragt (Ja/Nein/Trifft nicht zu).

Einsamkeit. Aufgrund der starken Einschränkungen während der Pandemie war die soziale Isolation eine häufig thematisierte Herausforderung. Dies gilt besonders im Zusammenhang mit psychisch vorbelasteten Menschen, die in Deutschland immerhin 10% der Bevölkerung ausmachen (Robert-Koch-Institut, 2012). Deshalb wurde die soziale Einbindung untersucht. Diese wird in zwei Aspekte unterteilt: die soziale Unterstützung

und die soziale Isolation (Meltzer, 2003). Erstere wurde mithilfe der der OSLO-Skala – bestehend aus drei Items – erhoben, die sich in diesem Kontext bewährt hat (Dalgard, Bjork & Tambs, 1995). Dabei wird die Anzahl an Bezugspersonen abgefragt, auf deren Hilfe sich verlassen werden kann (Keine (1) – 6 oder mehr (4)), wie groß die Anteilnahme und das Interesse anderer ist (Keine Anteilnahme und Interesse (1) – Sehr viel Anteilnahme und Interesse (5)) sowie die Zugänglichkeit von praktischer Hilfe in der Nachbarschaft (Sehr schwierig (1) – Sehr einfach (5)). Zusätzlich wurde die De-Jong-Gierveld-Einsamkeitsskala eingesetzt (De Jong Gierveld & Kamphuis, 1985; De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2006). Die Einleitung der für die Skala nahm dabei explizit auf die aktuelle Situation Bezug. Drei der sechs Items sind umgekehrt codiert (z.B. *Ich fühle mich häufig im Stich gelassen oder Ich kenne viele Menschen, auf die ich mich wirklich verlassen kann*). Die Antworten erfolgten auf einer Likert-Skala mit vier Stufen von Trifft genau zu (1) bis Trifft gar nicht zu (4) (Huxhold, Engstler & Hoffmann, 2019).

Internationale Solidarität und Spendenbereitschaft. Theorien des Intergruppenkonflikts (Bornstein, 2003) sowie der nachgewiesenen Verschiebung von Aufmerksamkeit aufgrund von Emotionen wie Angst oder Furcht (z.B. Chajot & Algom, 2003; Finucane, 2011) lenken das Interesse auf die Einstellung der Bevölkerung zum inner- und außereuropäischen Miteinander. In **Welle 9** wurden Einstellungen erhoben (1 Stimme voll und ganz zu – 7 Stimme überhaupt nicht zu). Drei Items zur EU-Innenpolitik (z.B. **Deutschland sollte zur Bewältigung der Corona-Situation gemeinsam mit anderen EU-Staaten Schulden aufnehmen (sogenannte „Corona-Bonds“)*), *drei Items zum außereuropäischen Entwicklungspolitik (z.B. Deutschland sollte in der Corona-Situation mehr dafür tun, die Lebenssituation der syrischen Flüchtlinge innerhalb Syriens und seiner Nachbarländer zu stabilisieren)* wurden erhoben. *Die Motive internationaler Kooperation wurden mit vier Items (z.B. Entwicklungsländer sind von der Corona-Situation am stärksten betroffen) erhoben. Zuletzt wurde nach der Spendenbereitschaft gefragt (Ich bin bereit zu spenden (z.B. Geld oder medizinische Ausrüstung), um zur Bewältigung der Corona Situation in anderen Ländern beizutragen)** und ob bereits für einen solchen Zweck gespendet wurde (Ja – Nein – Trifft nicht zu). In **Welle 12** wurden die Items zu den Motiven zur Spendenbereitschaft sowie die für internationale Zusammenarbeit übernommen. Letztere wurden um vier Items erweitert (z.B. *Deutschland sollte Entwicklungsländer verstärkt unterstützen, um die dortigen Gesundheitssysteme zu verbessern*), gleichzeitig wurde die Skala zur innereuropäischen Zusammenarbeit gekürzt. In **Welle 14** wurde das Vorgehen aus Welle 12 übernommen, jedoch erneut um 3 Items gekürzt. Es wird davon ausgegangen, dass die Einstellung gegenüber der Krise und ihren Folgen auch mit der politischen Gesinnung zusammenhängt (Hall Jamieson & Albarracín, 2020). Deshalb sollte darüber hinaus nun die Ideologie der Befragten in Erfahrung gebracht werden (Links (1) - Rechts (11), Weiß nicht (12)).

Häufigkeit risikoreicher Tätigkeiten. In **Welle 8** wurde abgefragt, wie häufig Menschen bestimmten Tätigkeiten nachgegangen sind, die über die Krise hinweg tendenziell auf das Nötigste beschränkt werden sollten (z.B. *Wie oft waren Sie im vergangenen Monat beim Arzt?*). Zunächst konnten dabei ganze Zahlen in Freifelder eingetragen werden. In **Welle 9** wurde die Frequenz in der Tätigkeit angemessenen Intervallen erhoben (z.B. *Wie oft waren Sie pro Woche im Einzelhandel einkaufen?* (1) Gar nicht - (4) Drei Mal pro Woche und öfters). Ab **Welle 11** wurde das vergangene Verhalten der letzten 7 Tage abgefragt.

Schrittweise Öffnung von Einrichtungen. In **Welle 9** wurde für 15 verschiedene Einrichtungen des öffentlichen Lebens (z.B. Gotteshäuser oder Grundschulen) abgefragt, in welchem Schritt deren Wiedereröffnung stattfinden soll. Dabei konnte in den Antworten dreistufig (Schritt 1, 2, 3) – 4 Ist mir egal ausgewählt werden. Die ausgewählten Einrichtungen sind offiziellen Anordnungen entlehnt (BVerfG, 2020). In **Welle 7 und Welle 10** wurde für Schulen und Kitas abgefragt, inwiefern dem jeweiligen Personal die Einhaltung der Abstands- und Hygieneregeln zugetraut wird (Auf keinen Fall (1) – Auf jeden Fall (7)). Mit der gleichen Skala wurde für Schulen zusätzlich für drei Altersstufen (6 bis unter 10; 10 bis unter 14; 14 bis unter 18 Jahren) abgefragt, wie stark man dem eigenen Kind die Einhaltung der Regeln zutraut. In **Welle 13** wurde die Meinung zur sofortigen Öffnung von Kindergärten und Schulen abgefragt (Stimme überhaupt nicht zu (1) – Stimme voll und ganz zu (7)).

Zweite Krankheitswelle. In **Welle 9** wurden Verhaltenseinschätzungen zu einer zweiten Infektionswelle erhoben, variiert wurde die Lokalität (deutschlandweit/ gemeindespezifisch) der Maßnahmen. Zunächst ging es dabei um die empfundene Machbarkeit der Maßnahmen bis dato (*[...] Alles in allem, wie schwierig oder einfach war es für Sie, sich einzuschränken?* 1 sehr einfach – 7 sehr schwierig). Es folgten Fragen zur Einschätzung der zweiten Krankheitswelle. Es wurde erhoben ob die Befragten davon bereits gehört hätten (Ja/Nein) und

für wie wahrscheinlich sie diese hielten (extrem unwahrscheinlich (1) – extrem wahrscheinlich (7)) sowie um die Wahrnehmung der Nähe (nah (1) – weit entfernt (7)) und den zeitlichen Abstand (< Monat (1) – 12 Monate (13)). Acht mögliche, zukünftige und gegenwertige Maßnahmen wurden dargestellt (z.B. öffentliche Orte meiden oder auf Gruppenaktivitäten verzichten) und mithilfe einer 14-stufigen Skala abgefragt, für wie lange diese in einer zweiten Welle akzeptiert werden würden (gar nicht (1), weniger als 1 Monat (2) – 12 Monate (14)) bzw. in der aktuellen Welle noch akzeptiert werden. Zusätzlich wurde die Wahrscheinlichkeit abgefragt dass Befragte in Gebiete mit weniger Einschränkungen fahren würden (z.B. zum Einkaufen oder für Freizeitaktivitäten (extrem unwahrscheinlich (1) – extrem wahrscheinlich (7))).

Immunitätsausweis. Während der Lockerungen der Maßnahmen stand zur Debatte, ob ein Immunitätsausweis für Menschen, die bereits infiziert waren, eingeführt werden sollte (Deutsches Ärzteblatt, 2020). In **Welle 10** wurden Meinungen dazu abgefragt. Zunächst wurde dabei erhoben, ob die Befragten schon davon gehört hatten (Ja/Nein) und ob dieser eingeführt werden sollte (Ja (1), Nein (2), Weiß nicht (3)). Anschließend gab es zwei Freifeld-Eingaben, welche Privilegien beziehungsweise Pflichten Menschen mit einem solchen Ausweis haben sollten. Zuletzt wurden mittels eines Listenexperiments erhoben, wie groß die Bereitschaft wäre, sich aufgrund der Aussicht auf einen solchen Pass absichtlich zu infizieren. Dabei wurden ihnen Aussagen vorgelegt, die mit Ja oder Nein beantwortet werden konnten. Die fünfte Aussage, die die Kontrollgruppe von der Intervention unterschied, lautete *Ich werde mich absichtlich mit dem Coronavirus anstecken, um einen Immunitätsausweis zu bekommen*. Um Anonymität zu gewährleisten und sozialer Erwünschtheit vorzubeugen, sollte im Anschluss nur die Gesamtzahl der bestätigten Aussagen eingegeben werden. In **Welle 11** wurde nur noch die Bekanntheit der Idee sowie die generelle Zustimmung zur Einführung des Passes erhoben, in den darauffolgenden Wellen wurde nur noch letzteres Item in den Fragebogen integriert.

Anpassungsstörungen. In **Welle 10** wurde die empfundene Belastung der außergewöhnlichen Situation abgefragt. Dafür wurden die 8 Items der Skala ADN-8 (Kazlauskas, Gegieckaite, Eimontas, Zelviene, & Maercker, 2018) verwendet. Dabei werden die zwei Hauptmerkmale einer Anpassungsstörung abgefragt. Die ersten vier Items drehen sich um die Beschäftigung mit dem Stressfaktor bzw. in diesem Fall der Krisensituation (z.B. *Ich muss wiederholt an die belastende Situation denken*), während die letzten vier die gescheiterte Anpassung abbilden (z.B. *Seit der belastenden Situation kann ich nicht mehr richtig schlafen*). Die Häufigkeiten konnten auf einer vierstufigen Skala von Nie (1) – Oft (4) angegeben werden.

Grundeinkommen. In **Welle 13** wurde zunächst der Frage nachgegangen, inwiefern sich Teilnehmende im vorherigen Monat durch finanzielle Probleme belastet gefühlt haben (Nicht belastet (1) – Sehr stark belastet (7)). Anschließend wurde erhoben, wie sehr diese eine dauerhafte Einführung des bedingungslosen Grundeinkommens für sinnvoll halten (Trifft überhaupt nicht zu (1) – Trifft voll und ganz zu (7)).

Sterbehilfe. Während der Corona-Pandemie kam es immer wieder zu Diskussionen zum Thema Sterbehilfe. In Frankreich wurden an COVID-19 Erkrankte, die über 80 Jahre alt waren, nach Überprüfung ihres Gesundheitszustands nicht beatmet, sondern nur noch palliativ betreut (Thomas, 2020). Um ein Stimmungsbild zu diesem Thema in Deutschland zu skizzieren, wurden deshalb Fragen zur Sterbehilfe in den Fragebogen integriert. In **Welle 14** sollten die Befragten beantworten, ob sie im Zusammenhang mit COVID-19 überhaupt schon über Sterbehilfe nachgedacht hatten (Ja/Nein/Weiß nicht). Im Anschluss sollte die Zustimmung zu drei verschiedenen Items auf einer siebenstufigen Skala ausgedrückt werden (z.B. *COVID-19-Patienten sollten generell die Möglichkeit haben, Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen*). Dabei wurde die generelle Inanspruchnahme von Sterbehilfe sowie die Inanspruchnahme durch Risikopatientinnen und Patienten, aber auch eine Änderung der aktuellen Regelungen angeführt.

Nachholtermine Impfungen. Da über die Wochen der Isolation möglichst nur akute Probleme im Rahmen eines Arzttermins abgeklärt und behandelt werden sollten, wurden Impftermine vermehrt nicht wahrgenommen oder verschoben. Um das Ausmaß dieses Problems zu erfassen, wurden die Teilnehmenden zu den letzten drei Monaten befragt. Sie sollten für sich selbst beantworten, ob eine Impfung geplant war und ob diese stattgefunden hätte bzw. verschoben oder bereits nachgeholt wurde. Die gleiche Fragestellung wurde für das jüngste Kind wiederholt. Abschließend wurde erhoben, ob sich die Befragten gegen die Schweinegrippe 2009/2010 hatten impfen lassen.

2.2.2 Experimentelle Erhebungen

Häusliche Gewalt. In **Welle 6** wurde ein Listenexperiment zum Thema häusliche Gewalt durchgeführt. Teilnehmende zunächst nach ihrem Beziehungsstatus gefragt. Falls sie diese mit Ja beantworteten, wurde geprüft, ob sie im gleichen Haushalt wie ihre Partner oder Partnerinnen leben sowie ob und wie viele Kinder vorhanden sind. Im späteren Verlauf der Umfrage wurden drei generelle Fragen zu Konfliktsituationen (Streit, körperliche Auseinandersetzung, Gefühl von Bedrohung) gestellt. Außerdem wurde Teilnehmenden je nach Gruppe vier (Kontrollgruppe) oder fünf Aussagen (Experimentalgruppe) präsentiert, die mit Ja oder Nein beantwortet werden konnten (z.B. **Ich habe schon einmal die AfD gewählt** oder **Ich oder ein anderes Haushaltsmitglied haben innerhalb der letzten zwei Wochen mein Kind/meine Kinder gehohlet, geschlagen oder getreten**). Um Anonymität zu gewährleisten und sozialer Erwünschtheit vorzubeugen, sollte dabei nur die Gesamtzahl der bestätigten Aussagen eingegeben werden. Mit den beiden Frageformaten wurden so insgesamt alle fünf Dimensionen der Conflict Tactics Scale (Strauss, 1979) abgefragt, die häufig genutzt wird, um Gewalt innerhalb von Familien zu erheben. Dabei handelte es sich um physische Auseinandersetzung (z.B. **Kam es in den letzten 7 Tagen zu körperlichen Auseinandersetzungen zwischen Ihnen und Ihrem (Ehe-)Partner/Ihrer (Ehe-)Partnerin?**), sexuelle Nötigung (**Ich wurde innerhalb der letzten zwei Wochen von meinem (Ehe-)Partner/meiner (Ehe-)Partnerin zum Geschlechtsverkehr genötigt**), psychische Aggression (**Kam es in den letzten 7 Tagen zu Streit zwischen Ihnen und Ihrem (Ehe-)Partner/Ihrer (Ehe-)Partnerin, in dem Sie sich angeschrien haben?**) und mögliche Verletzungen (**Ich wurde innerhalb der letzten zwei Wochen von meinem (Ehe-)Partner/meiner (Ehe-)Partnerin geschlagen, getreten oder anderweitig körperlich verletzt**). Lediglich die Bereitschaft zur Verhandlung wurde nicht abgefragt, dafür allerdings die wahrgenommene Bedrohung.

Stellenwert der Folgen von Lockerungsmaßnahmen. In den **Wellen 9, 11 und 14** wurde ein Discrete Choice Experiment (DCE) eingesetzt, um herauszufinden, was den Befragten wichtig ist bei der weiteren Umsetzung bzw. der Lockerung von Maßnahmen. Für die unterschiedlichen Ausstiegsszenarien bzw. Übergangsstrategien wurde auf diese Weise ermittelt, in welcher Höhe negative Folgen für welche Lockerungsmaßnahmen akzeptiert würden: die Öffnung von Schulen und Gaststätten (sofort, in 4 oder 8 Wochen), die häusliche Isolation von Älteren (nein versus ja), die Einführung einer Tracing-App (freiwillig versus verpflichtend), die Arbeitslosenquote (5%, 10%, 20%) und die Kapazitäten der intensivmedizinischen Versorgung (ausreichend vs. überlastet). Für **Welle 11** wurde die Öffnung der Gaststätten durch Öffnung von Kitas ersetzt, die erhöhte Arbeitslosenquote durch die Auswirkungen der Situation auf Steuern und Sozialabgaben und damit auf die individuellen Einkünfte heruntergebrochen. Zu Beginn wurden diese Maßnahmen detailliert erklärt. Die darauffolgenden Abbildungen beinhalteten jeweils zwei Szenarien mit den sechs genannten Bereichen zur Entscheidung, die gegenübergestellt wurden. Die Befragten konnten sich insgesamt 16 Mal zwischen zwei Kombinationen entscheiden, wobei zuvor die immer gleichen Prämissen dargestellt wurden (*In beiden Situationen gelten die Abstandsregelung von 2 Metern sowie das Tragen einer Alltagsmaske. Für welche Situation entscheiden Sie sich?*). Dies führt zu einer Güterabwägung bei den Befragten und so können später Rückschlüsse auf den einzelnen Stellenwert (Teilnutzen) der jeweiligen Beiträge im Gesamtszenario gezogen werden. Diese Art von Experiment verringert unter anderem den Anteil sozialer Erwünschtheit bei der Beantwortung der Frage (Kjær, 2005).

Verantwortungszuschreibung. Um herauszufinden, wen die Teilnehmenden für eine Erkrankung mit dem Virus verantwortlich machten, wurde in **Welle 10** eine experimentelle Erhebung durchgeführt. Dabei wurden die Befragten zufällig einer Bedingung zugeteilt, in der sie sich vorstellen sollten, dass entweder sie selbst oder aber eine durchschnittliche andere Person desselben Alters und Geschlechts an COVID-19 erkrankt sind. Um die Aussagen möglichst personalisiert zu formulieren wurde dabei das Geschlecht der befragten Person mit einbezogen. Unter dieser Prämisse sollten 12 Aussagen auf einer jeweils siebenstufigen Skala (Trifft überhaupt nicht zu (1) – Trifft voll und ganz zu (7) bewertet werden (Mantler, Schellenberg, & Page, 2003). Jeweils 4 Items untersuchen dabei die Kontrollierbarkeit (z.B. *Es war etwas, das er getan hat, das COVID-19 verursacht hat*), die Verantwortlichkeit (z.B. *Sie ist für die COVID-19 Erkrankung verantwortlich*) und die Schuldzuschreibung (z.B. *Ich bin Schuld an meiner Krankheit*).

Zweite Krankheitswelle – Geografische Distanz. In **Welle 9** wurden Verhaltenseinschätzungen zu einer zweiten Infektionswelle erhoben, variiert wurde dabei die Lokalität (deutschlandweit/gemeindespezifisch)

der Maßnahmen. Zunächst ging es dabei um die empfundene Machbarkeit der Maßnahmen bis dato (*[...] Alles in allem, wie schwierig oder einfach war es für Sie, sich einzuschränken?* Sehr einfach (1) – Sehr schwierig (7)). Es folgten Fragen zur Einschätzung der zweiten Krankheitswelle. Es wurde erhoben, ob die Befragten davon bereits gehört hätten (Ja /Nein) und für wie wahrscheinlich sie diese hielten (Extrem unwahrscheinlich (1) – Extrem wahrscheinlich (7)) sowie um die Wahrnehmung der Nähe (Nah (1) – Weit entfernt (7)) und den zeitlichen Abstand (1 < Monat – 13 12 Monate). Acht mögliche, zukünftige und gegenwertige Maßnahmen wurden dargestellt (z.B. öffentliche Orte meiden oder auf Gruppenaktivitäten verzichten) und mithilfe einer 14-stufigen Skala abgefragt, für wie lange diese in einer zweiten Welle akzeptiert werden würden (gar nicht (1), weniger als 1 Monat (2) – 12 Monate (4)) bzw. in der aktuellen Welle noch akzeptiert werden. Zusätzlich wurde die Wahrscheinlichkeit abgefragt dass Befragte in Gebiete mit weniger Einschränkungen fahren würden (z.B. zum Einkaufen oder für Freizeitaktivitäten, extrem unwahrscheinlich (1) – Extrem wahrscheinlich (7)).

Zweite Krankheitswelle – Zeitliche Distanz. Ähnlich dazu wurde in **Welle 11** ebenfalls die Einschätzung des eigenen Verhaltens in Bezug auf Einschränkungen erhoben, allerdings wurde anstelle der geografischen Distanz dieses Mal die zeitliche Distanz experimentell variiert. Analog zu Welle 9 wurde zuerst wieder die empfundene Umsetzbarkeit der Maßnahmen bis dahin abgefragt (*[...] Alles in allem, wie schwierig oder einfach war es für Sie, sich einzuschränken?* Sehr einfach (1) – Sehr schwierig (7)). Es folgten Fragen zur Einschätzung der zweiten Krankheitswelle. Es wurde erhoben, ob die Befragten davon bereits gehört hätten (Ja – Nein) und für wie wahrscheinlich sie diese hielten (Extrem unwahrscheinlich (1) – Extrem wahrscheinlich (7)) sowie um die Wahrnehmung der Nähe (Nah (1) – Weit entfernt (7)) und den zeitlichen Abstand (1 < Monat – 12 Monate). Anschließend wurden die Teilnehmenden zufällig vier Gruppen zugeteilt, wobei neben der zeitlichen Distanz (2 Monate/6 Monate) auch die Krankheitswelle (zweite Welle/aktuell gültig) variiert wurde. Acht auf die zu der Zeit geltenden Regularien angepasste, zukünftige und gegenwertige Maßnahmen wurden dargestellt (z.B. öffentliche Orte meiden oder Auf Gruppenaktivitäten verzichten) und mithilfe einer 14-stufigen Skala abgefragt, für wie lange diese in einer zweiten Welle akzeptiert werden würden (gar nicht (1), weniger als 1 Monat (2) – 12 Monate (14)) bzw. in der aktuellen Welle noch akzeptiert werden.

Wahrnehmung von Menschen mit Schutzmaske. Verschiedene Empfehlungen, aber auch offizielle Verfügungen, verpflichteten zur Senkung des Infektionsrisikos alle Bürgerinnen und Bürger in alltäglichen Situationen zum Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes. Ob das Tragen einer solchen Schutzmaske die Wahrnehmung einer Person verändert, sollte mit folgendem Experiment in **Welle 13** näher beleuchtet werden. Zunächst wurden alle Teilnehmenden zufällig auf eine von vier Gruppen aufgeteilt. Es folgt ein Einleitungstext, in dem beschrieben wird, dass sich die angesprochene Person in der Obstabteilung eines Supermarktes befindet. Dabei wird einerseits die Information variiert, ob das Tragen einer Maske in der jeweiligen Stadt verpflichtend ist oder ob die Maskenpflicht für Supermärkte aufgehoben wurde. Andererseits wurde variiert, ob die genannte anwesende Person eine Maske trägt oder nicht. Es handelt sich also um ein 2x2 Between-Subjects-Design. Die Tatsache, ob die Person eine Maske trägt oder nicht wird durch die Verwendung eines geschlechtsneutralen Icons mit oder ohne Mundschutz unterstrichen und auf den folgenden Seiten des Fragebogens beibehalten. Als erstes folgt eine Frage zur Wahrscheinlichkeit der Infektion (Extrem unwahrscheinlich (1) – Extrem wahrscheinlich (7)) und eine Frage zur Anfälligkeit (Überhaupt nicht anfällig (1) – Sehr anfällig (7)). Anschließend sollte auf einem Schieberegler anhand der Temperatur die Sympathie erhoben werden. Die Skala reichte hierbei auf 21 Stufen von einem kalten, sehr negativen Gefühl gegenüber der Person (-18° C) bis zu einem warmen, sehr positiven Gefühl (38° C). Es folgten 8 Items zu potentiellen Stigmata (z.B. *Die Person gehört zu einer Risikogruppe* oder *Die Person denkt, dass er/sie Anspruch auf bevorzugte Behandlung hat* Trifft überhaupt nicht zu (1) – Trifft voll und ganz zu (7)). Vier davon sind dem Brief HEXACO Inventory entnommen, wo sie die Subskala Ehrlichkeit-Bescheidenheit bilden (de Vries, 2013). Diese wurden von den Teilnehmenden zu einem früheren Zeitpunkt der Umfrage schon für die eigene Person beantwortet und drehten sich um Gier, Bescheidenheit, Aufrichtigkeit und Sinn für Gerechtigkeit. (z.B. *Ich würde gerne berühmt werden* Starke Ablehnung (1) – Starke Zustimmung (5)). Daraus wurde das prosoziale Verhalten abgeleitet. Des Weiteren wurden in den vier Experimentalbedingungen die Verhaltensabsicht erhoben, beim zukünftigen Besuchen in diesem Supermarkt eine Maske zu tragen (Ja/Nein) und wenn ja, welche (Stoffmaske/FFP2) sowie die empfundene Fähigkeit beide Arten von Masken zu besorgen (Auf keinen Fall (1) – Auf jeden Fall (7)). Daraufhin wurden 6 Fragen zur Fairness und den moralischen Ansichten zum Tragen von Schutzmasken gestellt, die ebenfalls auf einer siebenstufigen Likert-Skala zu beantworten waren (z.B. *Es ist moralisch richtig, in der Öffentlichkeit eine Maske zu tragen* Stimme überhaupt nicht zu (1) – Stimme voll und ganz zu (7)).

3 Psychologische Lage

Für menschliches Entscheiden ist die Wahrnehmung von Risiken wichtig. Für Verhalten spielen zudem Emotionen wie Angst oder das Gefühl, bedroht zu sein, eine Rolle. Ferner sind Kontrollüberzeugungen relevant – wenn ich mich und andere schützen will, stellt sich die Frage, ob ich das tatsächlich auch durch entsprechende Maßnahmen tun kann und wie sicher ich bin, dass diese auch wirksam sind.

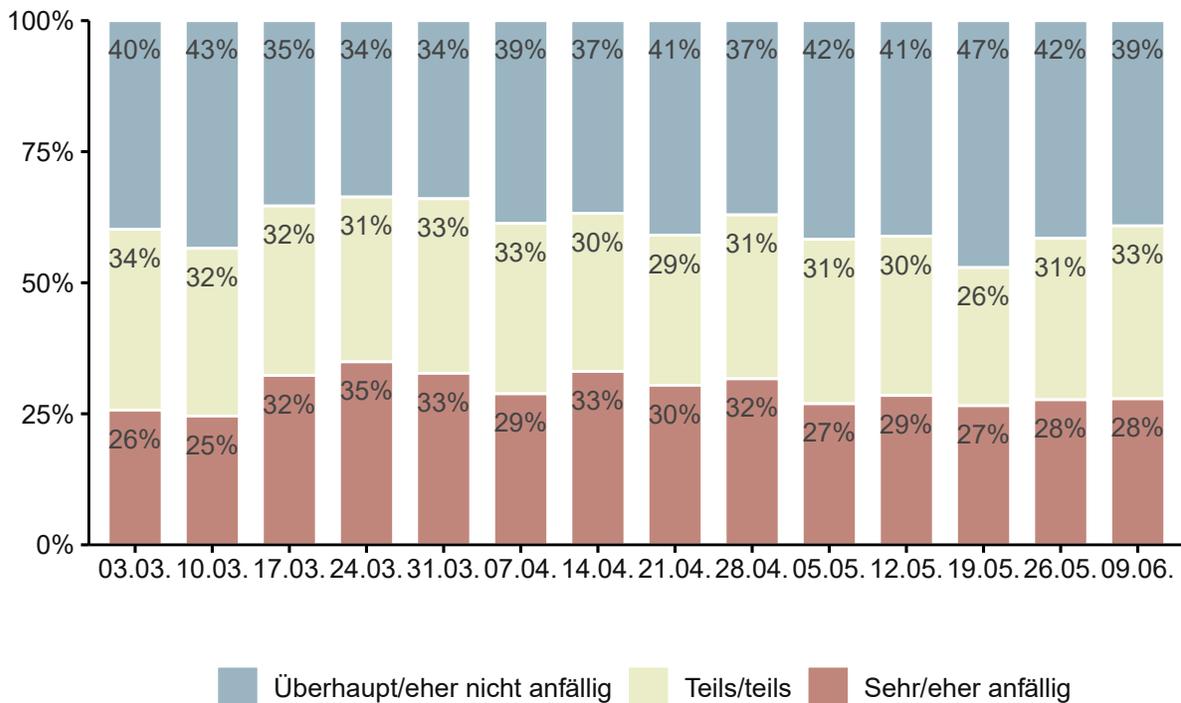
Die folgenden Grafiken zeigen den aktuellen Stand und die Veränderung der relevanten Variablen.

3.1 Risikowahrnehmung

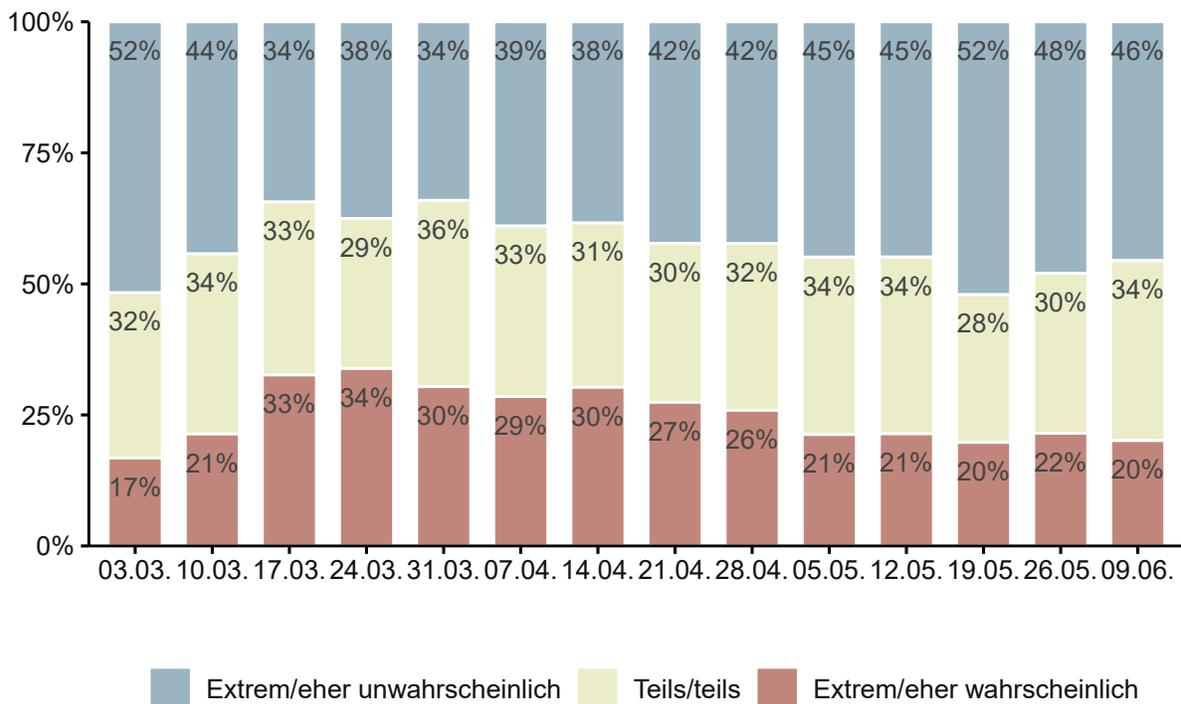
Die folgenden drei Grafiken zeigen verschiedene Aspekte der Risikowahrnehmung im Verlauf der Erhebungen.

Insgesamt bleiben die drei Dimensionen von Risikowahrnehmung recht stabil: Die wahrgenommene Anfälligkeit für die Erkrankung in Bezug auf COVID-19 bleibt auf einem niedrigen Niveau stabil, die wahrgenommene Wahrscheinlichkeit zu erkranken bleibt im Hinblick auf die vorherige Erhebung ebenfalls konstant. Der Schweregrad der eigenen Erkrankung bleibt auf erhöhtem Niveau stabil.

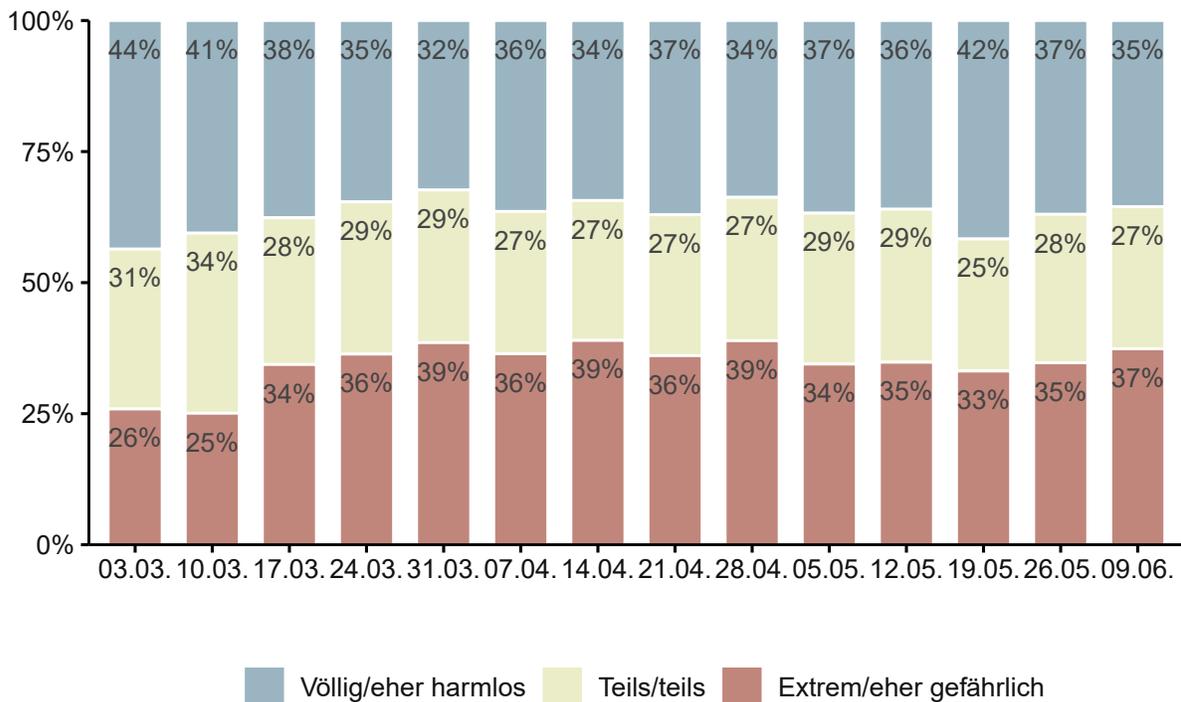
Als wie anfällig schätzen Sie sich für eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus ein?



Wie hoch schätzen Sie Ihre Wahrscheinlichkeit ein, dass Sie sich mit dem neuartigen Coronavirus infizieren?



Wie schätzen Sie eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus für sich selbst ein?

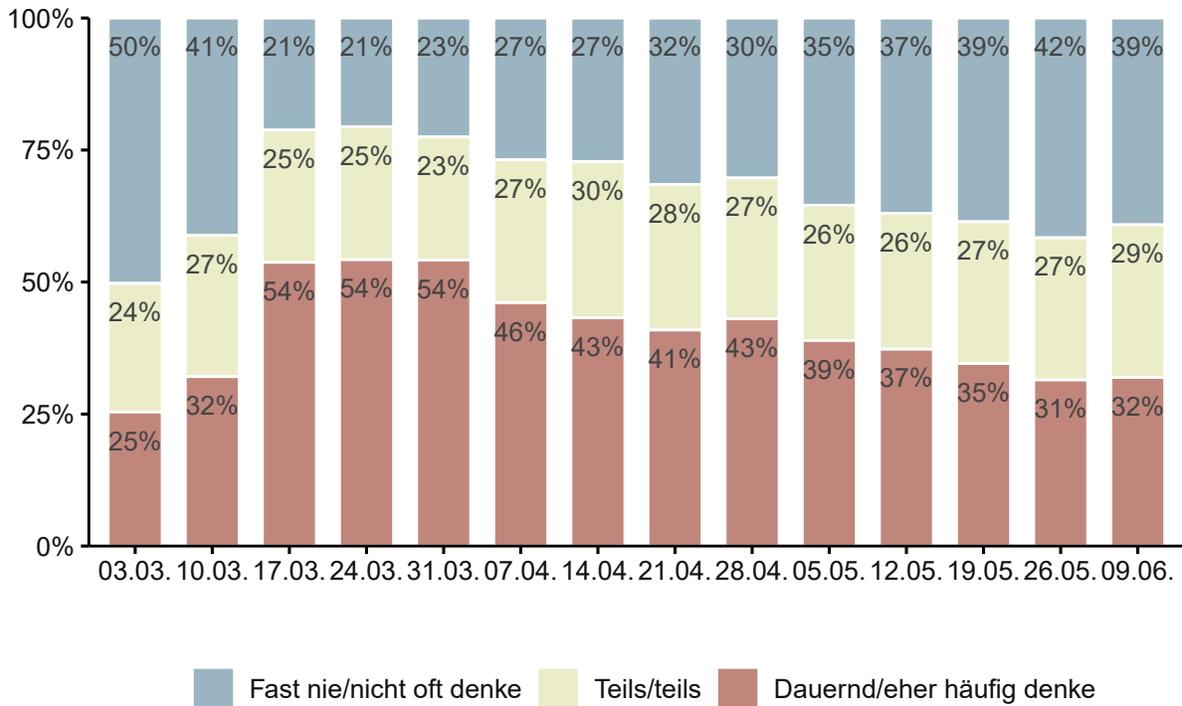


3.2 Corona und Emotionen

Die folgenden drei Grafiken zeigen verschiedene emotionale Aspekte des Themas und deren Entwicklung über den Verlauf der Erhebungen. Nach einem stetigen Anstieg der Werte bis Ende März gingen diese langsam aber durchgängig zurück und bleiben auf relativ konstantem Niveau stabil. Die Dominanz des Themas und die Angst haben sich im Vergleich zur letzten Befragung nicht verändert, die Besorgnis hat leicht zugenommen.

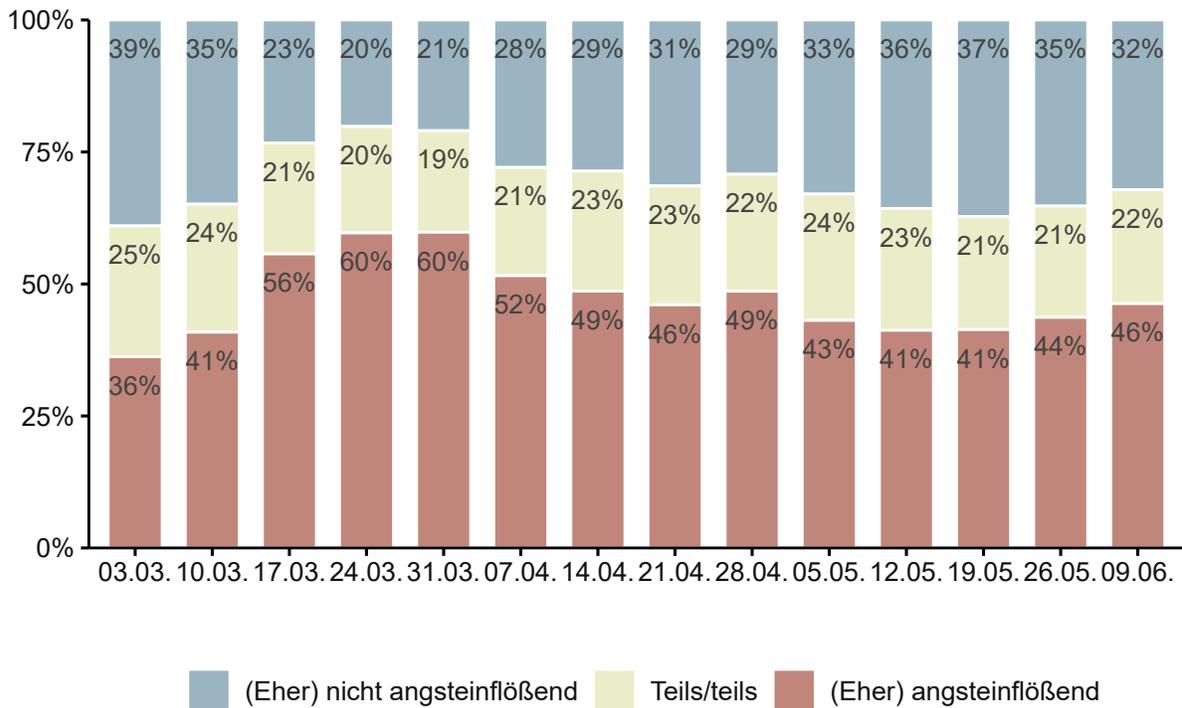
Dominanz des Themas

Das neuartige Coronavirus ist für mich etwas woran ich...



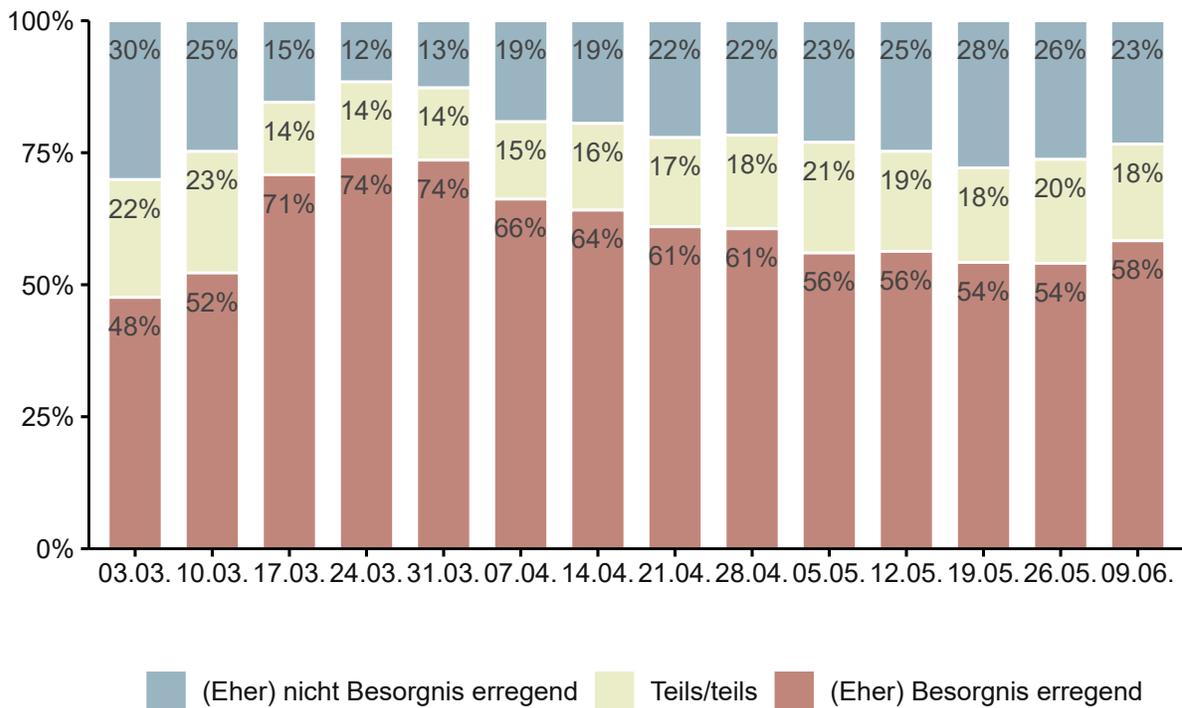
Angst

Das neuartige Coronavirus ist für mich ...



Besorgnis

Das neuartige Coronavirus ist für mich ...



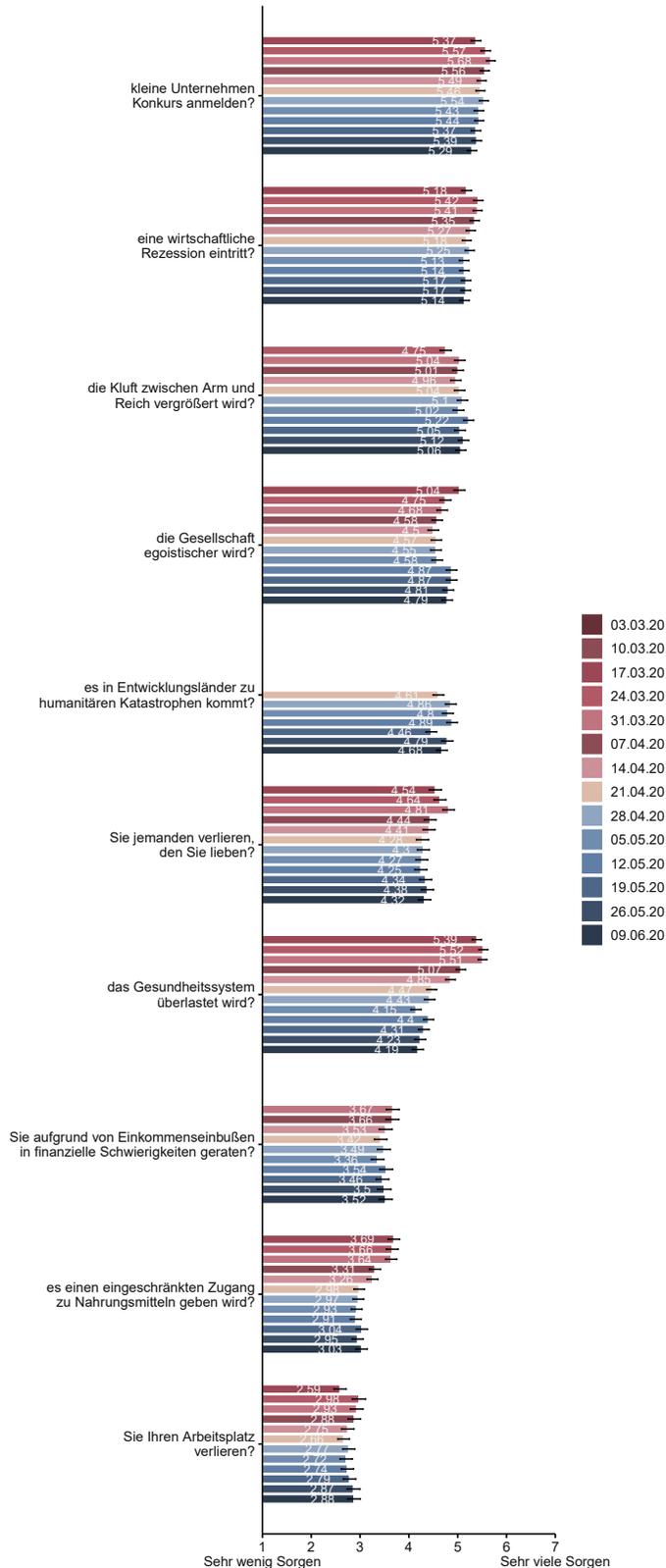
3.3 Sorgen

Verschiedene Sorgen können über die Zeit relevant werden. Im Vergleich zur vorherigen Befragungswelle bleiben diese relativ stabil.

Individuelle wirtschaftliche Sorgen sind im Vergleich eher gering ausgeprägt (z.B. vor finanziellen Einbußen, Verlust des Arbeitsplatzes). Die Sorgen um soziale Herausforderungen (Kluft zwischen Arm und Reich, Egoismus in der Gesellschaft) sowie die Furcht vor humanitären Katastrophen sind konstant präsent. Die Sorgen um die gesamtgesellschaftliche Wirtschaftskraft sind im Vergleich zu allen anderen Sorgen am stärksten ausgeprägt und stabil hoch. Es folgen alle Sorgen im Überblick, weiter unten werden sie nach Bereichen getrennt dargestellt.

Wie viele Sorgen machen Sie sich, dass...

Bewertet auf einer Skala von 1 (sehr wenig Sorgen) bis 7 (sehr viele Sorgen).
Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



Hinweis: Sind weniger Balken zu sehen, sind die Fragen nur in einigen Wellen abgefragt worden: “die Kluft zwischen Arm und Reich vergrößert wird” (ab Welle 4) und “Sie aufgrund von Einkommenseinbußen in finanzielle Schwierigkeiten geraten (z.B. durch Kurzarbeit)?” (ab Welle 5). Die Angabe zur Aussage “... dass Sie Ihren Arbeitsplatz verlieren?” ist nicht verpflichtend (gültige Angaben: Welle 3 n = 1018, Welle 4 n = 957, Welle 5 n = 1030, Welle 6 n = 1024, Welle 7 n = 1034, Welle 8 n = 1012, Welle 9 n = 1020, Welle 10 n = 1007), Welle 11 n = 1014, Welle 12 n = 972, Welle 13 n = 925, Welle 14 n = 955).

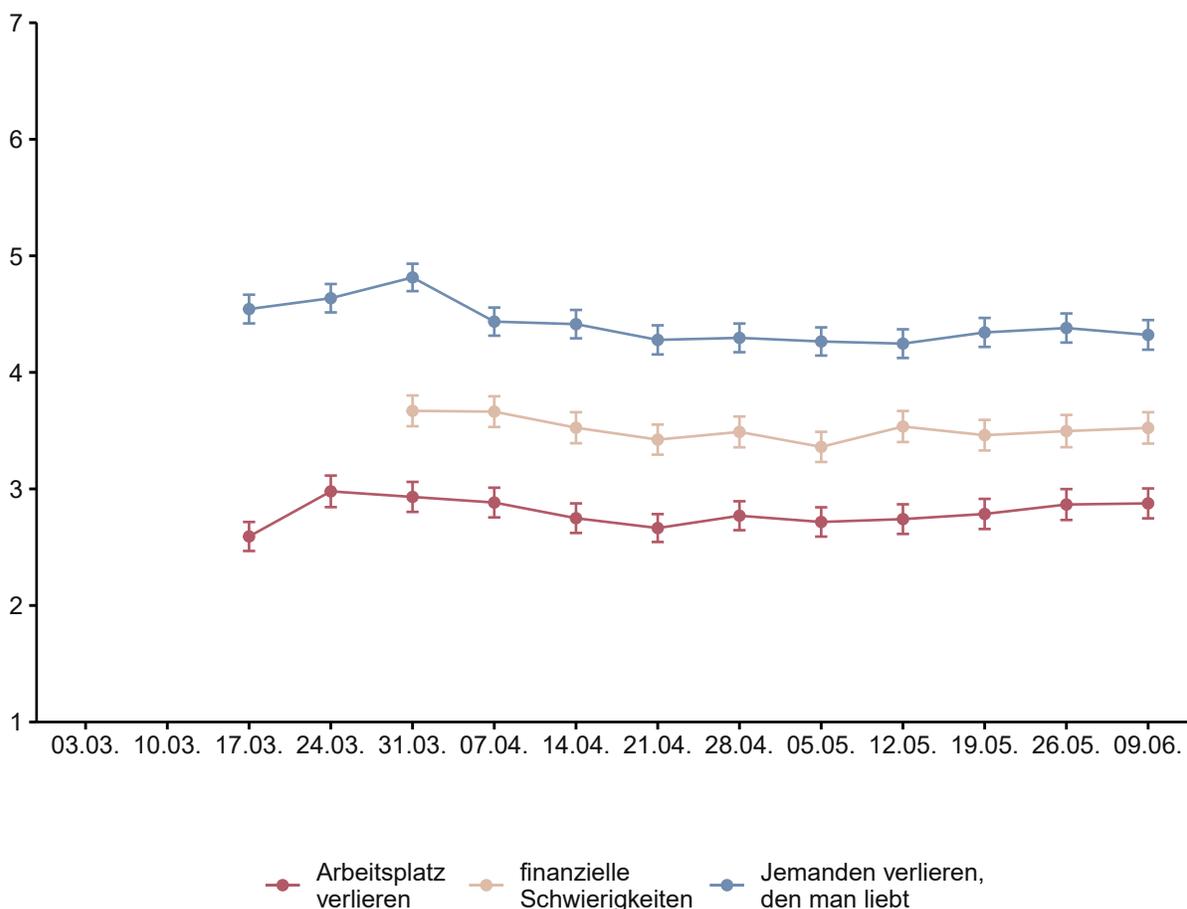
Aufgrund der jetzigen Corona-Situation, wie viele Sorgen machen Sie sich, dass ...

- Sie jemanden verlieren, den Sie lieben?
- Sie Ihren Arbeitsplatz verlieren? (falls zutreffend)
- Sie aufgrund von Einkommenseinbußen in finanzielle Schwierigkeiten geraten (z.B. durch Kurzarbeit)?

1 = Sehr wenig Sorgen 7 = Sehr viele Sorgen

Sorgen über individuelle Folgen der Krise

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



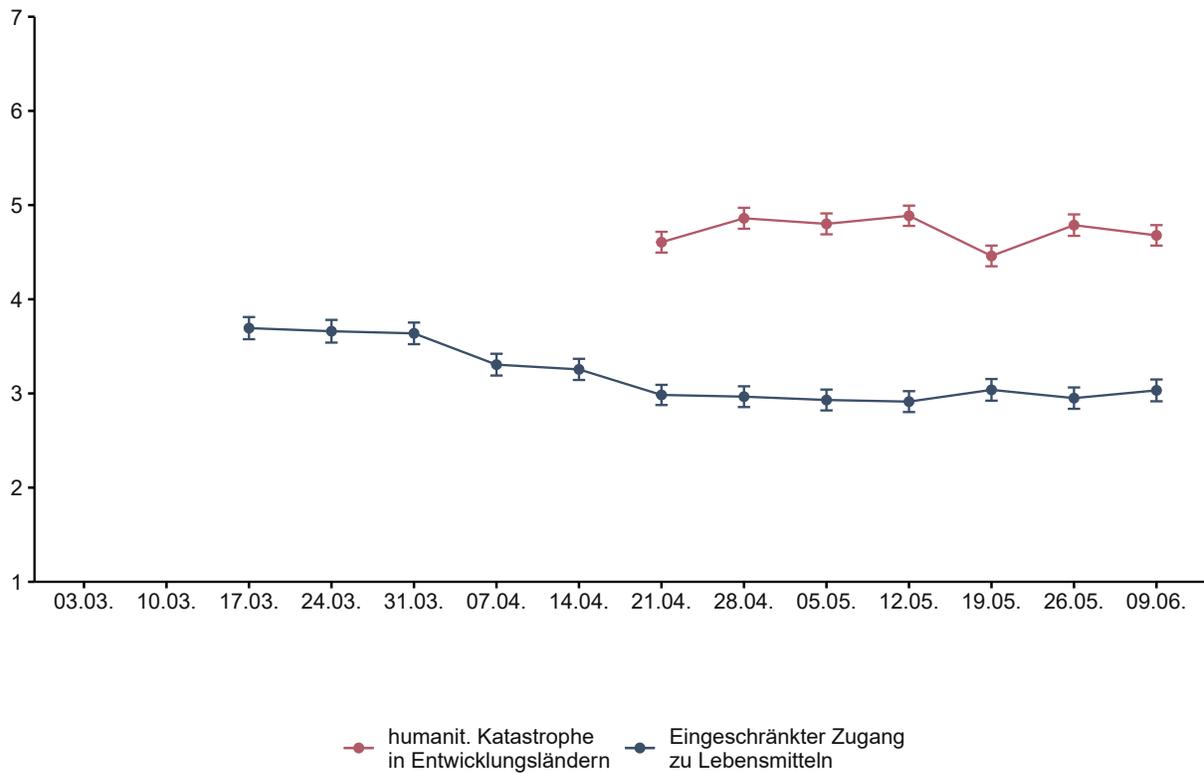
Aufgrund der jetzigen Corona-Situation, wie viele Sorgen machen Sie sich, dass ...

- es in Entwicklungsländern zu humanitären Katastrophen kommt?
- es einen eingeschränkten Zugang zu Nahrungsmitteln geben wird?

1 = Sehr wenig Sorgen 7 = Sehr viele Sorgen

Sorgen über katastrophale Zustände

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



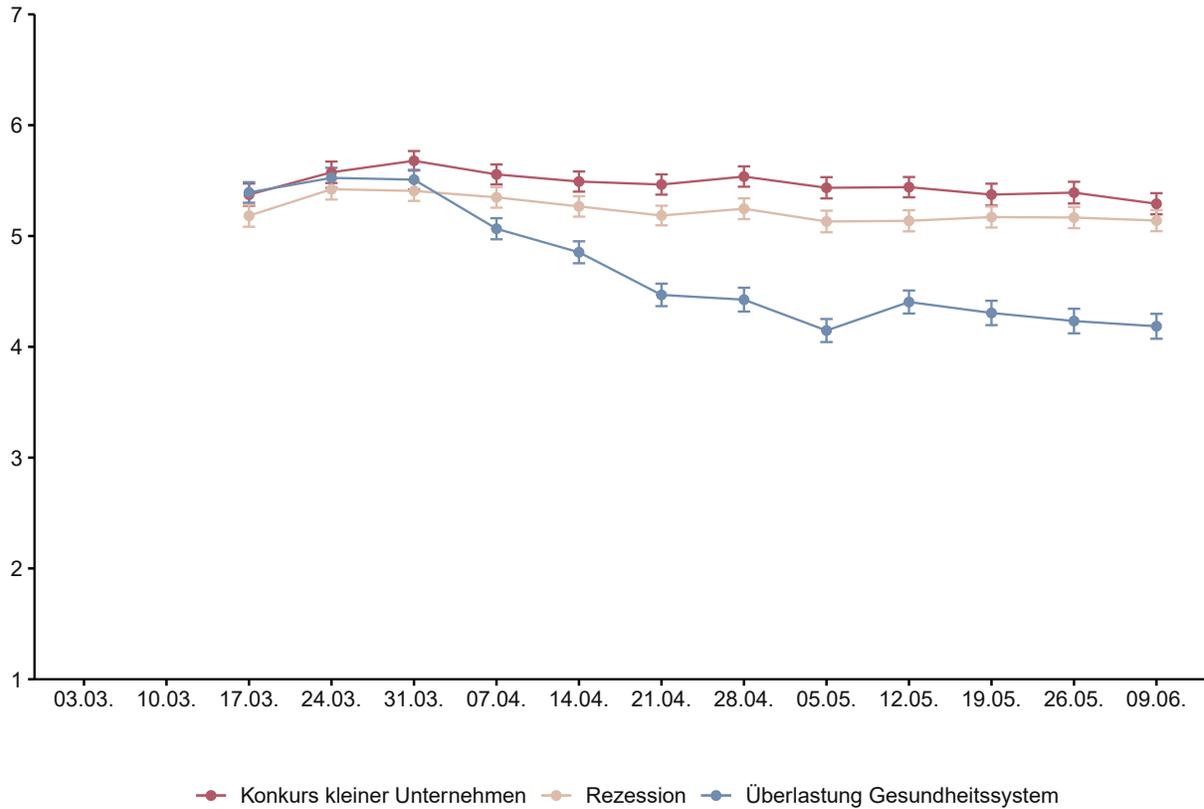
Aufgrund der jetzigen Corona-Situation, wie viele Sorgen machen Sie sich, dass ...

- kleine Unternehmen Konkurs anmelden?
- eine wirtschaftliche Rezession eintritt?
- das Gesundheitssystem überlastet wird?

1 = Sehr wenig Sorgen 7 = Sehr viele Sorgen

Sorgen über Wirtschafts- und Gesundheitssystem

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



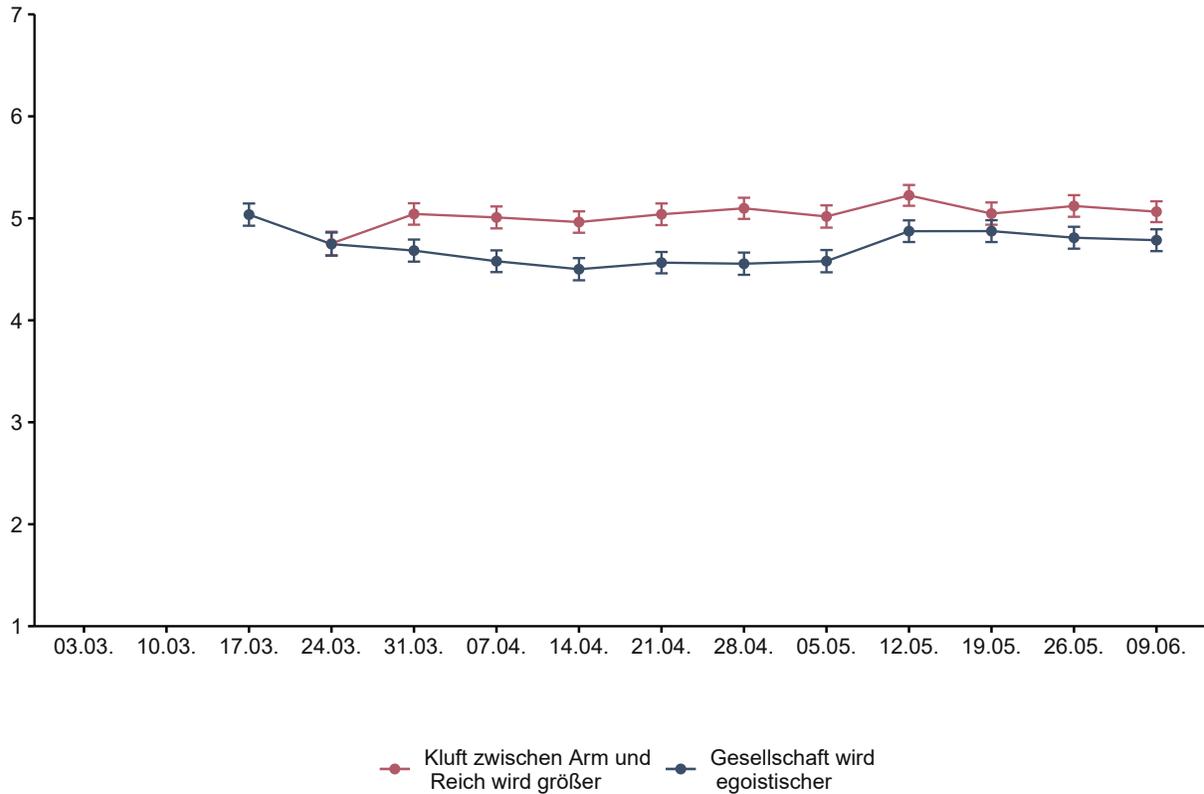
Aufgrund der jetzigen Corona-Situation, wie viele Sorgen machen Sie sich, dass ...

- die Gesellschaft egoistischer wird?
- die Kluft zwischen Arm und Reich vergrößert wird?

1 = Sehr wenig Sorgen 7 = Sehr viele Sorgen

Sorgen über gesellschaftliche Entwicklungen

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



4 Wissen und Verhalten

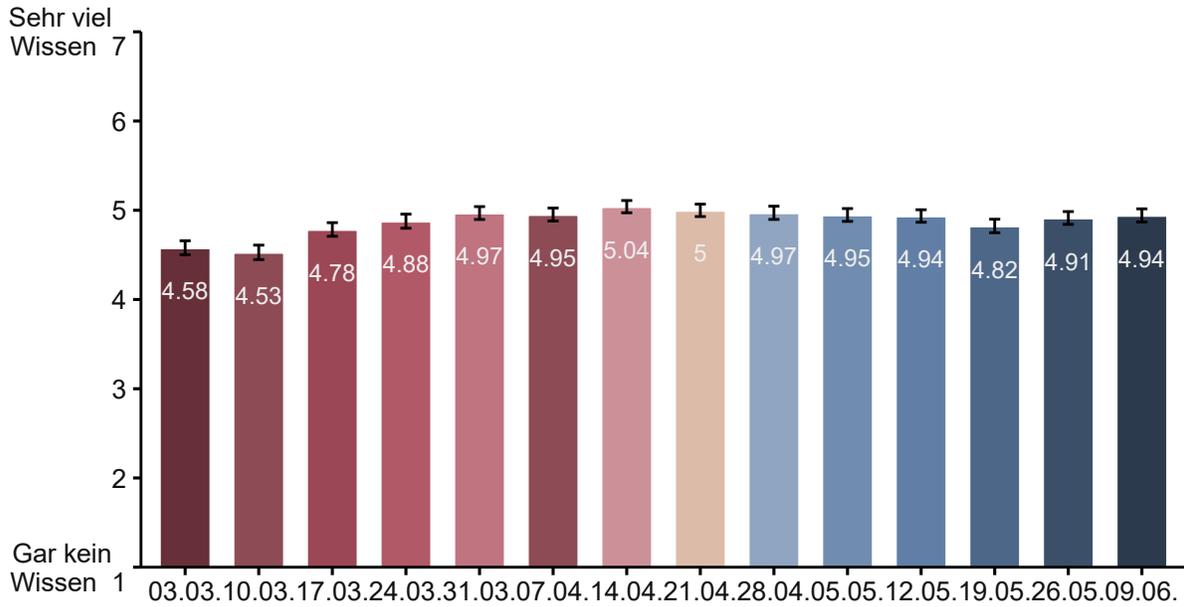
In diesem Abschnitt betrachten wir das Wissen über Schutzmaßnahmen und Faktoren, die relevant sind, damit dieses Verhalten auch umgesetzt wird.

4.1 Gefühltes und echtes Wissen über COVID-19

Die folgende Grafik zeigt den aktuellen Stand und die Veränderung des selbst eingeschätzten und tatsächlichen mittleren Wissens zu COVID-19. Achtung: Selbst eingeschätztes Wissen wurde allgemein abgefragt, tatsächliches Wissen mithilfe von drei Wissensfragen zu Behandlungsoptionen, Übertragung und Inkubationszeit. Das gefühlte Wissen stieg zunächst langsam und bleibt seitdem stabil. Es offenbart Unsicherheiten, die möglicherweise die wissenschaftlichen Unsicherheiten spiegeln. Das tatsächliche Wissen ist konstant hoch.

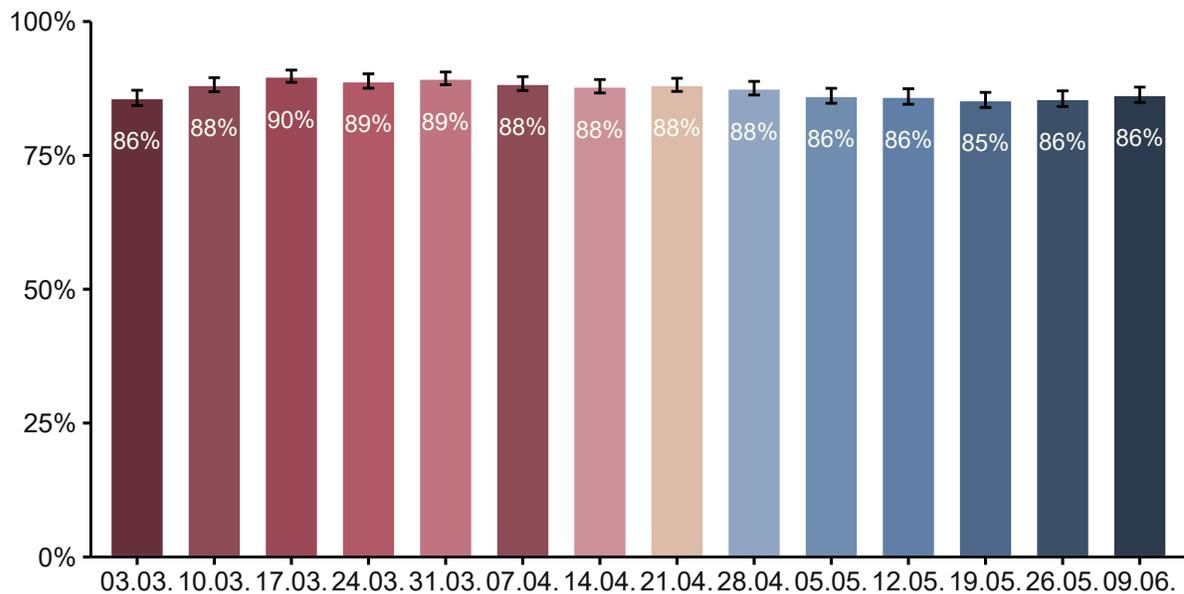
Wahrgenommener Wissensstand über COVID-19

Der selbsteingeschätzte Wissensstand wurde auf einer Skala von 1 (gar kein Wissen) bis 7 (sehr viel Wissen) erfasst.
Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



Tatsächliches Wissen über COVID-19

Tatsächliches Wissen wurde über Kenntnisse zu Behandlungsoptionen, Übertragung und Inkubationszeit ermittelt.
Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



Hinweis: Die Berechnung des Scores für das tatsächliche Wissen wurde rückwirkend für alle Wellen angepasst (ab Welle 3 aus drei anstelle von vier Items, da ein Item aus dem Fragebogen entfernt wurde).

4.2 Wirksame Schutzmaßnahmen

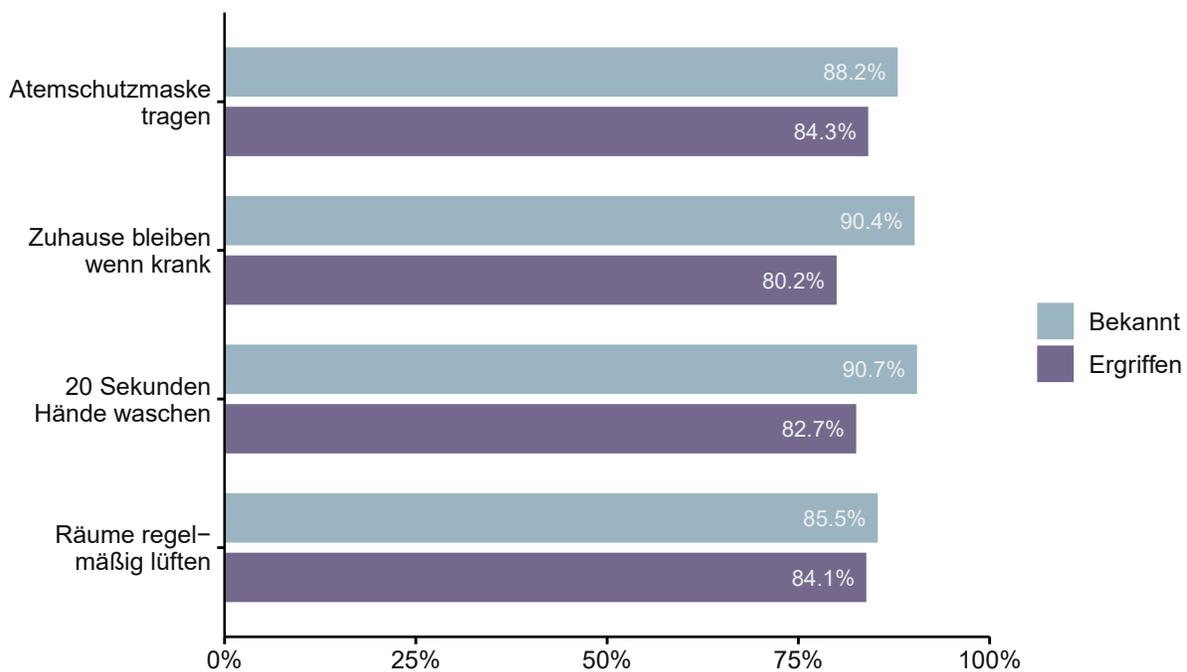
Damit wirksames Schutzverhalten ergriffen werden kann, muss dieses bekannt sein. Die Daten zeigen, dass wesentliche Schutzmaßnahmen sehr gut bekannt sind, aber immer noch nicht durchgängig ergriffen werden. Unter Betrachtung der Werte der Vorwoche bleiben sowohl die Kenntnis über die Maßnahmen als auch deren Anwendungshäufigkeit stabil.

Wissen wurde erfasst als ja vs. nein/weiß nicht.

Verhalten wurde auf einer 5-stufigen Skala erfasst (nie, selten, manchmal, häufig, immer). Als Personen, die das Verhalten ergriffen haben, zählen diejenigen, die mindestens häufig oder immer angegeben haben. Weiter unten ist das Verhalten in Häufigkeitskategorien aufgeteilt dargestellt.

Präventivmaßnahmen kennen und ergreifen

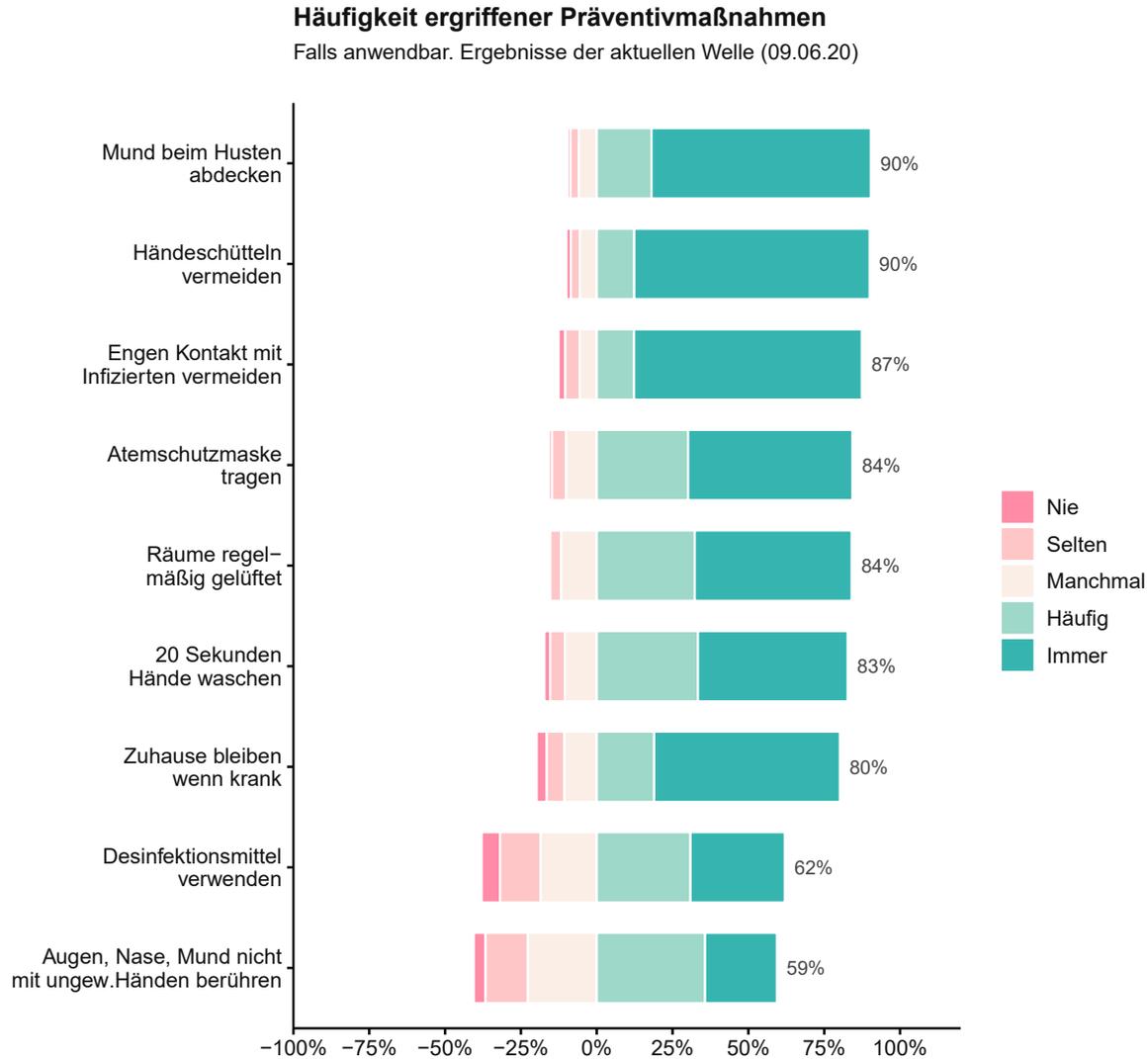
Anteil der Personen, die (a) Präventivmaßnahmen korrekt erkannt haben und (b) diese mindestens häufig einsetzen (falls anwendbar).
Ergebnisse der aktuellen Welle (09.06.20)



Die ergriffenen Schutzmaßnahmen sind in den letzten Wochen alle leicht zurückgegangen. Lediglich das Tragen einer Atemschutzmaske und langes Händewaschen bleiben stabil, während das Zuhause Bleiben im Krankheitsfall im Vergleich zur letzten Befragung leicht zugenommen hat. Besonders für das Abstandsgebot sowie die Meidung öffentlicher Orte und Feiern lässt sich der Rückgang als langsamer, aber beständiger Trend über die letzten Wochen feststellen.

Im untenstehenden Diagramm ist die Häufigkeit einzelner Verhaltensweisen dargestellt. *Hinweis: Jeder Balken veranschaulicht die Häufigkeitsverteilung für jene Personen, auf die das Verhalten anwendbar ist und ergibt 100%. Je breiter ein Balkenabschnitt ist, desto mehr Personen gaben an, das Verhalten in der jeweiligen Häufigkeit ausgeführt zu haben. Die Prozentangabe auf der rechten Seite der grünen Balkenabschnitte gibt den Anteil der Personen an, die ein Verhalten „immer“ oder „häufig“ zeigen, z. B. vermeiden 90% immer oder*

häufig Händeschütteln. Die negativen Prozente auf der X-Achse helfen, den Anteil der Personen abzulesen, die ein Verhalten „nie“ bis „manchmal“ (rote und gelbe Balkenabschnitte) gezeigt haben, z. B. verwenden 38% nie, selten oder manchmal Desinfektionsmittel.



4.3 Offizielle Verfügungen

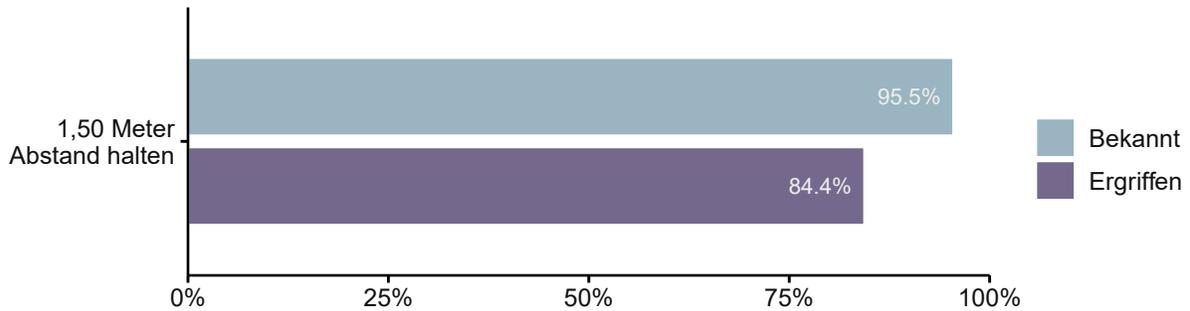
Damit die offiziellen Verfügungen umgesetzt werden können, müssen sie hinreichend bekannt sein. Die Daten zeigen, dass wesentliche Verfügungen sehr gut bekannt sind, deren Umsetzung aber noch nicht durchgängig gewährleistet ist

Wissen wurde erfasst als ja vs. nein/weiß nicht.

Verhalten wurde auf einer 5-stufigen Skala erfasst (nie, selten, manchmal, häufig, immer); als Personen, die das Verhalten ergriffen haben zählen diejenigen, die mindestens häufig oder immer angegeben haben. Weiter unten ist das Verhalten nochmal nach den Häufigkeitskategorien aufgeteilt.

Offizielle Verfügungen kennen und befolgen

Anteil der Personen, die (a) offizielle Verfügungen korrekt erkannt haben und (b) diese mindestens häufig befolgen (falls anwendbar).
Ergebnisse der aktuellen Welle (09.06.20)

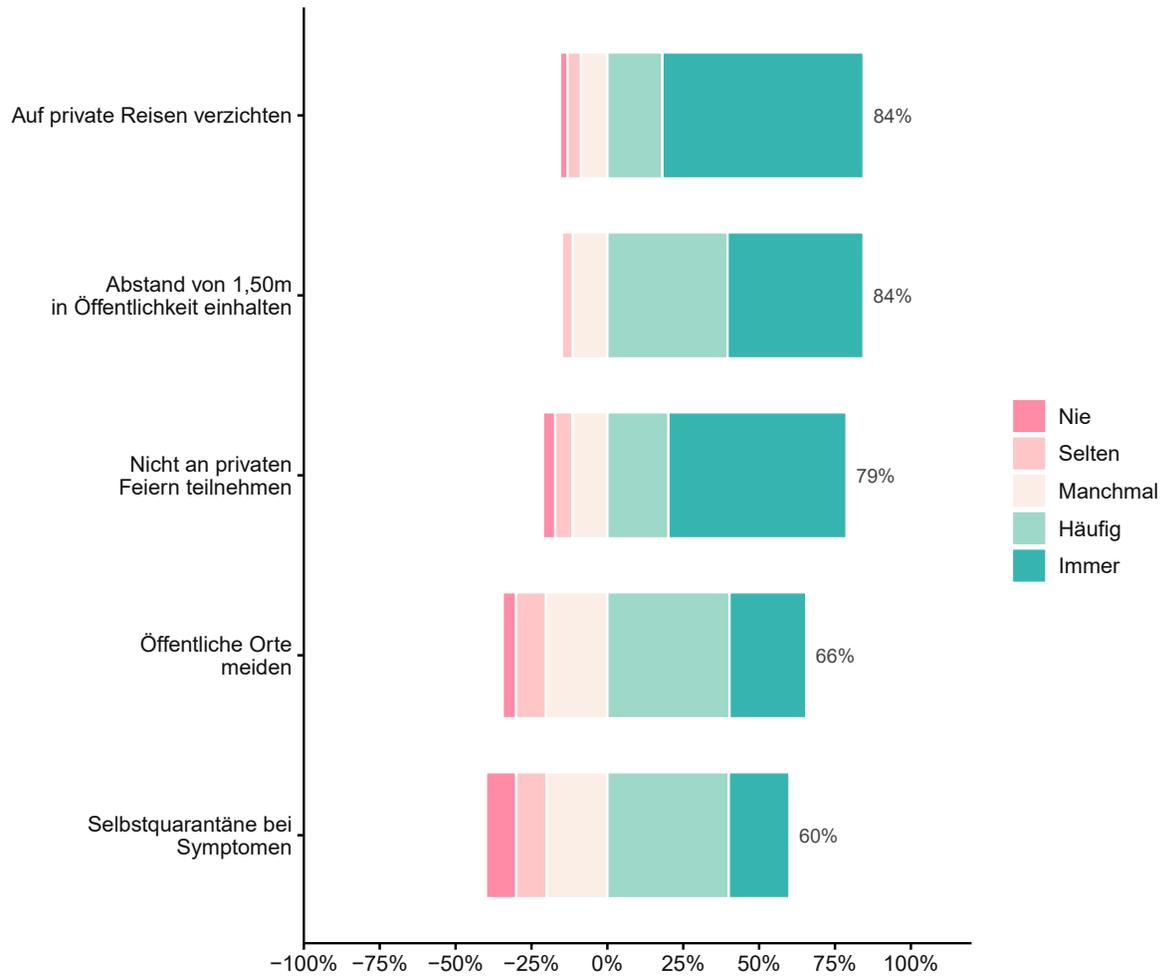


Im untenstehenden Diagramm ist die Häufigkeit einzelner Verhaltensweisen dargestellt.

Hinweis: Jeder Balken veranschaulicht die Häufigkeitsverteilung für jene Personen, auf die das Verhalten anwendbar ist und ergibt 100%. Je breiter ein Balkenabschnitt ist, desto mehr Personen gaben an, das Verhalten in der jeweiligen Häufigkeit ausgeführt zu haben. Die Prozentangabe auf der rechten Seite der grünen Balkenabschnitte gibt den Anteil der Personen an, die ein Verhalten „immer“ oder „häufig“ zeigen, z. B. halten 84% der Personen immer oder häufig 1,50m Abstand in der Öffentlichkeit. Die negativen Prozente auf der X-Achse helfen, den Anteil der Personen abzulesen, die ein Verhalten „nie“ bis „manchmal“ (rote und gelbe Balkenabschnitte) gezeigt haben, z. B. meiden 34% nie, selten oder manchmal öffentliche Orte.

Häufigkeit des Verhaltens gemäß offizieller Verordnungen

Falls anwendbar. Ergebnisse der aktuellen Welle (09.06.20)

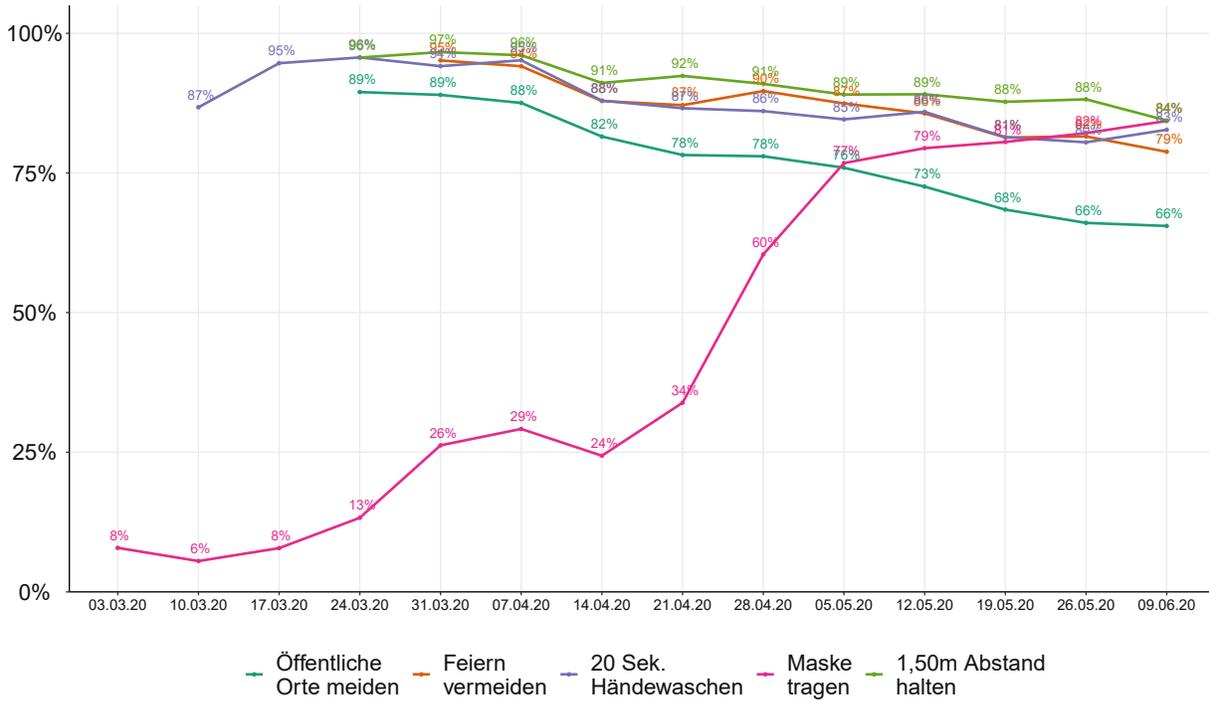


Befolgen der Maßnahmen im Zeitverlauf

Die selbstberichtete Umsetzung der Maßnahmen haben sich im Vergleich zur Vorwoche kaum verändert.

Präventionsverhalten: Maßnahmen ergreifen

Anteil der Personen, die die Maßnahmen einsetzen (bis 07.04.) bzw. mindestens häufig einsetzen (ab 14.04.) (falls anwendbar).



5 Informationsverhalten

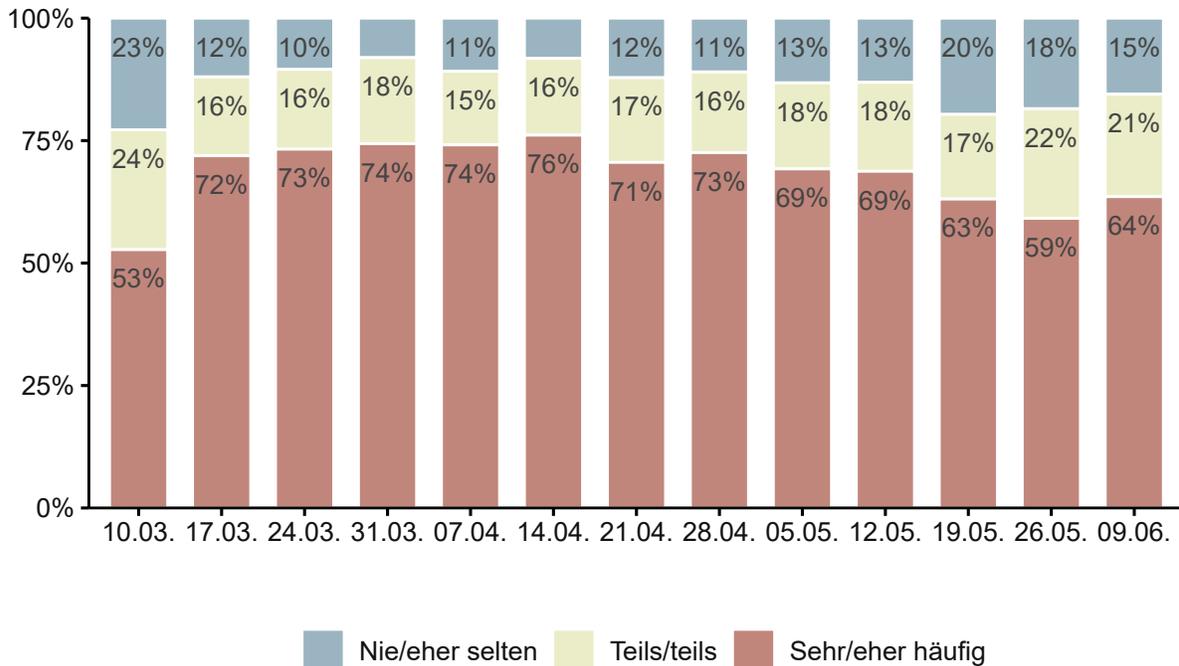
Die selbstberichtete Umsetzung der Maßnahmen haben sich im Vergleich zur vorherigen Welle kaum verändert. Um nachvollziehen zu können, wie die Bevölkerung sich zum Thema Corona informiert, diese Informationen wahrnimmt und gegebenenfalls auf ihre Handlungsweisen überträgt, wurden verschiedene Aspekte des Informationsverhaltens erfragt.

5.1 Häufigkeit

Es wurde erhoben, wie häufig sich Personen zum Thema informieren. Über die letzten Wochen blieb das Niveau relativ stabil, im Vergleich zur vorigen Erhebung ist die Häufigkeit wieder leicht auf das Niveau von Mitte Mai angestiegen.

Wie häufig informieren Sie sich zum Thema Coronavirus/COVID-19?

Erhoben ab Welle 2 (10.03.2020).

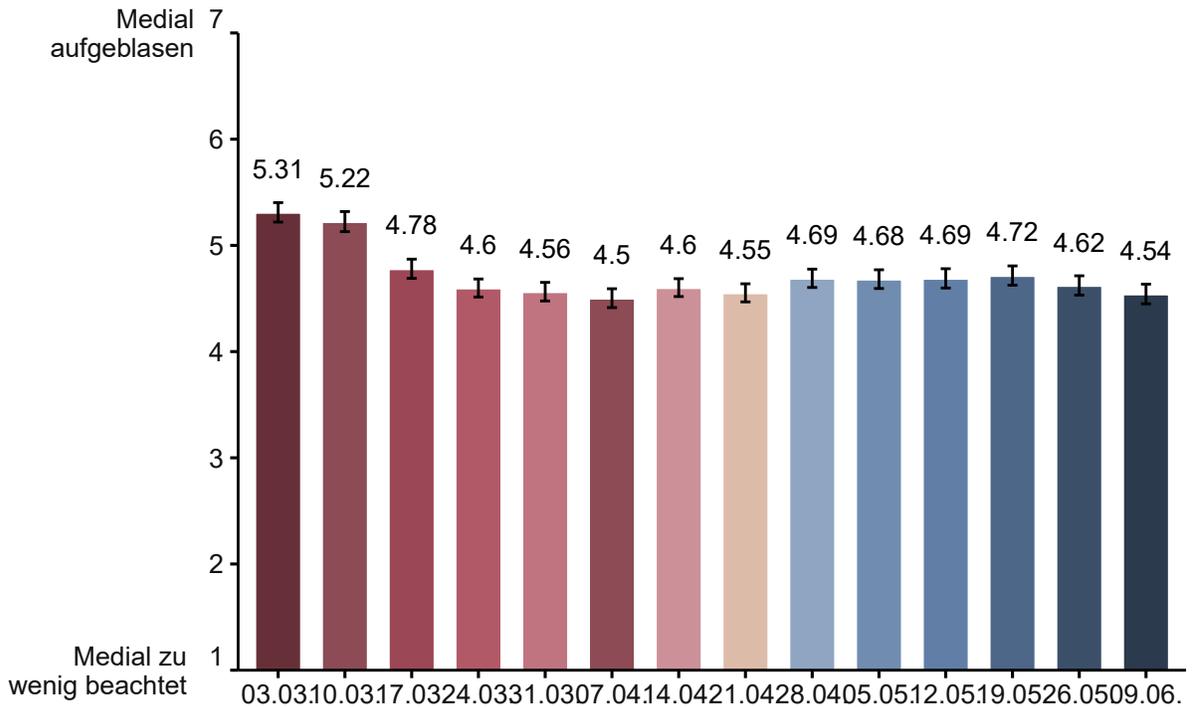


5.2 Corona als Medien-Hype

Die folgende Grafik stellt dar, wie Menschen die mediale Berichterstattung um Corona einordnen. Dazu konnte ein Wert zwischen 1 (medial zu wenig beachtet) und 7 (medial aufgeblasen) ausgewählt werden. Zu Beginn der Pandemie wurde Corona noch eher als Medien-Hype eingestuft. Dieses Denken verlor kontinuierlich an Zuspruch und ist seit Ende April relativ stabil.

Das neuartige Coronavirus ist für mich...

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle

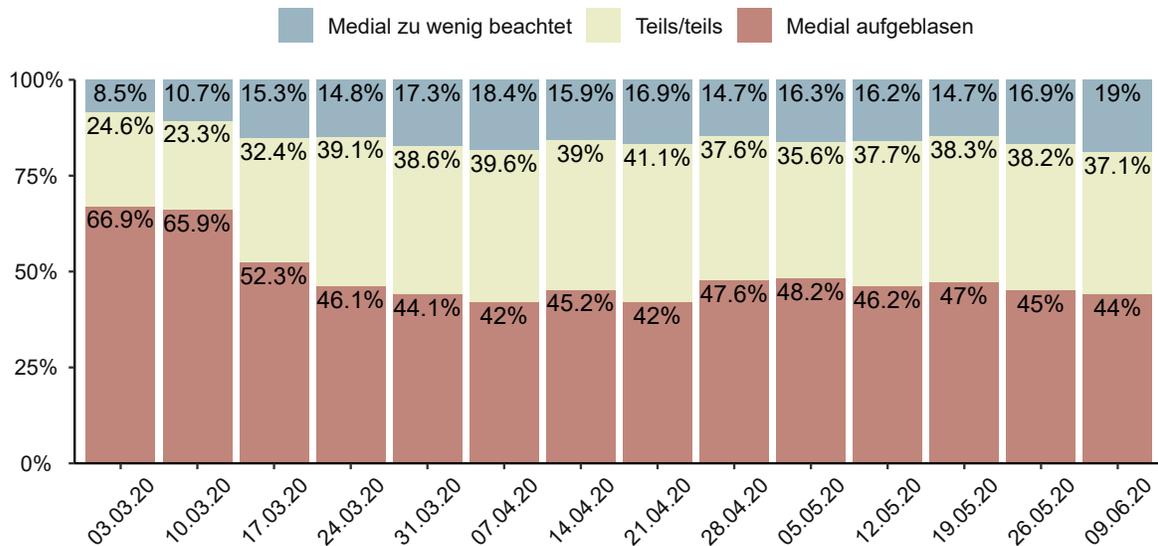


Wahrnehmung der derzeitigen Corona-Situation als Medienhype

Bewertung auf einer 7-Punkte Skala

(1 = Medial zu wenig beachtet bis 7 = Medial aufgeblasen)

Abweichung von 100% können wegen Rundung zustande kommen



6 Vertrauen

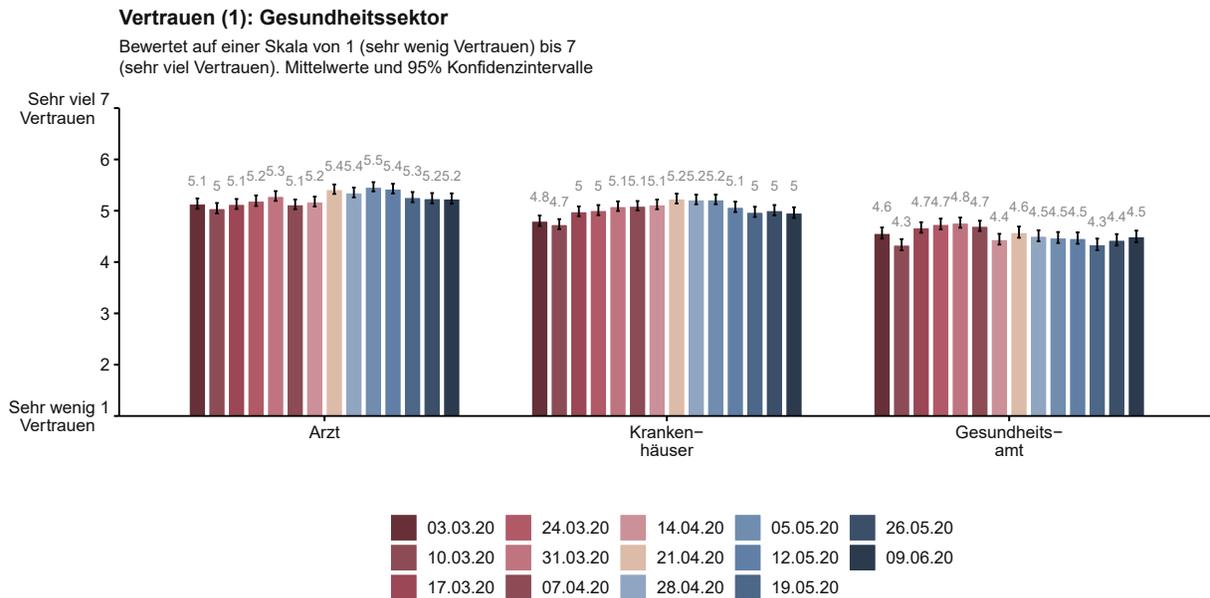
Die folgenden Grafiken beschreiben das Vertrauen der Bevölkerung in verschiedene Institutionen aus unterschiedlichen Bereichen des privaten und öffentlichen Lebens. Dazu gehört der Gesundheitssektor, Behörden, Medien, die eigene Arbeitsumwelt, die Wissenschaft und die Bundesregierung sowie die WHO.

Auf einer Skala von *sehr wenig Vertrauen* bis *sehr viel Vertrauen* wurde bewertet, wie viel Vertrauen den Personen und Organisationen im Umgang mit der Corona-Krise zukommt.

Das Vertrauen in die Wissenschaft, die Bundesregierung und die WHO ist relativ stabil, während das Vertrauen in Behörden, den Gesundheitssektor und die Medien leichten Schwankungen unterliegt. Im Vergleich zur vorherigen Welle zeichnen sich in dieser Welle kaum Veränderungen ab. Das Vertrauen in den Arbeitgeber ist leicht angestiegen.

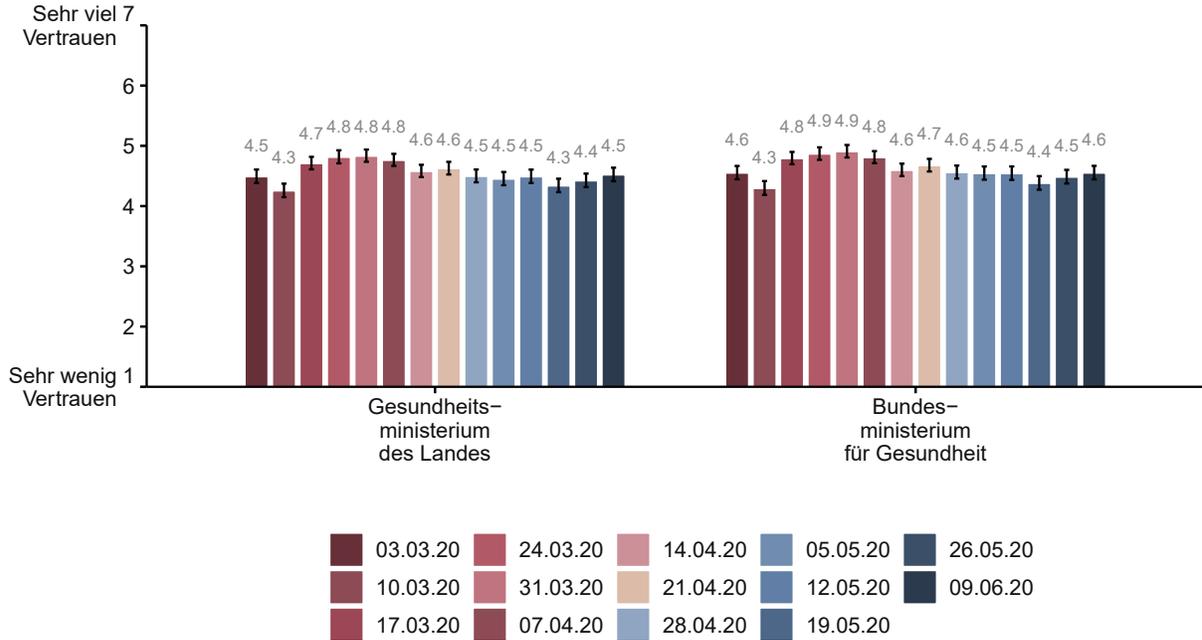
Hinweis: Befragungsteilnehmende hatten die Möglichkeit "keine Angabe möglich" auszuwählen. Das heißt, dass die folgenden Mittelwerte sich ggf. nicht auf die gesamte Stichprobe der jeweiligen Messzeitpunkte beziehen.

Interpretation: Mittelwerte mit 95% Konfidenzintervallen. Wenn die Intervalle sich nicht überschneiden, kann man von einem signifikanten Unterschied ausgehen. Dunklere Balken sind aktuellere Daten.



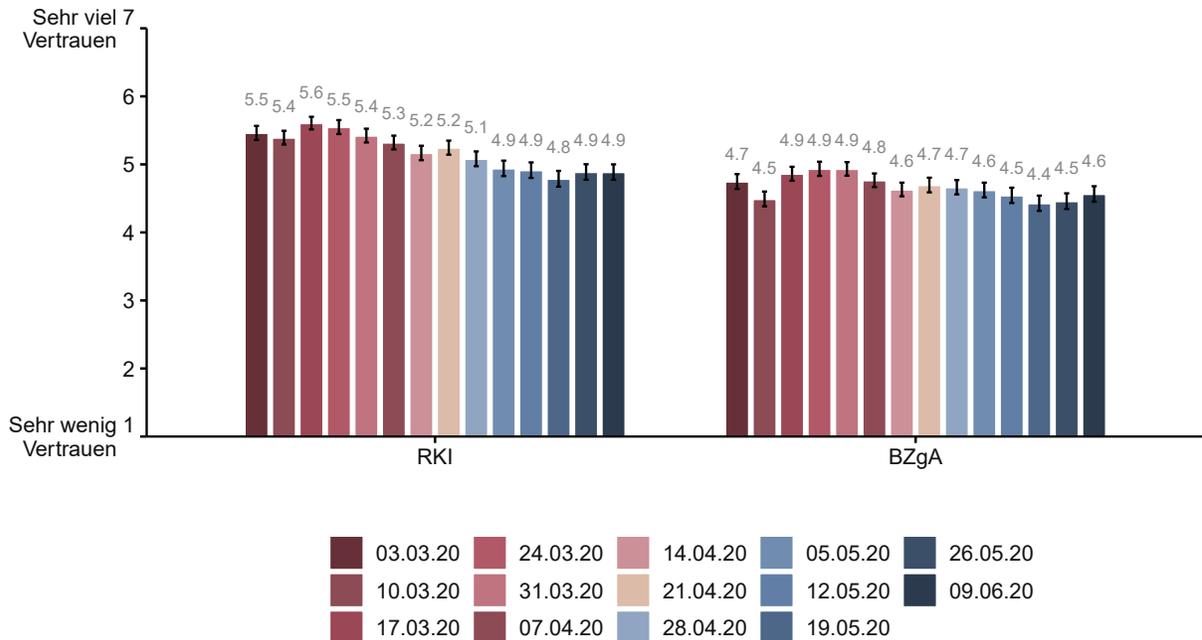
Vertrauen (2): Behörden

Bewertet auf einer Skala von 1 (sehr wenig Vertrauen) bis 7 (sehr viel Vertrauen). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle



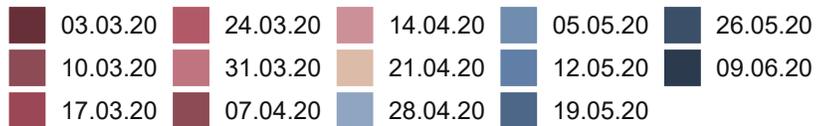
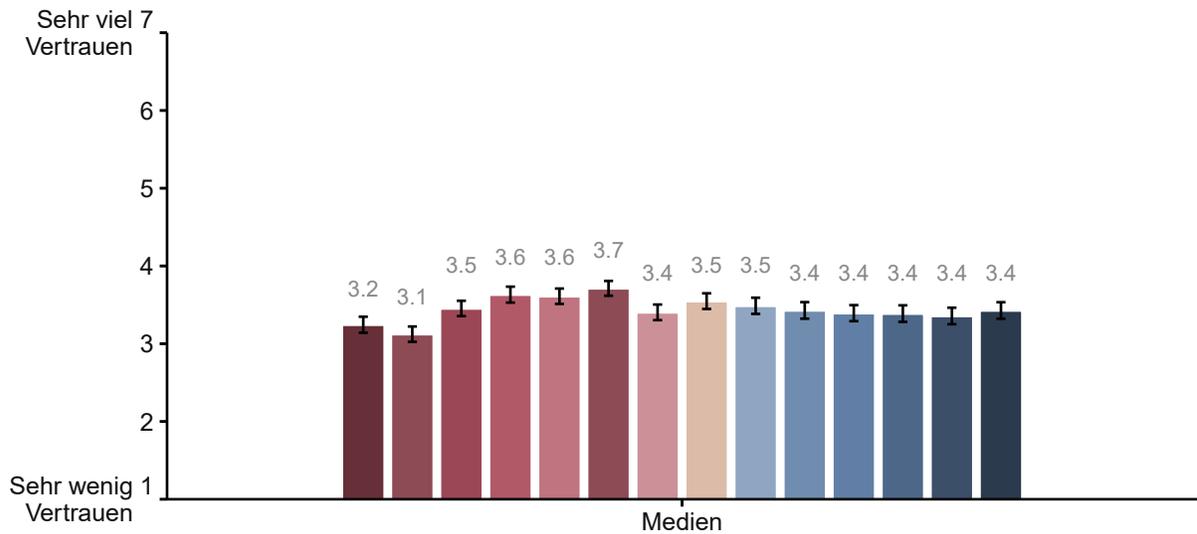
Vertrauen (2): Behörden

Bewertet auf einer Skala von 1 (sehr wenig Vertrauen) bis 7 (sehr viel Vertrauen). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle



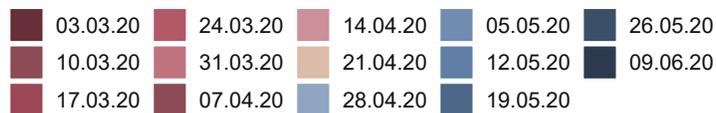
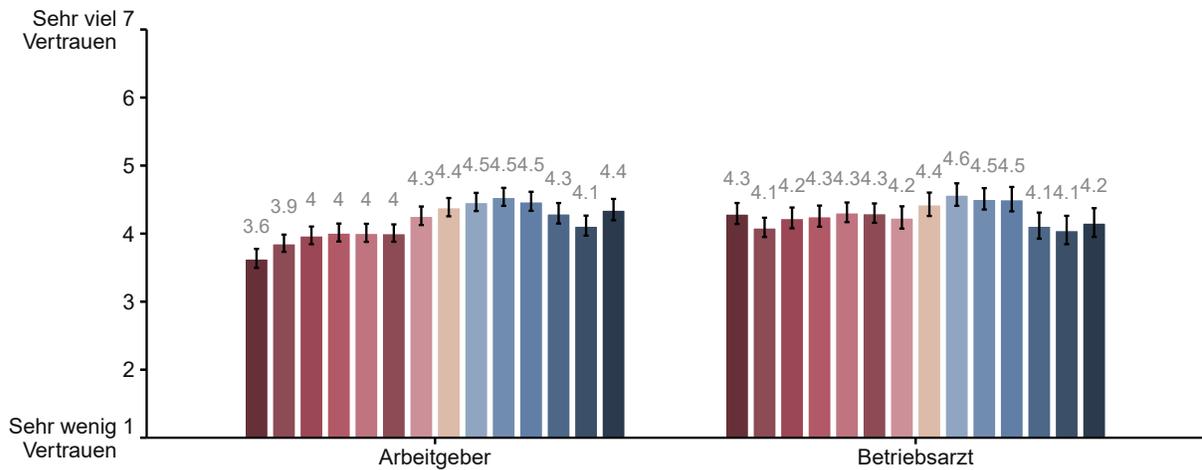
Vertrauen (3): Medien

Bewertet auf einer Skala von 1 (sehr wenig Vertrauen) bis 7 (sehr viel Vertrauen). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



Vertrauen (4): Arbeitsumwelt

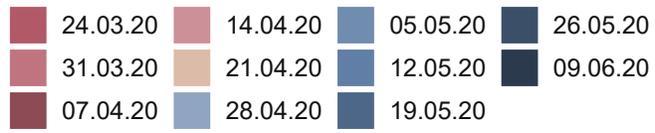
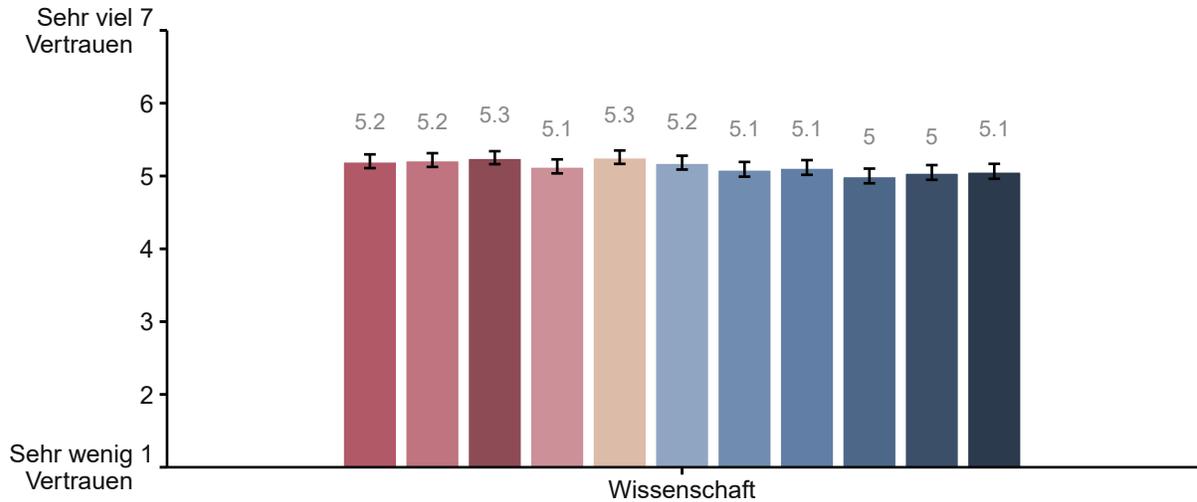
Bewertet auf einer Skala von 1 (sehr wenig Vertrauen) bis 7 (sehr viel Vertrauen). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



Vertrauen (5): Wissenschaft

Ab Welle 4 erhoben.

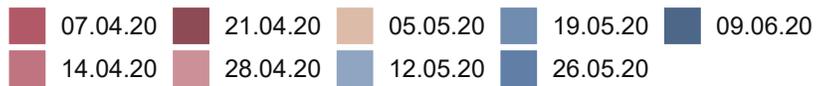
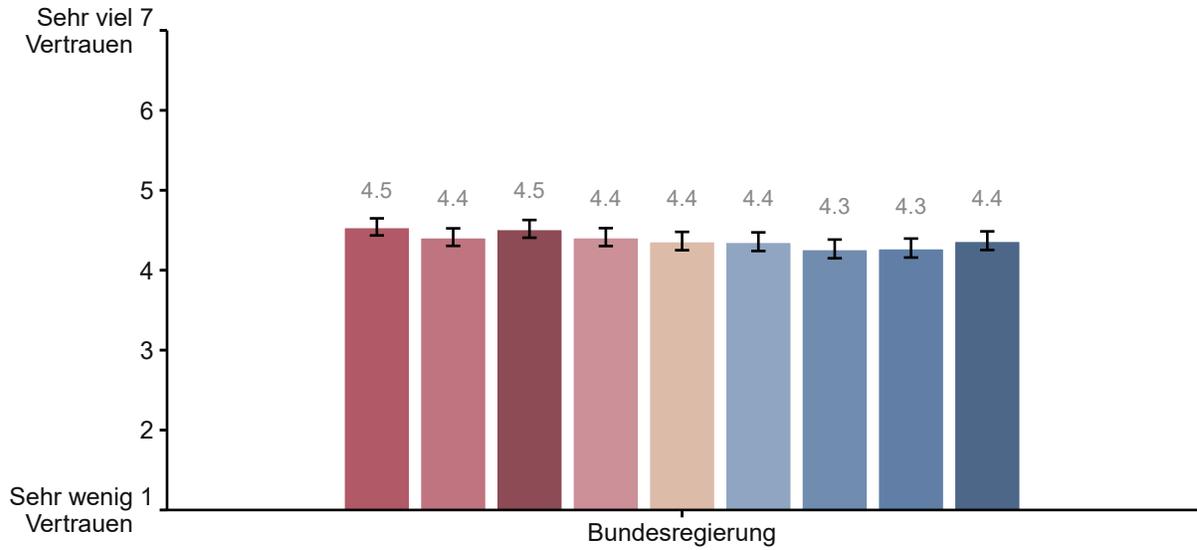
Bewertet auf einer Skala von 1 (sehr wenig Vertrauen) bis 7 (sehr viel Vertrauen). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



Vertrauen (6): Bundesregierung

Ab Welle 6 erhoben.

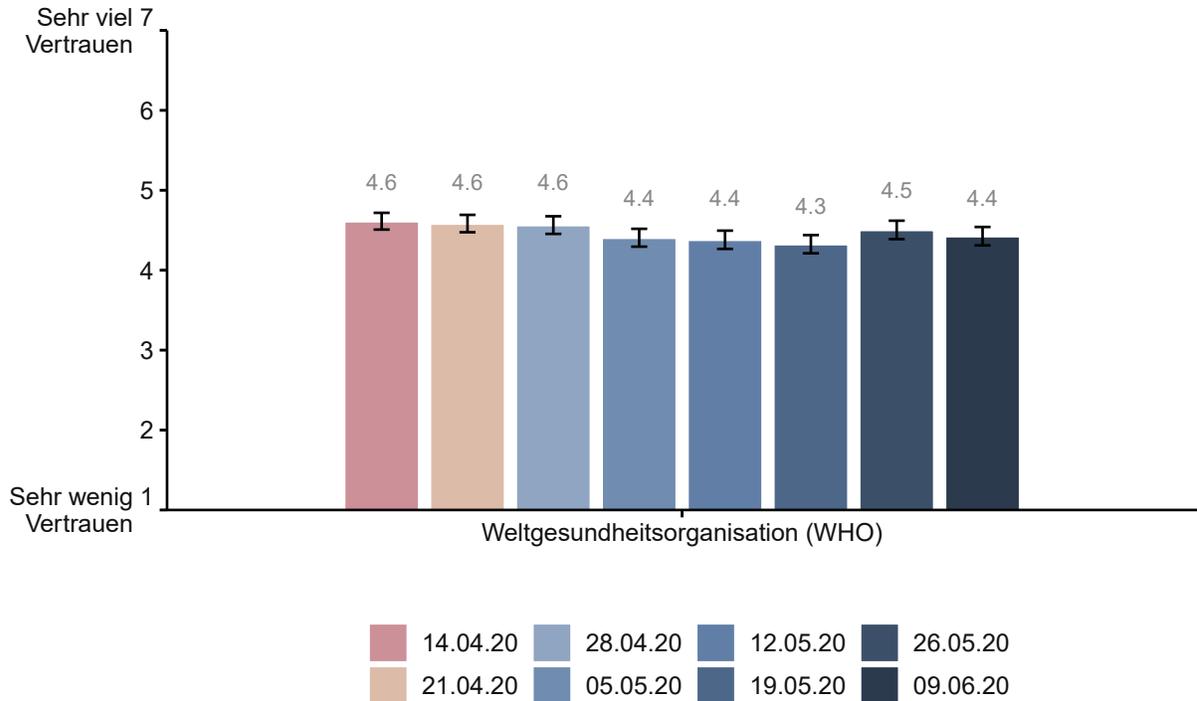
Bewertet auf einer Skala von 1 (sehr wenig Vertrauen) bis 7 (sehr viel Vertrauen). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



Vertrauen (7): Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Ab Welle 7 erhoben.

Bewertet auf einer Skala von 1 (sehr wenig Vertrauen) bis 7 (sehr viel Vertrauen). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



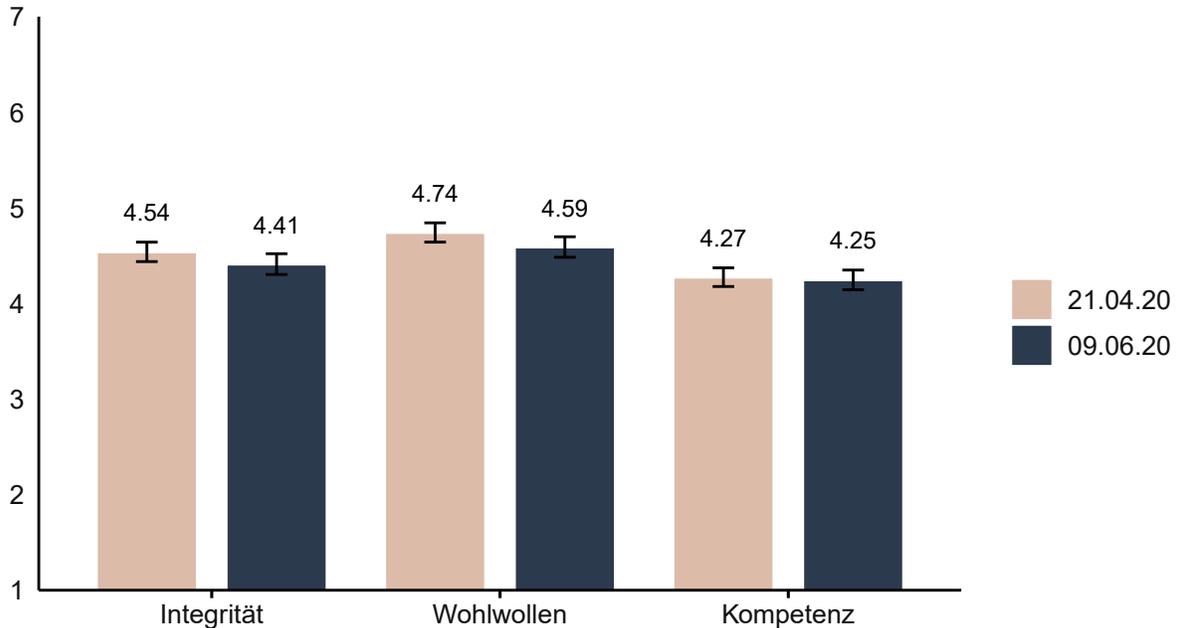
6.1 Dimensionen des Vertrauens in die Bundesregierung

Das Vertrauen in die Bundesregierung wurde gesondert mittels der Skala von Grimmelikhuijzen & Knies (2017) erfasst. Konkret wurden die Integrität, das Wohlwollen und die Kompetenz der Institution eingeschätzt. Korrelationsanalysen zeigen den Zusammenhang zwischen den Einzeldimensionen und dem Gesamtvertrauen (siehe oben, 1 sehr wenig Vertrauen, 7 sehr viel Vertrauen) an.

Da alle Korrelationen ähnlich hoch sind, scheinen alle Dimensionen gleichermaßen für das Vertrauen wichtig zu sein. Im Vergleich zur letzten Erhebung der Vertrauenswerte am 21.04.2020 haben sich die Einzelwerte nicht signifikant geändert.

Vertrauen in die Bundesregierung

Gemittelt über mehrere Items, jeweils gemessen auf einer Skala von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 7 (stimme voll und ganz zu). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



Interpretation der Korrelationskoeffizienten r: In der folgenden Übersicht zeigen höhere Werte einen stärkeren Zusammenhang an, Werte nahe Null zeigen, dass es keinen Zusammenhang gibt, um 0.1 einen kleinen Zusammenhang. Werte um 0.3 zeigen einen mittleren Zusammenhang, ab 0.5 spricht man von einem starken Zusammenhang. Ein negatives Vorzeichen bedeutet, dass hohe Werte auf der einen Variable mit niedrigen Werten auf der anderen Variable einhergehen. p-Werte < 0.05 zeigen statistisch bedeutsame Zusammenhänge an. Korrelationskoeffizienten, die statistisch bedeutsam sind, werden fett gedruckt

Korrelationen zum aktuellen Erhebungszeitpunkt: Vertrauen in die Bundesregierung und ...

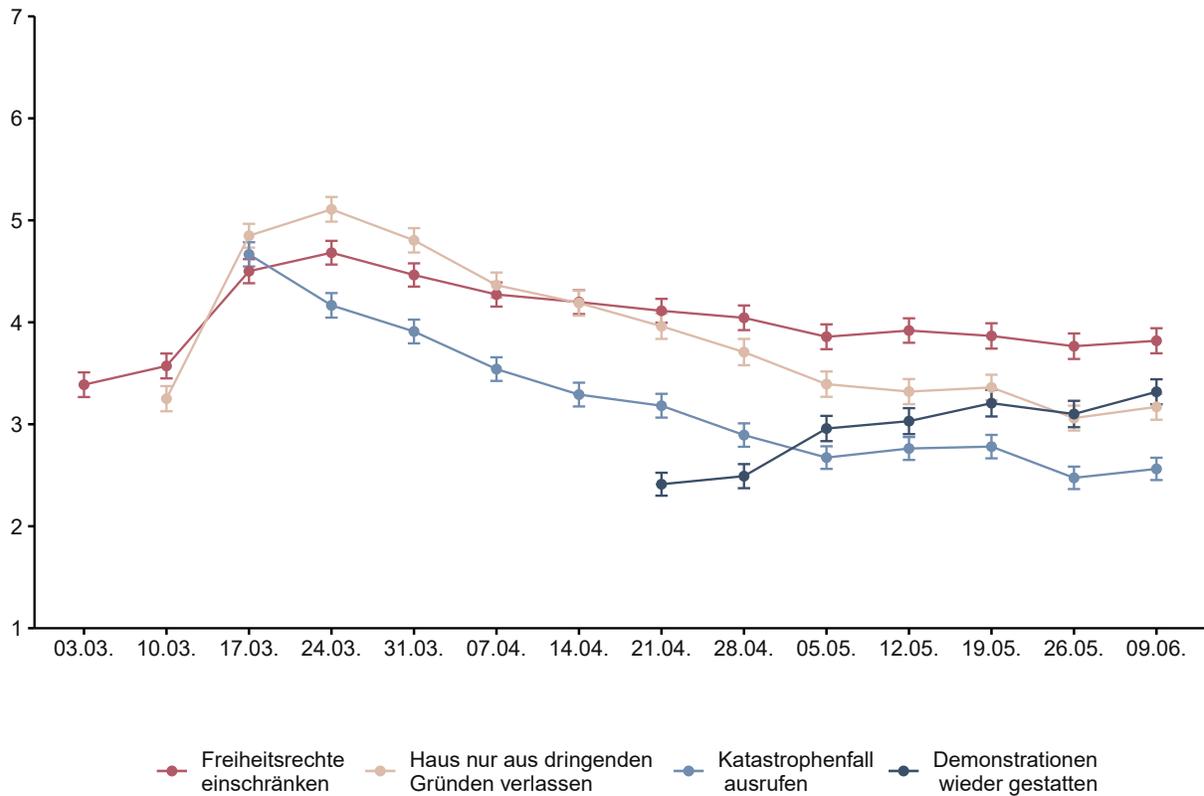
- Kompetenz der Bundesregierung: $r = 0.82$
- Wohllollen der Bundesregierung: $r = 0.81$
- Integrität der Bundesregierung: $r = 0.82$

7 Akzeptanz der Maßnahmen

Für viele Maßnahmen gilt: Die Akzeptanz ist Mitte März sprunghaft gestiegen, ging langsam wieder zurück und blieb über die letzten Wochen relativ stabil. Das Gestatten von Demonstrationen gewinnt langsam aber konstant an Zuspruch, während sich die anderen Werte auf einem ähnlichen Niveau befinden wie die letzten Wochen.

Akzeptanz stark einschränkender Maßnahmen

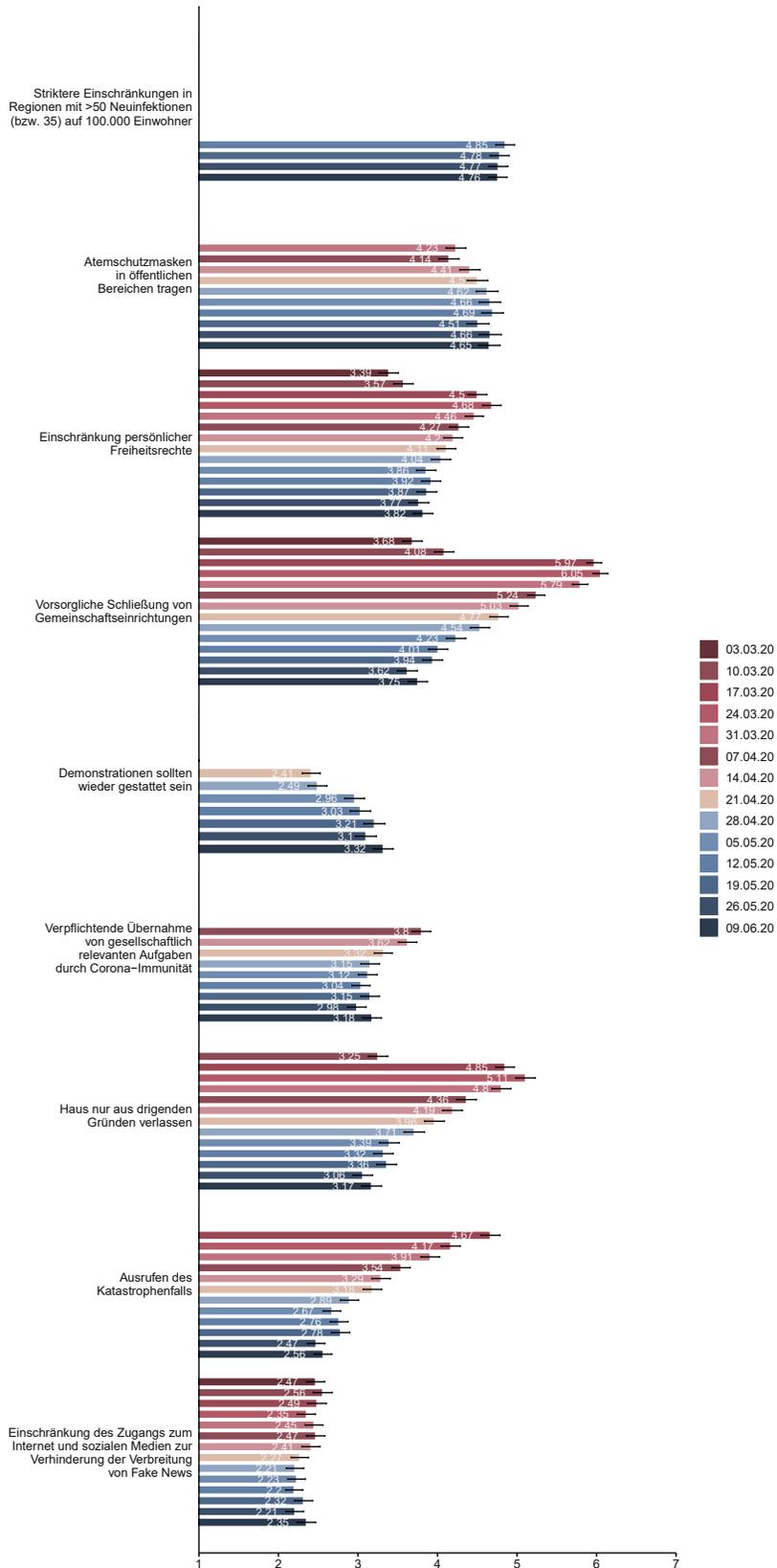
Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



Striktere Reglementierungen für betroffene Gebiete werden nach wie vor eher befürwortet. Personen nach überwundener Krankheit für gesellschaftlich relevante Aufgaben in die Pflicht zu nehmen oder den Zugang zum Internet zu beschränken, wird weiterhin eher abgelehnt.

Akzeptanz von Maßnahmen zur Krisenbewältigung

Bewertet auf einer Skala von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 7 (stimme voll und ganz zu). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.

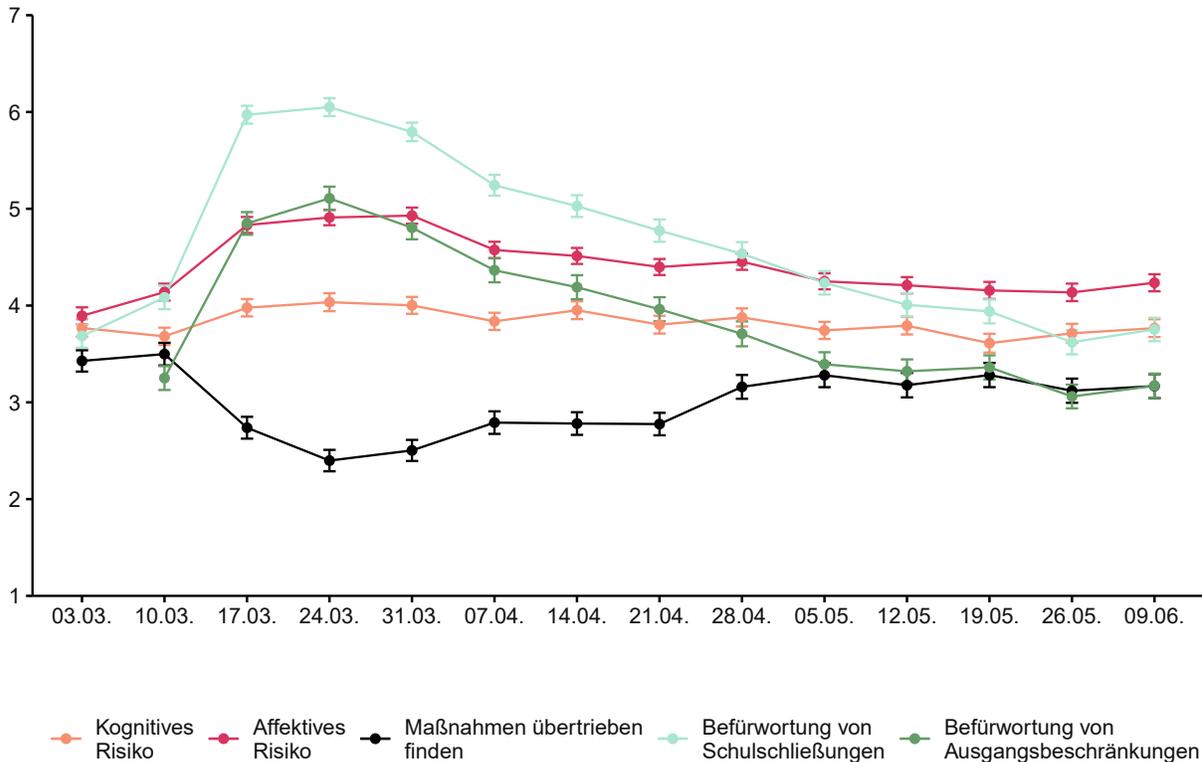


7.1 Risikowahrnehmung und Akzeptanz der Maßnahmen

Die Kognitive Risikowahrnehmung (orange) – also das Bewusstsein für die Möglichkeit, sich anzustecken und die Affektive Risikowahrnehmung (Angst, Sorge, dauernd daran denken; rot) – bleiben stabil. Die Zustimmung zu Ausgangsbeschränkungen sinkt seit deren Einführung (grün) und hat inzwischen fast das Ausgangslevel von vor deren Einführung erreicht. Die Befürwortung von Schulschließungen unterliegt leichten Schwankungen auf niedrigem Niveau (türkis).

Veränderung von Risikowahrnehmung und Einschätzung von Maßnahmen

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



Im Folgenden werden Korrelationen zwischen Risikowahrnehmung und der Akzeptanz von Maßnahmen betrachtet (zum aktuellen Erhebungszeitpunkt).

Interpretation der Korrelationskoeffizienten: In der folgenden Übersicht zeigen höhere Werte einen stärkeren Zusammenhang an, Werte nahe Null zeigen, dass es keinen Zusammenhang gibt, um 0.1 einen kleinen Zusammenhang. Werte um 0.3 zeigen einen mittleren Zusammenhang, ab 0.5 spricht man von einem starken Zusammenhang. Ein negatives Vorzeichen bedeutet, dass hohe Werte der einen Variable mit niedrigen Werten der anderen Variable einhergehen. Fettdruck zeigt statistisch bedeutsame Zusammenhänge an.

Kognitive Risikowahrnehmung und ...

- Ablehnung der Maßnahmen: -0.28
- Vorsorglich sollten Gemeinschaftseinrichtungen wie Schulen oder Kindergärten geschlossen werden: 0.29
- Es sollte nur noch aus beruflichen, gesundheitlichen oder dringenden Gründen erlaubt sein, sein Haus zu verlassen: 0.23
- Affektives Risiko: 0.48

Affektive Risikowahrnehmung und ...

- Ablehnung der Maßnahmen: -0.4
- Vorsorglich sollten Gemeinschaftseinrichtungen wie Schulen oder Kindergärten geschlossen werden: 0.34
- Es sollte nur noch aus beruflichen, gesundheitlichen oder dringenden Gründen erlaubt sein, sein Haus zu verlassen: 0.28

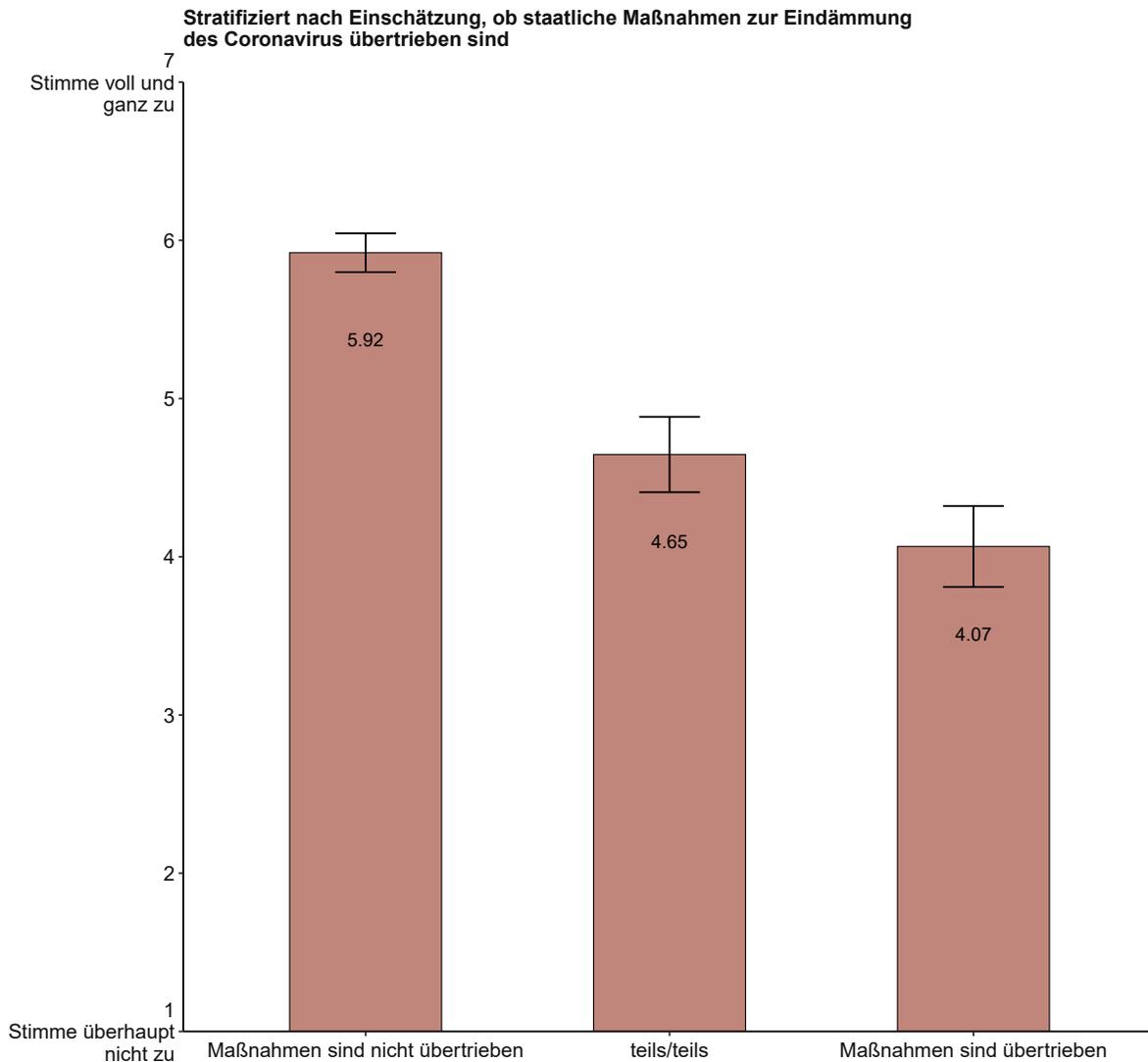
7.2 Zustimmung zum erneuten lokalen Lockdown

Städte oder Landkreise, in denen mehr als 50 Neuinfektionen auf 100.000 Einwohner vorliegen, sollten das öffentliche Leben in der Region erheblich einschränken.

- 58.1 % befürworten (eher) diese neue Regelung (vorherige Befragung: 58.5 %)
- 69.4 % sind in dieser Situation (eher) bereit, sich wieder einzuschränken (Maßnahmen vor dem 6.5.20; vorherige Befragung: 69.9 %)

Wer die Maßnahmen generell für übertrieben hält, lehnt auch die lokale Regelung eher ab (Korrelation $r = -0.49$).

Wenn in meiner Stadt oder in meinem Landkreis innerhalb einer Woche mehr als 50 Neuinfektionen (in manchen Bundesländern: 35) auf 100.000 Einwohner auftreten bin ich bereit, mich wieder stärker einzuschränken (Maßnahmen vor dem 06.05., z.B. Kontaktbeschränkung, Schulschließung, etc.)



7.3 Reaktanz

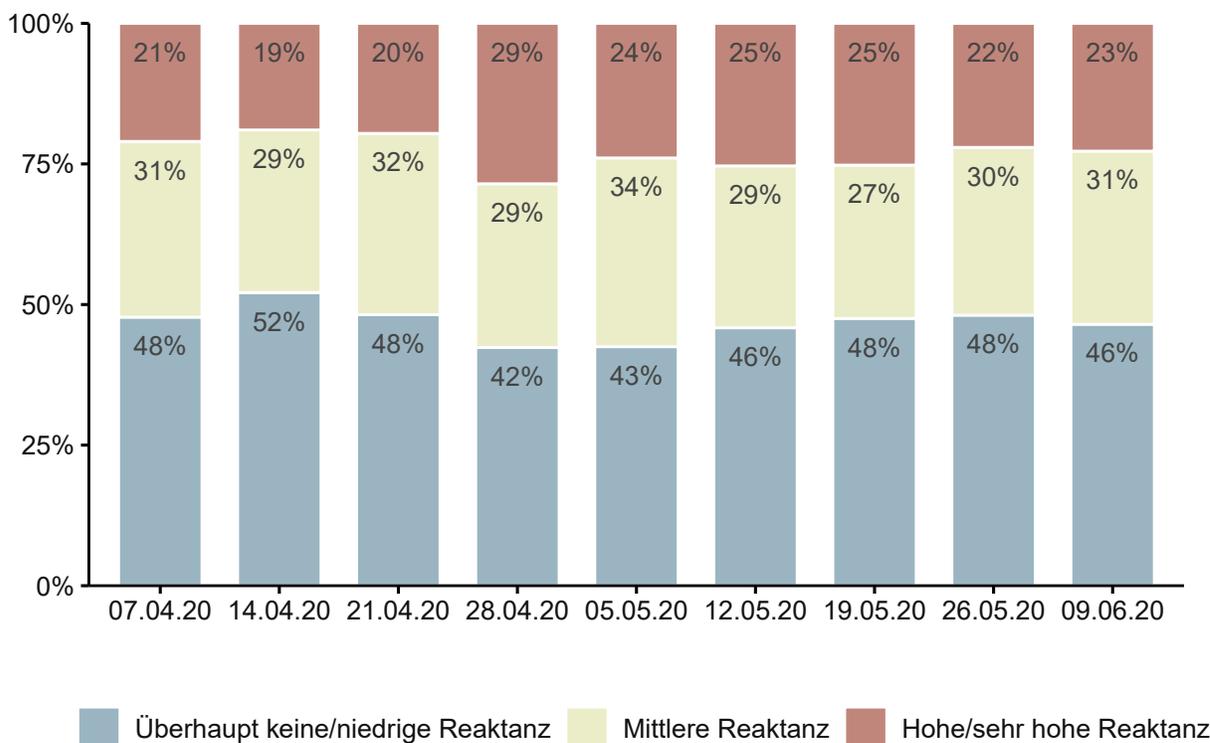
Seit Welle 6 wurden die Teilnehmenden befragt, inwiefern sie die verordneten Maßnahmen als ärgerlich, frustrierend und störend empfinden. Außerdem gaben die Befragten an, ob sie sich durch die ergriffenen Maßnahmen in ihrer persönlichen Freiheit eingeschränkt sehen. Dies wird zusammengefasst und als Reaktanz bezeichnet. Reaktanz war insgesamt eher niedrig bis mittelmäßig ausgeprägt (aktuelle Woche: $M = 3.45$).

Reaktanz durch die Maßnahmen ist über die letzten Wochen insgesamt etwas zurückgegangen, was möglicherweise auf die Lockerung zurückzuführen ist: Ähnlich zur letzten Befragung empfinden 23% (eher oder viel) Ärger, Frust und Wut aufgrund der Maßnahmen, der Anteil derer, die kaum oder keine Reaktanz angeben, ist relativ stabil.

Wer mehr Reaktanz empfindet, weiß weniger, schützt sich weniger, folgt weniger den Maßnahmen und hat weniger Vertrauen in die Regierung und das RKI.

Die gemittelte Reaktanz wurde in niedrig (1-3 auf einer 7-stufigen Skala), mittel (4), hoch (5-7) klassifiziert, um eine Interpretation zu erleichtern

Gemittelte Reaktanz



Im Folgenden wird der Zusammenhang zwischen der Reaktanz, Wissen, Maßnahmen durchführen und institutionelles Vertrauen in der aktuellen Erhebung exploriert (zum aktuellen Erhebungszeitpunkt).

Interpretation der Korrelationskoeffizienten: In der folgenden Übersicht zeigen höhere Werte einen stärkeren Zusammenhang an, Werte nahe Null zeigen, dass es keinen Zusammenhang gibt, um 0.1 einen kleinen Zusammenhang. Werte um 0.3 zeigen einen mittleren Zusammenhang, ab 0.5 spricht man von einem starken Zusammenhang. Ein negatives Vorzeichen bedeutet, dass hohe Werte der einen Variable mit niedrigen Werten der anderen Variable einhergehen. Fettdruck zeigt statistisch bedeutsame Zusammenhänge an.

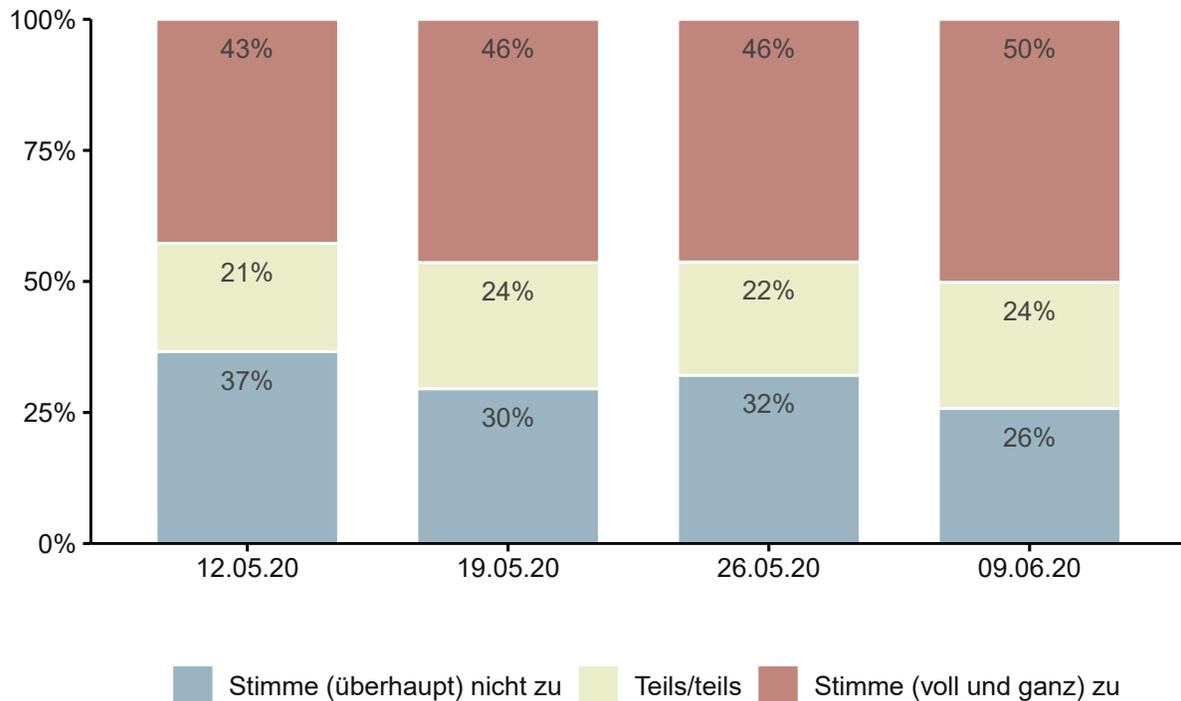
Reaktanz und ...

- das selbst eingeschätzte Wissen über COVID-19: -0.06
- das tatsächliche Wissen über COVID-19: -0.07
- das Wissen über wirksame Schutzmaßnahmen: -0.22
- das Wissen über öffentliche Verordnungen: -0.09
- die ausgeführten Maßnahmen: -0.25
- die ergriffenen Maßnahmen übertrieben finden: 0.6
- Vertrauen in die Bundesregierung: -0.33
- Vertrauen in das RKI : -0.37

8 Lockerungsmaßnahmen

50.2 % der Befragungsteilnehmenden vertreten die Ansicht, dass die deutschen Behörden den Eindruck vermitteln, als wäre das Größte überstanden. Diese Meinung vertreten im Vergleich zur vorherigen Befragung mehr Menschen als zuvor.

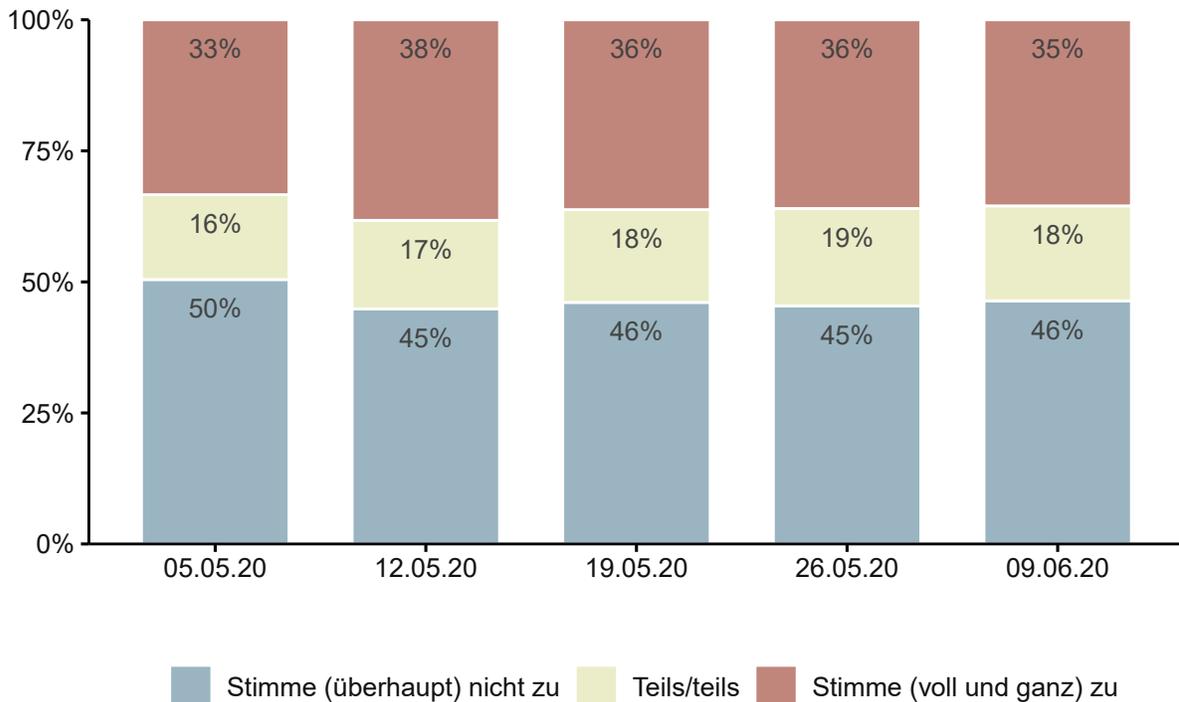
Die deutschen Behörden vermitteln mir den Eindruck, das Größte sei überstanden.



Bewertung der Lockerungsmaßnahmen

35.5 % finden die Lockerungsmaßnahmen (eher) übertrieben. Der Anteil ist über die letzten Befragungswellen konstant geblieben.

Ich finde die Lockerungsmaßnahmen, die derzeit ergriffen werden, stark übertrieben.



8.1 Maßnahmen vs. Lockerungen übertrieben finden

Vergleich von drei Gruppen hinsichtlich der Krisenwahrnehmung, des Wissens, Vertrauens, der Verschwörungstheorien, und des Verhaltens:

- Lockerungen übertrieben finden (blau),
- Maßnahmen übertrieben finden (rot)
- indifferent (grau)

Hier wurden sogenannte “Extremgruppen” aus zwei Fragen gebildet (*Ich finde die Lockerungsmaßnahmen, die derzeit ergriffen werden, stark übertrieben.* und *Ich finde die Maßnahmen, die derzeit ergriffen werden, stark übertrieben.*), so dass diese Gruppengrößen etwas abweichen können von den Extremgruppen, die aus den Einzelvariablen gebildet werden. Personen, die hohe Werte auf der einen *und* niedrige auf der anderen Variable angeben, machen die blaue und die rote Gruppe aus; Personen, die auf beiden niedrige oder mittlere Werte angeben, sind die graue Gruppe; und Personen, die auf beiden Variablen hohe Werte angeben, fallen hier raus.

Dabei fällt auf, dass die große Gruppe derer, die indifferent sind und die, denen die Lockerungen zu schnell gehen, ähnlich auf einer Vielzahl von psychologischen Variablen (z.B. höhere Risikowahrnehmung) abschneiden und auch ähnlich viel Schutzverhalten zeigen.

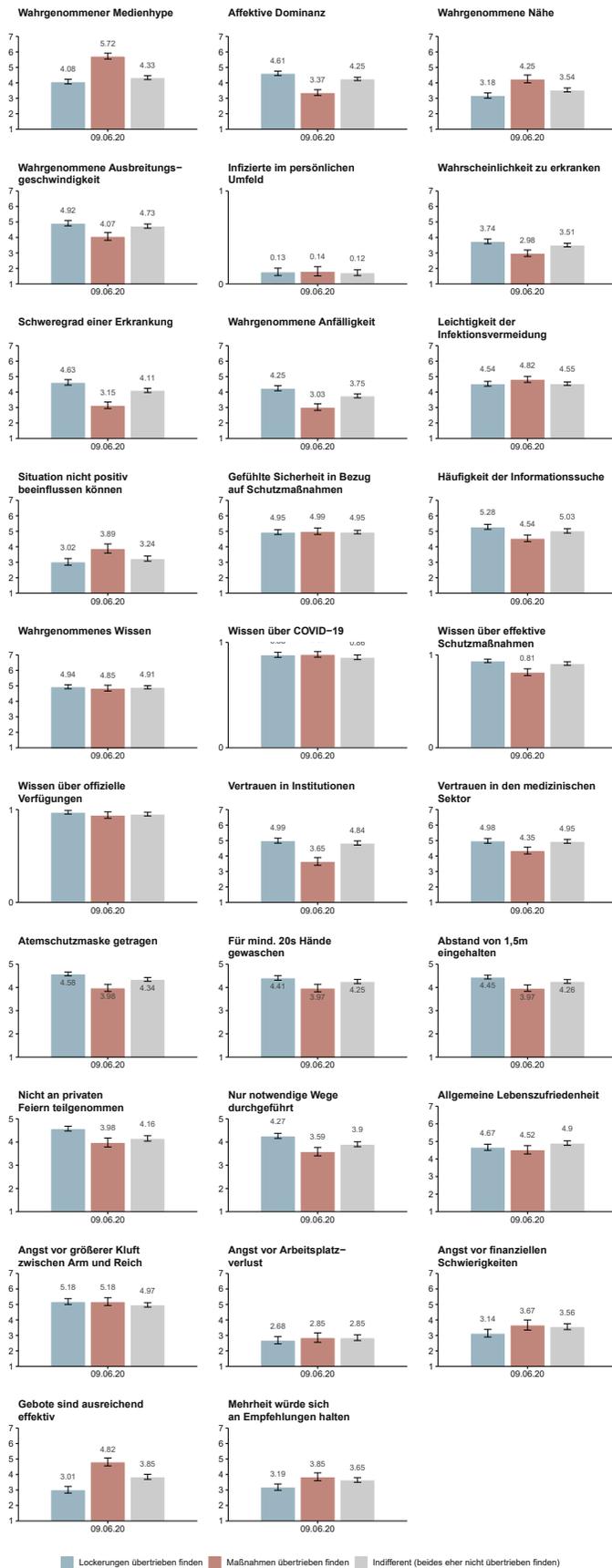
Wer jedoch denkt, die Maßnahmen sind übertrieben, unterscheidet sich auf fast allen Variablen von den anderen Personen: dieses Fünftel der Befragten ist schlechter informiert, vertraut den Behörden weniger, fühlt ein geringeres Risiko, nimmt den Ausbruch als einen Medien-Hype wahr und hängt eher Verschwörungstheorien an. Außerdem empfindet diese Gruppe Verhaltensempfehlungen als ausreichend und geht auch davon aus, dass die Mehrheit der Personen diese befolgen würden. Zugleich haben diese Menschen jedoch in den letzten

Wochen ein geringeres Schutzverhalten gezeigt als die anderen Befragten, also beispielsweise weniger auf private Feiern verzichtet, seltener den Mindestabstand eingehalten und weniger häufig eine Schutzmaske getragen.

Demografische Unterschiede

Im PDF-Preprint nicht verfügbar. Bitte HTML-Version öffnen.

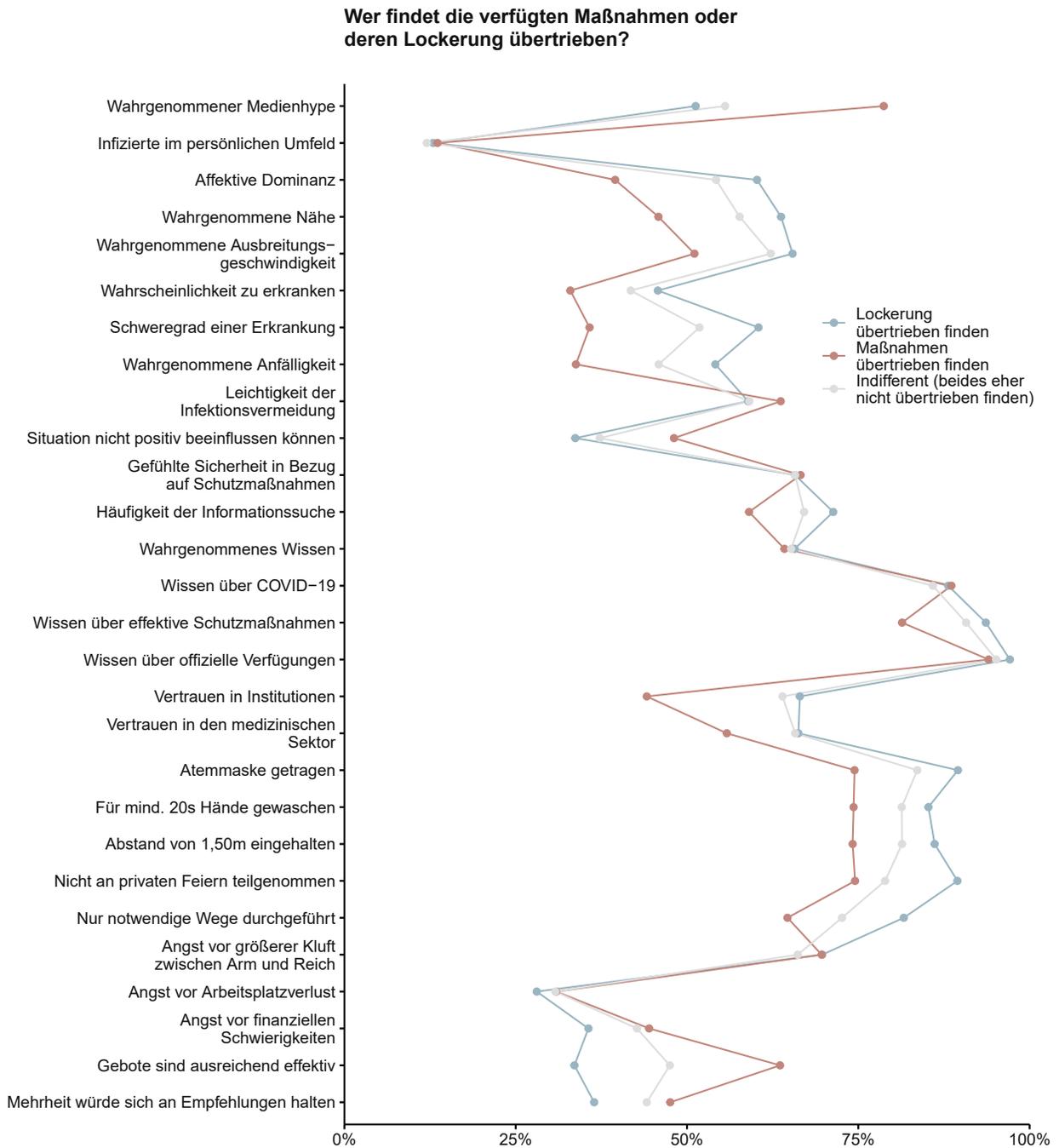
Grafische Darstellung der Profilunterschiede



■ Lockerungen übertrieben finden
 ■ Maßnahmen übertrieben finden
 ■ Indifferent (beides eher nicht übertrieben finden)

Alternative Darstellung der Profildunterschiede

100% steht für die maximale Ausprägung/Zustimmung, 0% für die minimale Ausprägung/Zustimmung der/zur jeweiligen Variable.



8.2 Eigenverantwortung

Derzeit findet eine große Debatte über Gebote vs. Verbote statt und dass der Bürger mehr Eigenverantwortung im Infektionsschutz übernehmen soll.

Insgesamt denken 37.6 % (eher), dass Gebote ausreichend sind.

33.1 % denken (eher), die Mehrheit würde sich an die Regeln halten.

Vor allem diejenigen halten Gebote anstelle von Verboten für ausreichend, die die Maßnahmen ablehnen (siehe Abbildungen oben, z.B. letzte Zeile der Balkendiagramme).

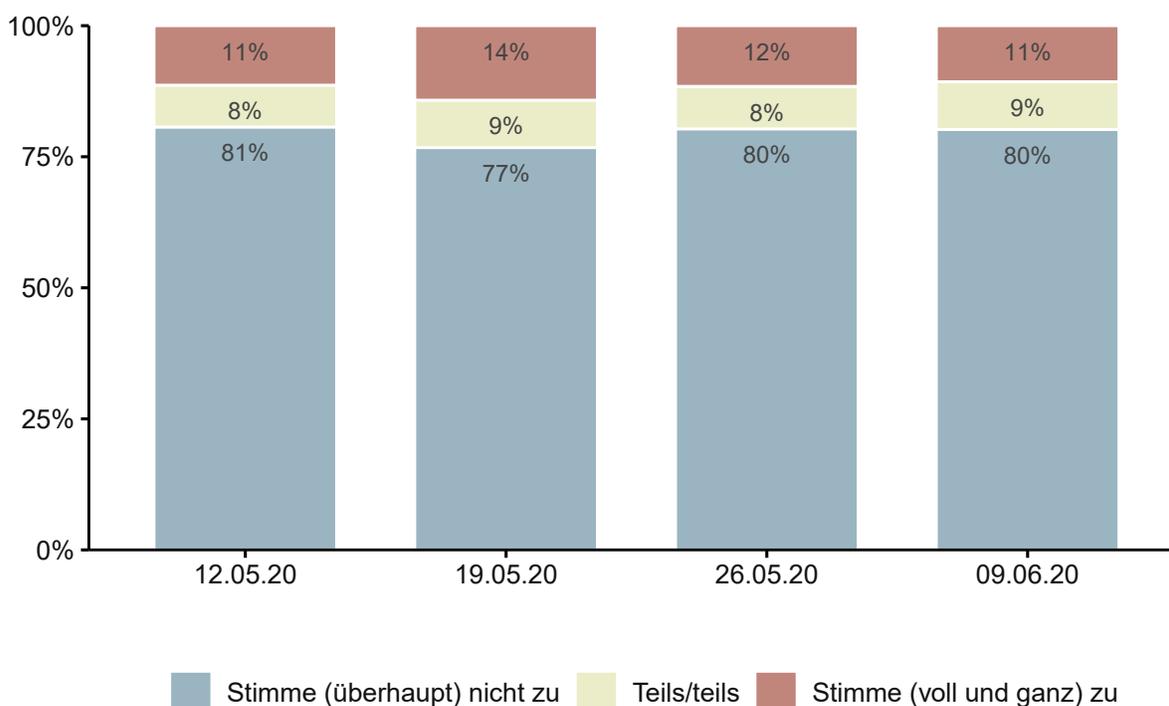
Sie denken auch eher, dass sich die Mehrheit an die Empfehlungen halten würde.

Jedoch halten sie sich selbst weniger an die Regeln als alle anderen (die die Lockerungen übertrieben finden oder die indifferent sind, was Maßnahmen und Lockerungen angeht).

8.3 Anti-Corona-Demonstrationen

Nur etwa jeder 10. der Befragten ist bereit, an einer Demonstration gegen die einschränkenden Maßnahmen teilzunehmen. Diese Bereitschaft bleibt konstant niedrig. Zusammenhangsanalysen zeigen, dass diese Personen die ergriffenen Maßnahmen übertrieben finden und erhöhte Reaktanz berichten. Zudem fällt ihr Vertrauen in das RKI und die Bundesregierung geringer aus. Während es keinen Zusammenhang mit dem selbsteingeschätzten Wissen gibt, ist das tatsächliche Wissen über das Virus und die Maßnahmen sowie deren Umsetzung bei Demonstrationswilligen geringer ausgeprägt.

Ich bin bereit, an einer Demonstration gegen die einschränkenden Maßnahmen teilzunehmen.



Im Folgenden wird der Zusammenhang zwischen der Bereitschaft, an Anti-Corona-Demonstrationen teilzunehmen und Wissen, Maßnahmen durchführen, institutionelles Vertrauen, Reaktanz sowie Risikowahrnehmung in der aktuellen Erhebung exploriert (zum aktuellen Erhebungszeitpunkt).

Interpretation der Korrelationskoeffizienten: In der folgenden Übersicht zeigen höhere Werte einen stärkeren Zusammenhang an, Werte nahe Null zeigen, dass es keinen Zusammenhang gibt, um 0.1 einen kleinen Zusammenhang. Werte um 0.3 zeigen einen mittleren Zusammenhang, ab 0.5 spricht man von einem starken

Zusammenhang. Ein negatives Vorzeichen bedeutet, dass hohe Werte der einen Variable mit niedrigen Werten der anderen Variable einhergehen. Fettdruck zeigt statistisch bedeutsame Zusammenhänge an.

Bereitschaft, an Demonstrationen gegen die Maßnahmen teilzunehmen und ...

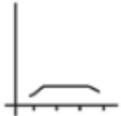
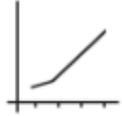
- das selbst eingeschätzte Wissen über COVID-19: 0.02
- das tatsächliche Wissen über COVID-19: -0.18
- das Wissen über wirksame Schutzmaßnahmen: -0.28
- das Wissen über öffentliche Verordnungen: -0.18
- die ausgeführten Maßnahmen: -0.23
- die ergriffenen Maßnahmen übertrieben finden: 0.5
- Vertrauen in die Bundesregierung: -0.21
- Vertrauen in das RKI: -0.3
- Reaktanz: 0.41
- Erkrankungswahrscheinlichkeit: -0.06

9 Ausstiegsstrategien

Methode: In der 14. Welle wurde wieder ein Discrete Choice Experiment (DCE) eingesetzt. Es ermöglicht eine komplexe Abfrage von Präferenzen, die als Kombinationen von Maßnahmen und Folgen vorgestellt werden. Die Befragten beurteilen dabei mehrere Eigenschaften einer potenziellen Lage gleichzeitig, d. h. sie müssen zwischen verschiedenen Eigenschaften abwägen. Ziel ist es, die jeweilige Bedeutung einer Maßnahme oder Folge vor dem Hintergrund der jeweils anderen und damit deren relative Bedeutung für die Befragten zu bestimmen.

Den Befragten wurden jeweils zwei Szenarien mit sechs Bereichen zur Entscheidung gegenübergestellt. Die Bereiche betrafen die Öffnung von Schulen (häuslicher Unterricht, halber Schulunterricht oder voller Schulunterricht), den Schutz von Risikopersonen (Kontakteinschränkungen, Masken zum Eigenschutz (FFP2) oder keine Schutzmaßnahmen), eine mögliche Priorisierung bei einem zukünftig verfügbaren Impfstoff (Risikopersonen oder medizinisches Personal, Feuerwehr und Polizei zuerst), Alltagsmasken (verpflichtend oder freiwillig), die zukünftig zu erwartende Infektionsausbreitung (2. Infektionswelle oder Infektionsketten, die nachverfolgt werden können) und mögliche Einkommensverluste infolge des Anstiegs von Steuern und Sozialabgaben (-20 %, -10 %, 0 %).

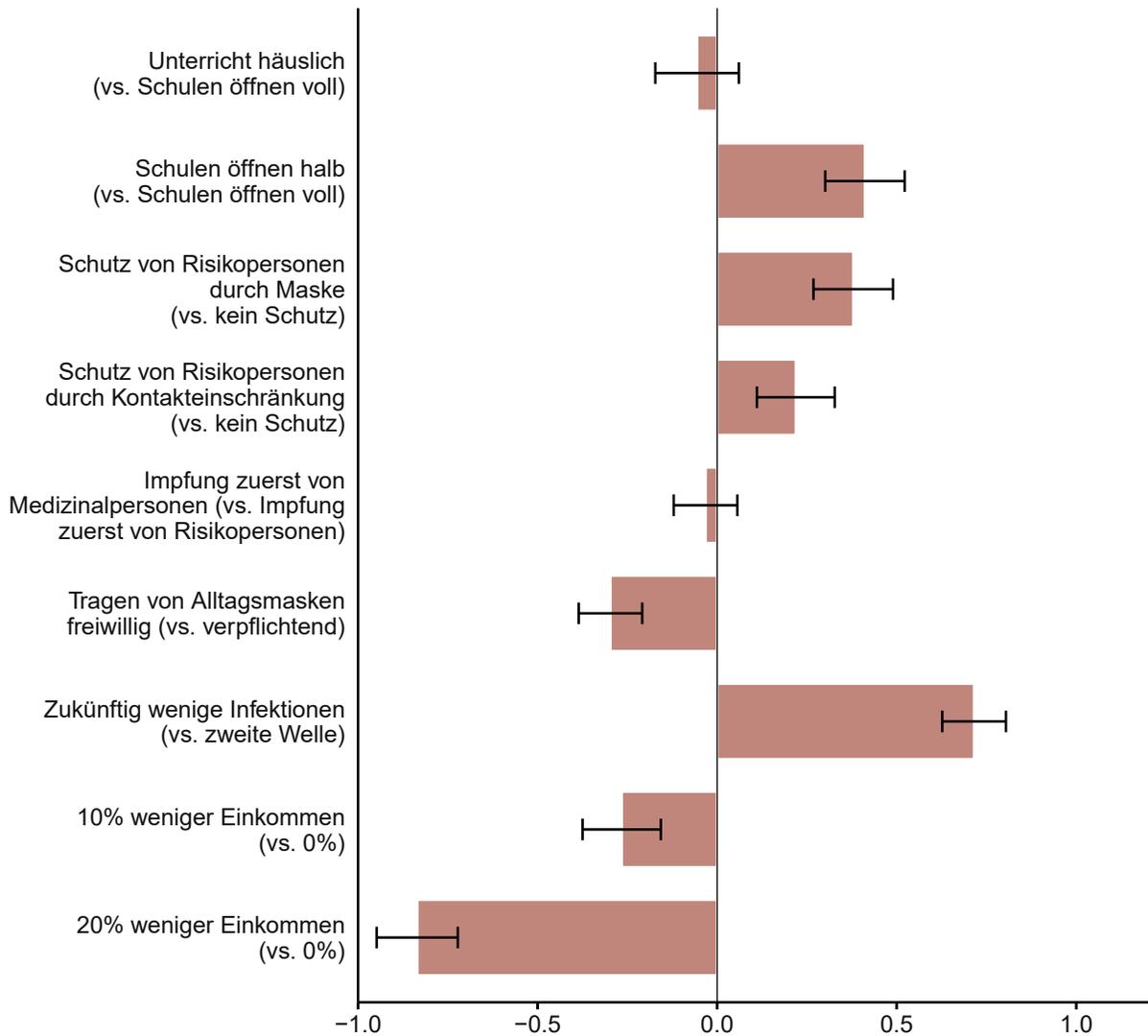
Interpretation: Die folgende Abbildung zeigt die relativen Wichtigkeiten (Koeffizienten mit 95% Konfidenzintervall. Wenn dieses die Null-Linie schneidet, ist die Eigenschaft nicht relevant.) Je größer der Wert, desto wichtiger ist diese Eigenschaft. Wenn die Balken nach rechts weisen (positiver Einfluss), führt das Vorhandensein dieses Merkmals zu einer höheren Akzeptanz eines Szenarios, das diese Eigenschaft besitzt. Wenn die Balken nach links weisen (negativer Einfluss), führt das Vorhandensein dieses Merkmals zu einer geringeren Akzeptanz eines Szenarios, das diese Eigenschaft besitzt.

Eigenschaft	Situation A	Situation B
<i>Schulen</i>	Voller Schulunterricht 	Halber Schulunterricht 
<i>Schutz von Risikopersonen</i>	Keine besonderen Schutzmaßnahmen 	Masken zum Eigenschutz 
<i>Impfen zuerst von...</i>	Risikopersonen 	Med. Personal, Feuerwehr, Polizei 
<i>Alltagsmasken</i>	Freiwillig 	Verpflichtend 
<i>Infektionsausbreitung</i>	Wenige Infektionen 	Zweite Infektionswelle 
<i>Einkommen</i>	0 % weniger 	20 % weniger 

Ich entscheide mich für...

Figure 1: Abbildung: Beispiel für das Stimulusmaterial. Abgebildet sind die auf der Basis der Ergebnisse zusammengestellten Kombinationen, die sich aus den relativen Wichtigkeiten ergeben haben (beste Situation, schlechteste Situation). Quelle: MH

Relative Wichtigkeit als Ergebnis der Abwägung von Maßnahmen und Folgen



Als wichtigstes Merkmal präferieren die Befragten die Vermeidung von starken Einkommenseinbußen um 20 % (s. Abbildung). Etwas weniger, aber noch immer sehr bedeutsam ist es den Befragten, eine 2. Infektionswelle zu verhindern. Alle anderen Bereiche sind den ökonomischen und gesundheitlichen Folgen nachgeordnet. Die Befragten wollen die bestehende Maskenpflicht beibehalten. Bei den Schulen präferieren sie eine mittlere Öffnungsvariante (Schüler werden in halben Klassenstärken abwechselnd in der Schule und zu Hause unterrichtet). Auch der Schutz von Risikopersonen ist den Befragten wichtig. Dabei werden Kontakteinschränkungen und noch stärker Masken zum Eigenschutz präferiert. Bei einem zukünftigen Impfstoff, der zunächst nur begrenzt verfügbar sein wird, können die Befragten keine eindeutige Priorisierung zwischen systemrelevanten Berufen und Risikopersonen vornehmen.

Männer und Frauen unterscheiden sich in ihren Bewertungen nicht wesentlich. Der Vergleich der Altersgruppen zeigt, dass den über 65-Jährigen der Schutz von Risikopersonen wichtig (und wichtiger als den Jüngeren) ist. Während in den Wellen 9 und 11 eine vollständige Isolierung der Älteren noch deutlich abgelehnt wurde, werden Kontakteinschränkungen und Masken zum Eigenschutz jetzt positiv aufgenommen. Außerdem ist den über 65-Jährigen die Beibehaltung der allgemeinen Maskenpflicht wichtiger als den Jüngeren. Befragte

mit Kindern präferieren wie Befragte ohne Kinder eine mittlere Öffnungsvariante der Schulen, jedoch ist die Ablehnung einer vollständigen Öffnung der Schulen deutlich geringer als bei Befragten ohne Kinder. Eine ähnliche Tendenz zeigte sich in der 11. Welle, als Befragte mit Kindern eine frühere Öffnung der Schulen präferierte, während Befragte ohne Kinder für eine längere Schließung der Schulen waren.

Schlussfolgerungen: Die ökonomischen Folgen werden für die Befragten wichtiger. Einkommensverluste sollten weitgehend verhindert werden. Die gesundheitlichen Folgen bleiben den Befragten weiterhin sehr wichtig. Bei den Maßnahmen wird eher der Status Quo präferiert. Die Maskenpflicht wird unterstützt (wenn auch mit geringer Präferenzstärke) und eine mittlere Öffnungsvariante bei den Schulen präferiert. Die vorgeschlagenen Schutzmaßnahmen für Risikopersonen werden positiv aufgenommen.

10 Öffentliche Meinung zu internationaler Solidarität in der Corona-Pandemie

Um der Corona-Pandemie zu begegnen, ist europäische wie auch internationale Zusammenarbeit erforderlich. Eine solche Zusammenarbeit umfasst die Unterstützung besonders betroffener Länder innerhalb Europas, aber vor allem auch vulnerabler Regionen außerhalb Europas. Doch inwieweit teilt die deutsche Bevölkerung angesichts der Krise im eigenen Land und in Anbetracht der absehbar hohen Kosten der Bewältigung der Pandemie und ihrer Folgen eine solch kooperative und solidarische Politik?

Das DEVal ist dieser Frage nachgegangen, indem es Fragen zu europäischer und weltweiter Solidarität, entwicklungspolitischen Maßnahmen sowie den zugrundeliegenden Motiven eingebracht hat.

Hinweis: Die im folgenden dargestellten Fragen wurden auf einer siebenstufigen Antwortskala von 1 „stimme überhaupt nicht zu“ bis 7 „stimme voll und ganz zu“ abgefragt. Zur besseren Veranschaulichung der Ergebnisse wurden die Antwortkategorien 1 bis 3 zu „stimme nicht zu“ und die Kategorien 5-7 zu „stimme zu“ zusammengefasst. Die Antwortkategorie 4 entspricht der Skalenmitte. Die Sorgen bezüglich humanitärer Katastrophen in Entwicklungsländern wurden auf einer siebenstufigen Antwortskala von 1 „sehr wenig Sorgen“ bis 7 „sehr viele Sorgen“ abgefragt. Zur besseren Veranschaulichung der Ergebnisse wurden die Antwortkategorien 1 bis 3 zu „keine Sorgen“ und die Kategorien 5 bis 7 zu „Sorgen“ zusammengefasst. Die Antwortkategorie 4 entspricht der Skalenmitte.

Zusammenarbeit innerhalb der EU weiterhin erwünscht

Die Zustimmung zu einer stärkeren Zusammenarbeit innerhalb der EU ist weiterhin auf einem hohen Niveau. Der Aussage *Deutschland sollte zur Bewältigung der Corona-Situation enger mit anderen EU-Staaten zusammenarbeiten* stimmen 63% der Befragten zu, nur 15% stimmen nicht zu (Mittelwert 5,0). Die übrigen 22% positionieren sich in der Skalenmitte. Die Zustimmung zu stärkerer Zusammenarbeit innerhalb der EU ist somit im Vergleich zu den vorherigen Befragung im Zeitraum vom 21./22.04. und 19./20.05. leicht gesunken. In der letzten Befragung lag die Zustimmung noch bei 65%, 15% stimmten nicht zu und 20% positionierten sich in der Skalenmitte.

Zustimmung für Unterstützung von Entwicklungsländer leicht erhöht, Skepsis gegenüber finanziellen Maßnahmen steigt leicht

Die Zustimmung zu einem stärkeren internationalen Engagement Deutschlands hat sich in den vergangenen Wochen kaum verändert. Rund 44% stimmen der Aussage *Deutschland sollte Entwicklungsländer verstärkt mit Geld und Know-How unterstützen, um die Corona-Situation und ihre Folgen zu bewältigen* zu. 32% stimmen hingegen nicht zu und weitere 24% positionieren sich in der Skalenmitte (Mittelwert 4,2). Zum Vergleich: in der vorherigen Erhebung vom 19./20.05. stimmten 43% zu, 33% stimmten nicht zu und 24% positionierten sich in der Skalenmitte.

Die bereits in der vorherigen Erhebung ersichtliche Skepsis gegenüber einem Schuldenerlass für Entwicklungsländer ist zwar weiterhin hoch, aber leicht zurückgegangen. 43% der Befragten stimmen der Aussage *Deutschland sollte den ärmsten Ländern aufgrund der Corona-Situation die Rückzahlung von Schulden erlassen* nicht zu (Mittelwert 3,7). Rund 32% stimmen hingegen einem Schuldenerlass zu. Die verbleibenden 25% der

Befragten positionieren sich in der Skalenmitte. In der vorherigen Erhebung vom 19./20.05. stimmten 46% nicht zu, 30% stimmten zu und 24% positionierten sich in der Skalenmitte.

Weiterhin sind die Befragten geteilter Meinung dahingehend, ob Deutschland Geflüchtete in Syrien und dessen Nachbarländern stärker unterstützen sollte. 37% stimmen der Aussage *Deutschland sollte in der Corona-Situation mehr dafür tun, die Lebenssituation der syrischen Flüchtlinge innerhalb Syriens und seiner Nachbarländer zu stabilisieren* zu, 38% stimmen dieser Aussage nicht zu, 24% positionieren sich in der Mitte der Skala (Mittelwert 3,9). Im Vergleich zur vorherigen Erhebung sind diese Werte nahezu unverändert.

Leicht höhere Unterstützung von Gesundheitssystemen– weiterhin geringere Zustimmung zu wirtschaftlicher Stabilisation und Sicherung von Arbeitsplätzen

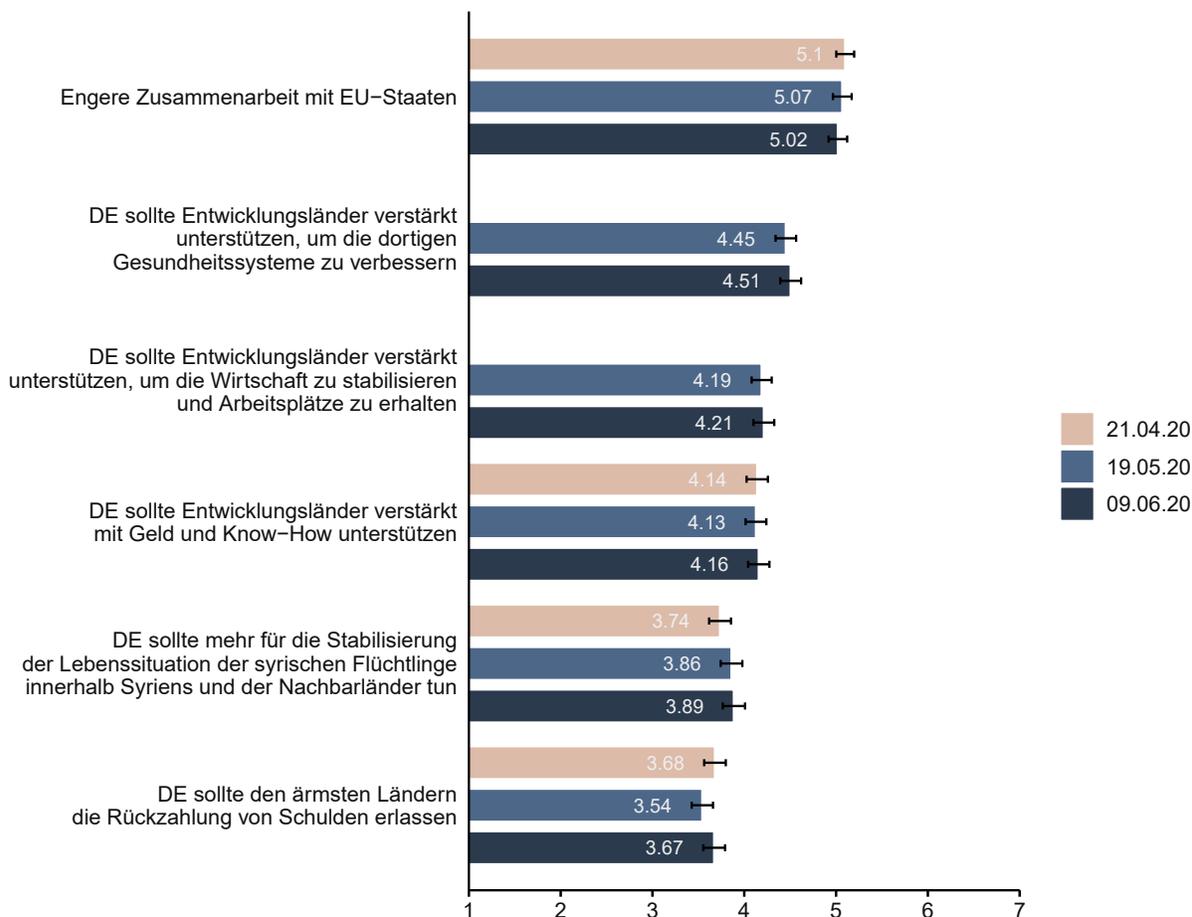
Basierend auf dem *Corona-Sofortprogramm* (http://www.bmz.de/de/zentrales_downloadarchiv/Presse/bmz_corona_paket.pdf) des Bundesministeriums für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) wurden erneut Fragen zu konkreten Maßnahmen und inhaltlichen Schwerpunkten der Entwicklungszusammenarbeit gestellt. Das Corona-Sofortprogramm umfasst unter anderem das verstärkte Engagement in den Bereichen *Gesundheit und Pandemiebekämpfung sowie Soziale Sicherung, Sicherung von Arbeitsplätzen in globalen Lieferketten*.

Die Unterstützung von Gesundheitssystemen in Entwicklungsländern stößt weiterhin auf breite Zustimmung. 52% der Befragten stimmen der Aussage zu, *Deutschland sollte Entwicklungsländer verstärkt unterstützen, um die dortigen Gesundheitssysteme zu verbessern* (Mittelwert 4,5). Rund ein Viertel der Befragten stimmen der Aussage nicht zu, 22% positionieren sich in der Skalenmitte. Im Vergleich zur vorherigen Erhebung vom 19./20.05. sind die Zustimmungswerte nahezu unverändert.

Etwas skeptischer sind die Befragten bezüglich der wirtschaftlichen Unterstützung von Entwicklungsländern. Rund 44% der Befragten stimmen der Aussage zu, *Deutschland sollte Entwicklungsländer verstärkt unterstützen, um die Wirtschaft zu stabilisieren und Arbeitsplätze zu erhalten* (Mittelwert 4,2). Demgegenüber stehen 30% der Befragten, die der Aussage nicht zustimmen. 27% verorten sich auf der Skalenmitte. Auch diese Werte sind im Vergleich zur vorherigen Erhebung fast unverändert.

Einstellungen zu EU und Entwicklungspolitik im Hinblick auf die Corona-Situation

Bewertet auf einer Skala von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 7 (stimme voll und ganz zu). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



Risikowahrnehmung für Entwicklungsländer steigt – Zustimmung zu Solidarität, moralischer Verpflichtung und Eigeninteressen bleibt konstant

Entwicklungsländer werden weiterhin als am stärksten von der Krise betroffen wahrgenommen. 56% der Befragten stimmen der Aussage *Entwicklungsländer sind am stärksten von der aktuellen Krise betroffen* zu (Mittelwert 4,7). Nur 22% stimmen nicht zu, 22% positionieren sich in der Skalenmitte. Diese Wahrnehmung hat sich im Vergleich zur vorherigen Erhebung am 19./20.05., in der 49% der Aussage zustimmten, 25% ihr nicht zustimmten und 24% sich in der Skalenmitte positionierten, substantziell verstärkt.

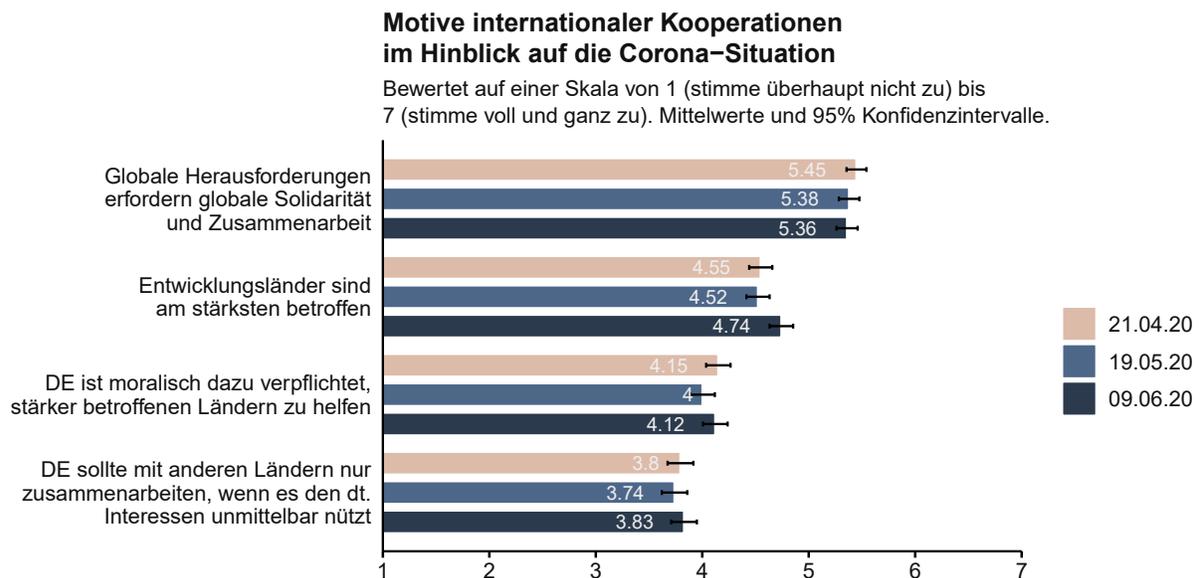
Rund 58% Befragten geben an, dass sie sich Sorgen machen, dass es aufgrund der jetzigen Corona-Situation in Entwicklungsländern zu humanitären Katastrophen kommt (Mittelwert 4,7). Rund 22% der Befragten teilen diese Sorge hingegen nicht. Die verbleibenden 19% positionieren sich in der Mitte der Skala.

Die Notwendigkeit von globaler Solidarität und Zusammenarbeit, um die Krise zu bewältigen, ist den Befragten weiterhin bewusst und erfährt konstant hohe Zustimmung. 71% stimmen der Aussage *Globale Herausforderungen wie die Corona-Situation erfordern globale Solidarität und Zusammenarbeit* zu, wobei 12% der Aussage nicht zustimmen und 17% die Skalenmitte wählen (Mittelwert 5,3). Diese Ergebnisse spiegeln die Ergebnisse der beiden vorherigen Befragungen.

Auch wenn den Befragten die prekäre Situation in Entwicklungsländern bewusst ist und globale Solidarität befürwortet wird, sieht weiterhin ein deutlich geringerer Anteil der Befragten Deutschland als moralisch

verpflichtet zu helfen. Nur 43% stimmen der Aussage *Deutschland ist moralisch dazu verpflichtet, stärker betroffenen Ländern zu helfen* zu (Mittelwert 4,1). Demgegenüber stehen 33%, die der Aussage nicht zustimmen und 24%, die sich in der Mitte der Skala positionieren. Das Gefühl einer moralischen Verpflichtung gegenüber Entwicklungsländern ist somit im Vergleich zur vorherigen Erhebung geringfügig gestiegen. In der vorherigen Befragung waren es noch 41%, die der Aussage zustimmten, 35%, die ihr nicht zustimmten und 24%, die die Skalenmitte wählten.

Eigeninteressen hinter entwicklungspolitischen Maßnahmen stehen für die Befragten ebenfalls weiterhin nicht im Vordergrund. Der Aussage *Deutschland sollte mit anderen Ländern nur zusammenarbeiten, wenn es den deutschen Interessen unmittelbar nützt* (z.B. zum Schutz der EU-Außengrenzen) stimmen 36% der Befragten zu, 41% stimmen der Aussage hingegen nicht zu (Mittelwert 3,8). 23% verorten ihre Meinung auf der Skalenmitte. Im Vergleich zur vorherigen Erhebung bleibt auch die Zustimmung zu durch Eigeninteressen motivierte Entwicklungszusammenarbeit konstant.



11 Tragen einer Maske in der Öffentlichkeit

Laut aktuellem Beschluss der Bundesregierung ist das Tragen von Gesichtsmasken beim Einkaufen und im ÖPNV verpflichtend. Die Wirksamkeitseinschätzung und Anwendung von Masken haben leicht zugenommen.

88.2 % halten es für eine wirksame Schutzmaßnahme, in der Öffentlichkeit Masken zu tragen (vorherige Befragung: 83 %). 84.3 % geben an, in der Öffentlichkeit Masken zu tragen (vorherige Befragung: 81.6 %). Einer verpflichtenden Regelung stimmen 55.7% zu (vorherige Befragung: 57.2 %).

Wer trägt eher Maske?

Masken tragen *eher* Personen, die:

- weiblich sind,
- Vertrauen in die Behörden haben,
- negative Emotionen verspüren,
- mehr über die Krankheit wissen,
- mehr über Schutzmaßnahmen wissen,

- häufiger nach Informationen suchen.

Keine Masken tragen Personen, die:

- mehr wahrgenommenes Wissen haben.

Interpretation: Dargestellt sind die Ergebnisse einer binär-logistischen schrittweisen Regressionsanalyse (bestes statistisches Modell). Odds ratio treffen eine Aussage darüber, inwieweit das Vorhandensein bzw. Nichtvorhandensein eines Merkmals A (z.B. einen Beruf im Gesundheitssektor ausüben) mit dem Vorhandensein bzw. Nichtvorhandensein eines weiteren Merkmals B (z.B. Masken tragen) zusammenhängt. CI sind die 95% Konfidenzintervalle der Koeffizienten. Fettgedruckte Einflussfaktoren sind signifikant und haben einen statistisch bedeutsamen Einfluss. Werte über 1: Höhere Werte auf diesem Einflussfaktor führen zu mehr Maske tragen. Werte unter 1: Kleinere Werte auf diesem Einflussfaktor führen zu weniger Maske tragen.

Variablen im Modell: Alter, Geschlecht, Bildung, Arbeit im Gesundheitssektor, chronische Erkrankung, ein Kind haben unter 18, Gemeindegröße, Vertrauen in die Behörden, Vertrauen in den Gesundheitssektor, Risikowahrnehmung (Erkrankungswahrscheinlichkeit, Anfälligkeit, Schweregrad), Ansteckungswahrscheinlichkeit außer Haus, verschiedene affektive Aspekte (Angst, Sorge, Dominanz des Themas, Hilflosigkeit), verschiedene Aspekte bezogen auf die Wahrnehmung des Virus (wahrgenommene Nähe und Ausbreitungsgeschwindigkeit), gefühltes und echtes Wissen (COVID-19, Schutzmaßnahmen, Verfügungen), Selbstwirksamkeit und wahrgenommene Sicherheit in Bezug auf effektive Schutzmaßnahmen, Wahrnehmung des Ausbruchs als Medienhype, Häufigkeit der Informationssuche über Corona und Infizierte im persönlichen Umfeld (bestätigt und unbestätigt vs. nicht), Wissen, wo man sich eine Nasen-Mund-Bedeckung besorgen kann.

Hinweis: Die Regression bezieht sich ausschließlich auf die aktuelle Welle.

	Maske tragen			
	OR	CI-	CI+	p
(Intercept)	0.02	0.003	0.071	<.001
Geschlecht: weiblich	2.51	1.682	3.796	<.001
Wahrgenommenes Wissen	0.80	0.658	0.957	.016
Vertrauen in Behörden	1.29	1.132	1.467	<.001
Dominanz negativer Emotionen	1.35	1.117	1.639	.002
Mittleres Wissen COVID-19	2.38	1.062	5.296	.034
Wissen über effektive Schutzmaßnahmen	9.88	4.181	23.876	<.001
Häufigkeit der Informationssuche	1.19	1.027	1.371	.021
Selbstwirksamkeitserwartung	1.18	0.997	1.407	.054

Zeigen Maskenträger insgesamt mehr Schutzverhalten?

Maskenträger zeigen im Vergleich zu Menschen, die keine Masken tragen, *mehr* Schutzverhalten. Sowohl für alle individuellen Schutzmaßnahmen (Händewaschen, Kontakt vermeiden), als auch für alle soziale Schutzmaßnahmen (1,5m Abstand, auf private Reisen verzichten) zeigt sich, dass Maskenträger diese *eher* zeigen. Die nachfolgende Tabelle zeigt die Ergebnisse von logistischen Regressionen für die aktuelle Erhebung.

Interpretation: Dargestellt sind die Ergebnisse binär-logistischen Regressionsanalysen. Odds ratio treffen eine Aussage darüber, inwieweit das Vorhandensein bzw. Nichtvorhandensein eines Merkmals A (z.B.

Masketragen) mit dem Vorhandensein bzw. Nichtvorhandensein eines weiteren Merkmals B (z.B. Abstand halten) zusammenhängt. Einflussfaktoren sind signifikant, wenn der p-Wert kleiner als .05 ist. Werte über 1: Höhere Werte auf diesem Einflussfaktor führen zu mehr Schutzverhalten. Werte unter 1: Kleinere Werte auf diesem Einflussfaktor führen zu weniger Schutzverhalten.

	Maske tragen	
	Odds Ratio	p
Individuelle Schutzmaßnahmen		
Desinfektionsmittel benutzen	3.71	<.001
Hände für 20 Sek. waschen	3.01	<.001
Händeschütteln vermeiden	5.86	<.001
Mund und Nase bedecken	3.17	<.001
Kontakt vermeiden	1.94	<.001
Zuhause bleiben	2.26	<.001
Soziale Schutzmaßnahmen		
1,5m Abstand halten	4.78	<.001
Quarantäne ohne Symptome	2.36	<.001
Quarantäne mit Symptomen	2.39	<.001
Öffentliche Orte vermeiden	2.12	<.001
Private Feiern vermeiden	2.07	<.001
Höchstens mit einer anderen Person oder Haushaltsangehörigen in Öffentlichkeit bewegen		
Nur notwendige Wege durchführen	2.70	<.001
Keine Freunde und Verwandte treffen (aus anderem Haushalt)	2.69	<.001
Auf private Reisen verzichten	3.39	<.001

12 Tracing-App

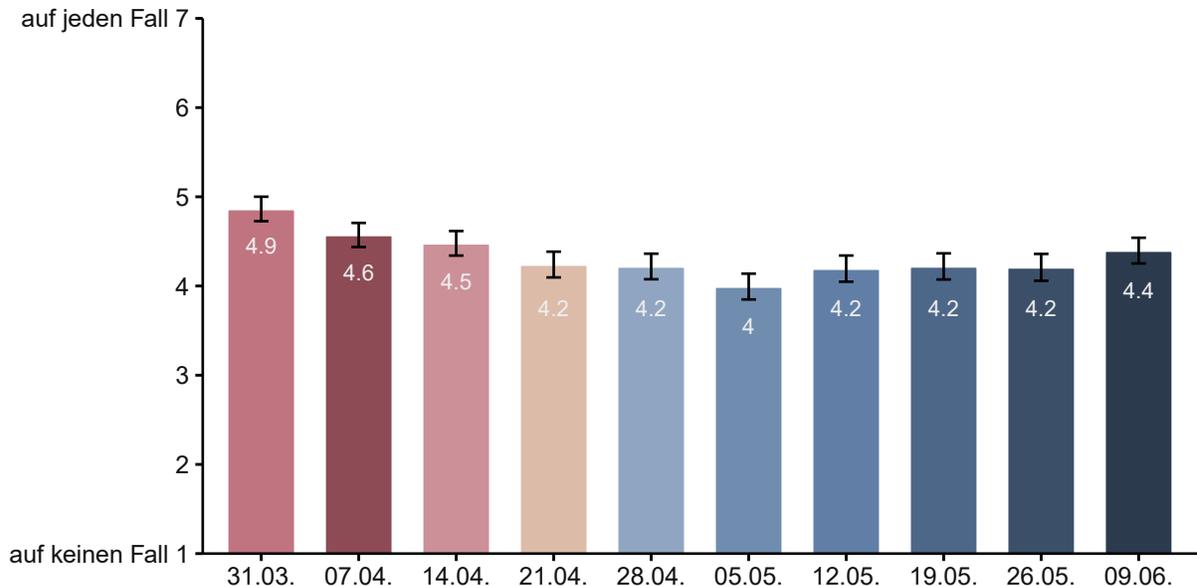
In den Medien wird immer wieder über eine Smartphone-App berichtet, die über Bluetooth funktioniert und App-Nutzer/innen warnt, wenn diese sich vielleicht mit dem Coronavirus angesteckt haben.

Die Befragungsteilnehmenden gaben an, ob sie bereit wären, sich diese App runterzuladen.

52.6 % (vorherige Befragung: 48.5 %) sind eher bereit oder bereit, sich eine datenschutzkonforme App zu installieren; 19.3 % (vorherige Befragung: 21.7 %) würden sich eine solche App auf keinen Fall runterladen.

Bereitschaft zum Download einer Tracing-App

Bewertet auf einer Skala von 1 (auf keinen Fall runterladen) bis 7 (auf jeden Fall runterladen). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle



Wer würde sich eine Tracing-App runterladen?

Wer Infizierte im Umfeld hat, den Behörden oder dem Gesundheitssektor mehr vertraut, mehr über effektive Schutzmaßnahmen weiß, oder sich häufiger informiert, würde sich die App eher herunterladen. Wer einen Medienhype vermutet und die Maßnahmen als insgesamt (eher) übertrieben wahrnimmt, würde sich die App eher nicht herunterladen.

Interpretation: Dargestellt sind die Ergebnisse einer linearen schrittweisen Regressionsanalyse (bestes statistisches Modell). CI sind die 95% Konfidenzintervalle der Koeffizienten (betas). Wenn diese Null einschließen, hat die entsprechende Variable keinen statistisch bedeutsamen Einfluss. Fettgedruckte Einflussfaktoren sind signifikant und haben einen statistisch bedeutsamen Einfluss. Das heißt für Werte mit positivem Vorzeichen: höhere Werte auf diesem Einflussfaktor bedeuten eine höhere Bereitschaft, die App runterzuladen. Das heißt für Werte mit negativem Vorzeichen: höhere Werte auf diesem Einflussfaktor bedeuten eine niedrigere Bereitschaft, die App runterzuladen.

Variablen im Modell: Alter, Geschlecht, Bildung, Arbeit im Gesundheitssektor, chronische Erkrankung, ein Kind haben unter 18, Gemeindegröße, Vertrauen in die Behörden, Vertrauen in den Gesundheitssektor, Risikowahrnehmung (Anfälligkeit, Schweregrad), Ansteckungswahrscheinlichkeit außer Haus, verschiedene affektive Aspekte (Angst, Sorge, Dominanz des Themas, Hilflosigkeit), verschiedene Aspekte bezogen auf die Wahrnehmung des Coronavirus (wahrgenommene Nähe, Ausbreitungsgeschwindigkeit, Neuheit), gefühltes und echtes Wissen (COVID-19, Schutzmaßnahmen), Selbstwirksamkeit und wahrgenommene Sicherheit in Bezug auf effektive Schutzmaßnahmen, Wahrnehmung des Ausbruchs als Medienhype, Häufigkeit der Informationssuche über Corona, Infizierte im persönlichen Umfeld (bestätigt und unbestätigt vs. nicht).

Hinweis: Die Regressionen beziehen sich ausschließlich auf die aktuelle Welle.

	Eine Tracing-App runterladen ¹			
	Beta	CI-	CI+	p
Beruf im Gesundheitssektor	-0.05	-0.105	0.011	.114
Infizierte im persönlichen Umfeld	0.08	0.019	0.133	.009
Vertrauen in Behörden	0.20	0.109	0.292	<.001
Vertrauen in Gesundheitssektor	0.12	0.037	0.208	.005
Wahrgenommener Medienhype	-0.17	-0.230	-0.101	<.001
Dominanz negativer Emotionen	0.06	-0.016	0.128	.131
Wissen über effektive Schutzmaßnahmen	0.06	0.000	0.120	.049
Häufigkeit der Informationssuche	0.15	0.088	0.218	<.001
Wahrgenommenes Vorbereitetsein	-0.05	-0.117	0.016	.139
Selbstwirksamkeitserwartung	0.08	0.014	0.148	.017
Schweregrad	0.06	-0.012	0.123	.105

¹ R² = .284, Adj. R² = .275

13 Ressourcen und Belastungen

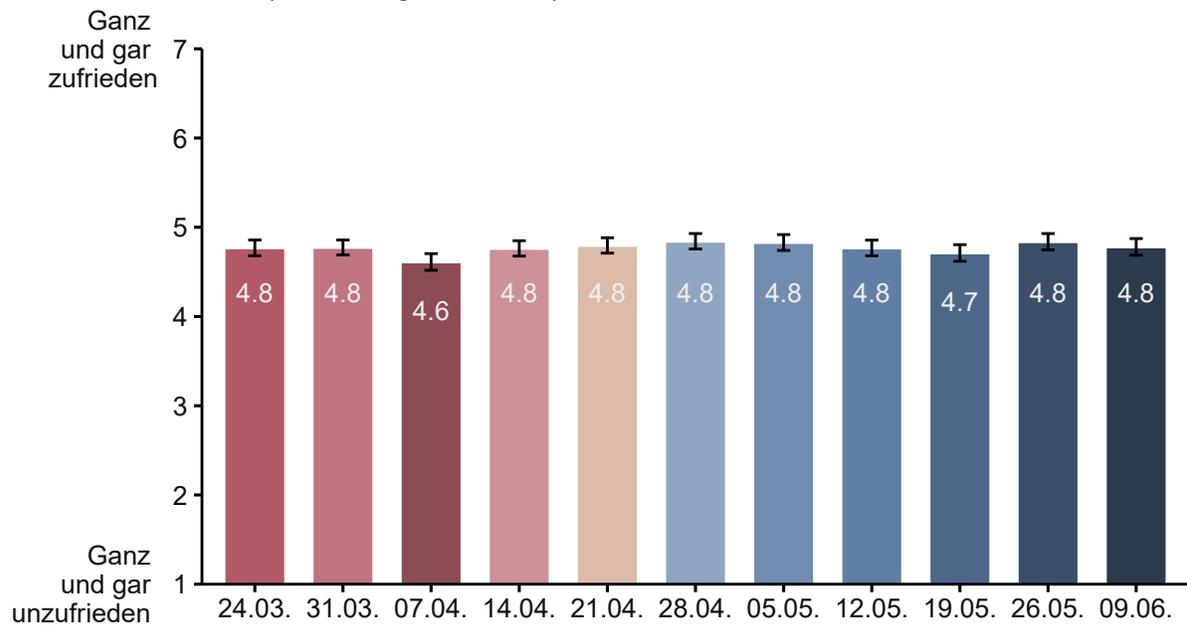
13.1 Allgemeine Lebenszufriedenheit

Die allgemeine Lebenszufriedenheit ist stabil und bei älteren Personen (ab 65) etwas höher im Vergleich zum Durchschnitt.

Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig ... alles in allem ... mit Ihrem Leben?

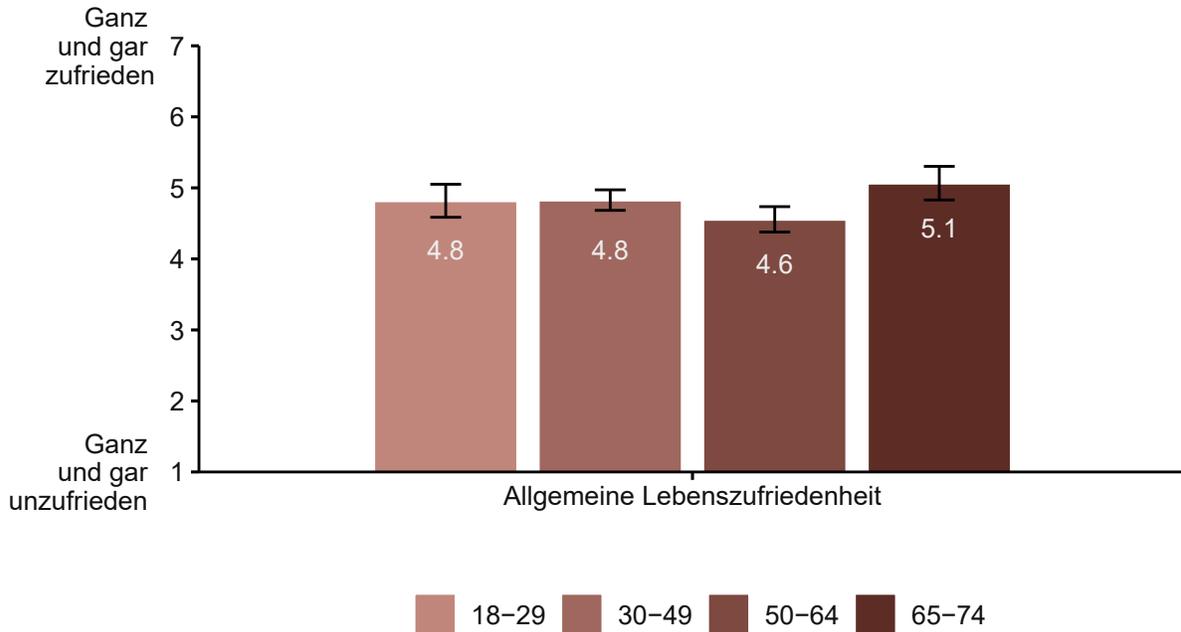
Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle

Bewertet auf einer Skala von 1 (Ganz und gar unzufrieden)
bis 7 (Ganz und gar zufrieden)



Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig ... alles in allem ... mit Ihrem Leben?

Bewertet auf einer Skala von 1 (ganz und gar nicht unzufrieden) bis 7 (ganz und gar zufrieden). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.
Aktuelle Erhebungswelle (09.06.20)

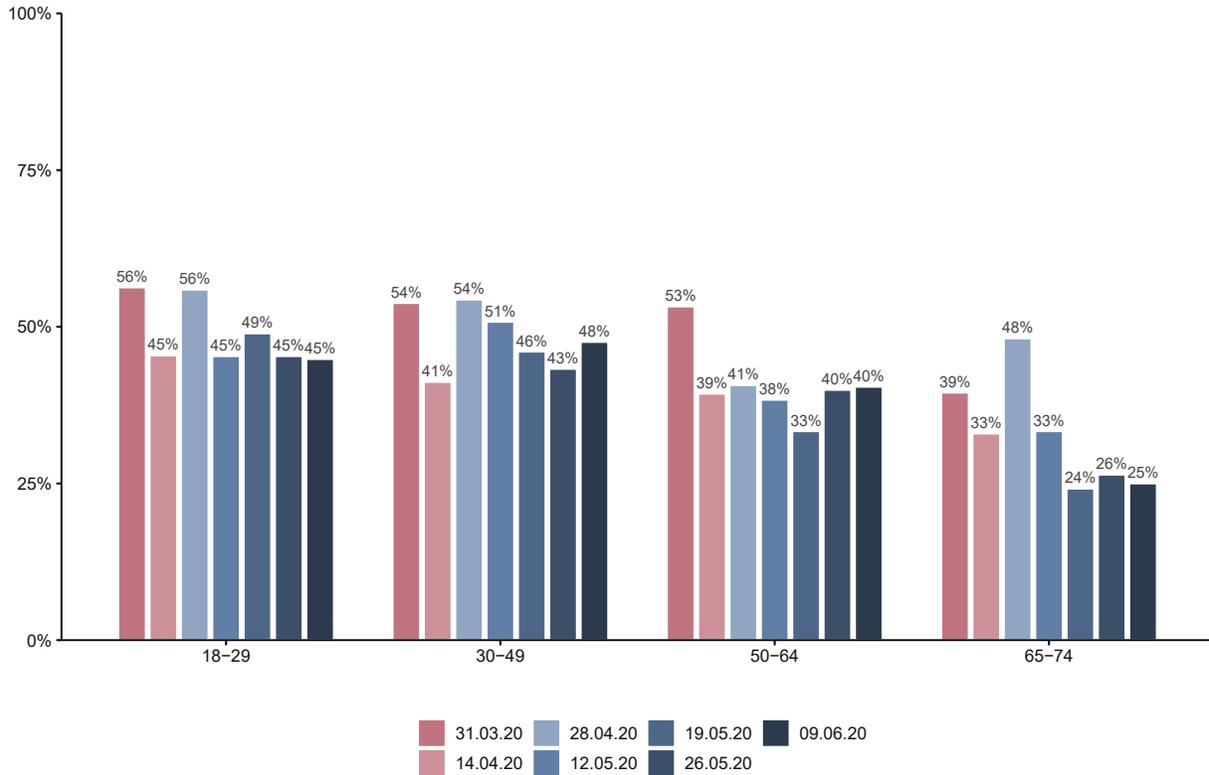


13.2 Situative Belastung

41.8 % Befragungsteilnehmende empfinden ihre persönliche Situation momentan als belastend (Welle 5 vom 31.03.: 51.9 %, Welle 7 vom 14.04.: 40.1 %, Welle 9 vom 28.04.: 49.8 %, Welle 11 vom 12.05.: 43.5) %, Welle 12 vom 19.05.: 40.3 %, Welle 13 vom 26.05.: 40.4 %). In allen Altersgruppen ist das Belastungsempfinden im Vergleich zu den ersten Messungen zurückgegangen. Im Vergleich zu allen anderen Altersgruppen, geben in der Gruppe der 65- bis 74-Jährige nach wie vor weniger Personen (25 %) an, ihre persönliche Situation als belastend zu empfinden.

Situative Belastung nach Altersgruppen

Empfinden Sie Ihre persönliche Situation momentan als belastend?



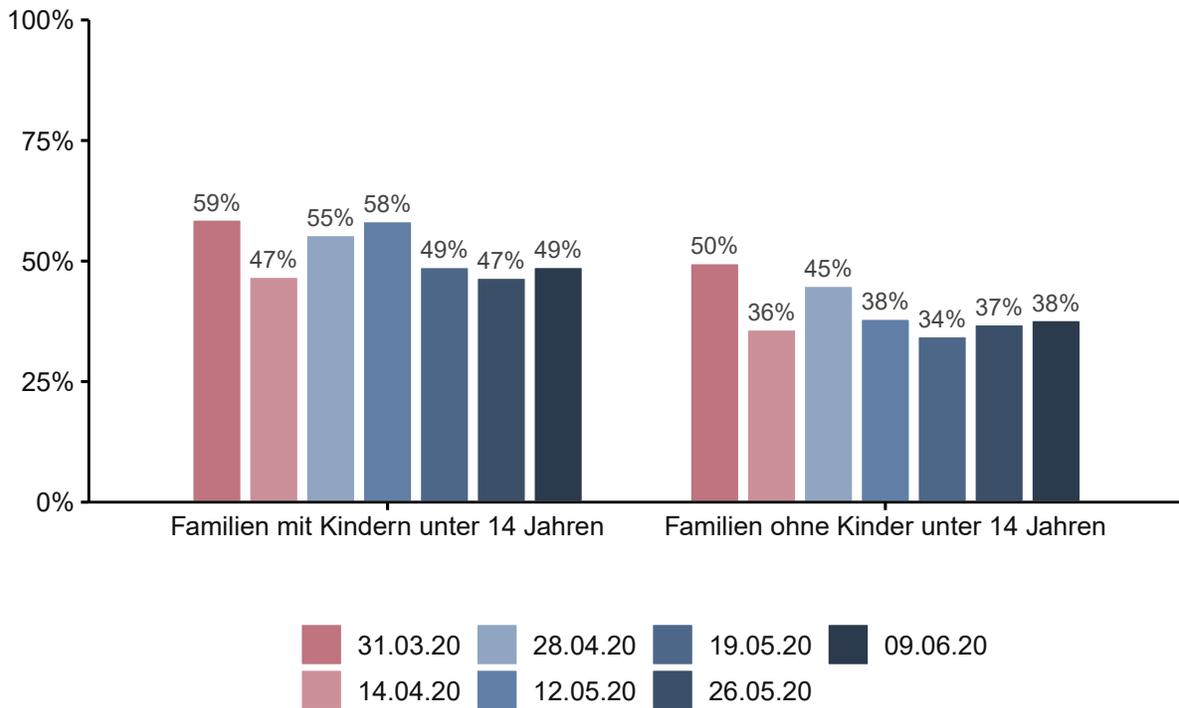
Situative Belastung von Familien mit Kindern unter und über 14

Über alle Befragungswellen ist der Anteil von Frauen und Männern, die sich durch die momentane Situation belastet fühlen, bei Familien mit Kindern unter 14 höher als bei Familien mit älteren Kindern oder ohne Kinder. Seit Mitte Mai ist das Belastungsempfinden der Eltern jüngerer Kinder gesunken. Demgegenüber stagniert über die letzten vier Erhebungswellen der Anteil von Familien mit älteren Kindern oder ohne Kinder, die sich durch die momentane Situation belastet fühlen. Trotz Annäherung der Belastungswerte bleibt eine Differenz von 11 Prozentpunkten bestehen.

Schlussfolgerung: Die notwendigen Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung führten zu gravierenden Veränderungen des Alltags vieler Familien. Insbesondere Familien mit jüngeren Kindern waren von der bundesweiten Schließung der Schulen und Kindertageseinrichtungen betroffen. Auch die Sperrung der Spielplätze, das Aussetzen von Sportangeboten und die Empfehlung, den direkten Kontakt zu den Großeltern einzustellen, bedeuteten massive Eingriffe in die Alltagsgestaltung. Möglicherweise spiegelt sich dies in dem stärker ausgeprägten Belastungsempfinden der Befragten wieder, die mit jüngeren Kindern im Haushalt leben. Der seit Mitte Mai sinkende Anteil von Eltern jüngerer Kinder, die sich belastet fühlen, geht möglicherweise einher mit der schrittweisen Lockerung der kontaktbeschränkenden Maßnahmen. Diese Lockerungen ermöglichen vielen Familien mit jüngeren Kindern eine sukzessive Rückkehr in den gewohnten Alltag. Trotz der Erleichterungen scheint die Hoffnung auf eine vollständige „Normalisierung“ des Alltags für viele Familien noch nicht ganz erfüllt.

Situative Belastung nach Familien

Empfinden Sie Ihre persönliche Situation momentan als belastend?

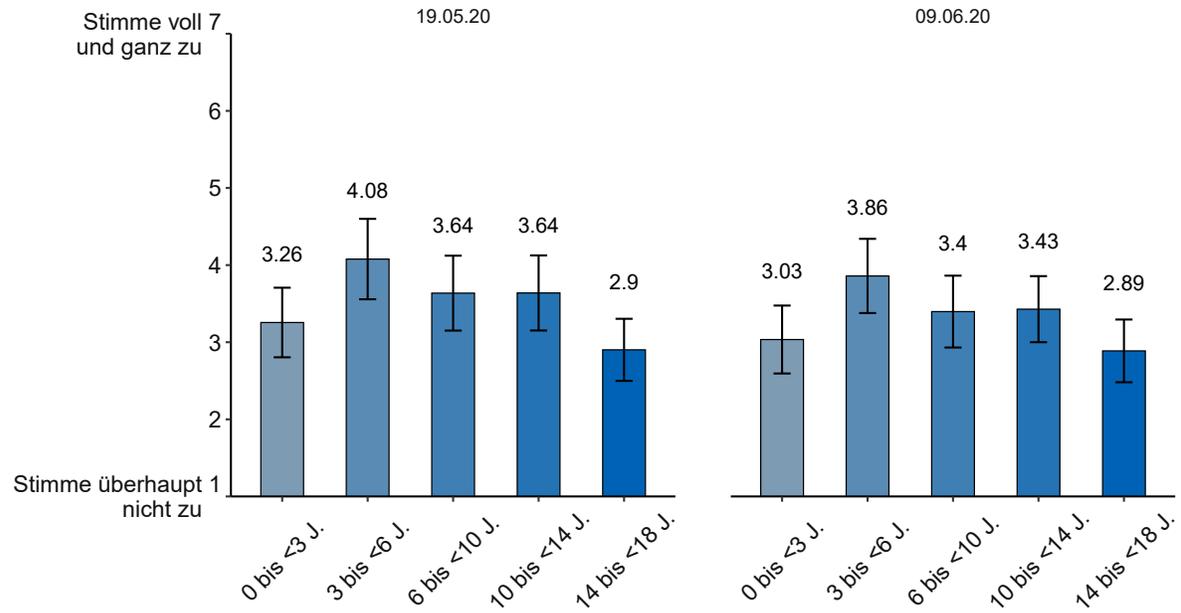


Belastung: Lage der Eltern

Bei der Fragestellung, inwieweit Eltern sich in der aktuellen Situation überfordert fühlen, zeigte sich in Welle 12 (19.05.2020), dass sich eher Eltern mit Kindern im Alter von 3 bis unter 6 Jahren überfordert fühlen als Eltern mit älteren Kindern. Dieser Unterschied zeigt sich auch in der aktuellen Befragung Allerdings ist das Ausmaß der Überforderung der Eltern – insbesondere derer mit Kindern unter 14 Jahre - etwas rückläufig.

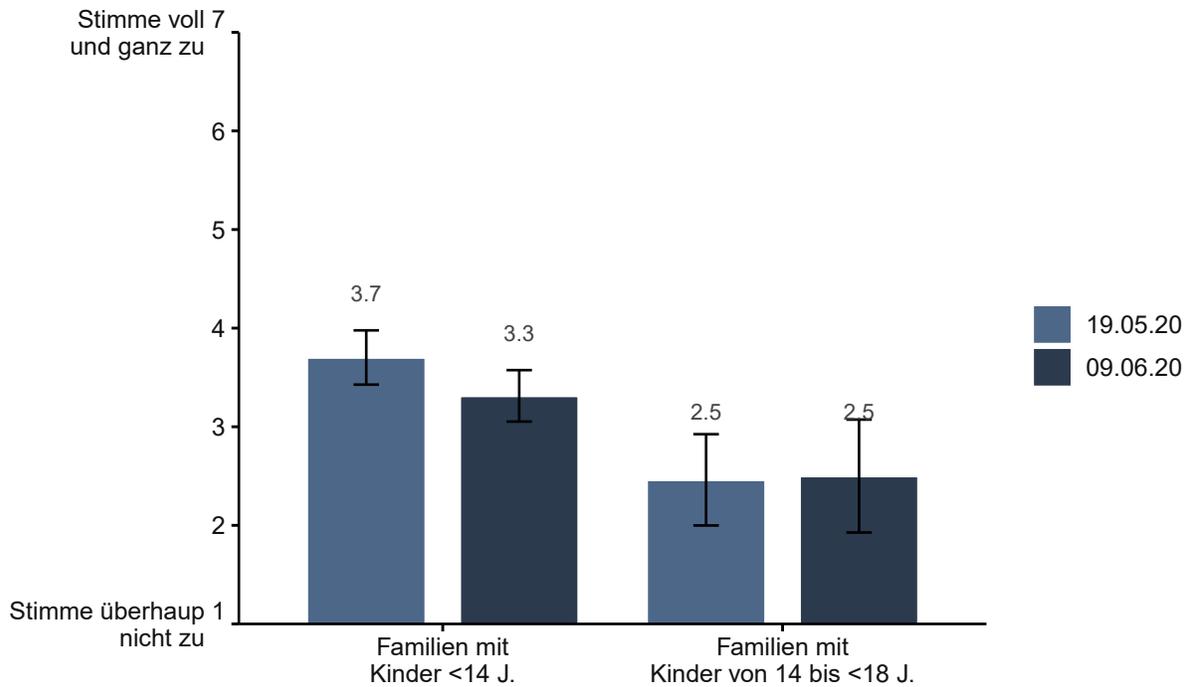
Ich fühle mich als Elternteil in der aktuellen Situation überfordert.

Nach Altersklasse der Kinder. Bewertet auf einer Skala von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 7 (stimme voll und ganz zu). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle. Mehrfachnennung der Altersgruppen möglich.



Ich fühle mich als Elternteil in der aktuellen Situation überfordert.

Bewertet auf einer Skala von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 7 (stimme voll und ganz zu). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.

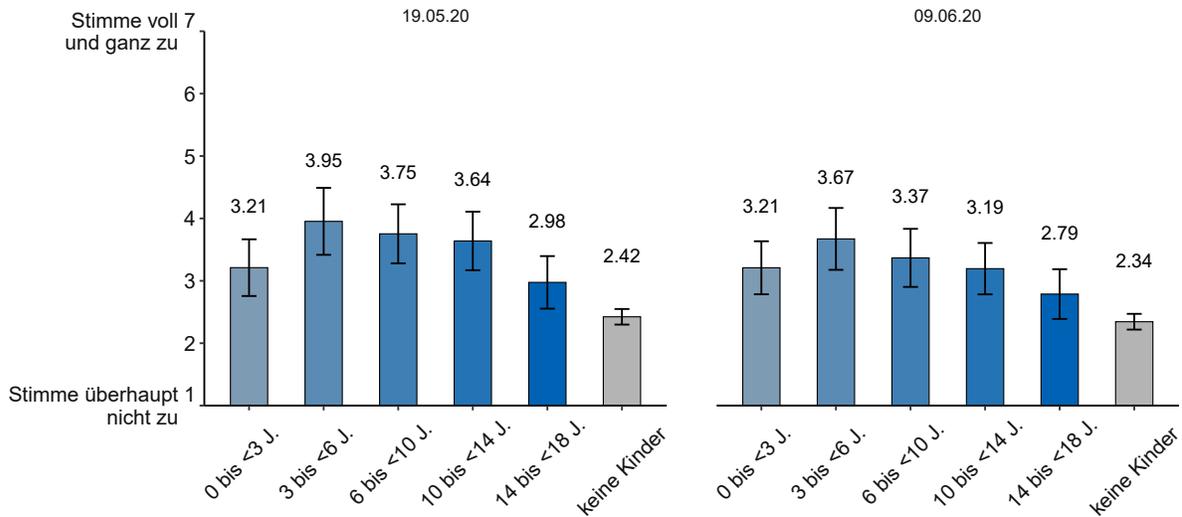


Belastung: Lage der Familie

Werden neben den Eltern von Kindern auch Erwachsene ohne Kinder dazu gefragt, ob sie die aktuelle Situation an den Rand ihrer Kräfte bringt, so zeigt sich ebenfalls, dass dies eher für Eltern von Kindern unter 14 Jahren zutrifft. Erwachsene Befragte ohne Kinder empfinden die Corona-Situation nach wie vor als weniger belastend, als Eltern mit Kindern dies tun.

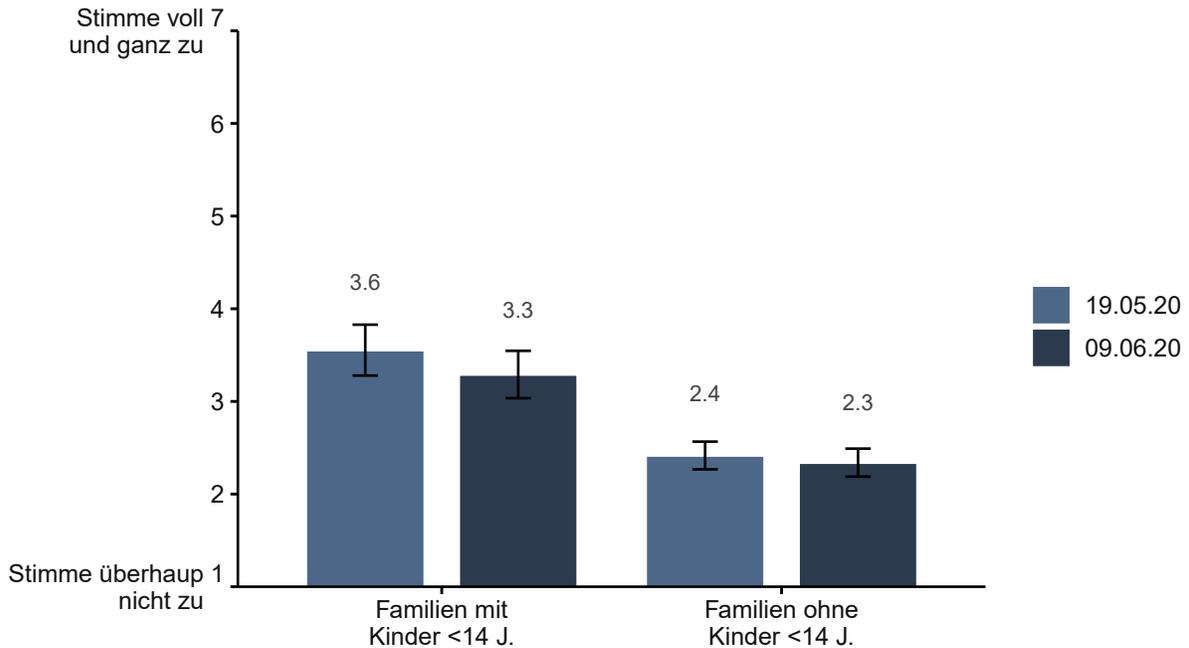
**Die aktuelle Situation bringt unsere Familie an den Rand ihrer Kräfte
(mit Familie sind die Personen gemeint, die in Ihrem Haushalt leben).**

Nach Altersklasse der Kinder. Bewertet auf einer Skala von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 7 (stimme voll und ganz zu). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle. Mehrfachnennung der Altersgruppen möglich.



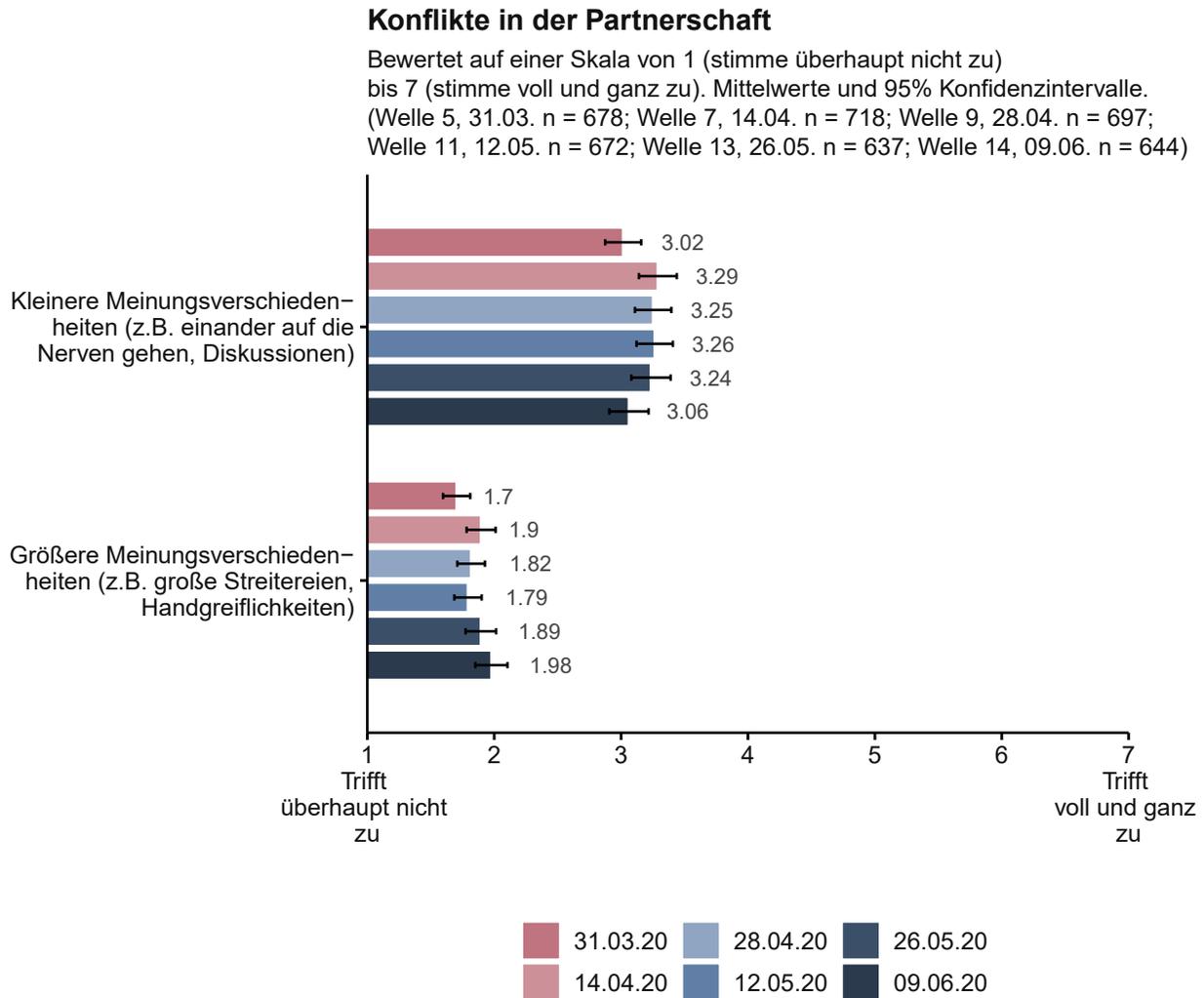
**Die aktuelle Situation bringt unsere Familie an den Rand ihrer Kräfte
(mit Familie sind die Personen gemeint, die in Ihrem Haushalt leben).**

Bewertet auf einer Skala von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 7 (stimme voll und ganz zu). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



13.3 Konflikte in der Partnerschaft

Die Befragten wurden gebeten, anhand einer Skala von 1 „trifft überhaupt nicht zu“ bis 7 „trifft voll und ganz zu“ das aktuelle Konfliktniveau in ihrer Partnerschaft zu beschreiben. Über alle Erhebungswellen hinweg sind Häufigkeit und Intensität von Konflikten in Partnerschaften konstant geblieben.



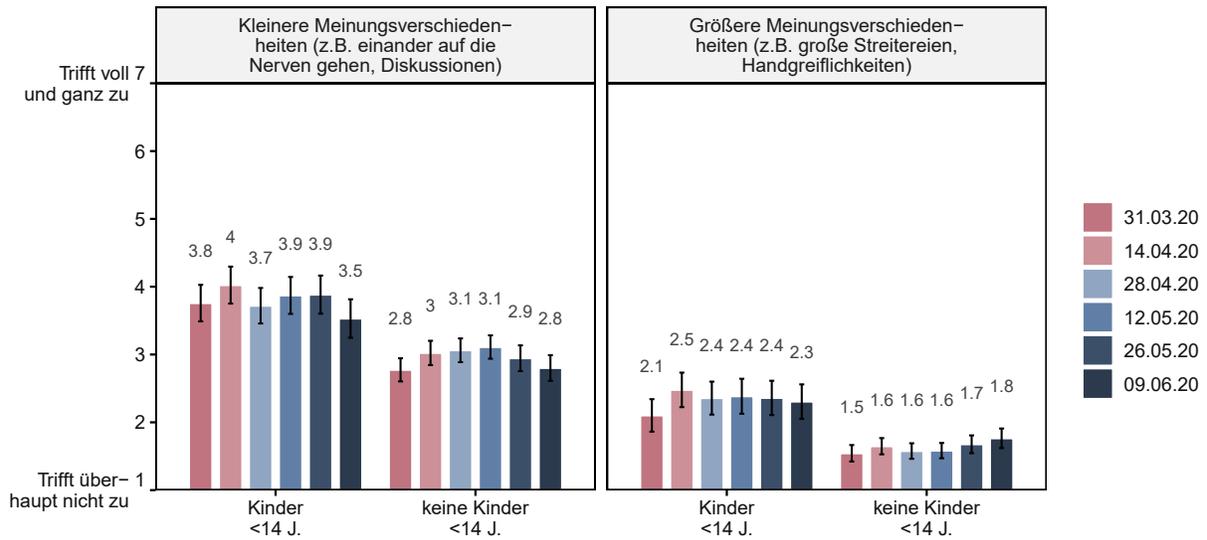
Konflikte in der Partnerschaft in Familien ohne und mit Kindern unter 14 Jahren

Aufgeschlüsselt nach Partnerschaften mit und ohne jüngere Kinder zeigen sich deutliche Unterschiede: Wenn Kinder unter 14 Jahren im Haushalt leben, ist die Wahrscheinlichkeit, dass es in der Woche vor der Datenerhebung kleinere Meinungsverschiedenheiten zwischen den Partnern gegeben hat, beispielsweise Streit oder „sich auf die Nerven gehen“, erhöht. Dieser Unterschied bleibt über alle Erhebungswellen hinweg bis heute stabil. Dasselbe gilt für die größeren Meinungsverschiedenheiten, „große Streitereien“ bis hin zu „Handgreiflichkeiten“. Größere Meinungsverschiedenheiten werden jedoch in allen vier Befragungswellen deutlich seltener angegeben.

Schlussfolgerungen: Familien mit jüngeren Kindern fühlen sich momentan nach wie vor besonders belastet. Dies kann dazu führen, dass es in diesen Familien häufiger zu Konflikten zwischen den Eltern kommt. Inzwischen nähert sich das Belastungsempfinden, möglicherweise als Spiegelung der Lockerung von Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung, dem Niveau der Paare ohne jüngere Kinder im Haushalt an. Es bleibt abzuwarten, ob sich dieser Trend zukünftig auch bei den Partnerkonflikten zeigen wird.

Konflikte in der Partnerschaft in Familien mit/ohne Kinder unter 14 Jahren

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



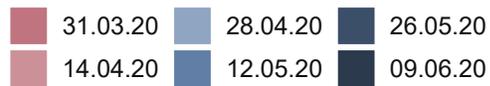
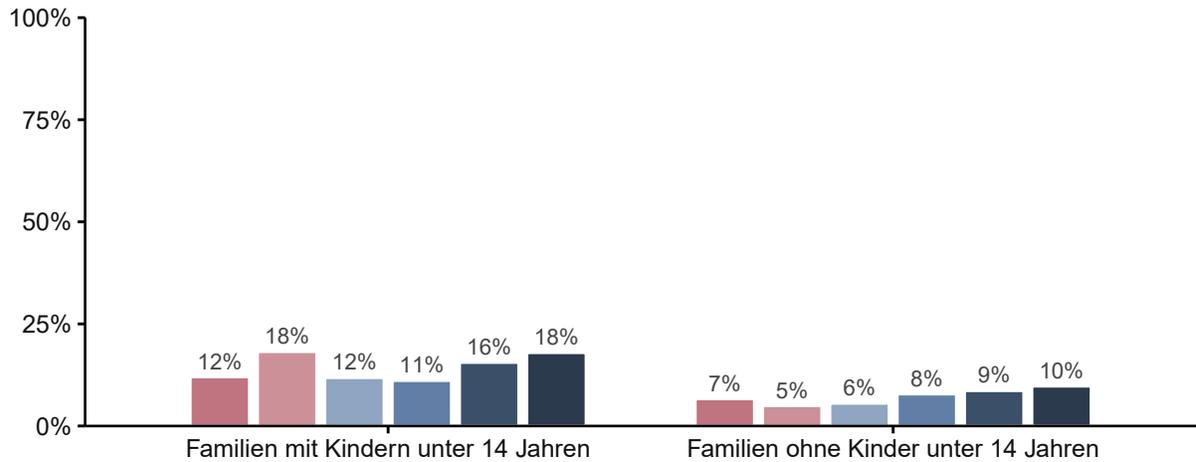
13.4 Telefonisches Beratungsangebot

Telefonisches Beratungsangebot

Befragte mit jüngeren Kindern im Haushalt, fühlen sich durch die momentane Situation besonders belastet und das Konfliktniveau ist erhöht. Sie sind jedoch auch eher dazu bereit, aktiv nach Hilfe bei der Bewältigung der Belastungssituation zu suchen. Im Vergleich zu kinderlosen Paaren und Familien mit älteren Kindern, denkt ein höherer Anteil der Familien mit jüngeren Kindern daran, bei Belastung eine telefonische Beratung in Anspruch zu nehmen (10% vs. 18%).

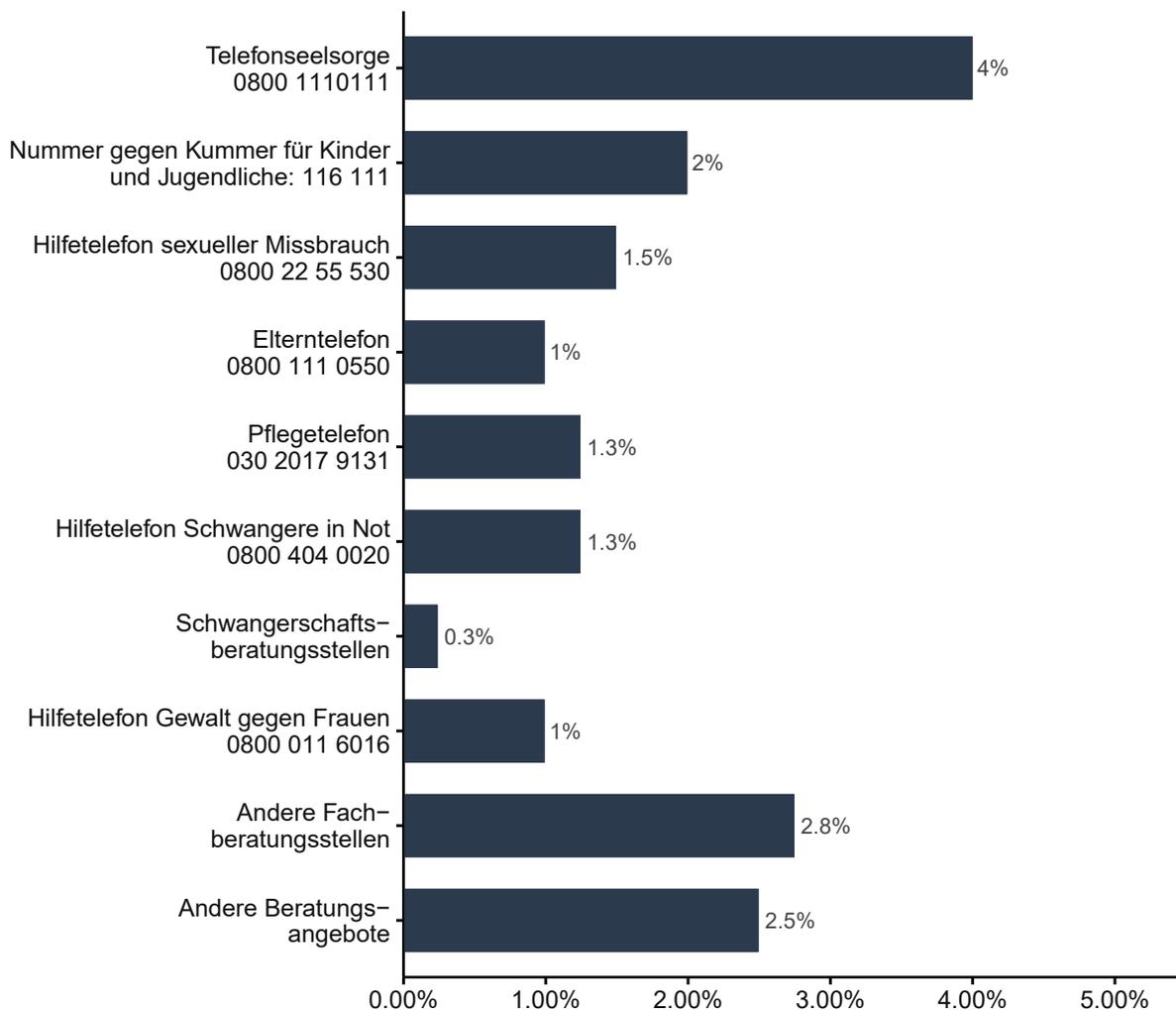
**Potentielle Inanspruchnahme telefonischer Beratungsangebote:
Anteile der Personen, die darüber nachdachten,
mindestens ein Beratungsangebot wahrzunehmen.**

Nur Personen, die sich belastet fühlen: Welle 5, 31.03. n = 535; Welle 7, 14.04. n = 415;
Welle 9, 28.04. n = 508; Welle 11, 12.05. n = 441; Welle 13, 26.05. n = 374;
Welle 14, 09.06. n = 399



Potentielle Inanspruchnahme telefonischer Beratungsangebote

Nur Personen, die sich belastet fühlen: Welle 14, 09.06. n = 399.
Mehrfachnennungen möglich.



Beratungsangebote bekannt machen: Postkarten

Um den Bekanntheitsgrad telefonischer Beratungsangebote zu erhöhen hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gemeinsam mit der BZgA und dem Nationale Zentrum Frühe Hilfen bundesweit Postkarten an einen Teil der Familien mit Kindern versandt. Die Karten zeigen eine Mutter und einen Vater, die gleichzeitig Homeoffice und Kinderbetreuung zu bewältigen haben. Unter dem Motto: „Starke Nerven ... brauchen auch mal Unterstützung“ gibt die Postkarte einen Hinweis auf leicht erreichbare, kostenlose und anonyme Beratungsangebote. 13.2 % der Befragten mit Kindern unter 18 Jahren im Haushalt geben an, eine solche Postkarte bereits erhalten zu haben. Von den Personen, die eine Postkarte erhalten haben, dachten 22.9 % darüber nach, ein telefonisches Beratungsangebot in Anspruch zu nehmen.

Schlussfolgerung: Eltern mit Kindern sind in der Corona Krise besonders belastet, aber auch besonders offen gegenüber Beratungsangeboten. Die Telefonberatung ist ein kostenfreies Angebot, das sich in der aktuellen Krisensituation besonders dazu eignet, Strategien zur Entlastung und Bewältigung von Herausforderungen im Erziehungs- und Familienalltag zu vermitteln. Telefonische Beratungsangebote sind jedoch vielen Eltern

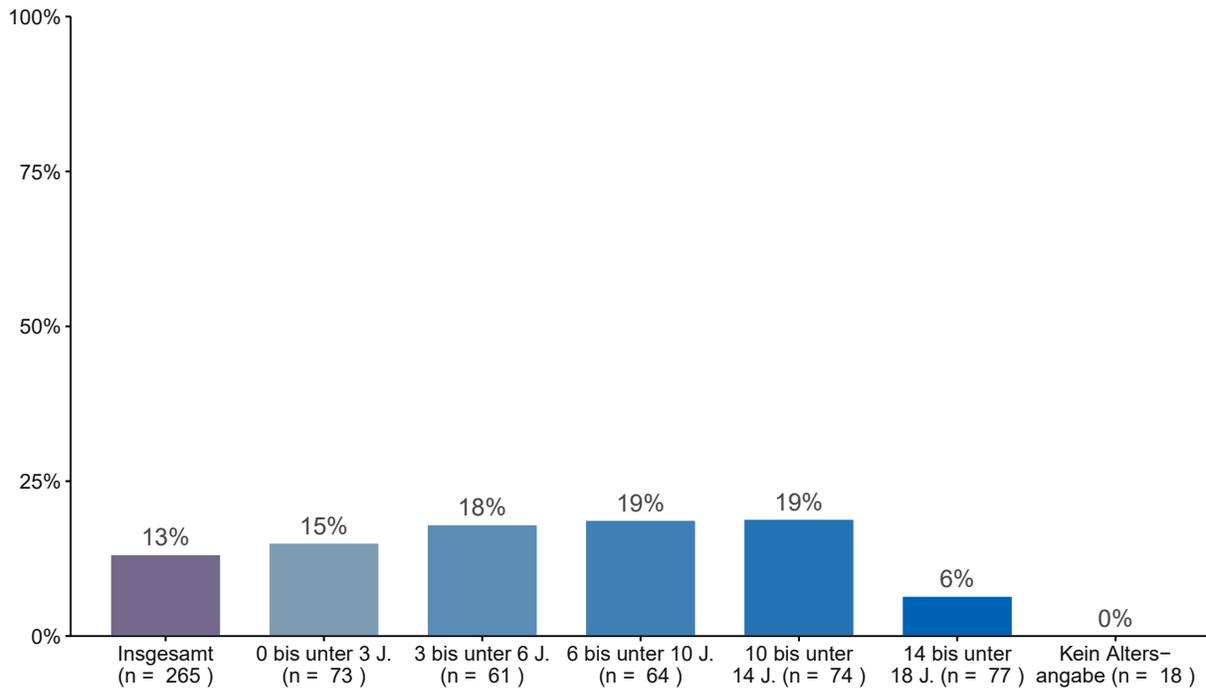
nicht hinreichend bekannt. Durch eine gezielte Maßnahme zur Informationsvermittlung, kann Familien mit jüngeren Kindern die Chance eröffnet werden, trotz der Kontakt beschränkenden Maßnahmen Unterstützung zu erhalten.

Postkartenaktion mit Beratungsangebote für Familien

Anteil der Personen, die eine Postkarte erhalten haben.

Nur Personen, bei denen ständig Kinder unter 18 Jahren im Haushalt leben (n = 265)

Mehrfachnennung der Altersgruppen möglich.



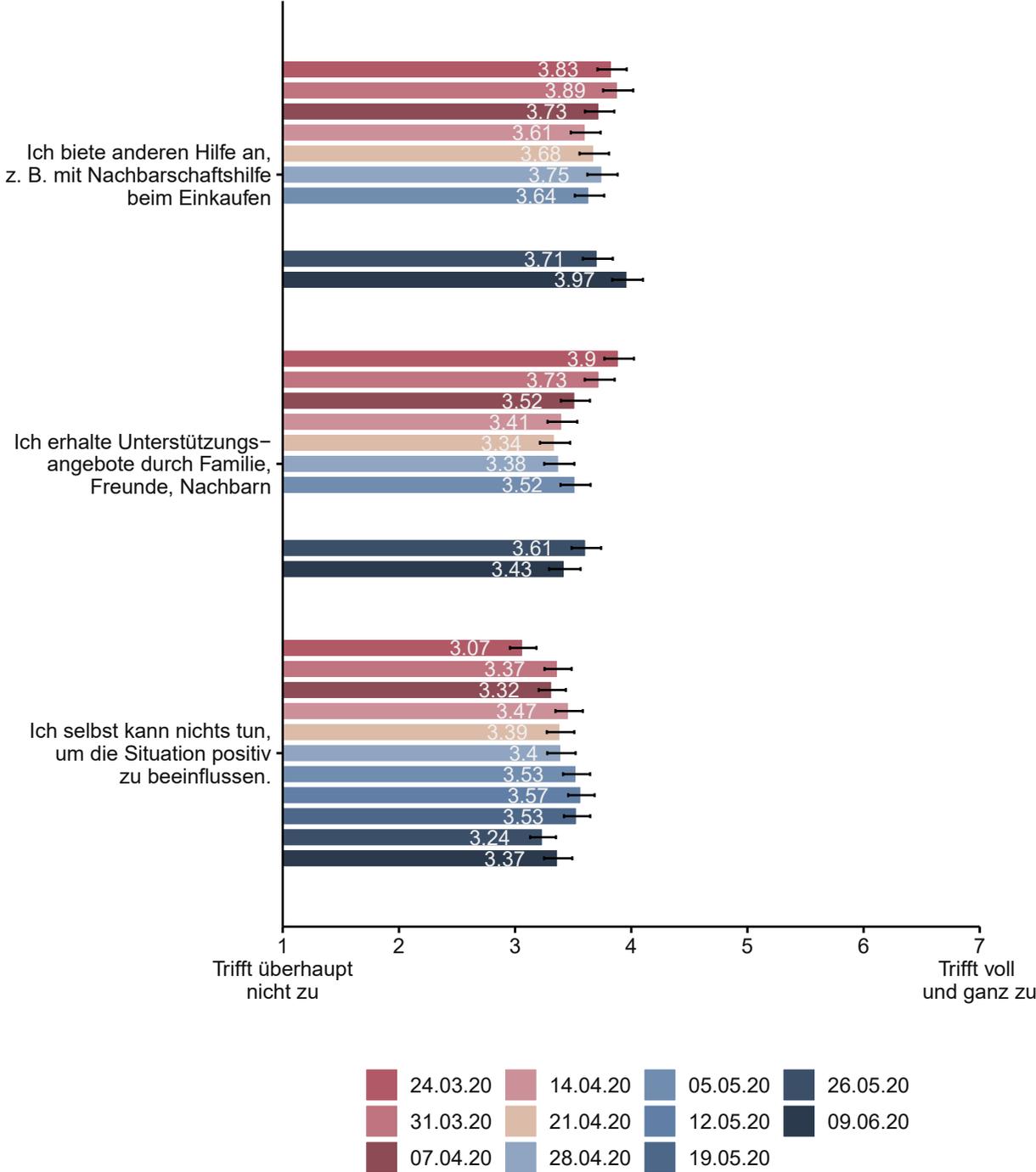
13.5 Umgang mit der Situation

Im Umgang der Menschen mit der aktuellen Situation zeigen sich einige zeitlich stabile Herangehens- und Verhaltensweisen. Unverändert ist es für die Befragten eher weniger zutreffend, anderen Hilfe anzubieten, z. B. mit Nachbarschaftshilfe beim Einkaufen. Aktuell finden die Befragten die Aussage, Unterstützungsangebote durch Familie, Freunde und Bekannte zu erhalten, weniger unzutreffend als noch zu Beginn (Welle 4, 24.03.2020), d. h. die empfundene Unterstützung durch andere hat abgenommen. Die Einschätzung, selbst nichts tun zu können, um die Situation positiv zu beeinflussen, wird aktuell weiterhin als weniger zutreffend eingeschätzt.

Schlussfolgerung: Die Möglichkeiten zur individuellen Lebensgestaltung haben sich im Zuge der Reduzierungen der Kontaktbeschränkungen wieder erweitert. Dies könnte auch bedeuten, dass weniger Unterstützungsangebote benötigt werden.

Wie sehr treffen die folgende Aussagen in der aktuellen Situation auf Sie zu?

Bewertet auf einer Skala von 1 (Trifft überhaupt nicht zu) bis 7 (Trifft voll und ganz zu).
Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



14 Kinder und Corona

14.1 Emotionale Probleme

Inwieweit Eltern emotionale Probleme bei Ihren Kindern wahrnehmen, wurde mit einer Skala des „Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ)“, in der Welle 12 (19.05.2020) und 14 (9.06.2020), erfasst. Hierbei sollten die Eltern für die letzten acht Wochen der Corona-Situation bewerten, inwieweit die untenstehenden Aussagen auf ihre Kinder zutreffen:

Mein(e) Kind(er) im Alter von ... bis ... Jahren ... - klagte(n) häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit. - hatte(n) viele Sorgen; erschien(en) häufig bedrückt. - war(en) oft unglücklich oder niedergeschlagen; weinte(n) häufig. - war(en) nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verlor(en) leicht das Selbstvertrauen. - hatte(n) viele Ängste; fürchtete(n) sich leicht.

0 = nicht zutreffend 1= teilweise zutreffend 2= eindeutig zutreffend

Ausgewertet wird der Summenwert über 5 Fragen. Höhere Werte bedeuten eine höhere Belastung.

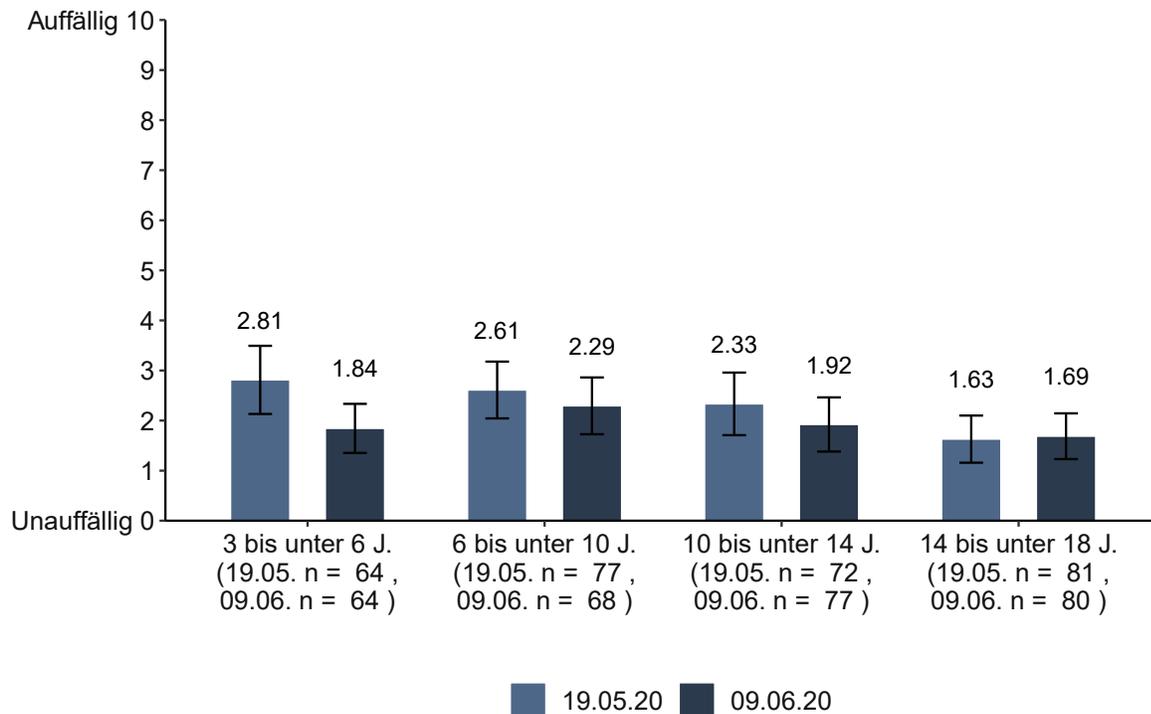
Die Ergebnisse zeigen, dass Eltern in der Welle 12 (19.05.2020) eher von emotionalen Problemen jüngerer Kinder berichteten. Dieser Unterschied zeigt sich in der Welle 14 (09.06.2020) nicht mehr.

Die Eltern der 3 bis unter 6-jährigen Kinder berichten im Vergleich zur früheren Erhebung weniger von emotionaler Belastung ihrer Kinder. Während der mittlere Summenwert über die 5 Fragen in der Welle 12 2,81 betrug, liegt er in der Welle 14 nur noch bei 1,84 und unterscheidet sich statistisch nicht signifikant von den Werten in den anderen Altersgruppen.

Falls sich hierin eine Entspannung der Situation für Kinder im Vorschulalter widerspiegelt, könnte dies beispielsweise mit der schrittweisen Öffnung der Kitas oder mit den wieder zunehmenden Möglichkeiten der Kinderbetreuung und der Kontaktmöglichkeiten für jüngere Kinder in Zusammenhang stehen.

Emotionale Lage des Kindes (SDQ-Skala)

Summenscore aus 5 Aussagen (0 = unauffällig bis 10 = auffällig).
Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.
Mehrfachnennung der Altersgruppen möglich.



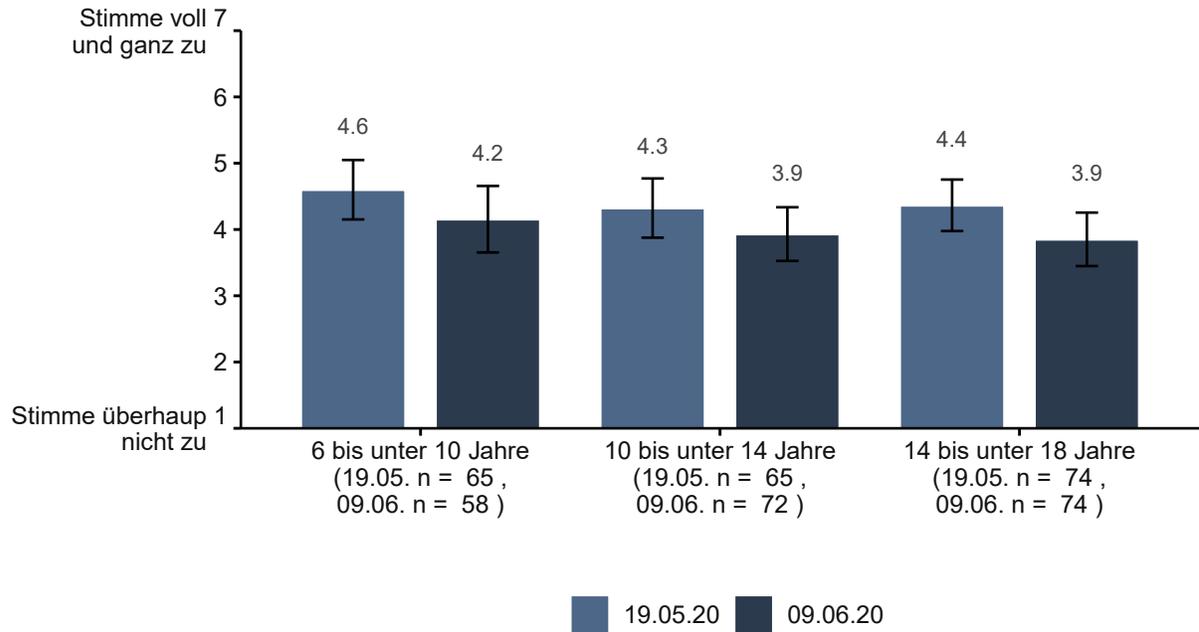
14.2 Beurteilung des Unterrichts

In Bezug auf die Zufriedenheit der Eltern mit dem Schulunterricht deutet sich noch keine Entspannung an. Die Zufriedenheit liegt weiterhin im mittleren Bereich und hat insgesamt seit der letzten Befragung eher noch etwas abgenommen. Dies ist unabhängig davon, ob der Unterricht zu Hause z.B. mit Online-Unterstützung oder tatsächlich in der Schule stattfindet. Das Alter der Kinder spielt dabei keine bedeutende Rolle.

Schlussfolgerung: Trotz der Bemühungen, den Schulunterricht wieder verstärkt aufzunehmen, zeigen sich die Eltern mit der Unterrichtung ihrer Kinder in der aktuellen Befragung sogar noch etwas weniger zufrieden als in der letzten Befragung. Im Lichte der Erwartungen hin zu einer Normalisierung des Schulunterrichtes erscheint dies plausibel.

Der Unterricht meines schulpflichtigen Kindes wird in einem guten Maße weiter umgesetzt.

Bewertet auf einer Skala von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 7 (stimme voll und ganz zu). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle. Mehrfachnennung der Altersgruppen möglich.

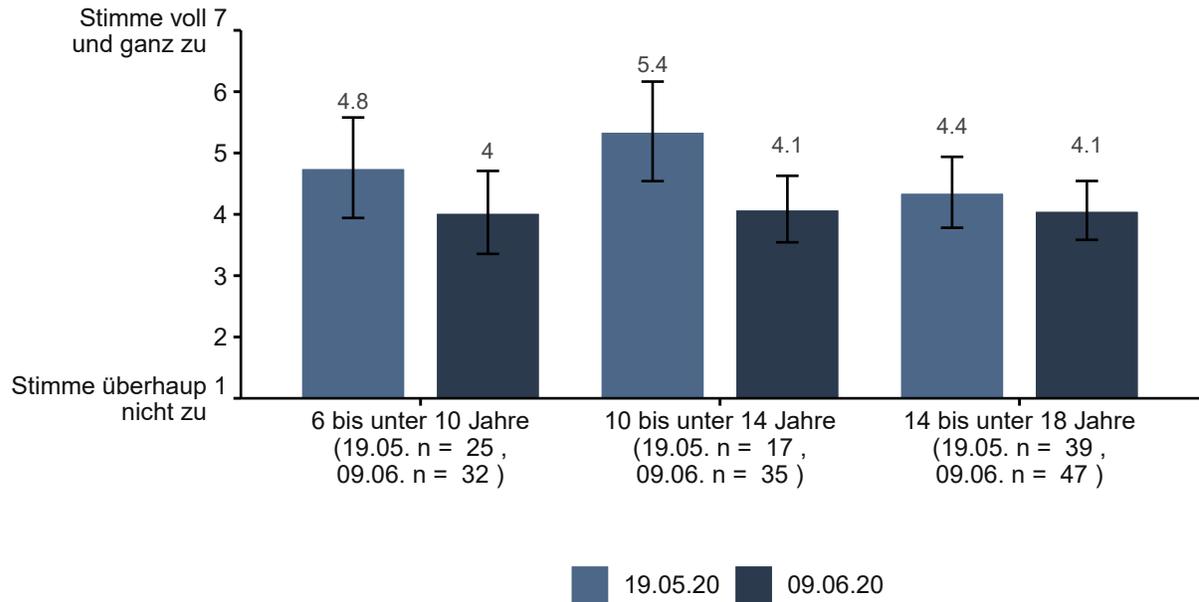


Der Unterricht meines Kindes in der Schule wird in einem guten Maße weiter umgesetzt.

Nur bei Präsenzunterricht.

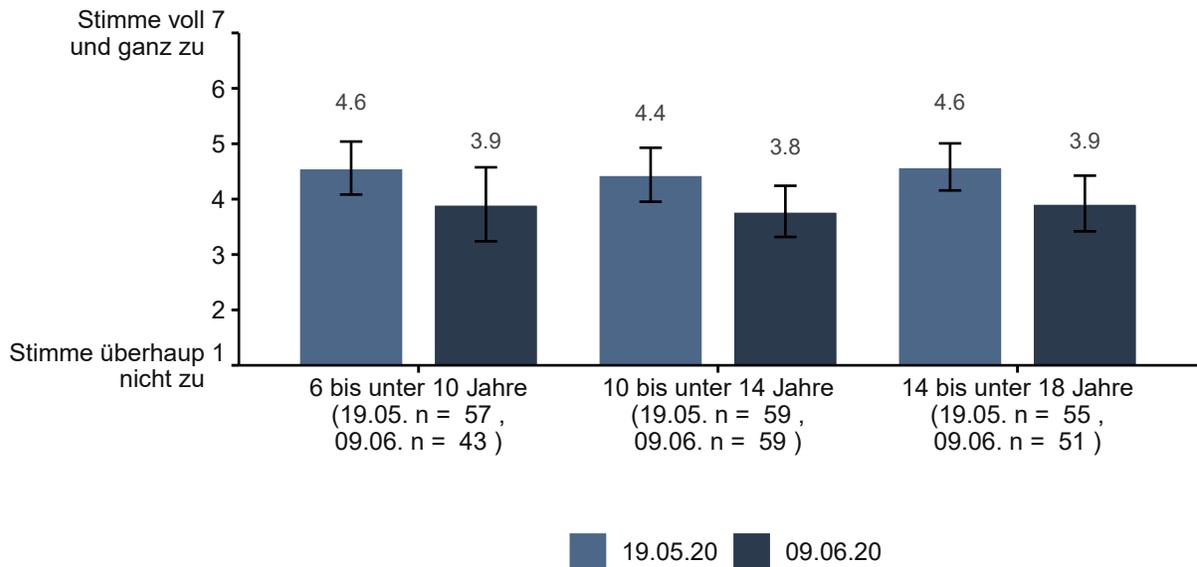
Bewertet auf einer Skala von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 7 (stimme voll und ganz zu). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.

Mehrfachnennung der Altersgruppen möglich.



Die schulische Begleitung meines zuhause lernenden Kindes (z.B. durch Online-Unterstützung) wird in einem gutem Maße weiter umgesetzt.

Nur bei Heimunterricht.
Bewertet auf einer Skala von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 7 (stimme voll und ganz zu). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.
Mehrfachnennung der Altersgruppen möglich.



15 Impfungen

Seit Anfang Mai wurden die Impfbereitschaft und Zustimmung zu einer Impfpflicht sowie die „5C“, ein validiertes Maß zur Erfassung der Impfmüdigkeit, bezogen auf eine hypothetische Impfung gegen COVID-19 erfasst.

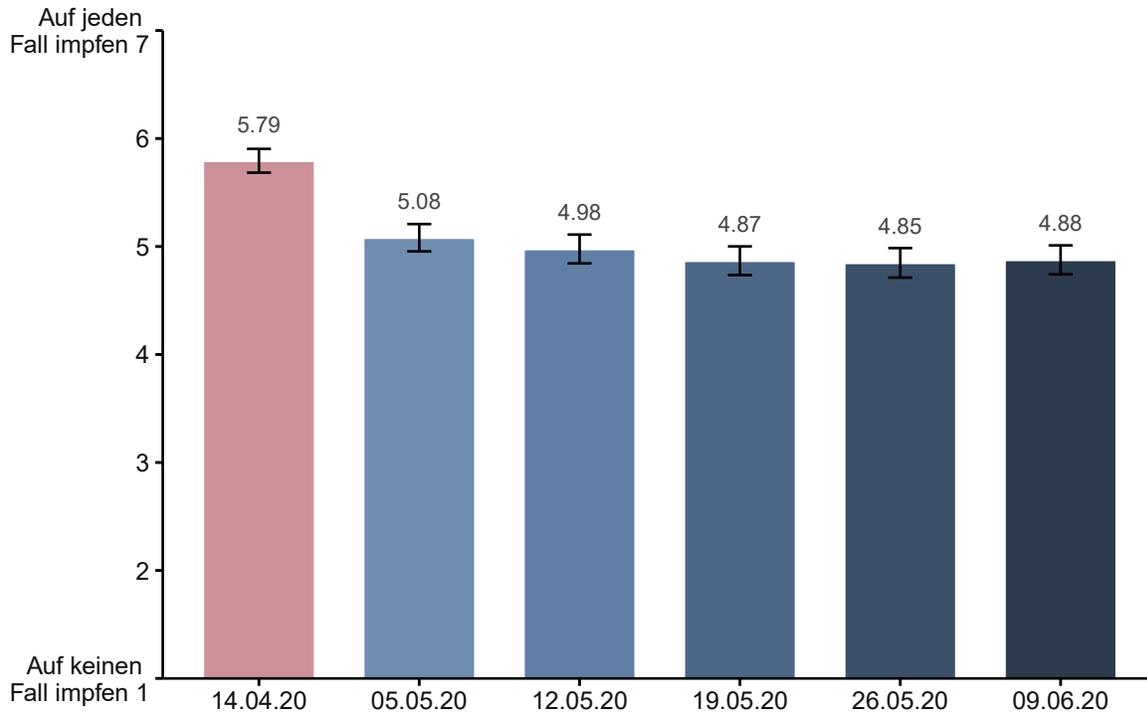
Impfabsicht

Die Befragten sollten angeben, ob Sie sich gegen COVID-19 impfen lassen würden, wenn sie nächste Woche die Möglichkeit dazu hätten.

Im Vergleich zur ersten Erhebung sind weiterhin weniger Personen bereit, dies zu tun (09.06.: 60.9 %, 26.05.: 60.8 %, 19.05.: 63 %, 12.05.: 64.1 %, 05.05.: 66.5 %, 14.04.: 79% der Befragten).

Wie würden Sie entscheiden, wenn Sie nächste Woche die Möglichkeit hätten, sich gegen COVID-19 impfen zu lassen?

Bewertet auf einer Skala von 1 (auf keinen Fall impfen) bis 7 (auf jeden Fall impfen). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



Prädiktoren der Impfab­sicht

Interpretation: Dargestellt sind die Ergebnisse einer linearen schrittweisen Regressionsanalyse (bestes statistisches Modell). CI sind die 95% Konfidenzintervalle der Koeffizienten (betas). Wenn diese Null einschließen, hat die entsprechende Variable keinen statistisch bedeutsamen Einfluss. Fettgedruckte Einflussfaktoren sind signifikant und haben einen statistisch bedeutsamen Einfluss. Das heißt für Werte mit positivem Vorzeichen: höhere Werte auf diesem Einflussfaktor führen zu mehr Impfbereitschaft. Das heißt für Werte mit negativem Vorzeichen: höhere Werte auf diesem Einflussfaktor führen zu weniger Impfbereitschaft

Die Impfbereitschaft gegen COVID-19 ist höher für Personen, die:

- der Impfung mehr vertrauen,
- nicht Trittbrettfahren wollen,
- weniger Nutzen und Risiken abwägen,
- Impfungen nicht für überflüssig hält,
- männlich sind,
- einen Beruf im Gesundheitssektor haben,
- chronisch krank sind,
- die Krankheit als schwerer und sich selbst für anfälliger wahrnehmen.

Variablen im Modell: Alter, Geschlecht, Bildung, Arbeit im Gesundheitssektor, chronische Erkrankung, Gemeindegröße, die 5C der Impfab­zeptanz.

Hinweis: Die Regressionen beziehen sich ausschließlich auf die aktuelle Welle.

	Bereitschaft sich impfen zu lassen ¹			
	Beta	CI-	CI+	p
Confidence (Ich habe vollstes Vertrauen, dass die Impfungen gegen COVID-19 sicher sein werden)	0.58	0.539	0.627	<.001
Complacency (Impfungen gegen COVID-19 werden überflüssig sein, da COVID-19 keine große Bedrohung darstellt)	-0.18	-0.239	-0.128	<.001
Constraints (Alltagsstress wird mich davon abhalten, mich gegen COVID-19 impfen zu lassen)	0.05	0.003	0.101	.038
Calculation (Wenn ich darüber nachdenken werde, mich gegen COVID-19 impfen zu lassen, werde ich sorgfältig Nutzen und Risiken abwägen, um die bestmögliche Entscheidung zu treffen)	-0.05	-0.094	-0.012	.011
Collective responsibility (Wenn alle gegen COVID-19 geimpft sind, brauche ich mich nicht auch noch impfen lassen)	-0.17	-0.230	-0.119	<.001
Alter	0.07	0.024	0.109	.002
Geschlecht: weiblich	-0.08	-0.118	-0.036	<.001
Beruf im Gesundheitssektor	0.05	0.009	0.089	.016

¹ R² = .611, Adj. R² = .608

Impfabsicht und frühere Schweine-Grippe-Impfung

Die Teilnehmer wurden gefragt, ob sie sich im Winter 2009/2010 gegen das pandemische Influenza-Virus (A/H1N1) geimpft haben. Da früheres Verhalten zukünftiges Verhalten vorhersagt, wurde getestet ob Personen, die sich 2009/2010 geimpft haben lassen, eine höhere Bereitschaft haben sich gegen das Corona-Virus impfen zu lassen. Ergebnis: Personen, die sich bereits 2009/2010 impfen lassen haben, haben eine höhere Bereitschaft sich gegen das Corona-Virus impfen zu lassen ($M_{H1N1} = 5.77$, $M_{KeinH1N1} = 4.76$; $t(163.1467174) = -5.78$, $p < .001$). Dieser Effekt besteht unabhängig davon, ob die Befragten im Gesundheitssektor arbeiten oder nicht.

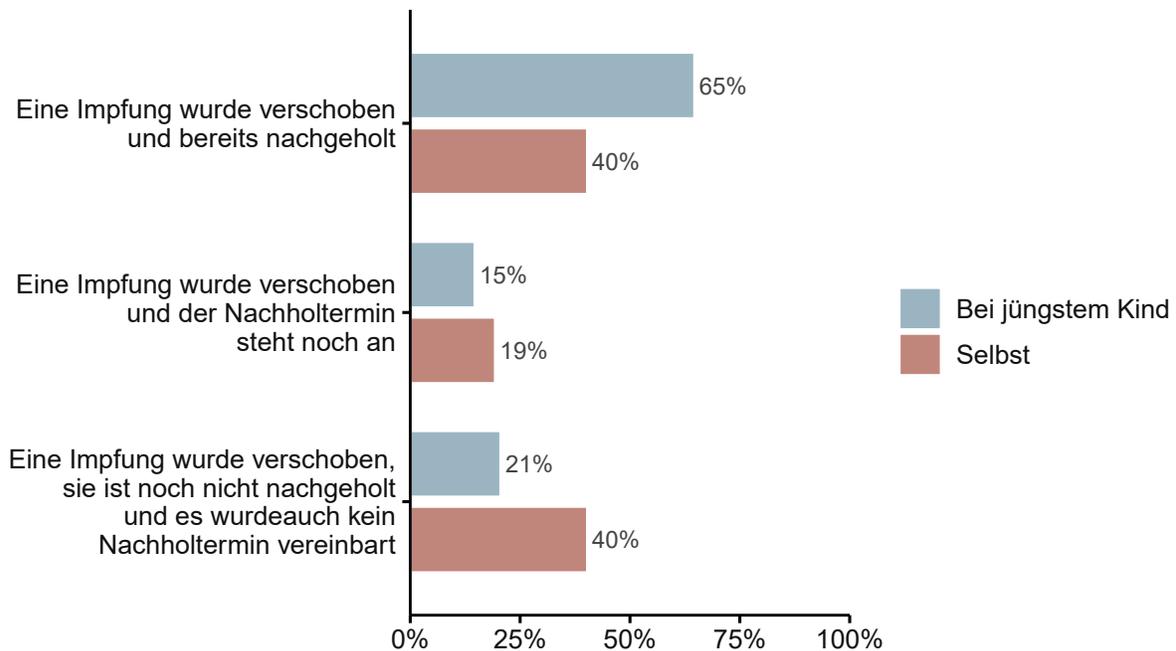
Verschiebung und Nachholung von Impfungen

Von den 135 in den letzten 3 Monaten geplanten Impfungen der erwachsenen Befragten fanden 62 (45.9 %) nicht zum initial vereinbarten Termin statt.

30% der befragten Eltern hatte in den letzten 3 Monaten einen geplanten Impftermin für ihr jüngstes Kind; von diesen 82 fanden 34 (41.5 %) nicht zum initial vereinbarten Termin statt.

Nachholung verschobener Impfungen

In den letzten 3 Monaten. Nur bei verschobener Impfung, beim jüngsten Kind (n = 34) und der eigenen Person (n = 62). Ergebnisse der aktuellen Welle (09.06.20)



16 Wahrgenommene Konsistenz der Regelungen

In dieser Welle wurden die Teilnehmer danach gefragt, inwiefern sie die aktuellen Regelungen kennen. 26% der Teilnehmer gaben an, die aktuellen Regelungen als widersprüchlich zu empfinden.

Das Kartendiagramm zeigt den Anteil der Befragten getrennt nach Bundesländern, die Regelungen auch widersprüchlich zu finden.

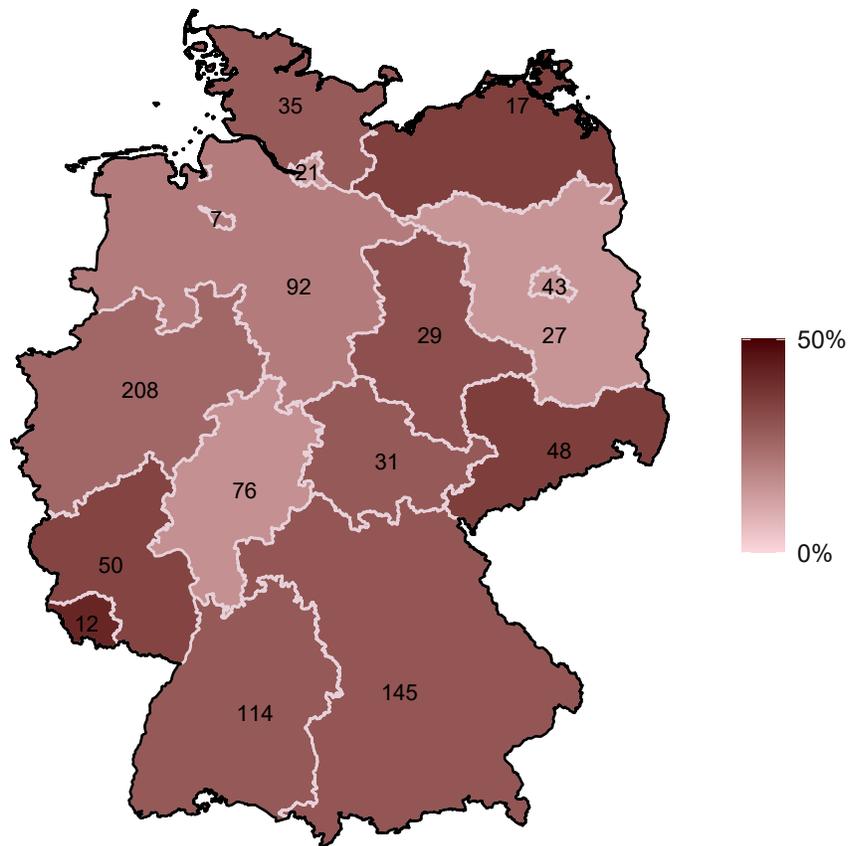
Personen, die die Regelungen besser kennen, finden die Regelungen auch weniger widersprüchlich ($M_{\text{kennen}} = 3.04$, $M_{\text{nichtkennen}} = 4.9$; $t(154.7714951) = -11.62$, $p < .001$).

Insgesamt haben 88,5% der Befragten angegeben, dass sie die derzeit geltenden Maßnahmen genau kennen. 26% geben an, dass sie die Regelungen (eher) widersprüchlich finden.

Personen, die die Regelungen besser kennen, finden die Regelungen auch weniger widersprüchlich.

Personen, die die Maßnahmen widersprüchlich finden, lehnen die Maßnahmen auch eher ab (und umgekehrt), $r = 0.33$.

Anteil der Befragten, die die derzeitigen Regelungen widersprüchlich finden



Hinweise:

- * Die abgebildeten Zahlen in den Bundesländern spiegeln die Anzahl an Personen wider, die an der Befragung teilgenommen haben.
- * Die Farben stellen relative Anteile dar. Das bedeutet, je dunkler die Farbe, desto höher ist der relative Anteil der Personen, die die derzeitigen Maßnahmen widersprüchlich finden

17 Verteilung von Intensivbetten

Auch wenn derzeit die Kapazitäten der Intensivstationen in der Regel ausreichend sind, wurde die Wahrnehmung der Verteilungsprinzips bei knappen Ressourcen untersucht.

* „Die Priorisierung von Patienten sollte sich am Kriterium der klinischen Erfolgsaussicht orientieren. Das bedeutet es wird auf die Behandlung derer verzichtet, bei denen die geringste Erfolgsaussicht besteht. Vorrangig wird dann bei denjenigen Patienten klinisch notfall-oder intensivmedizinisch auf eine Behandlung verzichtet, die dadurch keine höhere Überlebenschance bzw. keine bessere Gesamtprognose (auch im weiteren Verlauf) haben. Die Einschätzung der klinischen Erfolgsaussicht muss für jeden Patienten so sorgfältig wie möglich erfolgen.“*

Bewertete Fairness dieser Verteilung von Intensivbetten:

53.3% fair, 19.3% unentschlossen, 27.4% unfair

In einem fiktiven Arztgespräch mit einem Angehörigen, der nach der Behandlung der 90-jährigen Oma fragt, wird dieselbe Regel als unfairer bewertet

45.5% fair, 19% unentschlossen, 35.5% unfair

18 Sterbehilfe

10% der Befragten haben über Sterbehilfe im Zusammenhang mit COVID-19 nachgedacht.

40% finden (eher), dass COVID-19-Patienten generell die Möglichkeit haben sollten, Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen.

45% finden (eher), dass Personen, die einer Risikogruppe für einen schweren COVID-19-Verlauf angehören, im Infektionsfall die Möglichkeit haben sollten, Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen.

35% finden (eher), dass die Regelungen zur Inanspruchnahme von Sterbehilfe aufgrund der aktuellen Lage in Bezug auf COVID-19 geändert werden sollten.

Die Zustimmung zu Aussagen zur Sterbehilfe korrelieren nicht mit wahrgenommener Anfälligkeit und affektivem Risiko:

Wahrgenommene Anfälligkeit

- Sterbehilfe für COVID-19 Patienten, allgemein: 0.1
- Sterbehilfe für COVID-19 Patienten, Risikogruppe: 0.11
- Änderungen der Sterbehilferegulungen: 0.12

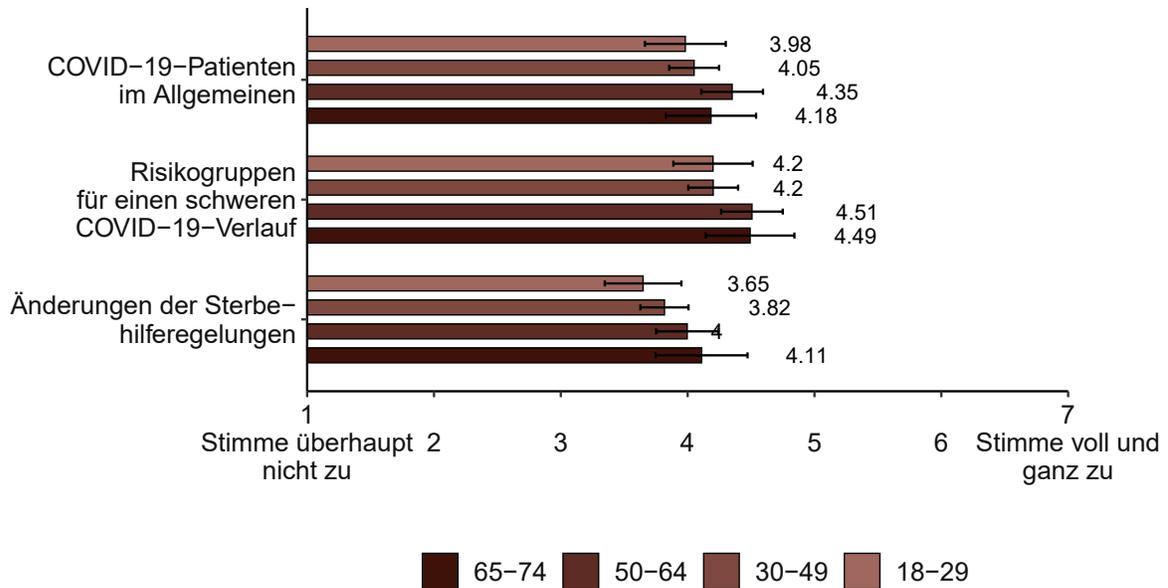
Affektives Risiko

- Sterbehilfe für COVID-19 Patienten, allgemein: 0.05
- Sterbehilfe für COVID-19 Patienten, Risikogruppe: 0.07
- Änderungen der Sterbehilferegulungen: 0.09

Interpretation der Korrelationskoeffizienten: In der folgenden Übersicht zeigen höhere Werte einen stärkeren Zusammenhang an, Werte nahe Null zeigen, dass es keinen Zusammenhang gibt, um 0.1 einen kleinen Zusammenhang. Werte um 0.3 zeigen einen mittleren Zusammenhang, ab 0.5 spricht man von einem starken Zusammenhang. Ein negatives Vorzeichen bedeutet, dass hohe Werte der einen Variable mit niedrigen Werten der anderen Variable einhergehen. Fettdruck zeigt statistisch bedeutsame Zusammenhänge an.

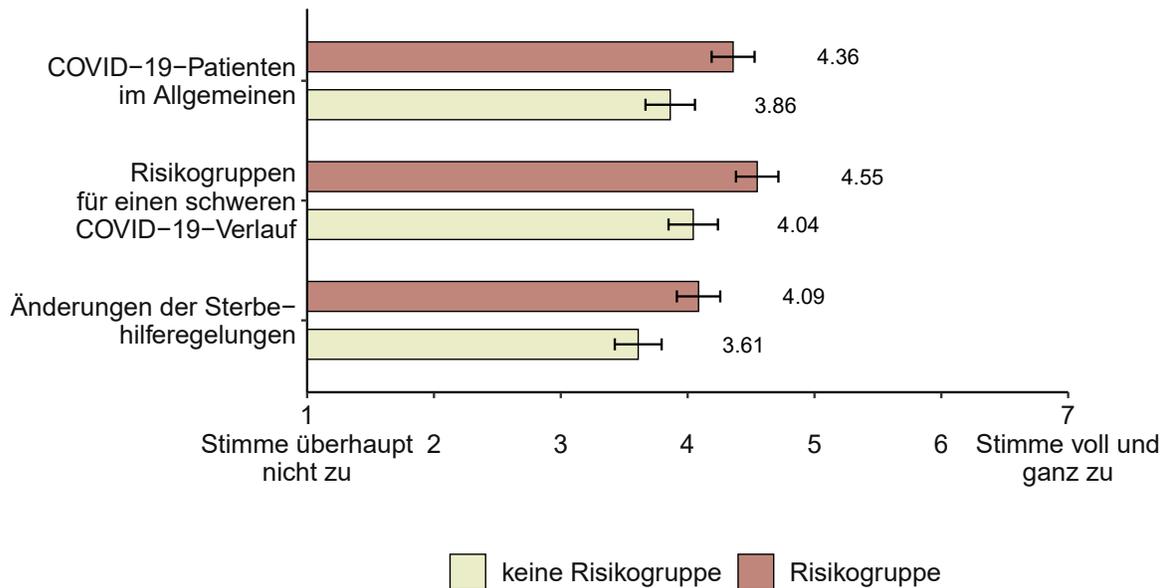
Zustimmung zu Aussagen zur Sterbehilfe bei COVID-19 Stratifiziert nach Altersgruppen

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle



Zustimmung zu Aussagen zur Sterbehilfe bei COVID-19 Stratifiziert nach Zugehörigkeit zur Risikogruppe

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle

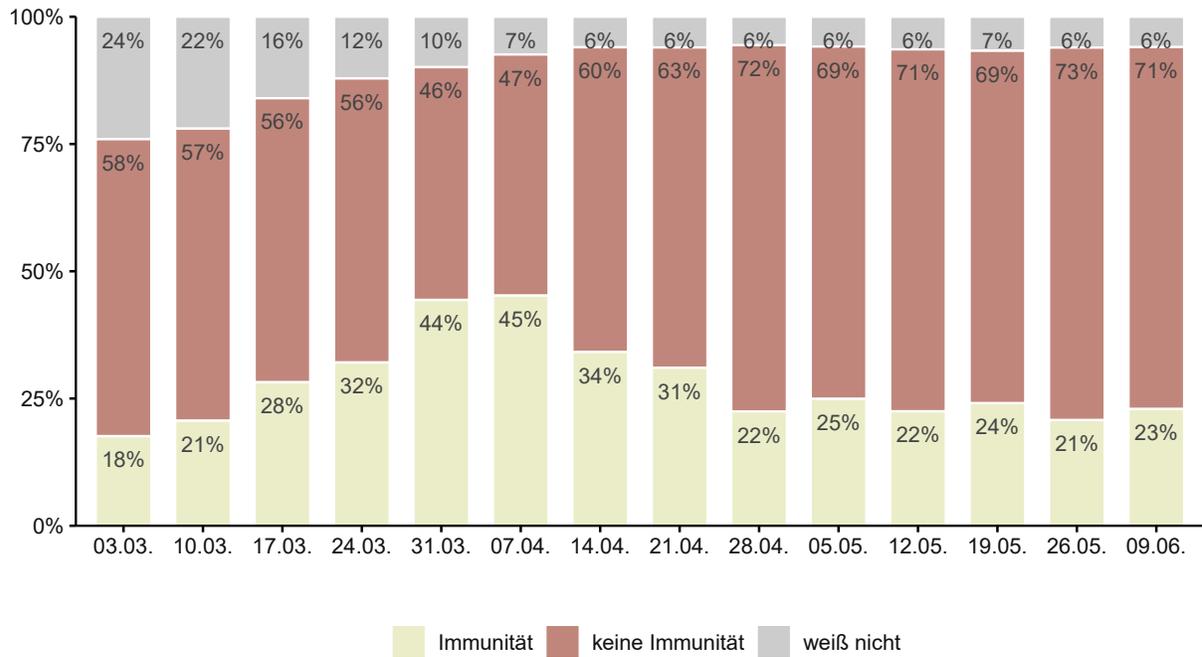


19 Daten im Detail

19.1 Detail: Wissen COVID-19

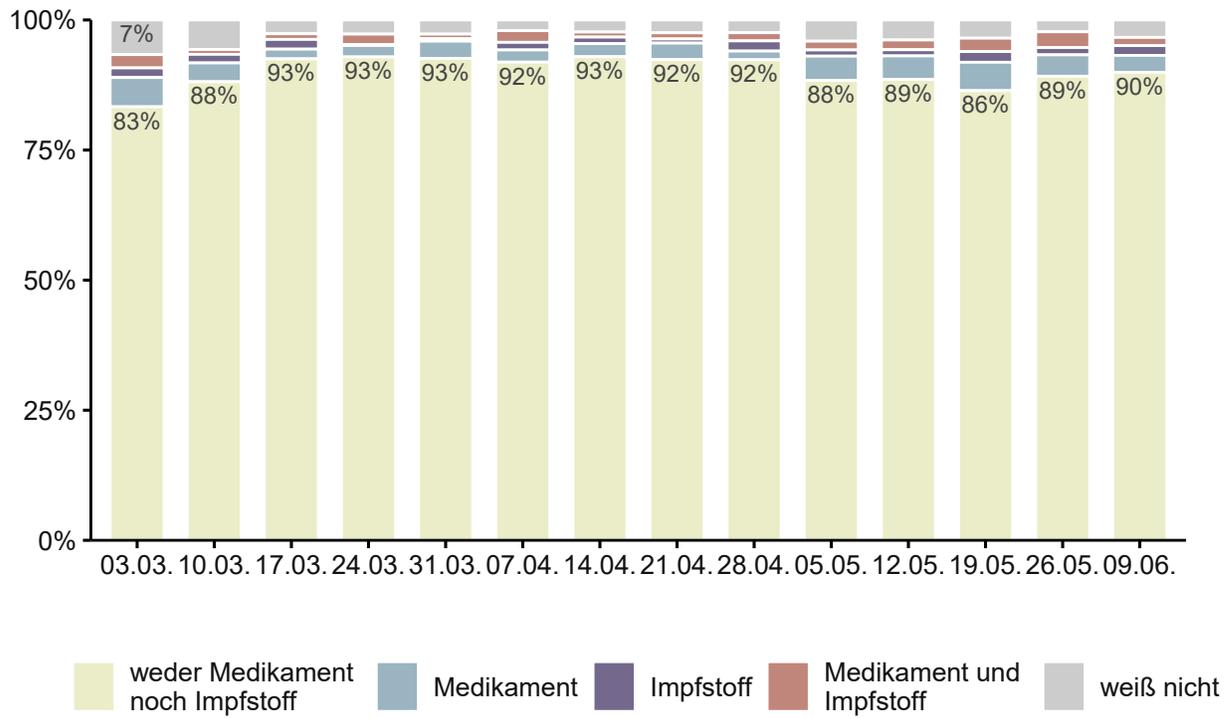
Wissen über Folgen einer überstandenen Erkrankung

Einschätzung der Teilnehmer; Einfachauswahl



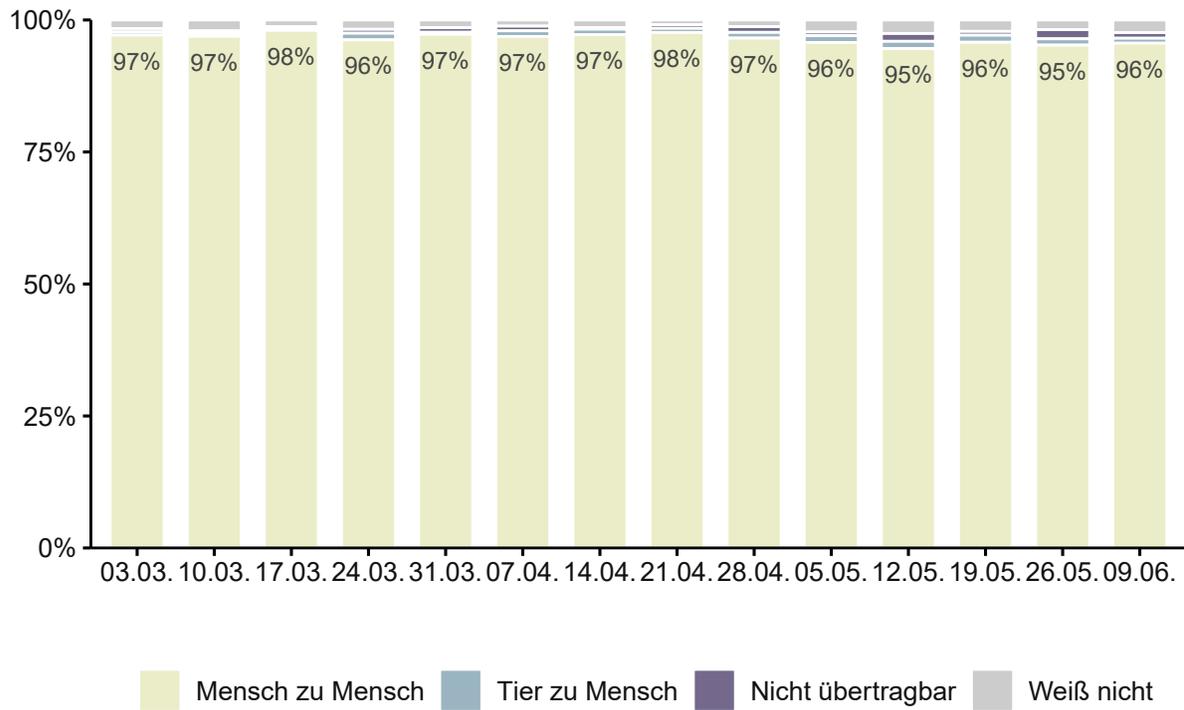
Wissen über Behandlungsmöglichkeiten

Einschätzung der Teilnehmer; Einfachauswahl



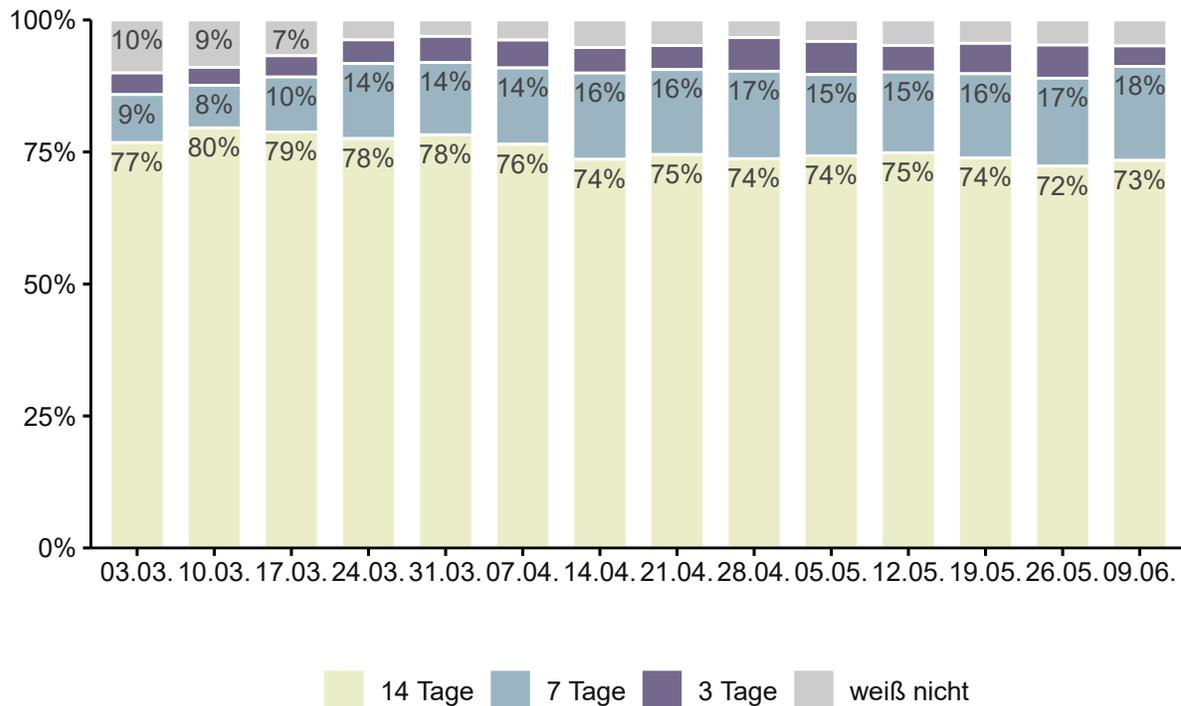
Wissen über Krankheitsüberträger

Einschätzung der Teilnehmer; Einfachauswahl



Wissen über die Inkubationszeit

Einschätzung der Teilnehmer; Einfachauswahl



20 Daten nach Demographie

Die folgende Tabelle zeigt für die aktuelle Welle wesentliche Variablen gesplittet nach den demographischen Charakteristika der Befragungsteilnehmenden.

Im PDF-Preprint nicht verfügbar. Bitte HTML-Version öffnen.

21 Übersicht über alle bisherigen Datenerhebungen

Die folgende Tabelle zeigt die Verteilung der Befragungsteilnehmenden nach Soziodemographie und der bisherigen Wellen.

Im PDF-Preprint nicht verfügbar. Bitte HTML-Version öffnen.

22 Literatur

Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. *Self-efficacy beliefs of adolescents*, 5(1), 307-337.

Betsch, C., Schmid, P., Heinemeier, D., Korn, L., Holtmann, C., & Böhm, R. (2018). Beyond confidence: Development of a measure assessing the 5C psychological antecedents of vaccination. *PLoS One*, 13(12).

- Bundesverfassungsgericht (2020). *Beschluss der 2. Kammer des Ersten Senats vom 29. April 2020*. 1 BvQ 44/20, Rn. (1-19).
- Bornstein, G. (2003). Intergroup conflict: Individual, group, and collective interests. *Personality and Social Psychology Review*, 7(2), 129-145.
- Bradley, M. M., & Lang, P. J. (1994). Measuring emotion: the self-assessment manikin and the semantic differential. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 25(1), 49-59.
- Brewer, N. T., Chapman, G. B., Gibbons, F. X., Gerrard, M., McCaul, K. D., & Weinstein, N. D. (2007). Meta-analysis of the relationship between risk perception and health behavior: the example of vaccination. *Health psychology*, 26(2), 136.
- Bruder, M, Haffke P, Neave N, Nouripanah N, Imhoff R. Measuring individual differences in generic beliefs in conspiracy theories across cultures: conspiracy mentality questionnaire. *Front Psychol*. 2013;4:225. Published 2013 Apr 30. doi:10.3389/fpsyg.2013.00225
- Chajut, E., & Algom, D. (2003). Selective attention improves under stress: Implications for theories of social cognition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 231–248. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.231>
- Dalgard, O. S., Bjørk, S., Tambs, K. (1995) Social support, negative life events and mental health. *The British Journal of Psychiatry* 166, 29–34
- De Jong-Gierveld, J., & Kamphuls, F. (1985). The development of a Rasch-type loneliness scale. *Applied psychological measurement*, 9(3), 289-299.
- De Vries, R. E. (2013). The 24-item brief HEXACO inventory (BHI). *Journal of Research in Personality*, 47(6), 871-880.
- Deutsches Ärzteblatt (2020). Weiter Gegenwind für Immunitätsausweis. (o. J.). Abgerufen 12. Mai 2020, von <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/112584/Weiter-Gegenwind-fuer-Immunitaetsausweis>
- Finger, J. D., Mensink, G., Lange, C., & Manz, K. (2017). Health-enhancing physical activity during leisure time among adults in Germany.
- Finucane, A. M. (2011). The effect of fear and anger on selective attention. *Emotion*, 11(4), 970–974. <https://doi.org/10.1037/a0022574>
- Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (GAD-7). Deutsche Version: © Prof. Dr. Bernd Löwe, 2015, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- Gierveld, J. D. J., & Tilburg, T. V. (2006). A 6-item scale for overall, emotional, and social loneliness: Confirmatory tests on survey data. *Research on aging*, 28(5), 582-598.
- Grimmelikhuijsen, S., & Knies, E. (2017). Validating a scale for citizen trust in government organizations. *International Review of Administrative Sciences*, 83(3), 583–601. <https://doi.org/10.1177/0020852315585950>
- Hall Jamieson, K., & Albarracín, D. (2020). The Relation between Media Consumption and Misinformation at the Outset of the SARS-CoV-2 Pandemic in the US. Harvard Kennedy School Misinformation Review. <https://doi.org/10.37016/mr-2020-012>
- Hautzinger M, Bailer M, Hofmeister D, Keller F. ADS: *Allgemeine Depressionsskala* (2. überarbeitete, neu normierte Auflage). Göttingen, 2012: Hogrefe
- Huxhold, O., Engstler, H., & Hoffmann, E. (2019). Entwicklung der Einsamkeit bei Menschen im Alter von 45 bis 84 Jahren im Zeitraum von 2008 bis 2017.
- Imhoff, R., & Lamberty, P. (2020). *A bioweapon or a hoax? The link between distinct conspiracy beliefs about the Coronavirus disease (COVID-19) outbreak and pandemic behavior*.
- Kazlauskas, E., Gegieckaite, G., Eimontas, J., Zelviene, P., & Maercker, A. (2018). A Brief Measure of the International Classification of Diseases-11 Adjustment Disorder: Investigation of Psychometric Properties in an Adult Help-Seeking Sample. *Psychopathology*, 51(1), 10–15. <https://doi.org/10.1159/000484415>

- Kjær, T. (2005). A review of the discrete choice experiment-with emphasis on its application in health care. *Health Economics Papers 2005:1*. Denmark: Syddansk Universitet
- Kotz, D., Böckmann, M., & Kastaun, S. (2018, April 6). Nutzung von Tabak und E-Zigaretten sowie Methoden zur Tabakentwöhnung in Deutschland. *Deutsches Ärzteblatt*. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/197190/Nutzung-von-Tabak-und-E-Zigaretten-sowie-Methoden-zur-Tabakentwöhnung-in-Deutschland>
- Krawczyk, A., Stephenson, E., Perez, S., Lau, E., & Rosberger, Z. (2013). Deconstructing human papillomavirus (HPV) knowledge: objective and perceived knowledge in males' intentions to receive the HPV vaccine. *American Journal of Health Education, 44(1)*, 26-31.
- Liao, Q., Cowling, B. J., Lam, W. W. T., & Fielding, R. (2011). The influence of social-cognitive factors on personal hygiene practices to protect against influenzas: using modelling to compare avian A/H5N1 and 2009 pandemic A/H1N1 influenzas in Hong Kong. *International Journal of Behavioral Medicine, 18(2)*, 93-104.
- Mantler, J., Schellenberg, E., & Page, J. (2003). Attributions for Serious Illness: Are Controllability, Responsibility, and Blame Different Constructs? *Canadian Journal of Behavioural Science, 35*, 142–152. <https://doi.org/10.1037/h0087196>
- Meltzer, H. (2003) *Development of a common instrument for mental health*. In: Nosikov, A., Gudex, C. (Ed) *EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys*. IOS Press, Amsterdam
- Münnich, R. Gabler, Siegfried ua 2012: Stichprobenoptimierung und Schätzung in Zensus 2011. *Statistik und Wissenschaft, 21*.
- Pearson, S. D., & Raeke, L. H. (2000). Patients' trust in physicians: many theories, few measures, and little data. *Journal of general internal medicine, 15(7)*, 509-513
- Renner, B., & Schwarzer, R. (2005). The motivation to eat a healthy diet: How intenders and nonintenders differ in terms of risk perception, outcome expectancies, self-efficacy, and nutrition behavior. *Polish Psychological Bulletin, 36(1)*, 7-15.
- Robert-Koch-Institut (2012). Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2010". Robert-Koch-Institut, Berlin.
- Schweitzer, M. E., Hershey, J. C., & Bradlow, E. T. (2006). Promises and lies: Restoring violated trust. *Organizational behavior and human decision processes, 101(1)*, 1-19.
- Sharot, T. (2011). The optimism bias. *Current Biology, 21(23)*, R941–R945. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2011.10.030>
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *International journal of behavioral medicine, 15(3)*, 194-200.
- Steel Fisher GK et al (2012). Public response to the 2009 influenza A H1N1 pandemic: a polling study in five countries. *Lancet Infectious Diseases 2012; 12*: 845–50
- Streeck, H., Schulte, B., Kuemmerer, B., Richter, E., Hoeller, T., Fuhrmann, C., Bartok, E., Dolscheid, R., Berger, M., Wessendorf, L., Eschbach-Bludau, M., Kellings, A., Schwaiger, A., Coenen, M., Hoffmann, P., Noethen, M., Eis-Huebinger, A.-M., Exner, M., Schmithausen, R., ... Kuemmerer, B. (2020). Infection fatality rate of SARS-CoV-2 infection in a German community with a super-spreading event [Preprint]. *Infectious Diseases (except HIV/AIDS)*. <https://doi.org/10.1101/2020.05.04.20090076>
- Thomas, A. (2020). Corona – Statt Beatmung Sterbebegleitung bei über 80-jährigen Patienten. *AerzteZeitung.de*. <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Stattd-Beatmung-Sterbehilfe-bei-ueber-80-jaehrigen-Covid-19-Patienten-408102.html>
- Woerner, W., Becker, A., Friedrich, C., Klasen, H., Goodman, R. & Rothenberger, A. (2002). Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung. *Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 30*, 105–112.
- World Health Organization (WHO). (1998). WHO (Fünf)-Fragebogen zum Wohlbefinden (Version 1998). Hillerød, Denmark: Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Center for Mental Health, 4.