

COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO) — Welle 13

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

Stand: 02.06.2020 (Version 13-02)

Cornelia Betsch¹, Lars Korn¹, Lisa Felgendreiff¹, 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, Klaus Lieb⁸

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 Leibniz-Institut für Resilienzforschung (LIR), Wallstr. 7, 55122 Mainz

Peer-Review: Robert Böhm (Universität Kopenhagen), Tobias Rothmund (Universität Jena)

Abstract

Risk perception and acceptance of the measures are at the level before the lockdown and reflect low infection rates and the current developments towards more loosening of the restrictions. Protection behavior remains at a high level, stagnating or in some cases slightly declining. 88% report keeping the distance of 1.5m, 82% wash their hands for 20 seconds, 82% wear masks. People who think measures are exaggerated adhere less frequently to these measures. This group makes up a fifth of the respondents; among them the desire for demonstrations is also larger and they have more existential fears. Younger people under 30 in particular assume that others do not follow the rules. **Loosening restrictions:** 37% think that lifting restrictions and providing only recommendations would be effective to curb the spread of COVID-19. 33% think that most people would follow the recommendations even if the general restrictions were no longer mandatory. Those who reject measures in general agree more with these two issues; however, they show less protective behavior themselves. **Masks:** Knowledge that masks primarily protect others is high; if others wear a mask, one's own perceived susceptibility to COVID-19 is reduced. Wearing a mask is perceived as a social contract - those who participate are (socially) rewarded, those who violate the contract are negatively evaluated and seen as less prosocial. A mandatory mask policy was perceived as more fair than a voluntary policy and uptake increased, as evident in the data since April, and in a hypothetical behavioral experiment included in the survey. **Pandemic management measures** such as a tracing app, vaccinations against COVID-19 or an immunity pass are viewed rather skeptically.

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 13. Datenerhebung (26.05.-27.05.2020). Die Datenerhebungen finden wöchentlich dienstags und mittwochs statt.

Die 925 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: 88% halten 1.5m Abstand (Abstands-Regel), 80% waschen sich 20 Sekunden die Hände (Hygiene-Regel), 82% 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).

Je älter die Befragten, desto eher glauben sie daran, dass die Mehrheit oder sogar alle Personen ihres Alters die Maßnahmen umsetzen. In der Altersgruppe 18 bis 29 glauben knapp 60% nicht, dass sich die Mehrheit an die Handlungsempfehlungen zum Infektionsschutz hält.

- *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: Da soziale Normen Verhalten beeinflussen können, sollten diese kommuniziert werden (wer, wie viele halten sich tatsächlich an die Regeln?) und positive Beispiele vor allem im jüngeren Alterssegment gegeben werden.*

Maßnahmen oder Lockerungen ablehnen

Bei der Einschätzung der Sinnhaftigkeit der Maßnahmen und Lockerungen scheint es zum einen viele Unentschiedene zu geben (45%), zu anderen zwei eher polarisierte „Lager“: 30% finden die Lockerungen (eher) übertrieben, während 19% 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 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). Sie haben größere persönliche Sorgen um ihre finanzielle Sicherheit oder den Arbeitsplatz. Hier ist auch der Wunsch nach Demonstrationen höher.

- *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 Sorgen dieser Gruppe sollten ergründet werden.*
- *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 Fällen pro 100.000 Einwohnern

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

59% 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 37% (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).

Hinzukommt, dass v.a. junge Menschen denken, dass andere sich nicht an die Regeln halten; dies geht oft damit einher, dass man sich selbst auch weniger an die Regeln hält.

- *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?

In dieser Welle wurde nochmal rückwirkend bis Mitte April das Masketragen analysiert sowie ein Experiment zu den sozialen und Verhaltenskonsequenzen verpflichtender und freiwilliger Regelungen zum Masketragen durchgeführt.

Zusammengefasst zeigt sich:

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. 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 (96%); 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. Insgesamt berichtet ein Drittel von finanziellen Problemen.

In diesem Zusammenhang wurde nach der Akzeptanz eines bedingungslosen Grundeinkommens gefragt. Ca. zwei Drittel befürworten die Einführung eines bedingungslosen Grundeinkommens; der Zusammenhang zwischen eigenen finanziellen Problemen und der Befürwortung ist jedoch schwach.

- *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 zur Vorwoche 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 sind bereit eine Tracing-App zu nutzen

Die Bereitschaft zur Nutzung einer Tracing-App ist weiter stabil. 49% (Vorwoche 50%) 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.

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

Hypothetische Impfung gegen das Coronavirus

60% würden sich (eher) gegen COVID-19 impfen lassen, Mitte April waren es noch 79%, seitdem sinkt die Bereitschaft kontinuierlich. 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 60% 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.*

Immunitätspass

Immunität ist die Vorbedingung für einen Immunitätspass. Das Wissen hierzu ist wissenschaftlich unsicher, das zeigt sich auch in der Bevölkerung, in der noch viele eher skeptisch gegenüber einem Immunitätspass eingestellt sind:

21% denken, dass man nach einer COVID-19 Infektion immun ist; dieser Anteil sinkt seit April.

46% aller Befragten sind der Meinung, dass ein Immunitätsausweis nicht eingeführt werden soll (Vorwoche 45%).

- *Empfehlung: Sollte ein Immunitätspass eingeführt werden, sollte sehr klar der Nutzen des Passes kommuniziert werden.*

Kinderkrankheit in möglicher Verbindung mit COVID-19

Eltern nehmen für ihre Kinder ein höheres Erkrankungsrisiko wahr als für sich selbst (ein Drittel denkt, ihr Kind wird (eher) an Corona erkranken, über sich selbst denken es 22%).

In den Medien wird derzeit im Zusammenhang mit COVID-19 über eine Kinderkrankheit berichtet, zu deren Symptomen anhaltendes Fieber, Ausschlag, Bauchschmerzen und Erbrechen zählen. Die Ursache wird in einer Fehlreaktion des Immunsystems auf Atemwegsinfektionen vermutet. In einzelnen Fällen endet die Erkrankung tödlich.

51% haben bereits davon gehört; 14% halten es für (eher) wahrscheinlich, dass diese Krankheit bei ihrem Kind oder ihren Kindern nach einer Infektion auftritt. 57% halten diese Krankheit für (eher) besorgniserregend. Diese Erkrankung wurde auch häufig in den offenen Textfeldern genannt, in denen die Probanden Informationen aufführen, über die sich die Probanden nicht sicher sind, ob sie richtig oder falsch sind.

Öffnung von Schulen und Kitas

Immer noch ca. ein Drittel der Eltern stimmt einer vorsorglichen Schließung von Gemeinschaftseinrichtungen zu. Die Hälfte aller Eltern stimmt der sofortigen Öffnung von Schulen und Kitas zu, ca. ein Drittel lehnt die sofortige Öffnung ab. Wer keine Kinder unter 18 hat, lehnt die sofortige Öffnung von Schulen und Kitas eher ab oder hat dazu keine eindeutige Meinung.

44% finden in Bezug auf ihre Kinder Corona und 57% die möglicherweise damit assoziierte Kinderkrankheit besorgniserregend. Wer sich diesbezüglich mehr Sorgen macht, der möchte auch eher die Gemeinschaftseinrichtungen weiter geschlossen halten (schwache statistische Zusammenhänge zwischen $r = .10$ und $.19$).

Frühere Befragungen (Welle 10) haben gezeigt, dass Eltern skeptisch sind, dass die jeweiligen Einrichtungen und die Kinder die Hygieneregeln durchsetzen bzw. einhalten.

- *Empfehlung: Hygienekonzepte, denen Eltern vertrauen und die Schüler und Lehrer umsetzen können, scheinen wichtig, um Eltern den Wiedereintritt ihrer Kinder in den Schul/Kita-Alltag zu erleichtern.*

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). 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.

Resilienz, Einsamkeit und soziale Unterstützung

Resilienz ist die psychische Widerstandskraft, die Fähigkeit, schwierige Lebenssituationen ohne anhaltende Beeinträchtigung zu überstehen. Die aktuellen Resilienz-Werte unterscheiden sich vom deutschen Normkollektiv (LIR Mainz, Kunzler et al. 2018) in Abhängigkeit vom Alter: Im Rahmen der Corona-Krise schätzen sich jüngere Personen als weniger resilient und Menschen älter als 60 Jahre als resilienter ein als das Normkollektiv (LIR, Kunzler et al. 2018).

Aktuell empfinden sich außerdem viele Menschen als einsam. So sind von den 18 bis 29-Jährigen 26,6 % als einsam einzustufen verglichen mit 11,2 % von den 65-74-Jährigen. In Single-Haushalten lebende Personen fühlen sich eher einsam (30,9 %), als Personen die nicht allein in einem Haushalt wohnen (19,9 %). Diese Werte liegen deutlich über Werten der Deutschen Alterssurvey 2017.

Auch ist das Ausmaß an erhaltener Unterstützung derzeit geringer als im Vergleich zur GEDA-Studie aus dem Jahr 2012. Dies könnte auf die Kontaktbeschränkungen in der Corona-Situation zurückzuführen sein. Besonders mussten Betroffene auf die Unterstützung durch Freunde, Familie, Nachbarn und die Kirche bzw. die Religionsgemeinschaft verzichten. Jüngere Befragte mit Kindern im Haushalt mussten eher auf Unterstützung durch die Familie oder Freunde verzichten als ältere Befragte ohne Kinder.

2 Methode

2.1 Stichprobe

Die Probandinnen und Probanden werden über einen Online-Panelanbieter (Respondi, <https://www.respondi.com/>) eingeladen. Wöchentlich wird eine repräsentative Verteilung der N=1000 Befragten zwischen 18-74 Jahren auf Basis der Zensusdaten aus Deutschland angestrebt (Münnich et al., 2012). In Welle 13 wurden 925 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 sowie psychische und chronische Erkrankungen hinzu. In Welle 13 wurde außerdem der allgemeine Gesundheitszustand abgefragt.

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). Zusätzlich wurde das Symptomwissen (*Welche der folgenden Symptome können mit dem neu aufgetretenen Coronavirus in Verbindung gebracht werden?*) von Welle 1 bis Welle 5 für zehn Krankheitsanzeichen (z. B. Kopfschmerzen oder Durchfall) abgefragt. 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 Optimismus 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 – nicht angsteinflößend, langsam ausbreitend – schnell ausbreitend, Bradley & Lang, 1994).

Psychische Gesundheit und Wohlbefinden. In den Wellen 4-6, 8 & 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 Befragungswellen 3-6, 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; (1) Nie – (7) Sehr häufig). Die 8-11 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 (1) Nie – (7) Sehr häufig. In Welle 11 wurde außerdem eine Frage zur Informationspolitik des Robert Koch-Instituts hinzugefügt, die mit der Nachricht eingeleitet wurde, dass das die Frequenz seiner Pressekonferenzen zurückgefahren wird. Anschließend sollte die Häufigkeit bis dato (2-mal pro Woche) sowie die angestrebte Häufigkeit (bei besonderen Ereignissen) auf einer siebenstufigen Skala von (1) Zu selten – (7) Zu häufig bewertet werden.

Vertrauen in Institutionen. Abgefragt für 11-12 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 (1) Sehr wenig Vertrauen – (7) Sehr viel Vertrauen antworten. Keine Angabe war ebenfalls eine Option (Pearson & Raeke, 2000, Schweitzer et al., 2006). In Welle 8 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 (1) Stimme überhaupt nicht zu – (7) Stimme voll und ganz zu 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 (1) stimme überhaupt nicht zu – (7) stimme voll und ganz zu

beantwortet wurden. Mit weiterer Abnahme der Einschränkungen wurden in Welle 13 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 7-10 Items wird 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)*). Außerdem wurde in Welle 10 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 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).

Überzeugung zu Verschwörungstheorien. In Welle 10 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). In Welle 11 und 12 wurde sowohl die Tendenz zu verschwörungstheoretischem Denken als auch die Überzeugung zu Verschwörungstheorien abgefragt.

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. 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)) wurde ab Welle 4 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.

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 Auseinandersetzungen (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 (min. 2,5 Stunden pro Woche) und Muskelstärkung (min. 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 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 Befragungswellen 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, 11 und 12 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 ab Welle 5 bis Welle 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 über Welle 11 hinaus mit zwei Items erhoben, wobei in kleinere (z.B. Diskussionen) und größere Meinungsverschiedenheiten (z.B. Handgreiflichkeiten) unterschieden wurde.

Familiäre Belastung. Ebenfalls ab Welle 5 wurde abgefragt, ob Teilnehmende ihre aktuelle Situation als belastend empfänden (Ja/Nein). In Welle 12 wurde zusätzlich 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. Gefiltert 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 ihrer Eltern Sorgen und Ängste über Corona äußerten (1 Mehrmals täglich – 6 Nie).

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 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 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 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 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 Freifeldeingabe 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 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. Dies wurde in Welle 8 mithilfe von siebenstufigen Skalen von (1 Stimme voll und ganz zu – 7 Stimme überhaupt nicht zu) erhoben. Zunächst wurden drei Items zur Politik innerhalb der EU abgefragt (z. B. **Deutschland sollte zur Bewältigung der Corona-Situation gemeinsam mit anderen EU-Staaten Schulden aufnehmen (sogenannte „Corona-Bonds“)*), *es folgten 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)*. *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.

Häufigkeit risikoreicher Tätigkeiten. Ab 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. Für 15 verschiedene Einrichtungen des öffentlichen Lebens (z.B. Gotteshäuser oder Grundschulen) wurde in Welle 9 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). Für die Hygiene in Kitas und Schulen wurde in Welle 7 und Welle 10 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 in ebendiesen Wellen 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 (1 extrem unwahrscheinlich – 7 extrem wahrscheinlich) sowie um die Wahrnehmung der Nähe (1 nah – 7 weit entfernt) 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 (1 gar nicht , 2 weniger als 1 Monat – 14 12 Monate) 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* (1 extrem unwahrscheinlich – 7 extrem wahrscheinlich).

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 (1) – Nein (2)) 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 (z.B. *Ich habe schon einmal die AfD gewählt*). 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)).

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 gehrfeigt, 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 der 9. und 11. Welle 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 – 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. Wie in Erhebungswelle 9 wurde erst 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 gegenwärtige 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 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 subject-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)).

2.3 Durchführung

Die Online-Befragung wird auf Unipark durchgeführt und ist für Probanden von dienstags, 12 Uhr bis mittwochs, 24 Uhr zur Teilnahme geöffnet. Alle Probanden stimmen aktiv der Datenverarbeitung zu. Auf Basis der soziodemografischen Daten werden Probanden ausgefiltert, die unter 18 Jahre alt sind oder deren Quote (Verteilung Alter/Geschlecht oder Bundesland) bereits vollständig erfüllt ist. Probanden, die zur Befragung zugelassen werden, erhalten Instruktionen und bei Bedarf eine kurze Erklärung zum neuartigen Coronavirus und dem aktuellen Ausbruchsgeschehen. Danach beantworten die Probanden den jeweiligen Fragebogen. Abschließend werden ihnen im Debriefing weiterführende Informationen auf der Webseite des Robert-Koch Institutes verlinkt.

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.

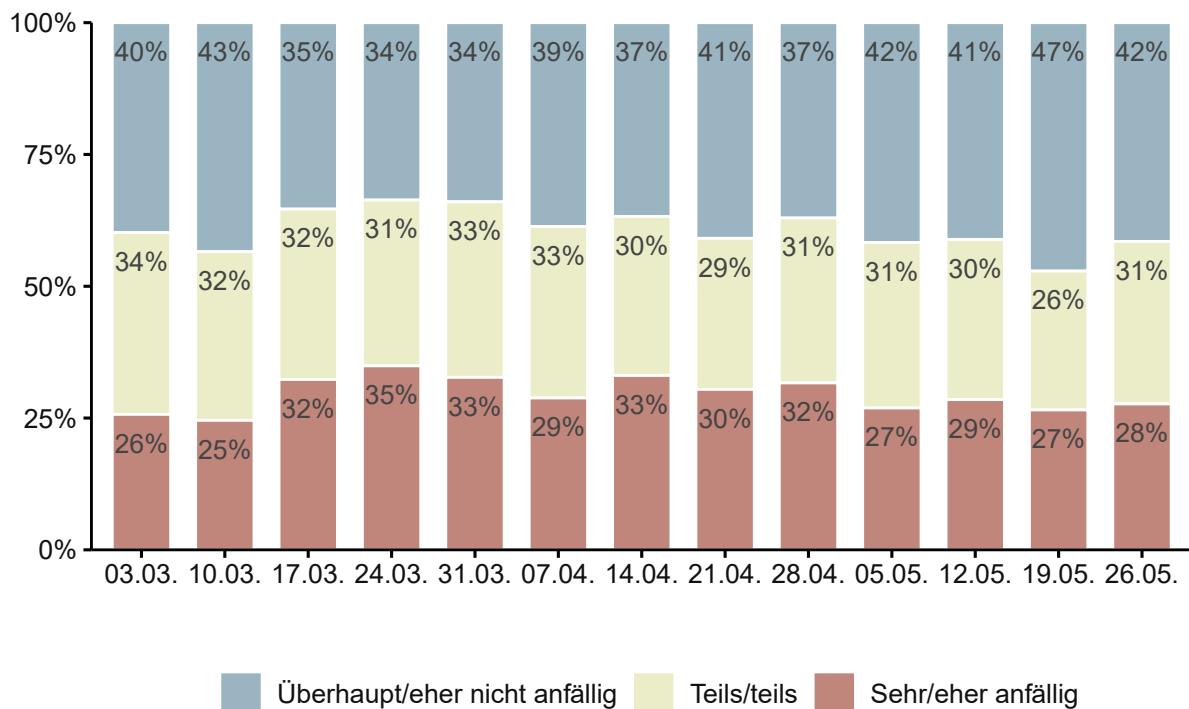
Die folgenden Grafiken zeigen den aktuellen Stand und die Veränderung der relevanten Variablen.

3.1 Risikowahrnehmung

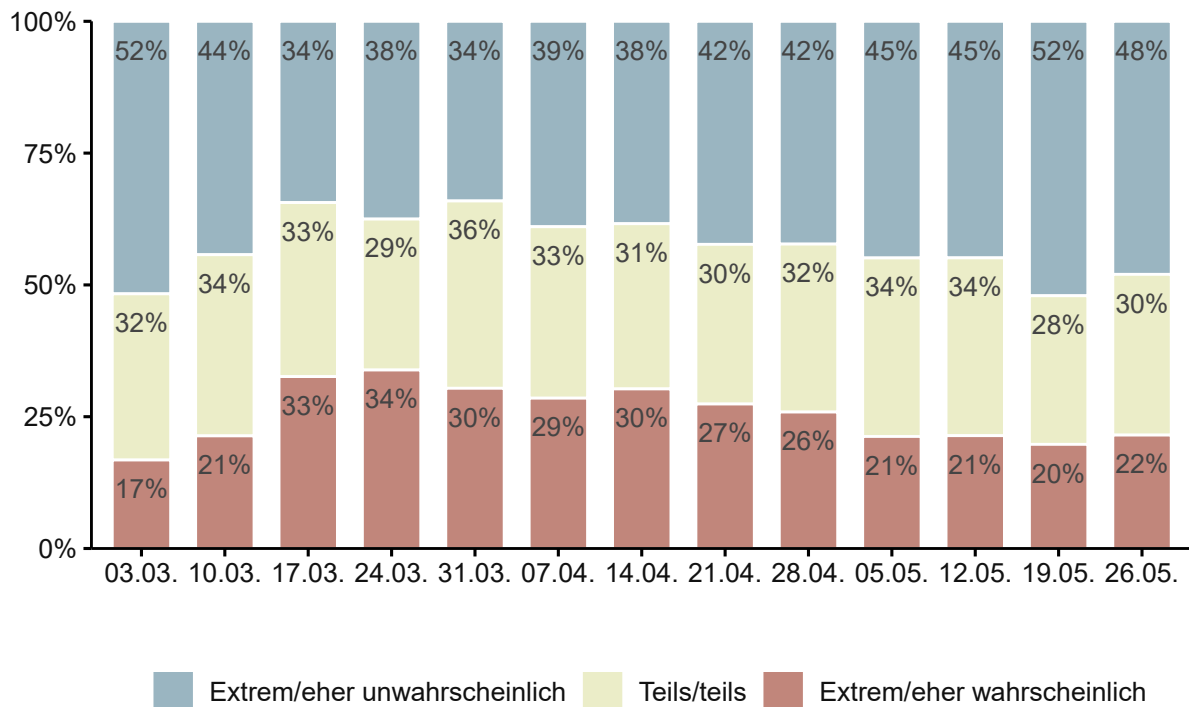
Die folgenden drei Grafiken zeigen verschiedene Aspekte der Risikowahrnehmung im Verlauf der Erhebungen.

Insgesamt bleiben die drei Dimensionen von Risikowahrnehmung recht stabil: Die wahrgenommene Wahrscheinlichkeit zu erkranken geht im Vergleich zu März und April wieder zurück, der Schweregrad der eigenen Erkrankung bleibt auf erhöhtem Niveau konstant und die Anfälligkeit für die Erkrankung in Bezug auf COVI-19 bleibt auf einem niedrigen Niveau stabil.

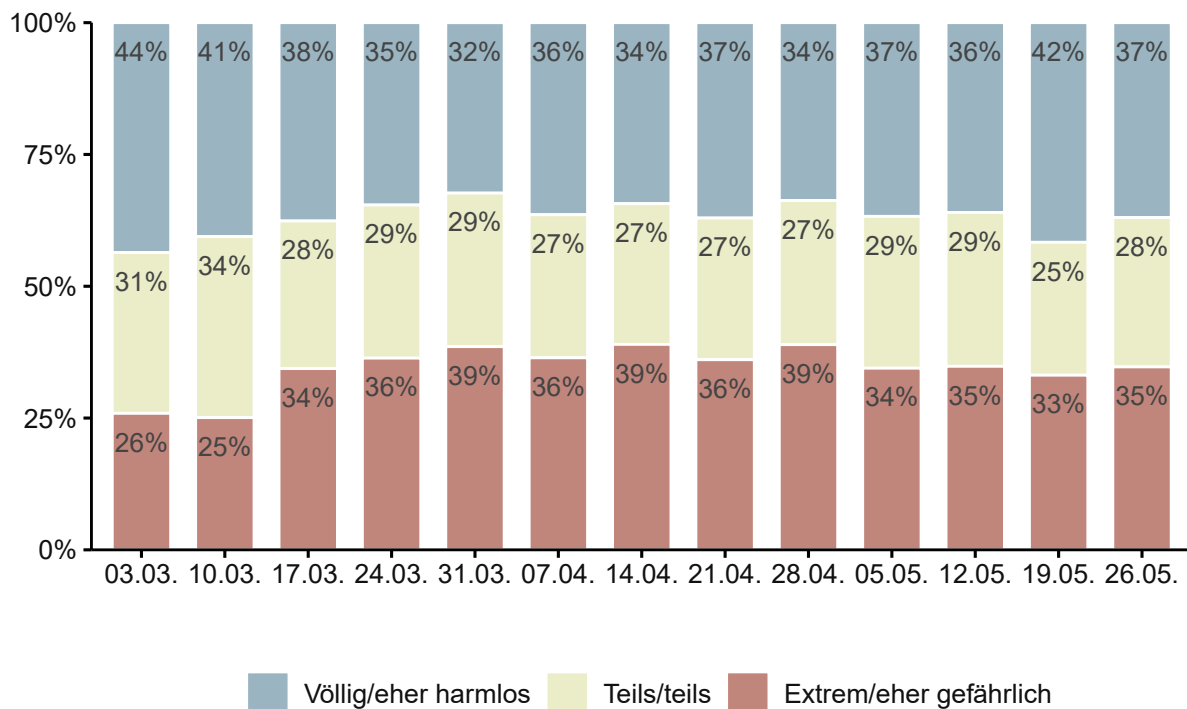
Als wie anfällig schätzen Sie sich für eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus ein?



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



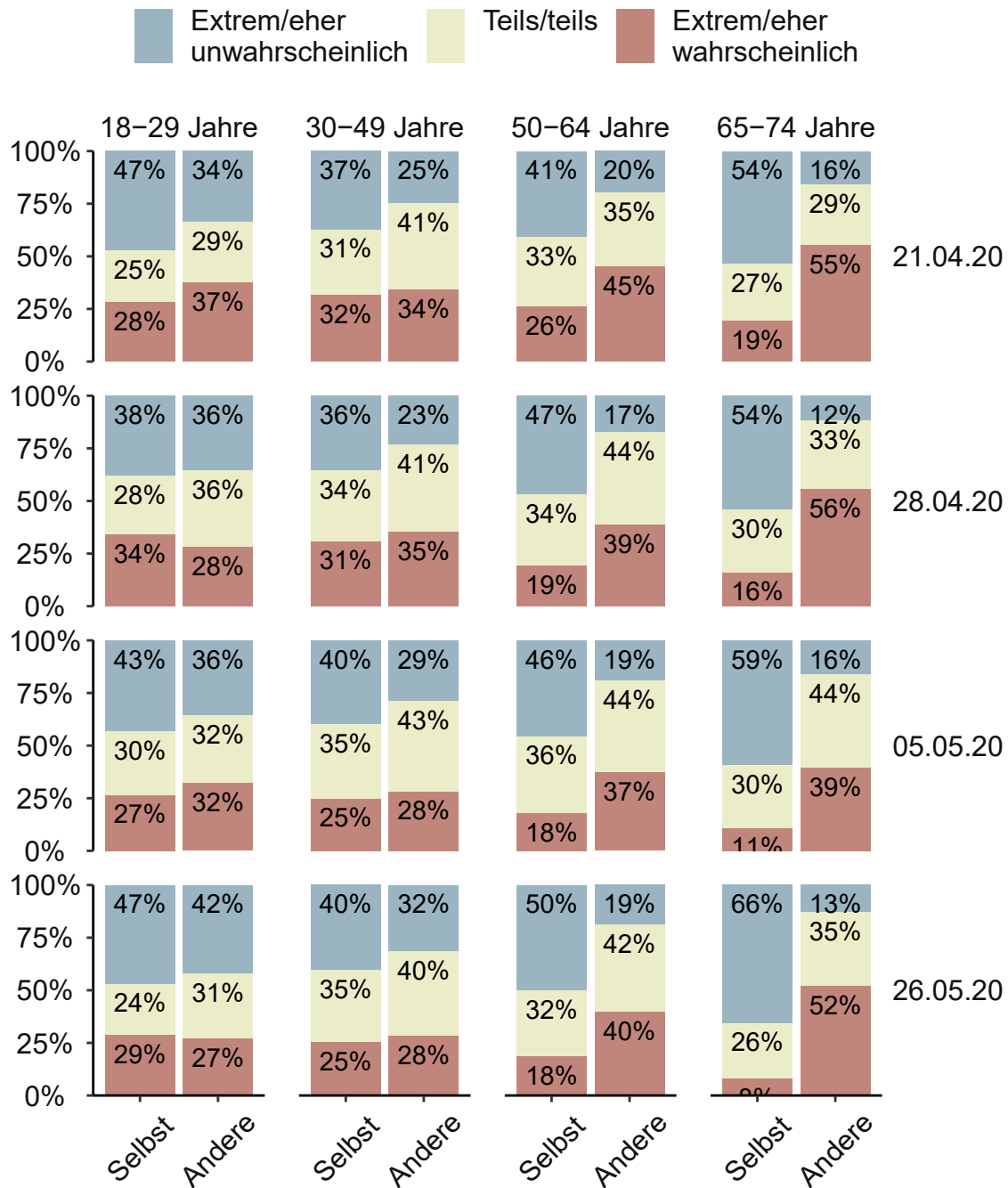
Wie schätzen Sie eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus für sich selbst ein?



Optimistic Bias

Die wahrgenommene Wahrscheinlichkeit selbst zu erkranken kann sich deutlich von der wahrgenommenen Erkrankungswahrscheinlichkeit Anderer unterscheiden. Besonders bei Personen ab 50 Jahren sehen wir einen Optimistic bias: Für sich selbst wird die Wahrscheinlichkeit zu erkranken als geringer wahrgenommen als für andere Personen desselben Alters und Geschlechts. Je älter die Befragten, desto größer ist die Diskrepanz zwischen den beiden Wahrscheinlichkeiten. In der Altersstufe über 65 ist im letzten Monat ein stetiger Rückgang in der wahrgenommenen Wahrscheinlichkeit, selbst zu erkranken, zu verzeichnen, während diese in den anderen Altersgruppen relativ stabil bleibt.

Wie hoch schätzen Sie die Wahrscheinlichkeit ein, sich mit dem neuartigen Coronavirus zu infizieren?



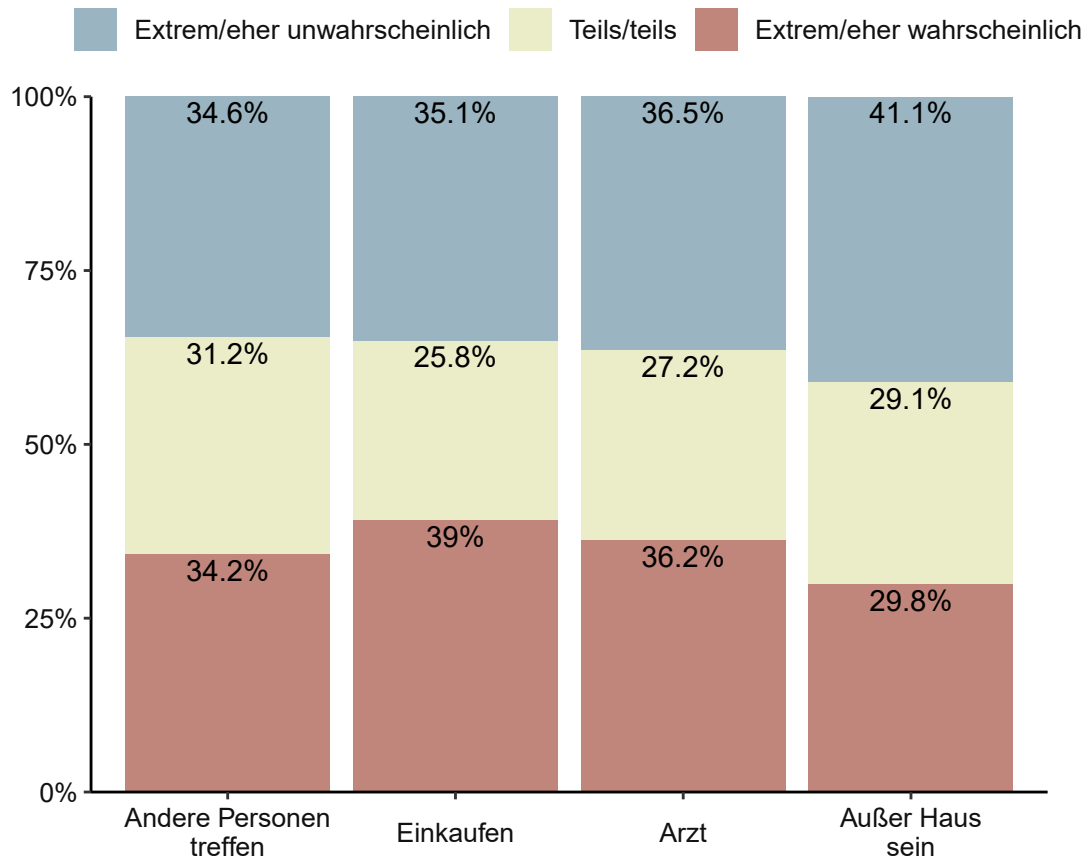
Ansteckungswahrscheinlichkeit in verschiedenen Situationen

Die Teilnehmenden wurden befragt, wie hoch sie ihre Erkrankungswahrscheinlichkeiten in bestimmten Situationen einschätzen. Abgefragt wurden verschiedene potenzielle Infektionsquellen, wobei die Stunden außer Haus auch Bewegung im Freien einschließen können.

Die Wahrscheinlichkeit wurde von den Befragten bei einem Einkauf als am höchsten und außer Haus als am geringsten eingestuft.

Erkrankungswahrscheinlichkeit in Abhängigkeit von Ort und Tätigkeit

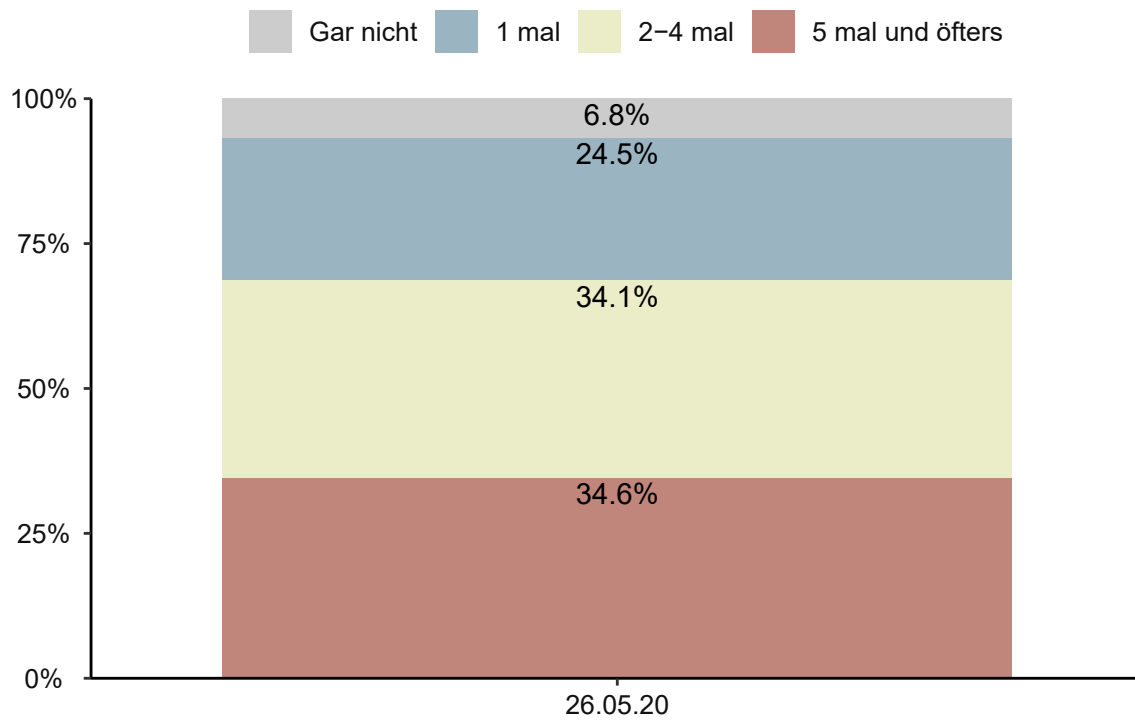
Abweichung von 100% können wegen
Rundung zustande kommen
Ergebnisse der aktuellen Welle (26.05.20)



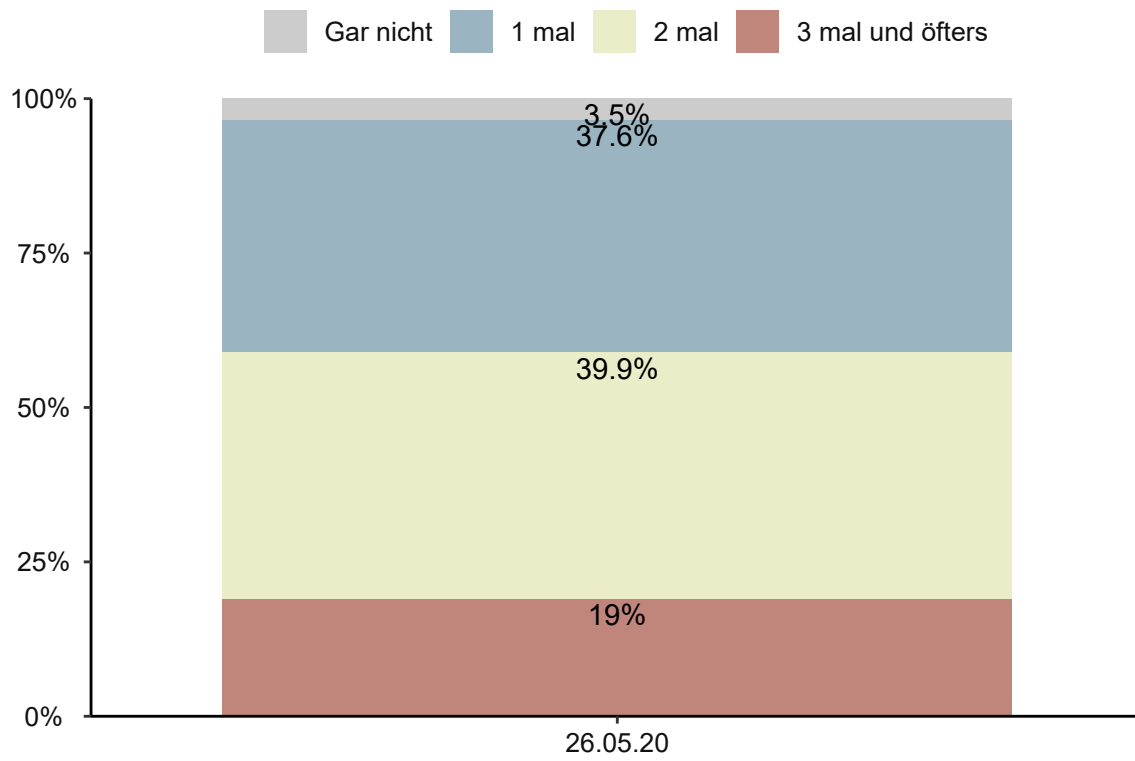
Aufsuchen verschiedener Situationen

Zudem wurden die Teilnehmer gefragt, wie häufig sie Situationen aufgesucht haben, bei denen Sie potentiell mit in den Kontakt mit einer Infektionsquelle kommen könnten. Mittlerweile kommt über ein Drittel der Bevölkerung mehr als 5 Mal pro Woche mit Menschen in Kontakt, die nicht zum eigenen Haushalt gehören. Im Vergleich zur Vorwoche gibt es einen deutlichen Anstieg hinsichtlich der Stunden, die nicht zu Hause verbracht werden.

Wie viel Mal pro Woche sehen Sie Personen,
die nicht zu Ihrem Haushalt gehören?



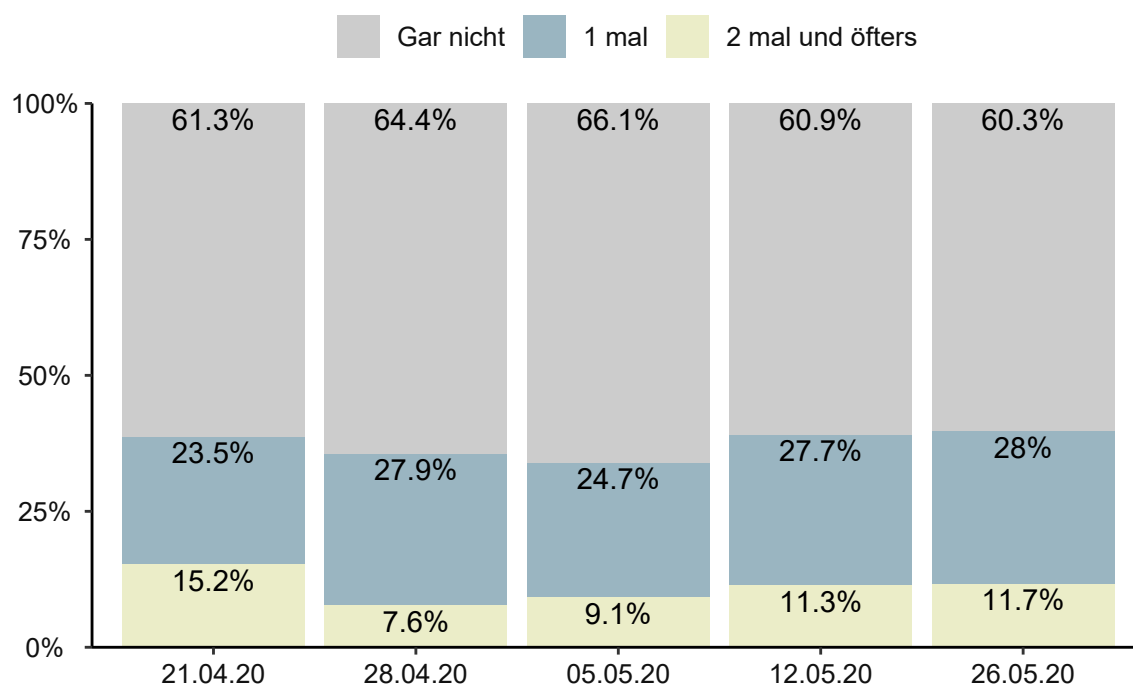
Wie oft gehen Sie pro Woche einkaufen?



Wie oft waren Sie im vergangenen Monat beim Arzt?

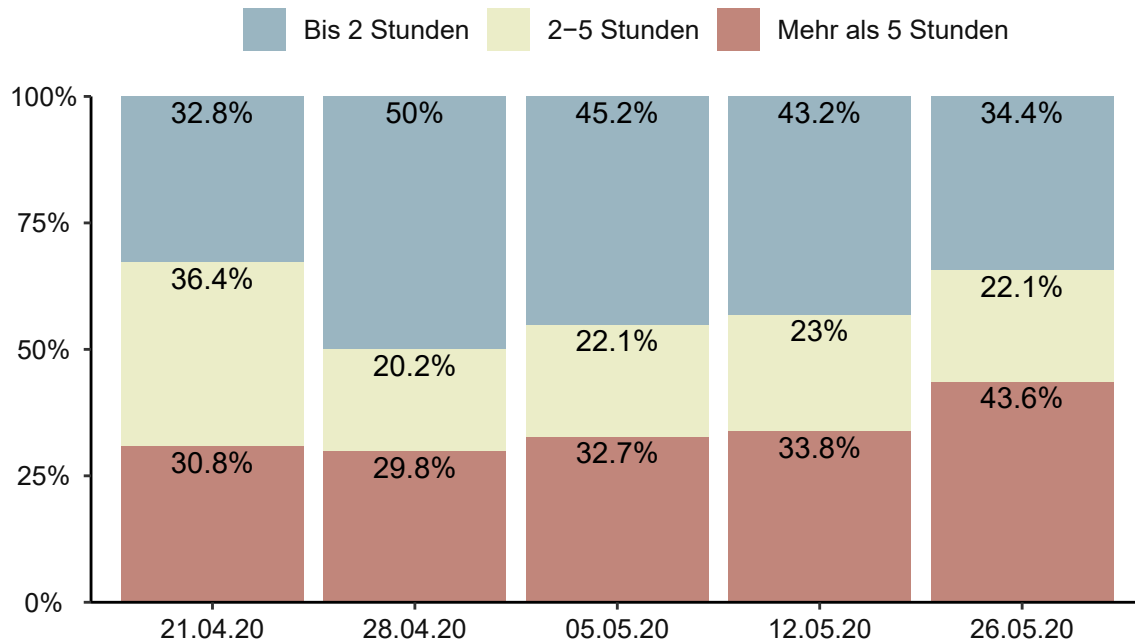
Die Angaben beziehen sich jeweils auf die letzten 4 Wochen.

Am 21.04. wurde die Frage ohne Antwortvorgaben gestellt.



Wie viele Stunden pro Tag haben Sie in der letzten Woche im Schnitt NICHT zu Hause verbracht?

Die Angaben beziehen sich jeweils auf die zurückliegende Wochen.
Am 21.04. wurde die Frage ohne Antwortvorgaben gestellt.



3.2 Potenzielle Kinderkrankheit

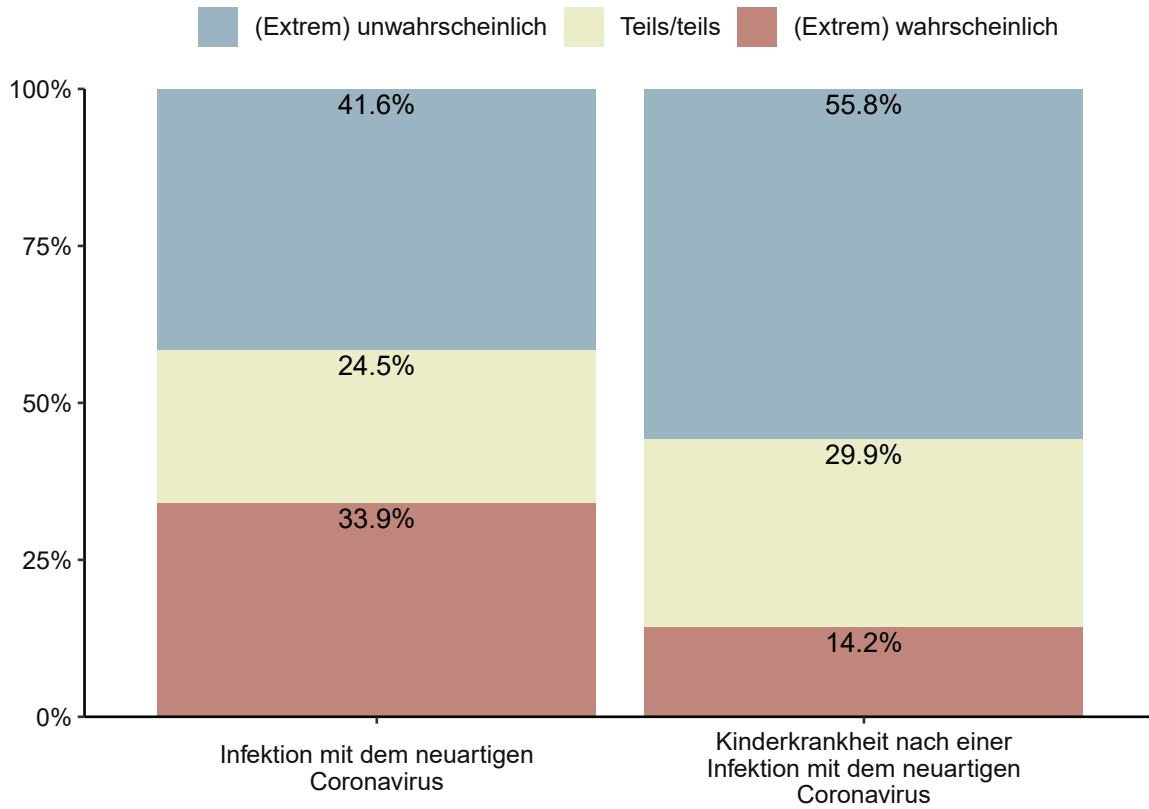
In den Medien wird derzeit im Zusammenhang mit COVID-19 über eine Kinderkrankheit berichtet, zu deren Symptomen anhaltendes Fieber, Ausschlag, Bauchschmerzen und Erbrechen zählen. Die Ursache wird in einer Fehlreaktion des Immunsystems auf Atemwegsinfektionen vermutet. In einzelnen Fällen endet die Erkrankung tödlich.

51.1 % der befragten Eltern haben bereits von der Krankheit gehört (Vorwoche: 62.8 %).

56.6 % der befragten Eltern halten diese Krankheit für (eher) besorgniserregend, 14.2 % halten es für (eher) wahrscheinlich, dass diese Krankheit bei ihrem Kind oder ihren Kindern nach einer Infektion auftritt.

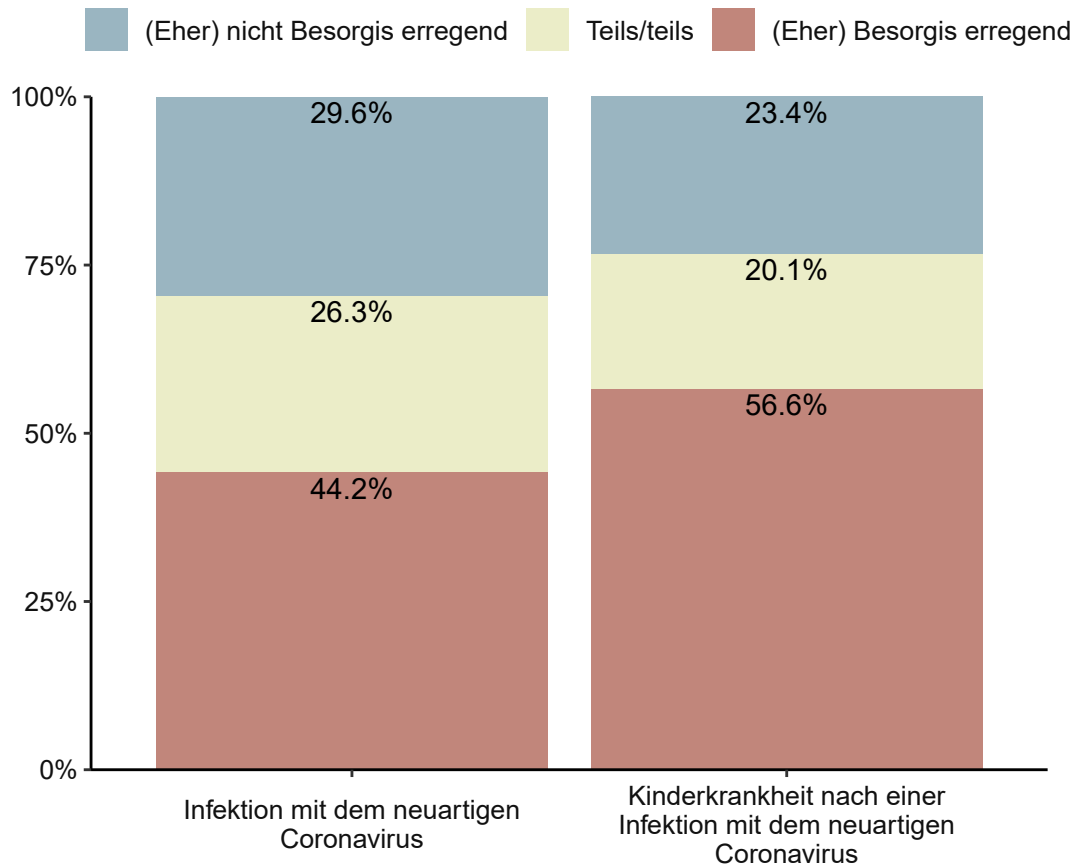
Erkrankungswahrscheinlichkeit des Kindes/der Kinder

Aussagen wurden nur von Eltern mit Kindern < 18 Jahre bewertet (n = 274)
Abweichung von 100% können wegen
Rundung zustande kommen
Ergebnisse der aktuellen Welle (26.05.20)



Besorgnis über Erkrankung des Kindes/der Kinder

Aussagen wurden nur von Eltern mit Kindern < 18 Jahre bewertet (n = 274)
Abweichung von 100% können wegen
Rundung zustande kommen
Ergebnisse der aktuellen Welle (26.05.20)

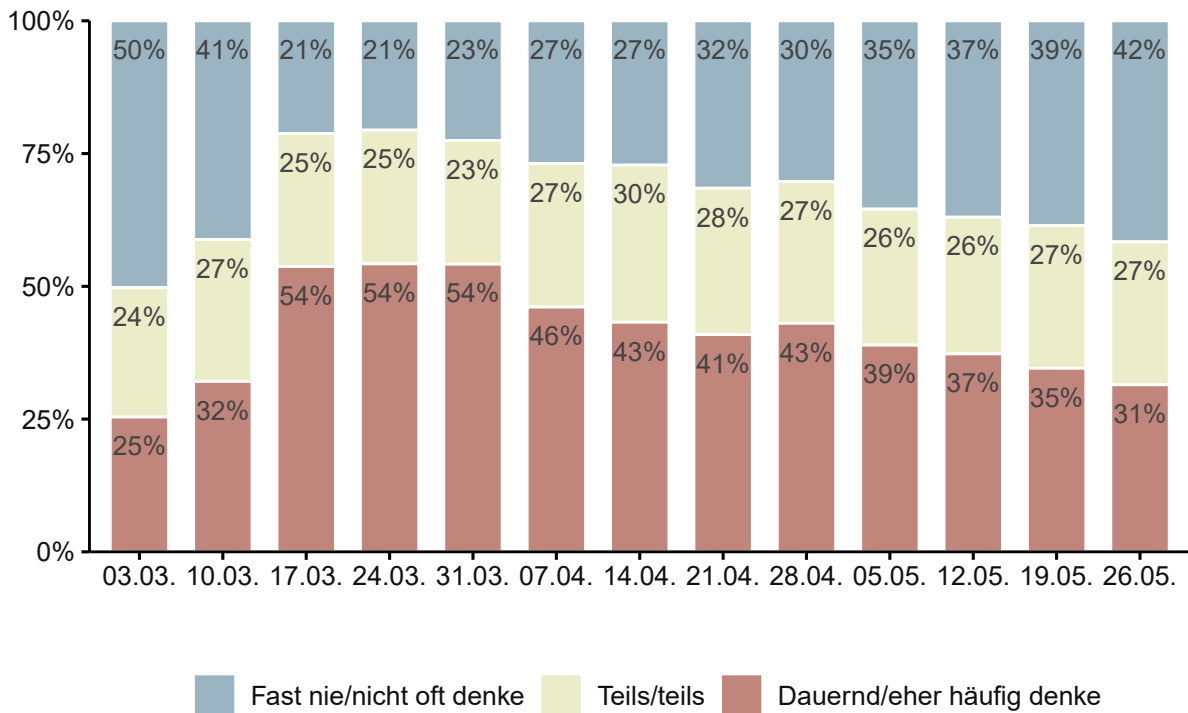


3.3 Corona und Emotionen

Die folgenden drei Grafiken zeigen verschiedene emotionale Aspekte des Themas und deren Entwicklung über den Verlauf der Erhebungen. Nach einem stetigen Anstieg der Dominanz des Themas, der Angst und Besorgnis bis Ende März gehen die Werte langsam aber durchgängig zurück.

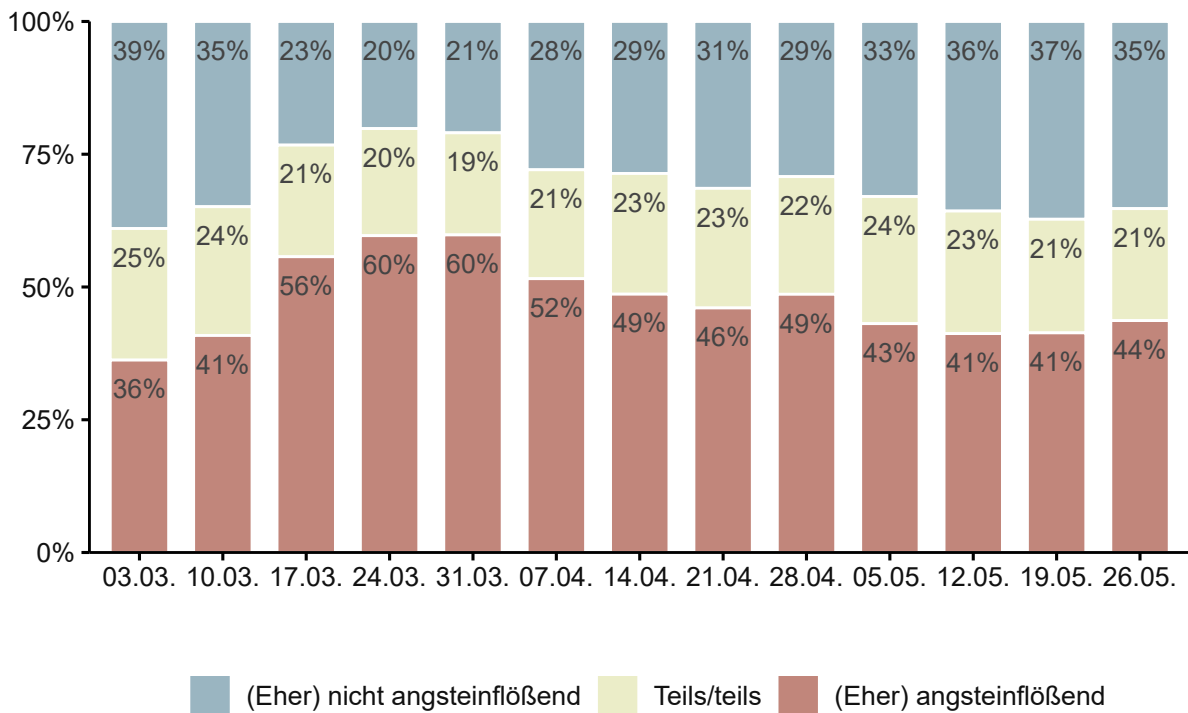
Dominanz des Themas

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



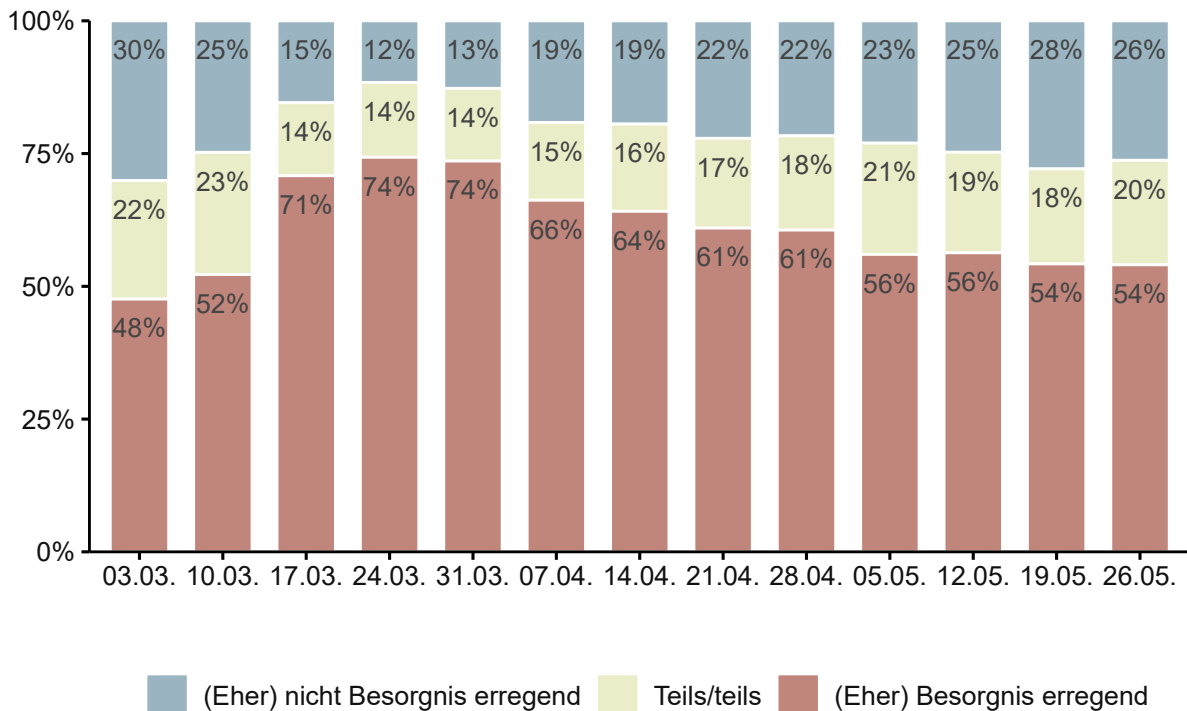
Angst

Das neuartige Coronavirus ist für mich ...



Besorgnis

Das neuartige Coronavirus ist für mich ...



3.4 Sorgen

Verschiedene Sorgen können über die Zeit relevant werden. Im Vergleich zur Vorwoche bleiben die meisten relativ stabil.

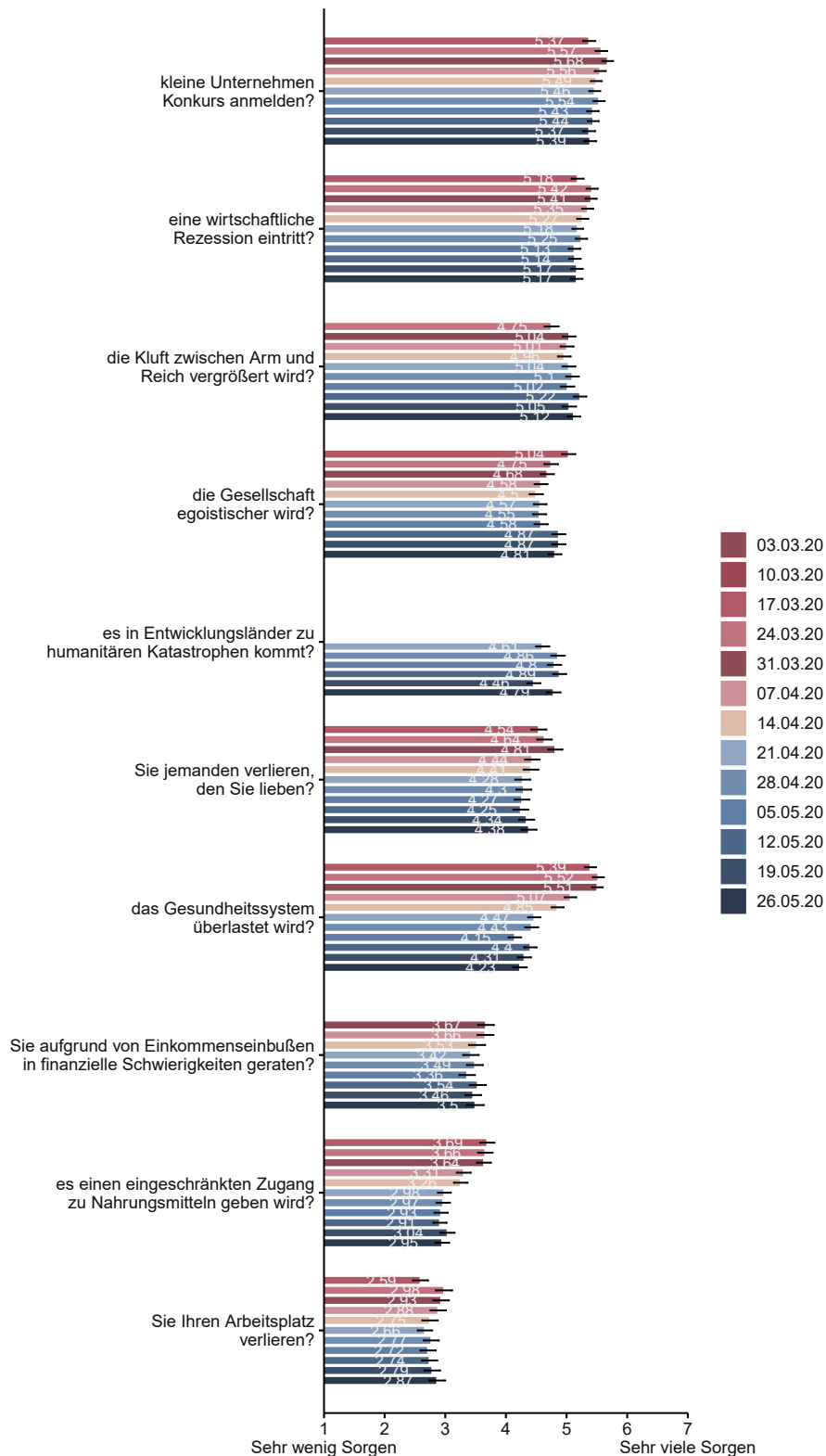
Verschiedene Sorgen können über die Zeit relevant werden. Im Vergleich zur Vorwoche bleiben diese relativ stabil. Individuelle wirtschaftliche Sorgen sind im Vergleich eher gering ausgeprägt (z.B. vor finanziellen Einbußen, Verlust des Arbeitsplatzes). Die Sorgen um soziale Herausforderungen (Kluft zwischen Arm und Reich, Egoismus in der Gesellschaft) sind ebenfalls konstant präsent. Die Furcht vor humanitären Katastrophen in Entwicklungsländern stieg nach den geringeren Werten der letzten Befragung auf das hohe, durchschnittliche Niveau des letzten Monats an. Im Hinblick auf die eigene Grundversorgung gehen die Sorgen tendenziell zurück (Gesundheitssystem, Nahrungsmittel, Strom). Die Sorge um die gesamtgesellschaftliche Wirtschaftskraft ist 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).

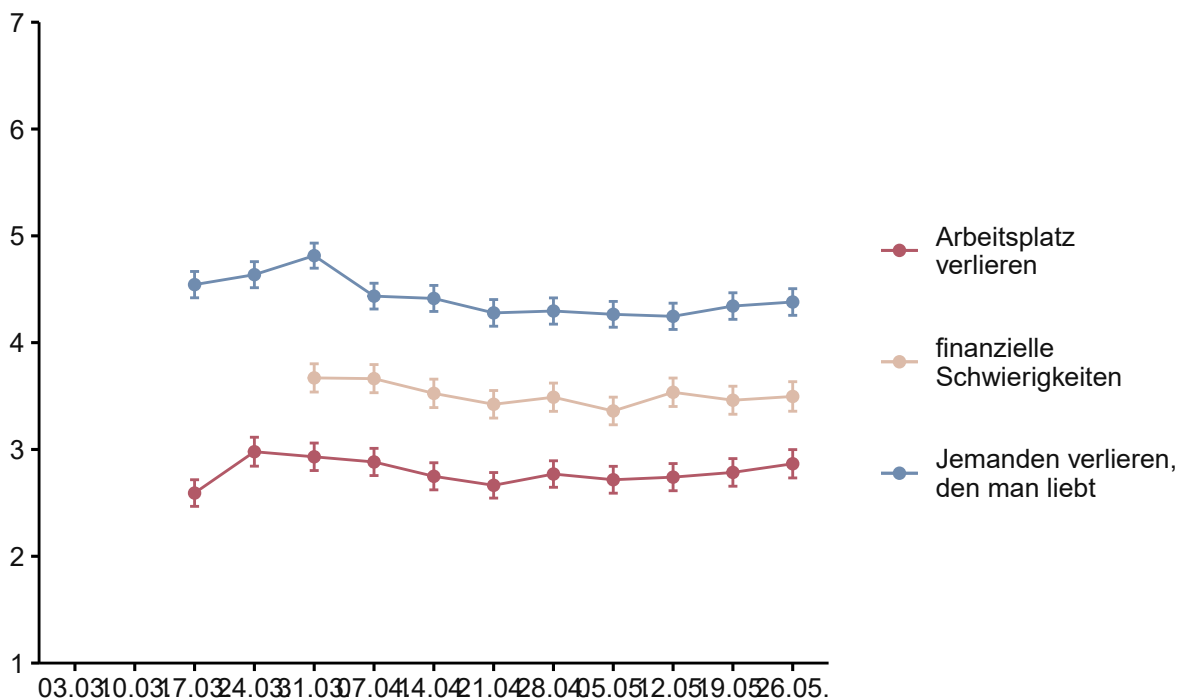
Aufgrund der jetzigen Corona-Situation, wie viele Sorgen machen Sie sich, dass ...

- 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.



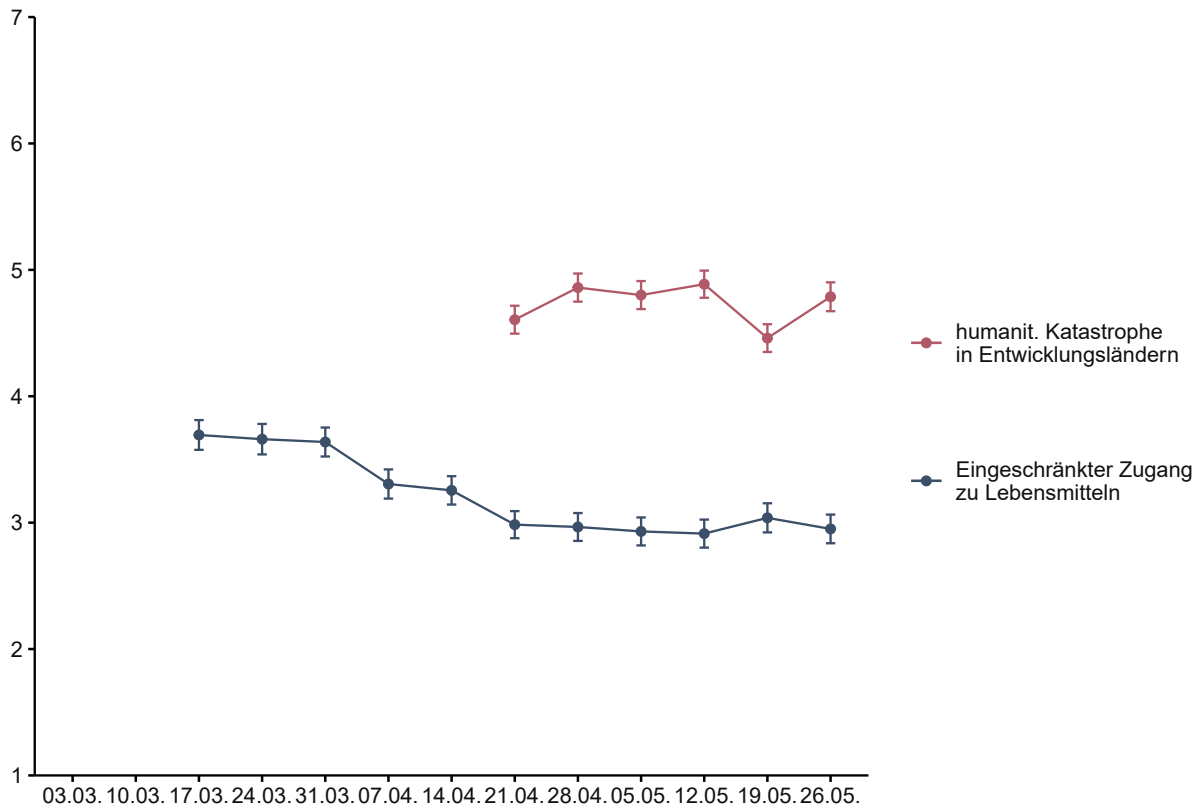
Aufgrund der jetzigen Corona-Situation, wie viele Sorgen machen Sie sich, dass ...

- 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.



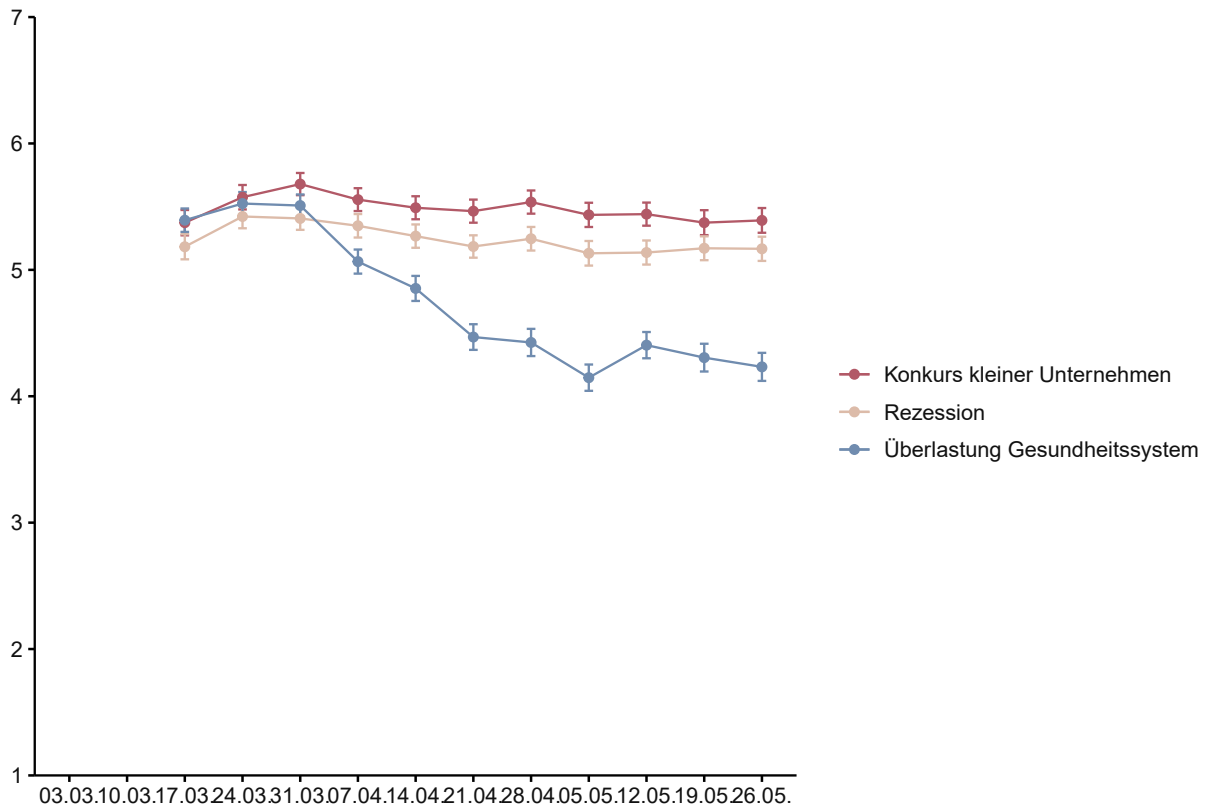
Aufgrund der jetzigen Corona-Situation, wie viele Sorgen machen Sie sich, dass ...

- 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.



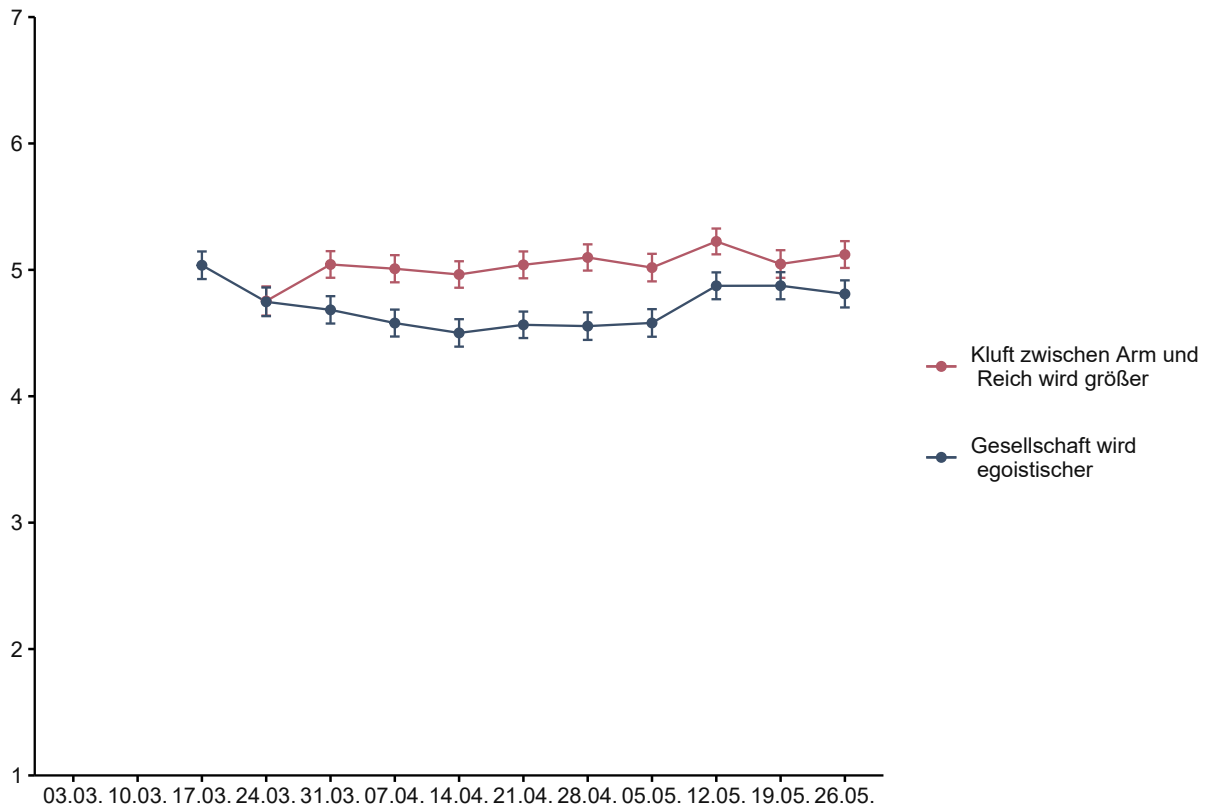
Aufgrund der jetzigen Corona-Situation, wie viele Sorgen machen Sie sich, dass ...

- 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.

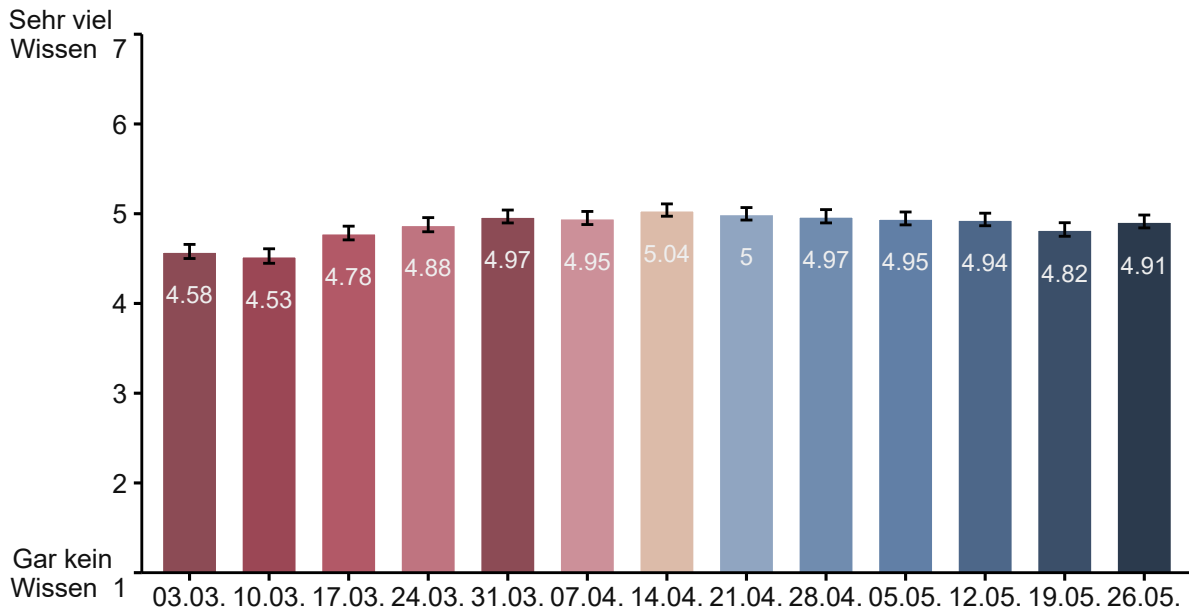
4.1 Gefühltes und echtes Wissen über COVID-19

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.

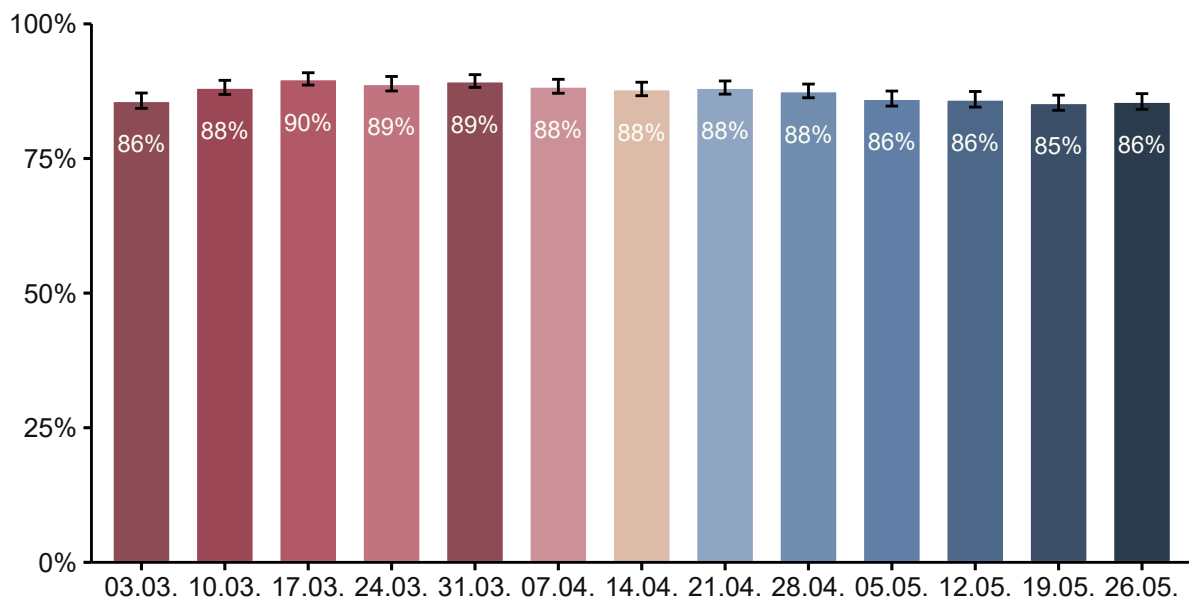
Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



Tatsächliches Wissen über COVID-19

Tatsächliches Wissen wurde über Kenntnisse zu Behandlungsoptionen, Übertragung und Inkubationszeit ermittelt.

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



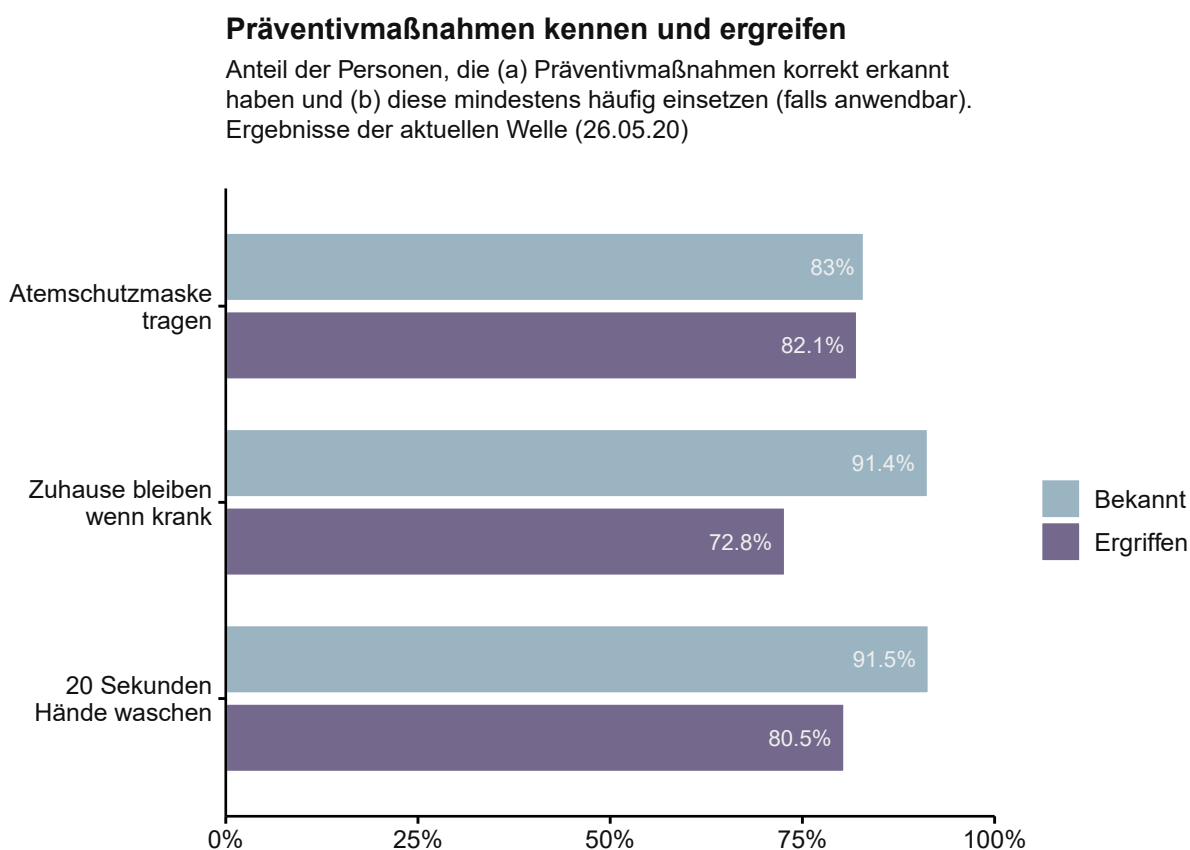
Hinweis: Die Berechnung des Scores für das tatsächliche Wissen wurde rückwirkend für alle Wellen angepasst (ab Welle 3 aus drei anstelle von vier Items, da ein Item aus dem Fragebogen entfernt wurde).

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.

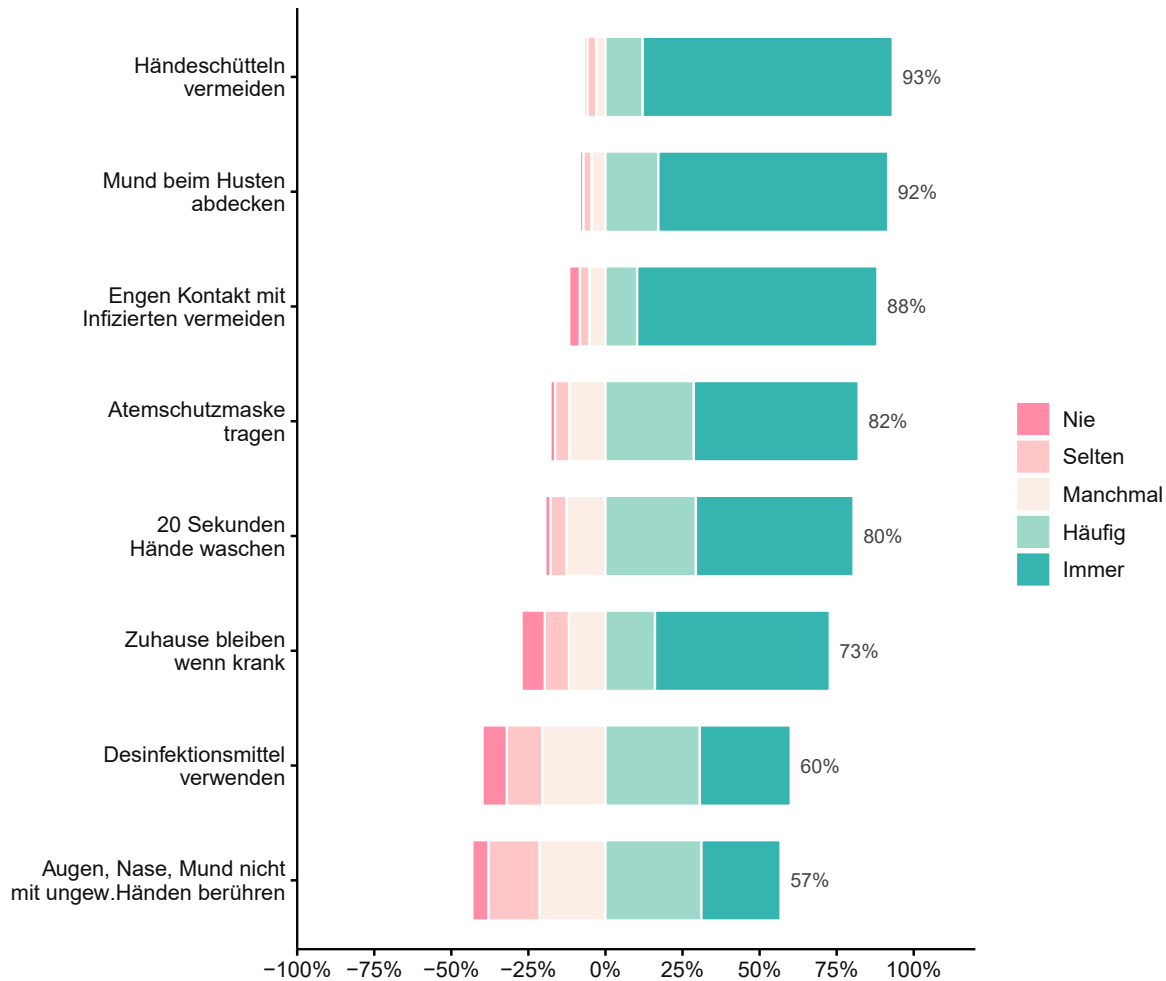
Verhalten wurde auf einer 5-stufigen Skala erfasst (nie, selten, manchmal, häufig, immer). Als Personen, die das Verhalten ergriffen haben, zählen diejenigen, die mindestens häufig oder immer angegeben haben. Weiter unten ist das Verhalten in Häufigkeitskategorien aufgeteilt dargestellt.



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 93% 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 40% nie, selten oder manchmal Desinfektionsmittel.*

Häufigkeit ergriffener Präventivmaßnahmen

Falls anwendbar. Ergebnisse der aktuellen Welle (26.05.20)



4.3 Offizielle Verfügungen

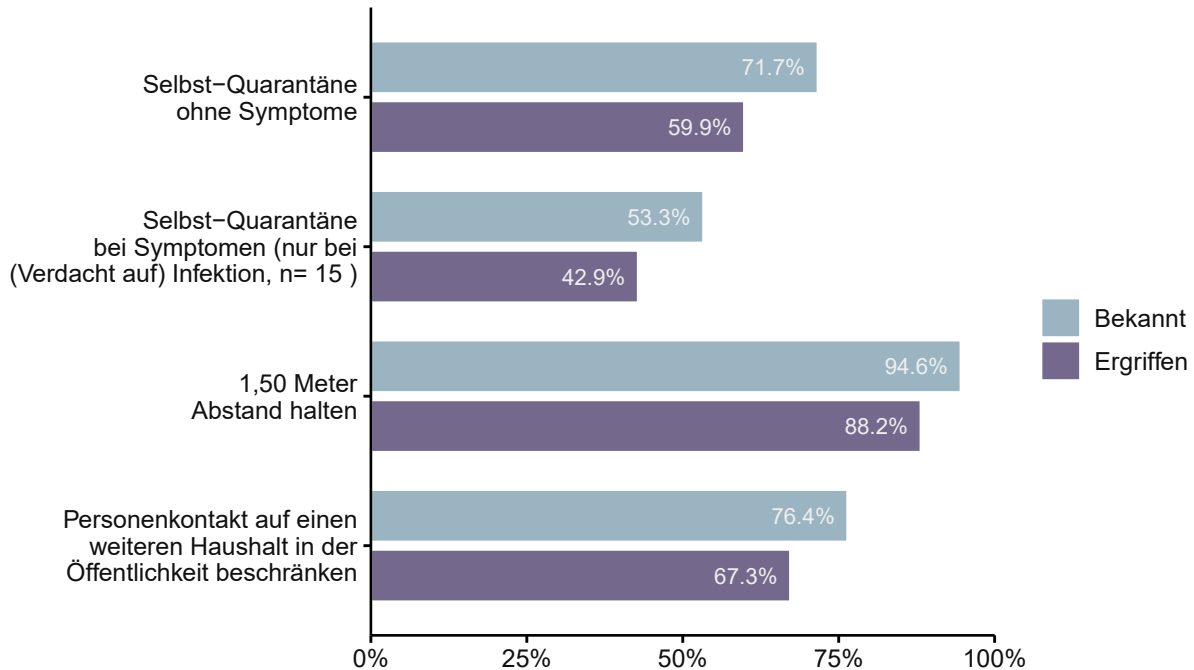
Damit die offiziellen Verfügungen umgesetzt werden können, müssen sie hinreichend bekannt sein. Die Daten zeigen, dass wesentliche Verfügungen sehr gut bekannt sind, deren Umsetzung aber noch nicht durchgängig gewährleistet ist

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 (26.05.20)

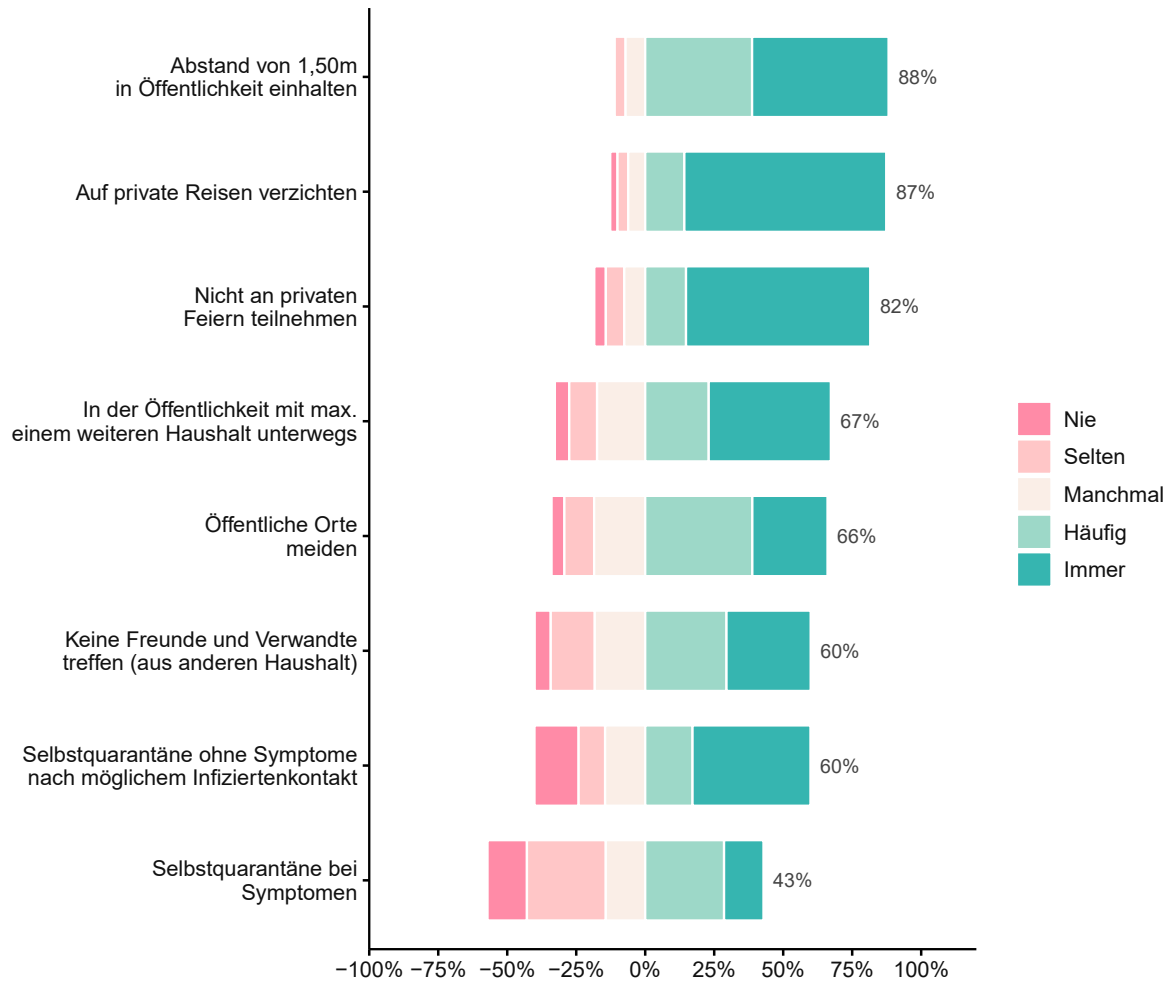


Im untenstehenden Diagramm ist die Häufigkeit einzelner Verhaltensweisen dargestellt.

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 88% 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. begeben sich 40% nie, selten oder manchmal in die Selbstquarantäne, wenn sie keine Symptome zeigen.

Häufigkeit des Verhaltens gemäß offizieller Verordnungen

Falls anwendbar. Ergebnisse der aktuellen Welle (26.05.20)

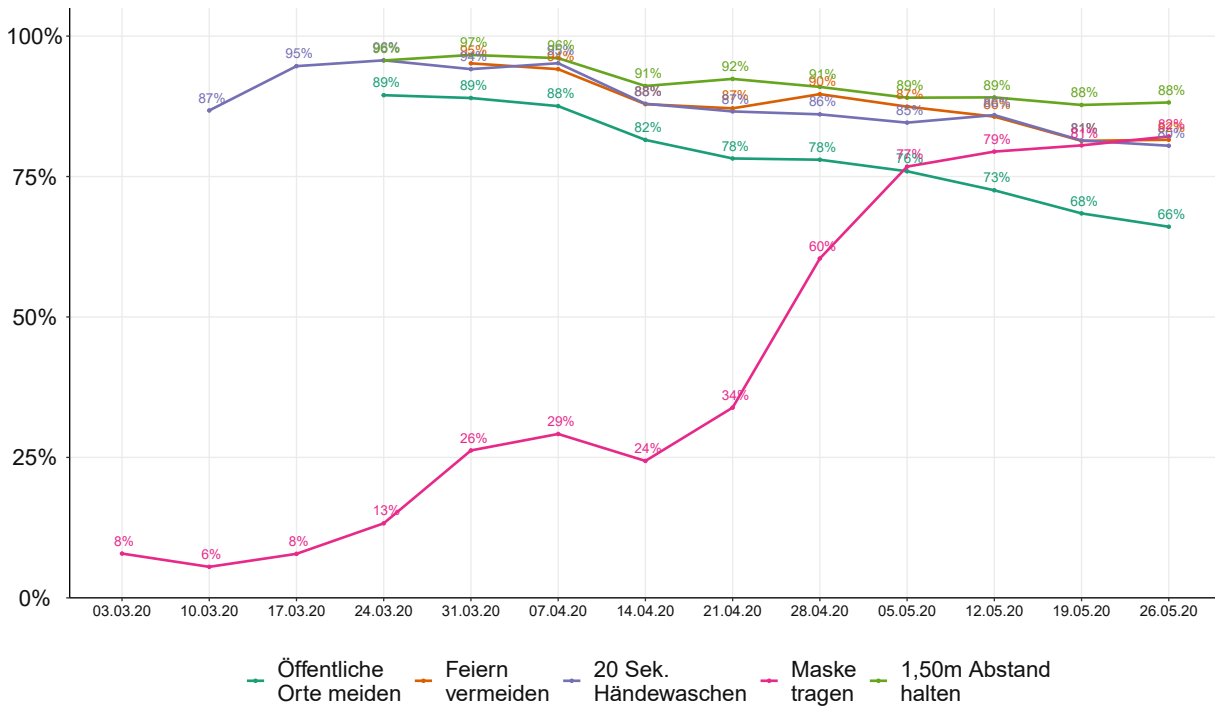


Befolgen der Maßnahmen im Zeitverlauf

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).

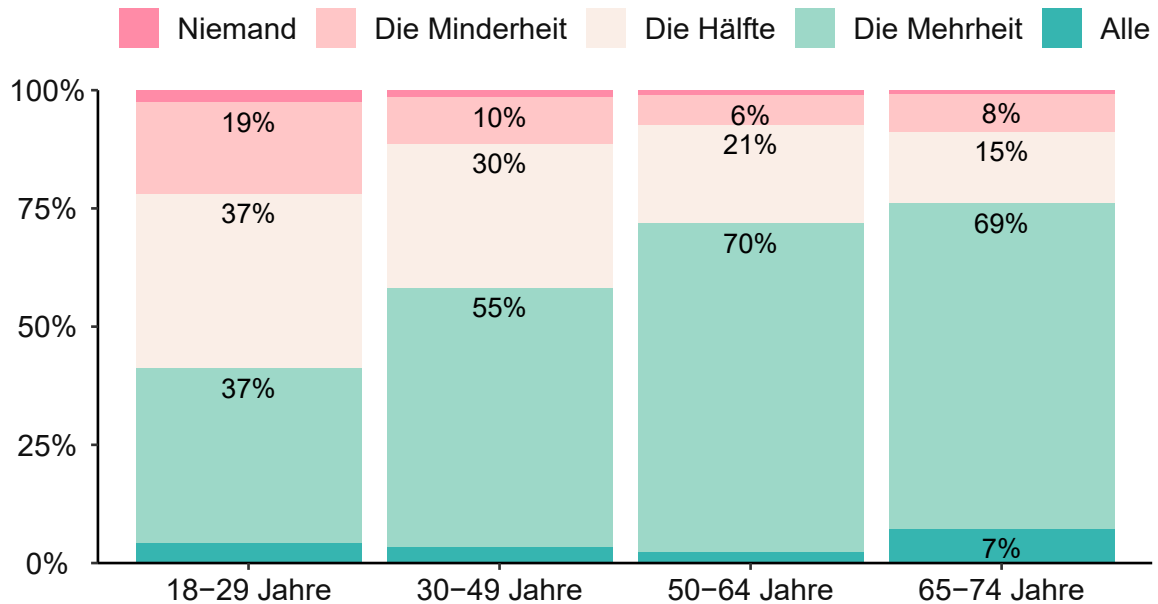


4.4 Soziale Normen

Um Wahrnehmungen hinsichtlich sozialer Normen und Gruppenwirksamkeit zu untersuchen, sollten die Teilnehmenden angeben, wie hoch sie den Anteil an Personen ihrer eigenen Altersgruppe schätzen, der sich an aktuelle Empfehlungen hält. Es fällt auf, dass sich die Altersgruppen unterscheiden: Je älter die Befragten, desto eher glauben sie daran, dass die Mehrheit oder sogar alle Personen ihres Alters die Maßnahmen umsetzen. In der Altersgruppe 18 bis 29 glauben knapp 60% nicht, dass sich die Mehrheit an die Handlungsempfehlungen zum Infektionsschutz hält.

Was glauben Sie, wie viele Personen Ihres Alters halten sich an die Empfehlungen zum Infektionsschutz?

An die Empfehlungen zum Infektionsschutz hält / halten sich ...
in meiner Altersgruppe.



5 Informationsverhalten

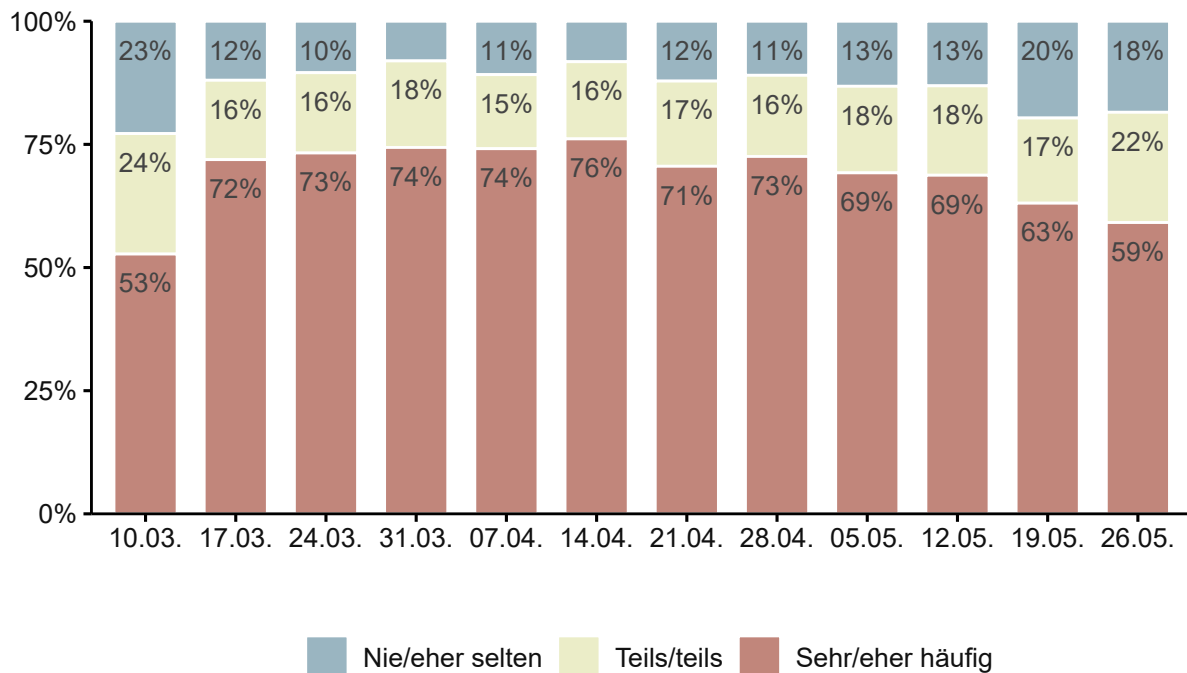
Um nachvollziehen zu können, wie die Bevölkerung sich zum Thema Corona informiert, diese Informationen wahrnimmt und gegebenenfalls auf ihre Handlungsweisen überträgt, wurden verschiedene Aspekte des Informationsverhaltens erfragt.

5.1 Häufigkeit

Es wurde erhoben, wie häufig sich Personen zum Thema informieren. Über die letzten Wochen blieb das Niveau relativ stabil und sinkt nun tendenziell.

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

Erhoben ab Welle 2 (10.03.2020).



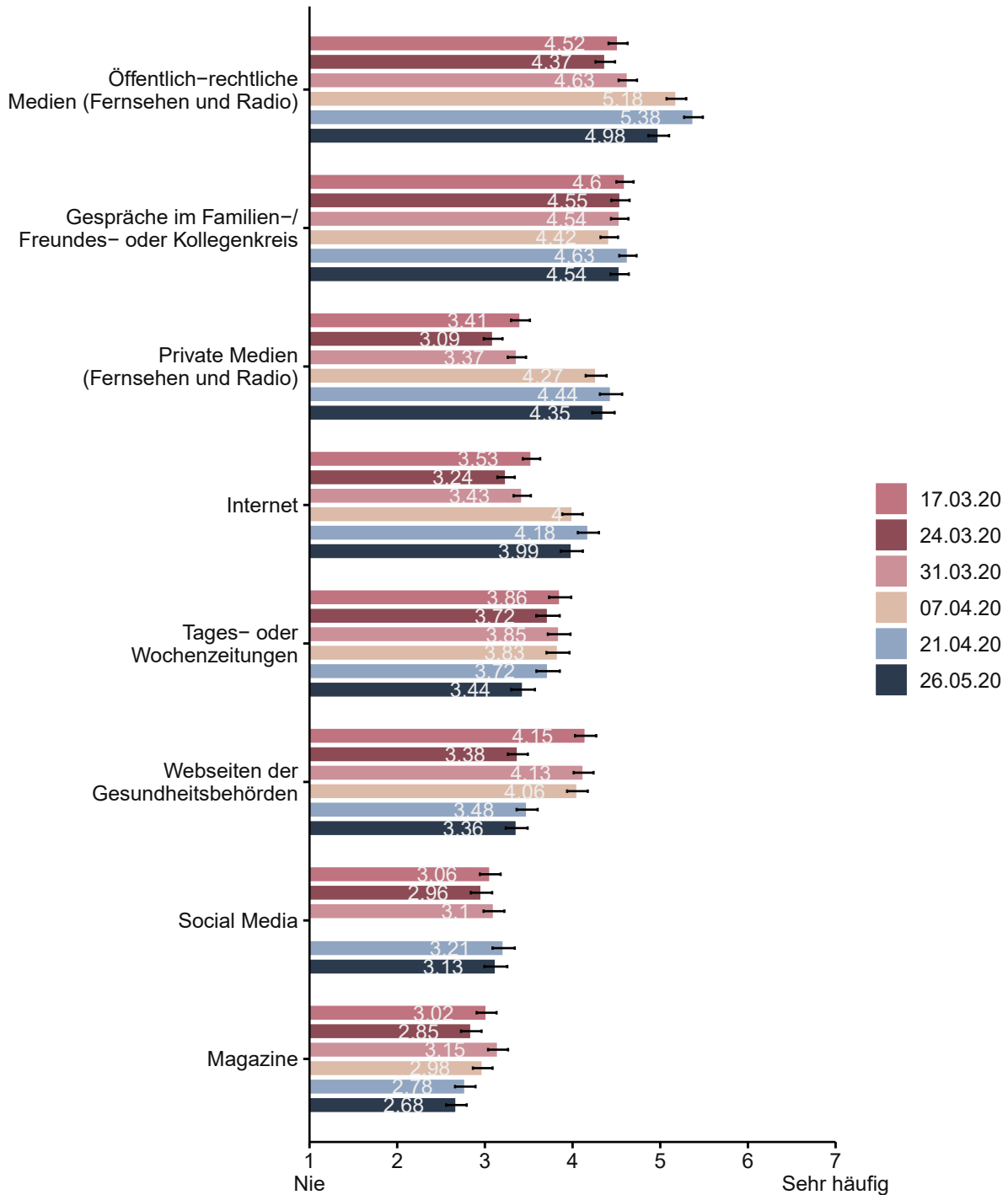
5.2 Nutzung

Um zu erforschen, welche Medien zur Informationssuche über Corona genutzt werden, wurden verschiedene Möglichkeiten zur Auswahl gestellt, wobei Befragte die jeweilige Nutzungshäufigkeit angeben konnten. Im Vergleich zum Vormonat ist für fast alle Medien, insbesondere öffentlich-rechtliche Sender sowie Tages- und Wochenzeitungen, ein leichter Rückgang zu beobachten. Im Vergleich zum Beginn der Befragung Mitte März sind die Nutzungshäufigkeiten für öffentlich-rechtliche Medien, Privatsender und das Internet dennoch hoch.

Bitte bewerten Sie nachfolgende Informationsquellen: Wie häufig nutzen Sie die folgenden Informationsquellen, um sich über das neuartige Coronavirus zu informieren?

Nutzungshäufigkeit der Informationsquellen

Bewertet auf einer Skala von 1 (nie) bis 7 (sehr häufig).
Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle



Hinweise: "Webseiten der Gesundheitsbehörden" ist in Welle 4 (24.03.) der Mittelwert der Einzel-Webseiten von BMG, RKI und BZgA. In Welle 6 (07.04), 8 (24.04.) und 13 (26.05.) wurden spezifische Medien zusammengefasst:

- “Öffentliche-rechtliche Fernsehsender” und “Öffentlich-rechtliche Radiosender” wurde zu “Öffentlich-rechtliche Medien”
- “Private Fernsehsender” und “Private Radiosender” wurde zu “Private Medien”
- “Suchmaschinen” und “Websites oder Online-News-Seiten” wurde zu “Internet”

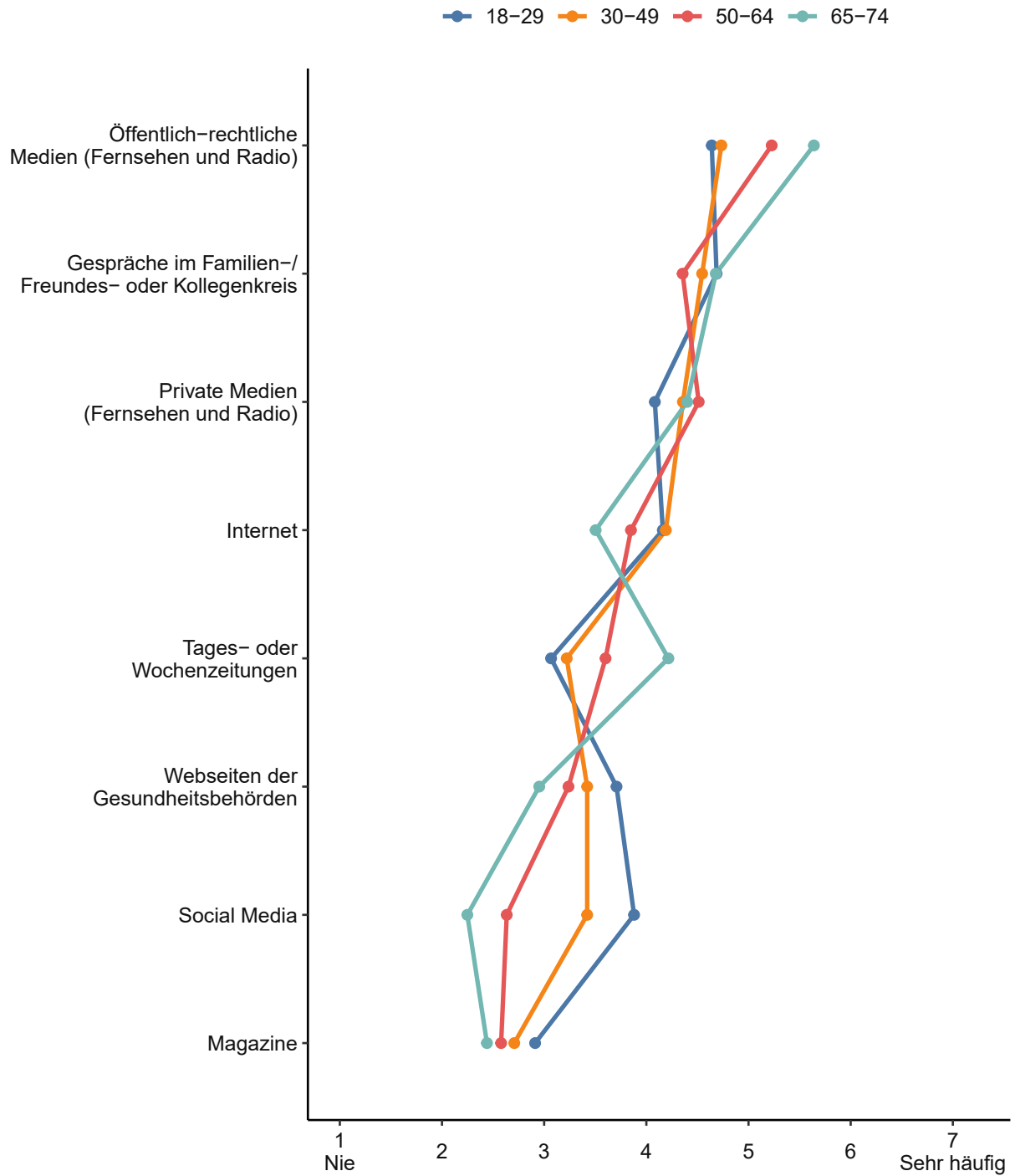
Die augenscheinlichen großen Differenzen zur Vorwelle sollten aufgrund der geänderten Methode nicht überinterpretiert werden.

5.3 Mediennutzung nach Altersgruppen

Erwartungsgemäß unterscheiden sich die verschiedenen Altersgruppen hinsichtlich der Medien ihrer Wahl. Je älter die Befragten, desto stärker ist die Tendenz zur Nutzung traditioneller Medien (Zeitungen, öffentlich-rechtliches Fernsehen) und desto geringer fällt die Nutzung digitaler Medien aus (Internet, Social Media).

Nutzungshäufigkeit der Informationsquellen getrennt nach Altersgruppen

Aktuelle Erhebungswelle (26.05.20)

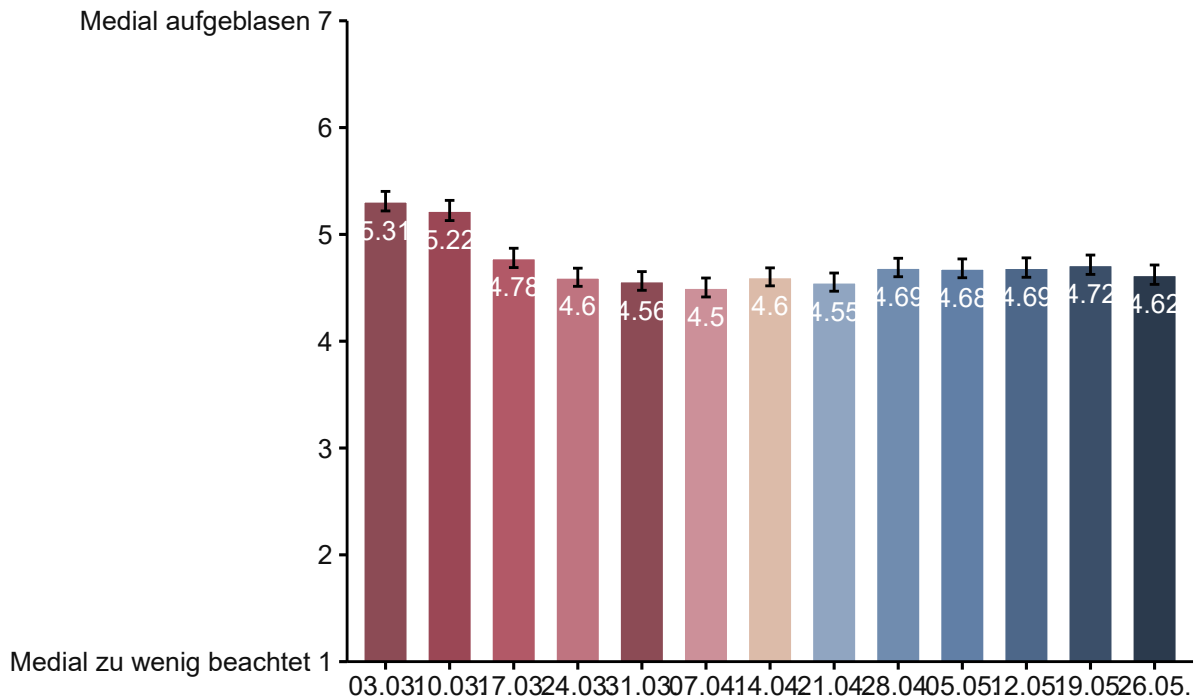


5.4 Corona als Medien-Hype

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...

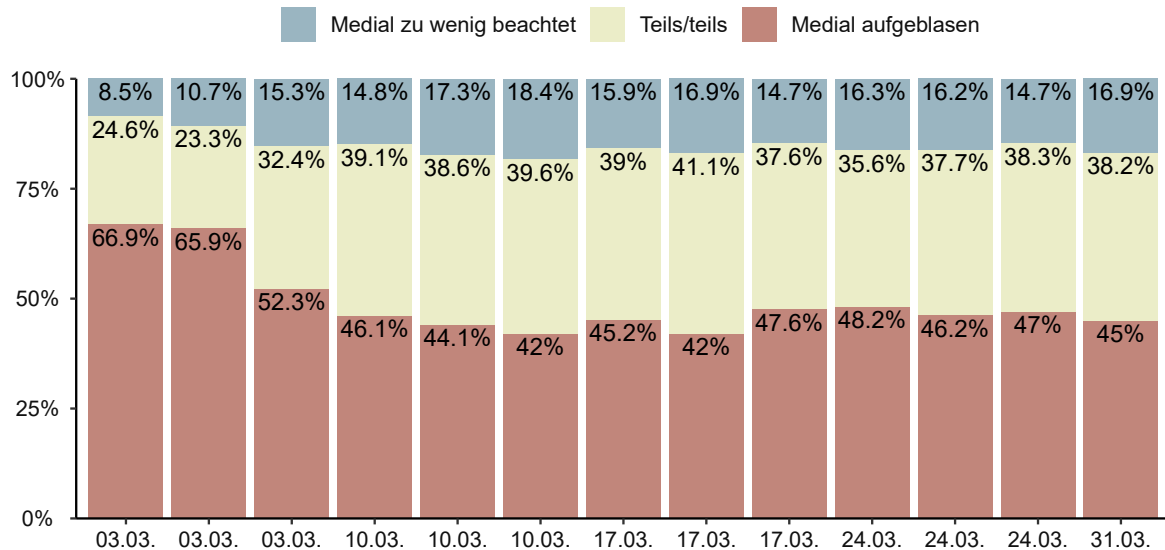
Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle



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.

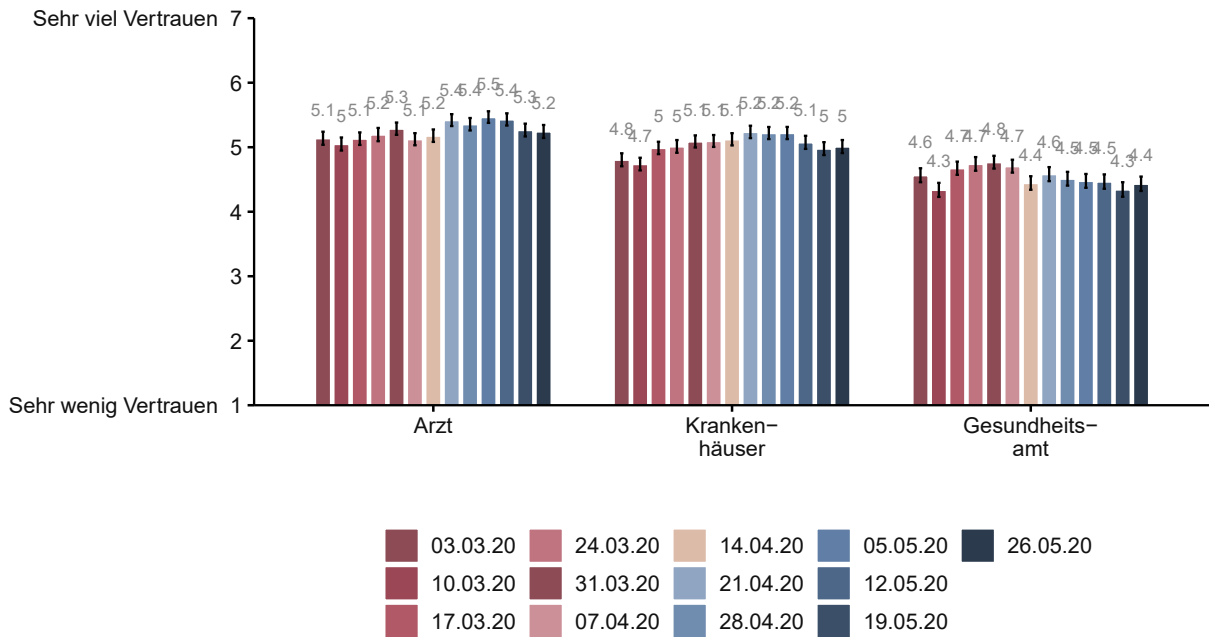
Das Vertrauen in die Wissenschaft, die Bundesregierung und die WHO ist relativ stabil, während das Vertrauen in Behörden, den Gesundheitssektor und die Medien leichten Schwankungen unterliegt. Im Vergleich zur Vorwoche zeichnen sich in dieser Welle keine deutlichen Veränderungen ab.

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.

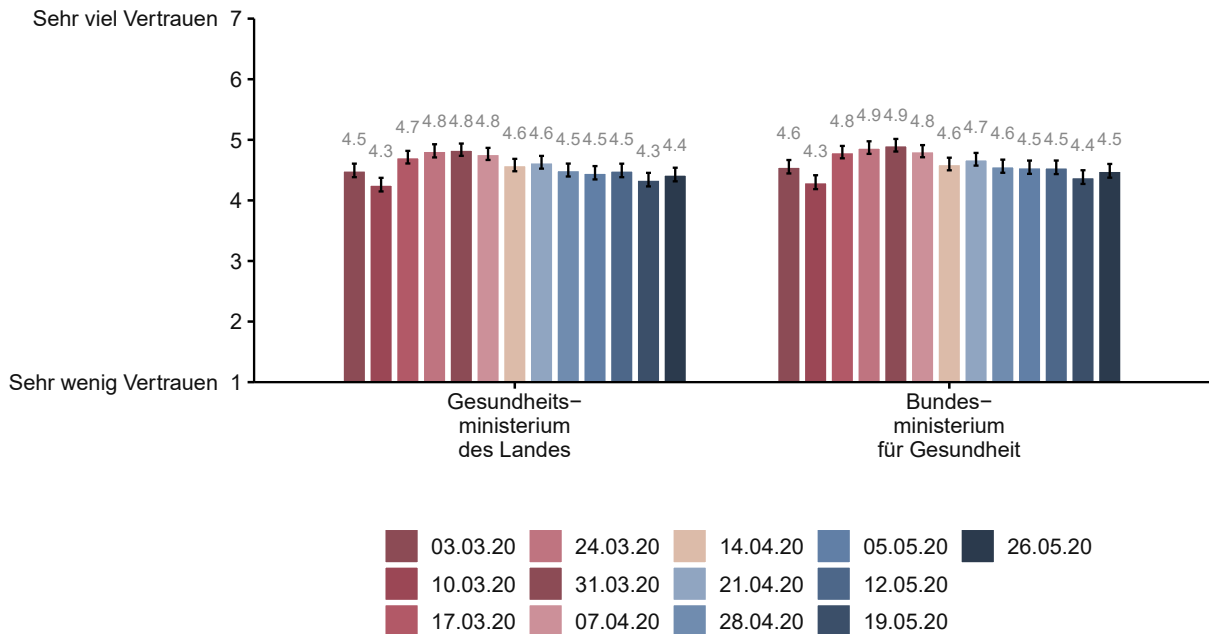
Vertrauen (1): Gesundheitssektor

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



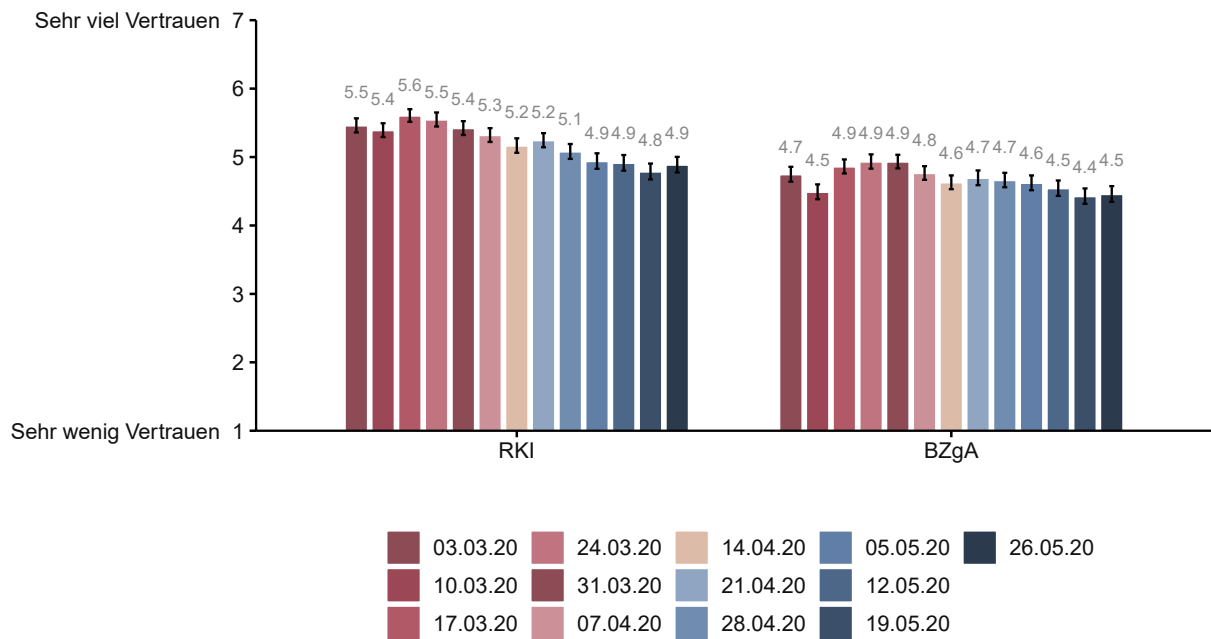
Vertrauen (2): Behörden

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



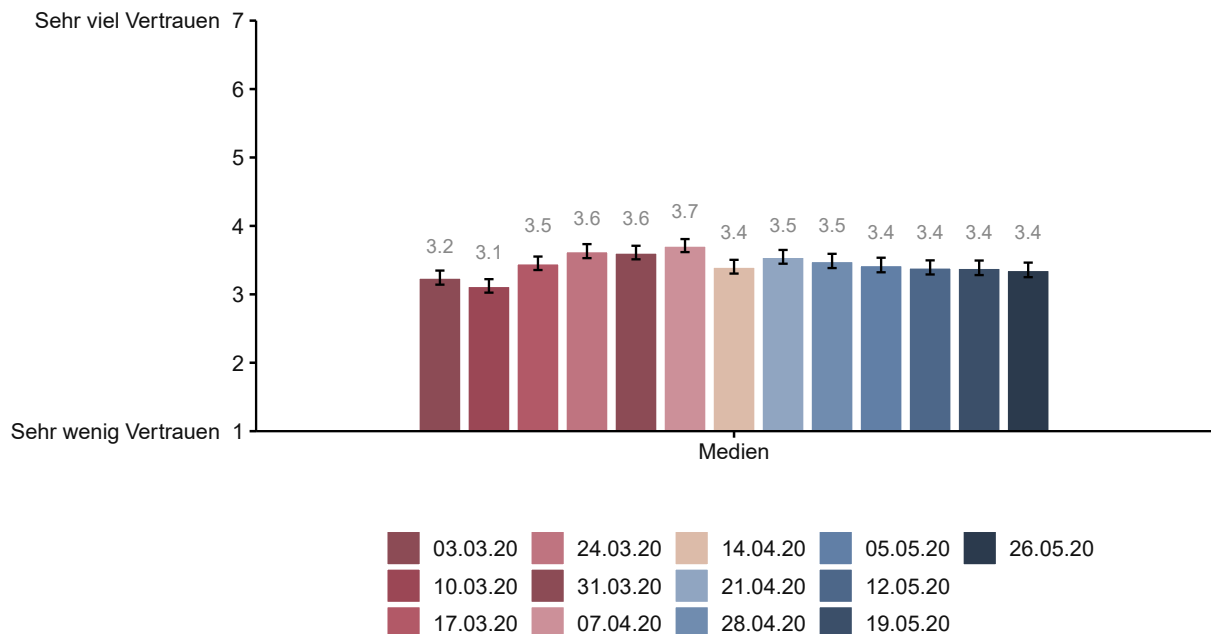
Vertrauen (2): Behörden

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



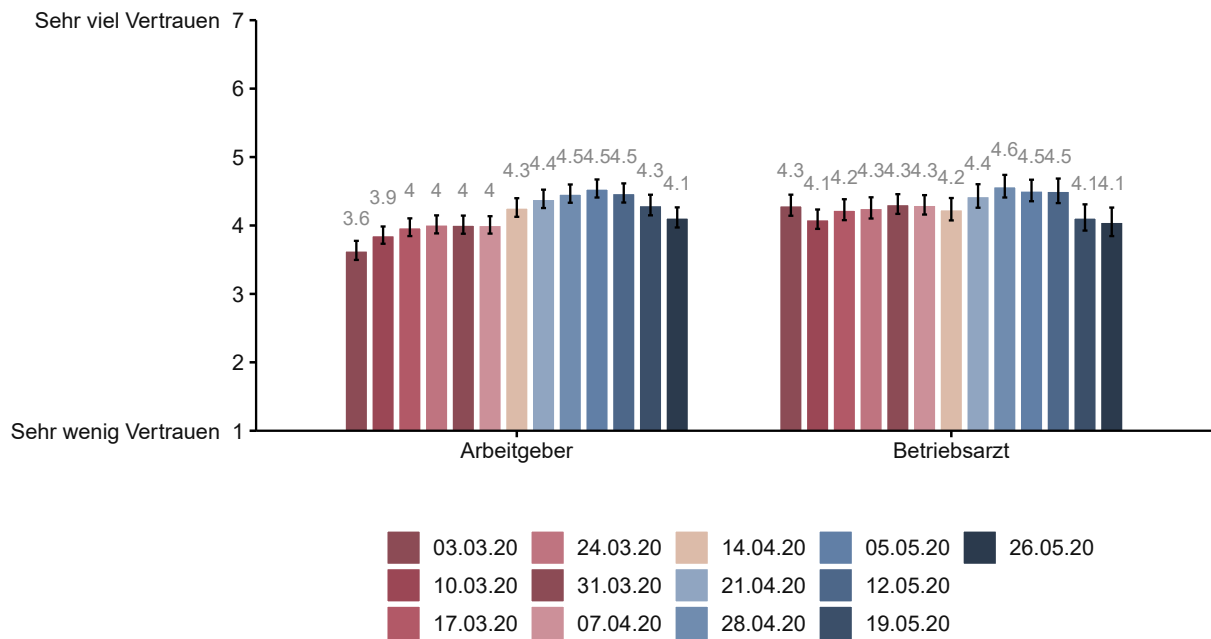
Vertrauen (3): Medien

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



Vertrauen (4): Arbeitsumwelt

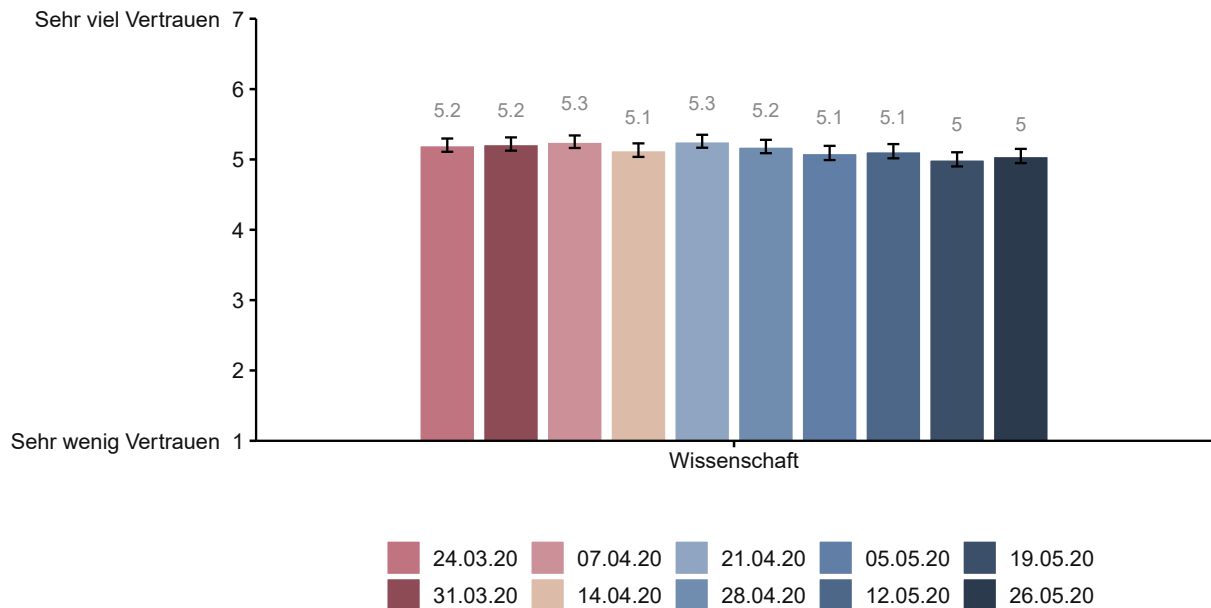
Bewertet auf einer Skala von 1 (sehr wenig Vertrauen) bis 7 (sehr viel Vertrauen). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



Vertrauen (5): Wissenschaft

Ab Welle 4 erhoben.

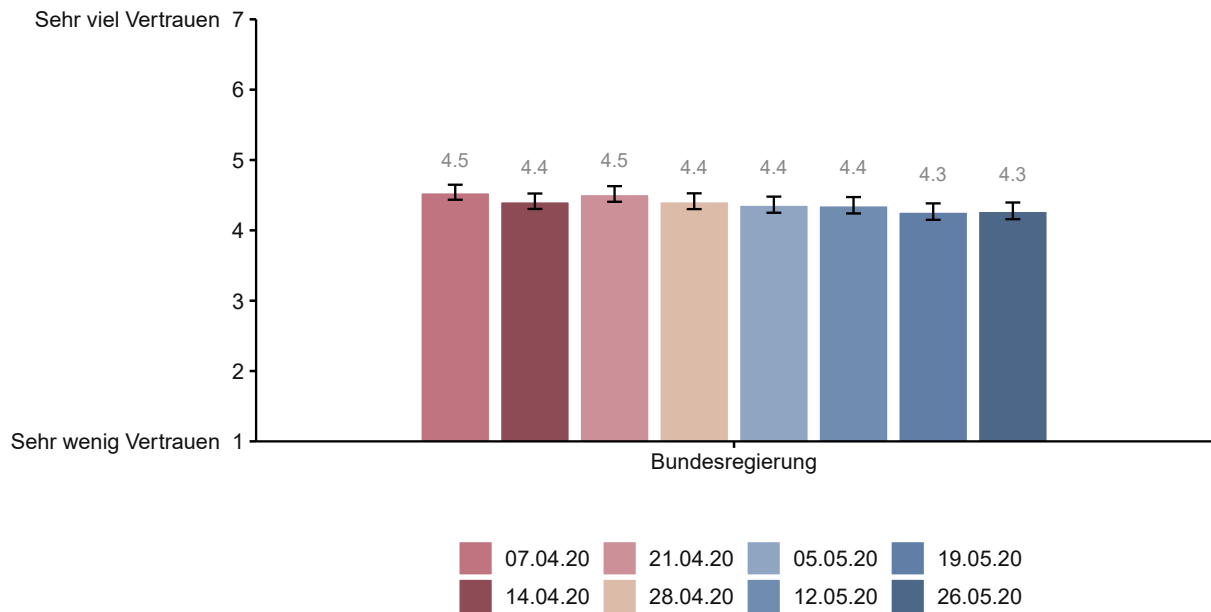
Bewertet auf einer Skala von 1 (sehr wenig Vertrauen) bis 7 (sehr viel Vertrauen). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



Vertrauen (6): Bundesregierung

Ab Welle 6 erhoben.

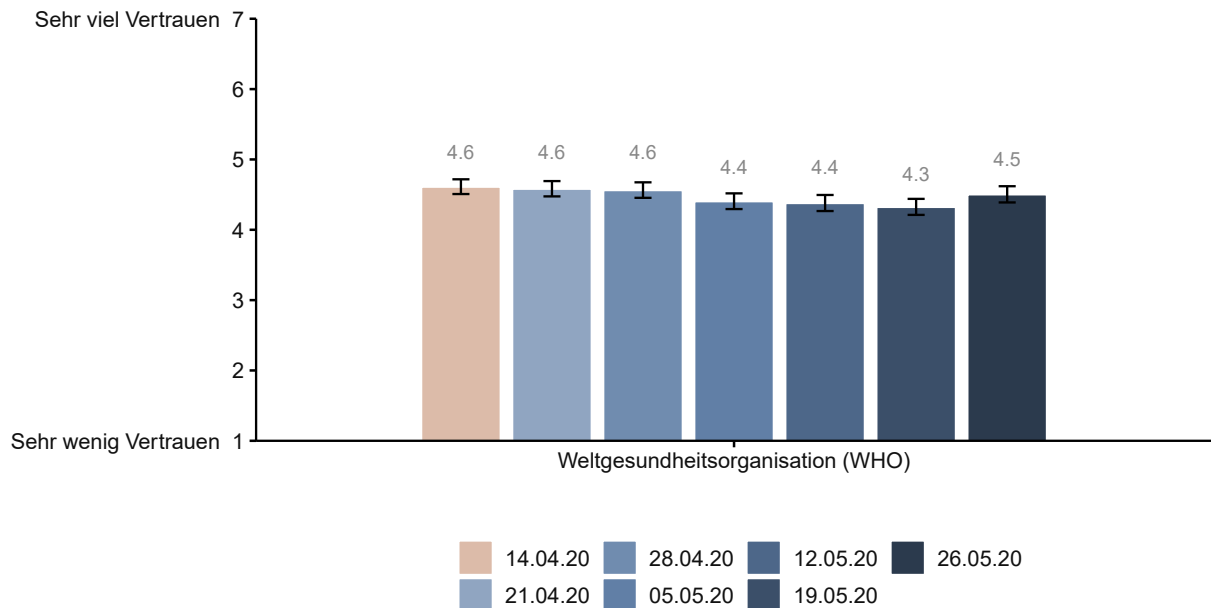
Bewertet auf einer Skala von 1 (sehr wenig Vertrauen) bis 7 (sehr viel Vertrauen). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



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.

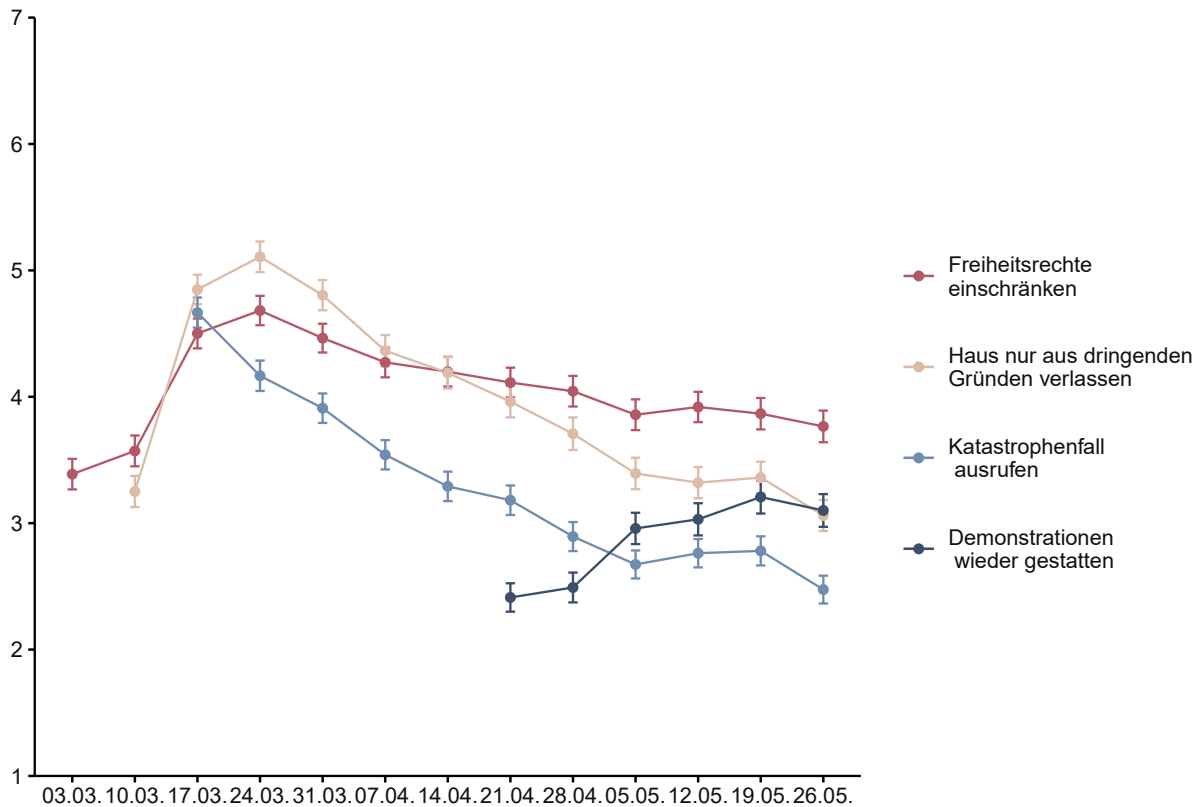


7 Akzeptanz der Maßnahmen

Für viele Maßnahmen gilt: Die Akzeptanz ist Mitte März sprunghaft gestiegen und geht langsam wieder zurück. Die Einschränkung, das Haus nur aus dringenden Gründen zu verlassen sowie die Schließung öffentlicher Einrichtungen hat im Vergleich zur Vorwoche an Zuspruch verloren. Auch den Katastrophenfall auszurufen halten nun deutlich weniger Menschen für sinnvoll. Das Bedürfnis nach Demonstrationen sowie die generelle Einschränkung von Freiheitsrechten befindet sich auf einem ähnlichen Niveau wie zuvor.

Akzeptanz stark einschränkender Maßnahmen

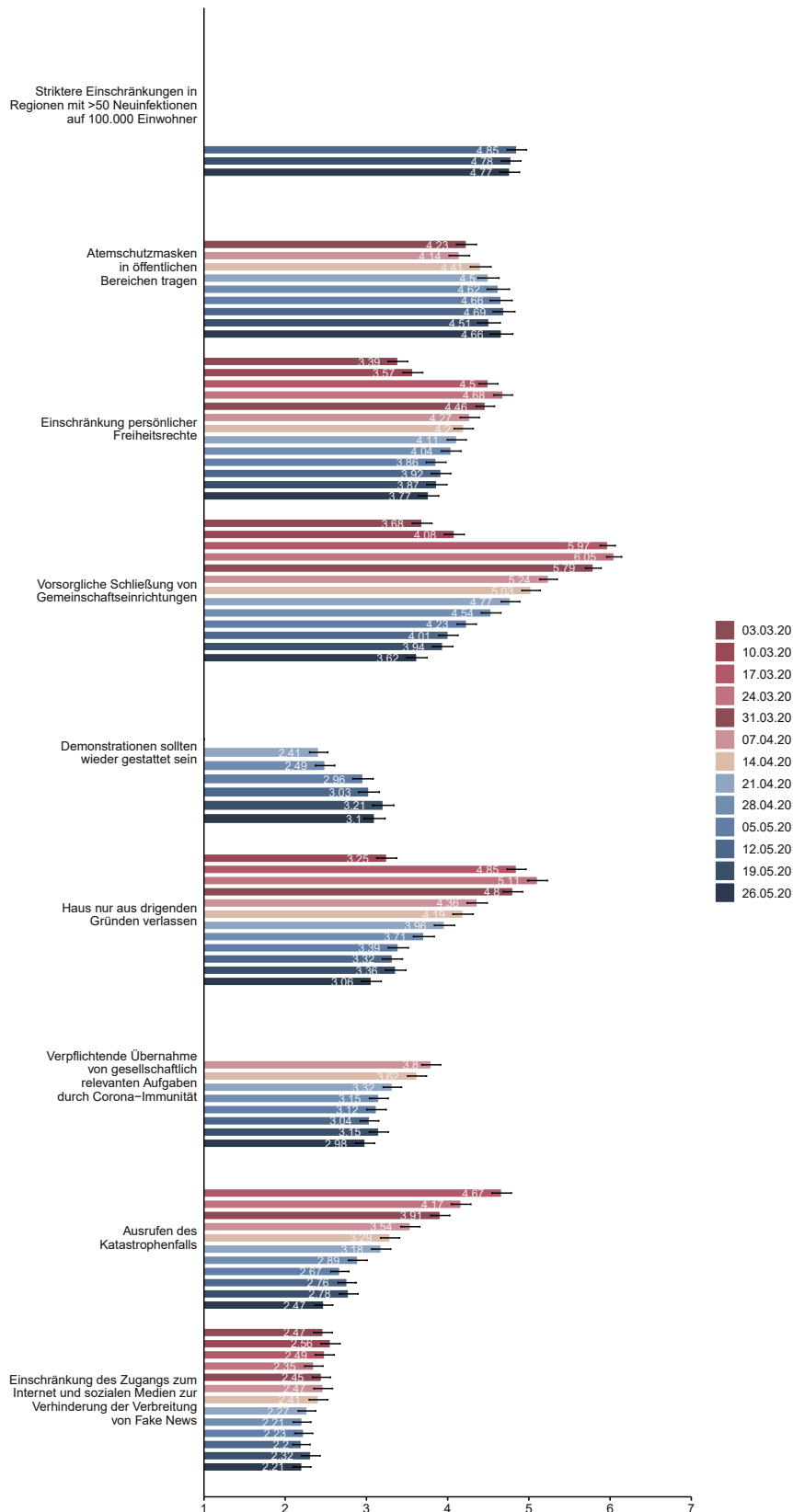
Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



Striktere Reglementierungen für betroffene Gebiete werden nach wie vor eher befürwortet. Personen nach überwandener 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.

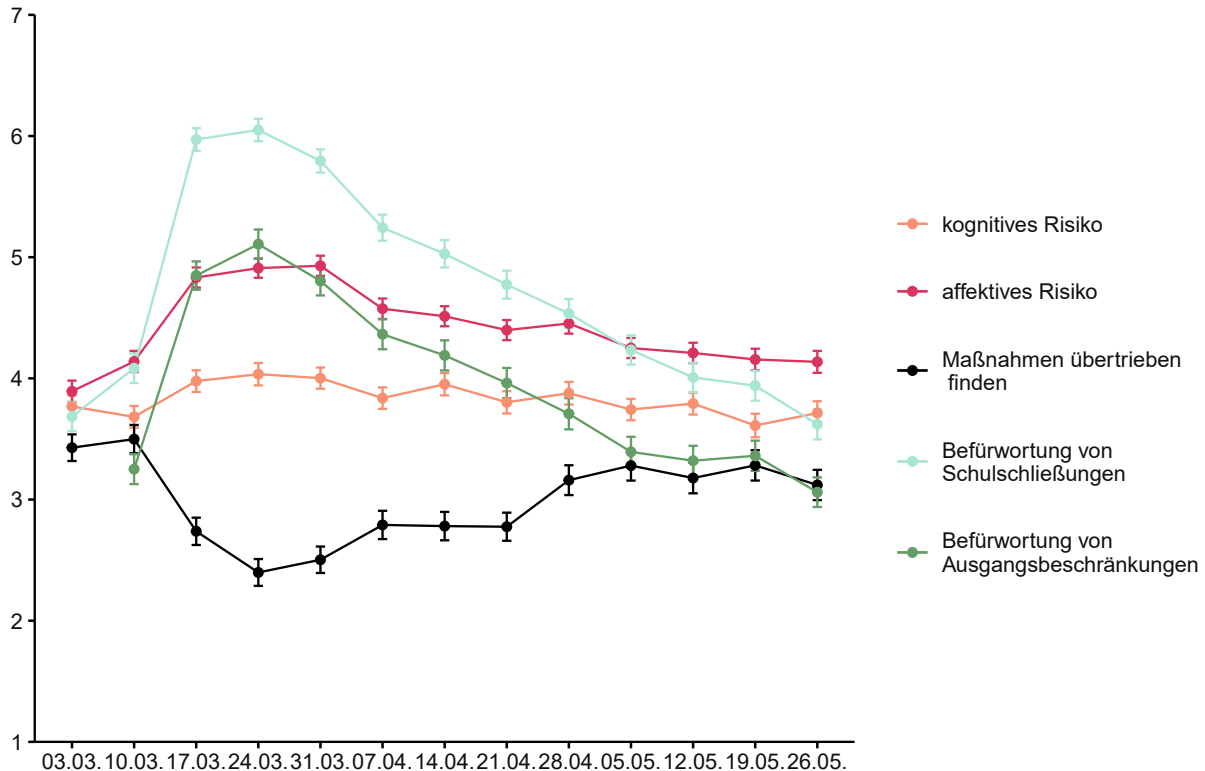


7.1 Risikowahrnehmung und Akzeptanz der Maßnahmen

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 sinkt deutlich (türkis).

Veränderung von Risikowahrnehmung und Einschätzung von Maßnahmen

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



Im Folgenden werden Korrelationen zwischen Risikowahrnehmung und der Akzeptanz von Maßnahmen betrachtet.

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: -0.23
- Vorsorglich sollten Gemeinschaftseinrichtungen wie Schulen oder Kindergärten geschlossen werden: 0.22
- Es sollte nur noch aus beruflichen, gesundheitlichen oder dringenden Gründen erlaubt sein, sein Haus zu verlassen: 0.26
- Affektives Risiko: 0.43

Affektive Risikowahrnehmung und ...

- Ablehnung der Maßnahmen: -0.48
- 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: 0.26

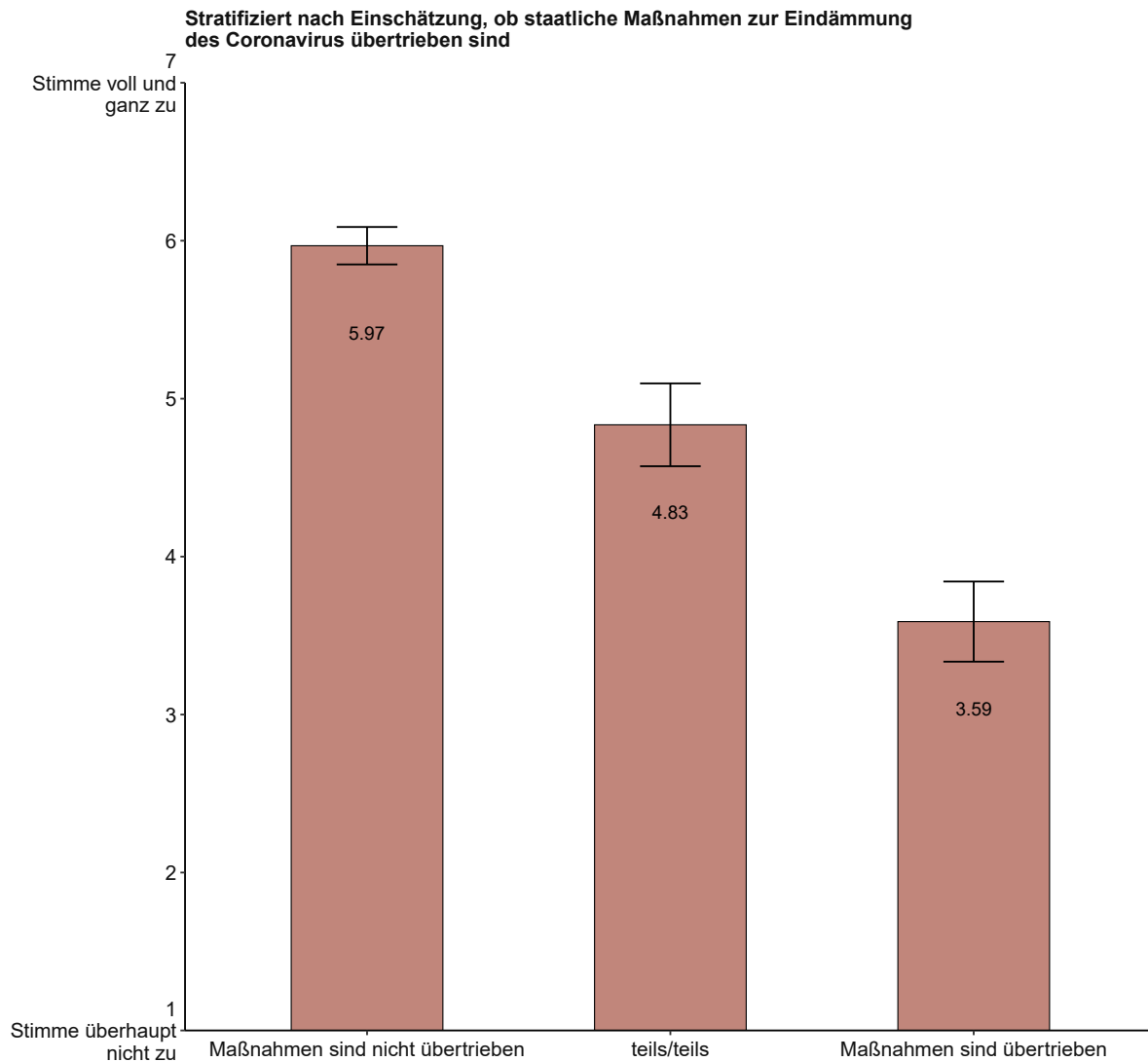
7.2 Zustimmung zum erneuten lokalen Lockdown

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

- 58.5 % befürworten (eher) diese neue Regelung (Vorwoche: 59.3 %)
- 69.9 % sind in dieser Situation (eher) bereit, sich wieder einzuschränken (Maßnahmen vor dem 6.5.20; Vorwoche: 67.3)

Wer die Maßnahmen generell für übertrieben hält, lehnt auch die lokale Regelung eher ab (Korrelation $r = .61$).

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



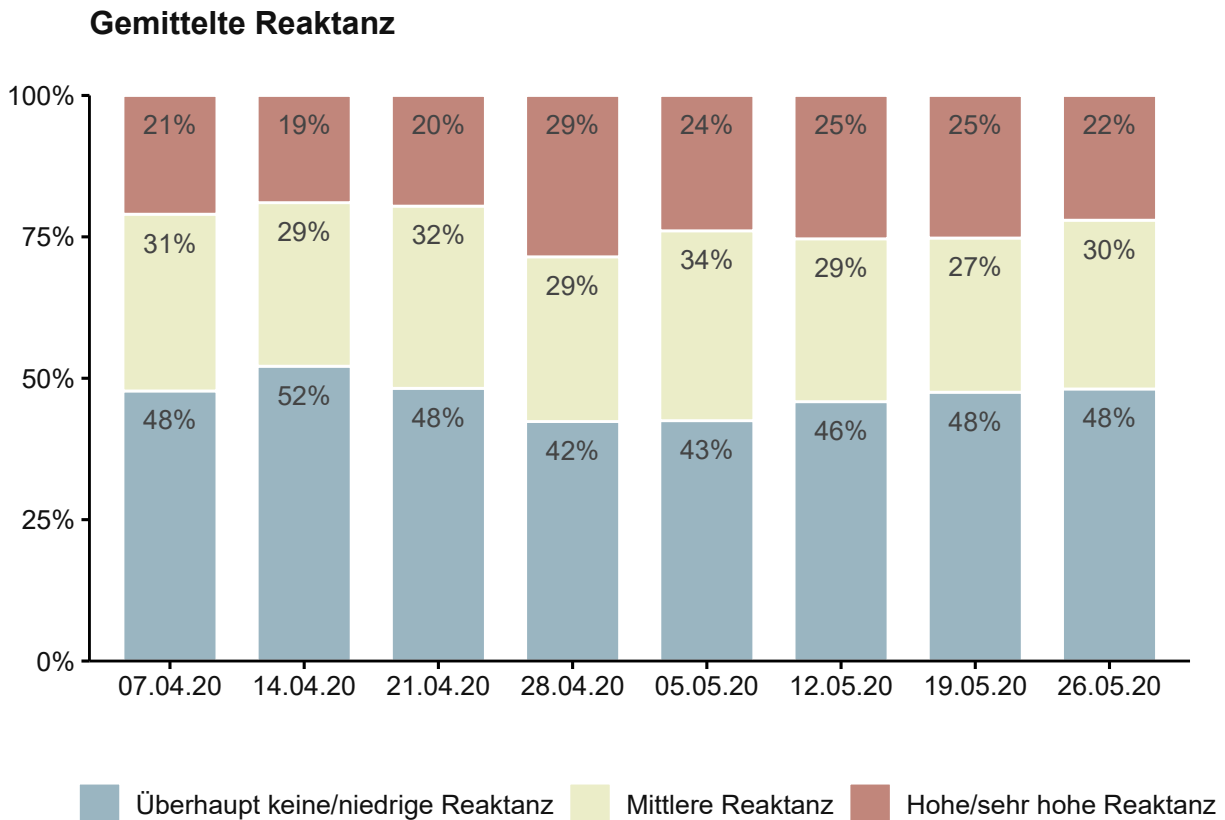
7.3 Reaktanz

Seit der 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 Vorwoche empfinden 22% (eher oder sehr) Ärger, Frust und Wut aufgrund der Maßnahmen, der Anteil derer, die kaum oder keine Reaktanz angeben, ist gleich geblieben.

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



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

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.

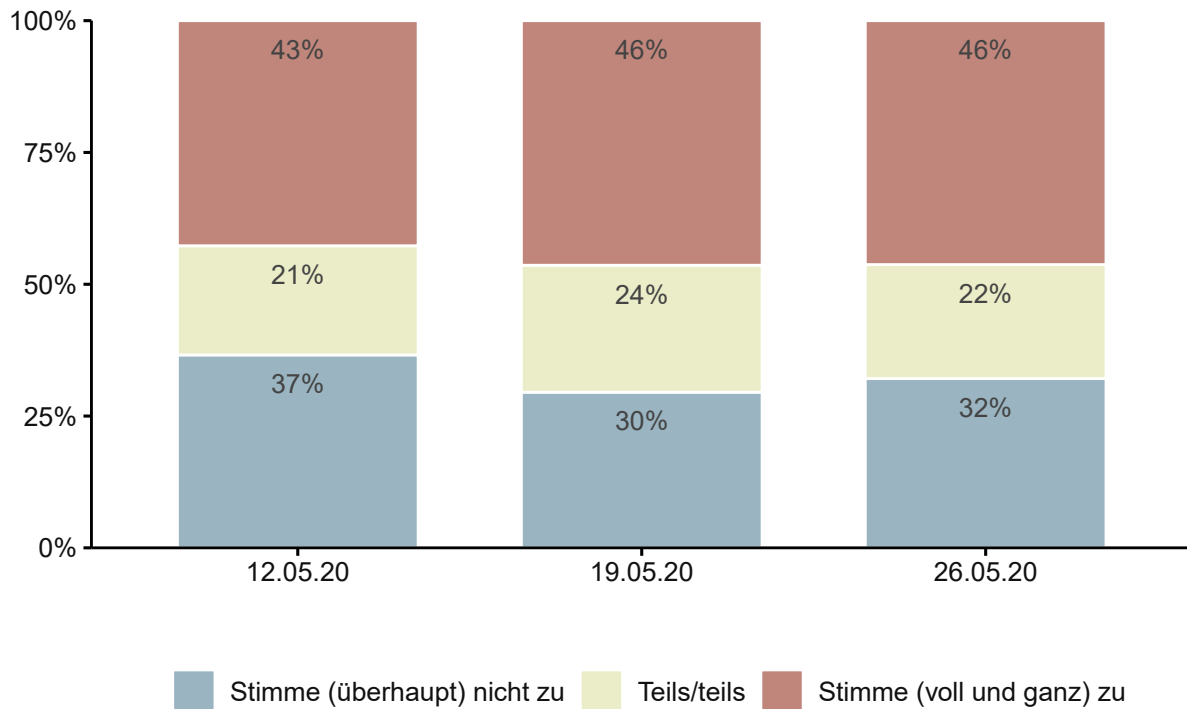
Reaktanz und ...

- das selbst eingeschätzte Wissen über COVID-19: -0.05
- das tatsächliche Wissen über COVID-19: -0.12
- das Wissen über wirksame Schutzmaßnahmen: -0.31
- das Wissen über öffentliche Verordnungen: -0.18
- die ausgeführten Maßnahmen: -0.26
- die ergriffenen Maßnahmen übertrieben finden: 0.71
- Vertrauen in die Bundesregierung: -0.44
- Vertrauen in das RKI : -0.43

8 Lockerungsmaßnahmen

46% der Befragungsteilnehmenden vertreten die Ansicht, dass die deutschen Behörden den Eindruck vermitteln, als wäre das Größte überstanden. Der Anteil hat sich zur Vorwoche nicht verändert.

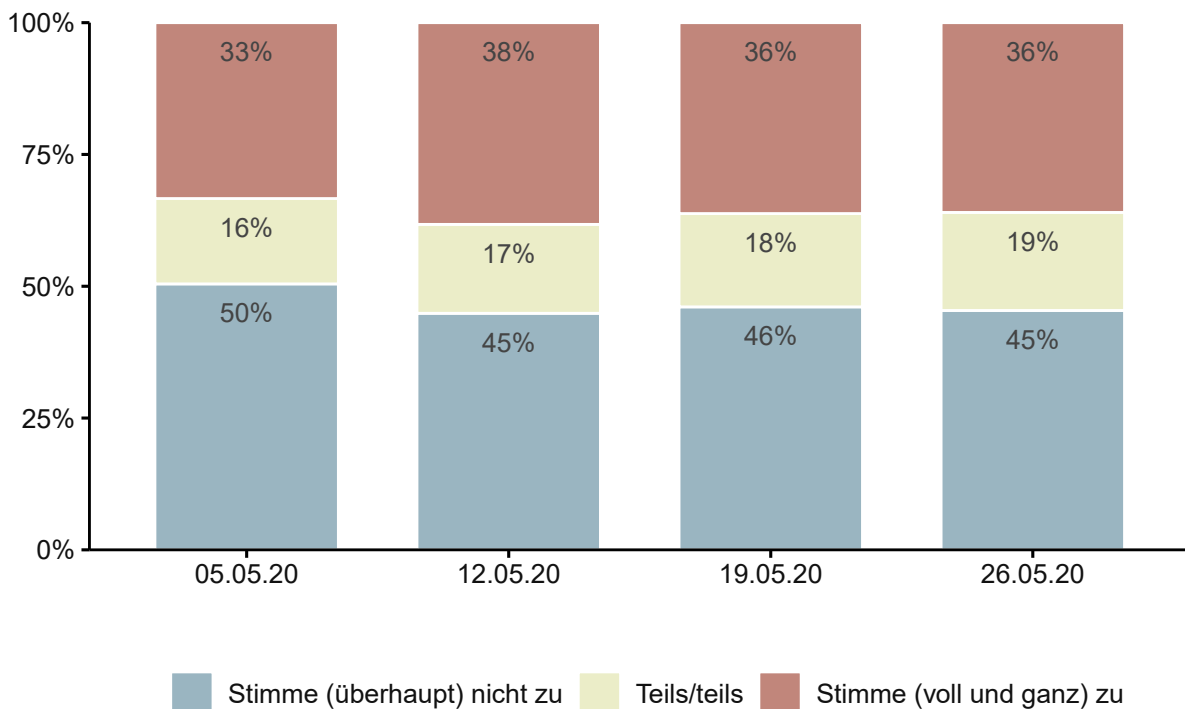
Die deutschen Behörden vermitteln mir den Eindruck, das Größte sei überstanden.



Bewertung der Lockerungsmaßnahmen

36% finden die Lockerungsmaßnahmen (eher) übertrieben.

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.

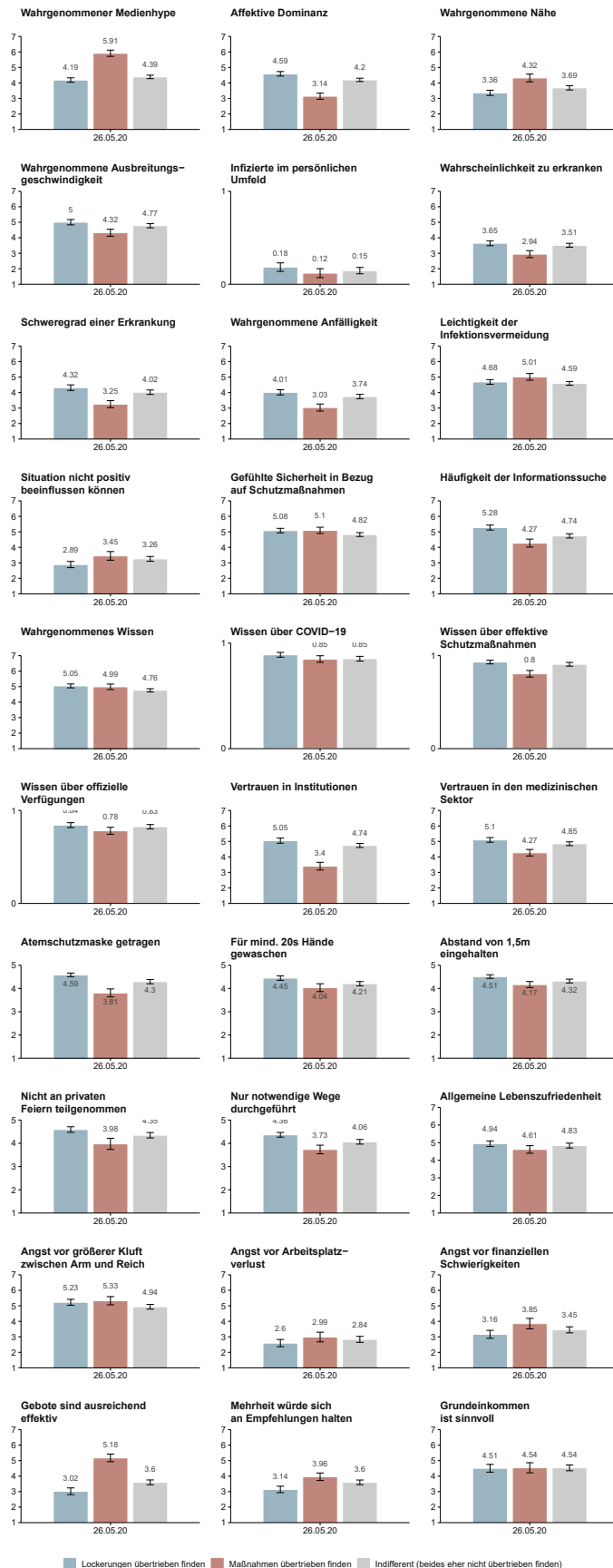
Wer jedoch denkt, die Maßnahmen sind übertrieben, unterscheidet sich auf fast allen Variablen von den anderen Personen: dieses Fünftel der Befragten ist schlechter informiert, vertraut den Behörden weniger, fühlt ein geringeres Risiko, nimmt den Ausbruch als einen Medien-Hype wahr und hängt eher Verschwörungstheorien 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

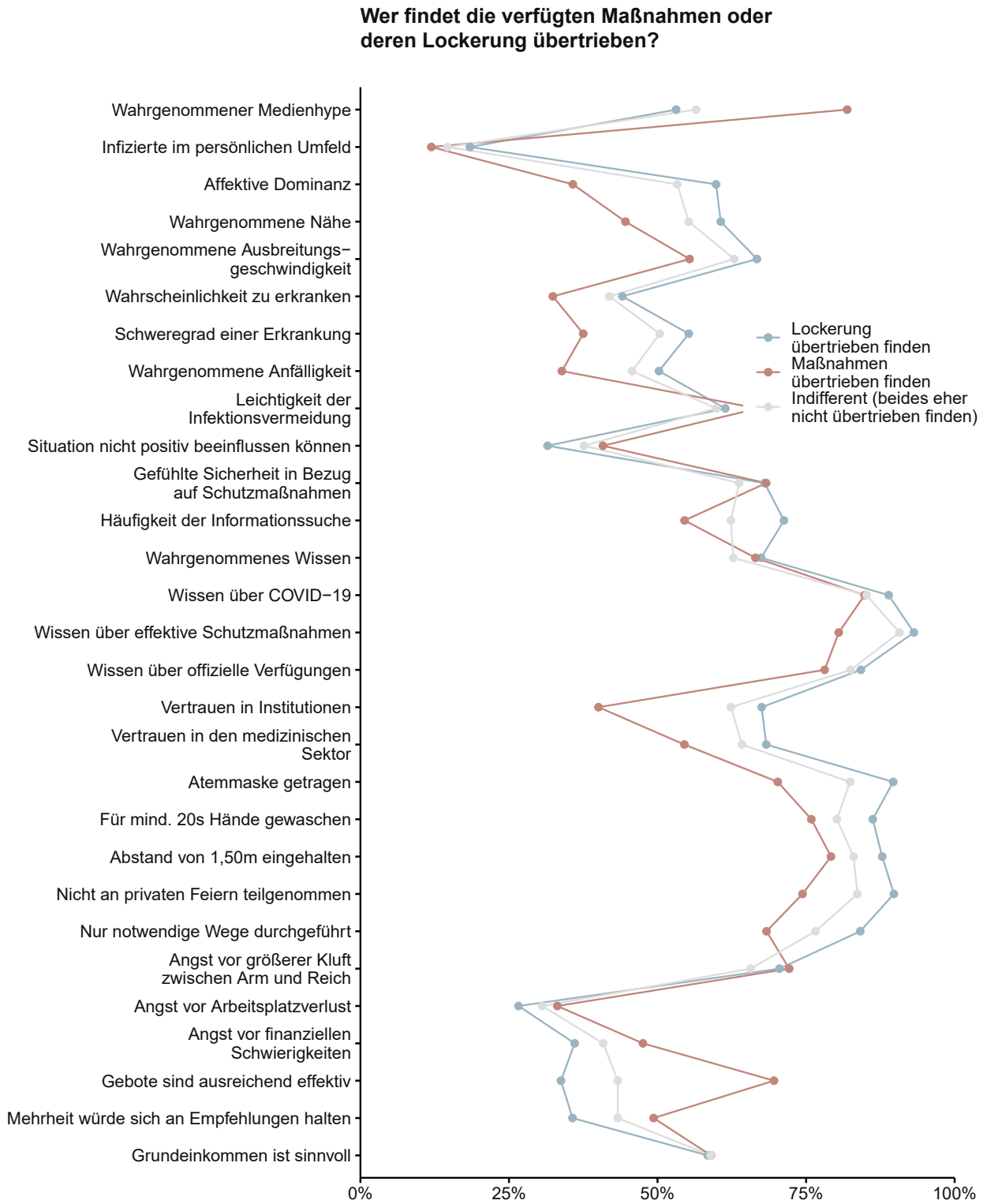
Im PDF-Preprint nicht verfügbar. Bitte HTML-Version öffnen.

Grafische Darstellung der Profilunterschiede



Alternative Darstellung der Profilunterschiede

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% (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 (siehe Abbildungen oben, z.B. letzte Zeile der Balkendiagramme).

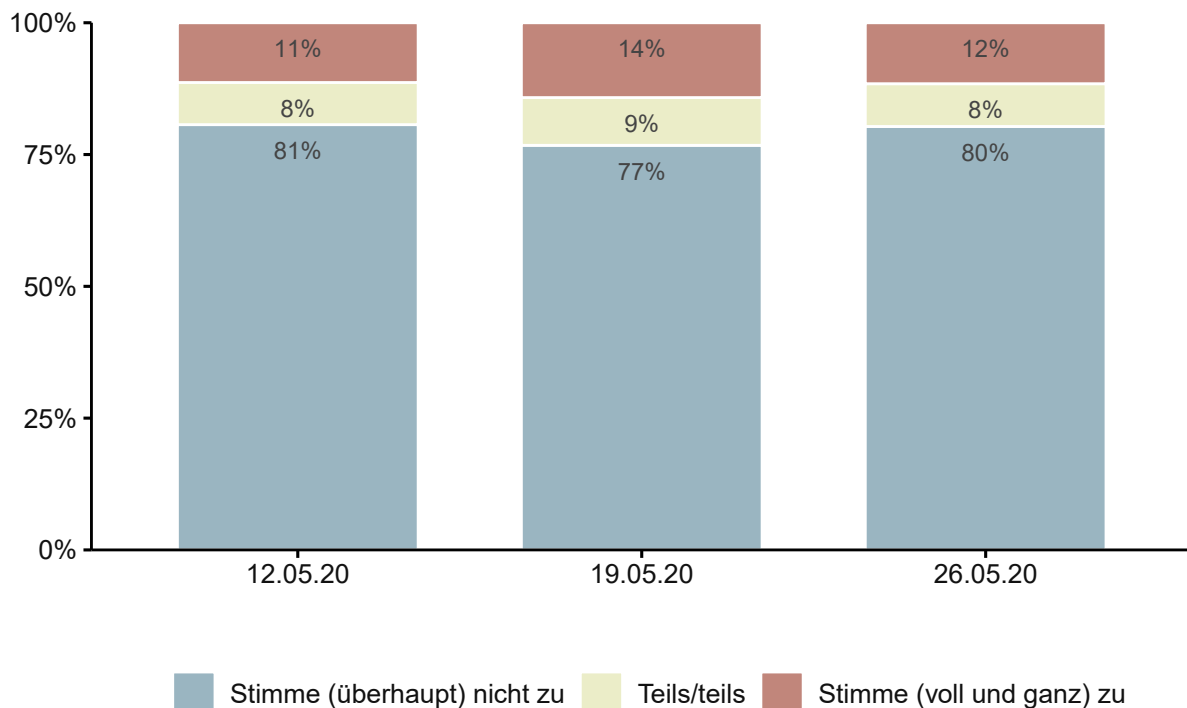
Sie denken auch eher, dass sich die Mehrheit an die Empfehlungen halten würde.

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. 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 Coronavirus 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.

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 ...

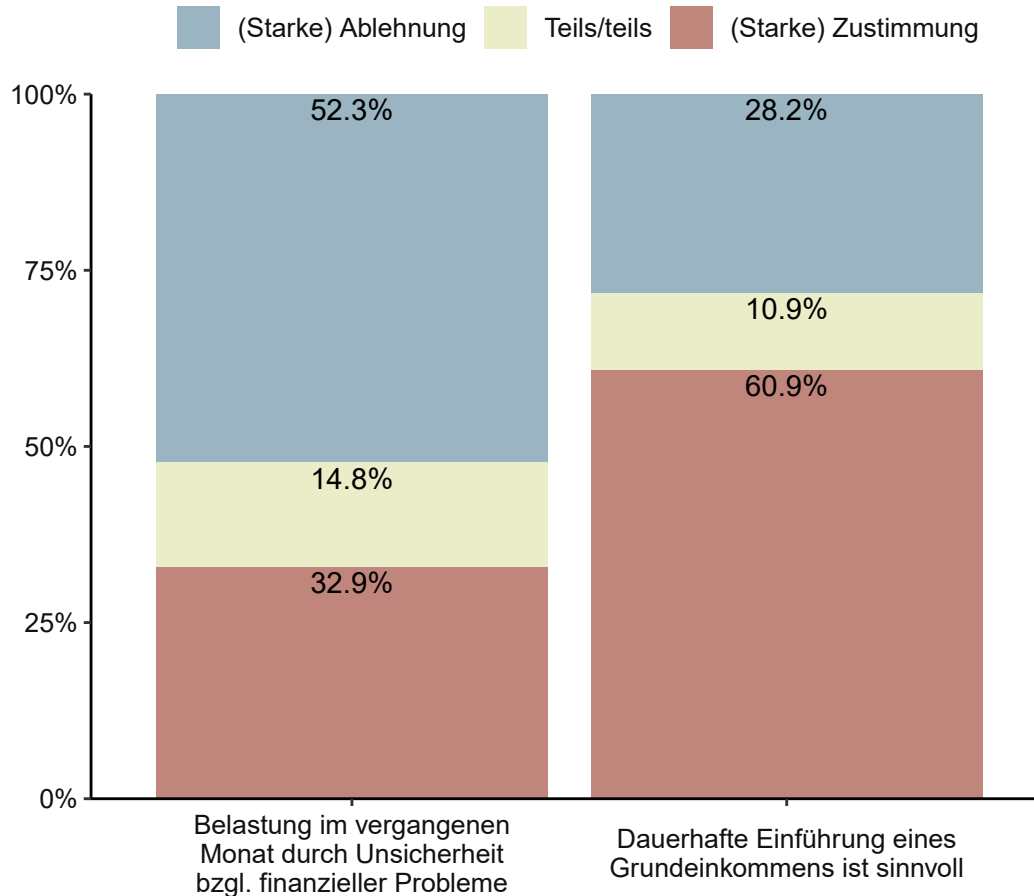
- das selbst eingeschätzte Wissen über COVID-19: 0.01
- das tatsächliche Wissen über COVID-19: -0.23
- das Wissen über wirksame Schutzmaßnahmen: -0.33
- das Wissen über öffentliche Verordnungen: -0.16
- die ausgeführten Maßnahmen: -0.25
- die ergriffenen Maßnahmen übertrieben finden: 0.53
- Vertrauen in die Bundesregierung: -0.29
- Vertrauen in das RKI: -0.37
- Reaktanz: 0.51
- Erkrankungswahrscheinlichkeit: -0.1

9 Finanzielle Unsicherheit und Grundeinkommen

Die eigenen Sorgen aufgrund der finanziellen Unsicherheit im vergangenen Monat gehen mit einer höheren Zustimmung zu der Aussage einher, dass ein dauerhaftes Grundeinkommen sinnvoll ist ($r = 0.19$). Dieser Zusammenhang ist jedoch eher gering.

Finanzielle Unsicherheit und Grundeinkommen

Abweichung von 100% können wegen
Rundung zustande kommen
Ergebnisse der aktuellen Welle (26.05.20)



Im Folgenden wird der Zusammenhang zwischen der finanzieller Belastung und Sorgen in der aktuellen Erhebung exploriert.

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.

Belastung im vergangenen Monat durch Unsicherheit bzgl. finanzieller Problem und ...

- Sorge, dass kleine Unternehmen Konkurs anmelden: 0.15
- Sorge, dass eine wirtschaftliche Rezession eintritt: 0.13
- Sorge, dass die Gesellschaft egoistischer wird: 0.18
- Sorge um den eigenen Arbeitsplatz: 0.56
- Sorge um finanzielle Schwierigkeiten aufgrund von Einkommenseinbußen: 0.68

- Sorge, dass die Kluft zwischen Arm und Reich vergrößert wird: 0.2

Im Folgenden wird der Zusammenhang zwischen der Zustimmung zu einem dauerhaften Grundeinkommen und Sorgen in der aktuellen Erhebung exploriert.

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.

Ein dauerhaftes Grundeinkommen sinnvoll halten und ...

- Sorge, dass kleine Unternehmen Konkurs anmelden: 0.08
- Sorge, dass eine wirtschaftliche Rezession eintritt: -0.02
- Sorge, dass die Gesellschaft egoistischer wird: 0.09
- Sorge um den eigenen Arbeitsplatz: 0.13
- Sorge um finanzielle Schwierigkeiten aufgrund von Einkommenseinbußen: 0.19
- Sorge, dass die Kluft zwischen Arm und Reich vergrößert wird: 0.25

10 Öffnung von Betreuungseinrichtungen

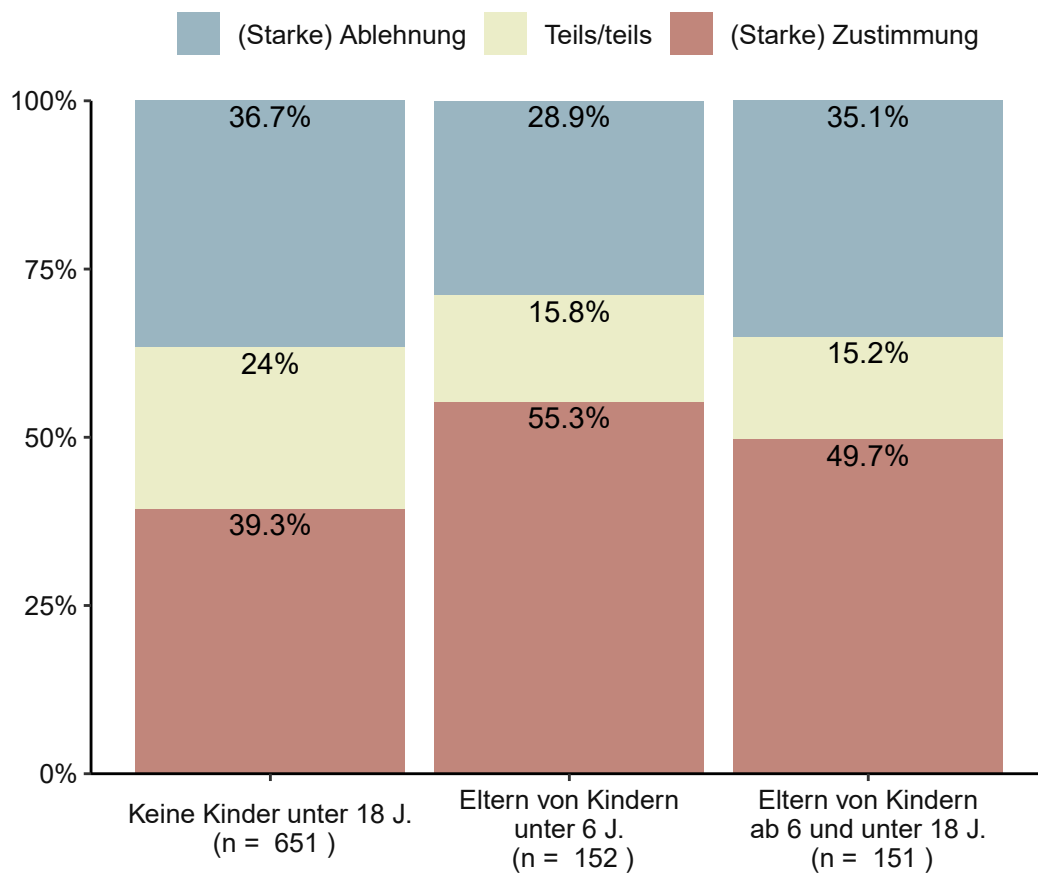
Um den Wunsch nach sofortiger Öffnung von Betreuungseinrichtungen (Kindergärten und Schulen) zu erheben, wurden die Befragten mit und ohne eigene Kindern verglichen. Personen mit eigenen Kindern wurden nach deren Alter (unter bzw. über 6 Jahre) unterteilt.

Durch persönliche Betroffenheit, also das Vorhandensein eigener Kinder, steigt die Zustimmung zur Öffnung aller Einrichtungen. Mit 55% findet sich die stärkste Zustimmung in der Gruppe der Personen mit Kind(ern) im Kindergartenalter für die Öffnung von Kindergärten. Etwa die Hälfte aller Eltern – unabhängig vom Alter des Kindes oder der Kinder – würden die Öffnung von Schulen gutheißen. Diese Werten spiegeln sich in der umgekehrten Fragestellung zur vorsorglichen Schließung wider.

Hierbei ist zu beachten, dass Mehrfachnennungen bei Kindern über und unter 6 Jahren möglich waren.

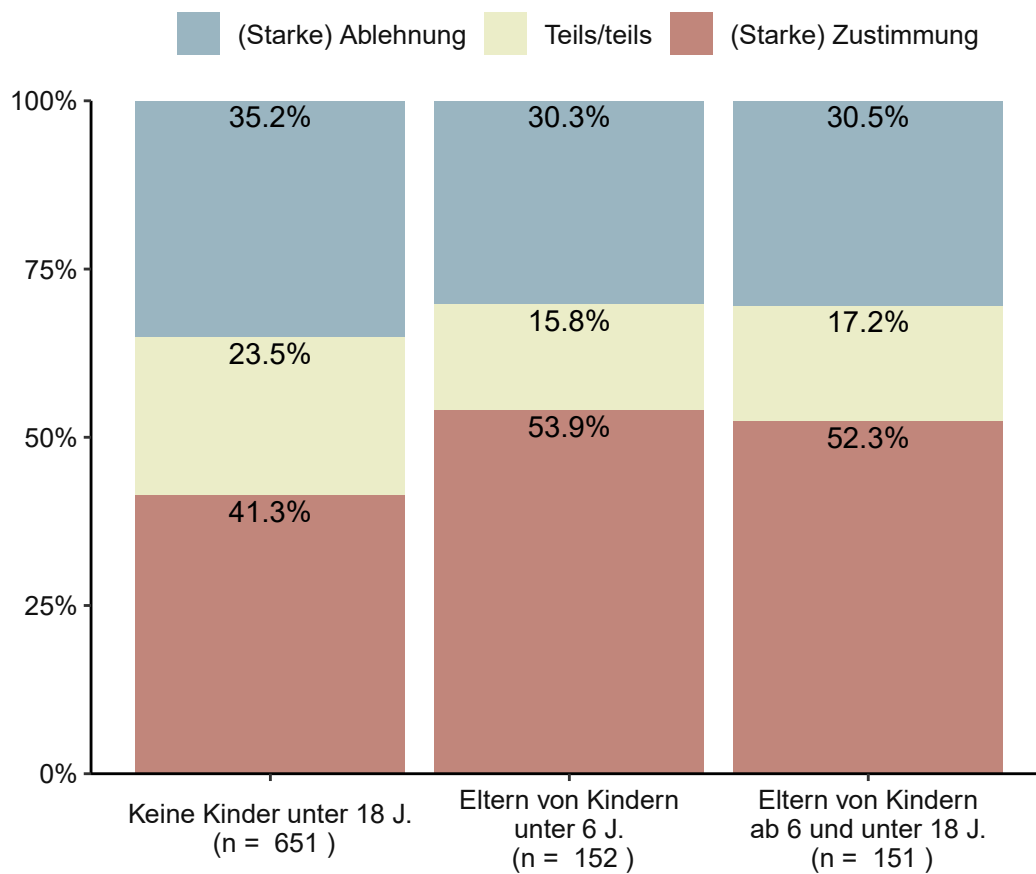
Kindergärten sollten sofort wieder öffnen.

Mehrfachnennung bei Eltern von Kindern unter und über 6 Jahre möglich.
Abweichung von 100% können wegen
Rundung zustande kommen
Ergebnisse der aktuellen Welle (26.05.20)



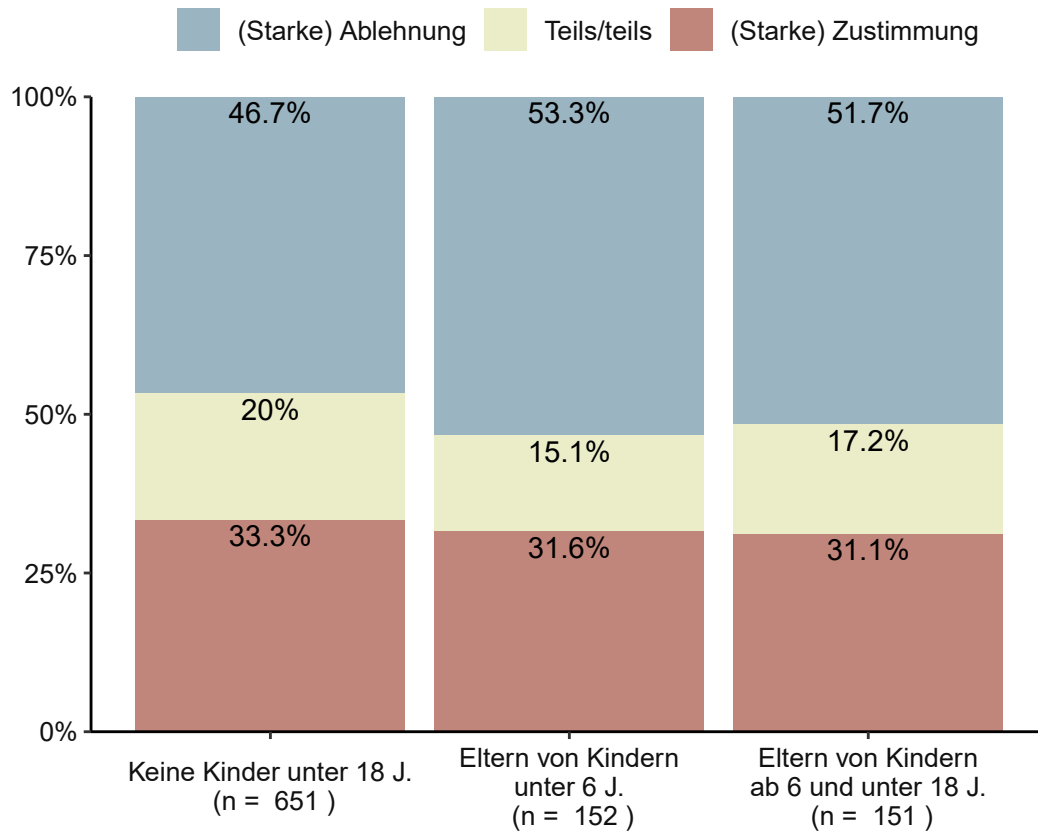
Schulen sollten sofort wieder öffnen.

Mehrfachnennung bei Eltern von Kindern unter und über 6 Jahre möglich.
Abweichung von 100% können wegen
Rundung zustande kommen
Ergebnisse der aktuellen Welle (26.05.20)



Vorsorglich sollten Gemeinschaftseinrichtungen
wie Schulen oder Kindergärten geschlossen werden.

Mehrfachnennung bei Eltern von Kindern unter und über 6 Jahre möglich.
Abweichung von 100% können wegen
Rundung zustande kommen
Ergebnisse der aktuellen Welle (26.05.20)



11 Tragen einer Maske in der Öffentlichkeit

Laut aktuellem Beschluss der Bundesregierung ist das Tragen von Gesichtsmasken beim Einkaufen und im ÖPNV verpflichtend.

- 83 % halten es für eine wirksame Schutzmaßnahme, in der Öffentlichkeit Masken zu tragen (Vorwoche: 81.8 %).
- 82.1 % geben an, in der Öffentlichkeit Masken zu tragen (Vorwoche: 80.8 %).
- Einer verpflichtenden Regelung stimmen 57.2% zu (Vorwoche: 52.8 %).

Wer trägt eher Maske?

Masken tragen *eher* Personen, die:

- Vertrauen in die Behörden haben,
- die Krankheit als näher wahrnehmen,
- mehr über Schutzmaßnahmen wissen,
- Häufiger nach Informationen suchen,
- sich weniger gut vorbereitet fühlen.

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	0.005	0.064	<.001
Geschlecht: weiblich	1.45	0.993	2.132	.055
Vertrauen in Behörden	1.24	1.052	1.469	.010
Vertrauen in Gesundheitssektor	1.21	0.992	1.465	.060
Wahrgenommene Nähe	1.19	1.045	1.361	.009
Mittleres Wissen COVID-19	2.07	0.929	4.558	.072
Wissen über effektive Schutzmaßnahmen	7.95	3.482	18.435	<.001
Häufigkeit der Informationssuche	1.22	1.073	1.386	.002
Wahrgenommenes Vorbereitetsein	0.81	0.691	0.949	.010
Wahrscheinlichkeit zu erkranken	1.15	0.995	1.327	.060

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	3.60	<.001
Hände für 20 Sek. waschen	2.98	<.001
Händeschütteln vermeiden	6.05	<.001
Mund und Nase bedecken	3.01	<.001
Kontakt vermeiden	1.89	<.001
Zuhause bleiben	2.13	<.001
Soziale Schutzmaßnahmen		
1,5m Abstand halten	5.01	<.001
Quarantäne ohne Symptome	2.36	<.001
Quarantäne mit Symptomen	2.39	<.001
Öffentliche Orte vermeiden	2.12	<.001
Private Feiern vermeiden	1.99	<.001
Höchstens mit einer anderen	1.99	<.001
Person oder Haushaltsangehörigen		
in Öffentlichkeit bewegen		
Nur notwendige Wege	2.82	<.001
durchführen		
Keine Freunde und Verwandte	2.69	<.001
treffen (aus anderen Haushalt)		
Auf private Reisen verzichten	3.16	<.001

12 Maske: Freiwillig oder verpflichtend?

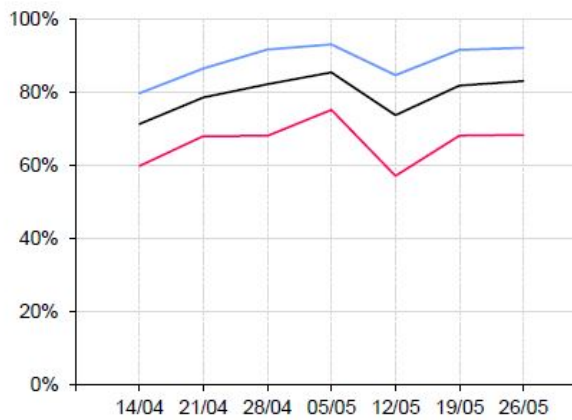
12.1 Einstellungen

Das Wissen, dass das Tragen von Masken eine effektive Maßnahme ist (A) und man damit vor allem andere und nicht sich selbst schützt (B) war stets hoch; auch stimmt die Mehrheit verpflichtendem Masketragen zu (C). Erst nach der Einführung der Maskenpflicht (ab 27. April) in öffentlichen Verkehrsmitteln und Geschäften stieg der Prozentsatz der Personen stark an, die häufig/immer eine Maske tragen (D).

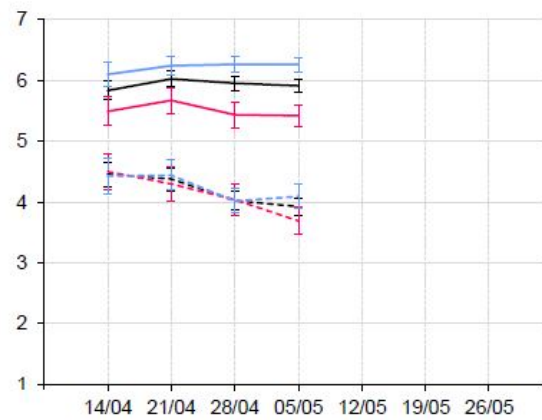
Dies galt auch, wenn auch in geringerem Maße, für diejenigen, die die Maßnahmen generell für übertrieben halten (rote Linie). Vor der Einführung der Pflicht wuchs der Anteil der Maskenträger in dieser Gruppe nicht (D*)

Das bedeutet: Masketragen als verpflichtende Maßnahme ist knapp mehrheitlich akzeptiert. Die Bereitschaft zum Masketragen ist v.a. bei denen, die die Maßnahmen ablehnen, durch die Verpflichtung gestiegen.

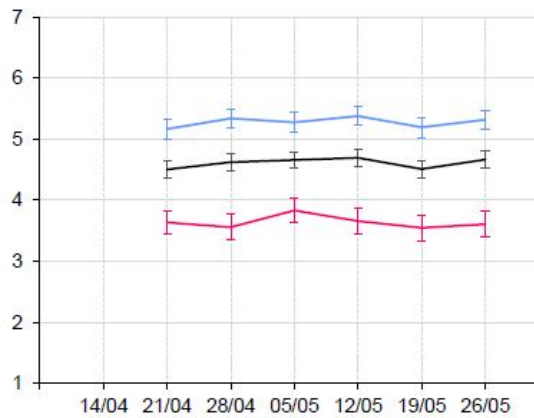
A Anteil der Personen, die Masketragen als korrekte Präventionsmaßnahme erkannt haben



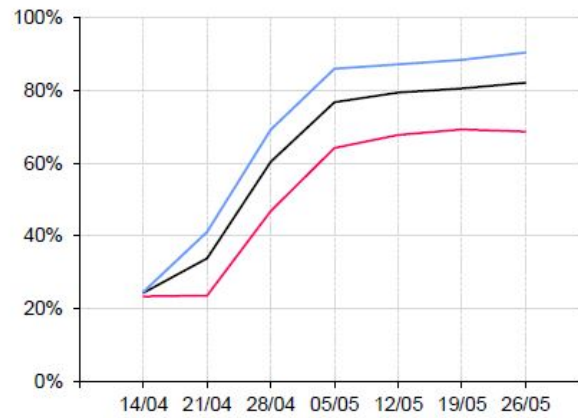
B Zustimmung: Maske zum Schutz anderer und zum eigenen Schutz tragen



C Zustimmung zur Maskenpflicht



D Anteil der Personen, die häufig oder immer Maske tragen



— alle Teilnehmer — Personen, die Maßnahmen übertrieben finden — Personen, die Maßnahmen nicht übertrieben finden

Figure 1:

12.2 Experiment: sozialen und Verhaltenskonsequenzen bei freiwilliger vs.verpflichtender Maskenregelung

Methode:

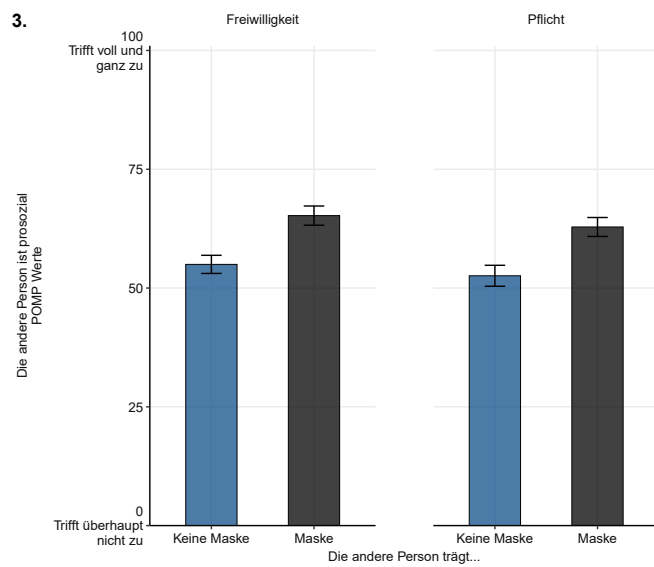
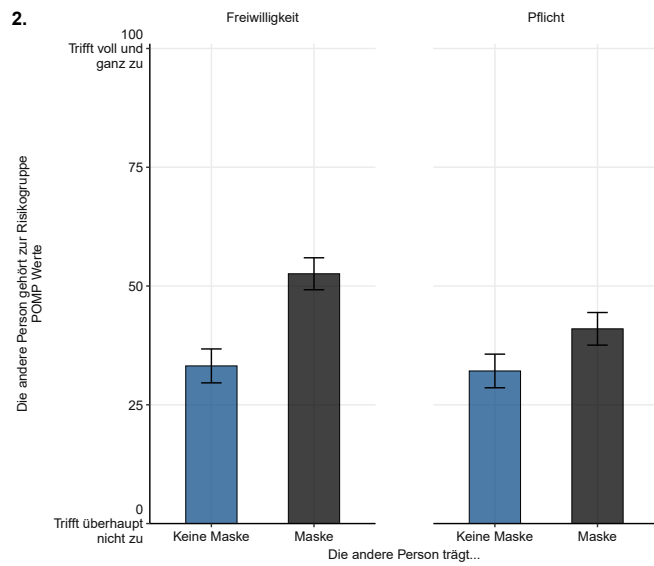
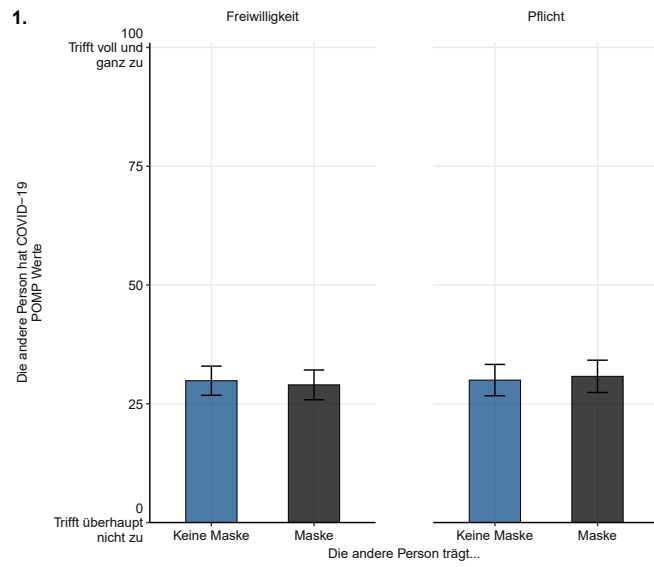
In einem Experiment haben wir untersucht, welche sozialen und Verhaltenskonsequenzen eine freiwillige vs. verpflichtende Maskenregelung haben könnte und wie unter diese Umständen Personen mit und ohne Maske bewertet werden.

Die Teilnehmer sollten sich dazu in eine Alltagssituation hineinversetzen: *Stellen Sie sich vor: In Ihrer Stadt wurde die Maskenpflicht für Supermärkte aufgehoben (oder: gilt Maskenpflicht in Supermärkten). Sie befinden sich mit einer weiteren Person in der Obstabteilung Ihres Supermarkts. Diese Person trägt keine Maske (oder: eine Maske).*

Experiment // Ergebnisse zur sozialen Wahrnehmung

Masketragen sendet positive soziale Signale, relativ unabhängig von der Freiwilligkeit/Verpflichtung:

- Maskenträger werden nicht eher als mit COVID-19 erkrankt wahrgenommen (Abb. 1).
- Maskenträger werden eher als Mitglied einer Risikogruppe wahrgenommen, v.a. wenn Masketragen freiwillig ist (Abb. 2).
- Wer Maske trägt, wird als prosozialer wahrgenommen (Abb. 3)

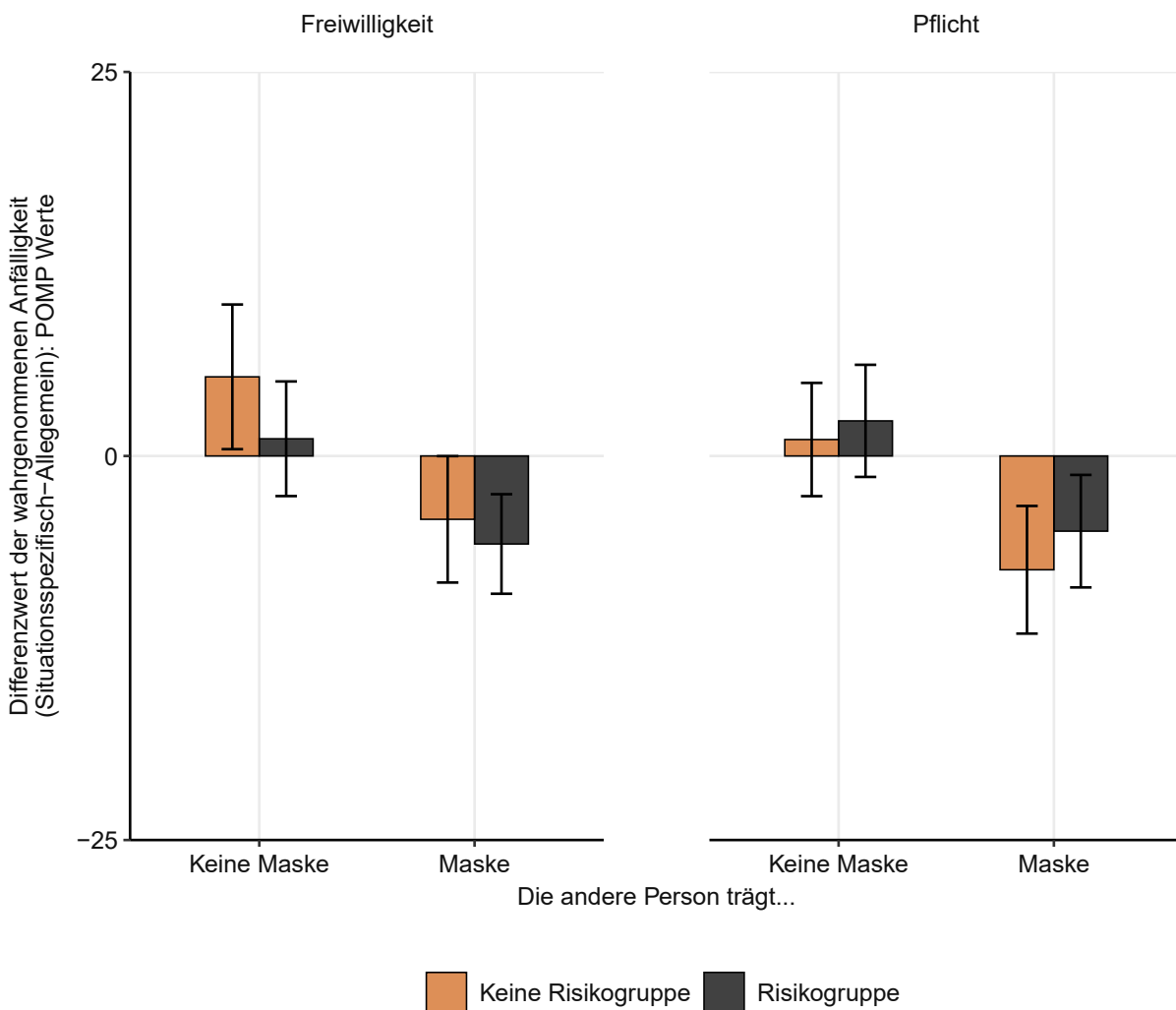


Experiment // Ergebnisse zur Risikowahrnehmung

Wenn andere Personen eine Maske tragen, verringert sich das eigene wahrgenommene Risiko (Anfälligkeit für COVID-19). Dies ist unabhängig von der Freiwilligkeit oder verpflichtenden Regelung. Dargestellt ist der Unterschied zwischen genereller wahrgenommener Anfälligkeit und der Anfälligkeit in der spezifischen, beschriebenen Situation.

Änderungen in der wahrgenommenen Anfälligkeit in Abhängigkeit des eigenen Verhaltens und des Verhaltens des Anderen

Mittelwerte und Konfidenzintervalle



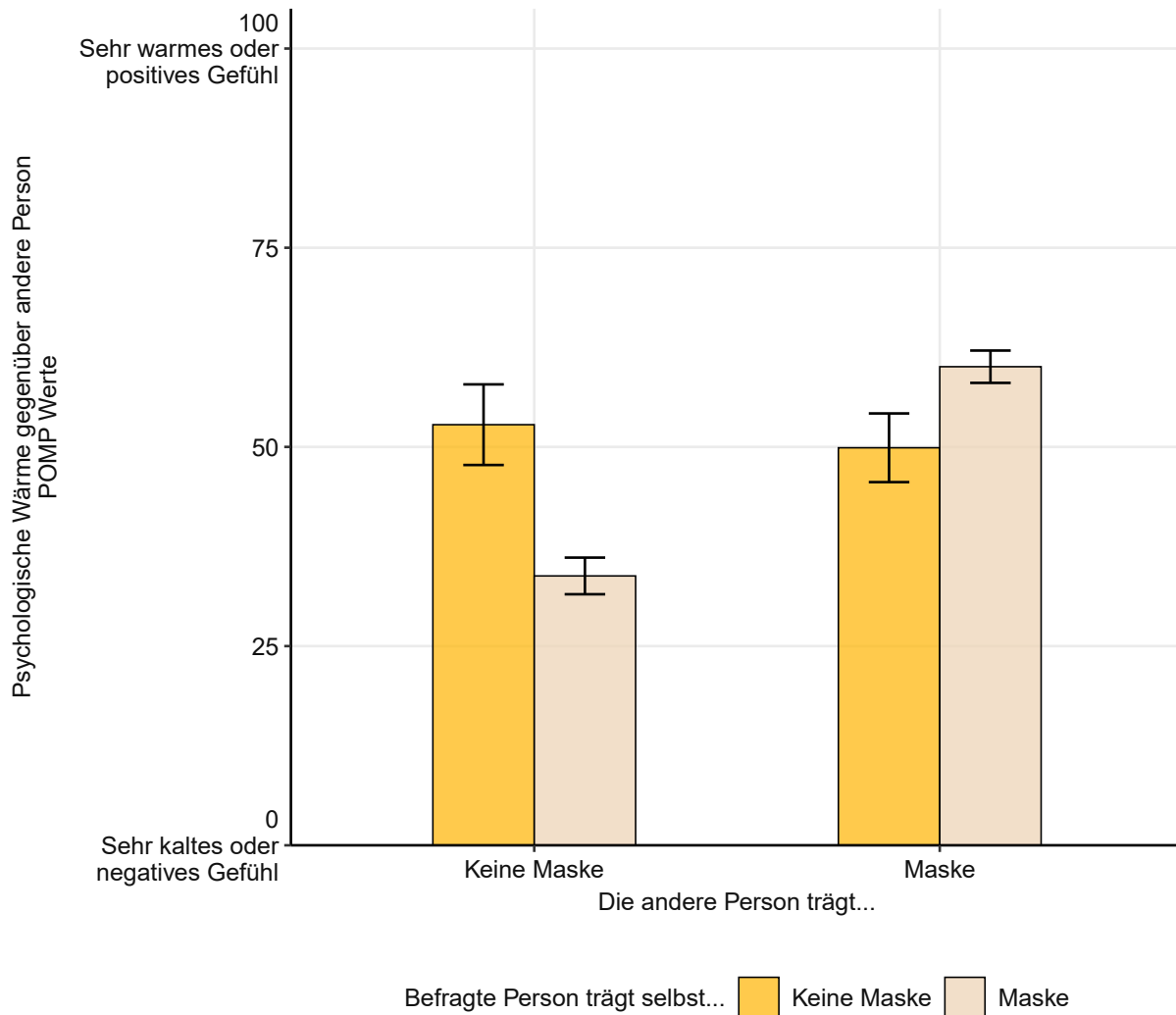
Experiment // Ergebnis: Maskentragen ist ein sozialer Vertrag

Maskentragen wird als sozialer Vertrag wahrgenommen: Andere Personen, die keine Maske tragen, werden v.a. von Personen, die selbst Maske tragen, abgestraft. Dies ist unabhängig von Freiwilligkeit oder Verpflichtung.

Gemessen wird dies mit „Wärme“ – dies wird in der psychologischen Literatur als Indikator für eine moralische Bewertung verwendet: je wärmer, desto moralisch richtiger.

Änderungen der psychologischen Wärme in Abhängigkeit des eigenen Verhaltens und des Verhaltens des Anderen

Mittelwerte und Konfidenzintervalle

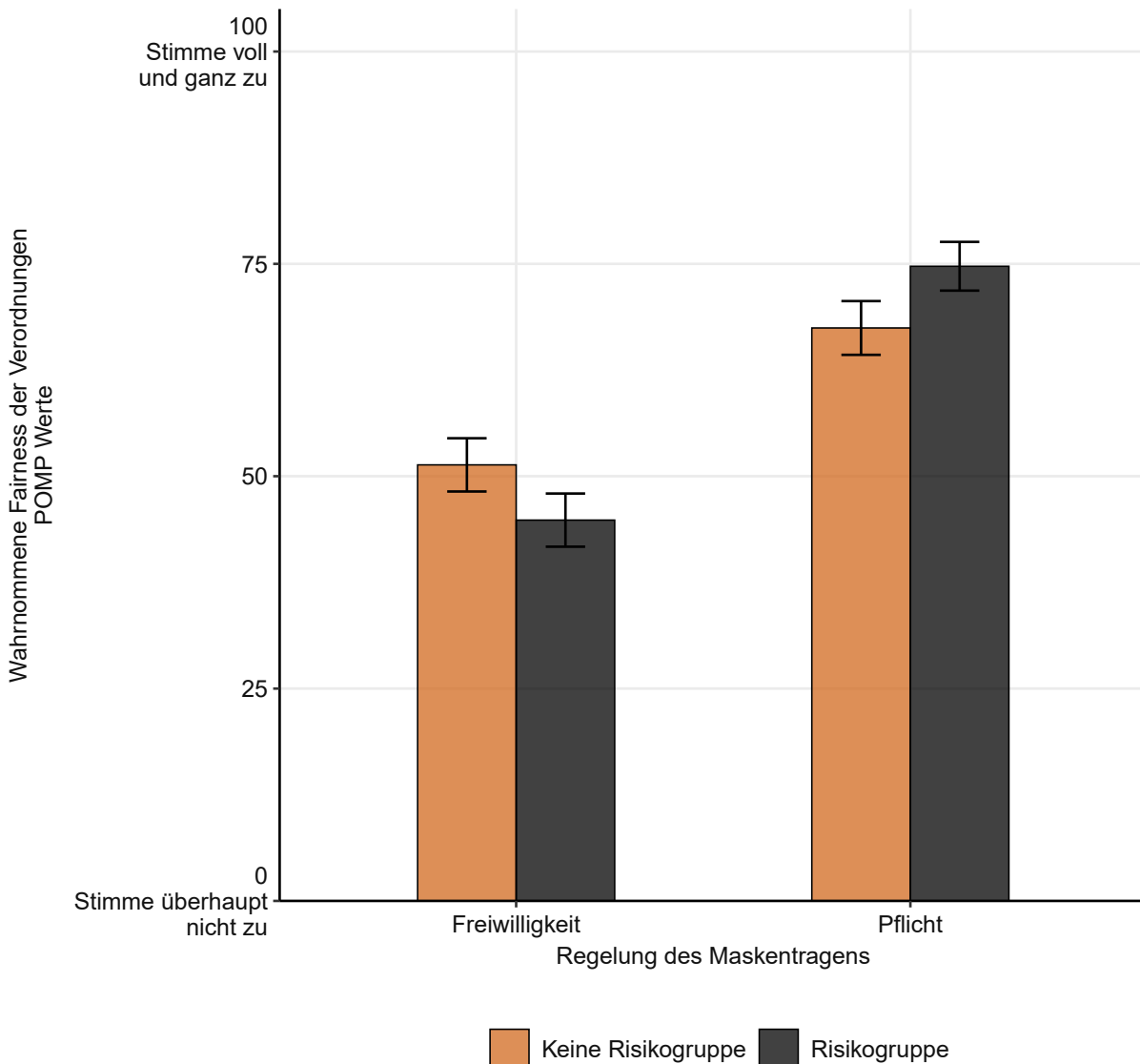


Experiment // Fairness verpflichtender vs. freiwilliger Maskeregeln

Masketragen wird als fairer eingeschätzt als eine freiwillige Regelung, v.a. von der COVID-19 Risikogruppe.

Regelung des Maskentragens und Fairnesswahrnehmung

Mittelwerte und Konfidenzintervalle



Experiment // Ergebnis: Bereitschaft des Maskentragens unter freiwilliger bzw. verpflichtender Regelung

Die Bereitschaft zum Masketragen ist höher bei einer verpflichtenden Regelung.

Um Transmissionen effektiv zu reduzieren, sollten 96% der Bevölkerung eine Maske tragen (Tian et al., 2020: [hTps://arxiv.org/Wp/arxiv/papers/2003/2003.07353.pdf](https://arxiv.org/Wp/arxiv/papers/2003/2003.07353.pdf)).

Das Bedürfnis nach selbst-schützenden FFP2 Masken wird höher unter freiwilligen Bedingungen (26%, verpflichtend: 23%)

Dies ist tendenziell v.a. für Risikogruppen so:

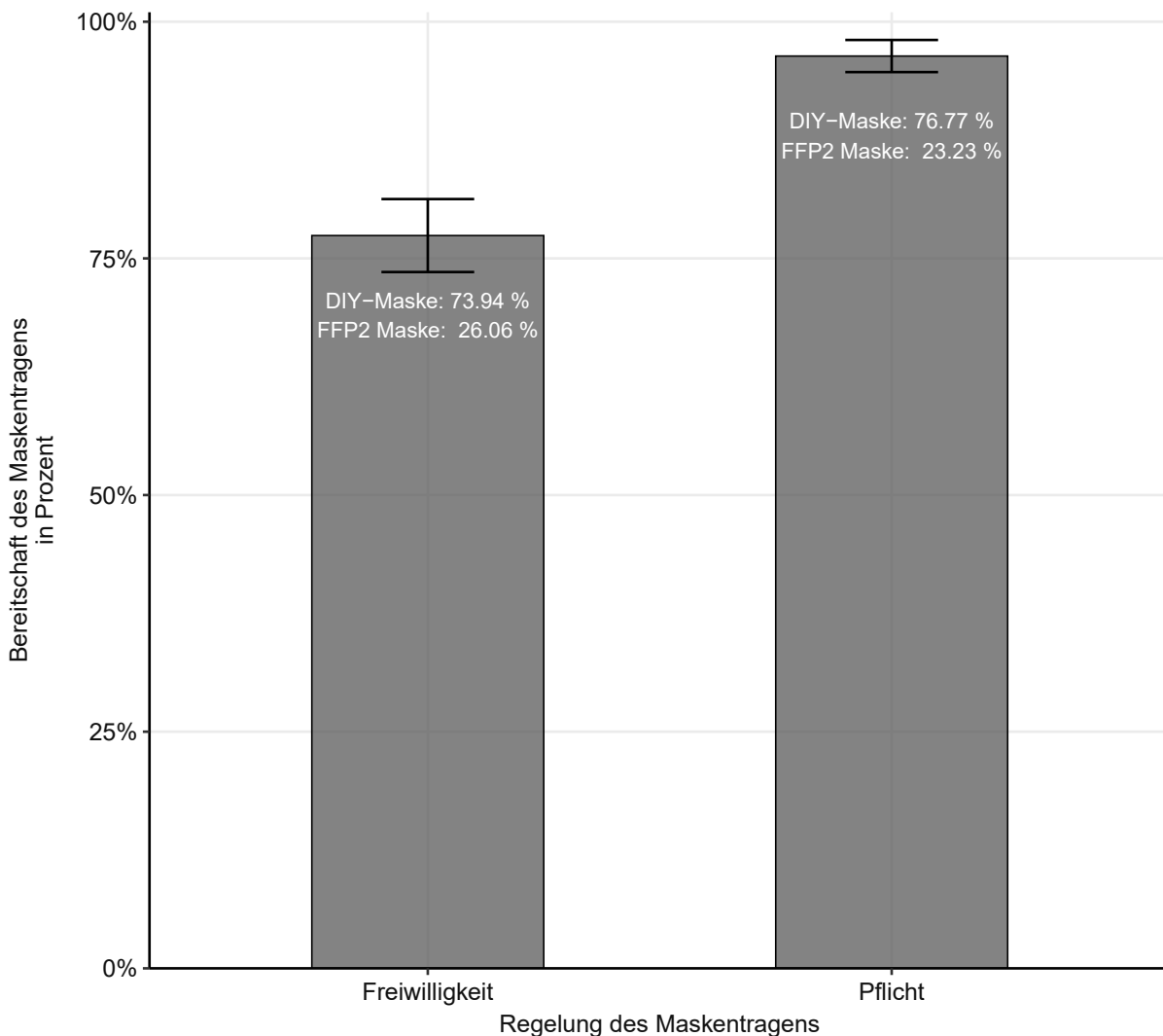
- Freiwillig: hier erhöht sich der Anteil derer, die eine FFP2 Maske tragen würden auf 31% (nicht Risikogruppe: 19%)

- Verpflichtend: hier liegt der Anteil derer, die eine FFP2 Maske tragen würden, nur bei 26% (nicht Risikogruppe: 20%)

Das bedeutet: Freiwillige Regelung führt nicht zu ausreichender Anzahl an Maskenträger und tendenziell zu höherem Bedarf an FFP2 Masken bei Risikogruppen

Bereitschaft des Maskentragens in Abhängigkeit der Trageregelung

Durchschnittliche Tragerate mit Konfidenzintervallen



**** Experiment // Zusammenfassung - Masken: freiwillig oder verpflichtend? ****

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

Maskenpflicht:

- ist seit Mitte April durchgängig von ca. 50% der Befragten akzeptiert

- führt auch dazu, dass Personen, die Maßnahmen generell ablehnen, Masken tragen
- wird als fairer wahrgenommen als eine freiwillige Regelung, besonders von Risikogruppen
- führt zu einer ausreichend hohen Tragebereitschaft, damit Masken effektiv in der Transmissionsvermeidung werden (96%); Freiwilligkeit reicht nicht aus

Wenn jemand eine Maske trägt, wird diese Person:

- Nicht eher für krank gehalten als eine Person, die keine Maske trägt
- Eher als gefährdete Person aus der Risikogruppe eingeschätzt
- Eher als prosozial und positiv-moralisch eingeschätzt
- Ob es eine verpflichtende oder freiwillige Regelung gibt, spielt hier kaum eine Rolle

13 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.

48.5 % (Vorwoche: 50.6 %) sind eher bereit oder bereit, sich eine datenschutzkonforme App zu installieren; 21.7 % (Vorwoche: 22.5 %) würden sich eine solche App auf keinen Fall runterladen.

Wer würde sich eine Tracing-App runterladen?

Wer den Behörden mehr vertraut, mehr über effektive Schutzmaßnahmen weiß, die Krankheit als schwerwiegender einschätzt, würde sich die App eher herunterladen. Wer einen Medienhype vermutet und sich als weniger selbstwirksam 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	-0.110	0.007	.085
Vertrauen in Behörden	0.27	0.208	0.342	<. .001
Wahrgenommener Medienhype	-0.12	-0.187	-0.053	.001
Mittleres Wissen COVID-19	-0.05	-0.110	0.013	.123
Wissen über effektive Schutzmaßnahmen	0.12	0.058	0.187	<. .001
Häufigkeit der Informationssuche	0.14	0.081	0.207	<. .001
Selbstwirksamkeitserwartung	-0.06	-0.118	0.000	.049
Schweregrad	0.10	0.033	0.159	.003

¹ $R^2 = .259$, Adj. $R^2 = .252$

14 Ressourcen und Belastungen

Bereits in den Wellen 4, 5 und 8 kooperierten wir mit dem Leibniz-Institut für Resilienzforschung (LIR) in Mainz. Auch in dieser Welle untersuchen wir psychologische Ressourcen (Resilienz) und Belastungen.

14.1 Resilienz

Resilienz ist die psychische Widerstandskraft, die Fähigkeit, schwierige Lebenssituationen ohne anhaltende Beeinträchtigung zu überstehen. Die Daten wurden anhand der Brief Resilience Scale erfasst und mit deutschen Normdaten verglichen. Dargestellt sind Abweichungen zu den vorhandenen Normen. Wenn die Fehlerbalken nicht die Null-Linie schneiden, zeigt dies eine signifikante Verminderung oder Erhöhung der Resilienz im Vergleich zur Normstichprobe an.

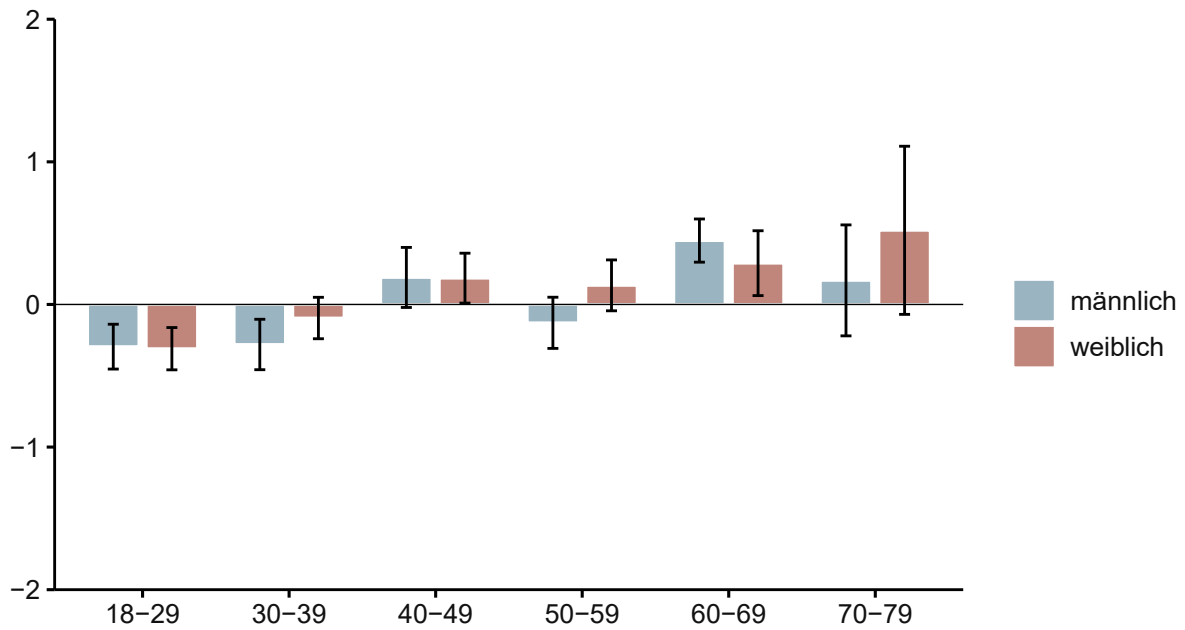
Die aktuellen Resilienz-Werte unterscheiden sich vom deutschen Normkollektiv (LIR Mainz, Kunzler et al. 2018) in Abhängigkeit vom Alter: Im Rahmen der Corona-Krise schätzen sich jüngere Personen als weniger resilient und Menschen älter als 60 Jahre als resilienter ein als das Normkollektiv (LIR, Kunzler et al. 2018). Fragen zu den Bewältigungsstilen zeigen, dass die befragten Personen überwiegend der Meinung sind, dass sie sich durch die Krise nicht unterkriegen lassen und die notwendigen Wege finden werden um weiterzumachen.

Zusammenhang von Resilienz mit ausgewählten Variablen

Korrelationen von Resilienz mit der Risikowahrnehmung zeigen, dass es einen kleinen Zusammenhang in dem Sinne gibt, dass resilientere Menschen sich als weniger anfällig für eine Infektion einschätzen und einen kleinen Zusammenhang in die Richtung, dass resilientere Menschen die Krankheit als weniger gefährlich einschätzen. Sie sind der Meinung, die Situation durch ihr Verhalten positiv beeinflussen zu können.

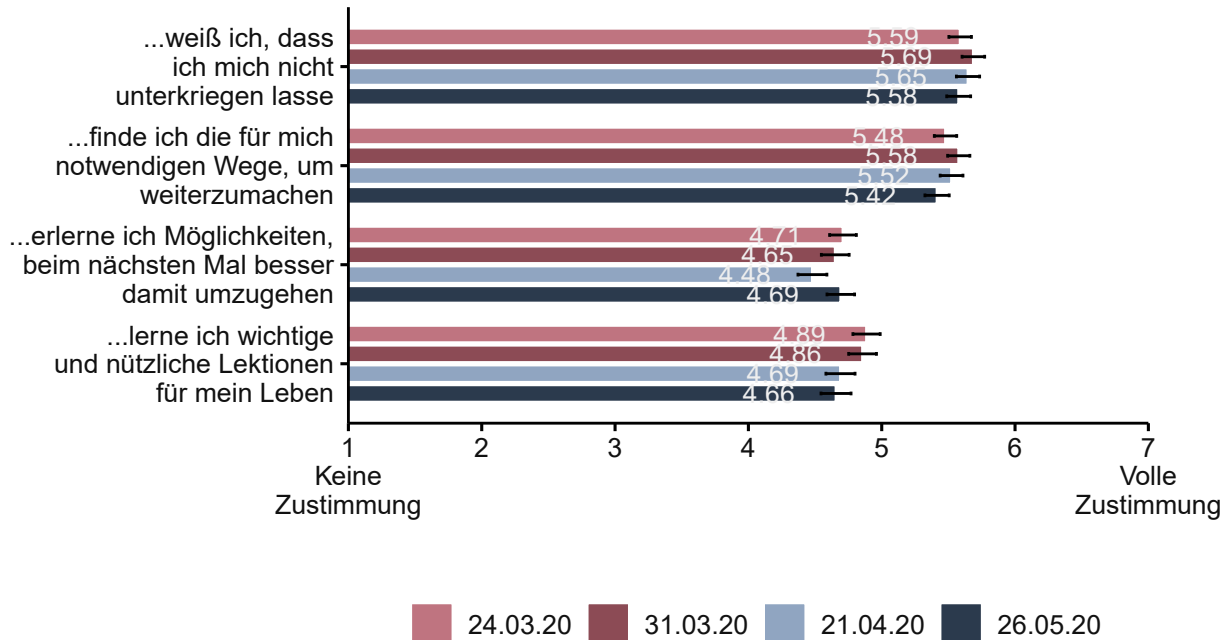
Allgemeine Resilienz: Veränderung gegenüber deutscher Normstichprobe

Differenz auf der Brief Resilience Scale (5-Punkte-Skala).
Aktuelle Erhebungswelle (26.05.20)



Corona-spezifische Relienz: Während der Corona-Pandemie...

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



Zusammenhang von Resilienz mit ausgewählten Variablen (aktuelle Welle)

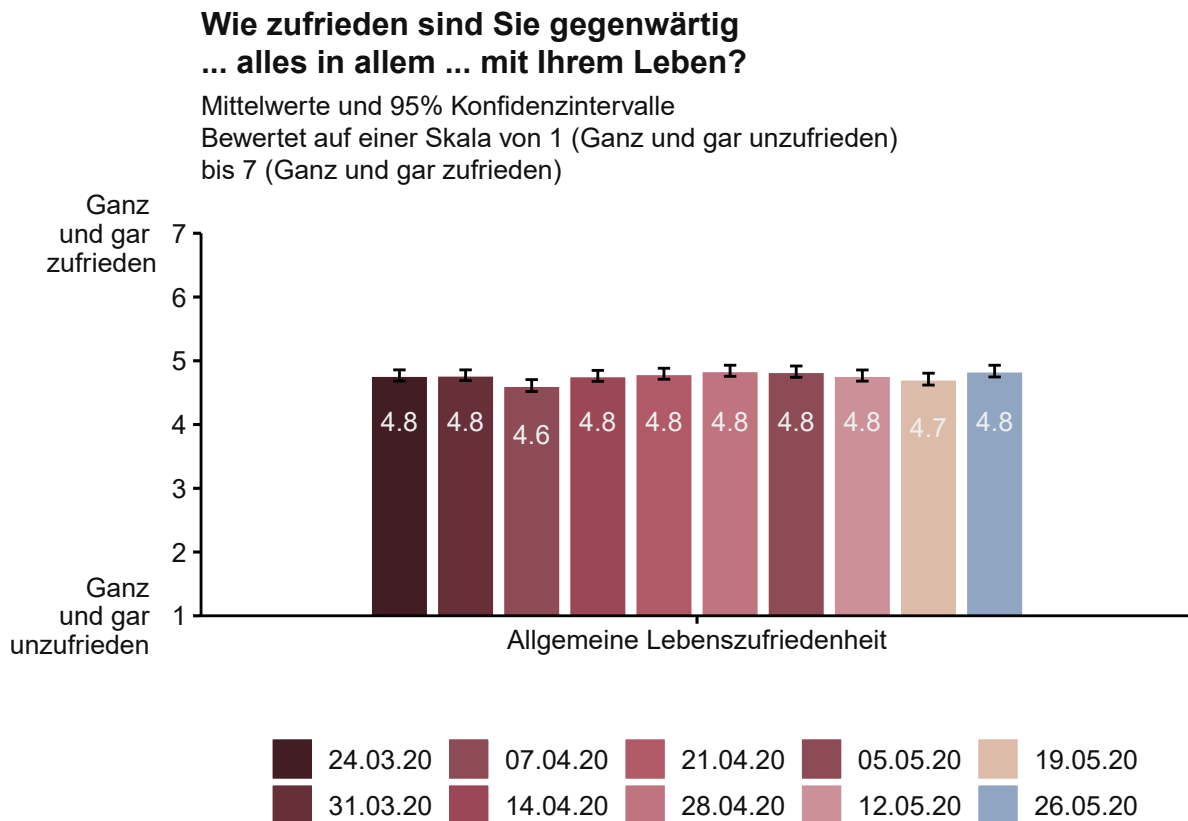
Interpretation der Korrelationskoeffizienten (r): In der folgenden Übersicht zeigen höhere Werte einen stärkeren Zusammenhang an, Werte nahe Null zeigen, dass es keinen Zusammenhang gibt, um 0.1 einen kleinen Zusammenhang. Werte um 0.3 zeigen einen mittleren Zusammenhang, ab 0.5 spricht man von einem starken Zusammenhang. Ein negatives Vorzeichen bedeutet, dass hohe Werte auf der einen Variable mit niedrigen Werten auf der anderen Variable auftreten. p -Werte < 0.5 zeigen statistisch bedeutsame Zusammenhänge an. Bitte beachten Sie, dass eine Korrelation keine Aussage über die Wirkrichtung treffen kann (wer resilienter ist, fühlt sich weniger anfällig und umgekehrt).

	Allgemeine Resilienz		Corona-spezifische Resilienz	
	r	p	r	p
Alter				
Alter	.16	<.001	.11	.001
Risikowahrnehmung				
Wahrscheinlichkeit an COVID-19 zu erkranken	-.15	<.001	.03	.326
Ernsthaftigkeit der Erkrankung	-.08	.014	.12	<.001
Anfälligkeit	-.19	<.001	.04	.194
Wahrgenommene Nähe des Virus	-.07	.033	.06	.064
Psychologische Schutzfaktoren				
Selbstwirksamkeitserwartung	.20	<.001	.08	.015
Maßnahmen				
Ergriffenes Schutzverhalten	.03	.420	.25	<.001

Wissen über korrektes Schutzverhalten	.04	.209	.14	<.001
Umgang mit der Situation				
Ich selbst kann nichts tun, um die Situation positiv zu beeinflussen.	-.19	<.001	-.24	<.001
Wahrgenommene Hilflosigkeit	-.20	<.001	-.03	.290

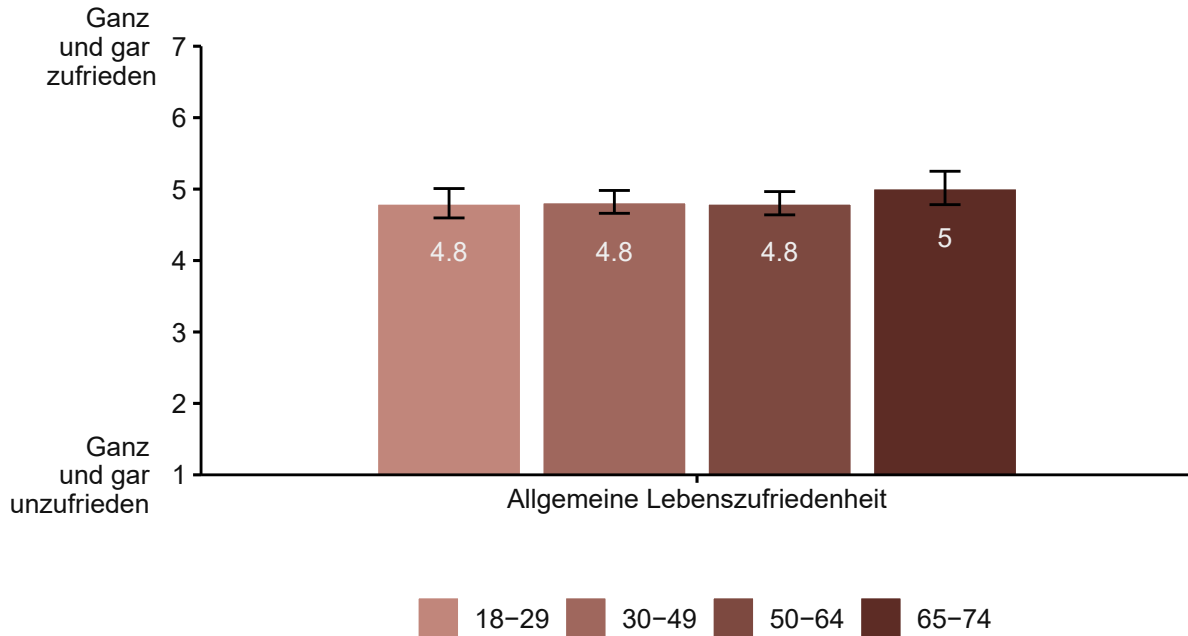
14.2 Allgemeine Lebenszufriedenheit

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



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 (26.05.20)

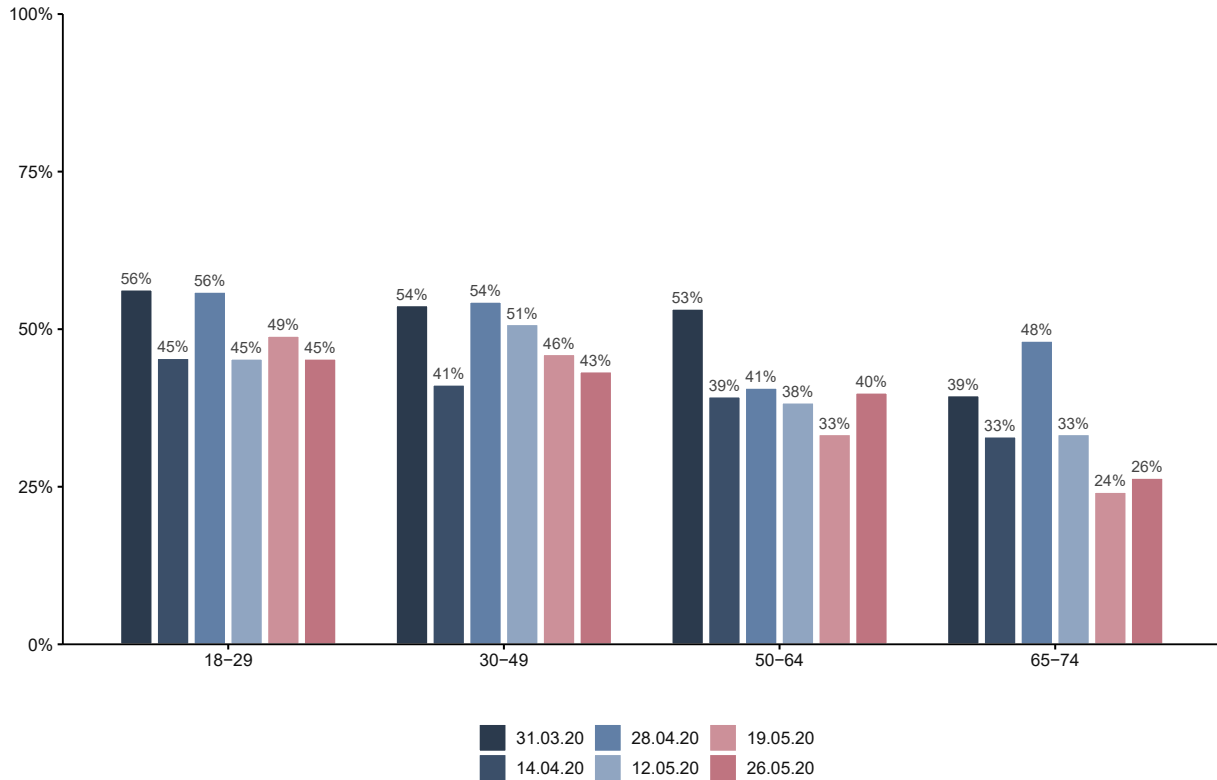


14.3 Situative Belastung

40.4 % 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 %). In allen Altersgruppen ist das Belastungsempfinden im Vergleich zur ersten Messung zurückgegangen. In der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährige geben nach wie vor weniger Personen (26 %) an, ihre persönliche Situation als belastend zu empfinden.

Situative Belastung nach Altersgruppen

Empfinden Sie Ihre persönliche Situation momentan als belastend?



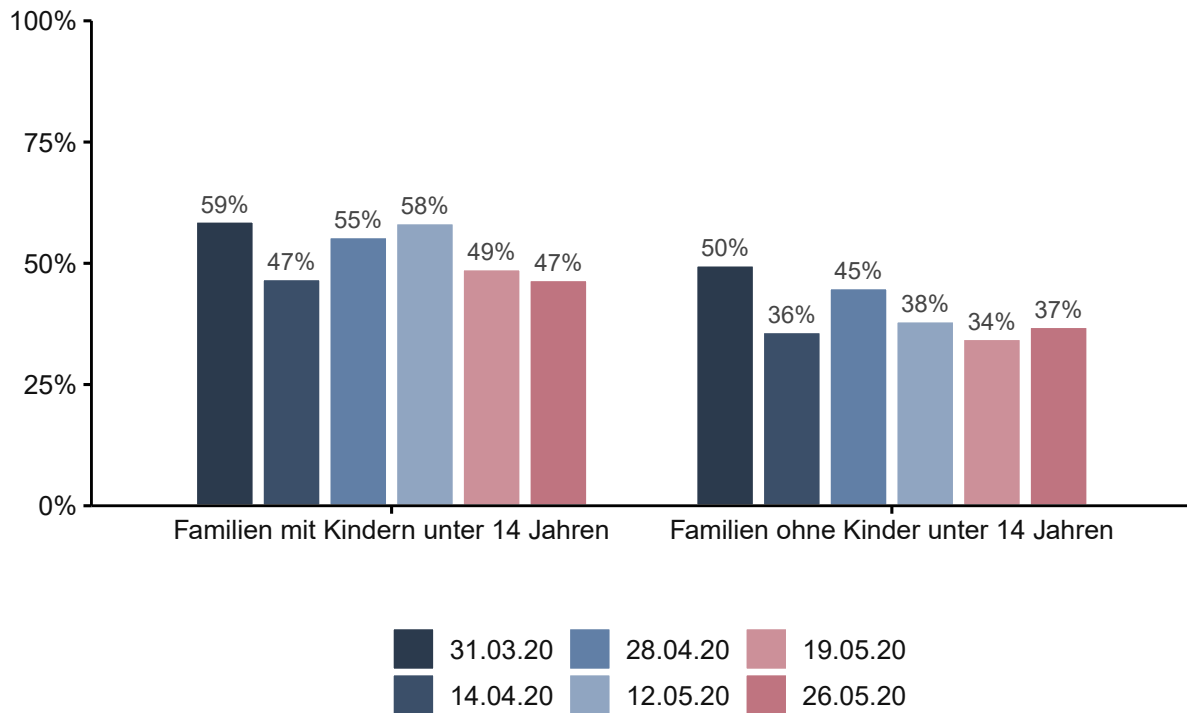
Situative Belastung von Familien mit Kindern unter und über 14

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 sinkt das Belastungsempfinden der Eltern jüngerer Kinder. Demgegenüber stagniert über die letzten drei Erhebungswellen der Anteil von Familien mit älteren Kindern oder ohne Kinder, die sich durch die momentane Situation belastet fühlen. Somit nähern sich die Werte der beiden Gruppen an.

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.

Situative Belastung nach Familien

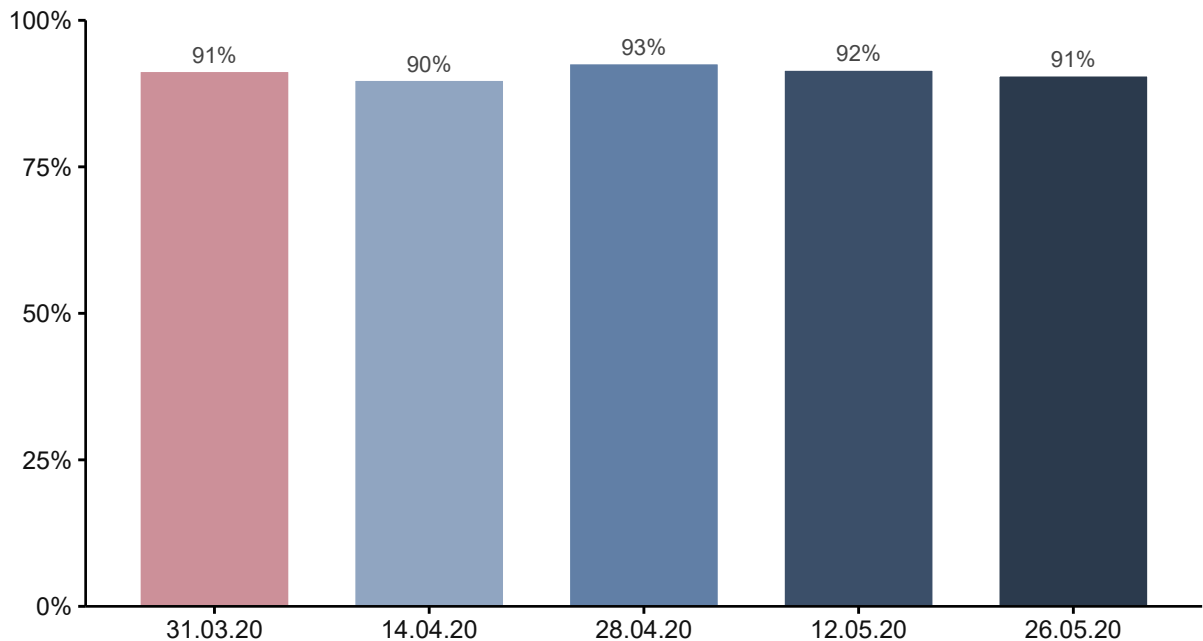
Empfinden Sie Ihre persönliche Situation momentan als belastend?



Eine Minderheit der Personen, die die aktuelle Situation als belastend empfinden, hat darüber nachgedacht, telefonische Beratungsangebote in Anspruch zu nehmen. Das untenstehende Diagramm stellt den Zeitverlauf zu dieser Frage dar.

**Potentielle Inanspruchnahme telefonischer Beratungsangebote:
Anteile der Personen, die sich belastet fühlen, aber noch nicht
über eine telefonische Beratung nachgedacht haben.**

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



14.4 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. Für sich selbst haben sie unverändert einen Alltagsplan für Schlaf, Arbeit oder körperliche Aktivitäten, und sie halten es weiterhin für eher zutreffend, positive Aktivitäten für zuhause entdeckt zu haben. Gleichzeitig stimmen sie der Aussage, sich zu langweilen, eher nicht zu. Eltern schulpflichtiger Kinder sind bezüglich der Aussage „der Unterricht meiner schulpflichtigen Kinder wird in einem guten Maße weiter umgesetzt“ wie in Welle 11 weiterhin unentschieden.

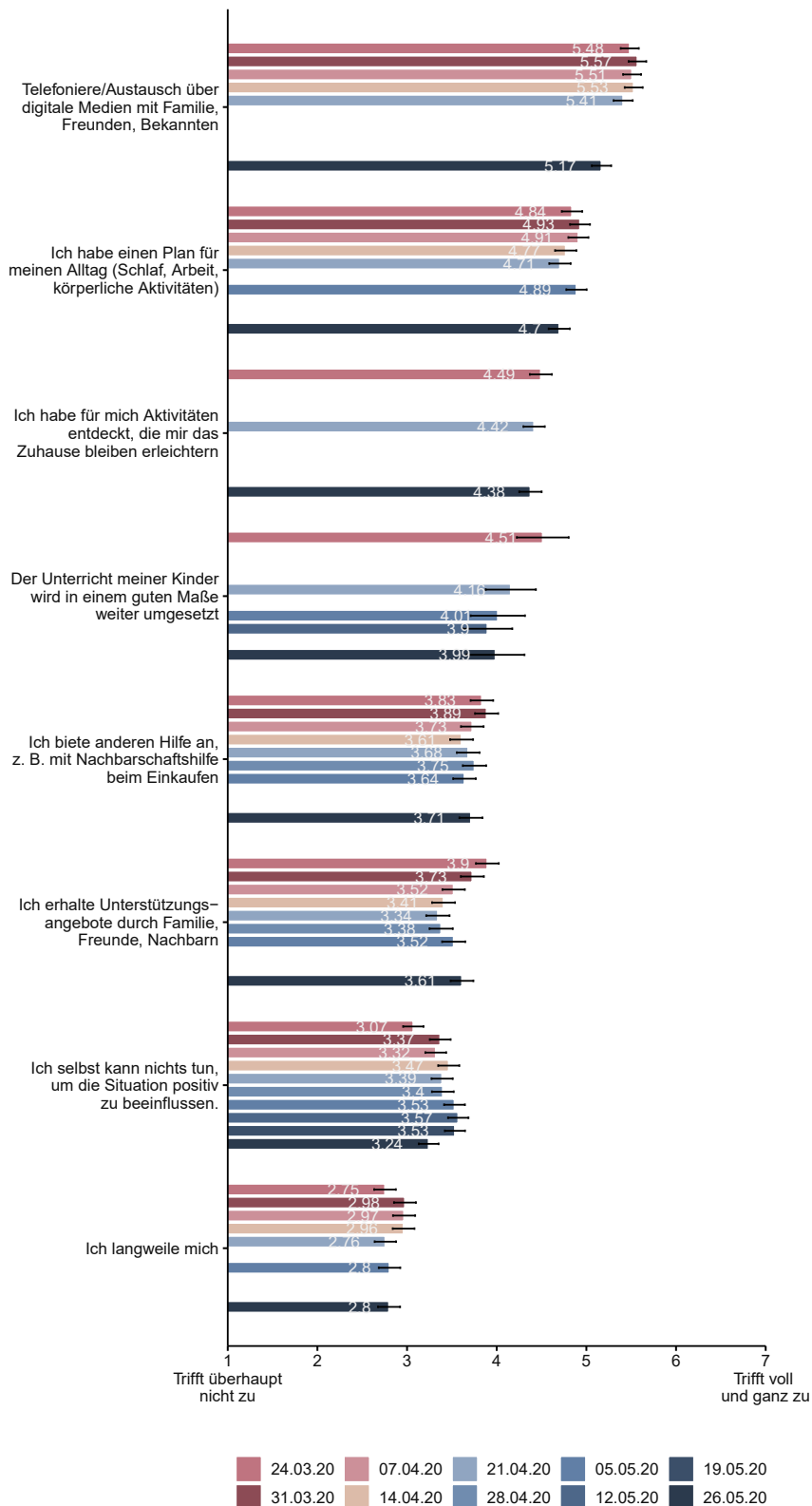
In anderen Bereichen zeigen sich leichte Veränderungen, die mit den zunehmenden Lockerungen in Zusammenhang stehen könnten. So ist zwar weiterhin für die meisten zutreffend, sich mit Familien, Freunden und Bekannten telefonisch oder über digitale Medien auszutauschen. Im Vergleich zu früheren Erhebungen ist aber ein leichter Rückgang zu verzeichnen. Aktuell finden die Befragten die Aussage, Unterstützungsangebote durch Familie, Freunde und Bekannte zu erhalten, weniger unzutreffend als noch in Welle 8, d. h. die empfundene Unterstützung durch andere nimmt wieder zu. Die Einschätzung, selbst nichts tun zu können, um die Situation positiv zu beeinflussen, wird aktuell stärker als unzutreffend eingeschätzt als in den letzten drei Befragungen, d. h. der Blick auf eigene Einflussmöglichkeiten wird optimistischer.

Schlussfolgerung: Aspekte, die die eigene Person betreffen, wie Alltagspläne, Aktivitäten oder Langeweile verändern sich nicht und werden insgesamt eher positiv bzw. unproblematisch eingeschätzt. Aspekte, die das Sozialleben betreffen, scheinen sich in der aktuellen Corona-Situation mit zunehmenden Lockerungen – wenn auch geringfügig – zu verändern.

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.



14.5 Isolation und Unterstützung

Einsamkeit

Einsamkeit geht mit erheblichen Gesundheitsrisiken einher. In der aktuellen Befragung wurde eine Skala [1] mit 6 Fragen zur Messung des Einsamkeitserlebens eingesetzt.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich insgesamt 22,6 % der Befragungsteilnehmenden aktuell einsam fühlen. Der Unterschied zwischen Männern und Frauen ist nicht signifikant. Es zeigt sich aber ein Alterseffekt: Die Anteile von Menschen, die angeben einsam zu sein, nehmen mit steigendem Alter ab. So sind von den 18 bis 29-Jährigen 26,6 % als einsam einzustufen verglichen mit 11,2 % von den 65-74-Jährigen. In Single-Haushalten lebende Personen fühlen sich eher einsam (30,9 %), als Personen die nicht allein in einem Haushalt wohnen (19,9 %).

Die Anteile von Menschen mit Einsamkeit liegen in der aktuellen Befragung über denen des bundesweit repräsentativen Deutschen Alterssurveys aus dem Jahr 2017 [2]. Im Deutschen Alterssurvey lagen die Anteile in der Altersgruppe von 45 bis 54 Jahre bei 11,0 %, von 55 bis 64 Jahre bei 8,9 %, von 65 bis 74 Jahre bei 8,1 % und von 75 bis 84 Jahre bei 7,5 % auf. Auch hier nahmen die Einsamkeitsprävalenzen mit steigendem Alter ab.

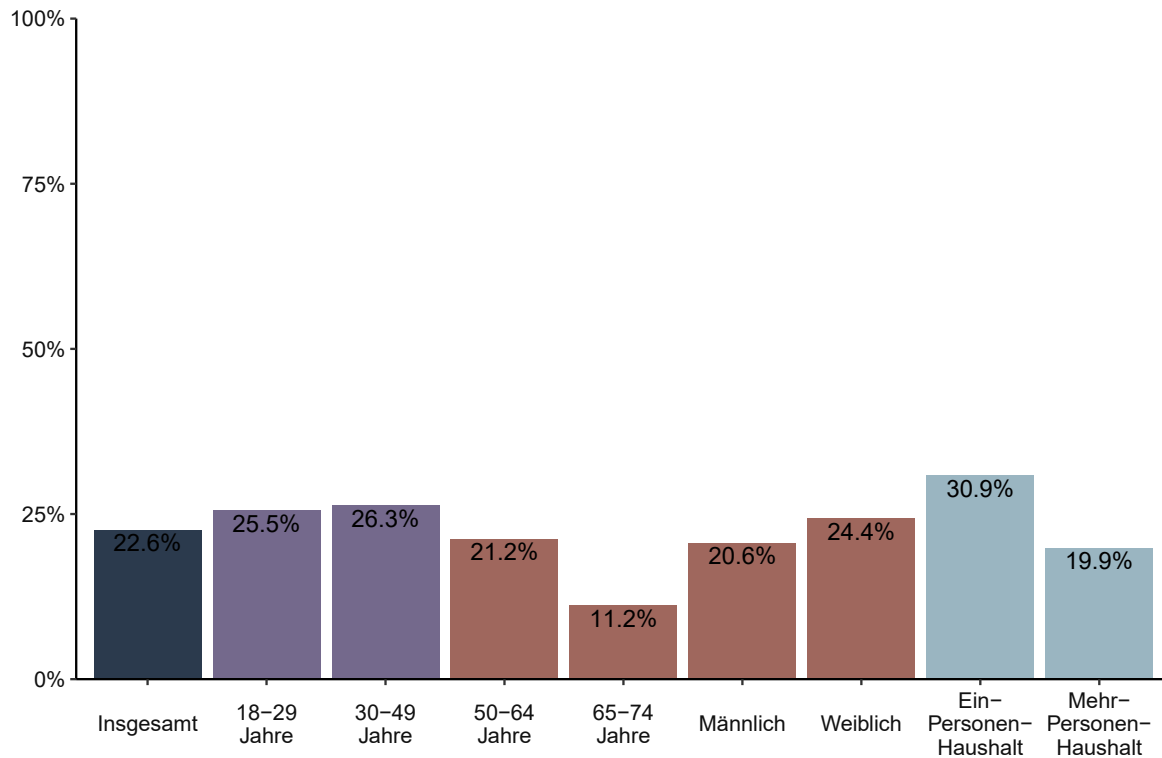
[1] De Jong Gierveld J, Van Tilburg T (2006) A 6-item scale for overall, emotional, and social loneliness: Confirmatory tests on survey data. *Res Aging* 28:582–598

[2] 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. (DZA-Fact Sheet). Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. <https://nbnresolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-62853-2>

Schlussfolgerung: In der Corona-Situation mit den einhergehenden Einschränkungen empfinden sich viele Menschen als einsam. Die höheren Einsamkeitswerte in der aktuellen Befragung im Vergleich zum Deutschen Alterssurveys 2017/4 erscheinen durchaus als plausibel.

Einsamkeit

Abweichung von 100% können wegen Rundung zustande kommen.
Ergebnisse der aktuellen Welle (26.05.20)



Soziale Unterstützung

Soziale Unterstützung ist eine wichtige Ressource bei der Bewältigung von gesundheitsschädlichem Stress und kann die Auswirkung ungünstiger Lebensbedingungen abmildern.

In der aktuellen COSMO-Befragung wurde mit der »Oslo-3-Items-Social-Support Scale« (Oslo-3) [3] erfragt, wie gut Menschen sich in der Corona-Situation sozial unterstützt fühlen (auf wie viele Menschen man sich bei ernststen persönlichen Problemen verlassen kann, wie viel Interesse und Anteilnahme andere Menschen an dem, was man tut, zeigen und wie leicht es ist, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten).

Dargestellt werden die Anteile der Befragungsteilnehmenden, die ihre Unterstützung in der aktuellen Situation als gering, mittel oder stark erleben.

Die Ergebnisse zeigen, dass insgesamt 36,5 % der Befragungsteilnehmenden eine geringe, 51,1 % eine mittlere und 12,3 % eine starke soziale Unterstützung erleben. Repräsentative Daten liegen aus der deutschlandweiten GEDA-Studie aus dem Jahr 2012 [4] vor. Hier berichteten lediglich 17 % der Befragten, dass sie geringe soziale Unterstützung erhalten – halb so viele wie in der COSMO-Befragung. In beiden Studien gibt es keinen wesentlichen Unterschied zwischen Männern und Frauen. Während in der GEDA-Studie 2012 der Anteil derer mit geringer sozialer Unterstützung mit steigendem Alter ansteigt, erleben in der COSMO-Befragung ältere Menschen im Vergleich zu Jüngeren mehr soziale Unterstützung, dennoch immer noch weniger als in der Vergleichsstudie aus 2012.

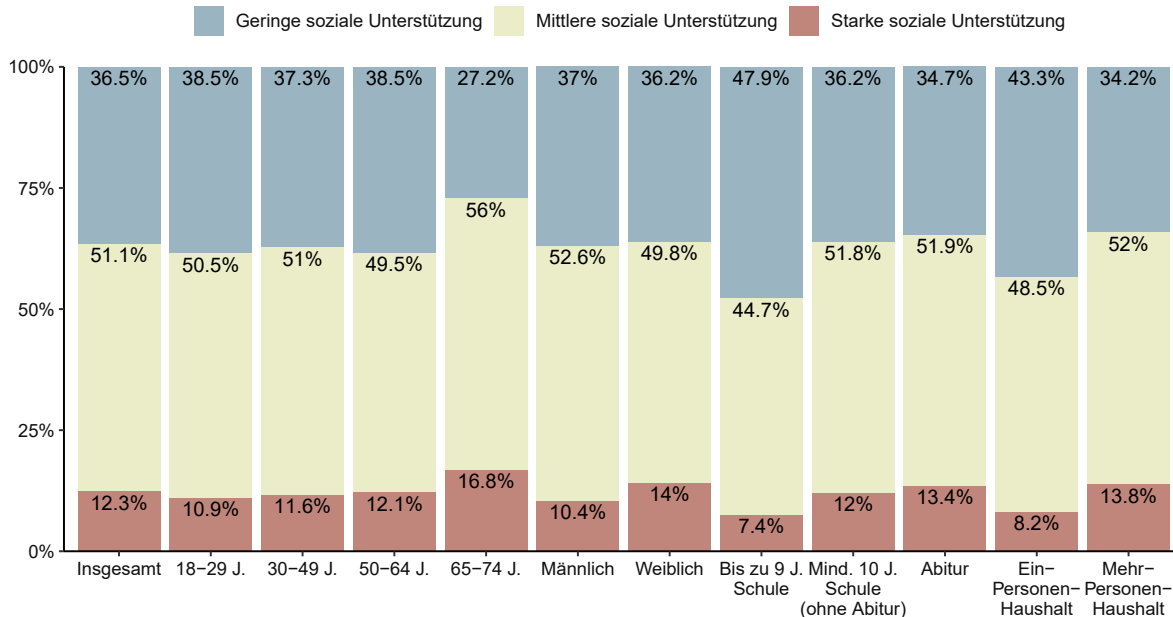
Personen aus Single-Haushalten und mit niedrigem Bildungsstatus fühlen sich weniger sozial unterstützt.

[3] Meltzer H (2003) *Development of a common instrument for mental health*. In: Nosikov A, Gudex C (Hrsg) *EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys*. IOS Press, Amsterdam [4] Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) *Soziale Unterstützung. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie*

Schlussfolgerung: Der deutlich erhöhte Anteil von Personen in der COSMO-Studie, die im Vergleich zur GEDA-Studie aus dem Jahr 2012 eine geringe soziale Unterstützung erleben, könnte auf die Kontaktbeschränkungen in der Corona-Situation zurückzuführen sein. Dass in der Gruppe der älteren Menschen in der aktuellen Situation die Werte verglichen zur GEDA-Studie 2012 nicht so stark negativ abweichen, geht mit weiteren Ergebnissen dieser Studie einher, die ein hohes Maß an Belastbarkeit der Älteren aufzeigen.

Soziale Unterstützung durch das Umfeld

Abweichung von 100% können wegen Rundung zustande kommen.
Ergebnisse der aktuellen Welle (26.05.20)



Welche Unterstützungsangebote sind weggefallen?

61,7 % der Befragungsteilnehmenden gaben an, dass Sie keine Unterstützung benötigen - eher ältere als jüngere Befragte, eher Menschen ohne als mit Migrationshintergrund und eher Personen ohne Kinder im Haushalt als mit.

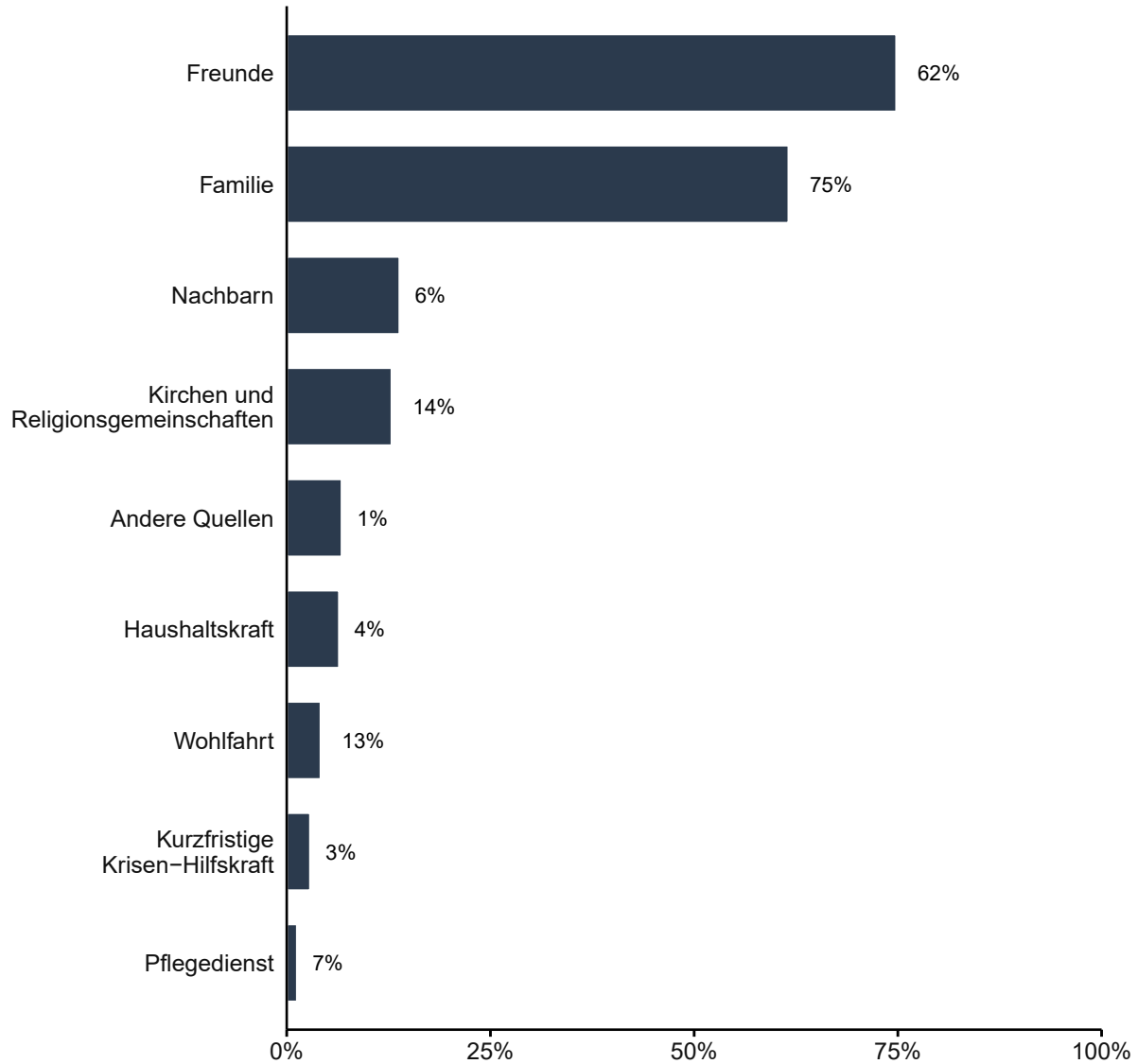
4,8 % gaben an, dass sie zwar Unterstützung benötigen, aber auf diese bislang nicht verzichten mussten.

33,5% der Befragungsteilnehmenden (310 Personen) haben angegeben, dass sie in den vergangenen Wochen auf Unterstützung verzichten mussten.

Die nachfolgende Abbildung zeigt, dass die Betroffenen am ehesten auf die Unterstützung durch Freunde, Familie, Nachbarn und die Kirche bzw. die Religionsgemeinschaft verzichten mussten. Jüngere Befragte mit Kindern im Haushalt mussten eher auf Unterstützung durch die Familie oder Freunde verzichten als ältere Befragte ohne Kinder.

Mussten Sie in den vergangenen Wochen wegen der Reduzierung von Kontakten und weiterer Regularien in der aktuellen Situation auf wichtige Unterstützungsangebote verzichten?

Mehrfachnennung möglich. Personen, die auf Hilfe verzichten mussten: n = 310 (Welle 13, 26.05.)

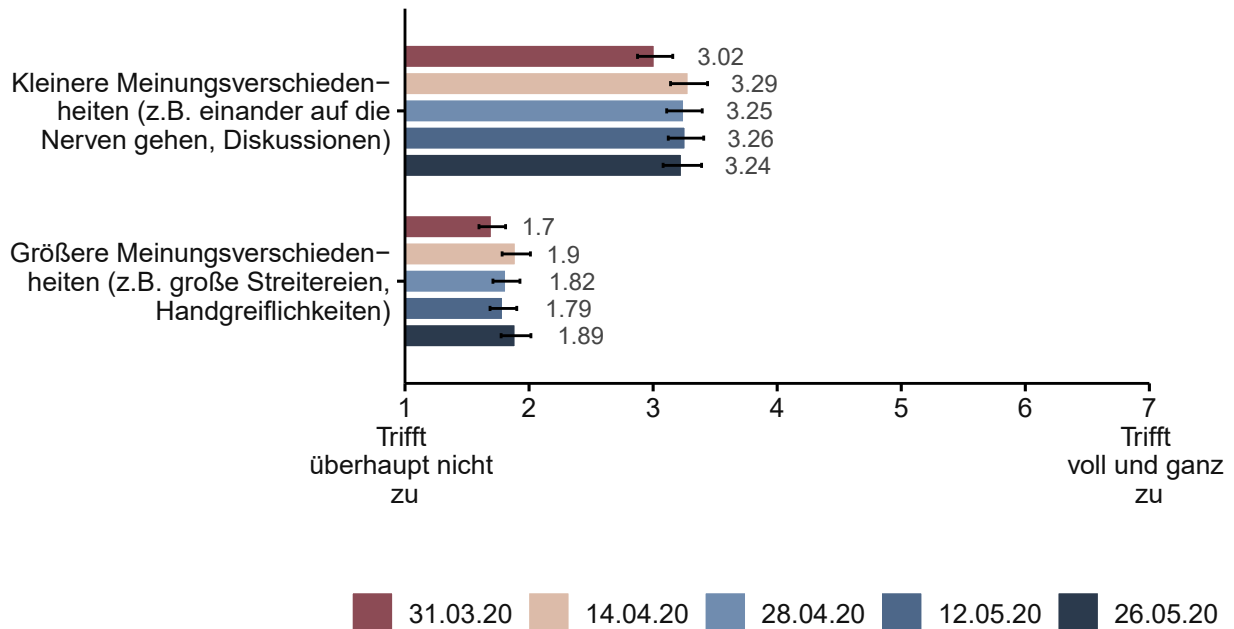


14.6 Konflikte in der Partnerschaft

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

Bewertet auf einer Skala von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 7 (stimme voll und ganz zu). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.
(Welle 5, 31.03. n = 678; Welle 7, 14.04. n = 718;
Welle 9, 28.04. n = 697; Welle 11, 12.05. n = 672; Welle 13, 26.05. n = 637)



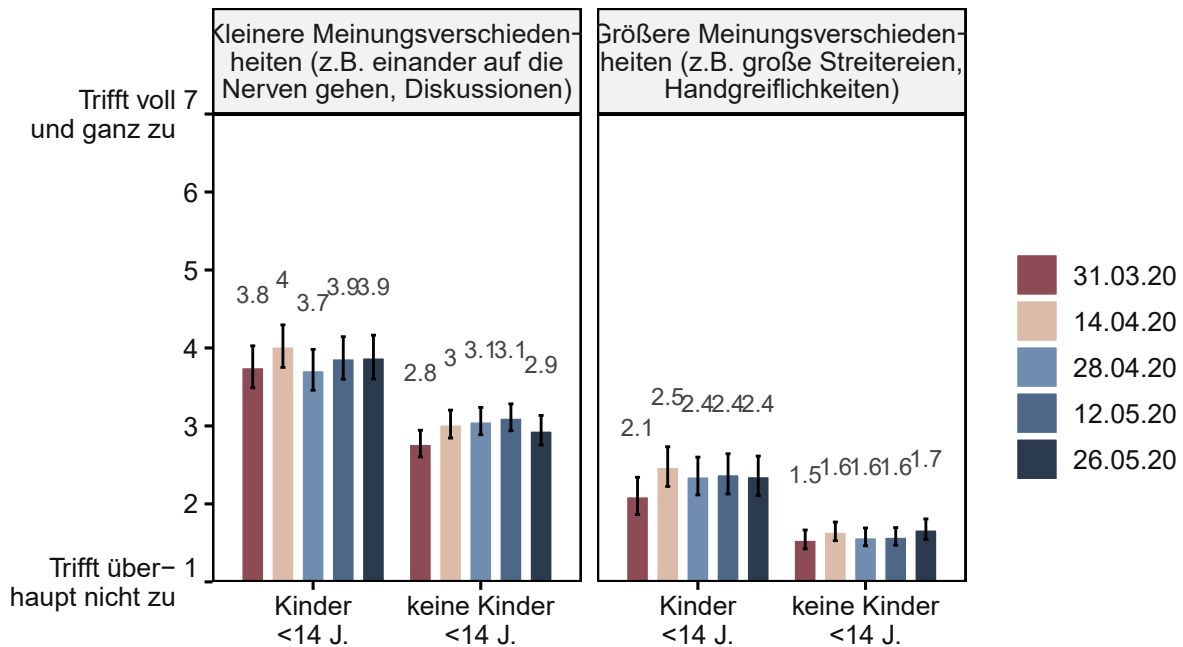
Konflikte in der Partnerschaft in Familien ohne und mit Kindern unter 14 Jahren

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 Befund bleibt über alle Erhebungswellen hinweg 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.



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.

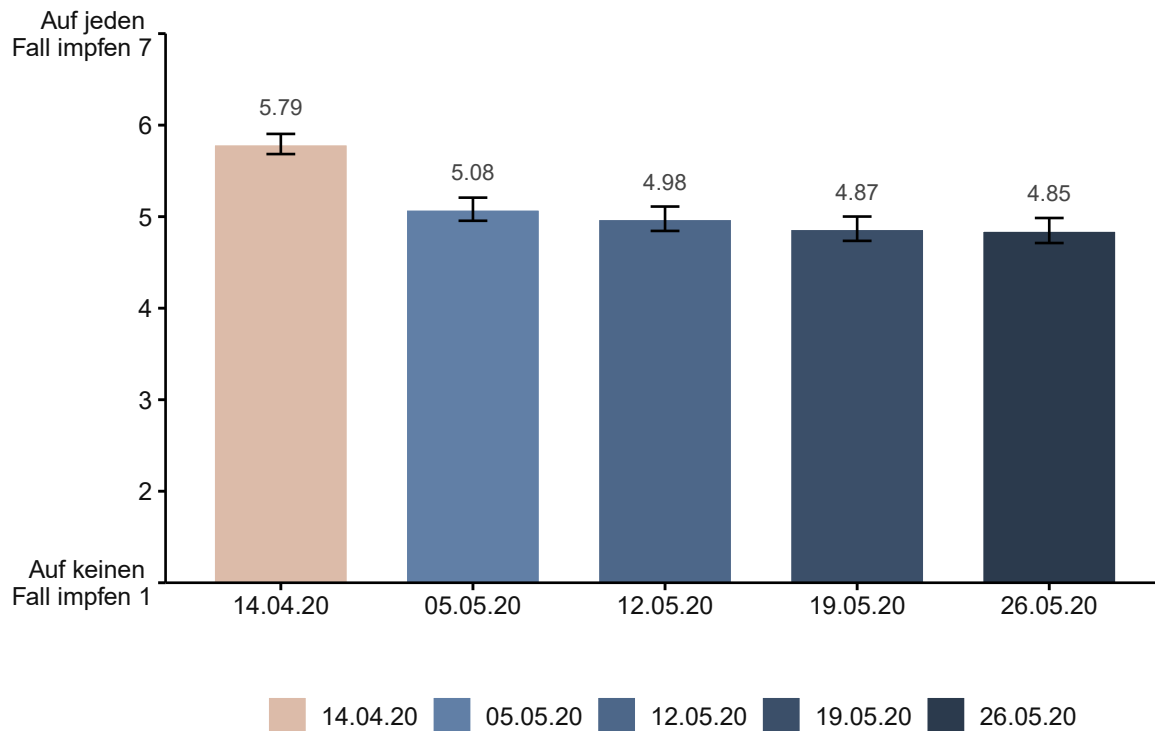
Impfabsicht

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 (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 Impfabsticht

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 und den Behörden mehr vertrauen
- nicht Trittbrettfahren wollen
- weniger Nutzen und Risiken abwägen
- männlich sind
- älter sind
- glauben, wenig über die Krankheit zu wissen, häufig nach Informationen suchen
- viele negative Emotionen wahrnehmen
- sich besser vorbereitet fühlen, sich selbst aber für anfälliger halten und die Wahrscheinlichkeit zu Erkranken als hoch empfinden

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, verschiedene affektive Aspekte (Angst, Sorge, Dominanz des Themas, Hilflosigkeit), verschiedene Aspekte bezogen auf die Wahrnehmung des Coronavirus (wahrgenommene Nähe, Ausbreitungsgeschwindigkeit), 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), die 5C der Impfakzeptanz

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)	0.52	0.467	0.568	<.001
Complacency (Impfungen gegen COVID-19 werden überflüssig sein, da COVID-19 keine große Bedrohung darstellt)	-0.05	-0.110	0.011	.107
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)	-0.08	-0.121	-0.034	<.001
Collective responsibility (Wenn alle gegen COVID-19 geimpft sind, brauche ich mich nicht auch noch impfen lassen)	-0.14	-0.192	-0.080	<.001
Alter	0.06	0.011	0.104	.016
Geschlecht: weiblich	-0.09	-0.135	-0.048	<.001
Wahrgenommenes Wissen	-0.06	-0.104	-0.010	.018
Vertrauen in Behörden	0.07	0.019	0.123	.008
Dominanz negativer Emotionen	0.07	0.019	0.125	.008
Wissen über effektive Schutzmaßnahmen	0.04	-0.008	0.084	.106
Häufigkeit der Informationssuche	0.06	0.010	0.109	.019
Wahrgenommenes Vorbereitetsein	0.06	0.011	0.106	.017
Wahrscheinlichkeit zu erkranken	0.05	0.004	0.106	.036
Anfälligkeit	0.08	0.023	0.129	.005

¹ R² = .602, Adj. R² = .596

16 Immunitätspass

Seitens der Politik wird ein sogenannter Immunitätspass diskutiert. Personen, die am neuartigen Coronavirus erkrankt waren, die Krankheit überstanden haben und Antikörper gebildet haben, sollen nach Meinung der Politiker einen solchen Pass erhalten.

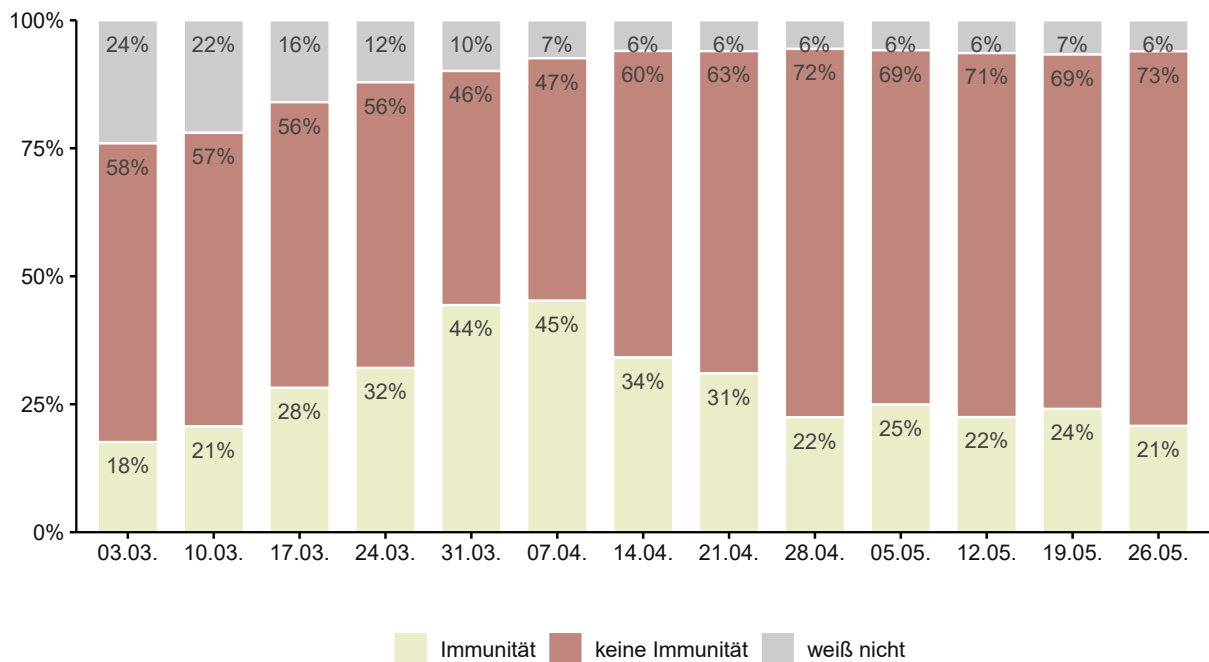
Seit Anfang Mai wurden die Teilnehmer gefragt, ob sie von der Diskussion um den Immunitätspass gehört hätten und ob sie der Meinung seien, dass eine solche Bescheinigung eingeführt werden sollte.

Ergebnisse:

- 45.9 % der Befragten ist der Meinung, dass ein solcher Pass *nicht* eingeführt werden soll (Vorwoche: 45.2 %).
- 20.8 % denken, dass man nach einer COVID-19 Infektion immun ist.
- Seit Anfang April nimmt die Zustimmung dafür ab, dass Immune gesellschaftlich relevante Aufgaben übernehmen sollen (s. Akzeptanz von Maßnahmen).

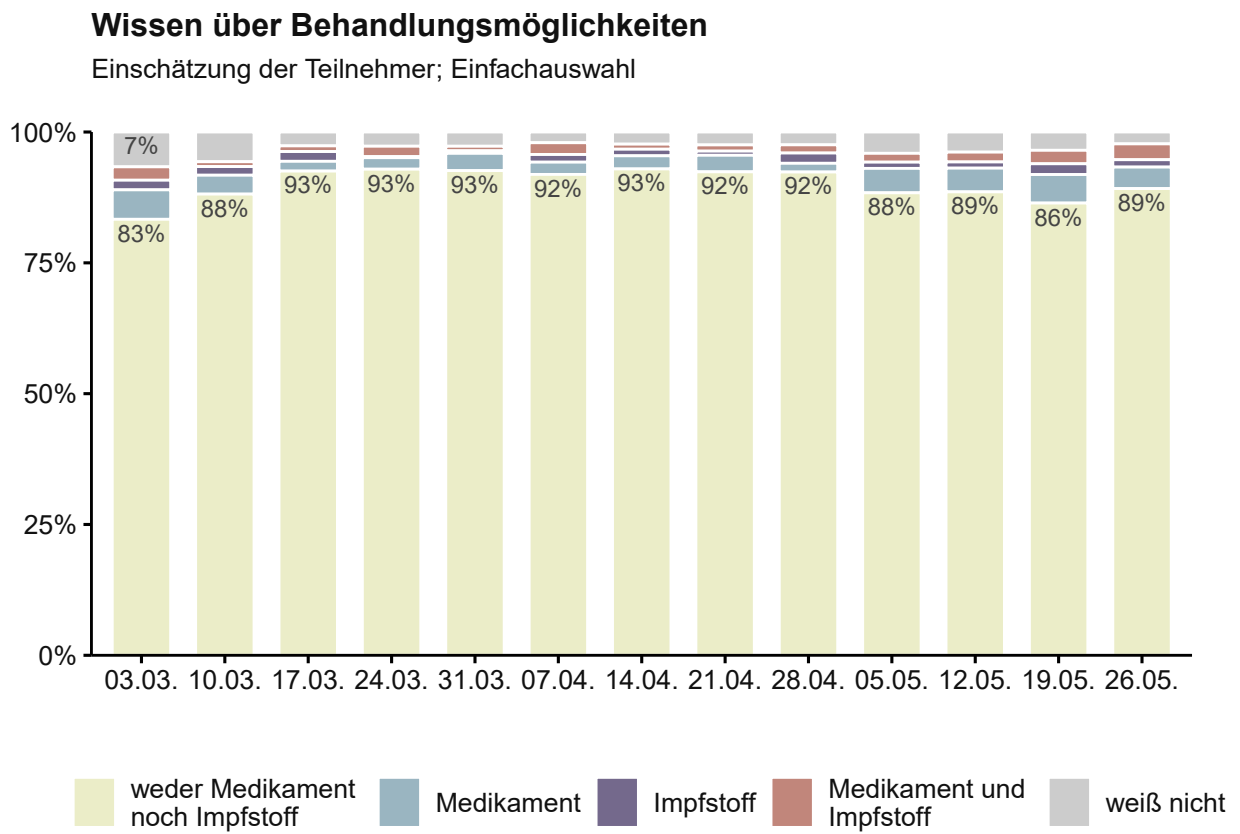
Wissen über Folgen einer überstandenen Erkrankung

Einschätzung der Teilnehmer; Einfachauswahl



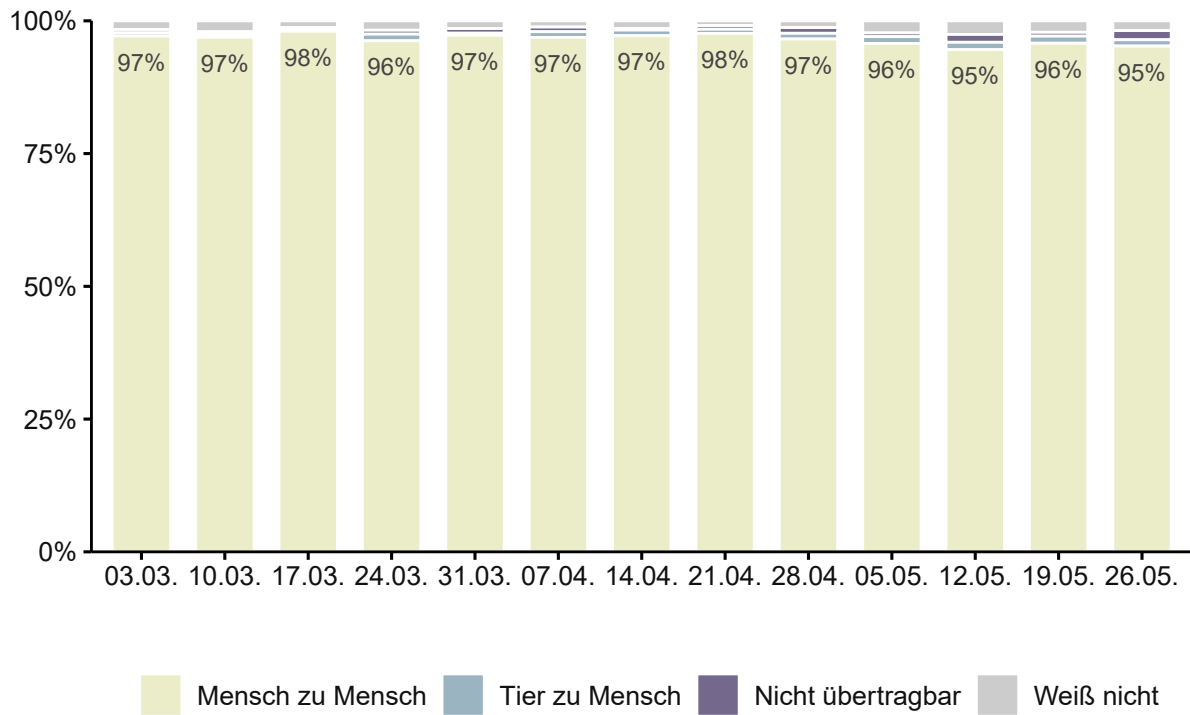
17 Daten im Detail

17.1 Detail: Wissen COVID-19



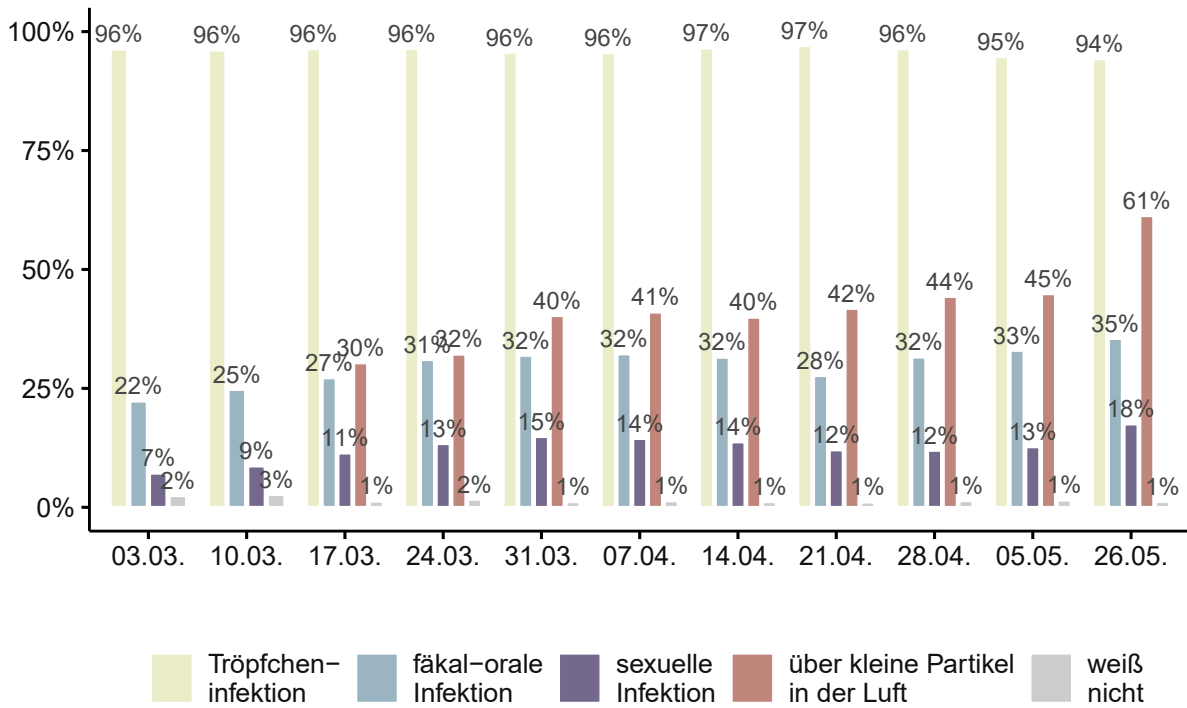
Wissen über Krankheitsüberträger

Einschätzung der Teilnehmer; Einfachauswahl



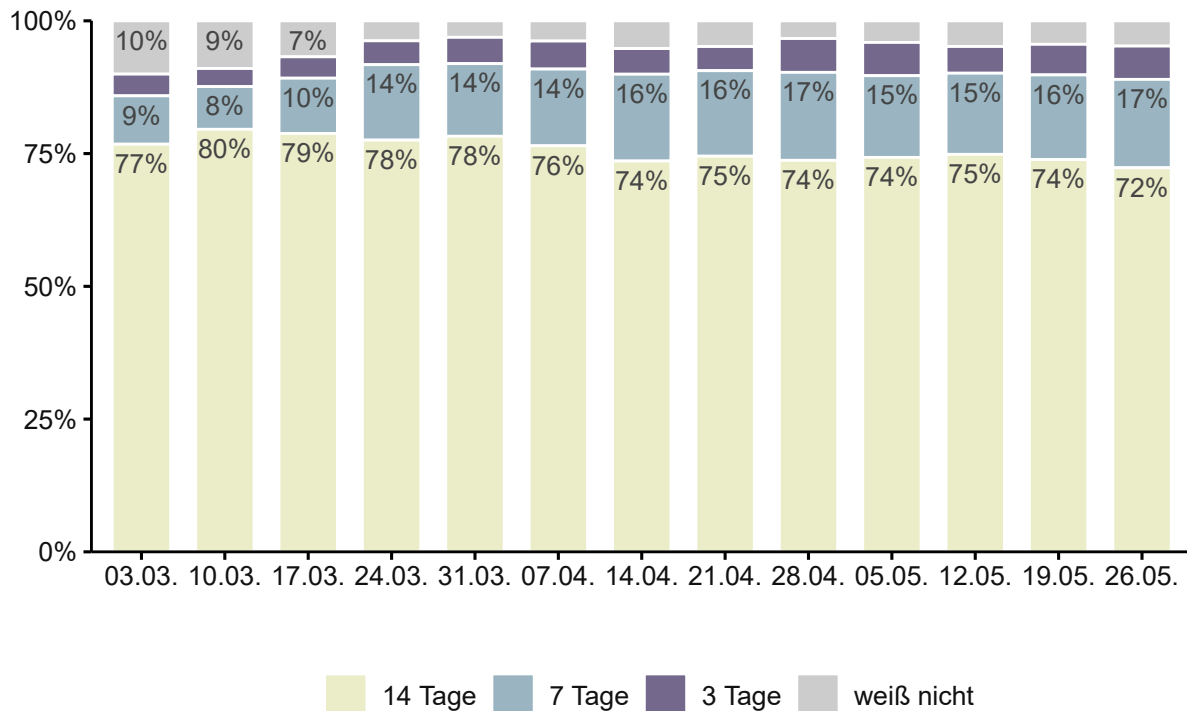
Wissen über den Infektionsweg

Einschätzung der Teilnehmer; Mehrfachauswahl möglich



Wissen über die Inkubationszeit

Einschätzung der Teilnehmer; Einfachauswahl



18 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.

19 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.

20 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>
- 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-Tabakentwoehnung-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>
- 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.