

# COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO) — Welle 12

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

Stand: 25.05.2020 (Version 12-02)

Cornelia Betsch<sup>1</sup>, Lars Korn<sup>1</sup>, Lisa Felgendreff<sup>1</sup>, Sarah Eitze<sup>1</sup>, Philipp Schmid<sup>1</sup>, Philipp Sprengholz<sup>1</sup>, Lothar Wieler<sup>2</sup>, Patrick Schmich<sup>2</sup>, Volker Stollorz<sup>3</sup>, Michael Ramharter<sup>4</sup>, Michael Bosnjak<sup>5</sup>, Saad B. Omer<sup>6</sup>, Heidrun Thaiss<sup>7</sup>, Freia De Bock<sup>7</sup>, Ursula von Rügen<sup>7</sup>, Cara Ebert<sup>8</sup>, Janina Steinert<sup>9</sup>, Martin Bruder<sup>10</sup>

<sup>1</sup> University of Erfurt, Nordhäuser Str. 63, 99089 Erfurt, Germany

<sup>2</sup> Robert Koch Institute, Nordufer 20, 13353 Berlin, Germany

<sup>3</sup> Science Media Center Germany gGmbH, Rosenstr. 42–44, 50678 Köln, Germany

<sup>4</sup> Bernhard-Nocht-Institute for Tropical Medicine, Bernhard-Nocht-Str. 74, 20359 Hamburg, Germany

<sup>5</sup> Leibniz Institute for Psychology Information and Documentation, Universitätsring 15, 54296 Trier, Germany

<sup>6</sup> Yale Institute for Global Health, New Haven, CT, USA

<sup>7</sup> Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Maarweg 149-161, 50825 Köln

<sup>8</sup> RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen, Büro Berlin, Invalidenstr. 112, 11059 Berlin

<sup>9</sup> Technische Universität München, Richard-Wagner-Str. 1, 80333 München

<sup>10</sup> Deutsches Evaluierungsinstitut der Entwicklungszusammenarbeit gGmbH, Fritz-Schäffer-Str. 26, 53113 Bonn

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

### **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](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](mailto: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 12. Datenerhebung (19.05.-20.05.2020). Die Datenerhebungen finden wöchentlich dienstags und mittwochs statt.

Die 972 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 fast 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 (Abstandsregel), 81% waschen sich 20 Sekunden die Hände (Hygiene-Regel), 81% tragen eine Maske (Alltagsmasken-Regel). Personen, die die Maßnahmen übertrieben finden (n = 193) halten sich deutlich seltener an die Maßnahmen als alle anderen (die die Lockerungen übertrieben und zu früh finden (n = 280) und Personen, die indifferent sind (n = 427)).

- *Empfehlung: Neue, notwendige Verhaltensweisen sollten zu Routinen und Gewohnheit werden. Dafür sollten verhaltensunterstützende Maßnahmen und Erkenntnisse aus den Verhaltenswissenschaften genutzt werden.*

### Maßnahmen oder Lockerungen ablehnen

Bei der Einschätzung der Maßnahmen und Lockerungen scheint es zum einen viele Unentschiedene zu geben (47%), aber auch zwei eher polarisierte „Lager“: 31% finden die Lockerungen (eher) übertrieben, während 21% die Maßnahmen für übertrieben halten.

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

Wer jedoch denkt, dass die Maßnahmen übertrieben sind, unterscheidet sich systematisch diesen beiden Gruppen: dieses Fünftel der Befragten ist schlechter 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). 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. Betonen gleicher Werte).*
- *Empfehlung: Die Sorgen dieser Gruppe sollten wahr- und ernstgenommen werden.*
- *Empfehlung: Die größte Gruppe besteht vorwiegend aus Personen, die indifferent sind - zum Teil auch in Bezug auf Verschwörungstheorien. Hier ist das Kippen der Meinung hin zur Ablehnung der Maßnahmen zu vermeiden.*
- *Empfehlung: Maßnahmen, die individuelle Existenzängste reduzieren, können auch für die Unterstützung des künftigen Infektionsschutzes hilfreich sein.*

## **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 nicht weiter gestiegen.

- *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.

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. 50% (Vorwoche 47%) 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

63% würden sich (eher) gegen COVID-19 impfen lassen, Mitte April waren es noch 79%, seitdem sinkt die Bereitschaft. Vertrauen in die Impfung und die Behörden ist wesentlich für die Impfbereitschaft. Bei einer angenommenen Basisreproduktionsrate von  $R_0 = 3$  ([https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Steckbrief.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html)) und einem perfekt wirksamen Impfstoff würde eine Impfbereitschaft von 66% 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:

24% denken, dass man nach einer COVID-19 Infektion immun ist; dieser Anteil sinkt seit April.

45% 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.*

## Verschwörungstheorien

Über Corona sind bereits einige Verschwörungstheorien aufgetaucht. Zwei gegensätzliche Theorien (Corona ist menschengemacht vs. ist ein Schwindel) sind nur gering verbreitet, je 17% der Befragten stimmen (eher) zu. Diese Anteile sind seit letzter Woche praktisch gleich geblieben; allgemeines Verschwörungsdenken hat seit Ende März leicht nachgelassen (minimal von 4.2 auf 3.9 (von 7) gesunken).

Wer allerdings an die eine Theorie glaubt, glaubt auch eher an die andere; 10% der Befragten glauben an beide Theorien. Anhängern von Verschwörungstheorien scheint es weniger um die absolute Überzeugung von einer Ansicht zu gehen als um die Ablehnung einer "offiziellen" Sichtweise. Wer diesen alternativen Sichtweisen anhängt, hält sich weniger an die Regeln, vertraut weniger der Regierung und der WHO und lehnt Maßnahmen eher ab.

Verschwörungstheorien sind besonders unter Personen verbreitet, die die Maßnahmen ablehnen.

## Eltern und Kinder

Bei der Fragestellung, inwieweit Eltern sich in der aktuellen Situation überfordert fühlen, zeigt sich, dass sich eher Eltern mit Kindern im Alter von 3 bis unter 6 Jahren überlastet und überfordert fühlen als Eltern mit älteren Kindern. In allen Kinderaltersgruppen, v.a. aber zwischen 3 und 6 Jahren, wird die maximal empfohlene Fernsehdauer überstiegen.

- *Empfehlung: Auch wenn nicht klar ist, ob Kinder bereits vor der Corona-Situation zu lange fernsahen, sollte hierauf besonderes Augenmerk gelegt werden, da die Eltern jüngerer Kinder ein höheres Belastungsempfinden haben. Unterstützungsmöglichkeiten sollten erarbeitet und niederschwellig verfügbar gemacht werden.*

## Corona, Europa und die Welt

27% sind (eher) bereit zu spenden, um zur Corona-Bewältigung in anderen Ländern beizutragen.

Über 50% stimmen der Aussage zu, Deutschland sollte verstärkt mit internationalen Organisationen – wie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der EU – zusammenarbeiten, um gemeinsam Entwicklungsländer zu unterstützen

Ein Großteil befürwortet größere Unterstützung für Entwicklungsländer. Etwas skeptischer sind die Befragten bezüglich der wirtschaftlichen Unterstützung von Entwicklungsländern.

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

## 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 12 wurden 972 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.

**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 Optimism Bias ist, das heißt, wie sehr man die Ansteckungsgefahr für andere Menschen über- bzw. die eigene Ansteckungsgefahr unterschätzt (Sharot, 2011). Dafür wurde auf

einer siebenstufigen Skala von Extrem unwahrscheinlich (1) – extrem wahrscheinlich (7) explizit nach anderen Personen gefragt (*Wie hoch schätzen Sie die Wahrscheinlichkeit für eine durchschnittliche andere Person Ihres Alters und Geschlechts ein, dass sie sich mit dem neuartigen Coronavirus infiziert?*). Andererseits ging es darum, welche Aktivitäten als besonders infektiös betrachtet werden. Hierfür wurden vier Aktivitäten (z. B. Einkaufen gehen) herangezogen, deren Infektionsrisiko ebenfalls auf sieben Stufen (Sehr unwahrscheinlich (1) – Sehr wahrscheinlich (7)) eingeschätzt werden sollte. Schutzverhalten. Fragen zur Nützlichkeit und tatsächlichen Anwendung (Liao et al. 2011, Steel Fisher et al. 2012) der empfohlenen Präventivmaßnahmen (7-11 Punkte, z.B. Abdecken des Mundes beim Husten, körperliche Distanz). Diese wurden wöchentlich angepasst und enthielten auch Items zur Ablenkung (1-11 Items, z.B. Ingwertee trinken), um nach irrelevantem Schutzverhalten (Aktionismus) zu suchen.

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

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

**Affektive Bewertung.** Die Ausbruchssituation wird bewertet auf siebenstufigen semantischen Differenzialen (6-8 Items, z.B. angsteinflößend – 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.** Es wurde das Vertrauen in sowie die Nutzungshäufigkeit von verschiedenen Medien zur Gewinnung von Information in der Bevölkerung abgefragt (11-22 Items, z.B.: privates Fernsehen, Websites von Gesundheitseinrichtungen). 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 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.

**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 Auseinandersetzung (z. B. *Kam es in den letzten 7 Tagen zu körperlichen Auseinandersetzungen zwischen Ihnen und Ihrem (Ehe-)Partner/Ihrer (Ehe-)Partnerin?*), sexuelle Nötigung (*Ich wurde innerhalb der letzten zwei Wochen von meinem (Ehe-)Partner/meiner (Ehe-)Partnerin zum Geschlechtsverkehr genötigt*), psychische Aggression (*Kam es in den letzten 7 Tagen zu Streit zwischen Ihnen und Ihrem (Ehe-)Partner/Ihrer (Ehe-)Partnerin, in dem Sie sich angeschrien haben?*) und mögliche Verletzungen (*Ich wurde innerhalb der letzten zwei Wochen von meinem (Ehe-)Partner/meiner (Ehe-)Partnerin geschlagen, getreten oder anderweitig körperlich verletzt*). Lediglich die Bereitschaft zur Verhandlung wurde nicht abgefragt, dafür allerdings die wahrgenommene Bedrohung.

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

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

**Physische Aktivität.** In Welle 7 wurde physische Aktivität abgefragt, mit dem Ziel Unterschiede zwischen der Zeit vor und während der Pandemie festzustellen. Genutzt wurden Items aus der European Health Interview Survey (Lange et al., 2017). Sie stützen sich auf die offiziellen Bewegungsempfehlungen der WHO und fragen nach Ausdaueraktivitäten (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).

**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).

**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.

**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.

**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.

## 2.2.2 Experimentelle Erhebungen

**Häusliche Gewalt.** In Welle 6 wurde ein Listenexperiment zum Thema häusliche Gewalt durchgeführt. Teilnehmende zunächst nach ihrem Beziehungsstatus gefragt. Falls sie diese mit Ja beantworteten, wurde geprüft, ob sie im gleichen Haushalt wie ihre Partner oder Partnerinnen leben sowie ob und wie viele Kinder vorhanden sind. Im späteren Verlauf der Umfrage wurden drei generelle Fragen zu Konfliktsituationen (Streit, körperliche Auseinandersetzung, Gefühl von Bedrohung) gestellt. Außerdem wurde Teilnehmenden je

nach Gruppe vier (Kontrollgruppe) oder fünf Aussagen (Experimentalgruppe) präsentiert, die mit Ja oder Nein beantwortet werden konnten (z.B. *Ich habe schon einmal die AfD gewählt* oder *Ich oder ein anderes Haushaltsmitglied haben innerhalb der letzten zwei Wochen mein Kind/meine Kinder gehohlet, geschlagen oder getreten*). Um Anonymität zu gewährleisten und sozialer Erwünschtheit vorzubeugen, sollte dabei nur die Gesamtzahl der bestätigten Aussagen eingegeben werden. Mit den beiden Frageformaten wurden so insgesamt alle fünf Dimensionen der Conflict Tactics Scale (Strauss, 1979) abgefragt, die häufig genutzt wird, um Gewalt innerhalb von Familien zu erheben. Dabei handelte es sich um physische Auseinandersetzung (z.B. *Kam es in den letzten 7 Tagen zu körperlichen Auseinandersetzungen zwischen Ihnen und Ihrem (Ehe-)Partner/Ihrer (Ehe-)Partnerin?*), sexuelle Nötigung (*Ich wurde innerhalb der letzten zwei Wochen von meinem (Ehe-)Partner/meiner (Ehe-)Partnerin zum Geschlechtsverkehr genötigt*), psychische Aggression (*Kam es in den letzten 7 Tagen zu Streit zwischen Ihnen und Ihrem (Ehe-)Partner/Ihrer (Ehe-)Partnerin, in dem Sie sich angeschrien haben?*) und mögliche Verletzungen (*Ich wurde innerhalb der letzten zwei Wochen von meinem (Ehe-)Partner/meiner (Ehe-)Partnerin geschlagen, getreten oder anderweitig körperlich verletzt*). Lediglich die Bereitschaft zur Verhandlung wurde nicht abgefragt, dafür allerdings die wahrgenommene Bedrohung.

**Stellenwert der Folgen von Lockerungsmaßnahmen.** In 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 – 13 12 Monate). Acht mögliche, zukünftige und gegenwertige Maßnahmen wurden dargestellt (z.B. öffentliche Orte meiden oder auf Gruppenaktivitäten verzichten) und mithilfe einer 14-stufigen Skala abgefragt, für wie lange diese in einer zweiten Welle akzeptiert werden würden (gar nicht

(1), weniger als 1 Monat (2) – 12 Monate (4)) bzw. in der aktuellen Welle noch akzeptiert werden. Zusätzlich wurde die Wahrscheinlichkeit abgefragt dass Befragte in Gebiete mit weniger Einschränkungen fahren würden (z.B. zum Einkaufen oder für Freizeitaktivitäten, extrem unwahrscheinlich (1) – Extrem wahrscheinlich (7)).

**Zweite Krankheitswelle – Zeitliche Distanz.** Ähnlich dazu wurde in Welle 11 ebenfalls die Einschätzung des eigenen Verhaltens in Bezug auf Einschränkungen erhoben, allerdings wurde anstelle der geografischen Distanz dieses Mal die zeitliche Distanz experimentell variiert. 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.

## 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

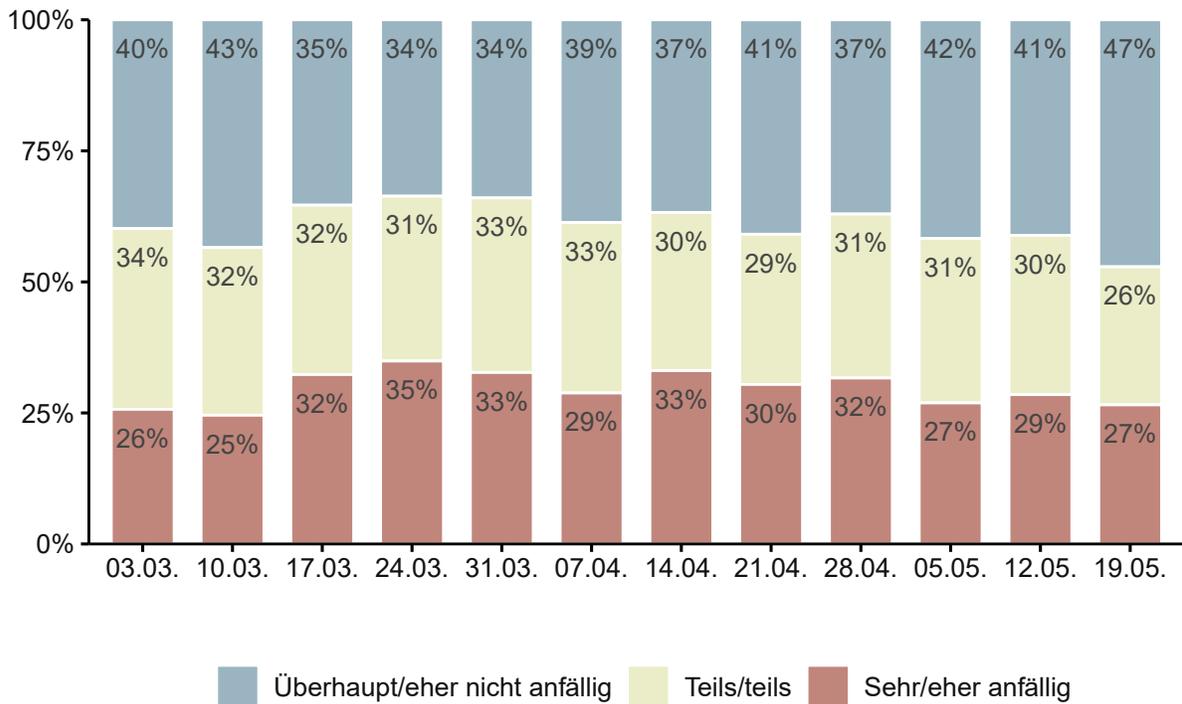
Für menschliches Entscheiden ist die Wahrnehmung von Risiken wichtig. Für Verhalten spielen zudem Emotionen wie Angst oder das Gefühl, bedroht zu sein, eine Rolle. Ferner sind Kontrollüberzeugungen relevant – wenn ich mich und andere schützen will, stellt sich die Frage, ob ich das tatsächlich auch durch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

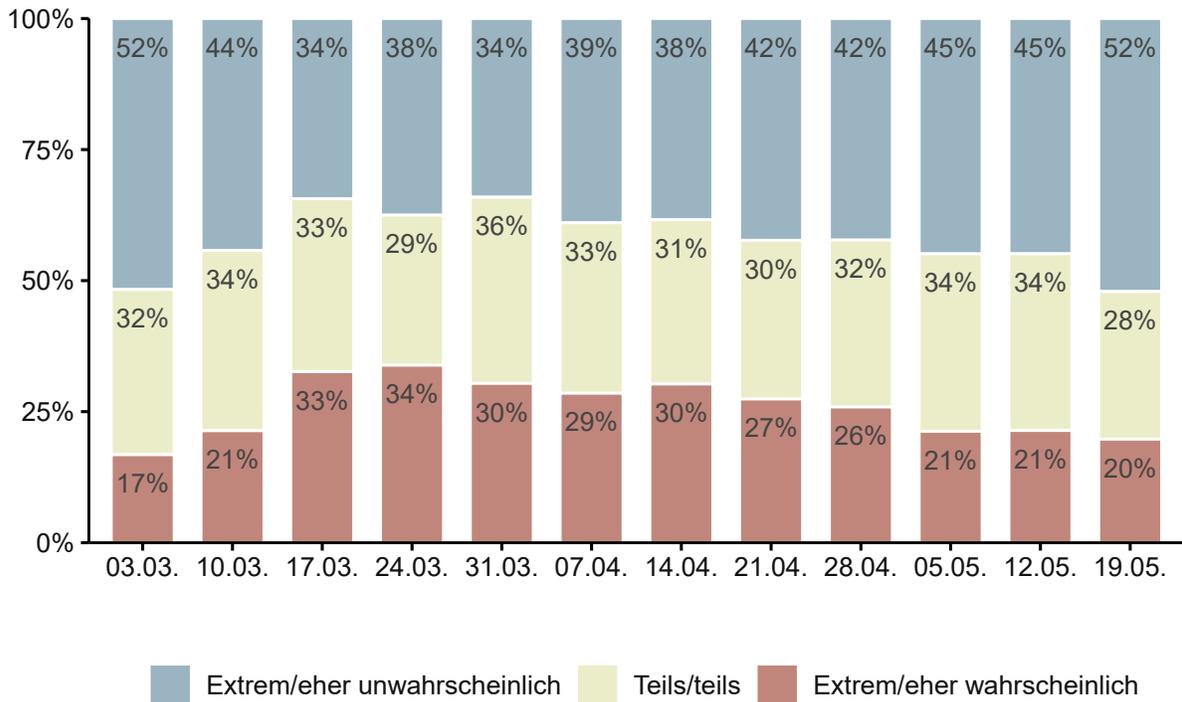
### 3.1 Risikowahrnehmung

Die folgenden drei Grafiken zeigen verschiedene Aspekte der Risikowahrnehmung im Verlauf der Erhebungen. Insgesamt zeichnet sich der Trend einer leicht rückläufigen Risikowahrnehmung ab.

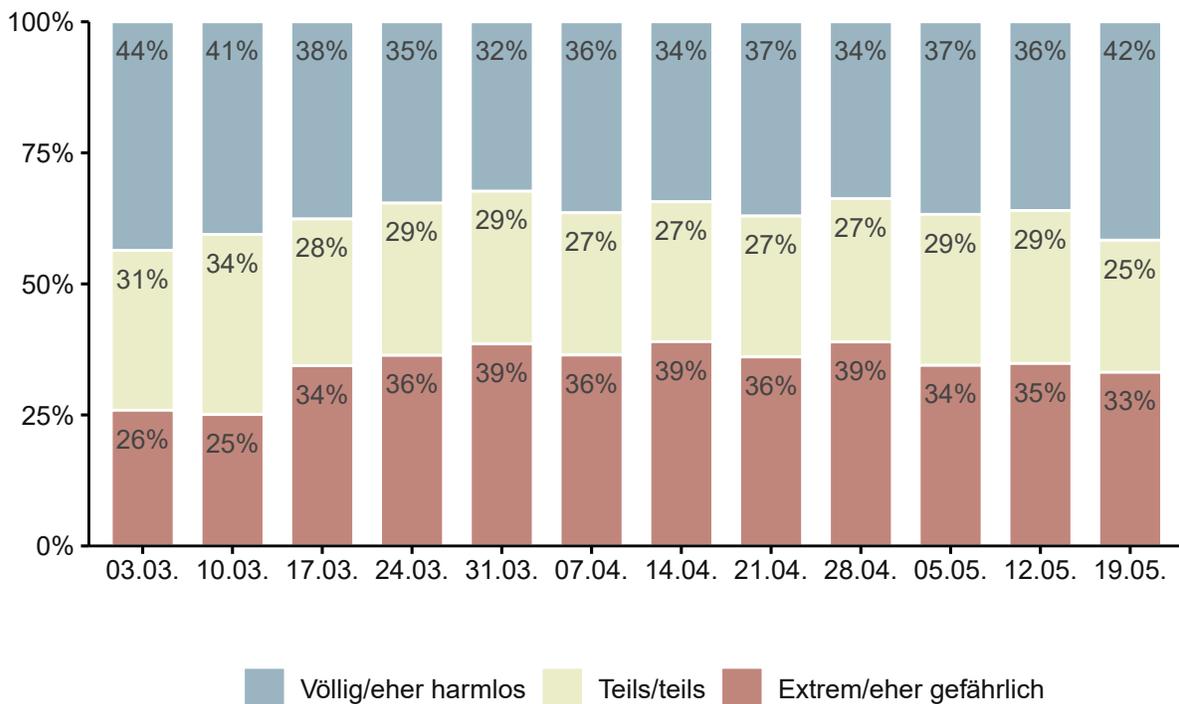
**Als wie anfällig schätzen Sie sich für eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus ein?**



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



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



### 3.2 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.

18.4 % haben bereits von der Krankheit gehört.

14.7 % halten es für (eher) wahrscheinlich, dass diese Krankheit bei ihrem Kind oder ihren Kindern nach einer Infektion auftritt.

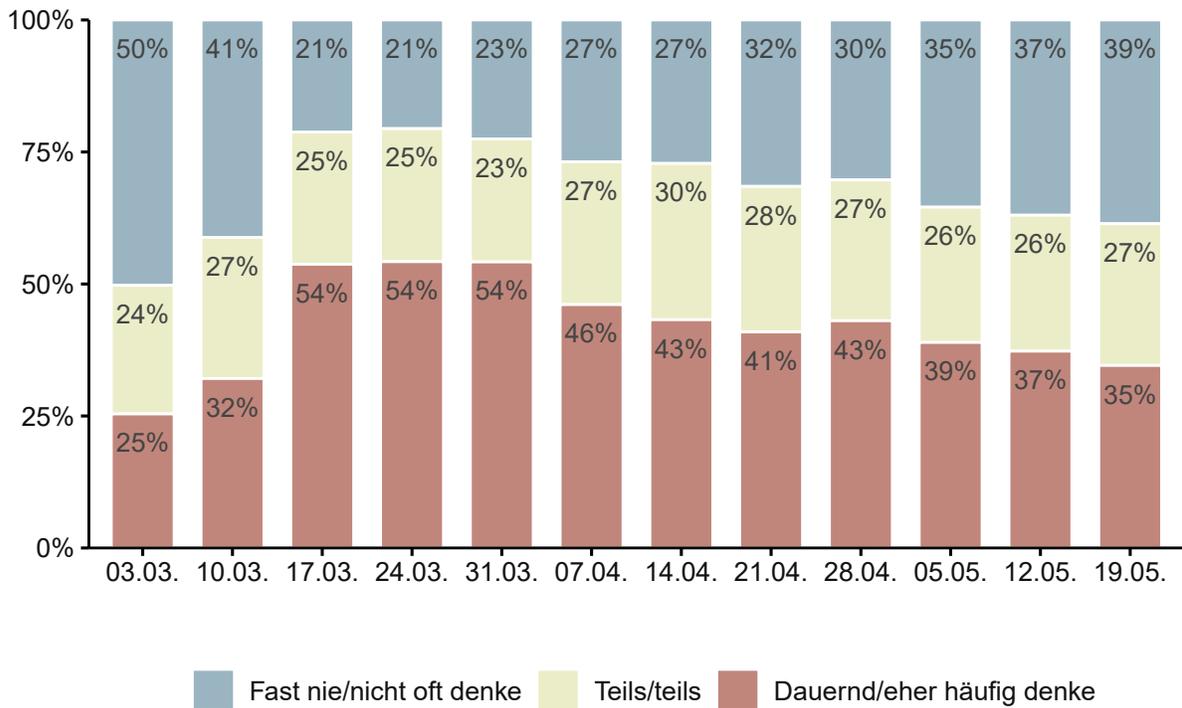
54.4 % halten diese Krankheit für (eher) besorgniserregend.

### 3.3 Corona und Emotionen

Die folgenden drei Grafiken zeigen verschiedene emotionale Aspekte 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.

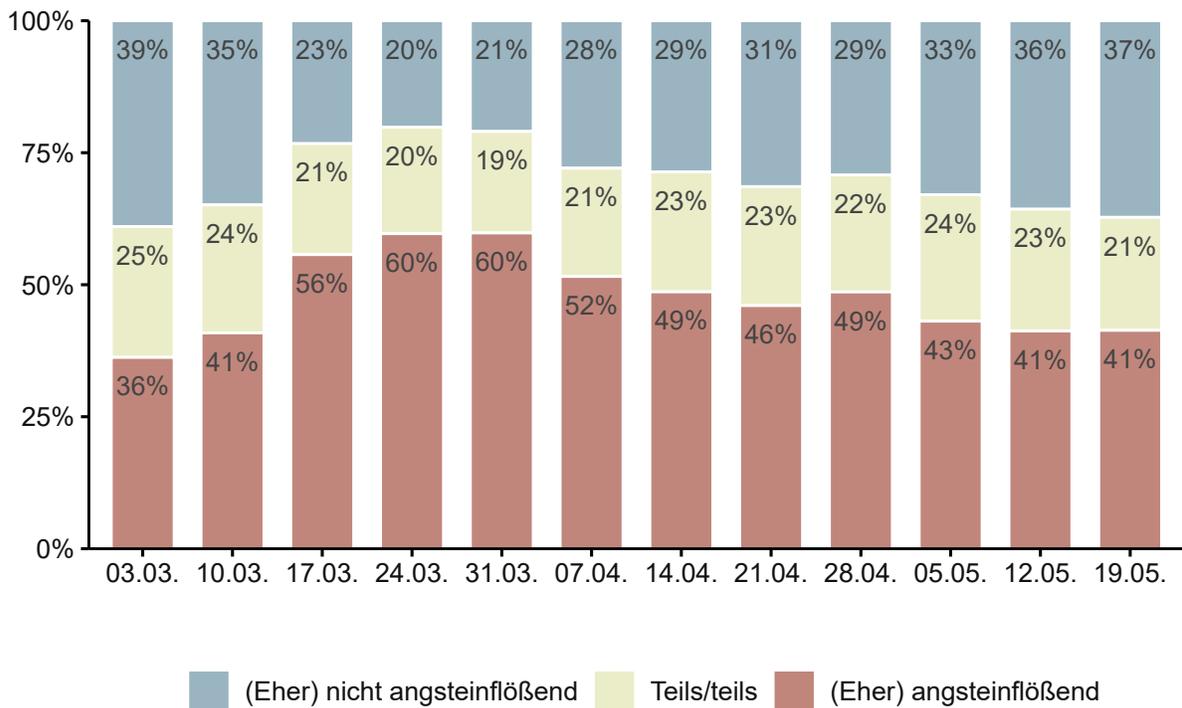
## Dominanz des Themas

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



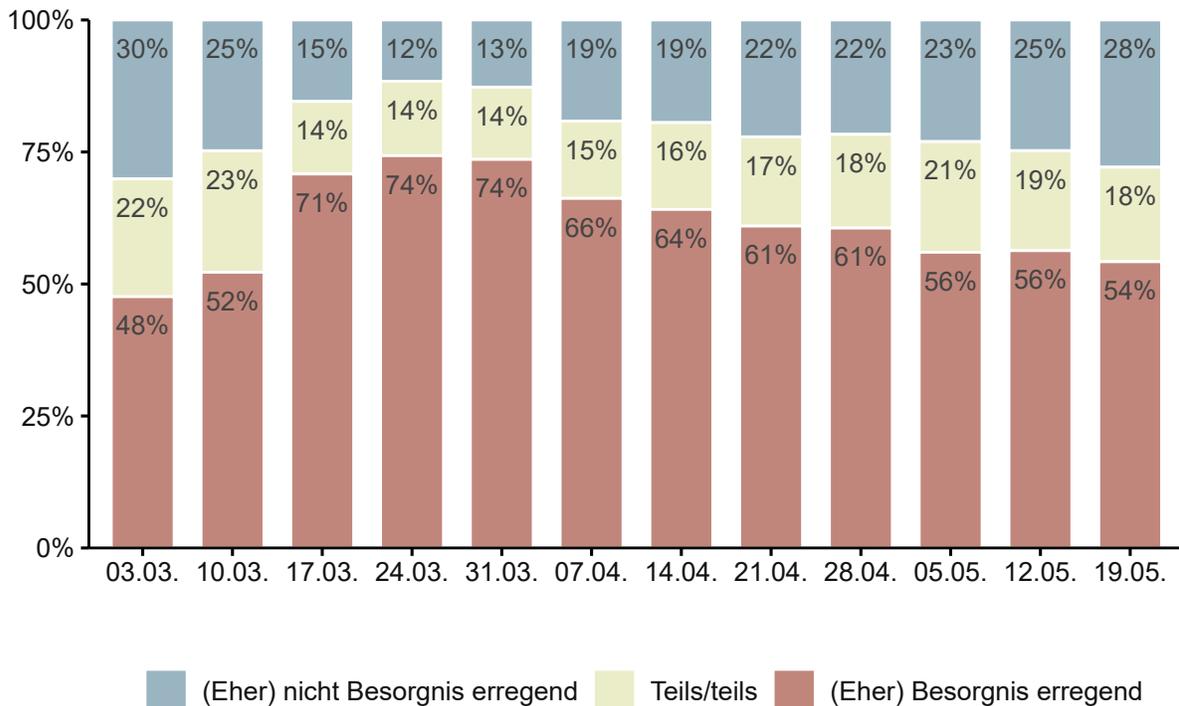
## Angst

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.

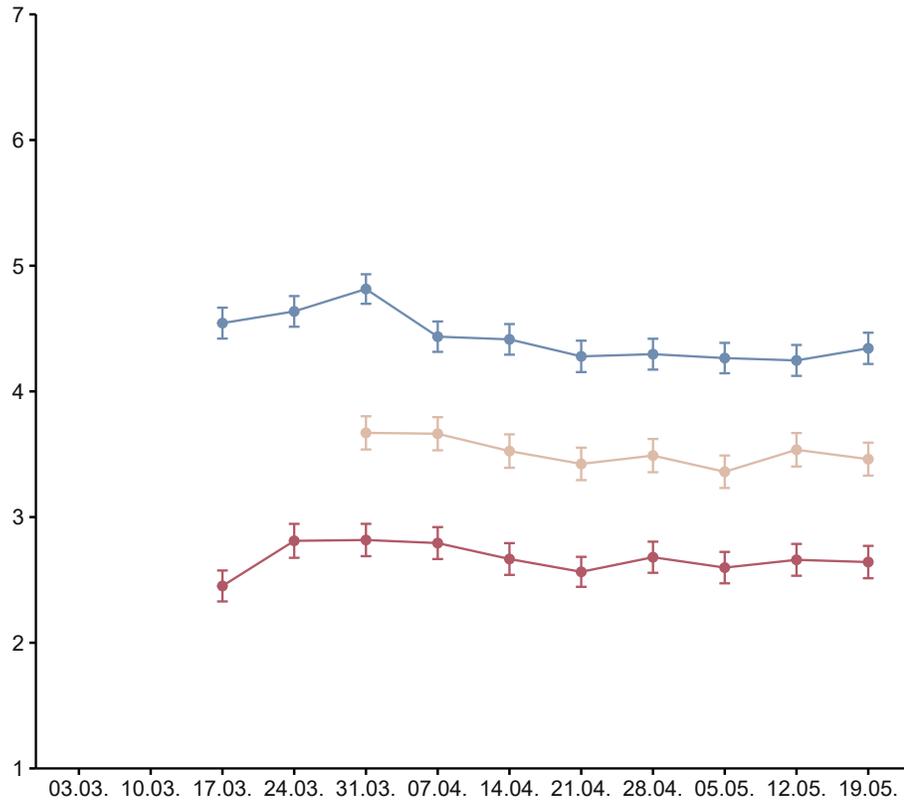
Sorgen um die Wirtschaftskraft bleiben stabil hoch. Individuelle wirtschaftliche Sorgen sind eher gering ausgeprägt (z.B. vor finanziellen Einbußen, Verlust des Arbeitsplatzes).

*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)?

## Sorgen über individuelle Folgen der Krise

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



1 = Sehr wenig Sorgen 7 = Sehr viele Sorgen

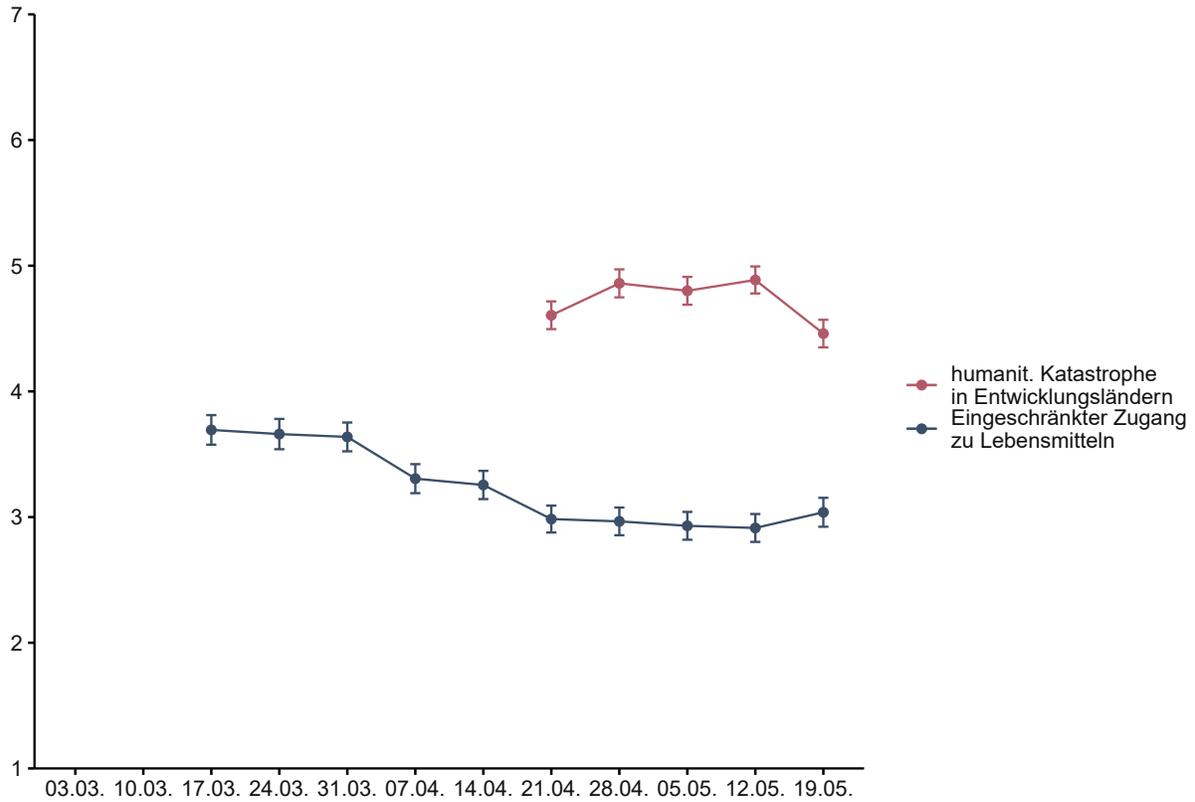
*Aufgrund der jetzigen Corona-Situation, wie viele Sorgen machen Sie sich, dass ...*

- 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.



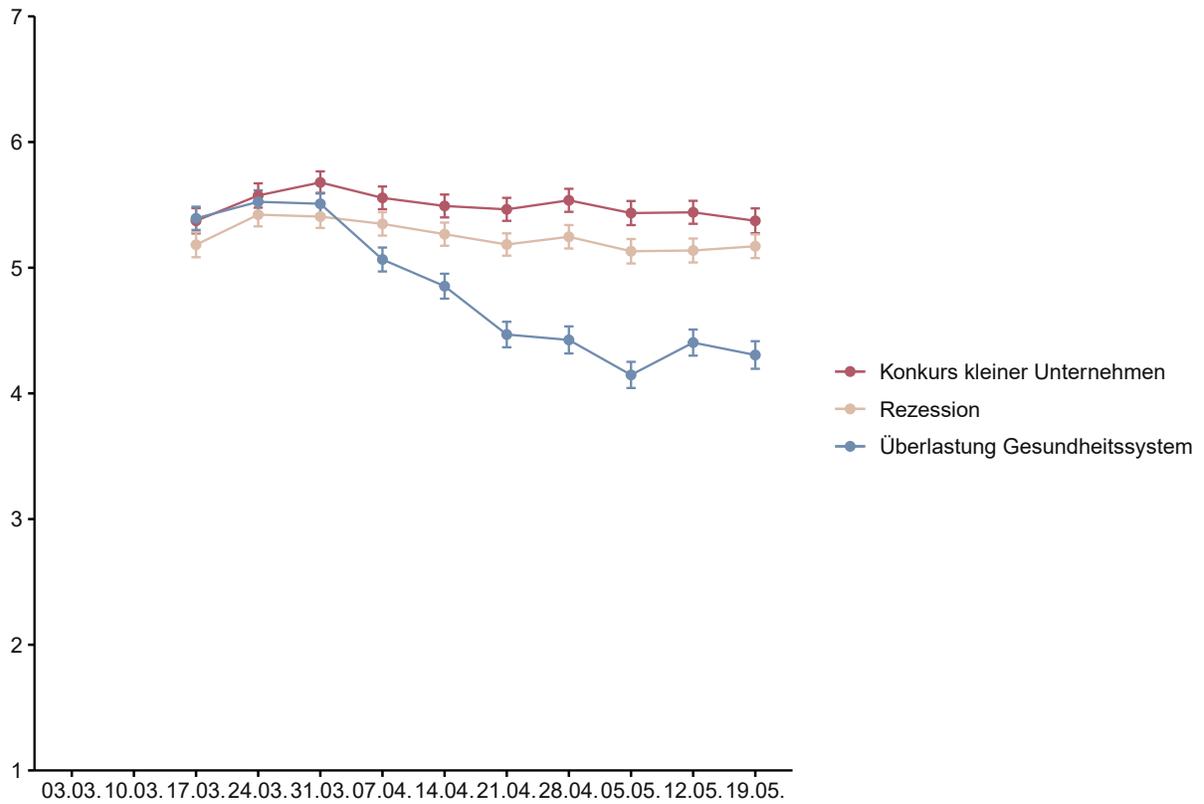
*Aufgrund der jetzigen Corona-Situation, wie viele Sorgen machen Sie sich, dass ...*

- 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.



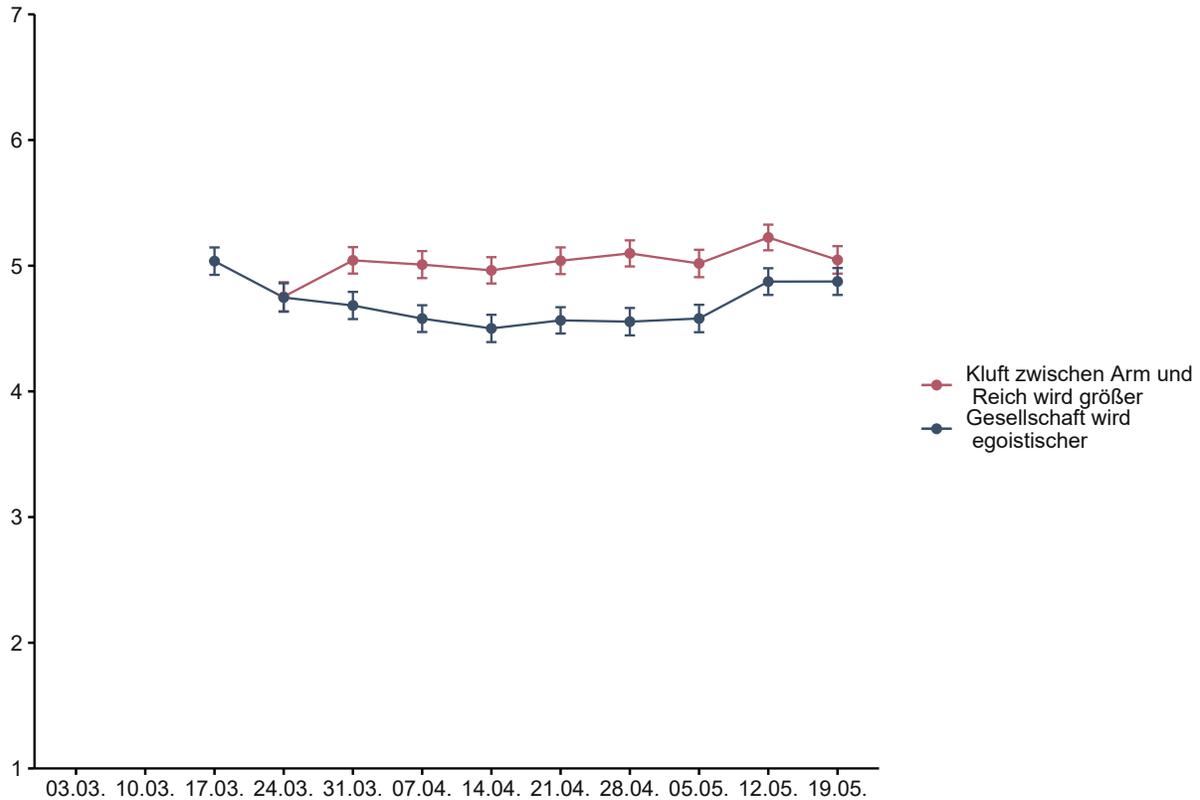
*Aufgrund der jetzigen Corona-Situation, wie viele Sorgen machen Sie sich, dass ...*

- 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

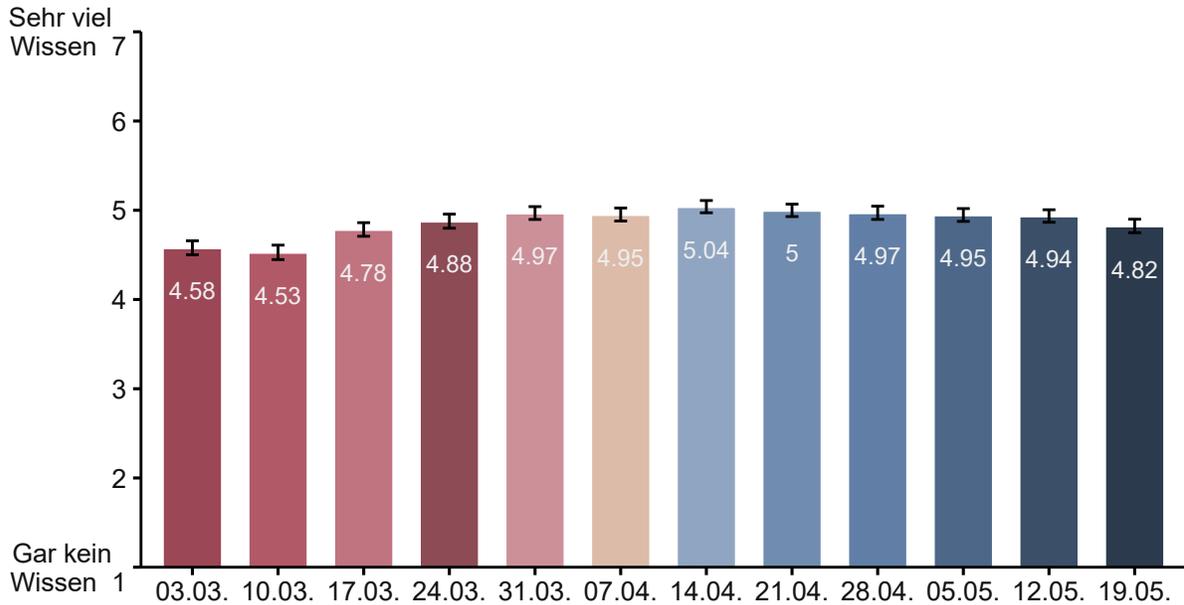
In diesem Abschnitt betrachten wir das Wissen über Schutzmaßnahmen und Faktoren, die relevant sind, damit dieses Verhalten auch umgesetzt wird.

### 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.

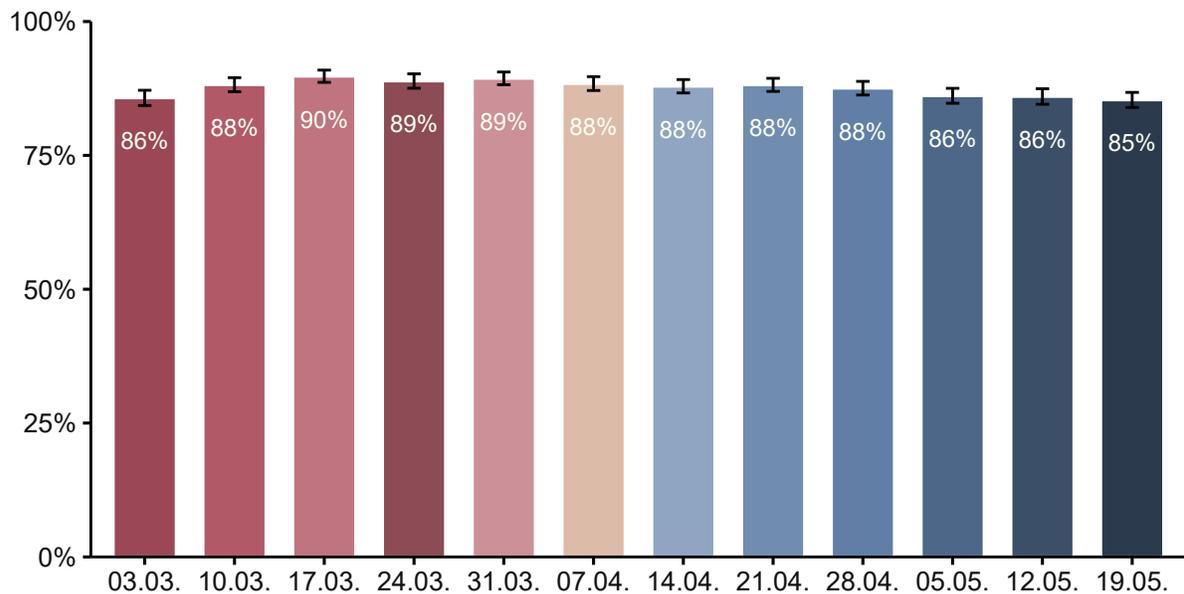
## Wahrgenommener Wissensstand über COVID-19

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

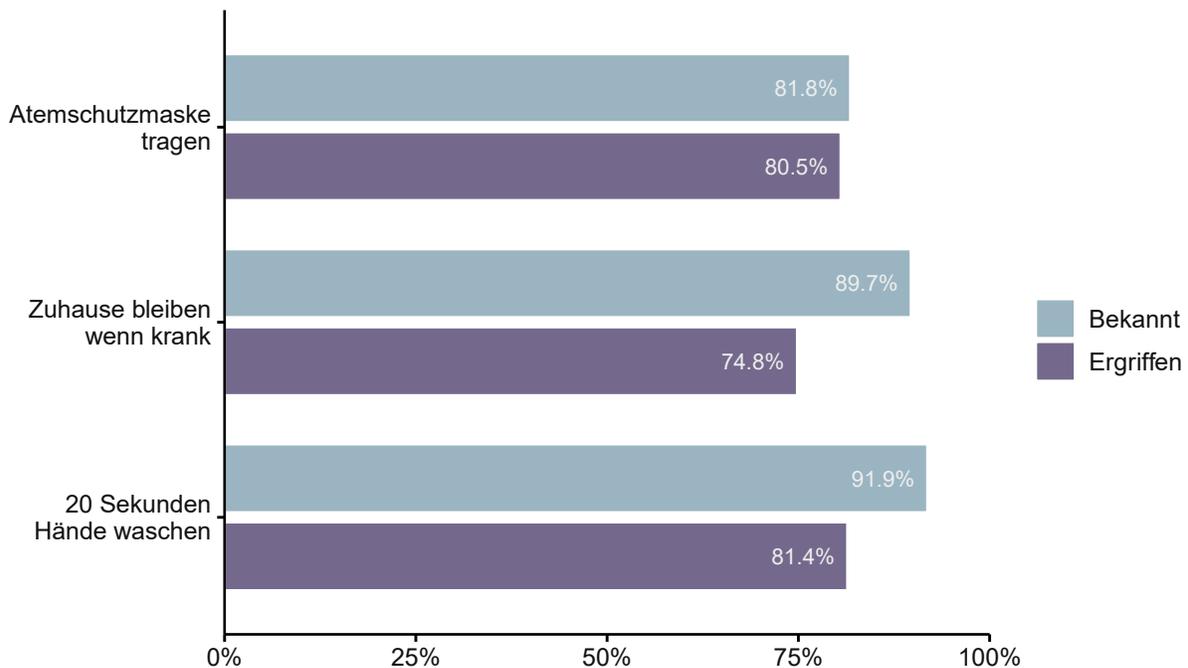
Damit wirksames Schutzverhalten ergriffen werden kann, muss dieses bekannt sein. Die Daten zeigen, dass wesentliche Schutzmaßnahmen sehr gut bekannt sind, aber immer noch nicht durchgängig ergriffen werden.

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

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

### Präventivmaßnahmen kennen und ergreifen

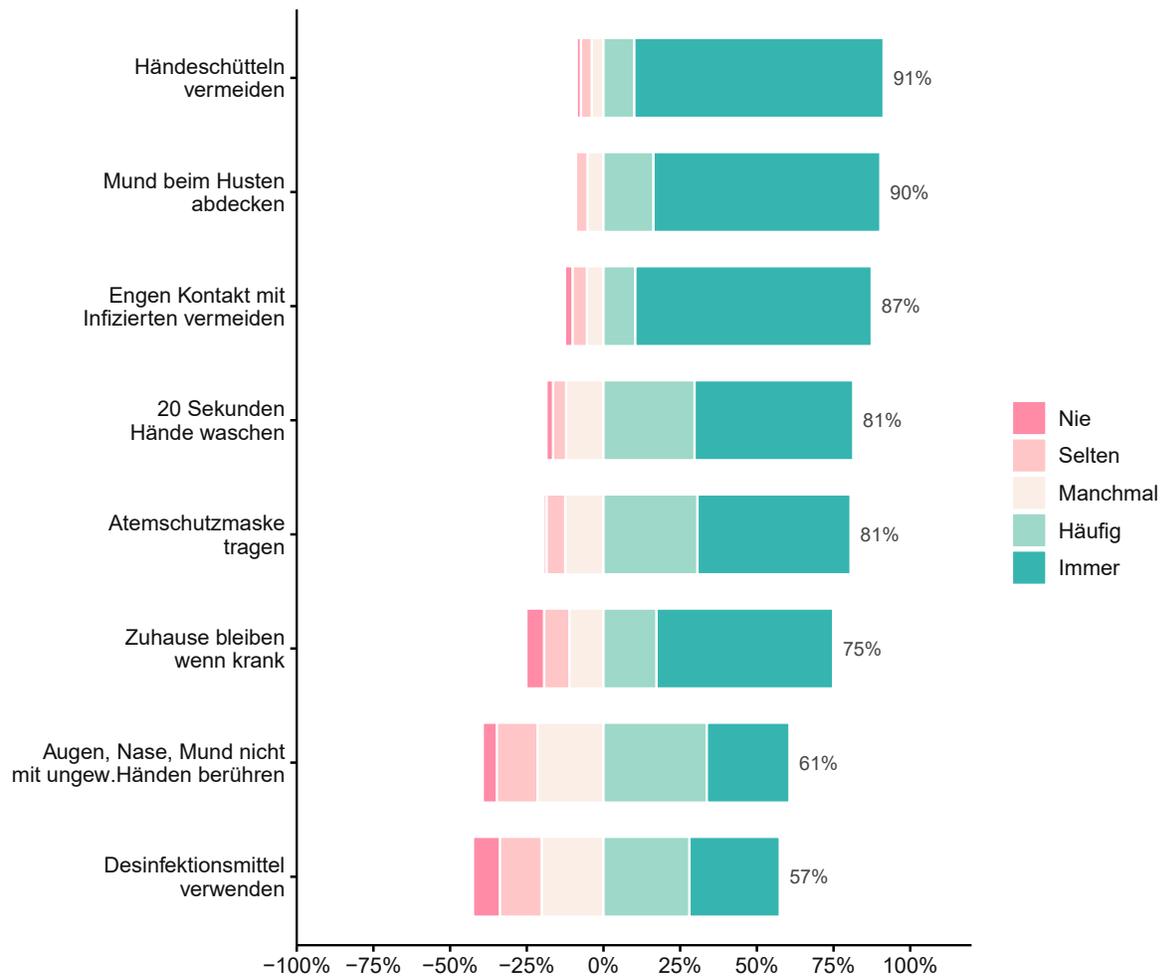
Anteil der Personen, die (a) Präventivmaßnahmen korrekt erkannt haben und (b) diese mindestens häufig einsetzen (falls anwendbar).  
Ergebnisse der aktuellen Welle (19.05.20)



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. vermeiden 91% 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 43% nie, selten oder manchmal Desinfektionsmittel.*

### Häufigkeit ergriffener Präventivmaßnahmen

Falls anwendbar. Ergebnisse der aktuellen Welle (19.05.20)



### 4.3 Offizielle Verfügungen

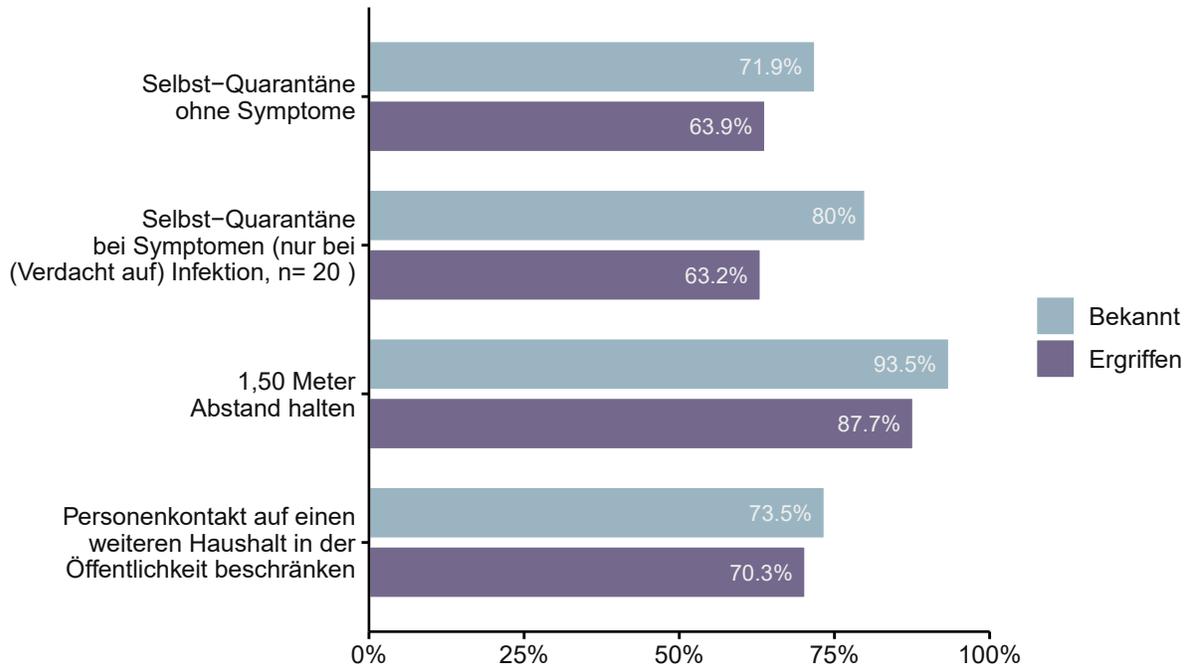
Damit die offiziellen Verfügungen umgesetzt werden können, müssen sie hinreichend bekannt sein. Die Daten zeigen, dass wesentliche Verfügungen sehr gut bekannt sind, aber immer noch nicht durchgängig ergriffen werden.

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 (19.05.20)

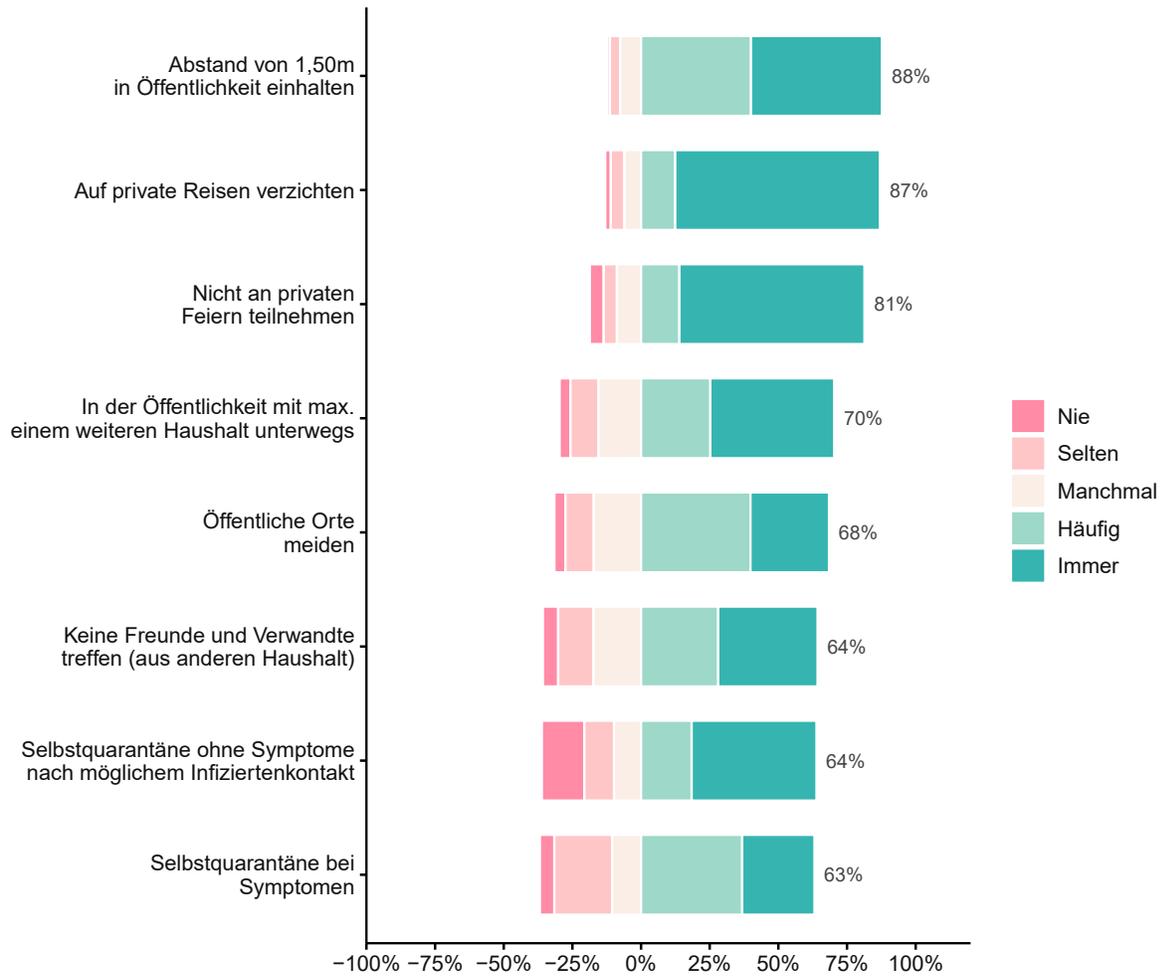


Im untenstehenden Diagramm ist die Häufigkeit einzelner Verhaltensweisen dargestellt.

*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 37% nie, selten oder manchmal in die Selbstquarantäne, wenn sie keine Symptome zeigen.*

## Häufigkeit des Verhaltens gemäß offizieller Verordnungen

Falls anwendbar. Ergebnisse der aktuellen Welle (19.05.20)

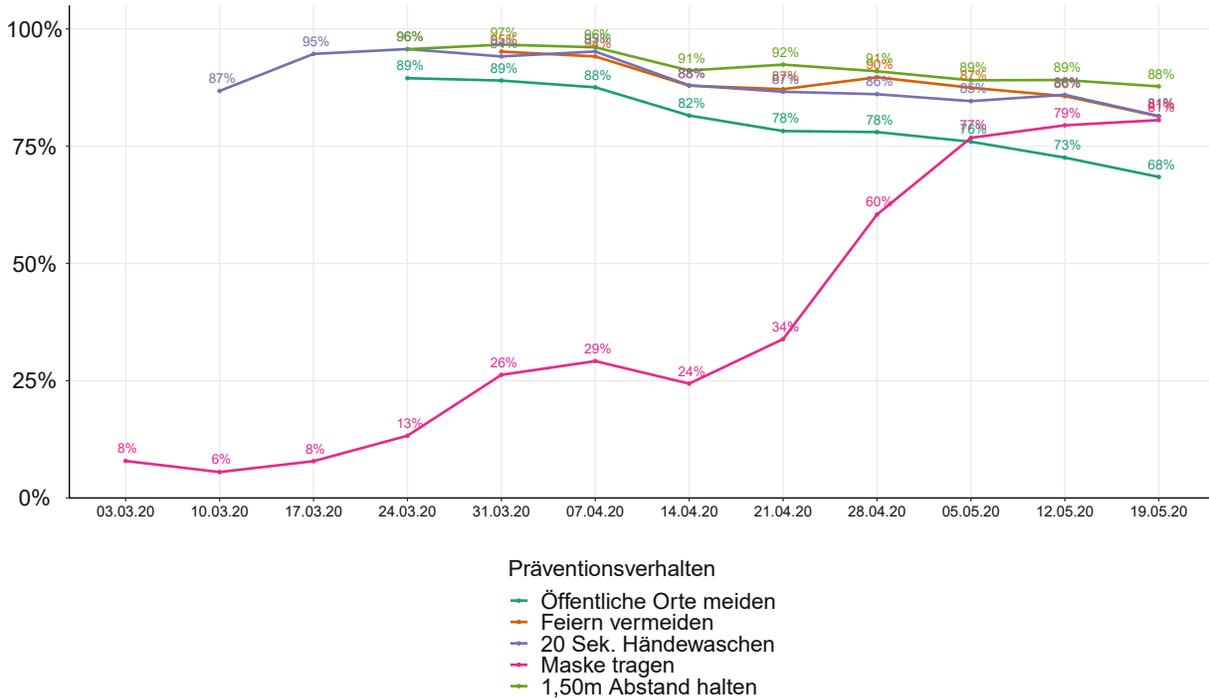


## Befolgen der Maßnahmen im Zeitverlauf

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

## Maßnahmen ergreifen

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



## 5 Informationsverhalten

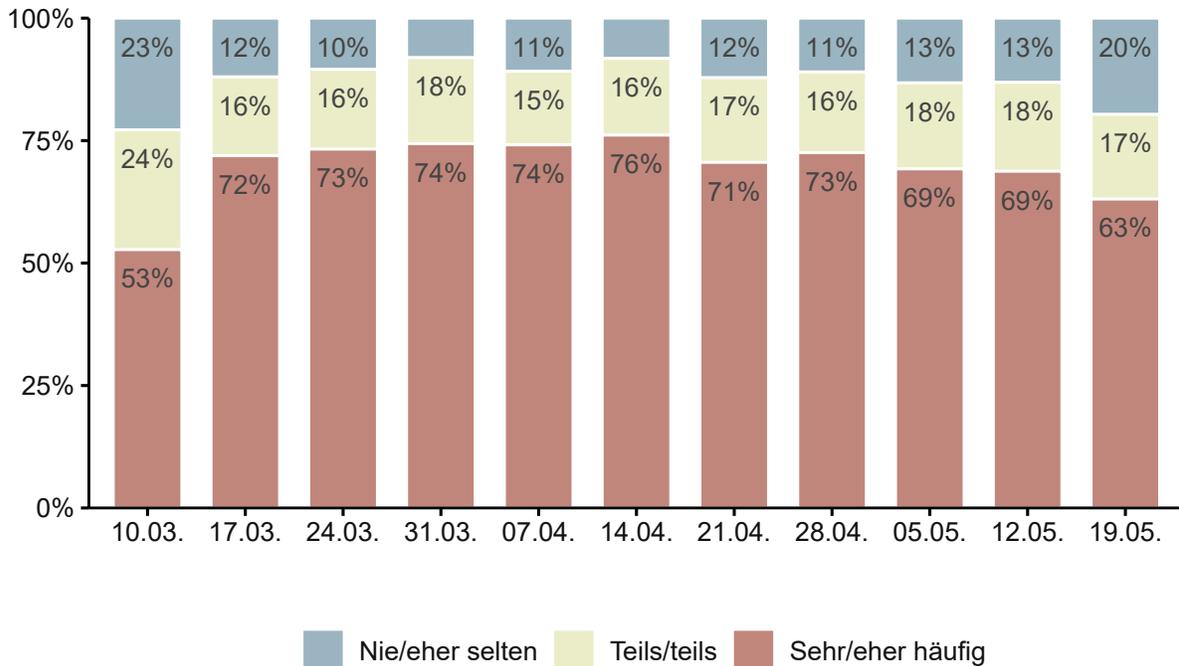
Um nachvollziehen zu können, wie die Bevölkerung sich zum Thema Corona informiert, diese Informationen wahrnimmt und gegebenenfalls auf ihre Handlungsweisen überträgt, wurden verschiedene Aspekte des Informationsverhaltens erfragt.

### 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).

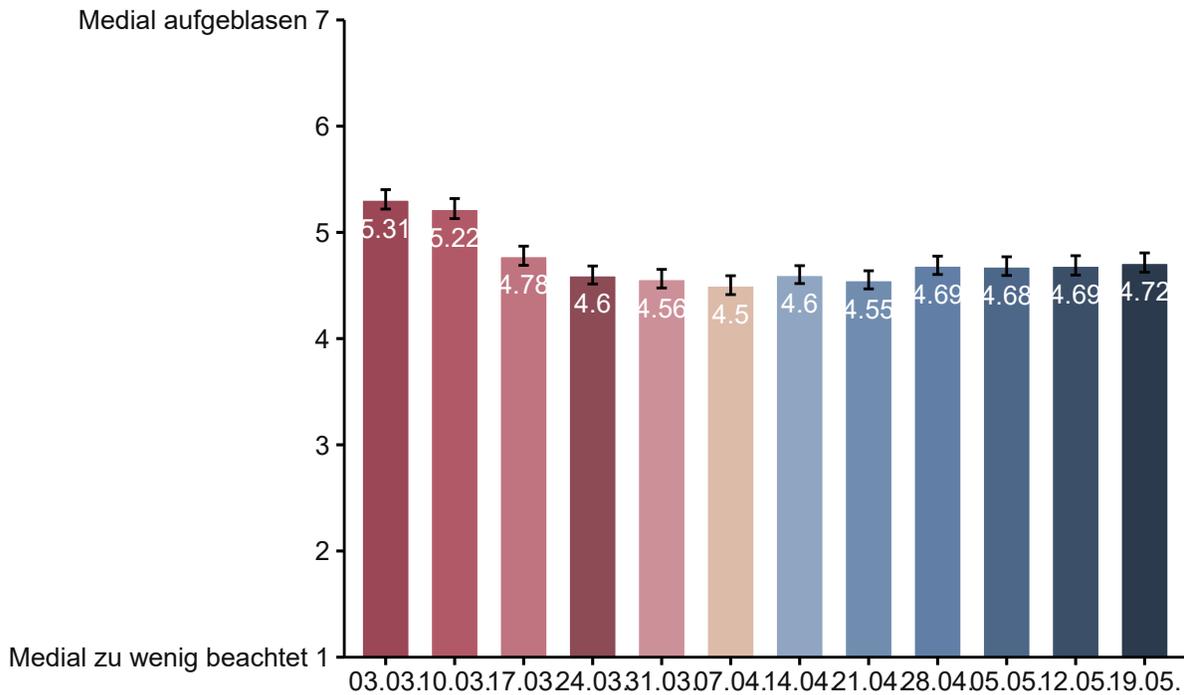


### 5.2 Corona als Medien-Hype

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

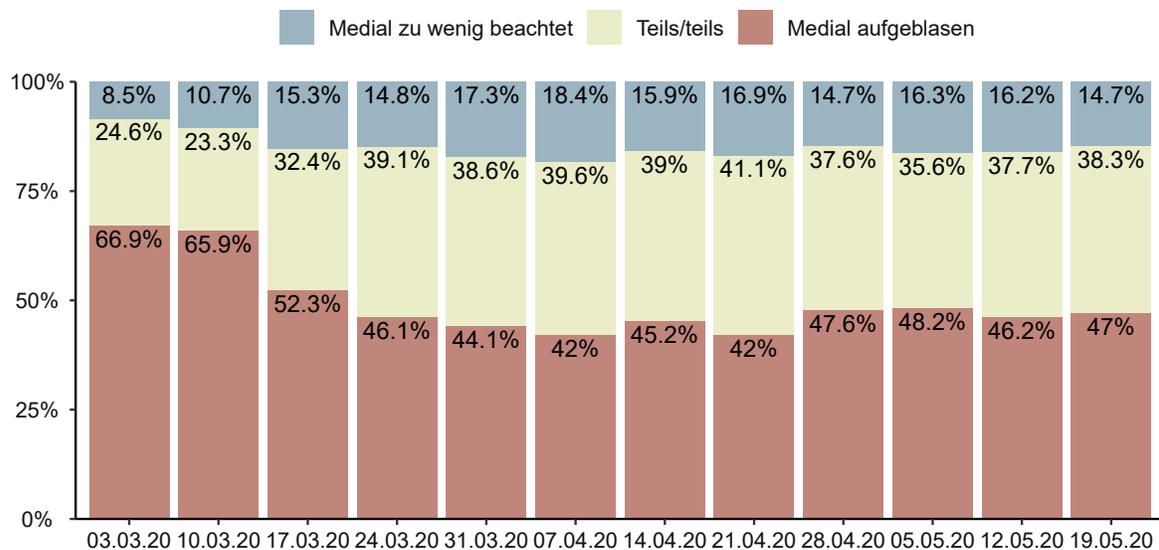


### Wahrnehmung der derzeitigen Corona-Situation als Medienhype

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.

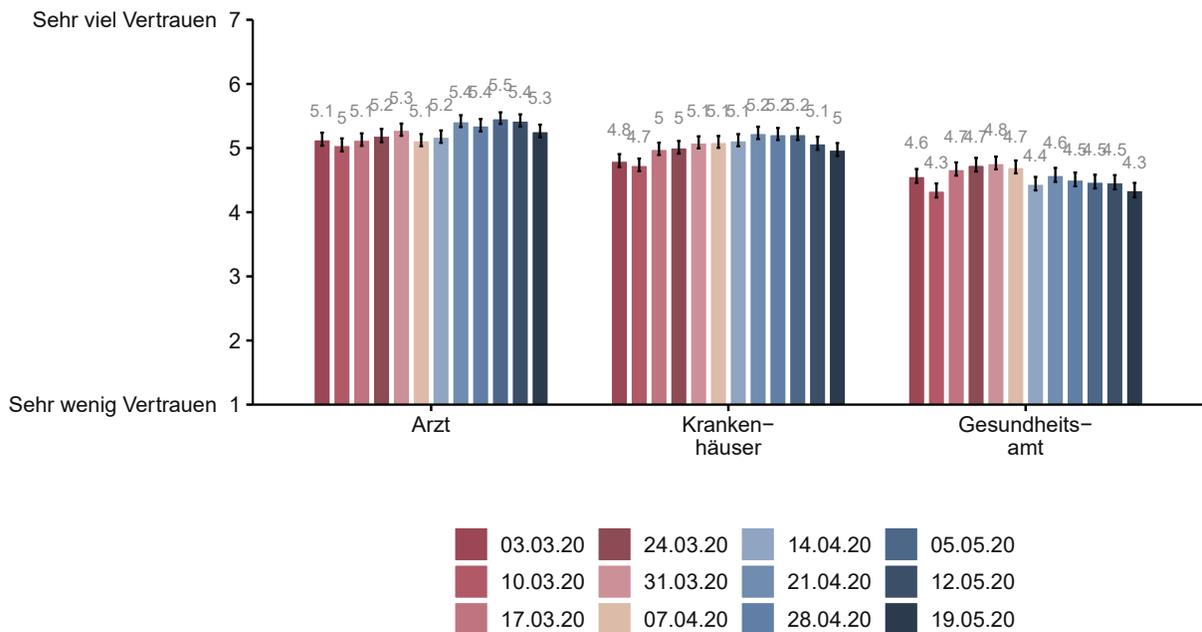
Das Vertrauen in die Wissenschaft, die Bundesregierung und die WHO ist relativ stabil, während das Vertrauen in Behörden, den Gesundheitssektor und die Medien leichten Schwankungen unterliegt.

*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.*

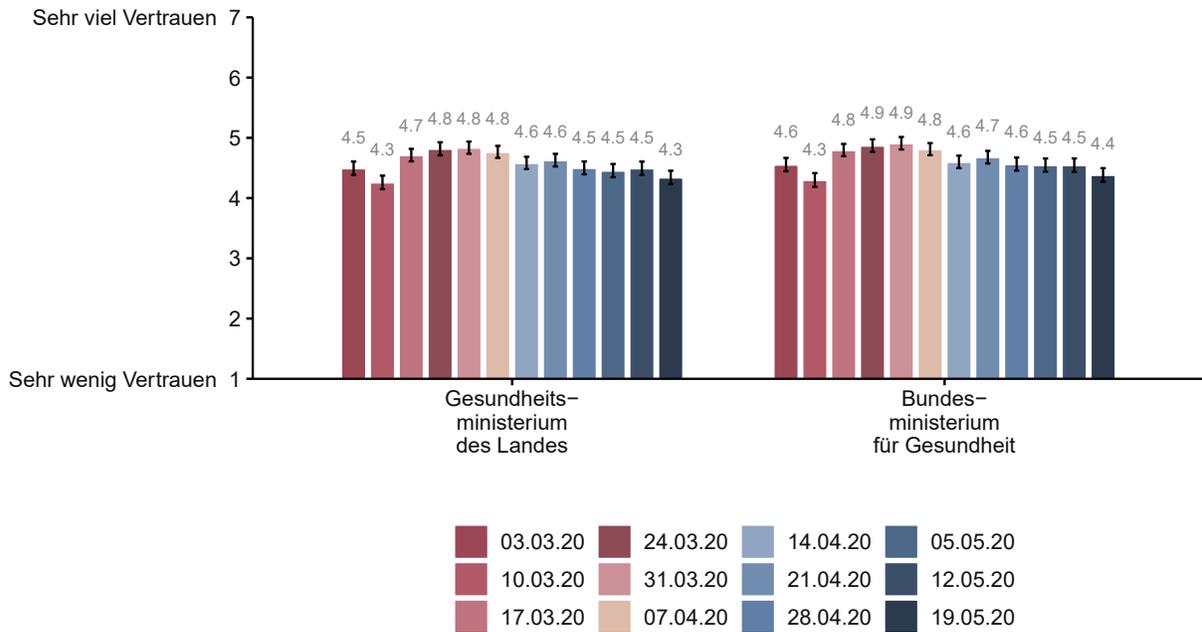
### Vertrauen (1): Gesundheitssektor

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



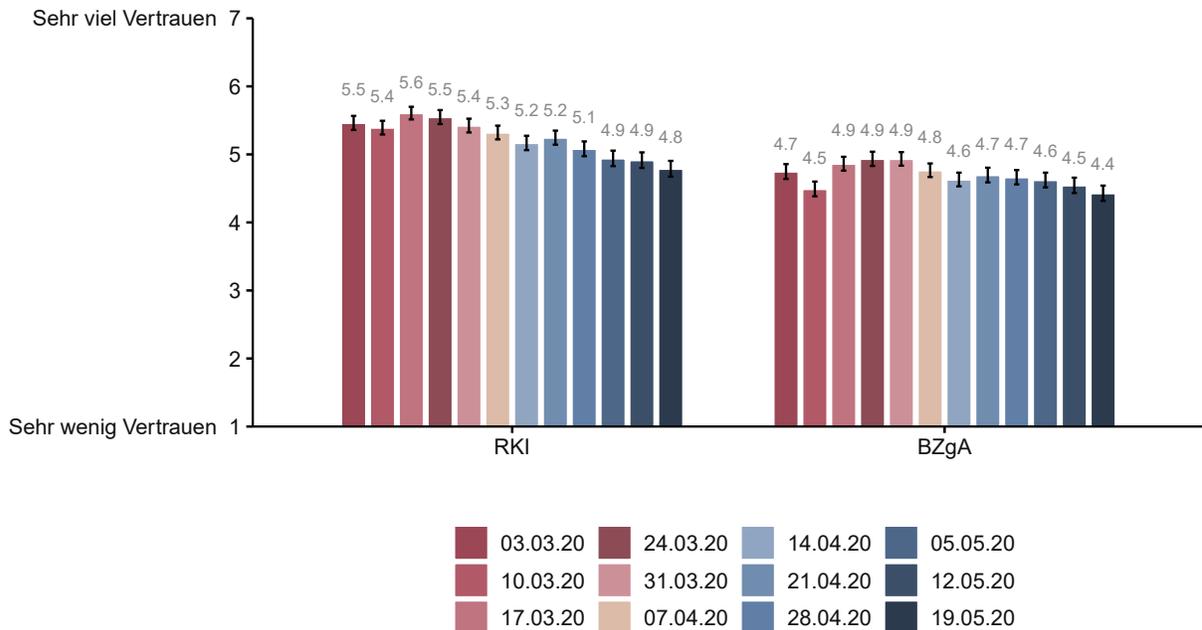
### Vertrauen (2): Behörden

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



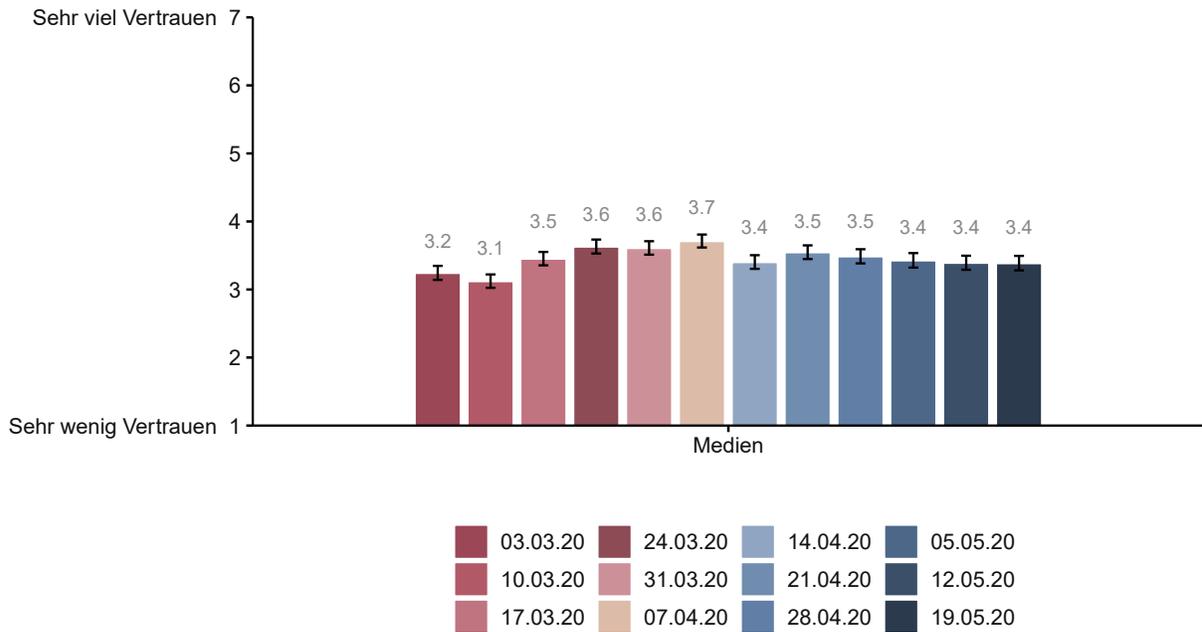
### Vertrauen (2): Behörden

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



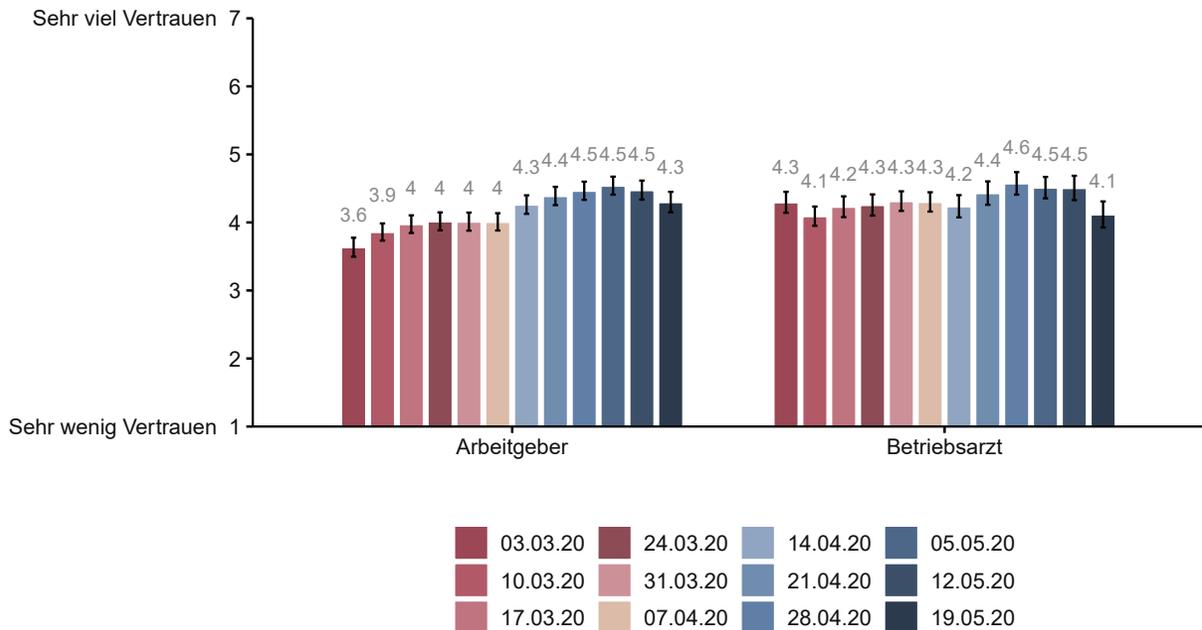
### Vertrauen (3): Medien

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



### Vertrauen (4): Arbeitsumwelt

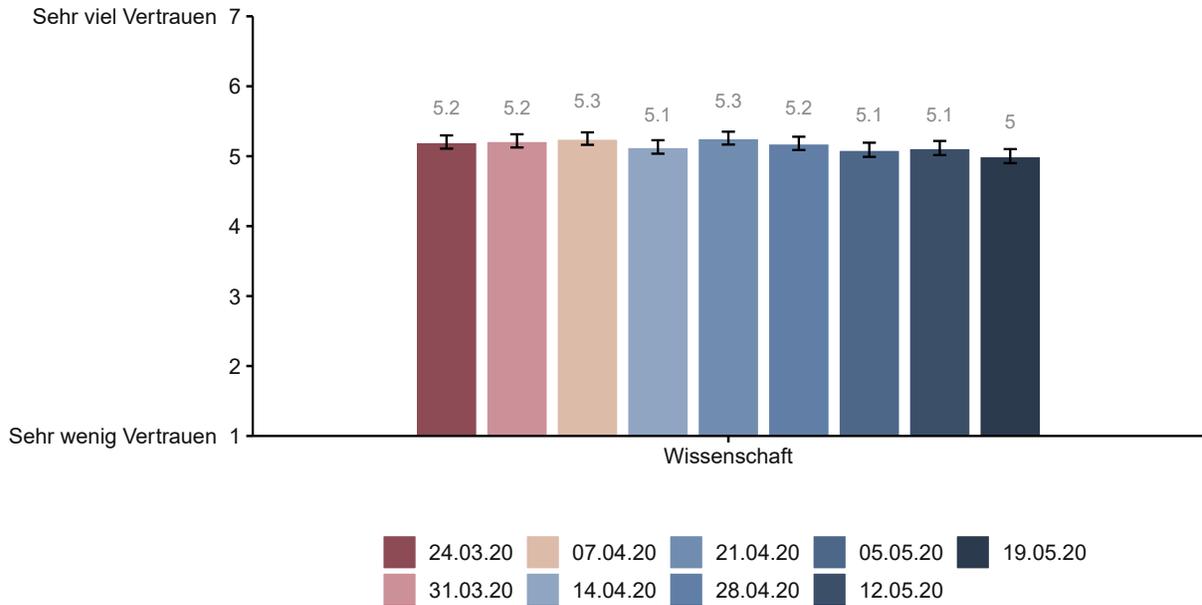
Bewertet auf einer Skala von 1 (sehr wenig Vertrauen) bis 7 (sehr viel Vertrauen). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



### Vertrauen (5): Wissenschaft

Ab Welle 4 erhoben.

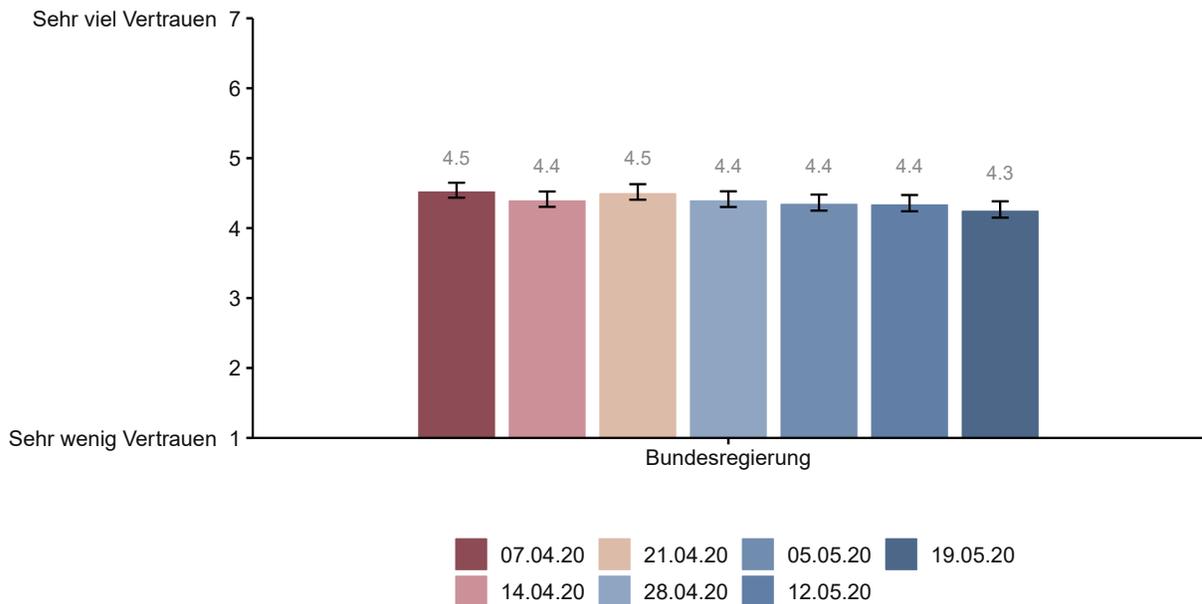
Bewertet auf einer Skala von 1 (sehr wenig Vertrauen) bis 7 (sehr viel Vertrauen). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



### Vertrauen (6): Bundesregierung

Ab Welle 6 erhoben.

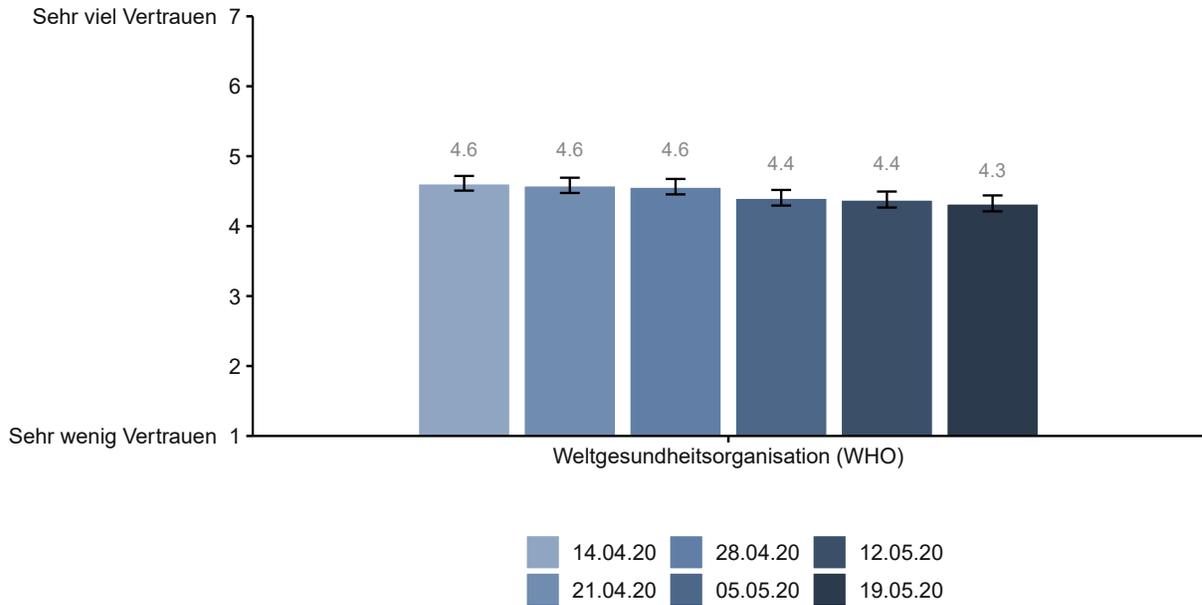
Bewertet auf einer Skala von 1 (sehr wenig Vertrauen) bis 7 (sehr viel Vertrauen). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



### 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.

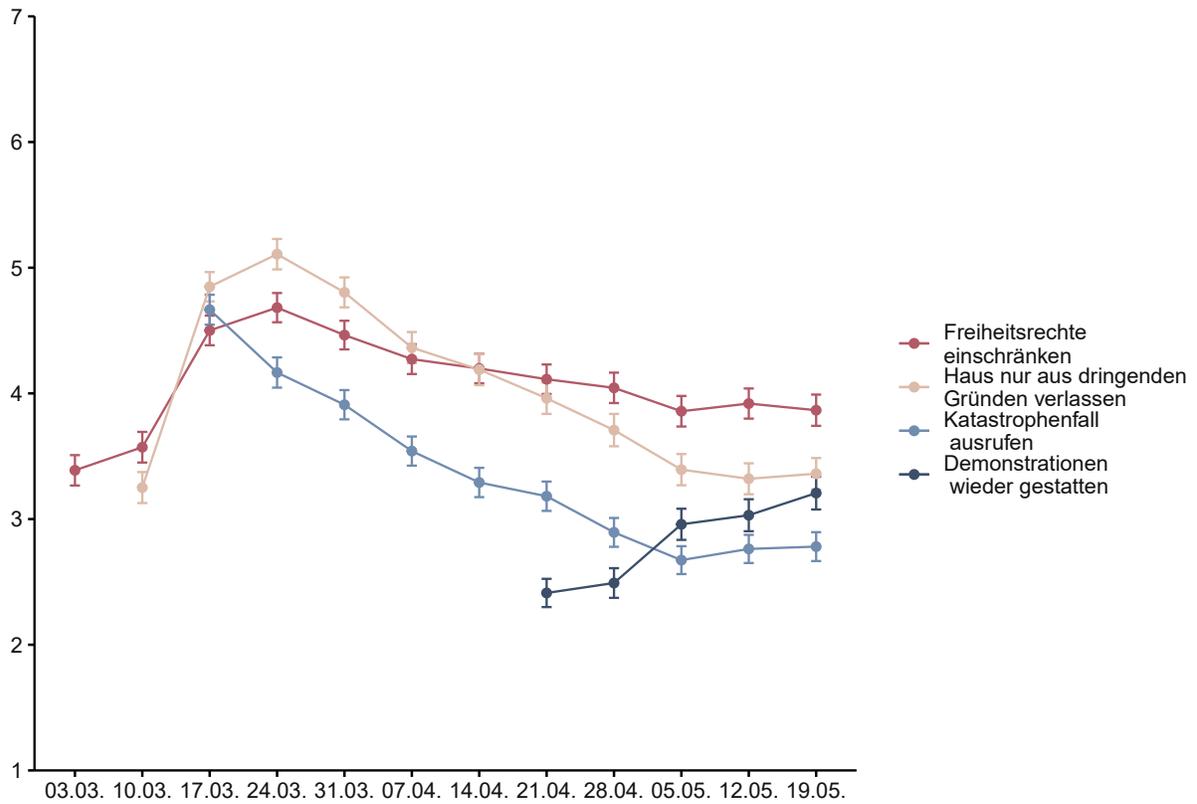


## 7 Akzeptanz der Maßnahmen

Für viele Maßnahmen gilt: Die Akzeptanz ist Mitte März sprunghaft gestiegen und geht langsam wieder zurück. Das Bedürfnis nach Demonstrationen ist auf einem ähnlichen Niveau wie in der Vorwoche. Die Politik, strikere Einschränkungen bei einer kritischen Anzahl von Neuinfektionen in der Region durchzuführen, wird eher befürwortet.

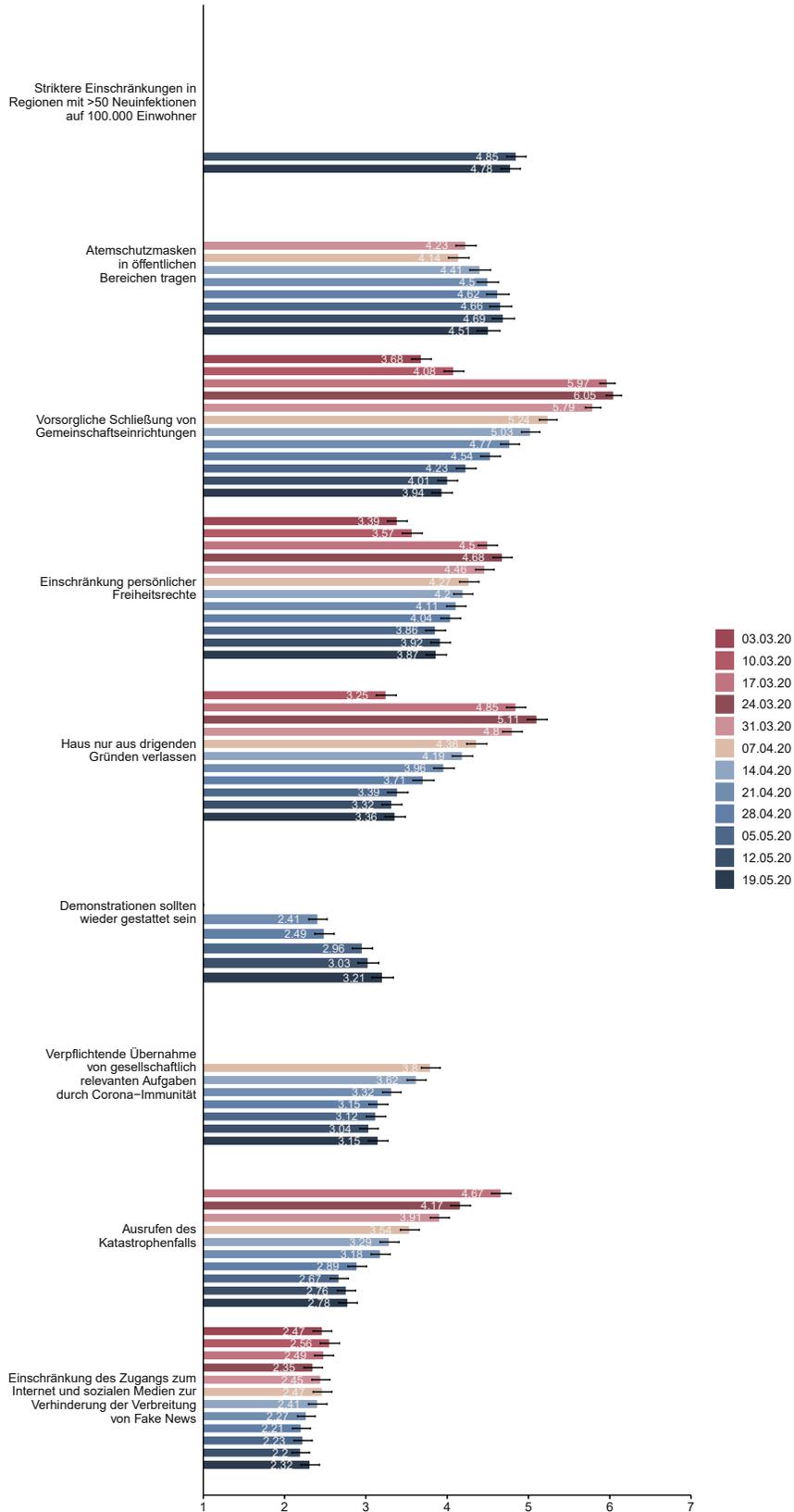
## Akzeptanz stark einschränkender Maßnahmen

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



### 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.

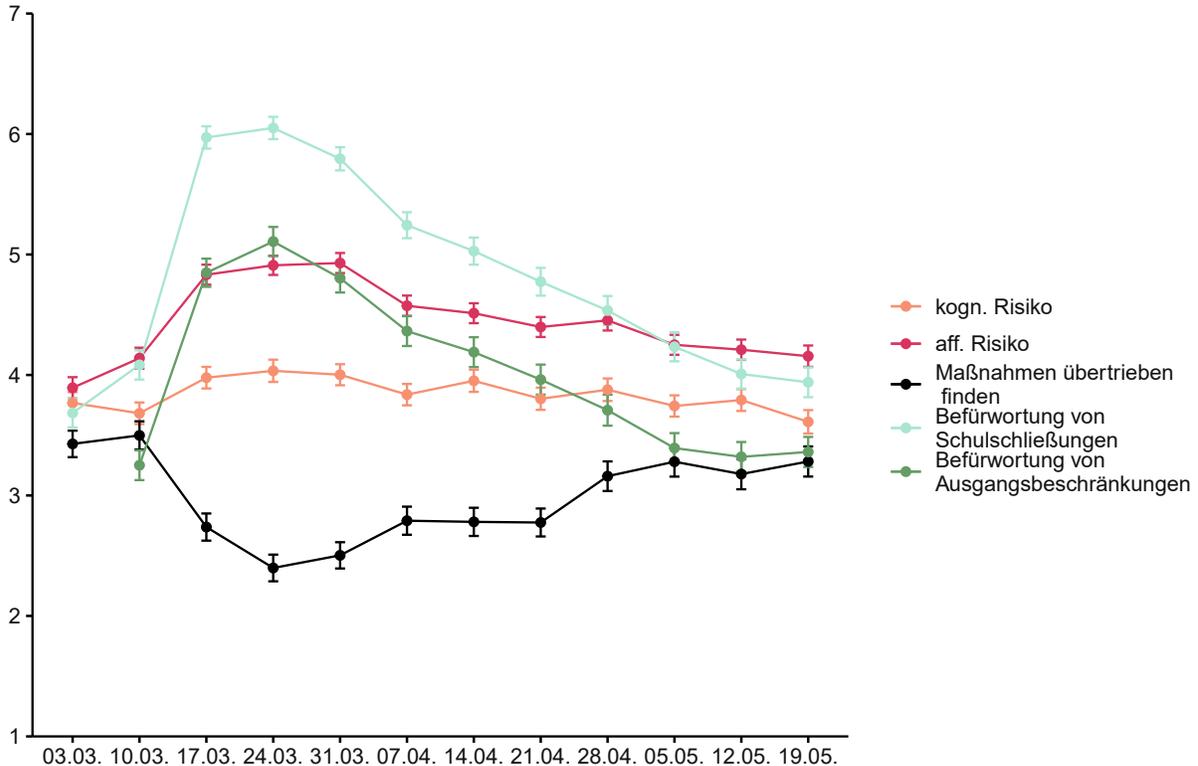


## 7.1 Risikowahrnehmung und Akzeptanz der Maßnahmen

Die Kognitive Risikowahrnehmung – Bewusstsein für die Möglichkeit, sich anzustecken – sinkt leicht (orange). Die Affektive Risikowahrnehmung – (Angst, Sorge, dauernd dran denken) ist wichtig für die Aktivierung von Schutzverhalten und ist über die letzten Wochen stabil (rot). Die Zustimmung zu Maßnahmen sinkt seit deren Einführung (grün) und hat fast das Ausgangslevel von vor deren Einführung erreicht.

### Veränderung von Risikowahrnehmung und Einschätzung von Maßnahmen

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



Kognitive Risikowahrnehmung und ...

- Ablehnung der Maßnahmen: -0.29
- Vorsorglich sollten Gemeinschaftseinrichtungen wie Schulen oder Kindergärten geschlossen werden: 0.28
- Es sollte nur noch aus beruflichen, gesundheitlichen oder dringenden Gründen erlaubt sein, sein Haus zu verlassen: 0.29
- Affektives Risiko: 0.46

Affektive Risikowahrnehmung und ...

- Ablehnung der Maßnahmen: -0.42
- Vorsorglich sollten Gemeinschaftseinrichtungen wie Schulen oder Kindergärten geschlossen werden: 0.34
- Es sollte nur noch aus beruflichen, gesundheitlichen oder dringenden Gründen erlaubt sein, sein Haus zu verlassen: 0.32

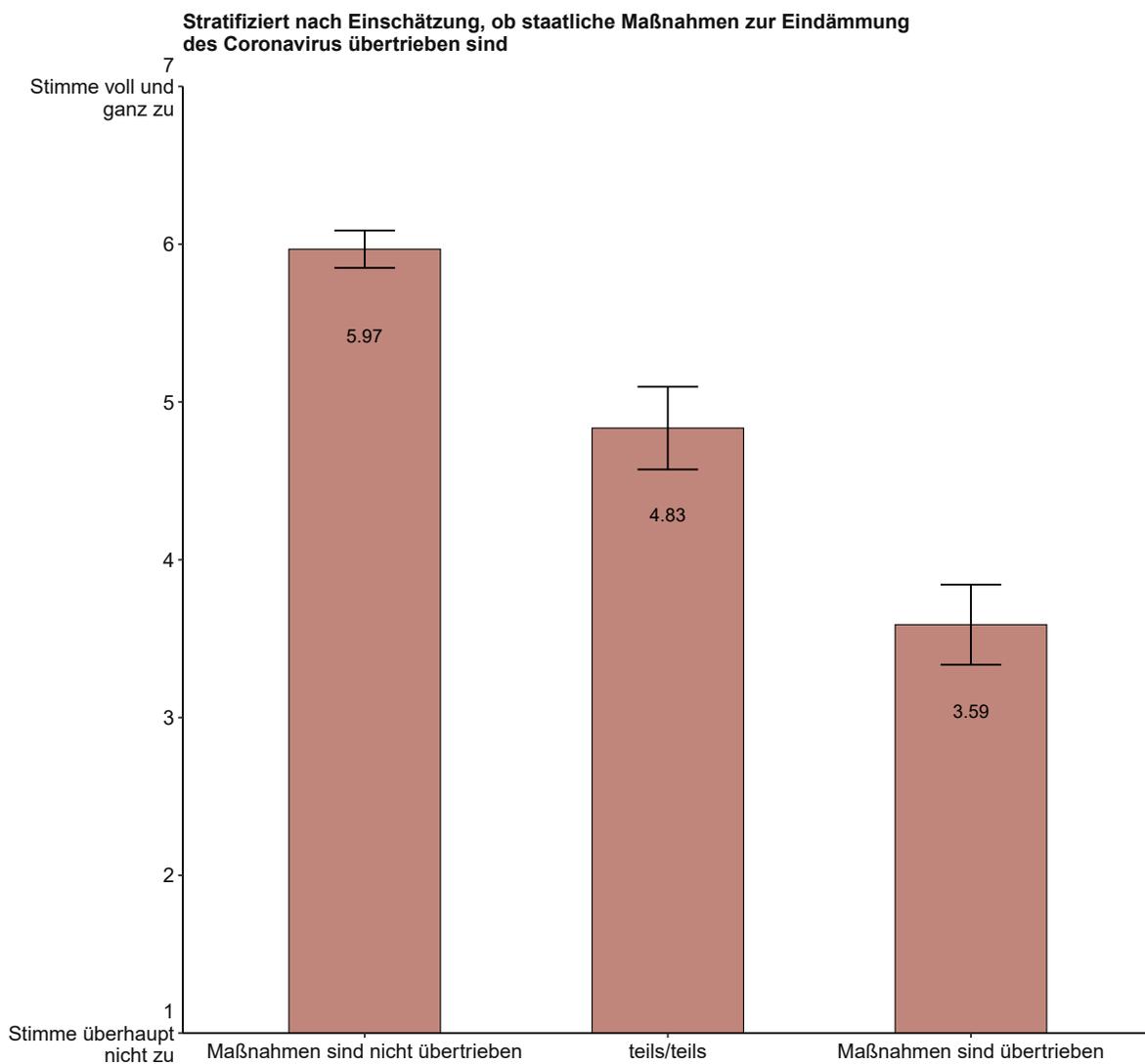
## 7.2 Zustimmung zum erneuten lokalen Lockdown

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

- 59% befürworten (eher) diese neue Regelung
- 67% sind in dieser Situation (eher) bereit, sich wieder einzuschränken (Maßnahmen vor dem 6.5.20)

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

**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.)**



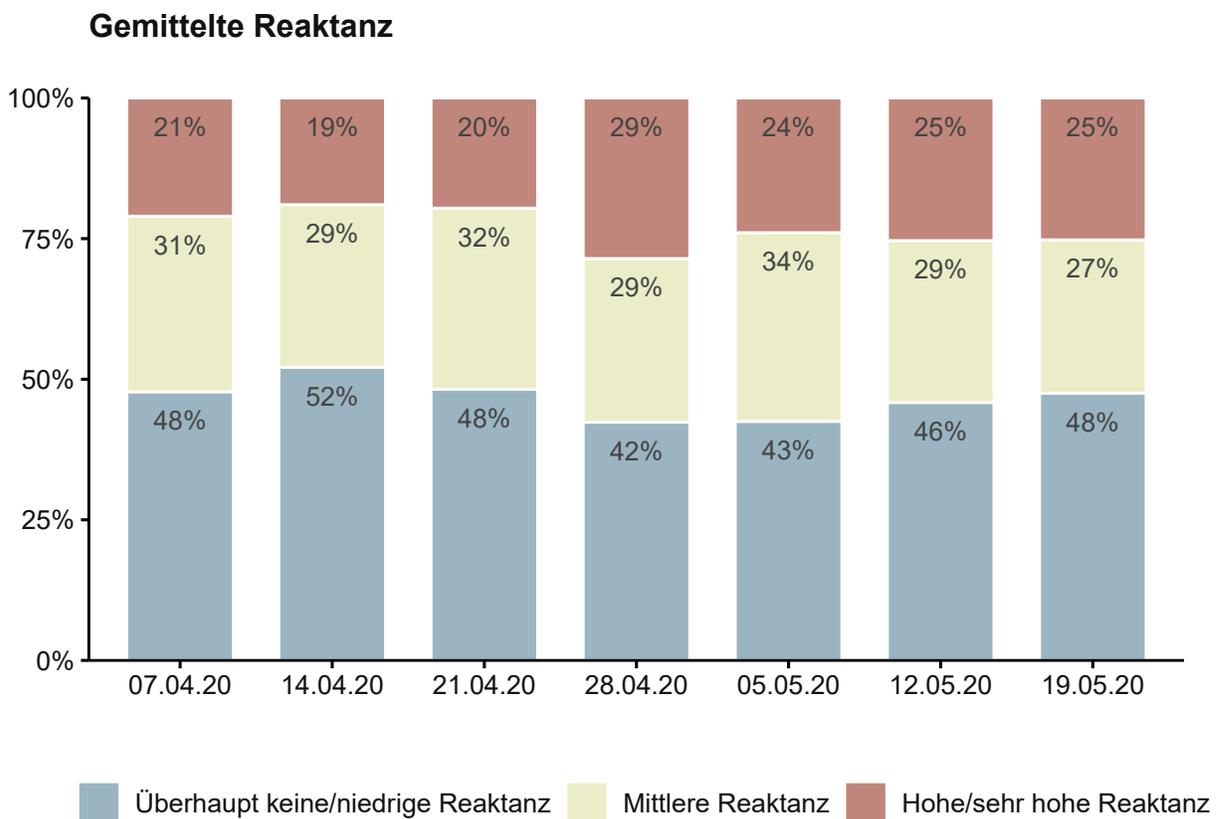
### 7.3 Reaktanz

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:  $M = 3.51$ ).

Reaktanz durch die Maßnahmen ist über die letzten Wochen insgesamt etwas zurückgegangen, was möglicherweise auf die Lockerung zurückzuführen ist: Ähnlich zur Vorwoche empfinden 25% (eher oder sehr) Ärger, Frust und Wut aufgrund der Maßnahmen, der Anteil derer, die kaum oder keine Reaktanz angeben, ist leicht gestiegen.

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 ...

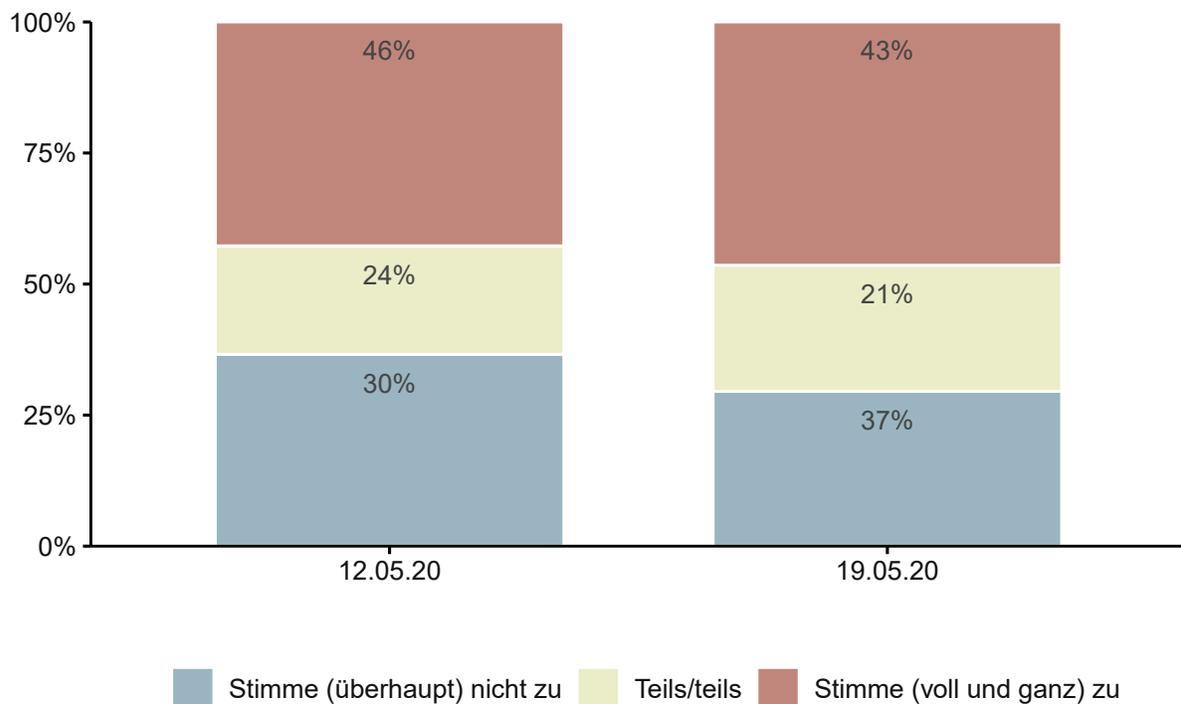
- das selbst eingeschätzte Wissen über COVID-19: -0.02

- das tatsächliche Wissen über COVID-19: -0.15
- das Wissen über wirksame Schutzmaßnahmen: -0.32
- das Wissen über öffentliche Verordnungen: -0.21
- die ausgeführten Maßnahmen: -0.29
- die ergriffenen Maßnahmen übertrieben finden: 0.68
- Vertrauen in die Bundesregierung: -0.45
- Vertrauen in das RKI : -0.46

## 8 Lockerungsmaßnahmen

43% der Befragungsteilnehmenden vertreten die Ansicht, dass die deutschen Behörden den Eindruck vermitteln, als wäre das Größte überstanden.

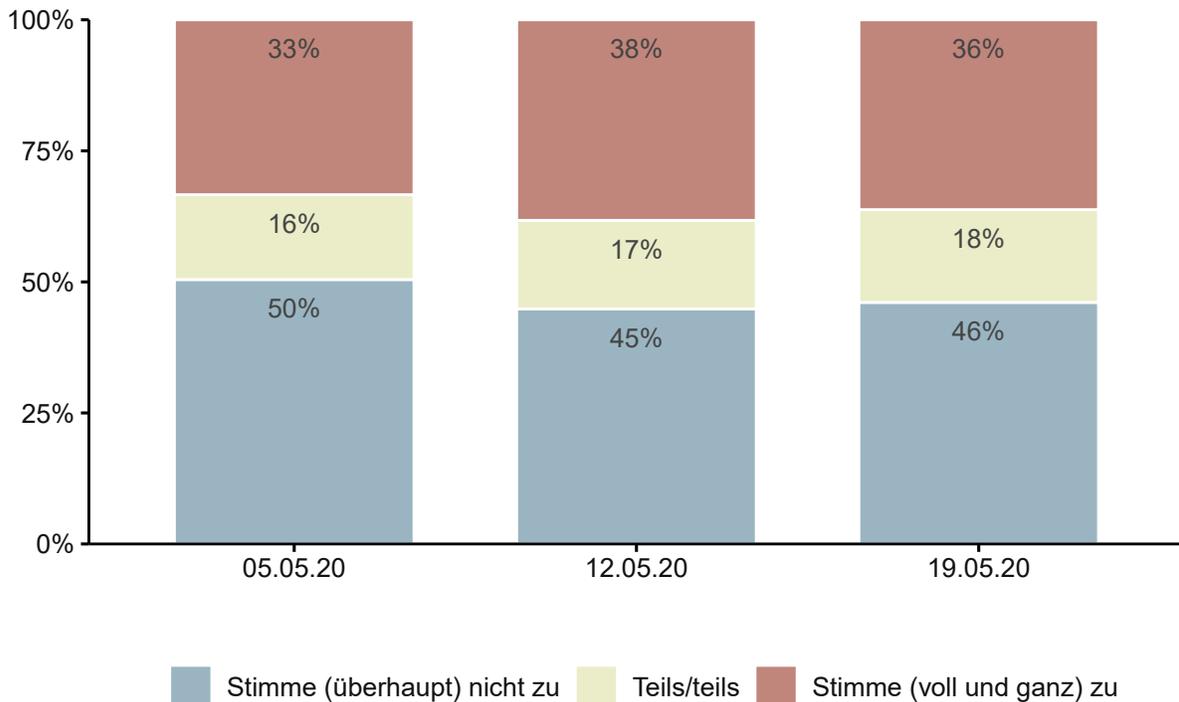
### Die deutschen Behörden vermitteln mir den Eindruck, das Größte sei überstanden.



### Bewertung der Lockerungsmaßnahmen

Seit Anfang Mai wurden die Teilnehmenden nach Ihrer Einschätzung zum Vorgehen in der Lockerung der Maßnahmen gefragt. 66% denken, dass die Lockerungsmaßnahmen in den Bundesländern einheitlich umgesetzt werden sollten (Datenerhebung vor der Pressekonferenz, in der die Bundesländer die Entscheidungsfreiheit erhalten haben). 38% finden die Lockerungsmaßnahmen (eher) übertrieben.

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



### 8.1 Maßnahmen vs. Lockerungen übertrieben finden

Vergleich von 3 Gruppen hinsichtlich der Krisenwahrnehmung, Wissen, Vertrauen, Verschwörungstheorien, Verhalten:

- Lockerungen übertrieben finden (blau, n = 318, 48% Männer),
- Maßnahmen übertrieben finden (rot, n = 213, 56% Männer)
- indifferent (grau, n = 413, 45% Männer)

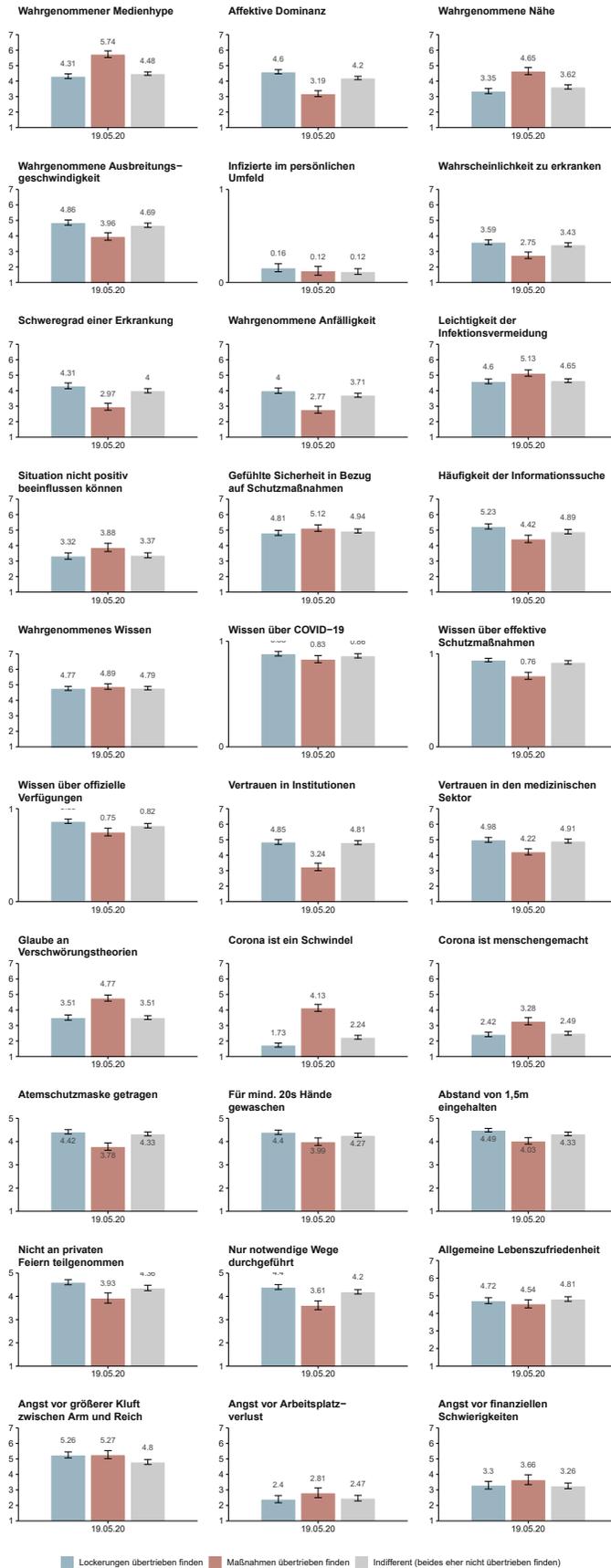
Dabei fällt auf, dass die große Gruppe derer, die indifferent sind und die, denen die Lockerungen zu schnell gehen, ähnlich auf einer Vielzahl von psychologischen Variablen (z.B. höhere Risikowahrnehmung) abschneiden und auch ähnlich viel Schutzverhalten zeigen.

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 (sowohl habituell als auch konkret auf Corona bezogen).

#### 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.

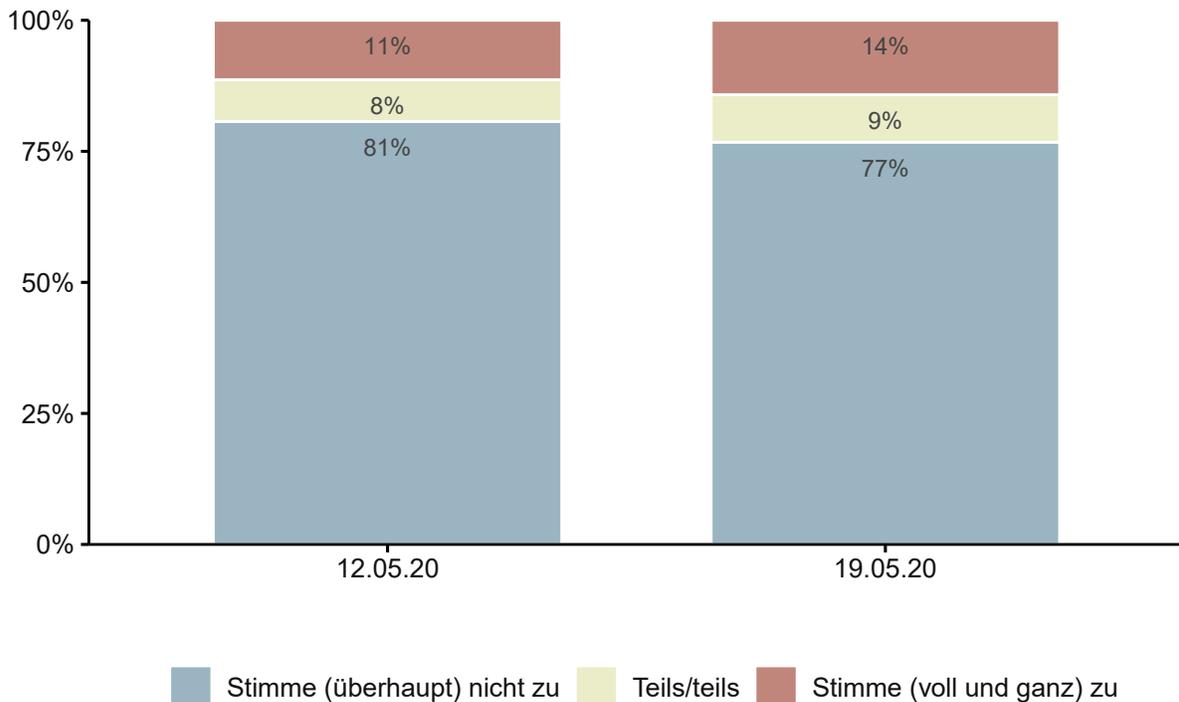
**Wer findet die verfügbten Maßnahmen oder deren Lockerung übertrieben?**



## 8.2 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: 0.04
- das tatsächliche Wissen über COVID-19: -0.22
- das Wissen über wirksame Schutzmaßnahmen: -0.39
- das Wissen über öffentliche Verordnungen: -0.28

- die ausgeführten Maßnahmen: -0.29
- die ergriffenen Maßnahmen übertrieben finden: 0.58
- Vertrauen in die Bundesregierung: -0.36
- Vertrauen in das RKI: -0.44
- Reaktanz: 0.58
- Erkrankungswahrscheinlichkeit: -0.13

## 9 Corona, Europa und die Welt

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

Das DEval ist dieser Frage nachgegangen, indem es Fragen zu europäischer und weltweiter Solidarität, entwicklungspolitischen Maßnahmen sowie den zugrundeliegenden Motiven eingebracht hat. Auch die Spendenbereitschaft der Befragten wurde erfasst.

*Hinweis: Alle im folgenden dargestellten Fragen wurden auf einer siebenstufigen Antwortskala von 1 „stimme überhaupt nicht zu“ bis 7 „stimme voll und ganz zu“ abgefragt. Zur besseren Veranschaulichung der Ergebnisse wurden die Antwortkategorien 1 bis 3 zu „stimme nicht zu“ und die Kategorien 5-7 zu „stimme zu“ zusammengefasst. Die Antwortkategorie 4 entspricht der Skalenmitte.*

### Zusammenarbeit in der EU

Die Zustimmung zu einer stärkeren Zusammenarbeit innerhalb der EU ist auf einem konstant hohen Niveau. Der Aussage *Deutschland sollte zur Bewältigung der Corona-Situation enger mit anderen EU-Staaten zusammenarbeiten* stimmen 65% der Befragten zu, nur 15% stimmen nicht zu. Die übrigen 20% positionieren sich in der Skalenmitte (Mittelwert 5,1). Die Zustimmung zu stärkerer Zusammenarbeit innerhalb der EU ist somit im Vergleich zur vorherigen Befragung im Zeitraum vom 21.04.-22.04 unverändert hoch. In dieser betrug die Zustimmungsrunde zwei Drittel, 13% stimmten nicht zu und 21% positionierten sich in der Mitte.

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

Auch die Zustimmung zu einem stärkeren internationalen Engagement Deutschlands ist konstant. 43% stimmen der Aussage *Deutschland solle Entwicklungsländer verstärkt mit Geld und Know-How unterstützen, um die Corona-Situation und ihre Folgen zu bewältigen* zu. 33% stimmen hingegen nicht zu und weitere 24% positionieren sich in der Skalenmitte (Mittelwert 4,1). Diese Werte haben sich im Vergleich zum vorherigen Befragungszeitpunkt kaum verändert. Auch zum ersten Erhebungszeitpunkt stimmten 44% der Aussage zu, rund ein Drittel stimmte hingegen nicht zu und 25% verorteten sich auf der Skalenmitte.

Die bereits in der vorherigen Erhebung ersichtliche Skepsis gegenüber einem Schuldenerlass für Entwicklungsländer ist weiter gestiegen. Mittlerweile stimmen über 46% der Befragten der Aussage *Deutschland sollten den ärmsten Ländern aufgrund der Corona-Situation die Rückzahlung von Schulden erlassen* nicht zu (Mittelwert 3,5). Dies entspricht rund 3% mehr als in der Vergleichserhebung. Rund 30% stimmen einem Schuldenerlass zu. Auch hier ist ein leicht negativer Trend ersichtlich (-3% im Vergleich zur vorherigen Erhebung). Die verbleibenden 24% der Befragten positionieren sich in der Skalenmitte.

Weiterhin sind die Befragten geteilter Meinung dahingehend, ob Deutschland Geflüchtete in Syrien und dessen Nachbarländern stärker unterstützen sollte. 38% stimmen der Aussage *Deutschland sollte in der Corona-Situation mehr dafür tun, die Lebenssituation der syrischen Flüchtlinge innerhalb Syriens und*

*seiner Nachbarländer zu stabilisieren* zu, 40% stimmen dieser Aussage nicht zu, 23% wählen die Skalenmitte (Mittelwert 3,9). Im Vergleich zur vorherigen Erhebung, in der 35% der Aussage zustimmten und 42% der Aussage nicht zustimmten, zeigt sich eine leicht erhöhte Zustimmung.

### **Zustimmung zu multilateraler Zusammenarbeit, stärkerer Unterstützung von Gesundheitssystemen und Förderung von Nahrungsmittelsicherheit – geringere Zustimmung zu wirtschaftlicher Stabilisation und Sicherung von Arbeitsplätzen**

Zusätzlich zu den bisher dargestellten Fragen zur Zustimmung zu Entwicklungszusammenarbeit wurden in dieser Erhebung, basierend auf dem Corona-Sofortprogramm ([http://www.bmz.de/de/zentrales\\_downloadarchiv/Presse/bmz\\_corona\\_paket.pdf](http://www.bmz.de/de/zentrales_downloadarchiv/Presse/bmz_corona_paket.pdf)) des Bundesministeriums für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ), neue Fragen zu konkreten Maßnahmen und inhaltlichen Schwerpunkten der Entwicklungszusammenarbeit gestellt. Das Corona-Sofortprogramm des BMZ beschreibt unter anderem das verstärkte Engagement des BMZ in den Bereichen (1) *Internationale Zusammenarbeit*, (2) *Gesundheit und Pandemiebekämpfung*, (3) *Ernährung, Sicherstellung der Grundversorgung zur Verhinderung von Hungerkatastrophen, Aufrechterhaltung der Nahrungsmittelproduktion* und (4) *Soziale Sicherung, Sicherung von Arbeitsplätzen in globalen Lieferketten*.

Eine stärkere Zusammenarbeit mit internationalen Organisationen zur Unterstützung von Entwicklungsländern befürwortet ein Großteil der Befragten. Über 50% stimmen der Aussage zu, *Deutschland sollte verstärkt mit internationalen Organisationen – wie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der EU – zusammenarbeiten, um gemeinsam Entwicklungsländer zu unterstützen* (Mittelwert 4,5). Nur 24% der Befragten stimmen der Aussage nicht zu, wobei 25% sich in der Skalenmitte positionieren.

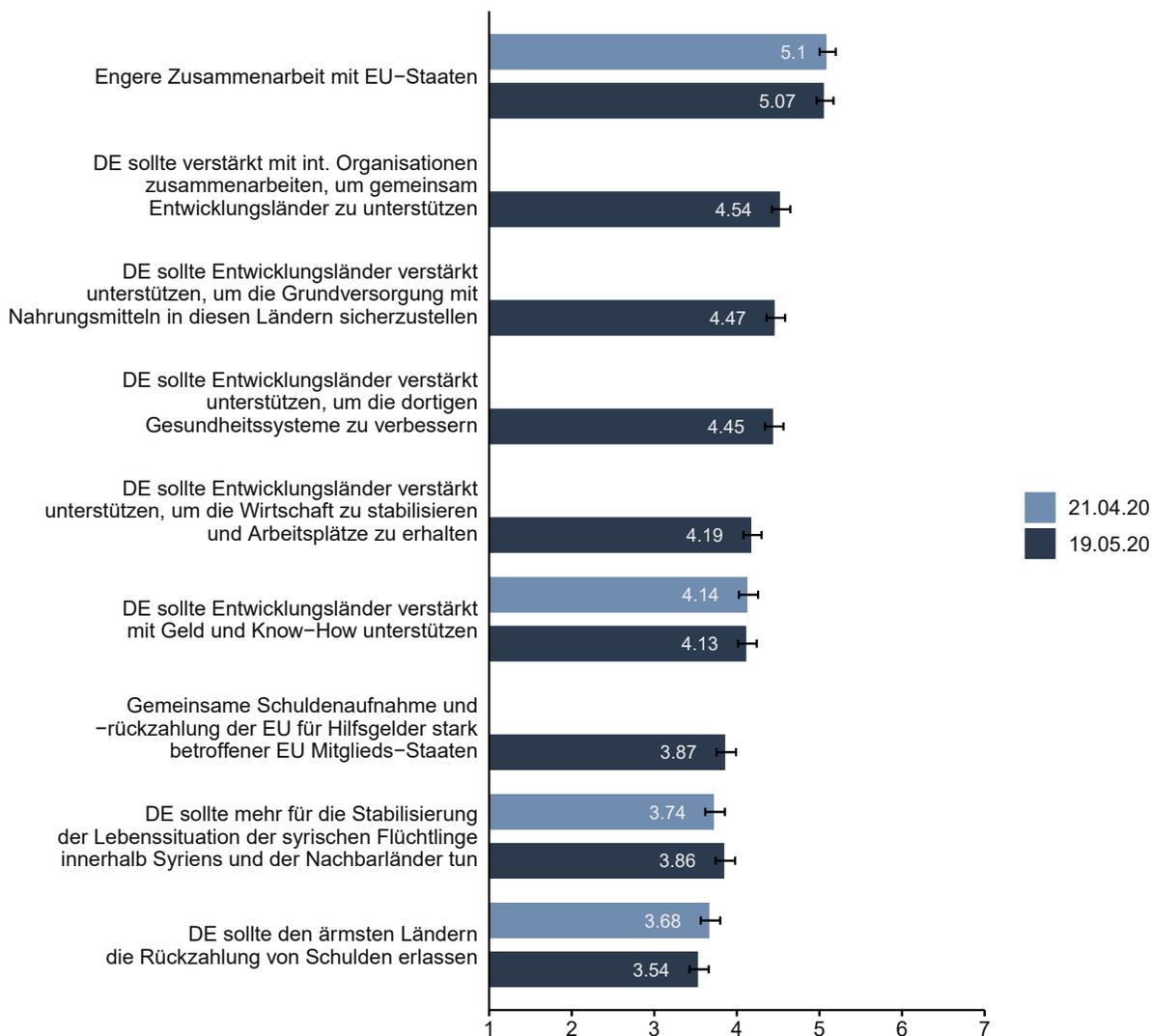
Auch die Unterstützung von Gesundheitssystemen in Entwicklungsländern stößt auf breite Zustimmung. 51% der Befragten stimmen der Aussage zu, *Deutschland sollte Entwicklungsländer verstärkt unterstützen, um die dortigen Gesundheitssysteme zu verbessern* (Mittelwert 4,5). Rund ein Viertel der Befragten stimmen der Aussage nicht zu, 23% positionieren sich in der Skalenmitte.

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Unterstützung Deutschlands für Entwicklungsländer in der Sicherstellung der Nahrungsversorgung. Erneut stimmen über 50% der Befragten der Aussage zu, *Deutschland sollte Entwicklungsländer verstärkt unterstützen, um die Grundversorgung mit Nahrungsmitteln in diesen Ländern sicherzustellen* (Mittelwert 4,5). Demgegenüber stehen 26% der Befragten, die der Aussage nicht zustimmen und 21%, die sich in der Skalenmitte positionieren.

Etwas skeptischer sind die Befragten bezüglich der wirtschaftlichen Unterstützung von Entwicklungsländern. Rund 44% der Befragten stimmen der Aussage zu, *Deutschland sollte Entwicklungsländer verstärkt unterstützen, um die Wirtschaft zu stabilisieren und Arbeitsplätze zu erhalten* (Mittelwert 4,2). Demgegenüber stehen 31% der Befragten, die der Aussage nicht zustimmen. 25% verorten sich auf der Skalenmitte.

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

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



### Schulden aufnehmen

Die Zustimmung zur Frage: *Die EU sollte gemeinsam Schulden aufnehmen und gemeinsam über einen langen Zeitraum abzahlen, damit stark betroffene EU Mitglieds-Staaten Hilfgelder erhalten können, die sie nicht alleine zurückbezahlen müssen.* verteilt sich wie folgt:

- 38% stimmen (eher) zu
- 24% sind unentschieden
- 39% lehnen das (eher) ab

### Hohes Risiko für Entwicklungsländer

Die Entwicklungsländer werden weiterhin als am stärksten von der Krise betroffen wahrgenommen. 49% der Befragten stimmen der Aussage *Entwicklungsländer sind am stärksten von der aktuellen Krise betroffen* zu (Mittelwert 4,5). Nur 25% stimmen nicht zu, 25% positionieren sich in der Skalenmitte. Diese Wahrnehmung

hat sich im Vergleich zur vorherigen Erhebung, in der 50% der Aussage zustimmten, 24% ihr nicht zustimmten und 25% sich in der Skalenmitte positionierten, kaum verändert.

Sorgen, dass es aufgrund der jetzigen Corona-Situation in Entwicklungsländern zu humanitären Katastrophen kommt, machen sich über die Hälfte der Befragten. Rund 25% der Befragten teilen diese Sorge hingegen nicht. Die verbleibenden 23% positionieren sich in der Mitte der Skala (Mittelwert 4,5). Diese Sorge hat sich im Vergleich zur vorherigen Erhebung leicht verringert. In dieser haben noch 57% angegeben, sich Sorgen zu machen, wohingegen 23% angaben sich keine Sorgen zu machen und rund 20% sich in der Skalenmitte positionierten.

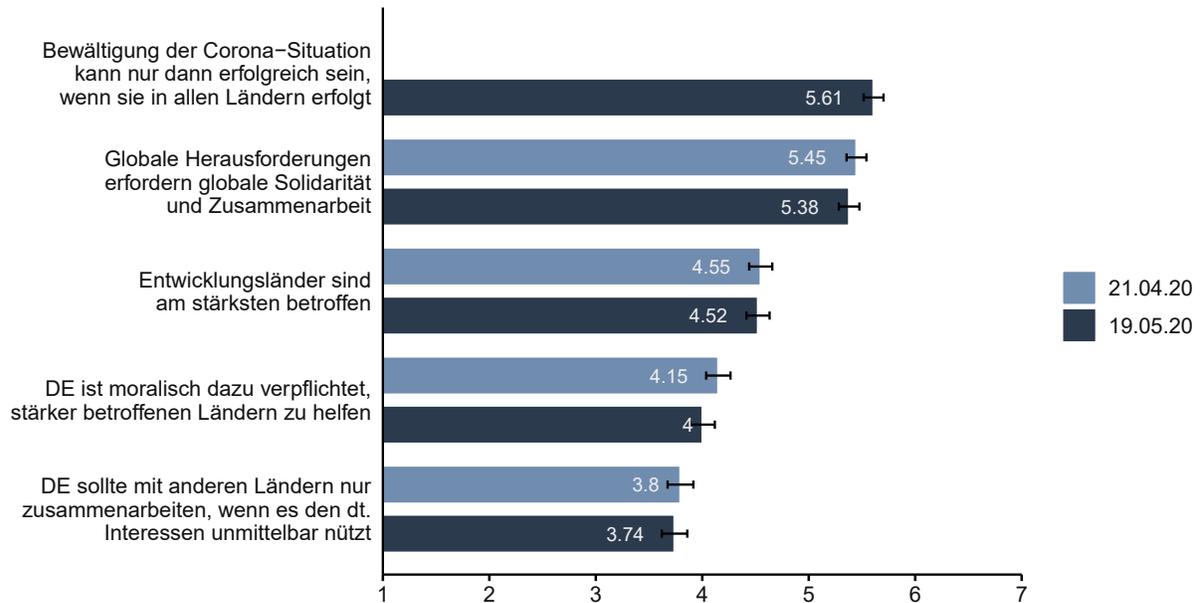
Auch die Notwendigkeit von globaler Solidarität und Zusammenarbeit, um die Krise zu bewältigen, ist den Befragten weiterhin bewusst. 72% stimmen der Aussage *Globale Herausforderungen wie die Corona-Situation erfordern globale Solidarität und Zusammenarbeit* zu, wobei 10% der Aussage nicht zustimmen und 18% die Skalenmitte wählen (Mittelwert 5,4). Diese Ergebnisse spiegeln die Ergebnisse der vorherigen Befragung. Über drei Viertel der Befragten stimmen darüber hinaus der Aussage *Die Bewältigung der Corona-Situation kann nur dann erfolgreich sein, wenn sie in allen Ländern erfolgt* zu (Mittelwert 5,6). Demgegenüber stehen nur 8% der Befragten, die dieser Aussage nicht zustimmen. Die verbleibenden 14% positionieren sich in der Skalenmitte.

Auch wenn den Befragten die prekäre Situation in Entwicklungsländern bewusst ist und globale Solidarität befürwortet wird, sieht ein deutlich geringerer Anteil der Befragten Deutschland als moralisch verpflichtet zu helfen. Nur 41% stimmen der Aussage *Deutschland ist moralisch dazu verpflichtet, stärker betroffenen Ländern zu helfen* zu (Mittelwert 4,0). Demgegenüber stehen 35%, die der Aussage nicht zustimmen und 24%, die sich in der Mitte der Skala positionieren. Das Gefühl einer moralischen Verpflichtung gegenüber Entwicklungsländern hat somit in den vergangenen Wochen leicht nachgelassen. In der vergangenen Befragung haben noch 45% der Aussage zugestimmt und 32% nicht zugestimmt.

Eigeninteressen hinter entwicklungspolitischen Maßnahmen stehen für die Befragten weiterhin nicht im Vordergrund. Der Aussage *Deutschland sollte mit anderen Ländern nur zusammenarbeiten, wenn es den deutschen Interessen unmittelbar nützt (z.B. zum Schutz der EU-Außengrenzen)* stimmen etwas über ein Drittel der Befragten zu, 42% stimmen der Aussage hingegen nicht zu (Mittelwert 3,7). 23% verorteten ihre Meinung auf der Skalenmitte. Im Vergleich zur vorherigen Erhebung erfährt die Motivation von Entwicklungszusammenarbeit durch Eigeninteressen geringfügig weniger Zustimmung unter den Befragten. In dieser stimmten rund 36% der Befragten zu, 43% stimmten der Aussage hingegen nicht zu. 23% verorteten ihre Meinung auf der Skalenmitte.

### Motive internationaler Kooperationen im Hinblick auf die Corona-Situation

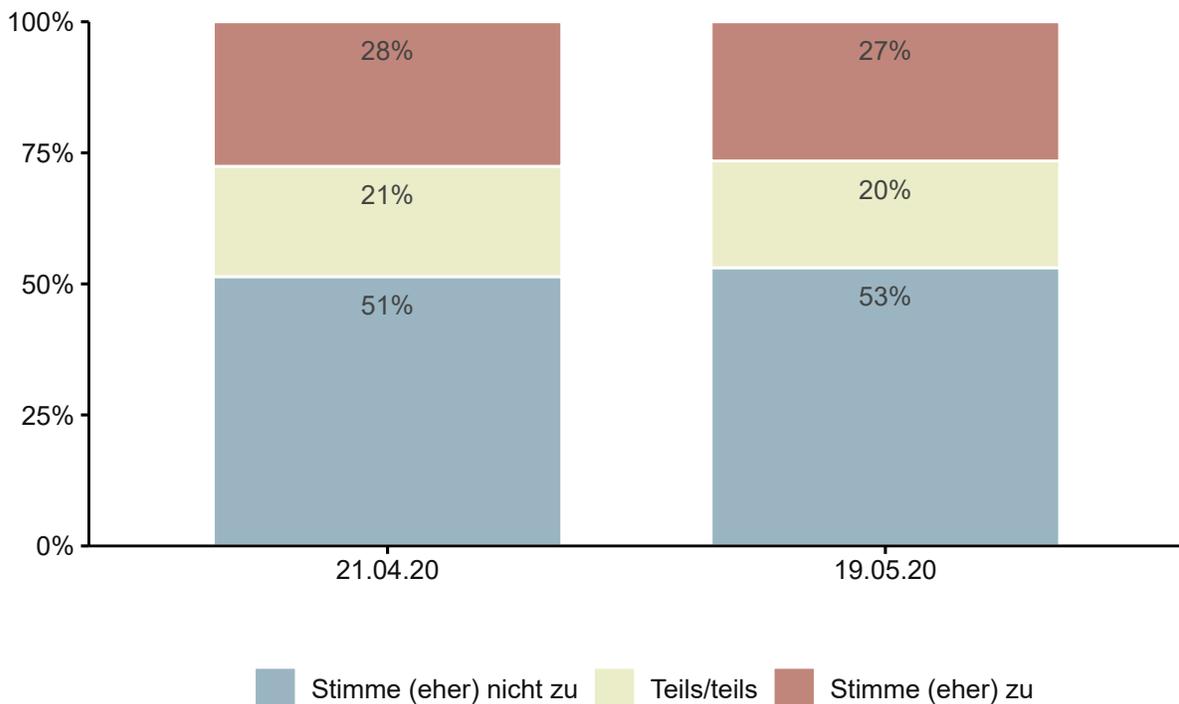
Bewertet auf einer Skala von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 7 (stimme voll und ganz zu). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



### Spendenbereitschaft

Angesichts der sich zunehmend verschärfenden Lage in Entwicklungsländern wurde außerdem gefragt, inwieweit die Bevölkerung selbst bereit ist, diese Länder durch Spenden zu unterstützen. Der Aussage *Ich bin bereit zu spenden (z.B. Geld oder medizinische Ausrüstung), um zur Bewältigung der Corona-Situation in anderen Ländern beizutragen* stimmen 27% der Befragten zu und zeigen sich somit spendenbereit. Über 50% der Befragten stimmen der Aussage jedoch nicht zu und zeigen somit keine Spendenbereitschaft. Weitere 20% der Befragten positionieren sich in der Mitte der Skala (Mittelwert 3,2). Im Vergleich zur vorherigen Erhebung, in der die Zustimmung zu dieser Aussage bei 28% gelegen hat, hat sich die Spendenbereitschaft somit kaum verändert.

**Ich bin bereit zu spenden (z.B. Geld oder medizinische Ausrüstung), um zur Bewältigung der Corona-Situation in anderen Ländern beizutragen.**



## 10 Tragen einer Maske in der Öffentlichkeit

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

- 81.8 % halten es für eine wirksame Schutzmaßnahme, in der Öffentlichkeit Masken zu tragen (Vorwoche: 73.7 %).
- 80.5 % geben an, in der Öffentlichkeit Masken zu tragen (Vorwoche: 79.4 %).
- Einer verpflichtenden Regelung stimmen 52.8% zu (Vorwoche: 57.7 %).

### Wer trägt eher Maske?

Masken tragen *eher* Personen, die:

- Vertrauen in die Behörden haben,
- mehr über die Krankheit wissen,
- mehr über Schutzmaßnahmen wissen,
- es weniger als einen Medienhype wahrnehmen.

*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)	0.06	0.018	0.209	<.001
Geschlecht: weiblich	1.41	0.984	2.033	.062
Beruf im Gesundheitssektor	1.81	0.954	3.651	.083
COMMUNITYMittelstadt	1.15	0.719	1.865	.559
COMMUNITYGroßstadt	0.74	0.491	1.108	.145
Infizierte im persönlichen Umfeld	0.66	0.400	1.121	.116
Vertrauen in Behörden	1.20	1.069	1.357	.002
Wahrgenommener Medienhype	0.84	0.742	0.959	.009
Wahrgenommene Nähe	1.24	1.101	1.398	<.001
Mittleres Wissen COVID-19	5.69	2.607	12.478	<.001
Wissen über effektive Schutzmaßnahmen	8.08	3.692	18.002	<.001

### Zeigen Maskenträger insgesamt mehr Schutzverhalten?

Maskenträger zeigen im Vergleich zu Menschen, die keine Masken tragen, *mehr* Schutzverhalten. 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
<b>Individuelle Schutzmaßnahmen</b>		
Desinfektionsmittel benutzen	3.48	<.001
Hände für 20 Sek. waschen	3.08	<.001
Händeschütteln vermeiden	5.51	<.001
Mund und Nase bedecken	2.94	<.001
Kontakt vermeiden	1.88	<.001
Zuhause bleiben	2.19	<.001
<b>Soziale Schutzmaßnahmen</b>		
1,5m Abstand halten	4.65	<.001
Quarantäne ohne Symptome	2.46	<.001
Quarantäne mit Symptomen	2.49	<.001
Öffentliche Orte vermeiden	2.18	<.001
Private Feiern vermeiden	1.99	<.001
Höchstens mit einer anderen Person oder Haushaltsangehörigen in Öffentlichkeit bewegen		
Nur notwendige Wege durchführen	2.86	<.001
Keine Freunde und Verwandte treffen (aus anderen Haushalt)	2.72	<.001
Auf private Reisen verzichten	3.16	<.001

## 11 Tracing-App

In den letzten Wochen wird in den Nachrichten 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.

50.6 % (Vorwoche: 47.3 %) sind eher bereit oder bereit, sich eine datenschutzkonforme App zu installieren; 22.5 % (Vorwoche: 23.5 %) würden sich eine solche App auf keinen Fall runterladen.

### Wer würde sich eine Tracing-App runterladen?

Wer den Behörden mehr vertraut, mehr wahrgenommenes Wissen hat und mehr Risiko wahrnimmt würde sich eine Tracing-App eher nicht runterladen.

*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 <sup>1</sup>			
	Beta	CI-	CI+	p
Wahrgenommenes Wissen	0.06	0.001	0.128	<b>.045</b>
Vertrauen in Behörden	0.25	0.188	0.320	<b>&lt;.001</b>
Wahrgenommener Medienhype	-0.14	-0.200	-0.075	<b>&lt;.001</b>
Wahrgenommene Nähe	-0.07	-0.137	0.001	.052
Dominanz negativer Emotionen	0.10	0.024	0.176	<b>.010</b>
Wahrgenommene Ausbreitungsgeschwindigkeit	0.07	0.006	0.127	<b>.031</b>
Wissen über effektive Schutzmaßnahmen	0.08	0.019	0.151	<b>.012</b>
Wissen über offizielle Verfügungen	-0.05	-0.115	0.013	.121
Häufigkeit der Informationssuche	0.12	0.052	0.184	<b>.001</b>
Selbstwirksamkeitserwartung	-0.09	-0.155	-0.028	<b>.005</b>
Wahrscheinlichkeit zu erkranken	0.06	-0.008	0.120	.089
Schweregrad	0.08	0.009	0.144	<b>.026</b>

<sup>1</sup> R<sup>2</sup> = .273, Adj. R<sup>2</sup> = .264

## 12 Ressourcen und Belastungen

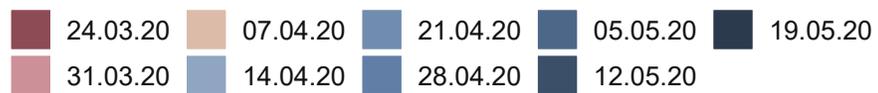
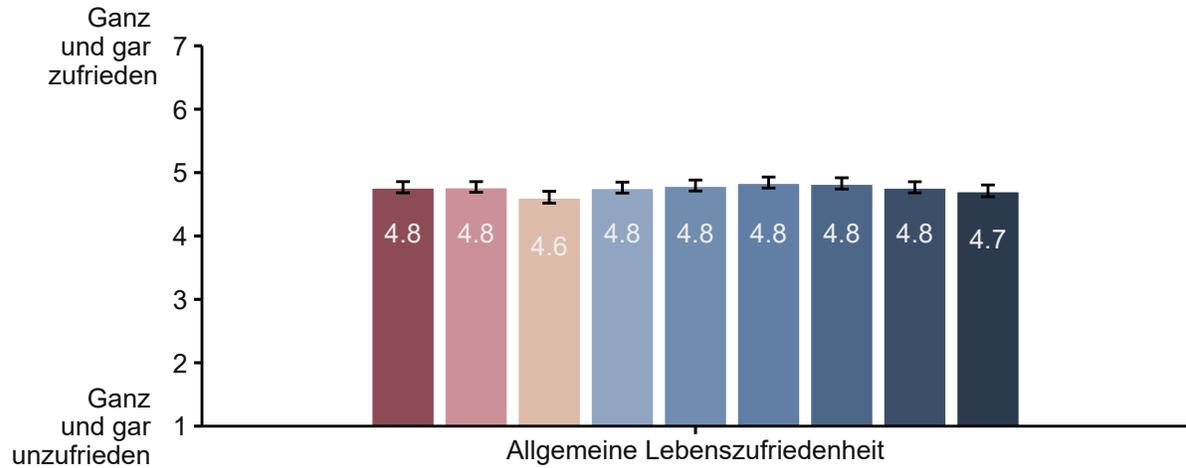
### 12.1 Allgemeine Lebenszufriedenheit

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

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

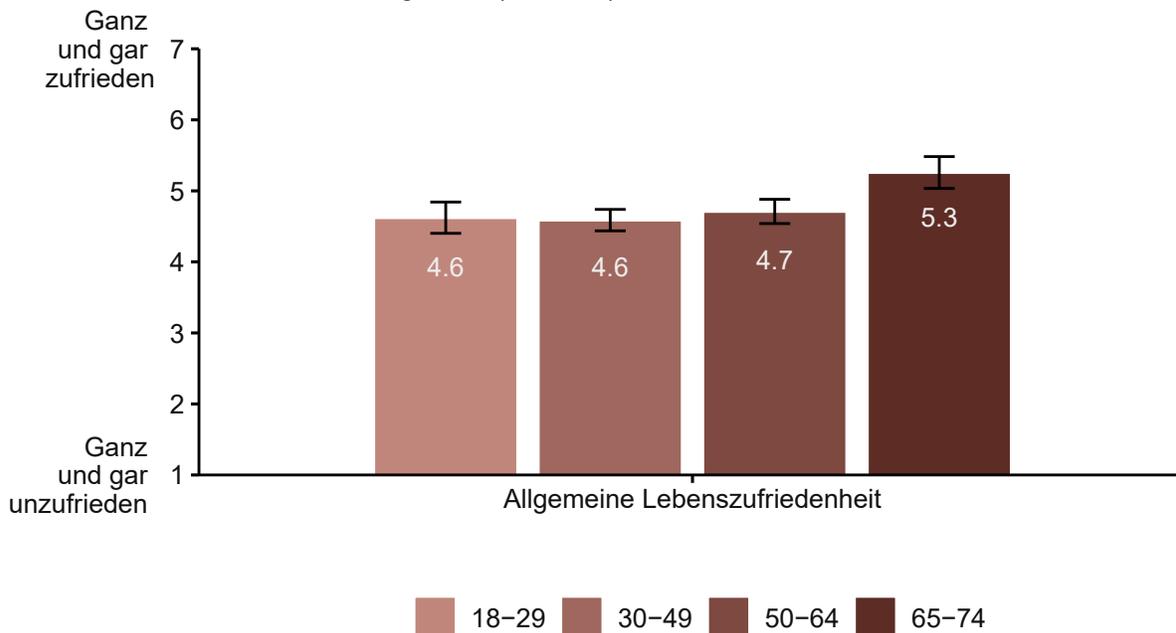
Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle

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



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

Bewertet auf einer Skala von 1 (ganz und gar nicht unzufrieden) bis 7 (ganz und gar zufrieden). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.  
Aktuelle Erhebungswelle (19.05.20)



## 12.2 Allgemeines Wohlbefinden

### WHO-5-Wohlbefinden-Index

Die Corona-Situation kann das Wohlbefinden der Menschen beeinträchtigen. In der aktuellen Befragung wurde der WHO-5-Wohlbefindens-Index eingesetzt. Als eindimensionales Selbstbeurteilungsverfahren erfasst er mit fünf Items positive Aspekte des psychischen Wohlbefindens bei Jugendlichen und Erwachsenen. Mit den Antworten auf die fünf Fragen, kann ein Gesamtwert von 0 bis 25 Punkte erreicht werden. Je höher der Punktwert, desto größer ist das Wohlbefinden.

Insgesamt addieren sich die Antworten der fünf Fragen zum Wohlbefinden auf durchschnittlich 14,04 Punkte. Ältere Menschen im Alter von 65 bis 74 Jahren (16,89 Punkte) weisen dabei das höchste Wohlbefinden auf.

Wie auch bereits anhand des niedrigeren Belastungsempfindens und eines ausgeprägteren Bewältigungsverhalten aufgezeigt, zeichnet sich das Wohlbefinden älterer Menschen in der aktuellen Situation durch eine hohe Stabilität aus.

Brähler, E., Muehlan, H. Albani, C. & Schmidt, S. (2013). Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Version des EUROHIS-QOL Lebensqualität-Index und des WHO-5 Wohlbefindens-Index. *Diagnostica*, 52 (2), 83-96.

*Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben. In den letzten zwei Wochen ...*

... war ich froh und guter Laune.

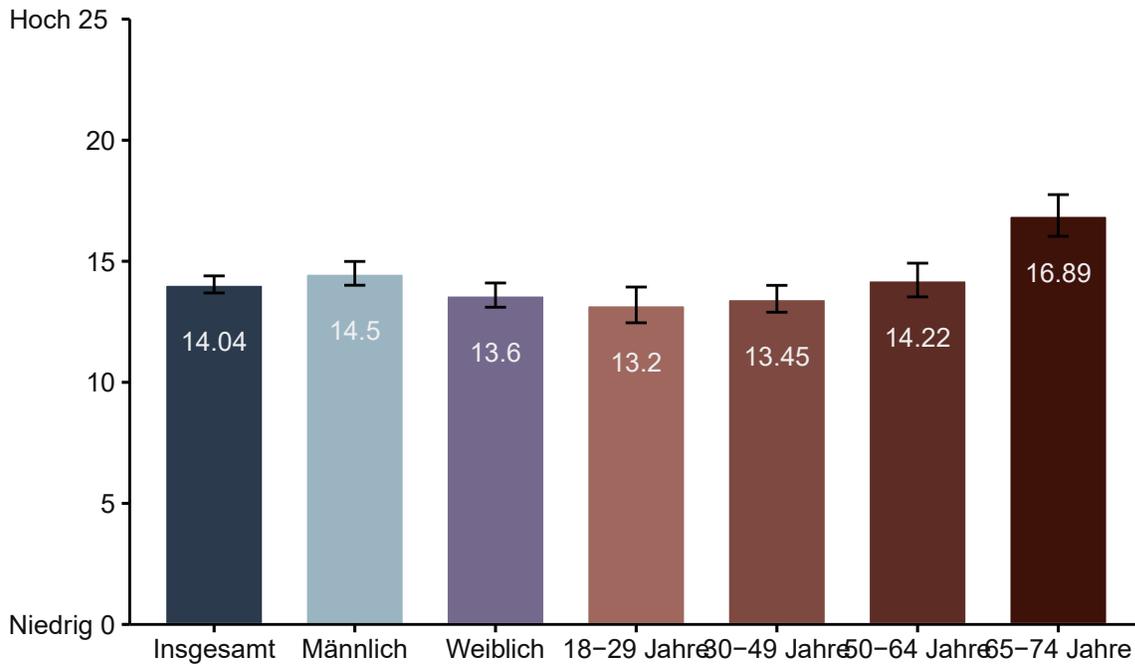
... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.

- ... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt.
- ... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.
- ... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.

5 Die ganze Zeit 4 Meistens 3 Etwas mehr als die Hälfte der Zeit 2 Etwas weniger als die Hälfte der Zeit 1 Ab und zu 0 Zu keinem Zeitpunkt

### Wohlbefinden (WHO-5)

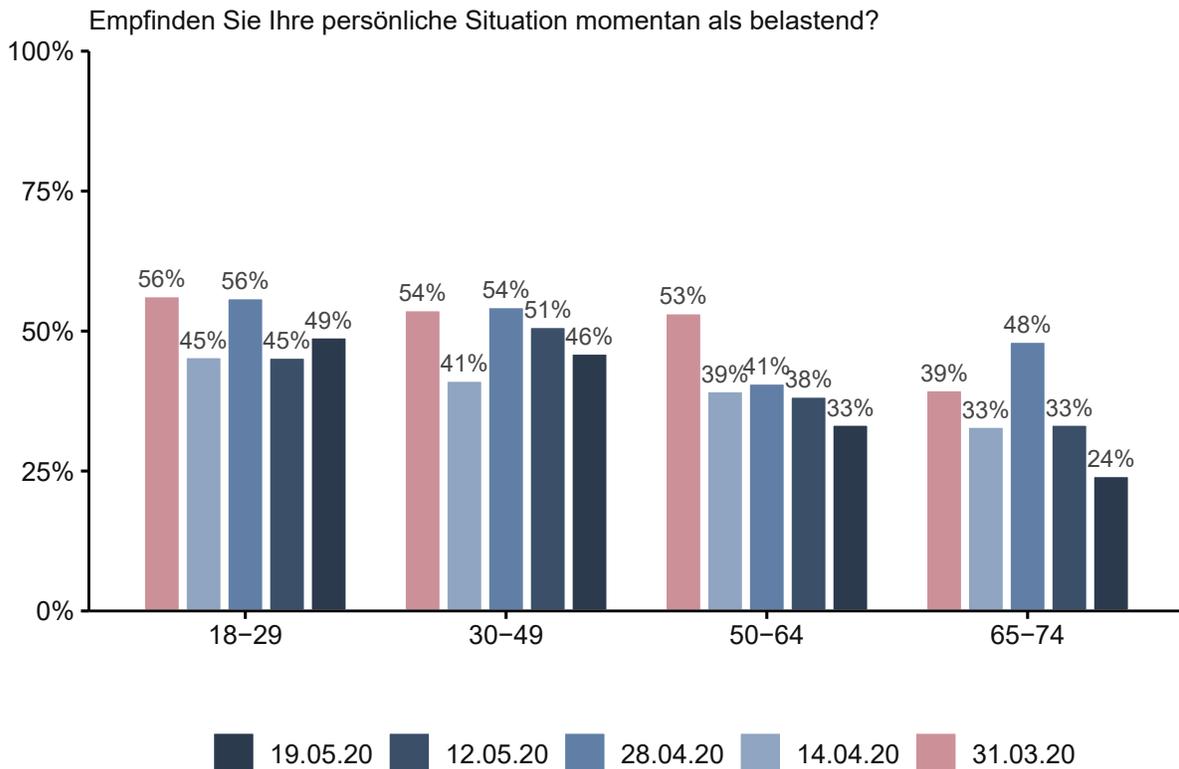
Summenscore aus 5 Aussagen  
(0 = niedriges Wohlbefinden, 25 = hohes Wohlbefinden).  
Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



### 12.3 Situative Belastung

40.3 Prozent 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 ). 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 (ca. 24 %) an, ihre persönliche Situation als belastend zu empfinden.

## Situative Belastung nach Altersgruppe



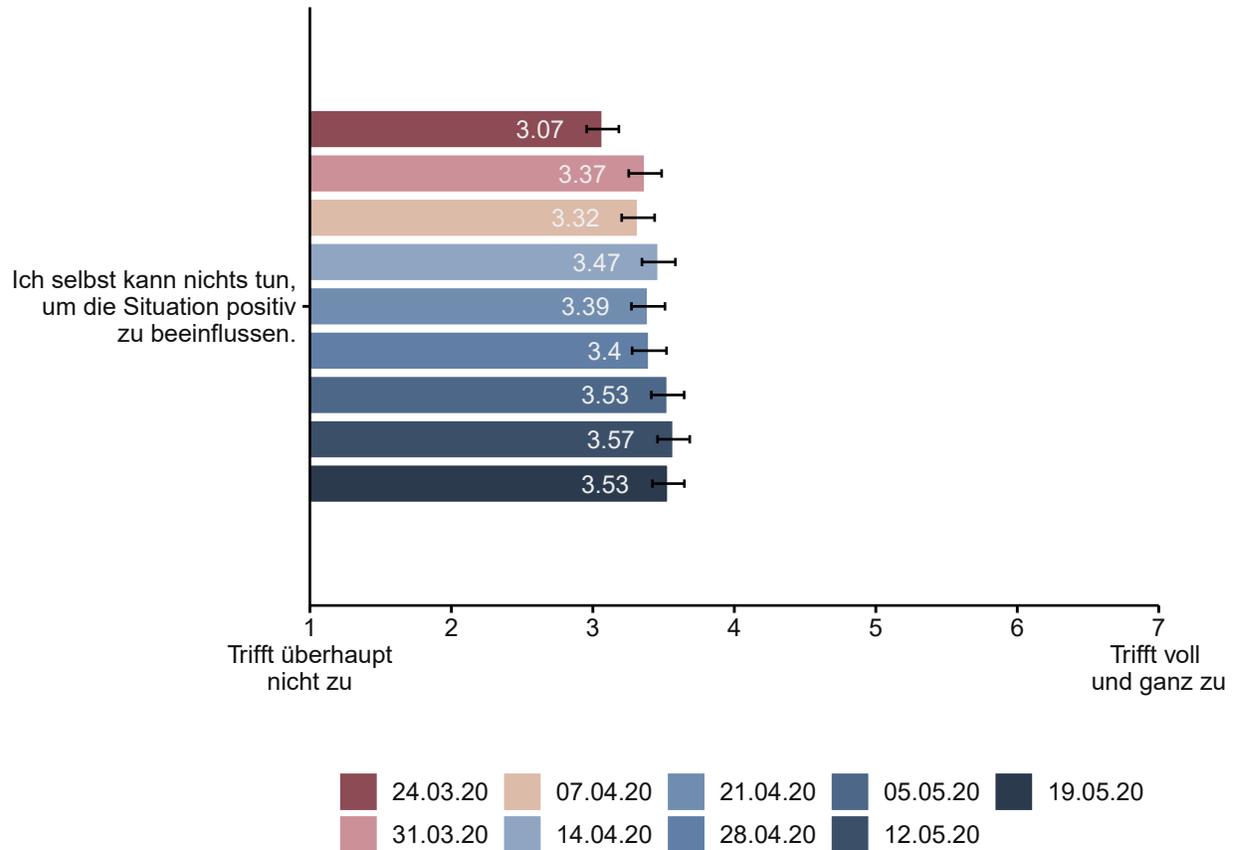
### 12.4 Umgang mit der Situation

Was die Überzeugung betrifft, die aktuelle Situation selbst beeinflussen zu können, ist die Einstellung – bezogen auf alle Befragten – etwas pessimistischer geworden. Die Befragten stimmen der Aussage „Ich selbst kann nichts tun, um die Situation positiv zu beeinflussen“ insgesamt zwar weiterhin eher nicht zu. Zu Beginn der Erhebungen war die Ablehnung dieser Aussage aber noch stärker ausgeprägt.

Schlussfolgerung: Die Aussicht, dass Corona das eigene und gesellschaftliche Leben noch über einen langen Zeitraum beeinflussen wird, und dass viele Entscheidungen über Schritte, die gegen Corona unternommen werden, nicht von den Einzelnen sondern von Behörden und Politik getroffen werden, bergen das Risiko, die Menschen hinsichtlich eigener Handlungsmöglichkeiten zunehmend zu desillusionieren. Andererseits kommt auch eine realistischere Haltung zum Ausdruck, die anerkennt, dass man sich auf die neue Situation einstellen und sich ihr anpassen muss.

### Wie sehr treffen die folgende Aussage 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.



## 13 Impfungen

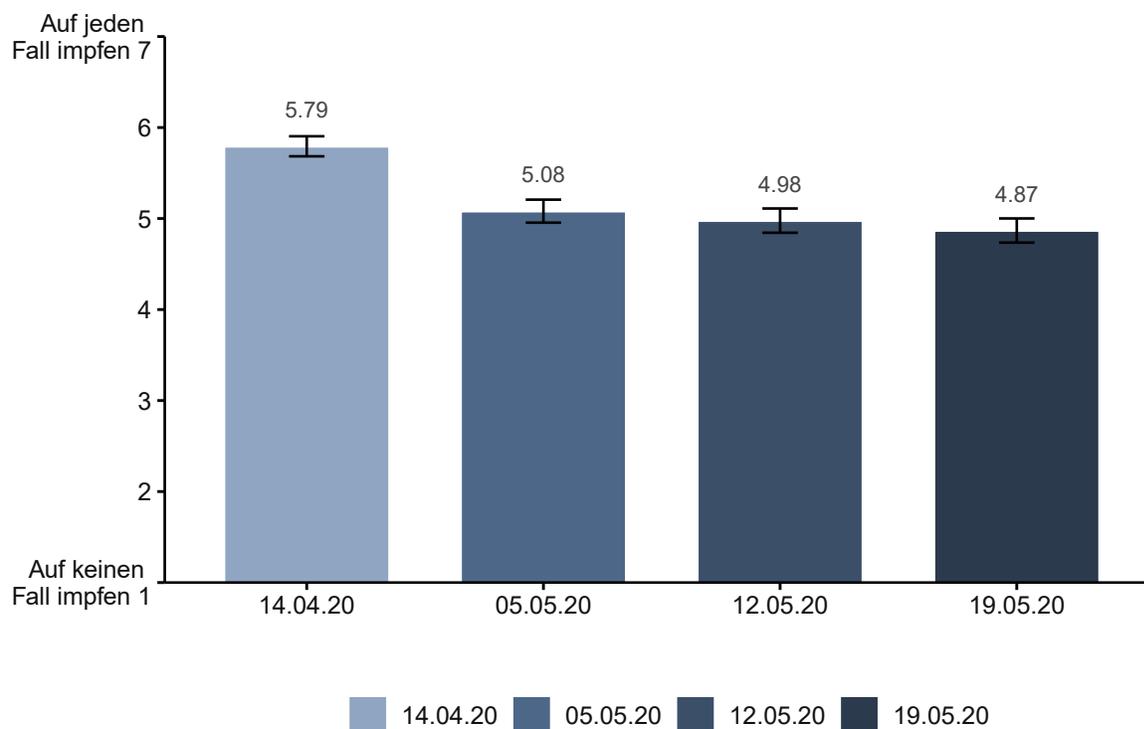
Seit Anfang Mai wurden die Impfbereitschaft und Zustimmung zu einer Impfpflicht sowie die „5C“, ein validiertes Maß zur Erfassung der Impfmüdigkeit, bezogen auf eine hypothetische Impfung gegen COVID-19 erfasst.

### Impfabsicht

In einem hypothetischen Szenario sollten die Befragten angeben, ob Sie sich gegen COVID-19 impfen zu lassen würden, wenn sie nächste Woche die Möglichkeit dazu hätten. Im Vergleich zur ersten Erhebung sind weiterhin weniger bereit, dies zu tun (19.05.: 63 %, 12.05.: 64.1 %, 05.05.: 66.5 %, 14.04.: 79% der Befragten).

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

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



### Prädiktoren der Impfab­sicht

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

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

- der Impfung mehr vertrauen
- sie nicht überflüssig halten (Die Krankheit als bedrohlicher einschätzen)
- nicht Trittbrettfahren wollen
- weniger Nutzen und Risiken abwägen
- männlich sind
- älter sind
- den Behörden vertrauen

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 <sup>1</sup>			
	Beta	CI-	CI+	p
Confidence (Ich habe vollstes Vertrauen, dass die Impfungen gegen COVID-19 sicher sein werden)	0.54	0.494	0.590	<.001
Complacency (Impfungen gegen COVID-19 werden überflüssig sein, da COVID-19 keine große Bedrohung darstellt)	-0.17	-0.222	-0.115	<.001
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	-0.123	-0.044	<.001
Collective responsibility (Wenn alle gegen COVID-19 geimpft sind, brauche ich mich nicht auch noch impfen lassen)	-0.15	-0.198	-0.097	<.001
Alter	0.05	0.009	0.093	.017
Geschlecht: weiblich	-0.06	-0.099	-0.020	.004
Infizierte im persönlichen Umfeld	0.04	-0.004	0.075	.077
Vertrauen in Behörden	0.06	0.010	0.103	.017
Dominanz negativer Emotionen	0.05	0.008	0.093	.020
Mittleres Wissen COVID-19	-0.03	-0.073	0.007	.110
Häufigkeit der Informationssuche	0.05	0.004	0.089	.033
Keine Kinder unter 18 Jahren (vs. Kinder unter 18 Jahren)	-0.04	-0.079	0.001	.055

<sup>1</sup> R<sup>2</sup> = .640, Adj. R<sup>2</sup> = .635

## 14 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.

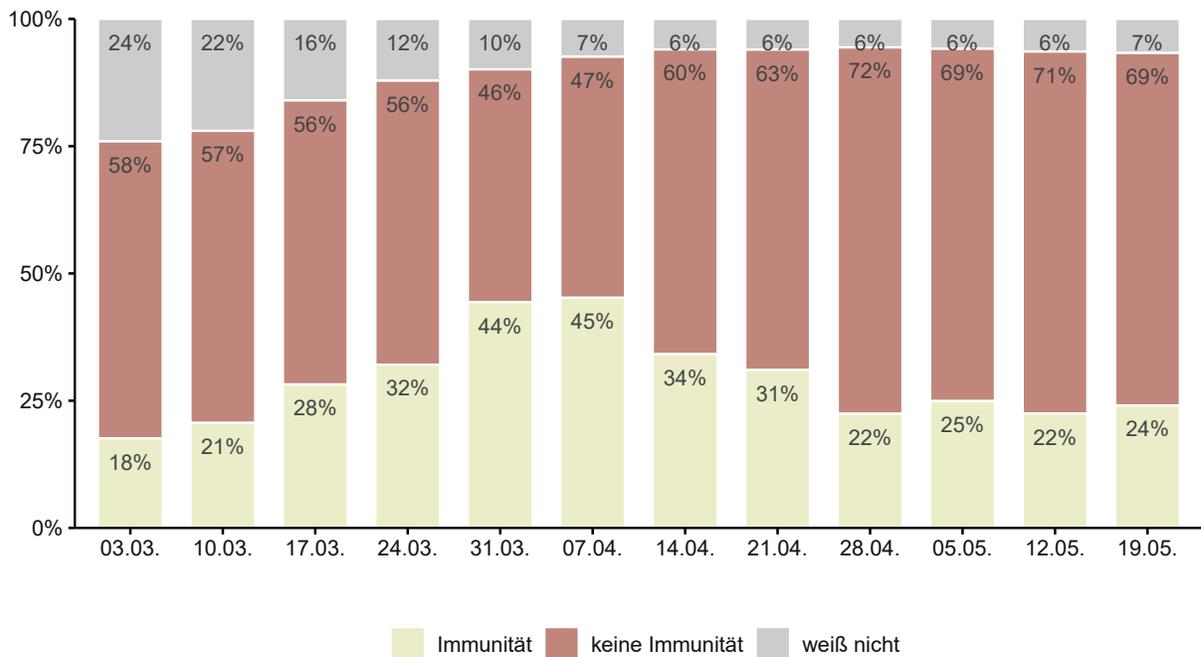
Seit Anfang Mai wurden die Teilnehmer gefragt, ob sie von der Diskussion um den Immunitätspass gehört haben und ob sie der Meinung sind, dass eine solche Bescheinigung eingeführt werden soll.

Ergebnisse:

- 45.2 % der Befragten ist der Meinung, dass ein solcher Pass *nicht* eingeführt werden soll (Vorwoche: 45.1 %).
- 24.1 % 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



## 15 Verschwörungsdenken

Zu Corona sind bereits einige Verschwörungstheorien aufgetaucht, v.a. “Corona ist ein Schwindel” und “Corona ist menschengemacht”. Diese sind messbar (<https://psyarxiv.com/ye3ma/>).

*Corona ist ein Schwindel*

- Das Virus wird absichtlich als gefährlich dargestellt, um die Öffentlichkeit in die Irre zu führen.
- Experten täuschen uns absichtlich und zu ihrem eigenen Vorteil, obwohl das Virus eigentlich nicht schlimmer ist als eine Grippe.
- Man sollte den Experten glauben wenn sie sagen, dass das Virus gefährlich ist. (r)

*Corona ist menschengemacht*

- Corona wurde absichtlich in die Welt gebracht, um die Bevölkerungsanzahl zu reduzieren.
- Dunkle Mächte nutzen das Virus, um die Welt zu beherrschen.
- Ich halte es für Unsinn, dass das Virus angeblich in einem Labor geschaffen wurde. (r)

Die zwei gegensätzlichen Theorien sind nur gering verbreitet (Befragte, die (eher) zu stimmen: 17 % Corona ist menschengemacht, 17.7 % Corona ein Schwindel). Wer allerdings an die eine Theorie glaubt, glaubt auch eher an die andere ( $r = 0.63$ ); 9.9 % der Befragten glauben an beide Theorien.

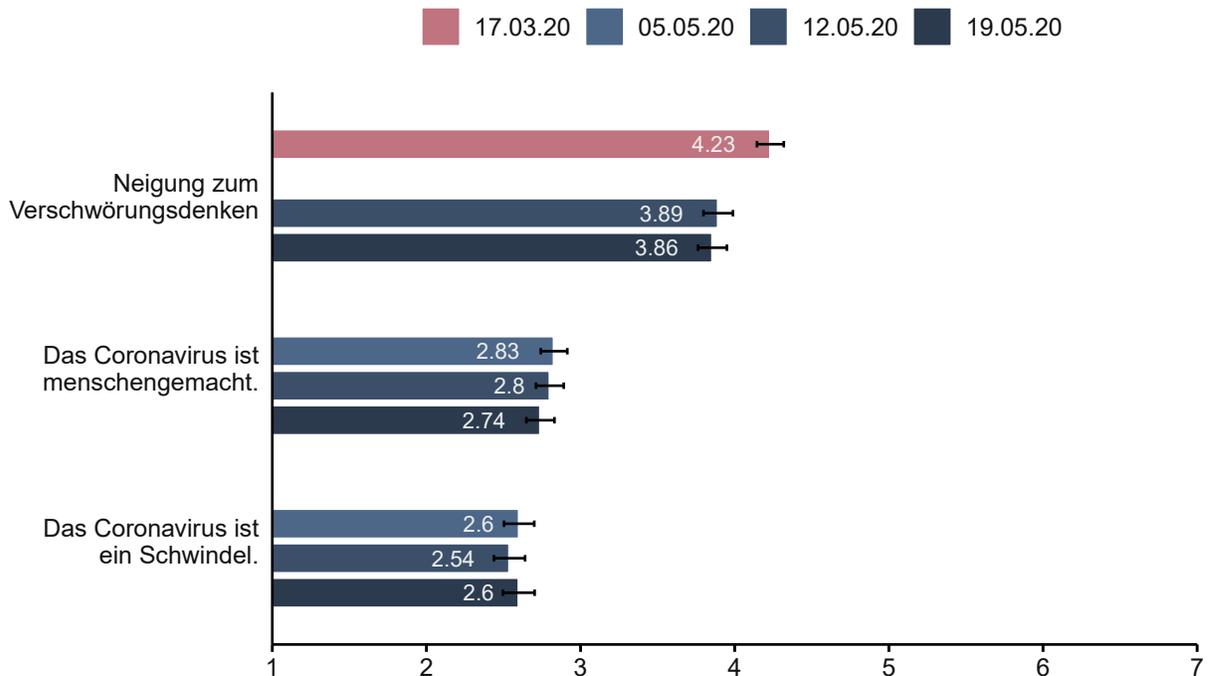
Korrelationen zeigen, dass das Verschwörungsdenken auch mit relevanten Verhaltensweisen und Anschauungen zusammenhängt. Personen, die die einschränkenden Maßnahmen übertrieben finden, geben auch höhere Zustimmungswerte zu allgemeinen und Corona-spezifischen Verschwörungstheorien an.

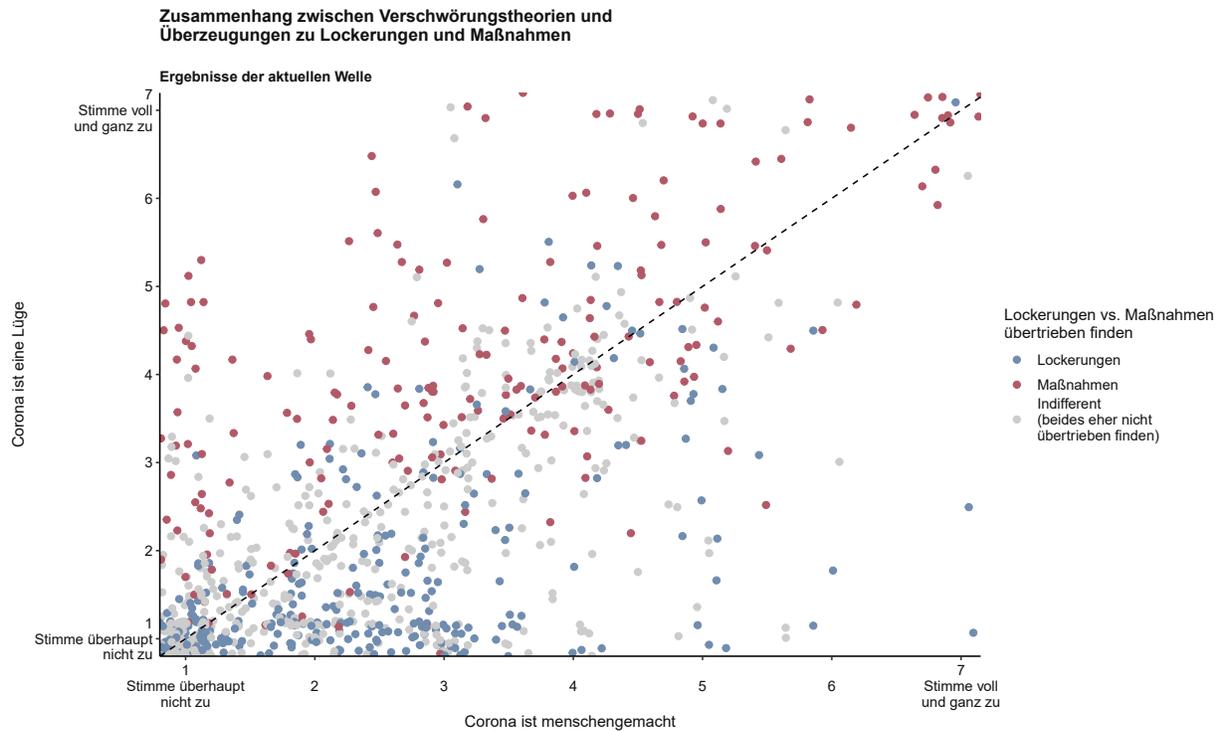
*Neigung zum allgemeinen Verschwörungsdenken*

- Ich denke es geschehen viele sehr wichtige Dinge in der Welt, über die die Öffentlichkeit nie informiert wird.
- Ich denke Politiker geben uns normalerweise keine Auskunft über die wahren Motive ihrer Entscheidungen.
- Ich denke Regierungsbehörden überwachen alle Bürger genau.
- Ich denke Ereignisse, die auf den ersten Blick nicht miteinander in Verbindung zu stehen scheinen, sind oft das Ergebnis geheimer Aktivitäten.
- Ich denke es gibt geheime Organisationen, die großen Einfluss auf politische Entscheidungen haben.

**Verschwörungsdenken**

Die Skalen wurden aus jeweils mehreren Aussagen gebildet.  
Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.





### Korrelationen von COVID-19 Verschwörungstheorien mit anderen Variablen

Korrelationen zeigen einen statistischen Zusammenhang zwischen zwei Variablen, können aber keine Aussage zur Kausalität treffen oder die Richtung des Wirkzusammenhangs treffen.

Korrelation von “Corona ist ein Schwindel” mit “Corona ist menschengemacht” 0.63

Korrelationen von “Corona ist ein Schwindel” mit ...

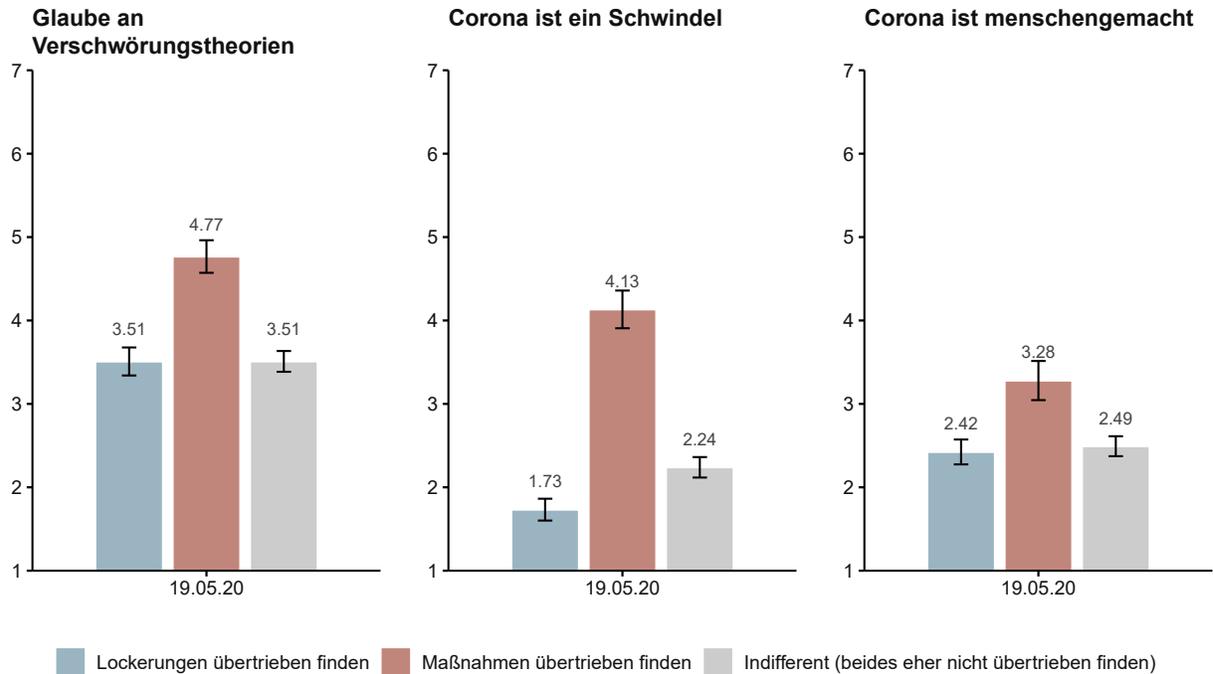
- 1.5m Abstand halten: -0.29
- Häufigkeit Maske tragen: -0.28
- Maßnahmen übertrieben finden: 0.65
- eigene Anfälligkeit: -0.31
- Impfbereitschaft gegen COVID-19: -0.5
- Vertrauen in die Bundesregierung: -0.48
- Vertrauen in die Weltgesundheitsorganisation: -0.41

Korrelationen von “Corona ist menschengemacht” mit ...

- 1.5m Abstand halten: -0.2
- Häufigkeit Maske tragen: -0.14
- Maßnahmen übertrieben finden: 0.35
- eigene Anfälligkeit: -0.11
- Impfbereitschaft gegen COVID-19: -0.27

- Vertrauen in die Bundesregierung: -0.32
- Vertrauen in die Weltgesundheitsorganisation: -0.26

## Verschwörungsdanken und die Befürwortung von Schutzmaßnahmen und Lockerungen



## 16 Kinder und Corona

### 16.1 Emotionale Probleme

Inwieweit Eltern emotionale Probleme bei Ihren Kindern wahrnehmen, wurde mit einer Skala des „Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ)“ erfasst. Hierbei sollten sie für die letzten acht Wochen der Corona-Situation bewerten, inwieweit Aussagen wie beispielsweise „Mein(e) Kind(er) war(en) oft unglücklich oder niedergeschlagen; weinte(n) häufig“ oder „Mein(e) Kind(er) hatte(n) viele Sorgen; erschien(en) häufig bedrückt.“ auf ihre Kinder zutreffen.

Die Ergebnisse zeigen, dass Eltern eher emotionalen Probleme ihrer jüngeren Kinder berichten. Diese Unterschiede zeigen sich allerdings auch vor der Corona Situation.

*Mein(e) Kind(er) im Alter von ... bis ... Jahren ...*

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

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

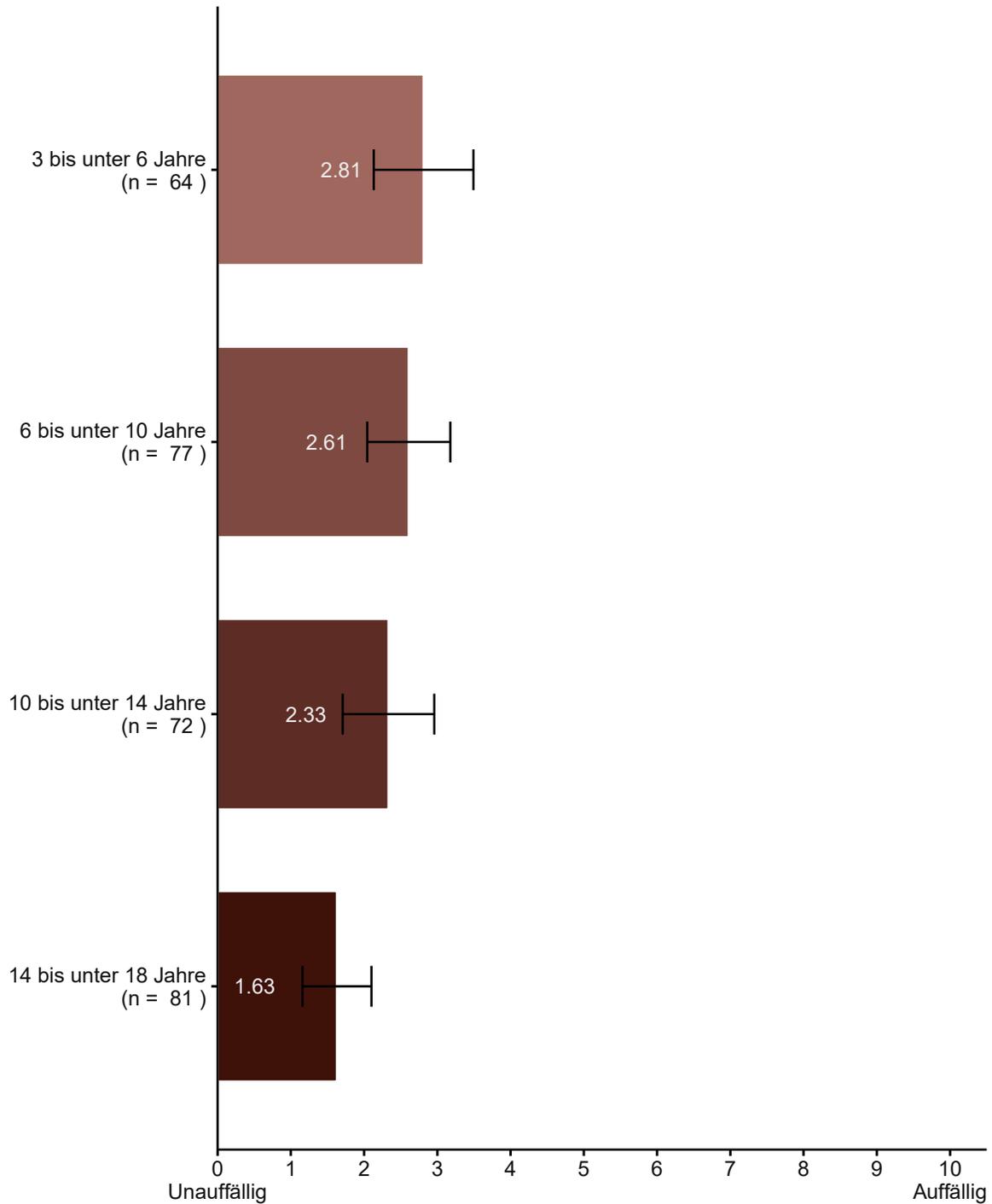
Ausgewertet wird der Summenwert über 5 Fragen. Höhere Werte bedeuten ein höhere Belastung.

### Emotionale Lage des Kindes (SDQ-Skala)

Summenscore aus 5 Aussagen (0 = unauffällig bis 10 = auffällig)

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.

Mehrfachnennung der Altersgruppen möglich.



## 16.2 Umgang mit der Situation

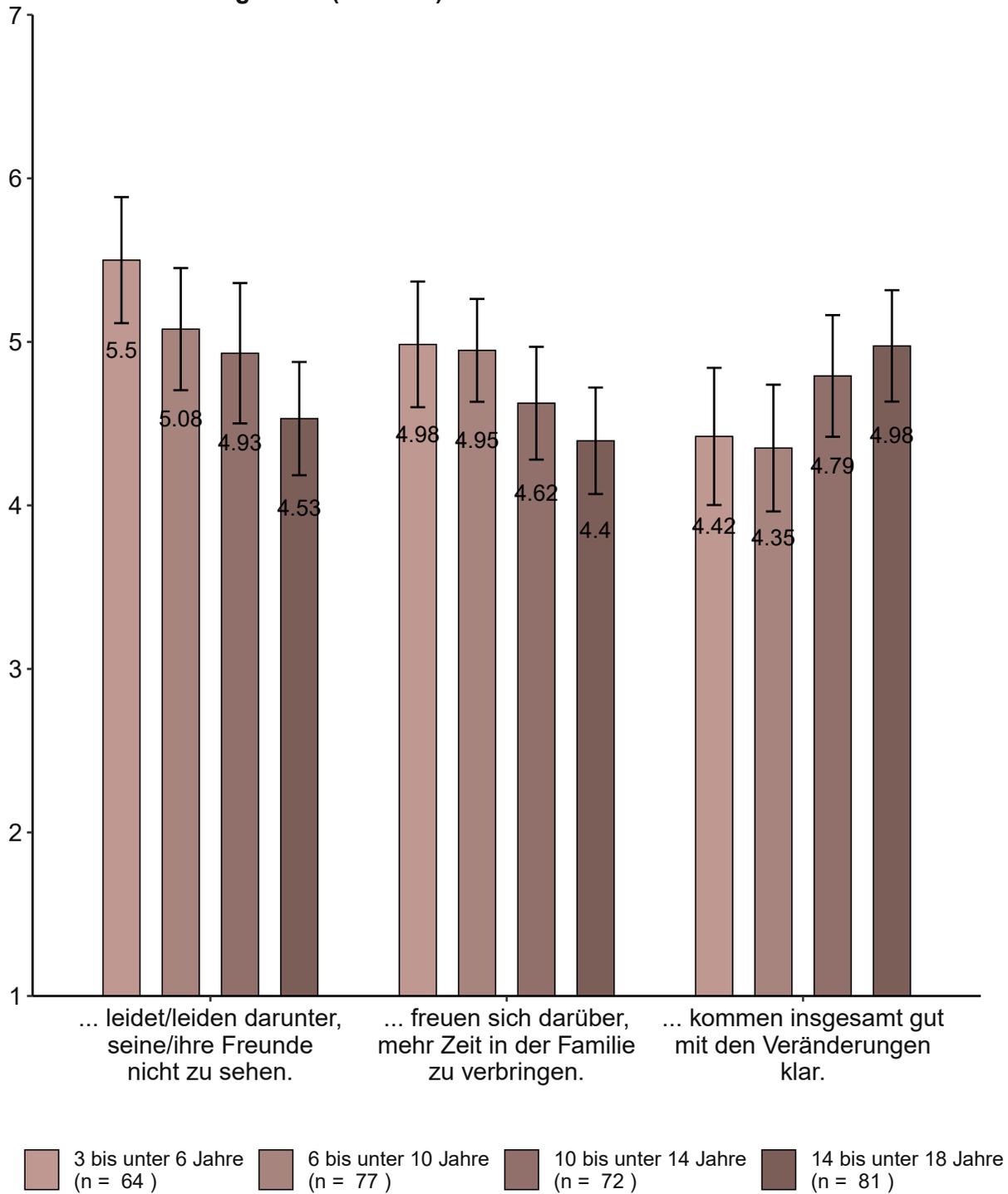
In dieser Welle sollten Eltern auch das Bewältigungsverhalten Ihrer Kinder in den letzten 8 Wochen einschätzen. Die Ergebnisse zeigen, dass nach Einschätzung der Eltern die jüngeren Kinder im Alter von 3 bis unter 6 Jahren eher Schwierigkeiten haben, mit der aktuellen Situation zurechtzukommen.

Auf einer Skala von 1 bis 7 stimmten Eltern mit kleineren Kindern (3 bis unter 6 Jahre) z.B. der Aussage „Mein Kind/meine Kinder leidet/leiden darunter, seine/ihre Freunde nicht zu sehen“ deutlich eher zu (MW 5,50) als Eltern mit älteren Kindern (14 bis unter 18 Jahre) (MW 4,53).

Ein erhöhtes Belastungsniveau zeigt sich sowohl für Eltern mit Kindern im Vorschulalter sowie für die Kinder selbst.

## Umgang der Kinder mit der Situation Mein Kind/meine Kinder ...

Mehrfachnennung der Altersgruppen möglich.  
Aktuelle Erhebungswelle (19.05.20)



### 16.3 Fernsehkonsum

Bezüglich des Konsums von Bildschirmmedien gibt es für Kinder empfohlene Sehzeiten: Kinder unter drei Jahren sollten am besten gar nicht fernsehen. Kinder zwischen 3 und 5 Jahren sollten nicht mehr als 30 Minuten pro Tag fernsehen, Kinder zwischen 6 und 9 Jahren nicht mehr als 45 Minuten und Kinder ab 10 Jahren nicht mehr als 60 Minuten (<https://www.kindergesundheit-info.de/themen/medien/alltagstipps/mediennutzung/hoechstdauer/> (21.05.2020)).

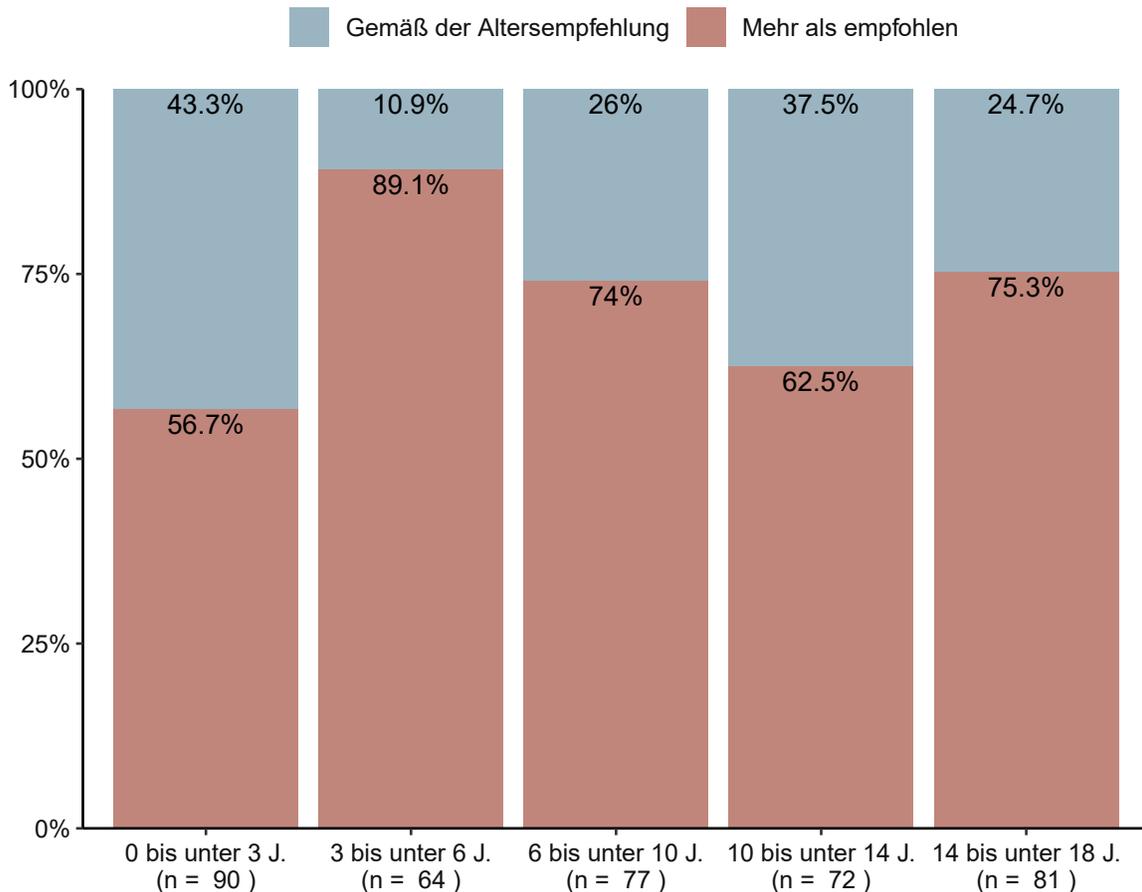
In der aktuellen Befragung wurden Eltern aufgefordert zu beurteilen, wie lange ihre Kinder in der Corona-Situation täglich fern (inkl. Filme auf Smartphone oder Laptop) schauen.

Die Ergebnisse zeigen, dass in allen Kinderaltersgruppen die empfohlenen Sehzeiten überstiegen werden. Insbesondere viele Kinder im Alter von 3 bis unter 6 Jahren (89,1 %) überschreiten die empfohlenen Sehzeiten.

Anhand der vorliegenden Daten kann nicht aufgezeigt werden, ob der hohe Medienkonsum der jüngeren Kinder in Verbindung mit der Corona-Situation steht. Allerdings sollte, gerade weil die Eltern von Kindern in dieser Altersgruppe ein höheres Belastungsempfinden haben, hierauf ein besonderes Augenmerk gelegt werden.

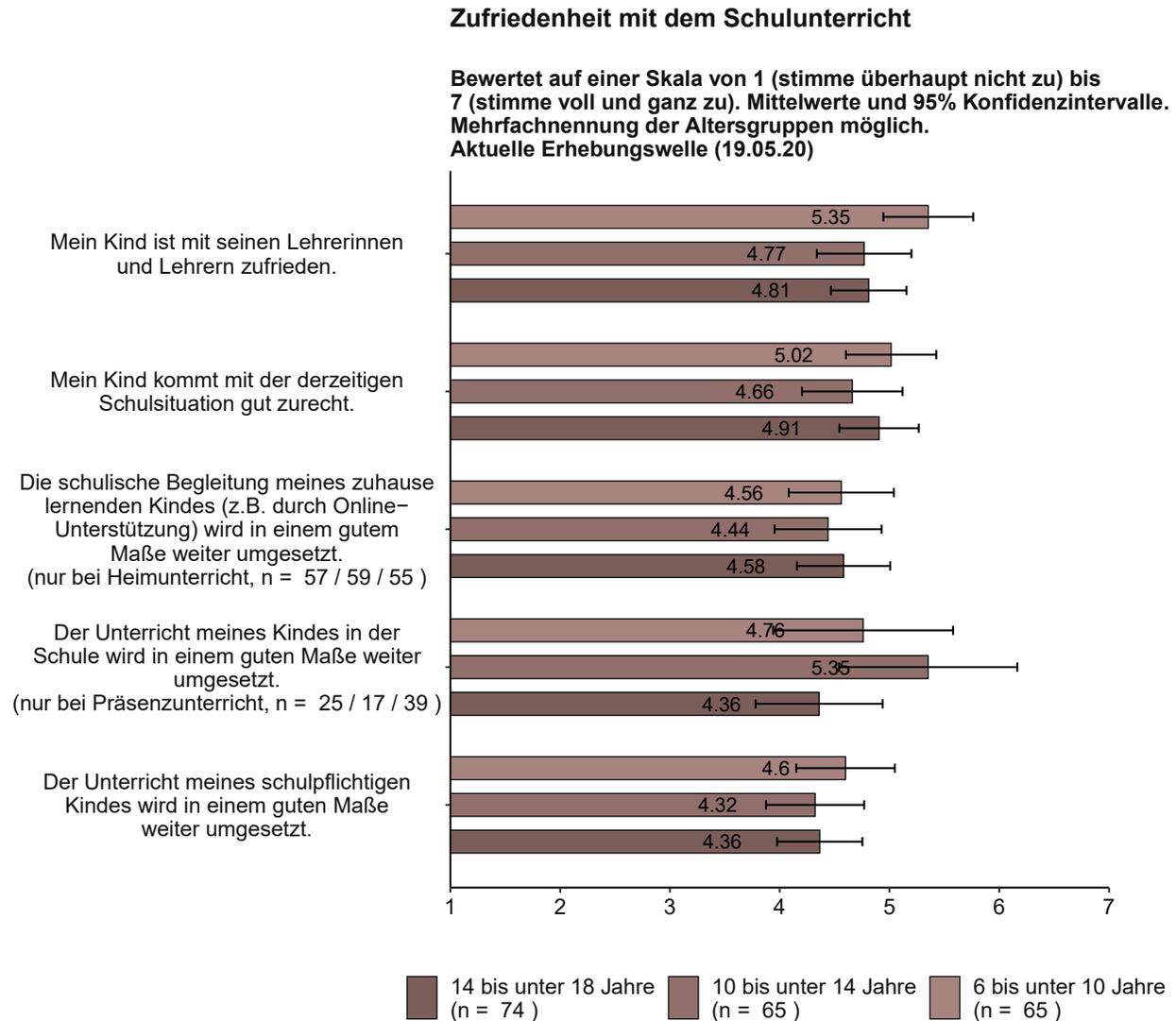
#### Fernsehkonsum der Kinder gemäß Altersempfehlungen

Mehrfachnennung der Altersgruppen möglich.



## 16.4 Beurteilung des Unterrichts

In Bezug auf die Unterrichtssituation während der Corona Pandemie zeigt sich, dass die Zufriedenheitswerte der Eltern mit der Weiterführung des Schulunterrichts seit der letzten Befragung zwar wieder etwas zugenommen haben, aber weiterhin im mittleren Bereich liegen – unabhängig davon, ob der Unterricht zu Hause z.B. mit Online-Unterstützung oder tatsächlich in der Schule stattfindet. Das Alter der Kinder spielt dabei keine bedeutende Rolle.

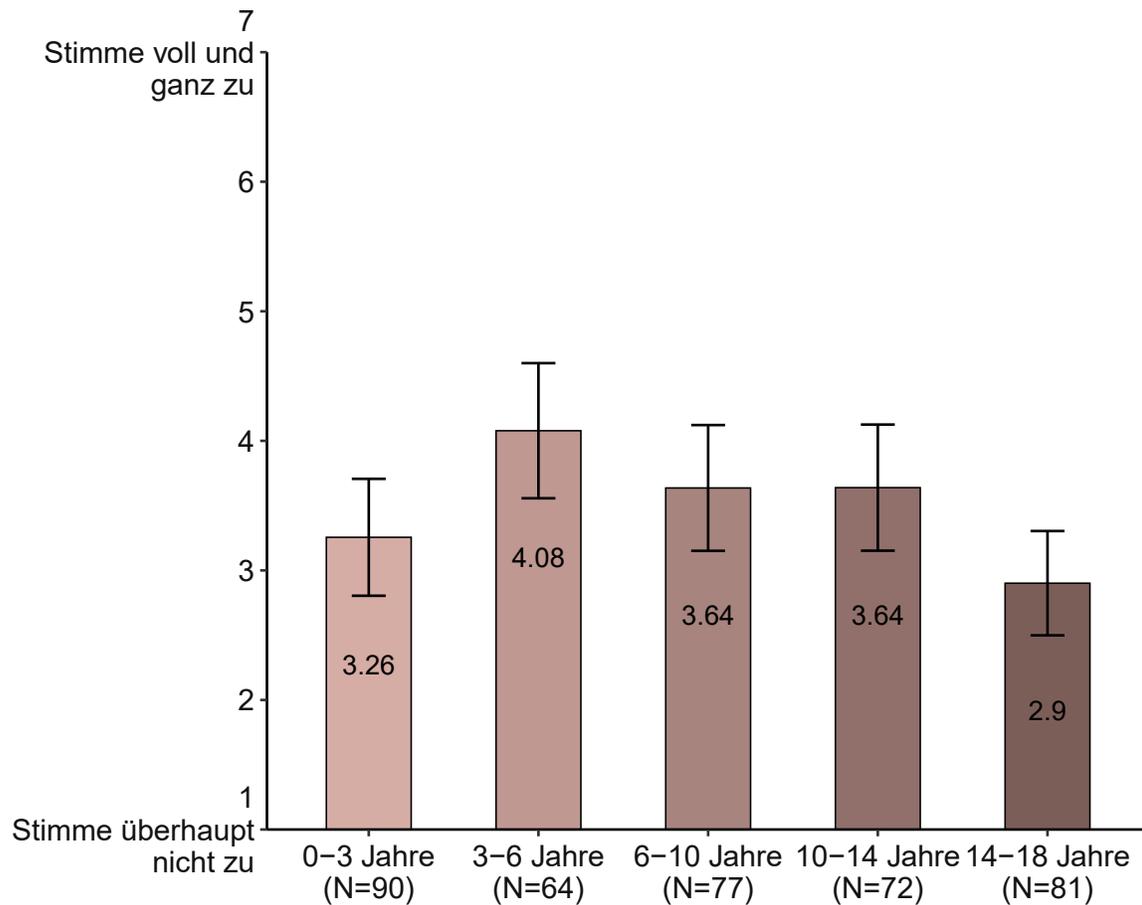


## 17 Lage der Eltern

### 17.1 Überforderung

Bei der Fragestellung, inwieweit Eltern sich in der aktuellen Situation überfordert fühlen, zeigt sich, dass sich eher Eltern mit Kindern im Alter von 3 bis unter 6 Jahren überlastet und überfordert fühlen als Eltern mit älteren Kindern.

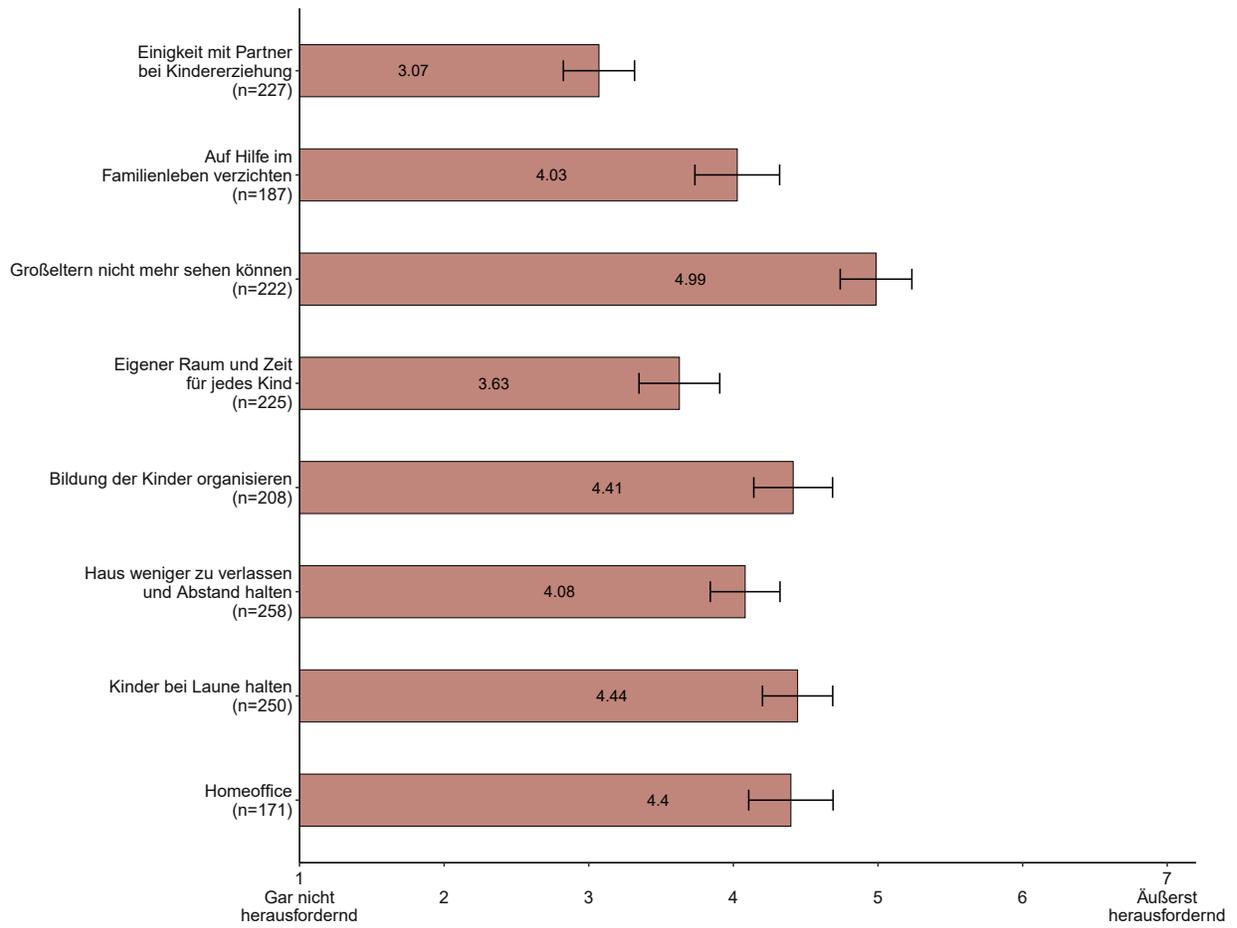
## Ich fühle mich als Elternteil in der aktuellen Situation überfordert.



### 17.2 Herausforderungen

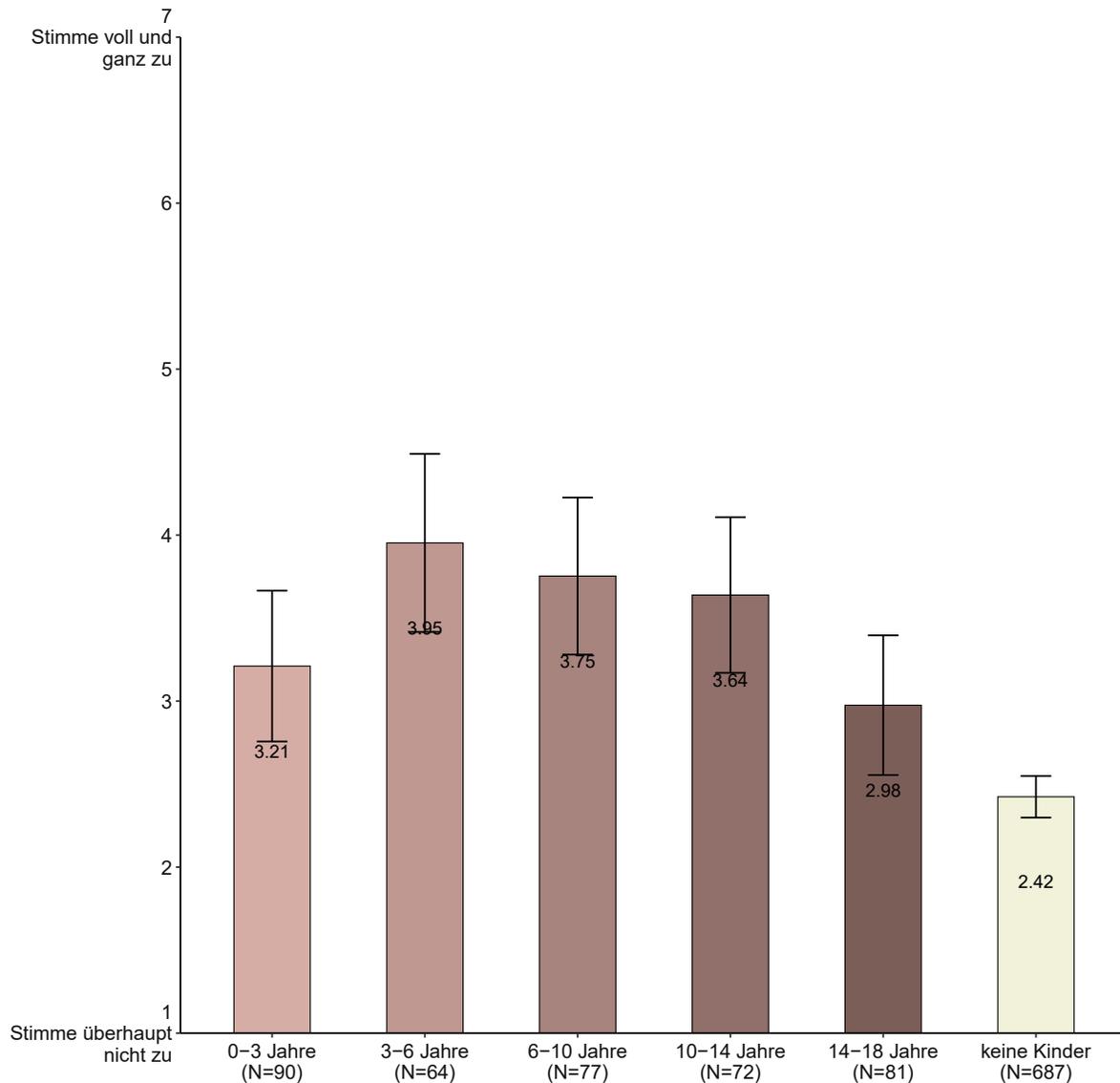
In Bezug auf unterschiedliche Belastungsaspekte finden Eltern es am ehesten belastend, dass die Kinder die Großeltern nicht mehr sehen können (MW 4,99), die Kinder trotz reduzierten Kontaktes zu anderen Kindern bei Laune zu halten (MW 4,44), die Bildung der Kinder zu organisieren (MW 4,41) und das Arbeiten im Home Office zu organisieren (MW 4,40). Mit dem Partner in Bezug auf die Kindererziehung einig zu sein, wird seltener als herausfordernder Faktor betrachtet (MW 3,07).

**Inwieweit haben die folgenden Aspekte in den letzten 6 Wochen der Corona-Situation Sie als Elternteil herausgefordert?**



## 17.3 Belastung der jetzigen Situation - Eltern vs Kinderlose

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



## 18 Häusliche Gewalt

### 18.1 Häufigkeit von häuslicher Gewalt in den letzten 7 Tagen

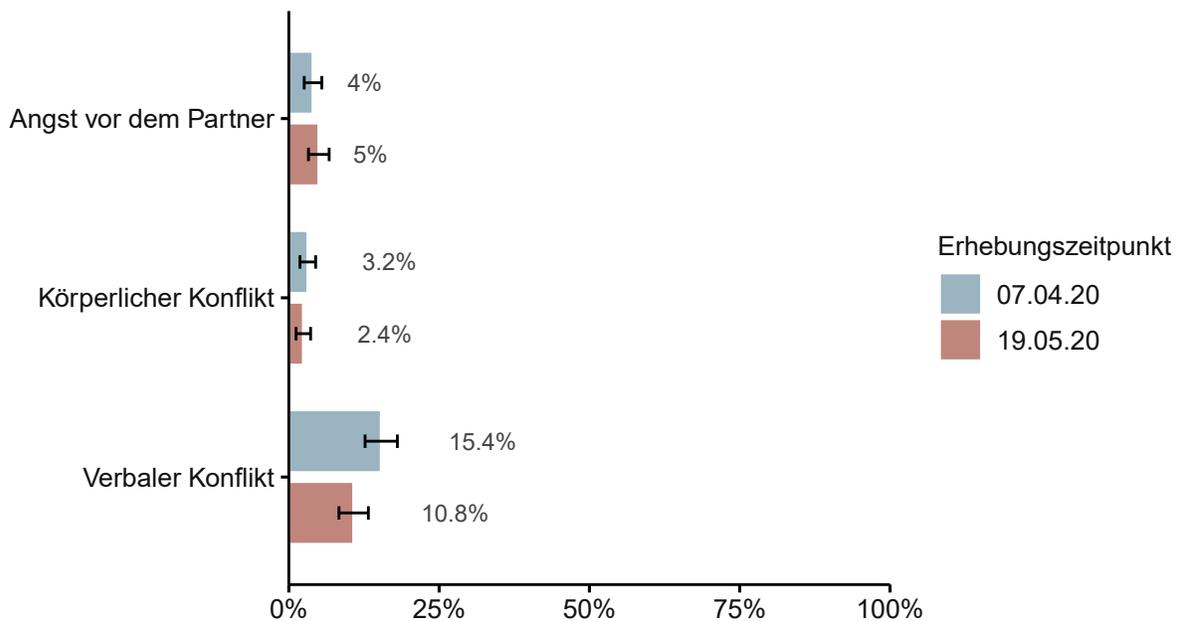
- 5.0% der Befragten geben an, dass sie sich von ihrem (Ehe-)Partner/ihrer (Ehe-)Partnerin bedroht fühlen.
- 2.4% der Befragten geben an, dass es innerhalb der letzten Woche (letzten 7 Tage) zu körperlichen Auseinandersetzungen mit dem (Ehe-)Partner/der (Ehe-)Partnerin kam.

- 10.8% der Befragten geben an, dass es innerhalb der letzten Woche (letzten 7 Tage) zu lautstarkem Streit mit dem (Ehe-)Partner/der (Ehe-)Partnerin kam.

Es ist davon auszugehen, dass die tatsächliche Rate von häuslicher Gewalt und Bedrohung hier unterschätzt wird und es dementsprechend eine Dunkelziffer gibt, die aufgrund von Stigmatisierung, Scham und sozialer Erwünschtheit in der direkten Befragung nicht erfasst wird.

### Konflikt in der Ehe/Partnerschaft

Anteil der Frauen und Männer, die in den letzten 7 Tagen Konflikte mit ihren (Ehe-)Partner\*innen hatten oder sich aktuell bedroht fühlen. Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



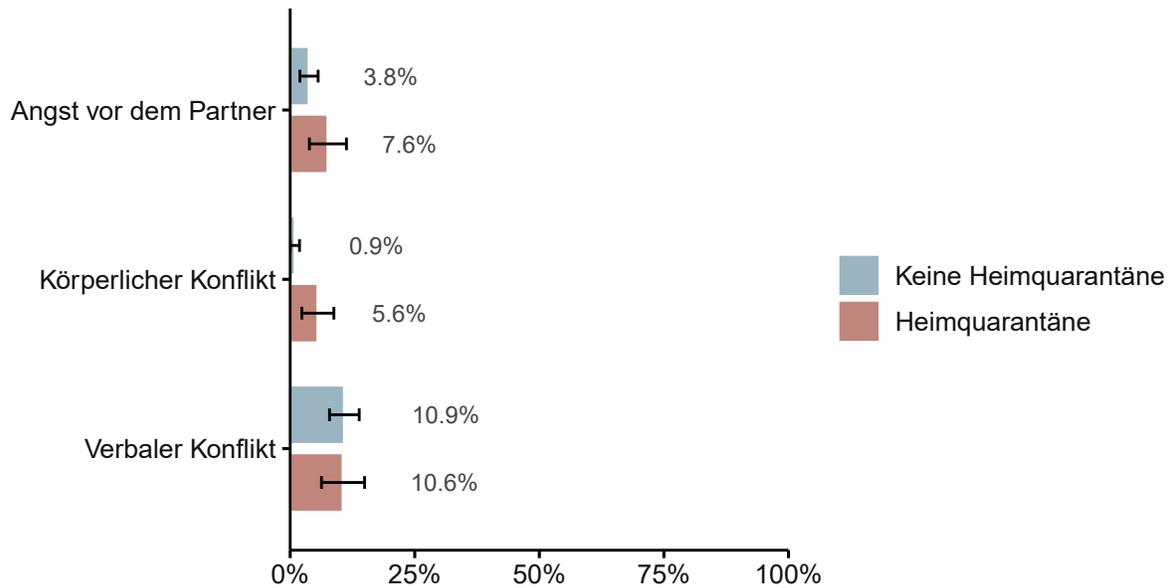
## 18.2 Prävalenz häuslicher Gewalt nach Quarantäne-Verhalten, psychischer Belastung, wirtschaftlichen Sorgen und Kindern im Haushalt der Befragten

### a) Heimquarantäne

- Angst vor ihrem (Ehe-)Partner/ihrer (Ehe-)Partnerin haben 7.6% der Befragten, die in der vergangenen Woche in Heimquarantäne waren, verglichen mit 3.8% der Befragten, die sich nicht in Heimquarantäne begeben haben.
- 5.6% der Befragten, die sich in Heimquarantäne begeben haben, geben an, dass es innerhalb der letzten Woche zu körperlichen Auseinandersetzungen mit ihrem (Ehe-)Partner/ihrer (Ehe-)Partnerin kam, verglichen mit 0.9% der Befragten, die sich nicht in Heimquarantäne begeben haben.
- 10.6% der Befragten, die sich in Heimquarantäne begeben haben, geben an, dass es innerhalb der letzten Woche zu lautstarkem Streit mit ihrem (Ehe-)Partner/ihrer (Ehe-)Partnerin kam, verglichen mit 10.9% der Befragten, die sich nicht in Heimquarantäne begeben haben.

## Konflikt in der Ehe/Partnerschaft bei Heimquarantäne

Anteil der Frauen und Männer, die in den letzten 7 Tagen Konflikte mit ihren (Ehe-)Partner\*innen hatten bei Heimquarantäne. Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle. Ergebnisse der aktuellen Welle (19.05.2020).

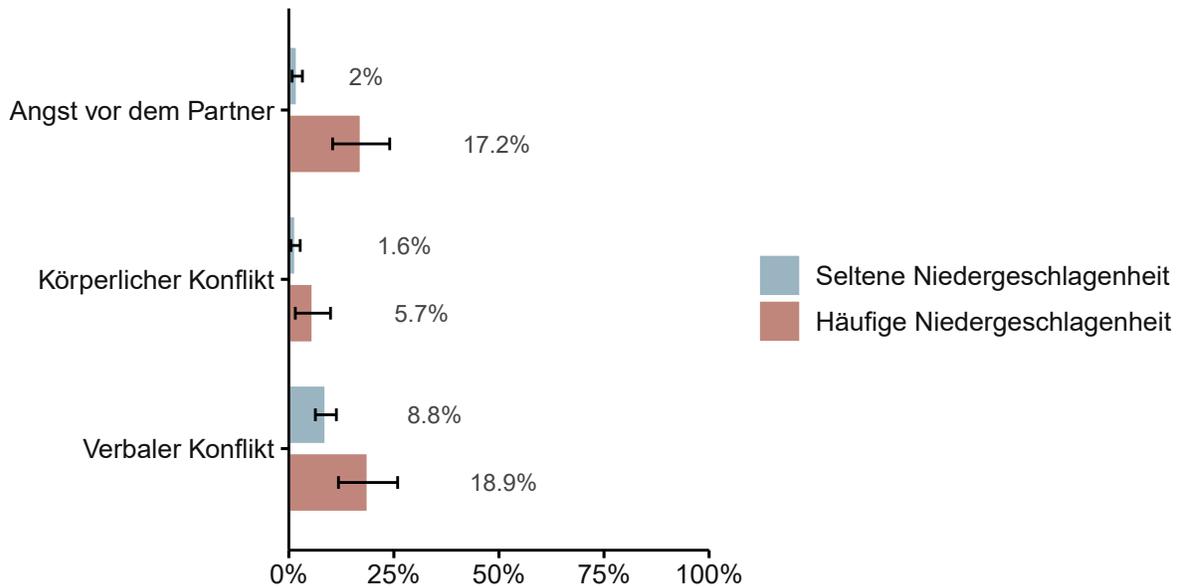


### b) Psychische Belastung

- Angst vor ihrem (Ehe-)Partner/ihrer (Ehe-)Partnerin haben 17.2% der Befragten, die sich an mindestens drei Tagen der letzten Woche niedergeschlagen/deprimiert fühlten, verglichen mit 2.0% der Befragten, die sich nicht oder seltener niedergeschlagen/deprimiert fühlten.
- 5.7% der Befragten, die sich an mindestens drei Tagen der letzten Woche niedergeschlagen/deprimiert fühlten, geben an, dass es innerhalb der letzten Woche zu körperlichen Auseinandersetzungen mit ihrem (Ehe-)Partner/ihrer (Ehe-)Partnerin kam, verglichen mit 1.6% der Befragten, die sich nicht oder seltener niedergeschlagen/deprimiert fühlten.
- 18.9% der Befragten, die sich an mindestens drei Tagen der letzten Woche niedergeschlagen/deprimiert fühlten, geben an, dass es innerhalb der letzten Woche zu lautstarkem Streit mit ihrem (Ehe-)Partner/ihrer (Ehe-)Partnerin kam, verglichen mit 8.8% der Befragten, die sich nicht oder seltener niedergeschlagen/deprimiert fühlten.

## Konflikt in der Ehe/Partnerschaft bei Niedergeschlagenheit

Anteil der Frauen und Männer, die in den letzten 7 Tagen Konflikte mit ihren (Ehe-)Partner\*innen hatten bei Gefühl von Niedergeschlagenheit. Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle. Ergebnisse der aktuellen Welle (19.05.2020).



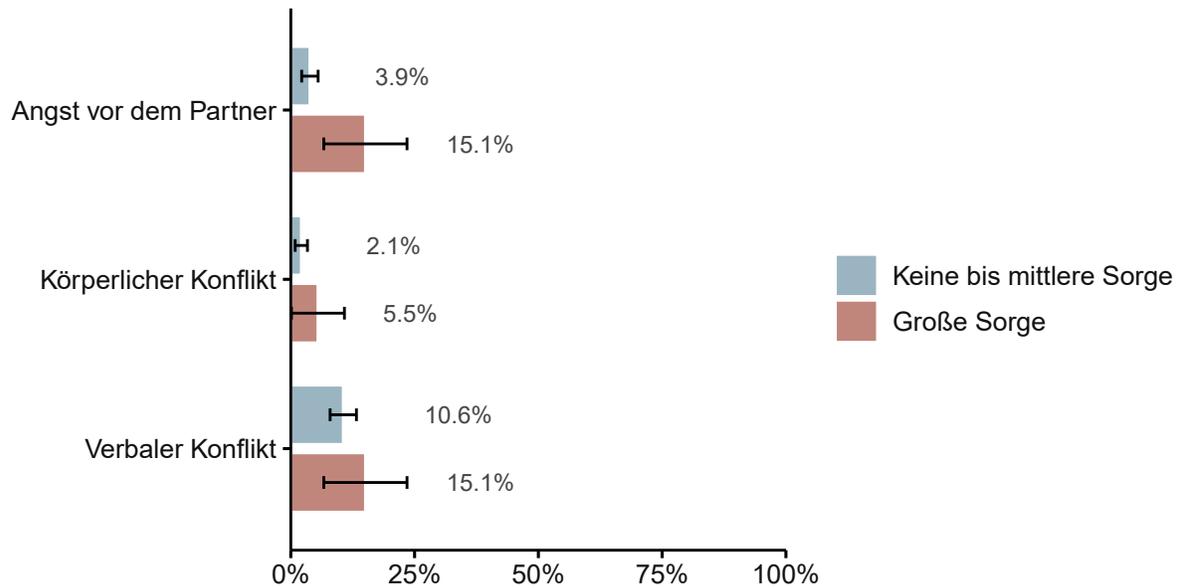
### c) Sorge um Arbeitsplatzverlust

- Angst vor ihrem (Ehe-)Partner/ihrer (Ehe-)Partnerin hatten 15.1% der Befragten, die große Sorgen haben aufgrund der Sars-CoV-2-Krise ihren Arbeitsplatz zu verlieren, verglichen mit 3.9% der Befragten, die sich weniger oder keine Sorgen um ihren Arbeitsplatz machen.
- 5.5% der Befragten, die große Sorgen haben ihren Arbeitsplatz zu verlieren, geben an, dass es innerhalb der letzten Woche zu körperlichen Auseinandersetzungen mit ihrem (Ehe-)Partner/ihrer (Ehe-)Partnerin kam, verglichen mit 2.1% der Befragten, die sich weniger oder keine Sorgen um ihren Arbeitsplatz machen.
- 15.1% der Befragten, die große Sorgen haben ihren Arbeitsplatz zu verlieren, geben an, dass es innerhalb der letzten Woche zu lautstarkem Streit mit ihrem (Ehe-)Partner/ihrer (Ehe-)Partnerin kam, verglichen mit 10.6% der Befragten, die sich weniger oder keine Sorgen um ihren Arbeitsplatz machen.

## Konflikt in der Ehe/Partnerschaft bei Sorge um Arbeitsplatzverlust

Anteil der Frauen und Männer, die in den letzten 7 Tagen Konflikte mit ihren (Ehe-)Partner\*innen hatten bei Sorge um Arbeitsplatzverlust.

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle. Ergebnisse der aktuellen Welle (19.05.2020).

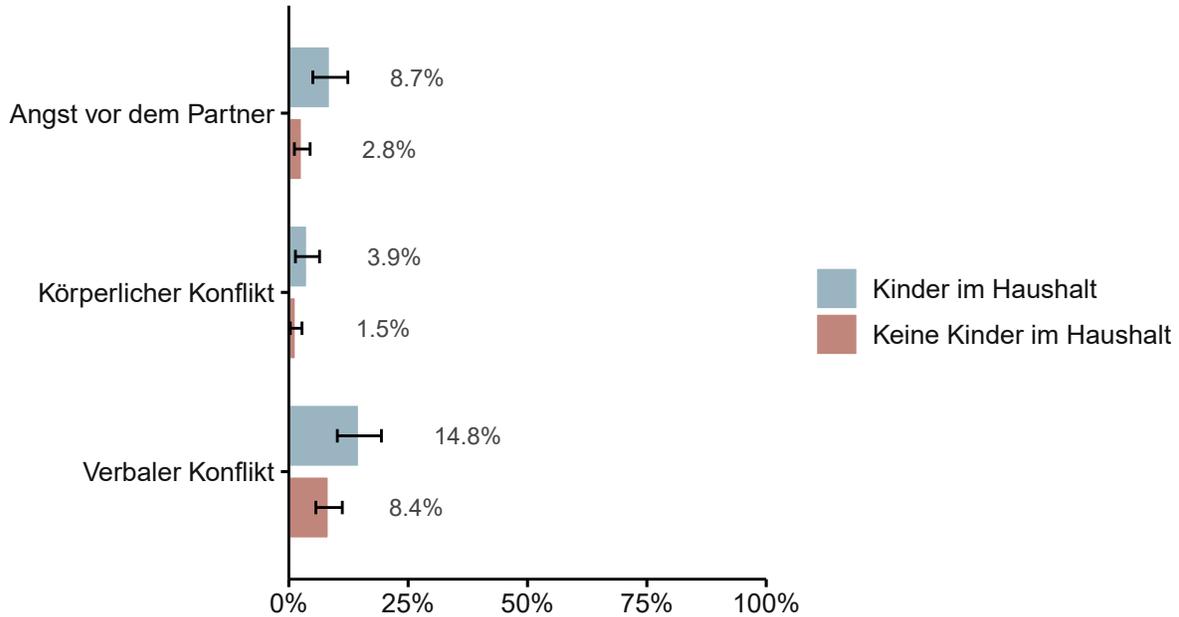


### d) Kinder im Haushalt

- Angst vor ihrem (Ehe-)Partner/ihrer (Ehe-)Partnerin hatten 8.7% der Befragten, die in Haushalten mit Kindern leben, verglichen mit 2.8% der Befragten, die in kinderlosen Haushalten leben.
- 3.9% der Befragten, die in Haushalten mit Kindern leben, geben an, dass es innerhalb der letzten Woche zu körperlichen Auseinandersetzungen mit ihrem (Ehe-)Partner/ihrer (Ehe-)Partnerin kam, verglichen mit 1.5% der Befragten, die in kinderlosen Haushalten leben.
- 14.8% der Befragten, die in Haushalten mit Kindern leben, geben an, dass es innerhalb der letzten Woche zu lautstarkem Streit mit ihrem (Ehe-)Partner/ihrer (Ehe-)Partnerin kam, verglichen mit 8.4% der Befragten, die in kinderlosen Haushalten leben.

## Konflikt in der Ehe/Partnerschaft bei Kindern im Haushalt

Anteil der Frauen und Männer, die in den letzten 7 Tagen Konflikte mit ihren (Ehe-)Partner\*innen hatten bei Kindern im Haushalt. Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle. Ergebnisse der aktuellen Welle (19.05.2020).

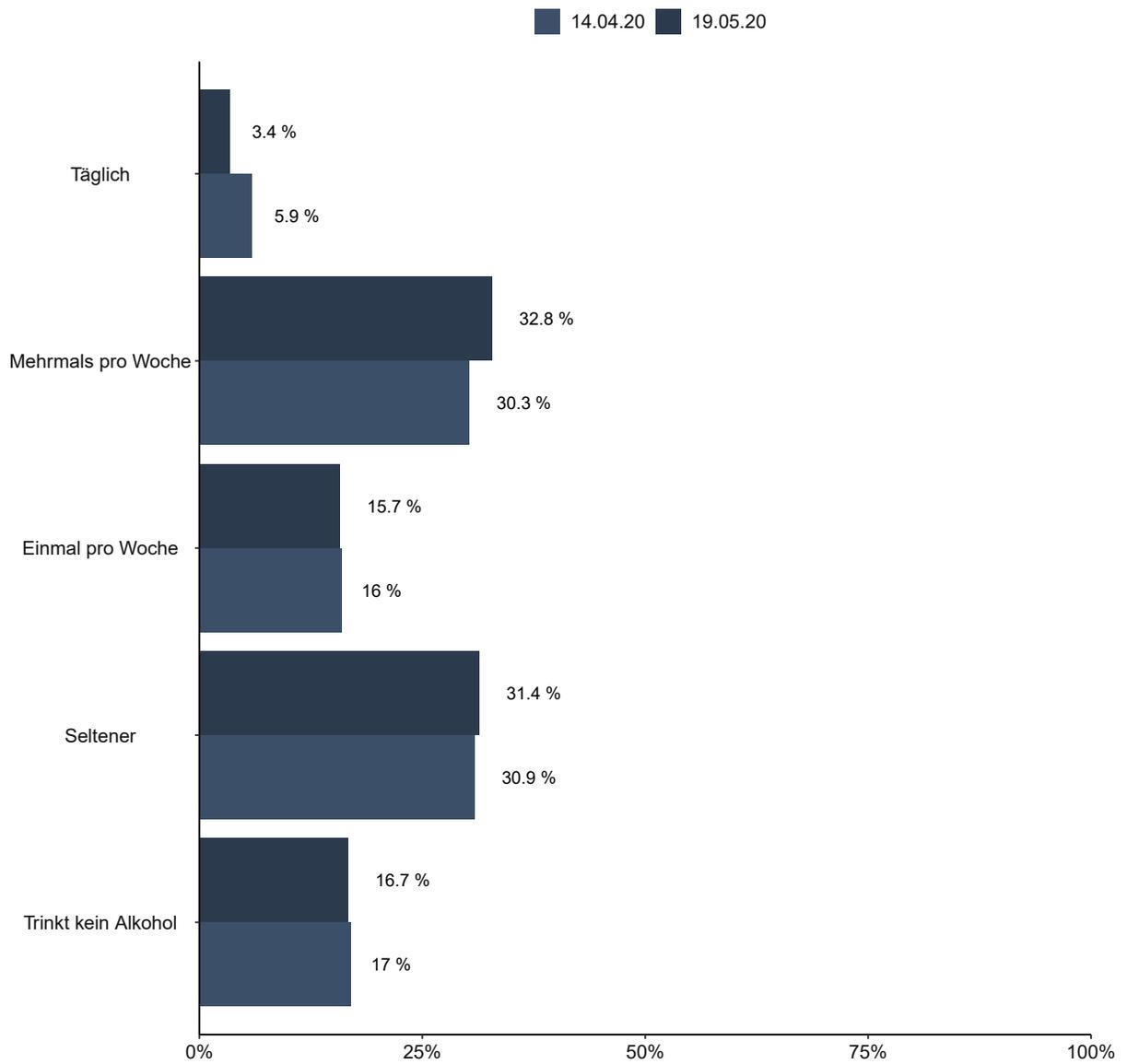


## 19 Alkoholkonsum

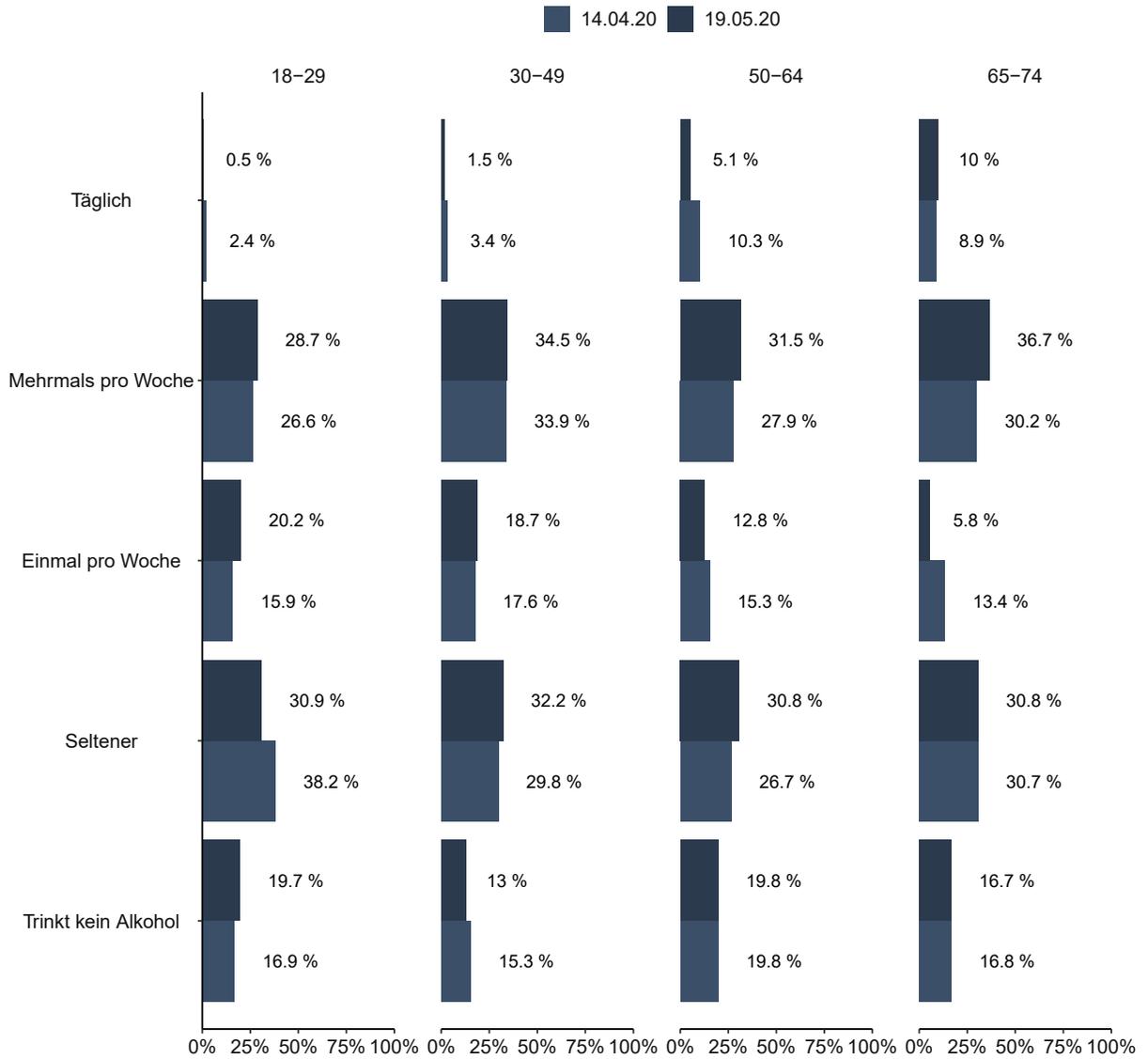
Alkohol kann konsumiert werden, um sich zu beruhigen, sich von Stress zu entlasten oder um Phasen von Langeweile zu überbrücken. Insofern könnte man vermuten, dass in Zeiten der Corona-Krise, in denen die Menschen erhöhte Belastung empfinden aber auch mehr Zeit zuhause verbringen, der Alkoholkonsum ansteigt. Die Ergebnisse der COSMO-Studie zeigen, dass – bezogen auf die Gesamtbevölkerung – keine Veränderung zumindest in der Häufigkeit des Alkoholkonsums zu beobachten ist. Die Frage zur Häufigkeit des Alkoholkonsums wurden in den Wellen 7 und 12 gestellt und die Antworten fallen in beiden Erhebungen sehr ähnlich aus. In Welle 7 gaben 5,9 % und in Welle 12 3,4 % aller Befragten an, in den letzten vier Wochen täglich Alkohol getrunken zu haben. Die Anteile derjenigen, die überhaupt keinen Alkohol konsumieren, betragen 17,0 % (Welle 7) bzw. 16,7 % (Welle 12).

Es ist also momentan keine allgemeine Tendenz zu häufigerem Alkoholkonsum zu erkennen. Ob sich die konsumierten Mengen erhöhen oder wie sich die Krise auf den Konsum von Menschen auswirken, die schon vor Corona einen missbräuchlichen Umgang mit Alkohol aufwiesen, lässt sich mit dieser Untersuchung nicht beantworten.

Alkoholkonsum in den letzten 4 Wochen  
Ergebnisse der Wellen 7 (14.04.2020) und 12 (19.05.2020)

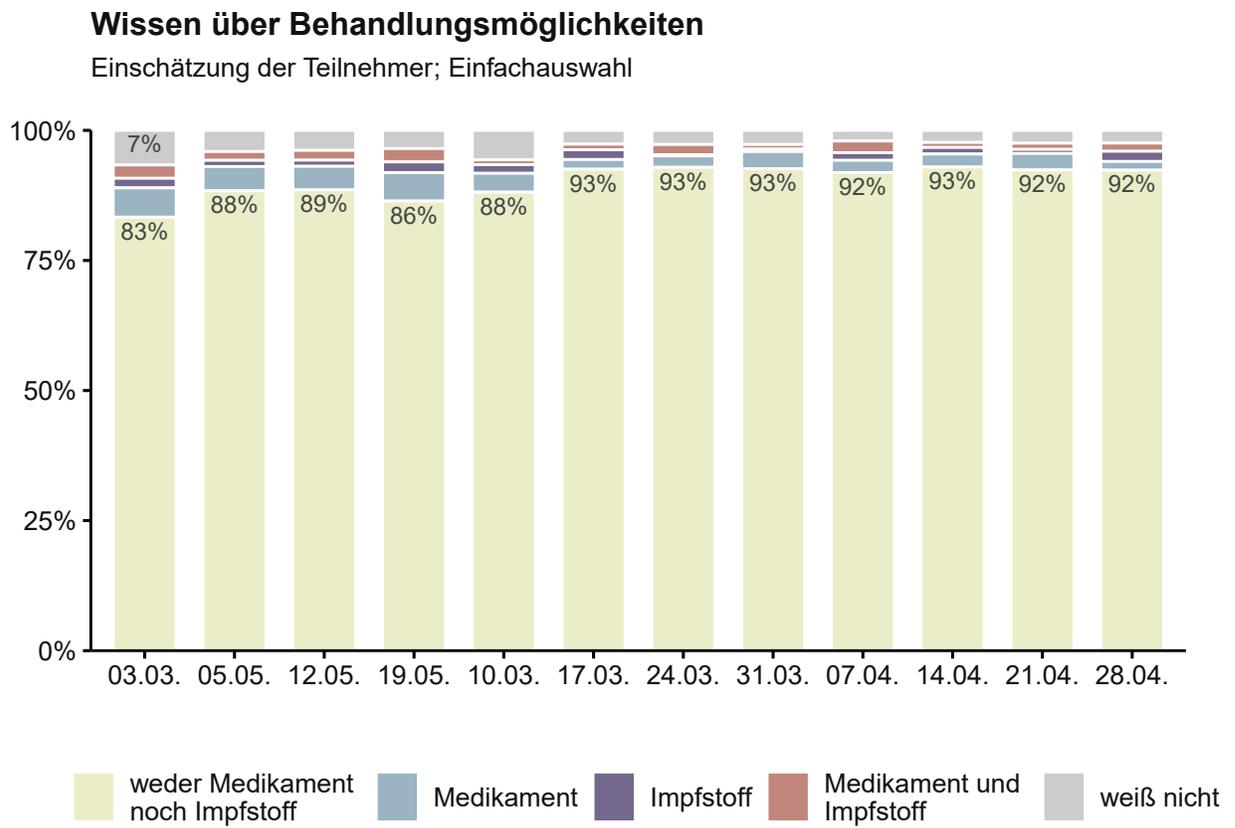


Alkoholkonsum in den letzten 4 Wochen  
getrennt nach Altersgruppen  
Ergebnisse der Wellen 7 (14.04.2020) und 12 (19.05.2020)



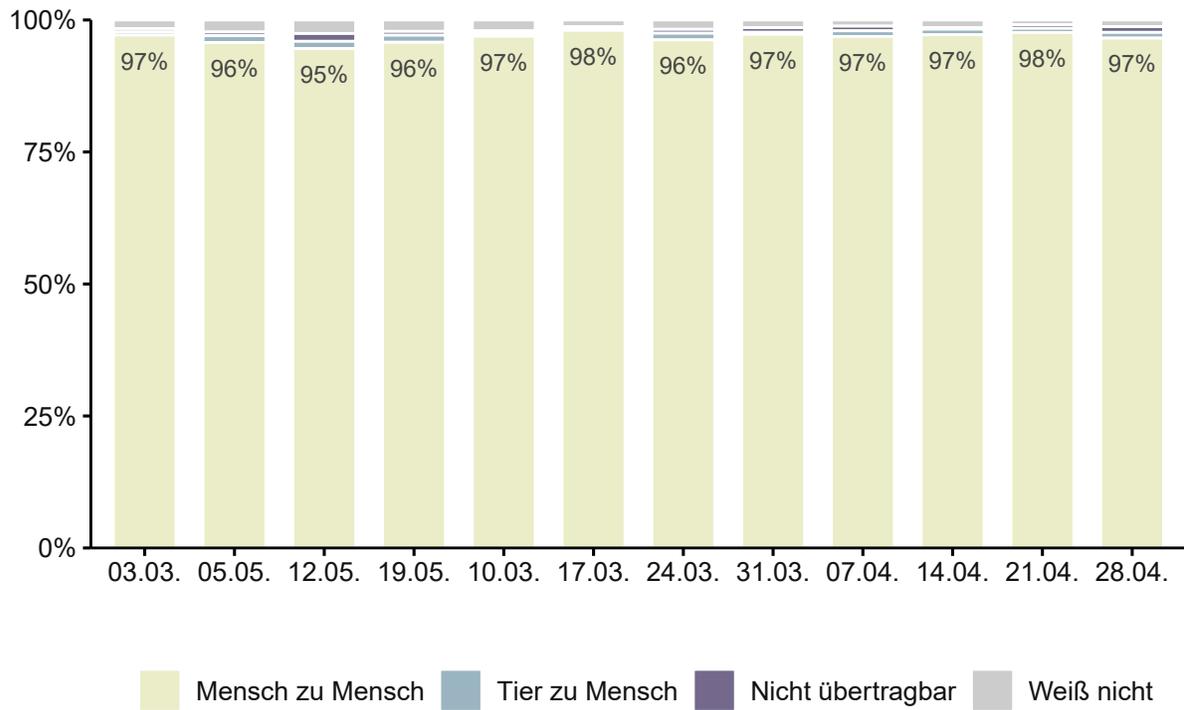
## 20 Daten im Detail

### 20.1 Detail: Wissen COVID-19



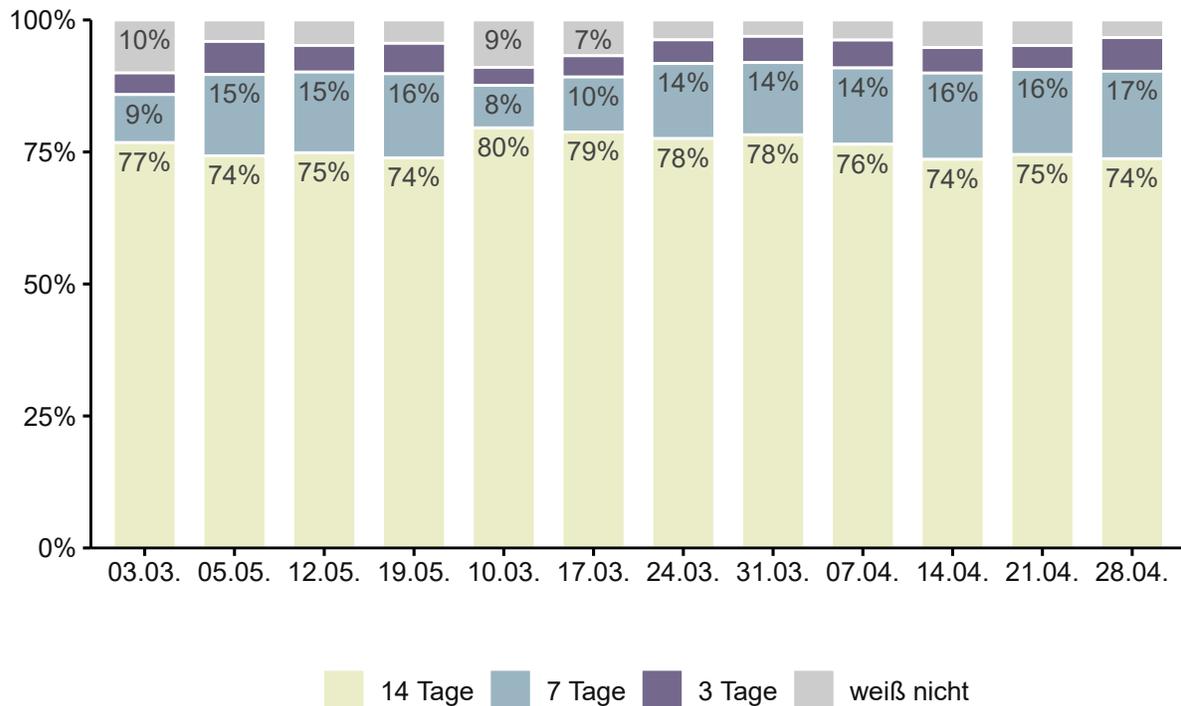
## Wissen über Krankheitsüberträger

Einschätzung der Teilnehmer; Einfachauswahl



## Wissen über die Inkubationszeit

Einschätzung der Teilnehmer; Einfachauswahl



## 21 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.

## 22 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.

## 23 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>
- 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
- 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
- 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>

- 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.
- 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
- Streck, 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.