

COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO) — Welle 5

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

Stand: 02.04.2020 (Version 05-02)

Cornelia Betsch¹, Lars Korn¹, Lisa Felgendreiff¹, Sarah Eitze¹, Philipp Schmid¹, Philipp Sprengholz¹, Lothar Wieler², Patrick Schmich², Volker Stollorz³, Michael Ramharter⁴, Michael Bosnjak⁵, Saad B. Omer⁶, Heidrun Thaiss⁷, Freia De Bock⁷, Ursula von Rügen⁷, Klaus Lieb⁸, Johannes Thrull⁹

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

² Robert Koch-Institut, Nordufer 20, 13353 Berlin, Germany

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

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

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

⁶ Yale Institute for Global Health, 1 Church Street, New Haven, CT, 06510, USA

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

⁸ Leibniz-Institut für Resilienzforschung (LIR), Wallstraße 7, 55122 Mainz

⁹ Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 615 N. Wolfe Street, Baltimore, MD 21205

Peer-Review: Wolfgang Gaissmaier (Universität Konstanz), Tobias Rothmund (Universität Jena)

Ziel

Ziel dieses Projektes ist es, einen wiederholten Einblick in die Wahrnehmungen der Bevölkerung - die "psychologische Lage" - zu erhalten. 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, wie z.B. die Diskriminierung von Personen, die augenscheinlich aus stark betroffenen Ländern wie China oder Italien kommen, oder sogenannte Hamsterkäufe. Wir wollen ergründen, wie häufig solches Verhalten tatsächlich vorkommt und welche Faktoren dieses Verhalten möglicherweise erklären können.

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

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

Informationen zu COVID-19 und dem Ausbruchsgeschehen

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

- Robert Koch-Institut: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/nCoV_node.html
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: <https://www.infektionsschutz.de/coronavirus-sars-cov-2.html>
- Science Media Center: <https://www.sciencemediacenter.de/alle-angebote/coronavirus/>

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

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

Auswertung und Dokumentation: UE

Kontakt: cornelia.betsch@uni-erfurt.de

1 Zusammenfassung: Die Psychologische Lage

1.1 Ergebnisse der aktuellen Welle

Analyse der 5. Datenerhebung (31.03.-01.04.2020). Die Datenerhebungen finden wöchentlich dienstags und mittwochs statt.

Die 1030 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.

Risikowahrnehmung:

- Seit Anfang März ist die wahrgenommene Erkrankungswahrscheinlichkeit von Woche zu Woche gestiegen. In der vergangenen Woche hat sie sich erstmals stabilisiert.
- 30% (Vorwoche 34%) schätzen ihre Wahrscheinlichkeit, an COVID-19 zu erkranken, als eher hoch oder sehr hoch ein, 34% als extrem unwahrscheinlich oder eher unwahrscheinlich (Vorwoche 38%). Wieder ist zu beobachten, dass ältere Personen ihre Erkrankungswahrscheinlichkeit geringer einschätzen als jüngere Personen. Eine eher höhere Erkrankungswahrscheinlichkeit nehmen Personen wahr, die jünger (!) sind, Corona nicht als Medienhype empfinden, bei denen negative Emotionen dominieren, die Kinder unter 18 Jahren haben, die Tages- oder Wochenzeitungen als weniger relevant empfinden, die Webseiten der Gesundheitsböden als relevant empfinden, häufig Informationen dazu suchen und eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung haben.
- Circa 33% (Vorwoche 35%) halten sich selbst anfällig für eine COVID-19 Erkrankung, ein Drittel ist sich unsicher (gleich geblieben). Ältere und chronisch kranke Menschen denken eher als junge und gesunde, dass die Erkrankung für sie schwerwiegend ist. Die Dominanz negativer Emotionen (sich Sorgen machen, Angst haben, häufig an das Thema denken) führt zu einer größeren Schweregradeinschätzung. Wer öffentlich-rechtliche Medien nutzt und vertraut oder sich häufig über das Thema informiert, der nimmt die Krankheit als gefährlicher wahr. Frauen empfinden die Krankheit weniger schwerwiegend als Männer. Wer den Ausbruch für einen Medienhype hält oder eine höhere Selbstwirksamkeit besitzt oder einen höheren Bildungsgrad besitzt, hält die Erkrankung für weniger schwerwiegend.

- 39% (Vorwoche 36%) halten eine Erkrankung für gefährlich, ein knappes Drittel ist sich unsicher. Wer chronisch krank ist, denkt, dass Personen im Umfeld infiziert sind oder sein könnten, das Ausbruchsgeschehen nicht als Medienhype oder das Virus als nah wahrnimmt, negative Emotionen verspürt, sich häufig zum Thema informiert oder eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung hat, nimmt sich als selbst anfälliger wahr. Wer mehr über effektive Schutzmaßnahmen weiß, fühlt sich weniger anfällig.
- Einen Zuwachs gab es bei der Frage zur Immunität nach durchgemachter Krankheit: 44% der Befragten gaben an, dass Sie nach einer überstandenen Krankheit Immunität erwarten, in der Vorwoche waren es nur 32% (keine Immunität: 46%, Vorwoche 56%; Rest: weiß nicht).
- Eine insgesamt eher geringere Risikowahrnehmung haben nach wie vor Personen, die das Coronavirus v.a. als Medienhype wahrnehmen.

Emotionen

- Die Dominanz des Themas, Angst und Sorge sind seit der Vorwoche stabil hoch:
- 54% (Vorwoche: 54%) berichten, dass sie häufig oder dauernd an Corona denken müssen.
- 60% (Vorwoche 60%) finden das Coronavirus eher angsteinflößend oder angsteinflößend.
- 74% (Vorwoche 74%) finden das Coronavirus eher besorgniserregend oder besorgniserregend.

Sorgen

Die vier größten Sorgen sind dass kleine Unternehmen Konkurs anmelden müssen, die Überlastung des Gesundheitssystems, dass eine Rezession eintritt und die Kluft zwischen Arm und Reich größer wird. Die Sorge, dass die Gesellschaft egoistischer wird, ist geringer ausgeprägt als zu Beginn der Erfassung. Die Sorge, dass man jemanden Geliebtes verlieren könnte, steigt tendenziell. Etwas höher als letzte Woche ist die Wahrnehmung, man könne selbst nichts tun, um die Situation positiv zu beeinflussen – dies sollte man im Blick behalten.

Resilienz

Resilienz ist die psychische Widerstandskraft, die Fähigkeit, schwierige Lebenssituationen ohne anhaltende Beeinträchtigung zu überstehen. Im Rahmen der Corona-Krise schätzen sich jüngere Personen wie in der Vorwoche als weniger resilient und Menschen älter als 60 Jahre als resilienter ein als eine Vergleichsgruppe, die vor der Krise erhoben wurde. Resiliente Menschen nehmen das Risiko, sich anzustecken als geringer wahr und sind der Meinung, eine Infektion leichter verhindern zu können.

Psychologische Belastungen

- 52% der Befragten geben an, ihre persönliche Situation momentan als belastend zu empfinden; Ältere geben dies seltener an als Jüngere.
- Die Belastungen haben sich zur Vorwoche nicht verändert. Weiterhin zeigen jüngere Menschen eher akute Belastungs-Symptome als ältere, insbesondere mehr Langeweile, Einsamkeit, Niedergeschlagenheit, Nervosität und Angst.
- 91% gaben an, bislang noch nicht darüber nachgedacht zu haben, telefonische Beratungsangebote in Anspruch zu nehmen. Am häufigsten (2.4%) wurde die Telefonseelsorge genannt.

Familienzusammenhalt

- Die Sorge, nicht genug für die eigenen Kinder zu tun (stimme (eher) zu: 31 %), und der Umgang mit den Kinder im Alltag (stimme (eher) zu: 46 %) stellen aktuell für einige Eltern eine Herausforderung dar. Das Konfliktpotential für kleine und große Meinungsverschiedenheiten ist eher gering ausgeprägt. Inwieweit dies allerdings mit der Krisensituation zu tun hat ist unklar; dies sollte über den Verlauf betrachtet werden.

Wissen und Verhalten

- Grundkenntnisse über den Übertragungsweg, Inkubationszeit und Behandlungsoptionen von COVID-19 sind bei der Bevölkerung gut vorhanden. Nur noch 46% (Vorwoche 55%) gehen davon aus, dass nach einer durchgemachten Erkrankung keine Immunität besteht. Subjektiv fühlen sich die Bürger eher mittel bis gut informiert, Tendenz steigend.

Die Bevölkerung ist gut über entsprechende Schutzmaßnahmen informiert.

- 93% wissen, dass sie zuhause bleiben sollen, wenn sie krank sind (78% tun es), niedriger Zusammenhang.

Auch die geltenden Vorschriften zur physischen Distanzierung sind gut bekannt, werden aber teilweise nur unzureichend umgesetzt.

- 87% wissen, dass man öffentliche Orte meiden soll (89% tun es), mittlerer Zusammenhang.
- 65% der Personen, die wissen oder denken, sie könnten infiziert sein (n = 20) wissen, dass man sich bei Symptomen in Selbst-Quarantäne begeben soll (50% tun es, n = 10), mittlerer bis hoher Zusammenhang.
- Die Korrelationen zwischen gefühltem Wissen über Schutzverhalten und tatsächlich ergriffenem Schutzverhalten sind immer noch gering bis mittel. Sie ist insgesamt höher zwischen den offiziellen Regeln und dem aktuellen Verhalten als bei den freiwilligen Schutzmaßnahmen.
- Befragungsteilnehmende, die eine Verletzung der Verhaltensregeln wahrnahmen, haben in gut der Hälfte der Fälle den Verstoß angesprochen. gaben nur 6% an, in einem solchen Zusammenhang einmal die Polizei oder das Ordnungsamt gerufen zuhaben. Die Wahrscheinlichkeit Normverstöße der Polizei oder dem Ordnungsamt zu melden steigt, wenn sich Infizierte im persönlichen Umfeld befinden oder man chronisch krank ist. Die Wahrscheinlichkeit sinkt, je stärker man den Ausbruch als Medienhype empfindet oder man der Überzeugung ist, dass sich viele Menschen an die offiziellen Verhaltensvorschriften halten. Frauen melden seltener als Männer Normverstöße der Polizei oder dem Ordnungsamt.

Informationsquellen

- 74% (Vorwoche 73%) informieren sich häufig oder sehr häufig über Corona.
- Die folgenden Quellen werden als am relevantesten eingeschätzt (mathematisches Produkt aus Häufigkeit der Nutzung und Vertrauen): öffentlich-rechtliches Fernsehen, Webseiten der Gesundheitsbehörden, öffentlich-rechtliches Radio, Gespräche mit Familie/Freunden.
- Insgesamt wird das Ausbruchsgeschehen von vielen immer noch eher als Medienhype wahrgenommen (44% nehmen es als Medienhype wahr). Die Tendenz ist jedoch weiter sinkend. Die Ausbruchssituation als Medien-Hype wahrzunehmen führt zu einer geringeren Risikowahrnehmung.

Ausbruchsmanagement: Vertrauen, Verantwortlichkeit und Akzeptanz der Maßnahmen

- Das Vertrauen in das Gesundheitswesen und die Behörden ist nach wie vor hoch.
- Die Bevölkerung hat insgesamt am meisten Vertrauen in das RKI.
- Die Zustimmung auch zu restriktiveren Maßnahmen und die Bereitschaft zur persönlichen Einschränkung sind hoch, jedoch im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken (zwischen 1 und 7%).

Exit-Strategien

Aktuell wird darüber diskutiert, wie nach dem 19. April das Öffentliche Leben wieder aufgenommen werden kann. 52 % sprechen sich dafür aus, die Maßnahmen auch nach dem 19. April nicht zu lockern. Wer den Behörden mehr vertraut, das Virus als näher und sich schnell ausbreitend wahrnimmt, befürwortet eine Verlängerung der Maßnahmen. Wer das Ausbruchsgeschehen eher als Medienhype wahrnimmt, lehnt eine Verlängerung eher ab.

Auf weniger Zustimmung treffen Überlegungen, nach dem regionale Unterschied in den Maßnahmen gemacht werden oder nur noch die Hochrisikogruppe der Senioren in häuslicher Quarantäne verbleiben sollen. Letztere Maßnahme trifft vor allem bei älteren Befragungsteilnehmenden auf wenig Zuspruch.

Verstärktem Testen und häuslicher Quarantäne von Personen, die mit Infizierten Kontakt hatten, wird stark zugestimmt.

Maske tragen

- Die Bereitschaft, in der Öffentlichkeit eine Maske zu tragen ist v.a. bei Älteren hoch. Dies könnte ein Indiz dafür sein, dass sie sich einen Schutz vor Ansteckung erhoffen. Hier klarstellen, dass eine Maske v.a. vor der Übertragung auf andere schützt, nicht vor Ansteckung
- Mehr Maske trägt: wer im Gesundheitssektor arbeitet, Magazine als relevante Informationsquelle nutzt, weniger Vertrauen in die Behörden hat und denkt, dass sich das Coronavirus eher langsam ausbreitet.
- 69% halten es für eine wirksame Schutzmaßnahme, in der Öffentlichkeit Masken zu tragen
- 26% geben an, in der Öffentlichkeit Masken zu tragen
- Einer verpflichtenden Regelung stimmen 45% zu.

App zur Verfolgung von Transmissionsketten 60% sind eher bereit oder bereit, sich eine datenschutzkonforme App zu installieren; 14% würden sich eine solche App auf keinen Fall runterladen.

94% der Personen, die eine solche App nutzen würden, wären eher bereit oder bereit, ihre Kontaktdistanzhistorie mit dem Gesundheitsamt zu teilen. Die daraus folgende häusliche Quarantäne von Personen, die mit einem Infizierten Kontakt haben, ist sehr gut akzeptiert.

2 Schlussfolgerungen

- Seit Anfang März ist die **emotionale Besorgtheit, Risikowahrnehmung** und Dominanz des Themas deutlich und kontinuierlich gestiegen; die letzten 3 Wochen ist das Niveau jedoch relativ stabil geblieben.
- Das **Vertrauen in Behörden und das Gesundheitssystem** ist weiter hoch, das RKI genießt nach wie vor absolut höchstes Vertrauen.
- Die ergriffenen **Maßnahmen werden gut akzeptiert**, die Zustimmung für noch restriktivere Maßnahmen wie Ausrufung des Katastrophenfalls ist jedoch im Vergleich zur Vorwoche leicht gesunken.
- Immer noch gibt es eine **Kluft zwischen Wissen und Handeln**. Nach wie vor bleiben kranke Menschen selten Zuhause, bei COVID-19 Symptomen wird häufig keine Selbst-Quarantäne aufgesucht. Der Zusammenhang zwischen Wissen und Verhalten ist bei den Vorschriften größer als bei den freiwilligen Schutzmaßnahmen, aber besonders bei der Einschränkung nicht notwendiger Kontakte und Wege zu gering.
- Vereinzelt geben Personen an, dass sie Maßnahmen ergreifen (z.B. nicht an privaten Feiern teilnehmen), diese aber keine vorgeschriebenen Maßnahmen sind. Diese Unterschiede könnten darauf hinweisen, dass noch klarer gemacht werden muss, welches die zentralen Verhaltensregeln sind. **Einheitliche Regelungen und Sanktionen** können dabei helfen.

- **Wissen** um Immunität nach der Erkrankung ist gestiegen, neues Wissen (z.B. über neue Symptome wie vorübergehenden Geschmacks- und Geruchsverlust) wird schnell aufgenommen
- **Wirtschaftliche und gesellschafts-bezogene Sorgen** sind derzeit größer als die Sorgen, jemanden zu verlieren. Diese steigt jedoch langsam.
- **Ältere** nehmen immer noch eine geringere Erkrankungswahrscheinlichkeit wahr, fühlen sich psychisch widerstandsfähiger, weniger belastet und weniger einsam als Jüngere.
- **Jüngere** leider an Situation stärker als Ältere und denken eher, dass andere sich nicht an die öffentlich verordneten Maßnahmen halten. Wer denkt, dass sich andere nicht an Schutzmaßnahmen halten, hält sich selbst auch eher nicht dran.
- **Familien mit Kindern** stehen mit Blick auf das familiäre Klima vor besonderen Herausforderungen.
- **Exit-Strategien:** 52% sind für eine Verlängerung der Maßnahmen nach dem 19. April. Zielgruppenspezifische Lockerungen sind derzeit noch nicht gut akzeptiert, insbesondere von betroffenen Zielgruppen (z.B. Ältere oder Großstädter, für die einschränkende Maßnahmen möglicherweise länger gelten könnten).
- Eine freiwillige, datenschutzkonforme **Tracing-App** sowie die daraus folgenden Maßnahmen zur Eindämmung der Infektionsketten in Deutschland (häusliche Quarantäne von Kontaktpersonen) sind gut akzeptiert.

3 Empfehlungen

- Die WHO empfiehlt, viel zu testen, Kontaktketten zu identifizieren, Erkrankte zu isolieren und Kontaktpersonen in häusliche Quarantäne zu schicken. Die Befragung ergab eine gute erste Akzeptanz einer **Tracing-App**, die potenziell Infizierte schnell informiert. Auch verstärktem Testen und häuslicher Quarantäne von Personen, die mit Infizierten Kontakt hatten, wird stark zugestimmt. Es sollte erwogen werden, die App als Teil in eine Gesamtstrategie einzubinden.
- Große Teile der Bevölkerung sind bereit, **Masken in der Öffentlichkeit** zu tragen. Hierbei muss stark darauf hingewiesen werden, dass diese eine eigene Ansteckung nicht verhindern können.
- Zielgruppenspezifische Lösungen, die Regeln für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen aufheben, sind derzeit nicht sehr gut akzeptiert, vor allem von den davon betroffenen Bevölkerungsgruppen. Sollten **zielgruppenspezifischen Lockerungen der Maßnahmen** geplant werden, sollten frühzeitig umfassende kommunikative Maßnahmen ergriffen werden.
- Hinweise und einfach zugängliche **Angebote zur psychologischen Krisenbewältigung** über Kanäle, die vor allem von jungen Menschen genutzt werden, sind dringend geboten. Diese sind v.a. öffentlich-rechtliches Fernsehen, Webseiten der Gesundheitsbehörden und soziale Medien sowie Suchmaschinen - Angebote sollten also besonders gut in Suchmaschinen zu finden sein, z.B. durch Werbeanzeigen. Telefonische Beratungsangebote könnten geeignet sein, um insbesondere Menschen, die mit dem Corona-Virus infiziert sind und somit in der Regel in Quarantäne sein dürften, zu unterstützen.
- Die Maßnahmen sollten immer stark mit Bezug auf den Einzelnen kommuniziert werden - was bedeutet physische Distanzierung, Schulschließung, der Katastrophenfall für mich? Einfache **Daumenregeln** sollten kommuniziert werden: z.B. 1,50 Meter – wie viel ist das? Das hilft bei der Umsetzung.
- Soziale Normen sollten kommuniziert werden und **Verstöße gegen die verordneten Maßnahmen** sanktioniert werden, es ist wichtig zu wissen, dass andere sich auch an die Regeln halten
- Es muss noch deutlicher werden: bei COVID-19 Symptomen in **Selbst-Quarantäne!** Wer krank ist muss zuhause bleiben!
- Während der Corona Pandemie sind die Gemeinschaft und die Solidarität existenziell. Es ist weiterhin wichtig und notwendig an die Solidarität zu appellieren und so das Bewusstsein der Zusammengehörigkeit und gegenseitiger Hilfsbereitschaft, über allen Menschengruppen hinweg, zu stärken.

4 Methode

4.1 Stichprobe

Die 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 5 wurden 1030 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).

4.2 Messungen

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, Alleinerziehenden Status, 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 abgefragt (Bsp: *Wie lang ist die Inkubationszeit [...] des neuartigen Coronavirus?* ca. 3 Tage / ca. 7 Tage / ca. 14 Tage / weiß nicht) erhoben.

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)

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).

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

Informationsquellen. Vertrauen und Nutzungshäufigkeit für verschiedene Medien (11-22 Items, z.B.: privates Fernsehen, Websites von Gesundheitseinrichtungen). Beginnend mit Welle 2 wurde auch generelle Informationssuche abgefragt (nie - sehr oft).

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* sehr wenig Vertrauen (1) – sehr viel Vertrauen (7), (0) keine Angabe möglich, Pearson & Raeke, 2000, Schweitzer et al., 2006).

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))

Krisenverhalten. In 7-10 Items wird Verhalten abgefragt, dass wöchentlich auf die öffentliche Diskussion angepasst wird (z.B. *Kauf großer Mengen von Lebensmitteln und Toilettenpapier, 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)).

Falschmeldungen. Mit offenem Antwortformat werden die Probanden 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?* sehr wenig Sorgen (1) – sehr viele Sorgen (7)) Krisenspezifische Ängste erhoben.

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).

Resilienz. In Welle 4 und 5 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.

4.3 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.

5 Psychologische Lage

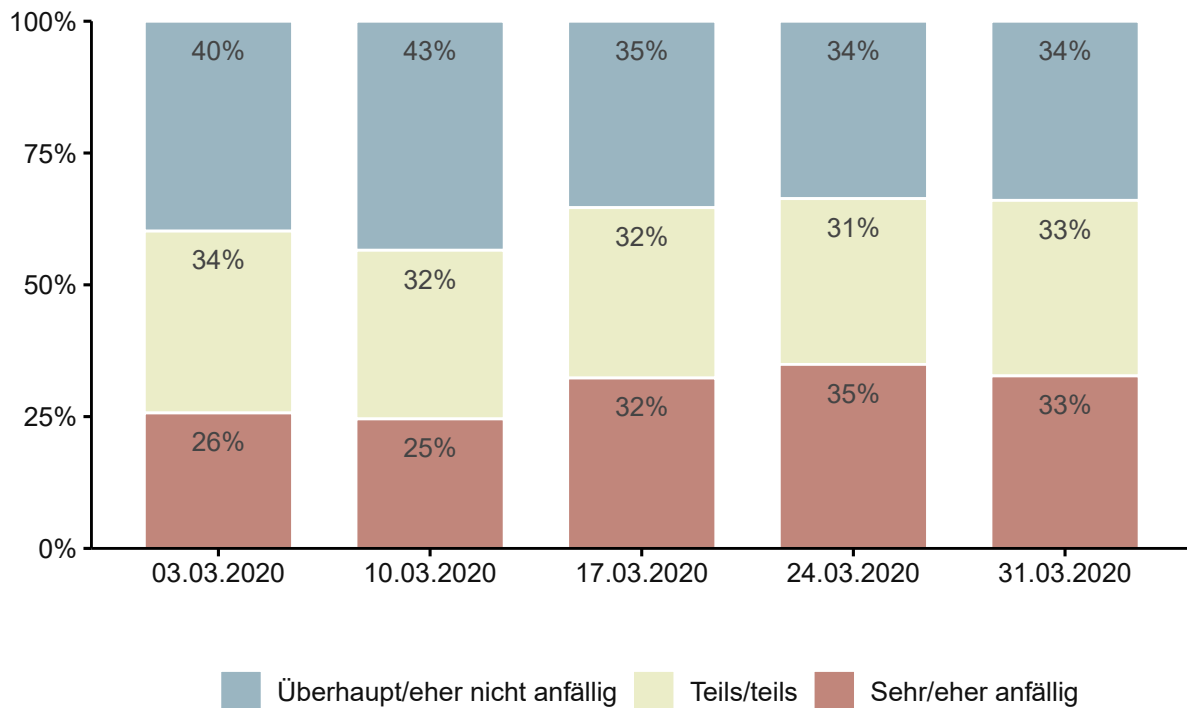
Für menschliches Entscheiden ist die Wahrnehmung von Risiken wichtig, für Verhalten spielen zudem Emotionen wie Angst oder das Gefühl, bedroht zu sein, eine Rolle. Ferner sind Kontrollüberzeugungen relevant – wenn ich mich schützen will, habe ich dann das relevante Wissen, bin ich sicher, dass ich mich schützen kann?

Die folgenden Grafiken zeigen zunächst den aktuellen Stand und die Veränderung der relevanten Variablen. Weiter unten wird exploriert, inwiefern diese Variablen auch mit effektivem Schutzverhalten oder anderen Verhaltensweisen wie Hamsterkäufen zusammenhängen (siehe Abschnitt “Wer verhält sich wie?”).

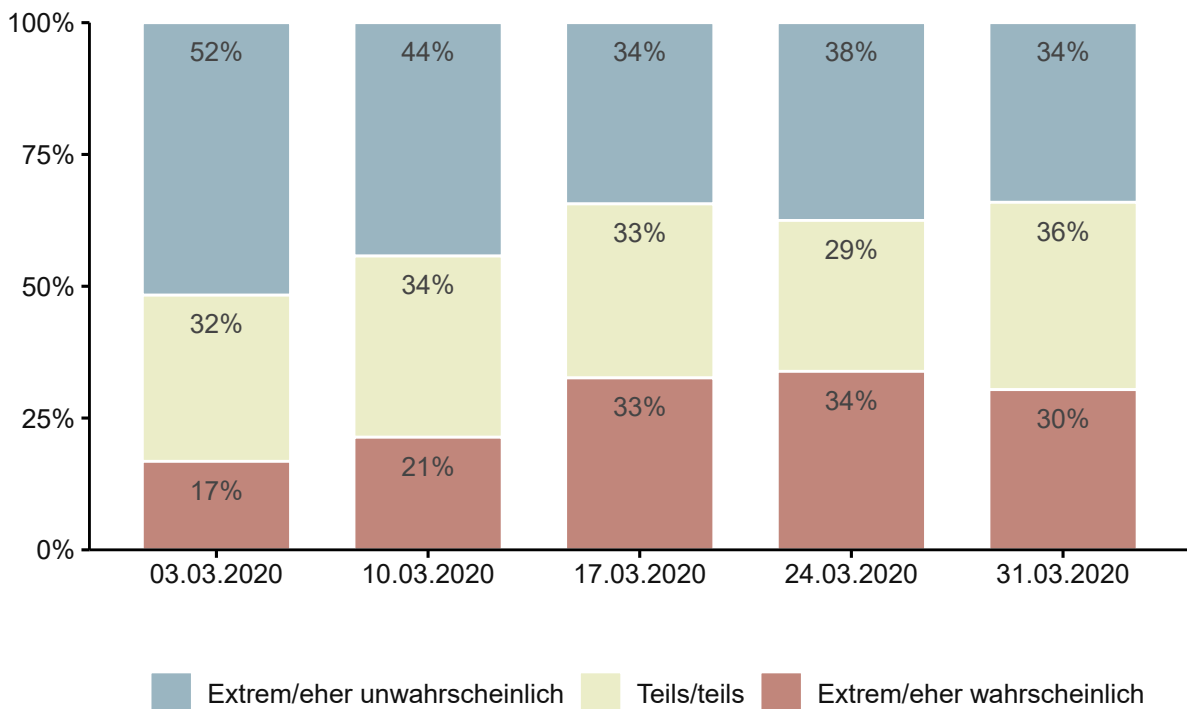
5.1 Risikowahrnehmung

Die folgenden drei Grafiken zeigen verschiedene Aspekte der Risikowahrnehmung im Verlauf der Erhebungen. Im Vergleich zur Vorwoche sind nur geringfügige Unterschiede in den drei Indikatoren für Risikowahrnehmung (Anfälligkeit, Wahrscheinlichkeit, Schweregrad) zu verzeichnen.

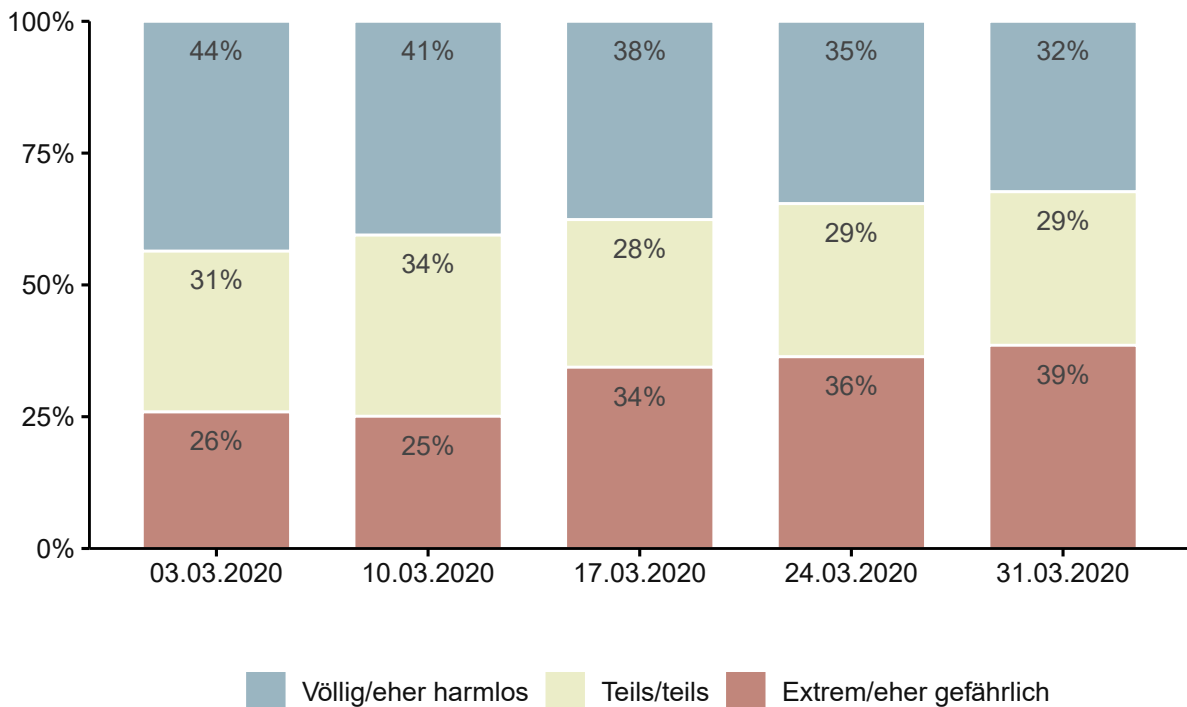
Als wie anfällig schätzen Sie sich für eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus ein?



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?



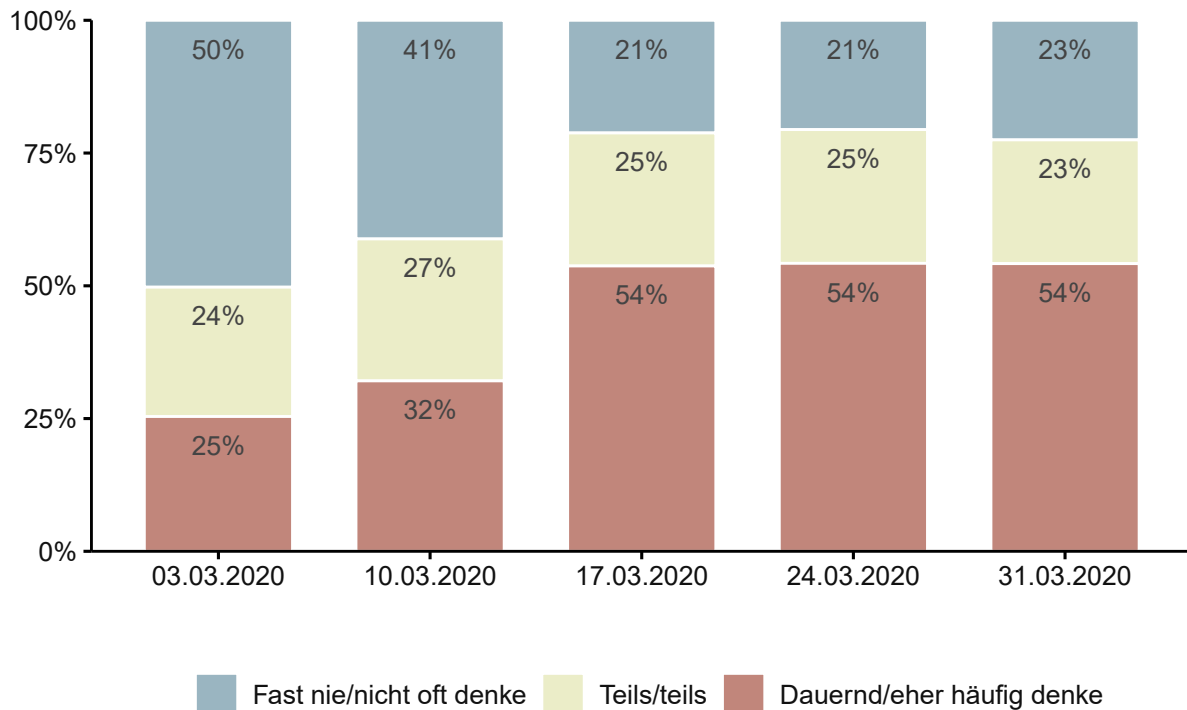
5.2 Corona und Emotionen

Die folgenden drei Grafiken zeigen verschiedene emotionale Aspekte über den Verlauf der Erhebungen. Es ist ein Anstieg für die Dominanz des Themas, die Angst und Besorgnis im Vergleich zu Anfang März zu verzeichnen. Die Ergebnisse in dieser Woche sind vergleichbar zur Vorwoche. Ältere Menschen sorgen sich mehr ($r = 0.17$) und haben mehr Angst ($r = 0.14$) als jüngere Menschen. Ältere und jüngere Menschen denken gleichmaßen häufig an den Coronavirus ($r = -0.01$).

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

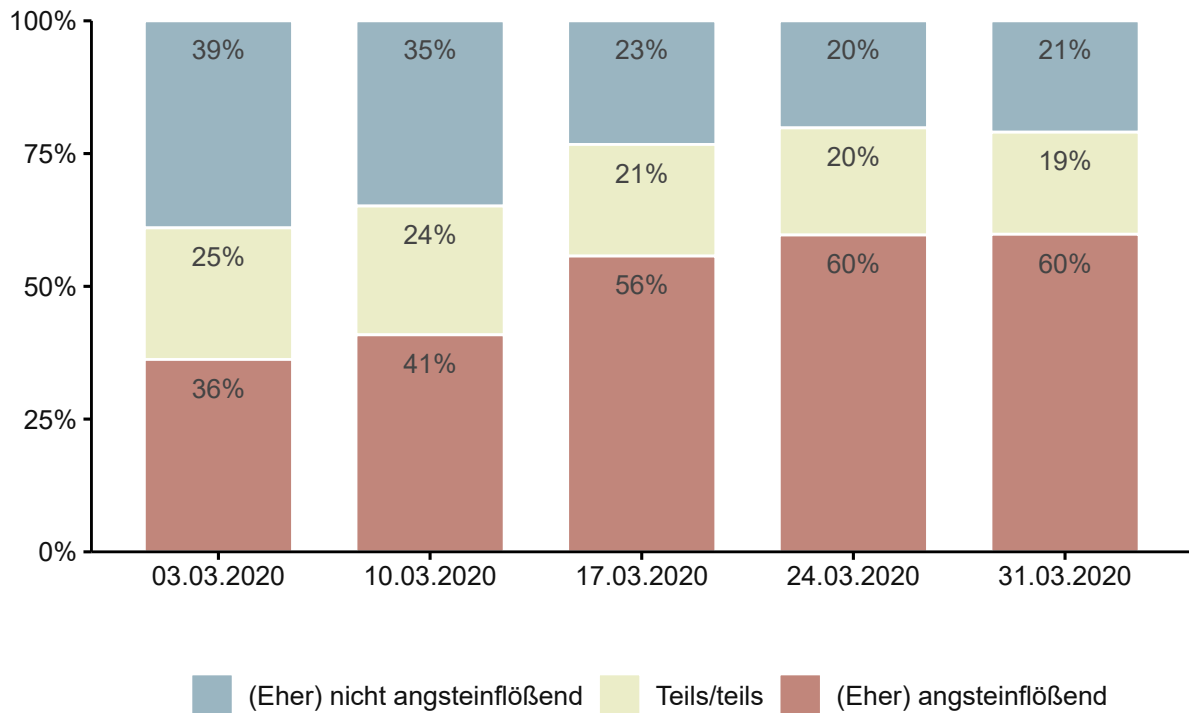
Dominanz des Themas

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



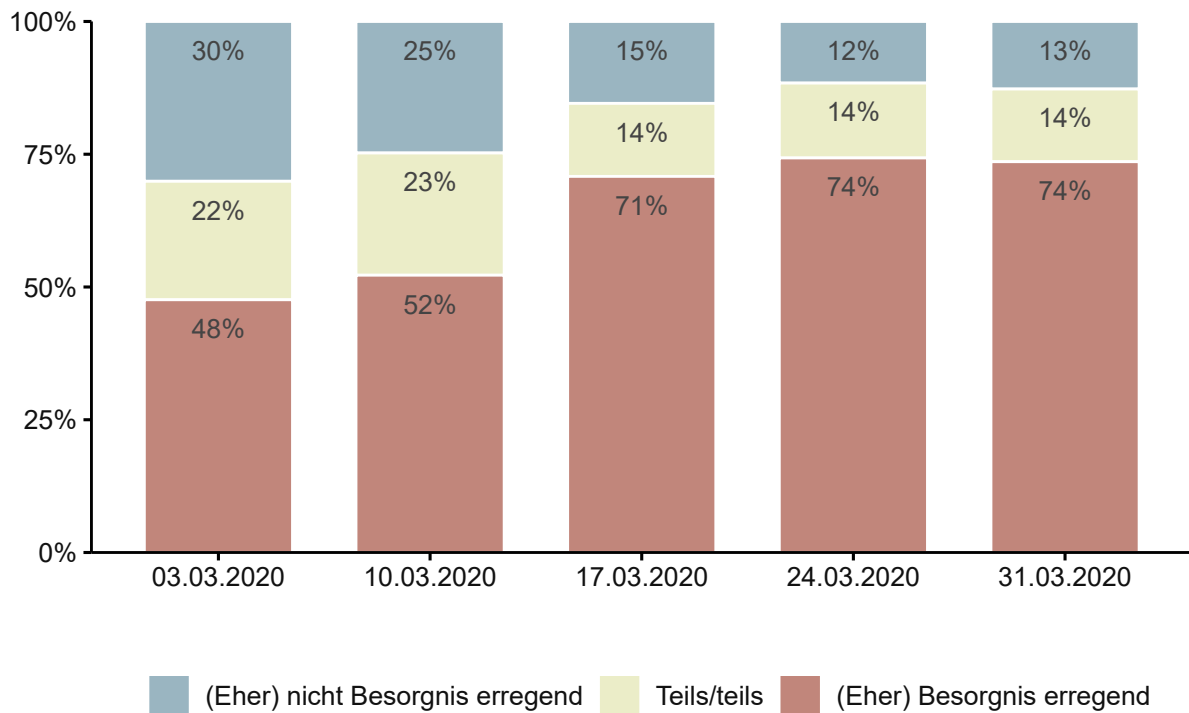
Angst

Das neuartige Coronavirus ist für mich ...



Besorgnis

Das neuartige Coronavirus ist für mich ...



5.3 Sorgen und Ängste

Verschiedene Sorgen und Ängste können über die Zeit relevant werden. Die größten Ängste betreffen wirtschaftliche und gesellschaftliche Folgen sowie eine mögliche Überlastung des Gesundheitssystems.

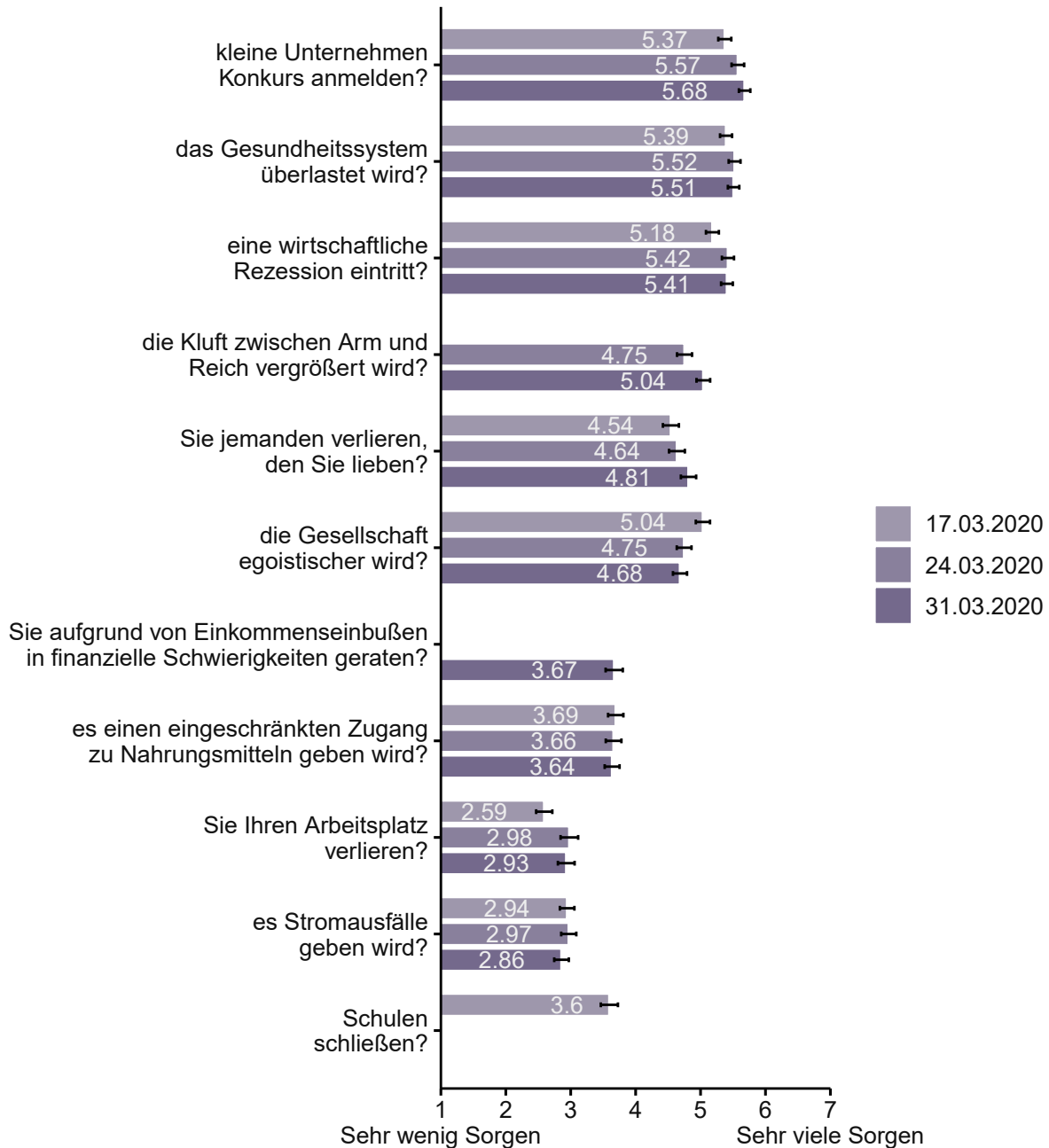
Dunklere Balken sind aktuellere Daten.

Im Vergleich zur Vorwoche ist die Sorge gestiegen, dass die Kluft zwischen Arm und Reich sich vergrößern wird.

Wie viele Sorgen machen Sie sich, dass...

Bewertet auf einer Skala von 1 (sehr wenig Sorgen) bis 7 (sehr viele Sorgen).

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



Hinweis: Ist nur ein Balken zu sehen, sind die Fragen nur in einer Welle abgefragt worden: “Schulen schließen” (nur Welle 3), “die Kluft zwischen Arm und Reich vergrößert wird” (ab Welle 4) und “Sie aufgrund von Einkommenseinbußen in finanzielle Schwierigkeiten geraten (z.B. durch Kurzarbeit)?” (ab Welle 5). Die Angabe zur Aussage “... dass Sie Ihren Arbeitsplatz verlieren?” ist nicht verpflichtend (gültige Angaben: Welle 3 n = 963, Welle 4 n = 903, Welle 5 n = 990).

5.4 Umgang mit der Situation

Verschiedene Maßnahmen können helfen, die Herausforderungen reduzierter Kontaktmöglichkeiten zu bewältigen. Wir haben den unterschiedlichen Umgang für Personen, die sich in unfreiwilliger Quarantäne befinden (mit Symptomen) sowie gesplittet nach Alter untersucht.

Diese Fragen sind in der Welle 4 hinzugefügt worden.

Im Vergleich zur Vorwoche geben die Befragungsteilnehmenden signifikant häufiger an, nichts tun zu können, um die Situation positiv zu beeinflussen und sich zu langweilen.

Weitere Analysen zeigen:

Für die Aussage „Ich telefoniere oder tausche mich über digitale Medien mit Familie, Freunden und Bekannten aus“ liegt der Mittelwert auf einer Skala von 1 bis 7 insgesamt auf einem hohen Niveau ($M=5,57$); mit 5,84 signifikant höher bei den weiblichen Befragten als bei den männlichen Befragten ($M=5,29$). Diese Werte lagen in der vergangenen Woche ähnlich hoch.

Bezogen auf die Aussage „Ich erhalte Unterstützungsangebote durch Familie, Freunde oder Nachbarn“ sagen eher Ältere als Jüngere und eher Menschen, die mit dem Corona-Virus infiziert sind oder Infizierte in ihrem Umfeld haben, dass dies auf sie zutreffe. Mit 3,73 liegt der mittlere Gesamtwert in der aktuellen Erhebung signifikant unter dem der vergangenen Woche mit 4,04.

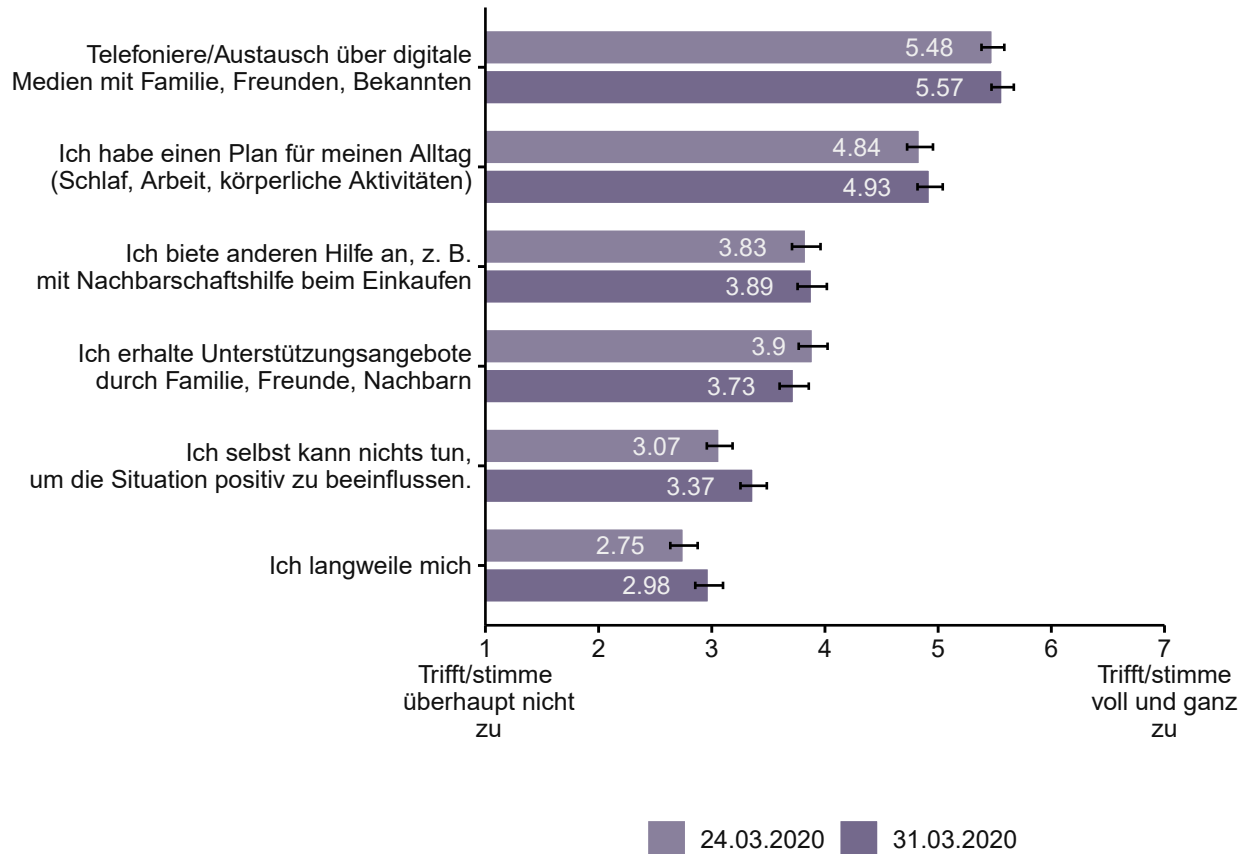
Für die Aussage „Ich habe einen Plan für meinen Alltag in Bezug auf Schlaf, Arbeit oder körperliche Aktivitäten“ lag der Gesamtmittelwert in der vergangenen Woche bei 4,86, in dieser Woche bei 4,93. Eher Ältere als Jüngere geben an, dass sie einen Plan haben. Eher Jüngere als Ältere hingegen sagen, dass die Aussage „Ich langweile mich“ auf sie zutrifft.

Die Aussage „Ich selbst kann nichts tun, um die Situation positiv zu beeinflussen“ erfährt weniger Zustimmung. Auf einer Skala von 1 bis 7 liegt der Mittelwert weiterhin auf einem eher niedrigen Niveau ($M=3,37$), stieg allerdings signifikant von 3,07 in Welle 4 (24.03.2020) an.

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

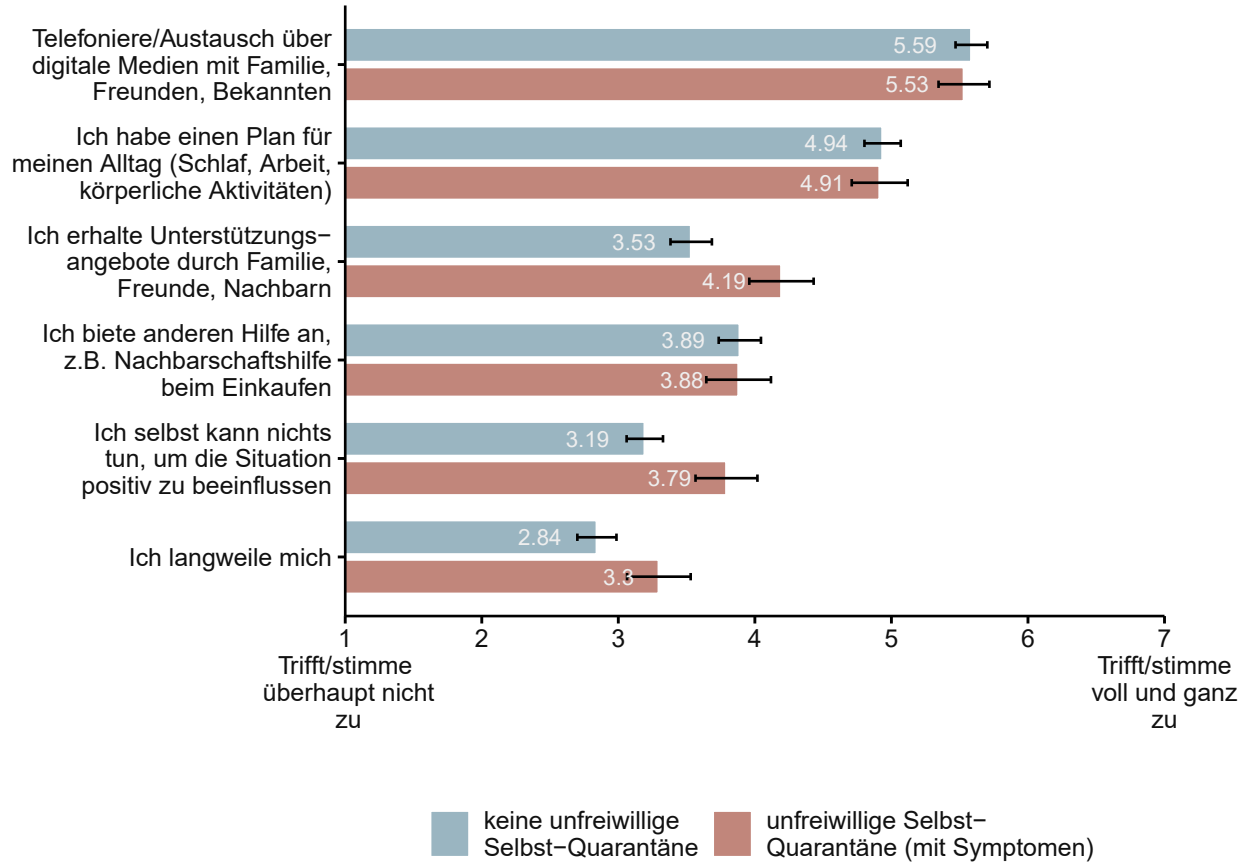
Bewertet auf einer Skala von 1 (Trifft/stimme überhaupt nicht zu) bis 7 (Trifft/stimme voll und ganz zu).

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



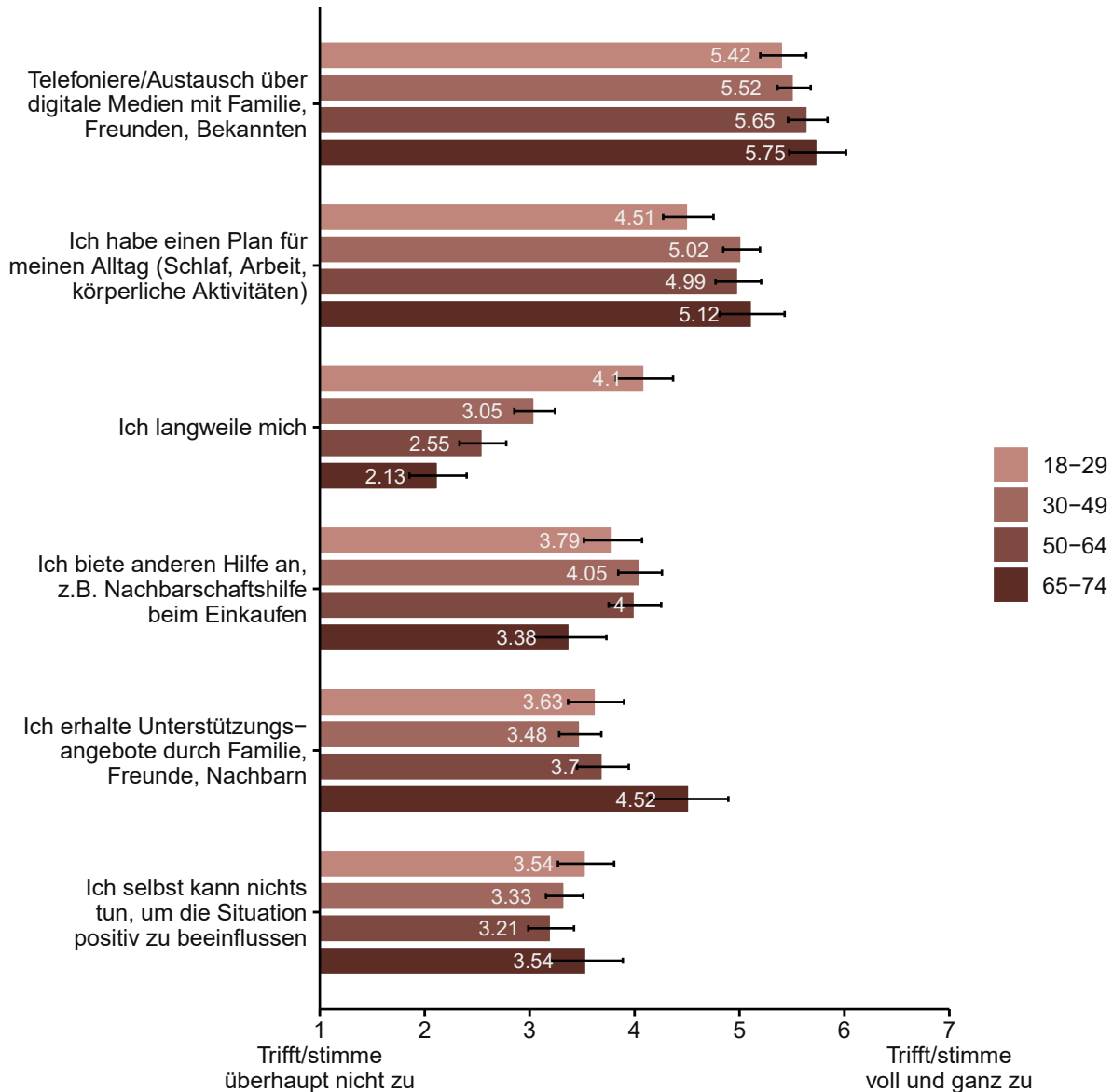
Wie sehr treffen die folgenden Aussagen in der aktuellen Situation auf Sie zu?

Bewertet auf einer Skala von 1 (Trifft/stimme überhaupt nicht zu) bis 7 (Trifft/stimme voll und ganz zu). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle. Ergebnisse der aktuellen Welle (31.03.2020)



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

Bewertet auf einer Skala von 1 (trifft/stimme überhaupt nicht zu) bis 7 (trifft/stimme voll und ganz zu). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle. Ergebnisse der aktuellen Welle (31.03.2020)



6 Wissen und Verhalten

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

6.1 Gefühltes und echtes Wissen über COVID-19

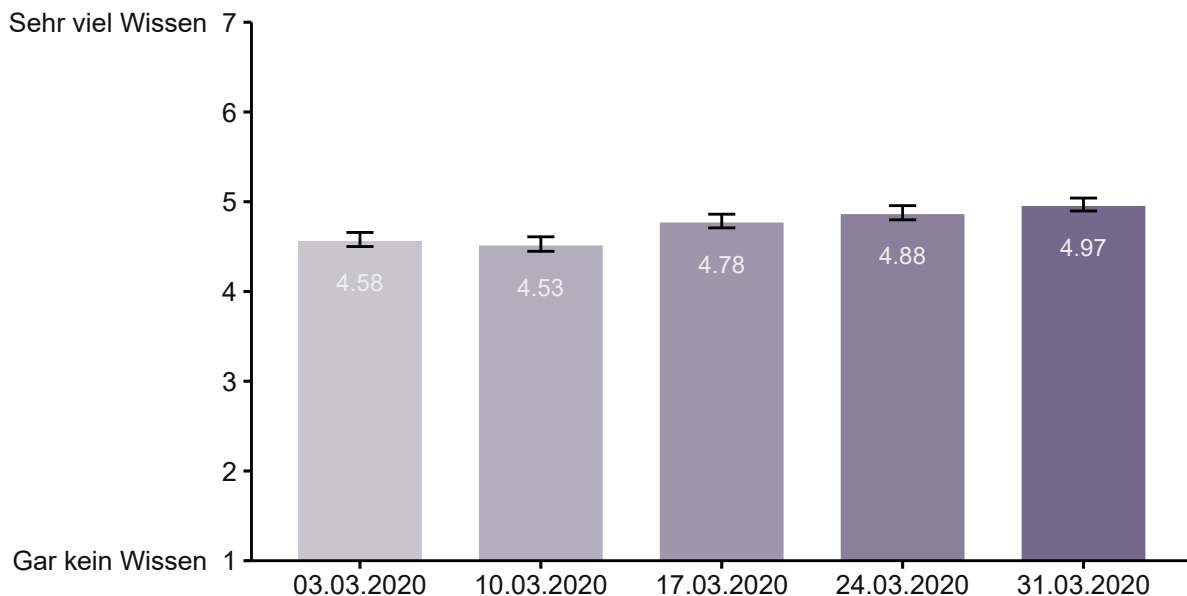
Die folgende Grafik zeigt den aktuellen Stand und die Veränderung des selbst eingeschätzten und tatsächlichen mittleren Wissens zu COVID-19. Achtung, selbst eingeschätztes Wissen wurde allgemein abgefragt, tatsächliches Wissen sind 3 Wissensfragen zu Behandlungsoptionen, Übertragung und Inkubationszeit. Das gefühlte Wissen steigt langsam, offenbart aber auch Unsicherheiten, die möglicherweise die wissenschaftlichen Unsicherheiten spiegeln.

Der Zusammenhang zwischen selbst eingeschätztem Wissen und tatsächlichem Wissen über COVID-19 ist gering, Korrelation (r): 0.12

Wahrgenommener Wissensstand über COVID-19

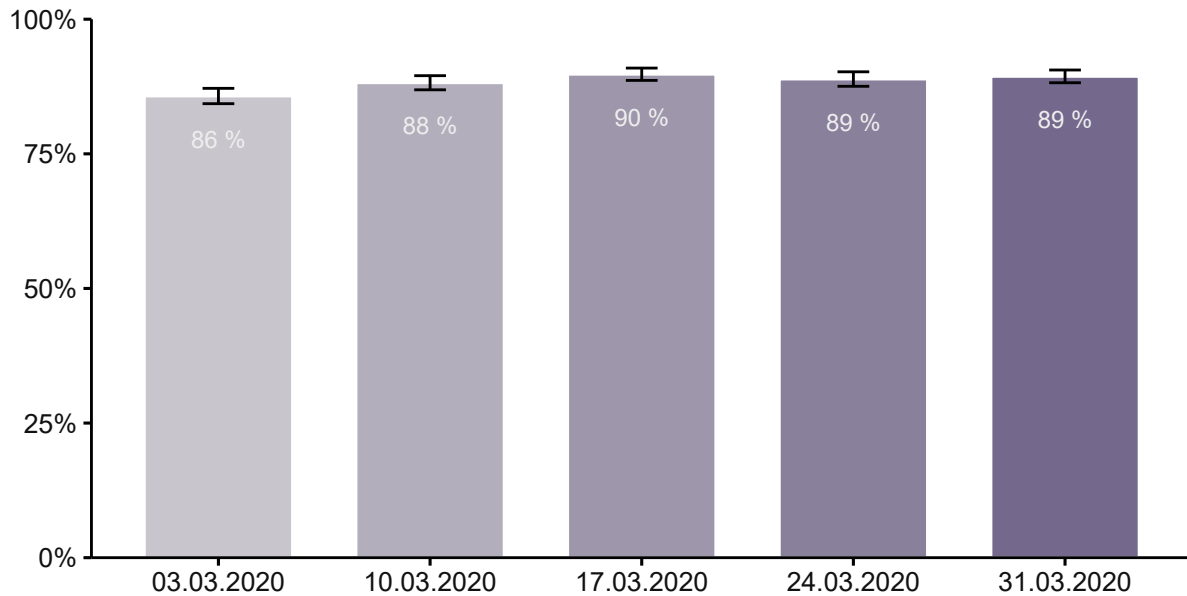
Der selbsteingeschätzte Wissensstand wurde auf einer Skala von 1 (gar kein Wissen) bis 7 (sehr viel Wissen) erfasst.

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).

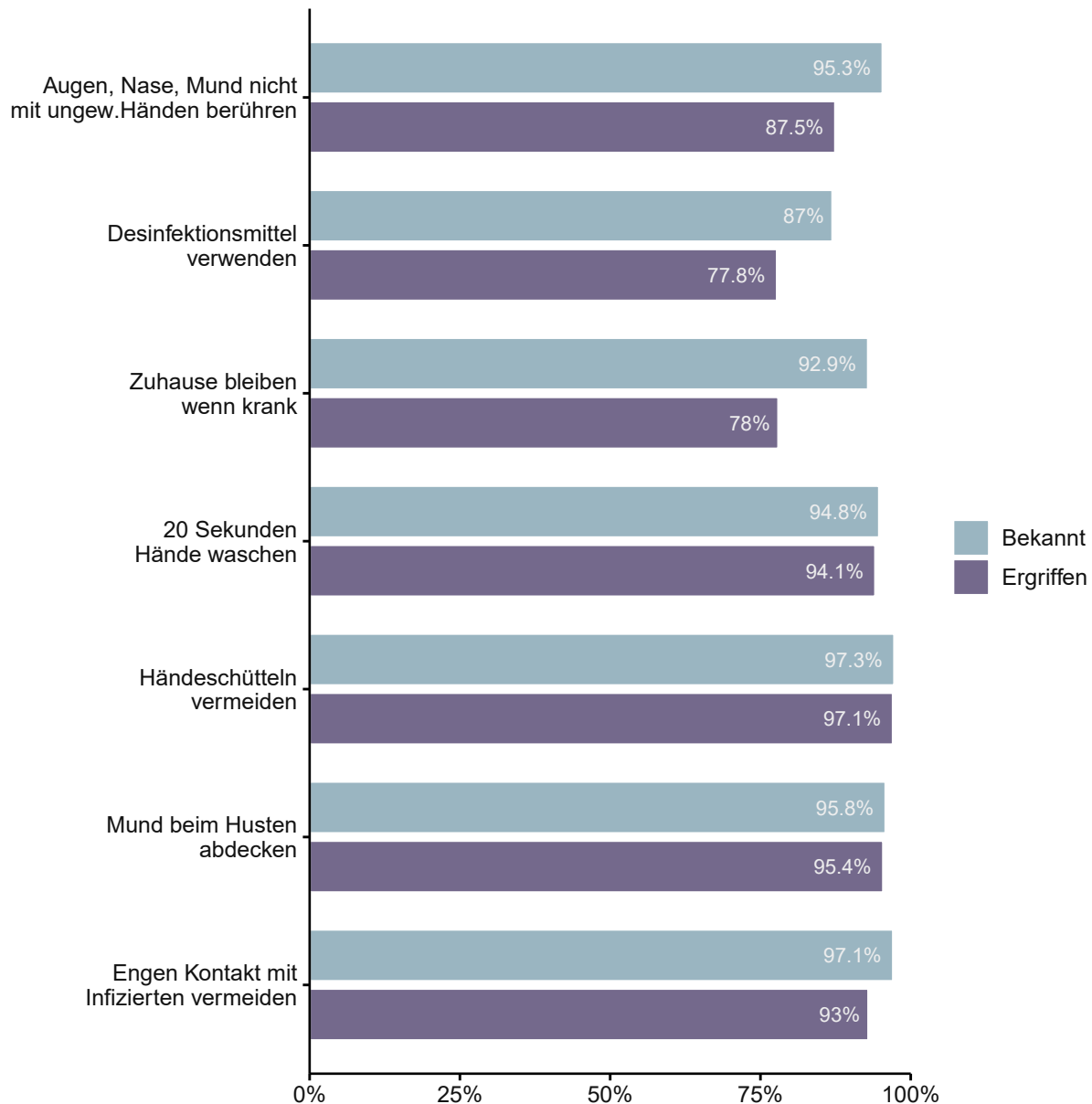
6.2 Wirksame Schutzmaßnahmen

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

Die Erfassung folgender Items hat sich in Welle 5 verändert: Selbst-Quarantäne (mit und ohne Symptome), 1,50m Abstand und öffentliche Orte meiden werden nun unter "offizielle Verfügungen" dargestellt.

Präventivmaßnahmen kennen und ergreifen

Anteil der Personen, die (a) Präventivmaßnahmen korrekt erkannt haben und (b) diese tatsächlich einsetzen (falls anwendbar).
Ergebnisse der aktuellen Welle (31.03.2020)



Hinweis: Die prozentualen Angaben zum Item "Selbst-Quarantäne bei Symptomen" beziehen sich nur auf jene Befragungsteilnehmende, die angaben selbst infiziert zu sein oder dies vermuten (Welle 5 n = 20).

Schutzmaßnahmen: Wissen und Verhalten

Im Folgenden wird hier der Zusammenhang zwischen Wissen um wirksame Schutzmaßnahmen und tatsächlich durchgeführtes Verhalten über die Zeit exploriert.

Interpretation der Korrelationskoeffizienten r: In der folgenden Übersicht zeigen höhere Werte einen stärkeren Zusammenhang an, Werte nahe Null zeigen, dass es keinen Zusammenhang gibt, um 0.1 einen kleinen

Zusammenhang. Werte um 0.3 zeigen einen mittleren Zusammenhang, ab 0.5 spricht man von einem starken Zusammenhang. Ein negatives Vorzeichen bedeutet, dass hohe Werte auf der einen Variable mit niedrigen Werten auf der anderen Variable auftreten. p-Werte < 0.5 zeigen statistisch bedeutsame Zusammenhänge an.

	3.3.2020		10.3.2020		17.3.2020		24.3.2020		31.3.2020	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Allgemeiner Zusammenhang zwischen Wissen und Handeln	.21	<.001	.32	<.001	.25	<.001	.46	<.001	.30	<.001
Häufiger Hände waschen	.30	<.001	.41	<.001						
Augen, Nase und Mund nicht mit ungewaschenen Händen berühren	.34	<.001	.39	<.001	.20	<.001	.30	<.001	.22	<.001
Zuhause bleiben, wenn krank	.32	<.001	.19	<.001	.23	<.001	.12	<.001	.13	<.001
Desinfektionsmittel verwenden	.40	<.001	.37	<.001	.38	<.001	.35	<.001	.36	<.001
Mund beim Husten bedecken	.34	<.001	.42	<.001	.28	<.001	.33	<.001	.21	<.001
Engen Kontakt mit infizierten Personen vermeiden	.18	<.001	.13	<.001	.13	<.001	.08	.013	.03	.271
Orte meiden, an denen sich viele Menschen aufhalten	.24	<.001	.31	<.001	.31	<.001				
Öffentliche Orte vermeiden							.39	<.001		
20 Sekunden Händewaschen			.53	<.001	.51	<.001	.50	<.001	.35	<.001
Händeschütteln vermeiden					.40	<.001	.53	<.001	.42	<.001
Abstand von 1,50 Metern einhalten							.46	<.001		
Selbst-Quarantäne ohne Symptome							.40	<.001		
Selbst-Quarantäne mit Symptomen							.40	.292		

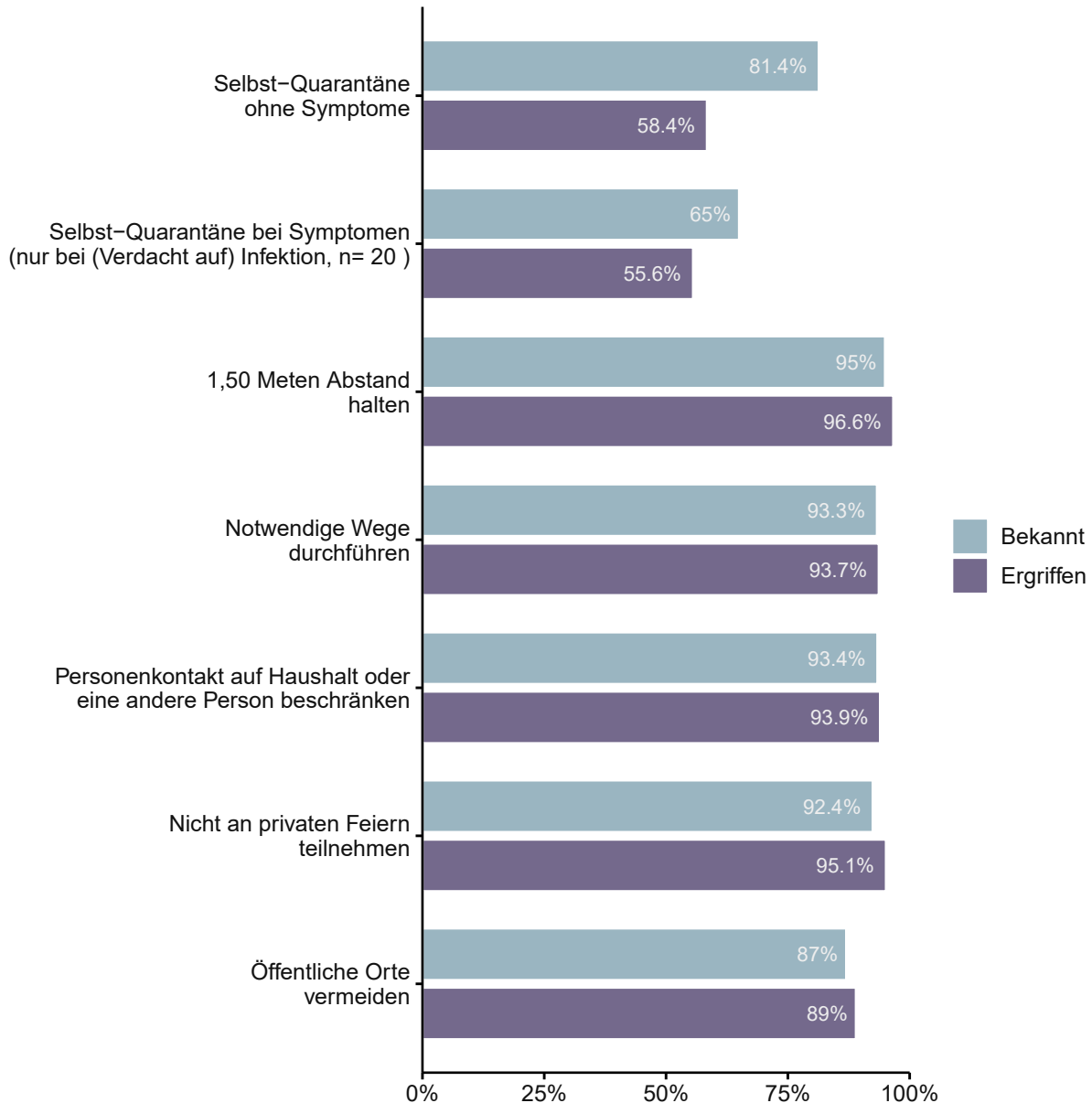
Hinweis: "Selbst-Quarantäne mit Symptomen" nur bei Verdacht auf oder bestätigte Infektion, Welle 4: n = 9.

6.3 Offizielle Verfügungen

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

Offizielle Verfügungen kennen und befolgen

Anteil der Personen, die (a) offizielle Verfügungen korrekt erkannt haben und (b) diese tatsächlich befolgen (falls anwendbar).
Ergebnisse der aktuellen Welle (31.03.2020)



Offizielle Verfügungen: Wissen und Verhalten

Im Folgenden wird hier der Zusammenhang zwischen Wissen um öffentliche Verfügungen und tatsächlich durchgeführtes Verhalten exploriert.

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

	31.3.2020	
	r	p
Abstand von 1,50 Metern einhalten	.44	<.001
Selbst-Quarantäne ohne Symptome	.15	<.001
Selbst-Quarantäne mit Symptomen	.52	1.000
Öffentliche Orte vermeiden	.35	<.001
Nicht an privaten Feiern teilnehmen	.29	<.001
Nur notwendige Wege durchführen	.29	<.001
Personenkontakt beschränken	.30	<.001

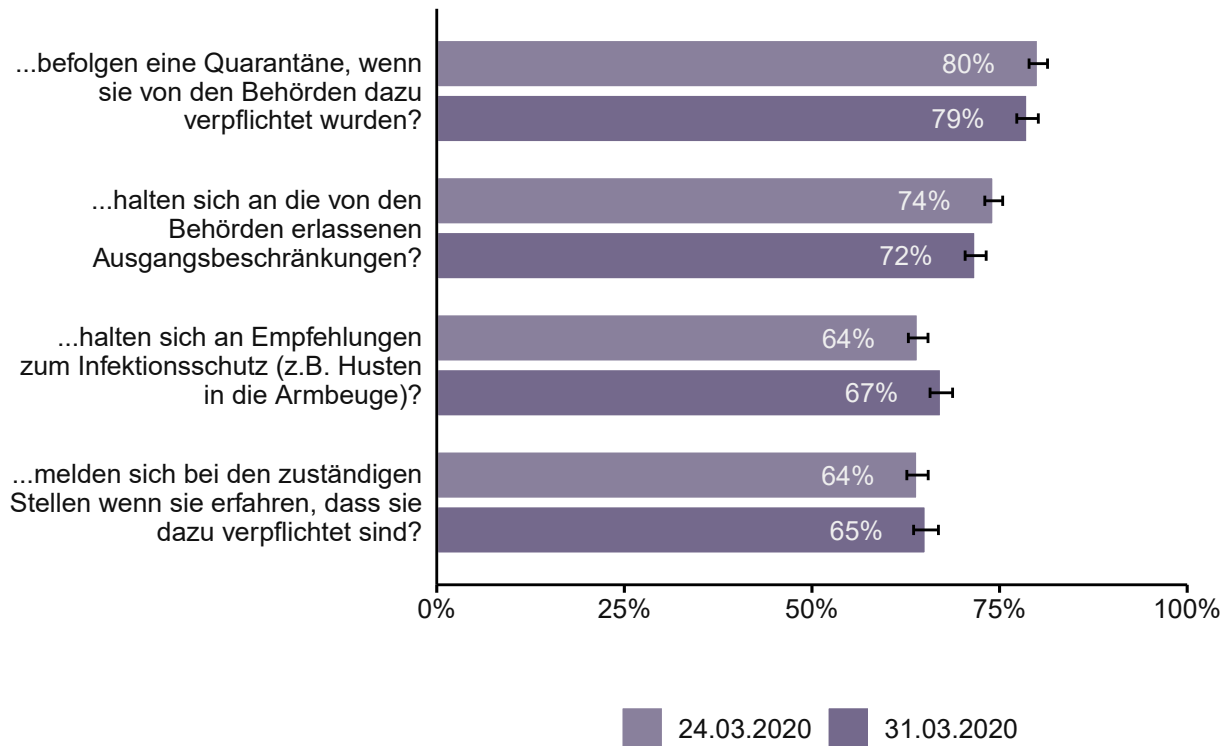
6.4 Soziale Normen

Menschen sind soziale Wesen und richten ihr Verhalten auch danach aus, was andere tun. Soziale Normen, also die Wahrnehmung, wie viele Menschen ein bestimmtes Verhalten zeigen, kann daher die Bereitschaft beeinflussen, selbst das Verhalten zu zeigen. Daher wurden in Welle 4 erstmalig soziale Normen erfasst.

Die Daten zeigen beispielsweise, dass die Bevölkerung im Mittel davon ausgeht, dass nur 79% der Menschen, die sich an Quarantäneregeln halten müssen, dies auch tun. Die zweite Grafik zeigt wie die Altersgruppen das Ausmaß des regelkonformen Verhaltens einschätzen.

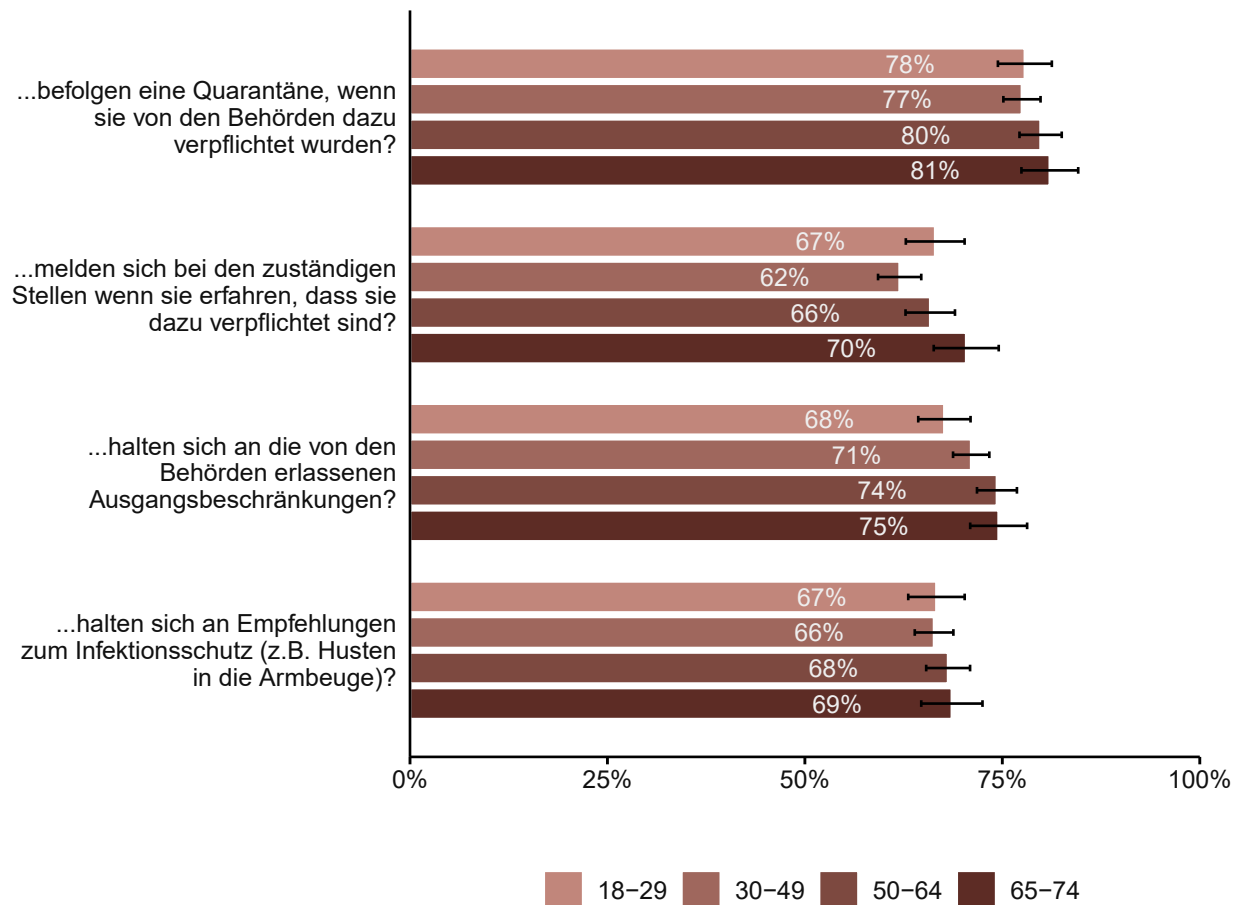
Was glauben Sie, wieviel Prozent der Deutschen...

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



Was glauben Sie, wieviel Prozent der Deutschen...

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.
Aktuelle Erhebungswelle (31.03.2020)



Im Folgenden wird der Zusammenhang zwischen den sozialen Normen und selbst ergriffenem Schutzverhalten 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 auf der einen Variable mit niedrigen Werte auf der anderen Variable auftreten. Fettdruck zeigt statistisch bedeutsame Zusammenhänge an.

Geschätzte Prozentzahl der Anderen, die sich an die Empfehlungen zum Infektionsschutz halten ...

- und selbst Mund beim Husten bedecken: 0.05
- und selbst 20 Sekunden Händewaschen: 0.1
- und selbst Händeschütteln vermeiden: 0.09
- und selbst in der Öffentlichkeit einen Abstand von 1,50 Metern zu anderen Menschen einhalten (ab Welle 4): 0.11

Geschätzte Prozentzahl der Anderen, die eine verpflichtende Quarantäne befolgen ...

- und Selbst-Quarantäne ohne Symptome: -0.06
- und Selbst-Quarantäne mit Symptomen (nur bei Verdacht auf oder bestätigte Infektion, n = 29): 0.15

Geschätzte Prozentzahl der Anderen, die sich an die von den Behörden erlassenen Ausgangsbeschränkungen halten ...

- und selbst Öffentliche Orte vermeiden: 0.12
- und Selbst-Quarantäne mit Symptomen (ab Welle 4; nur bei Verdacht auf oder bestätigte Infektion, n = 29): 0.13

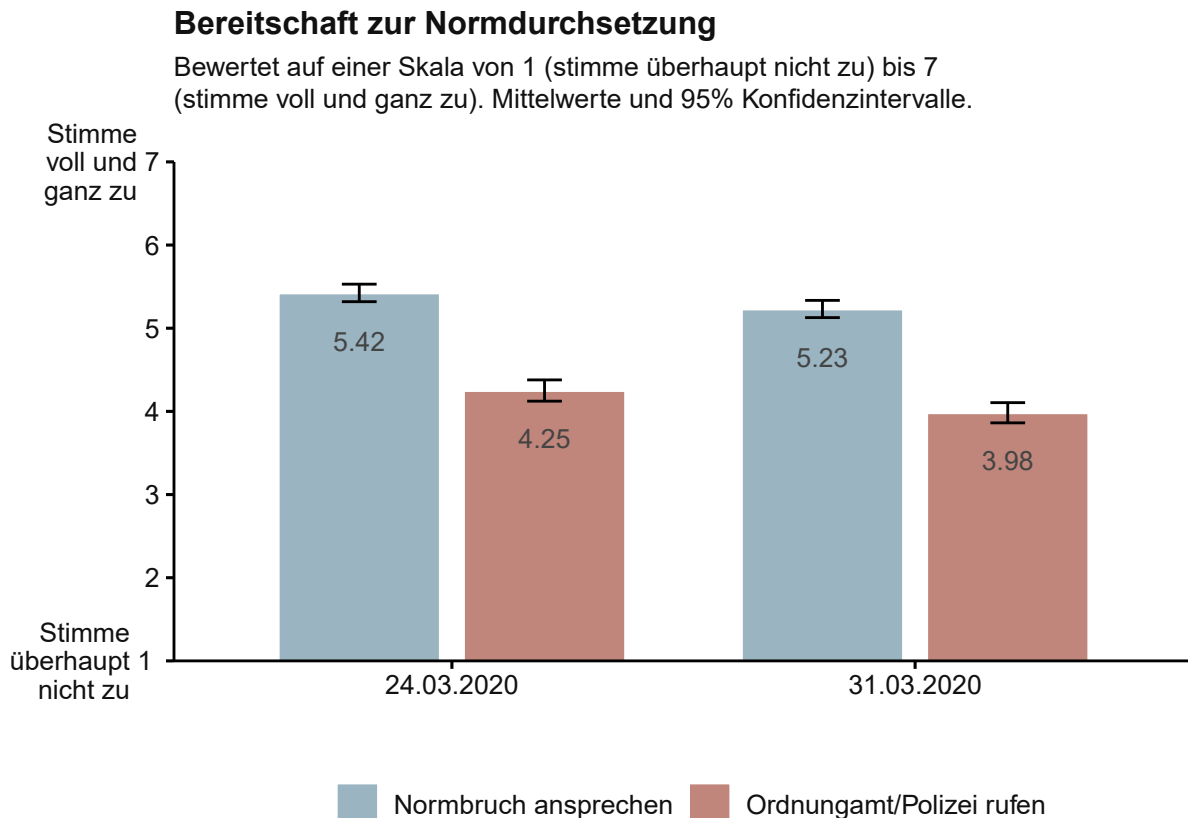
6.5 Durchsetzung der verordneten Maßnahmen

Ab der vierten Welle wurde die Bereitschaft, sich selbst bei der Durchsetzung der verordneten Maßnahmen einzubringen, erfasst und ab Welle 5 ob Personen entsprechend gehandelt haben.

Bereitschaft

- Ich werde auf andere einwirken, sich an die erforderlichen Verhaltensregeln zu halten (z.B. andere Kunden im Supermarkt auf erforderliche Abstände hinweisen). (blau)
- Ich werde Ordnungsamt oder Polizei informieren, wenn andere die geltenden Verhaltensregeln brechen (z.B. wenn ich die Versammlung von Menschen beobachte). (rot)

Befragungsteilnehmende sind weiterhin eher bereit, Verletzungen von Verhaltensregeln selbst anzusprechen, als das Ordnungsamt oder die Polizei zu informieren.



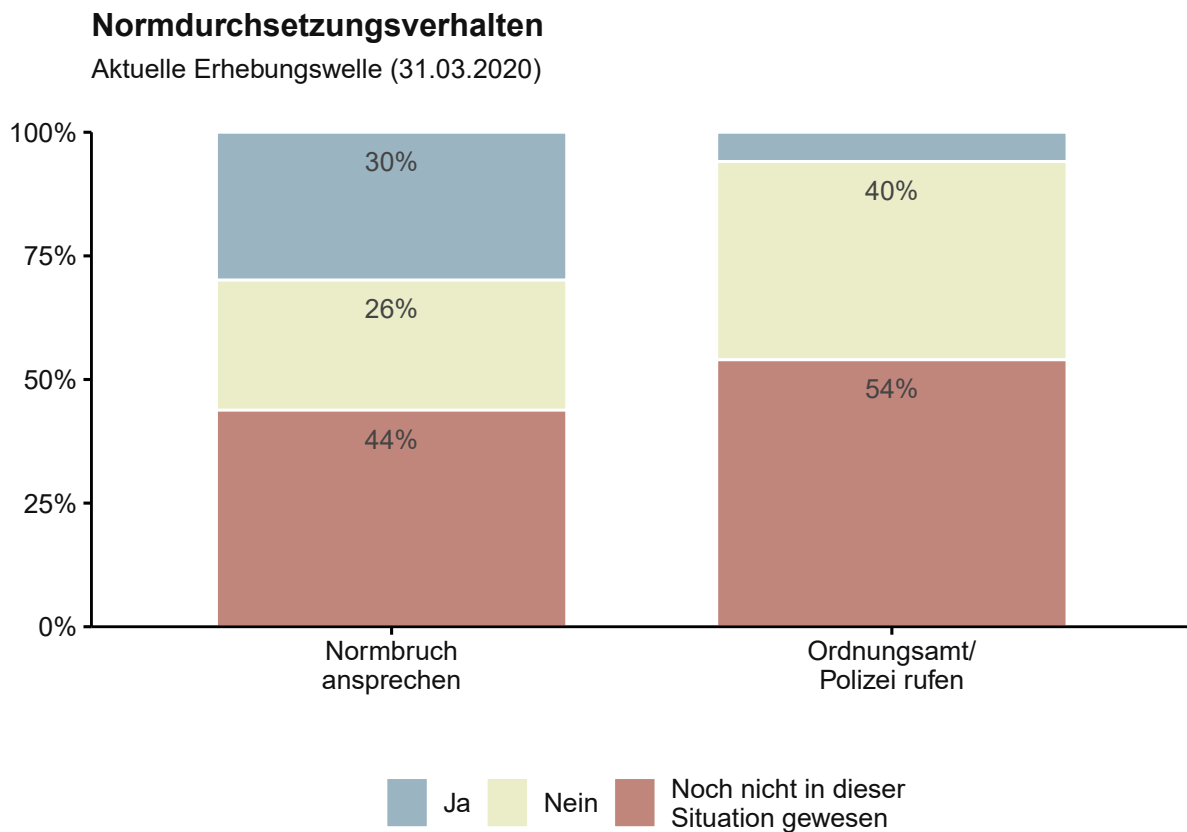
Handeln

In der fünften Welle wurde das Normdurchsetzungsverhalten mit Hilfe von zwei Fragen erfasst:

Und haben Sie bereits in den letzten Tagen ...

- ... auf andere eingewirkt, sich an die erforderlichen Verhaltensregeln zu halten (z.B. andere Kunden im Supermarkt auf erforderliche Abstände hinweisen)?
- ... das Ordnungsamt oder die Polizei informiert, wenn andere die geltenden Verhaltensregeln gebrochen haben (z.B. wenn ich die Versammlung von Menschen beobachtete)?

Befragungsteilnehmende, die eine Verletzung der Verhaltensregeln wahrnahmen, haben in gut der Hälfte der Fälle den Verstoß angesprochen. Weniger gaben an, die Polizei oder das Ordnungsamt über beobachtete Verletzungen der Verhaltensregeln informiert zu haben.



Wer weißt andere eher auf Verstöße hin?

Welche Faktoren hängen damit zusammen, ob Menschen das Brechen von Verhaltensregeln ansprechen oder diese bei Behörden anzeigen?

Frage: Und haben Sie bereits in den letzten Tagen ... a) auf andere eingewirkt, sich an die erforderlichen Verhaltensregeln zu halten (z.B. andere Kunden im Supermarkt auf erforderliche Abstände hinweisen) und b) das Ordnungsamt oder die Polizei informiert, wenn andere die geltenden Verhaltensregeln gebrochen haben (z.B. wenn ich die Versammlung von Menschen beobachtete)?; (ja vs. nein oder noch nicht in dieser Situation gewesen).

Die Wahrscheinlichkeit Normverstöße anzusprechen steigt, je anfälliger sich eine Person für die Erkrankung einschätzt, Infizierte im persönlichen Umfeld vorhanden sind oder je größer das wahrgenommene Wissen ist. Frauen sprechen Normverstöße mit einer niedrigeren Wahrscheinlichkeit an als Männer.

Die Wahrscheinlichkeit Normverstöße der Polizei oder dem Ordnungsamt zu melden steigt, wenn sich Infizierte im persönlichen Umfeld befinden oder man chronisch krank ist. Die Wahrscheinlichkeit sinkt, je stärker man den Ausbruch als Medienhype empfindet oder man der Überzeugung ist, dass sich viele Menschen an die offiziellen Verhaltensvorschriften halten. Wie auch beim Ansprechen von Normverstößen, melden Frauen seltener als Männer Normverstöße der Polizei oder dem Ordnungsamt.

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. Wahrgenommene Nähe) mit dem Vorhandensein bzw. Nichtvorhandensein eines weiteren Merkmals B (z.B. Selbst-Quarantäne) 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 Selbst-Quarantäne Werte unter 1: kleinere Werte auf diesem Einflussfaktor führen zu weniger Selbst-Quarantäne.

Variablen im Modell: Alter, Geschlecht, Bildung, Arbeit im Gesundheitssektor, chronische Erkrankung, ein Kind haben unter 18, Gemeindegröße, Herkunft (Ost- oder Westdeutschland), Vertrauen in die Behörden, Vertrauen in den Gesundheitssektor, affektive Aspekte (aggregierte Variable aus Angst, Sorge, Dominanz des Themas und Hilflosigkeit), verschiedene Aspekte bezogen auf die Wahrnehmung des Virus (wahrgenommene Nähe und Ausbreitungsgeschwindigkeit), gefühltes und echtes Wissen (COVID-19, Schutzmaßnahmen), Selbstwirksamkeit und wahrgenommene Sicherheit in Bezug auf effektive Schutzmaßnahmen, Wahrnehmung des Ausbruchs als Medienhype, Infizierte im persönlichen Umfeld (bestätigt und unbestätigt vs. nicht), deskriptive Norm bezüglich a) des Befolgens offizieller Maßnahmen (sich melden, wenn man verpflichtet ist; eine verpflichtende Quarantäne befolgen; sich an Ausgangsbeschränkungen halten) und b) von empfohlenen Verhaltensweisen.

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

```
## Waiting for profiling to be done...  
## Waiting for profiling to be done...
```

	Normverstöße angesprochen				Polizei/Ordnungsamt informiert			
	OR	CI-	CI+	p	OR	CI-	CI+	p
(Intercept)	0.07	0.021	0.196	<.001	3.86	0.522	28.598	.185
Wahrgenommene Nähe	1.09	0.982	1.210	.110				
Wahrgenommener Medienhype					0.75	0.609	0.918	.006
Wahrgenommene Ausbreitungsgeschwindigkeit	1.08	0.983	1.194	.114	0.84	0.710	1.011	.059
Alter					0.98	0.962	1.000	.051
Chronische Erkrankung					1.93	1.050	3.516	.033
Selbstwirksamkeitserwartung					1.18	0.952	1.461	.138
Geschlecht: weiblich	0.67	0.502	0.883	.005	0.33	0.173	0.610	.001
Deskriptive Norm: sich an offizielle Maßgaben halten					0.98	0.973	0.996	.010
Beruf im Gesundheitssektor	1.61	0.989	2.581	.052	1.98	0.823	4.385	.108
Infizierte im persönlichen Umfeld	1.54	1.006	2.324	.044	3.91	1.977	7.514	<.001
Mittleres Wissen COVID-19	0.57	0.285	1.167	.121				
Wahrgenommenes Wissen	1.15	1.011	1.301	.034				
Wahrgenommenes Vorbereitetsein	1.09	0.980	1.221	.112				
Anfälligkeit	1.12	1.018	1.242	.021				
Vertrauen in Behörden					0.82	0.662	1.018	.071

7 Was die Risikowahrnehmung beeinflusst

Die Risikowahrnehmung ist ein wichtiger Einflussfaktor für Schutzverhalten. Risiko wird als Wahrscheinlichkeit zu erkranken, als Schweregrad der Erkrankung und eigene Anfälligkeit erfasst. Hier wird untersucht, welche Faktoren mit der Risikowahrnehmung zusammenhängen.

Wahrscheinlichkeit

Wie hoch schätzen Sie Ihre Wahrscheinlichkeit ein, dass Sie sich mit dem neuartigen Coronavirus infizieren? Erfasst auf einer Skala von 1-7: extrem unwahrscheinlich - extrem wahrscheinlich.

Eine eher höhere Erkrankungswahrscheinlichkeit nehmen Personen wahr, die jünger (!) sind, Corona nicht als Medienhype empfinden, bei denen negative Emotionen dominieren, die Kinder unter 18 Jahren haben, die Tages- oder Wochenzeitungen als weniger relevant empfinden, die Webseiten der Gesundheitsböden als relevant empfinden, häufig Informationen dazu suchen und eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung haben.

Schweregrad

Wie schätzen Sie eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus für sich selbst ein? Erfasst auf einer Skala von 1-7: völlig harmlos - extrem gefährlich.

Ältere und chronisch kranke Menschen denken eher als junge und gesunde, dass die Erkrankung für sie schwerwiegend ist. Die Dominanz negativer Emotionen führt zu einer größeren Schweregradeinschätzung. Wer

öffentlich-rechtliche Medien nutzt und vertraut oder sich häufig über das Thema informiert, der nimmt die Krankheit als schwerwiegender wahr. Frauen empfinden die Krankheit weniger schwerwiegend als Männer. Wer den Ausbruch für einen Medienhype hält oder eine höhere Selbstwirksamkeit besitzt, einen höheren Bildungsgrad besitzt, hält die Erkrankung für weniger schwerwiegend.

Anfälligkeit

Als wie anfällig schätzen Sie sich für eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus ein? Erfasst auf einer Skala von 1-7: überhaupt nicht anfällig - sehr anfällig

Wer chronisch krank ist, denkt, dass Personen im Umfeld infiziert sind oder sein könnten, das Ausbruchsgeschehen nicht als Medienhype oder das Virus als nah wahrnimmt, negative Emotionen verspürt, sich häufig zum Thema informiert oder eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung hat, nimmt sich als selbst anfälliger wahr. Wer mehr über effektive Schutzmaßnahmen weiß, fühlt sich weniger anfällig.

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.

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, Vertrauen in den Arbeitgeber, Relevanz verschiedener Medien und Informationsquellen (für eine komplette Liste siehe Daten im Detail), 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).

Insgesamt lässt sich zwischen 14% und 30% der Verhaltensvarianz durch die untersuchten Faktoren aufklären (R^2). Das heißt, dass es noch einige andere, bisher nicht erfasste Faktoren gibt, die das Verhalten beeinflussen.

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

	Wahrscheinlichkeit ¹				Schweregrad ²				Anfälligkeit ³			
	Beta	CI-	CI+	p	Beta	CI-	CI+	p	Beta	CI-	CI+	p
Wahrgenommener Medienhype	-0.09	-0.166	-0.018	.015	-0.15	-0.223	-0.083	<.001	-0.08	-0.151	-0.011	.023
Wahrgenommene Ausbreitungsgeschwindigkeit	0.06	-0.014	0.138	.112								
Dominanz negativer Emotionen	0.08	0.001	0.165	.049	0.27	0.190	0.343	<.001	0.21	0.132	0.287	<.001
Alter	-0.17	-0.248	-0.096	<.001	0.21	0.139	0.282	<.001				
Keine Kinder unter 18 Jahren (vs. Kinder unter 18 Jahren)	-0.08	-0.154	-0.011	.024								
Chronisch krank (vs. nicht chronisch krank)	0.06	-0.017	0.128	.133	0.15	0.082	0.215	<.001	0.19	0.118	0.254	<.001
Schulbildung: Abitur vs. 9 Jahre					-0.12	-0.257	0.007	.064				
Schulbildung: 10+ Jahre (ohne Abitur) vs. 9 Jahre					-0.14	-0.266	-0.008	.037				
Selbstwirksamkeitserwartung	-0.21	-0.278	-0.132	<.001	-0.09	-0.156	-0.022	.010	-0.19	-0.265	-0.125	<.001
Häufigkeit der Informationssuche	0.12	0.037	0.208	.005	0.08	0.002	0.160	.046	0.11	0.037	0.188	.004
Geschlecht: weiblich	-0.07	-0.145	0.002	.056	-0.12	-0.190	-0.056	<.001				
Beruf im Gesundheitsektor					0.06	-0.008	0.125	.086				
Infizierte im persönlichen Umfeld									0.09	0.024	0.161	.009
Wissen über effektive Schutzmaßnahmen					-0.06	-0.127	0.008	.084	-0.08	-0.152	-0.012	.022
Gespräche im Familien- / Freundes- oder Kollegenkreis					0.07	0.000	0.140	.051				
Magazine					0.07	-0.008	0.146	.078				
Tages- oder Wochenzeitungen	-0.09	-0.172	-0.009	.030								
Öffentlich-rechtliche Medien					0.16	0.070	0.247	<.001				
Webseiten der Gesundheitsbehörden	0.07	-0.011	0.154	.089								
Vertrauen in Behörden					0.10	0.014	0.182	.023				

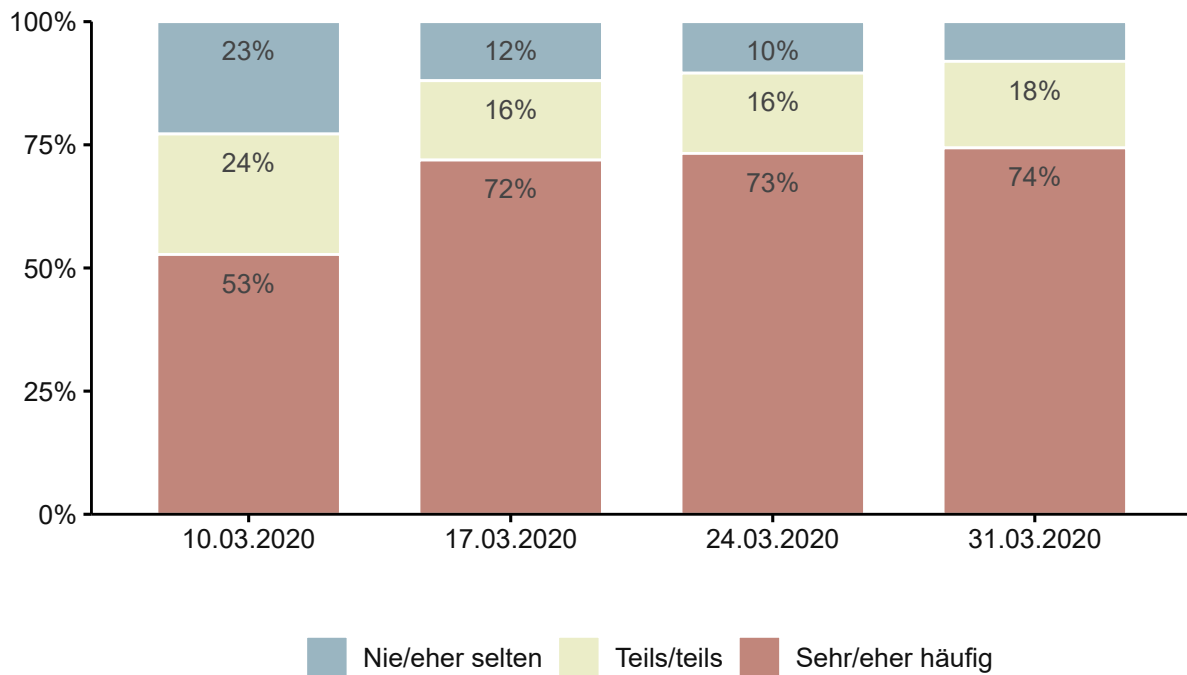
¹ R² = .146, Adj. R² = .132² R² = .292, Adj. R² = .276³ R² = .204, Adj. R² = .196

8 Informationsverhalten

8.1 Häufigkeit

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

Erhoben ab Welle 2 (10.03.2020).

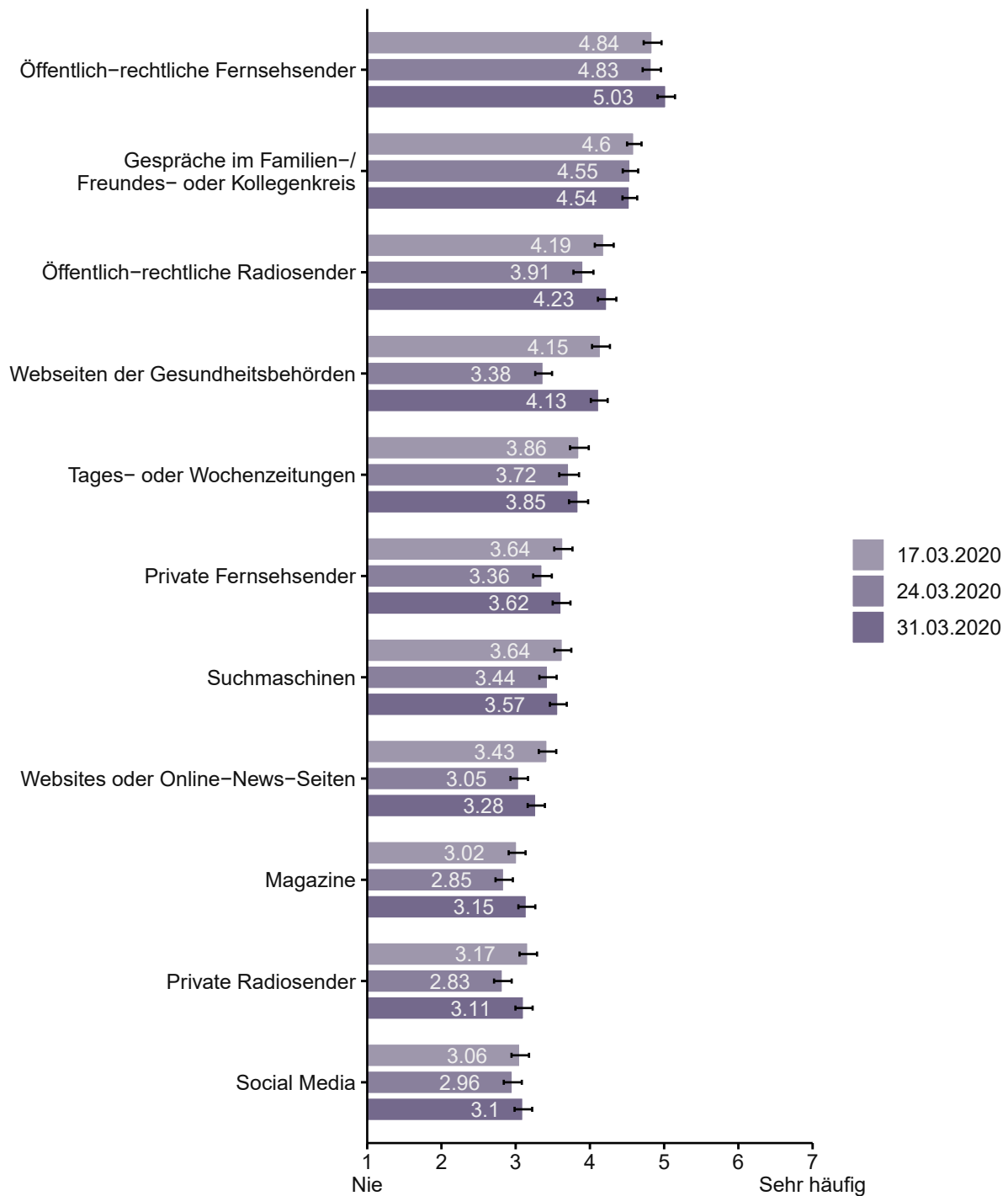


8.2 Nutzung

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

Nutzungshäufigkeit der Informationsquellen

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

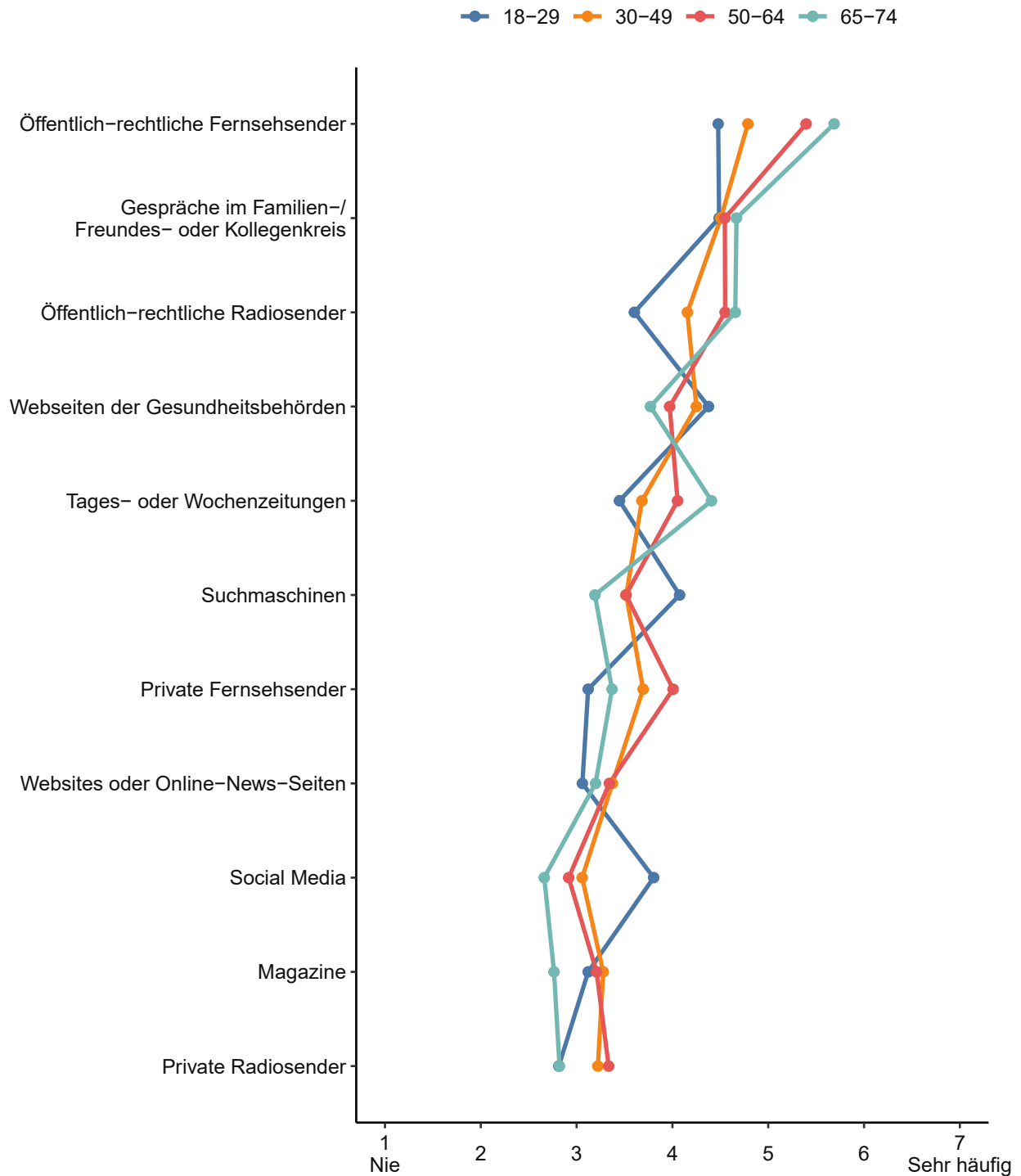


Hinweis: "Webseiten der Gesundheitsbehörden" ist in Welle 4 der Mittelwert der Einzel-Webseiten von BMG, RKI und BZgA.

Im Erhebungsverlauf nutzen 16.3 Prozent Befragungsteilnehmende andere Quellen (Nutzungshäufigkeit: $M = 3.16$).

Nutzungshäufigkeit der Informationsquellen getrennt nach Altersgruppe

Aktuelle Erhebungswelle (31.03.2020)

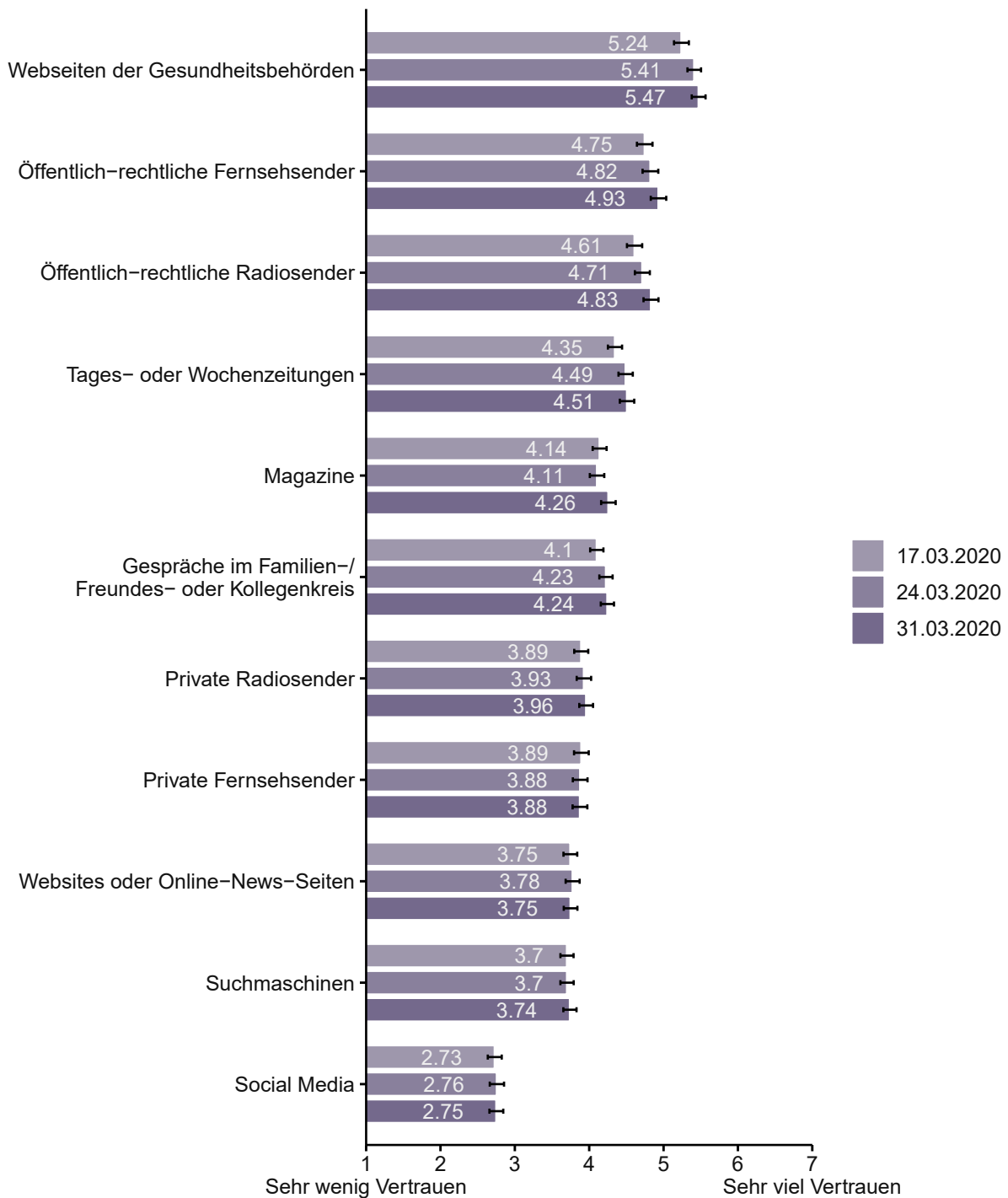


8.3 Vertrauen

Bitte bewerten Sie nachfolgende Informationsquellen: Wie sehr vertrauen Sie den folgenden Informationsquellen in Bezug auf die Berichterstattung zum neuartigen Coronavirus?

Vertrauen in Informationsquellen

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



Hinweis: "Webseiten der Gesundheitsbehörden" ist in Welle 4 der Mittelwert der Einzel-Webseiten von BMG, RKI und BZgA.

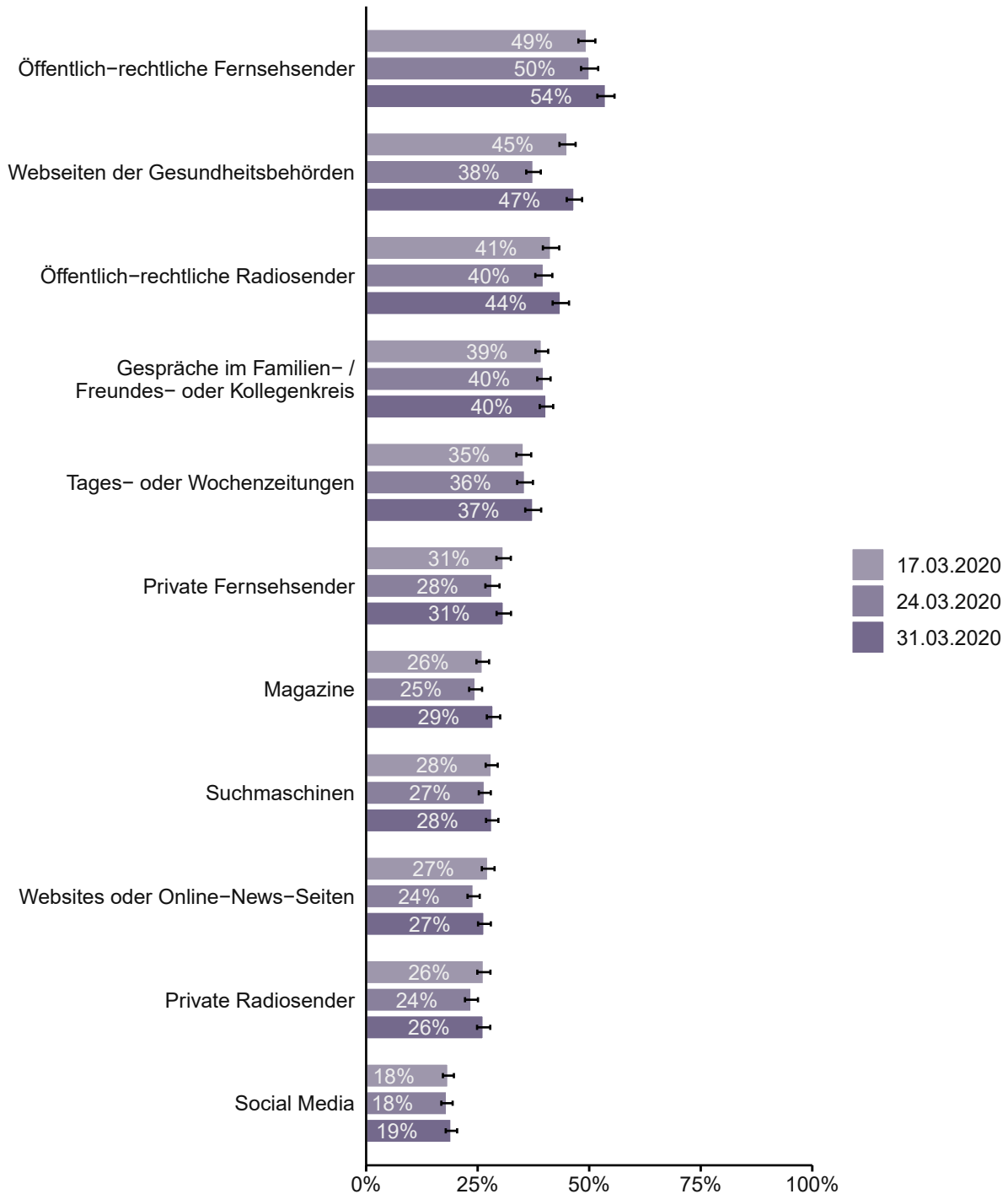
Im Erhebungsverlauf 16.9 Prozent Befragungsteilnehmende gaben ihr Vertrauen in andere Quellen an (Vertrauen: $M = 3.86$).

8.4 Relevanz

Relevanz: mathematisches Produkt aus Nutzung und Vertrauen

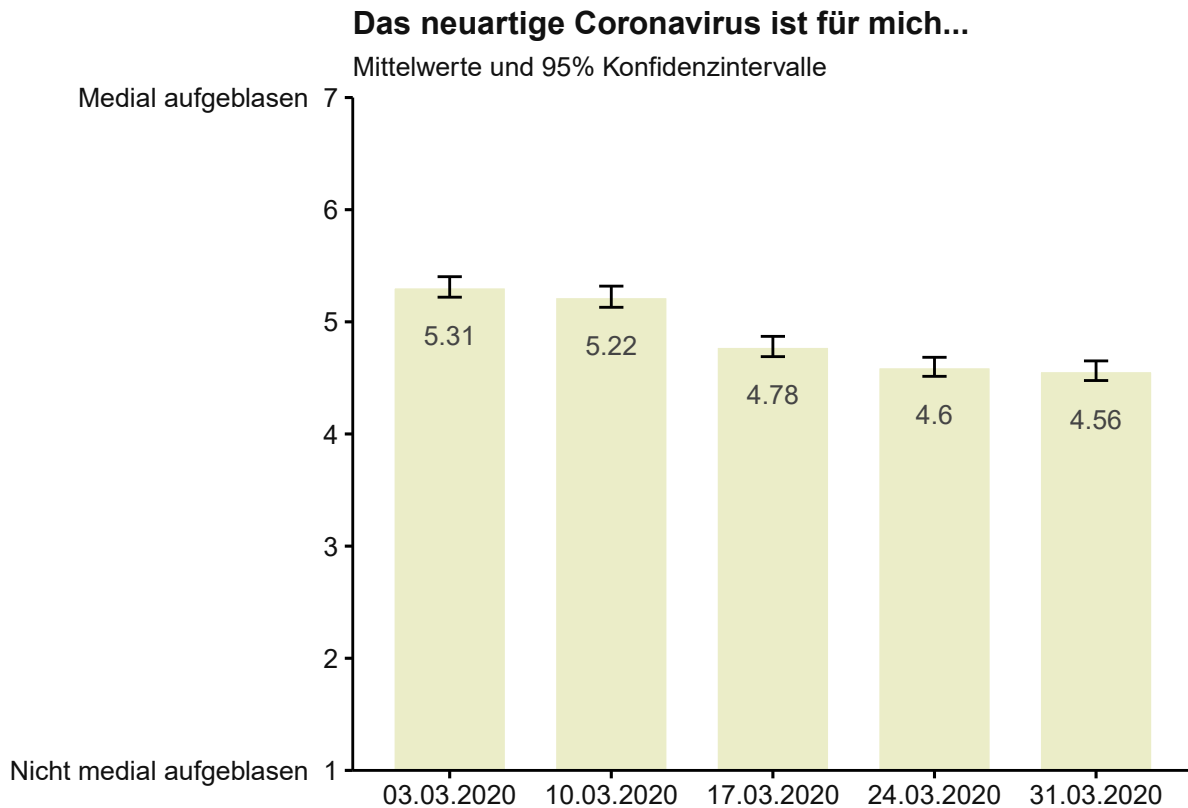
Relevanz der Informationsquellen

Nutzung gewichtet mit der Zuverlässigkeit.
Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



Hinweis: "Webseiten der Gesundheitsbehörden" ist in Welle 4 der Mittelwert der Einzel-Webseiten von BMG, RKI und BZgA.

8.5 Corona als Medien-Hype



9 Ausbruchs-Management

9.1 Vertrauen

Wie viel Vertrauen haben Sie in die untenstehenden Personen und Organisationen, dass sie in der Lage sind, gut und richtig mit dem neuartigen Coronavirus umzugehen?

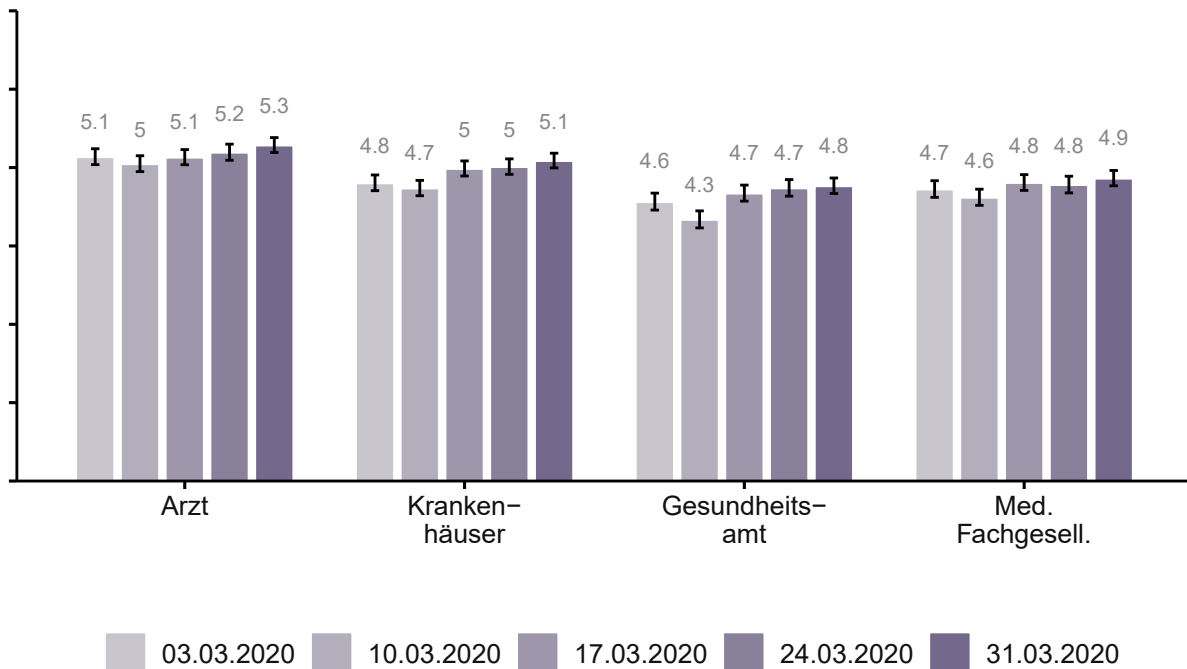
(Achtung, hier wurde nach dem Umgang mit Corona gefragt; Vertrauen in verschiedene einzelne Medien und Mediennutzung als Informationsquelle über Corona findet im Kapitel Informationsverhalten)

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.

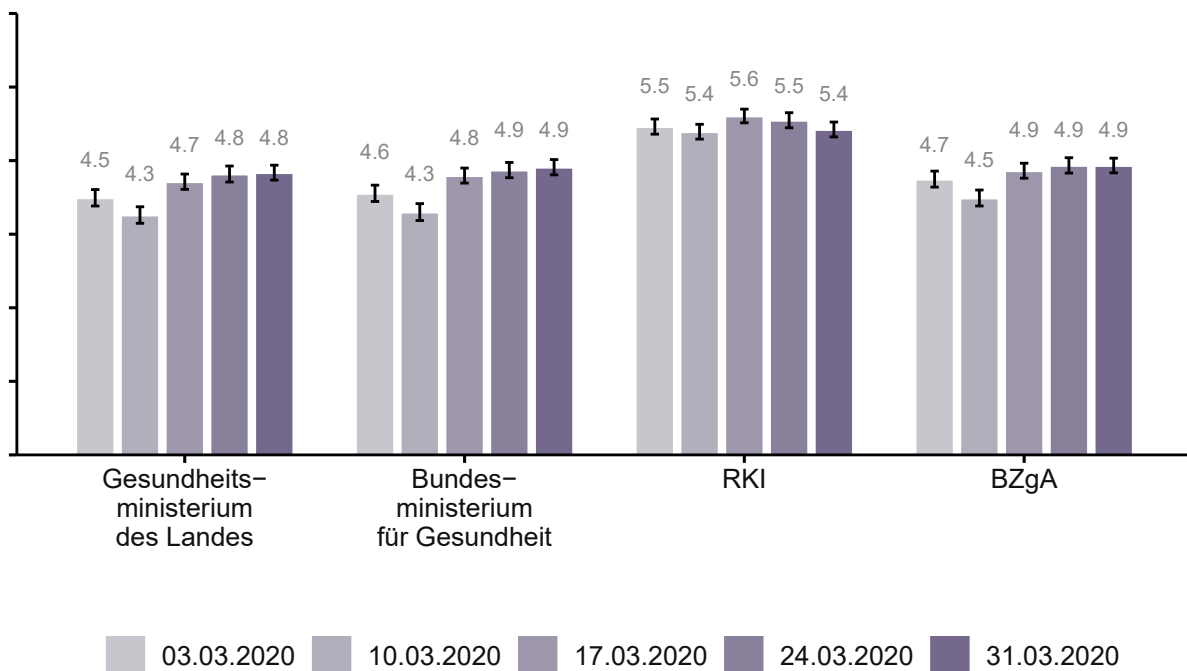
Vertrauen (1): Gesundheitssektor

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



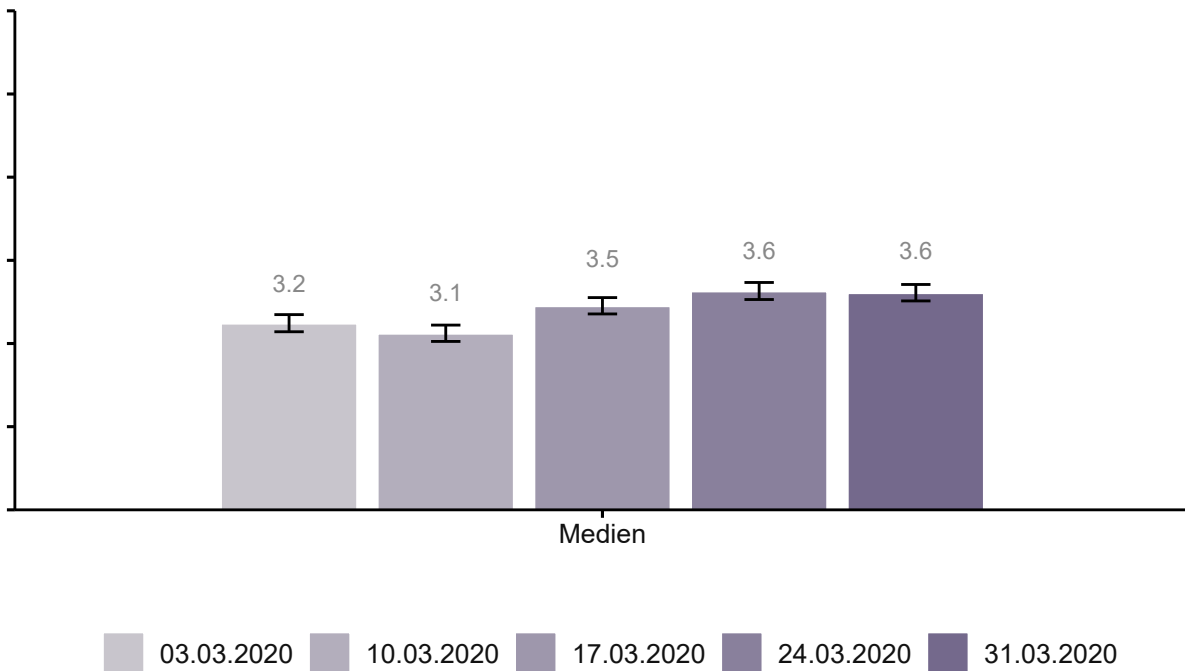
Vertrauen (2): Behörden

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



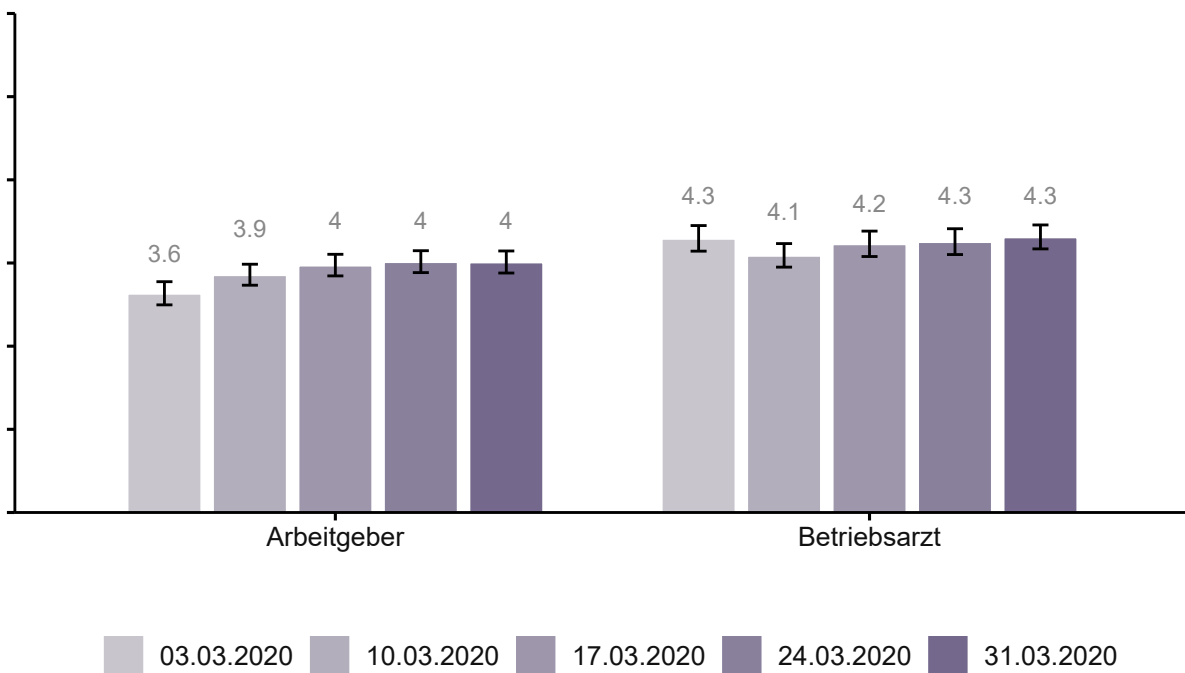
Vertrauen (3): Medien

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



Vertrauen (4): Arbeitsumwelt

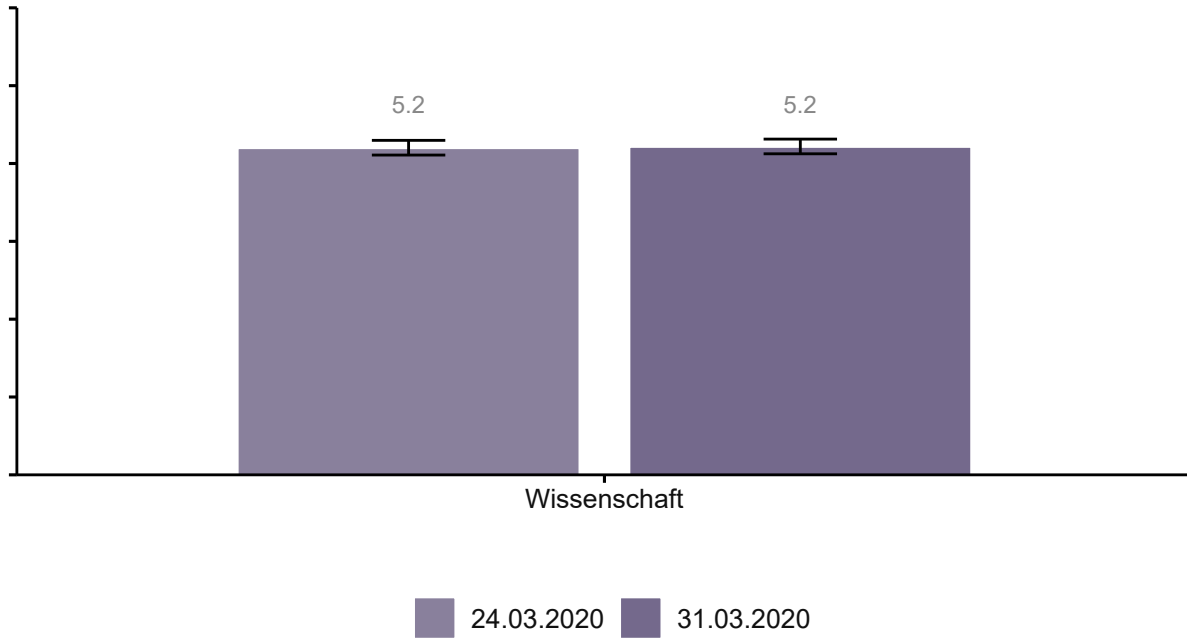
Bewertet auf einer Skala von 1 (sehr wenig Vertrauen) bis 7 (sehr viel Vertrauen). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



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.



10 Akzeptanz der Maßnahmen

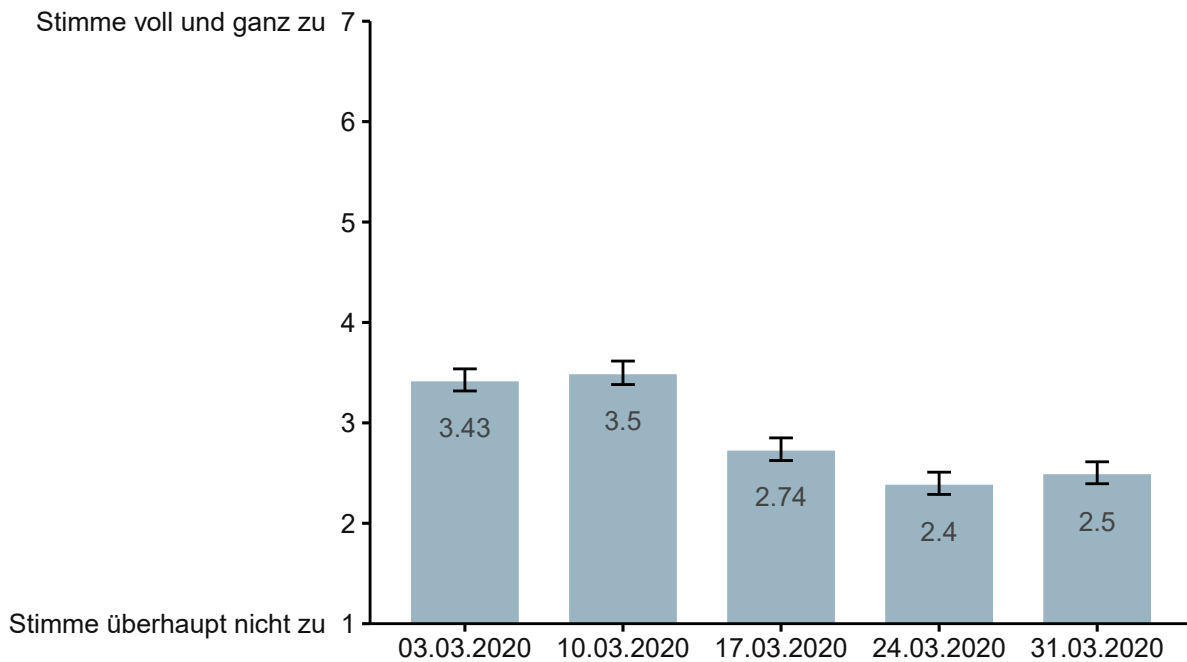


Im Vergleich zur vorangegangenen Welle haben sich die Anteile an Personen, die den Maßnahmen etwas bis sehr zustimmen (Stufe 5 - 7), wie folgt geändert: (Beispiel: 20% bedeutet, dass im Vergleich zur Vorwoche 20% mehr Personen der Maßnahme eher oder sehr zustimmen).

- Einschränkung persönlicher Freiheitsrechte: -7 %
- Einschränkung des Rechts zur freien Wahl des Wohn- und Aufenthaltsortes: -2 %
- Einschränkung des Zugangs zum Internet und sozialen Medien zur Verhinderung der Verbreitung von Fake News: 1 %
- Vorsorgliche Schließung von Gemeinschaftseinrichtungen: -4 %
- Haus nur aus dringenden Gründen verlassen: -6 %
- Ausrufen des Katastrophenfalls: -5 %
- Verstöße gegen Ausgangsbeschränkung/ Versammlungsverbot sanktionieren: 0 %
- Aufschlag auf große Einkaufsmengen, um Warenknappheit vorzubeugen: -1 %

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

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle



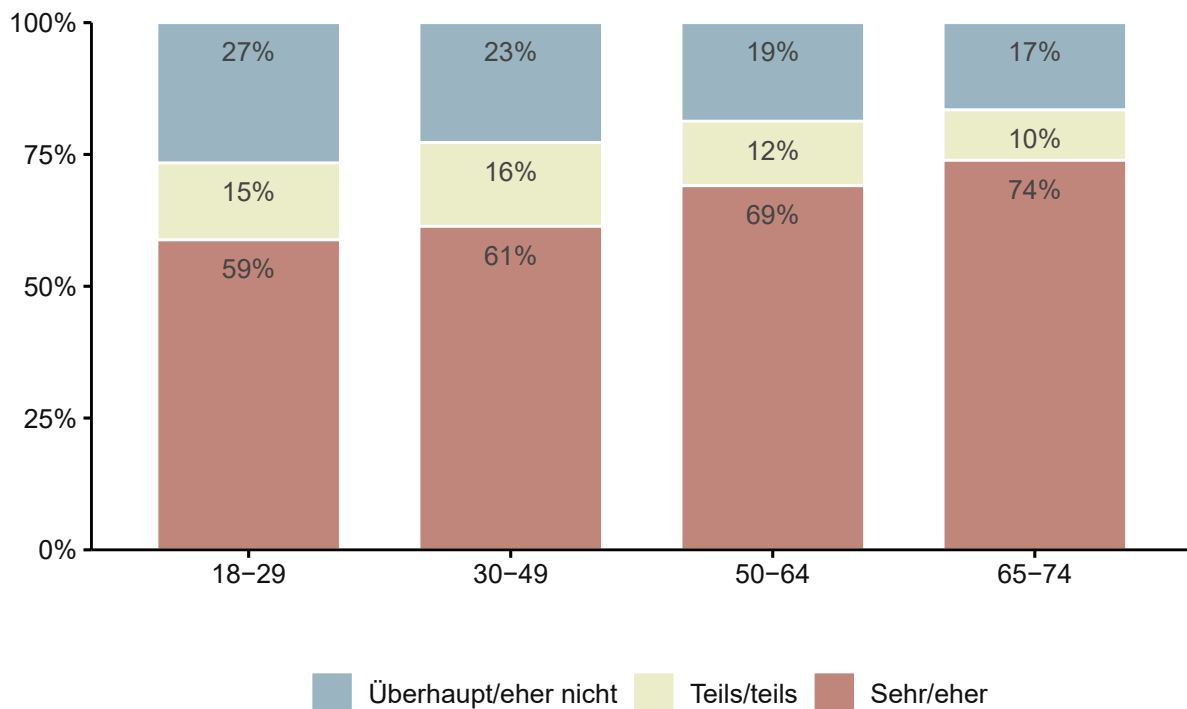
11 Tragen einer Maske in der Öffentlichkeit

Unter dem Hashtag #maskeauf werben neuerdings Prominente für das Tragen von Gesichtsmasken.

65 % der Befragungsteilnehmenden sind (eher) bereit, eine Atemschutzmaske zu tragen, wenn sie sich im öffentlichen Bereichen bewegen. Das unterstehende Diagramm zeigt, dass die Bereitschaft bei älteren Personen höher ausfällt.

- 69% halten es für eine wirksame Schutzmaßnahme, in der Öffentlichkeit Masken zu tragen.
- 26% geben an, in der Öffentlichkeit Masken zu tragen.
- Einer verpflichtenden Regelung stimmen 45% zu.

Ich bin bereit, eine Atemschutzmaske zu tragen, wenn ich mich in öffentlichen Bereichen bewege.



Wer trägt eher Maske?

Mehr Maske trägt: wer die Verfügungen kennt, im Gesundheitssektor arbeitet, Magazine als relevante Informationsquelle nutzt, weniger Vertrauen in die Behörden hat und denkt, dass sich das Coronavirus eher langsam ausbreitet.

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. Magazine lesen) 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, Vertrauen in den Arbeitgeber, Relevanz verschiedener Medien und Informationsquellen (für eine komplette Liste siehe Daten im Detail), Risikowahrnehmung (Wahrscheinlichkeit, Anfälligkeit, Schweregrad), 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).

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

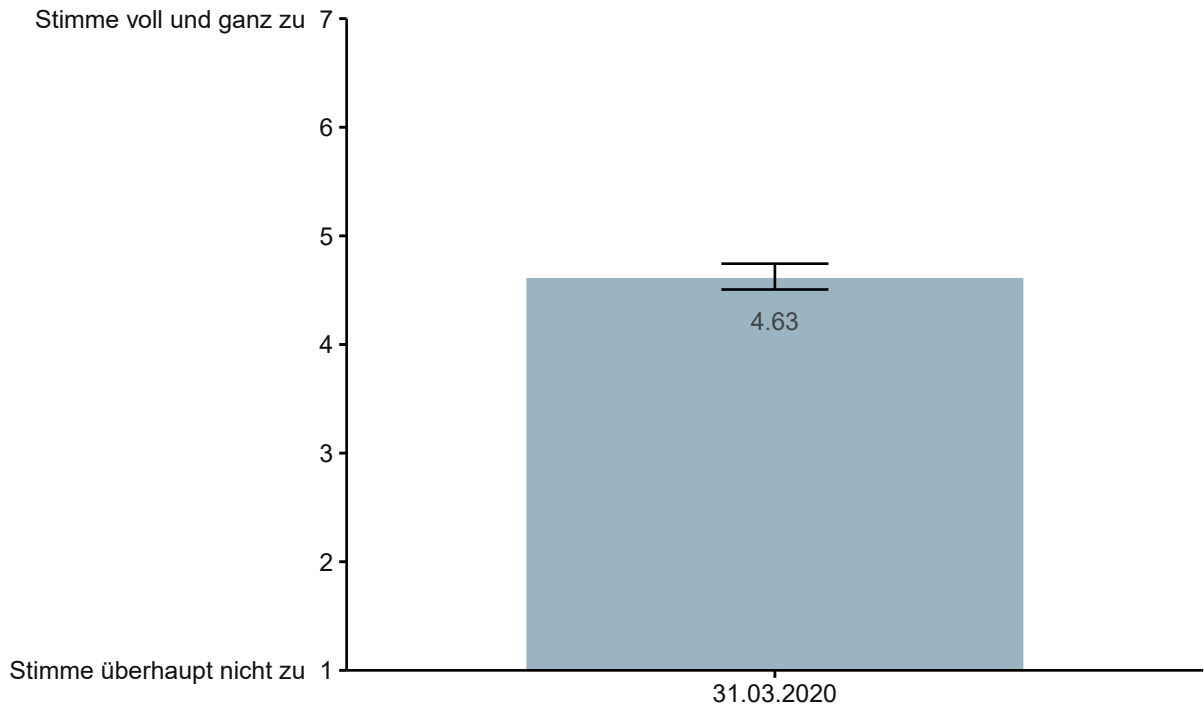
	Maske tragen			
	OR	CI-	CI+	p
(Intercept)	0.39	0.077	1.901	.250
Beruf im Gesundheitssektor	3.07	1.822	5.182	<. .001
Wahrgenommenes Wissen	1.13	0.959	1.344	.144
Vertrauen in Behörden	0.78	0.653	0.918	.003
Wahrgenommener Medienhype	0.90	0.782	1.024	.108
Wahrgenommene Ausbreitungsgeschwindigkeit	0.81	0.716	0.911	.001
Wissen über effektive Schutzmaßnahmen	0.21	0.042	0.975	.048
Wissen über offizielle Verfügungen	6.38	1.942	23.311	.003
Magazine	2.33	1.041	5.239	.040
Webseiten der Gesundheitsbehörden	2.08	0.928	4.695	.076
Vertrauen in den Arbeitgeber	1.12	0.995	1.264	.062
Wahrgenommenes Vorbereitetsein	1.14	0.989	1.318	.073

12 EXIT-Strategien

Aktuell wird darüber diskutiert, wie nach dem 19. April das Öffentliche Leben wieder aufgenommen werden kann. Gut die Hälfte der Befragungsteilnehmenden (52 %) sprechen sich dafür aus, die Maßnahmen nach dem 19. April nicht zu lockern. Auf weniger Zustimmung treffen Überlegungen, nach dem regionale Unterschied in den Maßnahmen gemacht werden oder nur noch die Hochrisikogruppe der Senioren in häuslicher Quarantäne verbleiben sollen. Letztere Maßnahme trifft vor allem bei älteren Befragungsteilnehmenden auf wenig Zuspruch.

Die aktuellen Maßnahmen sollten nach dem 19. April nicht gelockert werden.

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle



Wer befürwortet eine Verlängerung der Maßnahmen?

Wer den Behörden mehr vertraut, das Virus als näher und sich schnell ausbreitend wahrnimmt, befürwortet eine Verlängerung der Maßnahmen. Wer das Ausbruchsgeschehen eher als Medienhype wahrnimmt, lehnt eine Verlängerung eher ab.

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.

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, Vertrauen in den Arbeitgeber, Relevanz verschiedener Medien und Informationsquellen (für eine komplette Liste siehe Daten im Detail), Risikowahrnehmung (Wahrscheinlichkeit, Schweregrad, Anfälligkeit), 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.

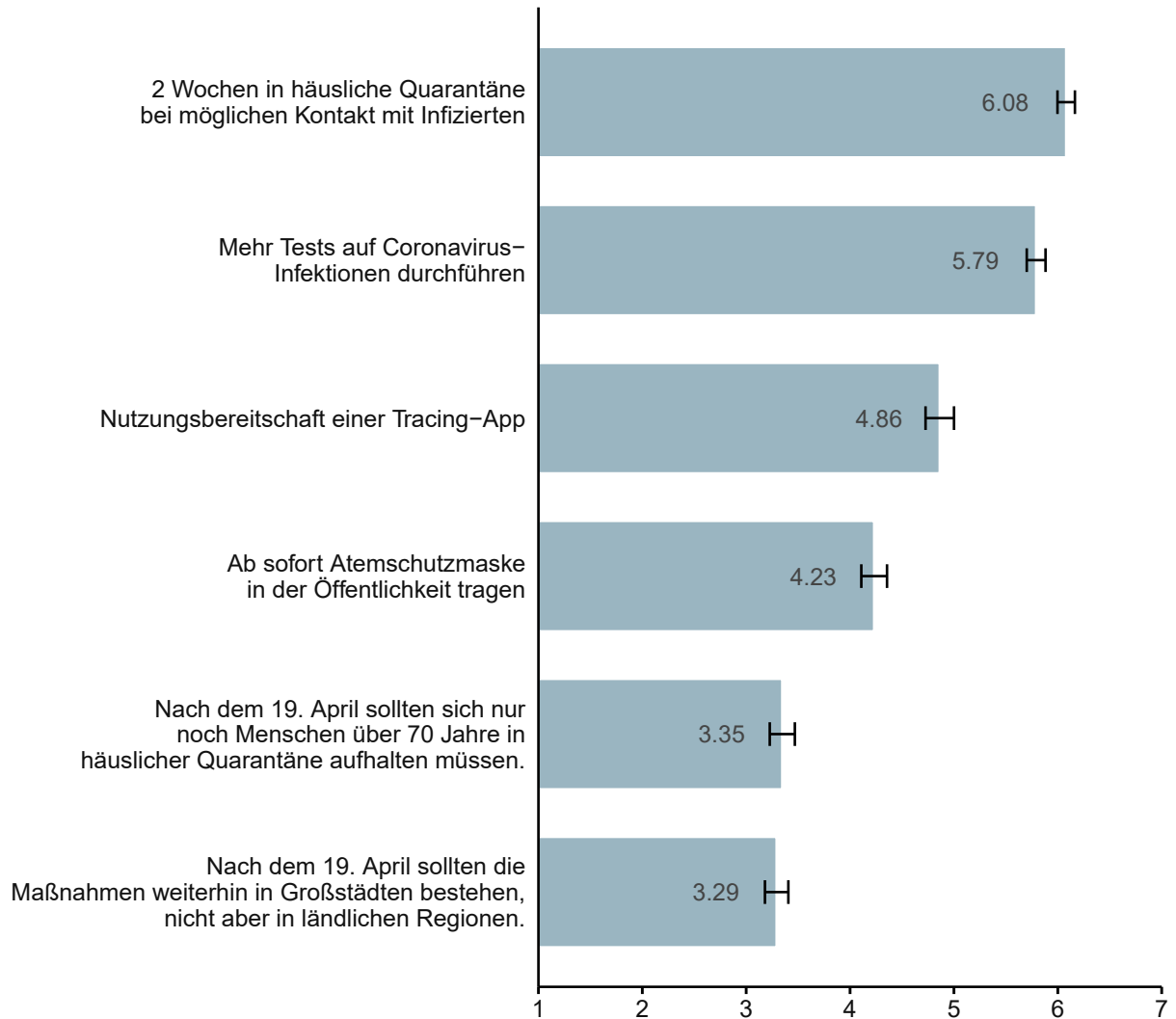
	Befürwortung einer Verlängerung der Maßnahmen ¹			
	Beta	CI-	CI+	p
Vertrauen in Behörden	0.18	0.097	0.253	<.001
Wahrgenommener Medienhype	-0.17	-0.241	-0.097	<.001
Wahrgenommene Nähe	0.09	0.016	0.165	.018
Wahrgenommene Ausbreitungsgeschwindigkeit	0.15	0.074	0.223	<.001
Gespräche im Familien- / Freundes- oder Kollegenkreis	0.07	-0.005	0.139	.068
Selbstwirksamkeitserwartung	-0.07	-0.140	0.002	.056

¹ R² = .170, Adj. R² = .162

Bewertung verschiedener Maßnahmen, die im Zusammenhang mit Exit-Strategien vorkommen

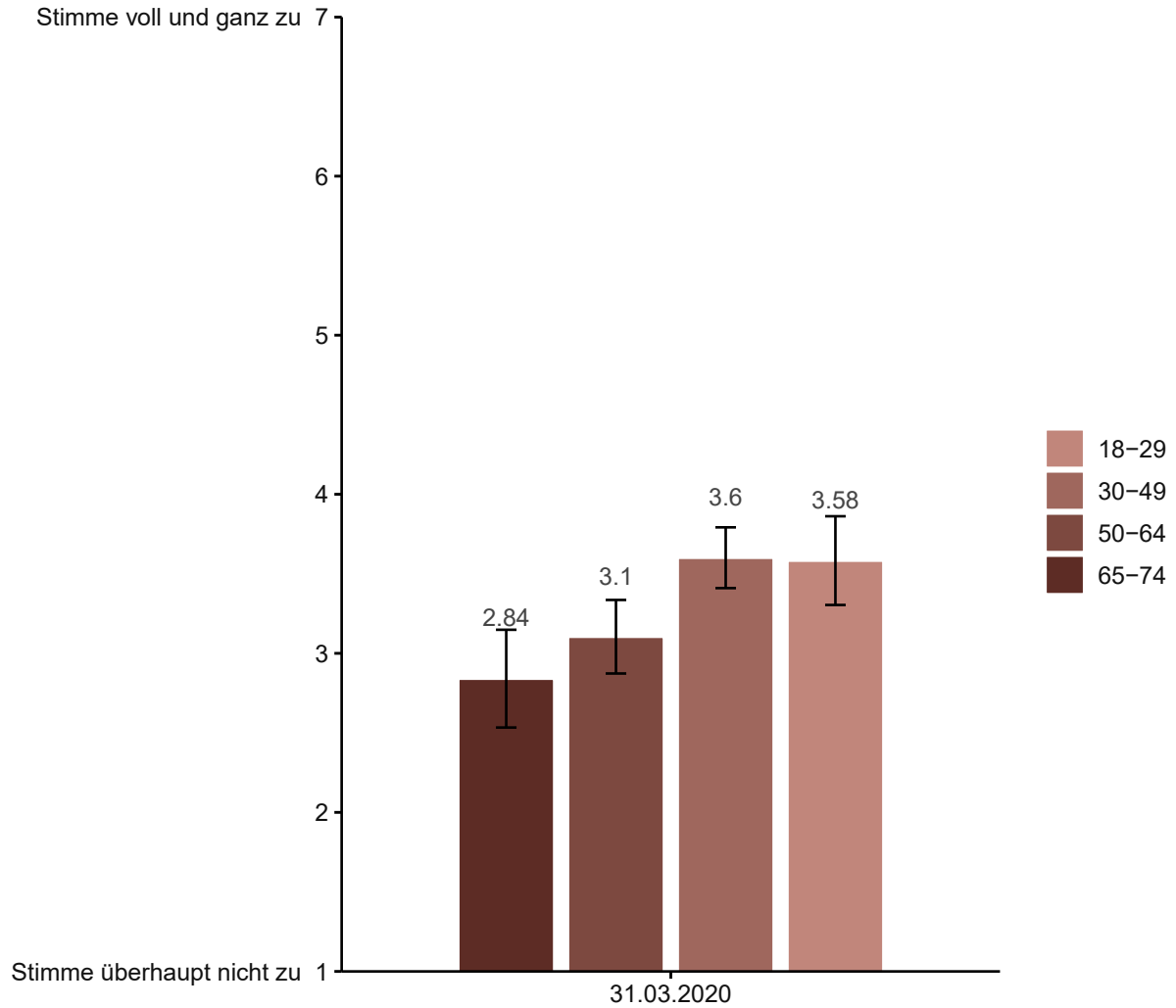
Potentielle EXIT-Strategien

Bewertet auf einer Skala von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 7 (stimme voll und ganz zu). Aktuelle Erhebungswelle (31.03.2020)



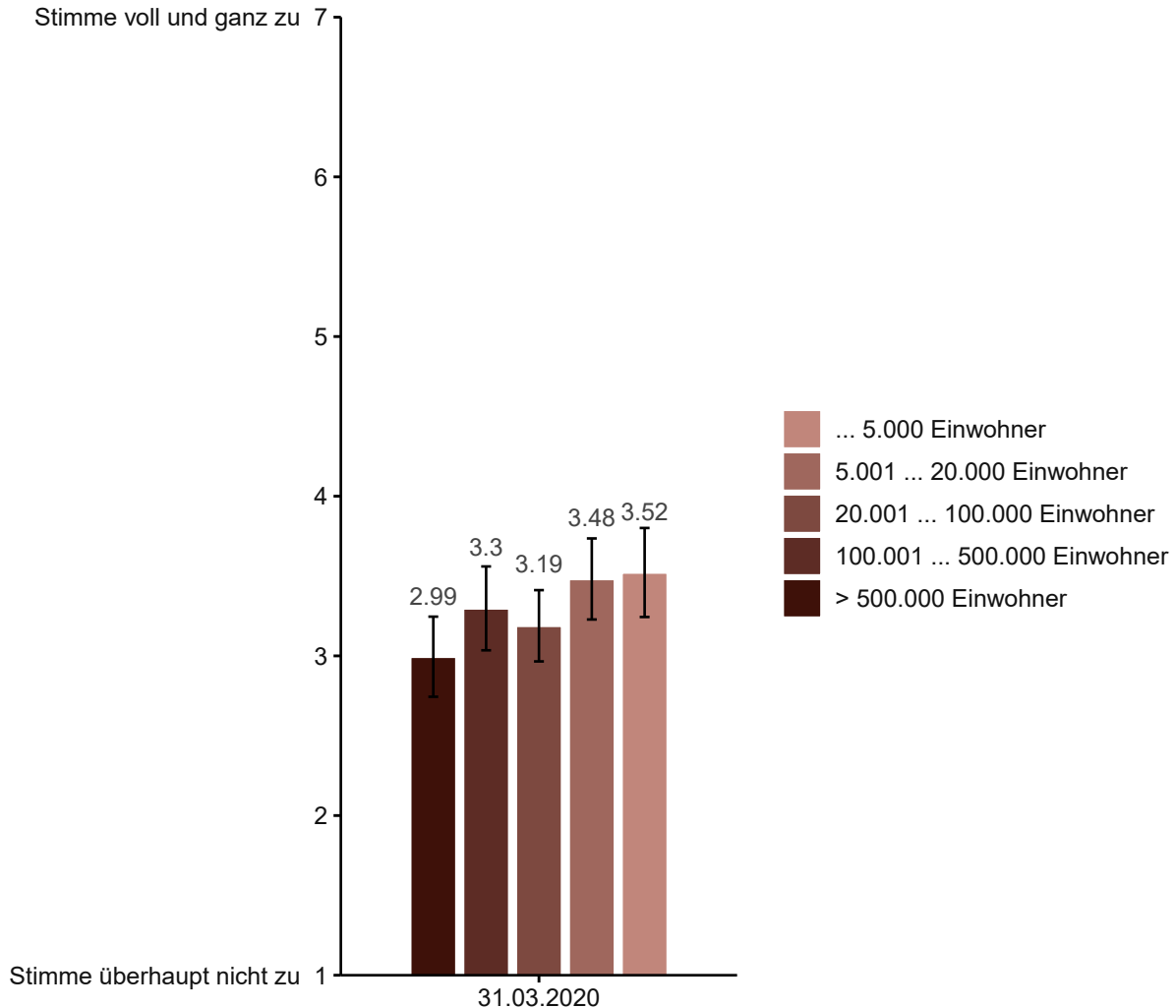
Nach dem 19. April sollten sich nur noch Menschen über 70 Jahre in häuslicher Quarantäne aufhalten müssen.

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle



Nach dem 19. April sollten die Maßnahmen weiterhin in Großstädten bestehen, nicht aber in ländlichen Regionen.

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle



13 Tracing-App

Eine datenschutzkonforme Tracing App wurde im Fragebogen kurz beschrieben (<https://www.pepp-pt.org/>).

Frage: Wenn diese App Ihnen jetzt kostenlos für Ihr Smartphone zur Verfügung stünde: Würden Sie sie herunterladen?

- 60% sind eher bereit oder bereit, sich eine datenschutzkonforme App zu installieren. 14% würden sich eine solche App auf keinen Fall herunterladen.
- 94% der Personen, die eine solche App nutzen würden, wären eher bereit oder bereit, ihre Kontaktdistanzhistorie mit dem Gesundheitsamt zu teilen.

14 Psychologische Ressourcen und Belastungen

In Welle 4 und 5 kooperieren wir mit dem Leibniz-Institut für Resilienzforschung (LIR) in Mainz und der Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health und untersuchen psychologische Ressourcen (Resilienz) und Belastungen.

14.1 Resilienz

Resilienz ist die psychische Widerstandskraft, die Fähigkeit, schwierige Lebenssituationen ohne anhaltende Beeinträchtigung zu überstehen.

Die Daten wurden anhand der Brief Resilience Scale erfasst und mit deutschen Normdaten verglichen. Dargestellt sind Abweichungen zu den vorhandenen Normen.

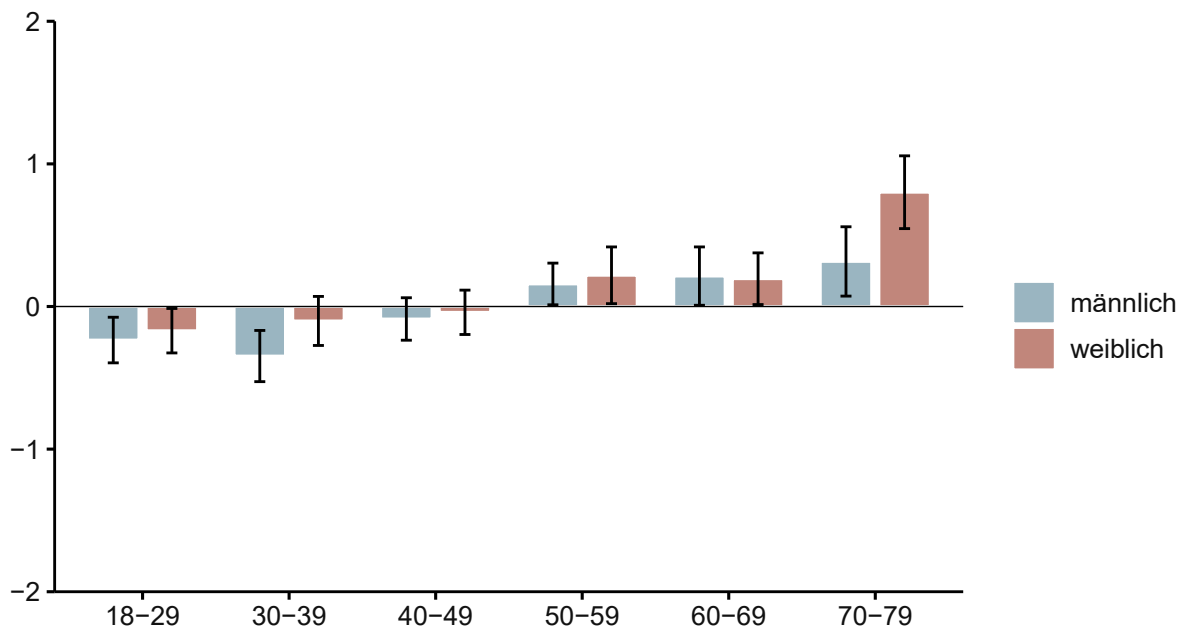
Die aktuellen Resilienz-Werte unterscheiden sich vom deutschen Normkollektiv (LIR Mainz, Kunzler et al. 2018) in Abhängigkeit vom Alter: Im Rahmen der Corona-Krise schätzen sich jüngere Personen als weniger resilient und Menschen älter als 70 Jahre als resilienter ein als das Normkollektiv (LIR, Kunzler et al. 2018). Fragen zu den Bewältigungsstilen zeigen, dass die befragten Personen überwiegend der Meinung sind, dass sie sich durch die Krise nicht unterkriegen lassen und die notwendigen Wege finden werden um weiterzumachen. Zusammenhang von Resilienz mit ausgewählten Variablen

Korrelationen von Resilienz mit der Risikowahrnehmung zeigen, dass es einen kleinen bis mittleren Zusammenhang in dem Sinne gibt, dass resiliente Menschen das Risiko, sich anzustecken als geringer wahrnehmen und die Krankheit als weniger gefährlich einschätzen. Sie sind der Meinung sind, eine Infektion leichter verhindern zu können.

Wenn die Fehlerbalken nicht die Null-Linie schneiden, zeigt dies eine signifikante Verminderung oder Erhöhung der Resilienz im Vergleich zur Normstichprobe an.

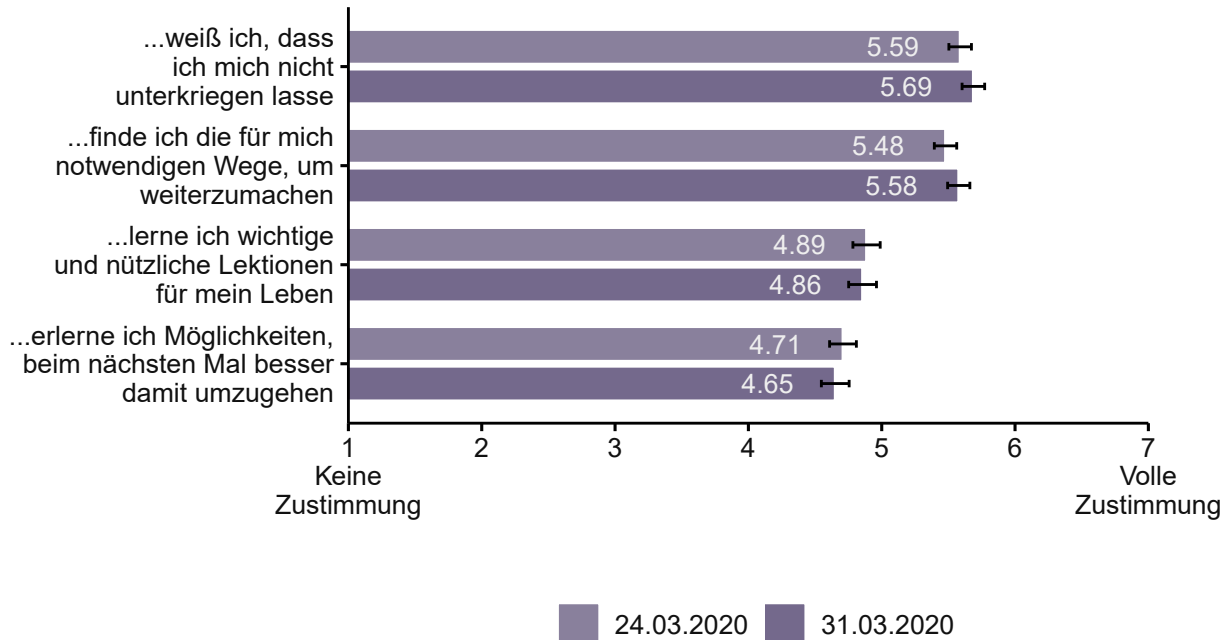
Allgemeine Resilienz: Veränderung gegenüber deutscher Normstichprobe

Differenz auf der Brief Resilience Scale (5-Punkte-Skala).
Aktuelle Erhebungswelle (31.03.2020)



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

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



Zusammenhang von Resilienz mit ausgewählten Variablen

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

	Allgemeine Resilienz		Corona-spezifische Resilienz	
	r	p	r	p
Risikowahrnehmung				
Ernsthaftigkeit der Erkrankung	-.16	<.001	.09	.003
Anfälligkeit	-.25	<.001	.06	.068
Selbstwirksamkeitserwartung	.10	.002	.06	.045
Vertrauen in				
Öffentlich-rechtliche Fernsehsender	.01	.734	.24	<.001
Tages- und Wochenzeitungen	-.02	.461	.20	<.001
Gespräche im Familien-, Freundes- und Kollegenkreis	-.02	.607	.17	<.001
Private Fernsehsender	-.03	.400	.17	<.001
Webseiten oder Online-News-Seiten	-.07	.034	.15	<.001

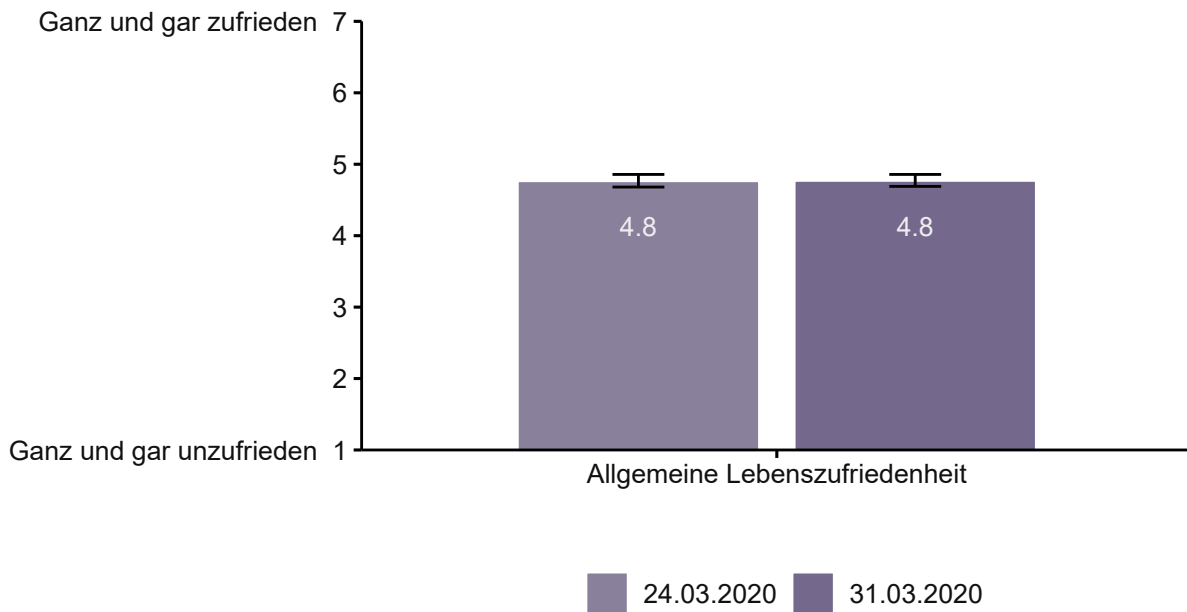
Magazine (z.B. Focus, Spiegel, Stern)	-.07	.021	.17	<.001
Soziale Medien	-.09	.004	.02	.473
Suchmaschinen	-.02	.434	.16	<.001
Private Radiosender	.00	.899	.17	<.001
Öffentlich-rechtliche Radiosender	.04	.251	.23	<.001
Webseiten der Gesundheitsbehörden	.03	.413	.27	<.001
Umgang mit der Situation				
Ich selbst kann nichts tun, um die Situation positiv zu beeinflussen.	-.07	.018	-.15	<.001

14.2 Allgemeine Lebenszufriedenheit

Ab Welle 4 betrachten wir erstmalig die allgemeine Lebenszufriedenheit. Hier wird zukünftig die Entwicklung im Verlauf betrachtet.

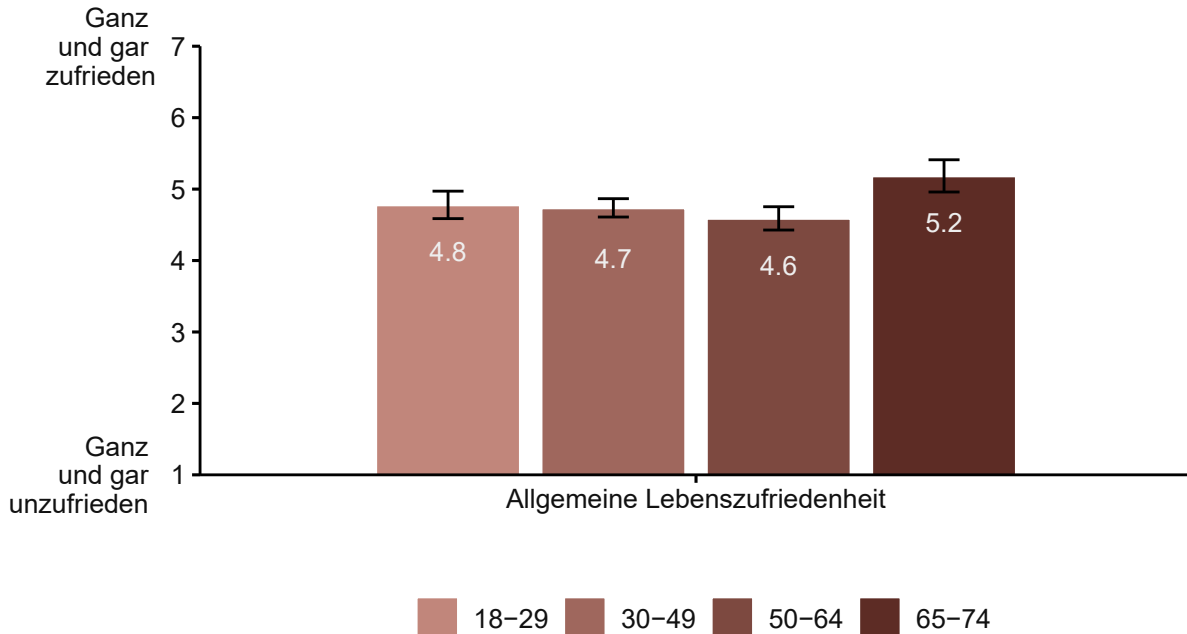
Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig ... alles in allem ... mit Ihrem Leben?

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 (31.03.2020)



Zusammenhang von Lebenszufriedenheit mit ausgewählten Variablen

Eine höhere allgemeine Lebenszufriedenheit geht mit höher ausgeprägten psychologischen Schutz (d.h. einer höheren Selbstwirksamkeit, allgemeinen und Corona-spezifischen Resilienz) einher. Personen, die sich anfälliger für das Coronavirus fühlen oder ihm eher hilflos gegenüberstehen, haben eine niedrigere allgemeinen Lebenszufriedenheit (und umgekehrt).

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

	Lebenszufriedenheit	
	r	p
Alter		
Alter	.05	.091
Risikowahrnehmung		
Ernsthaftigkeit der Erkrankung	-.06	.065
Anfälligkeit	-.11	<.001
Wahrscheinlichkeit an COVID-19 zu erkranken	-.01	.661
Wahrgenommene Nähe des Virus	-.03	.378

Psychologische Schutzfaktoren		
Selbstwirksamkeitserwartung	.14	<.001
Resilienz	.36	<.001
Corona-spezifische Resilienz	.21	<.001
Maßnahmen		
ergriffenes Schutzverhalten	.07	.026
Wissen über korrektes Schutzverhalten	.01	.663
Vertrauen in		
Öffentlich-rechtliche Fernsehsender	.12	<.001
Tages- und Wochenzeitungen	.07	.029
Gespräche im Familien-, Freundes- und Kollegenkreis	.02	.604
Private Fernsehsender	.00	.888
Webseiten oder Online-News-Seiten	.01	.777
Magazine (z.B. Focus, Spiegel, Stern)	.03	.285
Soziale Medien	-.04	.173
Suchmaschinen	.02	.513
Private Radiosender	.03	.325
Öffentlich-rechtliche Radiosender	.11	<.001
Webseiten der Gesundheitsbehörden	.08	.010
Umgang mit der Situation		
Ich selbst kann nichts tun, um die Situation positiv zu beeinflussen.	-.08	.007
Wahrgenommene Hilflosigkeit	-.12	<.001

14.3 Psychische Belastung

Erfasst wurden verschiedene Anzeichen für psychische Belastung. Diese wurden erstmalig in Welle 4 erfasst und werden v.a. im Verlauf der Krise betrachtet.

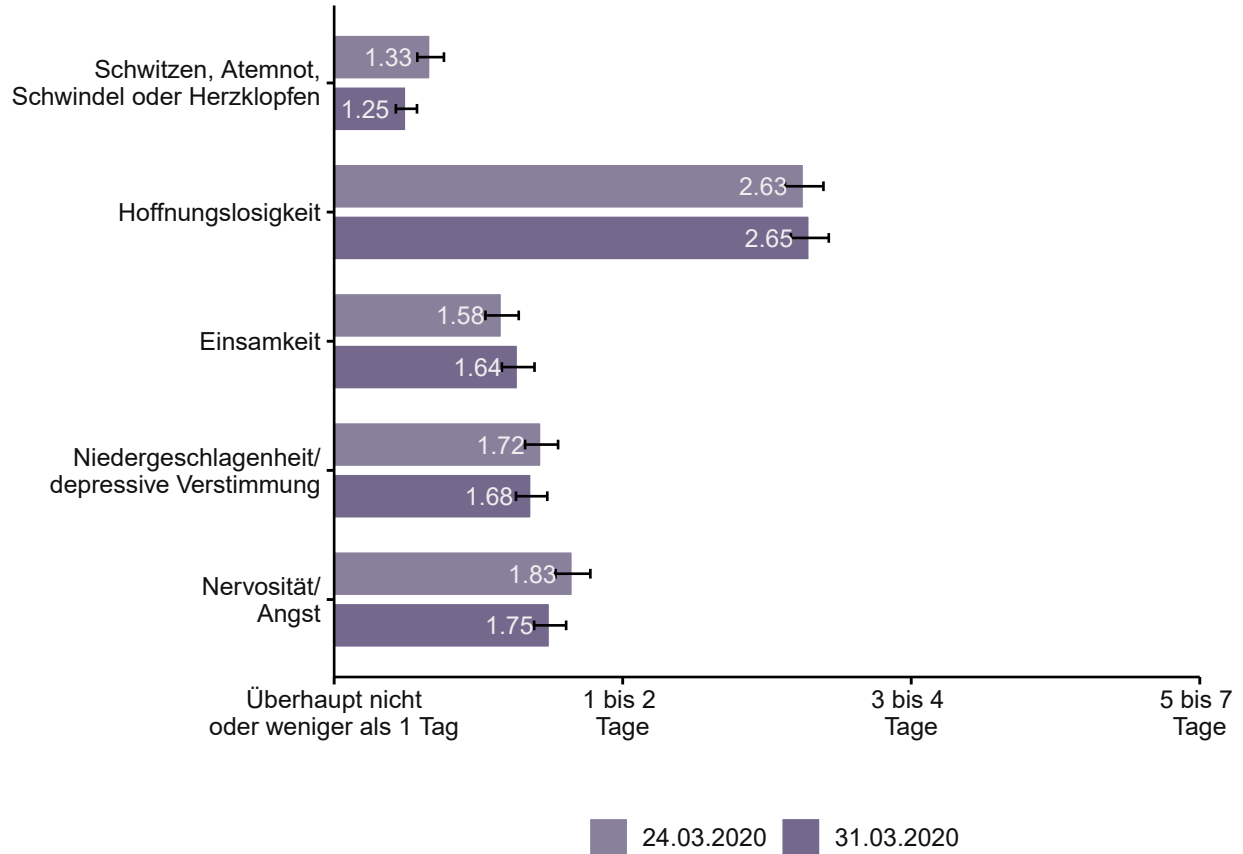
Personen der Altersgruppe 18-29 Jahre empfinden häufiger Einsamkeit und Niedergeschlagenheit als die Ältere. In einem Singlehaushalt lebende Personen berichten ebenfalls häufiger von Einsamkeit.

Bitte beachten: Höhere Werte bedeuten eine größere psychische Belastung.

Häufigkeit von Gefühlen und Verhaltensweisen in der vergangenen Woche

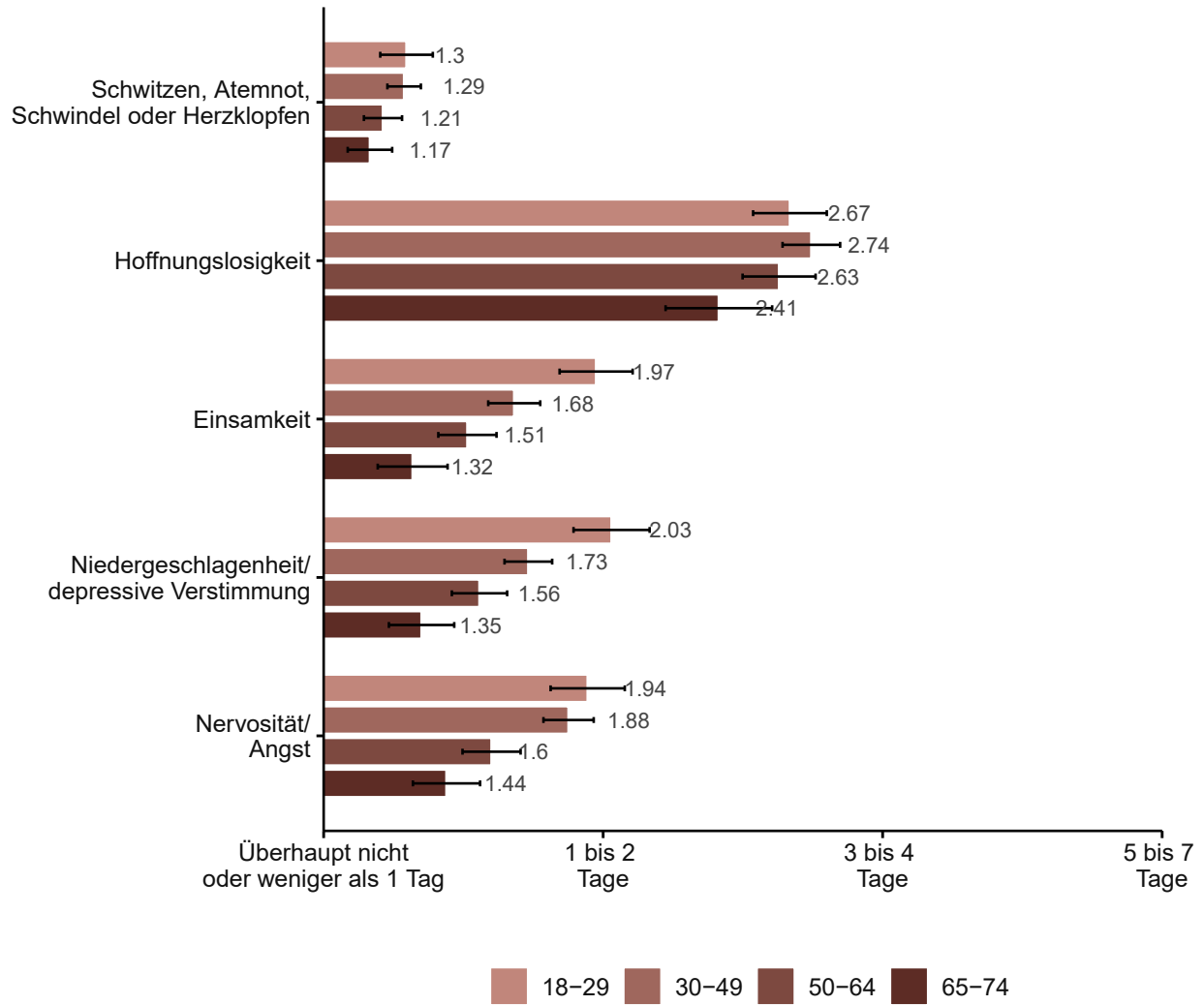
Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle

Bewertet auf einer Skala von 1 (Überhaupt nicht oder weniger als 1 Tag)
bis 4 (5 bis 7 Tage)



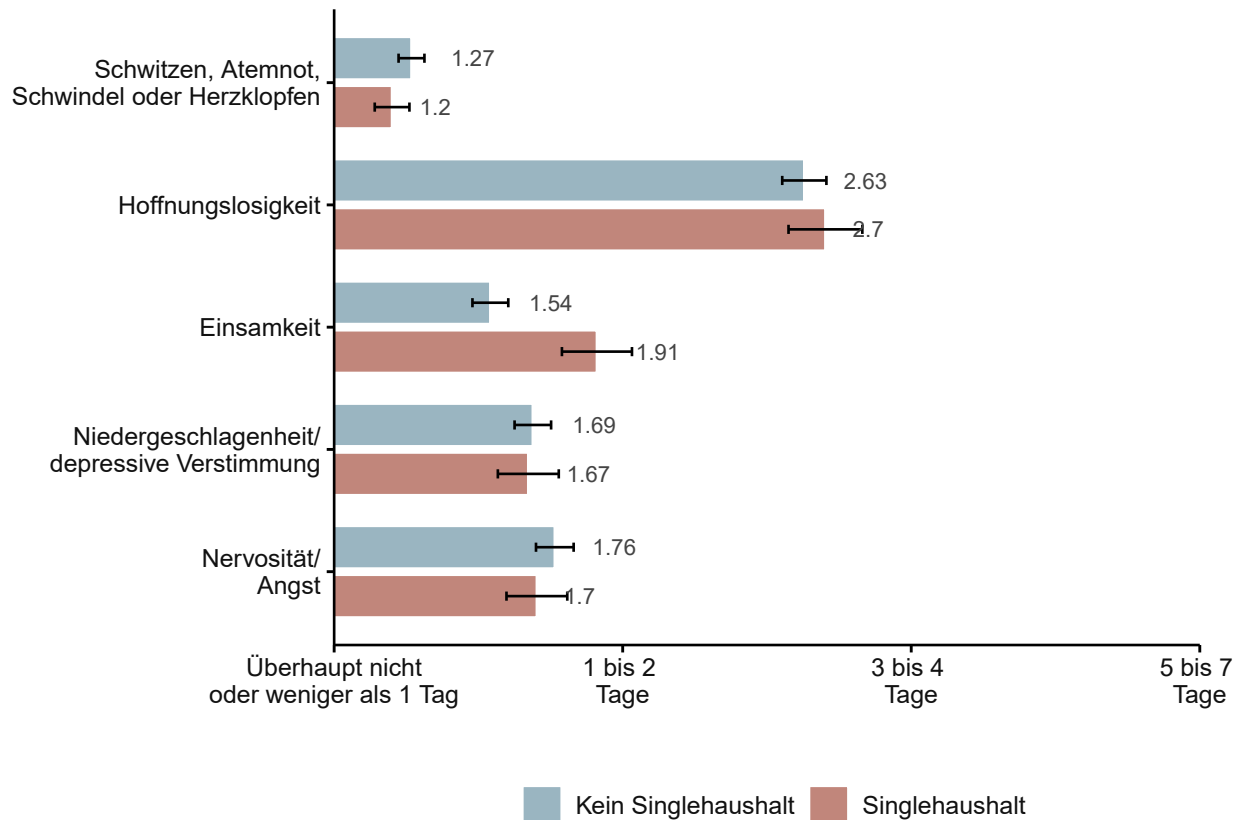
Häufigkeit von Gefühlen und Verhaltensweisen in der vergangenen Woche

Bewertet auf einer Skala von 1 (überhaupt nicht oder weniger als 1 Tag)
bis 4 (5 bis 7 Tage). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.
Aktuelle Erhebungswelle (31.03.2020)



Häufigkeit von Gefühlen und Verhaltensweisen in der vergangenen Woche getrennt nach Singlehaushalt (kein Singlehaushalt vs. Singlehaushalt)

Bewertet auf einer Skala von 1 (überhaupt nicht oder weniger als 1 Tag)
bis 4 (5 bis 7 Tage). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.
Aktuelle Erhebungswelle (31.03.2020)



15 Familienzusammenhalt

Der Fragenkomplex zum Familien- und Beziehungsklima misst drei Dimensionen: Die emotionalen Aspekte der Zugehörigkeit und des Zusammenhalts, die Fähigkeit einer Familie bzw. einer Partnerschaft gemeinsam Probleme zu lösen und die Möglichkeit aller Familienmitglieder auch negative Emotionen offen zu kommunizieren.

In diesem Abschnitt sind die Ergebnisse zum Zusammenleben mit der Familie und in der Partnerschaft dargestellt. Es wird auch der Umgang mit Kindern und Konflikten in der Partnerschaft sowie die subjektive Belastung mit der Situation thematisiert.

Zusammenleben in der Familie/Partnerschaft

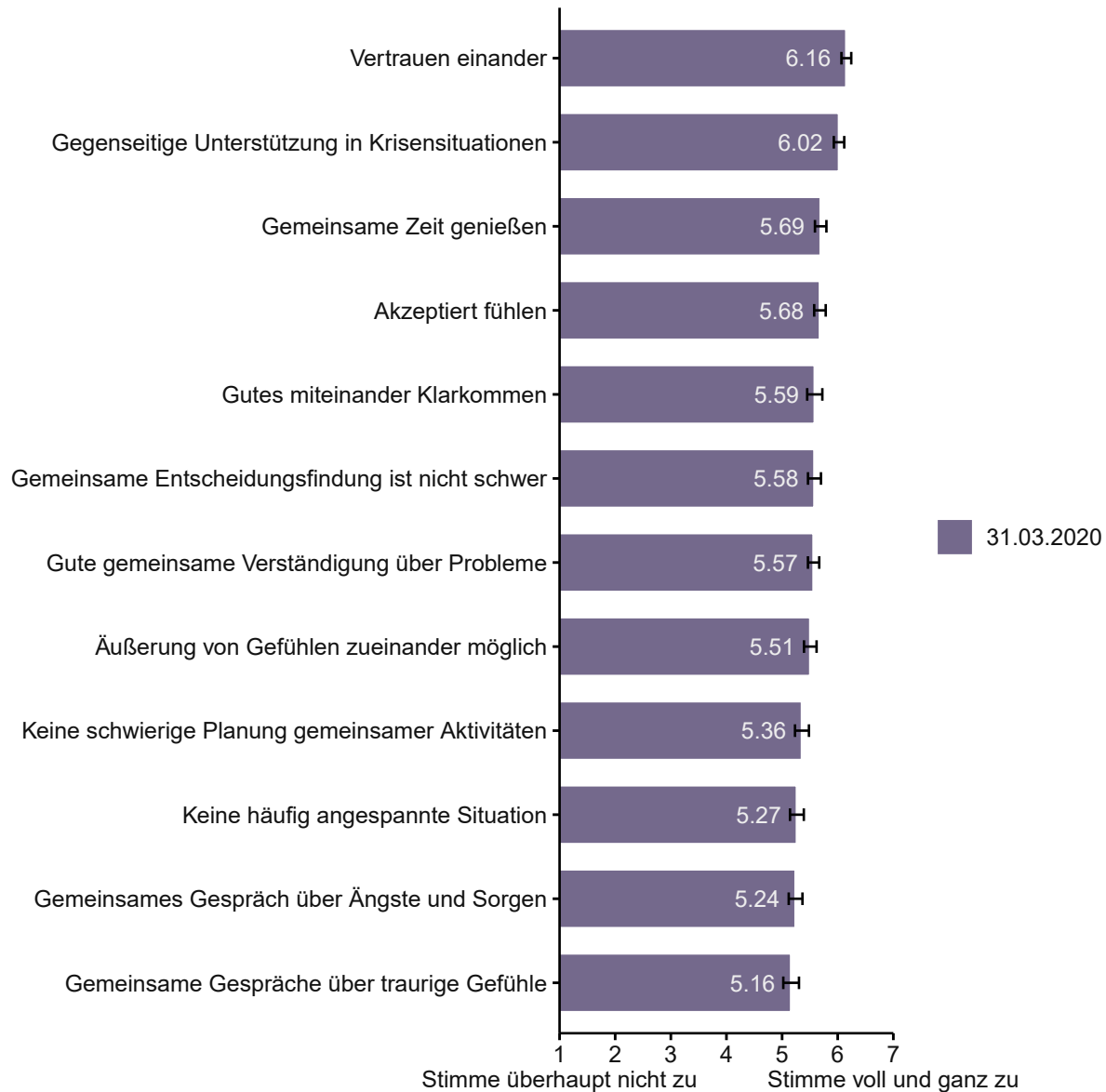
Im untenstehenden Diagramm sind die Ergebnisse zum Zusammenleben in der Familie und/oder der Partnerschaft dargestellt (nur Befragungsteilnehmende, die nicht in einem Single-Haushalt leben). In den meisten Beziehungen liegt ein gutes Vertrauensverhältnis vor ($M = 6.16$). Dennoch können gut ein Fünftel eher nicht über traurige Gefühle mit ihrer Familie / Partner/in sprechen (stimme (eher) zu: 22 %).

Zusammenleben in der Familie/ Partnerschaft (n = 761)

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

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.

Aktuelle Erhebungswelle (31.03.2020)

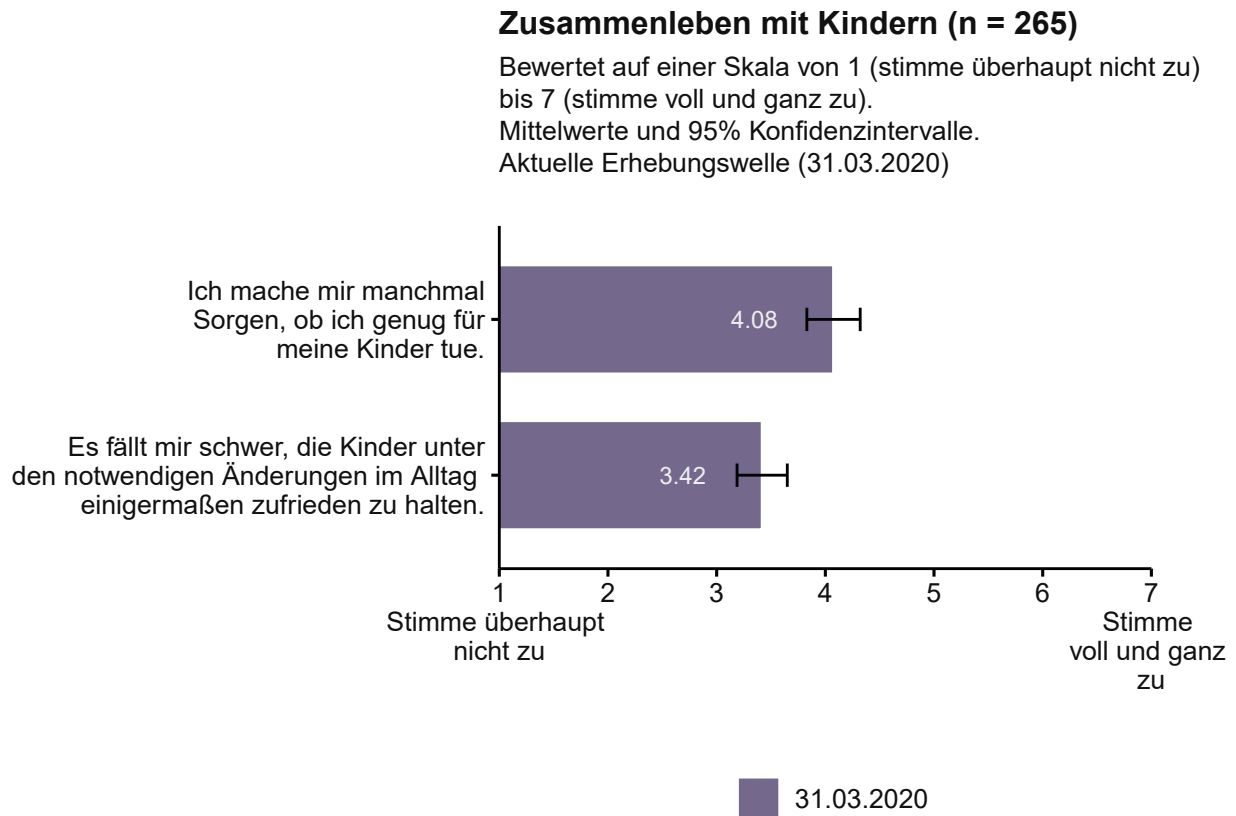


Weitere Analysen ergaben: Ältere Befragte bewerten ihr Familienklima positiver als jüngere Befragte. In einigen Items trifft das auch auf Menschen ohne Migrationshintergrund bzw. Menschen, bei denen zuhause hauptsächlich Deutsch gesprochen wird, zu. Befragte, in deren Haushalt Kinder leben, können sich weniger gut bei Problemen einigen, empfinden die familiäre Situation eher als angespannt und haben eher Meinungsverschiedenheiten mit dem Partner. Die Güte des Familienklimas hängt nicht mit dem Geschlecht oder der Bildung zusammen.

Nahezu immer ergeben sich signifikante Unterschiede, wenn man Corona-Infizierte mit nicht Infizierten vergleicht. Infizierte Menschen erleben das familiäre Klima als deutlich belasteter.

Zusammenleben mit Kindern

Befragungsteilnehmende, die eine Kinder unter 18 Jahren haben und nicht in einem Single-Haushalt leben, haben Aussagen über das Zusammenleben mit ihren Kindern beurteilt. Die Sorge, nicht genug für die eigenen Kinder zu tun (stimme (eher) zu: 31 %), und der Umgang mit den Kinder im Alltag (stimme (eher) zu: 46 %) stellen aktuell für einige Eltern eine Herausforderung dar.

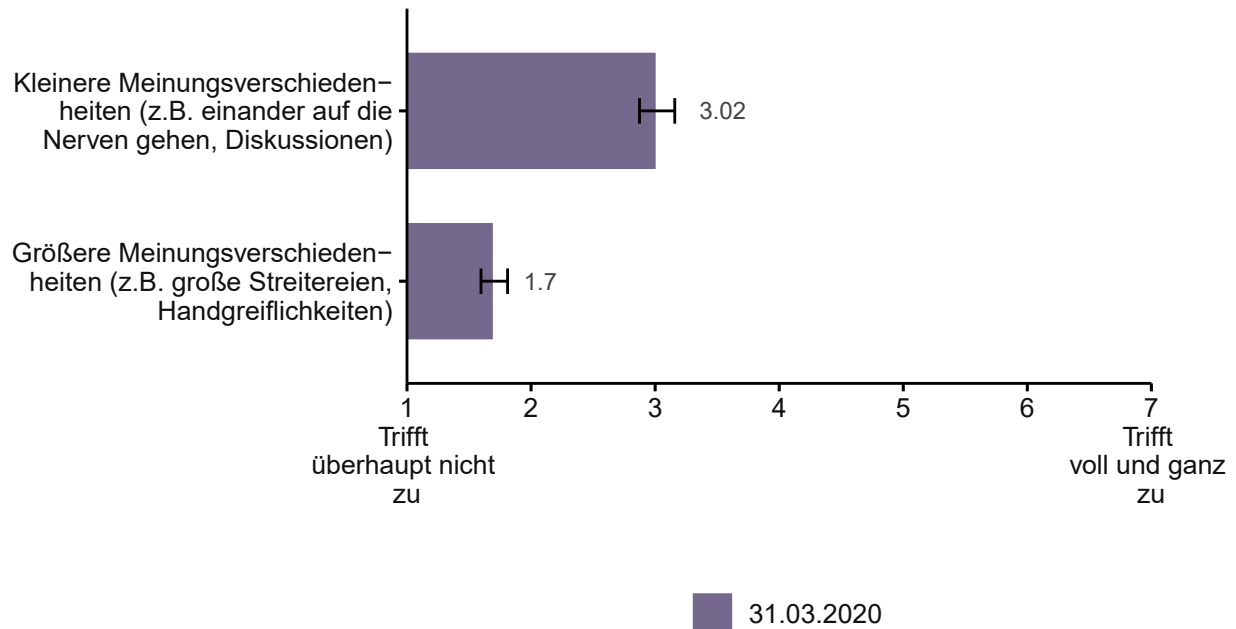


Konflikte in der Partnerschaft

Befragungsteilnehmende, die in einer festen Partnerschaft leben, haben Auskunft über Konflikte in der Partnerschaft gegeben. Das Konfliktpotential für kleine und große Meinungsverschiedenheiten ist eher gering ausgeprägt.

Konflikte in der Partnerschaft (n = 678)

Bewertet auf einer Skala von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 7 (stimme voll und ganz zu). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle. Aktuelle Erhebungswelle (31.03.2020)

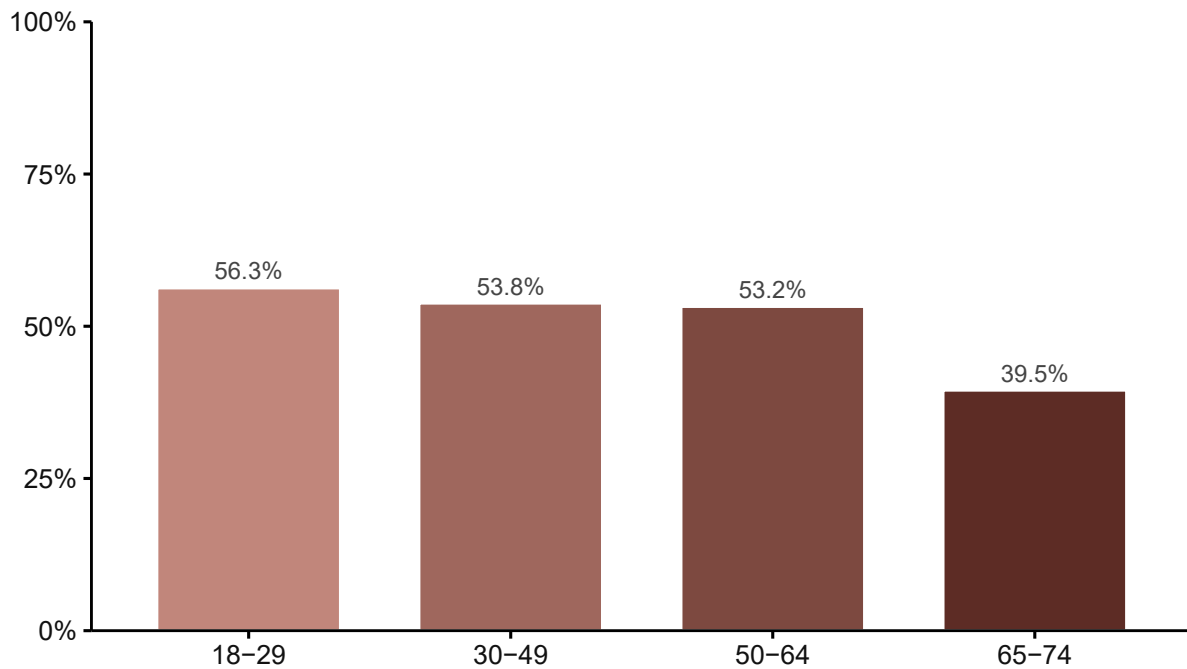


Situative Belastung

51.9 Prozent Befragungsteilnehmende empfinden ihre persönliche Situation momentan als belastend. In der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährige geben weniger Personen (ca. 40%) an, ihre persönliche Situation als belastend zu empfinden.

Situative Belastung nach Altersgruppe

Empfinden Sie Ihre persönliche Situation momentan als belastend?
Aktuelle Erhebungswelle (31.03.2020)



Die Minderheit der Personen (9 %), die die aktuelle Situation als belastend empfinden, haben darüber nachgedacht, telefonische Beratungsangebote in Anspruch zu nehmen. Das untenstehende Diagramm stellt dar, welche Beratungsangebote sie gegebenenfalls nutzen wollen.

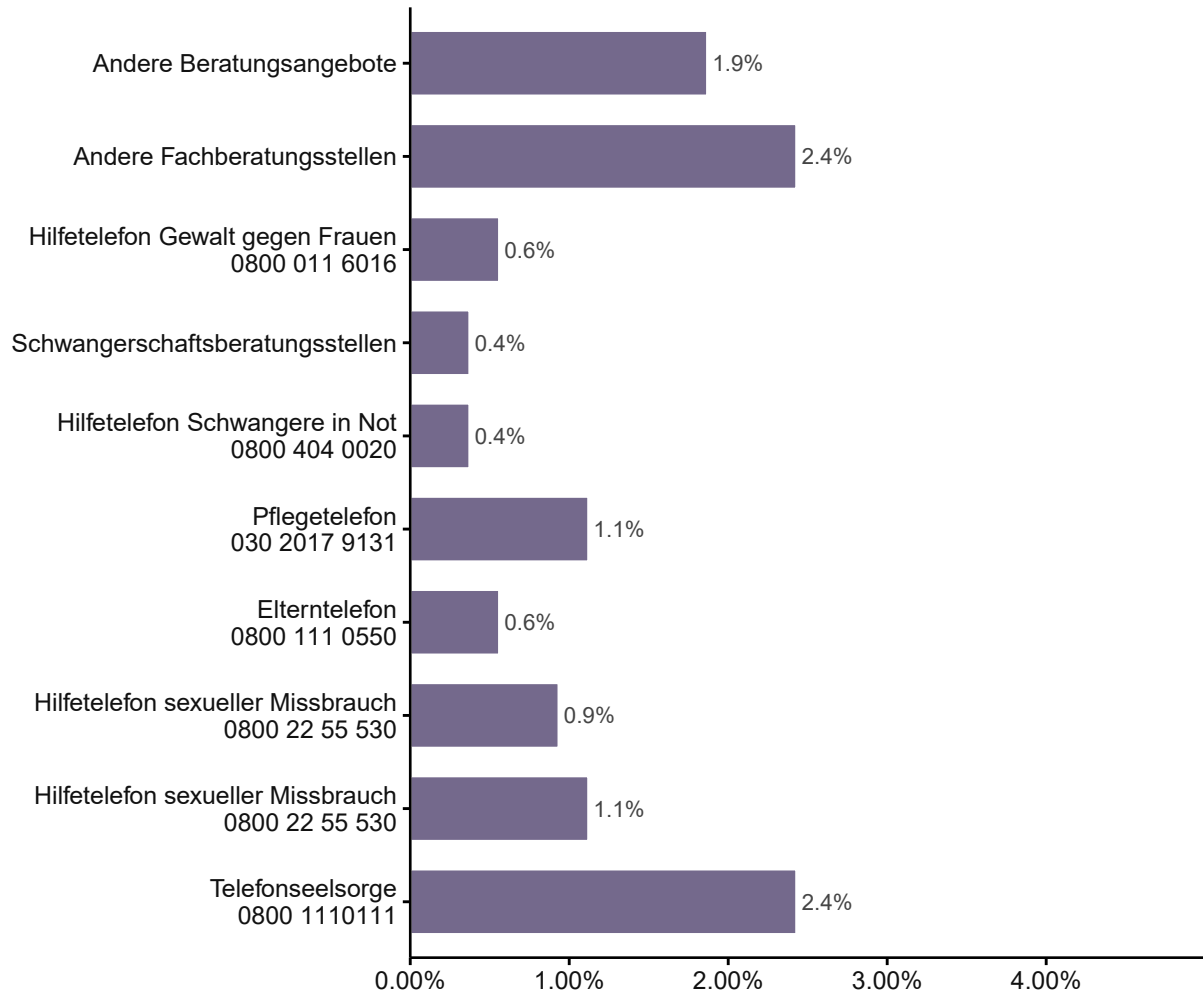
Weitere Analysen zeigen: Mit 85% sieht sich insbesondere die Gruppe der Infizierten als belastet. Für diese Menschen kommt eine telefonische Beratung am ehesten in Frage. Nur 75 % der Infizierten, die ihre Gesamtsituation als belastend empfinden, gegenüber 91 % aller Menschen mit einer belastenden Gesamtsituation, haben noch nicht daran gedacht, telefonische Beratungsangebote in Anspruch zu nehmen.

Potentielle Inanspruchnahme telefonischer Beratungsangebote

91.4% gaben an, bisher nicht darüber nachgedacht zu haben, telefonische Beratungsangebote in Anspruch zu nehmen.

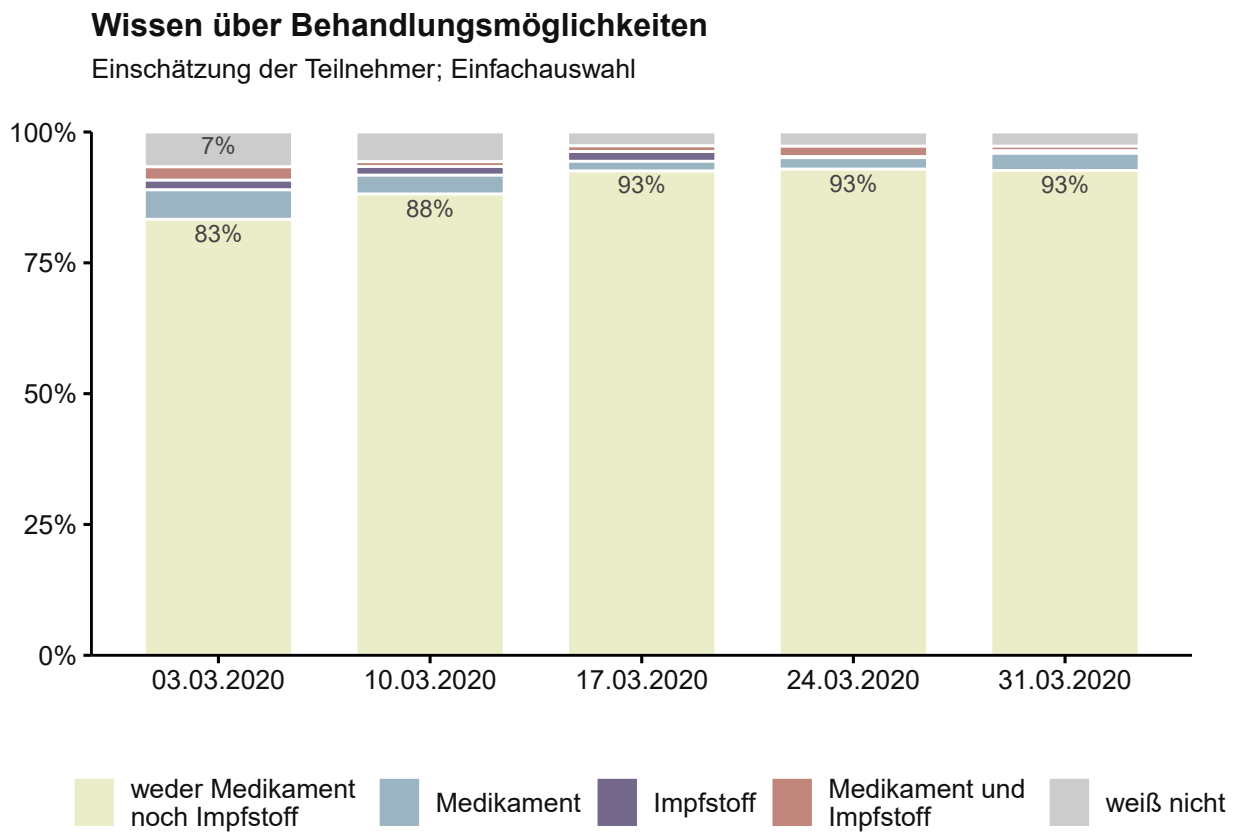
Aktuelle Erhebungswelle (31.03.2020)

Mehrfachnennungen möglich.



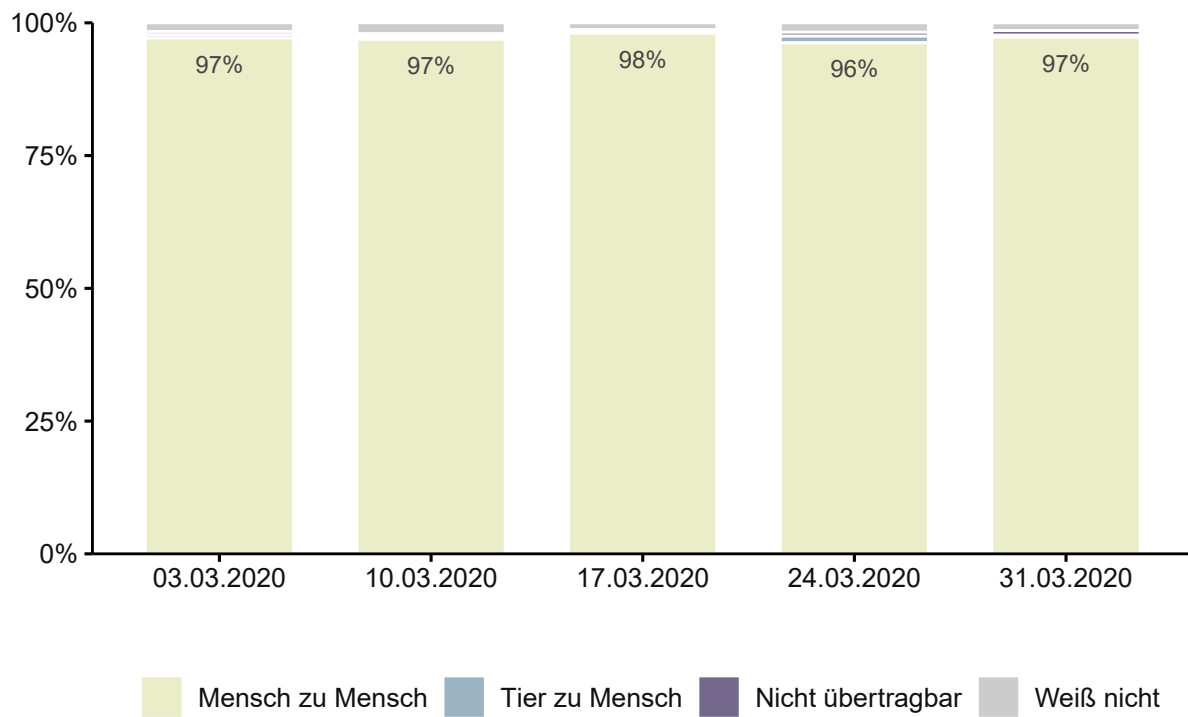
16 Daten im Detail

16.1 Detail: Wissen COVID-19



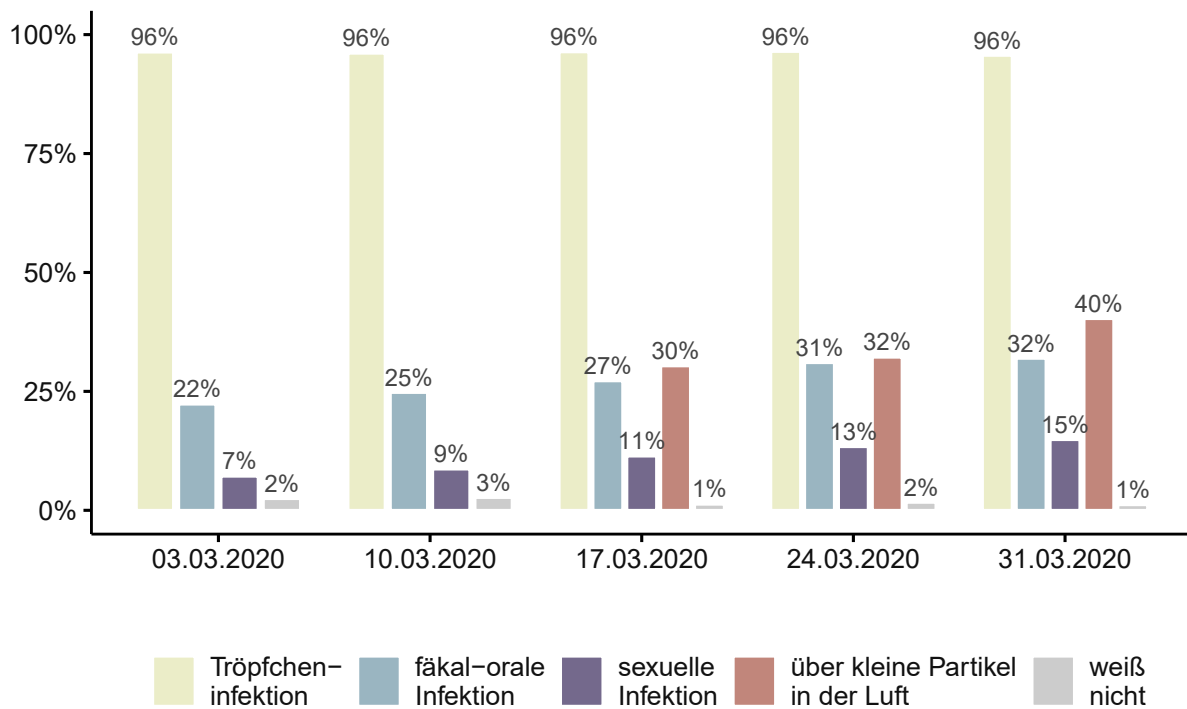
Wissen über Krankheitsüberträger

Einschätzung der Teilnehmer; Einfachauswahl



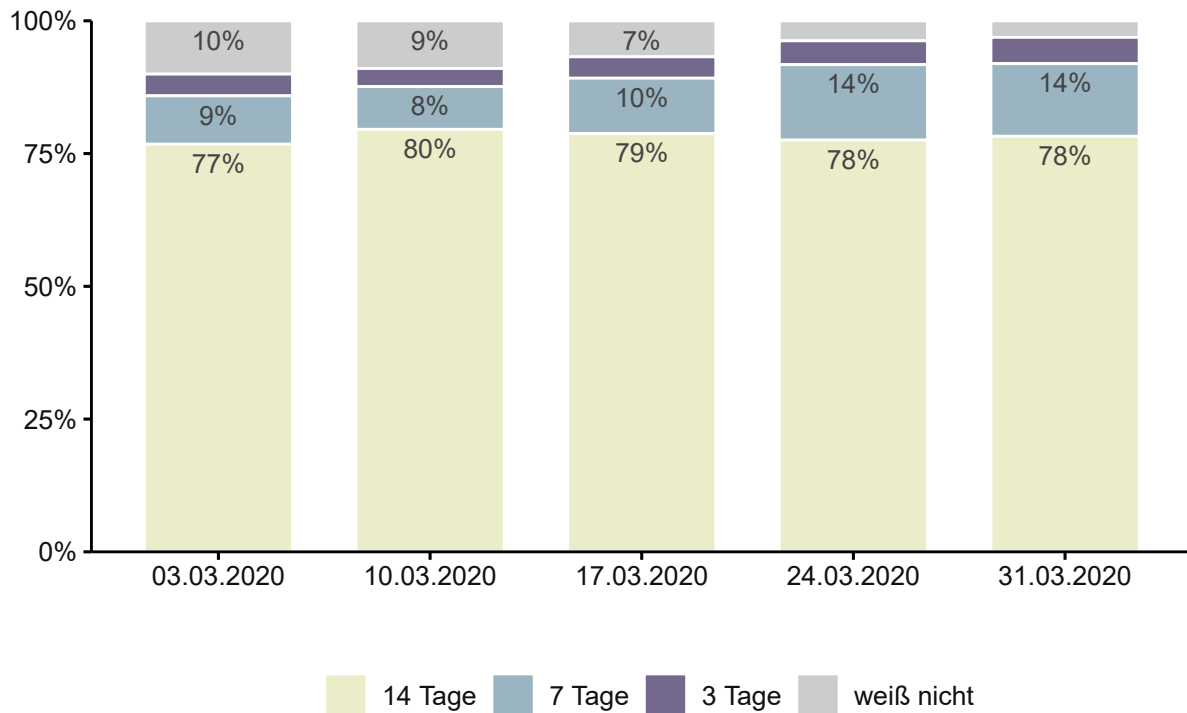
Wissen über den Infektionsweg

Einschätzung der Teilnehmer; Mehrfachauswahl möglich



Wissen über die Inkubationszeit

Einschätzung der Teilnehmer; Einfachauswahl

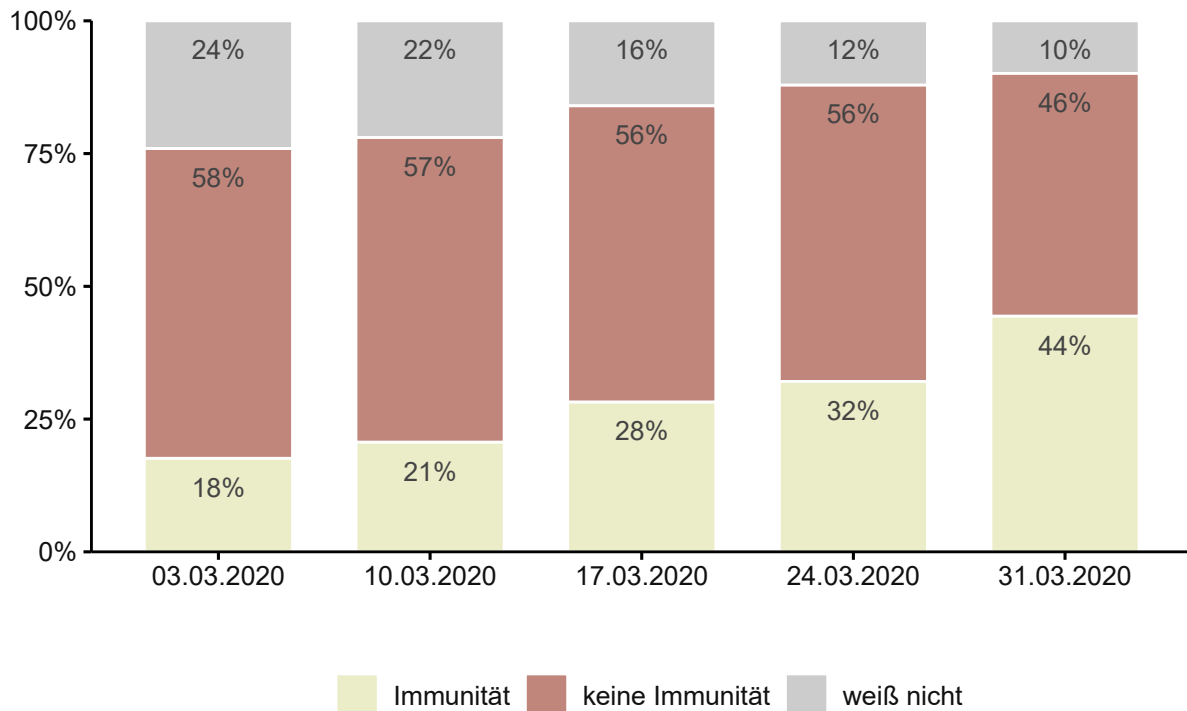


16.2 Fehlendes Wissen Immunität

46% der Befragten denken, dass eine überstandene Krankheit keine Immunität verursacht. Hier fehlt Wissen über die sich entwickelnde Immunität.

Wissen über Folgen einer überstandenen Erkrankung

Einschätzung der Teilnehmer; Einfachauswahl



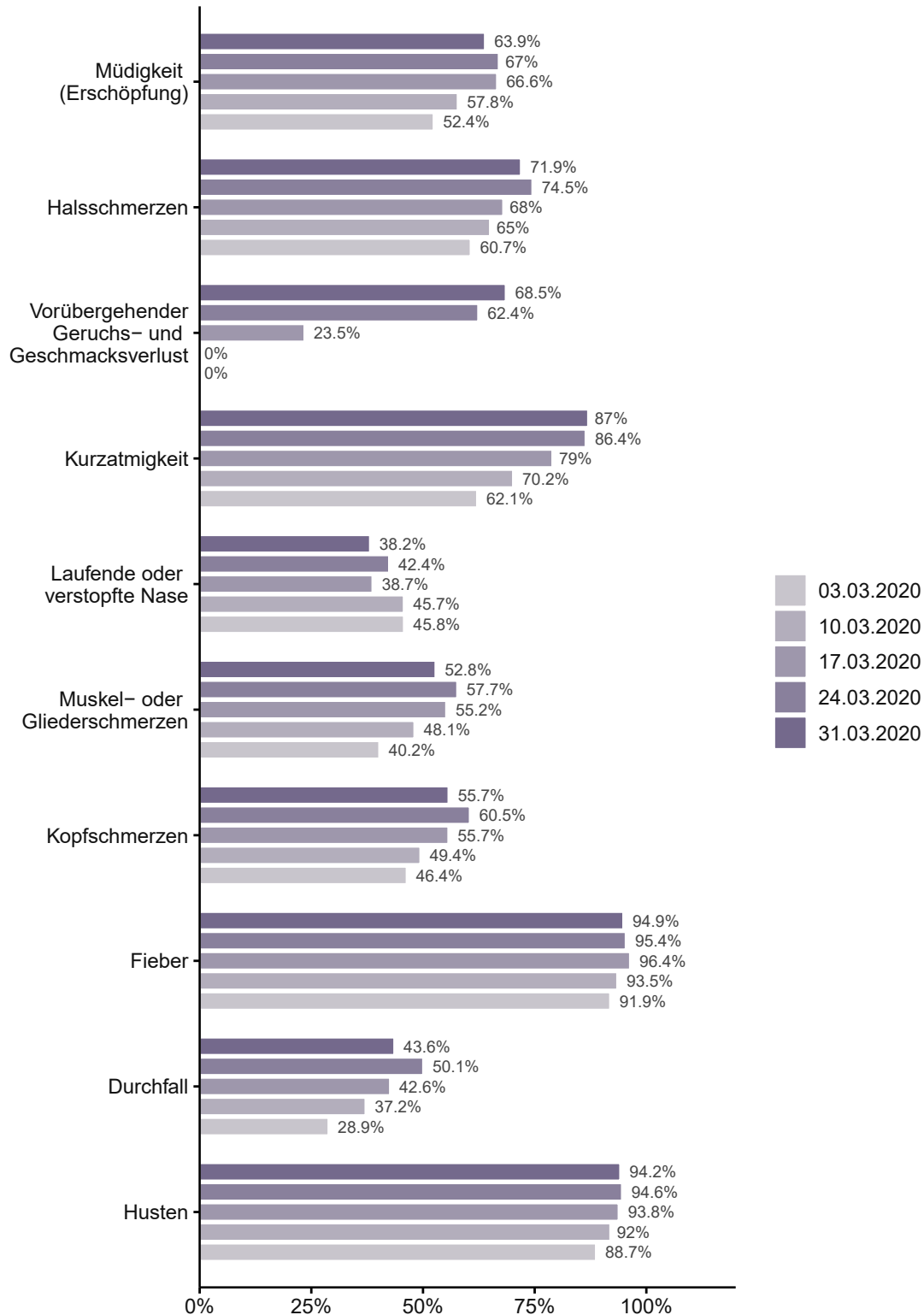
16.3 Detail: Symptomwissen

Die häufigsten Symptome treten in Form gängiger Erkältungssymptome wie z.B. Fieber, trockener Husten, Abgeschlagenheit, Halskratzen sowie Kopf- und Gliederschmerzen usw. auf. In seltenen Fällen litten Betroffene unter Übelkeit und Durchfall (Quelle: <https://www.zusammengegegencorona.de/informieren/symptome-erkennen/>).

Hinweis: Das Symptom *verübergehender Geruchs- und Geschmacksverlust* wurde erst ab Welle 3 (17.03.2020) erhoben.

Kenntnis der COVID-19-Symptome

Anteil der Personen, die folgende Symptome in Verbindung mit dem neu aufgetretenen Coronavirus bringen.



17 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.

18 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.

19 Literatur

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

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

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.

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.

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