

COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO) — Welle 7

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

Stand: 18.04.2020 (Version 07-02)

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 Rüden⁷, Georg Lämmlin⁸, Petra-Angela Ahrens⁸

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

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

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

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

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

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

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

⁸ Sozialwissenschaftliches Institut der EKD, Arnswaldtstraße 6, 30159 Hannover

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, 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/>

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

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

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

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

Wissenschaftliche Verantwortung und Initiative: UE

Finanzierung: UE, ZPID, RKI, BZgA

Auswertung und Dokumentation: UE

Kontakt: cornelia.betsch@uni-erfurt.de

Eine Zusammenfassung mit den wichtigsten Ergebnissen, Empfehlungen und Abbildungen als Kurzpräsentation gibt es hier: <https://dfncloud.uni-erfurt.de/s/BEqqsgnCDBRqp3D>

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 7. Datenerhebung (14.04.-15.04.2020). Die Datenerhebungen finden wöchentlich dienstags und mittwochs statt. Hinweis: Die Datenerhebung war beendet, bevor die Pressekonferenz der Bundeskanzlerin am Mittwochabend stattfand.

Die 1034 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.

1.1 Gewöhnung an die Krise setzt ein

Die **Ängste und Sorgen** pendeln sich auf einem stabilen Niveau ein; dieses ist etwas niedriger als zum Zeitpunkt der Maßnahmenverschärfung (Mitte/Ende März). Die Risikowahrnehmung ist nach einem leichten Abrutschen über die letzten 3 Wochen wieder etwas gestiegen.

Die Sorge vor der *Überlastung des Gesundheitssystems* – eine zentrale Begründung der Maßnahmen – ging im Vergleich zur Vorwoche weiter zurück.

Trotz der relativ hohen Risikowahrnehmung treten *“Ermüdungserscheinungen”* im Zusammenhang mit der Akzeptanz der Maßnahmen auf: Die Maßnahmen sind immer noch gut akzeptiert, die Zustimmung sinkt aber kontinuierlich. Beispielsweise ging die Akzeptanz zu Maßnahmen der Schließung von Gemeinschaftseinrichtungen im Vergleich zur Vorwoche nochmal zurück.

- *Empfehlung: Die Einhaltung der Maßnahmen sollte weiter überprüft und Verstöße sanktioniert werden.*
- *Empfehlung: Die gemeinsam durch die Maßnahmen erzielte Erfolge sollten betont werden.*
- *Empfehlung: Die epidemiologische Konsequenz von Ausnahmen sollte verdeutlicht werden (z.B. durch Visualisierung).*

1.2 Sorgen

Sorgen um die **Wirtschaftskraft** bleiben stabil hoch. Alle anderen Sorgen gehen tendenziell zurück, vor allem die Sorge um die Überlastung des Gesundheitssystems oder dass die Gesellschaft egoistischer wird.

Die Befürchtung, dass die Corona-Pandemie die soziale Ungleichheit verstärkt, bleibt nach wie vor bestehen.

- *Empfehlung: Maßnahmen zur wirtschaftlichen Unterstützung sollten weiter erarbeitet und kommuniziert werden.*
- *Empfehlung: Sollte die Überlastung des Gesundheitssystems immer noch eine realistische Gefahr sein, sollte diese klar und mit einfach verständlichen Beispielen kommuniziert werden.*

1.3 Wissen und Verhalten

Die Bevölkerung ist gut über COVID-19 und entsprechende Schutzmaßnahmen informiert.

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

78% verzichten häufig oder immer auf private Treffen mit anderen Personen (aus anderen Haushalten).

82% meiden häufig oder immer öffentliche Orte.

84% sind häufig oder immer in der Öffentlichkeit nur mit max. einer anderen Person unterwegs.

- *Empfehlung Risikokommunikation: Die Maßnahmen sollten alltagsrelevant und nicht abstrakt formuliert werden: z.B. wie kann die Kontaktregel von mind. 1,50 Meter beim Einkaufen eingehalten werden. Was muss ich tun, wenn eine Schule geschlossen wird, etc. Dabei können einfache Daumenregeln hilfreich sein, wie z.B. wie viel ist eigentlich 1,50 Meter: so viel, dass man lauter sprechen muss als normalerweise.*

1.4 Vertrauen

Das RKI genießt das höchste *Vertrauen*, *Tendenz leicht sinkend*. Bis auf Krankenhäuser und Ärzte haben alle Institutionen im Vergleich zur Vorwoche etwas an Vertrauen verloren; es liegt aber immer noch auf hohem Niveau (um 5 von 7 Punkten).

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*
- *Empfehlung: Gemeinsam erzielte Erfolge sollten betont werden, um das Vertrauen aufrecht zu erhalten*

1.5 Sogenannte Exit-Strategien

57 % sprechen sich dafür aus, die Maßnahmen auch nach dem 19. April nicht zu lockern. (Dies war noch vor der Ansprache der Bundeskanzlerin am Mittwochabend.)

Zielgruppenspezifische und regionale Lösungen sind weniger akzeptiert als Regeln, die für alle gelten.

- *Empfehlung: Sollten zielgruppenspezifische und regionale Lösungen ergriffen werden, bedürfen sie besonderer Kommunikation.*

1.6 Schulöffnungen

Ältere Kinder wieder in die Schulen zu schicken ist besser akzeptiert als jüngere Kinder in die Schulen schicken und Kitas zu öffnen.

Schulen bis zu den **Sommerferien** geschlossen zu halten wird eher abgelehnt; dass Horte und Kleinkindbetreuung bis zu den Ferien geschlossen bleiben, ist eher akzeptiert.

Rotationssysteme (in denen Kinder abwechselnd in kleineren Lerngruppen in der Schule und alleine Zuhause lernen) sind für 2 von 3 Eltern prinzipiell denkbar. Am stärksten wird eine Rotation zwischen Vor- und Nachmittag abgelehnt und von einem Fünftel der Eltern als für die Familien (eher) nicht machbar bewertet. Am seltensten wird die Rotation zwischen A- und B-Woche abgelehnt. Eltern jüngerer Kinder (6-10) stimmen (egal welcher) Rotationslösung eher weniger zu als Eltern älterer Kinder.

1 von 3 Eltern trauen ihren Grundschul-Kindern nicht zu, sich an **Abstandsregeln** zu halten. Selbst bei den 14- bis 18-jährigen Kindern trauen über 10% der Eltern ihren Kindern die Einhaltung der Regeln nicht zu.

- *Empfehlung: Familien benötigen unter Umständen Unterstützung bei der Familienorganisation, sollten Rotationssysteme auch für Grundschüler eingeführt werden (z.B. Betreuung bei geschlossenem Hort)*
- *Empfehlung: Schulkonzepte zur Umsetzung der Abstands- und Hygieneregeln sind wichtig, auch für Schüler höherer Altersstufen.*

1.7 Maske tragen

24% tragen bereits häufig oder immer Masken in der Öffentlichkeit (Vorwoche 28%); 52% denken, Stoffmaske-Tragen sollte verpflichtend sein (Vorwoche 45%).

Am häufigsten werden bereits Stoffmasken getragen. Über die **unterschiedliche Schutzwirkung** (Träger, andere – je nach Maskentyp) wissen die meisten korrekt Bescheid. Eine Warnung vor Masken mit Ventil scheint geboten – diese schützen nur den Träger, nicht aber andere. Dies ist nicht ausreichend bekannt.

Der **Schutz anderer** scheint bei der Wahl der Maske ein Kriterium zu sein. Trotz der RKI Empfehlung, dass FFP2 Masken vorrangig dem Fachpersonal zur Verfügung stehen sollten, ist ein großer Teil der Bevölkerung bereit, diese Masken (eher) zu kaufen (45% ohne Ventil, 36% mit Ventil), wenn sie die Gelegenheit dazu hätten.

- *Empfehlung: Die Beschränkungen des Schutzes durch Masken sollte weiter deutlich kommuniziert werden.*
- *Empfehlung: Der fehlende Schutz anderer durch FFP2 Masken mit Ventil sollte verstärkt kommuniziert werden.*
- *Empfehlung: Sollten FFP2/3 Masken knapp werden, reicht eine Empfehlung, dass diese nur Fachpersonal vorenthalten sein sollten, möglicherweise nicht aus. Diese Empfehlung sollte bereits jetzt verstärkt kommuniziert werden.*

1.8 App zur Verfolgung von Transmissionsketten

Etwa 77% (+4%) der Befragten geben an, schon etwas von einer solchen App gehört zu haben.

53% (-3%) sind eher bereit oder bereit, sich eine datenschutzkonforme App zu installieren; 18% (+3%) würden sich eine solche App auf keinen Fall runterladen. Wer hohes Vertrauen in die Behörden hat und den Ausbruch nicht als Medienhype wahrnimmt, würde sich eher eine Tracing-App runterladen.

Die aus dem Kontakt-Tracing folgenden Maßnahmen zur Eindämmung der Infektionsketten (häusliche Quarantäne von Kontaktpersonen) sind bevölkerungsweit sehr gut akzeptiert.

- *Empfehlung: Die Bereitschaft zur Nutzung einer Tracing-App ist mittel ausgeprägt und sinkt leicht über die vergangenen Wochen. Kommunikationsmaßnahmen sollten vor allem auf die große Gruppe der Unentschiedenen fokussieren.*
- *Empfehlung: Die gut akzeptierten Aspekte – wie die häusliche Quarantäne und vermehrte Testen – könnten bei der Bewerbung der App verstärkt betont werden.*

1.9 Impfungen

Es wurde abgefragt, ob in den vergangenen 6 Wochen Impfungen für die Teilnehmer geplant waren (Eltern wurden zusätzlich nach Impfungen für das jüngste Kind gefragt). Von den 132 geplanten Erwachsenen-Impfungen wurden 30% durch die Corona-Situation von Arzt/Ärztin oder Patient/in abgesagt. 35% der 75 geplanten Kinderimpfungen wurden durch die Corona-Situation abgesagt. Nur ca. die Hälfte wurde wie geplant durchgeführt.

- *Empfehlung: Diese Zahlen sollten mit Abrechnungszahlen verglichen werden. Sollte sich diese Tendenz dort spiegeln, besteht dringender Handlungsbedarf.*
- *Empfehlung: Ärztinnen und Ärzte sollten so unterstützt werden, dass geplante Impfungen weiter durchgeführt werden, damit keine Impflücken entstehen.*
- *Empfehlung: Vor allem Eltern benötigen Unterstützung, damit die geplanten Impfungen nicht von ihnen abgesagt werden.*

1.10 Hypothetische Impfung gegen das Coronavirus

Erstmals wurde die Bereitschaft abgefragt, sich gegen das neue Coronavirus impfen zu lassen, gegeben es gibt einen effektiven und sicheren Impfstoff. 79% würden sich impfen lassen, unabhängig davon, ob die Impfung andere schützt oder nicht.

Personen mit Risikofaktoren (Männer, Alter, Infizierte im Umfeld), erhöhter Risikowahrnehmung, die allgemein Impfungen gegenüber aufgeschlossen sind (Vertrauen in Impfungen haben, es nicht für überflüssig halten, den sozialen Nutzen von Impfungen sehen) würden sich auch eher gegen das Coronavirus impfen lassen. Wer im Gesundheitswesen arbeitet, ist weniger impfbereit.

Gegeben der Impfstoff und Masketragen wären gleichermaßen effektiv: Bei einer angenommenen Basisreproduktionsrate von $R_0 = 3$ (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html) würde eine Impfbereitschaft von 79% ausreichen, um die Verbreitung des Virus zu stoppen. Nur mit Masken könnte es bei der aktuellen Bereitschaft zum Masketragen nicht erreicht werden, da mindestens 67% vor dem Virus geschützt sein müssten.

- *Empfehlung: Bis ein effektiver Impfstoff in der nötigen Menge vorhanden ist, sollten alternative Maßnahmen zur Verlangsamung der Ausbreitung kommunikativ forciert werden und deren eingeschränkte Schutzwirkung verständlich kommuniziert werden.*

1.11 Ostern und Religiosität

Die sozialen und religiösen Aspekte rund um das vergangene Osterfest wurden abgefragt. Die Bedeutung von Ostern scheint sich im Wesentlichen durch das Zusammensein in der Familie zu definieren. Das Fehlen echter Sozialkontakte zu Ostern konnte aber durch die digitalen Kommunikationsmöglichkeiten wenigstens teilweise ausgeglichen werden. Personen mit hoher kirchlicher Verbundenheit nutzen auch eher digitale Ersatzangebote der Kirchen und nehmen den Beitrag der Kirche zur persönlichen Krisenbewältigung deutlicher wahr.

- *Empfehlung: Für die Kirchen erscheint es als eine wichtige Aufgabe, auch in dieser schwierigen Zeit zu Menschen, denen Glaube und Gemeinde am Herzen liegen, den Kontakt zu halten, auch mit digitalen Kommunikationsformen.*

1.12 Familiärer Zusammenhalt

Hinsichtlich des Familienklimas haben sich positive Gefühle, Problemlösungsfähigkeiten sowie die Qualität der Kommunikation auf einem hohen Niveau erhalten. Auch das Ausmaß von Meinungsverschiedenheiten in den Familien hat sich seit Welle 5 nicht verändert.

- *Empfehlung: Unterstützungsangebote sollten weiter aufrechterhalten bleiben.*

1.13 Alkohol und Bewegung

Der selbstangegebene Alkoholkonsum der Befragungsteilnehmenden ist in der aktuellen Situation vergleichbar zum selbst angegebenen Konsum im letzten Jahr.

Auch die Bewegung ist - hier im Vergleich zu repräsentativen Daten aus den Vorjahren - auf einem vergleichbaren Niveau.

- *Empfehlung: Die Möglichkeiten zur Bewegung im Freien könnten dazu beigetragen haben, dass die Bewegung und der Alkoholkonsum auf vergleichbaren Niveaus sind wie in Vorjahren; dies sollte weiterhin erlaubt bleiben, so es das Infektionsgeschehen erlaubt.*

1.14 Psychologische Krisenbewältigung

Trotz der aktuell eingeschränkten Kontaktmöglichkeiten sind die Bewältigungsfähigkeiten und -möglichkeiten (Coping) seit Welle 4 relativ stabil und weiterhin gut ausgeprägt. Jedoch sind die Unterstützungsangebote aus dem persönlichen Umfeld zurückgegangen. Weniger Befragungsteilnehmende empfinden ihre persönliche Situation momentan als belastend (im Vergleich zu vor zwei Wochen -12%), dennoch betrifft es immerhin noch 45% der jungen Personen.

- *Empfehlung: Hinweise und einfach zugängliche Angebote zur psychologischen Krisenbewältigung über Kanäle, die vor allem von jungen Menschen genutzt werden, sind dringend geboten.*

2 Methode

2.1 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 7 wurden 1034 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

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.

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 Probanden entsprechend ihrer Lebensumstände (Partnerschaft, Kinder im Haushalt) drei generelle Fragen zu Konfliktsituationen (Streit, körperliche Auseinandersetzung, Gefühl von Bedrohung) gestellt. Mit einem Listenexperiment wurden Dimensionen der Conflict Tactics Scale (Strauss, 1979) abgefragt. 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. Ab Welle 6 wurde die Reaktanz gegenüber den ergriffenen Maßnahmen erhoben (z. B. *Wie sehr ärgern Sie die Maßnahmen?* Überhaupt nicht (1) – Sehr (7)). Die vier Items basieren auf einer Skala von Dillard und Shen (2004).

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

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

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

Probanden (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).

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 schützen will, habe ich dann das relevante Wissen, bin ich sicher, dass ich mich schützen kann?

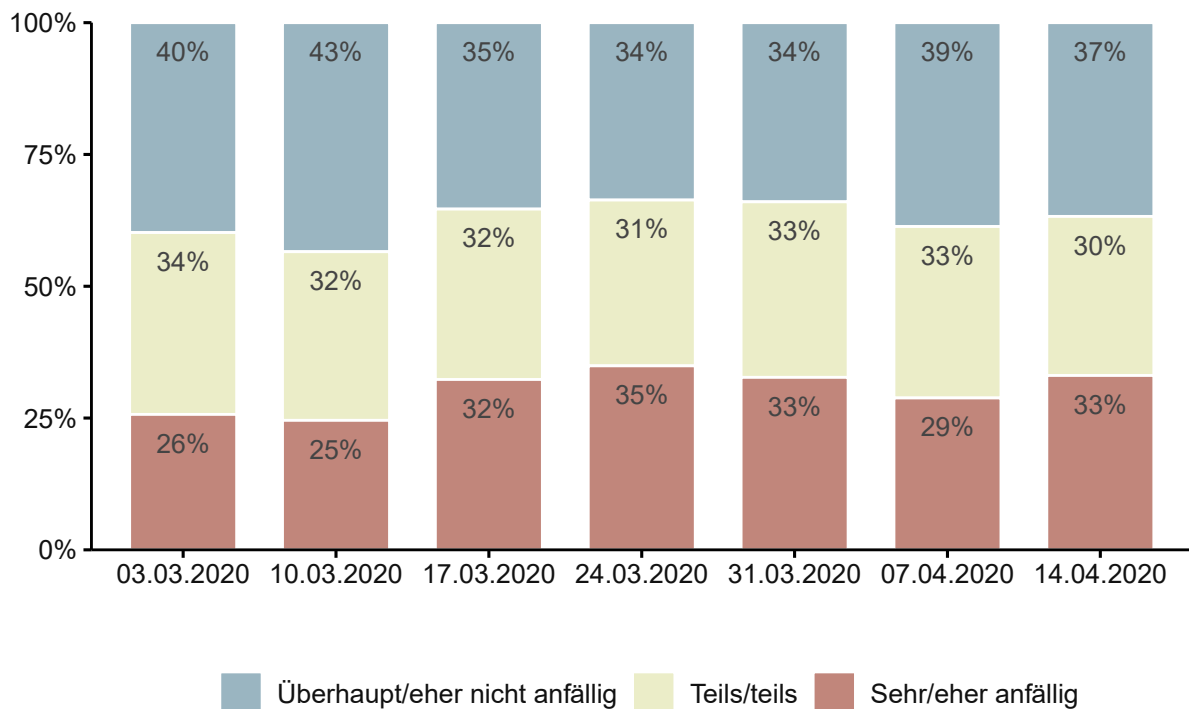
Die folgenden Grafiken zeigen zunächst den aktuellen Stand und die Veränderung der relevanten Variablen. Weiter unten wird exploriert, inwiefern diese Variablen auch mit effektivem Schutzverhalten oder anderen Verhaltensweisen wie Hamsterkäufen zusammenhängen (siehe Abschnitt “Wer verhält sich wie?”).

3.1 Risikowahrnehmung

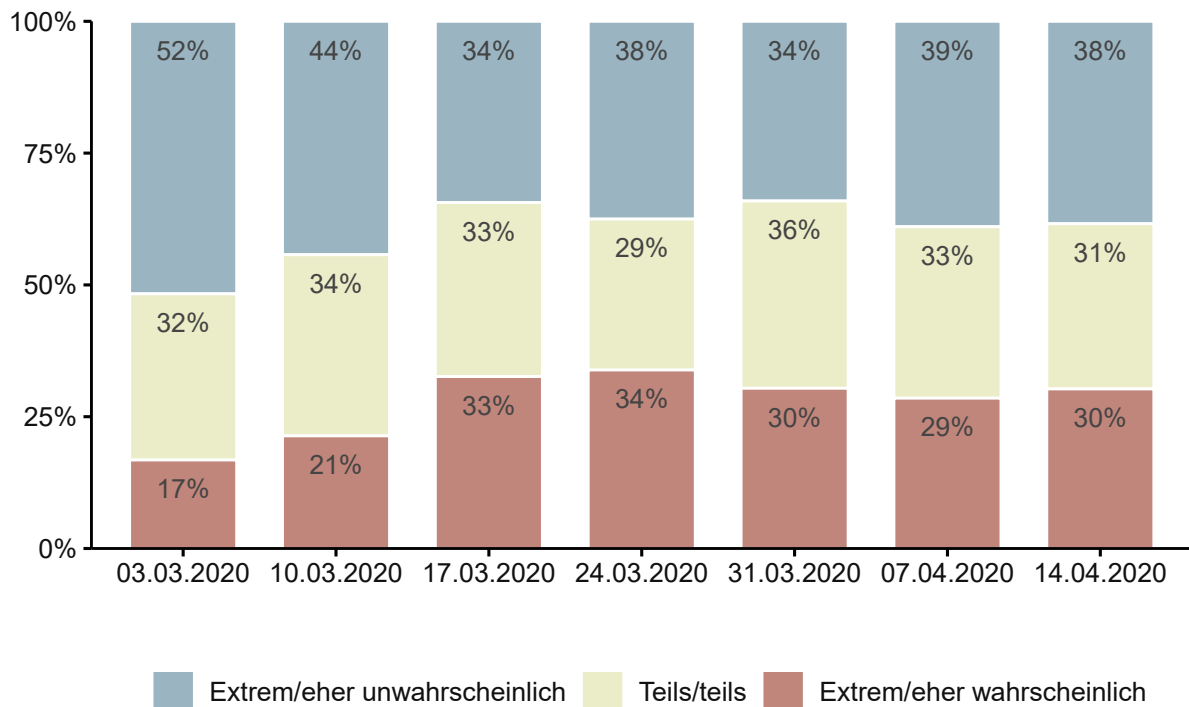
Die folgenden drei Grafiken zeigen verschiedene Aspekte der Risikowahrnehmung im Verlauf der Erhebungen.

Insgesamt ist die Risikowahrnehmung etwas niedriger als zum Zeitpunkt der Maßnahmenverschärfung (Mitte/Ende März) und nach einem leichten Abrutschen über die letzten 3 Wochen in der letzten Woche wieder etwas gestiegen.

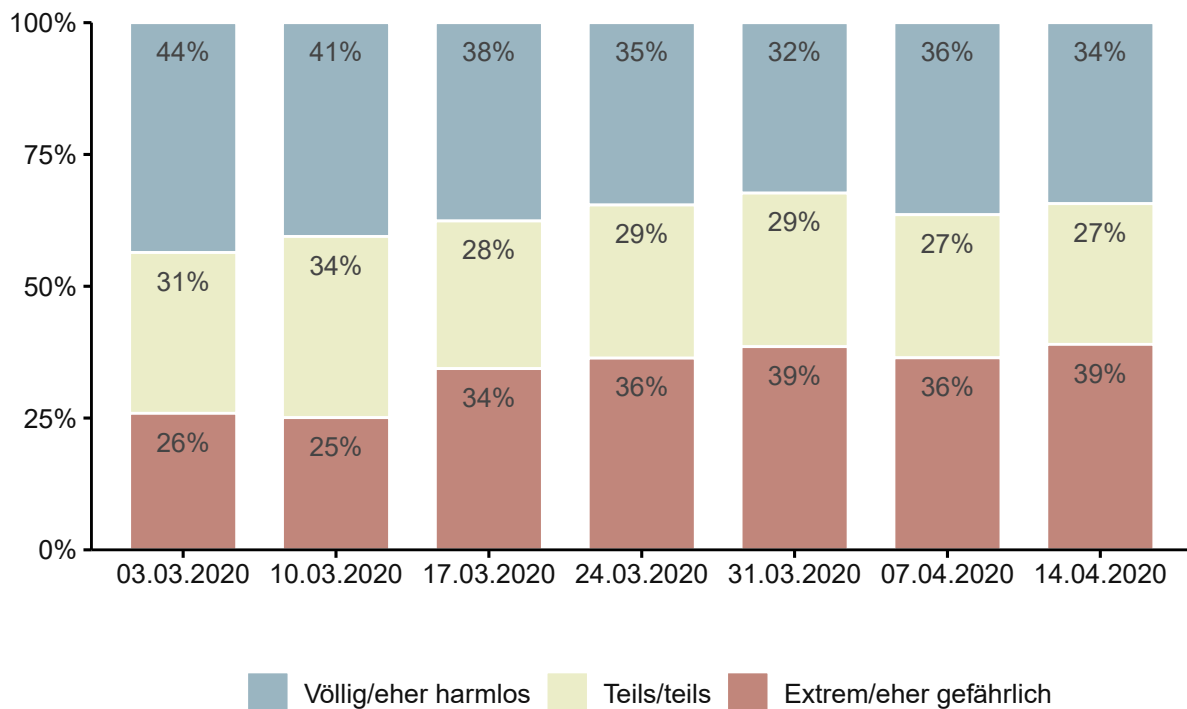
Als wie anfällig schätzen Sie sich für eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus ein?



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

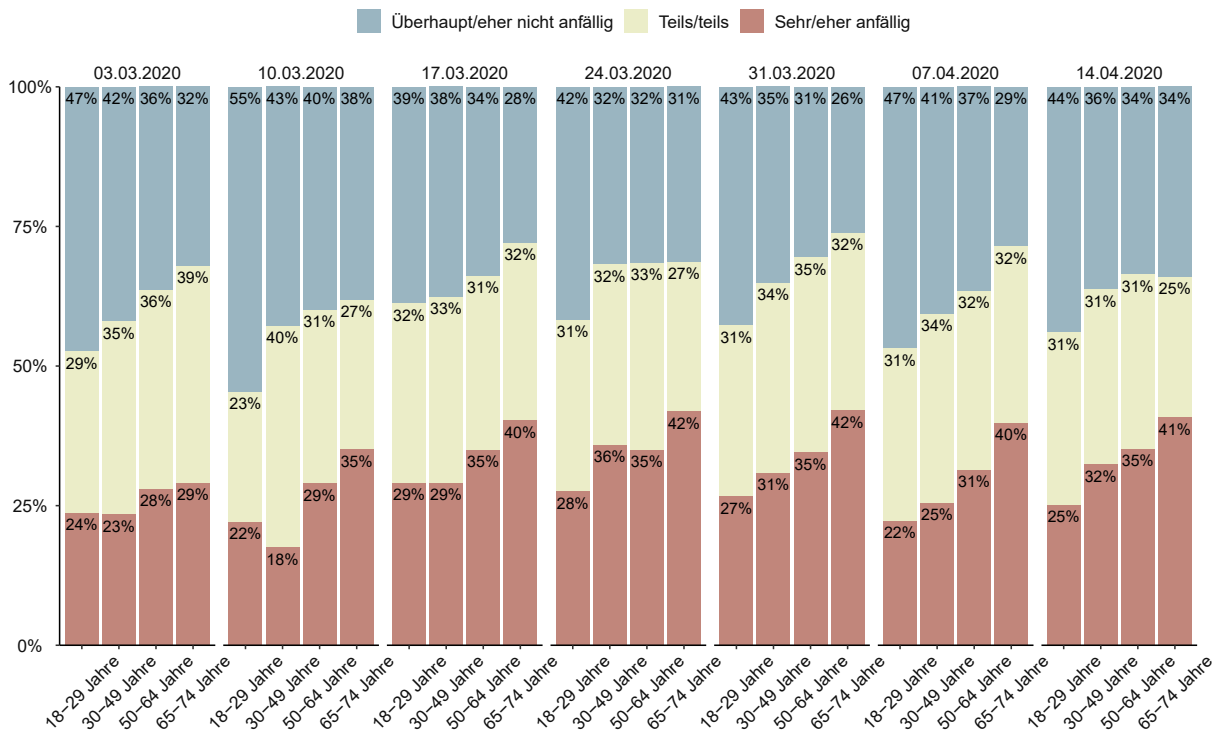


Wie schätzen Sie eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus für sich selbst ein?

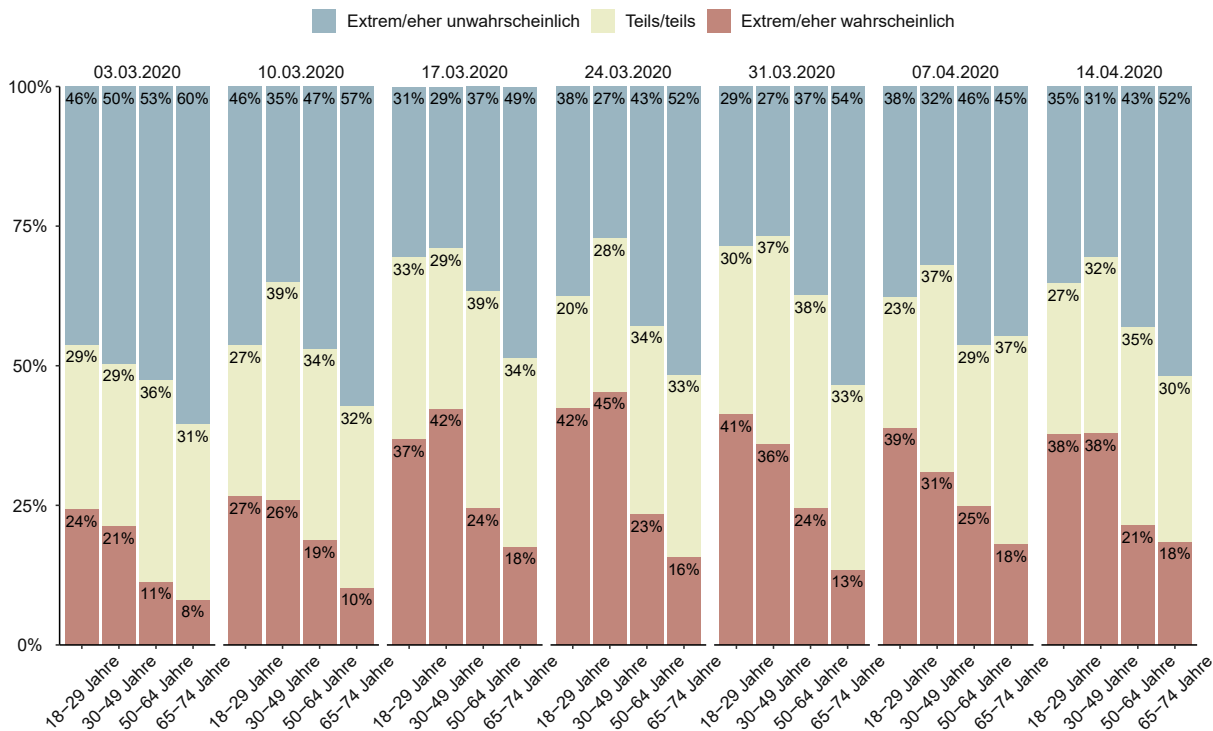


In den Analysen zur Risikowahrnehmung zeigte sich bislang, dass Ältere ihre Wahrscheinlichkeit zu erkranken als signifikant niedriger einschätzen als Jüngere. Dafür schätzen Ältere den Schweregrad einer COVID-19 Erkrankung und ihre Anfälligkeit als höher ein. Die Daten sind hier daher nochmal aufgesplittet nach Altersgruppen aufbereitet:

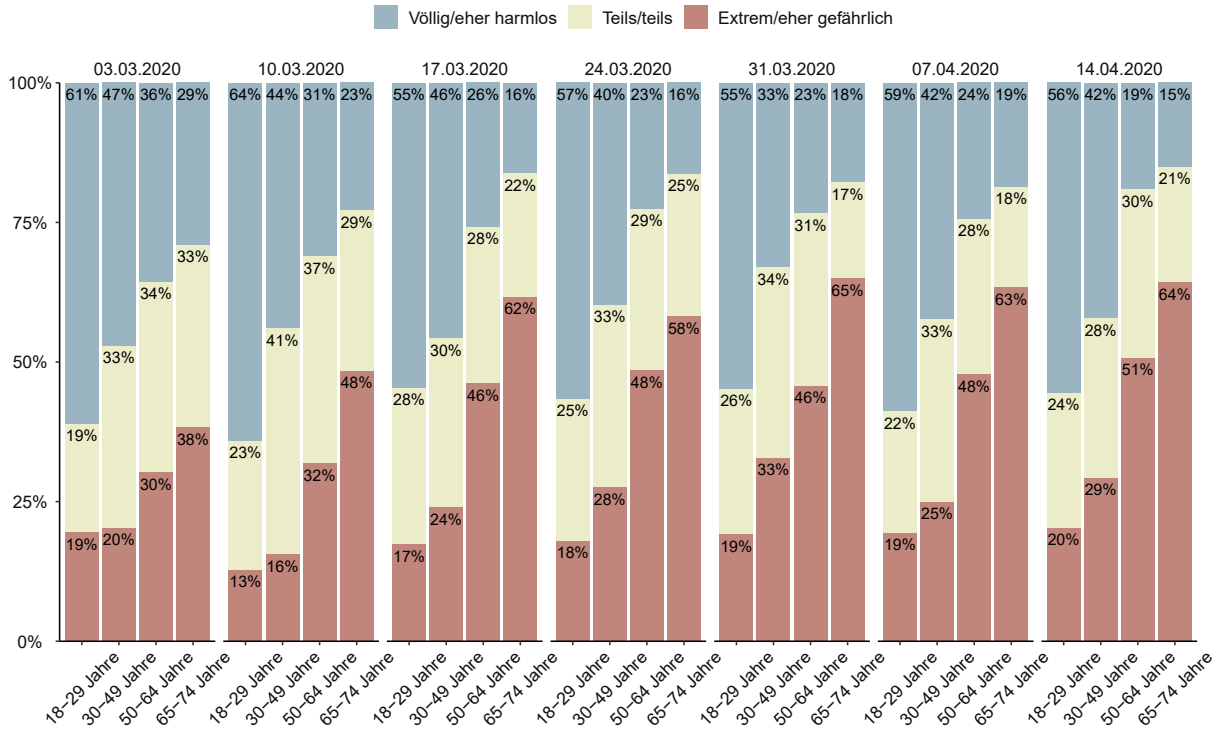
Als wie anfällig schätzen Sie sich für eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus ein?



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



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



3.2 Corona und Emotionen

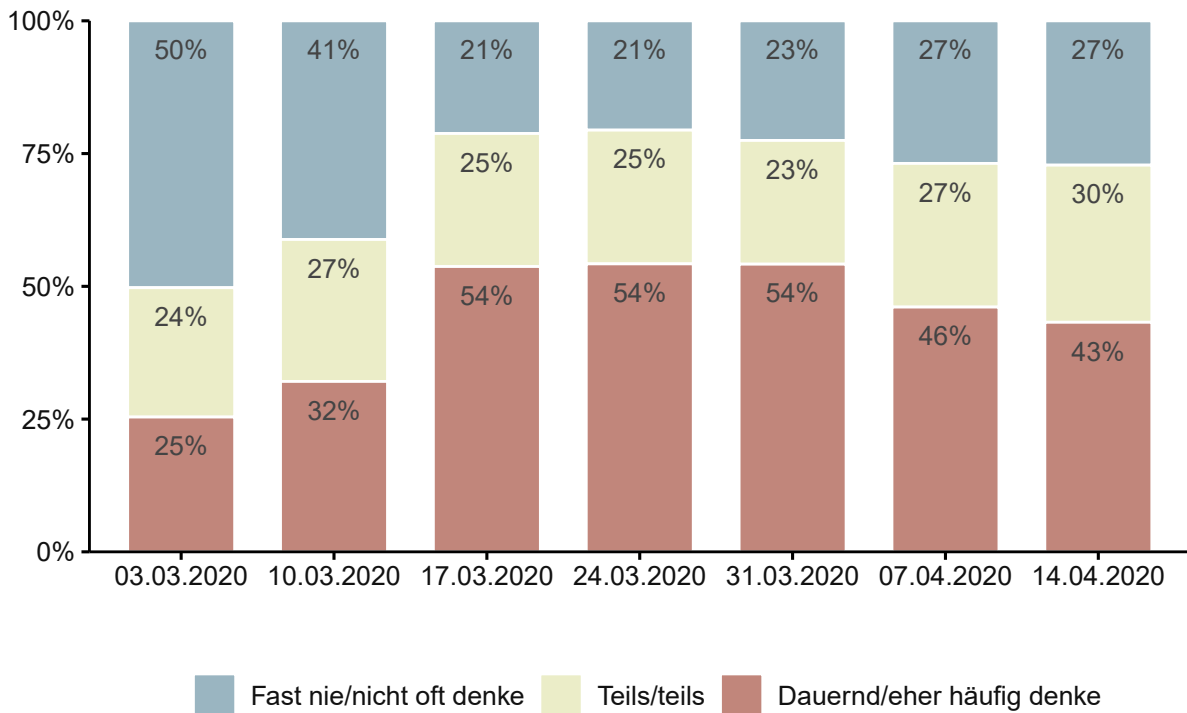
Die folgenden drei Grafiken zeigen verschiedene emotionale Aspekte über den Verlauf der Erhebungen. Nach einem stetigen Anstieg für die Dominanz des Themas, die Angst und Besorgnis der letzten Wochen, gehen die Werte wieder leicht zurück. Es scheint eine Gewöhnung einzusetzen.

Ältere Menschen sorgen sich mehr ($r = 0.09$) und haben mehr Angst ($r = 0.12$) als jüngere Menschen. Ältere und jüngere Menschen denken gleichermaßen 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 < 0.05 zeigen statistisch bedeutsame Zusammenhänge an. Korrelationskoeffizienten, die statistisch bedeutsam sind, werden fett gedruckt

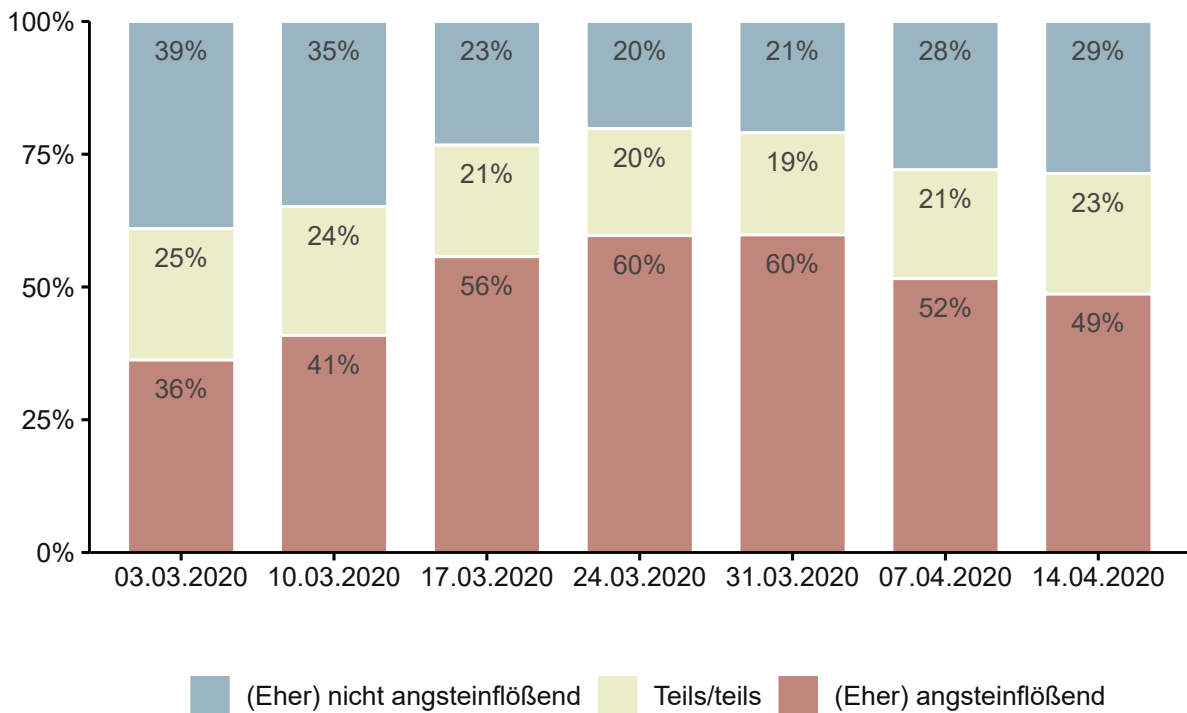
Dominanz des Themas

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



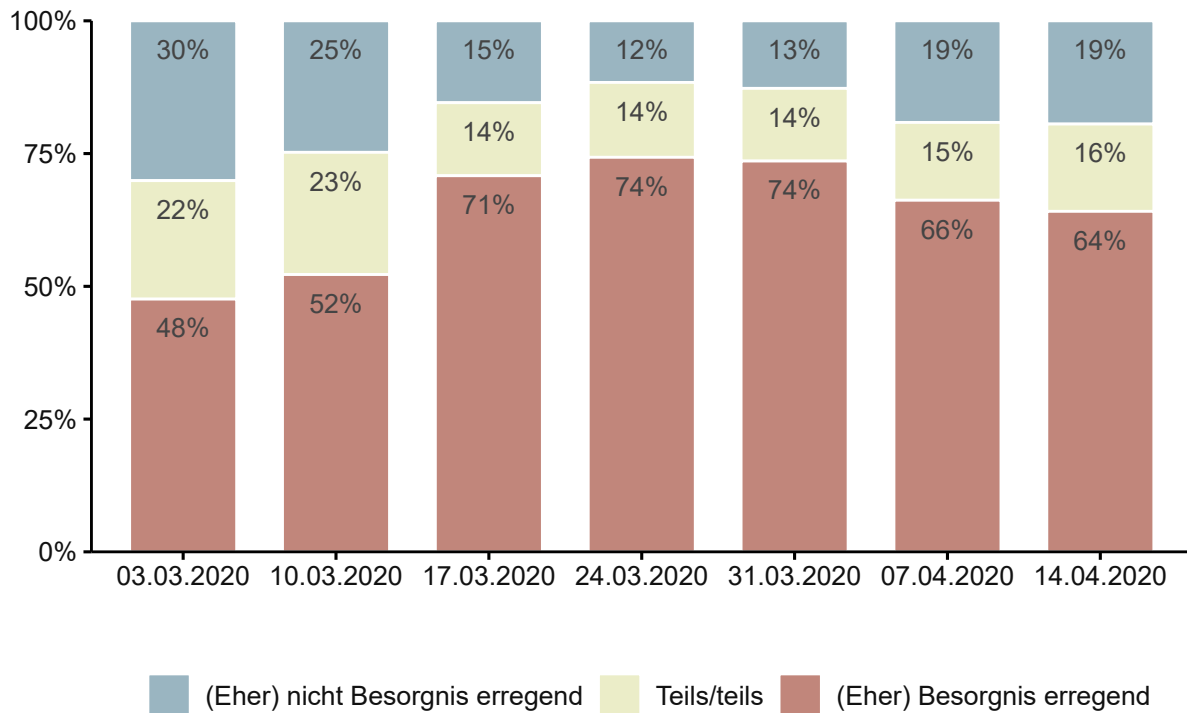
Angst

Das neuartige Coronavirus ist für mich ...



Besorgnis

Das neuartige Coronavirus ist für mich ...



3.3 Sorgen

Verschiedene Sorgen können über die Zeit relevant werden.

Die größten aktuellen Sorgen betreffen wirtschaftliche und gesellschaftliche Folgen.

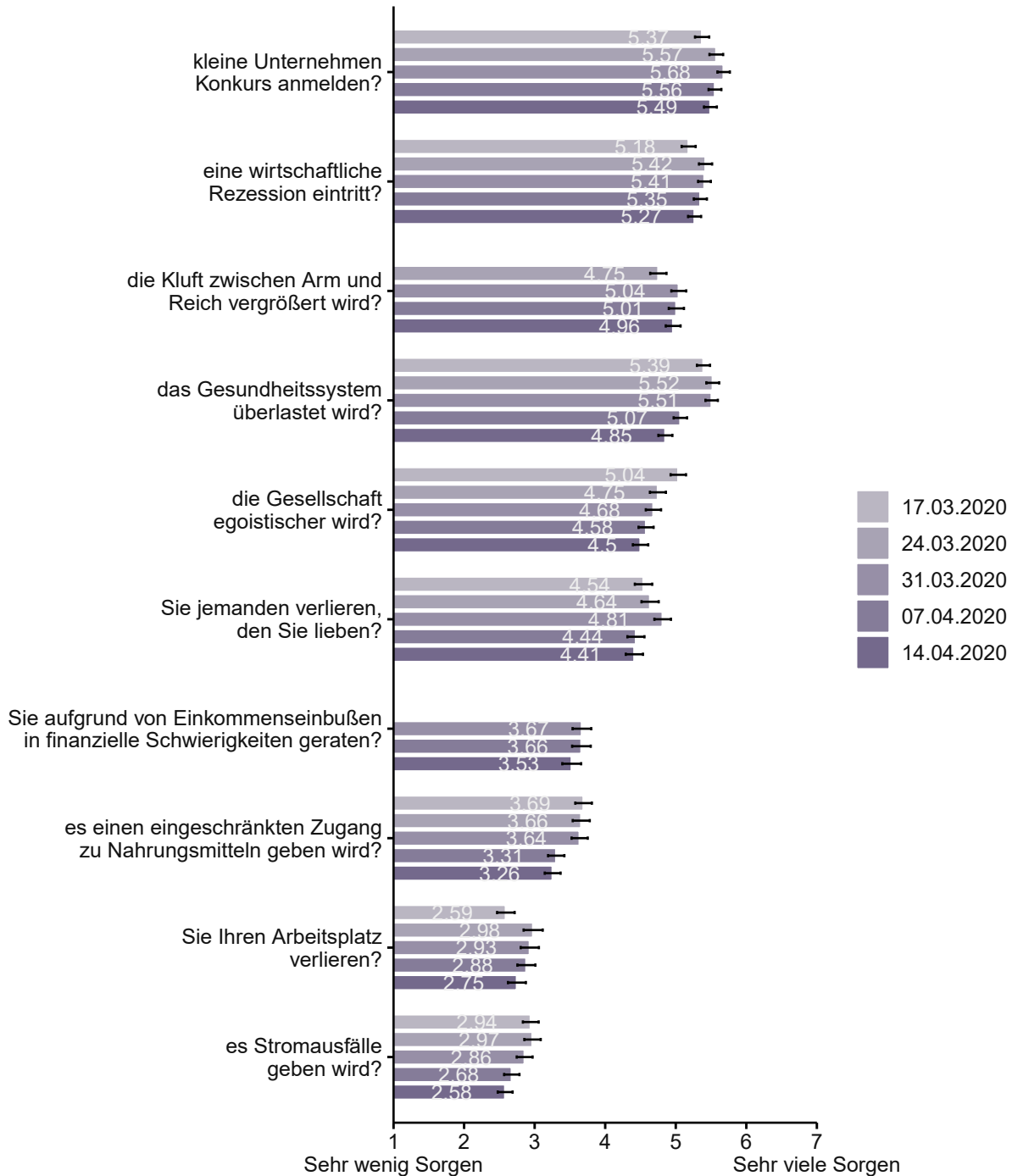
In dieser Woche ging signifikant die Sorge zurück, dass das Gesundheitssystem überlastet wird.

Dunklere Balken sind aktuellere Daten.

Wie viele Sorgen machen Sie sich, dass...

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

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



Hinweis: Sind weniger Balken zu sehen, sind die Fragen nur in einigen Wellen abgefragt worden: “die Kluft zwischen Arm und Reich vergrößert wird” (ab Welle 4) und “Sie aufgrund von Einkommenseinbußen in finanzielle Schwierigkeiten geraten (z.B. durch Kurzarbeit)?” (ab Welle 5). Die Angabe zur Aussage “... dass

Sie Ihren Arbeitsplatz verlieren?“ ist nicht verpflichtend (gültige Angaben: Welle 3 n = 963, Welle 4 n = 903, Welle 5 n = 990, Welle 6 n = 992, Welle 7 n = 1003).

4 Wissen und Verhalten

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

4.1 Gefühltes und echtes Wissen über COVID-19

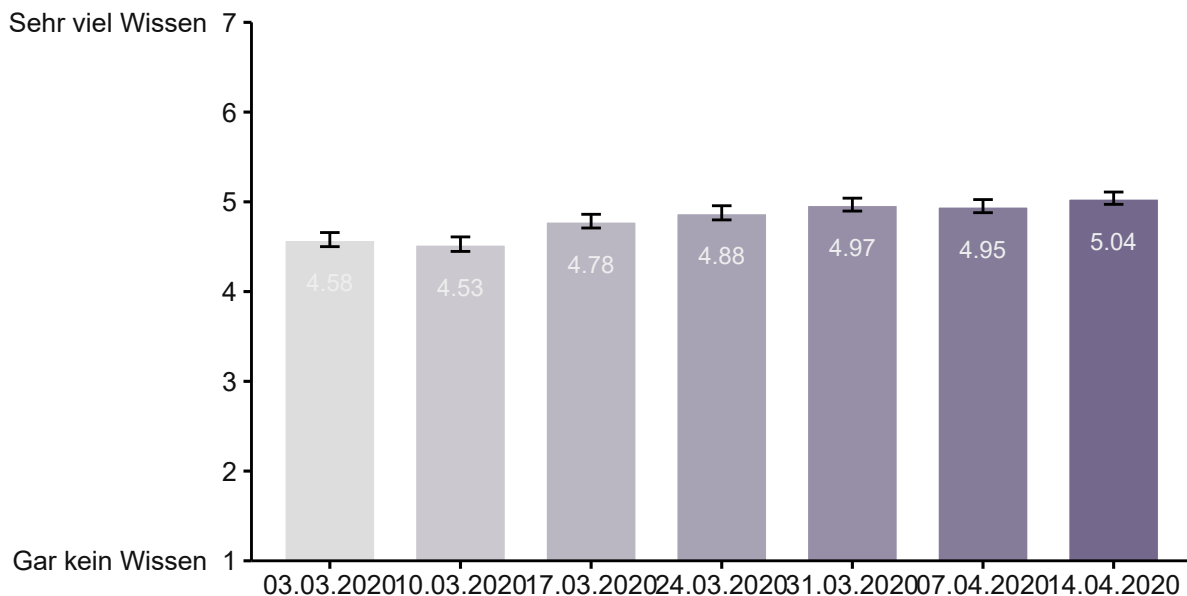
Die folgende Grafik zeigt den aktuellen Stand und die Veränderung des selbst eingeschätzten und tatsächlichen mittleren Wissens zu COVID-19. Achtung: selbst eingeschätztes Wissen wurde allgemein abgefragt, tatsächliches Wissen sind 3 Wissensfragen zu Behandlungsoptionen, Übertragung und Inkubationszeit. 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): 0.1

Wahrgenommener Wissensstand über COVID-19

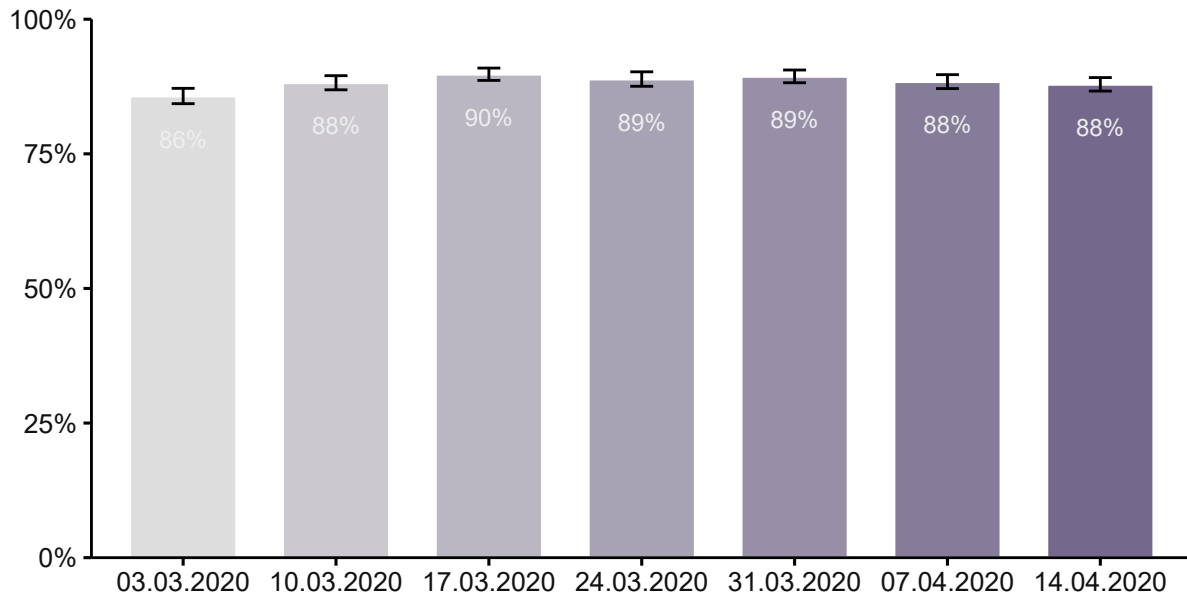
Der selbsteingeschätzte Wissensstand wurde auf einer Skala von 1 (gar kein Wissen) bis 7 (sehr viel Wissen) erfasst.

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

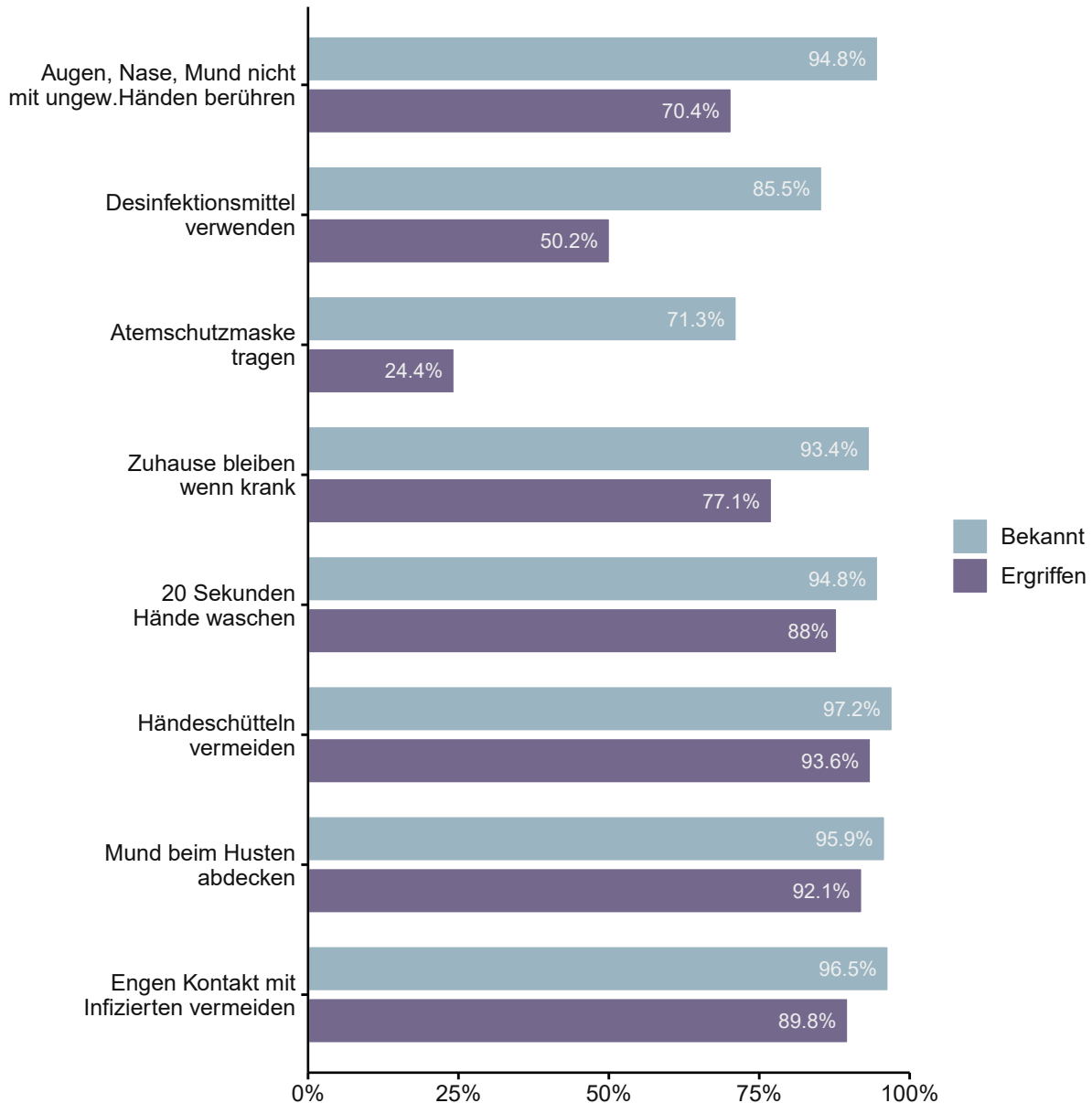
Damit wirksames Schutzverhalten ergriffen werden kann, muss dieses erstmal bekannt sein. Die Daten zeigen, dass wesentliche Maßnahmen sehr gut bekannt sind, aber immer noch nicht durchgängig ergriffen werden.

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.

Präventivmaßnahmen kennen und ergreifen

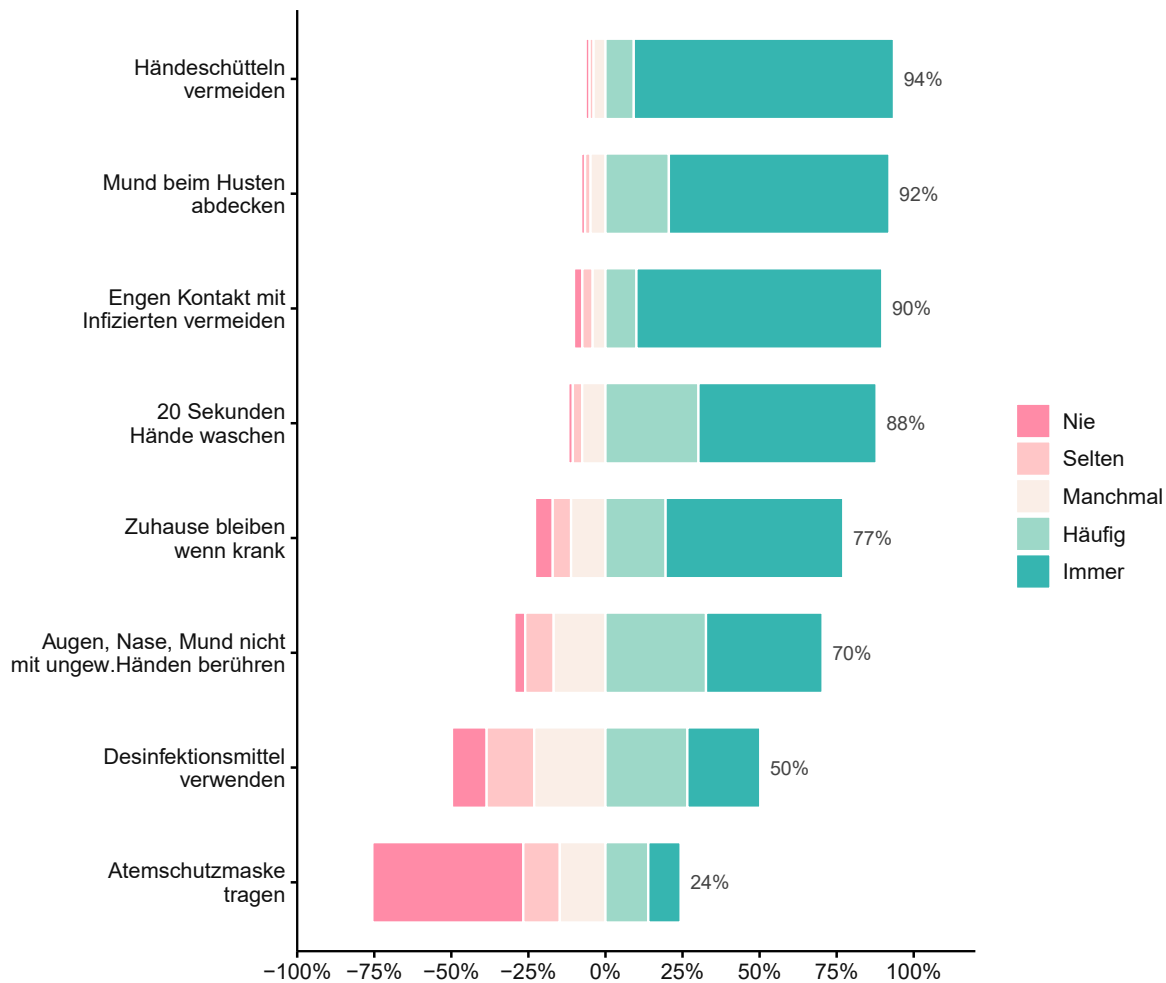
Anteil der Personen, die (a) Präventivmaßnahmen korrekt erkannt haben und (b) diese mindestens häufig einsetzen (falls anwendbar).
Ergebnisse der aktuellen Welle (14.04.2020)



Im untenstehenden Diagramm ist die Häufigkeit einzelner Verhaltensweisen dargestellt. 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 94% 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. tragen 76% nie, selten oder manchmal eine Atemschutzmaske.

Häufigkeit ergriffener Präventivmaßnahmen

Falls anwendbar. Ergebnisse der aktuellen Welle (14.04.2020)



4.3 Offizielle Verfügungen

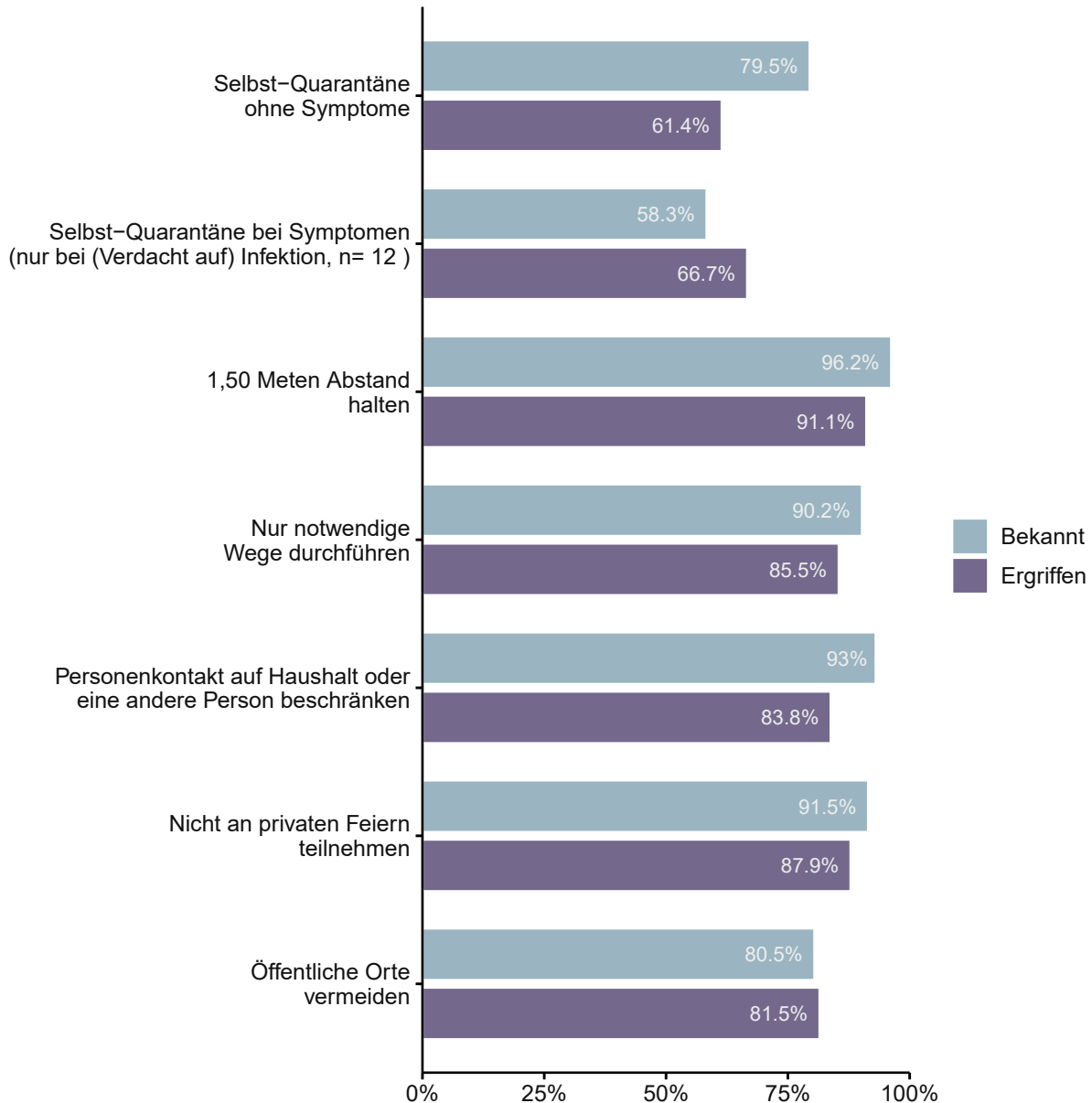
Damit die offiziellen Verfügungen umgesetzt werden können, müssen sie erstmal bekannt sein. Die Daten zeigen, dass wesentliche Verfügungen sehr gut bekannt sind, aber immer noch nicht durchgängig ergriffen werden.

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

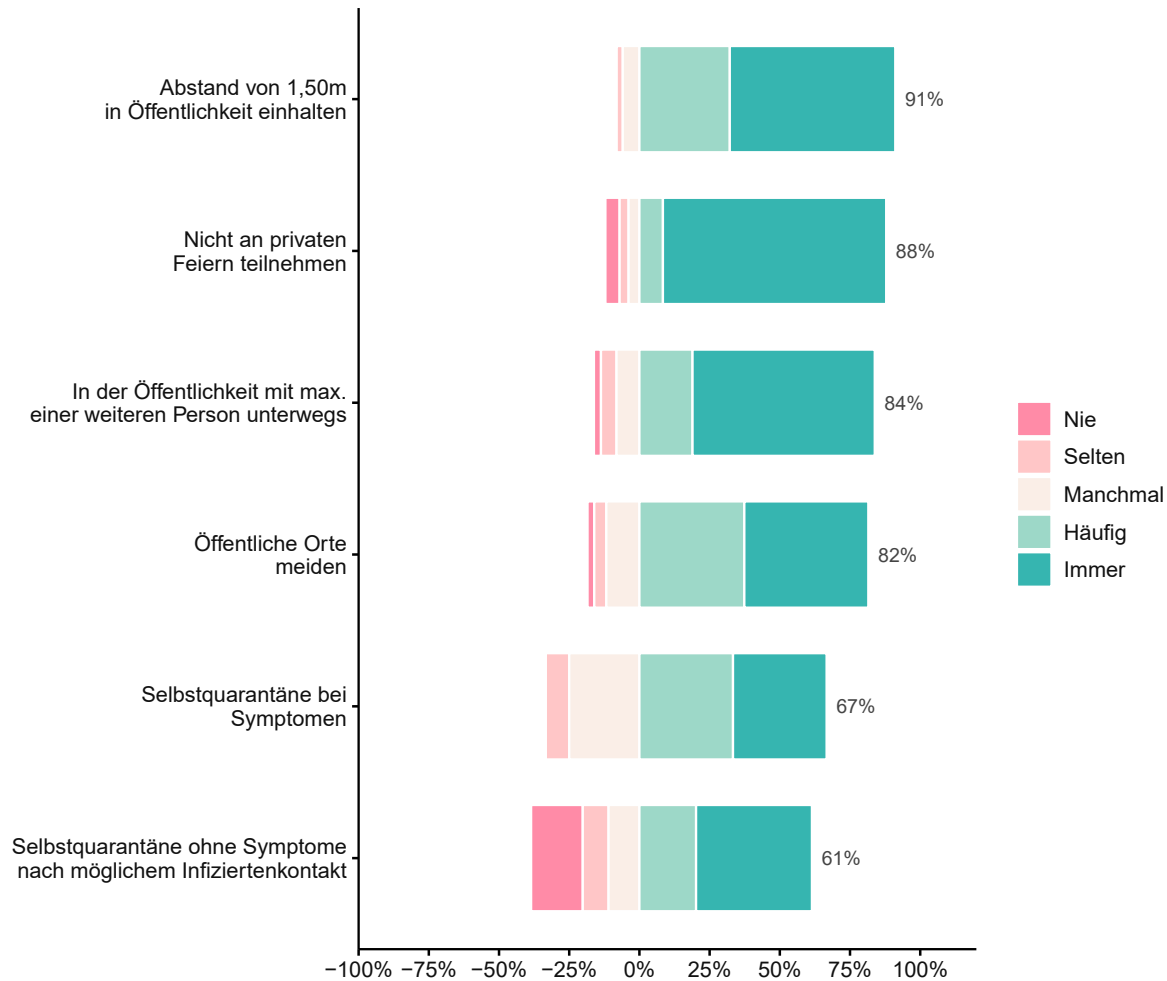
Anteil der Personen, die (a) offizielle Verfügungen korrekt erkannt haben und (b) diese mindestens häufig befolgen (falls anwendbar).
Ergebnisse der aktuellen Welle (14.04.2020)



Im untenstehenden Diagramm ist die Häufigkeit einzelner Verhaltensweisen dargestellt. 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 91% 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 39% nie, selten oder manchmal in die Selbstquarantäne, wenn sie keine Symptome zeigen.

Häufigkeit des Verhaltens gemäß offizieller Verordnungen

Falls anwendbar. Ergebnisse der aktuellen Welle (14.04.2020)



Wer macht Ausnahmen?

Im obenstehendem Diagramm zeigt sich, dass zwischen 15 und 20% Ausnahmen machen und nur manchmal, selten oder nie öffentliche Orte meiden oder nur mit einer weiteren Person unterwegs sind.

Die folgenden Analysen untersuchen genauer am Beispiel des Meidens öffentlicher Orte, was Personen charakterisiert, die sich immer und häufig an diese Regeln halten im Vergleich zu denen, die es nur manchmal, selten oder nie tun.

An die Regeln halten sich häufiger: Frauen, Personen in kleineren Städten, Personen, die mehr über Schutzmaßnahmen und Verfügungen wissen, häufiger Informationen suchen und die sich selbst für anfälliger halten. Ausnahmen machen eher Personen, die das Ausbruchsgeschehen als einen Medienhype wahrnehmen und für sich selbst eine höhere Wahrscheinlichkeit wahrnehmen zu erkranken.

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. sich häufig oder immer an die Regeln halten) 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 zeigen an, dass die Personen sich eher häufig oder immer an die Regeln halten. Werte unter 1:

kleinere Werte auf diesem Einflussfaktor zeigen an, dass sich die Personen eher nur manchmal, selten oder nie an die Regeln halten.

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 (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.

	Öffentliche Orte meiden			
	OR	CI-	CI+	p
(Intercept)	0.01	0.002	0.050	<.001
Geschlecht: weiblich	1.64	1.174	2.304	.004
Mittelstadt vs. Kleinstadt	0.88	0.564	1.389	.588
Großstadt vs. Kleinstadt	0.64	0.434	0.944	.025
Infizierte im persönlichen Umfeld	1.65	0.989	2.843	.064
Wahrgenommener Medienhype	0.86	0.761	0.975	.019
Wahrgenommene Nähe	1.12	0.986	1.277	.080
Wahrgenommene Ausbreitungsgeschwindigkeit	1.10	0.983	1.237	.092
Mittleres Wissen COVID-19	1.84	0.792	4.188	.151
Wissen über effektive Schutzmaßnahmen	4.23	1.131	16.283	.034
Wissen über offizielle Verfügungen	21.29	8.395	55.228	<.001
Häufigkeit der Informationssuche	1.17	1.033	1.332	.014
Wahrscheinlichkeit zu erkranken	0.87	0.757	0.996	.045
Anfälligkeit	1.23	1.076	1.409	.003

5 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 Erkrankungs Wahrscheinlichkeit** nimmt wahr,

- wer jünger ist,
- wer im Gesundheitssektor arbeitet.
- wer in einer mittelgroßen Stadt lebt,
- wer Infizierte im Umfeld hat,
- wer das Virus als näher wahrnimmt,
- wer das Ausbruchsgeschehen nicht als Medienhype wahrnimmt,
- wer sich häufiger zum Ausbruchsgeschehen informiert,
- wer eine geringere Selbstwirksamkeit hat.

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.

Eine eher **schwerwiegende Erkrankung** erwartet

- wer älter ist,
- wer männlich ist,
- wer Infizierte im Umfeld hat,
- wer chronisch krank ist,
- bei wem Situation negativere Emotionen auslöst,
- wer das Virus als schnell ausbreitend wahrnimmt,
- wer das Ausbruchsgeschehen nicht als Medienhype wahrnimmt
- wer weniger gebildet ist.

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

Eine eher **höhere Anfälligkeit** nimmt wahr,

- wer älter ist,
- wer weniger gebildet ist,
- wer chronisch krank ist,
- wer Infizierte im Umfeld hat,
- bei wem die Situation negativere Emotionen auslöst,
- wer das Virus als näher wahrnimmt,
- wer das Virus als schnell ausbreitend erlebt,

- wer weniger weiß über effektive Schutzmaßnahmen,
- wer den Behörden vertraut,
- wer eine geringere Selbstwirksamkeit hat,
- wer Kinder unter 18 Jahren hat.

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, 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 26% und 40% 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
Wahrgenommene Nähe	0.23	0.170	0.298	<.001					0.14	0.072	0.200	<.001
Wahrgenommener Medienhype	-0.06	-0.117	-0.006	.029	-0.12	-0.174	-0.075	<.001	-0.06	-0.116	-0.004	.037
Wahrgenommene Ausbreitungsgeschwindigkeit					0.05	0.001	0.099	.047	0.08	0.029	0.138	.003
Dominanz negativer Emotionen	0.06	-0.010	0.127	.097	0.32	0.267	0.367	<.001	0.19	0.120	0.257	<.001
Alter	-0.17	-0.228	-0.115	<.001	0.30	0.247	0.353	<.001	0.07	0.003	0.127	.039
Keine Kinder unter 18 Jahren (vs. Kinder unter 18 Jahren)									-0.07	-0.126	-0.017	.010
Chronisch krank (vs. nicht chronisch krank)					0.27	0.223	0.322	<.001	0.23	0.175	0.285	<.001
Großstadt vs. Kleinstadt	0.06	-0.002	0.117	.061					0.06	0.004	0.123	.038
Mittelstadt vs. Kleinstadt	0.06	0.005	0.124	.033					0.03	-0.030	0.089	.337
Schulbildung: Abitur vs. 9 Jahre					-0.10	-0.182	-0.024	.010	-0.18	-0.266	-0.088	<.001
Schulbildung: 10+ Jahre (ohne Abitur) vs. 9 Jahre					-0.07	-0.147	0.004	.065	-0.14	-0.226	-0.058	.001
Selbstwirksamkeitserwartung	-0.24	-0.292	-0.179	<.001					-0.10	-0.159	-0.046	<.001
Häufigkeit der Informationssuche	0.10	0.040	0.160	.001					0.05	-0.015	0.106	.139
Geschlecht: weiblich					-0.09	-0.135	-0.039	<.001	-0.05	-0.103	0.004	.070
Beruf im Gesundheitssektor	0.07	0.014	0.122	.014								
Infizierte im persönlichen Umfeld	0.12	0.064	0.173	<.001	0.08	0.027	0.124	.002	0.08	0.030	0.139	.002
Mittleres Wissen COVID-19					-0.04	-0.085	0.012	.137				
Wissen über effektive Schutzmaßnahmen									-0.07	-0.124	-0.011	.019
Vertrauen in Behörden									0.10	0.039	0.154	.001
Vertrauen in Gesundheitssektor	0.05	-0.007	0.105	.084								

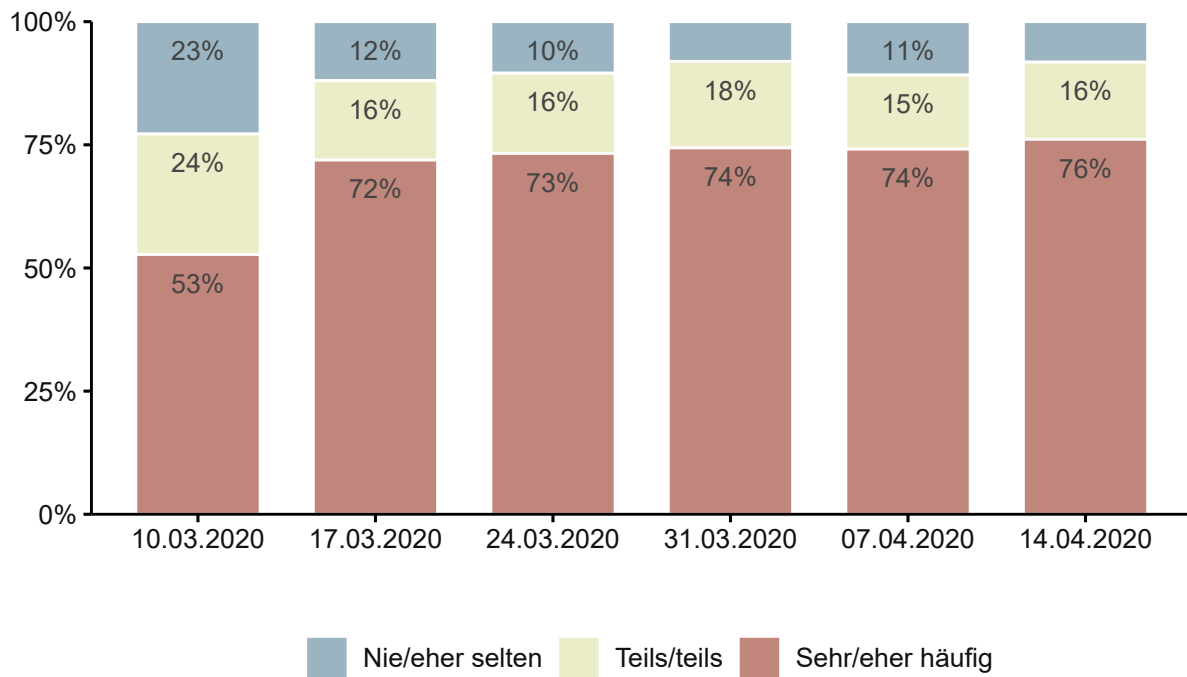
¹ R² = .269, Adj. R² = .261² R² = .409, Adj. R² = .403³ R² = .287, Adj. R² = .275

6 Informationsverhalten

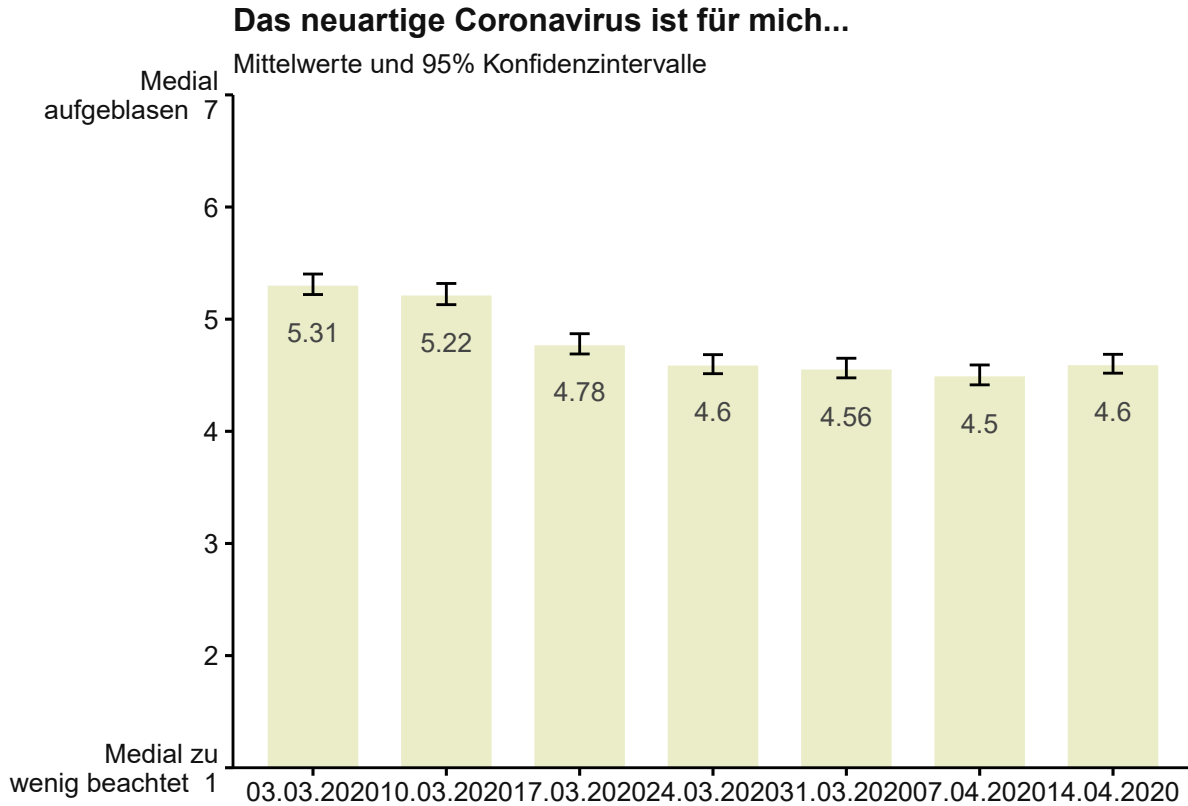
6.1 Häufigkeit

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

Erhoben ab Welle 2 (10.03.2020).



6.2 Corona als Medien-Hype

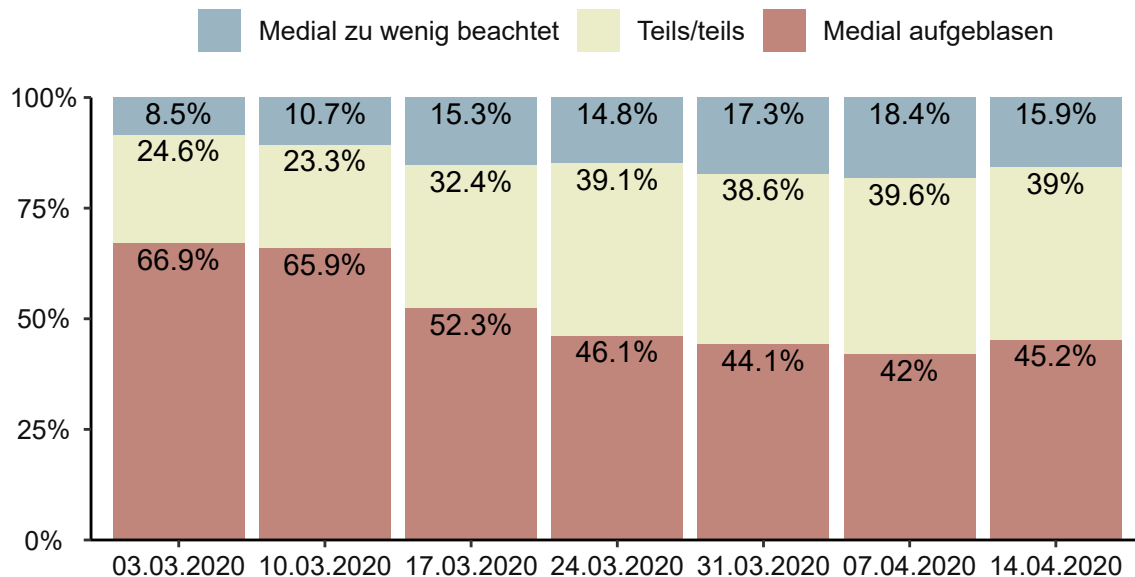


Wahrnehmung der derzeitigen Corona-Situation als Medienhype

Bewertung auf einer 7-Punkte Skala

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

Abweichung von 100% können wegen Rundung zustande kommen



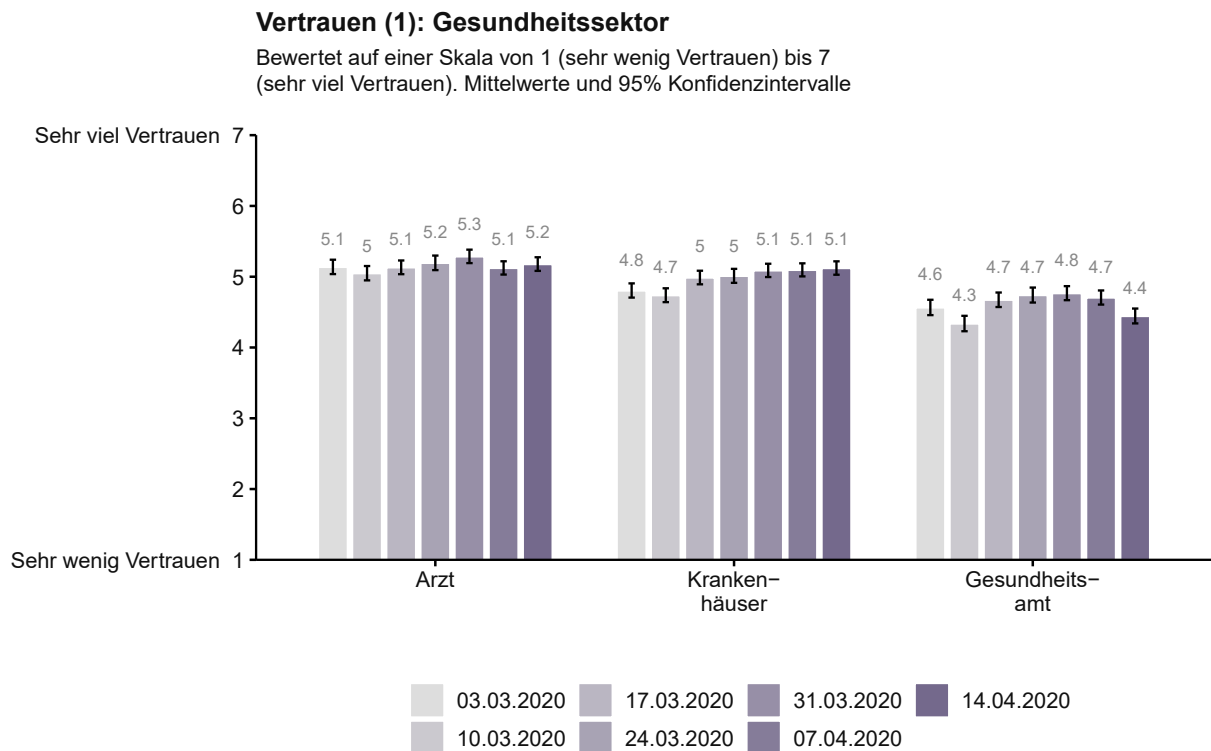
7 Ausbruchs-Management

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?

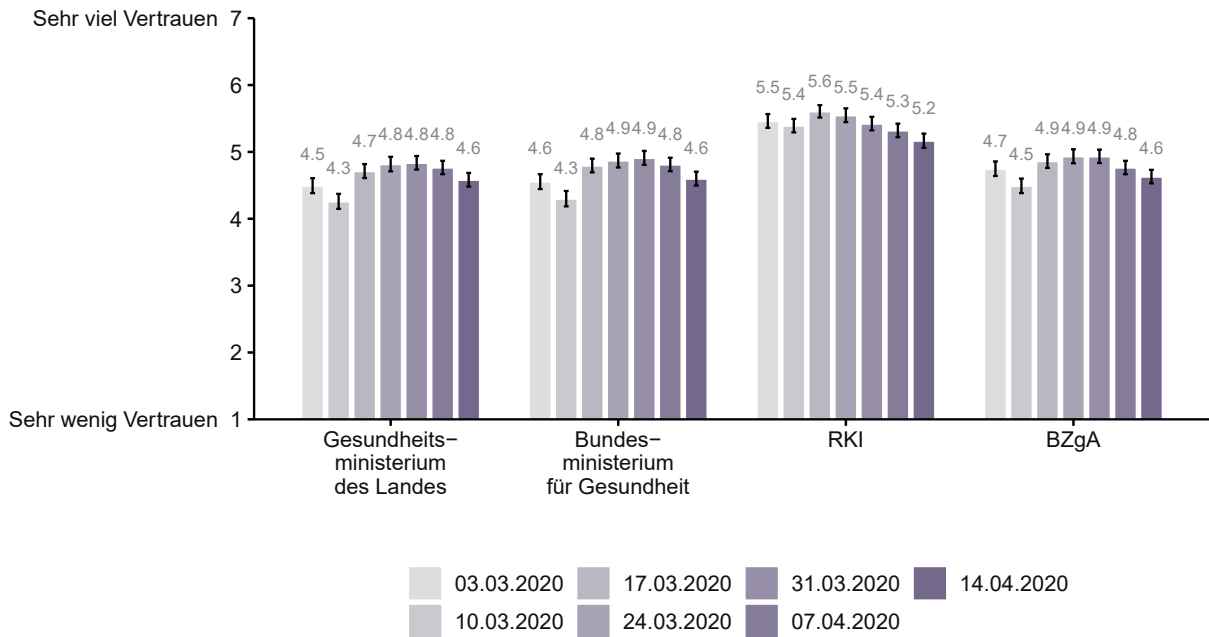
Hinweis: Befragungsteilnehmende hatten die Möglichkeit “keine Angabe möglich” auszuwählen. Das heißt, dass die folgenden Mittelwerte sich ggf. nicht auf die gesamte Stichprobe der jeweiligen Messzeitpunkte beziehen.

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



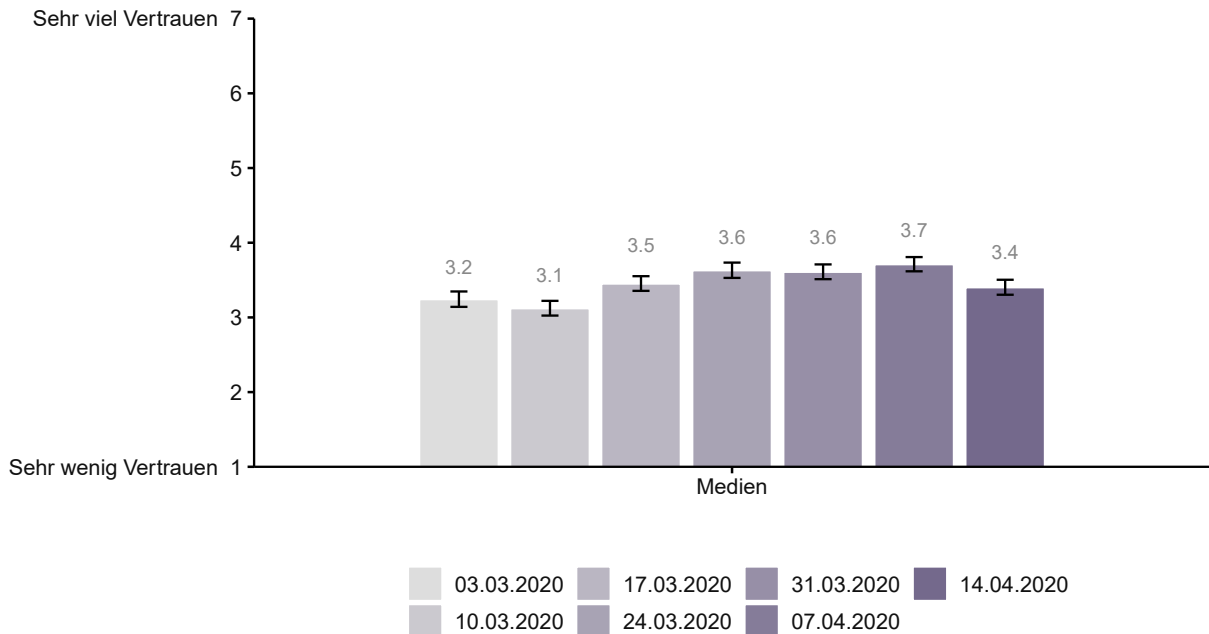
Vertrauen (2): Behörden

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



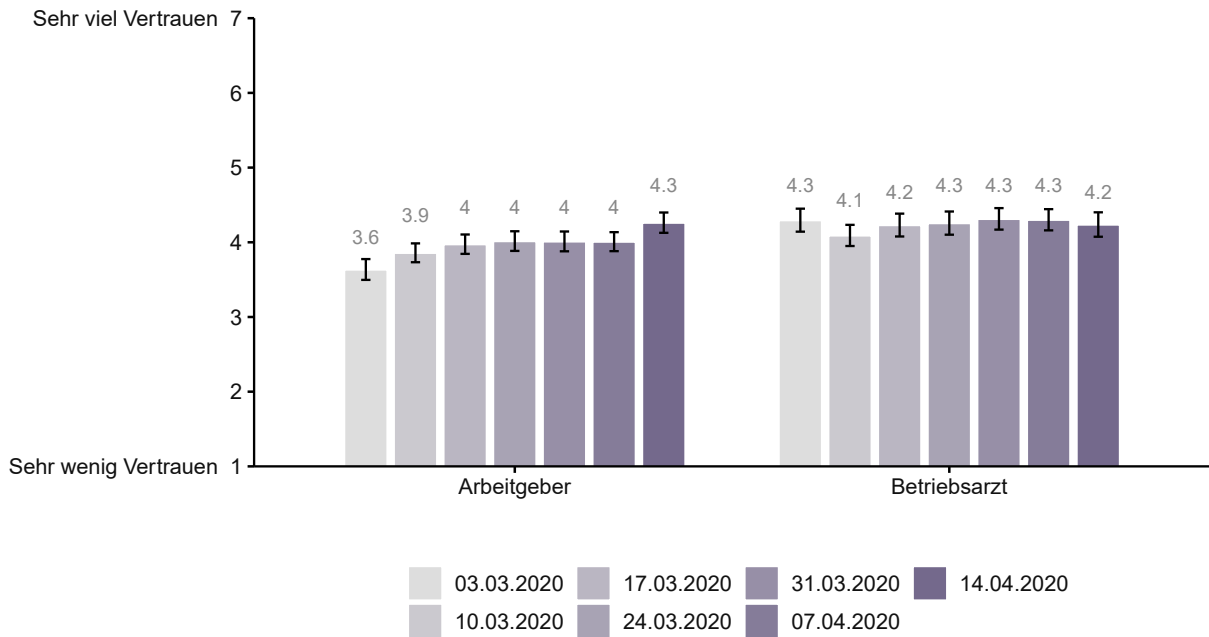
Vertrauen (3): Medien

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



Vertrauen (4): Arbeitsumwelt

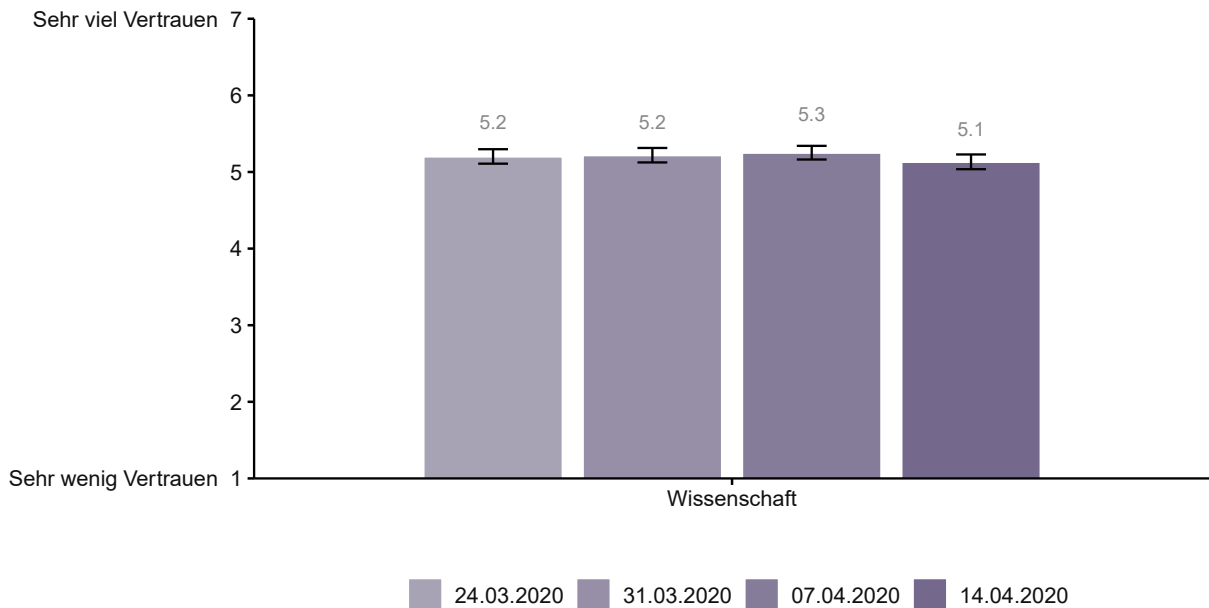
Bewertet auf einer Skala von 1 (sehr wenig Vertrauen) bis 7 (sehr viel Vertrauen). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



Vertrauen (5): Wissenschaft

Ab Welle 4 erhoben.

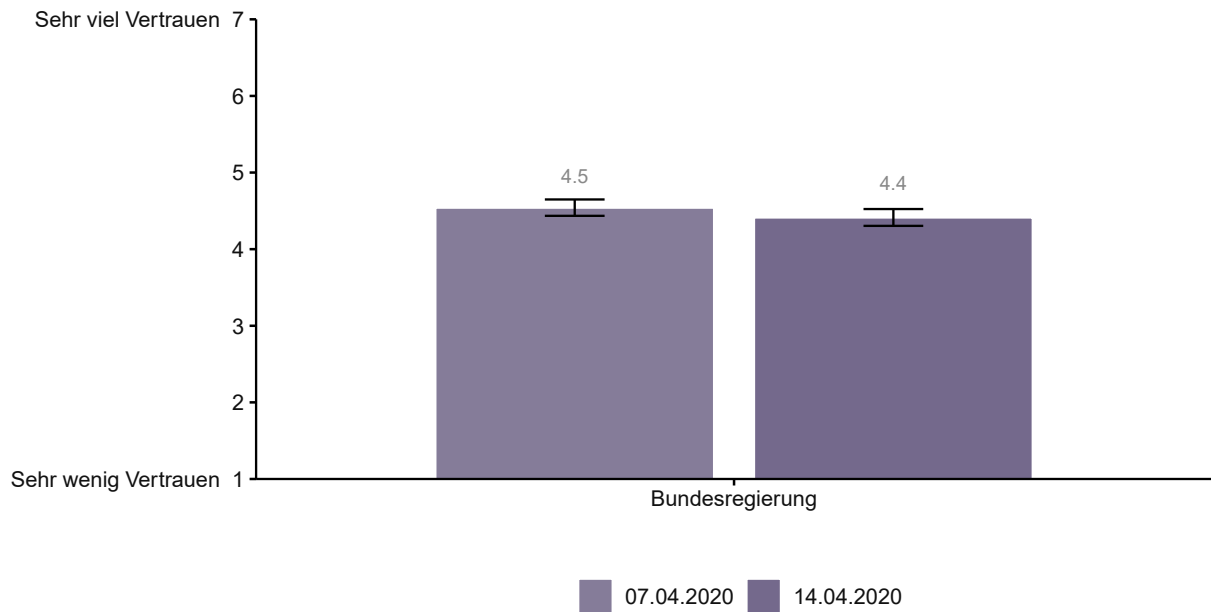
Bewertet auf einer Skala von 1 (sehr wenig Vertrauen) bis 7 (sehr viel Vertrauen). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



Vertrauen (6): Bundesregierung

Ab Welle 6 erhoben.

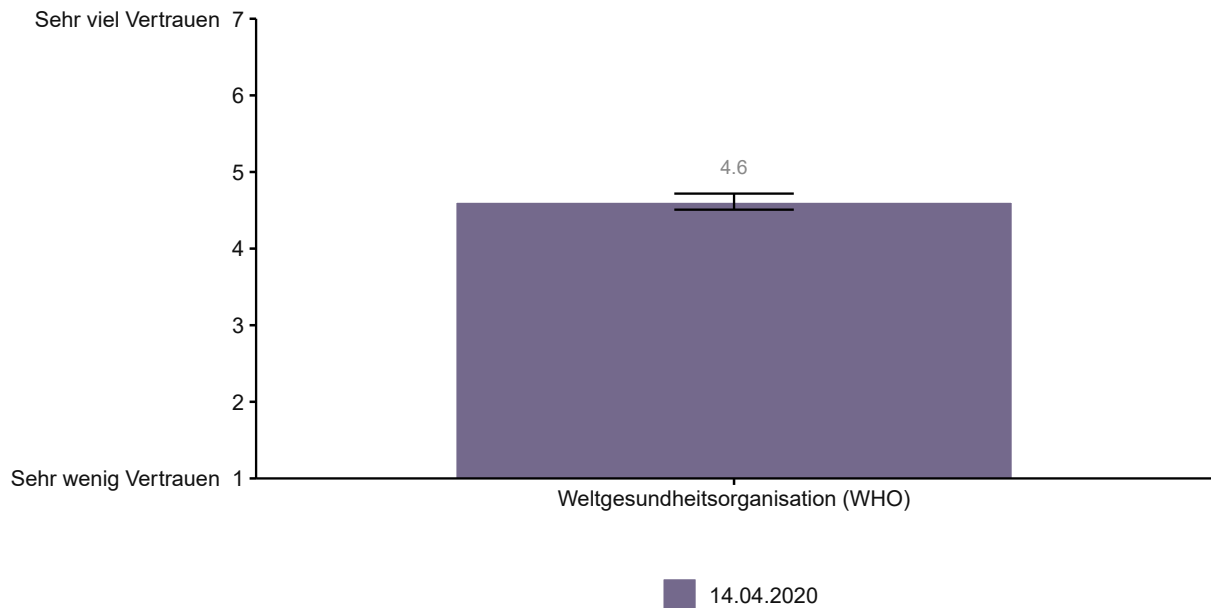
Bewertet auf einer Skala von 1 (sehr wenig Vertrauen) bis 7 (sehr viel Vertrauen). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



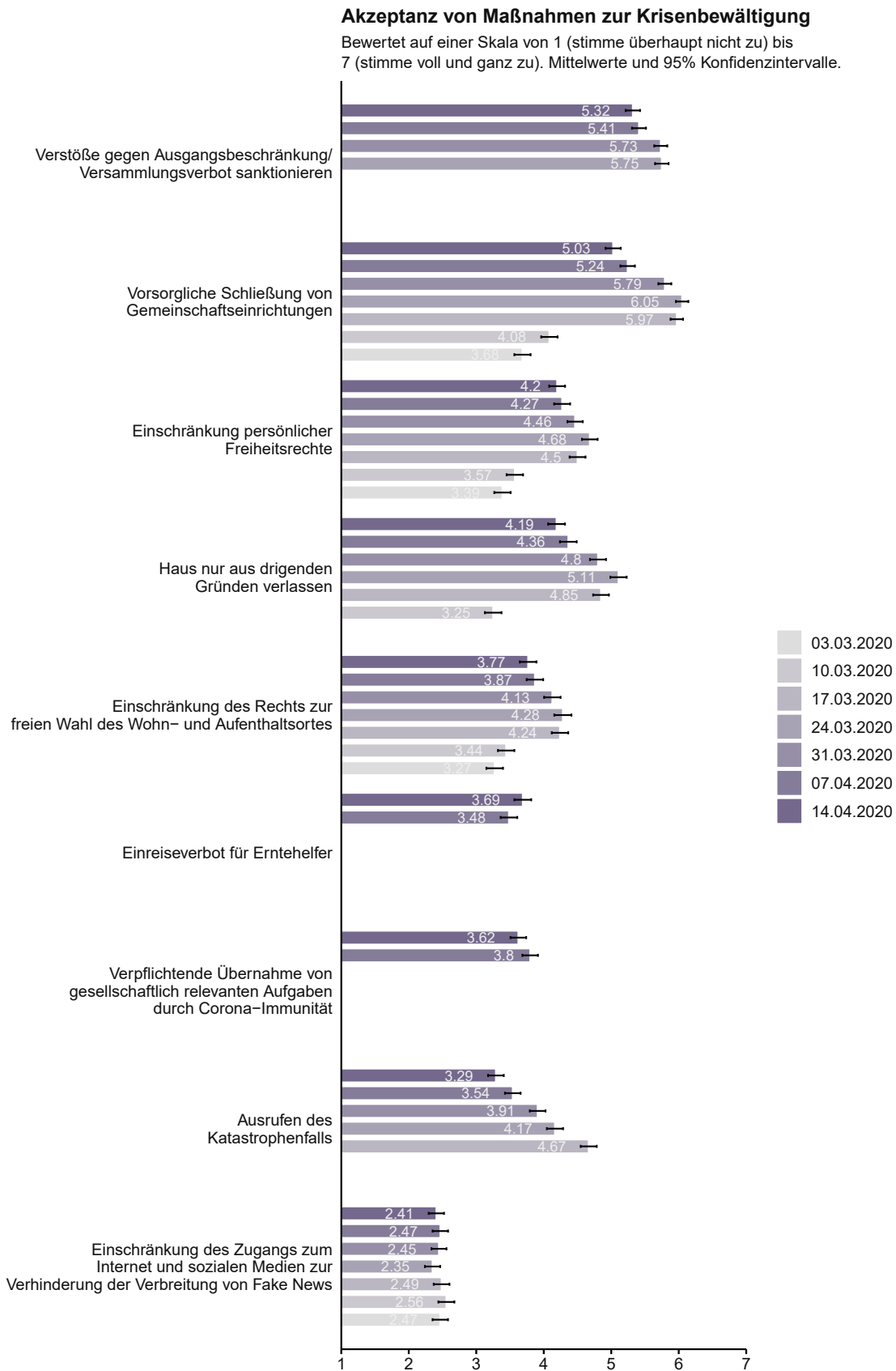
Vertrauen (7): Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Ab Welle 7 erhoben.

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



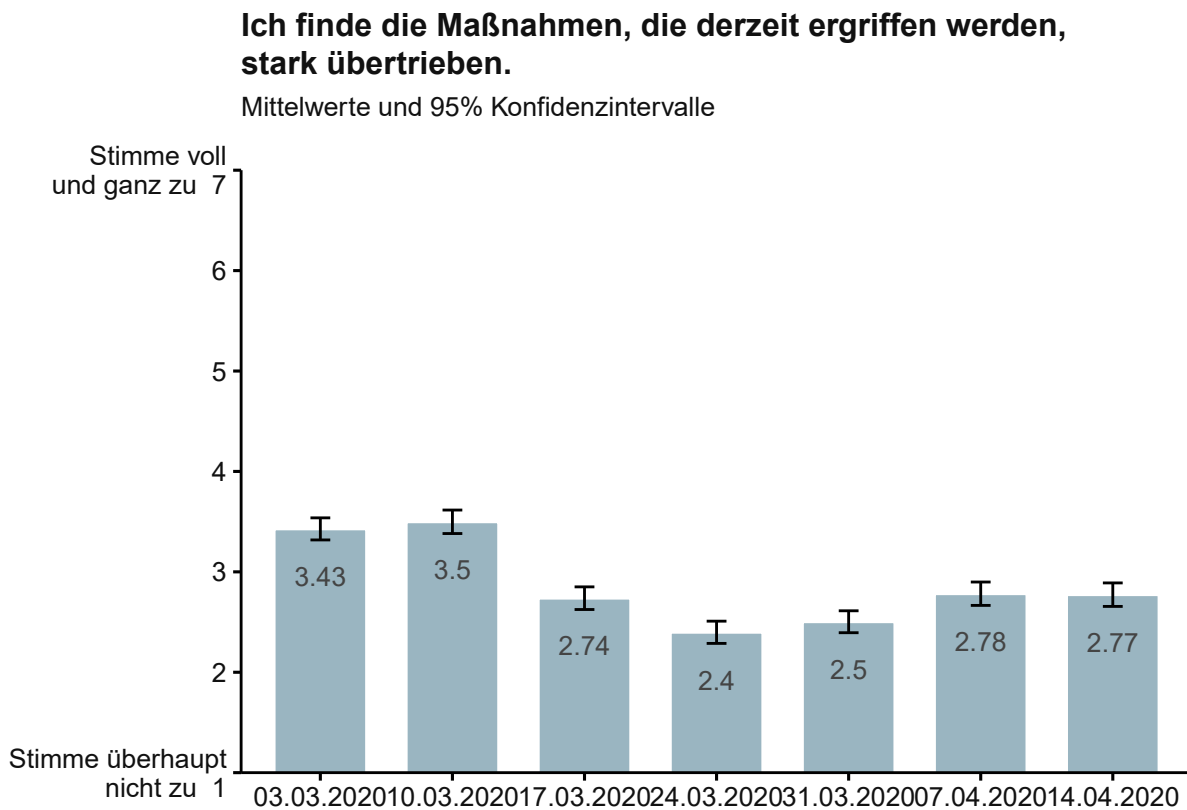
8 Akzeptanz der Maßnahmen



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: -2 %
- Einschränkung des Rechts zur freien Wahl des Wohn- und Aufenthaltsortes: -1 %
- Einschränkung des Zugangs zum Internet und sozialen Medien zur Verhinderung der Verbreitung von Fake News: -2 %
- Vorsorgliche Schließung von Gemeinschaftseinrichtungen: -5 %
- Haus nur aus dringenden Gründen verlassen: -3 %
- Ausrufen des Katastrophenfalls: -5 %
- Verstöße gegen Ausgangsbeschränkung/ Versammlungsverbot sanktionieren: -3 %
- Einreiseverbot für Erntehelfer: 4 %
- Verpflichtende Übernahme von gesellschaftlich relevanten Aufgaben bei Corona-Immunität: -5 %

In der untenstehenden Abbildung ist der Zeitverlauf für die Wahrnehmung, dass die Maßnahmen übertrieben sind, dargestellt.



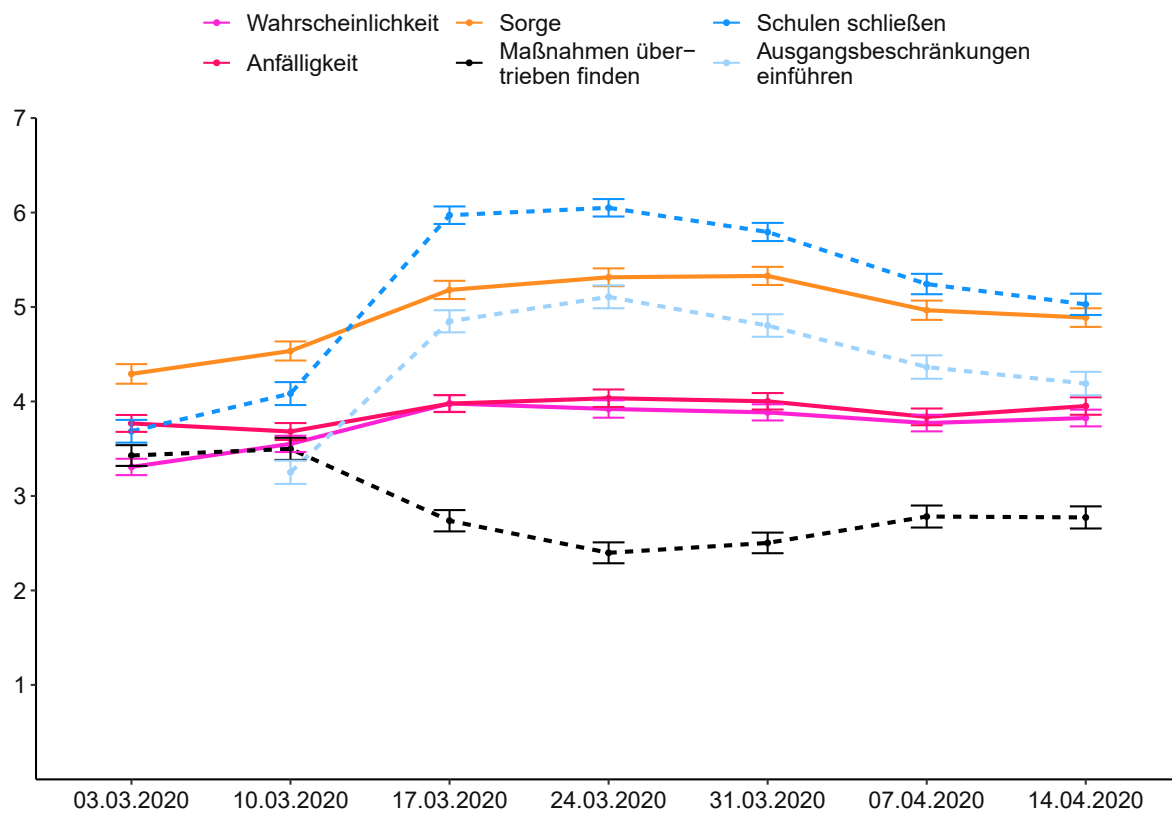
Zusammenhang zwischen Risikowahrnehmung und Akzeptanz der Maßnahmen

Risikowahrnehmung, Ängste und Sorgen pegeln sich auf einem neuen Niveau ein.

Die Maßnahmen sind immer noch gut akzeptiert, die Zustimmung sinkt jedoch leicht.

Veränderung der Risikowahrnehmung und Einschätzungen zu Maßnahmen

Höhere Werte bedeuten mehr Risiko bzw. mehr Zustimmung zu den Aussagen hinsichtlich der Maßnahmen

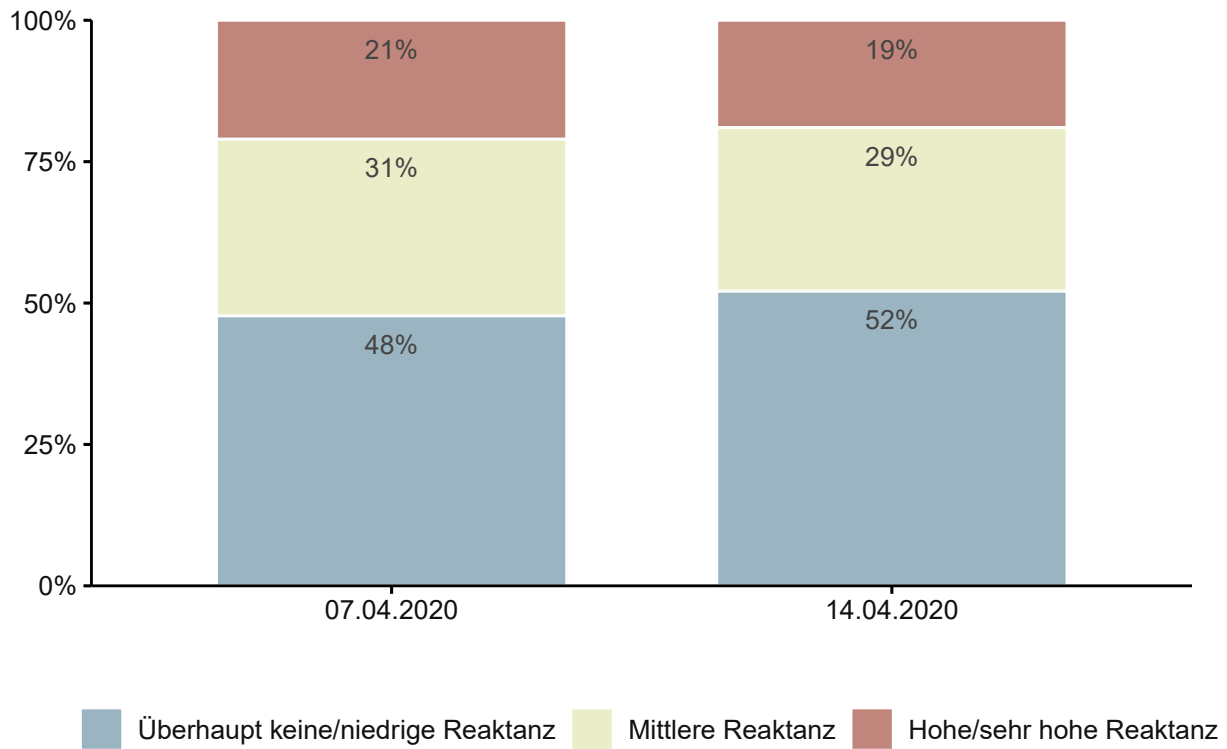


Reaktanz im Bezug auf die verordneten Maßnahmen

Seit der Welle 6 wurden die Teilnehmenden befragt, inwiefern sie die verordneten Maßnahmen als ärgerlich, frustrierend und störend empfinden (psychologische Reaktanz). Außerdem gaben die Befragten an, ob sie sich durch die ergriffenen Maßnahmen in ihrer persönlichen Freiheit eingeschränkt sehen. Die Reaktanz war insgesamt eher mittelmäßig ausgeprägt (aktuelle Woche: $M = 3.2$).

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

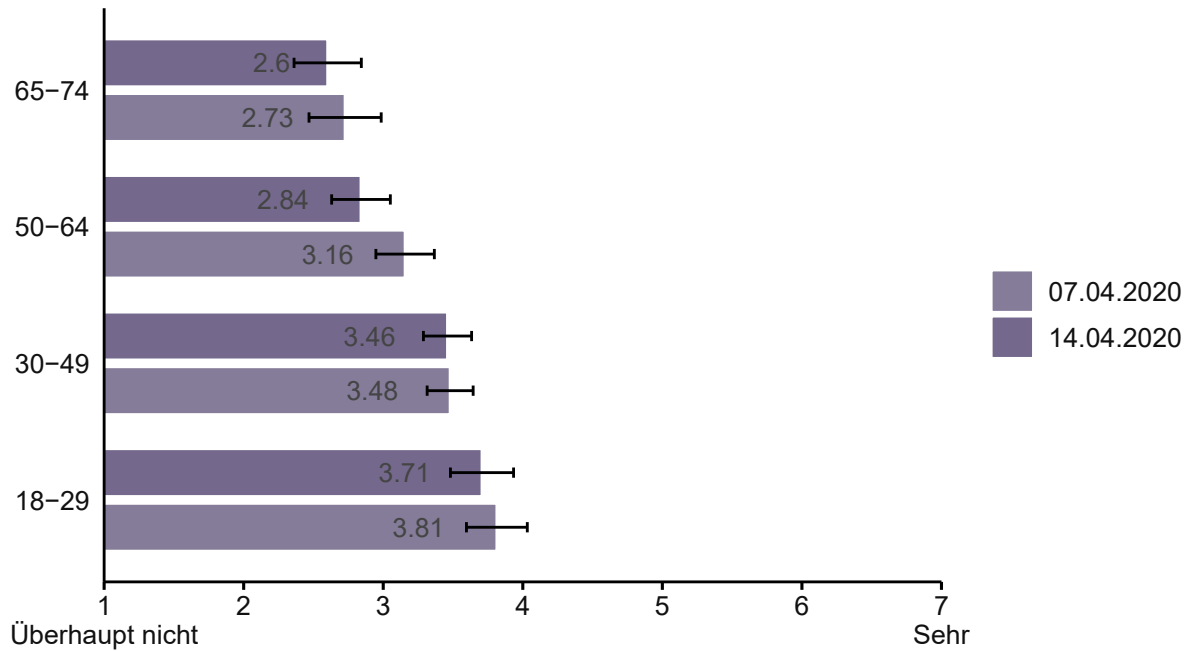
Gemittelte Reaktanz



Jüngere Befragungsteilnehmende und solche mit höherem Bildungsgrad gaben eher an, dass die Maßnahmen ihnen widerstreben.

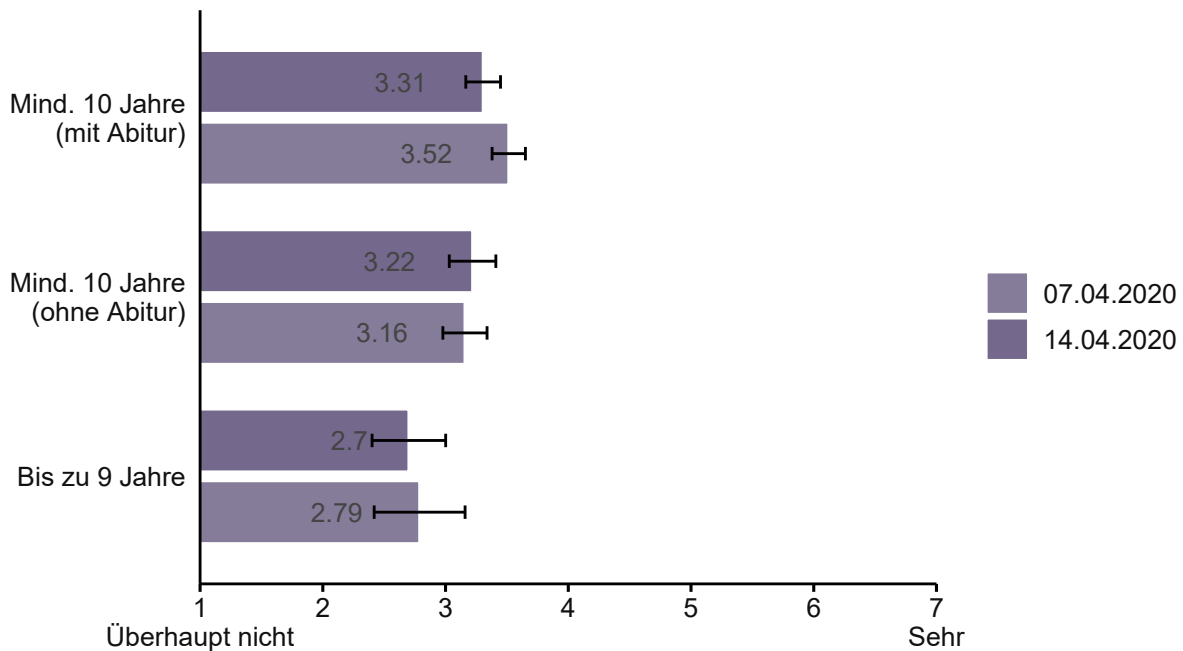
Reaktanz hinsichtlich der Maßnahmen zur Krisenbewältigung nach Altersgruppe

Bewertet auf einer Skala von 1 (Überhaupt nicht) bis 7 (Sehr).
Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



Reaktanz hinsichtlich der Maßnahmen zur Krisenbewältigung nach Bildungsgrad

Bewertet auf einer Skala von 1 (Überhaupt nicht) bis 7 (Sehr).
Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



Im Folgenden wird der Zusammenhang zwischen der Reaktanz, Wissen, Maßnahmen durchführen und Vertrauen 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 Werten auf der anderen Variable auftreten. Fettdruck zeigt statistisch bedeutsame Zusammenhänge an.

Reaktanz und ...

- das selbst eingeschätzte Wissen über COVID-19: -0.01
- das tatsächliche Wissen über COVID-19: -0.11
- das Wissen über wirksame Schutzmaßnahmen: -0.17
- das Wissen über öffentliche Verordnungen: -0.19
- die ausgeführten Maßnahmen: -0.17
- die ergriffenen Maßnahmen übertrieben finden: 0.6
- die ergriffenen Maßnahmen nach dem 19. April nicht lockern: -0.38
- Vertrauen in die Bundesregierung: -0.27
- Vertrauen in das RKI : -0.28

9 Tragen einer Maske in der Öffentlichkeit

Laut aktuellem Beschluss der Bundesregierung ist das Tragen von Gesichtsmasken in der Öffentlichkeit dringend empfohlen.

Hinweis: Die Datenerhebung war beendet, bevor die Pressekonferenz der Bundeskanzlerin am Mittwochabend stattfand.

- 71.3 % halten es für eine wirksame Schutzmaßnahme, in der Öffentlichkeit Masken zu tragen.
- 24.4 % geben an, in der Öffentlichkeit Masken zu tragen.
- Einer verpflichtenden Regelung stimmen 52% zu (Vorwoche: 45.7 %).

Wer trägt eher Maske?

Masken tragen eher Personen, die im Gesundheitssektor arbeiten, Kindern unter 18 Jahren haben, in einer Großstadt leben, mehr über offizielle Verfügungen wissen, negative Emotionen verspüren und COVID-19 für schwerwiegend halten. Weniger Maske trägt, wer die COVID-19 als Medienhype wahrnimmt, denkt, dass es sich langsam ausbreitet und mehr über COVID-19 weiß. Weitere Analysen zeigen: Der Schutz anderer ist eine hohe Motivation für das Tragen von Masken. Eine Empfehlung, dass FFP2 Masken nur von Fachpersonal getragen werden sollten, wirkt sich nicht auf die Tragebereitschaft aus.

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 (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).

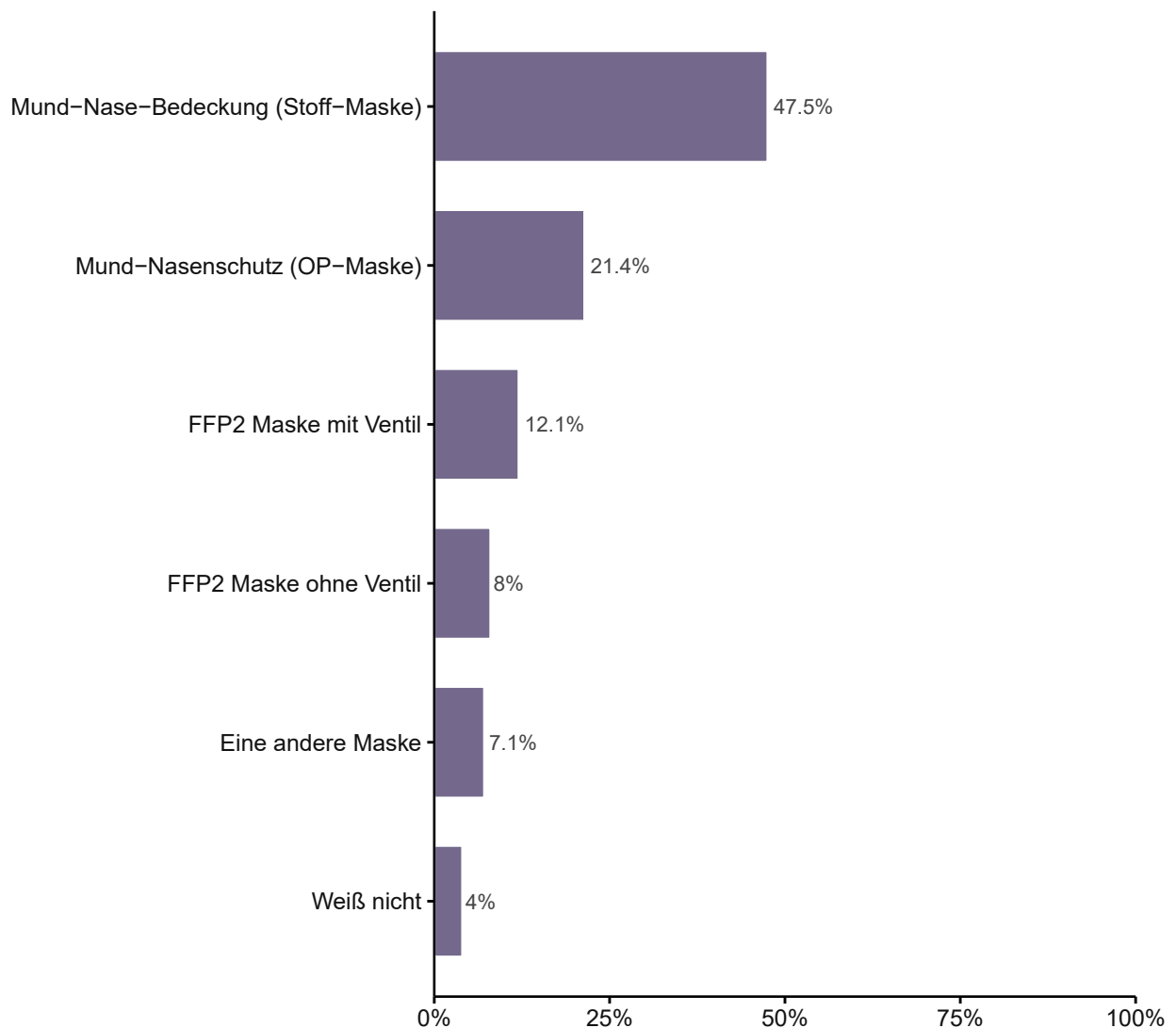
Hinweis: Die Regression bezieht sich ausschließlich auf die aktuelle Welle.

	Maske tragen			
	OR	CI-	CI+	p
(Intercept)	0.20	0.047	0.772	.022
Beruf im Gesundheitssektor	3.49	2.047	5.926	<.001
Mittelstadt vs. Kleinstadt	1.03	0.667	1.588	.885
Großstadt vs. Kleinstadt	1.61	1.112	2.345	.012
Wahrgenommener Medienhype	0.82	0.719	0.925	.002
Dominanz negativer Emotionen	1.17	1.012	1.348	.035
Wahrgenommene Ausbreitungsgeschwindigkeit	0.87	0.776	0.968	.011
Mittleres Wissen COVID-19	0.19	0.089	0.419	<.001
Wissen über offizielle Verfügungen	5.65	2.051	16.940	.001
Keine Kinder unter 18 Jahren (vs. Kinder unter 18 Jahren)	0.68	0.484	0.970	.032
Schweregrad	1.27	1.128	1.425	<.001

Welche Maske wird getragen und aus welchen Gründen?

Art der getragenen Atemschutzmaske

Filter: nur wenn eine Maske getragen wurde (n = 448).
Ergebnisse der aktuellen Welle (14.04.2020)



Personen, die eine Maske tragen, wollen im Mittel damit eher andere Personen ($M = 5.83$) als sich selbst vor einer Ansteckung mit dem Coronavirus schützen ($M = 4.46$).

Masken unterschieden sich darin, wer durch das Tragen geschützt wird:

Mund-Nasenbedeckung (Stoffmaske): schützt nur andere

Mund-Nasenschutz (OP-Maske): schützt eher andere

FFP2 Maske mit Ventil: schützt den Träger, aber nicht andere

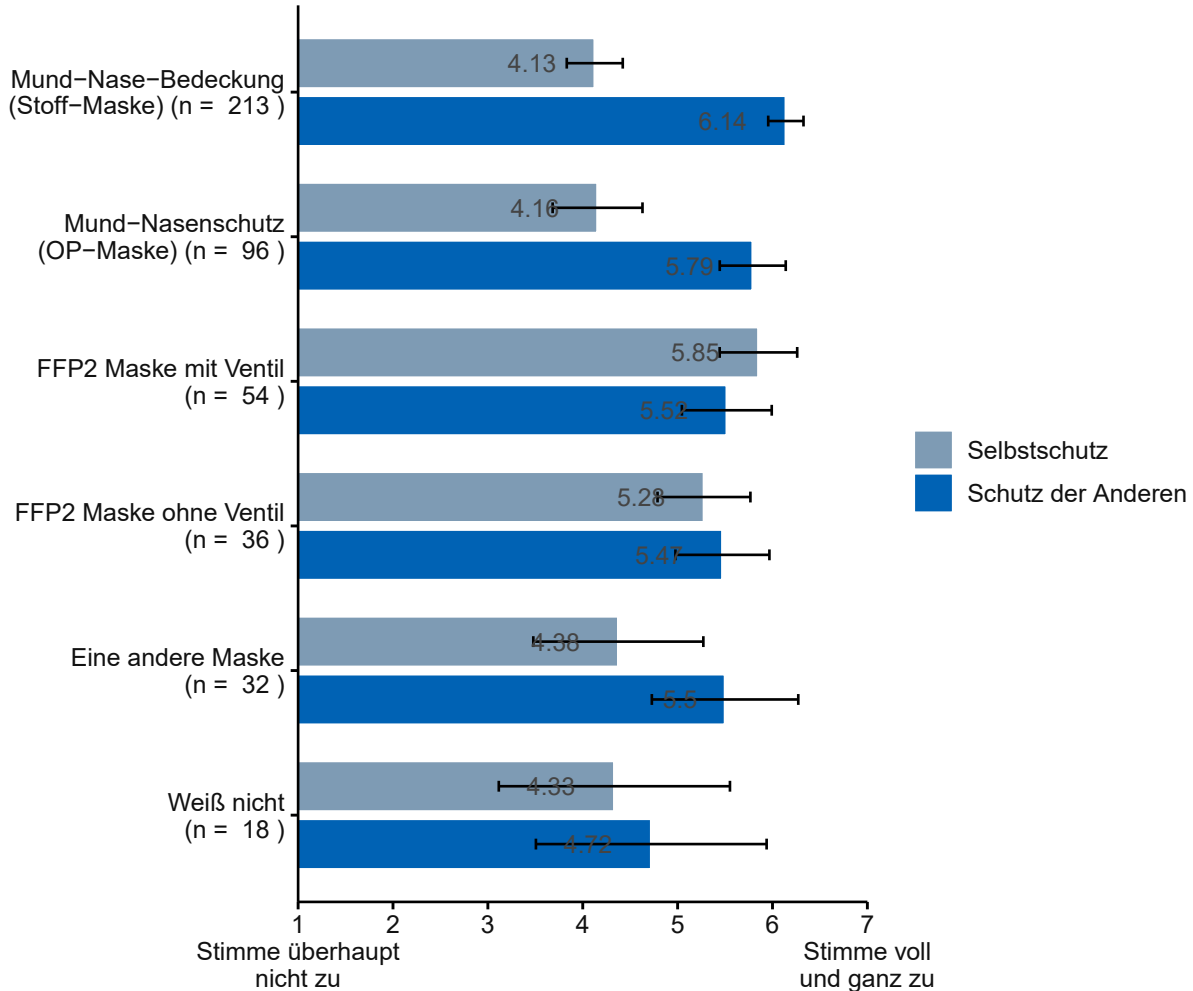
FFP2 Maske ohne Ventil: schützt den Träger und andere

Das folgende Diagramm zeigt, dass die eingeschränkte Schutzleistung von Stoffmasken relativ gut bekannt ist. Jedoch erscheint eine Warnung vor Masken mit Ventil geboten – diese schützen nur den Träger, nicht aber andere. Dies ist nicht ausreichend bekannt.

Motivation des Tragens der Atemschutzmaske nach Maskentype

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle

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

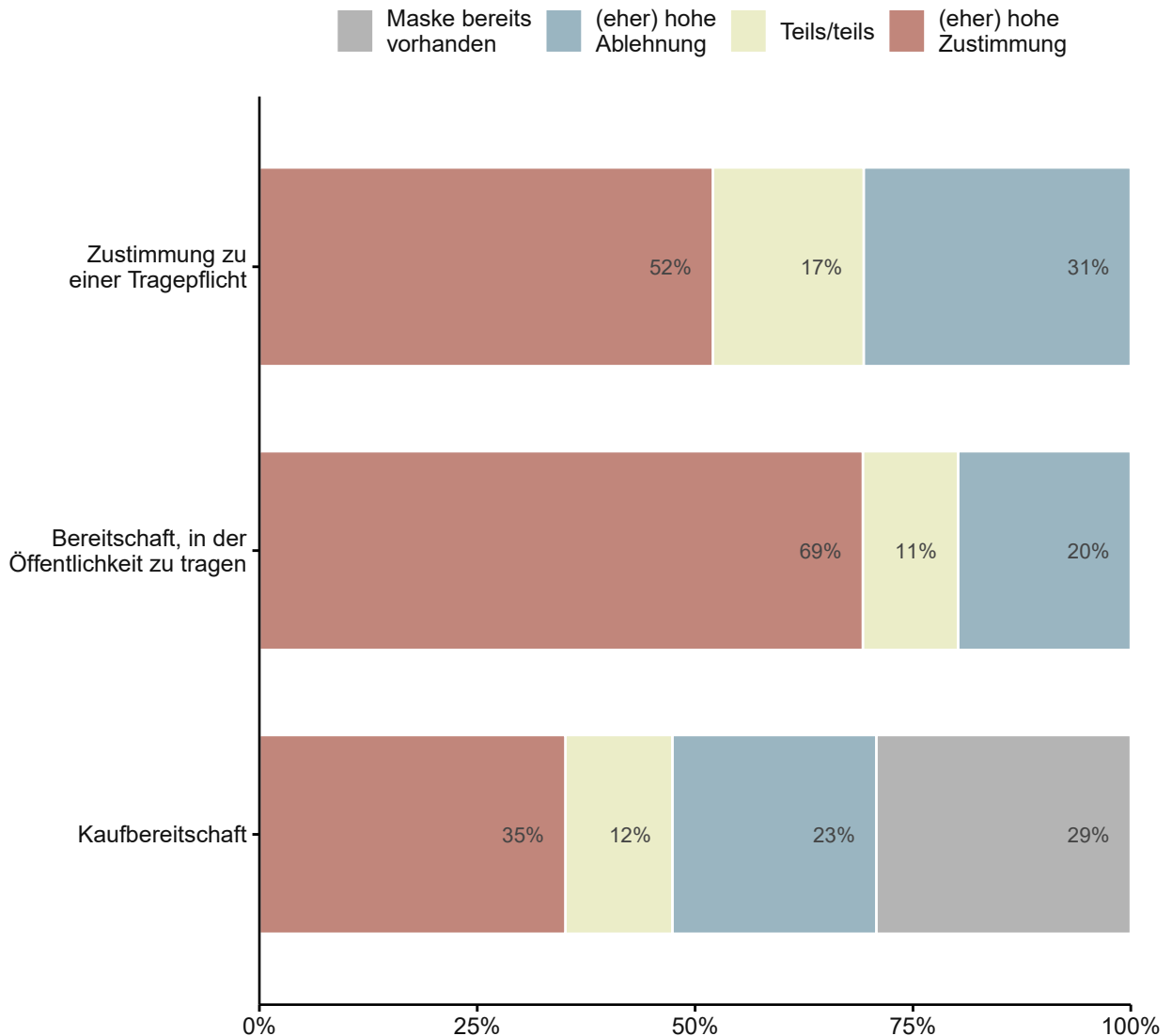


Mund-Nase-Bedeckung (Stoff-Maske)

Gut zwei Drittel der Befragungsteilnehmenden sind bereit, eine Mund-Nase-Bedeckung in der Öffentlichkeit zu tragen. 29% besitzen bereits eine und weitere 35% wären bereit, eine Mund-Nase-Bedeckung zu erwerben. Für eine Tragepflicht sprechen sie die Hälfte der Personen aus.

Mund-Nase-Bedeckung (Stoff-Maske)

Ergebnisse der aktuellen Welle (14.04.2020)



Prosoziale Motivationen, Empfehlungen und Maskenpräferenz

Die verschiedenen verfügbaren Masken dienen unterschiedlichen Zwecken. Während FFP2 Masken ohne Ventil sowohl den Träger als andere Personen vor einer Infektion schützt (prosoziale Maske), dienen FFP2 Masken mit Ventil vorrangig dem Selbstschutz (egoistische Maske).

In Welle 7 wurde daher untersucht, welcher Typ Maske präferiert wird, um daraus zu schließen, ob prosoziale Argumente eine Rolle bei der Entscheidung eine Maske zu kaufen, zu tragen und dies als Verpflichtung sehen, eine Rolle spielen.

Die Teilnehmern erhielten dazu *entweder* Informationen zur FFP2 Maske mit Ventil *oder* zur FFP2 Masken ohne Ventil.

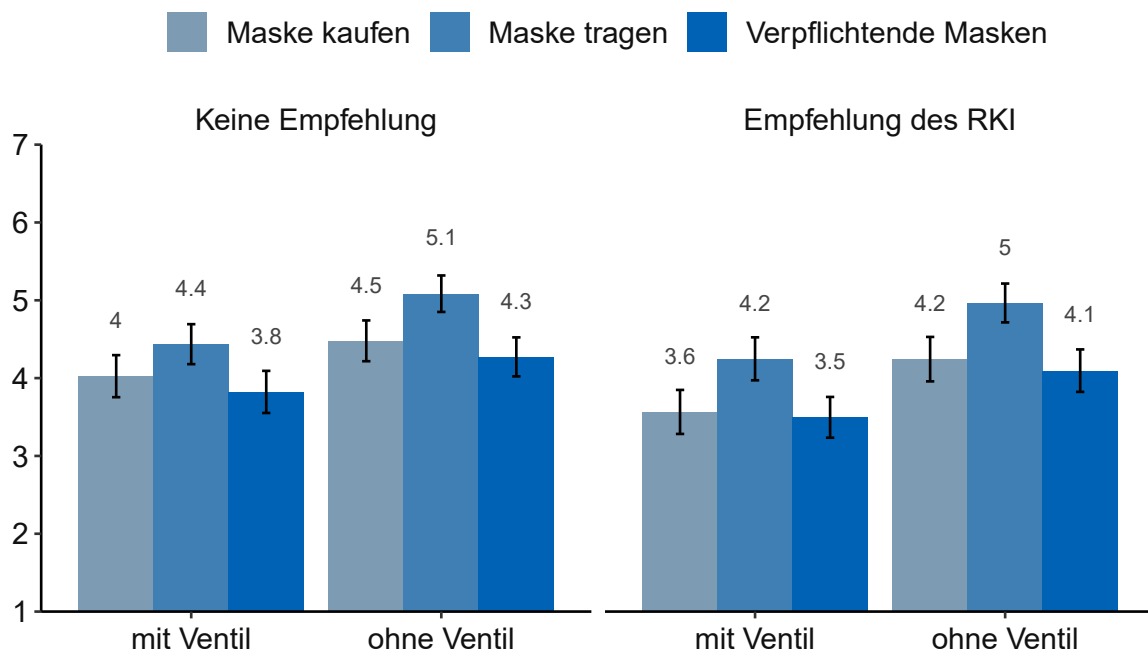
Zusätzlich wurde untersucht, inwiefern eine Empfehlung durch das RKI, dass diese Masken vorrangig von medizinischem Personal getragen werden sollte, einen Einfluss auf die Kaufentscheidung, das Trageverhalten und die Überzeugung hat, dass das Tragen einer Maske verpflichtend sein sollte.

Das nachfolgende Diagramm stellt die Ergebnisse graphisch dar:

- Ob eine Person Informationen über die RKI-Empfehlung erhält oder nicht, spielt *keine Rolle* bei der Kaufentscheidung, Trageverhalten und der Überzeugung, dass das Tragen verpflichtend sein sollte.
- (Prosoziale) FFP2 Masken ohne Ventil werden den (egoistischen) FFP2 Masken mit Ventil vorgezogen. Die Befragten wären eher bereit diese zu kaufen und zu tragen. Die Befragten sind zudem der Meinung, dass das Tragen einer FFP2 Maske ohne Ventil verpflichtend sein sollte, als das Tragen einer FFP2 Maske mit Ventil.

Der Schutz anderer scheint bei der Wahl der Maske ein Kriterium zu sein; die RKI Empfehlung, dass FFP2 Masken vorrangig dem Fachpersonal zur Verfügung stehen sollten, hatte keinen Effekt - sollten derartige Masken knapp werden, reicht eine Empfehlung möglicherweise nicht aus. Dies muss verstärkt kommuniziert werden.

**Intention eine Maske zu kaufen, zu tragen
und die Überzeugung, dass das Tragen Pflicht sein sollte
in Abhängigkeit vom Maskentyp und der Empfehlung des RKI**
Höhere Werte bedeuten mehr Zustimmung

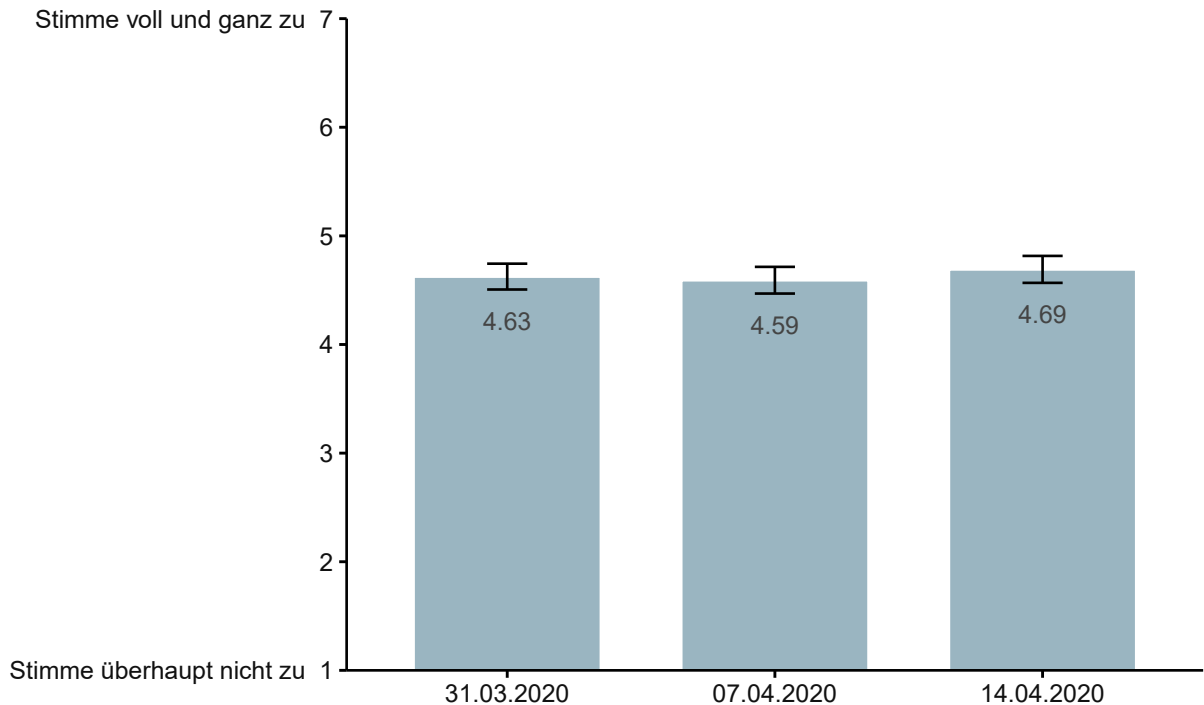


10 EXIT-Strategien

Aktuell wird darüber diskutiert, wie nach dem 19. April das öffentliche Leben wieder aufgenommen werden kann. 57 Prozent der Befragungsteilnehmenden sprechen sich dafür aus, die Maßnahmen nach dem 19. April nicht zu lockern. (Hinweis: Die Datensammlung war vor der Ansprache der Bundeskanzlerin am Mittwochabend beendet.)

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

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle



Wer befürwortet eine Verlängerung der Maßnahmen?

Wer in einer mittelgroßen Stadt lebt, den Behörden mehr vertraut, das Virus als näher wahrnimmt, mehr über die Verordnungen weiß, oder sich anfällig für eine Erkrankung hält, befürwortet eher eine Verlängerung der Maßnahmen. Wer das Ausbruchsgeschehen eher als Medienhype wahrnimmt, ein höheres wahrgenommenes Wissen hat oder die Wahrscheinlichkeit zu erkranken höher einschätzt, 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, 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
Beruf im Gesundheitsektor	-0.04	-0.103	0.013	.132
Mittelstadt vs. Kleinstadt	0.08	0.012	0.140	.020
Großstadt vs. Kleinstadt	0.03	-0.030	0.098	.297
Wahrgenommenes Wissen	-0.06	-0.117	-0.001	.048
Vertrauen in Behörden	0.11	0.049	0.173	<.001
Wahrgenommener Medienhype	-0.20	-0.258	-0.137	<.001
Wahrgenommene Nähe	0.10	0.030	0.172	.005
Dominanz negativer Emotionen	0.06	-0.010	0.133	.094
Wissen über offizielle Verfügungen	0.06	0.001	0.119	.048
Wahrscheinlichkeit zu erkranken	-0.08	-0.145	-0.012	.021
Anfälligkeit	0.13	0.064	0.199	<.001

¹ R² = .149, Adj. R² = .139

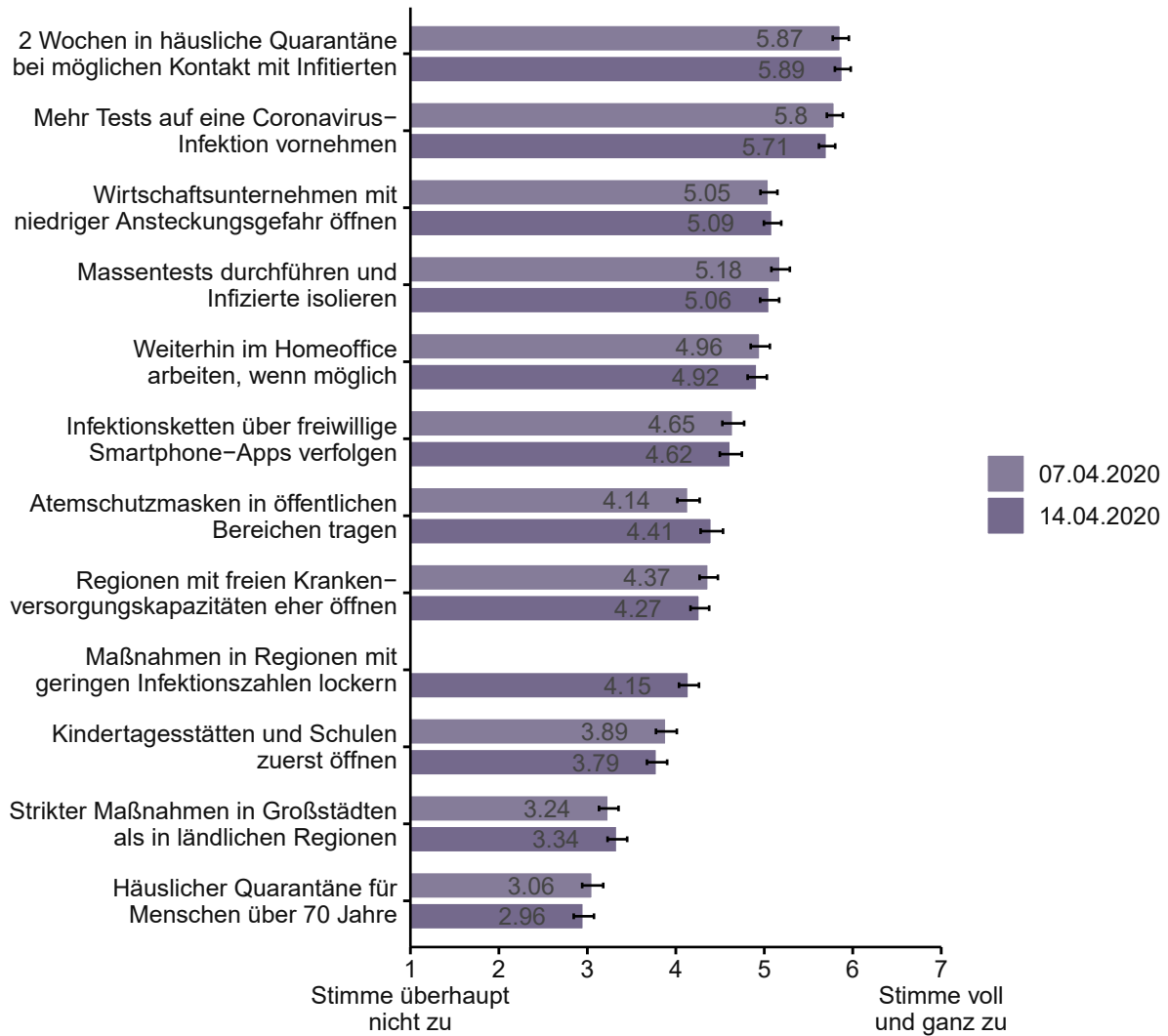
Bewertung verschiedener Maßnahmen, die im Zusammenhang mit Exit-Strategien vorkommen

Die Exit-Maßnahmen werden ähnlich bewertet wie in der Vorwoche.

Potentielle EXIT-Strategien

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle

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



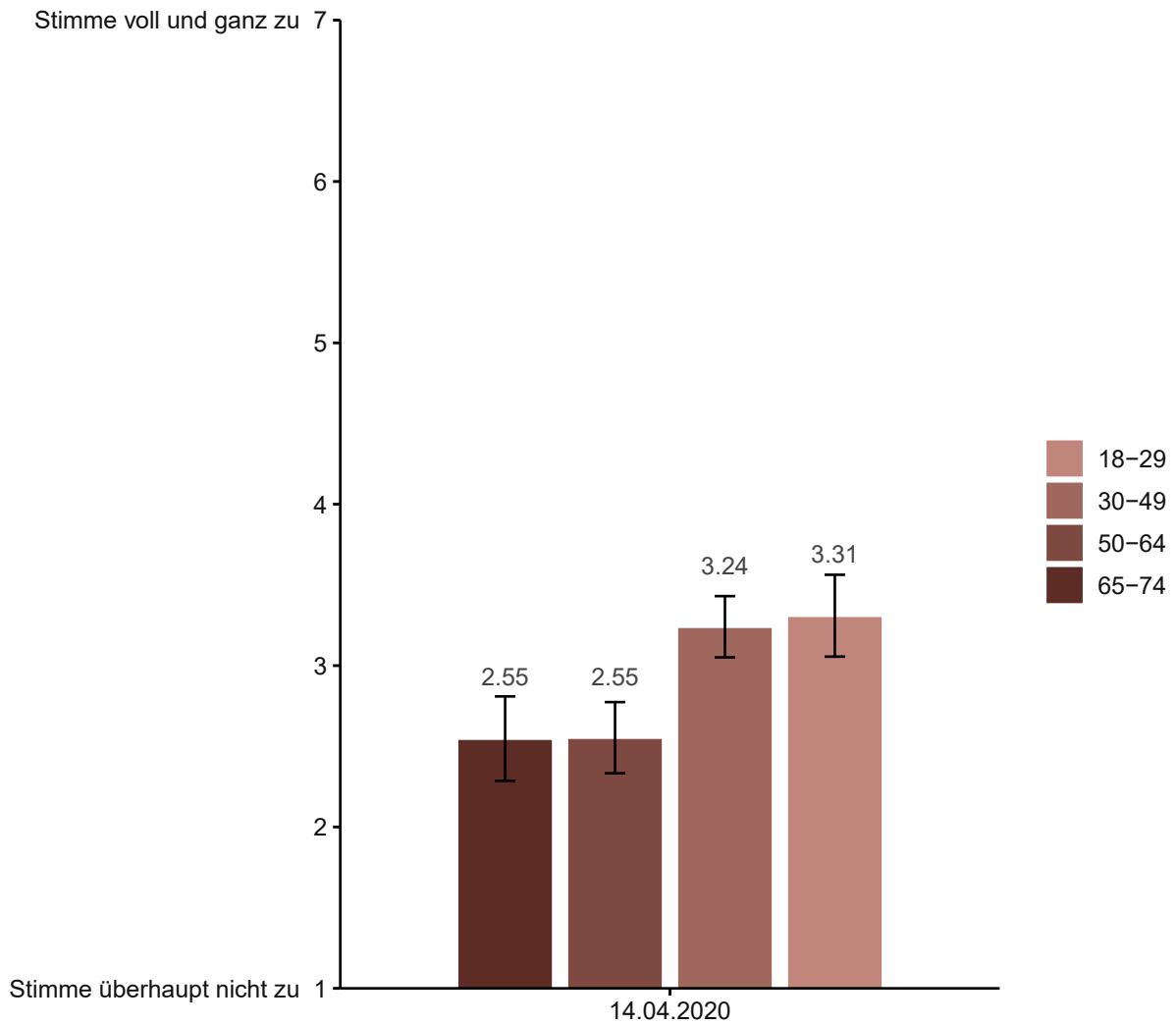
Hinweis: Das Item “Maßnahmen in Regionen mit geringen Infektionszahlen lockern” wurde erst ab dem 14.04.2020 (Welle 7) in die Erhebung aufgenommen.

Häuslicher Quarantäne für Menschen über 70 Jahre

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle

Bewertet auf einer Skala von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis

7 (stimme voll und ganz zu). Aktuelle Erhebungswelle (14.04.2020)

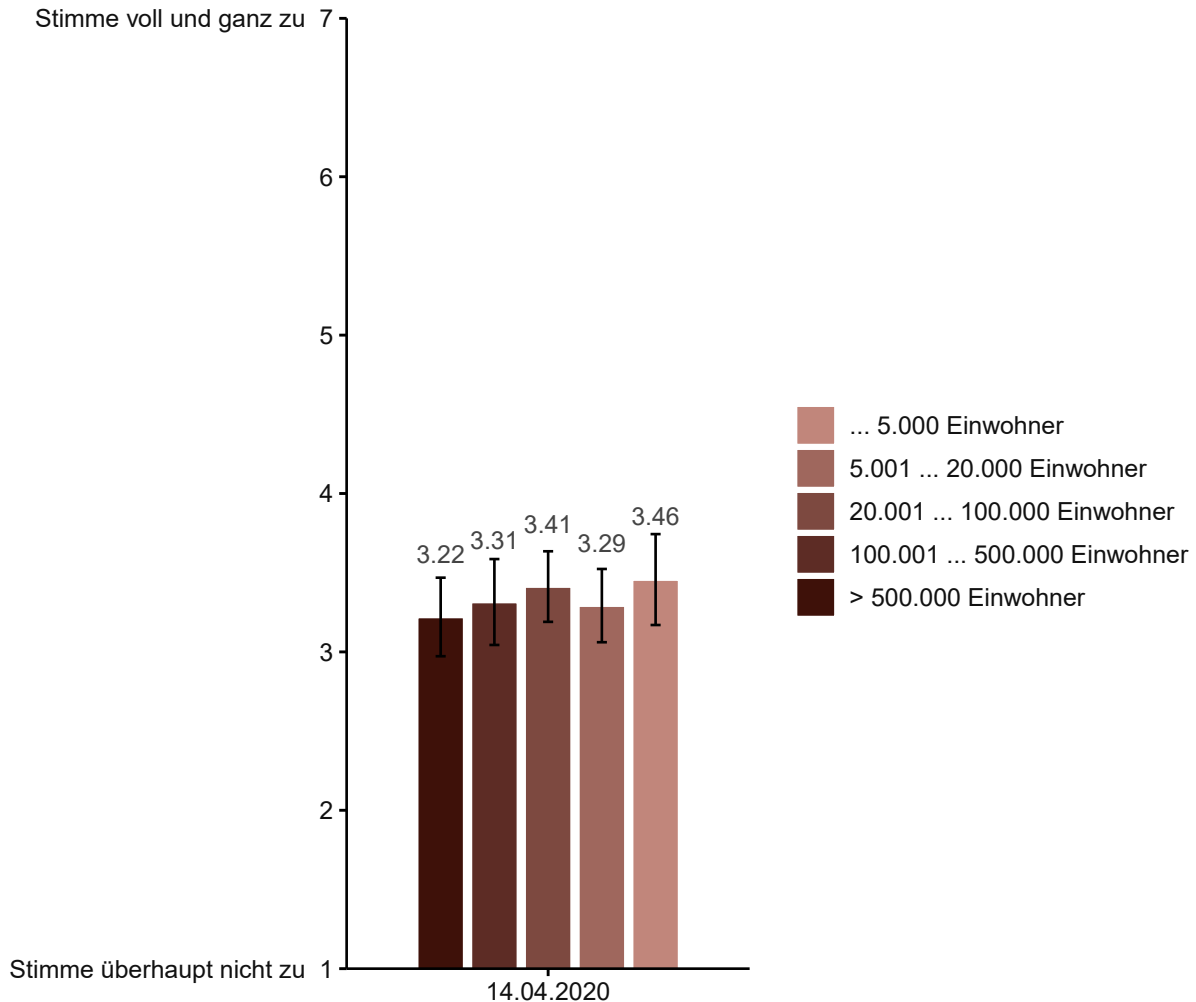


Striktere Maßnahmen in Großstädten als in ländlichen Regionen

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle

Bewertet auf einer Skala von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis

7 (stimme voll und ganz zu). Aktuelle Erhebungswelle (14.04.2020)



11 Öffnung von Schulen und Kindertagesstätten

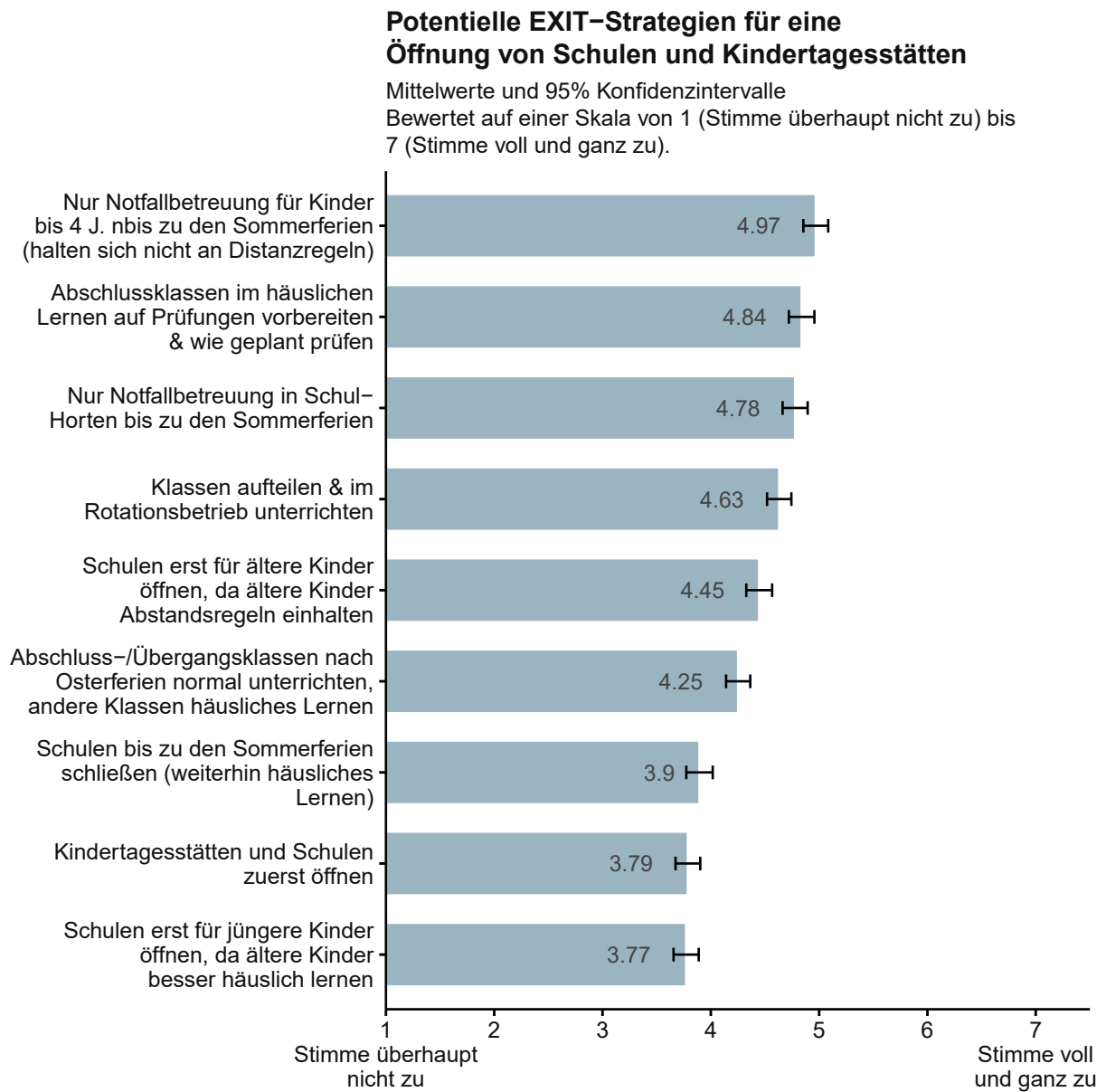
Es finden verstärkte Diskussionen um die Öffnung von Kindertagesstätten und Schulen statt.

Ältere Kinder wieder in die Schulen zu schicken ist besser akzeptiert als jüngere Kinder in die Schulen schicken und Kitas zu öffnen.

Schulen bis zu den Sommerferien geschlossen halten wird eher abgelehnt; dass Horte und Kleinkindebetreuung bis zu den Ferien geschlossen bleiben, ist eher akzeptiert.

Die getroffenen Regelungen (Schulbetrieb ab 4. Mai beginnend mit den Abschlussklassen, den Klassen, die im kommenden Jahr Prüfungen ablegen und den obersten Grundschulklassen wieder aufnehmen) ist mittelgut akzeptiert (46% stimmen der Lösung zu, 30% lehnen sie ab).

Hinweis: Die Datensammlung war vor der Ansprache der Bundeskanzlerin am Mittwochabend beendet.

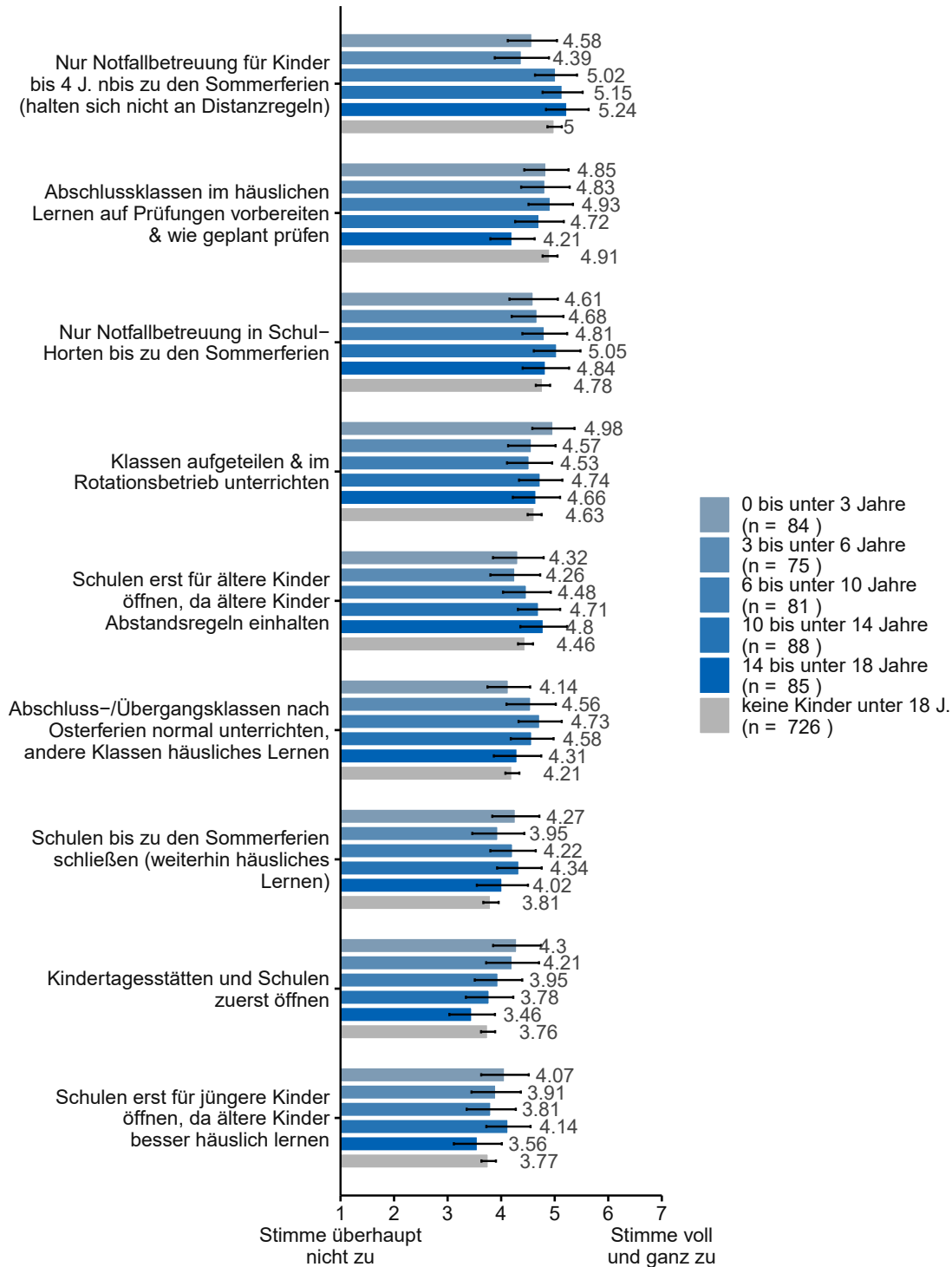


Potentielle EXIT-Strategien für eine Öffnung von Schulen und Kindertagesstätten nach Altersgruppe der Kinder

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle

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

Mehrfachnennung der Altersgruppen möglich.



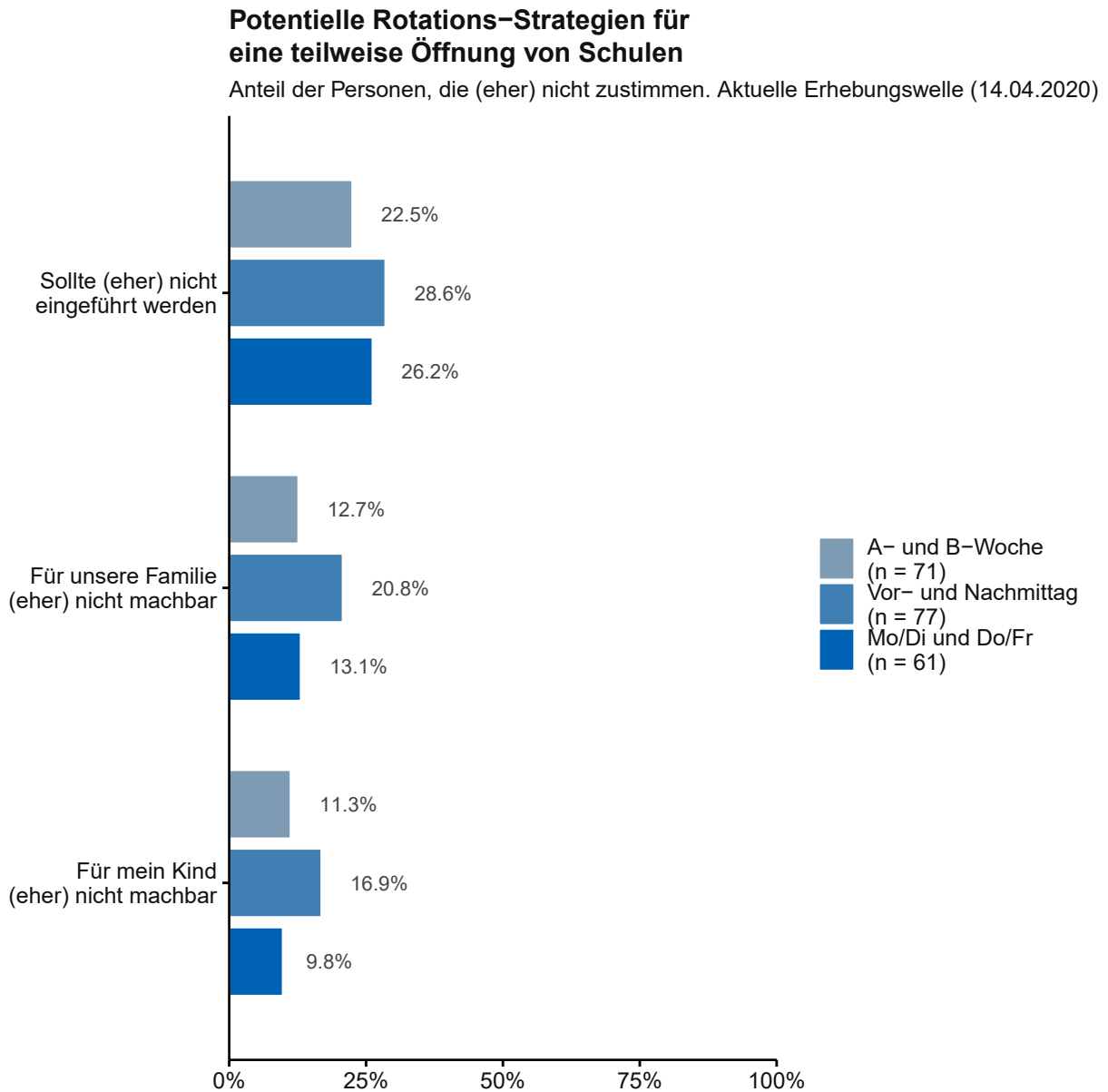
Beurteilung von Varianten des Rotationsbetriebes

Die Zustimmung zur Aufteilung von Klassen mit Rotation ist insgesamt mittelhoch (4.6 auf einer 7-stufigen Skala); für 2 von 3 Eltern ist eine Rotation denkbar

Am stärksten wird eine Rotation zwischen Vor- und Nachmittag abgelehnt.

Am seltensten wird die Rotation zwischen A- und B-Woche abgelehnt

Eltern jüngerer Kinder (6-10) stimmen Rotationslösung eher weniger zu als Eltern älterer Kinder.

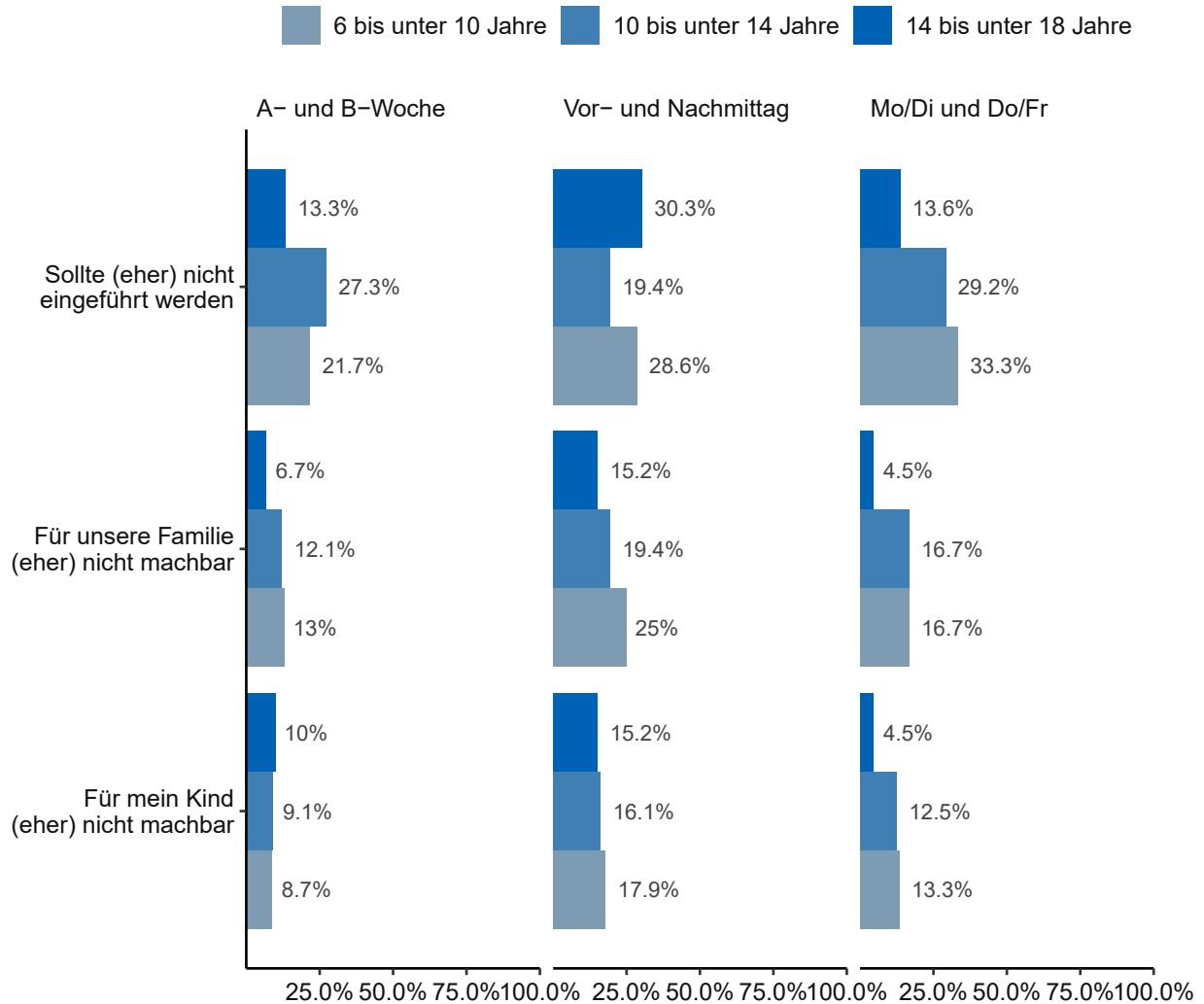


Potentielle Rotations-Strategien für eine teilweise Öffnung von Schulen nach Altersgruppe der Kinder

Anteil der Personen, die (eher) nicht zustimmen.

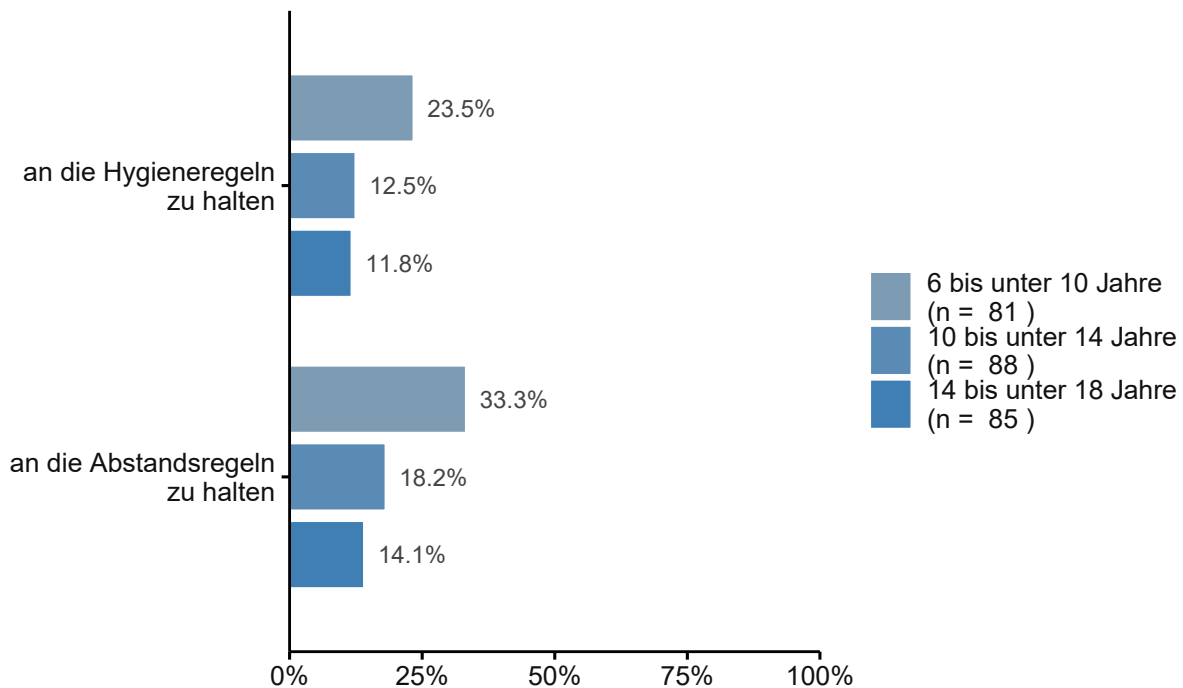
Mehrfachnennung der Altersgruppen möglich. Achtung: geringe Fallzahlen!

Aktuelle Erhebungswelle (14.04.2020)



Ich traue meinem Kind (eher) nicht zu, sich in der Schule ...

Mehrfachnennung der Altersgruppen möglich.
Aktuelle Erhebungswelle (14.04.2020)



12 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 runterladen?

Etwa 76.7 % der Befragten geben an (Vorwoche: 72 %), schon etwas von der App gehört zu haben.

52.8 % (Vorwoche: 55.5 %) sind eher bereit oder bereit, sich eine datenschutzkonforme App zu installieren; 17.8 % (Vorwoche: 15.4 %) würden sich eine solche App auf keinen Fall runterladen.

Wer würde sich eine Tracing-App runterladen?

Wer in einer mittelgroßen Stadt lebt, den Behörden mehr vertraut, das Virus als näher und sich selbst als anfälliger wahrnimmt sowie mehr über die Verordnungen weiß ist eher bereit, sich eine App runterzuladen. Wer das Ausbruchsgeschehen eher als Medienhype wahrnimmt oder die Wahrscheinlichkeit zu erkranken höher einschätzt, 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 (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.

	Eine Tracing-App runterladen ¹			
	Beta	CI-	CI+	p
Beruf im Gesundheitsektor	-0.04	-0.103	0.013	.132
Mittelstadt vs. Kleinstadt	0.08	0.012	0.140	.020
Großstadt vs. Kleinstadt	0.03	-0.030	0.098	.297
Wahrgenommenes Wissen	-0.06	-0.117	-0.001	.048
Vertrauen in Behörden	0.11	0.049	0.173	<.001
Wahrgenommener Medienhype	-0.20	-0.258	-0.137	<.001
Wahrgenommene Nähe	0.10	0.030	0.172	.005
Dominanz negativer Emotionen	0.06	-0.010	0.133	.094
Wissen über offizielle Verfügungen	0.06	0.001	0.119	.048
Wahrscheinlichkeit zu erkranken	-0.08	-0.145	-0.012	.021
Anfälligkeit	0.13	0.064	0.199	<.001

¹ R² = .149, Adj. R² = .139

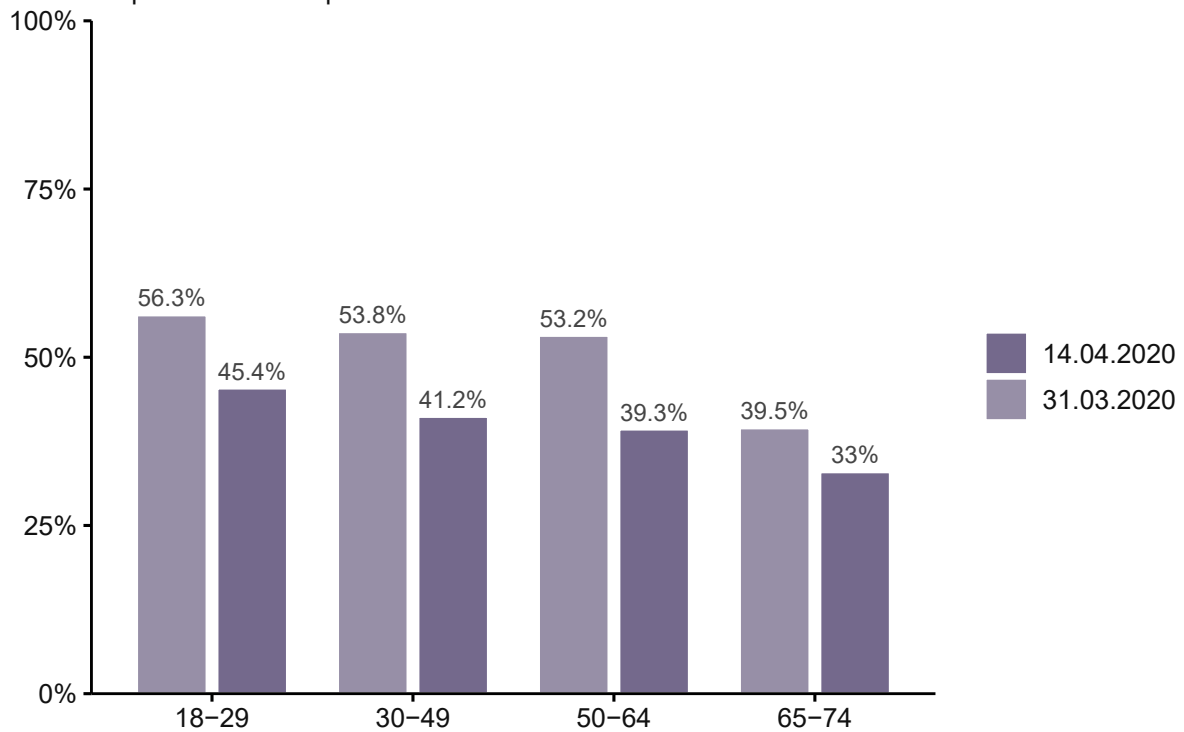
13 Ressourcen und Belastungen

13.1 Situative Belastung

40.1 Prozent Befragungsteilnehmende empfinden ihre persönliche Situation momentan als belastend (Welle 5 vom 31.03.: 51.9 %). Vor allem in den jüngeren 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. 33 %) an, ihre persönliche Situation als belastend zu empfinden.

Situative Belastung nach Altersgruppe

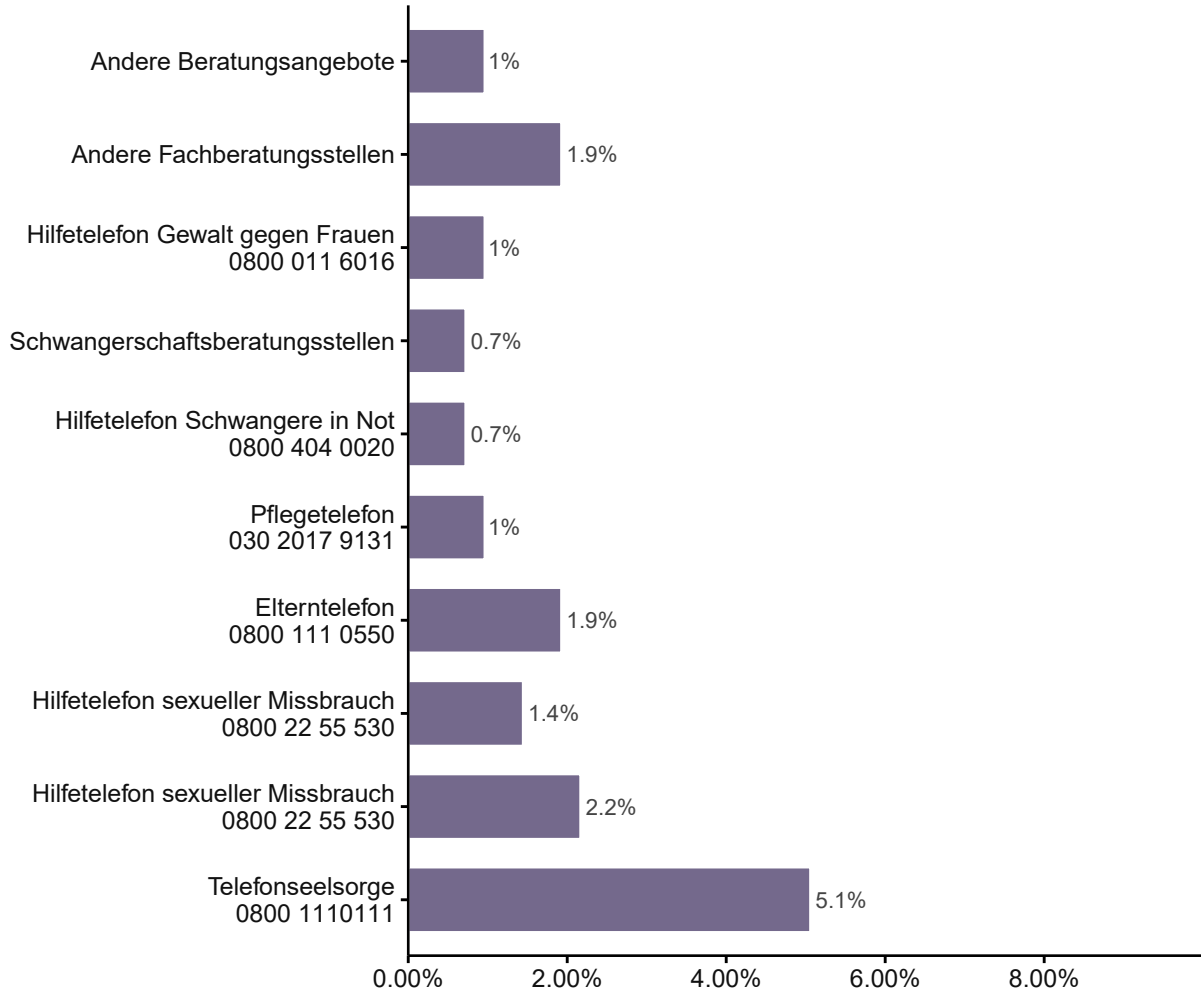
Empfinden Sie Ihre persönliche Situation momentan als belastend?



Die Minderheit der Personen (10.1 %; Welle 5 vom 31.03.: 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.

Potentielle Inanspruchnahme telefonischer Beratungsangebote

89.9% gaben an, bisher nicht darüber nachgedacht zu haben, telefonische Beratungsangebote in Anspruch zu nehmen.
Mehrfachnennungen möglich.
(Welle 7, 14.04. n = 415)



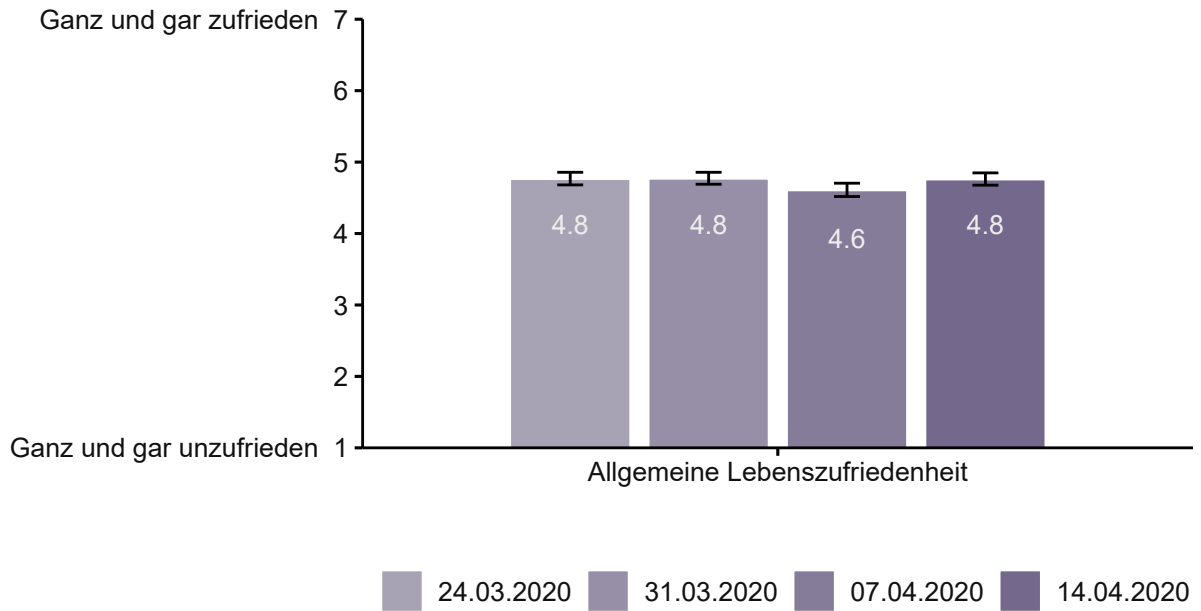
13.2 Allgemeine Lebenszufriedenheit

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?

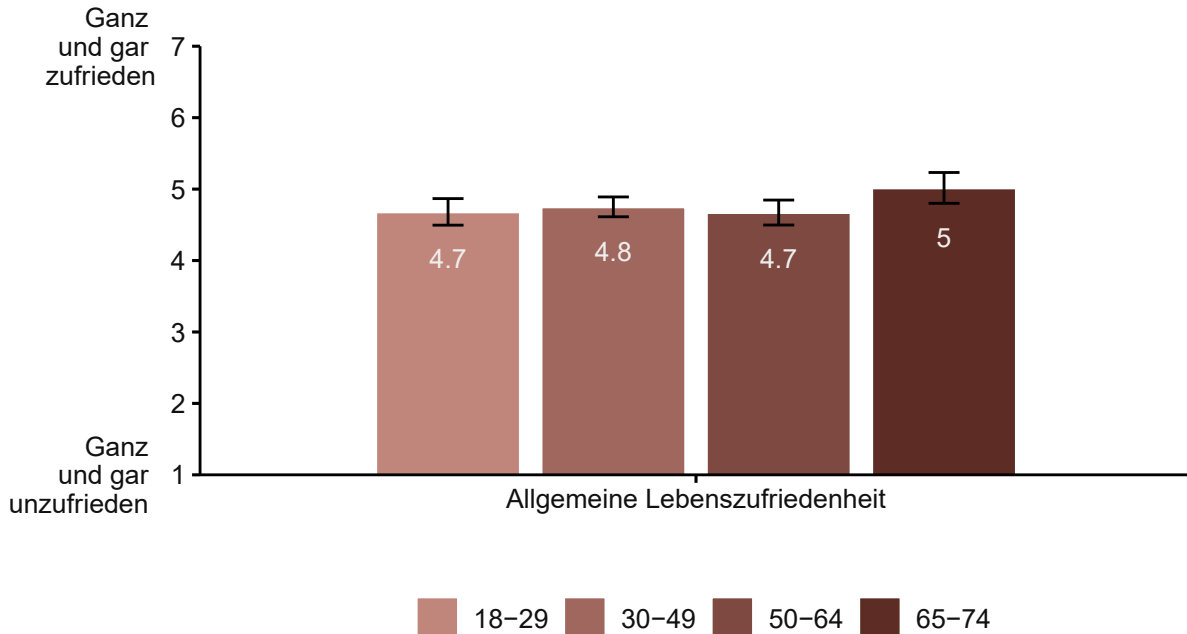
Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle

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 unzufrieden). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.
Aktuelle Erhebungswelle (14.04.2020)



Zusammenhang von Lebenszufriedenheit mit ausgewählten Variablen

Eine höhere allgemeine Lebenszufriedenheit geht mit höherer Selbstwirksamkeit 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 < 0.05 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	.06	.065
Risikowahrnehmung		
Ernsthaftigkeit der Erkrankung	-.07	.030
Anfälligkeit	-.10	.001
Wahrscheinlichkeit an COVID-19 zu erkranken	-.01	.705
Wahrgenommene Nähe des Virus	-.04	.198
Psychologische Schutzfaktoren		

Selbstwirksamkeitserwartung	.15	<.001
Maßnahmen		
Ergriffenes Schutzverhalten	.09	.004
Wissen über korrektes Schutzverhalten	.08	.011
Umgang mit der Situation		
Ich selbst kann nichts tun, um die Situation positiv zu beeinflussen.	-.17	<.001
Wahrgenommene Hilflosigkeit	-.10	.001

13.3 Umgang mit der Situation

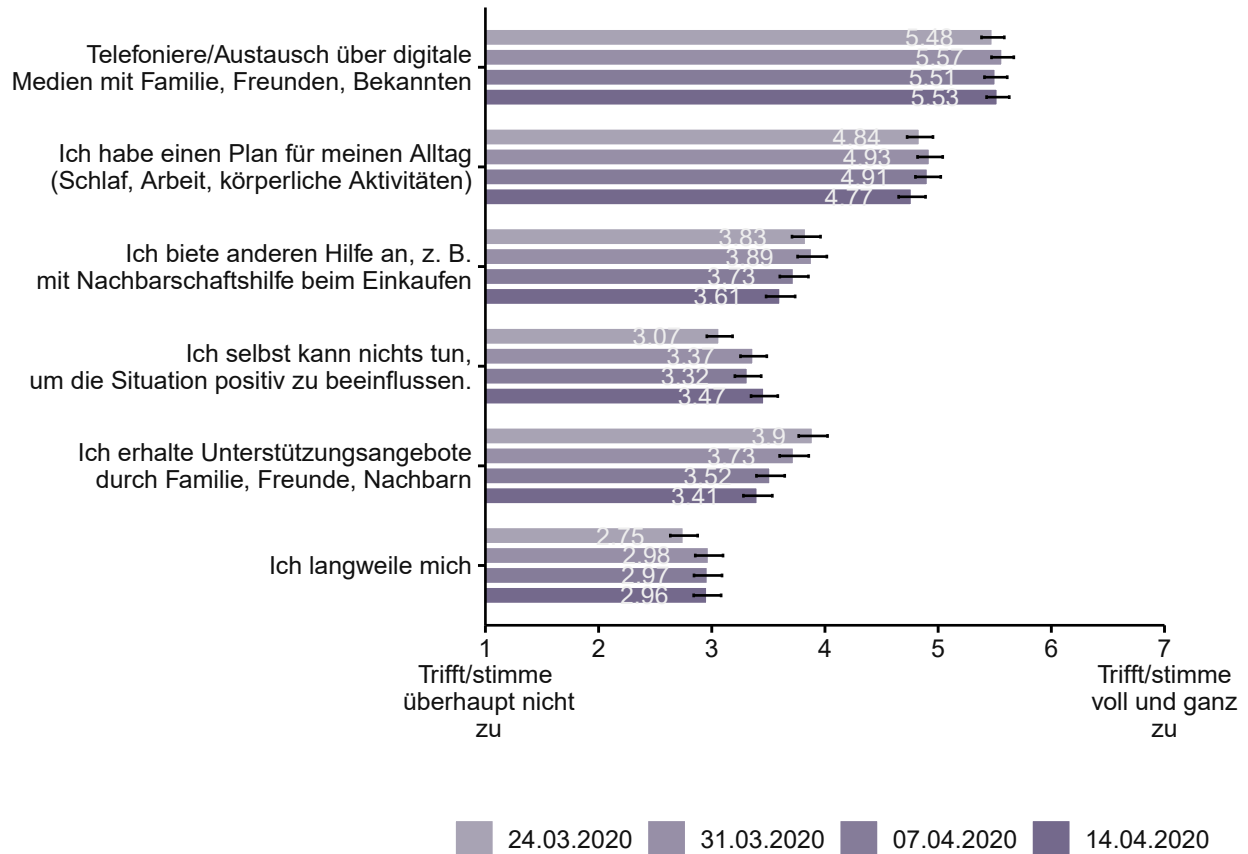
Bezüglich der Bewältigungsfähigkeiten und -möglichkeiten (Coping) in Zusammenhang mit den aktuell eingeschränkten Kontaktmöglichkeiten zeigen sich seit Welle 4 nur wenige Veränderungen. Die Ressourcen zur Bewältigung sind insgesamt weiterhin gut ausgeprägt. In beiden Geschlechtergruppen und bei Personen im Alter von 30 bis 49 bzw. 65 Jahren und älter sind allerdings die Unterstützungsangebote durch Familie, Freunde oder Nachbarn zurückgegangen. Gleichzeitig steigt unter Frauen und Befragten ab 65 Jahren die Langeweile etwas und die Einschätzung der 18- bis 29-Jährigen, selbst nichts tun zu können, um die Situation positiv zu beeinflussen.

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.

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

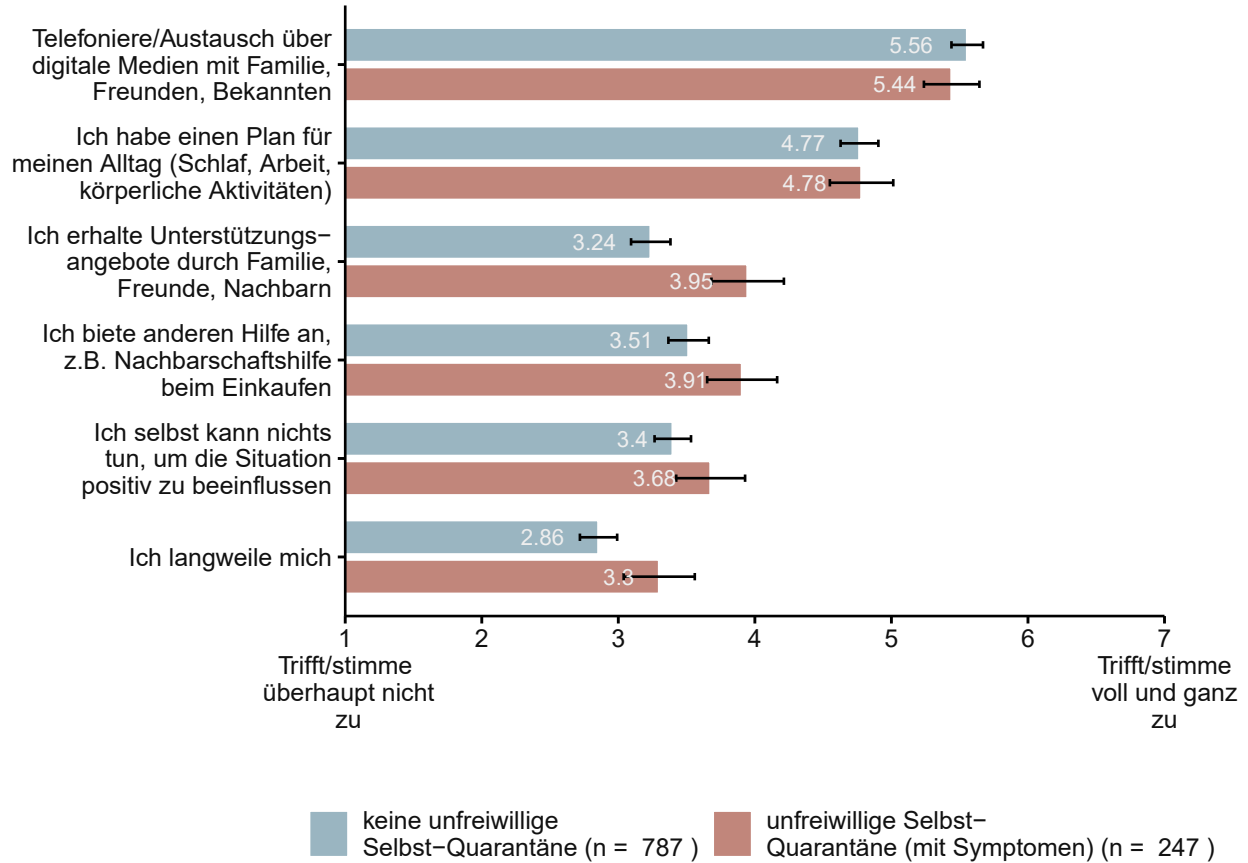
Bewertet auf einer Skala von 1 (Trifft/stimme überhaupt nicht zu) bis 7 (Trifft/stimme voll und ganz zu).

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



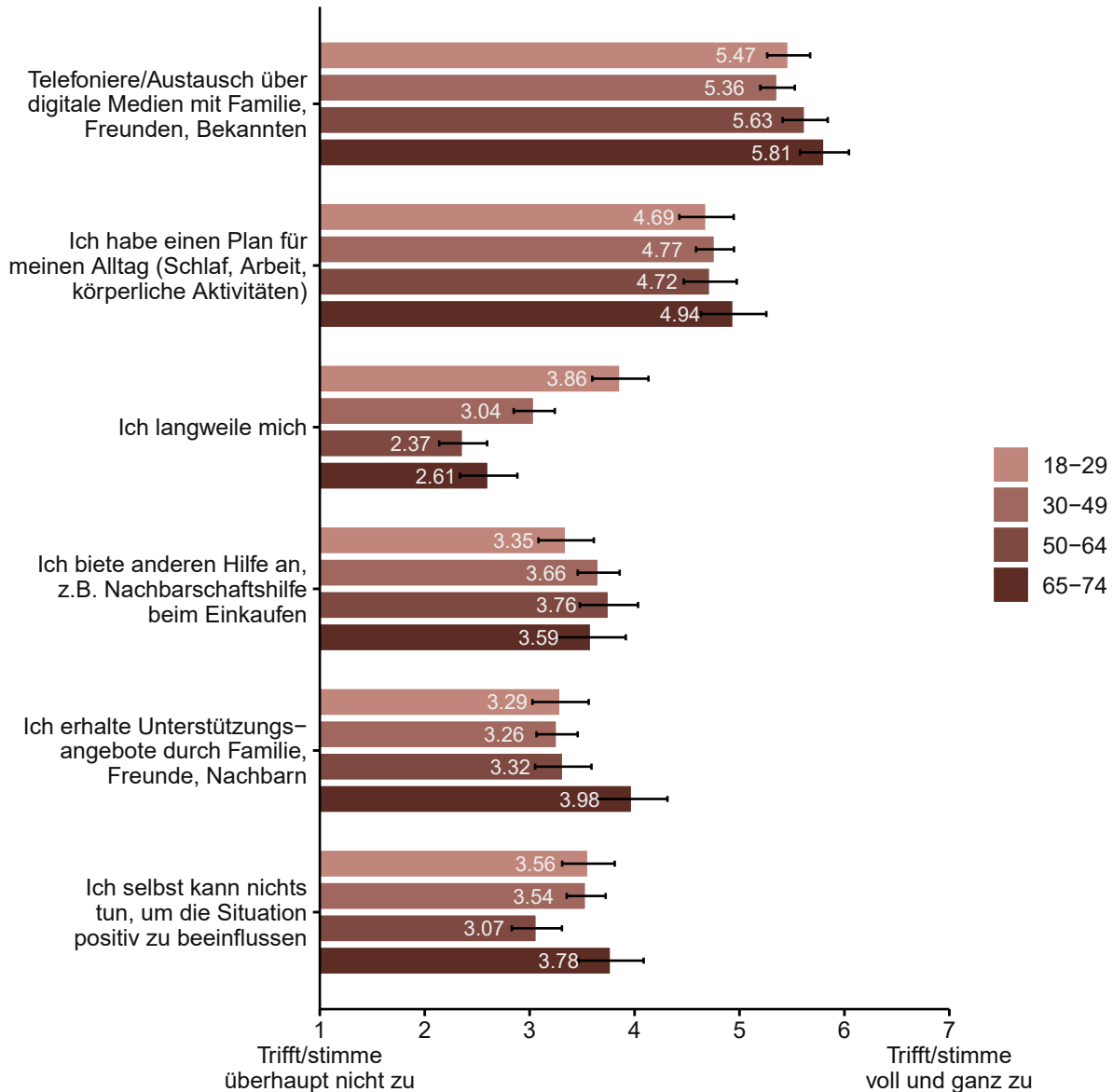
Wie sehr treffen die folgenden Aussagen in der aktuellen Situation auf Sie zu?

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 (14.04.2020)



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 (14.04.2020)



14 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 Belaustung 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).

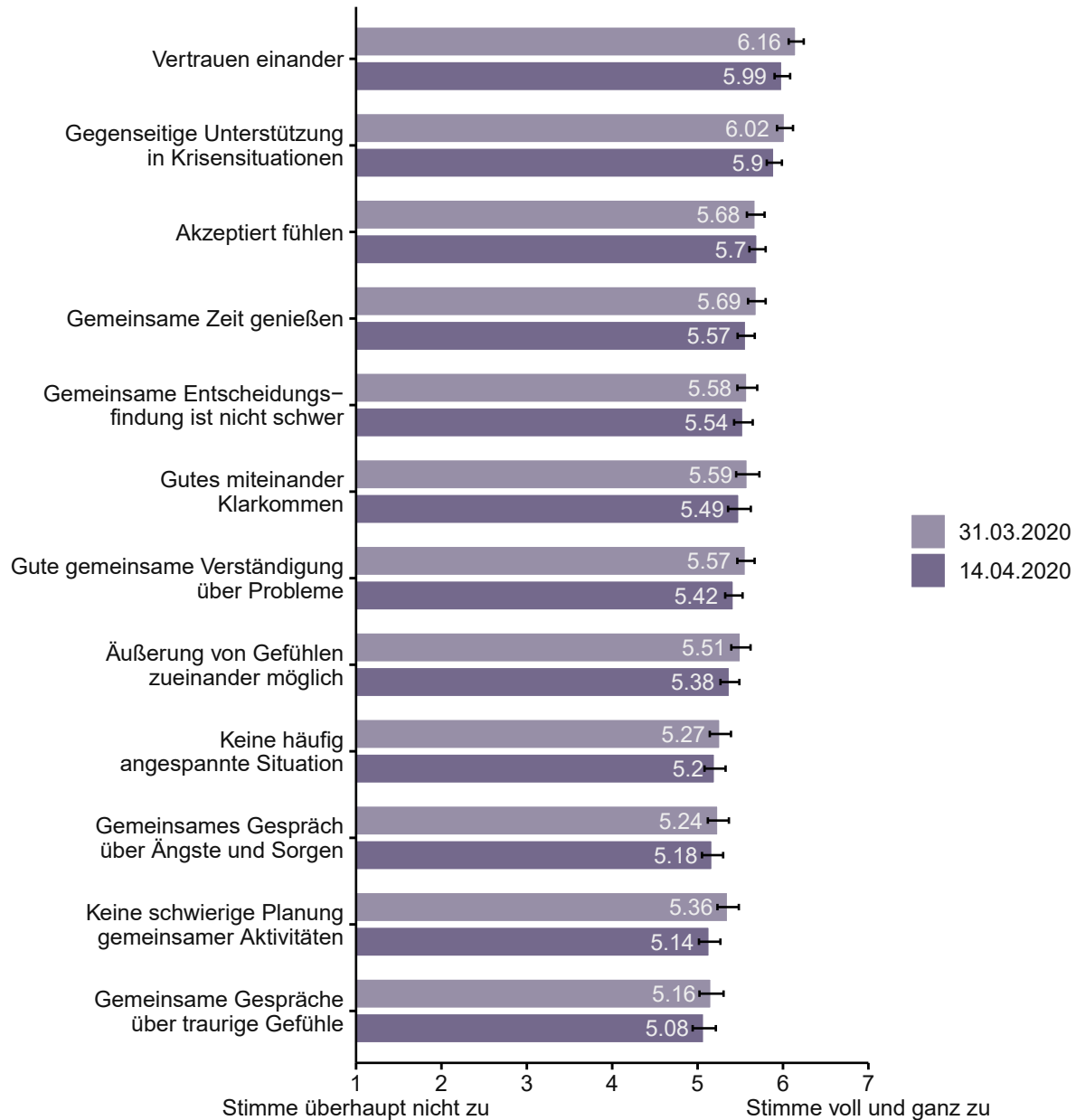
Hinsichtlich des Familienklimas haben sich positive Gefühle, Problemlösungsfähigkeiten sowie die Qualität der Kommunikation auf einem hohen Niveau erhalten. Auch das Ausmaß von Meinungsverschiedenheiten in den Familien hat sich seit Welle 5 nicht verändert.

Zusammenleben in der Familie/Partnerschaft

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

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.

(Welle 5, 31.03. n = 761 ; Welle 7, 14.04. n = 798)



Zusammenleben mit Kindern

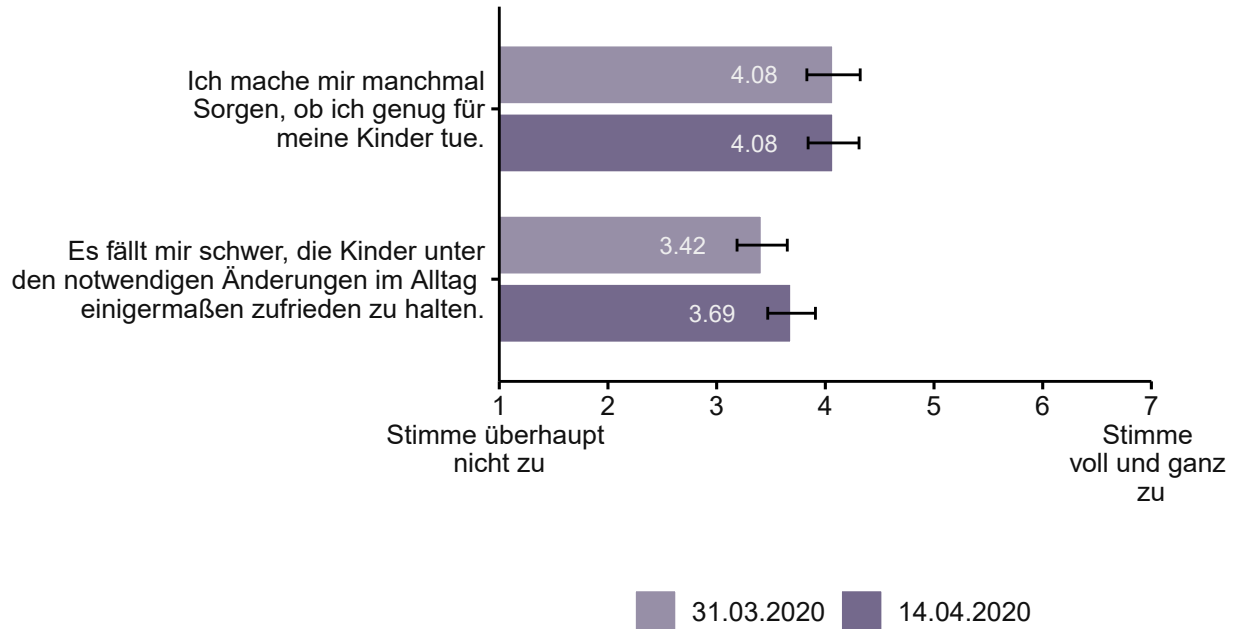
Befragungsteilnehmende, die eine Kinder unter 18 Jahren haben und nicht in einem Single-Haushalt leben, haben Aussagen über das Zusammenleben mit ihren Kindern beurteilt.

Zusammenleben mit Kindern

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

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.

(Welle 5, 31.03. n = 265; Welle 7, 14.04. n = 290)

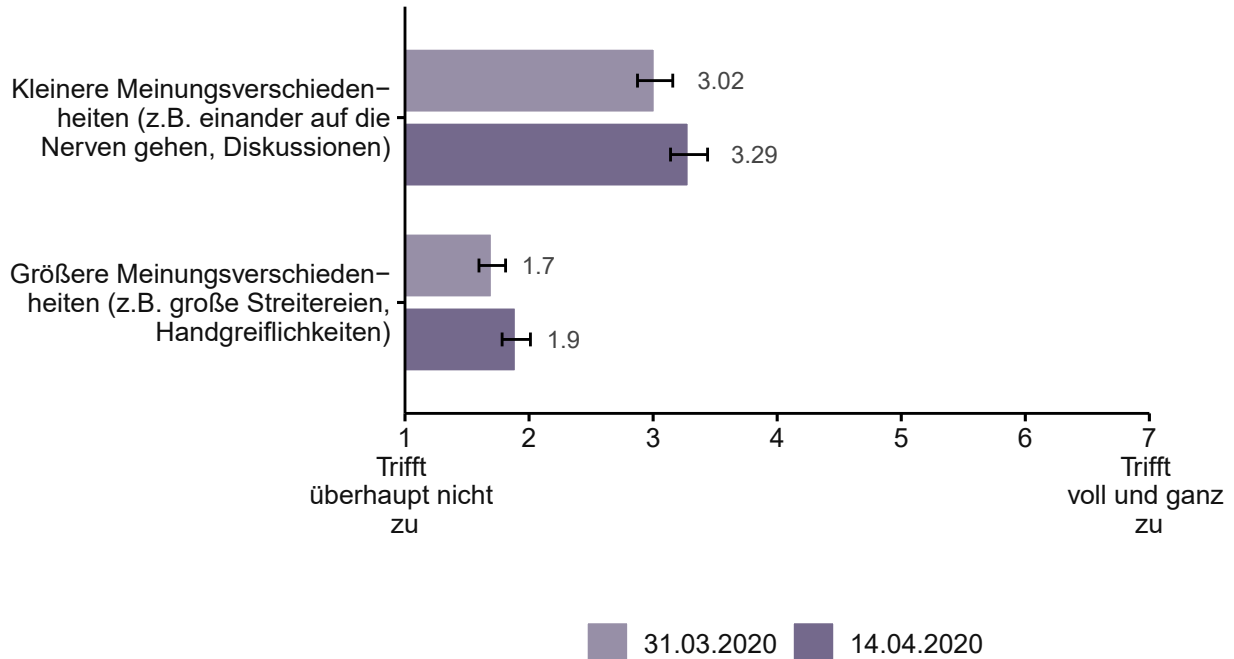


Konflikte in der Partnerschaft

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

Bewertet auf einer Skala von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 7 (stimme voll und ganz zu). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle. (Welle 5, 31.03. n = 678; Welle 7, 14.04. n = 718)

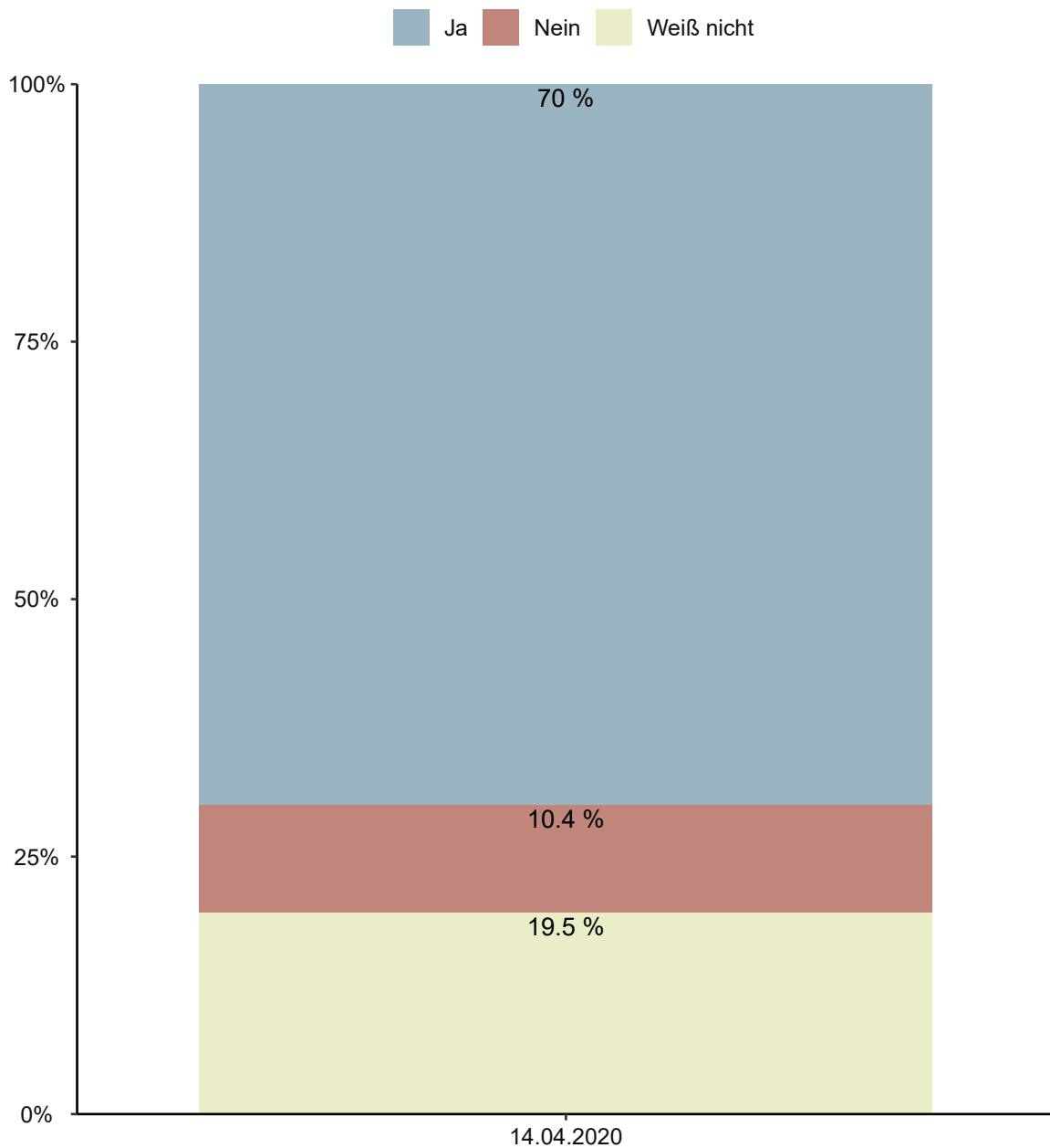


14.1 Obduktion von Familienangehörigen

Um die Sterblichkeit durch das Coronavirus besser zu verstehen und einzuschätzen zu können, könnte es helfen, alle Verstorbenen zur Klärung der Todesursache genauer zu untersuchen. In dieser Woche wurde gefragt, ob einer Obduktion eines verstorbenen Familienmitglieds zugestimmt werden würde.

Große Teile der Bevölkerung (70%) würden einer Obduktion eines verstorbenen Familienmitgliedes zustimmen. 10 % würden dem nicht zustimmen, und 20% geben hierbei „weiß nicht“ als Antwort an. Die Zustimmung steigt mit zunehmendem Alter an. So sind von den 18-29-Jährigen 63 % und von den Über-65-Jährigen 78% bereit, einer Obduktion zuzustimmen.

Würden Sie zustimmen, dass Ihr Familienmitglied von einem Fachmann untersucht wird (Obduktion), um die genaue Todesursache zu klären?



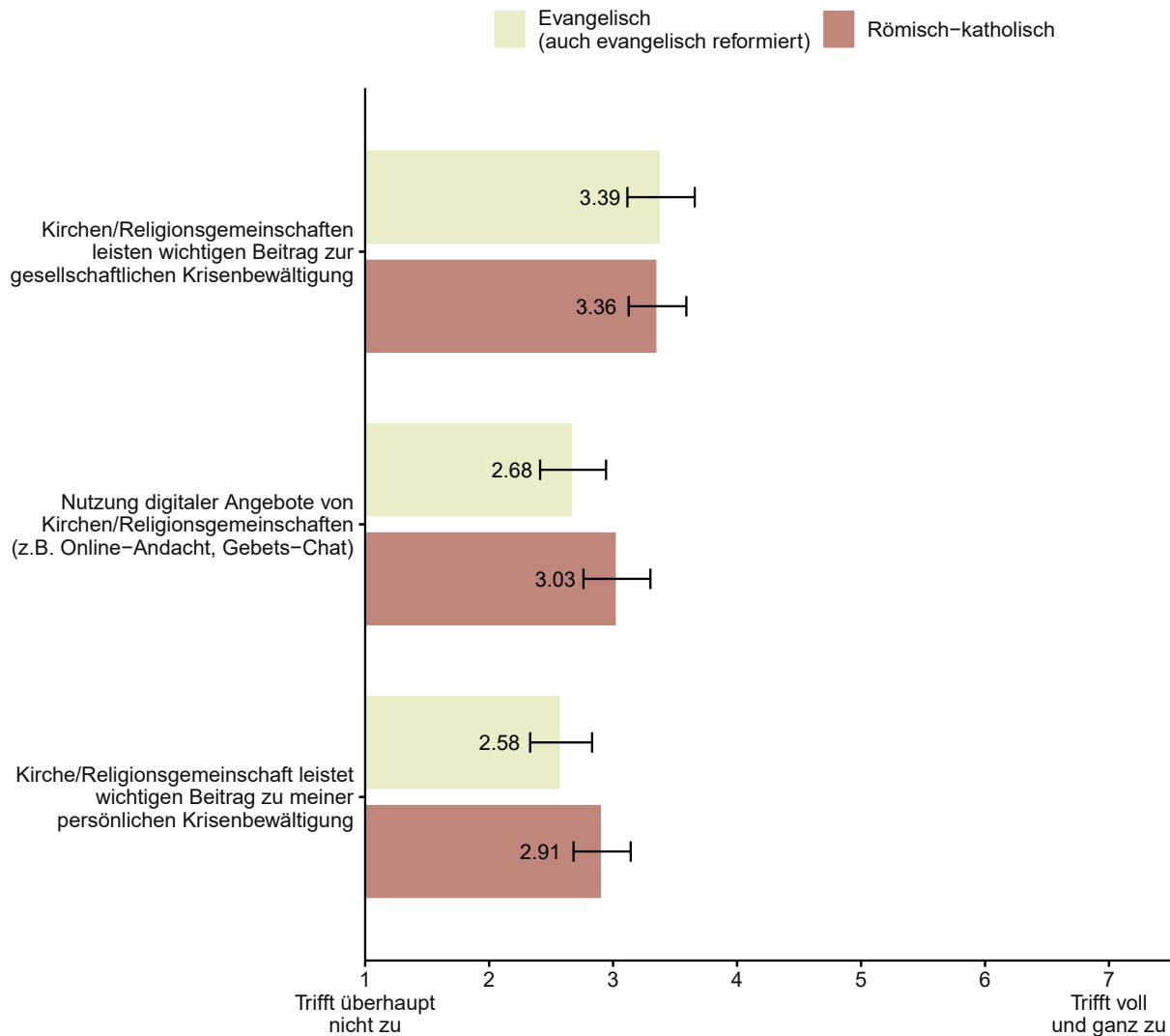
15 Religiosität

Gemeinsam mit dem Sozialwissenschaftlichen Institut der Evangelischen Kirche Deutschland untersuchen wir diese Woche den Zusammenhang von Religiosität und Bewältigung der Corona-Situation. Erfasst wurde die Konfession und die gefühlte Verbundenheit mit der Religionsgemeinschaft.

Religion und Bewältigung der Corona-Situation

Religiosität und Bewältigung der Corona-Situation

Bewertet auf einer Skala von 1 (trifft überhaupt nicht zu) bis 7 (trifft voll und ganz zu). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.
(Evangelisch n = 217, Römisch-katholisch n = 226)



Religion und Osterfest

Die Osterfeiertage sind normalerweise durch die besonderen Ostergottesdienste und das Zusammensein im erweiterten Familienkreis geprägt, was in beiden Fällen in diesem Jahr nicht möglich war. So erfährt die Aussage „Während der Osterfeiertage hat es mir gefehlt, mit meiner (erweiterten) Familien persönlich zusammen zu sein“ eine insgesamt hohe Zustimmung (63%), die bei den konfessionell Zugehörigen noch etwas höher liegt (Evangelische 70,8%, Katholische 69,7%).

Noch deutlich, aber geringer fällt die Zustimmung im Blick auf digitale Kommunikationswege als Ersatz für persönliches Zusammensein aus (insgesamt 52,3%).

Deutlich weniger Zustimmung findet die Aussage zur fehlenden Möglichkeit, persönlich einen Gottesdienst besuchen zu können (insgesamt 20,4%), nochmals mit deutlichen Unterschieden zwischen dem höchsten Wert bei Katholiken (29%), einem etwas niedrigeren Wert bei Evangelischen (21,1%) und einem deutlich niedrigeren Wert bei Menschen ohne Konfessionszugehörigkeit (10%).

Es findet sich ein hoher korrelativer Zusammenhang zwischen der Nutzung der digitalen Ersatzangebote der Kirchen mit der kirchlichen Verbundenheit (Korrelation $r=0.55$).

Der Beitrag von Kirchen und Religionsgemeinschaften sowohl zur gesellschaftlichen wie zur persönlichen Krisenbewältigung wird auch in dieser Zeit wesentlich von der Gruppe der kirchlich Hochverbundenen wahrgenommen und positiv bewertet ($r=0.49$ und 0.56).

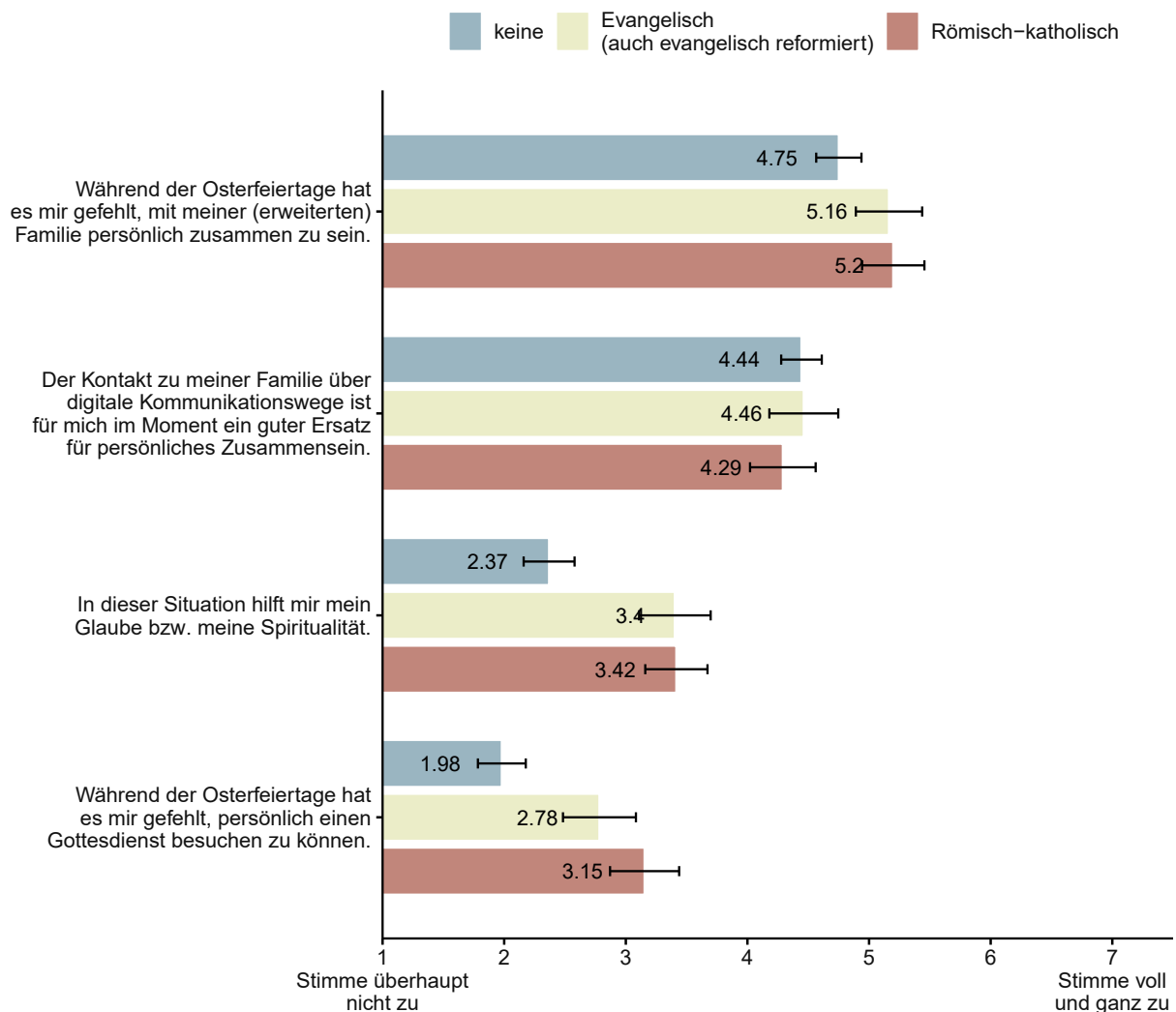
Ostern bleibt ein weiterhin lebensweltlich wichtiges Datum, die Bedeutung bezieht sich im Wesentlichen auf das Zusammensein in der Familie, dessen Fehlen in diesem Jahr ebenfalls die stärkste Einschränkung bedeuten dürfte, die aber durch die digitalen Kommunikationsmöglichkeiten wenigstens teilweise ausgeglichen werden konnte. Für die Kirchen erscheint es deshalb als eine wichtige Aufgabe, auch in dieser schwierigen Zeit zu Menschen, denen Glaube und Gemeinde am Herzen liegen, den Kontakt zu halten, auch mit digitalen Kommunikationsformen.

Religiosität und Osterfest

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

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.

(Keine $n = 591$, Evangelisch $n = 217$, Römisch-katholisch $n = 226$)



Sich mit seiner Religionsgemeinschaft verbunden fühlen

Folgende Analysen untersuchen, wie stark das Gefühl, sich mit seiner Religionsgemeinschaft verbunden zu

fühlen, mit Wahrnehmungen zur Gesellschaft und der eigenen Person zusammenhängt (‘korreliert’).

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 Werten auf der anderen Variable auftreten. Fettdruck zeigt statistisch bedeutsame Zusammenhänge an.

Hinweis: Die folgenden Analysen beziehen sich nur auf die Daten der aktuellen Erhebungswelle.

Sich seiner Religion zugehörig fühlen ... (Hinweis: eingeschlossen sind alle Religionen)

- und Sorgen, dass die Gesellschaft egoistischer wird: 0.04
- und Sorgen, dass die Kluft zwischen Arm und Reich größer wird: 0.03
- und wichtiger Beitrag von Kirchen/Religionsgemeinschaften zur gesellschaftlichen Krisenbewältigung: 0.49
- und wichtiger Beitrag von Kirchen/Religionsgemeinschaften zur persönlichen Krisenbewältigung: 0.56
- und Nutzung digitaler Angebote von Kirchen/Religionsgemeinschaften: 0.55

16 Impfungen

Impfungen sind ein wichtiges Instrument zum Schutz vor Infektionen. Hier betrachten wir, ob geplante Impfungen weiter durchgeführt werden, wie sich die Gründe für Impfmüdigkeit im Vergleich zu einer Datenerfassung 2016 verändert haben und welche Aspekte vorhersagen, ob eine hypothetische Impfung gegen das Coronavirus akzeptiert würde.

Durchführung von Impfungen in der Corona-Situation

Von den geplanten Impfungen der 132 erwachsenen Befragten wurden 30% durch die Corona-Situation abgesagt.

34% der 75 geplanten Kinderimpfungen wurden durch die Corona-Situation abgesagt. Nur ca. die Hälfte wurde wie geplant durchgeführt.

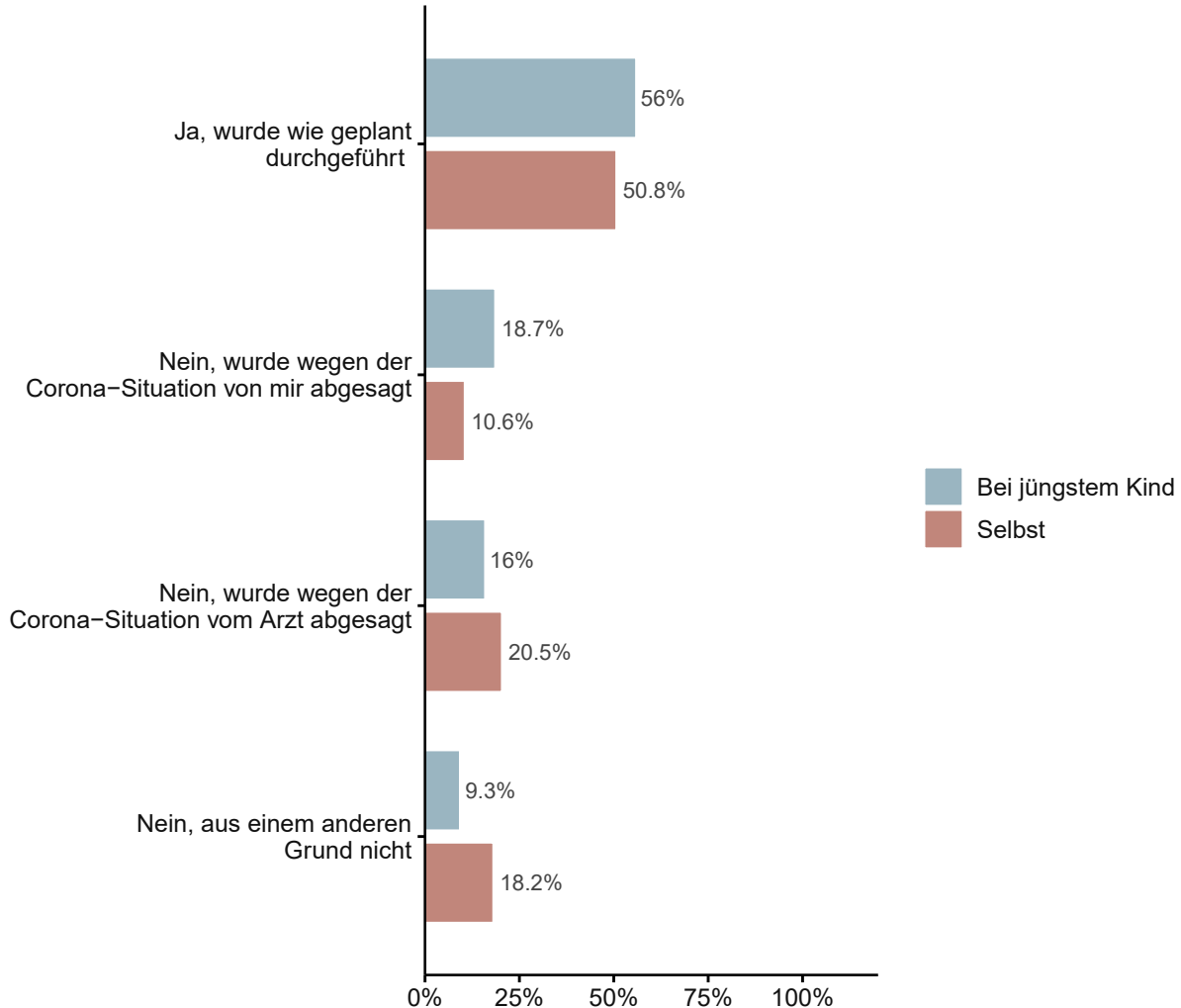
Hier besteht dringender Handlungsbedarf, damit keine Impflücken entstehen.

Durchführen lassen von Impfungen bei sich selbst und dem jüngsten Kind

Nur bei geplanter Impfung

(Beim jüngsten Kind: n = 75, Selbst n = 132)

Ergebnisse der aktuellen Welle (14.04.2020)



Was sagt die Absicht sich gegen COVID-19 impfen zu lassen? Und was die Überzeugung, dass eine solche Impfung verpflichtend sein sollte?

Wir haben die hypothetische Impfbereitschaft für einen Impfstoff gegen COVID-19 angefragt. Uns hat interessiert, ob bei der Impfbereitschaft der Schutz anderer eine Rolle spielt und welche Aspekte die Impfbereitschaft vorhersagen.

Stellen Sie sich vor: Es gibt einen effektiven und sicheren Impfstoff gegen das Coronavirus. Diese Impfung ist für Menschen jeden Alters empfohlen.

Die Hälfte der Probanden bekam Informationen zum Selbstschutz:

Die Impfung schützt ausschließlich die geimpfte Person vor einer Erkrankung. Das bedeutet: Die geimpfte Person ist vor einer Infektion geschützt, kann jedoch das Virus weiter übertragen, zum Beispiel auf Personen, die nicht immun sind.

Die Hälfte der Probanden bekam Informationen zum Selbstschutz und Schutz anderer:

Die Impfung schützt sowohl die geimpfte Person als auch andere Personen vor einer Erkrankung. Das bedeutet: Die geimpfte Person ist vor einer Infektion geschützt, und kann das Virus auch nicht weiter übertragen, zum Beispiel auf Personen, die nicht immun sind.

Die Impfintention ist ein wichtiger Einflussfaktor für tatsächliches Impfverhalten. Hier wird untersucht, welche Faktoren mit der Absicht sich impfen zu lassen zusammenhängen. Außerdem wurde untersucht, welche Faktoren mit der Überzeugung zusammenhängen, dass eine Impfung verpflichtend sein sollte.

Impfabsicht

Wie würden Sie entscheiden, wenn Sie nächste Woche die Möglichkeit hätten, sich gegen COVID-19 impfen zu lassen? Zustimmung erfasst auf einer Skala von 1-7: Auf keinen Fall impfen - auf jeden Fall impfen.

Ergebnis: 79% würden sich impfen lassen, ob die Impfung andere schützt oder nicht spielte nur eine sehr kleine Rolle.

Eine eher **höhere Impfabsicht** hat, wer

- älter ist,
- männlich ist,
- nicht im Gesundheitssektor arbeitet,
- Infizierte im Umfeld hat,
- den Behörden vertraut,
- negative Emotionen verspürt,
- das Virus als langsamer ausbreitend wahrnimmt,
- mehr über effektive Präventionsmaßnahmen weiß,
- die Krankheit schwerer wiegend wahrnimmt,
- Vertrauen in Impfungen hat,
- sich nicht in falscher Sicherheit wiegt,
- strukturelle und psychologische Barrieren wahrnimmt, die Impfung einfach zu bekommen (Constraints),
- Impfen als kollektive Verantwortung betrachtet (Collective responsibility),
- wenn die Impfung neben dem Impfling auch andere Personen schützt

Impfen als Verpflichtung

Diese Impfung sollte für alle verpflichtend sein. Zustimmung erfasst auf einer Skala von 1-7: Stimme überhaupt nicht zu - Stimme voll und ganz zu.

Die Überzeugung, dass diese **Impfung eher verpflichtend** sein sollte, hat, wer

- älter ist,
- männlich ist,
- in einer Kleinstadt lebt,
- den Behörden vertraut,
- das Ausbruchsgeschehen nicht als Medienhype wahrnimmt,

- negative Emotionen verspürt,
- mehr über effektive Präventionsmaßnahmen weiß,
- sich weniger vorbereitet fühlt,
- Vertrauen in Impfungen hat (Confidence),
- strukturelle und psychologische Barrieren wahrnimmt, die Impfung einfach zu bekommen (Constraints),
- Impfen als kollektive Verantwortung betrachtet (Collective responsibility).

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, 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, der experimentelle Faktor “Art der Impfung” (Selbstschutz vs. Selbst- und Fremdschutz)..

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

	Impfabsicht ¹				Impfen als Verpflichtung ²			
	Beta	CI-	CI+	p	Beta	CI-	CI+	p
Wahrgenommener Medienhype	-0.04	-0.093	0.007	.090	-0.07	-0.125	-0.023	.005
Wahrgenommene Ausbreitungsgeschwindigkeit	-0.05	-0.098	-0.003	.039				
Dominanz negativer Emotionen	0.11	0.054	0.159	<.001	0.07	0.019	0.129	.009
Alter	0.09	0.032	0.143	.002	0.12	0.066	0.180	<.001
Calculation: verstärkt Kosten und Nutzen abwägen					-0.04	-0.092	0.008	.103
Collective Responsibility: Impfen als kollektive Verantwortung	0.15	0.078	0.214	<.001	0.12	0.047	0.186	.001
Complacency: Impfungen als überflüssig empfinden	-0.09	-0.156	-0.018	.014	-0.05	-0.125	0.016	.130
Confidence: Vertrauen in Impfungen	0.38	0.324	0.434	<.001	0.40	0.340	0.454	<.001
Constraints: Strukturelle und psych. Barrieren	0.20	0.048	0.350	.010	0.10	0.043	0.164	.001
Strukturelle/psych. Barrieren *	-0.13	-0.296	0.027	.102				
Art der Impfung								
Großstadt vs. Kleinstadt					-0.02	-0.076	0.030	.399
Mittelstadt vs. Kleinstadt					-0.06	-0.111	-0.004	.034
Art der Impfung: Selbstschutz vs. Selbst- und Fremdschutz	0.10	0.023	0.172	.010				
Geschlecht: weiblich	-0.05	-0.098	-0.003	.039	-0.07	-0.123	-0.026	.003
Beruf im Gesundheitssektor	-0.06	-0.105	-0.011	.016				
Infizierte im persönlichen Umfeld	0.05	0.000	0.095	.050				
Wissen über effektive Schutzmaßnahmen	0.10	0.050	0.151	<.001	0.05	-0.006	0.097	.084
Wahrgenommenes Vorbereitetsein					-0.05	-0.103	-0.001	.047
Schweregrad	0.06	0.002	0.115	.044	0.04	-0.015	0.101	.146
Vertrauen in Behörden	0.16	0.104	0.207	<.001	0.18	0.125	0.233	<.001

¹ R² = .448, Adj. R² = .439

² R² = .420, Adj. R² = .411

Verändert sich der Blick auf Impfungen allgemein?

Die diese Woche erhobenen Werte wurden verglichen mit Werten, die 2016 von der BZgA erfasst wurden. Dargestellt sind Differenzwerte mit 95% Konfidenzintervall (wenn das Konfidenzintervall die Null-Linie schneidet, ist der Unterschied nicht signifikant, der Wert also gleich geblieben).

- Confidence (Vertrauen) beschreibt das Ausmaß an Vertrauen in die Effektivität und Sicherheit von Impfungen, das Gesundheitssystem und die Motive der Entscheidungsträger (Ich habe vollstes Vertrauen in die Sicherheit von Impfungen).
- Complacency (Risikowahrnehmung) beschreibt die Wahrnehmung von Krankheitsrisiken und ob Impfungen als notwendig angesehen werden (Impfungen sind überflüssig, da die Krankheiten, gegen die sie

schützen sollen, kaum noch auftreten).

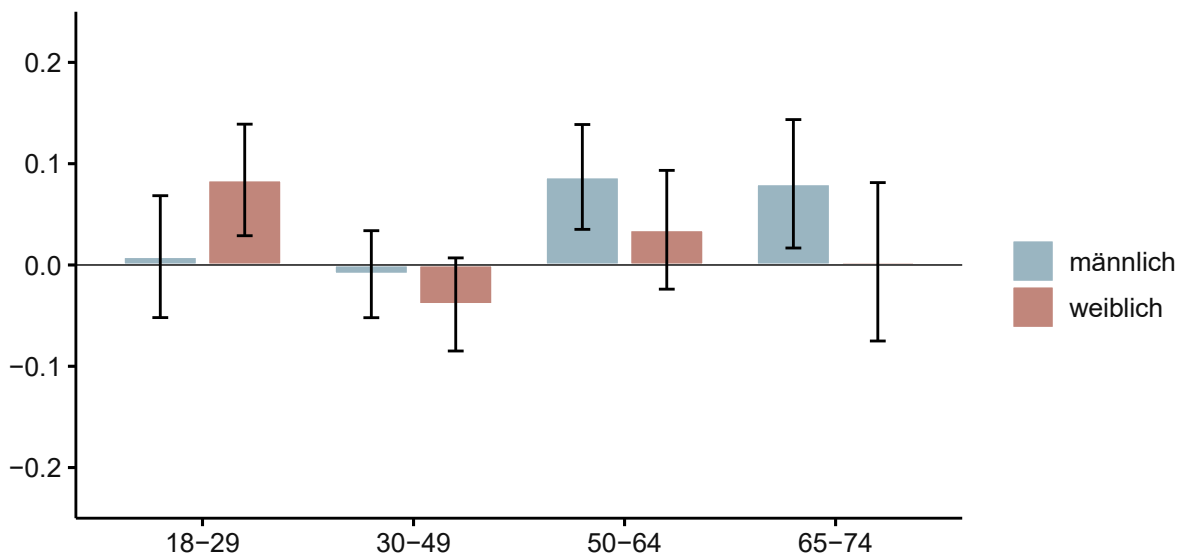
- Constraints (Barrieren in der Ausführung, auch: Convenience) beschreibt das Ausmaß wahrgenommener struktureller Hürden wie Stress, Zeitnot oder Aufwand (Alltagsstress hält mich davon ab, mich impfen zu lassen) .
- Calculation (Berechnung) erfasst das Ausmaß aktiver Informationssuche und bewusster Evaluation von Nutzen und Risiken von Impfungen (Wenn ich darüber nachdenke, mich impfen zu lassen, wäge ich sorgfältig Nutzen und Risiken ab).
- Collective Responsibility (Verantwortungsgefühl für die Gemeinschaft) beschreibt das Ausmaß prosozialer Motivation, durch die eigene Impfung zur Reduzierung der Krankheitsübertragung beizutragen und damit andere indirekt zu schützen, z. B. kleine Kinder oder Kranke (Wenn alle geimpft sind, brauche ich mich nicht auch noch impfen lassen (umgedreht codiert)).

Es zeigt sich vor allem eine geringere Kosten-Nutzen Abwägung als vor der Krise und bei jüngeren Menschen ein verstärkter Egoismus (Zustimmung zur Aussage, dass man sich nicht impfen lassen muss, wenn alle anderen sich impfen lassen). Alle anderen Indikatoren sind stabil.

5C: Veränderung von Confidence gegenüber Werten vor Corona

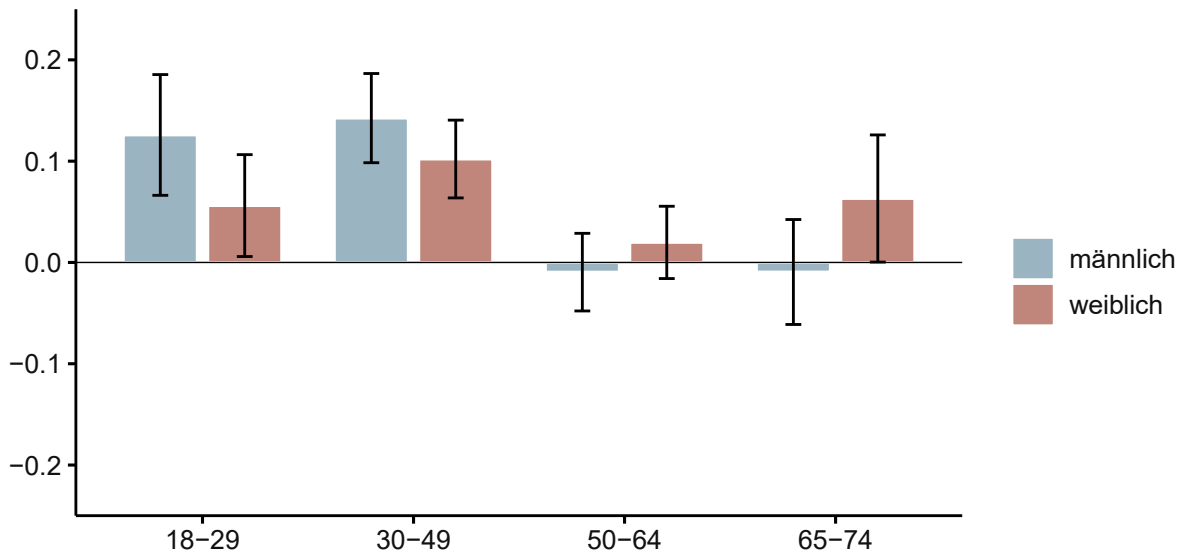
Veränderung der Zustimmung zur Aussage 'Ich habe vollstes Vertrauen in die Sicherheit von Impfungen' (Differenz der POMP-Werte).

Aktuelle Erhebungswelle (14.04.2020)



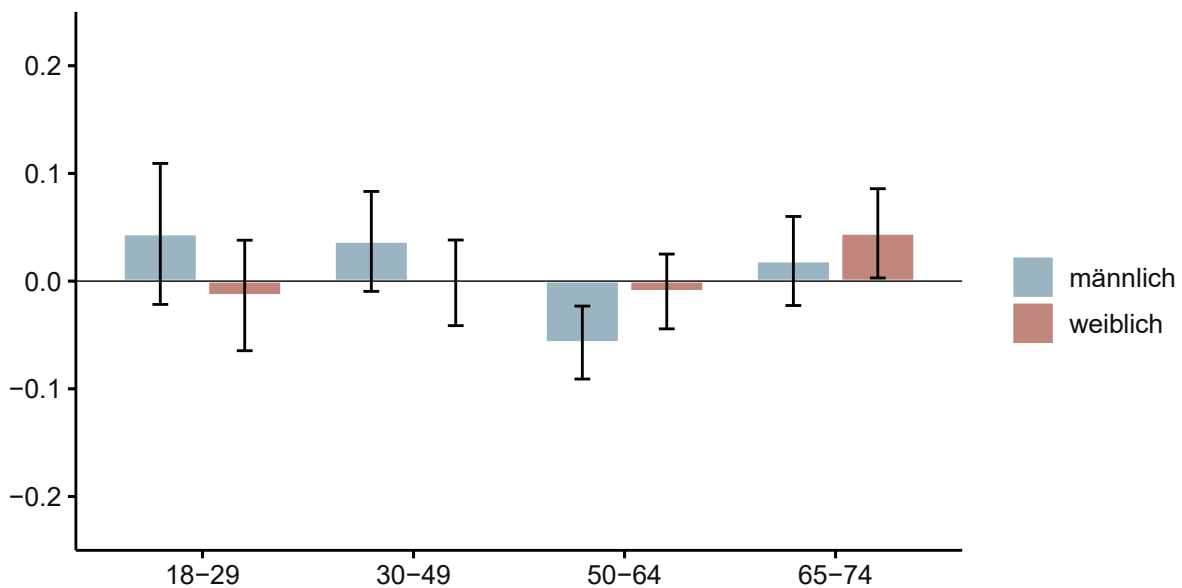
5C: Veränderung von Complacency gegenüber Werten vor Corona

Veränderung der Zustimmung zur Aussage 'Impfungen sind überflüssig, da die Krankheiten, gegen die sie schützen sollen, kaum noch auftreten.'
(Differenz der POMP-Werte).
Aktuelle Erhebungswelle (14.04.2020)



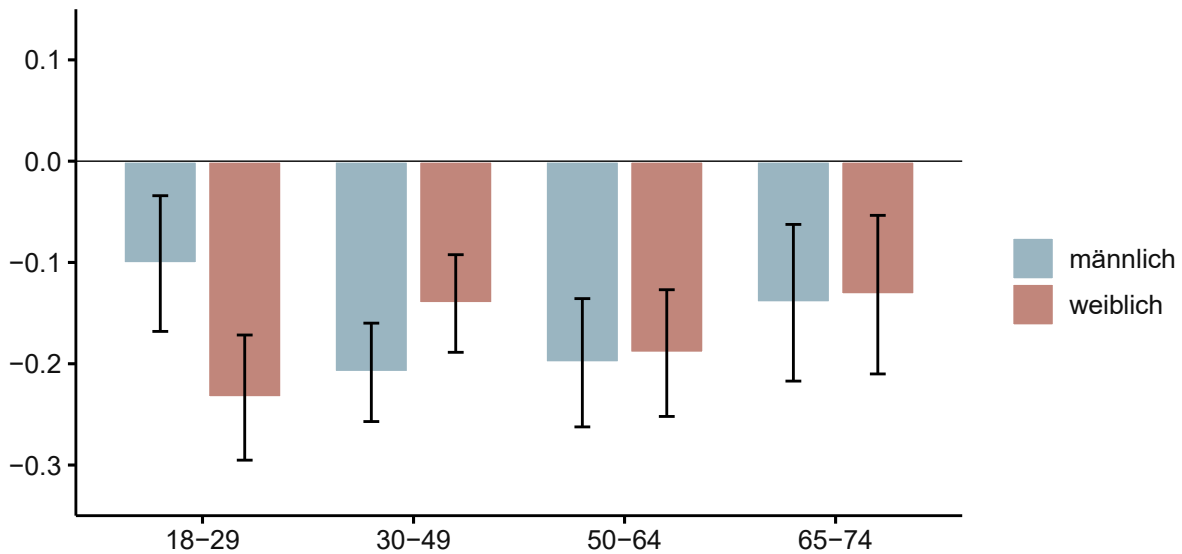
5C: Veränderung von Constraints gegenüber Werten vor Corona

Veränderung der Zustimmung zur Aussage 'Alltagsstress hält mich davon ab, mich impfen zu lassen. (Differenz der POMP-Werte).
Aktuelle Erhebungswelle (14.04.2020)



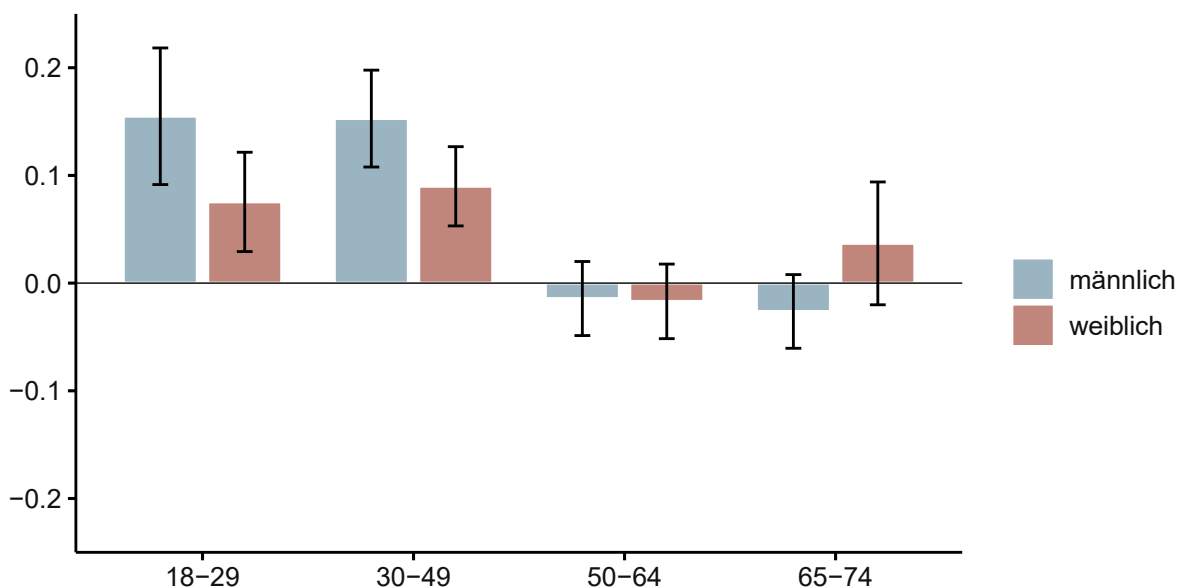
5C: Veränderung von Calculation gegenüber Werten vor Corona

Veränderung der Zustimmung zur Aussage 'Wenn ich darüber nachdenke, mich impfen zu lassen, wäge ich sorgfältig Nutzen und Risiken ab.'
(Differenz der POMP-Werte).
Aktuelle Erhebungswelle (14.04.2020)



5C: Veränderung von Collective Responsibility gegenüber Werten vor Corona

Veränderung der Zustimmung zur Aussage 'Wenn alle geimpft sind, brauche ich mich nicht auch noch impfen lassen.'
(Differenz der POMP-Werte).
Aktuelle Erhebungswelle (14.04.2020)

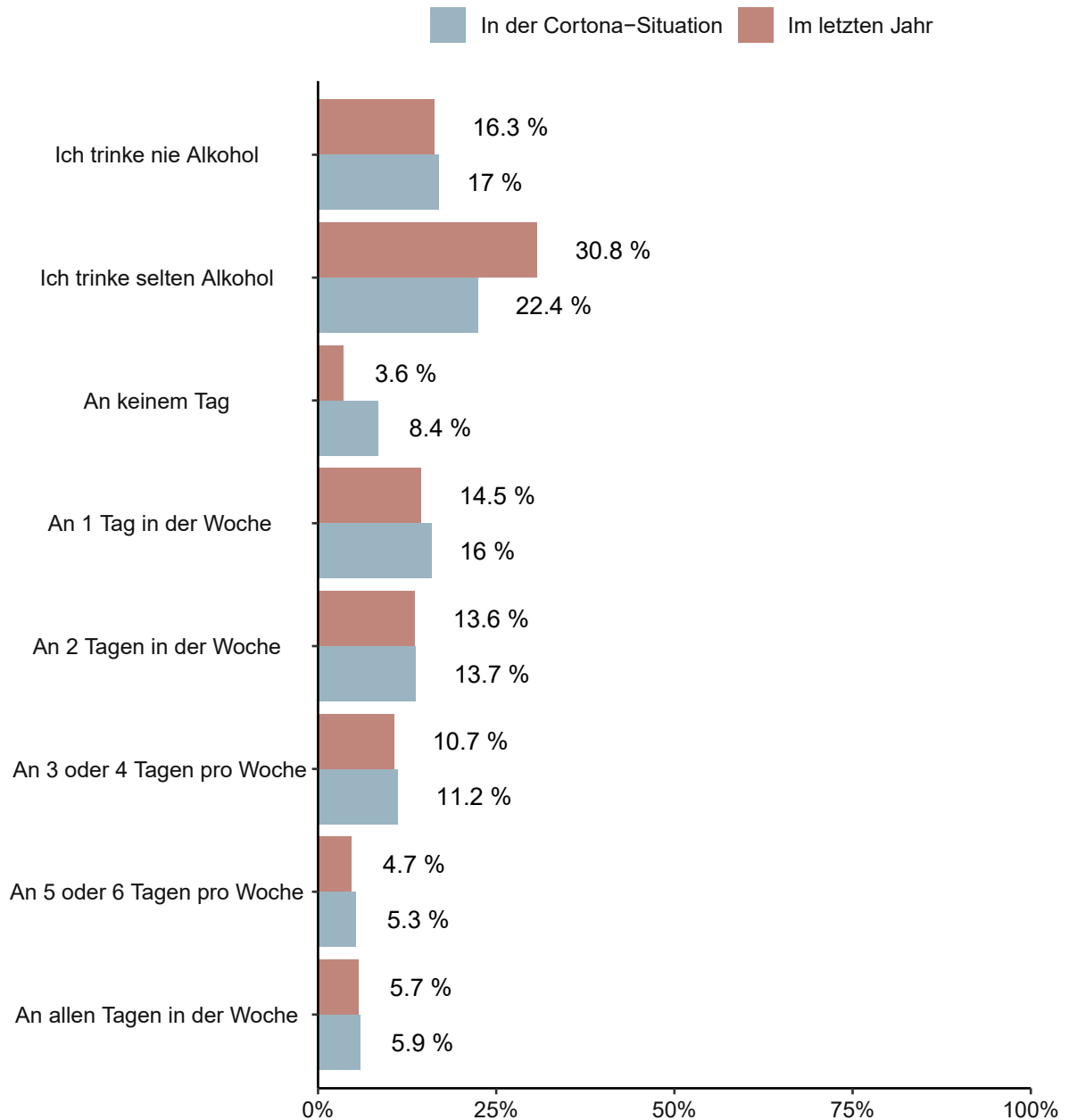


17 Alkoholkonsum

Der selbstangegebene Alkoholkonsum der Befragungsteilnehmenden ist in der aktuellen Situation vergleichbar zum Konsum im letzten Jahr.

Methodische Einschränkung: Bei dieser Erfassung ist ein Rückschaufehler möglich; erst eine Betrachtung über die Zeit wird hier mehr Aufschluss geben.

Alkoholkonsum in der Vergangenheit – in der Corona-Situation vs. in den vergangenen 12 Monaten



18 Physische Aktivität

Die Einschränkungen der Bewegungsfreiheit im Rahmen der Eindämmung des Coronavirus könnten dazu führen, dass die körperlichen Aktivitäten in der Bevölkerung sich reduzieren. Deshalb wurden in der Welle 7 erstmalig auch Fragen zur körperlichen Aktivität gestellt.

Hierzu wurden Fragen der repräsentativen Studie “Gesundheit in Deutschland aktuell” (GEDA) (2014/2015) eingesetzt*. Damit liegen bevölkerungsweite Referenzwerte vor. Die Fragen leiten sich aus den Bewegungsempfehlungen der World Health Organization (WHO) ab. Sie umfassen Aktivitäten zur Ausdauer (min. 2,5 Stunden pro Woche) und Muskelstärkung (mindestens zwei Tagen pro Woche).

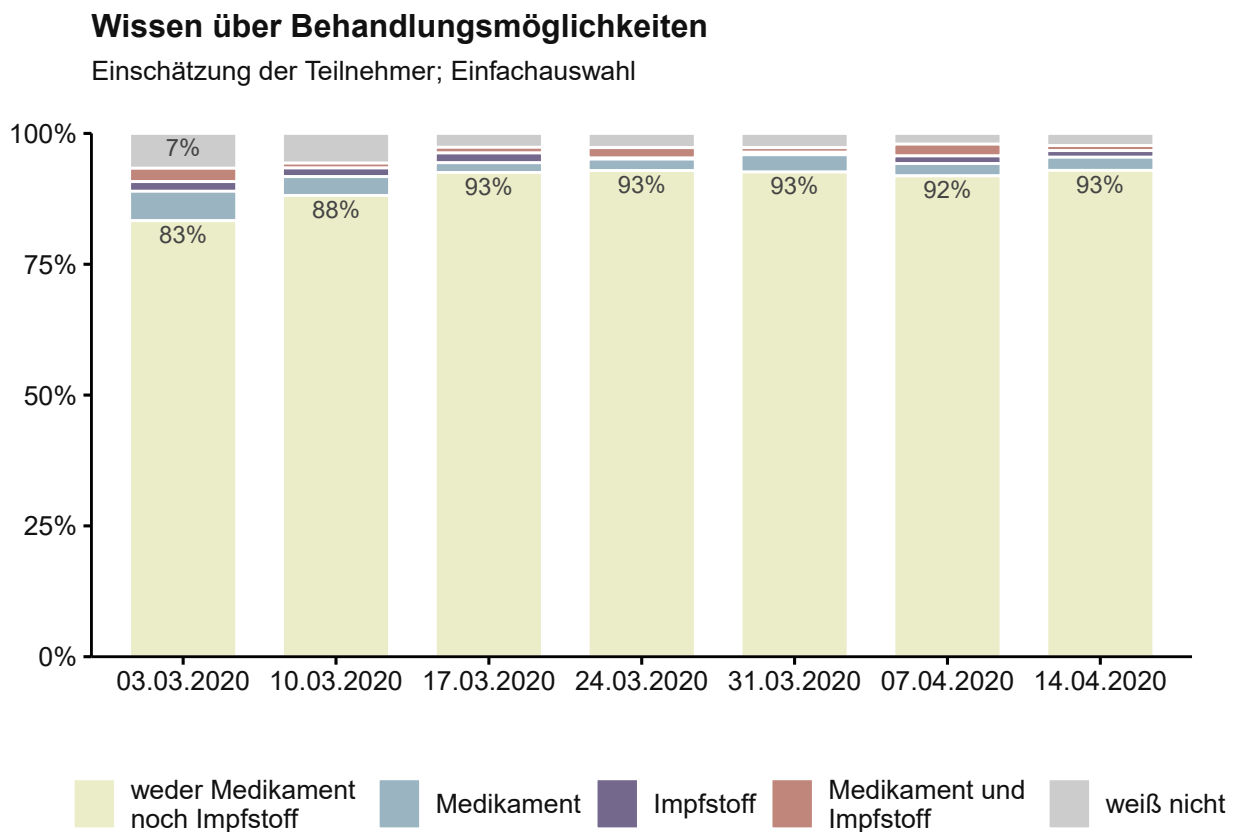
Laut COSMO-Studie setzten insgesamt 22,3 Prozent der Befragungsteilnehmenden diese Empfehlungen um, wobei eher die jüngeren als die älteren Befragten (30,9% unter den 18 bis 29-Jährigen und 17,9 % unter den 65 bis 75-Jährigen). Die Werte liegen dabei auf einem vergleichbaren Niveau wie die Werte der GEDA-Studie.

Zusammenfassend deuten die COSMO-Ergebnisse darauf hin, dass Menschen ihre körperliche Aktivitäten, trotz der gegenwärtigen Corona-Situation, bislang nicht reduziert haben.

*Finger, J. D., Mensink, G., Lange, C., & Manz, K. (2017). Health-enhancing physical activity during leisure time among adults in Germany.

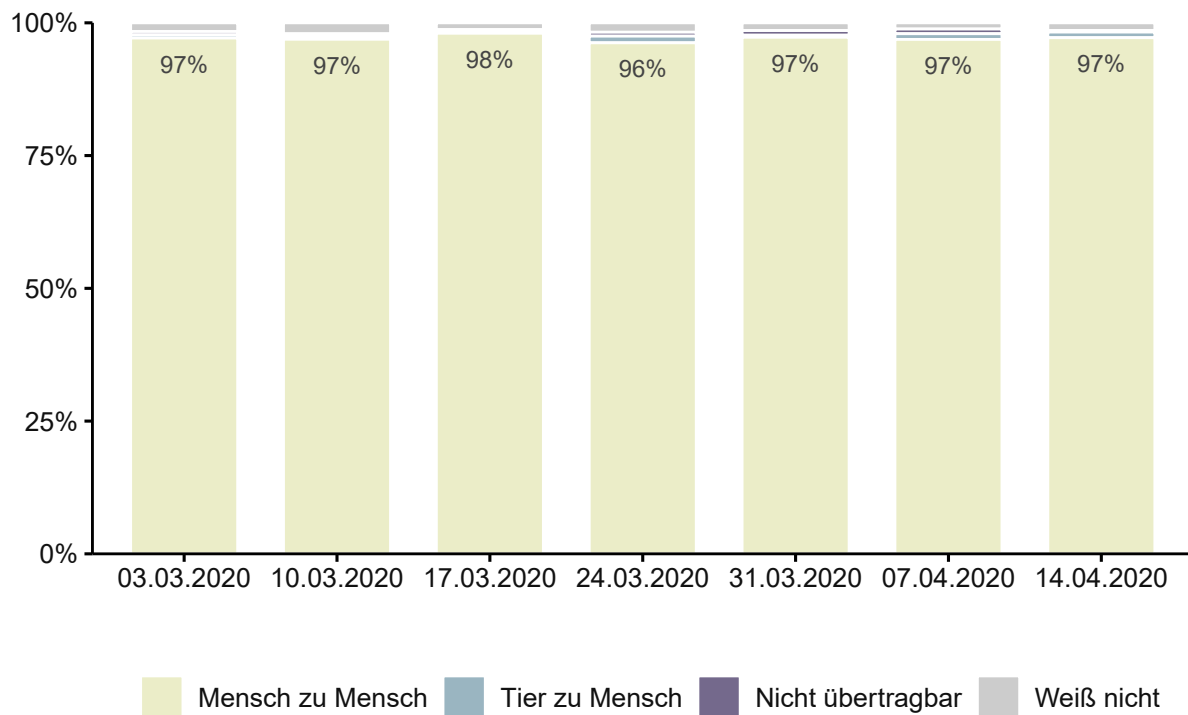
19 Daten im Detail

19.1 Detail: Wissen COVID-19



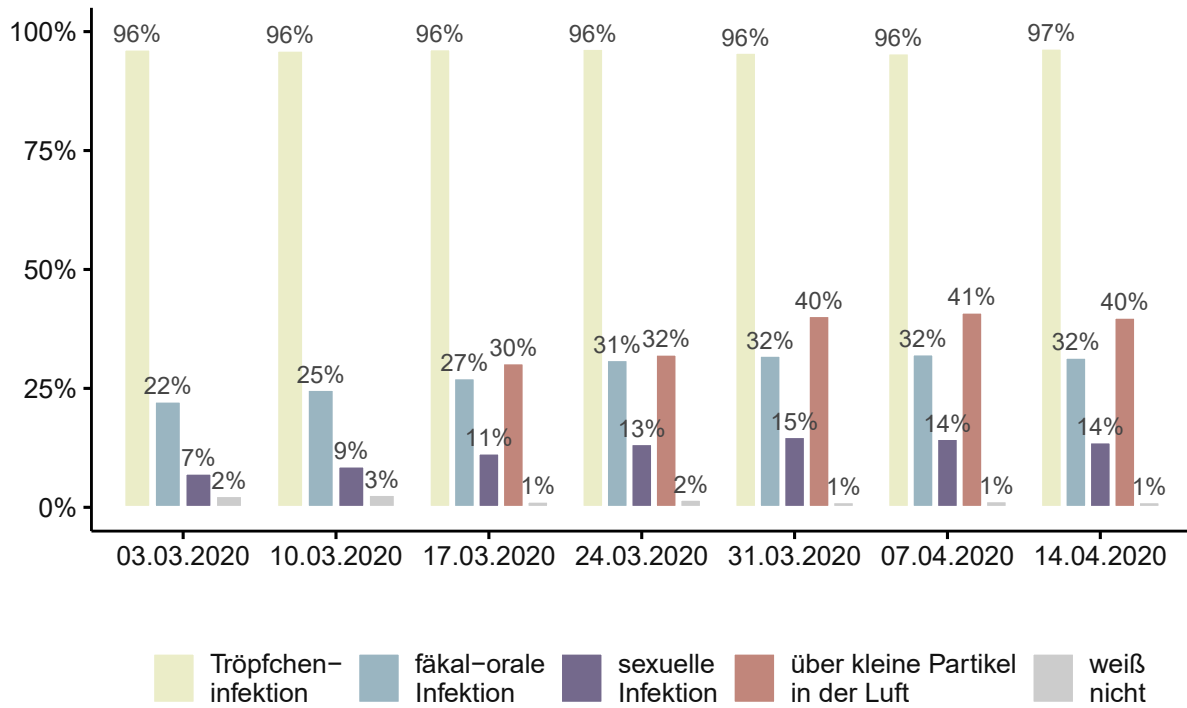
Wissen über Krankheitsüberträger

Einschätzung der Teilnehmer; Einfachauswahl



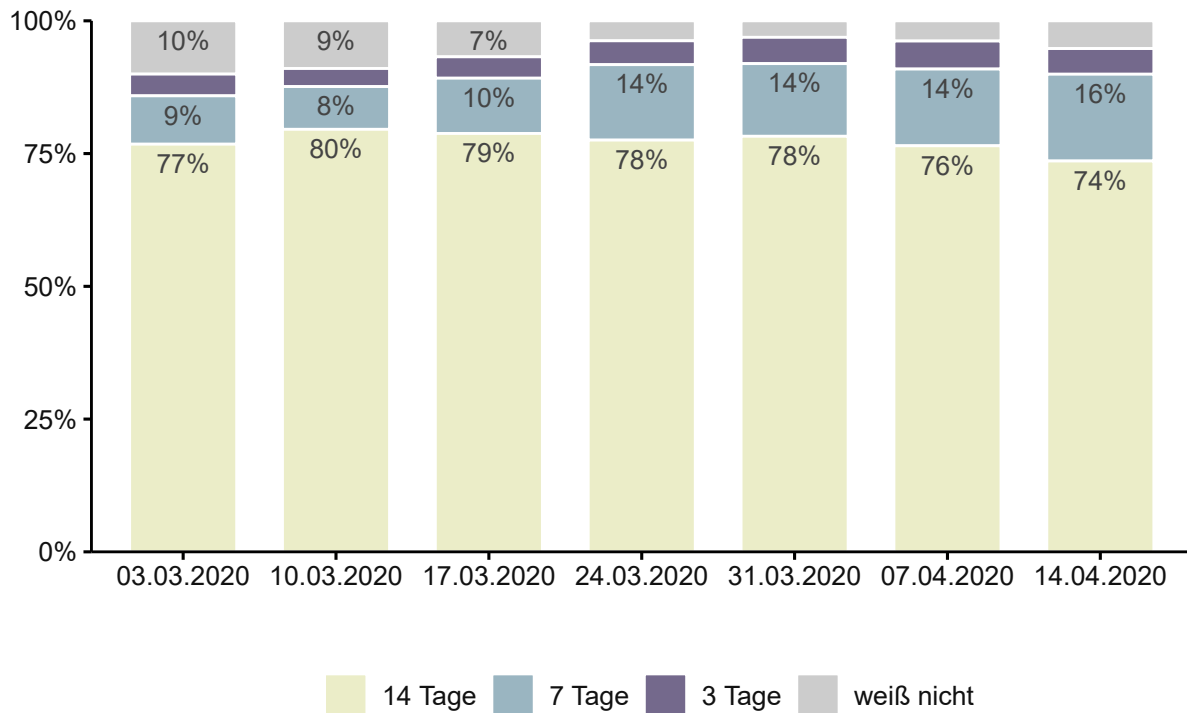
Wissen über den Infektionsweg

Einschätzung der Teilnehmer; Mehrfachauswahl möglich



Wissen über die Inkubationszeit

Einschätzung der Teilnehmer; Einfachauswahl

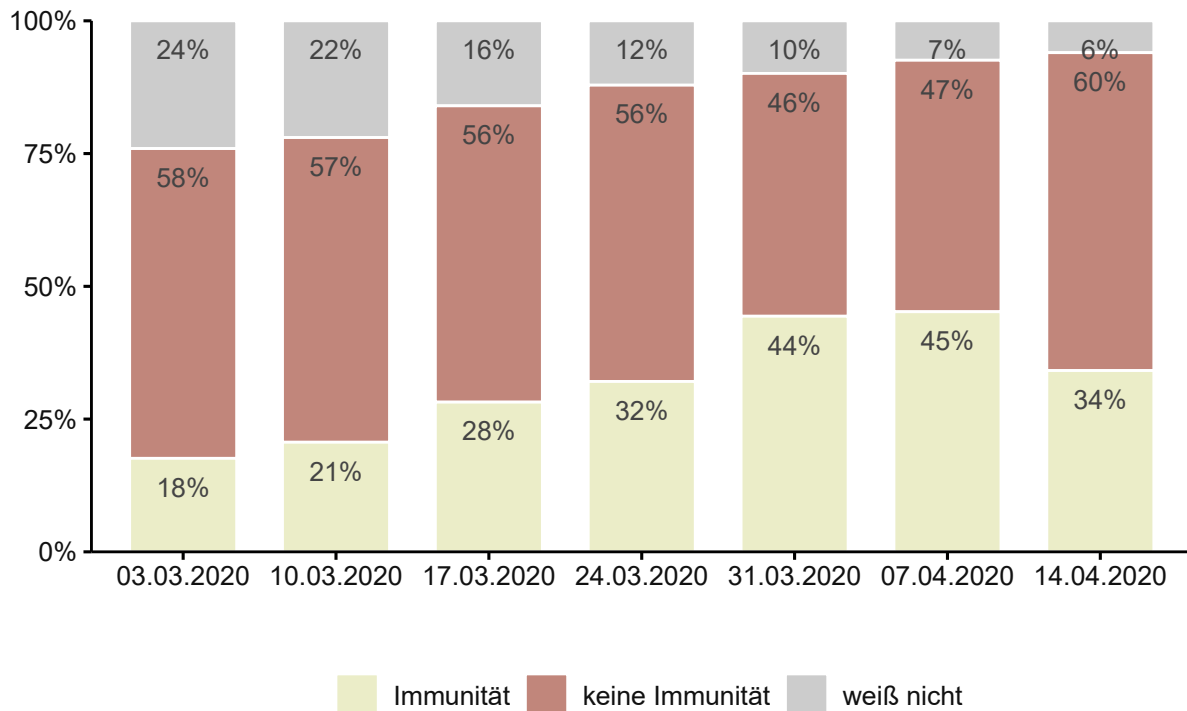


19.2 Fehlendes Wissen Immunität

60 % 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



20 Daten nach Demographie

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

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

21 Übersicht über alle bisherigen Datenerhebungen

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

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

22 Literatur

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

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

- 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
- Finger, J. D., Mensink, G., Lange, C., & Manz, K. (2017). Health-enhancing physical activity during leisure time among adults in Germany.
- 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