

COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO) — Welle 17

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

Stand: 24.07.2020 (Version 17-01)

Cornelia Betsch¹, Lars Korn¹, Lisa Felgendreff¹, Sarah Eitze¹, Philipp Schmid¹, Philipp Sprengholz¹, Lothar Wieler², Patrick Schmich², Volker Stollorz³, Michael Ramharter⁴, Michael Bosnjak⁵, Saad B. Omer⁶, Heidrun Thaiss⁷, Freia De Bock⁷, Ursula von Räden⁷

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

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

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

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

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

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

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

Ziel

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

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

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

Informationen zu COVID-19 und dem Ausbruchsgeschehen

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

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

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

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

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

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

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

Wissenschaftliche Verantwortung und Initiative: UE

Finanzierung: UE, ZPID, RKI, BZgA

Auswertung und Dokumentation: UE

Kontakt: cornelia.betsch@uni-erfurt.de

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

1 Erhebungspause

Die nächste Veröffentlichung ist derzeit für den 28.08.2020 geplant. Frühere Erhebungen finden Sie im Archiv.

2 Zusammenfassung und Empfehlungen

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

Analyse der 17. Datenerhebung (21.07.-22.07.2020). Die Datenerhebungen finden wöchentlich dienstags und mittwochs statt.

Die 1001 Befragten wurden aus einem durch die Firmen Respondi (<https://www.respondi.com/>) und Gapfish (<https://gapfish.de>) rekrutierten und gepflegten Befragtenpool (sog. Online-Panel) so gezogen, dass sie der Verteilung von Alter, Geschlecht (gekreuzt) und Bundesland (ungekreuzt) in der Deutschen Bevölkerung entsprechen.

Sorglosigkeit: Risiko und Verhalten

Die Risikowahrnehmung und Akzeptanz der Maßnahmen sinken auf das Niveau von vor dem Lockdown und spiegeln die aktuellen Entwicklungen zu mehr Lockerungen wider. 19% halten es für wahrscheinlich, dass sie sich im dem Coronavirus infizieren.

Schutzverhalten ist weiter auf hohem Niveau, wobei es stagniert oder teilweise leicht zunimmt. **AHA Regel:** 88% halten 1.5m Abstand (Abstands-Regel), 84% waschen sich 20 Sekunden die Hände (Hygiene-Regel), 90% tragen eine Maske (Atenschutz-Regel). Personen, die die Maßnahmen übertrieben finden, halten sich deutlich seltener an die Maßnahmen als alle anderen (die die Lockerungen übertrieben und zu früh finden und Personen, die indifferent sind).

Ca. 5% der Befragten sind durch die Corona-Situation stark verbittert; höhere Verbitterung geht mit mehr Sorgen, einer geringeren Lebenszufriedenheit sowie Resilienz (psychische Widerstandskraft) einher; diese Personen zeigen weniger Zustimmung zu den politischen Maßnahmen.

- *Empfehlung: Auch wenn die neuen Verhaltensweisen wie Abstand halten oder Maske tragen gut bekannt sind und viele Personen angeben, sich daran zu halten, sollte das neue Verhalten weiter durch Kampagnen unterstützt werden.*

AHA Regel

89.2% tragen häufig oder immer eine Maske, 0.9% nie. Gründe, warum nicht immer eine Atemschutzmaske getragen wurde (n = 107): nicht immer notwendig, da beispielsweise der Mindestabstand eingehalten werden konnte oder man sich in keinem geschlossenen Raum aufgehalten hat sowie die beeinträchtigte Luftzufuhr unter der Maske, die mit Atemproblemen verbunden ist.

90.3 % tragen häufig oder immer so die Maske, dass Mund UND Nase bedeckt sind, 0.8 % nie. Gründe, warum nicht immer eine Atemschutzmaske so getragen wurde, dass Mund UND Nase bedeckt sind (n = 96): Atmen unter der Maske fällt schwer, Brille beschlägt.

83.8 % waschen sich häufig oder immer 20 Sekunden die Hände (nur falls zutreffend). Gründe, warum nicht immer Hände gewaschen wurden (n = 161): Zeitmangel und Unachtsamkeit, Hände werden stattdessen oder zusätzlich desinfiziert; im häuslichen Umfeld wird das 20-sekündige Händewaschen als nicht notwendig erachtet

85.5% halten häufig oder immer 1.5m Abstand. Gründe, warum nicht immer Abstand gehalten wurde (n = 143): nicht immer möglich, den Abstand zu halten; begrenzte räumliche Verhältnisse beim Einkaufen, bei der Arbeit oder in den öffentlichen Nahverkehrsmitteln, Unachtsamkeit anderer Menschen

Maßnahmen oder Lockerungen ablehnen

Bei der Einschätzung der Sinnhaftigkeit der Maßnahmen und Lockerungen gibt es eine große Gruppe Zufriedener (57%), zu anderen zwei eher polarisierte „Lager“: 24% finden die Lockerungen (eher) übertrieben, während 18% die Maßnahmen für übertrieben halten (Rest: nicht kategorisierbar).

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

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

- *Empfehlung: Um die Gruppe zu erreichen, die Maßnahmen ablehnt, sollten Strategien der Risikokommunikation entwickelt werden (z.B. hat sich das Betonen gleicher Werte als effektiv erwiesen).*
- *Empfehlung: Die größte Gruppe besteht vorwiegend aus Personen, die zufrieden sind und weder die Maßnahmen noch die Lockerungen ablehnen. Hier ist das Kippen der Meinung hin zur Ablehnung der Maßnahmen zu vermeiden. Denkbar wäre eine kontinuierliche Kommunikation des sozialen Nutzens des Präventionsverhaltens. Auch das Betonen ihres Beitrags zum bereits Erreichten wäre hilfreich.*
- *Empfehlung: Auch wenn nicht klar ist, wie Existenzängste mit der Ablehnung der Maßnahmen zusammenhängen, könnten politische Maßnahmen, die individuelle Existenzängste reduzieren, auch für die Unterstützung des künftigen Infektionsschutzes hilfreich sein.*

Lokaler Lockdown bei 50 (35) Fällen pro 100.000 Einwohnern

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

Wie bereits stabil seit mehreren Wochen sind 70% bereit, sich in dieser Situation wieder einzuschränken (Maßnahmen vor dem 6.5.20). In einem Vergleich bevorzugt die Mehrheit (49%) eine Quarantäne der betroffenen Personen vor Lockdowns unterschiedlicher Größe (betroffene Teile des Landkreises (22%, betroffene Kommune 14%, ganzer Landkreis 6%, Region mit umliegenden Landkreisen 5%, Bundesland 4%).

- *Empfehlung: Je kleiner der Lockdown, umso besser akzeptiert scheint eine erneute Einschränkung zu sein. Dies zeigen auch Ergebnisse vorheriger Wellen – je näher das Ausbruchsgeschehen, desto eher ist die Bereitschaft zur Einschränkung. Einheitliche Regelungen für lokale Lockdowns können helfen, schnell zu reagieren.*

Eigenverantwortung oder Pflicht?

Wiederholt finden politische Debatten über Gebote vs. Verbote statt und dass der Bürger mehr Eigenverantwortung im Infektionsschutz übernehmen soll.

Insgesamt denken 40% (eher), dass Gebote ausreichend effektiv sind. 30% denken (eher), die Mehrheit würde sich an die Regeln halten. Diese Werte sind seit den letzten Wochen relativ stabil.

Selbst die Personen, die die Maßnahmen ablehnen, glauben zunehmend weniger daran, dass pure Empfehlungen wirksam sind. Sie dachten bisher auch eher, dass sich die Mehrheit an die Empfehlungen halten würde – nun sind sie mit allen anderen der Meinung, dass sich die Mehrheit nicht an die Empfehlungen halten würde.

- *Empfehlung: Wird stärker auf Freiwilligkeit und Eigenverantwortung gesetzt, muss mit weniger Schutzverhalten gerechnet werden - v.a. von denen, die insgesamt weniger Schutzverhalten zeigen und daher möglicherweise besonders gefährdet/eine Gefahr sind. Entsprechende Maßnahmen und Kampagnen sind empfehlenswert; hier sollten Kosten und Nutzen von freiwilligen Regelungen sehr sorgfältig abgewogen werden. Auch sollten Aufklärungskampagnen durchgeführt werden, die erläutern, welche Maßnahmen verpflichtend und welche freiwillig sind.*

Sorgen

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

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

Vertrauen

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

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

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

Masketragen und Maskenpflicht

Entgegen der Befürchtungen, dass Masketragen anderes Schutzverhalten reduzieren könnte, zeigen Personen, die Masken tragen, auch eher anderes Schutzverhalten.

Masken sind u.a. empfohlen, da COVID-19 über Aerosole (kleinste infektiöse Partikel) übertragen werden kann. 62% wissen von diesem Übertragungsweg.

75% stimmen der Beibehaltung der Maskenpflicht in Geschäften zu; 79% stimmen der Beibehaltung der Maskenpflicht in öffentlichen Verkehrsmitteln zu. Wer Maßnahmen generell eher ablehnt, der befürwortet auch weniger die Beibehaltung der Maskenpflicht (siehe letzte Welle).

- *Empfehlung: Da Personen eher eine Maske tragen, wenn sie sie für effektiv halten und wissen, dass sie dem Schutz anderer dient, sollten Infografiken zur Aufklärung über den Übertragungsweg direkt an relevanten Orten platziert werden (z.B. als Aufkleber, Plakate in Geschäften oder öffentliche Verkehrsmitteln).*

Corona Warn-App

96% haben von der App gehört. Bislang lag die Bereitschaft, sich die App runterzuladen, um 50% (siehe vorherige Wellen). Seit ihrem Launch am 16.06.20 geben 40% an, die Corona Warn-App heruntergeladen zu haben. 20% der Personen, die die App noch nicht heruntergeladen haben, haben dies (eher) vor. 7% geben an, dass die App auf ihrem Smartphone nicht nutzbar ist.

5% der App-Nutzer/innen haben bereits eine Risikowarnung bekommen. 96% der Nutzer würden der App einen Corona-positiven Testbefund mitteilen (52% der Nicht-Nutzer).

Hypothetische Impfung gegen das Coronavirus

63% würden sich (eher) gegen COVID-19 impfen lassen, Mitte April waren es noch 79%, seitdem sinkt die Bereitschaft. Besonders Aspekte wie die Sicherheit eines neuen Impfstoffs und Kosten-Nutzen Abwägungen spielen eine Rolle.

- *Empfehlung: Eine transparente Risikokommunikation erwarteten Nutzens und der Risiken einer Impfung gegen COVID-19 ist wichtig.*

Zugang zum Gesundheitssystem

Im Vergleich zur Erhebung Anfang April hat sich die Zugangsmöglichkeiten zum Arzt bzw. zur Ärztin verbessert. Der Anteil derjenigen, für die ein Arztbesuch in Frage kommt, ist angestiegen. Knapp jeder neunte Befragte (11%) gibt an, eine Krebsfrüherkennung wegen der Corona-Situation aufgeschoben zu haben. Deutlich mehr Personen haben Gesundheits-Check-Ups (16%) oder Zahnarztbesuche (22%) wegen der Corona-Situation aufgeschoben.

- *Empfehlung: Wenn Corona zu fehlender Vorsorge führt, erhöht das das Risiko für andere, negative gesundheitliche Entwicklungen. Hier könnte es helfen, dazu zu motivieren, Ansteckungsrisiken während der Vorsorgeuntersuchung mit den Risiken nicht entdeckter anderer Erkrankungen neu gegeneinander abzuwägen.*

Kontakt zu Risikogruppen

Im Vergleich zur Erhebung im April ist die akzeptierte Dauer gesunken, Distanz zu Risikogruppen zu halten.

- *Empfehlung: Die Ergebnisse legen nahe, dass die Umsetzung stärkerer Einschränkungen im Falle einer zweiten Welle schwieriger wird. Im Bezug auf den Schutz von Risikogruppen könnte es helfen, die Bedrohung von Risikogruppen durch das Corona-Virus zu betonen und zu appellieren, dass der Schutz von Schwächeren zentraler Bestandteil unseres gesellschaftlichen Zusammenlebens ist.*

3 Methode

3.1 Stichprobe

Die Probandinnen und Probanden werden über einen Online-Panelanbieter (Respondi, <https://www.respondi.com/>) eingeladen. Regelmäßig wird eine repräsentative Verteilung der N=1000 Befragten zwischen 18-74 Jahren auf Basis der Zensusdaten aus Deutschland angestrebt (Münnich et al., 2012). Zunächst fand diese

wöchentlich statt, ab dem 26. Mai im Abstand von zwei Wochen. In Welle 17 wurden 1001 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).

3.2 Messungen

3.2.1 Skalen der Befragung

Demografische Daten. Alter, Geschlecht, Bildung, Wohnortgröße und Bundesland werden abgefragt. In späteren Wellen kommen Anzahl der eigenen Kinder, Religion, Personen im eigenen Haushalt, vorrangig gesprochene Sprache, Alleinerziehendenstatus, berufliche Selbstständigkeit, Beruf im Gesundheitssektor, der allgemeine Gesundheitszustand, sowie psychische und chronische Erkrankungen hinzu. Auch Erwerbstätigkeit, Einkommen, Haushaltsgröße und Minderheitenzugehörigkeit wurden zeitweise hinzugefügt. Darüber hinaus wurde der Migrationshintergrund erhoben, zunächst mit einer und ab Welle 16 mit mehreren Items zur Herkunft der Teilnehmenden und ihrer Eltern. In Welle 17 wurde auch die politische Position abgefragt (Links (1) – Rechts (10)).

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, Übertragbarkeit, Übertragungswege (außer Welle 11, 12, 14 und 15) und Inkubationszeit erhoben (Bsp: *Wie lang ist die Inkubationszeit [...] des neuartigen Coronavirus?* ca. 3 Tage / ca. 7 Tage / ca. 14 Tage / weiß nicht). Von **Welle 1 bis Welle 5** wurde das Symptomwissen (Welche der folgenden Symptome können mit dem neu aufgetretenen Coronavirus in Verbindung gebracht werden?) für zehn Krankheitsanzeichen (z. B. Kopfschmerzen oder Durchfall) überprüft. In **Welle 10 und Welle 16** wurde dies wieder aufgegriffen, wobei die Symptome gemäß den Ergebnissen einer medizinischen Studie angepasst wurden (Streeck et al., 2020).

Immunität Mit einem Item wurde in allen Wellen abgefragt, ob die Teilnehmenden von einer Immunität nach überstandener COVID-19 Erkrankung ausgehen (Nachdem eine Person die Krankheit überstanden hat, ist sie immun/ nicht zwangsläufig immun/ weiß nicht). Dazu kamen in **Welle 16** zwei Wissensfragen über die Immunität nach einer Grippe- und Windpockeninfektion (z.B. Nachdem eine Person die Krankheit überstanden hat, ist diese gegen Grippe immun/nicht zwangsläufig gegen die Grippe immun/Weiß nicht).

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).

Relative Risikowahrnehmung In den **Wellen 8-11 und 13** wurden zwei weitere Faktoren der relativen Ansteckungswahrscheinlichkeit abgefragt. Einerseits wurde erhoben, wie groß der Optimistic Bias ist, das heißt, wie sehr man die Ansteckungsgefahr für andere Menschen über- bzw. die eigene Ansteckungsgefahr unterschätzt (Sharot, 2011). Dafür wurde auf einer siebenstufigen Skala von Extrem unwahrscheinlich (1) – extrem wahrscheinlich (7) explizit nach anderen Personen gefragt (Wellen 8-10 und 13: *Wie hoch schätzen Sie die Wahrscheinlichkeit für eine durchschnittliche andere Person Ihres Alters und Geschlechts ein, dass sie sich mit dem neuartigen Coronavirus infiziert?*). Andererseits ging es darum, welche Aktivitäten als besonders infektiös betrachtet werden. Hierfür wurden vier Aktivitäten (z.B. Einkaufen gehen) herangezogen, deren Infektionsrisiko ebenfalls auf sieben Stufen (Sehr unwahrscheinlich (1) – Sehr wahrscheinlich (7)) eingeschätzt werden sollte.

Schutzverhalten. Fragen zur Nützlichkeit und tatsächlichen Anwendung (Liao et al. 2011, Steel Fisher et al. 2012) der empfohlenen Präventivmaßnahmen (7-11 Punkte, z.B. Abdecken des Mundes beim Husten, körper-

liche Distanz, Lüften geschlossener Räume, Selbstquarantäne). Diese wurden wöchentlich auf die neuesten Erkenntnisse und aktuelle Gebote angepasst und enthielten auch Items zum irrelevanten Schutzverhalten (1-11 Items, z.B. Ingwertee trinken). In **Welle 17** wurden für vier ausgewählte Schutzmaßnahmen (Maske Tragen, Maske korrekt über Mund und Nase tragen, Händewaschen und Abstand halten) die Gründe des Nicht-Einhaltens offen abgefragt. Mithilfe eines Filters wurde diesen Befragten ein Freitextfeld dargestellt, in dem ihre Gründe dafür eingetragen werden sollten, das empfohlene Verhalten nicht umzusetzen.

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

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

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

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

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

Vertrauen in Institutionen. Abgefragt für 11 bis 12 Institutionen und Entscheidungsträger (z.B. der eigene Arzt, das Bundesministerium für Gesundheit, die Medien, das Robert Koch-Institut, die Bundesregierung). Dabei konnten die Befragten auf einer siebenstufigen Skala von Sehr wenig Vertrauen (1) – Sehr viel Vertrauen (7) antworten. Keine Angabe war ebenfalls eine Option (Pearson & Raeke, 2000, Schweitzer et al., 2006). In den **Wellen 1 bis 4** sollte für vier führende Gesundheitsinstitutionen untersucht werden, inwiefern diese als von Bürgerinnen und Bürgern im Umgang mit der Krise als kompetent betrachtet werden. Dafür sollten drei Einrichtungen unterschiedlicher geografischer Ebene (das örtliche Gesundheitsamt, das Gesundheitsministerium des jeweiligen Bundeslands, staatliches Gesundheitsministerium) sowie unabhängige Stellen (BZgA, RKI usw.) in eine Rangreihenfolge gebracht werden. Dabei bestand auch die Option, keine Rangreihenfolge anzugeben. In **Welle 8, 14 und 15** wurde das Vertrauen in die Bundesregierung in jeweils neun Items ausdifferenziert abgefragt. Nur in Welle 8 geschah dies zusätzlich für das Robert Koch-Institut (z.B. *In Bezug auf den Umgang mit der Corona-Ausbruchssituation ist die Regierung kompetent* oder *In Bezug auf den Umgang mit der Corona-Ausbruchssituation ist das RKI ein Experte* oder *...agiert das RKI im Interesse der Bürger*). Die

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

Akzeptanz der Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung. Über die Zeit wurden von politischen Entscheidungsträgern verschiedene Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie diskutiert. Bei dieser Fragestellung wurden mehrere Optionen dargestellt und die Zustimmung auf einer siebenstufigen Skala erhoben (9-14 Items z.B. *Alle Großveranstaltungen sollten abgesagt werden*, Stimme überhaupt nicht zu (1) – Stimme voll und ganz zu (7)). Je nach aktueller Lage wurden die zur Auswahl gestellten Items variiert. Ab **Welle 5** wurden Fragen zur möglichen Fortführung und Veränderung der Maßnahmen im gleichen Format hinzugefügt, die für **Welle 6** noch erweitert wurden (z.B. *Die strikten Maßnahmen gelten weiterhin in Großstädten, nicht aber in ländlichen Regionen* oder *Die Nutzung der Corona-Warn-App sollte verpflichtend sein, sobald diese für die meisten Smartphones funktioniert*).

Akzeptanz wiederkehrender Restriktionen. In **Welle 15** wurde erhoben, inwiefern Menschen bei einem erneuten rapiden Anstieg der Fallzahlen in ihrem Landkreis bereit wären, vorgegebene Einschränkungen erneut hinzunehmen. Dabei wurde zunächst die generelle Bereitschaft zur Einschränkung abgefragt (Stimme überhaupt nicht zu (1) – Stimme voll und ganz zu (7)). Anschließend wurden verschiedene Schutzmaßnahmen aufgelistet (z.B. *Nur notwendige Wege durchführen*) und die Teilnehmenden gaben in Wochen an, wie groß ihre tolerierte Zeitspanne ist, diese umzusetzen (gar nicht (1) bis 6 Wochen (7)). Gleichzeitig wurde mit der gleichen Skala erhoben, ob die Corona-Warn-App (CWA) allgemein und bei Aktivitäten im öffentlichen Raum verpflichtend sein sollte. In **Welle 16**, während immer mehr Maßnahmen gelockert wurden, wurden außerdem zwei Items integriert, die auf die Aufrechterhaltung der Maskenpflicht abzielten (z.B. *Die Maskenpflicht in Geschäften sollte aufrechterhalten werden*). In **Welle 17** wurden zwei Fragen integriert, die die Regionalität der wiederkehrenden Einschränkungen variieren. Zunächst wurde die Akzeptanz eines Lockdowns für fünf unterschiedlich große Regionen abgefragt (von Quarantäne für Einzelpersonen bis zum Bundesland), anschließend wurde die Abwägung von Maßnahmen und Freiheiten auf den Kontext Schule angewandt (von Quarantäne für das infizierte Kind bis zur zweiwöchigen Schulschließung).

Corona-Warn-App. In **Welle 5 bis 14** wurde eine Tracing-App in Aussicht gestellt und nach der Wahrscheinlichkeit gefragt, diese herunterzuladen (*Wenn diese App Ihnen jetzt kostenlos für Ihr Smartphone zur Verfügung stünde: Würden Sie sie runterladen?* Auf jeden Fall herunterladen (1) – Auf keinen Fall herunterladen (7)). In **Welle 6** wurden die Fragen weiter differenziert und die generelle Bereitschaft, Daten anonym zu teilen, erhoben. Eine Frage zielte dabei darauf ab, inwiefern die Befragten selbst im Falle einer Infektion bereit wären, ihre Kontakte zu teilen. Das nächste Item fragte danach, wie wahrscheinlich eine beliebige andere positiv getestete Person ihre Kontakte teilen würde. Beide Items konnten auf einer siebenstufigen Skala (Auf keinen Fall freigeben (1) – Auf jeden Fall freigeben (7)) beantwortet werden. Die letzte Frage bezog sich explizit auf die Nutzung einer App zur Übermittlung besagter Daten und prüfte den Willen zur Installation (auf keinen Fall installieren (1) – auf jeden Fall installieren). Darüber hinaus wurde in **Welle 11** in sechs Items auf potentielle Hürden (*Ich würde die App wahrscheinlich nicht nutzen, weil ich keinen Vorteil in der App für mich persönlich sehe.*) und sechs förderliche Faktoren (z.B. *Ich würde die App nutzen, weil ich mich so selber vor einer Infektion schützen kann.*) eingegangen. Außerdem wurde die Weiterempfehlungswahrscheinlichkeit abgefragt (*Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie Ihren Freunden und Bekannten die App empfehlen würden?* Sehr unwahrscheinlich (1) – Sehr wahrscheinlich (7)). Mit drei Items wurde die Intention, sich eine (datenschutzkonforme) App herunterzuladen, die bei Kontakt mit Infizierten warnt, erhoben (auf keinen Fall herunterladen (1) – auf jeden Fall herunterladen (7)). Am 16. Juni 2020 wurde die CWA in den App-Stores zum freiwilligen Download bereitgestellt (RKI, 2020). Daher sollte ab **Welle 15** die Akzeptanz in der Bevölkerung genauer untersucht werden. Als erstes wurde erhoben, ob die Teilnehmenden die App bereits heruntergeladen haben (Ja/Nein/Die App ist mit meinem Smartphone nicht nutzbar). Anschließend wurden Einstellungen gegenüber der CWA abgefragt, z.B. *Ich denke, dass die App datenschutzkonform ist*. Personen, die bei der ersten Frage nicht mit Ja geantwortet hatten, wurden per Filter erfasst und zu einem späteren Zeitpunkt nach ihrer Intention gefragt. In **Welle 16** wurde darüber hinaus die Bereitschaft erhoben, ob Personen einen positiven Befund der App überhaupt mitteilen würden (Stimme überhaupt nicht zu (1) – Stimme voll und ganz zu (7)) und ob sie selbst schon eine Benachrichtigung für erhöhtes Risiko erhalten hatten (Ja/Nein).

Akzeptanz der Lockerungsmaßnahmen. Ab **Welle 9** wurden die politischen Vorgaben zur Lockerung

der Pandemiemaßnahmen in den Fragenkatalog zunächst mit einer Frage aufgenommen (*Die aktuellen Maßnahmen sollten nach dem 4. Mai nicht gelockert werden*). Ab **Welle 10** wurden zwei Items verwendet, um dies abzufragen. Dabei ging es um die bundesweite Einheitlichkeit sowie die mögliche Übertriebenheit der Lockerungen, deren Zustimmung jeweils auf einer Skala von Stimme überhaupt nicht zu (1) – Stimme voll und ganz zu (7) beantwortet wurden. Mit fortschreitender Lockerung wurden **ab Welle 13** zwei Items (mit gleicher Zustimmungsskala) hinzugefügt, die messen sollten, wie stark sich die Befragten auf die autonomen Entscheidungen anderer Bürgerinnen und Bürger verlassen (z.B. *Eigenverantwortliches Handeln auf der Basis von Geboten ist ausreichend effektiv, um der Verbreitung des Virus entgegenzuwirken*).

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

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

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

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

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

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

Religiosität. Für einige Menschen ist Spiritualität und Glaube ein wichtiger Teil ihres Lebens, der bei der Bewältigung von (persönlichen) Krisen eine große Rolle spielen kann (Prati & Pietrantonio, 2009). In den **Wellen 4, 7 und 15** wurde deshalb neben der Konfessionszugehörigkeit (Ja/Nein) auch die jeweilige Konfession (Zehn Auswahlmöglichkeiten und Freitext) sowie die Verbundenheit (Überhaupt nicht verbunden (1) – Sehr verbunden (7)) abgefragt. Zuletzt sollte auf einer siebenstufigen Skala beantwortet werden, ob und wie sehr Glaube und Spiritualität eine Rolle in der Krisenbewältigung spielen. In **Welle 7** wurden drei Items bezogen auf Ostern hinzugefügt (z.B. *Während der Osterfeiertage hat es mir gefehlt, mit meiner (erweiterten) Familie persönlich zusammen zu sein*), bei denen die Antwortoption „Trifft nicht auf meine Situation zu“ gegeben waren, sowie drei Items zum allgemeinen und individuellen Nutzen der Religionsgemeinschaft während der Pandemie (z.B. *Gerade in diesen Zeiten leistet meine Kirche oder Religionsgemeinschaft einen wichtigen Beitrag zur meiner persönlichen Krisenbewältigung*). Alle sechs zusätzlichen Fragen wurden auf einer siebenstufigen Skala erfasst.

Resilienz. In **Welle 4, 5, 8, 13 und 17** wurde 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) erhoben. In Welle 4, 5, 8 und 13 wurden diese durch 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)) ergänzt.

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

Verbitterung. Es zeichnete sich über die Pandemie hinweg bei vielen Menschen eine Frustration ab. In **Welle 17** wurde deshalb die wahrgenommene Verbitterung der Menschen mithilfe der PTED-Skala (Linden, 2013) zur Messung posttraumatischer Verbitterung erhoben. 20 Items untersuchten dabei die Auswirkung der Corona-Pandemie auf unter anderem die Gedanken, Gefühle und das Verhalten der Menschen (z.B. *Die Corona-Pandemie ist für mich ein Lebensereignis, zu dem sich mir immer wieder belastende Erinnerungen aufdrängen. Trifft nicht zu (1) – Trifft voll zu (5)*).

Beurteilung offizieller Verfügungen. Ab **Welle 5** wurde in 2-10 Items erhoben, ob Maßnahmen als offizielle Verfügungen erkannt werden (z.B. *Welche der folgenden Maßnahmen sind offizielle Verfügungen, um die Ausbreitung und die Ansteckung mit dem neuartigen Coronavirus zu verhindern?*) Dabei wird dies beispielsweise für die Einhaltung von Sicherheitsabstand, Selbst-Quarantäne und die Meidung öffentlicher Orte sowie anderer Personen abgefragt. Die Antwortoptionen beinhalten (1) Ja, (2) Nein und (3) Weiß nicht. In den **Wellen 14 und 15** wurde außerdem die Verständlichkeit der Verfügungen abgefragt. Dabei sollten die Befragten angeben, ob sie genau wüssten, welche Verfügungen gelten (Ja/Nein). Anschließend wurde erhoben, als wie widersprüchlich die Gebote empfunden werden (Widersprüchlich (1) – Eindeutig (7)). Ab einem mittleren Wert auf der Skala (4) konnte in einem freien Textfeld eingegeben werden, welche Widersprüchlichkeiten sich nach Meinung der Befragten aus den Regelungen ergeben.

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

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

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

Physische Aktivität. In **Welle 7 und 15** wurde die physische Aktivität abgefragt, mit dem Ziel Unterschiede zwischen der Zeit vor und während der Pandemie festzustellen. Genutzt wurden Items aus der European Health Interview Survey (Lange et al., 2017). Sie stützen sich auf die offiziellen Bewegungsempfehlungen der WHO und fragen nach Ausdauertätigkeiten (mind. 2,5 Stunden pro Woche) und Muskelstärkung (mind. an zwei Tagen pro Woche). Die Fragen konnten jeweils mit Ja und Nein beantwortet werden und werden einmal für die Zeit vor sowie einmal für die Zeit während der Pandemie gestellt.

Impfverhalten, -einstellungen und -intentionen. Mittels der 5C-Skala (Betsch et al., 2018) wurden in den **Wellen 7 sowie 10-16** Determinanten des Impfverhaltens abgefragt. Dabei spielen folgende Variablen

eine Rolle: Das Vertrauen in die Effektivität und Sicherheit der Impfungen (Confidence, z.B. *Ich habe vollstes Vertrauen in die Sicherheit von Impfungen*), die Risikowahrnehmung (Complacency, z.B. *Impfungen sind überflüssig*), Barrieren in der Ausführung (Constraints, z.B. *Alltagsstress hält mich davon ab, mich impfen zu lassen*), das Ausmaß der Kosten-Nutzen-Analyse bzw. die Berechnung (Calculation, z.B. *Wenn ich darüber nachdenke, mich impfen zu lassen, wäge ich sorgfältig Nutzen und Risiken ab*) sowie das Verantwortungsgefühl für die Gemeinschaft (Collective Responsibility z.B. *Wenn alle geimpft sind, brauche ich mich nicht auch noch impfen lassen*). Die Teilnehmenden antworteten auf einer siebenstufigen Skala von (1) stimme keinesfalls zu – (7) stimme voll und ganz zu. Außerdem wurde geplantes Impfverhalten der Teilnehmenden (eigene und Kinderimpfungen) abgefragt (Antwortoptionen nicht geplant, geplant aber von mir wegen der Corona-Situation abgesagt, geplant aber vom Arzt wegen der Corona-Situation abgesagt, wegen anderen Gründen abgesagt, keine geplant). In **Welle 7 und ab Welle 10** wurde die Intention zur Impfung gegen COVID-19 erhoben (*Wenn sie nächste Woche die Chance dazu hätten, [...] wie würden Sie sich entscheiden? Auf keinen Fall impfen (1) – Auf jeden Fall impfen (7)*). Bis **Welle 11** wurde gleichzeitig die Zustimmung zu einer verpflichtenden COVID-19 Impfung abgefragt (Stimme überhaupt nicht zu (1) – Stimme voll und ganz zu (7)). In **Welle 15** wurde den Items ein Freitextfeld hinzugefügt, indem Teilnehmende eintragen konnten, welche Personengruppen die hypothetische Impfung zuerst erhalten sollten. Ab **Welle 9** wurden die Fragen zu den Impfungen weiter spezifiziert. Zu der Frage, ob in den letzten sechs Wochen eine Impfung stattfand wurden die Fragen nach der Art der Impfung und einem möglichen Nachholtermin bei Absage sowohl für die Befragten als auch für deren Kinder hinzugefügt. Auch die letztjährige Bereitschaft zur Impfung gegen die Grippe wurde in **Welle 16** abgefragt (Ja/Nein/Weiß nicht/Keine Angabe). Als nachfolgendes Item wurde die aktuelle Bereitschaft zur Grippeimpfung eingesetzt (Auf gar keinen Fall impfen (1) – Auf jeden Fall impfen (7)).

Rauchen und Alkoholkonsum. In den **Wellen 7, 12 und 15** wurden die Trinkgewohnheiten der Befragten erhoben. Um die das Verhalten vor und während Krise vergleichen zu können, wurde nach der Häufigkeit des Alkoholkonsums in den letzten 12 Monaten sowie den letzten 4 Wochen gefragt. Die Antwort erfolgte in 8 Stufen (An allen Tagen der Woche (1) – An keinem Tag (6) / Ich trinke selten Alkohol (7) / Ich trinke nie Alkohol (8)). In **Welle 8 und 15** wurden aktuelle Rauchgewohnheiten für klassische Tabakprodukte (*Rauchen Sie Tabakprodukte? Bitte schließen Sie elektronische Zigaretten oder ähnliche Produkte aus.*) und E-Produkte (*Nutzen Sie aktuell elektronische Zigaretten oder ähnliche Produkte*) abgefragt (Kotz, Böckmann, & Kastaun, 2018). Vier abgestufte Antwortmöglichkeiten (täglich / gelegentlich / nicht mehr / noch nie) wurden vorgegeben.

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

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

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

Familienzusammenhalt. In Kooperation mit der BZgA wurde in den **Wellen 5 bis 11** im Abstand von je zwei Wochen der familiäre Zusammenhalt erforscht. Dazu wurden nach einer kurzen Einleitung in die Thematik insgesamt 16 Items verwendet, die siebenstufig beantwortet werden konnten (Trifft überhaupt nicht zu (1) – Trifft voll und ganz zu (7) bzw. Stimme überhaupt nicht zu (1) – Stimme voll und ganz zu (7)). Einige Fragen zielten dabei auf die Offenheit der Kommunikation ab (z.B. *Wir können unsere Gefühle zueinander in Worte fassen*), andere auf das Problemlöseverhalten (z.B. *In Krisensituationen unterstützen wir uns gegenseitig*) und wieder andere auf positiven Affekt (z.B. *Ich genieße es, Zeit mit meiner Familie / meinem/meiner Partner/in zu verbringen*). Das Konfliktpotential wurde in den **Welle 13 bis 15** mit

nur zwei Items erhoben, wobei in kleinere (z.B. Diskussionen) und größere Meinungsverschiedenheiten (z.B. Handgreiflichkeiten) unterschieden wurde.

Familiäre Belastung. In den **Wellen 12 und 14** wurde zusätzlich zur allgemeinen Belastung mit zwei Items je sieben Antwortstufen die Belastung als Elternteil bzw. Teil einer Familie untersucht (z.B. *Ich fühle mich als Elternteil in der aktuellen Situation überfordert*. Stimme überhaupt nicht zu (1) – Stimme voll und ganz zu (7)). Um herauszufinden, woher die mögliche Überlastung rührt, wurden acht verschiedene Möglichkeiten ausgewählt und abgefragt, inwiefern diese von Eltern als Herausforderung wahrgenommen werden (z.B. Home Office und Kinderbetreuung in Einklang zu bringen). Die Antworten erfolgen auf einer siebenstufigen Skala von Gar nicht herausfordernd – Äußerst herausfordernd, wobei auch die Option Trifft nicht zu zur Verfügung stand. In den **Wellen 5, 7, 9, 11 und 13 bis 15** wurde im gleichen Zuge auf die Existenz telefonischer Seelsorge-Hotlines bei familiären Schwierigkeiten hingewiesen und erhoben, inwiefern diese bekannt sind oder gegebenenfalls sogar schon genutzt wurden.

Kinder und Corona. Gruppirt nach dem Alter des Kindes/der Kinder (3 bis unter 6 Jahren / 6 bis unter 10 Jahren / 10 bis unter 14 Jahre, / 14 bis unter 18 Jahren, Mehrfachnennungen möglich) wurden in **Welle 8** pro ausgewählte Kategorie drei Fragen zum Umgang des Kindes mit Corona gestellt. Dabei wurden sowohl der Kenntnisstand des Kindes (1 sehr schlecht – 7 sehr gut) als auch das Verständnis für die Maßnahmen (1 stimme überhaupt nicht zu – 7 stimme voll und ganz zu) auf einer siebenstufigen Skala eingeschätzt. Zuletzt wurde die Häufigkeit erfasst, in der Kinder gegenüber ihren Eltern Sorgen und Ängste über Corona äußerten (1 Mehrmals täglich – 6 Nie).

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

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

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

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

Isolation und soziale Unterstützung. In Abstimmung mit der BZgA wurden in **Welle 6 und Welle 13** Informationen zur sozialen Unterstützung erhoben. Zuerst wurden die Teilnehmenden mit 6 Items gefragt, ob sie wüssten, wo sie sich für verschiedene Herausforderungen (z.B. Einkäufe, Botengänge oder seelische Krisen) Unterstützung einholen können. Es folgte eine Frage zur Notwendigkeit von sozialer Unterstützung im Alltag (Ja/Nein). Bei einem Ja folgte eine Auflistung von 6 Beispielen. So sollte in Erfahrung gebracht werden, wo diese Unterstützung in Anspruch genommen wurde (*Wer unterstützt Sie zurzeit?*) und auf welche Unterstützungsangebote Menschen während der Pandemie gegebenenfalls verzichten mussten (*Mussten Sie in den vergangenen Wochen wegen der Reduzierung von Kontakten und weiterer Regularien in der aktuellen Situation auf wichtige Unterstützungsangebote verzichten?*). Die Auswahloptionen beinhalteten unter anderem Bekannte, die Wohlfahrt und Pflegedienste. Zusätzlich gab es die Option „Sonstige“, bei der in einer Freifeldeingabe weitere Unterstützungsangebote eingetragen werden konnten. Zuletzt wurde nach der medizinischen Versorgung (Medikamente und Arztkontakte) gefragt (Ja/Nein/Trifft nicht zu). In **Welle 17** wurde eine verkürzte Skala zum Konstrukt verwendet, die nur die medizinische Versorgung und Arztbesuche abdeckte (z.B. *Ist Ihre Versorgung mit notwendigen Medikamenten zurzeit sichergestellt?* Ja/Nein/Trifft nicht zu).

Medizinische Versorgung. Passend zu den Fragen zur Isolation und Unterstützung in **Welle 17** wurde die Sicherstellung der medizinischen Versorgung im Detail abgefragt. Dabei ging es sowohl um generelle gesundheitliche Check-Ups als auch um Zahnarztbesuche (Ja (1), Nein, ich habe die Untersuchung(en) wie geplant wahrgenommen (2), Nein, es stand(en) keine Untersuchung(en) an (3), Nein, die Untersuchung(en) fand(en) aus anderen Gründen nicht statt (4)). Beim Zahnarztbesuch wurde zusätzlich der Zweck des (geplanten) Besuchs erhoben.

Einsamkeit. Aufgrund der starken Einschränkungen während der Pandemie war die soziale Isolation eine häufig thematisierte Herausforderung. Dies gilt besonders im Zusammenhang mit psychisch vorbelasteten Menschen, die in Deutschland immerhin 10% der Bevölkerung ausmachen (Robert-Koch-Institut, 2012). Deshalb wurde die soziale Einbindung untersucht. Diese wird in zwei Aspekte unterteilt: die soziale Unterstützung und die soziale Isolation (Meltzer, 2003). Erstere wurde mithilfe der der OSLO-Skala – bestehend aus drei Items – erhoben, die sich in diesem Kontext bewährt hat (Dalgard, Bjork & Tambs, 1995). Dabei wird die Anzahl an Bezugspersonen abgefragt, auf deren Hilfe sich verlassen werden kann (Keine (1) – 6 oder mehr (4)), wie groß die Anteilnahme und das Interesse anderer ist (Keine Anteilnahme und Interesse (1) – Sehr viel Anteilnahme und Interesse (5)) sowie die Zugänglichkeit von praktischer Hilfe in der Nachbarschaft (Sehr schwierig (1) – Sehr einfach (5)). Zusätzlich wurde die De-Jong-Gierveld-Einsamkeitsskala eingesetzt (De Jong Gierveld & Kamphuis, 1985; De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2006). Die Einleitung der für die Skala nahm dabei explizit auf die aktuelle Situation Bezug. Drei der sechs Items sind umgekehrt codiert (z.B. *Ich fühle mich häufig im Stich gelassen oder Ich kenne viele Menschen, auf die ich mich wirklich verlassen kann*). Die Antworten erfolgten auf einer Likert-Skala mit vier Stufen von Trifft genau zu (1) bis Trifft gar nicht zu (4) (Huxhold, Engstler & Hoffmann, 2019).

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

wird davon ausgegangen, dass die Einstellung gegenüber der Krise und ihren Folgen auch mit der politischen Gesinnung zusammenhängt (Hall Jamieson & Albarracín, 2020). Deshalb sollte darüber hinaus nun die Ideologie der Befragten in Erfahrung gebracht werden (Links (1) - Rechts (11), Weiß nicht (12)).

Zugang zu medizinischer Versorgung und Kosten der Krise. Aufgrund der Maßnahmen, wie Schließungen von Betrieben und Verbote von Veranstaltungen, werden erhebliche wirtschaftliche Kosten erwartet (Dorn et al., 2020). In den **Befragungswellen 8 und 16** wurden deshalb sechs Fragen zur Kostenübernahme der Krise integriert. Dazu gehörten Fragen zur allgemeinen wirtschaftlichen und zur persönlichen medizinischen Situation (z.B. *Die wirtschaftlichen Kosten sind aktuell angemessen im Verhältnis zu dem damit verfolgten Ziel* oder *Ich hatte Probleme medizinisch versorgt zu werden*, Stimme überhaupt nicht zu (1) – Stimme voll und ganz zu (7)) als auch zur Bereitschaft der eigenen Beteiligung (*Wie viel Prozent ihres jährlichen Haushaltseinkommens wären sie maximal bereit aufzugeben?*, 0% (1) – Mehr als 50% (7)). Zuletzt wurde gefragt, für wie wahrscheinlich eine Person Zugang zu medizinischer Versorgung hält. Dabei wurde der Zeitraum in der Zukunft, in der die Versorgung benötigt wird, variiert (1 Monat/6 Monate/12 Monate).

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

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

Zweite Krankheitswelle. In **Welle 9** wurden Verhaltenseinschätzungen zu einer zweiten Infektionswelle erhoben, variiert wurde die Lokalität (deutschlandweit/ gemeindespezifisch) der Maßnahmen. Zunächst ging es dabei um die empfundene Machbarkeit der Maßnahmen bis dato (*[...] Alles in allem, wie schwierig oder einfach war es für Sie, sich einzuschränken?* 1 sehr einfach – 7 sehr schwierig). Es folgten Fragen zur Einschätzung der zweiten Krankheitswelle. Es wurde erhoben ob die Befragten davon bereits gehört hätten (Ja/Nein) und für wie wahrscheinlich sie diese hielten (extrem unwahrscheinlich (1) – extrem wahrscheinlich (7)) sowie um die Wahrnehmung der Nähe (nah (1) – weit entfernt (7)) und den zeitlichen Abstand (< Monat (1) – 12 Monate (13)). Acht mögliche, zukünftige und gegenwertige Maßnahmen wurden dargestellt (z.B. öffentliche Orte meiden oder auf Gruppenaktivitäten verzichten) und mithilfe einer 14-stufigen Skala abgefragt, für wie lange diese in einer zweiten Welle akzeptiert werden würden (gar nicht (1), weniger als 1 Monat (2) – 12 Monate (14)) bzw. in der aktuellen Welle noch akzeptiert werden. Zusätzlich wurde die Wahrscheinlichkeit abgefragt dass Befragte in Gebiete mit weniger Einschränkungen fahren würden (z.B. zum Einkaufen oder für Freizeitaktivitäten (extrem unwahrscheinlich (1) –extrem wahrscheinlich (7)).

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

sollte im Anschluss nur die Gesamtzahl der bestätigten Aussagen eingegeben werden. In **Welle 11** wurde nur noch die Bekanntheit der Idee sowie die generelle Zustimmung zur Einführung des Passes erhoben, in den darauffolgenden Wellen wurde nur noch letzteres Item in den Fragebogen integriert.

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

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

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

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

Erprobung von Impfstoffen. Während der Entwicklung eines Impfstoffs werden Freiwillige benötigt, um deren Wirksamkeit und Sicherheit bei zukünftigen Patientinnen und Patienten gewährleisten zu können. Deshalb wurde in **Welle 16** überprüft, inwiefern Menschen dazu bereit wären, an einer solchen Studie teilzunehmen (Ja/Nein/Weiß nicht). Bei einem Ja als Antwort wurden weitere Fragen zu eventuellen Motiven gestellt (*Aus welchen Gründen wären sie zur Teilnahme an einer Corona Impfstudie bereit?*). Zu den sieben Antwortmöglichkeiten gehörten unter anderem eine Aufwandsentschädigung oder Selbstschutz. Zwei freie Eingabefelder boten darüber hinaus die Möglichkeit, eigene Gründe anzugeben. Hatten die Befragten zu Beginn mit einem Nein geantwortet, erhielten sie lediglich ein Freitextfeld für ihre Beweggründe gegen die Teilnahme.

Pflegebedürftige in Einrichtungen. In **Welle 15** wurden Teilnehmende erfasst, die einen oder mehrere Angehörige in Pflegeeinrichtungen untergebracht haben. Es folgte ein Item, das untersuchte, inwiefern die dortigen Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung als adäquat eingestuft wurden (überhaupt nicht ausreichend (1) – sehr übertrieben (7)). Drei weitere Items beschäftigten sich mit dem Verhalten und Befinden der pflegebedürftigen Person, wobei gedanklich stets nur Bezug zu einer Person genommen werden sollte (z.B. *Mein/e Angehörige/r hat die ergriffenen Schutzmaßnahmen verstanden*). Keine Angabe (1), Trifft überhaupt nicht zu (2) – Trifft voll und ganz zu (8)).

Blutgruppe. Viel diskutierte Studien konnten einen Zusammenhang zwischen einem schweren Krankheitsverlauf von COVID-19 und der Blutgruppe herstellen (z. B. Ellinghaus et al., 2020). Um den Bekanntheitsgrad dieser Tatsache zu erfassen, wurden die Teilnehmenden in **Welle 15 und 16** danach gefragt, ob sie davon bereits gehört hatten (Ja/Nein). Für die Verwertung dieser Information zu Behandlungszwecken wäre zunächst

wichtig, die Blutgruppe der Erkrankten zu erfassen. Unter anderem deshalb wurde erhoben, ob die Befragten ihre Blutgruppe kennen und wenn ja, welche dies ist.

Langzeitfolgen. Je länger die Pandemie andauerte, desto mehr Informationen über etwaige Langzeitfolgen kursierten in den Medien (Ärzteblatt, 2020). Daher wurden die Teilnehmenden in **Welle 16** dazu aufgefordert bei 8 vorgegebenen Items (z.B. Kopfschmerzen) zu entscheiden ob diese eine Langzeitauswirkung des Virus darstellen oder nicht (Ist eine Langzeitauswirkung/Ist keine Langzeitwirkung/Weiß nicht).

3.2.2 Experimentelle Erhebungen

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

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

Verantwortungszuschreibung. Um herauszufinden, wen die Teilnehmenden für eine Erkrankung mit dem Virus verantwortlich machten, wurde in **Welle 10** eine experimentelle Erhebung durchgeführt. Dabei wurden die Befragten zufällig einer Bedingung zugeteilt, in der sie sich vorstellen sollten, dass entweder sie selbst oder aber eine durchschnittliche andere Person desselben Alters und Geschlechts an COVID-19 erkrankt

sind. Um die Aussagen möglichst personalisiert zu formulieren wurde dabei das Geschlecht der befragten Person mit einbezogen. Unter dieser Prämisse sollten 12 Aussagen auf einer jeweils siebenstufigen Skala (Trifft überhaupt nicht zu (1) – Trifft voll und ganz zu (7) bewertet werden (Mantler, Schellenberg, & Page, 2003). Jeweils 4 Items untersuchen dabei die Kontrollierbarkeit (z.B. *Es war etwas, das er getan hat, das COVID-19 verursacht hat*), die Verantwortlichkeit (z.B. *Sie ist für die COVID-19 Erkrankung verantwortlich*) und die Schuldzuschreibung (z.B. *Ich bin Schuld an meiner Krankheit*). In **Welle 16** wurde das Experiment wiederholt, mit dem Unterschied, dass eine dritte Bedingung hinzukam, in der die vorgestellte andere Person aus dem Kreis Gütersloh stammt, wo kurz zuvor aufgrund einer hohen Neuinfektionszahl ein erneuter Lockdown verhängt wurde (Niewald, 2020).

Zweite Krankheitswelle – Geografische Distanz. In **Welle 9** wurden Verhaltenseinschätzungen zu einer zweiten Infektionswelle erhoben, variiert wurde dabei die Lokalität (deutschlandweit/gemeindespezifisch) der Maßnahmen. Zunächst ging es dabei um die empfundene Machbarkeit der Maßnahmen bis dato (*[...] Alles in allem, wie schwierig oder einfach war es für Sie, sich einzuschränken?* Sehr einfach (1) – Sehr schwierig (7)). Es folgten Fragen zur Einschätzung der zweiten Krankheitswelle. Es wurde erhoben, ob die Befragten davon bereits gehört hätten (Ja /Nein) und für wie wahrscheinlich sie diese hielten (Extrem unwahrscheinlich (1) – Extrem wahrscheinlich (7)) sowie um die Wahrnehmung der Nähe (Nah (1) – Weit entfernt (7)) und den zeitlichen Abstand (1 < Monat – 12 Monate). Acht mögliche, zukünftige und gegenwertige Maßnahmen wurden dargestellt (z.B. öffentliche Orte meiden oder auf Gruppenaktivitäten verzichten) und mithilfe einer 14-stufigen Skala abgefragt, für wie lange diese in einer zweiten Welle akzeptiert werden würden (gar nicht (1), weniger als 1 Monat (2) – 12 Monate (4)) bzw. in der aktuellen Welle noch akzeptiert werden. Zusätzlich wurde die Wahrscheinlichkeit abgefragt dass Befragte in Gebiete mit weniger Einschränkungen fahren würden (z.B. zum Einkaufen oder für Freizeitaktivitäten, extrem unwahrscheinlich (1) – Extrem wahrscheinlich (7)). In **Welle 17** wurde zwischen einem deutschlandweiten und einem gemeindespezifischen Anstieg der Infektionszahlen variiert. Es schloss sich eine Frage an, die 14-stufig abfragte, wie lange das Distanzhalten zu Risikogruppen in Kauf genommen werden würde (gar nicht (1) – 12 Monate (14)).

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

Wahrnehmung von Menschen mit Schutzmaske. Verschiedene Empfehlungen, aber auch offizielle Verfügungen, verpflichteten zur Senkung des Infektionsrisikos alle Bürgerinnen und Bürger in alltäglichen Situationen zum Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes. Ob das Tragen einer solchen Schutzmaske die Wahrnehmung einer Person verändert, sollte mit folgendem Experiment in **Welle 13, 14 und 15** näher beleuchtet werden. Zunächst wurden alle Teilnehmenden zufällig auf eine von vier Gruppen aufgeteilt. Es folgt ein Einleitungstext, in dem beschrieben wird, dass sich die angesprochene Person in der Obstabteilung eines Supermarktes befindet. Dabei wird einerseits die Information, ob das Tragen einer Maske in der jeweiligen Stadt verpflichtend ist oder ob die Maskenpflicht für Supermärkte aufgehoben wurde. Andererseits wurde variiert, ob die genannte anwesende Person eine Maske trägt oder nicht. Es handelt sich also um ein 2x2 Between-Subjects-Design. Die Tatsache, ob die Person eine Maske trägt oder nicht wird durch die Verwendung eines geschlechtsneutralen Icons mit oder ohne Mundschutz unterstrichen und auf den folgenden Seiten des Fragebogens beibehalten. Als erstes folgt eine Frage zur Wahrscheinlichkeit der Infektion (Extrem unwahrscheinlich (1) – Extrem wahrscheinlich (7)) und eine Frage zur Anfälligkeit (Überhaupt nicht anfällig (1) – Sehr anfällig (7)). Anschließend sollte auf einem Schieberegler anhand der Temperatur die Sympathie erhoben werden. Die Skala

reichte hierbei auf 21 Stufen von einem kalten, sehr negativen Gefühl gegenüber der Person (-18° C) bis zu einem warmen, sehr positiven Gefühl (38° C). Es folgten 8 Items zu potentiellen Stigmata (z.B. *Die Person gehört zu einer Risikogruppe* oder *Die Person denkt, dass er/sie Anspruch auf bevorzugte Behandlung hat* Trifft überhaupt nicht zu (1) – Trifft voll und ganz zu (7)). Vier davon sind dem Brief HEXACO Inventory entnommen, wo sie die Subskala Ehrlichkeit-Bescheidenheit bilden (de Vries, 2013). Diese wurden von den Teilnehmenden zu einem früheren Zeitpunkt der Umfrage schon für die eigene Person beantwortet und drehten sich um Gier, Bescheidenheit, Aufrichtigkeit und Sinn für Gerechtigkeit. (z.B. *Ich würde gerne berühmt werden* Starke Ablehnung (1) – Starke Zustimmung (5)). Daraus wurde das prosoziale Verhalten abgeleitet. Des Weiteren wurden in den vier Experimentalbedingungen die Verhaltensabsicht erhoben, beim zukünftigen Besuchen in diesem Supermarkt eine Maske zu tragen (Ja/Nein) und wenn ja, welche (Stoffmaske/FFP2) sowie die empfundene Fähigkeit beide Arten von Masken zu besorgen (Auf keinen Fall (1) – Auf jeden Fall (7)). Daraufhin wurden 6 Fragen zur Fairness und den moralischen Ansichten zum Tragen von Schutzmasken gestellt, die ebenfalls auf einer siebenstufigen Likert-Skala zu beantworten waren (z.B. *Es ist moralisch richtig, in der Öffentlichkeit eine Maske zu tragen* Stimme überhaupt nicht zu (1) – Stimme voll und ganz zu (7)).

Akzeptanz von Atemschutzmasken. In **Welle 16** wurde einer Experimentalgruppe eine Infografik präsentiert, das die Ansteckungsgefahren während eines Gesprächs jeweils mit und ohne Mund-Nasen-Schutz gegenüberstellt. Eine Kontrollgruppe erhielt diese Grafik nicht. Im Anschluss wurden vier semantische Differentiale erhoben (z.B. Masketragen ist... ärgerlich – erfreulich). Es folgten zwei Fragen zur Schutzwirkung bezogen auf die eigene Person und auf andere (Stimme überhaupt nicht zu (1) – Stimme voll und ganz zu (7)).

Entscheidungsprinzipien Intensivmedizin. In **Welle 14** wurde die Wahrnehmung der Gerechtigkeit bezüglich des Entscheidungsprinzips bei knappen Ressourcen auf Intensivstationen untersucht. Dabei geht es darum, welche Patientinnen und Patienten im Falle zu geringer Bettenzahlen Anspruch auf einen Intensivplatz haben. Dazu wurde zunächst ein Szenario beschrieben, in dem 50 Erkrankte auf 25 Plätze verteilt werden sollten. Es folgte die Empfehlung von medizinischen Fachgesellschaften für die Aufnahme auf die Intensivstation in Krisenfällen. Diese sagt aus, dass die Patientinnen und Patienten mit den höchsten Erfolgchancen grundsätzlich Vorrang haben, wenngleich jeder Fall sorgfältig abgewogen werden muss. Bei der Darstellung der Empfehlung wurden die Formulierungen experimentell variiert. Entweder es wurde dargestellt, dass auf die Behandlung von Betroffenen mit geringen Erfolgsaussichten verzichtet (negativ) oder nur die von Betroffenen mit hoher Erfolgsaussicht durchgeführt werden (positiv). Es folgte eine Phrase zur Erläuterung der entweder erhöhten (positiv) oder erniedrigten (negativ) Überlebenschance der Erkrankten. Es wurden für die drei Bedingungen jeweils entweder negativ-negativ, positiv-positiv oder negativ-positiv kombiniert. Anschließend sollten die Befragten die Empfehlung in drei Items bewerten (z. B. Ich bin mit dieser Empfehlung zufrieden; Stimme überhaupt nicht zu (1) – Stimme voll und ganz zu (7)). Eine vierte Gruppe wurde nicht mit dem Empfehlungstext konfrontiert und dazu entsprechend auch nicht befragt. Im zweiten Teil des Experiments wurde eine Situation beschrieben, in der ein Arzt die Empfehlung der Fachgesellschaften anwendet und den Befragten kommuniziert. Im Nachgang wird die Entscheidung bewertet (z. B. Ich bin mit dieser Entscheidung zufrieden). Zuletzt sollte die Antwort des Arztes hinsichtlich ihrer Authentizität, Glaubhaftigkeit, Akkuratess und Angemessenheit bewertet werden. Dies erfolgte auf einer siebenstufigen Skala (Beschreibt die Antwort sehr schlecht (1) – Beschreibt die Antwort sehr gut (7)).

Impfpflicht. Im Rahmen eines Experiments wurde in **Welle 15** untersucht, ob die bereits häufiger diskutierte Einführung einer Impfpflicht gegen COVID-19 zu Lasten der Impfung gegen andere Krankheiten wie die Grippe gehen kann. Bisherige Forschungsergebnisse zeigen, dass eine verpflichtende Impfung zu Reaktanz führen kann, also einem Gefühl der Verärgerung und der Freiheitsbeschränkung, das sich negativ auf die Bereitschaft zur Wahrnehmung anderer, freiwilliger Impfungen auswirkt (Betsch & Böhm, 2016). Zu Beginn des Experiments wurden die Teilnehmenden darüber informiert, dass im kommenden Jahr mit einer Impfung gegen COVID-19 gerechnet werden kann. Sie wurden daraufhin gefragt, ob diese Impfung verpflichtend sein sollte (Überhaupt nicht (1) – Voll und ganz (7)). Anschließend wurden die Teilnehmenden zufällig einer von zwei Regelungsbedingungen zugewiesen: Jeweils rund die Hälfte der Teilnehmenden sollte sich vorstellen, die Impfung würde (a) freiwillig oder (b) verpflichtend sein. Anschließend folgte randomisiert (a) ein kurzer Text, der die Bedeutung hoher Impfquoten für die öffentliche Gesundheit betonte, (b) ein kurzer Text, der die Bedeutung hoher Impfquoten für Wirtschaft und Arbeitsmarkt hervorhob, oder (c) keine Kommunikation zur Bedeutung hoher Impfquoten. Anschließend wurde mithilfe von vier Items erfasst, wie sehr sich die Teilnehmenden über die jeweilige Regelung ärgerten (z.B. *Wie sehr ärgert Sie, dass die Impfung*

gegen COVID-19 freiwillig sein wird? Überhaupt nicht (1) – Sehr (7)). Hierbei wurde der Einleitungstext der Bedingung entsprechend variiert. Schließlich wurden die Probanden darüber informiert, dass demnächst ein Impfstoff für die bevorstehende Grippesaison zur Verfügung stehen wird und einige Experten in diesem Jahr nicht nur Angehörigen der Risikogruppe sondern allen Menschen zu einer Impfung raten. Die Teilnehmenden wurden gefragt, ob sie sich gegen die Grippe impfen lassen würden, wenn sie bereits in der kommenden Woche Gelegenheit dazu hätten (Auf gar keinen Fall impfen (1) – Auf jeden Fall impfen (7)).

Effektivität der Corona-Warn-App. In **Welle 17** wurde eine Infografik zur Effektivität der Corona-Warn-App experimentell evaluiert. Dazu erhielten alle Befragten einen Einleitungstext zur bisherigen Verbreitung und Nutzung der App. Einer Experimentalgruppe wurde zusätzlich ein Schaubild präsentiert, dass die Effektivität der App abbildete. Die Kontrollgruppe erhielt diese Infografik nicht. In unterschiedlicher Farbkodierung wurden verschiedene Fallzahlen abgebildet, deren unterschiedlicher Verlauf sich im prozentualen Anteil der App-Nutzenden in der Bevölkerung begründete. Anschließend wurde auf einer siebenstufigen Skala erhoben, für wie sinnvoll ein verpflichtender Einsatz der App gehalten wird (Soll in jedem Fall freiwillig sein (1) – Soll in jedem Fall verpflichtend sein (2)). Eine zweite Frage bezog sich darauf, wie wahrscheinlich sich eine Person in Quarantäne begeben würde, falls die App tatsächlich auf ein erhöhtes Risiko hinwies (Definitiv nicht (1) – Definitiv ja (7)).

4 Psychologische Lage

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

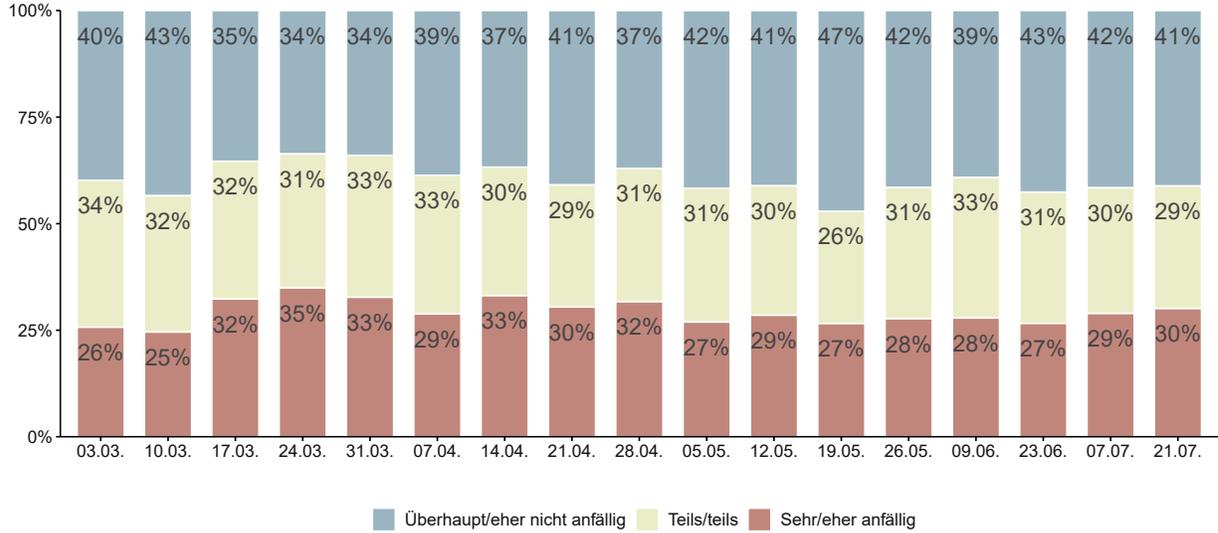
Die folgenden Grafiken zeigen den aktuellen Stand und die Veränderung der relevanten Variablen.

4.1 Risikowahrnehmung

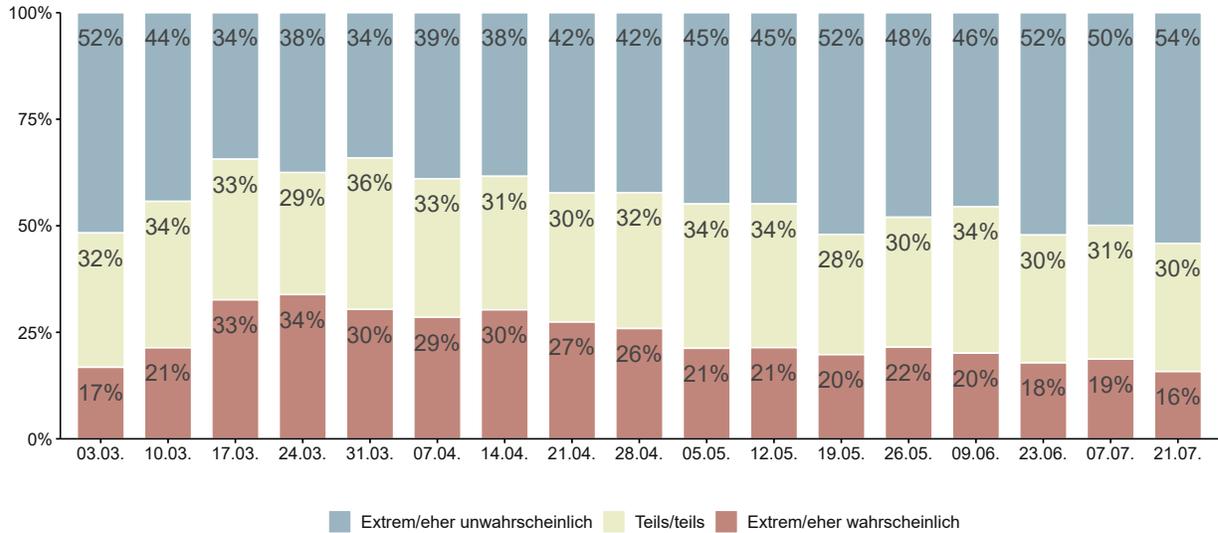
Die folgenden drei Grafiken zeigen verschiedene Aspekte der Risikowahrnehmung im Verlauf der Erhebungen.

Insgesamt bleiben die drei Dimensionen von Risikowahrnehmung recht stabil: Die wahrgenommene Anfälligkeit für die Erkrankung in Bezug auf COVID-19 bleibt auf einem niedrigen Niveau stabil, die wahrgenommene Wahrscheinlichkeit zu erkranken ist im Hinblick auf die vorherige Erhebung leicht gesunken, was den stetigen Trend seit Mitte März fortsetzt. Der wahrgenommene Schweregrad der eigenen Erkrankung ist hingegen leicht gestiegen.

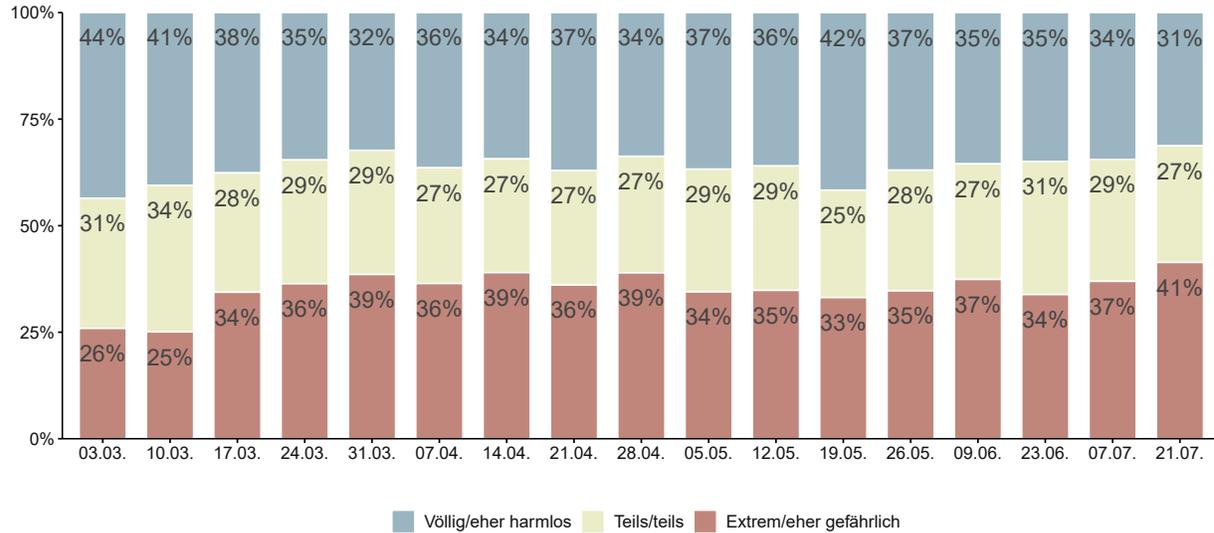
Als wie anfällig schätzen Sie sich für eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus ein?



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?

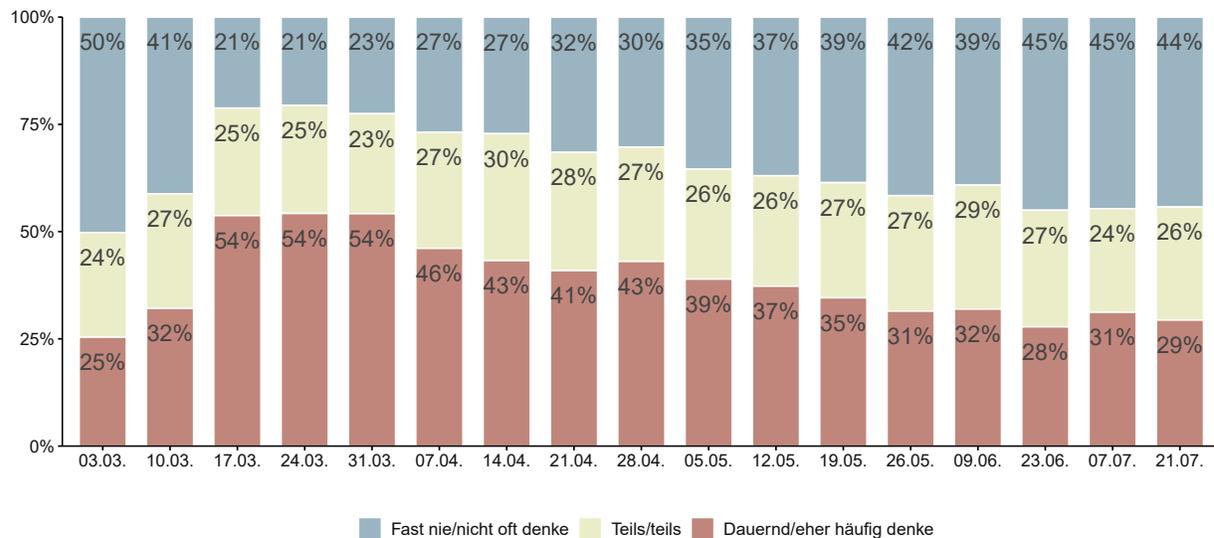


4.2 Corona und Emotionen

Krisen rufen Emotionen hervor, besonders wenn sie mit so vielen Einschränkungen einhergehen wie die untersuchte Corona-Situation. Die folgenden drei Grafiken zeigen deshalb verschiedene emotionale Aspekte des Themas und deren Entwicklung über den Verlauf der Erhebungen. Nach einem stetigen Anstieg der Werte bis Ende März gingen diese langsam, aber durchgängig zurück und bleiben auf relativ konstantem Niveau stabil. Im Vergleich zur letzten Erhebungswelle verzeichnet lediglich die Emotion Angst einen leichten Anstieg.

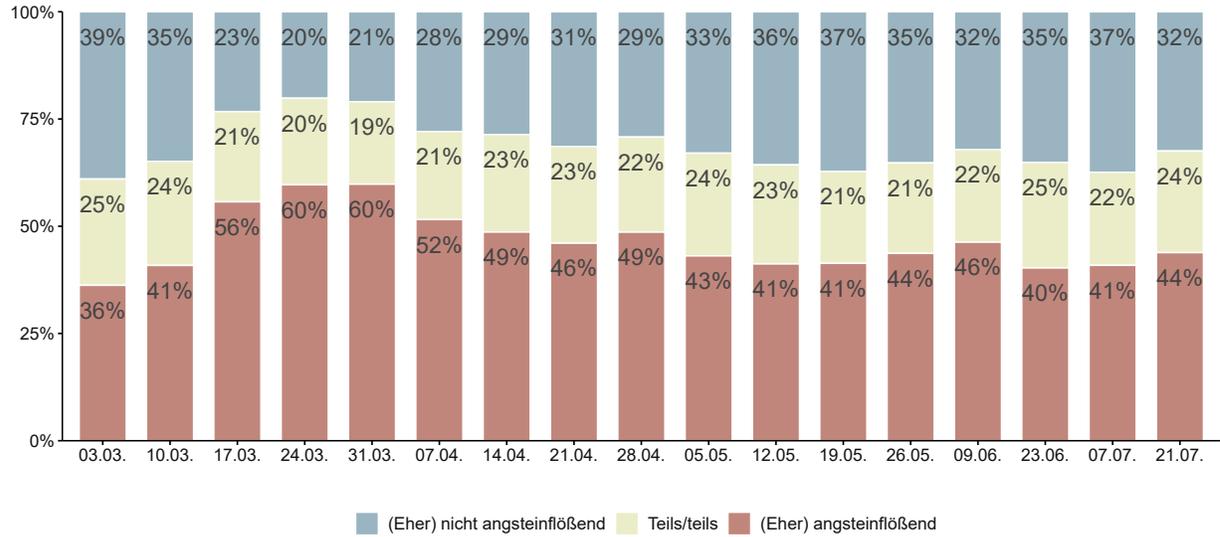
Dominanz des Themas

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



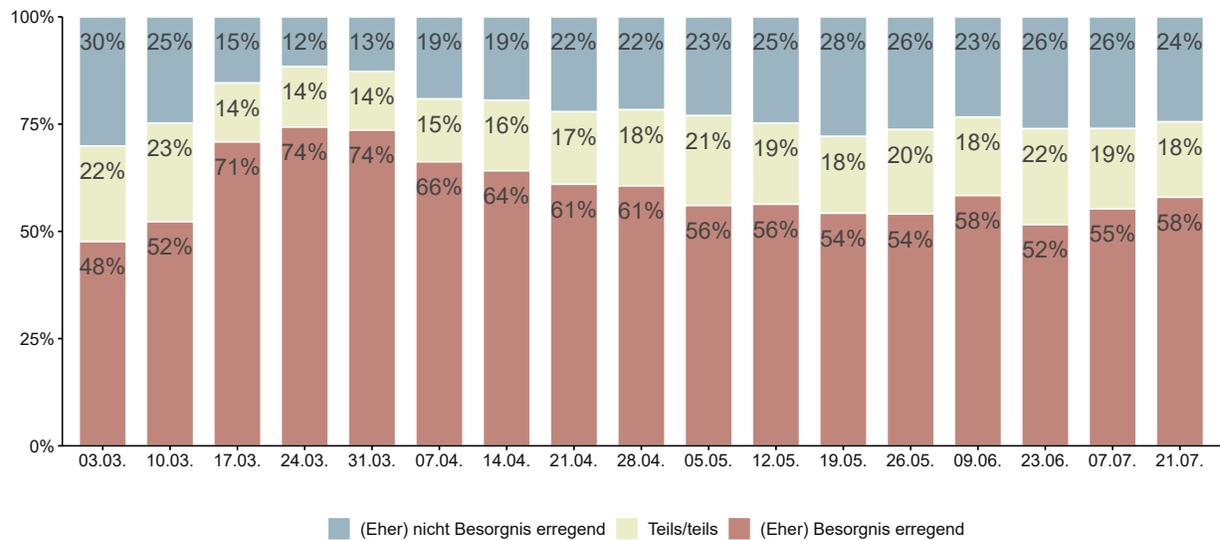
Angst

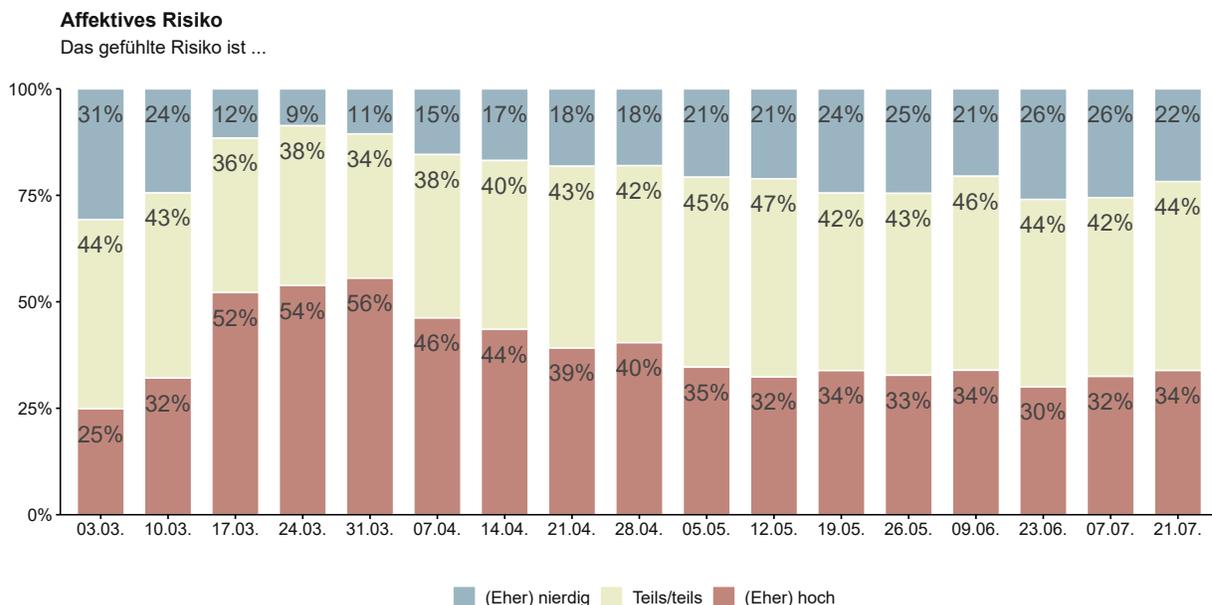
Das neuartige Coronavirus ist für mich ...



Besorgnis

Das neuartige Coronavirus ist für mich ...



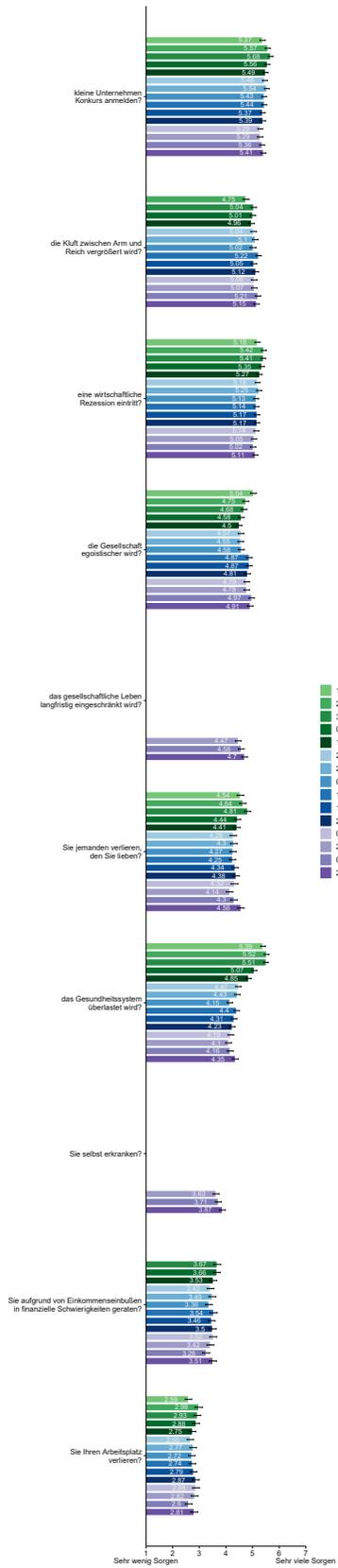


4.3 Sorgen

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

Individuelle wirtschaftliche Sorgen sind im Vergleich eher gering ausgeprägt (z.B. vor finanziellen Einbußen, Verlust des Arbeitsplatzes) und haben im Hinblick auf die letzte Befragung leicht zugenommen. Die Sorgen um eine Erkrankung bleibt auf mittlerem Niveau, während die Sorgen darum, dass das Gesundheitssystem überlastet wird oder jemand stirbt, den man liebt, wieder leicht gestiegen sind. Sorgen um langfristige Einschränkungen im öffentlichen Leben und soziale wie wirtschaftliche Herausforderungen (Kluft zwischen Arm und Reich, Egoismus in der Gesellschaft, wirtschaftliche Rezession) sind konstant präsent, aber vergleichsweise stärker ausgeprägt. Es folgen alle Sorgen im Überblick, weiter unten werden sie nach Bereichen getrennt dargestellt.

Wie viele Sorgen machen Sie sich, dass...
 Bewertet auf einer Skala von 1 (sehr wenig Sorgen) bis
 7 (sehr viele Sorgen).
 Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



Hinweis: Sind weniger Balken zu sehen, sind die Fragen nur in einigen Wellen abgefragt worden. Die 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, Welle 8 n = 974, Welle 9 n = 987, Welle 10 n = 963), Welle 11 n = 984, Welle 12 n = 922, Welle 13 n = 881, Welle 14 n = 918, Welle 15 n = 946, Welle 16 n = 948, Welle 17 n = 942).

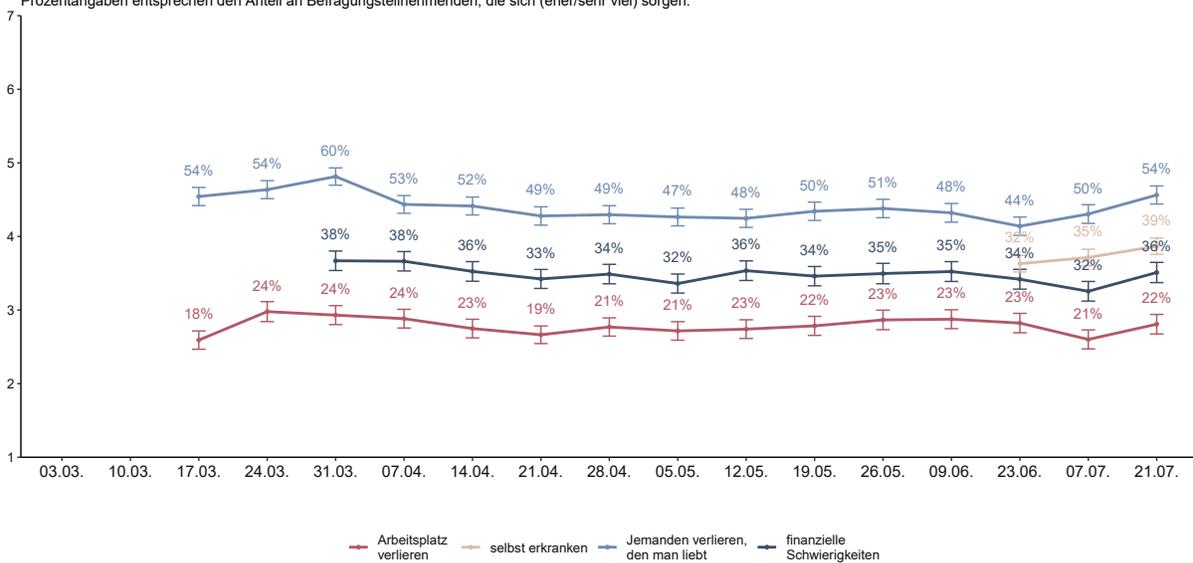
Aufgrund der jetzigen Corona-Situation, wie viele Sorgen machen Sie sich, dass ...

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

Dargestellt sind Prozentwerte: Personen, die angeben, dass sie sich (eher) Sorgen machen (Werte zwischen 5 und 7 auf einer Skala von 1 = Sehr wenig Sorgen bis 7 = Sehr viele Sorgen).

Sorgen über individuelle Folgen der Krise

Bewertet auf einer Skala von 1 (sehr wenig Sorgen) bis 7 (sehr viel Sorgen). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle. Prozentangaben entsprechen den Anteil an Befragungsteilnehmenden, die sich (eher/sehr viel) sorgen.

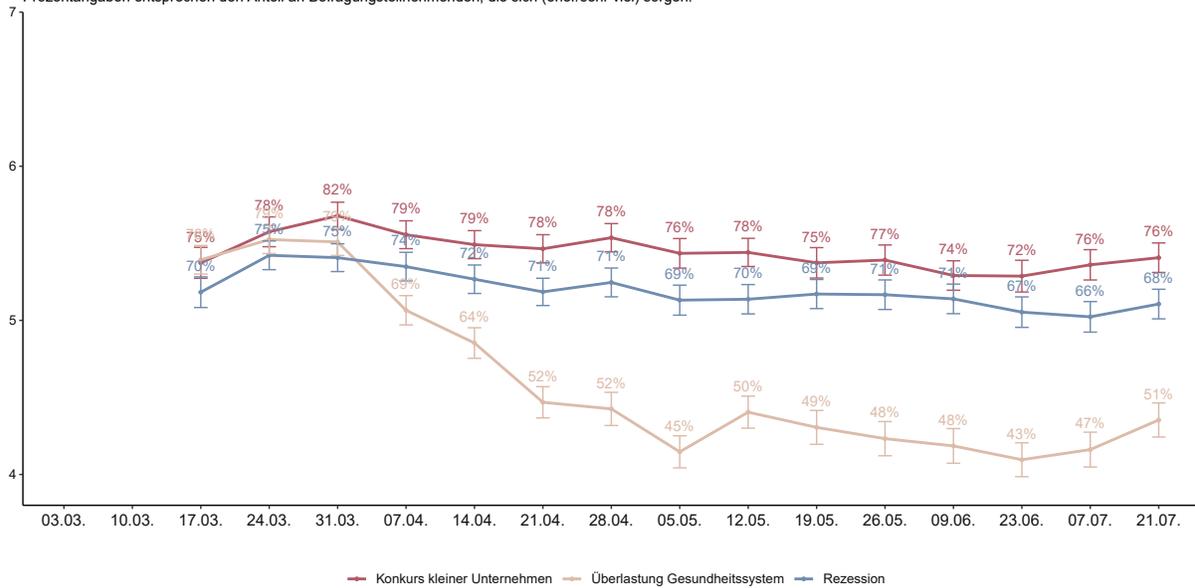


Aufgrund der jetzigen Corona-Situation, wie viele Sorgen machen Sie sich, dass ...

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

Dargestellt sind Prozentwerte: Personen, die angeben, dass sie sich (eher) Sorgen machen (Werte zwischen 5 und 7 auf einer Skala von 1 = Sehr wenig Sorgen bis 7 = Sehr viele Sorgen).

Sorgen über Wirtschafts- und Gesundheitssystem
 Bewertet auf einer Skala von 1 (sehr wenig Sorgen) bis 7 (sehr viel Sorgen). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.
 Prozentangaben entsprechen den Anteil an Befragungsteilnehmenden, die sich (eher/sehr viel) sorgen.

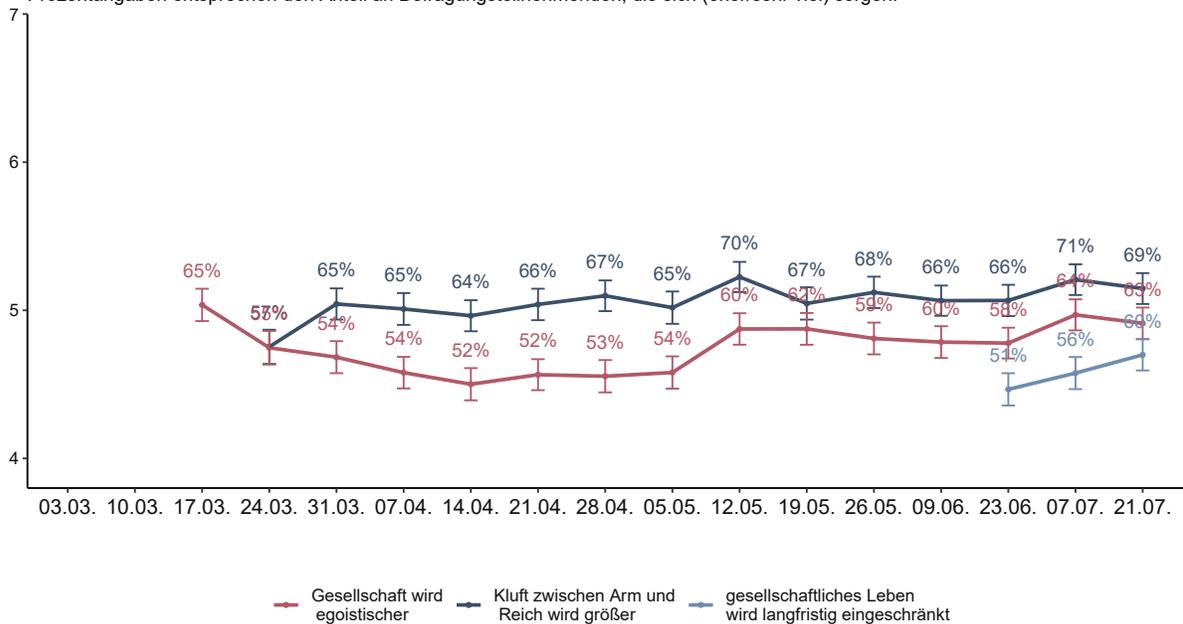


Aufgrund der jetzigen Corona-Situation, wie viele Sorgen machen Sie sich, dass ...

- die Gesellschaft egoistischer wird?
- die Kluft zwischen Arm und Reich vergrößert wird?
- das gesellschaftliche Leben langfristig eingeschränkt wird?

Dargestellt sind Prozentwerte: Personen, die angeben, dass sie sich (eher) Sorgen machen (Werte zwischen 5 und 7 auf einer Skala von 1 = Sehr wenig Sorgen bis 7 = Sehr viele Sorgen).

Sorgen über gesellschaftliche Entwicklungen
 Bewertet auf einer Skala von 1 (sehr wenig Sorgen) bis 7 (sehr viel Sorgen). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.
 Prozentangaben entsprechen den Anteil an Befragungsteilnehmenden, die sich (eher/sehr viel) sorgen.

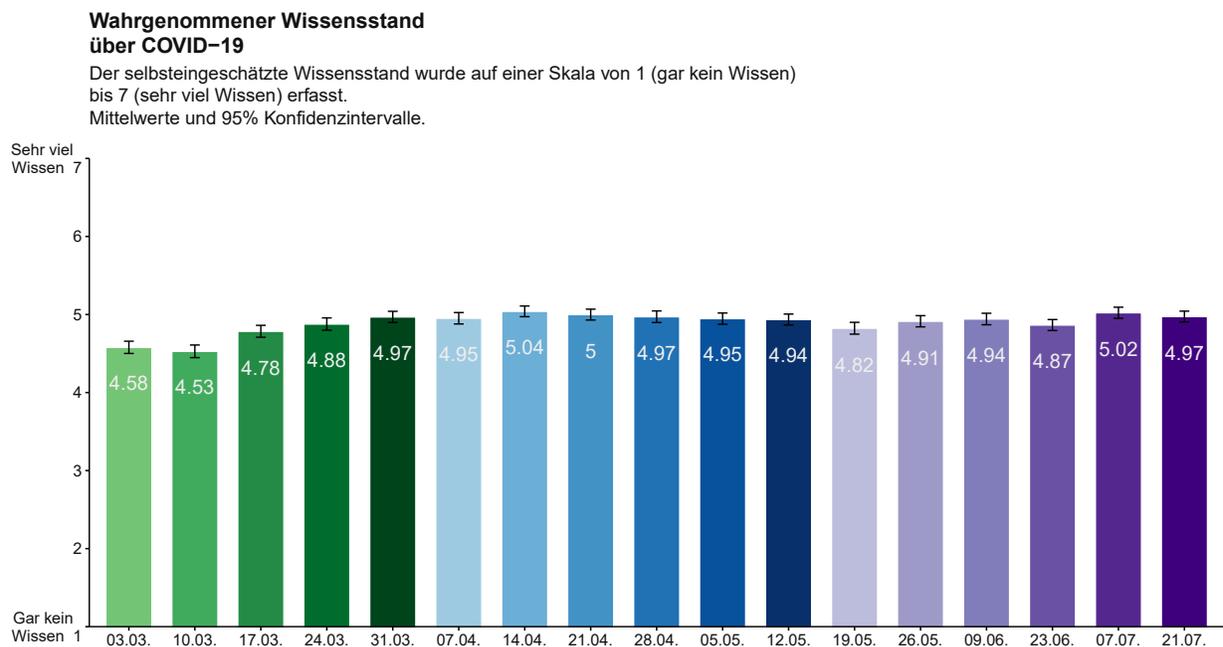


5 Wissen und Verhalten

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

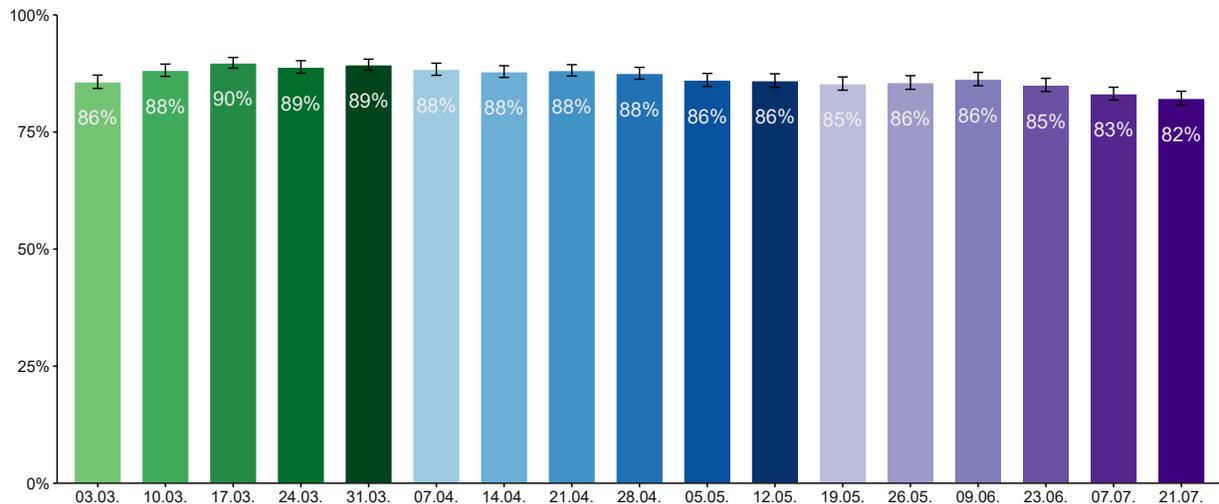
5.1 Gefühltes und echtes Wissen über COVID-19

Die folgende Grafik zeigt den aktuellen Stand und die Veränderung des selbst eingeschätzten und tatsächlichen mittleren Wissens zu COVID-19. Achtung: Selbst eingeschätztes Wissen wurde allgemein abgefragt, tatsächliches Wissen mithilfe von drei Wissensfragen zu Behandlungsoptionen, Übertragung und Inkubationszeit. Das gefühlte Wissen stieg zunächst langsam und bleibt seitdem relativ stabil. Im Vergleich zur vorherigen Erhebung ist es leicht angestiegen. Es offenbart Unsicherheiten, die möglicherweise die wissenschaftlichen Unsicherheiten spiegeln. Das tatsächliche Wissen ist relativ hoch, jedoch im Vergleich zu Anfang Juni leicht gesunken.



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).

5.2 Wirksame Schutzmaßnahmen

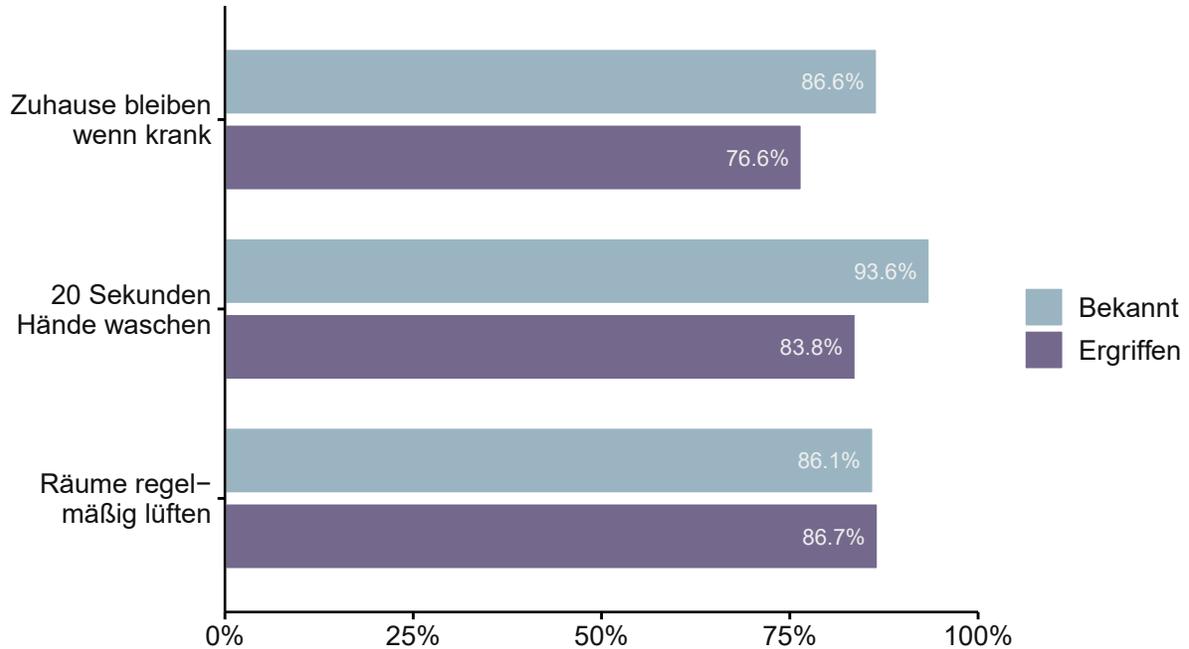
Damit wirksames Schutzverhalten ergriffen werden kann, muss dieses bekannt sein. Die Daten zeigen, dass wesentliche Schutzmaßnahmen sehr gut bekannt sind, aber immer noch nicht durchgängig ergriffen werden. Unter Betrachtung der Werte der vorherigen Erhebungswelle sind sowohl die Kenntnis als auch die Anwendungshäufigkeit für die meisten Maßnahmen gleichgeblieben, lediglich das Zuhause bleiben bei Krankheit hat in beiden Punkten leicht abgenommen.

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

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

Präventivmaßnahmen kennen und ergreifen

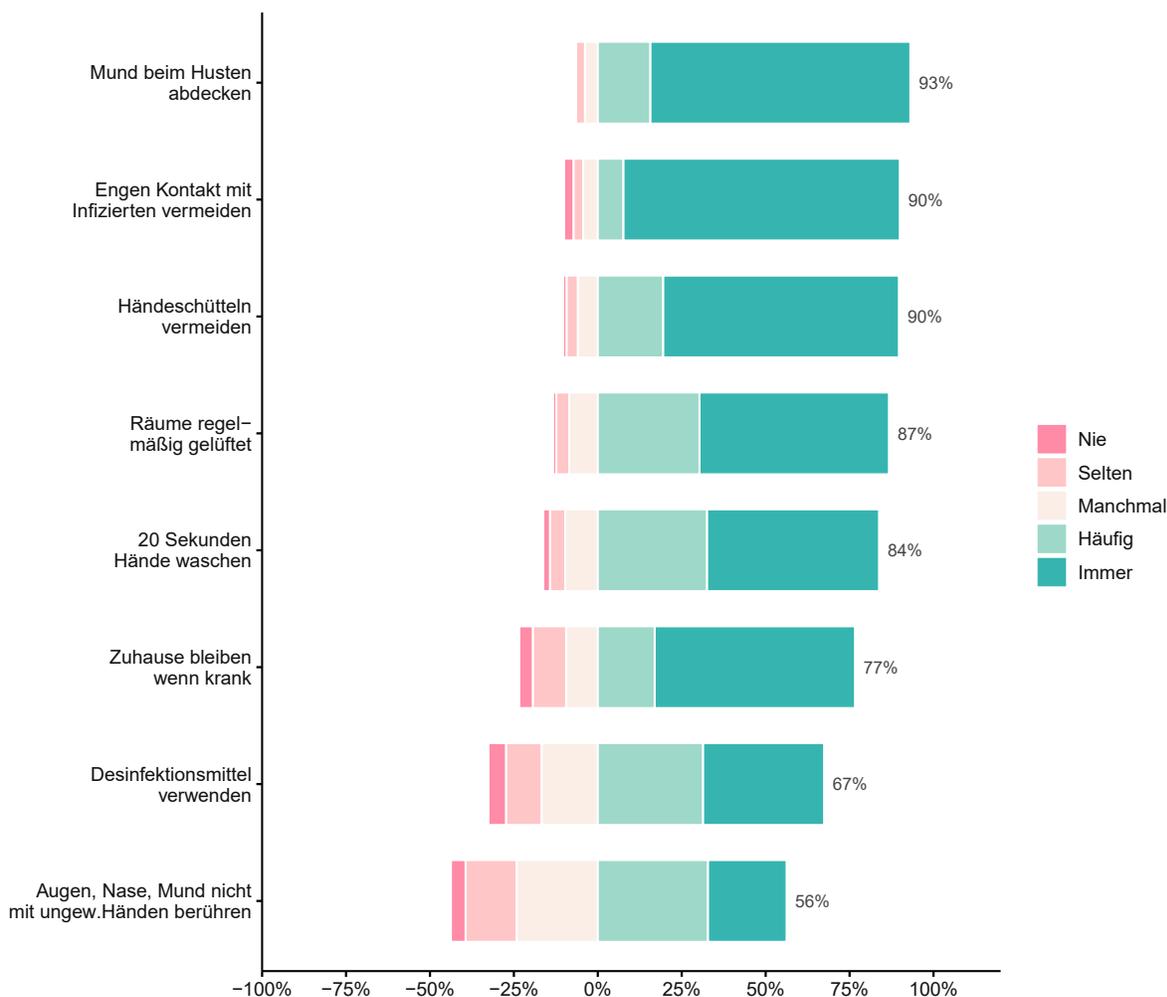
Anteil der Personen, die (a) Präventivmaßnahmen korrekt erkannt haben und (b) diese mindestens häufig einsetzen (falls anwendbar).
Ergebnisse der aktuellen Welle (21.07.20)



Im untenstehenden Diagramm ist die Häufigkeit einzelner Verhaltensweisen dargestellt.

Hinweis: Jeder Balken veranschaulicht die Häufigkeitsverteilung für jene Personen, auf die das Verhalten anwendbar ist und ergibt 100%. Je breiter ein Balkenabschnitt ist, desto mehr Personen gaben an, das Verhalten in der jeweiligen Häufigkeit ausgeführt zu haben. Die Prozentangabe auf der rechten Seite der grünen Balkenabschnitte gibt den Anteil der Personen an, die ein Verhalten „immer“ oder „häufig“ zeigen, z. B. vermeiden 90% immer oder häufig Händeschütteln. Die negativen Prozente auf der X-Achse helfen, den Anteil der Personen abzulesen, die ein Verhalten „nie“ bis „manchmal“ (rote und gelbe Balkenabschnitte) gezeigt haben, z. B. verwenden 33% nie, selten oder manchmal Desinfektionsmittel.

Häufigkeit ergriffener Präventivmaßnahmen Falls anwendbar. Ergebnisse der aktuellen Welle (21.07.20)



5.3 Offizielle Verfügungen

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

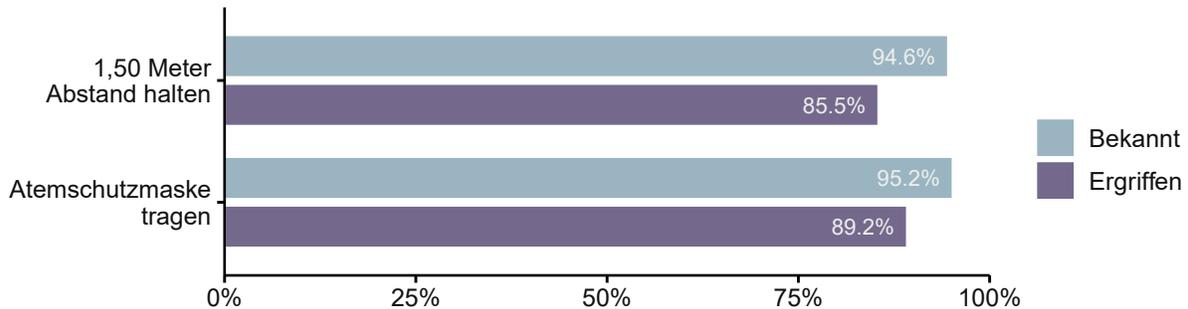
Wissen wurde erfasst als ja vs. nein/weiß nicht.

Verhalten wurde auf einer 5-stufigen Skala erfasst (nie, selten, manchmal, häufig, immer); als Personen, die das Verhalten ergriffen haben, zählen diejenigen, die mindestens häufig oder immer angegeben haben. Zur vorherigen Befragungswelle ist sowohl für die Bekanntheit als auch für die Umsetzung der offiziellen Verfügung zur Atemschutzmaske kein Unterschied festzustellen. Für die Abstandsregelung ist ein marginaler Rückgang zu verzeichnen. Weiter unten ist das Verhalten nach den Häufigkeitskategorien aufgeteilt.

Hinweis: Die Kenntnis der Verordnung "Atemschutzmaske tragen" bezieht sich auf die Situationen Einkaufen und in öffentlichen Verkehrsmitteln.

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 (21.07.20)

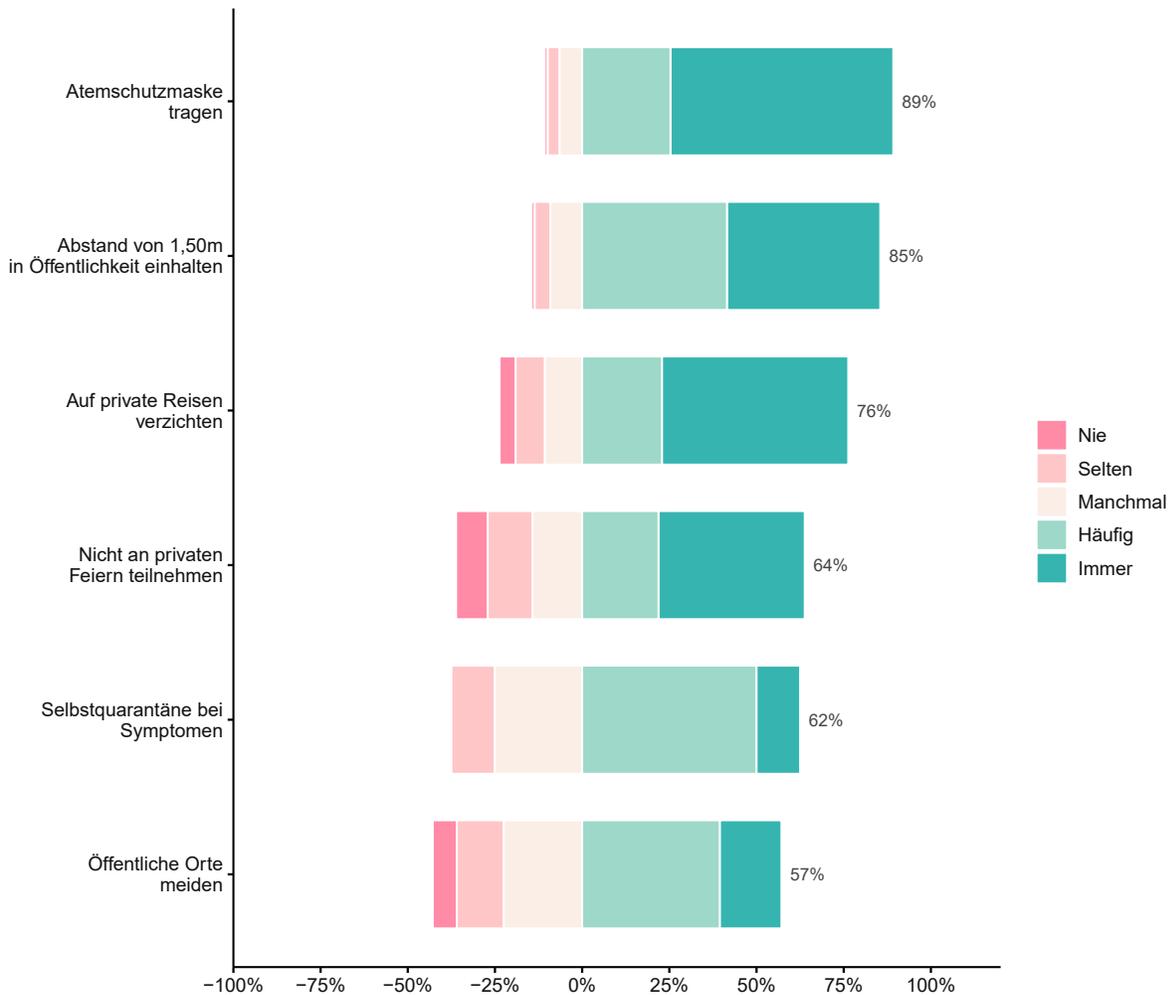


Im untenstehenden Diagramm ist die Häufigkeit einzelner Verhaltensweisen dargestellt. Im Vergleich zur letzten Befragung bleiben die Verhaltenshäufigkeiten für fast alle Werte relativ stabil. Jedoch werden private Reisen und Feiern weniger häufig gemieden. Die Selbstquarantäne bei Symptomen würden nun knapp zwei Drittel der Menschen umsetzen. Damit hat sich der Wert verglichen mit der vorherigen Erhebung nahezu verdoppelt. Die Stichprobe für die Selbstquarantäne ist starken Schwankungen unterlegen, da die Befragten die Möglichkeit haben, für das Verhalten „nicht zutreffend“ auszuwählen, falls sie keine Symptome haben.

Hinweis: Jeder Balken veranschaulicht die Häufigkeitsverteilung für jene Personen, auf die das Verhalten anwendbar ist und ergibt 100%. Je breiter ein Balkenabschnitt ist, desto mehr Personen gaben an, das Verhalten in der jeweiligen Häufigkeit ausgeführt zu haben. Die Prozentangabe auf der rechten Seite der grünen Balkenabschnitte gibt den Anteil der Personen an, die ein Verhalten „immer“ oder „häufig“ zeigen, z. B. halten 85% der Personen immer oder häufig 1,50m Abstand in der Öffentlichkeit. Die negativen Prozente auf der X-Achse helfen, den Anteil der Personen abzulesen, die ein Verhalten „nie“ bis „manchmal“ (rote und gelbe Balkenabschnitte) gezeigt haben, z. B. meiden 43% nie, selten oder manchmal öffentliche Orte.

Häufigkeit des Verhaltens gemäß offizieller Verordnungen

Falls anwendbar. Ergebnisse der aktuellen Welle (21.07.20)

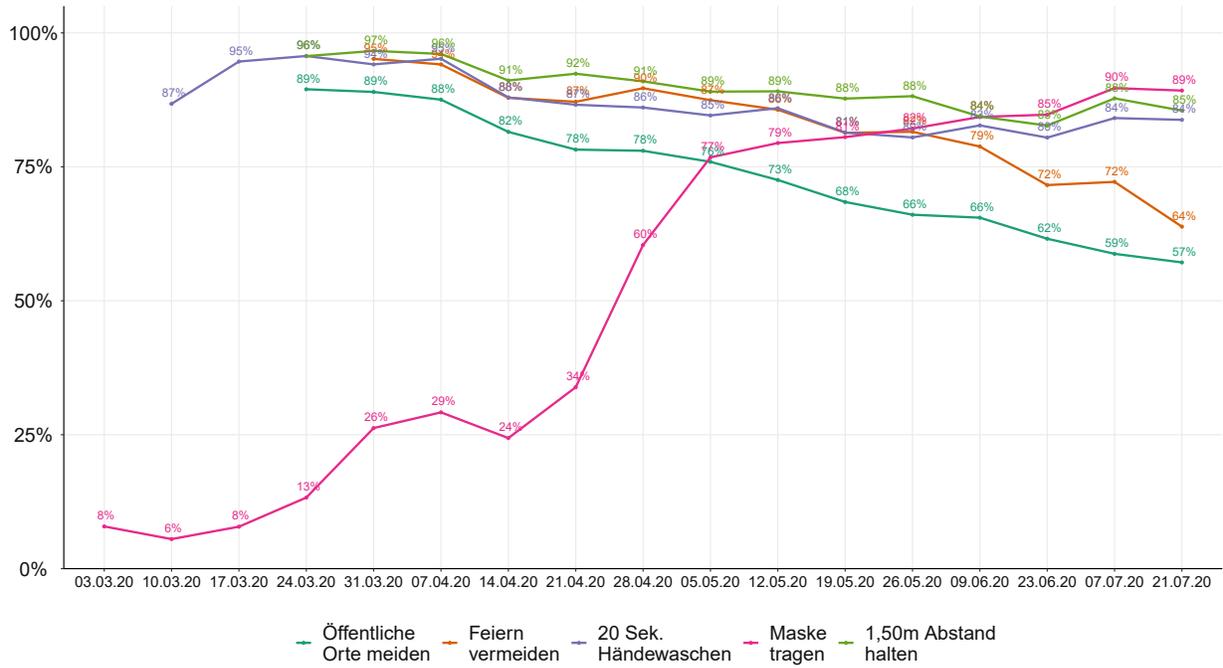


5.4 Verhalten im Zeitverlauf

Die selbstberichtete Umsetzung einzelner Maßnahmen sind im Vergleich zur vorherigen Befragung leicht gesunken. Maßnahmen, die mit offiziellen Verfügungen in Verbindung gebracht werden, wie das Tragen von Atemschutzmasken sowie Abstandhalten, sind relativ stabil geblieben. Hingegen meiden zunehmend weniger Befragungsteilnehmende private Feiern und öffentliche Orte.

Präventionsverhalten: Maßnahmen ergreifen

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

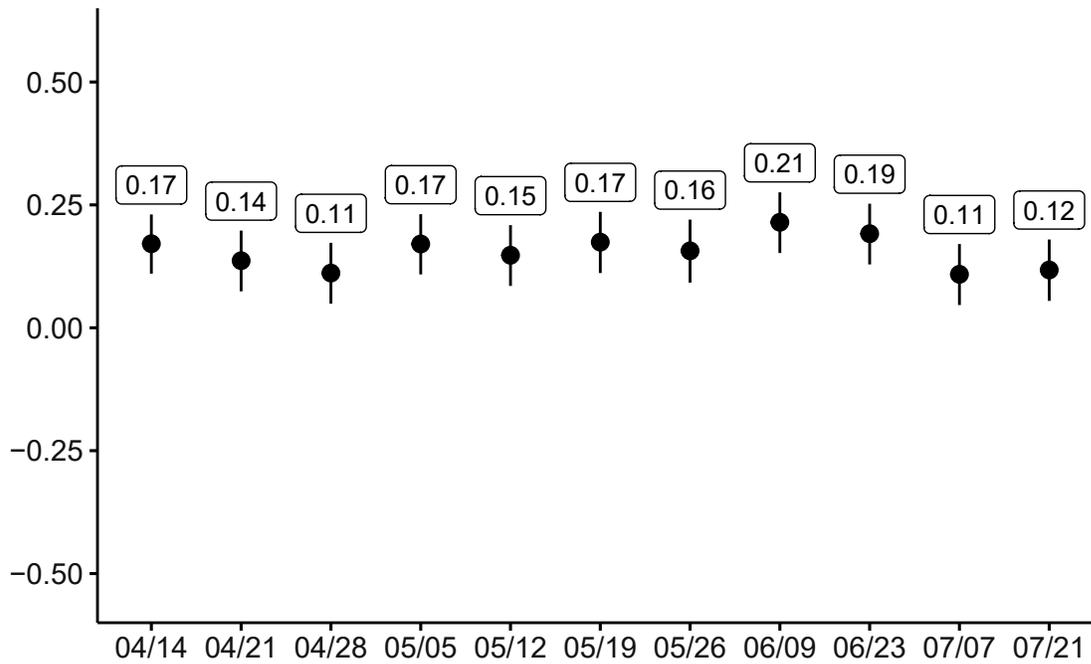


5.5 Zusammenhang zwischen Schutzverhalten und Vertrauen

5.5.1 Zusammenhang zwischen Vertrauen in die Wissenschaft und Schutzverhalten

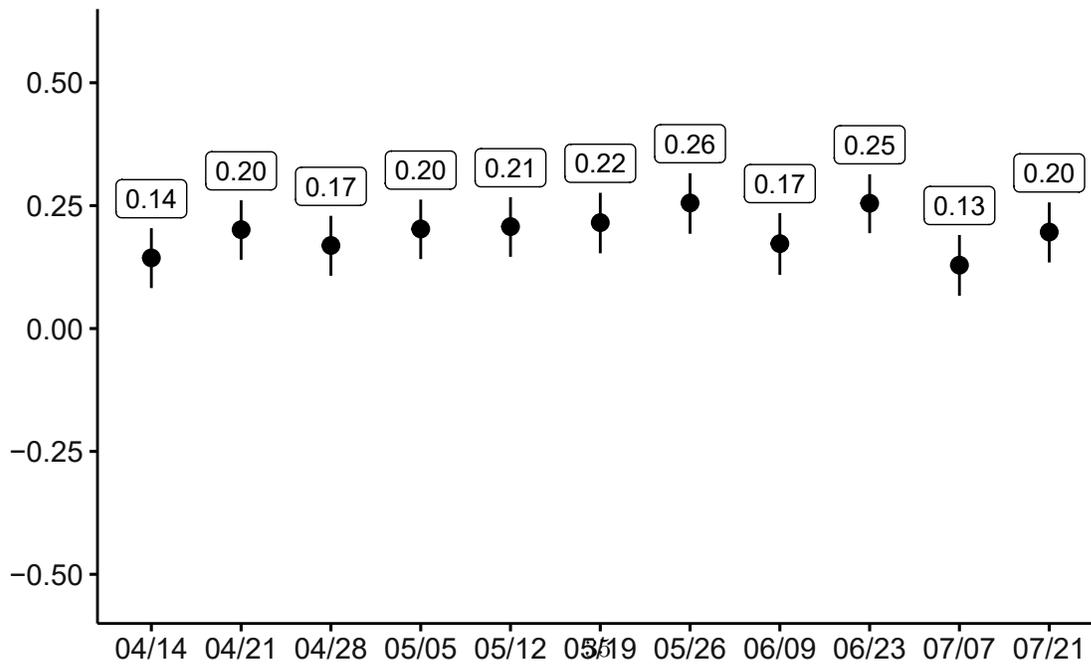
Zusammenhang zwischen Vertrauen in die Wissenschaft und Händewaschen

Korrelationskoeffizienten und 95% Konfidenzintervalle



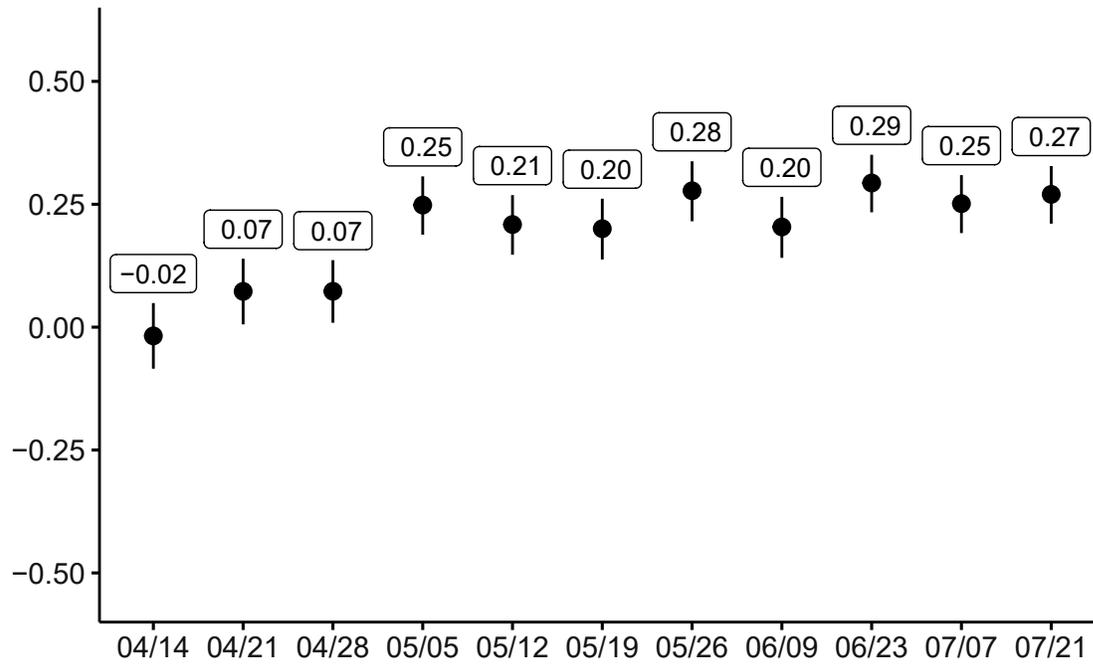
Zusammenhang zwischen Vertrauen in die Wissenschaft und Abstand halten

Korrelationskoeffizienten und 95% Konfidenzintervalle



Zusammenhang zwischen Vertrauen in die Wissenschaft und Atemschutzmaske tragen

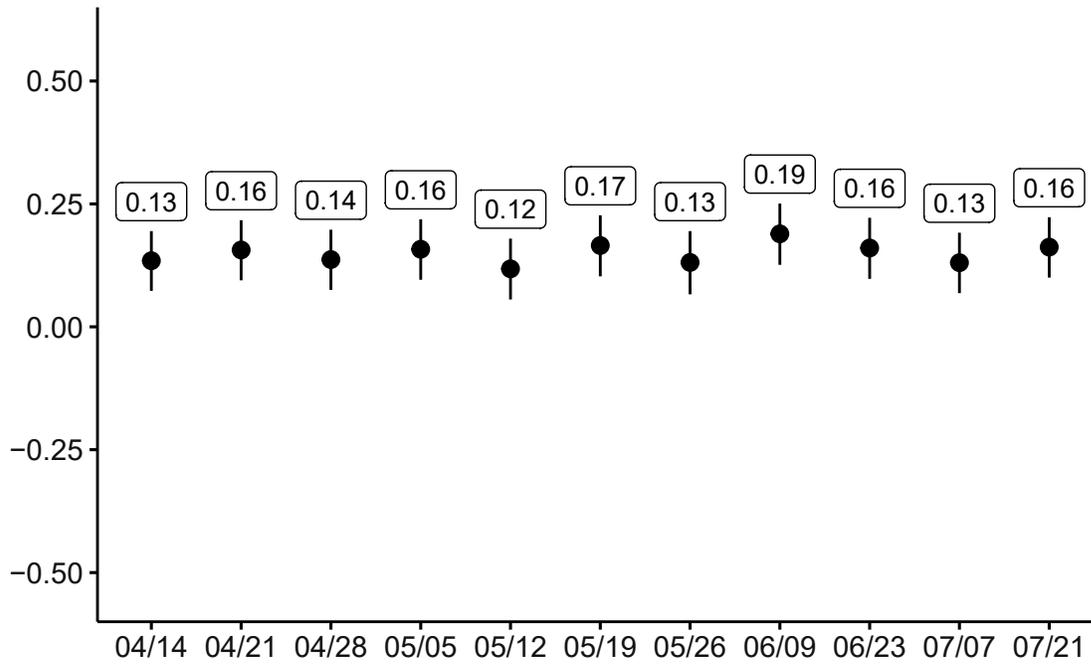
Korrelationskoeffizienten und 95% Konfidenzintervalle



5.5.2 Zusammenhang zwischen Vertrauen in die Regierung und Schutzverhalten

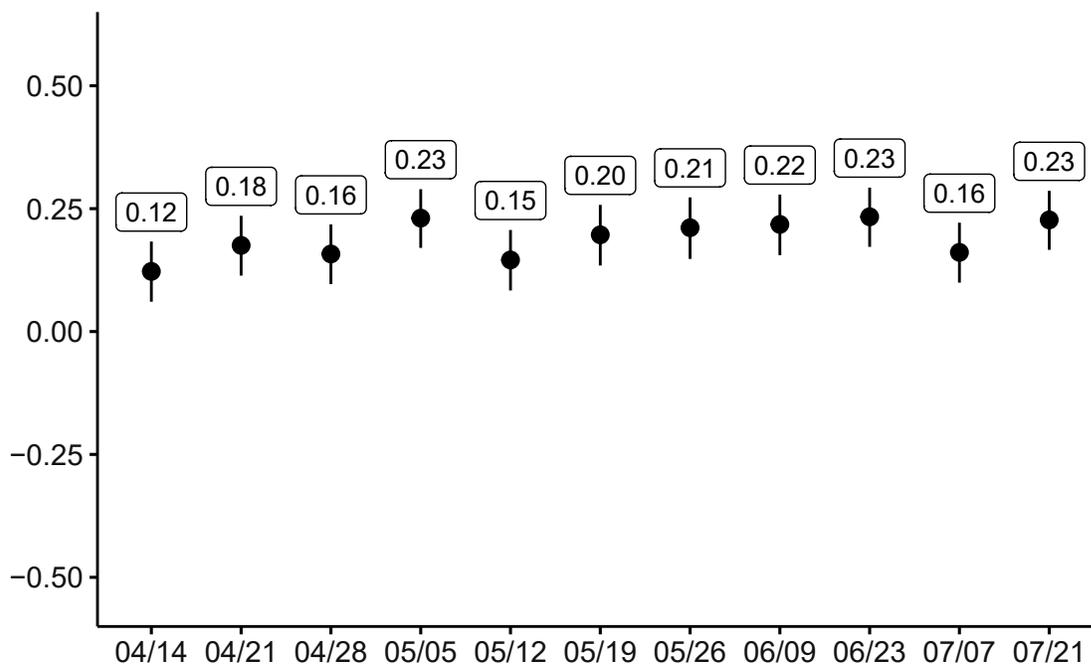
Zusammenhang zwischen Vertrauen in die Regierung und Händewaschen

Korrelationskoeffizienten und 95% Konfidenzintervalle



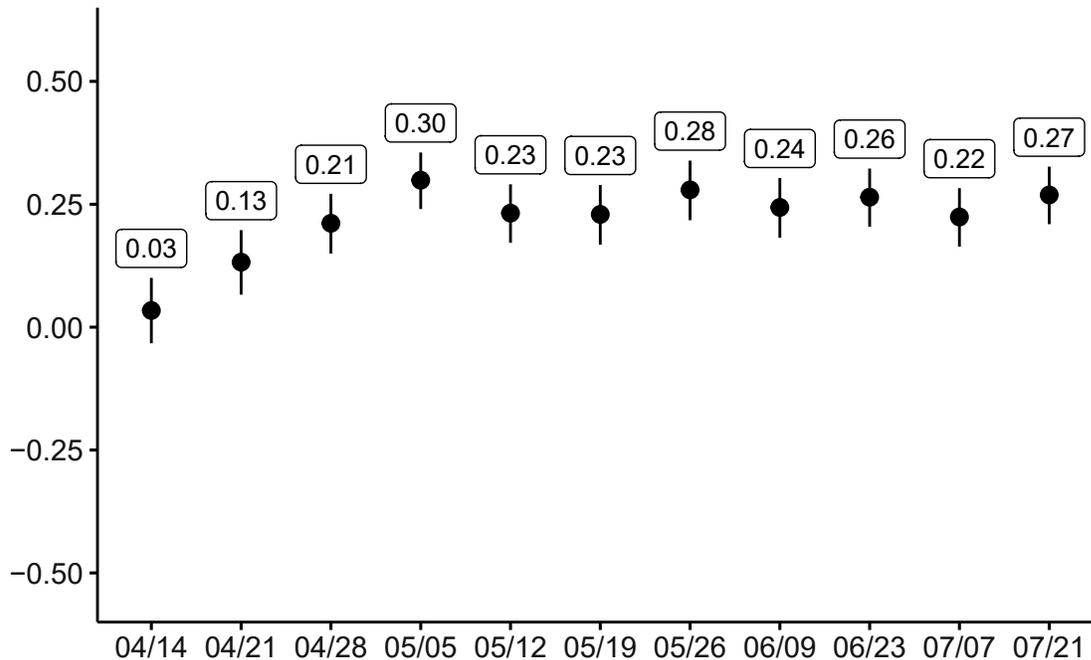
Zusammenhang zwischen Vertrauen in die Regierung und Abstand halten

Korrelationskoeffizienten und 95% Konfidenzintervalle



Zusammenhang zwischen Vertrauen in die Regierung und Atemschutzmaske tragen

Korrelationskoeffizienten und 95% Konfidenzintervalle



5.6 Gründe dafür, die AHA-Regeln nicht umzusetzen

AHA: Atemschutzmaske tragen

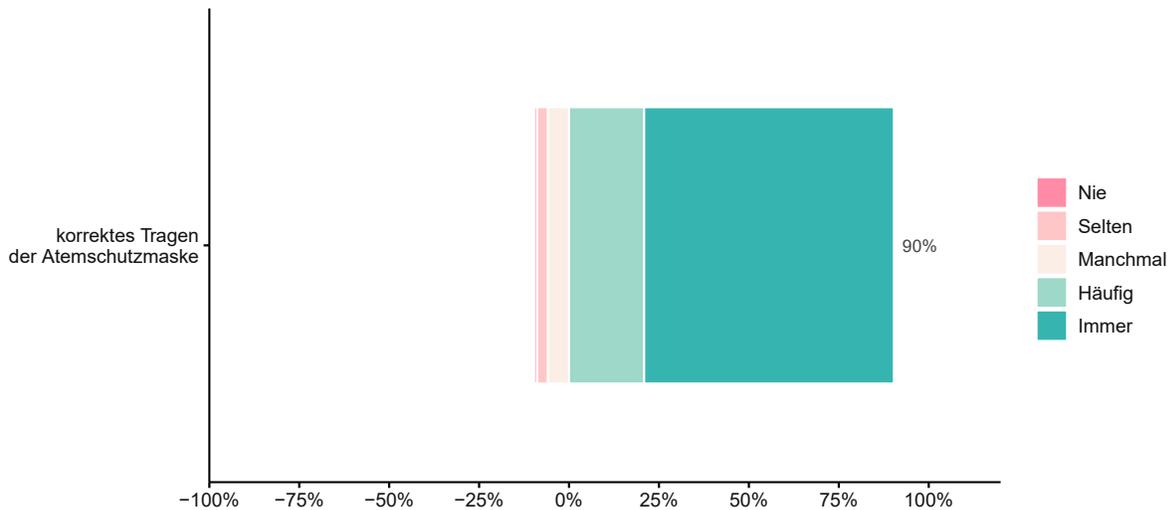
- 89.2 % tragen häufig oder immer eine Maske, 0.9 % nie (nur falls zutreffend).

Die am häufigsten angegebenen Gründe, warum nicht immer eine Atemschutzmaske getragen wurde (nur Personen, die “nie”, “selten” oder “manchmal” angegeben haben; $n = 107$) sind, dass dies nicht immer notwendig war, da beispielsweise der Mindestabstand eingehalten werden konnte oder man sich in keinem geschlossenen Raum aufgehalten hat sowie die beeinträchtigte Luftzufuhr unter der Maske, die mit Atemproblemen verbunden ist.

- 90.3 % tragen häufig oder immer so die Maske, dass Mund UND Nase bedeckt sind, 0.8 % nie (nur falls zutreffend).

Atemschutzmaske tragen, so dass Mund und Nase vollständig bedeckt sind

Falls anwendbar. Ergebnisse der aktuellen Welle (21.07.20)



Die am häufigsten angegebenen Gründe, warum nicht immer eine Atemschutzmaske so getragen wurde, dass Mund UND Nase bedeckt sind (nur Personen, die “nie”, “selten” oder “manchmal” angegeben haben; n = 96) sind, dass das Atmen unter der Maske schwerfällt sowie dass die Brille beschlägt.

AHA: Hände waschen

- 83.8 % waschen sich häufig oder immer 20 Sekunden die Hände (nur falls zutreffend).

Die am häufigsten angegebenen Gründen, warum nicht immer 20 Sekunden lang die Hände gewaschen wurden (nur Personen, die “nie”, “selten” oder “manchmal” angegeben haben; n = 161) sind Zeitmangel und Unachtsamkeit. Auch wurde häufig angegeben, dass die Hände stattdessen oder zusätzlich desinfiziert wurden. Im häuslichen Umfeld wird das 20-sekündige Händewaschen als nicht notwendig erachtet und ist ein weiterer Grund.

AHA: Abstand halten

- 85.5 % halten häufig oder immer 1.5m Abstand (nur falls zutreffend).

Der am häufigsten angegebenen Grund, warum nicht immer Abstand gehalten wurde (nur Personen, die “nie”, “selten” oder “manchmal” angegeben haben; n = 143) ist, dass es nicht immer möglich war den Abstand zu halten. Dabei wurde insbesondere auf die begrenzten räumlichen Verhältnisse beim Einkaufen, bei der Arbeit oder in den öffentlichen Nahverkehrsmitteln, aber auch auf die Unachtsamkeit anderer Menschen Bezug genommen.

6 Informationsverhalten

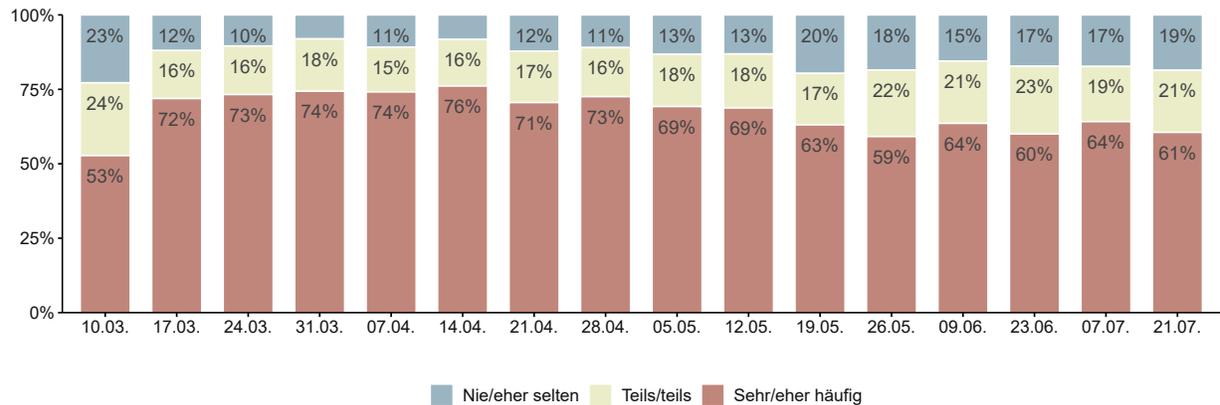
Um nachvollziehen zu können, wie die Bevölkerung sich zum Thema Corona informiert, diese Informationen wahrnimmt und gegebenenfalls auf ihre Handlungsweisen überträgt, wurden verschiedene Aspekte des Informationsverhaltens erfragt.

6.1 Häufigkeit

Es wurde erhoben, wie häufig sich Personen zum Thema informieren. Seit Mitte April geht die Häufigkeit der Informationssuche zurück und ist über die letzten Wochen relativ stabil.

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

Erhoben ab Welle 2 (10.03.2020).

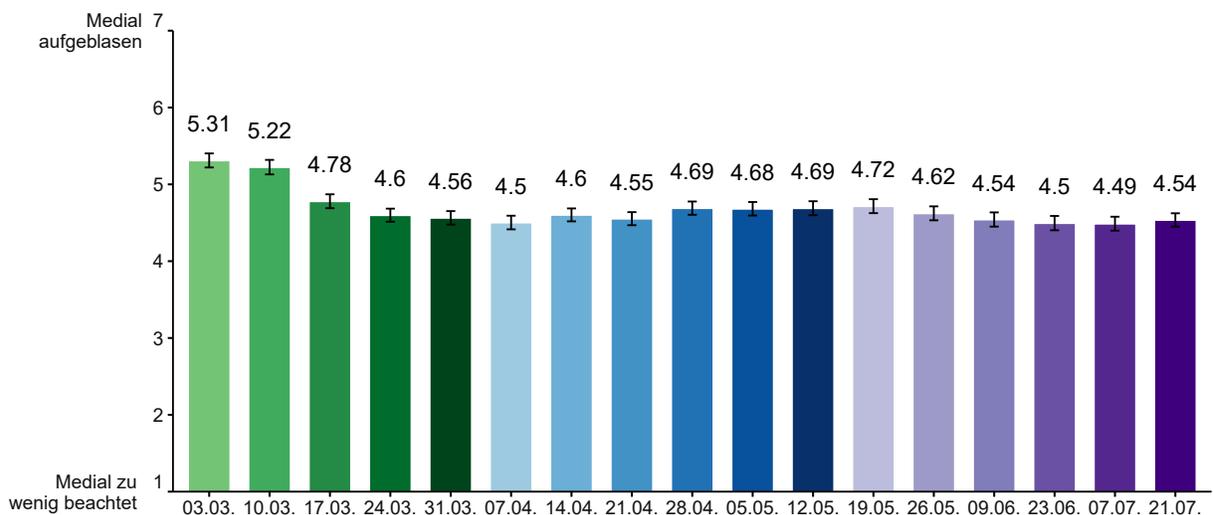


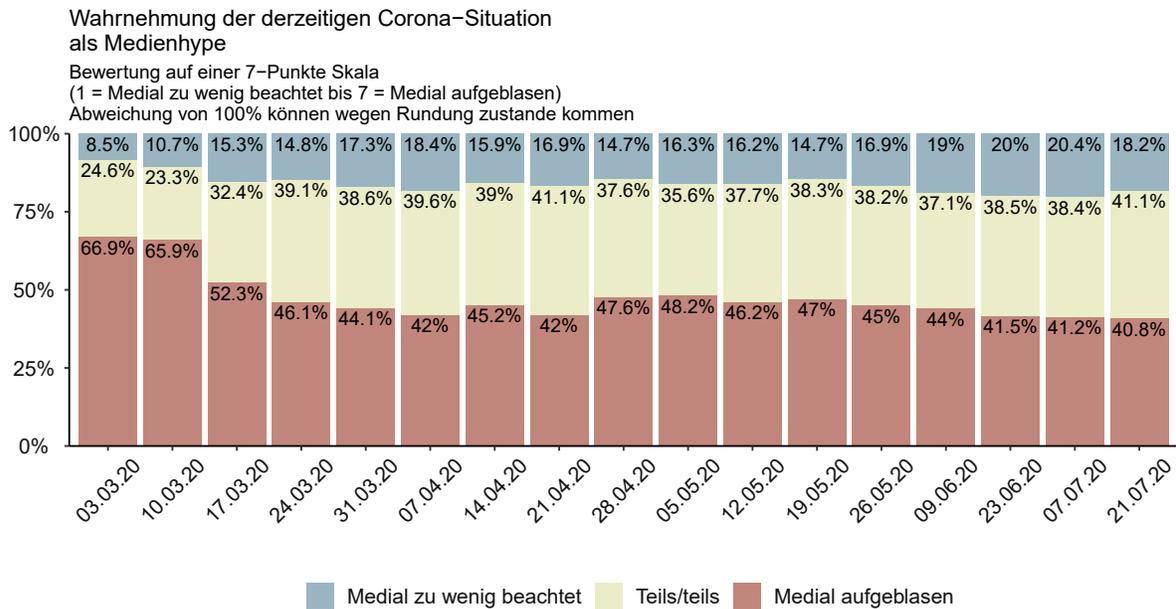
6.2 Corona als Medien-Hype

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

Das neuartige Coronavirus ist für mich...

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle





7 Vertrauen

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

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

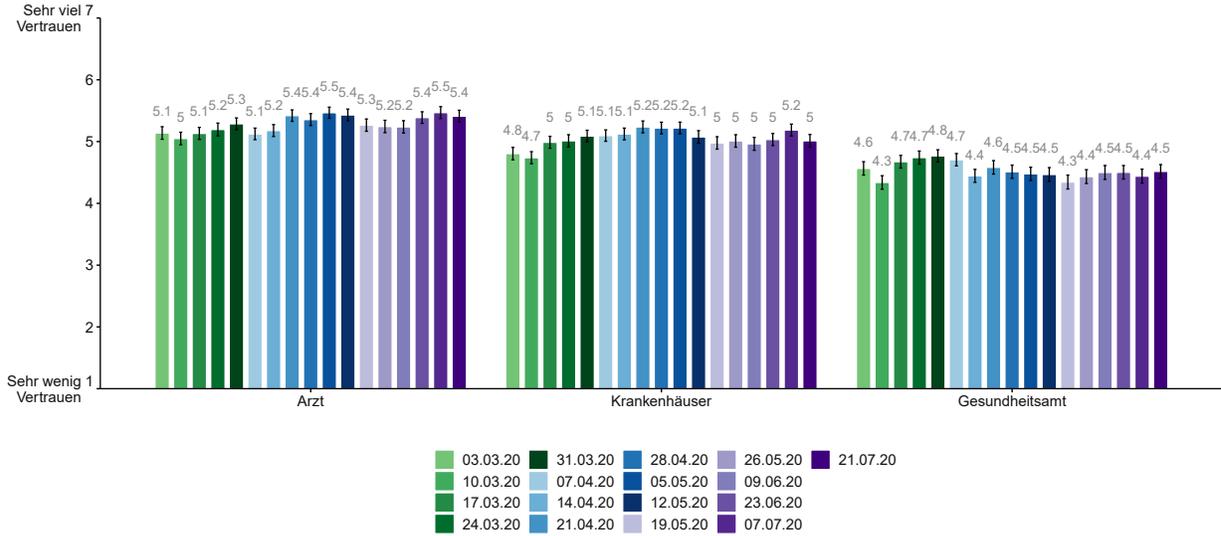
Das Vertrauen in die Wissenschaft, die Bundesregierung und die WHO ist relativ stabil, während das Vertrauen in Behörden, den Gesundheitssektor und die Medien leichten Schwankungen unterliegt. Im Vergleich zur vorherigen zeichnen sich in dieser Welle kaum Veränderungen ab. Das Vertrauen in Krankenhäuser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

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

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

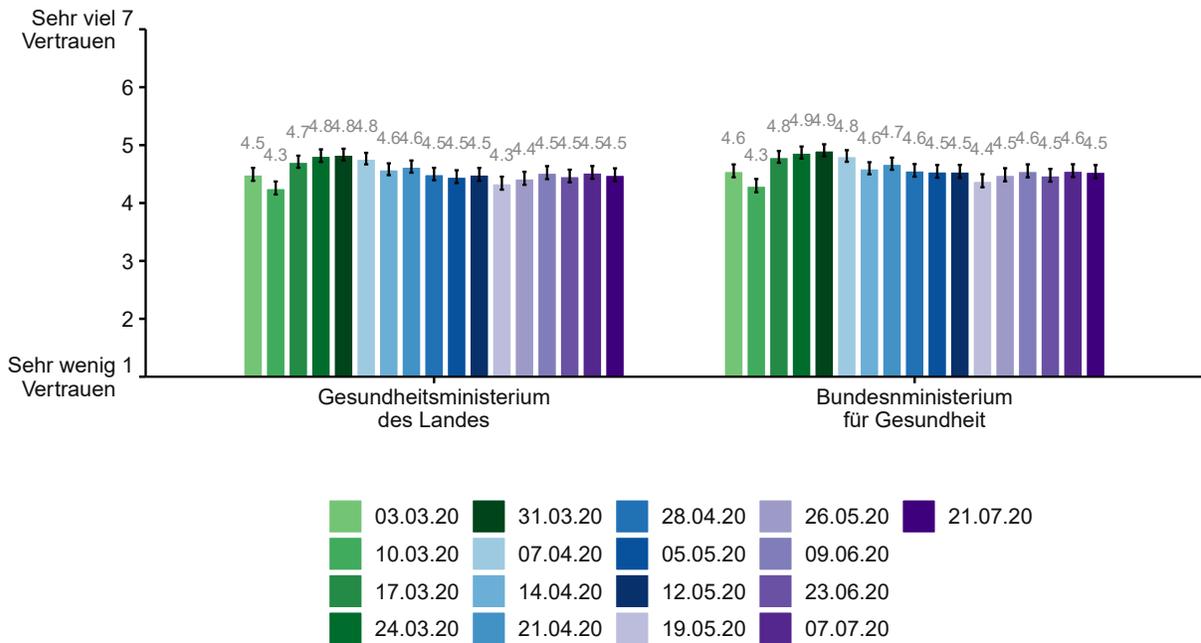
Vertrauen (1): Gesundheitssektor

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



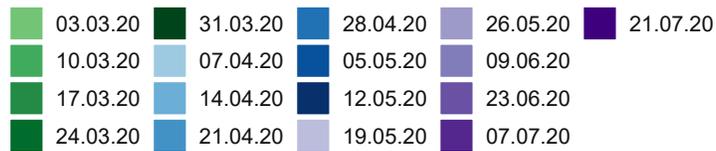
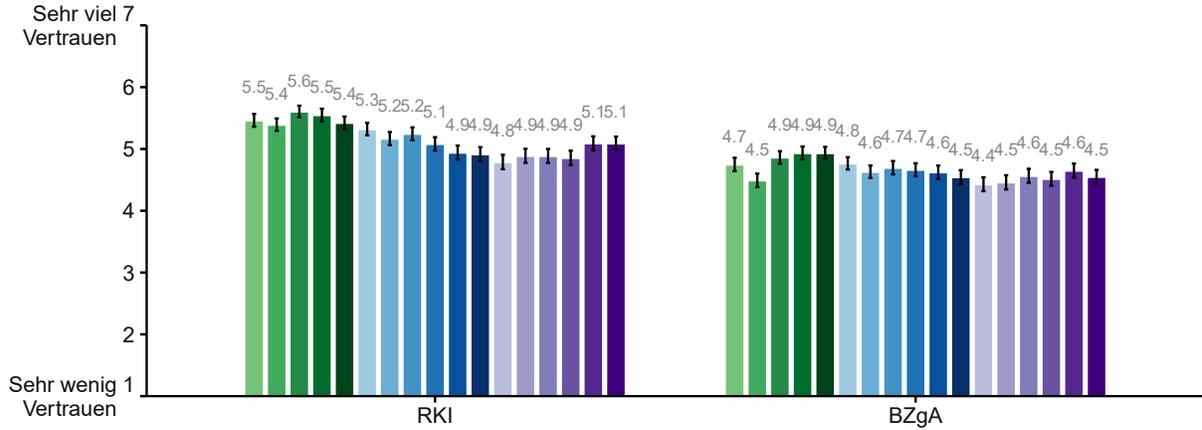
Vertrauen (2): Behörden

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



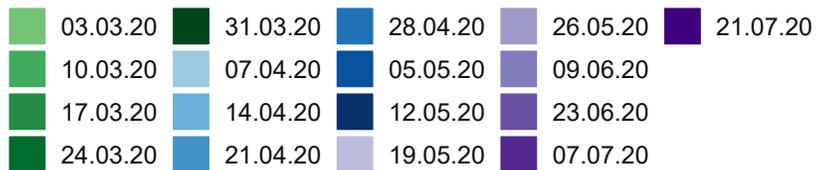
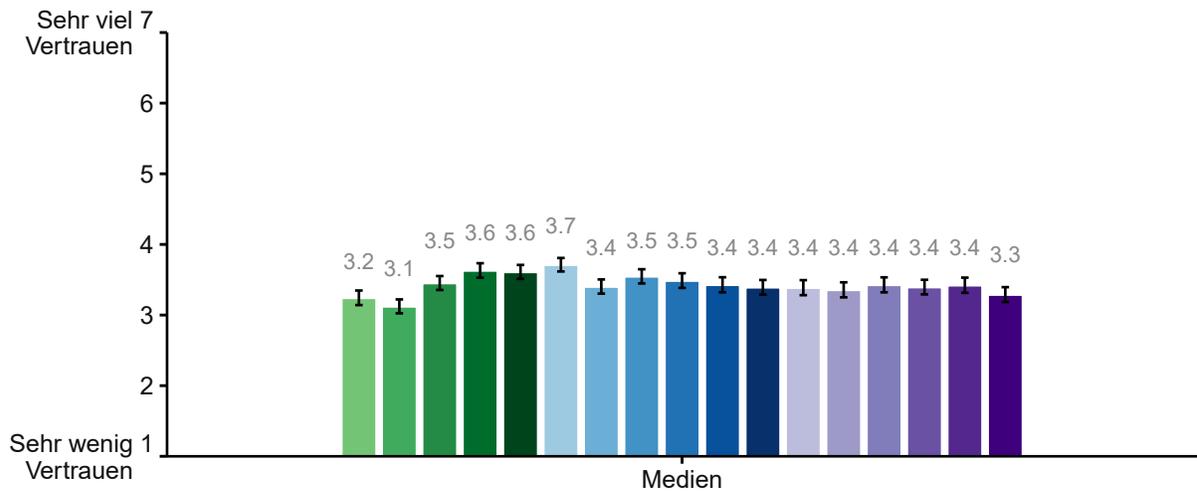
Vertrauen (2): Behörden

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



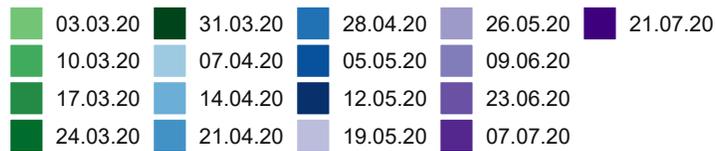
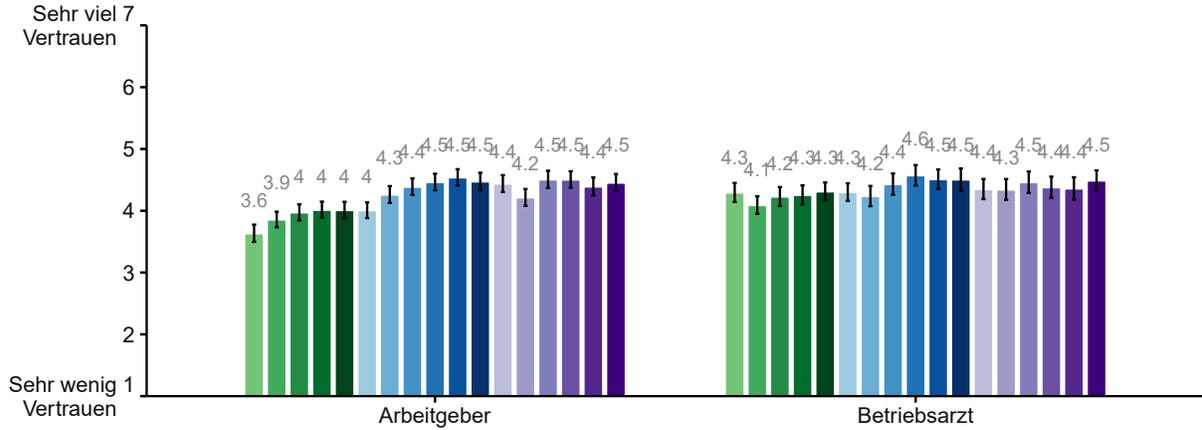
Vertrauen (3): Medien

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



Vertrauen (4): Arbeitsumwelt

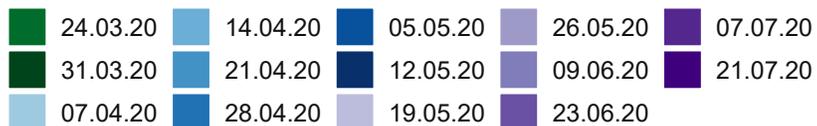
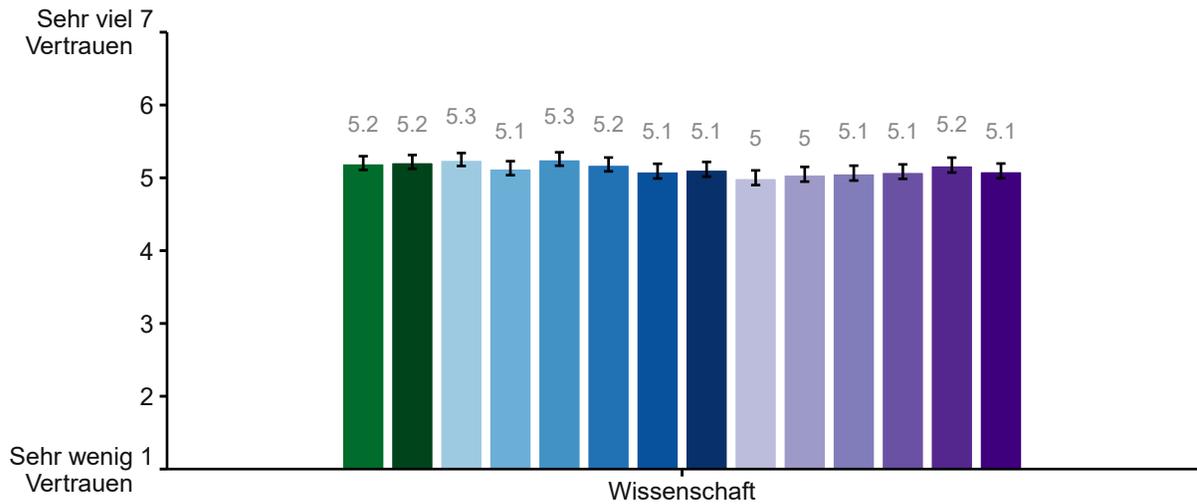
Bewertet auf einer Skala von 1 (sehr wenig Vertrauen) bis 7 (sehr viel Vertrauen)
(Falls anwendbar). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



Vertrauen (5): Wissenschaft

Ab Welle 4 erhoben.

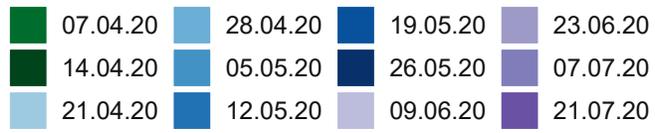
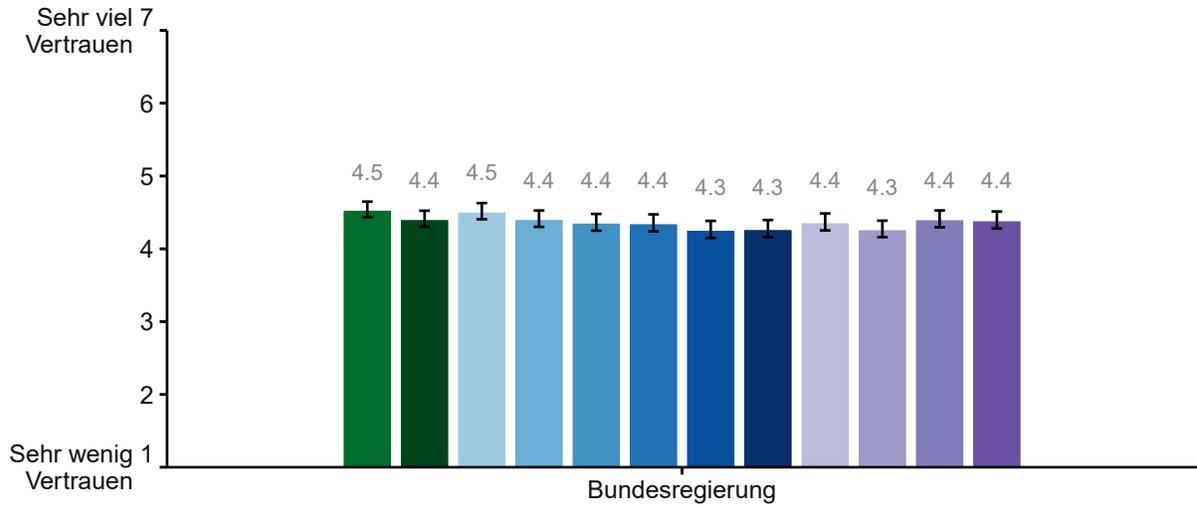
Bewertet auf einer Skala von 1 (sehr wenig Vertrauen) bis 7 (sehr viel Vertrauen). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



Vertrauen (6): Bundesregierung

Ab Welle 6 erhoben.

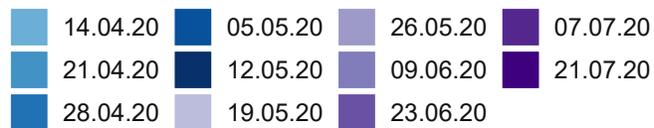
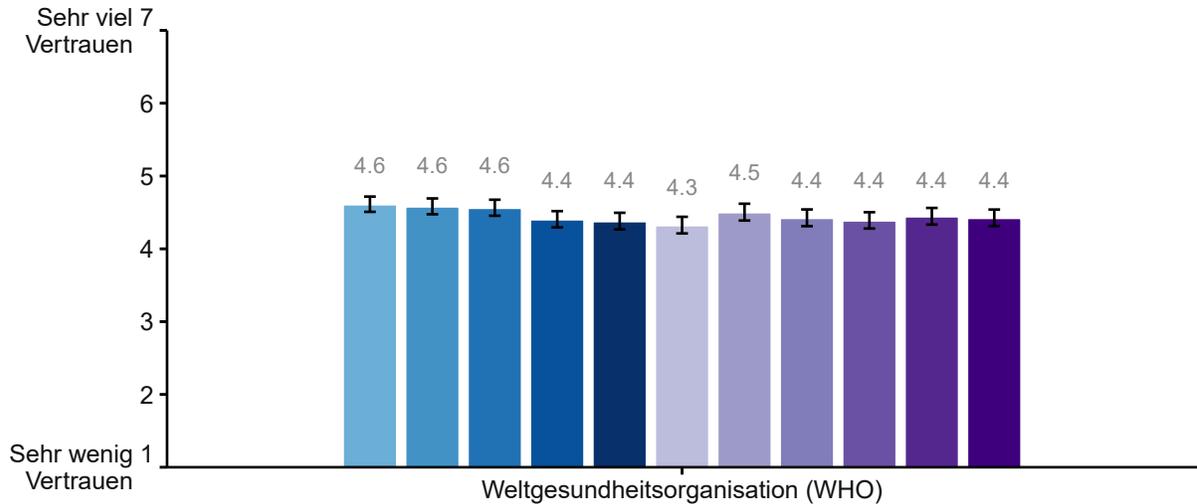
Bewertet auf einer Skala von 1 (sehr wenig Vertrauen) bis 7 (sehr viel Vertrauen). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



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.

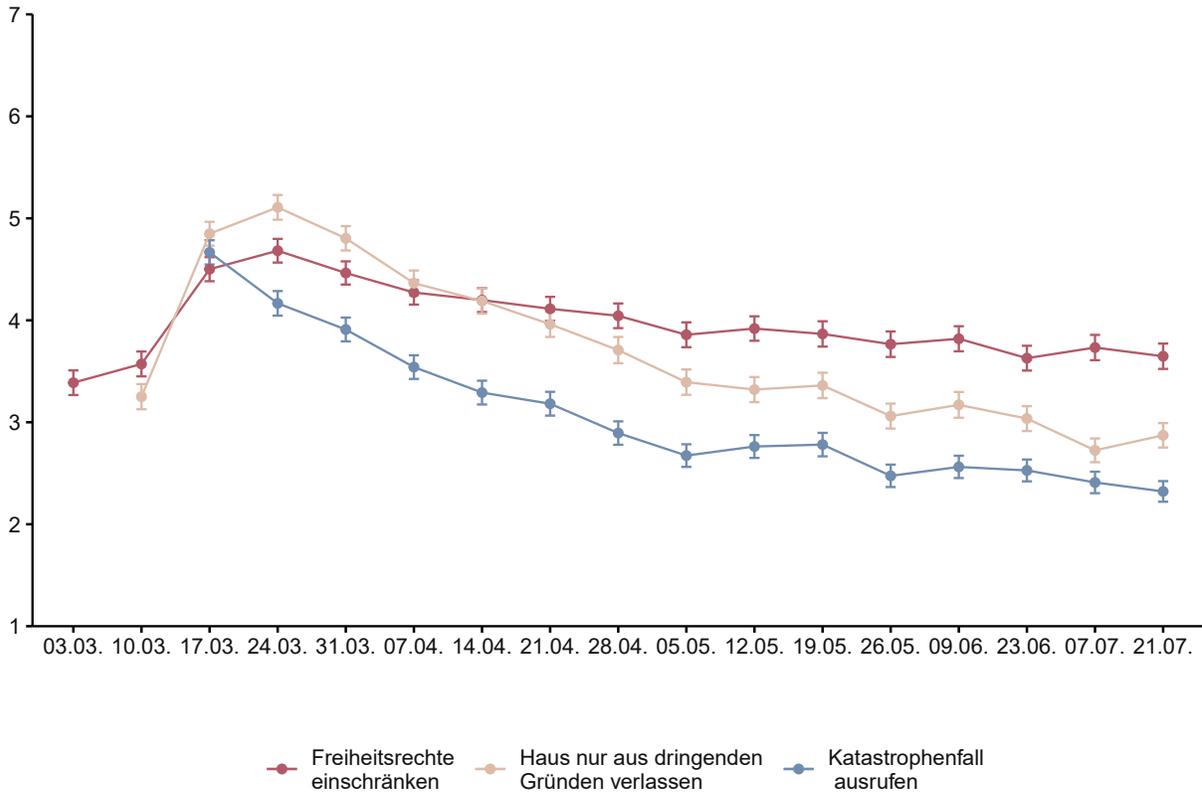


8 Akzeptanz der Maßnahmen

Für viele Maßnahmen gilt: Die Akzeptanz ist Mitte März sprunghaft gestiegen, ging langsam wieder zurück und blieb über die letzten vier Wochen relativ stabil. Die Akzeptanz, das Haus nur aus dringenden Gründen zu verlassen, ist seit der letzten Erhebungswelle wieder marginal angestiegen.

Akzeptanz stark einschränkender Maßnahmen

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



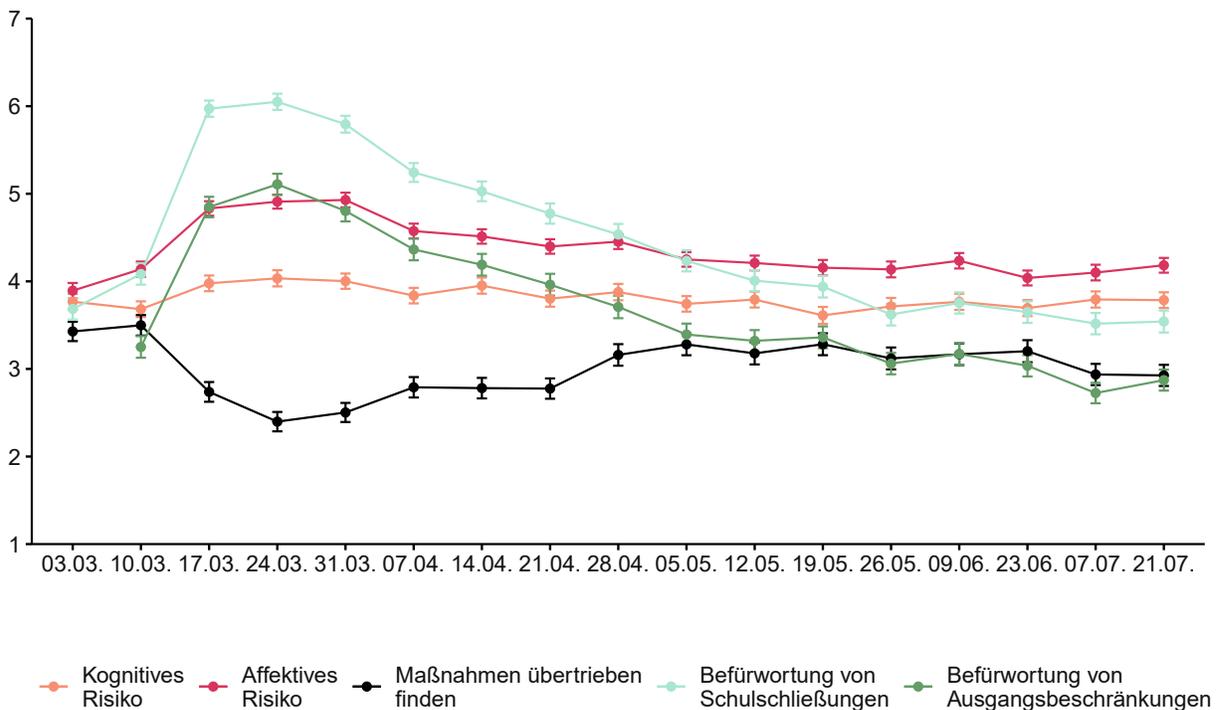
Striktere Reglementierungen für betroffene Gebiete werden nach wie vor eher befürwortet. Personen nach überwandener Krankheit für gesellschaftlich relevante Aufgaben in die Pflicht zu nehmen oder den Zugang zum Internet zu beschränken wird weiterhin eher abgelehnt. Während die Einschränkung persönlicher Freiheitsrechte und dem Zugang zum Internet sowie dem Ausrufen des Katastrophenfalls marginal nachlassen, steigt die Zustimmung zur Maskenpflicht in öffentlichen Bereichen wieder tendenziell an.

8.1 Risikowahrnehmung und Akzeptanz der Maßnahmen

Die Kognitive Risikowahrnehmung (orange), also das Bewusstsein für die Möglichkeit sich anzustecken, und die Affektive Risikowahrnehmung (Angst, Sorge, dauernd daran denken; rot), bleiben insgesamt relativ stabil. Die Zustimmung zu Ausgangsbeschränkungen sinkt seit deren Einführung (grün) und hat inzwischen das Ausgangslevel von vor deren Einführung erreicht. Unter Betrachtung der letzten Befragungswelle ist der Wert dazu weiter abgefallen, ebenso wie weniger Personen die Maßnahmen für übertrieben halten. Die Befürwortung von Schulschließungen unterliegt leichten Schwankungen auf niedrigem Niveau (türkis).

Veränderung von Risikowahrnehmung und Einschätzung von Maßnahmen

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



Das affektive Risiko hängt stärker mit der Akzeptanz der Maßnahmen zusammen, wie die folgenden Korrelationen zwischen Risikowahrnehmung und der Akzeptanz von Maßnahmen zeigen (zum aktuellen Erhebungszeitpunkt).

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

Kognitive Risikowahrnehmung und ...

- Ablehnung der Maßnahmen: -0.24
- Vorsorglich sollten Gemeinschaftseinrichtungen wie Schulen oder Kindergärten geschlossen werden: 0.21
- Es sollte nur noch aus beruflichen, gesundheitlichen oder dringenden Gründen erlaubt sein, sein Haus zu verlassen: 0.21

- Affektives Risiko: 0.44

Affektive Risikowahrnehmung und ...

- Ablehnung der Maßnahmen: -0.42
- Vorsorglich sollten Gemeinschaftseinrichtungen wie Schulen oder Kindergärten geschlossen werden: 0.28
- Es sollte nur noch aus beruflichen, gesundheitlichen oder dringenden Gründen erlaubt sein, sein Haus zu verlassen: 0.25

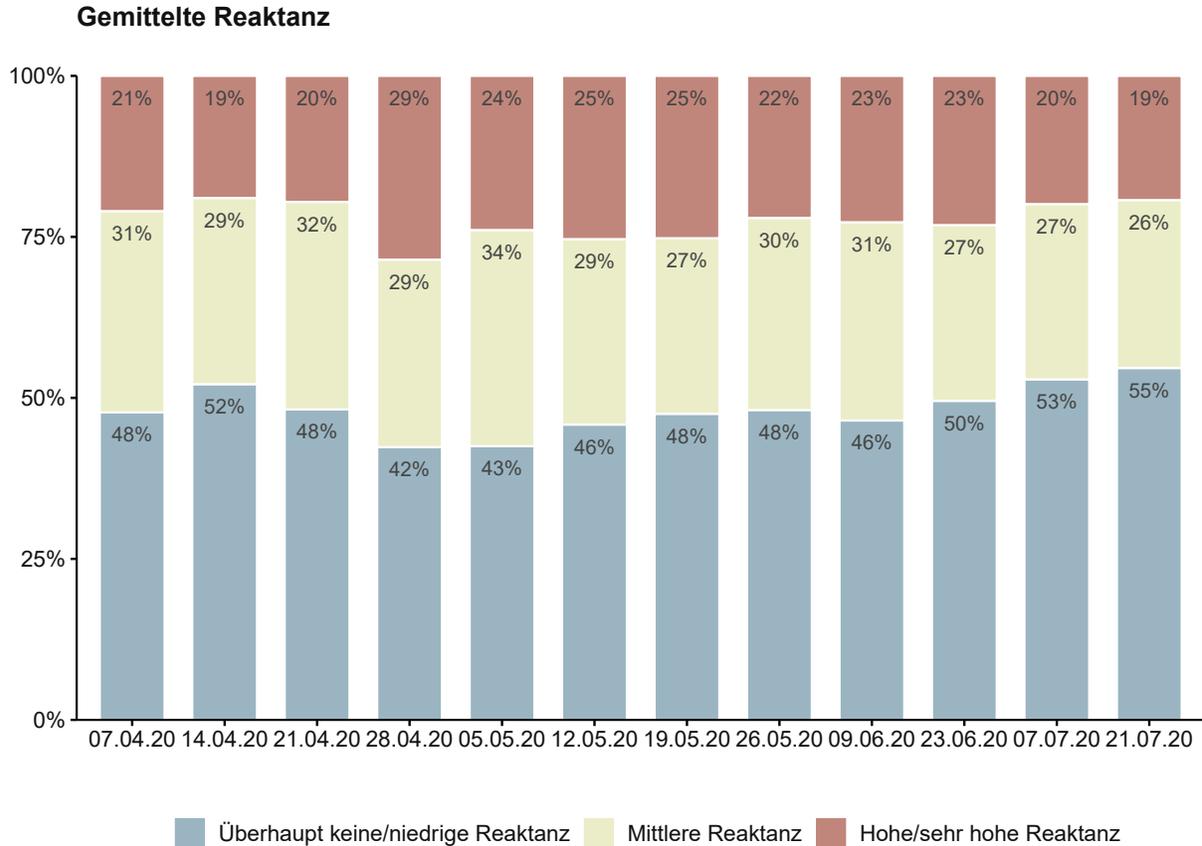
8.2 Reaktanz

Seit Welle 6 wurden die Teilnehmenden befragt, inwiefern sie die verordneten Maßnahmen als ärgerlich, frustrierend und störend empfinden. Außerdem gaben die Befragten an, ob sie sich durch die ergriffenen Maßnahmen in ihrer persönlichen Freiheit eingeschränkt sehen. Dies wird zusammengefasst und als Reaktanz bezeichnet. Reaktanz war insgesamt eher niedrig bis mittelmäßig ausgeprägt (aktuelle Woche: auf einer 7-Punkte Skala $M = 3.17$).

Reaktanz durch die Maßnahmen ist über die letzten Wochen insgesamt etwas zurückgegangen, was möglicherweise auf die Lockerung zurückzuführen ist: Ähnlich zur letzten Befragung empfinden 19% (eher oder viel) Ärger, Frust und Wut aufgrund der Maßnahmen. Für den Anteil derer, die kaum oder keine Reaktanz angeben, ist ein Aufwärtstrend erkennbar.

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

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



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

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

Reaktanz und ...

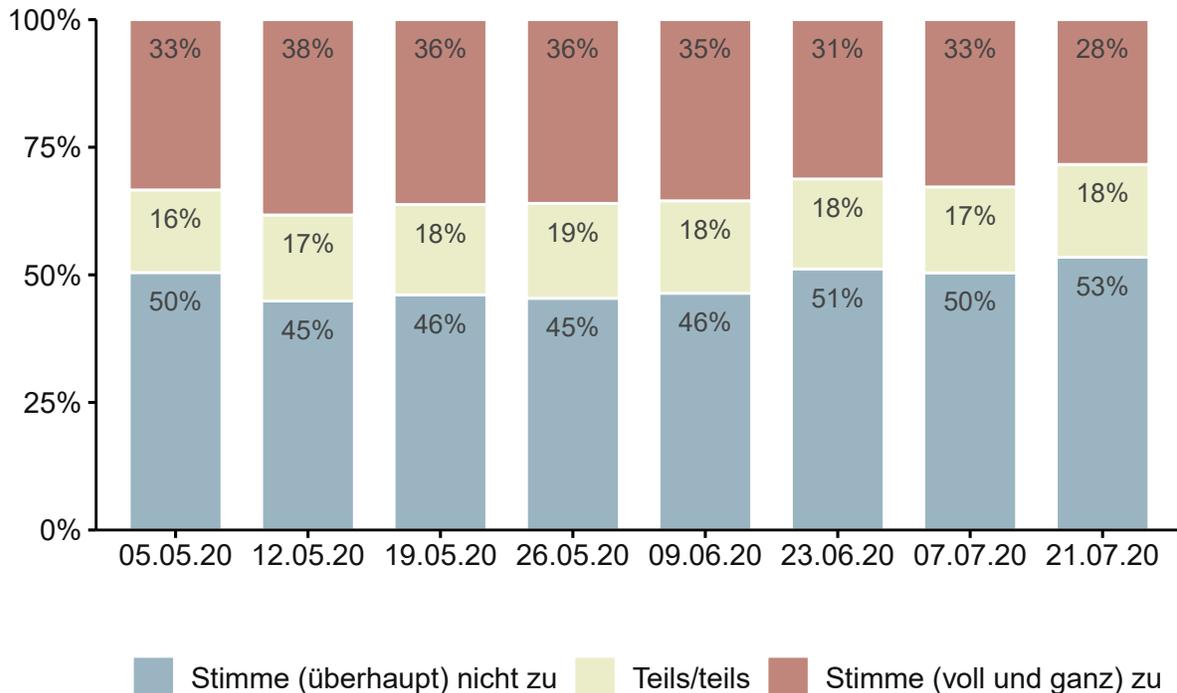
- das Wissen über wirksame Schutzmaßnahmen: -0.28
- die ausgeführten Maßnahmen: -0.29
- die ergriffenen Maßnahmen übertrieben finden: 0.64
- Vertrauen in die Bundesregierung: -0.46
- Vertrauen in das RKI : -0.48

9 Lockerungsmaßnahmen

Bewertung der Lockerungsmaßnahmen

28.4 % finden die Lockerungsmaßnahmen (eher) übertrieben. Der Anteil ist im Vergleich zur letzten Befragungswelle gesunken.

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



9.1 Maßnahmen vs. Lockerungen übertrieben finden

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

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

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

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

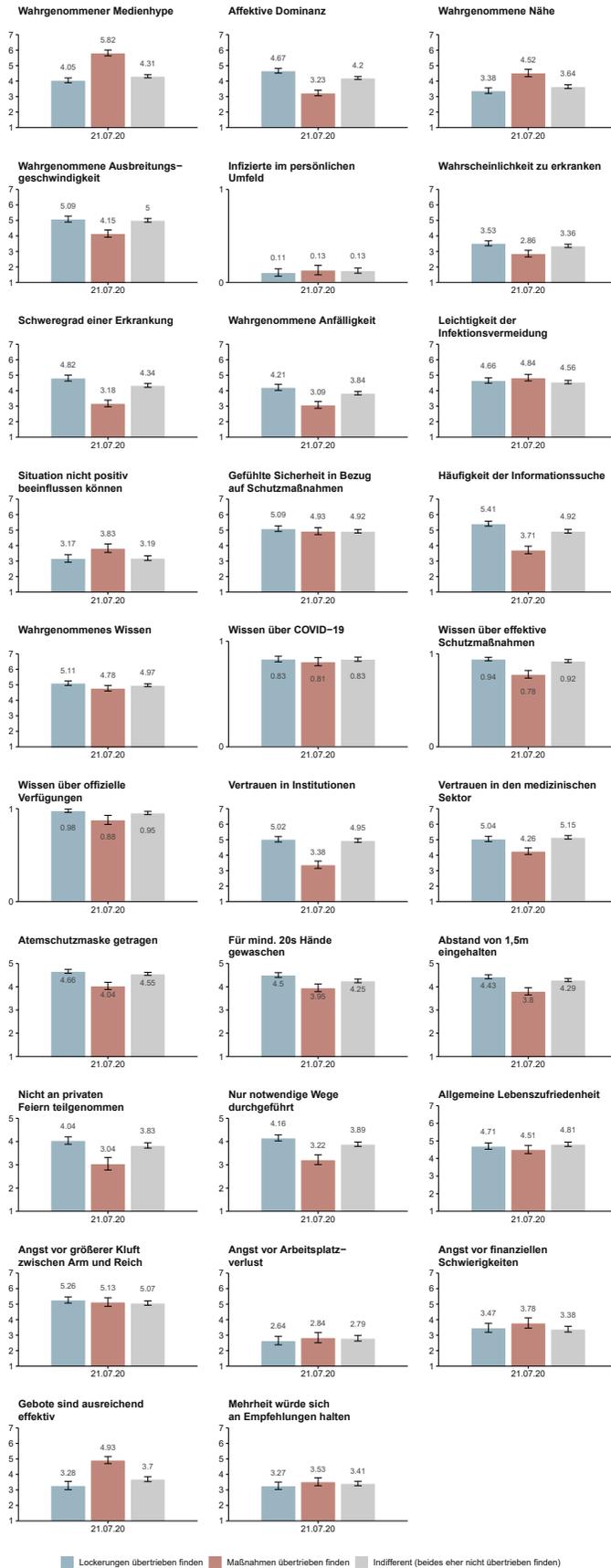
Wer jedoch denkt, die Maßnahmen sind übertrieben, unterscheidet sich auf fast allen Variablen von den anderen Personen: dieses Fünftel der Befragten ist schlechter informiert, vertraut den Behörden weniger, fühlt ein geringeres Risiko, nimmt den Ausbruch als einen Medien-Hype wahr und hängt eher Verschwörungstheorien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

Außerdem empfindet diese Gruppe Verhaltensempfehlungen als ausreichend und geht auch davon aus, dass die Mehrheit der Personen diese befolgen würden. Zugleich haben diese Menschen jedoch in den letzten Wochen ein geringeres Schutzverhalten gezeigt als die anderen Befragten, also beispielsweise weniger auf private Feiern verzichtet, seltener den Mindestabstand eingehalten und weniger häufig eine Schutzmaske getragen. Über die letzten Befragungen hinweg blieben die erhobenen Werte relativ konstant.

Demografische Unterschiede

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

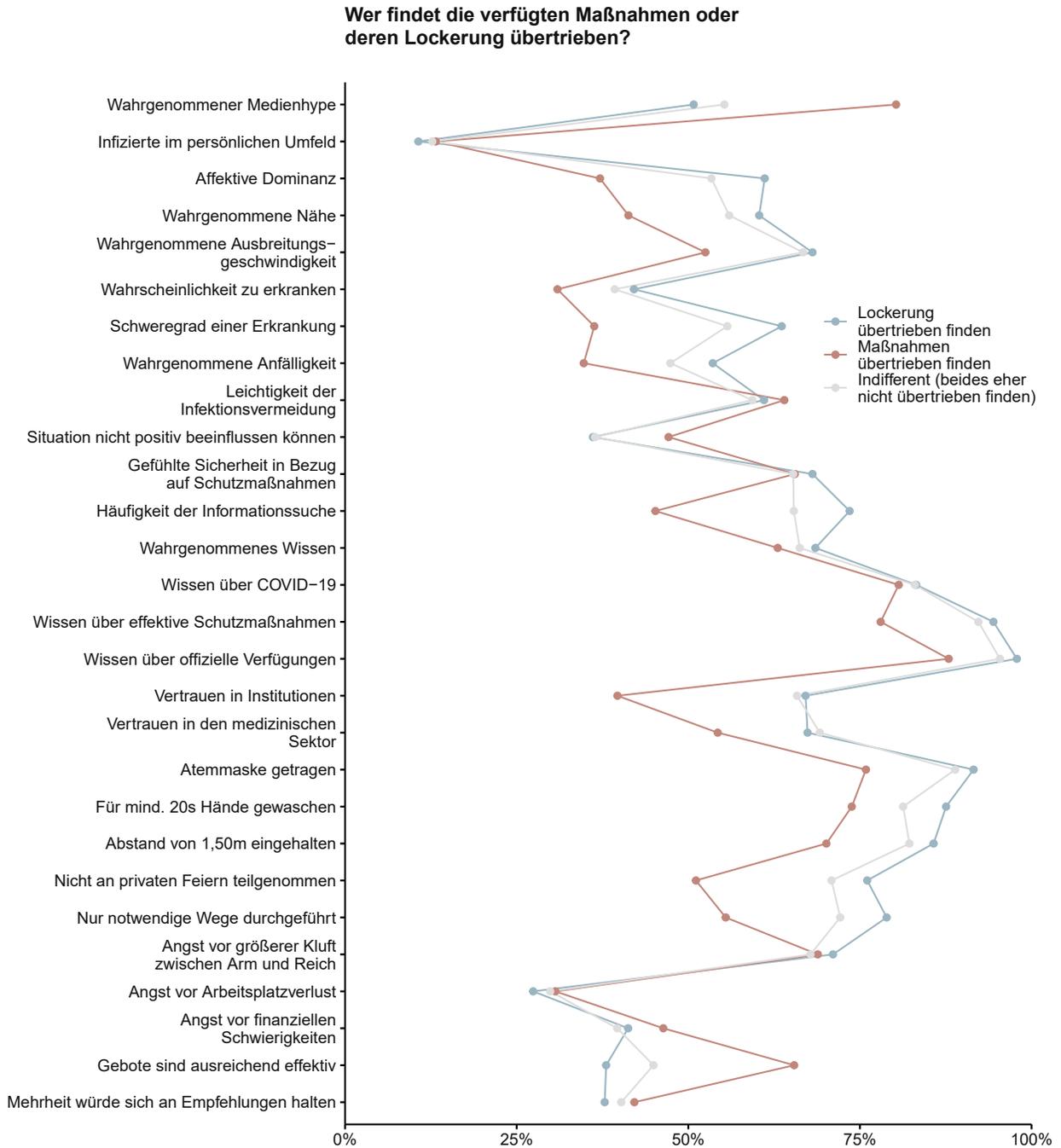
Grafische Darstellung der Profilunterschiede



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

Alternative Darstellung der Profilunterschiede

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



9.2 Eigenverantwortung

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

Insgesamt denken 40 % (eher), dass eigenverantwortliches Handeln auf der Basis von Geboten ausreichend effektiv ist, um der Verbreitung des Virus entgegenzuwirken.

27.9 % denken (eher), dass sich die meisten Menschen an die Empfehlungen halten, auch wenn die allgemeinen Beschränkungen nicht mehr verpflichtend wären.

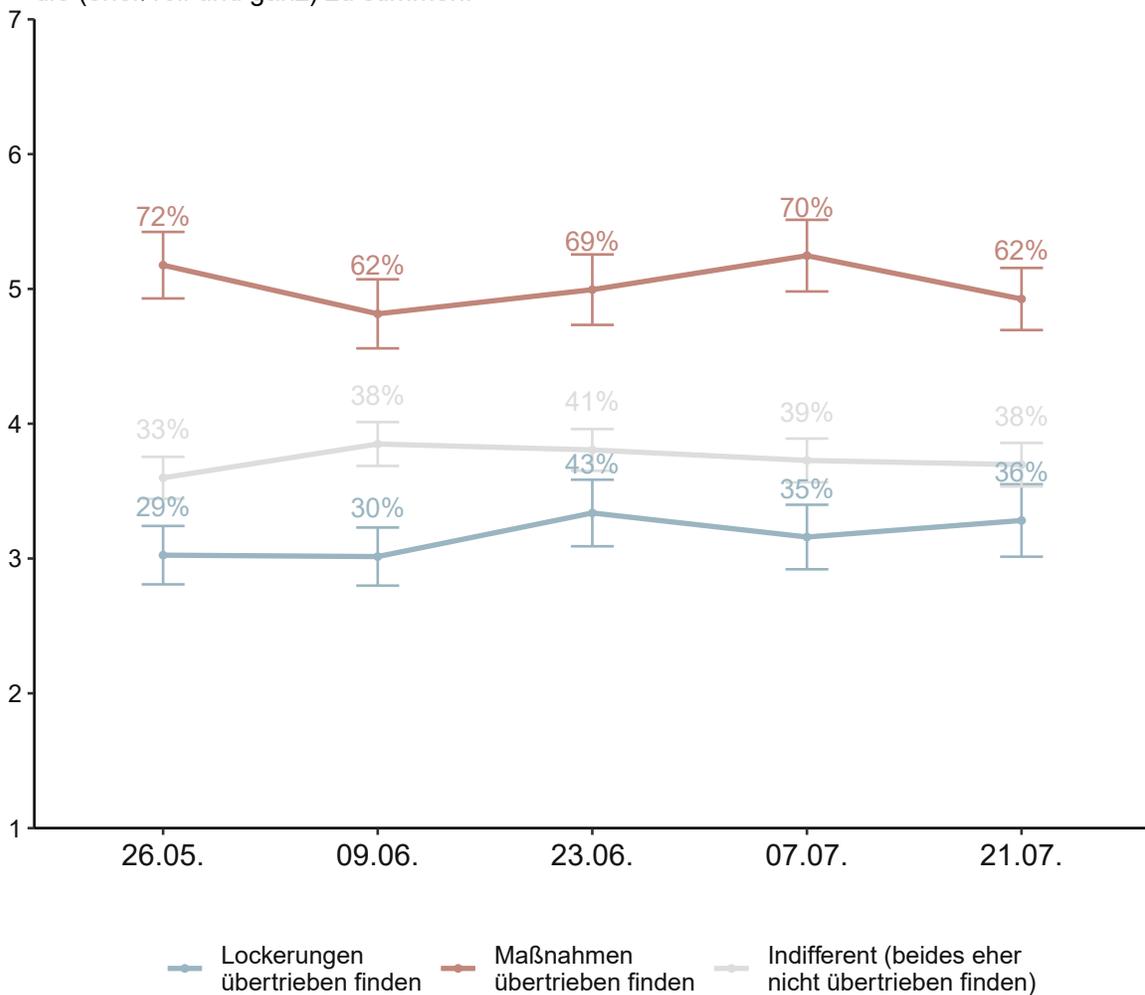
Vor allem diejenigen halten Gebote anstelle von Verboten für ausreichend, die die Maßnahmen ablehnen (siehe Abbildungen oben, z.B. letzte Zeile der Balkendiagramme).

Sie denken auch eher, dass sich die Mehrheit an die Empfehlungen halten würde, wobei sich die Diskrepanz zwischen den Gruppen in den letzten zwei Wochen verringert hat.

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

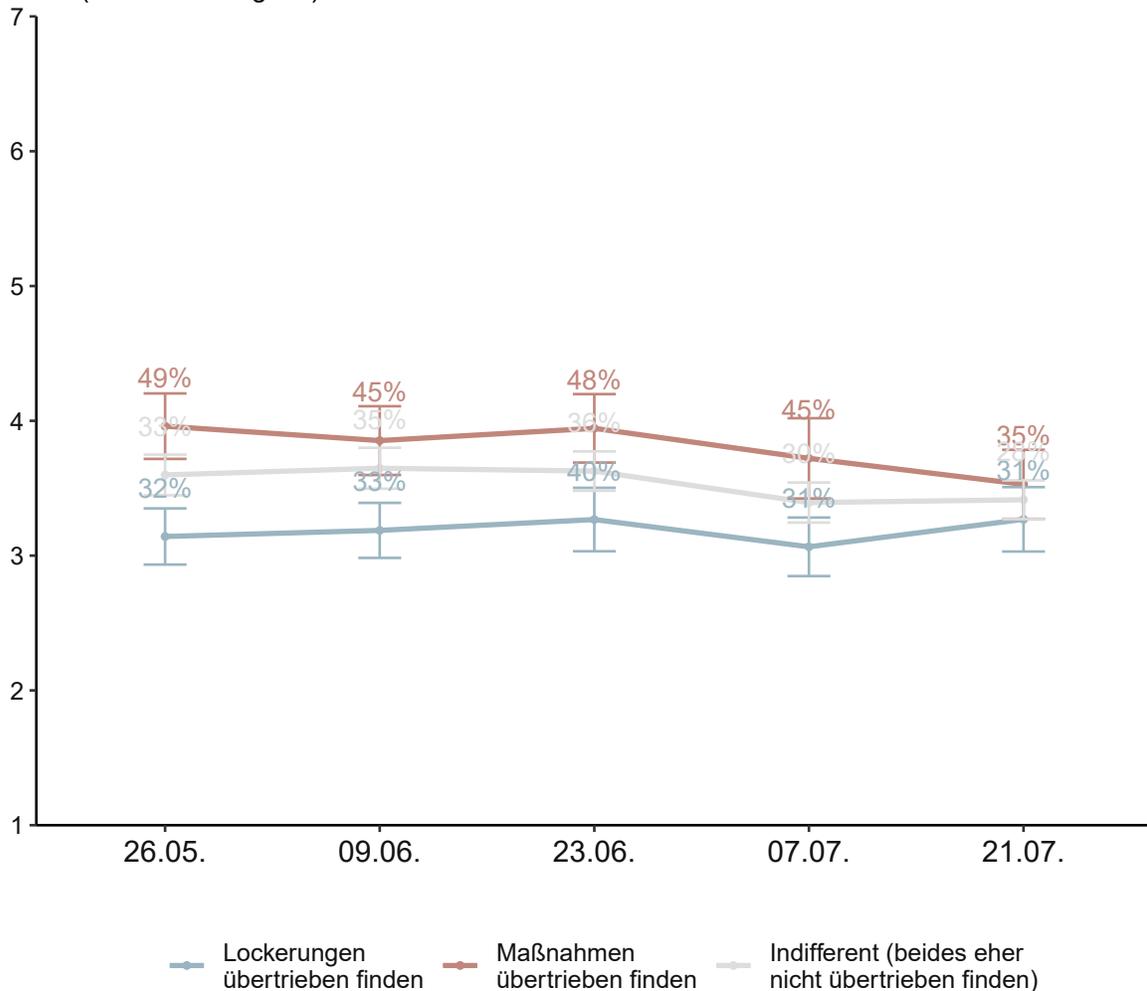
Eigenverantwortliches Handeln auf der Basis von Geboten ist ausreichend effektiv, um der Verbreitung des Virus entgegenzuwirken.

Bewertet auf einer Skala von 1 (Stimme überhaupt nicht zu) bis 7 (Stimme voll und ganz zu). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle. Prozentangaben entsprechen den Anteil an Befragungsteilnehmenden, die (eher/voll und ganz) zu stimmen.



Auch wenn die allgemeinen Beschränkungen nicht mehr verpflichtend wären, würden sich die meisten Menschen an die Empfehlungen halten.

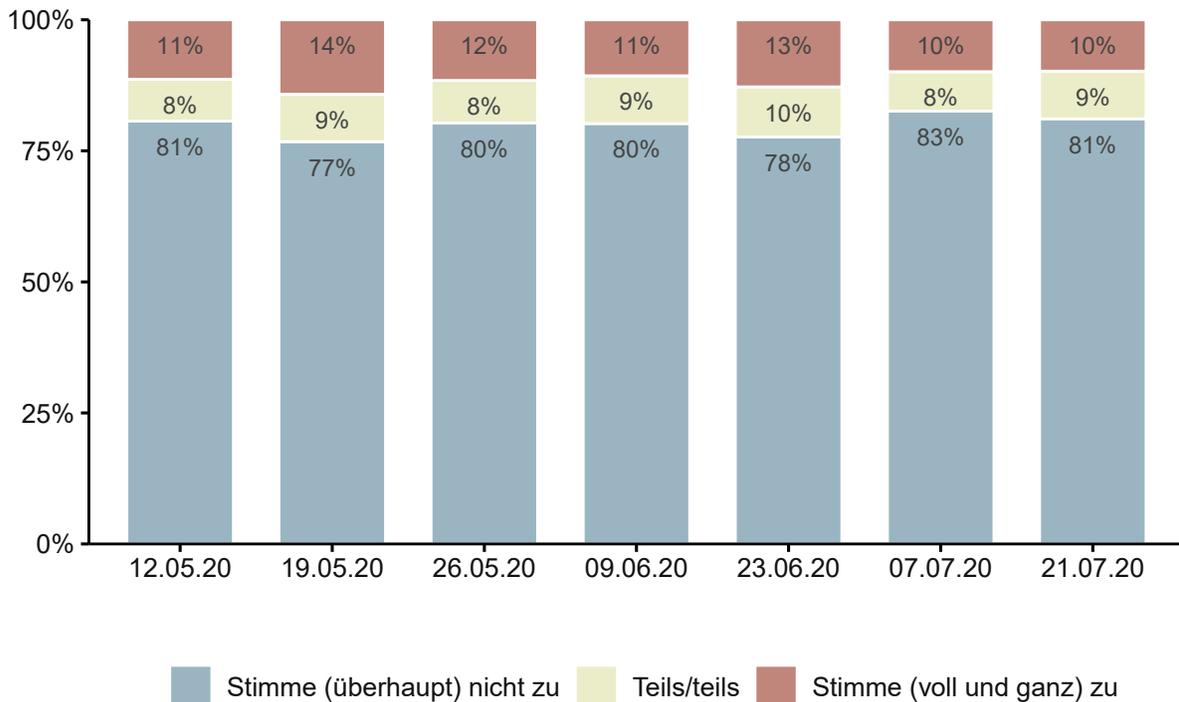
Bewertet auf einer Skala von 1 (Stimme überhaupt nicht zu) bis 7 (Stimme voll und ganz zu). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle. Prozentangaben entsprechen den Anteil an Befragungsteilnehmenden, die (eher/voll und ganz) zu stimmen.



9.3 Anti-Corona-Demonstrationen

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

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



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

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

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

- das selbst eingeschätzte Wissen über COVID-19: -0.02
- das tatsächliche Wissen über COVID-19: -0.2
- das Wissen über wirksame Schutzmaßnahmen: -0.28
- das Wissen über öffentliche Verordnungen: -0.16
- selbst ergriffene Maßnahmen: -0.18
- die ergriffenen Maßnahmen übertrieben finden: 0.46
- Vertrauen in die Bundesregierung: -0.27
- Vertrauen in das RKI: -0.3
- Reaktanz: 0.45
- Erkrankungswahrscheinlichkeit: -0.11

- Sorgen um finanzielle Einbußen: 0.19
- Sorge um den Arbeitsplatz: 0.22

10 Bereitschaft zu erneuten Einschränkungen

10.1 Zustimmung zum erneuten lokalen Lockdown

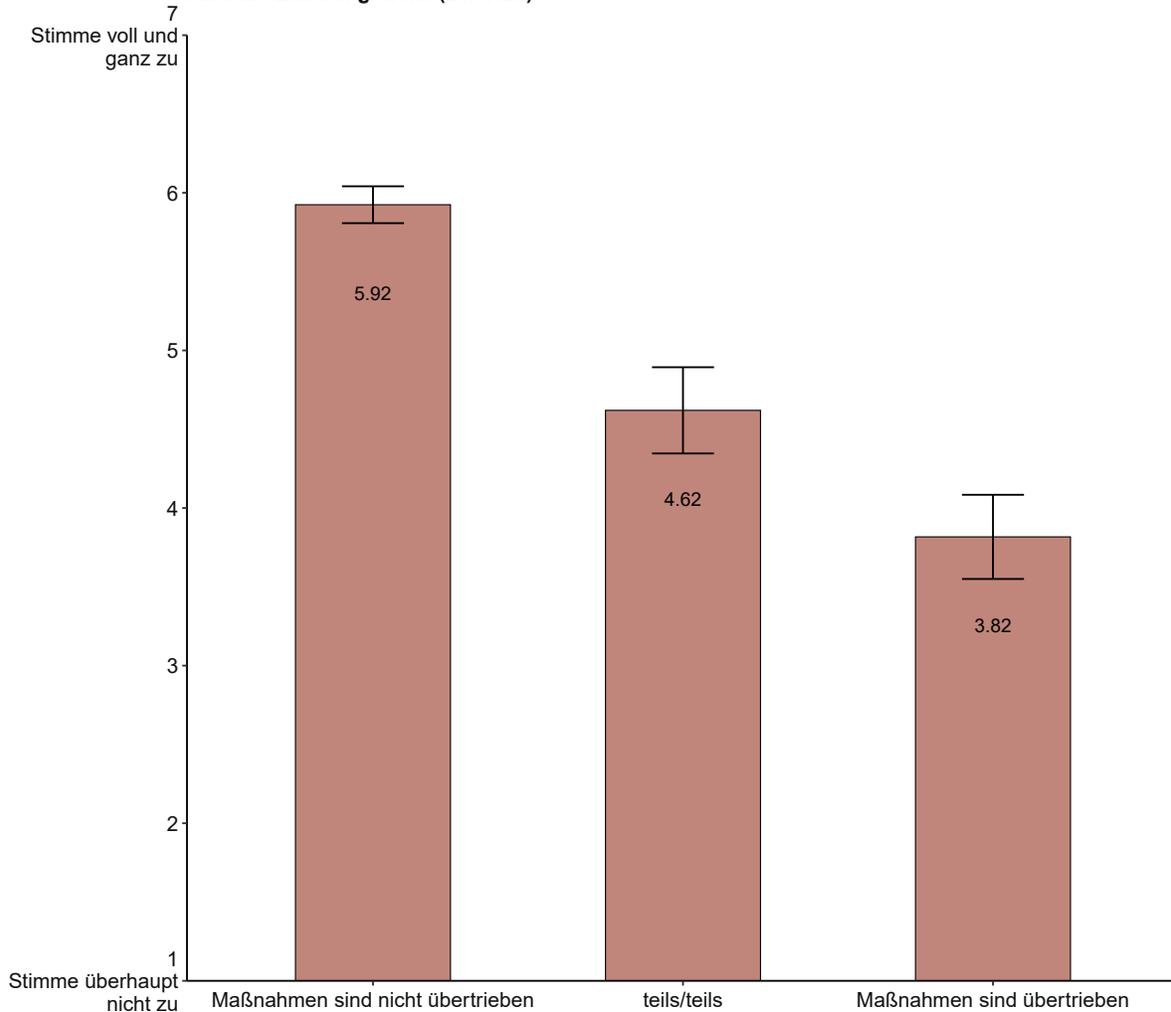
Städte oder Landkreise, in denen mehr als 30 bis 50 Neuinfektionen (je nach Bundesland) auf 100.000 Einwohner vorliegen, sollten das öffentliche Leben in der Region erheblich einschränken.

71.8 % sind in dieser Situation (eher) bereit, sich wieder einzuschränken (Maßnahmen vor dem 6.5.20; vorherige Befragung: 69.7 %)

Wer die Maßnahmen generell für übertrieben hält, lehnt auch die lokale Regelung eher ab (Korrelation $r = -0.53$).

Wenn in meiner Stadt oder in meinem Landkreis innerhalb einer Woche mehr als 30 bis 50 Neuinfektionen (je nach Bundesland) auf 100.000 Einwohner auftreten bin ich bereit, mich wieder stärker einzuschränken (Maßnahmen vor dem 06.05., z.B. Kontaktbeschränkung, Schulschließung, etc.)

**Stratifiziert nach Einschätzung, ob staatliche Maßnahmen zur Eindämmung des Coronavirus übertrieben sind
Aktuelle Erhebungswelle (21.07.20)**



10.2 Lokale Lockdowns: Welche Maßnahme halten Sie am ehesten für angemessen?

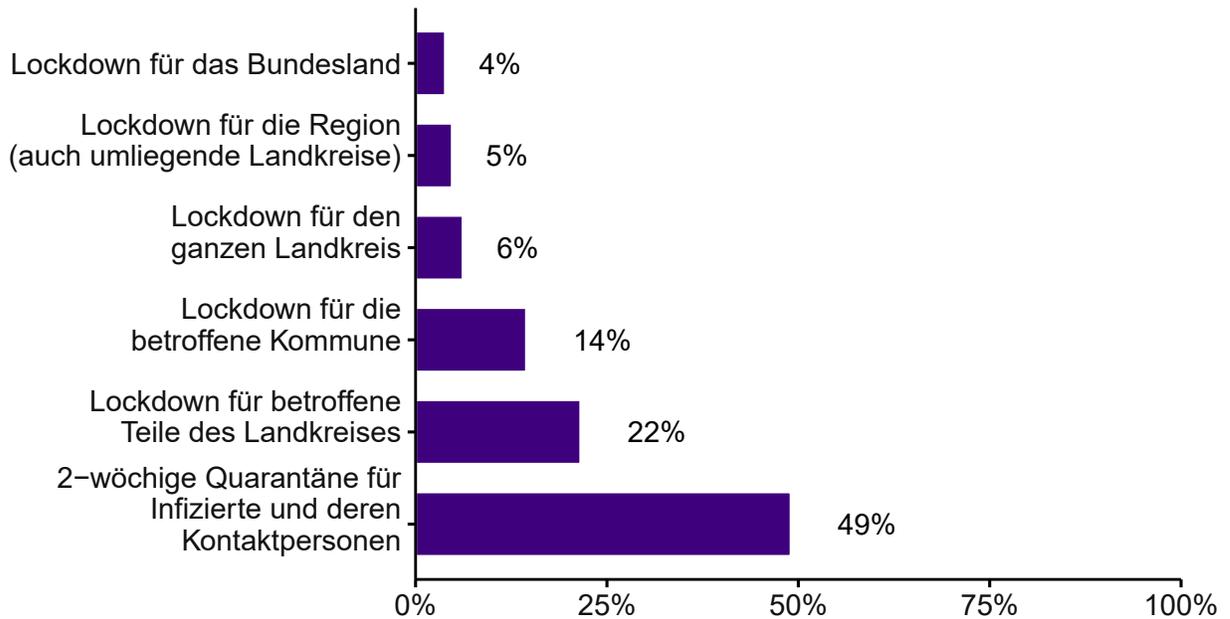
Die Befragungsteilnehmenden wurden in dieser Erhebungswelle gebeten, sich folgendes Szenario vorzustellen: Stellen Sie sich vor, in Ihrer Nähe steigen die Infektionszahlen sprunghaft an. Die Grenze von 30 bis 50 Neuinfektionen pro 100.000 Einwohner ist überschritten (die genaue Zahl hängt vom Bundesland ab). Es wird über einen erneuten Lockdown diskutiert (Geschäfte, Restaurants und Schulen schließen, Kontaktbeschränkungen gelten wieder, etc.). Die Befragungsteilnehmenden sollten auswählen, welche Maßnahme sie am angemessensten empfinden.

Die Ergebnisse zeigen, dass ein starker regionaler Fokus in den Einschränkungen gewünscht wird. 49 % der Befragungsteilnehmenden sprechen sich für eine Quarantäne des engsten Kreis der Betroffenen aus. Die Präferenz für diese Option ist besonders stark bei Befragungsteilnehmenden ausgeprägt, die die Maßnahmen

übertrieben finden.

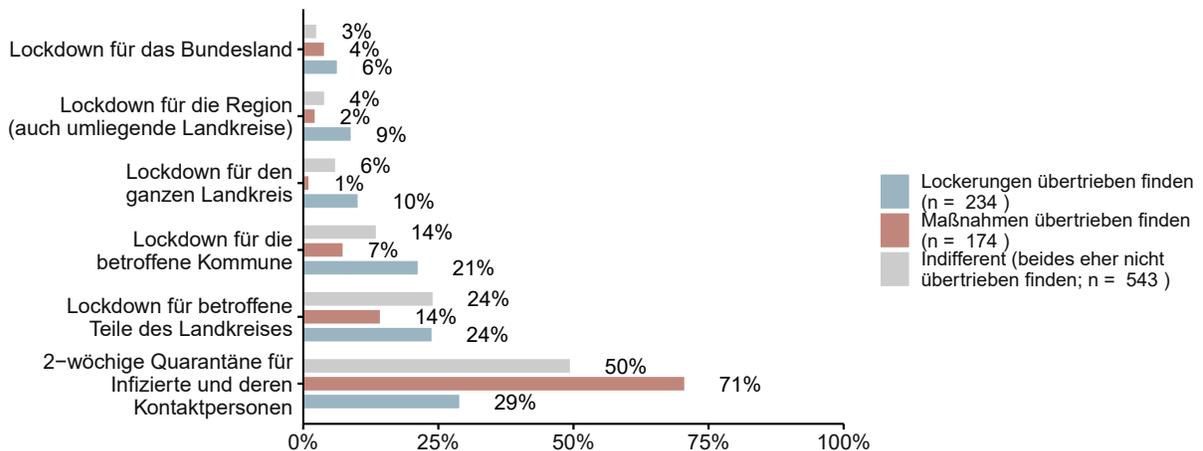
Lokale Lockdowns: Welche Maßnahme halten Sie am ehesten für angemessen?

Aktuelle Erhebungswelle (21.07.20)



Lokale Lockdowns: Welche Maßnahme halten Sie am ehesten für angemessen?

Nach Einschätzung der Maßnahmen. Aktuelle Erhebungswelle (21.07.20)



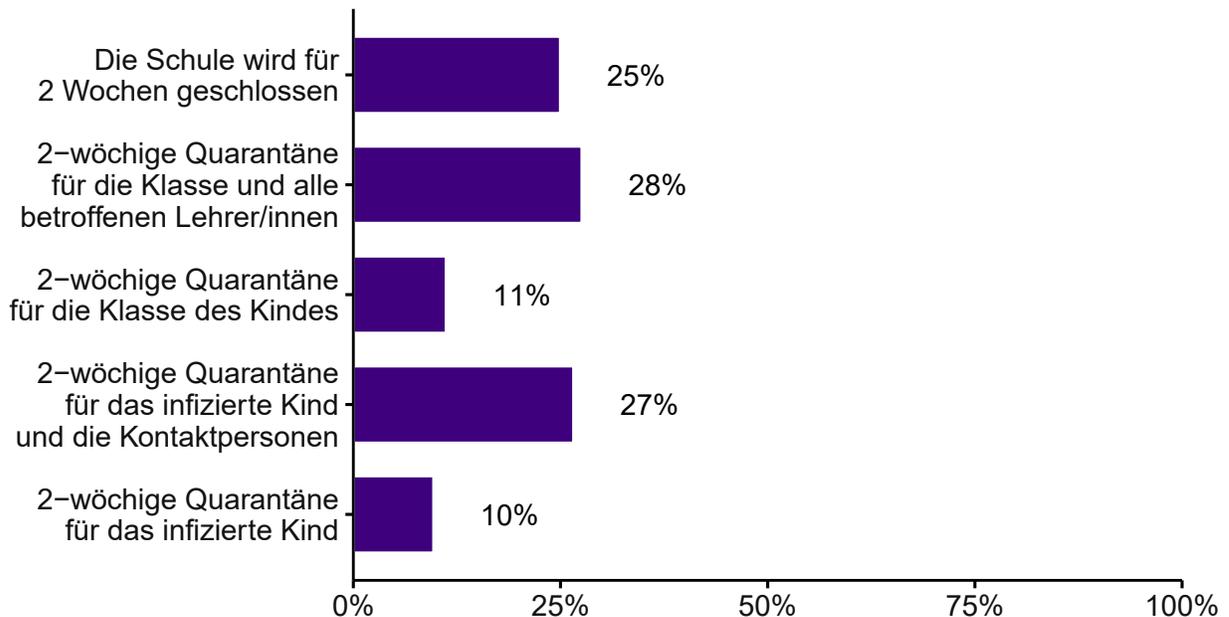
10.3 Schulschließungen bei auftretenden Infektionen: Welche Maßnahme halten Sie am ehesten für angemessen?

Zudem wurden die Befragungsteilnehmenden gebeten sich vorzustellen, dass es in einer Schule in Ihrer Nähe ein Kind gibt, das positiv auf Corona getestet wurde. Auch hier sollten sie auswählen, welche Maßnahme sie am angemessensten empfinden.

In diesem Fall kristallisierte sich auf der Gesamtebene keine klare Präferenz heraus. Befragungsteilnehmende, die die Lockerungen übertrieben finden, empfinden eine 2-wöchige Schulschließung (38 %) oder Quarantäne der Klasse und dort unterrichtenden Lehrer/innen (33 %) für angemessen. Befragungsteilnehmende, die die Maßnahmen übertrieben finden, bevorzugen eher eine 2-wöchige Quarantäne des infizierten Kindes (23 %) bzw. zusätzlich seiner Kontaktpersonen (Sitznachbarn, Gruppenarbeit; 38 %). Zudem sprechen sich eher Eltern schulpflichtiger Kinder (16 %) als Befragungsteilnehmende ohne schulpflichtige Kinder (8 %) für die Option aus, nur das infizierte Kind einer 2-wöchigen Quarantäne zu unterstellen.

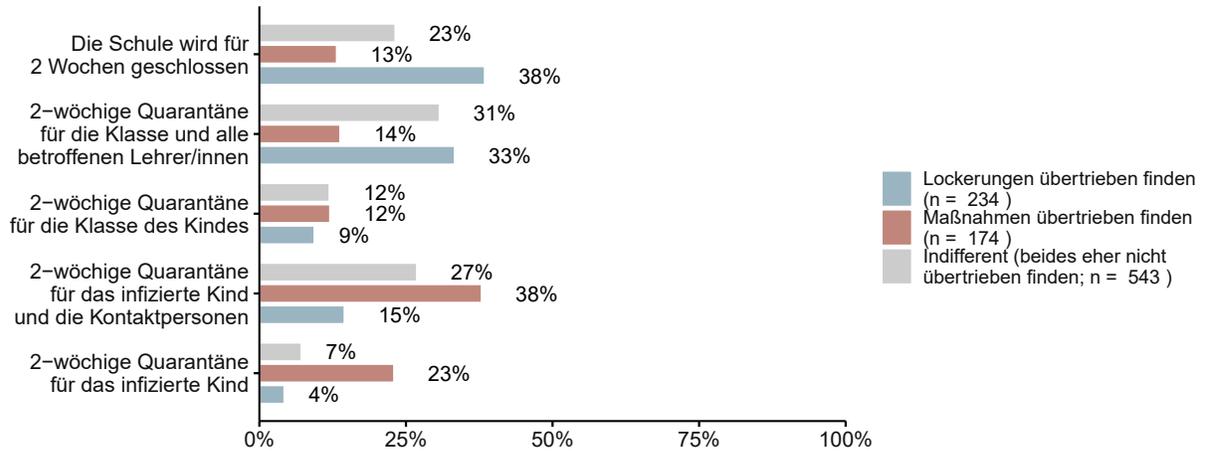
Corona-Fall in Schule: Welche Maßnahme halten Sie am ehesten für angemessen?

Aktuelle Erhebungswelle (21.07.20)



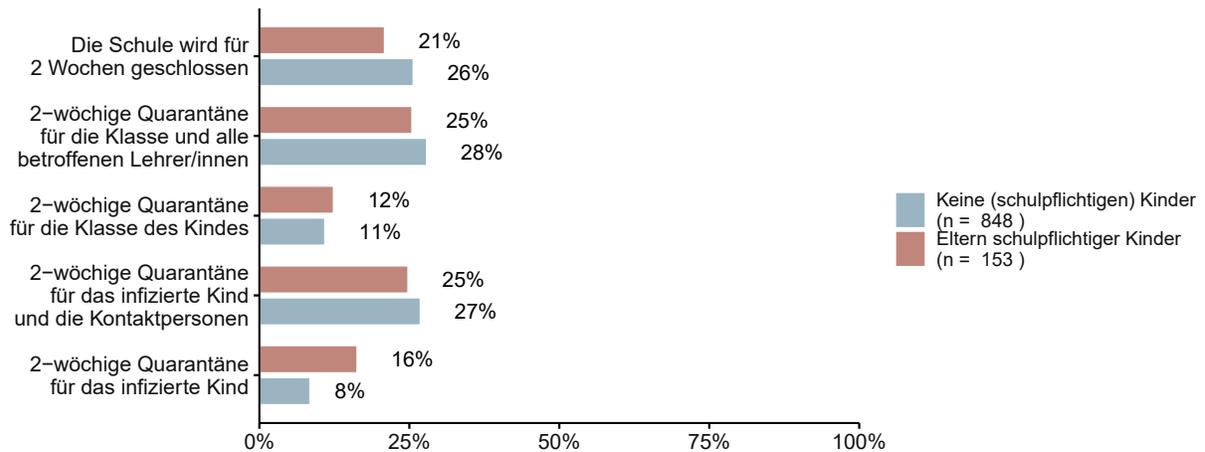
Corona-Fall in Schule: Welche Maßnahme halten Sie am ehesten für angemessen?

Nach Einschätzung der Maßnahmen. Aktuelle Erhebungswelle (21.07.20)



Corona-Fall in Schule: Welche Maßnahme halten Sie am ehesten für angemessen?

Nach Schulpflicht der Kinder. Aktuelle Erhebungswelle (21.07.20)



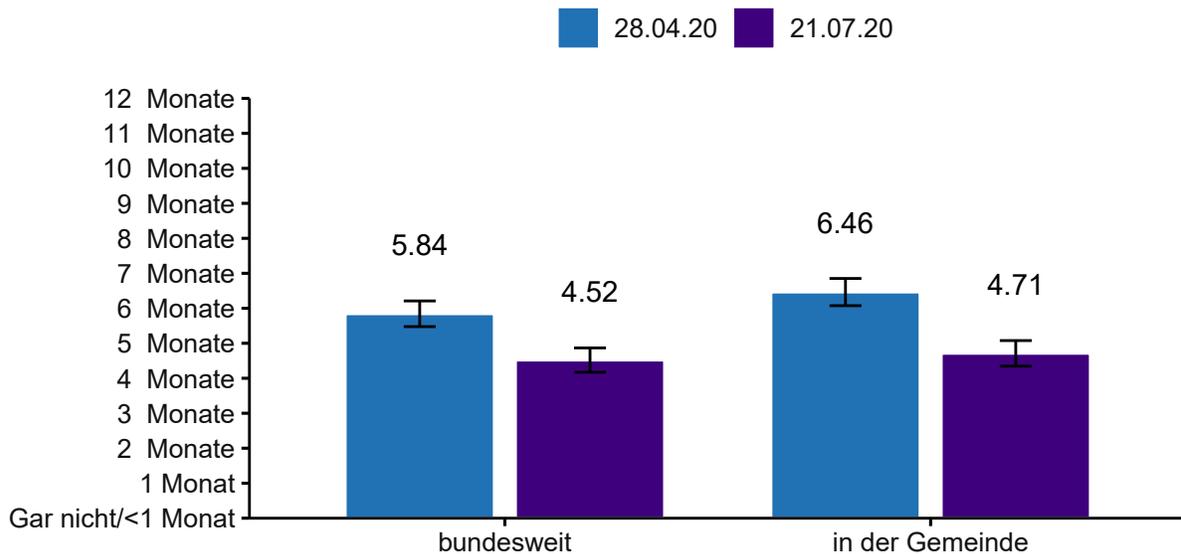
10.4 Kontakt zu Risikogruppen

Für einen hypothetischen zweiten Lockdown wurde auch abgefragt, für wie viele Monate die Befragungsteilnehmenden bereit wären, zu Risikogruppen Distanz zu halten. Dabei wurde variiert, ob der Lockdown bundesweit oder nur in der eigenen Gemeinde erfolgt.

Die Befragungsteilnehmenden würden im Vergleich zu April eine kürzere Dauer bereit sein, zu Risikogruppen Distanz zu halten. Der geographische Dimension (bundesweit vs. Gemeinde) spielt in der aktuellen Erhebungswelle keine Rolle mehr.

Bereitschaft zum Distanzhalten zu Risikogruppen (z.B. Ältere oder chronisch Kranke nicht besuchen) bei einer zweiten Welle

Bewertet auf einer Skala von 0 (gar nicht / < 1 Monat) bis 12 (12 Monate).
Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



11 Tragen einer Maske in der Öffentlichkeit

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

89.5% halten es für eine wirksame Schutzmaßnahme, in der Öffentlichkeit Masken zu tragen (vorherige Befragung: 89.8%). 89.2% geben an, in der Öffentlichkeit Masken zu tragen (vorherige Befragung: 89.3%). Einer verpflichtenden Regelung stimmen 62.5% zu (vorherige Befragung: 56.9%).

Wer trägt eher Maske?

Masken tragen *eher* Personen, die:

- weiblich sind,
- Vertrauen in die Behörden haben
- mehr über Schutzmaßnahmen wissen
- mehr über offizielle Verfügungen wissen
- sich mehr über Corona informieren

Interpretation: Dargestellt sind die Ergebnisse binär-logistischer Regressionsanalysen. Die Odds ratio trifft eine Aussage darüber, inwieweit das Vorhandensein bzw. Nichtvorhandensein eines weiteren Merkmals B (z.B. Masken tragen) zusammenhängt. CI sind die 95% Konfidenzintervalle der Koeffizienten. Fettgedruckte Einflussfaktoren sind signifikant und haben einen statistisch bedeutsamen Einfluss. Werte über 1: Höhere Werte auf diesem Einflussfaktor führen zu mehr Maske tragen. Werte unter 1: Kleinere Werte auf diesem Einflussfaktor führen zu weniger Maske tragen.

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

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

	Maske tragen			
	OR	CI-	CI+	p
(Intercept)	0.01	0.001	0.019	<.001
Geschlecht: weiblich	2.18	1.335	3.622	.002
Vertrauen in Behörden	1.41	1.207	1.658	<.001
Wahrgenommene Nähe	1.14	0.964	1.352	.125
Mittleres Wissen COVID-19	2.32	0.936	5.607	.065
Wissen über effektive Schutzmaßnahmen	9.72	3.679	26.185	<.001
Wissen über offizielle Verfügungen	2.35	1.015	5.236	.041
Häufigkeit der Informationssuche	1.28	1.080	1.527	.005
Schweregrad	1.16	0.973	1.384	.100

Zeigen Maskenträger insgesamt mehr Schutzverhalten?

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

Interpretation: Dargestellt sind die Ergebnisse binär-logistischer Regressionsanalysen. Die Odds ratio trifft eine Aussage darüber, inwieweit das Vorhandensein bzw. Nichtvorhandensein eines weiteren Merkmals B (z.B. Abstand halten) zusammenhängt. Einflussfaktoren sind signifikant, wenn der p-Wert kleiner als .05 ist. Werte über 1: Höhere Werte auf diesem Einflussfaktor führen zu mehr Schutzverhalten. Werte unter 1: Kleinere Werte auf diesem Einflussfaktor führen zu weniger Schutzverhalten.

	Maske tragen	
	Odds Ratio	p
Individuelle Schutzmaßnahmen		
Desinfektionsmittel benutzen	4.14	<.001
Hände für 20 Sek. waschen	3.08	<.001
Händeschütteln vermeiden	5.82	<.001
Mund und Nase bedecken	3.62	<.001
Kontakt vermeiden	2.15	<.001
Zuhause bleiben	2.47	<.001
Soziale Schutzmaßnahmen		
1,5m Abstand halten	4.64	<.001
Quarantäne ohne Symptome	2.36	<.001
Quarantäne mit Symptomen	2.46	<.001
Öffentliche Orte vermeiden	1.93	<.001
Private Feiern vermeiden	1.91	<.001
Höchstens mit einer anderen Person oder Haushaltsangehörigen in Öffentlichkeit bewegen		
Nur notwendige Wege durchführen	2.34	<.001
Keine Freunde und Verwandte treffen (aus anderem Haushalt)	2.69	<.001
Auf private Reisen verzichten	3.44	<.001

Veränderung der Zusammenhänge zwischen Masketragen und anderen Schutzmaßnahmen über die Zeit

Die nachfolgende Grafik zeigt die Ergebnisse der logistischen Regressionen zum Masketragen und ausgewählten Schutzmaßnahmen im Zeitverlauf.

Interpretation: Dargestellt sind die Ergebnisse binär-logistischer Regressionsanalysen. Die Odds ratio trifft eine Aussage darüber, inwieweit das Vorhandensein bzw. Nichtvorhandensein eines weiteren Merkmals B (z.B. Abstand halten) zusammenhängt. Einflussfaktoren sind signifikant, wenn der p-Wert kleiner als .05 ist. Werte über 1: Höhere Werte auf diesem Einflussfaktor führen zu mehr Schutzverhalten. Werte unter 1: Kleinere Werte auf diesem Einflussfaktor führen zu weniger Schutzverhalten.

12 Corona-Warn-App

12.1 Einführung der Corona-Warn-App

- 96.4 % der Befragungsteilnehmenden haben von der App gehört (Welle 16 vom 07.07.: 97.7 %)
- 39.7 % der Befragungsteilnehmenden, die ein Smartphone haben, haben sie heruntergeladen (Welle 16 vom 07.07.: 42.5 %)
- 7.4 % der Befragungsteilnehmenden, die ein Smartphone haben, geben an, dass die App auf ihrem Smartphone nicht nutzbar ist (Welle 16 vom 07.07.: 8.3 %)

19.6 % der Personen, die die App noch nicht heruntergeladen haben, haben dies (eher) vor (Welle 16 vom 07.07.: 19.5 %).

4.7 % von den Befragungsteilnehmenden, die die Corona-Warn-App heruntergeladen haben, haben von der Corona-Warn-App die Mitteilung erhalten, ein erhöhtes Risiko zu haben (Welle 16 vom 07.07.: 4.4 %).

Zusammenhang zwischen Masketragen und anderen Schutzmaßnahmen

Odds Ratios

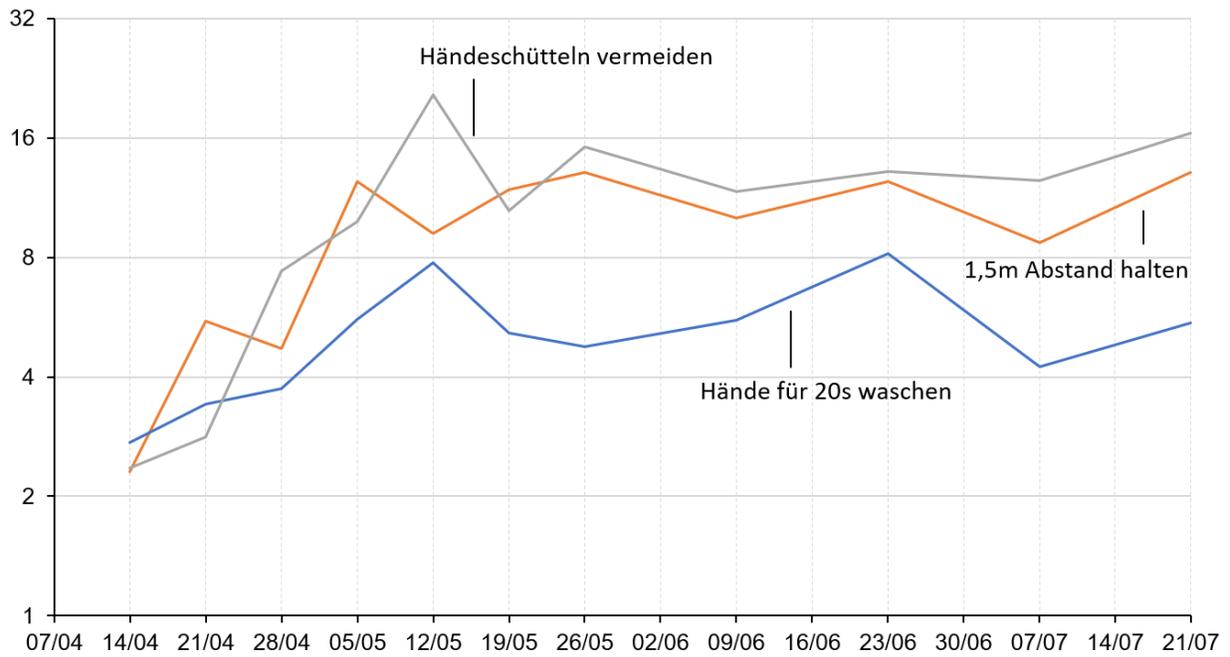


Figure 1:

Wenn sie einen positiven Testbefund erhalten, sind folgende Anteile an Befragungsteilnehmenden (eher) bereit, dies der Corona-Warn-App (eher) mitzuteilen:

- 96.1 % von den Befragungsteilnehmenden, die die Corona-Warn-App heruntergeladen haben ((Welle 16 vom 07.07.: 96.4 %)
- 52.2 % von den Befragungsteilnehmenden, die die Corona-Warn-App nicht heruntergeladen haben, obwohl ihr Smartphone dafür geeignet ist ((Welle 16 vom 07.07.: 51.8 %)

12.2 Schaubild zur Wirkung der Corona-Warn-App

In dieser Erhebungswelle wurde zudem Möglichkeiten der Kommunikation zur Corona-Warn-App untersucht. Dafür wurden die Befragungsteilnehmenden in zwei Gruppen aufgeteilt. Die eine Gruppe erhielt eine einfache Erläuterung, warum die Corona-Warn-App genutzt werden sollte. Die zweite Gruppe erhielt eine ausführlichere Erläuterung inkl. eines Schaubild zum Infektionsgeschehen.

Infektionsgeschehen, wenn App die einzige Maßnahme ist

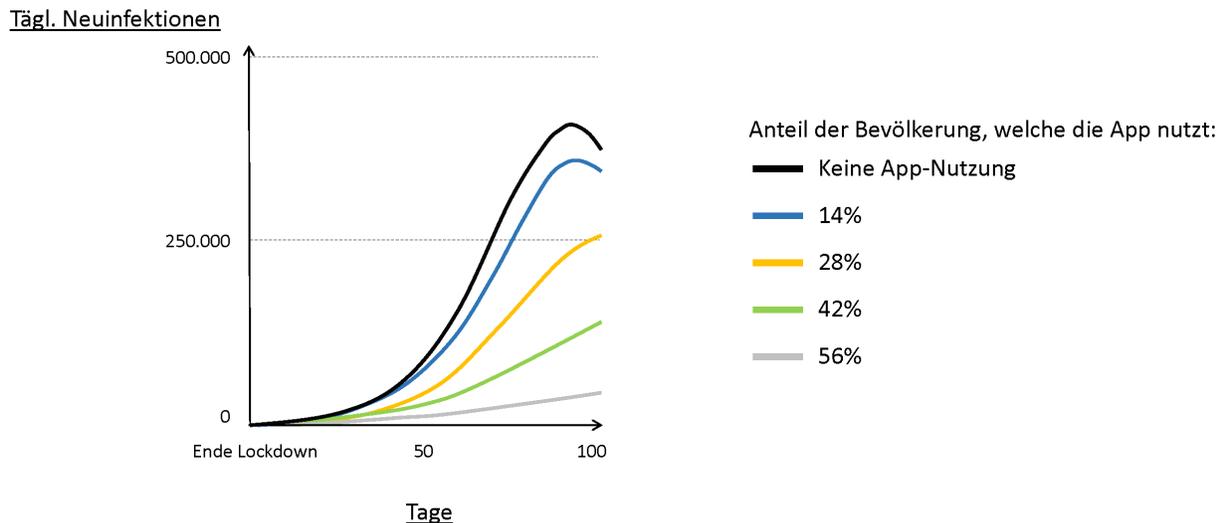


Figure 2:

Das Schaubild zeigt, wie sich das Virus ausbreitet, wenn man keine anderen Maßnahmen außer der App ergreifen würde: Je mehr Personen die App installiert haben, desto wirksamer kann das Virus eingedämmt werden. Wenn ca. 60% der Bevölkerung die App nutzen und sich Personen für 14 Tage in Quarantäne begeben würden, nachdem sie über den Kontakt mit einer Corona-positiv getesteten Person informiert werden, dann könnte das Virus auch nur mit der App bekämpft werden.

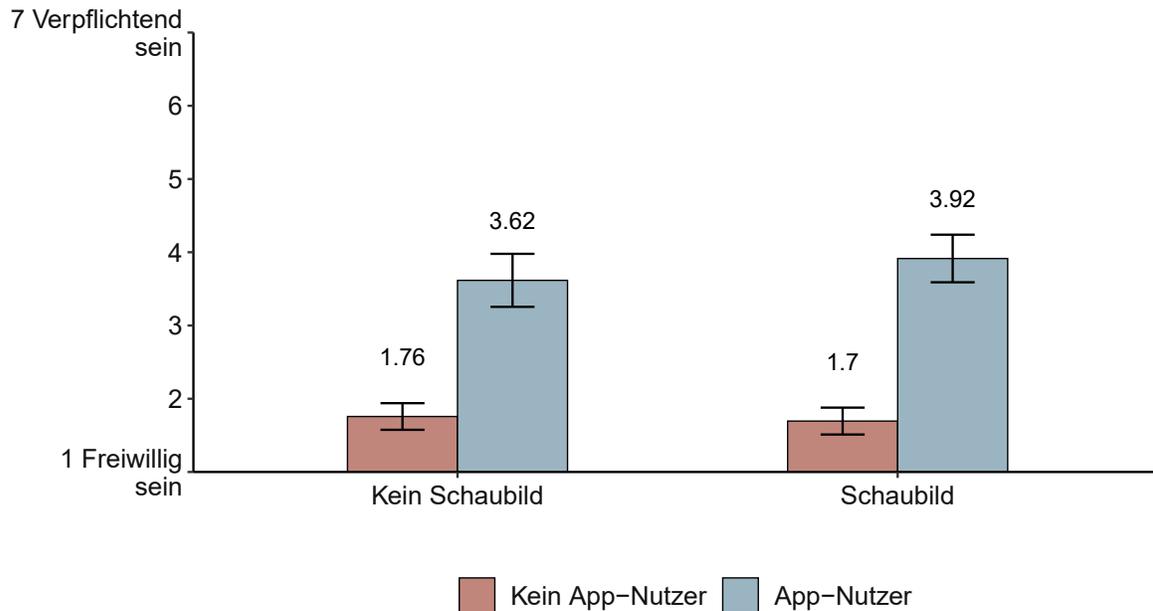
Ob Personen, die Grafik gesehen haben, spielt keine Rolle, in Bezug auf die Überzeugung einer verpflichtenden Nutzung der App. Eine viel größere Rolle spielt, ob die Person die App nutzt. App-Nutzer sind eher als Nicht-Nutzer der Meinung, dass die Corona-Warn-App verpflichtend sein sollte.

Die mittlere Quarantäne-Bereitschaft ist höher unter Teilnehmern, die die App nutzen als unter Nicht-Nutzern. Das Schaubild wirkt auf diese beiden Nutzergruppen unterschiedlich. Während App-Nutzer durch das Zeigen des Schaubildes ihre Quarantänebereitschaft erhöhen, reduzieren Nicht-Nutzer ihre Quarantänebereitschaft, wenn ihnen das Bild präsentiert wird im Vergleich zu der Gruppe, die das Bild nicht gesehen hat.

Wenn sie über die App informiert würden, dass sie Kontakt mit einer Corona-positiv getesteten Person hatten, würden sich 72% in 14-tägige Quarantäne begeben. Wird erklärt, dass die App besonders effektiv ist, wenn möglichst viele die App nutzen und sich bei positiver Nachricht in Quarantäne begeben, würden sich 73 in Quarantäne begeben (vs. 71% ohne Information).

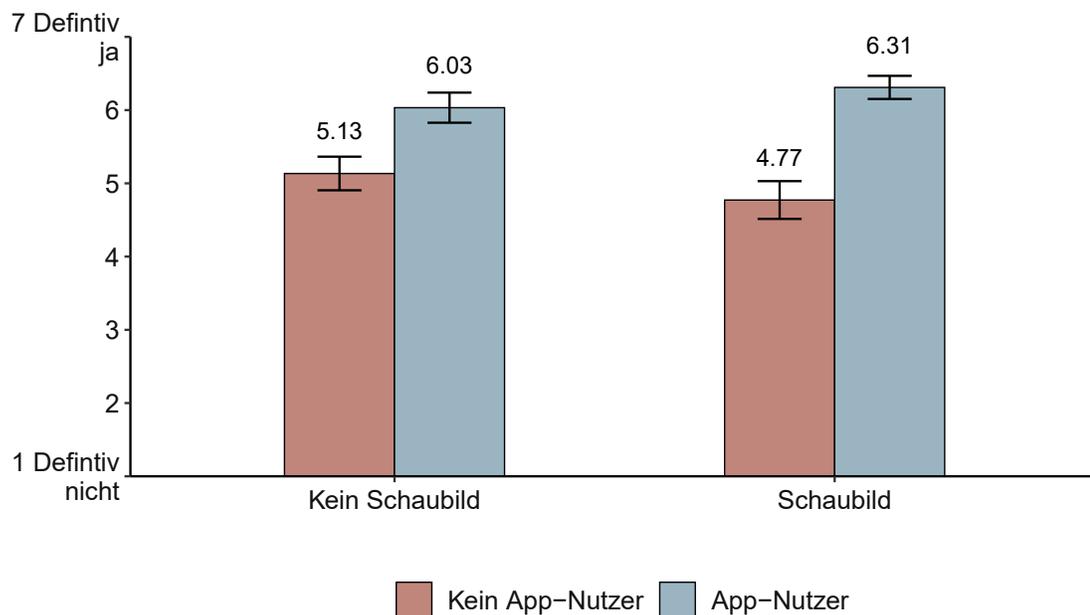
Die Installation der Corona-Warn-App sollte freiwillig oder verpflichtend sein

Antwort auf einer 7-Punkt Skala. Fehlerbalken bilden 95% CIs ab



Wenn Sie über die App informiert würden, dass Sie Kontakt mit einer Corona-positiv getesteten Person hatten, würden Sie sich in 14-tägige Quarantäne begeben?

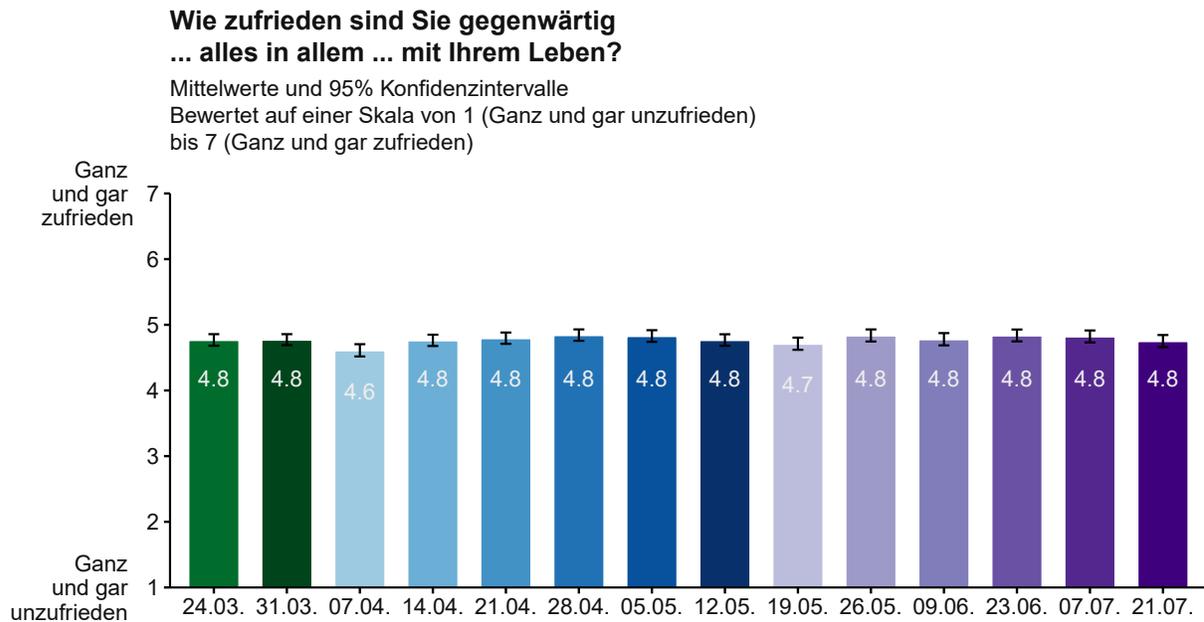
Antwort auf einer 7-Punkt Skala. Fehlerbalken bilden 95% CIs ab



13 Ressourcen und Belastungen

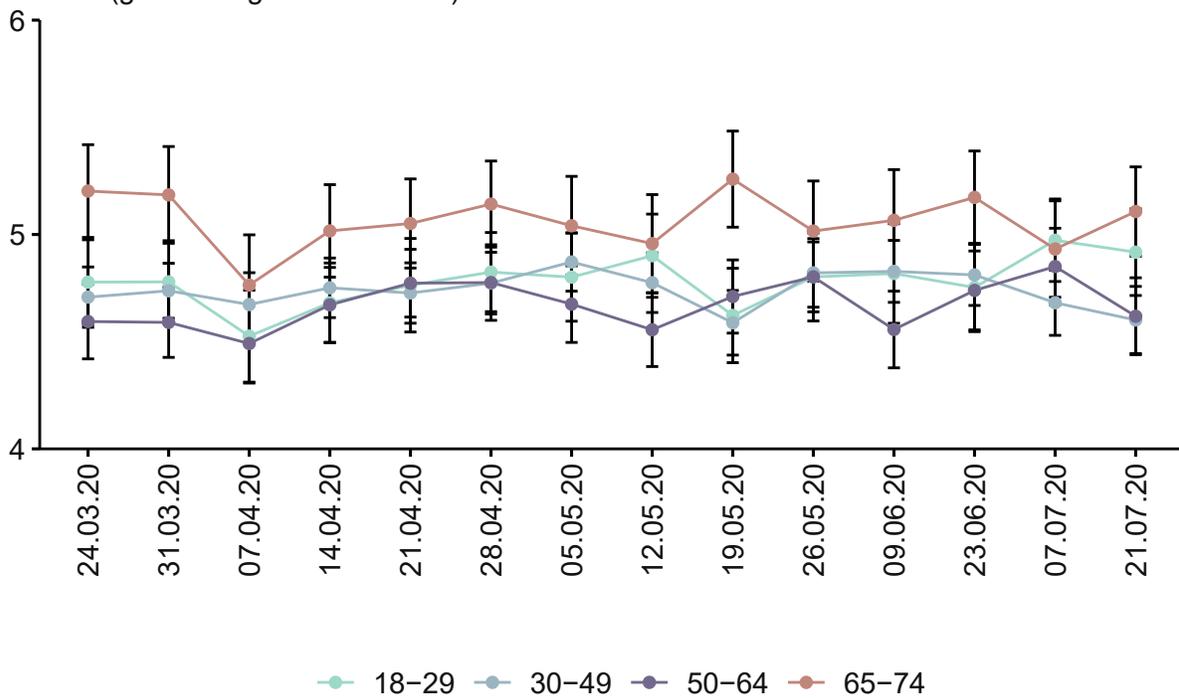
13.1 Allgemeine Lebenszufriedenheit

Die allgemeine Lebenszufriedenheit ist stabil und bei älteren Personen (ab 65) etwas höher im Vergleich zu den restlichen Altersgruppen.



Allgemeine Lebenszufriedenheit nach Altersgruppe

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

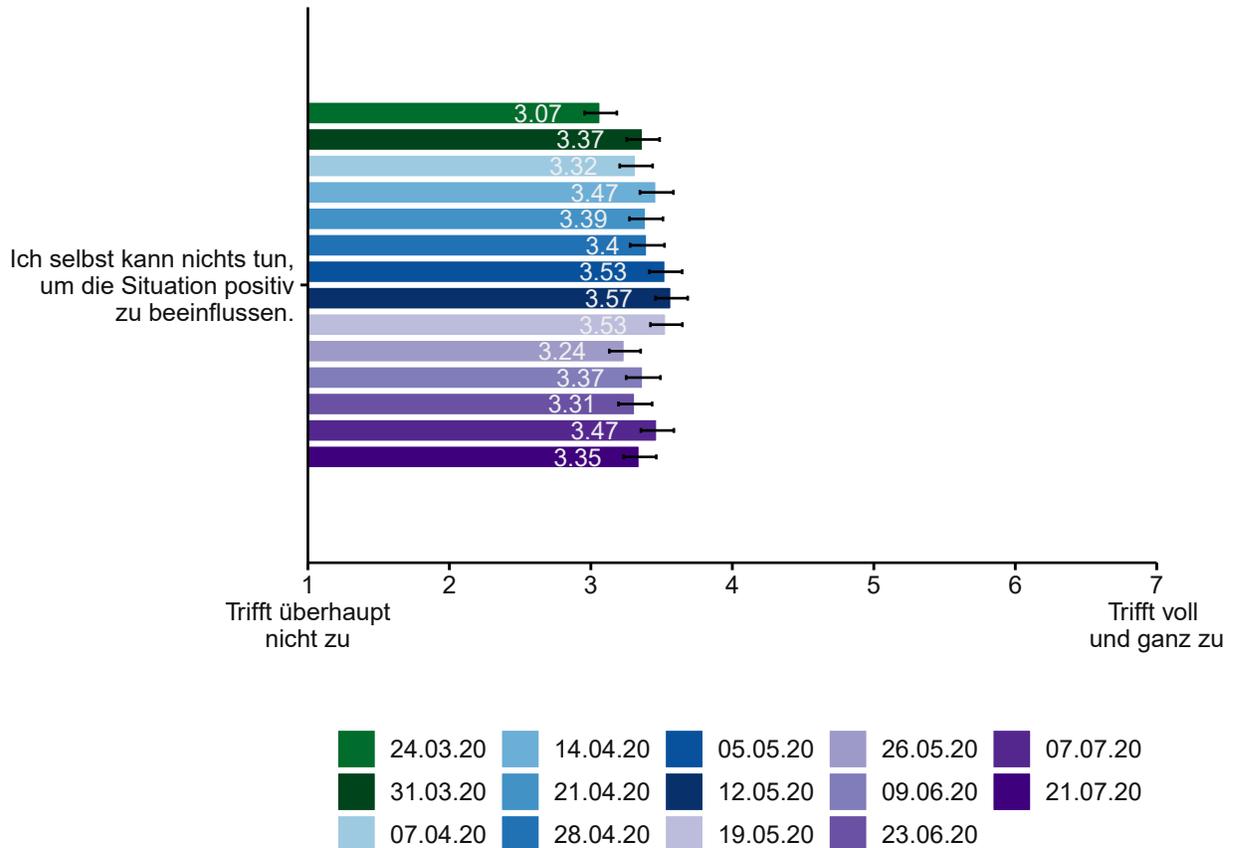


13.2 Umgang mit der Situation

Die Aussage, selbst nichts tun zu können, um die Situation positiv zu beeinflussen, wird in allen Befragungen eher als unzutreffend bewertet. Trotz Corona werden die eigenen Handlungsmöglichkeiten also eher optimistisch gesehen.

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

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



13.3 Verbitterung über die Corona-Situation

Verbitterungsreaktionen treten nach Erlebnissen der Herabwürdigung, des Vertrauensbruchs oder der Ungerechtigkeit auf. Sie werden im Kontext beruflicher wie privater Konflikte beobachtet, aber auch als Reaktion auf andere schwerwiegende negative Lebensereignisse wie beispielsweise Krankheit. (Quelle: https://psychosomatik.charite.de/forschung/forschungsgruppe_psychosomatische_rehabilitation_fpr/verbitterung_und_posttraumatische_verbitterungsstoerung_pted/)

Hier wurde die Skala auf die Corona-Situation angepasst., z.B.:

“Die Corona-Pandemie ist für mich ein Lebensereignis, das mich äußerst gekränkt oder verbittert hat (0 = trifft nicht zu, 4 = trifft voll zu).” Ein Durchschnittswert von ≥ 2.5 deutet eine klinisch signifikante Intensität von reaktiver Verbitterung an. (Linden et al., 2013).

Linden, M., Baumann, K., Lieberei, B. & Rotter, M. (2009). The Post-Traumatic Embitterment Disorder Self-Rating Scale (PTED Scale). Clinical Psychology and Psychotherapy, 16 (2), 139-147.

Dargestellt werden Mittelwerte getrennt nach Alter und Geschlecht sowie der Anteil an Personen pro Gruppe über dem Grenzwert von 2.5. Außerdem wird der Zusammenhang mit der Ablehnung und Akzeptanz verschiedener Maßnahmen, Belastung, Hilflosigkeit und verschiedenen Sorgen untersucht.

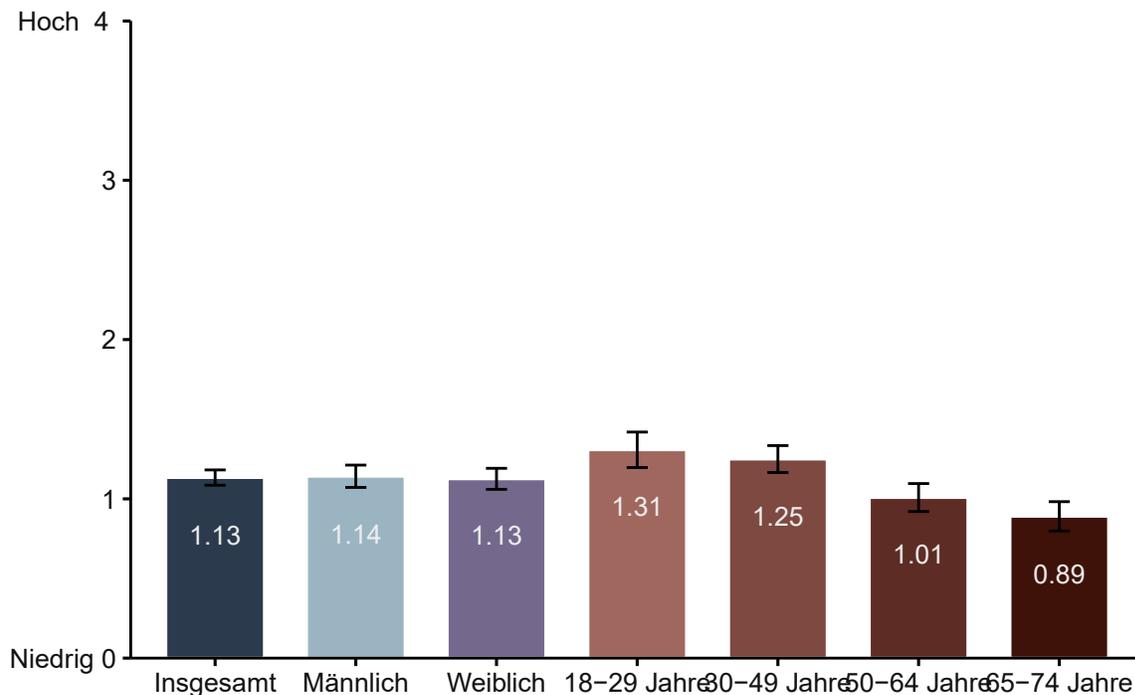
Die Ergebnisse zeigen ein insgesamt niedriges Niveau an Verbitterungsreaktionen. Während es keine Unterschiede nach Geschlecht gibt, liegen die Verbitterungswerte bei jüngeren Menschen etwas höher als bei Älteren. Jedoch ist der Anteil an Verbitterungsreaktionen mit klinisch auffälliger Intensität über alle Altersgruppen hinweg sehr gering.

Befragungsteilnehmende mit höheren Werten auf der Verbitterungsskala verspüren auch mehr Sorgen, geben im Allgemeinen eine geringere Lebenszufriedenheit sowie Resilienz an und zeigen weniger Zustimmung zu den politischen Maßnahmen.

Verbitterungsskala (PTED), adaptiert auf Corona-Pandemie

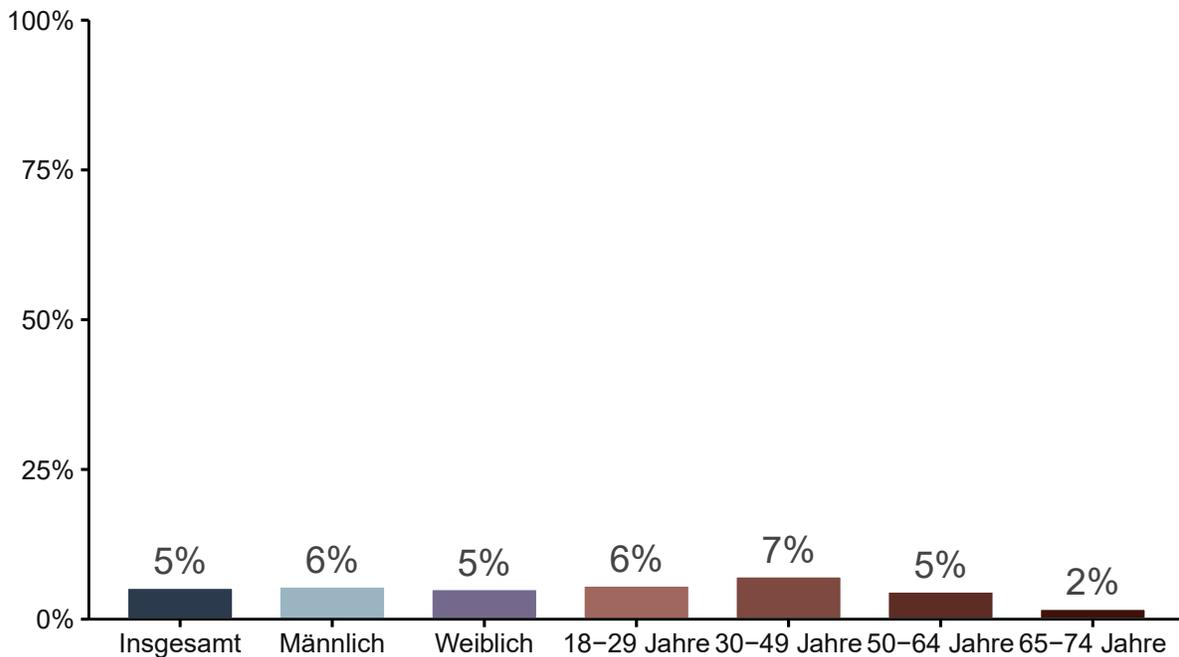
Mittelwert aus 19 Aussagen (0 = trifft nicht zu, 4 = trifft voll zu).

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



Verbitterungsskala (PTED): Anteil der Personen mit auffälliger Intensität

Prozentualer Anteil von Personen mit einem Mittelwert $\geq 2,5$.



Im Folgenden wird der Zusammenhang zwischen Sorgen, Lebenszufriedenheit, Resilienz, Maßnahmenakzeptanz, Bereitschaft an Anti-Corona-Demonstrationen teilzunehmen und der selbstangegebenen Verbitterung in der aktuellen Erhebung exploriert (zum aktuellen Erhebungszeitpunkt).

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

Selbstangegebene Verbitterung über die Corona-Pandemie und ...

- Sorge, dass die Gesellschaft egoistischer wird: 0.18
- Sorge, den Arbeitsplatz zu verlieren: 0.4
- Sorge, aufgrund von Einkommenseinbußen in finanzielle Schwierigkeiten zu geraten: 0.42
- Sorge, dass die Kluft zwischen Arm und Reich wird größer wird: 0.19
- Sorge, dass das gesellschaftliche Leben langfristig eingeschränkt wird: 0.28
- Sorge, jemanden verlieren, den man liebt: 0.23
- Sorge, selbst zu erkranken: 0.3
- Hilflosigkeit ggü. der Corona-Situation (1 = hilflos, 7 = aktiv werden): -0.28
- Allgemeine Lebenszufriedenheit: -0.17
- Allgemeine Resilienz: -0.37

- Maßnahmen übertrieben finden: 0.15
- Reaktanz: 0.29
- Teilnahmebereitschaft an Anti-Corona-Demonstrationen: 0.28

14 Impfungen

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

14.1 Impfab­sicht

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

Im Vergleich zur ersten Erhebung sind weiterhin weniger Personen bereit, dies zu tun, auch wenn die Tendenz der Impfab­sicht tendenzell steigt:

21.07.: 64.4 %,

07.07.: 63.1 %,

23.06.: 61.4 %,

09.06.: 60.9 %,

26.05.: 60.8 %,

19.05.: 63 %,

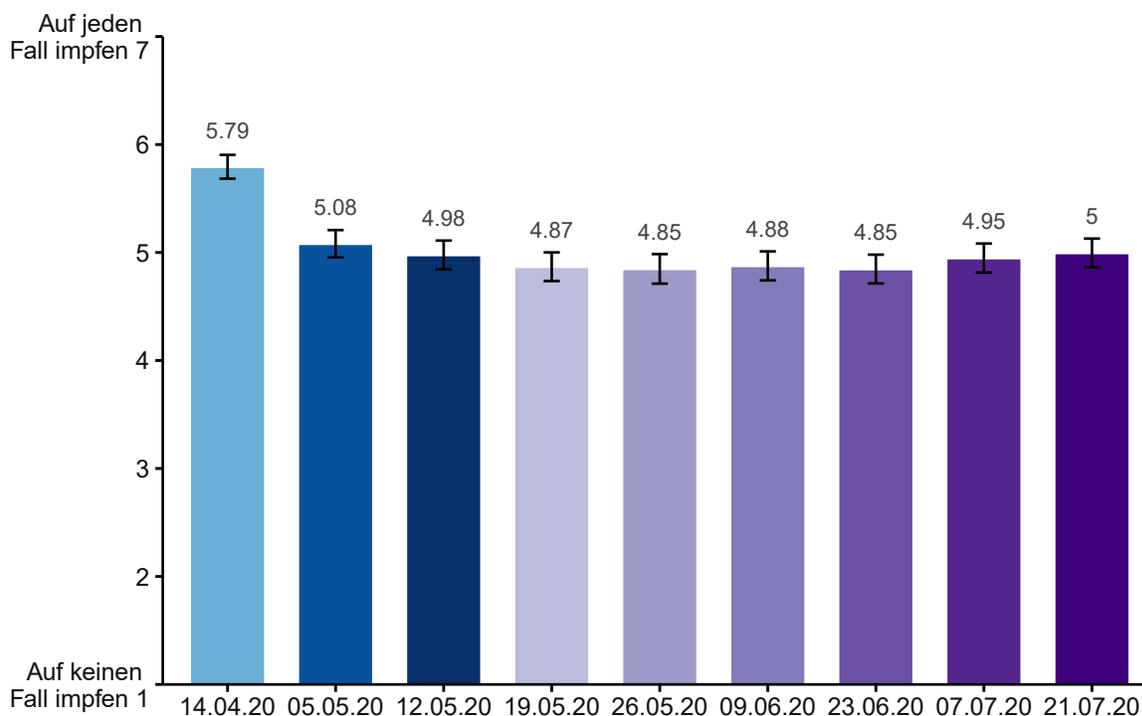
12.05.: 64.1 %,

05.05.: 66.5 %,

14.04.: 79% der Befragten

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

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



Prädiktoren der Impfab­sicht

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

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

- der Impfung mehr vertrauen,
- nicht Trittbrettfahren wollen,
- weniger Nutzen und Risiken abwägen,
- Impfungen nicht für überflüssig halten,
- männlich sind,
- älter sind,

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

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

	Bereitschaft sich impfen zu lassen ¹			
	Beta	CI-	CI+	p
(Intercept)	26.67	16.97	41.91	<.001
Confidence (Ich habe vollstes Vertrauen, dass die Impfungen gegen COVID-19 sicher sein werden)	1.83	1.74	1.92	<.001
Complacency (Impfungen gegen COVID-19 werden überflüssig sein, da COVID-19 keine große Bedrohung darstellt)	0.82	0.77	0.88	<.001
Calculation (Wenn ich darüber nachdenken werde, mich gegen COVID-19 impfen zu lassen, werde ich sorgfältig Nutzen und Risiken abwägen, um die bestmögliche Entscheidung zu treffen)	0.94	0.90	0.98	.006
Collective responsibility (Wenn alle gegen COVID-19 geimpft sind, brauche ich mich nicht auch noch impfen lassen)	0.82	0.78	0.87	<.001
Alter	1.01	1.00	1.02	.001
Geschlecht: weiblich	0.73	0.61	0.87	<.001

¹ R² = .586, Adj. R² = .584

14.2 Impfpflicht

Auch die Zustimmung zu einer verpflichtenden Impfung gegen COVID-19 ist im Vergleich zu Mitte April zwar insgesamt gesunken. Nach einem Anstieg Anfang Juli ist die Zustimmung in dieser Erhebungswelle wieder marginal gesunken::

21.07.: 51.1 %,

07.07.: 54.8 %,

23.06.: 48.6 %,

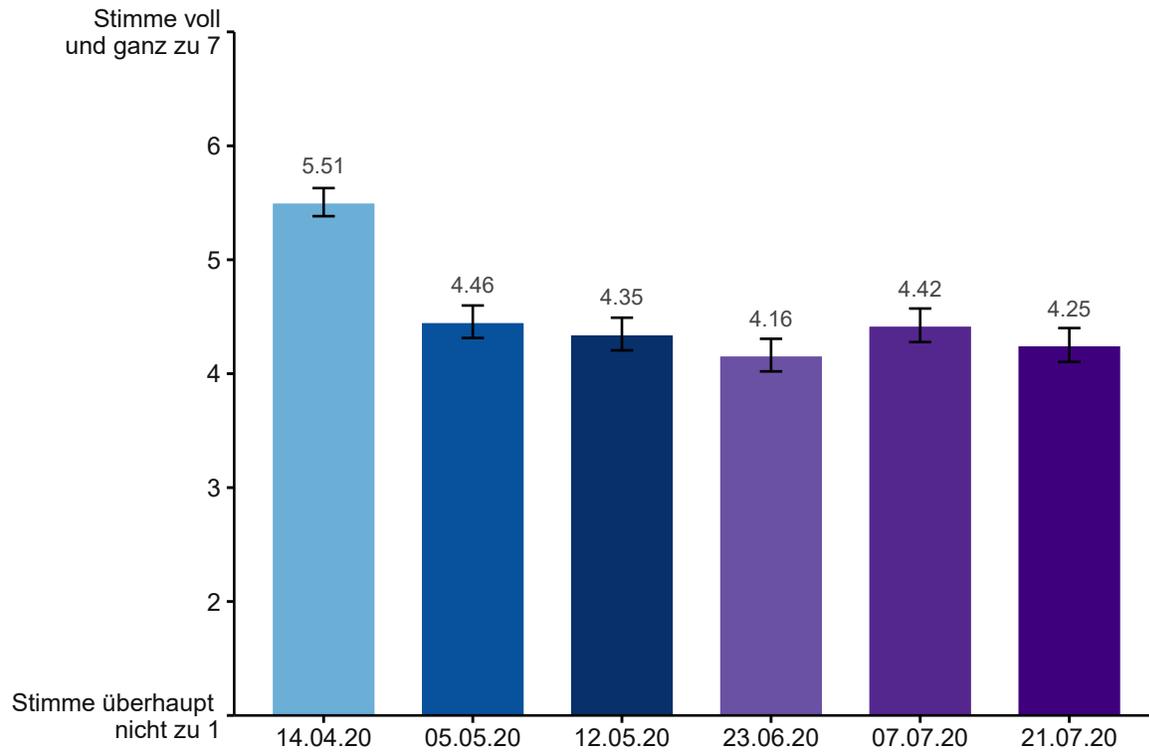
12.05.: 51.9 %,

05.05.: 54.8 %,

14.04.: 73.2 %.

Diese Impfung sollte für alle verpflichtend sein

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



15 Medizinische Versorgung

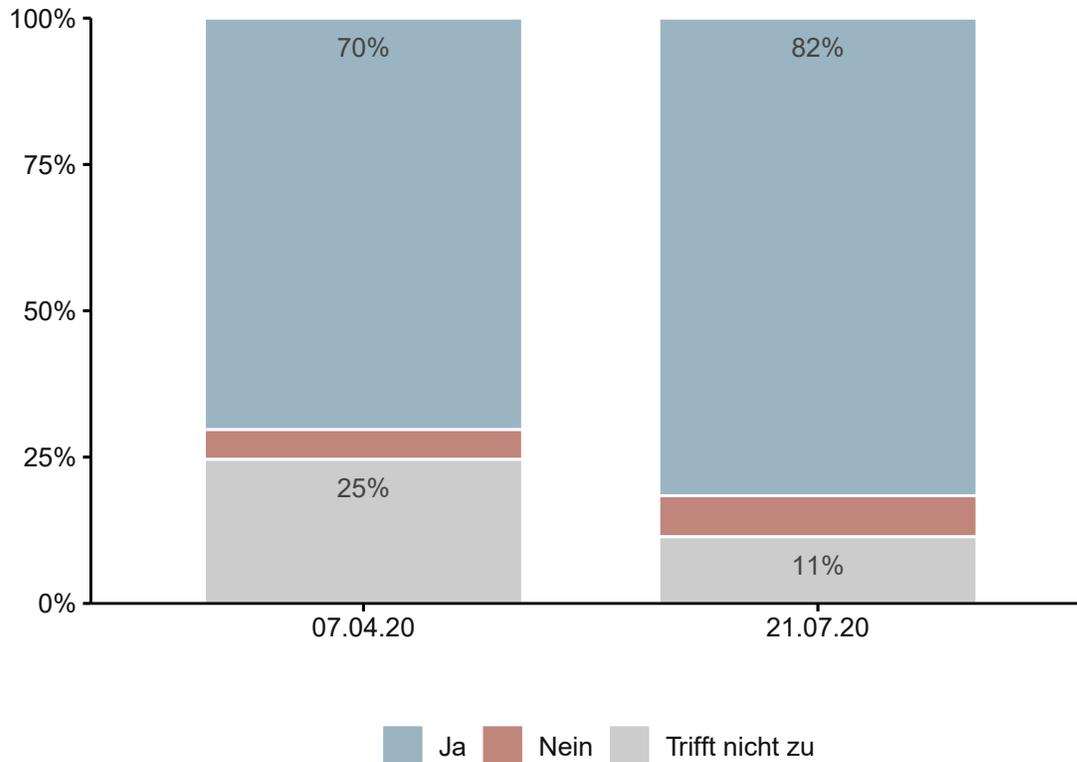
Die mit der Corona-Pandemie einhergehenden Einschränkungen können die medizinische Versorgung möglicherweise beeinträchtigen. Die Situation kann außerdem dazu führen, dass die Menschen weniger medizinische Versorgung nutzen oder Vorsorgemaßnahmen aufschieben.

Versorgung mit Medikamenten

In der aktuellen Erhebung geben 82 Prozent der Befragten an, dass ihre Versorgung mit notwendigen Medikamenten sichergestellt sei. 7 Prozent verneinen das und für 11 Prozent trifft das nicht zu, d. h. sie sehen für sich zurzeit keinen Bedarf für Medikamente. Im Vergleich zur Befragung Anfang April hat sich die Einschätzung verändert. Damals war der Anteil derjenigen, die medikamentöse Versorgung sichergestellt sahen, kleiner und der Anteil derjenigen, die keinen Bedarf an Medikamenten ausdrückten, größer als in der aktuellen Erhebung.

Ist Ihre Versorgung mit notwendigen Medikamenten zurzeit sichergestellt?

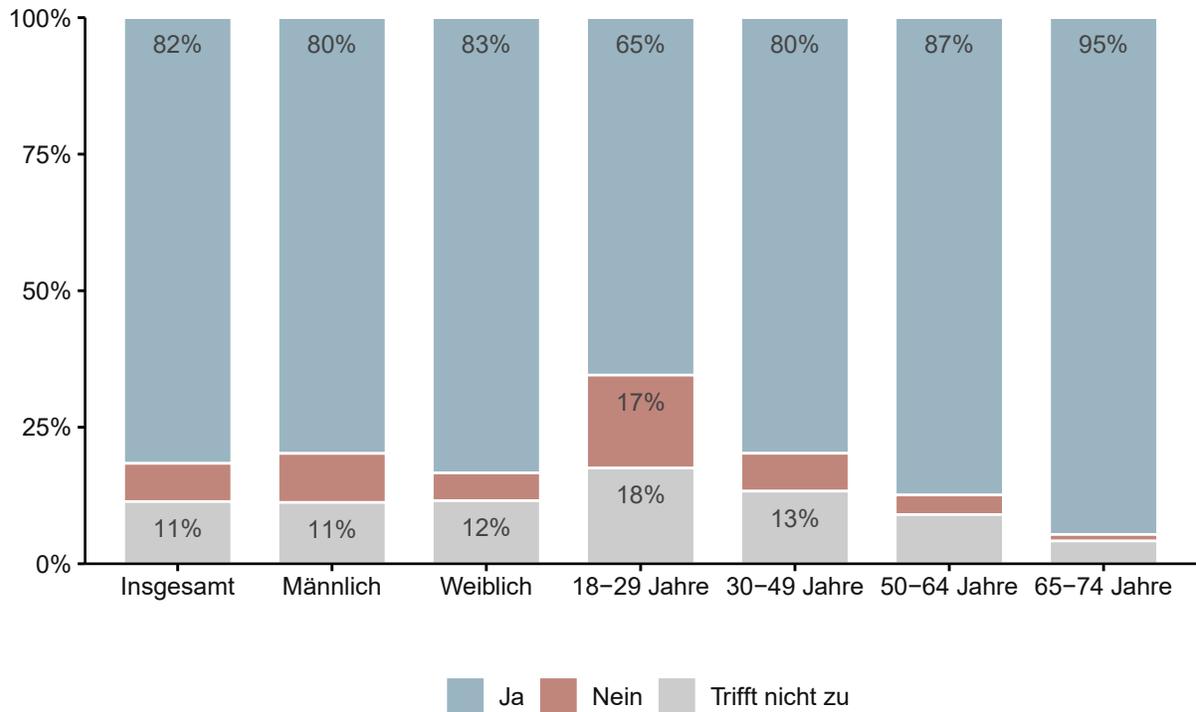
Prozentuale Anteile nach Erhebungszeitpunkt



Die aktuelle Erhebung zeigt, dass es keinen Geschlechts- aber einen Altersunterschied in der Einschätzung der medikamentösen Versorgung gibt. Unter den Jüngeren spielt die Frage der Versorgung eine geringere Rolle als unter den Älteren. Von den Älteren, die größeren Bedarf haben, geben fast alle an, die Versorgung sei sichergestellt.

Ist Ihre Versorgung mit notwendigen Medikamenten zurzeit sichergestellt?

Ergebnisse der aktuellen Welle (21.07.20)

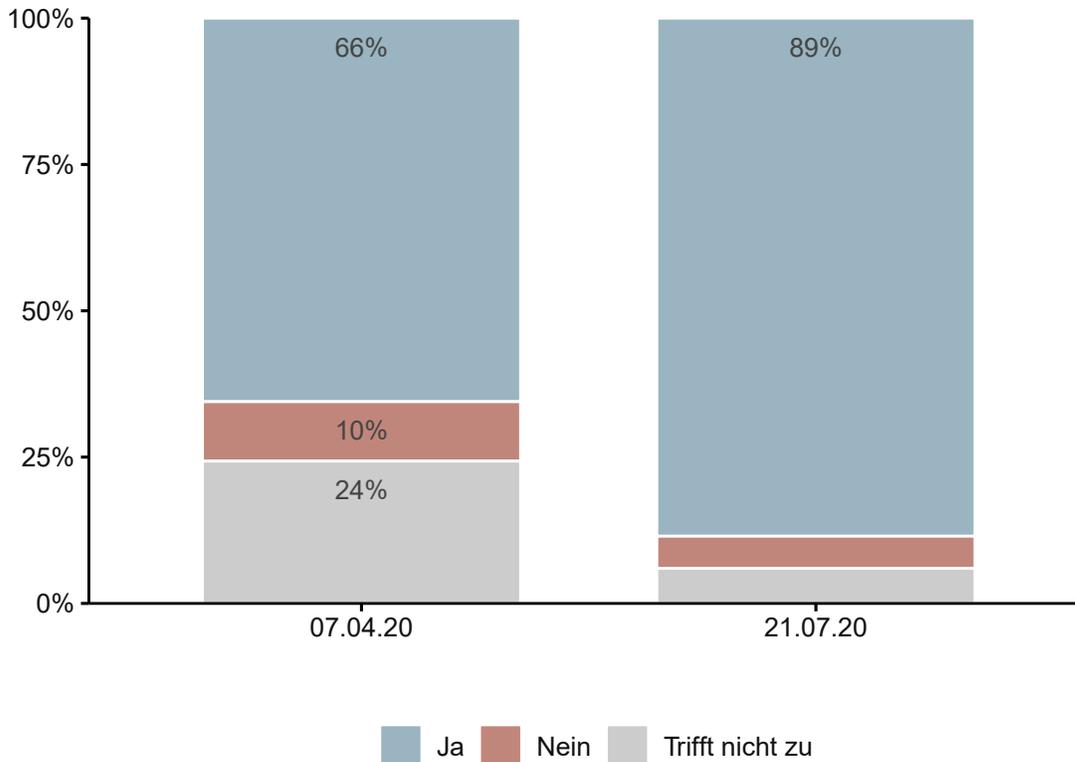


Arztbesuche

Im Vergleich zur Erhebung Anfang April hat sich der Anteil derjenigen, denen zurzeit die notwendigen Arztbesuche möglich sind, deutlich von 66 Prozent auf aktuell 89 Prozent erhöht. Gleichzeitig sind die Anteile derjenigen, für die Arztbesuche und -kontakte nicht möglich bzw. nicht zutreffend sind, zurückgegangen. Die Zugangsmöglichkeiten zum Arzt bzw. zur Ärztin haben sich also verbessert. Gleichzeitig ist der Anteil derjenigen, für die ein Arztbesuch in Frage kommt, wieder angestiegen

Sind die für Sie notwendigen Arztbesuche und -kontakte zurzeit möglich?

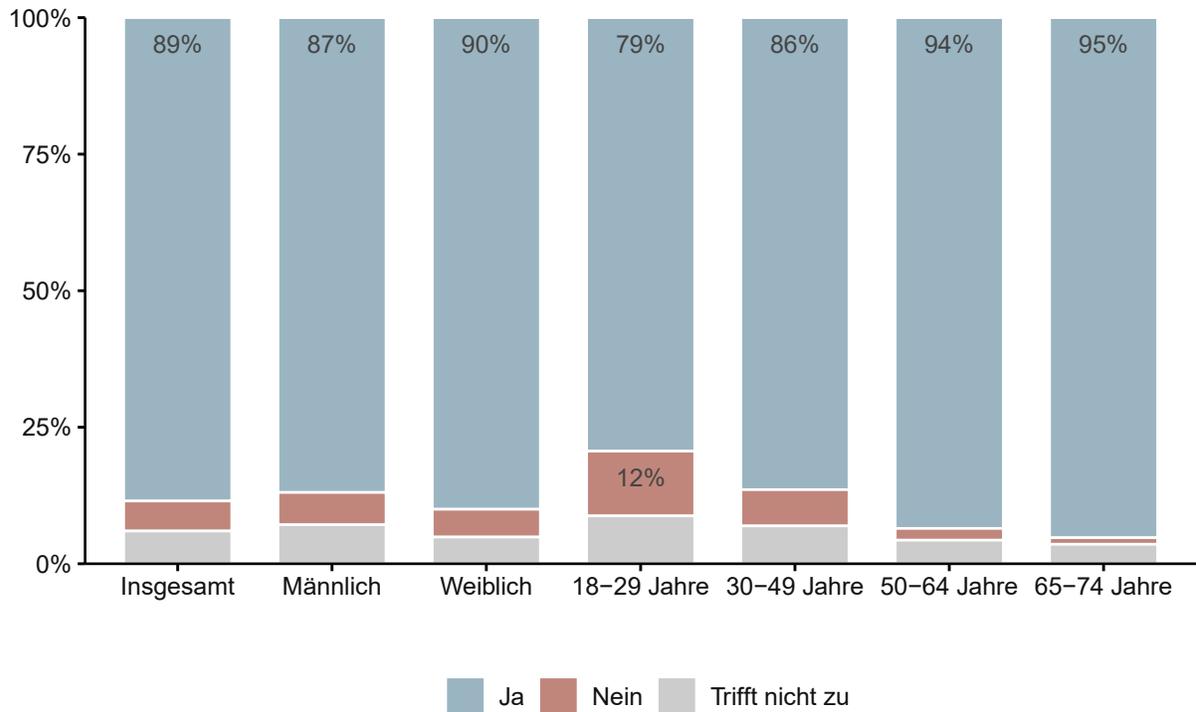
Prozentuale Anteile nach Erhebungszeitpunkt



Wie bei den Medikamenten zeigt die aktuelle Erhebung auch für den Zugang zur ärztlichen Versorgung keinen Geschlechts- aber einen Altersunterschied. Unter den Jüngeren ist der Anteil derjenigen, die keine Notwendigkeit sehen, zum Arzt zu gehen, größer als unter den Älteren. Von den Älteren mit Bedarf an Arztbesuchen sagen fast alle, dass diese möglich sind.

Sind die für Sie notwendigen Arztbesuche und -kontakte zurzeit möglich?

Ergebnisse der aktuellen Welle (21.07.20)



Vorsorgeuntersuchungen und Zahnarztbesuche seit März 2020

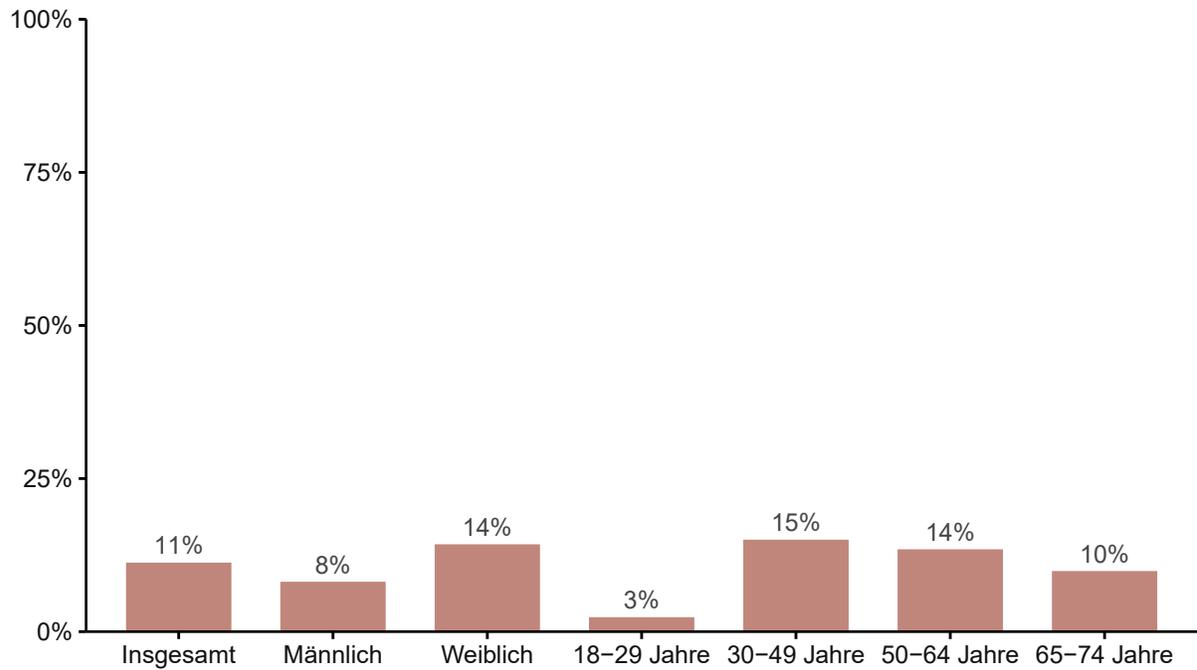
Knapp jeder neunte Befragte (11%) gibt an, eine Krebsvorsorgeuntersuchung wegen der Corona-Situation aufgeschoben zu haben. Dies gaben eher Frauen als Männer und eher ältere als jüngere Befragte an. Lediglich drei Prozent der 18- bis 29- Jährigen aber 10 Prozent der 65- bis 74-Jährigen haben eine Krebsvorsorgeuntersuchung seit März 2020 aufgeschoben.

Deutlich mehr Personen haben Gesundheits-Check-Ups (16%) oder Zahnarztbesuche (22%) wegen der Corona-Situation aufgeschoben. Nennenswerte Unterschiede zwischen Frauen und Männern gibt es keine. Insbesondere die Befragten im Alter von 30 bis 49 Jahren geben an, diese Gesundheits-Check-Ups oder Zahnarztbesuche aufgeschoben zu haben.

Bei den aufgeschobenen Zahnarztbesuchen handelte es sich hauptsächlich um Vorsorge- bzw. Kontrolltermine (nicht in der Abbildung dargestellt).

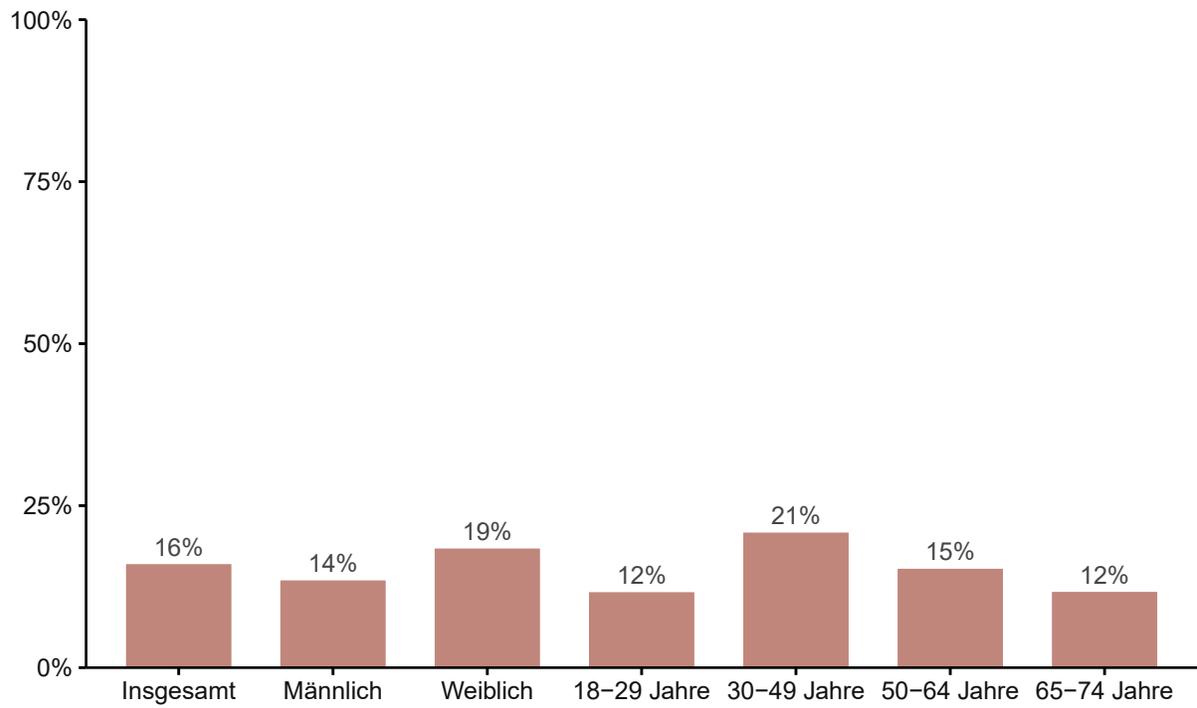
**Haben Sie seit März 2020 Krebsvorsorgeuntersuchungen
(z.B. Früherkennung von Darmkrebs Hautkrebs, Brustkrebs, Prostatakrebs etc.)
wegen der Corona-Situation aufgeschoben?**

Ergebnisse der aktuellen Welle (21.07.20)



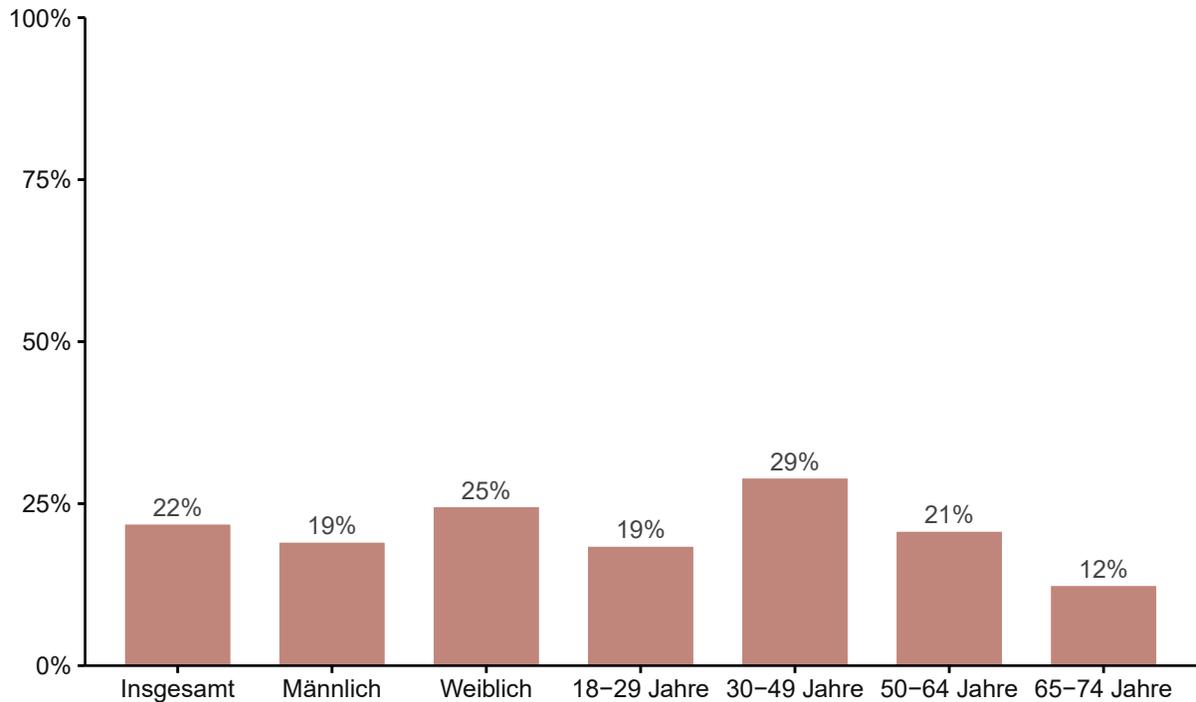
Haben Sie seit März 2020 Gesundheits-Check-Ups wegen der Corona-Situation aufgeschoben?

Ergebnisse der aktuellen Welle (21.07.20)



Haben Sie seit März 2020 einen Zahnarztbesuch wegen der Corona-Situation aufgeschoben?

Ergebnisse der aktuellen Welle (21.07.20)



Schlussfolgerung: Die Corona-Situation beeinflusst die medizinische Versorgung und Vorsorge. Im Vergleich zu Anfang April hat sich aus Sicht der Befragten die Möglichkeit für Arztbesuche aber wieder erhöht. Möglicherweise ist das eine Folge verbesserter Mobilität. Außerdem kommt ein Arztbesuch wieder für mehr Menschen in Frage. Vielleicht zeigt sich hier, dass Ängste vor Ansteckungen in Arztpraxen zurückgegangen sind oder Behandlungen, die zunächst aufgeschoben wurden, nun nachgeholt werden.

Problematisch ist, dass wegen der Corona-Situation seit März jeder neunte Befragte eine notwendige Krebsvorsorgeuntersuchung, jeder sechste einen Gesundheits-Check-up und rund jeder fünfte einen Zahnarzttermin aufgeschoben hat. Wenn Corona zu fehlender Vorsorge führt, erhöht das das Risiko für andere, negative gesundheitliche Entwicklungen. Hier könnte es helfen, dazu zu motivieren, Ansteckungsrisiken während der Vorsorgeuntersuchung mit den Risiken nicht entdeckter anderer Erkrankungen neu gegeneinander abzuwägen.

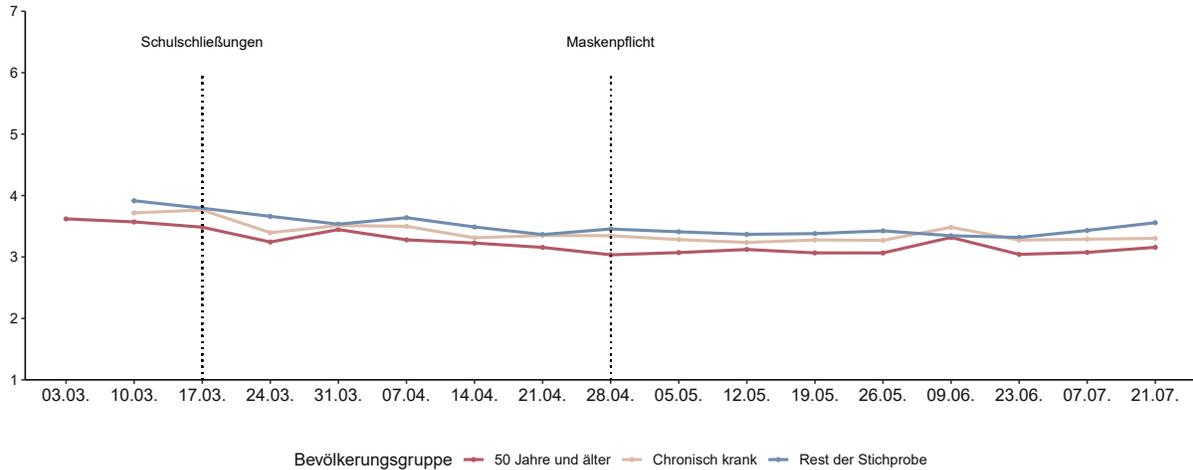
16 Selbstwirksamkeit

Lockerungsmaßnahmen erlauben mehr Freiheiten. Für Risikopersonen wie z.B. chronisch Kranke oder Personen über 50 kann das bedeuten, dass es schwieriger wird, sich selbst vor einer Erkrankung zu schützen.

Die folgende Abbildung zeigt die Zustimmung zur Aussage "In der jetzigen Situation eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus zu vermeiden ist für mich extrem schwierig" für chronisch Kranke, Personen über 50 und den Rest der Stichprobe. Bei chronisch Kranken und Personen über 50 kann es Überschneidungen geben.

In der jetzigen Situation eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus zu vermeiden ist für mich...

Bewertet auf einer Skala von 1 (extrem einfach) bis 7 (extrem schwer). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.

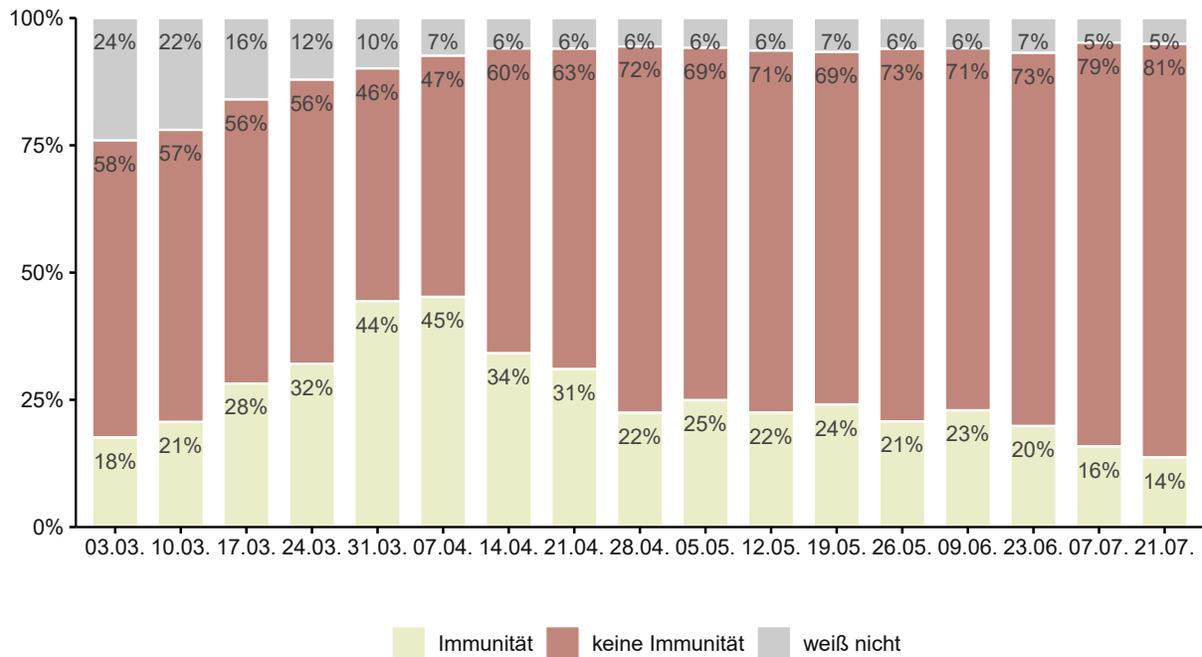


17 Daten im Detail

17.1 Detail: Wissen COVID-19

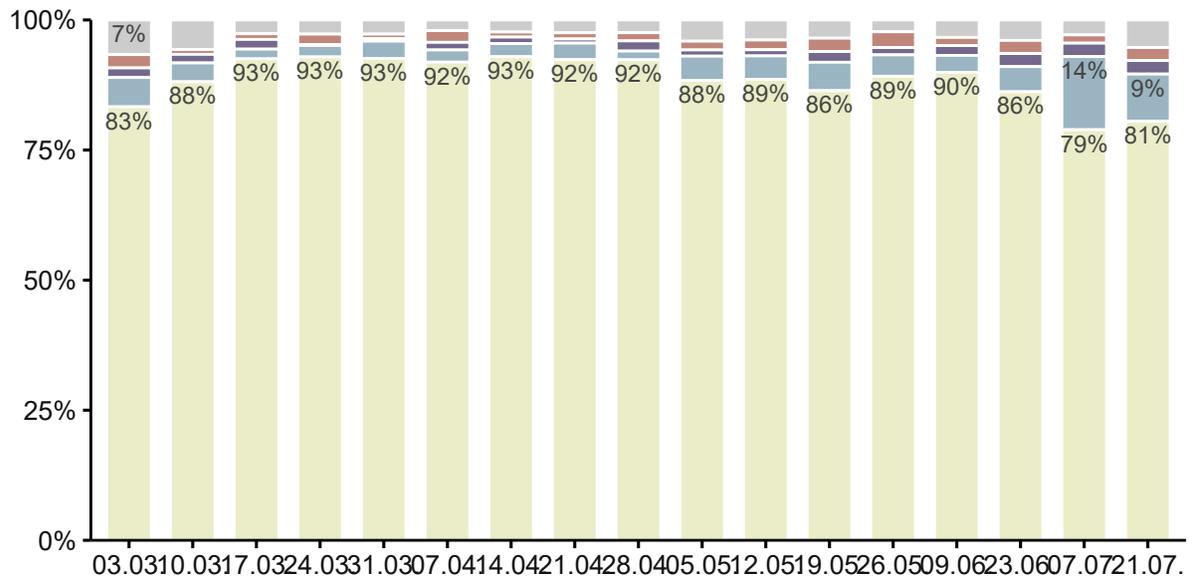
Wissen über Folgen einer überstandenen Erkrankung

Einschätzung der Teilnehmer; Einfachauswahl



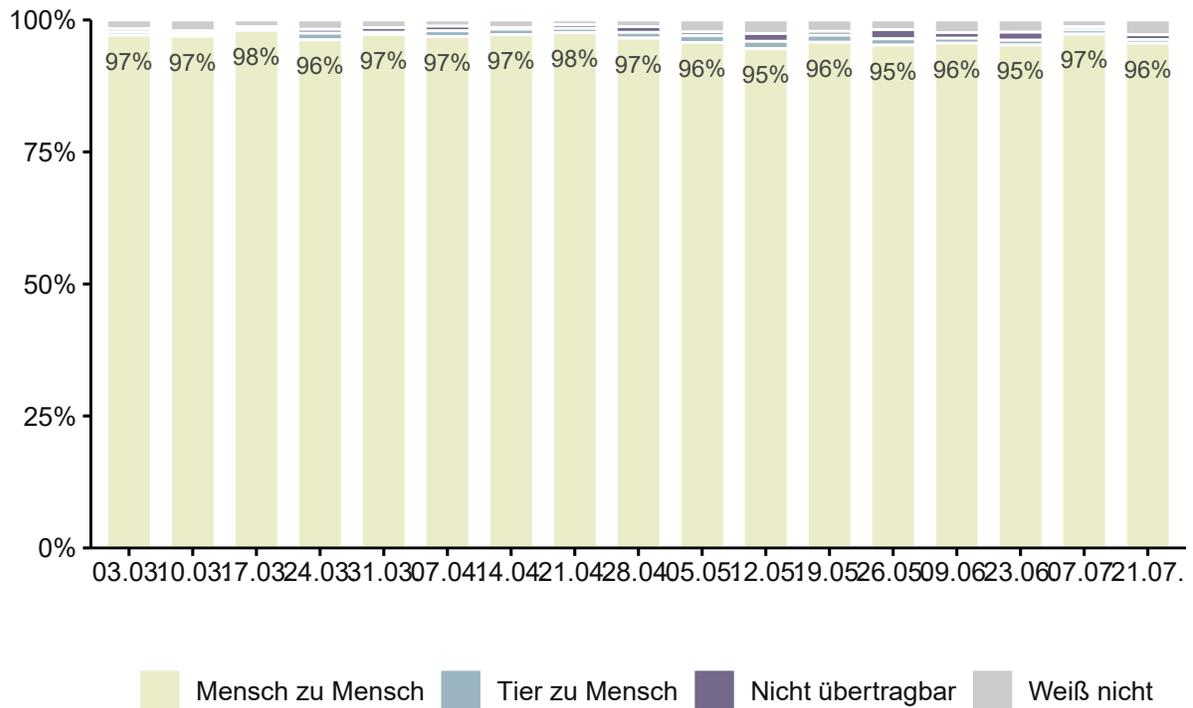
Wissen über Behandlungsmöglichkeiten

Einschätzung der Teilnehmer; Einfachauswahl



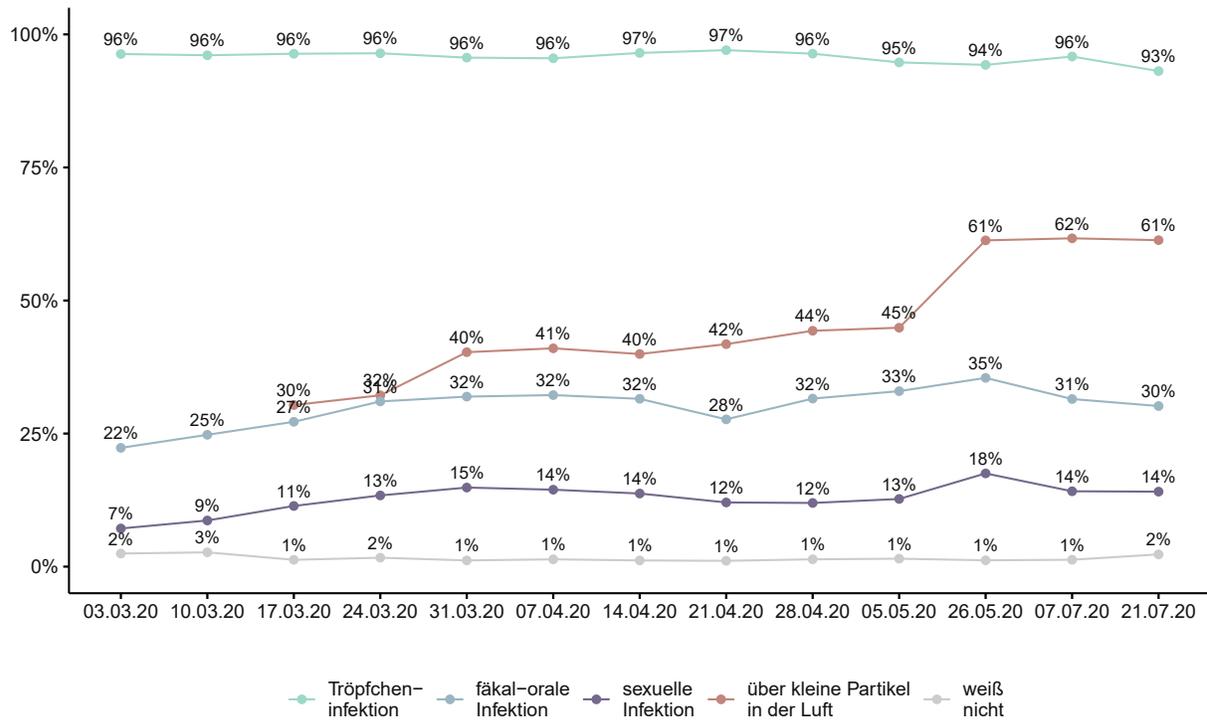
Wissen über Krankheitsüberträger

Einschätzung der Teilnehmer; Einfachauswahl



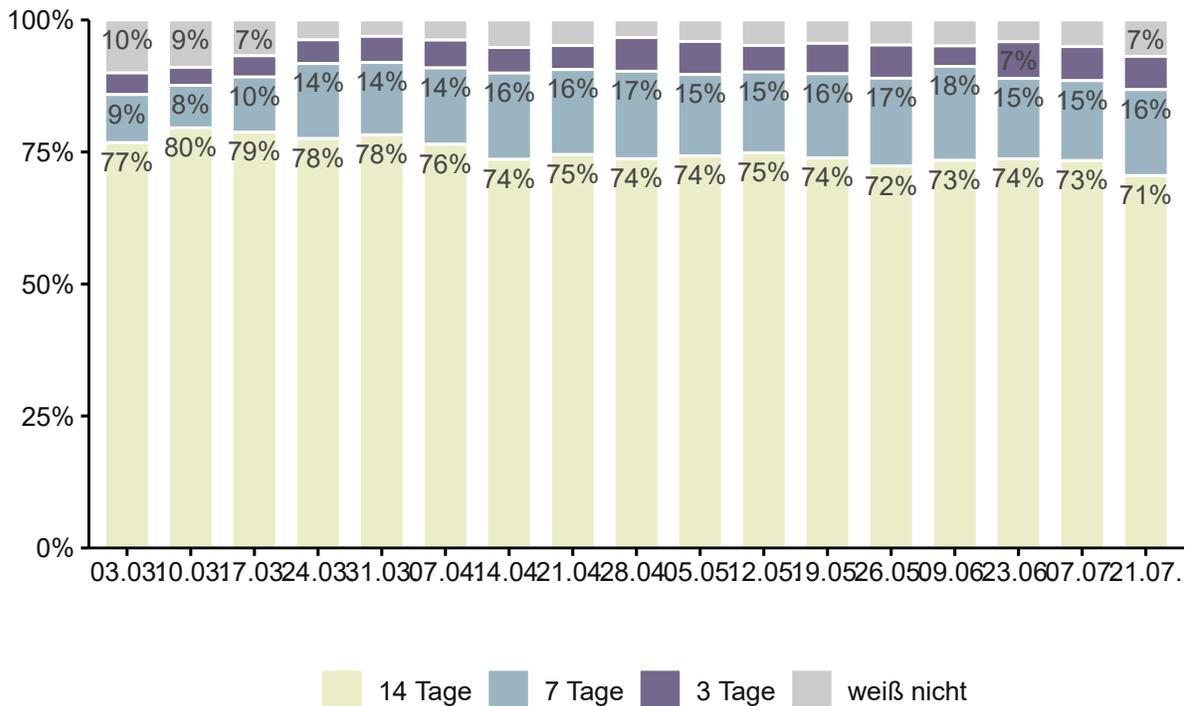
Wissen über den Infektionsweg

Einschätzung der Teilnehmer; Mehrfachauswahl möglich



Wissen über die Inkubationszeit

Einschätzung der Teilnehmer; Einfachauswahl



18 Daten nach Demographie

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

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

19 Übersicht über alle bisherigen Datenerhebungen

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

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

20 Literatur

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

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

- Betsch, C. & Böhm, R (2016). Detrimental effects of introducing partial compulsory vaccination: experimental evidence. *European Journal of Public Health*, 26(3), 378–381.
- Bundesverfassungsgericht (2020). *Beschluss der 2. Kammer des Ersten Senats vom 29. April 2020*. 1 BvQ 44/20, Rn. (1-19).
- Bornstein, G. (2003). Intergroup conflict: Individual, group, and collective interests. *Personality and Social Psychology Review*, 7(2), 129-145.
- Bradley, M. M., & Lang, P. J. (1994). Measuring emotion: the self-assessment manikin and the semantic differential. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 25(1), 49-59.
- Brewer, N. T., Chapman, G. B., Gibbons, F. X., Gerrard, M., McCaul, K. D., & Weinstein, N. D. (2007). Meta-analysis of the relationship between risk perception and health behavior: the example of vaccination. *Health psychology*, 26(2), 136.
- Bruder, M, Haffke P, Neave N, Nouripanah N, Imhoff R. Measuring individual differences in generic beliefs in conspiracy theories across cultures: conspiracy mentality questionnaire. *Front Psychol*. 2013;4:225. Published 2013 Apr 30. doi:10.3389/fpsyg.2013.00225
- Chajut, E., & Algom, D. (2003). Selective attention improves under stress: Implications for theories of social cognition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 231–248. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.231>
- Dalgard, O. S., Bjørk, S., Tambs, K. (1995) Social support, negative life events and mental health. *The British Journal of Psychiatry* 166, 29–34
- De Jong-Gierveld, J., & Kamphuls, F. (1985). The development of a Rasch-type loneliness scale. *Applied psychological measurement*, 9(3), 289-299.
- De Vries, R. E. (2013). The 24-item brief HEXACO inventory (BHI). *Journal of Research in Personality*, 47(6), 871-880.
- Deutsches Ärzteblatt (2020). Weiter Gegenwind für Immunitätsausweis. Abgerufen am 12. Mai 2020, von <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/112584/Weiter-Gegenwind-fuer-Immunitaetsausweis>
- Deutsches Ärzteblatt (2020). Gesundheitsministerium rechnet mit Spätfolgen nach COVID-19 Erkrankungen. Abgerufen am 1. Juli 2020, von <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/112936/Gesundheitsministerium-rechnet-mit-Spaetfolgen-nach-COVID-19-Erkrankungen>
- Dorn, F., Fuest, C., Göttert, M., Krolage, C., Lautenbacher, S., Link, S., ... & Wohlrabe, K. (2020). Die volkswirtschaftlichen Kosten des Corona-Shutdown für Deutschland: Eine Szenarienrechnung. *ifo Schnelldienst*, 73(04), 29-35.
- Finger, J. D., Mensink, G., Lange, C., & Manz, K. (2017). Health-enhancing physical activity during leisure time among adults in Germany.
- Finucane, A. M. (2011). The effect of fear and anger on selective attention. *Emotion*, 11(4), 970–974. <https://doi.org/10.1037/a0022574>
- Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (GAD-7). Deutsche Version: © Prof. Dr. Bernd Löwe, 2015, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- Gierveld, J. D. J., & Tilburg, T. V. (2006). A 6-item scale for overall, emotional, and social loneliness: Confirmatory tests on survey data. *Research on aging*, 28(5), 582-598.
- Grimmelikhuijsen, S., & Knies, E. (2017). Validating a scale for citizen trust in government organizations. *International Review of Administrative Sciences*, 83(3), 583–601. <https://doi.org/10.1177/0020852315585950>
- Hall Jamieson, K., & Albarracín, D. (2020). The Relation between Media Consumption and Misinformation at the Outset of the SARS-CoV-2 Pandemic in the US. Harvard Kennedy School Misinformation Review. <https://doi.org/10.37016/mr-2020-012>

- Hautzinger M, Bailer M, Hofmeister D, Keller F. ADS: *Allgemeine Depressionsskala* (2. überarbeitete, neu normierte Auflage). Göttingen, 2012: Hogrefe
- Huxhold, O., Engstler, H., & Hoffmann, E. (2019). Entwicklung der Einsamkeit bei Menschen im Alter von 45 bis 84 Jahren im Zeitraum von 2008 bis 2017.
- Imhoff, R., & Lamberty, P. (2020). *A bioweapon or a hoax? The link between distinct conspiracy beliefs about the Coronavirus disease (COVID-19) outbreak and pandemic behavior.*
- Kazlauskas, E., Gegieckaite, G., Eimontas, J., Zelviene, P., & Maercker, A. (2018). A Brief Measure of the International Classification of Diseases-11 Adjustment Disorder: Investigation of Psychometric Properties in an Adult Help-Seeking Sample. *Psychopathology, 51(1)*, 10–15. <https://doi.org/10.1159/000484415>
- Kjær, T. (2005). A review of the discrete choice experiment-with emphasis on its application in health care. *Health Economics Papers 2005:1*. Denmark: Syddansk Universitet
- Kotz, D., Böckmann, M., & Kastaun, S. (2018, April 6). Nutzung von Tabak und E-Zigaretten sowie Methoden zur Tabakentwöhnung in Deutschland. *Deutsches Ärzteblatt*. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/197190/Nutzung-von-Tabak-und-E-Zigaretten-sowie-Methoden-zur-Tabakentwoehnung-in-Deutschland>
- Krawczyk, A., Stephenson, E., Perez, S., Lau, E., & Rosberger, Z. (2013). Deconstructing human papillomavirus (HPV) knowledge: objective and perceived knowledge in males' intentions to receive the HPV vaccine. *American Journal of Health Education, 44(1)*, 26-31.
- Liao, Q., Cowling, B. J., Lam, W. W. T., & Fielding, R. (2011). The influence of social-cognitive factors on personal hygiene practices to protect against influenzas: using modelling to compare avian A/H5N1 and 2009 pandemic A/H1N1 influenzas in Hong Kong. *International Journal of Behavioral Medicine, 18(2)*, 93-104.
- Linden, M., Baumann, K., Lieberei, B., & Rotter, M. (2013). PTED Skala—Post-Traumatic Embitterment Disorder Selbstbeurteilungsfragebogen. <https://doi.org/10.23668/PSYCHARCHIVES.428>
- Mantler, J., Schellenberg, E., & Page, J. (2003). Attributions for Serious Illness: Are Controllability, Responsibility, and Blame Different Constructs? *Canadian Journal of Behavioural Science, 35*, 142–152. <https://doi.org/10.1037/h0087196>
- Meltzer, H. (2003) *Development of a common instrument for mental health*. In: Nosikov, A., Gudex, C. (Ed) *EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys*. IOS Press, Amsterdam
- Münnich, R. Gabler, Siegfried ua 2012: Stichprobenoptimierung und Schätzung in Zensus 2011. *Statistik und Wissenschaft, 21*.
- Niewald, L. V. (2020). Quarantäne-Chaos im Kreis Gütersloh: „Wir sind wütend und verzweifelt“. Abgerufen von: https://www.nw.de/lokal/kreis_guetersloh/guetersloh/22821655_Quarantaene-Chaos-im-Kreis-Guetersloh-Wir-sind-wuetend-und-verzweifelt.html
- Pearson, S. D., & Raeke, L. H. (2000). Patients' trust in physicians: many theories, few measures, and little data. *Journal of general internal medicine, 15(7)*, 509-513
- Renner, B., & Schwarzer, R. (2005). The motivation to eat a healthy diet: How intenders and nonintenders differ in terms of risk perception, outcome expectancies, self-efficacy, and nutrition behavior. *Polish Psychological Bulletin, 36(1)*, 7-15.
- Robert-Koch-Institut (2012). Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie “Gesundheit in Deutschland aktuell 2010”. Robert-Koch-Institut, Berlin.
- Robert Koch-Institut (2020). Handreichung des Robert Koch-Instituts für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/WarnApp/Handreichung-Arzt.html (Abgerufen am: 26.06.2020)
- Schweitzer, M. E., Hershey, J. C., & Bradlow, E. T. (2006). Promises and lies: Restoring violated trust. *Organizational behavior and human decision processes, 101(1)*, 1-19.
- Sharot, T. (2011). The optimism bias. *Current Biology, 21(23)*, R941–R945. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2011.10.030>

Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *International journal of behavioral medicine*, 15(3), 194-200.

Steel Fisher GK et al (2012). Public response to the 2009 influenza A H1N1 pandemic: a polling study in five countries. *Lancet Infectious Diseases 2012; 12*: 845–50

Streeck, H., Schulte, B., Kuemmerer, B., Richter, E., Hoeller, T., Fuhrmann, C., Bartok, E., Dolscheid, R., Berger, M., Wessendorf, L., Eschbach-Bludau, M., Kellings, A., Schwaiger, A., Coenen, M., Hoffmann, P., Noethen, M., Eis-Huebinger, A.-M., Exner, M., Schmithausen, R., ... Kuemmerer, B. (2020). Infection fatality rate of SARS-CoV-2 infection in a German community with a super-spreading event [Preprint]. *Infectious Diseases (except HIV/AIDS)*. <https://doi.org/10.1101/2020.05.04.20090076>

Thomas, A. (2020). Corona – Statt Beatmung Sterbebegleitung bei über 80-jährigen Patienten. *AerzteZeitung.de*. <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Statt-Beatmung-Sterbehilfe-bei-ueber-80-jaehrigem-Covid-19-Patienten-408102.html>

Woerner, W., Becker, A., Friedrich, C., Klasen, H., Goodman, R. & Rothenberger, A. (2002). Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung. *Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 30, 105–112.

World Health Organization (WHO). (1998). WHO (Fünf)-Fragebogen zum Wohlbefinden (Version 1998). Hillerød, Denmark: Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Center for Mental Health, 4.