

COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO) — Welle 10

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

Stand: 08.05.2020 (Version 10-01)

Cornelia Betsch¹, Lars Korn¹, Lisa Felgendreiff¹, Sarah Eitze¹, Philipp Schmid¹, Philipp Sprengholz¹, Lothar Wieler², Patrick Schmich², Volker Stollorz³, Michael Ramharter⁴, Michael Bosnjak⁵, Saad B. Omer⁶, Heidrun Thaiss⁷, Freia De Bock⁷, Ursula von Rügen⁷, Roland Imhoff⁸

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

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

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

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

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

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

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

⁸ Johannes Gutenberg University of Mainz, Binger Str. 14-16, 55122 Mainz

Peer-Review: Wolfgang Gaissmaier (Universität Konstanz), Britta Renner (Universität Konstanz)

Abstract

Risk perception and acceptance of measures. Risk perception and fear for one's own health are still declining, as is the acceptance of the measures; both dropping almost to the before-lockdown level. Compared to last week, acceptance of the most restrictive measures decreased significantly. The desire for demonstrations is still low, but has increased compared to last week. At the same time, uptake of protective measures declines slightly; e.g., more than a quarter of respondents make exceptions when meeting people from outside the home. Even simple measures such as washing hands or keeping distance are declining. The majority is indifferent about whether the measures are exaggerated or whether the lifting happens too fast. 21% think the measures are excessive. This group shows emotional distance from the outbreak: they think it is media hype, feel no risk, the virus feels far away, rather harmless and some perceive it as a hoax. This group also lacks trust in the authorities. 26% think that measures are lifted too fast. This group has higher risk perceptions and does not see it as a media hype. They are also more likely to know someone who was infected. **Masks.** 77% wear masks in public frequently or always (previous week 58%); fabric masks are worn most frequently, the proportion of FFP2/3 masks continues to decline. Most of them know about the protective effect; most of them say they wear masks to protect others. Those who report wearing masks more often report other protective behaviours, too (e.g. keeping distance, avoiding hand shakes). Those who notice that others wear masks are more likely to wear masks themselves. **Vaccination against COVID-19.** 66% would (rather) be vaccinated against COVID-19, in mid-April 79% wanted the vaccine. Trust in the vaccination and the authorities is essential for vaccination readiness. **Immunity pass.** 49% of all respondents are against the introduction of an immunity pass, only 26% were in favour. Most respondents stated that holders of an immunity card should have "no" extra duties and responsibilities. One reason for the rejection could also be scientifically uncertain knowledge about immunity after COVID-19 infection: only 25% think they are

immune after COVID-19 infection; this proportion has decreased significantly since April. The data show no evidence that people would deliberately infect themselves in order to obtain an immunity card.

Ziel

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

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

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

Informationen zu COVID-19 und dem Ausbruchsgeschehen

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

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

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

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

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

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

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

Wissenschaftliche Verantwortung und Initiative: UE

Finanzierung: UE, ZPID, RKI, BZgA

Auswertung und Dokumentation: UE

Kontakt: cornelia.betsch@uni-erfurt.de

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

1 Zusammenfassung und Empfehlungen

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

Analyse der 10. Datenerhebung (05.05.-06.05.2020). Die Datenerhebungen finden wöchentlich dienstags und mittwochs statt.

Die 1007 Befragten wurden aus einem durch die Firma Respondi (<https://www.respondi.com/>) rekrutierten und gepflegten Befragtenpool (sog. Online-Panel) so gezogen, dass sie der Verteilung von Alter, Geschlecht (gekreuzt) und Bundesland (ungekreuzt) in der Deutschen Bevölkerung entsprechen.

Sorglosigkeit: Risiko und Verhalten

Die Risikowahrnehmung (insbesondere die wahrgenommene Erkrankungswahrscheinlichkeit) und Angst um die eigenen Gesundheit sinken, ebenso die Akzeptanz der Maßnahmen. Diese sinken fast auf das Niveau von vor dem Lockdown.

Seit letzter Woche ist die Akzeptanz für Maßnahmen, die stark in die Rechte der Menschen eingreifen, signifikant gefallen. Das Bedürfnis nach Demonstrationen ist im Vergleich zur letzten Woche gestiegen.

Gleichzeitig werden die Schutzmaßnahmen etwas seltener ergriffen als letzte Woche; mehr als ein Viertel der Befragten macht Ausnahmen beim Treffen von haushaltsfremden Personen. Auch einfache Maßnahmen wie Händewaschen oder Abstandhalten gehen zurück. Ca. ein Drittel der Befragten hält es für (eher) unwahrscheinlich, sich anzustecken wenn sie haushaltsfremde Personen treffen, einkaufen, zum Arzt gehen oder außer Haus sind.

Die Reaktanz durch die Maßnahmen ist jedoch etwas zurückgegangen, was möglicherweise auf die Lockerung zurückzuführen ist : 24% (Vorwochen 29%) fühlen (eher oder sehr) Ärger, Frust und Wut aufgrund der Maßnahmen.

- *Empfehlung: Die gemeinsam durch die Maßnahmen erzielte Erfolge und deren Abhängigkeit vom Einhalten der Abstands- und Hygieneregeln sollten weiter betont werden.*
- *Empfehlung: Die epidemiologische Konsequenz von Ausnahmen oder Nicht-Einhaltung der Maßnahmen sollte verdeutlicht werden (z.B. visuell).*
- *Empfehlung: Das Beibehalten neuer Routinen sollte unterstützt werden. Verhaltenswissenschaftler können hier wertvolle Tipps geben.*
- *Empfehlung: Mögliche Ansteckungsorte sollten visuell kommuniziert werden: Wo ist die Gefahr besonders hoch? Wie kann man sich schützen?*
- *Empfehlung: Der soziale Nutzen der Maßnahmen und der Schutz Schwacher sollte (weiterhin) stark betont werden.*

Lockerungsmaßnahmen

66% denken, dass die Lockerungsmaßnahmen in den Bundesländern einheitlich umgesetzt werden sollten (Datenerhebung vor der Pressekonferenz, in der die Bundesländer die Entscheidungsfreiheit erhalten haben).

Bei der Einschätzung der Maßnahmen und Lockerungen scheint es zwei Lager zu geben: 33% finden die Lockerungsmaßnahmen (eher) übertrieben, 29% finden die Eindämmungs-Maßnahmen (eher) übertrieben.

Maßnahmen werden teilweise umgangen: 43% der Befragten gaben an, dass sie in der letzten Woche in Gebiete mit weniger Einschränkungen gefahren sind (z.B. zum Einkaufen oder für Freizeitaktivitäten). Die meisten taten dies ein bis zweimal die Woche. Wer solche Reisen unternahm, fühlte mehr Wut und Ärger über die Maßnahmen ($M = 3.81$) als jene, die in ihrem eigenen Gebiet blieben ($M = 3.44$).

- *Empfehlung: Geltende Maßnahmen und Lockerungen sollten v.a. bei großer regionaler Unterschiedlichkeit stets klar kommuniziert werden.*

Sorgen

Sorgen um die Wirtschaftskraft bleiben stabil hoch. Alle anderen Sorgen gehen tendenziell zurück, vor allem die Sorge um die Überlastung des Gesundheitssystems.

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

- *Empfehlung: Da die Sorge um Ungleichheit offensichtlich hoch ist, könnte die Verhinderung von Ungleichheit durch Corona ein wichtiger Faktor in der Kommunikation werden.*

Vertrauen

Krankenhäuser und Ärzte genießen weiter hohes Vertrauen, alle anderen Institutionen pendeln sich auf einem etwas niedrigerem Niveau (als Ende März) ein.

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

- *Empfehlung: Transparente Kommunikation ist weiterhin wichtig, um das Vertrauen aufrecht zu erhalten oder wieder aufzubauen.*

Maskenpflicht greift

77% tragen bereits häufig oder immer Masken in der Öffentlichkeit (Vorwoche 58%); am häufigsten werden Stoffmasken getragen. Über die Schutzwirkung wissen die meisten korrekt Bescheid. Wer wahrnimmt, dass viele andere eine Maske tragen, trägt auch eher selbst eine.

91% (Vorwoche: 85%) geben an zu wissen, wo sie eine Mund-Nasen-Bedeckung (Stoffmaske) besorgen können.

Insgesamt kennen sich jüngere Befragte deutlich weniger im Umgang mit Alltagsmasken aus als Ältere.

59% der Befragten haben das Gefühl, dass andere sich weniger an die Abstandsregeln halten, seit die Maskenpflicht gilt.

Insgesamt berichten jedoch Personen, die Maske tragen, häufiger auch von anderem Schutzverhalten (z.B. selbst Abstand halten, Vermeiden von Händeschütteln).

- *Empfehlung: Wie Masken korrekt getragen werden sollte weiter kommuniziert werden (z.B. siehe BZgA Video: <https://www.youtube.com/watch?v=oMlhnINiDDs>).*
- *Empfehlung: Informationen zum Reinigen, Wechseln und Aufbewahren von Masken sollten verbreitet werden, um optimale Maskennutzung zu ermöglichen.*
- *Empfehlung: Einer Risiko-Kompensation sollte entgegengewirkt werden: Auch wenn Masken getragen werden, sollte weiterhin Abstand eingehalten werden.*

Bereitschaft sich eine Tracing-App runterzuladen ist immer noch gering

Die Bereitschaft zur Nutzung einer Tracing-App sinkt weiter über die vergangenen Wochen. 44% (Vorwoche 48%) sind eher bereit oder bereit, sich eine datenschutzkonforme App zu installieren. Der Anteil derer, die sie nicht herunterladen würden, ist stabil bei knapp einem Viertel der Befragten.

Vertrauen in die Behörden spielt nach wie vor eine Rolle bei der potenziellen Akzeptanz der App.

- *Empfehlung: Vertrauen sollte durch größere Transparenz gestärkt werden.*

Verantwortlichkeit für eine COVID-19 Infektion

Die Befragten wurden gebeten sich entweder vorzustellen sie selbst oder jemand ihres Alters und Geschlechts seien an COVID-19 erkrankt. Wie die eigene Verantwortung an einer Erkrankung bewertet wird, kann Schutzverhalten beeinflussen (und umgekehrt). Daher wurde Verantwortung, Kontrollierbarkeit und Schuld bewertet.

Insgesamt bewerten die Befragten eine COVID-19 Infektion als etwas, das sie eher nicht kontrollieren können, selbst verantworten oder wofür sie schuld sind.

Männer denken eher als Frauen, dass sie eine Infektion kontrollieren könnten, dass sie verantwortlich sind für eine Erkrankung und daran Schuld wären.

Die Schuldzuschreibung ist ein wichtiger Aspekt: wer selbst weniger Schutzmaßnahmen ergreift, fühlt sich eher Schuld an einer Infektion (und umgekehrt).

- *Empfehlung: Informationen über die Übertragung von COVID-19 und die Verantwortung jedes einzelnen im Transmissionsgeschehen könnten dazu beitragen, dass Personen mehr Maßnahmen zum Schutz vor COVID-19 ergreifen.*

Hypothetische Impfung gegen das Coronavirus

66% würden sich (eher) gegen COVID-19 impfen lassen, Mitte April waren es noch 79%. Vertrauen in die Impfung und die Behörden ist wesentlich für die Impfbereitschaft.

Erfasst wurden außerdem ein validiertes Maß zur Erfassung der Impfmüdigkeit, hier bezogen auf einen hypothetischen COVID-19 Impfstoff. Diese Werte wurden mit repräsentativen Werten (BZgA, 2016), die Impfen allgemein bewerten, verglichen.

Es zeigt sich: im Vergleich zur allgemeinen Bewertung von Impfungen (2016) haben die Befragten weniger Vertrauen in die Sicherheit und Effektivität des COVID-19 Impfstoffs; sie halten eine COVID-19 Impfung für weniger überflüssig als Impfungen allgemein in vor-Krisenzeiten; jüngere Menschen zeigen verstärkten Egoismus und stimmen bei COVID-19 eher zu als bei Impfungen allgemein, dass man sich nicht impfen lassen muss, wenn alle anderen sich impfen lassen.

Bei einer angenommenen Basisreproduktionsrate von $R_0 = 3$ (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html) und einem perfekt wirksamen Impfstoff würde eine Impfbereitschaft von 66% nicht ausreichen, um die Verbreitung des Virus zu stoppen.

- *Empfehlung: Eine transparente Risikokommunikation zu erwarteten Nutzen und Risiken einer Impfung gegen COVID-19 ist wichtig.*
- *Empfehlung: Veränderung der Einstellungen zum Impfen allgemein (COSMO #7) sowie zu einer potenziellen COVID-19 Impfung sollten wiederholt betrachtet werden, um die Risikokommunikation zu steuern.*

Immunitätspass

Immunität ist die Vorbedingung für einen Immunitätspass. Das Wissen hierzu ist wissenschaftlich unsicher, das zeigt sich auch in der Bevölkerung, die einen Immunitätspass eher ablehnt:

25% denken, dass man nach einer COVID-19 Infektion immun ist; dieser Anteil sinkt seit April.

59% der Befragten ist die Diskussion um den Immunitätspass bekannt.

49% aller Befragten sind der Meinung, dass ein Immunitätspass nicht eingeführt werden soll.

Seit Anfang April nimmt die Zustimmung dafür ab, dass Immune gesellschaftlich relevante Aufgaben übernehmen sollen.

Weitere Analysen ergaben, dass die Befragten sich nicht absichtlich anstecken würden, um einen Immunitätspass zu erhalten (Methode: Listen-Experiment zur Reduktion sozialer Erwünschtheit)

In offenen Textfeldern nannten die Befragten mögliche Pflichten und Privilegien, die mit einem Immunitätspass verbunden sein könnten. Am häufigsten gaben die Befragten an, Inhaber eines Immunitätspasses sollten “keine” Aufgaben und Pflichten haben.

Verschörungstheorien

Über Corona sind bereits einige Verschörungstheorien aufgetaucht. Zwei gegensätzliche Theorien (Corona ist menschengemacht vs. ist ein Schwindel) sind nur gering verbreitet, je 17% der Befragten stimmen (eher) zu.

Wer allerdings an die eine Theorie glaubt, glaubt auch eher an die andere; 9% der Befragten glauben an beide Theorien. Anhängern von Verschörungstheorien scheint es weniger um die absolute Überzeugung von einer Ansicht zu gehen als um die Ablehnung einer “offiziellen” Sichtweise. Wer diesen alternativen Sichtweisen anhängt denkt eher, dass man an einer COVID-19 Erkrankung selbst Schuld ist, hält sich weniger an die Regeln, vertraut weniger der Regierung der WHO und lehnt Maßnahmen eher ab.

Kita- und Schulöffnungen

Auch wenn ca. die Hälfte der Eltern von unter-6 jährigen Kindern angibt, die momentane persönliche Situation als belastend zu empfinden, ist die Mehrheit dieser Eltern für eine Öffnung der Kitas erst in einem zweiten Schritt (vs. sofort oder 3. Schritt).

27% der Eltern, deren Kind/er zur Schule gehen (n = 45) trauen der Schule nicht zu, dass sie die Abstandsregeln durchsetzen kann, 36% sehen Probleme bei den Hygieneregeln. 26% der Eltern, deren Kind/er in die Kita/zur Tagesmutter gehen (n = 19) trauen der Einrichtung nicht zu, dass sie die Abstandsregeln durchsetzen kann, 21% die Hygieneregeln.

Eltern sind v.a. skeptisch, dass ihre Kinder die Abstandsregeln einhalten können, v.a. wenn ihre Kinder noch nicht wieder in die Schule gehen: 1 von 3 Eltern trauen ihren Grundschul-Kindern nicht zu, sich an Abstandsregeln zu halten.

- *Empfehlung: Schulen und Kitas sollten mit Eltern und Kindern gemeinsam das Hygienekonzept umsetzen. Proaktive Kommunikation zwischen Einrichtungen und Eltern kann deutlich machen, wie die Konzepte umgesetzt werden sollen.*

Wissen über Symptome Die meisten Symptome sind den Befragten gut bekannt. Für symptomatische Fälle könnte die Wahrscheinlichkeit also hoch sein, dass die Krankheit als COVID-19 erkannt wird, da viele Personen die Symptome richtig zuordnen können.

2 Methode

2.1 Stichprobe

Die Probanden werden über einen Online-Panelanbieter (Respondi, <https://www.respondi.com/>) eingeladen. Wöchentlich wird eine repräsentative Verteilung der N=1000 Befragten zwischen 18-74 Jahren auf Basis der Zensusdaten aus Deutschland angestrebt (Münnich et al., 2012). In Welle 10 wurden 1012 Personen befragt. Eine Quotierung wird nach Alter / Geschlecht (gekreuzt) und Bundesland (ungekreuzt) vorgenommen.

Hinweis: Ausschließlich in Welle 4 wurde zusätzlich das Alterssegment über 74 Jahren erhoben. Um die Vergleichbarkeit zwischen den Wellen zu erhalten wurde dieses Alterssegment aus den Berechnungen ab Welle 5 wieder ausgeschlossen (d.h. die dargestellten Daten aus Welle 4 enthalten nur Personen bis einschließlich 74 Jahren).

2.2 Messungen

2.2.1 Skalen der Befragung

Demografische Daten. Alter, Geschlecht, Bildung, Wohnortgröße und Bundesland werden abgefragt. In späteren Wellen kommen Anzahl der eigenen Kinder, Religion, Personen im eigenen Haushalt, vorrangig gesprochene Sprache, Alleinerziehendenstatus, berufliche Selbstständigkeit, Beruf im Gesundheitssektor sowie psychische und chronische Erkrankungen hinzu.

Wissen über COVID-19. Es wurde wahrgenommenes Wissen (*Wie schätzen Sie ihr Wissen über das neuartige Coronavirus ein?* gar kein Wissen (1) – sehr viel Wissen (7), Krawczyk et al, 2013), Symptomwissen und generelles Wissen über COVID-19 mit Items zum korrekten Namen (nur Welle 1), Behandlung, Übertragungsweg und Inkubationszeit erhoben (Bsp: *Wie lang ist die Inkubationszeit [...] des neuartigen Coronavirus?* ca. 3 Tage / ca. 7 Tage / ca. 14 Tage / weiß nicht). Zusätzlich wurde das Symptomwissen (*Welche der folgenden Symptome können mit dem neu aufgetretenen Coronavirus in Verbindung gebracht werden?*) von Welle 1 bis Welle 5 für zehn Krankheitsanzeichen (z. B. Kopfschmerzen oder Durchfall) abgefragt. In Welle 10 wurde dies wieder aufgegriffen, wobei die Symptome gemäß den Ergebnissen einer medizinischen Studie angepasst wurden (Streeck et al., 2020).

Risikowahrnehmung. Einschätzung zu Wahrscheinlichkeit (*Wie hoch schätzen Sie Ihre Wahrscheinlichkeit ein, dass Sie sich mit dem neuartigen Coronavirus infizieren?* extrem unwahrscheinlich (1) – extrem wahrscheinlich (7)), Schweregrad (*Wie schätzen Sie eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus für sich selbst ein?* völlig harmlos (1) – extrem gefährlich (7)) und Anfälligkeit (*Als wie anfällig schätzen Sie sich für eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus ein?* überhaupt nicht anfällig (1) – sehr anfällig (7)) für die Coronavirus-Infektion werden als Dimensionen von Risikowahrnehmung abgefragt (Brewer et al. 2007). Zusätzlich wurden ab Welle 8 zwei weitere Faktoren der Ansteckungswahrscheinlichkeit abgefragt. Einerseits wurde erhoben, wie groß der Optimismus Bias ist, das heißt, wie sehr man die Ansteckungsgefahr für andere Menschen über- bzw. die eigene Ansteckungsgefahr unterschätzt (Sharot, 2011). Dafür wurde auf einer siebenstufigen Skala von Extrem unwahrscheinlich (1) – extrem wahrscheinlich (7) explizit nach anderen Personen gefragt (*Wie hoch schätzen Sie die Wahrscheinlichkeit für eine durchschnittliche andere Person Ihres Alters und Geschlechts ein, dass sie sich mit dem neuartigen Coronavirus infiziert?*). Andererseits ging es darum, welche Aktivitäten als besonders infektiös betrachtet werden. Hierfür wurden vier Aktivitäten (z. B. Einkaufen gehen) herangezogen, deren Infektionsrisiko ebenfalls auf sieben Stufen (Sehr unwahrscheinlich (1) – Sehr wahrscheinlich (7)) eingeschätzt werden sollte. Schutzverhalten. Fragen zur Nützlichkeit und tatsächlichen Anwendung (Liao et al. 2011, Steel Fisher et al. 2012) der empfohlenen Präventivmaßnahmen (7-11 Punkte, z.B. Abdecken des Mundes beim Husten, körperliche Distanz). Diese wurden wöchentlich angepasst und enthielten auch Items zur Ablenkung (1-11 Items, z.B. Ingwertee trinken), um nach irrelevantem Schutzverhalten (Aktionismus) zu suchen.

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

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

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

Informationsquellen. Es wurde das Vertrauen in sowie die Nutzungshäufigkeit von verschiedenen Medien zur Gewinnung von Information in der Bevölkerung abgefragt (11-22 Items, z.B.: privates Fernsehen, Websites

von Gesundheitseinrichtungen). Beginnend mit Welle 2 wurde auch generelle Informationssuche erhoben (1) Nie – (7) Sehr häufig.

Vertrauen in Institutionen. Abgefragt für 11-12 wöchentlich wechselnde Institutionen und Entscheidungsträger (z.B. der eigene Arzt, das Bundesministerium für Gesundheit, die Medien, das Robert Koch-Institut, die Bundesregierung). Dabei konnten die Befragten auf einer siebenstufigen Skala von (1) Sehr wenig Vertrauen – (7) Sehr viel Vertrauen antworten. Keine Angabe war ebenfalls eine Option (Pearson & Raeke, 2000, Schweitzer et al., 2006). In Welle 8 wurde das Vertrauen in das Robert Koch-Institut sowie in die Bundesregierung in jeweils neun Items ausdifferenzierter abgefragt (z.B. In Bezug auf den Umgang mit der Corona-Ausbruchssituation ist das RKI ein Experte oder ... agiert das RKI im Interesse der Bürger). Die Antworten konnten auf sieben Stufen von (1) Stimme überhaupt nicht zu – (7) Stimme voll und ganz zu gegeben werden (Grimmelhuijsen & Knies, 2017).

Akzeptanz der Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung. Akzeptanz zu politischen Entscheidungen, die zur Diskussion stehen (11-14 Items z.B. *Alle Großveranstaltungen sollten abgesagt werden*, stimme überhaupt nicht zu (1) – stimme voll und ganz zu (7)). Ab Welle 5 wurden Fragen zur möglichen Fortführung und Veränderung der Maßnahmen im gleichen Format hinzugefügt, die für Welle 6 noch erweitert wurden (z.B. *Die strikten Maßnahmen gelten weiterhin in Großstädten, nicht aber in ländlichen Regionen*).

Akzeptanz der Lockerungsmaßnahmen. Ab Welle 9 wurden die politischen Vorgaben zur Lockerung der Pandemie in den Fragenkatalog zunächst mit einer Frage aufgenommen (*Die aktuellen Maßnahmen sollten nach dem 4. Mai nicht gelockert werden*). Ab Welle 10 wurden zwei Items verwendet, um dies abzufragen. Dabei ging es um die bundesweite Einheitlichkeit sowie die mögliche Übertriebenheit der Lockerungen, deren Zustimmung jeweils auf einer Skala von (1) stimme überhaupt nicht zu – (7) stimme voll und ganz zu beantwortet wurden.

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

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

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

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

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

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

Resilienz. In Welle 4, 5 und 8 wird Resilienz mittels der Brief Resilience Scale (z.B. *Ich brauche nicht viel Zeit, um mich von einem stressigen Ereignis zu erholen*. stimme überhaupt nicht zu (1) – stimme voll und ganz zu (5), Smith et al, 2008) und Corona-spezifischen Items (z.B. *Während der Pandemie weiß ich, dass ich mich nicht unterkriegen lasse*. Stimme überhaupt nicht zu (1) – stimme voll und ganz zu (7))

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

Beurteilung offizieller Verfügungen. Ab Welle 5 wurde in 8 Items erhoben, ob Maßnahmen als offizielle Verfügungen erkannt werden (z. B. *Welche der folgenden Maßnahmen sind offizielle Verfügungen, um die Ausbreitung und die Ansteckung mit dem neuartigen Coronavirus zu verhindern?*) Dabei wird dies beispielsweise für die Einhaltung von Sicherheitsabstand, Selbst-Quarantäne und die Meidung öffentlicher Orte sowie anderer Personen abgefragt. Die Antwortoptionen beinhalten (1) Ja, (2) Nein und (3) Weiß nicht.

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

Reaktanz. Die Reaktanz gegenüber den ergriffenen Maßnahmen wurde ab Welle 6 mithilfe einer siebenstufigen Likert-Skala erhoben (z. B. *Wie sehr ärgern Sie die Maßnahmen?*) Die Antwortmöglichkeiten reichten von überhaupt nicht (1) – sehr (7). Die vier Items basieren auf einer Skala von Dillard und Shen (2004).

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

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

Impfverhalten. Mittels der 5C-Skala (Betsch et al., 2018) wurden Determinanten des Impfverhaltens abgefragt. Dabei spielen folgende Variablen eine Rolle: Das Vertrauen in die Effektivität und Sicherheit der Impfungen (Confidence, z. B. *Ich habe vollstes Vertrauen in die Sicherheit von Impfungen*), die Risikowahrnehmung (Complacency, z. B. *Impfungen sind überflüssig*), Barrieren in der Ausführung (Constraints, z. B. *Alltagsstress hält mich davon ab, mich impfen zu lassen*), das Ausmaß der Kosten-Nutzen-Analyse bzw. die Berechnung (Calculation, z. B. *Wenn ich darüber nachdenke, mich impfen zu lassen, wäge ich sorgfältig Nutzen und Risiken ab*) sowie das Verantwortungsgefühl für die Gemeinschaft (Collective Responsibility z. B. *Wenn alle geimpft sind, brauche ich mich nicht auch noch impfen lassen*). Die Teilnehmenden antworteten auf einer siebenstufigen Skala von (1) stimme keinesfalls zu – (7) stimme voll und ganz zu. Außerdem wurde geplantes, Impfverhalten der Teilnehmenden (eigene und Kinderimpfungen) abgefragt (Antwortoptionen nicht geplant, geplant aber von mir wegen der Corona-Situation abgesagt, geplant aber vom Arzt wegen der Corona-Situation

abgesagt, wegen anderen Gründen abgesagt, keine geplant). Ab Welle 9 wurden die Fragen zu den Impfungen weiter spezifiziert. Zu der Frage, ob in den letzten sechs Wochen eine Impfung stattfand wurden die Fragen nach der Art der Impfung und einem möglichen Nachholtermin bei Absage sowohl für die Befragten als auch für deren Kinder hinzugefügt.

Rauchen. In Welle 8 wurden aktuelle Rauchgewohnheiten für klassische Tabakprodukte (*Rauchen Sie Tabakprodukte? Bitte schließen Sie elektronische Zigaretten oder ähnliche Produkte aus.*) und E-Produkte (*Nutzen Sie aktuell elektronische Zigaretten oder ähnliche Produkte*) abgefragt (Kotz, Böckmann, & Kastaun, 2018). Vier abgestufte Antwortmöglichkeiten (täglich / gelegentlich / nicht mehr / noch nie) wurden vorgegeben.

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

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

Internationale Solidarität und Spendenbereitschaft. Theorien des Intergruppenkonflikts (Bornstein, 2003) sowie der nachgewiesenen Verschiebung von Aufmerksamkeit aufgrund von Emotionen wie Angst oder Furcht (z.B. Chajot & Algom, 2003; Finucane, 2011) lenken das Interesse auf die Einstellung der Bevölkerung zum inner- und außereuropäischen Miteinander. Dies wurde in Welle 8 mithilfe von siebenstufigen Skalen von (1 Stimme voll und ganz zu – 7 Stimme überhaupt nicht zu) erhoben. Zunächst wurden drei Items zur Politik innerhalb der EU abgefragt (z. B. *Deutschland sollte zur Bewältigung der Corona-Situation gemeinsam mit anderen EU-Staaten Schulden aufnehmen (sogenannte „Corona-Bonds“)), *es folgten drei Items zum außereuropäischen Entwicklungspolitik (z. B. Deutschland sollte in der Corona-Situation mehr dafür tun, die Lebenssituation der syrischen Flüchtlinge innerhalb Syriens und seiner Nachbarländer zu stabilisieren). Die Motive internationaler Kooperation wurden mit vier Items (z. B. Entwicklungsländer sind von der Corona-Situation am stärksten betroffen) erhoben. Zuletzt wurde nach der Spendenbereitschaft gefragt (Ich bin bereit zu spenden (z.B. Geld oder medizinische Ausrüstung), um zur Bewältigung der Corona-Situation in anderen Ländern beizutragen)* und ob bereits für einen solchen Zweck gespendet wurde (Ja – Nein – Trifft nicht zu).*

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

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

Zweite Krankheitswelle. In Welle 9 wurden Verhaltenseinschätzungen zu einer zweiten Infektionswelle

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

Immunitätsausweis. Während der Lockerungen der Maßnahmen stand zur Debatte, ob ein Immunitätsausweis für Menschen, die bereits infiziert waren, eingeführt werden sollte (Deutsches Ärzteblatt, 2020). In Welle 10 wurden Meinungen dazu abgefragt. Zunächst wurde dabei erhoben, ob die Befragten schon davon gehört hatten (Ja (1) – Nein (2)) und ob dieser eingeführt werden sollte (Ja (1), Nein (2), Weiß nicht (3)). Anschließend gab es zwei Freifeld-Eingaben, welche Privilegien beziehungsweise Pflichten Menschen mit einem solchen Ausweis haben sollten. Zuletzt wurden mittels eines Listenexperiments erhoben, wie groß die Bereitschaft wäre, sich aufgrund der Aussicht auf einen solchen Pass absichtlich zu infizieren.

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

2.2.2 Experimentelle Erhebungen

Stellenwert der Folgen von Lockerungsmaßnahmen. In der 9. Welle wurde erstmals 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). 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*).

2.3 Durchführung

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

3 Psychologische Lage

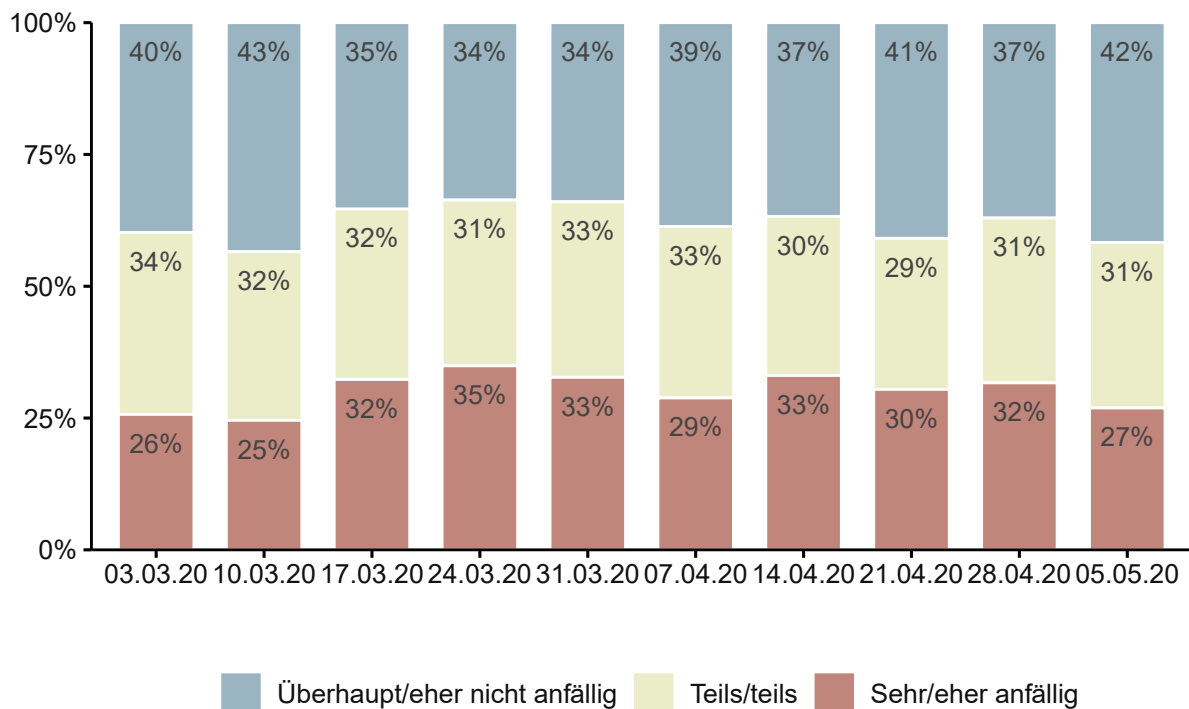
Für menschliches Entscheiden ist die Wahrnehmung von Risiken wichtig. Für Verhalten spielen zudem Emotionen wie Angst oder das Gefühl, bedroht zu sein, eine Rolle. Ferner sind Kontrollüberzeugungen relevant – wenn ich mich und andere schützen will, stellt sich die Frage, ob ich das tatsächlich auch durch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

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

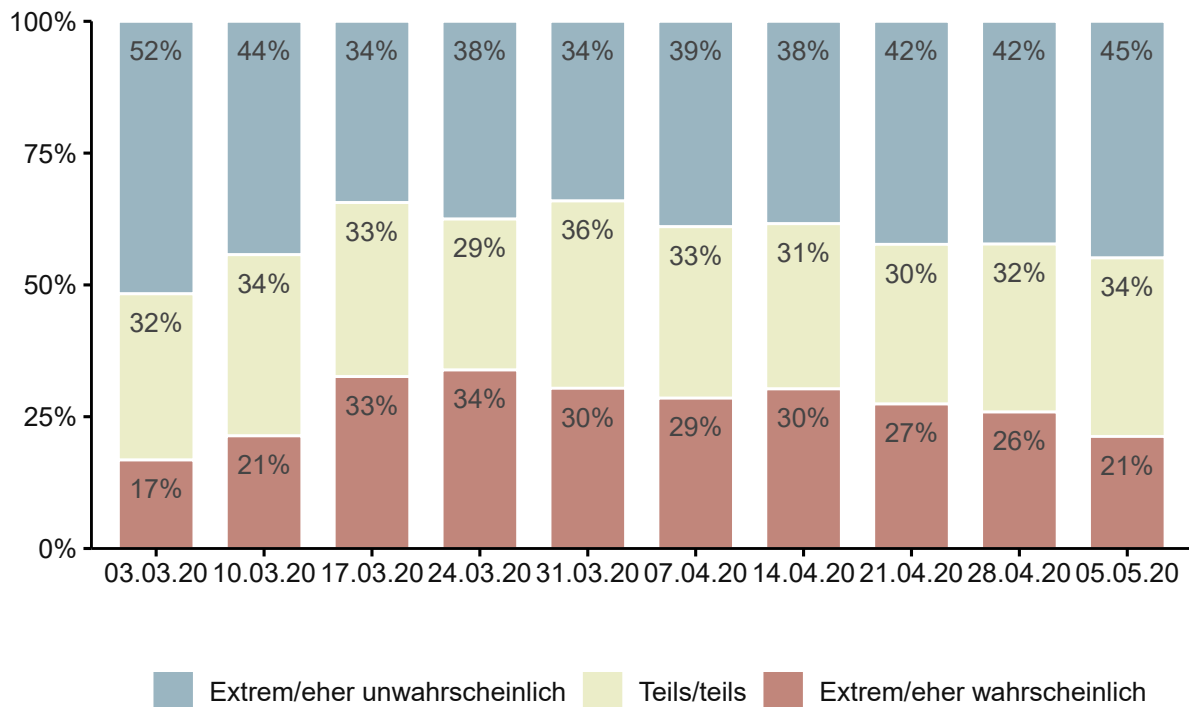
3.1 Risikowahrnehmung

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

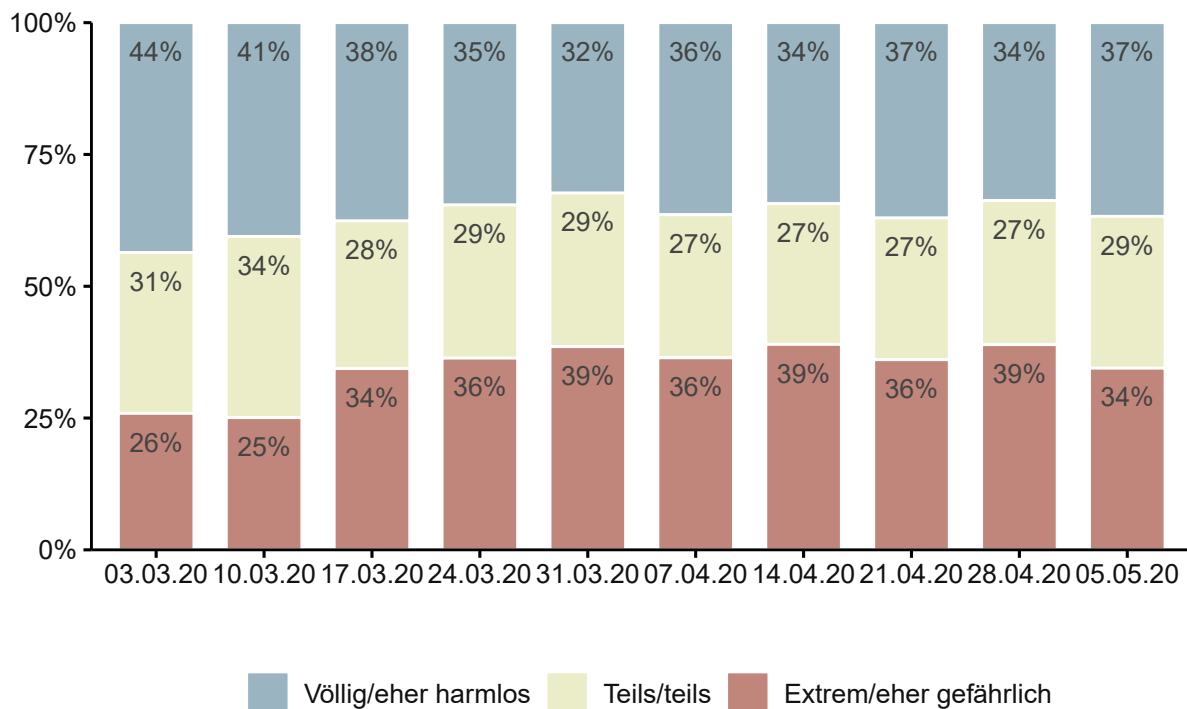
Als wie anfällig schätzen Sie sich für eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus ein?



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



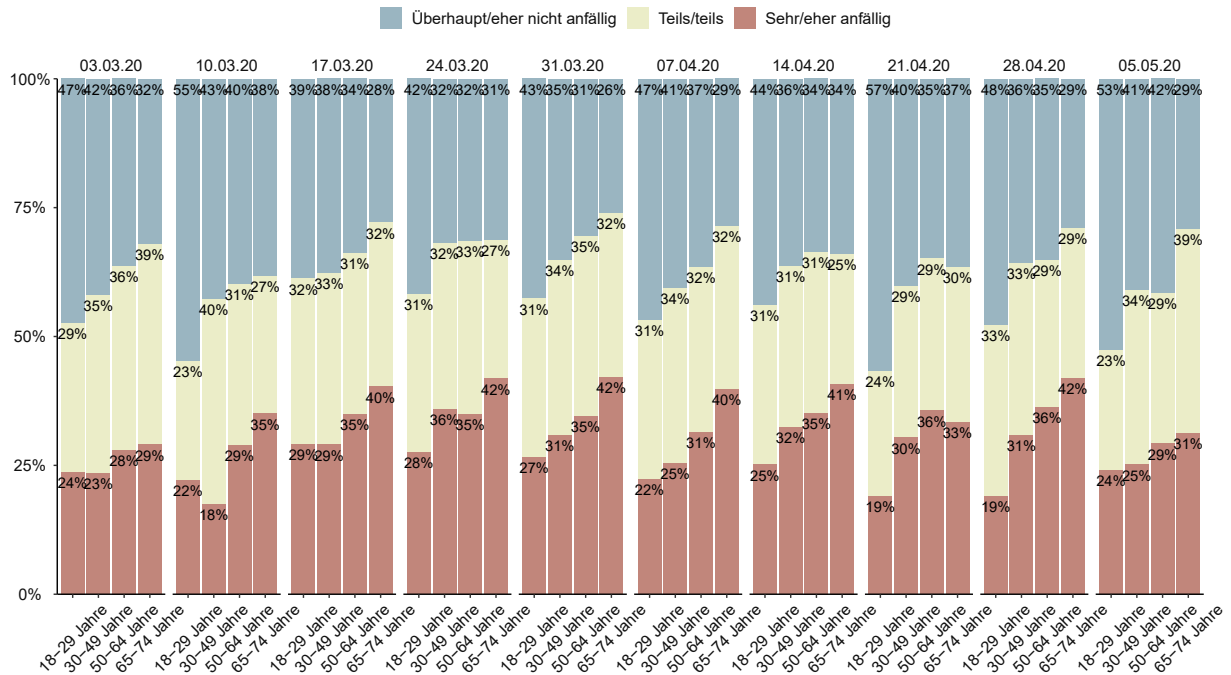
Wie schätzen Sie eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus für sich selbst ein?



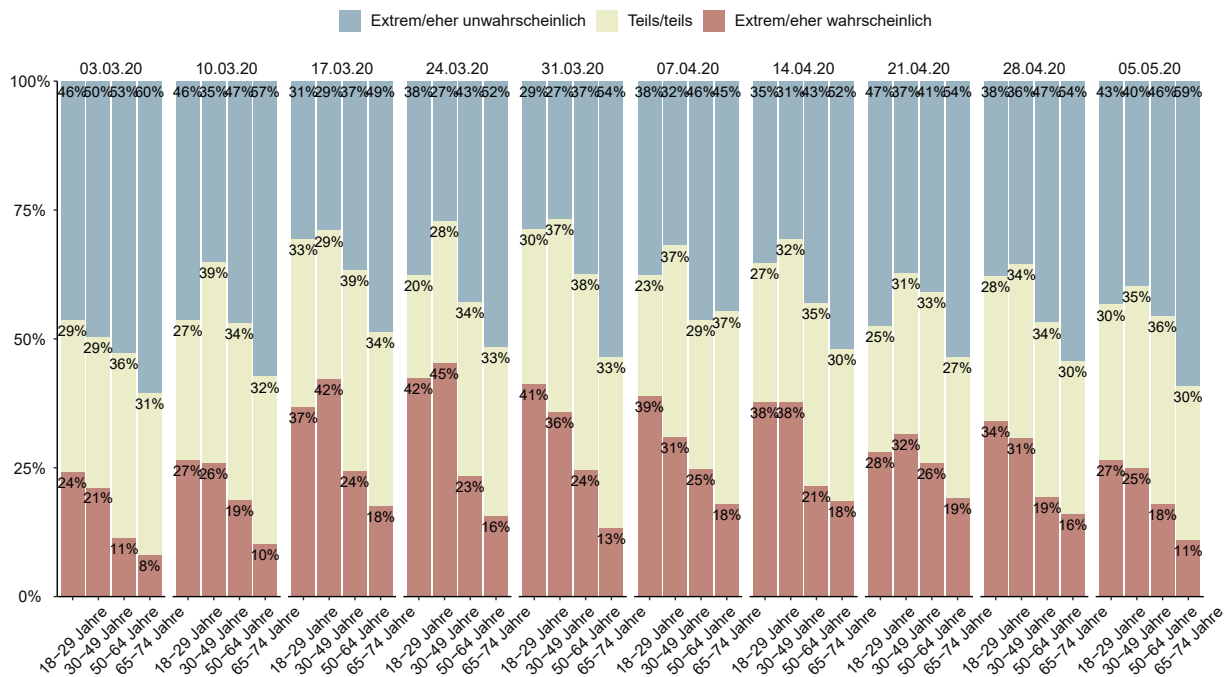
Risikowahrnehmung und Alter

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

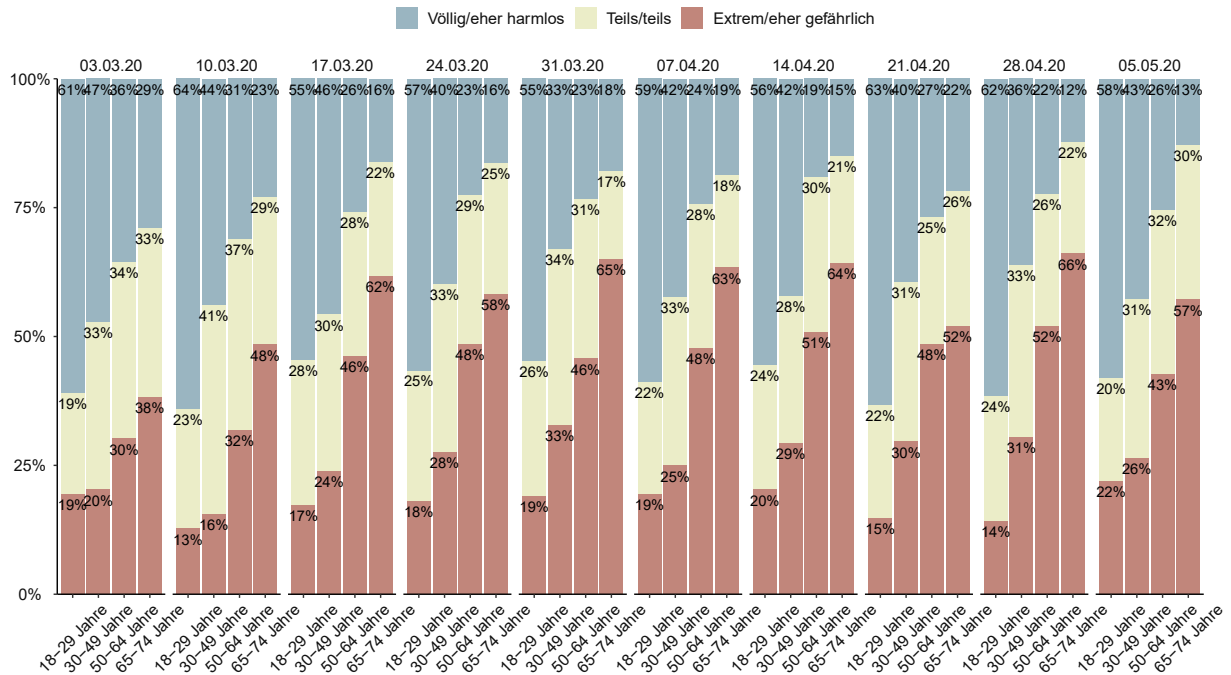
Als wie anfällig schätzen Sie sich für eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus ein?



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



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

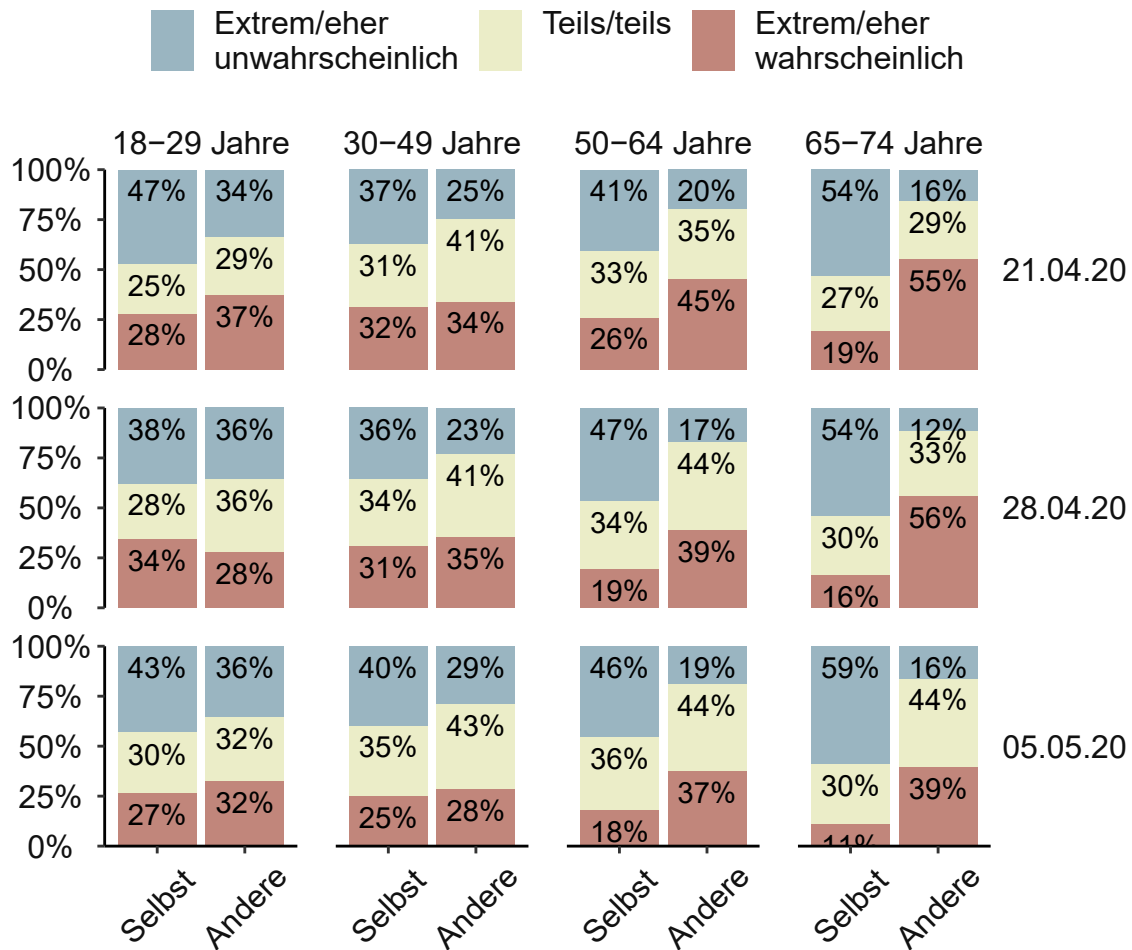


Hinweis: Die Erkrankungswahrscheinlichkeit, der Schweregrad und die Anfälligkeit wurden für Welle 8 (21.04.2020) vom 22. - 25.04.2020 für n=826 Befragungsteilnehmer nacherhoben. Es liegen 180 fehlende Werte für die Erkrankungswahrscheinlichkeit vor, vermutlich durch Ermüdungseffekt bei Teilnehmern.

Optimistic Bias

Die wahrgenommene Wahrscheinlichkeit selbst zu erkranken kann sich deutlich von der wahrgenommenen Erkrankungswahrscheinlichkeit Anderer unterscheiden. Besonders bei Personen ab 50 Jahren sehen wir einen Optimistic bias: für sich selbst wird die Wahrscheinlichkeit zu erkranken als geringer wahrgenommen als für andere Personen desselben Alters und Geschlechts.

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



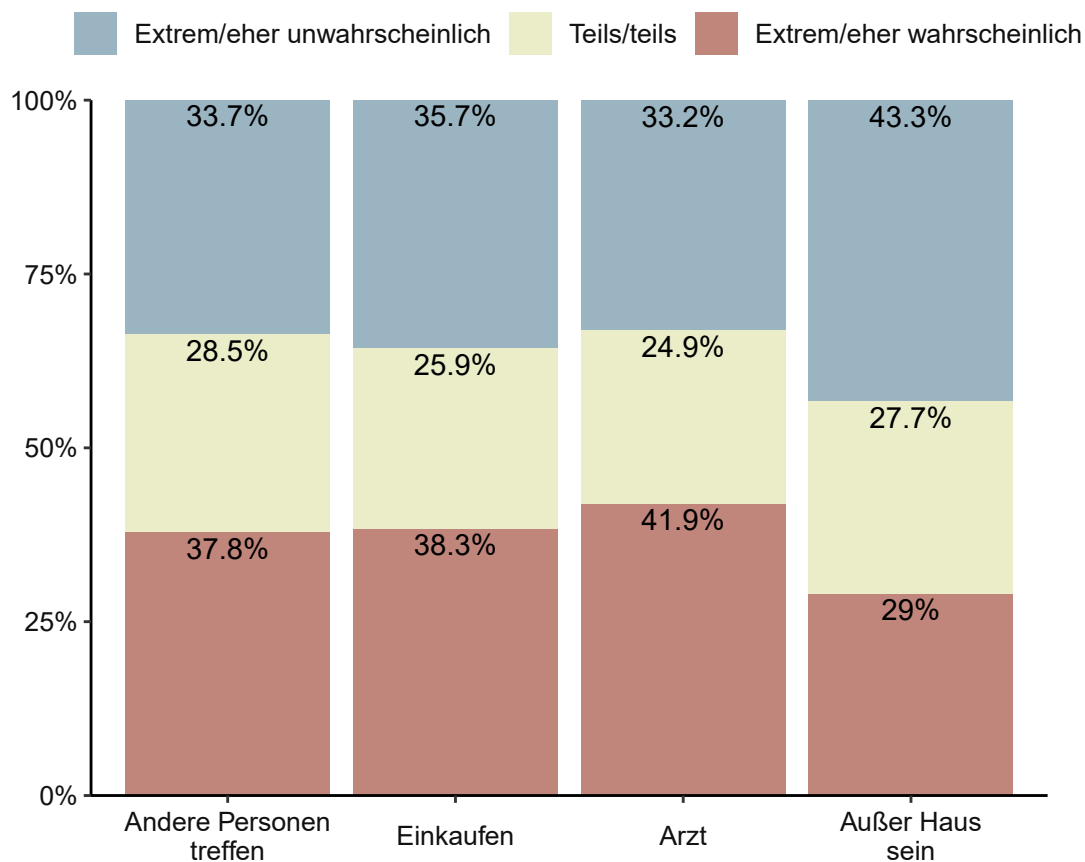
Ansteckungswahrscheinlichkeit in verschiedenen Situationen

Die Teilnehmer wurden befragt, wie hoch sie ihre Erkrankungswahrscheinlichkeiten in verschiedenen Situationen einschätzen.

Dies sind alles potenzielle Infektionsquellen, wobei die Stunden außer Haus auch Bewegung im Freien einschließen können.

Erkrankungswahrscheinlichkeit in Abhängigkeit von Ort und Tätigkeit

Abweichung von 100% können wegen
Rundung zustande kommen
Ergebnisse der aktuellen Welle (05.05.20)

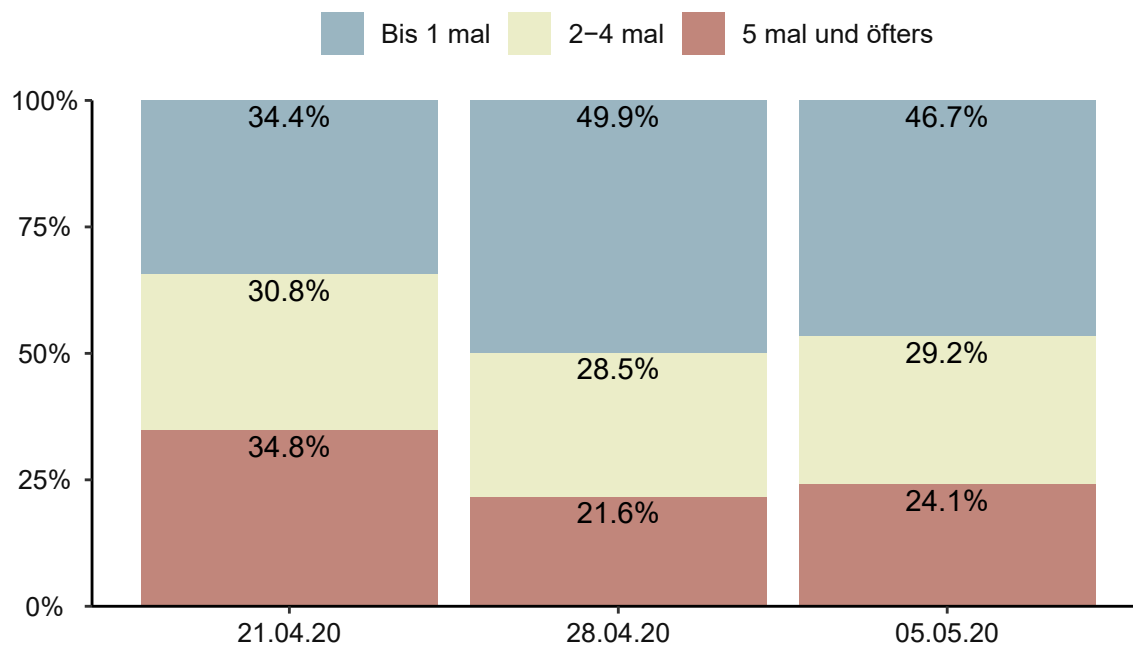


Aufsuchen verschiedener Situationen

Zudem wurden die Teilnehmer gefragt, wie häufig sie Situationen aufgesucht haben, bei denen Sie potentiell mit in den Kontakt mit einer Infektionsquelle kommen könnten.

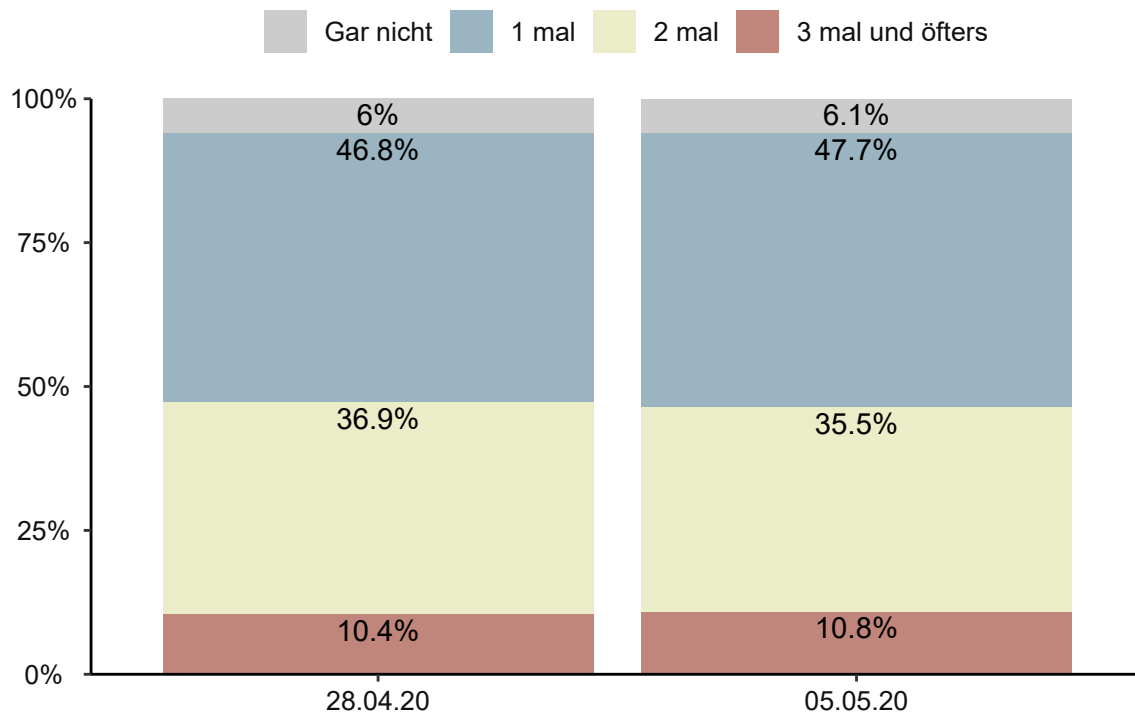
Wie viel Mal pro Woche sehen Sie Personen,
die nicht zu Ihrem Haushalt gehören?

Die Angaben beziehen sich jeweils auf die letzten 4 Wochen.
Am 21.04. wurde die Frage ohne Antwortvorgaben gestellt.



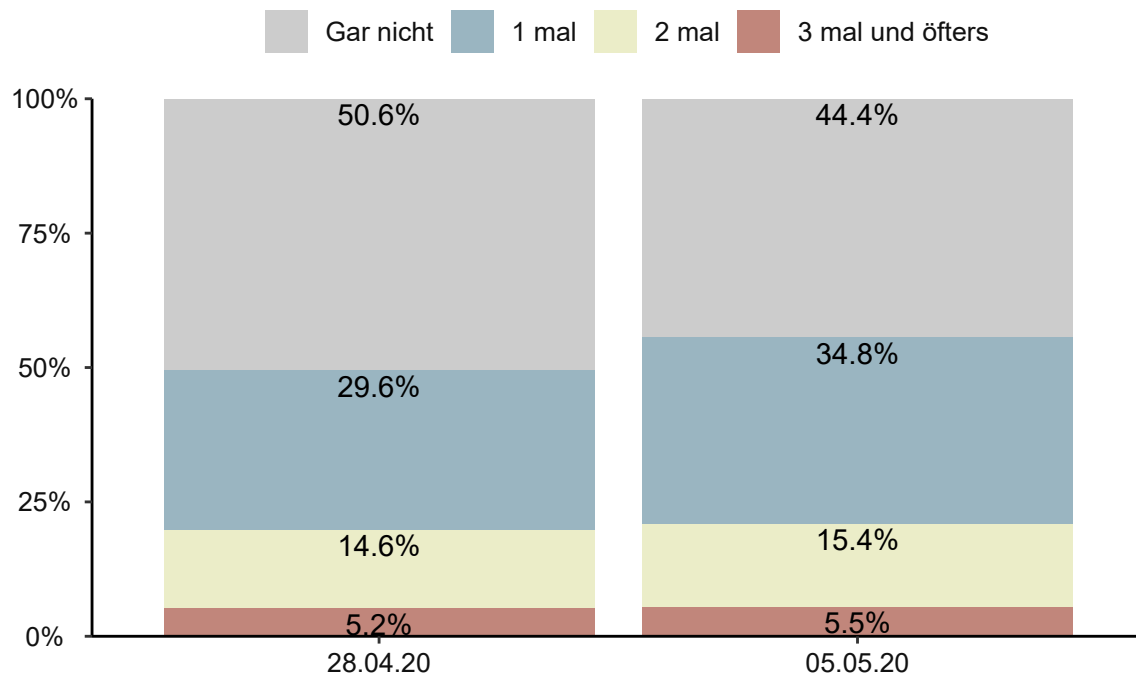
Wie oft waren Sie pro Woche Lebensmittel einkaufen?

Die Angaben beziehen sich jeweils auf die letzten 4 Wochen.



Wie oft waren Sie pro Woche im Einzelhandel einkaufen? (keine Lebensmittel)

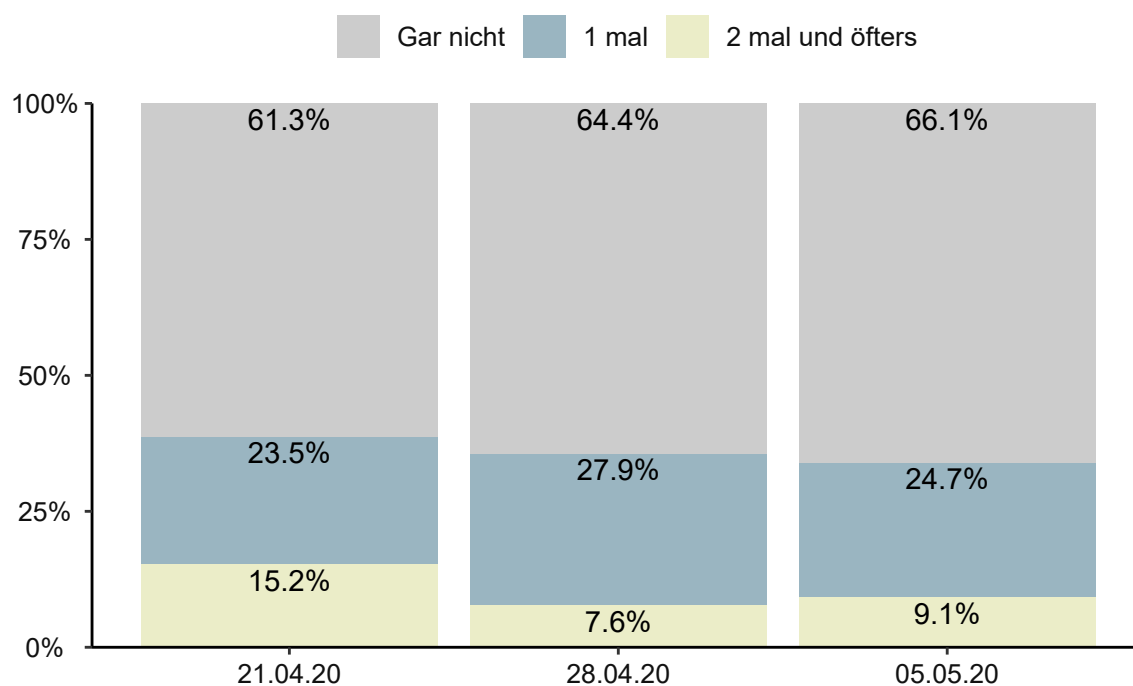
Die Angaben beziehen sich jeweils auf die letzten 4 Wochen.



Wie oft waren Sie im vergangenen Monat beim Arzt?

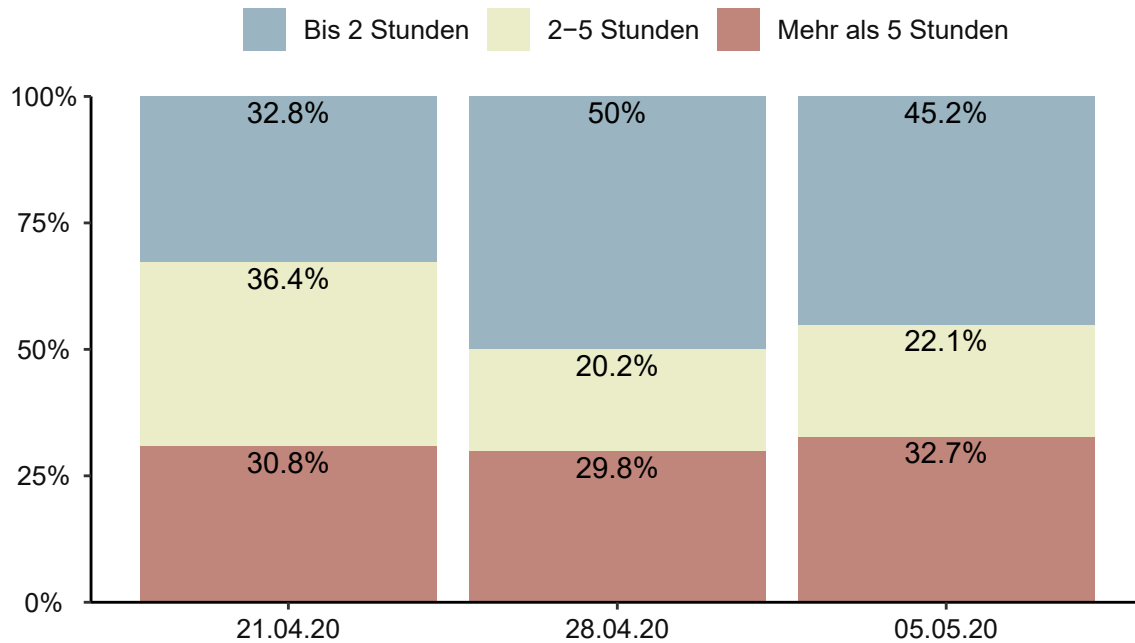
Die Angaben beziehen sich jeweils auf die letzten 4 Wochen.

Am 21.04. wurde die Frage ohne Antwortvorgaben gestellt.



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

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

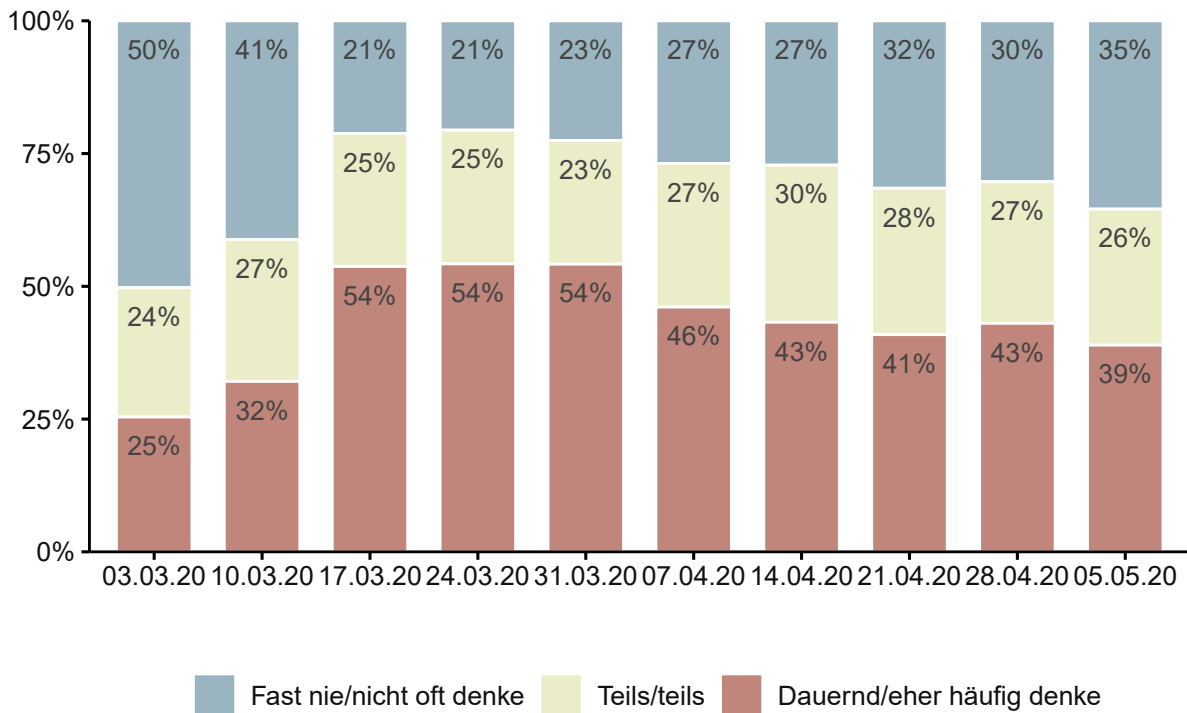


3.2 Corona und Emotionen

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

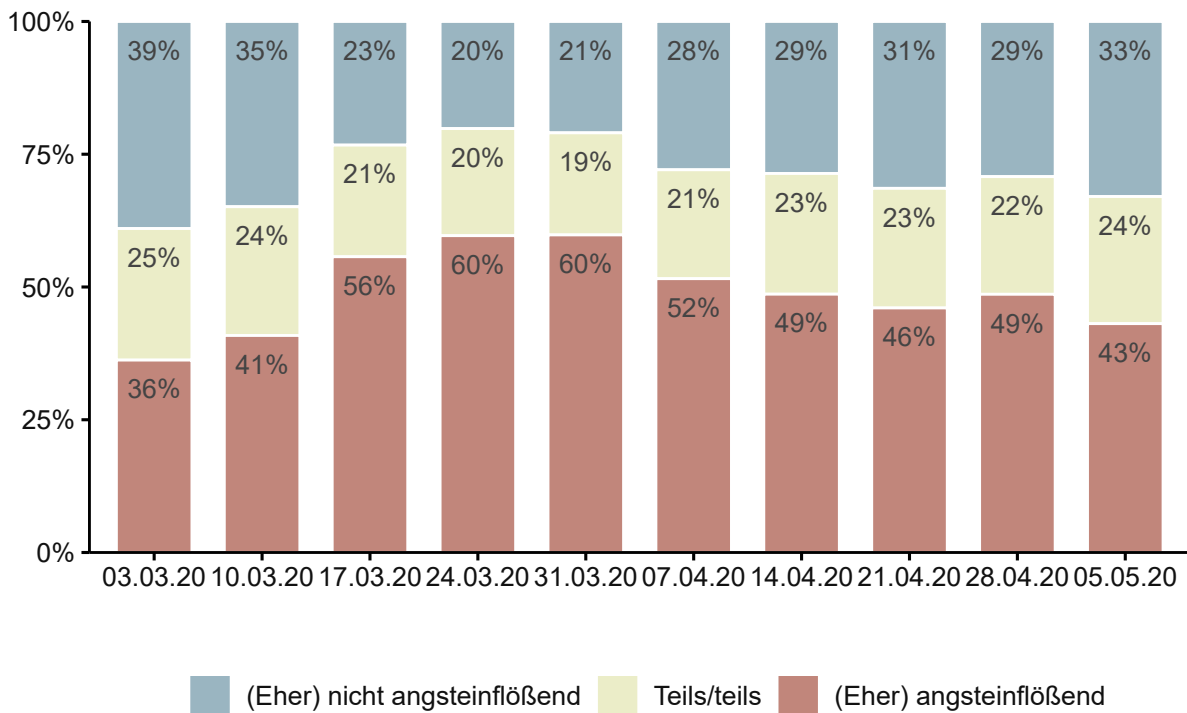
Dominanz des Themas

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



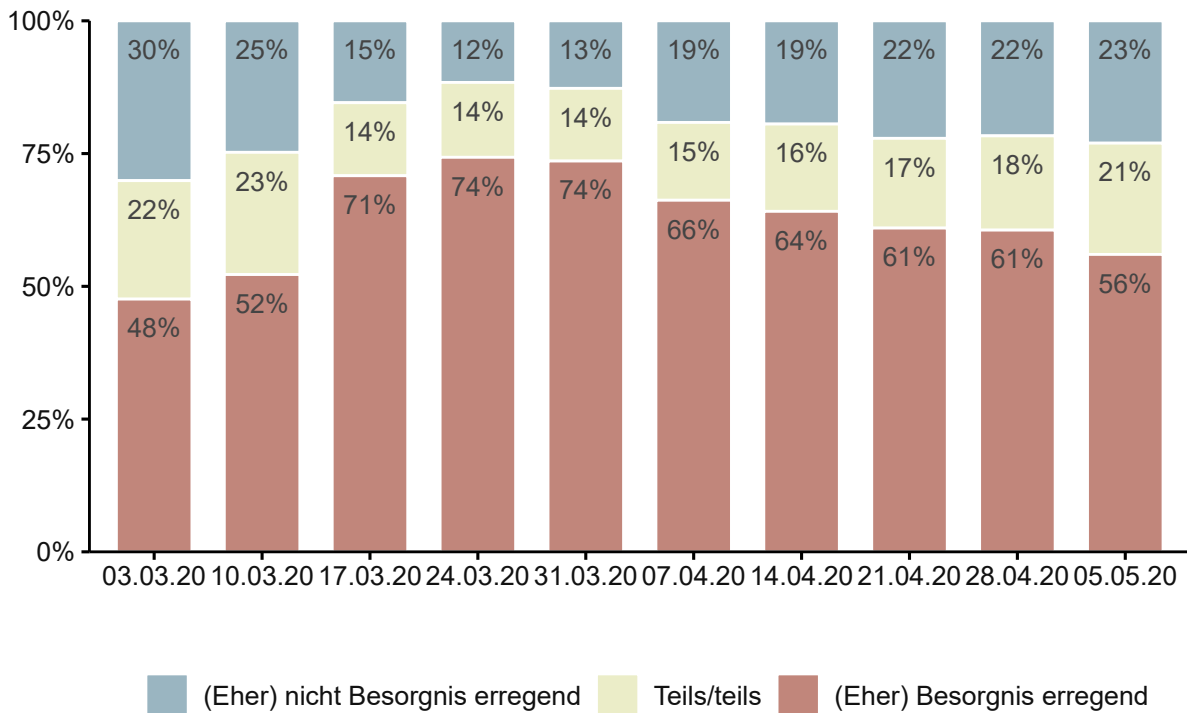
Angst

Das neuartige Coronavirus ist für mich ...



Besorgnis

Das neuartige Coronavirus ist für mich ...



3.3 Sorgen

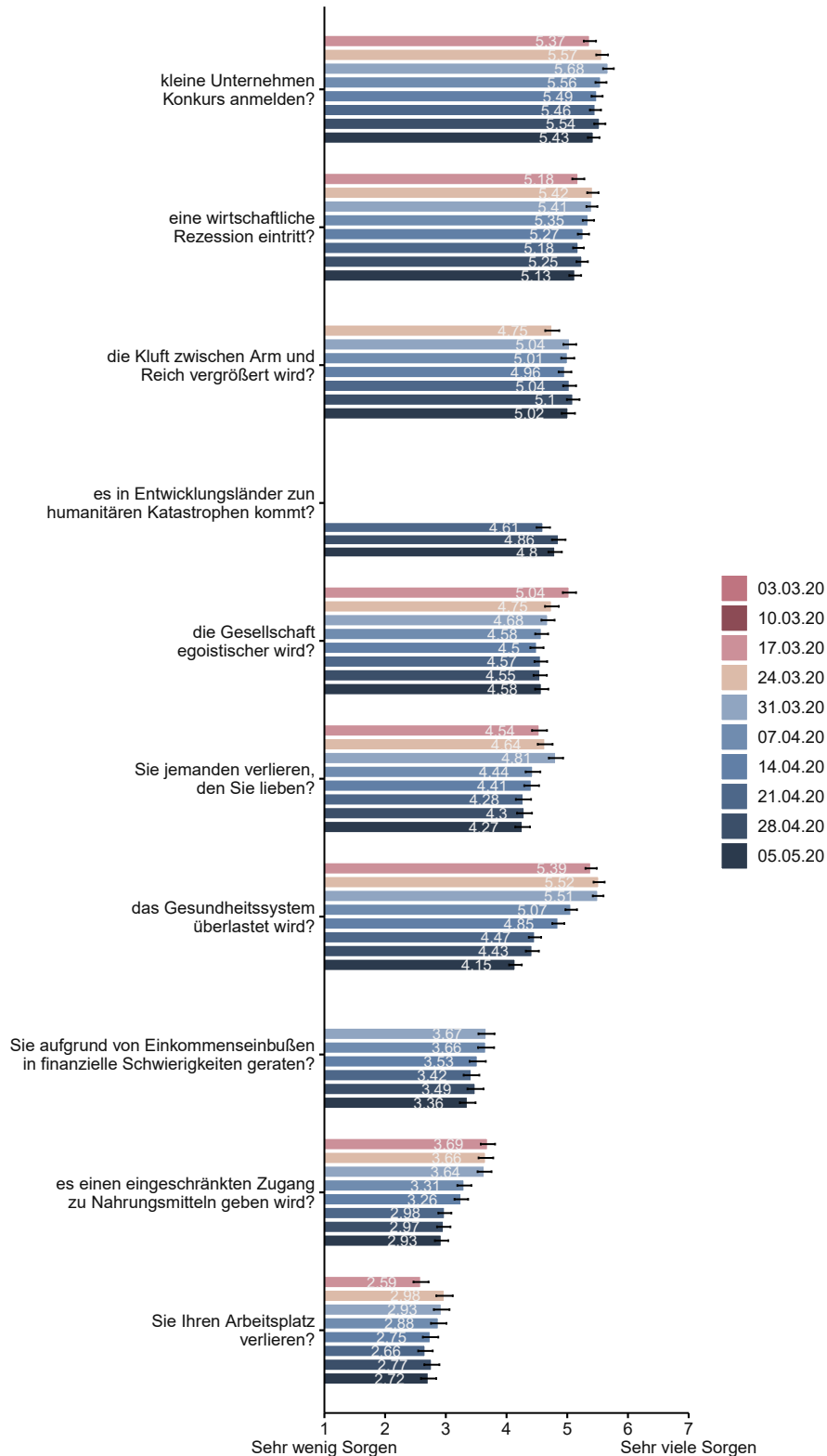
Verschiedene Sorgen können über die Zeit relevant werden. Im Vergleich zur Vorwoche bleiben die Sorgen mit einer Ausnahme relativ stabil. Die Sorge, dass das Gesundheitssystem überlastet wird, geht zurück.

Dunklere Balken sind aktuellere Daten.

Wie viele Sorgen machen Sie sich, dass...

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

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



Hinweis: Sind weniger Balken zu sehen, sind die Fragen nur in einigen Wellen abgefragt worden: “die Kluft zwischen Arm und Reich vergrößert wird” (ab Welle 4) und “Sie aufgrund von Einkommenseinbußen in finanzielle Schwierigkeiten geraten (z.B. durch Kurzarbeit)?” (ab Welle 5). Die Angabe zur Aussage “... dass Sie Ihren Arbeitsplatz verlieren?” ist nicht verpflichtend (gültige Angaben: Welle 3 n = 963, Welle 4 n = 903, Welle 5 n = 990, Welle 6 n = 992, Welle 7 n = 1003, Welle 8 n = 974, Welle 9 n = 987, Welle 10 n = 963).

4 Wissen und Verhalten

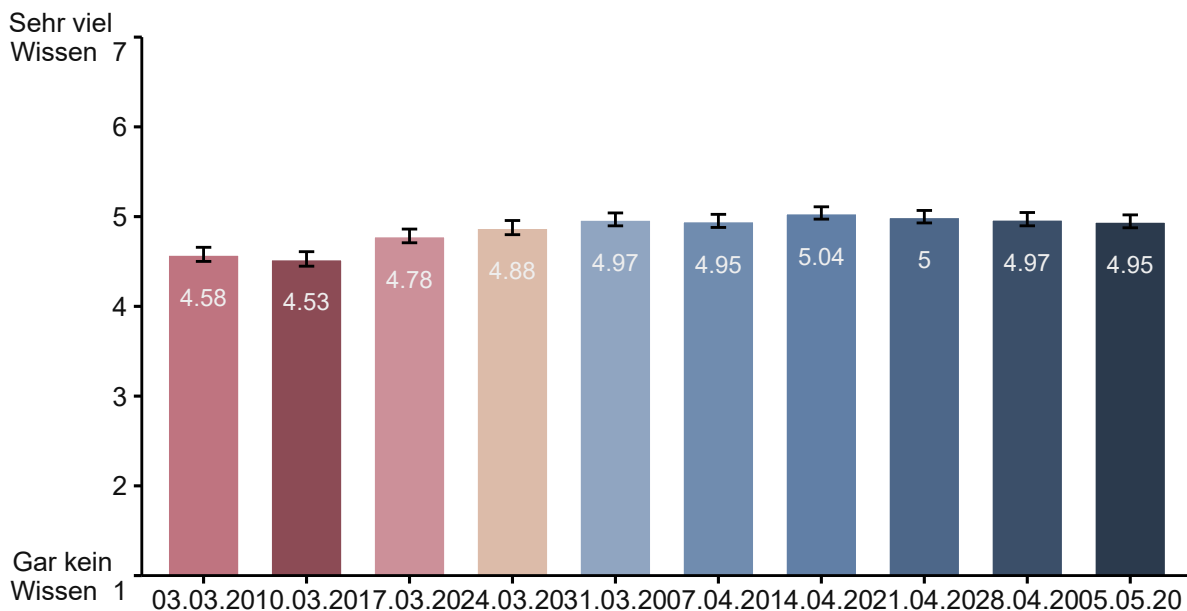
In diesem Abschnitt betrachten wir Wissen über Schutzmaßnahmen und Faktoren, die relevant sind, damit dieses Verhalten auch umgesetzt wird.

4.1 Gefühltes und echtes Wissen über COVID-19

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

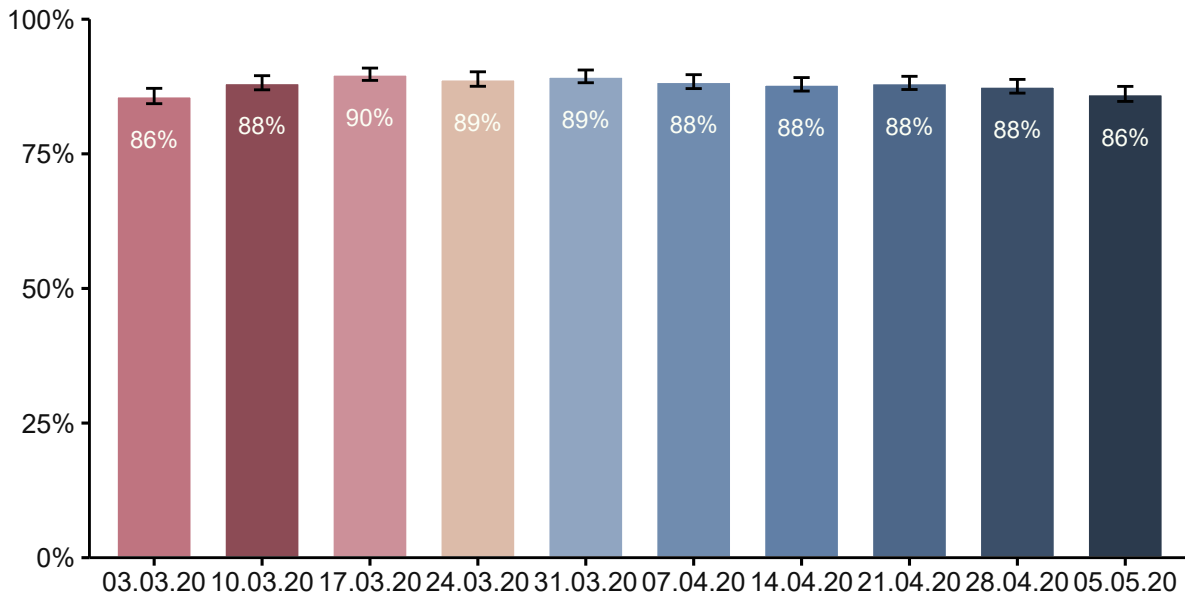
Wahrgenommener Wissensstand über COVID-19

Der selbsteingeschätzte Wissensstand wurde auf einer Skala von 1 (gar kein Wissen) bis 7 (sehr viel Wissen) erfasst.
Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



Tatsächliches Wissen über COVID-19

Tatsächliches Wissen wurde über Kenntnisse zu Behandlungsoptionen, Übertragung und Inkubationszeit ermittelt. Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



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

4.2 Wissen über Symptome

In dieser Erhebung wurden die Teilnehmenden gefragt, welche Symptome nach Ihrem Wissensstand in Verbindung mit einer Infektion mit dem neuartigen Coronavirus gebracht werden können. Die Symptome wurden in zwei Gruppen unterteilt: die Symptome, die gemäß der „Heinsberg-Studie“ Anzeichen einer COVID-19 Infektion sind und körperliche Zustände ohne diagnostischen Wert.

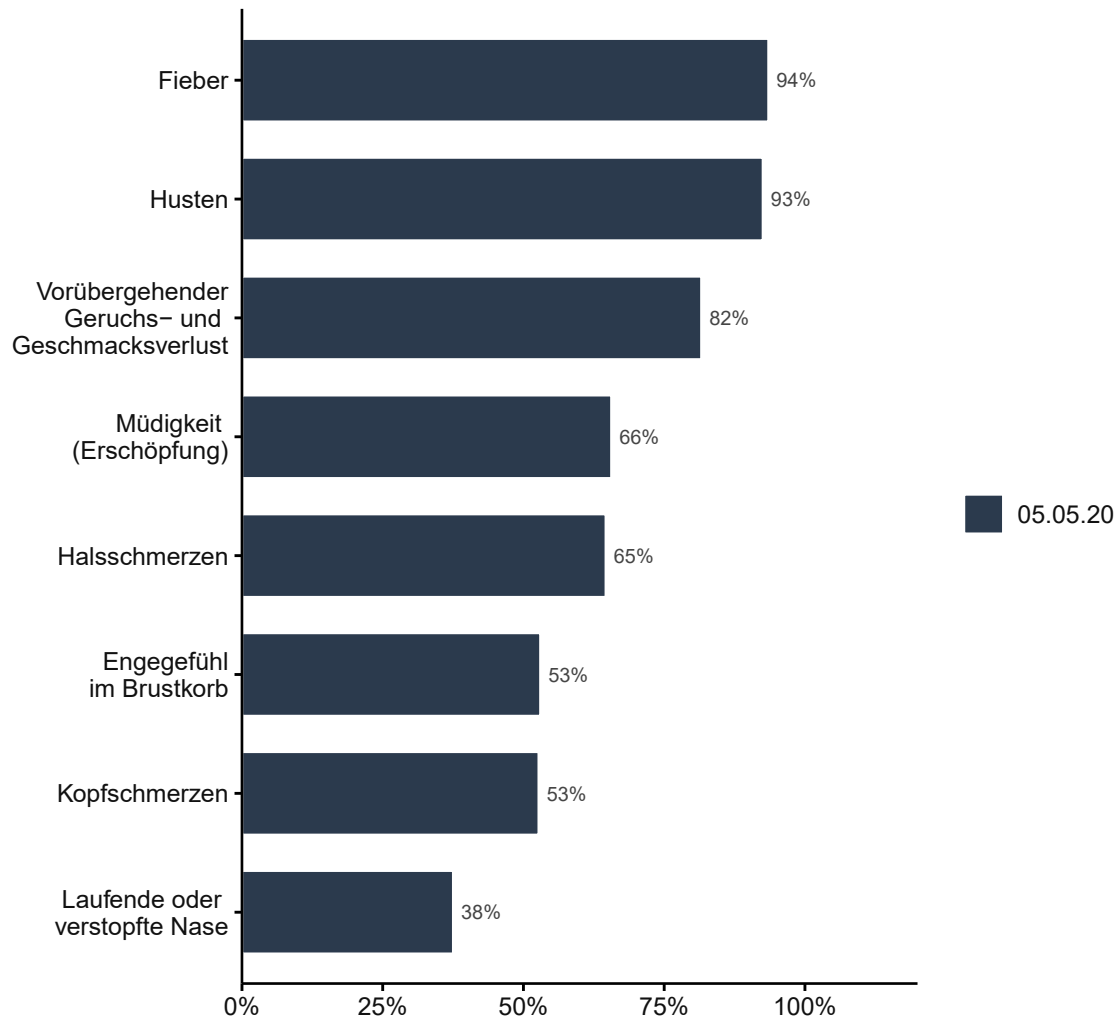
Das erste Diagramm zeigt den Anteil der Teilnehmenden, die diagnostische Symptome richtig identifiziert haben. Einige der Symptome sind den Befragten noch nicht ausreichend bekannt.

Das zweite Diagramm zeigt den Anteil der Teilnehmenden, die körperliche Zustände ohne diagnostischen Wert richtig als „kein Symptom“ identifiziert haben. Dass Kurzatmigkeit kein Symptom ist, wissen z.B. nur 7% der Befragten.

(Weitere Informationen zu Symptomen: <https://www.zusammengegencorona.de/informieren/symptome-erkennen/>)

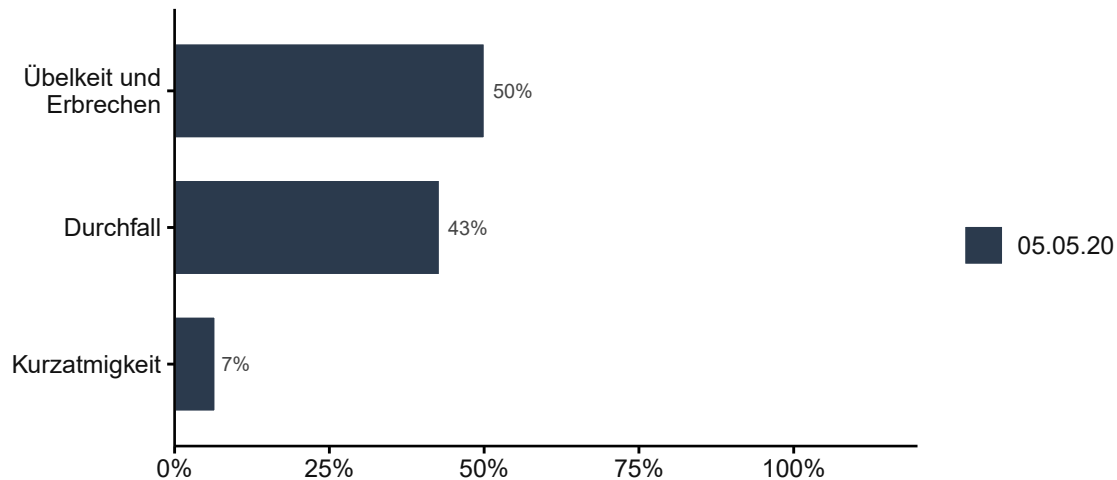
Kenntnis der COVID-19-Symptome: Richtig als tatsächliche Symptome identifiziert

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



Kenntnis der COVID-19-Symptome: Richtig als KEIN Symptom identifiziert

Anteil der Personen, die folgende körperliche Zustände korrekt als KEIN Symptom von COVID-19 identifiziert haben



4.3 Wirksame Schutzmaßnahmen

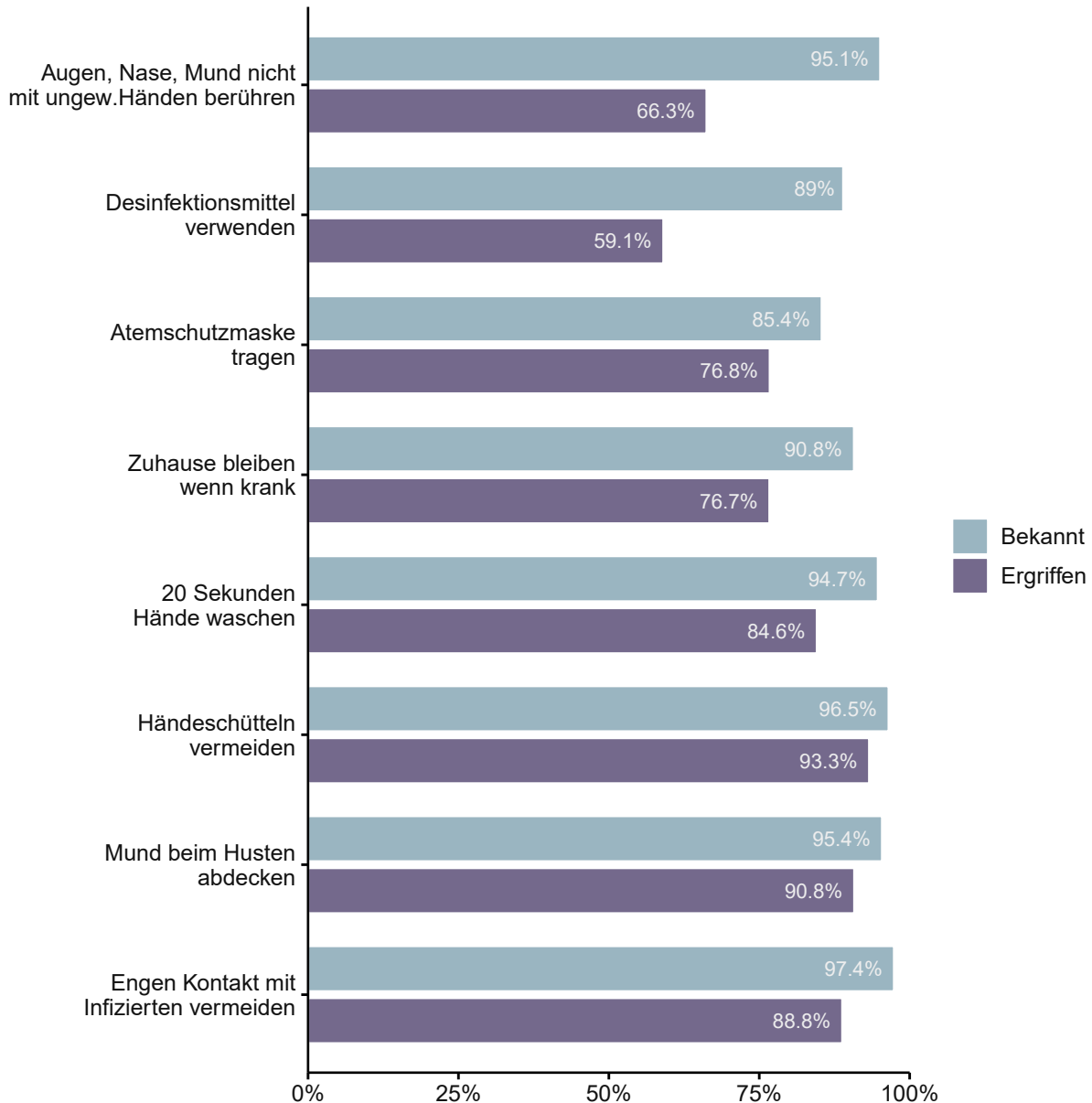
Damit wirksames Schutzverhalten ergriffen werden kann, muss dieses bekannt sein. Die Daten zeigen, dass wesentliche Schutzmaßnahmen sehr gut bekannt sind, aber immer noch nicht durchgängig ergriffen werden.

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

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

Präventivmaßnahmen kennen und ergreifen

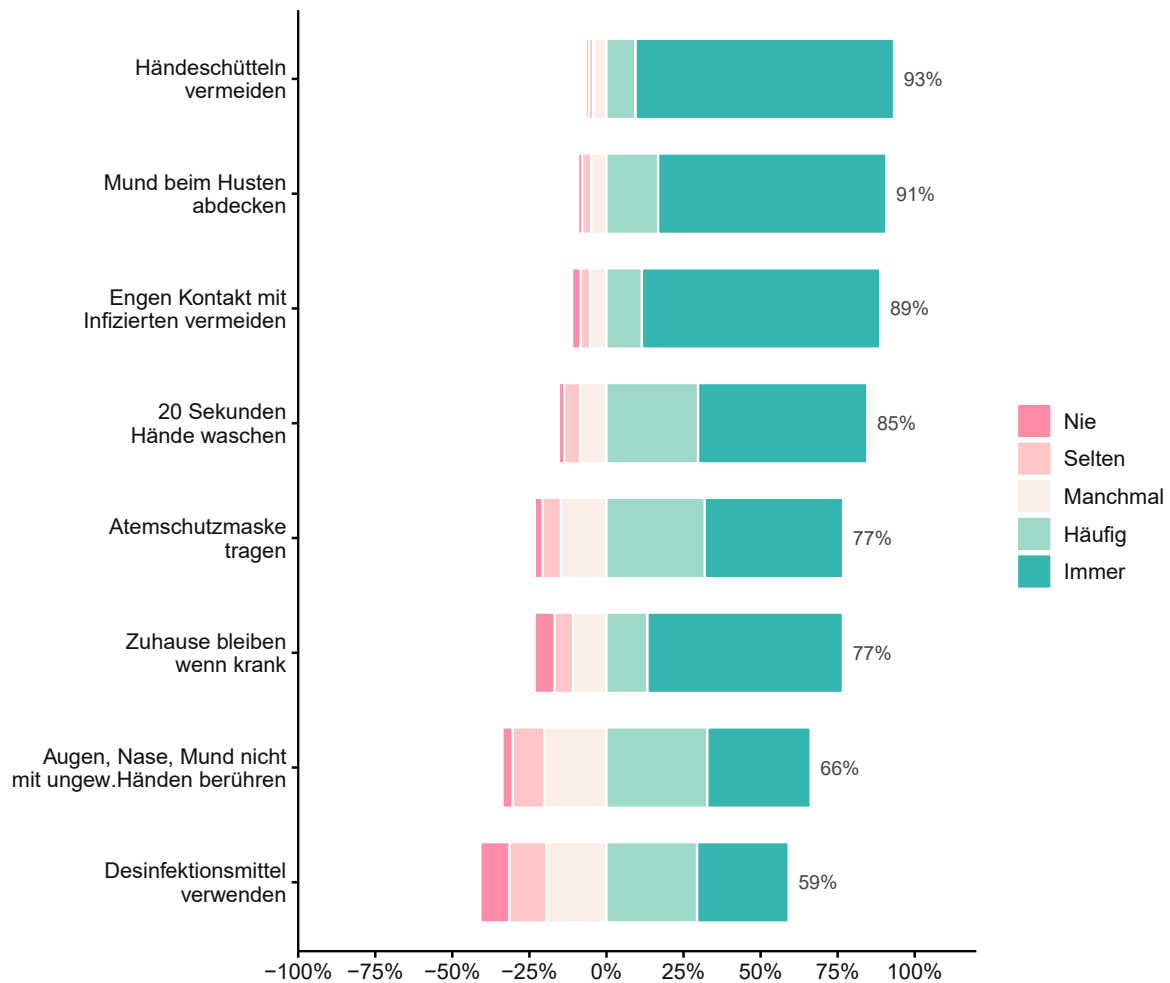
Anteil der Personen, die (a) Präventivmaßnahmen korrekt erkannt haben und (b) diese mindestens häufig einsetzen (falls anwendbar).
Ergebnisse der aktuellen Welle (05.05.20)



Im untenstehenden Diagramm ist die Häufigkeit einzelner Verhaltensweisen dargestellt. Jeder Balken veranschaulicht die Häufigkeitsverteilung für jene Personen, auf die das Verhalten anwendbar ist und ergibt 100%. Je breiter ein Balkenabschnitt ist, desto mehr Personen gaben an, das Verhalten in der jeweiligen Häufigkeit ausgeführt zu haben. Die Prozentangabe auf der rechten Seite der grünen Balkenabschnitte gibt den Anteil der Personen an, die ein Verhalten „immer“ oder „häufig“ zeigen, z. B. vermeiden 93% immer oder häufig Händeschütteln. Die negativen Prozente auf der X-Achse helfen, den Anteil der Personen abzulesen, die ein Verhalten „nie“ bis „manchmal“ (rote und gelbe Balkenabschnitte) gezeigt haben, z. B. tragen 23% nie, selten oder manchmal eine Atemschutzmaske.

Häufigkeit ergriffener Präventivmaßnahmen

Falls anwendbar. Ergebnisse der aktuellen Welle (05.05.20)



4.4 Offizielle Verfügungen

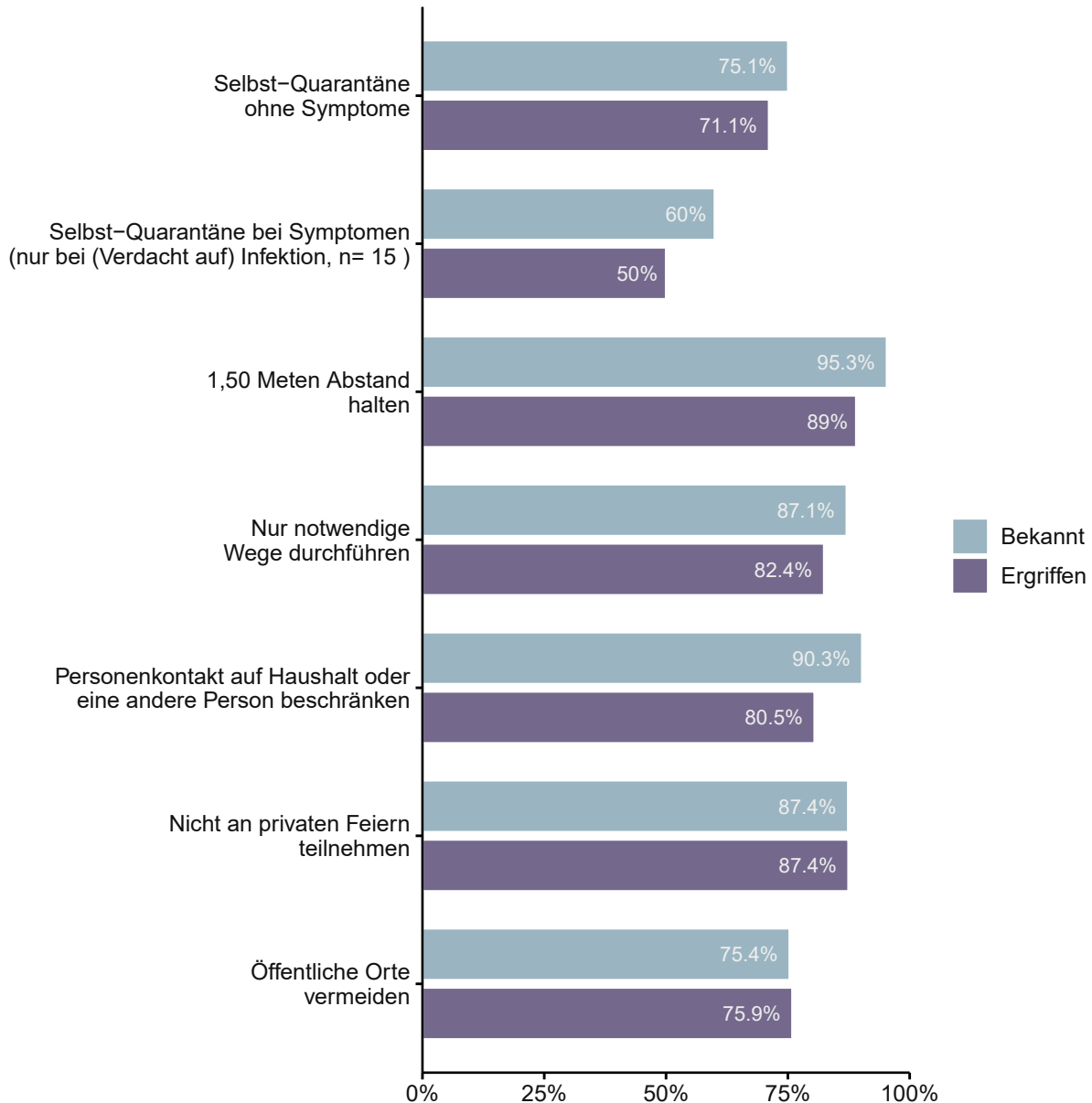
Damit die offiziellen Verfügungen umgesetzt werden können, müssen sie hinreichend bekannt sein. Die Daten zeigen, dass wesentliche Verfügungen sehr gut bekannt sind, aber immer noch nicht durchgängig ergriffen werden.

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

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

Offizielle Verfügungen kennen und befolgen

Anteil der Personen, die (a) offizielle Verfügungen korrekt erkannt haben und (b) diese mindestens häufig befolgen (falls anwendbar).
Ergebnisse der aktuellen Welle (05.05.20)



Im untenstehenden Diagramm ist die Häufigkeit einzelner Verhaltensweisen dargestellt. Jeder Balken veranschaulicht die Häufigkeitsverteilung für jene Personen, auf die das Verhalten anwendbar ist und ergibt 100%. Je breiter ein Balkenabschnitt ist, desto mehr Personen gaben an, das Verhalten in der jeweiligen Häufigkeit ausgeführt zu haben. Die Prozentangabe auf der rechten Seite der grünen Balkenabschnitte gibt den Anteil der Personen an, die ein Verhalten „immer“ oder „häufig“ zeigen, z. B. halten 89% der Personen immer oder häufig 1,50m Abstand in der Öffentlichkeit. Die negativen Prozente auf der X-Achse helfen, den Anteil der Personen abzulesen, die ein Verhalten „nie“ bis „manchmal“ (rote und gelbe Balkenabschnitte) gezeigt haben, z. B. begeben sich 50% nie, selten oder manchmal in die Selbstquarantäne, wenn sie keine Symptome zeigen.

Häufigkeit des Verhaltens gemäß offizieller Verordnungen

Falls anwendbar. Ergebnisse der aktuellen Welle (05.05.20)



Wer macht Ausnahmen?

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

An die Regeln halten sich häufiger: Personen in kleineren Städten, Personen, die dem Gesundheitssystem vertrauen, viel Wissen aufweisen, viel Informationen suchen und ein höheres Risiko wahrnehmen.

Interpretation: Dargestellt sind die Ergebnisse einer binär-logistischen schrittweisen Regressionsanalyse (bestes statistisches Modell). Odds ratio treffen eine Aussage darüber, inwieweit das Vorhandensein bzw. Nichtvorhandensein eines Merkmals A (z.B. einen Beruf im Gesundheitssektor ausüben) mit dem Vorhandensein bzw. Nichtvorhandensein eines weiteren Merkmals B (z.B. sich häufig oder immer an die Regeln halten) zusammenhängt. CI sind die 95% Konfidenzintervalle der Koeffizienten. Fettgedruckte Einflussfaktoren sind signifikant und haben einen statistisch bedeutsamen Einfluss. Werte über 1: höhere Werte auf diesem Einflussfaktor zeigen an, dass die Personen sich eher häufig oder immer an die Regeln halten. Werte unter 1: kleinere Werte auf diesem Einflussfaktor zeigen an, dass sich die Personen eher nur manchmal, selten oder nie an die Regeln halten.

Variablen im Modell: Alter, Geschlecht, Bildung, Arbeit im Gesundheitssektor, chronische Erkrankung, ein Kind haben unter 18, Gemeindegröße, Vertrauen in die Behörden, Vertrauen in den Gesundheitssektor,

Risikowahrnehmung (Erkrankungswahrscheinlichkeit, Anfälligkeit, Schweregrad), verschiedene affektive Aspekte (Angst, Sorge, Dominanz des Themas, Hilflosigkeit), verschiedene Aspekte bezogen auf die Wahrnehmung des Virus (wahrgenommene Nähe und Ausbreitungsgeschwindigkeit), gefühltes und echtes Wissen (COVID-19, Schutzmaßnahmen, Verfügungen), Selbstwirksamkeit und wahrgenommene Sicherheit in Bezug auf effektive Schutzmaßnahmen, Wahrnehmung des Ausbruchs als Medienhype, Häufigkeit der Informationssuche über Corona und Infizierte im persönlichen Umfeld (bestätigt und unbestätigt vs. nicht).

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

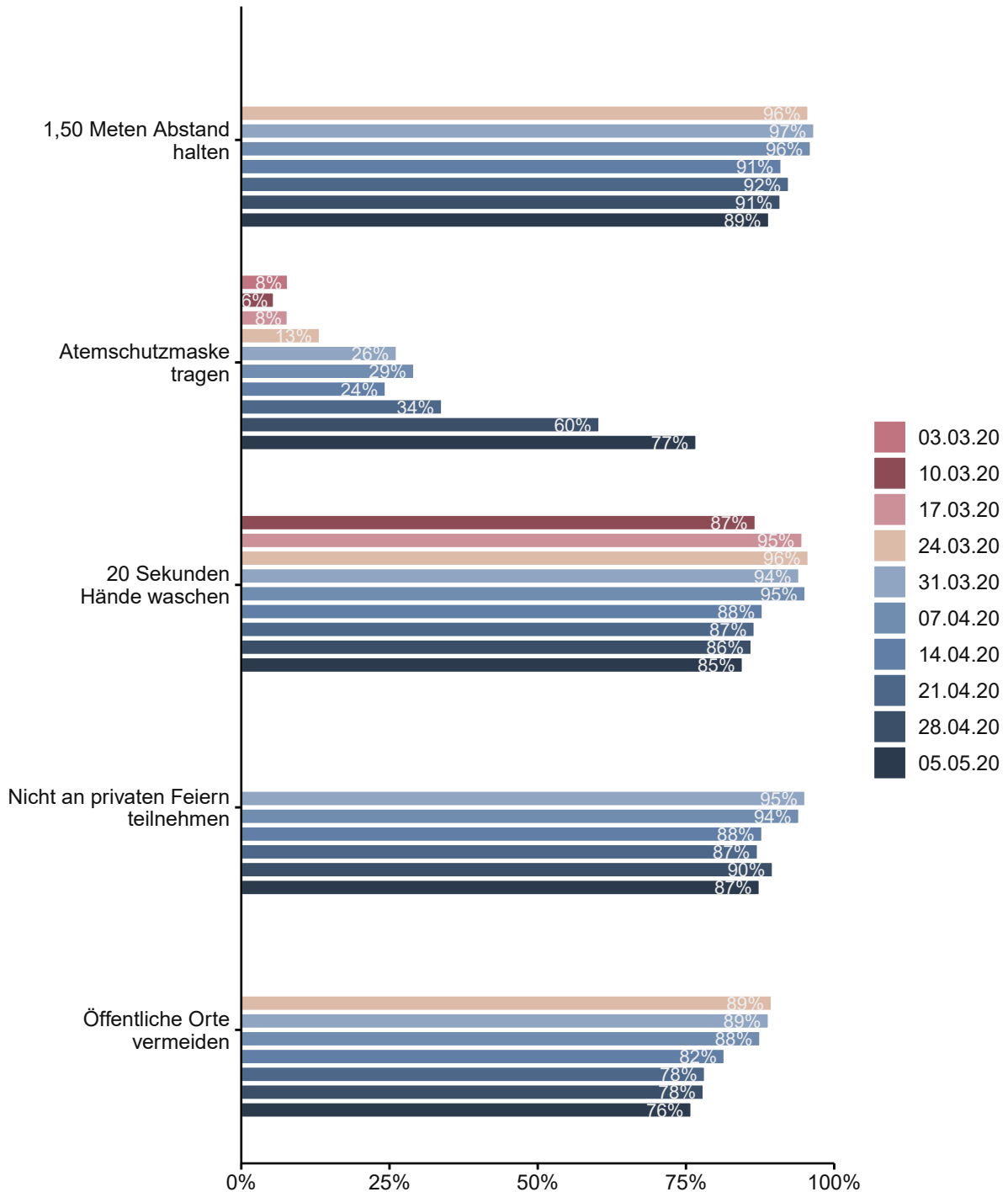
	Öffentliche Orte meiden			
	OR	CI-	CI+	p
(Intercept)	0.01	0.004	0.045	<.001
Geschlecht: weiblich	1.38	1.006	1.898	.046
Chronisch krank (vs. nicht chronisch krank)	1.43	0.992	2.071	.058
Infizierte im persönlichen Umfeld	0.70	0.440	1.131	.138
Wahrgenommenes Wissen	0.88	0.753	1.019	.088
Vertrauen in Gesundheitssektor	1.20	1.060	1.359	.004
Dominanz negativer Emotionen	1.14	0.985	1.328	.077
Wahrgenommene Ausbreitungsgeschwindigkeit	1.11	1.000	1.241	.051
Wissen über offizielle Verfügungen	12.62	5.866	27.929	<.001
Häufigkeit der Informationssuche	1.11	0.986	1.259	.083
Kinder unter 18 Jahren (vs. Kinder unter 18 Jahren)	0.72	0.499	1.032	.078
Wahrgenommenes Vorbereitetsein	1.15	1.010	1.315	.035
Schweregrad	1.18	1.044	1.340	.009

Befolgen der Maßnahmen im Zeitverlauf

Das Tragen von Masken hat weiter zugenommen (Maskenpflicht). Alle anderen Maßnahmen nehmen eher ab: Öffentlicher Orte werden stärker aufgesucht, auch Händewaschen nimmt kontinuierlich ab.

Maßnahmen ergreifen

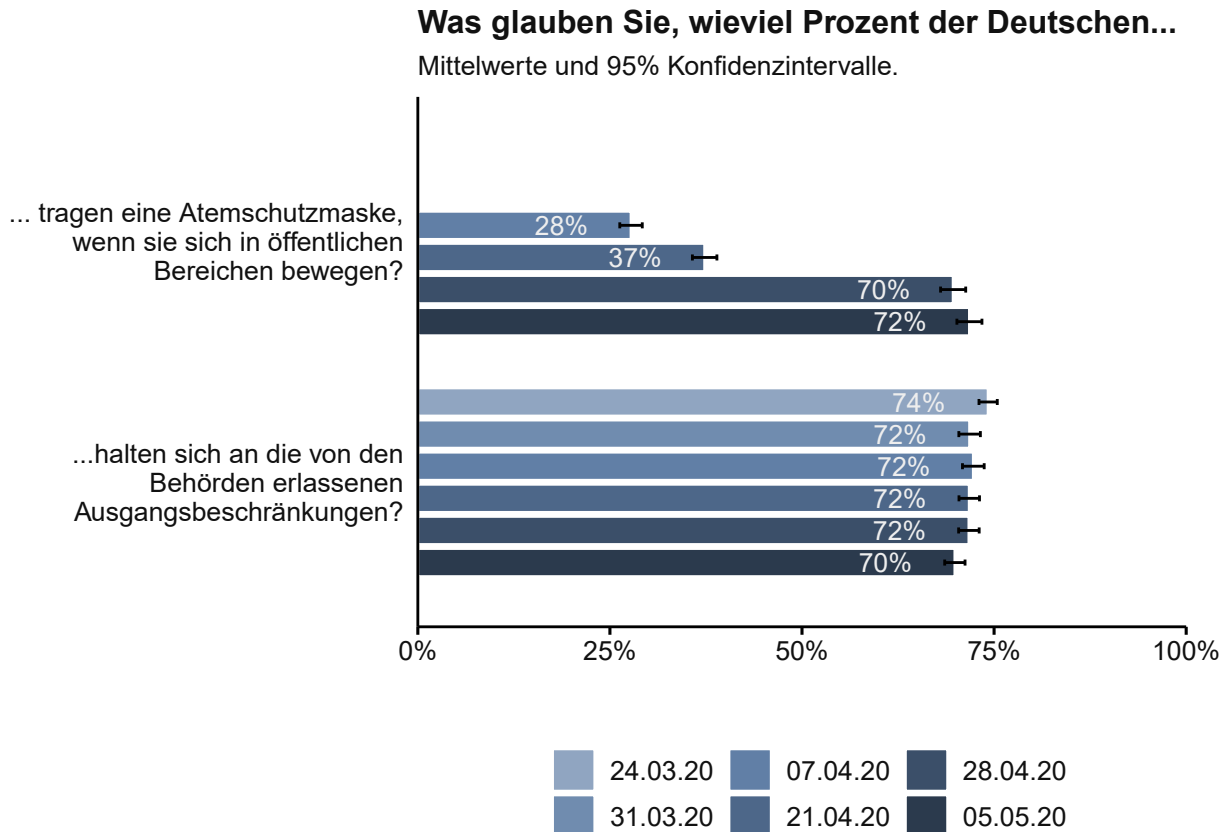
Anteil der Personen, die die Maßnahmen einsetzen (bis 07.04.) bzw. mindestens häufig einsetzen (ab 14.04.) (falls anwendbar).



4.5 Soziale Normen

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

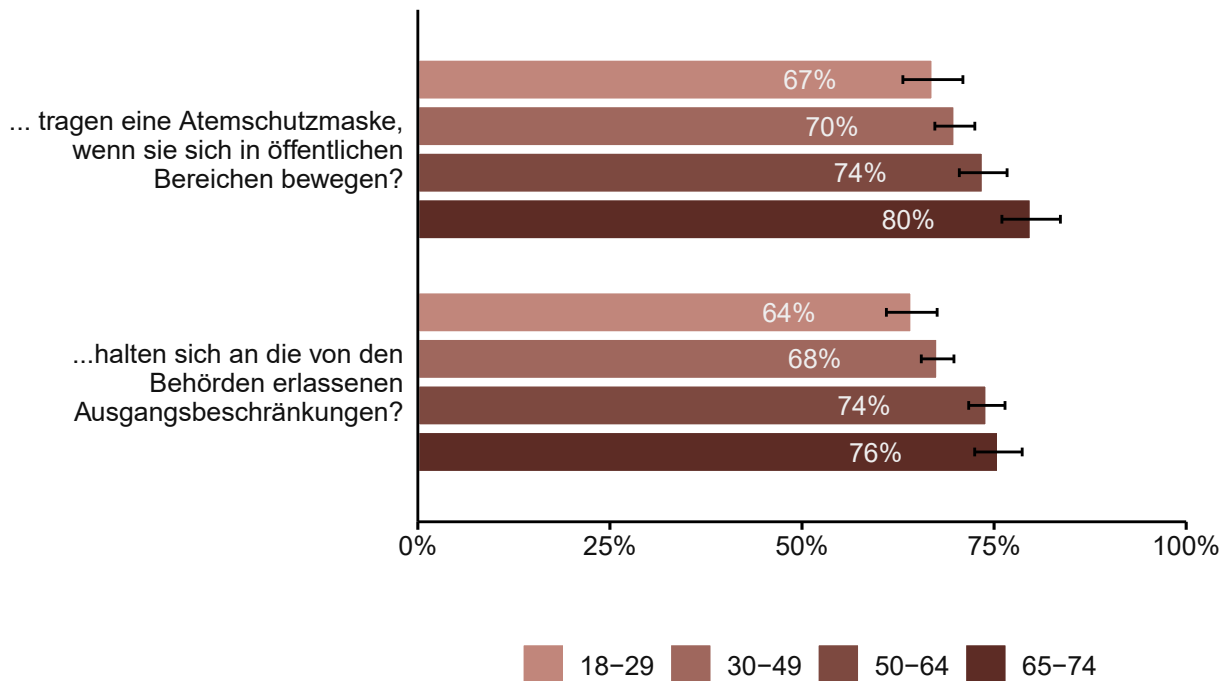
Die Daten zeigen beispielsweise, dass nach wie vor über 70% denken, dass andere sich an die Maßnahmen halten. Ältere gehen von einer größeren Befolgung der Maßnahmen aus als Jüngere.



Was glauben Sie, wieviel Prozent der Deutschen...

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.

Aktuelle Erhebungswelle (05.05.20)



Im Folgenden wird der Zusammenhang zwischen den sozialen Normen und selbst ergriffenem Schutzverhalten für die aktuelle Welle exploriert.

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

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

- und selbst Öffentliche Orte vermeiden: 0.14

Geschätzte Prozentzahl der Anderen, die eine Atemschutzmaske in öffentlichen Bereichen tragen ...

- und selbst eine Atemschutzmaske tragen: 0.23

5 Was die Risikowahrnehmung beeinflusst

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

Erkrankungswahrscheinlichkeit

Eine **höhere Erkrankungswahrscheinlichkeit** nimmt wahr

- wer jünger ist,
- wer weiblich ist,
- im Gesundheitssektor arbeitet,
- wer Infizierte im Umfeld hat
- wer das Ausbruchsgeschehen nicht als Medienhype wahrnimmt,
- wer negativere Gefühl bezogen auf Corona hat,
- wer weniger Wissen hat.
- wer die Erkrankungswahrscheinlichkeit außer Haus als höher wahrnimmt

Schweregrad

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

Eine **eher schwerwiegende Erkrankung** erwartet

- wer älter ist,
- wer chronisch krank ist,
- wer das Ausbruchsgeschehen nicht als Medienhype wahrnimmt,
- wer negativere Gefühl bezogen auf Corona hat,
- wer eine höhere Ansteckungswahrscheinlichkeit außer Haus wahrnimmt.

Anfälligkeit

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

Eine eher **höhere Anfälligkeit** nimmt wahr,

- wer das Ausbruchsgeschehen nicht als Medienhype wahrnimmt,
- wer älter ist
- wer weiblich ist
- wer chronisch krank ist,
- bei wem die Situation negativere Emotionen auslöst,
- wer eine höhere Ansteckungswahrscheinlichkeit außer Haus wahrnimmt,
- wer negativere Gefühl bezogen auf Corona hat,
- wer einen Beruf im Gesundheitsektor ausübt,
- wer Infizierte im eigenen Umfeld hat

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

Variablen im Modell: Alter, Geschlecht, Bildung, Arbeit im Gesundheitssektor, chronische Erkrankung, ein Kind haben unter 18, Gemeindegröße, Vertrauen in die Behörden, Vertrauen in den Gesundheitssektor, verschiedene affektive Aspekte (Angst, Sorge, Dominanz des Themas, Hilflosigkeit), verschiedene Aspekte bezogen auf die Wahrnehmung des Coronavirus (wahrgenommene Nähe, Ausbreitungsgeschwindigkeit, Neuheit), gefühltes und echtes Wissen (COVID-19, Schutzmaßnahmen), Selbstwirksamkeit und wahrgenommene Sicherheit in Bezug auf effektive Schutzmaßnahmen, Wahrnehmung des Ausbruchs als Medienhype, Häufigkeit der Informationssuche über Corona, Infizierte im persönlichen Umfeld (bestätigt und unbestätigt vs. nicht).

Insgesamt lässt sich zwischen 31% und 45% der Varianz in den Risiko-Dimensionen Wahrscheinlichkeit, Schweregrad und Anfälligkeit durch die untersuchten Faktoren aufklären (R^2). Das heißt, dass es noch einige andere, bisher nicht erfasste Faktoren gibt, die das Verhalten beeinflussen.

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

	Wahrscheinlichkeit ¹				Schweregrad ²				Anfälligkeit ³			
	Beta	CI-	CI+	p	Beta	CI-	CI+	p	Beta	CI-	CI+	p
Wahrgenommene Nähe	0.17	0.108	0.239	<. .001	0.06	0.003	0.116	.039	0.09	0.033	0.157	.003
Wahrgenommener Medienhype	-0.08	-0.138	-0.018	.011	-0.24	-0.294	-0.192	<. .001	-0.18	-0.241	-0.124	<. .001
Wahrgenommene Ausbreitungsgeschwindigkeit					0.06	0.009	0.110	.021	0.04	-0.015	0.096	.152
Dominanz negativer Emotionen	0.18	0.111	0.246	<. .001	0.29	0.233	0.348	<. .001	0.29	0.223	0.349	<. .001
Alter	-0.09	-0.152	-0.028	.005	0.20	0.142	0.249	<. .001				
Chronisch krank (vs. nicht chronisch krank)					0.21	0.162	0.263	<. .001	0.26	0.208	0.317	<. .001
Schulbildung: Abitur vs. 9 Jahre	0.07	-0.031	0.178	.167	-0.17	-0.255	-0.078	<. .001				
Schulbildung: 10+ Jahre (ohne Abitur) vs. 9 Jahre	-0.01	-0.107	0.095	.904	-0.13	-0.215	-0.044	.003				
Geschlecht: weiblich					-0.08	-0.130	-0.031	.001	-0.05	-0.106	0.003	.064
Beruf im Gesundheitsektor	0.15	0.088	0.203	<. .001					0.04	-0.009	0.098	.103
Infizierte im persönlichen Umfeld	0.10	0.045	0.162	.001								
Wahrgenommenes Wissen					0.05	0.004	0.103	.033				
Vertrauen in Behörden									-0.06	-0.114	0.003	.064

¹ R² = .167, Adj. R² = .160

² R² = .404, Adj. R² = .398

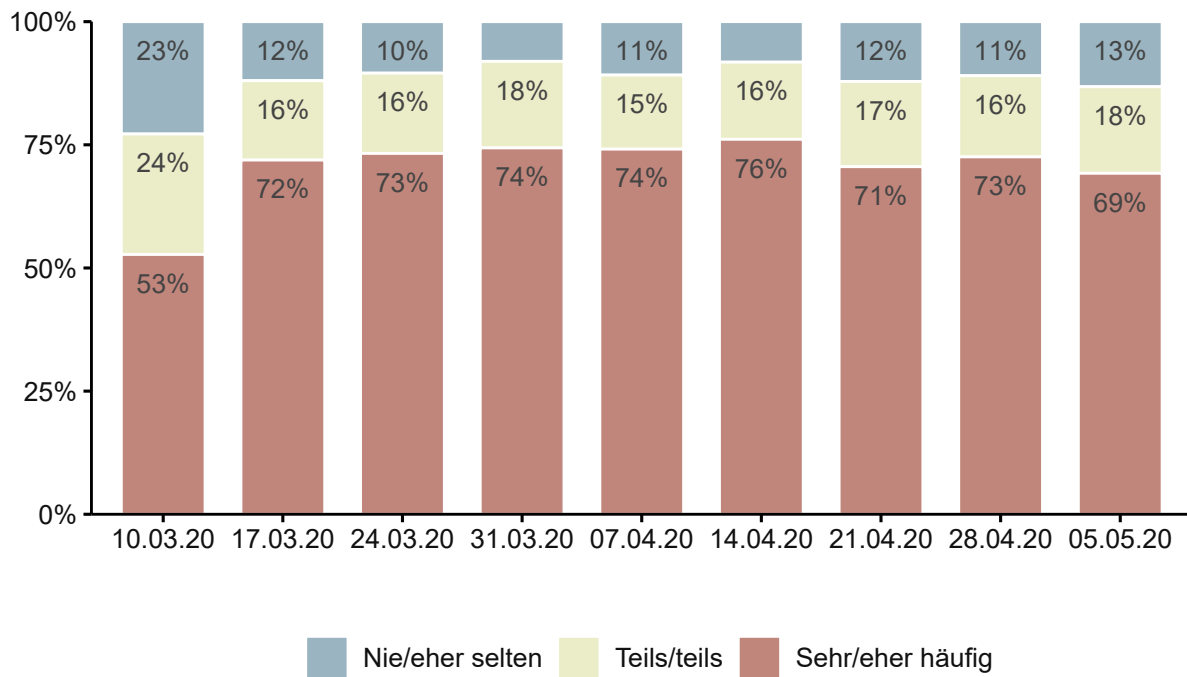
³ R² = .276, Adj. R² = .270

6 Informationsverhalten

6.1 Häufigkeit

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

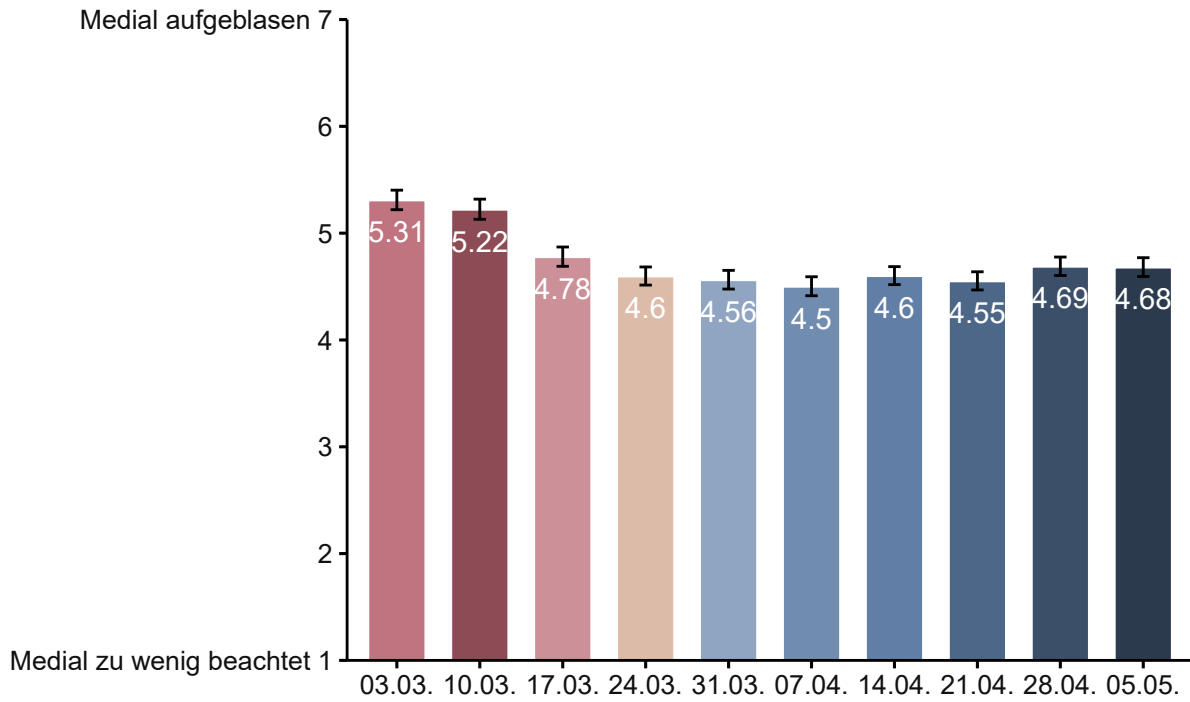
Erhoben ab Welle 2 (10.03.2020).



6.2 Corona als Medien-Hype

Das neuartige Coronavirus ist für mich...

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle

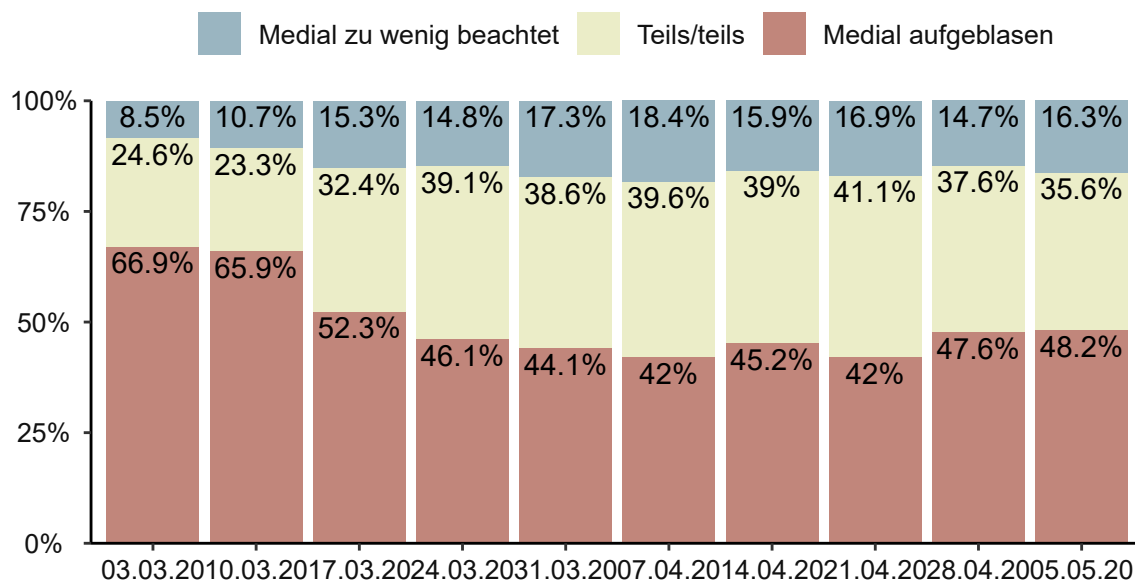


Wahrnehmung der derzeitigen Corona-Situation als Medienhype

Bewertung auf einer 7-Punkte Skala

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

Abweichung von 100% können wegen Rundung zustande kommen



7 Ausbruchs-Management

Vertrauen

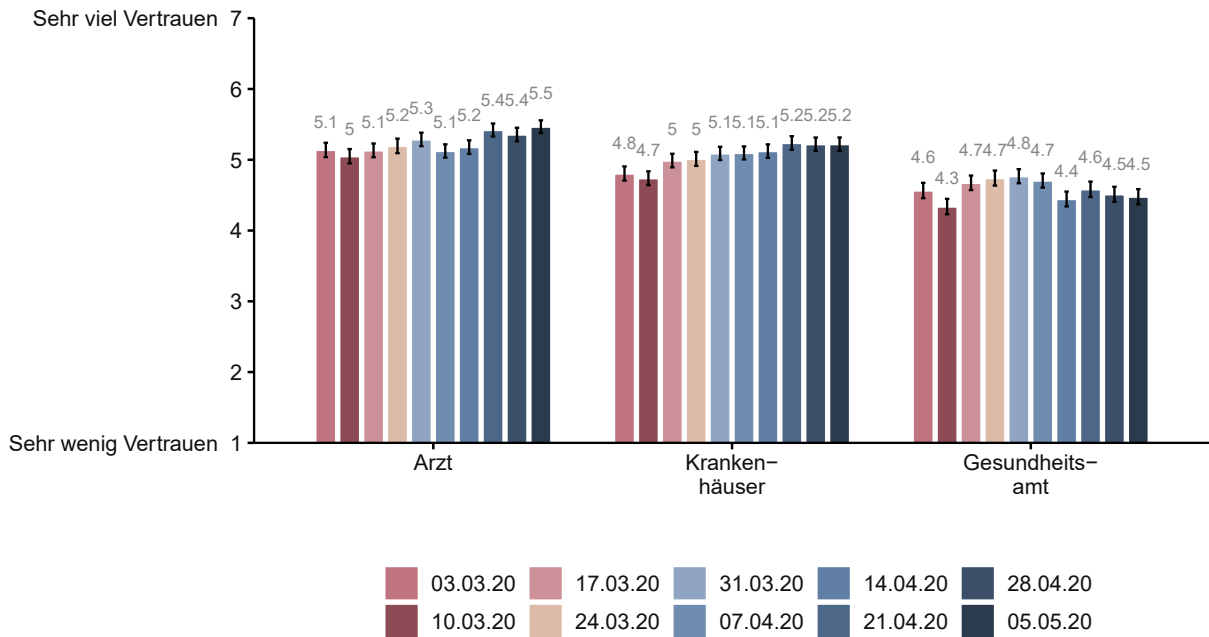
Wie viel Vertrauen haben Sie in die untenstehenden Personen und Organisationen, dass sie in der Lage sind, gut und richtig mit dem neuartigen Coronavirus umzugehen?

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

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

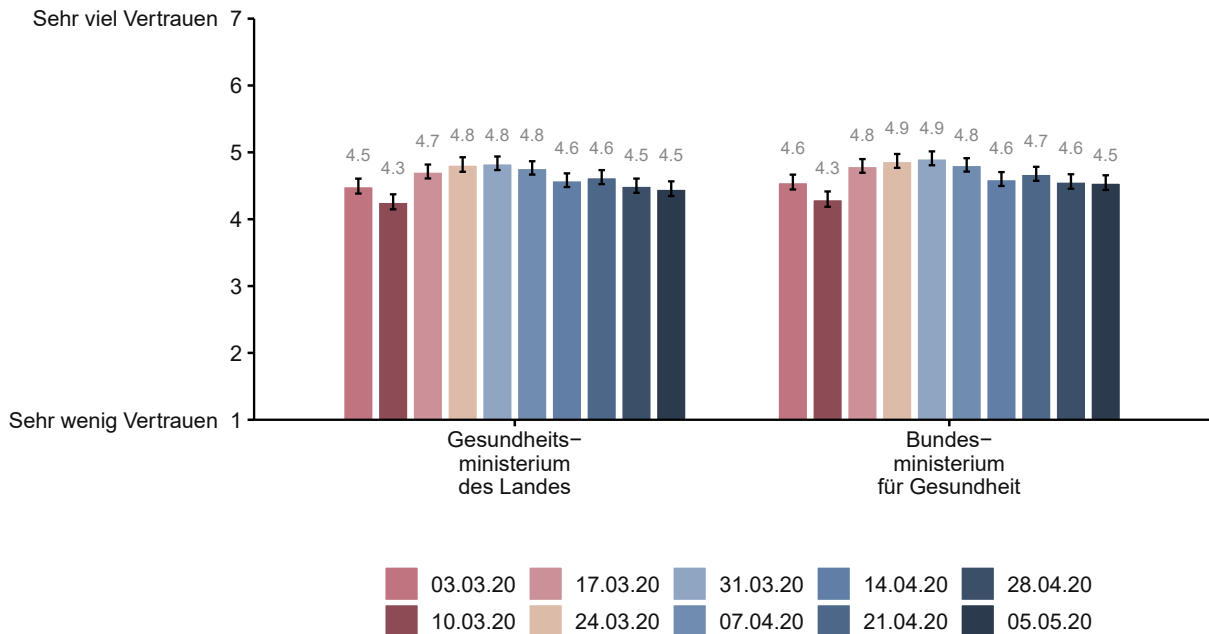
Vertrauen (1): Gesundheitssektor

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



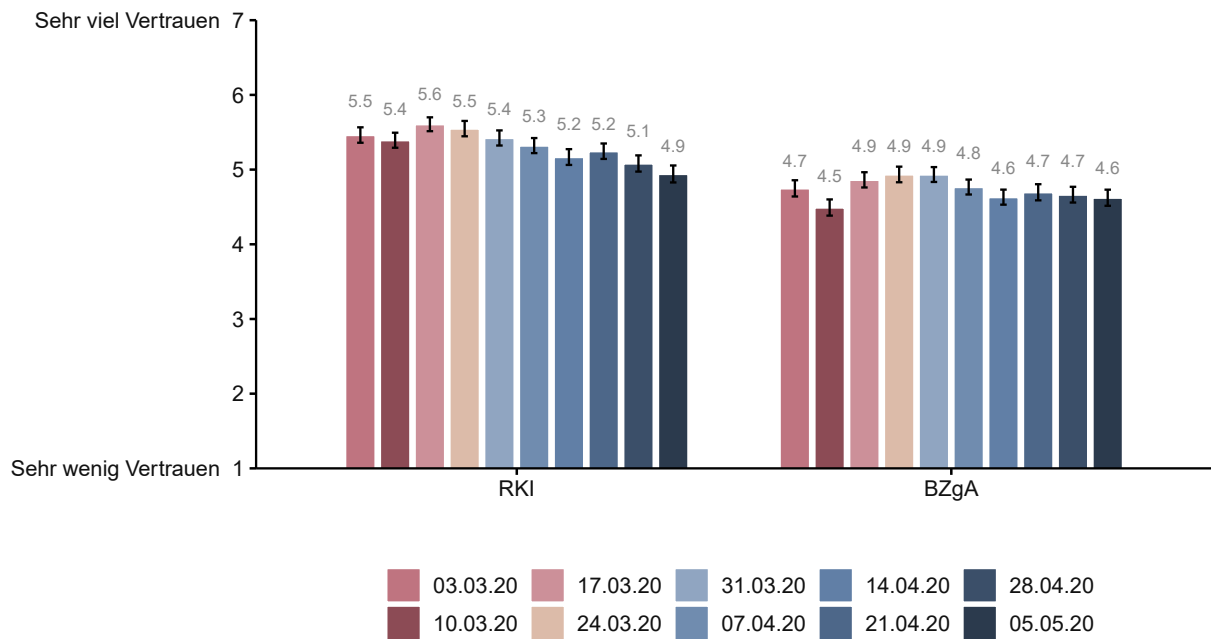
Vertrauen (2): Behörden

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



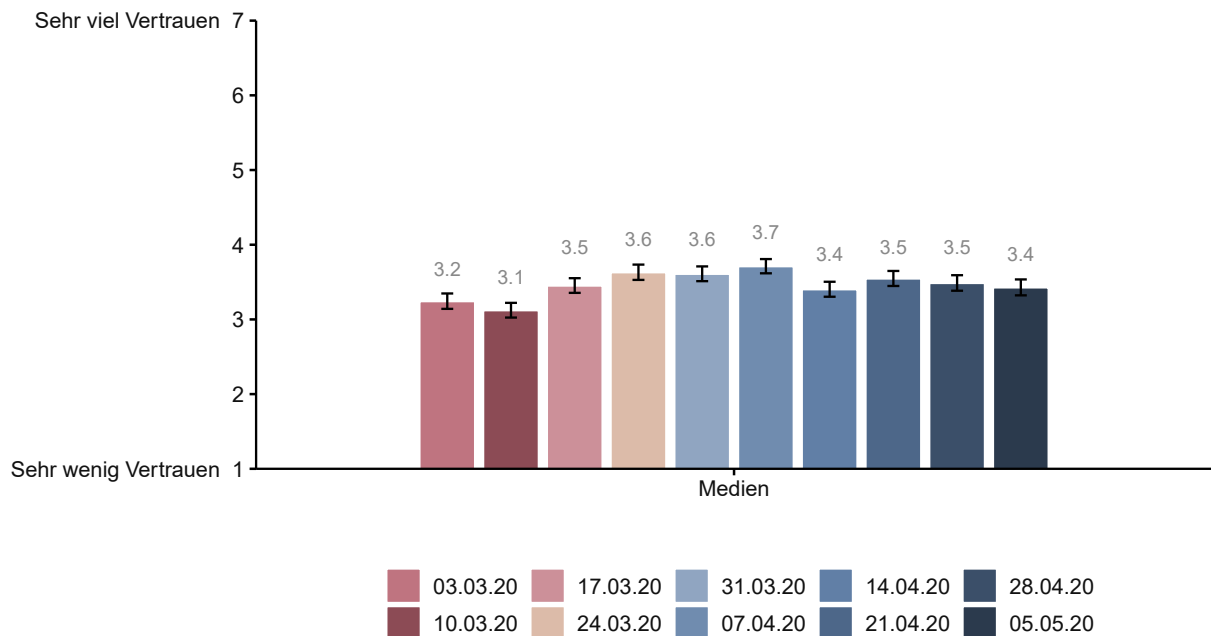
Vertrauen (2): Behörden

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



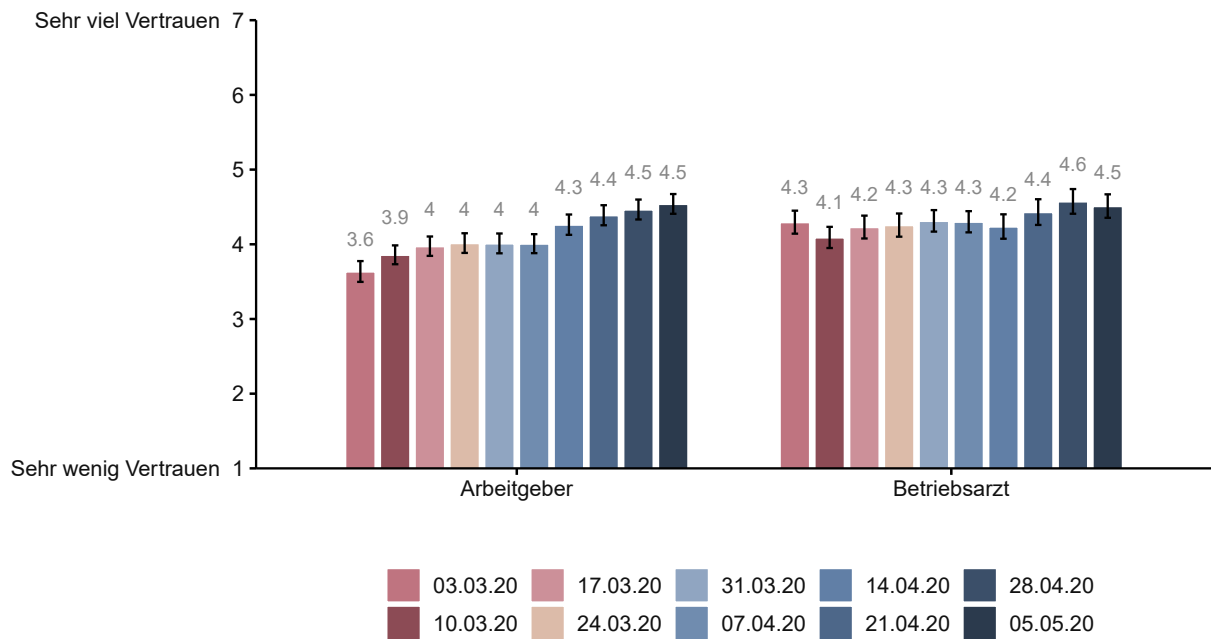
Vertrauen (3): Medien

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



Vertrauen (4): Arbeitsumwelt

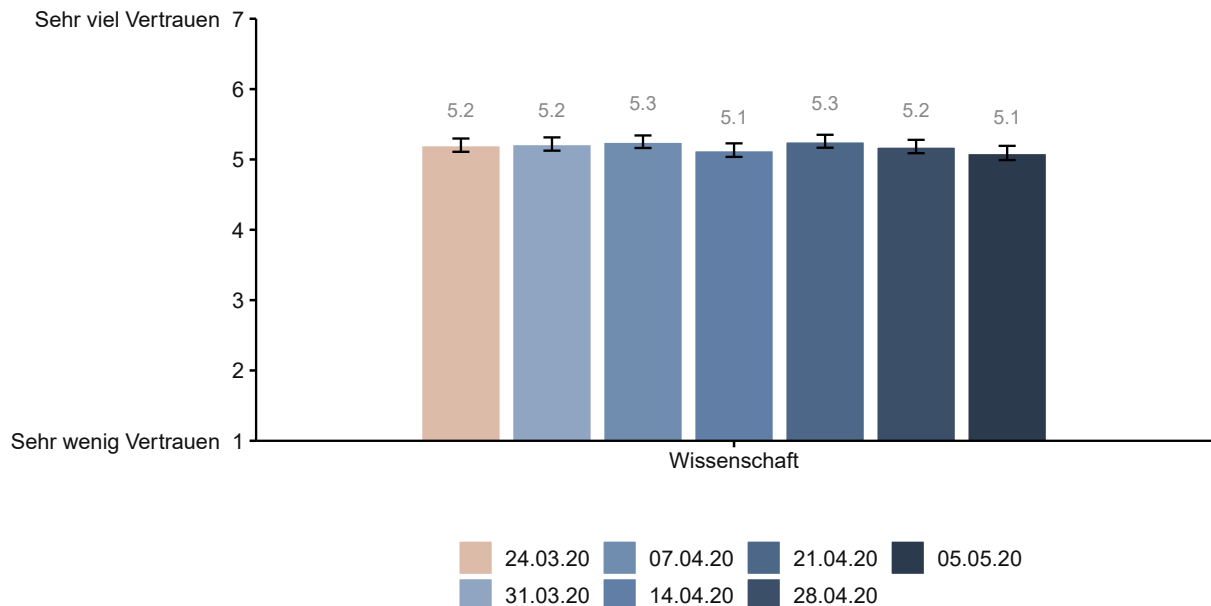
Bewertet auf einer Skala von 1 (sehr wenig Vertrauen) bis 7 (sehr viel Vertrauen). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



Vertrauen (5): Wissenschaft

Ab Welle 4 erhoben.

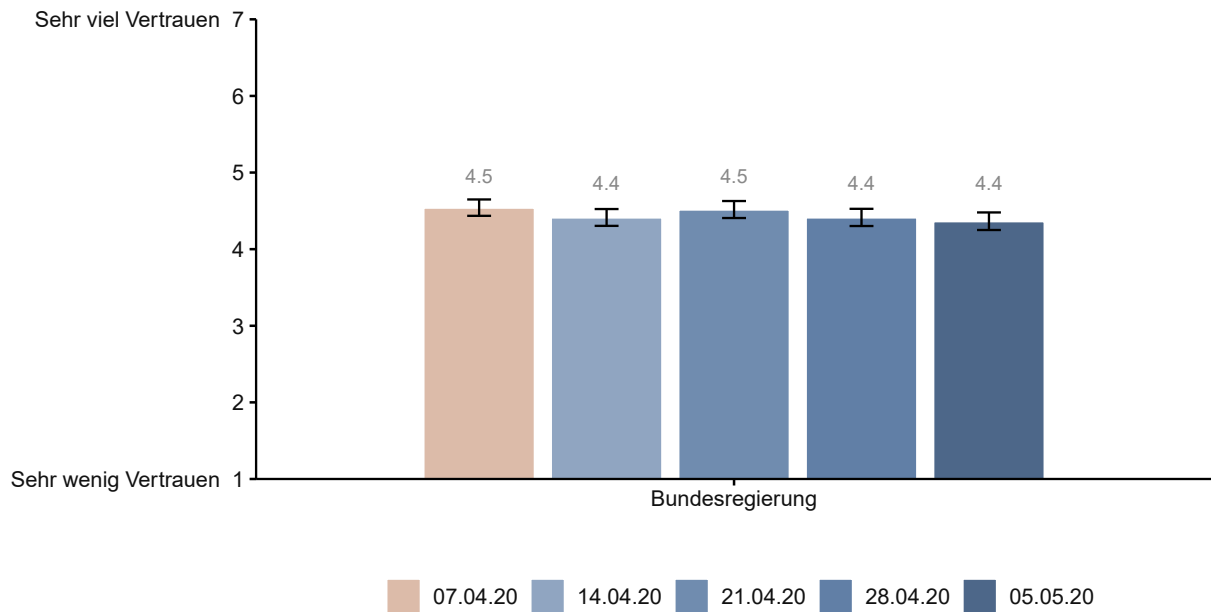
Bewertet auf einer Skala von 1 (sehr wenig Vertrauen) bis 7 (sehr viel Vertrauen). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



Vertrauen (6): Bundesregierung

Ab Welle 6 erhoben.

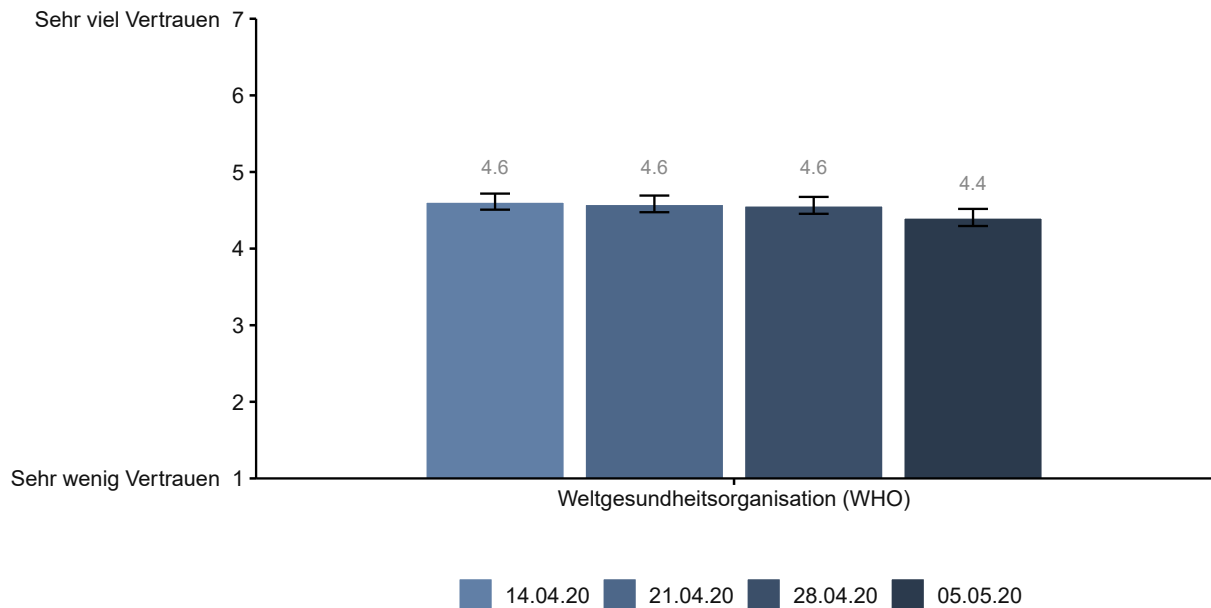
Bewertet auf einer Skala von 1 (sehr wenig Vertrauen) bis 7 (sehr viel Vertrauen). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



Vertrauen (7): Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Ab Welle 7 erhoben.

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

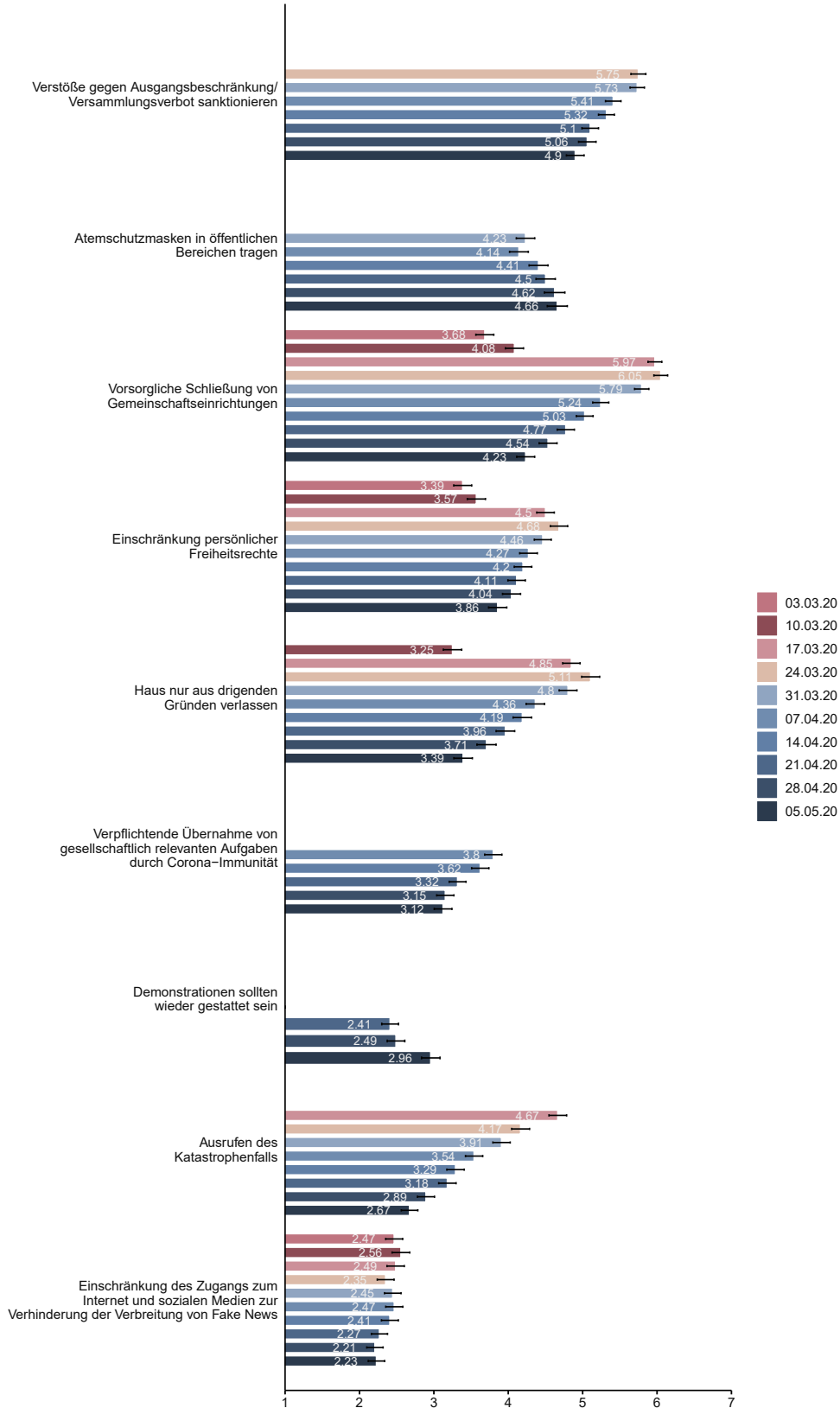


8 Akzeptanz der Maßnahmen

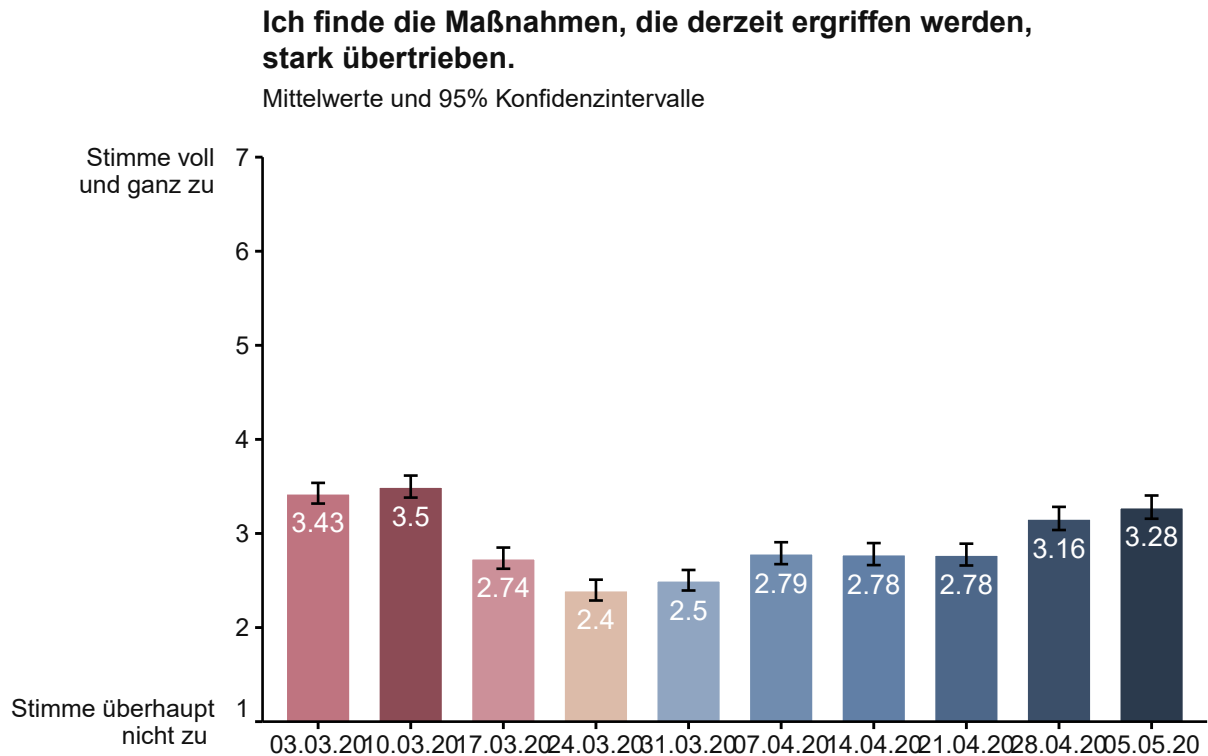
Für viele Maßnahmen gilt: die Akzeptanz ist Mitte März sprunghaft gestiegen und geht langsam zurück. Seit letzter Woche ist die Akzeptanz stark in die Rechte der Menschen eingreifender Maßnahmen signifikant gefallen. Das Bedürfnis nach Demonstrationen ist im Vergleich zur letzten Woche gestiegen.

Akzeptanz von Maßnahmen zur Krisenbewältigung

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



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

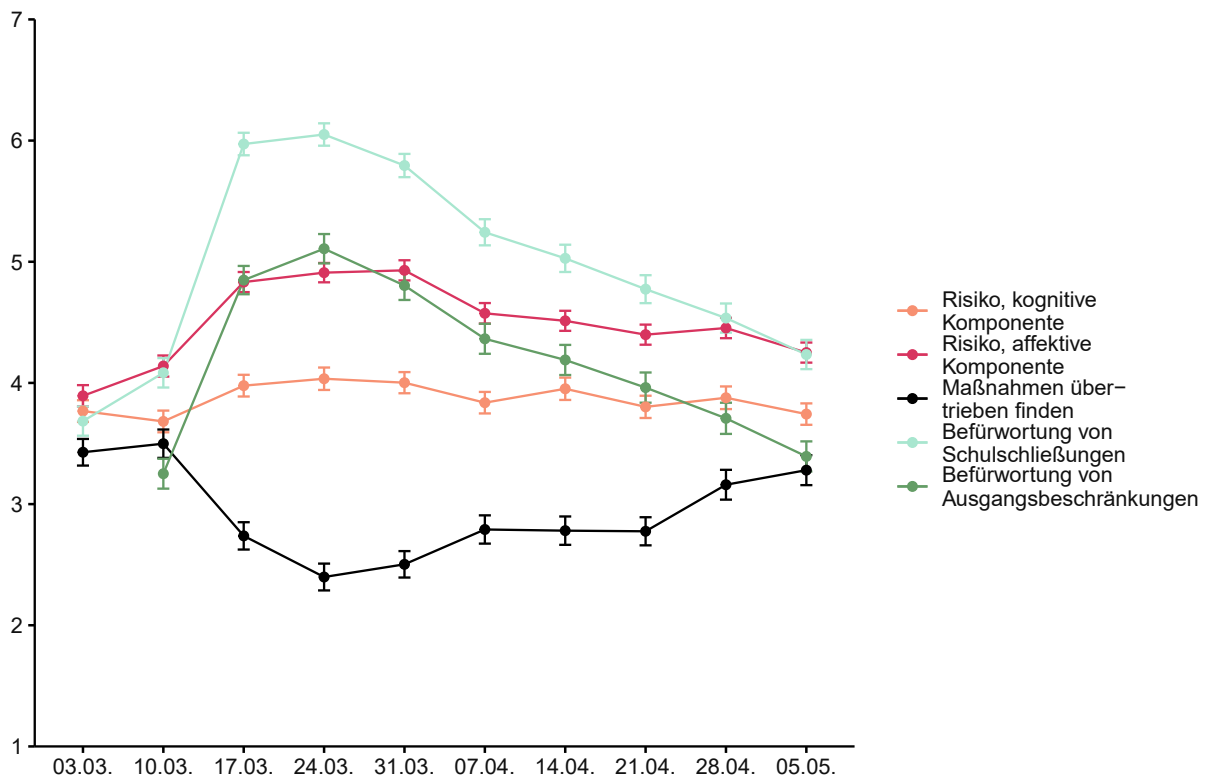


Zusammenhang zwischen Risikowahrnehmung und Akzeptanz der Maßnahmen

- Kognitive Risikowahrnehmung – Bewusstsein für die Möglichkeit, sich anzustecken – ist stabil (orange).
- Affektive Risikowahrnehmung – wichtig für die Aktivierung von Schutzverhalten – sinkt seit April (rot).
- Die Zustimmung zu Maßnahmen sinkt seit deren Einführung (grün) und hat fast das Ausgangslevel von vor deren Einführung erreicht.
- Die Ablehnung der Maßnahmen steigt an (schwarz).

Veränderung von Risikowahrnehmung und Einschätzung von Maßnahmen

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



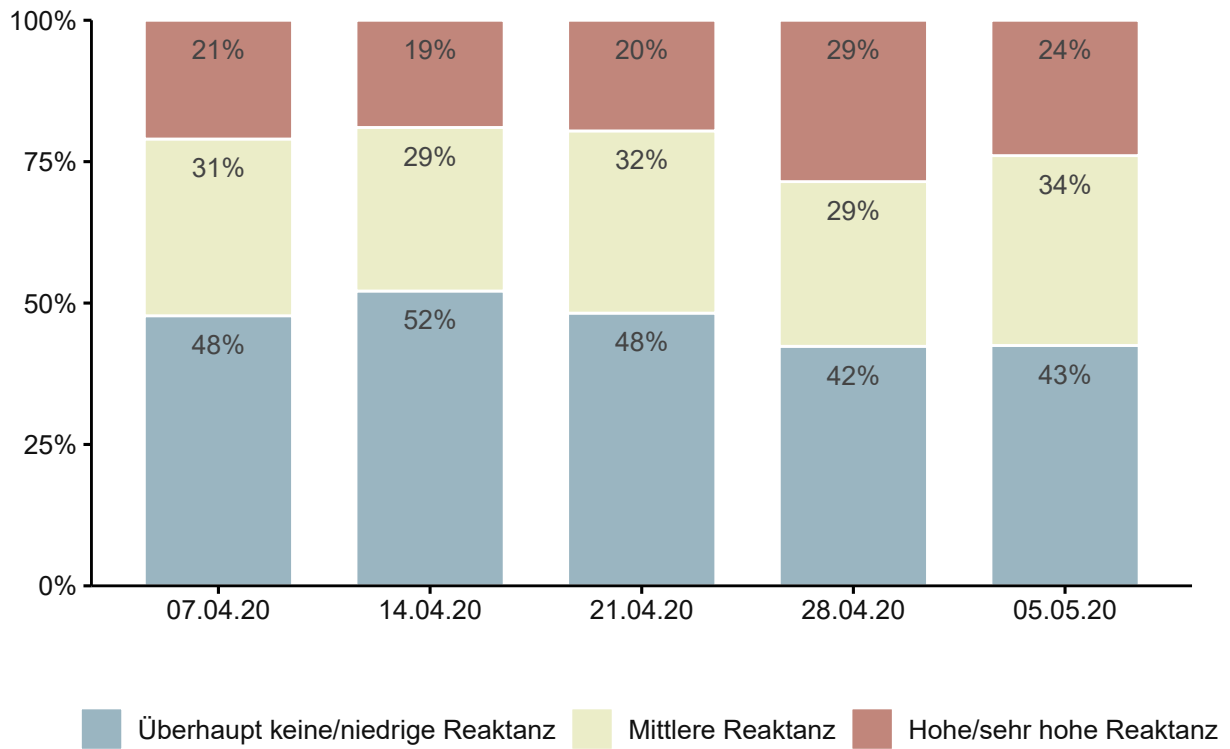
Reaktanz im Bezug auf die verordneten Maßnahmen

Seit der Welle 6 wurden die Teilnehmenden befragt, inwiefern sie die verordneten Maßnahmen als ärgerlich, frustrierend und störend empfinden (psychologische Reaktanz). Außerdem gaben die Befragten an, ob sie sich durch die ergriffenen Maßnahmen in ihrer persönlichen Freiheit eingeschränkt sehen. Die Reaktanz war insgesamt eher mittelmäßig ausgeprägt (aktuelle Woche: $M = 3.6$).

Reaktanz durch die Maßnahmen ist etwas zurückgegangen, was möglicherweise auf die Lockerung zurückzuführen ist: 24% (Vorwochen 29%) fühlen (eher oder sehr) Ärger, Frust und Wut aufgrund der Maßnahmen. Wer mehr Reaktanz empfindet, weiß weniger, schützt sich weniger, folgt weniger den Maßnahmen, hat weniger Vertrauen in 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.

Gemittelte Reaktanz

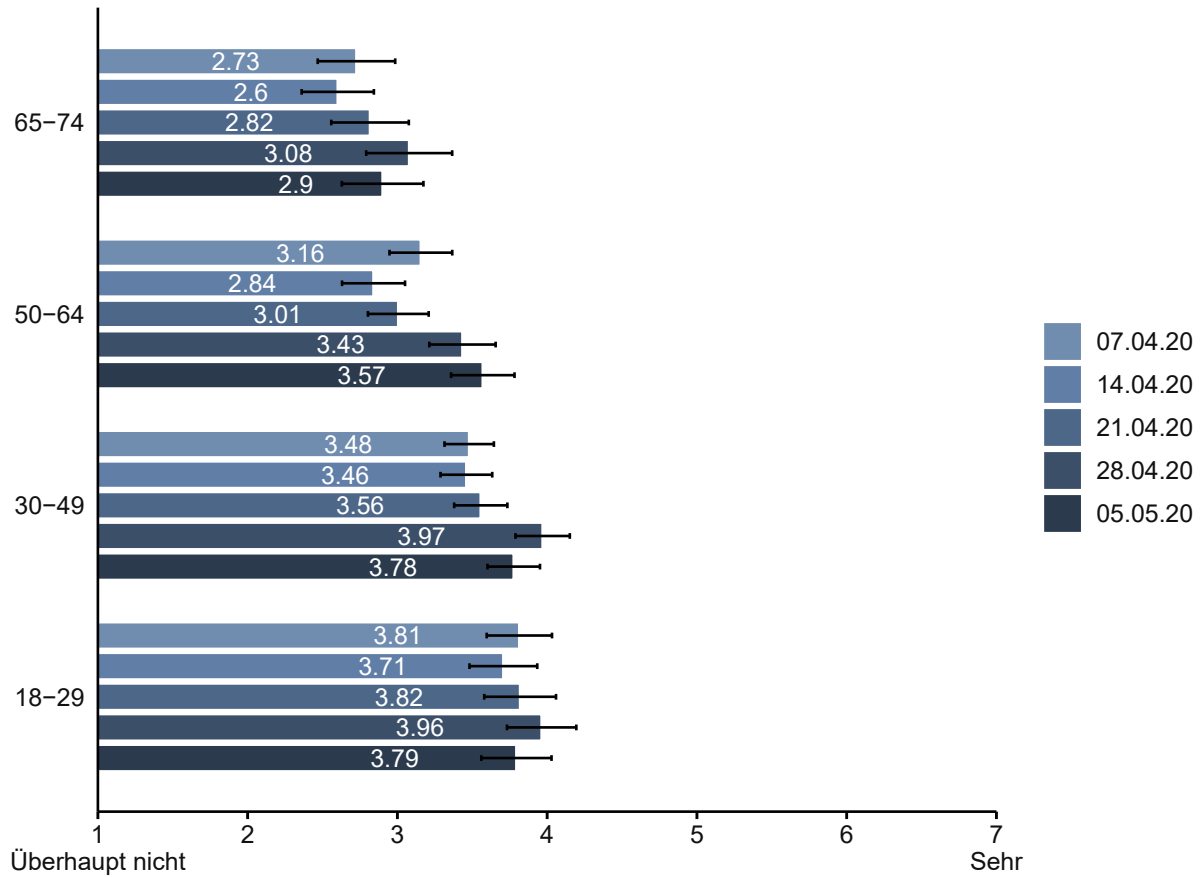


Jüngere Befragungsteilnehmende gaben eher an, dass die Maßnahmen ihnen widerstreben.

Reaktanz hinsichtlich der Maßnahmen zur Krisenbewältigung nach Altersgruppe

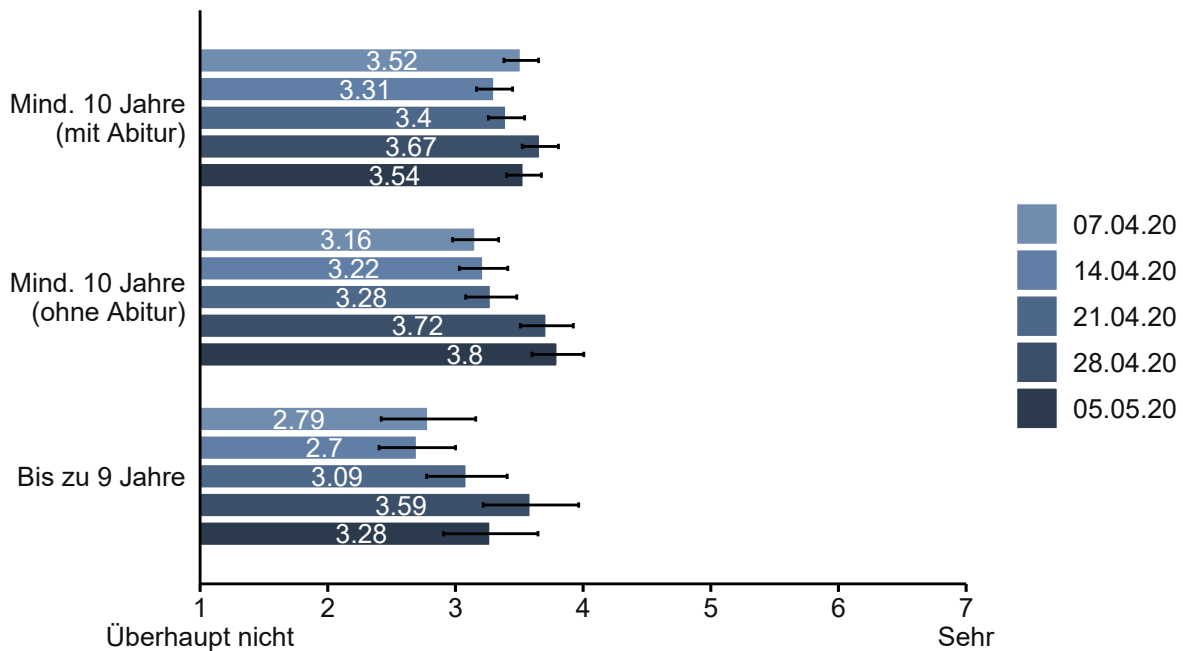
Bewertet auf einer Skala von 1 (Überhaupt nicht) bis 7 (Sehr).

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



Reaktanz hinsichtlich der Maßnahmen zur Krisenbewältigung nach Bildungsgrad

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



Im Folgenden wird der Zusammenhang zwischen der Reaktanz, Wissen, Maßnahmen durchführen und Vertrauen für die aktuelle Erhebung exploriert.

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

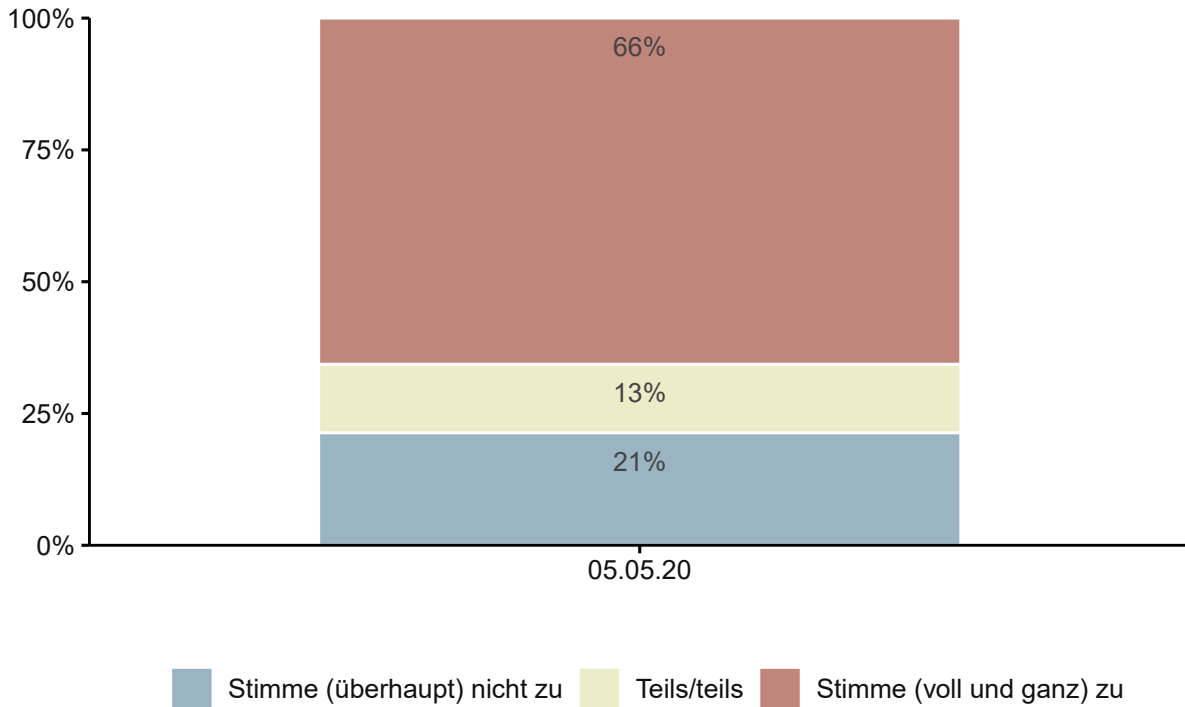
Reaktanz und ...

- das selbst eingeschätzte Wissen über COVID-19: -0.09
- das tatsächliche Wissen über COVID-19: -0.11
- das Wissen über wirksame Schutzmaßnahmen: -0.15
- das Wissen über öffentliche Verordnungen: -0.13
- die ausgeführten Maßnahmen: -0.22
- die ergriffenen Maßnahmen übertrieben finden: 0.65
- Vertrauen in die Bundesregierung: -0.43
- Vertrauen in das RKI : -0.41

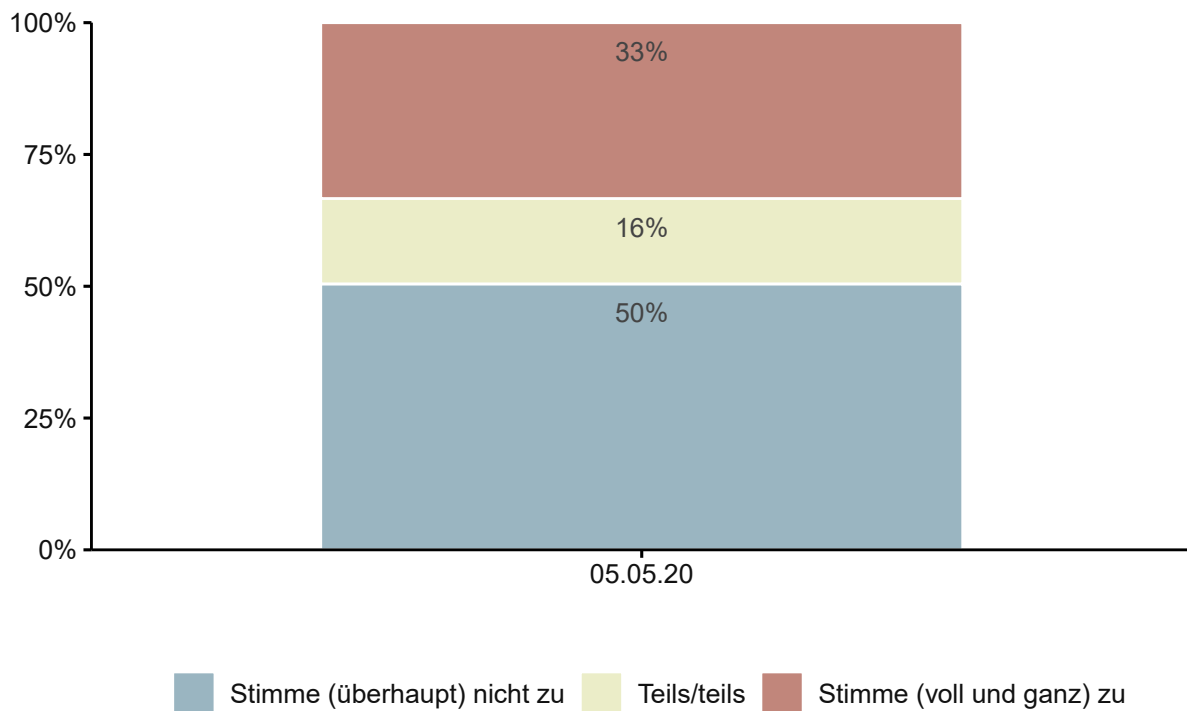
Lockerungsmaßnahmen

In dieser Woche wurden die Teilnehmenden nach Ihrer Einschätzung zum Vorgehen in der Lockerung der Maßnahmen gefragt. 66% denken, dass die Lockerungsmaßnahmen in den Bundesländern einheitlich umgesetzt werden sollten (Datenerhebung vor der Pressekonferenz, in der die Bundesländer die Entscheidungsfreiheit erhalten haben). 33% finden die Lockerungsmaßnahmen (eher) übertrieben.

Die Lockerungsmaßnahmen sollten in allen Bundesländern einheitlich umgesetzt werden.

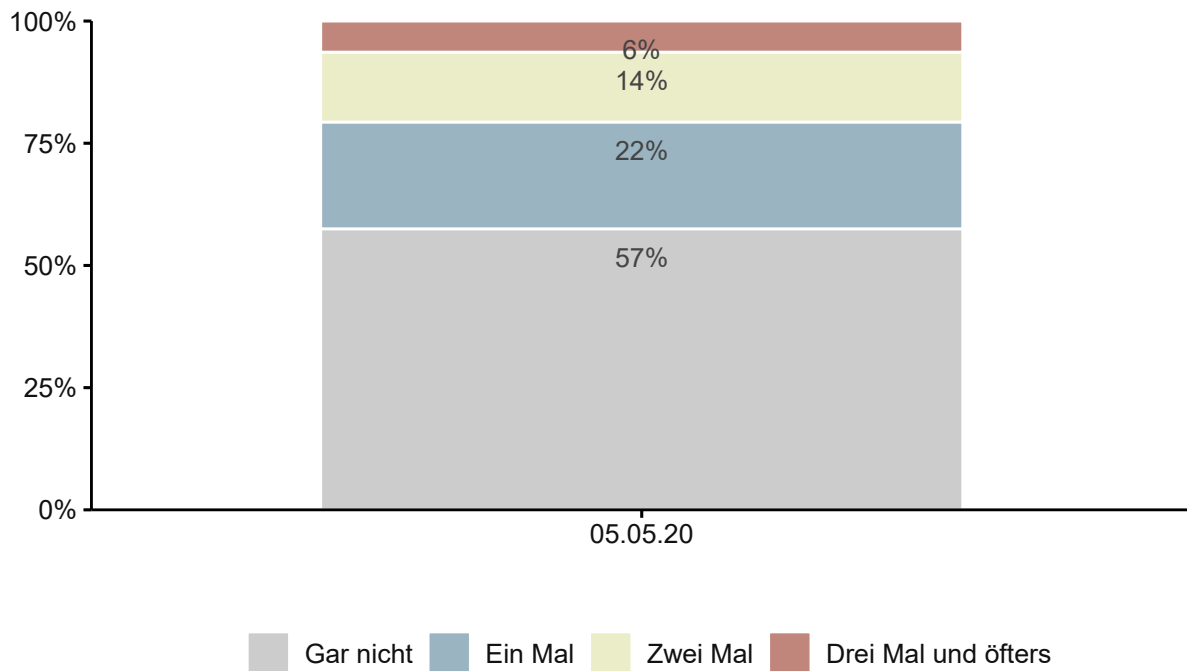


Ich finde die Lockerungsmaßnahmen, die derzeit ergriffen werden, stark übertrieben.



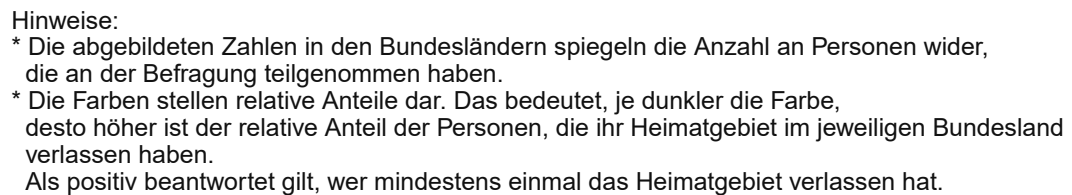
43% der Befragten gaben an, dass sie in der letzten Woche in Gebiete mit weniger Einschränkungen gefahren sind (z.B. zum Einkaufen oder für Freizeitaktivitäten). Personen, die in Gebieten mit weniger Einschränkungen fuhren, fühlten ein etwas größeres Widerstreben gegen die aktuell herrschenden Maßnahmen ($M = 3.81$) als jene, die in ihrem eigenen Gebiet blieben ($M = 3.44$).

**Wie oft waren Sie in der letzten Woche in Gebieten,
in denen weniger strenge Regeln galten
(z.B. zum Einkaufen oder für Freizeitaktivitäten)?**



9 Tragen einer Maske in der Öffentlichkeit

- 85.4 % halten es für eine wirksame Schutzmaßnahme, in der Öffentlichkeit Masken zu tragen (Vorwoche: 82.2 %).
- 76.8 % geben an, in der Öffentlichkeit Masken zu tragen (Vorwoche: 58.1 %).
- Einer verpflichtenden Regelung stimmen 57.9% zu (Vorwoche: 55.8 %).
- 90.7 % geben an zu wissen, wo sie eine Mund-Nasen-Bedeckung (Stoffmaske) besorgen können (Vorwoche: 85.2 %).



Wer trägt eher Maske?

Masken tragen *eher* Personen, die:

- weiblich sind,
- im Gesundheitssektor arbeiten,
- chronisch krank sind,
- Vertrauen in die Behörden haben,
- das Virus als näher wahrnehmen
- mehr über die Krankheit wissen,
- mehr über Schutzmaßnahmen wissen,
- mehr über offizielle Verfügungen wissen,
- sich äffälliger fühlen,
- wissen woher sie eine Maske bekommen können.

Masken tragen *eher nicht* Personen, die:

- Infizierte im Umfeld haben

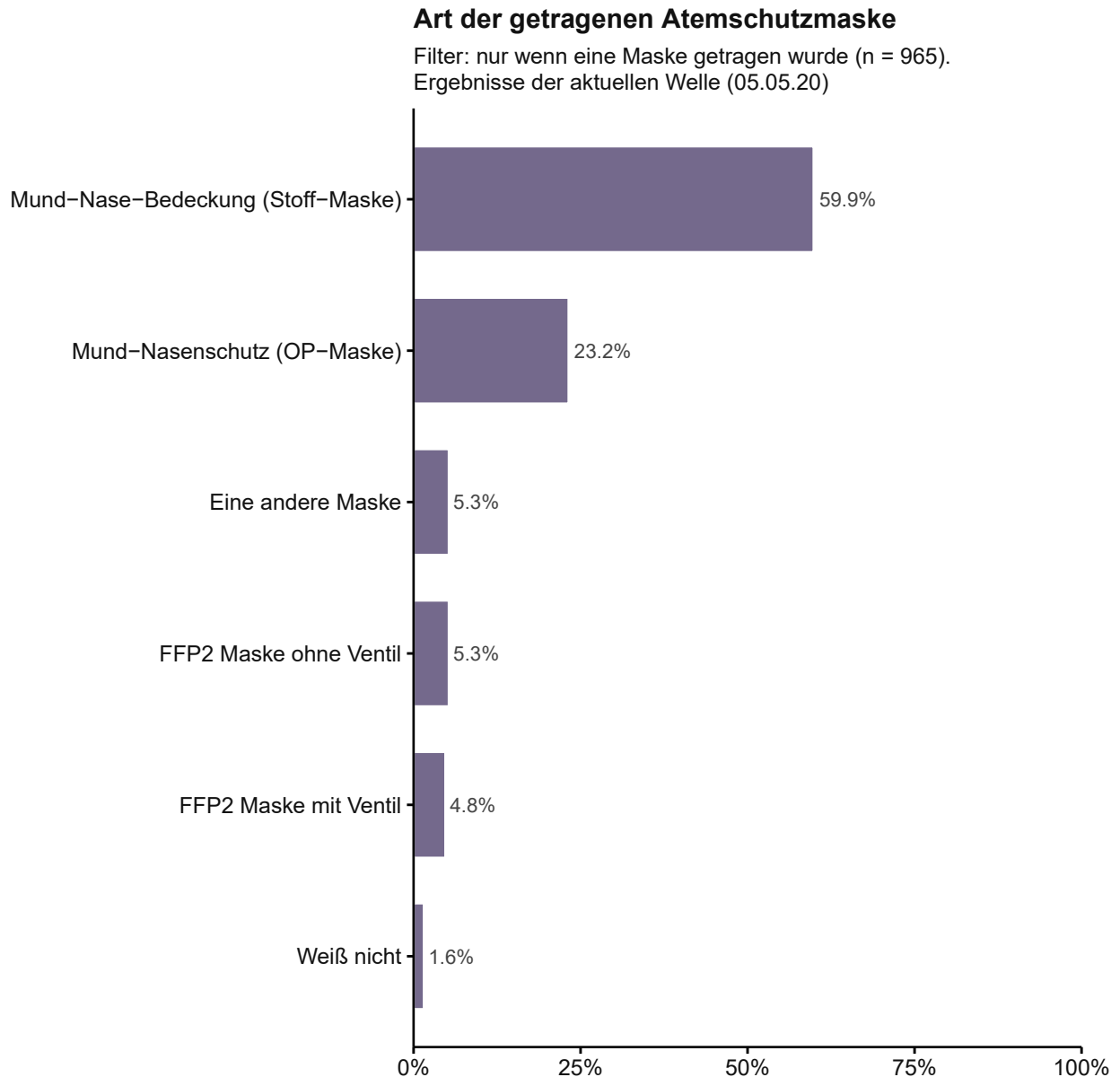
Interpretation: Dargestellt sind die Ergebnisse einer binär-logistischen schrittweisen Regressionsanalyse (bestes statistisches Modell). Odds ratio treffen eine Aussage darüber, inwieweit das Vorhandensein bzw. Nichtvorhandensein eines Merkmals A (z.B. einen Beruf im Gesundheitsektor ausüben) mit dem Vorhandensein bzw. Nichtvorhandensein eines weiteren Merkmals B (z.B. Masken tragen) zusammenhängt. CI sind die 95% Konfidenzintervalle der Koeffizienten. Fettgedruckte Einflussfaktoren sind signifikant und haben einen statistisch bedeutsamen Einfluss. Werte über 1: höhere Werte auf diesem Einflussfaktor führen zu mehr Maske tragen. Werte unter 1: kleinere Werte auf diesem Einflussfaktor führen zu weniger Maske tragen.

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

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

	Maske tragen			
	OR	CI-	CI+	p
(Intercept)	0.00	0.000	0.004	<.001
Geschlecht: weiblich	1.52	1.078	2.157	.017
Beruf im Gesundheitssektor	2.72	1.411	5.604	.004
Chronisch krank (vs. nicht chronisch krank)	1.60	1.078	2.408	.021
Infizierte im persönlichen Umfeld	0.55	0.338	0.918	.020
Vertrauen in Behörden	1.14	0.976	1.319	.098
Vertrauen in Gesundheitssektor	1.50	1.258	1.804	<.001
Wahrgenommene Nähe	1.14	1.011	1.291	.033
Wahrgenommene Ausbreitungsgeschwindigkeit	1.12	0.994	1.258	.063
Mittleres Wissen COVID-19	2.87	1.339	6.179	.007
Wissen über effektive Schutzmaßnahmen	9.87	2.414	42.375	.002
Wissen über offizielle Verfügungen	2.61	1.068	6.370	.035
Selbstwirksamkeitserwartung	0.88	0.764	1.017	.085
Anfälligkeit	1.23	1.077	1.410	.002
Wissen, wo man sich eine Nasen-Mund-Bedeckung besorgen kann	1.83	1.069	3.087	.026

Welche Maske wird getragen und aus welchen Gründen?



Personen, die eine Maske tragen, wollen im Mittel damit eher andere Personen ($M = 5.91$) als sich selbst vor einer Ansteckung mit dem Coronavirus schützen ($M = 3.92$).

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

- Mund-Nasenbedeckung (Stoffmaske): schützt nur andere
- Mund-Nasenschutz (OP-Maske): schützt eher andere
- FFP2 Maske mit Ventil: schützt den Träger, aber nicht andere
- FFP2 Maske ohne Ventil: schützt den Träger und andere

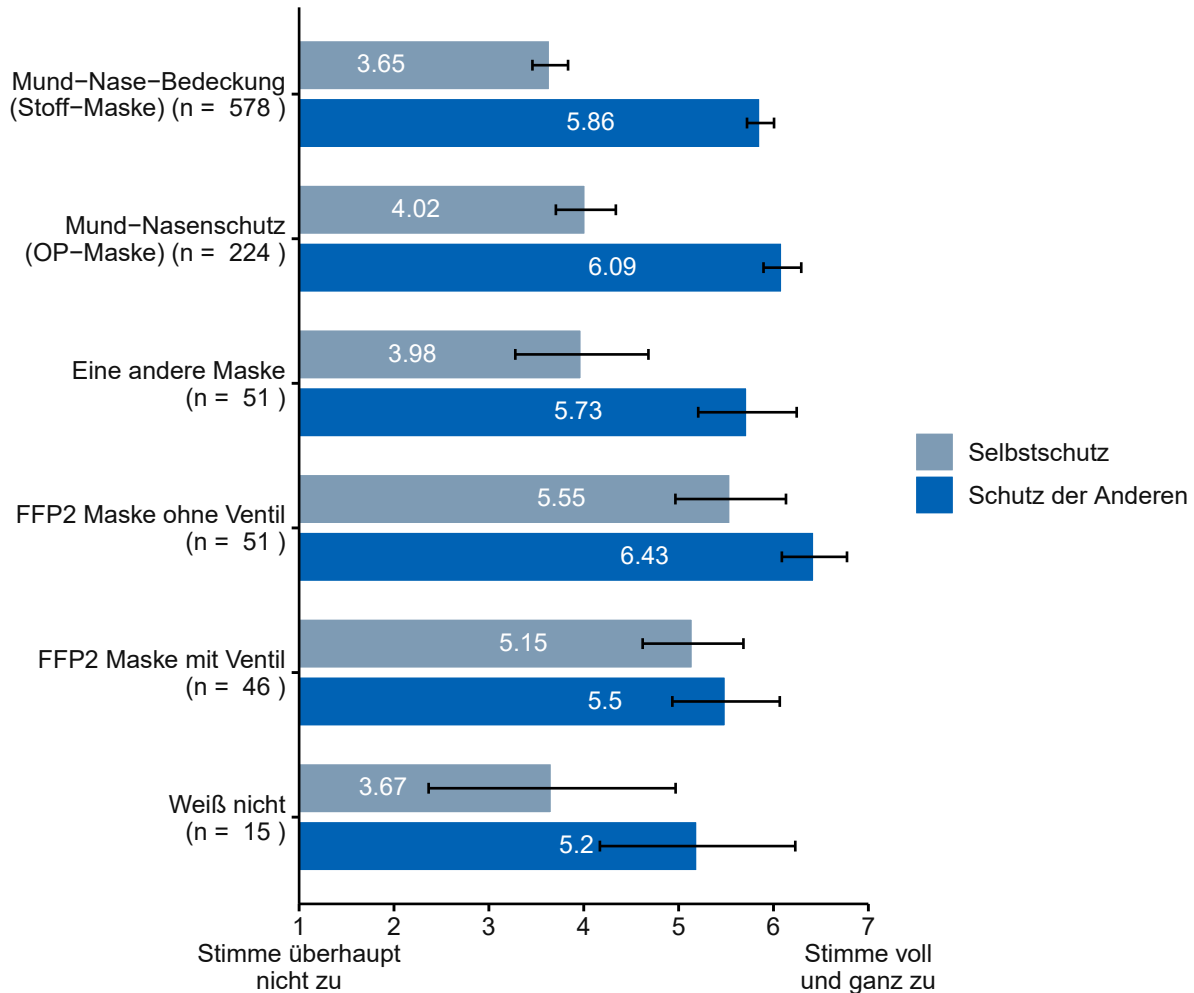
Das folgende Diagramm zeigt, dass die eingeschränkte Schutzleistung von Stoffmasken relativ gut bekannt ist. **Jedoch erscheint eine Warnung vor Masken mit Ventil geboten – diese schützen nur den Träger, nicht aber andere. Dies ist nicht ausreichend bekannt.**

Motivation des Tragens der Atemschutzmaske nach Maskentype

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle

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

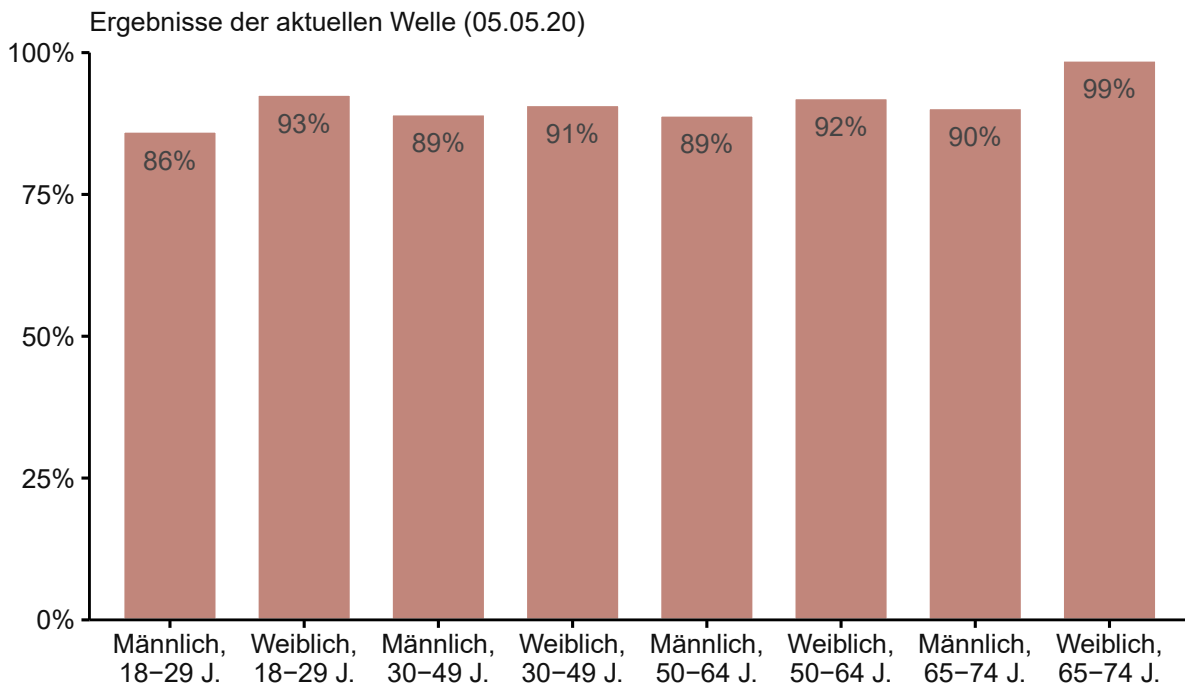
Ergebnisse der aktuellen Welle (05.05.20)



Maske besorgen

In dieser Woche wurden die Befragungsteilnehmenden gefragt, ob sie wissen, wo sie sich eine Mund-Nasen-Bedeckung (Stoffmaske) besorgen können. Tendenziell wissen Frauen und ältere Personen eher, wo sie sich eine Stoffmaske besorgen können.

Ich weiß, wo ich eine Mund-Nasen-Bedeckung (Stoffmaske) besorgen kann.



Ältere Personen und Frauen wissen eher, wo sie sich eine Mund-Nasen-Bedeckung besorgen können. Unterstützungsbedarf haben daher: jüngere Personen und Männer.

Interpretation: Dargestellt sind die Ergebnisse einer binär-logistischen schrittweisen Regressionsanalyse (bestes statistisches Modell). Odds ratio treffen eine Aussage darüber, inwieweit das Vorhandensein bzw. Nichtvorhandensein eines Merkmals A (z.B. einen Beruf im Gesundheitssektor ausüben) mit dem Vorhandensein bzw. Nichtvorhandensein eines weiteren Merkmals B (z.B. Masken tragen) zusammenhängt. CI sind die 95% Konfidenzintervalle der Koeffizienten. Fettgedruckte Einflussfaktoren sind signifikant und haben einen statistisch bedeutsamen Einfluss. Werte über 1: höhere Werte auf diesem Einflussfaktor weisen darauf hin, dass Personen eher wissen, wo sie eine Maske bekommen. Werte unter 1: kleinere Werte auf diesem Einflussfaktor weisen darauf hin, dass Personen mit diesem Merkmal eher nicht wissen, wo sie eine Maske besorgen können.

Variablen im Modell: Alter, Geschlecht, Bildung, Arbeit im Gesundheitssektor, chronische Erkrankung, ein Kind haben unter 18, Gemeindegröße.

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

	Maske tragen			
	OR	CI-	CI+	p
(Intercept)	5.26	2.613	10.904	<.001
Alter	1.02	1.002	1.030	.023
Geschlecht: weiblich	1.61	1.045	2.502	.032
Kinder unter 18 Jahren (vs. Kinder unter 18 Jahren)	0.67	0.386	1.110	.133

Umgang mit der Maske

Laut aktuellem Beschluss der Bundesregierung ist das Tragen von Gesichtsmasken in der Öffentlichkeit dringend empfohlen, in vielen Städten und Bundesländern sogar verpflichtend. In der Welle 10 (05.05.20) wurden die Befragungsteilnehmenden zum sachgemäßen Umgang mit Masken befragt.

Die Ergebnisse zeigen Unsicherheiten im Umgang mit Masken. Gut jeder/ jede Zehnte (12 %) ist sich eher unsicher wie eine Maske getragen werden muss, um andere zu schützen. 14 % der Befragungsteilnehmenden sind sich beim An- und Ausziehen der Alltagsmasken unsicher. Bei knapp jedem fünften Befragungsteilnehmendem (19 %) besteht Verunsicherung, wie eine Alltagsmasken gründliche zu reinigen ist. Weiterhin sind 17% beim Wechseln der Masken teils, eher oder sehr verunsichert. Die größte Unsicherheit besteht bei der Frage nach der richtigen Aufbewahrung; hier geben 25 %, also jeder Vierte, an, weniger gut Bescheid zu wissen, wie und wo die Masken vor und nach dem Tragen aufbewahrt werden sollen.

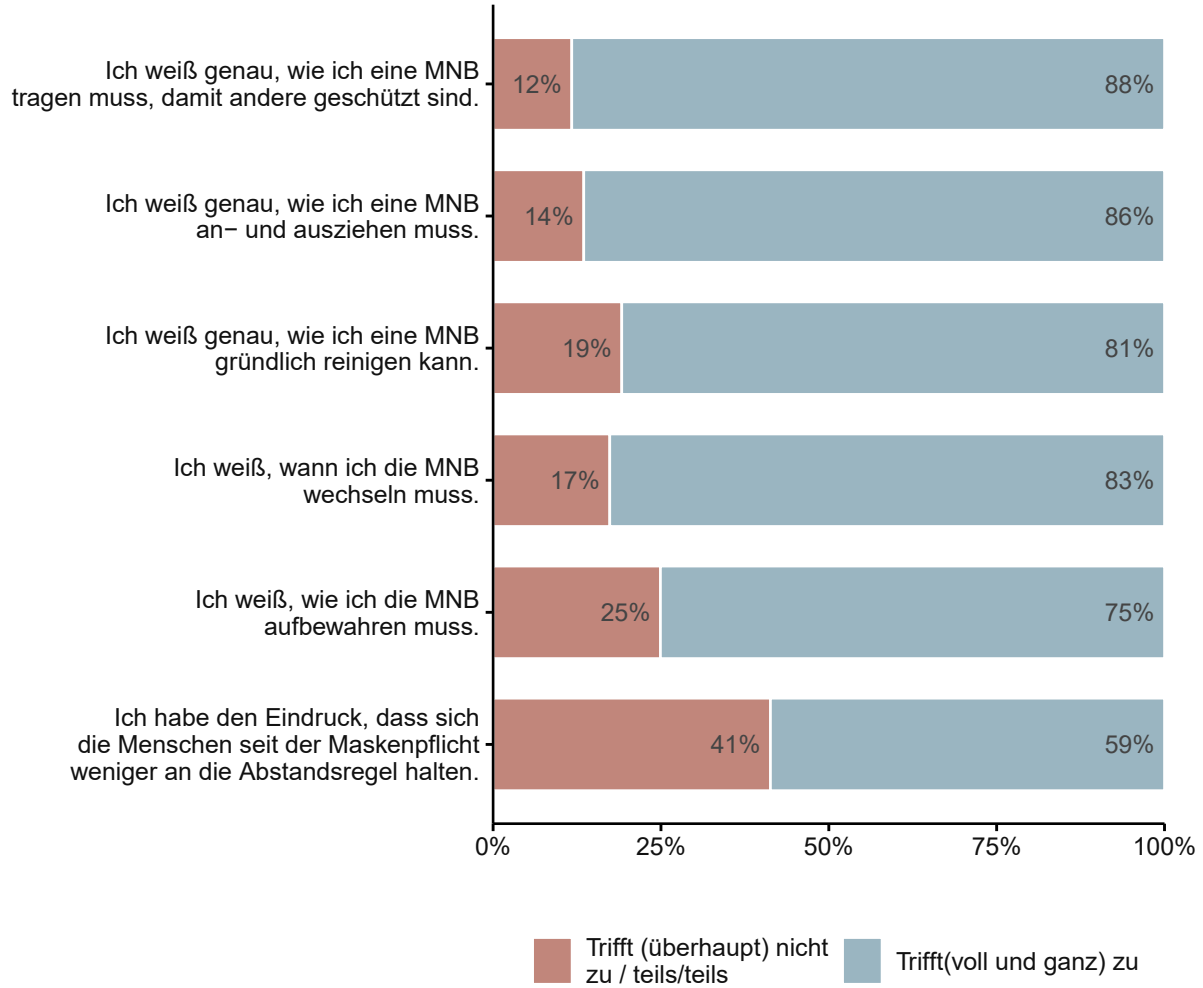
Insgesamt kennen sich jüngere Befragte deutlich weniger im Umgang mit Alltagsmasken aus als Ältere. So gaben z.B. 25 % der 18- bis 29-jährigen Befragten an, nicht sicher zu wissen, wie sie eine Maske tragen müssen, um andere zu schützen. Bei den über 65-Jährigen liegt dieser Anteil nur bei 3 %.

Auch Männer kennen sich im Umgang mit Alltagsmasken weniger aus als Frauen. So geben beispielsweise 22 % der Männer und 13 % der Frauen an nicht zu wissen, wann die Alltagsmasken zu wechseln sind.

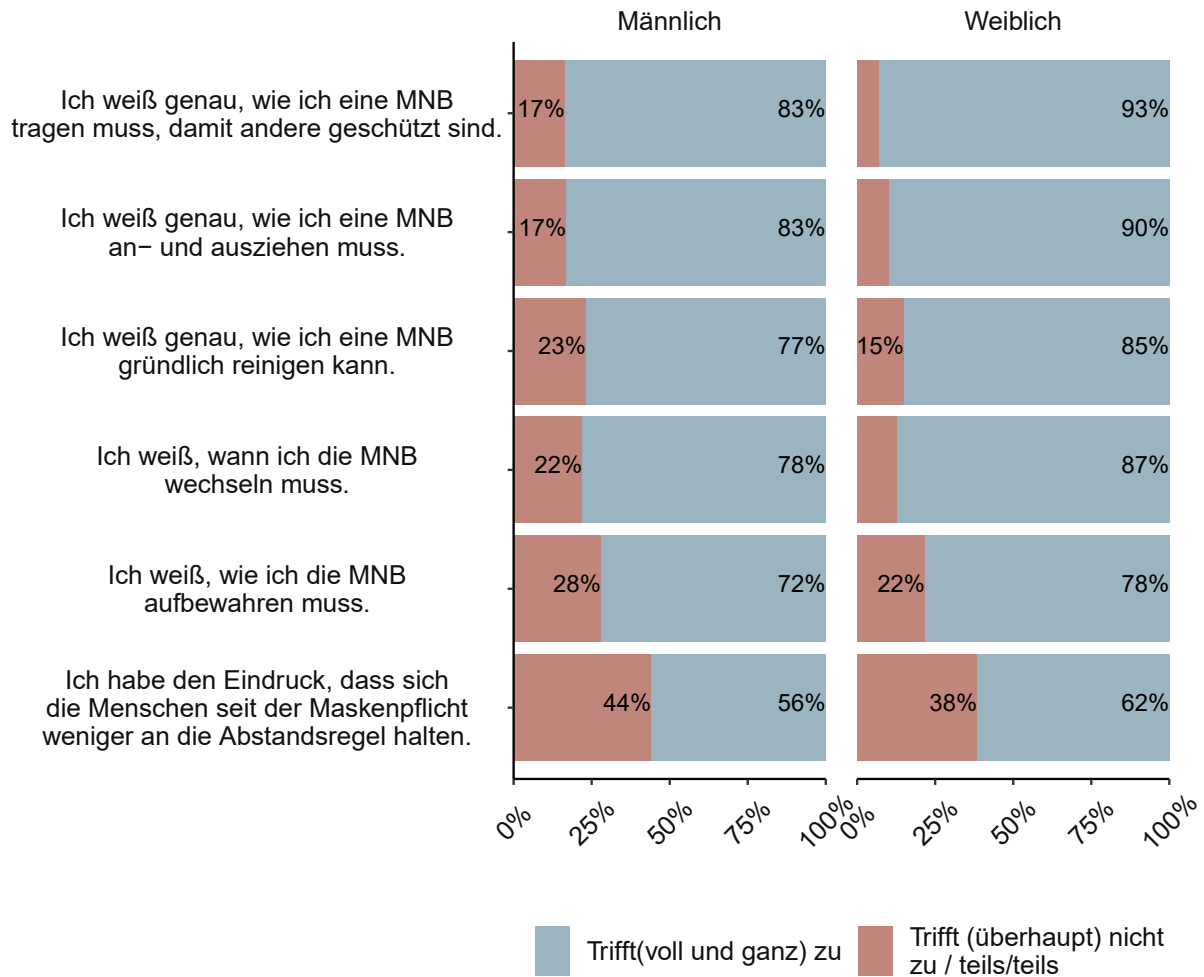
Zwei Drittel (59 %) der Befragungsteilnehmenden der COSMO-Studie berichtet den Eindruck, dass sich seit Einführung der Maskenpflicht weniger Menschen an die Abstandsregelung halten.

Quelle der Pressemitteilung: <https://www.bzga.de/>

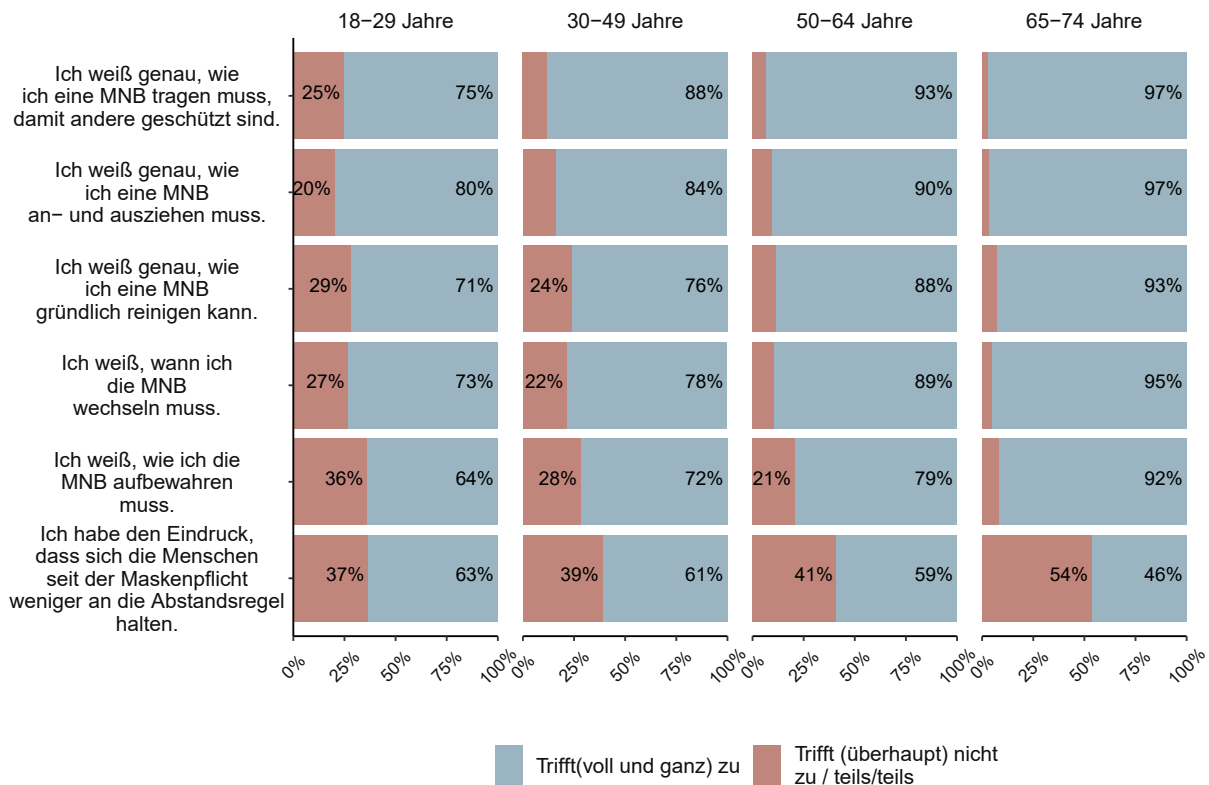
Umgang mit Nase-Mund-Bedeckungen (MNB)



Umgang mit Nase-Mund-Bedeckungen (MNB) nach Geschlecht



Umgang mit Nase-Mund-Bedeckungen (MNB) nach Altersgruppe



Zeigen Maskenträger insgesamt mehr Schutzverhalten?

Maskenträger zeigen im Vergleich zu Menschen, die keine Masken tragen, mehr Schutzverhalten. Die nachfolgende Tabelle zeigt die Ergebnisse von logistischen Regressionen für die aktuelle Erhebung.

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

	Maske tragen	
	Odds Ratio	p
Individuelle Schutzmaßnahmen		
Desinfektionsmittel benutzen	3.82	<.001
Hände für 20 Sek. waschen	2.87	<.001
Händeschütteln vermeiden	4.29	<.001
Mund und Nase bedecken	2.73	<.001
Kontakt vermeiden	1.97	<.001
Zuhause bleiben	2.30	<.001
Soziale Schutzmaßnahmen		
1,5m Abstand halten	4.28	<.001
Quarantäne ohne Symptome	2.73	<.001
Quarantäne mit Symptomen	2.73	<.001
Öffentliche Orte vermeiden	2.19	<.001
Private Feiern vermeiden	1.97	<.001
Höchstens mit einer anderen Person oder Haushaltsangehörigen in Öffentlichkeit bewegen	1.99	<.001
Nur notwendige Wege durchführen	2.98	<.001
Keine Freunde und Verwandte treffen (aus anderen Haushalt)	2.65	<.001
Auf private Reisen verzichten	2.87	<.001

10 Tracing-App

In den letzten Tagen wird in den Nachrichten über eine Smartphone-App berichtet, die über Bluetooth funktioniert und App-Nutzer/innen warnt, wenn diese sich vielleicht mit dem Coronavirus angesteckt haben.

Die Befragungsteilnehmenden gaben an, ob sie schon einmal von dieser Smartphone-App gehört haben und ob sie bereit wären, sich diese App runterzuladen.

Etwa 83.2 % der Befragungsteilnehmenden geben an (Vorwoche: 84.5 %), schon etwas von der App gehört zu haben.

43.7 % (Vorwoche: 48 %) sind eher bereit oder bereit, sich eine datenschutzkonforme App zu installieren; 25.3 % (Vorwoche: 22.7 %) würden sich eine solche App auf keinen Fall runterladen.

Wer würde sich eine Tracing-App runterladen?

Wer Infizierte in seinem persönlichen Umfeld hat, höher gebildet ist, den Behörden mehr vertraut, sich besser vorbereitet fühlt und mehr negative Emotionen verspürt ist eher bereit, sich eine App runterzuladen. Wer das Ausbruchsgeschehen eher als Medienhype wahrnimmt oder sich weniger häufig informiert, chronisch krank ist, würde sich eine Tracing-App eher nicht runterladen.

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

Variablen im Modell: Alter, Geschlecht, Bildung, Arbeit im Gesundheitssektor, chronische Erkrankung, ein Kind haben unter 18, Gemeindegröße, Vertrauen in die Behörden, Vertrauen in den Gesundheitssektor,

Risikowahrnehmung (Anfälligkeit, Schweregrad), Ansteckungswahrscheinlichkeit außer Haus, verschiedene affektive Aspekte (Angst, Sorge, Dominanz des Themas, Hilflosigkeit), verschiedene Aspekte bezogen auf die Wahrnehmung des Coronavirus (wahrgenommene Nähe, Ausbreitungsgeschwindigkeit, Neuheit), gefühltes und echtes Wissen (COVID-19, Schutzmaßnahmen), Selbstwirksamkeit und wahrgenommene Sicherheit in Bezug auf effektive Schutzmaßnahmen, Wahrnehmung des Ausbruchs als Medienhype, Häufigkeit der Informationssuche über Corona, Infizierte im persönlichen Umfeld (bestätigt und unbestätigt vs. nicht).

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

	Eine Tracing-App runterladen ¹			
	Beta	CI-	CI+	p
Vertrauen in Behörden	0.27	0.207	0.334	<.001
Wahrgenommener Medienhype	-0.09	-0.153	-0.026	.006
Wahrgenommene Nähe	0.06	-0.002	0.125	.058
Dominanz negativer Emotionen	0.10	0.029	0.172	.006
Mittleres Wissen COVID-19	-0.07	-0.128	-0.015	.013
Häufigkeit der Informationssuche	0.14	0.080	0.208	<.001
Wahrgenommenes Vorbereitetsein	0.06	-0.003	0.118	.061
Schweregrad	0.07	0.002	0.134	.043

¹ $R^2 = .250$, Adj. $R^2 = .244$

11 Ressourcen und Belastungen

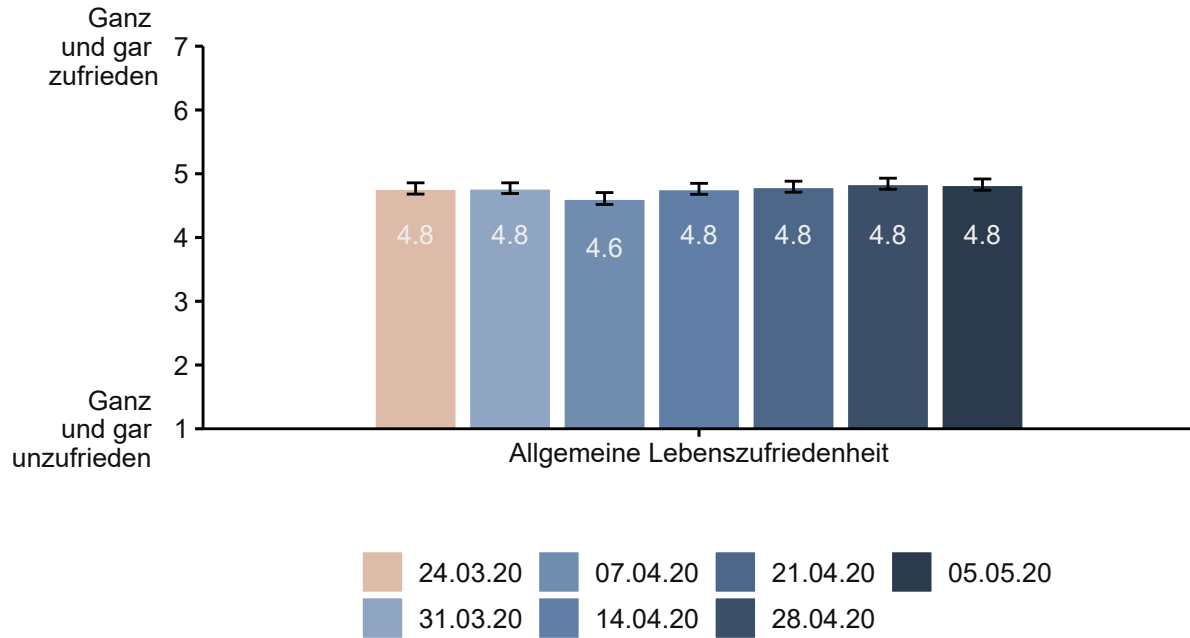
11.1 Allgemeine Lebenszufriedenheit

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

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

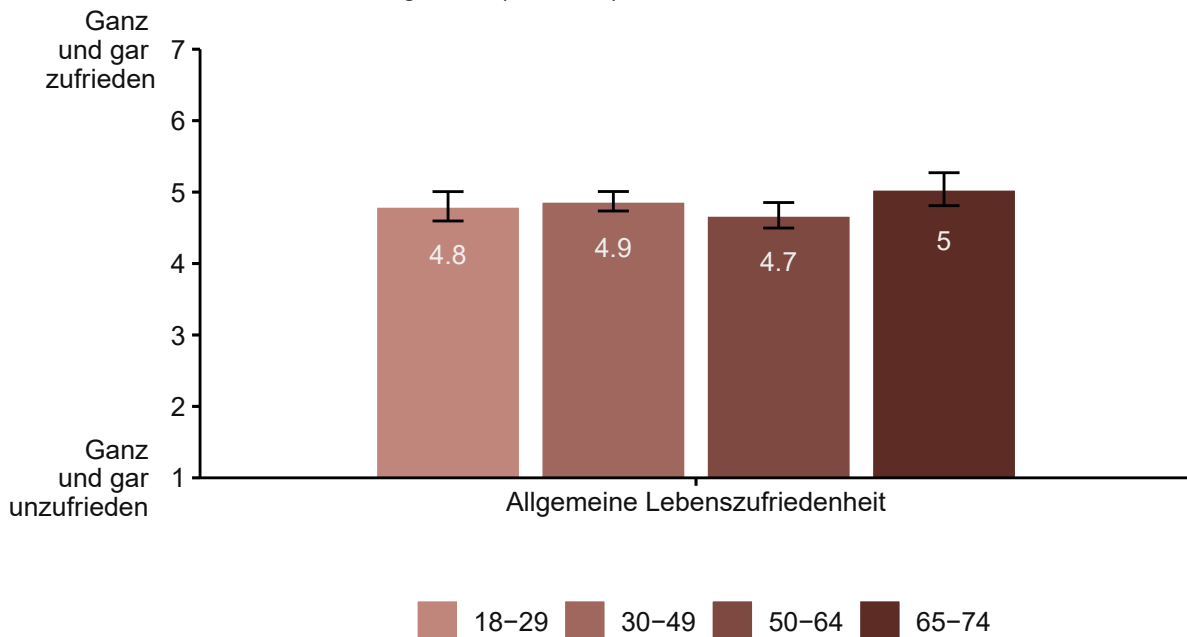
Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle

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



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

Bewertet auf einer Skala von 1 (ganz und gar nicht unzufrieden)
bis 7 (ganz und gar unzufrieden). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.
Aktuelle Erhebungswelle (05.05.20)



Zusammenhang von Lebenszufriedenheit mit ausgewählten Variablen

Eine höhere allgemeine Lebenszufriedenheit geht mit höherer Selbstwirksamkeit und niedrigerer wahrgenommener Ernsthaftigkeit der Erkrankung einher. Personen, die der Situation eher hilflos gegenüberstehen, haben eine niedrigere allgemeine Lebenszufriedenheit (und umgekehrt).

Interpretation der Korrelationskoeffizienten (r): In der folgenden Übersicht zeigen höhere Werte einen stärkeren Zusammenhang an, Werte nahe Null zeigen, dass es keinen Zusammenhang gibt, um 0.1 einen kleinen Zusammenhang. Werte um 0.3 zeigen einen mittleren Zusammenhang, ab 0.5 spricht man von einem starken Zusammenhang. Ein negatives Vorzeichen bedeutet, dass hohe Werte auf der einen Variable mit niedrigen Werten auf der anderen Variable auftreten. p-Werte < 0.05 zeigen statistisch bedeutsame Zusammenhänge an. Bitte beachten Sie, dass eine Korrelation keine Aussage über die Wirkrichtung treffen kann (wer eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung hat, ist zufriedener mit seinem Leben und umgekehrt).

	Lebenszufriedenheit	
	r	p
Alter		
Alter	.01	.820
Risikowahrnehmung		
Wahrscheinlichkeit an COVID-19 zu erkranken	-.05	.096
Ernsthaftigkeit der Erkrankung	-.08	.014
Anfälligkeit	-.13	<.001
Wahrgenommene Nähe des Virus	-.06	.041
Psychologische Schutzfaktoren		

Selbstwirksamkeitserwartung	.11	<.001
Maßnahmen		
Ergriффenes Schutzverhalten	.03	.320
Wissen über korrektes Schutzverhalten	.04	.199
Umgang mit der Situation		
Ich selbst kann nichts tun, um die Situation positiv zu beeinflussen.	-.13	<.001
Wahrgenommene Hilflosigkeit	-.15	<.001

11.2 Umgang mit der Situation

Mit Blick auf die Bewältigungsfähigkeiten und -möglichkeiten der Befragten bezüglich der Kontakteinschränkungen durch Corona ergibt sich über alle Wellen einerseits ein recht positives Bild. So haben die Befragten Pläne in Bezug auf Schlaf, Arbeit oder körperliche Aktivitäten, berichten eher nicht, sich zu langweilen, und stimmen der Aussage selbst nichts tun zu können, um die Situation positiv zu beeinflussen, eher nicht zu.

Weitere Analysen zeigen, dass Befragte über die Zeit anderen seltener Hilfe im Alltag anbieten. Außerdem erhalten die Menschen derzeit weniger Unterstützungsangebote durch Familie, Freunde oder Nachbarn als noch vor sechs Wochen. Davon besonders betroffen sind ältere Menschen im Alter von 65 bis 74 Jahren. Es bleibt abzuwarten, ob sich dies mit der beginnenden Öffnung wieder verbessert.

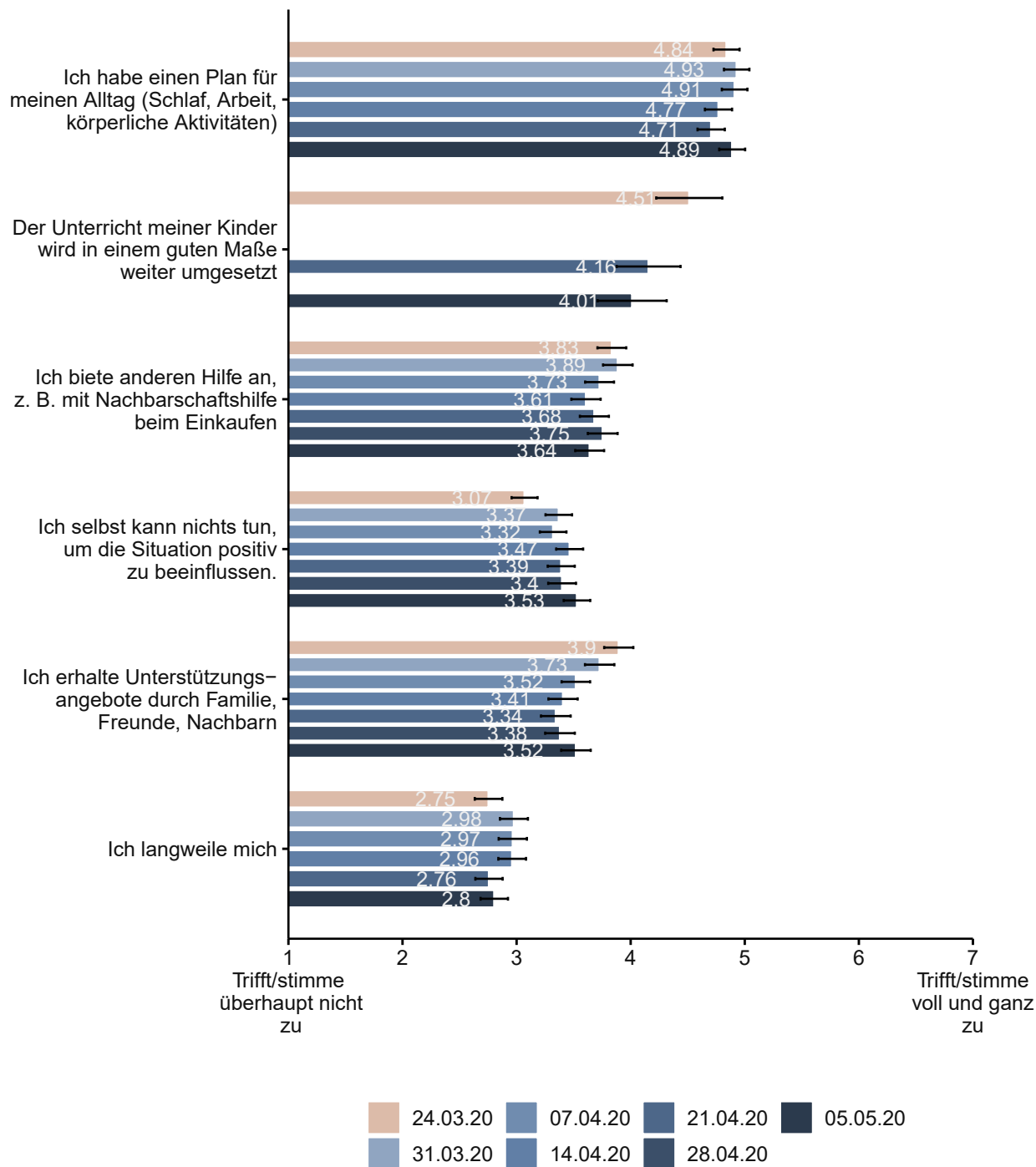
Unter Eltern schulpflichtiger Kinder geht die Zustimmung zur Aussage „der Unterricht meiner schulpflichtigen Kinder wird in einem guten Maße weiter umgesetzt“ tendenziell zurück. Zum Zeitpunkt der aktuellen Befragung wurden die Schulen für einen Teil der Schülerinnen und Schüler wiedereröffnet und der Unterricht findet unter neuen Rahmenbedingungen statt. Möglicherweise spiegelt das Ergebnis damit verbundene Umstellungsschwierigkeiten wider.

Hinweis: Die Aussagen „Ich habe für mich Aktivitäten entdeckt, die mir das Zuhause bleiben erleichtern“ und „Der Unterricht meiner schulpflichtigen Kinder wird in einem guten Maße weiter umgesetzt“ wurde nur in am 24.03., 21.04. und 05.05. erhoben (gültige Angaben der Aussage zum Unterricht am 24.03. n = 146, am 14.04. n = 172 und am 05.05. n = 156).

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

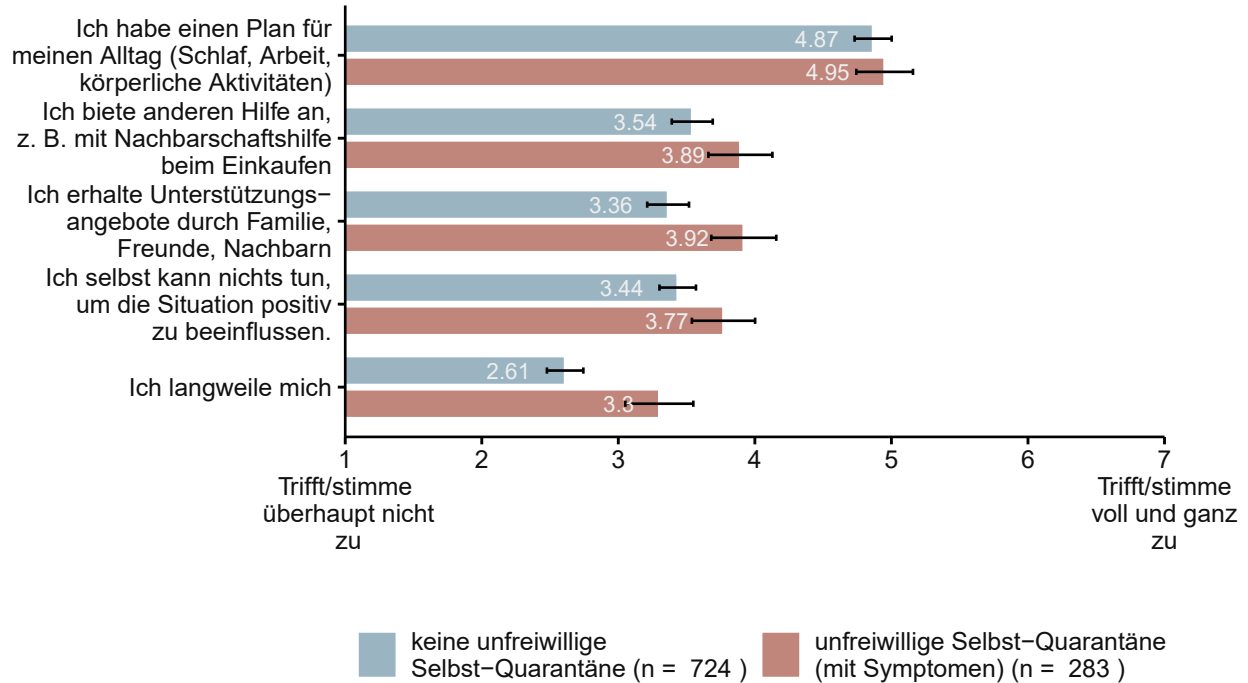
Bewertet auf einer Skala von 1 (Trifft/stimme überhaupt nicht zu) bis 7 (Trifft/stimme voll und ganz zu).

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



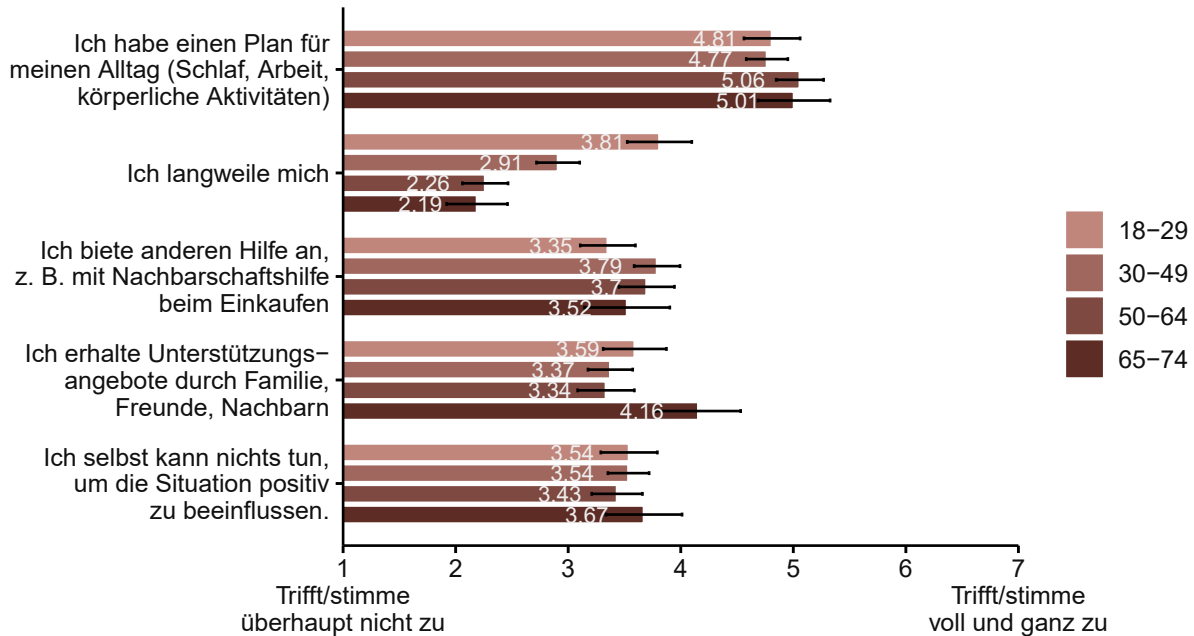
Wie sehr treffen die folgenden Aussagen in der aktuellen Situation auf Sie zu?

Bewertet auf einer Skala von 1 (Trifft/stimme überhaupt nicht zu) bis 7 (Trifft/stimme voll und ganz zu). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle. Ergebnisse der aktuellen Welle (05.05.20)



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

Bewertet auf einer Skala von 1 (trifft/stimme überhaupt nicht zu) bis 7 (trifft/stimme voll und ganz zu). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle. Ergebnisse der aktuellen Welle (05.05.20)



11.3 Verarbeitung der Situation

Die Corona-Situation mit ihren negativen sozialen und wirtschaftlichen Folgen, den privaten und gesellschaftlichen Belastungen und ihrer gesundheitlichen Bedrohung der eigenen Person, von Angehörigen, Freunden oder Bekannten, kann die Menschen erheblich beschäftigen, in Sorge versetzen und beeinträchtigen. Um zu ermitteln, wer hiervon besonders betroffen ist, wurde in Welle 10 der COSMO-Studie eine Skala an die Corona-Situation angepasst, die ursprünglich entwickelt wurde, um das Ausmaß von Anpassungsstörungen abzuschätzen (Adjustment Disorder – New Module, ADN-8).

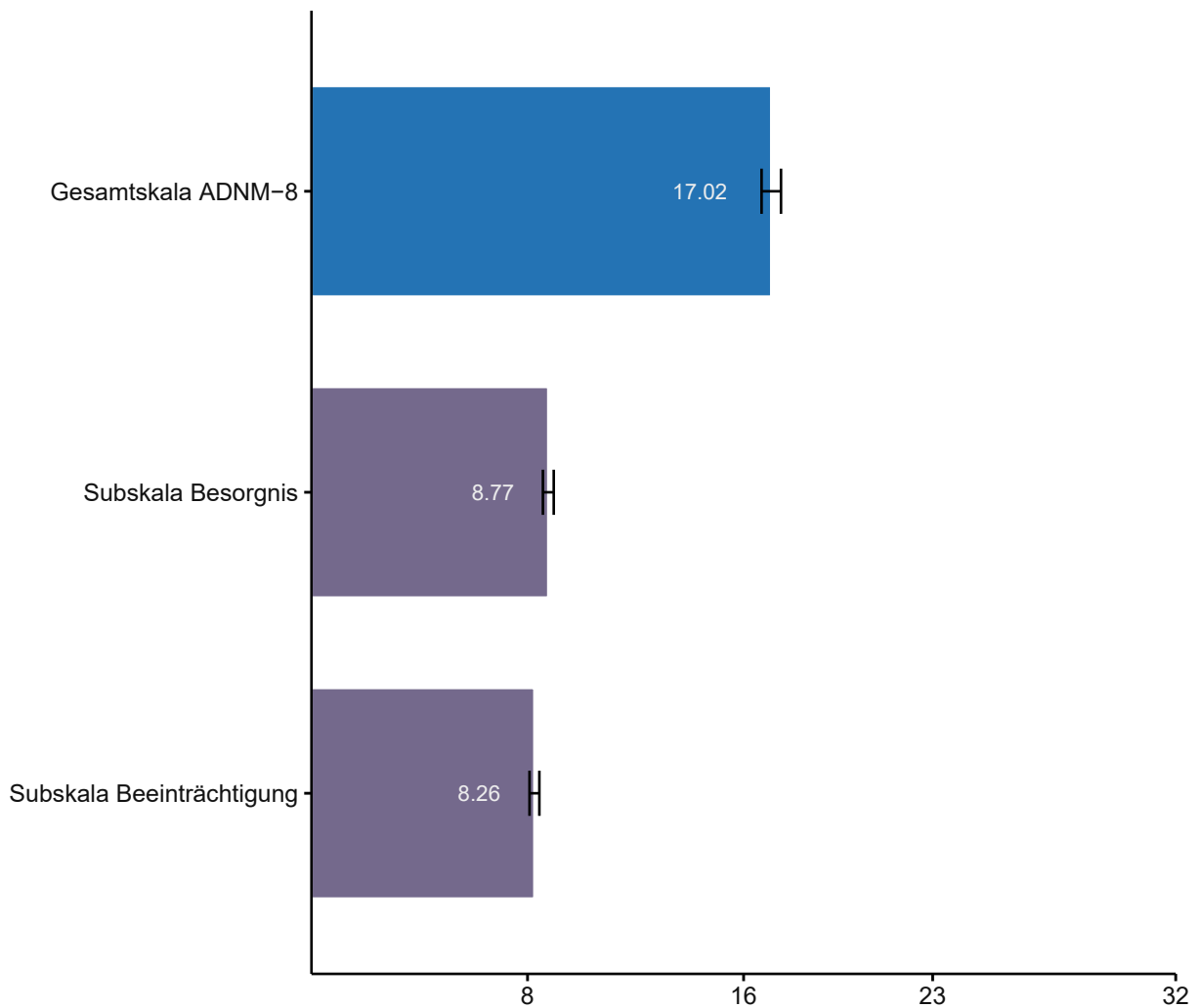
Jeweils vier von insgesamt acht Fragen untersuchen zwei Bereiche. Diese beiden Bereiche sind das Ausmaß, in dem man in Zusammenhang mit der Corona-Pandemie besorgt ist (Beispielfrage: „Ich muss wiederholt an die belastende Situation denken“), sowie das Ausmaß, in dem man von der Situation beeinträchtigt ist (Beispielfrage: „Seit der belastenden Situation kann ich mich nur schwer auf bestimmte Dinge konzentrieren“). Die Antworten lauten „nie“, „selten“, „manchmal“ und „oft“. Mit den Antworten auf die vier Fragen kann man in den Bereichen Besorgnis und Beeinträchtigung in Summe auf 4 bis 16 Punkte kommen. Außerdem wird über alle acht Fragen ein Gesamtwert bestimmt, der von 8 bis 32 Punkte reichen kann. Je höher der Punktwert, desto größer die Belastung.

In der Gesamtbelastung addieren sich die Antworten der acht Fragen auf durchschnittlich 17,0 Punkte. Über die Corona-Pandemie besorgt zu sein ist mit 8,8 Punkten etwas stärker ausgeprägt als durch die Corona-Situation beeinträchtigt zu sein (8,3 Punkte). In der Beeinträchtigung zeigen sich Altersunterschiede. Jüngere Menschen im Alter von 18 bis 29 Jahren (8,8 Punkte) sind stärker beeinträchtigt als ältere Menschen im Alter von 65 bis 74 Jahren (7,7 Punkte). Möglicherweise verfügen ältere Menschen über bessere Fertigkeiten, sich auf die jetzige Situation einzustellen. Möglicherweise sind aber auch ihre Alltagsanforderungen ohne Arbeit oder Kindererziehung so gestaltet, dass das besser gelingt.

Quelle ADNM-8: Kazlauskas, E., Gegieckaite, G., Maercker, A., Eimontas, J., Zelviene, P. (2018). A Brief Screening Instrument for ICD-11 Adjustment Disorder: Investigation of Psychometric Properties in Adults Help-Seeking Sample. Psychopathology, advanced online publication.

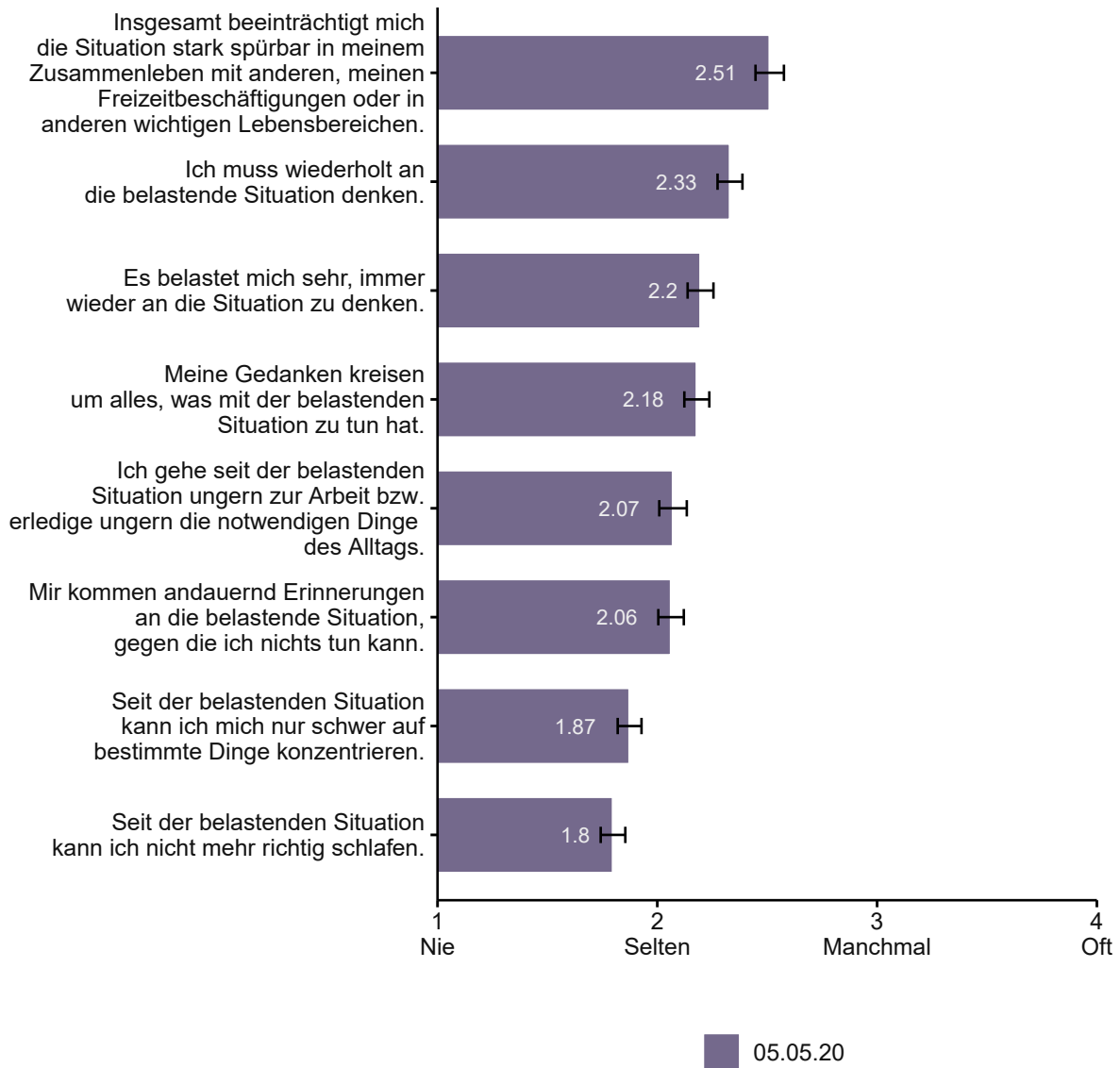
Verarbeitung der Situation (ADNM-8 und die Subskalen)

ADNM-8 ist der Summenscore aus 8 Fragen (Werterange 8 – 32),
die Subskalen sind der Summenscore aus 4 Fragen (Werterange 8 – 16).
Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



Wie oft treffen folgende Aussagen auf Sie zu?

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



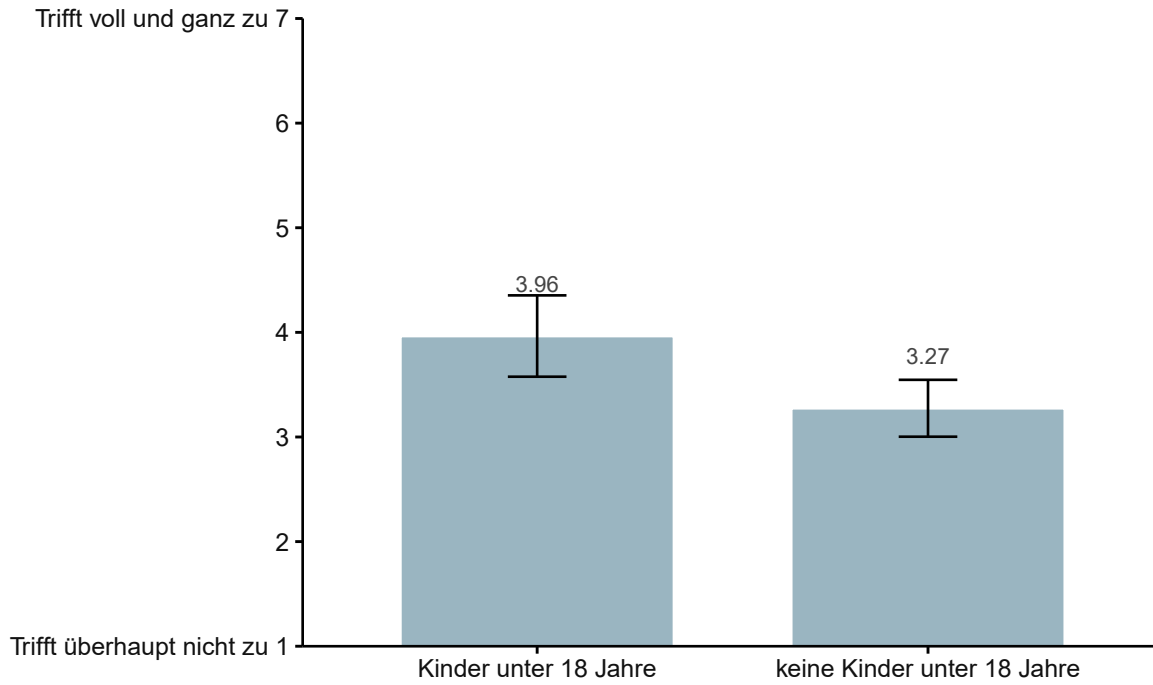
11.4 Arbeiten im Home Office

Besonders Eltern von Kindern unter 18 Jahren geben an, im Home Office weniger als sonst zu schaffen verglichen mit Personen ohne Kinder unter 18 Jahren.

Ich schaffe weniger, wenn ich von zu Hause aus arbeite

Zustimmung unter denjenigen, die in den letzten 8 Wochen mehr als sonst im Home Office gearbeitet haben (n = 347).

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



12 Öffnung von Kinderbetreuungs- und Bildungseinrichtungen

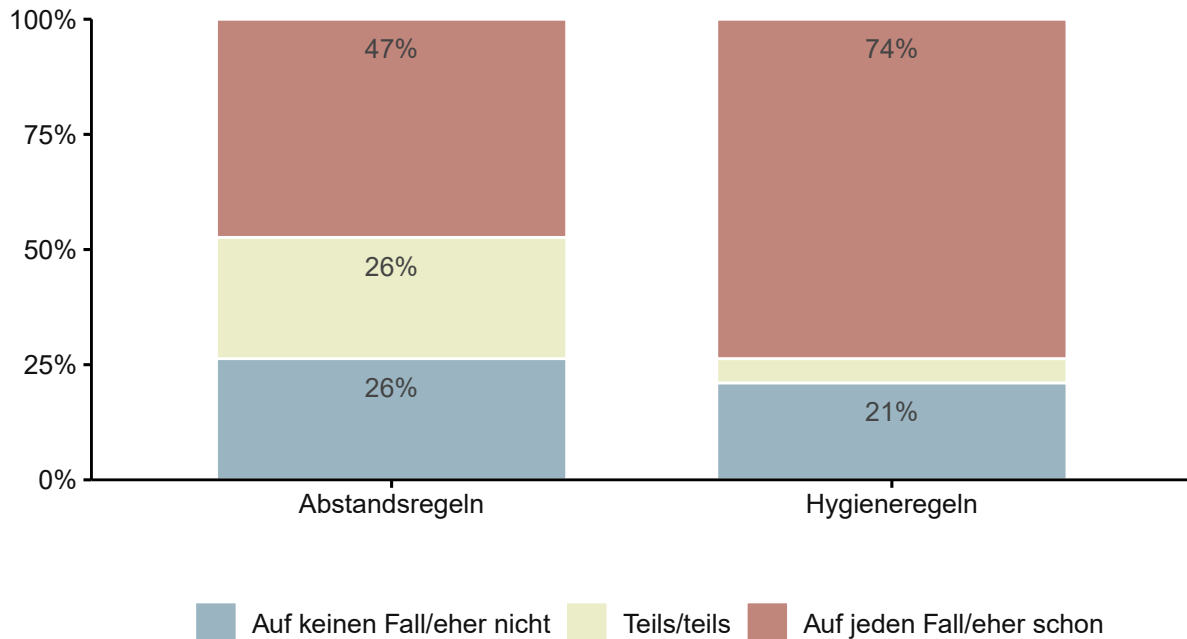
Nach und nach werden Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen wieder geöffnet. Eine wichtige Maßnahme hierbei ist die Umsetzung von Abstands- und Hygieneregeln. Befragungsteilnehmende mit Kindern unter 18 Jahren wurden gefragt, ob ihr Kind wieder eine Einrichtung besucht und wenn ja, wie sehr sie der Einrichtung vertrauen, die Umsetzung der Maßnahmen durchsetzen zu können.

12.1 Öffnung von Kindertagesstätten

13 % der Eltern (n = 141) gaben an, dass Ihr Kind bzw. Ihre Kinder im Alter von bis zu unter 6 Jahren derzeit in einer Kindertagesstätte oder bei einer Tagesmutter betreut werden. 26% der Eltern, deren Kind/er in die Kita/zur Tagesmutter gehen (n = 19) trauen der Einrichtung nicht zu, dass sie die Abstandsregeln durchsetzen kann, 21% die Hygieneregeln.

Ich traue den Betreuer/innen in der Kindertagesstätte bzw. der Tagesmutter zu, die Einhaltung ... durchzusetzen.

Nur wenn Kinderbetreuung beansprucht wird (n = 19).
Aktuelle Erhebungswelle (05.05.20)



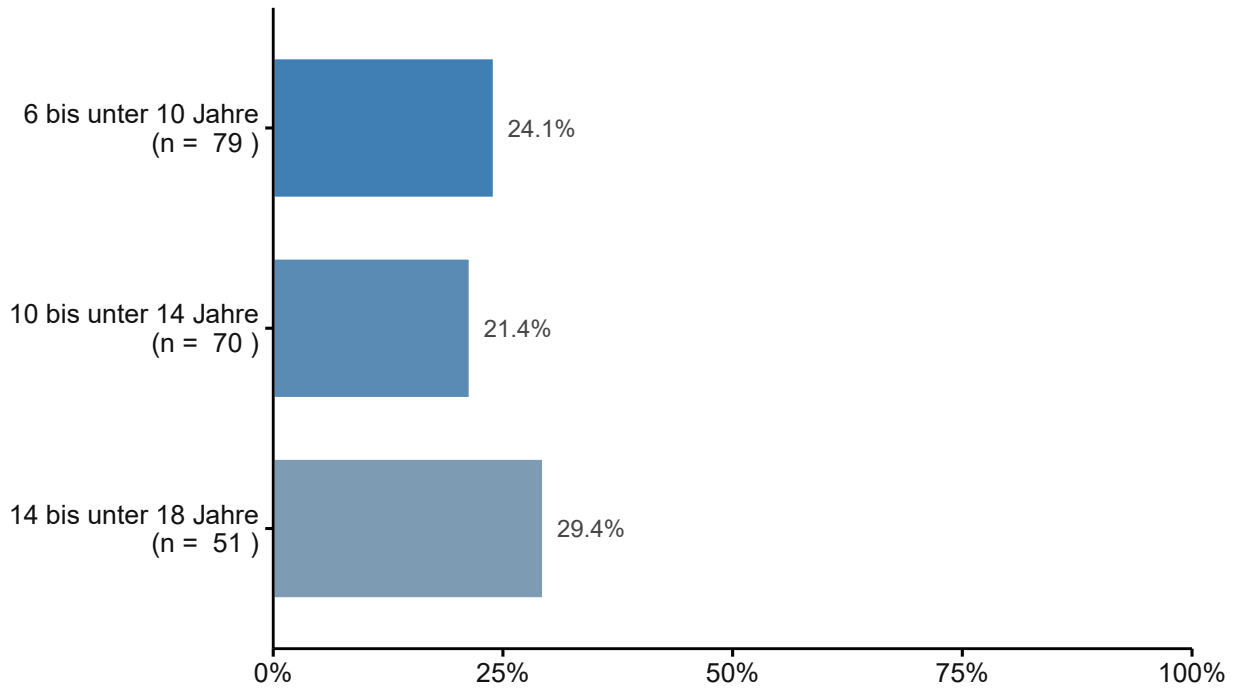
12.2 Öffnung der Schulen

27% der Eltern, deren Kind/er zur Schule gehen (n = 45) trauen der Schule nicht zu, dass sie die Abstandsregeln durchsetzen kann, 36% sehen Probleme bei den Hygieneregeln. Den Einrichtungen wird weniger vertraut als den eigenen Kindern. Eltern sind v.a. skeptisch, dass ihre Kinder die Abstandsregeln einhalten können, v.a. wenn ihre Kinder noch nicht wieder in die Schule gehen.

Geht Ihr Kind bzw. gehen Ihre Kinder derzeit in die Schule?

Mehrfachnennung der Altersgruppen möglich.

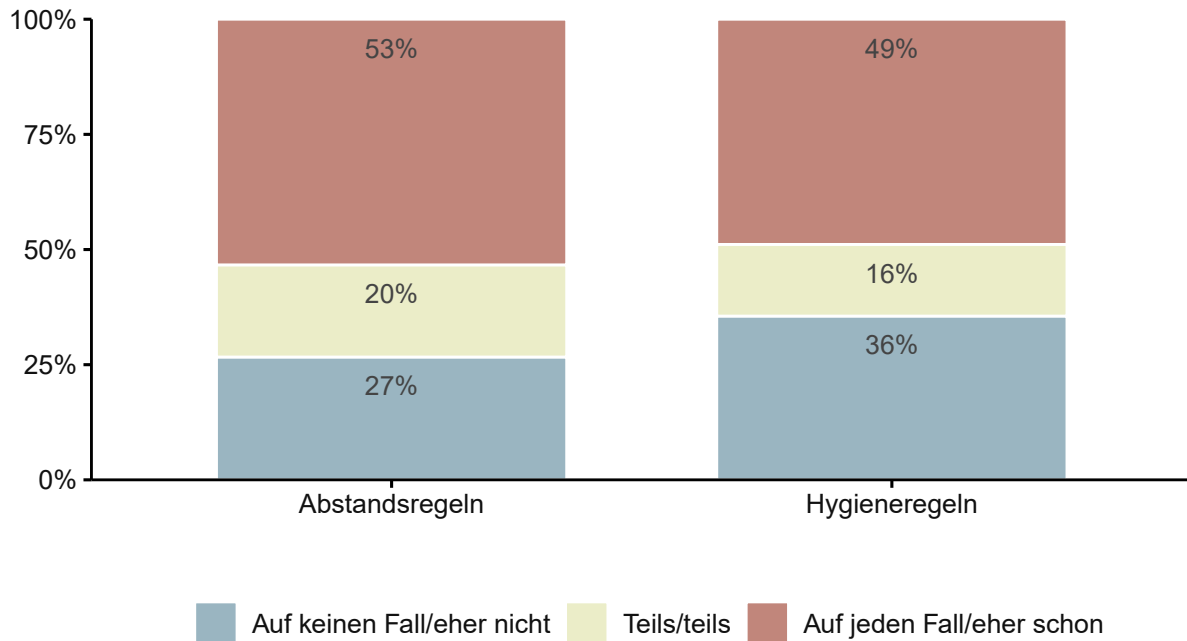
Aktuelle Erhebungswelle (05.05.20)



**Ich traue der Schule/den Schulen meines Kindes
bzw. meiner Kinder zu, die Einhaltung der ... durchzusetzen.**

Nur wenn mindestens ein Kind zur Schule geht (n = 45).

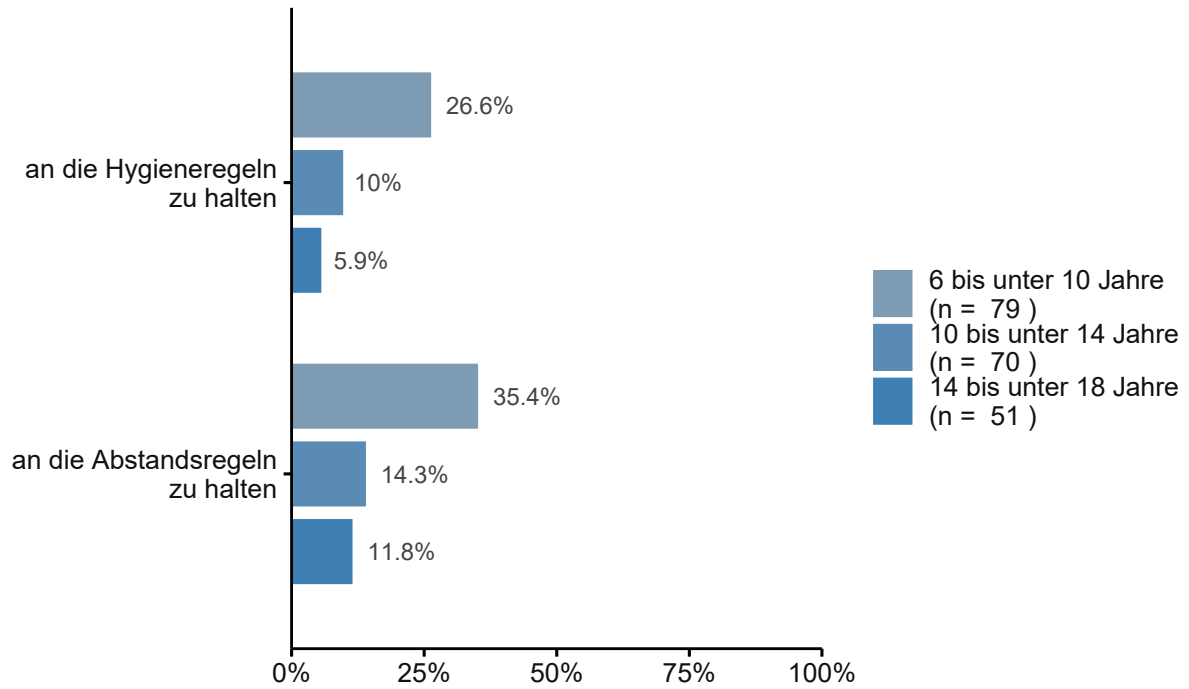
Aktuelle Erhebungswelle (05.05.20)



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

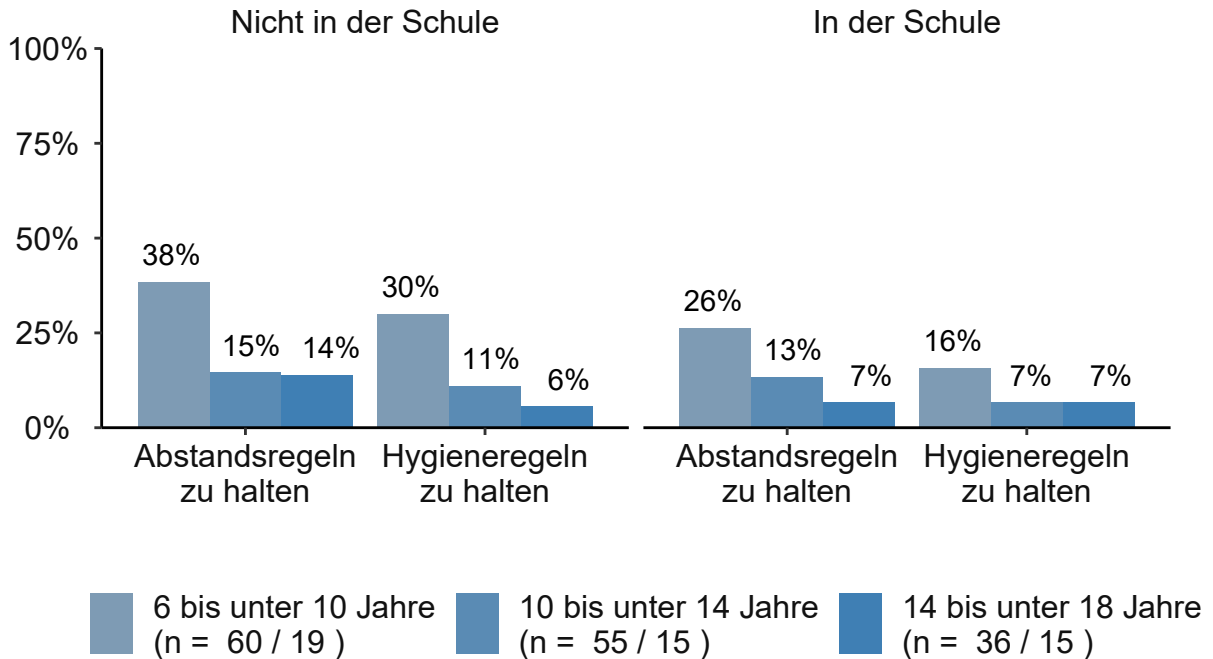
Mehrfachnennung der Altersgruppen möglich.

Aktuelle Erhebungswelle (05.05.20)



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

Mehrfachnennung der Altersgruppen möglich.
Aktuelle Erhebungswelle (05.05.20)



13 Impfungen

13.1 Subjektive Besorgnisse und Beeinträchtigungen

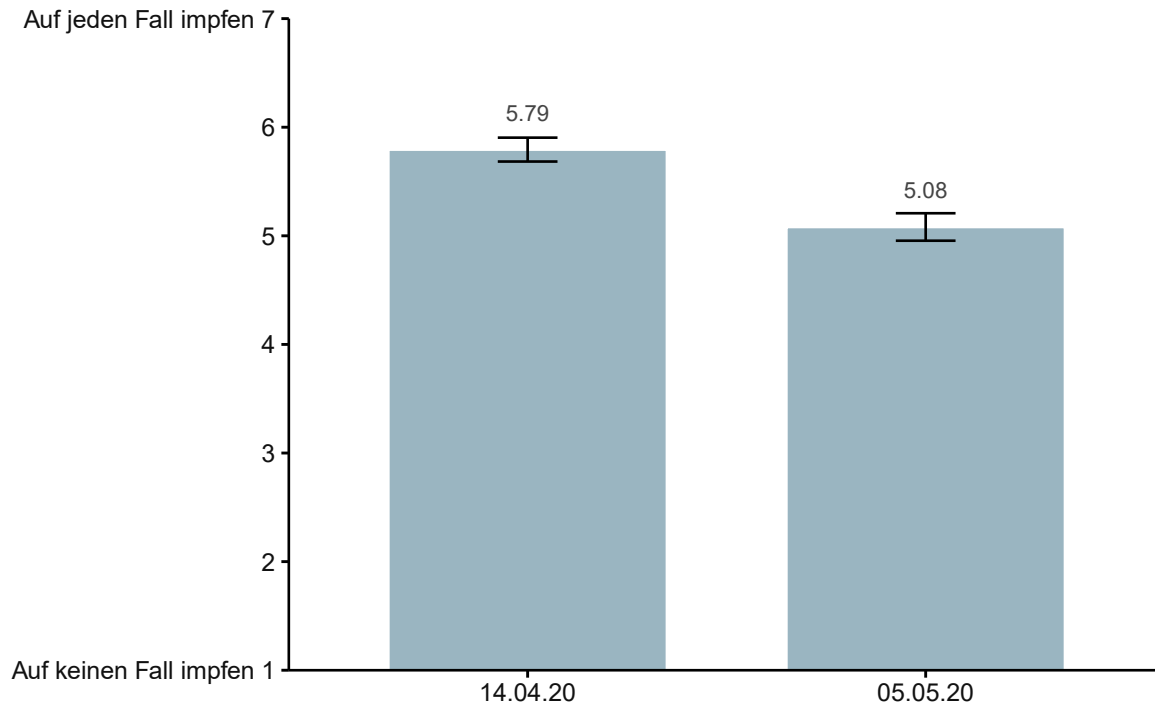
In dieser Woche wurden die Impfbereitschaft und Zustimmung zu einer Impfpflicht sowie die „5C“, ein validiertes Maß zur Erfassung der Impfmüdigkeit, bezogen auf eine hypothetische Impfung gegen COVID-19 erfasst.

Impfab­sicht

In einem hypothetischen Szenario sollten die Befragten angeben, ob Sie sich gegen COVID-19 impfen zu lassen würden, wenn sie nächste Woche die Möglichkeit dazu hätten. Im Vergleich zu Erhebung vor 3 Wochen sind weniger bereit, diese zu tun (05.05.: 66%, 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.

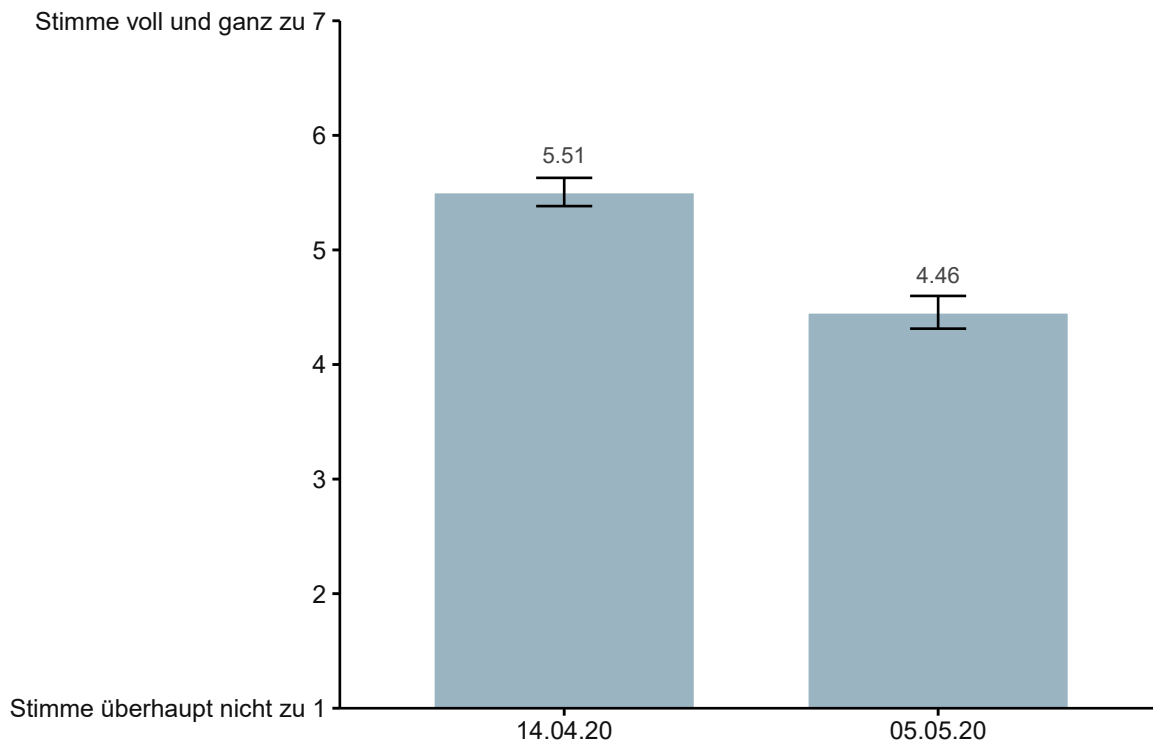


Impfen als Verpflichtung

Auch die Zustimmung zu einer verpflichtenden Impfung gegen COVID-19 sinkt im Vergleich zu vor 3 Wochen.

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.



Prädiktoren der Impfab sicht und der Befürwortung einer Impfpflicht

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

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

- der Impfung mehr vertrauen
- sie nicht überflüssig halten
- nicht Trittbrettfahren wollen
- weniger Nutzen und Risiken abwägen
- den Behörden vertrauen
- männlich sind

Variablen im Modell: Alter, Geschlecht, Bildung, Arbeit im Gesundheitssektor, chronische Erkrankung, ein Kind haben unter 18, Gemeindegröße, Vertrauen in die Behörden, Vertrauen in den Gesundheitssektor, verschiedene affektive Aspekte (Angst, Sorge, Dominanz des Themas, Hilflosigkeit), verschiedene Aspekte bezogen auf die Wahrnehmung des Coronavirus (wahrgenommene Nähe, Ausbreitungsgeschwindigkeit), gefühltes und echtes Wissen (COVID-19, Schutzmaßnahmen), Selbstwirksamkeit und wahrgenommene Sicherheit in Bezug

auf effektive Schutzmaßnahmen, Wahrnehmung des Ausbruchs als Medienhype, Häufigkeit der Informationssuche über Corona, Infizierte im persönlichen Umfeld (bestätigt und unbestätigt vs. nicht), die 5C der Impfakzeptanz

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

	Bereitschaft, sich impfen zu lassen ¹				Befürwortung einer Impfpflicht ²			
	Beta	CI-	CI+	p	Beta	CI-	CI+	p
Wahrgenommener Medienhype					-0.09	-0.137	-0.034	.001
Wahrgenommene Ausbreitungsgeschwindigkeit	-0.03	-0.075	0.008	.113				
Dominanz negativer Emotionen	-0.05	-0.098	0.000	.049	0.07	0.023	0.126	.005
Alter					0.06	0.013	0.115	.014
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)	-0.12	-0.160	-0.078	<.001	-0.18	-0.228	-0.132	<.001
Collective responsibility (Wenn alle gegen COVID-19 geimpft sind, brauche ich mich nicht auch noch impfen lassen)	-0.11	-0.168	-0.053	<.001	-0.07	-0.138	-0.005	.035
Complacency (Impfungen gegen COVID-19 werden überflüssig sein, da COVID-19 keine große Bedrohung darstellt)	-0.20	-0.257	-0.134	<.001	-0.14	-0.210	-0.066	<.001
Confidence (Ich habe vollstes Vertrauen, dass die Impfungen gegen COVID-19 sicher sein werden)	0.49	0.444	0.539	<.001	0.38	0.325	0.435	<.001
Keine Kinder unter 18 Jahren (vs. Kinder unter 18 Jahren)					-0.04	-0.093	0.004	.073
Chronisch krank (vs. nicht chronisch krank)	0.04	-0.007	0.081	.096	0.06	0.007	0.105	.024
Großstadt vs. Kleinstadt	0.05	0.005	0.097	.030	0.07	0.014	0.120	.014
Mittelstadt vs. Kleinstadt	0.01	-0.031	0.060	.532	0.01	-0.047	0.059	.820
Schulbildung: Abitur vs. 9 Jahre	0.04	-0.036	0.108	.328				
Schulbildung: 10+ Jahre (ohne Abitur) vs. 9 Jahre	0.07	-0.001	0.139	.054				
Häufigkeit der Informationssuche	0.08	0.028	0.123	.002				
Geschlecht: weiblich	-0.07	-0.106	-0.024	.002	-0.08	-0.125	-0.031	.001
Wahrgenommenes Wissen	-0.03	-0.073	0.012	.161				
Wahrscheinlichkeit zu erkranken	0.06	0.011	0.102	.015				
Schweregrad	0.05	-0.003	0.112	.066				
Anfälligkeit	0.05	-0.010	0.106	.107				
Vertrauen in Behörden	0.11	0.047	0.175	.001	0.13	0.052	0.203	.001
Vertrauen in Gesundheitssektor	-0.06	-0.123	-0.006	.030	-0.07	-0.142	-0.006	.033

¹ R² = .604, Adj. R² = .596

² R² = .459, Adj. R² = .451

Veränderung der Impfungsantecedenzen im Vergleich zu Vor-Corona-Zeiten

Erfasst wurden die „5C“, ein validiertes Maß zur Erfassung der Impfmüdigkeit (<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0208601>), hier bezogen auf einen hypothetischen COVID-19 Impfstoff. Diese Werte wurden mit repräsentativen Werten (BZgA, 2016), die Impfen allgemein bewerten, verglichen.

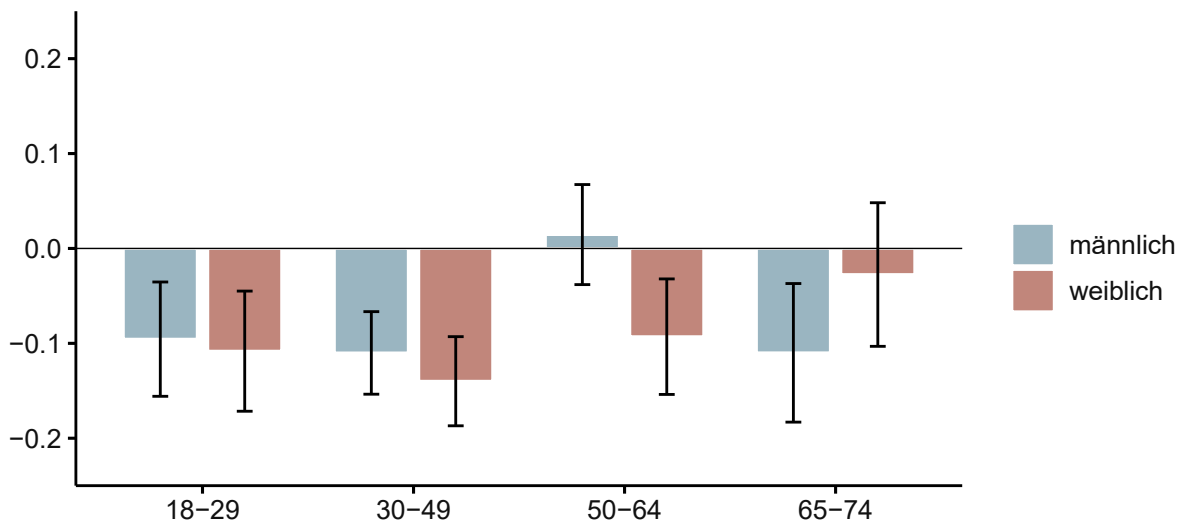
Es zeigt sich: im Vergleich zur allgemeinen Bewertung von Impfungen (2016)

- haben die Befragten weniger Vertrauen in die Sicherheit und Effektivität des COVID-19 Impfstoffs.
- halten die Befragten die COVID-19 Impfung für weniger überflüssig.
- zeigt sich v.a. bei jüngeren Menschen ein verstärkter Egoismus (Zustimmung, dass man sich nicht impfen lassen muss, wenn alle anderen sich impfen lassen).
- tendenziell scheinen Personen weniger Nutzen und Risiken gegeneinander abwägen zu wollen als das 2016 noch der Fall war.
- praktische Barrieren werden ähnlich wie 2016 für Impfungen allgemein wahrgenommen.

Bei den Werten handelt es sich um POMP Werte (Percent of maximal possible score). Eine Veränderung von .2 bedeutet, dass die Werte auf der dargestellten Skala nun 20 Prozentpunkte höher liegen.

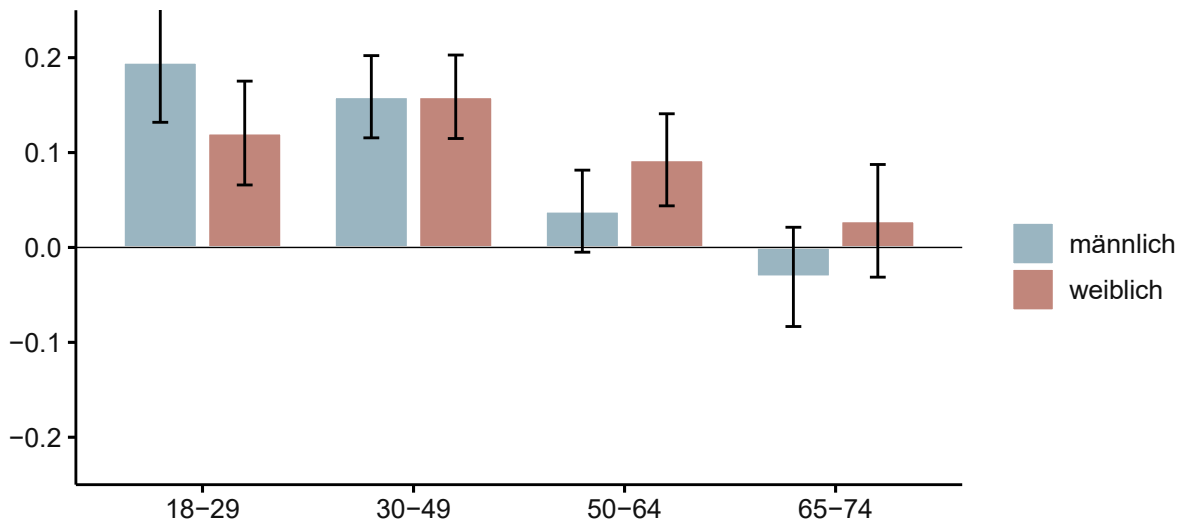
5C: Veränderung von Confidence gegenüber Werten vor Corona

Abweichung der Zustimmung zur Aussage 'Ich habe vollstes Vertrauen, dass die Impfungen gegen COVID-19 sicher sein werden' gegenüber Vor-Corona-Zustimmung zur Aussage 'Ich habe vollstes Vertrauen in die Sicherheit von Impfungen' (Differenz der POMP-Werte).
Aktuelle Erhebungswelle (05.05.20)



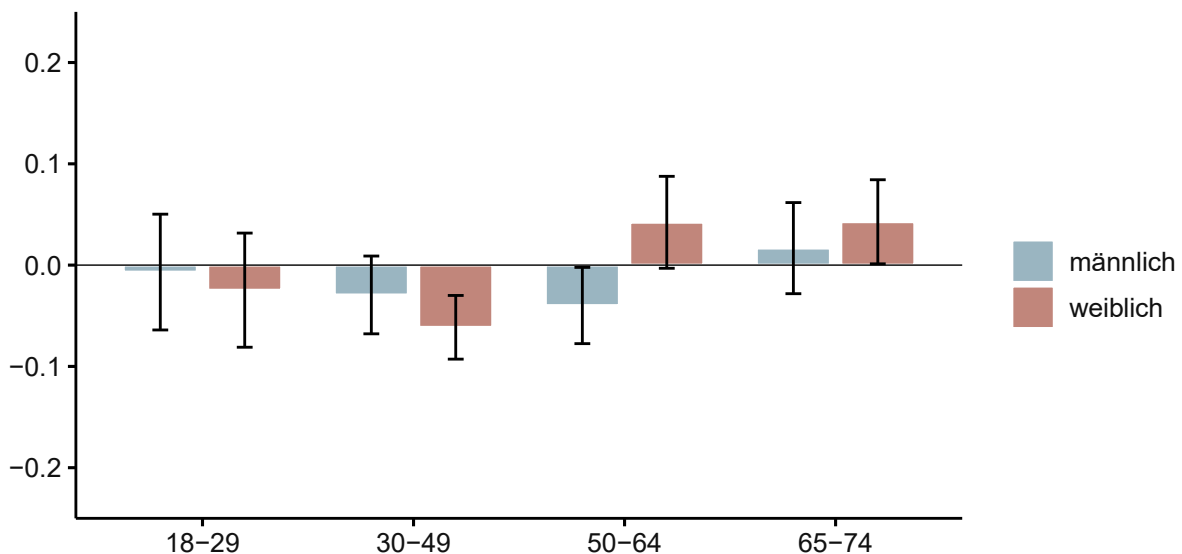
5C: Veränderung von Complacency gegenüber Werten vor Corona

Abweichung der Zustimmung zur Aussage 'Die Impfung gegen COVID-19 ist überflüssig, da COVID-19 keine große Bedrohung darstellt' gegenüber Vor-Corona-Zustimmung zur Aussage 'Impfungen sind überflüssig, da die Krankheiten, gegen die sie schützen sollen, kaum noch auftreten' (Differenz der POMP-Werte). Aktuelle Erhebungswelle (05.05.20)



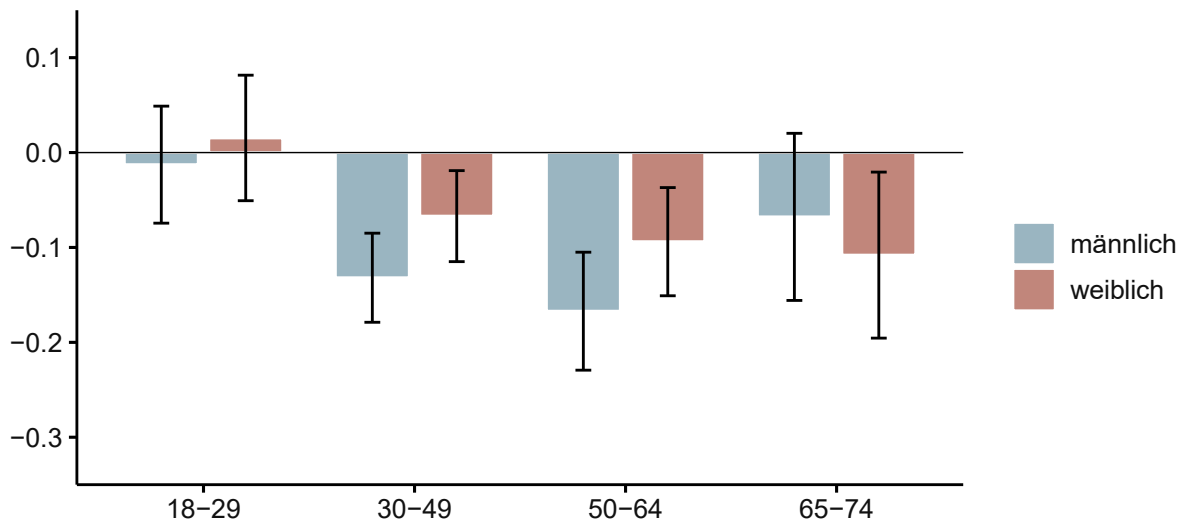
5C: Veränderung von Constraints gegenüber Werten vor Corona

Abweichung der Zustimmung zur Aussage 'Alltagsstress hält mich davon ab, mich gegen COVID-19 impfen zu lassen' gegenüber Vor-Corona-Zustimmung zur Aussage 'Alltagsstress hält mich davon ab, mich impfen zu lassen' (Differenz der POMP-Werte). Aktuelle Erhebungswelle (05.05.20)



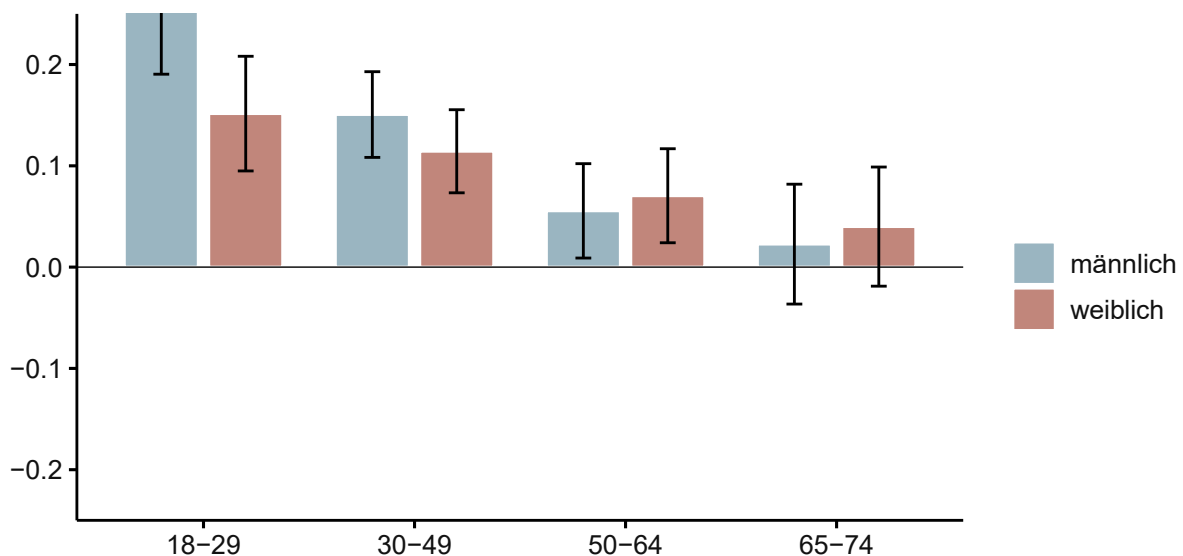
5C: Veränderung von Calculation gegenüber Werten vor Corona

Abweichung der Zustimmung zur Aussage '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' gegenüber Vor-Corona-Zustimmung zur Aussage 'Wenn ich darüber nachdenke, mich impfen zu lassen, wäge ich sorgfältig Nutzen und Risiken ab' (Differenz der POMP-Werte). Aktuelle Erhebungswelle (05.05.20)



5C: Veränderung von Collective Responsibility gegenüber Werten vor Corona

Abweichung der Zustimmung zur Aussage 'Wenn alle gegen COVID-19 geimpft sind, brauche ich mich nicht auch noch impfen lassen' gegenüber Vor-Corona-Zustimmung zur Aussage 'Wenn alle geimpft sind, brauche ich mich nicht auch noch impfen lassen' (Differenz der POMP-Werte). Aktuelle Erhebungswelle (05.05.20)



14 Immunitätspass

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

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

Ergebnisse:

- 59% der Befragten ist die Diskussion um den Immunitätspass **bekannt**.
- Knapp die Hälfte der Befragten ist der Meinung, dass ein solcher Pass **nicht eingeführt** werden soll.
- 25% denken, dass man nach einer COVID-19 Infektion immun ist.
- Seit Anfang April nimmt die Zustimmung dafür ab, dass Immune gesellschaftlich relevante Aufgaben übernehmen sollen (s. Akzeptanz von Maßnahmen).
- Weitere Analysen ergaben, dass die Befragten sich nicht absichtlich anstecken würden, um einen Immunitätspass zu erhalten (Methode: Listen-Experiment zur Reduktion sozialer Erwünschtheit).

In einem offenen Textfeld wurde nach Aufgaben und Privilegien gefragt, die eine Person mit Immunitätspass haben soll. Die meisten Personen denken, es soll keine Privilegien und Aufgaben geben.

Privilegien (n = 591)

- keine Privilegien (67%)
- Bewegungsfreiheit z.B. uneingeschränktes Reisen, Restaurantbesuche (13%)
- keine/weniger Einschränkungen (8%)
- Aufhebung der Maskenpflicht (6%)
- Aufhebung der Kontaktbeschränkungen (3%)
- eigenen Beruf uneingeschränkt ausüben / Bildungseinrichtung besuchen (3%)
- zusätzliche Bevorzugung gegenüber nicht immunen Personen (z.B. Vorteile bei ärztlicher Behandlung, Bewerbung, Bonus bei Krankenkasse) (1%)

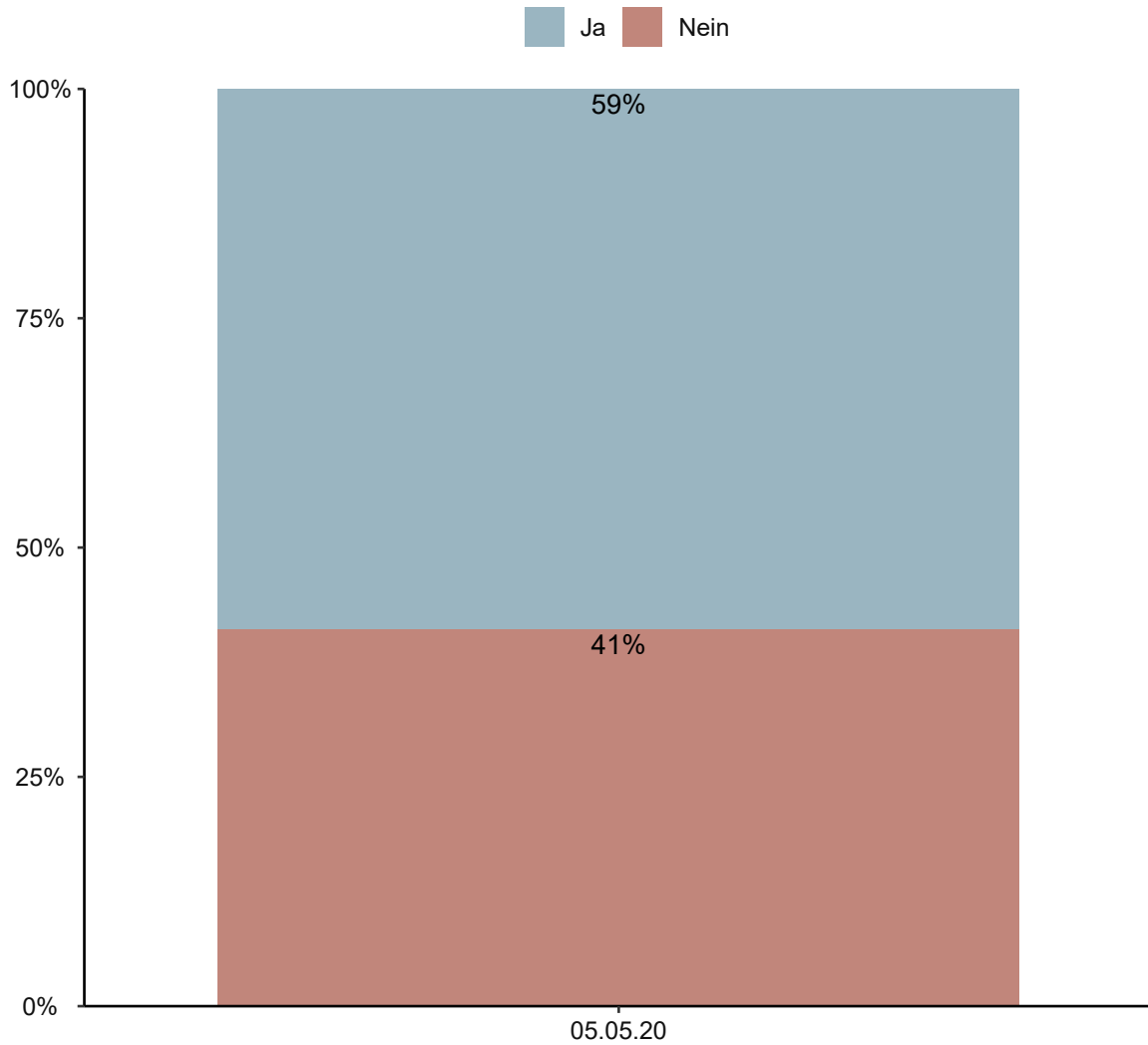
Aufgaben (n = 569)

- Keine Aufgaben (49%)
- Aufgaben in der Öffentlichkeit und dem Gemeinwohl dienende Tätigkeiten (16%)
- Tätigkeit im Sozial- und Gesundheitswesen oder in systemrelevanten Berufen (9%)
- Freiwillige Hilfen/ Ehrenamt (8%)
- Aufgaben mit Kontakt zu Covid-19 Infizierten oder von Personen ohne Immunität nicht durchführbar (6%)
- Blut/Plasma spenden, Forschung unterstützen (5%)
- Vorbildfunktion, Schutzmaßnahmen aufrecht halten, Beratung/Aufklärung (4%)

- Arbeiten, Expertise als Unterstützung nutzen, Wirtschaft stärken (4%)

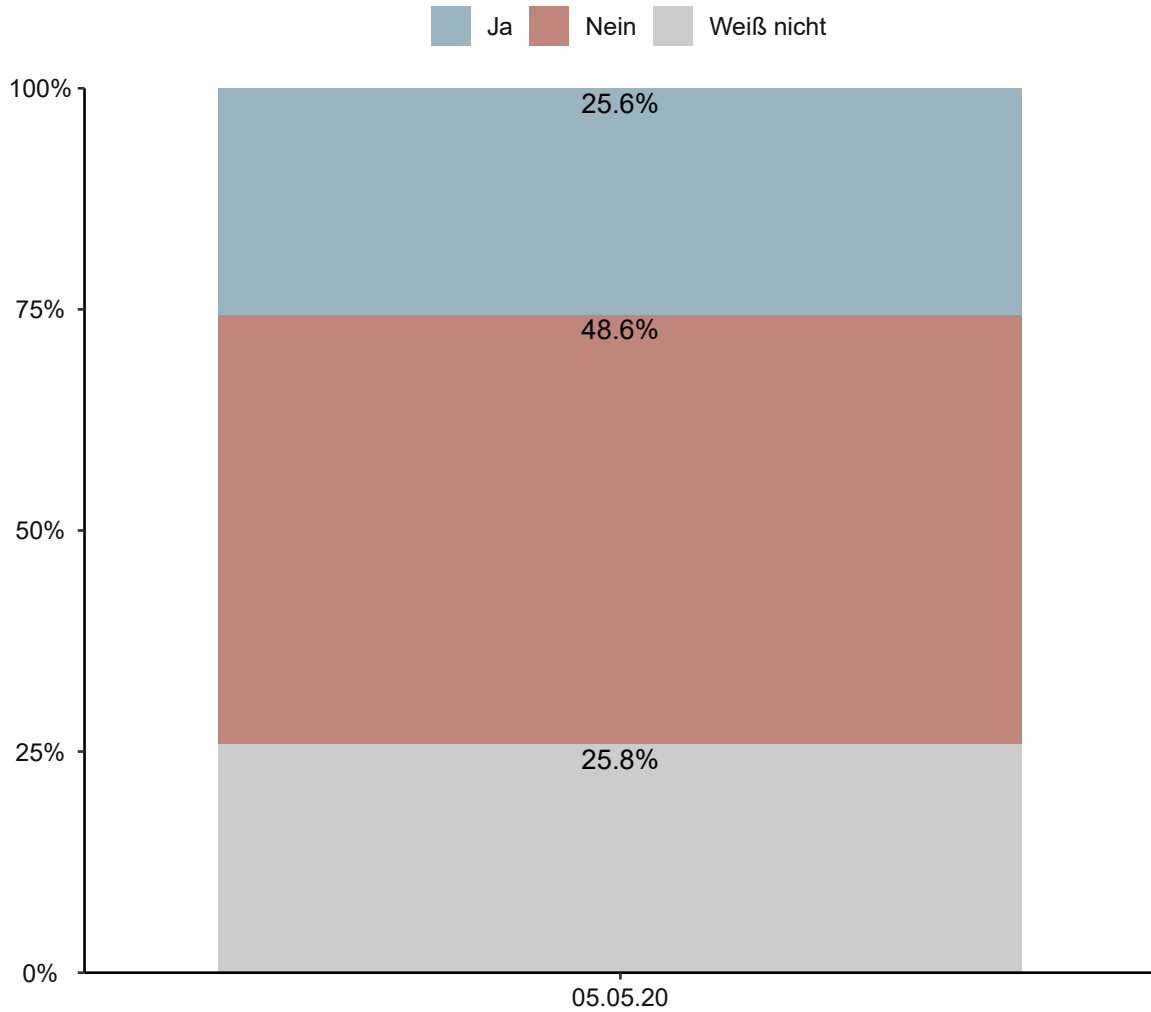
Haben Sie schon einmal von einem Immunitätsausweis gehört?

Abweichung von 100% können wegen Rundung zustande kommen.
Ergebnisse der aktuellen Welle (05.05.20)



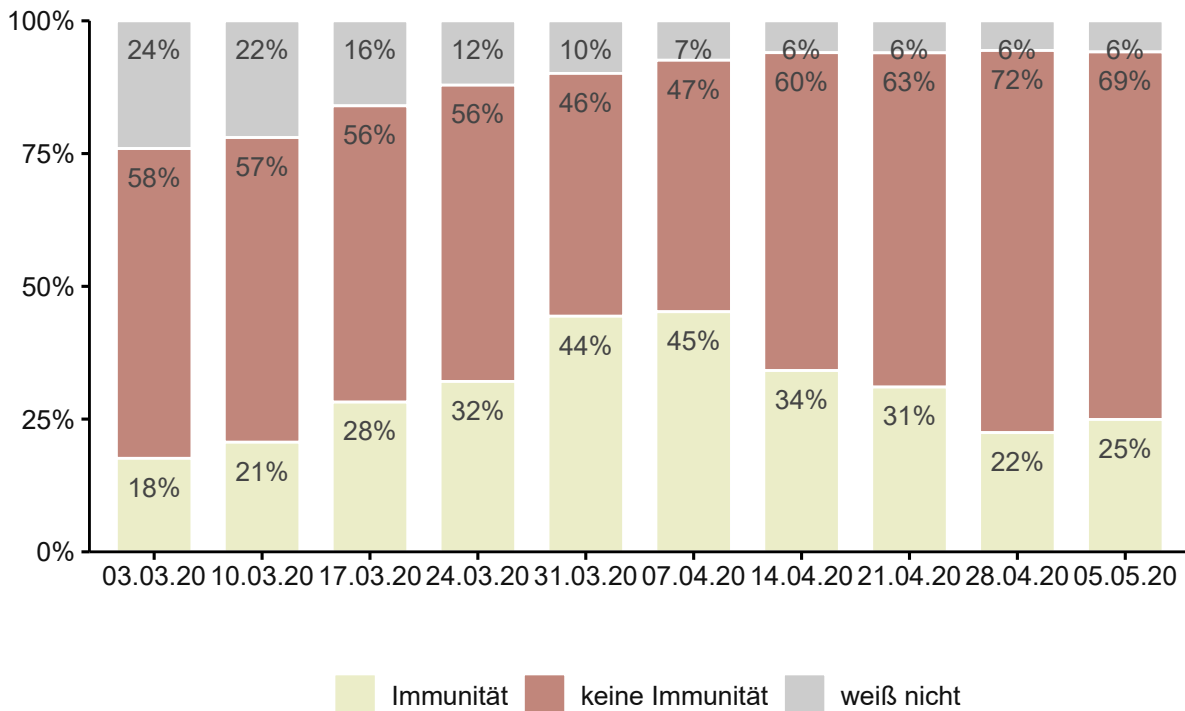
Was denken Sie, sollte ein Immunitätsausweis in Deutschland eingeführt werden?

Abweichung von 100% können wegen Rundung zustande kommen.
Ergebnisse der aktuellen Welle (05.05.20)



Wissen über Folgen einer überstandenen Erkrankung

Einschätzung der Teilnehmer; Einfachauswahl



15 Verschwörungsdenken

Zu Corona sind bereits einige Verschwörungstheorien aufgetaucht. Diese sind messbar (<https://psyarxiv.com/ye3ma/>) und erfassen zwei Arten von Verschwörungstheorien:

Corona ist ein Schwindel

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

Corona ist menschengemacht

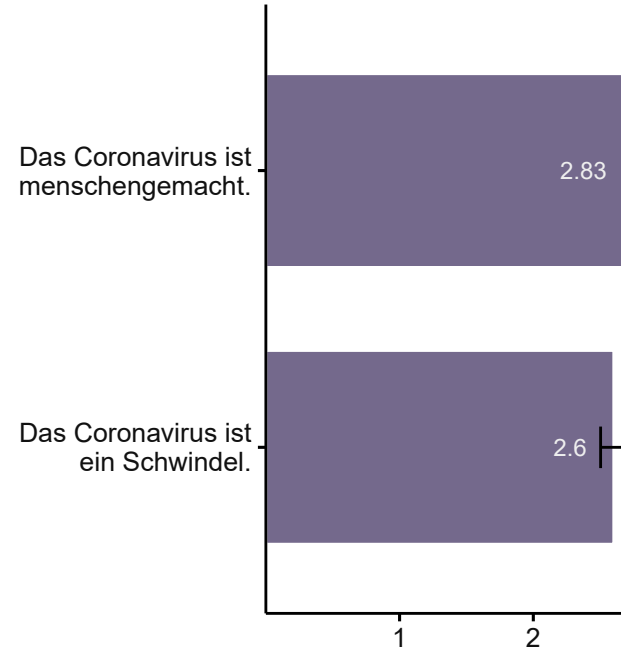
- Corona wurde absichtlich in die Welt gebracht, um die Bevölkerungsanzahl zu reduzieren.
- Dunkle Mächte nutzen das Virus, um die Welt zu beherrschen.
- Ich halte es für Unsinn, dass das Virus angeblich in einem Labor geschaffen wurde. (r)

Über Corona sind bereits einige Verschwörungstheorien aufgetaucht. Zwei gegensätzliche Theorien (Corona ist menschengemacht, ein Schwindel) sind nur gering verbreitet (je 17% der Befragten stimmen (eher) zu). Wer allerdings an die eine Theorie glaubt, glaubt auch eher an die andere ($r = .55$); 9% der Befragten glauben an beide Theorien. Korrelationen zeigen jedoch, dass das Verschwörungsdenken auch mit relevanten Verhaltensweisen und Anschauungen zusammenhängt.

Beide Ansätze sind nur gering verbreitet, die Korrelationen zeigen jedoch, dass das Verschwörungsdenken auch

Verschwörungsdenken

Die beiden Skalen wurden aus
Mittelwerte und 95% Konfidenz



mit relevanten Verhaltensweisen und Anschauungen zusammenhängt.

Korrelationen von Verschwörungsdenken mit anderen Variablen

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

Korrelation von “Corona ist ein Schwindel” mit “Corona ist menschengemacht” 0.55

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

- 1.5m Abstand halten: -0.29
- Häufigkeit Maske tragen: -0.27
- Maßnahmen übertrieben finden: 0.62
- eigene Anfälligkeit: -0.2
- Kontrolle über eine Ansteckung: 0.1
- Verantwortung für eine Ansteckung: 0.15
- Schuld an einer Ansteckung: 0.19
- Impfbereitschaft gegen COVID-19: -0.47
- Impfung gegen COVID-19 soll verpflichtend sein: -0.42
- Vertrauen in die Bundesregierung: -0.53
- Vertrauen in die Weltgesundheitsorganisation: -0.39

Korrelationen von “Corona ist menschengemacht” mit ...

- 1.5m Abstand halten: -0.12
- Häufigkeit Maske tragen: -0.1
- Maßnahmen übertrieben finden: 0.3
- eigene Anfälligkeit: 0.01
- Kontrolle über eine Ansteckung: 0.14
- Verantwortung für eine Ansteckung: 0.18
- Schuld an einer Ansteckung: 0.14
- Impfbereitschaft gegen COVID-19: -0.23
- Impfung gegen COVID-19 soll verpflichtend sein: -0.15
- Vertrauen in die Bundesregierung: -0.28
- Vertrauen in die Weltgesundheitsorganisation: -0.21

Interpretation der Korrelationskoeffizienten r : höhere Werte zeigen einen stärkeren Zusammenhang an, Werte nahe Null zeigen, dass es keinen Zusammenhang gibt, um 0.1 einen kleinen Zusammenhang. Werte um 0.3 zeigen einen mittleren Zusammenhang, ab 0.5 spricht man von einem starken Zusammenhang. Ein negatives Vorzeichen bedeutet, dass hohe Werte auf der einen Variable mit niedrigen Werten auf der anderen Variable auftreten. p -Werte < 0.05 zeigen statistisch bedeutsame Zusammenhänge an. Korrelationskoeffizienten, die statistisch bedeutsam sind, werden fett gedruckt

16 Verantwortungszuschreibung bei einer Corona-Infektion

Die Befragten wurden gebeten sich entweder vorzustellen sie selbst oder jemand ihres Alters und Geschlechts seien an COVID-19 erkrankt. Sie bewerteten dann mit jeweils 4 Fragen, wie kontrollierbar eine Ansteckung mit COVID-19 ist, wie sehr man dafür verantwortlich ist und die Schuld trägt (Mantler, Schellenberg & Page, 2003, https://www.researchgate.net/publication/234001005_Attributions_for_Serious_Illness_Are_Controllability_Responsibility_and_Blame_Different_Constructs).

Insgesamt bewerten die Befragten eine COVID-19 Infektion als etwas, das sie eher nicht kontrollieren können, selbst verantworten oder wofür sie Schuld sind.

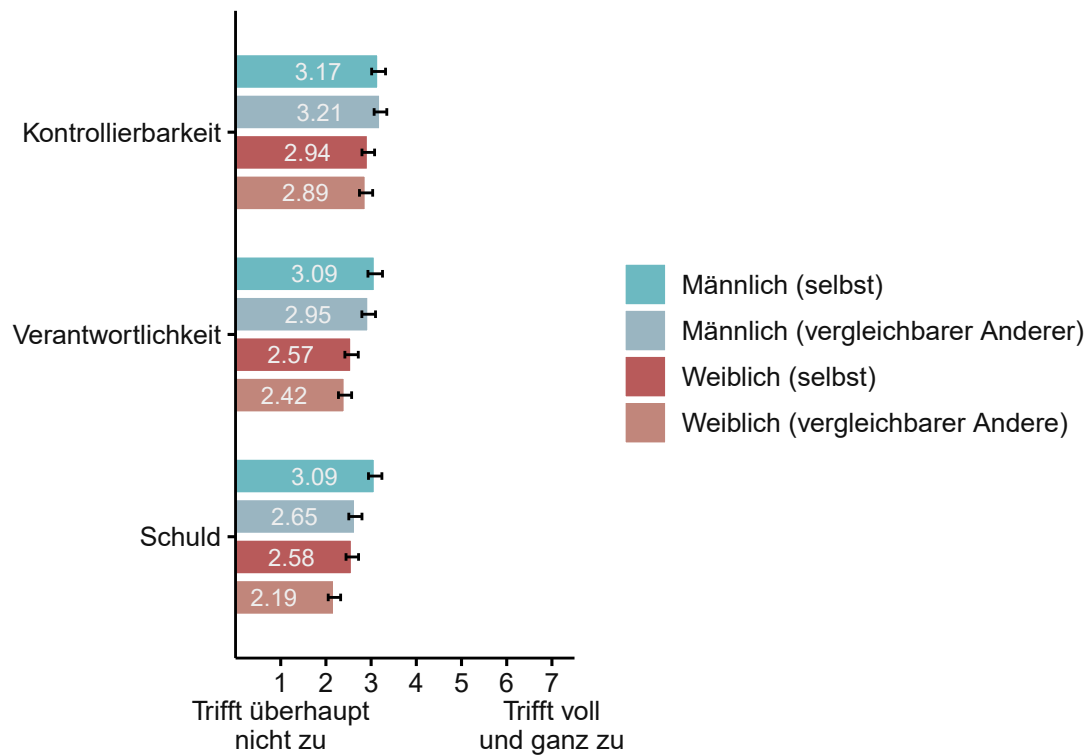
Männer denken eher als Frauen, dass sie eine Infektion kontrollieren können, dass sie verantwortlich sind für eine Erkrankung und daran Schuld wären.

Sich selbst hält man eher für Schuld an einer Erkrankung als andere Personen (gleichen Alters und Geschlechts).

Wer sich selbst eher für Schuld an einer Infektion hält, trägt weniger Maske und hält weniger Abstand (und umgekehrt) und hält die Maßnahmen eher für übertrieben. Umgekehrt bedeutet dies auch: Wer weniger vorsichtig ist, gibt sich im Falle einer Erkrankung auch mehr Schuld.

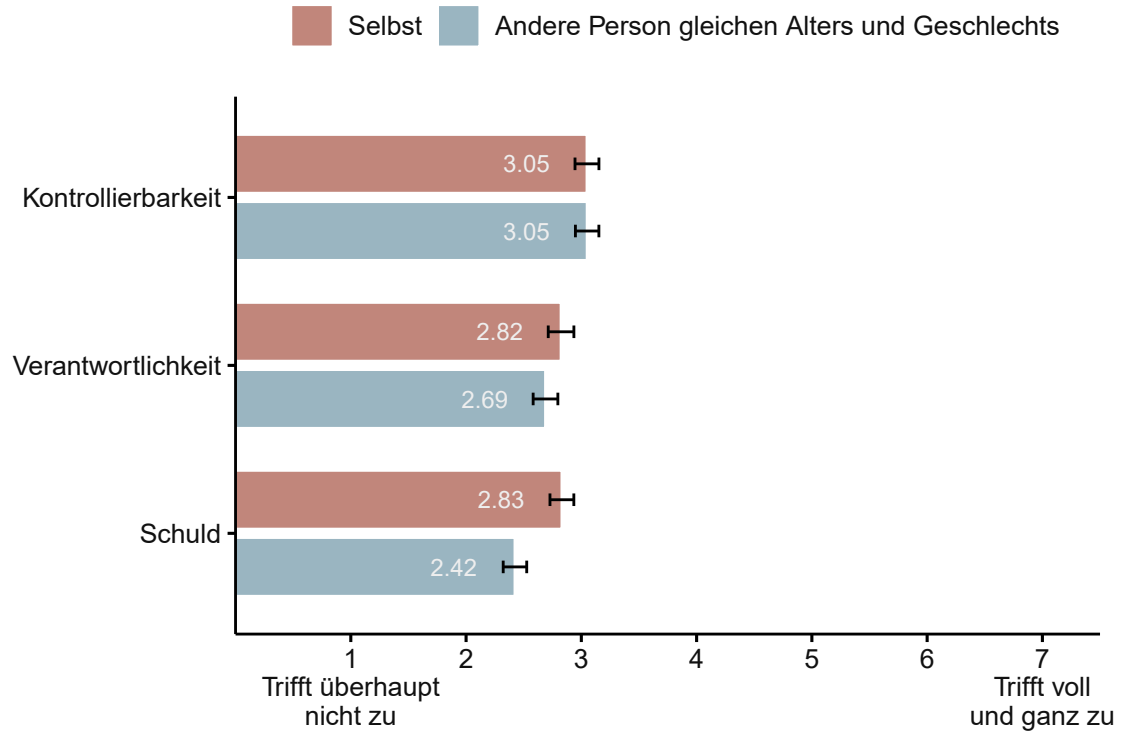
Verantwortungszuschreibung bei einer Corona-Infektion

Die Skalen wurden aus jeweils 4 Aussagen gebildet.
Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



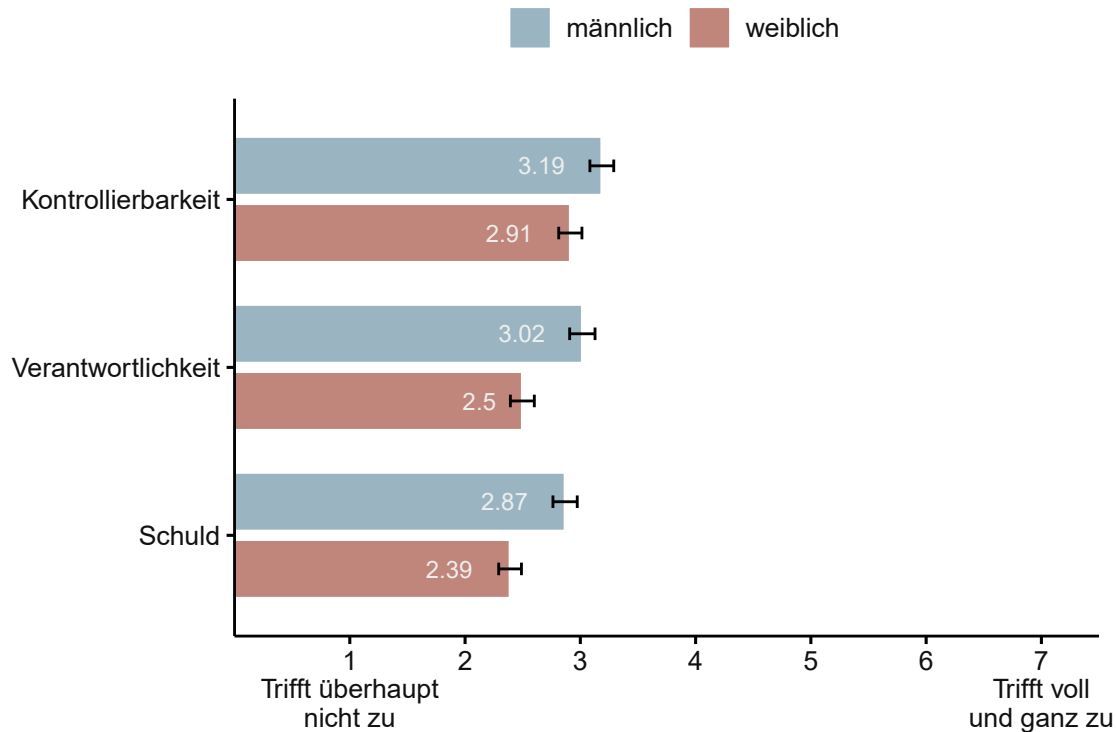
Verantwortungszuschreibung bei einer Corona-Infektion

Die Skalen wurden aus jeweils 4 Aussagen gebildet.
Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



Verantwortungszuschreibung bei einer Corona-Infektion

Die Skalen wurden aus jeweils 4 Aussagen gebildet.
Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



Korrelationen der Verantwortlichkeitsdimensionen mit anderen Variablen

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

Korrelationen von “Kontrollierbarkeit” mit ...

- 1.5m Abstand halten: -0.14
- Häufigkeit Maske tragen: -0.06
- Maßnahmen übertrieben finden: 0.01
- eigene Anfälligkeit: -0.04
- Verantwortung für eine Ansteckung: 0.7
- Schuld an einer Ansteckung: 0.63
- Impfbereitschaft gegen COVID-19: 0.02
- Impfung gegen COVID-19 soll verpflichtend sein: 0.1

Korrelationen von “Verantwortlichkeit” mit ...

- 1.5m Abstand halten: -0.13

- Häufigkeit Maske tragen: -0.09
- Maßnahmen übertrieben finden: 0.04
- eigene Anfälligkeit: 0.01
- Schuld an einer Ansteckung: 0.74
- Impfbereitschaft gegen COVID-19: 0.02
- Impfung gegen COVID-19 soll verpflichtend sein: 0.1

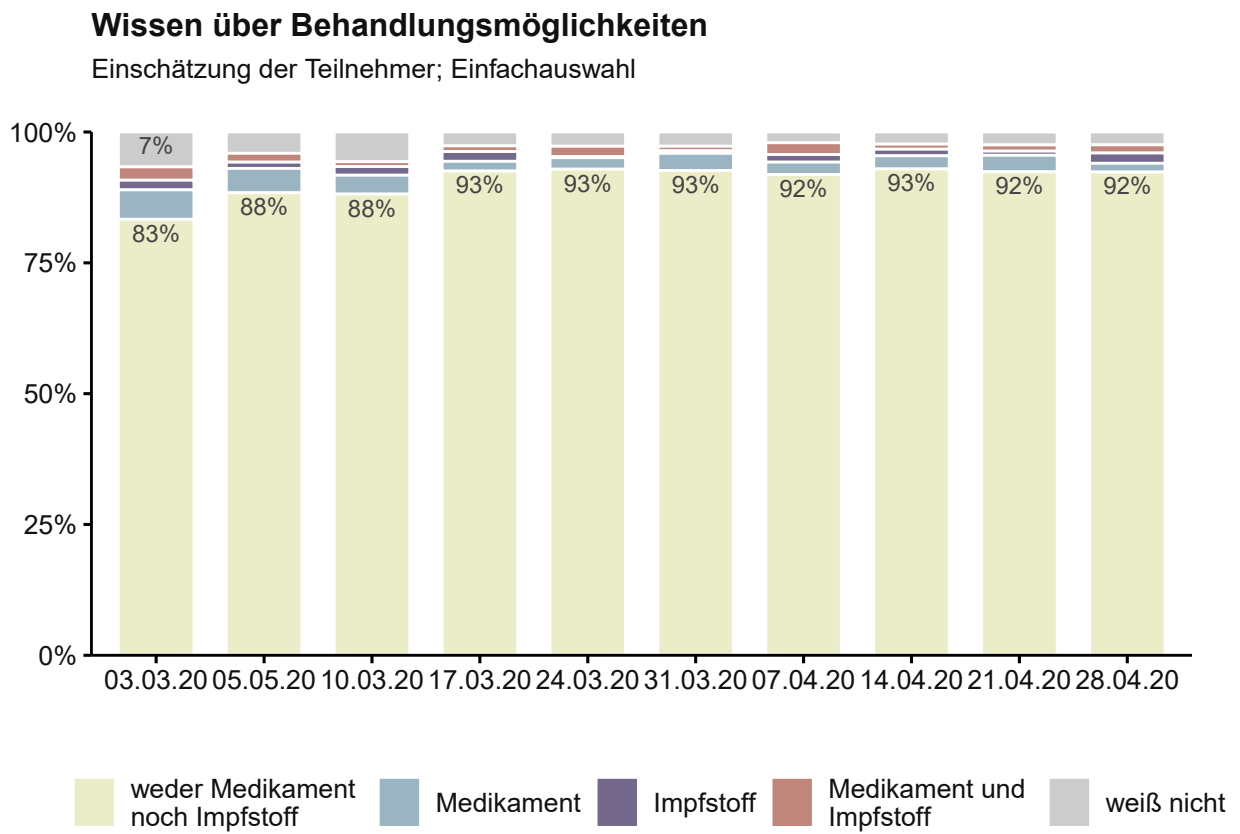
Korrelationen von “Schuld” mit ...

- 1.5m Abstand halten: -0.2
- Häufigkeit Maske tragen: -0.13
- Maßnahmen übertrieben finden: 0.1
- eigene Anfälligkeit: -0.02
- Impfbereitschaft gegen COVID-19: 0.01
- Impfung gegen COVID-19 soll verpflichtend sein: 0.1

Interpretation der Korrelationskoeffizienten r : höhere Werte zeigen einen stärkeren Zusammenhang an, Werte nahe Null zeigen, dass es keinen Zusammenhang gibt, um 0.1 einen kleinen Zusammenhang. Werte um 0.3 zeigen einen mittleren Zusammenhang, ab 0.5 spricht man von einem starken Zusammenhang. Ein negatives Vorzeichen bedeutet, dass hohe Werte auf der einen Variable mit niedrigen Werten auf der anderen Variable auftreten. p -Werte < 0.05 zeigen statistisch bedeutsame Zusammenhänge an. Korrelationskoeffizienten, die statistisch bedeutsam sind, werden fett gedruckt

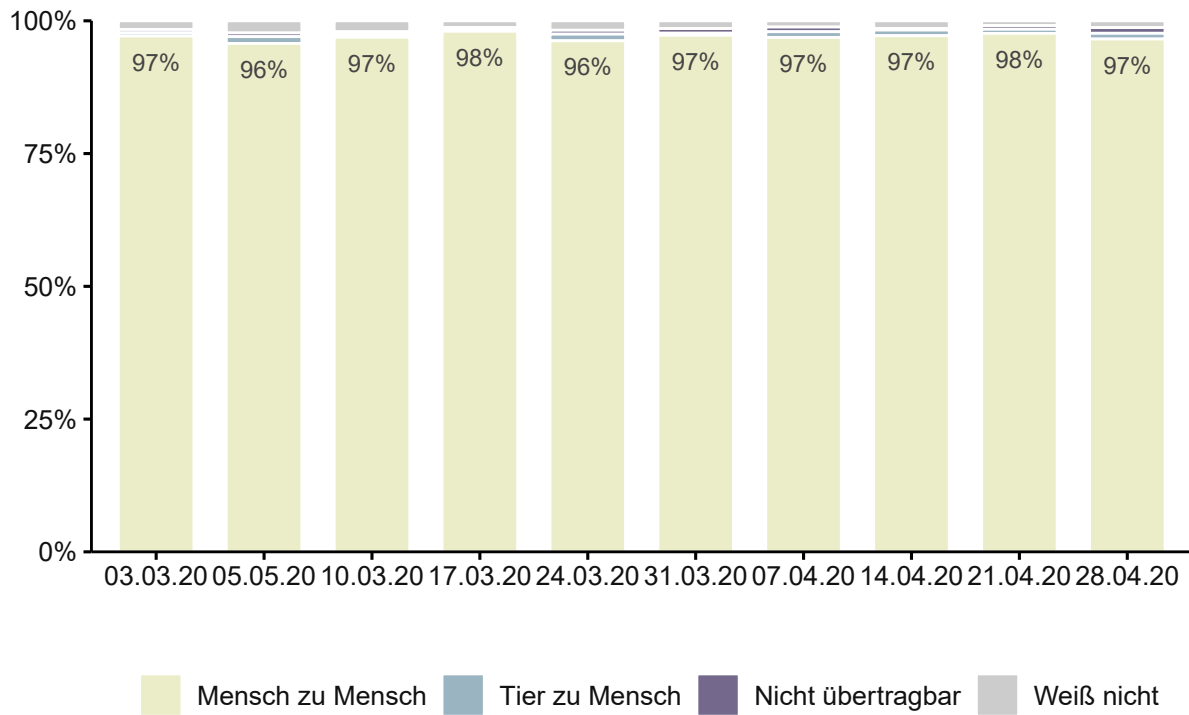
17 Daten im Detail

17.1 Detail: Wissen COVID-19



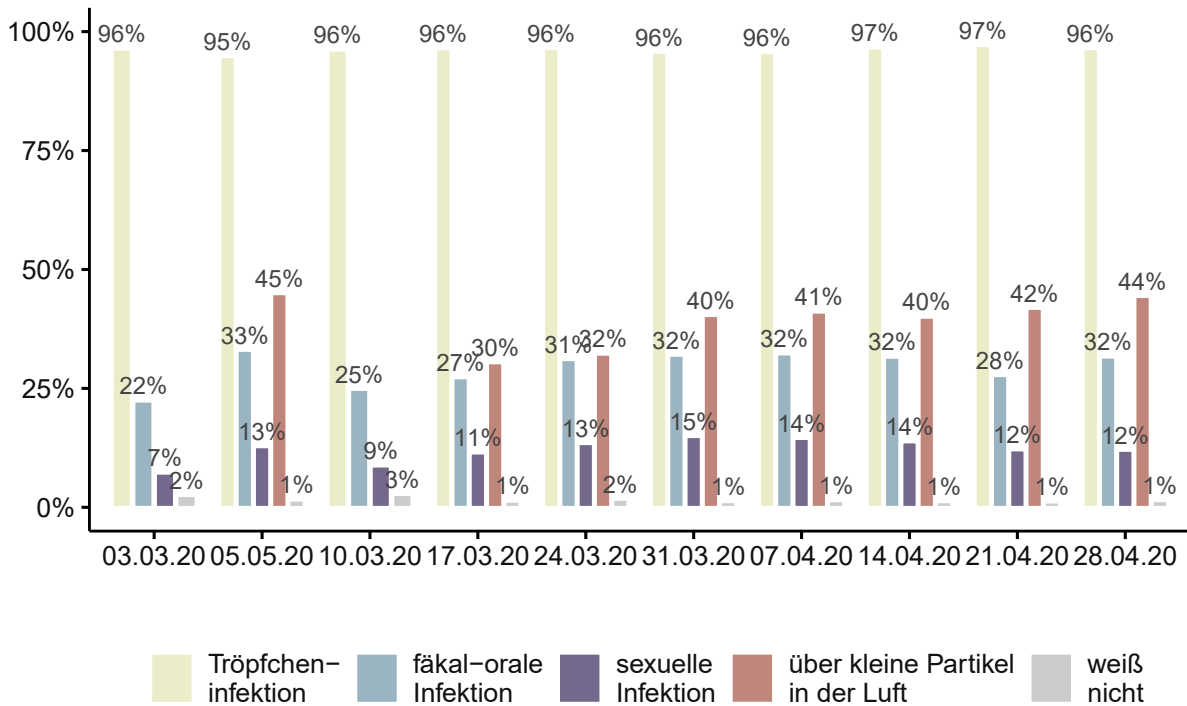
Wissen über Krankheitsüberträger

Einschätzung der Teilnehmer; Einfachauswahl



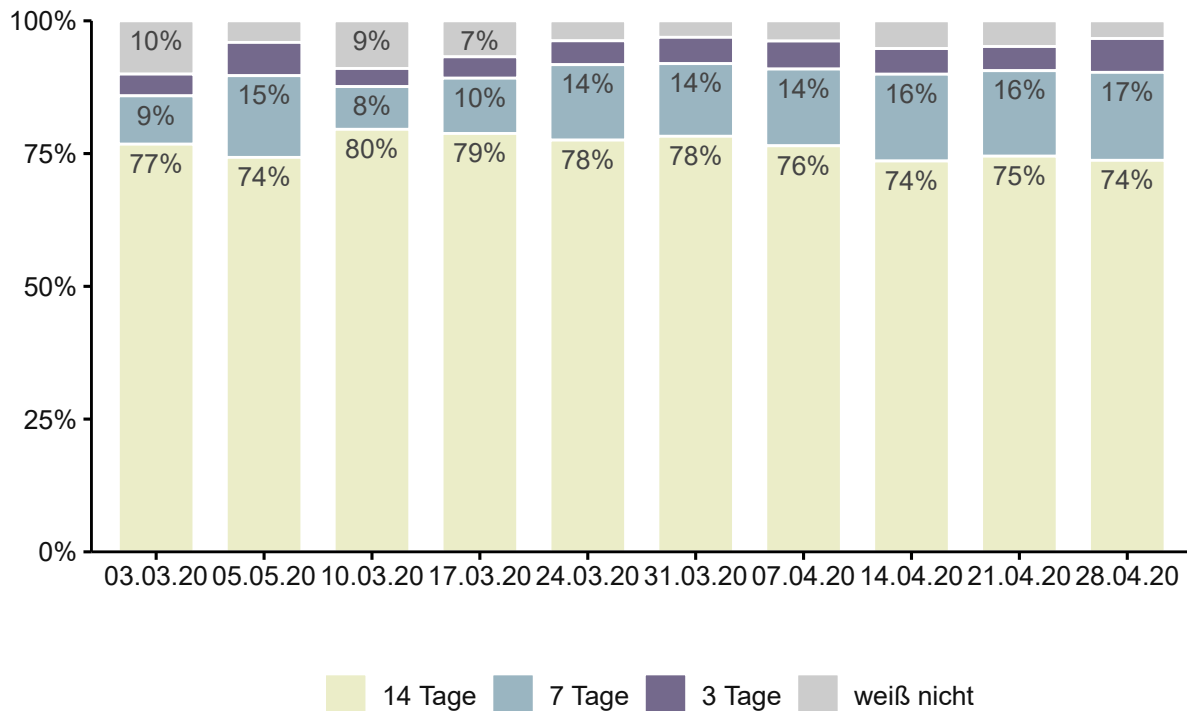
Wissen über den Infektionsweg

Einschätzung der Teilnehmer; Mehrfachauswahl möglich



Wissen über die Inkubationszeit

Einschätzung der Teilnehmer; Einfachauswahl



18 Daten nach Demographie

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

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

19 Übersicht über alle bisherigen Datenerhebungen

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

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

20 Literatur

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

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

- Bundesverfassungsgericht (2020). *Beschluss der 2. Kammer des Ersten Senats vom 29. April 2020*. 1 BvQ 44/20, Rn. (1-19).
- Bornstein, G. (2003). Intergroup conflict: Individual, group, and collective interests. *Personality and Social Psychology Review*, 7(2), 129-145.
- Bradley, M. M., & Lang, P. J. (1994). Measuring emotion: the self-assessment manikin and the semantic differential. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 25(1), 49-59.
- Brewer, N. T., Chapman, G. B., Gibbons, F. X., Gerrard, M., McCaul, K. D., & Weinstein, N. D. (2007). Meta-analysis of the relationship between risk perception and health behavior: the example of vaccination. *Health psychology*, 26(2), 136.
- Bruder, M, Haffke P, Neave N, Nouripanah N, Imhoff R. Measuring individual differences in generic beliefs in conspiracy theories across cultures: conspiracy mentality questionnaire. *Front Psychol*. 2013;4:225. Published 2013 Apr 30. doi:10.3389/fpsyg.2013.00225
- Chajut, E., & Algom, D. (2003). Selective attention improves under stress: Implications for theories of social cognition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 231–248. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.231>
- Deutsches Ärzteblatt (2020). Weiter Gegenwind für Immunitätsausweis. (o. J.). Abgerufen 12. Mai 2020, von <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/112584/Weiter-Gegenwind-fuer-Immunitaetsausweis>
- Finger, J. D., Mensink, G., Lange, C., & Manz, K. (2017). Health-enhancing physical activity during leisure time among adults in Germany.
- Finucane, A. M. (2011). The effect of fear and anger on selective attention. *Emotion*, 11(4), 970–974. <https://doi.org/10.1037/a0022574>
- 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>
- Imhoff, R., & Lamberty, P. (2020). *A bioweapon or a hoax? The link between distinct conspiracy beliefs about the Coronavirus disease (COVID-19) outbreak and pandemic behavior*.
- Kazlauskas, E., Gegieckaite, G., Eimontas, J., Zelviene, P., & Maercker, A. (2018). A Brief Measure of the International Classification of Diseases-11 Adjustment Disorder: Investigation of Psychometric Properties in an Adult Help-Seeking Sample. *Psychopathology*, 51(1), 10–15. <https://doi.org/10.1159/000484415>
- Kjær, T. (2005). A review of the discrete choice experiment-with emphasis on its application in health care. *Health Economics Papers 2005:1*. Denmark: Syddansk Universitet
- Kotz, D., Böckmann, M., & Kastaun, S. (2018, April 6). Nutzung von Tabak und E-Zigaretten sowie Methoden zur Tabakentwöhnung in Deutschland. *Deutsches Ärzteblatt*. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/197190/Nutzung-von-Tabak-und-E-Zigaretten-sowie-Methoden-zur-Tabakentwoehnung-in-Deutschland>
- Krawczyk, A., Stephenson, E., Perez, S., Lau, E., & Rosberger, Z. (2013). Deconstructing human papillomavirus (HPV) knowledge: objective and perceived knowledge in males' intentions to receive the HPV vaccine. *American Journal of Health Education*, 44(1), 26-31.
- Liao, Q., Cowling, B. J., Lam, W. W. T., & Fielding, R. (2011). The influence of social-cognitive factors on personal hygiene practices to protect against influenzas: using modelling to compare avian A/H5N1 and 2009 pandemic A/H1N1 influenzas in Hong Kong. *International Journal of Behavioral Medicine*, 18(2), 93-104.
- Mantler, J., Schellenberg, E., & Page, J. (2003). Attributions for Serious Illness: Are Controllability, Responsibility, and Blame Different Constructs? *Canadian Journal of Behavioural Science*, 35, 142–152. <https://doi.org/10.1037/h0087196>
- Münnich, R. Gabler, Siegfried ua 2012: Stichprobenoptimierung und Schätzung in Zensus 2011. *Statistik und Wissenschaft*, 21.
- Pearson, S. D., & Raeke, L. H. (2000). Patients' trust in physicians: many theories, few measures, and little data. *Journal of general internal medicine*, 15(7), 509-513

- Renner, B., & Schwarzer, R. (2005). The motivation to eat a healthy diet: How intenders and nonintenders differ in terms of risk perception, outcome expectancies, self-efficacy, and nutrition behavior. *Polish Psychological Bulletin*, 36(1), 7-15.
- Schweitzer, M. E., Hershey, J. C., & Bradlow, E. T. (2006). Promises and lies: Restoring violated trust. *Organizational behavior and human decision processes*, 101(1), 1-19.
- Sharot, T. (2011). The optimism bias. *Current Biology*, 21(23), R941–R945. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2011.10.030>
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *International journal of behavioral medicine*, 15(3), 194-200.
- Steel Fisher GK et al (2012). Public response to the 2009 influenza A H1N1 pandemic: a polling study in five countries. *Lancet Infectious Diseases* 2012; 12: 845–50
- 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>