

COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO) — Welle 11

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

Stand: 15.05.2020 (Version 11-01)

Cornelia Betsch¹, Lars Korn¹, Lisa Felgendreff¹, Sarah Eitze¹, Philipp Schmid¹, Philipp Sprengholz¹, Lothar Wieler², Patrick Schmich², Volker Stollorz³, Michael Ramharter⁴, Michael Bosnjak⁵, Saad B. Omer⁶, Heidrun Thaiss⁷, Freia De Bock⁷, Ursula von Rügen⁷, Molly Crocket⁸, Dirk Brockmann², Frank Schlosser²

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

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

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

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

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

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

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

⁸ Yale University, New Haven, CT, USA

Peer-Review: Robert Böhm (Universität Kopenhagen)

Abstract

Risk perceptions down at pre-lockdown level, acceptance of measures related to worries about individual economic situation Risk perceptions are still declining, as is the acceptance of the measures; both dropping to the before-lockdown level. 89% keep a distance of 1.5m, 86% wash their hands for 20 seconds and follow the hygiene rules, 79% wear masks. 21% find the measures exaggerated (more men), on the other hand, 31% find the lifting of the measures (rather) exaggerated; in between, 41% are undecided (more women in the latter groups). The last two groups perceive a higher risk and show more protective behaviour. However, those who think that the measures are exaggerated differ from the other two groups on almost all variables: they are less informed, trust the authorities less, feel lower risk, perceive the outbreak as media hype and tend to believe in conspiracy theories (both habitually and specifically related to corona). Importantly, they also have greater personal worries about their financial situation, their jobs, and worry that the gap between the rich and the poor will increase. There is also a greater desire for demonstrations against the measures. Of all respondents, 11% are prepared to take part in such a demonstration. The regulation of a possible local lockdown in case of 50 new infections in 7 days is well accepted by 62% of the respondents. 70% of all respondents think a 2nd wave is (rather) likely. Most respondents expect the second wave in 2 months.

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 Ausbruchgeschehen

Wichtig: Hier finden Sie KEINE Informationen zu COVID-19 und dem eigentlichen Ausbruchgeschehen. 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 11. Datenerhebung (12.05.-13.05.2020). Die Datenerhebungen finden wöchentlich dienstags und mittwochs statt.

Die 1014 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 eigene Gesundheit sinken, ebenso die Akzeptanz der Maßnahmen. Diese sinken fast auf das Niveau von vor dem Lockdown. Es zeigt sich eine auffällige Parallelität der Mobilität (erfasst mit Mobilfunkdaten) und der Aussage, dass man die Maßnahmen übertrieben findet.

Seit letzter Woche ist die Akzeptanz für Maßnahmen, die stark in die Rechte der Menschen eingreifen, signifikant gefallen. Dass Demonstrationen gestattet sein sollen ist immer noch wenig gefordert, im Vergleich zu Ende April aber gestiegen. Ärger, Frust und Wut durch die Maßnahmen ist weiterhin etwas geringer als vor den Lockerungen, was möglicherweise auf die Lockerung zurückzuführen ist.

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

Wer denkt, dass sich mehr Leute an die Regeln halten, hält sich auch selbst eher an Regeln.

AHA Regel: 89% halten 1.5m Abstand (Abstandsregel), 86% waschen sich 20 Sekunden die Hände (Hygiene-Regel), 79% tragen eine Maske (Alltagsmasken-Regel). Personen, die die Maßnahmen generell übertrieben finden (n = 213), halten sich deutlich seltener auch an diese einfachen Alltags-Maßnahmen als alle anderen (die die Lockerungen übertrieben und zu früh finden (n = 318) und Personen, die indifferent sind (n = 413)).

- *Empfehlung: Das Beibehalten neuer Routinen sollte unterstützt werden. Verhaltenswissenschaftler können hier wertvolle Tipps geben.*
- *Empfehlung: Positive soziale Normen sollten vermittelt werden: wer hält sich wie an die Kontaktbeschränkungen, welche gelten noch trotz Lockerungen?*

Maßnahmen oder Lockerungen ablehnen

Bei der Einschätzung der Maßnahmen und Lockerungen scheint es zwei Lager zu geben: 21% finden die Maßnahmen übertrieben (mehr Männer), 31% finden die Lockerungen (eher) übertrieben; 41% sind unentschieden (jeweils mehr Frauen).

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

Wer jedoch denkt, die Maßnahmen sind übertrieben, unterscheidet sich auf fast allen Variablen von den anderen beiden Gruppen: dieses Fünftel der Befragten ist schlechter informiert, vertraut den Behörden weniger, fühlt ein geringeres Risiko, nimmt den Ausbruch als einen Medien-Hype wahr und hängt eher Verschwörungstheorien an (sowohl habituell als auch konkret auf Corona bezogen). Sie haben größere persönliche Sorgen um ihre finanzielle Sicherheit, den Arbeitsplatz, und befürchten eher, dass die Kluft zwischen Arm und Reich größer wird. Hier ist auch der Wunsch nach Demonstrationen höher.

- *Empfehlung: Um die Gruppe zu erreichen, die Maßnahmen ablehnt, sollten Strategien der Risikokommunikation entwickelt werden (z.B. Betonen gleicher Werte). Die Positionen und Sorgen dieser Gruppe sollten wahr- und ernstgenommen werden. Maßnahmen, die die Kluft zwischen Arm und Reich reduzieren, können auch für die Unterstützung des künftigen Infektionsschutzes hilfreich sein.*

Ausstiegsszenarien

Insgesamt hat die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung die höchste Priorität bei den Befragten. Ähnlich bedeutsam sind jedoch die eigenen ökonomischen Interessen; Einkommensverluste durch höhere Steuern und Sozialabgaben finden eine geringe Akzeptanz. Die Vermeidung einer verpflichtenden App ist weiterhin sehr wichtig. Im Setting Kita wird noch mehr als für die Schulen von den Betroffenen eine sofortige oder baldige Öffnung präferiert.

- *Empfehlung: Diese Einschätzungen der Bevölkerung sollten neben Überlegungen zum Infektionsschutz bei der schrittweisen Öffnung der Branchen zur Abwägung herangezogen werden.*

Sorgen

Sorgen um die Wirtschaftskraft bleiben stabil hoch. Sorgen über Ungleichheit, Egoismus und die Überlastung des Gesundheitssystems steigen diese Woche wieder leicht an. Die Befürchtung, dass die Corona-Pandemie die soziale Ungleichheit verstärkt, bleibt nach wie vor bestehen. Personen, die die Maßnahmen ablehnen, haben größere persönliche Sorgen um ihre finanzielle Sicherheit, den Arbeitsplatz, und befürchten eher, dass die Kluft zwischen Arm und Reich größer wird.

Die Sorge um die Überlastung des Gesundheitssystems nimmt leicht zu und ist v.a. bei denen ausgeprägt, die die Lockerungen für übertrieben halten.

- *Empfehlung: Da die Sorge um Ungleichheit offensichtlich hoch ist, könnte die Verhinderung von Ungleichheit durch Corona ein wichtiger Faktor in der Kommunikation werden.*
- *Empfehlung: Die Lockerungen führen möglicherweise auch zu Angst vor Ungleichheit und zu einer wiederkehrenden Sorge vor der Überlastung des Gesundheitssystems. Dieser Trend sollte beobachtet 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.*

Bereitschaft sich eine Tracing-App runterzuladen ist immer noch gering

Die Bereitschaft zur Nutzung einer Tracing-App ist weiter niedrig. 47% (Vorwoche 44%) sind eher bereit oder bereit, sich eine datenschutzkonforme App zu installieren. Der Schutz anderer und das Wissen, ob man selbst ansteckend sein könnte, ist für diese Personen besonders relevant. Der Anteil derer, die sie nicht herunterladen würden, ist stabil bei knapp einem Viertel der Befragten. Diese äußern Zweifel am Datenschutz und an einem persönlichen Vorteil der App.

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

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

Hypothetische Impfung gegen das Coronavirus

64% 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.

Es zeigt sich: Die Impfbereitschaft gegen COVID-19 ist höher für Personen, die: männlich sind, Infizierte im persönlichen Umfeld haben, der Impfung mehr vertrauen, sie nicht für überflüssig halten. Die Impfbereitschaft gegen COVID-19 ist geringer für Personen, die denken, Alltagsstress könnte sie vom Impfen abhalten und die den Nutzen und Risiken der Impfung abwägen wollen. Ebenfalls ist die Impfbereitschaft geringer wenn Personen denken, dass sie sich nicht auch impfen lassen müssen, wenn alle das tun (Trittbrettfahren). Ein ähnliches Muster zeigt sich auch für die Befürwortung der Impfpflicht gegen COVID-19. Hier spielt auch das Vertrauen in die Behörden eine Rolle.

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 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 weiterhin eher ablehnt:

22% denken, dass man nach einer COVID-19 Infektion immun ist; dieser Anteil sinkt seit April.

55% der Befragten ist die Diskussion um den Immunitätsausweis bekannt (Vorwoche 59%).

45% aller Befragten sind der Meinung, dass ein Immunitätsausweis nicht eingeführt werden soll (Vorwoche 49%, der Anteil der „weiß nicht“ Angaben ist etwas gestiegen).

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

- *Empfehlung: Sollte ein Immunitätspass eingeführt werden, sollte sehr klar der Nutzen des Passes kommuniziert werden.*

Verschwörungstheorien

Über Corona sind bereits einige Verschwörungstheorien aufgetaucht. Zwei gegensätzliche Theorien (Corona ist menschengemacht vs. ist ein Schwindel) sind nur gering verbreitet, je 17% der Befragten stimmen (eher) zu. Diese Anteile sind seit letzter Woche praktisch gleich geblieben; allgemeines Verschwörungsdenken hat seit Ende März leicht nachgelassen (minimal von 4.2 auf 3.8 (von 7) gesunken).

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

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

Zweite Welle der Pandemie

94% haben schon einmal davon gehört, dass es eine 2. Welle der Pandemie geben kann; 70% aller Befragten halten eine 2. Welle für (eher) wahrscheinlich. Die meisten Befragten erwarten sie in 2 Monaten.

Je wahrscheinlicher oder näher eine 2. Welle der Corona-Epidemie eingeschätzt wird, desto länger würden sich Personen bei einer 2. Welle nochmal einschränken und desto größer ist auch die Bereitschaft, sich in den kommenden 2 Wochen häufiger an die Maßnahmen zu halten.

Die Sorge vor einer zweiten Welle scheint eine große Motivation für die Einhaltung der geltenden Regeln zu sein. Dies kann in der Krisenkommunikation genutzt werden um das Einhalten der Maßnahmen zu fördern. Es bleibt jedoch die Gefahr eines Bumerang-Effekts, d.h. im Falle eines Ausbleibens der zweiten Welle könnte es auch zu einem Vertrauensverlust kommen.

- *Empfehlung: Im begründeten Fall sollte auf eine mögliche 2. Welle und mögliche wiederholte Einschränkungen hingewiesen werden.*

Familienzusammenhalt

Den Familien in Deutschland gelingt es in der andauernden Krisensituation, ein insgesamt positives Familienklima aufrecht zu erhalten. Im Vergleich zu Paaren und Familien mit älteren Kindern im Haushalt liegen die Werte bei Familien mit Kindern unter 14 über alle Zeitpunkte hinweg auf den drei Skalen zum Familienklima geringfügig niedriger. 58% der Eltern mit jüngeren Kindern fühlen sich belastet, mit älteren Kindern sind es nur 38%.

Das Belastungserleben von Familien mit jüngeren Kindern hat sich seit der Befragung in der letzten Woche erhöht. Dies könnte damit zusammenhängen, dass sich die Situation trotz der allgemeinen Reduzierungen der Beschränkungsmaßnahmen gerade in diesen Familien nicht deutlich verbessert hat, da die Kitas weiterhin geschlossen sind und die Teilnahme am Schulunterricht nur sehr eingeschränkt möglich ist.

2 Methode

2.1 Stichprobe

Die Probandinnen und Probanden werden über einen Online-Panelanbieter (Respondi, <https://www.respondi.com/>) eingeladen. Wöchentlich wird eine repräsentative Verteilung der N=1000 Befragten zwischen 18-74 Jahren auf Basis der Zensusdaten aus Deutschland angestrebt (Münnich et al., 2012). In Welle 11 wurden 1013 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 (Streck et al., 2020).

Risikowahrnehmung. Einschätzung zu Wahrscheinlichkeit (*Wie hoch schätzen Sie Ihre Wahrscheinlichkeit ein, dass Sie sich mit dem neuartigen Coronavirus infizieren?* extrem unwahrscheinlich (1) – extrem wahrscheinlich (7)) , Schweregrad (*Wie schätzen Sie eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus für sich selbst ein?* völlig harmlos (1) – extrem gefährlich (7)) und Anfälligkeit (*Als wie anfällig schätzen Sie sich für eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus ein?* überhaupt nicht anfällig (1) – sehr anfällig (7)) für die Coronavirus-Infektion werden als Dimensionen von Risikowahrnehmung abgefragt (Brewer et al. 2007). Zusätzlich wurden ab Welle 8 zwei weitere Faktoren der Ansteckungswahrscheinlichkeit abgefragt.

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

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

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

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

Informationsverhalten. Es wurde das Vertrauen in sowie die Nutzungshäufigkeit von verschiedenen Medien zur Gewinnung von Information in der Bevölkerung abgefragt (11-22 Items, z.B.: privates Fernsehen, Websites von Gesundheitseinrichtungen). Beginnend mit Welle 2 wurde auch generelle Informationssuche erhoben (1) Nie – (7) Sehr häufig. In Welle 11 wurde außerdem eine Frage zur Informationspolitik des Robert Koch-Instituts hinzugefügt, die mit der Nachricht eingeleitet wurde, dass das die Frequenz seiner Pressekonferenzen zurückgefahren wird. Anschließend sollte die Häufigkeit bis dato (2-mal pro Woche) sowie die angestrebte Häufigkeit (bei besonderen Ereignissen) auf einer siebenstufigen Skala von (1) Zu selten – (7) Zu häufig bewertet werden.

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

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

Akzeptanz der Lockerungsmaßnahmen. Ab Welle 9 wurden die politischen Vorgaben zur Lockerung der Pandemie in den Fragenkatalog zunächst mit einer Frage aufgenommen (*Die aktuellen Maßnahmen sollten nach dem 4. Mai nicht gelockert werden*). Ab Welle 10 wurden zwei Items verwendet, um dies abzufragen.

Dabei ging es um die bundesweite Einheitlichkeit sowie die mögliche Übertriebenheit der Lockerungen, deren Zustimmung jeweils auf einer Skala von (1) stimme überhaupt nicht zu – (7) stimme voll und ganz zu beantwortet wurden.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Häusliche Gewalt. In Welle 6 wurden Teilnehmende zunächst nach ihrem Beziehungsstatus gefragt. Falls sie diese mit Ja beantworteten, wurde geprüft, ob sie im gleichen Haushalt wie ihre Partner oder Partnerinnen leben sowie ob und wie viele Kinder vorhanden sind. Im späteren Verlauf der Umfrage wurden drei generelle Fragen zu Konfliktsituationen (Streit, körperliche Auseinandersetzung, Gefühl von Bedrohung) gestellt. Außerdem wurde Teilnehmenden je nach Gruppe vier (Kontrollgruppe) oder fünf Aussagen (Experimentalgruppe) präsentiert, die mit Ja oder Nein beantwortet werden konnten (z. B. *Ich habe schon einmal die AfD gewählt oder Ich oder ein anderes Haushaltsmitglied haben innerhalb der letzten zwei Wochen mein Kind/meine Kinder gehohlet, geschlagen oder getreten*). Um Anonymität zu gewährleisten und sozialer Erwünschtheit vorzubeugen, sollte dabei nur die Gesamtzahl der bestätigten Aussagen eingegeben werden. Mit den beiden Frageformaten wurden so insgesamt alle fünf Dimensionen der Conflict Tactics Scale (Strauss, 1979) abgefragt, die häufig genutzt wird, um Gewalt innerhalb von Familien zu erheben. Dabei handelte es sich um physische Auseinandersetzung

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

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

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

Physische Aktivität. In Welle 7 wurde physische Aktivität abgefragt, mit dem Ziel Unterschiede zwischen der Zeit vor und während der Pandemie festzustellen. Genutzt wurden Items aus der European Health Interview Survey (Lange et al., 2017). Sie stützen sich auf die offiziellen Bewegungsempfehlungen der WHO und fragen nach 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). Ab Welle 11 wurde das vergangene Verhalten der letzten 7 Tage abgefragt.

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

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

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

Bereitschaft wäre, sich aufgrund der Aussicht auf einen solchen Pass absichtlich zu infizieren.

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

2.2.2 Experimentelle Erhebungen

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

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

Verantwortungszuschreibung. Um herauszufinden, wen die Teilnehmenden für eine Erkrankung mit dem Virus verantwortlich machten, wurde in Welle 10 eine experimentelle Erhebung durchgeführt. Dabei wurden die Befragten zufällig einer Bedingung zugeteilt, in der sie sich vorstellen sollten, dass entweder sie selbst oder

aber eine durchschnittliche andere Person desselben Alters und Geschlechts an COVID-19 erkrankt sind. Um die Aussagen möglichst personalisiert zu formulieren wurde dabei das Geschlecht der befragten Person mit einbezogen. Unter dieser Prämisse sollten 12 Aussagen auf einer jeweils siebenstufigen Skala (Trifft überhaupt nicht zu (1) – Trifft voll und ganz zu (7)) bewertet werden (Mantler, Schellenberg, & Page, 2003). Jeweils 4 Items untersuchen dabei die Kontrollierbarkeit (z. B. *Es war etwas, das er getan hat, das COVID-19 verursacht hat*), die Verantwortlichkeit (z. B. *Sie ist für die COVID-19 Erkrankung verantwortlich*) und die Schuldzuschreibung (z. B. *Ich bin Schuld an meiner Krankheit*).

Zweite Krankheitswelle – Geografische Distanz. In Welle 9 wurden Verhaltenseinschätzungen zu einer zweiten Infektionswelle erhoben, variiert wurde dabei die Lokalität (deutschlandweit/gemeindespezifisch) der Maßnahmen. Zunächst ging es dabei um die empfundene Machbarkeit der Maßnahmen bis dato (*[...] Alles in allem, wie schwierig oder einfach war es für Sie, sich einzuschränken?* Sehr einfach (1) – Sehr schwierig (7)). Es folgten Fragen zur Einschätzung der zweiten Krankheitswelle. Es wurde erhoben, ob die Befragten davon bereits gehört hätten (Ja – Nein) und für wie wahrscheinlich sie diese hielten (Extrem unwahrscheinlich (1) – Extrem wahrscheinlich (7)) sowie um die Wahrnehmung der Nähe (Nah (1) – Weit entfernt (7)) und den zeitlichen Abstand (1 < Monat – 13 12 Monate). Acht mögliche, zukünftige und gegenwertige Maßnahmen wurden dargestellt (z.B. öffentliche Orte meiden oder auf Gruppenaktivitäten verzichten) und mithilfe einer 14-stufigen Skala abgefragt, für wie lange diese in einer zweiten Welle akzeptiert werden würden (gar nicht (1), weniger als 1 Monat (2) – 12 Monate (4)) bzw. in der aktuellen Welle noch akzeptiert werden. Zusätzlich wurde die Wahrscheinlichkeit abgefragt dass Befragte in Gebiete mit weniger Einschränkungen fahren würden (z.B. zum Einkaufen oder für Freizeitaktivitäten, extrem unwahrscheinlich (1) – Extrem wahrscheinlich (7)).

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

2.3 Durchführung

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

3 Psychologische Lage

Für menschliches Entscheiden ist die Wahrnehmung von Risiken wichtig. Für Verhalten spielen zudem Emotionen wie Angst oder das Gefühl, bedroht zu sein, eine Rolle. Ferner sind Kontrollüberzeugungen

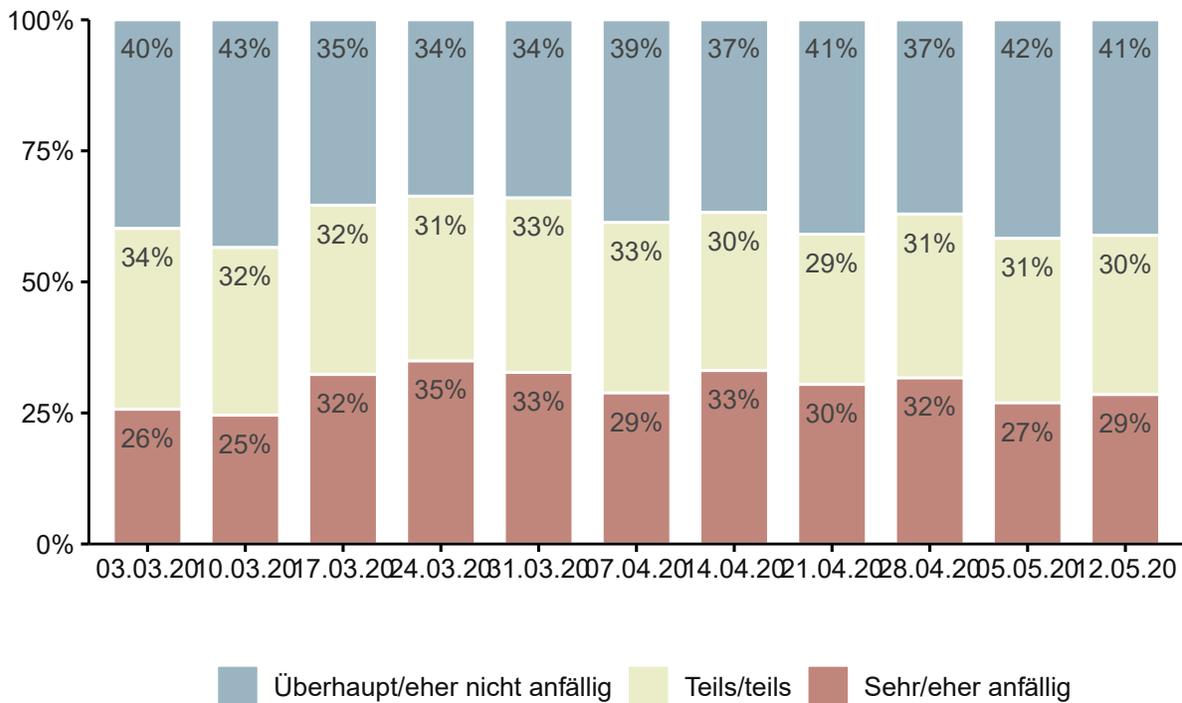
relevant – wenn ich mich und andere schützen will, stellt sich die Frage, ob ich das tatsächlich auch durch entsprechende Maßnahmen tun kann und wie sicher ich bin, dass diese auch wirksam sind.

Die folgenden Grafiken zeigen 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?”).

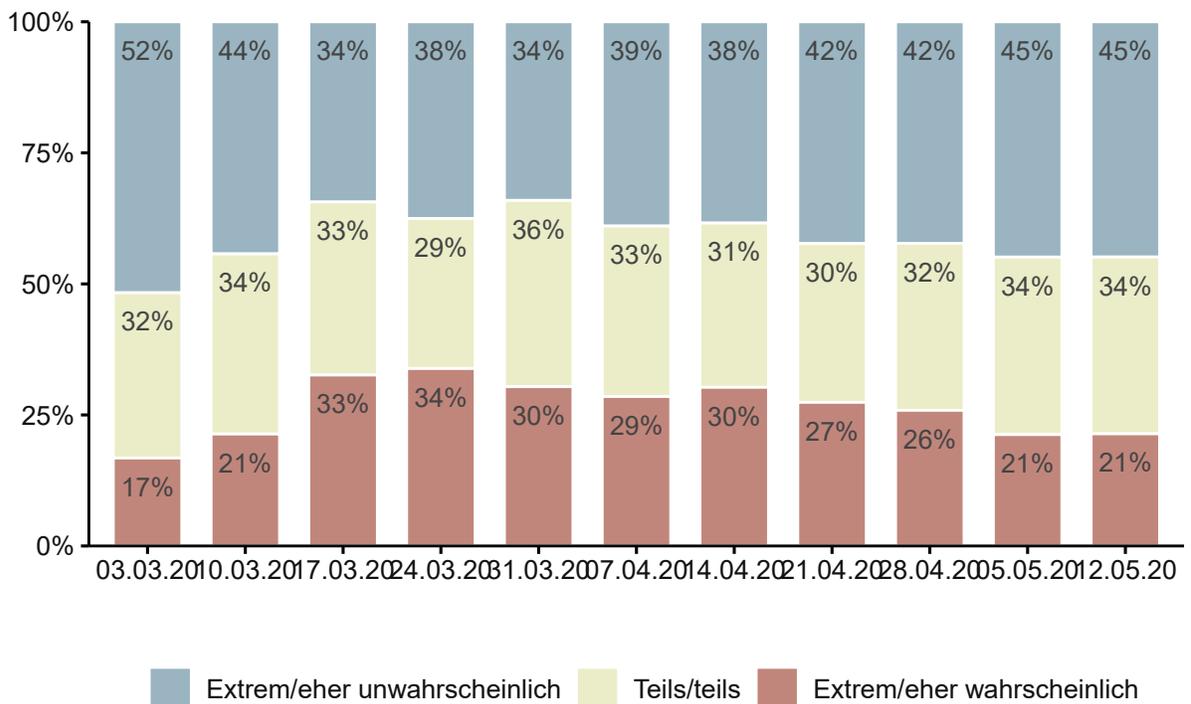
3.1 Risikowahrnehmung

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

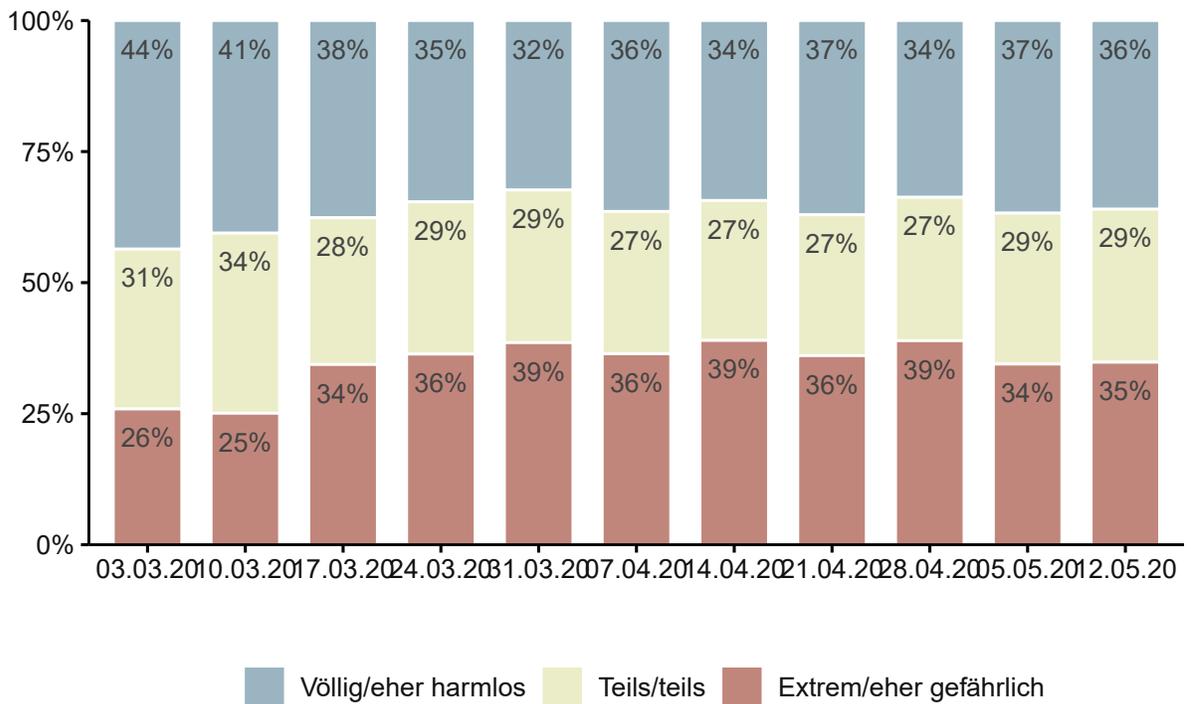
Als wie anfällig schätzen Sie sich für eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus ein?



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

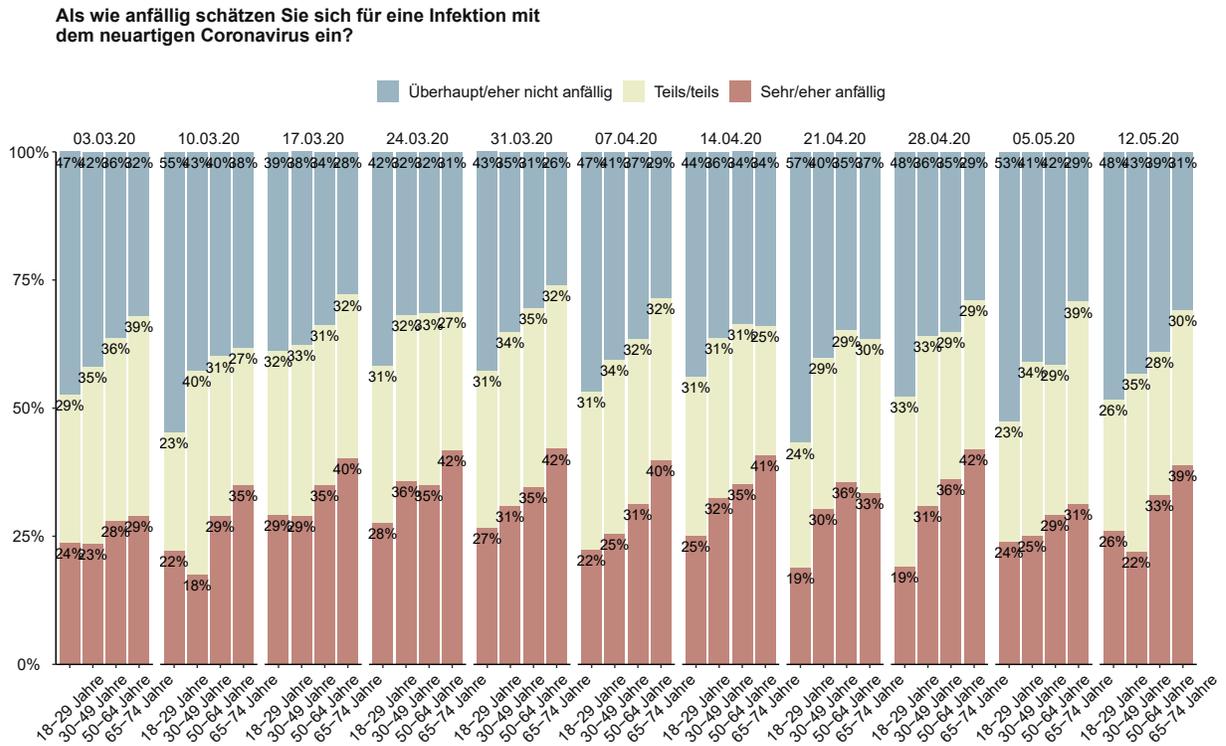


Wie schätzen Sie eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus für sich selbst ein?

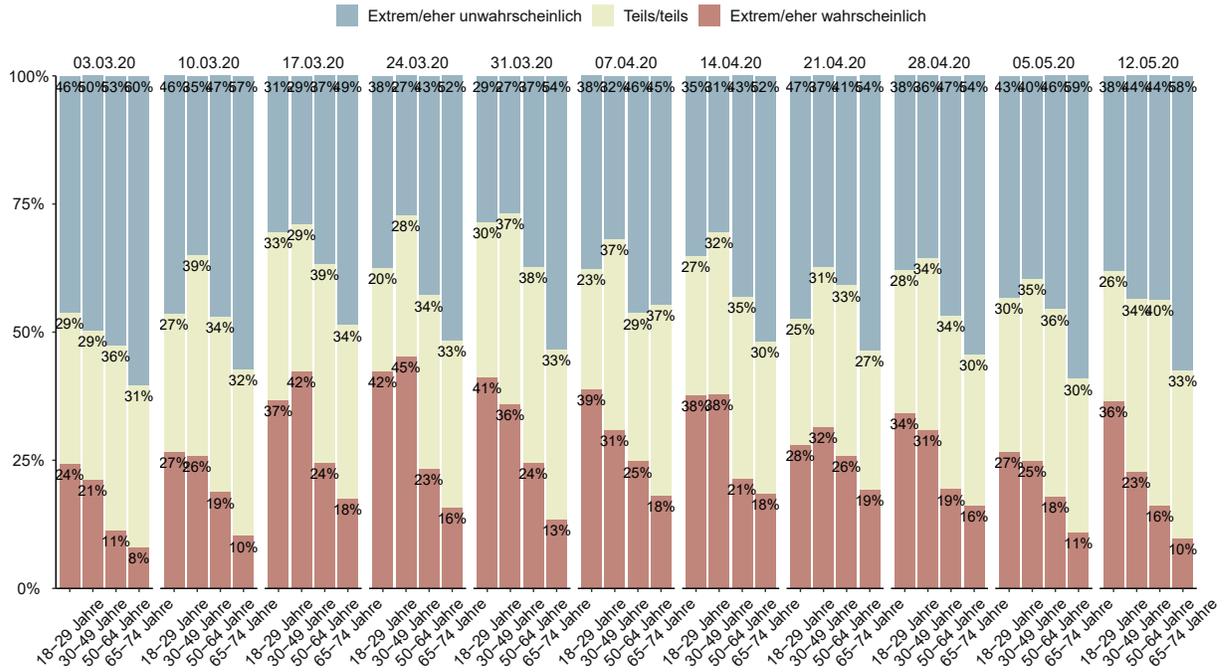


Risikowahrnehmung und Alter

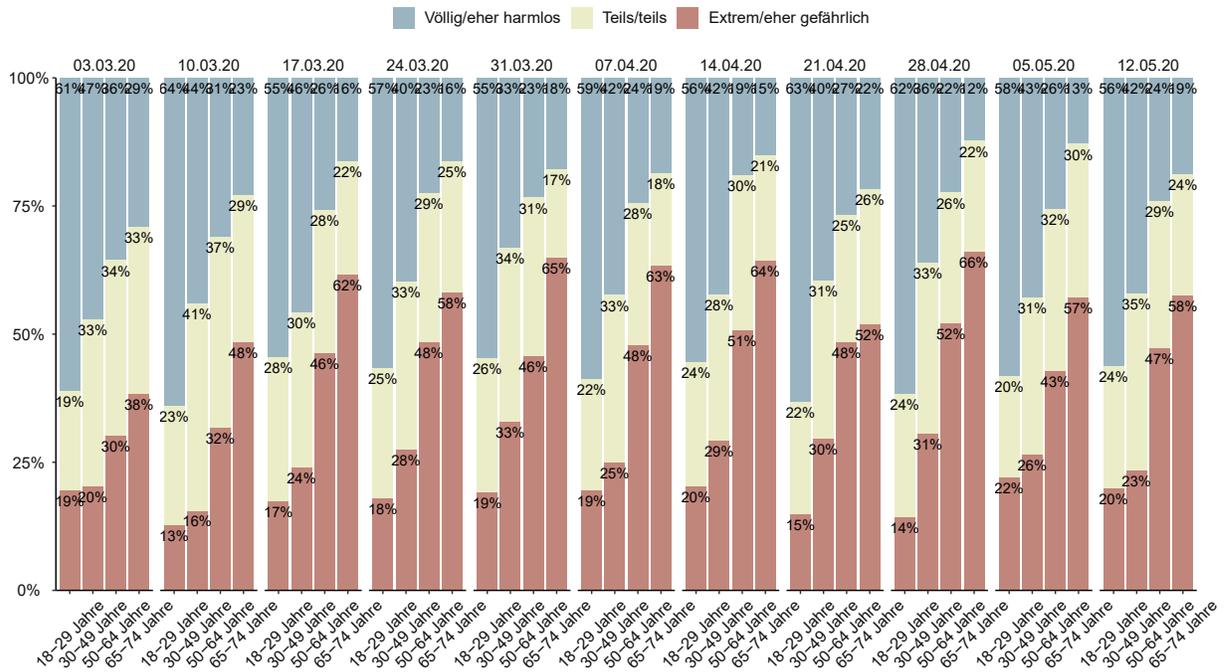
In den Analysen zur Risikowahrnehmung zeigte sich bislang, dass Ältere ihre Wahrscheinlichkeit zu erkranken als signifikant niedriger einschätzen als Jüngere. Dafür schätzen Ältere den Schweregrad einer COVID-19 Erkrankung und ihre Anfälligkeit als höher ein. Die Daten sind daher nach Altersgruppen differenziert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



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.

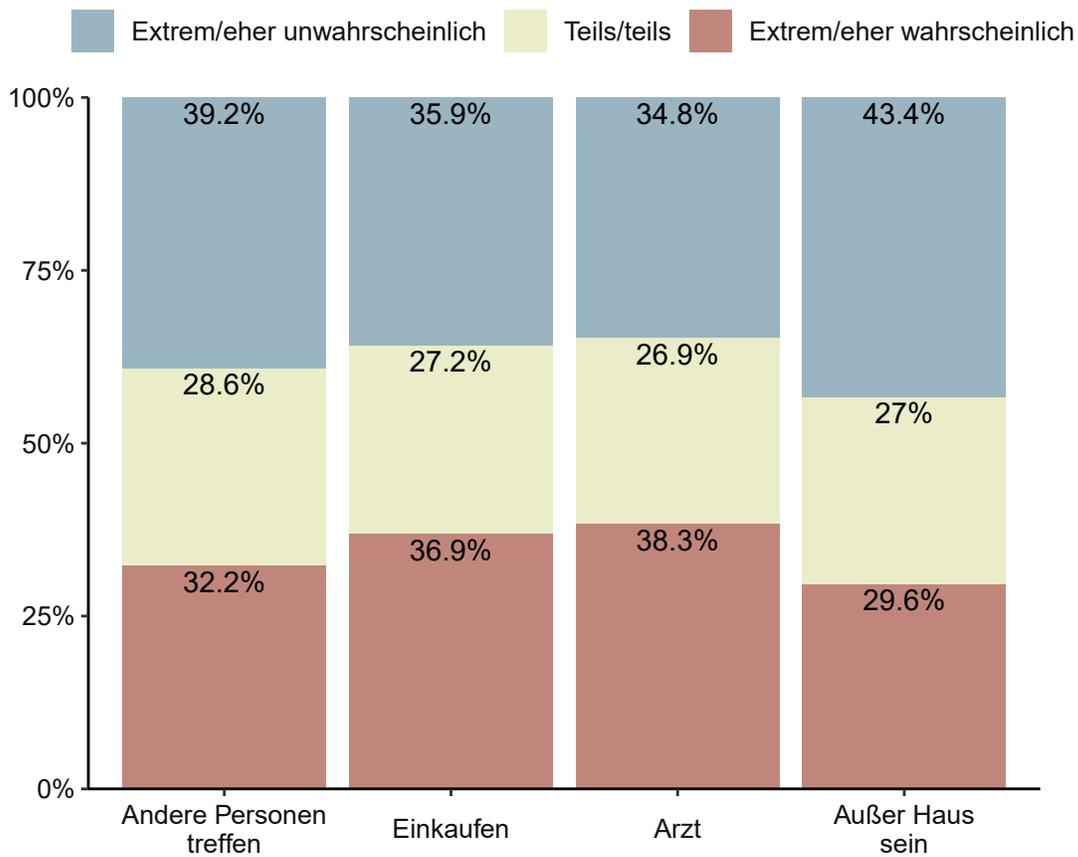
Ansteckungswahrscheinlichkeit in verschiedenen Situationen

Die Teilnehmer wurden befragt, wie hoch sie ihre Erkrankungswahrscheinlichkeiten in bestimmten Situationen einschätzen. Abgefragt wurden verschiedene potenzielle Infektionsquellen, wobei die Stunden außer Haus auch Bewegung im Freien einschließen können.

Die Wahrscheinlichkeit wurde von den Befragten bei einem Arztbesuch als am höchsten eingestuft.

Erkrankungswahrscheinlichkeit in Abhängigkeit von Ort und Tätigkeit

Abweichung von 100% können wegen
Rundung zustande kommen
Ergebnisse der aktuellen Welle (12.05.20)



Aufsuchen verschiedener Situationen

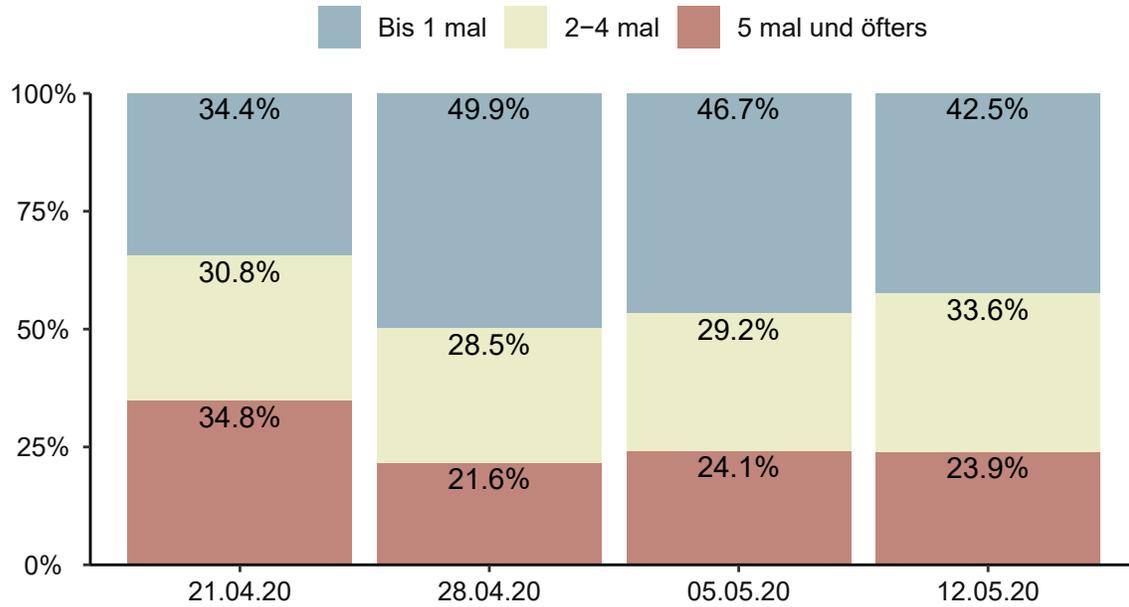
Zudem wurden die Teilnehmer gefragt, wie häufig sie Situationen aufgesucht haben, bei denen Sie potentiell mit in den Kontakt mit einer Infektionsquelle kommen könnten.

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

Die Angaben beziehen sich bis einschließlich dem 05.05. auf die letzten 4 Wochen.

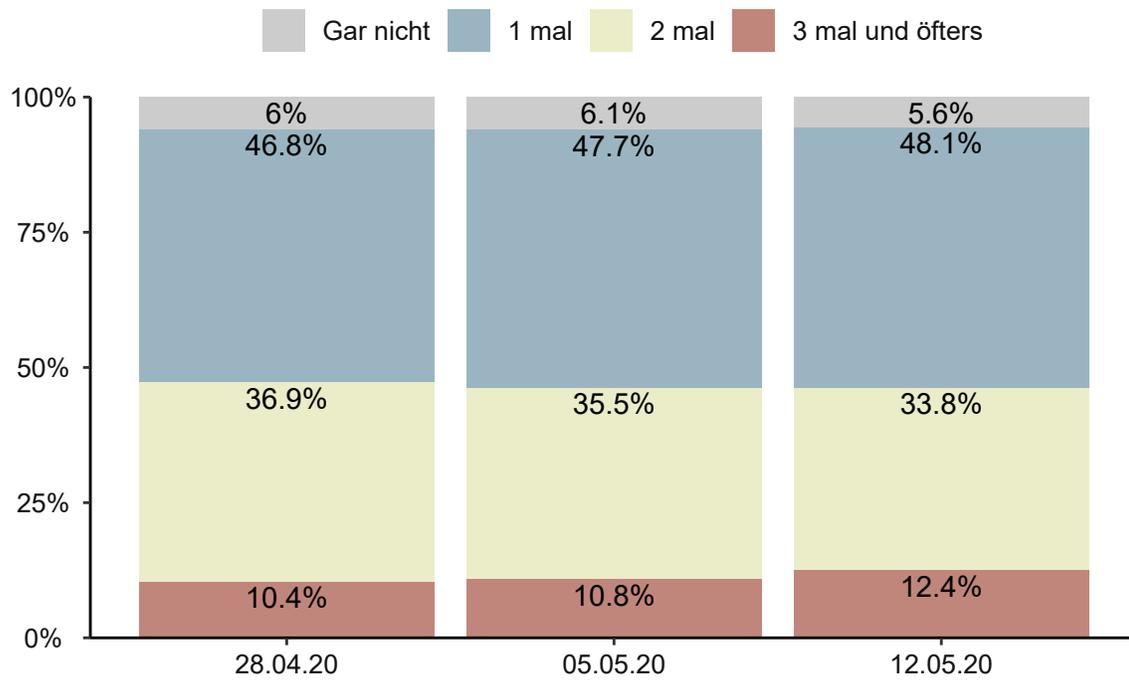
Ab dem 12.05. beziehen sich die Angaben auf die letzte Woche.

Am 21.04. wurde die Frage ohne Antwortvorgaben gestellt.



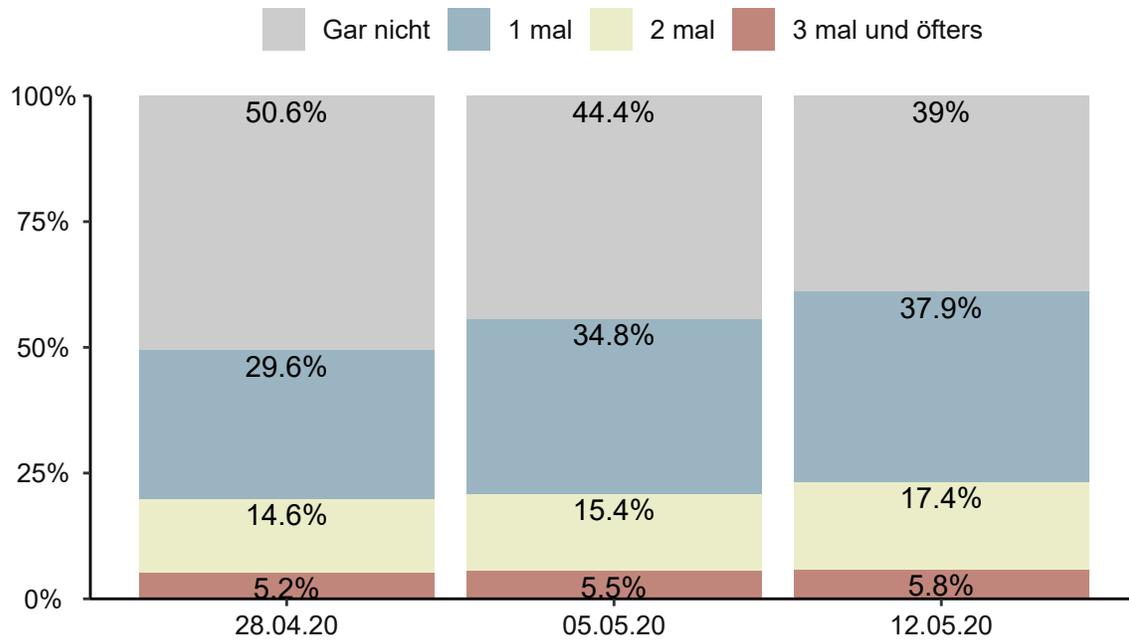
Wie oft waren Sie pro Woche Lebensmittel einkaufen?

Die Angaben beziehen sich bis einschließlich dem 05.05. auf die letzten 4 Wochen.
Ab dem 12.05. beziehen sich die Angaben auf die letzte Woche.



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

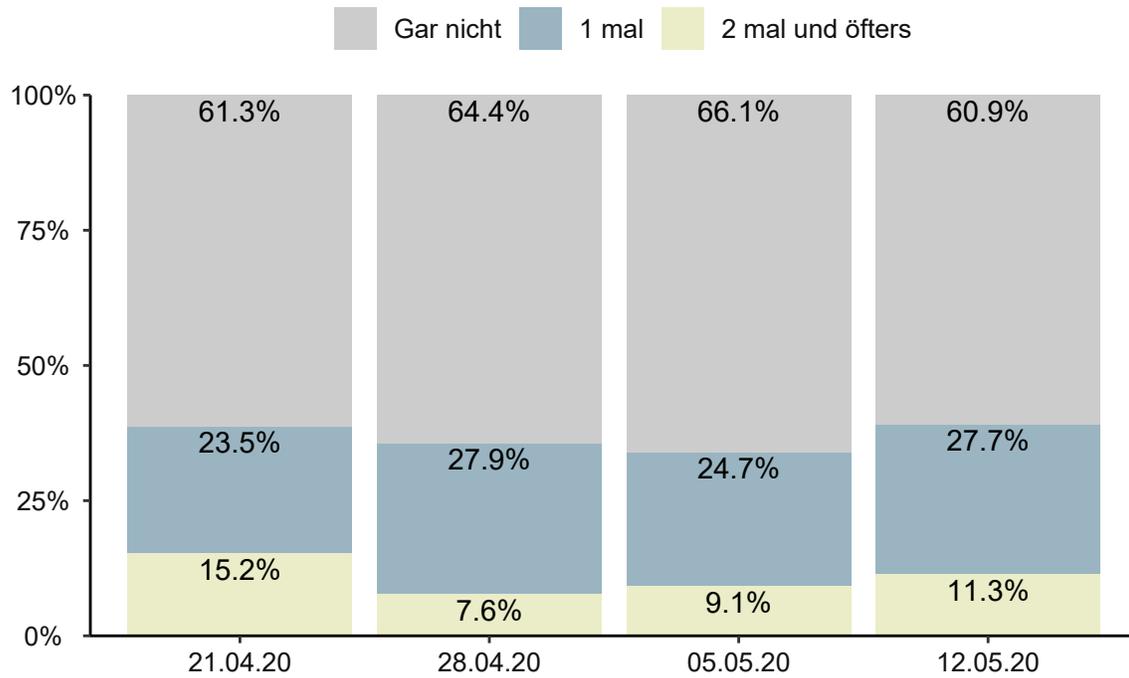
Die Angaben beziehen sich bis einschließlich dem 05.05. auf die letzten 4 Wochen.
Ab dem 12.05. beziehen sich die Angaben auf die letzte Woche.



Wie oft waren Sie im vergangenen Monat beim Arzt?

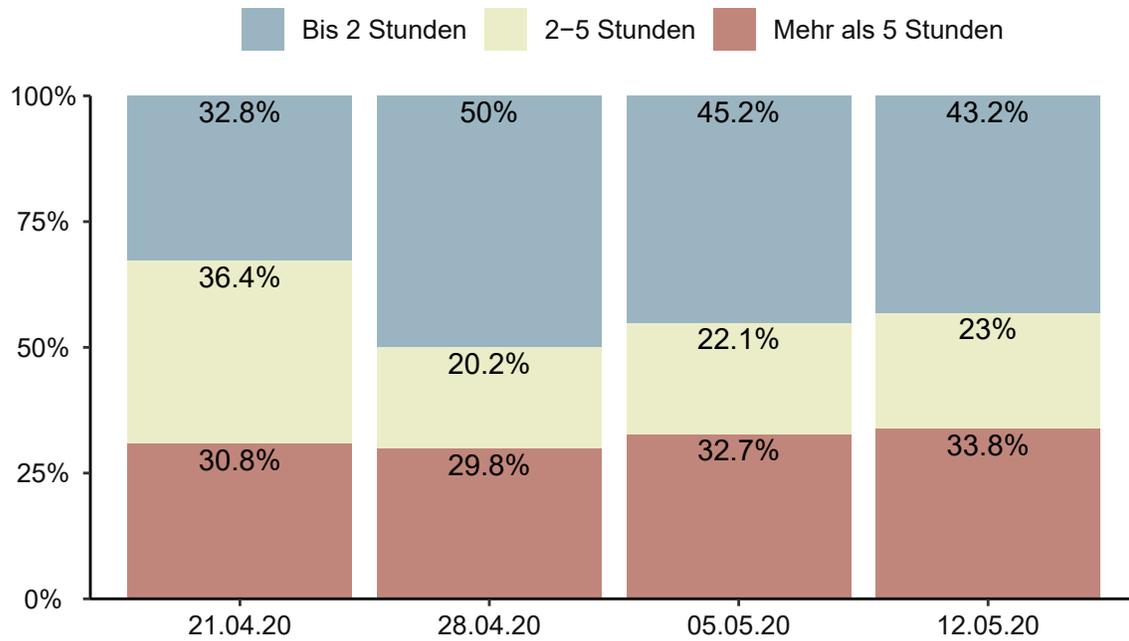
Die Angaben beziehen sich jeweils auf die letzten 4 Wochen.

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.

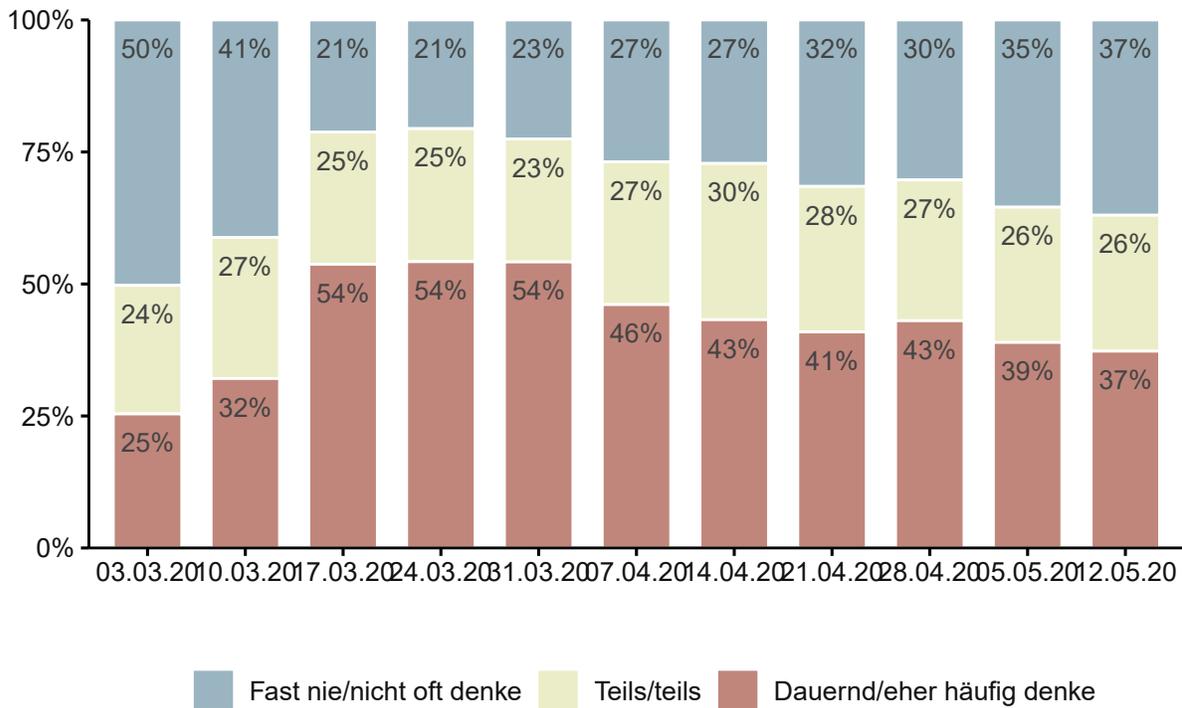


3.2 Corona und Emotionen

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 langsam, aber durchgängig zurück.

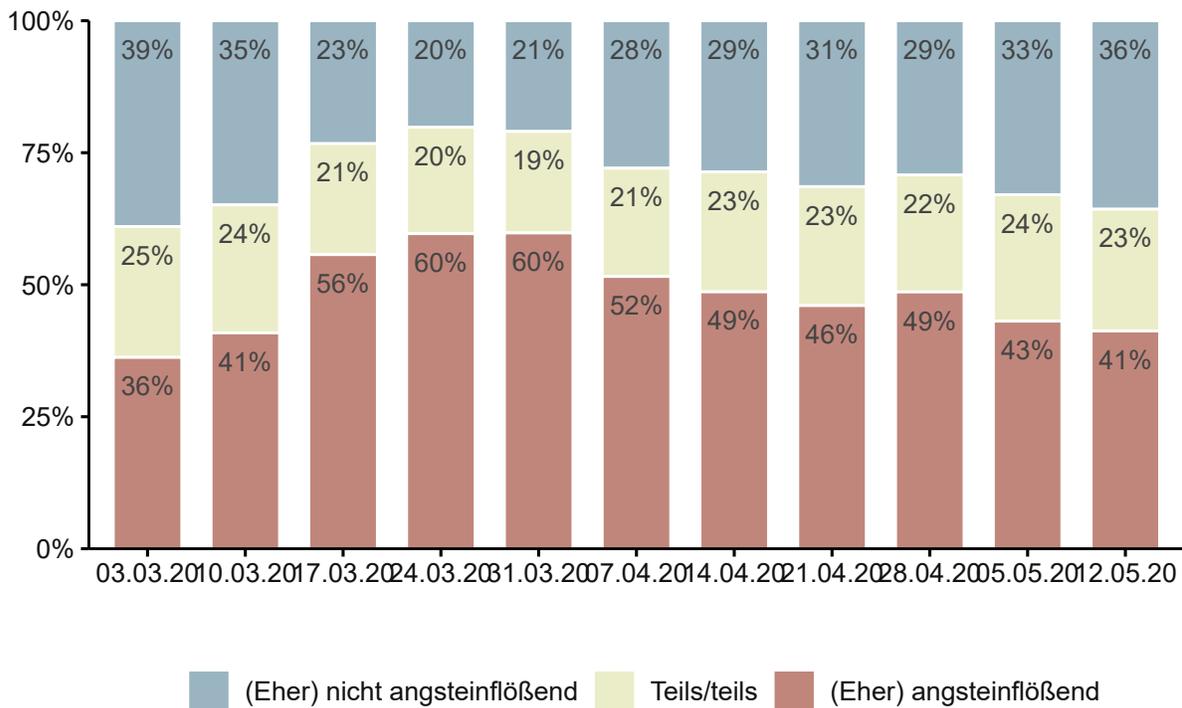
Dominanz des Themas

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



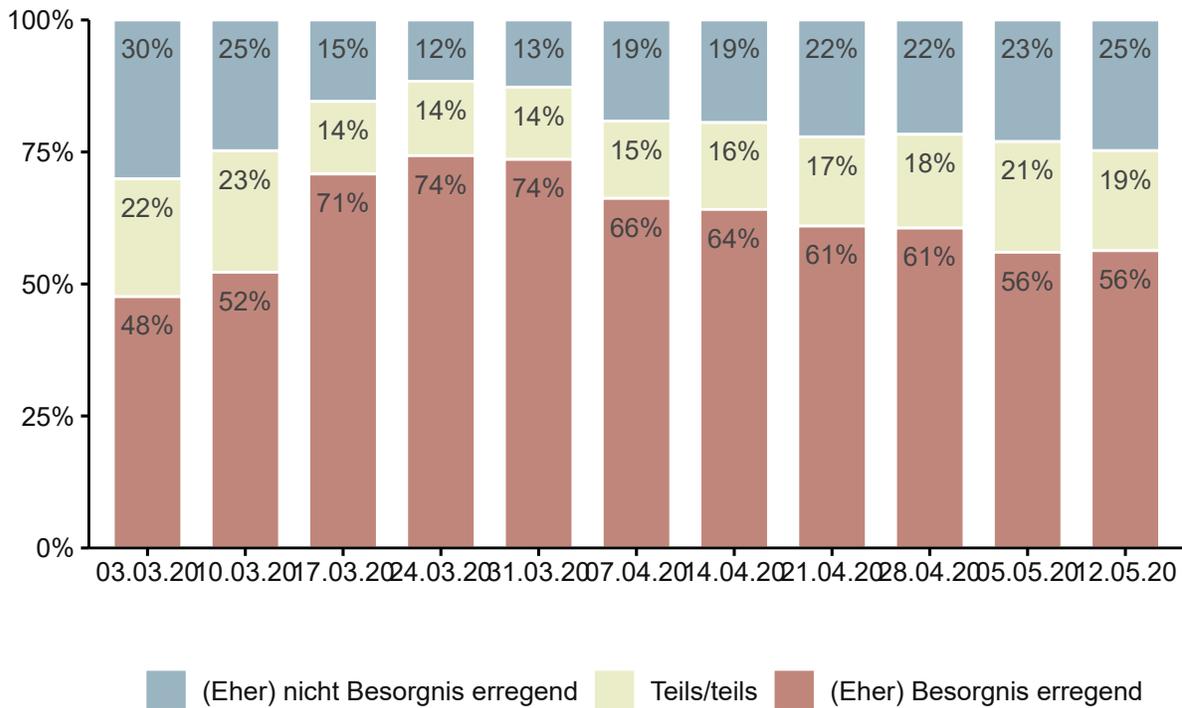
Angst

Das neuartige Coronavirus ist für mich ...



Besorgnis

Das neuartige Coronavirus ist für mich ...



3.3 Sorgen

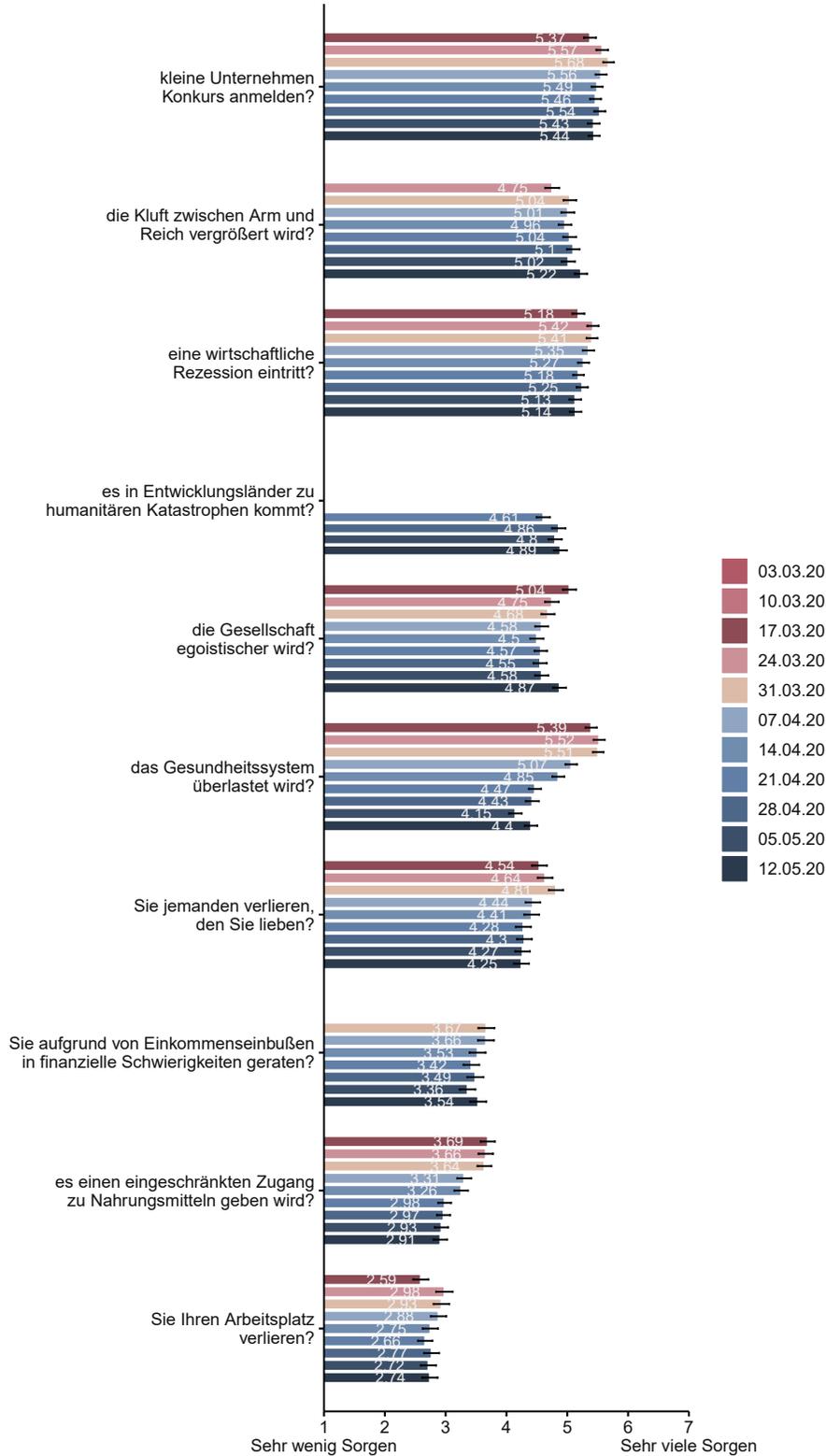
Verschiedene Sorgen können über die Zeit relevant werden. Im Vergleich zur Vorwoche bleiben die meisten relativ stabil. Bei Sorgen um die persönliche finanzielle Lage ist tendenziell ein leichter Anstieg zu verzeichnen, ebenso bei der Überlastung des Gesundheitssystems. Die Sorgen um die Kluft zwischen Arm und Reich erreicht den bisherigen Höchstwert, während die um den Egoismus in der Gesellschaft sich wieder dem Anfangsniveau nähert.

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), Welle 11 n = 984).

4 Wissen und Verhalten

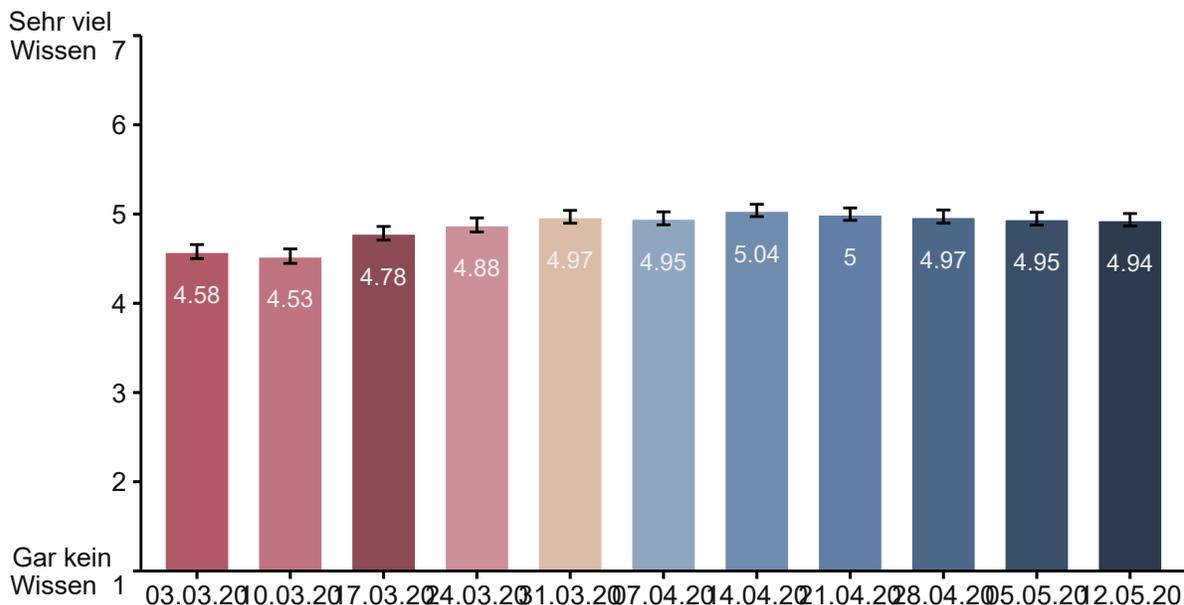
In diesem Abschnitt betrachten wir das Wissen über Schutzmaßnahmen und Faktoren, die relevant sind, damit dieses Verhalten auch umgesetzt wird.

4.1 Gefühltes und echtes Wissen über COVID-19

Die folgende Grafik zeigt den aktuellen Stand und die Veränderung des selbst eingeschätzten und tatsächlichen mittleren Wissens zu COVID-19. Achtung: Selbst eingeschätztes Wissen wurde allgemein abgefragt, tatsächliches Wissen mithilfe von drei Wissensfragen zu Behandlungsoptionen, Übertragung und Inkubationszeit. Das gefühlte Wissen stieg zunächst langsam und bleibt seitdem stabil. Es offenbart Unsicherheiten, die möglicherweise die wissenschaftlichen Unsicherheiten spiegeln. Das tatsächliche Wissen ist konstant hoch.

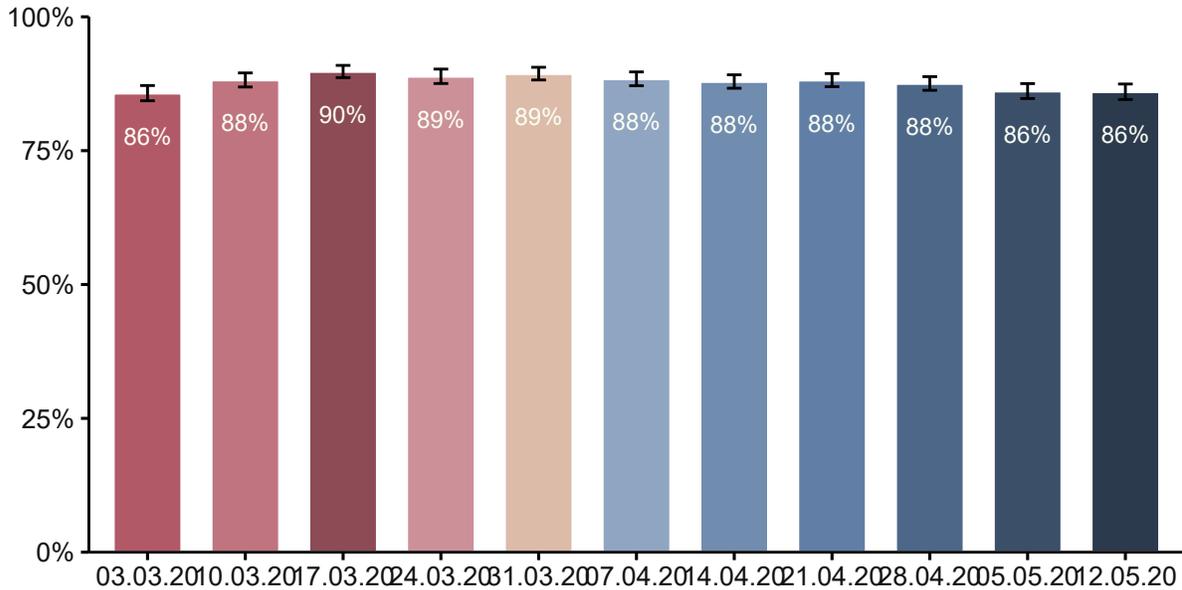
Wahrgenommener Wissensstand über COVID-19

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



Tatsächliches Wissen über COVID-19

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



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

4.2 Wirksame Schutzmaßnahmen

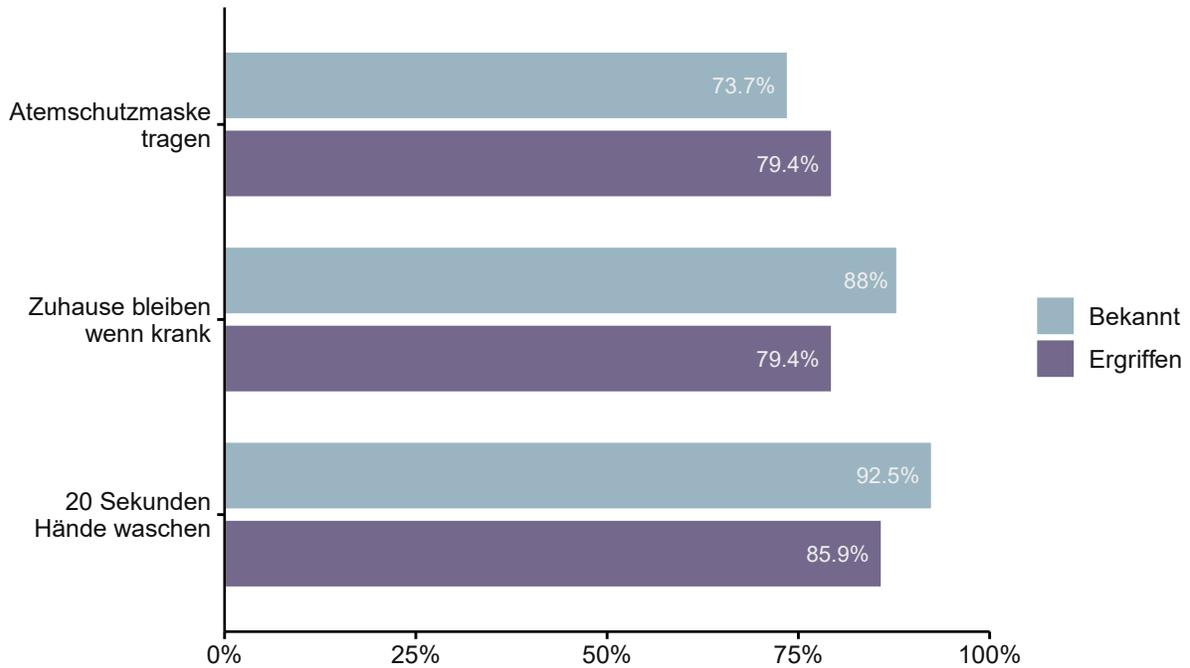
Damit wirksames Schutzverhalten ergriffen werden kann, muss dieses bekannt sein. Die Daten zeigen, dass wesentliche Schutzmaßnahmen sehr gut bekannt sind, aber immer noch nicht durchgängig ergriffen werden.

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

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

Präventivmaßnahmen kennen und ergreifen

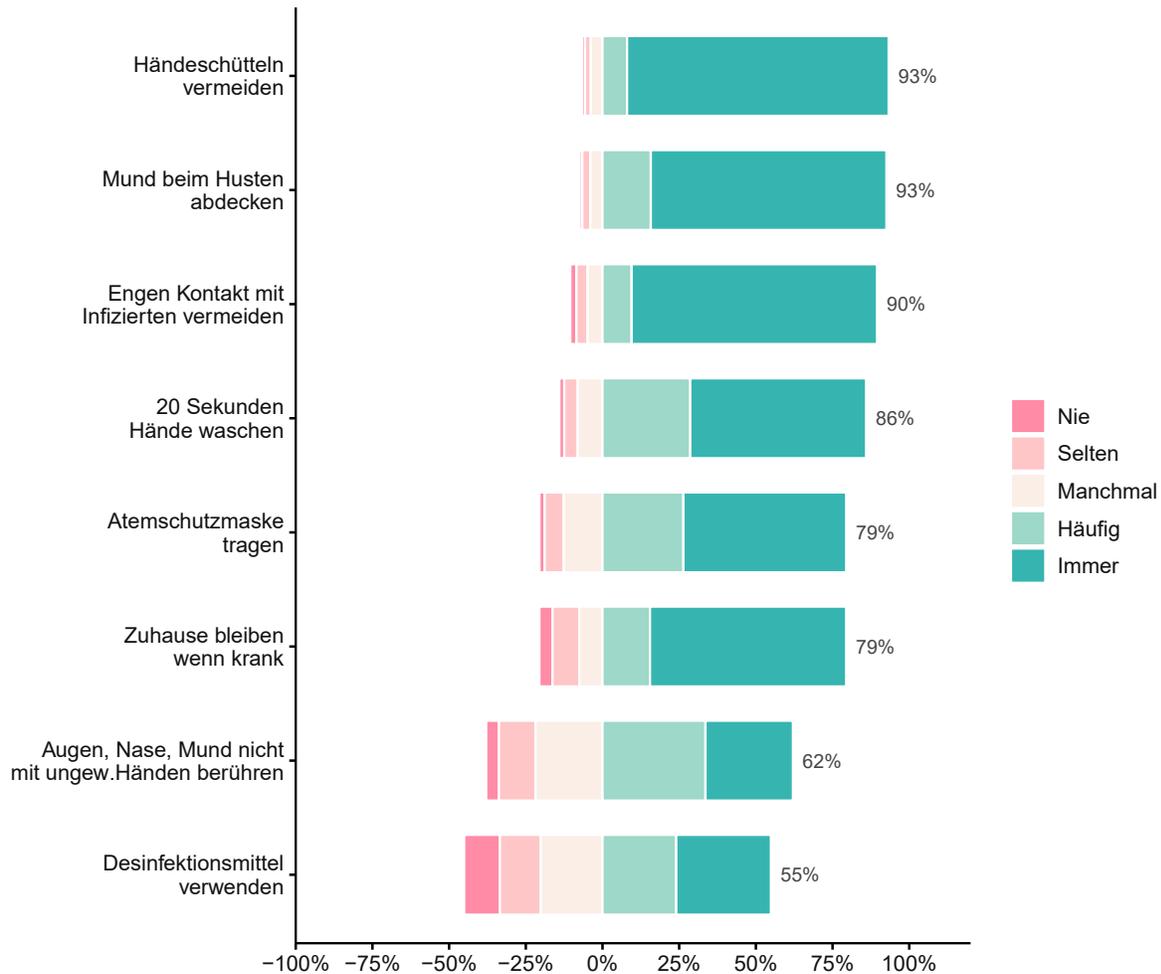
Anteil der Personen, die (a) Präventivmaßnahmen korrekt erkannt haben und (b) diese mindestens häufig einsetzen (falls anwendbar).
Ergebnisse der aktuellen Welle (12.05.20)



Im untenstehenden Diagramm ist die Häufigkeit einzelner Verhaltensweisen dargestellt. *Hinweis: Jeder Balken veranschaulicht die Häufigkeitsverteilung für jene Personen, auf die das Verhalten anwendbar ist und ergibt 100%. Je breiter ein Balkenabschnitt ist, desto mehr Personen gaben an, das Verhalten in der jeweiligen Häufigkeit ausgeführt zu haben. Die Prozentangabe auf der rechten Seite der grünen Balkenabschnitte gibt den Anteil der Personen an, die ein Verhalten „immer“ oder „häufig“ zeigen, z. B. vermeiden 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. verwenden 45% nie, selten oder manchmal Desinfektionsmittel.*

Häufigkeit ergriffener Präventivmaßnahmen

Falls anwendbar. Ergebnisse der aktuellen Welle (12.05.20)



4.3 Offizielle Verfügungen

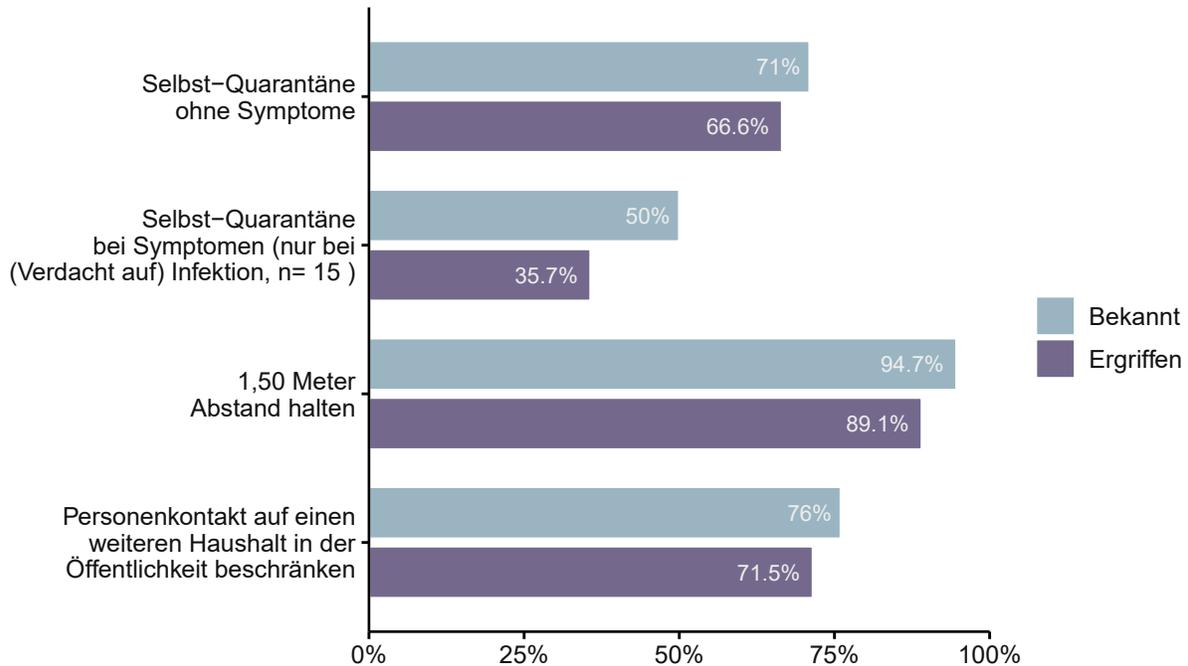
Damit die offiziellen Verfügungen umgesetzt werden können, müssen sie hinreichend bekannt sein. Die Daten zeigen, dass wesentliche Verfügungen sehr gut bekannt sind, aber immer noch nicht durchgängig ergriffen werden.

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

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

Offizielle Verfügungen kennen und befolgen

Anteil der Personen, die (a) offizielle Verfügungen korrekt erkannt haben und (b) diese mindestens häufig befolgen (falls anwendbar).
Ergebnisse der aktuellen Welle (12.05.20)

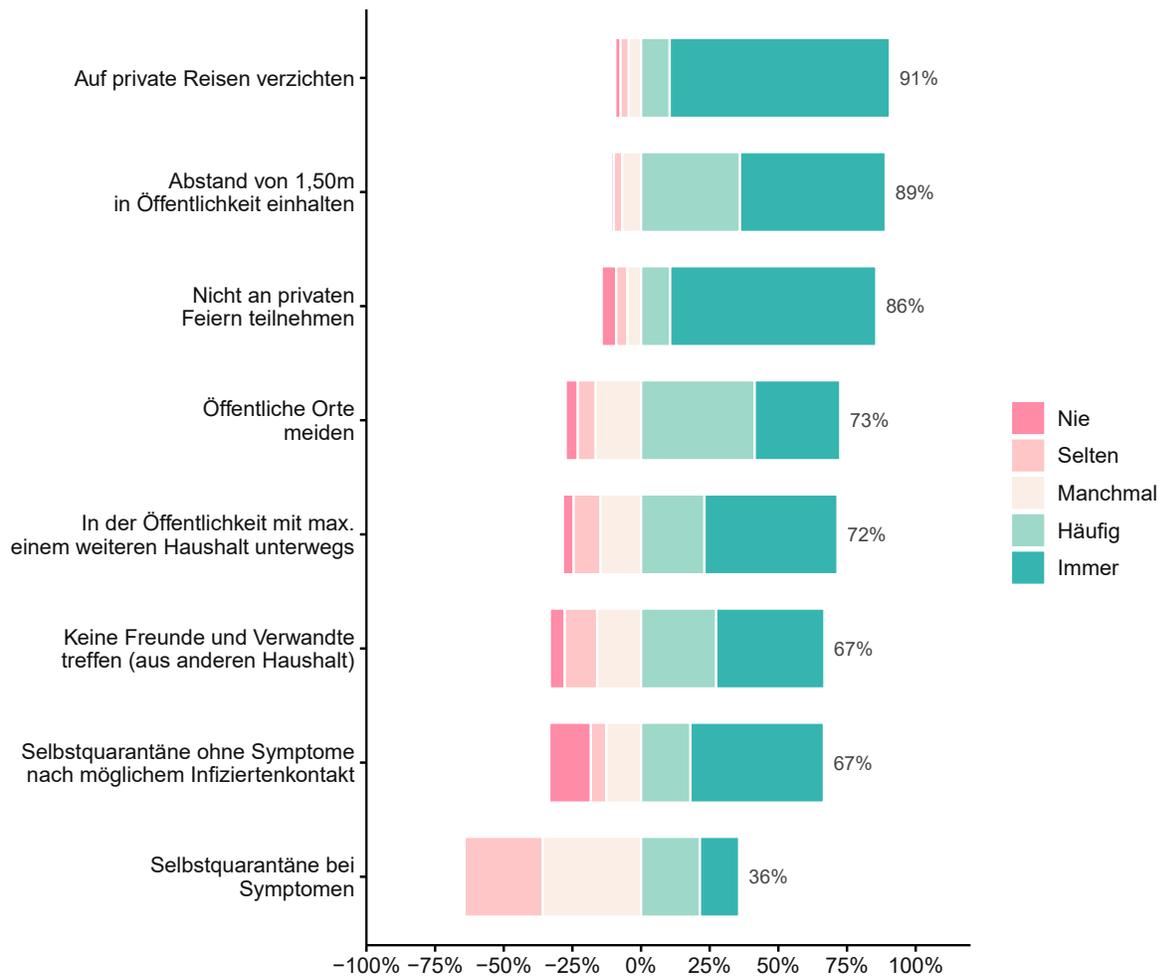


Im untenstehenden Diagramm ist die Häufigkeit einzelner Verhaltensweisen dargestellt.

Hinweis: Jeder Balken veranschaulicht die Häufigkeitsverteilung für jene Personen, auf die das Verhalten anwendbar ist und ergibt 100%. Je breiter ein Balkenabschnitt ist, desto mehr Personen gaben an, das Verhalten in der jeweiligen Häufigkeit ausgeführt zu haben. Die Prozentangabe auf der rechten Seite der grünen Balkenabschnitte gibt den Anteil der Personen an, die ein Verhalten „immer“ oder „häufig“ zeigen, z. B. halten 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 64% nie, selten oder manchmal in die Selbstquarantäne, wenn sie keine Symptome zeigen.

Häufigkeit des Verhaltens gemäß offizieller Verordnungen

Falls anwendbar. Ergebnisse der aktuellen Welle (12.05.20)



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, die Vertrauen in Behörden haben, bei denen negative Emotionen dominieren, mehr über Schutzmaßnahmen oder Verfügungen wissen, Kinder unter 18 Jahren haben, und die Krankheit als schwerwiegender 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.

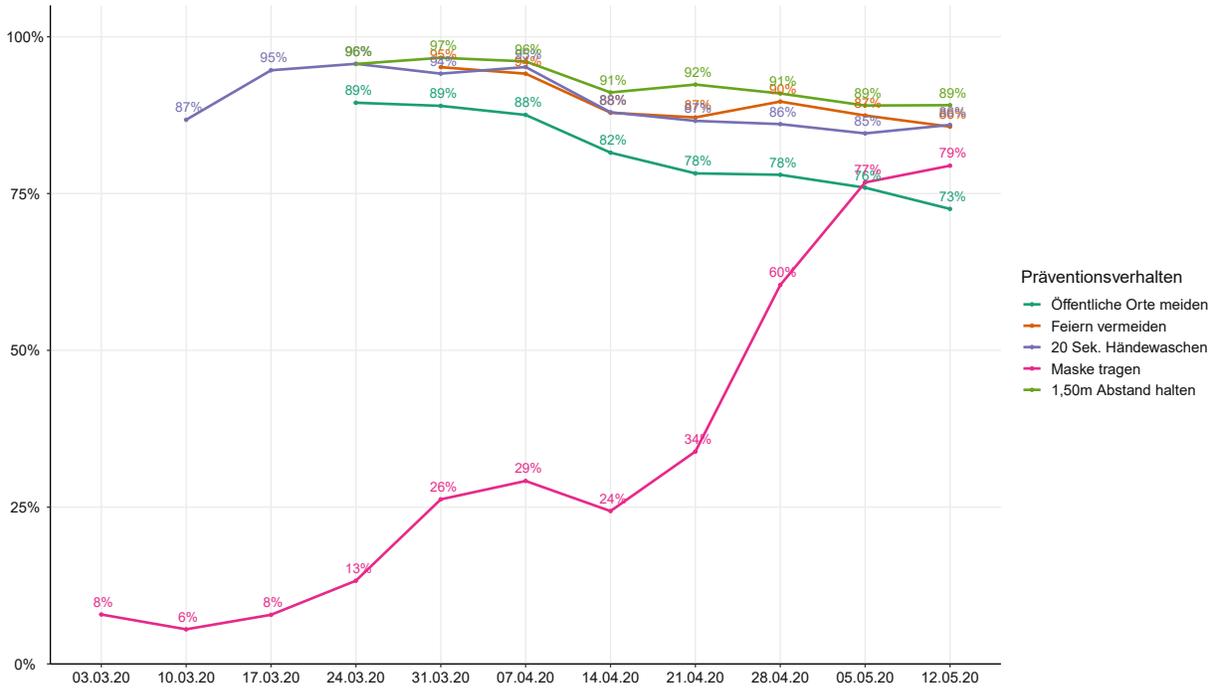
	Öffentliche Orte meiden			
	OR	CI-	CI+	p
(Intercept)	0.04	0.016	0.084	<.001
Geschlecht: weiblich	1.31	0.972	1.773	.076
COMMUNITYMittelstadt	1.07	0.718	1.589	.754
COMMUNITYGroßstadt	0.74	0.529	1.034	.078
Vertrauen in Behörden	1.14	1.035	1.256	.008
Dominanz negativer Emotionen	1.27	1.106	1.452	.001
Wissen über effektive Schutzmaßnahmen	3.85	1.916	7.813	<.001
Wissen über offizielle Verfügungen	4.32	2.254	8.331	<.001
Keine Kinder unter 18 Jahren (vs. Kinder unter 18 Jahren)	0.70	0.494	0.978	.039
Schweregrad	1.14	1.023	1.269	.018

Befolgen der Maßnahmen im Zeitverlauf

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

Maßnahmen ergreifen

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



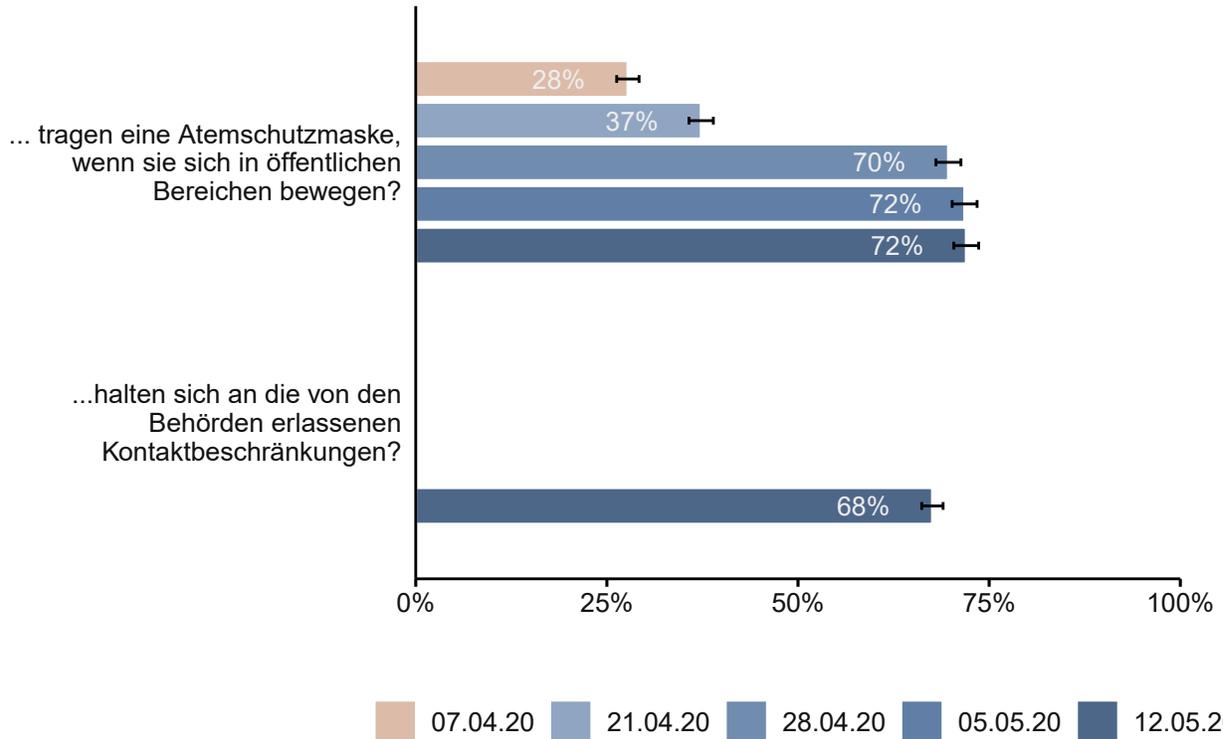
4.4 Soziale Normen

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

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

Was glauben Sie, wieviel Prozent der Deutschen...

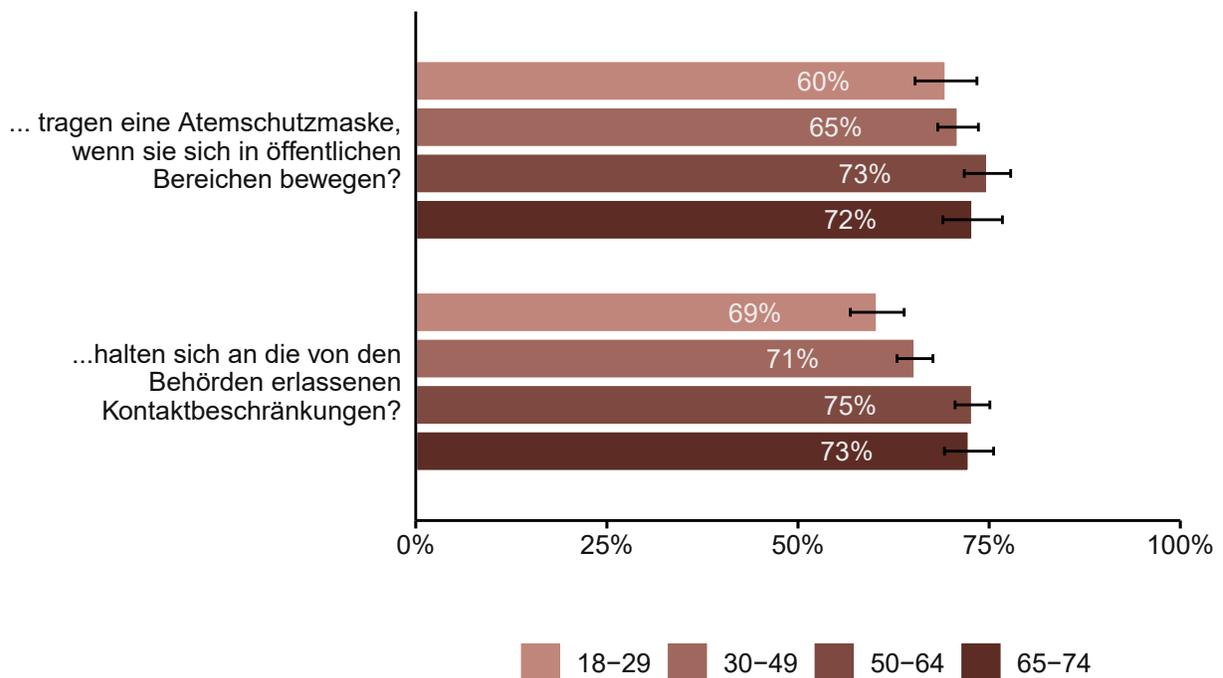
Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



Was glauben Sie, wieviel Prozent der Deutschen...

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.

Aktuelle Erhebungswelle (12.05.20)



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

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

- und selbst sich höchstens mit Personen aus einem anderen Haushalt in der Öffentlichkeit bewegt (unter Beachtung des Mindestabstands von 1,5m): 0.11

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

- und selbst eine Atemschutzmaske tragen: 0.31

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,
- im Gesundheitssektor arbeitet,
- wer weniger wahrgenommenes Wissen aufweist,
- wer Vertrauen in die Behörden hat,
- wer die Krankheit als näher wahrnimmt,
- wer negativere Gefühl bezogen auf Corona hat.

Schweregrad

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

Eine **eher schwerwiegende Erkrankung** erwartet

- wer älter ist,
- wer Vertrauen in die Behörden hat,
- wer chronisch krank ist,
- wer das Ausbruchsgeschehen nicht als Medienhype wahrnimmt,
- wer negativere Gefühl bezogen auf Corona hat,

- wer die Krankheit als schneller ausbreitend wahrnimmt,
- wer mehr über effektive Schutzmaßnahmen weiß.

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 Vertrauen in die Behörden hat,
- wer weniger Vertrauen in den Gesundheitssektor hat,
- wer die Krankheit als näher wahrnimmt,
- wer das Ausbruchsgeschehen nicht als Medienhype wahrnimmt,
- wer weniger Wissen über die Krankheit hat,
- wer chronisch krank ist,
- bei wem die Situation negativere Emotionen auslöst.

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 (R²). 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	0.24	0.170	0.306	<.001					0.09	0.028	0.153	.005
Wahrgenommener Medienhype					-0.11	-0.169	-0.060	<.001	-0.07	-0.131	-0.013	.018
Wahrgenommene Ausbreitungsgeschwindigkeit					0.05	0.003	0.105	.038				
Dominanz negativer Emotionen	0.12	0.050	0.187	.001	0.34	0.286	0.393	<.001	0.31	0.248	0.377	<.001
Alter	-0.16	-0.217	-0.100	<.001	0.25	0.194	0.298	<.001	0.04	-0.014	0.097	.139
Chronisch krank (vs. nicht chronisch krank)					0.25	0.198	0.300	<.001	0.25	0.193	0.303	<.001
Geschlecht: weiblich					-0.04	-0.094	0.005	.079				
Beruf im Gesundheitssektor	0.09	0.035	0.151	.002								
Infizierte im persönlichen Umfeld					-0.04	-0.086	0.014	.158				
Mittleres Wissen COVID-19									-0.07	-0.124	-0.015	.012
Wissen über effektive Schutzmaßnahmen					0.07	0.012	0.119	.016				
Wahrgenommenes Wissen	-0.06	-0.121	-0.002	.042								
Vertrauen in Behörden	0.14	0.054	0.221	.001	0.11	0.035	0.185	.004	0.18	0.097	0.257	<.001
Vertrauen in Gesundheitssektor	-0.06	-0.146	0.017	.123	-0.07	-0.138	0.002	.058	-0.09	-0.163	-0.010	.027

¹ R² = .158, Adj. R² = .152

² R² = .392, Adj. R² = .386

³ R² = .281, Adj. R² = .275

6 Informationsverhalten

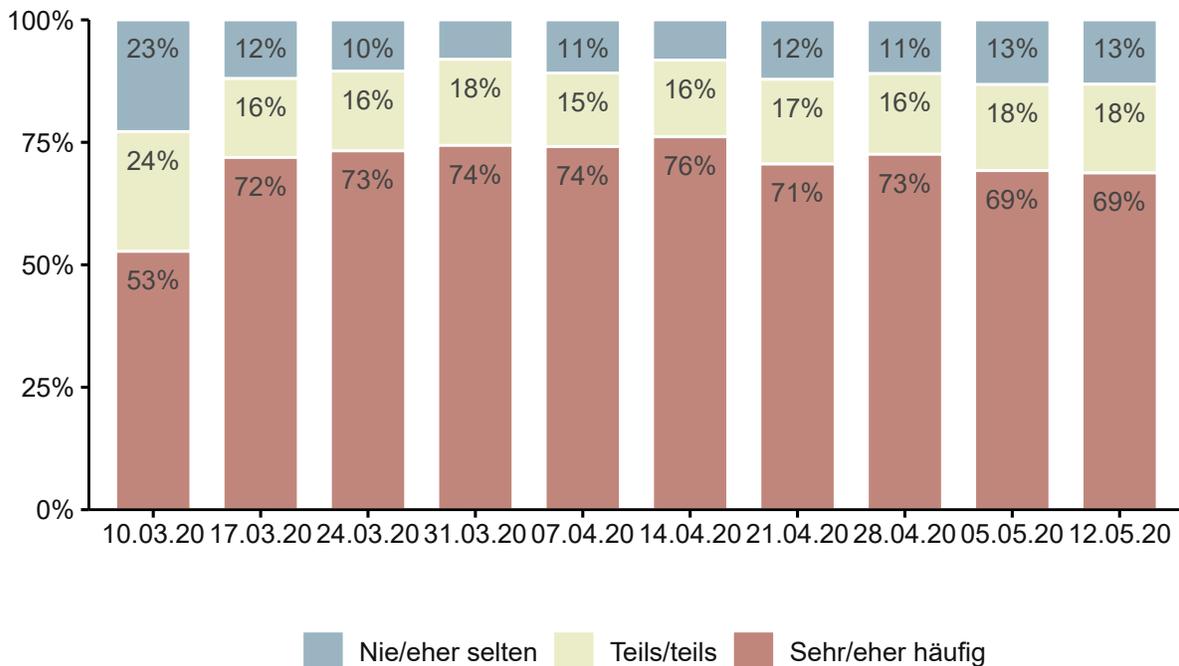
Um nachvollziehen zu können, wie die Bevölkerung sich zum Thema Corona informiert, diese Informationen wahrnimmt und gegebenenfalls auf ihre Handlungsweisen überträgt, wurden verschiedene Aspekte des Informationsverhaltens erfragt.

6.1 Häufigkeit

Es wurde erhoben, wie häufig sich Personen zum Thema informieren. Über die letzten Wochen blieb das Niveau relativ stabil und sinkt nun tendenziell.

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

Erhoben ab Welle 2 (10.03.2020).

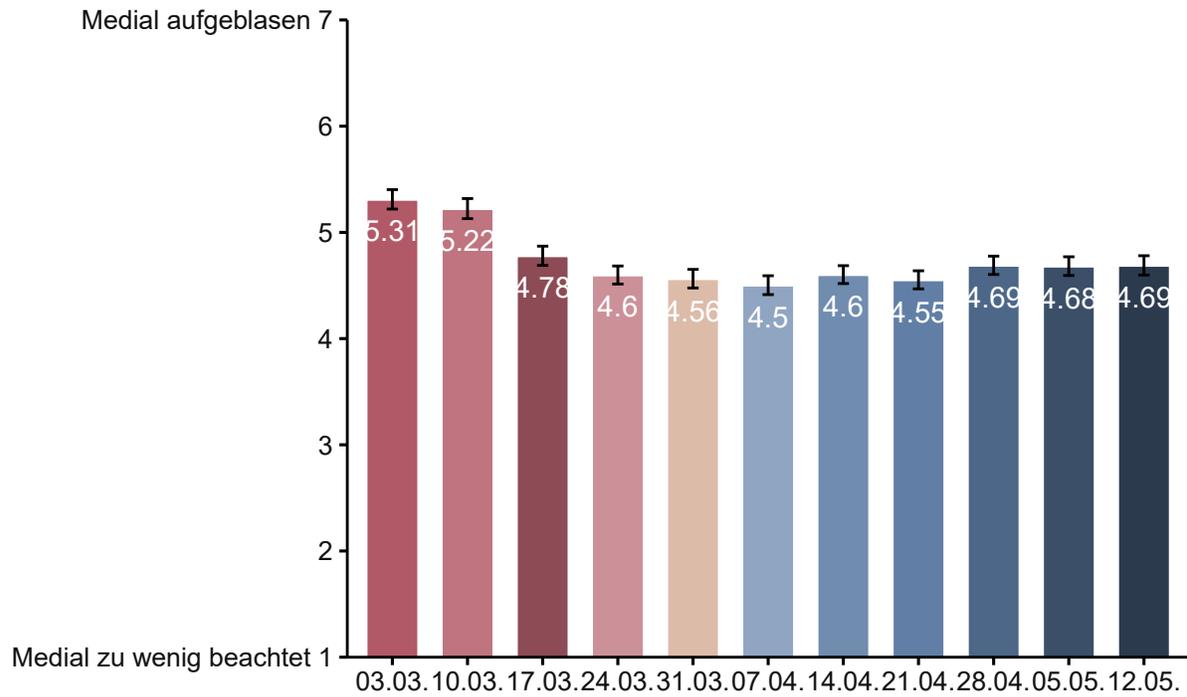


6.2 Corona als Medien-Hype

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

Das neuartige Coronavirus ist für mich...

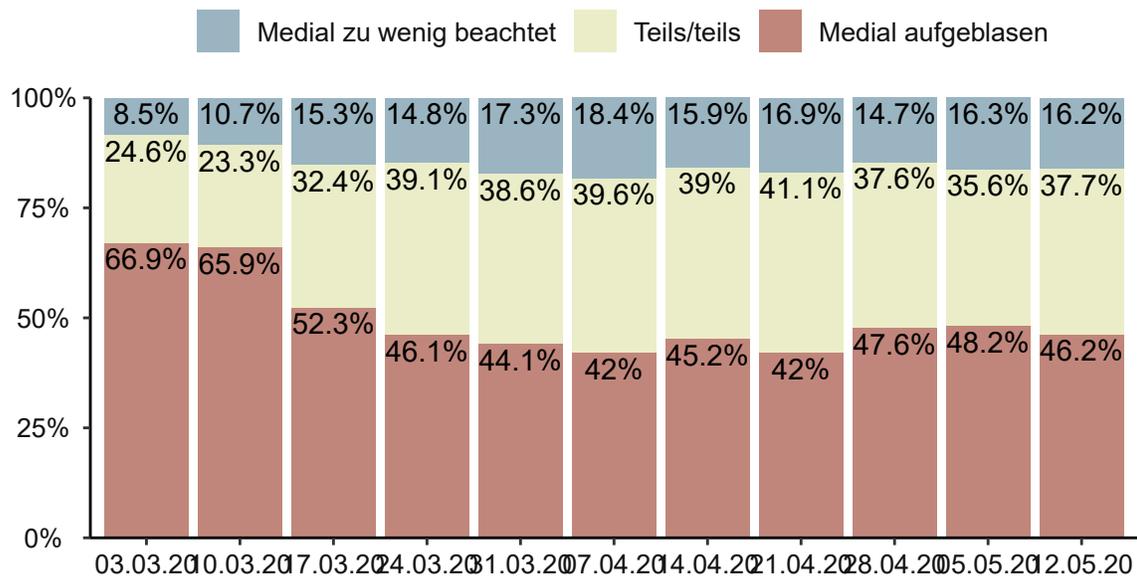
Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle



Wahrnehmung der derzeitigen Corona-Situation als Medienhype

Bewertung auf einer 7-Punkte Skala
(1 = Medial zu wenig beachtet bis 7 = Medial aufgeblasen)

Abweichung von 100% können wegen Rundung zustande kommen



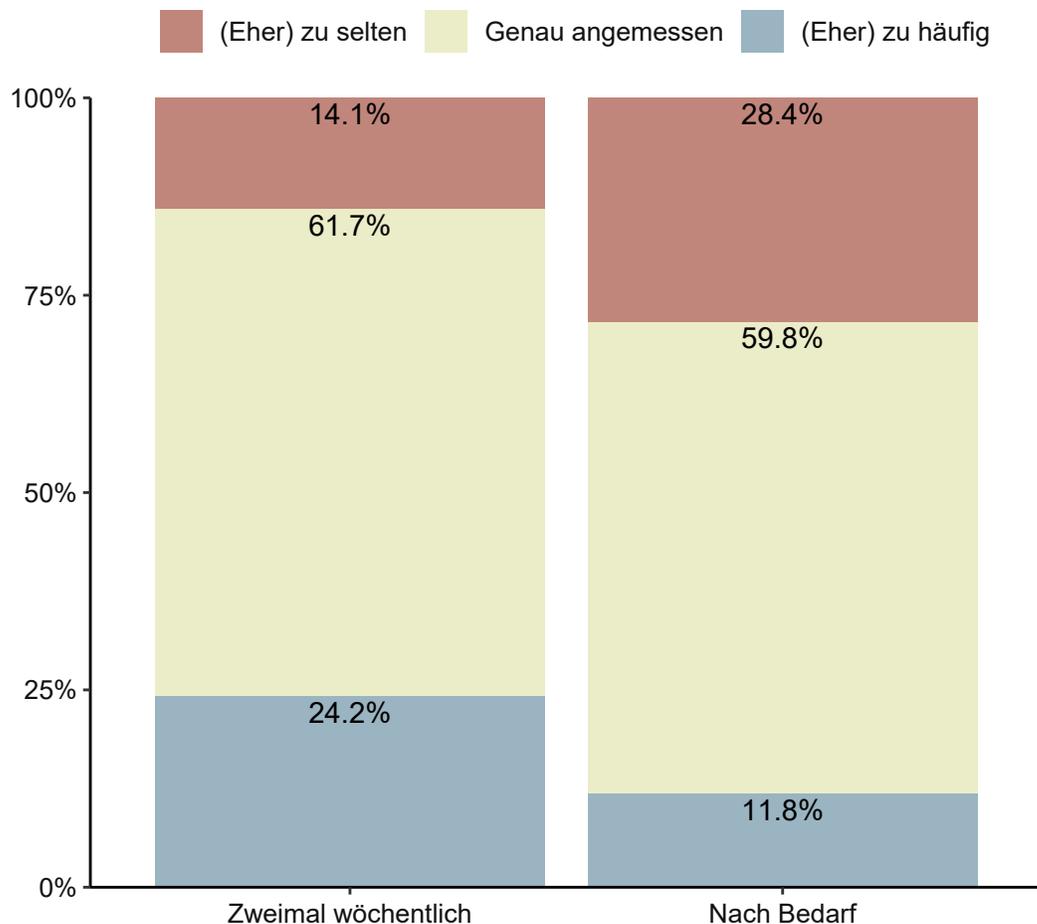
6.3 Rhythmus der Pressekonferenzen des RKI

Das Robert Koch-Institut hat vor kurzem entschieden, die Pressekonferenzen zum Verlauf der Coronavirus-Pandemie nicht mehr regelmäßig (Zweimal die Woche) sondern ab sofort nach Bedarf (bei besonderen Ereignissen) durchzuführen. Die Befragungsteilnehmenden wurden um ihre Einschätzung gebeten, wie sie den jeweiligen Rhythmus empfinden.

Jeweils etwa 60 % der Befragungsteilnehmenden fanden beide Rhythmen angemessen. Der Anteil an Befragten, die eine Pressekonferenz nach Bedarf als (eher) zu selten empfanden (28 %) war im Vergleich zum zweiwöchentlichen Rhythmus (14 %) doppelt so hoch.

Rhythmus der Pressekonferenzen des RKI

Abweichung von 100% können wegen Rundung zustande kommen
Ergebnisse der aktuellen Welle (12.05.20)



7 Ausbruchs-Management

Vertrauen

Die folgenden Grafiken beschreiben das Vertrauen der Bevölkerung in verschiedene Institutionen aus unterschiedlichen Bereichen des privaten und öffentlichen Lebens. Dazu gehört der Gesundheitssektor, Behörden, Medien, die eigene Arbeitsumwelt, die Wissenschaft und die Bundesregierung sowie die WHO. Auf einer Skala von *sehr wenig Vertrauen* bis *sehr viel Vertrauen* wurde bewertet, wie viel Vertrauen den Personen und Organisationen im Umgang mit der Corona-Krise zukommt.

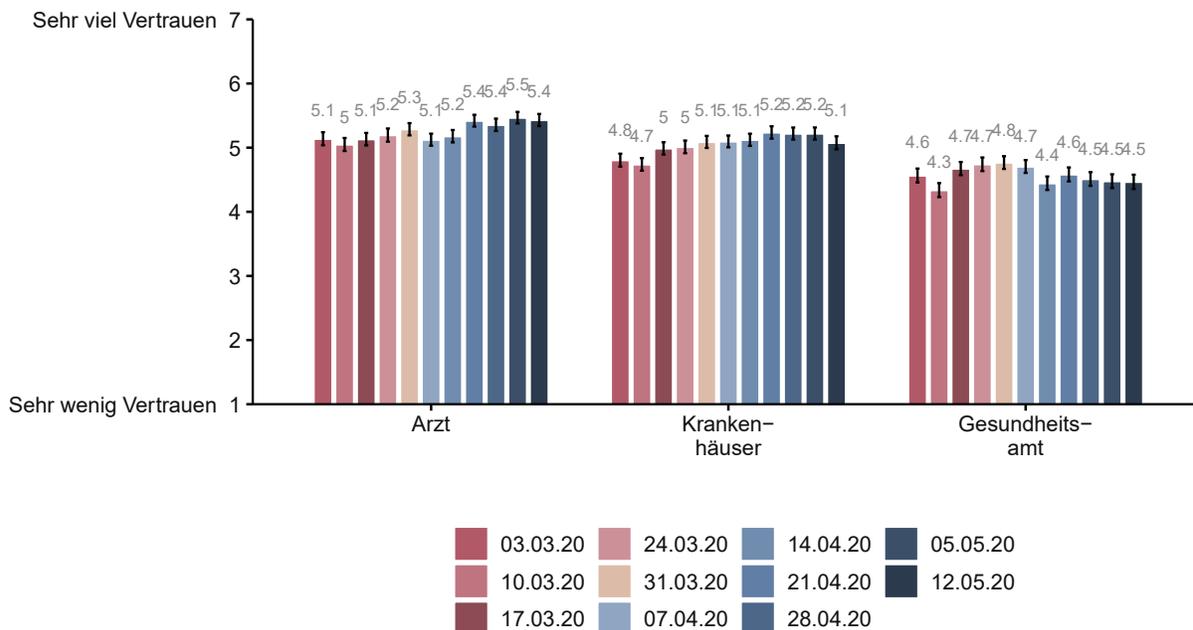
Das Vertrauen in die Wissenschaft, die Bundesregierung und die WHO ist relativ stabil, während das Vertrauen in Behörden, den Gesundheitssektor und die Medien leichten Schwankungen unterliegt. In den letzten Wochen scheint das persönliche Umfeld der Menschen (Arzt, Betriebsarzt, Arbeitsstelle) an Bedeutung gewonnen zu haben.

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.

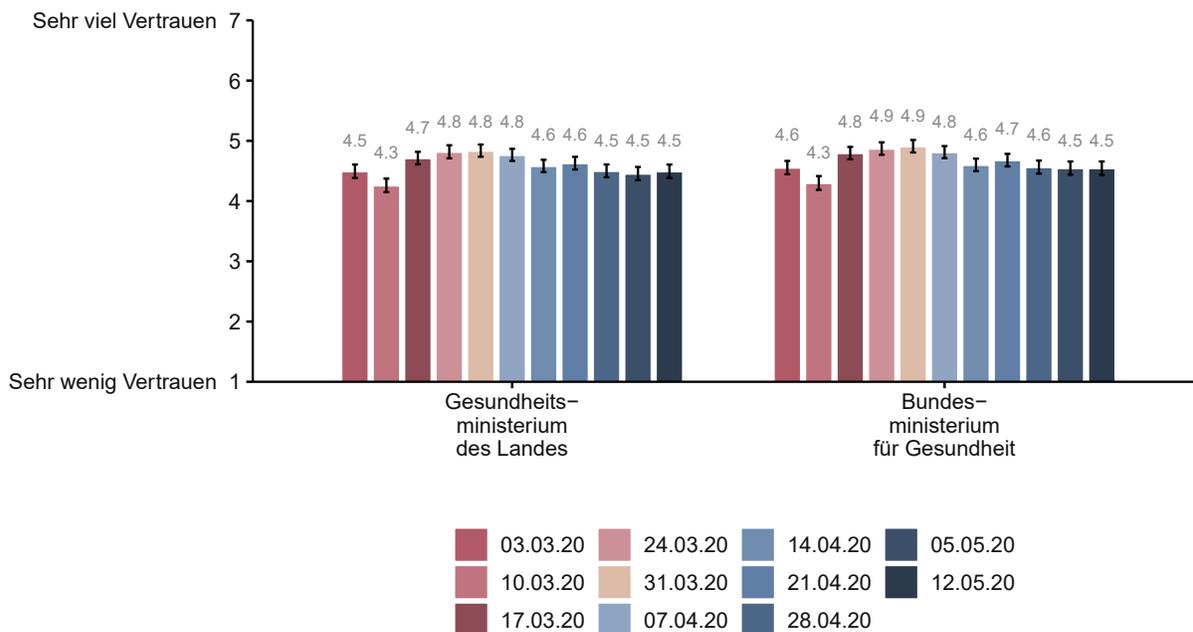
Vertrauen (1): Gesundheitssektor

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



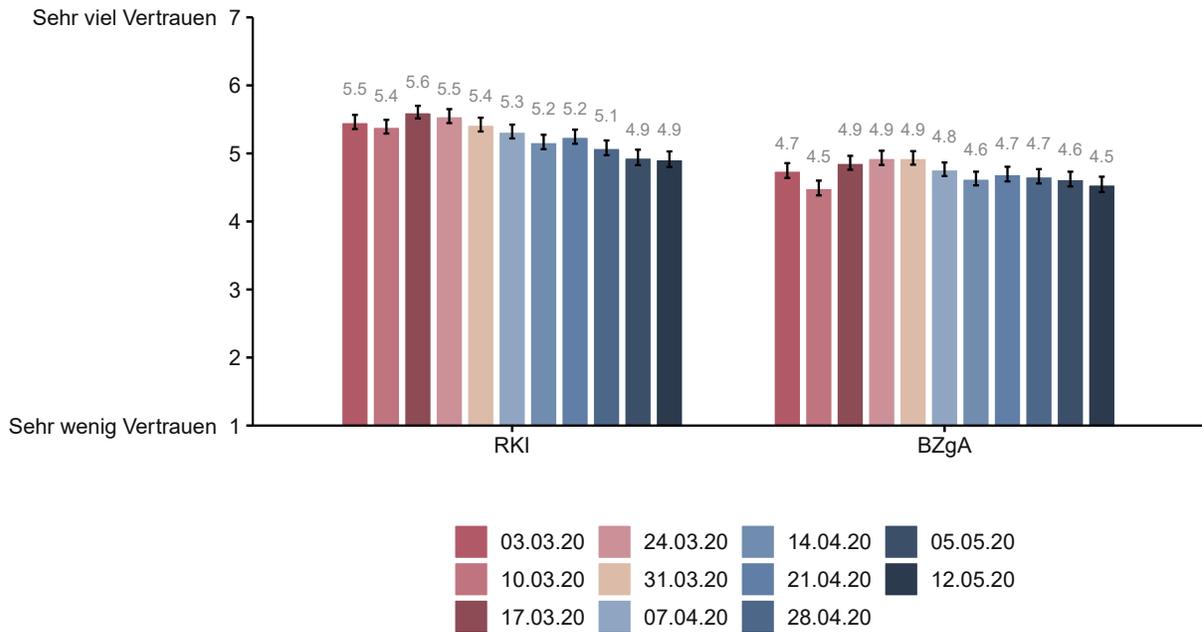
Vertrauen (2): Behörden

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



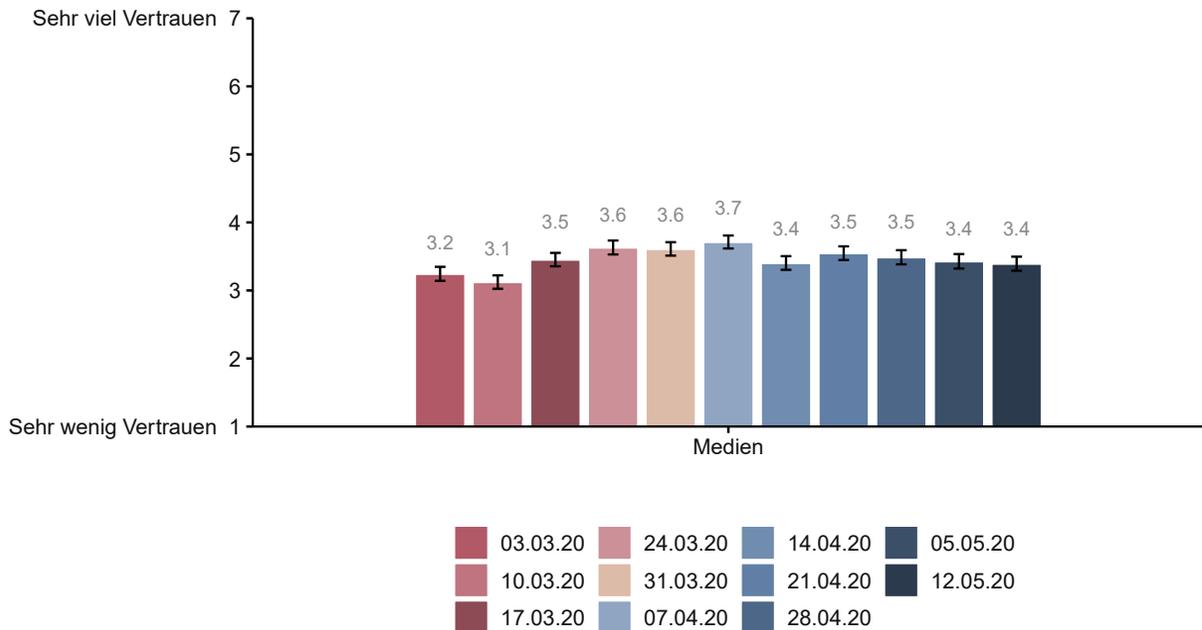
Vertrauen (2): Behörden

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



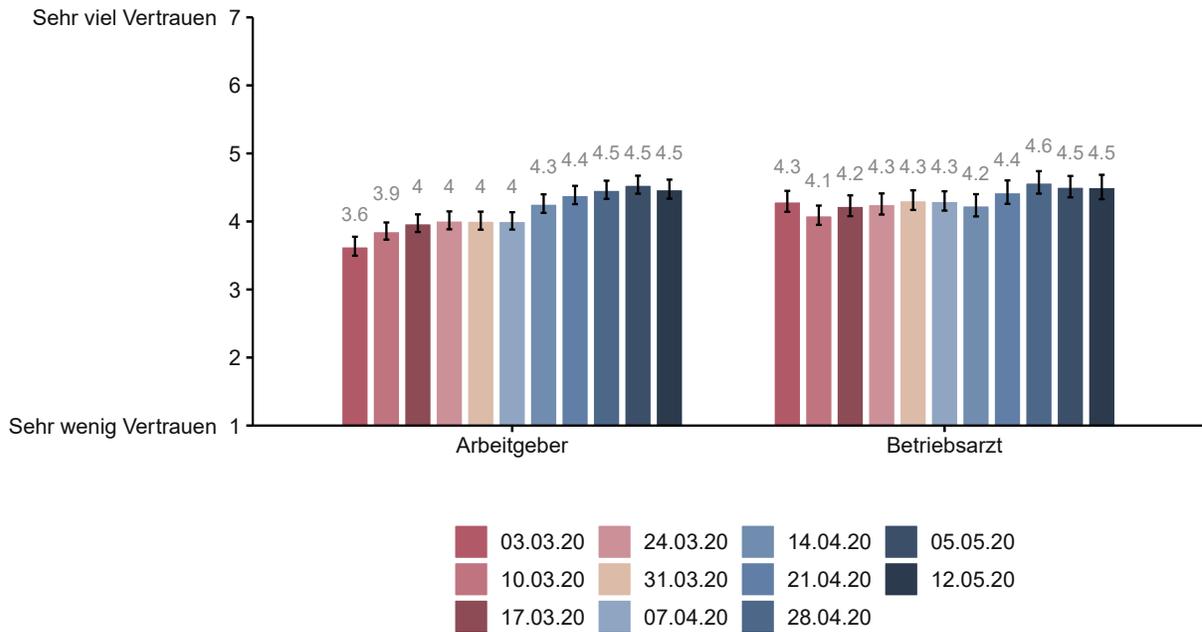
Vertrauen (3): Medien

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



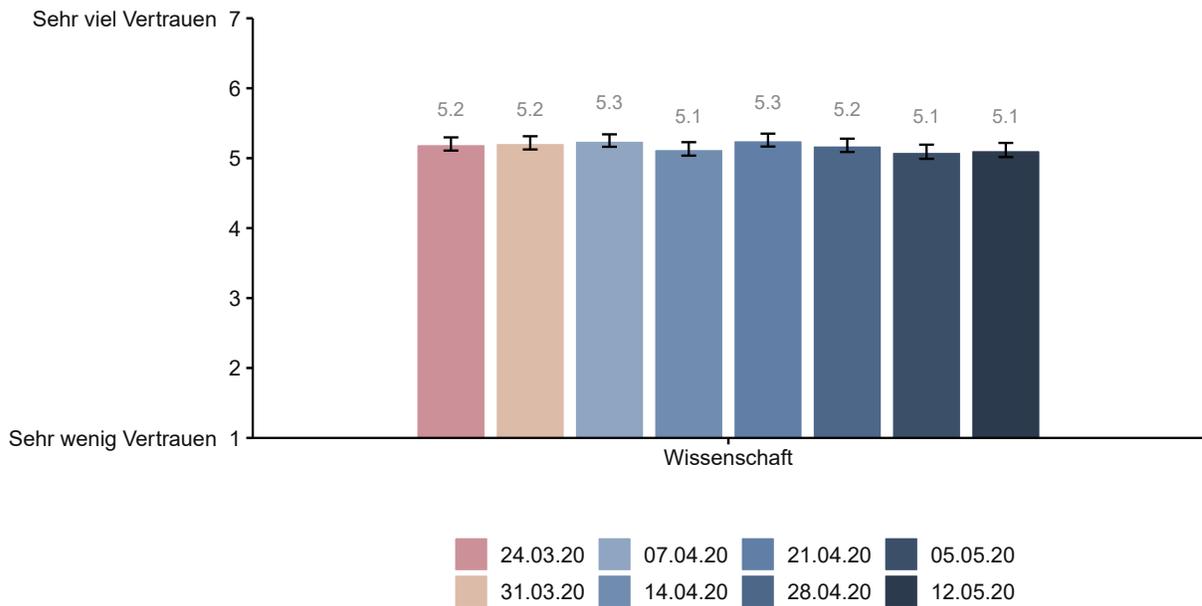
Vertrauen (4): Arbeitsumwelt

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



Vertrauen (5): Wissenschaft

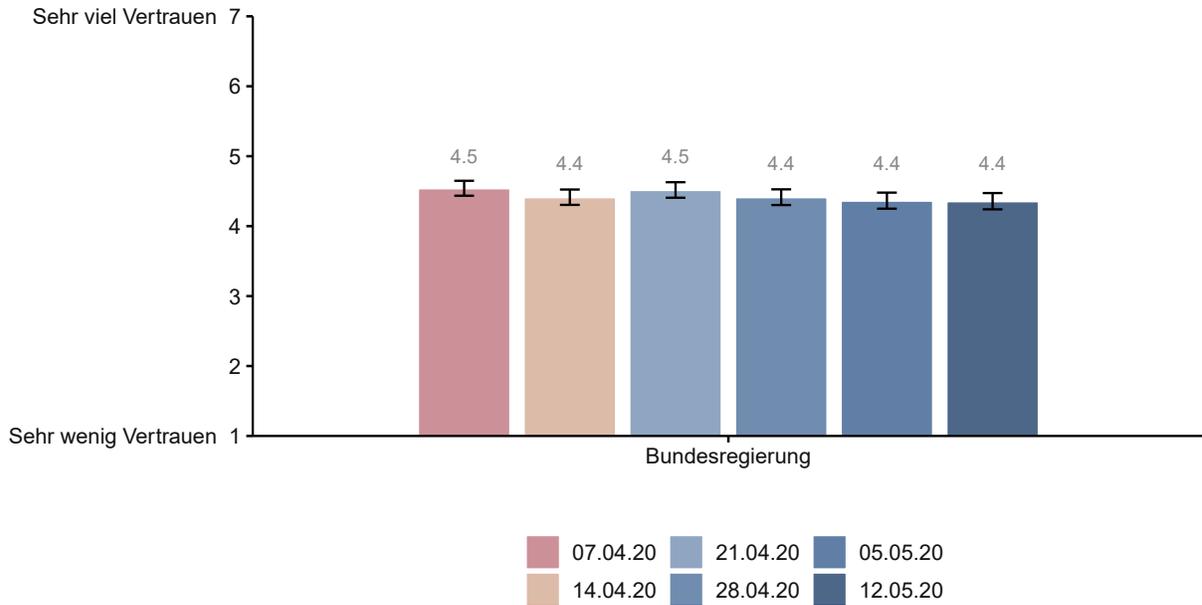
Ab Welle 4 erhoben.
Bewertet auf einer Skala von 1 (sehr wenig Vertrauen) bis 7 (sehr viel Vertrauen). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



Vertrauen (6): Bundesregierung

Ab Welle 6 erhoben.

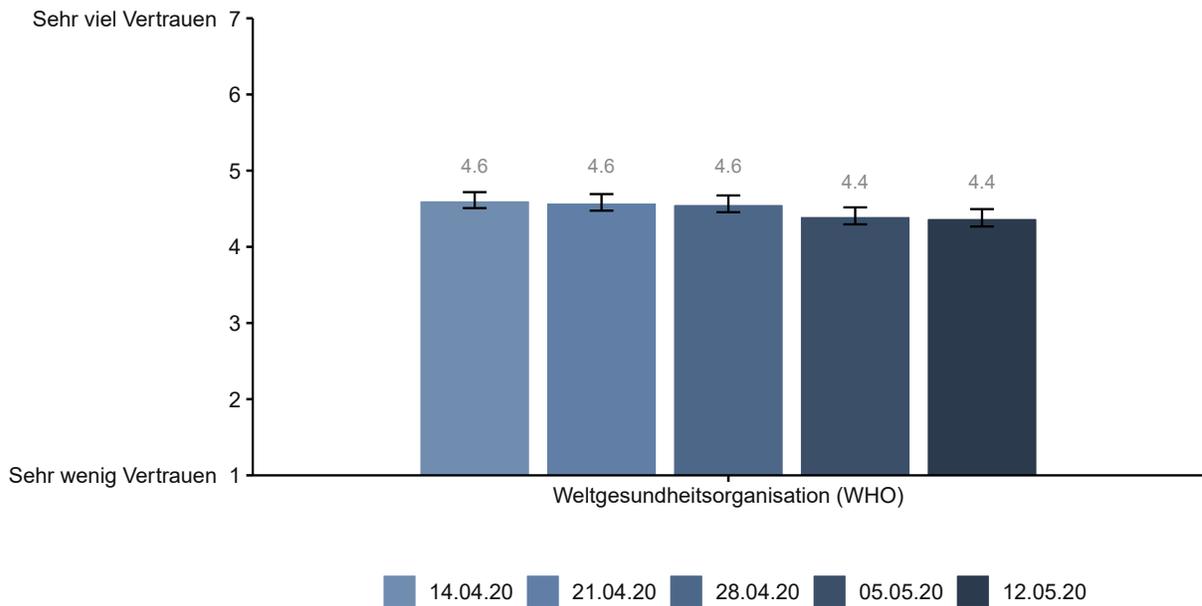
Bewertet auf einer Skala von 1 (sehr wenig Vertrauen) bis 7 (sehr viel Vertrauen). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



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.

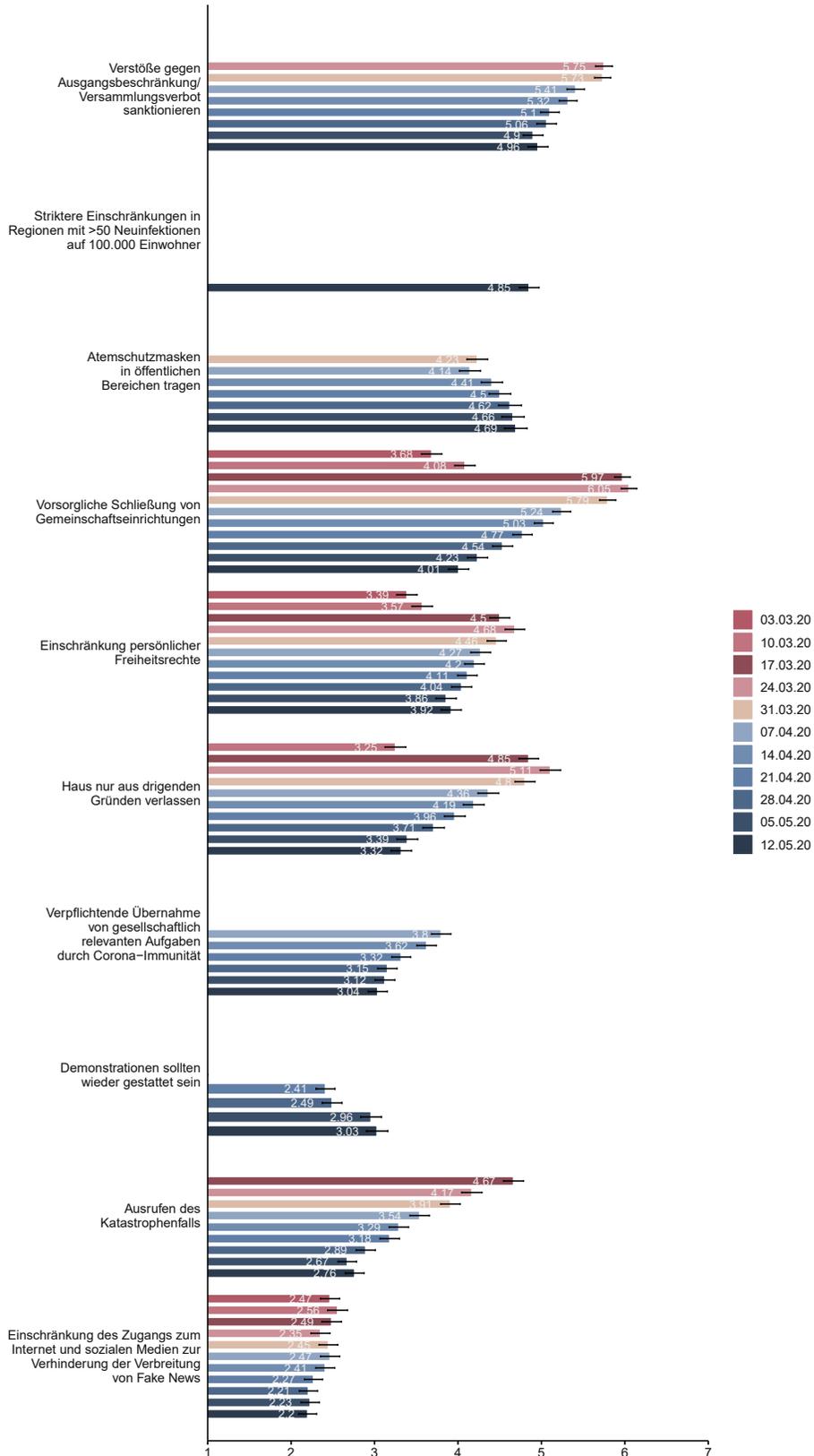


8 Akzeptanz der Maßnahmen

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

Akzeptanz 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.

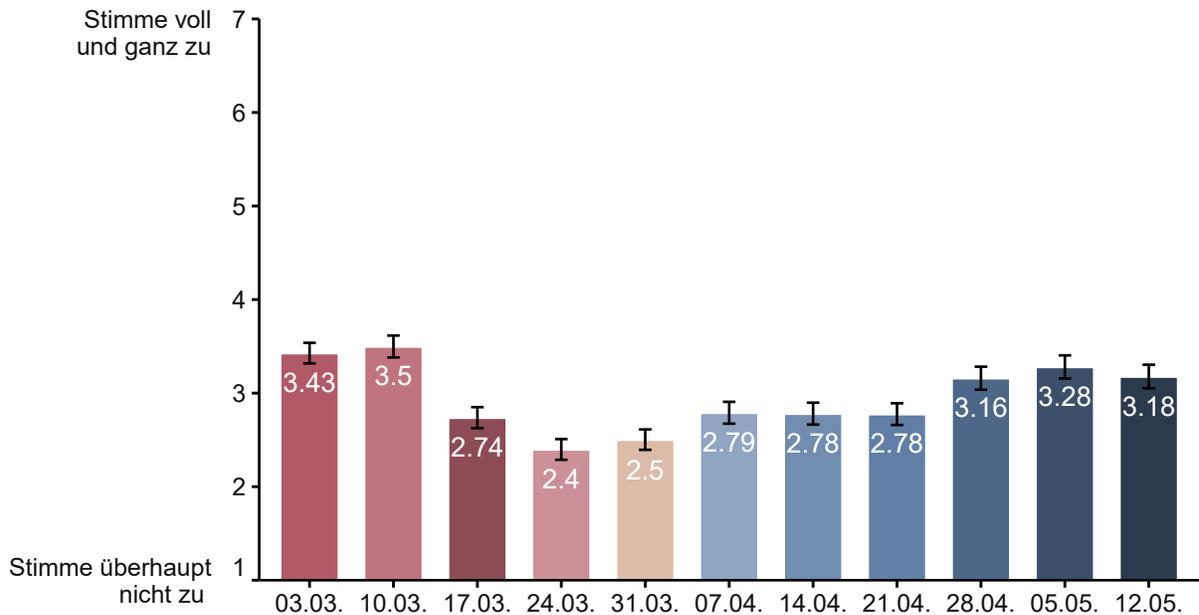


In der untenstehenden Abbildung ist der Zeitverlauf für die Wahrnehmung, dass die Maßnahmen übertrieben sind, dargestellt.

Nach einem starken Rückgang dieser Einstellung Mitte bzw. Ende März nähert sich das Empfinden wieder dem Wert zu Beginn der Pandemie.

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

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle

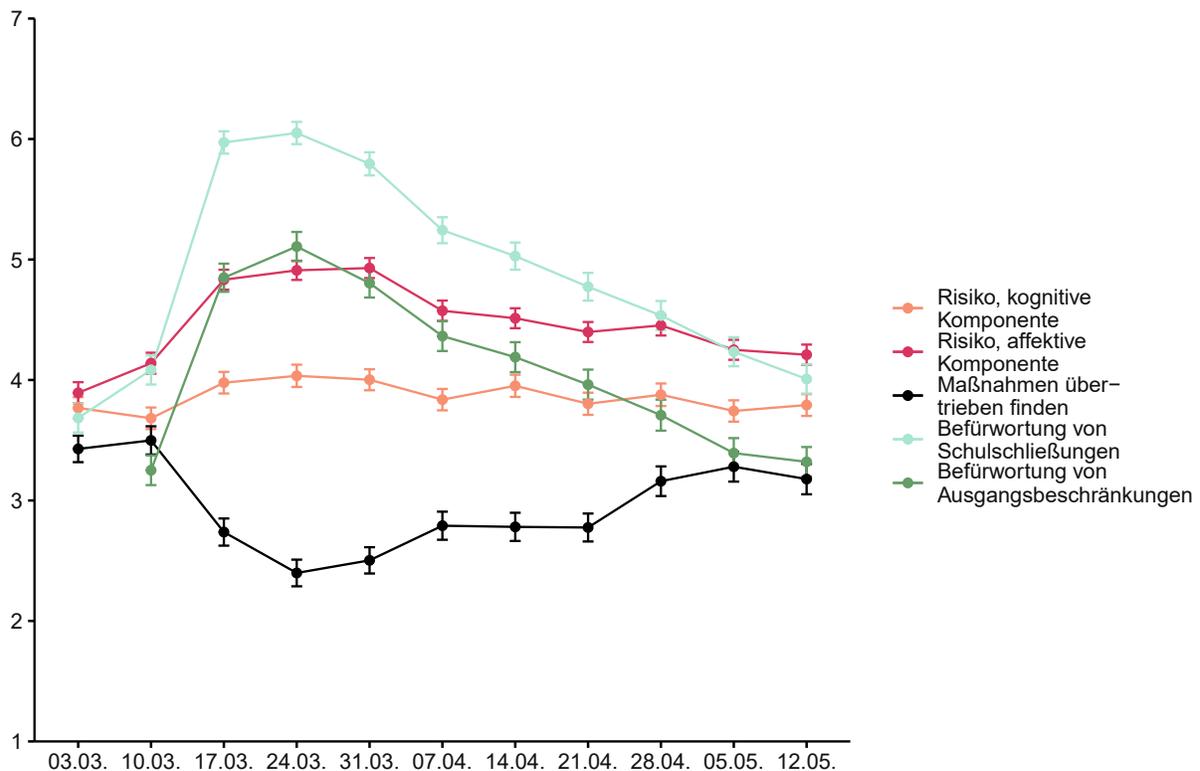


Zusammenhang zwischen Risikowahrnehmung und Akzeptanz der Maßnahmen

- 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 ist stabil zur Vorwoche (schwarz).

Veränderung von Risikowahrnehmung und Einschätzung von Maßnahmen

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



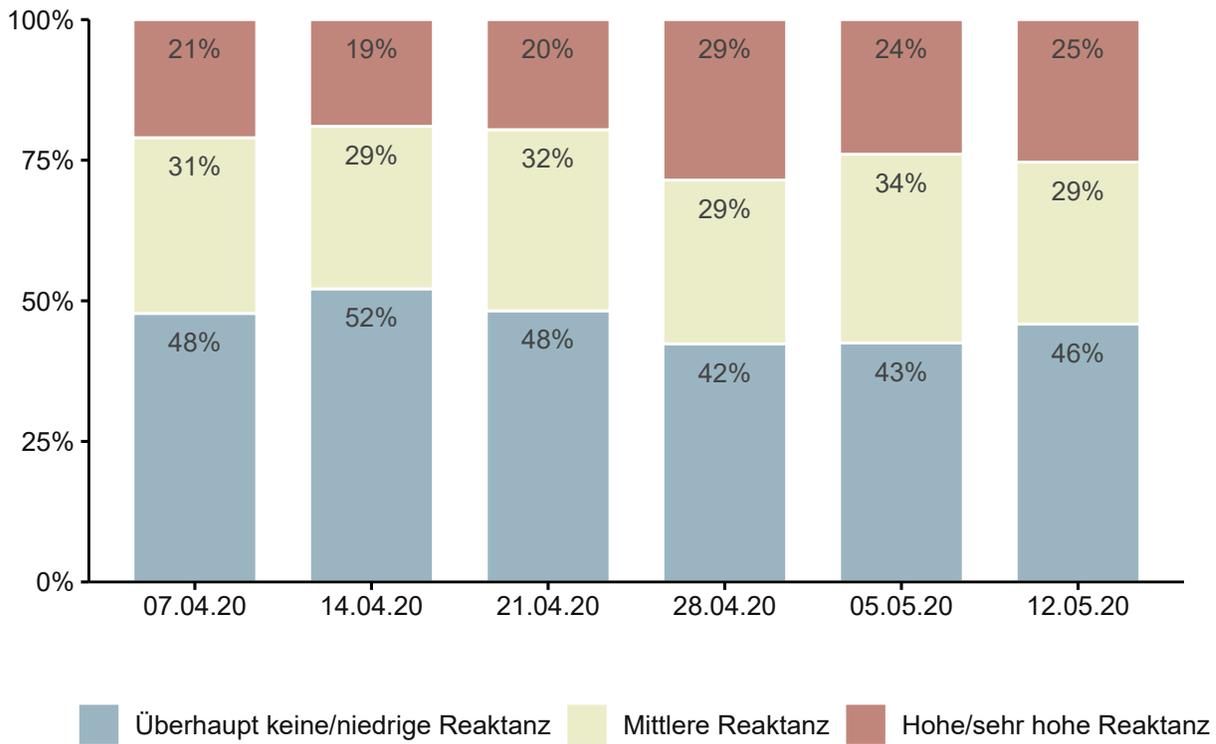
8.1 Reaktanz

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: $M = 3.51$).

Reaktanz durch die Maßnahmen ist über die letzten Wochen insgesamt etwas zurückgegangen, was möglicherweise auf die Lockerung zurückzuführen ist: Ähnlich zur Vorwoche empfinden 25% (eher oder sehr) Ärger, Frust und Wut aufgrund der Maßnahmen, der Anteil derer, die kaum oder keine Reaktanz angeben, ist leicht gestiegen. Wer mehr Reaktanz empfindet, weiß weniger, schützt sich weniger, folgt weniger den Maßnahmen und hat weniger Vertrauen in die Regierung und das RKI.

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

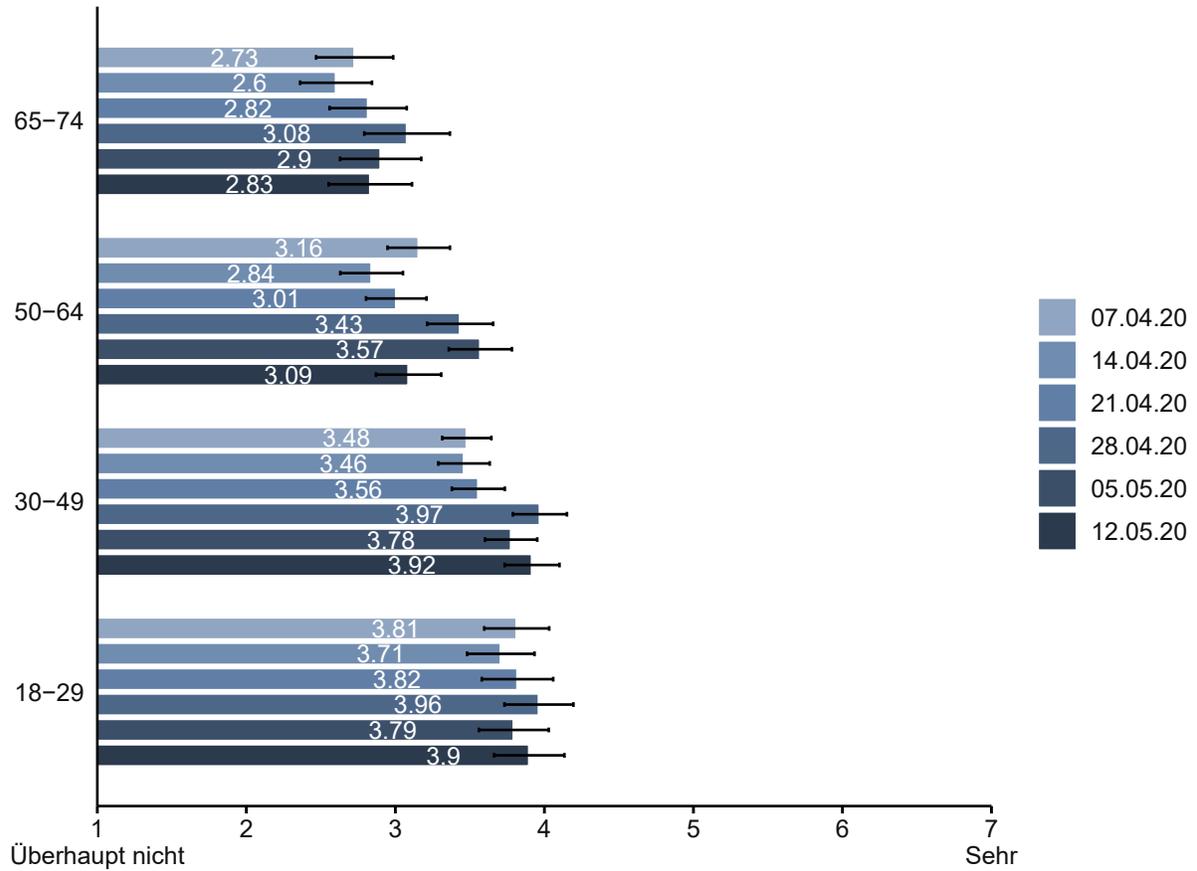
Gemittelte Reaktanz



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

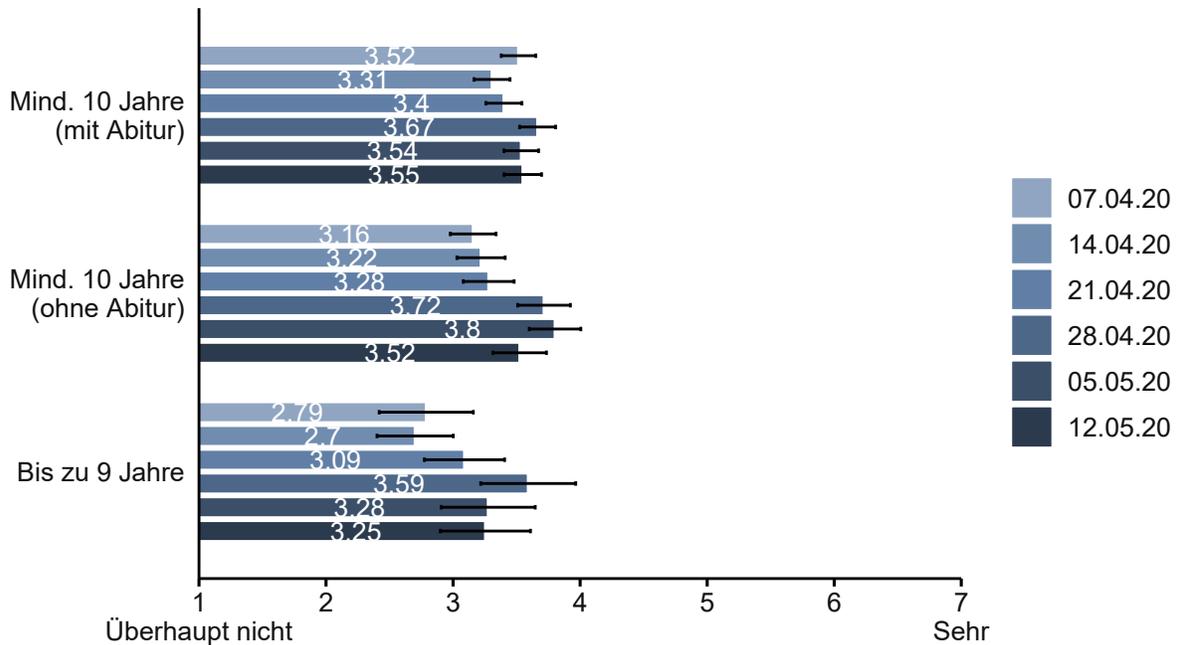
Reaktanz hinsichtlich der Maßnahmen zur Krisenbewältigung nach Altersgruppe

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 institutionelles Vertrauen in der aktuellen Erhebung exploriert.

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

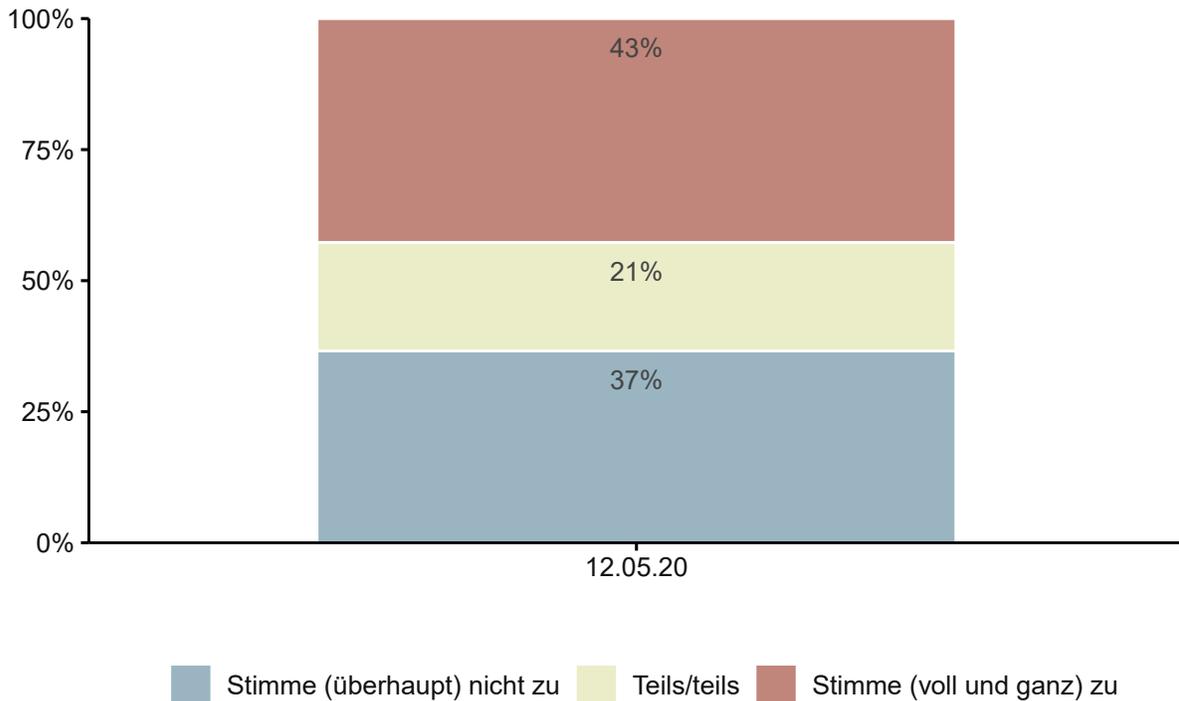
Reaktanz und ...

- das selbst eingeschätzte Wissen über COVID-19: -0.06
- das tatsächliche Wissen über COVID-19: -0.1
- das Wissen über wirksame Schutzmaßnahmen: -0.36
- das Wissen über öffentliche Verordnungen: -0.2
- die ausgeführten Maßnahmen: -0.24
- die ergriffenen Maßnahmen übertrieben finden: 0.66
- Vertrauen in die Bundesregierung: -0.37
- Vertrauen in das RKI : -0.42

8.2 Lockerungsmaßnahmen

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

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



Im Folgenden wird der Zusammenhang zwischen dem Eindruck, das Größte laut den Behörden sei überstanden und Wissen, Maßnahmen durchführen sowie institutionelles Vertrauen in der aktuellen Erhebung exploriert. Diese sind alle sehr klein und sollten nicht überinterpretiert werden.

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

Eindruck, das Größte laut den Behörden sei überstanden und ...

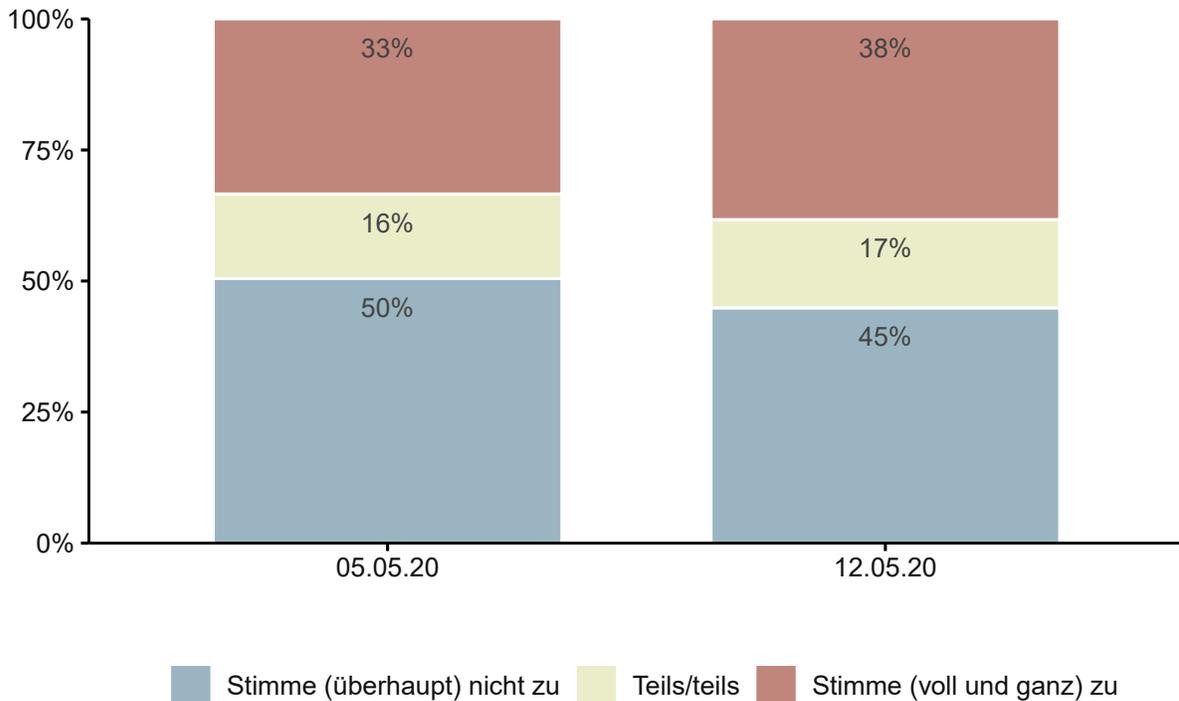
- das selbst eingeschätzte Wissen über COVID-19: -0.03
- das tatsächliche Wissen über COVID-19: 0.05
- das Wissen über wirksame Schutzmaßnahmen: 0.12
- das Wissen über öffentliche Verordnungen: 0.01
- die ausgeführten Maßnahmen: 0.14
- die ergriffenen Maßnahmen übertrieben finden: -0.06
- Vertrauen in die Bundesregierung: 0.15

- Vertrauen in das RKI: 0.2

Bewertung der Lockerungsmaßnahmen

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

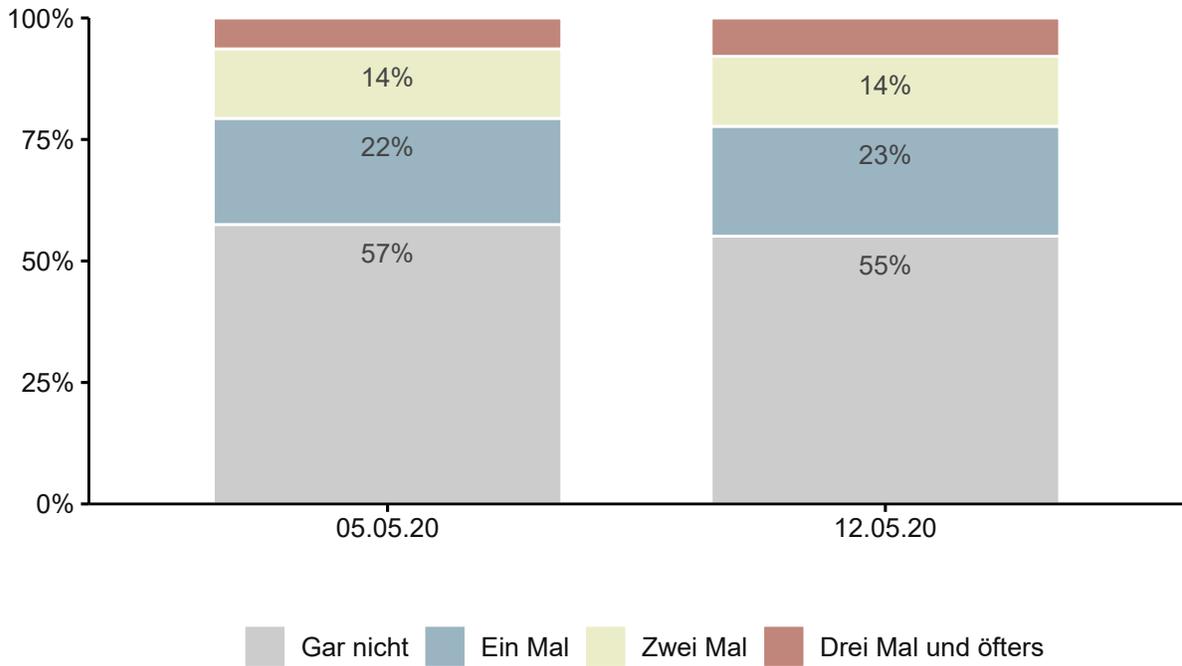
Ich finde die Lockerungsmaßnahmen, die derzeit ergriffen werden, stark übertrieben.



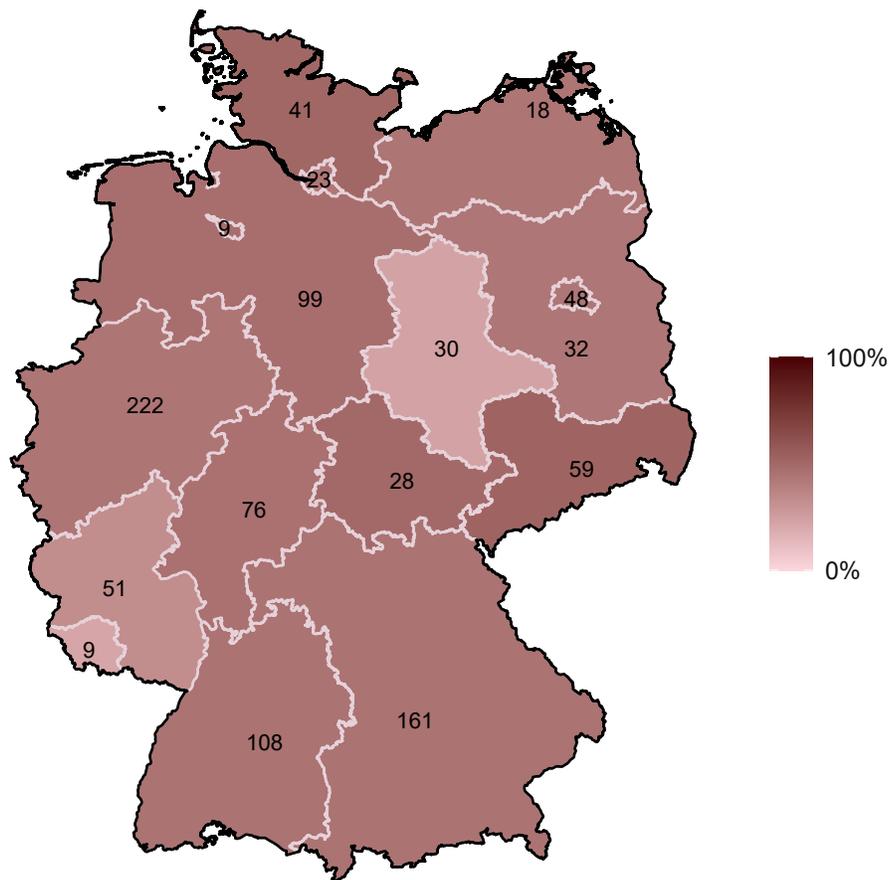
Lockerungsmaßnahmen nutzen

45% der Befragten gaben an, dass sie in der letzten Woche in Gebiete mit weniger Einschränkungen gefahren sind (z.B. zum Einkaufen oder für Freizeitaktivitäten; Vorwoche: 43%). Personen, die in Gebieten mit weniger Einschränkungen fuhren, fühlten ein etwas größeres Widerstreben gegen die aktuell herrschenden Maßnahmen ($M = 3.67$) als jene, die in ihrem eigenen Gebiet blieben ($M = 3.38$).

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



In andere Gebiete fahren, in denen weniger strenge Regeln gelten



Hinweise:

* Die abgebildeten Zahlen in den Bundesländern spiegeln die Anzahl an Personen wider, die an der Befragung teilgenommen haben.

* Die Farben stellen relative Anteile dar. Das bedeutet, je dunkler die Farbe, desto höher ist der relative Anteil der Personen, die ihr Heimatgebiet im jeweiligen Bundesland verlassen haben.

Als positiv beantwortet gilt, wer mindestens einmal das Heimatgebiet verlassen hat.

8.3 Wer findet Maßnahmen vs. Lockerungen übertrieben?

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

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

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

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

Demografische Unterschiede

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

Regression

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

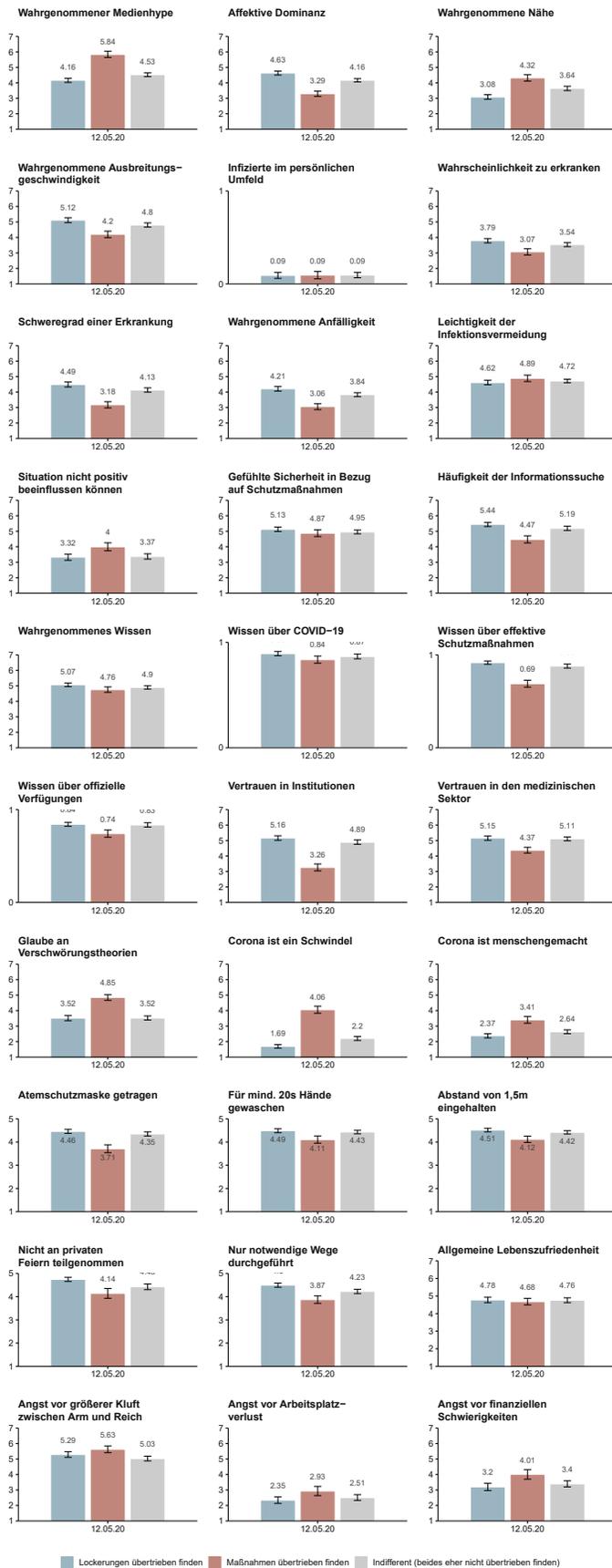
Variablen im Modell: Alter, Geschlecht, Bildung, Arbeit im Gesundheitssektor, chronische Erkrankung, ein Kind haben unter 18, Gemeindegröße, Vertrauen in die Behörden, Vertrauen in den Gesundheitssektor, Risikowahrnehmung (Erkrankungswahrscheinlichkeit, Anfälligkeit, Schweregrad), Ansteckungswahrscheinlichkeit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

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

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

	Maßnahmen vs. Lockerungen übertrieben finden			
	OR	CI-	CI+	p
(Intercept)	11.35	0.684	206.146	.094
Alter	1.02	0.996	1.037	.128
Mittelstadt vs. Kleinstadt	0.64	0.281	1.423	.281
Großstadt vs. Kleinstadt	1.63	0.830	3.262	.159
Vertrauen in Behörden	0.65	0.476	0.865	.004
Vertrauen in Gesundheitssektor	1.32	0.954	1.854	.099
Wahrgenommener Medienhype	1.75	1.406	2.189	<.001
Dominanz negativer Emotionen	0.62	0.464	0.829	.001
Wahrgenommene Ausbreitungsgeschwindigkeit	0.75	0.608	0.930	.009
Wissen über effektive Schutzmaßnahmen	0.04	0.010	0.160	<.001
Keine Kinder unter 18 Jahren (vs. Kinder unter 18 Jahren)	0.32	0.164	0.620	.001
Anfälligkeit	0.73	0.571	0.922	.009
Das Coronavirus ist eine Lüge	2.15	1.686	2.788	<.001

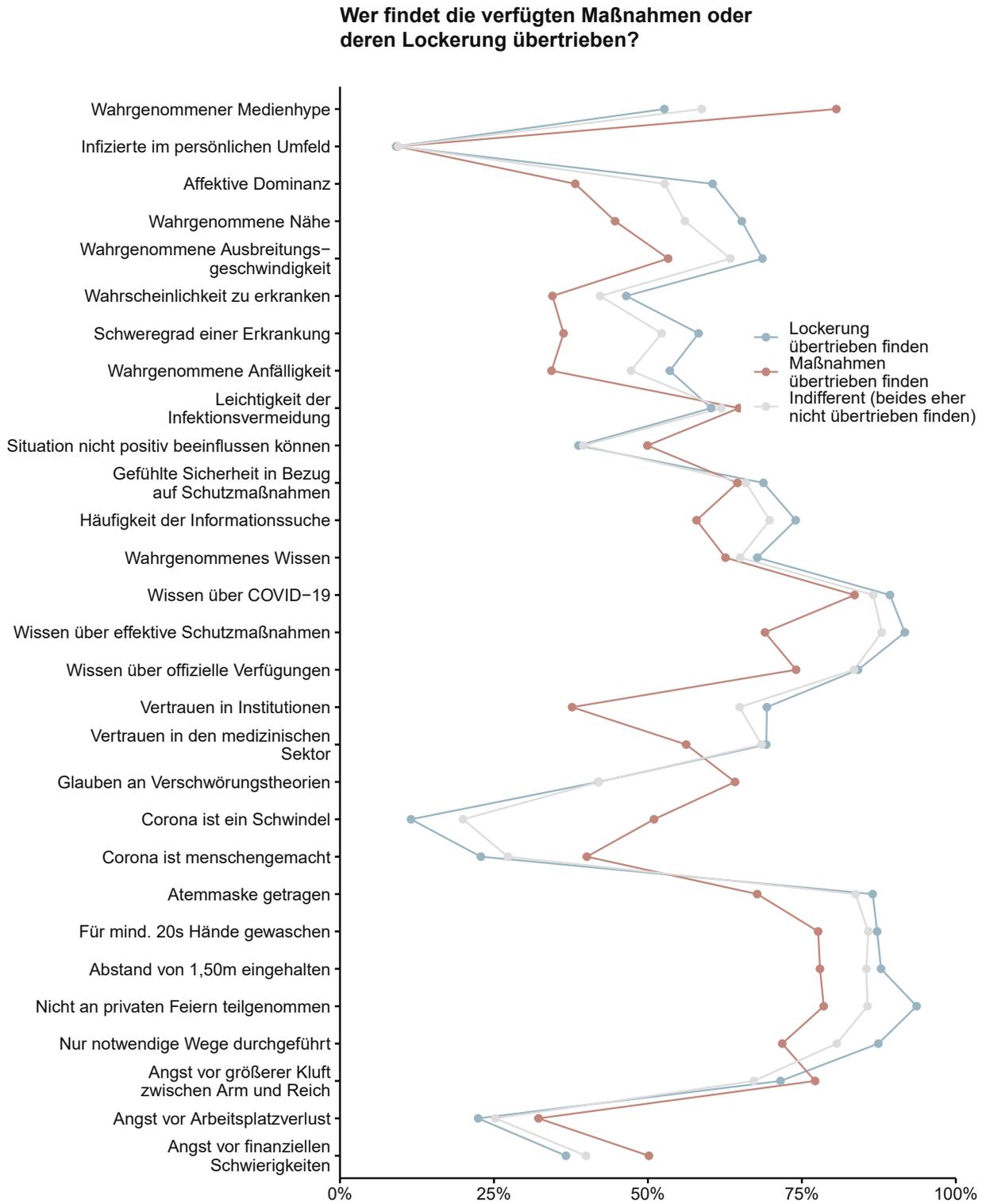
Grafische Darstellung der Profilunterschiede



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

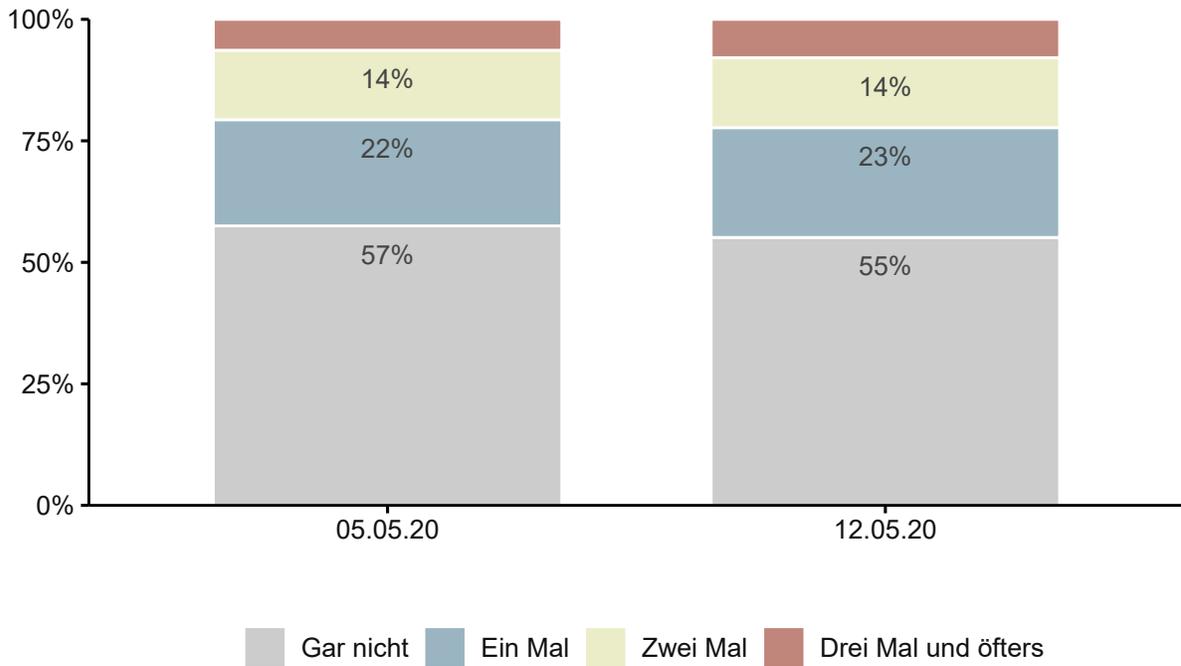
Alternative Darstellung der Profilunterschiede

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

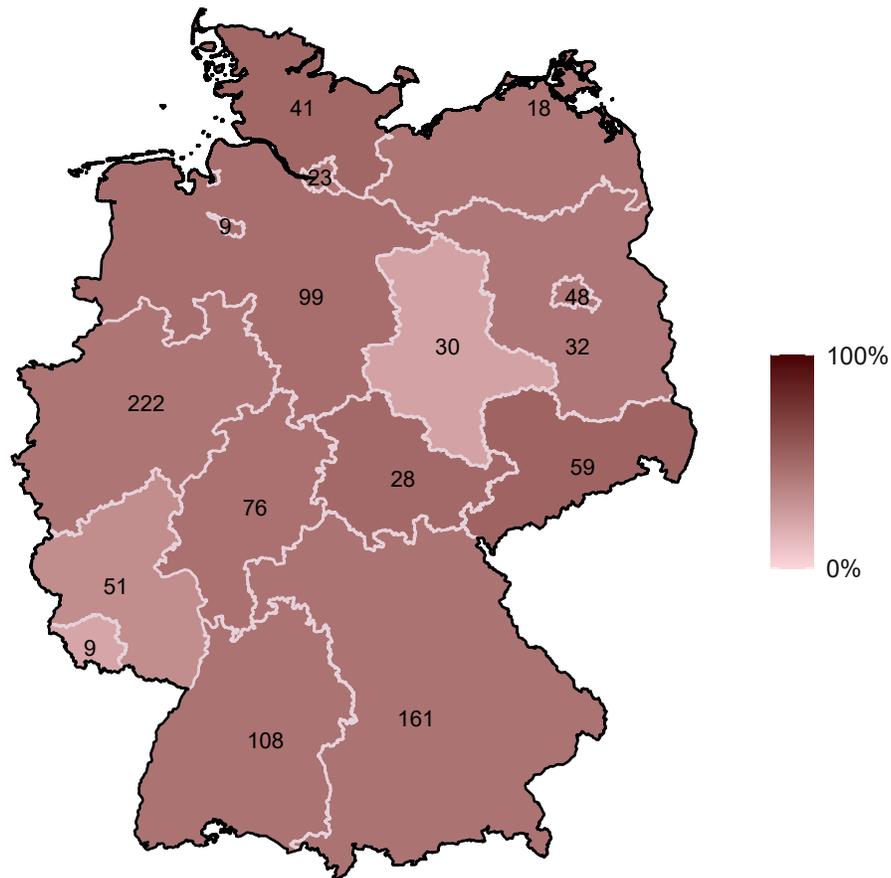


8.4 Reisen in Gebiete mit weniger strengen Regeln

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



In andere Gebiete fahren, in denen weniger strenge Regeln gelten



Hinweise:

* Die abgebildeten Zahlen in den Bundesländern spiegeln die Anzahl an Personen wider, die an der Befragung teilgenommen haben.

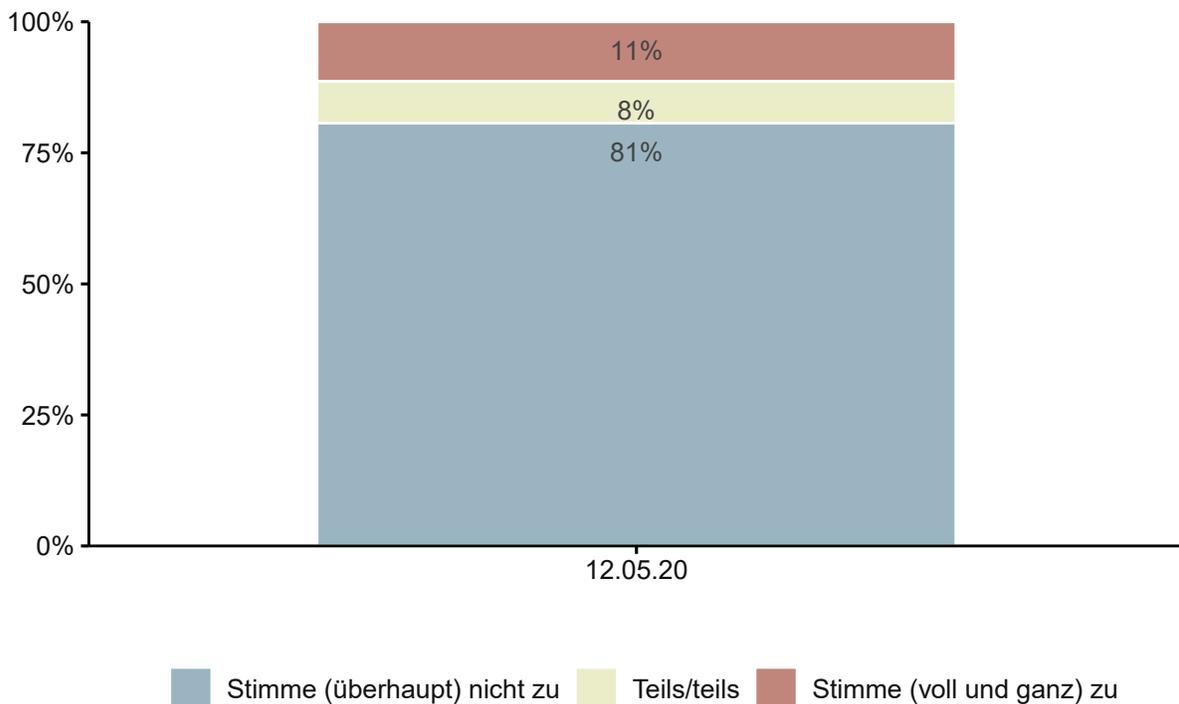
* Die Farben stellen relative Anteile dar. Das bedeutet, je dunkler die Farbe, desto höher ist der relative Anteil der Personen, die ihr Heimatgebiet im jeweiligen Bundesland verlassen haben.

Als positiv beantwortet gilt, wer mindestens einmal das Heimatgebiet verlassen hat.

8.5 Bereitschaft an Anti-Corona-Demonstrationen teilzunehmen

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

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



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

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

Eindruck, das Größte laut den Behörden sei überstanden und ...

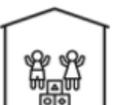
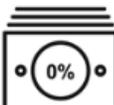
- das selbst eingeschätzte Wissen über COVID-19: -0.03
- das tatsächliche Wissen über COVID-19: -0.22
- das Wissen über wirksame Schutzmaßnahmen: -0.37
- das Wissen über öffentliche Verordnungen: -0.23
- die ausgeführten Maßnahmen: -0.26
- die ergriffenen Maßnahmen übertrieben finden: 0.56
- Vertrauen in die Bundesregierung: -0.36
- Vertrauen in das RKI: -0.45
- Reaktanz: 0.55
- in Gebiete mit gelockerten Regelungen gefahren: 0.09
- Erkrankungswahrscheinlichkeit: -0.07

9 Ausstiegsstrategien

Methode: In der 11. Welle wurde zum zweiten Mal ein Discrete Choice Experiment (DCE) eingesetzt. In dem DCE wurden mehrere Kombinationen von verschiedenen Maßnahmen und möglichen Folgen vorgelegt (siehe Spalten in der Abbildung unten). Die Befragten haben sich mehrfach zwischen zwei Kombinationen entschieden. Dies führt zu einer Güterabwägung bei den Befragten und so können Rückschlüsse auf den einzelnen Stellenwert (Teilnutzen) der jeweiligen Beiträge im Gesamtszenario gezogen werden. Für die unterschiedlichen Ausstiegsszenarien/Übergangsstrategien kann auf diese Weise quantitativ ermittelt werden, in welcher Höhe negative Folgen (Überlastung der Intensivkapazitäten, Erhöhung der Einkommenssteuer) für welche Maßnahmen akzeptiert würden.

Den Befragten wurden jeweils zwei Szenarien mit sechs Bereichen zur Entscheidung gegenübergestellt: die Öffnung von Schulen und Kindertagesstätten (jeweils sofort, in 4 oder 8 Wochen), die häusliche Isolation von Älteren zu ihrem eigenen Schutz (nein vs. ja), die Einführung einer sog. Corona-Warn-App (freiwillig, Voraussetzung für bestimmte Freizeitaktivitäten, verpflichtend), die Erhöhung der Einkommenssteuer (0%, 10%, 20%) und die Kapazitäten der intensivmedizinischen Versorgung (ausreichend vs. überlastet).

Interpretation: Die folgende Abbildung zeigt die relativen Wichtigkeiten (Koeffizienten mit 95% Konfidenzintervall. Wenn dieses die Null-Linie schneidet, ist die Eigenschaft nicht relevant.) Je größer der Wert, desto wichtiger ist diese Eigenschaft. Wenn die Balken nach rechts weisen (positiver Einfluss), führt das Vorhandensein dieses Merkmals zu einer höheren Akzeptanz eines Szenarios, das diese Eigenschaft besitzt. Wenn die Balken nach links weisen (negativer Einfluss), führt das Vorhandensein dieses Merkmals zu einer geringeren Akzeptanz eines Szenarios, das diese Eigenschaft besitzt.

Eigenschaft	Optimale Situation	Schlechteste Situation
Schulen öffnen	In 4 Wochen 	In 8 Wochen 
Kitas öffnen	In 4 Wochen 	Sofort* 
Corona-Warn-App	Freiwillig 	Verpflichtend 
Häusliche Isolationspflicht für Menschen über 70 Jahren	Nein 	Ja 
Kapazitäten der Intensivstationen	Ausreichend 	Mehrere Wochen überlastet 
Einkommen	0 % weniger 	20 % weniger 

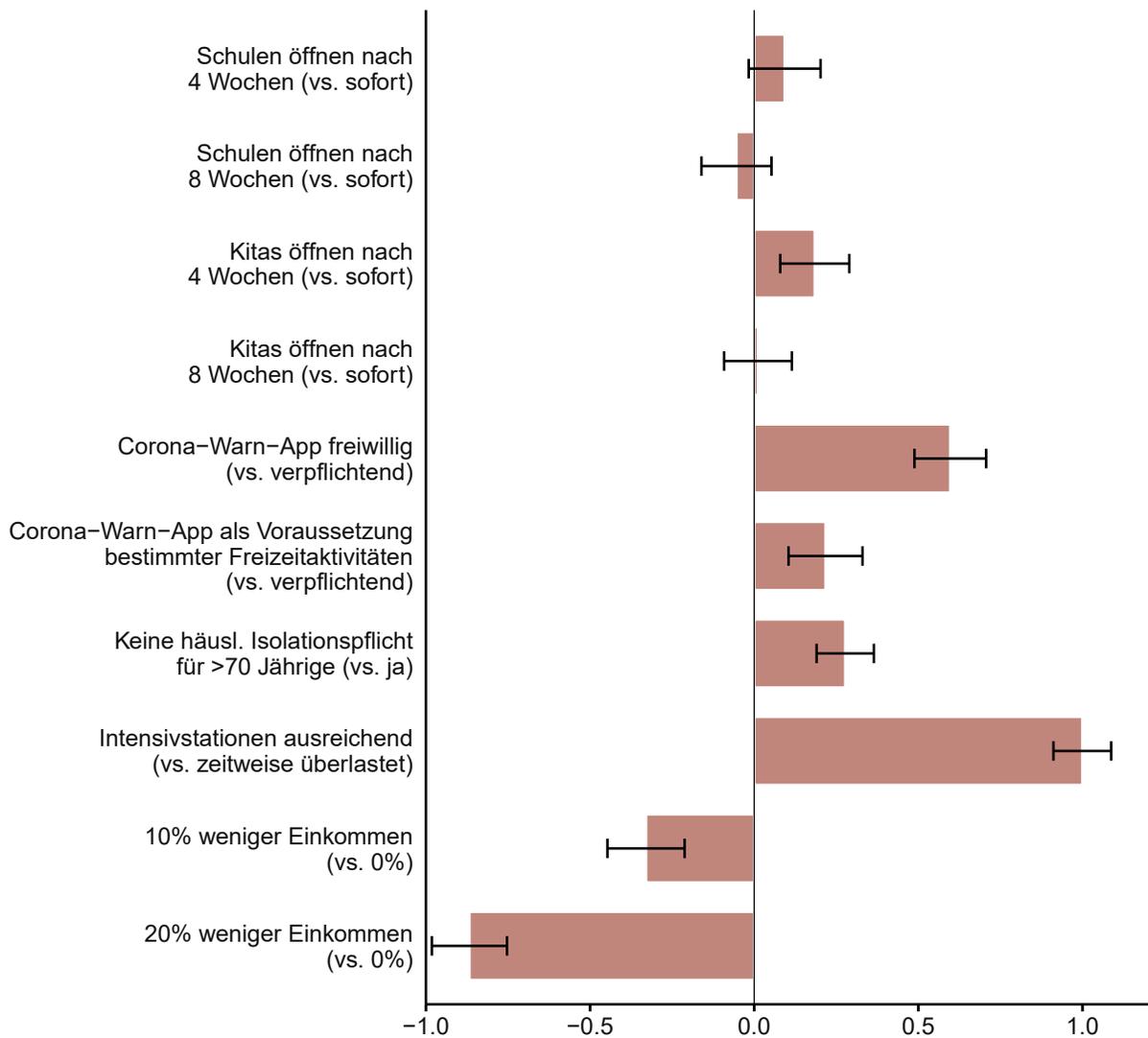
Ich entscheide mich für...



*Keine signifikanten Unterschiede zu in 8 Wochen öffnen

Figure 1: Abbildung: Beispiel für das Stimulusmaterial. Abgebildet sind die auf der Basis der Ergebnisse zusammengestellten Kombinationen, die sich aus den relativen Wichtigkeiten ergeben haben (beste Situation, schlechteste Situation). Quelle: MH

Relative Wichtigkeit als Ergebnis der Abwägung von Maßnahmen und Folgen



Als wichtigstes Merkmal präferierten die Befragten eine anhaltend ausreichende intensivmedizinische Versorgung ohne Überlastungen (s. Abbildung). Ähnlich wichtig war es den Befragten, starke Einkommenseinbußen von 20% zu vermeiden. Die Vermeidung einer verpflichtenden Corona-Warn-App war den Befragten wichtig, aber den medizinischen und ökonomischen Themen nachgeordnet. In geringerem Maße wurden die häusliche Isolation Älterer und eine App im Freizeitbereich abgelehnt. Außerdem wurden im geringen Maße die Öffnung von Kitas in 4 Wochen anstelle von sofort präferiert. Der Zeitpunkt der Öffnung von Schulen blieb in Relation zu den übrigen Themen ohne Bedeutung.

Männer und Frauen unterschieden sich in ihren Bewertungen nicht wesentlich. Der Vergleich der Altersgruppen zeigte, dass die über 50-Jährigen wie bereits in Welle 9 die häusliche Isolation Älterer deutlich ablehnen. Dies trifft auf die über 65-Jährigen noch stärker zu. Für die Jüngeren ist dieser Punkt in Relation zu den übrigen Themen nicht relevant. Dagegen war Jüngeren die Vermeidung von Einkommensverlusten tendenziell wichtiger als Älteren. Für Befragte mit Kindern zeichnete sich eine höhere Präferenz für die frühere Öffnung insbesondere von Kitas, aber auch von Schulen ab.

Im Unterschied zu vor zwei Wochen (Welle 9) gewinnt eine mögliche ökonomische Belastung in Form von direkten persönlichen Einkommensminderungen an Bedeutung und ist den Befragten ähnlich wichtig wie die ausreichende intensivmedizinische Versorgung. In Welle 9 wurde statt Einkommen eine mögliche Arbeitslosenquote bis 20% thematisiert. Hier werden weitere Analysen durchgeführt.

Schlussfolgerungen:

Insgesamt hat die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung die höchste Priorität bei den Befragten. Ähnlich bedeutsam sind jedoch die eigenen ökonomischen Interessen; Einkommensverluste durch höhere Steuern und Sozialabgaben finden eine geringe Akzeptanz. Die Vermeidung einer verpflichtenden App ist weiterhin sehr wichtig. Im Setting Kita wird noch mehr als für die Schulen von den Betroffenen eine sofortige oder baldige Öffnung präferiert.

10 Tragen einer Maske in der Öffentlichkeit

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

- 73.7 % halten es für eine wirksame Schutzmaßnahme, in der Öffentlichkeit Masken zu tragen (Vorwoche: 85.4 %).
- 79.4 % geben an, in der Öffentlichkeit Masken zu tragen (Vorwoche: 76.7 %).
- Einer verpflichtenden Regelung stimmen 57.7% zu (Vorwoche: 57.9 %).

Wer trägt eher Maske?

Masken tragen *eher* Personen, die:

- weiblich sind,
- Vertrauen in die Behörden haben,
- negative Emotionen verspüren,
- mehr über die Krankheit wissen,
- mehr über Schutzmaßnahmen wissen,
- mehr über offizielle Verfügungen wissen,
- eine höhere Erkrankungs Wahrscheinlichkeit außer Haus wahrnehmen.

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

Variablen im Modell: Alter, Geschlecht, Bildung, Arbeit im Gesundheitssektor, chronische Erkrankung, ein Kind haben unter 18, Gemeindegröße, Vertrauen in die Behörden, Vertrauen in den Gesundheitssektor, Risikowahrnehmung (Erkrankungswahrscheinlichkeit, Anfälligkeit, Schweregrad), Ansteckungswahrscheinlichkeit außer Haus, verschiedene affektive Aspekte (Angst, Sorge, Dominanz des Themas, Hilflosigkeit),

verschiedene Aspekte bezogen auf die Wahrnehmung des Virus (wahrgenommene Nähe und Ausbreitungsgeschwindigkeit), gefühltes und echtes Wissen (COVID-19, Schutzmaßnahmen, Verfügungen), Selbstwirksamkeit und wahrgenommene Sicherheit in Bezug auf effektive Schutzmaßnahmen, Wahrnehmung des Ausbruchs als Medienhype, Häufigkeit der Informationssuche über Corona und Infizierte im persönlichen Umfeld (bestätigt und unbestätigt vs. nicht), Wissen, wo man sich eine Nasen-Mund-Bedeckung besorgen kann.

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

	Maske tragen			
	OR	CI-	CI+	p
(Intercept)	0.01	0.003	0.027	<.001
Geschlecht: weiblich	1.76	1.239	2.518	.002
Beruf im Gesundheitssektor	1.96	0.972	4.266	.073
Vertrauen in Behörden	1.16	1.036	1.288	.009
Dominanz negativer Emotionen	1.23	1.045	1.441	.013
Mittleres Wissen COVID-19	2.39	1.178	4.833	.015
Wissen über effektive Schutzmaßnahmen	7.01	3.265	15.246	<.001
Wissen über offizielle Verfügungen	3.31	1.601	6.840	.001
Schweregrad	1.11	0.975	1.255	.119
Erkrankungswahrscheinlichkeit wenn außer Haus	1.17	1.035	1.315	.012

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	3.56	<.001
Hände für 20 Sek. waschen	3.23	<.001
Händeschütteln vermeiden	5.55	<.001
Mund und Nase bedecken	2.77	<.001
Kontakt vermeiden	1.90	<.001
Zuhause bleiben	2.23	<.001
Soziale Schutzmaßnahmen		
1,5m Abstand halten	4.39	<.001
Quarantäne ohne Symptome	2.52	<.001
Quarantäne mit Symptomen	2.49	<.001
Öffentliche Orte vermeiden	2.18	<.001
Private Feiern vermeiden	1.93	<.001
Höchstens mit einer anderen Person oder Haushaltsangehörigen in Öffentlichkeit bewegen		
Nur notwendige Wege durchführen	2.96	<.001
Keine Freunde und Verwandte treffen (aus anderen Haushalt)	2.72	<.001
Auf private Reisen verzichten	2.81	<.001

11 Tracing-App

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

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

47.3 % (Vorwoche: 43.7 %) sind eher bereit oder bereit, sich eine datenschutzkonforme App zu installieren; 23.5 % (Vorwoche: 25.3 %) würden sich eine solche App auf keinen Fall runterladen. 47.1% der Befragten würden eine solche App wahrscheinlich ihren Bekannten und Familienmitgliedern weiterempfehlen.

Wer würde sich eine Tracing-App runterladen?

Wer den Behörden mehr vertraut, mehr wahrgenommenes Wissen hat, weniger dem Gesundheitssektor traut, das Virus nicht als Medianhype wahrnimmt, mehr über effektive Schutzmaßnahmen weiß, sich häufiger informiert oder sich anfälliger für die Krankheit einschätzt, würde sich eine Tracing-App eher nicht runterladen.

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

Variablen im Modell: Alter, Geschlecht, Bildung, Arbeit im Gesundheitssektor, chronische Erkrankung, ein Kind haben unter 18, Gemeindegröße, Vertrauen in die Behörden, Vertrauen in den Gesundheitssektor, Risikowahrnehmung (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
Chronisch krank (vs. nicht chronisch krank)	-0.05	-0.107	0.012	.119
Wahrgenommenes Wissen	0.08	0.020	0.137	.009
Vertrauen in Behörden	0.35	0.266	0.436	<.001
Vertrauen in Gesundheitssektor	-0.09	-0.170	-0.012	.024
Wahrgenommener Medienhype	-0.13	-0.187	-0.064	<.001
Wahrgenommene Ausbreitungsgeschwindigkeit	-0.04	-0.099	0.016	.159
Wissen über effektive Schutzmaßnahmen	0.08	0.021	0.141	.009
Häufigkeit der Informationssuche	0.12	0.053	0.179	<.001
Schweregrad	0.06	-0.015	0.138	.117
Anfälligkeit	0.11	0.034	0.179	.004

¹ R² = .280, Adj. R² = .272

11.1 Gründe für und gegen die Nutzung der Tracing-App

Befragte, die angaben, sich die App eher oder auf jeden Fall herunter laden zu wollen (n=604), wurden nach Gründen gefragt, die für eine Nutzung sprechen. Befragte, die angaben, die App eher nicht oder auf gar keinen Fall herunter zu laden (n=346), wurden nach Gründen gefragt, die gegen eine Nutzung sprechen.

Als wichtigste Gründe wurden mit hoher durchschnittlicher Zustimmung die Gründe “schnell wissen, wenn man selbst mit dem Virus infiziert ist”, “andere Menschen schützen” und “Familienmitglieder schützen” angegeben.

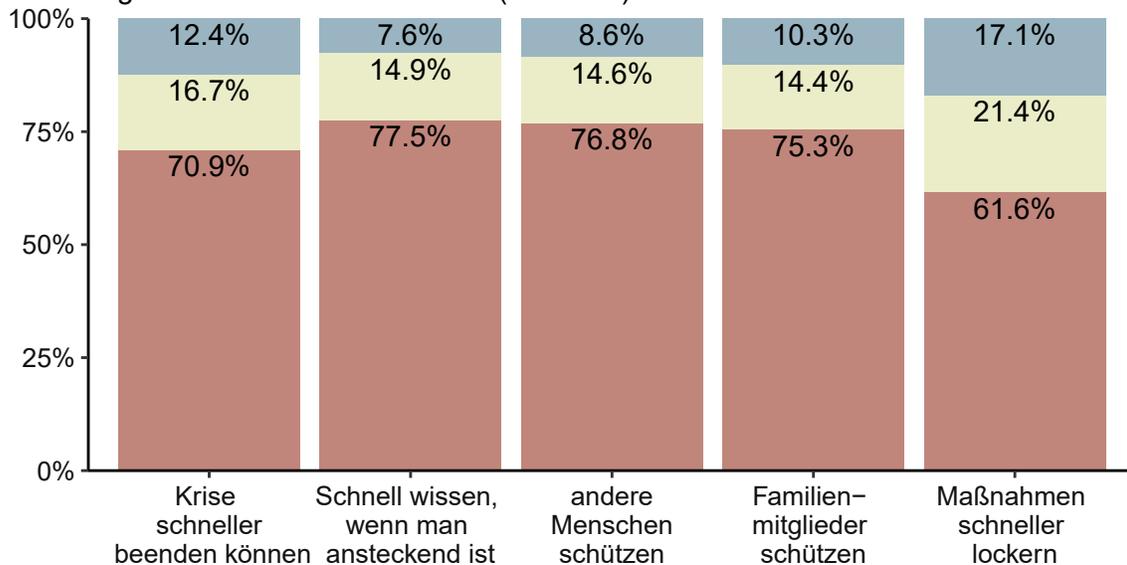
Als wichtigste Gründe, einer App kritisch gegenüber zu stehen wurden der Datenschutz, der mangelnde individuelle Vorteil und eine niedrige Erwartung an die Effektivität angegeben.

Gründe hoher Intention, die Tracing-App zu nutzen

Abweichung von 100% können wegen Rundung zustande kommen

n = 604 (Befragte mit hoher Intention)

Ergebnisse der aktuellen Welle (12.05.20)



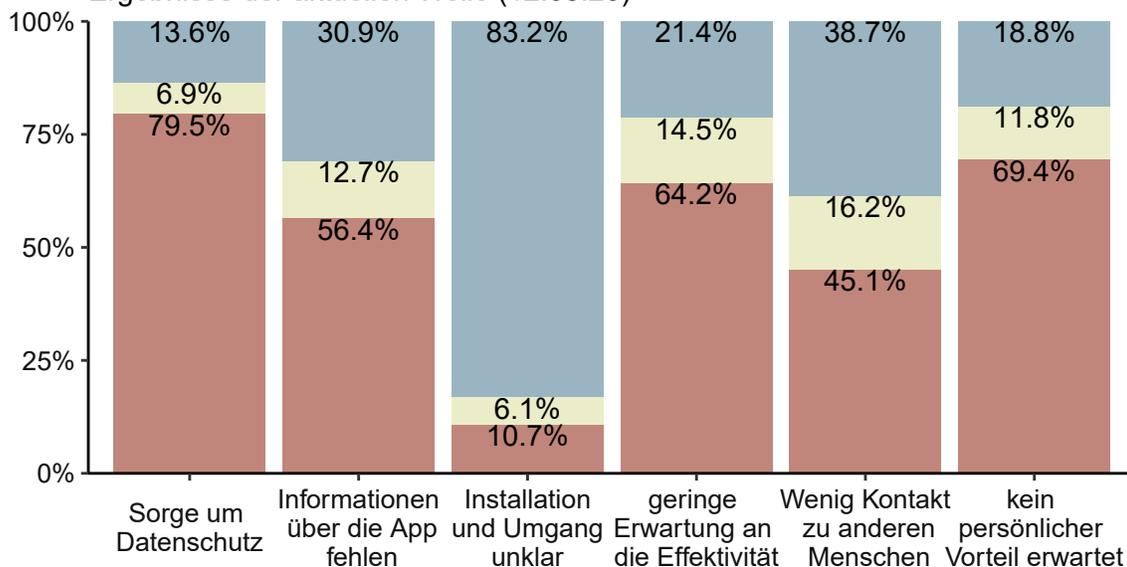
■ Stimme nicht zu
 ■ Teils/teils
 ■ Stimme zu

Gründe geringer Intention, die Tracing-App zu nutzen

Abweichung von 100% können wegen Rundung zustande kommen

n = 346 (Befragte mit geringer Intention)

Ergebnisse der aktuellen Welle (12.05.20)



■ Stimme nicht zu
 ■ Teils/teils
 ■ Stimme zu

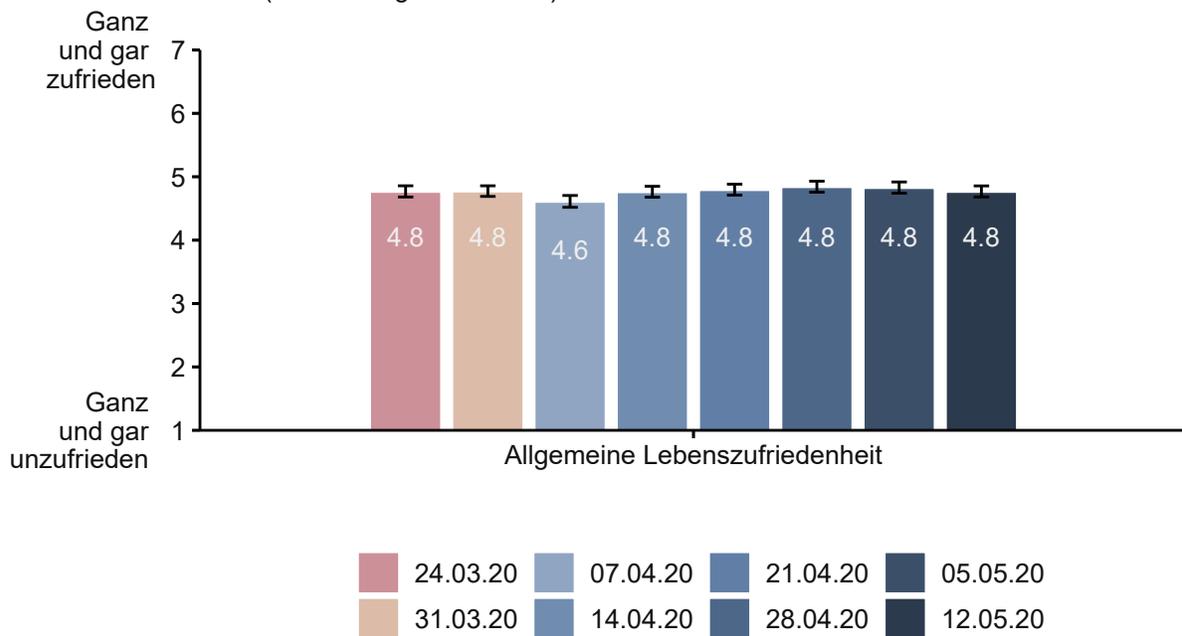
12 Ressourcen und Belastungen

12.1 Allgemeine Lebenszufriedenheit

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

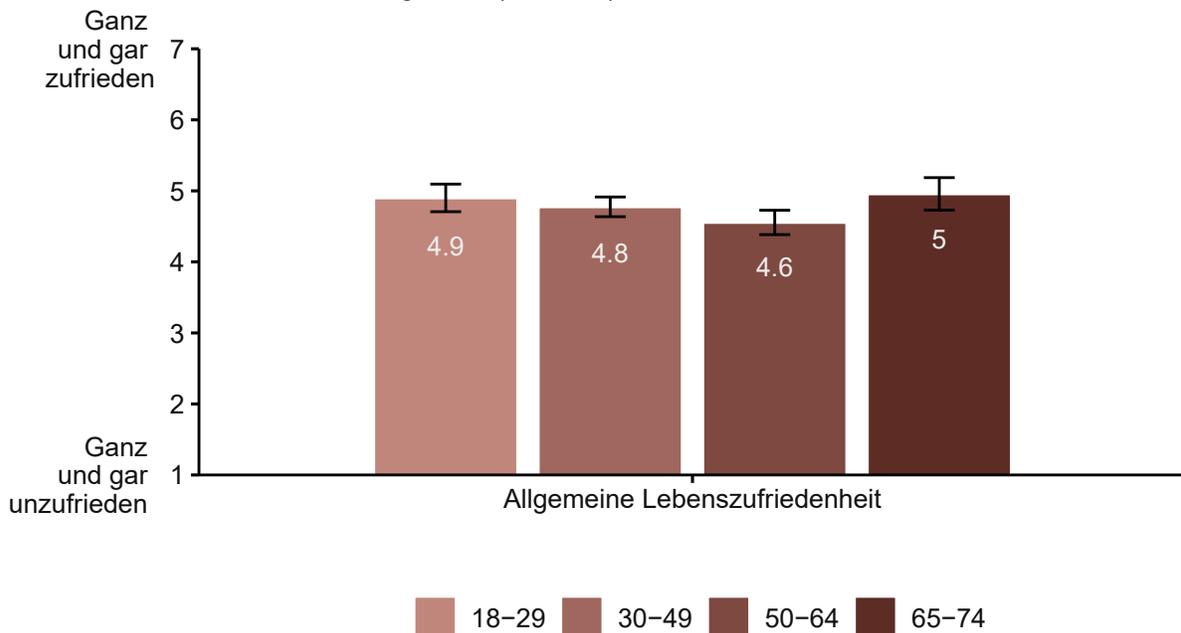
Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig ... alles in allem ... mit Ihrem Leben?

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



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

Bewertet auf einer Skala von 1 (ganz und gar nicht unzufrieden) bis 7 (ganz und gar unzufrieden). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.
Aktuelle Erhebungswelle (12.05.20)



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). Personen, die eine höhere Lebenszufriedenheit berichten, wissen mehr über konkretes Schutzverhalten und setzen dieses auch eher um.

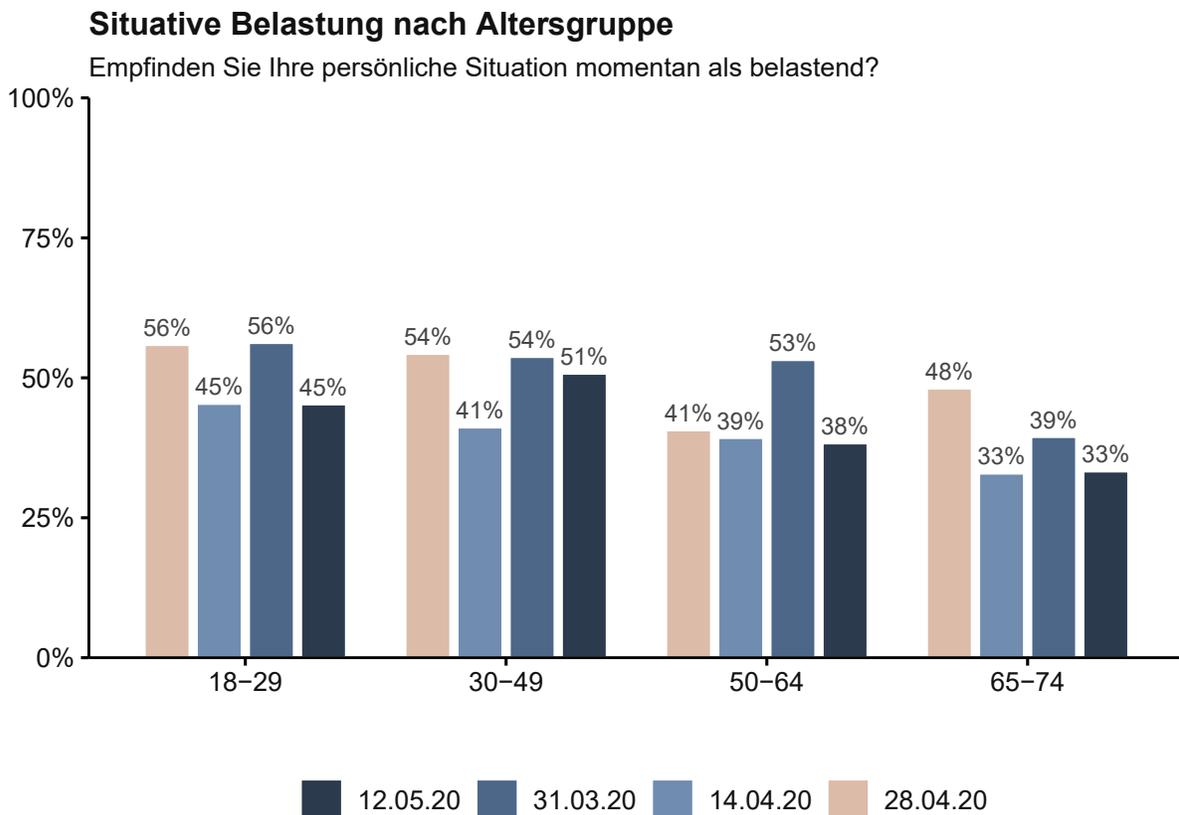
Interpretation der Korrelationskoeffizienten (r): In der folgenden Übersicht zeigen höhere Werte einen stärkeren Zusammenhang an, Werte nahe Null zeigen, dass es keinen Zusammenhang gibt, um 0.1 einen kleinen Zusammenhang. Werte um 0.3 zeigen einen mittleren Zusammenhang, ab 0.5 spricht man von einem starken Zusammenhang. Ein negatives Vorzeichen bedeutet, dass hohe Werte der einen Variable mit niedrigen Werten der anderen Variable einhergehen. 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	-.02	.444
Risikowahrnehmung		
Wahrscheinlichkeit an COVID-19 zu erkranken	.01	.848
Ernsthaftigkeit der Erkrankung	-.08	.013
Anfälligkeit	-.05	.104
Wahrgenommene Nähe des Virus	-.02	.620

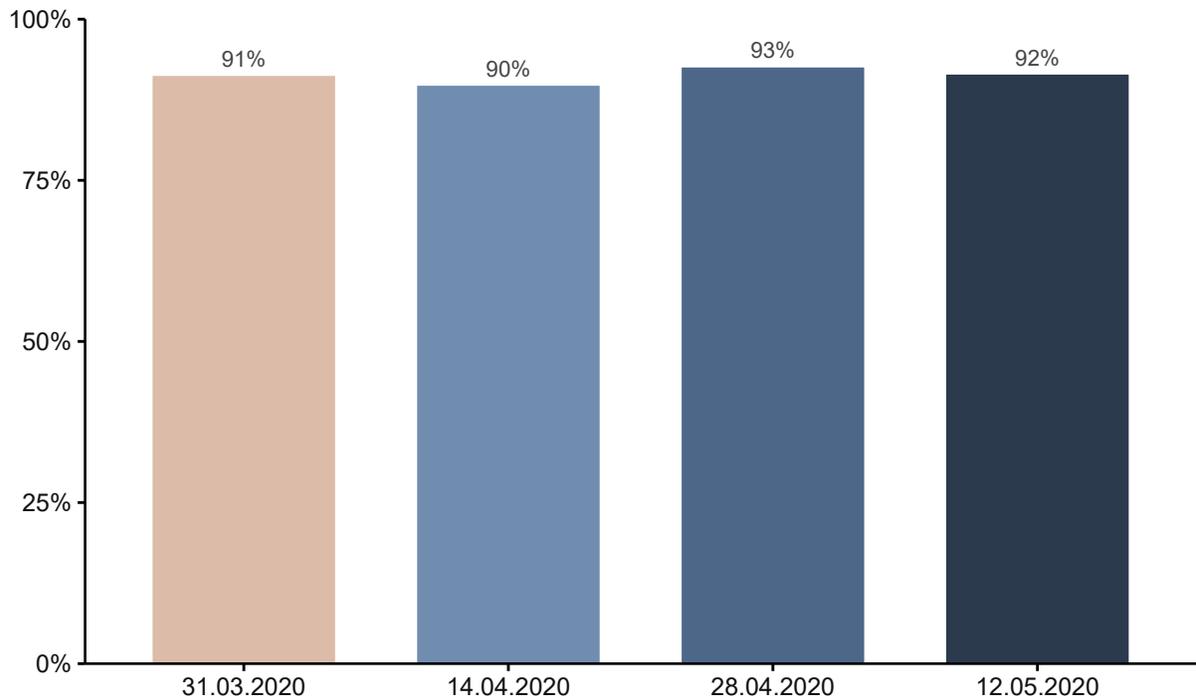
Psychologische Schutzfaktoren		
Selbstwirksamkeitserwartung	.13	<.001
Maßnahmen		
Ergriffenes Schutzverhalten	.08	.007
Wissen über korrektes Schutzverhalten	.11	.001
Umgang mit der Situation		
Ich selbst kann nichts tun, um die Situation positiv zu beeinflussen.	-.08	.013
Wahrgenommene Hilfslosigkeit	-.15	<.001

12.2 Situative Belastung

43.5 Prozent Befragungsteilnehmende empfinden ihre persönliche Situation momentan als belastend (Welle 5 vom 31.03.: 51.9 %, Welle 7 vom 14.04.: 40.1, Welle 9 vom 28.04.: 49.8, Welle 11 vom 12.05.: 43.5). Vor allem in den jüngeren Altersgruppen ist das Belastungsempfinden im Vergleich zur ersten Messung zurückgegangen. In der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährige geben nach wie vor weniger Personen (ca. 33 %) an, ihre persönliche Situation als belastend zu empfinden. Nur wenige haben darüber nachgedacht, ein telefonischen Beratungsangebot zu beanspruchen.



**Potentielle Inanspruchnahme telefonischer Beratungsangebote:
Anteil der Personen, die sich belastet fühlen und noch nicht
über eine telefonische Beratung nachgedacht haben.**



12.3 Umgang mit der Situation

Mittlerweile wurden die ersten Schulen unter starken Corona-Sicherheitsvorkehrungen mit einem Teil der Schüler und Schülerinnen in unterschiedlichem, zeitlichem Umfang wieder geöffnet. Den Schulalltag unter den veränderten Rahmenbedingungen neu zu organisieren, ist für die Schulen eine Herausforderung. Die notwendigen Umstellungen fordern Lehrern, Kindern und Eltern eine Anpassung ab, die nicht immer reibungslos gelingen muss. So ist die Zufriedenheit der Eltern schulpflichtiger Kinder mit der Qualität des Unterrichts im Vergleich zur Zeit des Home Schooling etwas gesunken. Die Zustimmung zur Aussage „der Unterricht meiner schulpflichtigen Kinder wird in einem guten Maße weiter umgesetzt“ ist auf einer Skala von 1 bis 7 von 4,5 in der Befragung am 24.03.2020 auf 3,9 in der Befragung am 12.05.2020 zurückgegangen. Während also die Eltern der Aussage vor sieben Wochen noch eher zustimmten, sind sie nun unentschieden.

Schlussfolgerung: Der Übergang in eine vorläufige, neue Schulnormalität verläuft aus Sicht mancher Eltern noch nicht ganz zufriedenstellend.

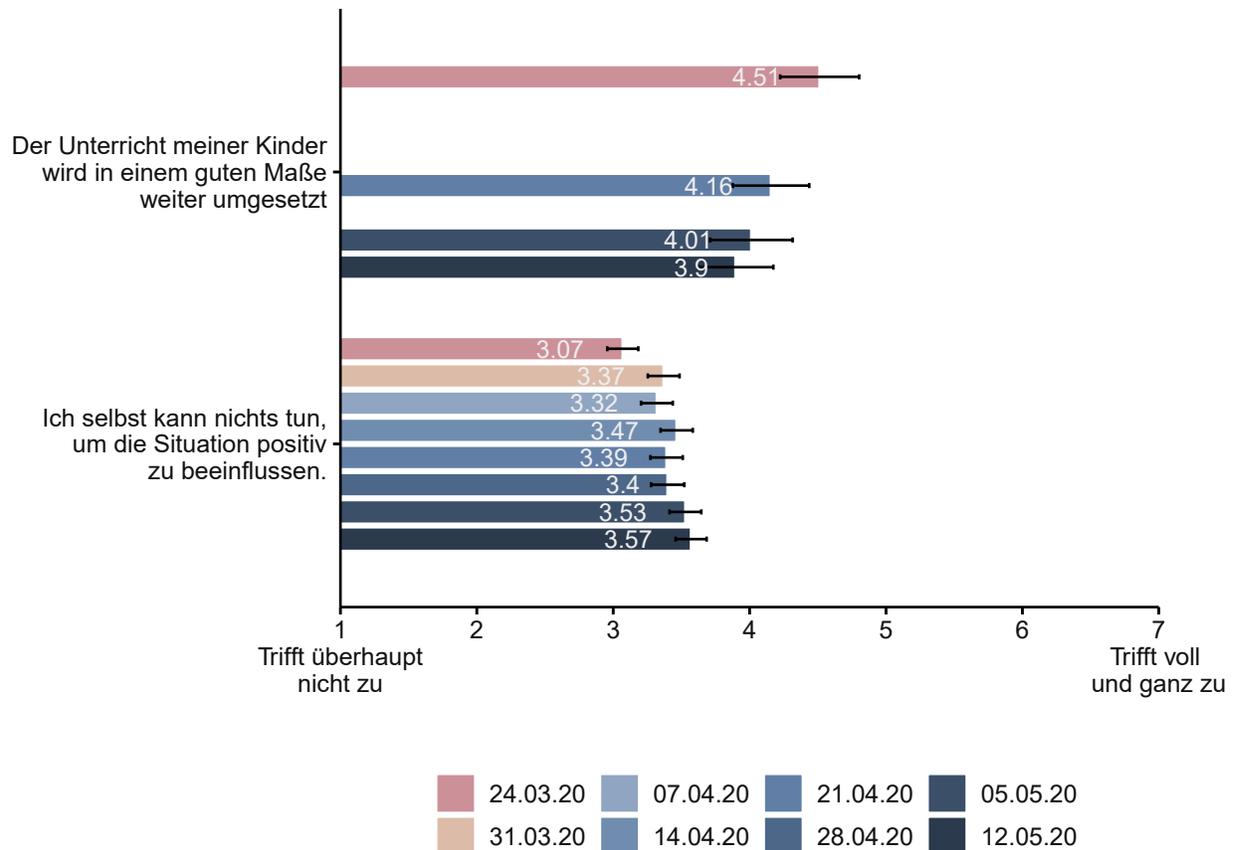
Was die Überzeugung betrifft, die aktuelle Situation selbst beeinflussen zu können, ist die Einstellung – bezogen auf alle Befragten – etwas pessimistischer geworden. Die Befragten stimmen der Aussage „Ich selbst kann nichts tun, um die Situation positiv zu beeinflussen“ insgesamt zwar weiterhin eher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

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

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 zu ausgewählten Messzeitpunkten erhoben (gültige Angaben der Aussage zum Unterricht am 24.03. n = 146, am 21.04. n = 172, am 05.05. n = 156, am 12.05. n = 184).

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

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



13 Familienzusammenhalt

Die Skala zur Messung des Familienklimas besteht aus 12 Items, die drei Aspekte eines gelingenden Familienlebens widerspiegeln: positive Affekte, Problemlösungskompetenz und offene Kommunikation zwischen den Familienmitgliedern.

Den Familien in Deutschland gelingt es in der andauernden Krisensituation, ein insgesamt positives Familienklima aufrecht zu erhalten. Dies gilt sowohl für die wechselseitige Zuneigung als auch für die Fähigkeit, gemeinsam Probleme zu lösen und offen miteinander zu sprechen. Im Vergleich zu Paaren und Familien mit älteren Kindern im Haushalt liegen die Werte bei Familien mit Kindern unter 14 über alle Zeitpunkte hinweg auf den drei Skalen zum Familienklima geringfügig niedriger.

Empfinden Sie die momentane Situation als belastend? Große Unterschiede gibt es inzwischen jedoch bei der Frage, ob die momentane Situation als belastend erlebt wird: Während das Belastungsempfinden bei

Paaren und Familien mit älteren Kindern von 44,9% auf 38,0 % zurückging, stieg es bei Müttern und Vätern mit jüngeren Kindern von 55,3% auf zuletzt 58,3% an. Damit beträgt dieser Gruppenunterschied heute 20 Prozentpunkte.

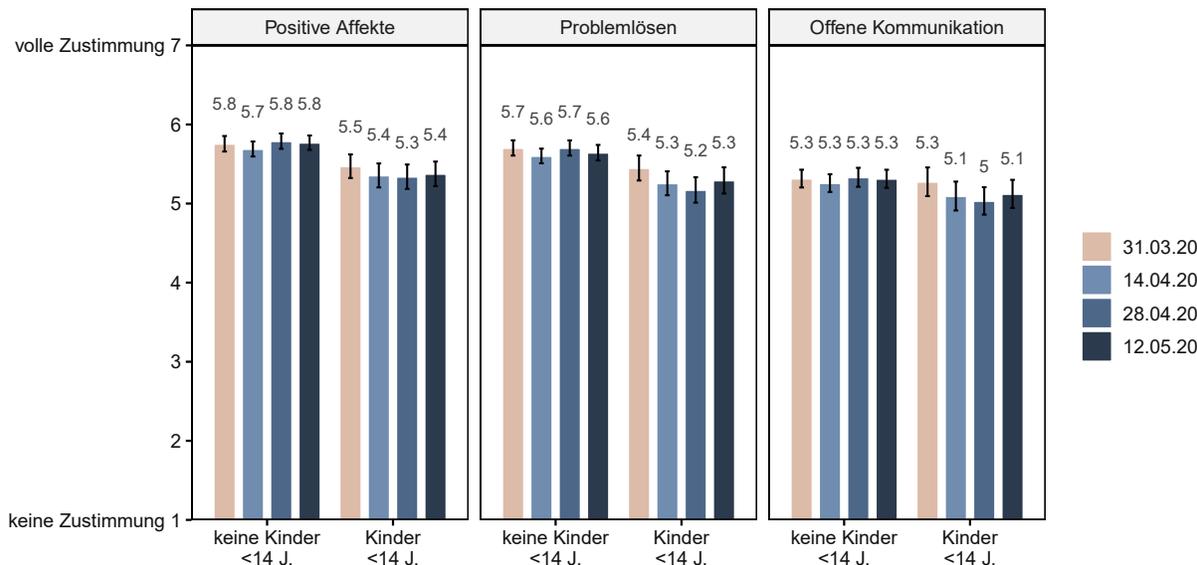
Meinungsverschiedenheiten Wenn Kinder unter 14 Jahre im Haushalt leben, steigt auch die Wahrscheinlichkeit, dass es in der Woche vor der Datenerhebung kleinere Meinungsverschiedenheiten zwischen den Partnern gab, beispielsweise Streit oder „sich auf die Nerven gehen“ (Durchschnittswerte auf einer 7 stufigen Skala von 1-7 „trifft überhaupt nicht zu“ bis „trifft voll und ganz zu“: 3,11 vs. 3,87). Dasselbe gilt für „größere Meinungsverschiedenheiten“, große Streite und Handgreiflichkeiten (Durchschnittswerte auf einer 7 stufigen Skala von 1-7: 1,58 vs. 2,39).

Familienmanagement Befragte mit jüngeren Kindern äußern häufiger die Sorge, nicht genug für ihre Kinder tun zu können, als Eltern von Kindern zwischen 14 und 18 Jahren (Durchschnittswerte auf einer 7 stufigen Skala von 1-7 „trifft überhaupt nicht zu“ bis „trifft voll und ganz zu“: 4,22 vs. 3,61). Noch deutlich stärker ist der Gruppenunterschied bei der Aussage „Es fällt mir schwer, die Kinder unter den notwendigen Änderungen im Alltag einigermaßen zufrieden zu halten.“ (Durchschnittswerte auf einer 7 stufigen Skala von 1-7 „trifft überhaupt nicht zu“ bis „trifft voll und ganz zu“: 3,89 vs. 2,94)

Schlussfolgerung: Das Belastungserleben von Familien mit jüngeren Kindern hat sich seit der Befragung in der letzten Woche deutlich erhöht. Dies könnte damit zusammenhängen, dass sich die Situation trotz der allgemeinen Reduzierungen der Beschränkungsmaßnahmen gerade in diesen Familien nicht deutlich verbessert hat. Die Kitas sind weiterhin geschlossen, die Teilnahme am Schulunterricht ist nur sehr eingeschränkt möglich, was den Familien keine neuen Handlungsspielräume eröffnet, sondern oft noch zusätzliche Abstimmungsprozesse erfordert.

Zusammenleben in Familien mit/ohne Kinder unter 14 Jahren

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



Zusammenleben in der Familie/Partnerschaft

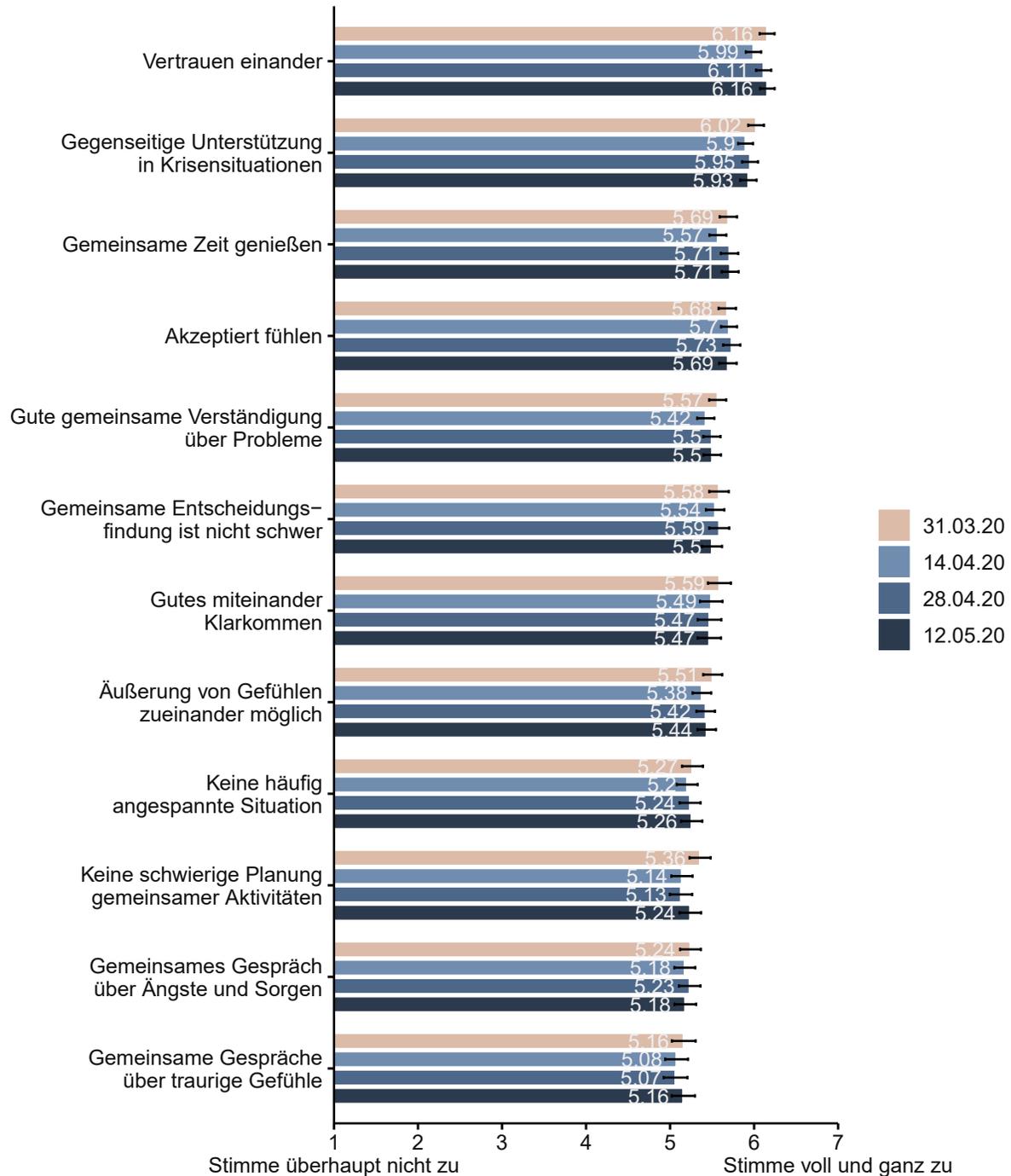
Zusammenleben in der Familie/Partnerschaft

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

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.

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

Welle 9, 28.04. n = 752 ; Welle 11, 12.05. n = 754)



Zusammenleben mit Kindern

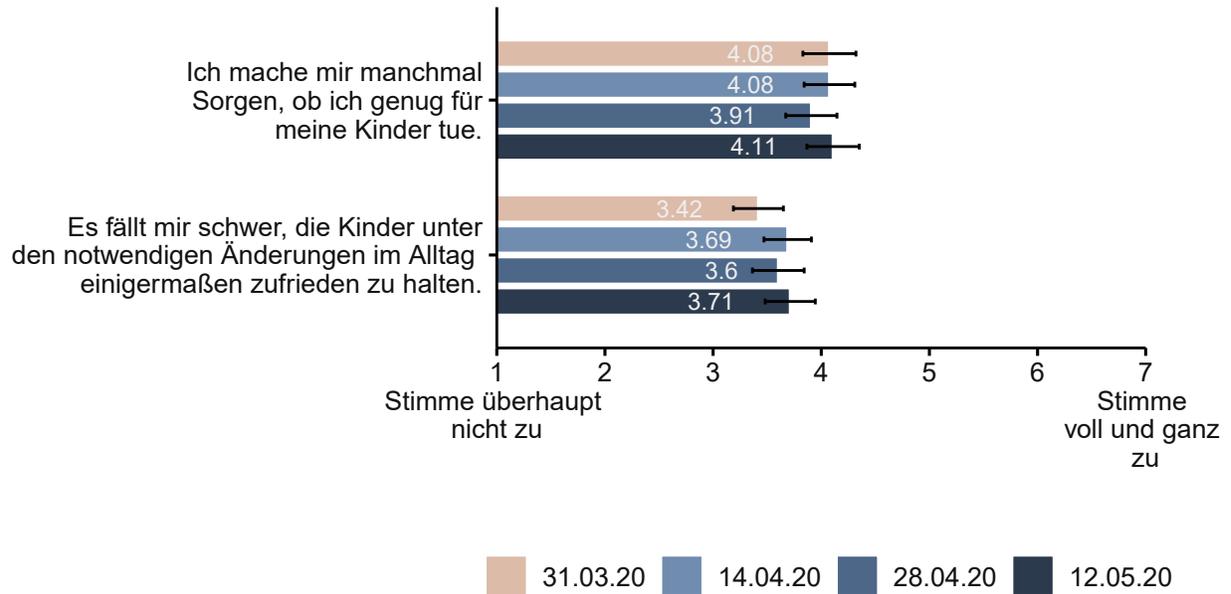
Zusammenleben mit Kindern

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

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.

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

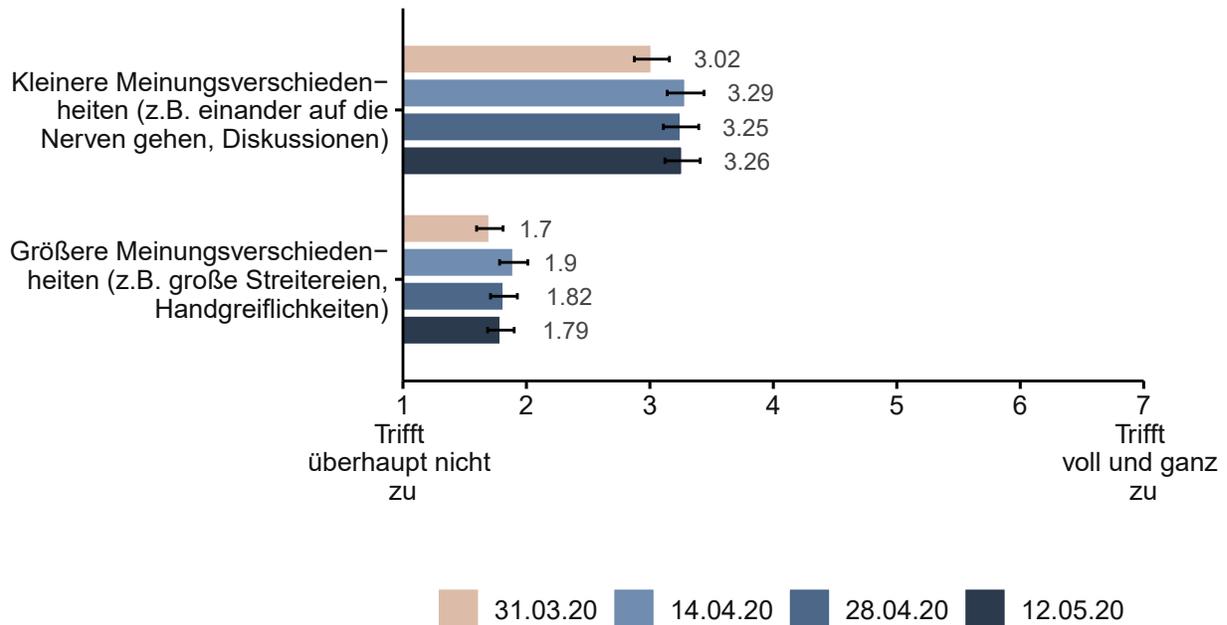
Welle 9, 28.04. n = 262, Welle 11, 12.05. n = 265)



Konflikte in der Partnerschaft

Konflikte in der Partnerschaft

Bewertet auf einer Skala von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 7 (stimme voll und ganz zu). Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle. (Welle 5, 31.03. n = 678; Welle 7, 14.04. n = 718; Welle 9, 28.04. n = 697; Welle 11, 12.05. n = 672)



14 Impfungen

14.1 Subjektive Besorgnisse und Beeinträchtigungen

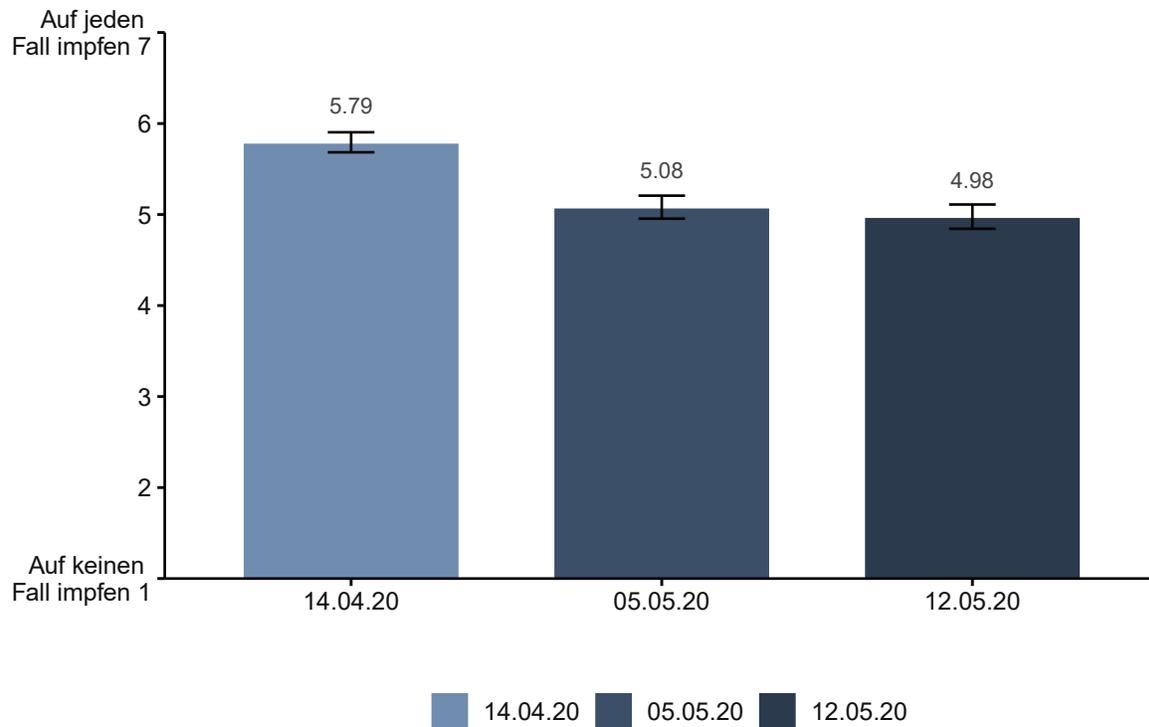
Seit Anfang Mai wurden die Impfbereitschaft und Zustimmung zu einer Impfpflicht sowie die „5C“, ein validiertes Maß zur Erfassung der Impfmüdigkeit, bezogen auf eine hypothetische Impfung gegen COVID-19 erfasst.

Impfabsicht

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

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

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

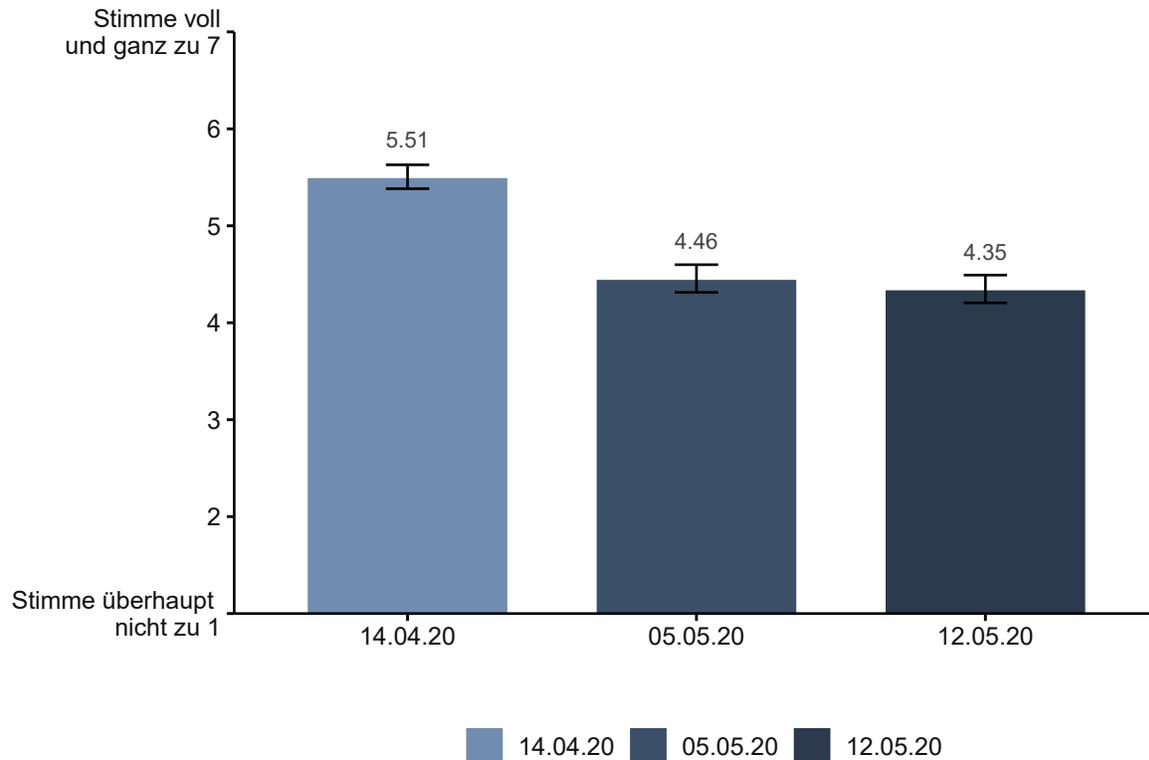


Impfen als Verpflichtung

Auch die Zustimmung zu einer verpflichtenden Impfung gegen COVID-19 sinkt im Vergleich zu vor 3 Wochen und ist in Bezug auf die Erhebung der Vorwoche stabil.

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 Impfabsticht und der Befürwortung einer Impfpflicht

Eine Impfpflicht befürworten Befragte, die

- der zukünftigen Impfung größeres Vertrauen entgegenbringen,
- weniger über Kosten und Nutzen der Impfung nachdenken,
- weniger Trittbrettfahren, also weniger der Überzeugung sind, dass alle anderen sie selbst durch die Impfung schützen
- die Krise nicht als Medienhype wahrnehmen,
- COVID-19 als schwere Krankheit wahrnehmen,
- in großen Städten leben

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

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

- der Impfung mehr vertrauen

- sie nicht überflüssig halten (Die Krankheit als bedrohlicher einschätzen)
- nicht Trittbrettfahren wollen
- weniger Nutzen und Risiken abwägen
- den Behörden vertrauen
- weniger Alltagsstress empfinden
- männlich sind
- Infizierte im persönlichen Umfeld haben
- mehr über effektive Schutzmaßnahmen kennen
- COVID-19 als schwere Krankheit wahrnehmen

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	-0.04	-0.081	0.002	.059	-0.06	-0.111	-0.011	.016
Alter					0.05	-0.005	0.097	.076
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)	-0.07	-0.111	-0.033	<.001	-0.13	-0.177	-0.084	<.001
Collective responsibility (Wenn alle gegen COVID-19 geimpft sind, brauche ich mich nicht auch noch impfen lassen)	-0.15	-0.203	-0.098	<.001	-0.12	-0.182	-0.057	<.001
Complacency (Impfungen gegen COVID-19 werden überflüssig sein, da COVID-19 keine große Bedrohung darstellt)	-0.16	-0.211	-0.101	<.001	-0.06	-0.123	0.006	.077
Confidence (Ich habe vollstes Vertrauen, dass die Impfungen gegen COVID-19 sicher sein werden)	0.55	0.503	0.595	<.001	0.48	0.423	0.538	<.001
Constraints (Alltagsstress wird mich davon abhalten, mich gegen COVID-19 impfen zu lassen)	0.06	0.011	0.101	.015	0.05	-0.008	0.101	.094
Großstadt vs. Kleinstadt					0.07	0.018	0.117	.008
Mittelstadt vs. Kleinstadt					0.00	-0.047	0.052	.916
Schulbildung: Abitur vs. 9 Jahre	-0.02	-0.082	0.044	.555				
Schulbildung: 10+ Jahre (ohne Abitur) vs. 9 Jahre	-0.05	-0.115	0.009	.095				
Geschlecht: weiblich	-0.05	-0.087	-0.010	.015				
Infizierte im persönlichen Umfeld	0.05	0.014	0.090	.008	0.03	-0.012	0.079	.153
Wissen über effektive Schutzmaßnahmen	0.05	0.001	0.089	.044				
Wissen über offizielle Verfügungen	0.03	-0.008	0.076	.114				
Wahrscheinlichkeit zu erkranken					-0.04	-0.090	0.011	.130
Schweregrad	0.08	0.038	0.121	<.001	0.07	0.008	0.135	.027
Anfälligkeit					0.05	-0.014	0.112	.125
Vertrauen in Behörden					0.06	-0.001	0.111	.053

¹ R² = .640, Adj. R² = .636

² R² = .498, Adj. R² = .491

15 Immunitätspass

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

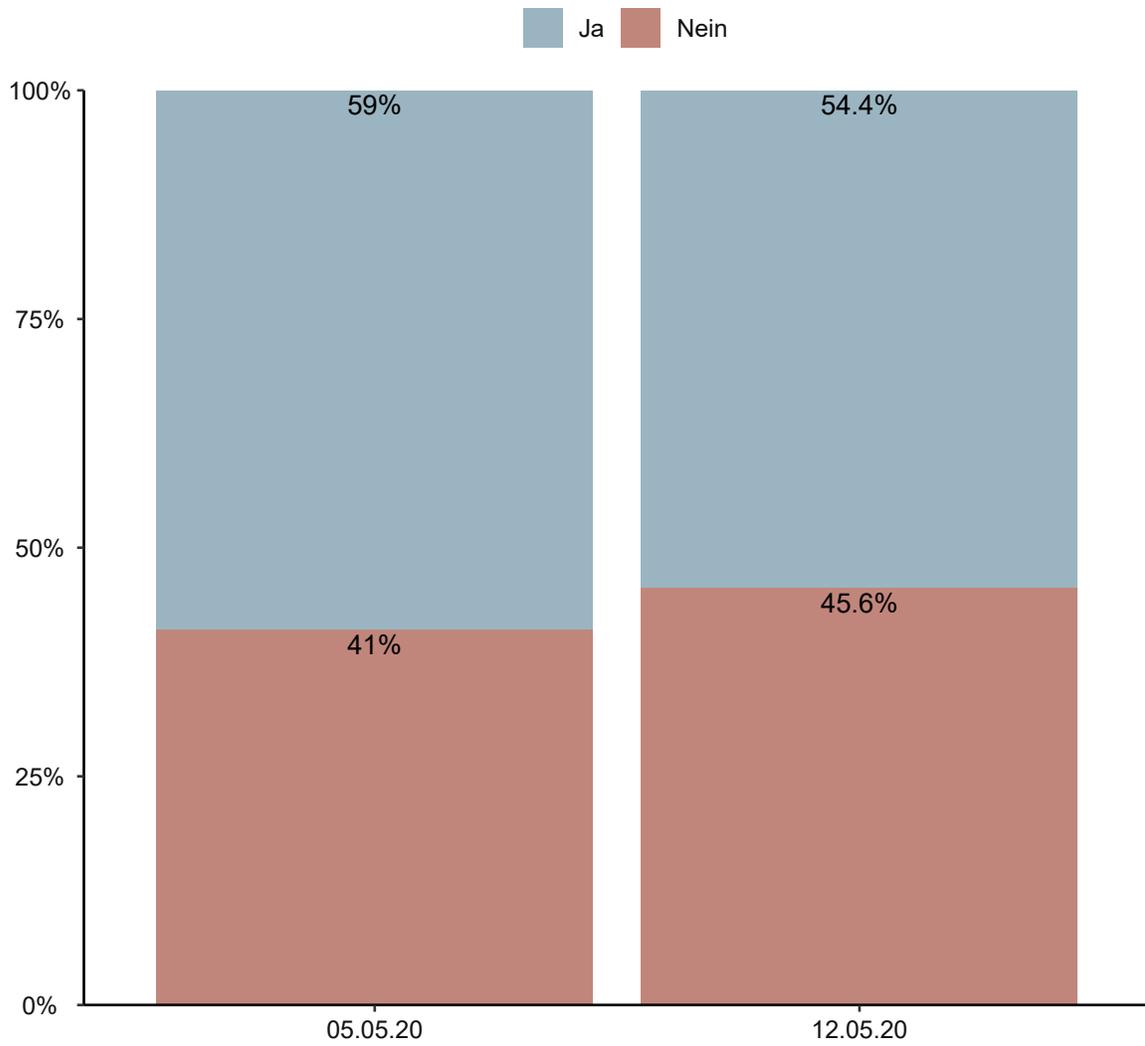
Seit Anfang Mai wurden die Teilnehmer gefragt, ob sie von der Diskussion um den Immunitätspass gehört haben und ob sie der Meinung sind, dass eine solche Bescheinigung eingeführt werden soll.

Ergebnisse:

- 54.4 % der Befragten ist die Diskussion um den Immunitätspass **bekannt** (Vorwoche: 59 %).
- 45.1 % der Befragten ist der Meinung, dass ein solcher Pass **nicht eingeführt** werden soll (Vorwoche: 48.6 %).
- 22.5 % 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).

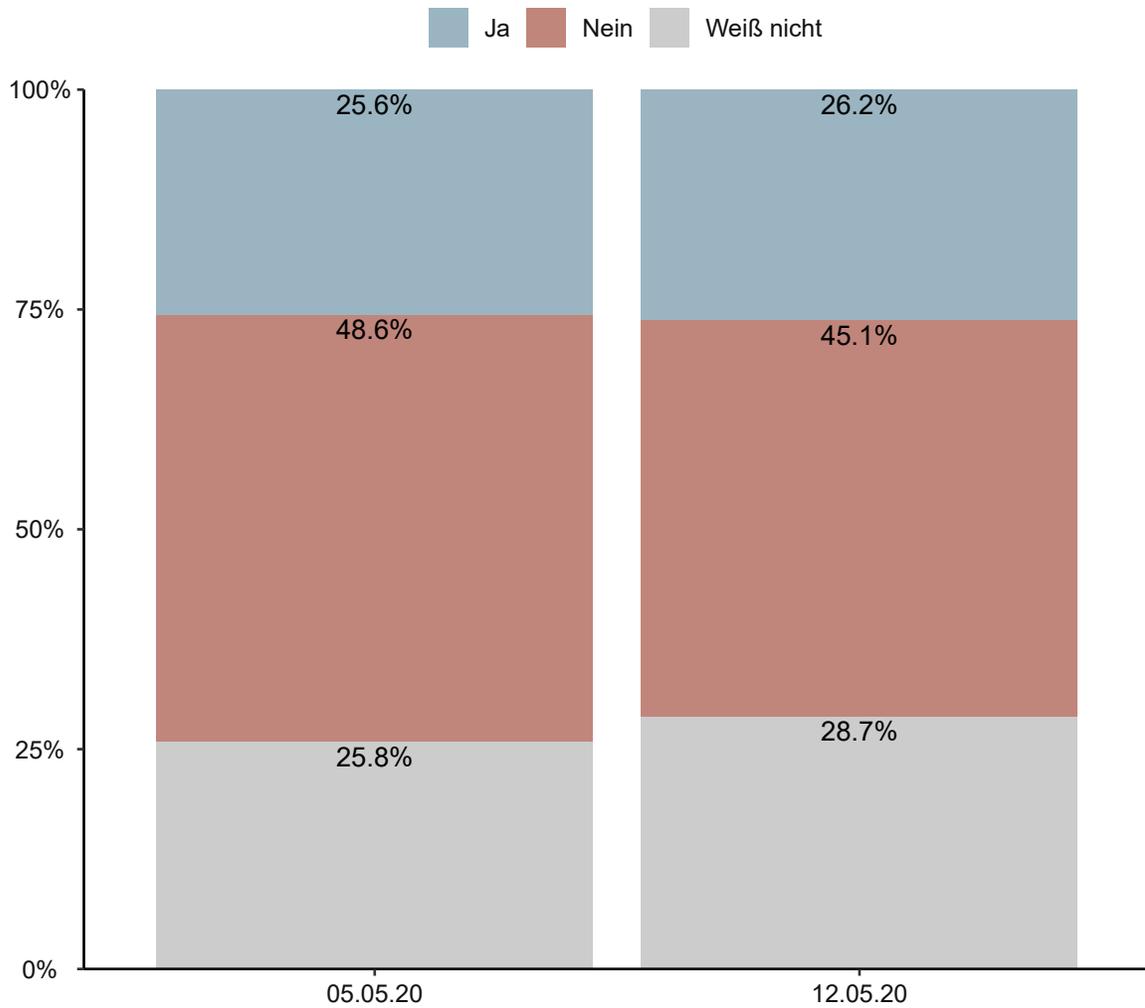
Haben Sie schon einmal von einem Immunitätsausweis gehört?

Abweichung von 100% können wegen Rundung zustande kommen.



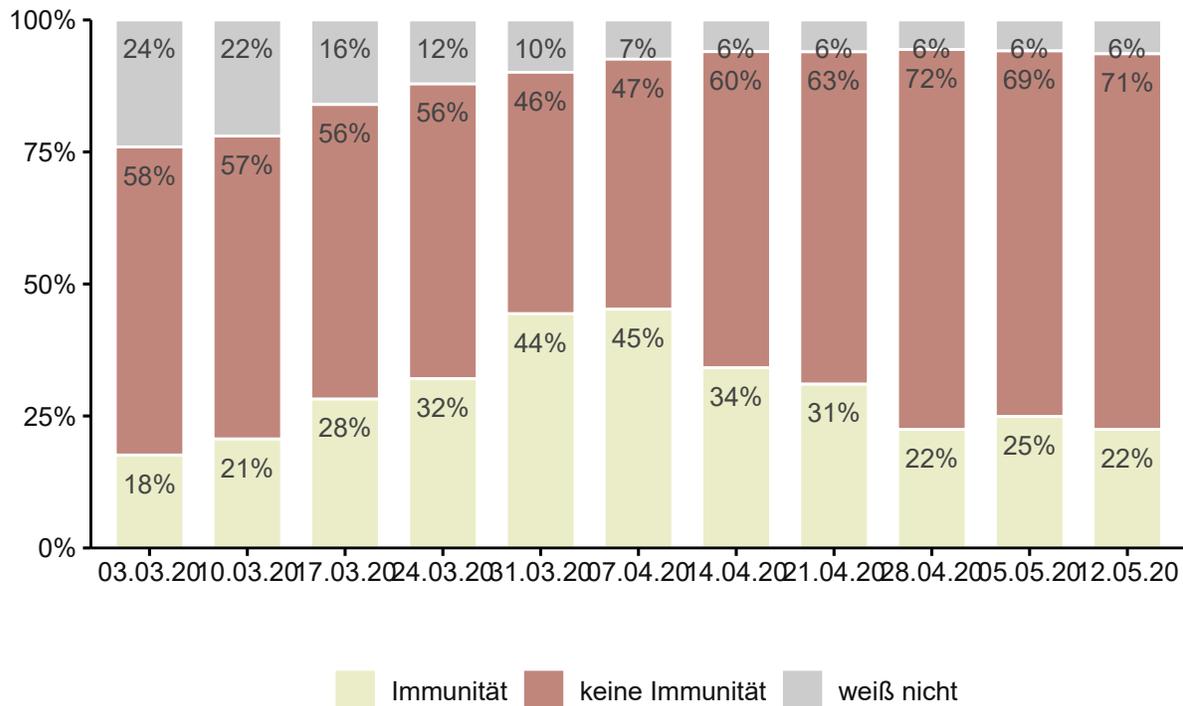
Was denken Sie, sollte ein Immunitätsausweis in Deutschland eingeführt werden?

Abweichung von 100% können wegen Rundung zustande kommen.



Wissen über Folgen einer überstandenen Erkrankung

Einschätzung der Teilnehmer; Einfachauswahl



16 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

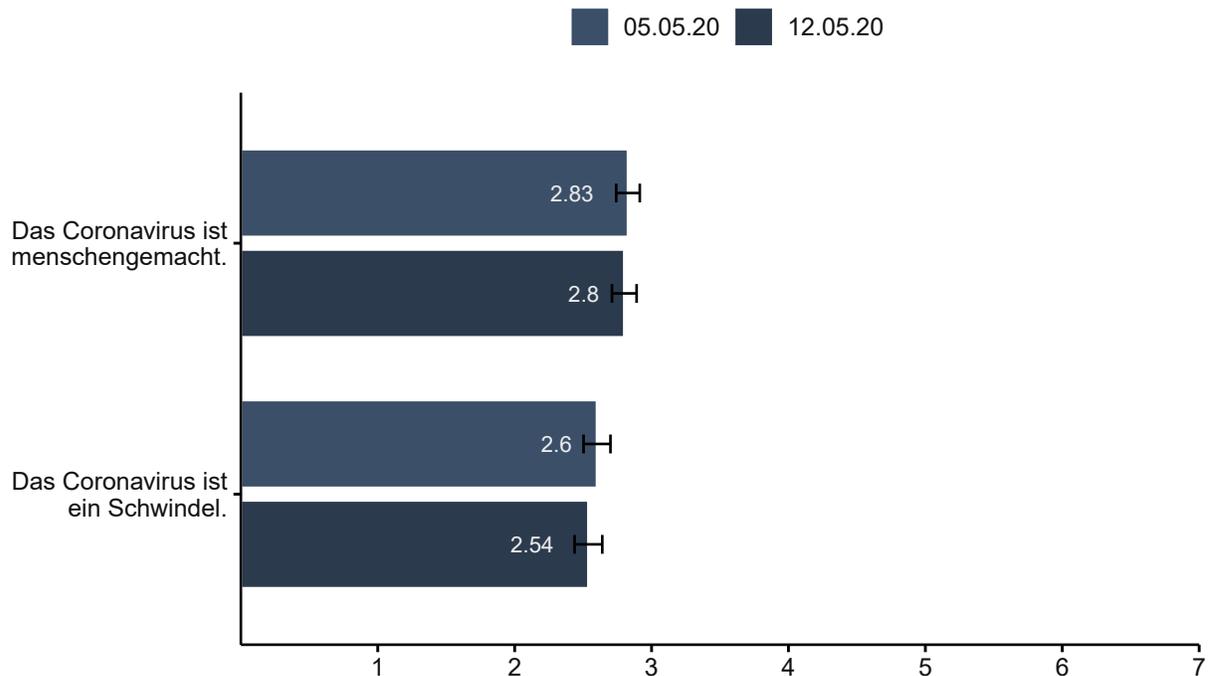
- Corona wurde absichtlich in die Welt gebracht, um die Bevölkerungsanzahl zu reduzieren.
- Dunkle Mächte nutzen das Virus, um die Welt zu beherrschen.
- Ich halte es für Unsinn, dass das Virus angeblich in einem Labor geschaffen wurde. (r)

Über Corona sind bereits einige Verschwörungstheorien aufgetaucht. Zwei gegensätzliche Theorien sind nur gering verbreitet (Befragte, die (eher) zu stimmen: 17.2 % Corona ist menschengemacht, 17 % Corona ein Schwindel). Wer allerdings an die eine Theorie glaubt, glaubt auch eher an die andere ($r = 0.65$); 10.2 % der Befragten glauben an beide Theorien. Korrelationen zeigen jedoch, dass das Verschwörungsdenken auch mit relevanten Verhaltensweisen und Anschauungen zusammenhängt. Personen, die die einschränkenden

Maßnahmen übertrieben finden, geben auch höhere Zustimmungswerte zu allgemeinen und Corona-spezifischen Verschwörungstheorien an.

Verschwörungsdenken

Die beiden Skalen wurden aus jeweils 3 Aussagen gebildet.
Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



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" 0.65

Korrelationen von "Corona ist ein Schwindel" mit ...

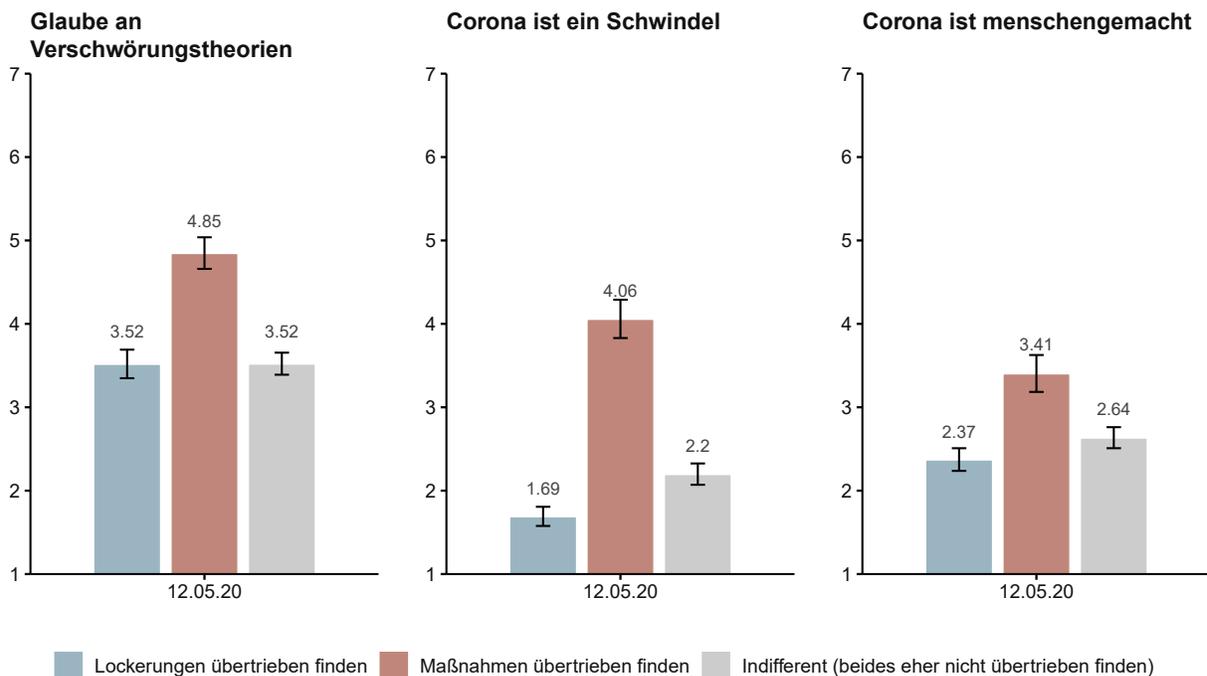
- 1.5m Abstand halten: -0.27
- Häufigkeit Maske tragen: -0.28
- Maßnahmen übertrieben finden: 0.65
- eigene Anfälligkeit: -0.2
- Impfbereitschaft gegen COVID-19: -0.5
- Impfung gegen COVID-19 soll verpflichtend sein: -0.43
- Vertrauen in die Bundesregierung: -0.53
- Vertrauen in die Weltgesundheitsorganisation: -0.44
- Ausprägung des allgemeinen Verschwörungsdenken: 0.6

Korrelationen von “Corona ist menschengemacht” mit ...

- 1.5m Abstand halten: -0.12
- Häufigkeit Maske tragen: -0.11
- Maßnahmen übertrieben finden: 0.37
- eigene Anfälligkeit: -0.02
- Impfbereitschaft gegen COVID-19: -0.38
- Impfung gegen COVID-19 soll verpflichtend sein: -0.27
- Vertrauen in die Bundesregierung: -0.35
- Vertrauen in die Weltgesundheitsorganisation: -0.35
- Ausprägung des allgemeinen Verschwörungsdenken: 0.62

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 der einen Variable mit niedrigen Werten der anderen Variable einhergehen. p-Werte < 0.05 zeigen statistisch bedeutsame Zusammenhänge an. Korrelationskoeffizienten, die statistisch bedeutsam sind, werden fett gedruckt

** Verschwörungsdenken und die Befürwortung von Schutzmaßnahmen und Lockerungen**



17 Die zweite Welle

17.1 Übersicht

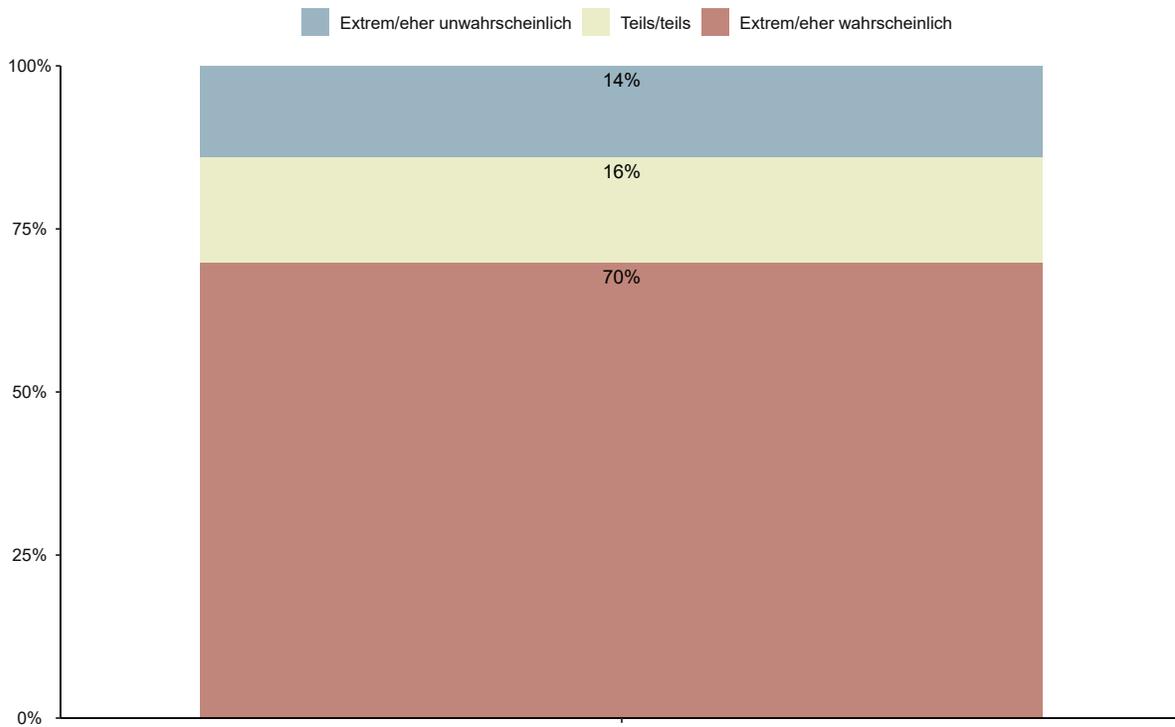
In Welle 9 und Welle 11 der COSMO-Befragung wurde die zweite Welle der Corona-Pandemie thematisiert.

In beiden Wellen wurden die Teilnehmer gefragt, ob Ihnen die politische Diskussion um das Wiederauftreten vermehrter Corona-Fälle bekannt ist. In Welle 11 haben 94% der Befragten angegeben, dass ihnen die Diskussion bekannt ist (Veränderung zu Welle 9: 3 Prozentpunkte).

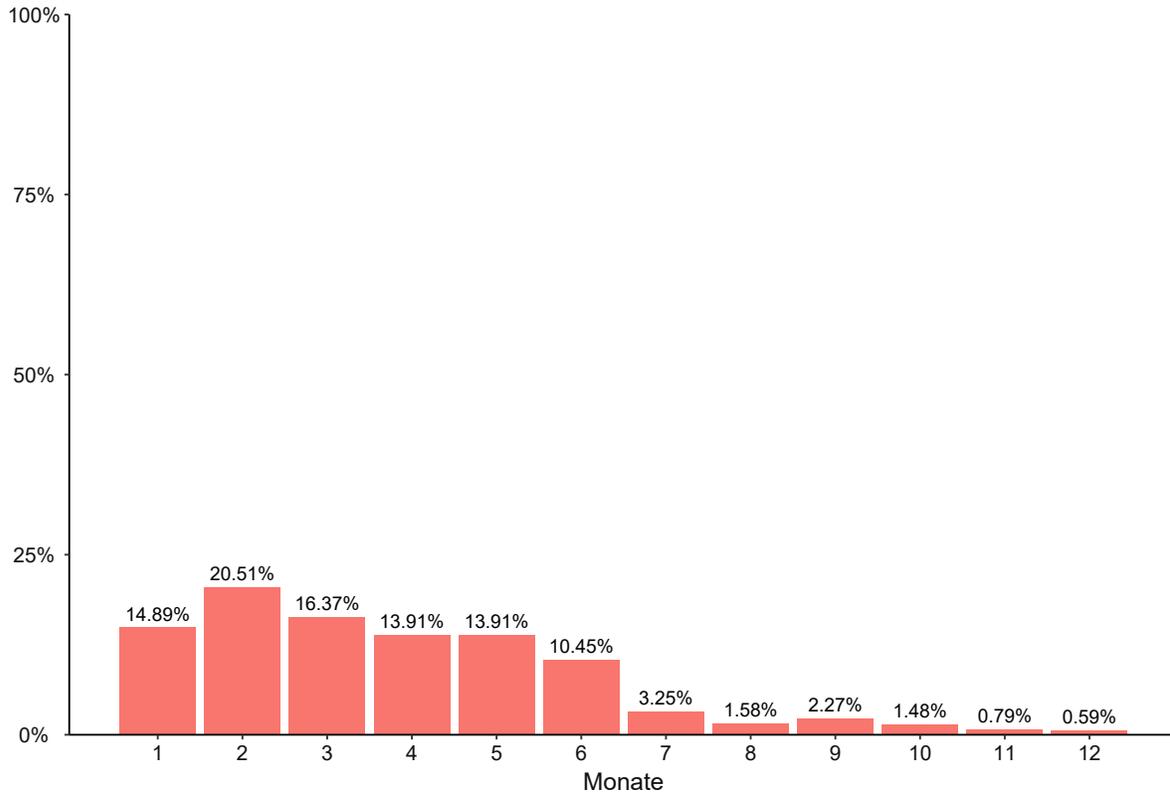
Zudem erwartet die Mehrheit der Befragten die zweite Welle in 2 Monaten (siehe untere Abbildung; Welle 11: $M = 3.793$, $SD = 2.292$; Welle 9: $M = 3.661$, $SD = 2.46$).

Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass es in der Zukunft eine solche zweite Welle der Corona-Virus Pandemie gibt?

Angaben aus der aktuellen Welle



Falls es eine zweite Welle geben sollte, wann schätzen Sie würde diese auftreten?



17.2 Experiment: Nähe der zweiten Welle

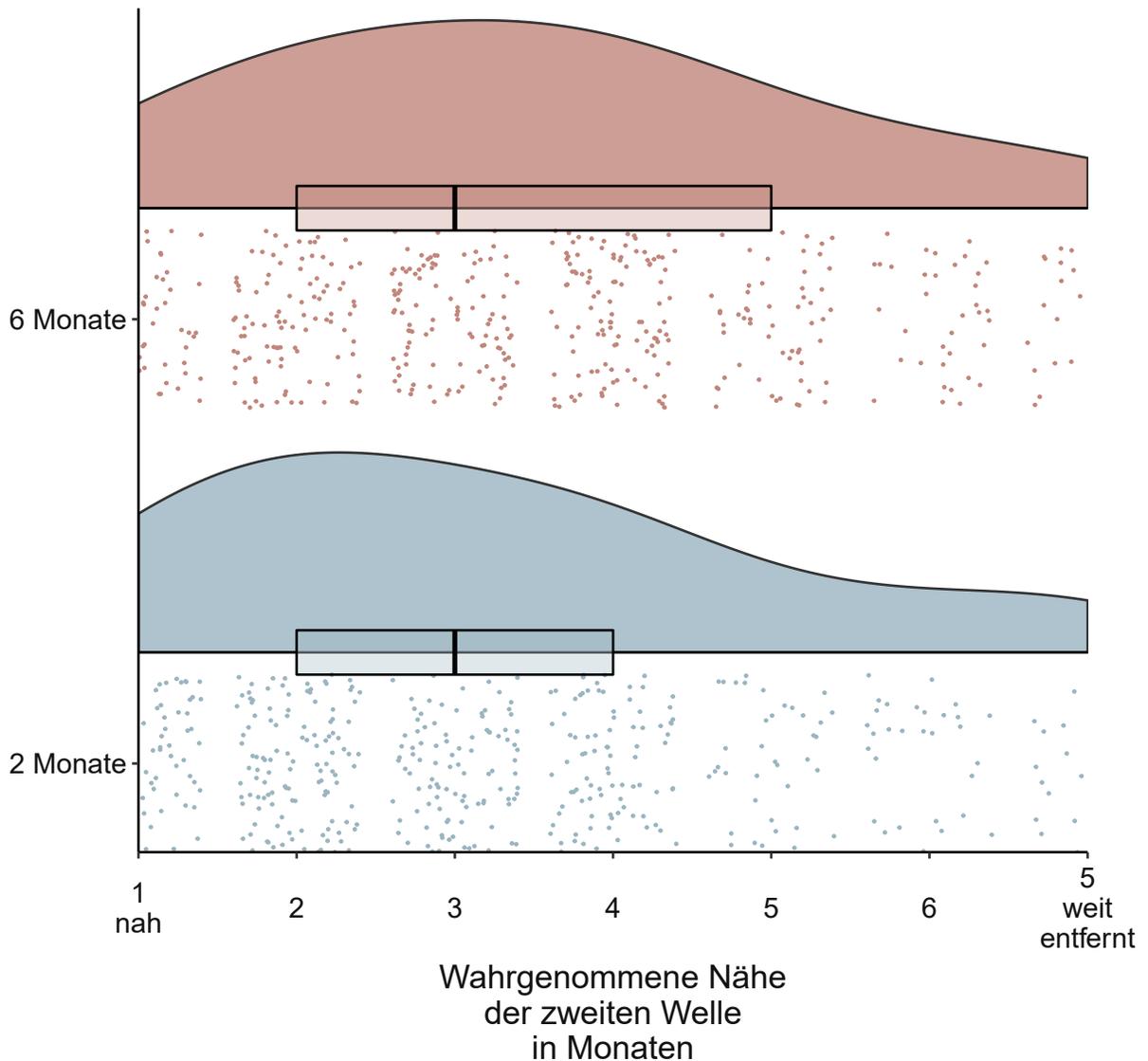
Ein experiment in Welle 9 zeigte, dass die Mehrheit der Teilnehmer die Welle 2 entweder in 2 oder 6 Monaten erwartete. Dies korrespondierte der wahrgenommenen Distanz, die signifikant höher war, wenn sie in 6 vs. 2 Monaten erwartet wurde. Die Ergebnisse zeigen, dass diejenigen, die die Welle 2 als näher wahrnehmen, eher bereit sind, sich an die gegenwärtigen Maßnahmen zu halten, und auch bereit sind, sich in Zukunft für einen längeren Zeitraum daran zu halten.

Um den kausalen Zusammenhang zwischen der psychologischen Distanz der zweiten Welle und der Einhaltung aktueller Massnahmen zu testen, wurde die Nähe experimentell manipuliert. Weiterhin besteht die Möglichkeit, dass Teilnehmer ihre Absicht sich zum heutigen Zeitpunkt und zukünftig an die Maßnahmen zu halten, angleichen, wenn sie beide Fragen beantworten müssen. Folglich wurde bei den Teilnehmern *entweder* die jetzige Intention *oder* die zukünftige Intention gemessen.

Folglich nutzte das Experiment ein 2 (Nähe: 2 Monate vs. 6 Monate) \times 2 (Verhalten: gegenwärtig vs. zukünftig) between-subjects Design.

Wie angenommen, ist die die wahrgenommene Nähe in der Bedingung *2 Monate* größer als in der *6 Monate* Bedingung (siehe Abbildung).

Einfluss der experimentellen Manipulation der Nähe der zweiten Welle auf die wahrgenommene Nähe der zweiten Welle



Zentrales Ergebnis: Experimentell manipulierte Nähe

- Die experimentelle Manipulation der Nähe der zweiten Welle hat keinen Einfluss auf die jetzige und zukünftige Bereitschaft den Maßnahmen Folge zu leisten und die Überzeugung, dass persönliche Freiheitsrechte eingeschränkt werden sollten (siehe Regressionen und Abbildungen).

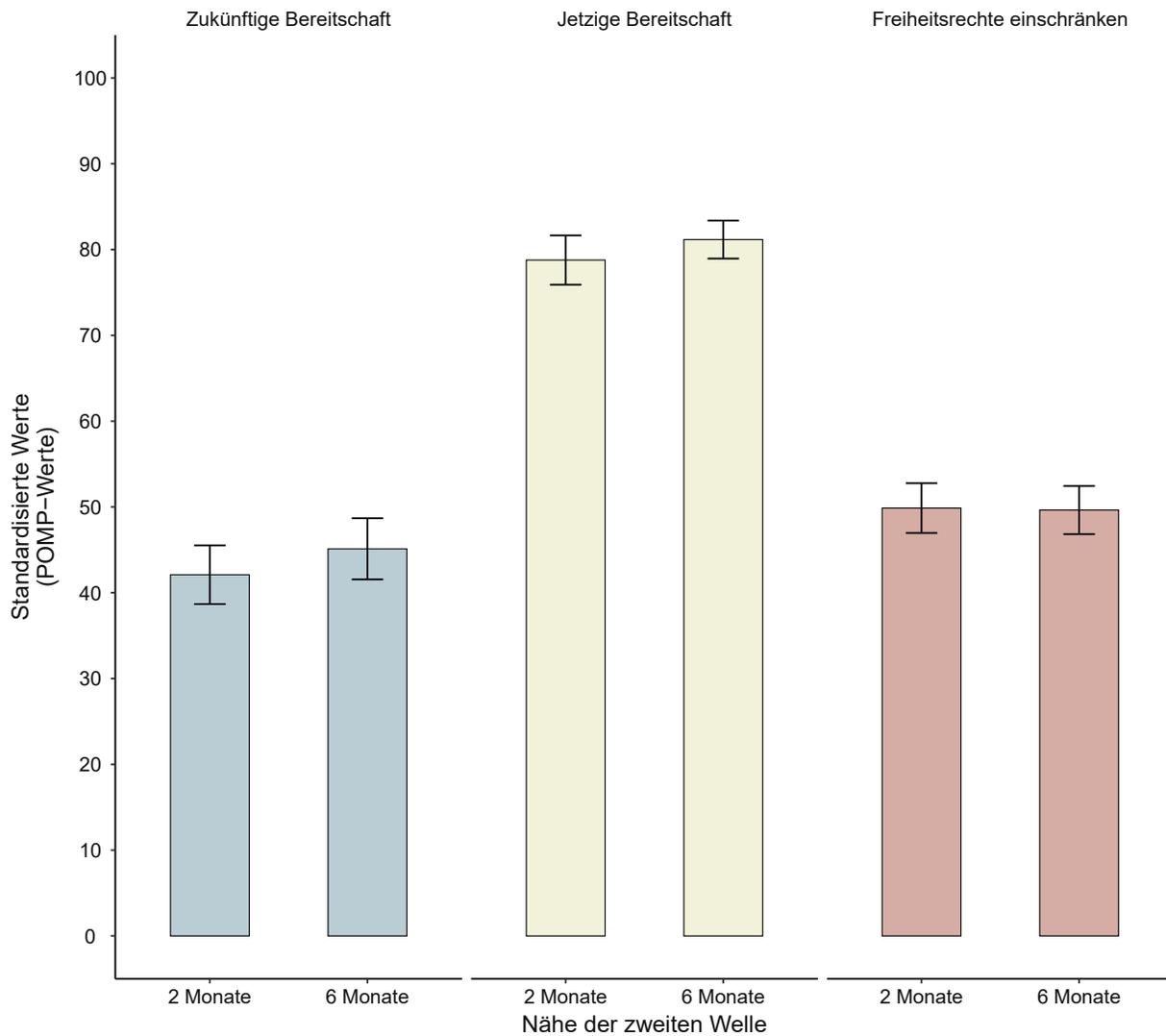
Interpretation: Dargestellt sind die Ergebnisse einer linearen Regressionsanalyse. Einflussfaktoren mit Sternchen sind signifikant und haben einen statistisch bedeutsamen Einfluss. Das heißt für Werte mit positivem Vorzeichen: höhere Werte auf diesem Einflussfaktor führen zu mehr Intention. Das heißt für Werte mit negativem Vorzeichen: höhere Werte auf diesem Einflussfaktor führen zu weniger Intention.

	Jetzige Bereitschaft Estimate (S.E.)	Zukünftige Bereitschaft Estimate (S.E.)	Maßnahmen übertrieben finden Estimate (S.E.)
Nähe: 6 vs 2 Monate	0.058 (0.044)	0.053 (0.044)	-0.004 (0.031)
N	507	507	1014
RMSE	0.998	0.999	1.000
R ²	0.003	0.003	0.000

* $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$ *** $p \leq 0.001$

Der Einfluss der experimentellen Manipulation der Nähe der zweiten Welle auf Bereitschaft sich einzuschränken und die Überzeugung, dass Freiheitsrechte eingeschränkt werden sollten

Höhere Werte bedeuten höhere Bereitschaft sich an Maßnahmen zu halten und stärkere Überzeugung, dass Freiheitsrechte eingeschränkt werden sollten



17.2.1 Zentrales Ergebnis: wahrgenommene Nähe

Anstatt die experimentielle Manipulation der Nähe als Prädiktor für die jetzige und zukünftige Intention zu nutzen, wurde die psychologische Nähe (nah vs. fern) der zweiten Welle genutzt. 57 % der Teilnehmer schätzen die zweite Welle als psychologisch nah ein. 23 % der Teilnehmer schätzen die zweite Welle als psychologisch fern ein. 20% der Teilnehmer sind indifferent. Für die nachfolgenden Abbildungen wurden die indifferenten Teilnehmer exkludiert.

Sowohl die nachstehende lineare Regression als auch die Abbildungen zeigen: Ist die zweite Welle psychologisch weit (vs. nah) entfernt, zeigen die Personen eine geringe Bereitschaft sich im Moment und auch zukünftig an Maßnahmen zu halten. Zudem finden Personen, die die zweite Welle als psychologisch näher empfinden, dass persönliche Freiheitsrechte eingeschränkt werden sollten, als Personen, die die zweite Welle als psychologisch weit entfernt empfinden.

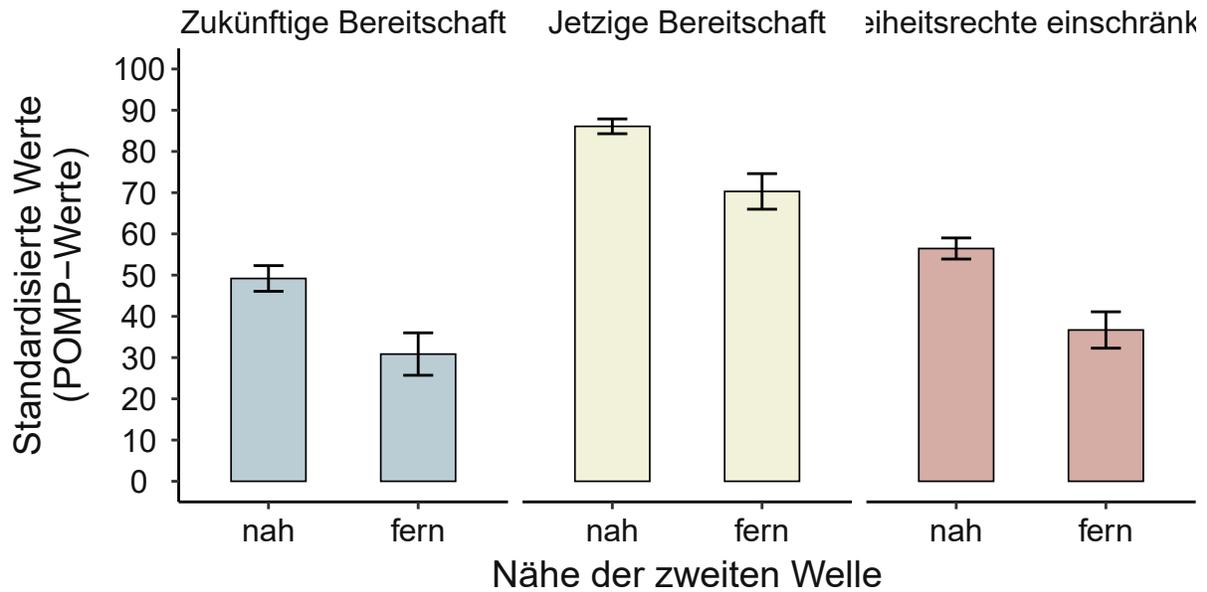
Interpretation: Dargestellt sind die Ergebnisse einer linearen Regressionsanalyse. Einflussfaktoren mit Sternchen sind signifikant und haben einen statistisch bedeutsamen Einfluss. Das heißt für Werte mit positivem Vorzeichen: höhere Werte auf diesem Einflussfaktor führen zu mehr Intention. Das heißt für Werte mit negativem Vorzeichen: höhere Werte auf diesem Einflussfaktor führen zu weniger Intention.

	Jetzige Bereitschaft Estimate (S.E.)	Zukünftige Bereitschaft Estimate (S.E.)	Maßnahmen übertrieben finden Estimate (S.E.)
Nähe: 6 vs 2 Monate	-0.365*** (0.046)	-0.283*** (0.047)	-0.268*** (0.034)
N	407	409	816
RMSE	0.931	0.959	0.963
R^2	0.133	0.080	0.072

* $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$ *** $p \leq 0.001$

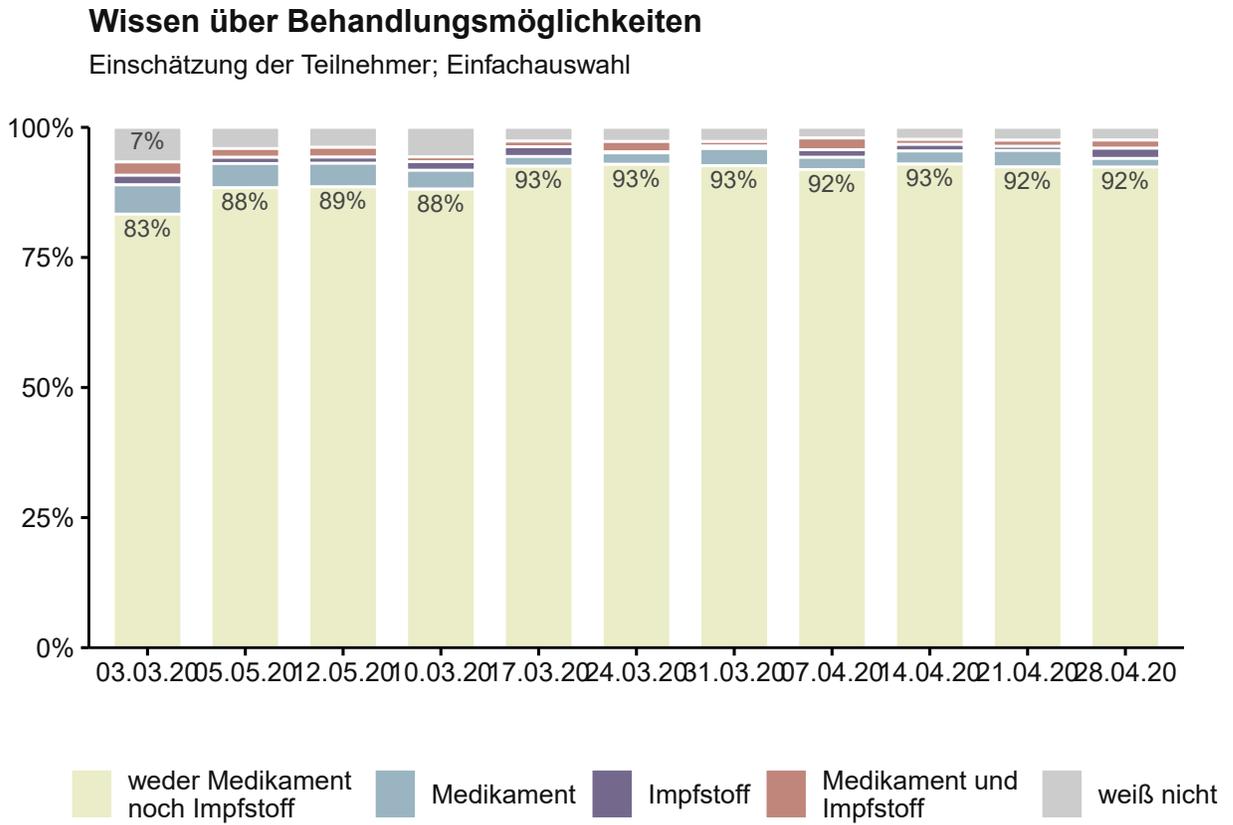
Der Einfluss der wahrgenommenen Nähe der zweiten Welle auf Bereitschaft sich einzuschränken und die Überzeugung, dass Freiheitsrechte eingeschränkt werden sollten

Höhere Werte bedeuten höhere Bereitschaft sich an Maßnahmen zu halten und stärkere Überzeugung, dass Freiheitsrechte eingeschränkt werden sollten



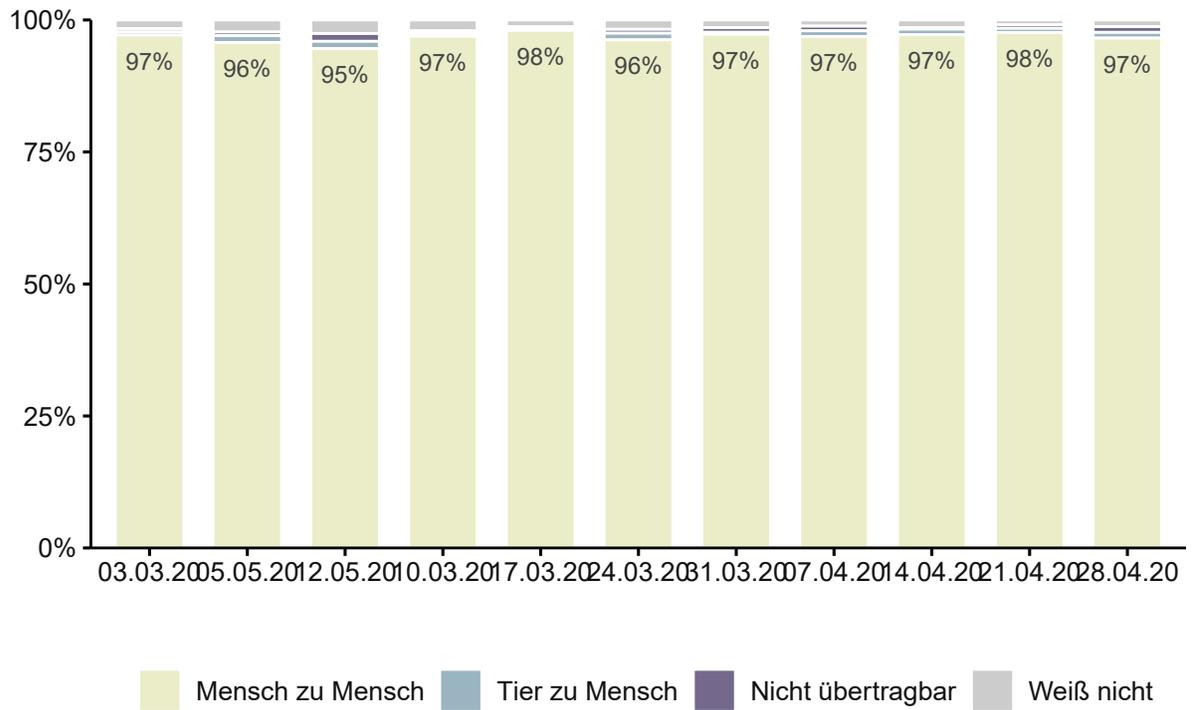
18 Daten im Detail

18.1 Detail: Wissen COVID-19



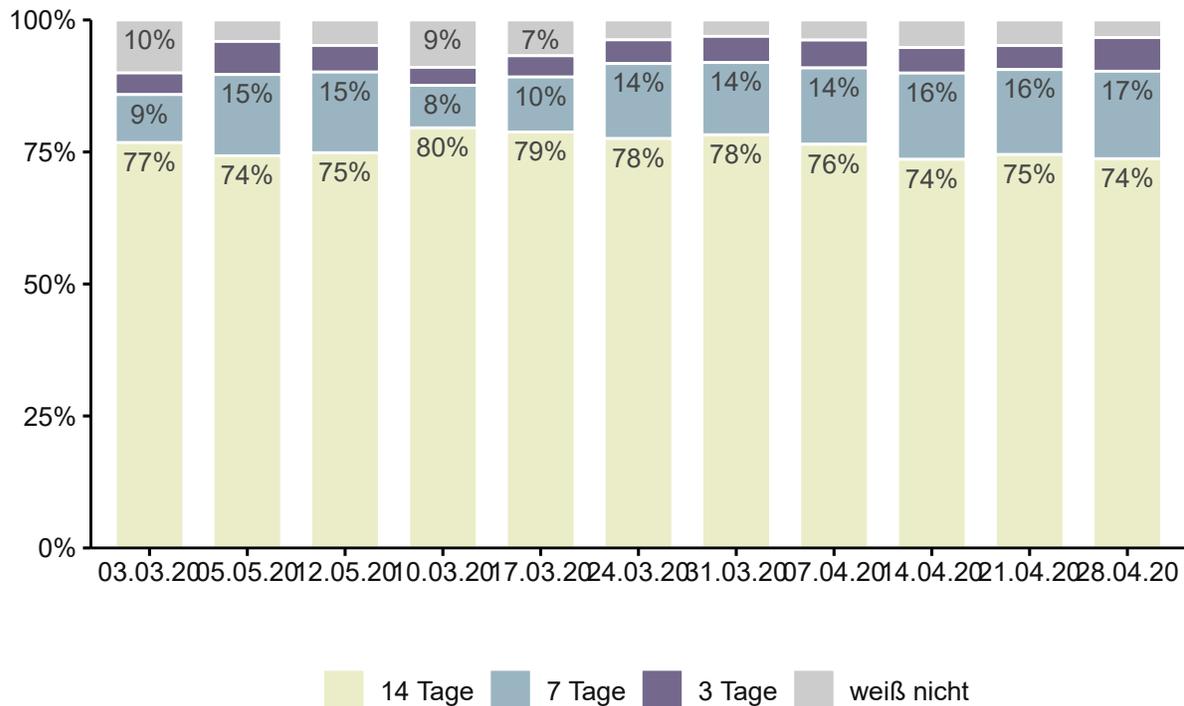
Wissen über Krankheitsüberträger

Einschätzung der Teilnehmer; Einfachauswahl



Wissen über die Inkubationszeit

Einschätzung der Teilnehmer; Einfachauswahl



19 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.

20 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.

21 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

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