



# COVID-19 Impfquoten-Monitoring in Deutschland (COVIMO) – 1. Report

## Zusammenfassung:

- Seit Januar 2021 wird ein Monitoring zu COVID-19 Impfquoten sowie zur COVID-19 Impfbereitschaft und -akzeptanz in Deutschland durchgeführt.
- Im Erhebungszeitraum (18.01.-13.02.2021) wurden 1.006 Erwachsene zur COVID-19-Impfung befragt. Von diesen waren 5.2 % bisher mindestens einmal und 0.9 % vollständig gegen COVID-19 geimpft.
- Die COVID-19-Impfbereitschaft der Bevölkerung liegt auf einem hohen Niveau: Der Anteil derjenigen, die sich „auf keinen Fall impfen“ lassen möchte, liegt bei 4.8 %, 65.5 % der Befragten geben an, sich „auf jeden Fall impfen“ lassen zu wollen.
- Je stärker Personen der Impfung vertrauen, je eher Personen das Risiko der Erkrankung wahrnehmen und je stärker das Verantwortungsgefühl für die Gemeinschaft, umso höher die Impfbereitschaft.
- Es besteht ein Informationsbedarf: Bei Wissensfragen zur Impfung ist der Anteil der Teilnehmenden, die unsicher sind („weiß nicht“) bei fast allen Fragen hoch.

## Überblick und Methodik

Ziel des Monitorings zur COVID-19-Impfung ist es, die Impfbereitschaft und -akzeptanz verschiedener Bevölkerungsgruppen in Deutschland zu erfassen und zeitnah mögliche Barrieren der Impfinanspruchnahme zu erkennen.

Hierfür werden ab Januar 2021 deutschlandweit alle drei bis vier Wochen etwa 1.000 Personen aus der deutschsprachigen Bevölkerung ab 18 Jahren telefonisch befragt. Es handelt sich um eine Querschnittsbefragung.

Die Auswahl der Teilnehmenden erfolgt als Zufallsstichprobe aus dem Stichprobensystem des ADM (Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e. V.). In der Stichprobe befinden sich zufällig generierte Mobil- und Festnetznummern (Dual-Frame Ansatz). Diese Herangehensweise erlaubt es, jede Befragung repräsentativ für die Zielgruppe in Deutschland durchzuführen (1). Die Daten sind gewichtet.

Weitere Informationen zur Studie finden Sie unter <https://www.rki.de/covimo>.

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

Dies ist der vorläufige Report zur ersten Befragung von COVIMO. Der Bericht wird im Verlauf angepasst und ergänzt. Es ist geplant, einen Report pro Befragung zu veröffentlichen. Alle hier berichteten Daten und Schlussfolgerungen sind als vorläufig zu betrachten und dürfen nur unter Verwendung der Quelle genutzt werden.

### Stand der Impfkaktivitäten zum Zeitpunkt der Befragung 1

Während des Befragungszeitraums (18.01.-13.02.2021) standen in Deutschland die mRNA-Impfstoffe von BioNTech/Pfizer (Zulassung am 21.12.20) und Moderna (Zulassung zum 06.01.21) zur Verfügung. Der Vektor-Impfstoff von AstraZeneca wurde am 29.01.21 zugelassen, bis einschließlich 08.02.21 jedoch erst an 15 Personen verimpft (2). Die Impfung wurde in diesem Zeitraum prioritär Bewohner:innen von Senioren- und Altenpflegeheimen, Pflegepersonal in der ambulanten und stationären Altenpflege, Personen im Alter von  $\geq 80$  Jahren und Personal in medizinischen Einrichtungen mit besonders hohem Ansteckungsrisiko bzw. mit engem Kontakt zu schutzbedürftigen Gruppen angeboten.

Bis zum 13.02.2021 wurden laut Digitalem Impfquoten-Monitoring des RKI 3.2 % der Bevölkerung mindestens einmal und 1.6 % vollständig gegen COVID-19 geimpft (2).

	<b>Befragung 1 (18.01.-13.02.2021)</b>			
Zielgruppe (Befragte)	Bevölkerung ab 18 Jahre			
N (Stichprobengröße)	1.006			
Alter	$M = 50.87, SD = 18.99$			
Geschlecht	51.0 % w. ( $n = 514$ )	48.8 % m. ( $n = 491$ )	0.1 % d. ( $n = 1$ )	
Bildung (Schulabschluss)	17.1 % ( $n = 171$ ) (ohne bzw. mit Hauptschulabschluss oder vergleichbar)	27.6 % ( $n = 275$ ) (Realschulabschluss oder vergleichbar)	55.3 % ( $n = 552$ ) (Abitur oder vergleichbar)	
Region	Nördliche Bundesländer:	18.1 %	Südliche Bundesländer:	29.0 %
	Hamburg	2.2 %	Bayern	15.7 %
	Bremen	0.8 %	Baden-Württemberg	13.3 %
	Niedersachsen	9.6 %		
	Mecklenburg-Vorpommern	2.0 %		
	Schleswig-Holstein	3.5 %		
	Östliche Bundesländer:	17.7 %	Westliche Bundesländer:	35.2 %
	Berlin	4.4 %	Hessen	7.5 %
	Brandenburg	3.1 %	Nordrhein-Westfalen	21.5 %
	Sachsen	5.0 %	Rheinland-Pfalz	4.9 %
	Sachsen-Anhalt	2.7 %	Saarland	1.2 %
	Thüringen	2.6 %		
Berufsgruppen	61.0 % ( $n = 612$ ) der Befragten sind berufstätig, davon $n = 79$ als medizinisches Personal			

## Impfverhalten und -bereitschaft

Da zurzeit in Deutschland nur begrenzt Impfstoffdosen zur Verfügung stehen, wurde die COVID-19 Impfung zunächst priorisiert Personen ab 80 Jahren, Bewohner:innen und Personal in Altenpflegeheimen, Personal bestimmter ambulanter Pflegedienste und bestimmtem medizinischen Personal angeboten (3). Bisher wurden also erst einem geringen Prozentsatz an Personen in der deutschen Allgemeinbevölkerung ein Impfangebot gemacht. Der Anteil an bereits geimpften Personen ist in dieser Befragung deshalb klein. Generalisierende Aussagen, d.h. Verallgemeinerungen für die gesamte Bevölkerung, auf Grundlage dieser Daten sind deshalb nicht möglich.

### Impfquote:

- Insgesamt haben sich 5.2 % ( $n = 51$ ) der Befragten bisher mindestens 1x impfen lassen, 0.9 % ( $n = 9$ ) erhielten die vollständige Impfschritte.
- Betrachtet man die verschiedenen Altersgruppen zeigt sich:
  - o Innerhalb der Altersgruppe 80+ ( $n = 80$ ) haben sich bereits 10 % ( $n = 9$ ) mindestens 1x und 1.1 % ( $n = 1$ ) 2x gegen COVID-19 impfen lassen
  - o Innerhalb der Berufsgruppe med. Personal ( $n = 79$ ) haben sich bereits 44.3 % ( $n = 29$ ) mindestens 1x und 7.6 % ( $n = 6$ ) 2x gegen COVID-19 impfen lassen
    - ① *Die hier befragte Berufsgruppe medizinisches Personal umfasst sowohl Personen, denen bereits eine Impfung angeboten wird (Priorisierung Stufe 1) als auch solche, die noch nicht die Möglichkeit zur Impfung haben*
- Unter allen bisher 1x geimpften Personen geben alle Befragten an, sich „auf jeden Fall“ ein zweites Mal impfen lassen zu wollen. Es ist also keine Tendenz erkennbar, dass das empfohlene Impfschema nicht vervollständigt wird.

### Impfort:

- Die geimpften Befragten haben ihre Impfstoffdosen hauptsächlich in Impfzentren ( $n = 21$ ) und in Einrichtungen, durch mobile Impfteams ( $n = 19$ ) erhalten. 12 Geimpfte erhielten ihre Impfung im Krankenhaus.

### Impfbereitschaft:

- ① *Die Impfbereitschaft wurde auf einer 5-stufigen Skala von „auf keinen Fall impfen“ (1) bis „auf jeden Fall impfen“ (5) abgefragt. Höhere Werte bedeuten eine höhere Impfbereitschaft.*
- Die Impfbereitschaft der Bevölkerung liegt mit durchschnittlich  $M = 4.29$ ,  $SD = 1.15$  auf einem hohen Niveau.
- Der Anteil derjenigen, die sich „auf keinen Fall impfen“ lassen möchte, liegt bei 4.8 %, weitere 4.8 % der Befragten möchten sich „eher nicht impfen“ lassen.
- Der Anteil derjenigen, die sich „auf jeden Fall impfen“ lassen möchte, liegt bei 65.5 %, weitere 12.6 % der Teilnehmenden möchten sich „eher impfen“ lassen.
- Der Anteil derjenigen, die in ihrer Entscheidung „unentschlossen“ sind, liegt bei 12.2 %.
- Die Impfbereitschaft des medizinischen Personals unterscheidet sich nicht signifikant von Personen, die nicht im med. Bereich arbeiten bzw. nicht berufstätig sind ( $F = .570$ ,  $p = .450$ ,  $\text{part. eta} = <.001$ ;  $M_{\text{med. Personal}} = 4.42$ ,  $SD_{\text{med. Personal}} = 1.14$ ).

## Impfakzeptanz/ -einstellung

### 5C psychologische Determinanten:

Weltweit wurden verschiedene Modelle entwickelt, um Impfverhalten zu erklären und die Gründe des (Nicht-)Impfens erfassen zu können. Das „5C Modell“ ist das wohl umfangreichste Modell und umfasst fünf wesentliche Aspekte der Impfentscheidung (6): 1. Das Vertrauen in die Sicherheit und Wirksamkeit von Impfungen [Confidence], 2. die Risikowahrnehmung der Krankheit [Complacency], 3. Barrieren in der Ausführung/ Ausmaß wahrgenommener Hürden [Constraints], 4. das Ausmaß der Informationssuche/ das Abwägen des Für und Wider [Calculation] und 5. das Verantwortungsgefühl für die Gemeinschaft, das Ausmaß prosozialer Motivation [Collective Responsibility]. Mit Hilfe des 5C-Modells kann bestimmt werden, welche Aspekte die Impfbereitschaft am besten vorhersagen (Prädiktoren), welche Aspekte die Impfbereitschaft also am stärksten beeinflussen.

- Das Vertrauen in die Impfung (Confidence) ist der stärkste Prädiktor für die Impfbereitschaft, gefolgt von Risikowahrnehmung (Complacency) und Verantwortungsgefühl für die Gemeinschaft (Collective R.): je mehr Personen der Impfung vertrauen, je eher Personen das Risiko der Erkrankung wahrnehmen und je stärker das Verantwortungsgefühl für die Gemeinschaft, umso höher die Impfbereitschaft.
- Auch die weiteren Confidence-Aspekte, das Vertrauen in die Behörden und das Vertrauen in die Wirksamkeit der Impfung, beeinflussen die Impfbereitschaft: je mehr Vertrauen, umso höher die Impfbereitschaft.
- Im Gegensatz zu anderen Studien (4) ist das Ausmaß der Informationssuche/ das Abwägen von Für und Wider (Calculation) kein Prädiktor für die Impfbereitschaft, auch wenn die Befragten ein generell hohes Informationsbedürfnis haben.  
*① Es ist derzeit noch nicht klar, in welchem Maße die COVID-19-Impfung eine Übertragung des Erregers verringert. Die Frage, in welchem Maße geimpfte Personen durch ihre Impfung auch andere ungeimpfte Personen schützen, ist deshalb noch nicht abschließend beantwortet. Diese Einschränkung muss bei der Interpretation von Collective Responsibility berücksichtigt werden. Im Hinblick auf Constraints, die strukturellen Hürden bei der Impfung, ist zu berücksichtigen, dass sich diese Analysen auf die Impfbereitschaft, nicht aber das Impfverhalten beziehen. Es ist deshalb möglich, dass strukturelle Hürden bei der Umsetzung der Impfbereitschaft in Impfverhalten eine Rolle spielen, sich diese aber hier noch nicht zeigt.*
- In das statistische Modell wurden zusätzliche soziodemographische Variablen (Kontrollvariablen) aufgenommen, um die Impfbereitschaft zu erklären: Alter, Geschlecht, Bildung, Bundesland (nördlich, östlich, südlich, westlich), Zugehörigkeit zur Berufsgruppe med. Personal, Vorliegen einer oder mehrerer Risikofaktoren für einen schweren Krankheitsverlauf.
  - Mit steigendem Alter steigt auch die Impfbereitschaft an
  - Die Impfbereitschaft ist in den westlichen Bundesländern geringfügig höher als in den östlichen Bundesländern
  - Weder das Geschlecht noch die Zugehörigkeit zur Berufsgruppe des medizinischen Personals, das Vorliegen einer oder mehrerer Risikofaktoren oder das Bildungsniveau beeinflussen die Impfbereitschaft

## Impfstoffspezifische Gründe des (Nicht-)Impfens

Zusätzlich zum 5C-Modell wurden die Befragten gebeten, ihre wichtigsten Gründe für bzw. gegen eine Impfung zu nennen. Diese qualitative Herangehensweise soll es ermöglichen impfstoffspezifische Vorbehalte und Motivatoren aufzudecken. Die offenen Antworten werden codiert (qualitative Inhaltsanalyse) und im Verlauf daraus Items generiert. Die Ergebnisse finden sich in einem der nächsten Reports.

## Empfehlung der Impfung an andere Bezugspersonen (Familie, Freunde)

① *Die Empfehlung der Impfung an andere wurde auf einer 5-stufigen Skala von „auf keinen Fall empfehlen“ (1) bis „auf jeden Fall empfehlen“ (5) abgefragt. Höhere Werte bedeuten eine stärkere Empfehlung an andere.*

- Die Weiterempfehlung der Impfung liegt mit durchschnittlich  $M = 4.23$ ,  $SD = 1.10$  auf einem hohen Niveau.
- 59.3% der Befragten würden die Impfung „auf jeden Fall empfehlen“, 16.2 % würden die Impfung „eher empfehlen“.
- Nur 3.7% der Befragten würden die Impfung „auf keinen Fall empfehlen“ und 4.1 % geben an, die Impfung „eher nicht empfehlen“ zu wollen.
- 16.6% der Teilnehmenden sind unentschlossen.
- Damit zeigt sich eine ähnliche Verteilung wie bei der Frage nach der Impfbereitschaft.
- Die eigene Impfantention ist mit der Impfempfehlung an andere korreliert: wer selbst impfbereiter ist, empfiehlt die Impfung auch eher an andere; wer die Impfung eher an andere empfiehlt, ist auch selbst impfbereiter ( $r = .783$ ,  $p < .001$ ).
- Für die Empfehlung der Impfung an andere sind die gleichen Aspekte relevant wie für die eigene Impfbereitschaft:
  - Vertrauen in die Impfung ist der stärkste Prädiktor, aber auch das Vertrauen in die Behörden und das Vertrauen in die Wirksamkeit der Impfung sind relevant
  - Vertrauen allgemein ist also die wichtigste Komponente, um die Impfung auch engen Bezugspersonen zu empfehlen
  - Auch die Risikowahrnehmung (Complacency) und das Verantwortungsgefühl für die Gemeinschaft (Collective R.) beeinflussen die Empfehlung der Impfung an andere
- In das statistische Modell wurden zusätzliche soziodemographische Variablen (Kontrollvariablen) aufgenommen, um die Empfehlung der Impfung an andere zu erklären: Alter, Geschlecht, Bildung, Bundesland (nördlich, östlich, südlich, westlich), Zugehörigkeit zur Berufsgruppe med. Personal, Vorliegen einer oder mehrerer Risikofaktoren für einen schweren Krankheitsverlauf
  - Befragte aus östlichen und südlichen Bundesländern empfehlen die Impfung seltener an Bezugspersonen als Befragte aus westlichen Bundesländern
  - Weder Alter, noch Geschlecht, die Zugehörigkeit zur Berufsgruppe des medizinischen Personals, das Vorliegen einer oder mehrerer Risikofaktoren oder das Bildungsniveau beeinflussen die Empfehlung der Impfung an andere

## Erlebte Impfn Nebenwirkungen

Die Expertise zur Beurteilung von individuell auftretenden unerwünschten Reaktionen nach Impfungen liegt in Deutschland beim Paul-Ehrlich-Institut (7). COVIMO erfasst lediglich die erlebten/wahrgenommenen Nebenwirkungen der geimpften Befragten und erlaubt eine Einschätzung, inwiefern sich die Befragten von diesen Nebenwirkungen im Alltag eingeschränkt fühlen und ob die erlebten Nebenwirkungen die Akzeptanz der Impfungen beeinflussen.

① *Der Verdacht auf Nebenwirkungen kann dem PEI beispielsweise über folgenden Link gemeldet werden:* [www.nebenwirkungen.bund.de](http://www.nebenwirkungen.bund.de)

- Von den  $n = 51$  geimpften Personen (1x oder 2x geimpft) geben 56.9% ( $n = 29$ ) an, Nebenwirkungen wie Kopfschmerzen, Schmerzen an der Einstichstelle oder Fieber gehabt zu haben.
- Die NW werden von allen geimpften Personen, die angaben NW erlebt zu haben, als gar nicht bzw. weniger schlimm erlebt; die erlebten NW werden als vollkommen bzw. eher akzeptabel eingeschätzt.
- Zudem wurde nach der Einschränkung der geimpften Personen bei alltäglichen Tätigkeiten gefragt. Die geimpften befragten Personen konnten ihren gewohnten Tätigkeiten trotz NW entweder wie gewohnt oder für maximal einen Tag nicht richtig nachgehen.

## Wissen/Fehlinformationen

Die Teilnehmenden sollten Wissensfragen zum Impfangebot und zur Impfung selbst (Wirksamkeit, Aufbau Impfschutz, Transmission) beantworten. Alle Wissensitems wurden zu einem Wissensscore verrechnet, der die Werte 0 (keine der Fragen richtig beantwortet/unsicher) bis 9 (alle Fragen richtig beantwortet) umfasst.

- Im Mittel können die Befragten 6 von 9 Wissensfragen zur COVID-19-Impfung richtig beantworten ( $M = 5.97$ ,  $SD = 1.83$ ).
- Auffällig ist, dass der Anteil der Befragten, die unsicher sind („weiß nicht“), bei fast allen Wissensfragen hoch ist:
  - 30.2 % der Befragten wissen nicht, ob die Aussage „Alle Personen, die sich impfen lassen, sind gegen COVID-19 geschützt“ korrekt ist (f). 35.8 % ( $n = 360$ ) halten diese Aussage fälschlicherweise für richtig
  - 26.0% der Befragten wissen nicht, ob die Aussage „Der Impfschutz tritt sofort nach der Impfung ein“ korrekt ist (f). 9.9 % ( $n = 100$ ) halten diese Aussage fälschlicherweise für richtig
  - 42.3% der Befragten wissen nicht, ob die Aussage „Eine Person, die gegen COVID-19 geimpft ist, kann andere Personen sicher nicht mehr anstecken“ korrekt ist (f). 8.9 % ( $n = 89$ ) halten diese Aussage fälschlicherweise für richtig
  - Dass die AHA-Regeln auch bei geimpften Personen weiterhin gelten, ist hingegen 92.8% der Befragten bekannt

- Das Wissen zu den Orten, an denen die COVID-19-Impfung angeboten wird, ist durchwachsen:
  - o Fast allen Befragten ist bekannt, dass in Impfzentren (wird von 92.0% der Befragten richtig beantwortet) und Altenpflegeheimen (wird von 79.1% der Befragten richtig beantwortet) geimpft wird
  - o Verunsicherung bzw. Falschwissen herrscht dagegen bei den anderen abgefragten Impforten: Nur 40.7% der Befragten wissen, dass im Krankenhaus geimpft wird; 9.1% denken fälschlicherweise, dass in allen Arztpraxen geimpft wird, über ein Viertel der Befragten (27.8 %) ist sich unsicher, ob in Arztpraxen geimpft wird
  - o Für einen relevanten Anteil der Bevölkerung könnte in dem fehlenden Wissen bzw. der Verunsicherung also eine mögliche Zugangsbarriere zum Impfangebot bestehen
- Ein statistisches Modell mit den Variablen Alter, Geschlecht, Bildung, Bundesland (nördlich, östlich, südlich, westlich), Zugehörigkeit zur Berufsgruppe med. Personal und dem Vorliegen einer oder mehrerer Risikofaktoren für einen schweren Krankheitsverlauf zeigt:
  - o Mit zunehmendem Alter nimmt das Wissen zur COVID-19-Impfung ab
  - o Medizinisches Personal weiß signifikant mehr zur COVID-19-Impfung als alle anderen Befragten
  - o Befragte, die einen hohen (Abitur, fachgebundene Hochschulreife) Bildungsabschluss haben, können durchschnittlich ein Wissensitem mehr richtig beantworten als Befragte ohne bzw. mit Hauptschulabschluss

## Wahrgenommene Informiertheit, Informationsbedarf, Informationsquellen

- 60.9 % der Befragten fühlen sich eher bzw. sehr gut über die COVID-19-Impfung informiert, 10.4 % der Befragten fühlen sich eher bzw. sehr schlecht und 28.8 % mäßig informiert.
- Die eigene wahrgenommene Informiertheit ist mit der eigenen Impfbereitschaft korreliert: wer sich selbst gut informiert fühlt, ist impfbereiter; wer impfbereiter ist, fühlt sich selbst auch besser informiert ( $r = .403, p < .001$ ).  
*① In Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) wurden weitere Themen wie der Informationsbedarf und die Nutzung von Informationsquellen in der Bevölkerung erfragt. Die Analysen hierzu sind noch nicht abgeschlossen – die Ergebnisse werden in einem der nächsten Reports veröffentlicht.*

## Limitationen der Studie

- Da bisher erst 3.4 % der Bevölkerung geimpft wurden, konnten die Determinanten des Impfverhaltens noch nicht untersucht werden ( $n$  zu klein). In diesem Report wurden daher die Determinanten der Impfbereitschaft berichtet. Impfbereitschaft ist nicht mit Impfverhalten gleichzusetzen, siehe hierzu auch die Anmerkungen zu Constraints.
- In dieser Erhebung wurden nur deutschsprachige Personen befragt, die telefonisch (mobil oder Festnetz) erreichbar sind. Es ist daher möglich, dass kleine Subgruppen, die möglicherweise besonders vulnerabel sind, nicht erreicht wurden. Das bedeutet nicht, dass diese Bevölkerungsgruppen nicht relevant sind; es ist beispielsweise denkbar, dass in kleinen, aber besonders vulnerablen Gruppen bestimmte Barrieren bei der Impfinanspruchnahme vorliegen (bspw. Obdachlosigkeit), die mit dieser Studie nicht aufgedeckt werden können.
- Die Stichprobengröße von etwa  $n = 1.000$  Personen ermöglicht die wichtigsten Analysen, allerdings kann die Anzahl Befragter für bestimmte Subgruppenanalysen zu klein sein, sodass Aussagen auf Bundeslandebene beispielsweise nicht möglich sind.

- Es handelt sich um selbstberichtete Angaben der Befragten, die in einem telefonischen Survey gemacht wurden. Diese unterliegen bekanntermaßen verschiedenen methodischen Limitationen wie beispielsweise einem Selektionsbias oder sozial erwünschtem Antwortverhalten. Zudem können weitere wichtige Komponenten der Impfkativitäten, wie zum Beispiel Abläufe in Impfzentren, Liefermengen von Impfstoffen etc. mit diesem Studiendesign nicht erfasst und in der Interpretation nur begrenzt berücksichtigt werden.

## Referenzen

1. Schmich, P., Lemcke, J., Zeisler, M.L., Müller, A., Allen, J. et al. (2018). Ad-hoc-Studien im Robert Koch-Institut. *Journal of Health Monitoring* 3(3):75–86. DOI 10.17886/RKIGBE2018081
2. *Digitales Impfquotenmonitoring: aktuelle Daten*. (2021, 13. Februar). Robert Koch-Institut. [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Daten/Impfquoten-Tab.html;jsessionid=B051B00A40819FBCBEFE45B79A458214.internet071](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Impfquoten-Tab.html;jsessionid=B051B00A40819FBCBEFE45B79A458214.internet071)
3. *Gesetze und Verordnungen. Aktuelle Vorhaben, Gesetze, Verordnungen und Anordnungen der 19. Legislaturperiode*. (2021, 17. Februar). Bundesgesundheitsministerium. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen.html>
4. Betsch, C., Korn, L., Felgendreff, L., Eitze, S., Schmid, P., Sprengholz, P. et al. COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO Germany) – Wave 36. *PsychArchives* 2020.
5. Neumann-Böhme, S., Varghese, N.E., Sabat, I. et al. Once we have it, will we use it? A European survey on willingness to be vaccinated against COVID-19. *Eur J Health Econ* **21**, 977–982 (2020). <https://doi.org/10.1007/s10198-020-01208-6>
6. 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), e0208601.
7. *Coronavirus und COVID-19. Sicherheit von COVID-19-Impfstoffen*. (2021, 19. Februar). Paul-Ehrlich-Institut. [https://www.pei.de/DE/newsroom/dossier/coronavirus/coronavirus-inhalt.html;jsessionid=0304717414CD9555BD7EADA349999443.intranet222?cms\\_pos=5](https://www.pei.de/DE/newsroom/dossier/coronavirus/coronavirus-inhalt.html;jsessionid=0304717414CD9555BD7EADA349999443.intranet222?cms_pos=5)