

COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO) — Welle 1

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

Stand: 09.03.2020 (Version 01-02)

Cornelia Betsch¹, Lars Korn¹, Lisa Felgendreiff¹, Sarah Eitze¹, Philipp Schmid¹, Philipp Sprengholz¹, Lothar Wieler², Patrick Schmich², Volker Stollorz³, Michael Ramharter⁴, Michael Bosnjak⁵, Saad B. Omer⁶

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

² Robert Koch-Institut, Nordufer 20, 13353 Berlin, Germany

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

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

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

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

Kein Peer-Review

Ziel

Ziel dieses Projektes ist es, einen wiederholten Einblick in die Wahrnehmungen der Bevölkerung - die “psychologische Lage” - zu erhalten. Dies soll es erleichtern, Kommunikationsmaßnahmen und die Berichterstattung so auszurichten, um der Bevölkerung korrektes, hilfreiches Wissen anzubieten und Falschinformationen und Aktionismus vorzubeugen. So soll z.B. auch versucht werden, medial stark diskutiertes Verhalten einzuordnen, wie z.B. die Diskriminierung von Personen, die augenscheinlich aus stark betroffenen Ländern wie China oder Italien kommen, oder sogenannte Hamsterkäufe. Wir wollen ergründen, wie häufig solches Verhalten tatsächlich vorkommt und welche Faktoren dieses Verhalten möglicherweise erklären können.

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

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

Informationen zu COVID-19 und dem Ausbruchsgeschehen

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

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

Frühere Auswertungen und Archiv: <https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/archiv/>

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

Aktueller Fragebogen: <https://dfnccloud.uni-erfurt.de/s/KwSCqTxRNeBtTpe>

Wissenschaftliche Verantwortung und Initiative: UE

Finanzierung: UE, ZPID, RKI

Auswertung und Dokumentation: UE

Kontakt: cornelia.betsch@uni-erfurt.de

1 Zusammenfassung

1.1 Ergebnisse der aktuellen Welle

Analyse der 1. Datenerhebung (03.03.-04.03.2020). Die Datenerhebungen finden wöchentlich dienstags und mittwochs statt.

Die 977 Befragten wurden aus einem durch die Firma Respondi 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.

Psychologische Lage

Die Hälfte der Bevölkerung schätzt ihre Wahrscheinlichkeit, an COVID-19 zu erkranken, insgesamt als eher oder sehr gering ein, ein Drittel ist sich unsicher. Circa 60% denken entweder sie sind anfällig oder sie wissen es nicht. 25% halten eine Erkrankung für gefährlich, ein Drittel ist sich unsicher. 25% berichten, dass sie häufig oder dauernd an Corona denken müssen und 50% finden das Coronavirus eher besorgniserregend oder besorgniserregend; mehr als ein Drittel findet das Coronavirus angsteinflößend. Hier ist v.a. eine mögliche Veränderung im Zeitverlauf interessant und wird ab der kommenden Datenerhebung in der KW10 zu betrachten sein.

Eine eher höhere Erkrankungswahrscheinlichkeit nehmen Personen wahr, die jünger sind, die das Coronavirus als nah und sich schnell ausbreitend wahrnehmen und wenn ein bestätigter COVID-19 Fall im Kreis aufgetreten ist. Eine eher geringere Risikowahrnehmung haben Personen, die das Coronavirus v.a. als Medienhype wahrnehmen.

Wissen und Verhalten

Insgesamt ist die Bevölkerung relativ gut über Übertragungswege und Inkubationszeit informiert, auch wirksames Schutzverhalten ist sehr gut bekannt. Über 90% wissen, dass Händewaschen, soziale Distanzierung und Husten-/Nieshygiene zu beachten sind. Ca. 20% denken, dass Zuhausebleiben bei Krankheit und Desinfektionsmittel nicht gegen eine Infektion schützen.

Auf subjektiver Ebene fühlen sich die Befragten auch eher gut über COVID-19 und Schutzmöglichkeiten informiert. Gefühltes und echtes Wissen über COVID-19 hängen jedoch nur sehr schwach miteinander zusammen, auch das Gefühl zu wissen, wie man sich schützen kann und tatsächlich ergriffenes, wirksames Schutzverhalten hängen nicht miteinander zusammen. Das bedeutet, dass Personen, die meinen, viel über COVID-19 oder wirksames Schutzverhalten zu wissen, sich nicht auch besser schützen. Beispielsweise wissen ca. 90% der Bevölkerung, dass man Menschenansammlungen meiden sollte, nur ca. 67% tun dies auch.

Mehr wirksames Schutzverhalten haben Personen ergriffen, die weiblich sind, COVID-19 als ernsthafte Erkrankung einschätzen, mehr Wissen über COVID-19 haben, größeres Vertrauen in den Gesundheitssektor haben und das Coronavirus ans näher empfinden. Weniger Schutzverhalten haben Personen ergriffen, die von einer langsamen Verbreitung des Virus ausgehen.

Wenn im eigenen geographischen Umfeld ein Verdachts- oder bestätigter Fall bekannt war, so hatte dies kaum Auswirkung auf vermehrtes Schutzverhalten, Aktionismus, eine erhöhte Risikowahrnehmung oder

Krisenvorbereitungen. Insgesamt scheint die psychologische Nähe des Coronavirus ein wichtigerer Aspekt zu sein und treibt Risikowahrnehmung und Schutzverhalten.

Unerwünschtes Verhalten

Aktionismus (Ergreifen unwirksamer Schutzmaßnahmen wie Gesichtsmasken tragen) ist relativ gering ausgeprägt. Unter 10% sind vorsichtig beim Öffnen von Postsendungen oder tragen eine Gesichtsmaske. Mehr Aktionismus zeigen Personen, die COVID-19 als ernsthafte Erkrankung einschätzen und mehr Vertrauen in die Medien haben. Weniger Aktionismus zeigen Personen, die mehr Wissen über COVID-19 haben und von einer langsamen Verbreitung des Virus ausgehen.

In Bezug auf eine mögliche Diskriminierung von Personen, die aus einem besonders betroffenen Land kommen (z.B. China, Italien), lässt sich sagen, dass die Mehrheit der Bevölkerung ein solches Verhalten missbilligt. Diskriminierung wird eher als angemessener betrachtet von Personen, die männlich sind, Personen aus Großstädten bis 500.000 Einwohnern, die ihre Erkrankungswahrscheinlichkeit und den Schweregrad einer Erkrankung als höher einschätzen, weniger Wissen über COVID-19 haben, ein geringeres Vertrauen in die Behörden und höheres Vertrauen in die Medien besitzen.

Es wurden eine Reihe (möglicherweise neuer) Falschinformationen und Unsicherheiten genannt, die separat als PDF heruntergeladen werden können. Es wurden eher Unsicherheiten und offene Fragen genannt als Falschwissen. Es lässt sich nicht abschätzen, wie weit verbreitet sie sind und wie sie die psychologische Lage beeinflussen. Diese sollten von Experten gesichtet, bewertet und ggf. widerlegt werden.

Individuelle Krisenvorbereitung

Die Hälfte der Bevölkerung hat Desinfektionsmittel und regelmäßig einzunehmende Medikamente gekauft oder hat dies vor, meidet Großveranstaltungen oder Personen aus den betroffenen Gebieten oder hat dies vor. Nur etwa ein Viertel erwägt die Absage von Reisen oder das Anlegen von Nahrungsmittelvorräten. Mehr Krisenvorbereitungen haben Personen getroffen, die älter sind, mehr Vertrauen in die Behörden haben und die das Coronavirus als Medienhype erleben. Weniger Krisenvorbereitung haben Personen getroffen, die ihre Erkrankungswahrscheinlichkeit höher einschätzen.

Informationsquellen

Um sich über das neuartige Coronavirus zu informieren sind die folgenden Quellen am relevantesten (Häufigkeit der Nutzung und Vertrauen): Fernsehen, Nachrichten-Webseiten, Radio, Webseiten der Gesundheitsbehörden und Fachkräfte des Gesundheitswesens. Insgesamt wird das Ausbruchsgeschehen eher als Medienhype wahrgenommen. Dies führt, wie oben erwähnt, zu einer geringeren Risikowahrnehmung und mehr Krisenvorbereitung.

Ausbruchsmanagement: Vertrauen, Verantwortlichkeit und Akzeptanz der Maßnahmen

Das Vertrauen in die Behörden und den Gesundheitssektor ist eher hoch, in die Medien eher geringer. Die Bevölkerung hat am meisten Vertrauen, dass das RKI, gefolgt von der BZgA, mit der Lage gut und richtig umgeht. Länder und Bundes-Ministerien wird signifikant weniger vertraut, jedoch liegt hier das Vertrauen auch im positiven Bereich.

Als hauptverantwortlichen Krisenmanager sehen 45% der Bevölkerung die Gesundheitsbehörden auf Rang 1, 27% das Bundesministerium. Nur je ca. 10% sehen das örtliche Gesundheitsamt oder das Landesministerium auf Rang 1.

Als Maßnahmen zur Krisenbewältigung werden v.a. die Absage von Großveranstaltungen und Quarantänemaßnahmen befürwortet. Eine Auswertung von Handydaten ohne Einwilligung zum Nachverfolgen von Kontaktketten von Infizierten wird eher abgelehnt, auch eine App, die über möglichen Kontakt zu Infizierten informiert, wird eher skeptisch betrachtet.

1.2 Veränderung zur vorherigen Welle

Hier finden Sie in Zukunft einen Vergleich mit der vorherigen Erhebung. Frühere Auswertungen: <https://dfncloud.uni-erfurt.de/s/Cmzfw8fPRAgzEpA>

2 Schlussfolgerungen

Schutzverhalten umsetzen!

Die Bevölkerung hat ein hohes Maß an Wissen, fühlt sich jedoch verunsichert und ergreift die wirksamen Schutzmaßnahmen nur unzureichend. Es erscheint wichtig, die Bevölkerung dabei zu unterstützen, ihr korrektes Wissen auch anzuwenden. Unterstützung dabei, wie das neue Verhalten angewandt werden kann (wie kann man Gewohnheiten wie ins Gesicht fassen ablegen, sich neue Händewasch-Routinen angewöhnen), scheinen notwendig. Wissenschaftler aus dem Bereich Verhaltensforschung/-wissenschaft können hier hilfreiche Gesprächspartner für Medienvertreter sein.

Risikowahrnehmung managen

Als Gründe, warum man eher nicht anfällig ist, wurde häufiger angegeben, dass man jung sei und noch nie Grippe hatte. Diese Annahme könnte einem verstärkten Schutzverhalten im Wege stehen und es sollte darüber aufgeklärt werden, dass die wahrgenommene Güte des eigenen Immunsystems wenig Schutz vor dem Virus bietet.

Hamsterkäufe sind mediengetriebenes Herdenverhalten

Hamsterkäufe scheinen vor allem mit einem häufigen Medienkonsum und einem als hoch angenommenen eignen Risiko verbunden zu sein. Der Bericht über Einzelfälle in den Medien scheint hier ein Treiber für “Herdenverhalten” zu sein. Herdenverhalten meint, dass sich das individuelle Verhalten an dem bei anderen beobachteten Verhalten orientiert. Möglicherweise sollten Fragen zur Versorgungssicherheit beantwortet und Quarantäne-Szenarien dargestellt werden, um der Bevölkerung die Angst zu nehmen, in einen Versorgungsengpass zu rutschen. Zudem könnten Medien versuchen, Herdenverhalten entgegenzuwirken.

3 Methode

3.1 Stichprobe

Die Probanden werden über einen Online-Panelanbieter (Respondi, <https://www.respondi.com/>) eingeladen. Wöchentlich wird eine repräsentative Verteilung der N=1000 Befragten zwischen 18-74 Jahren auf Basis der Zensusdaten aus Deutschland angestrebt (Münnich et al., 2012). In Welle 1 wurden 977 Personen befragt. Eine Quotierung wird nach Alter / Geschlecht (gekreuzt) und Bundesland (ungekreuzt) vorgenommen.

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

3.2 Messungen

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

Wissen über COVID-19. Es wurde wahrgenommenes Wissen (*Wie schätzen Sie ihr Wissen über das neuartige Coronavirus ein?* gar kein Wissen (1) – sehr viel Wissen (7), Krawczyk et al, 2013), Symptomwissen und generelles Wissen über COVID-19 mit Items zum korrekten Namen (nur Welle 1), Behandlung, Übertragungsweg und Inkubationszeit abgefragt (Bsp: *Wie lang ist die Inkubationszeit [...] des neuartigen Coronavirus?* ca. 3 Tage / ca. 7 Tage / ca. 14 Tage / weiß nicht) erhoben.

Risikowahrnehmung. Einschätzung zu Wahrscheinlichkeit (*Wie hoch schätzen Sie Ihre Wahrscheinlichkeit ein, dass Sie sich mit dem neuartigen Coronavirus infizieren?* extrem unwahrscheinlich (1) – extrem

wahrscheinlich (7)) , Schweregrad (*Wie schätzen Sie eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus für sich selbst ein?* völlig harmlos (1) – extrem gefährlich (7)) und Anfälligkeit (*Als wie anfällig schätzen Sie sich für eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus ein?* überhaupt nicht anfällig (1) – sehr anfällig (7)) für die Coronavirus-Infektion werden als Dimensionen von Risikowahrnehmung abgefragt (Brewer et al. 2007)

Schutzverhalten. Fragen zur Nützlichkeit und tatsächlichen Anwendung (Liao et al. 2011, Steel Fisher et al. 2012) der empfohlenen Präventivmaßnahmen (7-11 Punkte, z.B. Abdecken des Mundes beim Husten, körperliche Distanz). Diese wurden wöchentlich angepasst und enthielten auch Items zur Ablenkung (1-11 Items, z.B. Ingwertee trinken), um nach irrelevantem Schutzverhalten (Aktionismus) zu suchen.

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

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

Informationsquellen. Vertrauen und Nutzungshäufigkeit für verschiedene Medien (11-22 Items, z.B.: privates Fernsehen, Websites von Gesundheitseinrichtungen). Beginnend mit Welle 2 wurde auch generelle Informationssuche abgefragt (nie - sehr oft).

Vertrauen in Institutionen. Abgefragt für 11-12 wöchentlich wechselnde Institutionen und Entscheidungsträger (z.B. *der eigene Arzt, das Bundesministerium für Gesundheit, die Medien, das Robert Koch-Institut* sehr wenig Vertrauen (1) – sehr viel Vertrauen (7), (0) keine Angabe möglich, Pearson & Raeke, 2000, Schweitzer et al., 2006).

Akzeptanz der Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung. Akzeptanz zu politischen Entscheidungen, die zur Diskussion stehen (11-14 Items z.B. *Alle Großveranstaltungen sollten abgesagt werden* stimme überhaupt nicht zu (1) – stimme voll und ganz zu (7))

Krisenverhalten. In 7-10 Items wird Verhalten abgefragt, dass wöchentlich auf die öffentliche Diskussion angepasst wird (z.B. *Kauf großer Mengen von Lebensmitteln und Toilettenpapier, von Zuhause arbeiten* – das habe ich bereits getan (1), ich habe vor das zu tun (2) oder ich habe nicht vor, das zu tun (3)).

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

Punktuell werden zusätzliche Dimensionen erhoben.

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

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

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

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

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

3.3 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.

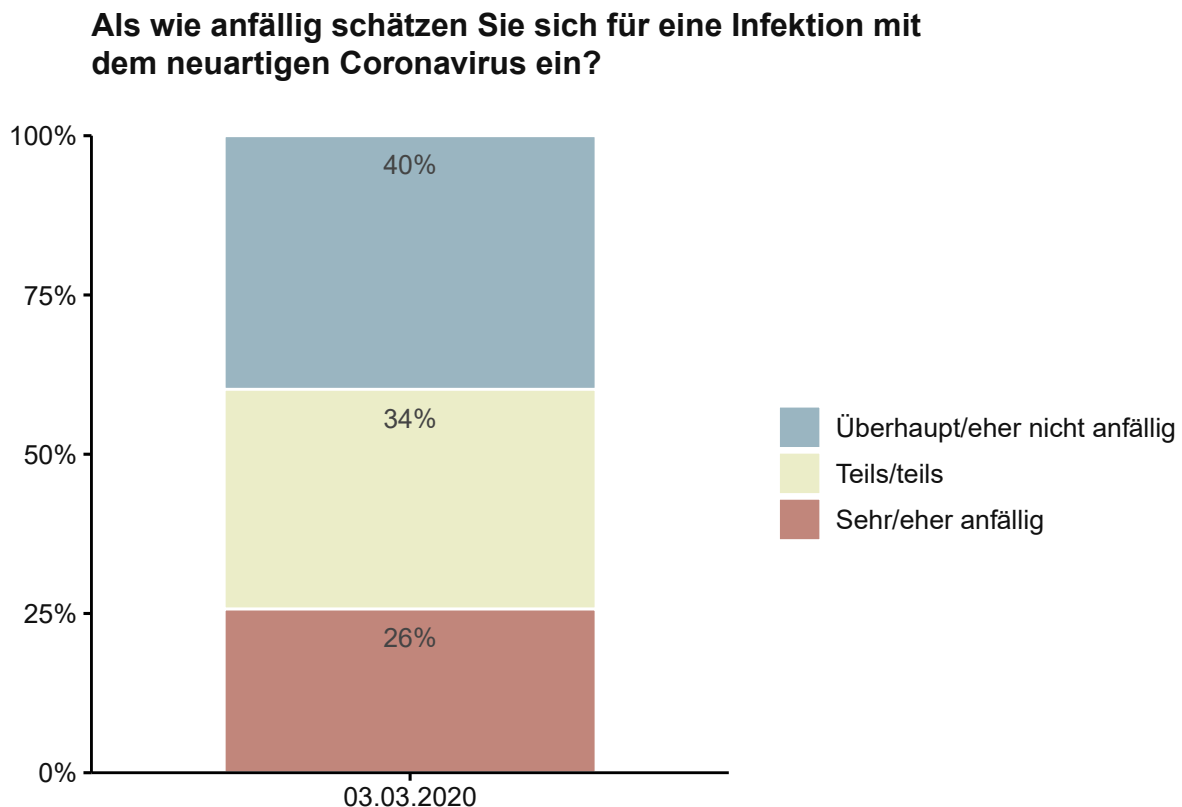
4 Psychologische Lage

Für menschliches Entscheiden sind die Wahrnehmung von Risiken wichtig, für Verhalten spielen zudem Emotionen wie Angst oder das Gefühl, bedroht zu sein, eine Rolle. Ferner sind Kontrollüberzeugungen relevant – wenn ich mich schützen will, habe ich dann das relevante Wissen, bin ich sicher, dass ich mich schützen kann?

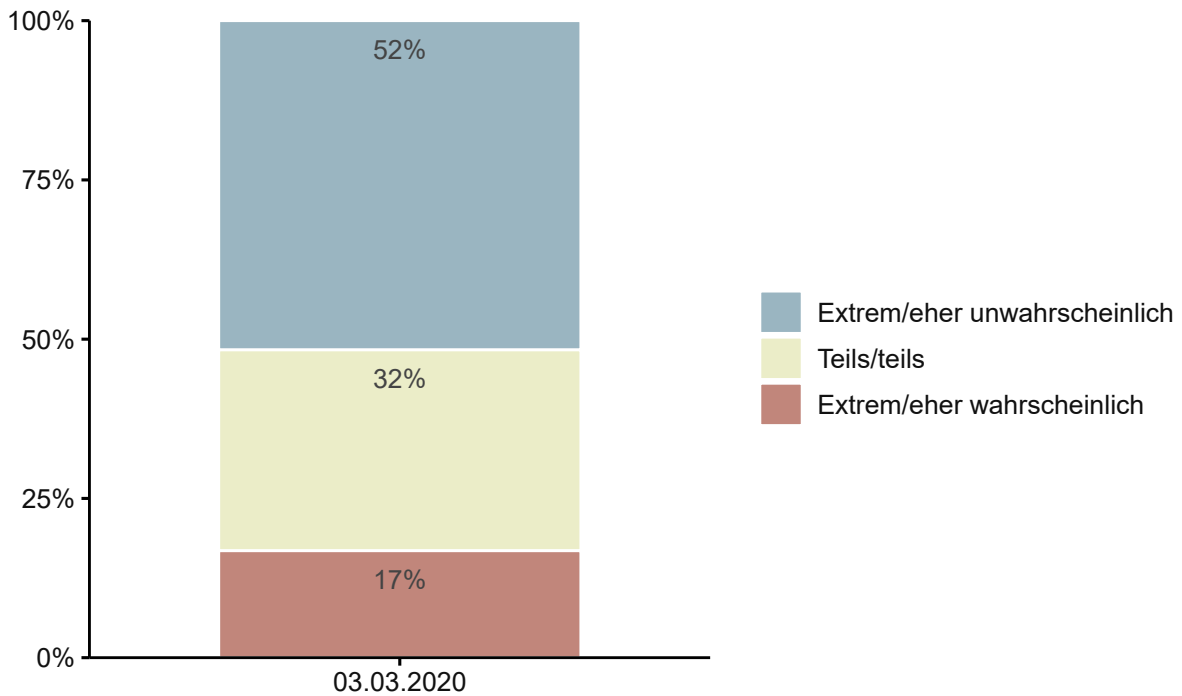
Die folgenden Grafiken zeigen zunächst den aktuellen Stand und die Veränderung der relevanten Variablen. Weiter unten wird exploriert, inwiefern diese Variablen auch mit effektivem Schutzverhalten, Aktionismus oder Krisenvorbereitung (preparedness) zusammenhängen (siehe Abschnitt “Was das Verhalten beeinflusst”).

4.1 Risikowahrnehmung

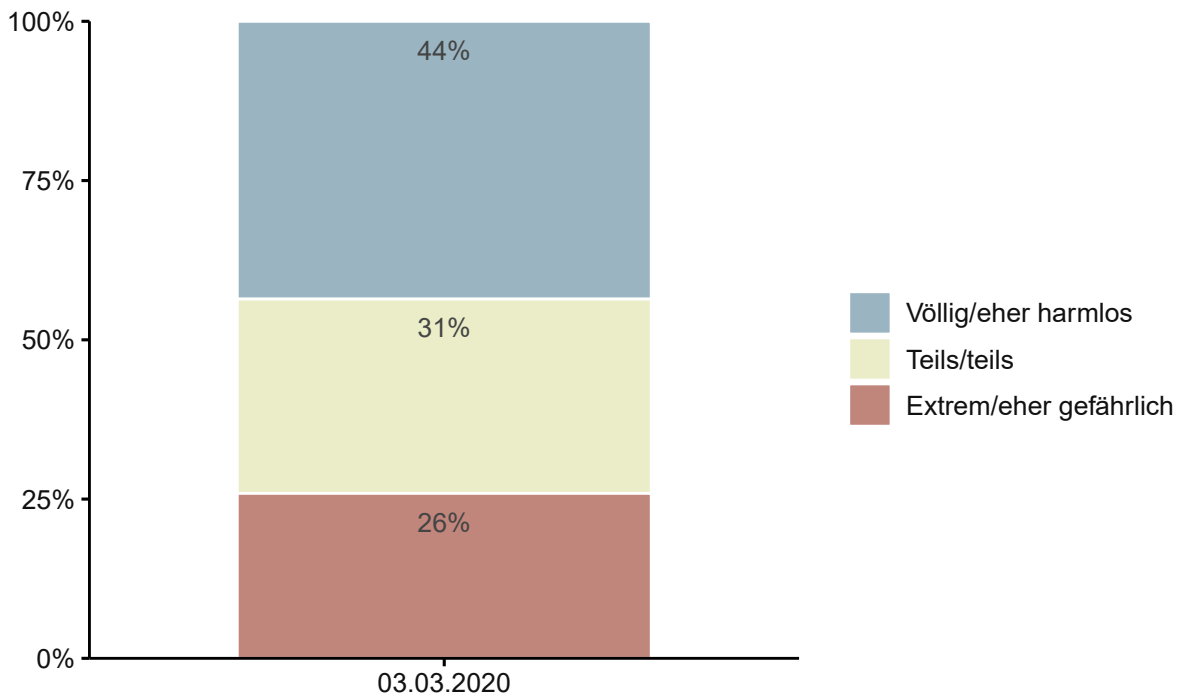
Die folgenden drei Grafiken zeigen verschiedene Aspekte der Risikowahrnehmung im Verlauf der Erhebungen.



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



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

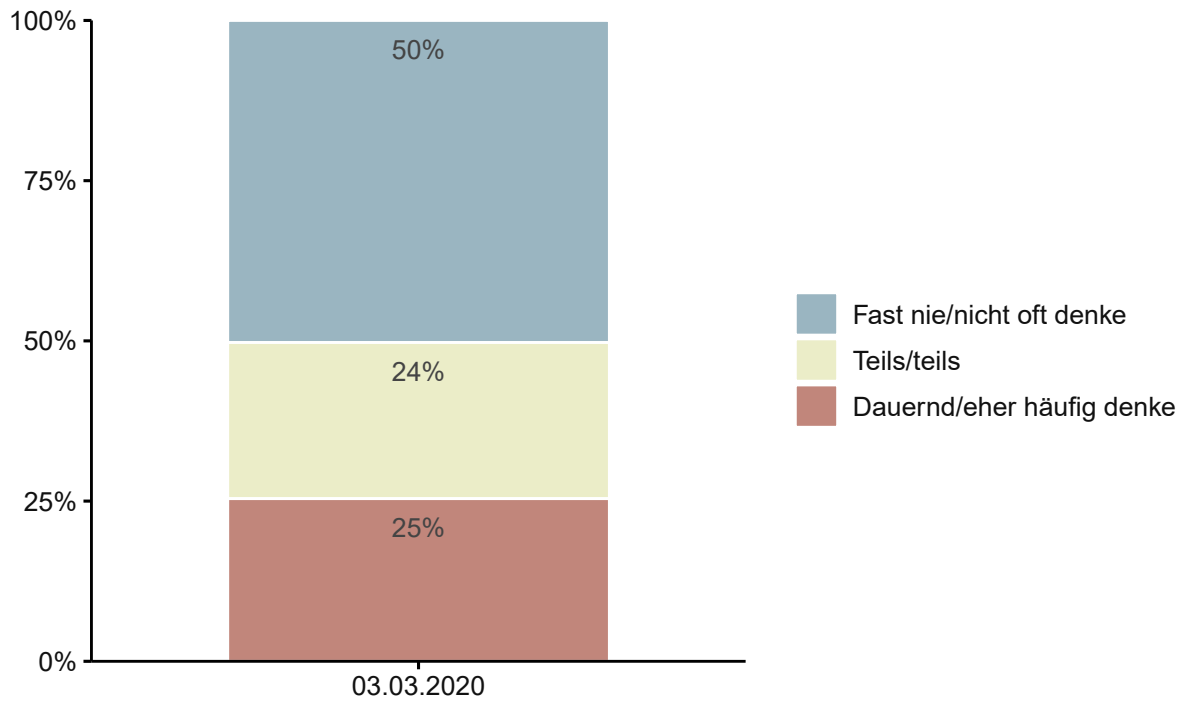


4.2 Corona und Emotionen

Die folgenden drei Grafiken zeigen verschiedene emotionale Aspekte über den Verlauf der Erhebungen.

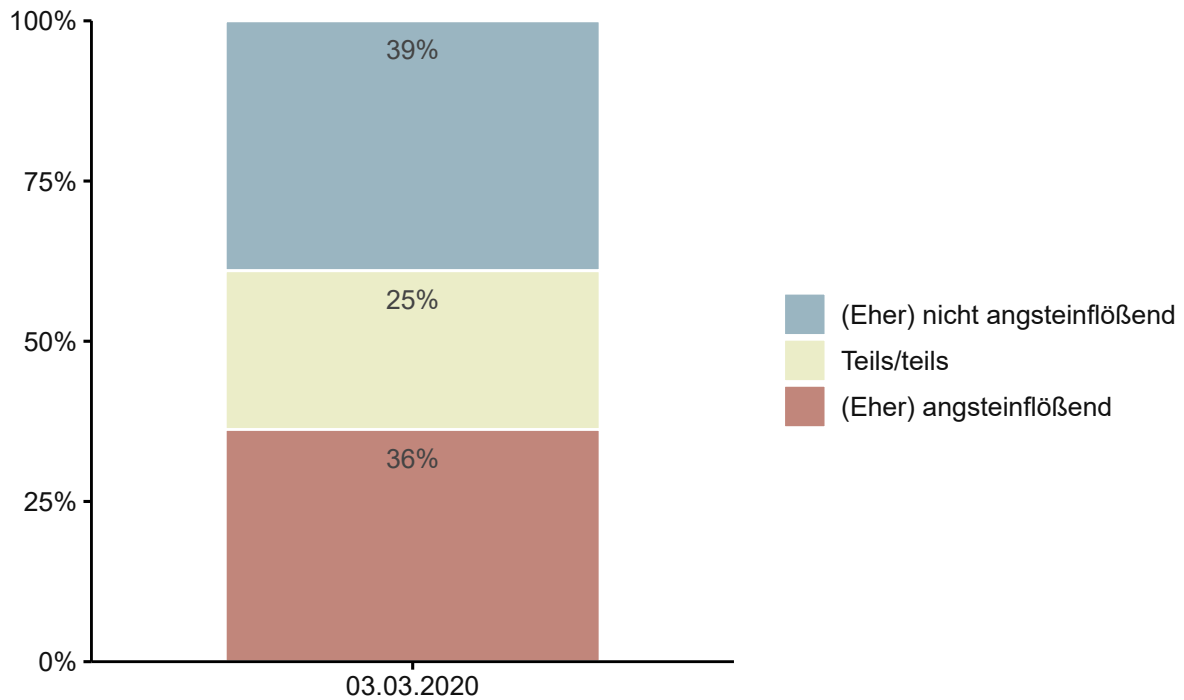
Dominanz des Themas

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



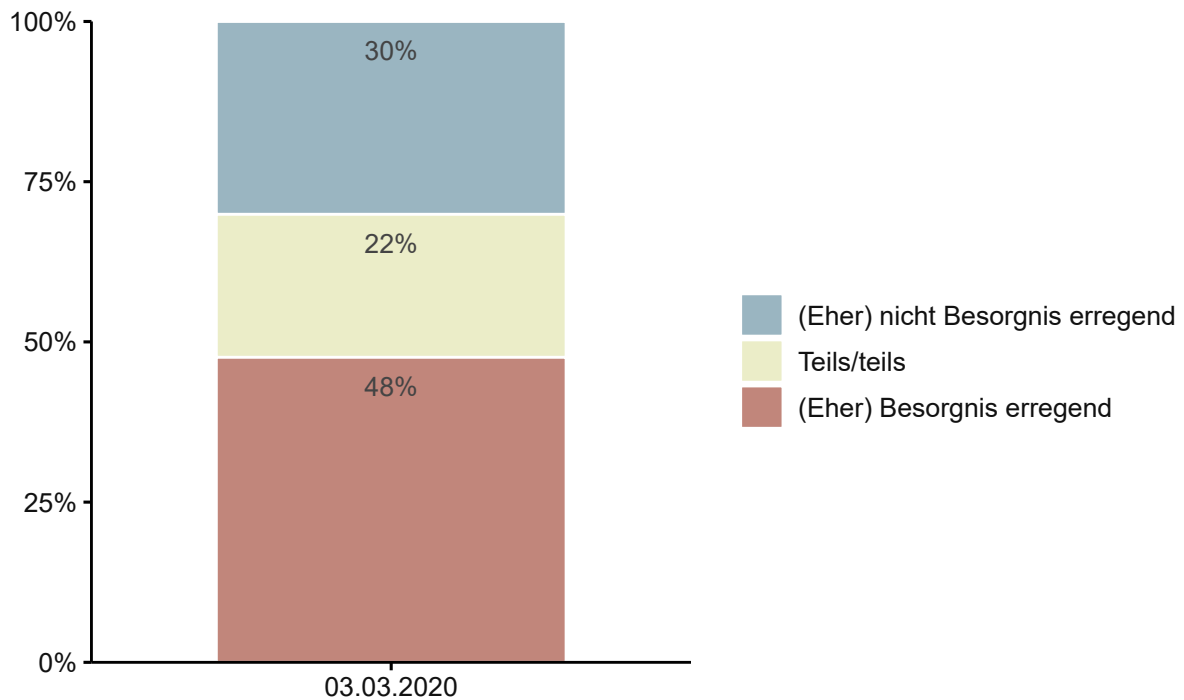
Angst

Das neuartige Coronavirus ist für mich ...



Besorgnis

Das neuartige Coronavirus ist für mich ...

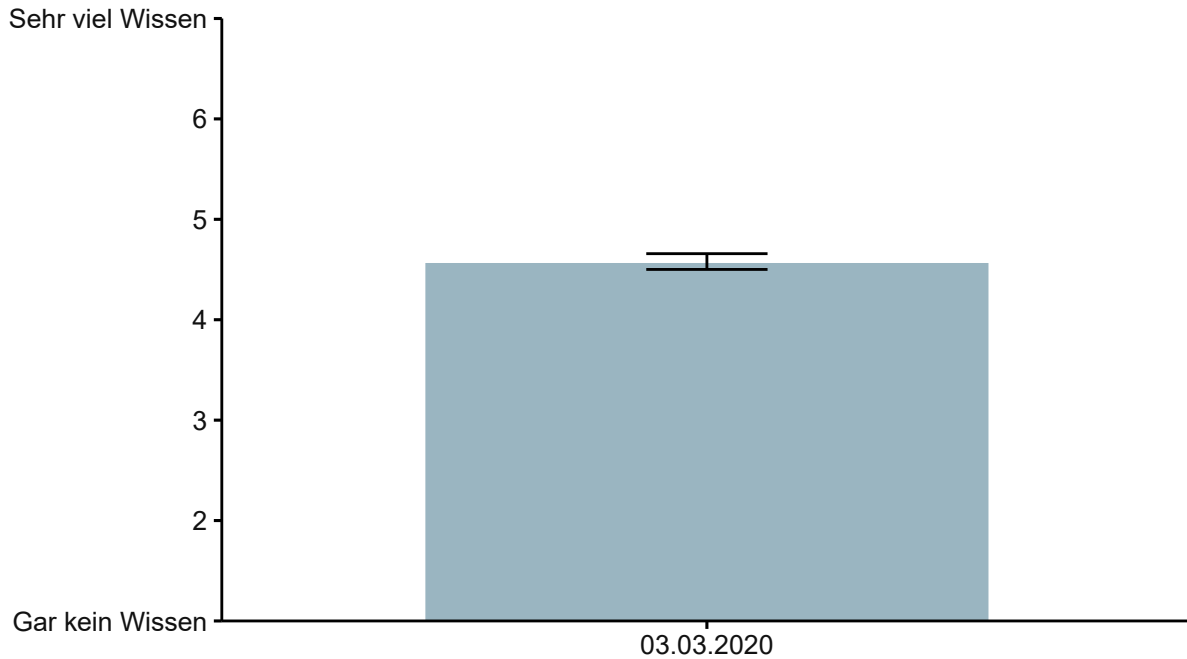


4.3 Gefühltes und echtes Wissen

Korrektes Wissen und das Gefühl, sich selbst schützen zu können, wenn man dies will, sind wichtige Einflussfaktoren auf Schutzverhalten. Die folgenden Grafiken zeigen den aktuellen Stand und die Veränderung des selbst eingeschätzten und tatsächlichen mittleren Wissens, die Sicherheit in Bezug auf Schutzverhalten und die Wahrnehmung der Maßnahmen.

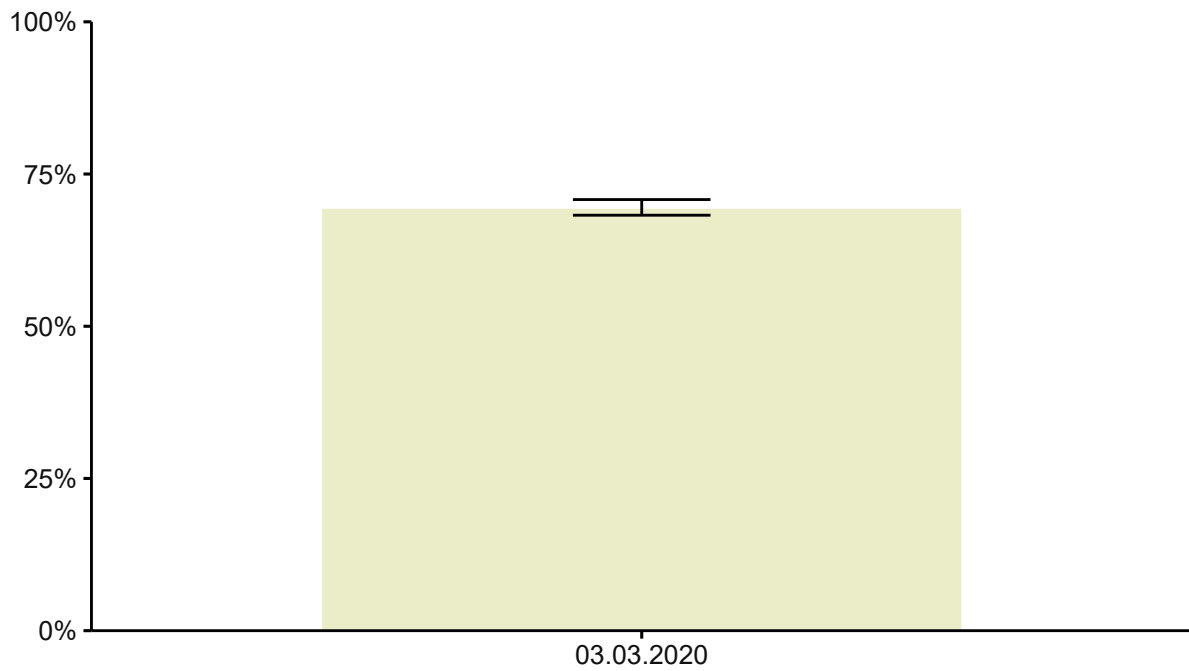
Wie schätzen Sie Ihren Wissenstand über das neuartige Coronavirus ein?

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle



Tatsächliches Wissen im Überblick

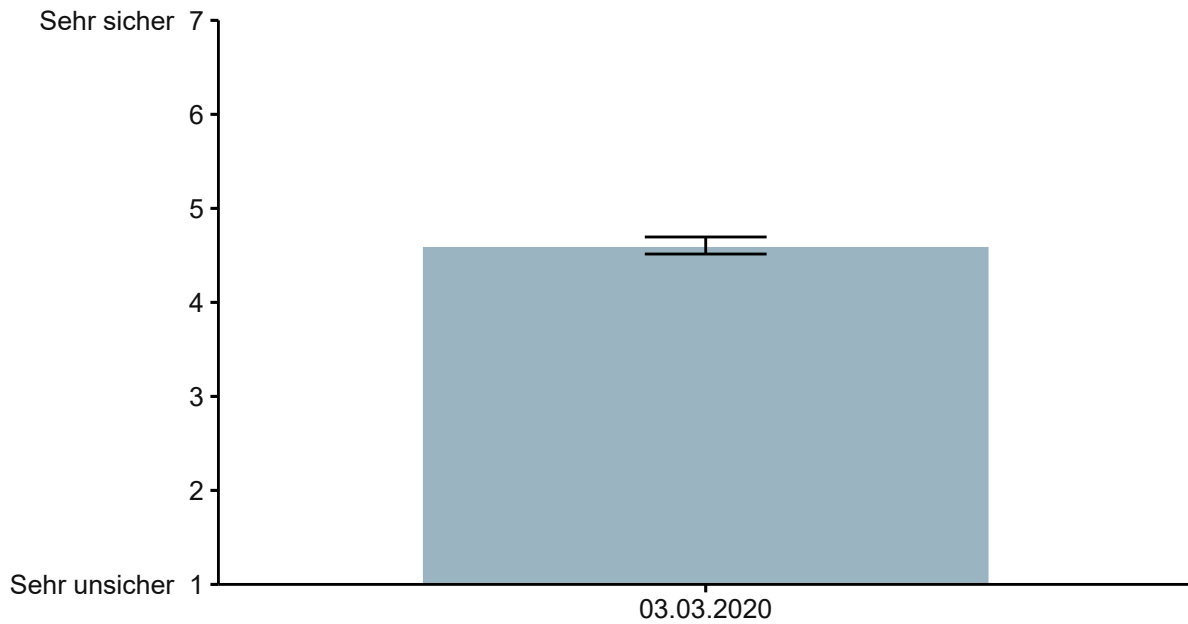
Korrektes Wissen der Teilnehmer zum Namen des Virus, Behandlungsoptionen, Überträger und Inkubationszeit; Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle



4.4 Sich vorbereitet fühlen und vorbereitet sein

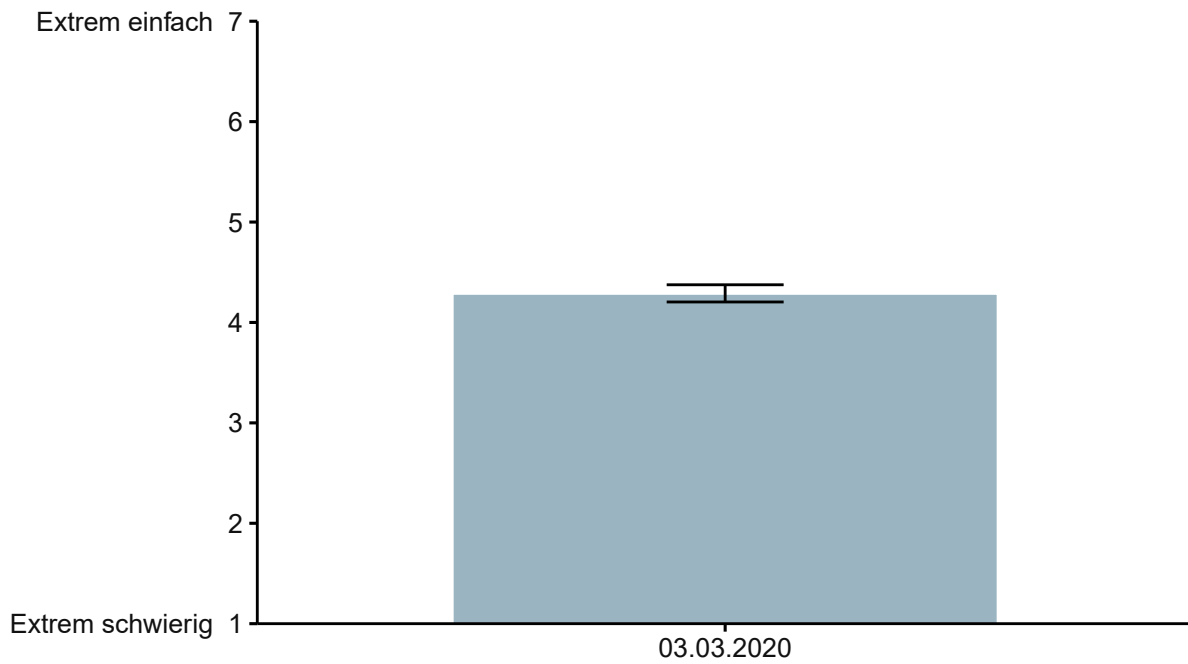
Wie sicher oder unsicher fühlen Sie sich bei der Frage, welche Schutzmaßnahmen geeignet sind, um eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus zu vermeiden?

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle



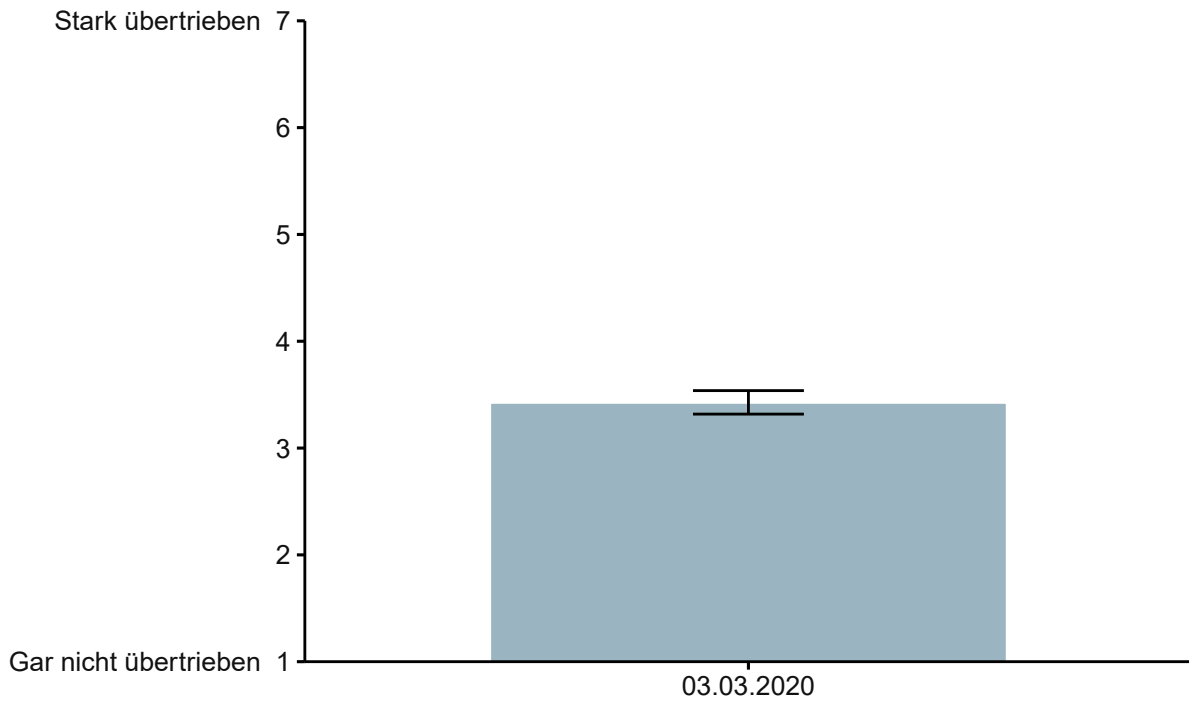
In der jetzigen Situation eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus zu vermeiden ist für mich...

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle

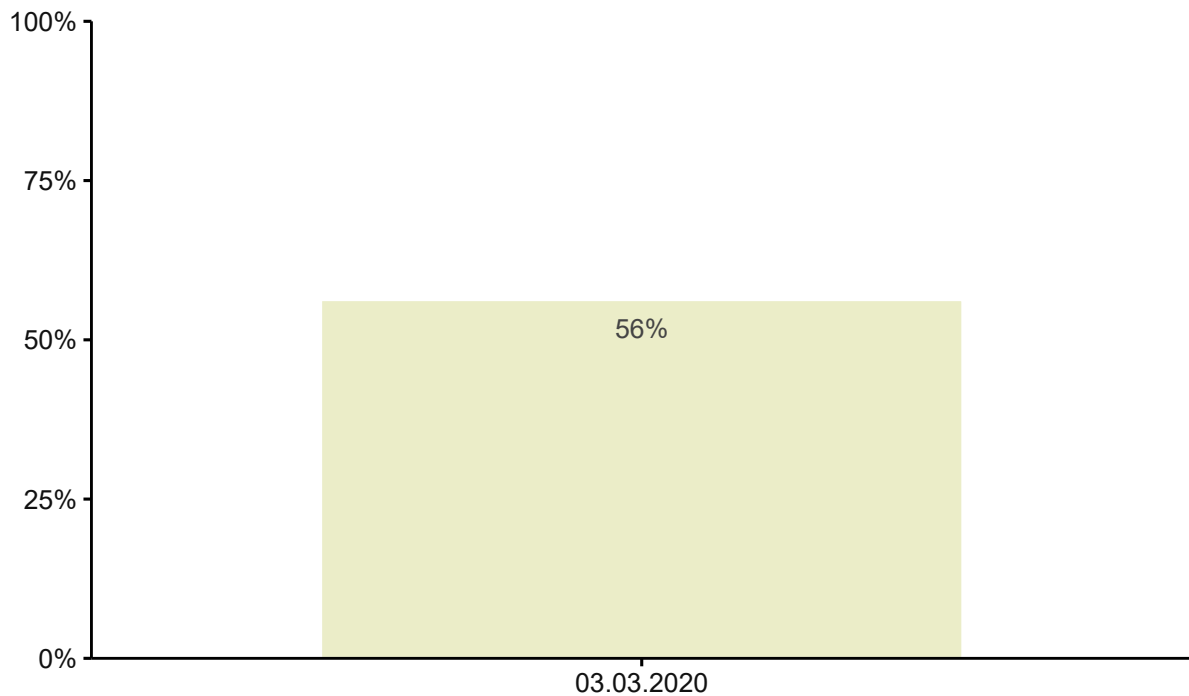


Ich finde die Maßnahmen, die derzeit ergriffen werden...

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle



Anteil der Personen, die alle wirksamen Schutzmaßnahmen korrekt erkannt haben



4.5 Zusammenhänge

Folgende Analysen untersuchen, wie stark die subjektiven Einschätzungen mit dem tatsächlichen Wissen und Verhalten zusammenhängen.

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

- Selbst eingeschätztes Wissen und tatsächliches Wissen über COVID-19: 0.15
- Es einfach finden, eine Infektion vermeiden zu können und eigenes Schutzverhalten (Anzahl ergriffener, effektiver Schutzmaßnahmen): 0.03
- Sich sicher fühlen, welche Schutzmaßnahmen geeignet sind, und eigenes ergriffenes Schutzverhalten (Anzahl ergriffener, effektiver Schutzmaßnahmen): 0.04
- Sich sicher fühlen, welche Schutzmaßnahmen geeignet sind, und Aktionismus (Anzahl ergriffener, nicht effektiver Schutzmaßnahmen): 0
- Maßnahmen, die derzeit ergriffen werden, übertrieben finden und eigenes ergriffenes Schutzverhalten: -0.12
- Maßnahmen, die derzeit ergriffen werden, übertrieben finden und eigene Krisenvorbereitung (preparedness): 0.14

5 Was die Risikowahrnehmung beeinflusst

Als Antwort auf die sich verändernde Situation wird sich wahrscheinlich auch die Risikowahrnehmung der Bevölkerung verändern. Risiko wird als Wahrscheinlichkeit zu erkranken, als Schweregrad der Erkrankung und eigene Anfälligkeit erfasst. Hier wird untersucht, welche Faktoren mit der Risikowahrnehmung zusammenhängen

Als Einflussfaktoren werden neben Demographie untersucht: Wahrnehmung von Corona - Corona wird als nah wahrgenommen, als sich schnell ausbreitend, als Medienhype; außerdem untersuchen wir den Einfluss von Vertrauen in Medien, den Gesundheitssektor und die Behörden als Einflüsse auf die Risikowahrnehmung.

Die Analyse der Wahrscheinlichkeit zeigt: Eine eher höhere Wahrnehmung der Erkrankungswahrscheinlichkeit haben Personen, die jünger sind, die das Coronavirus als nah und sich schnell ausbreitend wahrnehmen und in größeren Städten mit 20.000 bis 100.000 Einwohnern leben sowie wenn ein bestätigter Fall im Kreis bekannt ist. Eine eher geringere Wahrnehmung der Erkrankungswahrscheinlichkeit haben Personen, die das Coronavirus v.a. als Medienhype wahrnehmen.

Die Analyse des Schweregrades zeigt: Eine eher höhere Wahrnehmung des Schweregrades haben Personen, die älter und weiblich sind, eher geringere Bildung haben und die das Coronavirus als nah wahrnehmen. Eine eher geringere Risikowahrnehmung haben Personen, die das Coronavirus v.a. als Medienhype wahrnehmen.

Die Analyse der Anfälligkeit zeigt: Personen fühlen sich anfälliger, wenn sie das Virus als nah wahrnehmen. Sie fühlen sich weniger anfälliger, wenn sie das Virus als einen Medienhype wahrnehmen.

Sobald mehrere Messzeitpunkte verfügbar sind, wird auch die Veränderung über die Zeit betrachtet.

Interpretation: Dargestellt sind die Ergebnisse einer linearen Regressionsanalyse. 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.

	Wahrscheinlichkeit ¹				Schweregrad ²				Anfälligkeit ³			
	Beta	CI-	CI+	p	Beta	CI-	CI+	p	Beta	CI-	CI+	p
Wahrgenommene Nähe	0.26	0.198	0.328	<.001	0.18	0.115	0.243	<.001	0.25	0.181	0.311	<.001
Wahrgenommener Medienhype	-0.22	-0.291	-0.157	<.001	-0.31	-0.378	-0.247	<.001	-0.31	-0.375	-0.241	<.001
Wahrgenommene Ausbreitungsgeschwindigkeit	0.07	0.006	0.133	.032	0.01	-0.049	0.076	.676	0.02	-0.044	0.084	.538
Alter	-0.15	-0.216	-0.086	<.001	0.16	0.093	0.220	<.001	0.04	-0.025	0.104	.232
Bestätigte Infektionen im Kreis	0.08	0.010	0.140	.024	-0.02	-0.084	0.044	.535	0.04	-0.023	0.108	.201
Schulbildung: 10+ Jahre mit Hochschulreife vs. 9 Jahre	0.01	-0.096	0.115	.856	-0.18	-0.288	-0.081	<.001	-0.07	-0.173	0.038	.209
Schulbildung: 10+ Jahre ohne Hochschulreife vs. 9 Jahre	-0.01	-0.115	0.091	.818	-0.11	-0.208	-0.007	.036	-0.07	-0.171	0.035	.196
Geschlecht: weiblich	-0.05	-0.114	0.009	.097	0.07	0.013	0.134	.017	0.00	-0.065	0.059	.928
Gemeindegröße: >500.000 vs. <5.000 Einwohner	-0.07	-0.150	0.018	.122	0.08	-0.002	0.162	.057	0.01	-0.076	0.092	.858
Gemeindegröße: 100.001 - 500.000 vs. <5.000 Einwohner	-0.04	-0.117	0.041	.345	0.02	-0.061	0.094	.673	0.01	-0.073	0.085	.881
Gemeindegröße: 20.001 - 100.000 vs. <5.000 Einwohner	-0.11	-0.191	-0.023	.013	0.02	-0.061	0.104	.606	-0.02	-0.102	0.066	.676
Gemeindegröße: 5.001 - 20.000 vs. <5.000 Einwohner	-0.03	-0.113	0.051	.458	0.03	-0.045	0.114	.398	0.02	-0.066	0.098	.699
Vertrauen in Behörden	0.03	-0.087	0.138	.652	-0.06	-0.168	0.052	.304	-0.02	-0.133	0.092	.725
Vertrauen in Medien	-0.04	-0.113	0.032	.274	0.00	-0.068	0.073	.946	-0.05	-0.123	0.022	.170
Vertrauen in Gesundheitssektor	-0.10	-0.214	0.010	.074	0.01	-0.104	0.115	.924	-0.06	-0.171	0.053	.304

¹ R² = .204, Adj. R² = .190

² R² = .239, Adj. R² = .225

³ R² = .204, Adj. R² = .190

6 Was das Verhalten beeinflusst

6.1 Schutzverhalten

Schutzverhalten wird erfasst als Prozentzahl: je höher der Wert, um so mehr wirksame Schutzmaßnahmen (z.B. Händewaschen) hat eine Person ergriffen und um so weniger unwirksame hat sie ergriffen (z.B. Gesichtsmaske tragen). Hier wird untersucht, welche Faktoren das Schutzverhalten beeinflussen.

(Eine Übersicht über die einzelnen Schutzmaßnahmen finden Sie unter “Daten im Detail”)

Die aktuelle Analyse zeigt (siehe Tabelle): Mehr Schutzverhalten haben Personen ergriffen, die weiblich sind, COVID-19 als ernsthafte Erkrankung einschätzen, mehr Wissen über COVID-19 haben, größeres Vertrauen in den Gesundheitssektor haben und das Coronavirus als näher empfinden.

Weniger Schutzverhalten haben Personen ergriffen, die von einer langsamen Verbreitung des Virus ausgehen.

Interpretation: Dargestellt sind die Ergebnisse einer linearen Regressionsanalyse. 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 Schutzverhalten. Das heißt für Werte mit negativem Vorzeichen: höhere Werte auf diesem Einflussfaktor führen zu weniger Schutzverhalten.

	Schutzverhalten ¹			
	Beta	CI-	CI+	p
Alter	0.13	0.064	0.203	<.001
Geschlecht: weiblich	0.08	0.017	0.143	.013
Schulbildung: 10+ Jahre ohne Hochschulreife vs. 9 Jahre	-0.08	-0.180	0.029	.158
Schulbildung: 10+ Jahre mit Hochschulreife vs. 9 Jahre	-0.05	-0.156	0.059	.374
Gemeindegröße: 5.001 - 20.000 vs. <5.000 Einwohner	0.09	0.003	0.169	.044
Gemeindegröße: 20.001 - 100.000 vs. <5.000 Einwohner	-0.02	-0.107	0.065	.637
Gemeindegröße: 100.001 - 500.000 vs. <5.000 Einwohner	-0.07	-0.146	0.015	.111
Gemeindegröße: >500.000 vs. <5.000 Einwohner	-0.02	-0.103	0.068	.694
Fälle im Kreis	0.05	-0.013	0.119	.119
Wahrscheinlichkeit zu erkranken	-0.01	-0.083	0.057	.713
Ernsthaftigkeit der Erkrankung	0.10	0.024	0.167	.009
Mittleres Wissen COVID-19	0.16	0.097	0.224	<.001
Vertrauen in Behörden	-0.08	-0.192	0.036	.180
Vertrauen in Gesundheitssektor	0.16	0.044	0.271	.007
Vertrauen in Medien	0.00	-0.076	0.069	.920
Wahrgenommene Nähe	0.17	0.106	0.243	<.001
Wahrgenommene Ausbreitungsgeschwindigkeit	-0.07	-0.133	-0.004	.037
Wahrgenommener Medienhype	-0.03	-0.105	0.038	.361

¹ R² = .138, Adj. R² = .120

6.2 Aktionismus

Menschen neigen bisweilen zum Aktionismus (z.B. Gesichtsmaske tragen, Nahrungsergänzungsmittel einnehmen). Dieser wird erfasst als nicht-wirksames Schutzverhalten: wie viel Prozent der nicht-wirksamen, im Fragebogen angegebenen Schutzmaßnahmen hat eine Person bereits ergriffen? Hier wird untersucht, welche Faktoren Aktionismus beeinflussen.

(Eine Übersicht über die einzelnen Aktionismus-Verhaltensweisen finden Sie unter “Daten im Detail”).

Die Analyse zeigt (siehe Tabelle): Mehr Aktionismus zeigen Personen, die COVID-19 als ernsthafte Erkrankung einschätzen und mehr Vertrauen in die Medien haben. Weniger Aktionismus zeigen Personen, die mehr Wissen über COVID-19 haben und von einer langsamen Verbreitung des Virus ausgehen.

Interpretation: Dargestellt sind die Ergebnisse einer linearen Regressionsanalyse. 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 Aktionismus. Das heißt für Werte mit negativem Vorzeichen: höhere Werte auf diesem Einflussfaktor führen zu weniger Aktionismus.

	Schutzverhalten ¹			
	Beta	CI-	CI+	p
Alter	-0.04	-0.112	0.032	.278
Geschlecht: weiblich	0.05	-0.020	0.111	.177
Schulbildung: 10+ Jahre ohne Hochschulreife vs. 9 Jahre	0.01	-0.099	0.119	.854
Schulbildung: 10+ Jahre mit Hochschulreife vs. 9 Jahre	0.09	-0.017	0.207	.098
Gemeindegröße: 5.001 - 20.000 vs. <5.000 Einwohner	0.01	-0.078	0.096	.839
Gemeindegröße: 20.001 - 100.000 vs. <5.000 Einwohner	0.00	-0.093	0.086	.938
Gemeindegröße: 100.001 - 500.000 vs. <5.000 Einwohner	0.00	-0.079	0.089	.911
Gemeindegröße: >500.000 vs. <5.000 Einwohner	-0.02	-0.105	0.074	.739
Fälle im Kreis	0.05	-0.024	0.114	.201
Wahrscheinlichkeit zu erkranken	0.02	-0.057	0.089	.663
Ernsthaftigkeit der Erkrankung	0.11	0.034	0.183	.005
Mittleres Wissen COVID-19	-0.10	-0.165	-0.033	.003
Vertrauen in Behörden	-0.06	-0.176	0.062	.351
Vertrauen in Gesundheitssektor	-0.03	-0.143	0.093	.679
Vertrauen in Medien	0.13	0.056	0.207	.001
Wahrgenommene Nähe	0.04	-0.029	0.114	.243
Wahrgenommene Ausbreitungsgeschwindigkeit	-0.10	-0.171	-0.036	.003
Wahrgenommener Medienhype	0.00	-0.072	0.078	.933

¹ R² = .062, Adj. R² = .043

6.3 Krisenvorbereitung (preparedness)

Krisenvorbereitung (preparedness) umfasst Verhaltensweisen wie den Kauf von Medikamenten, die man regelmäßig einnehmen muss, die Veränderung der Mobilität oder das Anlegen von Lebensmittelvorräten. Wie viel Prozent der angegebenen Preparedness-Maßnahmen hat eine Person ergriffen? Hier wird untersucht, welche Faktoren die Krisenvorbereitung beeinflussen. (Eine Übersicht über die einzelnen Krisenvorbereitungs-Maßnahmen finden Sie unter “Daten im Detail”.)

Die Analyse zeigt (siehe Tabelle): Mehr Krisenvorbereitung haben Personen getroffen, die älter sind, mehr Vertrauen in die Behörden haben und die das Coronavirus als Medienhype erleben. Weniger Krisenvorbereitung haben Personen getroffen, die ihre Erkrankungswahrscheinlichkeit und den Schweregrad der Erkrankung als höher einschätzen und die von einer langsamen Verbreitung des Virus ausgehen.

Interpretation: Dargestellt sind die Ergebnisse einer linearen Regressionsanalyse. 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 Krisenvorbereitung. Das heißt für Werte mit negativem Vorzeichen: höhere Werte auf diesem Einflussfaktor führen zu weniger Krisenvorbereitung.

	Schutzverhalten ¹			
	Beta	CI-	CI+	p
Alter	0.12	0.048	0.185	.001
Geschlecht: weiblich	0.00	-0.058	0.066	.904
Schulbildung: 10+ Jahre ohne Hochschulreife vs. 9 Jahre	0.06	-0.045	0.161	.270
Schulbildung: 10+ Jahre mit Hochschulreife vs. 9 Jahre	0.04	-0.062	0.150	.416
Gemeindegröße: 5.001 - 20.000 vs. <5.000 Einwohner	0.07	-0.011	0.153	.090
Gemeindegröße: 20.001 - 100.000 vs. <5.000 Einwohner	0.08	-0.005	0.165	.064
Gemeindegröße: 100.001 - 500.000 vs. <5.000 Einwohner	0.05	-0.030	0.128	.224
Gemeindegröße: >500.000 vs. <5.000 Einwohner	0.01	-0.073	0.096	.788
Fälle im Kreis	0.06	-0.001	0.130	.053
Wahrscheinlichkeit zu erkranken	-0.07	-0.134	0.003	.063
Ernsthaftigkeit der Erkrankung	-0.20	-0.270	-0.129	<.001
Mittleres Wissen COVID-19	-0.01	-0.068	0.057	.858
Vertrauen in Behörden	0.15	0.038	0.263	.009
Vertrauen in Gesundheitssektor	0.09	-0.020	0.204	.107
Vertrauen in Medien	0.01	-0.060	0.083	.750
Wahrgenommene Nähe	0.02	-0.049	0.086	.591
Wahrgenommene Ausbreitungsgeschwindigkeit	-0.06	-0.125	0.002	.057
Wahrgenommener Medienhype	0.11	0.037	0.179	.003

¹ R² = .162, Adj. R² = .145

6.4 Vorsorgliche Einkäufe (“Hamsterkäufe”)

In den Medien wird viel über “Hamsterkäufe” berichtet. Hier wird untersucht, welche Faktoren damit zusammenhängen, ob Personen a) vorsorglich Lebensmittel oder b) Alltagsgegenstände wie Zahnpasta gekauft haben.

Unter “Daten im Detail” ist aufgeführt, wie häufig diese Verhaltensweisen gezeigt werden.

Die Wahrscheinlichkeit für vermehrtes Kaufen von Alltagsgegenständen (wie Zahnpasta) ist höher bei Personen, die mehr Vertrauen in die Medien haben und das Coronavirus als nah wahrnehmen. Die Wahrscheinlichkeit für diese Käufe ist geringer, wenn das Vertrauen in die Gesundheitsbehörden hoch ist, Corona als Medienhype wahrgenommen wird und die Ausbreitung als langsam wahrgenommen wird.

Die Wahrscheinlichkeit für Lebensmittelkäufe ist höher wenn Personen jünger sind oder eine hohe Erkrankungswahrscheinlichkeit wahrnehmen oder eine größere Nähe des Virus. Weniger Kaufverhalten zeigen Menschen, die höheres Vertrauen in den Gesundheitssektor haben und Corona als Medienhype wahrnehmen.

Interpretation: Dargestellt sind die Ergebnisse einer binär-logistischen schrittweisen Regressionsanalyse (bestes

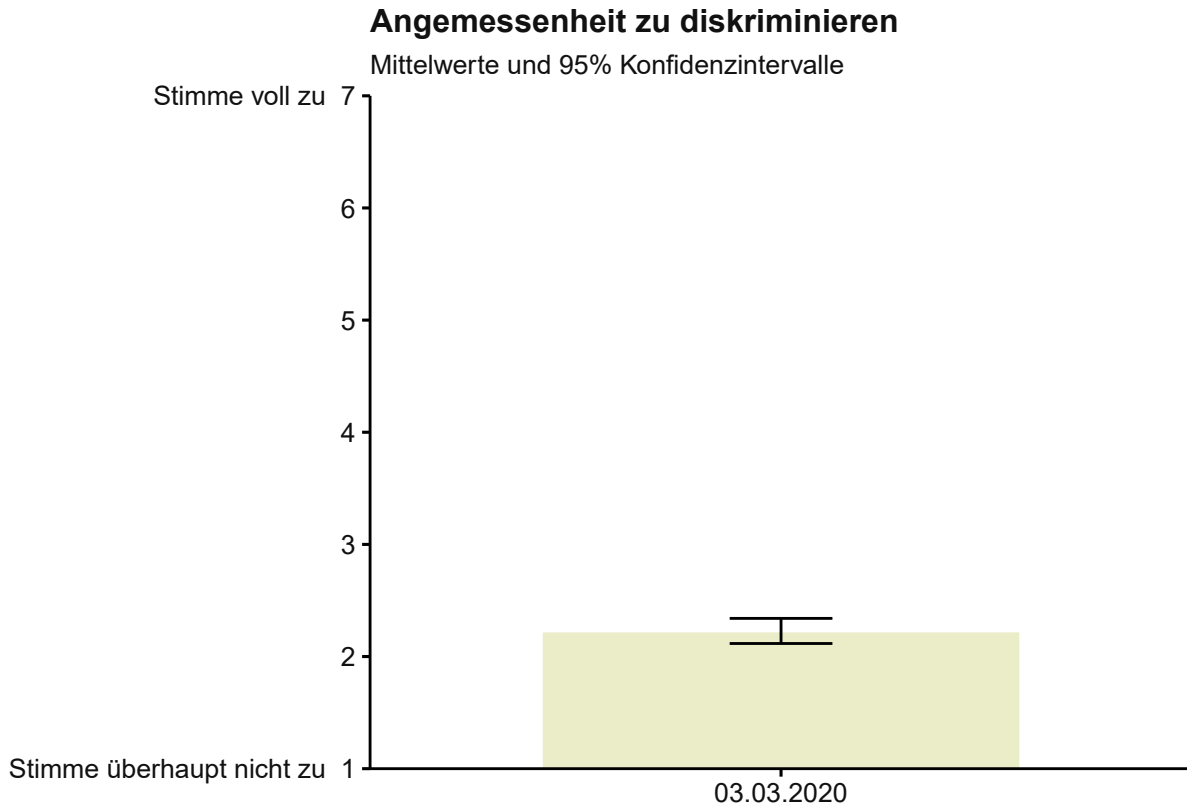
statistisches Modell). Odds ratio treffen eine Aussage darüber, inwieweit das Vorhandensein bzw. Nichtvorhandensein eines Merkmals A (z.B. Wahrgenommene Nähe) mit dem Vorhandensein bzw. Nichtvorhandensein eines weiteren Merkmals B (z.B. Hamsterkäufen) zusammenhängt. Fettgedruckte Einflussfaktoren sind signifikant und haben einen statistisch bedeutsamen Einfluss. Werte über 1: höhere Werte auf diesem Einflussfaktor führen zu mehr Kaufverhalten. Werte unter 1: kleinere Werte auf diesem Einflussfaktor führen zu weniger Kaufverhalten. Variablen im Modell: Alter, Geschlecht, Bildung, Gemeindegröße, Bestätigte Fälle im Kreis, Wahrscheinlichkeit zu erkranken, Ernsthaftigkeit einer Erkrankung, Wissen COVID-19, Vertrauen in die Behörden, Vertrauen in den Gesundheitssektor, Vertrauen in die Medien, wahrgenommene Nähe, Ausbreitungsgeschwindigkeit des Virus und Medienhype.

	Kauf alltäglicher Dinge				Kauf von Nahrungsmitteln			
	OR	CI-	CI+	p	OR	CI-	CI+	p
(Intercept)	0.12	0.017	0.797	.029	0.12	0.013	0.979	.050
Wahrgenommene Nähe	1.54	1.233	1.942	<.001	1.26	1.031	1.560	.027
Wahrgenommener Medienhype	0.77	0.642	0.932	.007	0.75	0.622	0.892	.001
Wahrgenommene Ausbreitungsgeschwindigkeit	0.80	0.683	0.947	.008	0.87	0.737	1.022	.083
Alter					0.98	0.962	0.996	.019
Bestätigte Infektionen im Kreis	1.57	0.881	2.763	.121	1.56	0.926	2.599	.092
Geschlecht: weiblich					1.50	0.906	2.518	.118
Mittleres Wissen COVID-19					3.14	0.915	11.417	.075
Wahrscheinlichkeit zu erkranken					1.32	1.082	1.619	.007
Vertrauen in Medien	1.27	1.035	1.574	.024	1.18	0.976	1.436	.088
Vertrauen in Gesundheitssektor	0.76	0.608	0.949	.016	0.81	0.655	0.990	.041

6.5 Diskriminierungsverhalten

In den Medien wurden Einzelfälle berichtet, in denen Menschen chinesischer oder italienischer Abstammung diskriminiert wurden. Es wurde daher erfasst, ob die Befragten eine vorübergehende Diskriminierung im Ausbruchsfall für angemessen halten. Die folgende Grafik zeigt die mittlere Zustimmung zur Aussage „Im Falle eines Ausbruchs ist es angemessen, eine bestimmte Personengruppe (z.B. Chinesen, Italiener) aufgrund ihres Herkunftslandes vorübergehend zu diskriminieren“ im Zeitverlauf.

Generell erscheint es der Bevölkerung als nicht angemessen, andere im Falle eines Ausbruchs vorübergehend aufgrund ihrer Herkunft zu diskriminieren.



Eine weitere Analyse der Frage, ob bereits Personen gemieden wurden, die aus Ländern kommen, in denen Coronaviren-Fälle aufgetreten sind, zeigt (siehe Tabelle):

Die Wahrscheinlichkeit, dass Menschen aus betroffenen Gebieten vermieden wurden, ist höher bei jüngeren Personen, die eine hohe Ernsthaftigkeit der Erkrankung wahrnehmen, eine größere Nähe des Virus wahrnehmen, höheres Vertrauen in die Medien und geringeres in den Gesundheitssektor.

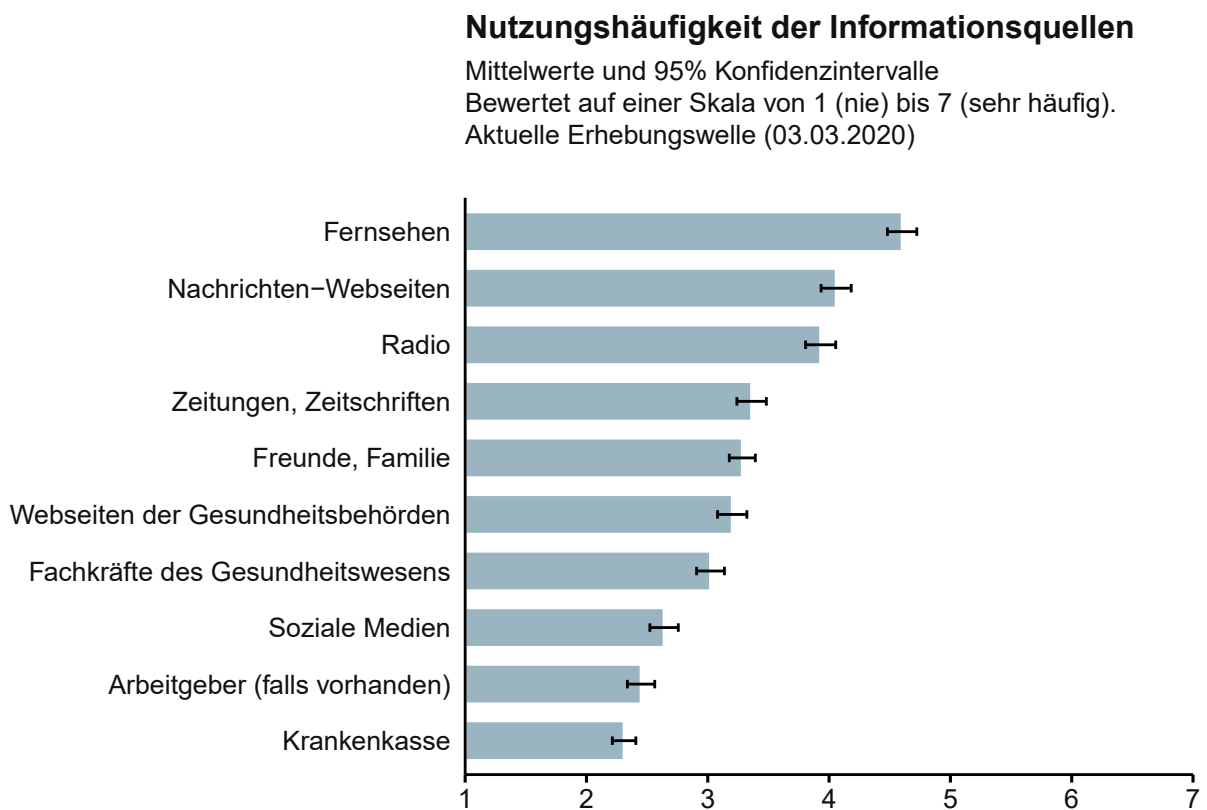
Interpretation: Dargestellt sind die Ergebnisse einer binär-logistischen schrittweisen Regressionsanalyse (bestes statistisches Modell). Odds ratio treffen eine Aussage darüber, inwieweit das Vorhandensein bzw. Nichtvorhandensein eines Merkmals A (z.B. Wahrgenommene Nähe) mit dem Vorhandensein bzw. Nichtvorhandensein eines weiteren Merkmals B (z.B. Diskriminierung) zusammenhängt. Fettgedruckte Einflussfaktoren sind signifikant und haben einen statistisch bedeutsamen Einfluss. Werte über 1: höhere Werte auf diesem Einflussfaktor führen zu mehr Diskriminierung. Werte unter 1: kleinere Werte auf diesem Einflussfaktor führen zu weniger Diskriminierung. Variablen im Modell: Alter, Geschlecht, Bildung, Gemeindegröße, Bestätigte Fälle im Kreis, Wahrscheinlichkeit zu erkranken, Ernsthaftigkeit einer Erkrankung, Wissen COVID-19, Vertrauen in die Behörden, Vertrauen in den Gesundheitssektor, Vertrauen in die Medien, wahrgenommene Nähe, Ausbreitungsgeschwindigkeit des Virus und Medienhype.

	Menschen aus betroffenen Gebieten gemieden			
	OR	CI-	CI+	p
(Intercept)	0.05	0.014	0.157	<.001
Alter	0.98	0.965	0.993	.004
Ernsthaftigkeit der Erkrankung	1.38	1.190	1.601	<.001
Vertrauen in Gesundheitssektor	0.81	0.685	0.954	.012
Vertrauen in Medien	1.23	1.067	1.433	.005
Wahrgenommene Nähe	1.27	1.084	1.484	.003

7 Informationsquellen

7.1 Nutzung

Wie häufig nutzen Sie nachfolgende Quellen, um sich über das neuartige Coronavirus zu informieren?

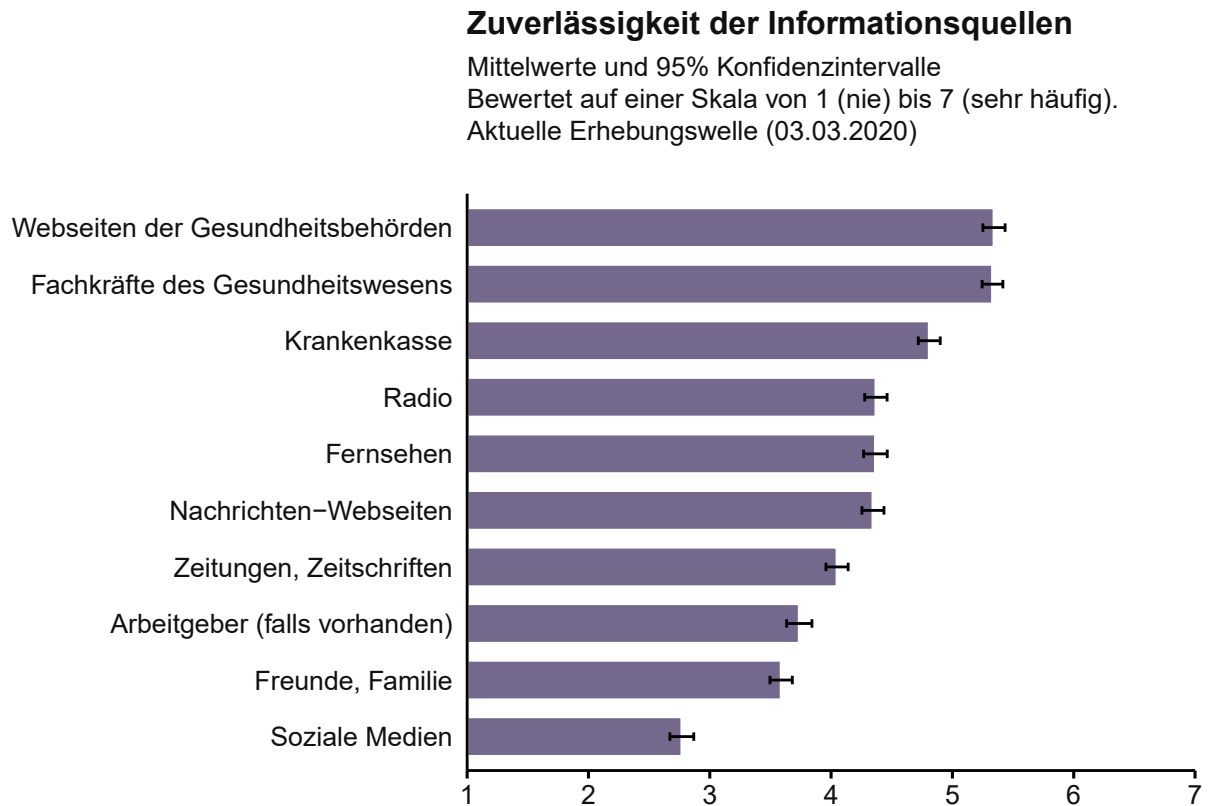


Die Bewertungen zu den Informationsquellen Arbeitgeber und Krankenkasse waren nicht verpflichtend. Von 977 Befragungsteilnehmenden haben 4.71 Prozent keine Bewertungen zum Arbeitgeber und 0 Prozent keine Bewertungen zur Krankenkasse abgegeben. 44.01 Prozent Befragungsteilnehmende nutzten andere Webseiten

(Nutzungshäufigkeit: $M = 2.13$) und 41.35 Prozent andere Quellen (Nutzungshäufigkeit: $M = 1.97$) als zusätzliche Informationsquelle.

7.2 Zuverlässigkeit

Zuverlässigkeit: Wie zuverlässig sind die folgenden Quellen Ihrer Meinung nach in Bezug auf das neuartige Coronavirus?



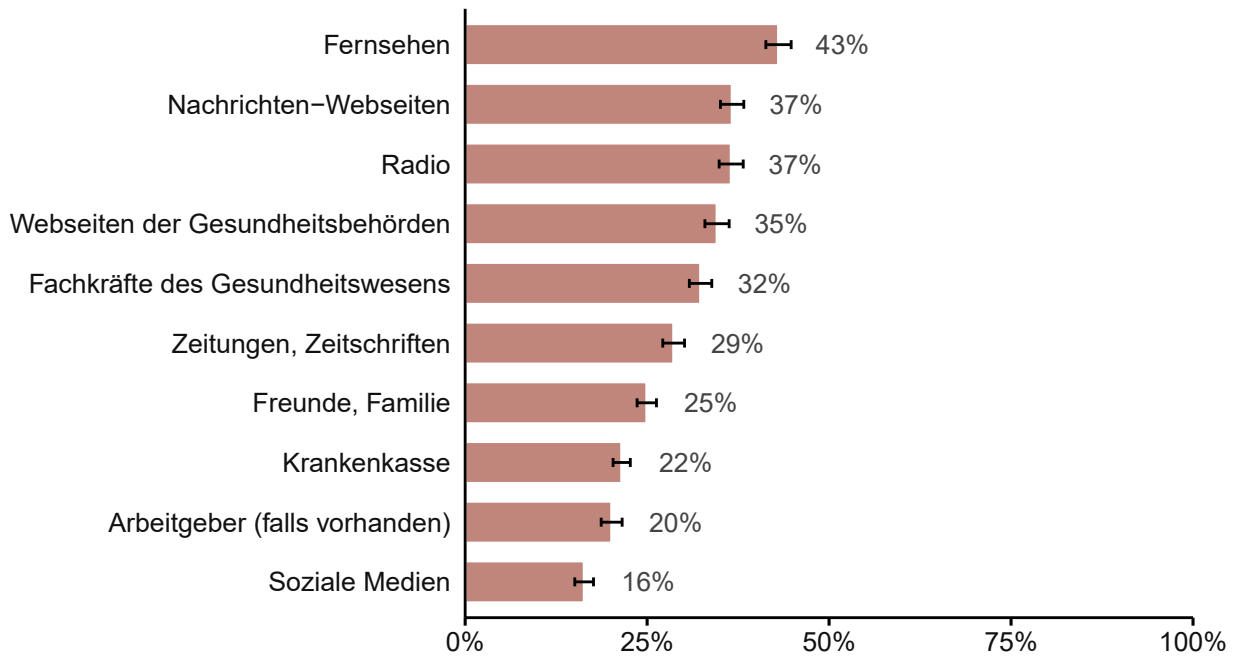
Die Bewertungen zu den Informationsquellen Arbeitgeber und Krankenkasse waren nicht verpflichtend. Von 977 Befragungsteilnehmenden haben 4.81 Prozent keine Bewertungen zum Arbeitgeber und 0.2 Prozent keine Bewertungen zur Krankenkasse abgegeben.

7.3 Relevanz

Relevanz: mathematisches Produkt aus Nutzung und Zuverlässigkeit

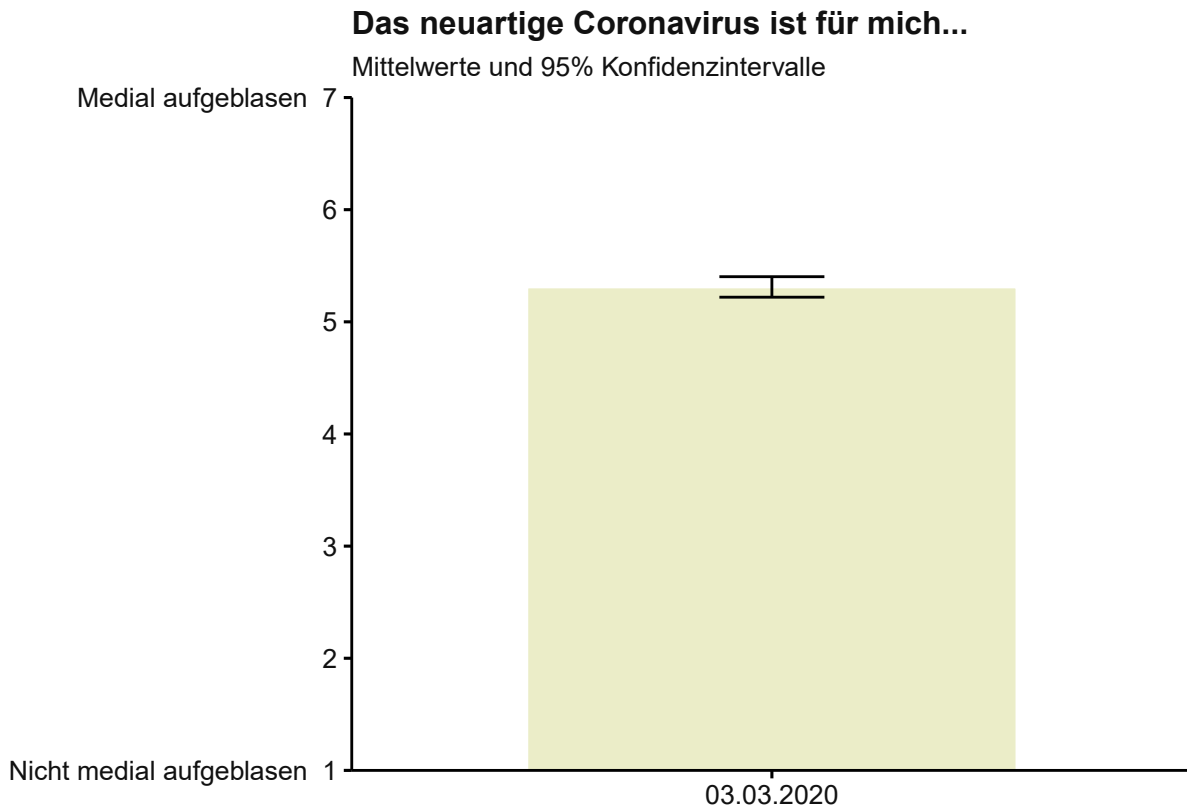
Relevanz der Informationsquellen

Nutzung gewichtet mit der Zuverlässigkeit; aktuelle Erhebungswelle (03.03.2020)



Die Bewertungen zu den Informationsquellen Arbeitgeber und Krankenkasse waren nicht verpflichtend. Von 977 Befragungsteilnehmenden haben 5.73 Prozent keine Bewertungen zum Arbeitgeber und 0.2 Prozent keine Bewertungen zur Krankenkasse abgegeben.

7.4 Corona als Medien-Hype



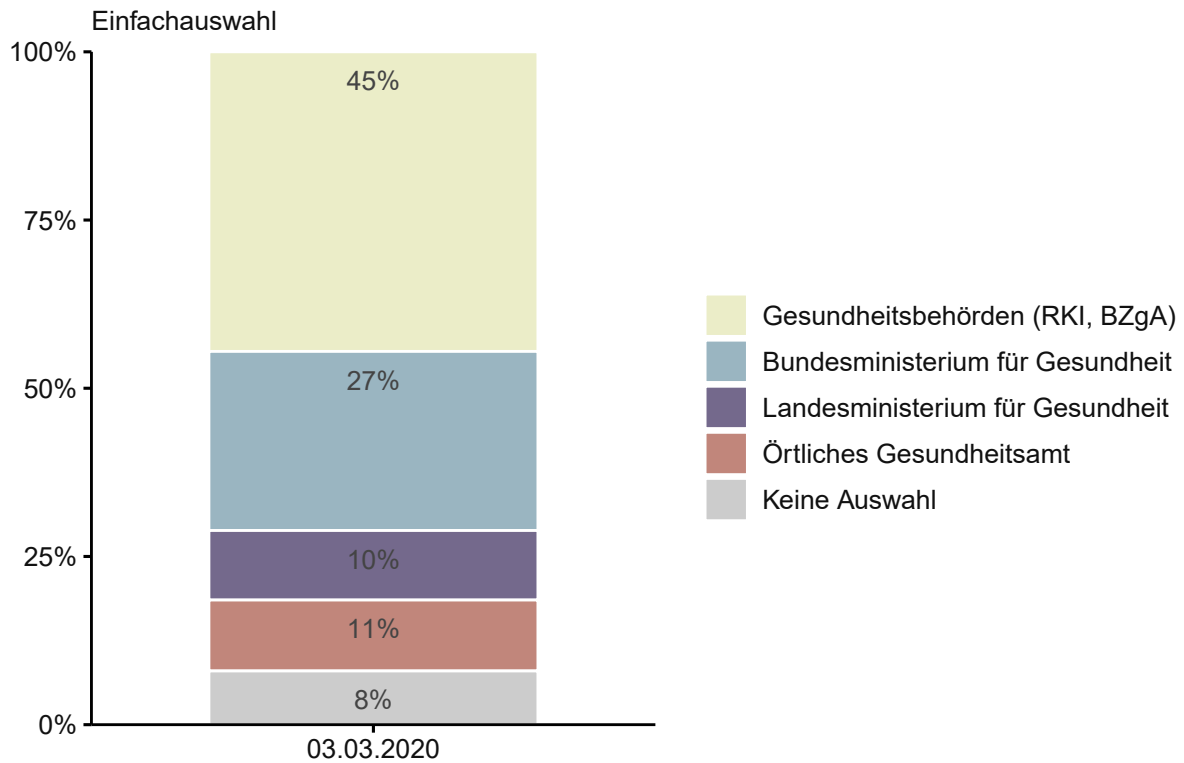
8 Ausbruchs-Management

8.1 Verantwortung

Ranking der Organisationen: Wer sollte hauptsächlich für das Management der Ausbruchs-Situation verantwortlich sein?

Dargestellt ist für jede Behörde oder Organisation der Anteil an Personen in %, die diese auf Rang 1 gesehen hat über alle Messzeitpunkte.

Hauptverantwortung für das Ausbruchsmanagement



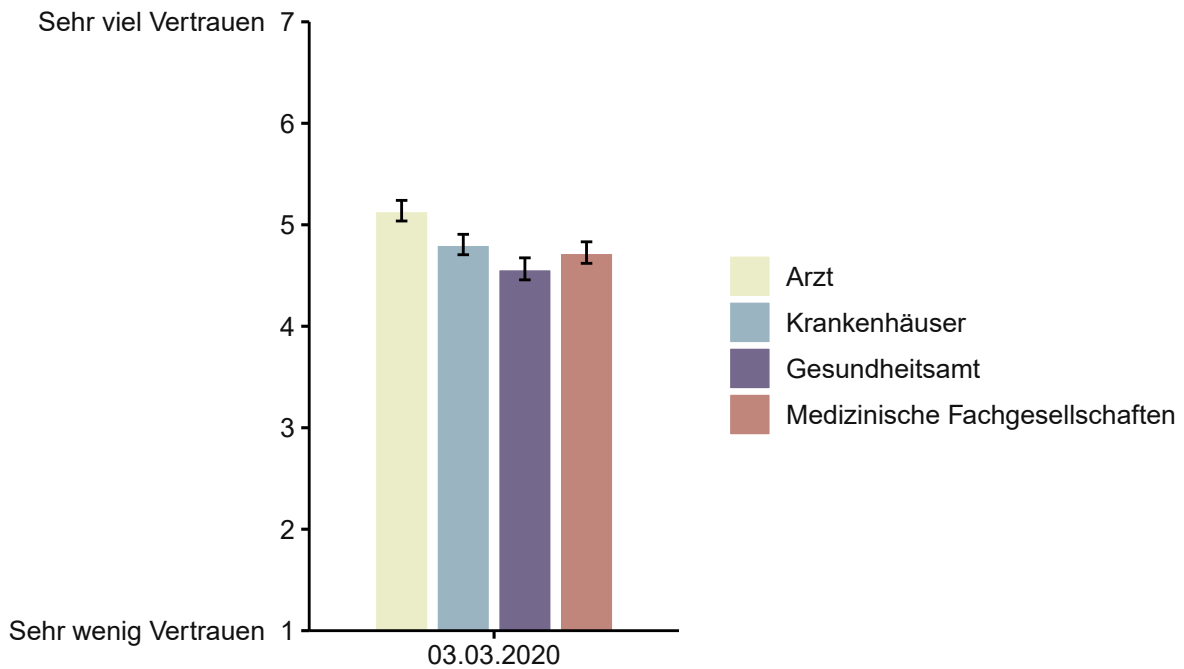
8.2 Vertrauen

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

Vertrauen (1): Gesundheitssektor

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle

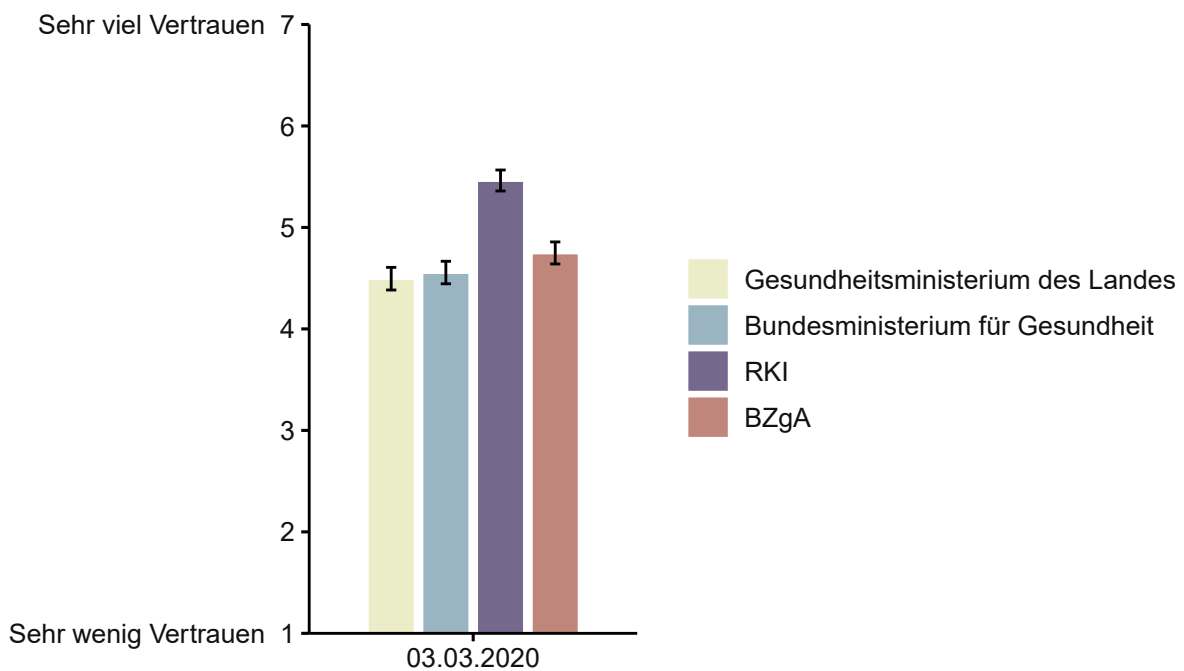
Bewertet auf einer Skala von 1 (sehr wenig Vertrauen) bis 7 (sehr viel Vertrauen).



Vertrauen (2): Behörden

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle

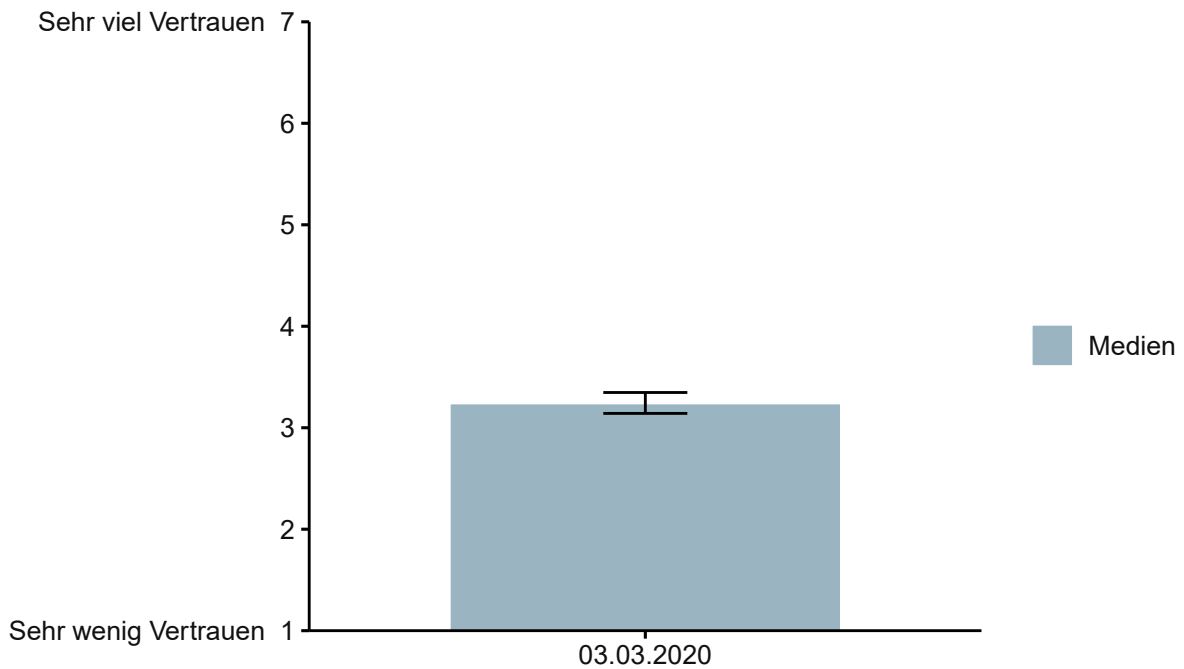
Bewertet auf einer Skala von 1 (sehr wenig Vertrauen) bis 7 (sehr viel Vertrauen).



Vertrauen (3): Medien

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle

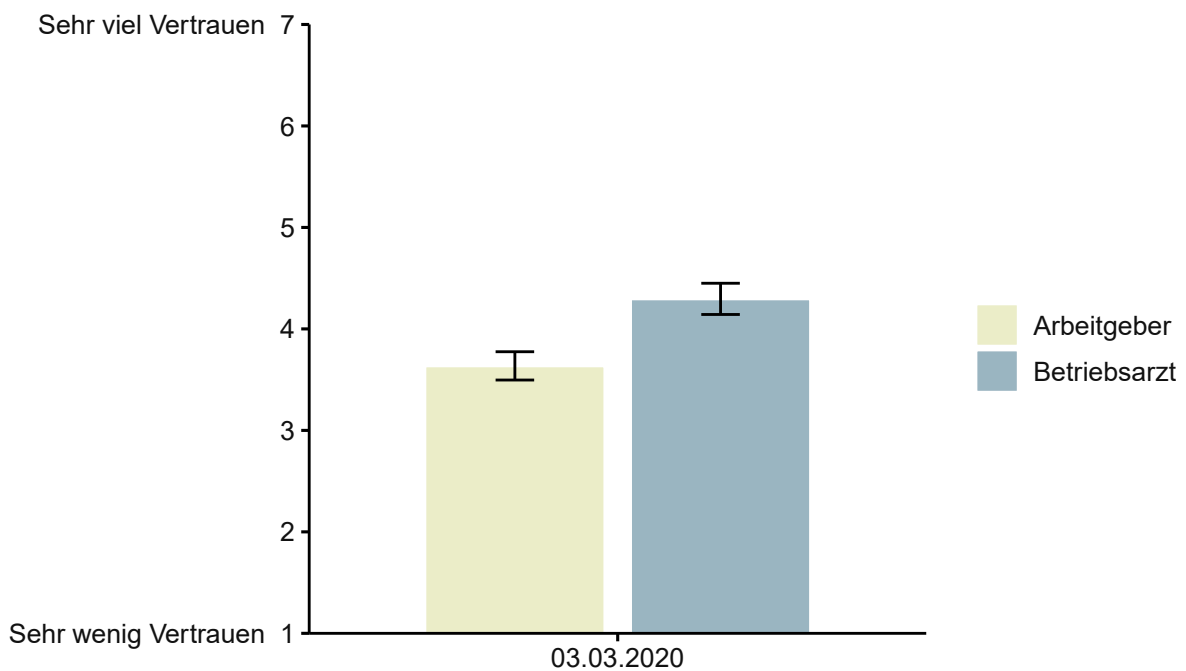
Bewertet auf einer Skala von 1 (sehr wenig Vertrauen) bis 7 (sehr viel Vertrauen).



Vertrauen (4): Arbeitsumwelt

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle

Bewertet auf einer Skala von 1 (sehr wenig Vertrauen) bis 7 (sehr viel Vertrauen).

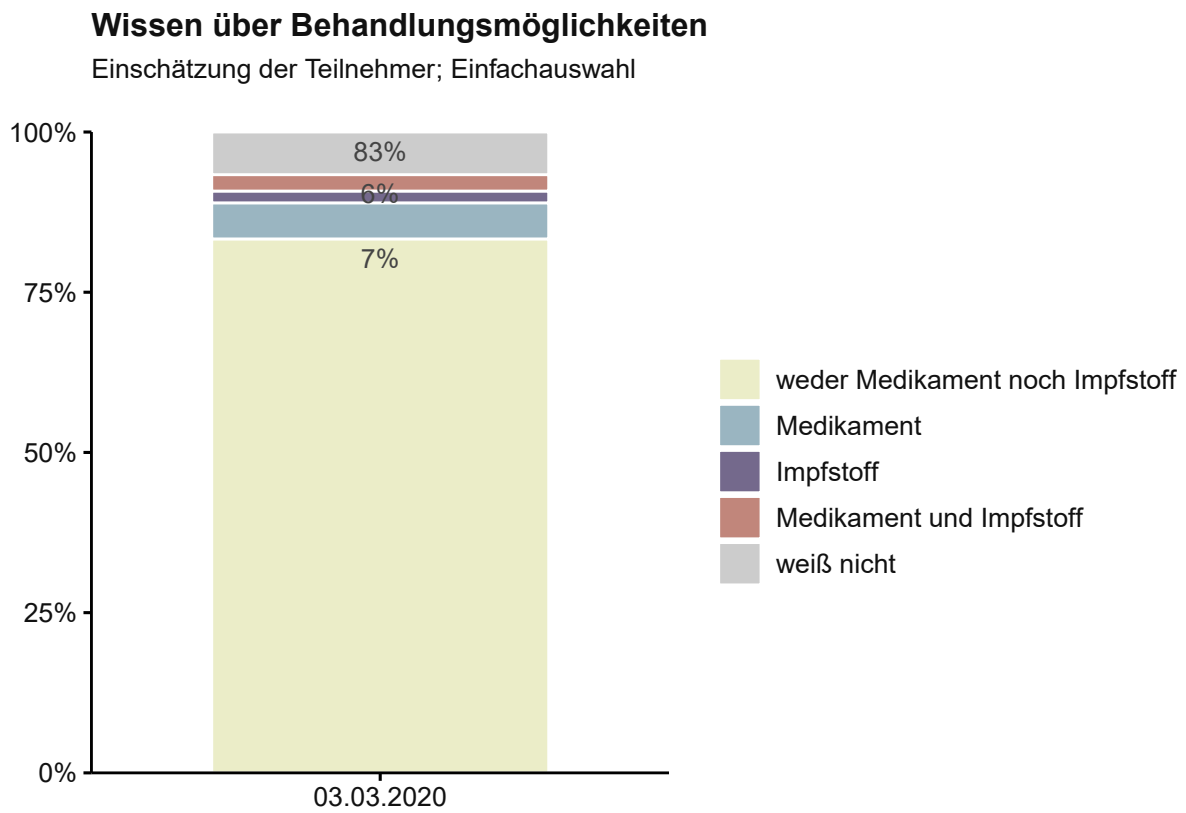


9 Akzeptanz verschiedener Maßnahmen zur Krisenbewältigung



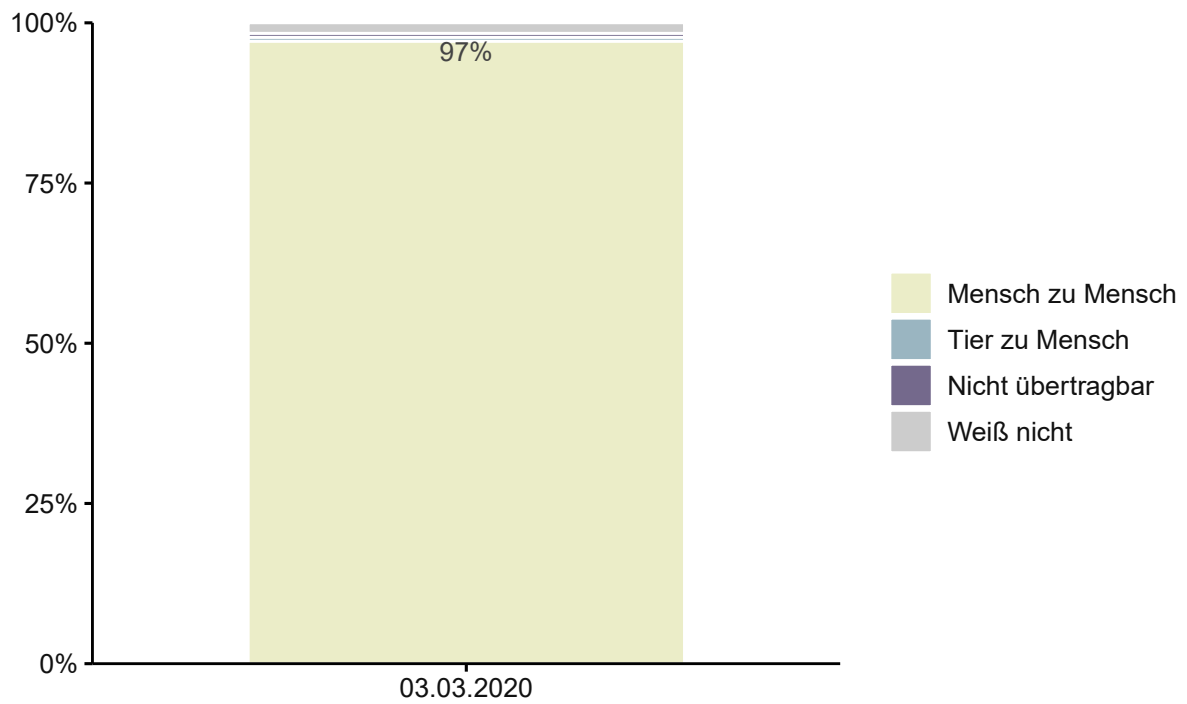
10 Daten im Detail

10.1 Detail: Wissen COVID-19



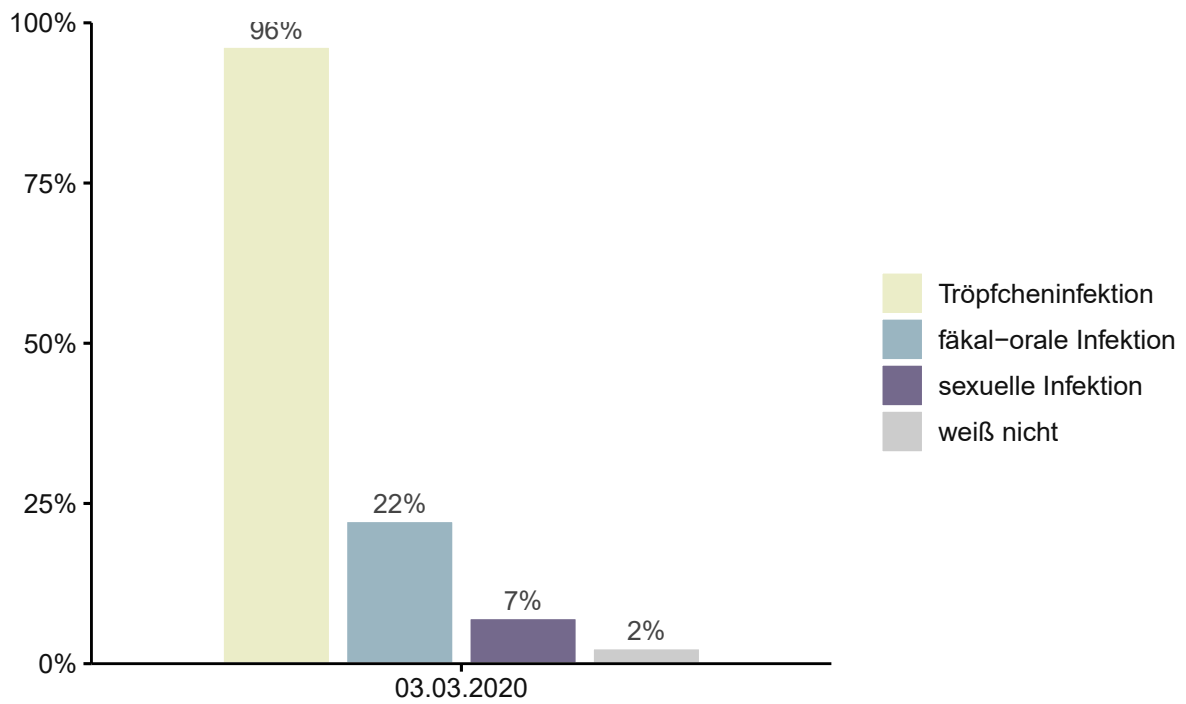
Wissen über Krankheitsüberträger

Einschätzung der Teilnehmer; Einfachauswahl



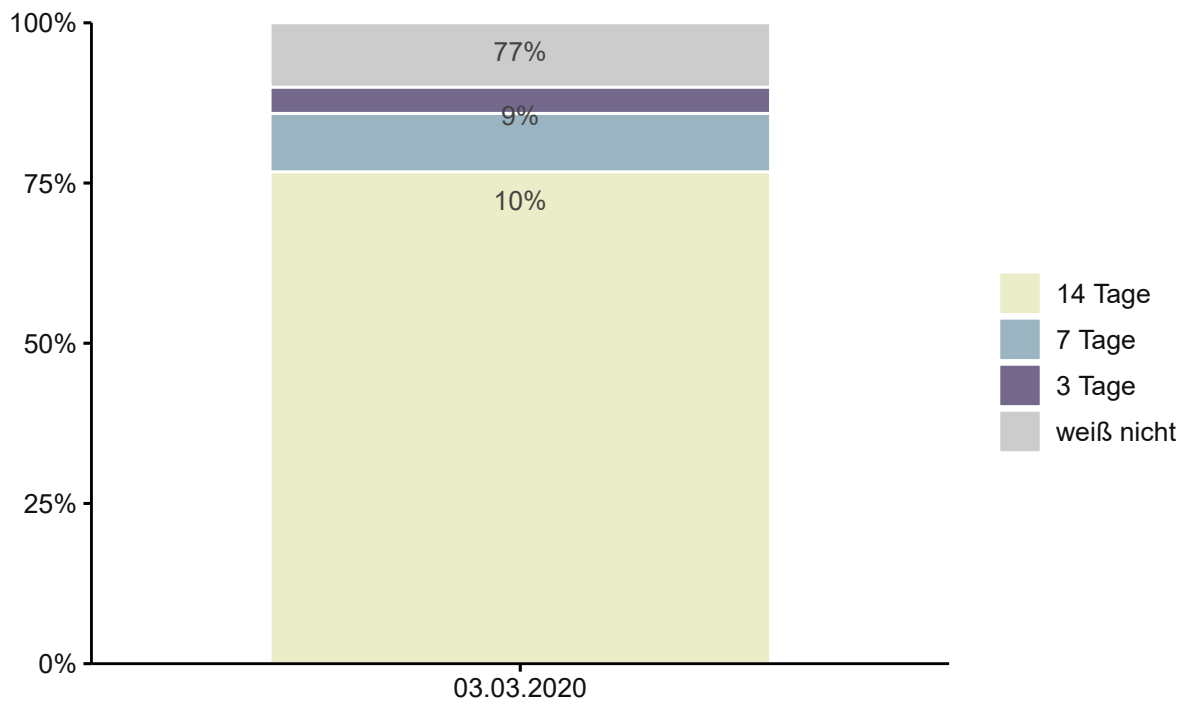
Wissen über den Infektionsweg

Einschätzung der Teilnehmer; Mehrfachauswahl möglich



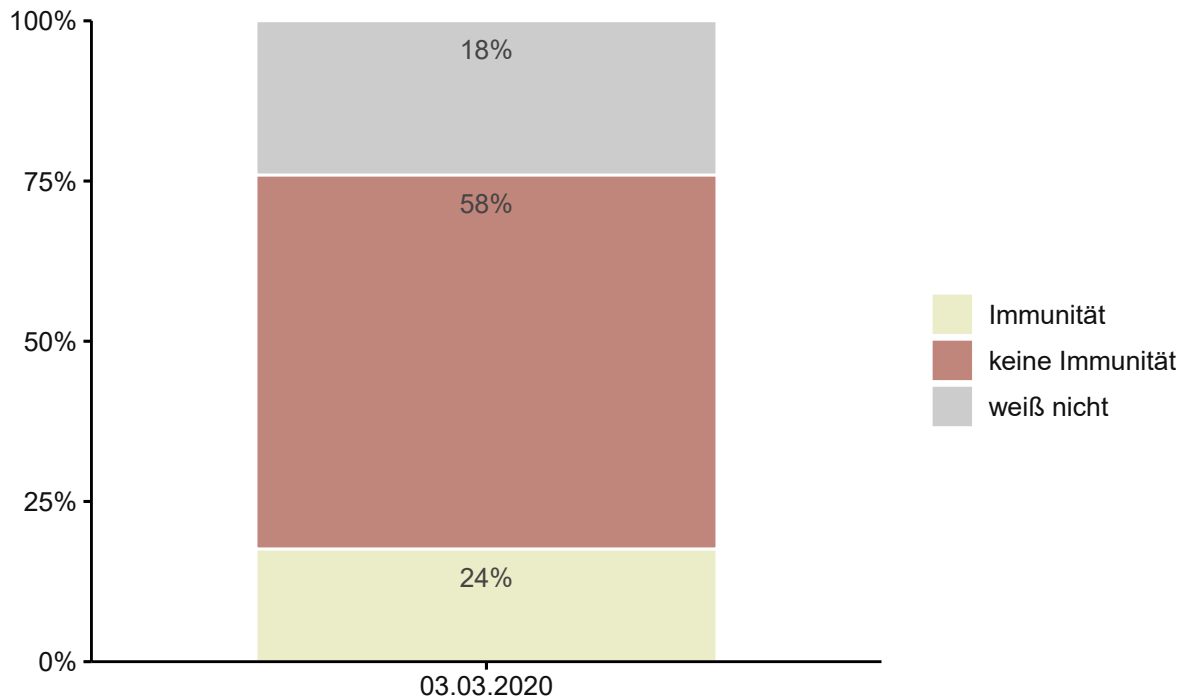
Wissen über die Inkubationszeit

Einschätzung der Teilnehmer; Einfachauswahl



Wissen über Folgen einer überstandenen Erkrankung

Einschätzung der Teilnehmer; Einfachauswahl

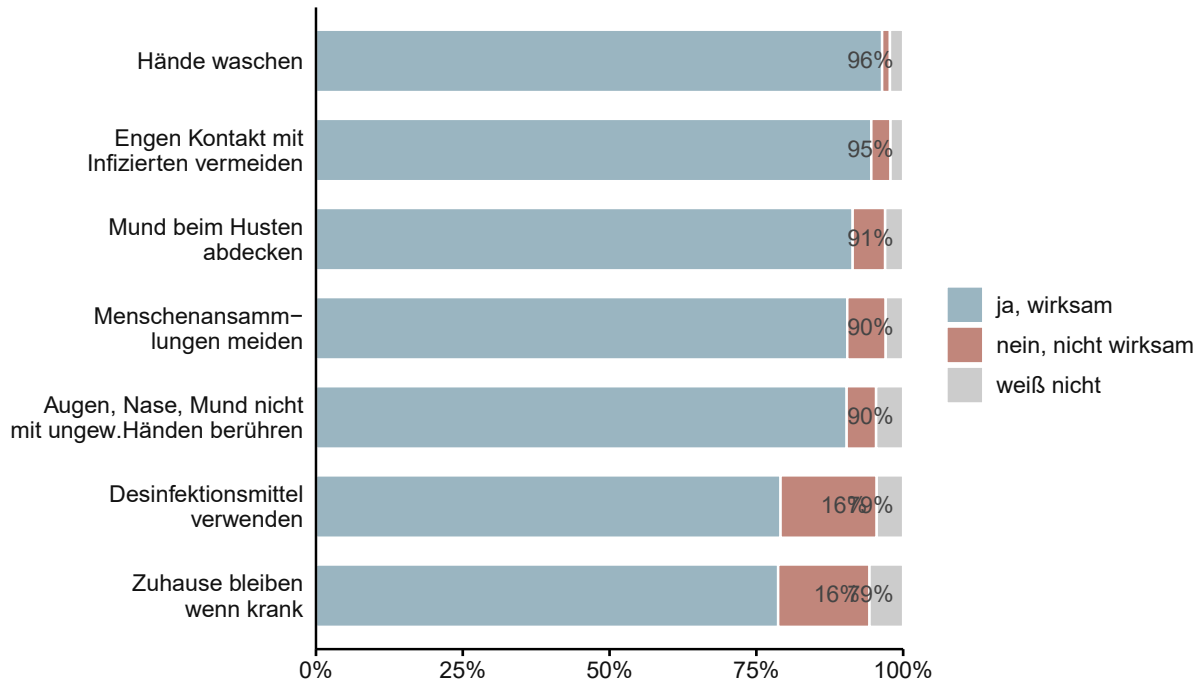


10.2 Detail: wirksame Schutzmaßnahmen kennen und ergreifen

Welche der folgenden Maßnahmen sind wirksame Präventivmaßnahmen um die Ausbreitung und die Ansteckung mit dem neuartigen Coronavirus zu verhindern? (Darstellung: wirksame Schutzmaßnahmen)

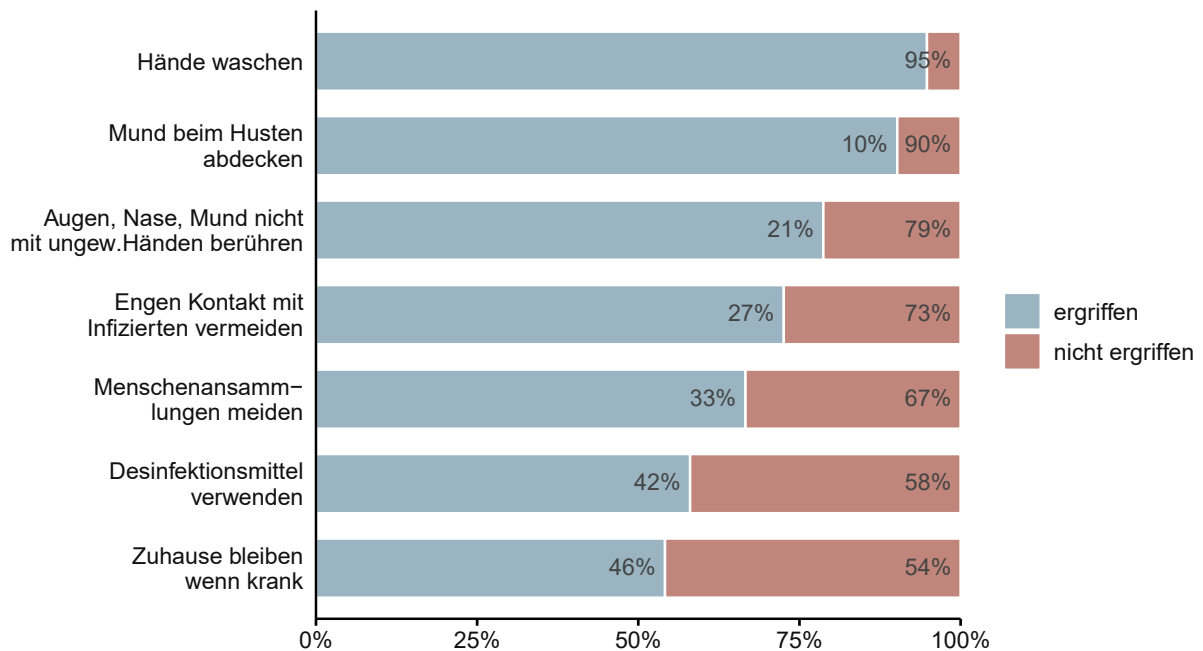
Wissen über wirksame Präventivmaßnahmen

Aktuelle Erhebungswelle (03.03.2020)



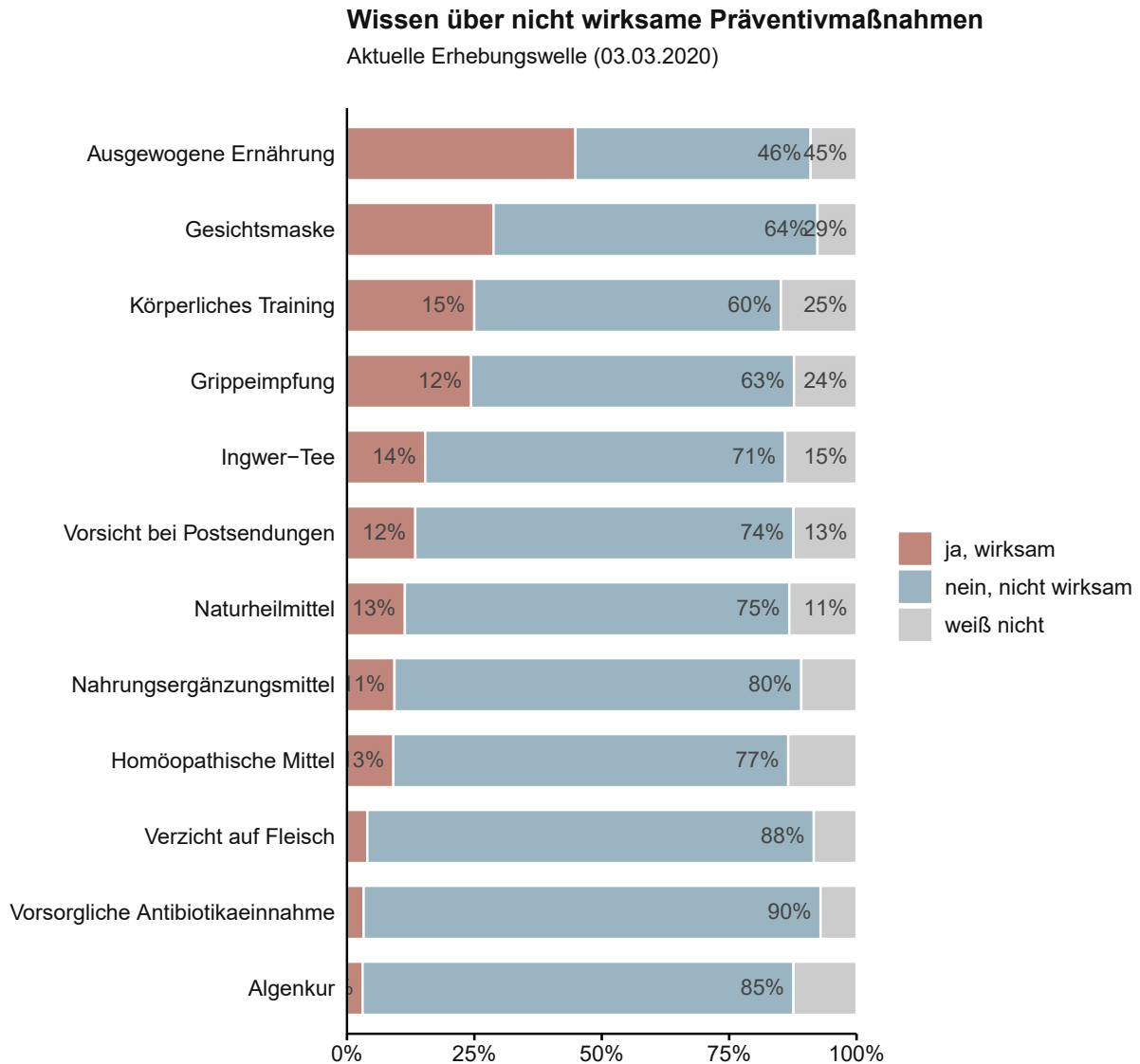
Tatsächlich durchgeführte wirksame Präventivmaßnahmen

Aktuelle Erhebungswelle (03.03.2020)



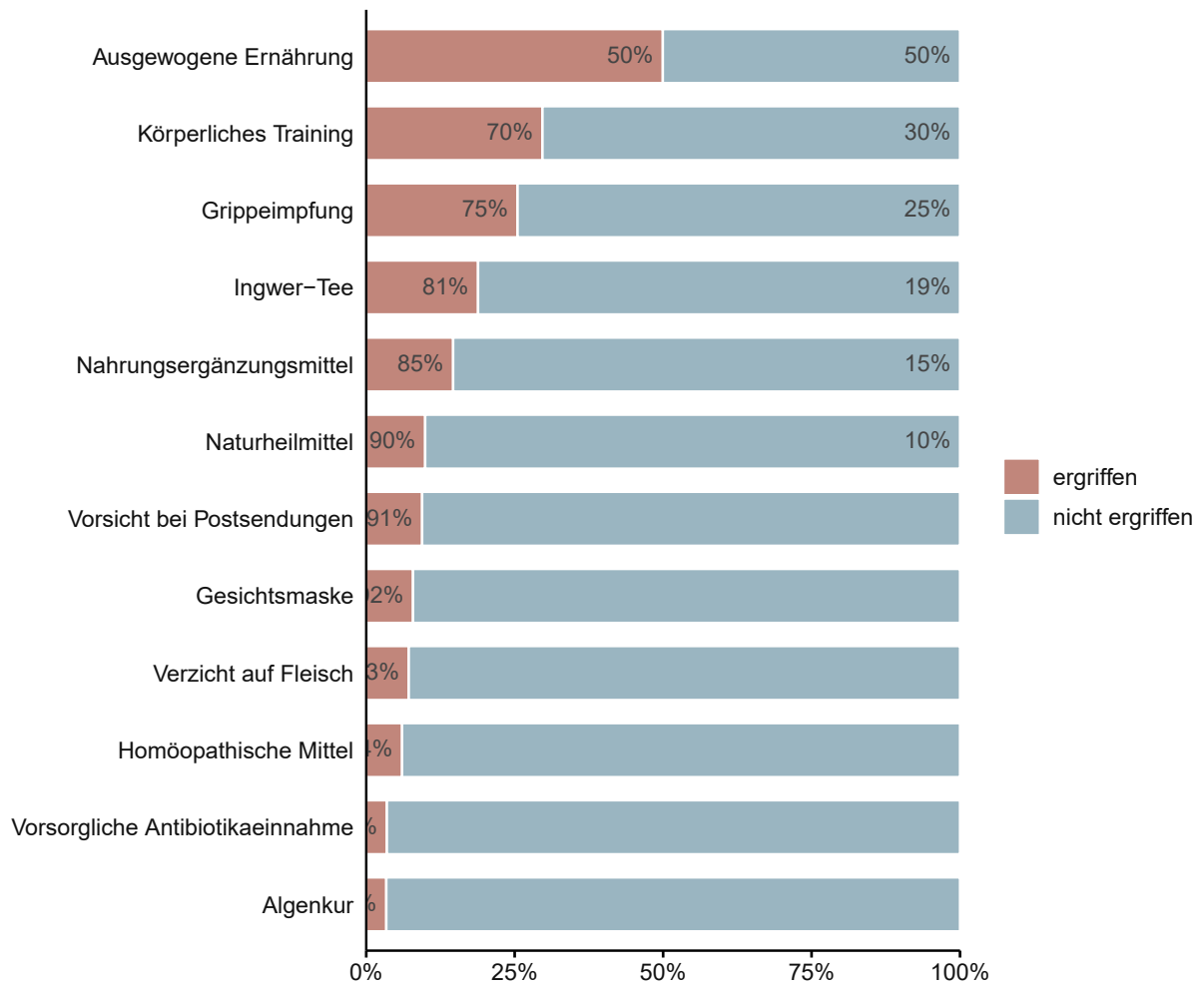
10.3 Detail: Unwirksame Schutzmaßnahmen und Aktionismus

Welche der folgenden Maßnahmen sind wirksame Präventivmaßnahmen um die Ausbreitung und die Ansteckung mit dem neuartigen Coronavirus zu verhindern? (Darstellung: unwirksame Schutzmaßnahmen, interpretiert als Aktionismus)

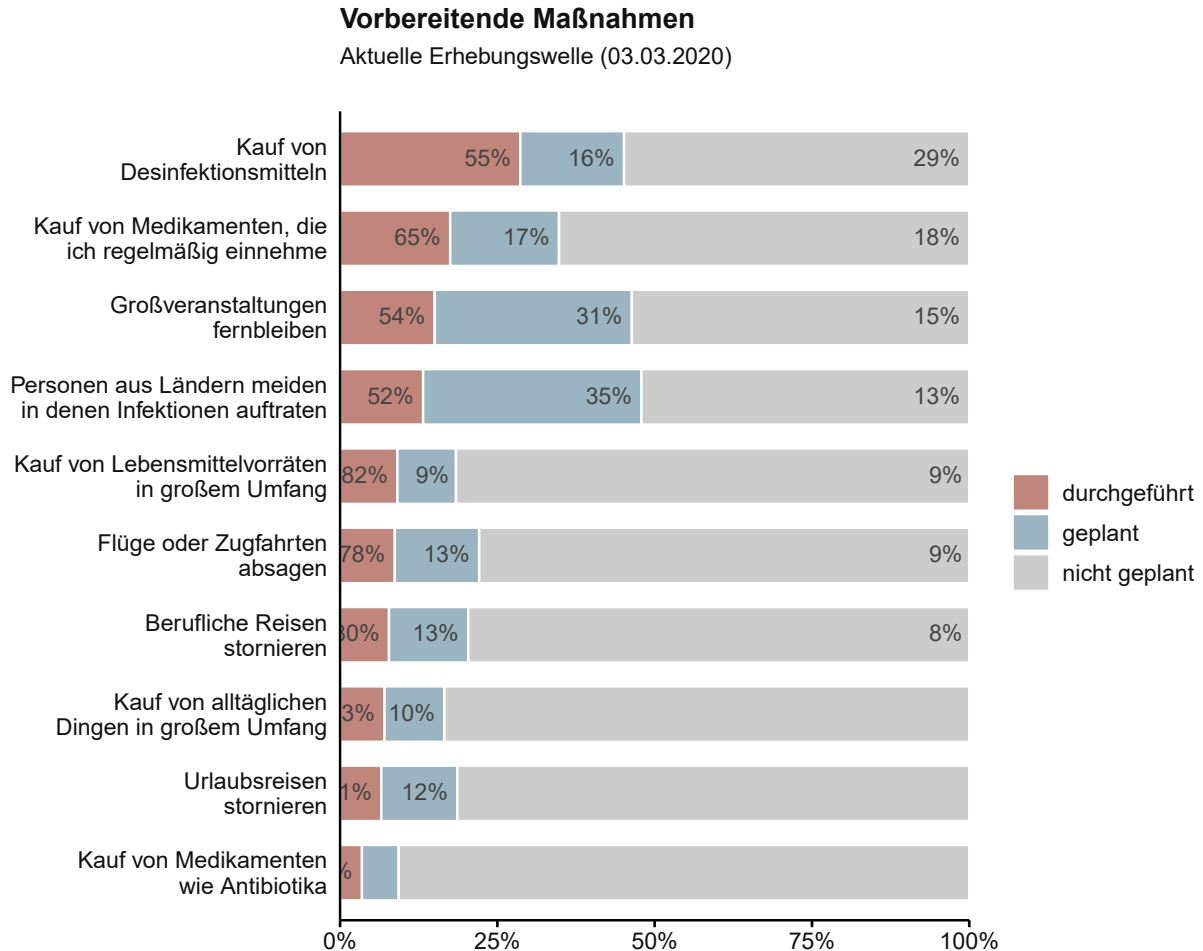


Tatsächlich durchgeführte unwirksame Präventivmaßnahmen

Aktuelle Erhebungswelle (03.03.2020)



10.4 Detail: Krisenvorbereitung



11 Daten nach Demographie

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

M = Mittelwert

SD = Standardabweichung

N = Anzahl Befragter

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

12 Übersicht über alle bisherigen Datenerhebungen

Die folgende Tabelle zeigt Anzahl und Datum der bisherigen Wellen sowie N pro Zelle.

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

13 Literatur

- Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. *Self-efficacy beliefs of adolescents*, 5(1), 307-337.
- 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
- Krawczyk, A., Stephenson, E., Perez, S., Lau, E., & Rosberger, Z. (2013). Deconstructing human papillomavirus (HPV) knowledge: objective and perceived knowledge in males' intentions to receive the HPV vaccine. *American Journal of Health Education*, 44(1), 26-31.
- Liao, Q., Cowling, B. J., Lam, W. W. T., & Fielding, R. (2011). The influence of social-cognitive factors on personal hygiene practices to protect against influenzas: using modelling to compare avian A/H5N1 and 2009 pandemic A/H1N1 influenzas in Hong Kong. *International Journal of Behavioral Medicine*, 18(2), 93-104.
- Münnich, R. Gabler, Siegfried ua 2012: Stichprobenoptimierung und Schätzung in Zensus 2011. *Statistik und Wissenschaft*, 21.
- Pearson, S. D., & Raeke, L. H. (2000). Patients' trust in physicians: many theories, few measures, and little data. *Journal of general internal medicine*, 15(7), 509-513
- Renner, B., & Schwarzer, R. (2005). The motivation to eat a healthy diet: How intenders and nonintenders differ in terms of risk perception, outcome expectancies, self-efficacy, and nutrition behavior. *Polish Psychological Bulletin*, 36(1), 7-15.
- Schweitzer, M. E., Hershey, J. C., & Bradlow, E. T. (2006). Promises and lies: Restoring violated trust. *Organizational behavior and human decision processes*, 101(1), 1-19.
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *International journal of behavioral medicine*, 15(3), 194-200.
- Steel Fisher GK et al (2012). Public response to the 2009 influenza A H1N1 pandemic: a polling study in five countries. *Lancet Infectious Diseases* 2012; 12: 845-50