

# COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO) — Welle 2

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

Stand: 13.03.2020 (Version 02-01)

Cornelia Betsch<sup>1</sup>, Lars Korn<sup>1</sup>, Lisa Felgendreiff<sup>1</sup>, Sarah Eitze<sup>1</sup>, Philipp Schmid<sup>1</sup>, Philipp Sprengholz<sup>1</sup>, Lothar Wieler<sup>2</sup>, Patrick Schmich<sup>2</sup>, Volker Stollorz<sup>3</sup>, Michael Ramharter<sup>4</sup>, Michael Bosnjak<sup>5</sup>, Saad B. Omer<sup>6</sup>

<sup>1</sup> University of Erfurt, Nordhäuser Straße 63, 99089 Erfurt, Germany

<sup>2</sup> Robert Koch-Institut, Nordufer 20, 13353 Berlin, Germany

<sup>3</sup> Science Media Center Germany gGmbH, Rosenstr. 42-44, 50678 Köln, Germany

<sup>4</sup> Bernhard-Nocht-Institute for Tropical Medicine, Bernhard-Nocht-Straße 74, 20359 Hamburg, Germany

<sup>5</sup> Leibniz Institute for Psychology Information and Documentation, Universitätsring 15, 54296 Trier, Germany

<sup>6</sup> Yale Institute for Global Health, 1 Church Street, New Haven, CT, 06510, USA

Peer-Review: Robert Böhm (Universität Kopenhagen), Britta Renner (Universität Konstanz)

### **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](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://dfncloud.uni-erfurt.de/s/76Ps2ZA3NWaYiNT>

Wissenschaftliche Verantwortung und Initiative: UE

Finanzierung: UE, ZPID, RKI

Auswertung und Dokumentation: UE

Kontakt: [cornelia.betsch@uni-erfurt.de](mailto:cornelia.betsch@uni-erfurt.de)

# 1 Zusammenfassung

## 1.1 Ergebnisse der aktuellen Welle

Analyse der 2. Datenerhebung (10.03.-11.03.2020). Die Datenerhebungen finden wöchentlich dienstags und mittwochs statt.

Die 969 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

#### *Risikowahrnehmung:*

- Im Vergleich zur Vorwoche ist die wahrgenommene Erkrankungswahrscheinlichkeit leicht gestiegen.
- 44% (statt Vorwoche 52%) schätzen ihre Wahrscheinlichkeit, an COVID-19 zu erkranken, insgesamt als eher oder sehr gering ein, ein Drittel ist sich unsicher. 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 eigenen Kreis oder der kreisfreien Stadt aufgetreten ist.
- Circa 25% halten sich selbst für anfällig, ein Drittel ist sich unsicher (gleich geblieben). Wer chronisch krank ist, eher geringes Vertrauen in den Gesundheitssektor hat, das Virus als nah wahrnimmt, hält sich für anfälliger.
- 25% halten eine Erkrankung für gefährlich, ein Drittel ist sich unsicher (gleich geblieben). Ältere und chronisch kranke Menschen denken eher als junge und gesunde, dass die Erkrankung für sie schwerwiegend ist.
- Eine insgesamt eher geringere Risikowahrnehmung haben Personen, die das Coronavirus v.a. als Medienhype wahrnehmen.

#### *Emotionen*

- Die Dominanz des Themas, Angst und Sorge haben seit der Vorwoche geringfügig zugenommen:
- Ein Drittel berichtet, dass sie häufig oder dauernd an Corona denken müssen, in der Vorwoche war es nur ein Viertel.
- 52% (Vorwoche 48%) finden das Coronavirus eher besorgniserregend oder besorgniserregend.
- 41% (Vorwoche 36%) finden das Coronavirus eher angsteinflößend oder angsteinflößend.

## Wissen und Verhalten

- Die Bevölkerung hat einen hohen Wissensstand über COVID-19 und entsprechende Schutzmaßnahmen.
- 88% wissen, dass 20 Sekunden langes Händewaschen hilft (85% tun es).
- 92% wissen, dass Menschenansammlungen meiden hilft (nur 65% tun es).
- Subjektive Informiertheit über COVID-19 und Schutzmöglichkeiten ist hoch.
- Aber: gefühltes Wissen über Schutzmaßnahmen und tatsächlich ergriffene wirksame Schutzmaßnahmen hängen nicht miteinander zusammen. Das bedeutet, dass Personen, die meinen, viel über COVID-19 oder wirksames Schutzverhalten zu wissen, sich nicht auch besser schützen.
- Mehr wirksames Schutzverhalten haben Personen ergriffen in mittelgroßen Städten (bis 100.000 Einwohnern), wenn bestätigte Fälle im Kreis/der kreisfreien Stadt bekannt sind, Personen die älter sind, weiblich, COVID-19 als ernsthafte Erkrankung einschätzen, mehr Wissen über COVID-19 haben, das Coronavirus als näher empfinden.

## 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. Diese Woche geben signifikant weniger Menschen an, eine Gesichtsmaske zu tragen (5%, Vorwoche: 8%)
- Mehr Aktionismus zeigen weibliche Personen, Personen, die COVID-19 als ernsthafte Erkrankung einschätzen und mehr Vertrauen in die Medien haben. Weniger Aktionismus zeigen Personen, die von einer langsamen Verbreitung des Virus ausgehen.
- 17% (Vorwoche: 13%) meiden Personen aus Ländern, in denen vermehrt Infektionen auftreten, 40% haben dies vor (Vorwoche: 35%). Die Mehrheit der Bevölkerung missbilligt jedoch Diskriminierung. Menschen aus betroffenen Gebieten werden besonders gemieden von Personen, die ihre Erkrankungswahrscheinlichkeit als hoch, das Virus als nah einschätzen, und ein geringeres Vertrauen in die Behörden besitzen.
- Hamsterkäufe (Nahrungsmittel, alltägliche Dinge wie Zahnpasta und Klopapier) werden v.a. durch geringes Vertrauen in die Behörden und höheres Vertrauen in die Medien getrieben. Größere psychologische Nähe und höhere Ernsthaftigkeit der Erkrankung spielen ebenfalls eine Rolle.

## Individuelle Krisenvorbereitung und -reaktion

- 20% haben bereits Medikamente gekauft, die sie regelmäßig brauchen, 20% haben es vor (Vorwoche: 18%, 17%).
- nur 21% (Vorwoche: 15%) haben bislang Großveranstaltungen gemieden, 38% (Vorwoche: 31%) haben es vor.
- 15% haben berufliche, private oder Urlaubsreisen storniert (Vorwoche: 8%), ca. 20% erwägen es (Vorwoche: ca. 13%).

## Informationsquellen

- 53% informieren sich häufig oder sehr häufig über Corona.
- Die folgenden Quellen werden als am relevantesten eingeschätzt (Häufigkeit der Nutzung und Vertrauen): öffentlich-rechtliches Fernsehen, Gespräche mit Familie/Freunden, Radio, Suchmaschinen.

- Insgesamt wird das Ausbruchsgeschehen eher als Medienhype wahrgenommen. Dies führt, wie oben erwähnt, zu einer geringeren Risikowahrnehmung.

### **Ausbruchsmanagement: Vertrauen, Verantwortlichkeit und Akzeptanz der Maßnahmen**

- Das Vertrauen in die Behörden und den Gesundheitssektor ist unverändert eher hoch, in die Medien weiterhin eher geringer (Achtung: ab der kommenden Woche wird Vertrauen in die Medien spezifischer betrachtet; für Vertrauen in die einzelnen Medienarten siehe Daten im Detail).
- Das Vertrauen in Länder- und Bundesministerien ist diese Woche signifikant geringer als in der Vorwoche; nur das RKI hat sein hohes Vertrauen gehalten. Die Bevölkerung hat am meisten Vertrauen in das RKI, gefolgt von BZgA. Länder und Bundes-Ministerien wird signifikant weniger vertraut, jedoch liegt hier das Vertrauen auch im positiven Bereich (oberhalb des Skalenmittelpunkts).
- Als hauptverantwortliche Krisenmanager sehen 46% der Bevölkerung die Gesundheitsbehörden auf Rang 1, 27% das Bundesministerium (wie Vorwoche). Nur ca. 10% sehen das örtliche Gesundheitsamt und 8% das Landesministerium auf Rang 1.
- Die Zustimmung auch zu restriktiveren Maßnahmen steigt im Vergleich zur Vorwoche (Quarantäne-Maßnahmen, persönliche Freiheitsrechte einschränken, vorsorgliche Schließung von Schulen).
- Eine Datenspende (Handydaten, Daten von Fitnessarmbändern) zur Identifikation von Kontaktketten oder Erkrankungen an das RKI wird tendenziell befürwortet. Personen mit höherem Vertrauen in die Behörden und die das Virus als näher wahrnehmen, befürworten dies stärker.

## **2 Schlussfolgerungen**

### **Schutzverhalten umsetzen!**

Die Bevölkerung hat ein hohes Maß an Wissen, ergreift aber die wirksamen Schutzmaßnahmen noch nicht ausreichend. Es erscheint wichtig, die Bevölkerung dabei zu unterstützen, ihr korrektes Wissen auch anzuwenden. Daraus schließen wir, dass Unterstützung beim Umsetzen des neuen Verhaltens notwendig ist (wie kann man Gewohnheiten wie ins Gesicht fassen ablegen, sich neue Händewasch-Routinen angewöhnen, usw.). Wissenschaftler aus dem Bereich Verhaltensforschung/-wissenschaft können hier hilfreiche Gesprächspartner für Medienvertreter sein.

### **Maßnahmen werden gut akzeptiert**

Seit letzter Woche ist die Zustimmung auch zu restriktiveren Maßnahmen gestiegen; die Bevölkerung scheint also weitestgehend “an Bord” zu sein.

Besonders hohe Zustimmung gibt es, wenn nach dem Schutz anderer Personen gefragt wird; hier ist die Bevölkerung bereit, sich einzuschränken, als wenn es darum geht, den Ausbruch so zu verlangsamen, damit das Gesundheitssystem nicht überlastet wird. Kommunikative Maßnahmen sollten also v.a. den Schutz anderer betonen und hervorheben, dass dies breit akzeptiert ist (soziale Norm kommunizieren).

### **Hamsterkäufe sind mediengetriebenes Herdenverhalten**

Hamsterkäufe kommen auf die bevölkerung gerechnet sehr selten vor. Sie scheinen vor allem mit einem häufigen Medienkonsum und einem als hoch angenommenen eigenen 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.

### **Psychologische Nähe des Virus / der Erkrankung ist ein wesentlicher Faktor**

Wer das Virus als nah empfindet, nimmt ein größeres Risiko wahr und schützt sich eher. Psychologische Nähe korreliert nur sehr gering mit der Relevanz einzelner Medien, v.a. nicht mit der Nutzung sozialer Medien. Personen, die sich häufiger informieren, nehmen jedoch das Virus als näher wahr.

## 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 2 wurden 969 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.

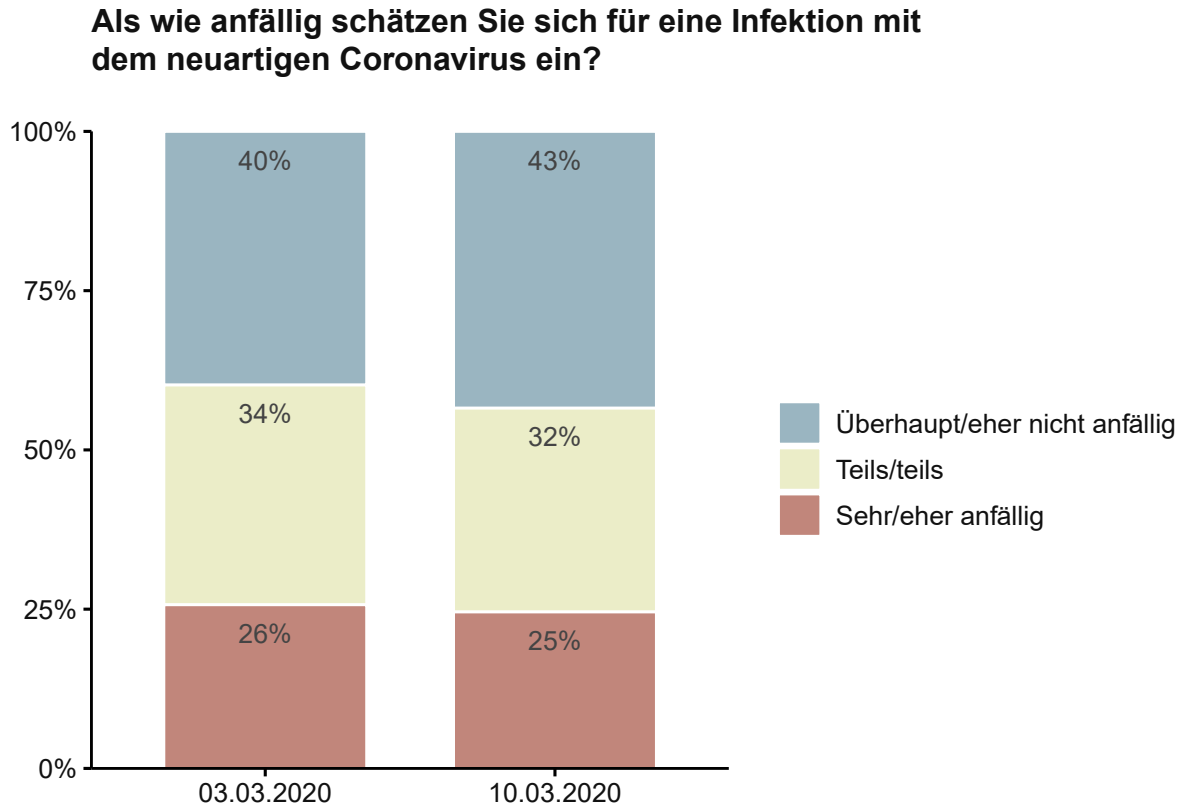
## 4 Psychologische Lage

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?

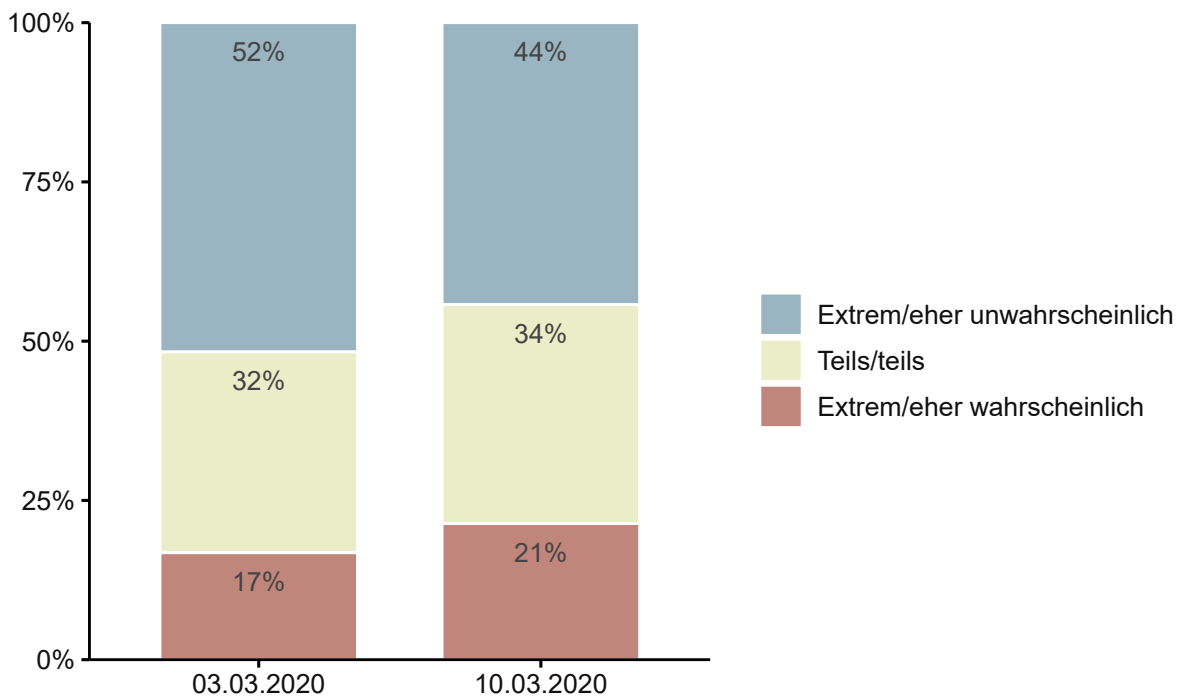
Die folgenden Grafiken zeigen zunächst den aktuellen Stand und die Veränderung der relevanten Variablen. Weiter unten wird exploriert, inwiefern diese Variablen auch mit effektivem Schutzverhalten, Aktionismus, Hamsterkäufen und Diskriminierung zusammenhängen (siehe Abschnitt “Was das Verhalten beeinflusst”).

## 4.1 Risikowahrnehmung

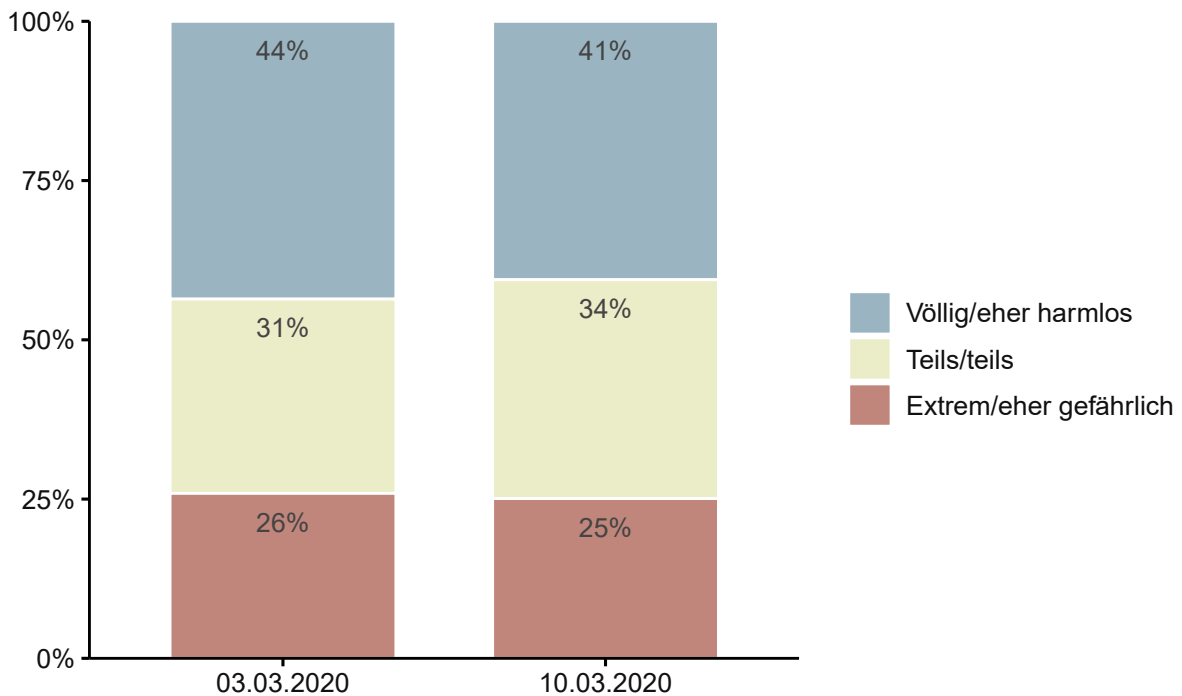
Die folgenden drei Grafiken zeigen verschiedene Aspekte der Risikowahrnehmung im Verlauf der Erhebungen.



**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?**



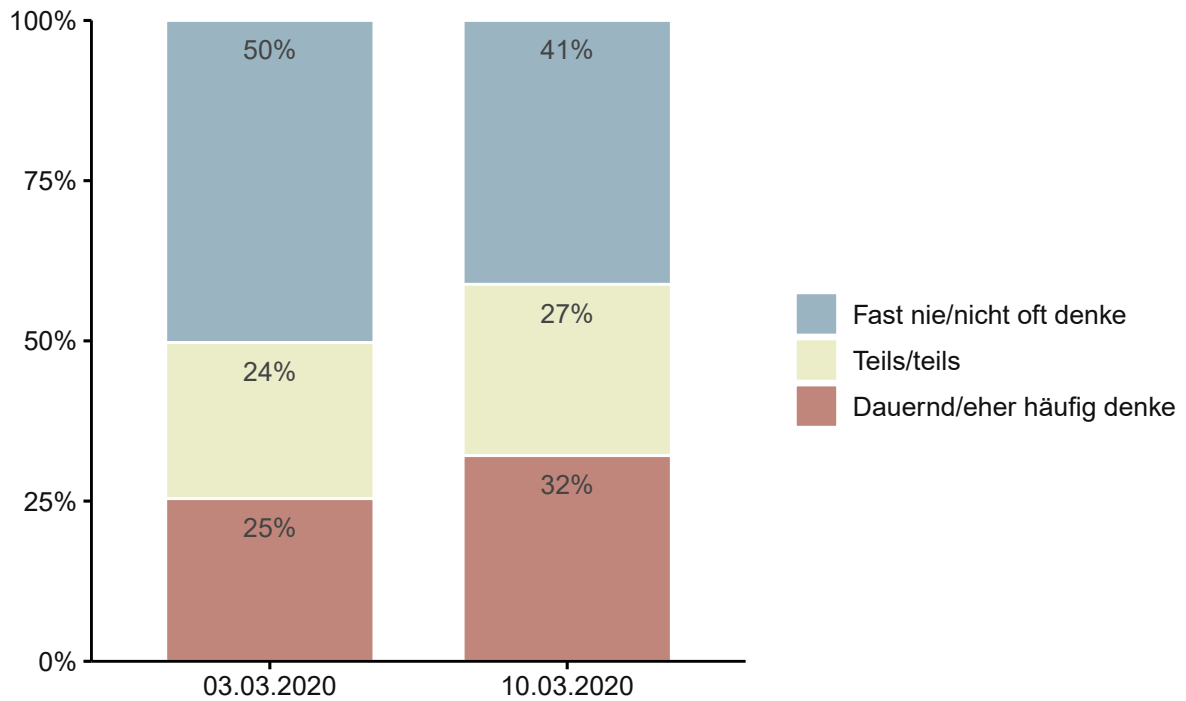


## 4.2 Corona und Emotionen

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

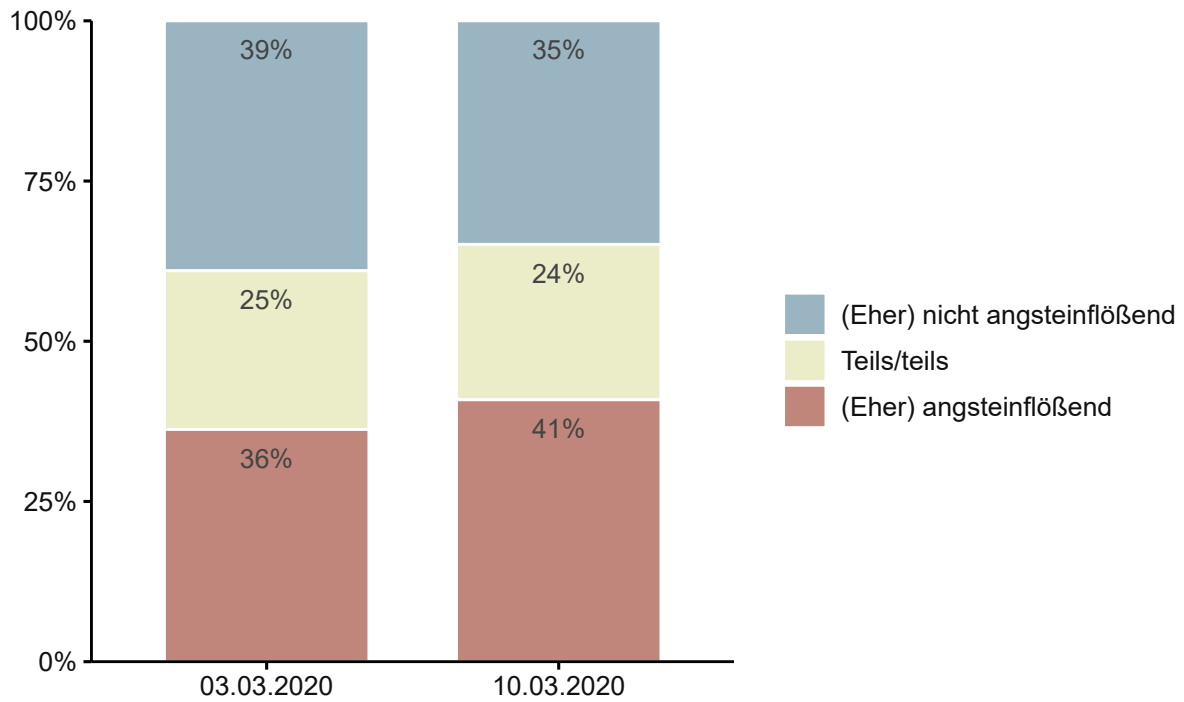
### Dominanz des Themas

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



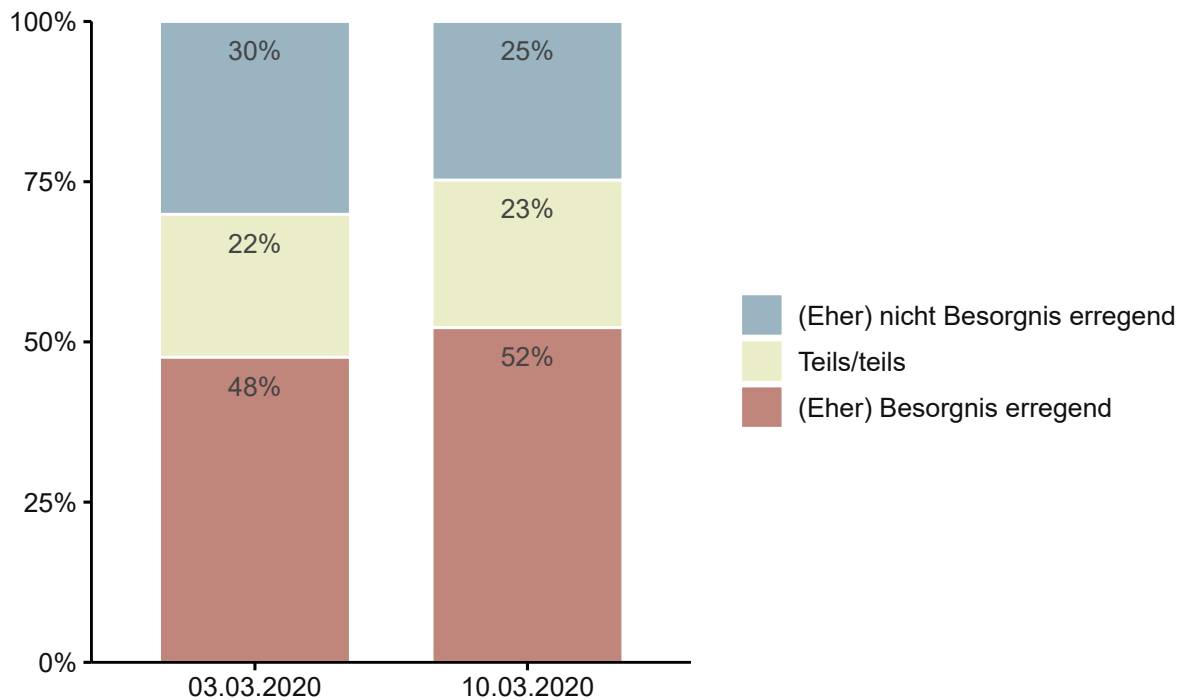
## Angst

Das neuartige Coronavirus ist für mich ...



## Besorgnis

Das neuartige Coronavirus ist für mich ...

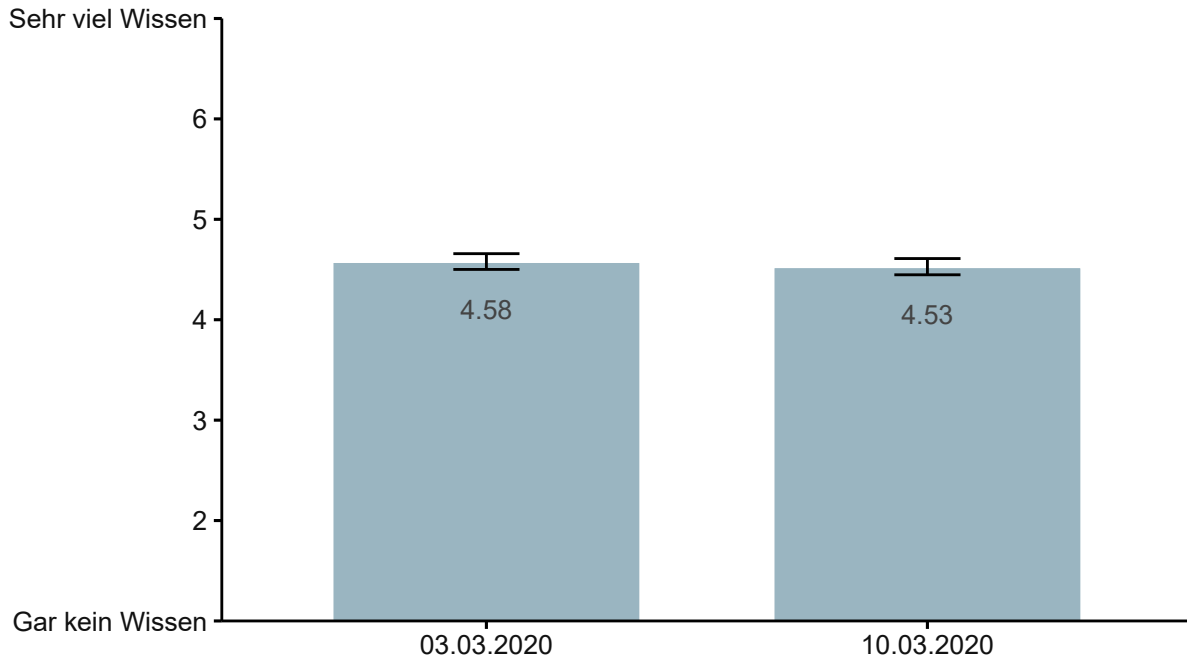


### 4.3 Gefühltes und echtes Wissen

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.

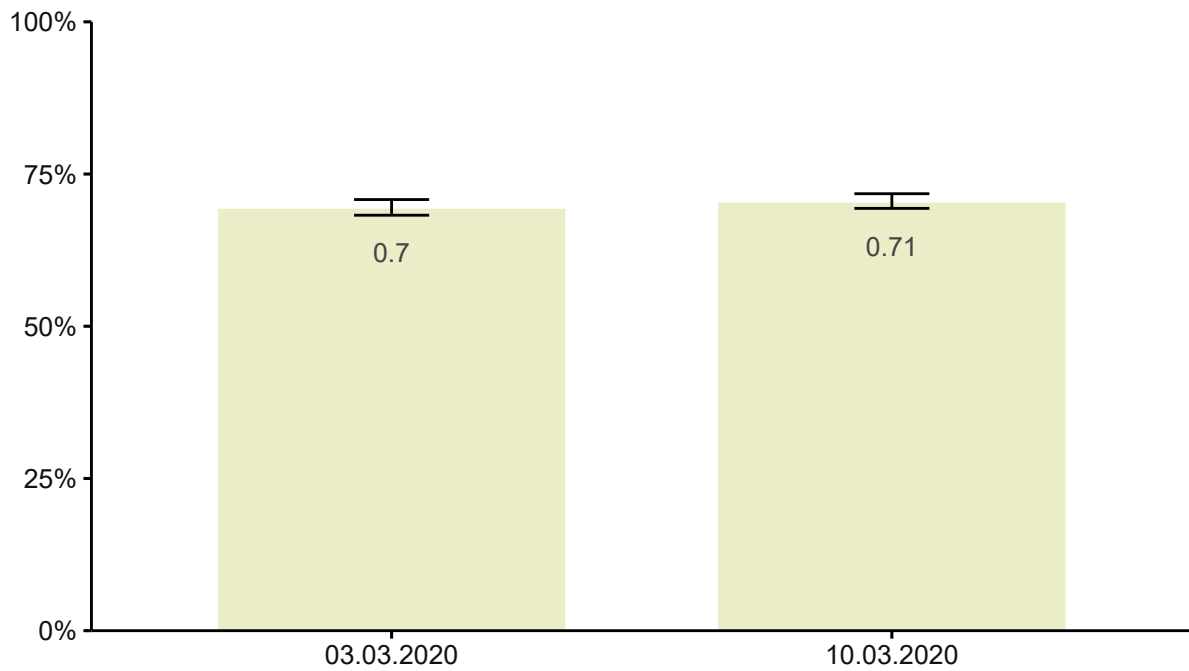
#### Wie schätzen Sie Ihren Wissenstand über das neuartige Coronavirus ein?

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle



## Tatsächliches Wissen im Überblick

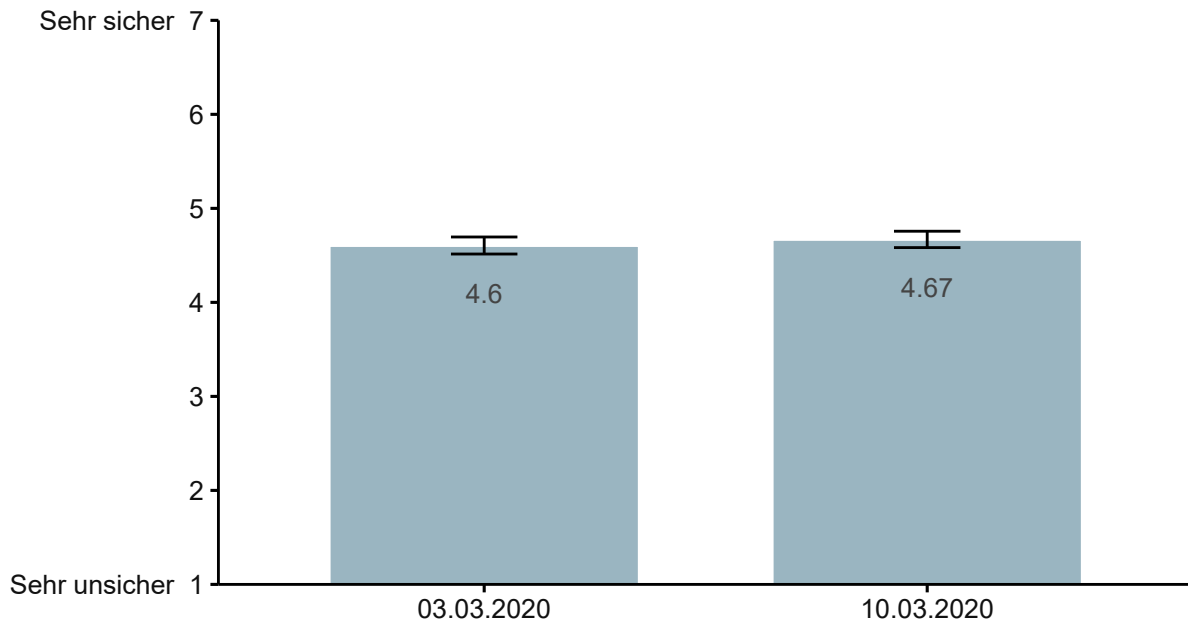
Korrektes Wissen der Teilnehmer zum Namen des Virus, Behandlungsoptionen, Überträger und Inkubationszeit; Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle



#### 4.4 Sich vorbereitet fühlen und vorbereitet sein

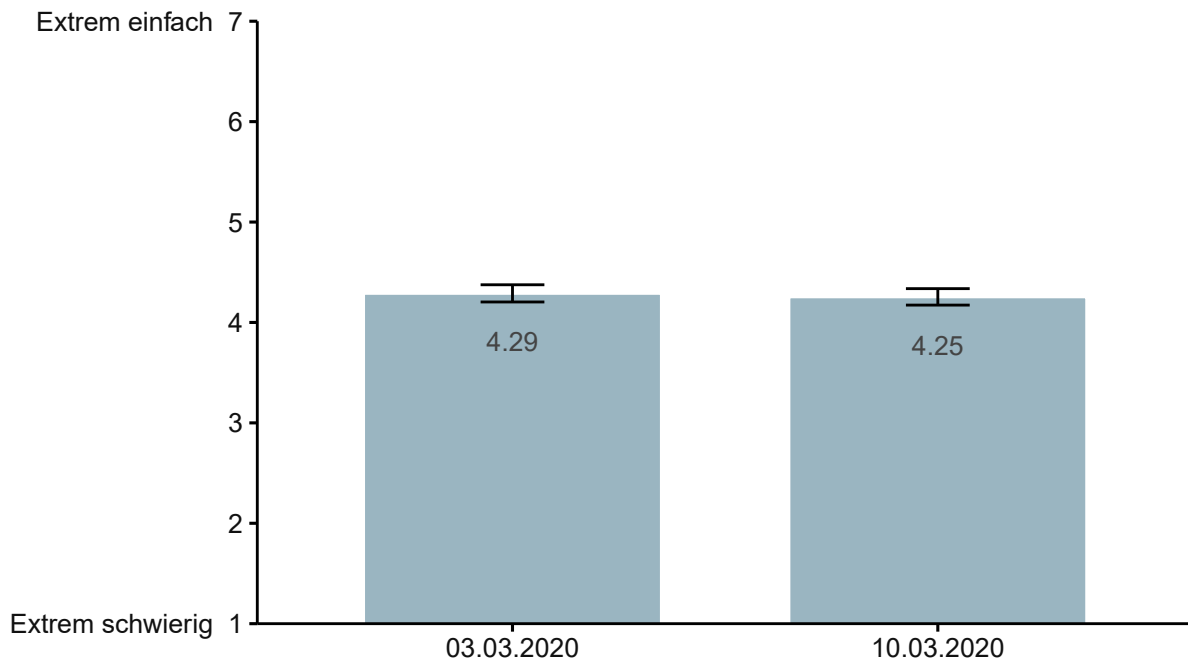
**Wie sicher oder unsicher fühlen Sie sich bei der Frage, welche Schutzmaßnahmen geeignet sind, um eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus zu vermeiden?**

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle



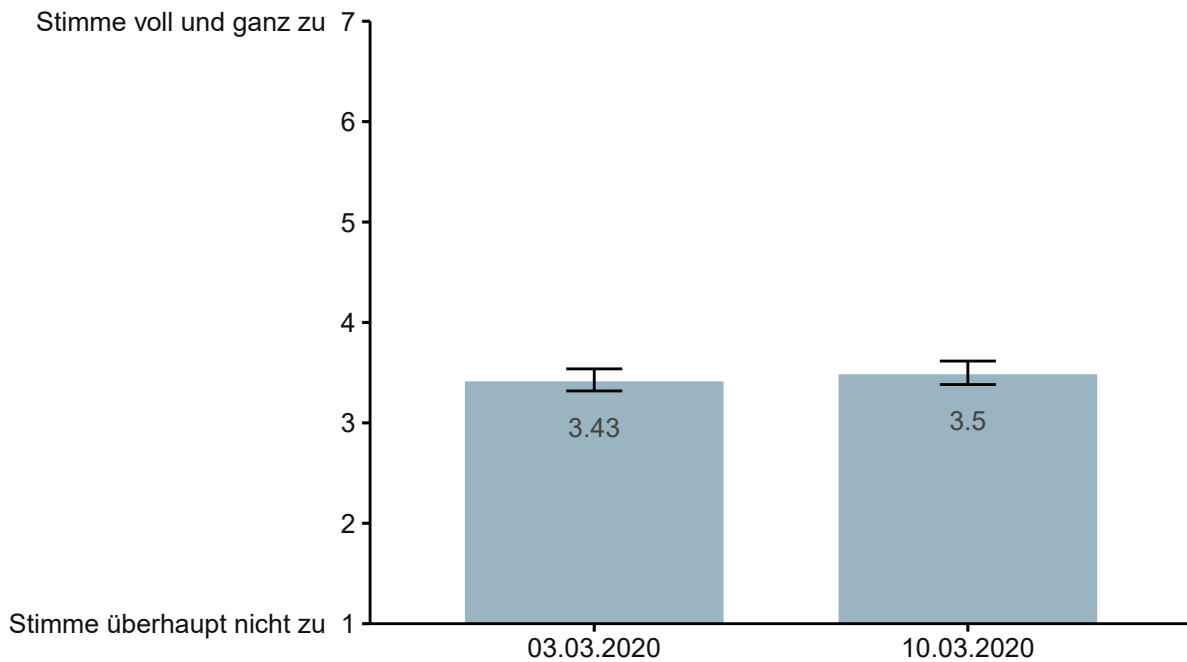
## In der jetzigen Situation eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus zu vermeiden ist für mich...

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle

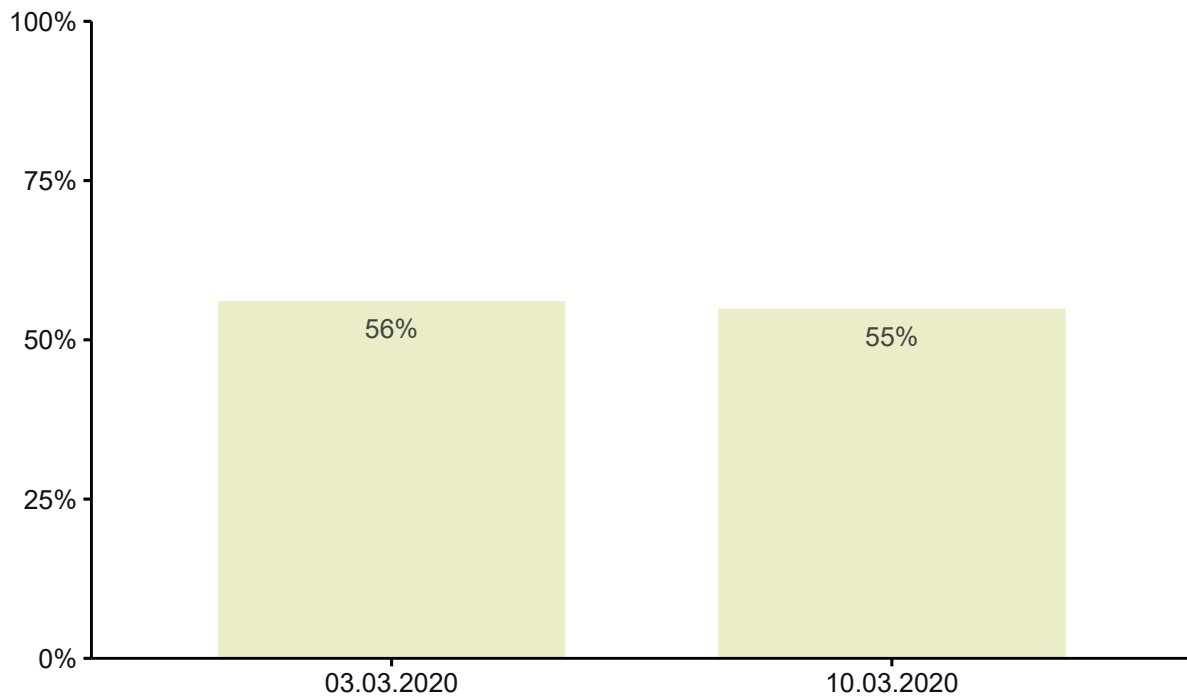


### Ich finde die Maßnahmen, die derzeit ergriffen werden, stark übertrieben.

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle



### Anteil der Personen, die alle wirksamen Schutzmaßnahmen korrekt erkannt haben



Hinweis: Ab Welle 2 wurde “20 Sekunden Händewaschen” zu den wirksamen Schutzmaßnahmen hinzugefügt.

## 4.5 Zusammenhänge

Folgende Analysen untersuchen, wie stark die subjektiven Einschätzungen mit dem tatsächlichen Wissen und Verhalten statistisch zusammenhängen (‘korrelieren’).

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

Hinweis: Die folgenden Analysen beziehen sich auf den Daten aller bisherigen Erhebungswellen.

- 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): 0.02
- 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): 0.03
- Maßnahmen, die derzeit ergriffen werden, übertrieben finden und eigenes ergriffenes Schutzverhalten: -0.15
- Sich sicher fühlen, welche Schutzmaßnahmen geeignet sind und Maßnahmen, die derzeit ergriffen werden, übertrieben finden: 0.12

## 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.

### Wahrscheinlichkeit

Eine eher höhere Wahrnehmung der Erkrankungswahrscheinlichkeit haben Personen, die jünger sind, die das Coronavirus als nah und sich schnell ausbreitend wahrnehmen sowie wenn ein bestätigter Fall im Kreis/der kreisfreien Stadt bekannt ist. Eine eher geringere Wahrnehmung der Erkrankungswahrscheinlichkeit haben Personen, die das Coronavirus v.a. als Medienhype wahrnehmen.

### Schweregrad

Eine eher höhere Wahrnehmung des Schweregrades haben Personen, die älter und chronisch krank sind, mehr in Medien vertrauen, die das Coronavirus als nah wahrnehmen. Eine eher geringere Risikowahrnehmung haben Personen, die das Coronavirus v.a. als Medienhype wahrnehmen.

### Anfälligkeit



Personen fühlen sich anfälliger, wenn sie chronisch krank sind, weniger Vertrauen in den Gesundheitssektor haben, das Virus als nah wahrnehmen. Sie fühlen sich weniger anfällig, wenn sie das Virus als einen Medienhype wahrnehmen.

Insgesamt lässt sich nur ca. 20% der Verhaltensvarianz durch die untersuchten Faktoren aufklären. Das heißt, dass es noch einige andere, bisher nicht erfasst Faktoren gibt, die das Verhalten beeinflussen.

*Interpretation: Dargestellt sind die Ergebnisse einer linearen Regressionsanalyse. CI sind die 95% Konfidenzintervalle der Koeffizienten. 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.*

Hinweis: Die Regressionen beziehen sich auf die Messzeitpunkte ab Welle 2 (zuvor wurde “chronische Erkrankung” nicht erhoben). Ab der kommenden Welle werden zusätzlich Veränderungen über die Zeit betrachtet.

	Wahrscheinlichkeit <sup>1</sup>				Schweregrad <sup>2</sup>				Anfälligkeit <sup>3</sup>			
	Beta	CI-	CI+	p	Beta	CI-	CI+	p	Beta	CI-	CI+	p
Wahrgenommene Nähe	0.29	0.231	0.355	<. <b>.001</b>	0.10	0.036	0.157	<b>.002</b>	0.22	0.162	0.286	<. <b>.001</b>
Wahrgenommener Medienhype	-0.14	-0.204	-0.078	<. <b>.001</b>	-0.21	-0.274	-0.151	<. <b>.001</b>	-0.17	-0.234	-0.107	<. <b>.001</b>
Wahrgenommene Ausbreitungsgeschwindigkeit	0.09	0.025	0.146	<b>.006</b>	-0.02	-0.075	0.043	.589	0.01	-0.055	0.066	.853
Alter	-0.16	-0.220	-0.090	<. <b>.001</b>	0.21	0.151	0.277	<. <b>.001</b>	0.02	-0.042	0.088	.491
Fälle im Kreis	0.10	0.034	0.160	<b>.003</b>	0.04	-0.026	0.097	.258	0.04	-0.021	0.105	.194
Chronisch krank (vs. nicht chronisch krank)	0.04	-0.025	0.099	.241	0.22	0.160	0.281	<. <b>.001</b>	0.26	0.195	0.319	<. <b>.001</b>
Schulbildung: 10+ Jahre mit Abitur vs. 9 Jahre	0.07	-0.030	0.177	.164	-0.02	-0.121	0.081	.698	-0.04	-0.145	0.062	.431
Schulbildung: 10+ Jahre ohne Abitur vs. 9 Jahre	0.05	-0.050	0.152	.320	0.02	-0.078	0.119	.681	-0.04	-0.140	0.062	.446
Geschlecht: weiblich	0.03	-0.033	0.088	.372	-0.01	-0.067	0.051	.791	-0.01	-0.067	0.055	.845
Gemeindegröße: >500.000 vs. <5.000 Einwohner	0.01	-0.074	0.085	.894	0.00	-0.083	0.073	.900	0.02	-0.063	0.096	.684
Gemeindegröße: 100.001 - 500.000 vs. <5.000 Einwohner	0.06	-0.021	0.137	.150	0.01	-0.066	0.088	.780	0.03	-0.045	0.112	.404
Gemeindegröße: 20.001 - 100.000 vs. <5.000 Einwohner	0.08	-0.006	0.158	.070	-0.03	-0.106	0.054	.526	0.03	-0.048	0.116	.419
Gemeindegröße: 5.001 - 20.000 vs. <5.000 Einwohner	0.04	-0.038	0.122	.302	-0.01	-0.093	0.064	.713	0.03	-0.047	0.113	.419
Vertrauen in Behörden	0.03	-0.071	0.131	.565	-0.03	-0.125	0.072	.597	0.02	-0.076	0.126	.630
Vertrauen in Medien	0.01	-0.056	0.084	.694	0.09	0.018	0.154	<b>.013</b>	0.07	-0.001	0.139	.053
Vertrauen in Gesundheitssektor	-0.06	-0.162	0.033	.198	-0.04	-0.137	0.053	.384	-0.11	-0.210	-0.015	<b>.024</b>

<sup>1</sup> R<sup>2</sup> = .196, Adj. R<sup>2</sup> = .182

<sup>2</sup> R<sup>2</sup> = .235, Adj. R<sup>2</sup> = .222

<sup>3</sup> R<sup>2</sup> = .194, Adj. R<sup>2</sup> = .180

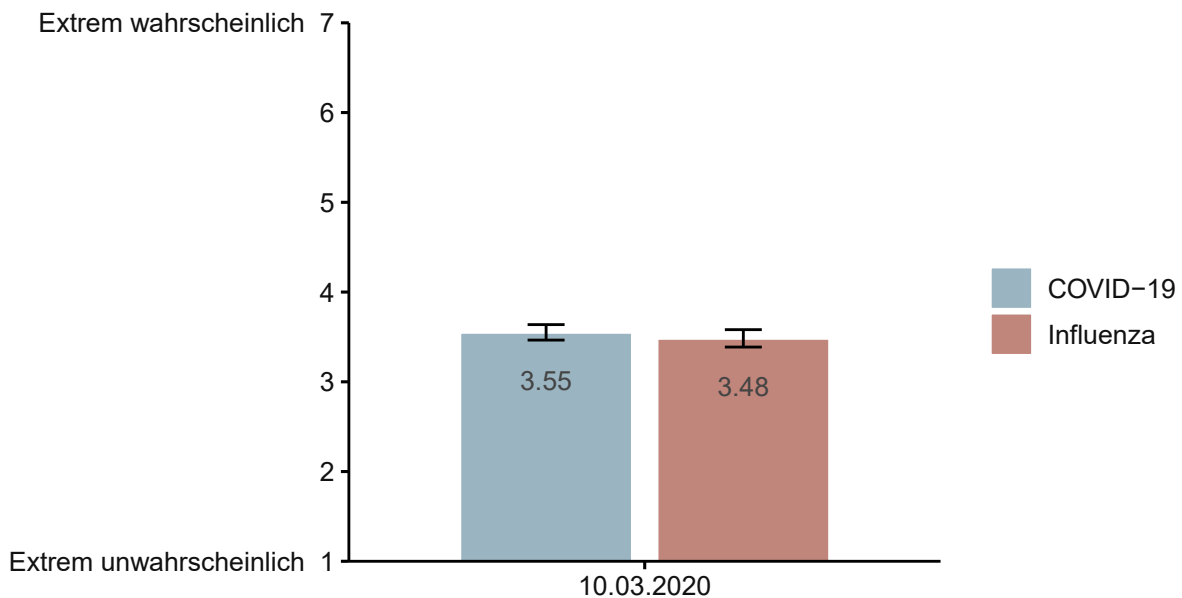
## 5.1 Risikowahrnehmung Corona vs. Influenza

Es wird häufig der Vergleich zu Influenza diskutiert. Wie nimmt die Bevölkerung ihre Risiken wahr?

- Die Befragten nehmen sich als anfälliger für Corona als für Grippe wahr und halten Corona für eine schwerere Erkrankung.
- Die Erkrankungswahrscheinlichkeit wird als gleich eingeschätzt.

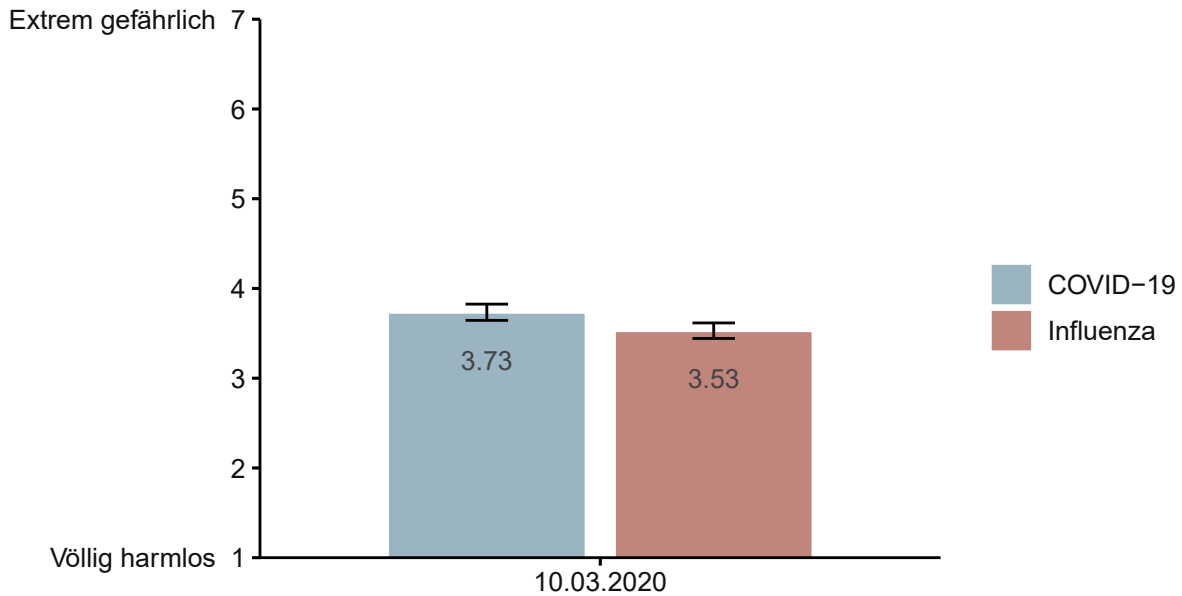
### COVID-19 vs. Influenza (1): Eingeschätzte Erkrankungswahrscheinlichkeit

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle  
Bewertet auf einer Skala von 1 (extrem unwahrscheinlich)  
bis 7 (extrem wahrscheinlich)



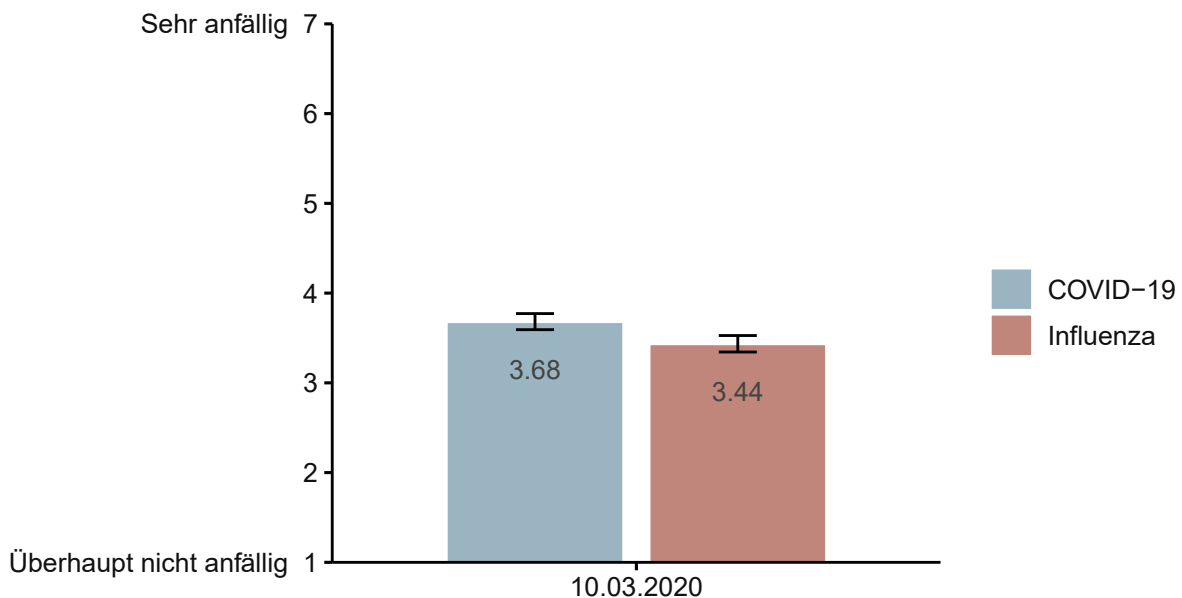
## COVID-19 vs. Influenza (2): Angenommener Schweregrad einer Erkrankung

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle  
Bewertet auf einer Skala von 1 (völlig harmlos)  
bis 7 (extrem gefährlich)



## COVID-19 vs. Influenza (3): Wahrgenommene eigene Anfälligkeit

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle  
Bewertet auf einer Skala von 1 (überhaupt nicht anfällig)  
bis 7 (sehr anfällig)



## 6 Wer verhält sich wie?

### 6.1 Schutzverhalten

Schutzverhalten wird erfasst als Prozentzahl: je höher der Wert, um so mehr wirksame Schutzmaßnahmen (z.B. Händewaschen) hat eine Person ergriffen. Hier wird untersucht, was Personen auszeichnet, die mehr Schutzverhalten zeigen.

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

Mehr Schutzverhalten haben Personen ergriffen, die weiblich sind, älter sind, in mittelgroßen Städten leben, wenn ein COVID-19 Fall im Kreis/der kreisfreien Stads aufgetreten ist, wenn sie COVID-19 als ernsthafte Erkrankung einschätzen, mehr Wissen über COVID-19 haben und das Coronavirus als näher empfinden.

*Interpretation: Dargestellt sind die Ergebnisse einer linearen Regressionsanalyse. CI sind die 95% Konfidenzintervalle der Koeffizienten. 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 Schutzverhalten. Das heißt für Werte mit negativem Vorzeichen: höhere Werte auf diesem Einflussfaktor führen zu weniger Schutzverhalten.*

Hinweis: Die Regressionen beziehen sich auf die Messzeitpunkte ab Welle 2 (zuvor wurde “chronische Erkrankung” nicht erhoben). Ab der kommenden Welle werden zusätzlich Veränderungen über die Zeit betrachtet.

	Schutzverhalten <sup>1</sup>			
	Beta	CI-	CI+	p
Alter	0.11	0.039	0.181	<b>.003</b>
Geschlecht: weiblich	0.10	0.033	0.159	<b>.003</b>
Schulbildung: 10+ Jahre ohne Abitur vs. 9 Jahre	0.06	-0.046	0.163	.275
Schulbildung: 10+ Jahre mit Abitur vs. 9 Jahre	0.04	-0.070	0.146	.492
Chronisch krank (vs. nicht chronisch krank)	0.01	-0.056	0.076	.770
Gemeindegröße: 5.001 - 20.000 vs. <5.000 Einwohner	0.05	-0.035	0.132	.252
Gemeindegröße: 20.001 - 100.000 vs. <5.000 Einwohner	0.11	0.021	0.192	<b>.015</b>
Gemeindegröße: 100.001 - 500.000 vs. <5.000 Einwohner	-0.02	-0.107	0.057	.553
Gemeindegröße: >500.000 vs. <5.000 Einwohner	0.08	-0.006	0.159	.071
Fälle im Kreis	0.08	0.018	0.150	<b>.012</b>
Wahrscheinlichkeit zu erkranken	0.00	-0.072	0.067	.945
Ernsthaftigkeit der Erkrankung	0.15	0.074	0.217	<b>&lt;.001</b>
Mittleres Wissen COVID-19	0.12	0.057	0.184	<b>&lt;.001</b>
Vertrauen in Behörden	0.08	-0.025	0.185	.136
Vertrauen in Gesundheitssektor	0.04	-0.060	0.144	.417
Vertrauen in Medien	0.01	-0.064	0.082	.803
Wahrgenommene Nähe	0.09	0.022	0.158	<b>.009</b>
Wahrgenommene Ausbreitungsgeschwindigkeit	0.03	-0.035	0.091	.388
Wahrgenommener Medienhype	0.03	-0.041	0.095	.431

<sup>1</sup>  $R^2 = .133$ , Adj.  $R^2 = .115$

## 6.2 Aktionismus

Manche 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, was Personen auszeichnet, die zu Aktionismus neigen.

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

Die Analyse zeigt (siehe Tabelle): Mehr Aktionismus zeigen weibliche Personen; Personen, die COVID-19 als ernsthafte Erkrankung einschätzen, mehr Vertrauen in die Medien haben und Corona als Medienhype wahrnehmen. Weniger Aktionismus zeigen Personen, die von einer langsamen Verbreitung des Virus ausgehen. Insgesamt sind die Zusammenhänge hier allerdings sehr klein.

*Interpretation: Dargestellt sind die Ergebnisse einer linearen Regressionsanalyse. CI sind die 95% Konfidenz-*

*intervalle der Koeffizienten. 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 Aktionismus. Das heißt für Werte mit negativem Vorzeichen: höhere Werte auf diesem Einflussfaktor führen zu weniger Aktionismus.*

Hinweis: Die Regressionen beziehen sich auf die Messzeitpunkte ab Welle 2 (zuvor wurde “chronische Erkrankung” nicht erhoben). Ab der kommenden Welle werden zusätzlich Veränderungen über die Zeit betrachtet.

	Aktionismus <sup>1</sup>			
	Beta	CI-	CI+	p
Alter	-0.01	-0.086	0.060	.725
Geschlecht: weiblich	0.14	0.074	0.203	<b>&lt;.001</b>
Schulbildung: 10+ Jahre ohne Abitur vs. 9 Jahre	-0.05	-0.162	0.053	.319
Schulbildung: 10+ Jahre mit Abitur vs. 9 Jahre	0.06	-0.049	0.172	.274
Chronisch krank (vs. nicht chronisch krank)	-0.03	-0.095	0.041	.432
Gemeindegröße: 5.001 - 20.000 vs. <5.000 Einwohner	0.02	-0.062	0.109	.590
Gemeindegröße: 20.001 - 100.000 vs. <5.000 Einwohner	0.02	-0.071	0.105	.706
Gemeindegröße: 100.001 - 500.000 vs. <5.000 Einwohner	-0.02	-0.104	0.064	.635
Gemeindegröße: >500.000 vs. <5.000 Einwohner	0.02	-0.069	0.101	.709
Fälle im Kreis	0.07	-0.002	0.133	.058
Wahrscheinlichkeit zu erkranken	0.06	-0.009	0.134	.087
Ernsthaftigkeit der Erkrankung	0.16	0.088	0.235	<b>&lt;.001</b>
Mittleres Wissen COVID-19	-0.06	-0.121	0.009	.094
Vertrauen in Behörden	-0.04	-0.150	0.066	.444
Vertrauen in Gesundheitssektor	0.01	-0.098	0.110	.904
Vertrauen in Medien	0.15	0.079	0.228	<b>&lt;.001</b>
Wahrgenommene Nähe	0.02	-0.048	0.091	.541
Wahrgenommene Ausbreitungsgeschwindigkeit	-0.09	-0.151	-0.022	<b>.009</b>
Wahrgenommener Medienhype	0.10	0.034	0.173	<b>.004</b>

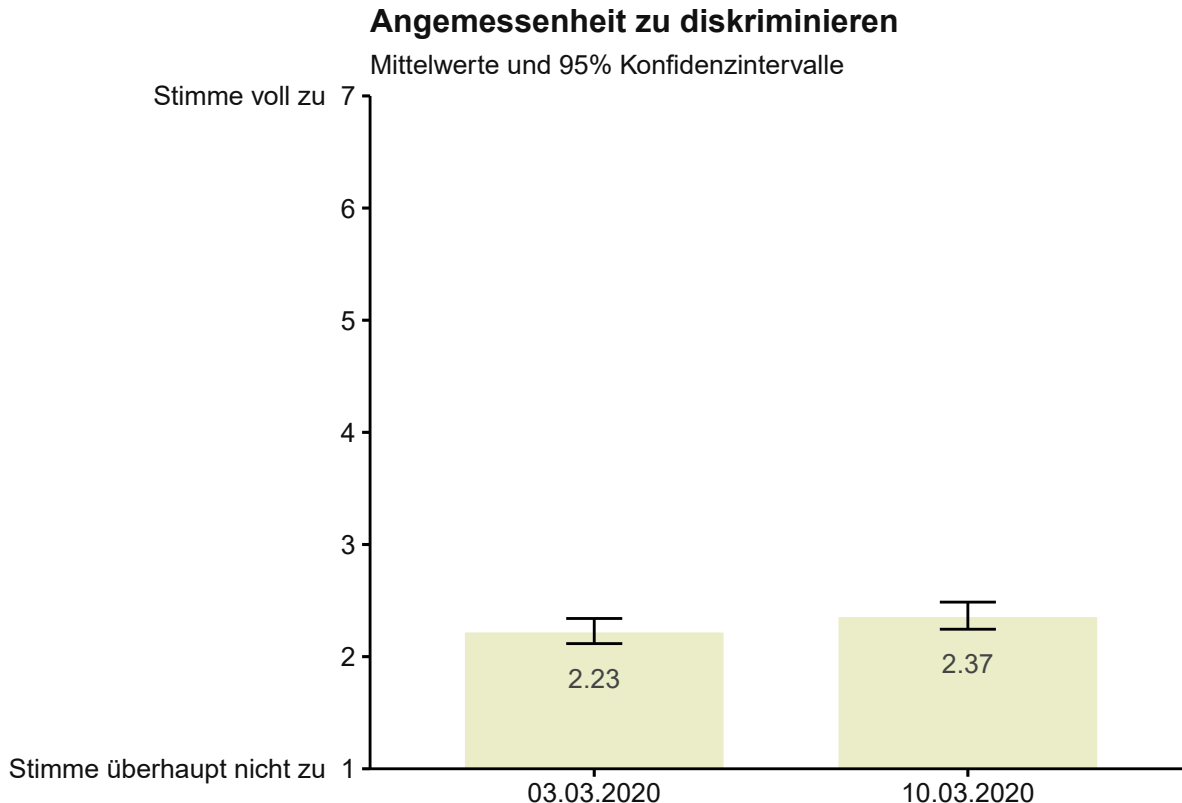
<sup>1</sup> R<sup>2</sup> = .093, Adj. R<sup>2</sup> = .074

### 6.3 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 Personen, die eine hohe Ernsthaftigkeit der Erkrankung wahrnehmen und eine größere Nähe des Virus wahrnehmen. Geringes Vertrauen in die Behörden führt auch zu mehr Diskriminierung.

*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. 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 Diskriminierung. Werte unter 1: kleinere Werte auf diesem Einflussfaktor führen zu weniger Diskriminierung. Variablen im Modell: Alter, Geschlecht, Bildung, chronische Erkrankung, 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.*

Hinweis: Die Regression bezieht sich auf die Messzeitpunkte ab Welle 2 (zuvor wurde “chronische Erkrankung” nicht erhoben).



	Menschen aus betroffenen Gebieten gemieden			
	OR	CI-	CI+	p
(Intercept)	0.22	0.053	0.867	<b>.032</b>
Alter	0.99	0.977	1.002	.089
Ernsthaftigkeit der Erkrankung	1.25	1.090	1.440	<b>.002</b>
Vertrauen in Behörden	0.77	0.687	0.872	<b>&lt;.001</b>
Wahrgenommene Nähe	1.16	1.013	1.324	<b>.032</b>
Wahrgenommene Ausbreitungsgeschwindigkeit	1.11	0.984	1.249	.096
Wahrgenommener Medienhype	0.90	0.793	1.013	.078

## 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 oder Klopapier gekauft haben.

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

Die Wahrscheinlichkeit für vermehrtes Kaufen von Alltagsgegenständen (wie Zahnpasta und Klopapier) ist höher bei jüngeren Personen, Männern, Personen, die mehr Vertrauen in die Medien haben und das Coronavirus als nah und die Erkrankung als ernsthaft wahrnehmen. Die Wahrscheinlichkeit für diese Käufe ist geringer, wenn das Vertrauen in die Gesundheitsbehörden hoch ist.

Die Wahrscheinlichkeit für Lebensmittelkäufe ist höher wenn Personen jünger sind, sie die Erkrankung schwerer empfinden, eine größere Nähe des Virus wahrnehmen und den Medien vertrauen. Weniger Kaufverhalten zeigen Menschen, die höheres Vertrauen in die Gesundheitsbehörden haben.

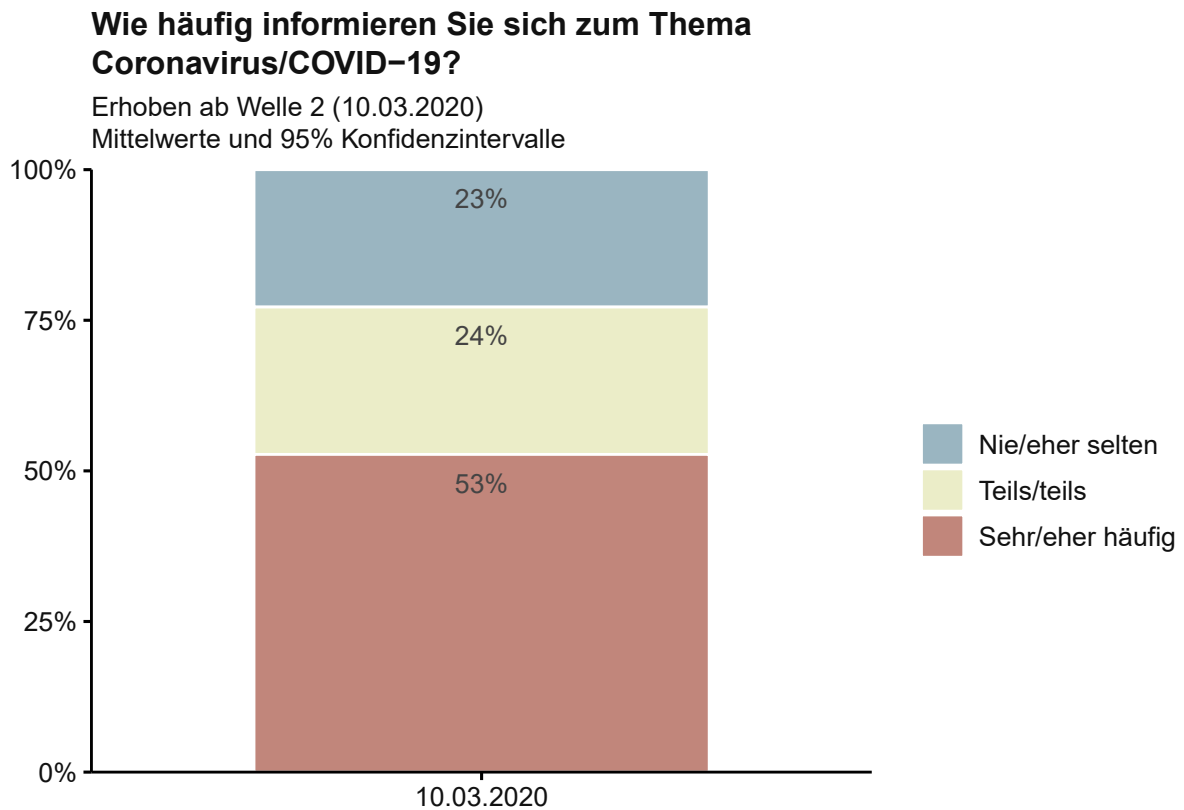
*Interpretation: Dargestellt sind die Ergebnisse einer binär-logistischen schrittweisen Regressionsanalyse (bestes statistisches Modell). Odds ratio treffen eine Aussage darüber, inwieweit das Vorhandensein bzw. Nichtvorhandensein eines Merkmals A (z.B. Wahrgenommene Nähe) mit dem Vorhandensein bzw. Nichtvorhandensein eines weiteren Merkmals B (z.B. Hamsterkäufen) 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 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.*

Hinweis: Die Regressionen beziehen sich auf die Messzeitpunkte ab Welle 2 (zuvor wurde “chronische Erkrankung” nicht erhoben).

	Kauf alltäglicher Dinge				Kauf von Nahrungsmitteln			
	OR	CI-	CI+	p	OR	CI-	CI+	p
(Intercept)	0.06	0.017	0.231	<b>&lt;.001</b>	0.05	0.009	0.279	<b>.001</b>
Wahrgenommene Nähe	1.33	1.121	1.581	<b>.001</b>	1.27	1.057	1.532	<b>.012</b>
Wahrgenommener Medienhype					0.87	0.748	1.024	.094
Wahrgenommene Ausbreitungsgeschwindigkeit	0.89	0.788	1.017	.085				
Alter	0.98	0.960	0.990	<b>.001</b>	0.98	0.962	0.994	<b>.009</b>
Chronisch krank (vs. nicht chronisch krank)	1.59	0.997	2.533	.050				
Geschlecht: weiblich	0.59	0.381	0.910	<b>.018</b>				
Wahrscheinlichkeit zu erkranken	1.14	0.964	1.355	.127	1.17	0.977	1.414	.090
Ernsthaftigkeit der Erkrankung	1.24	1.051	1.467	<b>.011</b>	1.31	1.096	1.575	<b>.003</b>
Vertrauen in Behörden	0.81	0.683	0.947	<b>.009</b>	0.77	0.641	0.919	<b>.004</b>
Vertrauen in Medien	1.23	1.051	1.453	<b>.011</b>	1.22	1.025	1.468	<b>.027</b>

## 7 Informationsverhalten

### 7.1 Häufigkeit



### 7.2 Nutzung

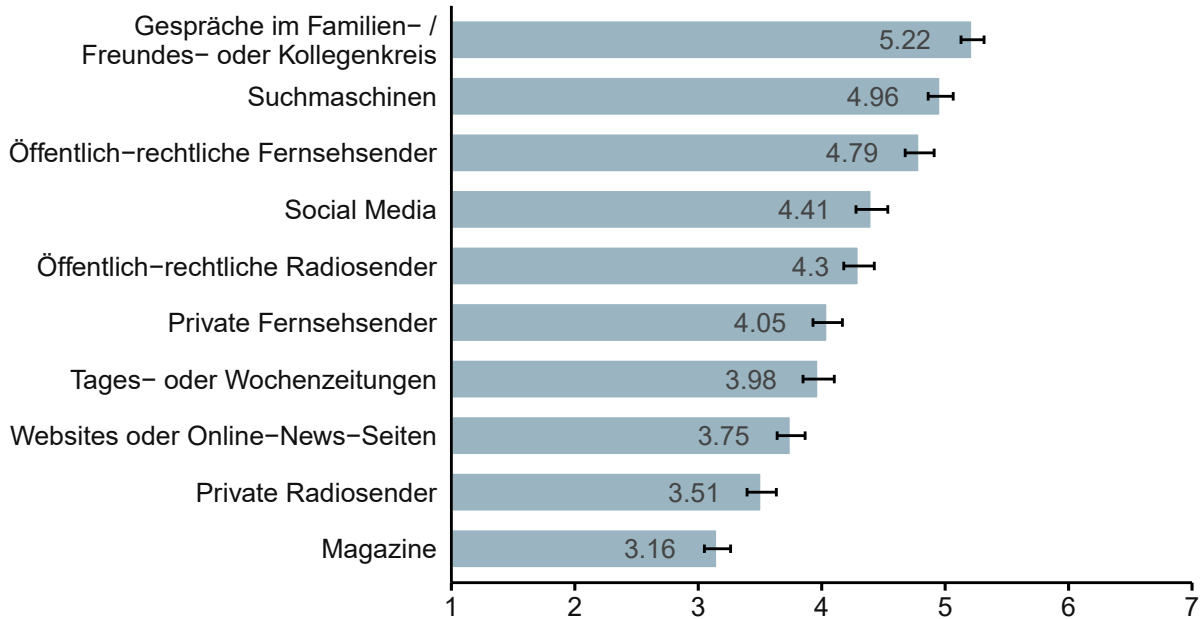
Bitte bewerten Sie nachfolgende Informationsquellen: Wie häufig nutzen Sie die folgenden Medien?

## Nutzungshäufigkeit der Informationsquellen

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle

Bewertet auf einer Skala von 1 (nie) bis 7 (sehr häufig).

Aktuelle Erhebungswelle (10.03.2020)



15.88 Prozent Befragungsteilnehmende nutzten andere Quellen (Nutzungshäufigkeit:  $M = 3.26$ ).

### Korrelationen der Nutzungshäufigkeiten der Medien mit wahrgenommener psychologischer Nähe des Coronavirus

Psychologische Nähe erweist sich als ein wichtiger Treiber von Risikowahrnehmung und Schutzverhalten (Erfassung: Das neuartige Coronavirus ist für mich weit entfernt - nah, 7-stufige Skala). Daher wird hier der Zusammenhang mit der Mediennutzungshäufigkeit exploriert (Achtung: es ist keine Aussage über den Wirkzusammenhang möglich).

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

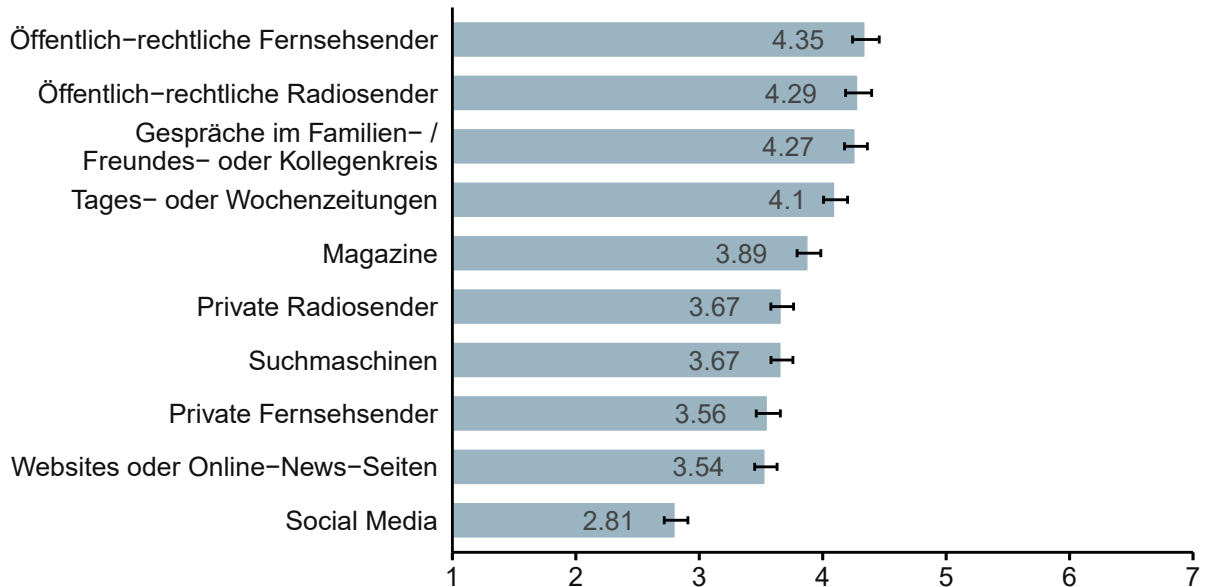
- Häufigkeit der Information über Corona und psychologische Nähe: 0.28
- Häufige Gespräche im Familienkreis und psychologische Nähe: 0.03
- Häufige Suche mit Suchmaschinen und psychologische Nähe: 0.1
- Häufiger Konsum öff.-rech. Fernsehen und psychologische Nähe: 0.11
- Häufiger Konsum Social Media und psychologische Nähe: 0
- Häufiger Konsum öff.-rech. Radio und psychologische Nähe: 0.12
- Häufiger Konsum Privat-TV und psychologische Nähe: 0.11

### 7.3 Vertrauen

Bitte bewerten Sie nachfolgende Informationsquellen: Wie sehr vertrauen Sie den folgenden Medien?

#### Vertrauen in die Informationsquellen

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle  
Bewertet auf einer Skala von 1 (sehr wenig Vertrauen)  
bis 7 (sehr viel Vertrauen).  
Aktuelle Erhebungswelle (10.03.2020)



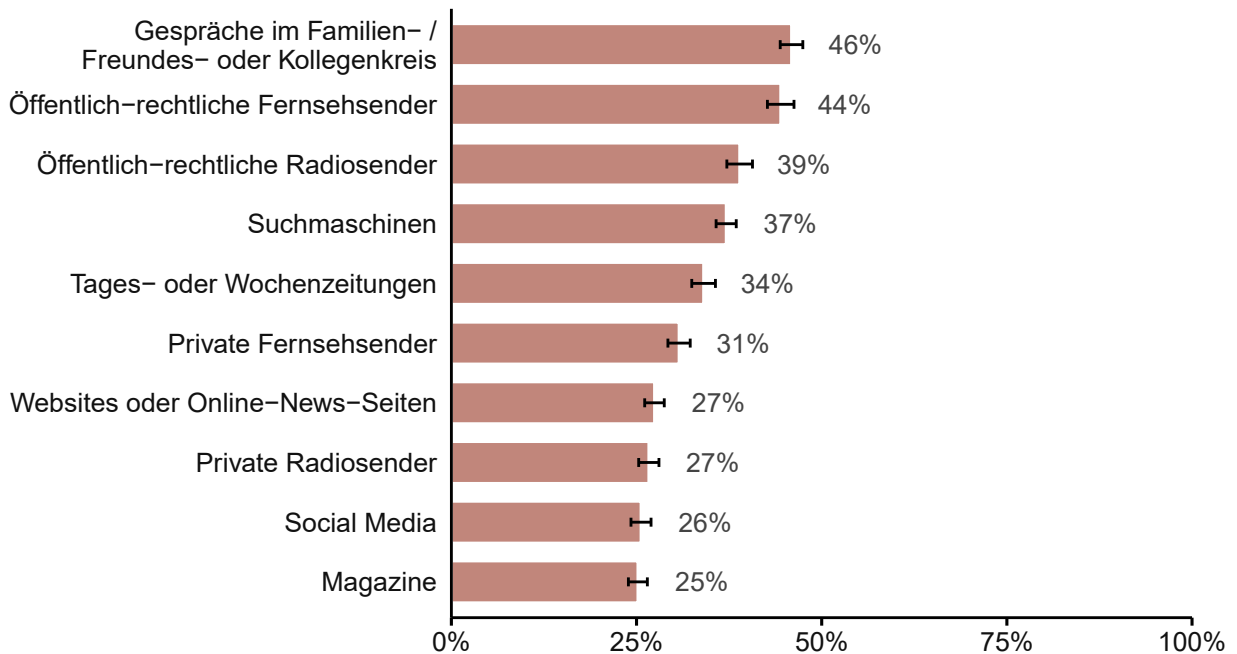
17.16 Prozent Befragungsteilnehmende gaben ihr Vertrauen in andere Quellen an (Vertrauen:  $M = 3.68$ ).

### 7.4 Relevanz

Relevanz: mathematisches Produkt aus Nutzung und Vertrauen

## Relevanz der Informationsquellen

Nutzung gewichtet mit der Zuverlässigkeit; aktuelle Erhebungswelle (10.03.2020)



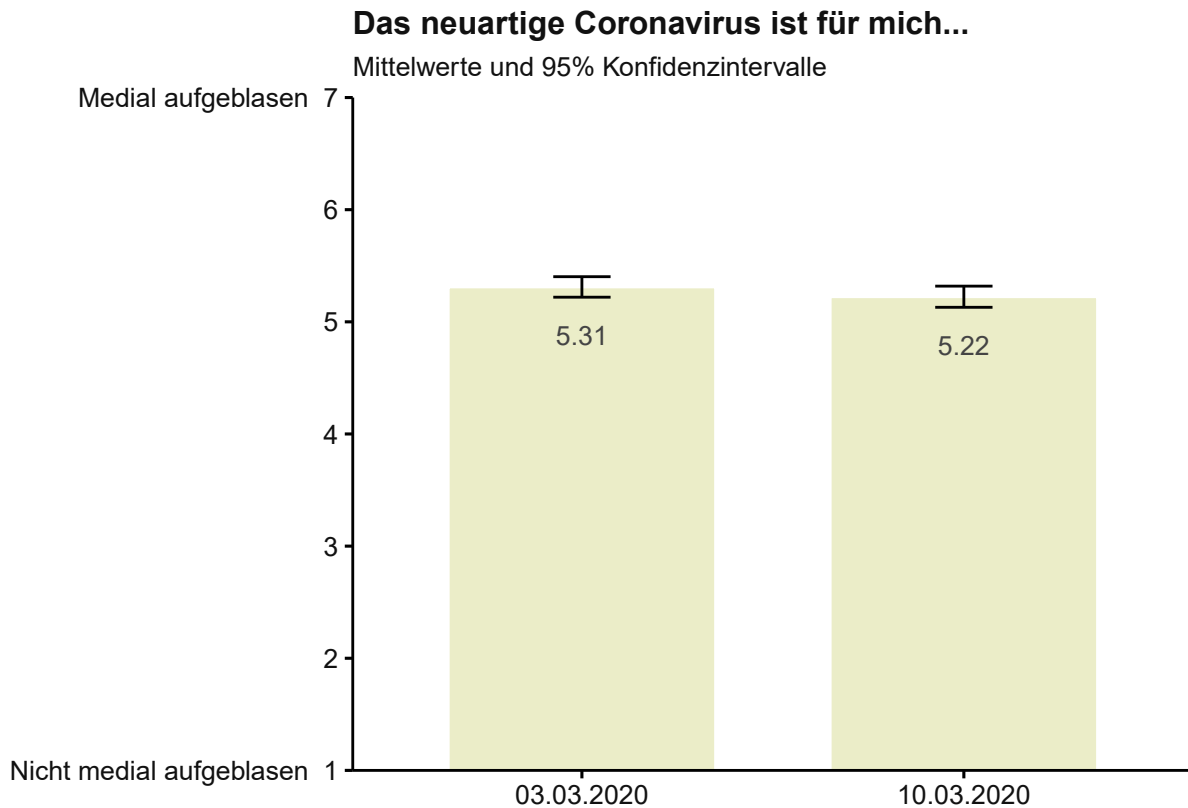
## Korrelationen der Relevanz der wichtigsten Medien mit wahrgenommener psychologischer Nähe des Coronavirus

Psychologische Nähe erweist sich als ein wichtiger Treiber von Risikowahrnehmung und Schutzverhalten. (Erfassung: Das neuartige Coronavirus ist für mich weit entfernt - nah, 7-stufige Skala). Daher wird hier der Zusammenhang mit der Relevanz der wichtigsten Medien exploriert (Achtung: es ist keine Aussage über den Wirkzusammenhang möglich)

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

- Relevanz von Gesprächen mit Freunden und Familie und psychologische Nähe: 0.09
- Relevanz öff.-recht. TV und psychologische Nähe: 0.1
- Relevanz öff.-recht. Radio und psychologische Nähe: 0.11
- Relevanz Suchmaschinen und psychologische Nähe: 0.08

## 7.5 Corona als Medien-Hype



- Korrelation Wahrnehmung als Medien-Hype und psychologische Nähe: -0.15

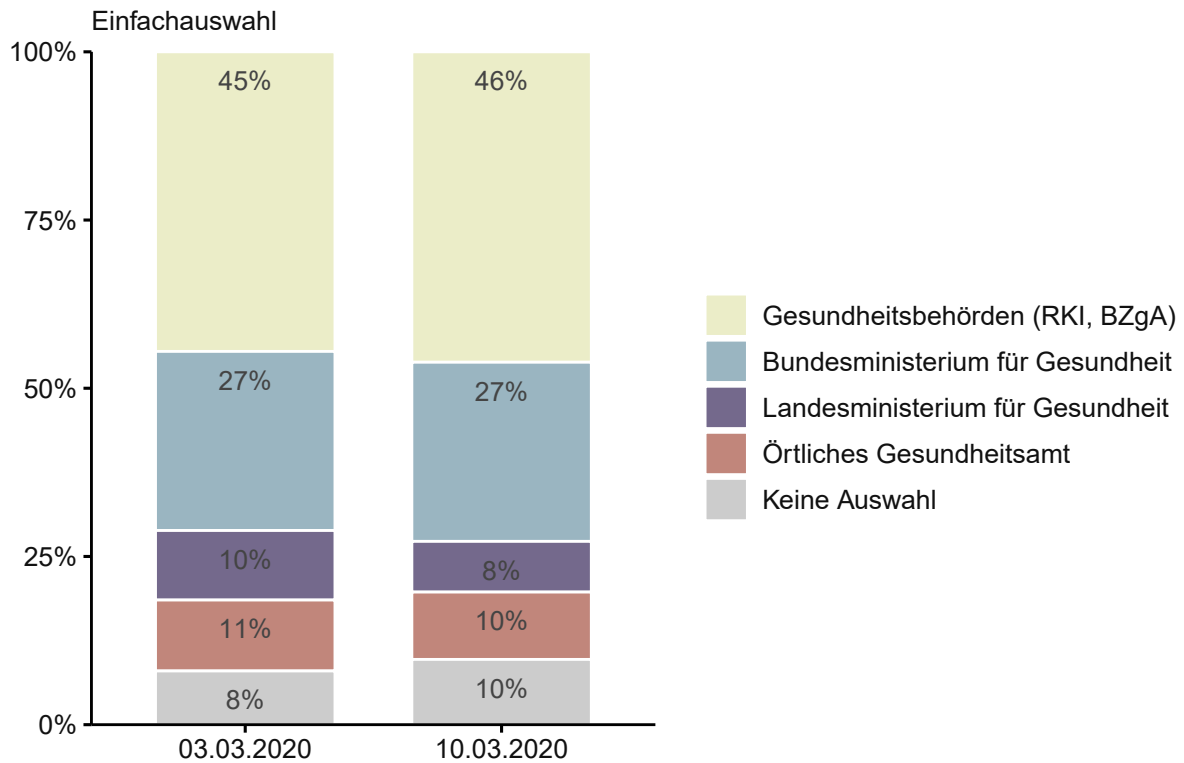
## 8 Ausbruchs-Management

### 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?

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.

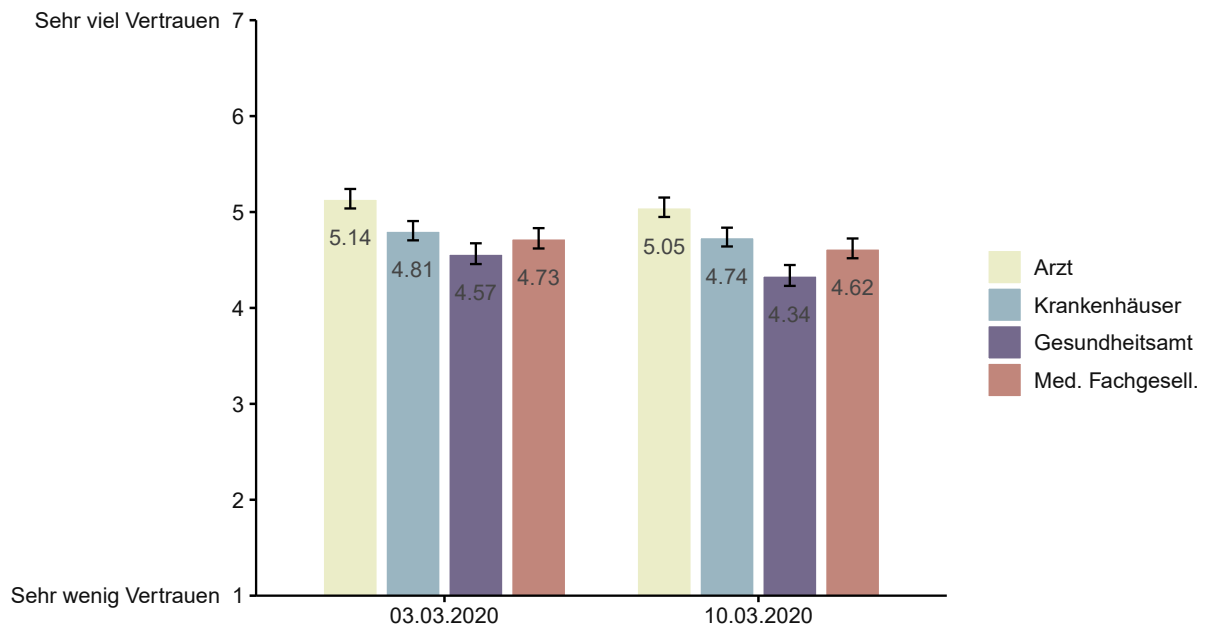
**Interpretation: Mittelwerte mit 95% Konfidenzintervallen. Wenn die Intervalle sich nicht überschneiden, kann man von einem signifikanten Unterschied ausgehen.**



### Vertrauen (1): Gesundheitssektor

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle

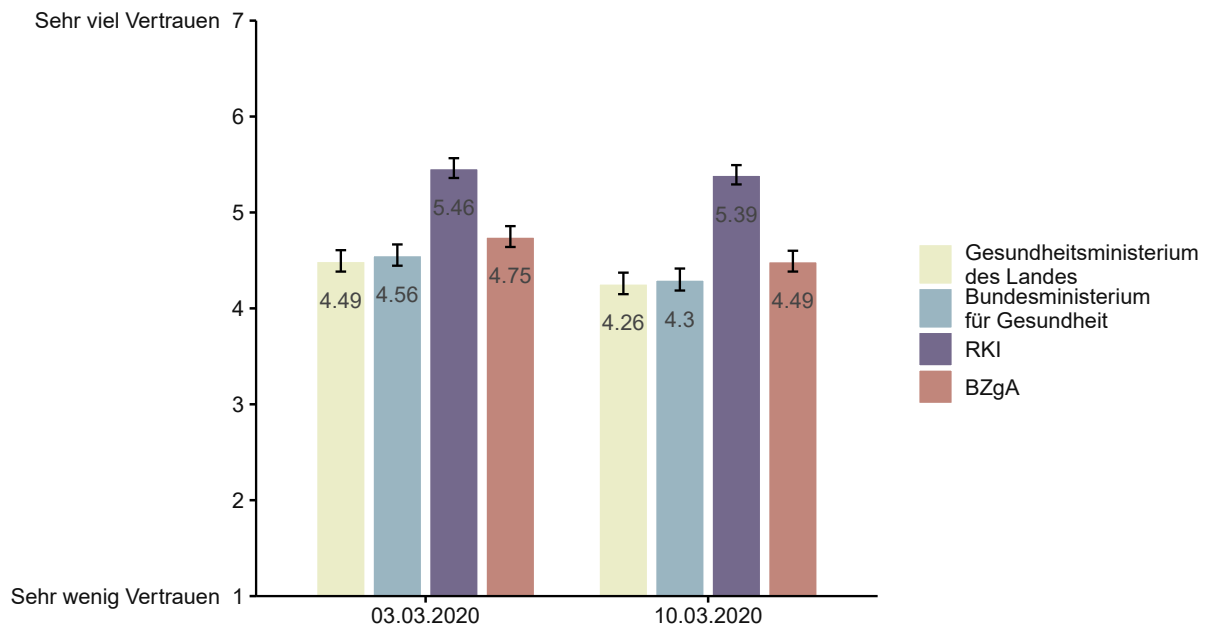
Bewertet auf einer Skala von 1 (sehr wenig Vertrauen) bis 7 (sehr viel Vertrauen).



### Vertrauen (2): Behörden

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle

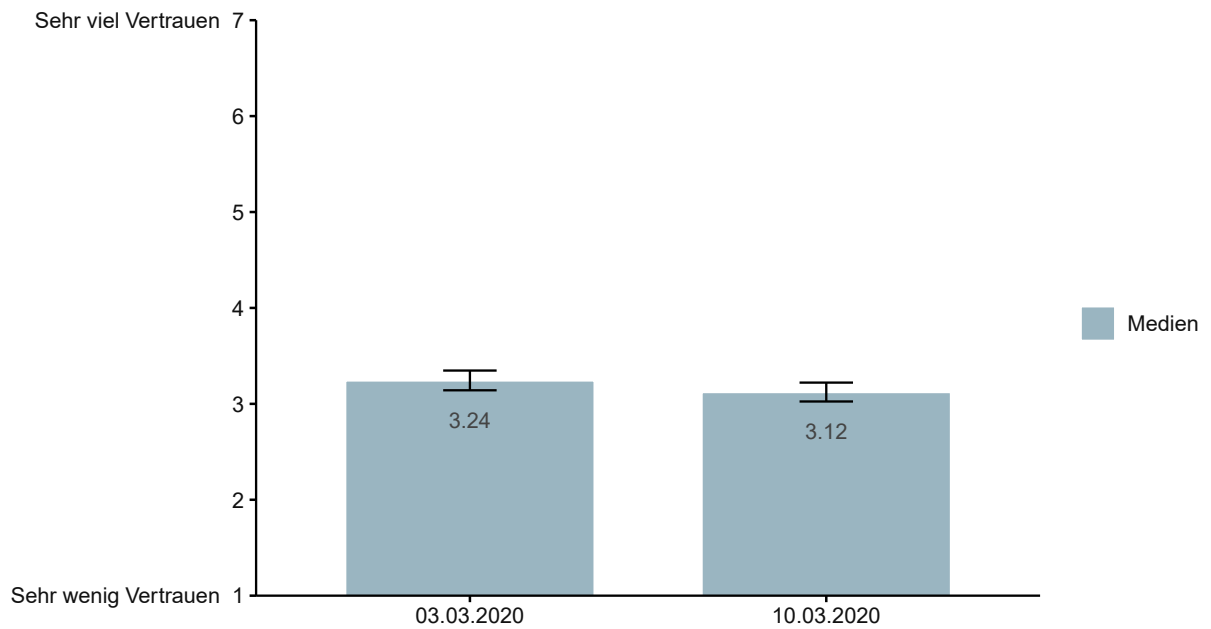
Bewertet auf einer Skala von 1 (sehr wenig Vertrauen) bis 7 (sehr viel Vertrauen).



### Vertrauen (3): Medien

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle

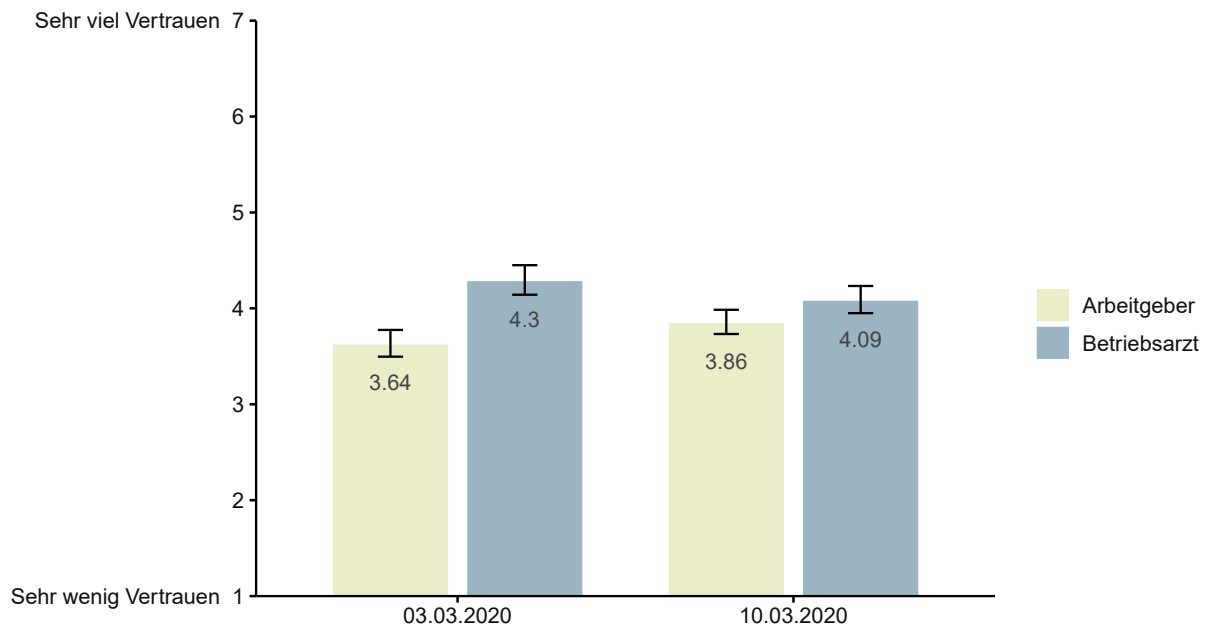
Bewertet auf einer Skala von 1 (sehr wenig Vertrauen) bis 7 (sehr viel Vertrauen).



### 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



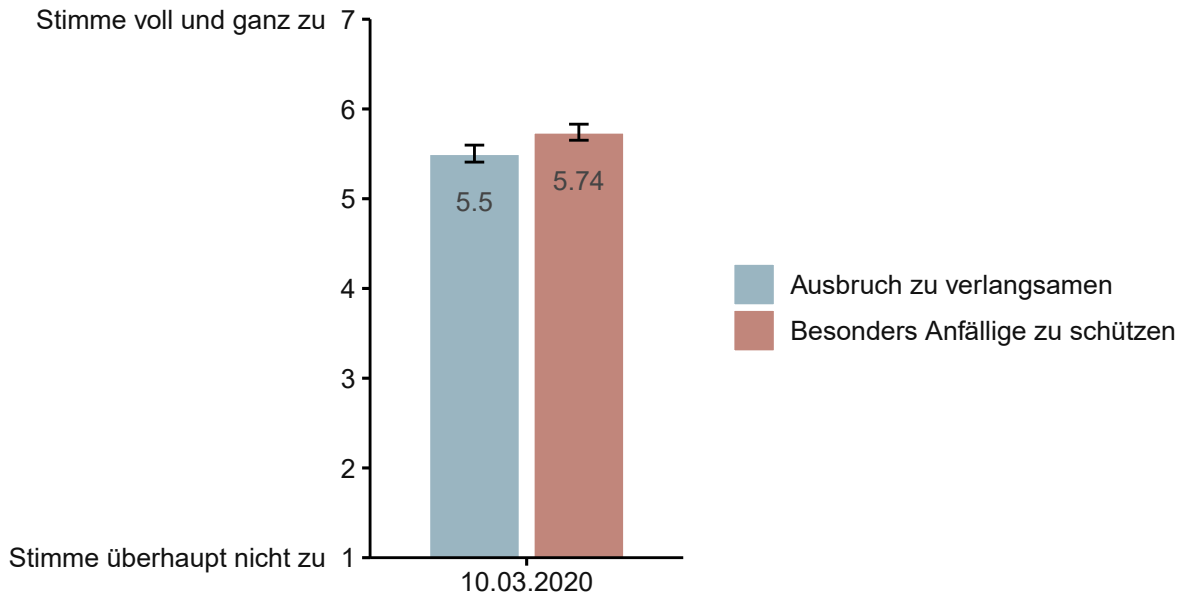
### 9.1 Bereitschaft zur Einschränkung

Besonders hohe Zustimmung gibt es, wenn nach dem Schutz anderer Personen gefragt wird; hier ist die Bevölkerung bereit, sich einzuschränken, als wenn es darum geht, den Ausbruch so zu verlangsamen, damit das Gesundheitssystem nicht überlastet wird.

## Ich bin bereit, Einschränkungen in meinem Alltag auf mich zu nehmen, um...

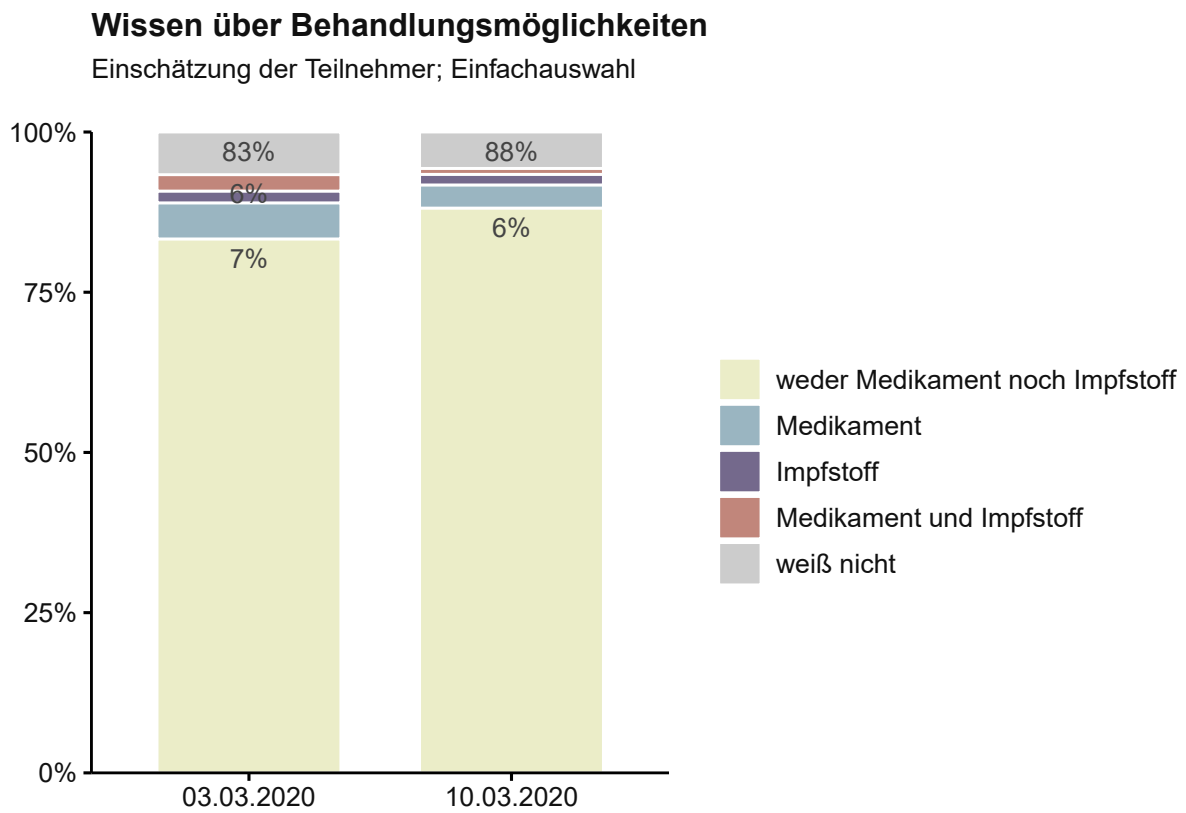
Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle

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



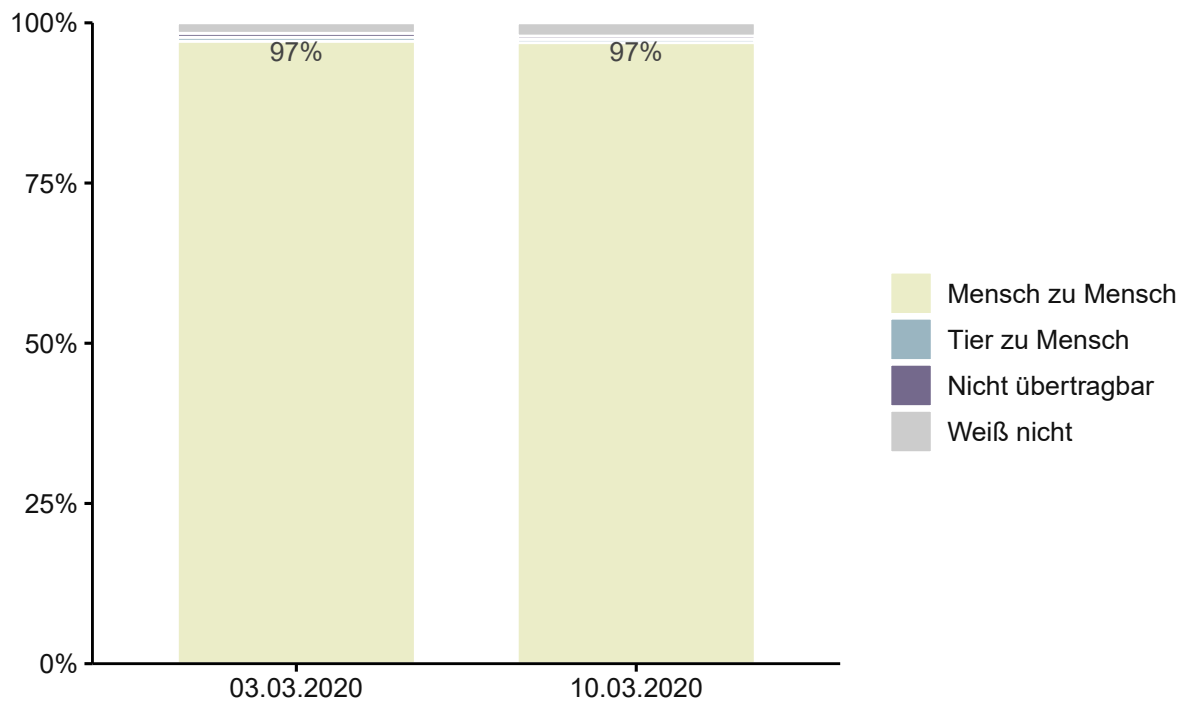
## 10 Daten im Detail

### 10.1 Detail: Wissen COVID-19



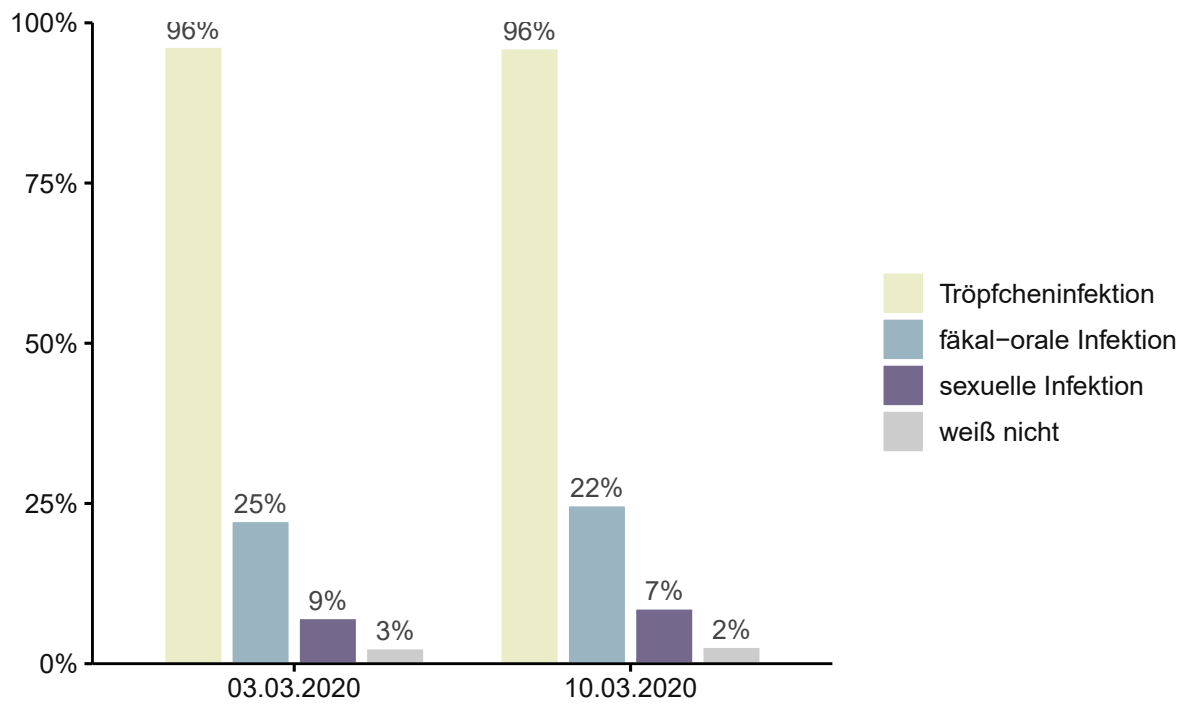
## Wissen über Krankheitsüberträger

Einschätzung der Teilnehmer; Einfachauswahl



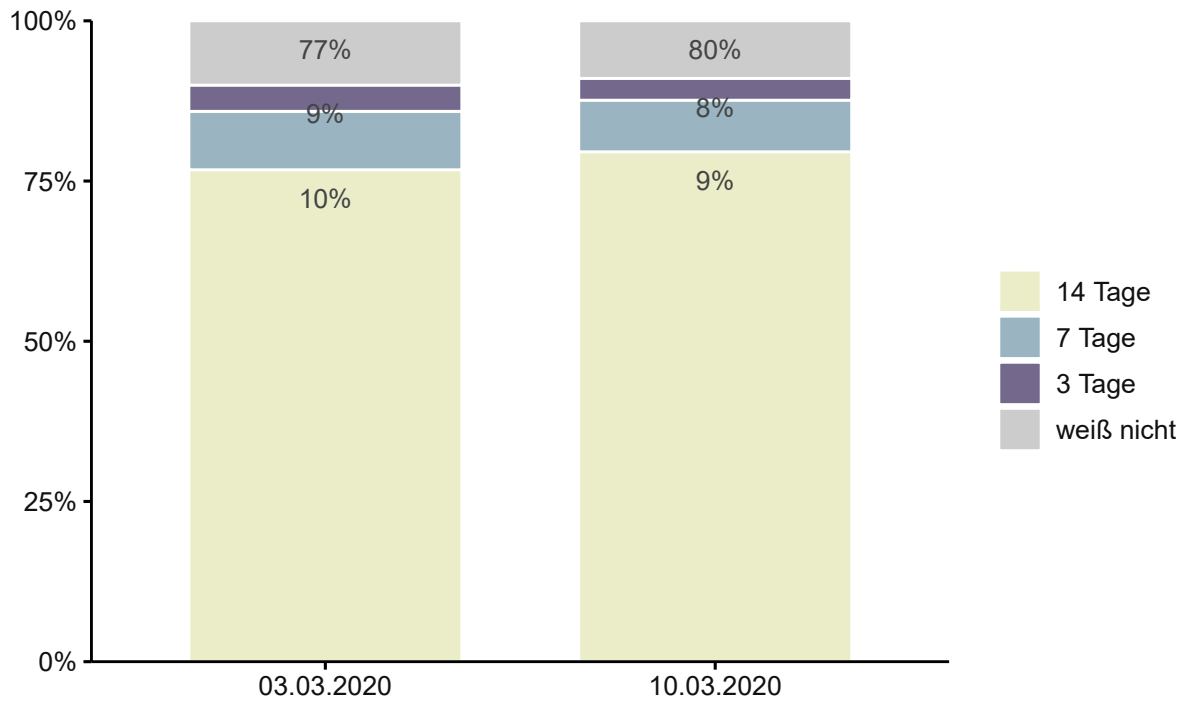
## Wissen über den Infektionsweg

Einschätzung der Teilnehmer; Mehrfachauswahl möglich



## Wissen über die Inkubationszeit

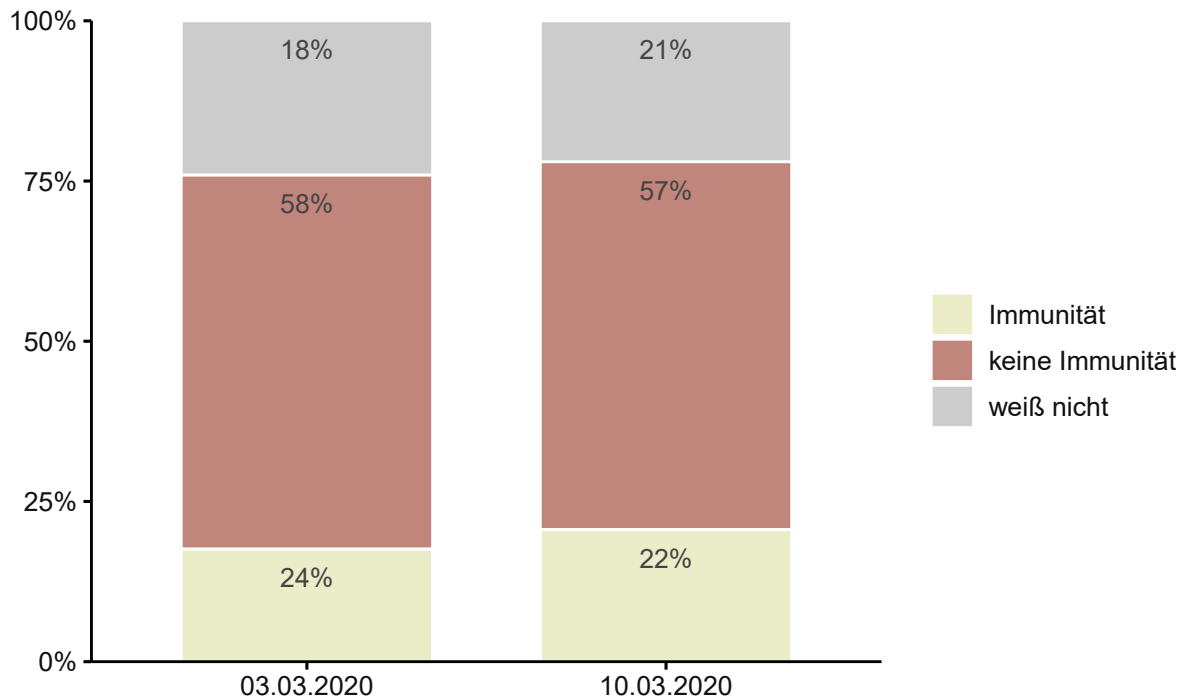
Einschätzung der Teilnehmer; Einfachauswahl





## Wissen über Folgen einer überstandenen Erkrankung

Einschätzung der Teilnehmer; Einfachauswahl

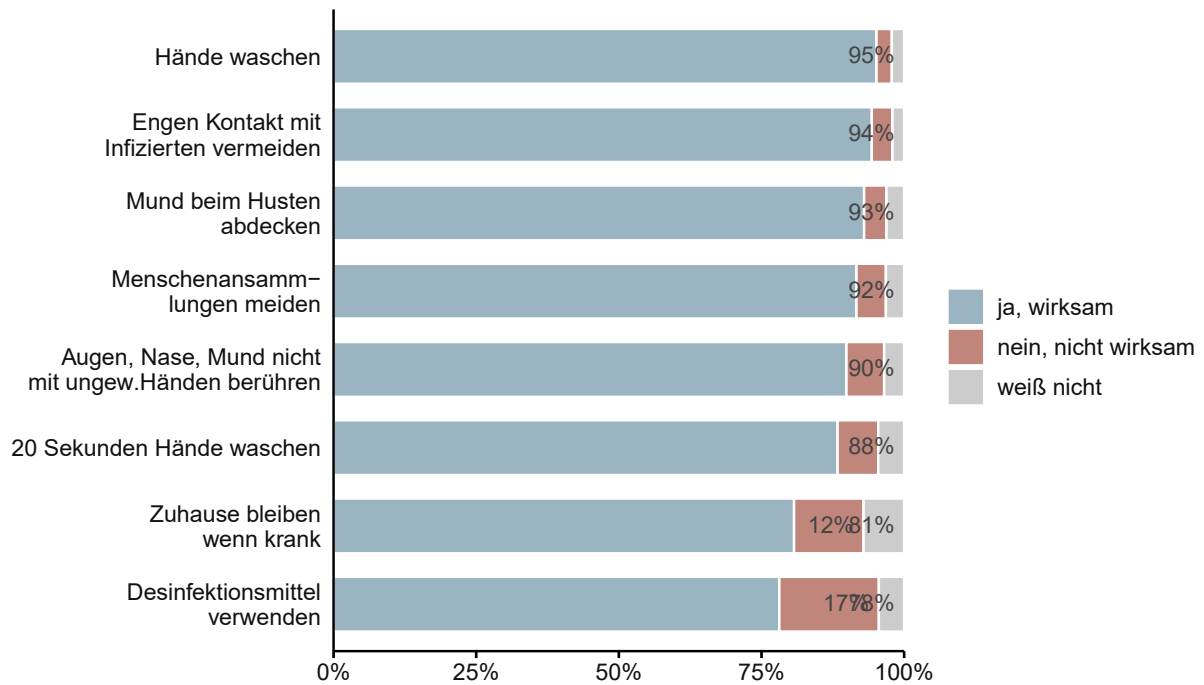


### 10.2 Detail: wirksame Schutzmaßnahmen kennen und ergreifen

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

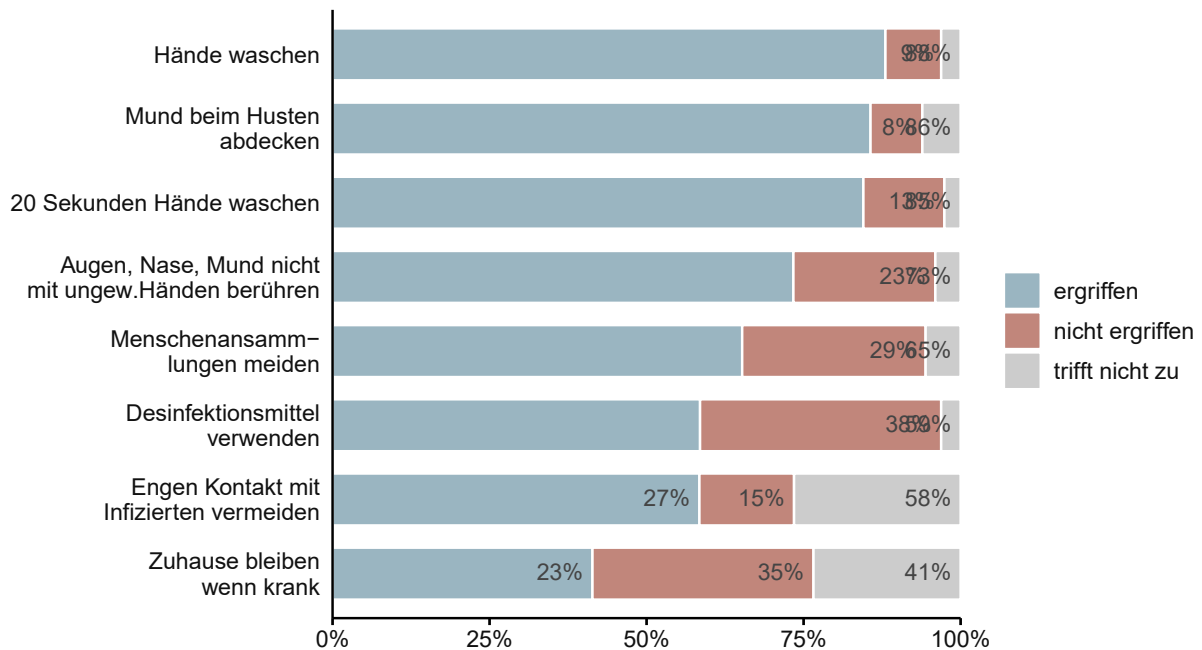
Aktuelle Erhebungswelle (10.03.2020)



Hinweis: Das Item “20 Sekunden Hände waschen” wurde erst ab Welle 2 in den Fragebogen aufgenommen.

## Tatsächlich durchgeführte wirksame Präventivmaßnahmen

Aktuelle Erhebungswelle (10.03.2020)



Hinweis: Das Item “20 Sekunden Hände waschen” und die Antwortoption “Trifft nicht zu” wurden erst ab Welle 2 in den Fragebogen aufgenommen.

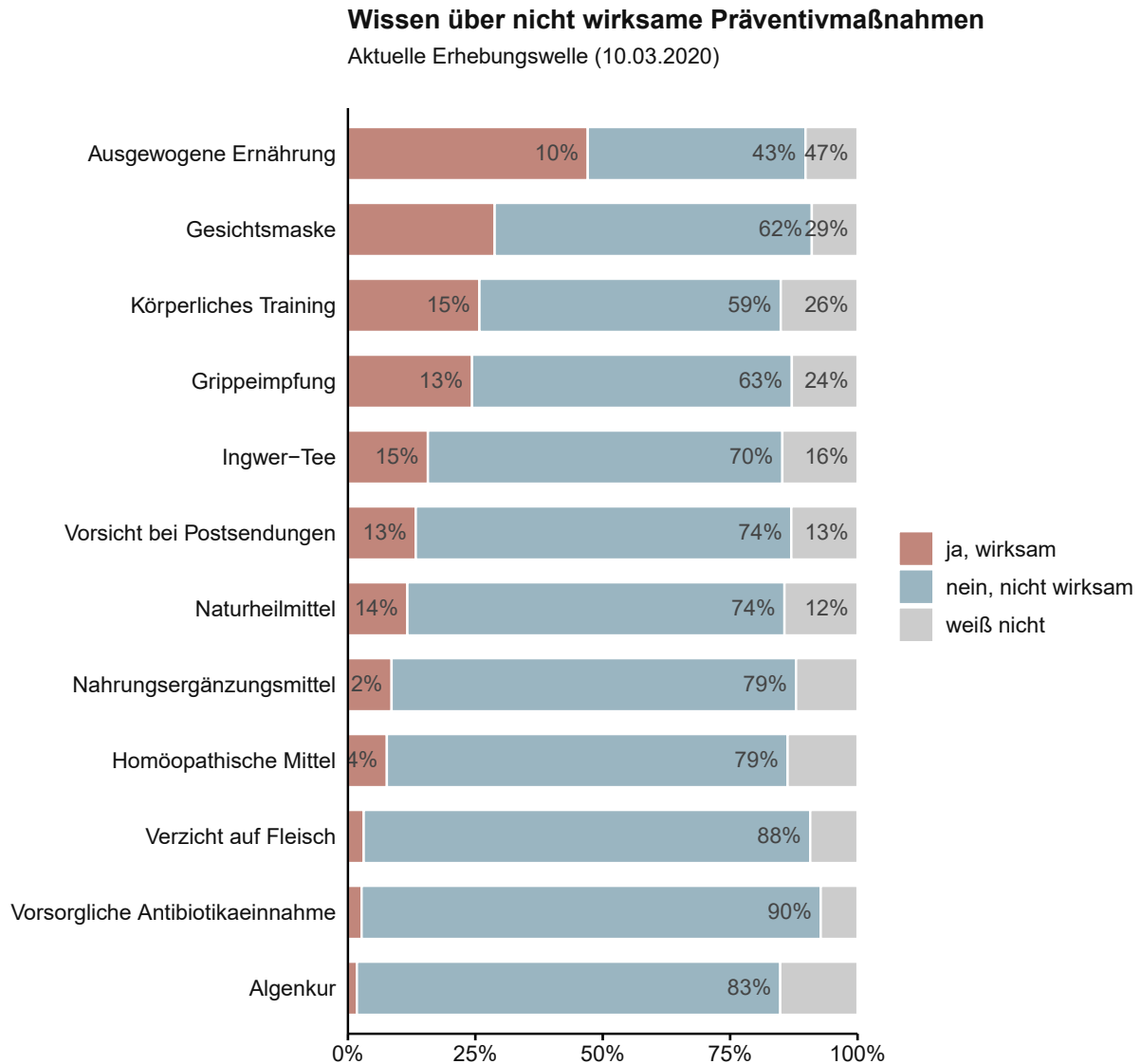
Im Folgenden wird hier der Zusammenhang zwischen Wissen um wirksame Schutzmaßnahmen und tatsächlich durchgeführtes Verhalten exploriert.

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

- wirksame Schutzmaßnahmen kennen und ausführen: 0.2
- wirksame Schutzmaßnahme “häufiger Hände waschen” kennen und ausführen: 0.36
- wirksame Schutzmaßnahme “Augen, Nase und Mund mit ungewaschenen Händen nicht berühren” kennen und ausführen: 0.36
- wirksame Schutzmaßnahme “Zuhause bleiben, wenn man krank ist” kennen und ausführen: 0.25
- wirksame Schutzmaßnahme “Desinfektionsmittel verwenden” kennen und ausführen: 0.38
- wirksame Schutzmaßnahme “Mund beim Husten bedecken” kennen und ausführen: 0.37
- wirksame Schutzmaßnahme “Engen Kontakt mit infizierten Personen vermeiden” kennen und ausführen: 0.15
- wirksame Schutzmaßnahme “Orte meiden, an denen sich viele Menschen aufhalten” kennen und ausführen: 0.28
- wirksame Schutzmaßnahme “20 Sekunden Hände waschen” kennen und ausführen: 0.53

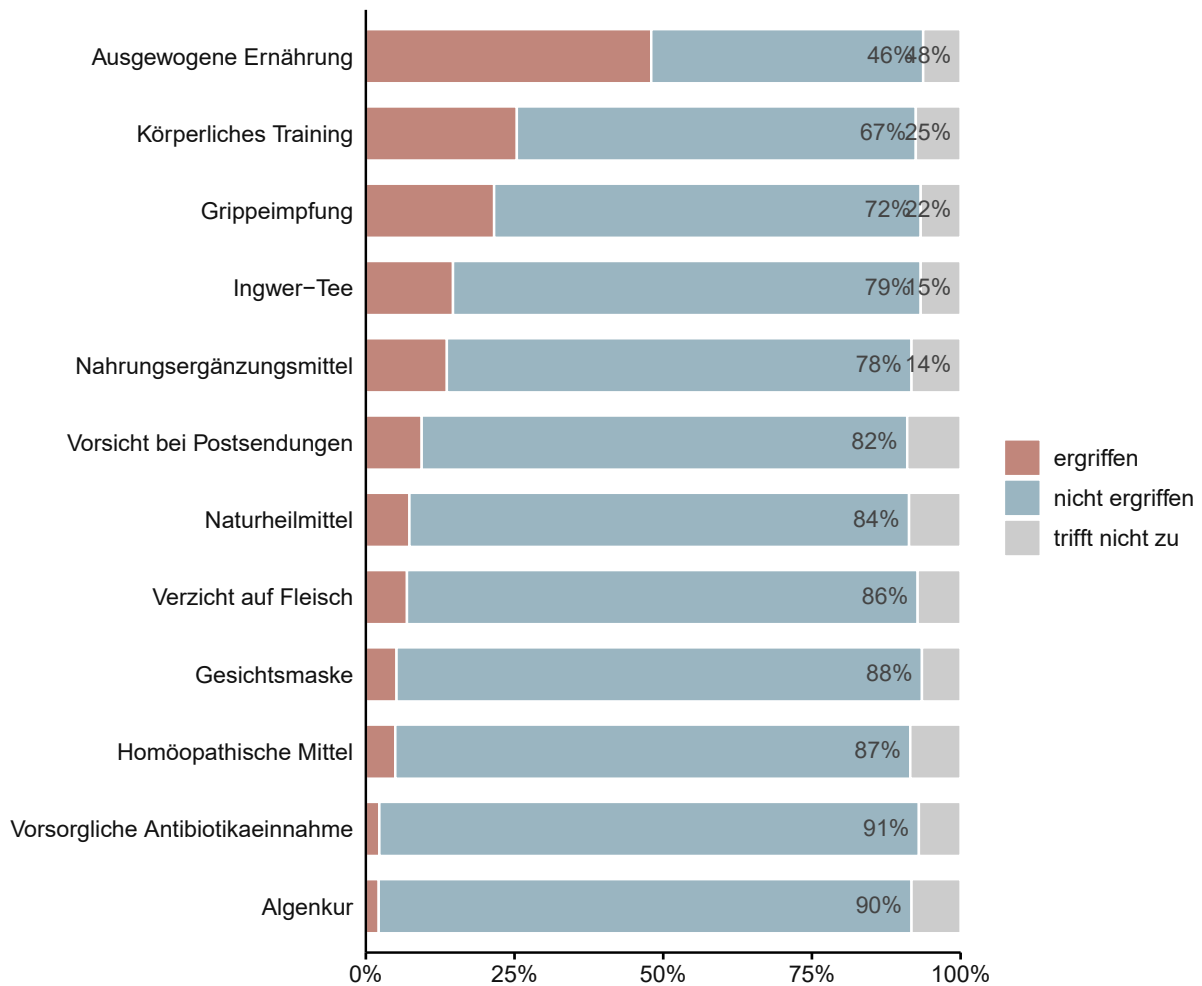
### 10.3 Detail: Unwirksame Schutzmaßnahmen und Aktionismus

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 (10.03.2020)



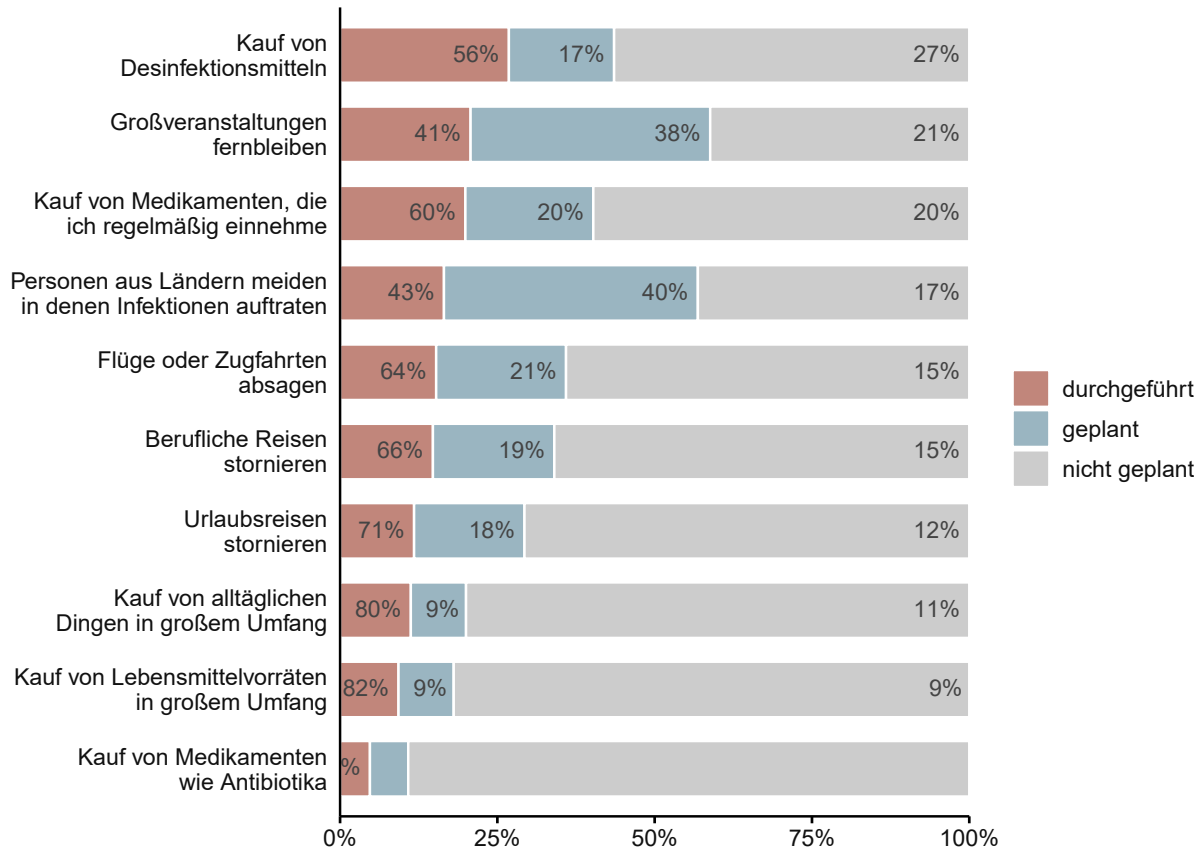
Hinweis: Die Antwortoption "Trifft nicht zu" wurde erst ab Welle 2 in den Fragebogen aufgenommen.

## 10.4 Detail: Krisenvorbereitung

Frage: Als nächstes würden wir gerne wissen, ob Sie folgende Verhaltensweisen umgesetzt haben oder planen, diese umzusetzen.

## Vorbereitende Maßnahmen

Aktuelle Erhebungswelle (10.03.2020)



## 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