

COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO) — Welle 3

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

Stand: 19.03.2020 (Version 03-01)

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

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

Peer-Review: Wolfgang Gaissmaier (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
- 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/M8qFDG9Wjs5WBHH>

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

Wissenschaftliche Verantwortung und Initiative: UE

Finanzierung: UE, ZPID, RKI

Auswertung und Dokumentation: UE

Kontakt: cornelia.betsch@uni-erfurt.de

1 Zusammenfassung

1.1 Ergebnisse der aktuellen Welle

Analyse der 3. Datenerhebung (17.03.-18.03.2020). Die Datenerhebungen finden wöchentlich dienstags und mittwochs statt.

Die 1018 Befragten wurden aus einem durch die Firma Respondi (<https://www.respondi.com/>) rekrutierten und gepflegten Befragtenpool (sog. Online-Panel) so gezogen, dass sie der Verteilung von Alter, Geschlecht (gekreuzt) und Bundesland (ungekreuzt) in der Deutschen Bevölkerung entsprechen.

Psychologische Lage

Risikowahrnehmung:

- Im Vergleich zur Vorwoche ist die wahrgenommene Erkrankungswahrscheinlichkeit gestiegen.
- 33% (statt Vorwoche 21%) schätzen ihre Wahrscheinlichkeit, an COVID-19 zu erkranken, als eher oder sehr hoch ein, ein Drittel ist sich unsicher. Eine eher höhere Erkrankungswahrscheinlichkeit nehmen Personen wahr, die jünger (!) sind, chronisch krank, denken oder wissen, dass sie oder Personen in ihrem näheren Umfeld infiziert sind bzw. sein könnten, die das Coronavirus als nah und sich schnell ausbreitend wahrnehmen, die Webseiten der Gesundheitsbehörden zur Informationssuche nutzen, häufig Informationen dazu suchen und eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung haben.
- Circa 32% (Vorwoche 25%) halten sich selbst für anfällig, ein Drittel ist sich unsicher (gleich geblieben). Wer chronisch krank ist, denkt, dass er infiziert ist oder sein könnte, das Ausbruchsgeschehen nicht als Medienhype wahrnimmt, das Virus als nah wahrnimmt, eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung hat, nimmt sich als anfälliger wahr.
- 34% (Vorwoche 25%) halten eine Erkrankung für gefährlich, ein knappes Drittel ist sich unsicher. Ältere und chronisch kranke Menschen denken eher als junge und gesunde, dass die Erkrankung für sie schwerwiegend ist. Wer denkt, dass er infiziert ist oder sein könnte, hält die Erkrankung für weniger schwerwiegend, ebenso wer den Ausbruch für einen Medienhype hält.
- 56% der Befragten denken, dass eine überstandene Krankheit keine Immunität verursacht.
- 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 deutlich zugenommen:

- 54% (Vorwoche: 32%) berichten, dass sie häufig oder dauernd an Corona denken müssen.
- 56% (Vorwoche 41%) finden das Coronavirus eher angsteinflößend oder angsteinflößend.
- 71% (Vorwoche 52%) finden das Coronavirus eher besorgniserregend oder besorgniserregend.

Sorgen

Erstmalig wurden Sorgen abgefragt. Die vier größten Sorgen betreffen die Überlastung des Gesundheitssystems, dass kleine Unternehmen Konkurs anmelden müssen, dass eine Rezession eintritt, dass die Gesellschaft egoistischer wird.

Verschiedene Arten des Umgangs mit der Situation sind möglich. Wer Informationen meidet, die Stress auslösen, fühlt weniger Sorge (und umgekehrt).

Wissen und Verhalten

- Die Bevölkerung hat einen hohen basalen Wissensstand über COVID-19 (Übertragungsweg, Inkubationszeit, Behandlungsoptionen). 56% gehen davon aus, dass nach einer durchgemachten Erkrankung keine Immunität besteht. Die Bevölkerung ist gut über entsprechende Schutzmaßnahmen informiert. Subjektiv fühlen sich die Bürger eher mittelmäßig gut informiert.
- 89% wissen, dass sie zuhause bleiben sollen, wenn sie krank sind (74% tun es).
- 96% wissen, dass Menschenansammlungen meiden hilft (91% tun es).
- Im Vergleich zu letzter Woche sind die Korrelationen zwischen gefühltem Wissen über Schutzverhalten und tatsächlich ergriffenem Schutzverhalten höher. Jedoch korrelieren auch verhältnismäßig einfach durchzuführende Maßnahmen (20 Sekunden Händewaschen) nur zu .53 mit dem tatsächlichen Verhalten, Händeschütteln vermeiden zu .40 oder Orte mit vielen Menschen meiden nur zu .29.
- Mehr wirksames Schutzverhalten haben Personen ergriffen, die mehr Wissen über Schutzmaßnahmen besitzen, die auch über COVID-19 besser informiert sind, die Webseiten der Gesundheitsbehörden konsultieren, sicher oder möglicherweise Infizierte im nahen Umfeld haben, COVID-19 für eine ernsthaftere Erkrankung halten, wenn sich sicher oder möglicherweise Infizierte im persönlichen Umfeld befinden, sie weiblich sind, es eher als einen Medien-Hype wahrnehmen. Personen mit geringerer Schulbildung haben mehr Schutzmaßnahmen ergriffen.

Unerwünschtes Verhalten

- Aktionismus (Ergreifen unwirksamer Schutzmaßnahmen wie Gesichtsmasken tragen) ist relativ gering ausgeprägt.
- Weniger Aktionismus zeigen v.a. Personen, die viel über effektive Maßnahmen wissen und öffentlich-rechtliches Fernsehen schauen.
- Corona-Parties, also das absichtliche Anstecken, wurde so selten berichtet (3%), dass keine seriösen Analysen über statistische Zusammenhänge mit anderen Variablen möglich sind.
- Mehr Personen als in der Vorwoche meiden Personen aus Ländern, in denen vermehrt Infektionen auftreten (32%, Vorwoche: 17%), 35% haben dies vor (Vorwoche: 40%). Die Mehrheit der Bevölkerung missbilligt jedoch Diskriminierung. Menschen aus betroffenen Gebieten werden besonders gemieden von Personen, die eher an Verschwörungstheorien glauben (allgemein, nicht Corona-spezifisch), die Webseiten der Gesundheitsbehörden als relevante Informationsquelle nutzen und sich weniger sicher fühlen, wie sie sich schützen sollen.
- 12% kaufen Nahrungsmittel und alltägliche Dinge wie Zahnpasta und Klopapier vermehrt ein. Hier scheinen vor allem Gefühle der Hilflosigkeit und die Relevanz (mathematisches Produkt aus Nutzung und Vertrauen) privater Medien relevante Treiber zu sein.

- Wer angab, keine Informationen gehört oder gelesen zu haben, bei man nicht sicher war, ob sie richtig oder falsch sind, informierte sich häufiger auf Webseiten der Behörden, suchte weniger Informationen mit Suchmaschinen und konsumierte weniger Zeitschriften und Magazine.

Individuelle Krisenvorbereitung und -reaktion

- 31% haben bereits Medikamente gekauft, die sie regelmäßig brauchen (+12%).
- 32% haben Personen gemieden, die aus Ländern kommen, in denen Coronaviren-Fälle aufgetreten sind (+15 %).

Informationsquellen

- 72% (Vorwoche 53%) informieren sich häufig oder sehr häufig über Corona.
- Die folgenden Quellen werden als am relevantesten eingeschätzt (mathematisches Produkt aus Häufigkeit der Nutzung und Vertrauen): öffentlich-rechtliches Fernsehen, Webseiten der Gesundheitsbehörden, öffentlich-rechtliches Radio, Gespräche mit Familie/Freunden.
- Insgesamt wird das Ausbruchsgeschehen immer noch eher als Medienhype wahrgenommen, jedoch Tendenz sinkend. Dies führt, wie oben erwähnt, zu einer geringeren Risikowahrnehmung.

Ausbruchsmanagement: Vertrauen, Verantwortlichkeit und Akzeptanz der Maßnahmen

- Das Vertrauen in Krankenhäuser und Gesundheitsamt sind hoch und seit letzter Woche gestiegen. Vertrauen in Ärztinnen und Ärzte ist nach wie vor hoch.
- Das Vertrauen in Länder- und Bundesministerien konnten den (minimalen) Vertrauensverlust von letzter Woche ausgleichen und haben durchgehend an Vertrauen gewonnen. Das RKI hat sein hohes Vertrauen gehalten und noch an Vertrauen hinzugewonnen. Die Bevölkerung hat insgesamt am meisten Vertrauen in das RKI.
- Als hauptverantwortliche Krisenmanager sehen 48% (Vorwoche 46%) der Bevölkerung die Gesundheitsbehörden auf Rang 1, 27% das Bundesministerium (wie Vorwoche). Unter 10% sehen das örtliche Gesundheitsamt und das Landesministerium auf Rang 1.
- Die Zustimmung auch zu restriktiveren Maßnahmen ist hoch; besonders stark ist die Zustimmung zu Schulschließungen und Verbot von Großveranstaltungen gestiegen. Die Bevölkerung ist im Vergleich zur letzten Woche noch bereiter, sich einzuschränken, um das Gesundheitssystem zu entlasten und um besonders gefährdete Personen zu schützen.

Schließungen von Gemeinschaftseinrichtungen wie Schulen

Die Zustimmung zu Schulschließungen ist im Vergleich zur Vorwoche um 43% gestiegen. Die überwiegende Mehrheit (61%) betreut ihre Kinder Zuhause durch einen Elternteil. 13% geben an, ihr Kind durch die Großeltern betreuen zu lassen. In offenen Fragen äußerten Eltern Sorgen über die Unsicherheit, wie lange die Schulschließung zuhause durchzuhalten ist, Herausforderungen bei der Bewältigung der durch die Schule gestellten Aufgaben (wenn z.B. gleichzeitig Eltern im Homeoffice arbeiten), fehlende Sozialkontakte für die Kinder, finanzielle Einbußen durch selbst geleistete Kinderbetreuung.

2 Schlussfolgerungen

- Die **Bedrohung** kommt langsam bei der Bevölkerung an: Im Vergleich zur Vorwoche ist die emotionale Besorgtheit und die Risikowahrnehmung deutlich gestiegen, die Bevölkerung denkt häufiger an Corona und sucht häufiger nach Informationen, nimmt es weniger als einen Medienhype wahr. Chronisch Kranke und Menschen mit niedriger Selbstwirksamkeitserwartung haben eine höherer Risikowahrnehmung und bedürfen besonderer Unterstützung, um sich wirksam zu schützen.
- Die **besonders gefährdete Gruppe der älteren Bürger** nimmt immer noch eine geringere Erkrankungswahrscheinlichkeit wahr als die jüngeren Personen. Auch werden durch die Schulschließung 13% der Eltern Großeltern für die Kinderbetreuung eingesetzt. Hier erscheint eine verstärkte Sensibilisierung notwendig. Dabei geht es nicht um die Gefährlichkeit der Erkrankung (diese nehmen sie im Vergleich zu Jüngeren als schwerwiegender wahr), sondern tatsächlich um die Wahrscheinlichkeit der Infektion.
- **Wissen über Schutzmaßnahmen** ist weit verbreitet; es werden im Vergleich zur Vorwoche auch mehr Schutzmaßnahmen ergriffen. Aber immer noch gibt es eine große Kluft zwischen Wissen und Handeln, auch an sich einfache Maßnahmen werden unzureichend umgesetzt, obwohl man sie kennt. Weiterhin bleibt es also zwingend nötig, auch das Verhalten zu verändern, nicht nur das Wissen.
- **Wissensvermittlung** ist jedoch weiter ein wesentlicher Faktor. Die Bürger schätzen ihr gefühltes Wissen eher als mittelmäßig ein. Mehr tatsächliches Wissen – vor allem über Schutzmaßnahmen - ist verbunden mit mehr Schutzmaßnahmen und weniger Aktionismus sowie einer als geringer wahrgenommenen eignen Anfälligkeit.
- **Öffentlich-rechtliches Fernsehen und Radio** sind unter den 3 relevantesten, also häufig genutzten und vertrauenswürdigen Quellen.
- Es scheint Unwissen oder Unsicherheit zu herrschen, **ob man nach COVID-19 immun ist**; sollten hierzu gesicherte Befunde vorliegen, sollten diese verstärkt kommuniziert werden.
- Die vier **größten Sorgen** betreffen die Überlastung des Gesundheitssystems, dass kleine Unternehmen Konkurs anmelden müssen, dass eine Rezession eintritt, und dass die Gesellschaft egoistischer wird. Hier können Maßnahmen und Informationen durch die Regierung Sicherheit schaffen; Berichte über solidarische Projekte regen evtl. zur Nachahmung an und können soziale Ängste mindern.
- Das **Vertrauen** in das Gesundheitssystem und die Behörden ist nach wie vor hoch und im Vergleich zur Vorwoche gestiegen. Das RKI genießt nach wie vor höchstes Vertrauen, das im Vergleich zur Vorwoche noch weiter gestiegen ist.
- Die ergriffenen **Maßnahmen werden gut akzeptiert**, auch restriktivere Maßnahmen sind stärker akzeptiert als in der Vorwoche. Selbst Maßnahmen wie das Haus nur aus dringenden Gründen verlassen oder das Ausrufen des Katastrophenfalls findet eher Zustimmung als Ablehnung.
- Eine **willentliche Ansteckung (Corona-Partys)** scheint eher sehr selten vorzukommen, jedoch ist besonders bei jüngeren Menschen zu beobachten, dass sie eher davon ausgehen, an COVID19 zu erkranken als ältere und dies aber als weniger schwerwiegend wahrnehmen. Und diese geringere wahrgenommene Ernsthaftigkeit der Erkrankung ist mit geringerem Schutzverhalten verbunden. Hier scheint es also vor allem notwendig zu sein, an Solidarität zu appellieren.

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 3 wurden 1018 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.

Verschörungstheoretisches 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

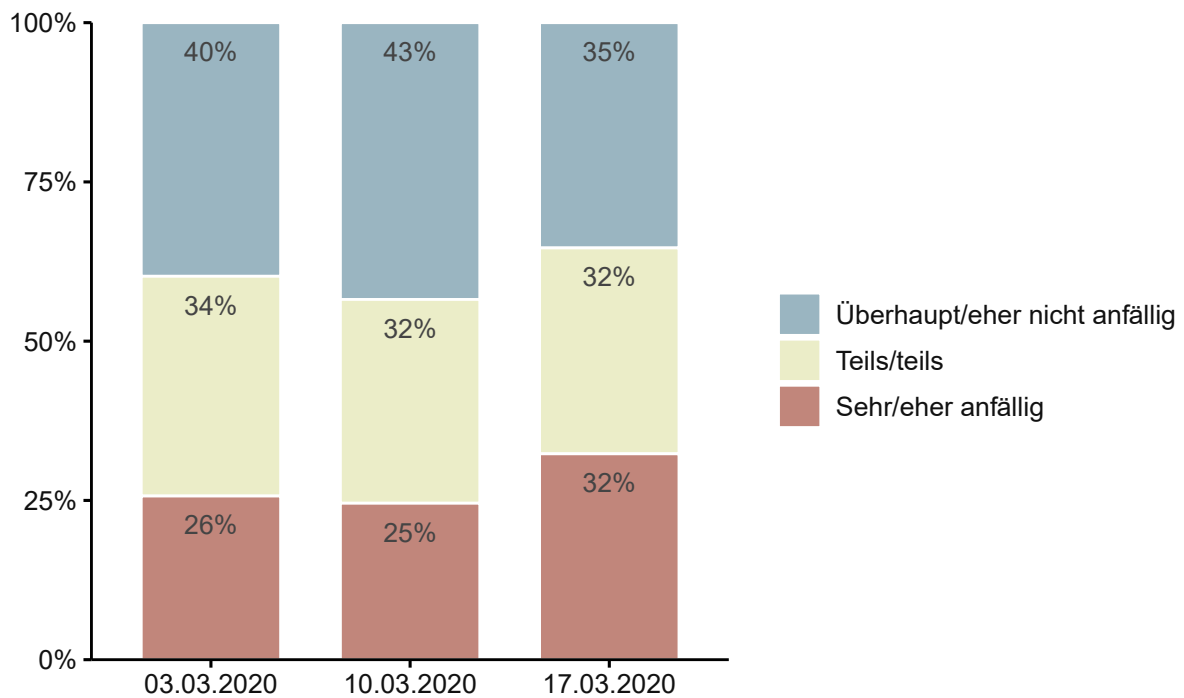
Für menschliches Entscheiden sind die Wahrnehmung von Risiken wichtig, für Verhalten spielen zudem Emotionen wie Angst oder das Gefühl, bedroht zu sein, eine Rolle. Ferner sind Kontrollüberzeugungen relevant – wenn ich mich schützen will, habe ich dann das relevante Wissen, bin ich sicher, dass ich mich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

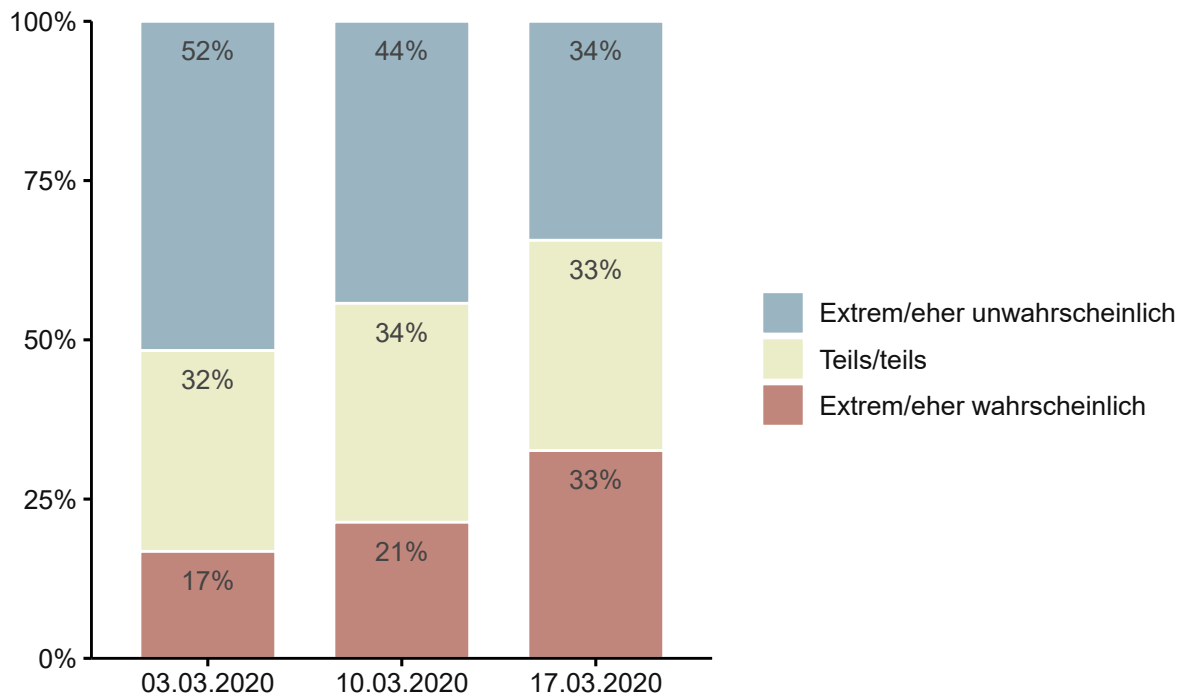
4.1 Risikowahrnehmung

Die folgenden drei Grafiken zeigen verschiedene Aspekte der Risikowahrnehmung im Verlauf der Erhebungen. Es ist ein kontinuierlicher Anstieg aller drei Indikatoren für Risikowahrnehmung über die Zeit zu verzeichnen (Anfälligkeit, Wahrscheinlichkeit, Schweregrad).

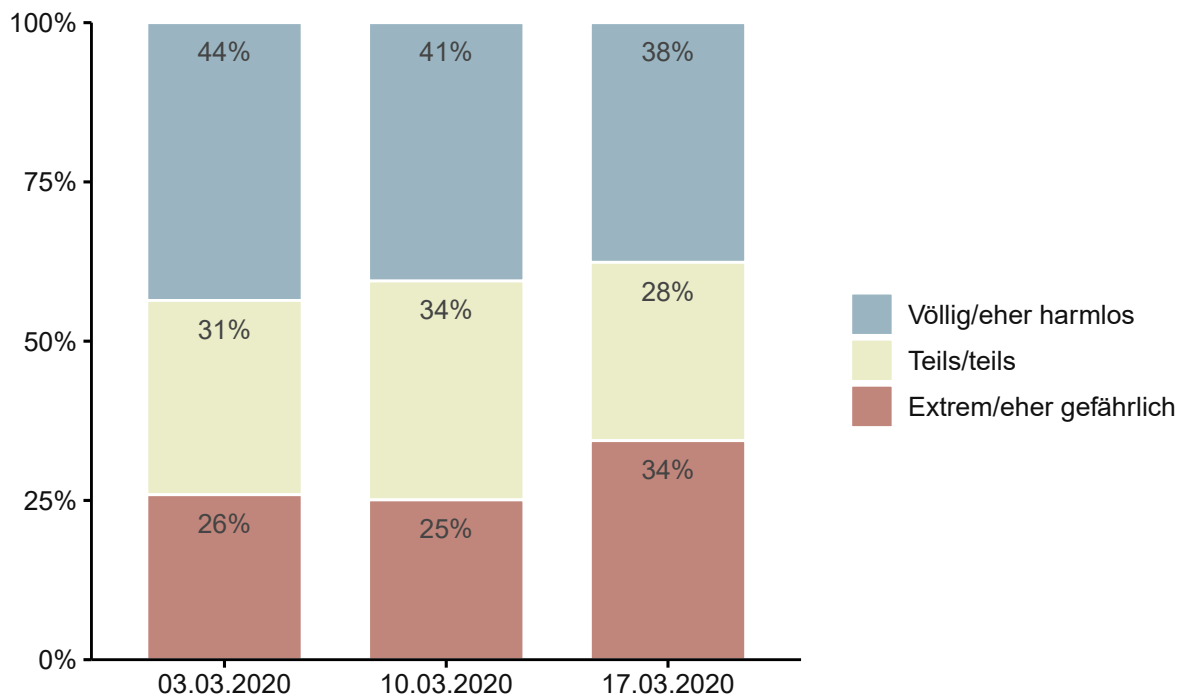
Als wie anfällig schätzen Sie sich für eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus ein?



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



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

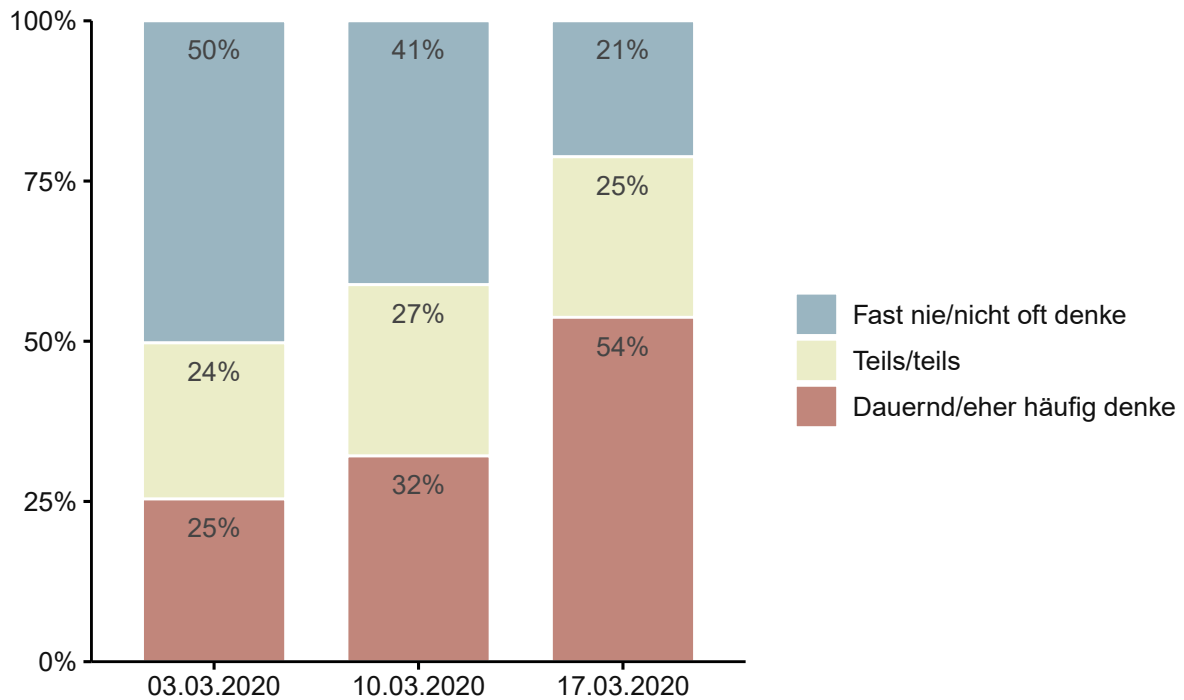


4.2 Corona und Emotionen

Die folgenden drei Grafiken zeigen verschiedene emotionale Aspekte über den Verlauf der Erhebungen. Es ist ein kontinuierlicher Anstieg für die Dominanz des Themas, die Angst und Besorgnis zu verzeichnen.

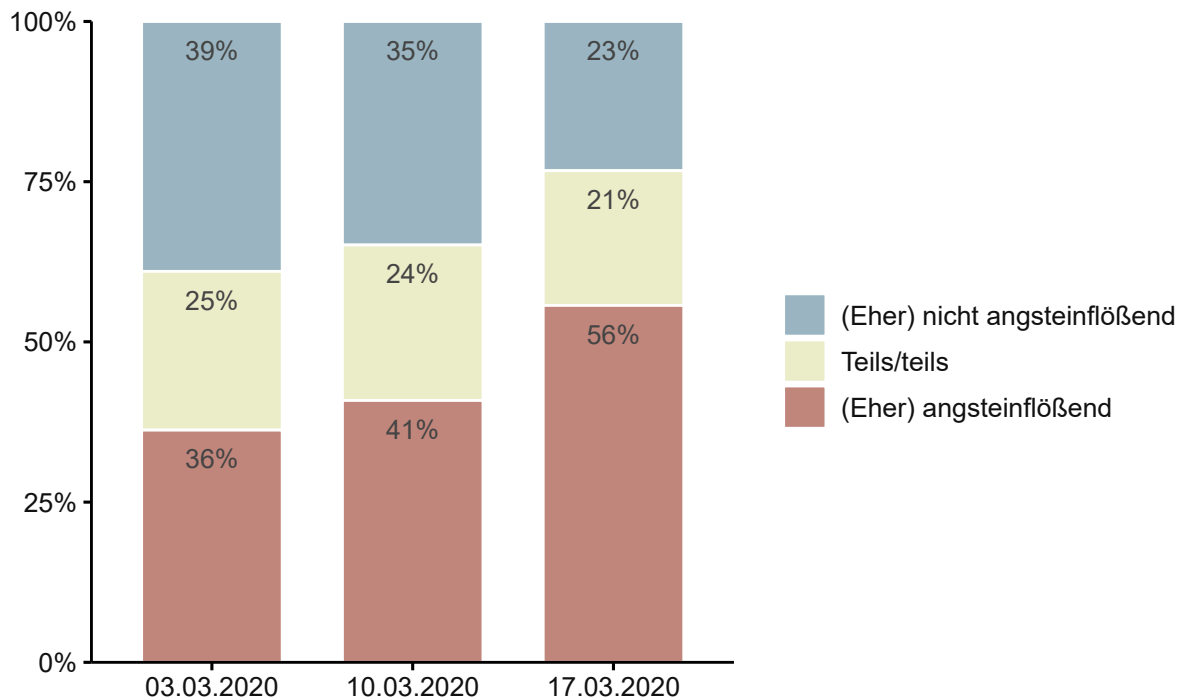
Dominanz des Themas

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



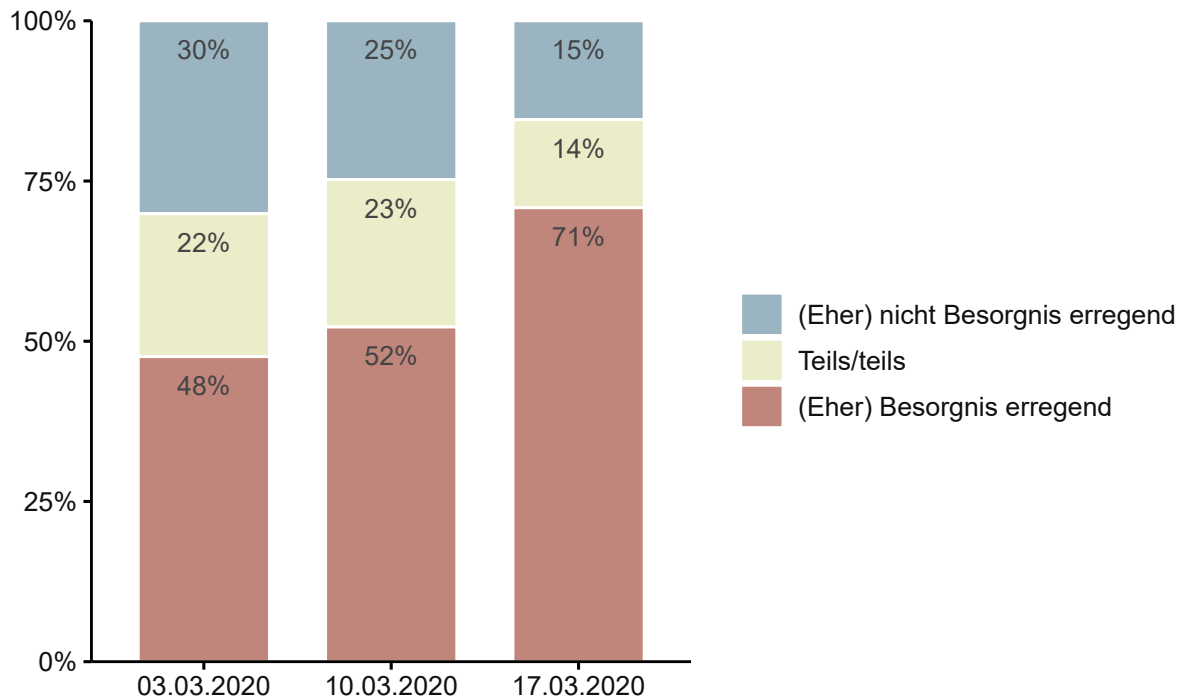
Angst

Das neuartige Coronavirus ist für mich ...



Besorgnis

Das neuartige Coronavirus ist für mich ...



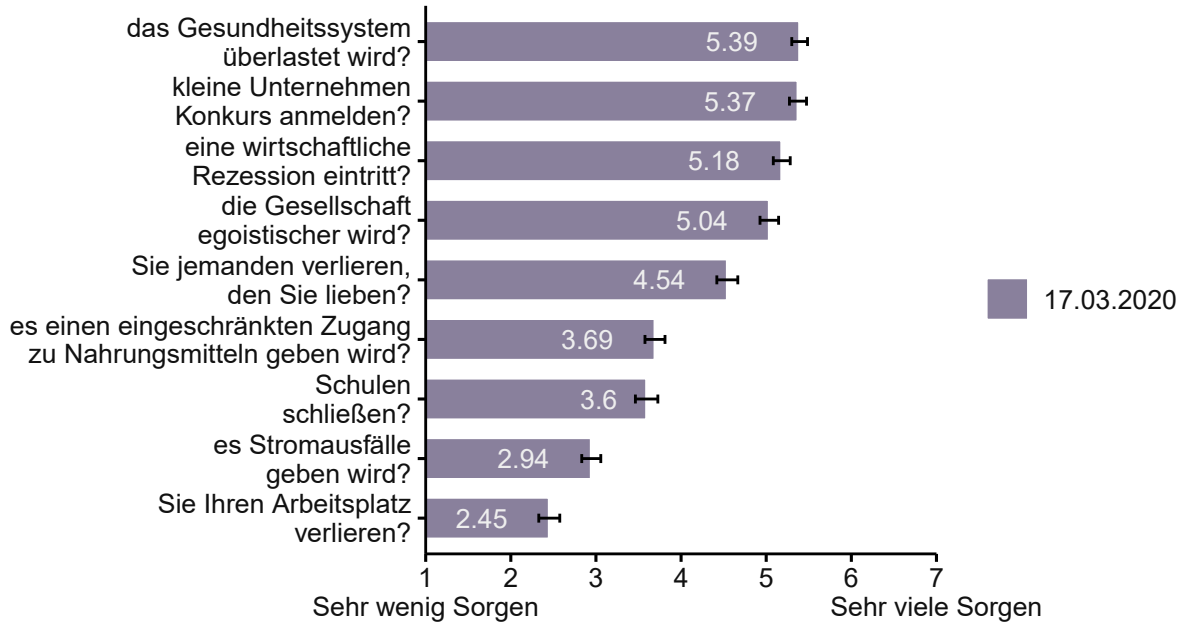
4.3 Sorgen und Ängste

Diese Fragen sind in der aktuellen Welle 3 hinzugefügt worden. Hier wird v.a. die Veränderung über die Zeit zu betrachten sein.

Wie viele Sorgen machen Sie sich, dass...

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

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.

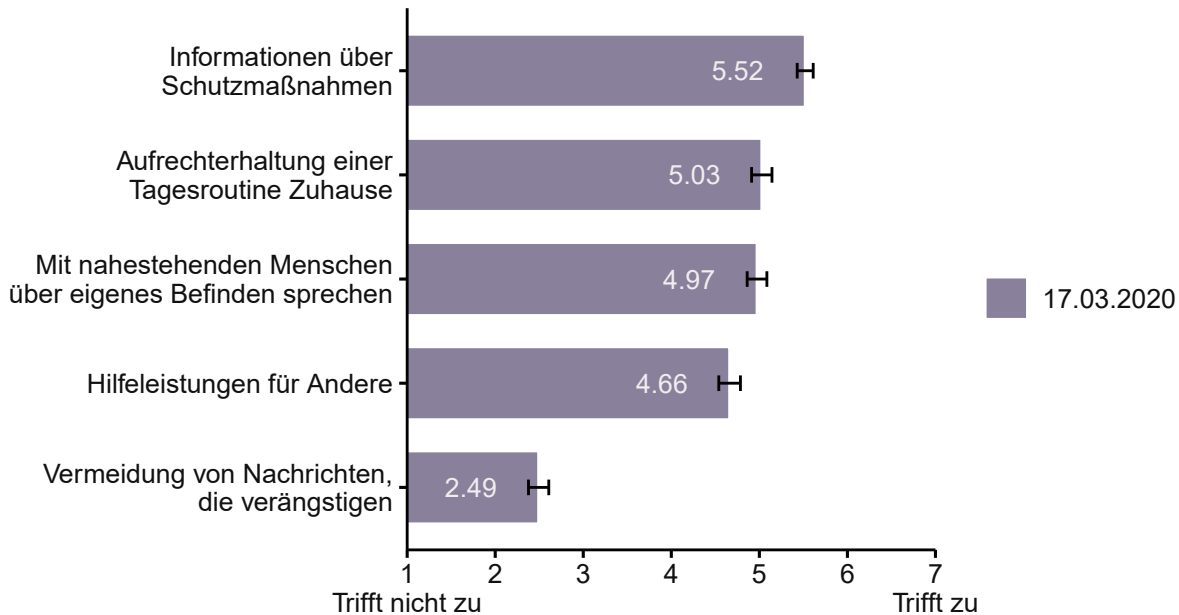


Umgang mit der Situation

Diese Fragen sind in der aktuellen Welle 3 hinzugefügt worden.

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

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



Zusammenhänge zwischen Besorgnis und Umgang mit der Situation

Folgende Analysen untersuchen, wie stark generelle Besorgnis mit verschiedenen Möglichkeiten, mit der Situation umzugehen, 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 die Daten der dritten Erhebungswelle.

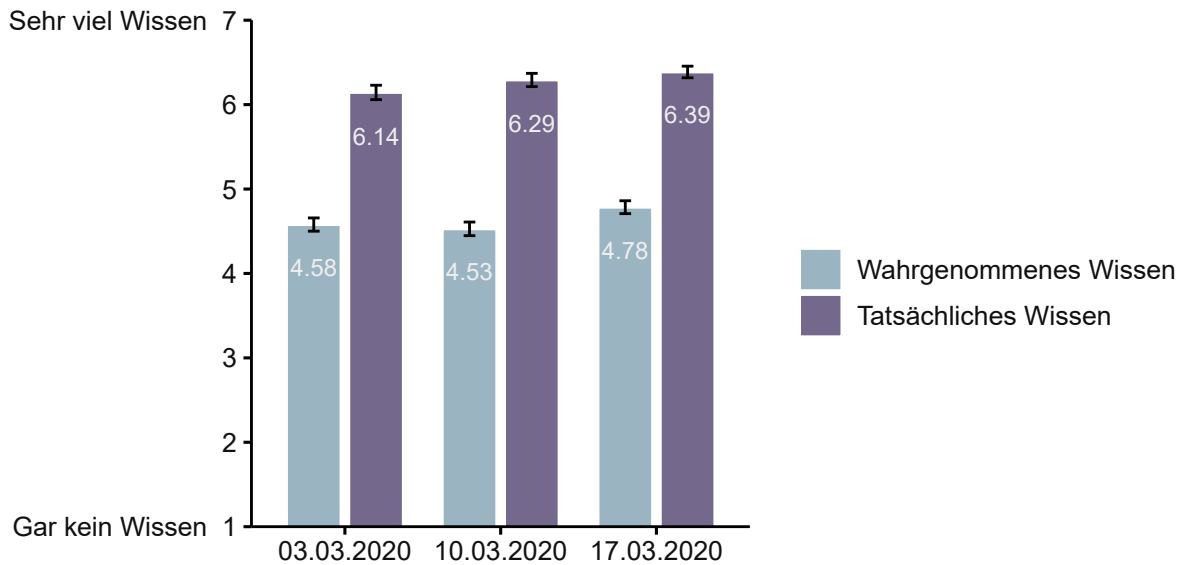
- Besorgt sein und Vermeidung angsteinflößender Nachrichten zur aktuellen Situation: -0.15
- Besorgt sein und Planung eines täglichen Ablaufs, auch wenn man Zuhause ist: 0.19
- Besorgt sein und mit nahestehenden Personen über persönliches Befinden reden: 0.23
- Besorgt sein und Unterstützung anderer: 0.07
- Besorgt sein und sich über Schutzmaßnahmen informieren: 0.29

4.4 Gefühltes und echtes Wissen

Die folgende Grafik zeigt den aktuellen Stand und die Veränderung des selbst eingeschätzten und tatsächlichen mittleren Wissens zu COVID-19. Achtung, selbst eingeschätztes Wissen wurde allgemein abgefragt, tatsächliches Wissen sind 3 Wissensfragen zu Behandlungsoptionen, Übertragung und Inkubationszeit. Das gefühlte Wissen ist etwas gestiegen seit der Vorwoche.

Wahrgenommener Wissensstand und tatsächliches Wissen über COVID-19

Der selbsteingeschätzte Wissensstand wurde auf einer Skala von 1 (gar kein Wissen) bis 7 (sehr viel Wissen) erfasst. Tatsächliches Wissen wurde über Kenntnisse zu Behandlungsoptionen, Übertragung und Inkubationszeit ermittelt. Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



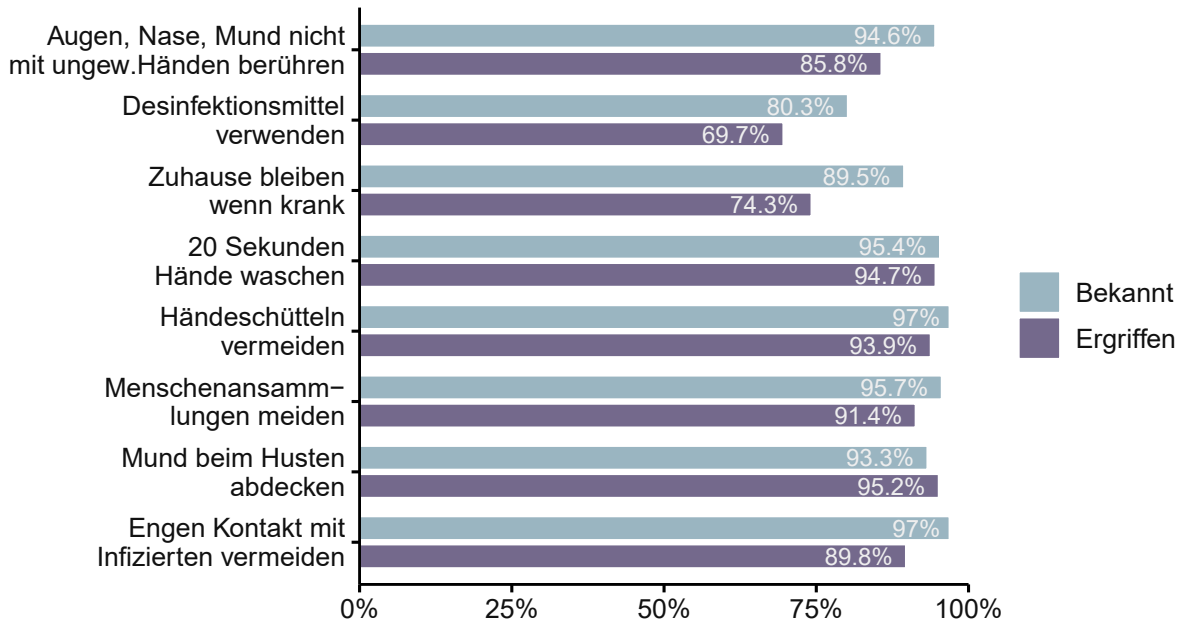
Hinweis: Die Berechnung des Scores für das tatsächliche Wissen wurde rückwirkend für alle Wellen angepasst (ab Welle 3 aus drei anstelle von vier Items, da ein Item aus dem Fragebogen entfernt wurde).

- Selbst eingeschätztes Wissen und tatsächliches Wissen über COVID-19 (die Scoreberechnung für das tatsächliche Wissen wurde angepasst): 0.14

4.5 Wirksame Schutzmaßnahmen kennen und ergreifen

Präventivmaßnahmen kennen und ergreifen

Anteil der Personen, die (a) Präventivmaßnahmen korrekt erkannt haben und (b) diese tatsächlich einsetzen (falls anwendbar).
Ergebnisse der aktuellen Welle (17.03.2020)



4.6 Wissen ist nicht gleich Handeln

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 Werten auf der anderen Variable auftreten. Fettdruck zeigt statistisch bedeutsame Zusammenhänge an.

- Wirksame Schutzmaßnahmen kennen und ausführen (Berechnung des Scores basiert auf den in der Welle jeweils erhobenen Items): 0.26
- häufiger Hände waschen kennen und ausführen (nur Welle 1 und 2): 0.36
- Augen, Nase und Mund mit ungewaschenen Händen nicht berühren: 0.33
- Zuhause bleiben, wenn man krank ist: 0.25
- Desinfektionsmittel verwenden: 0.38
- Mund beim Husten bedecken: 0.34
- Engen Kontakt mit infizierten Personen vermeiden: 0.15

- Orte meiden, an denen sich viele Menschen aufhalten: 0.29
- 20 Sekunden Händewaschen (ab Welle 2): 0.53
- Händeschütteln vermeiden (nicht Welle 1): 0.4

5 Was die Risikowahrnehmung beeinflusst

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

Wahrscheinlichkeit

Wie hoch schätzen Sie Ihre Wahrscheinlichkeit ein, dass Sie sich mit dem neuartigen Coronavirus infizieren? Erfasst auf einer Skala von 1-7: extrem unwahrscheinlich - extrem wahrscheinlich.

Eine eher höhere Erkrankungswahrscheinlichkeit nehmen Personen wahr, die jünger (!) sind, chronisch krank, denken oder wissen, dass sie oder Personen in ihrem näheren Umfeld infiziert sind bzw. sein könnten, die das Coronavirus als nah und sich schnell ausbreitend wahrnehmen, die Webseiten der Gesundheitsbehörden zur Informationssuche nutzen, häufig Informationen dazu suchen, sich nicht als und eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung haben.

Schweregrad

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

Ältere und chronisch kranke Menschen denken eher als junge und gesunde, dass die Erkrankung für sie schwerwiegend ist. Wer denkt, dass er infiziert ist oder sein könnte, hält die Erkrankung für weniger schwerwiegend, ebenso wer den Ausbruch für einen Medienhype hält.

Anfälligkeit

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

Wer chronisch krank ist, denkt, dass er infiziert ist oder sein könnte, das Ausbruchsgeschehen nicht als Medienhype wahrnimmt, das Virus als nah wahrnimmt, eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung hat nimmt sich als anfälliger wahr.

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

Variablen im Modell: Alter, Geschlecht, Bildung, Arbeit im Gesundheitssektor, chronische Erkrankung, ein Kind haben unter 18, Gemeindegröße, Vertrauen in die Behörden, Vertrauen in den Gesundheitssektor, Vertrauen in den Arbeitgeber, Relevanz verschiedener Medien und Informationsquellen (für eine komplette Liste siehe Daten im Detail), verschiedene affektive Aspekte (Angst, Sorge, Dominanz des Themas, Hilflosigkeit), verschiedene Aspekte bezogen auf die Wahrnehmung des Virus (wahrgenommene Nähe, Ausbreitungsgeschwindigkeit, Neuheit), gefühltes und echtes Wissen (COVID-19, Schutzmaßnahmen), Selbstwirksamkeit und wahrgenommene Sicherheit in Bezug auf effektive Schutzmaßnahmen, Wahrnehmung des Ausbruchs als Medienhype, Neigung zu verschwörungstheoretischem Denken, Häufigkeit der Informationssuche über Corona, Infizierte im persönlichen Umfeld (bestätigt und unbestätigt vs. nicht), eigene Infektion mit dem Coronavirus (bestätigt oder nicht vs. nicht).

Insgesamt lässt sich zwischen 29% und 34% der Verhaltensvarianz durch die untersuchten Faktoren aufklären (R^2). Das heißt, dass es noch einige andere, bisher nicht erfasste Faktoren gibt, die das Verhalten beeinflussen.

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

	Wahrscheinlichkeit ¹				Schweregrad ²				Anfälligkeit ³			
	Beta	CI-	CI+	p	Beta	CI-	CI+	p	Beta	CI-	CI+	p
Wahrgenommene Nähe	0.11	0.035	0.191	.005					0.12	0.044	0.197	.002
Angst					0.24	0.149	0.337	<.001	0.08	0.004	0.163	.041
Wahrgenommener Medienhype	-0.06	-0.133	0.010	.092	-0.24	-0.303	-0.168	<.001	-0.19	-0.262	-0.120	<.001
Wahrgenommene Ausbreitungsgeschwindigkeit	0.11	0.035	0.177	.004								
Psychische Dominanz des Themas					-0.12	-0.201	-0.041	.003				
Sorge	0.07	-0.009	0.152	.083	0.10	0.010	0.193	.030				
Alter	-0.15	-0.218	-0.075	<.001	0.18	0.106	0.245	<.001				
Chronisch krank (vs. nicht chronisch krank)	0.08	0.017	0.152	.015	0.23	0.163	0.293	<.001	0.26	0.196	0.330	<.001
Überzeugug zu Verschwörungstheorien					0.07	0.001	0.130	.048	0.07	0.003	0.136	.041
Schulbildung: Abitur vs. 9 Jahre									-0.01	-0.119	0.108	.922
Schulbildung: 10+ Jahre (ohne Abitur) vs. 9 Jahre									-0.07	-0.186	0.039	.198
Selbstwirksamkeitserwartung	-0.33	-0.407	-0.261	<.001	-0.07	-0.136	-0.003	.041	-0.23	-0.297	-0.159	<.001
Häufigkeit der Informationssuche	0.13	0.052	0.208	.001					0.08	0.003	0.166	.043
Geschlecht: weiblich	-0.05	-0.123	0.013	.113								
Infizierte im persönlichen Umfeld	0.07	0.004	0.141	.039	0.05	-0.015	0.116	.133				
Selbst infiziert (vs. Selbst nicht infiziert)	0.07	0.002	0.137	.044	-0.07	-0.134	-0.005	.036	0.07	0.004	0.136	.037
Mittleres Wissen COVID-19	0.06	-0.012	0.126	.108								
Wissen über effektive Schutzmaßnahmen	-0.06	-0.135	0.008	.083	-0.07	-0.136	-0.002	.042	-0.08	-0.151	-0.015	.017
Wahrgenommenes Wissen									0.09	0.019	0.164	.014
Wahrgenommenes Vorbereitetsein	0.12	0.047	0.194	.001								
Private Radiosender	0.07	-0.021	0.161	.132								

Private Fernsehsender	-0.09	-0.186	0.000	.051								
Social Media					0.05	-0.018	0.117	.149				
Öffentlich-rechtliche Radiosender									-0.10	-0.174	-0.022	.012
Webseiten der Gesundheitsbehörden	0.09	0.014	0.158	.020	0.06	-0.004	0.128	.065	0.08	0.005	0.152	.037
Vertrauen in den Arbeitgeber									-0.10	-0.170	-0.033	.004

¹ R² = .294, Adj. R² = .276

² R² = .335, Adj. R² = .322

³ R² = .292, Adj. R² = .276

5.1 Risikowahrnehmung Corona vs. Influenza

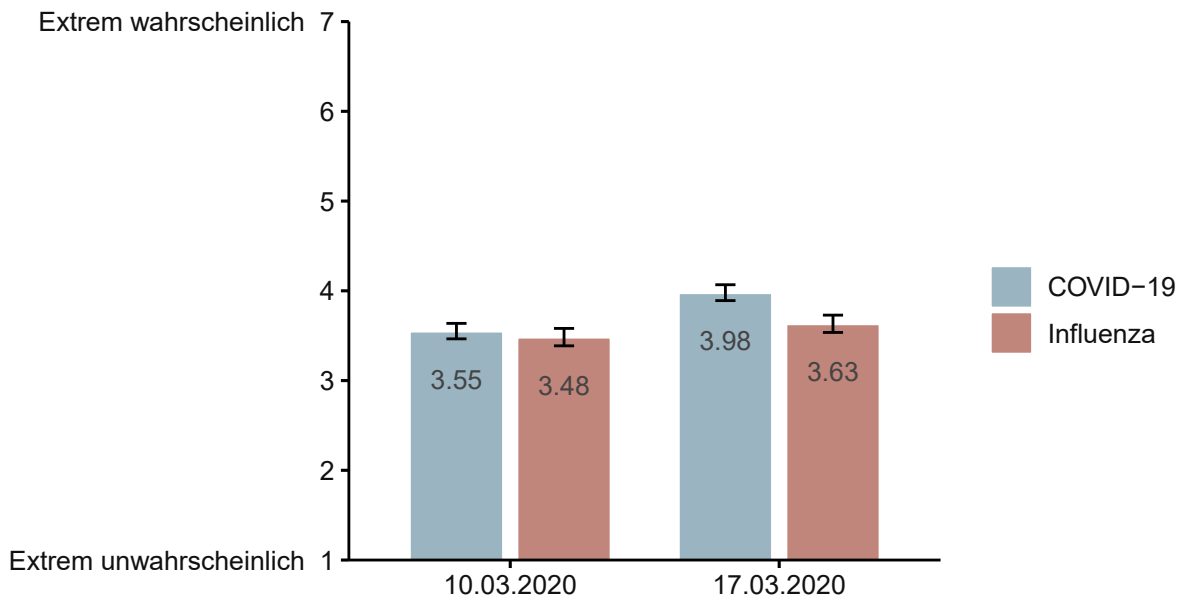
Es wird häufig der Vergleich zu Influenza diskutiert. Wie nimmt die Bevölkerung die Risiken wahr?

- Die Befragten denken sie sind anfälliger für Corona als für Grippe und halten Corona für eine schwerere Erkrankung. Der Unterschied zu Grippe ist diese Woche stärker geworden.
- Die Erkrankungswahrscheinlichkeit wird diese Woche für Corona im Vergleich zur Grippe als höher eingeschätzt. Letzte Woche wurde die Erkrankungswahrscheinlichkeit für beide Krankheiten noch als gleich eingeschätzt.

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

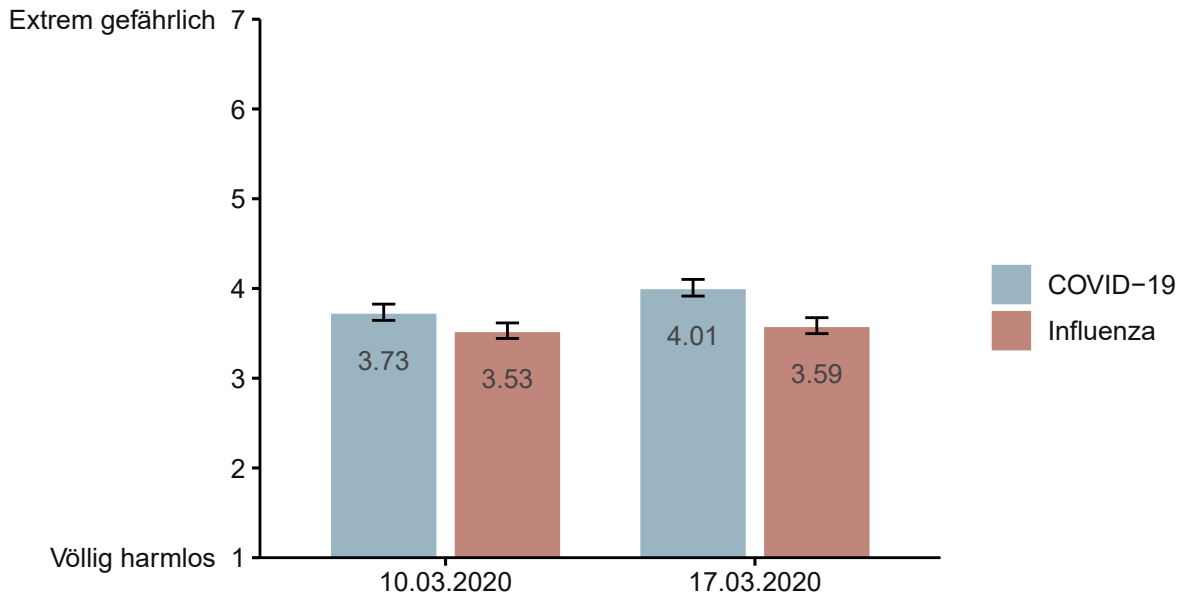
Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle

Bewertet auf einer Skala von 1 (extrem unwahrscheinlich)
bis 7 (extrem wahrscheinlich)



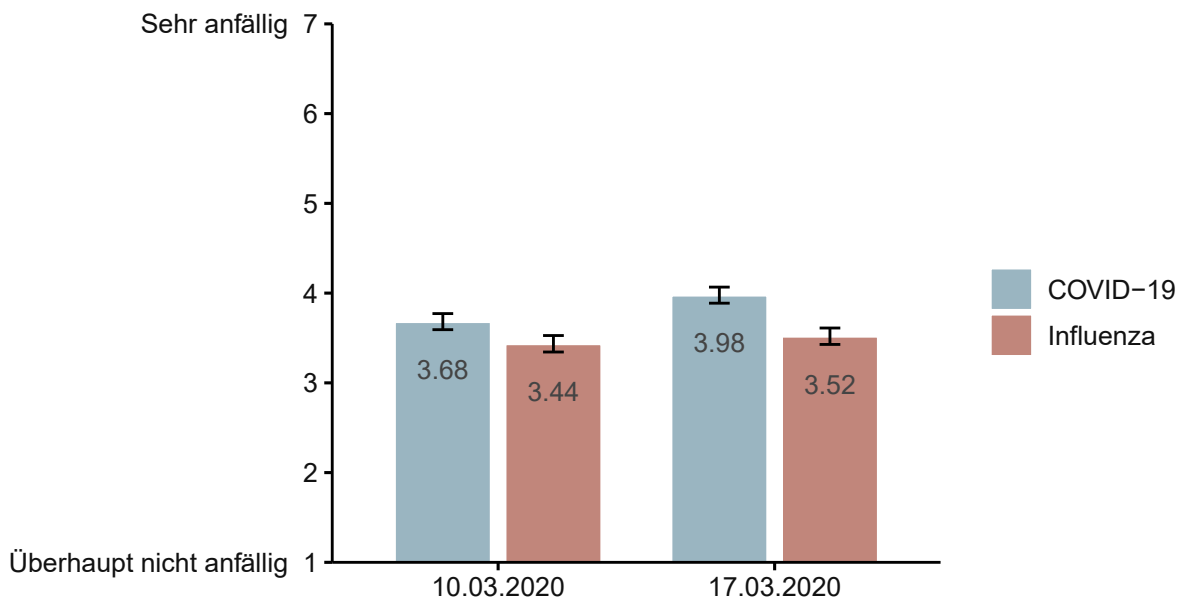
COVID-19 vs. Influenza (2): Angenommener Schweregrad einer Erkrankung

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 vor allem Personen mit geringerer Schulbildung ergriffen, die viel über Schutzmaßnahmen wissen, die Krankheit als schwerwiegend einschätzen, die selbst sicher oder möglicherweise Infizierte im eigenen Umfeld haben, die weiblich sind und für die die Webseiten der Gesundheitsbehörden relevant sind. Wer selbst denkt oder weiß, dass er infiziert ist, gibt an, weniger Schutzverhalten ergriffen zu haben.

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

Variablen im Modell: Alter, Geschlecht, Bildung, Arbeit im Gesundheitssektor, chronische Erkrankung, ein Kind haben unter 18, Gemeindegröße, Vertrauen in die Behörden, Vertrauen in den Gesundheitssektor, Vertrauen in den Arbeitgeber, Relevanz verschiedener Medien und Informationsquellen (für eine komplette Liste siehe Daten im Detail), Risikowahrnehmung (Wahrscheinlichkeit, Anfälligkeit, Schweregrad), verschiedene affektive Aspekte (Angst, Sorge, Dominanz des Themas, Hilflosigkeit), verschiedene Aspekte bezogen auf die Wahrnehmung des Virus (wahrgenommene Nähe, Ausbreitungsgeschwindigkeit, Neuheit), gefühltes und echtes Wissen (COVID-19, Schutzmaßnahmen), Selbstwirksamkeit und wahrgenommene Sicherheit in Bezug auf effektive Schutzmaßnahmen, Wahrnehmung des Ausbruchs als Medienhype, Neigung zu verschwörungstheoretischem Denken, Häufigkeit der Informationssuche über Corona, Infizierte im persönlichen Umfeld (bestätigt und unbestätigt vs. nicht), eigene Infektion mit dem Coronavirus (bestätigt oder nicht vs. nicht).

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

	Schutzverhalten ¹			
	Beta	CI-	CI+	p
Ernsthaftigkeit der Erkrankung	0.10	0.024	0.183	.011
Geschlecht: weiblich	0.08	0.012	0.157	.023
Schulbildung: 10+ Jahre (ohne Abitur) vs. 9 Jahre	-0.10	-0.220	0.023	.113
Schulbildung: Abitur vs. 9 Jahre	-0.13	-0.252	-0.006	.041
Selbst infiziert (vs. Selbst nicht infiziert)	-0.06	-0.131	0.014	.112
Infizierte im persönlichen Umfeld	0.08	0.009	0.153	.029
Wahrgenommener Medienhype	0.11	0.033	0.185	.005
Angst	0.07	-0.008	0.156	.078
Wahrgenommene Neuartigkeit der Krankheit	0.06	-0.013	0.142	.103
Mittleres Wissen COVID-19	0.12	0.044	0.192	.002
Wissen über effektive Schutzmaßnahmen	0.24	0.163	0.315	<.001
Webseiten der Gesundheitsbehörden	0.12	0.041	0.190	.002
Vertrauen in den Arbeitgeber	0.06	-0.013	0.131	.111

¹ R² = .177, Adj. R² = .160

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 vor allem Personen, die wenig Wissen über effektive Schutzmaßnahmen besitzen, jedoch mehr gefühltes Wissen besitzen, die selbst sicher oder möglicherweise Infizierte im eigenen Umfeld haben, für die öffentlich-rechtliches Fernsehen eine weniger relevant Quelle ist, die das Virus als nah empfinden. Chronisch Kranke zeigen weniger Aktionismus.

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

Variablen im Modell: Alter, Geschlecht, Bildung, Arbeit im Gesundheitssektor, chronische Erkrankung, ein Kind haben unter 18, Gemeindegröße, Vertrauen in die Behörden, Vertrauen in den Gesundheitssektor, Vertrauen in den Arbeitgeber, Relevanz verschiedener Medien und Informationsquellen (für eine komplette Liste siehe Daten im Detail), Risikowahrnehmung (Wahrscheinlichkeit, Anfälligkeit, Schweregrad), verschiedene affektive Aspekte (Angst, Sorge, Dominanz des Themas, Hilflosigkeit), verschiedene Aspekte bezogen auf die Wahrnehmung des Virus (wahrgenommene Nähe, Ausbreitungsgeschwindigkeit, Neuheit), gefühltes und echtes

Wissen (COVID-19, Schutzmaßnahmen), Selbstwirksamkeit und wahrgenommene Sicherheit in Bezug auf effektive Schutzmaßnahmen, Wahrnehmung des Ausbruchs als Medienhype, Neigung zu verschwörungstheoretischem Denken, Häufigkeit der Informationssuche über Corona, Infizierte im persönlichen Umfeld (bestätigt und unbestätigt vs. nicht), eigene Infektion mit dem Coronavirus (bestätigt oder nicht vs. nicht).

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

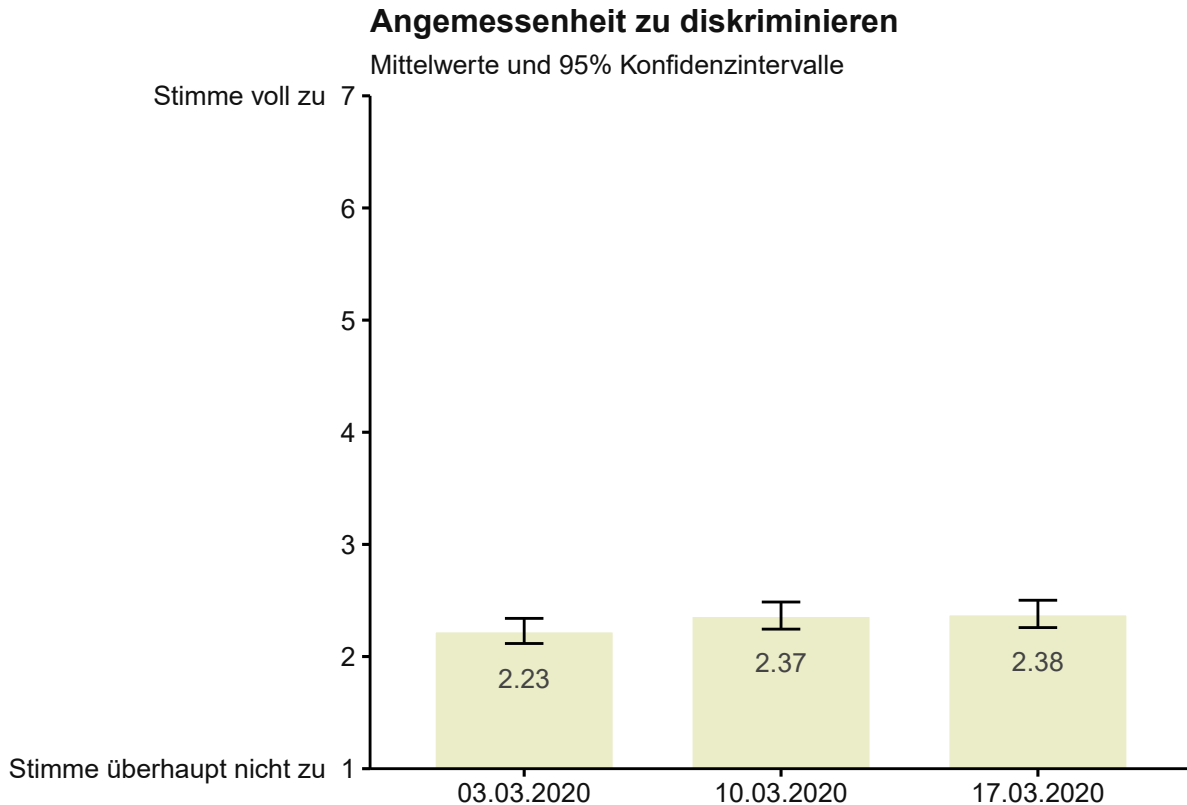
	Aktionismus ¹			
	Beta	CI-	CI+	p
Ernsthaftigkeit der Erkrankung	0.11	0.031	0.180	.006
Chronisch krank (vs. nicht chronisch krank)	-0.06	-0.134	0.011	.097
Infizierte im persönlichen Umfeld	0.07	0.001	0.139	.048
Wahrgenommenes Wissen	0.13	0.062	0.206	<.001
Wahrgenommene Nähe	0.13	0.055	0.204	.001
Wahrgenommene Ausbreitungsgeschwindigkeit	-0.10	-0.174	-0.025	.009
Mittleres Wissen COVID-19	0.06	-0.010	0.135	.091
Wissen über effektive Schutzmaßnahmen	-0.36	-0.433	-0.281	<.001
Öffentlich-rechtliche Fernsehsender	-0.13	-0.230	-0.022	.018
Websites oder Online-News-Seiten	0.08	0.002	0.149	.045
Öffentlich-rechtliche Radiosender	0.11	0.013	0.215	.028

¹ R² = .204, Adj. R² = .190

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 gleichbleibend 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, für die Webseiten der Gesundheitsbehörden besonders relevant sind, die eher zu Verschwörungstheorien neigen und die sich unsicher sind, wie sie sich schützen können. Welche Rolle der Hang zu Verschwörungstheorien hier spielt ist unklar.

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, Arbeit im Gesundheitssektor, chronische Erkrankung, ein Kind haben unter 18, Gemeindegröße, Vertrauen in die Behörden, Vertrauen in den Gesundheitssektor, Vertrauen in den Arbeitgeber, Relevanz verschiedener Medien und Informationsquellen (für eine komplette Liste siehe Daten im Detail), Risikowahrnehmung (Wahrscheinlichkeit, Anfälligkeit, Schweregrad), verschiedene affektive Aspekte (Angst, Sorge, Dominanz des Themas, Hilflosigkeit), verschiedene Aspekte bezogen auf die Wahrnehmung des Virus (wahrgenommene Nähe, Ausbreitungsgeschwindigkeit, Neuheit), gefühltes und echtes Wissen (COVID-19, Schutzmaßnahmen), Selbstwirksamkeit und wahrgenommene Sicherheit in Bezug auf effektive Schutzmaßnahmen, Wahrnehmung des Ausbruchs als Medienhype, Neigung zu verschwörungstheoretischem Denken, Häufigkeit der Informationssuche über Corona, Infizierte im persönlichen Umfeld (bestätigt und unbestätigt vs. nicht), eigene Infektion mit dem Coronavirus (bestätigt oder nicht vs. nicht).

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

	Menschen aus betroffenen Gebieten gemieden			
	OR	CI-	CI+	p
(Intercept)	0.29	0.123	0.681	.005
Geschlecht: weiblich	1.33	0.946	1.856	.101
Selbst infiziert (vs. Selbst nicht infiziert)	0.54	0.282	0.993	.056
Überzeugug zu Verschwörungstheorien	1.17	1.041	1.324	.009
Webseiten der Gesundheitsbehörden	3.25	1.805	5.913	<.001
Wahrgenommenes Vorbereitetsein	0.84	0.744	0.953	.007

6.4 Vorsorgliche Einkäufe (“Hamsterkäufe”)

In den Medien wird viel über “Hamsterkäufe” berichtet. Hier wird untersucht, welche Faktoren damit zusammenhängen, ob Personen vorsorglich Lebensmittel gekauft haben.

Ca. 12% geben an, Kauf von Lebensmittelvorräten in großem Umfang betrieben zu haben. Die Wahrscheinlichkeit für vermehrtes Kaufen von Nahrungsmitteln (Hamsterkäufe) ist vor allem höher bei Personen, die private Medien konsumieren und vermehrt nach Informationen suchen.

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, Arbeit im Gesundheitssektor, chronische Erkrankung, ein Kind haben unter 18, Gemeindegröße, Vertrauen in die Behörden, Vertrauen in den Gesundheitssektor, Vertrauen in den Arbeitgeber, Relevanz verschiedener Medien und Informationsquellen (für eine komplette Liste siehe Daten im Detail), Risikowahrnehmung (Wahrscheinlichkeit, Anfälligkeit, Schweregrad), verschiedene affektive Aspekte (Angst, Sorge, Dominanz des Themas, Hilflosigkeit), verschiedene Aspekte bezogen auf die Wahrnehmung des Vorus (wahrgenommene Nähe, Ausbreitungsgeschwindigkeit, Neuheit), gefühltes und echtes Wissen (COVID-19, Schutzmaßnahmen), Selbstwirksamkeit und wahrgenommene Sicherheit in Bezug auf effektive Schutzmaßnahmen, Wahrnehmung des Ausbruchs als Medienhype, Neigung zu verschwörungstheoretischem Denken, Häufigkeit der Informationssuche über Corona, Infizierte im persönlichen Umfeld (bestätigt und unbestätigt vs. nicht), eigene Infektion mit dem Coronavirus (bestätigt oder nicht vs. nicht).

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

	Kauf von Nahrungsmitteln			
	OR	CI-	CI+	p
(Intercept)	2.12	0.147	29.257	.576
Wahrscheinlichkeit zu erkranken	0.85	0.702	1.021	.083
Ernsthaftigkeit der Erkrankung	1.36	1.101	1.697	.005
Geschlecht: weiblich	1.57	0.938	2.665	.087
Chronisch krank (vs. nicht chronisch krank)	0.43	0.219	0.796	.010
Wahrgenommener Medienhype	0.73	0.599	0.876	.001
Angst	0.84	0.674	1.057	.138
Sorge	1.27	0.999	1.637	.055
Wahrgenommene Hilflosigkeit	0.83	0.683	1.016	.070
Überzeugug zu Verschwörungstheorien	0.83	0.680	1.002	.053
Mittleres Wissen COVID-19	2.84	0.711	12.800	.155
Wissen über effektive Schutzmaßnahmen	0.27	0.056	1.308	.100
Öffentlich-rechtliche Fernsehsender	0.22	0.066	0.667	.009
Tages- oder Wochenzeitungen	0.33	0.085	1.268	.108
Private Fernsehsender	0.23	0.045	1.085	.067
Magazine	3.74	1.002	13.691	.047
Social Media	3.43	0.953	12.094	.057
Private Radiosender	8.58	1.829	40.974	.007
Vertrauen in den Arbeitgeber	0.86	0.734	0.994	.044
Häufigkeit der Informationssuche	1.32	1.059	1.649	.015
Keine Kinder unter 18 Jahren	0.51	0.304	0.855	.010
Selbstwirksamkeitserwartung	0.82	0.673	0.993	.043

6.5 Homeoffice und Reisen absagen

Welche Faktoren hängen damit zusammen, ob bestimmte Maßnahmen der Pandemie-Eindämmung und sozialen Distanzierung ergriffen werden? Hier werden exemplarisch das Arbeiten von zuhause (Homeoffice) und Reisestornierungen betrachtet.

Frage: Als nächstes würden wir gerne wissen, ob Sie folgende Verhaltensweisen umgesetzt haben oder planen, diese umzusetzen. Von Zuhause aus arbeiten, Reisen absagen; (das habe ich bereits getan vs. Ich habe vor, das zu tun oder Ich habe nicht vor, das zu tun).

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

Die Wahrscheinlichkeit für Arbeiten im Homeoffice steigt mit höherer Bildung, mehr Vertrauen in den Arbeitgeber und mehr Vertrauen in sich selbst, gut und richtig mit dem neuartigen Coronavirus umzugehen. Sie ist geringer für Personen, die im Gesundheitswesen arbeiten und für chronisch Kranke.

Die Wahrscheinlichkeit für das Absagen von Reisen ist höher, wenn man sicher oder möglicherweise Infizierte im persönlichen Umfeld hat, eher die Webseiten der Gesundheitsbehörden oder private Radiosender als relevante Informationsquellen nutzt, Angst hat, älter oder weiblich ist.

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. Homeoffice) 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.

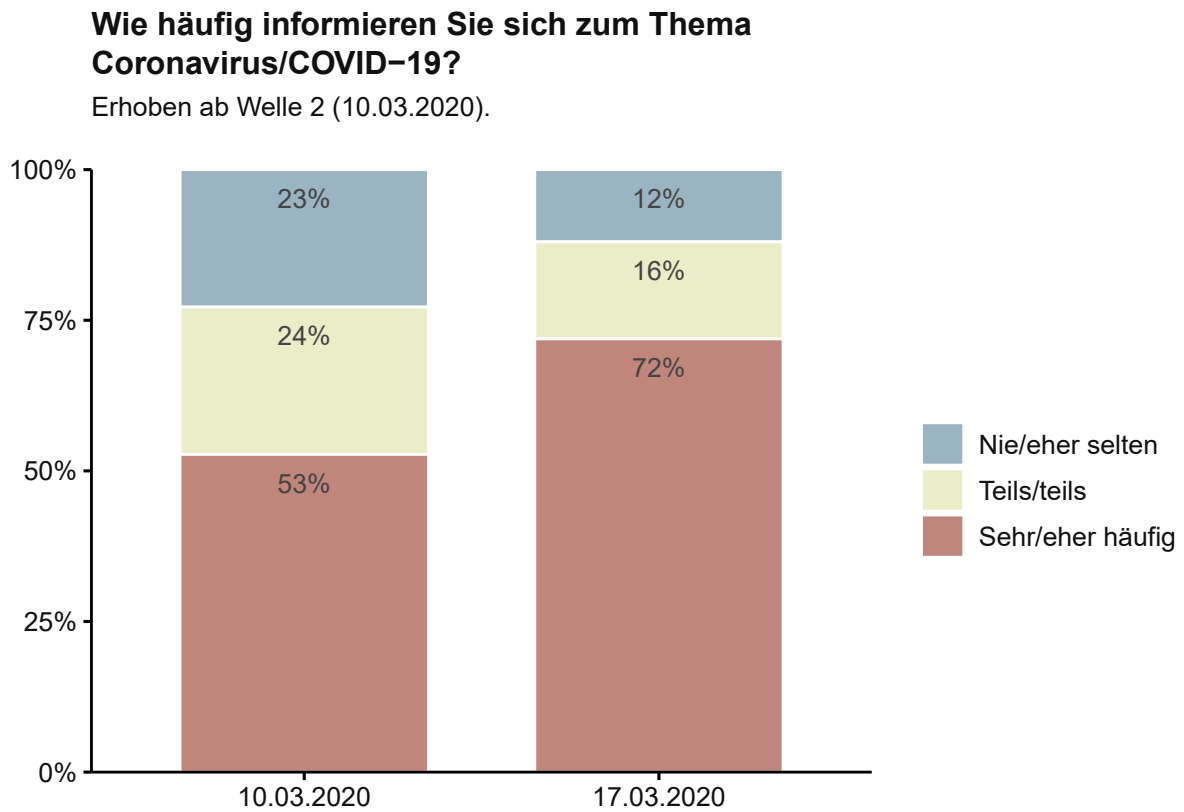
Variablen im Modell: Alter, Geschlecht, Bildung, Arbeit im Gesundheitssektor, chronische Erkrankung, ein Kind haben unter 18, Gemeindegröße, Vertrauen in die Behörden, Vertrauen in den Gesundheitssektor, Vertrauen in den Arbeitgeber, Relevanz verschiedener Medien und Informationsquellen (für eine komplette Liste siehe Daten im Detail), Risikowahrnehmung (Wahrscheinlichkeit, Anfälligkeit, Schweregrad), verschiedene affektive Aspekte (Angst, Sorge, Dominanz des Themas, Hilflosigkeit), verschiedene Aspekte bezogen auf die Wahrnehmung des Virus (wahrgenommene Nähe, Ausbreitungsgeschwindigkeit, Neuheit), gefühltes und echtes Wissen (COVID-19, Schutzmaßnahmen), Selbstwirksamkeit und wahrgenommene Sicherheit in Bezug auf effektive Schutzmaßnahmen, Wahrnehmung des Ausbruchs als Medienhype, Neigung zu verschwörungstheoretischem Denken, Häufigkeit der Informationssuche über Corona, Infizierte im persönlichen Umfeld (bestätigt und unbestätigt vs. nicht), eigene Infektion mit dem Coronavirus (bestätigt oder nicht vs. nicht).

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

	Zuhause bleiben				Reisen absagen			
	OR	CI-	CI+	p	OR	CI-	CI+	p
(Intercept)	0.02	0.006	0.094	<.001	0.05	0.018	0.131	<.001
Angst					1.14	1.028	1.275	.014
Wahrgenommene Ausbreitungsgeschwindigkeit	1.10	0.970	1.256	.141				
Sorge	1.11	0.976	1.258	.118				
Alter					1.02	1.004	1.029	.010
Chronisch krank (vs. nicht chronisch krank)	0.57	0.376	0.842	.006	0.73	0.509	1.058	.099
Schulbildung: Abitur vs. 9 Jahre	2.24	1.169	4.540	.019				
Schulbildung: 10+ Jahre (ohne Abitur) vs. 9 Jahre	1.63	0.828	3.384	.172				
Selbstwirksamkeitserwartung	1.18	1.029	1.347	.018				
Häufigkeit der Informationssuche	1.12	0.974	1.287	.113	1.12	0.979	1.283	.099
Geschlecht: weiblich					1.46	1.054	2.036	.023
Beruf im Gesundheitssektor	0.24	0.111	0.476	<.001				
Infizierte im persönlichen Umfeld	1.59	0.968	2.600	.065	2.26	1.388	3.742	.001
Wahrgenommenes Wissen					1.11	0.966	1.281	.139
Gespräche im Familien- / Freundes- oder Kollegenkreis	0.25	0.099	0.596	.002				
Magazine	2.05	0.894	4.745	.091				
Private Radiosender					3.59	1.376	9.566	.010
Private Fernsehsender					0.48	0.188	1.223	.126
Suchmaschinen	0.40	0.153	1.035	.061	0.48	0.201	1.120	.090
Webseiten der Gesundheitsbehörden					2.37	1.266	4.450	.007
Vertrauen in den Arbeitgeber	1.24	1.109	1.380	<.001				

7 Informationsverhalten

7.1 Häufigkeit

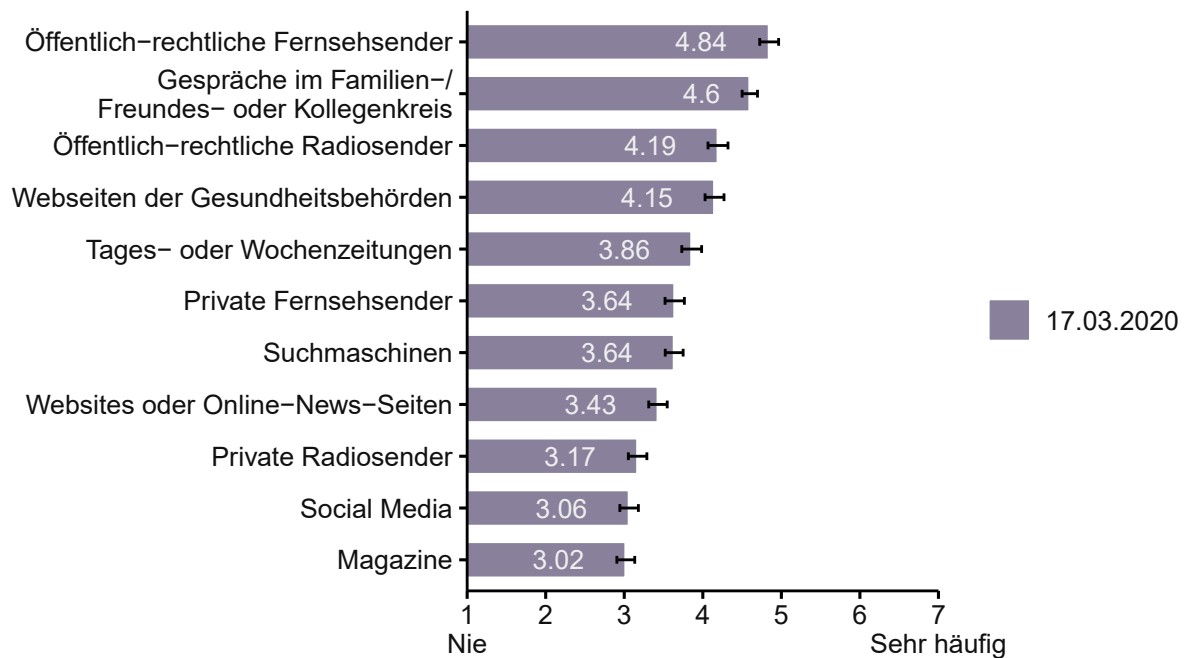


7.2 Nutzung

Bitte bewerten Sie nachfolgende Informationsquellen: Wie häufig nutzen Sie die folgenden Informationsquellen, um sich über das neuartige Coronavirus zu informieren?

Nutzungshäufigkeit der Informationsquellen

Bewertet auf einer Skala von 1 (nie) bis 7 (sehr häufig).
Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle



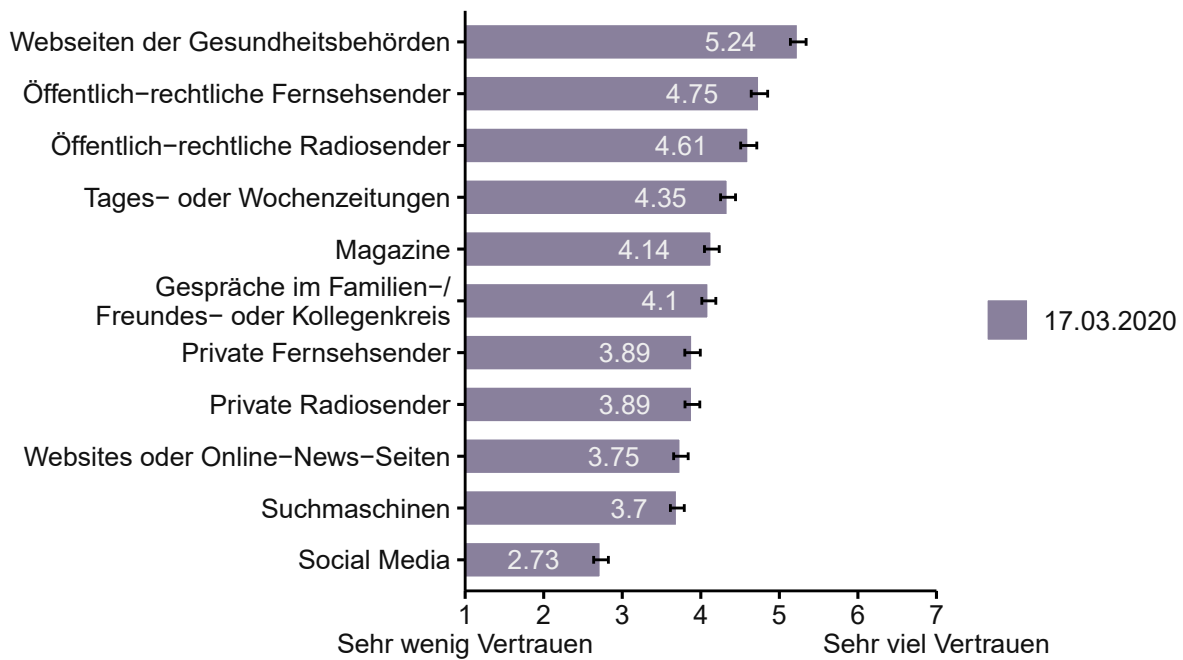
9.6 Prozent Befragungsteilnehmende nutzten andere Quellen (Nutzungshäufigkeit: $M = 3.36$).

7.3 Vertrauen

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

Vertrauen in Informationsquellen

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



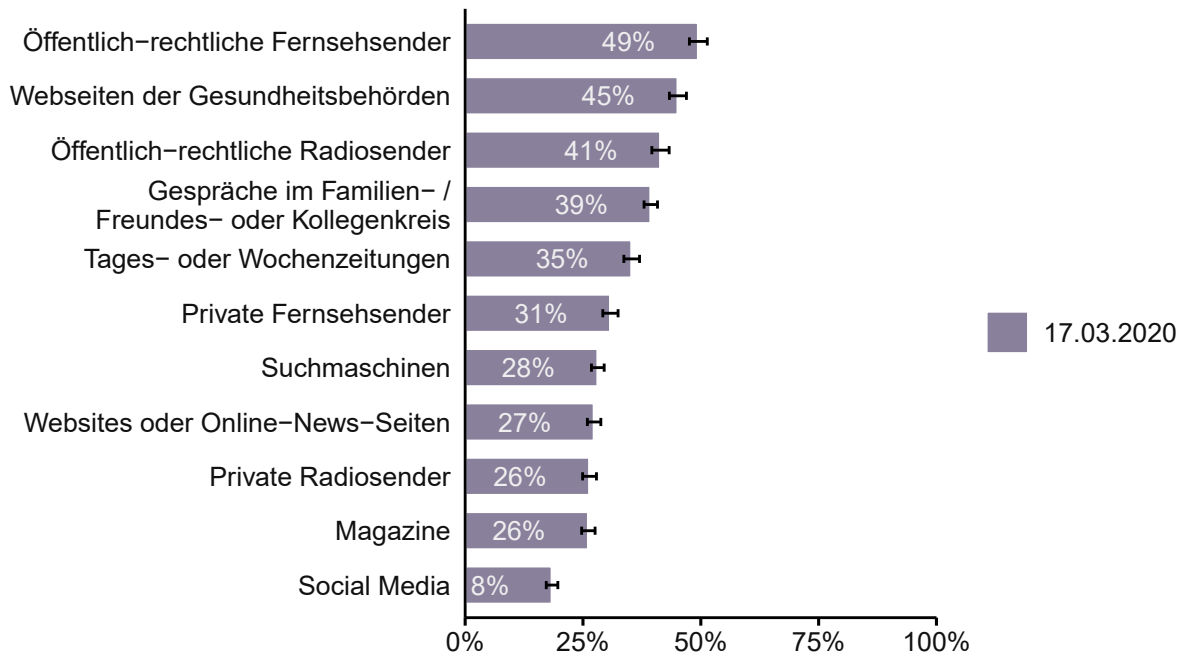
10 Prozent Befragungsteilnehmende gaben ihr Vertrauen in andere Quellen an (Vertrauen: $M = 3.91$).

7.4 Relevanz

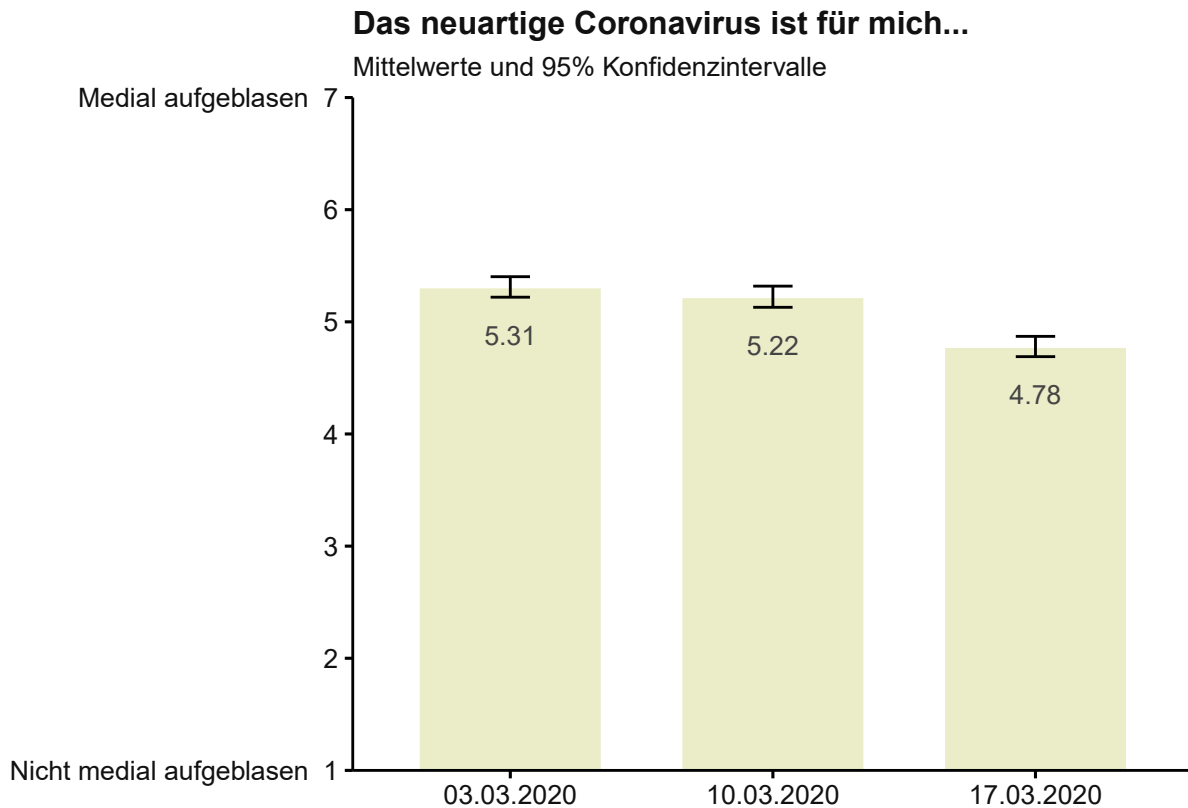
Relevanz: mathematisches Produkt aus Nutzung und Vertrauen

Relevanz der Informationsquellen

Nutzung gewichtet mit der Zuverlässigkeit.
Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle.



7.5 Corona als Medien-Hype



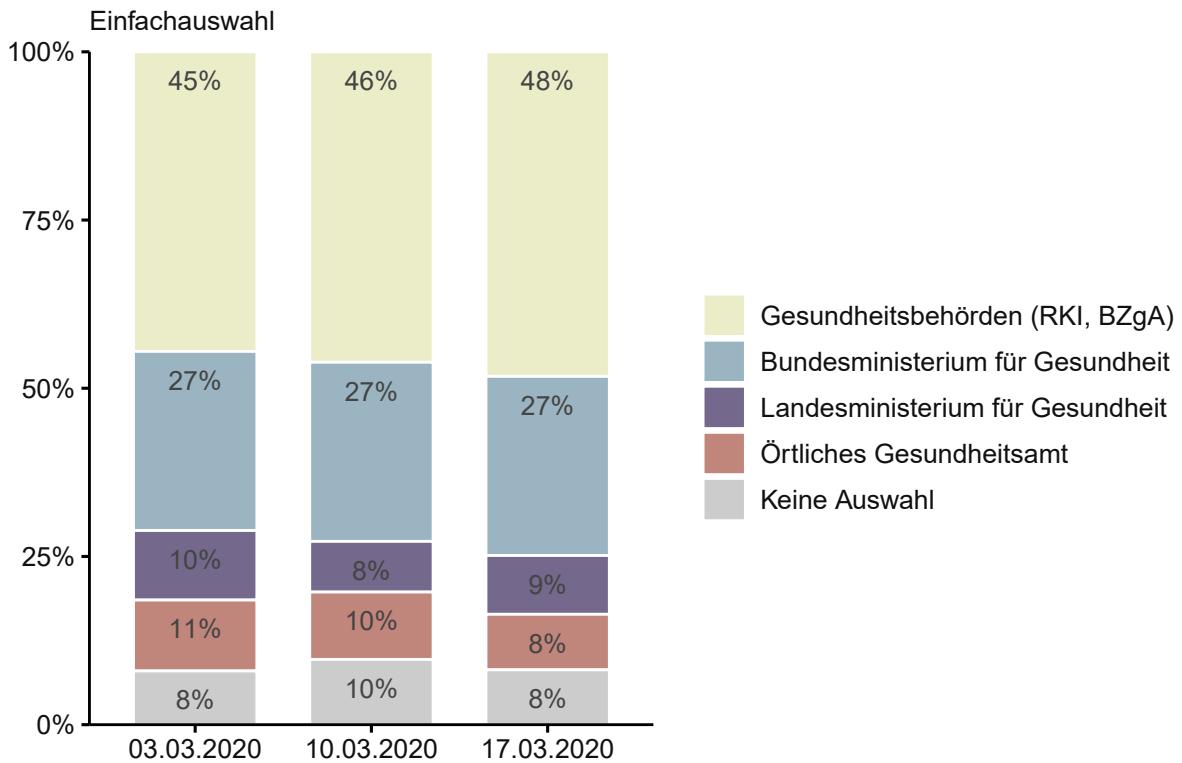
8 Ausbruchs-Management

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?

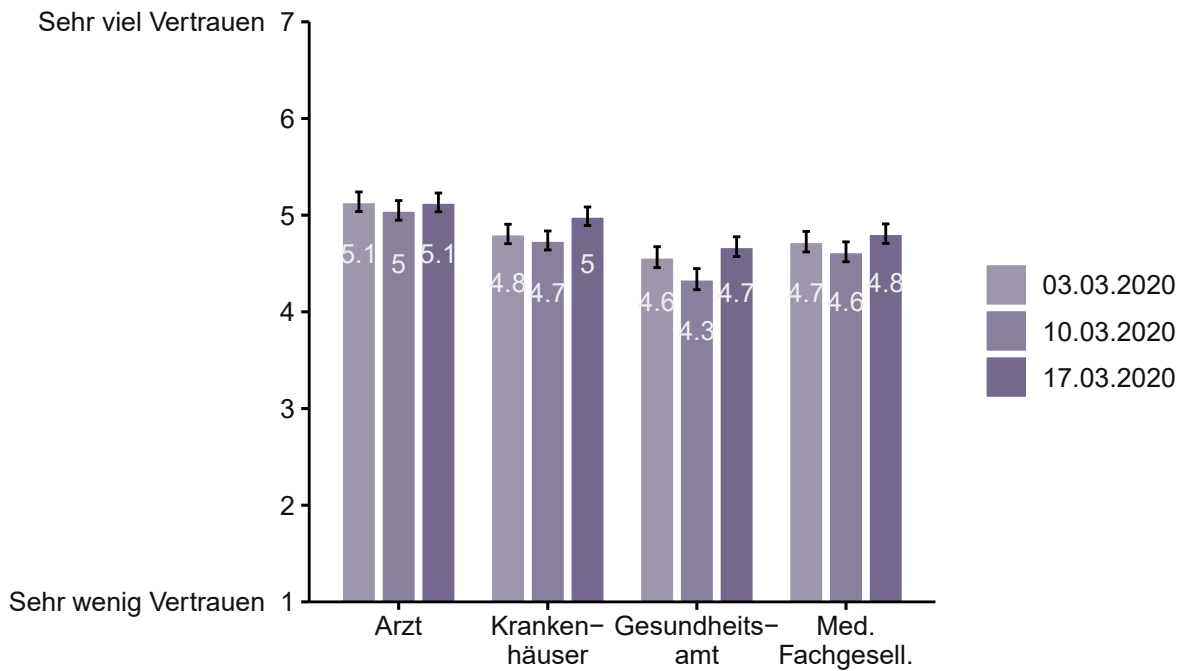
(Achtung, hier wurde nach dem Umgang mit Corona gefragt; Vertrauen in Medien wurde allgemein abgefragt; verschiedene einzelne Medien und Mediennutzung als Informationsquelle über Corona findet sich weiter unten)

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

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

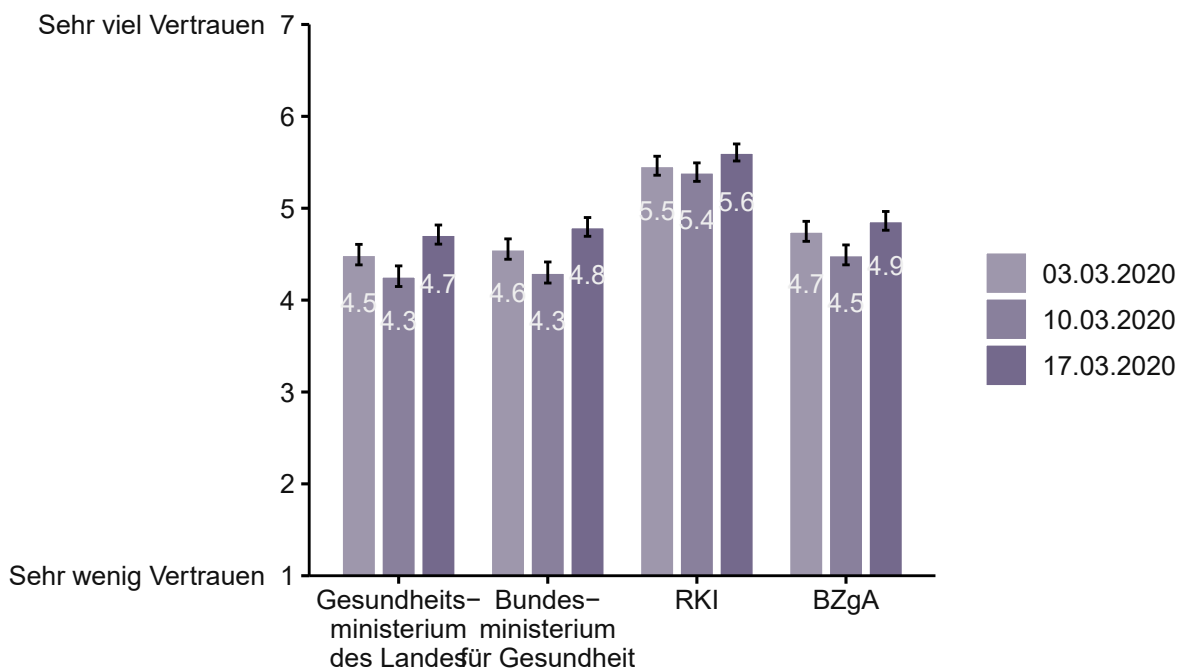
Vertrauen (1): Gesundheitssektor

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



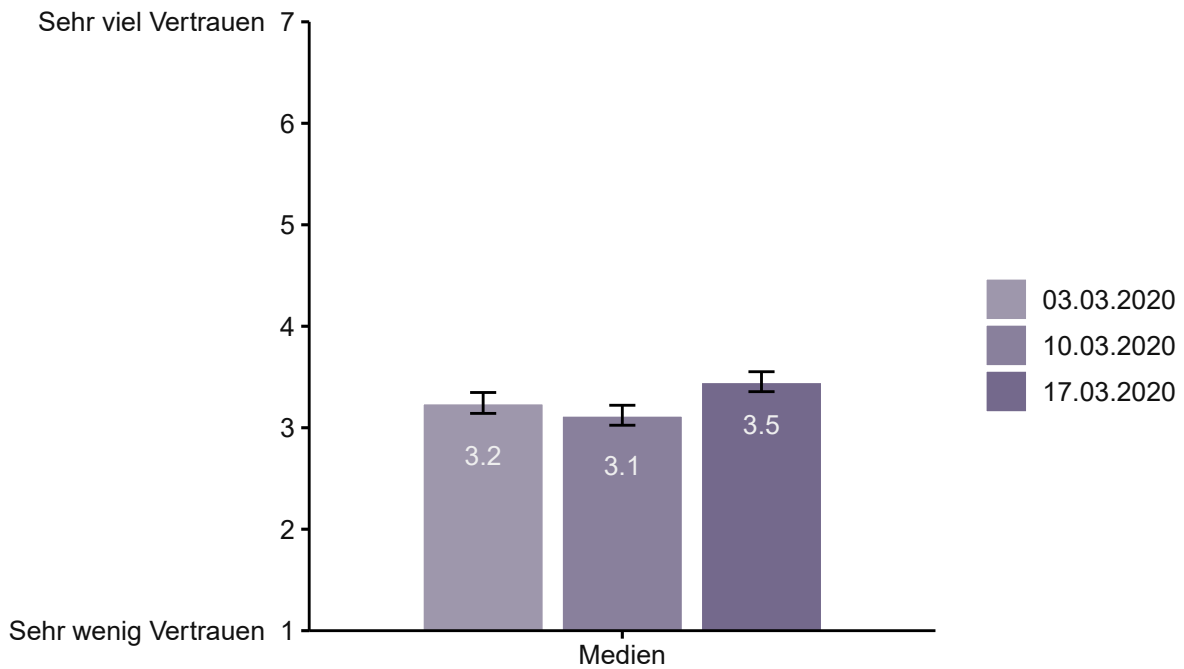
Vertrauen (2): Behörden

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



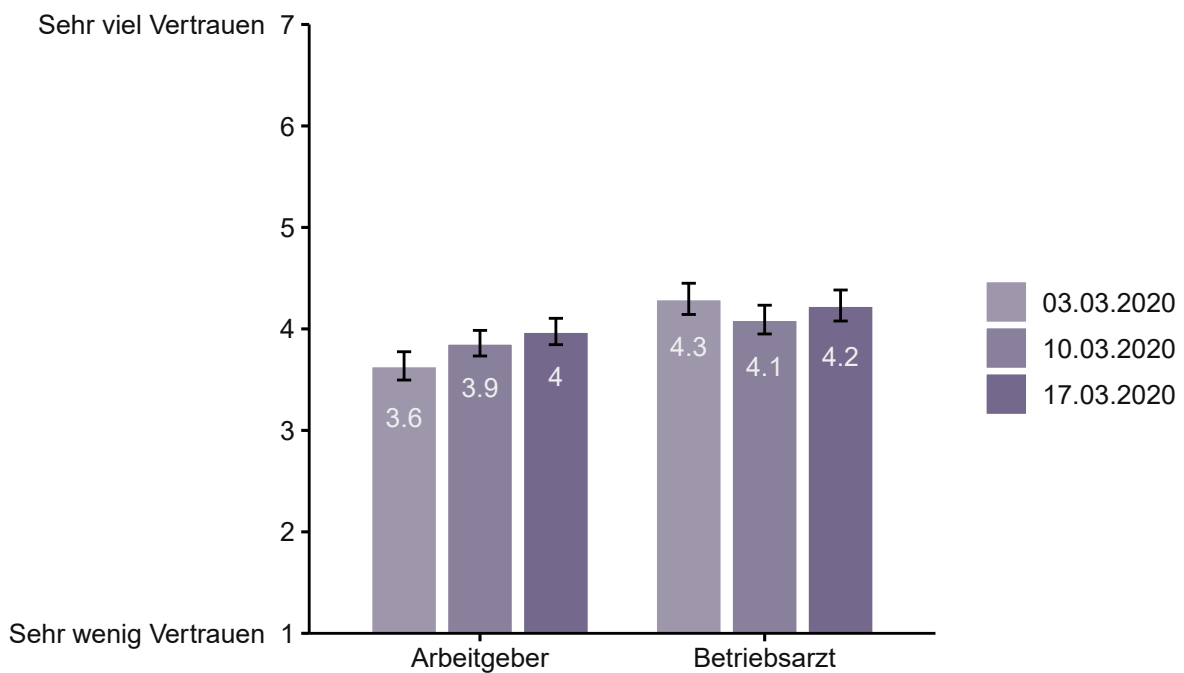
Vertrauen (3): Medien

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



Vertrauen (4): Arbeitsumwelt

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



9 Maßnahmen zur Krisenbewältigung

9.1 Akzeptanz verschiedener Maßnahmen



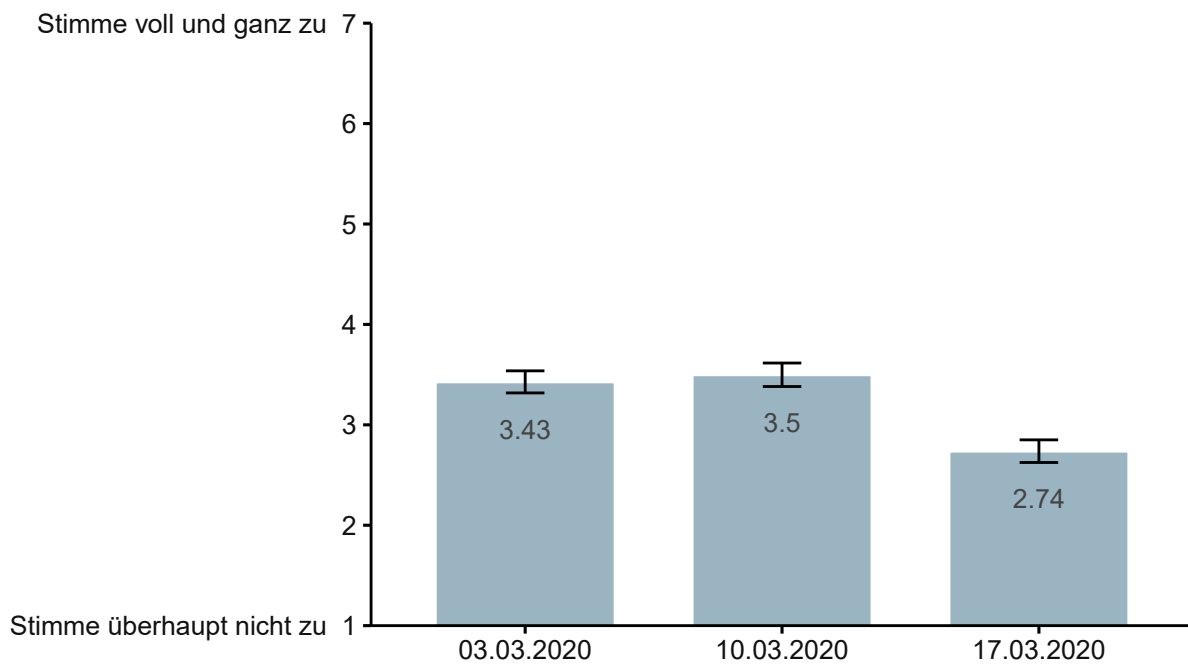
Im Vergleich zur vorangegangenen Welle haben sich die Anteile an Personen, die den Maßnahmen etwas bis sehr zustimmen (Stufe 5 - 7), wie folgt geändert: (Beispiel: 20% bedeutet, dass im Vergleich zur Vorwoche 20% mehr Personen der Maßnahme eher oder sehr zustimmen).

- Deutsche auf Besuch in Ausbruchgebieten unter Quarantäne stellen: 20 %
- Diskriminierung von Ausländern im Ausbruchsfall: 2 %
- Einschränkung persönlicher Freiheitsrechte: 21 %
- Einschränkung des Rechts zur freien Wahl des Wohn- und Aufenthaltsortes: 19 %
- Einschränkung des Zugangs zum Internet und sozialen Medien zur Verhinderung der Verbreitung von Fake News: 0 %
- Vorsorgliche Schließung von Gemeinschaftseinrichtungen: 43 %
- Haus nur aus dringenden Gründen verlassen: 35 %

- Verbot Großveranstaltungen: 30 %
- Ausrufen des Katastrophenfalls: noch kein Vergleich zur Vorwelle möglich
- Grenzen zu Nachbarländern schließen: noch kein Vergleich zur Vorwelle möglich

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

Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle

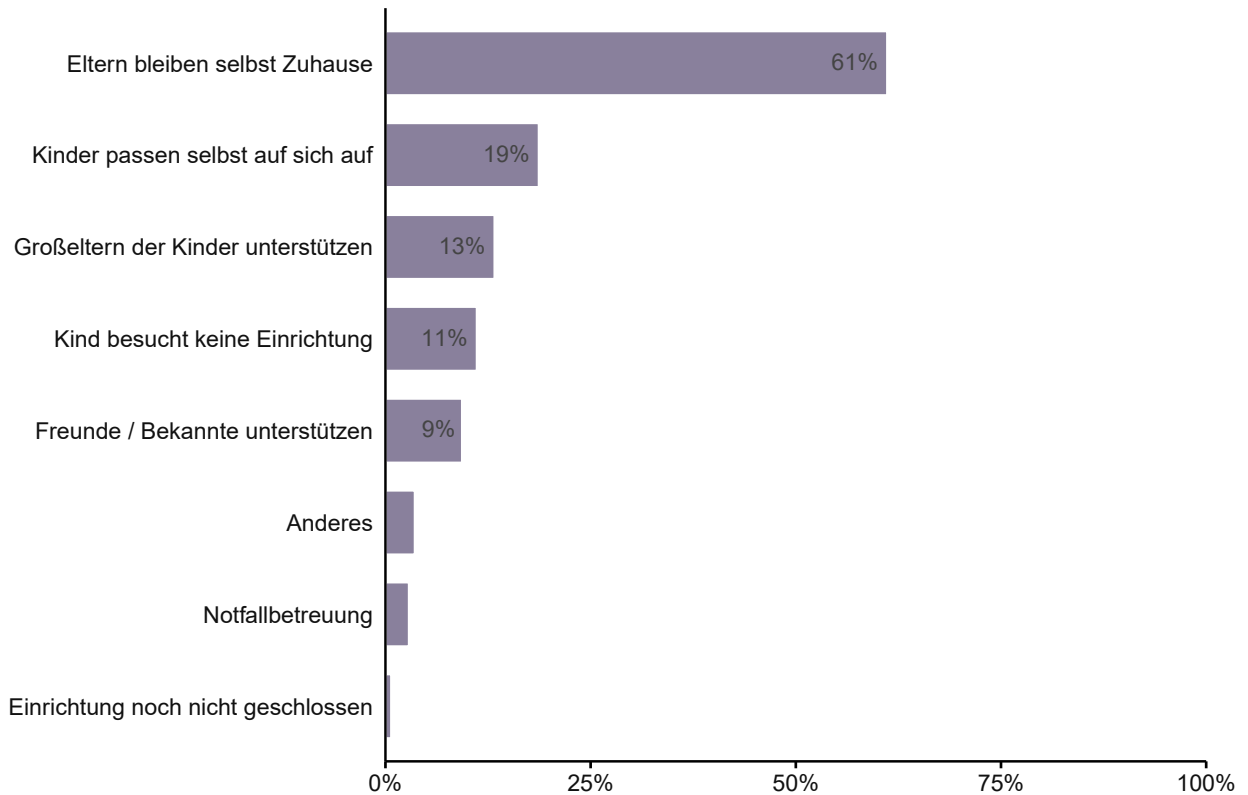


9.2 Kinderbetreuung bei geschlossenen Gemeinschaftseinrichtungen

Frage: Falls die Einrichtung Ihres Kind oder eines Ihrer Kinder auch davon betroffen ist: Wie wird Ihr Kind bzw. Ihre Kinder betreut? (Mehrfachauswahl)

Kinderbetreuung

Falls die Einrichtung (Kindergarten, Schule) geschlossen ist:
Wie wird Ihr Kind bzw. Ihre Kinder betreut?
Mehrfachnennungen möglich



9.3 Bereitschaft zur Einschränkung

Letzte Woche gab es eine besonders hohe Bereitschaft sich selbst einzuschränken, wenn nach dem Schutz anderer Personen gefragt wurde. Diese Woche ist die Bereitschaft insgesamt nochmal gestiegen und gleich hoch wenn es darum geht, andere zu schützen und das Gesundheitssystem nicht zu überlasten.

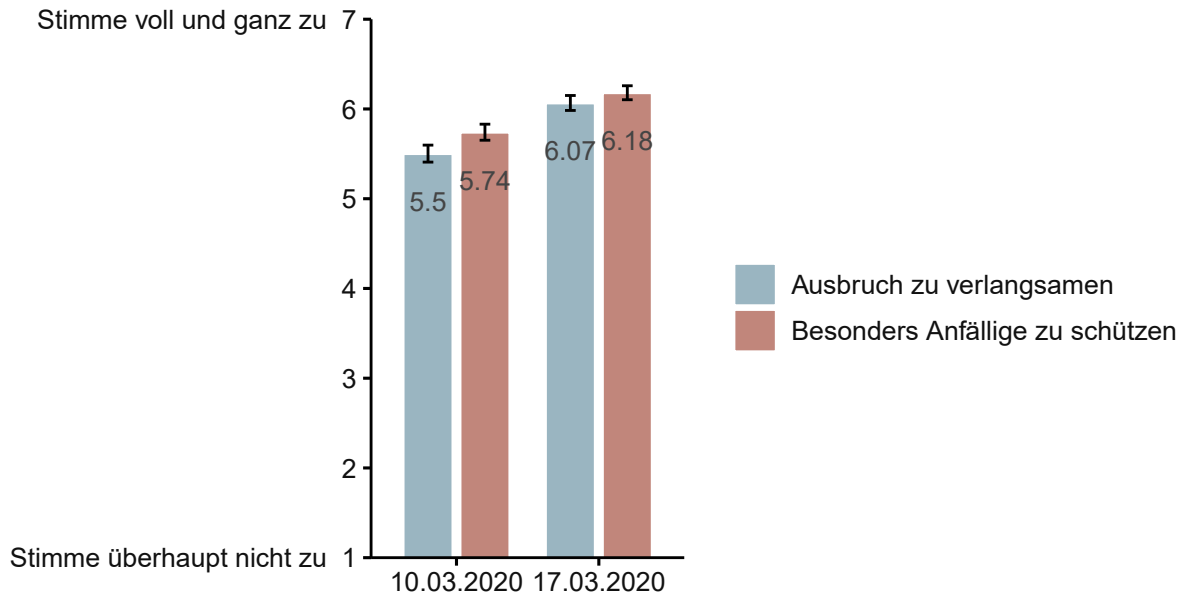
Ich bin bereit, Einschränkungen in meinem Alltag auf mich zu nehmen, um ...

- ... den Ausbruch so zu verlangsamen, dass er für das Deutsche Gesundheitssystem noch zu bewältigen ist (blau)
- ... Personen zu schützen, die besonders schwer an COVID-19 erkranken (z.B. ältere Leute oder chronisch Kranke) (rot)

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

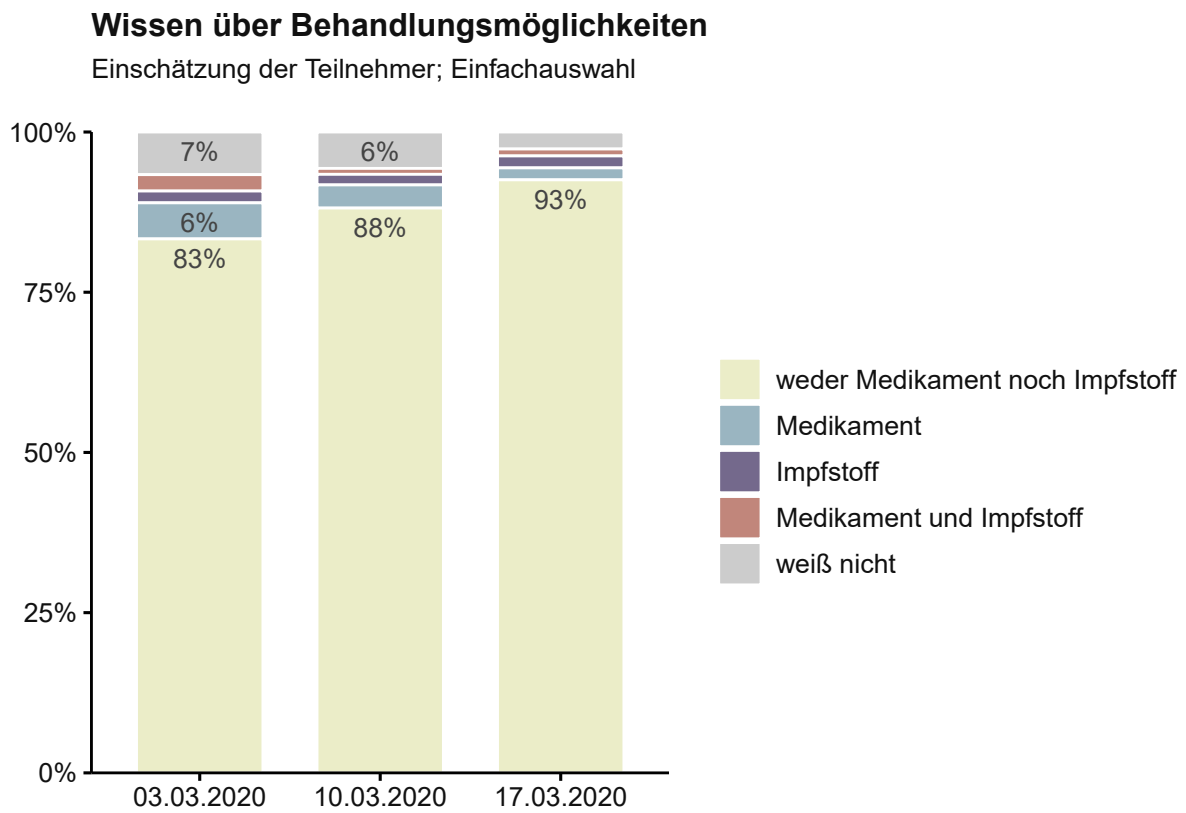
Mittelwerte und 95% Konfidenzintervalle

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



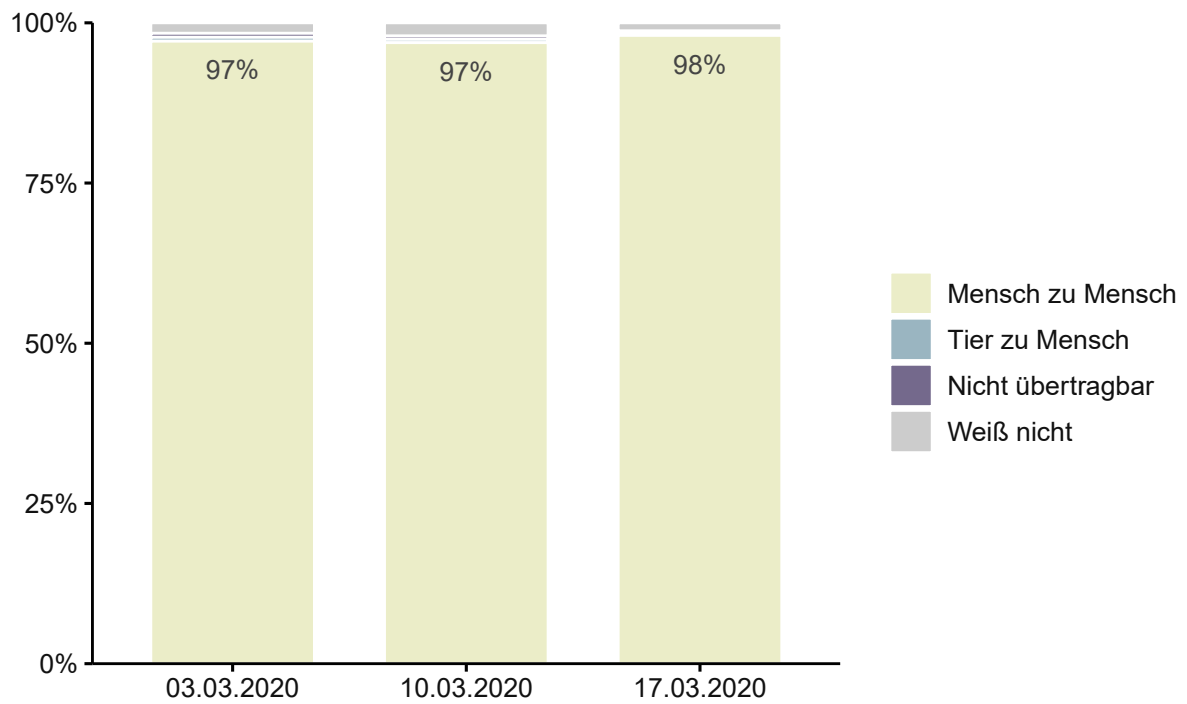
10 Daten im Detail

10.1 Detail: Wissen COVID-19



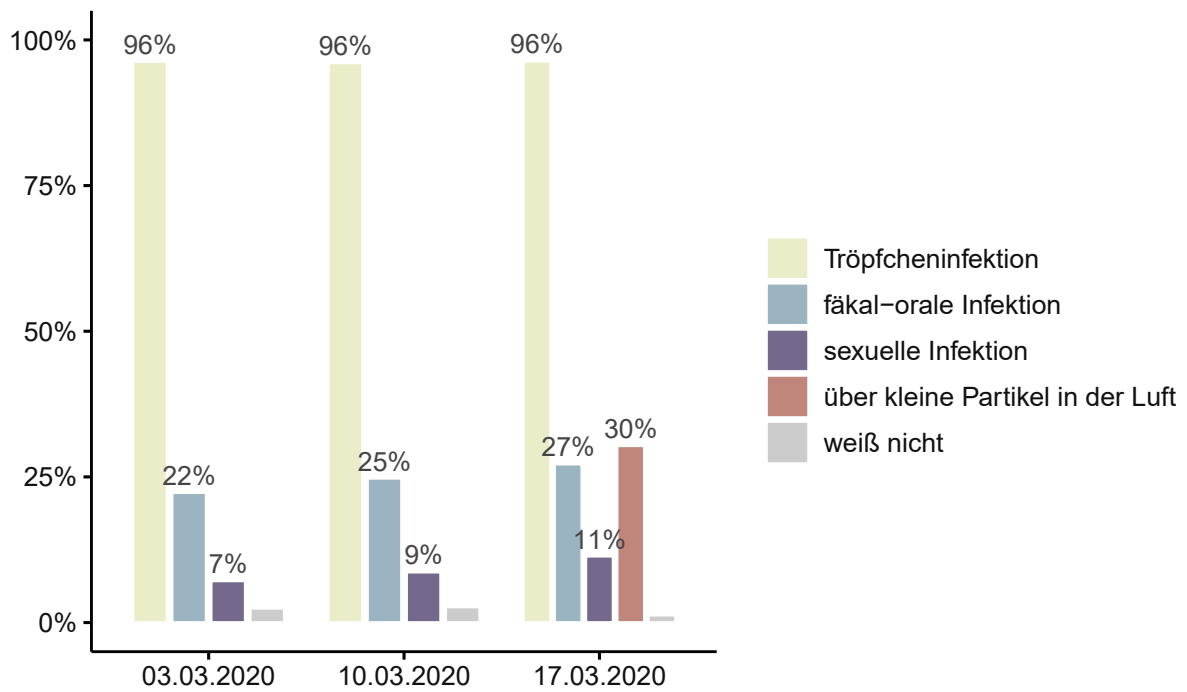
Wissen über Krankheitsüberträger

Einschätzung der Teilnehmer; Einfachauswahl



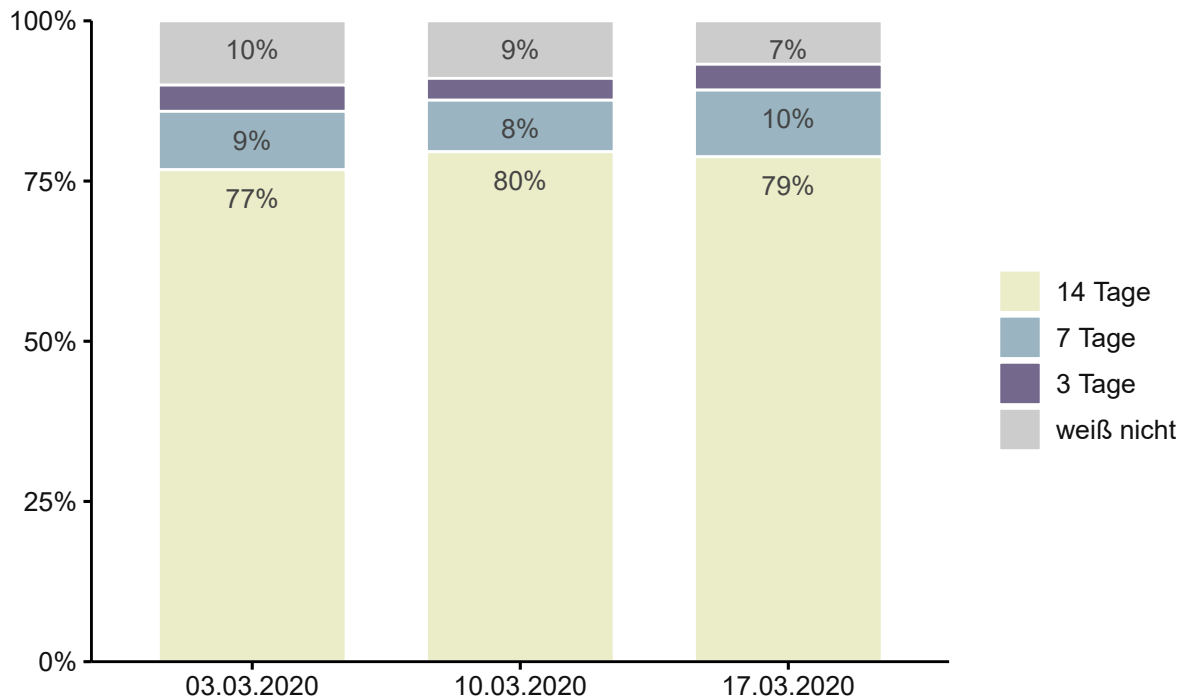
Wissen über den Infektionsweg

Einschätzung der Teilnehmer; Mehrfachauswahl möglich



Wissen über die Inkubationszeit

Einschätzung der Teilnehmer; Einfachauswahl

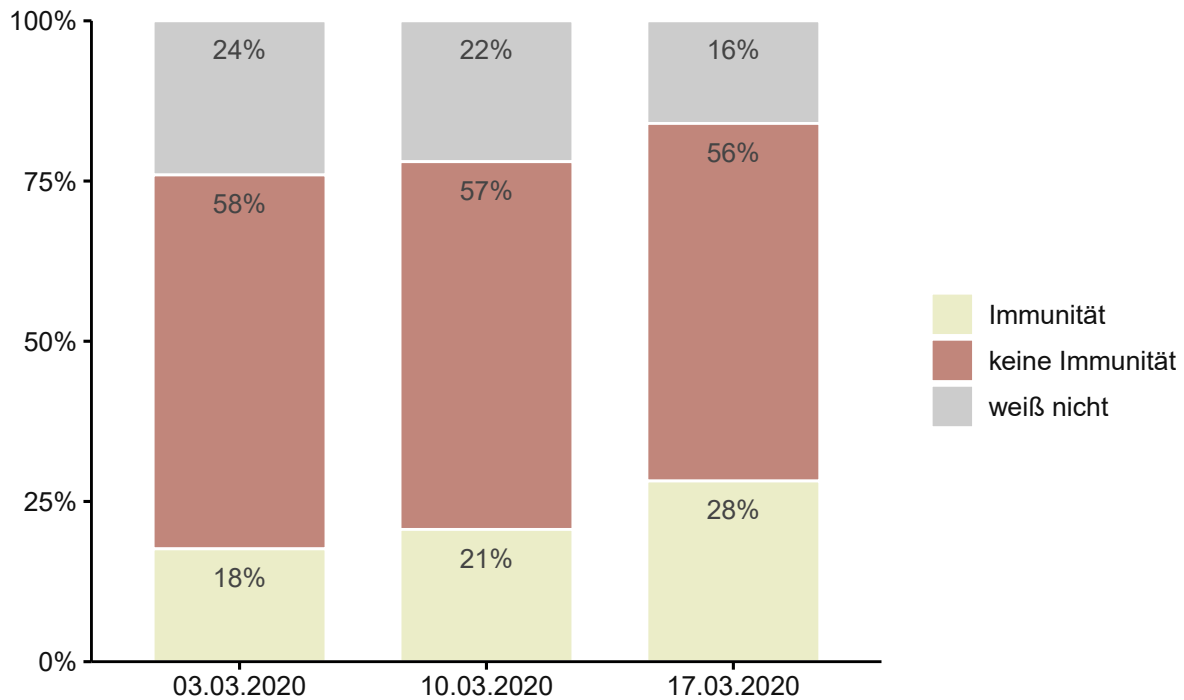


10.2 Fehlendes Wissen Immunität

56% der Befragten denken, dass eine überstandene Krankheit keine Immunität verursacht. Hier fehlt Wissen über die sich entwickelnde Immunität.

Wissen über Folgen einer überstandenen Erkrankung

Einschätzung der Teilnehmer; Einfachauswahl



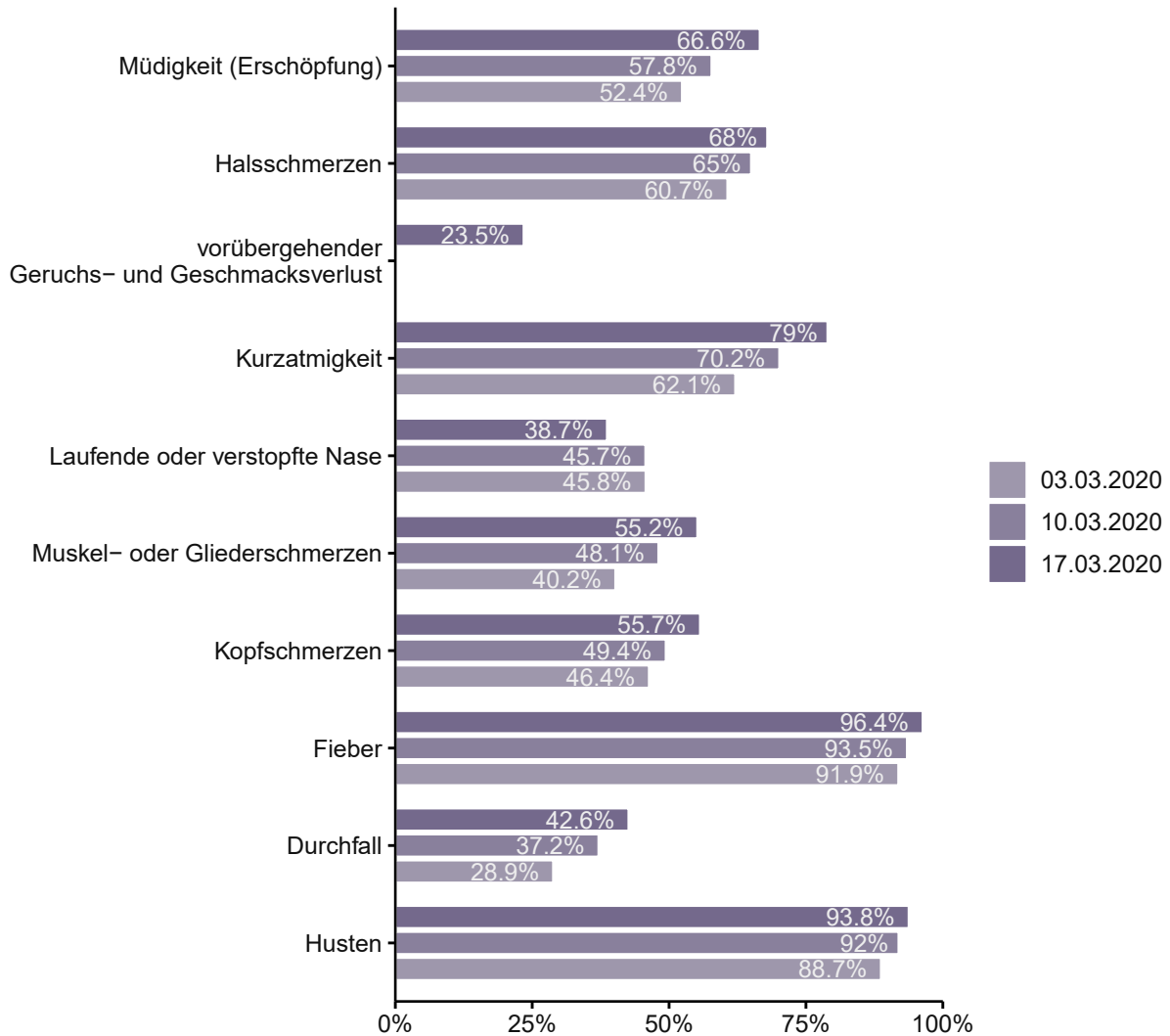
10.3 Detail: Symptomwissen

Die häufigsten Symptome treten in Form gängiger Erkältungssymptome wie z.B. Fieber, trockener Husten, Abgeschlagenheit, Halskratzen sowie Kopf- und Gliederschmerzen usw. auf. In seltenen Fällen litten Betroffene unter Übelkeit und Durchfall (Quelle: <https://www.zusammengegegencorona.de/informieren/symptome-erkennen/>).

Hinweis: Das Symptom *verübergehender Geruchs- und Geschmacksverlust* wurde erst ab Welle 3 (17.03.2020) erhoben.

Kenntnis der COVID-19-Symptome

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

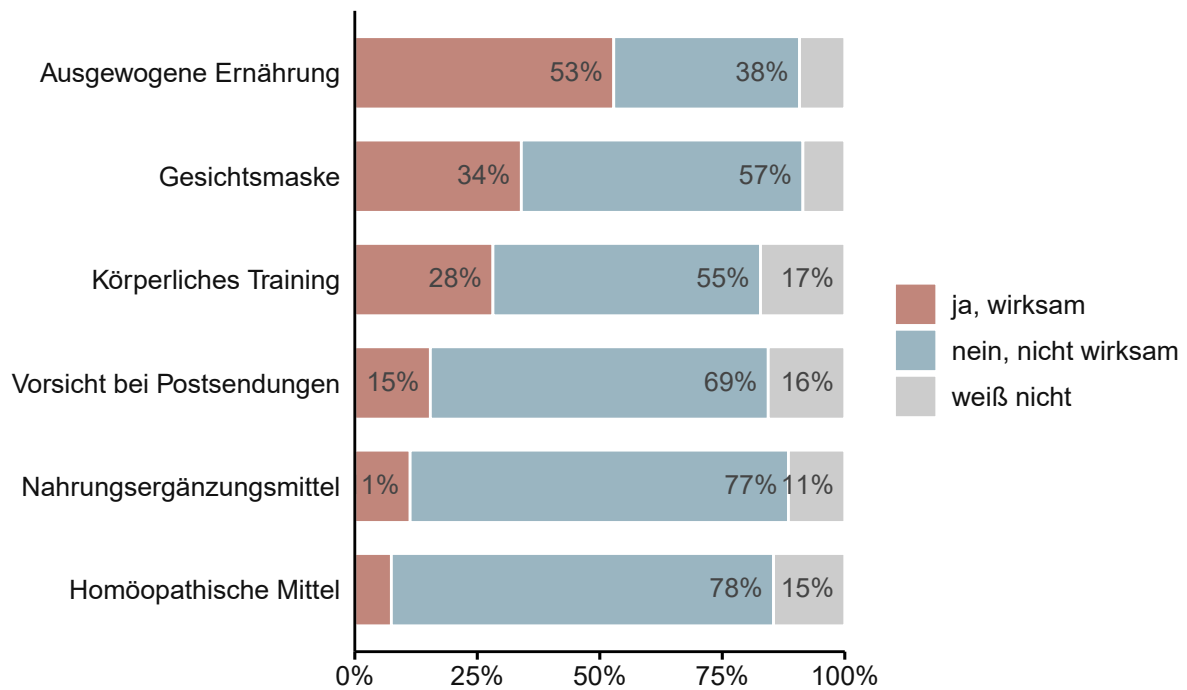


10.4 Detail: Unwirksame Schutzmaßnahmen und Aktionismus

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)

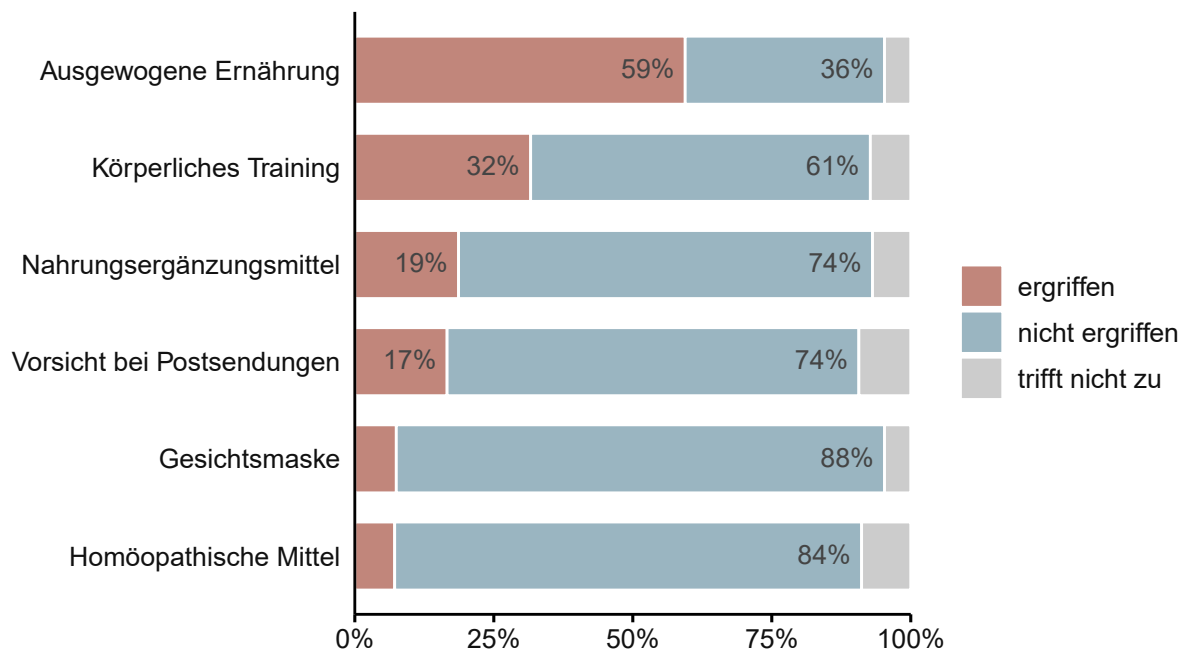
Wissen über nicht wirksame Präventivmaßnahmen

Aktuelle Erhebungswelle (17.03.2020)



Tatsächlich durchgeführte unwirksame Präventivmaßnahmen

Aktuelle Erhebungswelle (17.03.2020)



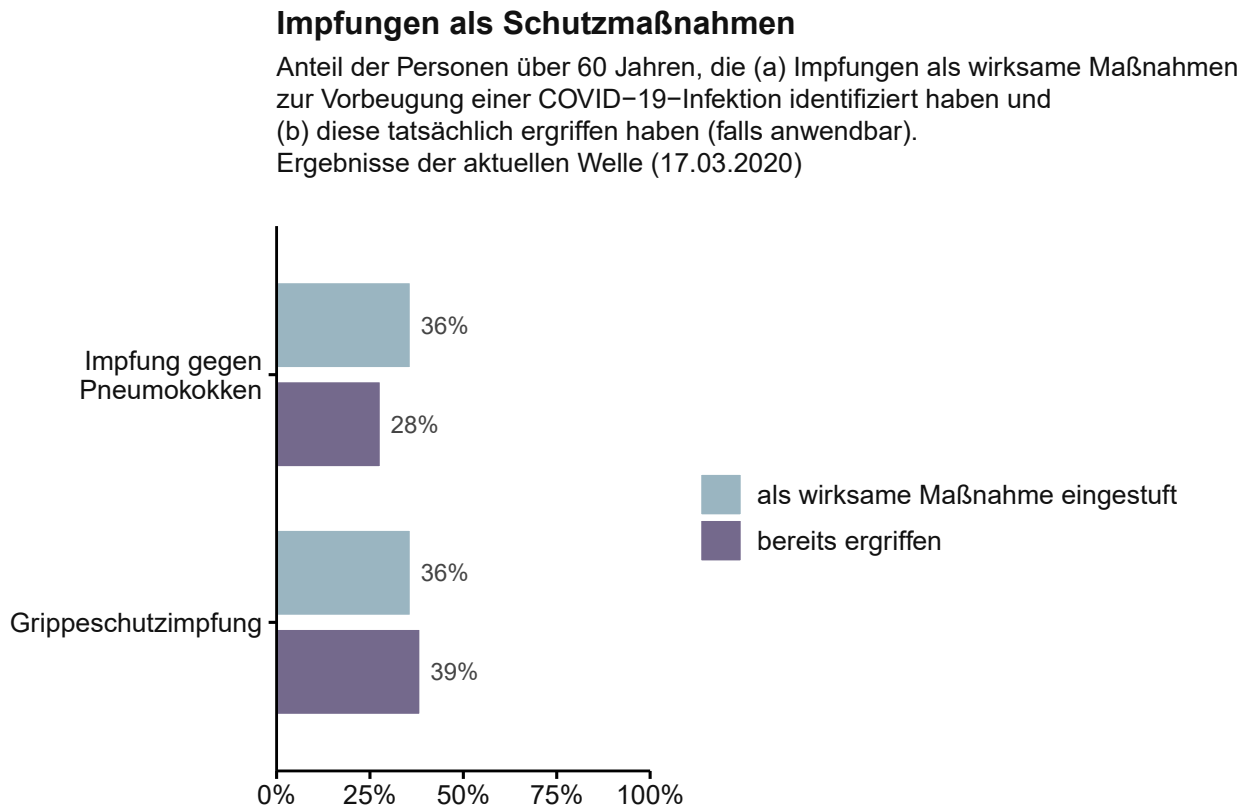
Hinweis: Die Antwortoption “Trifft nicht zu” wurde erst ab Welle 2 in den Fragebogen aufgenommen.

10.5 Detail: Pneumokokken- und Gripeschutzimpfung

Impfungen gegen Grippe und Pneumokokken schützen nicht gegen das Coronavirus, es wird Personen ab 60 jedoch empfohlen, sich gegen beides impfen zu lassen. Dies kann verhindern, dass das Immunsystem der Menschen ab 60 Jahren gegen mehr als eine Infektion kämpfen muss.

Frage: Welche der folgenden Maßnahmen haben Sie bereits ergriffen, um eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus zu vermeiden?

Auswertung nur für Personen ab 60.

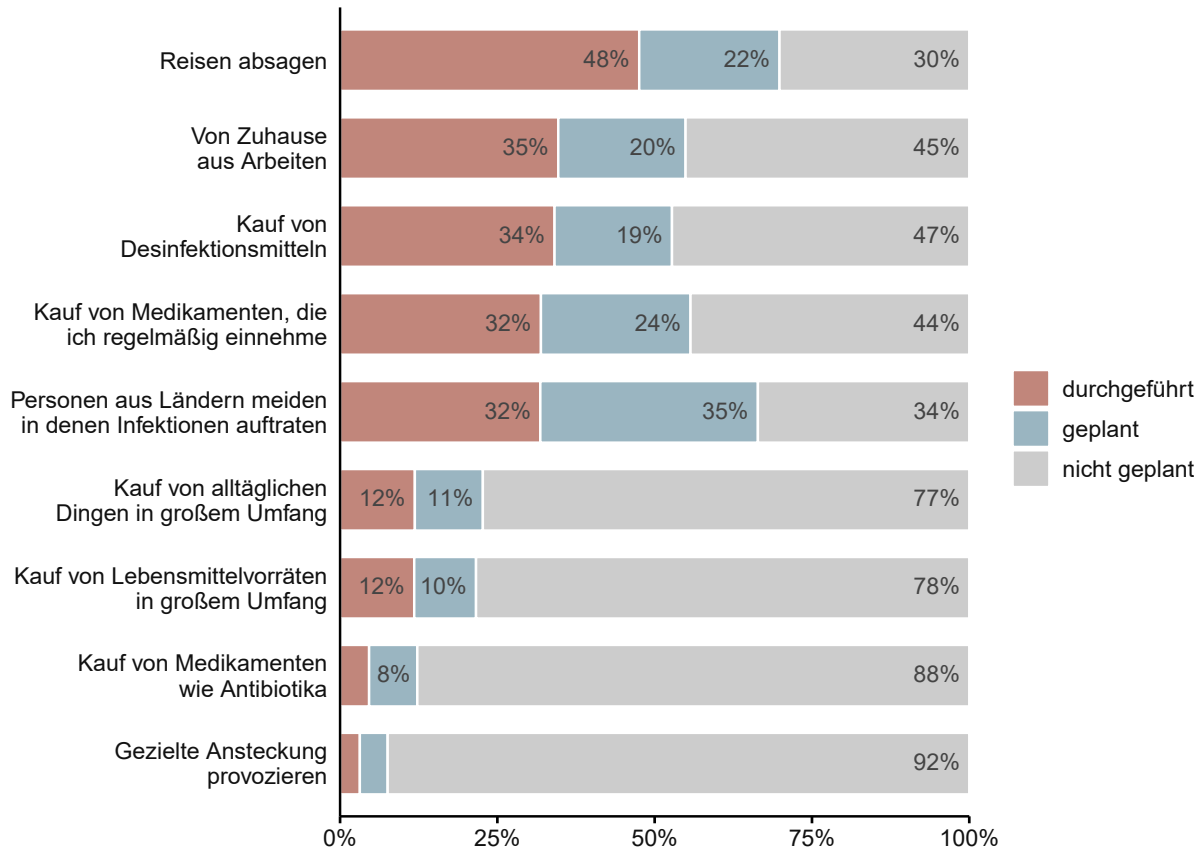


10.6 Detail: Krisenvorbereitung

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

Vorbereitende Maßnahmen

Aktuelle Erhebungswelle (17.03.2020)



Im Vergleich zur vorangegangenen Welle haben sich die Anteile an Personen, die die jeweilige Maßnahme planen, wie folgt geändert: (Beispiel: 20% bedeutet, dass im Vergleich zur Vorwoche 20% mehr Personen dieses Verhalten zeigen).

- Kauf von Medikamenten wie Antibiotika: 0 %
- Kauf von Medikamenten, die ich regelmäßig einnehme: 12 %
- Kauf von Lebensmittelvorräten in großem Umfang: 2 %
- Kauf von anderen, alltäglichen Dingen (z.B. Zahnpasta und Toilettenpapier) in großem Umfang: 1 %
- Kauf von Desinfektionsmitteln: 7 %
- Personen meiden, die aus Ländern kommen, in denen Coronaviren-Fälle aufgetreten sind, wie z.B. China oder Italien: 15 %
- Gezielt eine Ansteckung provozieren, damit ich danach immun bin: noch kein Vergleich zur Vorwelle möglich
- Reisen absagen: noch kein Vergleich zur Vorwelle möglich
- Von Zuhause aus arbeiten: noch kein Vergleich zur Vorwelle möglich

11 Daten nach Demographie

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

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

12 Übersicht über alle bisherigen Datenerhebungen

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

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