

# Viel hilft viel – aber nicht bei allen Informationsverhalten deutscher Bundesbürgerinnen und -bürger in der Coronakrise

## Erste Befunde aus dem Projekt CoreCrisis

Im Rahmen des Projekts „Coronavirus-related Crisis Communication, Information Seeking and Media Effects (CoreCrisis)“ beschäftigt sich das Team um Prof. Dr. Constanze Rossmann, Professorin für Kommunikationswissenschaft mit Schwerpunkt Soziale Kommunikation an der Universität Erfurt, derzeit mit dem Zusammenspiel zwischen behördlicher, medialer und Social Media-Kommunikation und dem Informationsverhalten von Ärztinnen und Ärzten und der Bevölkerung im Rahmen der Coronavirus-Pandemie. Um das Informationsverhalten, Einflussfaktoren auf die Informationssuche und deren Auswirkungen auf Risikowahrnehmung, Wissen und Verhalten zu untersuchen, wird dafür aktuell eine zweiwellige Panelbefragung deutscher Bundesbürgerinnen und -bürger ab 18 Jahren durchgeführt. Hierbei werden über 1000 Personen zu zwei Zeitpunkten online befragt, um kausale Schlüsse auf ihr Informationsverhalten und Medienwirkungen ziehen zu können. Die Ergebnisse der ersten Befragungswelle liegen nun vor. Erste Analysen machen Folgendes deutlich:

- Wissen, Vertrauen in die Behörden und das Informationsverhalten zum Coronavirus sind stark ausgeprägt, auch die Verhaltensempfehlungen zum eigenen Schutz werden weitgehend eingehalten.
- Der wahrgenommene Wissensstand ist jedoch bereits nahezu gesättigt, weshalb es denkbar ist, dass die Informationsbereitschaft in nächster Zeit eher rückläufig sein wird.
- Die wichtigsten Informationskanäle sind Fernsehen, Gespräche mit Familie und Freundinnen bzw. Freunden und das Internet. Medizinische Expertinnen und Experten sind als Quelle für Gesundheitsinformationen im Vergleich zu Nicht-Krisenzeiten von geringerer Bedeutung, was sich durch den fehlenden Arztkontakt erklären dürfte. Alternative Angebote zur Erreichbarkeit der medizinischen Expertinnen und Experten (z. B. Videosprechstunden) sollten angeboten werden.
- Unterschiede in der Informationssuche, im Wissen und Schutzverhalten zwischen Altersgruppen und Menschen mit geringer versus hoher Gesundheitskompetenz machen die Notwendigkeit zielgruppenspezifischer Angebote und Informationsaufbereitung deutlich.

### Eckdaten zur Stichprobe

In der ersten Befragungswelle der repräsentativen Online-Umfrage wurden zwischen dem 23. und 31.03.2020 insgesamt 1378 deutsche Bundesbürgerinnen und -bürger, quotiert nach Alter, Geschlecht und Bildung, befragt. Die Befragten sind zwischen 18 und 74 Jahre alt, im Schnitt 47 Jahre ( $M = 47.58$ ,  $SD = 15.42$ ), 51.2% sind weiblich, 33% niedrig gebildet (kein Abschluss oder Hauptschulabschluss), 32% weisen ein mittleres Bildungsniveau auf (mittlere Reife) und 35% haben mindestens Fachhochschulreife.

### Informationssuche, Vertrauen, Wissen, Verhalten

Wie sich auch in anderen aktuellen Befragungsstudien zur Coronavirus-Pandemie zeigte, ist das Vertrauen in zuständige Ministerien und Gesundheitsinstitutionen, die Ausbreitung des Coronavirus zu minimieren und die Bevölkerung vor dem Virus zu schützen, in der Bevölkerung hoch ( $M = 3.95^1$ ,  $SD = 1.02$ ). Auch Wissensfragen zu Schutzmaßnahmen wurden durchschnittlich zu 83% richtig beantwortet, wobei in Bezug auf das richtige Verhalten beim Husten und Niesen (32% falsche Antworten) oder die richtige Kontaktaufnahme mit Ärztinnen und Ärzten im Falle von Krankheitszeichen (knapp 25% falsche Antworten) noch Verbesserungspotenzial besteht. Dennoch ist die deutsche Bevölkerung mehrheitlich der Meinung, bereits genug über das Coronavirus zu wissen, um sich schützen zu können.

Auch berichten die Befragten, sich in den vergangenen zwei Wochen bereits überwiegend an die Empfehlungen der Bundesregierung gehalten zu haben ( $M = 4.45$ ,  $SD = 0.88$ ). Konkret haben sich die meisten deutschen Bundesbürgerinnen und -bürger (nach Selbstauskunft) durch häufiges Händewaschen vor dem Virus geschützt ( $M = 4.76$ ,  $SD = 0.59$ ), sich weitestgehend an die Ausgangssperre bzw. das Kontaktverbot gehalten ( $M = 4.57$ ,  $SD = 0.83$ ), Orte mit vielen Menschen gemieden ( $M = 4.59$ ,  $SD = 0.83$ ) und die Wohnung nur verlassen, um unvermeidbare Dinge zu erledigen ( $M = 4.53$ ,  $SD = 0.91$ ).

In Krisensituationen ist es von ganz zentraler Bedeutung, die Bevölkerung schnell, verständlich und konsistent über Fakten, Schutzmaßnahmen und Regulierungen aufzuklären. Daher stellt sich die Frage, über welche Kanäle die Bevölkerung am besten erreicht werden kann und ob alle Zielgruppen gleichermaßen mit Informationen versorgt werden. Insgesamt zeigt sich, dass sich die deutsche Bevölkerung hauptsächlich über Fernsehangebote ( $M = 4.18$ ,  $SD = 1.36$ ) über das Coronavirus informiert, gefolgt von Gesprächen mit Familie, Freundinnen und Freunden oder Kolleginnen und Kollegen ( $M = 3.79$ ,  $SD = 1.3$ ), Internet ( $M = 3.62$ ,  $SD = 1.53$ ), Hörfunk ( $M = 3.35$ ,  $SD = 1.65$ ), Zeitungen ( $M = 2.87$ ,  $SD = 1.64$ ) und soziale Medien ( $M = 2.86$ ,  $SD = 1.74$ ). Zeitschriften ( $M = 2.02$ ,  $SD = 1.35$ ), Apps ( $M = 1.58$ ,  $SD = 1.2$ ) und Podcasts ( $M = 1.42$ ,  $SD = 0.89$ ) werden hingegen weniger genutzt. Auffällig ist, dass auch medizinische Expertinnen und Experten (z. B. Hausärztinnen oder Hausärzte, Apothekerinnen oder Apotheker) derzeit nur eine untergeordnete Rolle spielen ( $M = 1.65$ ,  $SD = 0.88$ ), gehören diese außerhalb von Krisensituationen doch zu den wichtigsten Informationsquellen für Gesundheitsinformationen (Marstedt, 2018). Dass medizinisches Fachpersonal in der Informationssuche über das Coronavirus aktuell kaum einbezogen wird, lässt sich am wahrscheinlichsten mit aktuellen Empfehlungen erklären, Arztbesuche einzuschränken. Darüber hinaus sind Arztpraxen und andere medizinische Einrichtungen stark ausgelastet, sodass es generell schwieriger ist, sie als Informationsquellen für das Coronavirus zu erreichen.

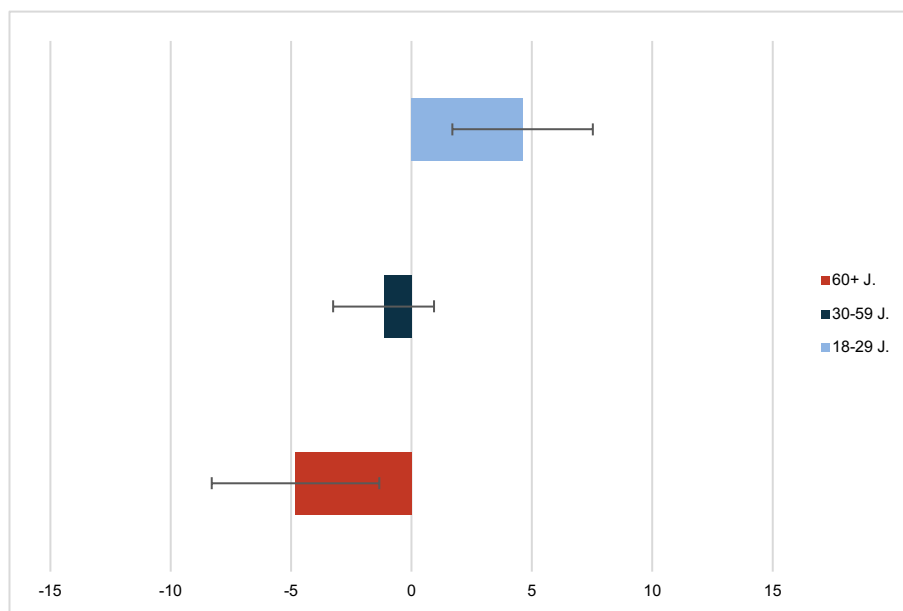
Egal, über welche Kanäle sich die Bevölkerung informiert – Informationen zum Coronavirus sind derzeit auf fast allen Kanälen verfügbar. Dennoch stellt sich die Frage, ob alle Teile der Bevölkerung gleichermaßen gut mit Informationen erreicht werden. So ist durchaus denkbar, dass beobachtete Unterschiede im Wissen oder Verhalten auch durch unterschiedliche Nutzungsmuster erklärbar sind. In der Gesundheits- und Risikokommunikation werden allgemein häufig Unterschiede zwischen Altersgruppen sowie Menschen mit unterschiedlicher Gesundheitskompetenz diskutiert, weshalb diese auch hier näher betrachtet werden.

<sup>1</sup> Die angegebenen Mittelwerte zu den Antworten der Befragten beziehen sich auf eine fünfstufige Skala, bei der 1 die niedrigste und 5 die höchste Ausprägung darstellt.

### Altersbedingte Unterschiede

Für einen Altersvergleich von Informationsverhalten, Wissen und Verhalten wurden die Befragten in drei Gruppen aufgeteilt: Jüngere (18-29 Jahre,  $n = 239$ ), Mittelalte (30-59 Jahre,  $n = 756$ ) und Ältere (60 Jahre und älter,  $n = 383$ ). In der Tat lassen sich Unterschiede in Wissen, Verhalten und Risikowahrnehmung beobachten. Zwar ist das abgefragte Wissen in allen Altersgruppen gleich hoch, jedoch unterscheidet sich das wahrgenommene Verhältnis von benötigtem und vorhandenem Wissen in Abhängigkeit vom Alter<sup>2</sup>. Während Jüngere angaben, mehr Informationen zu haben als sie benötigen, um mit dem Coronavirus umgehen zu können, nehmen Ältere ihr vorhandenes im Vergleich zum benötigten Wissen als geringer wahr (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1. Wahrgenommenes Verhältnis von benötigtem und vorhandenem Wissen in Abhängigkeit des Alters.



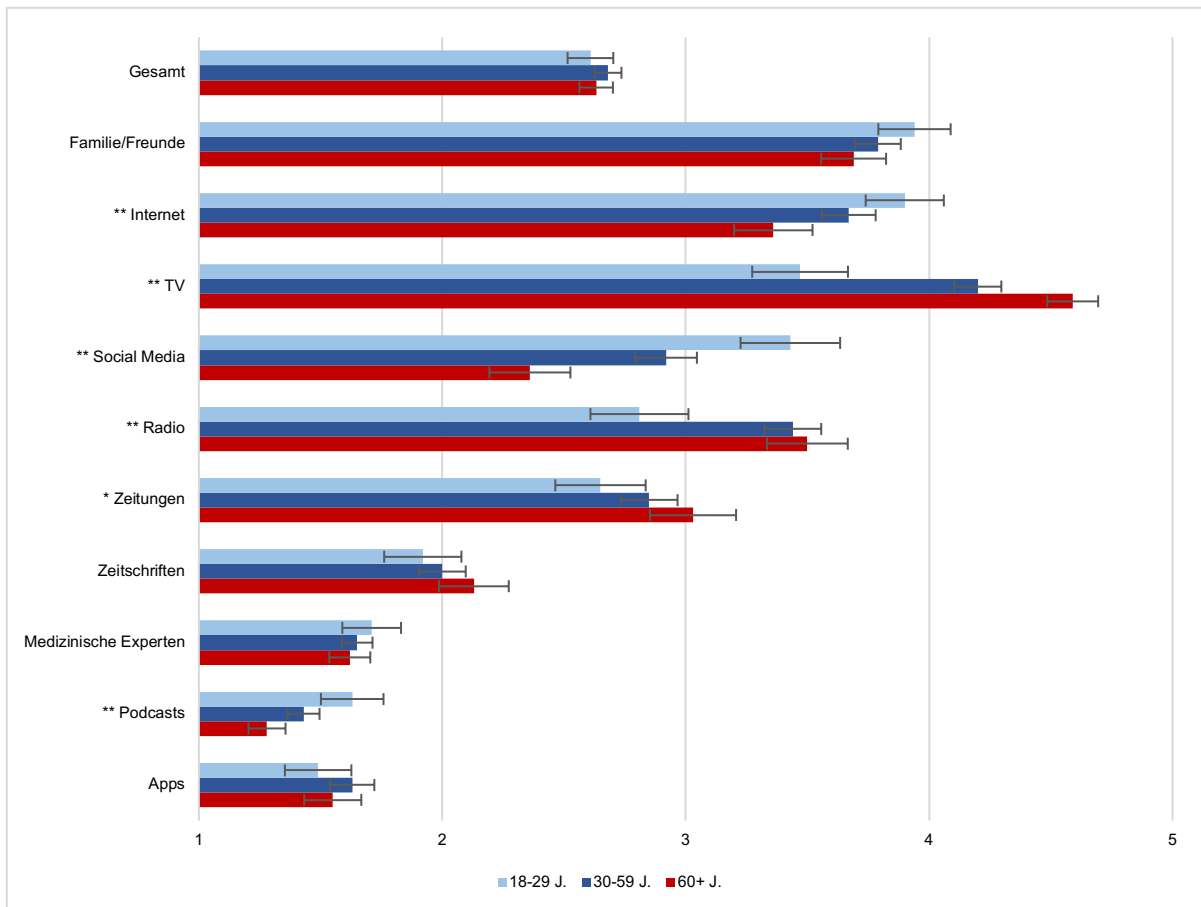
*Anmerkungen.* Basis:  $n_{18-29 \text{ J.}} = 239$ ;  $n_{30-59 \text{ J.}} = 737$ ;  $n_{60+ \text{ J.}} = 378$ ; Skala von 0 = kein Wissen bis 100 = vollständiges Wissen; abgebildet ist der Differenzwert zwischen benötigtem und vorhandenem Wissen; ein positiver Wert gibt dabei an, dass man das Gefühl hat, noch mehr wissen zu müssen, um sich gut schützen zu können;  $p < .001$ .

Altersbedingte Unterschiede machen sich auch in Bezug auf das berichtete Verhalten während der vergangenen zwei Wochen bemerkbar. Demnach haben die Älteren mehr als die Jüngeren einen Abstand von 1 bis 2 Metern zu anderen Personen eingehalten (Jüngere:  $M = 4.30$ ,  $SD = 0.93$ ; Mittelalte:  $M = 4.59$ ,  $SD = 0.73$ ; Ältere:  $M = 4.72$ ,  $SD = 0.67$ ), Orte gemieden, an denen viele Menschen waren (Jüngere:  $M = 4.43$ ,  $SD = 0.91$ ; Mittelalte:  $M = 4.59$ ,  $SD = 0.83$ ; Ältere:  $M = 4.69$ ,  $SD = 0.74$ ), und die Wohnung nur noch verlassen, um unvermeidbare Dinge zu erledigen (Jüngere:  $M = 4.32$ ,  $SD = 1.01$ ; Mittelalte:  $M = 4.54$ ,  $SD = 0.89$ ; Ältere:  $M = 4.62$ ,  $SD = 0.85$ ). Auch haben sie sich – noch mehr als die anderen Altersgruppen – sofort an die Ausgangsbeschränkung bzw. Kontaktsperre gehalten (Jüngere:  $M = 4.45$ ,  $SD = 0.81$ ; Mittelalte:  $M = 4.56$ ,  $SD = 0.85$ ; Ältere:  $M = 4.68$ ,  $SD = 0.78$ ). Dieser Befund könnte auf die Tatsache zurückzuführen sein, dass Personen über 50 bzw. 60 Jahren zur sogenannten Risikogruppe zählen, die von den Folgen einer COVID-19-Erkrankung in der Regel schwerer betroffen sind als jüngere Gruppen (Robert Koch-Institut, 2020). Das Risiko schwerwiegender Folgen nehmen die Älteren folgerichtig als höher wahr als die Jüngeren (Jüngere:  $M = 3.77$ ,  $SD = 1.07$ ; Mittelalte:  $M = 3.18$ ,  $SD = 1.16$ ; Ältere:  $M = 2.46$ ,  $SD = 1.04$ ), während sie das Risiko, sich anzustecken, als geringer wahrnehmen (Jüngere:  $M = 3.16$ ,  $SD = 3.11$ ; Mittelalte:  $M = 3.11$ ,  $SD = 1.08$ ; Ältere:  $M = 2.83$ ,  $SD = 0.92$ ).

<sup>2</sup> Alle berichteten Unterschiede sind signifikant auf einem Niveau von mindestens  $p < .05$ .

Es ist denkbar, dass sich diese Unterschiede zumindest teilweise durch das Informationsverhalten erklären lassen. Erste Hinweise darauf geben Unterschiede in den genutzten Kanälen. Das Fernsehen ist in der Altersgruppe 60+ und bei den Mittelalten das am häufigsten genutzte Medium, um sich über das Coronavirus zu informieren (siehe Abbildung 2). Die Jüngeren informieren sich im Durchschnitt häufiger über das Internet sowie über Familie, Freundinnen und Freunde über das Virus als über das Fernsehen. Ähnlich häufig wie das Fernsehen nutzen die 18-29-Jährigen soziale Medien, die bei den Jüngeren im Vergleich zu den anderen beiden Altersgruppen deutlich beliebter sind.

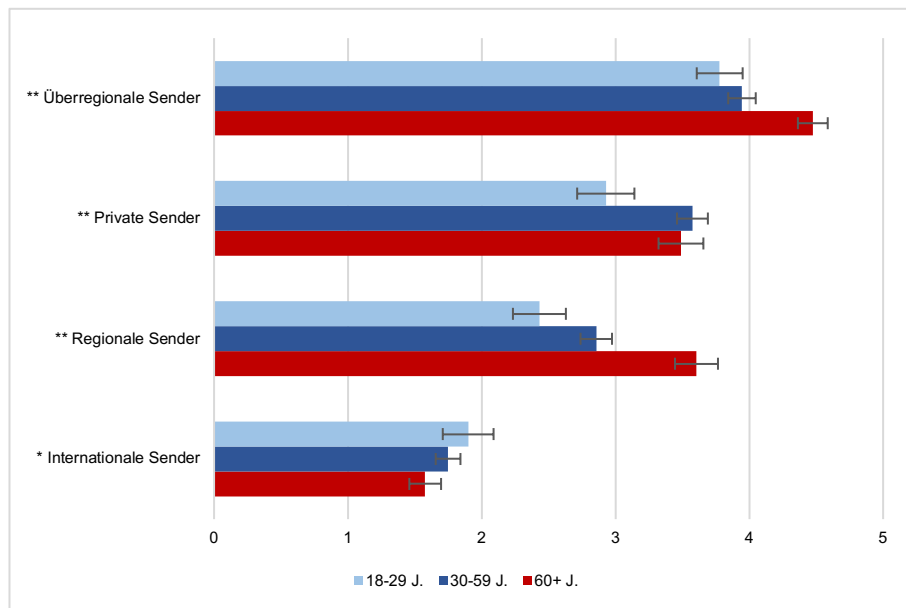
Abbildung 2. Nutzung verschiedener Informationskanäle zur Information über das Coronavirus nach Alter.



Anmerkungen. Basis:  $n_{18-29\text{ J.}} = 231-238$ ;  $n_{30-59\text{ J.}} = 734-756$ ;  $n_{60+\text{ J.}} = 364-382$ ; Skala von 1 = nie bis 5 = täglich; \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ .

Ein genauerer Blick auf die unterschiedlichen Fernsehsender zeigt, dass überregionale Sender von den Älteren am häufigsten geschaut werden, gefolgt von regionalen und privaten Sendern (siehe Abbildung 3). Die Mittelalten schalten überregionale und private Sender am häufigsten ein. Jüngere informieren sich am stärksten über überregionale Sender, gefolgt von privaten und regionalen Sendern. Auffällig ist der Unterschied zwischen der Gruppe der 18-29-Jährigen und den beiden älteren Gruppen in Bezug auf das Privatfernsehen: Ab 30 Jahren ist eine deutlich häufigere Nutzung privater Sender im Kontext des Coronavirus zu verzeichnen.

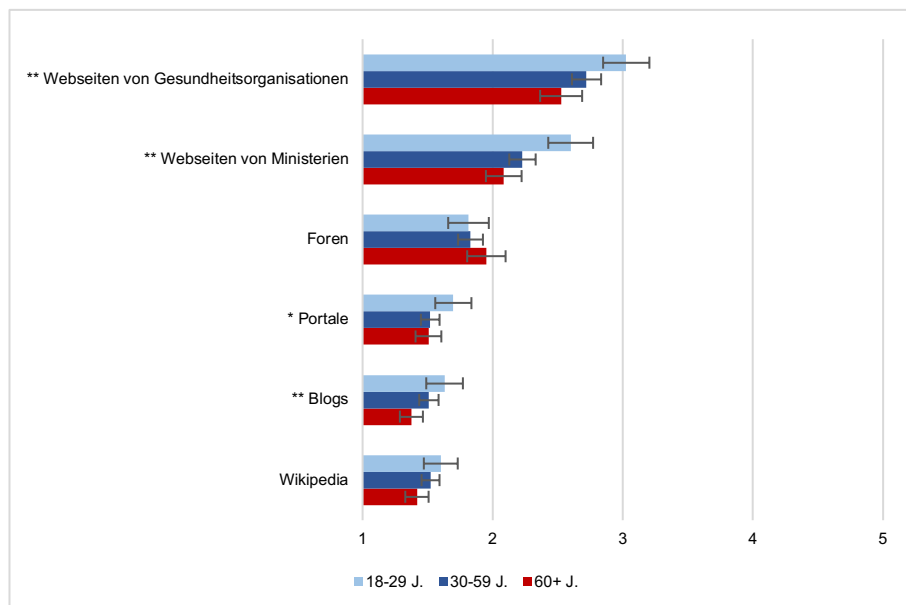
Abbildung 3. Nutzung von Fernsehnachrichten nach Alter.



Anmerkungen. Basis:  $n_{18-29\text{ J.}} = 198-208$ ;  $n_{30-59\text{ J.}} = 705-713$ ;  $n_{60+\text{ J.}} = 372-375$ ; Skala von 1 = nie bis 5 = täglich; \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ .

Von den verfügbaren Internetquellen zum Coronavirus werden von allen Altersgruppen am häufigsten Webseiten von Gesundheitsorganisationen genutzt (siehe Abbildung 4). Webseiten von Ministerien besuchen 18-29-jährige Internetnutzerinnen und -nutzer etwas häufiger als jene aus den Altersgruppen über 30 Jahren. Wikipedia, Blogs, Portale und Foren werden durchweg selten bis nie für die aktive Informationssuche zum Coronavirus besucht.

Abbildung 4. Nutzung unterschiedlicher Webangebote nach Alter.



Anmerkungen. Basis:  $n_{18-29\text{ J.}} = 227-231$ ;  $n_{30-59\text{ J.}} = 674-681$ ;  $n_{60+\text{ J.}} = 328-330$ ; Skala von 1 = nie bis 5 = täglich; \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ .

Neben der Frage, welche Informationen genutzt werden, ist für den Einfluss auf Wissen, Wahrnehmungen und Verhalten jedoch auch entscheidend, wie aufmerksam Personen die Inhalte verfolgen, während sie diese rezipieren. Hier zeigt sich, dass Informationen zum Coronavirus zwar im Schnitt häufiger aufmerksam verfolgt werden und darüber nachgedacht wird, welche Bedeutung diese für den eigenen Alltag haben (= systematische Verarbeitung). Allerdings neigen die jüngeren Rezipierenden im Vergleich zu den älteren zu heuristischer Informationsverarbeitung, d. h. sie verfolgen die Informationen zum Coronavirus häufiger nur oberflächlich, verbringen eher auch mal wenig Zeit damit, über sie nachzudenken, und konzentrieren sich gelegentlich auch nur auf die wichtigsten Inhalte (Jüngere:  $M = 2.37$ ,  $SD = 0.98$ ; Mittelalte:  $M = 2.19$ ,  $SD = 1.02$ ; Ältere:  $M = 2.04$ ,  $SD = 1.02$ ). Wie erste Einblicke in multivariate Analysen zeigen, hängt die Art der Informationsverarbeitung insbesondere davon ab, ob Menschen die Suche nach Informationen über das Coronavirus als hilfreich und nützlich erachten und den Eindruck haben, dass durch das soziale Umfeld erwartet wird, gut über das Thema informiert zu sein.

### Unterschiede nach Gesundheitskompetenz

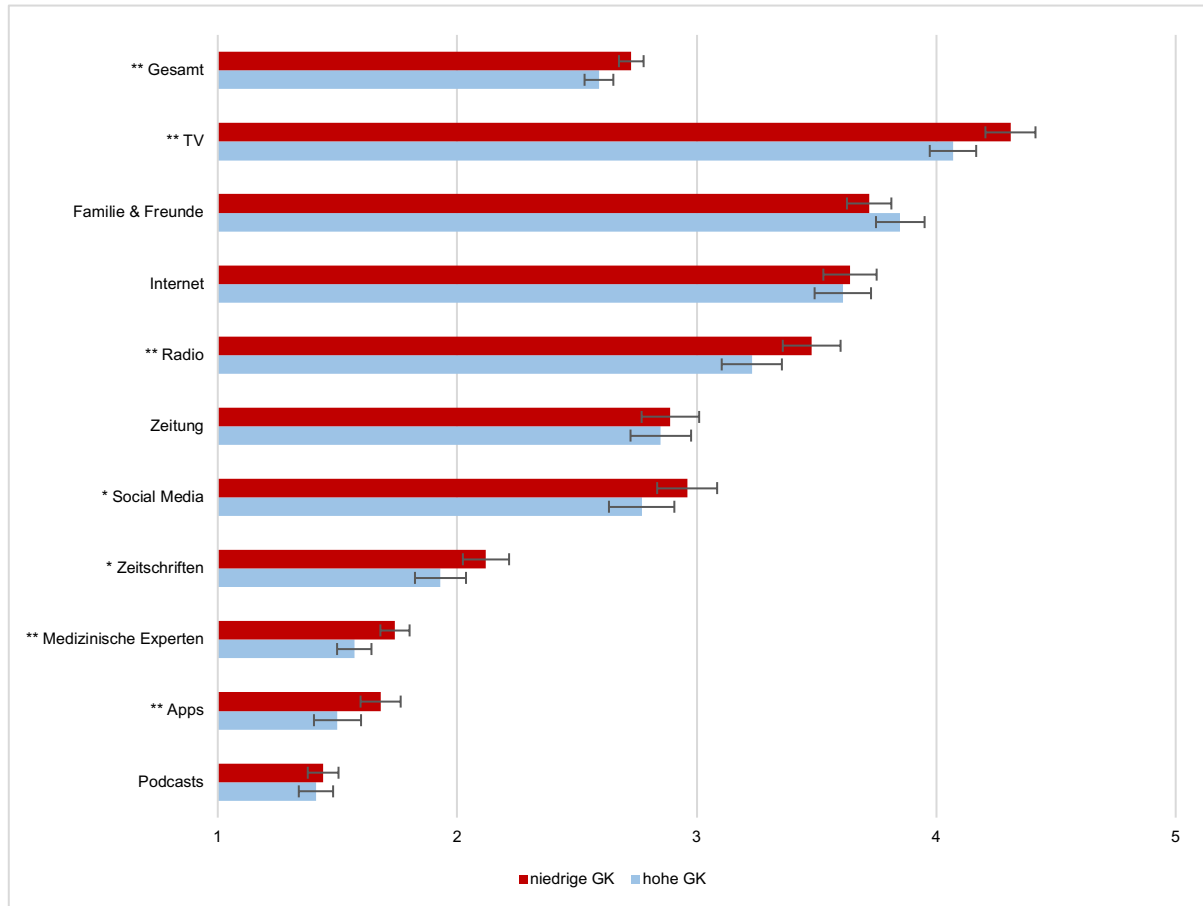
Der Begriff Gesundheitskompetenz beschreibt die Fähigkeit einer Person, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und zu bewerten (Schaeffer et al., 2018; Sørensen et al., 2012). Entsprechend sind Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz häufig schwerer mit Gesundheitsinformationen zu erreichen als Menschen mit einer hohen Gesundheitskompetenz. Deshalb sollen sie hier im Kontext des Informationsverhaltens zum Coronavirus ebenfalls getrennt betrachtet werden.

Die Befragten wurden auf Basis einer Standardmessung zur Gesundheitskompetenz (Haun et al., 2012) in zwei Gruppen unterteilt (hoch:  $n = 734$ ; niedrig:  $n = 644$ ). Konsequenterweise unterscheiden sich diese auch in Bezug auf einzelne Fragen zur Messung der Informationsverarbeitungskapazität. So gaben Befragte mit einer hohen Gesundheitskompetenz häufiger an, die Informationen gut verstehen (niedrig:  $M = 3.38$ ,  $SD = 1.03$ ; hoch:  $M = 3.71$ ,  $SD = 1.04$ ) und richtige von falschen Informationen unterscheiden zu können (niedrig:  $M = 2.97$ ,  $SD = 1.11$ ; hoch:  $M = 3.66$ ,  $SD = 1.16$ ) als die mit einer geringeren Gesundheitskompetenz.

Dies schlägt sich auch im Wissen nieder. So konnten die Befragten mit hoher Gesundheitskompetenz mehr Fragen über das Coronavirus richtig beantworten als Befragte mit niedriger Gesundheitskompetenz (85% versus 80%). Auch zeigen sich Unterschiede im Verhalten während der letzten beiden Wochen: Personen mit hoher Gesundheitskompetenz gaben häufiger an, sich die Hände regelmäßig und gründlich zu waschen als gering-gesundheitskompetente Befragte (niedrig:  $M = 4.72$ ,  $SD = 0.66$ ; hoch:  $M = 4.81$ ,  $SD = 0.53$ ). Letztere trugen hingegen häufiger eine Atemschutzmaske in der Öffentlichkeit, um sich zu selbst zu schützen, was zumindest zum Zeitpunkt der Befragung eindeutig noch nicht empfohlen wurde (niedrig:  $M = 1.60$ ,  $SD = 1.18$ ; hoch:  $M = 1.40$ ,  $SD = 1.06$ ), und neigen eher dazu, Vorratskäufe zu tätigen (niedrig:  $M = 1.54$ ,  $SD = 1.40$ ; hoch:  $M = 2.35$ ,  $SD = 1.39$ ).

Dies zeigt, dass es im Hinblick auf Wissen und Verhalten von Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz noch Verbesserungspotenzial gibt. Daher stellt sich wiederum die Frage, über welche Kanäle diese gut erreichbar sind. Generell zeigen unsere Daten, dass Personen mit niedriger Gesundheitskompetenz häufiger nach Informationen zum Coronavirus suchen als Personen mit hoher Gesundheitskompetenz (siehe Abbildung 5).

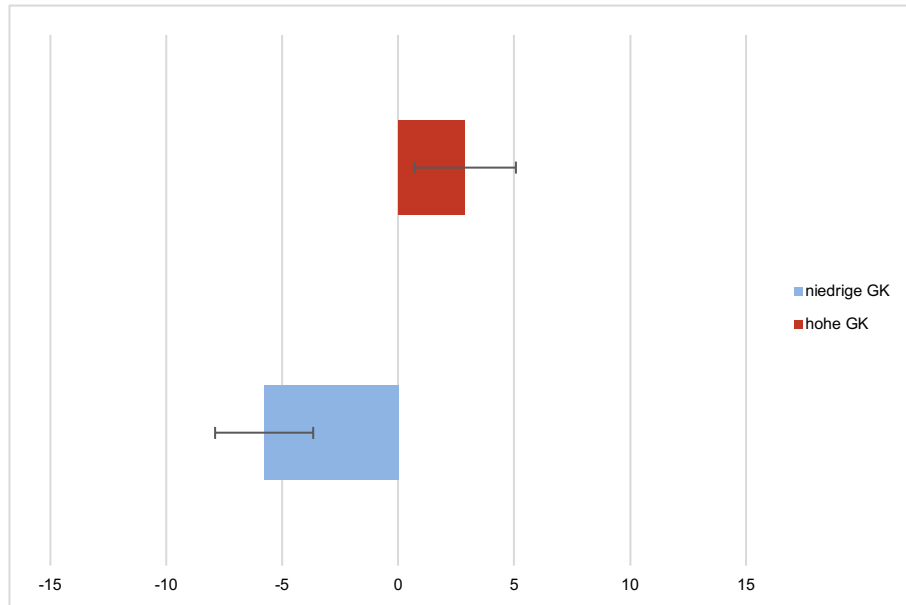
Abbildung 5. Nutzung verschiedener Informationskanäle zur Information über das Coronavirus nach Gesundheitskompetenz.



Anmerkungen. Basis:  $n_{nGK}$  (niedrige Gesundheitskompetenz) = 613-644;  $n_{hGK}$  (hohe Gesundheitskompetenz) = 718-733; Skala von 1 = nie bis 5 = täglich; \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ .

Dieser Befund lässt sich möglicherweise durch das von ihnen erkannte Wissensdefizit erklären, da sich die Gruppen bezüglich ihres wahrgenommenen Verhältnisses zwischen benötigtem und vorhandenem Wissen ebenfalls unterscheiden (siehe Abbildung 6): Personen mit einer geringen Gesundheitskompetenz nehmen im Gegensatz zu Befragten mit einer hohen Gesundheitskompetenz an, weniger Wissen über das Coronavirus zu erhalten als sie benötigen. Dies könnte ein Grund dafür sein, dass sie sich häufiger über das Thema informieren, wie andere Studien zum Informationsverhalten zeigen (vgl. z. B. Hovick et al., 2014). Denkbar ist auch, dass dies an einer höheren Risikowahrnehmung bei den Menschen mit niedriger Gesundheitskompetenz liegt. Zwar wird die Wahrscheinlichkeit, sich anzustecken, nicht höher eingeschätzt (niedrig:  $M = 3.06$ ,  $SD = 1.08$ ; hoch:  $M = 3.02$ ,  $SD = 0.99$ ), jedoch werden die Folgen einer Erkrankung als schwerwiegender wahrgenommen (niedrig:  $M = 3.37$ ,  $SD = 1.14$ ; hoch:  $M = 3.09$ ,  $SD = 1.23$ ). Dieser wahrgenommene Schweregrad beeinflusst in multivariaten Analysen das Informationsverhalten indirekt positiv.

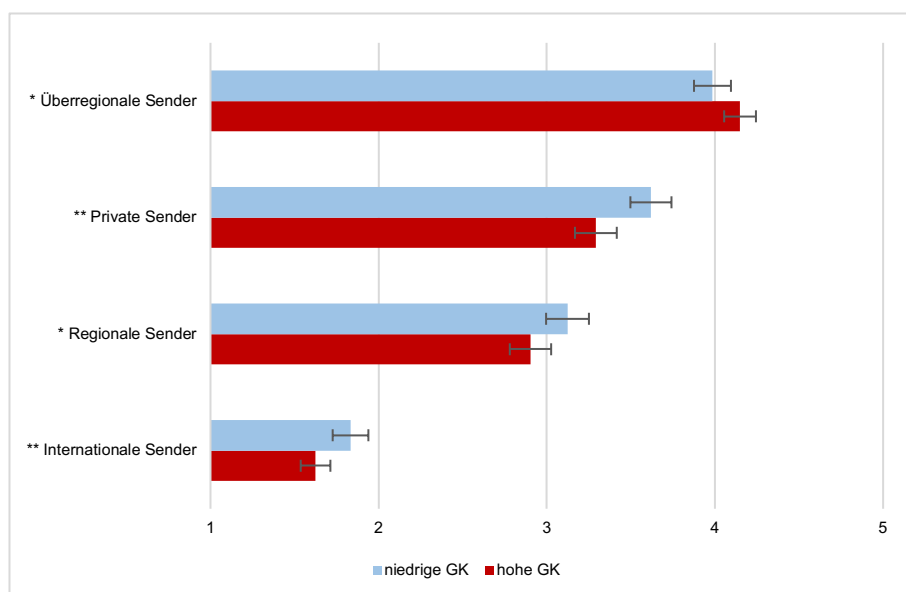
Abbildung 6. Wahrgenommenes Verhältnis von benötigtem und vorhandenem Wissen in Abhängigkeit der Gesundheitskompetenz.



Anmerkungen. Basis:  $n_{\text{nGK}} = 633$ ;  $n_{\text{hGK}} = 721$ ; Skala von 0 = kein Wissen bis 100 = vollständiges Wissen, abgebildet ist der Differenzwert zwischen benötigtem und vorhandenem Wissen; ein positiver Wert gibt dabei an, dass man das Gefühl hat, noch mehr wissen zu müssen, um sich gut schützen zu können;  $p < .001$ .

Betrachtet man die Quellen wieder genauer, so ist das Fernsehen in beiden Gruppen das meistgenutzte Medium zur Information über das Coronavirus, gefolgt von Familie und Freundinnen bzw. Freunden, Internet und Radio (siehe Abbildung 5). Wie Abbildung 7 zeigt, werden dabei am häufigsten überregionale Fernsehsender genutzt. Personen mit niedriger Gesundheitskompetenz suchen im Vergleich zu Personen mit hoher Gesundheitskompetenz jedoch öfter Informationen bei privaten, regionalen und internationalen Sendern und weniger bei überregionalen Programmen.

Abbildung 7. Nutzung von Fernsehnachrichten nach Gesundheitskompetenz.

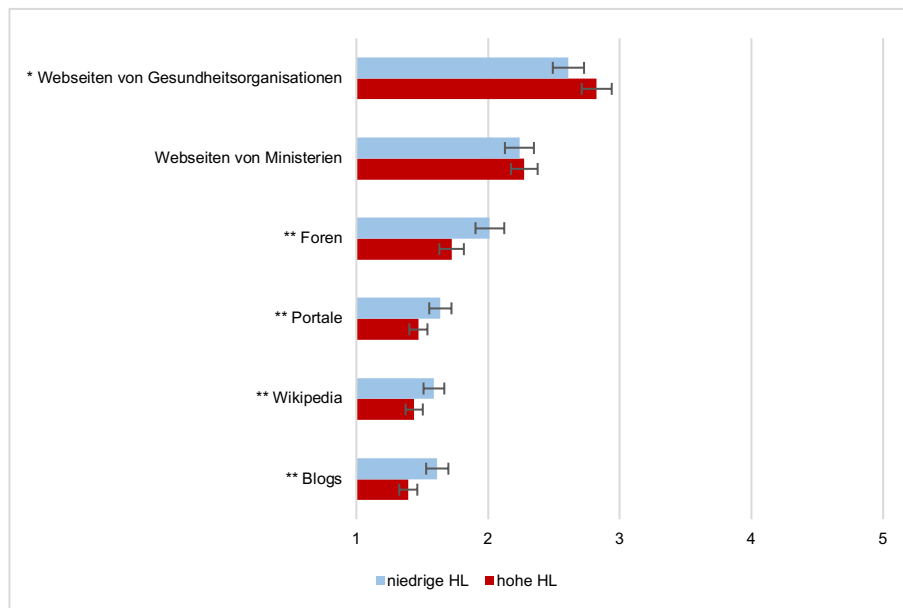


Anmerkungen. Basis:  $n_{\text{nGK}} = 598-613$ ;  $n_{\text{hGK}} = 670-683$ ; Skala von 1 = nie bis 5 = täglich; \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ .



Hinsichtlich der Informationssuche im Internet wenden sich die Befragten mit hoher Gesundheitskompetenz häufiger direkt an Webseiten der Behörden als Personen mit niedriger Gesundheitskompetenz. Diese hingegen nutzen vergleichsweise häufiger Foren, Portale, Wikipedia und Blogs.

Abbildung 8. Nutzung unterschiedlicher Webangebote nach Gesundheitskompetenz.



Anmerkungen. Basis:  $n_{\text{HGK}} = 568-575$ ;  $n_{\text{HGK}} = 658-664$ ; Skala von 1 = nie bis 5 = täglich; \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ .

Nicht zuletzt zeigen sich auch zwischen Menschen mit geringer versus hoher Gesundheitskompetenz Unterschiede in der Art der Auseinandersetzung mit rezipierten Informationen. So verarbeiten die Rezipierenden mit geringer Gesundheitskompetenz die Informationen zum Coronavirus häufiger oberflächlich (niedrig:  $M = 2.34$ ,  $SD = 1.05$ ; hoch:  $M = 2.04$ ,  $SD = 0.98$ ) und weniger häufig systematisch (niedrig:  $M = 3.82$ ,  $SD = 0.71$ ; hoch:  $M = 3.92$ ,  $SD = 0.74$ ) als Personen mit hoher Gesundheitskompetenz, wenn auch hier insgesamt die intensive Verarbeitung dominiert.

## Fazit

### Zusammenfassung

- Insgesamt sind Wissen, Vertrauen in die Behörden und das Informationsverhalten zum Coronavirus sehr stark ausgeprägt, auch die Verhaltensempfehlungen zum eigenen Schutz werden weitgehend eingehalten.
- Der wahrgenommene Wissensstand ist jedoch bereits nahezu gesättigt, weshalb es denkbar ist, dass die Informationsbereitschaft in nächster Zeit eher rückläufig sein wird.
- Die wichtigsten drei Informationskanäle sind Fernsehen, Gespräche mit Familie und Freundinnen bzw. Freunden und das Internet. Medizinische Expertinnen und Experten sind als Quelle für Gesundheitsinformationen im Vergleich zu Nicht-Krisenzeiten von geringerer Bedeutung, was sich durch den fehlenden Arztkontakt erklären dürfte.

- Altersbedingte Unterschiede: Die typischen Unterschiede in der Mediennutzung zeigen sich auch im Krisenkontext – Onlineangebote (auch von Behörden) und soziale Medien sind vor allem für die Jüngeren bedeutsam, allerdings neigen diese eher dazu, empfohlene Schutzmaßnahmen nicht einzuhalten. Dies kann auch daran liegen, dass die Informationen weniger für ein junges Publikum aufbereitet werden als für ein älteres. Gleichzeitig könnten hier die vor allem in sozialen Medien kursierenden Falschinformationen eine Rolle spielen.
- Gesundheitskompetenz: Bei Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz zeigt sich Verbesserungspotenzial im Wissen und Verhalten. Gleichzeitig nutzen diese mehr Privatsender und regionale Sender und im Internet vergleichsweise weniger Onlineangebote von Behörden, aber mehr Foren, Blogs und Wikipedia. Hier könnten sich Unterschiede in der Qualität der dargebotenen Informationen bemerkbar machen.
- Auch die Art der Informationsverarbeitung dürfte eine Rolle spielen: Jüngere Menschen und Personen mit geringer Gesundheitskompetenz neigen eher dazu, die Informationen oberflächlich zu verarbeiten, als ältere und Menschen mit hoher Gesundheitskompetenz – dies erfordert auch eine andere Aufbereitung der Botschaften, um die Menschen gut zu erreichen. So müssen die Informationen eventuell einfacher aufbereitet werden, damit sie auch dann verständlich sind, wenn sich die Rezipierenden nicht sehr aufmerksam mit ihnen auseinandersetzen.

#### *Handlungsempfehlungen*

- Es zeigt sich Verbesserungsbedarf in der zielgruppenspezifischen Kommunikation für jüngere Zielgruppen und Menschen mit geringerer Gesundheitskompetenz: Für diese sollten Informationsangebote zielgruppengerecht aufbereitet werden (z. B. durch digitale Angebote wie YouTube-Videos, Edutainment-Ansätze, Gamification für Jüngere; einfache Sprache und grafische Darstellung für Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz), damit diese auch dann wahrgenommen und verstanden werden, wenn die Informationen oberflächlicher verarbeitet werden.
- Ärztinnen und Ärzte, die außerhalb von Krisenzeiten zu den wichtigsten Informationsquellen für Gesundheitsfragen gehören, sind gerade wenig greifbar. Hier sollte nachgebessert werden, um Menschen auch in diesen Zeiten die Möglichkeit zu geben, sich mit ihren Ärztinnen und Ärzten austauschen zu können (z. B. durch telefonische Erreichbarkeit, Videosprechstunde, Telemedizin).
- Das wahrgenommene Wissen im Vergleich zum wahrgenommenen benötigten Wissensstand ist sehr hoch. Daher besteht die Gefahr einer Informationsüberfrachtung und Informationsvermeidung. Ist dies der Fall, muss darüber nachgedacht werden, ob Informationen stärker kanalisiert und auf das Nötige reduziert werden können, um Reaktanzeffekte, die sich sowohl auf Medienkonzerne als auch das Krisenmanagement negativ auswirken könnten, zu vermeiden.

#### *Ausblick*

- Inwieweit Änderungen im Informationsverhalten eintreten oder es sogar zu einer Informationsvermeidung kommt, werden die Daten der zweiten Befragungswelle zeigen. Diese ersten Befunde geben lediglich einen groben Einblick und basieren weitgehend auf einfachen Analyseverfahren, weitere multivariate Analysen sind geplant, die das Zusammenspiel der Variablen im Detail aufdecken und mit der zweiten Welle auch auf zeitliche Veränderungen eingehen werden.
- Diese Online-Panelbefragung ist ein Baustein des Gesamtprojekts CoreCrisis. Weiterführend werden derzeit eine Inhaltsanalyse von Medienberichterstattung, sozialen Medien und behördlicher Kommunikation sowie weitere Befragungen (Bevölkerung, Ärztinnen und Ärzte) vorbereitet, anhand derer das Zusammenspiel von Krisenkommunikation, Informationsverhalten und Medienwirkungen genauer und integriert betrachtet werden kann.

## Literatur

- Haun, J., Luther, S., Dodd, V., & Donaldson, P. (2012). Measurement variation across health literacy assessments: implications for assessment selection in research and practice. *Journal of Health Communication, 17*(3), 141–59.
- Hovick, S. R., Kahlor, L., & Liang, M.-C. (2014). Personal Cancer Knowledge and Information Seeking Through PRISM: The Planned Risk Information Seeking Model. *Journal of Health Communication, 19*(4), 511-527.
- Marstedt, G. (2018). *Das Internet – Auch Ihr Ratgeber für Gesundheitsfragen? Ergebnisse einer Bevölkerungsumfrage zur Suche von Gesundheitsinformationen im Internet und zur Reaktion der Ärzte*. Gütersloh: BertelsmannStiftung. doi/10.11586/2017052; online: [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV\\_Studie\\_Das-Internet-auch-Ihr-Ratgeber\\_Befragung.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_Studie_Das-Internet-auch-Ihr-Ratgeber_Befragung.pdf)
- Robert Koch-Institut (2020). Coronavirus/SARS-CoV-2. Steckbrief zur Coronavirus-Krankheit (COVID-19); online: [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Steckbrief.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html) (3. April 2020).
- Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U. und Kolpatzik, K. (Hrsg.) (2018). *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken*. Berlin: KomPart.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J. M., Slonska, Z., Brand, H., & HLS-EU Consortium (2012). Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. *BMC Public Health, 12*(1), 1-13.

## Kontakt

Prof. Dr. Constanze Rossmann, [constanze.rossmann@uni-erfurt.de](mailto:constanze.rossmann@uni-erfurt.de)  
unter Mitarbeit von: Winja Weber, Anne Reinhardt, Linn Temmann, Paula Stehr, Annemarie Wiedicke, Janine Brill, Dr. Doreen Reifegerste, Kim Nikola Wendt und Laura Koch