

Bericht

COVI-Ad – Vorarlberg

Befragung zur Adhärenz mit COVID-19-Regeln

Auftraggeber	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz Land Vorarlberg - Amt der Vorarlberger Landesregierung
Kontaktadresse	Univ.-Prof. Dr. med. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung Tel: +43 316 385 73555 Mail: andrea.siebenhofer@medunigraz.at
Projektleitung	Univ.-Prof. Dr. med. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch; Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Medizinische Universität Graz (IAMEV) Priv.-Doz. Dr. Alexander Avian; Institut für Medizinische Informatik, Statistik und Dokumentation, Medizinische Universität Graz (IMI)
Kooperationspartner	Mag. Clemens Könczöl, Institut für Arbeits- und Organisationspsychologie, Universität Graz, Universitätsplatz 2/DG, 8010 Graz PD Dr. med. univ. Daniela Schmid, MSc, Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (AGES)
Beteiligte Institution	Dr. Auer - Institut für Management & Marketing Millennium Park 4 6890 Lustenau Österreich

Das Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (IAMEV) der Medizinischen Universität Graz ist fachlich unabhängig und vermeidet jegliche externe Parteinahme und Beeinflussung. In seiner Arbeit legt das IAMEV höchsten Wert auf Wissenschaftlichkeit, Objektivität und Transparenz.

Inhaltsverzeichnis

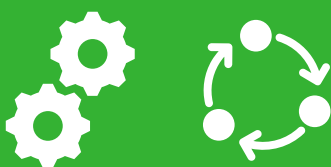
Inhaltsverzeichnis	3
Abkürzungsverzeichnis	5
Synopsis	6
Gesamtes Modell.....	7
Landesspezifische Auswertungen.....	7
Modellregion Vorarlberg	8
Zusammenfassung und Empfehlungen	9
Wissenschaftlicher Hintergrund	11
Definitionen	13
Modell zur Erhebung der Adhärenz in Österreich	15
Methodik - Telefoninterviews	16
Fragestellungen und Ziele.....	17
Primärziel	17
Sekundärziel	17
Interviewleitfaden.....	18
Entwicklung des ursprünglichen Interviewleitfadens für Kärnten	18
Adaptierung des Interviewleitfadens für Vorarlberg.....	18
Auswahl der Studienpopulation	18
Durchführung der Befragung	19
Auswertung	19
Stichprobe - Fallzahl	20
Ethische Aspekte	20
Datenschutz	20
Ergebnisse	21
Ausmaß der Adhärenz der Bevölkerung zu individuellen Schutzmaßnahmen	23
Adhärenz-Items	23
Adhärenz-Skala/Ausmaß	24
Einflussfaktoren auf die Adhärenz	25
Einfluss auf die Adhärenz in der gesamten Stichprobe.....	26
Einfluss auf die Adhärenz bei wenig adhärenenten Personen	27
Selbstwirksamkeit	28
Soziale Norm.....	29
Corona-Verhaltensmüdigkeit	30

Gesundheitliche Gefahr durch das Coronavirus	32
Soziodemografische Einflussvariablen	34
Weitere Faktoren ohne direkten Einfluss auf das Modell	35
Vertrauen in öffentliche Institutionen	35
Hürden und Motivatoren	38
Corona-Informationsmüdigkeit.....	39
Wahrgenommene Gefährlichkeit des COVID-19-Virus	41
Bewertung von regionalen Maßnahmen	45
Bewertung der Sinnhaftigkeit allgemeiner Schutzmaßnahmen	46
Analyse der Impfbereitschaft	48
Mögliche Anreize zur Impfung.....	49
Impfen - qualitative Daten	50
COVID-19-Test.....	51
Modellregion Vorarlberg	53
Öffnungsschritte in der Modellregion	53
Präventionskonzepte in der Modellregion Vorarlberg	54
Informationsquellen zu COVID-19 in Vorarlberg.....	55
Stärken und Schwächen des Berichts	57
Literaturverzeichnis	58
Tabellenverzeichnis	60
Abbildungsverzeichnis.....	60
Anhang	64
Modellbildung hinsichtlich der Einflussfaktoren auf die Adhärenz	64
Adhärenz-Skala.....	65
Perceived Severity - wahrgenommene Gefährlichkeit des COVID-19-Virus.....	68
Perceived Susceptibility - wahrgenommenes Infektionsrisiko.....	73
Perceived Benefits & Barriers.....	75
Selbstwirksamkeitserwartungen (Self-Efficacy)	81
Social Norms.....	83
Corona-Müdigkeit	86
Vertrauen in öffentliche Institutionen.....	92

Abkürzungsverzeichnis

AGES	Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH
CI	Konfidenzintervall
COVI-Ad-Arbeit	COVID-19-Adhärenz im Setting Arbeit
COVI-Ad-Core	COVID-19-Adhärenz Basisfragebogen
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
FFP2	Partikelfiltrierende Halbmasken Klasse 2 / Filtering Face Piece
IAMEV	Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung
KAP	Knowledge, Attitude and Practice
k.A.	keine Angabe
n.s.	nicht signifikant
ORF	Österreichischer Rundfunk
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus Type 2
sign.	signifikant
VIF	Variance Inflation Factor (Varianzinflationsfaktor)
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Synopsis



Im Mai und Juni 2021 wurden in einer Zufallsstichprobe der Bevölkerung Vorarlbergs insgesamt 503 Personen aus unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen mittels Telefoninterviews über das individuelle Verhalten befragt. Im Rahmen dieser Studie wurde die Bereitschaft zur Einhaltung der Maßnahmen (Adhärenz) zur Eindämmung der Pandemie und die Sichtweise der Bevölkerung sowie potenzielle beeinflussende Faktoren differenziert ausgewertet. Auch wenn eine Spaltung der Gesellschaft öffentlich diskutiert wird, so zeigen die Ergebnisse, dass der Großteil der Bevölkerung die verordneten Maßnahmen zum Befragungszeitpunkt mitträgt und somit ein adhärentes Verhalten zeigt. Eine weitere Erhöhung der sozialen Norm erscheint möglich, indem in der Kommunikation der Fokus auf jene Mehrheit der Bevölkerung gesetzt wird, welche die Maßnahmen umsetzt. Selten gab und gibt es in unserer Gesellschaft so viel Einigkeit wie in der Bewältigung der Pandemie, obwohl das Risikobewusstsein hinsichtlich einer eigenen Infektion gering ausgeprägt ist. Wenn die verordneten Maßnahmen einfach, transparent und verständlich gestaltet und die Informationen dazu leicht verfügbar sind, dann besteht die Möglichkeit, damit einen positiven Einfluss auf das Infektionsgeschehen zu nehmen. Dazu müssen die Maßnahmen so gestaltet sein, dass sie auch hinsichtlich der Verbreitung des Coronavirus wirkungsvoll eingreifen können.

Gesamtes Modell

Die gemeinsame Analyse der Vorarlberger mit den Kärntner Interviews zeigt, dass die Adhärenz bei jenen Personen höher ist, die den Mut haben, sich an Maßnahmen zu halten, auch wenn Freund*innen und Bekannte dies nicht tun (Selbstwirksamkeitserwartung). Positiv wirkt sich auch aus, wenn sich das Umfeld, das für eine Person wichtig ist, an die Maßnahmen hält (soziale Norm) und wenn das Coronavirus als eine gesundheitliche Gefahr wahrgenommen wird. Weiters zeigt sich, dass sich eine höhere Verhaltensmüdigkeit (Personen wollen sich nicht mehr an die Maßnahmen halten oder wissen gar nicht mehr, welche Maßnahmen gelten) negativ auf die Adhärenz auswirkt. Ältere Personen und Frauen halten sich häufiger an die verordneten Maßnahmen.

In der Gruppe der weniger adhärennten Personen (35 %) steigt die Adhärenz mit einer höheren Selbstwirksamkeitserwartung, der sozialen Norm und dem Alter. Im Unterschied zur Gesamtstichprobe steigt die Adhärenz bei den weniger adhärennten Personen mit der Bewertung der Gefährlichkeit einer COVID-19-Infektion im Vergleich zu einer Grippe.

Landesspezifische Auswertungen

Soziale Norm

Die Bereitschaft, die Covid-19-Schutzmaßnahmen einzuhalten, wird durch die Gruppe, die der Person wichtig ist, beeinflusst. Wenn es im Umfeld selbstverständlich ist, spezifische Schutzmaßnahmen einzuhalten, sind auch Einzelpersonen eher dazu bereit. Gerade bei älteren Personen hält sich die Umgebung verstärkt an die Maßnahmen.

Selbstwirksamkeitserwartung

Generell zeigt sich, dass die Bereitschaft zur Einhaltung der Maßnahmen dann sinkt (nur 41 % sind dazu bereit), wenn sich Freund*innen und Bekannte nicht daran halten, auch wenn die Maßnahmen für sinnvoll erachtet werden. Sich als einzige Person an die Maßnahmen zu halten oder als eine von wenigen Personen, bedarf einer hohen persönlichen Überzeugung, die sich vor allem bei älteren Personen abbildet.

Gefährlichkeit

Die wahrgenommene persönliche Gefahr durch eine Infektion mit dem Coronavirus ist in der befragten Gruppe in etwa gleichverteilt, jeweils ca. ein Drittel der befragten Personen schätzen diese als groß, mittel oder klein ein. Jene Personen, die das Virus als gefährlich einschätzten, befolgen eher die individuellen Schutzmaßnahmen, wobei die ältere Personengruppe und Frauen von einer höheren Gefährlichkeit ausgehen. Wenngleich die Bevölkerung das Coronavirus mehrheitlich als gefährlicher als eine Grippeerkrankung einschätzt (68 %), glauben nur 15 %, dass sie einem Infektionsrisiko ausgesetzt sind. Dies ist ein Hinweis auf ein mangelndes Risikobewusstsein.

Verhaltensmüdigkeit

Knapp zwei Drittel der Befragten (64 %) waren zum Befragungszeitpunkt immer noch bereit, sich einzuschränken, um die COVID-19-Risikogruppen zu schützen. Die Bereitschaft, sich an Schutzmaßnahmen zu halten, sinkt bei Personen, die bereits verhaltensmüde sind. Immerhin geben über die Hälfte der Befragten an, dass sie sich zumindest zum Teil überfordert fühlen (56 %) oder den Elan verlieren, gegen Corona anzukämpfen (52 %), und 34 % interessieren sich kaum mehr für die vorgegebenen Regeln. Zudem zeigen jüngere Personen eher Ermüdungserscheinungen in Bezug auf ihr Verhalten.

Modellregion Vorarlberg

Zum Zeitpunkt der Befragung sollte auch die Akzeptanz der Bevölkerung in der Modellregion Vorarlberg mit den damit einhergehenden Öffnungsschritten abgebildet werden. Hier zeigt sich, dass besonders das Tragen von FFP2-Masken, die Corona-Testung vor der Inanspruchnahme von körpernahen Dienstleistungen sowie das Meiden von jenen Situationen, in denen die Abstandsregeln nicht eingehalten werden können, als sinnvoll erachtet werden.

Der überwiegende Anteil der Vorarlberger*innen (über 82 % vollkommen bzw. teilweise akzeptiert) steht hinter den von der Vorarlberger Landesregierung im Frühjahr gesetzten Maßnahmen in der Modellregion (beschränkte Teilnahmezahl, Abstandsregeln, FFP2-Masken-Pflicht, Präventionskonzepte, Eintrittstests, Registrierung). Ebenso wurden die gesetzten Öffnungsschritte mit der schrittweisen Rückkehr in gesellschaftliches Leben von der Bevölkerung weitgehend akzeptiert, und sie wäre bereit, sich an Präventionskonzepte zu halten, um besonders Risikogruppen zu schützen (Personen im Krankenhaus [84 %] oder in einem Pflege- oder Altersheim [79 %] besuchen zu dürfen).

Ein großer Teil der Befragten weist ein hohes Vertrauen in öffentliche Institutionen auf, wobei mit zunehmendem Alter das Vertrauen in die Institutionen steigt. Am höchsten war das Vertrauen der Bevölkerung in die Wissenschaft (70 %), in die Medien (z.B. ORF: 50 %, Zeitungen: 17 %) hingegen mäßig bis gering. Spezifische Plattformen im Land wurden ebenfalls bezüglich ihrer Bekanntheit und ihrer Zugriffshäufigkeit befragt. Zum Befragungszeitpunkt kannten 58 % der Vorarlberger*innen die Informationsseite der Vorarlberger Landesregierung, von denen über drei Viertel diese Seite auch zumindest einmal besucht hatten (78 %). 25 % der Vorarlberger*innen kannten die Informationsseite „okay.zusammen leben“, von denen rund die Hälfte (48 %) diese Seite auch besucht hatten.

Wenngleich das Thema Impfungen zum Befragungszeitpunkt nicht prioritär abgehandelt wurde, konnten doch wesentliche Ergebnisse erzielt werden. Rund 12 % der Befragten wollen sich nicht impfen lassen, wobei von diesen Personen primär die Angst vor Nebenwirkungen sowie unzureichende Evidenz, aber auch die mangelnde Wirksamkeit bzw. eine eigene Genesung oder fehlende Notwendigkeit als Gründe gegen eine Impfung angegeben wurden. Auch wenn in dieser Gruppe knapp die Hälfte eine Impfung kategorisch ablehnt, so kann sich doch die Hälfte jener Personen, die sich nicht impfen lassen wollen, unter bestimmten Anreizaspekten eine Impfung vorstellen.

Zusammenfassung und Empfehlungen

Die Ergebnisse der Befragung zeigen die große Bereitschaft der Bevölkerung in Vorarlberg, die Öffnungsschritte der Landesregierung in der Vorarlberger Modellregion vom Frühjahr 2021 mitzutragen. Sie dienen weiter dazu, die im Land gesetzten Initiativen im Krisenmanagement zu optimieren, wobei sämtliche Empfehlungen bevorzugt auf die Gewährleistung eines niederschweligen Angebots (orts- und zeitnah, kostengünstig) und auf eine Verbesserung der Kommunikation mit der Bevölkerung (transparent, sachlich und konsistent) abzielen.

Tabelle 1 - Zusammenfassung und Empfehlungen

Ergebnis	Wer und wie?
<p>Nachdem die Gewichtung der Medienkommunikation unverhältnismäßig zulasten jener ausgerichtet ist, die keine Bereitschaft zur Einhaltung der Covid-19-Schutzmaßnahmen zeigen, wäre es günstig, dieses Ungleichgewicht zu beheben und auch jene große Mehrzahl zu würdigen, die seit Beginn der Pandemie größtenteils alle Einschränkungen mitträgt.</p> <p>Ebenso könnte das Ausmaß der Solidarität in der Gesellschaft betont werden, zum Beispiel, dass die Bevölkerung durchaus bereit ist, Covid-19-Schutzmaßnahmen zum Schutz von Risikogruppen mitzutragen.</p>	<p>Positive Kommunikation der Landesregierung Vorarlberg</p> <p>„Good news are better than bad news → sell good news.“</p> <p>Weitere Erhöhung der sozialen Norm, indem verdeutlicht wird, dass die Mehrheit der Bevölkerung in Vorarlberg die Maßnahmen mitträgt und umsetzt.</p>
<p>Ältere Personen waren am ehesten bereit, Covid-19-Schutzmaßnahmen zu befolgen. Um die jüngere Gesellschaftsgruppe zu erreichen, sollte daher auf zielgerichtete Informationen geachtet werden.</p>	<p>Meinungsbildner*innen identifizieren und diese über ihre Vorbildrolle informieren und als Multiplikatoren einsetzen</p> <p>Am Verhaltenskodex (Maske, Abstand halten, Vorweisen des grünen Passes etc.) festhalten und deutlich kommunizieren</p>

Ergebnis	Wer und wie?
Das Vertrauen der Bevölkerung in die Medien ist nur bedingt gegeben, sodass vermehrt auf eine qualitätsgesicherte Information (knapp, klar, konsistent und ausgewogen) geachtet werden sollte.	Ausgewogene Berichterstattung durch öffentliche Medien
Es zeigt sich, dass die Angebote des Landes nur zum Teil bekannt sind, sodass diese gezielt in der Bevölkerung kommuniziert werden sollten (Informationsseite der Vorarlberger Landesregierung, okay.zusammen leben).	Veröffentlichung dieser Angebote durch die Landesregierung Vorarlberg und durch die lokalen Medien
Eine große Diskrepanz besteht zwischen der eingeschätzten persönlichen Gefahr, am Virus zu erkranken, und dem persönlich wahrgenommenen Risiko einer Infektion.	Gezielt Bewusstsein schaffen, dass Orte, an denen ausreichende Schutzmaßnahmen nicht eingehalten werden, mit hohem Übertragungsrisiko verbunden sind
Jüngere Personen zeigen eher Ermüdungserscheinungen, was sich durch eine sinkende Bereitschaft zur Einhaltung der Covid-19-Schutzmaßnahmen sowie durch mangelndes Interesse an der Thematik ausdrückt. Diese Gruppe zu gewinnen und für die noch kommenden Wintermonate zu motivieren, sollte das Ziel sein.	Meinungsbildner*innen identifizieren und diese über ihre Vorbildrolle informieren und als Multiplikatoren einsetzen Solidarität in der Bevölkerung stärken Niederschwellige Angebote (ortsnah, zeitnah und kostenfrei) für Masken, Testen, Impfen weiter forcieren
Auch unter den Impfskeptiker*innen gibt es eine Gruppe, die unter bestimmten Umständen für eine Impfung motiviert werden könnte. Nach den Kampagnen der letzten Monate ist es allerdings fraglich, ob mehr Information bzgl. eines zusätzlichen Nutzens wie Erleichterungen beim Reisen und dem Wegfall von Zutrittstests die Hemmschwelle für die Impfung noch reduzieren.	Kommunikation der Landesregierung Vorarlberg bzgl. niederschwelliger Angebote, um die Hemmschwelle zur Impfung weiter zu senken Ausgewogene Berichterstattung durch öffentliche Medien

Wissenschaftlicher Hintergrund



Um die Ausbreitung des Virus SARS-CoV-2 zu verhindern oder zumindest zu verlangsamen, wurden von den Regierungen unterschiedliche Maßnahmen gesetzt. Diese Maßnahmen umfassen einerseits Einschränkungen in der Wirtschaft, Kunst, Kultur und Freizeit und andererseits individuelle Schutzmaßnahmen, die als Ziel eine Verhaltensänderung der gesamten Bevölkerung haben. Diese individuellen Schutzmaßnahmen beinhalten unter anderem das sogenannte „Social Distancing“, Hygieneempfehlungen (z.B. regelmäßiges Händewaschen) und das Tragen von Mund-Nasen-Schutz-/FFP2-Masken und in zunehmender Aktualität die Schutzimpfung. Während die individuellen Schutzmaßnahmen während des ersten Lockdowns weitestgehend umgesetzt wurden, wird mit der Dauer der Pandemie der Anteil der Personen, die sich nicht mehr nach den Vorgaben richten, größer, wodurch die Effizienz dieser individuellen Schutzmaßnahmen reduziert wird. Zumindest zeigte sich eine negativere Haltung bezüglich der Maßnahmen bereits während und nach dem ersten Lockdown (27.3. - 3.6.2020, wöchentliche Befragungen), wo man in Österreich beobachten konnte, dass der Anteil jener, die die Maßnahmen für angemessen erachteten, über die Zeit nur leicht abnahm (72 % - 67 %), der Anteil jener, die gerne härtere Maßnahmen hätten, stark zurückging (17 % - 6 %) und der Anteil der Personen, denen die Maßnahmen zu weit gingen, anstieg (12 % - 28 %) (Kittel et al. 2020).

Ein Modell, welches in der Vergangenheit zur Erklärung des Gesundheitsverhaltens bei unterschiedlichen Erkrankungen erfolgreich herangezogen wurde, ist das Health-Belief-Modell (z.B. Carpenter 2010, Jones et al. 2020). Die Grundannahmen dieses Modells sind, dass Personen eher ein bestimmtes Gesundheitsverhalten zeigen, wenn sie ein hohes Risiko für sich wahrnehmen, dass sie erkranken (*Perceived Susceptibility*), wenn die Erkrankung als schwerwiegender wahrgenommen wird (*Perceived Severity*), wenn sie in der Ausführung des Verhaltens einen Vorteil sehen (*Perceived Benefits*) und wenn die Hindernisse, dieses Verhalten zu zeigen, nicht zu hoch sind (*Perceived Barriers*). Weitere wichtige Aspekte dieses Modells sind die Selbstwirksamkeitserwartungen einer Person (*Self-Efficacy*) und dass die Person überzeugenden Argumenten (*Cues to Action*) ausgesetzt sein muss (Rosenstock, 1974, Rosenstock et al. 1988). Dieses Modell fand auch bereits Anwendung in der COVID-19-Forschung (z.B. Callow et al. 2020, Eichenberg et al. 2021, Tong et al. 2020).

Die bisherige Forschung zur Adhärenz mit Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie zeigt, dass sowohl die Wahrnehmung der Teilaspekte des Health-Belief-Modells als auch das Verhalten durch gesellschaftliche Einflüsse sowie Eigenschaften und Einstellungen der Person beeinflusst werden. Ein Bereich, für den es bereits Ergebnisse gibt, ist der Effekt von Verschwörungstheorien, extremen religiösen Überzeugungen, politischen Einstellungen und auch der Einstellung gegenüber alternativ- und komplementärmedizinischen Methoden (Plohl & Musil 2021; Soveri et al. 2020).

Ein Aspekt, der mit dieser Sichtweise der Welt zusammenhängt, ist das Vertrauen der Menschen in unterschiedliche Institutionen. Es konnte gezeigt werden, dass das Vertrauen in die Wissenschaft, die Regierung und Verwaltung, in Medien und in die Fähigkeiten des Gesundheitssystems einen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten im Zusammenhang mit COVID-19 hat (Chan et al. 2020, Clark et al. 2020, Nivette et al. 2021, Roozenbeek et al. 2020). Weiters zeigen Personen, die die individuellen Schutzmaßnahmen genauer kennen, eine bessere Adhärenz als Personen, die unzureichende Informationen haben oder diese nicht verstanden haben (Murphy et al. 2020). Gemischte Ergebnisse finden sich für soziodemografische Variablen wie Alter, Geschlecht und Bildung (Callow et al. 2020, Coroiu et al. 2020, Tong et al. 2020) sowie soziale Normen (Kuiper et al. 2020, Nivette et al. 2021).

Definitionen

Adhärenz im Kontext dieses Berichts

Bereitschaft zum Einhalten der durch die Regierung vorgegebenen Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie sowie deren Durchführung.

Selbstwirksamkeit

Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, zu handeln.

Selbstwirksamkeit beschreibt die Überzeugung, dass man das zur Erzielung der Ergebnisse erforderliche Verhalten erfolgreich ausführen kann (Bandura, 1997). Die Einhaltung von für sinnvoll erachteten Maßnahmen stellt ein solches Verhalten dar, welches aber in Situationen erschwert wird, in denen andere Personen diese Maßnahmen missachten.

Soziale Norm

Die Soziale Norm oder soziale Erwünschtheit eines Verhaltens ist ein Begriff aus der Theorie des vernünftigen Handelns (Theory of Reasoned Action - Fishbein & Ajzen 1975). Gemeinsam mit Aspekten wie dem Ausmaß an konformistischem Verhalten und der persönlichen Einstellung ergibt sich daraus die Verhaltensabsicht. Die soziale Norm definiert, welches Verhalten in einer bestimmten Gruppe erwünscht ist. Somit kann sich die soziale Norm zwischen unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen unterscheiden und sich auch mit der Zeit verändern.

Vertrauen

Das Wort „Vertrauen“ wird umgangssprachlich häufig verwendet, ohne dass eine exakte Definition zur Verfügung steht. Hupcey et al. 2001 sehen als Kernelemente des Vertrauens, dass sich dadurch eine Person in die Abhängigkeit einer anderen Person oder Institution gibt, um einen Bedarf abzudecken. Dadurch geht die Person ein Risiko ein, wobei davon ausgegangen wird, dass sich die als vertrauenswürdig angesehene Person entsprechend bestimmten Erwartungen verhält.

Im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie besteht das Bedürfnis, Informationen zu bekommen, wobei die Abhängigkeit darin besteht, dass der Information einer Person oder Institution geglaubt wird, da davon ausgegangen wird, dass sie die „richtige“ Information bereitstellt.

Pandemie-Müdigkeit

Die WHO (2020) definiert **Pandemie-Müdigkeit** generell als eine natürliche und erwartete Reaktion auf anhaltende und ungelöste Widrigkeiten im Leben der Menschen. Dies äußert sich als aufkommende Demotivation, Schutzverhalten zu zeigen und nach COVID-19-bezogenen Informationen zu suchen, sowie als Selbstgefälligkeit, Entfremdung und Hoffnungslosigkeit. Die Pandemie-Müdigkeit entwickelt sich im Laufe der Zeit allmählich und wird von einer Reihe von Emotionen, Erfahrungen und Wahrnehmungen sowie dem kulturellen, sozialen, strukturellen und rechtlichen Umfeld beeinflusst.

Motivatoren - Benefits

Glaube an Persönliche Einschätzung der Wirksamkeit der empfohlenen Maßnahmen zur Risikominderung oder Minderung der Schwere der Erkrankung.

Auch wenn eine Person eine persönliche Anfälligkeit für eine ernste Erkrankung (wahrgenommene Bedrohung) sieht, wird eine Verhaltensänderung davon beeinflusst, inwieweit die Person davon überzeugt ist, dass sich aus dem Verhalten ein Vorteil ergibt. Dies können auch nichtmedizinische Aspekte sein, wie z.B. die finanziellen Einsparungen im Zusammenhang mit der Raucher*innen-entwöhnung. Dies bedeutet, dass Personen, die der Meinung sind, ein Erkrankungsrisiko zu haben, nicht notwendigerweise alle empfohlenen Gesundheitsmaßnahmen akzeptieren, es sei denn, sie sehen die Maßnahme auch als potenziell vorteilhaft. (Champion & Skinner 2008)

Hürden - Barriers

Persönliche Einschätzung der sichtbaren und psychologischen Kosten der empfohlenen Maßnahme.

Die potenziellen negativen Aspekte einer bestimmten Gesundheitsmaßnahme - wahrgenommene Barrieren - können die Durchführung empfohlener Verhaltensweisen behindern. Dabei findet eine Art unbewusster Kosten-Nutzen-Analyse statt, bei der Individuen den erwarteten Nutzen der Aktion den wahrgenommenen Hindernissen entgegenstellen, z.B.: „Eine Impfung könnte mir helfen, aber es könnte Impfnebenwirkungen geben, es könnte in der Zukunft unabsehbare Folgen haben.“ (Champion & Skinner 2008)

Wahrgenommene Gefährlichkeit

Persönliche Einschätzung, wie ernst eine Erkrankung und deren Folgen sind.

Die wahrgenommene Gefährlichkeit ist ein Gefühl über die Schwere einer Erkrankung. Dies umfasst die Bewertung sowohl der medizinischen als auch der klinischen Folgen (zum Beispiel Tod, Behinderung und Schmerzen) und mögliche soziale Folgen (wie zum Beispiel Auswirkungen der Bedingungen auf Arbeit, Familienleben und soziale Beziehungen). Die Kombination aus Anfälligkeit und Schweregrad wird als wahrgenommene Gefährlichkeit bezeichnet. (Champion & Skinner 2008)

Wahrgenommenes Infektionsrisiko

Persönliche Einschätzung der Möglichkeit, zu erkranken.

Das wahrgenommene Infektionsrisiko bezieht sich auf die Einschätzung der Wahrscheinlichkeit, zu erkranken. Zum Beispiel muss eine Frau es für möglich halten, an Brustkrebs zu erkranken, bevor sie sich für eine Mammografie interessiert. (Champion & Skinner 2008)

Modell zur Erhebung der Adhärenz in Österreich

Eine Adaptierung des ursprünglichen Health-Belief-Modells für COVID-19 haben Hsing et al. (2021) durch die Hinzunahme demografischer Variablen, des Wissens über die Maßnahmen und weiterer kultureller Aspekte vorgenommen. Basierend auf dem durch Hsing et al. adaptierten Health-Belief-Modell und den Ergebnissen der weiteren Forschung zum Gesundheitsverhalten während der COVID-19-Pandemie, wurde das Modell für die vorliegende Studie durch das Studienteam wie folgt erweitert:

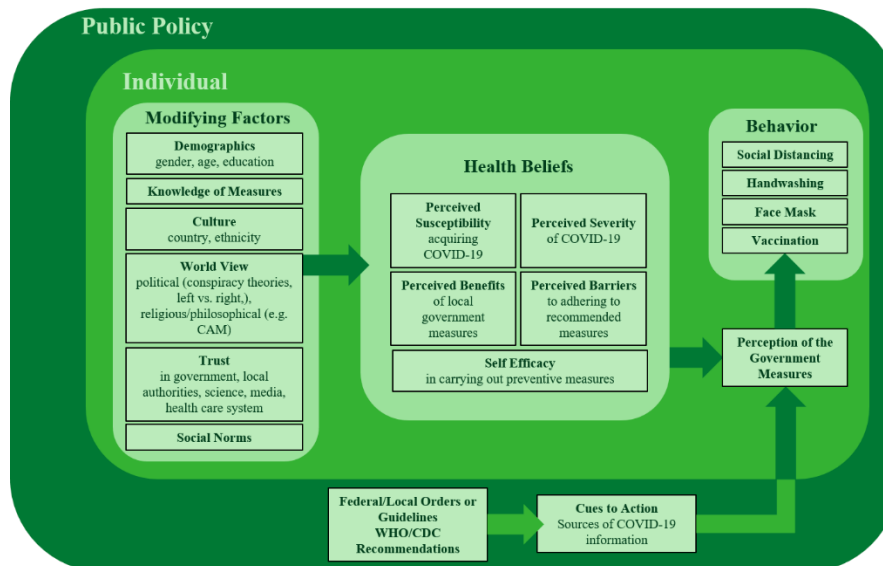


Abbildung 1 - Modell der Einflussfaktoren auf das Gesundheitsverhalten basierend auf dem adaptierten Health-Belief-Modell (Hsing et al. 2021), erweitert um aktuelle Ergebnisse der Forschung zur Adhärenz während der COVID-19-Pandemie

Auf Basis dieses Modells wurden Items entwickelt, die unabhängig von der Personengruppe eingesetzt werden können (z.B. *Perceived Severity*) und den sogenannten COVI-Ad-Core-Fragebogen bilden.

Methodik - Telefoninterviews



Von 14.5. bis 9.6.2021 wurde in einer Zufallsstichprobe der Bevölkerung Vorarlbergs eine deskriptive und analytische Querschnittsstudie mittels Telefoninterviews bei insgesamt 503 Personen durchgeführt. Eingeschlossen wurden Personen im Alter von mindestens 15 Jahren mit einem Wohnort in Vorarlberg und ausreichenden Deutschkenntnissen.

Fragestellungen und Ziele

Aufgrund der sinkenden Adhärenz der Bevölkerung mit den individuellen Schutzmaßnahmen COVID-19 betreffend wurde in diesem Projekt (1) der Status quo des Ausmaßes der Adhärenz in der Bevölkerung erhoben und (2) Faktoren identifiziert, die mit geringer Adhärenz assoziiert sind, (3) die Sichtweise der Bevölkerung zu den allgemeinen Schutzmaßnahmen (z.B. Schließung von Kultur- und Sportveranstaltungen) erhoben und (4) neue Möglichkeiten identifiziert, um die Adhärenz zu erhöhen.

Basierend auf einer Literaturrecherche wurde bereits in einer ersten Vorarbeit vom Studententeam ein Modell erarbeitet, das sich aus einem allgemeinen Modell des Gesundheitsglaubens (Health-Belief-Modell) und COVID-19-spezifischen Aspekten zusammensetzt. Dieses Modell sollte dazu dienen, die Gründe für eine geringe Adhärenz mit den individuellen und allgemeinen Schutzmaßnahmen zu verstehen. Hierfür wurde ein „Knowledge, Attitude and Practice (KAP)“-Survey geplant (Kaliyaperumal 2004), in dem eine repräsentative Stichprobe der Vorarlberger Bevölkerung zu Kenntnisstand, Einstellung und Praktiken in standardisierten Interviews befragt wurde.

Um Strategien zu finden, die die Adhärenz erhöhen, aber bisher in der Literatur noch nicht erwähnt wurden, wurde in der Befragung die Möglichkeit gegeben, dass die befragten Personen ihre persönliche Sichtweise darlegen und auch neue Aspekte (z.B. Anreize) nennen, die zu einer Steigerung der Befolgung der allgemeinen und individuellen Schutzmaßnahmen führen.

Primärziel

- Analyse des Ausmaßes der Adhärenz der Bevölkerung mit den von der Regierung verordneten individuellen COVID-19-Schutzmaßnahmen

Sekundärziel

- Identifikation von Faktoren (Einstellungen, Wissen, soziodemografische Variablen, Persönlichkeitseigenschaften), die mit einer niedrigen Adhärenz mit individuellen COVID-19-Schutzmaßnahmen assoziiert sind
- Erhebung der Bewertung der allgemeinen Schutzmaßnahmen (z.B. Schließung des Handels und Gastgewerbes, Schließung kultureller und sportlicher Veranstaltungen für die Öffentlichkeit)
- Analyse der Impfbereitschaft
- Deskriptive Analyse der von den Befragten genannten Anreize und Ansatzpunkte für eine Steigerung der Adhärenz

Interviewleitfaden

Entwicklung des ursprünglichen Interviewleitfadens für Kärnten

Um eine optimale Vergleichbarkeit dieser Studie mit publizierten Studien zu erlangen, wurden bereits existierende Fragebögen, die in Österreich (z.B. Eichenberg et al. 2021, Kittel et al. 2020), aber auch in Deutschland (z.B. Glöckner et al. 2020) oder im fremdsprachigen Ausland (z.B. Callow et al. 2020) eingesetzt und publiziert wurden, nach Items durchsucht, die inhaltlich zur vorliegenden Studie passen. Ergänzend wurden für Aspekte des adaptierten Health-Belief-Modells, die durch die gefundenen Items noch nicht abgedeckt wurden, neue Items gebildet. Weiters wurde in einem offenen Teil des Interviews den befragten Personen die Möglichkeit gegeben, dass sie aus ihrer Sichtweise Faktoren benennen, die für sie zu einer Steigerung der Adhärenz führen würden. Daraus ergab sich ein Interviewleitfaden, der u.a. das Wissen, die Einstellung und das Handeln (KAP-Survey) der Personen erhebt. Das Ziel der Gestaltung des Interviewleitfadens war es, alle Bereiche des adaptierten Health-Belief-Modells abzubilden und dabei ein möglichst kurzes Instrument zu entwickeln, um damit eine möglichst hohe Responserate und Completionrate zu erhalten.

Vor dem Start der Interviews in Kärnten wurden mit einer kleinen heterogenen Stichprobe (8 Personen) Probeinterviews durchgeführt. Diese Probeinterviews zielten darauf ab, die Verständlichkeit der Items und die inhaltliche Vollständigkeit des Interviews zu bewerten. Entsprechend den Ergebnissen dieses Pretests kam es zu geringfügigen Änderungen im Wording des Interviewleitfadens.

Adaptierung des Interviewleitfadens für Vorarlberg

Der Interviewleitfaden, der in Kärnten eingesetzt wurde, diente als Basis für die Befragung in Vorarlberg. Der ursprüngliche Interviewleitfaden wurde um Items mit Themen erweitert, die für Vorarlberg von Interesse sind. Dies umfasste spezifische Personengruppen wie z.B. Personen mit Migrationshintergrund und Pendler*innen, die z.B. in der Schweiz arbeiten. Weiters wurde der Interviewleitfaden auch um die spezifischen Maßnahmen der Modellregion Vorarlberg erweitert.

Auswahl der Studienpopulation

Befragt wurde eine repräsentative Stichprobe des Bundeslandes Vorarlberg. Dabei wurde auf eine repräsentative geografische Verteilung (Bezirke), Altersverteilung, Geschlechtsverteilung und Stadt/Land-Verteilung der erwachsenen Bevölkerung abgezielt. Der Stichprobenziehung zugrunde gelegt wurde die Verteilung, wie sie Statistik Austria berichtet (www.statistik.at).

Durchführung der Befragung

Um die Datenerhebung zu optimieren, wurden die Angaben der Personen durch die Interviewer*innen direkt in einen digitalen Online-Fragebogen eingegeben. Dadurch waren die Daten direkt nach Abschluss der Befragung sofort digital verfügbar. Da im ländlichen Raum damit zu rechnen war, dass z.T. keine ausreichende Internetverbindung zur Verfügung steht, wurde auch eine Offline-Version des Fragebogens zur Verfügung gestellt, deren Daten nach Abschluss der Interviews übertragen wurden.

Die Durchführung der Interviews erfolgte von hierfür ausgebildeten und erfahrenen Interviewer*innen durch das Forschungsinstitut Dr. Auer.

Auswertung

Für die primäre Analyse wurde innerhalb der repräsentativen Stichproben der Anteil der Personen, die (1) alle, (2) einige, aber nicht alle, und (3) keine individuellen Schutzmaßnahmen befolgen, ermittelt und jeweils 95%-Konfidenzintervalle berechnet.

Um den Einfluss der Einstellungen und des Wissens auf das Handeln zu analysieren, wurden die Faktoren des Health-Belief-Modells in Regressionen als Prädiktoren für die Adhärenz analysiert. Dafür wurde zuerst mittels konfirmatorischer und explorativer **Faktorenanalyse** überprüft, wie die Items zu den intendierten Faktoren des Modells passen. Für die einzelnen Faktoren wurde die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) berechnet. Die sich ergebenden Faktorenwerte und die soziodemografischen Variablen wurden zuerst als Prädiktoren in univariablen **Regressionen** analysiert. Prädiktoren mit $p < 0,2$ werden hinsichtlich ihrer Multikollinearität überprüft (Variance Inflation Factor - VIF). Die sich daraus ergebenden Prädiktoren werden dann in multivariablen Regressionen eingesetzt. Die detaillierten Ergebnisse der Faktorenanalyse und der Regressionsanalyse finden sich im Anhang. Im Ergebnisteil wird das finale Modell dargestellt und beschrieben. Dieses Modell wurde mit den Daten aus Kärnten und Vorarlberg entwickelt.

Für die Vorarlberger Stichprobe wurde im Ergebnisteil die Verteilung der für die Adhärenz relevanten Faktoren dargestellt. Weiters finden sich signifikante Einflüsse des Alters, des Geschlechts und der Bildung auf diese Faktoren. Dabei werden diese Einflüsse nur dann dargestellt, wenn $p < 0,05$ %. Im Anhang sind alle, auch die nichtsignifikanten Ergebnisse grafisch dargestellt. In Abbildung 2 sind die für die einzelnen Analyseschritte verwendeten Stichproben grün dargestellt.



Abbildung 2 - Verwendete Stichproben (grün) für die einzelnen Analyseschritte

Stichprobe - Fallzahl

In dieser Studie wurden 503 Interviews mit erwachsenen Personen in Vorarlberg geplant, wodurch in Abhängigkeit des Anteils der Personen, die ein adhärentes Verhalten zeigen, dieses mit einer Genauigkeit von $\pm 2,6\%$ (10 % od. 90 % zeigen adhärentes Verhalten) und $\pm 4,4\%$ (50 % zeigen adhärentes Verhalten) abgeschätzt werden konnte.

Ethische Aspekte

Diese Studie wurde bei der zuständigen Ethikkommission vorgestellt und die Stellungnahme des Vorsitzenden, dass keinerlei Votum erforderlich sei, am 27.4.2021 eingeholt.

Datenschutz

Da die Daten anonymisiert erhoben wurden, ist kein Rückschluss auf einzelne Personen möglich.

Ergebnisse



Insgesamt wurden 3526 Personen kontaktiert, von denen 503 den Fragebogen beantworteten (siehe Tabelle 2), was einer Rücklaufquote von 14,3 % entspricht. Die Befragten waren im Median 48 Jahre alt (Altersrange: 16 - 94 Jahre). 50,1 % der Teilnehmer waren weiblich und 11,3 % hatten einen oder keinen Pflichtschulabschluss als höchste abgeschlossene Ausbildung, 9,5 % waren hingegen Hochschulabsolvent*innen. Insgesamt verfügten 18,3 % der befragten Personen über einen Migrationshintergrund und entsprechend der Bevölkerungsdichte erfolgte eine geschichtete Befragung in den Regionen Vorarlbergs, wobei in Bregenz die höchste (33,2 %) und in der Region Bludenz die geringste Zahl (15,5 %) an Befragungen stattfand.

Tabelle 2 - Demografie der Befragten in Vorarlberg (n = 503)

Geschlecht		Höchste abgeschlossene Ausbildung	
weiblich	252 (50,1 %)	Hochschule	48 (9,5 %)
männlich	249 (49,5 %)	Akademie	23 (4,6 %)
divers	2 (0,4 %)	Kolleg	29 (5,8 %)
Alter, gruppiert		BHS	30 (6,0 %)
15 - 24 Jahre	27 (5,4 %)	AHS	35 (7,0 %)
25 - 34 Jahre	72 (14,3 %)	Berufsbildende mittlere Schulen, inklusive mittlere Schulen	103 (20,5 %)
35 - 44 Jahre	126 (25,0 %)	Lehre	173 (34,4 %)
45 - 54 Jahre	89 (17,7 %)	Allgemeinbildende Pflichtschule, inklusive Personen ohne Pflichtschulabschluss	57 (11,3 %)
55 - 64 Jahre	83 (16,5 %)	keine Angabe	5 (1,0 %)
65 Jahre oder älter	106 (21,1 %)	Wohnregion	
		Bregenz	167 (33,2 %)
Migrationshintergrund		Dornbirn	113 (22,5 %)
ja	92 (18,3 %)	Feldkirch	138 (27,4 %)
nein	408 (81,1 %)	Bludenz	78 (15,5 %)
keine Angabe	3 (0,6 %)	keine Angabe	7 (1,4 %)

Ausmaß der Adhärenz der Bevölkerung zu individuellen Schutzmaßnahmen

Adhärenz-Items

Bei der Erhebung des Ausmaßes der Adhärenz zu individuellen Schutzmaßnahmen in der Vorarlberger Bevölkerung zeigte sich, dass sich die überwiegende Mehrheit der 503 Befragten an alle oder zumindest einen Teil der verordneten Maßnahmen hält und nur ein geringer Teil der Befragten keine Maßnahmen umsetzt (siehe Abbildung 3).

Der Prozentsatz jener, die sich stets an die Maßnahmen halten, ist bei der FFP2-Maskenpflicht mit 88 % am höchsten (siehe Abbildung 4). Zum Befragungszeitpunkt hatten sich rund 80 % bereits einmal testen lassen oder Selbsttests durchgeführt. Gut zwei Drittel der Teilnehmer gaben an, dass sie sich nicht mit mehr haushaltsfremden Personen als erlaubt treffen (66 %), dass sie sich an die nächtlichen Ausgangsbeschränkungen halten (69 %) und dass auch der im Befragungszeitraum gültige Abstand von 2 m zu Personen aus anderen Haushalten (57 %) eingehalten wird.

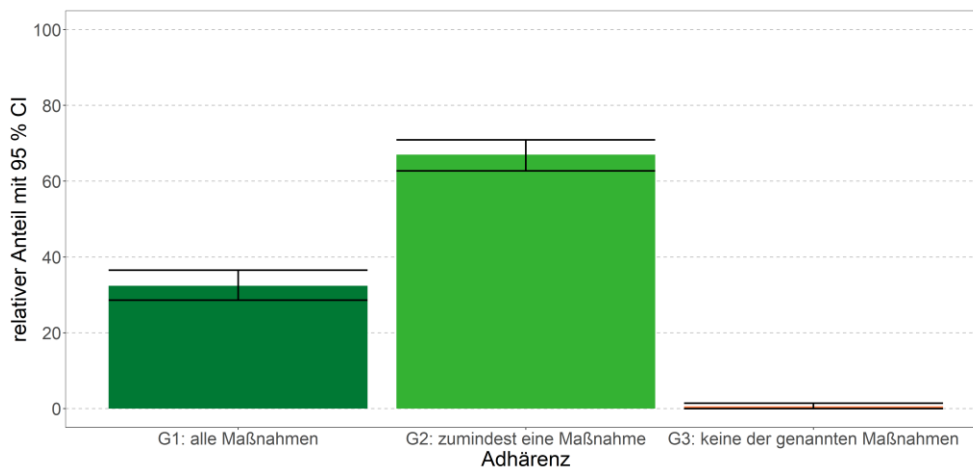


Abbildung 3 - Ausmaß der Adhärenz (n = 503)

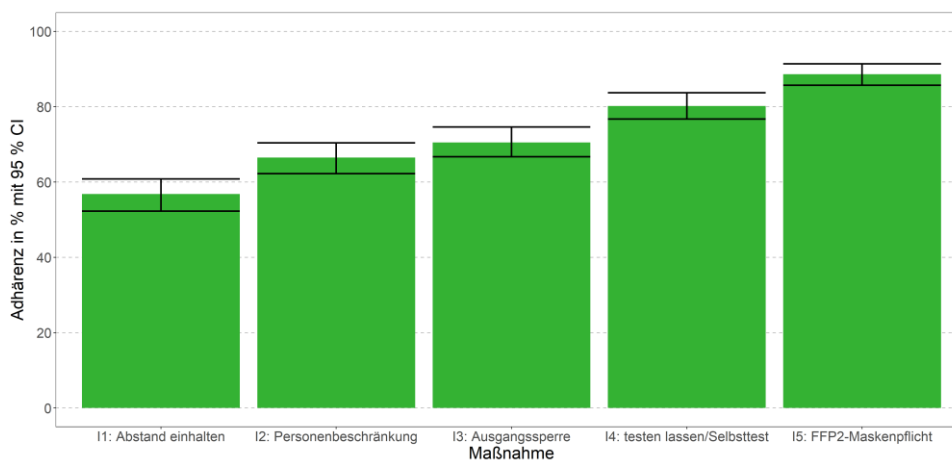


Abbildung 4 - Ausmaß der Adhärenz - Umsetzung der jeweiligen Schutzmaßnahmen (n = 491 bis n = 501)

Adhärenz-Skala/Ausmaß

Vier der zuvor beschriebenen Verhaltensweisen konnten zu einer homogenen Adhärenz-Skala zusammengefasst werden (vgl. Adhärenz-Skala S. 65), die für die weitere Analyse verwendet wird. Diese vier Verhaltensweisen sind: (1) Abstand einhalten, (2) Ausgangssperre, (3) Personenbeschränkung und (4) FFP2-Maskenpflicht. Hohe Werte in dieser Adhärenz-Skala erreichen Personen, die viele bzw. alle Maßnahmen einhalten, und niedrige Werte Personen, die wenige oder keine Maßnahmen einhalten.

In dieser Adhärenz-Skala erreichen 214 Personen den höchsten Wert (halten alle Maßnahmen ein) und 26 Personen den niedrigsten Wert (halten keine Maßnahmen ein). Wie aus Abbildung 5 ersichtlich, erreichen ca. 75 % einen Wert über 0,5, was einer guten Adhärenz hinsichtlich der Maßnahmen entspricht.

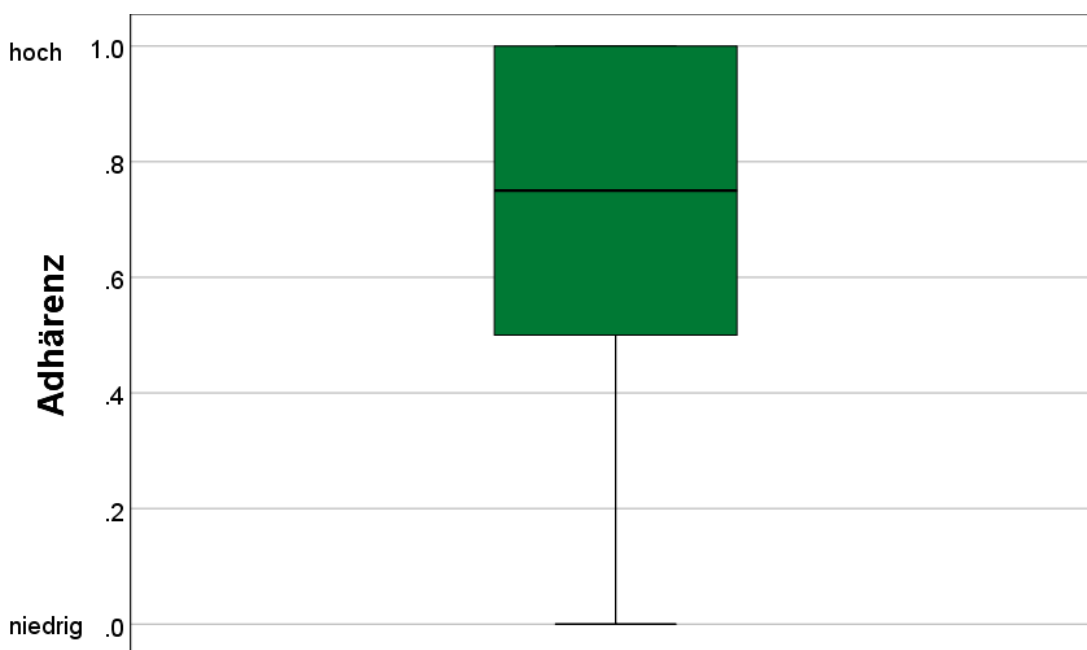


Abbildung 5 - Adhärenz in der befragten Stichprobe (n = 501)

Einflussfaktoren auf die Adhärenz

Um Einflussfaktoren auf die Adhärenz zu identifizieren, wurden die Wahrnehmung der Pandemie (Infektionsrisiko, Gefahr durch eine Infektion etc.), Gründe, die Maßnahmen einzuhalten bzw. nicht einzuhalten, Eigenschaften (z.B. Selbstwirksamkeit), Einstellungen zu Medien, Institutionen und der Wissenschaft und soziodemografische Variablen analysiert (siehe Abbildung 6 - Einflussfaktoren auf die Adhärenz). Eine genaue Beschreibung der Analyse findet sich im Methodenteil.

In diesem Abschnitt werden zuerst kurz in einer Übersicht jene Variablen, die einen Einfluss auf die Adhärenz haben, vorgestellt. Dabei wird einerseits die Gesamtgruppe aller Befragten (Kärnten und Vorarlberg) betrachtet und andererseits die Gruppe der Befragten, die weniger adhärentes Verhalten zeigen getrennt analysiert. Im Anschluss wird jede dieser Variablen genauer beschrieben. Darauf folgend werden jene Aspekte dargestellt, die keinen Einfluss haben, da sich darunter auch Aspekte finden, die als mögliche Ansatzpunkte zur Hebung der Adhärenz diskutiert wurden.

Einfluss auf die Adhärenz in der gesamten Stichprobe

Die Adhärenz¹ steigt mit

- einer höheren **Selbstwirksamkeitserwartung** (traut sich eine Person zu, adhärentes Verhalten zu zeigen, wenn es andere nicht tun),
- sozialen **Normen** (ist es in der für die Person wichtigen Gruppe üblich, adhärentes Verhalten zu zeigen),
- der Einschätzung, dass das Coronavirus eine **gesundheitliche Gefahr** darstellt, und
- dem **Alter**

und sinkt mit

- einer höheren **Verhaltensmüdigkeit** (Personen wollen sich nicht mehr an die Maßnahmen halten oder wissen gar nicht mehr, welche Maßnahmen gelten).

Weiters hat das Geschlecht dahingehend einen Einfluss, dass **Frauen** häufiger adhärentes Verhalten zeigen.



Abbildung 6 - Einflussfaktoren auf die Adhärenz (n = 1003)

¹ Das Modell zur Adhärenz wurde mit den Daten aus Kärnten und Vorarlberg berechnet.

Einfluss auf die Adhärenz bei wenig adhärennten Personen

Als wenig adhärennte Personen wurden in dieser Auswertung jene Personen definiert, die auf der Adhärenz-Skala einen Wert von $\leq 0,5$ erreichten. Dies waren 348 Personen. Dies entspricht 35% der Bevölkerung. Wie in der Gesamtstichprobe steigt die Adhärenz in der Gruppe der weniger adhärennten Personen mit

- einer höheren **Selbstwirksamkeitserwartung** (traut sich eine Person zu, adhärenntes Verhalten zu zeigen, wenn es andere nicht tun),
- sozialen **Normen** (ist es in der für die Person wichtigen Gruppe üblich, adhärenntes Verhalten zu zeigen), und
- dem **Alter**

Weiter steigt die Adhärenz mit

- der Bewertung der Gefährlichkeit einer COVID-19 Infektion im Vergleich zu einer Grippe.



Abbildung 7 - Einflussfaktoren auf die Adhärenz bei wenig adhärennten Personen (n = 348)

Selbstwirksamkeit

Die befragten Personen wurden jeweils zu einer Maßnahme, die sie als sinnvoll erachten, gefragt, ob sie sich auch daran halten würden, wenn Freund*innen und Bekannte dies nicht tun. Obwohl sie die Maßnahme als sinnvoll bewerten, **gaben 27 % der Befragten an, dass sie kein adhärenthes Verhalten zeigen**, wenn sich ihre Umgebung nicht an die Maßnahme hält. Nur 41 % gaben an, dass sie ein adhärenthes Verhalten zeigen würden, wie aus Abbildung 8 hervorgeht. Ältere Personen zeigen eher ein adhärenthes Verhalten (siehe Abbildung 9), während das Geschlecht und die Bildung keinen Einfluss auf die Selbstwirksamkeitserwartungen haben.

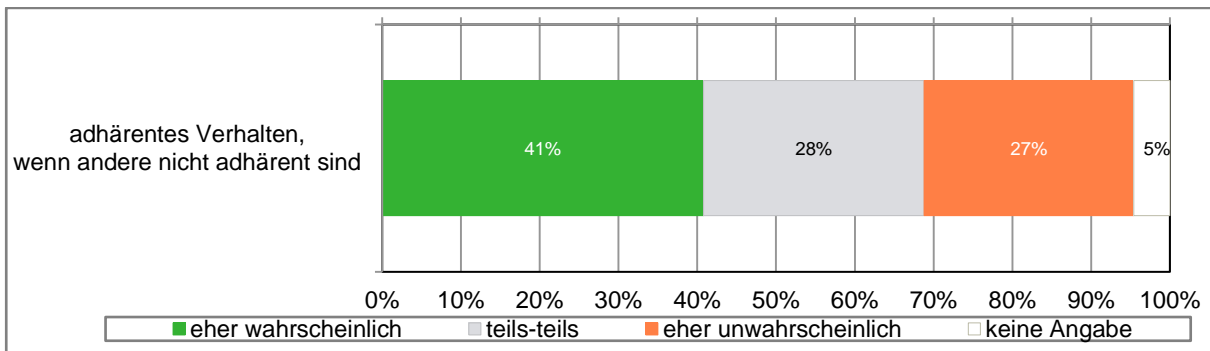


Abbildung 8 - Selbstwirksamkeit - Häufigkeitsverteilung (n = 503)

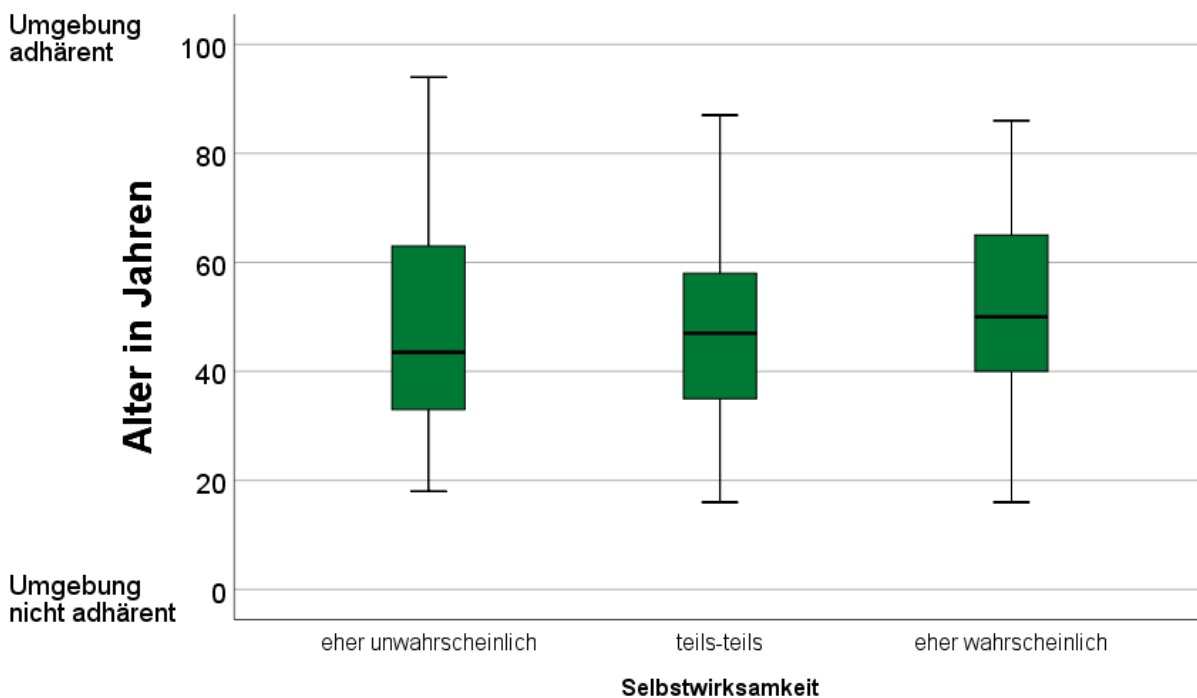


Abbildung 9 - Selbstwirksamkeit - in Bezug auf das Alter (n = 480)

Soziale Norm

Bei den Sozialen Normen wurde gefragt, wie sich Personen verhalten, die den Befragten wichtig sind. Ein Großteil der Befragten (58 %) beantwortete dies dahingehend, dass ihre Umgebung sich an die verordneten Maßnahmen hält (siehe Abbildung 10). Das Alter aber nicht das Geschlecht und die Bildung haben einen Einfluss auf diese Einschätzung. Ältere Personen nehmen ihre Umgebung als adhärenter wahr.

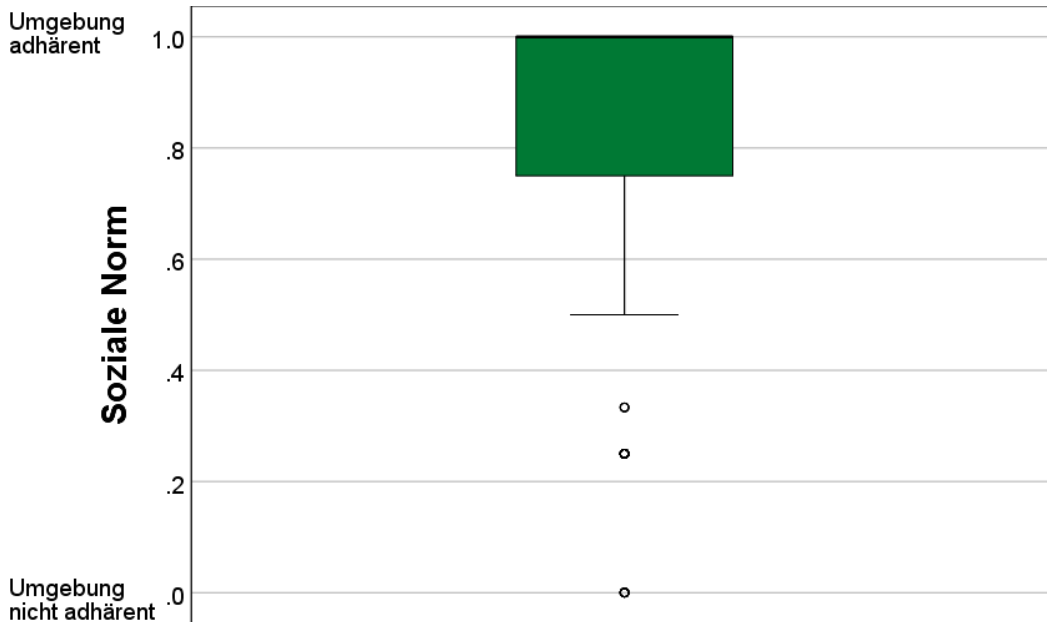


Abbildung 10 - Soziale Norm (Umgebung verhält sich adhären / nicht adhären) in der befragten Stichprobe (n = 489)

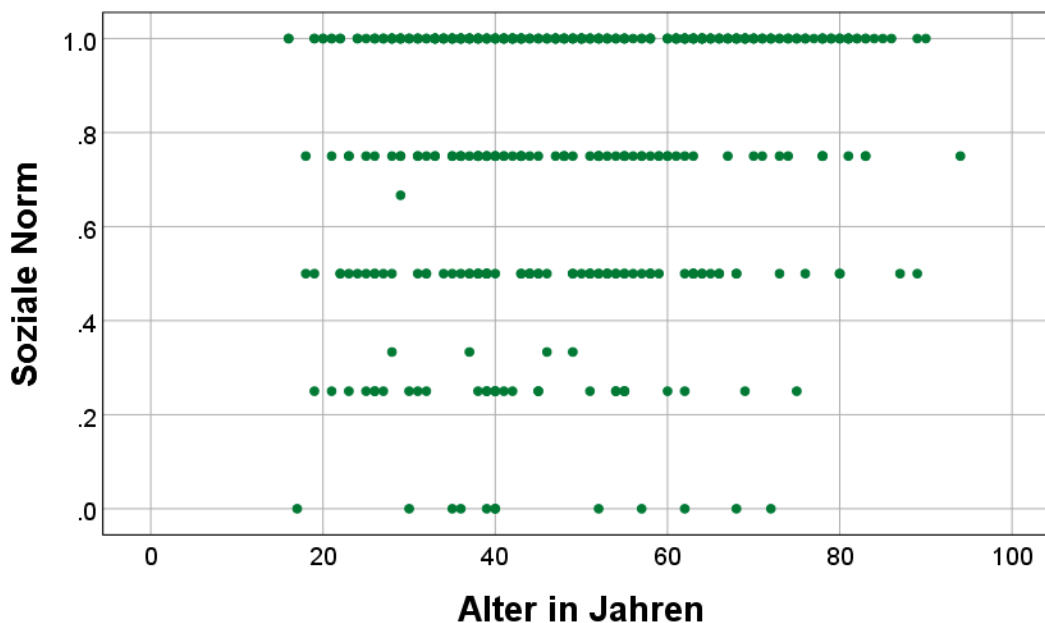


Abbildung 11 - Zusammenhang zwischen Sozialer Normen und Alter (n = 489)

Corona-Verhaltensmüdigkeit

Die Verhaltensmüdigkeit, neben der Informationsmüdigkeit ein Aspekt der Corona-Müdigkeit, bezieht sich direkt auf die verordneten Maßnahmen. Dabei spricht der Inhalt der Items einerseits die Problematik der Dauer der Pandemie an. Mit der Dauer der Pandemie gehen Änderung der verordneten Maßnahmen einher, weiters sinkt der Elan, die Maßnahmen zu befolgen, bzw. steigt der Frust durch das Einhalten der Maßnahmen. Andererseits fühlen sich Befragte durch die Maßnahmen auch überfordert.

Die Verhaltensmüdigkeit ist im Hinblick auf die Adhärenz mit den Maßnahmen gering ausgeprägt (siehe Abbildung 12) - auch wenn eine Informationsmüdigkeit bei einem Teil der Personen zu beobachten ist, sind sie doch noch immer bereit, die Maßnahmen mitzutragen. Zudem zeigt sich, dass zwar das Geschlecht und die Bildung keinen Einfluss hat, aber das Alter. Die Verhaltensmüdigkeit sinkt mit zunehmendem Alter (siehe Abbildung 13).

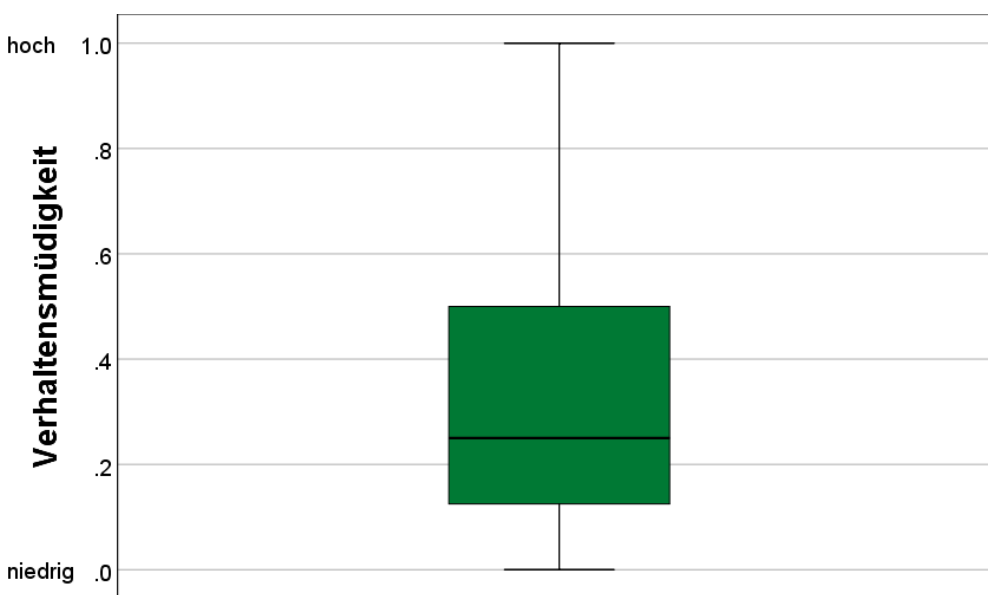


Abbildung 12 - Verteilung der Verhaltensmüdigkeit in der befragten Stichprobe (n = 501)

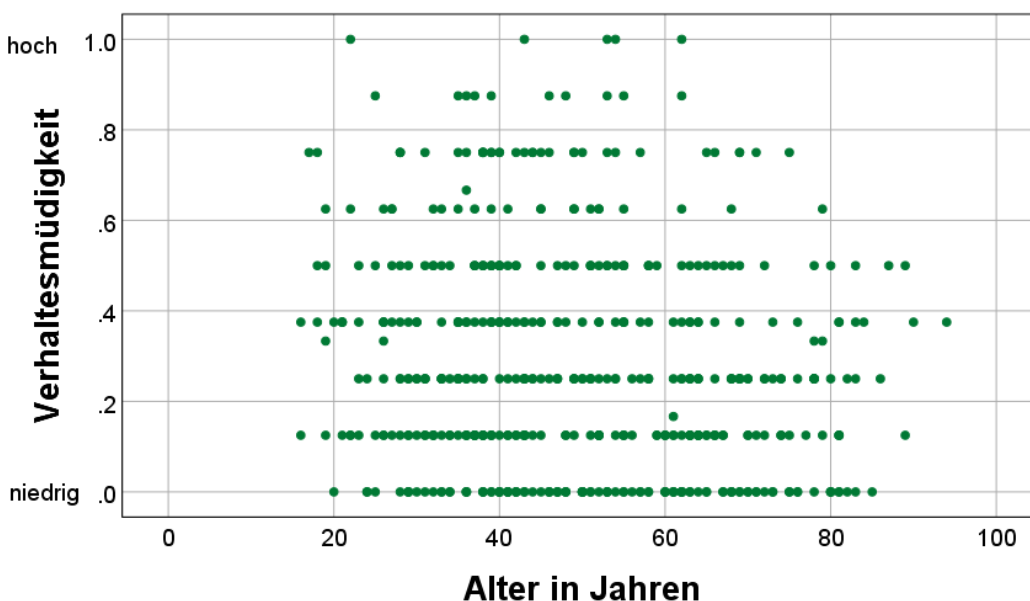


Abbildung 13 - Zusammenhang zwischen Verhaltensmüdigkeit und Alter (n = 501)

In allen vier Fragen, die zu der Skala Verhaltensmüdigkeit zusammengefasst wurden, zeigt sich, dass nur ein geringer Anteil der befragten Personen „müde“ ist. Hinsichtlich der verschiedenen Aspekte der Verhaltensmüdigkeit ist Folgendes zu beobachten (siehe Abbildung 14):

10 % der befragten Personen gaben an, es sattzuhaben, sich für Risikogruppen einzusetzen, während 64 % dazu keine Verhaltensmüdigkeit zeigen. Dass sie ihren Elan im Kampf gegen die Pandemie verloren haben, berichteten 15 %, 47 % hingegen verspürten in diesem Bereich nach wie vor keine Verhaltensmüdigkeit. 19 % fühlten sich damit überfordert, die Verhaltensvorschriften und Empfehlungen einzuhalten, während 44 % auch dahingehend keine Verhaltensmüdigkeit zeigen.

Hinsichtlich der Bereitschaft, sich auch an neue und sich ändernde Verordnungen zu halten, gaben 11 % an, dass sie sich nicht mehr für die Maßnahmen interessieren, sondern so handeln, wie sie es für richtig halten. 66 % hingegen interessieren sich nach wie vor für die Verordnungen (siehe Abbildung 15).

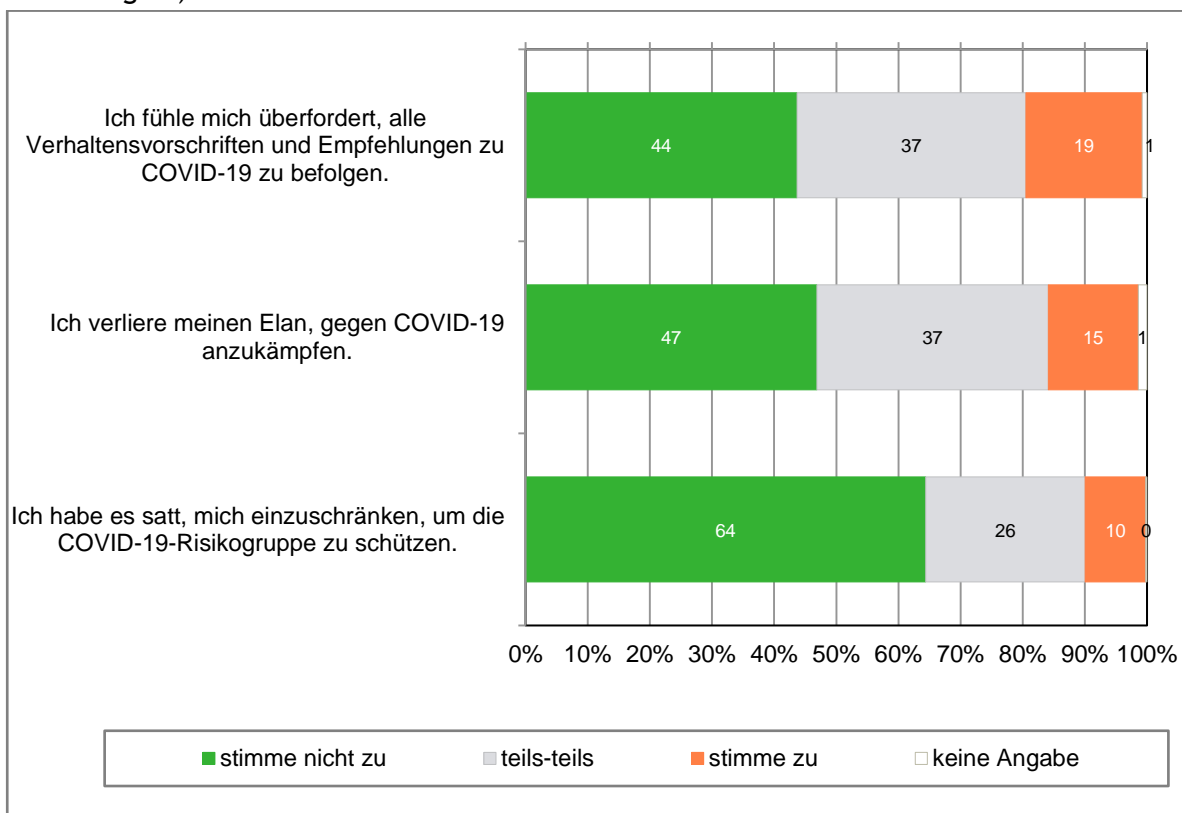


Abbildung 14 - Aspekte der Verhaltensmüdigkeit (n = 503)

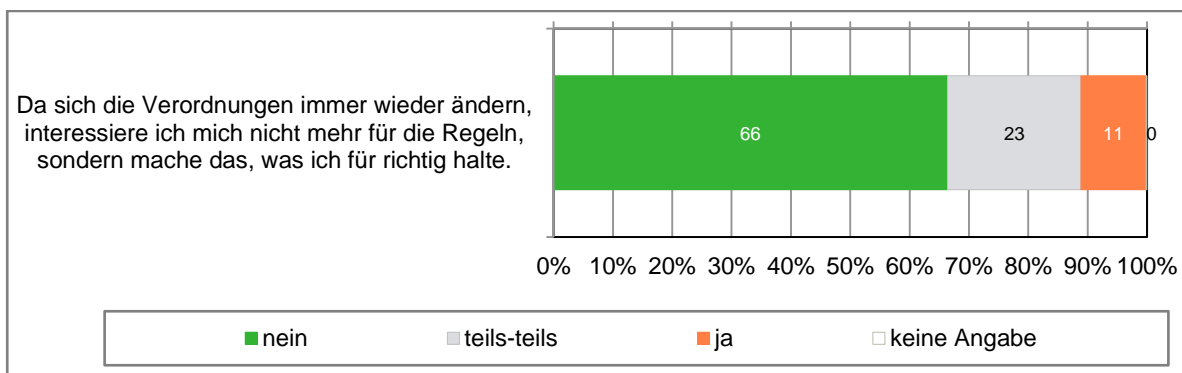


Abbildung 15 - Bereitschaft, sich an neue Verordnungen zu halten (n = 503)

Gesundheitliche Gefahr durch das Coronavirus

Jeweils ca. ein Drittel der befragten Personen gab an, dass die gesundheitliche Gefahr, welche vom Coronavirus für sie persönlich ausgeht, wenn sie an Corona erkranken, „groß“/„sehr groß“, „mittelmäßig“ bzw. „sehr klein“/„klein“ sei (siehe Abbildung 16). Diese Einschätzung wurde durch das Geschlecht (siehe Abbildung 18) und das Alter (siehe Abbildung 17), aber nicht durch die Bildung beeinflusst - die Gruppe der Befragten, die eine große gesundheitliche Gefahr sehen sind älter, als jene, die eine kleine Gefahr sehen und Frauen sehen eine höhere gesundheitliche Gefahr als Männer.

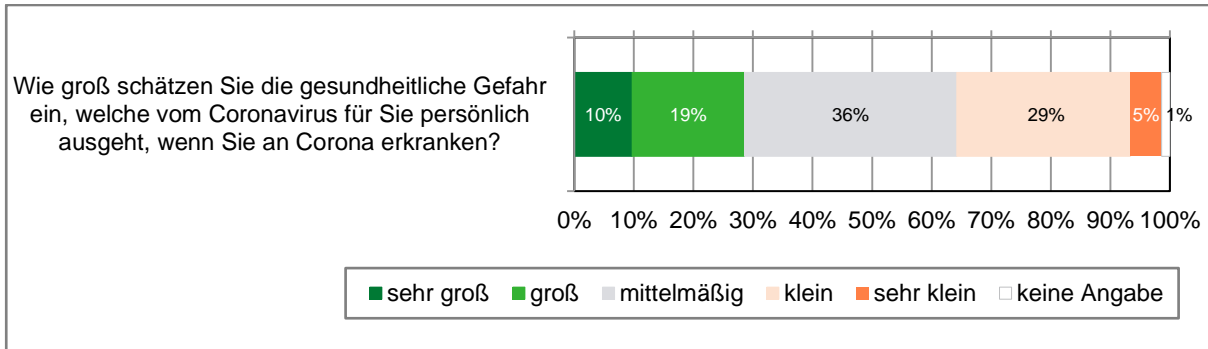


Abbildung 16 - Wahrgenommene Gefährlichkeit hinsichtlich persönlicher Gesundheit - Häufigkeitsverteilung (n = 503)

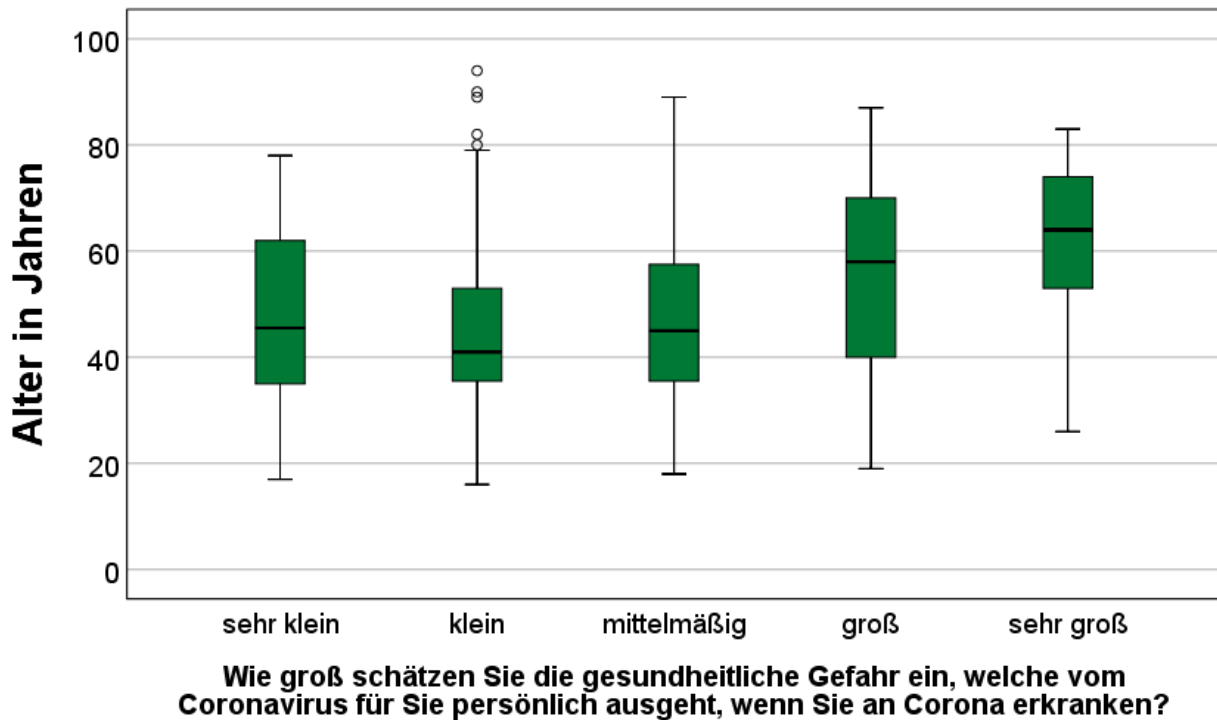


Abbildung 17 - Wahrgenommenen Gefährlichkeit hinsichtlich persönlicher Gesundheit - in Bezug auf das Alter (n = 496)

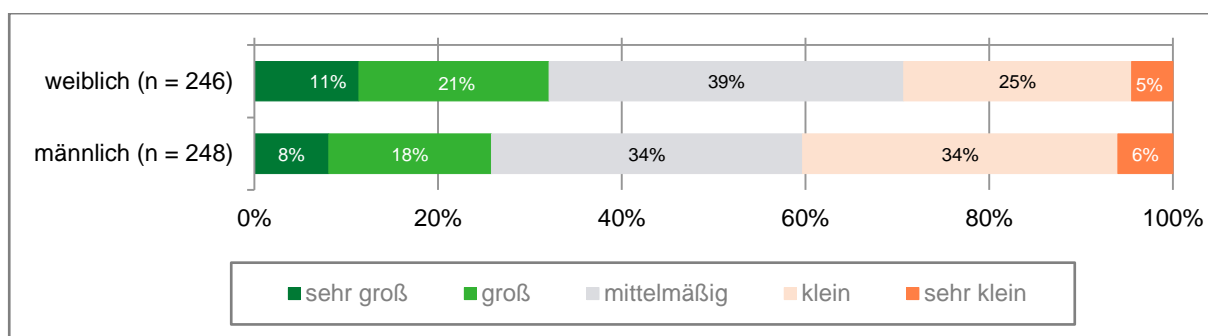


Abbildung 18 - Einschätzung der gesundheitlichen Gefahr in Abhängigkeit des Geschlechts (n = 494)

Soziodemografische Einflussvariablen

Hinsichtlich des Geschlechts zeigen sowohl Männer als auch Frauen eine hohe Adhärenz, wobei diese bei Frauen noch ausgeprägter ist als bei Männern (siehe Abbildung 19). Während sich etwa die Hälfte der Frauen (49 %) an alle Maßnahmen halten - dies entspricht dem Wert 1 auf der Adhärenz-Skala - und nur 3 % an keine Maßnahme (Adhärenz-Skala = 0), halten sich etwas mehr als ein Drittel der Männer (36 %) an alle Maßnahmen und 7 % an keine Maßnahme. Weiters zeigt sich, dass Personen, die sich an alle Maßnahmen halten, älter sind (medianes Alter: 55 Jahre) als Personen, die sich an keine Maßnahme halten (medianes Alter: 35 Jahre; siehe Abbildung 20).

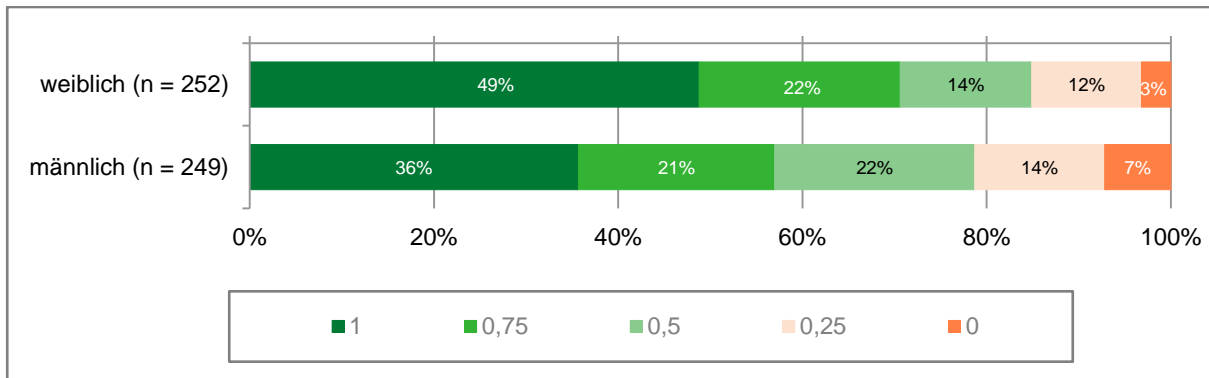


Abbildung 19 - Ausmaß der Adhärenz - nach Geschlecht (n = 501)

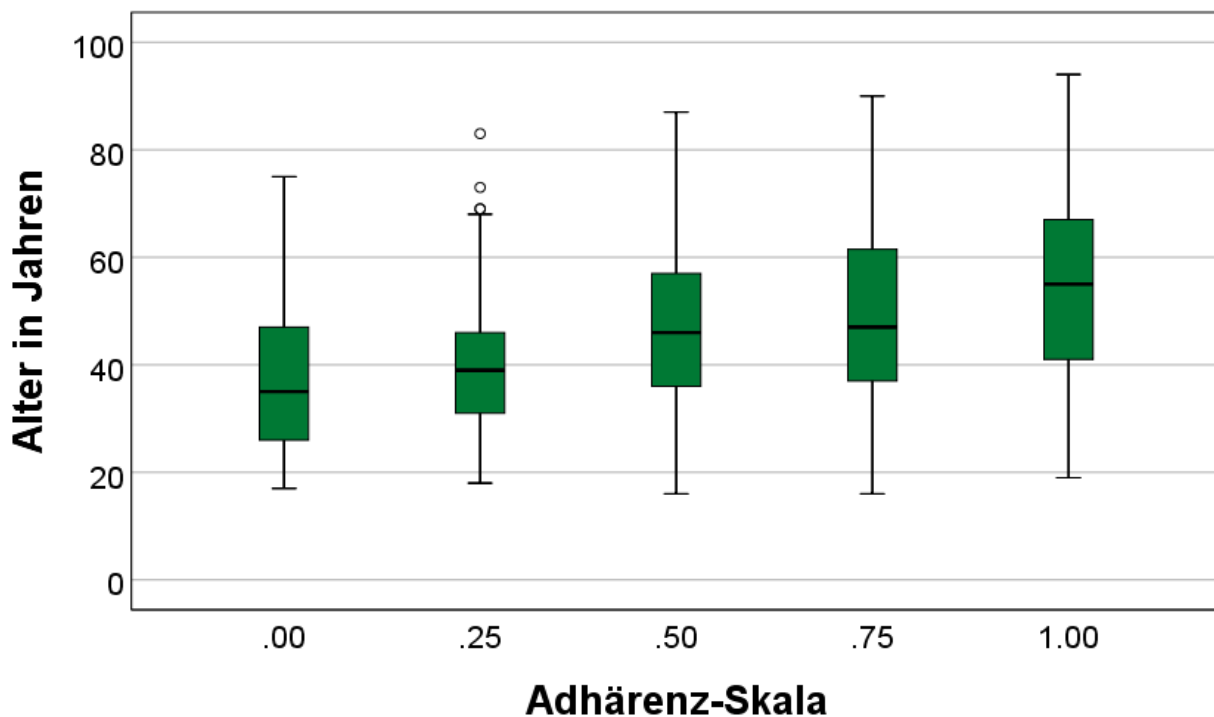


Abbildung 20 - Ausmaß der Adhärenz - in Bezug auf das Alter (n = 503)

Weitere Faktoren ohne direkten Einfluss auf das Modell

Im Folgenden werden weitere Faktoren dargestellt, die keinen direkten Einfluss auf die Adhärenz zeigen.

Vertrauen in öffentliche Institutionen

Im Bereich des **Vertrauens in öffentliche Institutionen** wurde nach dem Vertrauen in den ORF, Zeitungen, die EU, den Bundeskanzler, den Gesundheitsminister, den/die Bürgermeister*in und in Wissenschaft/Forschung gefragt. Es gibt nur wenige Personen, die allen genannten Institutionen bzw. Personen vertrauen, aber auch nur wenige, die keinen vertrauen. Dabei zeigt sich ein differenziertes Bild dahingehend, dass die Verteilung eine hohe Varianz aufweist (siehe Abbildung 21). Das heißt, dass ein großer Teil der Befragten ein hohes Vertrauen in öffentliche Institutionen aufweist, das Vertrauen aber bei einem anderen kleinen Teil gleichzeitig als niedrig bezeichnet werden kann. Das Vertrauen wird durch das Alter (siehe Abbildung 23) und das Geschlecht (siehe Abbildung 22) beeinflusst - mit zunehmendem Alter steigt das Vertrauen in die öffentlichen Institutionen und Frauen vertrauen diesen mehr als Männer. Die Bildung hat hingegen keinen Einfluss auf das Vertrauen.

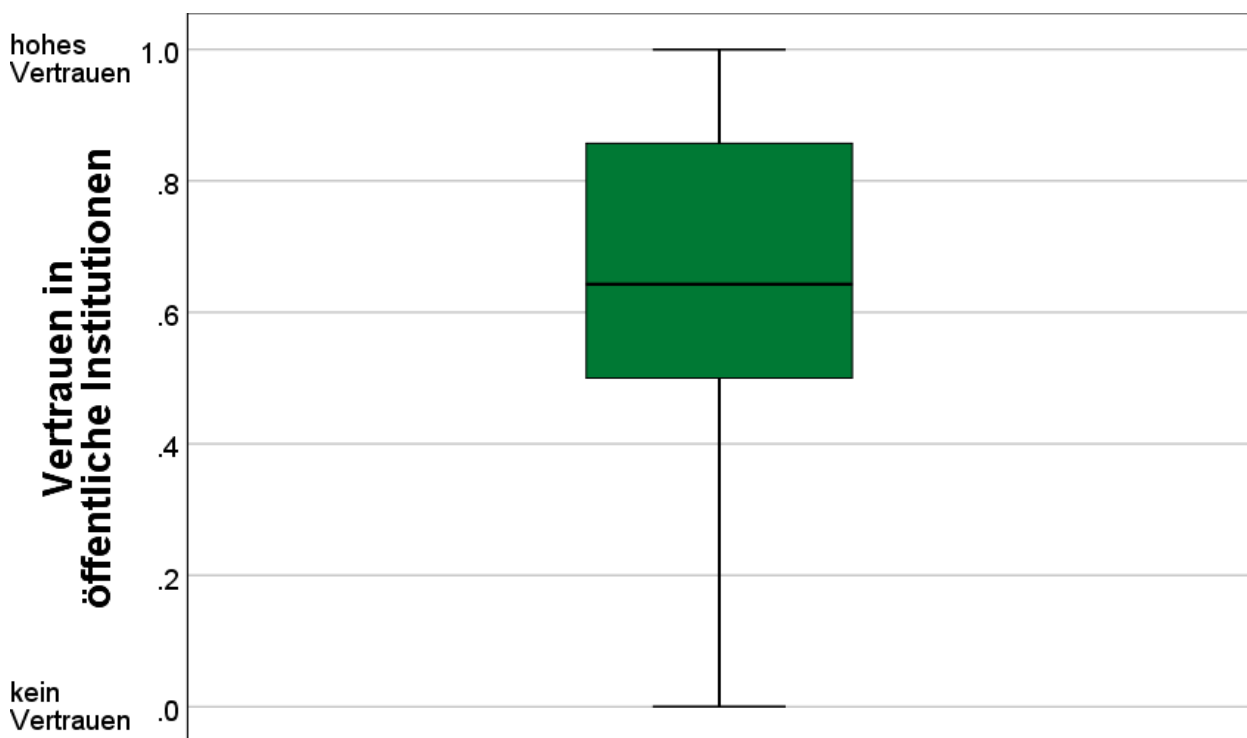


Abbildung 21 - Verteilung des Vertrauens in öffentliche Institutionen in der befragten Stichprobe (n = 502)

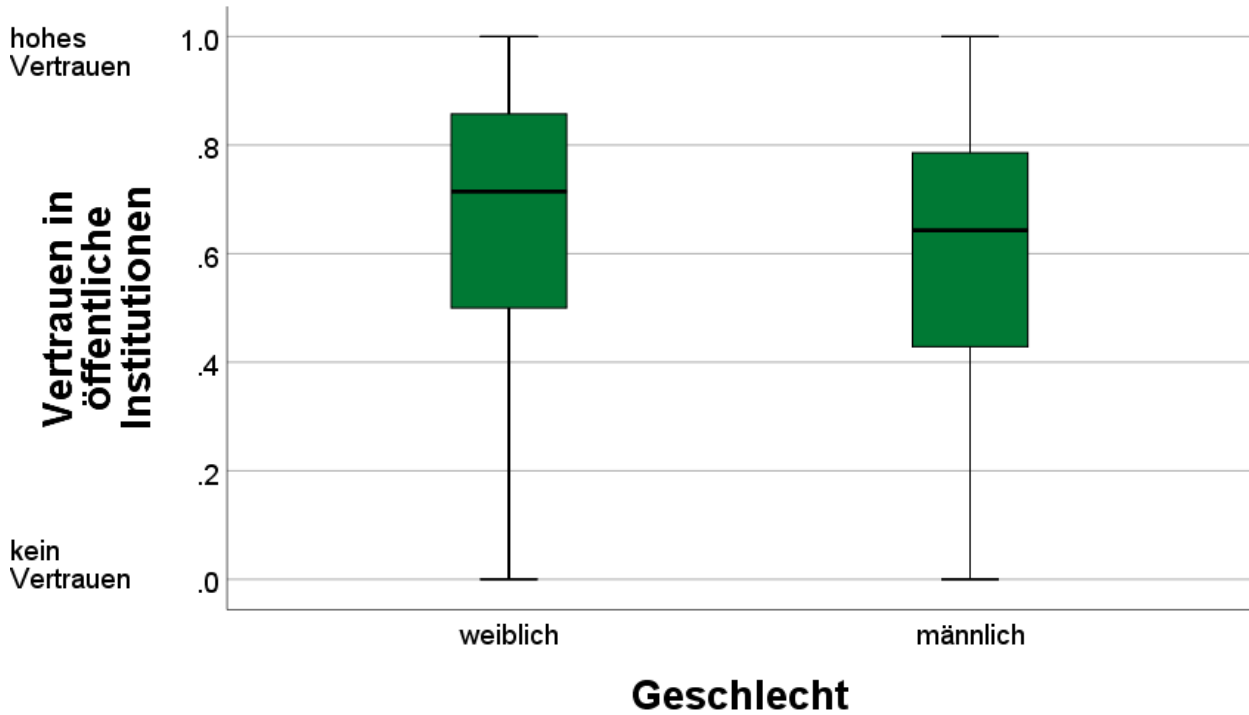


Abbildung 22 - Vertrauen in öffentliche Institutionen in Abhängigkeit des Geschlechts (n = 500)

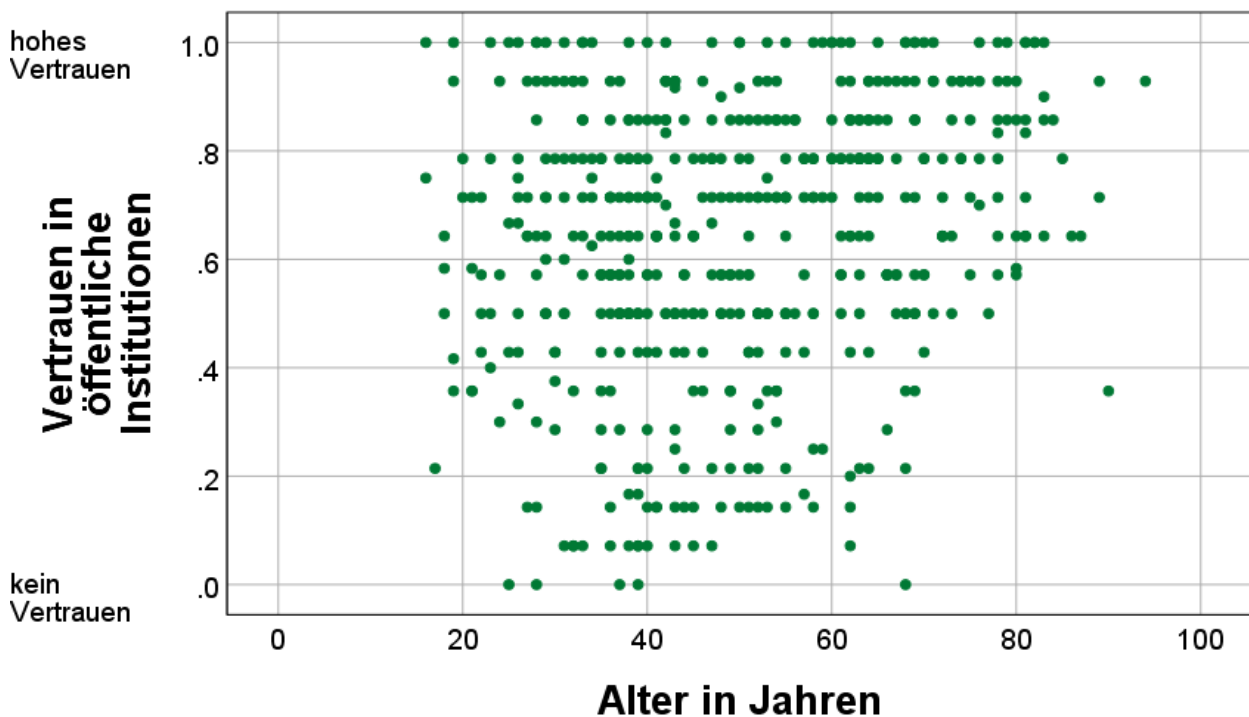


Abbildung 23 - Zusammenhang zwischen Vertrauen in öffentliche Institutionen in Alter (n = 502)

Werden die einzelnen Fragen, aus denen die Skala „Vertrauen in öffentliche Institutionen“ gebildet wurde, separat betrachtet, ist ersichtlich, dass das Vertrauen in die Wissenschaft mit 70 % am höchsten und in die Zeitungen mit 17 % am niedrigsten ist, wie aus Abbildung 24 hervorgeht.

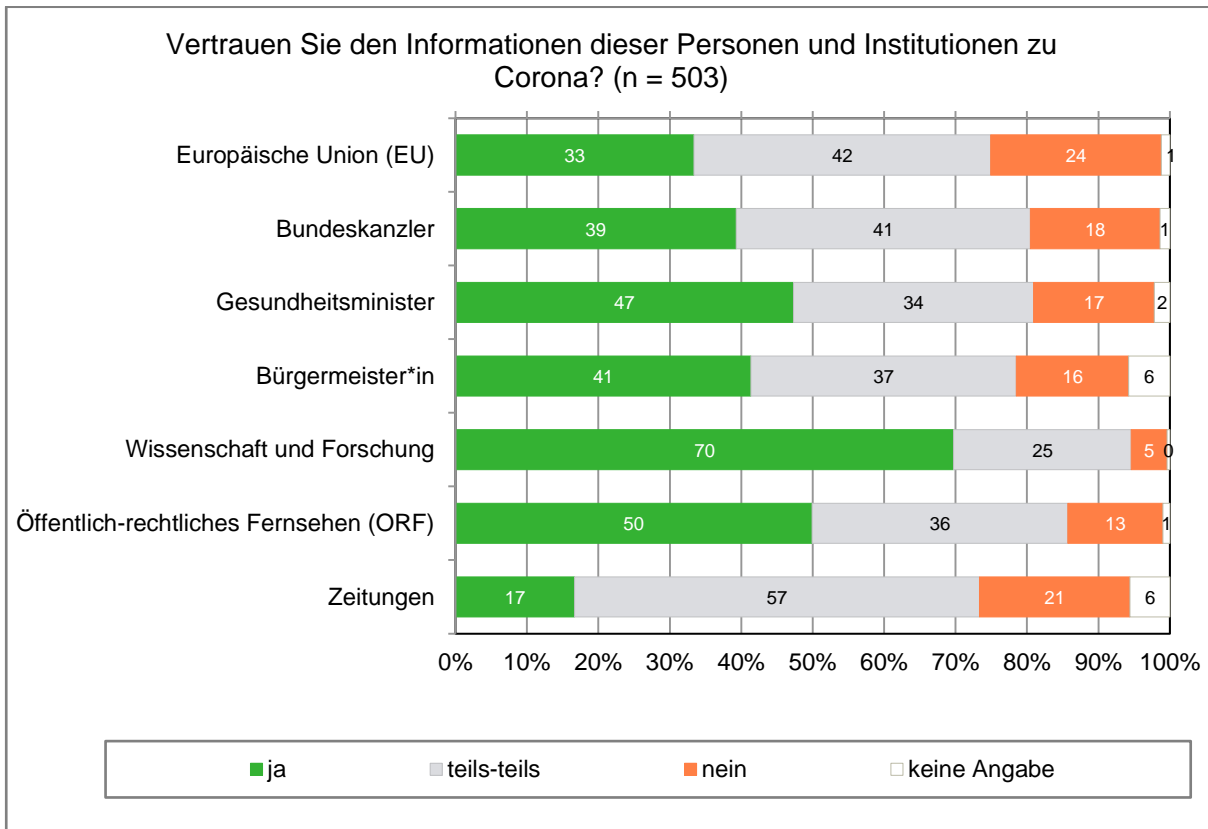


Abbildung 24 - Vertrauen in die verschiedenen öffentlichen Institutionen (n = 503)

Hürden und Motivatoren

Der Bereich **der wahrgenommenen Motivatoren** bezieht sich auf verschiedene Aspekte, die Personen dazu motivieren können, sich an die Maßnahmen zu halten. Die Motivatoren sind dabei einerseits höhere Strafen und stärkere Kontrollen und andererseits die Überzeugungskraft von Personen des Vertrauens und von wissenschaftlichen Ergebnissen, die die Wirksamkeit der Maßnahme bestätigen.

Als **Hürden** - die die Durchführung der Maßnahmen behindern können - werden die sichtbaren oder psychologischen Kosten bezeichnet. Die Hürden sind inhaltlich einerseits emotionaler Natur, wenn eine Maßnahme als ärgerlich oder übertrieben empfunden wird. Andererseits zählt auch die Wahrnehmung, dass die Maßnahmen unzureichend wissenschaftlich fundiert sind, dass sie ein geringes Potenzial zur Verhinderung der Ausbreitung der Pandemie haben und dass deren verfassungsrechtliche Grundlagen fehlen, zu den Hürden.

Die befragten Personen sind nach eigenen Angaben für die genannten **Motivatoren** sehr unterschiedlich zugänglich, wobei das Ausmaß weder vom Geschlecht, noch vom Alter und der Bildung abhängig ist (siehe Abbildung 25). Es gibt Personen, die angeben, sich weder durch Strafen u.ä. umstimmen zu lassen, noch, dass sie glauben, dass sie überzeugt werden können. Es gibt aber ebenso viele Personen, die angeben, durch all die genannten Wege potentiell angesprochen zu werden.

Bei den **Hürden** ergibt sich ein ähnliches Bild, es gibt sowohl Personen, für die keine der genannten Hürden relevant sind und andere für die viele relevant sind (siehe Abbildung 25). Alter, Geschlecht und Bildung haben keinen Einfluss auf die Einschätzung.

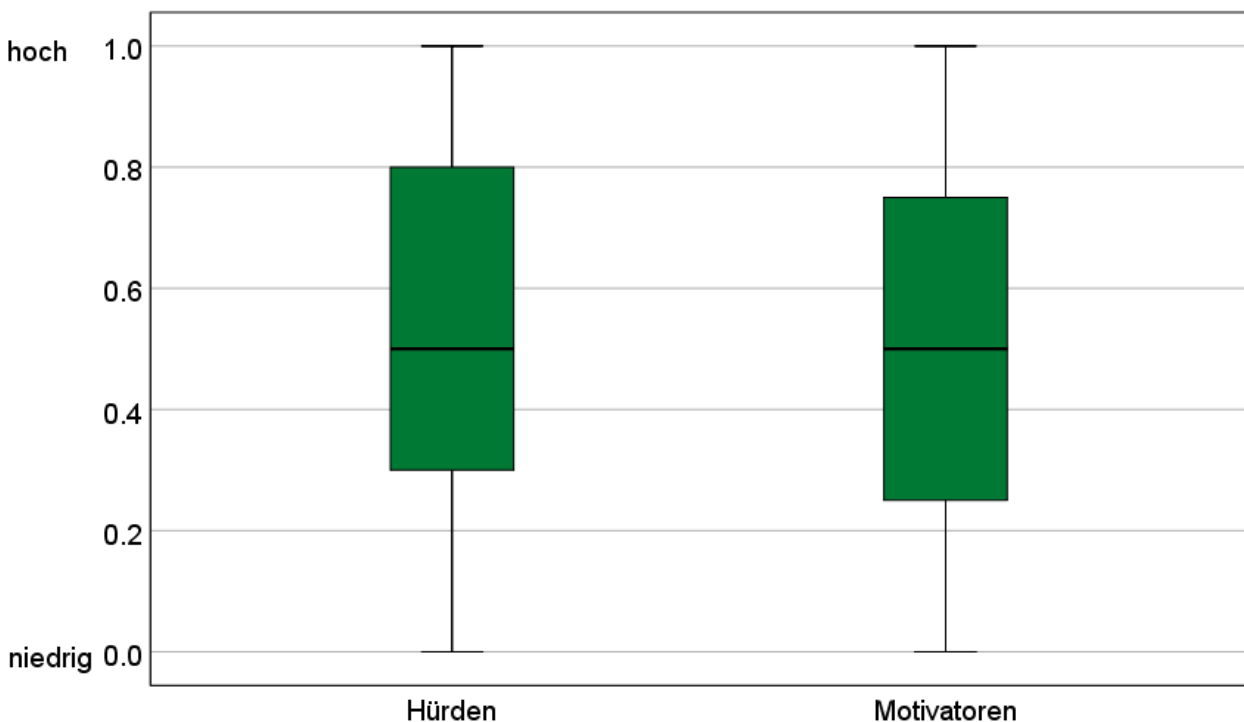


Abbildung 25 -Wahrgenommene Hürden und Motivatoren in Bezug auf adhärentes Verhalten in der befragten Stichprobe (Hürden: n = 338, Motivatoren: n = 279)

Corona-Informationsmüdigkeit

Die **Informationsmüdigkeit** bezieht sich vor allem auf die aktive Beschäftigung mit dem Thema (z.B. mit anderen über Corona sprechen, aktuelle Zahlen zu Corona hören) beschäftigen. Obwohl eine gewisse Müdigkeit bezogen auf Information bei den meisten befragten Personen zu erkennen ist, gibt ein Großteil der befragten Personen an, nicht sehr informationsmüde zu sein (siehe Abbildung 26). Während die Bildung und das Geschlecht auf diese Einschätzung keinen Einfluss hat, nimmt die Informationsmüdigkeit mit dem Alter ab (siehe Abbildung 27).

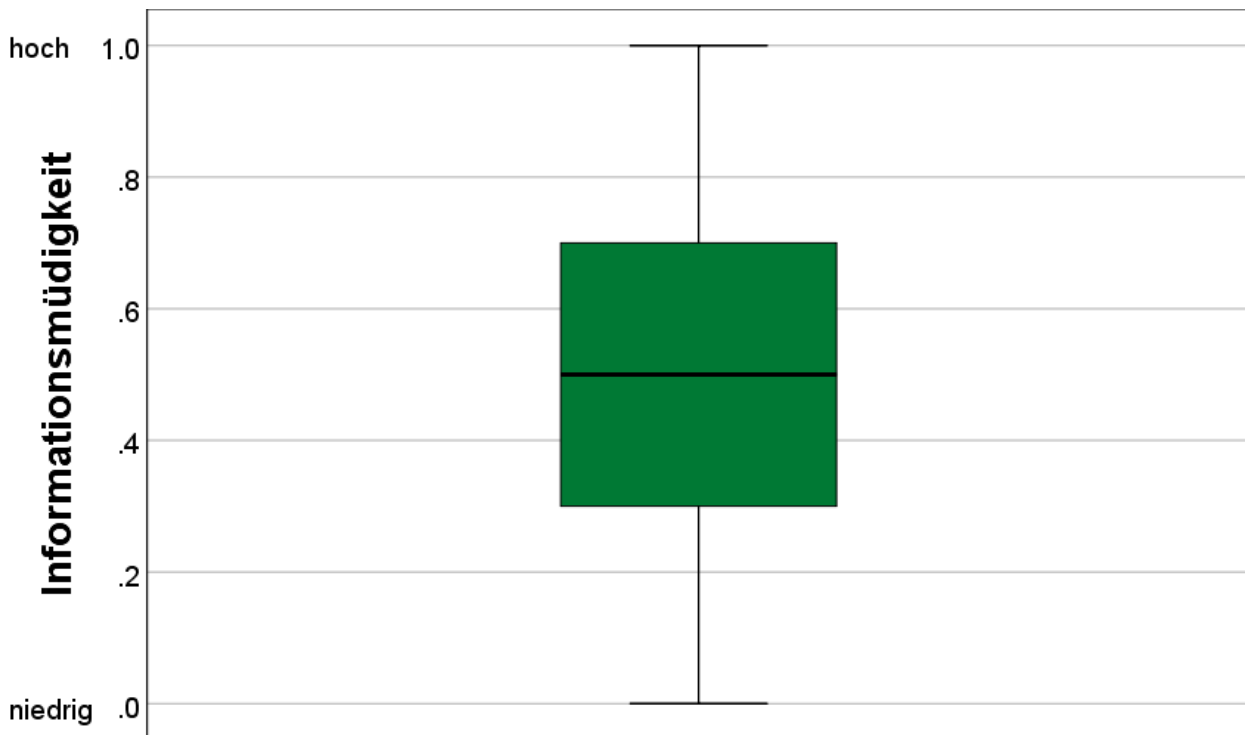


Abbildung 26 - Verteilung der Informationsmüdigkeit in der befragten Stichprobe (n = 502)

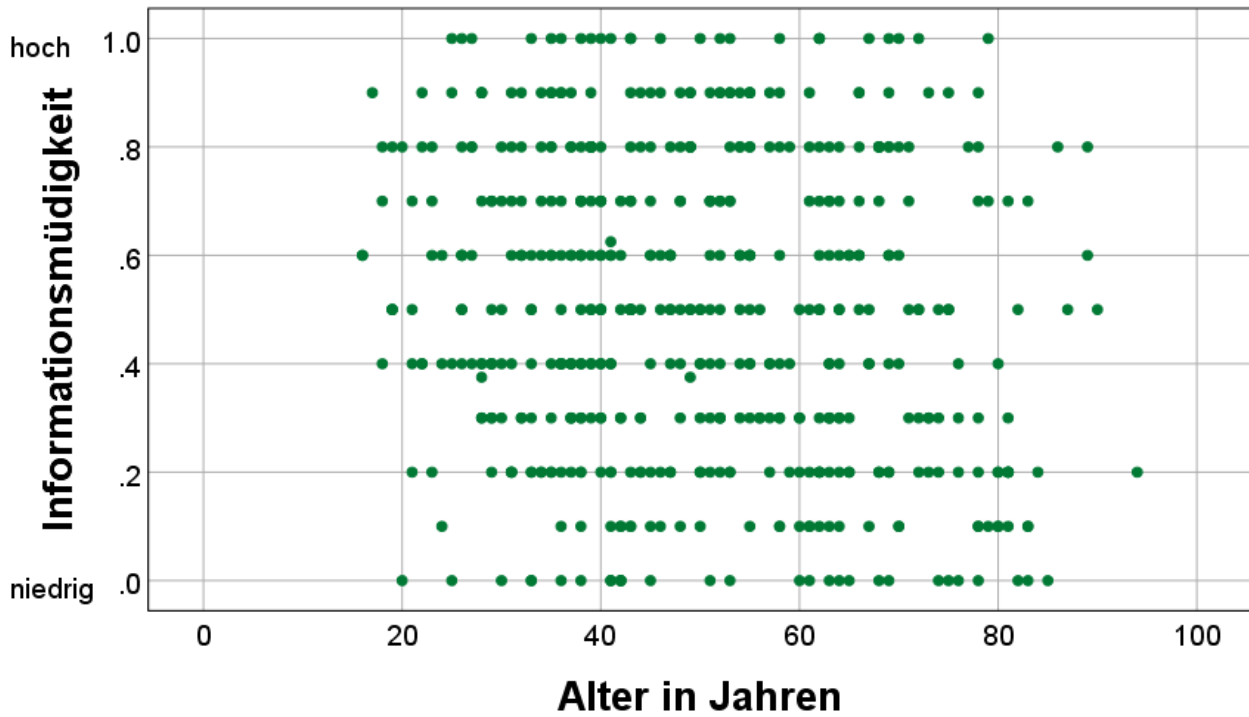


Abbildung 27 - Zusammenhang zwischen Informationsmüdigkeit und Alter (n = 502)

Wahrgenommene Gefährlichkeit des COVID-19-Virus

Hinsichtlich der wahrgenommenen Gefährlichkeit des COVID-19-Virus wurden 3 Fragen vorgelegt, die sich auf einen Vergleich mit der Grippe, das persönliche Infektionsrisiko und die persönliche wirtschaftliche Gefahr durch die Bekämpfung der Corona-Pandemie beziehen. Während 68 % der Befragten das Coronavirus als gefährlicher als die Grippe einschätzen, sehen 82 % kein bzw. nur ein geringes persönliches Infektionsrisiko.

Im Vergleich zu einer Grippe, wie schätzen Sie das Coronavirus ein?

Rund zwei Drittel der Befragten (68 %) schätzen das Coronavirus gefährlicher als die Grippe ein und lediglich 6 % als harmloser (siehe Abbildung 28). Dabei wird die Einschätzung durch das Alter und die Bildung, aber nicht durch das Geschlecht beeinflusst. Die Gruppe, die das Coronavirus als gefährlicher einstuft, ist älter als jene, die es als harmloser einstuft (siehe Abbildung 29).

Wie aus Abbildung 30 ersichtlich, schätzen 81 % der Personen mit einem Hochschulabschluss das Coronavirus als gefährlicher ein als eine Grippe und in der Gruppe der Personen mit Lehre 57 %.

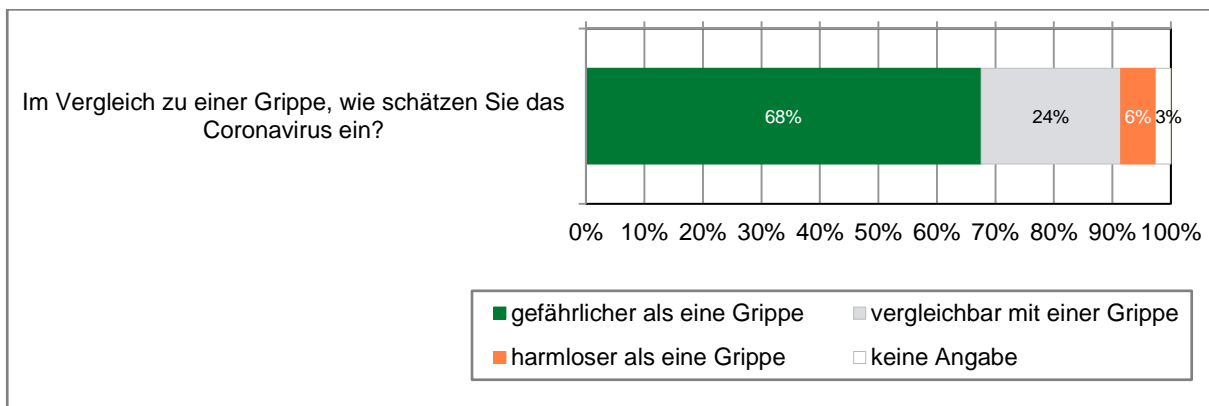
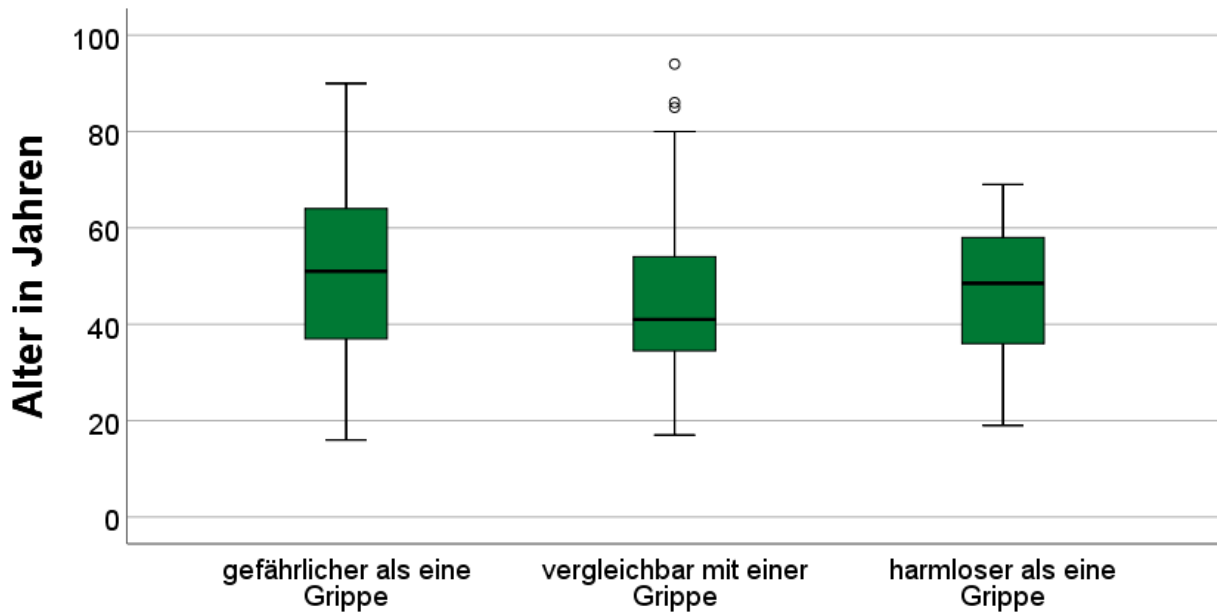


Abbildung 28 - Wahrgenommene Gefährlichkeit im Vergleich zur Grippe - Häufigkeitsverteilung (n = 503)



Im Vergleich zu einer Grippe, wie schätzen Sie das Coronavirus ein?

Abbildung 29 - Wahrgenommene Gefährlichkeit im Vergleich zur Grippe - in Bezug auf das Alter (n = 490)

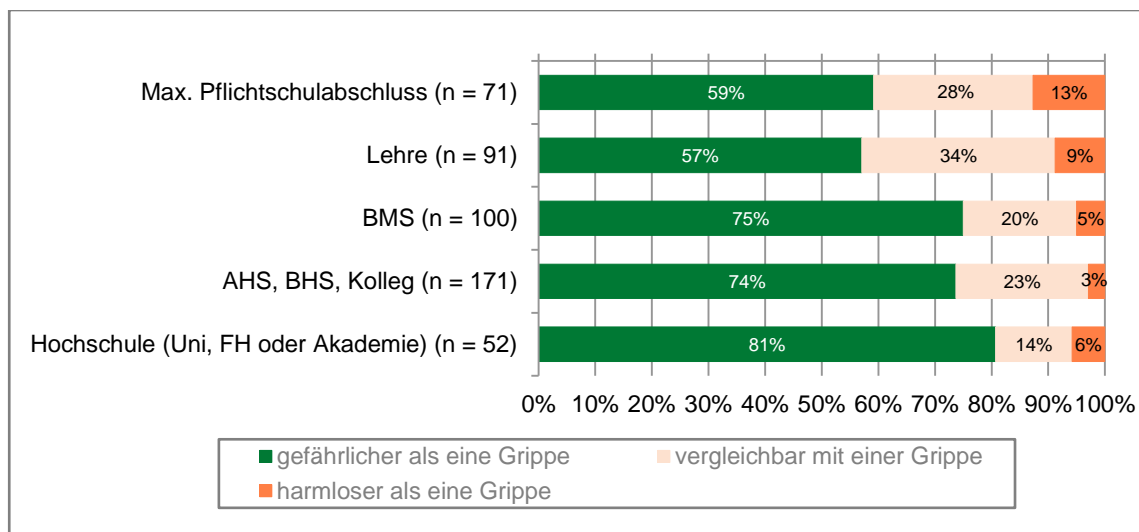


Abbildung 30 - Wahrgenommene Gefährlichkeit im Vergleich zur Grippe - nach Bildung (n = 485)

Wie sehr glauben Sie, dass Sie einem Infektionsrisiko ausgesetzt sind?

14 % der befragten Personen gaben an, dass sie für sich kein Infektionsrisiko sehen, und 15 % glauben, dass sie einem sehr großen Infektionsrisiko ausgesetzt sind. Die überwiegende Mehrheit (68 %) glaubt, dass für sie nur ein geringes Infektionsrisiko besteht (siehe Abbildung 31). Diese Einschätzung wird weder durch das Alter noch durch das Geschlecht oder die Bildung beeinflusst.

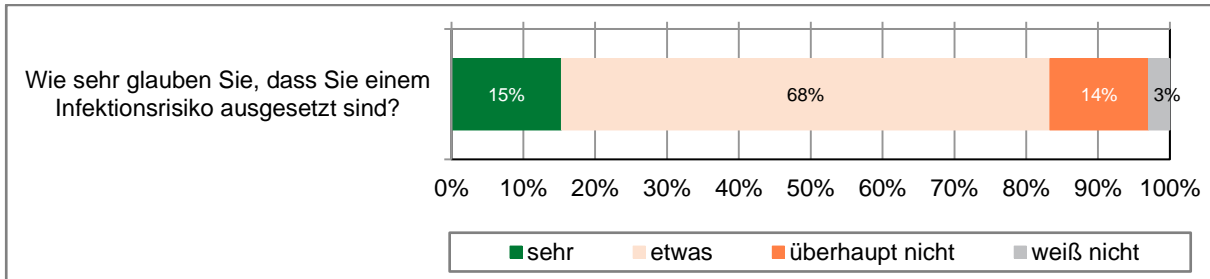


Abbildung 31 - Wahrgenommenes Infektionsrisiko - Häufigkeitsverteilung (n = 503)

Wie groß schätzen Sie die wirtschaftliche Gefahr für Sie persönlich ein, welche durch die Maßnahmen zur Bekämpfung des Coronavirus besteht?

Knapp die Hälfte der Befragten (46 %) schätzten die persönliche wirtschaftliche Gefahr durch die Maßnahmen zur Bekämpfung des Coronavirus als „klein“ oder „sehr klein“ ein, halb so viele (23 %) als „groß“ oder „sehr groß“ (siehe Abbildung 32). Jüngere Personen sehen eine höhere persönliche wirtschaftliche Gefahr als ältere Personen (siehe Abbildung 33). Das Geschlecht und die Bildung haben hingegen keinen Einfluss auf diese Einschätzung.

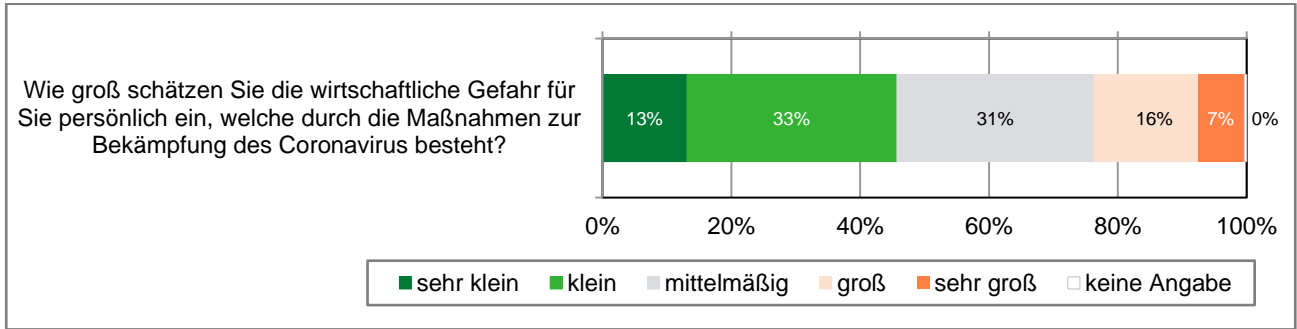


Abbildung 32 - Einschätzung persönlicher wirtschaftlicher Gefahr - Häufigkeitsverteilung (n = 503)

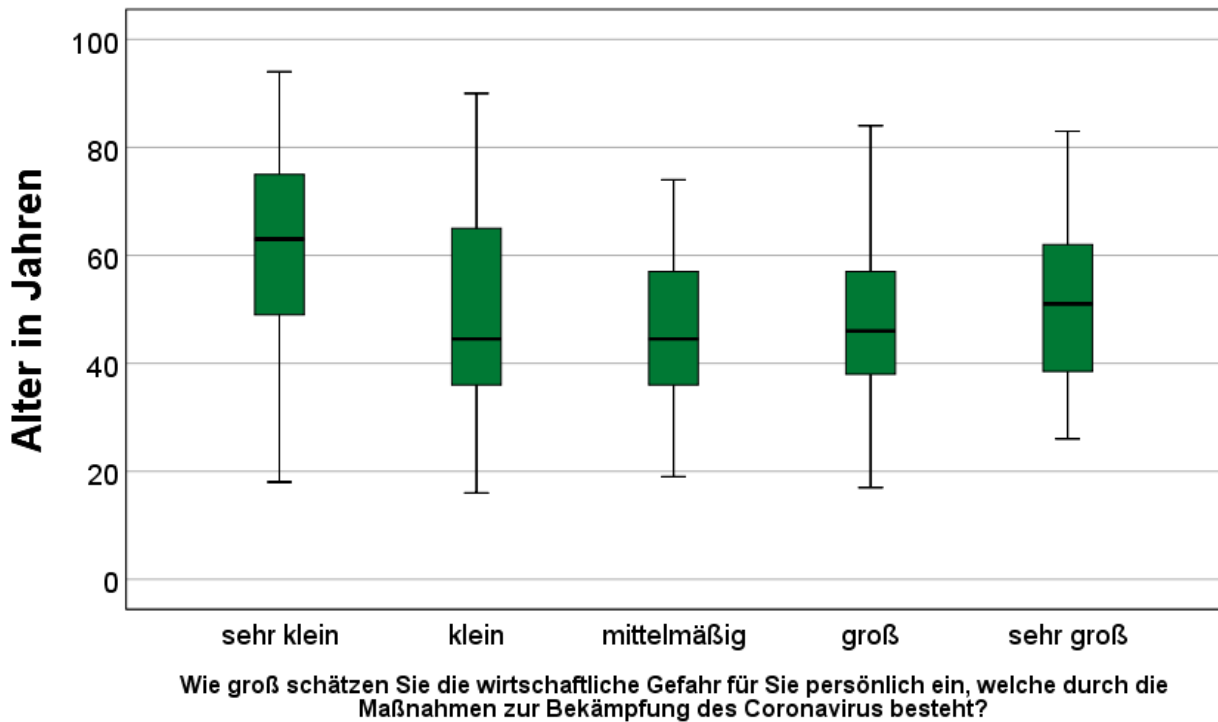


Abbildung 33 - Einschätzung persönlicher wirtschaftlicher Gefahr - in Bezug auf das Alter (n = 501)

Bewertung von regionalen Maßnahmen

In Bezug auf regionale Maßnahmen gaben 59 % der teilnehmenden Personen an, dass sie es befürworten, wenn eine Region mit hohem Infektionsgeschehen nur mit einem negativen Testergebnis verlassen werden darf. 18 % der Befragten stimmen hier nicht zu. 26 % der befragten Personen treten für ein generelles Ausreiseverbot aus Regionen mit hohem Infektionsgeschehen ein. 57 % der Befragten standen zum Zeitpunkt der Erhebung dazu, dass Regionen mit hohem Infektionsgeschehen mehr Impfdosen bekommen sollen (siehe Abbildung 34).

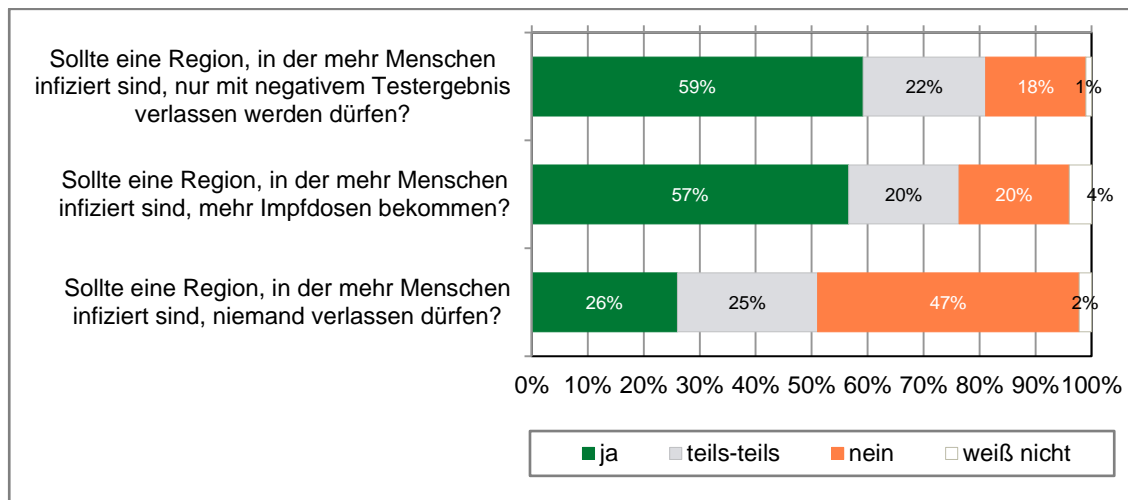


Abbildung 34 - Einstellung zu regionalen Maßnahmen (n = 503)

Bewertung der Sinnhaftigkeit allgemeiner Schutzmaßnahmen

Die Umfrage hat ergeben, dass die individuellen Schutzmaßnahmen in unterschiedlichem Ausmaß als sinnvoll erachtet werden (siehe Abbildung 35). Insgesamt wurden 14 Maßnahmen abgefragt, wobei die Verpflichtung zum Tragen einer FFP2-Maske im Handel mit einer Zustimmung von 77 % als am sinnvollsten erachtet wurde. Ebenso wurde ein negativer Coronatest als Voraussetzung für die Inanspruchnahme körpernaher Dienstleistungen (64 %), Besucherbeschränkungen in Alten- und Pflegeheimen (62 %) und Einschränkungen bei kulturellen Gruppenaktivitäten (61 %) wie z.B. die Teilnahme an Chorproben und Theatergruppen von der Mehrheit als sinnvoll eingeschätzt. Mehrheitlich wurde der Mindestabstand in Innenräumen zu haushaltsfremden Personen (58 %) und das Verbot von Zuschauern bei Sport- oder Kulturveranstaltungen (57 %) als sinnvoll erachtet. Rund die Hälfte der Befragten hielt die Maßnahme, wenige haushaltsfremde Personen zu treffen (49 %) für sinnvoll. Weniger als die Hälfte empfanden Maßnahmen im Schulbereich (Masken tragen, Schichtbetrieb und Distance Learning; 42 %) und die Einschränkungen im Amateur- und Freizeitsport (41 %) als sinnvoll. Die im Befragungszeitraum geltende Mindestfläche von 20 m² pro Kundschaft in Geschäften wurde von 39 % und der Mindestabstand im Freien zu haushaltsfremden Personen von 37 % als sinnvoll erachtet. Die Schließungen der Gastronomie (34 %) bzw. der Beherbergungsbetriebe (34 %) wurde nur mehr von einem knappen Drittel uneingeschränkt als sinnvoll betrachtet und nächtliche Ausgangsbeschränkung von 27 %.

Gerade beim Tragen der FFP2-Masken hat sich gezeigt, dass nicht nur die Maßnahme selbst als sinnvoll erachtet wurde, sondern dass sich auch die überwiegende Mehrheit (88 %) daran hält und - wie in einer weiteren Frage erhoben - dass sich auch jene Personen, die einem wichtig sind, zu 94 % an die Maßnahmen halten.

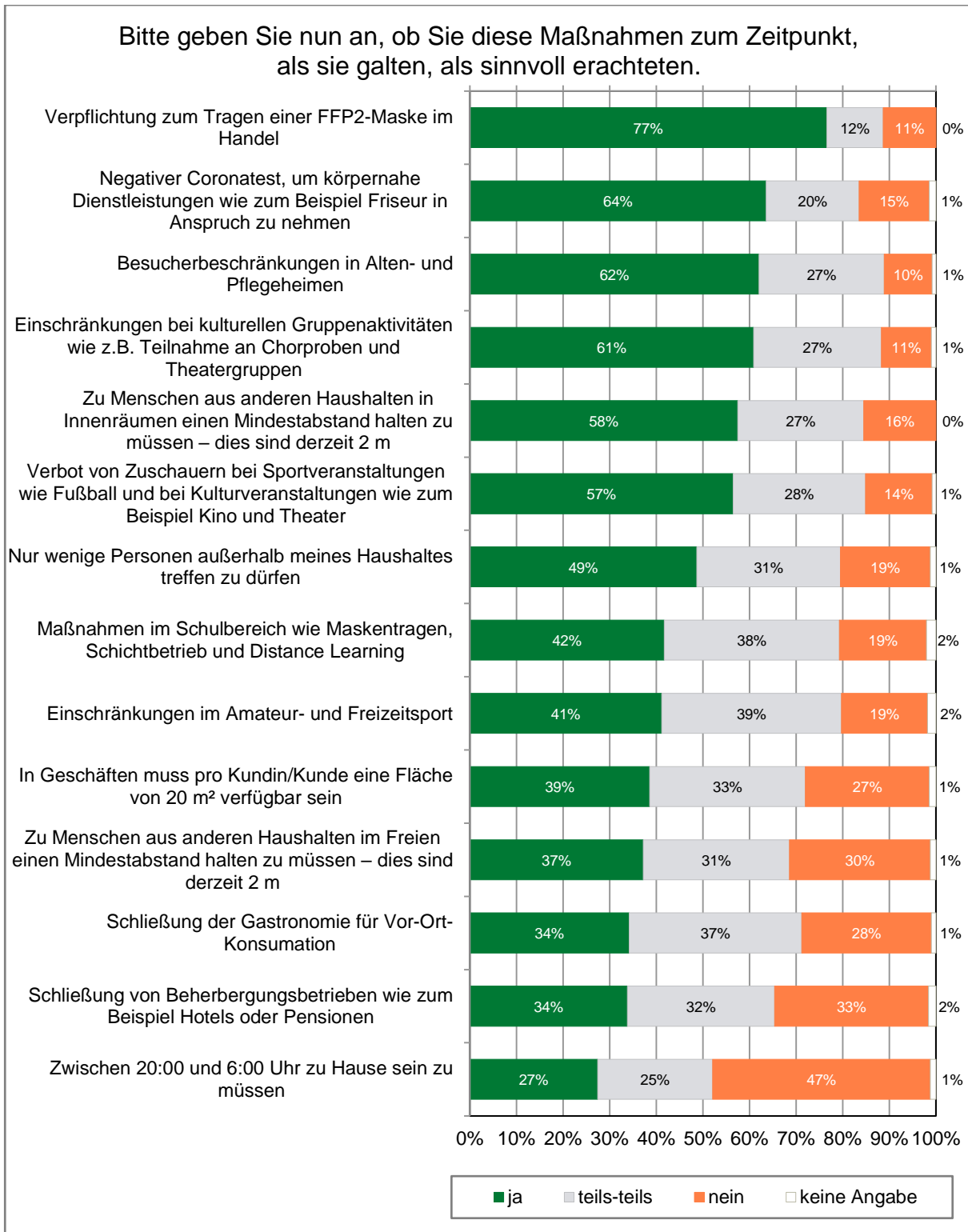
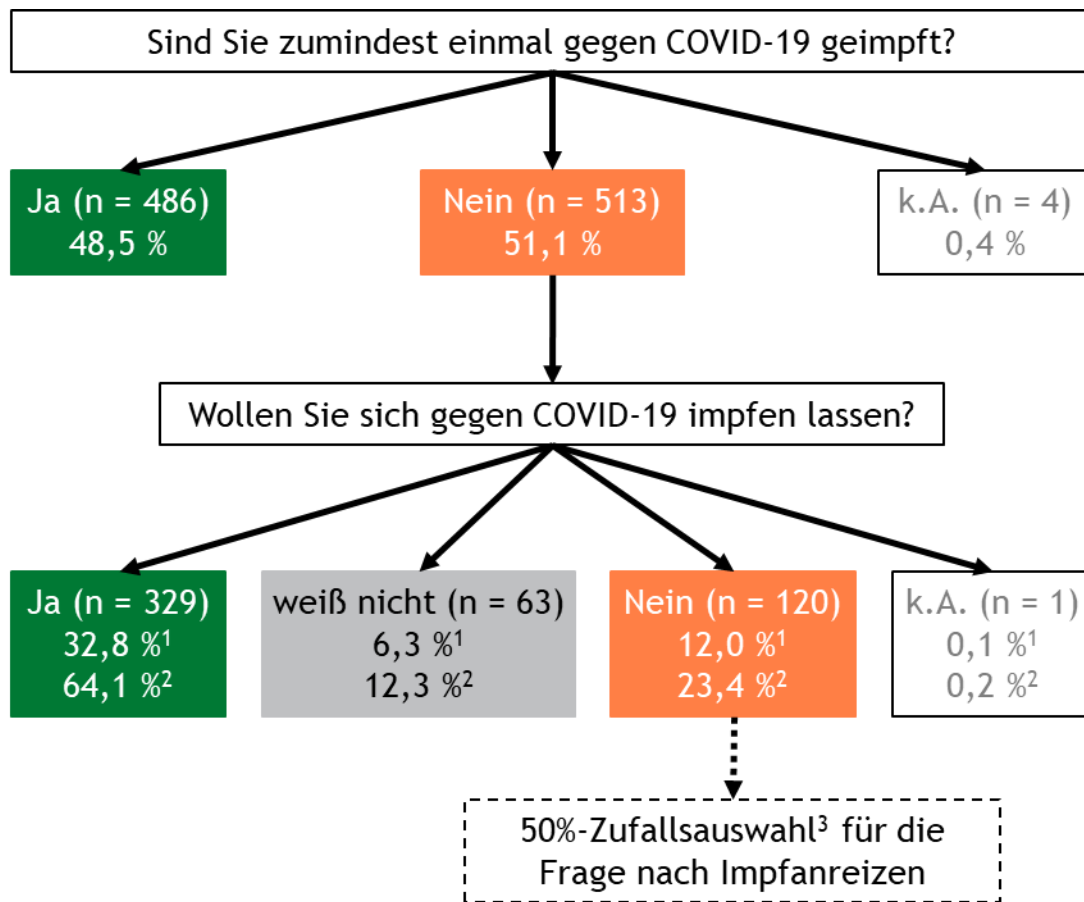


Abbildung 35 - Bewertung der Sinnhaftigkeit der verschiedenen Schutzmaßnahmen (n = 503)

Analyse der Impfbereitschaft

Um die Aussagekraft hinsichtlich der Impfbereitschaft zu erhöhen, wurden die Daten von Vorarlberg und Kärnten in diesem Kapitel zusammengefasst. Insgesamt waren zum Befragungszeitpunkt bereits 48,5 % der Interviewten geimpft. Von den bislang Ungeimpften waren weitere 64 % bereit, sich impfen zu lassen. Weitere 12 % waren noch unentschlossen, und eine Gruppe von 23 % lehnte die Impfung ab (siehe Abbildung 36). Die Bereitschaft, sich impfen zu lassen, steigt mit dem Alter. Ob die Befragten es sich generell vorstellen können, sich gegen COVID-19 impfen zu lassen, wird nicht vom Geschlecht oder von der Bildung beeinflusst.



¹ ... bezogen auf alle Befragten (n = 1003)

² ... bezogen auf jene Befragten, die nicht geimpft waren (n = 513)

³ ... Zufallsauswahl unter den Befragten, die ungeimpft waren und sich auch nicht impfen lassen wollten (n = 58)

Von den zufällig ausgewählten Personen aus der Gruppe der ungeimpften Befragten, die sich auch nicht impfen lassen wollten, gaben 43,1 % (n = 25) an, sich unter keinen Umständen impfen zu lassen.

Abbildung 36 - Impfbereitschaft zusammengefasst in Kärnten und Vorarlberg

Mögliche Anreize zur Impfung

In der Gruppe jener, die sich nicht gegen Corona impfen lassen wollen, wurde in einer Zufallsstichprobe von 50 % nach möglichen Impfanreizen gefragt. In dieser Gruppe lehnen 43 % eine Impfung kategorisch ab. Bei der Frage, welche Anreize für die Befragten am attraktivsten wären, damit sie sich impfen lassen, wurde die Erlaubnis, in andere Länder zu reisen und keine Maske zu tragen, jeweils von zumindest einem Drittel als möglicher Anreiz bewertet (siehe Abbildung 37). Danach folgten die Erlaubnis, in einem Hotel oder einer Pension zu übernachten, die Erlaubnis, ein Gasthaus oder Restaurant zu besuchen, und die Erlaubnis, an Großveranstaltungen wie Fußballspielen, Kino, Theater, Konzerten u.Ä. teilzunehmen, als mögliche Anreize. Knapp die Hälfte dieser Gruppe gab aber an, dass keiner der Anreize sie dazu brächte, sich impfen zu lassen (siehe Abbildung 38).

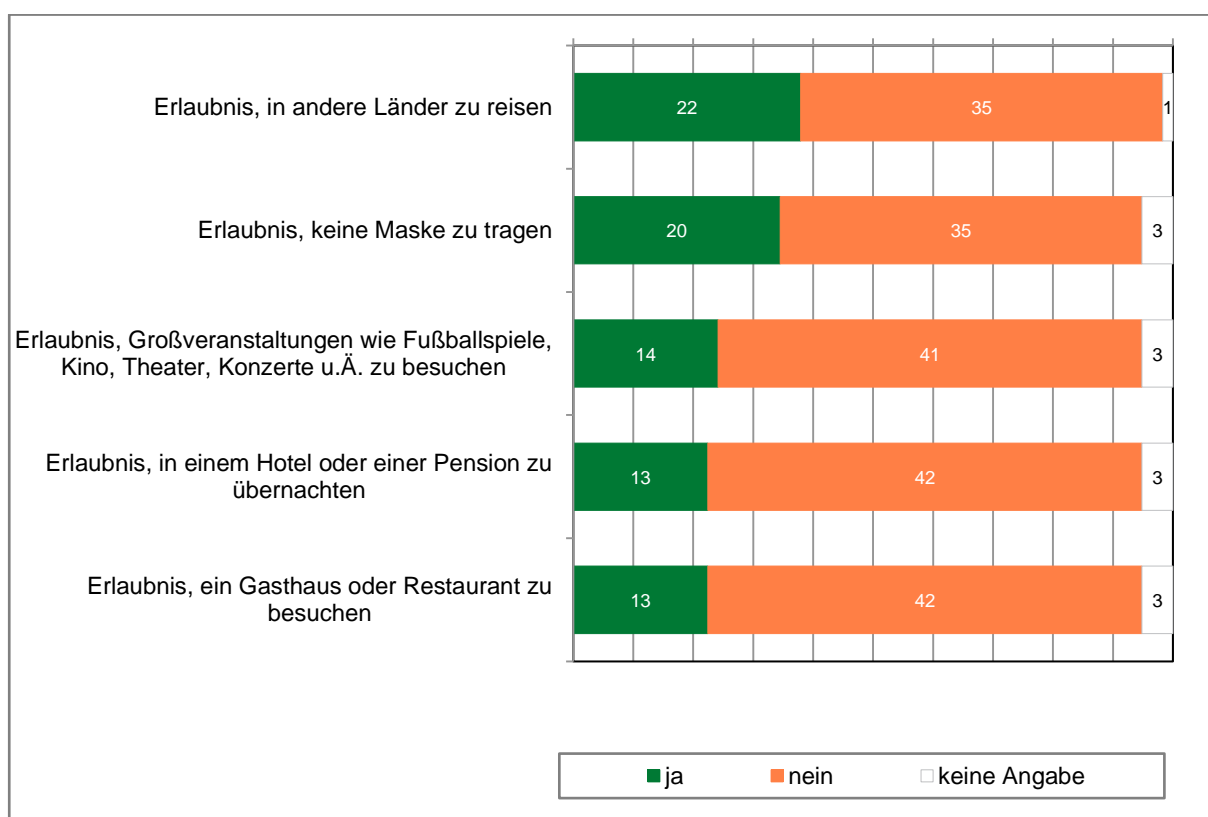


Abbildung 37 - Mögliche Anreize zur Impfung (Kärnten und Vorarlberg) (n = 58)

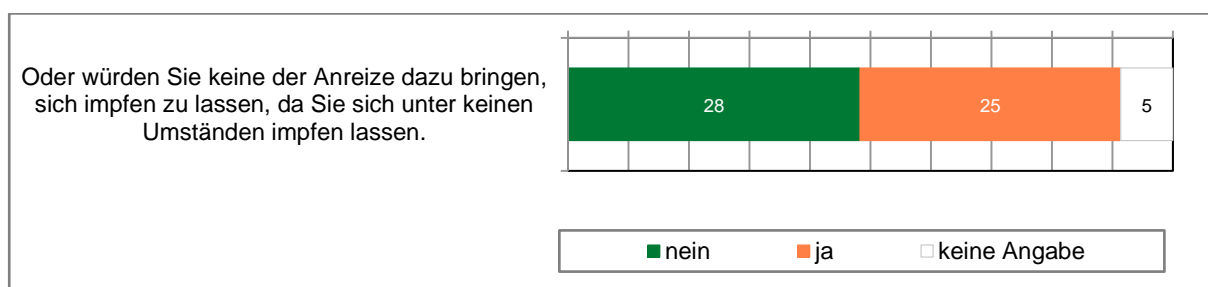


Abbildung 38 - Keiner der Anreize erhöht die Impfbereitschaft (Kärnten und Vorarlberg) (n = 58)

Impfen - qualitative Daten

Hinsichtlich der offenen Frage nach weiteren Gründen, sich nicht impfen zu lassen, wurden die Aussagen der teilnehmenden Personen aus Kärnten und Vorarlberg zusammengefasst, um eine höhere Aussagekraft zu gewährleisten. Insgesamt wurden 38 Aussagen der Auswertung zugeführt (siehe Abbildung 39). Die meisten Aussagen beziehen sich auf befürchtete Nebenwirkungen (29 %) und zu wenig Studien (29 %). Jeweils 11 % der Aussagen beziehen sich auf eine Immunisierung durch eine durchgemachte Erkrankung sowie eine mangelnde Wirksamkeit der Impfung. 8 % der Aussagen beziehen sich auf das Vertrauen in das eigene Immunsystem, die Krankheit gut zu bewältigen. In 5 % der Aussagen wird berichtet, dass es gesundheitlich nicht möglich ist, sich impfen zu lassen.

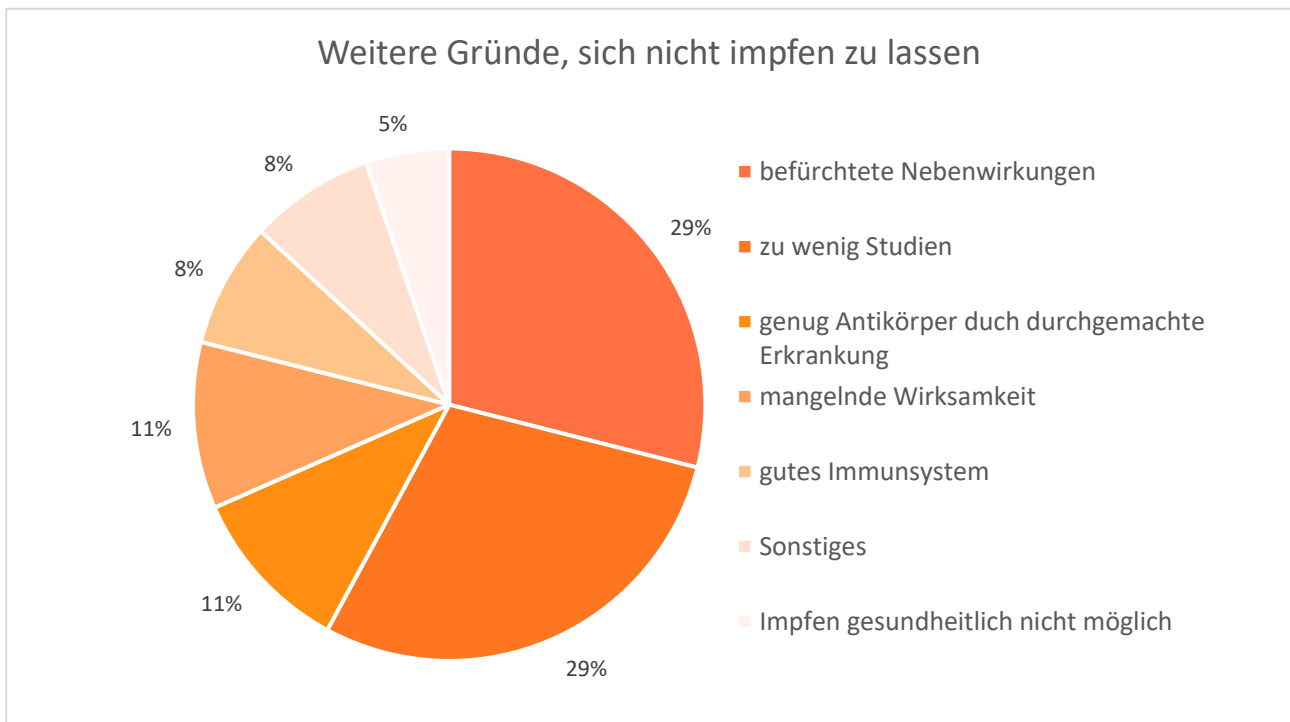
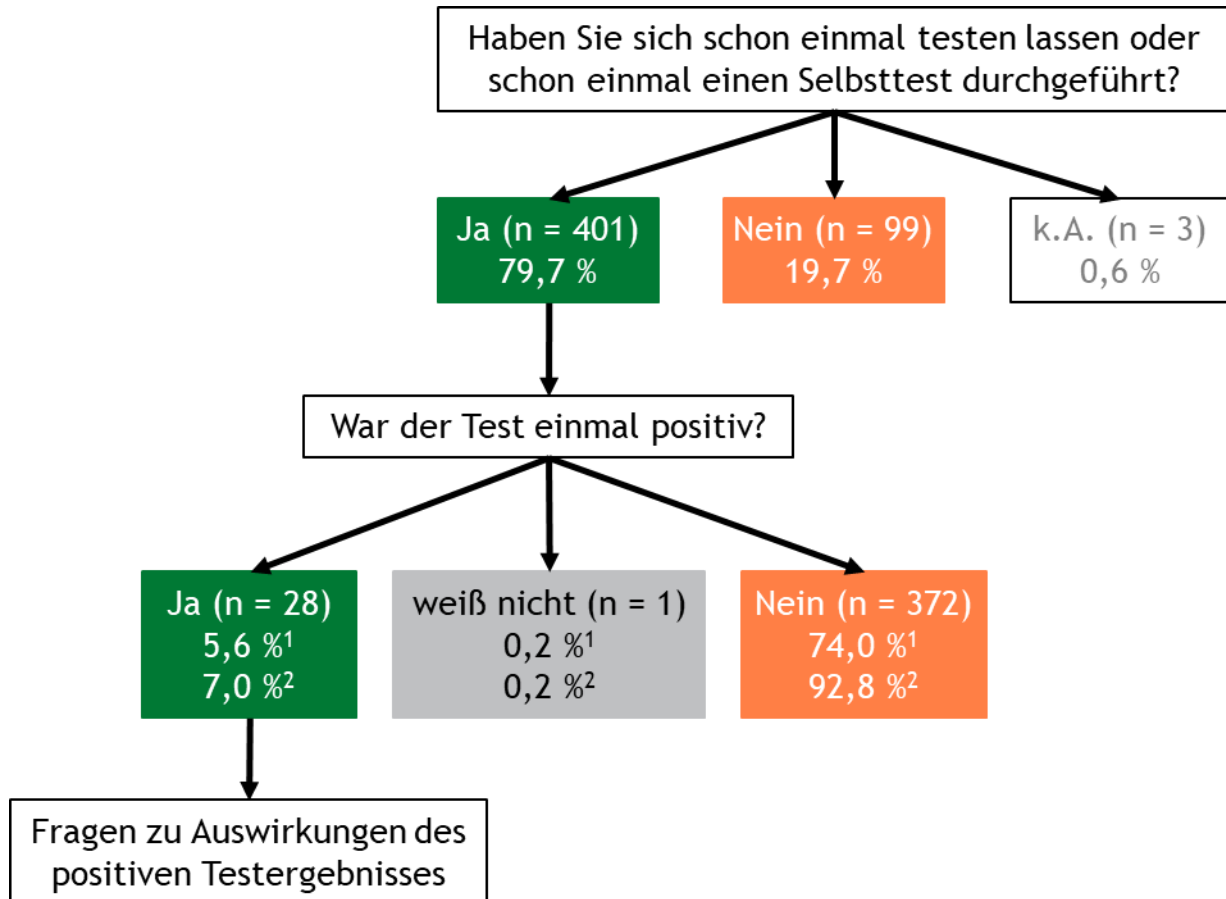


Abbildung 39 - Weitere Gründe, sich nicht impfen zu lassen (n = 38)

COVID-19-Test

Insgesamt gaben 80 % der Befragten an, dass sie sich bereits testen lassen oder einen Selbsttest durchgeführt haben (siehe Abbildung 40). Davon gaben wiederum ca. 7 % an, dass sie ein positives Ergebnis erhalten haben. Jene, die bis zum Zeitpunkt der Befragung noch nie getestet wurden, nannten als Grund dafür am häufigsten die Skepsis bezüglich der Aussagekraft des Tests. Als weitere Gründe wurde angegeben, dass die Befragten symptomlos waren bzw. nicht vorhatten, andere Personen zu treffen.



¹ ... bezogen auf alle Befragten (n = 503)

² ... bezogen auf jene Befragten, die schon einmal getestet wurden oder sich selbst getestet haben (n = 401)

Abbildung 40 - COVID-19-Testungen und nachfolgende Vorgangsweise

Personen aus der Gruppe jener, die bis zur Befragung an keinem Test teilgenommen hatten, gaben am häufigsten an, dass sie sich testen lassen würden, um beispielsweise Risikopersonen zu schützen, in ein Hotel/Pension oder ein Gasthaus/Restaurant gehen zu können (siehe Abbildung 41).

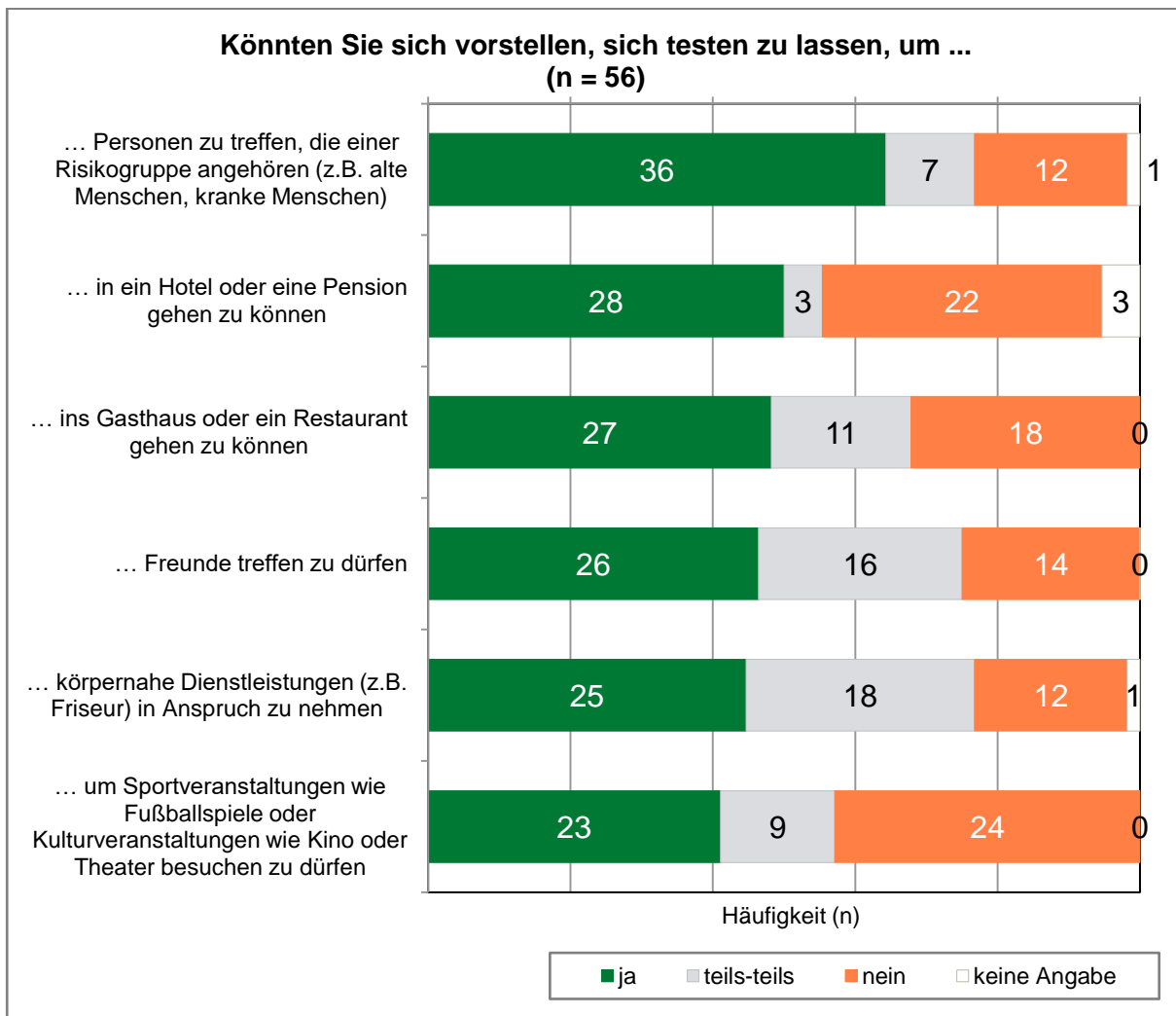


Abbildung 41 - Gründe, sich testen zu lassen, für Personen, die noch nie an einem Test teilgenommen haben

Modellregion Vorarlberg

Öffnungsschritte in der Modellregion

In Vorarlberg wurden die im Frühjahr 2021 gesetzten Öffnungsschritte zum Befragungszeitraum weitgehend als sinnvoll erachtet (siehe Abbildung 42). Für alle Auflagen gilt, dass diese zumindest zu 82 % vollkommen bzw. teilweise akzeptiert wurden.

Die Beschränkungen in der Teilnehmerzahl bzw. die Abstandsregeln in der außerschulischen Jugendarbeit in Innenräumen, Kultur und Gastronomie wurden von den meisten Befragten (71 %) als sinnvoll bewertet. Ebenso mehrheitlich positiv war die Bewertung der Sinnhaftigkeit der FFP2-Maskenpflicht bei der außerschulischen Jugendarbeit in Innenräumen sowie in der Kultur und Gastronomie (70 %). Die verpflichtenden Präventionskonzepte für außerschulische Jugendarbeit in Innenräumen und in der Kultur wurden von 68 % und die Registrierungspflicht für außerschulische Jugendarbeit, Kultur und Gastronomie von 60 % der Befragten als uneingeschränkt sinnvoll erachtet.

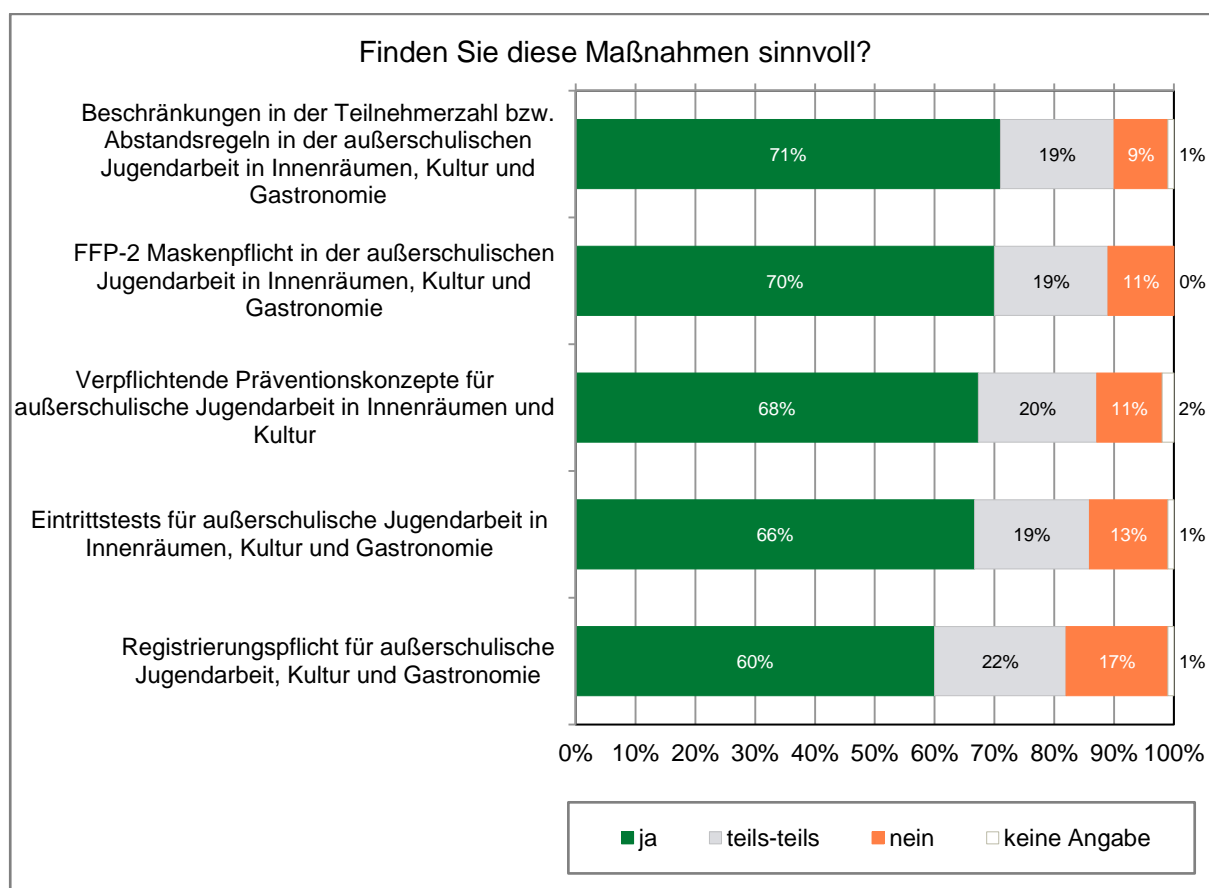


Abbildung 42 - Einstellung zu Öffnungsschritten (n = 503)

Präventionskonzepte in der Modellregion Vorarlberg

Die Frage, ob die Vorarlberger Bevölkerung es sich vorstellen könnte, sich an Präventionskonzepte zu halten, wenn sie dafür Erleichterungen in ihrem täglichen Leben erfahren, wurde von einer großen Mehrheit weitgehend befürwortet.

Die größte Anzahl an Befragten stimmte zu, wenn es dafür möglich wäre, Personen im Krankenhaus (84 %) oder in einem Pflege- oder Altersheim (79 %) zu besuchen (siehe Abbildung 43). Ebenso würde die Bevölkerung mehrheitlich Präventionskonzepte einhalten, wenn dafür Gasthaus- oder Restaurantbesuche (76 %), die Inanspruchnahme von körpernahen Dienstleistungen (72 %), Hotel- oder Pensionsaufenthalte (63 %) oder die Teilnahme an Sport- oder Kulturveranstaltungen (63 %) möglich sind.

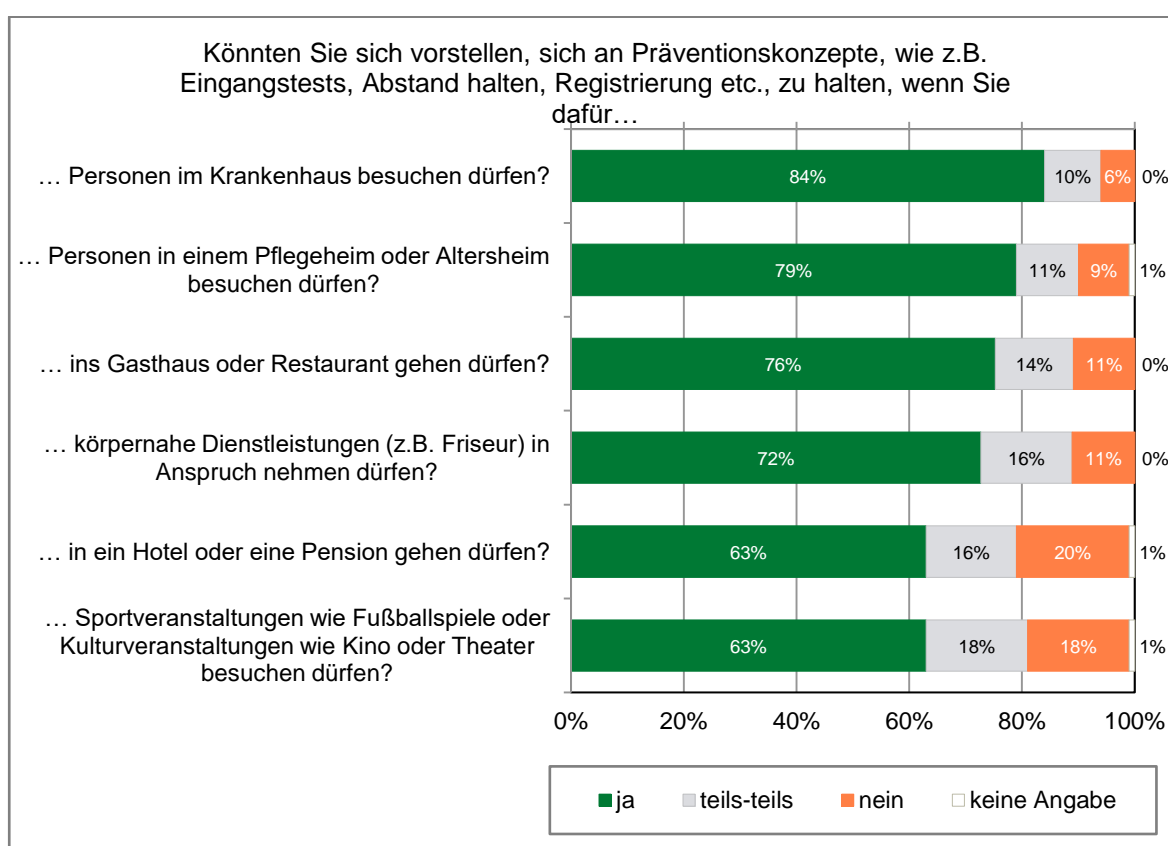


Abbildung 43 - Mögliche Einhaltung von Präventionskonzepten in bestimmten Bereichen (n = 503)

Informationsquellen zu COVID-19 in Vorarlberg

Auf die Frage, woher sie sich vorwiegend die Informationen holen, wenn sie etwas über Corona wissen wollen, gaben 51 % der Befragten an, sich bei ihrem Arzt oder ihrer Ärztin zu informieren. 38% beziehen ihre Informationen vorwiegend aus dem öffentlich-rechtlichem, Fernsehen, 32 % aus dem Internet. Ein Viertel der Befragten (25 %) nutzt überwiegend Zeitungen als Informationsquelle zu COVID-19.

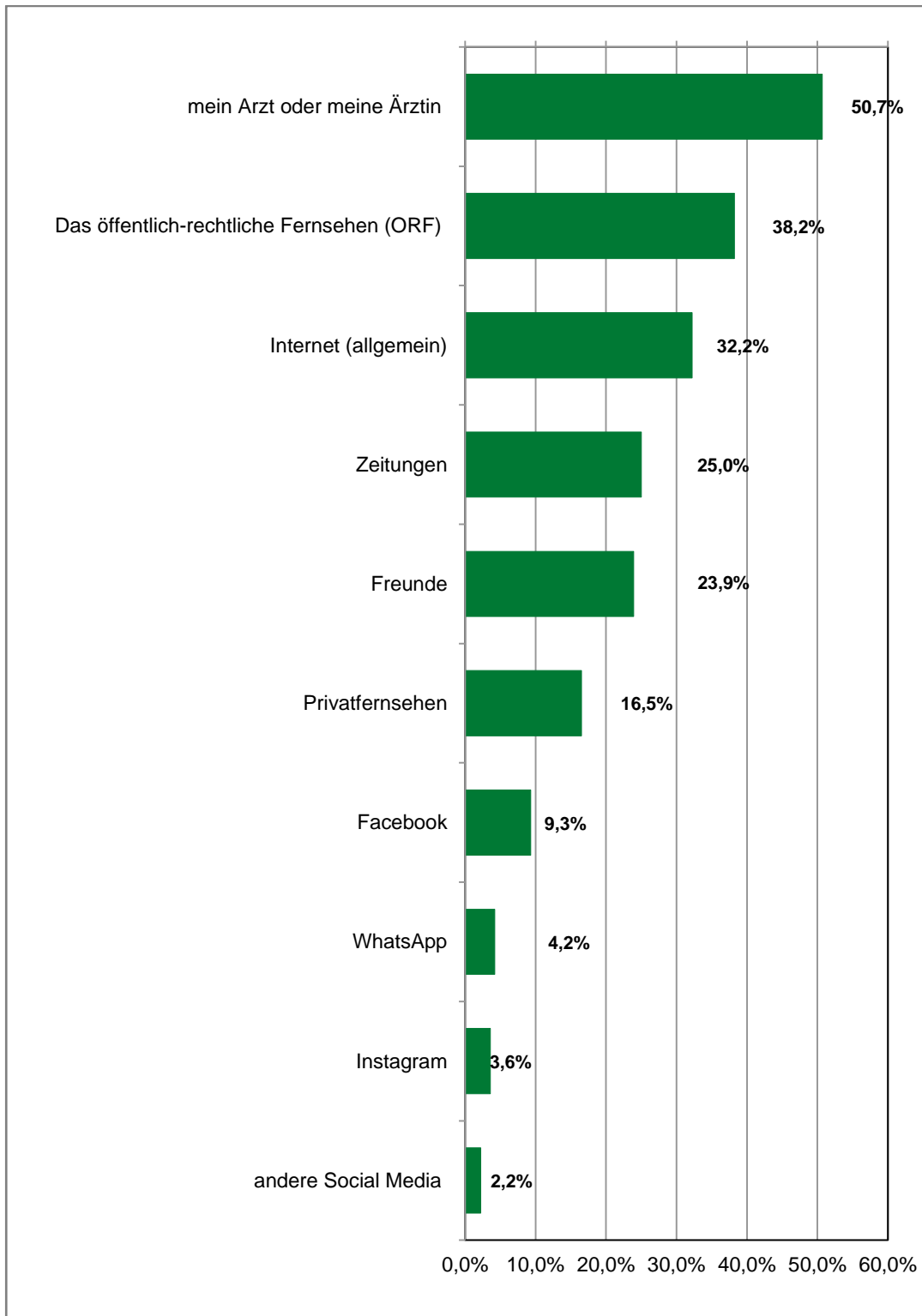


Abbildung 44 - Informationsquellen zu COVID-19 in Vorarlberg (n = 503)

Die Informationsseite der Vorarlberger Landesregierung kennen 58 % der befragten Vorarlberger*innen, 38 % hingegen nicht (siehe Abbildung 45). Von jenen Personen, die die Seite kennen, gaben 78 % an, dass sie diese Seite schon einmal besucht haben, um sich aktiv über COVID-19 zu informieren.

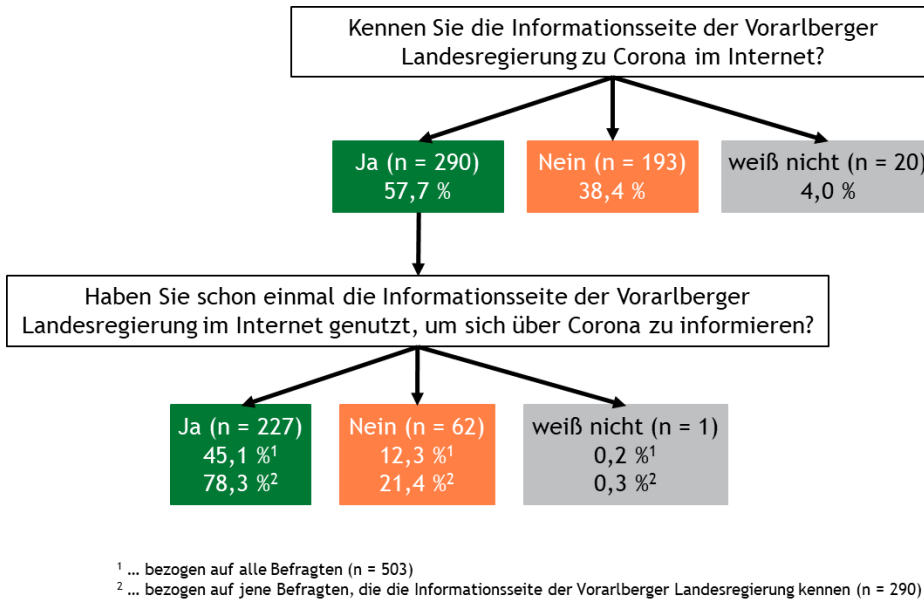


Abbildung 45 - Bekanntheit der Informationsseite der Vorarlberger Landesregierung zu Corona im Internet (n = 503)

Die Informationsseite „okay.zusammen leben“ kennen 25 % der befragten Vorarlberger*innen, 72 % hingegen gaben an, dass ihnen die Seite nicht bekannt ist (siehe Abbildung 46). Von jenen Personen, die die Seite kennen, gaben 48 % an, dass sie diese Seite schon einmal genutzt haben, um sich aktiv über COVID-19 zu informieren.

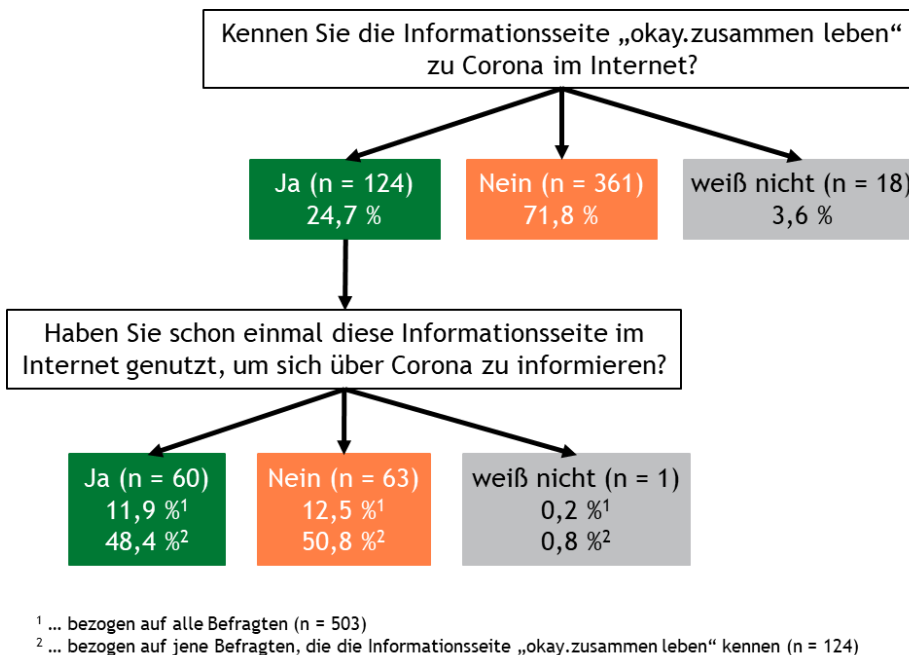


Abbildung 46 - Bekanntheit der Informationsseite „okay.zusammen leben“ zu Corona im Internet (n = 503)

Stärken und Schwächen des Berichts

Es handelt sich um eine repräsentative Erhebung der Vorarlberger Bevölkerung, die alle Bevölkerungsteile geschichtet nach Alter, Geschlecht, Bildung und Region umfasst.

Die Datenerhebung fand im Mai und Juni 2021 statt. Die grundlegende Einstellung zur Sichtweise der Befragten bleibt weiterhin aktuell.

Telefoninterviews haben den Vorteil, dass auch die weniger internetaffinen Teile der Bevölkerung, insbesondere ältere Personen, befragt werden können. Zusätzlich konnten gezielte Erörterungen zur besseren Verständlichkeit gegeben werden.

Die Aussagekraft ist jedoch dadurch eingeschränkt, dass nur teilnahmewillige Personen an den Telefoninterviews teilnehmen und es damit eher zu einer positiven Überschätzung der Adhärenz sowie auch der Impfbereitschaft kommen kann.

Subgruppenauswertungen waren aufgrund der zum Teil kleinen Anzahl von Teilnehmer*innen nur bedingt möglich. Wenn auch der Migrationsanteil in der Befragung 18 % betrug, stammen die befragten Personen mit Migrationshintergrund durchwegs aus Ländern, die soziodemografisch mit Österreich vergleichbar sind, weshalb eine Subauswertung nicht möglich war.

Literaturverzeichnis

- Callow M.A., Callow D.D., Smith C. Older Adults' Intention to Socially Isolate Once COVID-19 Stay-at-Home Orders Are Replaced With "Safer-at-Home" Public Health Advisories: A Survey of Respondents in Maryland. *Journal of Applied Gerontology* 2020, Vol. 39(11) 1175-1183.
- Carpenter, C. J. A meta-analysis of the effectiveness of Health Belief Model variables in predicting behavior. *Health Communication* 2010, 25(8), 661-669.
- Champion VL, Skinner CS. The health belief model. In Karen Glanz, Barbara K. Rimer, and K. Viswanath (eds). *Health behavior and health education : theory, research, and practice*. 4th ed. 2008
- Chan HF, Brumpton M, Macintyre A, Arapoc J, Savage DA, Skali A, Stadelmann D, Torgler B. How confidence in health care systems affects mobility and compliance during the COVID-19 pandemic. *PLoS ONE* 2020, 15(10): e0240644.
- Clark C, Davila A, Regis M, Kraus S. Predictors of COVID-19 voluntary compliance behaviors: An international investigation. *Global Transitions* 2020, 2: 76e82
- Coroiu A, Moran C, Campbell T, Geller AC. Barriers and facilitators of adherence to social distancing recommendations during COVID-19 among a large international sample of adults. *PLoS ONE* 2020, 15(10): e0239795.
- Eichenberg C, Grossfurthner M, Andrich J, Hübner L, Kietaihl S and Holoher-Benetka S (2021) The Relationship Between the Implementation of Statutory Preventative Measures, Perceived Susceptibility of COVID-19, and Personality Traits in the Initial Stage of Corona-Related Lockdown: A German and Austrian Population Online Survey. *Front. Psychiatry* 12:596281. Doi: 10.3389/fpsyt.2021.596281
- Martin Fishbein, Icek Ajzen: *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Longman Higher Education, 1975
- Glöckner A, Dorough AR, Wingen T, Dohle S. The Perception of Infection Risks During the Early and Later Outbreak of COVID-19 in Germany: Consequences and Recommendations. *PsyArXiv*. 2020. Doi:10.31234/osf.io/wdbgc.
- Hsing JC, Ma J, Barrero-Castillero A, Jani SG, Pulendran UP, Lin BJ, Thomas-Urbe M, Wang CJ. Influence of health beliefs on adherence to COVID-19 preventative practices: an online international study via social media. *J Med Internet Res*. 2021 Feb 1. Doi: 10.2196/23720. Epub ahead of print.
- Hupcey JE, Penrod J, Morse JM, Mitcham C, An exploration and advancement of the concept of trust. *Journal of Advanced Nursing* 201. 36 (2) p. 282-293
- Jones, C. L., Jensen, J. D., Scherr, C. L., Brown, N. R., Christy, K., & Weaver, J. The Health Belief Model as an explanatory framework in communication research: Exploring parallel, serial, and moderated mediation. *Health Communication* 2015, 30(6), 566-576
- Kaliyaperumal K. Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) study. *A ECS Illumination* 2004;4:7-9
- Kittel B, Kritzinger S, Boomgaarden H, Prainsack B, Eberl JM, Kalleitner F, Lebernegg NS, Partheymüller J, Plescia C, Schiestl DW, Schlogl L. The Austrian Corona Panel Project: monitoring individual and societal dynamics amidst the COVID-19 crisis. *Eur Polit Sci* (2020). <https://doi.org/10.1057/s41304-020-00294-7>
- Kuiper M E, de Bruijn AL, Reinders Folmer CP, Olthuis E, Brownlee M, Kooistra EB, Fine A, van Rooij B 2020. "The Intelligent Lockdown: Compliance with COVID-19 Mitigation Measures in the Netherlands." *PsyArXiv*. May 13. Doi:10.31234/osf.io/5wdb3
- Lilleholt, Lau, Ingo Zettler, Cornelia Betsch, and Robert Böhm. 2020. "Pandemic Fatigue: Measurement, Correlates, and Consequences." *PsyArXiv*. December 17. doi:10.31234/osf.io/2xvbr. Murphy, K; Williamson, H; Sargeant, E; McCarthy, M, Why people comply with COVID-19 social distancing restrictions: Self-interest or duty?, *Australian and New Zealand Journal of Criminology* 2020, 53(4): 477-496

- Nivette A, Ribeaud D, Murray A, Steinhoff A, Bechtiger L, Hepp U, Shanahan L, Eisner M. Non-compliance with COVID-19-related public health measures among young adults in Switzerland: Insights from a longitudinal cohort study. *Social Science & Medicine* 2021, 268: 113370.
- Plohl N & Musil B. Modeling compliance with COVID-19 prevention guidelines: the critical role of trust in science, *Psychology, Health & Medicine* 2021, 26:1.
- Roozenbeek J, Schneider CR, Dryhurst S, Kerr J, Freeman ALJ, Recchia G, van der Bles AM, van der Linden S. Susceptibility to misinformation about COVID-19 around the world. *R. Soc. Open Sci.* 2020, 7: 201199.
- Rosenstock, I. M. Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs* 1974, 2(4), 328-335.
- Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly* 1988, 15(2): 175-183.
- Soveri, Anna, Linda C. Karlsson, Jan Antfolk, Mikael Lindfelt, and Stephan Lewandowsky. Unwillingness to Engage in Behaviors That Protect Against COVID-19: Conspiracy, Trust, Reactance, and Endorsement of Complementary and Alternative Medicine. *PsyArXiv* 2020. October 30. Doi:10.31234/osf.io/mhctf.
- Tong KK, Chen JH, Yu EW, WU AM. Adherence to COVID-19 Precautionary Measures: Applying the Health Belief Model and Generalised Social Beliefs to a Probability Community Sample. *Applied Psychology: Health and Well-Being* 2020, 12 (4), 1205-1223.
- World Health Organization. Regional Office for Europe. Pandemic fatigue: reinvigorating the public to prevent COVID-19: policy considerations for Member States in the WHO European Region. World Health Organization. Regional Office for Europe. 2020

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 - Zusammenfassung und Empfehlungen	9
Tabelle 2 - Demografie der Befragten in Vorarlberg (n = 503)	22
Tabelle 3 - Ergebnisse der Modellprüfung hinsichtlich der Adhärenz (n = 1003).....	64
Tabelle 4 - Items der Adhärenz-Skala - Faktorenanalyse (n = 1003).....	65
Tabelle 5 - Items: wahrgenommene Motivatoren (n = 447)	75
Tabelle 6 - Items: Hürden (n = 618)	76
Tabelle 7 - Items: Soziale Norm (n = 618)	83
Tabelle 8 - Items: Informationsmüdigkeit (n = 1000)	86
Tabelle 9 - Items: Verhaltensmüdigkeit (n = 993).....	89
Tabelle 10 - Items: Vertrauen in öffentliche Institutionen (n = 500)	92

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 - Modell der Einflussfaktoren auf das Gesundheitsverhalten basierend auf dem adaptierten Health-Belief-Modell (Hsing et al. 2021), erweitert um aktuelle Ergebnisse der Forschung zur Adhärenz während der COVID-19-Pandemie	15
Abbildung 2 - Verwendete Stichproben (grün) für die einzelnen Analyseschritte	19
Abbildung 3 - Ausmaß der Adhärenz (n = 503)	23
Abbildung 4 - Ausmaß der Adhärenz - Umsetzung der jeweiligen Schutzmaßnahmen (n = 491 bis n = 501)	23
Abbildung 5 - Adhärenz in der befragten Stichprobe (n = 501).....	24
Abbildung 6 - Einflussfaktoren auf die Adhärenz (n = 1003)	26
Abbildung 7 - Einflussfaktoren auf die Adhärenz bei wenig adhärennten Personen (n = 348).....	27
Abbildung 8 - Selbstwirksamkeit - Häufigkeitsverteilung (n = 503)	28
Abbildung 9 - Selbstwirksamkeit - in Bezug auf das Alter (n = 480)	28
Abbildung 10 - Soziale Norm (Umgebung verhält sich adhärennt / nicht adhärennt) in der befragten Stichprobe (n = 489)	29
Abbildung 11 - Zusammenhang zwischen Sozialer Normen und Alter (n = 489)	29
Abbildung 12 - Verteilung der Verhaltensmüdigkeit in der befragten Stichprobe (n = 501).....	30
Abbildung 13 - Zusammenhang zwischen Verhaltensmüdigkeit und Alter (n = 501)	30
Abbildung 14 - Aspekte der Verhaltensmüdigkeit (n = 503).....	31
Abbildung 15 - Bereitschaft, sich an neue Verordnungen zu halten (n = 503).....	31

Abbildung 16 - Wahrgenommene Gefährlichkeit hinsichtlich persönlicher Gesundheit - Häufigkeitsverteilung (n = 503).....	32
Abbildung 17 - Wahrgenommenen Gefährlichkeit hinsichtlich persönlicher Gesundheit - in Bezug auf das Alter (n = 496).....	32
Abbildung 18 - Einschätzung der gesundheitlichen Gefahr in Abhängigkeit des Geschlechts (n = 494).....	33
Abbildung 19 - Ausmaß der Adhärenz - nach Geschlecht (n = 501)	34
Abbildung 20 - Ausmaß der Adhärenz - in Bezug auf das Alter (n = 503).....	34
Abbildung 21 - Verteilung des Vertrauens in öffentliche Institutionen in der befragten Stichprobe (n = 502)	35
Abbildung 22 - Vertrauen in öffentliche Institutionen in Abhängigkeit des Geschlechts (n = 500)	36
Abbildung 23 - Zusammenhang zwischen Vertrauen in öffentliche Institutionen in Alter (n = 502)	36
Abbildung 24 - Vertrauen in die verschiedenen öffentlichen Institutionen (n = 503)	37
Abbildung 25 -Wahrgenommene Hürden und Motivatoren in Bezug auf adhärentes Verhalten in der befragten Stichprobe (Hürden: n = 338, Motivatoren: n = 279).....	38
Abbildung 26 - Verteilung der Informationsmüdigkeit in der befragten Stichprobe (n = 502)	39
Abbildung 27 - Zusammenhang zwischen Informationsmüdigkeit und Alter (n = 502)	40
Abbildung 28 - Wahrgenommene Gefährlichkeit im Vergleich zur Grippe - Häufigkeitsverteilung (n = 503)	41
Abbildung 29 - Wahrgenommene Gefährlichkeit im Vergleich zur Grippe - in Bezug auf das Alter (n = 490)	42
Abbildung 30 - Wahrgenommene Gefährlichkeit im Vergleich zur Grippe - nach Bildung (n = 485)	42
Abbildung 31 - Wahrgenommenes Infektionsrisiko - Häufigkeitsverteilung (n = 503)	43
Abbildung 32 - Einschätzung persönlicher wirtschaftlicher Gefahr - Häufigkeitsverteilung (n = 503).....	44
Abbildung 33 - Einschätzung persönlicher wirtschaftlicher Gefahr - in Bezug auf das Alter (n = 501).....	44
Abbildung 34 - Einstellung zu regionalen Maßnahmen (n = 503)	45
Abbildung 35 - Bewertung der Sinnhaftigkeit der verschiedenen Schutzmaßnahmen (n = 503) ...	47
Abbildung 36 - Impfbereitschaft zusammengefasst in Kärnten und Vorarlberg	48
Abbildung 37 - Mögliche Anreize zur Impfung (Kärnten und Vorarlberg) (n = 58).....	49
Abbildung 38 - Keiner der Anreize erhöht die Impfbereitschaft (Kärnten und Vorarlberg) (n = 58)	49
Abbildung 39 - Weitere Gründe, sich nicht impfen zu lassen (n = 38).....	50
Abbildung 40 - COVID-19-Testungen und nachfolgende Vorgangsweise	51

Abbildung 41 - Gründe, sich testen zu lassen, für Personen, die noch nie an einem Test teilgenommen haben	52
Abbildung 42 - Einstellung zu Öffnungsschritten (n = 503).....	53
Abbildung 43 - Mögliche Einhaltung von Präventionskonzepten in bestimmten Bereichen (n = 503)	54
Abbildung 44 - Informationsquellen zu COVID-19 in Vorarlberg (n = 503)	55
Abbildung 45 - Bekanntheit der Informationsseite der Vorarlberger Landesregierung zu Corona im Internet (n = 503).....	56
Abbildung 46 - Bekanntheit der Informationsseite „okay.zusammen leben“ zu Corona im Internet (n = 503)	56
Abbildung 47 - Adhärenz-Skala (n = 503)	65
Abbildung 48 - Adhärenz-Skala in Abhängigkeit des Geschlechts (n = 501).....	66
Abbildung 49 - Adhärenz-Skala in Abhängigkeit der Bildung (n = 498)	66
Abbildung 50 - Altersverteilung in Abhängigkeit der Adhärenz-Skala (n = 503)	67
Abbildung 51 - Vergleich des Coronavirus mit der Grippe (n = 503)	68
Abbildung 52 - Vergleich des Coronavirus mit der Grippe in Abhängigkeit des Alters (n = 488) ...	68
Abbildung 53 - Vergleich des Coronavirus mit der Grippe in Abhängigkeit der Bildung n = 485 ...	69
Abbildung 54 - Altersverteilung in Abhängigkeit des Vergleichs des Coronavirus mit der Grippe (n = 490)	69
Abbildung 55 - Einschätzung der gesundheitlichen Gefahr (n = 503)	70
Abbildung 56 - Einschätzung der gesundheitlichen Gefahr in Abhängigkeit des Geschlechts (n = 494).....	70
Abbildung 57 - Einschätzung der gesundheitlichen Gefahr in Abhängigkeit der Bildung (n = 491) ..	70
Abbildung 58 - Altersverteilung in Abhängigkeit der Einschätzung der gesundheitlichen Gefahr (n = 496)	71
Abbildung 59 - Einschätzung der wirtschaftlichen Gefahr (n = 503)	71
Abbildung 60 - Einschätzung der wirtschaftlichen Gefahr in Abhängigkeit des Geschlechts (n = 499).....	72
Abbildung 61 - Einschätzung der wirtschaftlichen Gefahr in Abhängigkeit der Bildung (n = 496) ..	72
Abbildung 62 - Altersverteilung in Abhängigkeit der Einschätzung der wirtschaftlichen Gefahr (n = 501).....	72
Abbildung 63 - Wahrgenommenes Infektionsrisiko (n = 503).....	73
Abbildung 64 - Wahrgenommenes Infektionsrisiko in Abhängigkeit des Geschlechts (n = 486)	73
Abbildung 65 - Wahrgenommenes Infektionsrisiko in Abhängigkeit der Bildung (n = 483).....	74
Abbildung 66 - Altersverteilung in Abhängigkeit des wahrgenommenen Infektionsrisikos (n = 488)	74

Abbildung 67 - Wahrgenommene Motivatoren - Häufigkeitsverteilung (n = 279)	77
Abbildung 68 - Wahrgenommene Motivatoren - nach Geschlecht (n = 277)	77
Abbildung 69 - Wahrgenommene Motivatoren - nach Alter (n = 279).....	78
Abbildung 70 - Wahrgenommene Motivatoren - nach Bildung (n = 276).....	78
Abbildung 71 - Hürden - Häufigkeitsverteilung (n = 338).....	79
Abbildung 72 - Hürden - nach Bildung (n = 336)	79
Abbildung 73 - Hürden - nach Alter (n = 338)	80
Abbildung 74 - Hürden - nach Geschlecht (n = 336).....	80
Abbildung 75 - Selbstwirksamkeitserwartungen (n = 503).....	81
Abbildung 76 - Selbstwirksamkeitserwartungen in Abhängigkeit des Geschlechts (n = 478)	81
Abbildung 77 - Selbstwirksamkeitserwartungen in Abhängigkeit der Bildung (n = 475).....	82
Abbildung 78 - Altersverteilung in Abhängigkeit der Selbstwirksamkeitserwartungen (n = 480) ..	82
Abbildung 79 - Soziale Normen (n = 489)	83
Abbildung 80 - Soziale Normen in Abhängigkeit des Geschlechts (n = 487).....	84
Abbildung 81 - Soziale Normen in Abhängigkeit der Bildung (n = 484)	84
Abbildung 82 - Zusammenhang zwischen Soziale Normen und Alter (n = 489)	85
Abbildung 83 - Informationsmüdigkeit - Häufigkeitsverteilung (n = 502)	87
Abbildung 84 - Informationsmüdigkeit - nach Geschlecht (n = 500)	87
Abbildung 85 - Informationsmüdigkeit - nach Bildung (n = 497).....	88
Abbildung 86 - Informationsmüdigkeit - nach Alter (n = 502).....	88
Abbildung 87 - Verhaltensmüdigkeit - Häufigkeitsverteilung (n = 501).....	89
Abbildung 88 - Verhaltensmüdigkeit - nach Geschlecht (n = 499).....	90
Abbildung 89 - Verhaltensmüdigkeit - nach Bildung (n = 496)	90
Abbildung 90 - Verhaltensmüdigkeit - nach Alter (n = 501)	91
Abbildung 91 - Vertrauen in öffentliche Institutionen - Häufigkeitsverteilung (n = 502)	93
Abbildung 92 - Vertrauen in öffentliche Institutionen - nach Geschlecht (n = 500)	93
Abbildung 93 - Vertrauen in öffentliche Institutionen - nach Bildung (n = 497)	94
Abbildung 94 - Vertrauen in öffentliche Institutionen - nach Alter (n = 502)	94

Anhang

Modellbildung hinsichtlich der Einflussfaktoren auf die Adhärenz

Ausgehend vom Modell der Einflussfaktoren auf das Gesundheitsverhalten basierend auf dem adaptierten Health-Belief-Modell wurden die einzelnen Bereiche getrennt auf ihre Dimensionalität überprüft. Für Bereiche, die nur aus einem Item gebildet wurden (z.B. Infektionsrisiko), oder für heterogene Bereiche (z.B. soziodemografische Variablen) wurde keine Überprüfung der Dimensionalität vorgenommen und die Items wurden auch nicht zusammengefasst, sondern einzeln weiter analysiert. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Modellprüfung für jeden dieser Bereiche dargestellt (siehe Tabelle 3).

Zu Beginn wird eine eindimensionale Skala für die Adhärenz beschrieben, in die nur jene Verhaltensweisen einfließen, die eine Bildung eines gemeinsamen Wertes erlauben. Die Faktorenbildung und die Modellbildung erfolgten gemeinsam für die Daten aus Kärnten und Vorarlberg. In den weiteren Analysen (Verteilung der Faktoren; Einfluss des Alters, Geschlechts und der Bildung) werden in diesem Bericht die Daten der Telefoninterviews in Vorarlberg dargestellt.

Tabelle 3 - Ergebnisse der Modellprüfung hinsichtlich der Adhärenz (n = 1003)

	univariabel sign.	VIF	multivariabel	
			sign.	B (95 % CI)
Im Vergleich zu einer Grippe, wie schätzen Sie das Coronavirus ein?	<0,001	1,394	n.s.	
Wie groß schätzen Sie die gesundheitliche Gefahr ein, welche vom Coronavirus für Sie persönlich ausgeht, wenn Sie an Corona erkranken?	<0,001	1,222	<0,001	-0,030 (-0,047 - -0,013)
Wie groß schätzen Sie die wirtschaftliche Gefahr für Sie persönlich ein, welche durch die Maßnahmen zur Bekämpfung des Coronavirus besteht?	<0,001	1,072		
Wahrgenommenes Infektionsrisiko	0,160	1,022	n.s.	
Motivatoren	0,217			
Hürden	0,001	1,628	n.s.	
Selbstwirksamkeitserwartungen	<0,001	1,097	0,003	0,032 (0,011 - 0,053)
Vertrauen in öffentliche Institutionen	<0,001	1,775		
Soziale Normen	<0,001	1,280	<0,001	0,346 (0,278 - 0,414)
Informationsmüdigkeit	<0,001	1,721		
Verhaltensmüdigkeit	<0,001	1,525	0,004	-0,057 (-0,095 - -0,018)
Alter	<0,001	1,297	<0,001	0,004 (0,003 - 0,005)
Geschlecht	<0,001	1,043	0,007	0,048 (0,013 - 0,084)
Bildung	0,009	1,043		
alleinlebend	0,837			
mit Kindern lebend	0,247			
berufliche Situation	<0,001	1,153	n.s.	

Adhärenz-Skala

Im Fragebogen wurden sieben unterschiedliche Verhaltensweisen, die im Zusammenhang mit der Bekämpfung der COVID-19-Pandemie stehen, erfasst (siehe Tabelle 4), darunter Verhaltensweisen, die sich auf verordnete Maßnahmen beziehen (z.B. Maskentragepflicht, Ausgangssperre), und Maßnahmen, die nicht verordnet waren (z.B. impfen, sich testen lassen, sich beim Vorhandensein von Symptomen testen lassen etc.). Vier dieser Maßnahmen konnten nach einer Faktorenanalyse mit akzeptabler interner Konsistenz (Cronbachs Alpha: 0,681) zusammengefasst werden. Die restlichen drei Items luden entweder nicht hoch genug auf den ersten Faktor (Impfung) oder bildeten einen eigenen Faktor, der aber keine ausreichende interne Konsistenz aufwies, um für weitere Auswertungen geeignet zu sein (Testen bei Symptomen, Testen allgemein).

Tabelle 4 - Items der Adhärenz-Skala - Faktorenanalyse (n = 1003)

	Faktorladungen
Weniger Abstand zu Personen aus anderen Haushalten gehalten als verordnet	0,760
Mehr Personen aus fremden Haushalten zugleich getroffen, als erlaubt ist	0,747
Zwischen 20:00 und 6:00 Uhr nicht zu Hause gewesen	0,718
An Orten, an welchen Sie laut Verordnung eine FFP2-Maske tragen müssten, keine getragen	0,531
Sind Sie zumindest einmal gegen COVID-19 geimpft?	-0,447
Haben Sie sich schon einmal testen lassen bzw. haben Sie schon einmal einen Selbsttest durchgeführt?	-0,062
Trotz Symptomen, die bei COVID-19 vorkommen, nicht testen lassen	0,328

Verteilung der Adhärenz-Skala in Vorarlberg

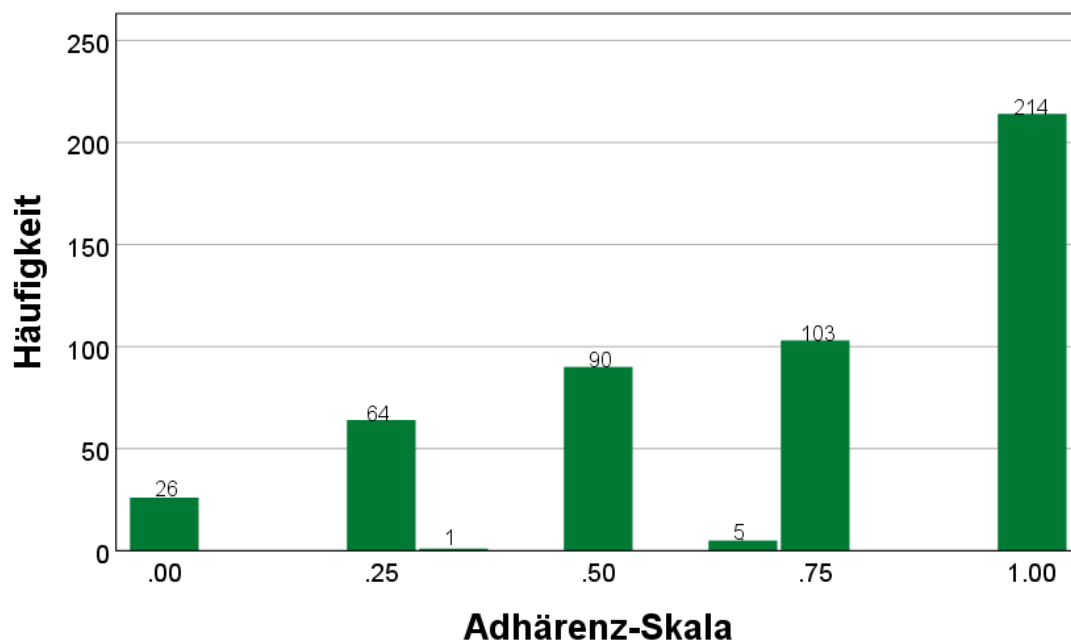


Abbildung 47 - Adhärenz-Skala (n = 503)

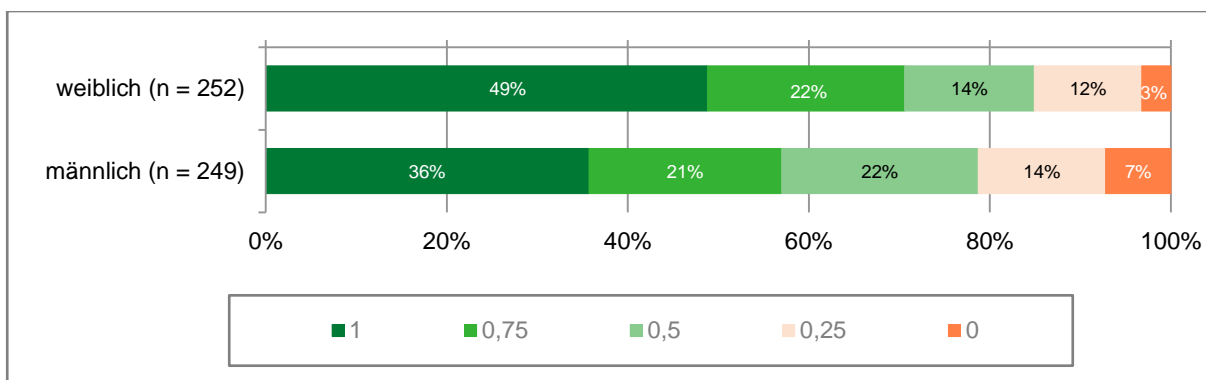


Abbildung 48 - Adhärenz-Skala in Abhängigkeit des Geschlechts (n = 501)

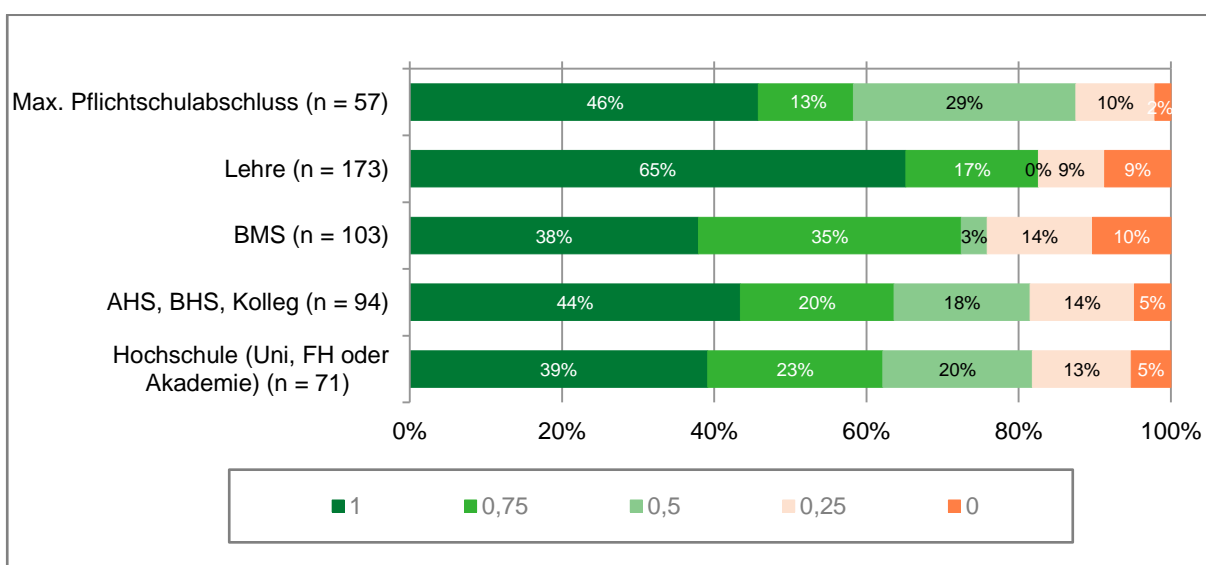


Abbildung 49 - Adhärenz-Skala in Abhängigkeit der Bildung (n = 498)

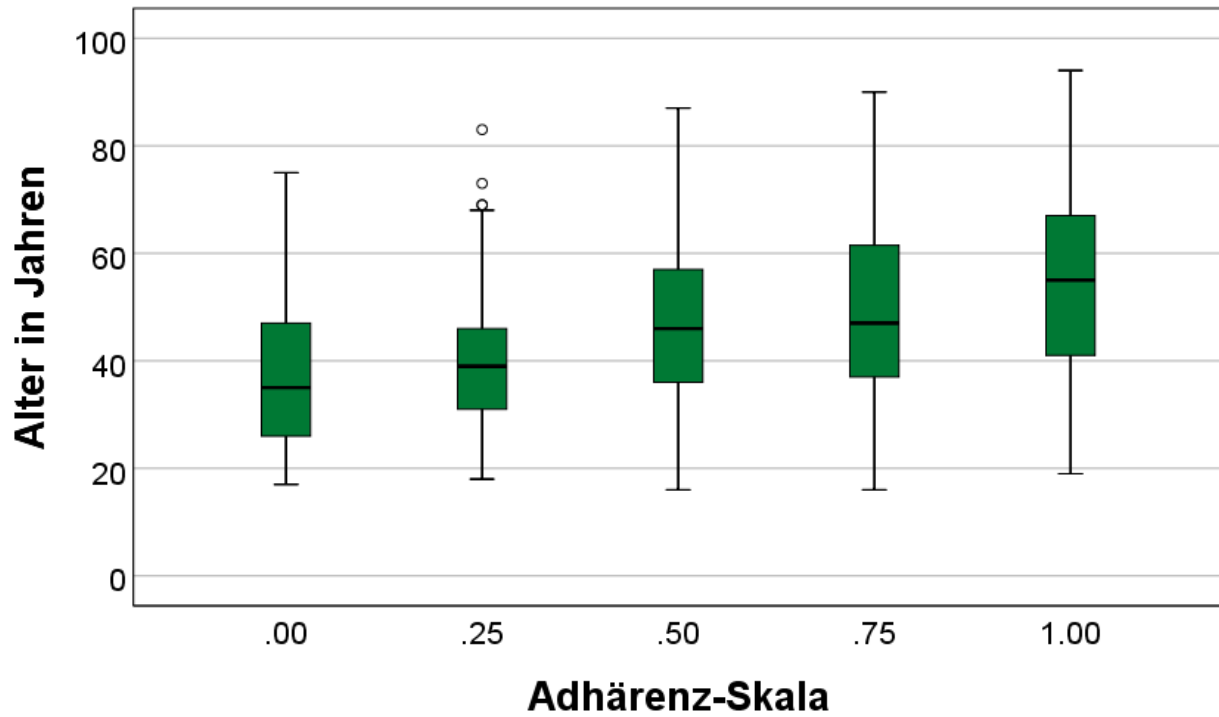


Abbildung 50 - Altersverteilung in Abhängigkeit der Adhärenz-Skala (n = 503)

Perceived Severity - wahrgenommene Gefährlichkeit des COVID-19-Virus

Eingesetzter Fragebogen

Zur Erhebung der wahrgenommenen Gefährlichkeit des COVID-19-Virus wurden drei Items aus Eichenberger et al. (2021) verwendet. In diesen drei Items wird einerseits das Coronavirus mit einer Grippe verglichen und andererseits die Gefahr, die durch das Coronavirus bzw. die Pandemie für die Gesundheit und die wirtschaftliche Situation der befragten Person besteht, bewertet.

Verteilung der wahrgenommenen Gefährlichkeit des COVID-19-Virus in Vorarlberg

- Im Vergleich zu einer Grippe, wie schätzen Sie das Coronavirus ein?

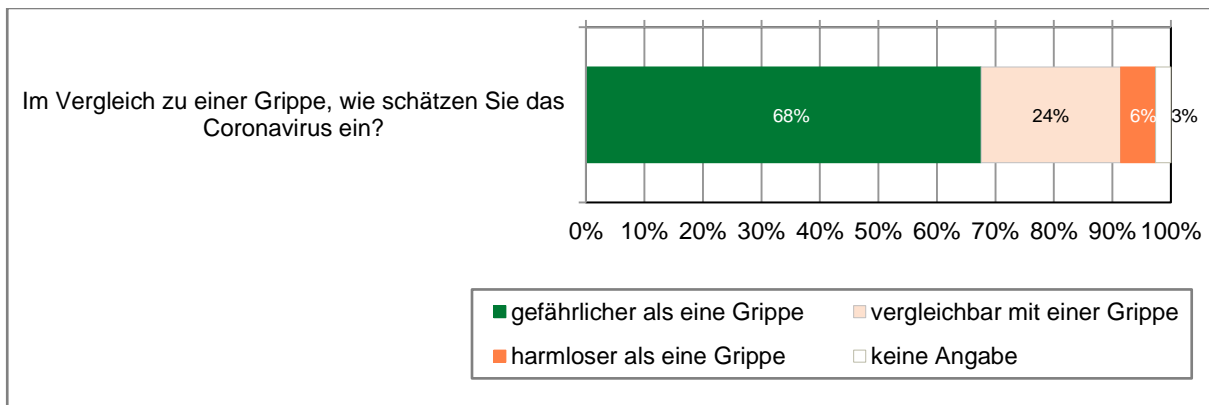


Abbildung 51 - Vergleich des Coronavirus mit der Grippe (n = 503)

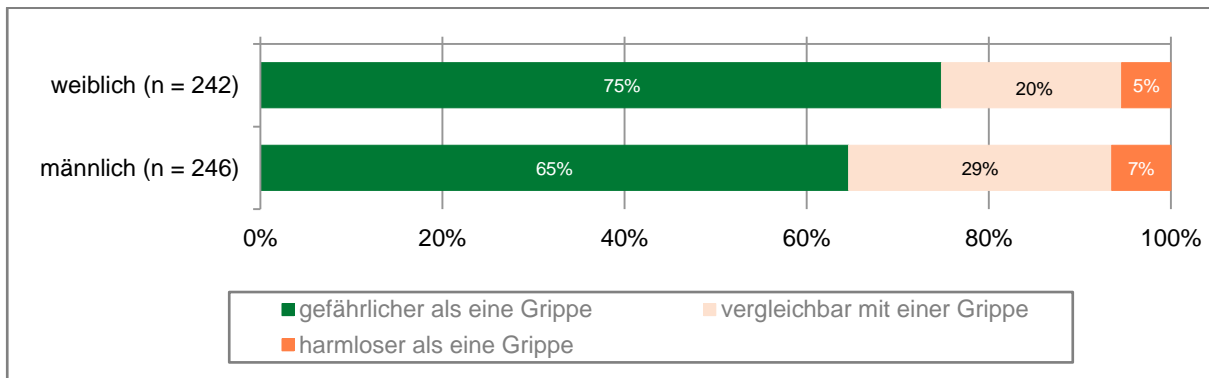


Abbildung 52 - Vergleich des Coronavirus mit der Grippe in Abhängigkeit des Alters (n = 488)

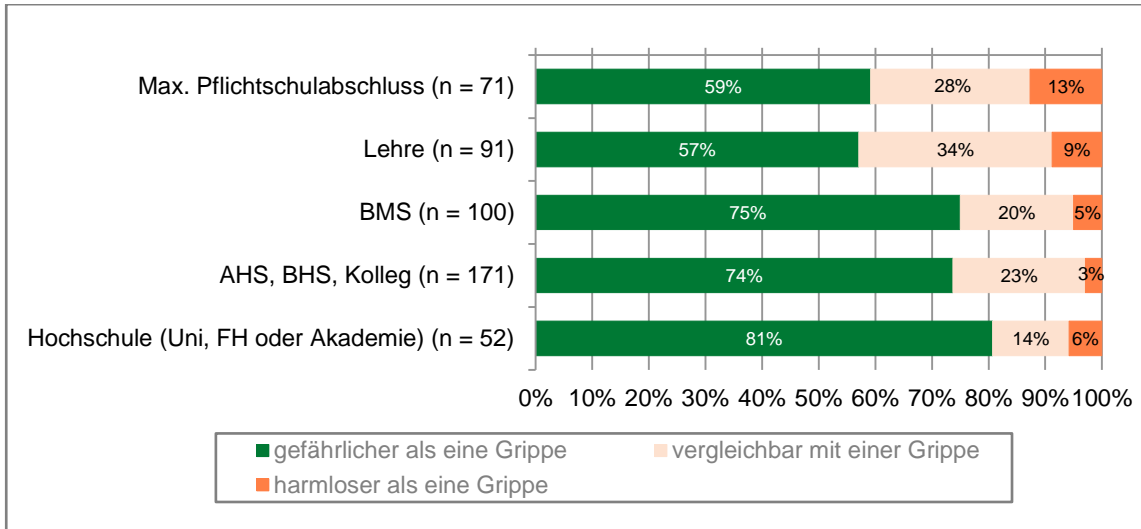


Abbildung 53 - Vergleich des Coronavirus mit der Grippe in Abhängigkeit der Bildung n = 485

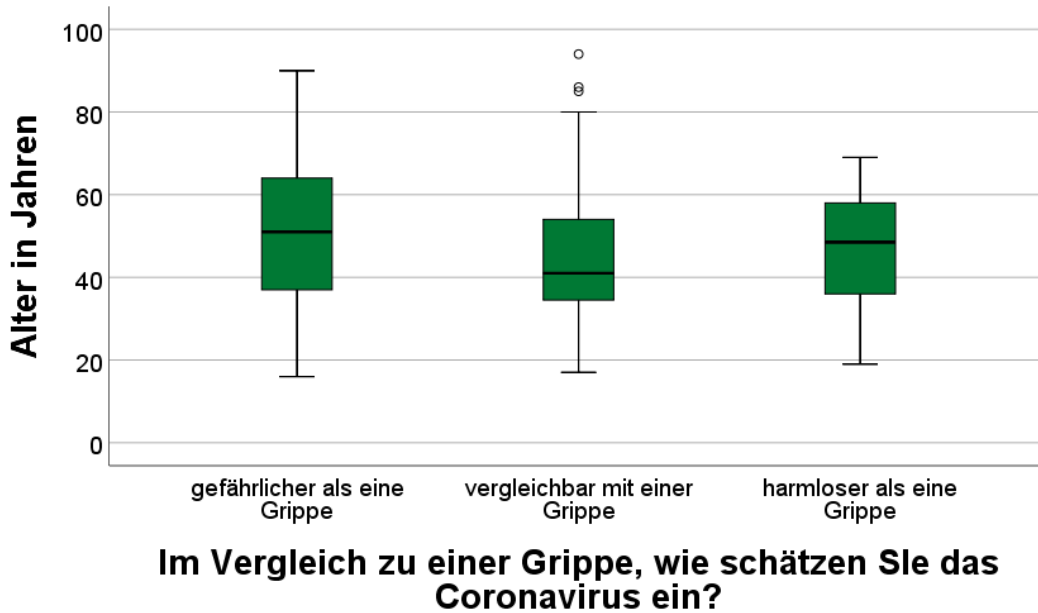


Abbildung 54 - Altersverteilung in Abhängigkeit des Vergleichs des Coronavirus mit der Grippe (n = 490)

- **Wie groß schätzen Sie die gesundheitliche Gefahr ein, welche vom Coronavirus für Sie persönlich ausgeht, wenn Sie an Corona erkranken?**

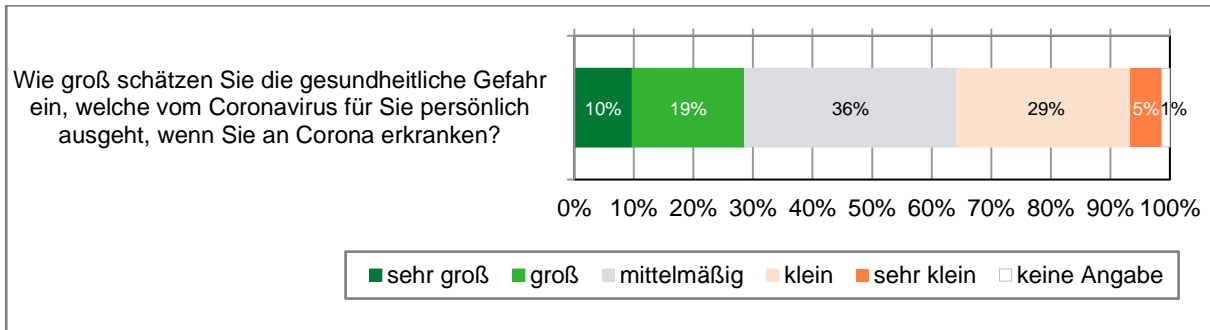


Abbildung 55 - Einschätzung der gesundheitlichen Gefahr (n = 503)

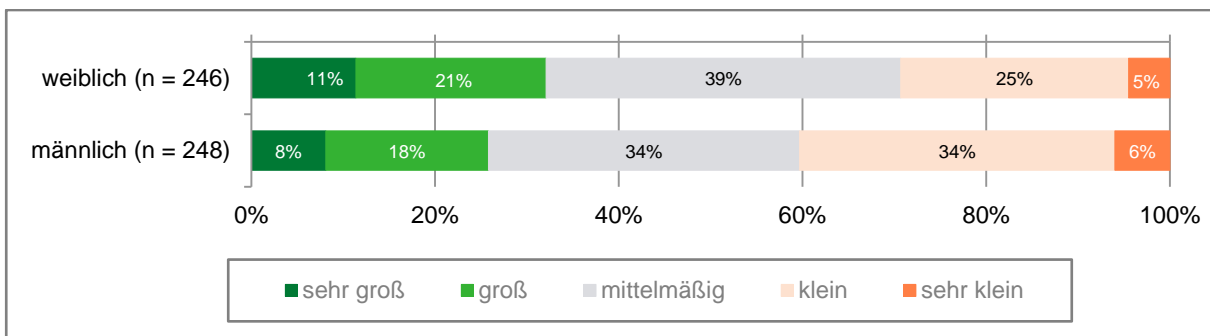


Abbildung 56 - Einschätzung der gesundheitlichen Gefahr in Abhängigkeit des Geschlechts (n = 494)

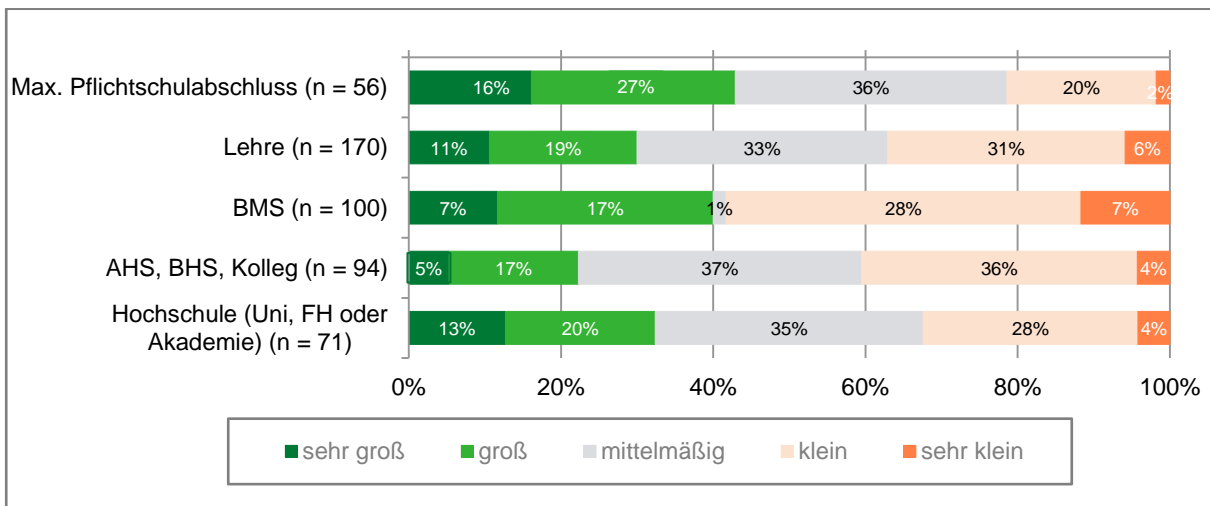


Abbildung 57 - Einschätzung der gesundheitlichen Gefahr in Abhängigkeit der Bildung (n = 491)

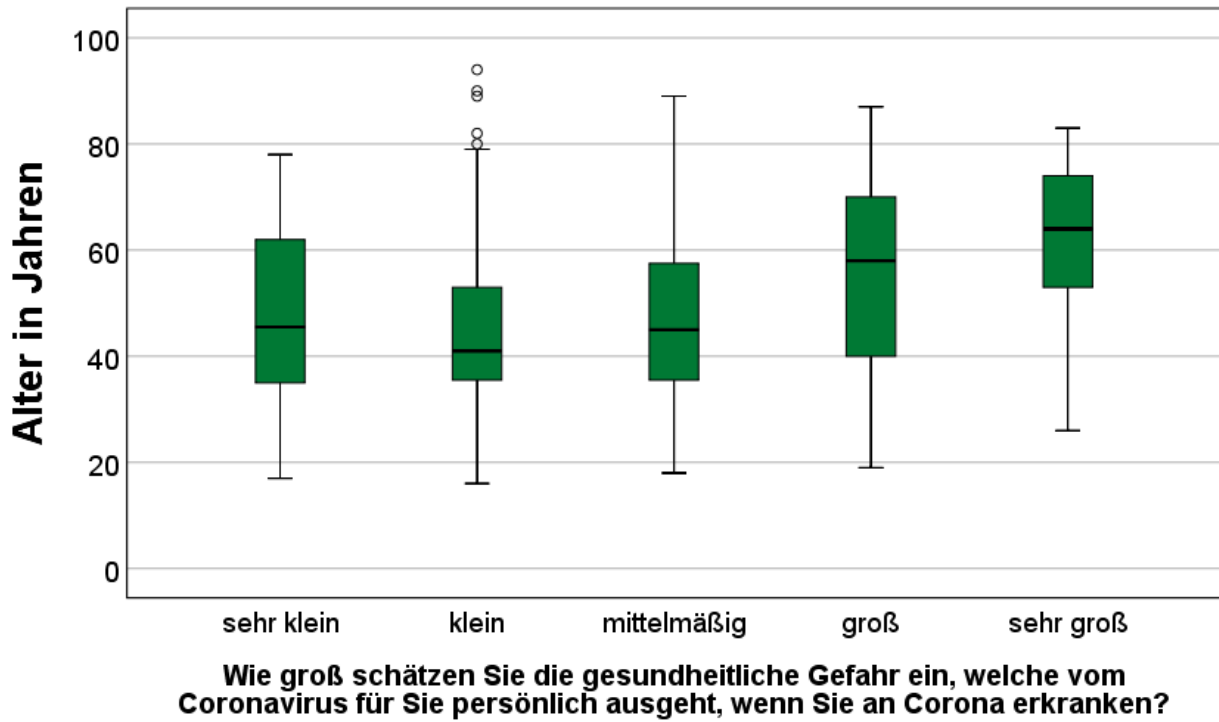


Abbildung 58 - Altersverteilung in Abhängigkeit der Einschätzung der gesundheitlichen Gefahr (n = 496)

- **Wie groß schätzen Sie die wirtschaftliche Gefahr für Sie persönlich ein, welche durch die Maßnahmen zur Bekämpfung des Coronavirus bestehen?**

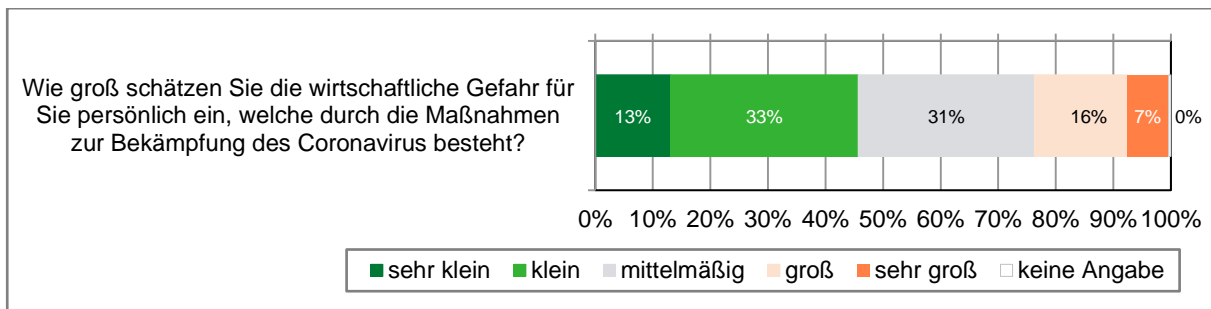


Abbildung 59 - Einschätzung der wirtschaftlichen Gefahr (n = 503)

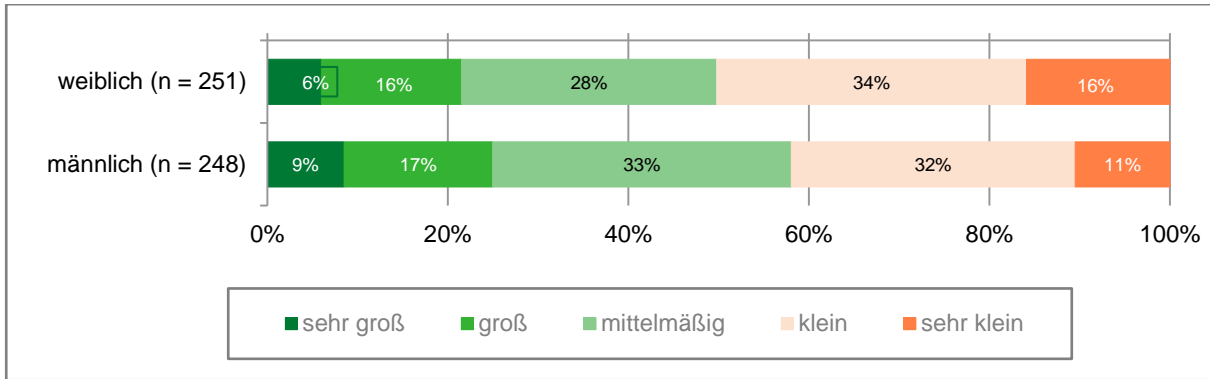


Abbildung 60 - Einschätzung der wirtschaftlichen Gefahr in Abhängigkeit des Geschlechts (n = 499)

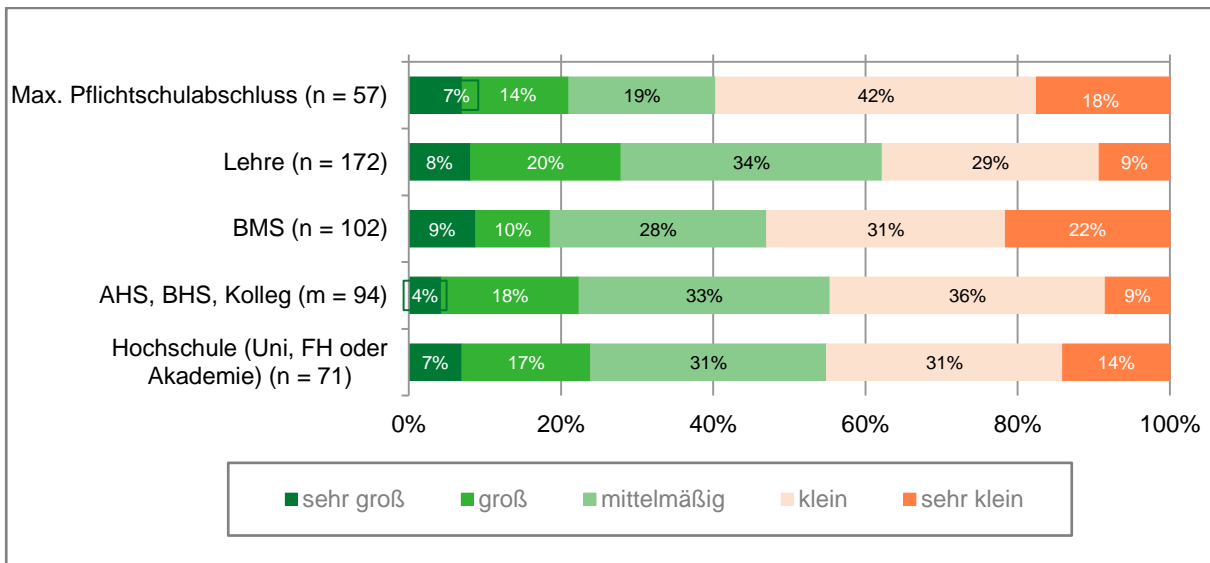


Abbildung 61 - Einschätzung der wirtschaftlichen Gefahr in Abhängigkeit der Bildung (n = 496)

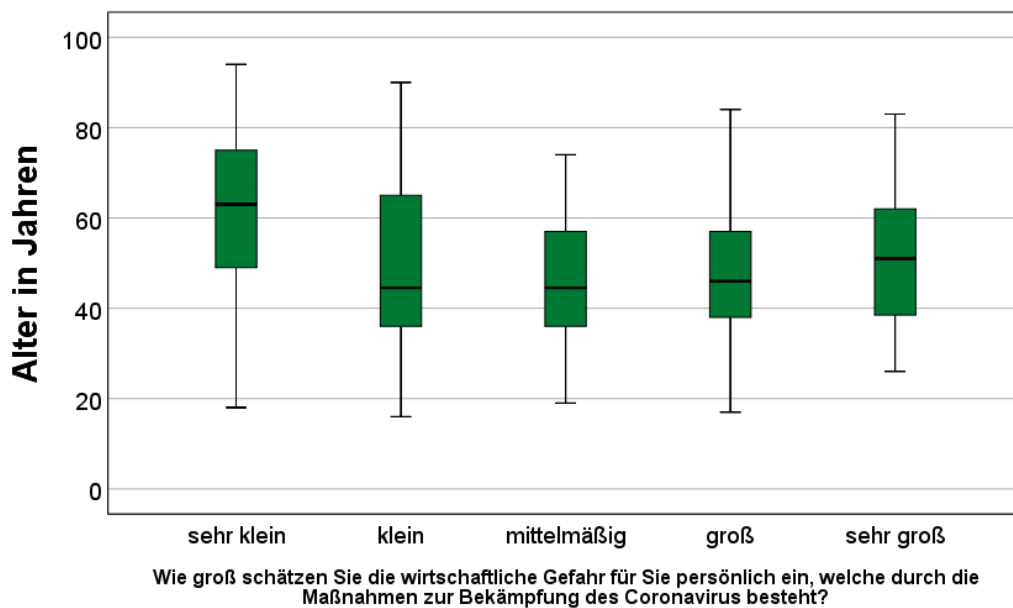


Abbildung 62 - Altersverteilung in Abhängigkeit der Einschätzung der wirtschaftlichen Gefahr (n = 501)

Perceived Susceptibility - wahrgenommenes Infektionsrisiko

Eingesetzter Fragebogen

Um das wahrgenommene Infektionsrisiko zu erheben, wurde ein Item aus Eichenberger et al. (2021) verwendet.

Testtheoretische Analyse des Fragebogens

Da das wahrgenommene Infektionsrisiko mit einem Item erhoben wurde, fand keine Überprüfung hinsichtlich der Dimensionalität statt.

Verteilung des wahrgenommenen Infektionsrisikos in Vorarlberg

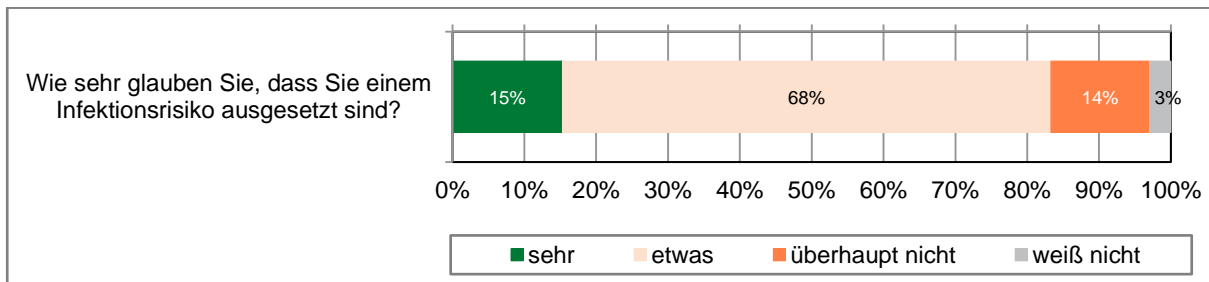


Abbildung 63 - Wahrgenommenes Infektionsrisiko (n = 503)

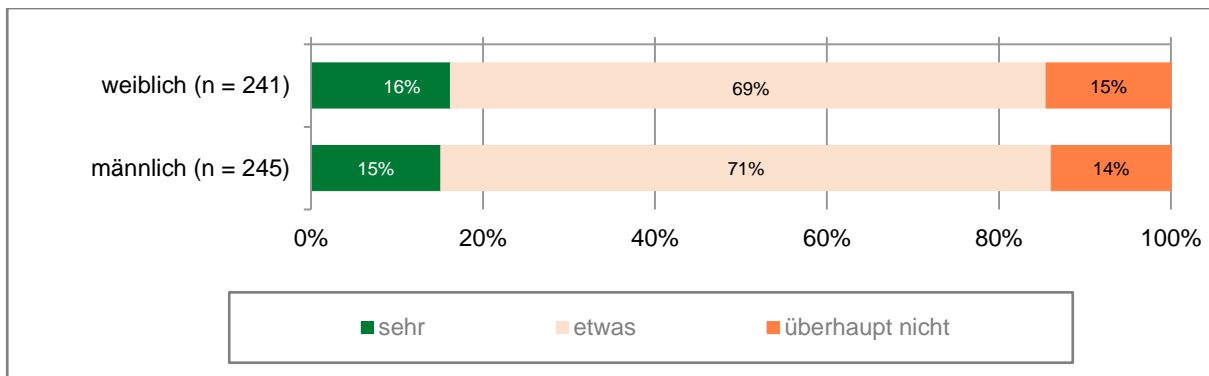


Abbildung 64 - Wahrgenommenes Infektionsrisiko in Abhängigkeit des Geschlechts (n = 486)

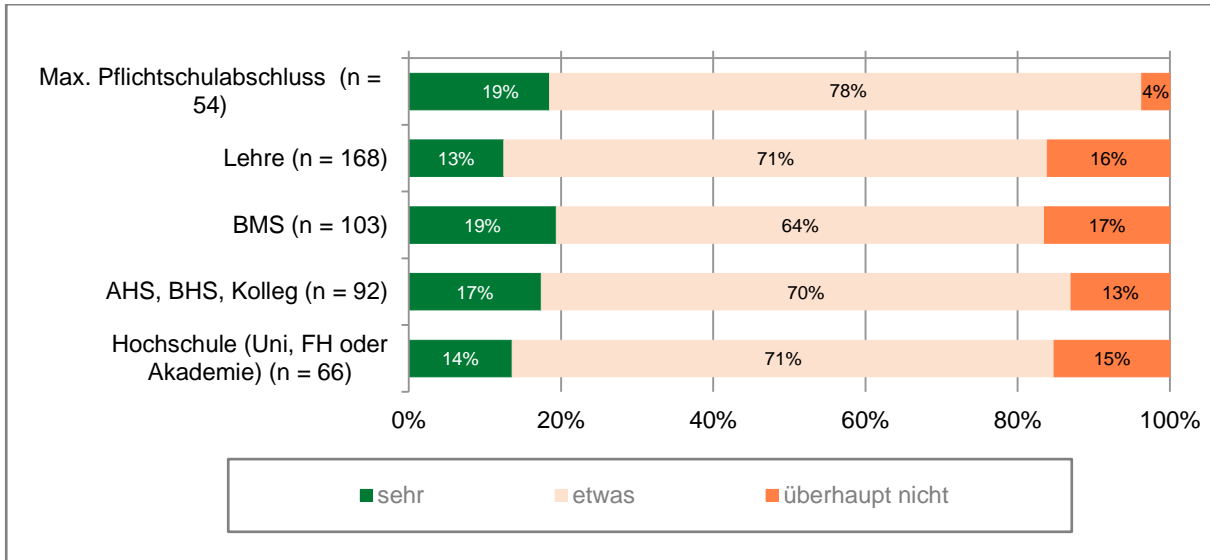


Abbildung 65 - Wahrgenommenes Infektionsrisiko in Abhängigkeit der Bildung (n = 483)

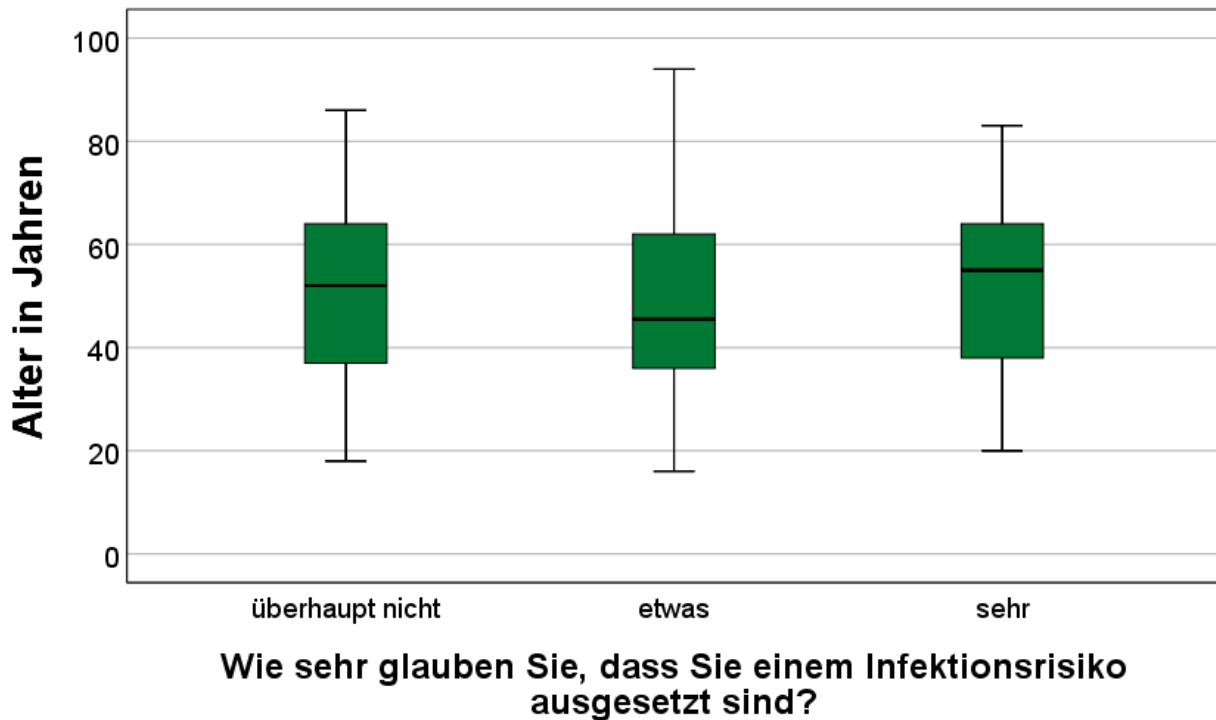


Abbildung 66 - Altersverteilung in Abhängigkeit des wahrgenommenen Infektionsrisikos (n = 488)

Perceived Benefits & Barriers

Eingesetzter Fragebogen

Für den Bereich der Benefits & Barriers wurden sowohl Items aus Eichenberger et al. (2021) übernommen, die zum Teil abgeändert wurden, als auch Items neu formuliert.

Testtheoretische Analyse des Fragebogens

Bei der Analyse der vorgegebenen Items zu Aspekten, die einerseits adhärentes Verhalten fördern (Benefits) und andererseits adhärentem Verhalten entgegenstehen (Barriers), ergaben sich als verwertbare Faktoren „wahrgenommene Motivatoren“ und „Hürden“.

Der Faktor „**wahrgenommene Motivatoren**“ bezieht sich auf verschiedene Aspekte, die Personen dazu motivieren können, sich an die Maßnahmen zu halten. Dabei spricht der Inhalt der Items einerseits höhere Strafen und stärkere Kontrollen an und andererseits die Überzeugungskraft von Personen des Vertrauens und von wissenschaftlichen Ergebnissen, die die Wirksamkeit der Maßnahme bestätigen. (siehe **Fehler! Ungültiger Eigenverweis auf Textmarke.**). Die in diesem Faktor enthaltenen vier Items bilden eine Skala mit ausreichender interner Konsistenz (Cronbachs Alpha: 0,744).

Tabelle 5 - Items: wahrgenommene Motivatoren (n = 447)

	Faktorladungen
Wenn es stärker kontrolliert wird.	0,834
Wenn es höhere Strafen gibt.	0,831
Wenn mir eine Person, der ich vertraue, die Maßnahme sinnvoll begründen kann.	0,694
Wenn es mehr wissenschaftliche Ergebnisse gibt, die die Wirksamkeit bestätigen.	0,639

Der Faktor „Hürden“ beinhaltet fünf Items, die sich auf die Bewertung bzw. Wahrnehmung der Maßnahmen beziehen (siehe Tabelle 5). Inhaltlich beziehen sich die Items einerseits auf die emotionale Ebene, wenn eine Maßnahme als ärgerlich oder übertrieben empfunden wird. Andererseits zählt auch die Wahrnehmung, dass die Maßnahmen unzureichend wissenschaftlich fundiert sind, dass sie ein geringes Potenzial zur Verhinderung der Ausbreitung der Pandemie haben und dass deren verfassungsrechtliche Grundlagen fehlen, zu den Hürden.

Da die Items z.T. positiv gepolt sind, d.h. sie stellen bei einer Zustimmung eine Hürde dar (z.B.: „Ist diese Maßnahme übertrieben?“), und z.T. negativ gepolt sind, d.h. sie stellen bei einer Verneinung eine Hürde dar (z.B.: „Kann diese Maßnahme eine Ausbreitung verhindern?“), wird dies in der Auswertung dahingehend berücksichtigt, dass die negativen Items umgepolt werden. Die in diesem Faktor enthaltenen fünf Items bilden eine Skala mit ausreichender interner Konsistenz (Cronbachs Alpha: 0,792).

Tabelle 6 - Items: Hürden (n = 618)

	Faktorladungen
Ärgert Sie diese Maßnahme?	0,826
Ist diese Maßnahme übertrieben?	0,788
Kann diese Maßnahme eine Ausbreitung verhindern? (-)	0,718
Ist die Maßnahme wissenschaftlich belegt? (-)	0,618
Ist die Maßnahme verfassungskonform bzw. verstößt gegen kein Gesetz? (-)	0,615

Einem weiteren Faktor, der sich auf die Umsetzbarkeit der Maßnahmen bezieht, konnten nur zwei Items zugeordnet werden („Schränkt Sie diese Maßnahme in Ihrem täglichen Leben ein?“ und „Ist die Maßnahme für Sie in der Realität umsetzbar?“). Da dieser Faktor auch nur eine unzureichende interne Konsistenz aufweist (Cronbachs Alpha: 0,281), wurde dieser in den weiteren Berechnungen nicht mehr berücksichtigt.

Verteilung der wahrgenommenen Motivatoren in Vorarlberg

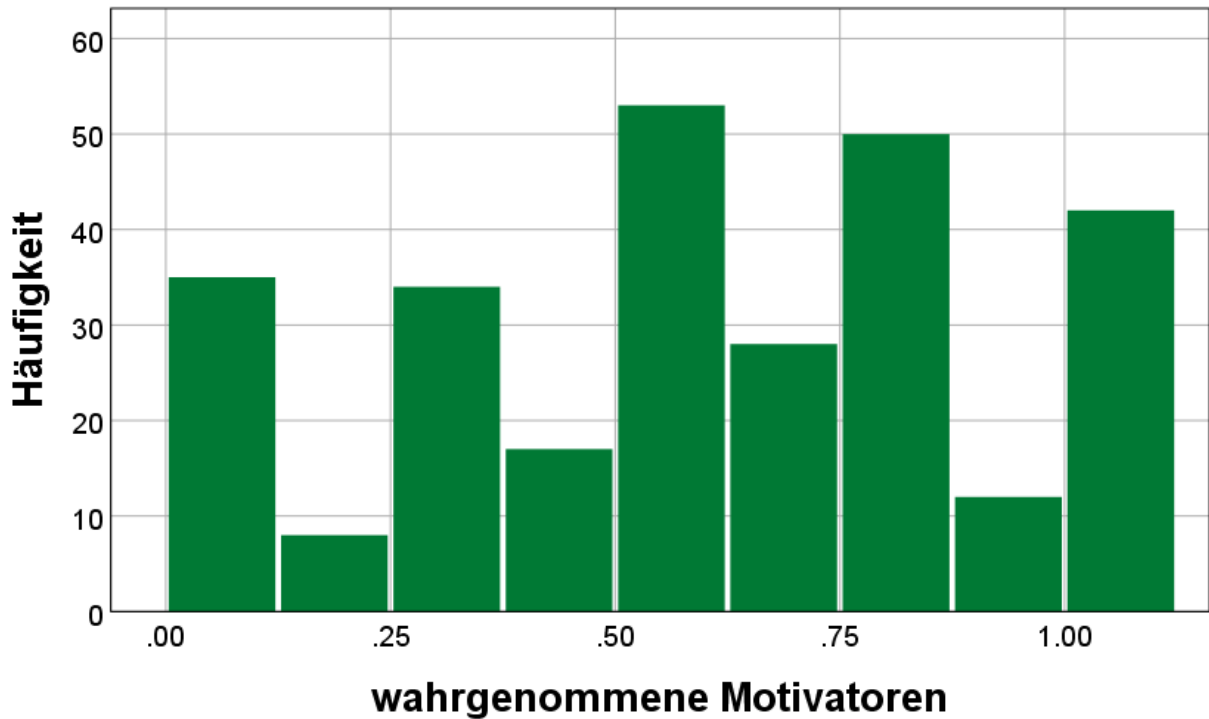


Abbildung 67 - Wahrgenommene Motivatoren - Häufigkeitsverteilung (n = 279)

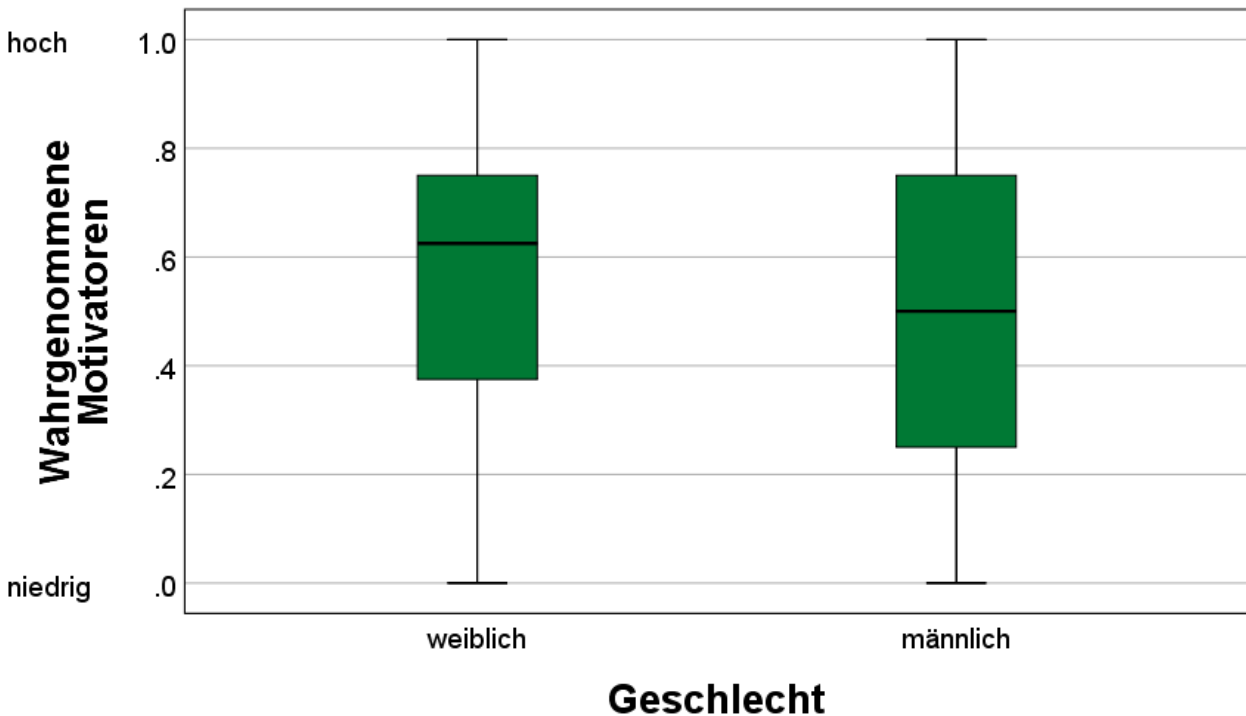


Abbildung 68 - Wahrgenommene Motivatoren - nach Geschlecht (n = 277)

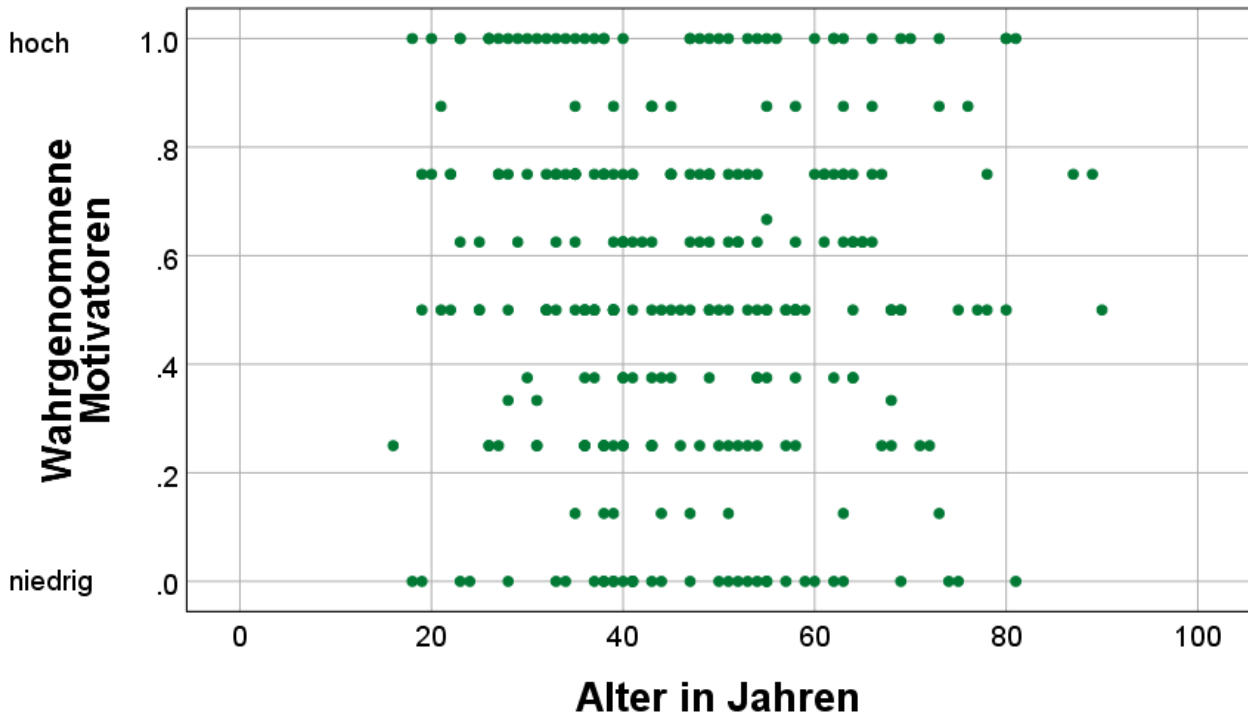


Abbildung 69 - Wahrgenommene Motivatoren - nach Alter (n = 279)

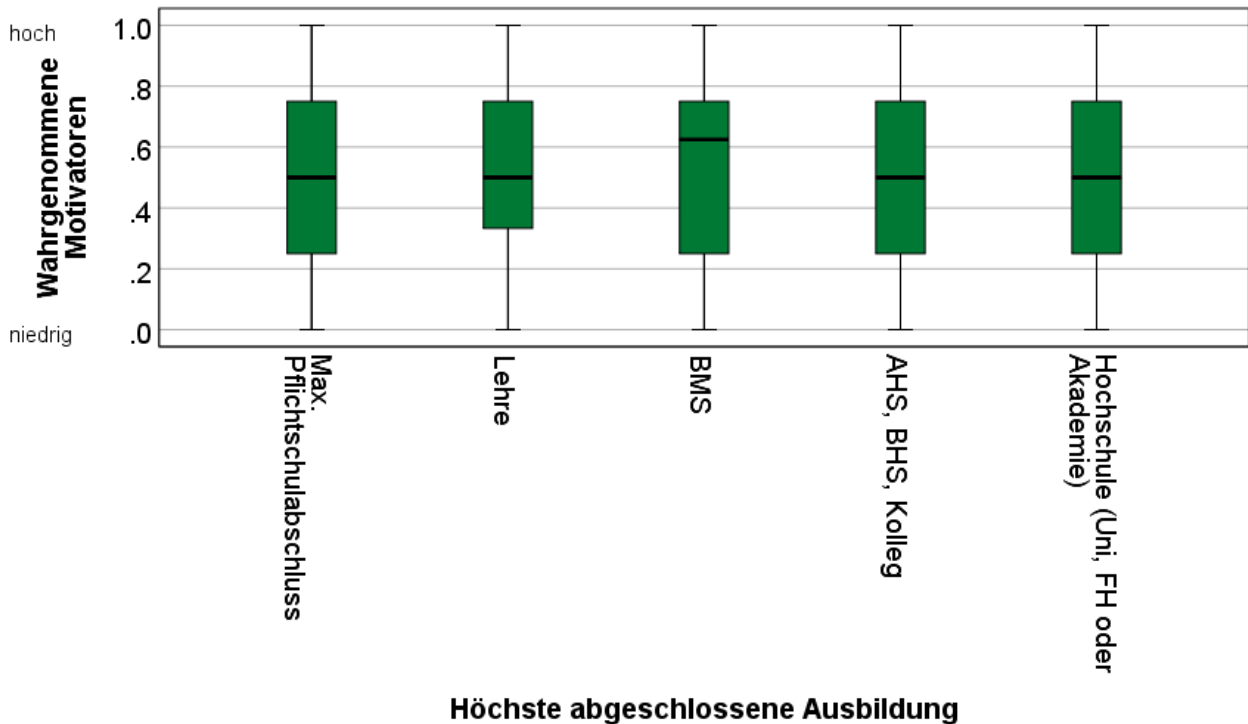


Abbildung 70 - Wahrgenommene Motivatoren - nach Bildung (n = 276)

Verteilung der wahrgenommenen Hürden in Vorarlberg

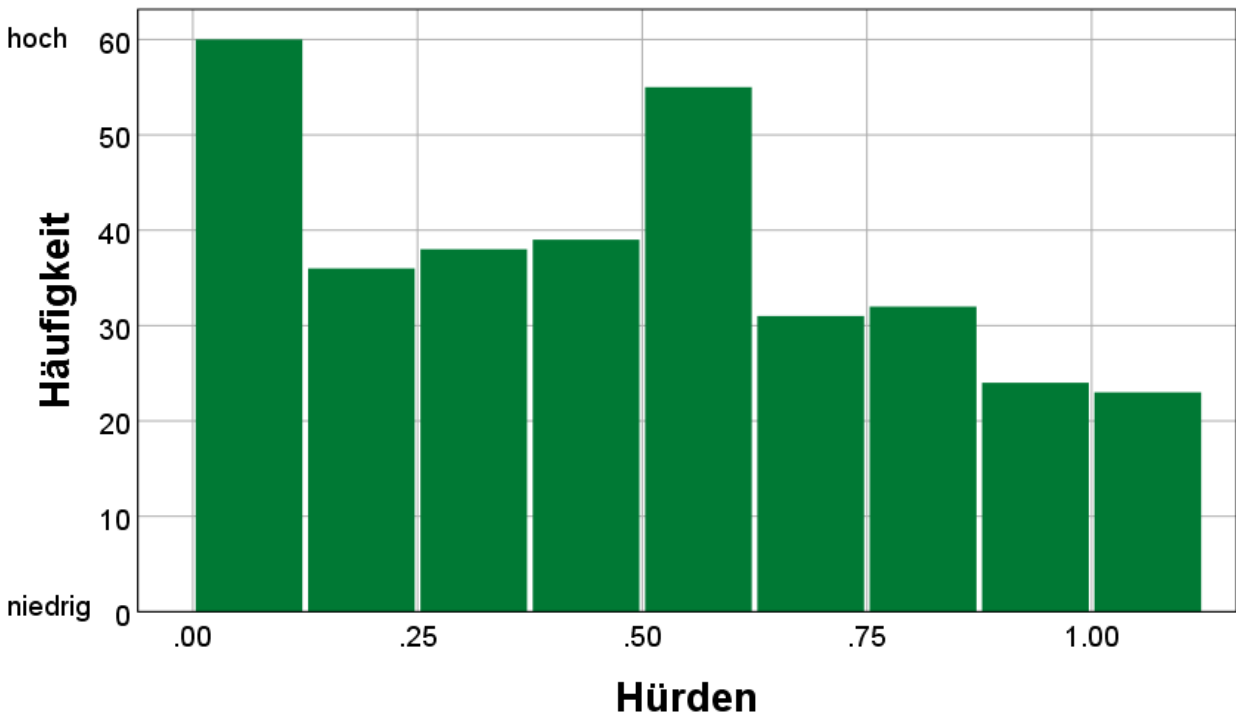


Abbildung 71 - Hürden - Häufigkeitsverteilung (n = 338)

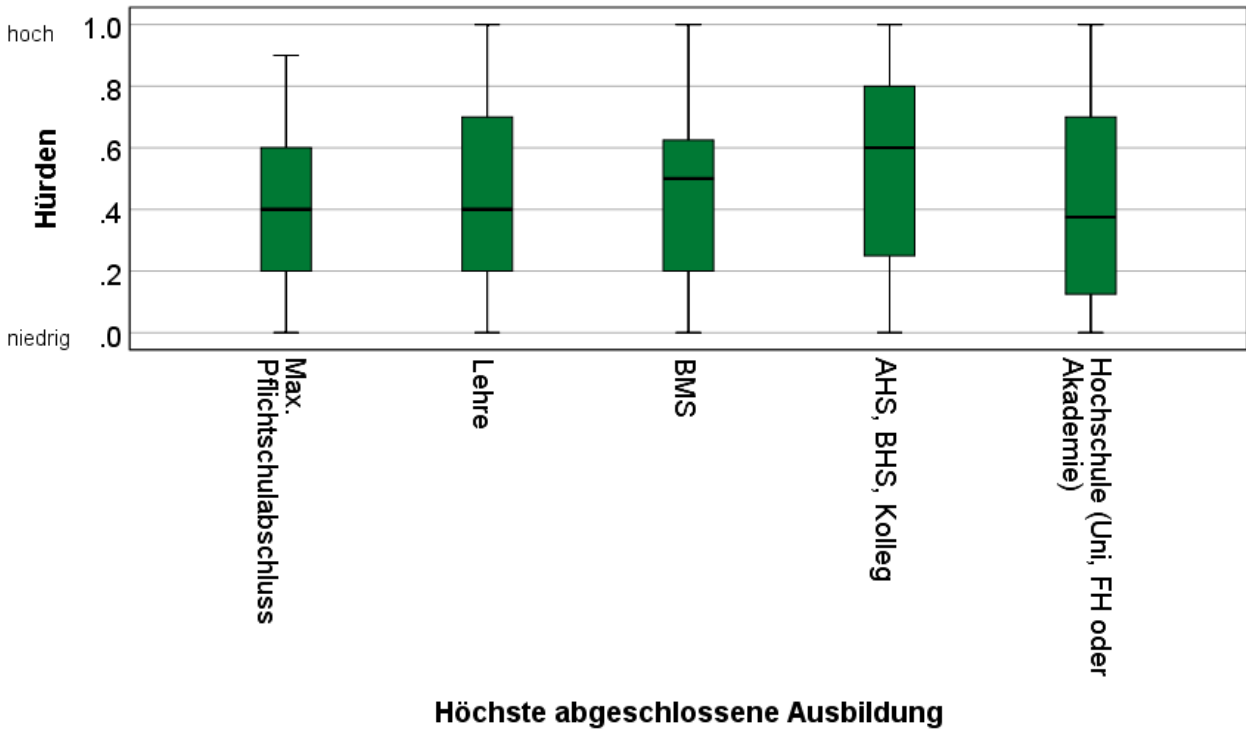


Abbildung 72 - Hürden - nach Bildung (n = 336)

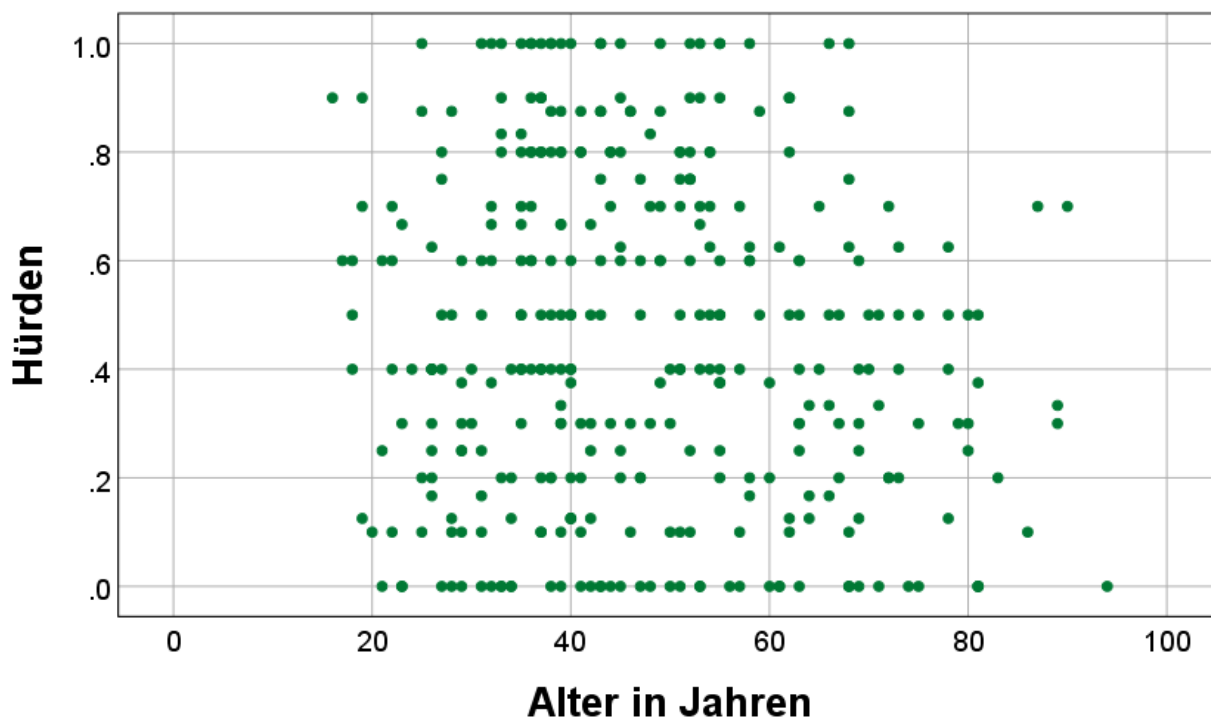


Abbildung 73 - Hürden - nach Alter (n = 338)

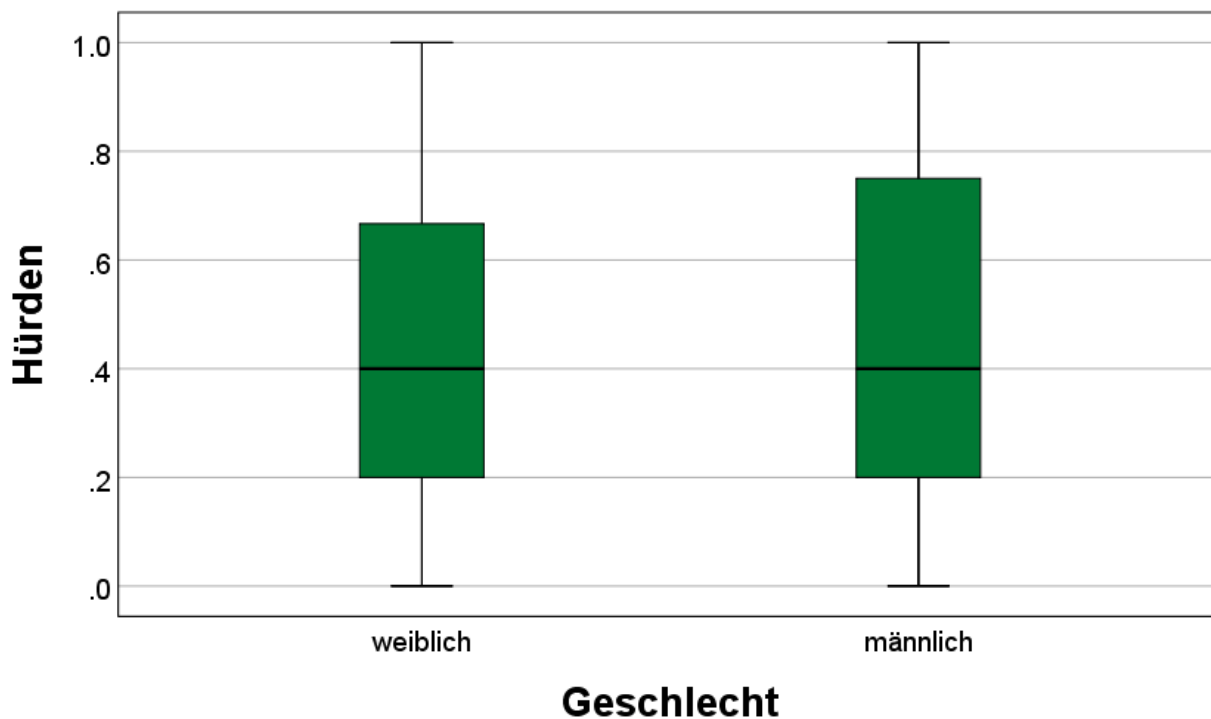


Abbildung 74 - Hürden - nach Geschlecht (n = 336)

Selbstwirksamkeitserwartungen (Self-Efficacy)

Eingesetzter Fragebogen

Die befragten Personen beurteilten in einem ersten Schritt unterschiedliche Maßnahmen hinsichtlich ihrer Sinnhaftigkeit. Aus jenen Maßnahmen, die sie als sinnvoll bewerteten, wurde eine ausgewählt. Das eigene Verhalten bezüglich dieser Maßnahme wurde dann in einer Situation bewertet, in der Freund*innen oder Bekannte sich nicht adhärent verhalten.

Beispielitem Maskenpflicht:

Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie sich in folgenden Situationen an die Maskenpflicht halten? Beantworten Sie diese Frage bitte mit „eher wahrscheinlich“, „teils-teils“ oder „eher unwahrscheinlich“.

	eher wahr- scheinlich	teils-teils	eher unwahr- scheinlich
Wenn ich mit Freunden oder Bekannten unterwegs bin und sonst niemand eine Maske trägt.	0	0	0

Testtheoretische Analyse des Fragebogens

Da jede Person genau eine Situation mit einem Item bewertete, fand keine Überprüfung der Dimensionalität statt.

Verteilung der Selbstwirksamkeitserwartungen in Vorarlberg

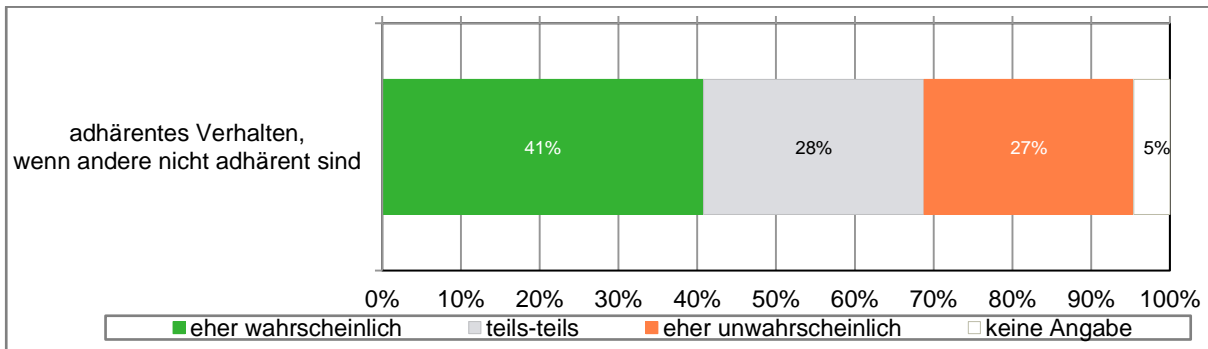


Abbildung 75 - Selbstwirksamkeitserwartungen (n = 503)

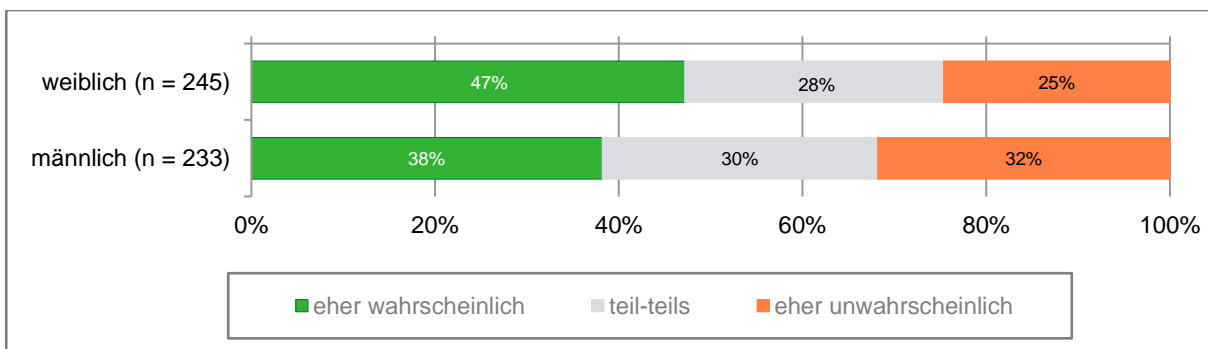


Abbildung 76 - Selbstwirksamkeitserwartungen in Abhängigkeit des Geschlechts (n = 478)

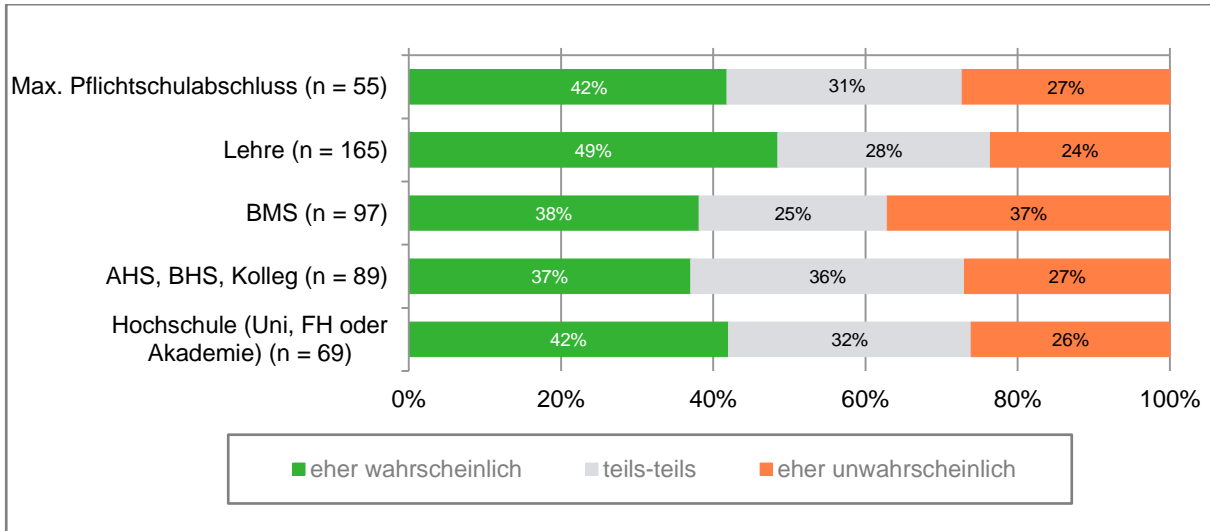


Abbildung 77 - Selbstwirksamkeitserwartungen in Abhängigkeit der Bildung (n = 475)

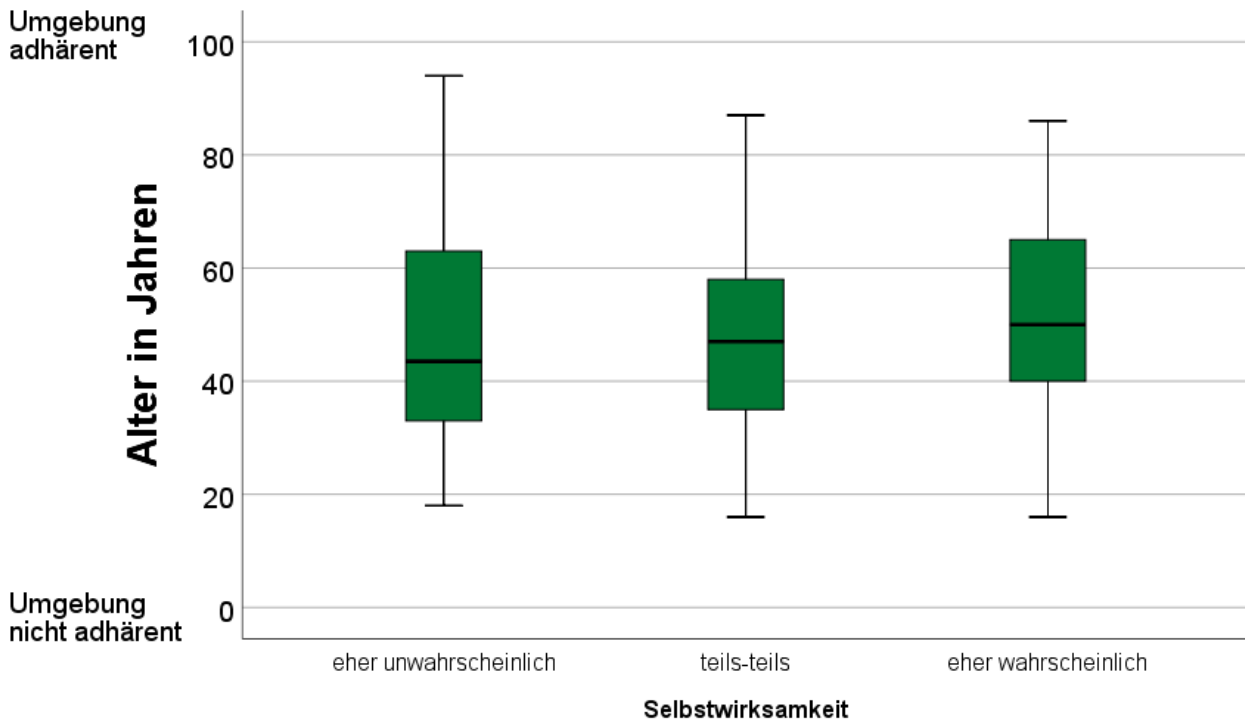


Abbildung 78 - Altersverteilung in Abhängigkeit der Selbstwirksamkeitserwartungen (n = 480)

Social Norms

Eingesetzter Fragebogen

Für die Maßnahmen, die zur Zeit der Befragung relevant waren, gaben die Befragten an, wie sich Personen verhalten, die ihnen wichtig sind.

Testtheoretische Analyse des Fragebogens

Bei den Sozialen Normen wurde nach dem Verhalten der Personen gefragt, die der befragten Person wichtig sind. Alle Items, die in diesem Bereich formuliert wurden, konnten einer Skala zugeordnet werden (siehe Tabelle 7). Diese vier Items bilden eine Skala mit ausreichender interner Konsistenz (Cronbachs Alpha: 0,755).

Tabelle 7 - Items: Soziale Norm (n = 618)

	Faktorladungen
Zu anderen Menschen mindestens 2 Meter Abstand halten	0,808
Eine FFP2-Maske tragen	0,791
Zwischen 20:00 und 6:00 Uhr zu Hause sein	0,779
Nur Personen eines weiteren Haushaltes zugleich treffen (max. 4 Erwachsene)	0,658

Verteilung der Sozialen Normen in Vorarlberg

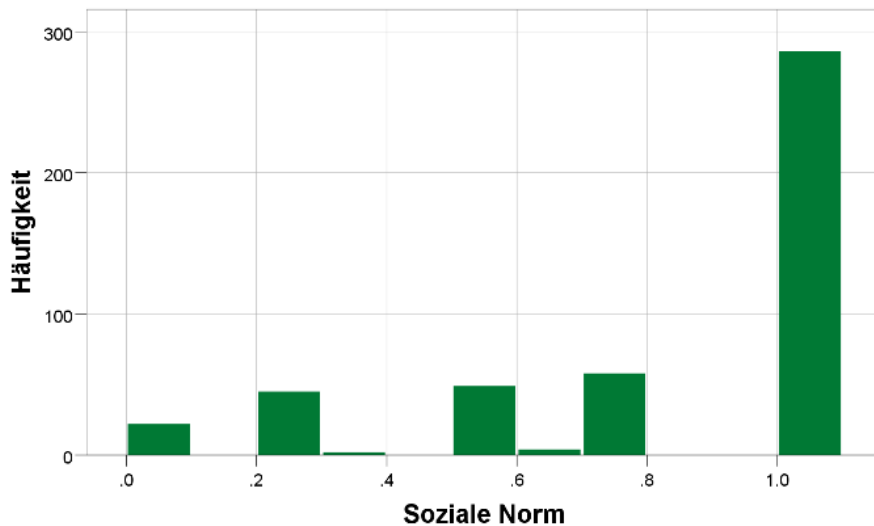


Abbildung 79 - Soziale Normen (n = 489)

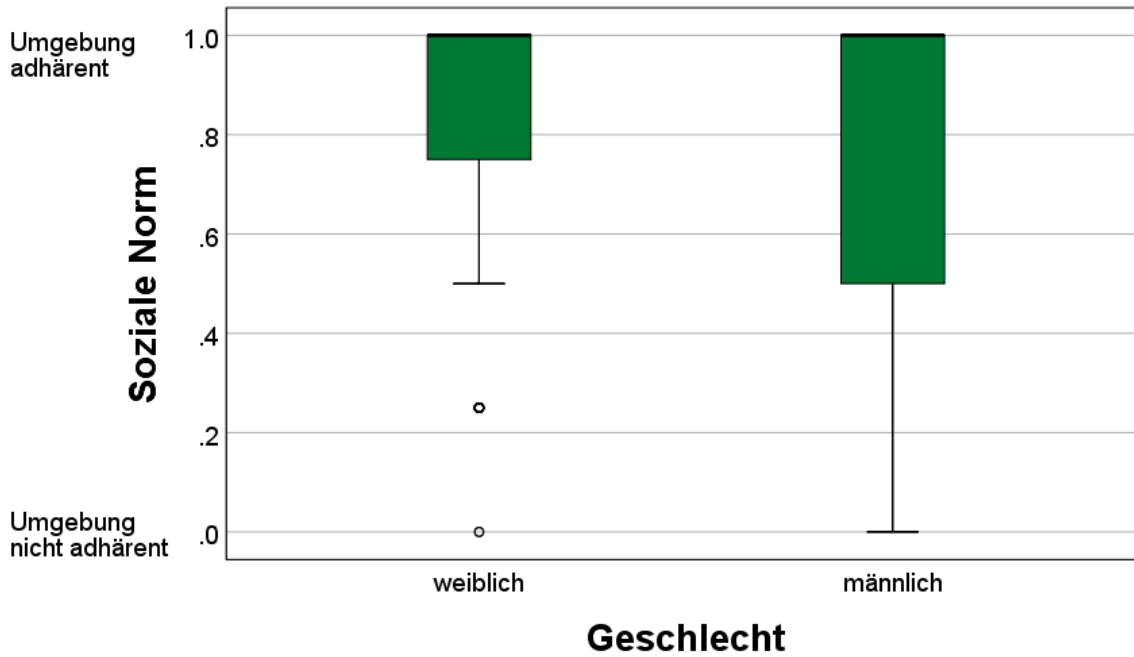


Abbildung 80 - Soziale Normen in Abhängigkeit des Geschlechts (n = 487)

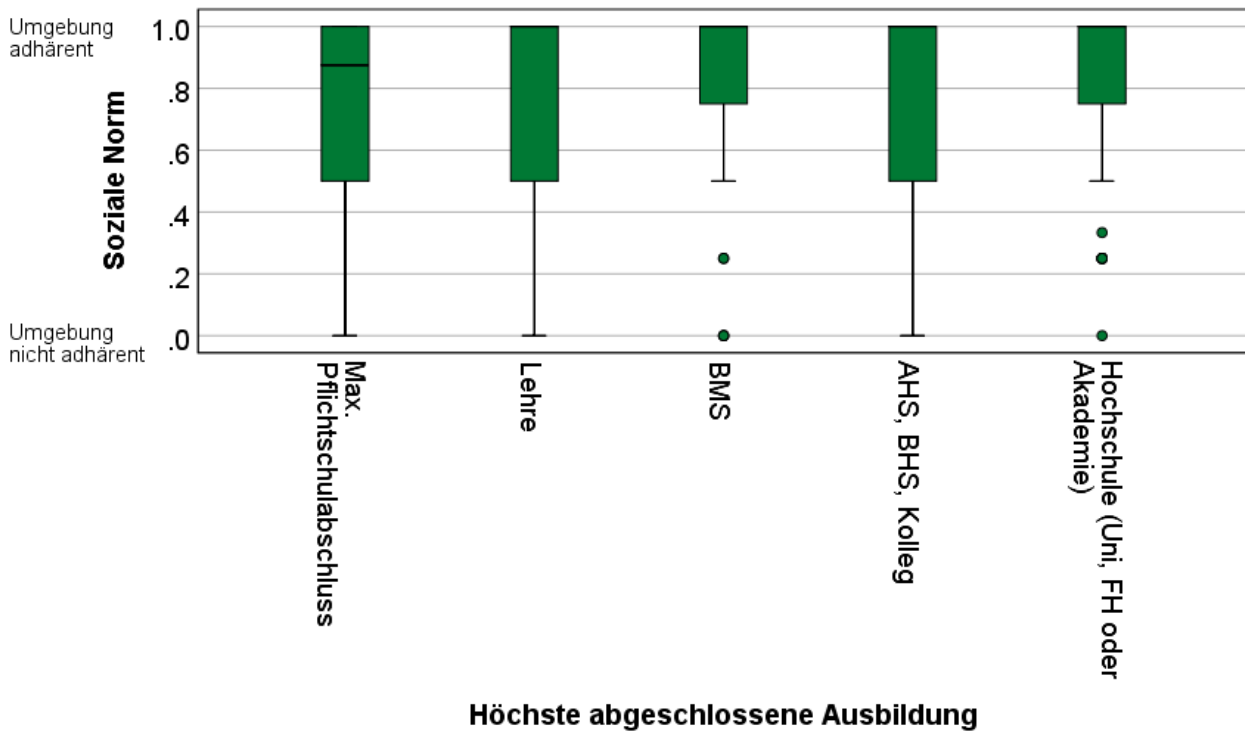


Abbildung 81 - Soziale Normen in Abhängigkeit der Bildung (n = 484)

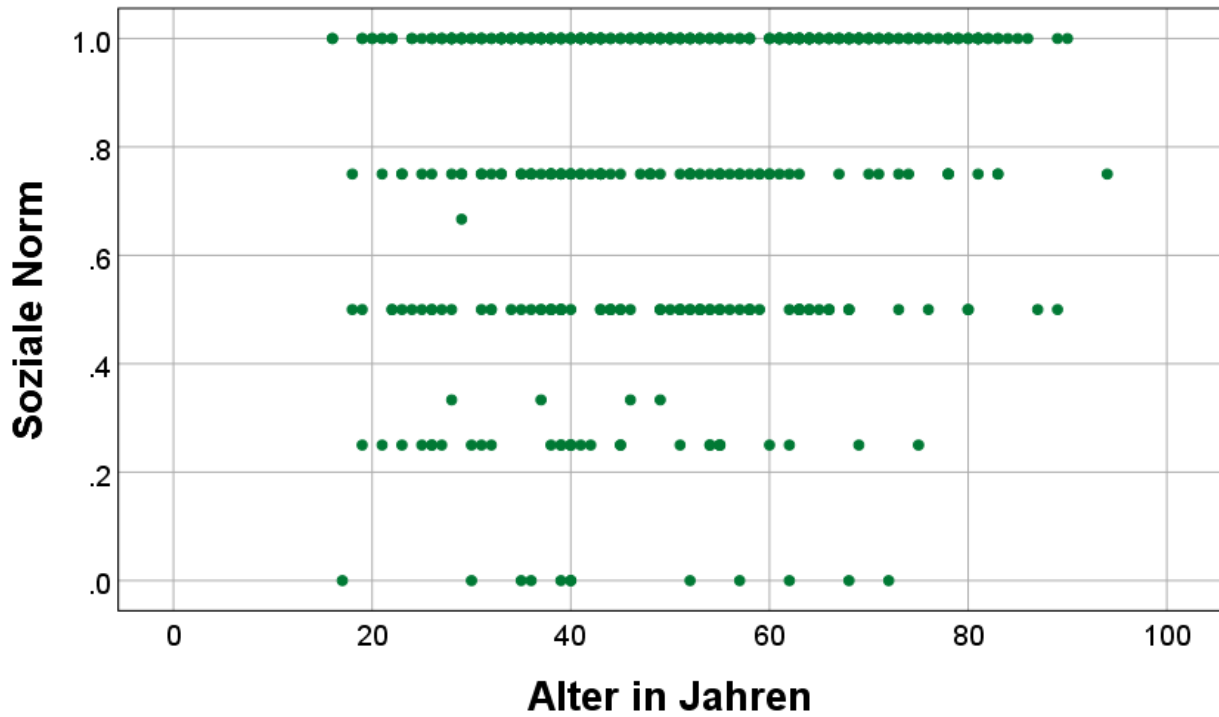


Abbildung 82 - Zusammenhang zwischen Soziale Normen und Alter (n = 489)

Corona-Müdigkeit

Eingesetzter Fragebogen

Lilleholt et al. (2021) entwickelten einen Kurzfragebogen (Pandemic Fatigue Scale - PFS), der mit sechs Items die Corona-Müdigkeit in zwei Faktoren (Informationsmüdigkeit und Verhaltensmüdigkeit) erhebt. Dieser Kurzfragebogen wurde in der vorliegenden Studie um sieben Items erweitert.

Testtheoretische Analyse des Fragebogens

Aus den Items, die zur Corona-Müdigkeit vorgegeben wurden, konnten zwei Faktoren extrahiert werden, die weiter analysiert wurden und die in Anlehnung an Lilleholt et al. (2021) als „Informationsmüdigkeit“ und „Verhaltensmüdigkeit“ bezeichnet wurden. Die Faktorenstruktur aus Lilleholt et al. (2021) konnte nicht repliziert werden, was auch darin begründet sein kann, dass im vorliegenden Fragebogen neue Items hinzugefügt wurden und gemeinsam mit den ursprünglichen Items analysiert wurden.

Informationsmüdigkeit

Die **Informationsmüdigkeit** besteht vor allem aus Items, die sich mit dem aktiven Auseinandersetzen mit dem Thema beschäftigen (siehe Tabelle 8). Diese vier Items bilden eine Skala mit ausreichender interner Konsistenz (Cronbachs Alpha: 0,766).

Tabelle 8 - Items: Informationsmüdigkeit (n = 1000)

	Faktorladungen
Jeden Tag zu hören, wie viele Personen neu auf Corona positiv getestet wurden, auf der Intensivstation liegen bzw. gestorben sind, interessiert mich.	-0,732
Ich bin es leid, von COVID-19 zu hören.	0,725
Ich habe die COVID-19-Diskussionen in Fernsehsendungen, Zeitungen, Radiosendungen usw. satt.	0,714
Jeden Tag zu hören, wie viele Personen neu auf Corona positiv getestet wurden, auf der Intensivstation liegen bzw. gestorben sind, halte ich für sinnlos.	0,683
Wenn Freunde oder Familienmitglieder über COVID-19 sprechen, versuche ich das Thema zu wechseln, weil ich nicht mehr darüber sprechen möchte.	0,571

Obwohl eine gewisse Müdigkeit bezogen auf **Information** bei den meisten befragten Personen zu erkennen ist, gibt ein Großteil der befragten Personen an, nicht sehr informationsmüde zu sein. Während die Bildung, das Alter und das Geschlecht auf diese Einschätzung keinen Einfluss hat, nimmt die Informationsmüdigkeit mit dem Alter ab (Abbildung 83 bis Abbildung 86).

Verteilung der Informationsmüdigkeit in Vorarlberg

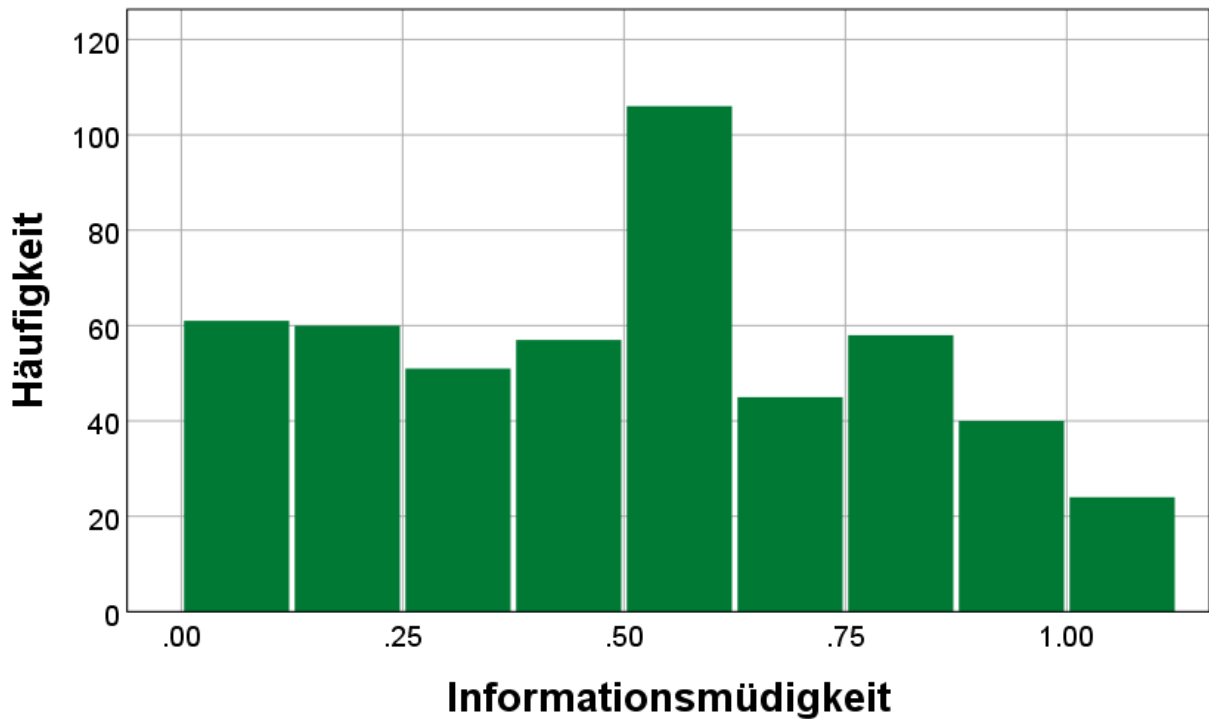


Abbildung 83 - Informationsmüdigkeit - Häufigkeitsverteilung (n = 502)

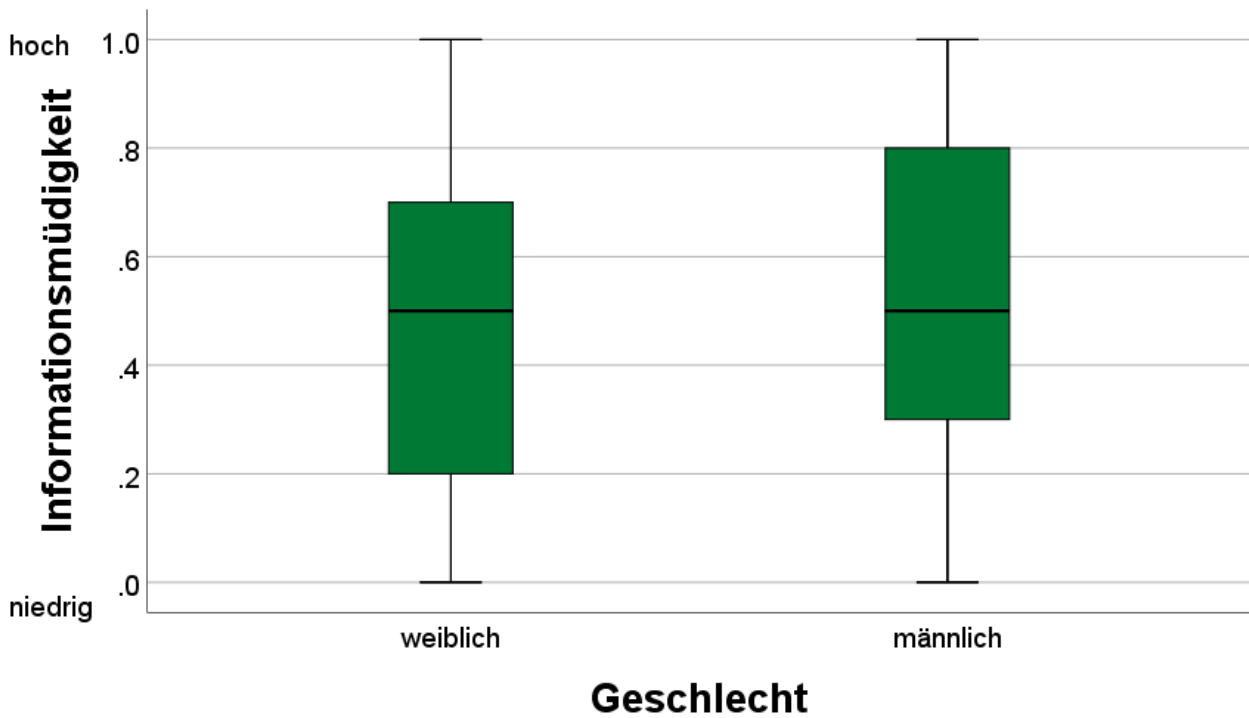


Abbildung 84 - Informationsmüdigkeit - nach Geschlecht (n = 500)

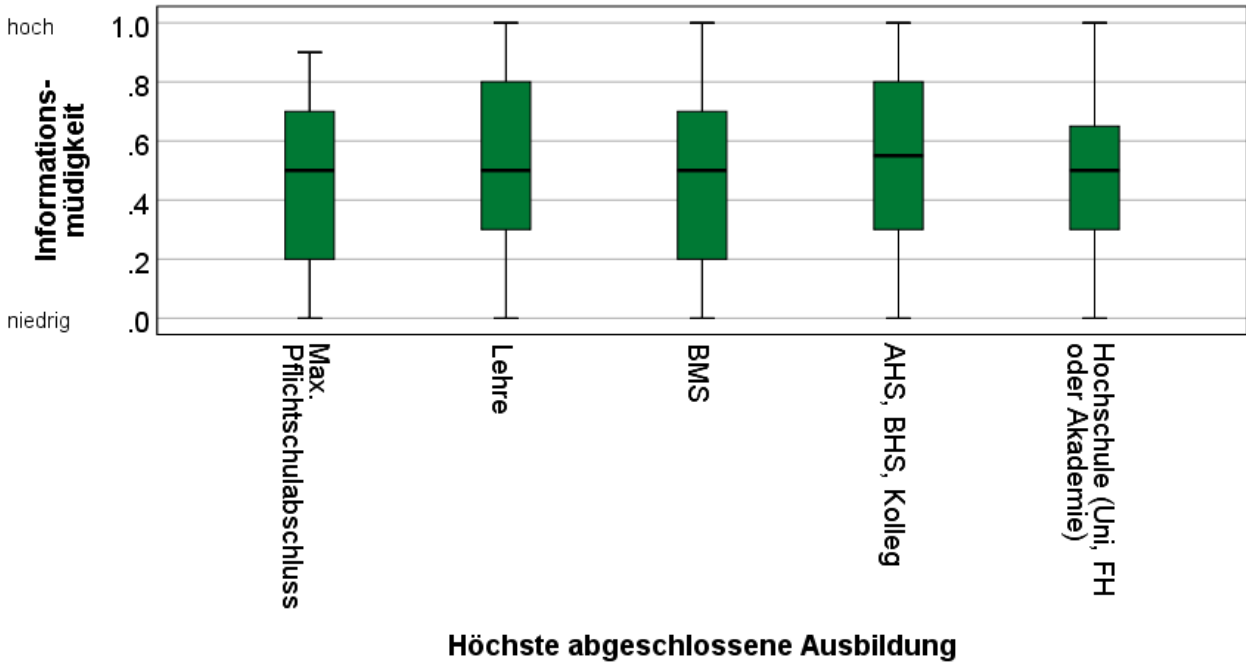


Abbildung 85 - Informationsmüdigkeit - nach Bildung (n = 497)

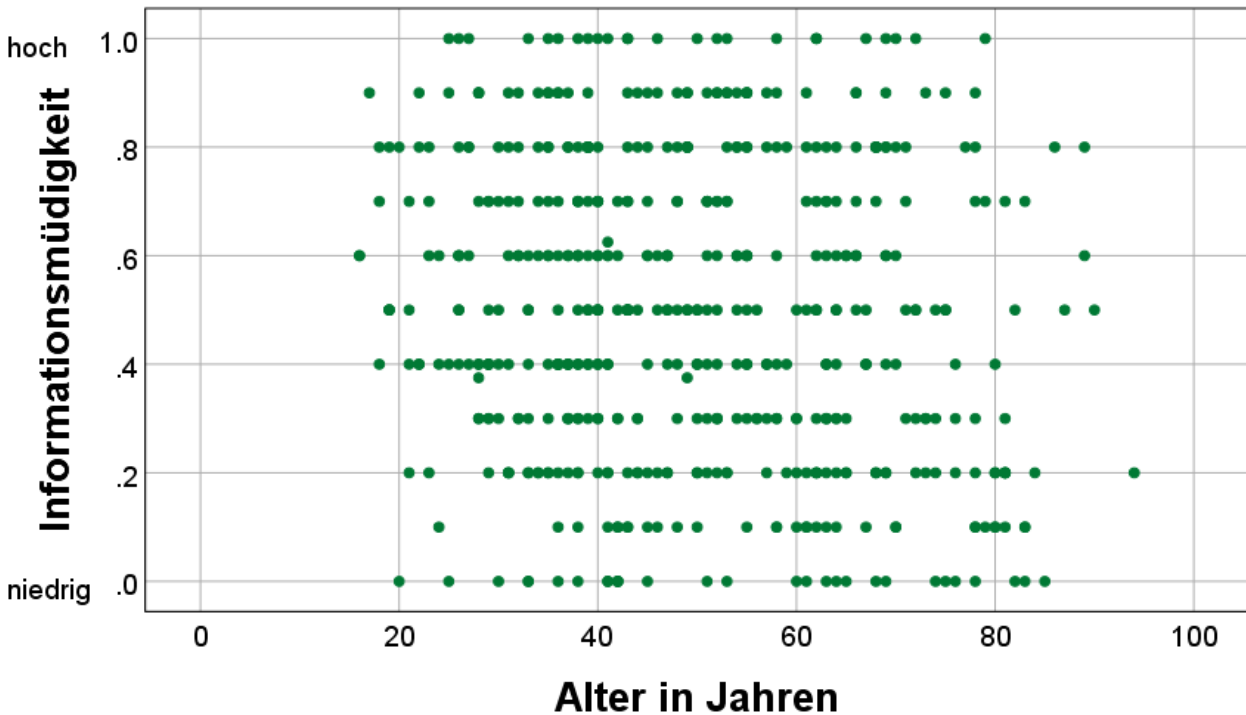


Abbildung 86 - Informationsmüdigkeit - nach Alter (n = 502)

Verhaltensmüdigkeit

Die **Verhaltensmüdigkeit** bezieht sich direkt auf die verordneten Maßnahmen (siehe Tabelle 9). Dabei spricht der Inhalt der Items einerseits die Problematik der Dauer der Pandemie an. Mit der Dauer der Pandemie gehen Änderung der verordneten Maßnahmen einher, weiters sinkt der Elan, die Maßnahmen zu befolgen bzw. steigt der Frust durch das Einhalten der Maßnahmen. Andererseits fühlen sich Befragte durch die Maßnahmen auch überfordert. Diese vier Items weisen eine ausreichende interne Konsistenz (Cronbachs Alpha: 0,669) auf.

Tabelle 9 - Items: Verhaltensmüdigkeit (n = 993)

	Faktorladungen
Da sich die Verordnungen immer wieder ändern, interessiere ich mich nicht mehr für die Regeln, sondern mache das, was ich für richtig halte.	0,620
Ich fühle mich überfordert, alle Verhaltensvorschriften und Empfehlungen zu COVID-19 zu befolgen.	0,611
Ich verliere meinen Elan, gegen COVID-19 anzukämpfen.	0,512
Ich habe es satt, mich einzuschränken, um die COVID-19-Risikogruppe zu schützen.	0,497

Verteilung der Verhaltensmüdigkeit in Vorarlberg

Die **Verhaltensmüdigkeit** ist noch geringer ausgeprägt als die Informationsmüdigkeit - auch wenn die Personen z.T. nicht mehr von Corona hören wollen, sind sie doch noch immer bereit die Maßnahmen mitzutragen. Auch hier zeigt sich wiederum, dass zwar das Geschlecht und die Bildung keinen Einfluss hat, aber das Alter. Wie bei der Informationsmüdigkeit sinkt diese wiederum mit zunehmendem Alter (Abbildung 87 bis Abbildung 90).

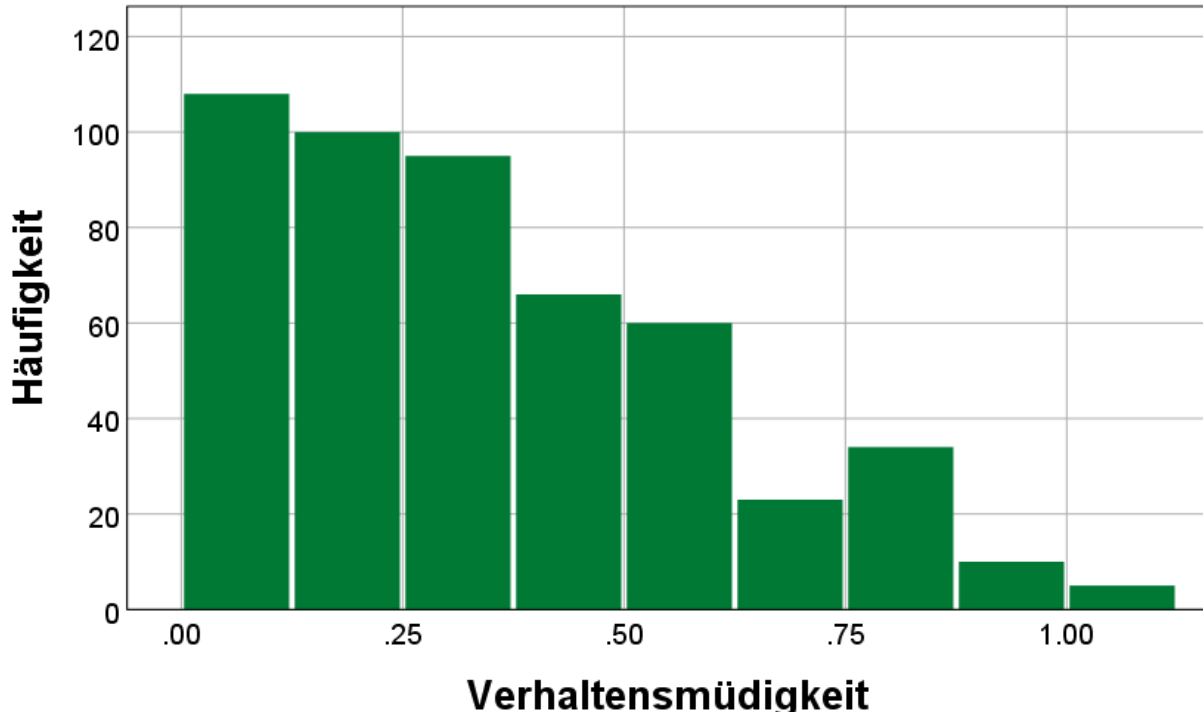


Abbildung 87 - Verhaltensmüdigkeit - Häufigkeitsverteilung (n = 501)

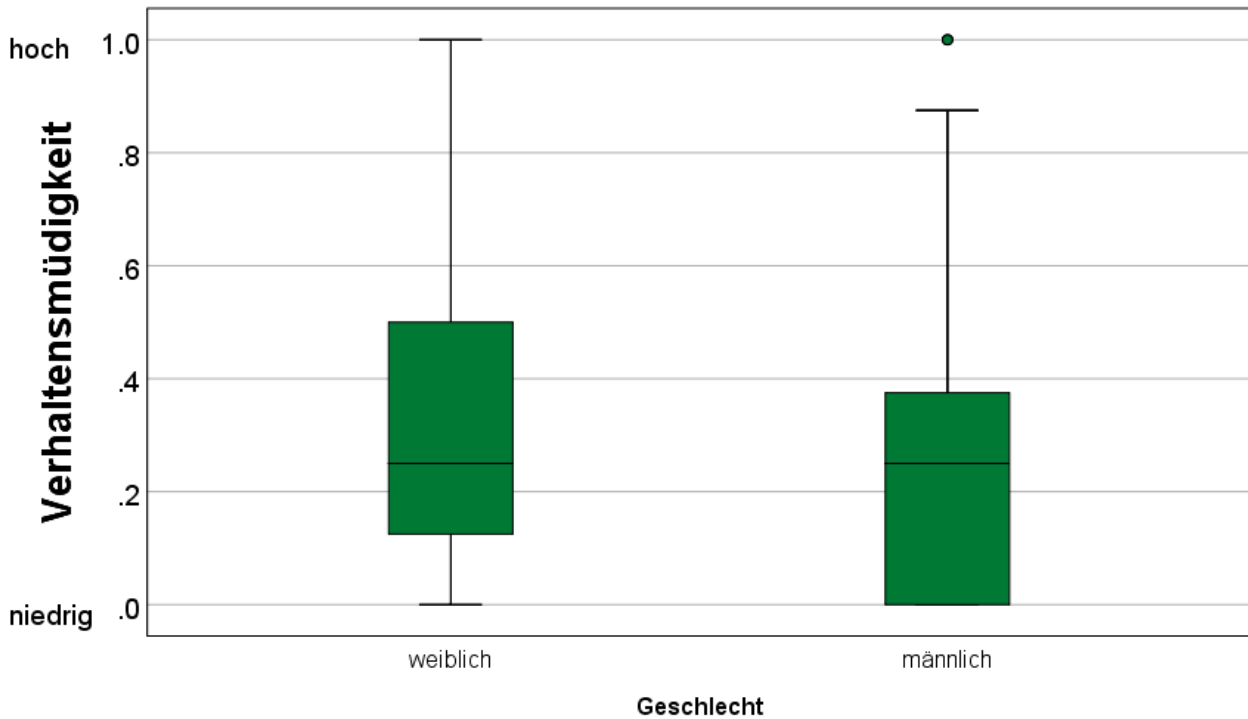


Abbildung 88 - Verhaltensmüdigkeit - nach Geschlecht (n = 499)

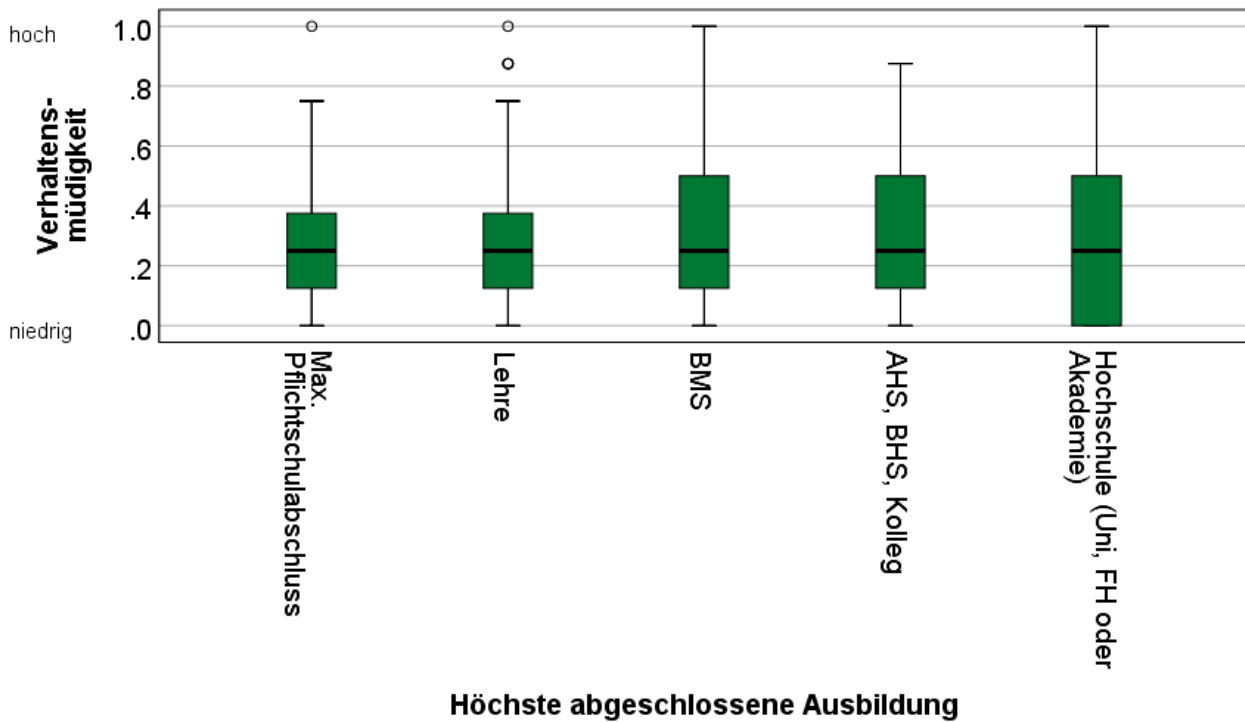


Abbildung 89 - Verhaltensmüdigkeit - nach Bildung (n = 496)

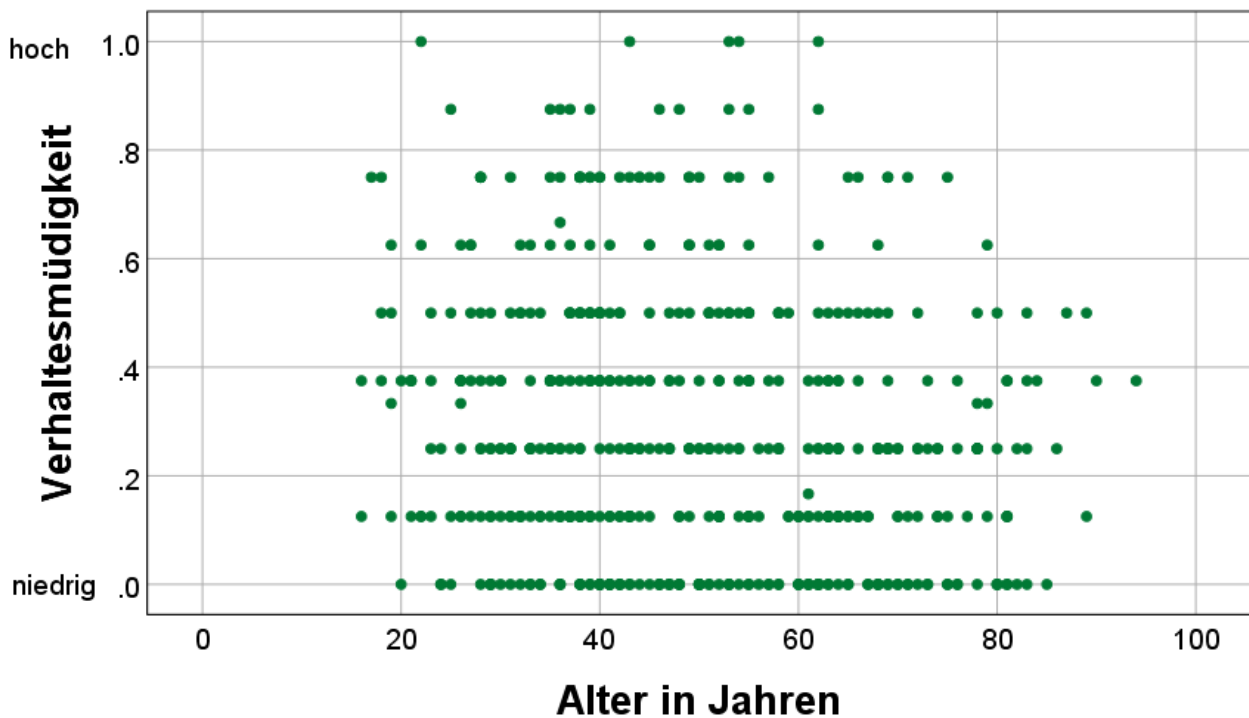


Abbildung 90 - Verhaltensmüdigkeit - nach Alter (n = 501)

Items der Corona-Müdigkeit, die keinem Faktor zugeordnet werden konnten

Zwei Items zur Corona-Müdigkeit, die ursprünglich der Skala Verhaltensmüdigkeit zugeordnet waren, wurden entfernt, um die interne Konsistenz zu erhöhen („Da sich die Verordnungen immer wieder ändern, weiß ich nicht, welche Regeln gerade gelten“ und „Ich habe das Gefühl, dass der Kampf gegen COVID-19 nie enden wird“). Zwei weitere Items bilden einen eigenen Faktor („Jeden Tag zu hören, wie viele Personen neu auf Corona positiv getestet wurden, verängstigt mich“ und „Ich mag nicht mehr mit Menschen sprechen, die die Gefahr von COVID-19 herunterspielen“), der aber aufgrund seiner geringen internen Konsistenz (Cronbachs Alpha: 0,374) nicht weiter für die Analysen verwendet wird.

Vertrauen in öffentliche Institutionen

Eingesetzter Fragebogen

In diesem Fragebogen wurde das Vertrauen in unterschiedliche Medien (öffentlich-rechtliches Fernsehen, Privatsender, Zeitungen, Social Media), politische Personen bzw. Institutionen (Bürgermeister*in, Gesundheitsminister, Bundeskanzler, Europäische Union), Personen des Umfeldes (Freund*innen, eigener Arzt/eigene Ärztin) und Wissenschaft/Forschung erhoben.

Testtheoretische Analyse des Fragebogens

Im Bereich des Vertrauens wurden unterschiedliche Institutionen und Medien bewertet. Es ergab sich eine auswertbare Skala: „**Vertrauen in öffentliche Institutionen**“. Diese Skala beinhaltet das Vertrauen in den ORF, Zeitungen, die EU, den Bundeskanzler, den Gesundheitsminister, den/die Bürgermeister*in und in Wissenschaft/Forschung (siehe Tabelle 10). Die in diesem Faktor enthaltenen sieben Items bilden eine Skala mit guter interner Konsistenz (Cronbachs Alpha: 0,828).

Tabelle 10 - Items: Vertrauen in öffentliche Institutionen (n = 500)

	Faktorladungen
Gesundheitsminister	0,810
Bundeskanzler	0,747
EU	0,721
ORF	0,712
Zeitungen	0,653
Wissenschaft und Forschung	0,623
Bürgermeister*in	0,567

Neben diesem Faktor konnten noch zwei weitere Faktoren ermittelt werden, „Alternative Medien“ und „Vertrauenspersonen“, die jedoch beide jeweils nur aus zwei Items gebildet wurden und eine geringe interne Konsistenz (Alternative Medien: 0,279; Vertrauenspersonen: 0,418) aufwiesen, weshalb sie für die weitere Auswertung nicht in Betracht kamen.

Verteilung des Vertrauens in öffentliche Institutionen in Vorarlberg

Es gibt nur wenige Personen, die allen genannten Institutionen bzw. Personen vertrauen, aber auch nur wenige, die keinen vertrauen (siehe Abbildung 91). Das Vertrauen wird vom Alter beeinflusst - mit zunehmendem Alter steigt das Vertrauen in die Institutionen (siehe Abbildung 94) und durch das Geschlecht (siehe Abbildung 92) - Frauen vertrauen öffentlichen Institutionen mehr als Männer. Die Bildung (siehe Abbildung 93) spielt hingegen in Bezug auf das Vertrauen keine Rolle.

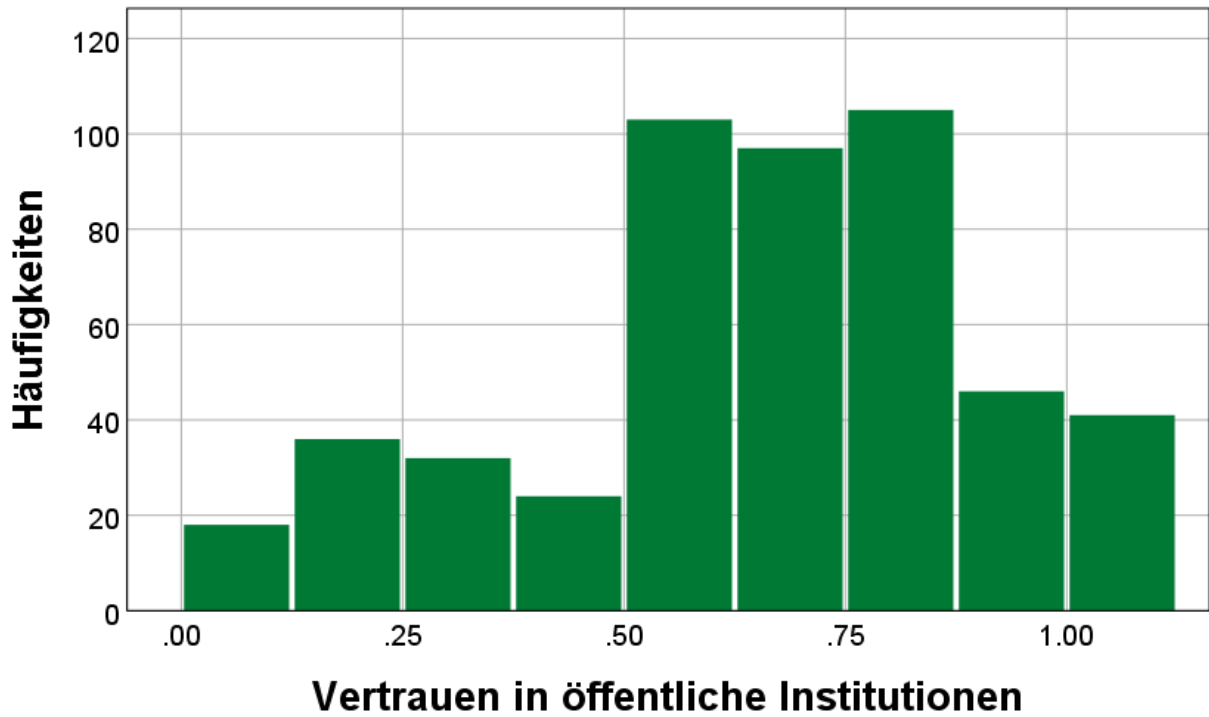


Abbildung 91 - Vertrauen in öffentliche Institutionen - Häufigkeitsverteilung (n = 502)

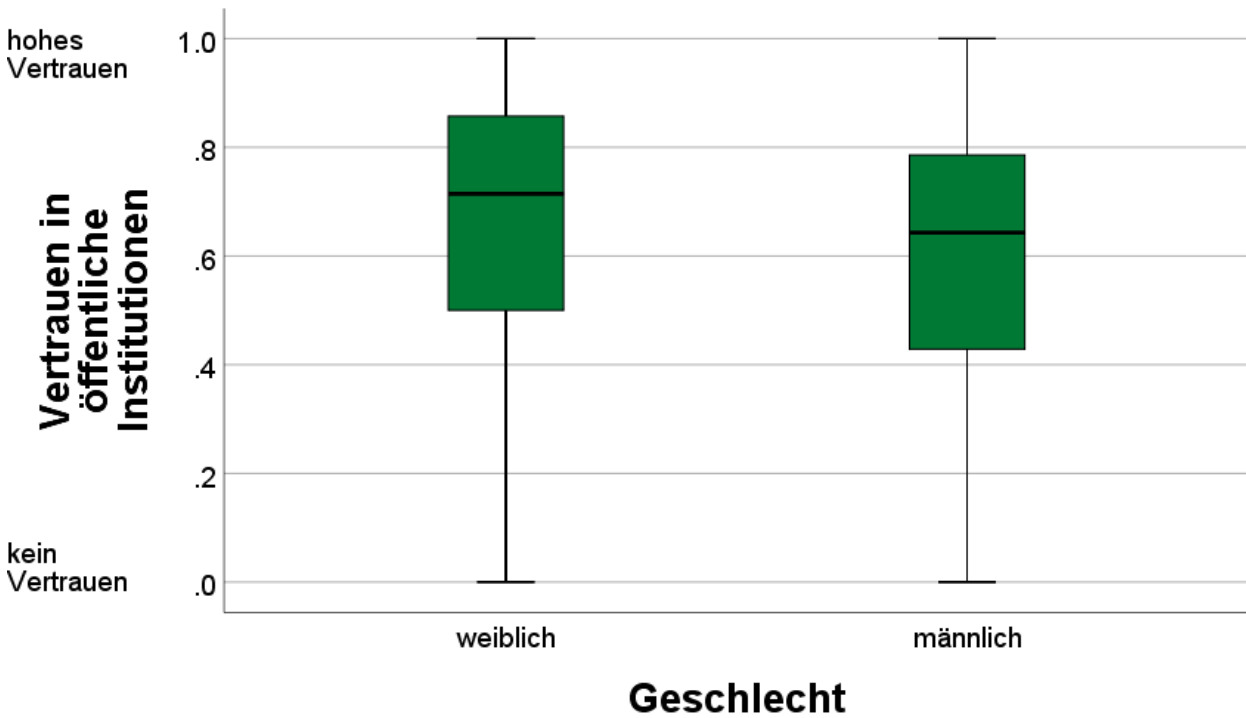


Abbildung 92 - Vertrauen in öffentliche Institutionen - nach Geschlecht (n = 500)

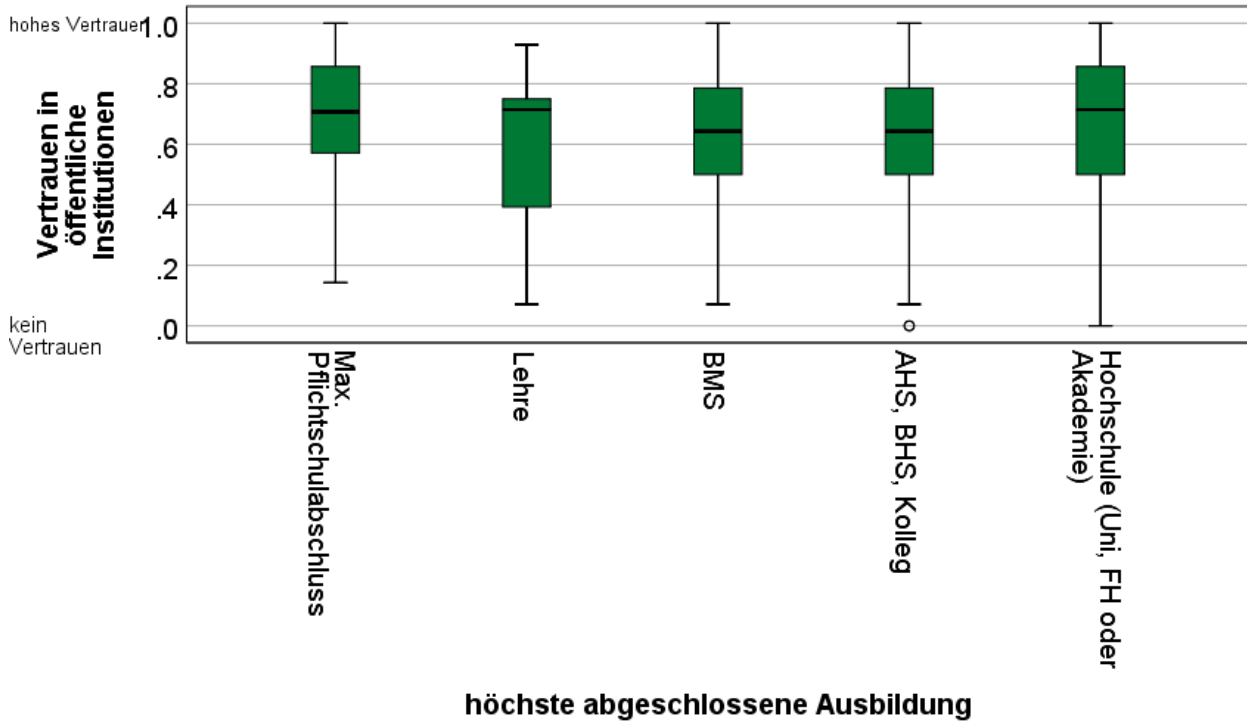


Abbildung 93 - Vertrauen in öffentliche Institutionen - nach Bildung (n = 497)

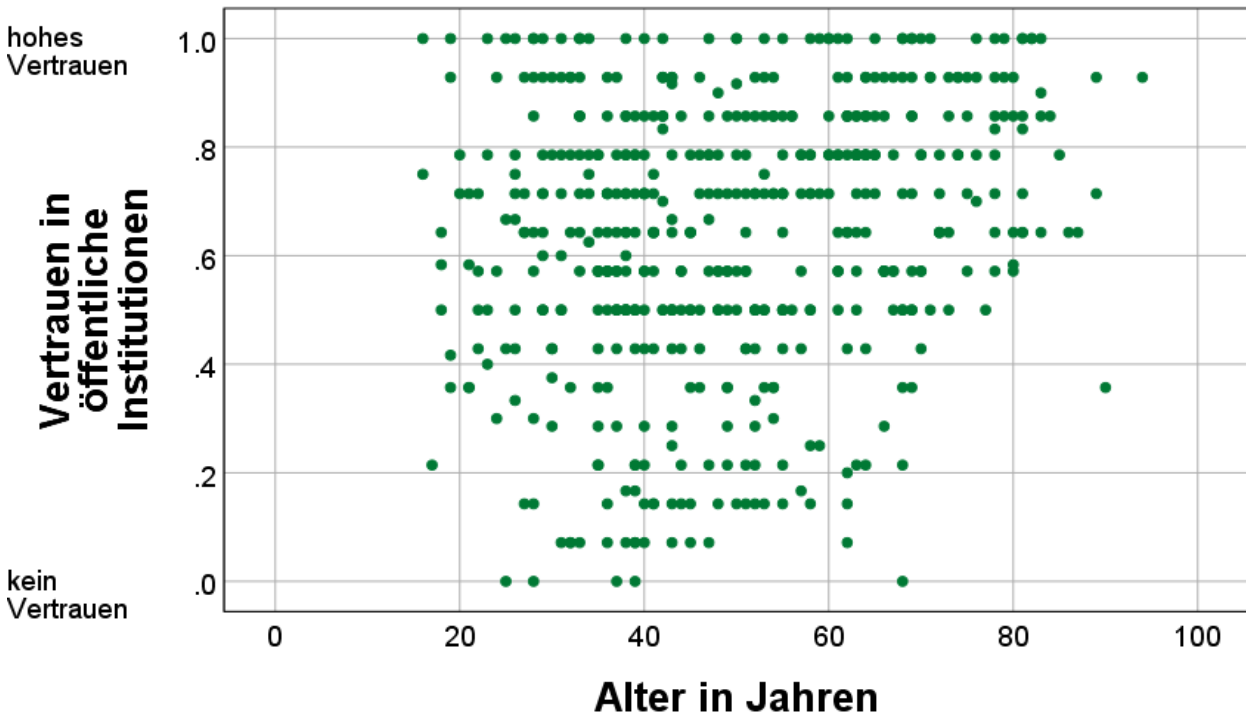


Abbildung 94 - Vertrauen in öffentliche Institutionen - nach Alter (n = 502)