SSOAR

Open Access Repository
www.ssoar.info

"Selbst schuld!" - Stigmatisierung von COVID-19-Erkrankten und der Einfluss des individuellen Informationshandelns

Freytag, Anna; Link, Elena; Baumann, Eva

Erstveröffentlichung / Primary Publication
Konferenzbeitrag / conference paper

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:
Freytag, A., Link, E., & Baumann, E. (2021). "Selbst schuld!" - Stigmatisierung von COVID-19-Erkrankten und der Einfluss des individuellen Informationshandelns. In F. Sukalla, & C. Voigt (Hrsg.), *Risiken und Potenziale in der Gesundheitskommunikation: Beiträge zur Jahrestagung der DGPuK-Fachgruppe Gesundheitskommunikation 2020* (S. 43-53). Leipzig: Deutsche Gesellschaft für Publizistik- und Kommunikationswissenschaft e.V. https://doi.org/10.21241/ssoar.74284

Nutzungsbedingungen:
Dieser Text wird unter einer CC BY Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de

Terms of use:
This document is made available under a CC BY Licence (Attribution). For more Information see:
https://creativecommons.org/licenses/by/4.0

gesis
Leibniz-Institut
für Sozialwissenschaften

Mitglied der
Leibniz-Gemeinschaft

„Selbst schuld!“ – Stigmatisierung von COVID-19-Erkrankten und der Einfluss des individuellen Informationshandelns

Anna Freytag, Elena Link, Eva Baumann

Hochschule für Musik, Theater und Medien Hannover, Institut für Journalistik und Kommunikationsforschung

Zusammenfassung

*Vom neuartigen Coronavirus betroffene Menschen berichten von Beschimpfungen auf offener Straße, Hassmails und Nachbar*innen, die auf Distanz gehen. Sowohl die Angst vor dem Ungewissen als auch vor Ansteckung und der damit verbundenen Mortalität, führen dazu, dass Betroffene von Infektionskrankheiten wie COVID-19 vorverurteilt, ausgegrenzt, diskriminiert und somit stigmatisiert werden. Dieser Beitrag geht der Frage nach, wie stark die Stigmatisierung von COVID-19-Erkrankten in Deutschland ausgeprägt ist und welche Faktoren die Stigmatisierung beeinflussen. Hierzu wurden im April 2020 997 Menschen in Niedersachsen mittels eines Online-Panels befragt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Stigmatisierung insgesamt eher gering ausgeprägt ist. Im Vergleich der Stigma-Komponenten fällt die Tendenz zu diskriminierendem Verhalten am stärksten aus. Zudem zeigte sich, dass Männer im Vergleich zu Frauen sowie Personen mit höherer Risikowahrnehmung zu einer stärker stigmatisierenden Haltung tendieren. Unter den kommunikationsbezogenen Einflussfaktoren zeigte sich, dass die Nutzung softer und sozial eingebetteter Nachrichtenquellen, wie Boulevardzeitungen oder Influencer*innen, mit einer stärkeren Stigmatisierung, die Nutzung traditioneller Nachrichtenquellen, wie dem öffentlich-rechtlichen Rundfunk, hingegen mit einer geringeren Stigmatisierung von Corona-Betroffenen einhergeht.*

Keywords: Informationshandeln, Informationssuche, Stigmatisierung, COVID-19, Coronavirus

© Anna Freytag, Elena Link, Eva Baumann (2021). „Selbst schuld!“ – Stigmatisierung von COVID-19-Erkrankten und der Einfluss des individuellen Informationshandelns. In F. Sukalla & C. Voigt (Hrsg.), Risiken und Potenziale in der Gesundheitskommunikation. Beiträge zur Jahrestagung der DGPuK-Fachgruppe Gesundheitskommunikation 2020, S.43-53. DOI: https://doi.org/10.21241/ssoar.74284.

Summary

People affected by the novel coronavirus report verbal insults on the street, hate mail, and neighbors who keep their distance. Fear of the unknown, as well as fear of infection and the mortality associated with the disease, lead to people affected by COVID-19 being prejudged, excluded, discriminated against, and thus stigmatized. This paper explores the extent of stigmatization of COVID-19 patients at the beginning of the pandemic in Germany and the factors that affect stigmatization. For this purpose, 997 people in Lower Saxony, Germany, were surveyed by means of an online panel in April 2020. The results show that stigmatization is overall rather low, and of all stigma components, the tendency to discriminatory behavior was the highest. In addition, male gender and stronger risk perception were positively related to stigmatizing attitudes. Among the communication-related influencing factors, the use of soft and socially embedded news sources, such as yellow press or blogs, was found to be associated with a stronger stigmatizing attitude toward corona patients. The use of traditional news sources, such as public service media, was, however, associated with a lower stigmatizing attitude.

Keywords: information behavior, HISB, stigmatization, COVID-19, coronavirus

© Anna Freytag, Elena Link, Eva Baumann (2021). „Selbst schuld!“ – Stigmatisierung von COVID-19-Erkrankten und der Einfluss des individuellen Informationshandelns. In F. Sukalla & C. Voigt (Hrsg.), Risiken und Potenziale in der Gesundheitskommunikation. Beiträge zur Jahrestagung der DGPuK-Fachgruppe Gesundheitskommunikation 2020, S.43-53. DOI: https://doi.org/10.21241/ssoar.74284.

Stigmatisierung im Kontext von Infektionskrankheiten und COVID-19

Sei es das Stereotyp, sich unhygienisch verhalten zu haben, selbst an der Erkrankung schuld zu sein oder eine Benachteiligung im Gesundheitswesen oder auf dem Arbeitsmarkt: Seitdem es Infektionskrankheiten gibt, werden Betroffene und deren Angehörige mit Vorurteilen konfrontiert sowie von ihren Mitmenschen diskriminiert (Bruns et al., 2020). Entsprechende negative Einstellungen und ausgrenzende Verhaltensweisen der Mitmenschen werden als Stigmatisierung bezeichnet (Des Jarlais et al., 2006; Goffman, 1963; Logie & Turan, 2020; Mak et al., 2006; Williams & Gonzalez-Medina, 2011). Aufgrund einer Erkrankung kommt es hierbei gesellschaftlich zu sozialer Abwertung und Diskreditierung (Goffman, 1963), die mit bestimmten kognitiven Vorstellungen und Stereotypen, affektiven Abwehrreaktionen sowie verhaltensorientierten Diskriminierungstendenzen einhergeht (Link & Phelan, 2001).

Bisher wurde im Kontext zahlreicher Infektionskrankheiten zur Stigmatisierung geforscht. Dazu zählen sowohl AIDS, aber auch Epidemien wie SARS (z. B. Barrett & Brown, 2008; Des Jarlais et al., 2006; Earnshaw & Quinn, 2013; Kalichman et al., 2005; Mak et al., 2006; Sermrittirong & van Brakel, 2014; van Brakel, 2003; Yiu et al., 2010). Evolutionspsychologisch kann die Stigmatisierung von Menschen mit Infektionskrankheiten als adaptive Überlebensstrategie angesehen werden (Kurzban & Leary, 2001; Park, 2003), da mit Vorurteilen, Ekelgefühlen und dem Wunsch nach körperlicher Distanz ein geringeres Risiko für die eigene Ansteckung einhergeht (Earnshaw & Quinn, 2013). Allerdings zeigen Studien zusätzlich zur bereits beschriebenen Gefahr für die Eindämmung einer Pandemie, dass Stigmatisierung schwerwiegende Auswirkungen auf die psychische und physische Gesundheit der von Infektionskrankheiten betroffenen Menschen hat. Vor allem da Distanzierung auch über andere Pfade motiviert werden kann, gilt es herauszustellen, dass Stigmatisierung im Kontext von Infektionskrankheiten das soziale Gefüge untergräbt und sowohl ethische und zivilisatorische Grundsätze als auch Präventionsstrategien gefährdet (Baldassarre et al., 2020; Kumar & Nayar, 2020; Peprah & Gyasi, 2020).

Sich im Kontext der COVID-19-Pandemie mit Stigmatisierung auseinanderzusetzen, erscheint bedeutsam, da die Infektionskrankheit insofern mit dem Risiko der Stigmatisierung von Betroffenen einhergeht, dass eine hohe Sterblichkeit, exponentielle Ansteckungsrate und hohe Unsicherheit vorherrscht (Chew et al., 2021; Earnshaw et al., 2020). Soziale Zwänge und die Einschränkung individueller Freiheiten sind weitere Aspekte, die das Stigma der Krankheit verschärfen können (Badrfam & Zandifar, 2020). Die WHO erkannte die Problematik einer Stigmatisierung im Zusammenhang mit dem Coronavirus zu Beginn der Pandemie. Bereits im Februar 2020 gab sie einen Leitfaden zur Prävention und zum Umgang mit sozialer Stigmatisierung heraus (WHO, 2020a). In einer Rede im März 2020 betonte der Generaldirektor der WHO, dass nicht das Virus unser größter Feind sei, sondern Angst, Gerüchte und Stigmatisierung (WHO, 2020b). Seit Ausbruch des Virus sind vor allem theoretische Arbeiten zum Risiko des mit dem Coronavirus einhergehenden Stigmas (z. B. Baldassarre et al., 2020; Brooks et al., 2020; Bruns et al., 2020; Kumar & Nayar, 2020; Logie & Turan, 2020; Mahmud & Islam, 2020) sowie zu theoretisch abgeleiteten Präventions- bzw. Anti-Stigma-Maßnahmen erschienen (z. B. Bologna et al., 2020; Gronholm et al., 2021; Hargreaves & Logie, 2020; Rozdilsky & Mamuji, 2020). Empirische Arbeiten zum mit dem Coronavirus einhergehenden Stigma gibt es bisher nur wenige. Chew et al. (2021) untersuchten mittels qualitativen Interviews mit COVID-19-Patient*innen deren Erfahrungen mit Isolierung, Stereotypisierung und Schuldzuweisung durch die Menschen in ihrer Umgebung, während Curseu et al. (2021) einen Zusammenhang zwischen Angst vor COVID-19, sozialer Distanz zu Betroffenen und der Nutzung verschiedener Kommunikationsarten feststellen. Befragungsergebnisse von Earnshaw et al. (2020) zeigten, dass Personen, die eine größere COVID-19-Stigmatisierung erwarten und COVID-19-Stereotypen in höherem Maße zustimmen, mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit einen COVID-19-Test in Anspruch nehmen. Ihre Studie zeigte außerdem, dass die Zustimmung zu antizipierter Stigmatisierung und Stereotypen zu Beginn der Pandemie in den USA eher gering ausfiel. Aufgrund der bislang fehlenden Datenlage zum Ausmaß des Stigmas von COVID-19-Patient*innen in Deutschland, lautet unsere erste Forschungsfrage:

FF1: Wie ausgeprägt ist die Stigmatisierung von COVID-19-Erkrankten in Deutschland?

© Anna Freytag, Elena Link, Eva Baumann (2021). „Selbst schuld!“ – Stigmatisierung von COVID-19-Erkrankten und der Einfluss des individuellen Informationshandelns. In F. Sukalla & C. Voigt (Hrsg.), Risiken und Potenziale in der Gesundheitskommunikation. Beiträge zur Jahrestagung der DGPuK-Fachgruppe Gesundheitskommunikation 2020, S.43-53. DOI: https://doi.org/10.21241/ssoar.74284.

Einflussfaktoren für stigmatisierende Haltungen

Um geeignete Anti-Stigma-Interventionen zu entwickeln, bedarf es jedoch nicht nur einer Quantifizierung des Status quo. Des Weiteren gilt es zu verstehen, welche Faktoren die Stigmatisierung von COVID-19 Erkrankten erklären, um unter anderem Maßnahmen zielgerichteter und passgenauer zu gestalten und stigmatisierenden Haltungen entgegenzuwirken (Logie & Turan, 2020).

In der bisherigen Stigma-Forschung wurden bereits unterschiedliche Einflussfaktoren untersucht und bestätigt. Zum einen zeigten sich Unterschiede in der Ausprägung der Stigmatisierung in Abhängigkeit von *soziodemografischen Merkmalen* (Roberto et al., 2020). So stellten Mackenzie et al. (2019) sowie Bhavsar et al. (2019) fest, dass insbesondere junge Menschen und Männer eine stärkere Tendenz zur Stigmatisierung haben, während sich in einer Studie von Schomerus et al. (2014) zeigte, dass die soziale Akzeptanz gegenüber Menschen mit Depressionen, Schizophrenie und Alkoholismus mit steigendem Alter sinkt. Bhavsar et al. (2019) fanden außerdem stigmatisierende Haltungen in Gruppen mit niedriger Bildung. Inwiefern *Alter*, *Geschlecht* und *Bildung* eine Rolle für die Stigmatisierung von Betroffenen von Infektionskrankheiten, und insbesondere von COVID-19, spielen, wurde bisher noch nicht untersucht, sodass diese Personenmerkmale als potenzielle erklärende Faktoren in unser Modell aufgenommen werden.

Aufbauend auf der Kontakthypothese (Alexander & Link, 2003; Yiu et al., 2010) ist des Weiteren anzunehmen, dass die *Erfahrbarkeit des Virus* (z. B. Kenntnis erkrankter Personen) eine wichtige Rolle spielt. Inwiefern Menschen mit Kontakt zu COVID-19-Betroffenen eine tolerantere Haltung einnehmen, soll im Rahmen der hier vorgestellten Studie empirisch überprüft werden. Der Forschungsstand zur Stigmatisierung im Kontext von Infektionskrankheiten und zu COVID-19 zeigt außerdem, dass die Angst sich anzustecken, also die individuelle *Risikowahrnehmung,* ein fördernder Einflussfaktor stigmatisierenden Verhaltens sein kann (Curseu et al., 2021; Des Jarlais et al., 2006; Lee et al., 2005).

Die bisherige Stigma-Forschung bestätigt zudem die zentrale Rolle von *Informationen und Medieninhalten.* Verzerrte oder falsche Informationen können zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Stigmatisierung führen (Appel, 2008). Umgekehrt können Medien jedoch auch dazu beitragen, falsche Vorstellungen zu revidieren und damit Diskriminierung zu reduzieren und die Art und Weise, wie Menschen kommunizieren und sich informieren, kann stigmatisierende Haltungen gegenüber Corona-Betroffenen maßgeblich beeinflussen (Cho et al., 2020; Dhanani & Franz, 2020; WHO, 2020a). Auch Badrfam und Zandifar (2020) betonen die Relevanz, die breite Öffentlichkeit über die Besonderheiten von COVID-19 zu informieren sowie Bewältigungsmechanismen für zu erwartende Ängste und Befürchtungen kommunikativ zu vermitteln. In der vorliegenden Studie soll daher auch das *Informationshandeln* als Einflussfaktor der Stigmatisierung berücksichtigt werden. Dazu wird sowohl das *Informationsinteresse* am neuartigen Coronavirus, die *Frequenz des Informationshandelns* zu dem Thema als auch die *Art der genutzten Informationsquellen* berücksichtigt. Unsere zweite Forschungsfrage lautet daher:

FF2: Welche personen- und informationsbezogenen Faktoren haben einen Einfluss auf die Stigmatisierung von COVID-19 Erkrankten?

Methode

Um die beiden Forschungsfragen zu beantworten, wurde im Mai 2020 über ein Online-Access-Panel eine nach Alter, Geschlecht und Bildung stratifizierte Stichprobe (N = 997) der niedersächsischen Bevölkerung befragt. Die Befragten waren zwischen 18 und 85 Jahren alt (M = 47.14, SD = 16.41) und zu gleichen Teilen männlich und weiblich. Die Studie wurde zuvor durch eine Ethik-Kommission begutachtet und hat ein positives Votum erhalten. Um Betroffene nicht mit auf sie selbst bezogenen negativen Einstellungen zu konfrontieren, wurden aus forschungsethischen Gründen nur bisher nicht an COVID-19 erkrankte Personen zu ihren stigmatisierenden Haltungen, Affekten und Verhaltenstendenzen befragt.

Die Stigmatisierung von Corona-Betroffenen wurde in Anlehnung an Mak et al. (2006) sowie Mantler et al. (2003), die Studien zum Stigma unterschiedlicher Infektionskrankheiten durchgeführt haben, mehrdimensional abgefragt. Die Dimensionen erfassen sowohl die Zuschreibung von *Kontrolle über eine mögliche Infektion* (z. B. „Man hat es selbst in der Hand, ob man sich mit dem neuartigen Coronavirus infiziert oder nicht“) sowie die Zuweisung von *Verantwortung* (z. B. „An COVID-19 erkrankte

© Anna Freytag, Elena Link, Eva Baumann (2021). „Selbst schuld!“ – Stigmatisierung von COVID-19-Erkrankten und der Einfluss des individuellen Informationshandelns. In F. Sukalla & C. Voigt (Hrsg.), Risiken und Potenziale in der Gesundheitskommunikation. Beiträge zur Jahrestagung der DGPuK-Fachgruppe Gesundheitskommunikation 2020, S.43-53. DOI: https://doi.org/10.21241/ssoar.74284.

Menschen sind hierfür selbst verantwortlich“) und *Schuld* (z. B. „An COVID-19 erkrankte Menschen tragen die Schuld an ihrer Krankheit“) für die Infektion. Zudem wurden *affektive* (z. B. „Ich hätte Angst, mit jemandem allein zu sein, der in der Vergangenheit an COVID-19 erkrankt war“), *kognitive* (z. B. „Wer an COVID-19 erkrankt, stellt eine Belastung für die Gesellschaft dar“) sowie *verhaltensorientierte* (z. B. „Es ist völlig normal auch Menschen zu meiden, die eine COVID-19 Erkrankung überstanden haben“) Stigma-Komponenten abgefragt. Letztere umfasste explizit Verhaltensweisen, die über einen normalen Infektionsschutz hinausgehen. Die Items der einzelnen Stigma-Komponenten zeigten gute bis sehr gut interne Konsistenzen (*Cronbach's Alpha* = .678 bis .895) und wurden für die weitere Analyse jeweils zu Mittelwertindizes verdichtet.

Das Informationshandeln wurde über die *Frequenz der Informationssuche* zum neuartigen Coronavirus (Mead et al., 2012), die *Nutzungshäufigkeit von 14 massenmedialen und interpersonalen Informationsquellen* sowie dem *Interesse an entsprechenden Informationen* (Howell & Shepperd, 2016, 3 Items, *Cronbach's Alpha* = .931) erfasst. Die abgefragten Informationsquellen wurden auf Basis einer explorativen Faktorenanalyse verdichtet. Es ergibt sich eine dreifaktorielle Lösung, die insgesamt 55 Prozent der Gesamtvarianz erklärt. Der erste Faktor fasst traditionelle Journalist*innen, Expert*innen und das direkte persönliche Umfeld als Nachrichtenquellen zusammen (z. B. Nachrichten des öffentlich-rechtlichen Rundfunks, öffentliche Institute und Behörden). Der zweite Faktor umfasst softe und sozial eingebettete Nachrichtenquellen (z. B. Social Media, Influencer, Boulevardzeitungen) und im dritten Faktor sind Quellen der Nebenbei-Nutzung (v. a. in Form des Radios) vereint (siehe Tabelle 1 im Anhang).

Zudem wurde die individuelle *Risikowahrnehmung* in Anlehnung an die COSMO-Befragung (Betsch et al., 2020), der *Kontakt mit Corona-Infizierten im sozialen Umfeld* und *soziodemografische Merkmale* wie Alter, Geschlecht und Bildung erfasst.

Ergebnisse

Mit Blick auf die Ausprägung der Stigmatisierung (FF 1) zeigen die Ergebnisse, dass alle Stigma-Komponenten eher gering ausgeprägt sind. Die Befragten sehen nur eine geringe Verantwortung (M = 1.75; SD = .81) und Schuld (M = 1.71; SD = .88) der Betroffenen an ihrer Erkrankung, während den Betroffenen zwar im Vergleich ein höheres, aber weiterhin eher geringes Maß an Kontrolle über die Infektion zugeschrieben wird (M = 2.18; SD = .86). Negative Empfindungen und Einstellungen gegenüber COVID-19-Erkrankten (affektiv: M = 1.80; SD = .99; kognitiv: M = 1.94; SD = .96) sind ebenfalls eher gering ausgeprägt, während eine verhaltensbasierte Stigmatisierung tendenziell etwas stärker ausfällt (M = 2.09; SD = .89).

Die für die Beantwortung der zweiten Forschungsfrage durchgeführten Regressionsanalysen zeigen, dass die verschiedenen Stigmakomponenten zwar signifikant, aber nur in geringem Maße durch die personenbezogenen Merkmale, persönliche Risikowahrnehmung und Erfahrungen, sowie das Informationshandeln erklärt werden können (siehe Tabelle 2 im Anhang). Die gesamte Varianzaufklärung liegt bei 3,2 Prozent für die Zuschreibung von Kontrolle, bei 5,8 Prozent für die attribuierte Verantwortlichkeit der Betroffenen und bei 6,2 Prozent bei der Einschätzung, inwiefern Betroffene selbst schuld an der Erkrankung sind. Die Varianz der auf kognitiven Einstellungen basierenden Stigmatisierung kann zu 3,7 Prozent erklärt werden, die Varianz der affektiven Reaktionen zu 7 Prozent. Am meisten Varianzaufklärung leisten die gewählten Prädiktoren mit 7,8 Prozent für die verhaltensorientierte Stigmatisierung.

Über die verschiedenen Stigma-Komponenten zeigen sich jedoch ähnliche Einflussmuster. So führt eine höhere eigene Risikowahrnehmung zu einer stärkeren Stigmatisierung auf allen Ebenen. Je höher Personen das Risiko sich zu infizieren oder schwer zu erkranken einschätzen, desto mehr schreiben die Befragten den Betroffenen eine Kontrollierbarkeit, Verantwortung und Schuld für ihre Infektion zu. Sie haben zudem negativere kognitive Einstellungen und stärker ausgeprägte emotionale Reaktionen und verhalten sich diskriminierender. Zudem fällt, außer bei kognitiven und verhaltensorientierten Aspekten, die Stigmatisierung bei Männern im Vergleich zu Frauen etwas stärker aus. Der stärkste Prädiktor aller Stigma-Komponenten ist die stärkere Nutzung von soften und sozial eingebetteten Nachrichtenquellen. Je mehr Boulevardmedien, Influencer oder alternative Quellen wie Ken.FM über Corona genutzt werden, umso stärker fällt die stigmatisierende Haltung aus. Im Gegensatz dazu steht eine Zuwendung zu traditionelleren Nachrichtenquellen wie dem öffentlich-rechtlichen Rundfunk oder überregionalen Tageszeitungen mit einer geringeren Stigmatisierung in Verbindung.

© Anna Freytag, Elena Link, Eva Baumann (2021). „Selbst schuld!“ – Stigmatisierung von COVID-19-Erkrankten und der Einfluss des individuellen Informationshandelns. In F. Sukalla & C. Voigt (Hrsg.), Risiken und Potenziale in der Gesundheitskommunikation. Beiträge zur Jahrestagung der DGPuK-Fachgruppe Gesundheitskommunikation 2020, S.43-53. DOI: https://doi.org/10.21241/ssoar.74284.

Insbesondere zeigt sich ein Zusammenhang zwischen einem weniger diskriminierenden Verhalten und einer stärkeren Nutzung von Journalist*innen, Expert*innen und dem direkten Kontakt zum persönlichen Umfeld als Nachrichtenquellen.

Diskussion

Unsere Ergebnisse zeigen, dass die Stigmatisierung von COVID-19-Betroffenen, ähnlich wie in den USA (Earnshaw et al., 2020), in Deutschland zu Beginn der Pandemie eher gering ausfällt. Auch wenn die soziale Erwünschtheit beim Beantworten der Fragen sicherlich eine Rolle spielte, stellen Berichte wie im ZDF (Bleßmann, 2020) daher vermutlich eher Einzelfälle dar. Die Ergebnisse zur negativeren Haltung von Männern decken sich mit bisherigen Studien zu Geschlechterunterschieden bei der Stigmatisierung von anderen Randgruppen wie psychisch Kranken (z. B. Mackenzie et al., 2019; Mann & Himelein, 2004). Entgegen bisheriger Stigma-Forschung spielen bei der Stigmatisierung im Kontext von COVID-19 das Alter, die Bildung und der Kontakt zu COVID-19-Infizierten im sozialen Umfeld in dieser Studie keine oder nur eine geringe Rolle. Letzteres lag in unserer Stichprobe jedoch nur bei knapp 15 Prozent der Befragten vor. Als Coronavirus-bezogener Erklärungsansatz für stärker stigmatisierende Haltungen erweist sich eine stärkere Ansteckungsangst verbunden mit der individuellen Risikowahrnehmung. Eine stärker stigmatisierende Haltung gegenüber Menschen, die sich mit dem Virus infiziert haben und/oder die Infektion bereits überwunden haben, scheint somit daher auch eine Frage der subjektiv wahrgenommenen Bedrohung zu sein, aus der eine Ablehnung der Menschen resultiert, von denen potenziell ein Ansteckungsrisiko ausgehen könnte. In dieser Hinsicht könnte man die Haltung als den Versuch des Selbstschutzes interpretieren.

Besonders hervorzuheben ist, dass nicht die Frequenz oder das generelle Interesse an Informationen für den Grad der Stigmatisierung eine Rolle spielen, sondern die Art der genutzten Quellen. Die gewählten Informationsquellen können assoziiert werden mit der Ausprägung in Richtung einer stigmatisierenderen Haltung. Hier zeigte sich, dass insbesondere die Nutzung softer und sozial eingebetteter Nachrichtenquellen, wie Boulevardmedien, Beiträge von Influencer*innen sowie Nachrichten alternativer Quellen, beispielsweise von Ken.FM, mit einer stigmatisierenden Haltung gegenüber Betroffenen im Zusammenhang steht. Laut anderen Studien (Boberg et al., 2020) zeichnen sich im Themenkontext von Corona insbesondere Inhalte in sozialen Netzwerken durch kritische und teilweise anti-systemische, das heißt regierungsablehnende und popularisierende, Botschaften aus. Dieser Befund steht im Einklang mit Ergebnissen von Cho et al. (2020), die herausfanden, dass die Nutzung des amerikanischen Senders FOX sowie von Social Media mit einer stärkeren Stigmatisierung von Asiaten im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie einhergeht. Unsere Ergebnisse legen zusammenfassend eine Relevanz von Kommunikation und Informationen für die Entstehung und die Reduzierung ausgrenzender Einstellungen und diskriminierender Verhaltensweisen nahe.

Sowohl mit Blick auf zu adressierende Zielgruppen als auch relevante Inhalte ergeben sich aus unseren Ergebnissen wichtige Implikationen für die strategische Kommunikation zum Thema Corona und für Anti-Stigma-Kampagnen. So sollten vor allem Männer sowie ausgrenzendes Verhalten adressiert werden. Des Weiteren legen die Ergebnisse nahe, dass Menschen zu einer kritischeren Auswahl von Informationsquellen motiviert werden sollten. Mit Blick auf die Risikowahrnehmung als signifikantem Prädiktor erscheint es außerdem relevant, Menschen aufzuklären und ausreichend Bewältigungsstrategien anzubieten, sodass sich ihre Angst vor dem Virus nicht in Stigmatisierung von Betroffenen niederschlägt.

Aus forschungsethischer Perspektive muss im Rahmen dieser Studie kritisch erwähnt werden, dass durch die Abfrage stigmatisierender Haltungen gegenüber COVID-19-Patient*innen, bestimmte Vorstellungen oder Verhaltenstendenzen bei den Befragten salienter gemacht werden könnten. Zudem stellt die Rekrutierung der Befragten durch ein Online-Access-Panel und mithilfe einer Incentivierung eine forschungsethische Limitation dar.

In der Studie werden weitere Forschungsbedarfe deutlich. So bleibt offen, wie sich die Stigmatisierung von COVID-19-Betroffenen im Verlauf der Pandemie entwickelt hat. Ferner bleibt die Kausalität unserer Zusammenhänge unbeantwortet. So könnte es zwar sein, dass die Nutzung alternativer Medien tatsächlich zu einer ablehnenden Haltung führt, jedoch könnten Menschen mit einer per se negativen Einstellung gegenüber COVID-19-Betroffenen zugleich Menschen sein, die sich stärker alternativen Informationsquellen zuwenden. Zur Beantwortung dieser Forschungslücken sollte zukünftige Forschung Messungen an mehreren Befragungszeitpunkten vornehmen, um das mit COVID-19 einhergehende Stigma noch besser zu

© Anna Freytag, Elena Link, Eva Baumann (2021). „Selbst schuld!“ – Stigmatisierung von COVID-19-Erkrankten und der Einfluss des individuellen Informationshandelns. In F. Sukalla & C. Voigt (Hrsg.), Risiken und Potenziale in der Gesundheitskommunikation. Beiträge zur Jahrestagung der DGPuK-Fachgruppe Gesundheitskommunikation 2020, S.43-53. DOI: https://doi.org/10.21241/ssoar.74284.

verstehen und schlussendlich der Entstehung vorbeugen zu können oder entsprechenden Einstellungen und Haltungen entgegenzuwirken.

Literatur

Alexander, L. & Link, B. G. (2003). The impact of contact on stigmatizing attitudes toward people with mental illness. *Journal of Mental Health*, *12*(3), 271–289. https://doi.org/10.1080/0963823031000118267

Appel, M. (2008). Medienvermittelte Stereotype und Vorurteile. In B. Batinic & M. Appel (Hg.), *Springer-Lehrbuch. Medienpsychologie* (S. 313–335). Springer Medizin Verlag Heidelberg.

Badrfam, R. & Zandifar, A. (2020). Stigma over COVID-19; New conception beyond individual sense. *Archives of medical research*, *51*(6), 593–594. https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2020.05.006

Baldassarre, A., Giorgi, G., Alessio, F., Lulli, L. G., Arcangeli, G. & Mucci, N. (2020). Stigma and discrimination (SAD) at the time of the SARS-CoV-2 pandemic. *International journal of environmental research and public health*, *17*(17). https://doi.org/10.3390/ijerph17176341

Barrett, R. & Brown, P. J. (2008). Stigma in the time of influenza: social and institutional responses to pandemic emergencies. *The Journal of infectious diseases*, *197 Suppl 1*, S34-S7. https://doi.org/10.1086/524986

Betsch, C., Wieler, L., Bosnjak, M., Ramharter, M., Stollorz, V., Omer, S., Korn, L., Sprengholz, P., Felgendreff, L., Eitze, S. & Schmid, P. (2020). *Germany COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO Germany): Monitoring knowledge, risk perceptions, preventive behaviours, and public trust in the current coronavirus outbreak in Germany.* https://doi.org/10.23668/PSYCHARCHIVES.2776

Bhavsar, V., Schofield, P., Das-Munshi, J. & Henderson, C. (2019). Regional differences in mental health stigma-Analysis of nationally representative data from the Health Survey for England, 2014. *PLOS ONE*, *14*(1), e0210834. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210834

Bleßmann, S. (27. Mai 2020). Die Angst vor der Wut der Mitmenschen. *ZDF heute*. https://www.zdf.de/nachrichten/panorama/corona-stigma-angst-wut-mitmenschen-100.html

Boberg, S., Quandt, T., Schatto-Eckrodt, T. & Frischlich, L. (2020). Pandemic populism: Facebook pages of alternative news media and the corona crisis—a computational content analysis. *arXiv*, 1–21. http://arxiv.org/pdf/2004.02566v3

Bologna, L., Stamidis, K. V., Paige, S., Solomon, R., Bisrat, F., Kisanga, A., Usman, S. & Arale, A. (2020). Why communities should be the focus to reduce stigma attached to COVID-19. *The American journal of tropical medicine and hygiene.* https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-1329

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, *395*(10227), 912–920. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8

Bruns, D. P., Kraguljac, N. V. & Bruns, T. R. (2020). COVID-19: Facts, cultural considerations, and risk of stigmatization. *Journal of Transcultural Nursing*, *31*(4), 326–332. https://doi.org/10.1177/1043659620917724

Chew, C. C., Lim, X. J., Chang, C. T., Rajan, P., Nasir, N. & Low, W. Y. (2021). *Experiences of social stigma among patients tested positive for COVID-19 and their family members: A qualitative study*. https://assets.researchsquare.com/files/rs-153721/v1/a2065141-a5ee-4655-8557-b78cf6dfadc6.pdf https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-153721/v1

Cho, H., Li, W., Cannon, J., Lopez, R. & Song, C. C. (2020). Testing three explanations for stigmatization of people of Asian descent during COVID-19: maladaptive coping, biased media use, or racial prejudice? *Ethnicity & health*, 1–16. https://doi.org/10.1080/13557858.2020.1830035

Curseu, P. L., Coman, A. D., Panchenko, A., Fodor, O. C. & Ratiu, L. (2021). Death anxiety, death reflection, and interpersonal communication as predictors of social distance towards people infected with COVID 19. *Current Psychology*, 1–14. https://doi.org/10.1007/s12144-020-01171-8

© Anna Freytag, Elena Link, Eva Baumann (2021). „Selbst schuld!“ – Stigmatisierung von COVID-19-Erkrankten und der Einfluss des individuellen Informationshandelns. In F. Sukalla & C. Voigt (Hrsg.), Risiken und Potenziale in der Gesundheitskommunikation. Beiträge zur Jahrestagung der DGPuK-Fachgruppe Gesundheitskommunikation 2020, S.43-53. DOI: https://doi.org/10.21241/ssoar.74284.

Des Jarlais, D. C., Galea, S., Tracy, M., Tross, S. & Vlahov, D. (2006). Stigmatization of newly emerging infectious diseases: AIDS and SARS. *American journal of public health*, *96*(3), 561–567. https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.054742

Dhanani, L. Y. & Franz, B. (2020). Why public health framing matters: An experimental study of the effects of COVID-19 framing on prejudice and xenophobia in the United States. *Social Science & Medicine*, 113572. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113572

Earnshaw, V. A., Brousseau, N. M., Hill, E. C., Kalichman, S. C., Eaton, L. A. & Fox, A. B. (2020). Anticipated stigma, stereotypes, and COVID-19 testing. *Stigma and Health*, No Pagination Specified-No Pagination Specified. https://doi.org/10.1037/sah0000255

Earnshaw, V. A. & Quinn, D. M. (2013). Influenza stigma during the 2009 H1N1 pandemic. *Journal of Applied Social Psychology*, *43* (1). https://doi.org/10.1111/jasp.12049

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice Hall Inc.

Gronholm, P. C., Nosé, M., van Brakel, W. H [W. H.], Eaton, J., Ebenso, B., Fiekert, K., Hanna, F., Milenova, M., Sunkel, C., Barbui, C. & Thornicroft, G. (2021). Reducing stigma and discrimination associated with COVID-19: early stage pandemic rapid review and practical recommendations. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 1–23. https://doi.org/10.1017/S2045796021000056

Hargreaves, J. R. & Logie, C. H. (2020). Lifting lockdown policies: A critical moment for COVID-19 stigma. *Global public health*, 1–7. https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1825771

Howell, J. L. & Shepperd, J. A. (2016). Establishing an Information Avoidance Scale. *Psychological assessment*, *28*(12), 1695–1708. https://doi.org/10.1037/pas0000315

Kalichman, S. C., Simbayi, L. C., Jooste, S., Toefy, Y., Cain, D., Cherry, C. & Kagee, A. (2005). Development of a brief scale to measure AIDS-related stigma in South Africa. *AIDS and behavior*, *9*(2), 135–143. https://doi.org/10.1007/s10461-005-3895-x

Kumar, A. & Nayar, K. R. (2020). COVID-19: Stigma, discrimination, and the blame game. *International Journal of Mental Health*, *49*(4), 382–384. https://doi.org/10.1080/00207411.2020.1809935

Kurzban, R. & Leary, M. R. (2001). Evolutionary origins of stigmatization: the functions of social exclusion. *Psychological bulletin*, *127*(2), 187–208. https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.2.187

Lee, S., Chan, L. Y. Y., Chau, A. M. Y., Kwok, K. P. S. & Kleinman, A. (2005). The experience of SARS-related stigma at Amoy Gardens. *Social science & medicine (1982)*, *61*(9), 2038–2046. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.04.010

Link, B. G. & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, *27*(1), 363–385.

Logie, C. H. & Turan, J. M. (2020). How do we balance tensions between COVID-19 public health responses and stigma mitigation? Learning from HIV research. *AIDS and behavior*, *24*(7), 2003–2006. https://doi.org/10.1007/s10461-020-02856-8

Mackenzie, C. S., Visperas, A., Ogrodniczuk, J. S., Oliffe, J. L. & Nurmi, M. A. (2019). Age and sex differences in self-stigma and public stigma concerning depression and suicide in men. *Stigma and Health*, *4*(2), 233–241. https://doi.org/10.1037/sah0000138

Mahmud, A. & Islam, M. R. (2020). Social Stigma as a barrier to Covid-19 responses to community well-being in Bangladesh. *International Journal of Community Well-Being*. Vorab-Onlinepublikation. https://doi.org/10.1007/s42413-020-00071-w

Mak, W. W. S., Mo, P. K. H., Cheung, R. Y. M., Woo, J., Cheung, F. M. & Lee, D. (2006). Comparative stigma of HIV/AIDS, SARS, and tuberculosis in Hong Kong. *Social science & medicine (1982)*, *63*(7), 1912–1922. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.04.016

Mann, C. E. & Himelein, M. J. (2004). Factors associated with stigmatization of persons with mental illness. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, *55*(2), 185–187. https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.2.185

© Anna Freytag, Elena Link, Eva Baumann (2021). „Selbst schuld!“ – Stigmatisierung von COVID-19-Erkrankten und der Einfluss des individuellen Informationshandelns. In F. Sukalla & C. Voigt (Hrsg.), Risiken und Potenziale in der Gesundheitskommunikation. Beiträge zur Jahrestagung der DGPuK-Fachgruppe Gesundheitskommunikation 2020, S.43-53. DOI: https://doi.org/10.21241/ssoar.74284.

Mantler, J., Schellenberg, E. G. & Page, J. S. (2003). Attributions for serious illness: Are controllability, responsibility and blame different constructs? *Canadian Journal of Behavioural Science*, *35*(2), 142–152. https://doi.org/10.1037/h0087196

Mead, E., Roser-Renouf, C., Rimal, R. N., Flora, J. A., Maibach, E. W. & Leiserowitz, A. (2012). Information Seeking about global climate change among adolescents: The role of risk perceptions, efficacy beliefs and parental Influences. *Atlantic journal of communication*, *20*(1), 31–52. https://doi.org/10.1080/15456870.2012.637027

Park, J. H. (2003). Evolved disease-avoidance processes and contemporary anti-social behavior: Prejudicial attitudes and avoidance of people with physical disabilities. *Journal of Nonverbal Behavior*, *27*(2), 65–87. https://doi.org/10.1023/A:1023910408854

Peprah, P. & Gyasi, R. M. (2020). Stigma and COVID-19 crisis: A wake-up call. *The International Journal of Health Planning and Management.* Vorab-Onlinepublikation. https://doi.org/10.1002/hpm.3065

Person, B., Sy, F., Holton, K., Govert, B. & Liang, A. (2004). Fear and stigma: the epidemic within the SARS outbreak. *Emerging infectious diseases*, *10*(2), 358–363. https://doi.org/10.3201/eid1002.030750

Roberto, K. J., Johnson, A. F. & Rauhaus, B. M. (2020). Stigmatization and prejudice during the COVID-19 pandemic. *Administrative Theory & Praxis*, *42*(3), 364–378. https://doi.org/10.1080/10841806.2020.1782128

Rozdilsky, J. & Mamuji, A. (2020). *Addressing stigma: How emergency management can contribute to developing COVID-19 social countermeasures.* http://haznet.ca/addressing-stigma-emergency-management-can-contribute-developing-covid-19-social-countermeasures/

Schomerus, G., Matschinger, H. & Angermeyer, M. C. (2014). Causal beliefs of the public and social acceptance of persons with mental illness: a comparative analysis of schizophrenia, depression and alcohol dependence. *Psychological medicine*, *44*(2), 303–314. https://doi.org/10.1017/S003329171300072X

Sermrittirong, S. & van Brakel, W. H [Wim H.] (2014). Stigma in leprosy: concepts, causes and determinants. *Leprosy review*, *85*(1), 36–47.

van Brakel, W. H [Wim H.] (2003). Measuring leprosy stigma—A preliminary review of the leprosy literature. *International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases*, *71*(3), 190.

Williams, J. & Gonzalez-Medina, D. (2011). Infectious diseases and social stigma. *Applied Innovations and Technologies*, *4*(1), 58–70.

World Health Organization. (24. Februar 2020a). *Social Stigma associated with COVID-19: A guide to preventing and addressing social stigma*. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid19-stigma-guide.pdf?sfvrsn=226180f4_2

World Health Organization. (11. März 2020b). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19*. https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020

Yiu, J. W., Mak, W. W. S., Ho, W. S. & Chui, Y. Y. (2010). Effectiveness of a knowledge-contact program in improving nursing students' attitudes and emotional competence in serving people living with HIV/AIDS. *Social science & medicine (1982)*, *71*(1), 38–44. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.02.045

© Anna Freytag, Elena Link, Eva Baumann (2021). „Selbst schuld!“ – Stigmatisierung von COVID-19-Erkrankten und der Einfluss des individuellen Informationshandelns. In F. Sukalla & C. Voigt (Hrsg.), Risiken und Potenziale in der Gesundheitskommunikation. Beiträge zur Jahrestagung der DGPuK-Fachgruppe Gesundheitskommunikation 2020, S.43-53. DOI: https://doi.org/10.21241/ssoar.74284.

Tabellen

Tabelle 1. *Dreistufige Faktorlösung für genutzte Informationsquellen*

	1 Journalist*innen, Expert*innen und enges Umfeld	2 Soft und sozial eingebettete Nachrichten-quellen	3 Nebenbei-Quellen
Öffentlich-rechtlicher Rundfunk und seine Onlineangebote	.740		
Lokal- und Regionalzeitungen und ihre Online-Angebote	.731		
Informationen von Behörden, Forschungseinrichtungen sowie einzelnen Institutionen	.681		
Überregionale Tageszeitungen, politische Wochenzeitungen und ihre Onlineangebote	.678		
Direkte persönliche Kontakte	.653		
Selbst verfasste oder geteilte Beiträge von Freunden, Kolleg*innen und Bekannten im Newsfeed von sozialen Netzwerken	.799		
Influencer auf sozialen Netzwerken		.763	
Alternative Nachrichtenseiten im Internet oder auf sozialen Netzwerken		.757	
Private Nachrichten von Freunden, Kolleg*innen und Bekannten auf sozialen Netzwerken		.727	
Traditionelle Medien auf sozialen Netzwerken		.636	
Boulevardzeitungen und ihre Onlineangebote		.589	
Private Radiosender und ihre Online-Angebote			.707
Privater Rundfunk und seine Onlineangebote			.693
Öffentlich-rechtliche Radiosender und ihre Online-Angebote			.643
Eigenwert	2.31	3.46	1.87
Erklärte Varianz (in %)	16.5	24.7	13.4

Basis *N*= 997 (listenweiser Fallausschluss)
Rotierte Komponentenmatrix; Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation: Kaiser-Normalisierung; *KMO*=.890, erklärte Gesamtvarianz 54,53%.

Faktorladung <.30 sind in der Darstellung unterdrückt; Extraktionskriterium Eigenwert ≥1

* Abgefragt über: „Grundsätzlich kann man sich über verschiedene Quellen informieren. Wie ist das bei Ihnen in der aktuellen Lage: Wie häufig haben Sie im vergangenen Monat aktuelle Informationen zu Corona über folgende Quellen erhalten oder dort nach Informationen gesucht?“ Skala: „seltener als einmal pro Woche“, „einmal pro Woche“, „mehrmals die Woche“, „täglich“ „mehrmals täglich“, „nicht genutzt in den letzten 30 Tagen“

© Anna Freytag, Elena Link, Eva Baumann (2021). „Selbst schuld!“ – Stigmatisierung von COVID-19-Erkrankten und der Einfluss des individuellen Informationshandelns. In F. Sukalla & C. Voigt (Hrsg.), Risiken und Potenziale in der Gesundheitskommunikation. Beiträge zur Jahrestagung der DGPuK-Fachgruppe Gesundheitskommunikation 2020, S.43-53. DOI: https://doi.org/10.21241/ssoar.74284.

Tabelle 2. *Einflussfaktoren von Stigmatisierung im Überblick*

	Stigmakomponenten											
	Kontrolle		**Verantwortg.**		**Schuld**		**Affektiv**		**Kognitiv**		**Verhaltensor.**	
Prädiktoren	ΔR^2	β	ΔR^2	β	ΔR^2	β	ΔR^2	β	ΔR^2	β	ΔR^2	β
Block 1: Personenbezogene Merkmale	.021***		.024***		.034***		.028***		.023***		.030***	
Alter		-.07		-.09		-.14***		.00		-.11**		.05
Geschlecht (Ref. weiblich)		.15***		.10**		.12**		.03		.12**		.02
Bildung		-.06		-.05		-.07		-.04		-.01		-.06
Risikowahrnehmung		.07*		.12***		.12***		.18***		.12***		.17***
Coronainfizierte im soz. Umfeld		-.00		.01		.01		-.02		.03		-.03
Block 2: Informationshandeln	.011***		.034***		.028***		.042***		.015**		.048***	
Informationsinteresse		-.05		-.07*		-.09*		-.02		-.04		-.03
Frequenz der Informationssuche		-.01		-.07		-.02		-.04		-.11**		-.02
Nutzungsfrequenz soft und sozial eingebetter Nachrichtenquellen		.14***		.20***		.20***		.28***		.11**		.29***
Nutzungsfrequenz Journalist*innen, Expert*innen und enges Umfeld als Nachrichtenquellen		-.08		-.10*		-.12**		-.16**		-.01		-.18***
Nutzungsfrequenz Nebenbeinutzungs-Quellen		.03		.02		-.02		.01		.00		.01
Total R^2	**.032*** **		**.058*** **		**.062*** **		**.070*** **		**.037*** **		**.078*** **	
N	**997**		**997**		**997**		**997**		**997**		**997**	

Anmerkungen. 6 separate blockweise lineare Regressionen, *** p ≤ .001; ** p ≤ .01; * p ≤ .05

© Anna Freytag, Elena Link, Eva Baumann (2021). „Selbst schuld!“ – Stigmatisierung von COVID-19-Erkrankten und der Einfluss des individuellen Informationshandelns. In F. Sukalla & C. Voigt (Hrsg.), Risiken und Potenziale in der Gesundheitskommunikation. Beiträge zur Jahrestagung der DGPuK-Fachgruppe Gesundheitskommunikation 2020, S.43-53. DOI: https://doi.org/10.21241/ssoar.74284.