

# Empfehlungen zur Verbesserung der Impfquote gegen SARS-CoV-2

*Jürgen Gerhards, Jan Paul Heisig, Heike Klüver, Odette Wegwarth, Gesine Bär, Naika Foroutan und Christoph Neuberger*

## Vorbemerkung

Eine Verbesserung der Impfquote ist der Königsweg durch und aus der Pandemie, weil Impfen (a) das Risiko eines schweren Krankheitsverlaufs und Versterbens deutlich reduziert, (b) die Wahrscheinlichkeit, andere Menschen anzustecken, mindert, (c) die Wahrscheinlichkeit der Überlastung des Gesundheitssystems reduziert und (d) eine hohe Impfquote freiheitseinschränkende Maßnahmen wie z.B. das Schließen von Schulen unwahrscheinlicher macht.

Der Politik stehen grundsätzlich zwei Instrumente zur Verfügung, mit denen sie versuchen kann, die Impfquote der Bevölkerung zu erhöhen: Die Einführung einer Impfpflicht und die Durchführung einer Informations- und Aufklärungskampagne, die die Bürger:innen davon überzeugt, sich freiwillig impfen zu lassen. Die Abgeordneten des Deutschen Bundestags haben sich am 7. April 2022 gegen die Einführung einer Impfpflicht ausgesprochen.

Die hier von einer Gruppe von Expert\*innen aus den Sozialwissenschaften für die Berliner Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung ausgearbeiteten Empfehlungen zur Verbesserung der Impfquote gegen SARS-CoV-2 sind im *März 2022* und damit vor dem Beschluss des Bundestages formuliert worden. Sie äußern sich auch zur Einführung einer Impfpflicht, auch wenn sich die Politik mit dem Beschluss des Bundestages gegen eine solche ausgesprochen hat.

Die Empfehlungen gliedern sich in drei Abschnitte und einen Anhang. Wir diskutieren erstens allgemeine Schlussfolgerungen, die sich aus den Erfahrungen der letzten beiden Jahre für das politische Handeln in der Pandemie ergeben (I). Wir formulieren zweitens Empfehlungen für Maßnahmen zur Erhöhung der Impfquote, die auf die Freiwilligkeit der Bürger\*innen setzt (II). Im dritten Abschnitt begründen wir unsere Empfehlung der Einführung einer Impfpflicht ab dem 50sten Lebensjahr (III). Unsere Empfehlungen beruhen auf dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand über die Ursachen einer Impfbereitschaft bzw. Impfzögerlichkeit. Den entsprechenden Forschungsstand, aus dem unsere Empfehlungen weitgehend abgeleitet sind, fassen wir im Anhang kurz zusammen.

## I. Politisches Handeln und Kommunizieren in der Krise

**(1) Langfristiges Planen und Handeln:** Die politische und öffentliche Einschätzung der Pandemie und der angemessenen Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung verändern sich fortlaufend. Während noch vor wenigen Wochen die Erhöhung der Impfquote von fast allen Akteur\*innen als das zentrale Ziel ausgerufen wurde, hat aktuell das Öffnungsnarrativ die Oberhand gewonnen. Zudem konkurriert das Thema „Impfen“ immer wieder mit anderen Themen um öffentliche Aufmerksamkeit, derzeit vor allem mit dem Krieg in der Ukraine.

Die politischen Entscheidungsträger\*innen sollten sich von solchen Aufmerksamkeitszyklen der Öffentlichkeit unabhängig machen und eine langfristige, evidenzbasierte Strategie der

Erhöhung der Impfquote verfolgen. Ein Rückgang der Inzidenz verändert rasch die Stimmungslage ins Positive, was zu einem kurzfristigen Handeln verleiten kann. Dies sollte die Lehre aus dem Sommer 2020 und 2021 sein, der weitgehend „verschlafen“ und nicht hinreichend genutzt wurde, um eine flächendeckende, gut organisierte Kampagnen für die Impfung zu implementieren.

**(2) Politisches Handeln und Kommunizieren unter hoher Unsicherheit:** Die vergangenen zwei Jahre haben gezeigt: Der Verlauf der Pandemie ist schwer vorherzusagen. Immer wieder können neue Virusvarianten auftreten; zudem sind die Reaktionen der Bürger\*innen auf die Virusverbreitung und die politischen Maßnahmen zu deren Eindämmung nicht gut vorauszusagen. Daraus ergeben sich drei allgemeine Schlussfolgerungen:

(2.1) Die Politik sollte *sich zu den Unsicherheiten bekennen*; sie sollte deutlich machen, dass beschlossene Maßnahmen eine Reaktion auf eine bestimmte, gegenwärtige Lage darstellen und dass eine veränderte Lage neue Maßnahmen erforderlich machen wird, die dann jeweils auf Grundlage der verfügbaren Evidenz gut begründet werden sollten.

(2.2) Sie sollte sich möglichst viele *Handlungsoptionen für die Zukunft offenhalten* und nicht ohne Not und vorschnell bestimmte Maßnahmen ausschließen. So war die frühe Absage an eine Impfpflicht aus unserer Sicht insofern ein Fehler, weil die später aufflammende Debatte über die Einführung einer Impfpflicht von einigen als Wortbruch interpretiert wurde und wahrscheinlich zu einem weiteren Vertrauensverlust in die Politik beigetragen hat.

(2.3) Hohe Unsicherheiten über den Verlauf der Pandemie legen *ein risikoaverses politisches Verhalten* nahe. Politisches Handeln sollte den jeweils aktuellen Stand des Infektionsgeschehens nicht überdramatisieren, sie sollte sich aber vor allem infrastrukturell und kommunikativ sehr gut auf eine eher ungünstige Entwicklung vorbereiten, da ein Zurückrudern mit hohen Kosten verbunden ist und einen Vertrauensverlust in die Politik befördern kann.

(2.4) Mit dem Zuwachs an wissenschaftlicher Evidenz ist ein *risikoangepasstes politisches Kommunizieren und Handeln* notwendig. Neue Erkenntnisse zur Effektivität von Maßnahmen (z.B. Impfung in Abhängigkeit von Virusvarianten) sollten ohne Verzögerung zeitnah und transparent kommuniziert werden und in Entscheidungen zu den Maßnahmen berücksichtigt werden.

**(3) Vermeidung von Ausgrenzung:** Die öffentliche Debatte über das Impfen ist in Deutschland im Vergleich zu vielen anderen Ländern stark polarisiert. Will man diejenigen, die sich bis dato aus unterschiedlichen Motiven nicht haben impfen lassen, gewinnen, sollte man eine ausgrenzende und diskriminierende Sprache vermeiden. Statt mit Schuldzuweisungen zu arbeiten, sollten positive Frames benutzt werden, wie z.B. die als selbstverständlich angenommene Kostenfreiheit der Impfung unterstrichen werden.

**(4) Impfen erhöht Freiheitsgrade:** Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie werden in einer polarisierten öffentlichen Debatte häufig als Freiheitseinschränkungen interpretiert. Dies ist insofern nur partiell richtig, weil viele einschränkende Maßnahmen erst weitergehende Freiheiten ermöglichen. Das Tragen von Masken, das Testen, die Registrierung und die Kontaktnachverfolgung über das Handy greifen zwar in das Recht auf individuelle

Selbstbestimmung ein, sie ermöglichen aber zugleich, dass sich die Menschen trotz pandemischer Lage weitgehend frei bewegen und dass Betriebe, Bildungseinrichtungen, soziale Hilfsangebote, Restaurants und Kultureinrichtungen geöffnet bleiben und damit besucht werden können. Auch und gerade für das Impfen gilt, dass es nicht nur die Geimpften schützt. Eine hohe Impfquote ermöglicht, dass eine Gesellschaft in den ‚status quo ante‘ mit allen Freiheiten zurückkehren kann. Der vermeintliche Gegensatz zwischen Impfen und Freiheit sollte im öffentlichen Framing der Politik überwunden werden, indem (noch) stärker betont wird, dass Impfen Freiheiten ermöglicht.

## **II. Empfehlungen zur Erhöhung der Impfquote auf der Basis von Freiwilligkeit**

Der Erhöhung der Impfquote kommt eine zentrale Bedeutung in der Pandemiebekämpfung zu. Auf der Grundlage des heutigen Wissensstandes werden auch zukünftig weitere Impfungen nötig sein, sei es als Auffrischungsimpfung oder als eine Impfung mit einem an neue Virusvarianten angepassten Impfstoff.

Die bisherigen Impfaufklärungs- und Informationskampagnen haben zu spät eingesetzt, waren insgesamt zu schwach, zudem unzureichend koordiniert und zu wenig wissenschaftlich basiert. Neben breiteren Aufklärungs- und Informationskampagnen sollten zukünftig vor allem maßgeschneiderte Maßnahmen implementiert werden, die zielgruppen- und milieuspezifisch angelegt sind und die Motive, Unsicherheiten und Ängste derjenigen adressieren, die bis dato noch nicht geimpft sind.

**(1) Risiken und Unsicherheit transparent kommunizieren:** Nur wer versteht, kann adäquat handeln (Stichwort: Mündigkeit der Bürger\*innen). Vor- und Nachteile und mögliche Risiken einer Impfung, aber auch wissenschaftliche Unsicherheiten müssen transparent und verständlich kommuniziert werden. Besonders Menschen mit einer impfzögerlichen Haltung haben ein ausgeprägtes Bedürfnis nach Informationen zu Nutzen und Schaden von Impfungen. Diese Informationen sollten in einer statistisch einheitlichen „Währung“ (absolute Risikoangaben) dargestellt werden.

Eine Kommunikation, die auf Bedrohungsszenarien (Überbetonung des Erkrankungs-Basisrisikos und des Nutzens der Impfung bei Marginalisierung potentieller Nebenwirkungen) setzt, läuft Gefahr, zu einem Vertrauensverlust in die Kommunikator\*innen und zu einem Akzeptanzverlust von Maßnahmen zu führen. Stattdessen gilt es, durch das Sicherstellen eines grundsätzlichen Verständnisses der Risikosituation und der damit assoziierten präventiven Maßnahmen Vertrauen in die politischen Akteur\*innen aufzubauen.

**(2) Vertrauen schaffen durch bessere Einbindung von Multiplikator\*innen:** Misstrauen gegenüber staatlichen Institutionen ist ein wichtiger Grund, warum sich Menschen nicht impfen lassen. Erfolgversprechende Kampagnen müssen zivilgesellschaftliche Akteur\*innen, Unternehmen, Multiplikator\*innen wie Influencer\*innen, Sportler\*innen oder religiöse Persönlichkeiten einbinden, die in den verschiedenen sozialen Milieus hohes Vertrauen genießen.

**(3) Nutzung digitaler Kanäle intensivieren:** Die verschiedenen gesellschaftlichen Milieus nutzen sehr unterschiedliche Informationskanäle. Diese umfassen neben den klassischen Medien vor allem eine sich immer weiter ausdifferenzierende Vielfalt digitaler Kanäle mit unterschiedlichen Nutzer\*innen-Profilen, darunter verschiedene Social-Media-Kanäle

(Instagram, Twitter, Facebook), Video-Plattformen (TikTok, Twitch, Youtube) und Chatgruppen (WhatsApp, Telegram, Signal). Vor allem die sozialen Medien müssen viel stärker als bisher in die Kommunikation eingebunden werden, und zwar nicht nur für die einseitige Informationsvermittlung, sondern auch für die interaktive Beratung. Digitale Kommunikation sollte das direkte Gespräch vor Ort ergänzen, das grundsätzlich vorzuziehen ist, aber einen hohen Personalaufwand erfordert.

**(4) Multi-linguale und nichtschriftliche Kommunikationsangebote ausweiten:** Berlin ist eine internationale Stadt. Der Anteil der Einwohner\*innen mit Migrationshintergrund beträgt 36,6 %, der Anteil der Einwohner\*innen ohne deutsche Staatsangehörigkeit 21,48%. Insbesondere mit Blick auf die letztgenannte Gruppe sollte stärker als bisher berücksichtigt werden, dass die Muttersprache vieler Berlinerinnen und Berliner nicht Deutsch ist. Auch hier bieten soziale Medien beste Voraussetzungen für maßgeschneiderte Informationen und Angebote, da sich diese an den Spracheinstellungen der Nutzer\*innen orientieren können. Zudem: Schriftlichkeit sollte nicht der einzige angebotene Kommunikationsweg sein, und es sollte stärker als bisher auf leichte Sprache gesetzt werden, um die nicht geringe Anzahl an funktionellen Analphabeten zu erreichen.

**(5) Soziale Nachahmungseffekte fördern:** Die Verhaltensweisen von Menschen werden im hohen Maße durch die Verhaltensweisen der Mitmenschen und vor allem derjenigen der eigenen Bezugsgruppe beeinflusst. Die Forschung zur sozialen Dynamik der Meinungsbildung zeigt, dass sich Menschen zu einem Thema mit ihren Meinungen geradezu „anstecken“ können, so dass es zu sozialen Meinungsclustern und zu Polarisierungen zwischen verschiedenen Meinungsclustern kommen kann. Dieser Umstand kann im positiven Sinne für spezifische verhaltensbezogene Interventionen nutzbar gemacht werden. So können die sozialen Ansteckungseffekte mit Blick auf eine Erhöhung der Impfquote zum Beispiel im Jugendbereich befördert werden, indem bereits Geimpfte sichtbare, für Peers darauf hinweisende Icons, wie digitale oder echte Sticker oder Badges, tragen.

**(6) Niedrigschwellige Impfangebote aufbauen und institutionalisieren:** Die Zugangsbarrieren zur Impfung müssen gesenkt werden. Neben den Impfzentren und der Impfung durch Hausärzte gilt es, mobile Impfteams zu verstärken. Niedrigschwellige Angebote, wie Impfangebote in Supermärkten oder vor beliebten Freizeiteinrichtungen, die verlässlich für einen ausreichend langen Zeitraum regelmäßig vor Ort sind, können helfen, stark eingebundenen oder impfzögerlichen Menschen ein überzeugendes, gut informiertes Impfangebot zu machen. Impfkampagnen sollten sozialräumlich differenziert durch Beratung von Vertrauenspersonen begleitet werden (z.B. Gesundheitslotsen, Stadtteilmütter). Aber auch Aktionen wie in Israel, bei denen es für eine Impfung einen Cocktail gab („One shoot for one shot“), können besonders für junge Menschen ein attraktives Angebot sein. Insbesondere in den Sommermonaten können solche Angebote an einschlägigen „points of interest“ viele Menschen erreichen (Ausgeviertel, Gewässer, Parks, öffentliche Plätze etc.). Auch hier ist die begleitende Aufklärung nicht zu vernachlässigen.

**(7) Trägheit bekämpfen – impfbereite Bürger\*innen kontaktieren und erinnern:** Informationen und Aufrufe zum Impfen, ob vor Ort oder in den sozialen Medien, müssen mit einer möglichst einfachen Option zur Buchung eines Impftermins verknüpft sein. Eine Registrierung mit E-Mail und ggf. Mobilfunknummer sollte genutzt werden, um einmal Registrierte an ihren Impftermin zu erinnern. Optional sollte zudem die Zustimmung zur Information bzw. Einladung zu zukünftigen empfohlenen (Auffrischungs-)Impfungen

eingeholt werden. Bei niedrigschwelligem Impfangebot vor Ort sollte neben der sofortigen Impfung stets auch die Registrierung für eine spätere Impfung in einem Impfzentrum oder bei kooperierenden Arztpraxen und Apotheken angeboten werden.

**(8) Anreize schaffen:** Studien zeigen, dass Geldzahlungen die Teilnahme an einer Impfung erhöhen können. Allerdings müssten die Geldzahlungen an alle Geimpften gezahlt werden, um diejenigen Bürger\*innen nicht zu benachteiligen, die bereits geimpft wurden. Um die öffentlichen Finanzen nicht zu sprengen, empfehlen wir die Einführung von indirekten Belohnungen in Form von Lotterien oder staatlich finanzierten Gutscheinen für Geschäfte oder Kultureinrichtungen, die besonders unter der Pandemie gelitten haben.

**(9) Impfstoffe mit traditionellen Wirkprinzipien bewerben:** In Teilen der Bevölkerung gibt es ein ausgeprägtes Misstrauen gegenüber den sogenannten Vektor- und mRNA-Impfstoffen. Daher sollte auch der Proteinimpfstoff „Nuvaxovid“ mit seiner traditionelleren Wirkweise nachdrücklich beworben und angeboten werden.<sup>1</sup> Gleiches gilt für weitere Impfstoffe, die ggf. noch zugelassen werden. Zugleich sollten diese Impfstoffe in einer Weise kommuniziert werden, die Vektor- und mRNA-Impfstoffe nicht in Misskredit geraten lassen.

**(10) Effektivität von Maßnahmen zügig und kontinuierlich evaluieren:** Evaluationen von konkreten Maßnahmen zur Verbesserung der Impfquote haben gezeigt, dass vermeintlich marginale Details wie etwa der genaue Wortlaut von Einladungen zur Impfung bereits Auswirkungen auf die Impfbereitschaft und deren Inanspruchnahme haben können. Für die von uns empfohlenen Maßnahmen heißt dies, dass diese kampagnenbegleitend auf ihre Wirksamkeit hin überprüft werden sollten. Insbesondere bei Social-Media-Kampagnen und vergleichbaren Interventionen ist dies z.B. über die Messung von „Klickraten“ im Rahmen sogenannter A/B-Tests ohne größeren Aufwand möglich. Darüber hinaus sollte es einen intensiven Erfahrungsaustausch inklusive Evaluationen zwischen den Bezirken über erfolgreiche Maßnahmen geben.

### **III. Empfehlung zur Einführung einer Impfpflicht für Personen ab dem 50sten Lebensjahr**

Die im letzten Abschnitt formulierten Empfehlungen setzen auf eine freiwillige Entscheidung für die Impfung.<sup>2</sup> Welchen Einfluss eine Einführung einer Impfpflicht auf die Impfquote und den Schutz besonders gefährdeter Gruppen haben wird und ob mögliche nicht-intendierte Effekte die Vorteile konterkarieren können, ist wissenschaftlich nicht eindeutig zu beantworten, so dass unsere Empfehlung das Ergebnis einer Abwägung unter Unsicherheit ist und im Unterschied zu den unter Punkt I und II formulierten Empfehlungen zwar mehrheitlich, aber nicht konsensuell von dem Expertengremium verabschiedet wurde.<sup>3</sup> Die im Folgenden

---

<sup>1</sup> In einer im Dezember 2021 durchgeführten, repräsentativen Befragung gaben 33 % der bis dahin noch nicht geimpften Teilnehmer\*innen an, dass sie sich mit einem Proteinimpfstoff impfen lassen würden (Klüver et al. (2021)). In einer weiteren Umfrage aus dem Herbst 2021 lag der Anteil der Ungeimpften, die angaben, ihre Impfbereitschaft würde nach Zulassung von Impfstoffen mit „klassischem Wirkprinzip“ zunehmen, sogar bei 56 % (Forsa 2021).

<sup>2</sup> Die Einführung einer Impfpflicht tangiert moralische und verfassungsrechtliche Fragen des Rechts auf körperliche Unversehrtheit und der individuellen Entscheidungsfreiheit bei Gesundheitsfragen, die u.a. vom Deutschen Ethikrat diskutiert wurden. Wir klammern diese Themen an dieser Stelle weitgehend aus, weil sie nicht in den Bereich unserer Expertise gehören.

<sup>3</sup> Fünf Personen sprachen sich für und drei Personen gegen die hier formulierte Empfehlung einer Impfpflicht ab dem 50sten Lebensjahr aus.

formulierten Pro- und Contra-Argumente führen im Resultat zu der Empfehlung, sich auf Bundesebene für eine Impfpflicht für Personen ab dem 50sten Lebensjahr einzusetzen.

**(1)** Grundsätzlich gilt: Von der Einführung einer Impfpflicht sollte dann abgesehen werden, wenn die Impfquote auch ohne ihre Einführung erheblich erhöht werden kann, u.a. durch die oben genannten Maßnahmen. Nach heutigem Forschungsstand erscheint es allerdings zweifelhaft, ob dieses Ziel erreicht werden kann.<sup>4</sup>

**(2)** Studien zur Effektivität von bereits bestehenden Impfpflichten zeigen, dass diese die Impfquote signifikant erhöhen können (z.B. Drew 2019; Lévy-Bruhl 2019; Pitts et al. 2014; Wang et al. 2017). Ob sich diese Ergebnisse auf eine Impfpflicht gegen SARS-CoV-2 übertragen lassen, ist angesichts einer ausgeprägten und verhärteten Impfgegnerschaft in Teilen der Bevölkerung allerdings nicht eindeutig zu beantworten.

**(3)** Zudem gilt es Fragen der Umsetzung und vor allem die Nebenfolgen einer Impfpflicht zu berücksichtigen: Gegner\*innen einer Impfpflicht argumentieren u. a., dass diese zu einer weiteren Radikalisierung bei den Impfskeptikern führen und im ungünstigsten Fall auch bei denjenigen Personen Ablehnung erzeugen wird, die grundsätzlich noch von einer Impfung überzeugt werden könnten (Schmelz 2021).

**(4)** Angesichts dieser ambivalenten Ausgangslage spricht vieles für einen Kompromiss, nämlich: eine Impfpflicht ab 50 Jahre. Die Gründe dafür sind:

(4.1) Das Mortalitätsrisiko und die Wahrscheinlichkeit einer schweren Erkrankung auf Grund einer SARS-CoV-2-Infektion ist bei älteren Personen besonders stark ausgeprägt; eine Impfung schützt vor allem diese älteren Bürgerinnen und Bürger. Eine Erhöhung der Impfquote durch eine Impfpflicht für ältere Jahrgänge schützt zugleich auch die gesamte Gesellschaft vor einer Überlastung der Krankenhäuser und der Intensivstationen. Sie sichert damit das Recht aller Bürgerinnen und Bürger auf eine gute gesundheitliche Versorgung, auch und gerade bei nicht coronabedingten Erkrankungen.

(4.2) Gerade weil die Mortalität auf Grund einer COVID-19-Erkrankung bei älteren Personen besonders ausgeprägt ist, und diese durch eine Impfung deutlich reduziert werden kann, dürfte ein Impfpflicht für ältere Personen auch eine höhere Akzeptanz in der Bevölkerung genießen und damit mögliche Reaktanzen und eine zunehmende Spaltung der Gesellschaft im verträglichen Rahmen halten.

(4.3) Die Einführung einer Impfpflicht für Personen über 50 Jahre sollte einhergehen mit einer breiten öffentlichen und individuellen Aufklärung über die Schutzwirkung einer Impfung und mögliche Nebenwirkungen.

(4.4) Weiterhin gilt es deutlich darauf hinzuweisen, dass eine Nichtbefolgung eine Ordnungswidrigkeit darstellt, die mit einem Bußgeld belegt ist, eine Zwangsimpfung aber in keinem Fall stattfinden wird.

---

<sup>4</sup> Verschiedene Studien zeigen, dass sich die Positionen von Impfgegner\*innen mittlerweile verhärtet haben. Auch wenn die o.g. Maßnahmen die Impfbereitschaft erhöhen werden, ist davon auszugehen, dass damit die angestrebte Impfquote nicht erzielt werden wird. Klüver et al. (2021) errechnen beispielsweise in ihrer Studie vom März 2020, dass selbst bei der Zahlung von 50 Euro an Personen, die sich impfen lassen, die Impfquote maximal auf 75 % angehoben werden kann.

(4.5) Der Gesetzgeber sollte dafür Sorge tragen, dass die Bußgelder einkommensabhängig und progressiv gestaffelt werden, damit die finanzielle Sanktion ihre Wirkung entfalten kann und zugleich sozial gerecht ist.

(5) Im Sinne der obigen Ausführungen zur Unvorhersehbarkeit der zukünftigen Entwicklung der Pandemie handelt es sich bei dem Votum, sich auf Bundesebene für eine altersabhängige Impfpflicht einzusetzen, um eine vorläufige Empfehlung, die bei geänderter Sachlage neu bewertet werden muss. Sollten neue Virusvarianten auftreten, die zu einem deutlich schwereren Krankheitsverlauf und einer erhöhten Mortalität führen als die momentane Omikron-Variante, oder sollten neue Impfstoffe entwickelt werden, die besser vor der Ansteckung und Weitergabe des Virus schützen, so wären dies wichtige Gründe, über eine Ausdehnung der Impfpflicht neu zu beraten. Ebenso gilt umgekehrt, dass bei einer Abmilderung des Virus die Impfpflicht wieder zurückgenommen bzw. auf eventuelle Verpflichtungen zu Auffrischungsimpfungen verzichtet werden sollte. Wir empfehlen entsprechend, insbesondere die Möglichkeit einer Ausdehnung der Impfpflicht von vorneherein zu kommunizieren, damit die Politik zu einem späteren Zeitpunkt nicht als wortbrüchig etikettiert werden kann und in der Folge Vertrauensverluste erleidet.

## **Anhang: Wissenschaftliche Bestandsaufnahme.** Ausmaß und Ursachen der Impflücke und allgemeine Schlussfolgerungen für geeignete politische Maßnahmen

### **1. Datendefizite**

Voraussetzung einer guten Beratung zur Verbesserung der Impfquoten ist eine empirische Bestandsaufnahme. Die SARS-CoV-2-Pandemie hat aufgezeigt, wie wichtig eine detaillierte und effiziente digitale Erfassung von Versorgungs-, Infektions- und Mortalitätsdaten und ein niedrigschwelliger Datenzugang für gemeinwohlorientierte Zwecke und eine systematische Erhebung der Motivlagen der Bürger\*innen sind. Deutschland stellt in diesen Punkten ein europäisches Schlusslicht dar, was u.a. Rückschlüsse auf Motive und soziodemographische Hintergründe von impfzögerlichen Menschen erschwert. Konkrete Empfehlungen zur Verbesserung der Datenlage, auch im Hinblick auf mögliche zukünftige Pandemien, werden wir in einer gesonderten Stellungnahme vorlegen.

### **2. Deskriptive Bestandsaufnahme**

(1) Impfbückhaltung bedeutet nicht unbedingt Impfbverweigerung. Überzeugte Impfbgegner\*innen bilden nur eine Teilgruppe derer, die nicht geimpft sind. Klein scheint diese Gruppe jedoch nicht zu sein: In einer durch das Bundesministerium für Gesundheit beauftragten Befragung Ungeimpfter antworteten 65 % der Befragten im November, dass sie sich „auf keinen Fall“ impfen lassen wollten, weitere 23 % antworteten mit „eher nein“ (Forsa 2021, S. 20). Bezugszeitraum waren dabei laut Fragestellung allerdings „die nächsten acht Wochen“ und mehr als die Hälfte der Befragten (56 %) gab an, dass ihre Impfbereitschaft mit der Zulassung neuer Impfstoffe mit „klassischem Wirkprinzip“ zunehmen würde (Forsa 2021, S. 22).

(2) 77,5 % der Bevölkerung in Berlin hat eine Erstimpfung erhalten, 76,7 % eine zweite Impfung und 58,7 % eine Auffrischungsimpfung (Stand 11.03.2022). Diese Werte liegen ca. 1 % über dem Bundesdurchschnitt.

(3) Es zeigen sich zum Teil große Unterschiede zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen. Dabei ist einschränkend anzumerken, dass einige Bevölkerungsgruppen (z.B. auf Grund von Sprachbarrieren) von sozialwissenschaftlichen und epidemiologischen Befragungen nicht oder nur schlecht erreicht werden.

(a) Ältere sind deutlich häufiger geimpft als jüngere Erwachsene.

(b) Bildungsunterschiede sind ebenfalls recht stark ausgeprägt: je höher die Bildung, desto höher die Impfquote.

(c) Menschen mit Migrationshintergrund sind im Durchschnitt (bei gleichzeitiger Varianz zwischen den verschiedenen Herkunftsländern) seltener geimpft als Personen ohne Migrationshintergrund. Dies scheint jedoch nicht auf eine geringere Impfbereitschaft zurückzuführen zu sein, da diese laut Bevölkerungsumfragen unter der ersten Gruppe sogar höher ausgeprägt ist (vgl. RKI 2022).

### **3. Ursachen für eine Impfbereitschaft bzw. Impfbückhaltung**

Im Hinblick auf politische Maßnahmen zur Erhöhung der Impfquote muss die Frage beantwortet werden, welche Ursachenfaktoren für Impfskepsis und Impfbückhaltung verantwortlich sind. Aus der Literatur ergeben sich vier allgemeine Faktoren, die eine Impfbückhaltung bzw. eine Impfbereitschaft (nicht nur im Hinblick auf Covid-19) und zum



Teil sicher auch die beschriebenen Unterschiede erklären können (vgl. hierzu WHO 2014; Betsch et. al. 2018):

(1) Risikoeinschätzung: Die Menschen unterscheiden sich hinsichtlich des wahrgenommenen eigenen Risikos, sich (a) zu infizieren und (b) nach einer Infektion schwer zu erkranken.

(2) Vertrauen bzw. Misstrauen: Mangelndes Vertrauen bzw. Misstrauen kann ein wichtiger Grund für Impfburückhaltung sein. Das Misstrauen kann sich dabei auf den Impfstoff (Wirksamkeit, Nebenwirkungen) beziehen, aber auch auf diejenigen Institutionen und Akteur\*innen, die die Impfung empfehlen und/oder umsetzen (Politik, Wissenschaft, Medien), wobei diese Formen des Misstrauens untereinander in der Regel recht stark korrelieren.

(3) Bereitschaft, andere zu schützen (kollektive Verantwortung). Selbst wenn eine Person ihr eigenes Erkrankungsrisiko als sehr gering einschätzt, kann sie sich für eine Impfung entscheiden, um andere Personen – Familienmitglieder, Freunde oder sogar die Gesellschaft insgesamt – zu schützen.

(4) Restriktionen und Anreize: Die Übersetzung einer allgemeinen Impfbereitschaft bzw. -absicht in konkretes Verhalten (tatsächliche Impfung) wird begünstigt, wenn der Zugang zur Impfung mit geringen Restriktionen, also mit wenig Aufwand (Nähe zum Impfzentrum, Zeit, finanzielle Kosten) verbunden ist (Klüver et al. 2021). Das Gegenstück zu Restriktionen sind Anreize. Diese können in finanziellen Begünstigungen (Geldzahlungen für eine Impfung; Teilnahme an einer Lotterie) (Campos-Mercade et al. 2022; Duch et al. 2021; Klüver et al. 2021; Sprengholz et al. 2021; Serra-Garcia and Szech 2021) oder auch in Zugangsrechten bestehen (wie z.B. nur Geimpfte dürfen ins Restaurant) (Klüver et al. 2021; Sprengholz et al. 2021).

#### **4. Allgemeine Schlussfolgerungen**

(1) Insgesamt belegt die aktuelle Forschung zur Covid-19-Impfung, dass dem Faktor „Vertrauen“ eine entscheidende Bedeutung zukommt. Menschen, die noch ungeimpft sind, haben ein sehr geringes Vertrauen in gesellschaftliche Schlüsselinstitutionen wie Politik und Wissenschaft und in den Impfstoff bzw. die Sicherheit der Impfung (Forsa 2021; RKI 2021; Heisig et al. 2022). Dies gilt insbesondere für diejenigen, die eine Impfung mehr oder weniger kategorisch ablehnen.

Mit Blick auf das Ziel einer höheren Impfquote ist dieser Befund ernüchternd, da sich Vertrauen kurzfristig wohl weniger leicht beeinflussen lässt als Zugangsbarrieren oder Informationsdefizite. Dennoch ergeben sich aus diesem Ergebnis einige allgemeine Schlussfolgerungen für politisches Handeln und politische Kommunikation.

Vorschnelle Festlegungen sollten vermieden werden, um später nicht „wortbrüchig“ werden zu müssen. Risikoinformationen und wissenschaftliche Unsicherheit sollten klar und transparent kommuniziert werden. Mangelnde Übereinstimmung von verfügbaren Informationen, ihren Bewertungen und den resultierenden Empfehlungen trägt zur Verunsicherung der Bevölkerung bei, bietet Angriffsfläche für Falsch- und Desinformation und untergräbt das Vertrauen in politisches Handeln und staatliche Schutzmaßnahmen.

Die Einbindung zivilgesellschaftlicher milieuspezifischer „Multiplikator\*innen“ kann ein vielversprechender Ansatz zur Überwindung von Vertrauensdefiziten sein. Idealerweise geht diese über bloße Aufrufe hinaus und ist in ein größeres glaubwürdiges Maßnahmenpaket rund um die Verbesserung der Gesundheitschancen der adressierten Gruppen eingebettet (vgl. dazu die Erfahrungen aus dem US-amerikanischen Projekt Communivax sowie Hoebel 2022).

(2) Neben der Gruppe der entschiedenen Impfgegner\*innen gibt es nach wie vor auch eine Gruppe von Menschen, die grundsätzlich zur Impfung bereit ist und deren bisherige Nichtimpfung nicht oder weniger auf mangelndes Vertrauen, sondern auf andere Faktoren zurückzuführen ist.

So ist die vergleichsweise geringe Impfquote junger Erwachsener offenbar zu einem guten Teil auf die (faktisch korrekte) Wahrnehmung, selbst weniger stark gefährdet zu sein, zurückzuführen – und nicht auf grundsätzliche Impfskepsis. Auch bei Menschen mit Migrationsgeschichte scheint die niedrigere Impfquote nicht auf einer geringeren Impfbereitschaft zu beruhen, sondern in erster Linie auf Sprachbarrieren und (zum Teil damit zusammenhängend) auf Wissens- und Informationsdefiziten hinsichtlich des Zugangs zur Impfung und der Struktur der Gesundheitsversorgung (RKI 2022). Insbesondere in diesen Gruppen sollte sich die Impfquote daher durch gezielte sprachlich adaptierte Ansprache und den Abbau von gruppenspezifischen Barrieren bzw. die Schaffung geeigneter Anreize beträchtlich steigern lassen.

Aus den oben beschriebenen Befunden ergibt sich auch, dass es neben einem allgemeinen Abbau von Barrieren bzw. einer weiteren Stärkung niedrigschwelliger Impfangebote „in den Kiezen“ insbesondere um gezielte Maßnahmen zur Aktivierung der grundsätzlich vorhandenen Impfbereitschaft bei Personen mit geringer Lesekompetenz, begrenzten Deutschkenntnissen und eingeschränkten Kenntnissen des deutschen Systems der Gesundheitsversorgung gehen muss. Zum besseren Verständnis und zur Weiterentwicklung von Maßnahmen sind explorative, qualitative Studien unter Beteiligung der von der Pandemie besonders betroffenen Bevölkerungsgruppen zu empfehlen (Hoebel et al. 2022).

Dabei ist zu berücksichtigen, dass die verschiedenen sozialen Milieus sehr unterschiedliche Kanäle der Informationsvermittlung nutzen. Diese umfassen neben den klassischen Medien vor allem eine sich immer weiter ausdifferenzierende Vielfalt digitaler Kanäle mit unterschiedlichen typischen Nutzer\*innen-Profilen, darunter verschiedene Social-Media-Kanäle (Instagram, Twitter, Facebook), Video-Plattformen (TikTok, Twitch, Youtube) und Chatgruppen (WhatsApp, Telegram, Signal). Auch hier gilt: Eine Einbindung milieuspezifischer Meinungsführer\*innen scheint besonders zielführend zu sein: Aufklärung und Einladungen zum Impfen sollten nicht nur von staatlicher Seite, sondern möglichst auch durch zivilgesellschaftliche Multiplikator\*innen wie Influencer\*innen, Sportler\*innen oder religiöse Persönlichkeiten erfolgen.

## Literatur

Alsan, Marcella & Sarah Eichmeyer (2021). Experimental Evidence on the Effectiveness of Non-Experts for Improving Vaccine Demand. National Bureau of Economic Research Working Paper 28593. DOI: 10.3386/w28593.

Auspurg, Kathrin (2022): Statt ‚Boost‘ nur ‚Bias‘? Zum Kollaps von Qualitätsstandards in der (umfragebasierten) Corona-Forschung und was man dagegen tun könnte. Vortrag im WZB Kolloquium „Soziologische Perspektiven auf die Corona-Krise“, 19. Januar 2022.

Baliotti, Stefanie, Lise Getoor, Daniel G. Goldstein & Duncan J. Watts (2021). Reducing opinion polarization: Effects of exposure to similar people with differing political views. *Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS)*, 118(52): e2112552118.

Betsch Cornelia, Philipp Schmid, Dorothee Heinemeier, Lars Korn, Cindy Holtmann & Robert Böhm (2018). Beyond confidence: Development of a measure assessing the 5C psychological antecedents of vaccination. *PLoS ONE*, 13(12): e0208601.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2021). Begleitforschung zur Kommunikation der Corona-Schutzimpfung in Deutschland (CoSiD). Ergebnisse einer Repräsentativbefragung der Allgemeinbevölkerung im Juli 2021. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Campos-Mercade, Pol, Armando N. Meier, Florian H. Schneider, Stephan Meier, Devine Pope & Erik Wengström (2021). Monetary incentives increase COVID-19 vaccinations. *Science*, 374( 6569): 879-882.

Diehl, Claudia & Christian Hunkler (2022). Vaccination-related attitudes and behavior across birth cohorts. Evidence from Germany. *PloS ONE*, 17(2): e0263871.

Drew, Liam (2019). The Case for Mandatory Vaccination. *Nature* 575(7784): S58–S60

Duch, Raymond M., Adrian Barnett, Maciej Filipek, Laurence Roope, Mara Violato, Philip Clarke (2021). Cash versus Lotteries: COVID-19 Vaccine Incentives Experiment. medRxiv (July 28, 2021). DOI: 10.1101/2021.07.26.21250865.

Forsa (2021). Ergebnisbericht. Befragung von nicht geimpften Personen zu den Gründen für die fehlende Inanspruchnahme der Corona-Schutzimpfung. Berlin: forsa.

[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/C/Coronavirus/Befragung\\_Nichtgeimpfte\\_-\\_Forsa-Umfrage\\_Okt\\_21.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Befragung_Nichtgeimpfte_-_Forsa-Umfrage_Okt_21.pdf)

Graeber Daniel, Christoph Schmidt-Petri & Carsten Schroder (2021). Attitudes on voluntary and mandatory vaccination against COVID-19: Evidence from Germany. *PLoS ONE*, 16(5): e0248372.

Hartmann, Felix, Ferdinand Geißler, Heike Klüver, Macartan Humphreys & Johannes Giesecke (2022). Trading Liberties: Most citizens do support restricting freedoms in times of crisis. OSF Preprint (March 13, 2022). DOI: 10.31219/osf.io/m6yvb.

Haug, Sonja, Rainer Schnell, Anna Scharf, Amelie Altenbuchner & Karten Weber (2021). Bereitschaft zur Impfung mit einem COVID-19-Vakzin - Risikoeinschätzung, Impferfahrungen und Einstellung zu Behandlungsverfahren, Prävention und Gesundheitsförderung (2021). DOI: 10.1007/s11553-021-00908-y.

Heisig, Jan Paul, Heiko Giebler & Christian Rauh (2022). Eine Frage des Vertrauens. Warum Menschen die Corona-Impfung ablehnen. *WZB-Mitteilungen*, 175: 36-39.

Hoebel, Jens, Sebastian Haller, Susanne Bartig, Niels Michalski, Adine Marquis, Michaela Diercke, Nora Schmid-Küpke, Ole Wichmann, Navina Sarma, Lars Schaade & Claudia Hövener (2022): Soziale Ungleichheit und COVID-19 in Deutschland – Wo stehen wir in der vierten Pandemiewelle? *Epid Bull* 2022;5:3-10 | DOI 10.25646/9555

Klüver, Heike, Felix Hartmann, Macartan Humphreys, Ferdinand Geißler & Johannes Giesecke (2021). Incentives can spur Covid-19 vaccination uptake? *Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS)*, 118(36): e2109543118.

Kösters, Raphael & Olaf Jandura (2018). Politische Kommunikation in heterogenen Lebenswelten. Kommunikationspraxis in politischen Milieus und Bedingungen ihrer Integration. *Studies in Communication and Media*, 7(2): 129–185.

Lévy-Bruhl, Daniel et al. (2019). Assessment of the impact of the extension of vaccination mandates on vaccine coverage after 1 year, France. *Eurosurveillance*, 24(26), 1900301.

Milkman, Katherine L. et al. (2022). A 680,000-person megastudy of nudges to encourage vaccination in pharmacies. *Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS)*, 119(6): e2115126119.

WHO (World Health Organization) (2014). The Report of the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy.  
[https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1\\_Report\\_WORKING\\_GROUP\\_vaccine\\_hesitancy\\_final.pdf](https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf)

Pitts, Samantha I. et al. (2014). A Systematic Review of Mandatory Influenza Vaccination in Healthcare Personnel.” *American Journal of Preventive Medicine*, 47(3), 330–40.

RKI (Robert Koch Institut) (2021). COVID-19-Impfquotenmonitoring in Deutschland als Einwanderungsgesellschaft (COVIMO-Fokuserhebung). 1. Report.  
[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Projekte\\_RKI/COVIMO\\_Reports/covimo\\_studie\\_bericht\\_1.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/COVIMO_Reports/covimo_studie_bericht_1.pdf?__blob=publicationFile)

RKI (Robert Koch Institut) (2022). COVID-19-Impfquotenmonitoring in Deutschland als Einwanderungsgesellschaft (COVIMO-Fokuserhebung). 9. Report.  
[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Projekte\\_RKI/COVIMO\\_Reports/covimo\\_studie\\_bericht\\_9.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/COVIMO_Reports/covimo_studie_bericht_9.pdf?__blob=publicationFile)

Schmelz, Katrin (2021). Enforcement may crowd out voluntary support for Covid-19 policies, especially where trust in government is weak and in a liberal society. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America (PNAS)*, 118(1): e2016385118.

Schmelz, Katrin & Samuel Bowles (2021). Overcoming COVID-19 vaccination resistance when alternative policies affect the dynamics of conformism, social norms and crowding-out. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America (PNAS)*, 118(25): e2104912118.

Serra-Garcia, Marta & Nora Szech (2021). Incentives and Defaults Can Increase COVID-19 Vaccine Intentions and Test Demand. Available at SSRN. DOI: 10.2139/ssrn.3818182.

Sprengholz, Philipp, Luca Henkel & Cornelia Betsch (2021). Payments and Freedoms: Effects of Monetary and Legal Incentives on COVID-19 Vaccination Intentions in Germany. *PsyArXiv* (June 07, 2021). DOI: 10.31234/osf.io/hfm43.

Tjaden, Jasper & Esther Haarmann (2022). Promoting COVID-19 vaccination uptake among migrant communities on social media – Evidence from Germany. University of Potsdam and International Organization for Migration, Berlin.

[https://gmdac.iom.int/sites/g/files/tmzbd11416/files/documents/social-media-study\\_germany\\_gmdac\\_uni-potsdam.pdf](https://gmdac.iom.int/sites/g/files/tmzbd11416/files/documents/social-media-study_germany_gmdac_uni-potsdam.pdf)

Wang, Tiffany, Ling Jing & Joseph A. Bocchini (2017). Mandatory Influenza Vaccination for All Healthcare Personnel: A Review on Justification, Implementation and Effectiveness. *Current Opinion in Pediatrics* 29(5): 606–615.

Wegwarth, Odette, Friederike Kendel, Ivonne Tomsic, Thomas von Lengerke & Martin Härter (2021): Die COVID-19-Pandemie: Wie gelingt eine transparente Kommunikation von Risiken? *Public Health Forum*, 29(1), 27–31.

Wegwarth Odette, Gert G. Wagner, Claudia Spies & Ralph Hertwig (2020): Assessment of German Public Attitudes Toward Health Communications With Varying Degrees of Scientific Uncertainty Regarding COVID-19. *JAMA Network Open*, 3(12): e2032335.

**Mitglieder\*innen des sozialwissenschaftlichen Beraterstabes für die Corona-Pandemie bei der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung**

Prof. Dr. Gesine Bär (Alice Salomon Hochschule Berlin)

Prof. Dr. Naika Foroutan (Humboldt-Universität zu Berlin)

Prof. Dr. Jürgen Gerhards (Freie Universität Berlin)

Prof. Dr. Jan Paul Heisig (Wissenschaftszentrum Berlin)

Prof. Dr. Heike Klüver (Humboldt-Universität zu Berlin)

Prof. Dr. Ulrike Kluge (Charité)

Prof. Dr. Christoph Neuberger (Freie Universität, Weizenbaum Institut)

Prof. Dr. Odette Wegwarth (Charité)