



**Bundeszentrale  
für  
gesundheitliche  
Aufklärung**

BZgA • 50819 • Köln

Bundesministerium für Gesundheit  
Ref. 614

[REDACTED]  
Friedrichstr. 108  
10117 Berlin

Maarweg 149-161  
50825 Köln

Ihr Zeichen / Ihre Nachricht

Gesch.-Z.: Bitte bei Antwort angeben

Telefon

Datum

10. Juli 2020

**Betreff:** **BZgA-(SARS-CoV-2-/COVID-19)-„Corona“-Impfkampagne**  
inklusive Regionalisierungs- und Forschungsstrategie

**Bezug:** Konzept im Entwurf inklusive Kostenkalkulation

**Berichterstatterinnen:** [REDACTED]

Zur Einführung der SARS-CoV-2-/COVID-19-Impfung gibt die BZgA die **fachliche Empfehlung** für eine **übergreifende Dachkampagne**, eine Corona-Impfkampagne, die auf den Erfahrungen der BZgA im Bereich Planung, Umsetzung und Evaluation der Influenza- und weiterer Impfkampagnen aufbaut und diese für die perspektivische Corona-Impfung adaptiert, u.a. über eine Regionalisierungsstrategie. Hierbei werden die aktuell noch vorhandenen Unwägbarkeiten in Bezug zu den verschiedenen Zielgruppen (STIKO-Empfehlung), Impfstoffklassen und Risiken auf wissenschaftlicher Grundlage kontinuierlich berücksichtigt.

Erreichbar mit öffentl. Verkehrsmitteln:  
KVB-Linie 1, Haltestelle Maarweg

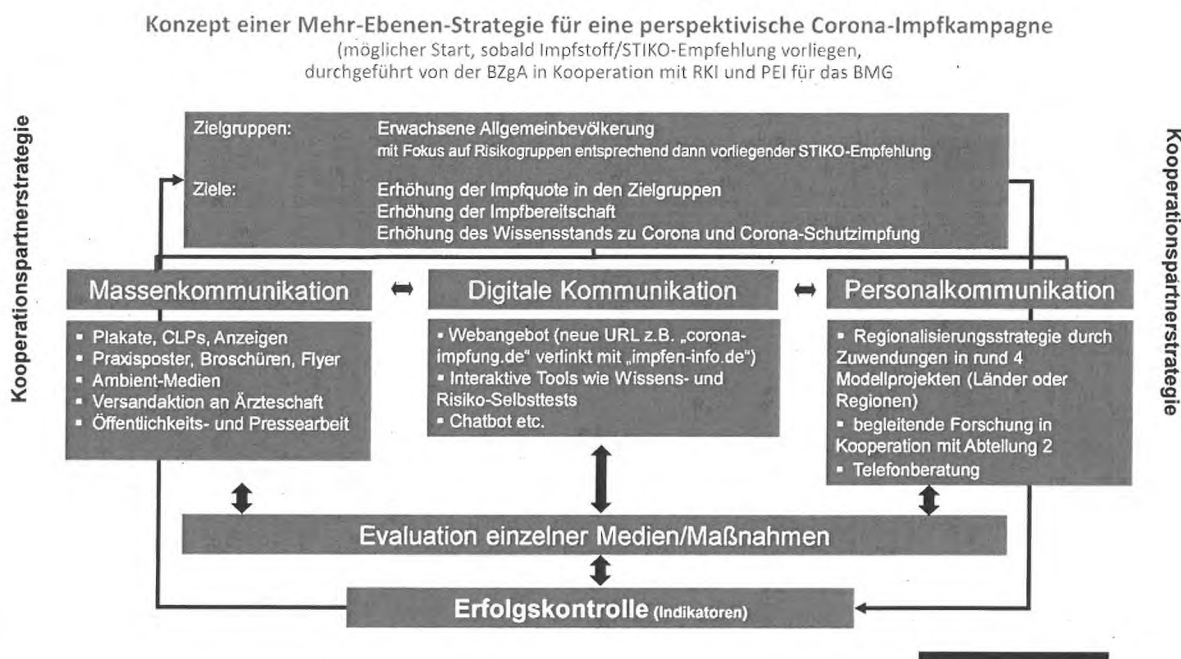
Dienstzeiten:  
Montag - Donnerstag: 9:00 - 15:00 Uhr  
Freitag: 8:30 - 14:30 Uhr

Kontoverbindung:  
Deutsche Bundesbank  
Filiale Saarbrücken  
BIC MARKDEF1590  
IBAN DE81590000000059001020

Internet-Adresse:  
<http://www.bzga.de>  
<http://www.bzga.de/rss-presse.php>  
[http://www.twitter.com/bzga\\_de](http://www.twitter.com/bzga_de)

## Übersicht

### 1. Einführung



Die geplante bundesweite Corona-Impfkampagne soll in enger Zusammenarbeit von BZgA mit RKI und PEI geplant, umgesetzt und kontinuierlich fortentwickelt werden.

Die Kampagne folgt dabei einer bewährten Mehr-Ebenen-Strategie des Social Marketings und umfasst miteinander verzahnte Kommunikationskanäle, hier konkret: Massenkommunikation, Digitale Kommunikation und Personalkommunikation (siehe Visualisierung oben).

Die geplante Corona-Impfkampagne soll dabei besondere Risikogruppen adressieren, sobald diese definiert sind (in Analogie der Influenza- Risikogruppen) und wird hierzu die passenden Kommunikationskanäle und -bedarfe bedienen. Die bundesweite Ausrichtung der Kampagne umfasst – wie auch die BZgA-Influenza-Impfkampagne – grundsätzlich auch die Möglichkeit, dass erstellte Medien wie z.B. Wartezimmerposter, Merkblätter, Flyer, Broschüren etc. oder auch digitale Informationsinhalte von den regionalen und kommunalen Akteuren adaptiert und für ihre Zwecke wie z.B. lokale Impfkampagnen etc. genutzt werden.

Dieses Angebot wird mit einer neuen, in die Kampagne integrierten **Regionalisierungsstrategie** (s.u.) erweitert und ausgebaut, da die Länder sehr unterschiedlich von der Corona-Pandemie betroffen sind. Die Kampagne wird vor diesem Hintergrund mit ausgewählten Ländern bzw. Regionen kooperieren. Diese Kooperationspartnerstrategie umfasst u.a. modellhafte Zuwendungsprojekte, in denen die besonderen Bedarfe der Länder/Regionen im Fokus stehen und die regionalen Akteure spezifische, i.d.R. personalkommunikative Angebote vor Ort entwickeln, umsetzen und evaluieren. Die Kampagne wird damit besonders betroffenen Regionen die Möglichkeit geben, ihre Angebote zur Corona-Impfung zu intensivieren und auf die regionalen Besonderheiten anzupassen, um so zu überprüfen, ob eine höhere Effektivität erreicht werden kann. Langjährige Erfahrungen in der Kooperation mit regionalen Medien liegen zum Beispiel im Rahmen der themenspezifischen Telefonaktionen der BZgA vor. Die Evaluation der Kampagne kann auf die bereits etablierte bundesweite BZgA-Repräsentativbefragung

„Infektionsschutz – Einstellungen, Wissen und Verhalten von Erwachsenen und Eltern gegenüber Impfungen“ (letzte Erhebung 2018, nächste Erhebung Herbst 2020) aufbauen, nutzt aber auch weitere Daten, insbesondere um die Wirksamkeit der Kampagne nachweisen und die Zusatzeffekte der Regionalisierungsstrategie abbilden zu können. In die bundesweite BZgA-Repräsentativbefragung im Jahr 2020 sind bereits erste Items mit Bezug zur Corona-Impfung integriert, sodass hiermit eine erste, jedoch noch nicht für die Regionalisierung nutzbare Datengrundlage vorliegen würde.

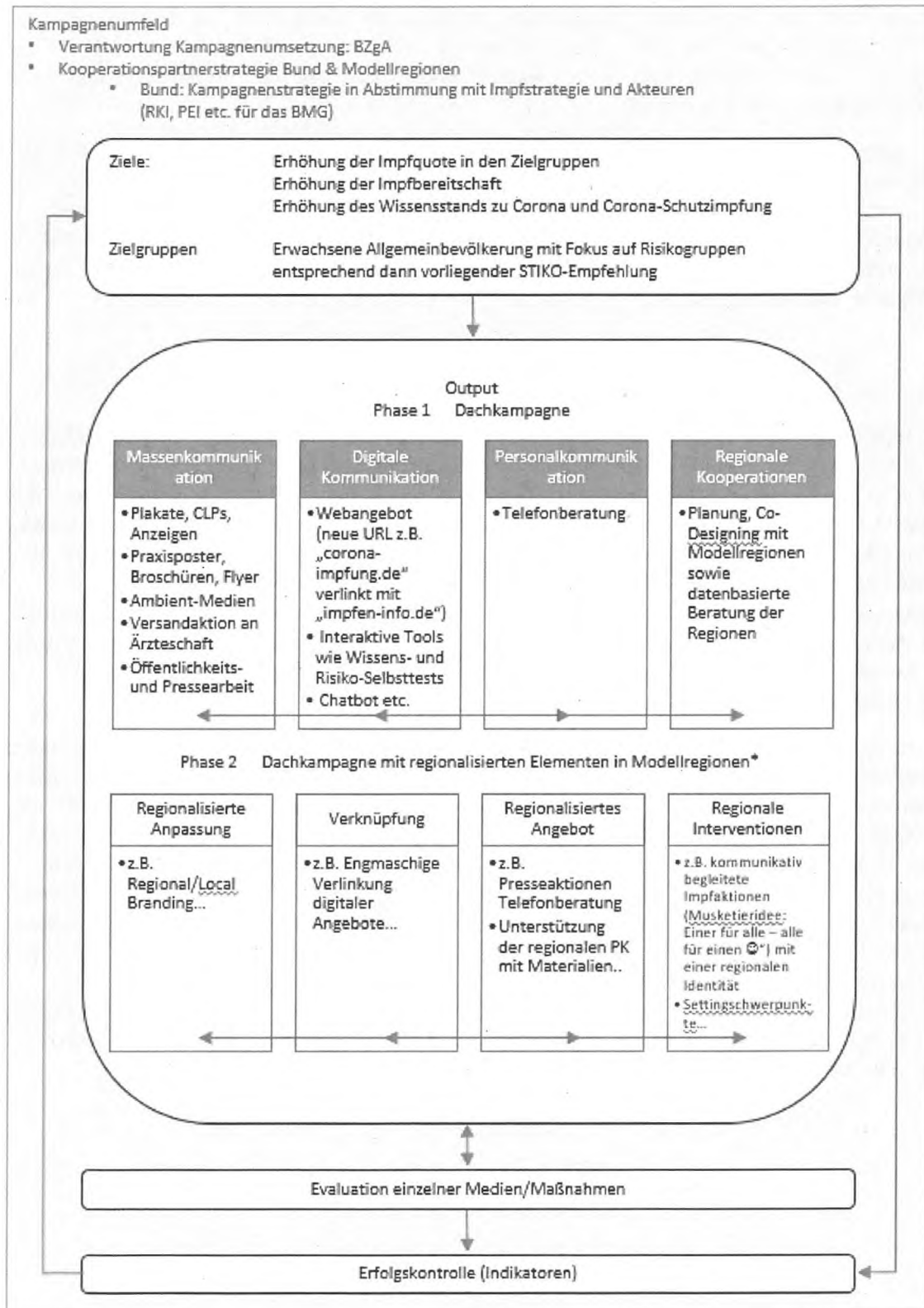
Die Kosten für die Durchführung der bundesweiten Corona-Impfkampagne inklusive der Regionalisierungsstrategie (4 bis 5 Modellregionen) wie oben beschrieben belaufen sich auf kalkulierten rund **3,8 bis 3,9 Mio Euro** jährlich (Personalmittel zuzüglich Sachmittel). Diese Kalkulationssumme berücksichtigt ein Sponsoring des FAW (Plakatfreiflächen entsprechend BZgA-Influenza-Impfkampagne) und wäre nach oben zu korrigieren, sollte kein Sponsoring ermöglicht werden können.

## 2. Zur Regionalisierungsstrategie

Das regionalisierte Vorgehen im Rahmen der Kampagne soll studienförmig als Ressortforschung der BZgA umgesetzt und evaluiert werden. Die Dachkampagne soll von regelmäßig erhobenen Daten zu Impfakzeptanz, Impfverhalten, Risikoperzeption und -verhalten u.a. im Rahmen des COVID-19 Snapshot Monitorings (COSMO-Studie) begleitet werden. Darüber hinaus werden zusätzliche Daten über bevölkerungsweite Befragungen (z. B. CATI) gewonnen werden, die eine Aufstockung der relevanten Zielgruppen in Phase 1 (s. u.) und eine kleinräumigere Regionalisierung in Phase 2 (s. u.) erlauben. Zusammen mit für Modellregionen verfügbaren Sekundärdaten (z.B. Impfquotenmonitoring RKI, Kassenärztliche Vereinigungen) können diese als Ausgangspunkt für die Entwicklung, Implementierung, Steuerung und Evaluation des regionalisierten Vorgehens genutzt werden.

Die vorgeschlagene Kommunikationsstrategie ist zweiphasig. In der ersten Phase der potenziellen Impfstoffknappheit soll die Impfkommunikation mit einem zielgruppenspezifischen Ansatz der Mehrebenenkampagne starten. Im Fokus stehen gemäß derzeitiger Planung Personen, die ein erhöhtes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf haben und daher besonders vulnerabel sind (z.B. Menschen der Altersgruppe ab etwa 50 bis 60 Jahre, chronische Grunderkrankungen, Immunsupprimierte) und Personen, die in systemrelevanten Bereichen (z.B. Gesundheitswesen, kritische Infrastruktur, usw.) tätig sind. In Vorbereitung auf die zweite Phase, die insbesondere das Ziel der Herdenimmunität unterstützen soll, werden schon während der ersten Phase die o.g. Daten (COSMO, CATI-Bevölkerungssurvey-Daten und weitere regionalisierte Daten) gesammelt. In der zweiten Phase wird dann die Dachkampagne bevölkerungsweit ausgerichtet, und in Risiko-Modellregionen mit einem regionalisierten Vorgehen kombiniert, das von den regionalisiert ausgewerteten Daten abgeleitet und über sie gesteuert werden kann.

Abbildung: Schema Mehrebenenkampagne Corona-Impfung, vorläufige Skizzierung von Phase 1 und 2 sowie des regionalisierten Vorgehens<sup>1</sup>



<sup>1</sup>vorläufige Planung, in Entwicklung



### 3. Sachstand

Aktuell steht noch kein Impfstoff zur Verfügung, der vor einer Infektion mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 schützt. Weltweit arbeiten derzeit mehr als 100 Forscherteams intensiv an der Entwicklung eines solchen Impfstoffes. Wann dieser jedoch verfügbar sein wird, ist derzeit noch nicht präzise vorherzusagen.

Eine detaillierte Planung für eine Kommunikationsstrategie zur SARS-CoV-2-Impfung ist zum aktuellen Zeitpunkt aufgrund fehlender Informationen darüber, wann die Entwicklung von entsprechenden Impfstoffen abgeschlossen sein wird, welche neuartigen Impfstofftypen entwickelt und welche Dosen an Impfstoffen in der Folge in der Praxis zur Verfügung stehen werden, welche Zielgruppen im Kontext der epidemiologischen Lage möglicherweise präferiert und welche konkreten Impfempfehlungen sich daraus ergeben werden, nur eingeschränkt möglich.

Bisher ist aus der Forschungszusammenarbeit mit dem COSMO-Snapshot-Monitoring zum Thema Impfen aktuell bekannt (Welle 15, Mai 2020, <https://dfncloud.uni-erfurt.de/s/PkiZW7NWeBSCCqq#pdfviewer>):

- „64% würden sich (eher) gegen COVID - 19 impfen lassen, Mitte April waren es noch 79%, seitdem hat die Bereitschaft deutlich abgenommen. Bei einer angenommenen (zusätzlichen oder regionalen Wellen mit einer) Basisreproduktionsrate von  $R_0 = 3$  und einem perfekt wirksamen Impfstoff würde eine Impfbereitschaft von 64% nicht ausreichen, um die Verbreitung des Virus zu stoppen.“
- „Eine Impfpflicht gegen COVID-19 wird eher skeptisch gesehen und könnte auch dem bestehenden Impfprogramm und weiteren Infektionsschutzziele schaden.“
- „Die Impfung gegen Grippe ist insbesondere für Ältere wichtig, um Vorerkrankungen zu reduzieren. Derzeit ist die (hypothetische) Impfbereitschaft gegen Grippe geringer als gegen COVID-19. Es besteht die Gefahr, dass die Relevanz der Grippeimpfung durch COVID-19 unterschätzt werden könnte.“

Generelles Ziel der Dachkampagne ist es daher, die abgestimmte Impfstrategie so zu begleiten, dass verlässliche Impfinformationen hochrangig kommuniziert und die Motivation zur Inanspruchnahme für die Indikationsgruppen dadurch gefördert werden. Hierfür soll die Dachkampagne mit einem regionalisierten Ansatz so kombiniert werden, dass bestimmte Zielgruppen (Phase 1) und später die gesamte Allgemeinbevölkerung (Phase 2) für den Nutzen der Impfung sensibilisiert werden. Mögliche Einwände sollen aufgegriffen, dargestellt und im besten Fall entkräftet oder dem größeren Nutzen versus Risiken der Impfung eindeutig gegenübergestellt werden.

Um eine möglichst hohe Wirksamkeit der Kommunikationsstrategie zu erzielen, sind drei Hypothesen voranzustellen:

- i. In der Bevölkerung gibt es eine relativ hohe Informiertheit zum Pandemieverlauf und zum pharmazeutischen und nichtpharmazeutischen Maßnahmengeschehen sowohl im Versorgungssystem und Gesundheitswesen (klinische Versorgungsmöglichkeiten, Bereithaltung von Intensivkapazitäten, Bestellsystem im ambulanten Sektor, Impfstoffentwicklung, Corona-App usw.) als auch zu den Folgen in den anderen relevanten Bereichen der Gesellschaft (Wirtschaft, Bildung, Verkehr usw.).
- ii. Die Impfstrategie muss die vermutete, zumindest anfänglich begrenzt knappe Verfügbarkeit eines Impfstoffes berücksichtigen, weshalb neben den STIKO-Impfempfehlungen auch Priorisierungsentscheidungen gefällt und deren Kommunikation vorbereitet werden müssen.

- iii. Dieses Knappheitsmanagement, aber auch die Kommunikationsbotschaften werden sich mit zielgruppenspezifischen und mit regionalspezifischen Gegebenheiten auseinandersetzen, weshalb ein klassischer Zielgruppenansatz im Bereich Kommunikation an Grenzen stoßen wird angesichts regionaler Unterschiede: Nicht nur die Inzidenzen von COVID-19 Fällen in Deutschland sind regional sehr unterschiedlich und wechselnd (z.B. „Hotspot-Regionen“ in Bayern, Nordrhein-Westfalen vs. geringer betroffene Regionen in Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern), sondern auch regionale Ausbrüche sind oft durch lokal- und settingspezifische Umstände bedingt (z.B. Altenheime, Fleischbetriebe, Flüchtlingsunterkünfte). Dies ist u.a. ein Grund, warum die Verantwortung für derzeitige Lockerungsstrategien wie evtl. auch Wiedereinstiege in Lock-down -Strategien auf die regionale Ebene verlagert und an die regionalen pandemischen Verhältnisse angepasst werden.

Ein potenzieller Nutzen von Regionalisierung zeigt sich auch in Bezug auf **Wissen, Einstellungen und Verhalten der Bevölkerung gegenüber Impfungen**, diesbezügliche soziale und ethnische Normen sowie verschiedene Zugangsmöglichkeiten zu Informationen sowie zum Gesundheitssystem: Die Impfraten sind nicht überall gleich, sondern es gibt klare Evidenz, dass Impfraten unterhalb der Herdenimmunitätsschwelle je nach impfpräventabler Krankheit von bis zu 95% in bestimmten Regionen geclustert auftreten<sup>2</sup>. Es ist also oftmals nicht die Bevölkerung im Allgemeinen, die zu wenig geimpft ist, sondern es sind bestimmte Teilpopulationen in Regionen mit spezifischen Charakteristika.

Die genannten empirischen Cluster entsprechen oftmals nicht klassischen “Zielgruppen” der gesundheitlichen Aufklärung (z.B. ältere Menschen, Kinder), sondern müssen eingehender in regionale Kontexte eingebunden differenziert werden. Empirische Daten zeigen, dass es oftmals geographisch eingrenzbare Cluster sind, die ein bestimmtes Impfverhalten zeigen. So empfiehlt auch die ECDC (2020<sup>3</sup>) bei niedrigen Impfraten in spezifischen Subgruppen der Bevölkerung (z.B. in Bezug auf eine geographische Region, Ethnizität, Bildung, sozioökonomischer Status oder Religion), die Ressourcen so einzusetzen, dass insbesondere die Impfraten in den zu wenig geimpften Gruppen gesteigert werden. Psychologische Experten empfehlen Modelle (z.B. das 3C-Modell der SAGE group oder das 5C-Modell von Betsch et al (2019<sup>4</sup>)), die individualisierte Botschaften basierend auf individuellen Impferfahrungen nutzen. Aus einer Public Health Perspektive in Bezug auf die Entwicklung eines Konzepts der effektiven Impfkommunikation sind deshalb insbesondere auch die geographischen Cluster interessant.

#### 4. Phasen der Kommunikationsstrategie

Phase 1 der Kommunikationsstrategie:

##### **Zielgruppenspezifischer Ansatz der Mehrebenenkampagne unter Knappheitsbedingungen**

Im Rahmen eines gemeinsamen Konzeptes zur Einführung und Evaluation einer Impfung gegen COVID-19 wurden erste Anforderungen zur Begleitkommunikation festgehalten. Das vorliegende Konzept soll im Bereich „Begleitkommunikation“ als Dachkampagne im Sinne einer Mehrebenenkampagne weiter ausgestaltet und konkretisiert werden.

---

<sup>2</sup> Völker (2019): Geographische Cluster der Unterimmunisierung gegen Influenza bei über 60-jährigen am Beispiel Westfalen-Lippe. In: Gesundheitswesen. Thieme. DOI 10.1055/a-0921-7374

<sup>3</sup> <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/guidance-hpv-vaccination-eu-focus-boys-people-living-hiv-9vHPV-vaccine>

<sup>4</sup> Bundesgesundheitsbl 2019 · 62:400–409; <https://doi.org/10.1007/s00103-019-02900-6>

Deren Umsetzung soll multimedial in einer Kombination von massen- und personalkommunikativen Maßnahmen erfolgen, unter Nutzung zielgruppenspezifisch relevanter Kanäle und Medien (wie z.B. Online-Kommunikation, Social Media und geeigneter Ambient-Medien).

Ausschlaggebend für die Entwicklung einer zielgruppenspezifischen Mehrebenenkampagne werden neben den jeweils geltenden STIKO-Empfehlungen die Informationsbedarfe zu den Impfstoffen und den Impfstrategien, möglichen Risiken sowie den identifizierten Impfhindernissen sein.

Da zu Beginn der Impfstoffeinführung eine eingeschränkte Verfügbarkeit zu erwarten ist, empfiehlt sich aus fachlicher Sicht gemäß heutiger Informationslage bei der Entwicklung der Kampagne analog zur Influenza-Kampagne der BZgA (siehe <https://www.impfen-info.de/grippeimpfung.html>) ein zielgruppenspezifischer Ansatz, der die Personengruppen fokussiert, die

- a) ein erhöhtes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf haben und daher besonders vulnerabel sind und die
- b) in systemrelevanten Bereichen (z.B. Gesundheitswesen, kritische Infrastruktur, usw.) tätig sind.

Hierzu zählen vor allem ältere Personen (mit stetig steigendem Risiko für schweren Verlauf ab etwa 50 bis 60 Jahren) und Personen mit bestimmten Vorerkrankungen (siehe <https://www.infektionsschutz.de/corona-virus/fragen-und-antworten/krankheitsverlauf-und-immunitaet.html#faq3938>) sowie medizinisches und pflegerisches Personal, da dieses engen Kontakt zu schutzbedürftigen Patienten hat, die durch SARS-CoV-2 gefährdet sind.

**Phase 2 der Kommunikationsstrategie:**

#### **Kombination von Dachkampagne mit regionalisiertem Ansatz**

Die BZgA schlägt vor dem Hintergrund der regional hochvariablen Fallzahlen von COVID-19 und dem regional unterschiedlichen Wissen, Einstellungen und Verhalten gegenüber einer einzuführenden SARS-CoV-2-Impfung vor, die **Kommunikationsstrategie und deren Evaluation in Teilen zu regionalisieren**. Die BZgA hat zum Thema der regionalisierten Impfkommunikationsstrategien einen Projektantrag in einer aktuellen Horizon Europe Ausschreibung eingereicht und kann auf das Wissen zu Clusteridentifikation, die Erfahrungen bezüglich dazu notwendiger Datenzugänge und die konzeptuellen Überlegungen zu regionalisierten Kommunikationselementen zurückgreifen. Die Regionalisierung von Impfkommunikationsstrategien auf Basis von empirischen Daten ist ein innovativer Ansatz, der verspricht, die Effektivität von Impfungen in Zukunft regional und damit auch insgesamt zu steigern und ist insbesondere angesichts der regionalen Varianz der COVID-19 Fallzahlen bedeutsam.

**Vorgehen:** Die BZgA schlägt vor, eine überregionale, „standardisierte“ Dachkampagne (klassische Mehrebenenkampagne, mit den Bausteinen a) Massenkommunikation, b) personalisierte Kommunikation) in bestimmten Modellregionen mit c) regionalisierten Bausteinen zu kombinieren, um die Effektivität der kombinierten Maßnahme mit der der „klassischen“ standardisierten Aufklärungskampagne zu vergleichen und idealerweise durch diese Stratifizierung zu potenzieren.

Für den Fall, dass die SARS-CoV-2-Impfung insbesondere dezentral über niedergelassene Ärzte durchgeführt werden sollte, können basierend auf kleingeographisch (ca. 600 Einwohner, z.B.



über regionale KV-Daten (z.B. aus dem Impfquotenmonitoring des RKI) und weitere Daten<sup>5</sup>) oder mittelgeographisch (Landkreise, Kommunen) verfügbaren Sekundärdaten und regionalisierten Fallzahlen von COVID-19 in bestimmten Modellregionen **geographische Cluster** definiert werden. Sollte die SARS-CoV2-Impfung über den ÖGD oder andere Impfbüros „zentralisiert“ organisiert werden, müssten dann spezifische, zu erhebende Daten des ÖGD alternativ zur KV genutzt werden.

Cluster<sup>6</sup> mit spezifischen, mit dem BMG und dem RKI abzustimmenden Charakteristika, z.B. **hohen Fallzahlen bzw. niedrigen Impfraten** (vor der Einführung der SARS-CoV2-Impfung z.B. operationalisiert anhand von Influenza oder Masern-Impfraten<sup>7</sup>, nach der Einführung dann über tatsächliche SARS-CoV2-Impfraten messbar), würden im Hintergrund als „**Risikocluster**“ in den jeweiligen Modellregionen definiert. Möglich wäre, diese dann per Zufall (Design: cluster-randomisierte kontrollierte Studie) in Interventions- und Kontrollgruppe - evtl. und je nach Fallzahl der Cluster auch in mehrere Interventionsgruppen - einzuteilen. Die Cluster in der Interventionsgruppe erhielten dann zusätzlich zur klassischen Kampagne regionalisierte Interventionsbausteine. Andere mögliche Studiendesigns wären difference-in-difference Ansätze, die die Verläufe der Outcomes in den Modellregionen z.B. mit denen im jeweiligen Bundesland vergleichen. Die Wahl des Studiendesigns wird derzeit weiter entwickelt.

## 5. Entwicklung von regionalisierten Elementen/Interventionen

Die regionalisierten Interventionsbausteine könnten folgende Inhalte umfassen, die im Weiteren als Ressortforschungsstudie definiert werden sollten:

Auf der Grundlage eines regionalisierten sekundärdatenbasierten COVID-19 Fallmonitorings, der Daten des Impfquotenmonitorings und regionalisierter bevölkerungsrepräsentativer primärdatenbasierter Studien zu Impfakzeptanz und -verhalten können Regionen mit Impfpotenzialen und besonderen Aufklärungsbedürfnissen identifiziert werden. In den Regionen sind die Gründe für z. B. geringe Impfakzeptanz und -quoten zu elaborieren. Es ist in Abstimmung mit den jeweiligen Impfstrategien eine regionale Anpassung der Dachkampagne vorzunehmen, die wissenschaftlich begleitet wird. Denkbar wäre die Bereitstellung von Materialien und Kampagnenbausteinen, die von Akteuren vor Ort mit einem regionalen Branding im Sinne eines Co-Designings ergänzt werden. Die Evaluation der Kampagne ist entsprechend regionalisiert anzupassen, d.h. auch Abrufe von Materialien werden datenschutzkonform dokumentiert. Weiterhin kann die BZgA (vorbehaltlich zur Verfügung stehender Ressourcen) als Beratungsinstitution für regionale Akteure fungieren, wenn es um die Ermittlung von Kommunikationsbedarfen geht. Dies kann als Aufarbeitung von regionalisierten Daten u.U. bis auf Quartiersebene in Modellregionen oder durch eine zielgruppengenaue Aufklärungsintervention in einem Versorgungsgebiet je nach Inzidenzlage, Wirtschafts- und Sozialstruktur umgesetzt werden.

<sup>5</sup> Verfügbare Daten: GEOmarkets, Panadress; IT.NRW (open source); Routing Network (TomTom), InKAR, SINUS Milieus

<sup>6</sup> Anmerkung: Die Definition von Clustern beruht auf einer retrospektiven, Beobachtungs-Kohortenstudie für jede Modellregion, denen Verteilungen der geimpften und nicht geimpften Bevölkerung über die letzten Jahre zugrunde liegen. Diese wiederum werden dann in geographischen Karten dargestellt, die die rohen und standardisierten Impfdaten in unterschiedlichen geographischen Einheiten betrachten lassen. Testung auf zufällige versus nicht-zufällige Verteilung lassen dann die Identifikation von Clustern zu.

<sup>7</sup> Unter Berücksichtigung einer evtl. bedingten Transferabilität der Erkenntnisse zwischen den Krankheitsbildern.



Für ein regionalisiertes begleitkommunikatives Vorgehen kann die BZgA auf Expertise in der Durchführung von Mehrebenenkampagnen und einem Partnernetzwerk zum Themengebiet Impfen sowie auf Forschungs- und Praxispartner in weiteren Themengebieten zurückgreifen z.B. als Konsortialführer für ein europäisches Forschungsprojekt zur Steigerung der HPV-Impfquote (Horizon 2020, Antrag eingereicht) oder als Partner in Modellregionen zur Gesundheitsförderung älterer Menschen.

## 6. Besondere Zielgruppen sowohl in Dachkampagne als auch in Modellregionen

**Impfskeptiker** als eine Teilgruppe der sog. Impfmüden (nicht identisch mit „Impfgegnern“) haben unterschiedliche und vielschichtige Gründe, dem Impfen kritisch gegenüber zu stehen<sup>8</sup>. Diese Gründe sind Impfstoff-/ bzw. Krankheits- und kontextspezifisch. Die Gründe für Zweifel sind nicht gleichzusetzen mit den Faktoren, die zu einer klaren Impfverweigerungshaltung führen.

Daher müssen unterschiedliche Bausteine konzipiert werden, die auf den Clustercharakteristika aufbauen. Zwei Bausteine sind vorläufig skizziert, evtl. müssten weitere definiert werden:

- 1) Eine wichtige Grundlage für reduziertes Impfverhalten kann eine niedrige Gesundheitskompetenz und ein geringes Gesundheitswissen sein, manchmal auch gepaart mit geringen sozialen Ressourcen und überlasteten Versorgungsstrukturen. Das zum Baustein gehörende Cluster ist also beispielsweise definiert über niedriges Einkommen und Arbeitslosigkeit plus niedrige Impfraten in der Vergangenheit. (Weitere Clusterprofile gilt es zu identifizieren.) Hier sollten neben einer eingehenden Aufklärung über das medizinische System (z.B. Training von Praxispersonal, Erinnerungssysteme in Praxen) und unter starken Nutzung von Social Media Botschaften für die jungen Zielgruppen evtl. auch zusätzliche Kapazitäten für Impfungen geschaffen werden, wie „Impfbusse“, Schulimpfungen des ÖGD etc..
- 2) Eine weitere Grundlage kann ein mangelndes Vertrauen in die Wirkung der Impfung, Ängste gegenüber Risiken oder Skepsis gegenüber den ausführenden Institutionen sein. Ein zugehöriges Cluster wäre daher definiert über regionale Strukturen (Versorgung, Bildung, Sozialstruktur, Wirtschaftsstruktur) plus niedrige Impfraten in der Vergangenheit. Der regionalisierte Baustein könnten dann gerichtete, intensiviertere und durch Materialien direkt gesteuerte Aufklärungsaktivitäten, z.B. über bestehende Multiplikatorennetzwerke der BZgA, in Settings wie Schulen, Quartieren, Altenheimen etc. enthalten, z.B. auch unter Nutzung von spielerischen Ansätzen („gamification“). Wichtig wäre, hier immer neben den Zielgruppen auch die Multiplikatorenebene in die Intervention mit einzubeziehen.

Je nach Zielgruppe wäre auch eine Impf-App zur Aufforderung, Erinnerung und Nachverfolgung, ggfls in Kombination oder Ergänzung der Meldung zu Nebenwirkungen als weiterer Baustein und Bindeglied zwischen Impfdurchführung und Begleitkommunikation möglich.

<sup>8</sup> Karafillakis, E., Simas, C., Jarrett, C., Verger, P., Peretti-Watel, P., Dib, F., De Angelis, S., Takacs, J., Ali, K. A., Pastore Celentano, L., & Larson, H. (2019). HPV vaccination in a context of public mistrust and uncertainty: a systematic literature review of determinants of HPV vaccine hesitancy in Europe. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 15(7-8), 1615-1627. <https://doi.org/10.1080/21645515.2018.1564436>  
Larson, H., Karafillakis, E., Apfel, F., S., C., Cotter, S., P., D. A., L., M., Ljungqvist, I., A., W., Suk, J., Celentano, L., & Kramarz, P. (2015). Rapid literature review on motivating hesitant population groups in Europe to vaccinate.

## 7. Vorgehen zur datenbasierten und partizipativen Regionalisierung

Die Umsetzung einer regionalisierten Impfkampagne inkl. ihrer gezielten Evaluation mit dem Ziel eines Wirksamkeitsnachweises in der zweiten Kampagnenphase stellt konzeptuell eine Neuerung dar. Daher soll dieses Element in Zusammenarbeit partizipativ mit Modellregionen im Zuge der Kooperationspartnerstrategie geplant und umgesetzt sowie eingehend evaluiert werden. Es ist eng verbunden mit dem Zielgruppenansatz und den massen- und digitalkommunikativen Maßnahmen.

In der zweiten Phase wird die Mehrebenenkampagne in ausgewählten Partnerregionen modellhaft angepasst und vertieft. Sowohl die datengestützte Auswahl von Modellregionen, die Interventionsplanung und Abstimmung mit den Partnern als auch die Begleitforschung werden in der ersten Phase vorbereitet. In den Modellregionen können MultiplikatorInnen, ExpertInnen und weitere Akteure der Impfvorsorgung sowohl in die Interventionsumsetzung als Partner im Sinne eines partizipativen Ansatzes einbezogen wie auch als Zielgruppen im Fachkräftebereich je nach ermitteltem Bedarf adressiert werden.

Die Planung und Umsetzung sollen datenbasiert und partizipativ in Abstimmung mit den Verantwortlichen „vor Ort“ vorgenommen werden. Denkbar ist, dass die BZgA für die regionalen Akteure qualitätsgesicherte Interventionsangebote sowie Instrumente zur Kontextanalyse und des Interventionsbedarfes zur Verfügung stellt, auf dieser Grundlage eine gemeinsame Problemanalyse und Zieldefinition mit den regionalen Akteuren vornimmt, relevante Daten (z.B. Soziodemographie, Einstellungen der Bevölkerung ggü. einer Corona-Impfung etc.) aufbereitet und bereit stellt, eine bedarfsorientierte Distribution von Medien und Materialien umsetzt, beim „Local Branding“ von Impfkampagnen unterstützt und grundsätzlich bei der Entwicklung einer regionalen Kommunikationsstrategie verknüpft mit der Dachkampagne mitwirkt. Dafür wäre eine frühzeitige aktive Einbindung der BZgA in Gespräche mit den Ländern erforderlich.

## 8. Evaluation

Für die Evaluation wird u.a. auf die bewährten Instrumente der Kampagnenbegleitung, z.B. bevölkerungsweite Befragungen zurückgegriffen. Sie können je nach Notwendigkeit angepasst werden, z.B. beim regionalspezifischen Monitoring der Abrufe von Informationsmaterialien.

Weiterhin stehen bereits initiierte Studien und Datenzugänge triangulierend zur Verfügung, wie die BZgA-Beteiligung an der COSMO-Studie und eigene initiierte Studien zur Bewältigung der Corona-Pandemie. Modelle regionalisierter Forschung mithilfe eines sekundärdatenbasierten und versorgungsgeografischen Ansatzes wurden im Rahmen eines weiteren Forschungsprojektes entwickelt und sollen übertragen werden, um eine echte Wirksamkeitsevaluation zu erreichen.

Die Wirksamkeitsevaluation des regionalisierten Ansatzes sollte aufgrund seiner erstmaligen Anwendung als begleitende Ressortforschungen in Studienform umgesetzt werden. Folgende Fragestellungen werden zur Klärung vorgeschlagen:

- (1) Kann eine regionalisierte Begleitkommunikation effektiver sein als eine nicht-regionalisierte Dachkampagne im Rahmen einer SARS-CoV-2-Impfstrategie hinsichtlich Impfquoten, Wissen, Akzeptanz?
- (2) Kann eine regionalisierte Begleitkommunikation effizienter sein als eine nicht-regionalisierte Dachkampagne im Rahmen einer SARSCoV-2-Impfstrategie?
- (3) Welche adaptierbaren Kriterien für die Auswahl von Modellregionen sind aus bereits

vorhandenen regionalisierten Interventionen bekannt?

- (4) Welche Strukturinvestitionen sind für eine regionalisierte Begleitkommunikation erforderlich?
- (5) Welche regionalen Akteure sind für ein regionalisiertes begleitkommunikatives Vorgehen notwendig (z.B. Akteure der regionalen Verwaltung und Politik, der Prävention und Gesundheitsförderung, des Versorgungssystems (Impfdurchführung), der Dateneigner, der Zivilgesellschaft, der Medien/Kommunikatoren)?
- (6) Was sind förderliche und hemmende Bedingungen für eine Zusammenarbeit zwischen den Akteuren auf regional-lokaler sowie auf Bundesebene im Rahmen einer regionalisierten SARS-CoV-2-Impf-Begleitkommunikation?

Ein konsistentes Evaluations- und Forschungsdesign ist in Abstimmung mit der Kampagnenentwicklung sowie mit dem Gesamtkonzept der Impfstrategie und -umsetzung zwischen den verantwortlichen Akteuren zu entwickeln. Das vorläufige Evaluationsdesign mit seinen Bestandteilen lässt sich derzeit wie folgt skizzieren:

- (1) **Kampagnenbewusstsein und -inhalte (bzgl. Wissen, Einstellung, Verhalten): Bundesweites Monitoring der Gesamtbevölkerung (z.B. CATI, u.a. auf Basis der bestehenden bundesweiten BZgA-Repräsentativbefragung „Infektionsschutz – Einstellungen, Wissen und Verhalten von Erwachsenen und Eltern gegenüber Impfungen“, die bisher alle zwei Jahre durchgeführt wird).**  
Sie untersucht Reichweiten von Aufklärungsangeboten, Wissen, Einstellungen und Verhalten der Bevölkerung in Deutschland und entsprechende Veränderungen über die Zeit. Dazu wird eine Baseline-Erhebung (T0) vor Implementierung der bundesweiten Kommunikationsstrategie in Phase 1 durchgeführt. Im Übergang zu Phase 2 findet die erste Follow-Up-Erhebung statt (T1). Im Verlauf der Phase 2 erfolgt die nächste bevölkerungsweite Veränderungsmessung, z. B. zwölf Monate nach Beginn der Phase 2. Das Studiendesign wird so gewählt, dass eine überproportionale Aufstockung der relevanten Zielgruppen der Phase 1 (z.B. Ältere, Pflegeberufe) möglich ist. Außerdem soll eine stärkere Regionalisierung zur Evaluation von Effekten in den Modellregionen der Phase 2 möglich sein.
- (2) **Pandemiewahrnehmung, psychologische Lage: Bundesweite Daten aus der COSMO-Studie (Online-Befragung, Forschungskoooperation)**  
Die COSMO-Studie erlaubt, kurzfristig und engmaschig Veränderungen in der Pandemiewahrnehmung der Gesamtbevölkerung bundesweit in verschiedenen Aspekten, korreliert zu Impfabsticht, Einstellungen zu Impfregeulierungen, ua zu untersuchen. Die Online-Befragung kann genutzt werden, um Fragestellungen, die sich in der Entwicklung der Interventionen stellen, zu beantworten. Die enge Taktung und Zeitreihe der Studie ermöglicht außerdem, spezifische massenkommunikative Effekte bundesweit zu untersuchen, z. B. die Bekanntheit einer Botschaft einige Zeit vor und nach einem massenmedialen Kommunikationsschwerpunkt sowie im Verlauf.
- (3) **Regionales Kampagnenbewusstsein und -inhalte, Wirkungsnachweis: Regionales Monitoring der Gesamtbevölkerung (z.B. CATI)**  
In den Modellregionen wird das bundesweite Monitoring der Gesamtbevölkerung regional verstärkt, so dass die Wirkungen der regional intensivierten Maßnahmen und des Co-Designs untersucht werden können. Die Erhebungen erfolgen zeitgleich mit denen auf Bundesebene. Dadurch kann nachverfolgt werden, ob sich in den Modellregionen im Verlauf der Intervention Veränderungen ergeben und wie sich diese zur Bundesebene verhalten. Je nach Intervention könnte auch ein Design gewählt werden, in dem neben den



Modellregionen auch verstärkt Daten in vergleichbaren Kontrollregionen erhoben werden, die im Sinne eines Kontrollgruppendesigns keine regionalisierten Interventionen erhalten. Je nach Intervention ist es auch möglich, in den Regionen in engerer Taktung als auf Bundesebene Daten zu erheben.

**(4) Regionale Kontext- und Prozessbedingungen: Prozessevaluative Aspekte in den Modellregionen (z.B. Experteninterviews, Delphi-Befragung)**

Je nach Intervention kann es zur Prozessevaluation notwendig sein, zusätzliche Daten zu erheben. Ein Beispiel wären qualitative Interviews mit Multiplikatoren, die sich in den Regionen für eine Förderung der Sars-CoV-2-Impfung engagieren. Hierdurch können vertiefte Informationen über die jeweiligen regionalen Kontextbedingungen und über die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Akteuren gewonnen werden.

**(5) Inanspruchnahme Impfversorgung und Kampagnenwirksamkeit: bundesweites und regionales Impfquotenmonitoring (Sekundärdatenanalyse).**

Sekundärdaten, z. B. des vom RKI aufgebauten Impfquotenmonitorings oder der kassenärztlichen Vereinigungen, zum Impfgeschehen sollen genutzt werden, um einerseits Modellregionen zu identifizieren und andererseits den Impfverlauf sowohl bundesweit als auch in den Modellregionen zu evaluieren. Die Datenstruktur ist abhängig von den realisierten Impfdurchführungen (zentral oder dezentral).

**(6) Identifikation von vier bis sechs Modellregionen**

Im Projektverlauf ist das einer der ersten Schritte zur Installierung eines quasi-experimentellen oder experimentellen Interventions- und Studiendesigns. Er wird hier zuletzt genannt, weil in diesem Schritt schon einige der obengenannten Daten genutzt werden sollen. Mit den bundesweiten Studien (CATI T0 und COSMO) können zumindest auf Ebene der Bundesländer, aber auch in Modellregionen regionalisierte Informationen gewonnen werden, die der Identifikation von Modellregionen dienen können. Diese Befragungen ermöglichen aber auch Korrelate zwischen Parametern, die für Impfabichten und -verhalten relevant sein könnten. Gleichzeitig sollte es möglich sein, darüber zu identifizieren, welche Modellregionen geeignet wären (z. B. im Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status, mit Impfvorbehalten, mit impfkritischen Einstellungen, mit Impfhindernissen im Alltag, bei den Zugangswegen, usw).

Für die Auswahl geeigneter Modellregionen sind die Routinedaten zur Impfung ebenso relevant. Wenn sich diese zeitnah regionalisiert erschließen und auswerten lassen, wären das wichtige Informationen zur Identifikation von Modellregionen (z.B. solche, in denen sich vergleichsweise wenige Menschen impfen lassen). Hierfür müssen regionale Kriterien definiert werden, die die Vergleichbarkeit und damit die Überprüfung der Studienhypothesen ermöglichen. Mögliche Kriterien werden z.B. aus den Bereichen Soziodemographie, urban/ländlicher Raum, regionale Ausbruchsrisiken, Inzidenzen, Impfraten allg. und SARS-CoV-2-Impfung, Impfeinstellungen, Versorgungsstrukturen, Kampagnenwahrnehmung, herangezogen.



Das beschriebene Vorgehen wird mit folgender Abbildung veranschaulicht:

				Phase 1	Phase 2	
Bundesebene	Intervention			Mehrebenenkampagne unter Knappheitsbedingungen	Mehrebenenkampagne zur Erhöhung der bevölkerungsweiten Impfung	
	Evaluation	CAT, bundesweit	T0			T2
		COSMO, bundesweit		P11, P12, P13, ...	P21, P22, P23, ...	
		Routinedaten, bundesweit		P11, P12, P13, ...	P21, P22, P23, ...	
Modellregionen	Intervention			Identifikation von Modellregionen	Regionalisierte Maßnahmen	
	Evaluation	CAT, Modellregionen				T2
		CAT, Kontrollregionen (opt.)				T2
		Routinedaten, regional		P11, P12, P13, ...	P21, P22, P23, ...	
		Prozessevaluation (qualitativ)			Q1	

Die weitere Ausformulierung eines Evaluationskonzeptes für die Begleitkommunikation kann im weiteren Verlauf je nach Ausrichtung der Impfstrategie und der angepassten Kampagne im engen Austausch der zuständigen Akteure (Ressort BMG und ggf. weitere) angepasst werden.

#### Ausblick

Das vorgestellte Konzept erlaubt, innerhalb der bewährten nationalen Dachkampagne ein regionalisiertes Modell zu entwickeln und auf Wirksamkeit zu testen, das (unter anderem digitale) Daten konsequent nutzt, um die Effektivität der strategischen Kommunikation bei der Impfprävention zu erhöhen. Es wird ein Vorgehen getestet, das klassische Mehrebenenkampagnen ergänzen kann. Somit könnte es auch zukünftig auf andere Impfungen als begleitende Kommunikationsstrategie übertragen werden. Da das vorliegende Konzept nicht ohne entsprechende Ressourcen umgesetzt werden kann, wird dieses unter den Ressourcen-Vorbehalt gestellt. Der Finanzplan (s. Anlage) enthält eine angepasste Kostenschätzung.



