

Erhöhung der Impfrate & zielgruppenspezifisches Impfen

Cornelia Betsch

Uni Erfurt

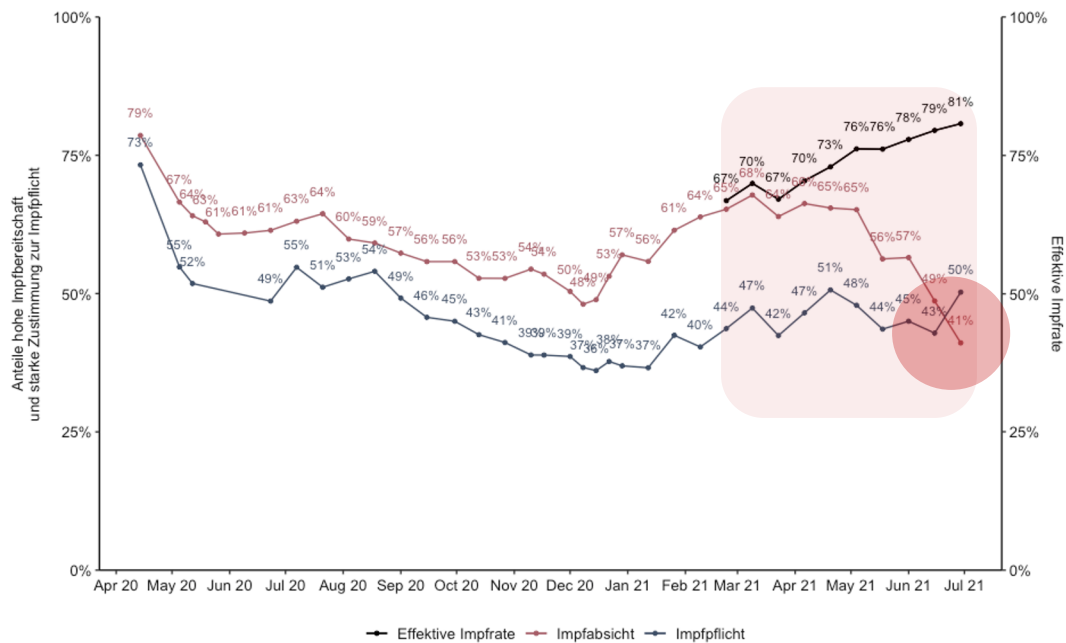
Ausgangssituation

- **Sollten sich alle, die dazu bereit sind, auch tatsächlich impfen lassen**, so ergäbe sich aus den Geimpften und den Impfbereiten eine Impfquote unter Erwachsenen zwischen 18 und 74 Jahren von 81%.
- Dass 81% erreichbar sind, beinhaltet die Annahme, dass **alle**, die jetzt (eher) impfbereit sind, sich auch impfen lassen.
- Die Bevölkerung unterschätzt den Anteil derer, die immun sein müssen
 - Die Hälfte denkt: es müssen nur 75% immun sein
 - RKI: 85% der 12-59-Jährigen, 90% der über 60-Jährigen
- Mehrheit geht davon aus, dass auch Kinder und Jugendliche geimpft werden müssen für Grundimmunität
- Bereitschaft von Eltern zur Impfung von 12-17-Jährigen: um ca. 65%, bei den Kindern und Jugendlichen etwas höher, aber unter 85% (kritischer Wert)

Ausgangssituation

Die Impfab­sicht und die Überzeugung, dass eine Impfung gegen das Coronavirus verpflichtend sein sollte

Prozentangaben geben den Anteil an Personen wieder, die den Aussagen (sehr) zustimmen. Bei der Impfab­sicht wurden Geimpfte nicht berücksichtigt, zwischen dem 19.05 und 09.06. wurde keine Zustimmung zur Impfpflicht erfasst.



Was bedeutet effektive Impfrate?

Seit der Welle 37 (23.02.21) wird der Impfstatus erfasst. Für die effektive Impfrate werden alle Personen zusammengefasst, die mindestens eine COVID-19 Impfung bekommen oder deren Impfintention so hoch ist, dass sie sich wahrscheinlich impfen lassen (Intention > 4). Diese Gruppe wird ins Verhältnis zur gesamten Stichprobe gesetzt.

- Die Impfbereitschaft unter den immer weniger verbleibenden ungeimpften Befragten liegt bei 41%.
- Ungeimpfte (Demographie)
 - Sind jünger
 - Haben eher Kinder
 - Haben eher eine niedrigere Bildung
 - Eher Migrationshintergrund
 - Kennen eher niemanden, der schon mal COVID-19 hatte
 - Leben eher in Ostdeutschland

RE-Analyse der Wellen 37-46

N = 7710

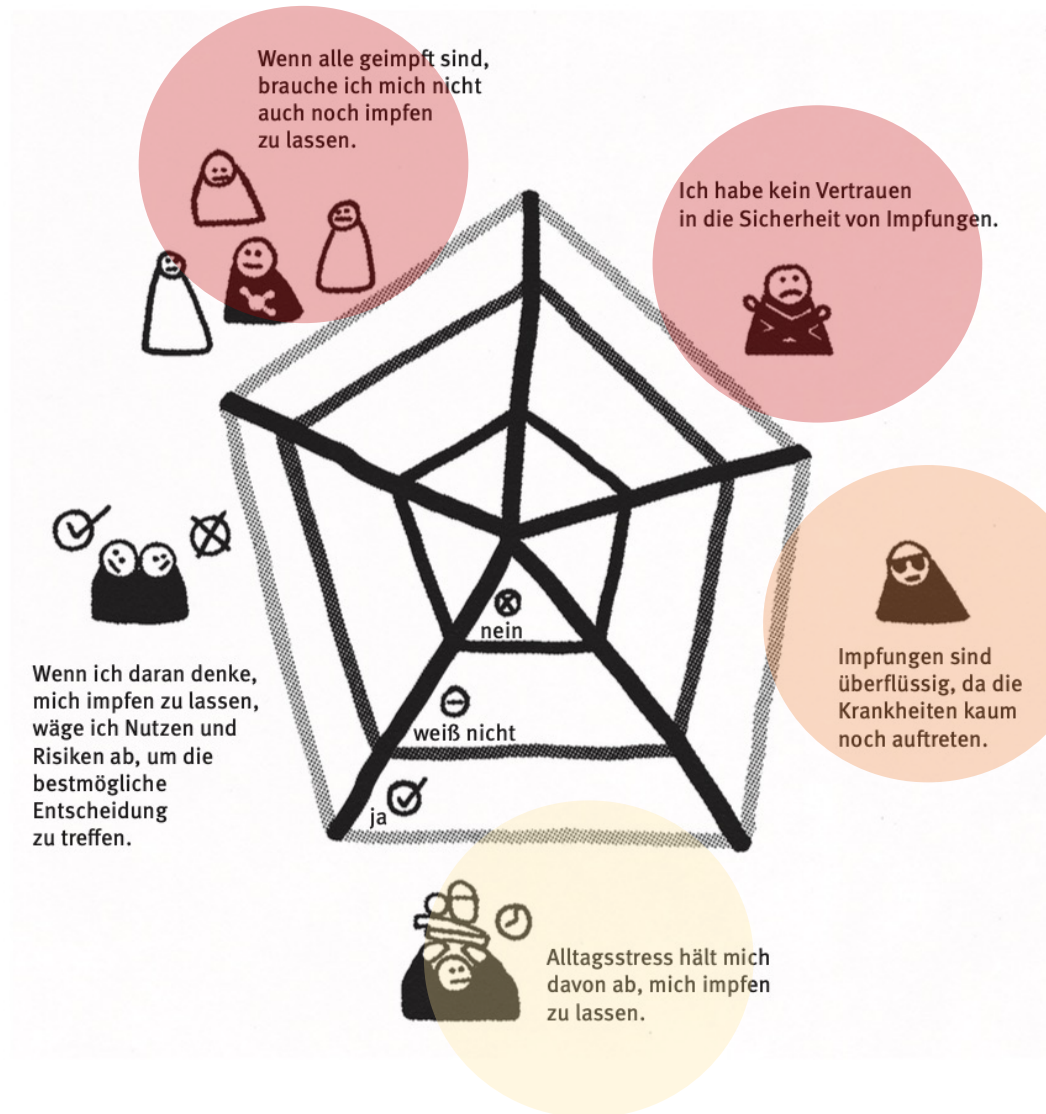
Alter 18-59

Psychologie: Die Gründe des Nicht-Impfens sind vielfältig

... und erklären besser als demographische Variablen, warum Leute sich nicht impfen lassen.

Starker Zusammenhang
Mittlerer Zusammenhang
Kleiner Zusammenhang

Nach Betsch et al., 2018



RE-Analyse der Wellen 37-46

N = 7710

Alter 18-59

Soziale Verantwortung stärken, Bedeutung Schutz anderer und Beitrag aller hervorheben

Menschen mit Kindern

Ostdeutsche

Genesene

wer niemanden kennt, der COVID hatte

Vertrauen stärken

Frauen

Ostdeutsche

Bildung < 9 Jahre

Migrationshintergrund

wer niemanden kennt, der COVID hatte

Eigenen Nutzen und Notwendigkeit verdeutlichen

Jüngere

Menschen mit Kindern

Niedrigere Bildung

Migration/kein Deutsch

Ostdeutsche

Freiberufler

Genesene

wer niemanden kennt, der COVID hatte

Barrieren abbauen

Jüngere

Männer

Menschen mit Kindern

Niedrigere Bildung

Migration/kein Deutsch

Ostdeutsche

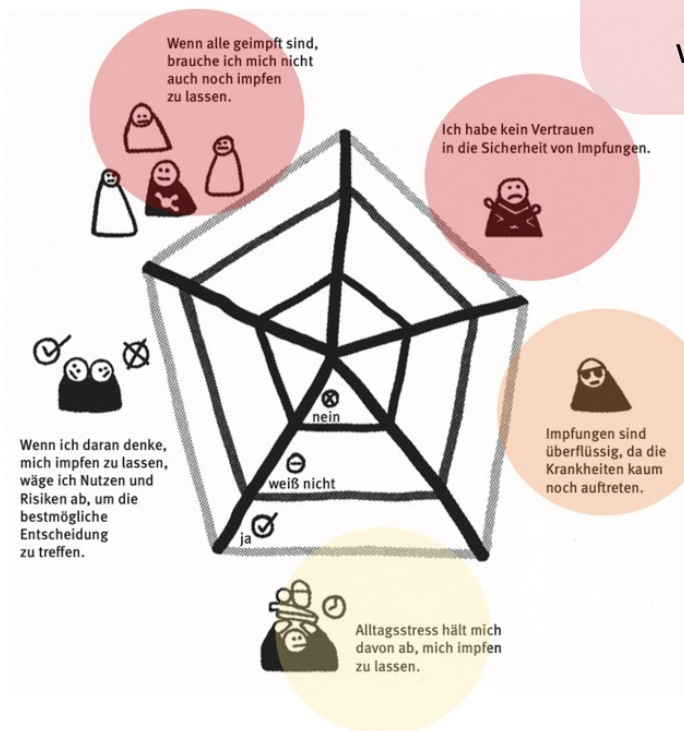


Table 4. Likely Impact of Interventions to Increase Vaccination Coverage Based on Available Evidence

Article section	Intervention	Likely impact	Especially effective when...	Amount of evidence		Amount of causal evidence	
				Any behavior	Vacc	Vacc	Vacc in LMICs
2	Messages that increase disease risk appraisals	○	People have low disease-risk appraisals or have become complacent about disease risk	2	2	1	1
2	Education campaigns that increase confidence	○	People have low confidence that vaccination is effective and safe	2	2	1	1
2	Decision aids	○	People initially do not agree to vaccination because they have questions	2	1	1	0
2	Motivational interviewing	○	People initially express ambivalence about vaccination	2	1	1	0
3	Descriptive norm messages	●	People are unsure or misunderstand what others are doing	2	2	0	0
3	Social network interventions that build on contagion	●	People are at least minimally connected to a social network	2	0	0	0
3	Messages that change altruism or free-riding beliefs	○	People have low altruism or high free-riding motivation	2	2	0	0
2, 3, 4	Healthcare provider recommendations	●	People have favorable, ambivalent, or unfavorable intentions	2	2	2	0
4	Presumptive healthcare provider recommendations	●	People have favorable or ambivalent intentions	2	1	1	0
4	Reminders and recalls	○	People have favorable intentions but do not get vaccinated	2	2	2	1
4	Implementation-intention interventions	○	People have favorable intentions but do not get vaccinated	2	1	1	1
4	Mere-measurement interventions	○	People have favorable intentions but do not get vaccinated	2	1	1	0
4	On-site vaccination	●	People have favorable intentions but do not get vaccinated	2	2	2	2
4	Default appointments	●	People have favorable intentions but do not get vaccinated	2	1	1	0
4	Incentives	●	People have favorable, ambivalent, or unfavorable intentions	2	2	2	2
4	Vaccination requirements	●	Vaccination rates are already high; most people affected by requirement support it	2	2	1	0

Note: Vacc = vaccination coverage; LMICs = low- or middle-income countries; ○ = little or no impact; ● = substantial impact; 0 = no evidence; 1 = some evidence; 2 = substantial evidence. Conclusions about evidence are based on consensus among authors who considered the available evidence, including the number of available studies, evidence for causal association, the quality of the studies, and the size of the effect. See the relevant section of the article for more information on the interventions.

Was hatte bisher gute Effekte?

Wie kann das auf COVID-19 angewandt werden?

- Deutliche Empfehlung des Arztes/der Ärztin
 - Öffentliche Aufrufe von Ärzt/innen
 - Aktives Einladen durch Ärzt/innen
- Impfen vor Ort, wo Menschen ohnehin sind
 - Einkaufspassagen, Marktplätze
 - Impfbus
 - Bildungsbereich (Unis, Berufsschulen)
 - Freizeit-/Kultur-/Konsumbereich
- Festgelegte Impftermine verschicken
 - Z.B. durch Betriebsärzt/innen
- Erfordernisse/Anreize (z.B. „no jab no pay“ in Australien)
 - Impfpass oder Testpflicht zum Shoppen
 - Binden von staatlichen Leistungen an die Impfung
 - Bring a friend: Anreize andere Leute zum Impfen mitzubringen

Fazit: Strategien

- Fokus auf Jüngere
- Aufsuchendes Impfen vor Ort
 - Gilt für ALLE
 - Einbinden ganzer Familien und Gemeinden (auch religiöser Gemeinden)
 - Zugangsbarrieren abbauen
 - Migrationshintergrund (Impfen ohne Dokumente)
- Sprachbarrieren abbauen
 - für Haushalte, in denen hauptsächlich andere Sprachen als Deutsch gesprochen werden
 - Aber auch für Deutsche (Vertrauen, Notwendigkeit); Jugendliche
- Mythen und Gerüchte – Faktenchecker prominenter und zugänglicher machen
- Absender nicht (nur) Regierung(en) und Behörden!
 - Ärzte, Pflegebereich
 - Kultur-/Freizeit-/Konsumbereich
- Auch an non-Digitals denken
- Auch an Menschen ohne Hausarzt denken

Sprachen?

Video?

Relevante Testimonials?

Interaktive
Entscheidungshilfe?



Fazit: Botschaften

- Flattening the Curve 2.0 – Ein Impfziel setzen
 - 85% aller Deutschen über 12 müssen vollständig geimpft sein, um die 4. Welle klein zu halten.
 - Sich auf die Impfung anderer zu verlassen reicht nicht aus, so schaffen wir es nicht.
 - Schnelles Impfen nötig
- Impfen schützt auch andere und ist eine soziale Entscheidung
 - Wer weiß, dass Impfen andere schützt, ist impfbereiter
 - Eine große 4. Welle verhindern heißt: wir schützen unsere Kinder unter 12 Jahren. → Eltern adressieren
- Eigennutz: wozu das Ganze? Warum überhaupt noch?
 - Schutz vor Erkrankung (wer es nicht bei Freunden/Bekannten gesehen hat, hat mehr Impfhindernisse)
 - Z.B. auch für Freiberufler (Impfen = Investition)
 - Genesene ansprechen
- Frauen: Fruchtbarkeitsmythen nochmal widerlegen
 - Ggf. neue Empfehlungen (Kinder- und Schwangeren-Impfung) kommunikativ nutzen, um damit verbundene Zielgruppen zu erreichen und Falschinformation zu korrigieren

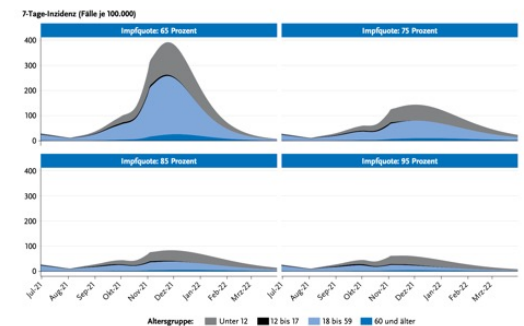


Abb. 1 | Schätzung der COVID-19-Inzidenz über die Zeit (Juli 2021 bis April 2022) und nach Altersgruppen, in Abhängigkeit der erreichten Impfquote bei 12–59-Jährigen (siehe Angabe im blauen Balken), bei 1,4 Kontakten pro Person/Tag und dominanter Delta-Variante