

COVID-19-Impfbereitschaft in Deutschland – Einflüsse auf die Inanspruchnahme der COVID-19-Schutzimpfung

Autorinnen

Sarah Hidding^a, Luisa Haß^a, Jamie Lee Harder^b

^aLebenswissenschaftliche Fakultät, Digital Public Health, Universität Siegen, Siegen, Deutschland

^bSeminar für Sozialwissenschaften, Universität Siegen, Siegen, Deutschland

Herausgeberin

Jamie Lee Harder

Adolf-Reichwein-Str. 2

57076 Siegen

Telefon: +49 271 740 3671

E-Mail: jamie.harder@uni-siegen.de

Schlüsselwörter: Covid, Impfeinstellung, Inanspruchnahme, Public Health.

COVID-19-Impfbereitschaft in Deutschland –

Einflüsse auf die Inanspruchnahme der COVID-19-Schutzimpfung

Abstract

Hintergrund

Die Voraussetzung für einen bevölkerungsweiten Schutz gegen COVID-19 bildet eine durch Akzeptanz und Inanspruchnahme begleitete hohe Impfquote. Bezogen auf die COVID-19-Schutzmaßnahmen zur Erhöhung der Impfbereitschaft ist in diesem Schritt die Identifizierung von Gründen für die (Nicht-)Inanspruchnahme der COVID-19-Schutzimpfung notwendig. Vor diesem Hintergrund ist es das Ziel dieser Arbeit, durch eine Online-Umfrage Einflüsse auf die (Nicht-)Inanspruchnahme der COVID-19-Schutzimpfung zu explorieren.

Methodik

Grundlage der quantitativen Untersuchung dieser Arbeit stellte eine Online-Umfrage dar. Bei dieser wurden Teilnehmende nach ihren Beweggründen zu einer entsprechenden COVID-19-Schutzimpfung und Annahmen der Gründe bezüglich der Impfentscheidung anderer Personen befragt.

Ergebnisse

Insgesamt nahmen 900 Proband*innen an der Umfrage teil. Geimpfte nannten vor allem den „Schutz vor einer Infektion“ als Grund für die COVID-19-Schutzimpfung, hingegen empfanden Nicht-Geimpfte mögliche „Langzeitfolgen“ als dominierenden Faktor. Das am häufigsten angenommene Argument für eine Inanspruchnahme von anderen Personen war für Geimpfte der „normale Alltag“ und für Nicht-Geimpfte „sozialer Druck/Zwang“.

Schlussfolgerung

Ergebnisse dieser Arbeit können als Ansatzpunkte für effektive Interventionen für bestehende und neue Maßnahmen zur Erhöhung der Impfbereitschaft in der Praxis genutzt werden. So sollte beispielsweise ein Fokus auf die Aufklärung über mögliche Folgen und die Richtigstellung verschiedener gesundheitlicher Begriffe (z. B. „Langzeitfolgen“), gelegt werden. Zudem sind weitergehende Studien beispielsweise bezüglich eines Zusammenhangs der STIKO-Empfehlungen und der Impfeinstellung sowie der Verteilung der Geschlechter notwendig, um Strategie- und Interventionsplanungen im Bereich Public Health so spezifisch wie möglich gestalten zu können.

Schlüsselwörter: Covid, Impfeinstellung, Inanspruchnahme, Public Health.

Hintergrund

Das schwere akute respiratorische Syndrom Coronavirus 2 (SARS-CoV-2), hat sich, nachdem es im Dezember 2019 entdeckt wurde [1], rasch auf der gesamten Welt verbreitet. Durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) wurde darauffolgend im Januar 2020 ein globaler Gesundheitsnotstand ausgerufen. Etwa zwei Monate später, am 11. März 2020, erklärte die WHO den Krankheitsausbruch zur Coronavirus-Pandemie 2019 (COVID-19-Pandemie) [2]. Die Pandemie stellt die ganze Welt vor große medizinische, aber auch gesellschaftliche und wirtschaftliche Herausforderungen [1]. Das Thema findet nicht nur Einzug in die mediale Öffentlichkeit, sondern dominiert auch den alltäglichen Diskurs der breiten Bevölkerung. Neben den nicht-pharmazeutischen Maßnahmen – physische bzw. soziale Distanzierung, Verwendung von (medizinischen) Schutzmasken, Telearbeit, Isolierung und Quarantäne [1] – setzen die globalen Gesellschaften auf eine flächendeckende Schutzimpfung gegen das Virus. Diese ist essentieller Bestandteil zur Eindämmung der Pandemie [1, 3, 4]. Inmitten dieser Diskussionen entwickeln sich die stark heterogenen Beweggründe der Gruppe der freiwillig Nicht-Geimpften zu einem dominierenden (politischen) Thema [5, 6].

Die Voraussetzung für einen bevölkerungsweiten Schutz bildet eine durch Akzeptanz und Inanspruchnahme begleitete hohe Impfquote. Bereits vor der Zulassung der ersten Impfstoffe Ende 2020 zeigte sich jedoch ein kontroverser öffentlicher Diskurs über die Akzeptanz und die potentielle Inanspruchnahme der COVID-19-Schutzimpfung [7]. In dieser Studie gilt es daher Gründe für die (Nicht-)Inanspruchnahme der Impfung für Geimpfte und Nicht-Geimpfte aufzuzeigen.

Die Forschung hat aktuell ein großes Interesse an der speziellen Gruppe der freiwillig Nicht-Geimpften und versucht die Beweggründe durch eine Vielzahl von Studien und Befragungen zu verstehen und zu analysieren. Wieso entscheiden sich Personen gegen eine Impfung? Welche Faktoren sind die dominanten in der Entscheidung? Wo entstehen mögliche Ansatzpunkte für Public Health Maßnahmen?

Die Studienlage verändert sich rasant bezüglich der COVID-19-Impfungen, auch die Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) werden ständig angepasst. Gleichzeitig können sich die Beweggründe der freiwillig Nicht-Geimpften rasant verlagern [5]. Eine Konstante bleibt dennoch erhalten: Die Politik und die Mehrzahl der Fachexpert*innen sind sich einig, dass die COVID-19-Pandemie in Deutschland nur mit einer hohen Impfquote beendet oder zumindest in den Folgen stark abgeschwächt werden kann [7]. Genau an dieser

Stelle sollten zur Eindämmung der Pandemie in einem nächsten Schritt die Methoden und Theorien der Wissenschaft und Praxis im Bereich Public Health herangezogen werden [8]. Um das Ziel der kollektiven Gesundheit durch Intervention zu erreichen, sollte vor der Planung eine sorgfältige Problemanalyse vorgenommen werden. Bezogen auf die Erhöhung der Impfbereitschaft, ist in diesem Schritt die Identifizierung von Gründen für die (Nicht-)Inanspruchnahme der COVID-19-Schutzimpfung notwendig.

Vor diesem Hintergrund ist es das Ziel dieser Arbeit, durch eine Online-Umfrage Einflüsse auf die (Nicht-)Inanspruchnahme der COVID-19-Schutzimpfung zu explorieren. Mit Hilfe der Umfrage soll das zu erwartende hohe Mitteilungsbedürfnis zu den zum Umfragezeitraum (26.08.2021-09.09.2021) medial und politisch dominierenden Themen – mögliche Einführung der Testpflicht, Impfpflicht sowie 2G-Regelung – die zu tiefgreifenden Einschnitten des alltäglichen Lebens führen könnten, quantitativ ausgewertet werden. Ebenso gilt zu untersuchen, welche möglichen Zusammenhänge zwischen demographischen Daten, der Einstellung zur Impfung und dem Impfstatus bestehen. Daraus ableitbare Ansätze bilden das Fundament für weitergehende Strategie- und Interventionsplanungen zur Erhöhung der Impfbereitschaft, denn ohne einen hohen Anteil geimpfter Personen scheint die Pandemie nicht eindämmbar.

Daten und Methoden

Zur Exploration unterschiedlicher Einflüsse auf die Inanspruchnahme der COVID-19-Schutzimpfung wurde als methodisches Vorgehen eine systematische Literaturrecherche und anschließend eine Online-Befragung durchgeführt.

Recherche

Der Fragebogen wurde auf der Grundlage einer Datenanalyse erstellt. Dieser liegt ein dreiteiliger Quellenkomplex zugrunde. Zum einen wurden Presseberichterstattungen herangezogen, hierzu wurden alle auf die COVID-19-Schutzimpfung bezogenen deutschlandweiten Medien (Zeitschrift, TV) erfasst. Zum anderen wurden Beiträge aus sozialen Medien mit einbezogen. Hierfür wurden diverse, im Rahmen der Pandemie gegründete, private Gruppen auf der Plattform Facebook nach relevanten Beiträgen durchsucht. Diese erschienen wertvoll, da es sich vor allem auch um persönliche Meinungsäußerungen von nicht-politischen Akteuren handelt. Der dritte Komplex besteht aus einer systematischen Literaturrecherche. Bei dieser wurden nur Inhalte berücksichtigt, die Schlagworte zu COVID-19, Impfung, Pandemie und/oder demographische Daten, die in einem möglichen Zusammenhang mit dem Impfstatus einer Person stehen

könnten, enthielten. Entsprechende Literatur wurde in den zwei elektronischen Datenbanken PubMed und Google Scholar gesucht. Mittels der Datenbankrecherche konnten 1232 Publikationen ermittelt werden; diese wurden anschließend auf Basis von Titel, Erscheinungsjahr und Abstract gesichtet. Letztendlich erfolgte der Einschluss von 20 Publikationen.

Fragebogen

In der anschließenden quantitativen Untersuchung wurde auf Grundlage der Ergebnisse des dreiteiligen Quellenkomplexes ein Fragebogen erstellt. Dieser umfasst zwei Fragegruppen. Die erste Gruppe „Corona-Impfung“ enthält neun Fragen, die den Impfstatus, die Bereitschaft, die Gründe für/gegen eine Impfung und die Einstellung zu aktuellen Maßnahmen abfragen. „Demographische Daten“, der zweite Block der Umfrage, umschließt fünf Fragen bezüglich des Alters, des Geschlechts, des Bildungsabschluss, der aktuellen Tätigkeit und des Wohnorts.

Die Beantwortung der Fragen erfolgte mittels Single- oder Multiple-Choice und kurzen Freitexten. Die Frage nach dem Impfstatus wurde als Filterfrage genutzt, sodass sich der Fragenkatalog je nach Impfstatus anpasste. Um ungewollte Rückschlüsse auf die Identität der Teilnehmenden zu verhindern, war die Angabe des Wohnortes freiwillig.

Aufgrund einer gewünschten hohen Teilnehmendenzahl wurde eine Online-Umfrage über LimeSurvey erstellt. Die Teilnahme an der Umfrage war in dem Zeitraum vom 26. Juli 2021 bis zum 09. September 2021 möglich. Die Verbreitung erfolgte über Social Media Kanäle, wie Instagram, WhatsApp und Facebook, wobei bei Facebook ausschließlich private COVID-19-Gruppen mit mehr als 100 Mitgliedern kontaktiert wurden, die sich schon in der Gruppenbeschreibung kritisch gegenüber den Maßnahmen (insbesondere der Impfung) äußerten. Durch den Ausschluss rechtsradikaler privater Gruppen und dem Einschluss durch das Zufallsprinzip wurde der Fragebogen schließlich in sechs Gruppen geteilt.

Statistik

Die statistischen Analysen im quantitativen Studienteil sind mit der Statistik-Software STATA 17 durchgeführt. Für den Fragenblock „Corona-Impfung“ wurden deskriptiv absolute sowie relative Häufigkeiten berechnet, auf deren Basis für alle Teilnehmenden eine nach Impfstatus aufgeteilte Rangordnung der Gründe für die (Nicht-) Inanspruchnahme erstellt wurde. Diese haben wir tabellarisch im folgenden Ergebnisteil abgebildet. Zudem wurden mittels logistischer Regression Zusammenhänge zwischen demographischen Daten, der Einstellung zur Impfung und dem Impfstatus geschätzt.

Ergebnisse

Insgesamt nahmen 900 Proband*innen an der Umfrage teil, wovon nach der Datenbereinigung 830 Teilnehmende in die Analyse mit einbezogen wurden.

Demographische Daten¹

Das durchschnittliche Alter der Teilnehmenden betrug 36 Jahre und die weiblichen Teilnehmenden machten einen Anteil von 74% aus. Die örtliche Verteilung der Proband*innen orientierte sich deutlich nach Westen. Einen niedrigen Bildungsabschluss hatten 24% (198), einen mittleren 52% (427) und einen hohen 23% (196) Proband*innen. Unter den Teilnehmenden befanden sich Schüler*innen, Studierende, Angestellte, Selbstständige und Personen, die arbeitssuchend beziehungsweise arbeitslos sind. Der Impfstatus der 830 Proband*innen gliedert sich wie folgt: einmal geimpft 4,1% (34) vollständig geimpft 70,4% (584), keine Impfung 25,5% (212). Zur besseren Vergleichbarkeit werden eine einmalige Impfung und eine vollständige Grundimmunisierung zusammengefasst.

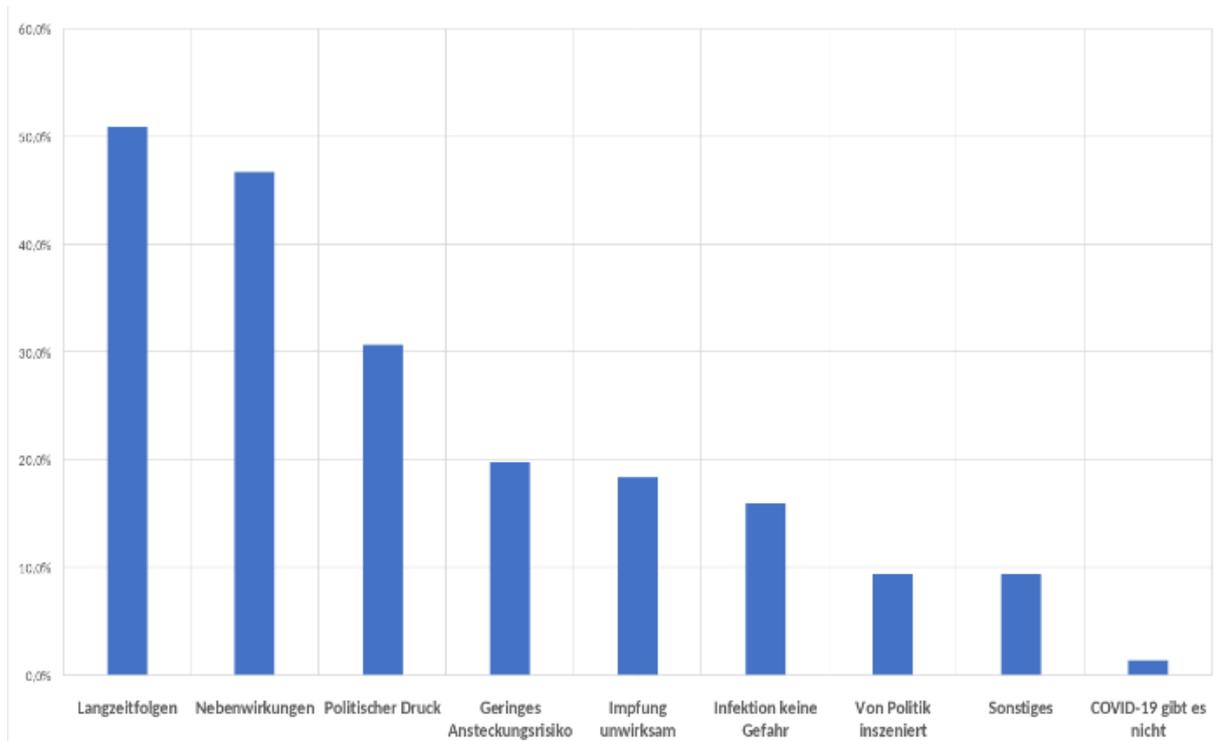
Betrachtet man den Zusammenhang vom Impfstatus und unseren erhobenen demographischen Daten, kommt man zu folgenden Ergebnissen: In der Altersgruppe der 13-25 Jährigen sind 91% geimpft, wohingegen der kleinste Anteil der Geimpften in der Altersgruppe „61-87 Jahren“ zu finden ist. Auch die Verteilung bezüglich des Geschlechts unterscheidet sich. Der Anteil der geimpften männlichen Personen ist etwa 6 Prozentpunkte höher als der Anteil der weiblichen Geimpften. Betrachtet man die aktuelle Tätigkeit der Befragten, so zeigt sich, dass Studierende und Schüler*innen mit ungefähr 88% am häufigsten geimpft sind. Der „Geimpftenstatus“ ist im mittleren Bildungsstand mit 79% der Höchste und bei Personen mit einer hohen Bildung der niedrigste.

COVID-19-Schutzimpfung

Die Gruppe der Nicht-Geimpften führte als Grund für eine Nicht-Impfung überwiegend die Sorge vor möglichen Langzeitfolgen nach der Impfung auf (s. Abbildung 1).

¹ Die detaillierte Tabelle mit allen demographischen Angaben gibt es auf Anfrage.

Abbildung 1: Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme der COVID-19-Schutzimpfung (Nicht-Geimpfte Personen).



Bei der Frage nach der Bereitschaft für eine mögliche Impfung gaben 62,7% an generell nicht bereit zu sein, sich impfen zu lassen, wohingegen 37,3% der Befragten angaben, potentiell offen gegenüber einer COVID-19-Schutzimpfung zu stehen. Personen, die eine Bereitschaft zeigen, gaben sehr häufig an, sich aufgrund der Sorge vor Langzeitfolgen und Nebenwirkungen bislang noch nicht für eine Impfung entschieden zu haben. Bei geimpften Personen wurden die folgenden Antworten vorwiegend genannt: „Um einen normalen Alltag, wie vor Corona, wiederzuerlangen“, „Schutz der Allgemeinheit“ und „Schutz von Kontaktpersonen“.

Sowohl Geimpfte als auch Nicht-Geimpfte wurden zu den Beweggründen für andere Personen (nachfolgend Andere), sich (nicht) impfen zu lassen befragt. Für Nicht-Geimpfte sind „einen normalen Alltag wiederzuerlangen“ sowie der „politische und soziale Druck“ die häufigsten Gründe für Andere sich impfen zu lassen. Geimpfte hingegen nannten vor allem das Zurückkehren eines normalen Alltags, die Angst vor einer Infektion und das Umgehen der Testpflicht als möglichen Anlass. Hinsichtlich der Motive für Andere, sich nicht impfen zu lassen, gaben Nicht-Geimpfte fehlende Langzeitstudien, Nebenwirkungen und eine Unwirksamkeit der Impfung an. Die beiden Hauptargumente der Geimpften stimmen mit denen der

Nicht-Geimpften überein, erweitert wurden diese jedoch durch den Grund „Fehlinformationen“ (s. Abbildung 2 & 3).

Abbildung 2: Potentielle Gründe für Andere sich gegen eine COVID-19-Schutzimpfung zu entscheiden (Angaben von Geimpften und Nicht-Geimpften).

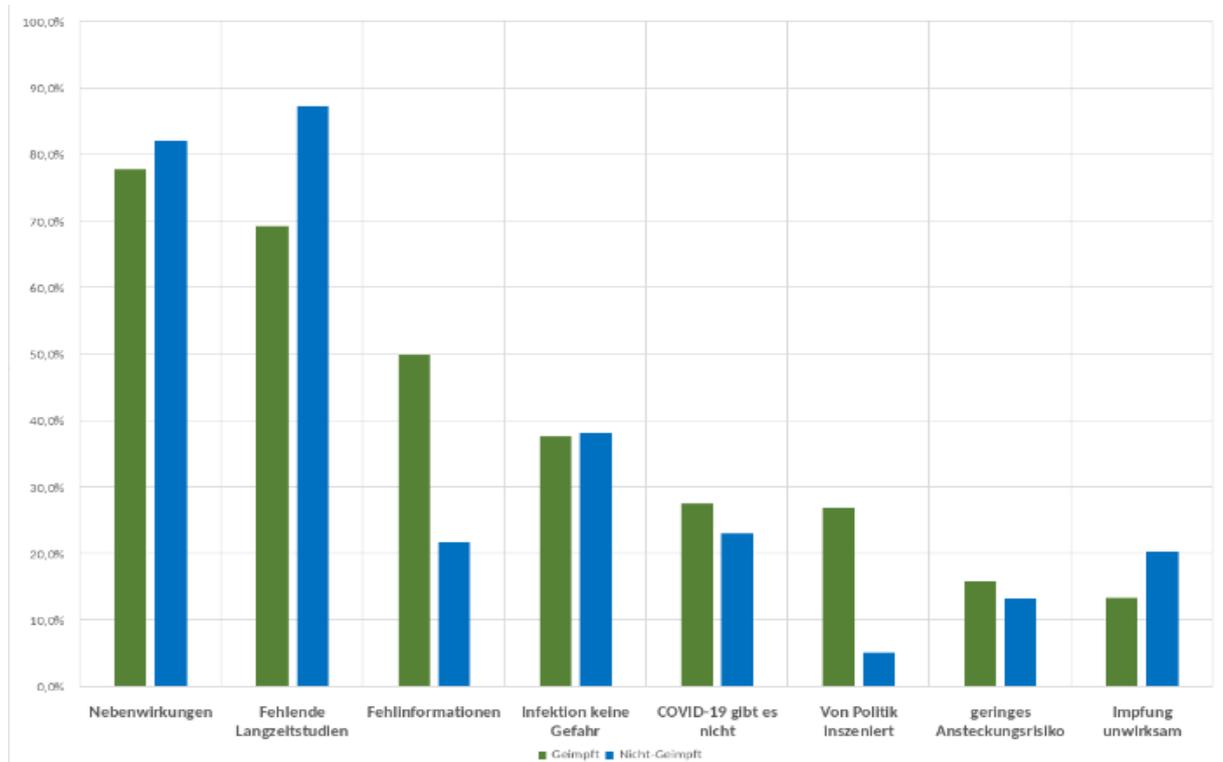
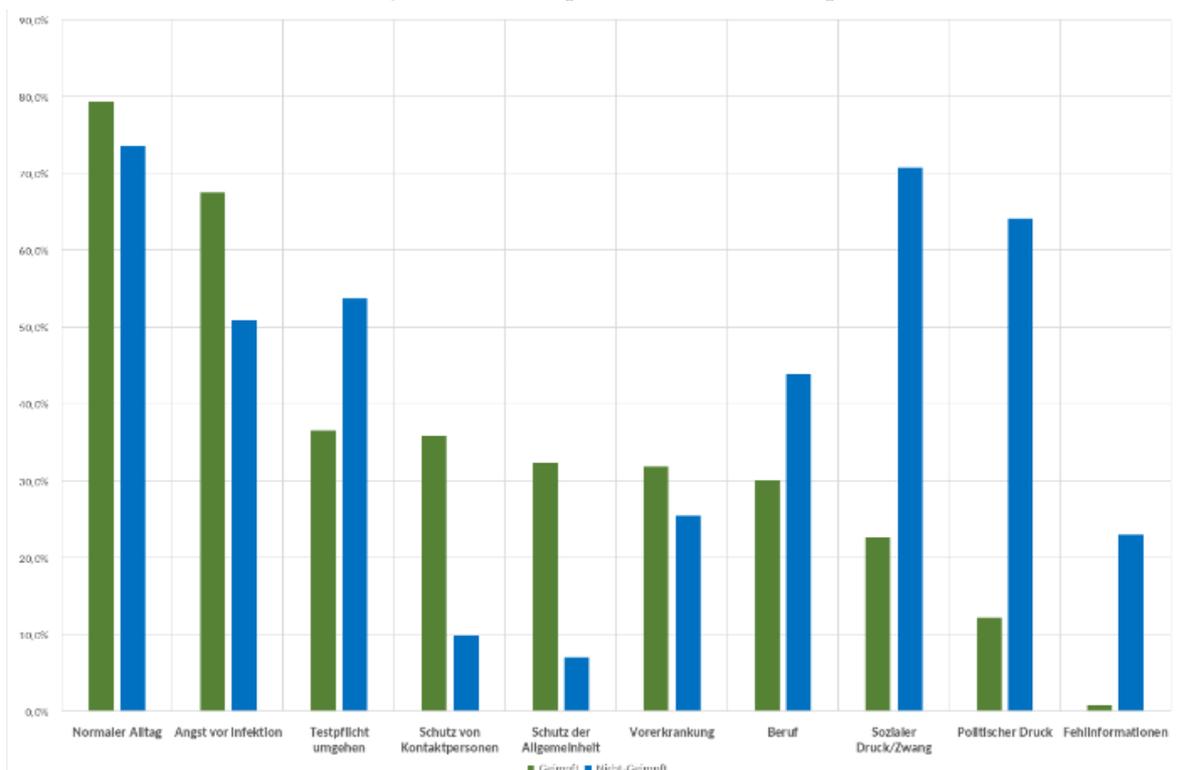


Abbildung 3: Potentielle Gründe für Andere sich für eine COVID-19-Schutzimpfung zu entscheiden (Angabe von Geimpften und Nicht-Geimpften).



Im Umfragezeitraum wurden die Fragen der Kostenübernahme für Corona Tests ohne Impfschutz als auch die Zugangsbeschränkungen (Umstellung 3G/2G) kontrovers diskutiert. Um ein Stimmungsbild einzuholen, wurden die Befragten aufgefordert, ihre jeweilige Zustimmung zu den Aussagen „Ich finde es sinnvoll, dass Personen ohne vollständigen Corona-Impfschutz ihre Coronatests selber bezahlen müssen“ und „Ich finde es sinnvoll, dass in unterschiedlichen Bereichen (Clubs, Büros, etc.) die 3G-Regel (Zugang für Geimpfte, Genesene, Getestete) auf die 2G-Regel (Zugang für Geimpfte und Genesene) umgestellt werden soll“ anhand einer 5-stufigen Likert-Skala (1 „stimme zu“ bis 5 „stimme nicht zu“) anzugeben.

Die Meinungsbilder zu den oben genannten Aussagen in Abhängigkeit zur Impfstatus-Gruppe unterscheiden sich deutlich voneinander. Bei der Aussage zur Selbstzahlung der Tests für Nicht-Geimpfte sprach sich der größte Anteil Geimpfter (75,7%) für die Selbstzahlung aus, 97,6% der Nicht-Geimpften jedoch lehnten diese ab. Ähnlich verhält es sich bei der zweiten Aussage. 61,2% der Geimpften stimmen der Umstellung der Regelung von 3G auf 2G zu, wohingegen nahezu alle der Nicht-Geimpften (96,7%) gegen diese Umstellung waren.

Zusammenhang von demographischen Daten und COVID-19-Schutzimpfung

Durch die logistischen Regressionsanalysen zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen Altersgruppen, Geschlechtern, Bildungstand sowie dem Impfstatus.

Die Altersgruppe „13-25 Jahre“ tendiert sowohl bei den eigenen als auch bei den Gründen für Andere für eine Impfung zur Zustimmung des Schutzes der Allgemeinheit. Im Vergleich zur Altersreferenzgruppe (26-45 Jahre) ist bei der Altersgruppe der 46-60 Jährigen der politische Druck, als möglichen Grund für Andere eine COVID-19-Schutzimpfung in Anspruch zu nehmen, ein weniger entscheidender Faktor. Bei der ältesten Gruppe der Befragten ist der politische Druck ein eher ausschlaggebender Grund gegen die Impfung, hingegen stellt für sie der Beruf eher keinen Anlass für eine Impfung dar. Im Vergleich zu den männlichen Befragten ist bei den weiblichen Teilnehmenden die Unsicherheit darüber, ob die Impfung schützt, ein weniger häufig gewählter Grund für die bisherige Nicht-Impfung.

Der Schutz der Allgemeinheit als Grund für eine Impfung ist bei Menschen mit einem niedrigeren Bildungsstand signifikant geringer als bei Menschen mit mittlerer Bildung. Ein ebenso negativer Zusammenhang lässt sich bei dem sozialen Druck als möglichen Grund für Andere, sich impfen zu lassen, erkennen. Bei diesem Grund ist nicht nur die niedrige Bildung signifikant, sondern auch der „Geimpftenstatus“.

Im Vergleich zu Nicht-Geimpften geben Geimpfte den politischen Druck sowie fehlende Informationen eher nicht als potentielle Gründe für Andere für eine Impfung an,

wohingegen die Gründe „Schutz von Kontaktpersonen“ und „Schutz der Allgemeinheit“ häufiger genannt wurden. Eine geimpfte Person gibt darüber hinaus als Grund für Andere, sich nicht impfen zu lassen, signifikant häufiger den Grund „COVID-19 sei von der Politik inszeniert“ an als die Referenzgruppe der Nicht-Geimpften. Sowohl bei der Zustimmungfrage nach der Selbstzahlung der Nicht-Geimpften für „Coronatests“ als auch bei der zur Umstellung von 3G zu 2G stimmten geimpfte Teilnehmende signifikant häufiger zu. Demgegenüber lehnten weibliche Personen beide Regeländerungen eher ab (s. Tabelle 1).

Tabelle 1: Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse.

Grund für Andere Impfung	
<i>Schutz der Allgemeinheit</i>	
13 - 25 Jahre ¹	0,812 *** [0,238]
Geimpft	1,602 *** [0,291]
<i>Politischer Druck</i>	
Geimpft	-2,440 *** [0,202]
46 - 60 Jahre ¹	-0,633 * [0,246]
<i>Sozialer Druck/Zwang</i>	
Geimpft	-2.122 *** [0,195]
Niedrige Bildung ²	-0,711 ** [0,227]
<i>Fehlinformationen</i>	
Geimpft	-3,449 *** [0,495]
<i>Schutz von Kontaktpersonen</i>	
Geimpft	1,634 *** [0,255]
Grund für die Impfung	
<i>Schutz der Allgemeinheit</i>	
13 - 25 Jahre ¹	0,865 *** [0,237]
Niedrige Bildung ²	-0.640 ** [0,231]
<i>Beruflich bedingt</i>	
61 - 87 Jahre ¹	-1,688 * [0,767]
Grund keine Impfung	
<i>Politischer Druck</i>	
61 - 87 Jahre ¹	2,191 * [1,087]
Grund bislang keine Impfung	
<i>Unsicher, ob die Impfung gegen das Virus schützt</i>	
Weiblich	-1,361 * [0,651]
Grund für Andere keine Impfung	
<i>Virus von der Politik inszeniert</i>	
Geimpft	0,834 *** [0,236]
* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001	
¹ Referenzgruppe: 26-45 Jahre, ² Referenzgruppe: mittlerer Bildungsstatus	

Diskussion

Erste Studien belegten früh die Effektivität der Impfstoffe bezüglich der Verringerung schwerer Verläufe und Todesfälle [9, 10]. Nachdem die anfänglich hemmenden Faktoren, wie beispielsweise die Verfügbarkeit des Impfstoffes sowie die uneindeutigen Empfehlungen der STIKO, überwunden wurden, entwickelte sich die Impfbereitschaft der Bevölkerung zu einem zentralen Faktor. Auch wenn bislang noch kein Impfstoff zu 100% vor einer Infektion einer bestimmten Krankheit geschützt hat, besteht in der Wissenschaft Konsens über die hohe Wirksamkeit von wissenschaftlich geprüften Impfstoffen. Folglich stellt die COVID-19-Impfung die Grundvoraussetzung für den kollektiven Infektionsschutz und somit auch eine große Bedeutung zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie dar [7].

Um eine gesundheitsbezogene Interventionsplanung erfolgreich durchführen zu können, ist eine sorgfältige Problemanalyse unumgänglich. Die Auswertung der Beweggründe für die Inanspruchnahme der COVID-19-Schutzimpfung stellt in dieser Arbeit dabei den Ausgangspunkt dar. Eine Studie aus dem Jahr 2021 zeigte einen generellen Anstieg (2012-2020) bei der Befürwortung, der eingeschätzten Wichtigkeit und dem Vertrauen in sowie der Aufklärung über Impfungen allgemein [11]. Allerdings zeigen die Ergebnisse dieser Arbeit, dass negative Emotionen (z. B. Angst) die Impfbereitschaft stark beeinflussen können, was auch in den Ergebnissen von Chou und Budenz (2020) deutlich wird [12]. Des Weiteren sind die sozialen Determinanten der Gesundheit wie Geschlecht, Alter und Bildungsstand mit der Impfeinstellung einer Person assoziiert [13, 14]. Beispielsweise gilt, dass männliche Personen zu einem riskanteren Gesundheitsverhalten tendieren [15]. In dieser Arbeit ließ sich jedoch feststellen, dass Männer häufiger geimpft waren als Frauen. Ein möglicher Grund dafür könnte eine längere Auseinandersetzung mit dem wissenschaftlichen Hintergrund der Schutzimpfung seitens der Frauen sein. Ebenso lehnen Frauen, verglichen mit den männlichen Teilnehmern, sowohl die erste Zustimmungfrage „Selbstzahlung der Nicht-Geimpften für Coronatests“ als auch die zweite „Umstellung von 3G zu 2G“ eher ab. Diese eher abweichende Rollenzuschreibung der „Frau“ als gesundheitsbewusstes Individuum [15] lässt sich auch in einer Studie bezüglich des „Querdenkertums“ von Nachtwey et al. (2020) erkennen [16, 17].

Es zeigte sich zudem ein konträres Bild beim Bildungsstand, denn der geringste Anteil der geimpften Personen waren die Gruppe der Personen mit einer hohen Bildung. Bei den Gründen für Andere, sich nicht impfen zu lassen, gaben 50% der Geimpften „Fehlinformationen“ als einen möglichen Punkt an. Aus diesen beiden Erkenntnissen könnte sich ableiten lassen,

dass man das generelle Bild – niedrigere Bildung geht mit einer geringeren Gesundheitskompetenz einher [18] – möglicherweise nicht auf die COVID-19-Pandemie, insbesondere die Schutzimpfung, übertragen kann.

Während der Pandemie wurden neue Gesundheitsinformationen, aber auch Fehlinformationen, in einer vorher noch nie dagewesenen Schnelligkeit und einem Ausmaß, sowohl im alltäglichen Leben als auch in den sozialen Medien verbreitet [19, 20]. Eine Art der neuen Gesundheitsinformationen stellen die COVID-19-Impfempfehlungen der STIKO dar, diese gelten als Indikationsempfehlung und werden deshalb beim Vorliegen von neuen Daten und Erkenntnissen ständig aktualisiert [21]. So erschien beispielsweise am 17. September 2021, also wenige Tage nach dem Umfragezeitraum, eine weitere Aktualisierung der Impfempfehlung, was somit einen signifikanten Einfluss auf die Studienergebnisse zu einem anderen Zeitpunkt haben könnte. Ein genauer kausaler Zusammenhang zwischen STIKO-Empfehlung und den Impfeinstellungen kann mit den vorliegenden Ergebnissen nicht ergründet werden.

Ausblick und Limitationen

Aufgrund des deutschsprachigen Fragebogens wurden einige Personengruppen und ihre Beweggründe aus der Umfrage ausgeschlossen. Zudem waren bei der Frage des Impfstatus die Ausprägungen „Genesen“ und „Genesen und Geimpft“ nicht vorhanden. Ein Selektionsbias der Studienteilnehmenden kann hinsichtlich einer Ungleichverteilung der Geschlechter sowie einer Zentrierung der Teilnehmenden auf Nordrhein-Westfalen nicht ausgeschlossen werden. Ferner könnte der Feldzugang durch die Vorauswahl der Facebook-Gruppen ebenfalls zu einem Selektionsbias beigetragen haben. Die Ergebnisse sollten daher vorsichtig interpretiert werden und sind nicht repräsentativ, dennoch ist auf die überdurchschnittlich hohe Rücklaufquote, insbesondere von nicht-geimpften Personen, in einem sehr kurzen Umfragezeitraum hinzuweisen. Ebenso lässt sich ein großes Mitteilungsbedürfnis, welches über die häufig verwendete Antwortoption „Sonstiges“ zu erkennen war, hervorheben.

Das generierte Wissen aus dieser Studie kann für die Interventionsplanungen zur Erhöhung der Impfbereitschaft genutzt werden. So zeigten sich in der vorliegenden Arbeit² bereits Zusammenhänge zwischen demographischen Daten und der Impfbereitschaft, welche als An-

² Bei der Umfrage der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine studentische Arbeit im Rahmen eines Seminars der Lebenswissenschaftlichen Fakultät der Universität Siegen.

satzpunkte für effektive Interventionen in der Praxis für bestehende und neue Maßnahmen genutzt werden können, beispielsweise um Zielgruppen gerechte Ansprache oder Werbung zu nutzen. Um jedoch repräsentative Daten für die Gesamtbevölkerung zu erhalten, könnte ein deutschlandweites Impfregeister von Vorteil sein. Zudem sind weitergehende Studien beispielsweise bezüglich eines Zusammenhangs der STIKO-Empfehlungen und der Impfeinstellung sowie der Verteilung der Geschlechter notwendig, um Strategie- und Interventionsplanungen so spezifisch wie möglich gestalten zu können. Außerdem sollte ein zusätzlicher Fokus der Interventionen auf die Aufklärung über mögliche Folgen und die Richtigstellung verschiedener gesundheitlicher Begriffe (z. B. „Langzeitfolgen“), gelegt werden.

Literatur

- [1] Matsui K. Vaccination Hesitancy for COVID-19. *JMA J* 2021; 4: 443–444. doi:10.31662/jmaj.2021-0157
- [2] WHO. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic
- [3] Chakraborty C, Sharma AR, Bhattacharya M, et al. COVID-19 vaccines and vaccination program for aging adults. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2021; 25: 6719–6730. doi:10.26355/eurev_202111_27117
- [4] Pogue K, Jensen JL, Stancil CK, et al. Influences on Attitudes Regarding Potential COVID-19 Vaccination in the United States. *Vaccines (Basel)* 2020; 8. doi:10.3390/vaccines8040582
- [5] Dror AA, Eisenbach N, Taiber S, et al. Vaccine hesitancy: the next challenge in the fight against COVID-19. *Eur J Epidemiol* 2020; 35: 775–779. doi:10.1007/s10654-020-00671-y
- [6] Betsch C. COSMO - COVID-19 Snapshot Monitoring. Zusammenfassung und Empfehlungen Welle 47; 2021
- [7] Wichmann O, Scholz S, Waize M, Schmid-Küpke N, Hamouda O, Wieler LH, Schaade L. Welche Impfquote ist notwendig, um COVID-19 zu kontrollieren? Robert Koch-Institut; 2021. doi:10.25646/8742
- [8] Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function. *Public Health in England (Acheson Report)*; 1988
- [9] Freck RW, Klein NP, Kitchin N, et al. Safety, Immunogenicity, and Efficacy of the BNT162b2 Covid-19 Vaccine in Adolescents. *N Engl J Med* 2021; 385: 239–250. doi:10.1056/NEJMoa2107456
- [10] Polack FP, Thomas SJ, Kitchin N, Absalon J, Gurtman A, Lockhart S, Perez JL. Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine; 2020
- [11] Reibling N, Spura A, Dietrich M, et al. Attitudes to Vaccination After the First Wave of COVID-19: Findings of a Representative Population Survey 2021
- [12] Chou WYS, Budenz A. Considering emotion in COVID-19 vaccine communication: addressing vaccine hesitancy and fostering vaccine confidence; 2020
- [13] Horstkötter N, Desrosiers J, Müller U. Einstellungen, Wissen und Verhalten von Erwachsenen und Eltern gegenüber Impfungen - Ergebnisse der Repräsentativ-Befragung 2020 zum Infektionsschutz; 2021
- [14] Olusanya OA, Bednarczyk RA, Davis RL, et al. Addressing Parental Vaccine Hesitancy and Other Barriers to Childhood/Adolescent Vaccination Uptake During the Coronavirus (COVID-19) Pandemic. *Front Immunol* 2021; 12: 663074. doi:10.3389/fimmu.2021.663074
- [15] Gamper M, Seidel J, Kupfer A, Keim-Klärner S, Klärner A. Geschlecht und gesundheitliche Ungleichheiten - Soziale Netzwerke im Kontext von Gesundheit und Gesundheitsverhalten; 2020
- [16] Nachtwey O, Schäfer R, Frei N. Politische Soziologie der Corona-Proteste; 2020. doi:10.31235/osf.io/zy3f

- [17] Frei N, Nachtwey O. Quellen des «Querdenkertums». Eine politische Soziologie der Corona-Proteste in Baden-Württemberg; 2022. doi:10.31235/osf.io/8f4pb
- [18] Schillinger D. The Intersections Between Social Determinants of Health, Health Literacy, and Health Disparities. *Stud Health Technol Inform* 2020; 269: 22–41. doi:10.3233/SHTI200020
- [19] Wildner M. COVID-19: Pandemie, Infodemie? *Gesundheitswesen* 2021; 83: 247–249. doi:10.1055/a-1391-3121
- [20] Bin Naeem S, Kamel Boulos MN. COVID-19 Misinformation Online and Health Literacy: A Brief Overview. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18. doi:10.3390/ijerph18158091
- [21] Robert Koch-Institut. *Epidemiologisches Bulletin, COVID-19-Impfempfehlung der STIKO. Empfehlung für Schwangere und Stillende*