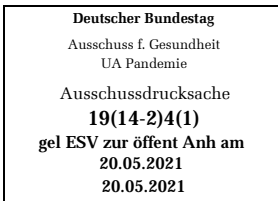


Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung Unterausschuss COVID-19- Pandemie

Thema "Impfkommunikation und Impfkampagne - Informationskampagne fortschreiben"

20. Mai 2021, 15:30 bis 17:00 Uhr



„Bei der öffentlichen Anhörung geht es in erster Linie darum, wie die laufende Impfkampagne der Bundesregierung weiter optimiert werden kann, d. h. wie insbesondere Impfskeptiker und auch Impfverweigerer angesprochen werden können, um diese Personenkreise über die Impfung gegen das SARS-CoV-2-Virus und die vorhandenen Impfstoffe noch besser aufzuklären. Auch Menschen mit Migrationserfahrung oder in prekären Situationen benötigen wahrscheinlich eine spezifische Ansprache und Aufklärung - Stichwort -zielgruppenspezifische Kommunikation-.“

1. Das **gesellschaftliche Klima beeinflusst entscheidend die Impfbereitschaft**: dazu zählen die Bewertung der Coronapolitik insgesamt und die Vertrauenswürdigkeit der zentralen Akteure (Bundes- und die Landesregierungen; Wissenschaft; Politikvermittler: insbesondere die Medien).
<https://www.marsilius-kolleg.uni-heidelberg.de/fellows/Publikationfellows2020.html>;
<https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/web/about/>)

Proaktive, strategische Impfkommunikation verbessern

2. Wie auch bei anderen Themen der Pandemiebewältigung kommt aus meiner Sicht der **proaktive, strategische Teil der Impfkommunikation zu kurz**: die zu erwartenden **Entwicklungen werden schlecht oder überhaupt nicht antizipiert**.
Beispiele: Winterwelle, Alten/Pflegeheime als Hochstrisikoplatz für Todesfälle, Notwendigkeit einer Forschungsagenda, Identifikation von speziellen Risikounterpopulationen (z.B. Migranten), Auftreten von Virusvarianten, Multidisziplinäre Vorbereitung von politischen Entscheidungen; regionale Unterschiede in den Pandemieverläufen.
3. **Beispiele für vergangene strategische Impfstoff- und Impfinformationslücken** der Bundesregierung die proaktiv hätten adressiert werden können/müssen:
 - a. Todesfälle und Erkrankungen nach Impfung:
 - i. was ist normal/unerwartet
 - ii. Untersuchungs- und Bewertungsprozess von Nebenwirkungen; Aufgaben der Arzneimittelüberwachung
 - iii. Verantwortlichkeiten der Akteure (Impfstoffhersteller, PEI, Länder, Heilberufe, Einzelpersonen)
 - b. Erwartete seltene Nebenwirkungen der Impfstoffe und dann notwendige Maßnahmen (Stoppen von klinischen Versuchen, Unterbrechen der Impfkampagnen)
 - c. Wahrscheinliche Verspätungen/Unsicherheiten bei Impfstofflieferungen
 - d. Anpassungen der Impfrezime (z.B. heterologe Kombinationen)
 - e. Impfpriorisierung: Warum? Wie entwickelt? Ende der Impfpriorisierung und Übergang zur Allgemeinverfügbarkeit?
4. **Beispiele für jetzt bestehende Impfstoff- und Impfinformationslücken** die schnellstens adressiert werden müssen:
 - a. Notwendigkeit und Kontraindikation bei der Impfung von Kindern
 - b. Langfristiger Impfschutz: Reinfektionen und Nachimpfungen
 - c. Relevanz von Variantenviren für die Impfung (und Bekämpfung) und bereits getroffene Gegenmaßnahmen.

Sichtbarkeit und Berücksichtigung des medizinischen und gesundheitlichen Fachwissens erhöhen

5. **Stellungnahmen der dt. medizinischen Fachgesellschaften** (z.B. Krankenhaushygiene, Päd. Infektiologie, Immunologie, Virologie, Kinder- und Jugendmedizin) erscheinen sich viel **weniger in der** medialen, öffentlichen und scheinbar auch der politischen **Wahrnehmung, Themenbelegung und Entscheidungsfindung** zu finden als einige medial außerordentlich aktive Politiker mit medizinischem Hintergrundwissen und individuelle Experten. Beispiele: Bedeutung der Variante B.1.1.7 für Kinder, Teststrategien für Schulkinder, Bedeutung von Schulen für das Pandemiegeschehen.
 - a. Aus meiner Sicht spielt hier das **Vakuum, dass die Bundesregierung in der strategischen Krisenkommunikation gelassen** hat, eine große Rolle. Genau wie beim Organisieren des Krisenmanagements insgesamt wurden die **Prozesse, Methoden, Struktur und Akteure in der Krisenkommunikation nicht konsequent** vom „Routinemodus“ in den „Krisenmodus“ **umgestellt**.
 - b. Eine koordinierte Krisenkommunikation mit klarer Aufgabenverteilung und strategischer Ausrichtung, die die Kräfte des BMG, BZGA und RKI bündelt ist nicht klar erkennbar. Z.B. sind die Webseiten jede der 3 Organisationen immer noch auf „sich selbst“ orientiert: wo ist DIE zentrale Anlaufstelle der Bundesregierung für die Bevölkerung für Covid-19 und SARS-Cov-2? Die Pressekonferenzen werden wohl neben der Informationsvermittlung auch noch immer für die politische Präsentation genutzt, während die (Pseudo)-Informationsvermittlung in den Talkshows stattfindet?
 - c. Günstig hat sich auf dem Gebiet der **Impfstoffempfehlungen** ausgewirkt, dass es im Unterschied zu den anderen relevanten Gebieten der Pandemieeindämmung zu mindestens hier ein **Expertenkomitee (STIKO)** gibt.
 - d. Multidisziplinäre ad-hoc **Expertenteams wären auch notwendig gewesen/noch notwendig** bei anderen komplexen Fragestellungen die wie z.B.: Bedeutung der Schulen am Infektionsgeschehen, Risikoeinschätzung der verschiedenen SARS-CoV-2 Varianten, Belastungskapazitäten der Intensivmedizin,, Wirksamkeit von Kontaktbeschränkungen (z.B. Ausgangssperren, Grenzbeschränkungen wegen Varianten)

Epidemiologische Reserven bei der Information von Impfskeptikern ausnutzen

6. Die prinzipiellen drei **Gründe gegen das Impfen sind bekannt**: Zweifel an der Sicherheit und Wirksamkeit, fehlendes Risikoverständnis für die Erkrankung, strukturelle Hürden (Aufwand). <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X15005009?via%3Dihub>. Allerdings muss sich **jede Impfinformationskampagne („Impfung ist die bessere Wahl“)** **differenziert auf die spezifischen Ziel- und Problemgruppen orientiert ausrichten**.
 - a. Dafür müssen die sich u.U. ändernden **Gründe** für die Nicht-Akzeptanz des Impfangebotes in den speziellen Zielgruppen (Alter, Bildung, Herkunft, Skepsis oder Impfgegner etc.) auch bekannt und verstanden werden. **Dafür sind repräsentative Studien über den Zeitraum der Impfkampagne hinweg notwendig: wo sind die repräsentativen Ergebnisse?**

7. **Das fehlende Risikoverständnis und Wissen über den Pandemieverlauf und Ende sind meines Erachtens ein wichtiger Grund für Impfskepsis.**
 Hier liegen meines Erachtens u.U. noch erhebliche **Reserven bei der Gewinnung der Impfskeptiker** und wesentliche Gründe, warum es noch immer nicht gelungen ist, **die Impfung ausreichend als bessere Wahl gegenüber der Infektion** zu positionieren. <https://www.marsilius-kolleg.uni-heidelberg.de/fellows/Publikationfellows2020.html>
- a. **Beispiele für epidemiologische Informationslücken**, die u.U. zu Impfskepsis führen
 - i. Das sich **alle Personen** in der näheren Zukunft entweder **impfen lassen oder sich mit SARS-CoV-2 erstinfizieren werden**, ist noch nicht allgemeines Gedankengut. Auch nicht, dass die Impfung die einzige (und altersabhängig bessere) Alternative für die Erstinfektion ist.
 - ii. Alle Menschen werden sich **nach der Erstinfektion/Impfung** über kurz oder lang **unausweichlich mit SARS-CoV-2 reinfizieren**. Diese Reinfektion wird in der Regel viel milder verlaufen. Wenn überhaupt wird eine **Impfung sehr wahrscheinlich nur für besonders vulnerable Personen** empfohlen werden.
 - iii. Es wird immer noch von **Erreichen der Herdenimmunität** gesprochen (Kanzlerin, Politiker, Medien). Die ist jedoch nur im Zusammenhang mit der Eliminierung einer Erkrankung von Bedeutung, was bei SARS-CoV-2 nicht gelingen kann. Es wird keine Herdenimmunität geben! Besser: **Erreichen der Endemie**: alle haben eine Erstexposition (Virus; Impfstoff) hinter sich.
 - iv. Gemessen an der Berichterstattung wird die **Bedeutung der Varianten am Eindämmungserfolg der Pandemie immernoch weit überschätzt**. BZGA und RKI haben hier relativ gutes Aufklärungsmaterial: aber in den Medien und auch der Bekämpfung (siehe Quarantäne für ganze Häuserblocks in Velbert) spielt das offensichtlich keine oder nur eine untergeordnete Rolle.

Nationales Impfreister zügig etablieren

8. Das bereits von vielen Seiten geforderte und diskutierte **nationale Impfreister für Deutschland ist mehr als überfällig**. Die Vorteile sind bereits ausführlich in anderen Ländern belegt und technische Lösungen vorhanden, die Datensicherheit zu garantieren. Das Beispiel Israel zeigt ausdrücklich, dass ein **Register während Gesundheitskrisen** von überragender Bedeutung ist. Die nächste Pandemie kommt bestimmt und auch in regulären Zeiten werden Impfstoffe weiterhin eingeführt werden, deren u.U. seltenen Nebenwirkungen ohne Impfreister nur **verspätet erkannt** werden können.

Epidemiologischen Datenmangel beseitigen/reduzieren

9. Auf den vielerorts bereits kritisierten **Mangel an belastbaren epidemiologischen und gesundheitlich-relevanten Daten für die Pandemiesteuerung**, die man zu mindestens teilweise durch eine Verankerung der relevanten Datenerfassung im IfsG hätte kompensieren können, möchte ich hier nicht eingehen. Der Umstand, dass es für viele der Interventionen der Bundesregierung keine belastbare Daten gibt, ist aber sicherlich auch **nicht förderlich für die Kommunikation zur Impfung und den Impfstoffen**.