



Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

COVID-19-Impfquotenmonitoring in Deutschland als Einwanderungsgesellschaft (COVIMO-Fokuserhebung)

Robert Koch-Institut
03. Februar 2022

Report 9

(Datenerhebung 04.11.2021 – 18.12.2021)

In dieser Fokuserhebung wurde die deutschsprachige Erhebung durch Interviews in weiteren fünf Sprachen ergänzt. Damit wurden in dieser Erhebung auch Personengruppen erreicht, die in vorherigen Erhebungen aufgrund einer Sprachbarriere nicht erreicht werden konnten. Insgesamt liefert diese Befragung daher Ergebnisse, die die Bevölkerung in Deutschland besser abbilden können.

Impflücken gibt es zurzeit in verschiedenen Bevölkerungsgruppen. Ein Beispiel ist die Bevölkerung der östlichen Bundesländer, die im Vergleich zum Rest Deutschlands deutlich geringere Impfquoten aufweisen ([Digitales Impfquotenmonitoring zur COVID-19-Impfung, 2022](#)). Aber auch die Impfquote der älteren Bevölkerung ist im Verhältnis zu dessen Erkrankungsrisiko nicht ausreichend. Um Handlungsbedarfe identifizieren zu können, müssen Bevölkerungsgruppen miteinander verglichen werden. Diese Fokuserhebung konzentriert sich auf die Bevölkerungsgruppe Eingewanderte und ihre direkten Nachkommen, also Personen mit Migrationsgeschichte, und vergleicht diese mit Personen ohne Migrationsgeschichte.

Zusammenfassung

Bestehen Unterschiede in Impfverhalten und -intention zwischen Menschen mit und ohne Migrationsgeschichte?

- Personen ohne Migrationsgeschichte haben eine etwas höhere Impfquote als Personen mit Migrationsgeschichte.
- Die Impfbereitschaft unter den aktuell noch Ungeimpften ist bei Personen mit Migrationsgeschichte höher.

Wie können die unterschiedlichen Impfquoten erklärt werden?

- Sozioökonomische Merkmale (Bildung und Einkommen) und das Alter können zum Teil die geringere Impfquote unter den Menschen mit Migrationsgeschichte erklären.
- Diskriminierungserfahrungen im Gesundheits- und Pflegebereich tragen zu einem kleinen Teil weiter zur Erklärung des Unterschieds bei.
- Sprachbarrieren können einen Großteil der Impfquotenunterschiede zwischen Personen mit und ohne Migrationsgeschichte erklären.

- Tatsächlich zeigt sich nach Sprache ein größerer Unterschied in den Impfquoten als nach Migrationsgeschichte: Je besser die Deutschkenntnisse eingeschätzt werden, umso höher ist die Impfquote.

Was beeinflusst außerdem das Impfverhalten?

- Für alle Befragten gilt: Mit zunehmendem Vertrauen in die Sicherheit der Impfung und in das deutsche Gesundheitssystem steigt die Chance geimpft zu sein.
- Umso größer die Überzeugung ist, mit der Impfung Freiheiten zurück zu gewinnen, desto größer ist die Chance, geimpft zu sein.
- Je eher eine Person mit Migrationsgeschichte Impfen als eine gemeinschaftliche Maßnahme ansieht, um die Verbreitung von COVID-19 zu verhindern, desto eher ist diese Person geimpft.
- Wissen: Falschwissen und besonders Unsicherheiten zu der COVID-19-Impfung sind weit verbreitet. Unter Personen mit Migrationsgeschichte findet sich signifikant mehr Unsicherheit und Falschwissen als bei Personen ohne Migrationsgeschichte.

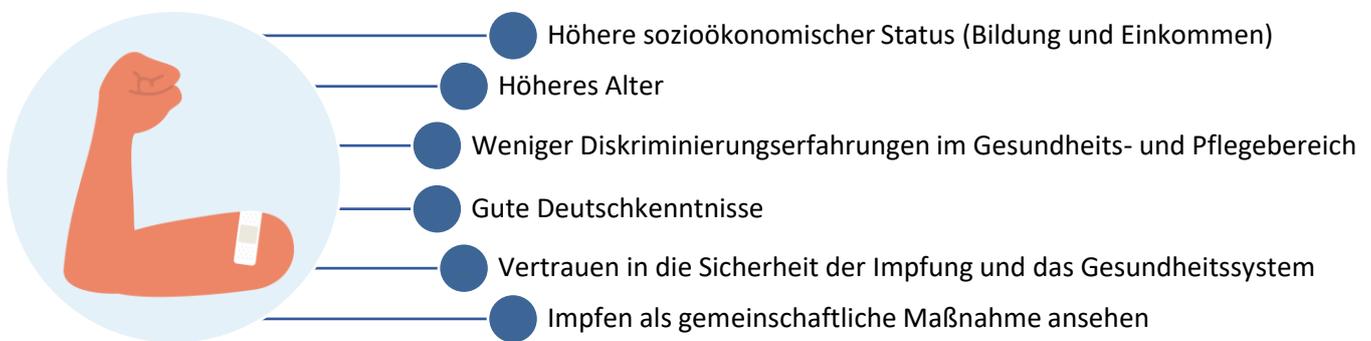


Abb. 1: Merkmale, die bei Personen mit Migrationsgeschichte mit dem eigenen Impfverhalten zusammenhängen

Überblick und Methodik

Ziel des Monitorings zur COVID-19-Impfung ist es, die Impfbereitschaft und -akzeptanz verschiedener Bevölkerungsgruppen in Deutschland zu erfassen und zeitnah mögliche Barrieren der Impfinanspruchnahme zu erkennen. Hierzu werden monatlich telefonische Befragungen in der Bevölkerung ab 18 Jahre durchgeführt, die durch Fragen zu aktuellen Aspekten wie beispielsweise bestimmtes Wissen zur COVID-19-Impfung ergänzt werden können oder einen thematischen Schwerpunkt haben. Die Auswahl der Teilnehmenden erfolgt als Zufallsstichprobe aus dem Stichprobensystem des ADM (Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e. V.). In der Stichprobe befinden sich zufällig generierte Mobil- und Festnetznummern (Dual-Frame Ansatz). Diese Herangehensweise erlaubt es, jede Befragung repräsentativ für die Zielgruppe in Deutschland durchzuführen.

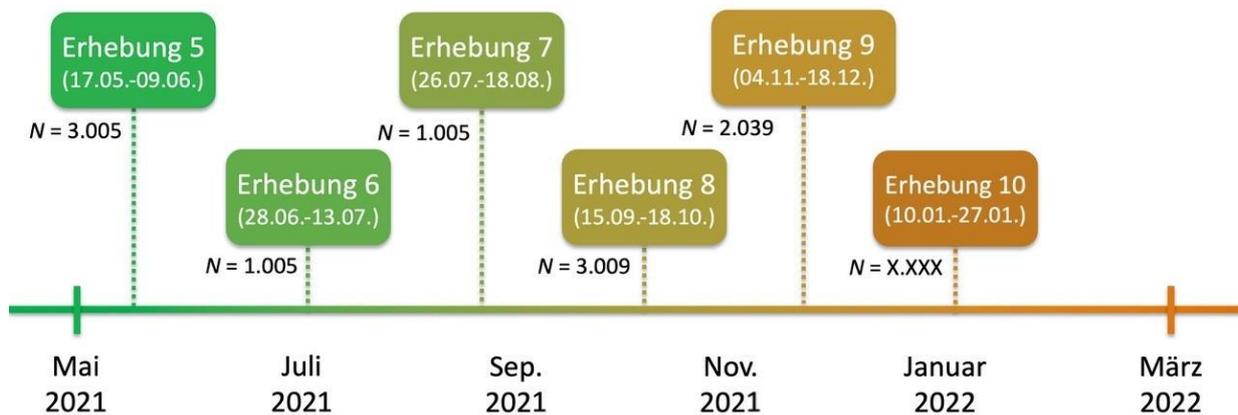


Abb. 2: COVIMO-Erhebungswellen 5 bis 10 im Zeitverlauf

Die 9. Befragung konzentrierte sich auf Deutschland als Einwanderungsgesellschaft. Für diese Befragung wurden 2 Stichproben mit jeweils etwa N=1000 Personen gezogen. Stichprobe A umfasst Eingewanderte und ihre direkten Nachkommen, die im Folgenden als Personen mit (eigener oder familiärer) Migrationsgeschichte bezeichnet werden¹. Dazu gehören Personen, die selber nach Deutschland eingewandert sind sowie Personen, von denen mind. ein Elternteil nach Deutschland eingewandert ist. Die Befragten dieser Stichprobe hatten die Möglichkeit das Interview auf **Deutsch, Arabisch, Türkisch, Russisch, Polnisch** und **Englisch** zu führen. Stichprobe B umfasst Menschen ohne Migrationsgeschichte. Sie führten die Interviews auf Deutsch. Die Daten sind für Region, Alter, Geschlecht, Migrationsgeschichte und Bildung gewichtet.

Stand der Impfkativitäten

Während des Befragungszeitraums (04.11. - 18.12.2021) standen in Deutschland die mRNA-Impfstoffe von BioNTech/Pfizer und Moderna sowie die Vektor-Impfstoffe von AstraZeneca und Janssen-Cilag International zur Verfügung. Die AstraZeneca Vaccine sowie die COVID-19 Vaccine Janssen sind nur für Personen ab 60 Jahre empfohlen. Die STIKO empfiehlt, Personen unter 30 Jahre ausschließlich mit dem mRNA-Impfstoff von BioNTech/Pfizer (Comirnaty) zu impfen. Am 18.11.2021 hat die STIKO darüber informiert, dass sie eine Auffrischimpfung mit einem der mRNA-basierten Impfstoffe für alle Erwachsenen empfiehlt.

Disclaimer: Alle hier berichteten Daten und Schlussfolgerungen sind als vorläufig zu betrachten und dürfen nur unter Angabe der Quelle genutzt werden. Rückfragen zur Studie richten Sie bitte an covimo@rki.de.

¹ Die Auswahl des Begriffs Migrationsgeschichte dient der Verständlichkeit und Lesbarkeit. Die Autor:innen sind sich der Empfehlung der Fachkommission Integrationsfähigkeit bewusst ([Fachkommission Integrationsfähigkeit, 2020](#)).

Beschreibung der Stichproben

Insgesamt wurden 2039 Personen befragt (52 % weiblich, durchschnittliches Alter 55 Jahre, SD = 17). Von diesen haben 1015 Personen eine Migrationsgeschichte und 1017 Personen haben keine Migrationsgeschichte. Die 2 Stichproben werden in Tabelle 1 näher beschrieben. Die weiteren deskriptiven Analysen wurden mit gewichteten Daten vorgenommen, die auf dieser Stichprobenzusammensetzung beruhen.

Tab. 1: Charakteristika der Stichproben

	Befragte mit Migrationsgeschichte		Befragte ohne Migrationsgeschichte	
	Ungewichtet	Gewichtet	Ungewichtet	Gewichtet
Alter in Jahren				
Mittelwert (SD)	55 (18)	50 (19)	56 (17)	52 (18)
Geschlecht, n (%)				
Männlich	477 (47)	263 (51)	504 (50)	733 (48)
Weiblich	538 (53)	257 (49)	513 (50)	783 (52)
Region, n (%)				
Nördliche Bundesländer	178 (18)	90 (17)	175 (17)	278 (18)
Östliche Bundesländer	180 (18)	72 (14)	232 (23)	287 (19)
Südliche Bundesländer	297 (29)	162 (31)	261 (26)	429 (28)
Westliche Bundesländer	360 (35)	195 (38)	348 (34)	521 (34)
Bildungslevel, n (%)				
niedrig	147 (15)	70 (14)	44 (4)	87 (6)
moderat	329 (33)	176 (34)	445 (44)	682 (45)
hoch	533 (53)	270 (52)	523 (52)	739 (49)
Monatliches Netto-äquivalenzeinkommen in €				
Mittelwert (SD)	1782 (1268)	1750 (1280)	2526 (1440)	2457 (1502)
Migrationsgeschichte, n (%)				
Selbst eingewandert	792 (78)	403 (78)		
Direkter Nachkomme von eingewanderten Eltern	223 (22)	116 (22)		
Aufenthaltsdauer in Jahren				
Mittelwert (SD)	25 (15)	22 (16)		
Muttersprache, n (%)				
Deutsch	306 (30)	155 (30)		
Nicht Deutsch	704 (70)	362 (70)		
Interview-Sprache, n (%)				
Deutsch	572 (56)	297 (57)		
Arabisch	57 (6)	35 (7)		
Englisch	47 (5)	34 (6)		
Polnisch	23 (2)	10 (2)		
Russisch	211 (21)	97 (19)		
Türkisch	105 (10)	46 (9)		

Impfquotenschätzungen

Die Teilnehmenden wurden gefragt, ob sie sich gegen COVID-19 haben impfen lassen und wie viele Impfstoffdosen sie erhalten haben. Die Impfquote beruht auf gewichteten Daten und kann nur als Schätzwert angegeben werden. Dieser eignet sich besonders für Gruppenvergleiche. Die Einschränkungen der Impfquotenschätzung werden im COVIMO Report 7 ([COVIMO, 2021](#)) ausführlich diskutiert.

Impfquotenschätzung Allgemeinbevölkerung

Von allen Befragten (mit und ohne Migrationsgeschichte, $n = 2039$) gaben etwa 90 % (95 %-KI: 89; 91) an, mind. einmal gegen COVID-19 geimpft zu sein. Mind. zweimal geimpft zu sein gaben etwa 85 % (95 %-KI: 83; 86) an.

Impfquotenschätzung nach Migrationsgeschichte und Sprache

Die geschätzte Impfquote unterscheidet sich signifikant zwischen den Befragten mit und ohne Migrationsgeschichte (vgl. Abb. 3).

- Von den Menschen mit Migrationsgeschichte gaben etwa 84 % an, mind. einmal geimpft zu sein (95 %-KI: 81; 87).
- Die Impfquote für die Bevölkerungsgruppe ohne Migrationsgeschichte beträgt etwa 92 % (95 %-KI: 91; 94).
- Unterschiede zwischen den Personen mit und ohne Migrationsgeschichte zeigen sich in beiden Geschlechtern und in allen Altersgruppen, bis auf die Gruppe der 18- bis 29-Jährigen, in der die Impfquote bei Personen mit und ohne Migrationsgeschichte etwa gleich hoch ist und bei knapp 93 % liegt.

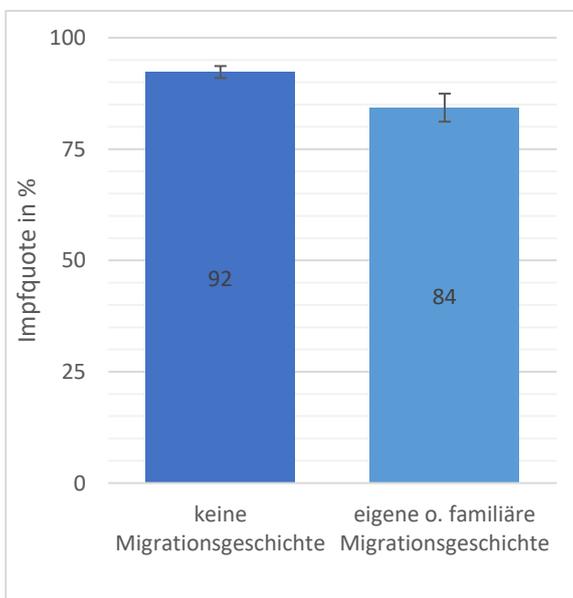


Abb. 3: Impfquote (mit Angabe des 95 %-KI) der Gruppe ohne Migrationsgeschichte ($n_{\text{gewichtet}} = 1517$; $n_{\text{ungewichtet}} = 1017$) und der Gruppe mit Migrationsgeschichte ($n_{\text{gewichtet}} = 518$; $n_{\text{ungewichtet}} = 1015$)

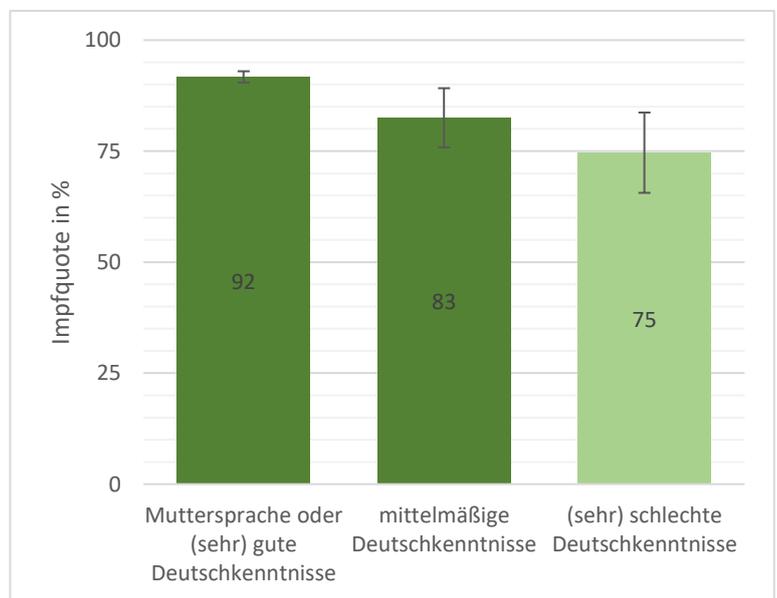


Abb. 4: Impfquote (mit Angabe des 95 %-KI) nach Deutschkenntnisse (Muttersprache oder (sehr) gut, ($n_{\text{gewichtet}} = 1816$; $n_{\text{ungewichtet}} = 1648$); mittelmäßig, ($n_{\text{gewichtet}} = 128$; $n_{\text{ungewichtet}} = 247$); (sehr) schlecht, ($n_{\text{gewichtet}} = 92$; $n_{\text{ungewichtet}} = 142$))

Die Impfquote unterscheidet sich zudem nach den selbst eingeschätzten Deutschkenntnissen (vgl. Abb. 4).

- Von den Befragten mit Deutsch als Muttersprache oder selbst eingeschätzten (sehr) guten Deutschkenntnissen, gaben etwa 92 % an, mind. einmal geimpft zu sein (95 %-KI: 90; 93).
- Die Impfquote für die Befragten, deren Deutschkenntnisse nach eigenen Angaben mittelmäßig sind, beträgt etwa 83 % (95 %-KI: 76; 89).
- Befragte, die ihre Deutschkenntnisse als (sehr) schlecht einschätzen, haben eine Impfquote von 75 % (95 %-KI: 66; 84).

Impfbereitschaft

Impfbereitschaft Allgemeinbevölkerung

Die Impfquote der mind. einmal Geimpften (mit und ohne Migrationsgeschichte) beträgt in dieser Stichprobe etwa 90 %. Damit ist der Anteil der ungeimpften Personen gering. Von 209 ungeimpften Befragten gaben etwa 47 % an, sich eher nicht oder auf keinen Fall impfen zu lassen, etwa 30 % sind in ihrer Impfscheidung weiterhin unentschlossen.

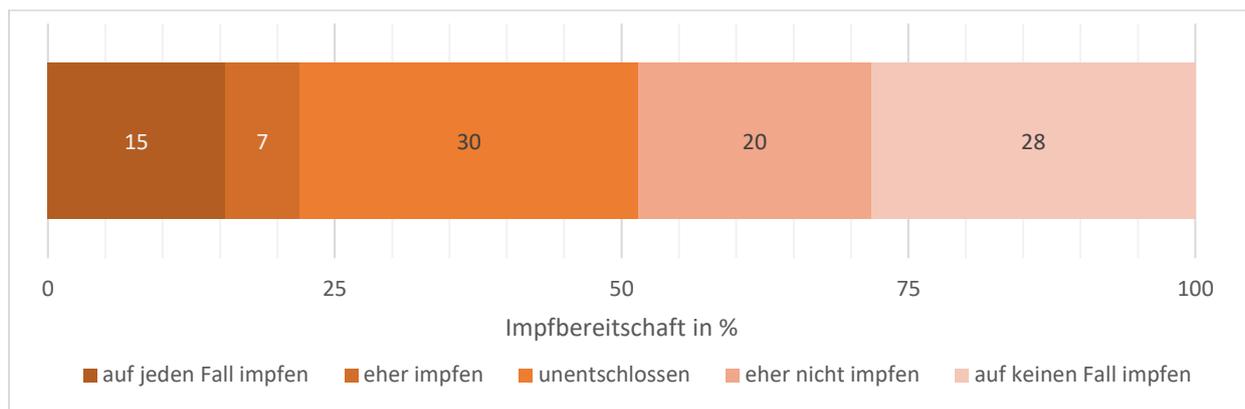


Abb. 5: Impfbereitschaft (gewichtet) der ungeimpften Befragten ($n_{\text{gewichtet}} = 198$; $n_{\text{ungewichtet}} = 209$)

Impfbereitschaft nach Migrationsgeschichte

Die durchschnittliche Impfbereitschaft der Ungeimpften ist bei Befragten mit Migrationsgeschichte ($n_{\text{gewichtet}} = 116$; $n_{\text{ungewichtet}} = 137$) signifikant höher als in der Gruppe ohne Migrationsgeschichte ($n_{\text{gewichtet}} = 80$; $n_{\text{ungewichtet}} = 71$). Dieses Ergebnis ist auch vor dem Hintergrund der niedrigeren Impfquote unter Personen mit Migrationsgeschichte interessant.

Erklärungsansätze für die Unterschiede im Impfverhalten nach Migrationsgeschichte

Der Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit wurde vielfach untersucht. In der Literatur herrscht Konsens, dass dieser Zusammenhang durch sozioökonomische Ungleichheiten sowie durch Barrieren im Zugang zu und in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen erklärt werden kann ([Paradies et al., 2015](#)). Die Fokuserhebung Einwanderungsgesellschaft untersucht den Zusammenhang zwischen Migrationsgeschichte und Impfverhalten in Bezug auf die COVID-19-Impfung.

Es wurden Analysen (schrittweise logistische Regressionen) durchgeführt, um den Effekt von Migrationsgeschichte auf die Wahrscheinlichkeit (Chance), geimpft zu sein, zu überprüfen. Die Analysen umfassten folgende Variablen:

- Impfverhalten, mind. einmal geimpft zu sein (trifft nicht zu/trifft zu)
- Migrationsgeschichte (nicht vorhanden/vorhanden)
- monatliches Nettoäquivalenzeinkommen
- Bildung (in den Gruppen niedrig, moderat, hoch)
- Alter
- Selbst eingeschätzte Deutschkenntnisse (Intervallskala von 1 [Muttersprache], über 2 [sehr gute Deutschkenntnisse] bis 6 [sehr schlechte Deutschkenntnisse])
- Diskriminierungserfahrungen im Gesundheits- oder Pflegebereich (Intervallskala von 1 [nie] bis 5 [sehr oft]); siehe Exkurs Diskriminierungserfahrungen

Ergebnisse der Analysen

- Personen ohne Migrationsgeschichte haben eine höhere Chance geimpft zu sein als Personen mit Migrationsgeschichte.
- Nach Hinzunahme von **Einkommen, Bildung und Alter** bleibt ein Effekt von Migrationsgeschichte auf Impfverhalten bestehen, fällt jedoch kleiner aus.
- Es bestehen also Hinweise, dass der Unterschied im Impfverhalten nach Migrationsgeschichte teilweise durch sozioökonomische und -demografische Merkmale erklärt werden kann.
- Auch die sozioökonomischen und -demografischen Merkmale haben einen Effekt auf Impfverhalten:
 - Mit steigendem Einkommen steigt die Chance mind. eine Impfung erhalten zu haben.
 - Personen, die zur hohen Bildungsgruppe gehören, sind eher geimpft als Personen, die zur niedrigen Bildungsgruppe gehören.
 - Je älter eine Person ist, desto höher ist die Chance, dass sie geimpft ist.

Geringere Deutschkenntnisse können eine zentrale Barriere im Zugang zu Informationen und Gesundheitsleistungen darstellen. Deshalb wird neben Migrationsgeschichte, den sozioökonomischen und -demografischen Variablen zusätzlich eine Sprachvariable aufgenommen:

- Obwohl ein Großteil der Befragten (mit Migrationsgeschichte) nicht wahrnimmt, dass sprachliche Barrieren es erschweren die Impfung zu erhalten, verweisen diese Analysen auf einen Zusammenhang zwischen Sprache und dem Impfverhalten:
- Unter Kontrolle der Merkmale Bildung, Einkommen, Alter und Sprache als zusätzliche Variable unterscheidet sich die Chance geimpft zu sein zwischen Personen mit und ohne Migrationsgeschichte nicht.
- Je schlechter die Deutschkenntnisse eingeschätzt werden, desto eher sind Personen ungeimpft.

Außerdem kann erlebte **Diskriminierung im Gesundheits- oder Pflegebereich** dazu führen, dass Gesundheitsleistungen weniger in Anspruch genommen werden.

- Unabhängig von Einkommen, Bildung, Alter und Diskriminierungserfahrungen haben Personen ohne Migrationsgeschichte eine höhere Chance geimpft zu sein als Personen mit Migrationsgeschichte.
- Je häufiger Diskriminierung im Gesundheits- oder Pflegebereich erlebt wurde, desto eher sind Personen ungeimpft.

Exkurs: Diskriminierungserfahrungen

In dieser Fokuserhebung wurden die Teilnehmenden gefragt, ob und wie häufig sie Diskriminierung in der gesundheitlichen Versorgung erlebt haben (5-Punkt-Likert-Skala von 1 [nie] bis 5 [sehr oft]). Die Frage lautete:

Wie oft wurden Sie im Gesundheits- oder Pflegebereich (z.B. Arzt, Krankenhaus, betreutes Wohnen, Pflegeeinrichtung) ungerecht oder schlechter behandelt als andere Menschen? Damit gemeint ist beispielsweise: Sie erhalten schlechteren Service oder Sie werden mit weniger Respekt behandelt.

Ein Großteil der Befragten gab an, nie Diskriminierung im Gesundheits- oder Pflegebereich erlebt zu haben (76 %). Befragte mit Migrationsgeschichte gaben signifikant häufiger an, Diskriminierung erlebt zu haben als Befragte ohne Migrationsgeschichte.

Befragte, die angaben, bereits Diskriminierung erlebt zu haben (selten oder häufiger), wurden nach den möglichen Gründen dieser Diskriminierungserfahrung entsprechend ihrer **subjektiven Einschätzung** gefragt². Alter sowie das Vorliegen einer chronischen Erkrankung oder körperlichen Beeinträchtigung wurden von allen Befragten häufig als möglicher Grund angegeben. Bei den Befragten mit Migrationsgeschichte wurde Herkunft, Akzent, Sprache, Aussehen, Name am häufigsten als Grund genannt (49 %).

² Die Autor:innen sind sich bewusst, dass die Gründe von Diskriminierung nicht bei denjenigen liegen, die Diskriminierung erfahren.

Psychologische Determinanten des Impfens

Weltweit wurden verschiedene Modelle entwickelt, um Impfverhalten zu erklären und die Gründe des (Nicht-)Impfens erfassen zu können. Das „5C Modell“ ist das wohl umfangreichste Modell und umfasst die hier abgebildeten fünf Aspekte der Impfentscheidung. In der aktuellen Erhebungswelle wurde ein besonderes Augenmerk auf die wahrgenommenen Barrieren (Constraints) gelegt, sodass Items zu spezifischen Constraints aufgenommen wurden:

- Es ist schwer für mich, einen Impftermin zu bekommen.
- Es ist schwer für mich, den Ort der Impfung zu erreichen.
- Ich habe nicht genug Zeit, mich um eine Impfung zu kümmern.



Abb. 6: 5C-Modell ([Betsch et al., 2018](#))

Seit Beginn der COVIMO-Studie wurden die Teilnehmenden zusätzlich per offener Antwortkategorie zu ihren Gründen der (Nicht-)Impfung befragt. Die Antworten der Teilnehmenden wurden kodiert, zu Precodes entwickelt und von Erhebung zu Erhebung angepasst. In Erhebung 6 und 7 konnten schließlich die häufigsten Precodes als neue Items und Ergänzung zum 5C-Modell verwendet werden. Zwei dieser Items wurden in die Fokuserhebung aufgenommen:

- Ich fühle mich gedrängt, mich gegen COVID-19 impfen zu lassen.
- Ich lasse mich impfen, um meine Freiheiten zurück zu erhalten.

Die Befragten gaben ihre persönliche Einschätzung zu den Aussagen auf einer Skala von 1 (gar nicht zutreffend) bis 5 (voll und ganz zutreffend) an.

Im Vergleich der psychologischen Determinanten zwischen Befragten mit und ohne Migrationsgeschichte (vgl. Abb. 7) zeigt sich, dass Befragte mit Migrationsgeschichte signifikant weniger Vertrauen in die Impfung und das Gesundheitssystem haben. Sie haben zudem eine signifikant geringere Risikowahrnehmung und wägen weniger Nutzen und Risiko der Impfung ab. In beiden Gruppen wird die Impfung stark als gemeinschaftliche Maßnahme wahrgenommen, bei den Befragten mit Migrationsgeschichte etwas weniger stark. Wahrgenommene Barrieren spielen in beiden Gruppen eine geringe Rolle, jedoch empfinden Befragte mit Migrationsgeschichte es als schwerer den Impfort zu erreichen und nehmen häufiger Zeitmangel als Hinderungsgrund für die Impfung wahr. Sie fühlen sich häufiger zur Impfung gedrängt.

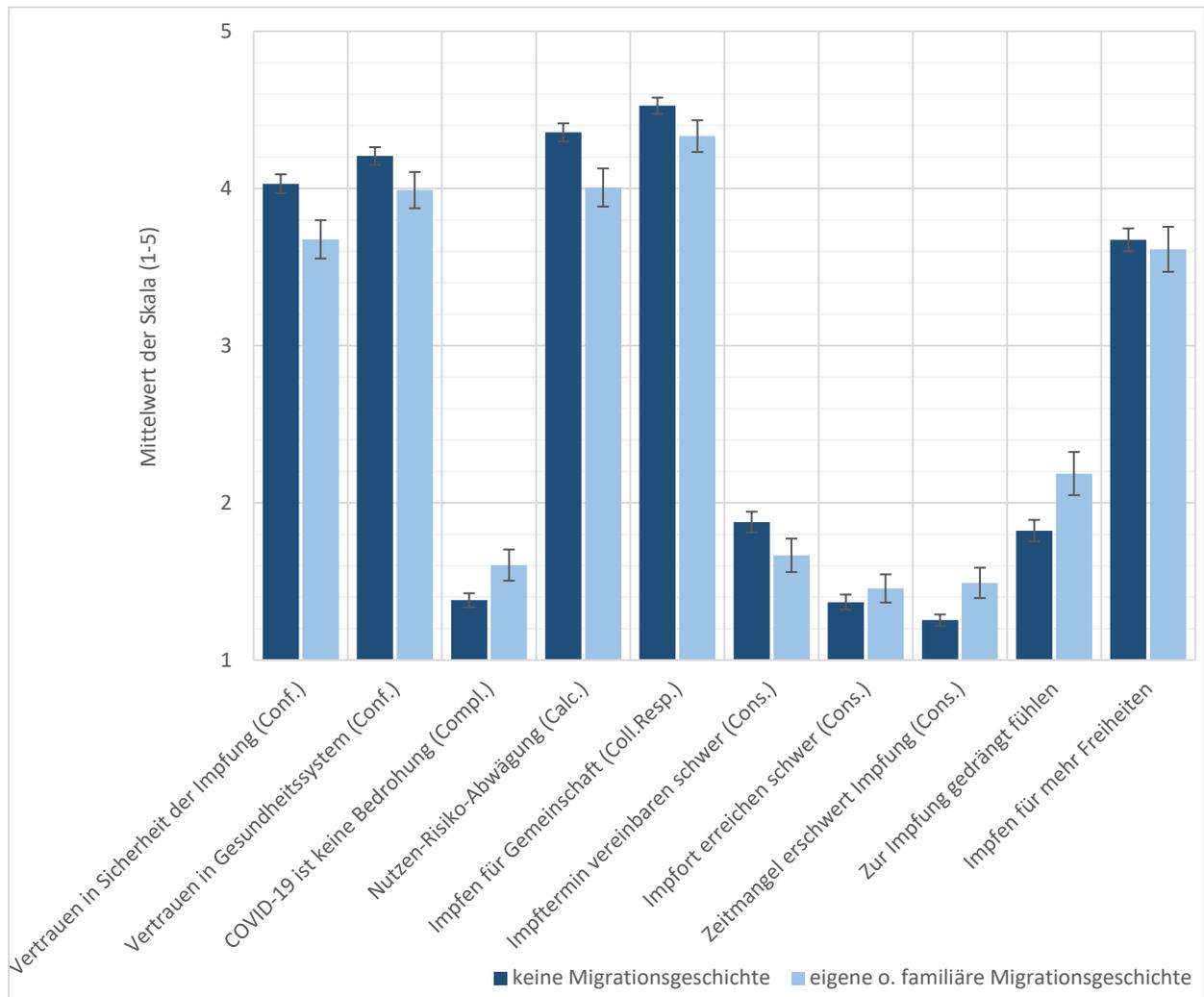


Abb. 7: Mittelwerte (gewichtet, mit Angabe des 95 %-KI) der 5C-Items für die Befragten ohne Migrationsgeschichte (gewichtet: $n_{\min} = 1492$; $n_{\max} = 1513$; ungewichtet: $n_{\min} = 1005$; $n_{\max} = 1015$) und für die Befragten mit Migrationsgeschichte (gewichtet: $n_{\min} = 473$; $n_{\max} = 516$; ungewichtet: $n_{\min} = 992$; $n_{\max} = 1009$)

Psychologische Determinanten zur Erklärung des aktuellen Impfverhaltens

Es wurde überprüft, welchen Effekt die 5C-Items sowie die weiteren Impfakzeptanz-Items auf das Impfverhalten haben. Dazu wurden Analysen (logistische Regressionen) getrennt für die Gruppen mit und ohne Migrationsgeschichte durchgeführt. In beide Modelle wurden folgende Variablen aufgenommen:

- Impfverhalten, mind. einmal geimpft sein
- 5C-Items
- Weitere Impfakzeptanz-Items
- monatliches Nettoäquivalenzeinkommen
- Bildung (in den Gruppen niedrig, moderat, hoch)
- Alter

Zum jetzigen Zeitpunkt der Pandemie können für beide Personengruppen Effekte der psychologischen Determinanten Confidence, Impfdruck und Freiheiten durch Impfung auf das Impfverhalten festgestellt werden. Das bedeutet:

- Mit zunehmendem Vertrauen in die Impfung und in das deutsche Gesundheitssystem steigt die Wahrscheinlichkeit mind. eine Impfung erhalten zu haben.
- Umso größer die Überzeugung ist mit der Impfung Freiheiten zurück zu gewinnen, desto größer ist die Chance, mind. einmal geimpft zu sein.
- Je mehr eine Person zustimmt, sich zur Impfung gedrängt zu fühlen, desto eher ist die Person ungeimpft.

Für die Personengruppe mit Migrationsgeschichte konnte außerdem ein Effekt des 5C-Items Collective Responsibility festgestellt werden, das für Personen ohne Migrationsgeschichte aktuell keinen Effekt auf das Impfverhalten hat. Das bedeutet:

- Je eher eine Person mit Migrationsgeschichte Impfen als eine gemeinschaftliche Maßnahme ansieht, um die Verbreitung von COVID-19 zu verhindern, desto eher ist diese Person mind. einmal geimpft.

Wissen

Die Informiertheit bzw. das Wissen von Personen können gemeinsam mit einer Vielzahl anderer Faktoren das Impfverhalten beeinflussen und auch auf psychologische Determinanten, wie z.B. das Vertrauen in die Sicherheit der Impfung (Confidence) aber auch die Risikowahrnehmung (Complacency), wirken. Wissen wiederum wird u.a. durch die verfügbaren Informationsangebote beeinflusst. Die Teilnehmenden beantworteten Wissensfragen zur Impfung (Wirksamkeit, Transmission, Sicherheit etc.).

Insgesamt sind Falschwissen und Unsicherheiten in Bezug auf Wissen zur COVID-19-Impfung unter allen Befragten hoch. Es besteht Handlungsbedarf, der vor allem die in Abb. 8 dargestellten Wissensitems betrifft.

Bei den Personen mit Migrationsgeschichte fällt auf, dass für alle Wissensitems größere Unsicherheiten bestehen als unter den Befragten ohne Migrationsgeschichte.

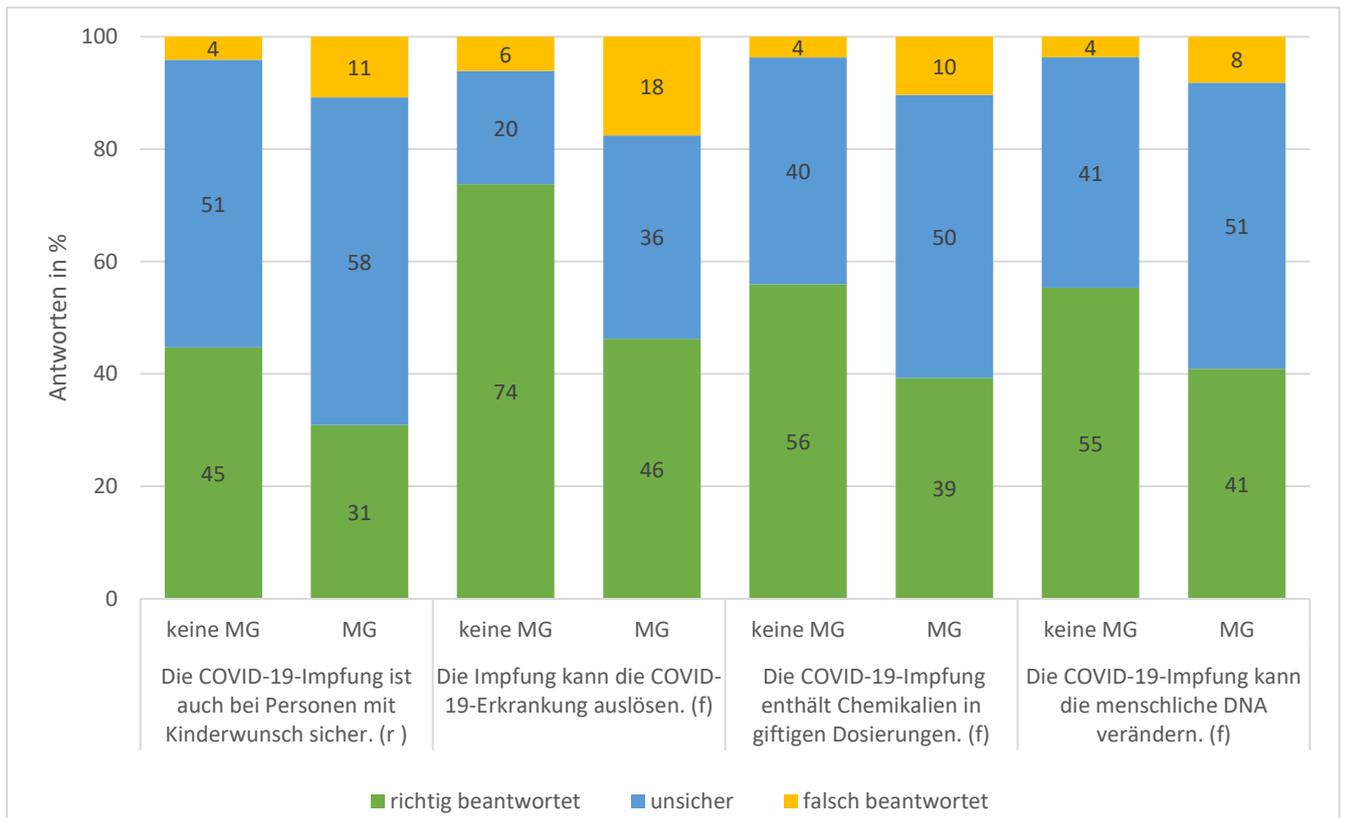


Abb. 8: Anteil richtiger, falscher und unsicherer Antworten zu ausgewählten Wissensitems nach Migrationsgeschichte (MG)

Tab 2: Beantwortung der in Abb. 8 nicht dargestellten Wissensitems nach Migrationsgeschichte, Angaben in %

	Befragte ohne Migrationsgeschichte			Befragte mit Migrationsgeschichte		
	Richtig beantwortet	Falsch beantwortet	Unsicher	Richtig beantwortet	Falsch beantwortet	Unsicher
Die COVID-19-Impfung schützt zuverlässig vor einer schweren COVID-19-Erkrankung. (r)	74	12	14	59	13	28
In manchen Fällen können sich Geimpfte noch bei anderen anstecken und dann das Virus übertragen. (r)	91	1	7	80	2	18
Die COVID-19-Impfung ist für alle kostenfrei. (r)	96	2	2	87	1	11
Auch Menschen ohne Krankenversicherung in Deutschland können sich gegen COVID-19 impfen lassen. (r)	62	1	37	45	4	51

Limitationen der Studie

- Die Größe der 2 Stichproben (jeweils $n \sim 1.000$) ermöglicht viele Analysen. Allerdings ist die Anzahl Befragter für bestimmte Subgruppenanalysen zu klein, sodass Aussagen zu differenzierten Merkmalen nur begrenzt oder nicht möglich sind. Die Autor:innen sind sich

bewusst, dass sowohl die Bevölkerungsgruppe ohne Migrationsgeschichte als auch die Bevölkerungsgruppe mit Migrationsgeschichte sehr heterogen sind.

- Es handelt sich um selbstberichtete Angaben der Befragten, die in einem telefonischen Survey gemacht wurden. Diese unterliegen bekanntermaßen verschiedenen methodischen Limitationen wie beispielsweise einem Selektionsbias und sozial erwünschtem Antwortverhalten. Ein Vergleich verschiedener Bevölkerungsgruppen - statt der absoluten Höhe der Impfquoten - in Bezug auf Impfverhalten ist dennoch sinnvoll und möglich.
- Die Befragten berichten subjektive Wahrnehmungen. Weitere wichtige Komponenten der Impfkativitäten, wie zum Beispiel Abläufe impfender Stellen und Informationsangebote können mit diesem Studiendesign nicht erfasst und in der Interpretation nur begrenzt berücksichtigt werden.
- Es ist möglich, dass spezifische Bevölkerungsgruppen, die gegebenenfalls besonders vulnerabel sind, durch diese Befragung nicht erreicht werden. Das bedeutet nicht, dass diese Bevölkerungsgruppen nicht relevant sind; es ist beispielsweise denkbar, dass in besonders vulnerablen Gruppen bestimmte Barrieren bei der Impfinanspruchnahme vorliegen (bspw. Obdachlosigkeit), die mit dieser Studie nicht aufgedeckt werden können.

Danksagung

Die Autor:innen danken Herrn Prof. Razum und Herrn Prof. Bozorgmehr von der Universität Bielefeld für ihre wertvollen Anregungen bei der Konzeption des Fragebogens. Dank gilt auch den Kolleginnen Claudia Hövener, Navina Sarma, Susanne Bartig und Katja Kajikhina aus dem Robert Koch-Institut, die bei der Einordnung der Ergebnisse unterstützt haben. Die COVIMO Studie wird durch das Bundesministerium für Gesundheit finanziert.

Autor:innen

Elisa Wulkotte

Nora Schmid-Küpke

Julia Neufeind

PD Dr. Ole Wichmann

Fachgebiet Impfprävention, Robert Koch-Institut, Berlin