

## **Kleine Anfrage**

**der Abgeordneten Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Kordula Schulz-Asche, Dr. Janosch Dahmen, Maria Klein-Schmeink, Dr. Anna Christmann, Kai Gehring, Erhard Grundl, Ulle Schauws, Charlotte Schneidewind-Hartnagel, Margit Stumpp, Beate Walter-Rosenheimer und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

### **Gesundheitskommunikation der Bundesregierung und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in der Corona-Pandemie**

Um die Corona-Pandemie zu bewältigen, sind wir weiterhin auf Infektionsschutzmaßnahmen und Kontaktbeschränkungen angewiesen. Diese Maßnahmen müssen von einer vertrauensbildenden und zielgruppenspezifischen Gesundheitskommunikation begleitet werden, die alle Teile der Bevölkerung, insbesondere die vulnerablen Gruppen, erreicht. Nur so werden die notwendige Aufmerksamkeit und Akzeptanz geschaffen, damit die Maßnahmen eingehalten und wir den Wettlauf gegen die Corona-Pandemie gemeinsam gewinnen können.

Gerade durch das nach Ansicht der Fragestellenden unzulängliche Corona-Krisenmanagement der Bundesregierung wurde und wird viel Vertrauen in die Infektionsschutzmaßnahmen und in die Impfkampagne verspielt. Der aktuellen Erhebung der COSMO-Studie zufolge nehmen Risikowahrnehmung und Schutzverhalten trotz steigender Infektionszahlen und auch der weit verbreiteten Wahrnehmung, dass die Infektionszahlen weiter steigen werden, nicht zu (vgl. <https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/web/summary/39/>). Eine Verschärfung des Shutdowns führte demnach zu mehr Schutzverhalten, eine Lockerung zu weniger derartigem Verhalten. Laut der Studie wisse eine steigende Anzahl an Personen seit den ersten Lockerungen im März 2021 nicht mehr genau, welche Regeln für sie gelten (vgl. ebd.). 55 Prozent der Deutschen misstrauen mittlerweile zudem dem hochwirksamen Impfstoff von AstraZeneca, dieser Wert stieg zuletzt innerhalb eines Monats um 15 Prozent (vgl. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/122266/Vertrauen-der-Europaeer-in-Coronaimpfstoff-von-Astrazeneca-gesunken>). Der Bundesminister für Gesundheit Jens Spahn hätte diese Aussetzung besser und transparenter begründen müssen und vor allem auf die zeitliche Begrenzung bis zur Sonderberatung der Europäischen Arzneimittelbehörde (EMA) hinweisen müssen.

Expertinnen und Experten fordern in diesem Zusammenhang die Gestaltung einfacher und einheitlicher Regeln (vgl. <https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/web/summary/39/>). Durch strukturelle Maßnahmen, wie z. B. die Ausweitung von Home-Office und einfach zugängliche Tests, sollte das gewünschte Verhalten zudem erleichtert werden. Diese Maßnahmen sollten eine Begründung mitliefern, weil Wissen das Verhalten positiv unterstützen kann. Dabei sollte eine motivierende Kommunikation verbunden mit dem Transport von Wissensinhalten handlungsleitend sein. Die Bundesregierung und die ihr nach-

geordneten Behörden, aber auch die Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen, werden zudem aufgefordert, die Bürgerinnen und Bürger aktiv durch niederschwellige Angebote zu informieren. Das „Kompetenznetz Public Health COVID-19“ schlägt etwa vor, dass dabei klar zwischen „nicht-direktiver Sachinformation einerseits und persuasiven Kampagnen zur Steigerung der Aufmerksamkeit und Erhöhung der Motivation zur Impfung andererseits“ getrennt werden sollte und hierfür auch unterschiedliche Institutionen verantwortlich sein sollten (vgl. [https://www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/Policy\\_Brief\\_Impfkommunikation\\_V3\\_FINAL.pdf](https://www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/Policy_Brief_Impfkommunikation_V3_FINAL.pdf)).

Deutliches Verbesserungspotential erkennt die fragestellende Fraktion bei der zielgruppenspezifischen Gesundheitskommunikation. Expertinnen und Experten vermissen von der Bundesregierung und den ihr nachgeordneten Behörden, insbesondere der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), eine zielgruppengerechte Ansprache von vulnerablen Gruppen. Gerade bei Menschen, die über geringe oder gar keine Deutschkenntnisse verfügen, sehen Expertinnen und Experten eine „mediale Lücke“ (vgl. <https://www.tagesspiegel.de/politik/corona-und-migrationshintergrund-die-oeffentliche-informationspolitik-in-fremdsprachen-ist-duerftig/27009534.html>). Dabei haben sozioökonomisch benachteiligte Gruppen aufgrund von häufigeren prekären Beschäftigungsverhältnissen, beengten Wohnverhältnissen und einem allgemein schlechteren Gesundheitszustand ohnehin ein höheres Risiko, an COVID-19 zu erkranken und schwere Krankheitsverläufe zu durchlaufen (vgl. <https://www.tagesspiegel.de/berlin/mehr-infektionen-in-einwanderervierteln-warum-corona-menschen-mit-migrationshintergrund-haeufiger-trifft/26971770.html>). So bemängelte etwa der Sozialverband VdK, dass die Sterblichkeit im Zusammenhang mit Corona-Infektionen in benachteiligten Regionen im Dezember und Januar rund 50 bis 70 Prozent höher lag als in bessergestellten Gegenden (vgl. <https://www.presseportal.de/pm/58964/4872910>). Auch um der sozialen Schieflage der Corona-Pandemie besser entgegenzuwirken, ist es daher notwendig, diese Lücke durch ein angemessenes Informationsangebot der verantwortlichen Behörden zu schließen.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Welche Strategie verfolgt die Bundesregierung bei der Gesundheitskommunikation während der Corona-Pandemie?
2. Welche Institution hat die Gesundheitskommunikationsstrategie während der Pandemie entworfen und verantwortet, und in welchen Zeiträumen wird diese angepasst?
3. Inwiefern passt die Bundesregierung ihre Gesundheitskommunikation dem Verlauf der Pandemie an, und in welchen zeitlichen Abständen wird diese überprüft?
4. Wurde die Gesundheitskommunikation der Bundesregierung bisher evaluiert, wenn ja, durch wen, und was sind die Kriterien für den Erfolg der Kampagnen?
5. Welche üblichen Phasen bezüglich der Akzeptanz von Maßnahmen und Stimmungen in der Bevölkerung während eines Pandemieverlaufes sind der Bundesregierung bekannt?
6. Inwieweit orientiert sich die Gesundheitskommunikation der Bundesregierung an den ihr bekannten Phasen?
7. Wie antizipiert die Bundesregierung besonders schwierige Phasen in der Pandemiebekämpfung, und wie sorgt sie mit ihrer Gesundheitskommunikation vor?

8. Hat die Bundesregierung in der Gesundheitskommunikation zum Impfen für Eventualitäten wie das Aufkommen neuer Erkenntnisse zu unerwünschten Wirkungen Vorkehrungen getroffen, und welche waren dies?
9. Auf welche Weise will die Bundesregierung das Vertrauen der Bevölkerung – insbesondere in der Gruppe der über 60-Jährigen, aber auch der jüngeren Menschen, die sich einer individuellen Risikoanalyse unterziehen können – in den AstraZeneca-Impfstoff stärken, nachdem die Ständige Impfkommission empfohlen hat, diesen Impfstoff grundsätzlich nur bei über 60-Jährigen anzuwenden?  
  
Welche zivilgesellschaftlichen Akteure wird die Bundesregierung dabei einbeziehen?
10. Wie beurteilt die Bundesregierung im Nachhinein ihre Kommunikationsstrategie bezüglich der vorübergehenden Aussetzung des AstraZeneca Impfstoffes?
11. Welche Strategie bezüglich der Gesundheitskommunikation wird die Bundesregierung künftig im Falle ähnlicher Entwicklungen verfolgen?
12. Zwischen welchen Gruppen unterscheiden die Bundesregierung und die ihr nachgeordneten Behörden in ihrer zielgruppenspezifischen Gesundheitskommunikation, und nach welchen Kriterien richtet sich diese Einteilung?
13. Welche Institutionen sind gegenwärtig mit der Entwicklung und Umsetzung dieser zielgruppenspezifischen Informationsangebote befasst?
14. Mit welchen zivilgesellschaftlichen Akteurinnen und Akteuren und Expertinnen und Experten kooperieren die Bundesregierung und die ihr nachgeordneten Behörden hierzu?
15. Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung für ihre Gesundheitskommunikation aus der Empfehlung, motivierende Kommunikation künftig stärker mit dem Transport von Wissensinhalten (z. B. Aerosolübertragung, Effektivität der Impfungen gegen schwere Verläufe und Tod) zu verbinden (vgl. <https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/web/summary/39/>)?
16. Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung für ihre Gesundheitskommunikation aus der Empfehlung, die Bedeutung von regelmäßigen Tests für die Pandemiebewältigung sowie die Interpretation von Testergebnissen stärker in den Vordergrund zu stellen (vgl. <https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/web/summary/39/>)?
17. Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung für ihre Gesundheitskommunikation aus der Erkenntnis, dass eine steigende Anzahl an Personen nach den ersten Lockerungen im März 2021 nicht mehr genau weiß, welche Regeln für sie gelten (vgl. <https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/web/summary/39/>)?
18. Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung für ihre Gesundheitskommunikation aus der Erkenntnis, dass gemäß der aktuellen Erhebung der COSMO-Studie sich die Befragten in zwei relativ ähnlich große Lager aufteilen, die die aktuellen Infektionsschutzmaßnahmen entweder als unzureichend (34 Prozent) oder zu weitgehend (38 Prozent) empfinden, während nur 28 Prozent der Befragten die Infektionsschutzmaßnahmen als angemessen bezeichnen (vgl. <https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/web/summary/39/>)?

19. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über den Zugang unterschiedlicher Gesellschaftsgruppen zu Informationen zur gesundheitlichen Aufklärung und Eindämmung der Corona-Pandemie, und welche Schlüsse ziehen die Bundesregierung und die ihr nachgeordneten Behörden daraus für ihre Gesundheitskommunikation?
20. Welche Anforderungen stellt die Bundesregierung an eine zielgruppengerechte Ansprache unterschiedlicher Gesellschaftsgruppen?
21. Was ist die Bandbreite des zielgruppenspezifischen Informationsangebots, mit dem sich die Bundesregierung und die ihr nachgeordneten Behörden zum Zwecke der gesundheitlichen Aufklärung und Eindämmung der Corona-Pandemie an diese Gruppen richtet?
22. Wie hat sich die Bandbreite des zielgruppenspezifischen Informationsangebots nach Kenntnis der Bundesregierung seit März 2020 entwickelt?
23. Welche Informationen hat die Bundesregierung über die Reichweite und die Durchdringung ihres zielgruppenspezifischen Informationsangebots, und wie haben sich diese nach Kenntnis der Bundesregierung seit März 2020 entwickelt?
24. Welche Maßnahmen ergreifen die Bundesregierung und die ihr nachgeordneten Behörden gegebenenfalls zurzeit, um diese Reichweite zu erhöhen?
25. Erkennt die Bundesregierung einen Bedarf, den Umfang und die Reichweite des zielgruppenspezifischen Informationsangebots weiterzuentwickeln?
  - a) Falls ja, wie?
  - b) Falls nein, warum nicht?
26. Welche Formate und Kommunikationskanäle nutzen die Bundesregierung und die ihr nachgeordneten Behörden, um insbesondere Menschen, die über geringe oder gar keine Deutschkenntnisse verfügen, über Infektionsschutzmaßnahmen aufzuklären?
27. Mit welchen zivilgesellschaftlichen Akteurinnen und Akteuren und Expertinnen und Experten kooperieren die Bundesregierung und die ihr nachgeordneten Behörden, um das Informationsangebot spezifisch für Menschen, die über geringe oder gar keine Deutschkenntnisse verfügen, weiterzuentwickeln?
28. Wird die Webseite [www.infektionsschutz.de](http://www.infektionsschutz.de) den Ansprüchen der Bundesregierung an eine zielgruppengerechte Ansprache, insbesondere an Menschen, die über geringe oder gar keine Deutschkenntnisse verfügen, derzeit gerecht?
  - a) Falls ja, bitte erläutern?
  - b) Falls nein, welche Pläne gibt es hinsichtlich der Weiterentwicklung der Webseite?
29. Inwieweit gibt es eine Koordination und Verzahnung der unterschiedlichen kommunikativen Aktivitäten sowohl der BZgA (z. B. über die o. g. Webseite) als auch des Bundesministeriums für Gesundheit selbst (insbesondere über die Webseite [gesund.bund.de](http://gesund.bund.de))?

30. Existiert ein koordinierter Austausch von Inhalten zwischen den unmittelbaren Webangeboten der BZgA und des Bundesministeriums für Gesundheit, und wenn nein, warum nicht?

Berlin, den 9. April 2021

**Katrin Göring-Eckardt, Dr. Anton Hofreiter und Fraktion**





