



Hintergrundpapier

Kontext- und adressat*innenorientierte Risikokommunikation bei COVID-19. Ein Beitrag zur wirksamen Verhaltensprävention

Kernbotschaften

- Sowohl die Durchsetzung restriktiver Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie als auch die schrittweise erfolgende Lockerung bzw. Anpassung selbiger bedarf einer klaren Kommunikationsstrategie in Politik und Medien, die politische Entscheidungen für die Bevölkerung gleichermaßen transparent wie nachvollziehbar macht.
- Im Rahmen einer kontext- und adressat*innenorientierten Verhaltensprävention sollte das gesundheitliche Verhalten der Bürger*innen dem individuellen Risiko angepasst, gefördert und gleichzeitig durch flankierende Maßnahmen unterstützt werden. Ziel ist es, infektionsvermeidendes Verhalten systematisch zu fördern, zu stabilisieren und zu habitualisieren.
- Die Mehrheit der Bevölkerung zeigt eine hohe Bereitschaft, sich vor COVID-19-Risiken zu schützen. Diese Bereitschaft gilt es zu stützen. Gleichzeitig gilt es, Reaktanz, Frustration, Fatalismus und eine zeitliche Erosion von Schutzverhalten zu minimieren.
- Im Zuge der Lockerungen der staatlichen Auflagen wird von Bürger*innen zunehmend erwartet, infektionsvermeidendes Verhalten in Eigenregie aufrechtzuerhalten. Die Akzeptanz und Einhaltung dieser Verhaltensweisen (u.a. Abstand halten, Menschenansammlungen meiden, Mund-Nasen-Schutz korrekt tragen) ist von zentraler Bedeutung zur Vermeidung der verstärkten Ausbreitung von COVID-19.
- Risiken sollten klar, einfach verständlich und nachvollziehbar kommuniziert werden. Risikokommunikation sollte daher alle Bevölkerungsgruppen adressat*innengerecht gemäß ihrer sozialen Identität sowie Lebens- und Berufswelt ansprechen.
- Hierzu ist eine nationale Dachkampagne mit wenigen und klaren Botschaften anzuraten, die regional und lokal differenziert in den Lebenswelten verankert ist. Als zentrale nationale Akteurin ist hier die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zu nennen, ihr obliegt im Pandemiefall die Information der Bevölkerung. Die erfolgreiche Umsetzung einer solchen Kampagne setzt voraus, dass die Botschaften auf lokaler Ebene und adressat*innengerecht kommuniziert werden. Hierzu ist eine enge Kooperation mit Akteur*innen vor Ort, wie z.B. dem Öffentlichen Gesundheitsdienst oder auch lokal verankerten zivilgesellschaftlichen Akteure*innen mit direktem Zugang zu den verschiedenen Settings, zwingend notwendig.

Dieses Papier richtet sich an Entscheidungsträger*innen, Tätige im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung, Wissenschaftler*innen und Medienvertreter*innen.

Version 01, veröffentlicht am 25. September 2020

Hintergrund

Da bislang keine wirksamen pharmakologischen Präventions- und Therapiemaßnahmen für COVID-19 zur Verfügung stehen, spielen **nicht-pharmakologische Public Health-Interventionen** („NPI“) im Sinne politischer und gesellschaftlicher Beeinflussung von Verhältnissen und Verhaltensweisen eine zentrale Rolle.

Eine Modifikation des individuellen Verhaltens auf Bevölkerungsebene ist insbesondere dann erfolgreich, wenn verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen zu komplexen Interventionen kombiniert werden (1). Zu Beginn der COVID-19-Pandemie dominierten in Deutschland v.a. verhältnispräventive Maßnahmen im Zuge staatlicher Regulierung. Hierzu zählt der für Deutschland bisher einzigartige Einsatz von Instrumenten der physischen Distanzierung durch Betriebs-, Schul- und KiTa-Schließungen, Abstandsregeln, Quarantänemaßnahmen und Veranstaltungs-, Versammlungs- und Kontaktbeschränkungen. Begleitet wurden diese Maßnahmen von Kontaktpersonennachverfolgung von positiv getesteten Menschen und dem präventiven Einsatz mehrerer hunderttausend PCR-Tests pro Woche. Der Staat griff beispiellos tief in das soziale, gesellschaftliche sowie wirtschaftliche Leben ein, was sich nur über die besondere Risikosituation von „nationaler Tragweite“ legitimieren ließ (2) und angesichts des dynamischen Infektionsgeschehens sowie der sich rapide weiterentwickelnden Wissensbasis kontinuierlich auf Zweck- und Verhältnismäßigkeit überprüft werden muss.

Dabei gilt es zu beachten, dass Instrumente der Verhältnisprävention ihre volle Wirksamkeit nur dann entfalten können, wenn mit ihnen auf individueller Ebene ein infektionsvermeidendes Verhalten korrespondiert. Die erfolgreiche Eindämmung der COVID-19-Pandemie setzt somit eine durch regulative Verhältnisprävention angeregte und gestützte Verhaltensmodifikation voraus – es geht also um **kontext – und adressat*innenorientierte Verhaltensprävention** (3). Lebenswelten sollen so gestaltet werden, dass präventives Verhalten nicht nur möglich ist, sondern auch gefördert wird (Stichwort: ‚Make the healthy choice the easy choice.‘). Die Lebenswelt-Prävention kann dabei durch die Gestaltung von Räumen und Organisation, durch materielle und immaterielle Anreize, aber eben auch durch staatliche Regulierung (Ge- und Verbote, Sanktionen) und Kombinationen davon organisiert werden. Die Gestaltung von Lebenswelten weist, v.a. wenn sie partizipativ durchgeführt wird, einen grundlegenden Unterschied zur Prävention durch direkte staatliche Regulierung und Normierung auf. Bei ersterer geht es um die Annahme von Angeboten, bei letzterer um die Befolgung von Geboten und Anordnungen – unter Androhung von Sanktionen. Dies erfordert eine besondere Form der Risikokommunikation, die die Gründe für die Ge- und Verbote erklärt und dazu deutlich macht, dass präventives Verhalten nicht einfach nur Gehorsam ist, sondern als Selbst- und Fremdschutz auch im eigenen Interesse liegt.

Laut Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) werden unter **„verhältnisgestützter“ bzw. kontextorientierter Verhaltensprävention** „entweder verhaltenspräventive Interventionen für genau definierte Zielgruppen mit einem expliziten Kontextbezug sowie die Nutzung eines Settings als Zugangsweg für solche Zielgruppen (Gesundheitsförderung im Setting) oder als Integration von Verhältnis- und Verhaltensprävention in Mehr-Ebenen-Kampagnen und in der Ge-



staltung von lebensstilprägenden Lebenswelten (Gesundheitsförderndes Setting)“ (3) verstanden. Ziel ist es, infektionsvermeidendes Verhalten systematisch zu fördern, zu stabilisieren und zu habitualisieren. Dieser Prozess ist in Bezug auf COVID-19 von großer Bedeutung, da im Zuge der Lockerungen der staatlichen Auflagen von Bürger*innen zunehmend erwartet wird, infektionsvermeidendes Verhalten in Eigenregie aufrechtzuerhalten.

Bislang zeigt sich in der deutschen Bevölkerung zwar noch überwiegend eine Bereitschaft, verhaltenspräventive Maßnahmen aufrecht zu erhalten, Anzeichen für eine Ermüdung sind aber bereits deutlich erkennbar (4). Daher ist ein kontextspezifischer Einsatz adressat*innenorientierter Maßnahmen der Verhaltensprävention von hoher Bedeutung. Hierbei wird auf definierte Adressat*innengruppen, eine Integration der Maßnahmen in deren Lebens- und Berufswelten und auf Mehrebenen-Kampagnen bzw. komplexe Interventionen gesetzt (1, 3).

Risikokommunikation ist in diesem Zusammenhang wichtig für die

- kommunikative Förderung von Präventionsmaßnahmen, insbesondere ihrer verständlichen und erfolgreichen Vermittlung in alle Bevölkerungskreise;
- Legitimierung (zukünftiger) staatlicher Maßnahmen, indem die sachlichen Grundlagen für staatliche Entscheidungen dem öffentlichen Diskurs bewusst zugänglich und damit nachvollziehbar gemacht werden¹.

Ziele und Methoden

Ziel dieses Hintergrundpapiers ist es, [1] wissenschaftliche Grundlagen für die Risikokommunikation zur Prävention von COVID-19 darzustellen und [2] auf dieser Basis Handlungsmöglichkeiten für Politik und Fachöffentlichkeit aufzuzeigen. Dafür wurde die Evidenz aus internationalen Fachbeiträgen mit spezifischem COVID-19-Bezug zusammengefasst und mit Erkenntnissen aus der Präventionspraxis in Deutschland zusammengebracht. Die Einstufung der ausgewählten internationalen Fachliteratur als potenziell relevant für die Pandemierisikokommunikation erfolgte auf Basis der jeweiligen Fachexpertise aller beteiligten Autor*innen. Die Literaturübersicht ist daher nicht systematisch und auch nicht erschöpfend.

Ergebnisse

Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie benötigen eine **klare Kommunikationsstrategie**, die politische Entscheidungen für die Bevölkerung gleichermaßen transparent wie nachvollziehbar macht. Um einen erneuten Anstieg der Infektionszahlen bei Lockerung staatlich ergriffener Präventionsmaßnahmen zu verhindern, gilt es insbesondere auch die Kommunikation hierüber adressat*innenspezifisch auszurichten und nach Regionen, Soziallagen und Lebenswelten zu differenzieren (5; 1).

¹ Über die adressat*innengerechte Kommunikation von Risiken und Unsicherheiten im Zuge der COVID-19-Pandemie mittels epidemiologischer Maßzahlen wird in einer anderen Handreichung der AG Risikokommunikation des Kompetenznetz Public Health zu COVID-19 informiert (11).



Die Kommunikation der im Pandemiefall erforderlichen Auflagen bzw. Begleitmaßnahmen benötigt eine öffentliche, sachliche, nachvollziehbare und ehrlich geführte Debatte vonseiten der Politik und Medien. **Eine glaubwürdige Risikokommunikation, welche konkrete und einfache Hinweise zur Verhaltensmodifikation beinhaltet, setzt voraus, dass Entscheidungsträger*innen ihre Beschlüsse sorgfältig begründen.** Dazu gehört eine transparente Darstellung leitender Werte sowie eine kritische Bewertung der möglichen Handlungsoptionen. Eine Kommunikation der Entscheidungen als „alternativlos“ oder rein naturwissenschaftlich begründet ist nicht zielführend und kann im Extremfall Reaktanz hervorrufen, wenn einzelne Personengruppen ihre Werte weder im Diskurs noch im Ergebnis berücksichtigt sehen (6, 7). Ebenfalls ist es zweifelhaft, Angst zu induzieren und Furchtappelle einzusetzen, um Verhaltensweisen zu modifizieren (8, 9).

Für die Pandemieeindämmung ist die Akzeptanz und Einhaltung der beschlossenen Maßnahmen vonseiten der Bevölkerung von zentraler Bedeutung, v.a. angesichts des ggf. langen Zeithorizonts der COVID-19-Pandemie. Eine erfolgreiche Risikokommunikation sollte hierzu das individuelle Risiko-angepasste Verhalten der Bürger*innen fördern und gleichzeitig durch flankierende Maßnahmen Restriktionen durchsetzen. Wie bereits einleitend genannt, geht es um eine **kontext- und adressat*innenorientierte Verhaltensprävention**, welche in der Umsetzung einen schwierigen Balanceakt darstellt und von der die Risikokommunikation einen wesentlichen Bestandteil darstellt (10). Risikokommunikation sollte hierfür Risiken zunächst adäquat beschreiben, um Personen eine eigene Beurteilung der Gefahrenlage zu ermöglichen (siehe hierzu auch (11)). Diese Einschätzung ist die Grundlage für die persönliche Risikowahrnehmung. Die vermittelte Information sollte handlungsleitend sein und Risikokommunikation im Idealfall auch direkt mit Handlungsempfehlungen verknüpft sein (12). Hierbei sollte einerseits an die gesellschaftliche Verantwortung aller appelliert und das „Wir-Gefühl“ gefördert, andererseits Risiken und Bedrohungen nach aktueller Evidenzlage nachvollziehbar kommuniziert werden (13). Risiken dürfen weder verharmlost noch übertrieben werden. Hier besteht eine besondere Herausforderung in der Kommunikation mit Gruppen, die für sich selbst – und damit die Gesellschaft insgesamt – höhere Infektionsrisiken in Kauf zu nehmen bereit sind (6).

Für die Akzeptanz sowie die Einhaltung der staatlich getroffenen Maßnahmen spielt die **Weitergabe von Informationen** an die Bevölkerung sowie die Fachöffentlichkeit durch das Robert Koch-Institut (RKI) sowie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) eine zentrale Rolle. Dem RKI obliegt die **kontinuierlich erfolgende, differenzierte Risikoeinschätzung** zur Beschreibung und Bewertung der Situation auf Basis der verfügbaren Informationen (14). Gerade zu Beginn eines pandemischen Geschehens liegen essenzielle virologische, epidemiologische und klinische Informationen – etwa zum SARS-CoV-2-Virus - nicht oder nur unvollständig vor. Es kommen nahezu stetig neue Erkenntnisse hinzu; Einschätzungen müssen ggf. revidiert (Beispiel: Mund-Nasen-Schutz (MNS)), ergänzt und kontinuierlich überarbeitet werden. Es ist daher zwingend notwendig, die Risikoeinschätzung fortwährend zu ergänzen und neu zu bewerten (15). Um diesbezüglichen Verunsicherungen und Ängsten in der Bevölkerung entgegen-

zuwirken, gilt es Unsicherheiten wissenschaftlicher Studienergebnisse klar, einfach und transparent zu kommunizieren (11). Dies gilt sowohl für die Kommunikation wissenschaftlicher Erkenntnisse, als auch für den Umgang mit Falschnachrichten, die Unsicherheiten verstärken können. Weite Teile der Bevölkerung sind erstmals mit empirischen Forschungsprozessen konfrontiert (16) und erleben Wissenschaft als kontroversen und fehlbaren Prozess der Erkenntnisgewinnung (17). Aus diesen Gründen sollten insbesondere auch methodische Limitationen und Aussagekraft von Surveillance-Daten frühzeitig kommuniziert werden, um "autonomen" (und das heißt meistens: frei von Fachlichkeit erfolgenden) Methodendiskussionen auf verschiedenen Social Media-Plattformen entgegenzuwirken (18). Besonderen Stellenwert haben hier konkret die Dunkelziffer der Meldezahlen und die sich daraus ergebende Deutung der Fallsterblichkeits-Rate (siehe hierzu auch (11)).

Nicht nur aufgrund der offiziellen Risikobewertung der COVID-19-Pandemie durch das RKI zeigt sich eine enge Verknüpfung der Risikokommunikation mit Surveillance und Gesundheitsberichterstattung. Mit dem speziell zur Flankierung von Lockdown-Phasen notwendigen Fokus auf die Risikosensibilisierung der Bevölkerung erfolgte die Risikokommunikation gerade zu Beginn des Pandemiegeschehens jedoch v.a. als Infektionsberichterstattung. Zentrale Fragen zu sozial ungleich verteilten Erkrankungsrisiken bei COVID-19 wurden in Deutschland vergleichsweise spät aufgegriffen, wodurch spezifische Bedarfe strukturell bedingt vulnerabler Personengruppen vielfach erst spät berücksichtigt wurden. Ähnliches gilt für die Debatte um indirekte Gesundheitsfolgen der Infektionsschutzmaßnahmen. Zu diesen indirekten Folgen hatte das Kompetenznetz Public Health COVID-19 zwar bereits im April eine Stellungnahme veröffentlicht hat (19), diese fand im politischen Diskurs jedoch erst nach Einführung einschlägiger Maßnahmen Berücksichtigung. Hier wäre eine stärkere Beteiligung von RKI und BZgA gemäß ihren spezifischen Kompetenzen wünschenswert gewesen. Der Schwerpunkt auf Risikosensibilisierung war in der ersten Phase der Pandemie gleichermaßen sinnvoll wie notwendig und als Grundlage für gesellschaftliche Einschränkungen erfolgreich. Zur nun anstehenden Flankierung der Maßnahmen sollte diese Strategie jedoch angepasst werden. Zum einen, weil eine durch Ängste ausgelöste Bereitschaft, sich an Einschränkungen zu halten, mit der Zeit abnimmt (4), und zum anderen, weil überstarke Risikowahrnehmungen zum Problem werden können, z.B. wenn der Regelbetrieb in Bildungseinrichtungen wieder aufgenommen wird.

Zur Prävention von Risikoverhaltensweisen in Bezug auf die COVID-19-Pandemie ist eine **nationale Dachkampagne² mit wenigen und klaren Botschaften** anzuraten, die regional und lokal differenziert in den Lebenswelten verankert ist. Als zentrale nationale Akteurin ist hier die BZgA zu nennen; ihr obliegt im Pandemiefall die Information der Bevölkerung (2). Die Umsetzung dieser Botschaften bedarf jedoch einer engen Kooperation mit lokalen Akteur*innen vor Ort. Neben dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) können hier auch die Landesvereinigungen

² Die AHA-Formel wird in diesem Hintergrundpapier nicht als offizielle Dachkampagne angesehen, kann aber ein Teil dieser sein.



für Gesundheit oder der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit wichtige Ansprechpartner*innen sein. Zudem ist es wichtig, dass die jeweiligen Adressat*innengruppen mit in den Entwicklungsprozess der Kampagne und Kommunikationsstrategie einzubeziehen, da partizipative Ansätze eine höhere Erreichbarkeit versprechen (20). Ziel einer solchen Dachkampagne sollte sein, durch valide, klare und unmissverständliche Botschaften Verhaltensweisen anzuregen, zu stabilisieren und zu habitualisieren, deren Befolgung Adressat*innen möglichst sicher vor der Erkrankung und ihrer Verbreitung schützt und die gleichzeitig möglichst einfach und wenig eingreifend sind (3). Zu unterscheiden sind Botschaften zur Verhaltensprävention, die sich an die ganze Bevölkerung richten, von solchen, die unterschiedliche Adressat*innengruppen ansprechen:

- **Botschaften an die gesamte Bevölkerung** sollten für alle Adressat*innen eine Orientierung bieten, sollten auch mit minimalen Bildungsvoraussetzungen verständlich sein, und Maßnahmen beschreiben, die in die Alltagsroutine der Menschen integriert werden können. Hierzu gibt es bereits gute Beispiele, z.B. vom Nigerian Center for Disease Control, welches u.a. das korrekte Abnehmen von MNS mit Hilfe von einfachen Botschaften und Piktogrammen erklärt (21). Aus unserer Sicht reichen die derzeitigen Informationen zu Hygiene, die nur auf den Seiten der BZgA verfügbar sind, sowie die AHA-Formel nicht aus (22).
- **Adressat*innenspezifische Botschaften**, die die soziale Identität berücksichtigen, verfügen i.d.R. über höhere Erfolgchancen (23) und können im Idealfall einen Beitrag dazu leisten, dass sich die ohnehin sehr große sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitsschancen nicht noch weiter vergrößert. Hinzu kommt, dass sozial benachteiligte Personen häufiger Adressat*innen von Falschnachrichten („Fake News“) sind (24). Für die Definition von Adressat*innengruppen liegen Erfahrungen vor, die etwa (präventionsrelevante) Persönlichkeitsmerkmale mit der sozioökonomischen Lage kombinieren (z.B. anhand der Gesellschafts- und Adressat*innengruppentypologie der *Sinus-Milieus* (25)). Durch die Zusammenführung von anonymisierten Daten der Bevölkerungs- bzw. Meldestatistik mit anderen öffentlichen, hochauflösenden Daten ließen sich z.B. mikrogeografische Kommunikationskonzepte auch im öffentlichen Raum realisieren (25). Dieser indirekte Weg ist allerdings nicht notwendig, wenn bereits bei der Entwicklung entsprechender Konzepte eng mit den lokalen Kommunalverwaltungen (ÖGD, Jugend, Soziales, etc.) zusammengearbeitet wird. Der ÖGD hat direkte Zugänge zu den verschiedensten Lebenswelten und verfügt als stark präventiv ausgerichteter Teil der Kommunalverwaltung über ein umfangreiches Wissen darüber, welche Sozialräume über welche Kommunikationskanäle mit welchen Botschaften in den Blick genommen werden sollten.

Hieraus ergeben sich verschiedene Aspekte, die bei der Konzeption einer Dachkampagne zur Verhaltensprävention bei COVID-19 berücksichtigt werden sollten:



Aus der gegebenen Vielfalt der Kommunikationswege und den sich rasch ändernden Nutzungsgewohnheiten sollten Botschaften unter Nutzung der Rezepte der Werbeindustrie (u.a. Logo, Wiederholung, Variationen, Humor, Gendergerechtigkeit, Adressat*innenspezifikation, Illustrationen) auf allen verfügbaren Kanälen laut und nachhaltig gesendet werden (26). Zentrale Bedeutung kommt hier interdisziplinärer Expertise zu, die in der Lage ist, epidemiologisch-medizinische Anforderungen auf die sozialpsychologischen und kommunikationspraktischen Möglichkeiten der persuasiven Interventionen zu beziehen. Die Kommunikationskanäle für diese Botschaften sollten passend gewählt werden, um verschiedene Personengruppen der Gesellschaft zu erreichen. Durch die tagesaktuellen Entwicklungen sind Webseiten regelmäßig zu aktualisieren und soziale Medien miteinzubeziehen (27).

Verhaltensprävention in Bezug auf eine übertragbare Erkrankung sollte auf verlässlichen Informationen über die Transmissionswege des Erregers und deren Effektivität basieren. Nur auf dieser Grundlage lassen sich Botschaften so präzise wie möglich fassen und ggf. priorisieren (Stichwort: ‚große Risiken zuerst‘). Aufgrund der dynamischen Forschungslage zu den unterschiedlichen Aspekten von COVID-19 liegen derzeit noch keine allgemeingültigen Angaben vor. Daher sollte Verhaltensprävention mit Botschaften arbeiten, die möglichst alle risikofördernden Verhaltensweisen in Bezug auf COVID-19 abdecken. In der Folge werden die Verhaltensbotschaften in der Pandemie breiter und unklarer sein als möglicherweise notwendig und müssen immer wieder an die aktuelle Forschungslage angepasst werden. Nach aktuellem Wissensstand sind folgende Themen zu adressieren:

- Prävention ist Selbstschutz und Solidarität;
- Abstand halten und Menschenansammlungen (ver)meiden;
- MNS korrekt tragen, insbesondere wo Abstand halten erschwert ist und Personen aus vielen verschiedenen Haushalten aufeinandertreffen;
- Regelmäßiges gründliches Händewaschen und Finger / Hände nicht ins Gesicht führen;
- Husten und Niesen nur in die Armbeuge oder ein sauberes Tuch (28). Beim Husten und Niesen den MNS nicht absetzen;
- Aufenthalt in Innenräumen in Menschengruppen minimieren; Innenräume verstärkt lüften.

Konsistente Botschaften sollten aus verschiedenen Informationsquellen stammen, die langfristig verlässliche Informationen zur Verfügung stellen (29). So ist beispielsweise empfehlenswert, dass bei Botschaften zur *Abstandshaltung* eine hohe Präzision und ggf. Spezifizierung vorgenommen wird. Beim *Händewaschen* sind konkrete Anleitungen hilfreich. Diese sind zum Beispiel für den Kontext Schule bereits vorhanden³ und sollten weiter verbreitet werden. *Hände und Finger nicht ins Gesicht zu führen* klingt trivial, ist es aber gewiss nicht, da solche Bewegun-

³ <https://www.bzga.de/infomaterialien/impfungen-und-persoener-infektionsschutz/hygiene/aufkleber-rechtig-haende-waschen-gross-fuer-grundschulen/>



gen zumeist unwillkürlich erfolgen, ihre Unterlassung also ein hohes Maß an nachhaltiger Konzentration erfordert. Zum *MNS* in seinen verschiedenen Qualitäten bedarf es präziserer, wissenschaftlicher Angaben zum Nutzen oder eben auch Nicht-Nutzen. Diese existieren bereits, sollten aber für die verschiedenen Adressat*innengruppen aufbereitet werden. Die Botschaften ‚*Husten und Niesen nur in die Armbeuge oder ein sauberes Tuch*‘ und ‚*Beim Husten und Niesen den MNS nicht absetzen*‘ können klar und deutlich vermittelt werden, was nicht bedeutet, dass dies auch umgesetzt wird. Zudem sollte die Ausdrucksweise angepasst werden. Das häufig genutzte ‚*Social distancing*‘ beispielsweise bezeichnet das Gegenteil von Solidarität und sollte somit hinterfragt und in das passendere ‚*Physical distancing*‘ überführt werden. Dies beschreibt treffender körperlichen Abstand bei möglichst großer sozialer Nähe. Neben dem Formulieren der Botschaften ist es wichtig, die daraus resultierenden Handlungen auch für Adressat*innen als umsetzbar zu konzipieren. Adressat*innen müssen sich handlungsfähig fühlen, um zu realisieren, dass jeder/jede Einzelne etwas bewirken kann (30).

Darüber hinaus sollte beachtet werden, dass es bei der Konzeption und Durchführung von kommunikativen Maßnahmen zur kontext- und adressat*innenorientierten Verhaltensprävention nicht um triviale Änderungen im Alltag geht, deren Erlernung und verlässliche Anwendung rein kognitiv erfolgt. Körperliche Nähe bzw. Ferne im sozialen Umgang sind (Zwischen-) Ergebnisse langer Kulturentwicklungen. Hinzu kommt, dass auch soziale und kulturelle Kontexte das Ausmaß und die Geschwindigkeit von Verhaltensänderungen beeinflussen können. Aus der wissenschaftlichen Literatur ist bekannt, dass Wahrnehmung und Verhalten durch Normen in den Bezugsgruppen des nahen sozialen Umfelds (z.B. Freunde, Familie, Peer Group, Community) beeinflusst werden. Daher sollten diese in der Risikokommunikation mitbedacht werden. Oft kommt es hier zu Unterschätzungen der Häufigkeit von gesundheitsförderlichem Verhalten (z.B. regelmäßiges Hände waschen, Kinder impfen lassen) in sozialen Bezugsgruppen und zu Überschätzungen von Risikoverhalten (z.B. dem eingeschätzten Mehrheitsverhalten folgen und selbst die Hände nicht waschen oder Kinder impfen lassen). Diese Unter- bzw. Überschätzungen im Rahmen von Public-Health-Botschaften zu korrigieren, kann eine effektive Maßnahme zur Förderung des gesundheitsfördernden Verhaltens darstellen (z.B. Hände waschen) (24). Des Weiteren gibt es bereits vielfältige Studien zur Bedeutung von sozialen Normen für die Inanspruchnahme von Impfungen, daher könnten derartige Botschaften auch zur Steigerung von Impfquoten eingesetzt werden (31, 32). Im Rahmen dieser Botschaften an die Allgemeinbevölkerung kann dargestellt werden, was die Mehrheit der Bevölkerung macht (deskriptive Norm) oder was die Mehrheit billigt (injunktive Norm). Um die vermittelten Inhalte insbesondere für jüngere Adressat*innengruppen interessant zu gestalten, zeigen Studien aus der Forschung zu Risikoverhaltensweisen, dass die Einbindung von Testimonials der eigenen sozialen Gruppe hilfreich sein kann (33).

Ferner sollte bei der Konzeption einer Dachkampagne und ihrer lokalen Ausdifferenzierung berücksichtigt werden, dass der größere Teil der Bevölkerung ein geringes Risiko trägt, im Falle einer SARS-CoV-2-Infektion eine schwere oder gar lebensbedrohliche Erkrankung zu erleiden.



Höhere Risiken tragen v. a. Menschen mit Vorerkrankungen sowie Ältere und sozial Benachteiligte (34). Für Menschen aus den weniger bedrohten Gruppen ist präventives Verhalten daher nicht vorwiegend Selbstschutz, sondern v.a. auch Teil der Bemühungen, Menschen mit höherem Risiko zu schützen, also Solidarität zu üben (20). Das Argument für Solidarität (und damit für präventives Verhalten) basiert auf dem im Grundgesetz verankerten Gebot der Achtung der Würde eines jeden Menschen. In diesem Sinne bedarf es einer Kommunikationsstrategie, die den gemeinsamen Nutzen der Prävention für alle betont und nicht andere als potentielle Infektionsgebende negativ hervorhebt (35). Durch die Betonung, dass das gesellschaftliche Ziel auf der konstanten Absenkung der Infektionszahlen in der gesamten Bevölkerung liegt, wird darüber hinaus auch die Forderung legitimiert, möglichst allen Menschen nicht nur den Zugang zu präventiven Botschaften zu eröffnen, sondern auch zu Lebens- und Arbeitsbedingungen, die ihnen die Befolgung dieser Botschaften ermöglichen. Daher plädiert dieses Papier für eine multimodale (Information, Erklärung, Gebote, Anreize, Angebote, etc.) Mehrebenenkampagne mit Dachbotschaften (erste Ebene) an die gesamte Bevölkerung und der lebenswelt-spezifischen Adaption (zweite Ebene) (partizipativ organisiert).

Fazit und Empfehlungen zur Umsetzung

Maßnahmen zur kontext- und adressat*innenorientierten Verhaltensprävention sollten ein erheblich höheres Gewicht in den Strategien zur Pandemieeindämmung erhalten als bislang, v.a. da derzeit die regulativen staatlichen Auflagen kontinuierlich differenziert werden. Dies erfordert eine breite, öffentlich überall und für jeden Menschen wahrnehmbare multimodale Mehrebenen-Kampagne mit Dachbotschaften (Information, Erklärung, Gebote, Anreize, Angebote) (erste Ebene), welche lokal und lebensweltspezifisch weiter partizipativ adaptiert und gesteuert wird (zweite Ebene). Stichworte für die Gestaltung dieser Kampagne sind Einfachheit und Klarheit in der Anleitung zum Gesundheitsverhalten, Fokus auf den sozialen und kulturellen Kontext der Bürger*innen und die Solidarität mit allen Mitmenschen.

Aktuelle Daten können genutzt werden, um Botschaften glaubhaft darzustellen. So werden im Rahmen der durch die BZgA beauftragten COSMO-Studie derzeit zweiwöchentlich Einschätzungen und Verhalten anhand von Zufallsstichproben erhoben (4). Derartige Datengrundlagen sind für die Entwicklung von maßgeschneiderten Botschaften, welche auf das Mehrheitsverhalten in der Allgemeinbevölkerung eingehen, geeignet, und können lebenswelt-spezifisch aufbereitet werden. National ist im deutschen Institutionengefüge die BZgA für die Konzipierung und Durchführung einer solchen Dachkampagne zuständig. Für die lokale Verankerung in den Kommunen und um Adressat*innengruppen in verschiedenen Kontexten zu erreichen, sollte hierzu der ÖGD, als stärkster Public Health-Akteur vor Ort, maßgeblich involviert werden.

Quellen

1. Rosenbrock R, Gerlinger T. Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern: Hans Huber Verlag; 2014.
2. RKI. Ergänzungen zum Nationalen Pandemieplan - COVID19 - neuartige Coronaviruserkrankung. Berlin; 2020. Available from: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Ergaenzung_Pandemieplan_Covid.pdf?__blob=publicationFile [Accessed 29th August 2020].
3. BZgA. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2018. Available from: https://www.leitbegriffe.bzga.de/fileadmin/user_upload/leitbegriffe/e-Books/E-Book_Leitbegriffe_2018_08.pdf. [Accessed 29th August 2020].
4. Betsch C, für das COSMO-Consortium. Ergebnisse aus dem COVID-19 SnapshotMonitoringCOSMO: Die psychologische Lage 12020 15.07.20. Available from: <https://dfncloud.uni-erfurt.de/s/PkiZW7NWeBSCCqq>. [Accessed 29th August 2020].
5. Expertenrat Corona der Landesregierung Nordrhein-Westfalen. Weg in eine verantwortungsvolle Normalität. 2020. Available from: https://www.land.nrw/sites/default/files/asset/document/2020-04-11_stellungnahme_expertenrat_corona.pdf [Accessed 29th August 2020].
6. Schuez N, Schuez B, Eid M. When risk communication backfires: randomized controlled trial on self-affirmation and reactance to personalized risk feedback in high-risk individuals,. Health Psychology. 2013;32(2):561-70.
7. Dillard JP, Shen L. On the Nature of Reactance and its Role in Persuasive Health Communication. Communication Monographs. 2005;72(2):144-68.
8. Witte K, Allen M. A Meta-Analysis of Fear Appeals: Implications for Effective Public Health Campaigns. Health Education & Behavior. 2000;27(5):591-615.
9. Naidoo J, Wills J. Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Überarb., aktualisierte und durch Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland erw. Neuaufl., 3. Aufl. der dt. Ausg. ed: BZgA; 2019.
10. Abele-Brehm A, Dreier H, Fuest C, Grimm V, Kräusslich H-G, Krause G, et al. Die Bekämpfung der Coronavirus Pandemie tragfähig gestalten. 2020. Available from: <https://www.ifo.de/DocDL/Coronavirus-Pandemie-Strategie-Fuest-Lohse-et-al-2020-04.pdf> [Accessed 29th August 2020].
11. Wegwarth O, Kendel F, Tomsic I, von Lengerke T, Härter M. Risikokommunikation unter Unsicherheit. 2020. Bremen: Kompetenznetz Public Health COVID-19
12. Günther L, Ruhrmann G, Milde J. Pandemie: Wahrnehmung der gesundheitlichen Risiken durch die Bevölkerung und Konsequenzen für die Risiko- und Krisenkommunikation.; 2011.
13. OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). Flattening the COVID-19 peak: Containment and mitigation policies, 2020. Available from: https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=124_124999-yt5ggxirhc&title=Flattening_the_COVID-19_peak-Containment_and_mitigation_policies [Accessed 29th August 2020].



14. RKI. Nationaler Pandemieplan Teil I - Strukturen und Maßnahmen. Berlin; 2017.
Available from:
<https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/187/28Zz7BQWW2582iZMQ.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Accessed 29th August 2020].
15. RKI. Nationaler Pandemieplan Teil II - Wissenschaftliche Grundlagen. Berlin; 2016.
Available from:
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/Pandemieplanung/Downloads/Pandemieplan_Teil_II_gesamt.pdf?__blob=publicationFile [Accessed 29th August 2020].
16. Gräber W. Scientific literacy : der Beitrag der Naturwissenschaften zur allgemeinen Bildung. Opladen: Opladen : Leske und Budrich; 2002.
17. Sadler TD. Vertrauen und die Suche nach Gesundheitsinformationen - Eine empirische Untersuchung des Informationshandelns von Gesunden und Erkrankten Socio-scientific Issues in the Classroom - Teaching, Learning and Research.: Springer; 2011.
18. Schaefer C, Bitzer EM, Orkan O, Ollenschläge G. Umgang mit Falschnachrichten in Medien. Eine Übersicht über aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse und Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Falschnachrichten bei COVID-19. 2020. Bremen: Kompetenznetz Public Health COVID-19
19. Hoffmann B, Dragano N, Bolte G, Butler J, Icks A, Knöchelmann A, et al. Hintergrundpapier: Indirekte Gesundheitsfolgen der aktuellen Maßnahmen zum Infektionsschutz in Deutschland. 2020. Bremen: Kompetenznetz Public Health COVID-19.
20. Bonell C, Michie S, Reicher S, West R, Bear L, Yardley L, et al. Harnessing behavioural science in public health campaigns to maintain 'social distancing' in response to the COVID-19 pandemic: key principles. J Epidemiol Community Health. 2020.
21. NIGERIA COVID-19-. Take responsibility campaign. 2020. Available from:
https://covid19.ncdc.gov.ng/media/files/DIY_CLOTH_FACE_MASK_IG_TILES.pdf. [Accessed 29th August 2020]
22. BZgA BfrGAR. Virusinfektionen – Hygiene schützt! 2020. Available from:
https://www.infektionsschutz.de/fileadmin/infektionsschutz.de/Downloads/200520_BZgA_At_ewegsinfektion-Hygiene_schuetzt_A4.pdf. [Accessed 29th August 2020]
23. Moran MB, Sussman S. Translating the link between social identity and health behavior into effective health communication strategies: An experimental application using antismoking advertisements. Health Commun. 2014;29(10):1057-66.
24. Bavel JJV, Baicker K, Boggio PS, Capraro V, Cichocka A, Cikara M, et al. Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. Nature Human Behaviour. 2020;4(5):460-71.
25. Flaig BB, Barth B. Die Sinus-Milieus® 3.0 – Hintergründe und Fakten zum aktuellen Sinus-Milieu-Modell. In: Halfmann M, editor. Zielgruppen im Konsumentenmarketing: Segmentierungsansätze – Trends – Umsetzung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2014. p. 105-20.
26. Bonfadelli H. Kampagnen-Kommunikation. In: Fröhlich R, Szyszka P, Bentele G, editors. Handbuch der Public Relations: Wissenschaftliche Grundlagen und berufliches Handeln Mit Lexikon. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2015. p. 815-29.



27. Abrams EM, Greenhawt M. Risk Communication During COVID-19. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2020;8(6):1791-4.
28. Lunn PD, Belton CA, Lavin C, McGowan FP, Timmons S, Robertson DA. Using Behavioral Science to help fight the Coronavirus. *Journal of Behavioral Public Administration.* 2020;3(1).
29. WHO. Communicating risk in public health emergencies.: a WHO guideline for emergency risk communication (ERC) policy and practice. . Geneva: orld Health Organization; 2017.
30. Dryhurst S, Schneider CR, Kerr J, Freeman ALJ, Recchia G, van der Bles AM, et al. Risk perceptions of COVID-19 around the world. *Journal of Risk Research.* 2020:1-13.
31. Daley MF, Crane LA, Chandramouli V, Beaty BL, Barrow J, Allred N, et al. Misperceptions about influenza vaccination among parents of healthy young children. *Clin Pediatr (Phila).* 2007;46(5):408-17.
32. Donkers HW, Hautvast JL, Akkermans RP, Swaan CM, Ruijs WL, Hulscher ME. Determinants of students' willingness to accept a measles-mumps-rubella booster vaccination during a mumps outbreak: a cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2015;15:575.
33. Allen JA, Duke JC, Davis KC, Kim AE, Nonnemaker JM, Farrelly MC. Using Mass Media Campaigns to Reduce Youth Tobacco Use: A Review. *American Journal of Health Promotion.* 2015;30(2):e71-e82.
34. Wahrendorf M, Knöchelmann A, von dem Knesenbeck O, Vonneilich N, Bolte G, Lehmann F, et al. Verschärfen COVID-19 Pandemie und Infektionsschutzmaßnahmen die gesundheitlichen Ungleichheiten? Bremen: Kompetenznetz Public Health COVID-19.
35. Folch E, Hernandez I, Barragan M, Franco-Paredes C. Infectious diseases, non-zero-sum thinking, and the developing world. *Am J Med Sci.* 2003;326(2):66-72.



Autor*innen, Peer-Reviewer*innen und Ansprechpersonen

Autor*innen (alphabetisch):

- Laura Arnold; Referentin für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf
- Prof. Dr. Jan Barkmann; Sozialwissenschaftliche Risiko- und Nachhaltigkeitsforschung, Fachbereich Gesellschaftswissenschaften, Hochschule Darmstadt – University of Applied Sciences, Darmstadt
- Dr. Stefanie M. Helmer; Charité- Universitätsmedizin Berlin, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Berlin
- Prof. Dr. Claudia R. Pischke; Institut für Medizinische Soziologie, Centre for Health and Society, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf
- Prof. Dr. Rolf Rosenbrock; Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband, Berlin

Danksagung an die internen Gutachter (AG Risikokommunikation):

- Prof. Dr. Dr. Martin Härter, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie und Center for Health Care Research, Hamburg
- Prof. Dr. Thomas von Lengerke, Medizinische Hochschule Hannover, Zentrum Öffentliche Gesundheitspflege, Forschungs- und Lehrereinheit Medizinische Psychologie, Hannover

Peer Reviewer*innen:

- Prof. Dr. Eva Maria Bitzer, Institut für Alltagskultur, Bewegung und Gesundheit, Pädagogische Hochschule Freiburg
- Prof. Dr. Dagmar Starke, Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf
- Prof. Dr. Olaf v.d. Knesebeck, Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf

Interessenskonflikte:

LA, JB, SMH, CRP und RR geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Ansprechpersonen:

- Dr. Stefanie M. Helmer; Charité- Universitätsmedizin Berlin, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Berlin
- Prof. Dr. Claudia R. Pischke; Institut für Medizinische Soziologie, Centre for Health and Society, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf



Disclaimer: Dieses Papier wurde im Rahmen des Kompetenznetzes Public Health zu COVID-19 erstellt. Die alleinige Verantwortung für die Inhalte dieses Papiers liegt bei den Autor*innen. Das Kompetenznetz Public Health zu COVID-19 ist ein Ad hoc-Zusammenschluss von über 25 wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbänden aus dem Bereich Public Health, die hier ihre methodische, epidemiologische, statistische, sozialwissenschaftliche sowie (bevölkerungs-)medizinische Fachkenntnis bündeln. Gemeinsam vertreten wir mehrere Tausend Wissenschaftler*innen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz.
