

Explorative Studie zur Akzeptanz des Impfens in impfkritischen Bevölkerungsgruppen der Schweiz

Schlussbericht

Corina Salis Gross
Jutta Tatzel
Phung Lang
Gabriela Rauber
Christoph Hatz

Erstellt im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (Nr. 13.006252/304.0001/-857)

Bericht der Firma PHS Public Health Services

Bern, November 2014

Inhalt

Abstract	4
1. Ausgangslage.....	5
1.1. Forschungsstand und Fragestellung	5
1.2. Ziele.....	7
2. Methodik.....	8
2.1. Design.....	8
2.2. Sampling und Rekrutierung	8
2.3. Sample.....	9
3. Resultate	11
3.1. Wissen und Verstehen	11
3.1.1. Assoziationen und Einschätzungen	11
3.1.2. Erfahrungen mit Impfungen.....	12
3.2. Individuelle Faktoren	12
3.2.1. Zugang zu Informationen.....	12
3.2.2. Ängste	13
3.2.3. Bewertungen und Risikowahrnehmung	14
3.2.4. Einstellungen und Haltungen.....	15
3.2.5. Strukturelle Faktoren und Infrastruktur.....	17
3.3. Soziale und ökonomische Faktoren	19
3.3.1. Der Einfluss von Familie und Freunden	19
3.3.2. Der Einfluss von Berufskolleginnen und -kollegen	19
3.3.3. Ökonomische Faktoren	20
3.4. Konkrete Impfentscheidungen	20
3.5. Vorschläge zur verbesserten Entscheidungshilfe	22

3.5.1. Neutrale Informationen/Institutionen/Organisationen.....	22
3.5.2. Bereitstellen von Daten und Studien	22
3.5.3. Einbezug in das Erarbeiten von Impfeempfehlungen	22
3.5.4. Finanzielle Anreize	23
4. Schlussfolgerungen und Empfehlungen	24
4.1. Schlussfolgerungen	24
4.2. Empfehlungen	29
5. Bibliographie	32
6. Anhang	35
6.1. Leitfaden Interviews.....	35

Abstract

Background: Measles and Influenza can lead to severe health problems and thus pose a considerable public health problem today. However, vaccination rates against influenza and measles remain low worldwide. To raise the vaccination rate in Switzerland is therefore of major interest to the Swiss government.

Objectives: The aim of this study is to understand which factors influence the decision-making of people living in Switzerland regarding vaccination in order to provide recommendations to policymakers on how to improve vaccination rates. Thereby, it focuses on the acceptance (knowledge, attitudes, and practices) of the subgroups of child carers, patients and healers, and of health care workers.

Methods: A qualitative exploratory approach of semistructured interviews was used (n=30). The main setting was the German-speaking part of Switzerland (n=20), as this is known to generally have lower vaccination rates. It was complemented by a sample of critical people in the French part of Switzerland (n=10), and by a MPH-Thesis, which concentrated on the factors that influence the acceptance especially of influenza vaccination within the group of health care workers (n=12) in German speaking Switzerland. For recruitment, purposive sampling of people with potential criticisms against vaccination was applied. The analysis followed the principles of thematic content analysis.

Results: Four main themes were identified as having impacted the decisions: 1) Understanding of the diseases (functioning, severity, risk); 2) Individual factors (information sources, fears, judgments, attitudes, infrastructure); 3) Social influences on vaccination (friends, family, colleagues, economic factors); and 4) Means to improve vaccination (need for statistics, facts, numbers and evidence; neutral institutions, way of uptake).

Conclusions: Factors related to knowledge (disease), fear (vaccine), the wider environment and mistrust in the pharmaceutical industry impact peoples' decision-making. They want information regarding the advantages and the disadvantages of vaccination and ask for transparency regarding the role of pharmaceutical companies.

Recommendations: Child carers and Patients critical of vaccinations need relation-based information and interventions and want to be reminded in a context of trust. Health Care Workers need to be made aware of their professional/ethical role in preventing diseases. Moreover, they should be actively included in the development of campaigns. Vaccination competitions within hospitals along with publishing of vaccination rates have shown to be successful and could be implemented. Actions need to be taken so that people critical of vaccinations have trust in the FOPH.

1. Ausgangslage

Im Rahmen der Erarbeitung des „Nationalen Impfprogramms NIP“ schrieb das Bundesamt für Gesundheit ein Mandat zur Durchführung einer qualitativen Studie für die Sektion „Strategie, Grundlagen und Planung“ (Abteilung „Übertragbare Krankheiten“) aus. Mit diesem Mandat sollte das interne Forschungsteam operative Verstärkung bei der Entwicklung von Forschungsfragen und bei der Umsetzung erhalten. Das Mandat umfasste die Begleitung einer anlaufenden MPH-Masterarbeit zum Thema (Tatzel 2014) (12 Interviews) und die Erweiterung um zusätzliche 30 Interviews mit weiteren impfkritischen Zielgruppen in methodischer und inhaltlicher Abstimmung mit der Masterarbeit. Die Ergebnisse sollten in Form der erwähnten Masterarbeit plus in einem zusätzlichen Bericht oder in Form eines wissenschaftlichen Artikels vorliegen. Das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich und die Firma Public Health Services GmbH wurden mit dem Mandat betraut. Als Mandatsträgerin fungiert die Firma Public Health Services.

Im vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse aus den beiden Teilstudien zusammengeführt. Eine kürzere Version in Form eines wissenschaftlichen Artikels ist via das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich in Vorbereitung.

1.1. Forschungsstand und Fragestellung

Aus der **Perspektive des Public Health** ist die Prävention von Infektionskrankheiten national wie international ein prioritäres Anliegen und das Impfen der Bevölkerung das kosteneffektivste Mittel zur Bekämpfung dieser Krankheiten (Sucz, 1999, 2004). Trotzdem kommt es auch in der Schweiz immer wieder zu Ausbrüchen, wie z.B. 2013 von Masern (Aschwanden, 2013), Pertussis (SDA, 2013b) oder einer Grippeepidemie (SDA, 2013a). Im Public Health wird davon ausgegangen, dass eine gute Durchimpfung der Bevölkerung solche Ausbrüche vermeiden lässt. So konnte mit einer Impfrate von 95% in Europa die Poliomyelitis eliminiert werden und eine analoge Rate wird gemäss WHO (2012) auch für die Eliminierung der Masern empfohlen. Allerdings liegen die Impfraten in der Schweiz tiefer und sie variieren zudem kantonal erheblich: So zeigen Lang et al. (2012) für verschiedene Altersgruppen von Kindern im Jahr 2006 Varianzen der Impfrate für Masern zwischen 65% and 71% in den verschiedenen Kantonen. Und gemäss Informationen des BAGs (2013) variiert die Rate für die Keuchhustenimpfung im Jahr 2008 in den verschiedenen Kantonen zwischen 70% and 92%.

Eine besondere Rolle kommt in diesem Kontext dem Gesundheitspersonal (HCWs=Health Care Workers) zu (vgl. auch Tatzel, 2014): Sie können Infektionskrankheiten übertragen und fungieren so als sogenannte Vektoren (Zhang et al., 2011), was besonders vulnerable Gruppen wie ältere Menschen, chronisch Kranke, Kleinkinder oder Schwangere gefährdet. Zudem zeigt sich an ihnen auch der generelle Kostenfaktor aufgrund von Arbeitsabwesenheiten oder Produktivitäts-

verlusten und es wird empfohlen, dass sich das Personal entsprechend impfen lässt (Zhang et al., 2011). Dies gilt aktuell insbesondere für die Grippe- und die Masernimpfung. Aus bioethischer Perspektive wird die Verantwortung und die Verpflichtung des Gesundheitspersonals in den Institutionen angesprochen: Diese können mittels Impfungen einen wesentlichen Beitrag zum Schutz der Patientinnen und Patienten und zur Sicherung der Herdenimmunität¹ einer Population leisten und sollten sich zudem moralisch dazu verpflichtet fühlen, Arbeitsabwesenheiten in den Gesundheitsinstitutionen möglichst zu vermeiden (Hoven & Verweij, 2013). Für die Grippeimpfung liegt jedoch für die Schweiz eine Studie vor, die zeigt, dass 48% der HCWs in einem Spital nicht geimpft sind (Dorribo et al. o.J.). Die Situation in anderen europäischen Ländern ist ähnlich und es wird beklagt, dass die Impfrate beim Gesundheitspersonal in Europa generell tief liege (für eine Übersicht vgl. Tatzel 2014).

Die **Fragestellung** der vorliegenden Studie fokussiert das Impfverhalten von impfkritischen² Personengruppen (Betreuungspersonen von Kindern, Risikogruppen, Gesundheitspersonal) in der Schweiz, um damit zum besseren Verständnis der Akzeptanz beizutragen sowie indirekt auch zu den Zielen des Nationalen Impfprogramms NIP. Explorativ sollen mittels qualitativer Erhebungen das Impfverhalten und die damit verknüpften Ansichten, Haltungen, Befürchtungen und Auslöser für die Entscheidung gegen oder für das Impfen erhoben werden. Damit können Grundlagen für das Schaffen von Anreizen oder die allfällige Anpassung von Strategien im Rahmen des NIPs geschaffen werden. Die Operationalisierung von „Akzeptanz“ (compliance und non-compliance) erfolgt dabei in Anlehnung zum community-basierten KAP-Survey Modell durch die Kategorien „Knowledge³, Attitude⁴, Practices⁵“, wobei diese jedoch nicht quantitativ, sondern

¹ Herdenimmunität oder Herdimmunität, vom englischen herd immunity übersetzt, bezeichnet den Effekt, bei der die durch Impfung erzeugte oder durch Infektion erworbene Immunität gegen einen Krankheitserreger innerhalb einer Population (der "Herde") so verbreitet ist, dass in der Population auch nicht-immune Individuen geschützt sind, weil der Erreger sich nicht ausbreiten kann. Besondere Bedeutung besitzt die Herdenimmunität für Personen, die nicht geimpft werden können, beispielsweise Personen mit Immunsuppression (Erkrankung des Immunsystems; Organtransplantation), oder Neugeborene, die noch nicht geimpft werden konnten (John & Samuel, 2000).

² Im Rahmen der vorliegenden Studie beziehen wir uns dabei auf Personen welche dem schweizerischen Routineimpfplan des BAG kritisch gegenüberstehen, oder die z.B. „differenziert impfen“ oder „später impfen“. Und es handelt sich allenfalls um Personen, die früher geimpft hatten und nun nicht mehr impfen oder umgekehrt. Da uns v.a. die Voraussetzungen für die Akzeptanz interessieren, sind Personen, die prinzipiell nicht impfen, weniger interessant als jene Personen, die z.B. unentschieden oder verunsichert sind. Entsprechend offen wird der Begriff „impfkritisch“ in unserer Studie angewendet. Absolute ImpfgegnerInnen wurden nicht eingeschlossen.

³ Definition nach Kap-Modell: „Knowledge is a set of understandings, knowledge and of “science.” It is also one’s capacity for imagining, one’s way of perceiving. Knowledge of a health behaviour considered to be beneficial, however, does not automatically mean that this behaviour will be followed. The degree of knowledge assessed by the survey helps to locate areas where information and education efforts remain to be exerted.“ (Gumucio, 2011:4)

⁴ Definition nach KAP-Modell: „Attitude is a way of being, a position. These are leanings or “tendencies to...”. This is an intermediate variable between the situation and the response to this situation. It helps explain that among the possible practices for a subject submitted to a stimulus, that subject adopts one practice and not another. Attitudes are not directly observable as are practices, thus it is a good idea to assess them. It is interesting to note that numerous studies have often shown a low and sometimes no connection between attitude and practices.“ (Gumucio, 2011:5)

⁵ Definition nach KAP-Modell: “Practices or behaviours are the observable actions of an individual in response to a stimulus. This is something that deals with the concrete, with actions. For

jeweils offen erfragt und mittels Kontextualisierungen durch die Probandinnen und Probanden gefüllt wurden. Dadurch sollte vermieden werden, dass nur „Meinungen“ oder „Ideologien“, erhoben werden, sondern vielmehr konkrete Erfahrungen und Entscheidungsprozesse im Hinblick auf die Akzeptanz nachvollzogen werden können. Es interessieren dabei vor allem die Breite der Dimensionen zum Thema Akzeptanz von Impfungen innerhalb und zwischen den verschiedenen Probandengruppen sowie die Relevanz von einzelnen Faktoren. Dabei fokussierten wir insbesondere die beiden Bereiche „Masernimpfung“ und „Grippeimpfung“, da hier in der Schweizer Bevölkerung Unsicherheiten oder impfkritische Haltungen zu erwarten waren. Während bei der Gruppe Gesundheitspersonal v.a. die Grippeimpfung im Vordergrund stand (vgl. auch Tatzel, 2014), war es in den Befragungen von Betreuungspersonen von Kindern v.a. die Masernimpfung und bei den RisikopatientInnen vereinzelt wiederum die Grippeimpfung.

Analoge qualitative Studien bestehen gemäss der im Rahmen unseres Projektes durchgeführten Literaturrecherche zur Grippeimpfung für die Schweiz bis anhin nicht (vgl. Tatzel, 2014). Dies gilt insbesondere für das Gesundheitspersonal. Schindler et al. (2012) untersuchten in einer mixed-methods-Studie u.a. qualitative Gründe für die Akzeptanz von Grippeimpfungen bei schwangeren Frauen. Auf der Ebene von Masterarbeiten wurde das Thema der allgemeinen Impfkzeptanz jedoch bereits ähnlich bearbeitet. Ein rezentes Beispiel liefert z.B. Hartmann (2011) in einer MPH-Arbeit⁶ in Form einer qualitativen Befragung zur Akzeptanz der Impfungen bei Eltern. Eine Auftragsstudie des Bundesamtes für Gesundheit führte im Rahmen der „Evaluation Impf-Information Schweiz“ eine repräsentative Mütterbefragung durch (Oetterli et al. 2005) sowie eine qualitative Befragung impfkritischer Mediatorinnen und Mediatoren (gemeint sind KinderärztInnen, HomöopathInnen, NaturheilpraktikerInnen und Hebammen im Geburtshaus) (Furrer et al. 2006). Wir schliessen mit der vorliegenden Studie an diesen Forschungen an und liefern weitere explorative Erkenntnisse zu diesen Forschungslücken im Hinblick auf eine gezielte und wirksame Impfpolicy in der Schweiz.

1.2. Ziele

Durch die qualitative Befragung diverser Gruppen von impfkritischen Personen soll eruiert werden, welche Faktoren für die Akzeptanz der Impfpfehlungen des Bundesamtes für Gesundheit bei diesen Gruppen relevant sind, und welche Voraussetzungen es braucht, um impfkritische Personen allenfalls von der Wirksamkeit der Impfungen zu überzeugen oder auf die impfkritischen Haltungen und Ansprüche im Rahmen der nationalen Impfpolicy adäquat zu reagieren. Dabei sollen die Probandinnen und Probanden partizipativ einbezogen werden, indem sie in den Interviews aufgefordert werden, aktiv Vorschläge einzubringen.

practices related to health, one collects information on consumption of tobacco or alcohol, the practice of screening, vaccination practices, sporting activities, sexuality etc. (Gumucio, 2011:5)

⁶ Dies dürfte auch für andere Disziplinen der Fall sein, z.B. in Form von Masterarbeiten oder Doktorarbeiten in der Medizinanthropologie. Im Rahmen des vorliegenden Mandates konnte dazu jedoch keine Literaturrecherche durchgeführt werden. Für ein Beispiel aus Deutschland vgl. Pauli & Brander 2010.

2. Methodik

2.1. Design

Um explorativ die verschiedenen Faktoren für die Akzeptanz von Impfungen erheben zu können, stützt sich die vorliegende Studie auf qualitative Erhebungen. Im Vordergrund stehen semistrukturierte Leitfadeninterviews mit impfkritischen Personen aus drei Gruppen: Betreuungspersonen von Kindern (Eltern, Betreuungspersonen aus Kindergarten und Schule), Gesundheitspersonal (NaturheilpraktikerInnen, HomöopathInnen, KinderärztInnen, Pflegende) und Risikogruppen (PatientInnen, ältere Menschen, Eltern von gefährdeten Kindern).

Gefragt wurde konkret allgemein nach dem Thema „Impfungen“ und „Impfen“, um dann die einzelnen Personen relativ frei über ihre Entscheidungsprozesse zu den einzelnen Impfungen reflektieren zu lassen oder Schwerpunkte zu setzen. Wir entwickelten zwei analoge Leitfäden (je mit dem Schwerpunktthema Masernimpfung oder Grippeimpfung), die jeweils zum Einsatz kamen. In der Teilstudie von Tatzel (2014) kam ausschliesslich der Leitfaden zur Grippeimpfung (vgl. ebenda) zum Einsatz, in der hier ausführlicher dargestellten Teilstudie wurde fast ausschliesslich der Masernleitfaden (vgl. Anhang) verwendet.

Regional wurde bei der Durchführung der Interviews darauf geachtet, dass die Regionen mit tieferen Impfungsraten berücksichtigt sind (Kantone Baselland, Innerschweiz, Appenzell), dass sowohl urbane wie auch rurale Gebiete besucht werden und dass die Suisse Romande ebenfalls adäquat vertreten ist, da dort die Impfraten tendenziell höher liegen als in der Deutschschweiz (BAG, 2013). Die Interviews fanden in einem Rahmen statt, der den ProbandInnen angenehm war, so etwa zu Hause oder in einem Restaurant. Wie geplant, konnten 30 Interviews stattfinden: 20 in der Deutschschweiz (durchgeführt in Schweizerdeutsch oder in Hochdeutsch durch die BAG-Mitarbeiterin und MPH-Studentin Dr. phil II Jutta Tatzel, welche ebenfalls die Interviews zur Grippeimpfung der HCWs durchführte), sowie eine Nacherhebung in Schweizerdeutsch durch die Studienleiterin Dr. phil. hist. C. Salis Gross und 10 in der Suisse Romande in französischer Sprache durch die Medizinanthropologin lic. phil. Gabriela Rauber. Sie dauerten ca. zwischen einer halben und einer Stunde, vereinzelt auch länger. Die Interviews wurden transkribiert und gemäss dem Procedere des thematischen Kodierens ausgewertet (Green & Thorogood, 2009). Die Ergebnisse sind nach thematischen Schwerpunkten zusammengefasst (vgl. Kap. 3 und Tatzel, 2014).

Neben den Interviews wurden im Verlauf der Erhebungen zahlreiche informelle Gespräche mit impfkritischen Personen oder mit VertreterInnen des Public Health geführt. Diese Erkenntnisse fliessen ebenfalls in die dargestellten Resultate (insbesondere bei den Schlussfolgerungen und Empfehlungen) mit ein.

2.2. Sampling und Rekrutierung

Für das Sampling gingen wir gemäss dem „purposive Sampling“ vor (Crossman, 2014), das eine gegenstandsbezogene Auswahl gemäss dem Zweck des Erkennt-

nisinteresse vorsieht. Konkret wählten wir eine Mischung aus Personen-Sampling (verschiedene Gruppen sollten involviert sein) und sogenannt inhaltlichem Sampling (verschiedene Dimensionen Impfkritischem Verhalten sollten ersichtlich werden). Die Rekrutierung erfolgte über verschiedene Wege: Zum einen nutzten wir die Zugangswege des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin und des Institutes für Sozialanthropologie der Universität Bern, indem diese Adressen von Fachpersonen oder von interessierten ProbandInnen zur Verfügung stellten. Weiter rekrutierten wir mittels des Schneeballprinzips und durch persönliche Netzwerke der Teammitglieder. Das Einverständnis zur Studienteilnahme wurde jeweils schriftlich eingeholt und die Daten gemäss den wissenschaftsethischen Standards der Universität Zürich und der Schweizerischen Ethnologischen Gesellschaft anonymisiert und gesichert (Numerierung, Verschluss der Datenträger).

2.3. Sample

Die folgenden Personen (20 aus der Deutschschweiz (Kantone Aargau, Appenzell Auserrhoden, Baselland, Bern, Luzern, Solothurn, St. Gallen, Uri, Zürich) und 10 aus der Suisse Romande (Kantone Bern (Berner Jura), Waadt, Neuenburg, Wallis, Fribourg) wurden befragt:

Nr.	Region	Kontext	Gender	Alter	Pespektiven
1	Dt.-CH	ländlich	w	32	Mutter, Kindergärtnerin
2	Dt.-CH	ländlich	w	56	Mutter, Arzthelferin
3	Dt.-CH	ländlich	m	33	Vater, Spitex
4	Dt.-CH	ländlich	m	66	Arzt, Heilpraktiker, älterer Mann
5	Dt.-CH	ländlich	w	52	Mutter
6	Dt.-CH	städtisch	m	43	Vater
7	Dt.-CH	städtisch	w	34	Grundschullehrerin, Mutter
8	Dt.-CH	städtisch	w	45	Mutter, Spitex
9	Dt.-CH	städtisch	w	56	Anthroposophische Lehrerin, Mutter
10	Dt.-CH	ländlich	w	77	Grossmutter, Mutter
11	Dt.-CH	städtisch	m	65	Kinderarzt, Homöopath, älterer Mann
12	Dt.-CH	städtisch	w	38	Kindergärtnerin
13	Dt.-CH	städtisch	w	26	Kindergärtnerin
14	Dt.-CH	städtisch	w	35	Kindergärtnerin, Mutter
15	Dt.-CH	städtisch	w	46	Mutter
16	Dt.-CH	städtisch	w	56	Mutter
17	Dt.-CH	ländlich	w	37	Mutter
18	Dt.-CH	kleinstädtisch	w	49	Mutter
19	Dt.-CH	kleinstädtisch	w	52	Mutter
20	Dt.-CH	städtisch	m	36	Vater

21	Romandie	Ländlich	w	65	Betreut Nichten, Naturheilpraktikerin, Risikopatientin, ältere Frau
22	Romandie	kleinstädtisch	w	39	Naturheilpraktikerin, Mutter, Pflegerin
23	Romandie	städtisch	w	32	Mutter
24	Romandie	städtisch	m	69	Vater, Grossvater, Naturheilpraktiker, Risikopatient, älterer Mann
25	Romandie	ländlich	m	30	Zukünftiger Vater mit vorbelasteter Familie (Impfschäden)
26	Romandie	ländlich	m	39	Zukünftiger Vater
27	Romandie	städtisch	w	79	Mutter, Grossmutter, ältere Frau
28	Romandie	ländlich	w	39	Mutter
29	Romandie	städtisch	m	25	Zukünftiger Vater
30	Romandie	ländlich	m	66	Vater, Grossvater, Partnerin ist Risikopatientin, älterer Mann

Betrachten wir das Sample genauer, so wird klar, dass viele der Befragten mehreren Gruppen zugeordnet werden können. Wir kontaktierten sie zwar aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu einer Hauptkategorie (Betreuungsperson oder Risikogruppe), es stellte sich dann jedoch heraus dass sie während des Gesprächs zwischen verschiedenen „Rollen“ wechselten. Eine in der Rolle als Elternteil angesprochene Person war z.B. gleichzeitig noch Arzthelferin oder Pfleger oder eine Grossmutter gleichzeitig Risikopatientin und Naturheilpraktikerin. Die Gespräche sind von diesen mehrfachen Perspektiven geprägt, so dass auch für die Auswertung eine klare Gruppenzuordnung je Person generell wenig sinnvoll wird.

Zu beachten ist bei der Interpretation der Ergebnisse weiter, dass die Kategorie „NaturheilpraktikerIn“ die verschiedensten Angebote umfasst, die meisten ProbandInnen bieten mehrere Therapieformen an (z.B. Homöopathie, Anthroposophische Medizin, Osteopathie, Kinesiologie, Bioresonanz). Zudem haben einige von Ihnen im Vorfeld eine medizinische oder paramedizinische Ausbildung (z.B. Medizin, Zahnmedizin, Physiotherapie).

Schliesslich ist zu beachten, dass prinzipiell keine Unterschiede zwischen den befragten impfkritischen Personen in den beiden Sprachregionen (französische Schweiz, deutschsprachige Schweiz) festgestellt konnten. Die Argumentationen und die berichteten Entscheidungsfindungen sowie die Vorschläge sind jeweils ähnlich gehalten und neue Dimensionen ergaben sich durch die Kontrastierung der beiden Sprachregionen nicht. Auch bei der Rekrutierung ergaben sich in der französischen Schweiz keine speziellen Hürden im Vergleich zu Deutschschweiz. Wir fanden in beiden Regionen in der Regel sehr gesprächsbereite impfkritische Personen an. Dies mag auch damit zu tun haben, dass wir keine absoluten Impfgegner ins Sample einschlossen.

3. Resultate

Die Auswertungsergebnisse werden im Folgenden nach vier Themenreichen aufgeführt, die sich im Verlauf der Auswertung als relevant für die Fragestellung nach der Akzeptanz (non-compliance und compliance bei impfkritischen Personen) der vorliegenden Studie erwiesen haben. Sie knüpfen gleichzeitig konzeptuell am bereits erwähnten KAP-Modell (Knowledge, Attitude, Practice) an : 1) Wissen zu und Verstehen von Impfungen (Kap. 3.1.); 2) Individuelle Faktoren, welche das Impfverhalten beeinflussen (Kap. 3.2.); 3) Soziale und strukturelle Faktoren, welche das Impfverhalten beeinflussen (Kap. 3.3.) und 4) Vorschläge der ProbandInnen zur Verbesserung der Akzeptanz von Interventionen und der Impfcompliance (Kap. 3.5.). Ein separates Unterkapitel (Kap. 3.4.) geht auf die konkreten Auslöser zu den Impffakten resp. zu deren Verweigerung ein.

Die Darstellung folgt dem Ziel, möglichst die Breite der Dimensionen aufzuführen statt Mengen zu benennen. Dies ergibt sich aus den vorliegenden Erhebungen umso mehr, als dass sich kaum Schwergewichte erkennen liessen, sondern eher das vorhandene Spektrum (es zeigten sich weder Unterschiede nach Personengruppen, nach Sprachregionen, noch nach Stadt/Land). Wir gehen jedoch darauf ein, wenn nur vereinzelt oder sehr häufig ein Argument vorgebracht wurde. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, nochmals zu erwähnen, dass die ProbandInnen im Verlauf des Leitfadeninterviews Schwerpunkte setzen konnten und deshalb nicht unbedingt zu allen Fragen Stellung nahmen.

3.1. Wissen und Verstehen

In diesem ersten Frageblock geht es um die Fragen nach den Assoziationen und Einschätzungen zum Thema Impfungen generell und um das vorhandene Wissen insbesondere zu den Kinderimpfungen (inklusive Impfplan). In einem weiteren Abschnitt geht es um die geschilderten Erfahrungen mit den Impfungen.

3.1.1. Assoziationen und Einschätzungen

Impfungen rufen unterschiedliche Assoziationen bei den ProbandInnen hervor. So werden sie von den meisten Befragten klar mit dem Begriff „Schutz“ und „Vermeidung von Epidemien“ in Verbindung gebracht. Einige wenige bezweifeln allerdings den Schutz, der von Impfungen ausgeht und weisen darauf hin, dass die Anwesenheit von Antikörpern allein noch kein Beweis für Schutz sei. Andere assoziieren mit Impfungen zudem auch Risiko und Druck bzw. Zwang von aussen. Ein weiterer Teilnehmer sieht in den Impfungen ein Gift. Ein anderer findet sogar, dass Impfungen eine Art Nötigung seien und zudem rechtswidrig.

Der Impfplan zu den empfohlenen Impfungen ist recht gut bekannt. Die ProbandInnen nehmen in den Gesprächen auch immer wieder Bezug darauf. Allerdings ist die Einschätzung der Bedeutung des Durchführens der einzelnen Impfungen

und des Einhaltens der Impfpfehlungen sehr unterschiedlich: Die MMR-Impfung wird von den meisten als nicht so bedeutsam erachtet und die Grippeimpfung ebenfalls nicht. Gleichzeitig nennen aber zwei Personen doch einen eventuellen Entscheid für die Rötelnimpfung bei der Tochter und die Mumps-Impfung beim Sohn, falls diese Krankheiten nicht als Kind durchgemacht würden. Als Argument für einen positiven Impfscheid wird hier auch immer wieder die Einzelimpfung genannt. Zudem wird auf die Möglichkeit von „verspäteten Impfungen“ verwiesen. So könne sich das Immunsystem der ganz kleinen Kinder noch ungestörter entwickeln und die Impfungen nach und nach durchgeführt werden. Dabei wird etwa auf andere Länder verwiesen, wo bereits solche Impfpläne beständen. Die Polio-Impfung und die Tetanus-Impfung sind in unserem Sample beinahe unbestritten. Die Hepatitis-Impfung wird von einer Person als wichtig für das Pflegepersonal gewichtet. Nur sehr wenige ProbandInnen schätzen keine Impfung als wichtig ein.

3.1.2. Erfahrungen mit Impfungen

Die Erfahrungen mit Impfungen zeigen eine sehr breite Palette auf: Sie reichen von leichteren Beschwerden wie schmerzhaften Einstichstellen oder Muskelschmerzen oder Fieber bis zu starken Nebenwirkungen und von Langzeitfolgen wie Neurodermitis, Allergien oder ADHS, welche allenfalls mit den Impfungen im Zusammenhang stehen könnten. Bei anderen Interviewten waren überhaupt keine negativen Folgen ersichtlich. Wiederum andere berichteten, dass sie von Kindern gehört hätten, bei denen „Impfschäden“ bis zu Behinderungen aufgetreten waren. Eine Person betont, dass dies bei einem bekannten Kind sogar nachgewiesen sei. Schliesslich wurde auch von einem Todesfall nach einer Grippeimpfung (bei einer älteren Person) berichtet.

3.2. Individuelle Faktoren

Im zweiten Block wurden die individuellen Faktoren erhoben, welche die Impfentscheide der ProbandInnen beeinflussten. Wir unterscheiden hier zwischen dem Zugang zu Informationsquellen, Ängsten, Bewertungen und Risikowahrnehmung, Einstellungen und Haltungen, sowie strukturellen Faktoren und Infrastruktur.

3.2.1. Zugang zu Informationen

Die interviewten Personen schätzten ihren Zugang zu den Informationen über die Impfpfehlungen in der Regel als gut ein und die Interviewergebnisse nach Nennung der wichtigsten Impfungen und Empfehlungen bestätigen diesen Wissensstand im Groben. Es wird sehr stark betont, dass es wichtig sei, sich im Bereich des Impfens eine eigene Meinung zu bilden, da die Informationen vielfältig und je nach Informationsquelle widersprüchlich sein können. Die Verunsicherung durch die Informationsvielfalt scheint vor allem für Eltern vor dem ersten Impfscheid für ihre Kinder gross zu sein.

„Man muss sich breit informieren und dann ist man verunsichert, weil es schwierig zu beurteilen ist, welches verlässliche oder neutrale Quellen sind.“

Die meisten Eltern wenden sich in dieser Situation deshalb an einen Arzt oder an eine Ärztin ihres Vertrauens (ÄrztInnen aus dem privaten Umfeld, ÄrztInnen aus einem bestimmten Milieu (z.B. HomöopathInnen) oder einfach die KinderärztInnen. Im Idealfall geschieht dies in Form einer eigentlichen Begleitung bei der Entscheidungsfindung. Ein Vater erläutert:

„Was bleibt mir als Laie anderes übrig. Ich wende mich vertrauensvoll an den Kinderarzt und lasse mich dann von meinem Bauchgefühl leiten. Wenn ich denke, dass er auf meiner ‚Wellenlänge‘ ist und mich in meinem Sinne berät, dann folge ich seinem Ratschlag. Vor allem beim ersten Kind war das jedoch ein längerer Prozess. Immer wieder tauchten Fragen auf, weil ich zwischen den Arztkonsultationen immer wieder Neues gelesen oder gehört hatte. Zum Glück hat sich der Arzt viel Zeit für unseren Entscheidungsprozess genommen...“

Daneben sind Informationen aus den Medien eine wichtige Informationsquelle (Printmedien, Internet, Neue Soziale Medien) sowie Fachliteratur. Einzelne interviewte Personen berichteten von und zeigten sogar ausgedehnte Recherchen, die sie durchgeführt hatten, um sich eine eigene Logik im „Informationsdschungel“ zurechtzulegen. Daneben wird intensiv mit Bekannten, Freunden und weiteren Fachpersonen ausgetauscht. Eine Mutter und Pflegende erwähnt auch das Bundesamt für Gesundheit als vertrauenswürdige Quelle, eine andere Mutter und Lehrerin nennt dieses ebenfalls jedoch unter der Einschränkung, dass es sich dabei um neutrale Informationen handeln müsse, bei denen beide Seiten dargelegt werden. Ein Arzt nennt auch speziell wissenschaftliche Datenbanken, die für ihn als Informationsquelle wichtig sind. Andere medizinischen oder heilpraktischen Fachpersonen verweisen auch auf BerufskollegInnen als wichtige Informationsquellen und auf die Patienten, die sie konsultieren.

3.2.2. Ängste

Ein Grossteil aller Befragten sagt, Impfungen würden „keinen hundertprozentigen Schutz“ bieten. Von eigenen oder von Erkrankungen und Erfahrungen anderer berichten einige der Befragten. Dies gilt insbesondere für die Grippeimpfung. Auch das Gesundheitspersonal berichtet, dass Personen trotz Impfung an der Grippe oder zumindest an grippalen Infekten erkrankt seien.

Umsomehr sind gemäss den Interviewten Nebenwirkungen und Inhaltsstoffe zu beachten. Die Angst vor Nebenwirkungen und die Angst vor den Inhaltsstoffen, die nicht öffentlich gemacht werden, halten einige Personen davon ab, einer Impfung zuzustimmen. Ein Teilnehmer sagt:

„Ich würde liebend gerne wissen, was die Firmen tatsächlich in diese Impfungen reinton. Ich habe schon in kritischen Filmdokumentationen gehört, dass sie nicht verpflichtet sind, alles aufzuschreiben. Und das macht mir natürlich schon – da schlucke ich leer.“

Ein anderer Teilnehmer vermutet, dass noch immer Quecksilber in den Impfstoffen enthalten sei, was ein Problem darstelle.

Selbst das befragte Gesundheitspersonal hat bezüglich der Grippeimpfung Bedenken (vgl. auch Tatzel, 2014). So weisen einige Personen in unserem Sample darauf hin, dass die Folgen und Nebenwirkungen von Impfungen und vor allem auch der Grippeimpfung nicht ausreichend getestet werden und man daher nicht wisse, wie die Menschen auf die Inhaltsstoffe reagieren würden. Ein Teilnehmer meint:

„Man vernachlässigt das. Bei allen anderen Medikamenten gibt es Langzeitstudien, aber bei den Impfungen macht man das nicht, nur selten, was mich ein bisschen skeptisch macht.“

3.2.3. Bewertungen und Risikowahrnehmung

Als wichtig erachten die meisten Teilnehmenden die Polioimpfung, da Polio schlimme und irreversible Folgen haben kann. Ein Teilnehmer empfindet es geradezu als einen „Segen“, dass es diese Erkrankung hier nicht mehr gibt. Einige wenige finden sogar, dass die Impfungen Polio, Tetanus und Typhus obligatorisch sein sollten. Als unnötig wird von einigen Teilnehmenden die Grippeimpfung bezeichnet. Die Grippe wird als nicht schlimm erachtet und sollte gemäss einem Teilnehmer nur von Risikogruppen gemacht werden. Einige wenige erachten keine Impfung als notwendig. Wie auch in der Teilstudie von Tatzel (2014) beurteilt ein Grossteil des Gesundheitspersonals die Grippeimpfung im beruflichen Kontext als unnötig.

Die Impfungen gegen die sogenannten Kinderkrankheiten werden von vielen Befragten (insbesondere Eltern, Lehrerinnen) als nicht nötig bewertet: Da sich die meisten Menschen in der Schweiz impfen lassen, kommen diese Krankheiten gemäss den Aussagen der Teilnehmenden gar nicht mehr so häufig vor und folglich müsse man sich und die Kinder gegen diese Krankheiten auch nicht mehr impfen lassen. Insbesondere die Masernimpfung wird als weitgehend unnötig erachtet. Dies geht so weit, dass eine Teilnehmende zur Begründung anführt: „Mir sind auf jeden Fall keine Masernfälle bekannt“ und dass eine andere bemerkt: „Niemand hat gerade Masern.“ Die aktuelle Situation scheint hier die Risikowahrnehmung stark zu beeinflussen. Einzelne Befragte sind jedoch anderer Meinung: Sie weisen auf die niedrigen Durchimpfungsraten in der Schweiz hin und schätzen das Risiko für eine Erkrankung deshalb als sehr hoch ein. In diesem Zusammenhang wird auch ein Risiko durch die allenfalls nicht geimpfte Zuwanderungsbevölkerung erwähnt. So könne in den Betreuungsinstitutionen (Kitas, Schulen) die Risikoexposition zunehmen.

Ein weiteres häufiges Argument ist, dass es besser sei, wenn die Kinder diese Krankheiten durchmachten, da diese in der Regel auch einen Reifeprozess des Kindes unterstützen würden. Eine Mutter erwähnt, dass sie ihre Kinder allenfalls später z.B. gegen Mumps (Knabe) und Röteln (Mädchen) impfen lassen wolle, falls

sie diese Krankheiten nicht durchmachten. Das Risiko eines schwereren Verlaufs der Krankheiten oder von Komplikationen bei Jugendlichen oder Erwachsenen wurde ebenfalls öfter erwähnt.

Das altruistische Argument der Vermeidung einer potentiellen Ansteckung der Bevölkerung in einer Reisedestination wird von einem Teilnehmer erwähnt, der länger in einem Entwicklungsland gearbeitet hat und sich deswegen impfen liess. Viel häufiger ist es jedoch der eigene Schutz der Familie durch die erhöhten Risiken beim Reisen mit Kindern, der bei den Befragten zu einem positiven Impfscheid geführt hat.

Nur wenige Personen bringen Impfungen mit der Ausrottung von Krankheiten in Verbindung und befürchten dabei, dass gefährliche Krankheiten sich wieder verbreiten, wenn nicht mehr geimpft wird. Zur Vermeidung von Risiken wird statt des Impfens von einigen wenigen Teilnehmenden eher auf eine gesunde Ernährung und eine gute Hygiene sowie insgesamt auf ein „fittes Immunsystem“ gepocht. Es sei wichtiger darauf zu achten, als sich impfen zu lassen. Andere betonen, dass nicht die Impfungen, sondern die verbesserten Hygieneverhältnisse und die veränderten Lebensweisen für das Verschwinden von Krankheiten verantwortlich seien.

Speziell im Hinblick auf die Grippe sind die Befragten wie auch das in der Teilstudie von Tatzel (vgl. Tatzel, 2014) interviewte Gesundheitspersonal weitgehend davon überzeugt, dass präventive Massnahmen wie eine gesunde Ernährung und Lebensweise, sowie am Arbeitsplatz das Tragen von Handschuhen und Mundschutz genügen, um nicht selber an der Grippe zu erkranken oder andere Personen anzustecken.

3.2.4. Einstellungen und Haltungen

Impfkritische Einstellungen und Haltungen bei den befragten Gruppen zeigen ein breites Spektrum auf:

Zum einen wurde von den Teilnehmenden aus allen Gruppen generell angemerkt, dass man trotz Impfungen krank werden kann. Hier wurde dann konkret vor allem von Personen berichtet, die gegen die Grippe geimpft worden waren und dann trotzdem erkrankten. Aber auch von Kindern wurde berichtet, die trotz der Keuchhustenimpfung später einen lang andauernden Husten hatten. Eine weitere Person bemerkte, dass man sowohl mit als auch ohne Impfung erkranken kann und das Risiko hierfür gleich hoch sei. Impfungen werden in den Interviews vereinzelt mit der Entstehung von Krebs und von ADHS in Verbindung gebracht und häufig mit jener von Allergien verknüpft, sowie mit Ängsten davor, dass Impfungen das Immunsystem schwächen. Ein Teilnehmer bemerkt sogar, dass ungeimpfte Kinder weniger krank seien als geimpfte Kinder.

Des Weiteren sind die meisten Teilnehmenden der Meinung, dass Kinder zu früh geimpft werden. Sie befürchten, dass das Immunsystem der Kinder noch nicht ausgereift sei und somit nicht adäquat auf die Impfstoffe reagieren könne. Eine grosse Befürchtung ist dabei, dass dadurch allenfalls auch Allergien entstehen könnten. Impfungen zu einem späteren Zeitpunkt werden viel eher befürwortet.

Auch die Kombiimpfungen stossen bei den meisten Befragten auf Widerstände. Dies unter anderem deshalb, da man sich nicht aussuchen könne, welche Impfung man wirklich für die Kinder möchte. So sagt ein Teilnehmer:

„ ... haben wir einfach die ‚Fünffach-Kombi-Impfung‘ gemacht. Wir haben bewusst gewartet und dann auch nicht die Wahl gehabt, was wollen wir, was wollen wir nicht, weil es eben Kombi-Impfungen sind...“

Von einer Person wird zudem vermutet, dass die Kombiimpfung nur aus Profitgründen entwickelt wurde. So haben sich mehrere Familien einzig aus dem Grund gegen die Masernimpfung entschieden, dass diese Impfung nur zusammen mit den anderen Impfstoffen zu bekommen ist. Der Wunsch nach Einzelimpfungen wird denn auch in den Interviews des Öfteren erwähnt.

Einige wenige befragte Personen vertrauen in erster Linie auf die Homöopathie, wenige andere wiederum setzen ganz auf die Impfempfehlungen, die vom Bundesamt für Gesundheit abgegeben werden.

Daneben spielt das Vertrauen in ein intaktes Immunsystem eine weit grössere Rolle für die Interviewten. Sie sind sich sicher, dass einem intakten Immunsystem bzw. einem gesunden jungen Körper Krankheitserreger kaum etwas anhaben können: ein schwerer Verlauf mit Komplikationen sei bei einem starken Körper und einem intakten Immunsystem kaum zu befürchten und folglich müsse man auch nicht (oder nur selektiv) geimpft werden. Dies gilt wieder insbesondere für die Masernimpfung und für die Grippeimpfung.

Kinderkrankheiten – vor allem die Masern – werden denn auch nur von wenigen Teilnehmenden als schwere Erkrankung dargestellt, andere sehen darin eine harmlose Kinderkrankheit, gegen die man sich nicht impfen lassen muss. Manche Befragten sind sogar überzeugt, dass das Durchmachen dieser Kinderkrankheiten für die Entwicklung der Kinder wichtig ist und das Kind jeweils einen Entwicklungsschub macht. Ein Teilnehmer erläutert dies so:

„Kinderkrankheiten sind eigentlich Entwicklungskrankheiten, also sogenannte ‚gesunde‘ Krankheiten.“

Vor allem mit homöopathischer Begleitung sei eine Kinderkrankheit durchaus auszuhalten. Auch dieser Teilnehmer verweist wieder auf die Stärkung des Immunsystems im Verlauf einer Kinderkrankheit. So berichten Teilnehmende von einem eigentlichen Stärkeschub der Kinder nach durchgemachter Krankheit. Eini-

ge Befragte erinnern sich daran, dass sie selber die Masern als etwas Positives erlebt hätten – als eine Zeit der Zuwendung und des „Umsorgt-Werdens“.

Eine andere befragte Mutter gibt jedoch auch zu bedenken, dass eine Kinderkrankheit im Erwachsenenalter schwerer verläuft als bei Kindern und Kinder daher in der Pubertät vor allem gegen Mumps und Röteln geimpft werden sollten falls sie diese Krankheiten nicht bereits durchgemacht hätten. Die meisten Teilnehmenden wissen denn auch, dass Kinderkrankheiten im Erwachsenenalter einen schwereren Verlauf nehmen und durchaus Komplikationen hervorrufen können. So kennt einer der Befragten jemanden, der nach einer Mumpserkrankung im Erwachsenenalter steril wurde. Für die Masern wiederum scheint das Bewusstsein um schwere Komplikationen bei den Interviewten weniger präsent. Eine Person bemerkt allerdings, dass Masern während der Schwangerschaft gefährlich sein können.

Betreffend die Grippe sind sowohl das befragte Gesundheitspersonal wie auch die anderen Befragten wiederum der Meinung, dass eine Erkrankung nicht speziell gefährlich sei – auch wenn sie selber die Grippe durchgemacht hatten. Ein Teilnehmer bemerkt:

„Ich finde nicht, dass die Grippe eine Bedrohung darstellt. Es gibt schlimmere Dinge, die man bekommen kann.“

Wiederum sind sie sich auch sicher, dass man eine solche Erkrankung mit einem fitten Immunsystem gut durchmachen kann. Eine befragte Person betont in diesem Zusammenhang die Ungefährlichkeit der Grippe: „... weil sie nicht den Tod verursacht, die Grippe“. Eine andere hingegen findet die Grippe zwar unbedrohlich, impft sich jedoch aus Rücksicht auf seine Lebenspartnerin, da diese eine Risikopatientin ist und sich vor der Grippe ängstigt.

Ein Grossteil der Befragten setzt wiederum auf andere präventive Massnahmen und vertraut auf den eigenen Körper und auf die Stärkung des Immunsystems.

3.2.5. Strukturelle Faktoren und Infrastruktur

Einflüsse durch die Institutionen wie Schule, Kita, Tagesschulen wurden normativ als gering besprochen. Konkret stellt jedoch das Schulumilieu gemäss einer befragten Lehrerin klar einen allfälligen impfkritischen sozialen Rahmen, vor allem wenn es wie in diesem Fall eine anthroposophische Schule ist. Ein Vater berichtet, dass er sein Kind in die Kita bringt, dort jedoch sehr vorsichtig nach dem Impfstatus des Kindes gefragt worden sei. Er vermutet, dass man dort „Kunden“ die Impfgegner sein könnten nicht vor den Kopf stossen möchte und nicht den Eindruck erwecken wolle, dass man die Entscheidungen der Eltern beeinflussen möchte.

In einem informellen Gespräch verweist eine Mutter auf den Faktor Zeit bei arbeitstätigen Eltern: Sie berichtete, dass sie betreffend die MMR-Impfung sehr un-

sicher gewesen seien. Da sie und ihr Partner arbeitstätig sind, hätten sie wenig Zeit gehabt, sich mit dem Thema Impfen intensiv genug auseinanderzusetzen:

„Man hört ja so viel und je mehr man liest und austauscht, desto verunsicherter wird man. Und der Kinderarzt hat auch herumgedrückt und keine deutliche Meinung vertreten sondern uns sogenannten „neutral“ zu informieren versucht damit wir selber entscheiden können. So haben wir es einfach schleifen lassen. Zum Glück haben die Buben dann die Masern bekommen aber Röteln und Mumps hatten sie nicht. Nun sind wir wieder am Anfang und bereuen es eigentlich ein bisschen. Ich kann mir vorstellen, dass es in der heutigen Zeit einigen Eltern ähnlich ergeht. Man hat einfach keine Zeit, sich so intensiv damit auseinanderzusetzen. Da wünscht man sich manchmal eine klare Haltung von den Profis, egal auf welcher Seite sie stehen.“

Andere Interviewte Eltern betonen umgekehrt, dass sich das Schularztsystem zu stark einmischen könne. Vereinzelt kam jedoch auch hier die Bemerkung, dass dieses eine gute Möglichkeit darstelle, um die Eltern für das Thema Impfungen zu sensibilisieren und die Eltern zu erreichen. Ein Teilnehmer findet, dass das Schularztsystem harmonisiert werden sollte. Allerdings legen die Befragten wiederum gleichzeitig Wert darauf, dass die Entscheidung für oder gegen das Impfen nur von den Eltern selber getroffen werden kann und das Schularztsystem keinen Druck ausüben dürfe.

Des Weiteren wurde in den Gesprächen auch auf die Rolle der staatlichen Kampagne zur Masernimpfung eingegangen, da diese während den Erhebungen startete und die Interviewerinnen sie darauf ansprachen. Die meisten Personen hatten die Kampagne jedoch nicht wahrgenommen oder konnten sich nicht mit ihr identifizieren, falls sie die Plakate etc. gesehen hatten. Ein Teilnehmer fand sie irritierend („schräg“), andere sahen darin Angstmacherei und wiederum andere konnten sie nicht ernst nehmen, da sie versuchte mit dem Slogan „Nichts verpassen – impfen lassen!“ auf humorvolle Weise das „Verpassen von wichtigen Ereignissen“ (wie Hochzeit, Ferien etc.) durch eine Masernerkrankung in den Vordergrund zu rücken. Ein Teilnehmer bemerkt, dass man auch aufgrund anderer Krankheiten an gewissen Aktivitäten nicht teilnehmen könne. Allerdings empfand diese Person die Kampagne als witzig.

Impferinnerungen würden die meisten Befragten begrüßen – wie und in welcher Form (persönliche Aufforderung durch den Arzt oder die Ärztin, oder via SMS über den elektronischen Impfausweis) spielt dabei für sie keine grössere Rolle. Eine Mutter berichtet in diesem Zusammenhang, dass sie mit der Haltung ihres Kinderarztes überfordert gewesen sei:

„Ich hatte ihn darauf angesprochen, dass er mich für die Nachimpfungen dann erinnern soll, weil ich vielleicht nicht daran denke. Er meinte jedoch, dies sei meine Sache, ich solle den Impfausweis bitte jeweils kontrollieren und mich dann melden, wenn es soweit sei. Oder jeweils bei den Kontrollen nachfragen, dann schaue er nach. Das hat mich gestresst, ich wäre froh, wenn es Impferinnerungen gäbe.“

Ein anderer Teilnehmer spricht im Zusammenhang mit Impferinnerungen von „Manipulation“ und findet dass Impfungen eine rein private Angelegenheit und Familiensache seien. Es genüge, wenn man jährlich zur Arztkontrolle gehe und dort zusammen den Impfstatus prüfe.

3.3. Soziale und ökonomische Faktoren

Im Verlauf der Gespräche kam es zu Hinweisen betreffend Einflüssen durch das direkte soziale Umfeld wie Familie und Freunde sowie von Berufskolleginnen und -kollegen oder auch der Bedeutung von ökonomischen Faktoren. Diese Aspekte seien hier ebenfalls angeführt.

3.3.1. Der Einfluss von Familie und Freunden

Der Einfluss von Familie und Freunden wird positiv gewichtet. Es wird verschiedentlich betont, dass der Impfscheid bei Kindern v.a. ein Familienentscheid sei, wobei die eine oder andere Person (auch aus dem weiteren Umfeld) einen wichtigen Einfluss nehmen könne. Gerade bei Verunsicherungen werde das Impfen v.a. beim ersten Kind ausführlich diskutiert. Dabei spielen auch die Kontakte zu anderen Betreuungspersonen (Grosseltern, Bekannte) eine wichtige Rolle und die Kontakte z.B. auf dem Spielplatz etc. Ein Vater berichtet:

„ Man wird überall darauf angesprochen und man informiert sich breit. Auf dem Spielplatz, in der Kita, mit den Grosseltern und mit anderen Bekannten. Mit kleinen Kindern kommt das Thema immer wieder mal auch in Alltagsgesprächen auf. Man muss ja am Schluss dann selber entscheiden aber die Einflüsse der anderen sind sicher da. Am Schluss ist es dann eine Familiensache.“

Andere Befragte betonen wieder normativ, dass der Entscheid ein persönlicher sei, da lasse man sich nicht beeinflussen.

3.3.2. Der Einfluss von Berufskolleginnen und -kollegen

Die befragten Fachpersonen (Ärzte und Naturheilpraktiker) erwähnen den Austausch mit Berufskolleginnen und Kollegen, betonen aber wiederum sehr stark die eigene Meinungsbildung und die eigenständige Entscheidung.

Diskussionen und Einflüsse am Arbeitsplatz waren bei Eltern und bei den befragten weiteren Betreuungspersonen weniger ein Thema. Die Lehrpersonen erwähnten zwar zum Teil direkt oder indirekt, dass man in der Regel die Haltung einer neutralen Informationsvermittlung gegenüber den Eltern pflege und dadurch das Thema untereinander eher wenig offen diskutiert werde. Eine Person sprach in

einem informellen Gespräch sogar davon, dass das Impfen für die Pflegenden fast ein Tabuthema im Betrieb (ein Altersheim) sei.

3.3.3. Ökonomische Faktoren

Allfällige Kosten für die Impfungen wurden von niemandem als Faktoren für den Impfscheid erwähnt. Allerdings wurde auch weniger direkt als in der Teilstudie von Tatzel (2014) danach gefragt. Es wurde jedoch von einigen Personen erwähnt, dass der Bund bzw. der Kanton die Kosten für Impfungen übernehmen sollte, da es sich ja um eine präventive Massnahme handle und man dadurch dem Staat Gesundheitskosten ersparen könnte.

Ökonomische Faktoren kamen jedoch in einem anderen Zusammenhang sehr pointiert und durch alle befragten Gruppen hindurch zur Sprache. Besonders kritisch sind die Befragten diesbezüglich – und hier vorab wieder das Gesundheitspersonal (vgl. auch Tatzel, 2014) – gegenüber der Grippeimpfung: Die Interviewten vermuten, dass es bei der Grippeimpfung auch um Profit gehe und sich das Bundesamt für Gesundheit mit der Pharmaindustrie zusammengeschlossen habe. Ein Teilnehmer stellt dies so dar:

„Ich denke bei vielem, dass es Panikmache ist und ein Geschäft. Es verdienen gewisse Zweige sehr viel mit dem – die Pharmaindustrie, zum Teil die Ärzte.“

3.4. Konkrete Impfscheidungen

Wir befragten die interviewten Personen auch nach den Gründen für die erfolgten Impfscheide und nach den konkreten Entscheidungssituationen respektive den Auslösern für die definitive Impfscheidung.

Die Gründe für einen positiven respektive einen negativen Impfscheid sind vielfältig:

Vorerkrankungen sind bei einem Teil der Befragten ausschlaggebend für einen positiven Impfscheid sowie ein entsprechendes Anraten des Arztes in dieser Situation. Dies gilt für Kinder ebenso wie für die Erwachsenen. Die Tendenz zu Allergien oder zu Asthma bei den Kindern kann jedoch bei impfkritischen Eltern auch zu einem negativen Impfscheid für ihre Kinder führen, v.a. wenn die Verunsicherung vorhanden ist, mit dem Impfen das Immunsystem allenfalls weiter zu schwächen.

Das Anraten des Arztes und das Vertrauen in die Impfeempfehlungen waren ein weiterer Grund für die konkrete positive Impfscheidung von Teilnehmenden. Dies gilt v.a. für die gut etablierten Impfungen und weniger für die beiden Impftemen Masern und Grippe. Eine Mutter erwähnte das Erarbeiten eines individuellen zeitlich etwas verzögerten Impfplanes für ihr Kind zusammen mit dem Kin-

derarzt als Auslöser für einen positiven Impfentscheid. Sonst hätte sie sich gegen die frühern Impfungen entschieden. Ein Vater nennt den Zeitfaktor und die enge Begleitung durch den Kinderarzt in vielen Gesprächen zu auftauchenden impfkritischen Fragen für einen schliesslich positiven Impfentscheid.

Einige Befragte liessen sich oder ihre Kinder konkret vor Reisen impfen. Eine Person ist der Meinung, dass man sich impfen lassen sollte, wenn man in andere Klimaverhältnisse und in andere kulturelle Räume kommt. Die Zuwanderung durch Menschen verschiedenster Herkunft wurde ebenfalls in diesem Zusammenhang als Grund für einen positiven Impfentscheid genannt.

Weitere Befragte nannten ein schlechtes Gewissen gegenüber dem Kind als Grund dafür, weshalb sie es impfen liessen. Andere führten den Kita-Besuch an (Risikoexposition für Kinderkrankheiten), oder die Risikoexposition durch viele Waldaufenthalte (Zeckenimpfung).

Wenn die Kinder die Kinderkrankheiten nicht durchmachen, führte dies in einigen Fällen dazu, dass die Eltern sie dann in der Pubertät impfen lassen wollen.

Es wurde vereinzelt auch das Bewusstsein genannt, Krankheiten auf andere Personen übertragen zu können. Eine Person hat sich aus Rücksicht auf eine erkrankte Familienangehörige impfen lassen. Nur wenige Personen aus der Gruppe Gesundheitspersonal verweisen auf die Pflichten hin, die Patientinnen und Patienten zu schützen und nennen dies als Grund für einen positiven Impfentscheid.

Schliesslich wird auch noch explizit das Hinauszögern des Impfentscheides genannt, aufgrund der Verunsicherung betreffend die MMR-Impfung. Und ein Vater erwähnt, dass er den rechtzeitigen Impfentscheid schlicht verpasst habe. Hätte der Kinderarzt ihm direkt einen Impftermin vorgeschlagen, wäre er wahrscheinlich darauf eingestiegen, aber durch die „neutrale Haltung“ des Arztes, habe er sich dann nicht mehr gemeldet, respektive das Impfen vergessen.

Für negative Impfentscheide sind die Angst vor der Schwächung des Immunsystems das deutlichste Motiv, sowie entsprechend vor Folgeschäden inklusive Allergiefälligkeiten. Besonders stark fallen hier die sogenannten Cocktail-Impfungen ins Gewicht. Schliesslich spielen auch hier der Arzt und die Ärztin oder begleitende Naturheilpraktiker eine entscheidende Rolle, falls diese ebenfalls impfkritisch oder gegen bestimmte Impfungen eingestellt sind.

Eine Person erwähnt zudem das konkrete Umfeld und die Durchimpfung des Bevölkerung: Falls man an einem Ort wie der Schweiz lebe, könne man bestimmte Impfungen auch weglassen, da die anderen ja alle geimpft seien. Zudem wird von weiteren Personen betont, dass das Gesundheitssystem in der Schweiz so gut ausgebaut sei, dass man bei schwereren Verläufen sofort die nötige Behandlung erhalten könne.

3.5. Vorschläge zur verbesserten Entscheidungshilfe

Verschiedene Vorschläge zu einer verbesserten Entscheidungshilfe für die Bevölkerung, und damit auch implizit zur Verbesserung der Impfakzeptanz wurden mit den Gesprächsteilnehmenden diskutiert, oder es wurden weitere Vorschläge von den Teilnehmenden eingebracht.

3.5.1. Neutrale Informationen/Institutionen/Organisationen

Aufgrund der relativ grossen Verunsicherung aller an der Befragung teilnehmenden Gruppen wünschen sich fast alle Befragten in erster Line mehr neutrale Informationen. Es brauche Informationen, die sowohl die positiven wie auch die negativen Aspekte (Risiken und Nutzen, Nebenwirkungen) des Impfens aufzeigen. Des Weiteren sollte nicht pauschalisiert werden und die Informationen sollten keine Angst machen. Ideal wäre es gemäss den Befragten, wenn möglichst von Politik und Behörden unabhängige Institutionen die Informationen bereitstellen. Alle Informationen sollten in den wichtigsten Sprachen verfügbar sein (insbesondere auch für die Migrationsbevölkerung). Es werden auch mehr Informationen bezüglich der Wirkungsweise von Impfungen und deren Inhaltsstoffe gewünscht. Informationen, die von ÄrztInnen oder auch vom Bundesamt für Gesundheit kommen, werden von einigen Befragten als unzureichend und nicht als neutral angesehen und daher kritisch betrachtet. Eine Mutter könnte sich vorstellen, dass der Staat (jedoch nur zusammen mit Ärzten) Impfempfehlungen abgibt.

3.5.2. Bereitstellen von Daten und Studien

Vor allem das Gesundheitspersonal und die Fachpersonen wünschen sich überzeugende Daten und Studien, welche aufzeigen, dass insbesondere die Grippe schwere Komplikationen hervorrufen kann, dass der Impfstoff effektiv ist und dass er die Grippe auch verhindert (vgl. auch Tatzel, 2014). Die Betreuungspersonen und Risikopersonen verweisen auf analoge Wünsche betreffend der Masernimpfung und der (Kinder-) Impfungen generell. So fordert ein Teilnehmer, genaue Zahlen zu Impfkomplicationen und Krankheitsfällen zu veröffentlichen um zu wissen, wie hoch die Risiken in jedem der Fälle sind.

3.5.3. Einbezug in das Erarbeiten von Impfempfehlungen

Die Befragten betonen, dass es ihnen wichtig wäre, dass die Bevölkerung in die Erarbeitung von Impfempfehlungen einbezogen wird. Begründet wird dies mit der konkreten Erfahrung, die in der Bevölkerung mit den Impfungen gemacht wurden. Allerdings wird gleichzeitig auch bezweifelt, dass die Allgemeinheit genügend sachliche Informationen und das nötige Wissen habe, um über dieses Thema zu entscheiden. Es könnten auch Plattformen mit einem breiten Spektrum von Exponenten eingesetzt werden, allerdings müssten es dann die jeweiligen

Positionen transparent werden und ideal wäre es, wenn die Empfehlungen dann auch in der Fachwelt breit abgestützt wären. Des Weiteren könnten prominente Persönlichkeiten eingebunden werden, um die Akzeptanz der Empfehlungen in der Bevölkerung anschliessend zu stärken. Für die Impfförderung und für Impfaufforderungen sind sich die Befragten recht einig: Auch hier sollten Wege gefunden werden, die von allen Beteiligten mitgetragen werden können.

3.5.4. Finanzielle Anreize

Direkte finanzielle Anreize für die Bevölkerung hingegen halten die meisten der Befragten als für nicht sehr sinnvoll. Diese würden im Gegenteil wohl eher miss-trauisch machen. Eine Mutter führt aus:

„Wenn mir jemand eine Belohnung für etwas anbietet, das angeblich so gut für mich sein sollte, dann werde ich hellhörig. Dann denke ich, da stimmt etwas nicht. Es wirkt dann wie ein Köder. Wenn das Impfen wichtig ist, dann sollte das Geld keine Rolle spielen.“

Die Übernahme der Impfkosten durch die Krankenkassen wird hingegen begrüsst. Dies mit der Begründung, dass durch diese Form der Prävention Krankheitskosten gespart werden könnten. Eine befragte Person befindet jedoch, dass gleichzeitig jedoch auch andere Präventionskosten vermehrt durch die Krankenkassen übernommen werden sollten, allen voran vermehrt auch die komplementärmedizinischen Leistungen. Ansonsten wären auch die Impfleistungen zu streichen.

Grundsätzlich setzen jedoch alle Befragten eher auf eine ausgewogene Information und die Eltern auf eine vertrauenswürdige Begleitung, damit man auch überzeugt sein könne, dass Impfen medizinisch wichtig und richtig sei.

4. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Befragung im Hinblick auf die Akzeptanz von Impfungen in den drei Gruppen Betreuungspersonen von Kindern (Eltern, Betreuungspersonen aus Kindergarten und Schule), Gesundheitspersonal (NaturheilpraktikerInnen, HomöopathInnen, KinderärztInnen, Pflegende, Arzthelferin) und Risikogruppen (ältere Menschen, Eltern von gefährdeten Kindern, PatientInnen) in Form von Schlussfolgerungen diskutiert und in einem zweiten Teil Empfehlungen formuliert. Auf Hauptpunkte aus der Teilstudie von Tatzel (2014) speziell zur Akzeptanz der Grippeimpfung beim Gesundheitspersonal wird dabei jeweils an den relevanten Stellen hingewiesen.

4.1. Schlussfolgerungen

Insgesamt sind bei den von uns befragten impfkritischen Gruppen und Personen die Impfungen analog zu den bestehenden epidemiologischen Daten (vgl. Kap. 1.1.) gut resp. weniger gut akzeptiert: So wird insbesondere der Masern- und der Grippeimpfung die grösste Skepsis entgegengebracht und auch z.B. die Keuchhustenimpfung wird eher als unnötig oder problematisch benannt. Bei dieser Einschätzung wird v.a. auf die bei normalem Verlauf geringe Gefährlichkeit dieser Krankheiten Bezug genommen sowie auf die eigenen Erfahrungen mit diesen Krankheiten - bei sich selber, bei den eigenen Kindern oder bei Patientinnen und Patienten im weiteren sozialen und beruflichen Umfeld. Auch Erfahrungen von anderen werden in die Überlegungen miteinbezogen. Dieses subjektive Erfahrungswissen erhält dann in der Regel auch als Ausgangspunkt für die Impfscheide eine bedeutsame Relevanz und es wird unter Umständen den Empfehlungen des Public Health argumentativ gegenübergestellt und allenfalls zusätzlich mit Wissens-elementen aus Literatur, Medien oder anderen Quellen unterlegt. Dabei wird auch auf Wissen aus zweiter Hand rekurrert. Hier sind direkte Massnahmen durch das Public Health nur beschränkt möglich, ausser dass generell gesagt werden kann, dass die Basis für möglichst positive Erfahrungen mit dem Impfen gefördert werden sollten, respektive das Fachpersonal daraufhin sensibilisiert werden kann, negative Erfahrungen mit den Betroffenen offen zu besprechen und allenfalls falsch vermutete Zusammenhänge zu korrigieren.

Für das konkrete Impfverhalten bei diesen umstrittenen Impfungen spielen nicht selten zusätzlich situative Aspekte eine zentrale Rolle (die in die eine oder in die andere Richtung führen können), wie z.B. keine konkrete Impfterminvereinbarung durch den Kinderarzt und dadurch das Verschleppen der Impfung, ein Impftag im Betrieb oder eine anstehende Reise als Impuls für das Durchführen einer Impfung. Dies trifft vor allem für verunsicherte Personen unseres Samples zu: Werden sie im Rahmen einer Vertrauensbeziehung im Impfscheid kurzfristig oder über eine längere Zeit positiv unterstützt und nicht gedrängt nehmen sie die Impfaufforderung leichter wahr als wenn sie sich im Entscheid alleine gelassen und überfordert fühlen. Impfscheide sind für sie teilweise langwierige Prozes-

se, bei denen immer wieder Pro und Kontra abzuwägen sind. In diesem Sinne wünschen sie sich auch Begleitung durch das Gesundheitspersonal und insbesondere durch die Kinderärztinnen und Kinderärzte, was jedoch auch in ihrer Einschätzung zeitaufwändig sein kann und unter Umständen Geduld von letzteren erfordert, da immer wieder Fragen auftauchen können, um zu einem letztlich möglichst eigenen Entscheid zu finden. Wichtig scheint für die Entscheidungsfindung auch die Authentizität und der Informationsstand beim begleitenden Gesundheitspersonal zu sein. Massnahmen zur Unterstützung des Gesundheitspersonals bei dieser Begleitung (Kostenabgeltung, strukturbildende Massnahmen, fachliche und kommunikative Bildungselemente) könnten hier allenfalls greifen.

Für die kognitiven Impfentscheide und für das konkrete Impfverhalten steht das Aufrechterhalten der eigenen Gesundheit sowie der Gesundheit der Kinder klar im Vordergrund. Für alle Gruppen sind daher Ängste im Zusammenhang mit dem Risiko von Impfkomplicationen (auch solchen die erst längerfristig vermutet werden), mit allenfalls gefährlichen Inhaltsstoffen der Impfungen sowie mit Nebenwirkungen vorhanden. Bei den umstrittenen Impfungen wird dann unter Umständen eher eine Impfung unterlassen oder zu einem späteren Zeitpunkt anvisiert, als dass das Risiko des Impfens eingegangen wird. Hier dürften insbesondere bei Eltern auch Ängste vor Schuldgefühl gegenüber ihren Kindern eine Rolle spielen, falls etwas passieren würde. Da es jedoch für Laien offenbar sehr schwierig oder sehr aufwändig ist, sich ein befriedigendes Wissen für einen Impfscheid anzueignen, werden Vertrauensbeziehungen insbesondere auch zu Fachpersonen bedeutsam und ein Impuls von ihnen unter Umständen zum Auslöser für das konkrete Impfverhalten. Zudem wird vor diesem Hintergrund auch deutlich, weshalb im Laienverständnis und vom befragten Gesundheitspersonal immer wieder vermehrte und möglichst neutrale Information gefordert wird. Die Frage stellt sich allerdings, ob vermehrte Information tatsächlich hilfreich ist, oder ob mit dieser rhetorischen Figur nicht eher auf die Komplexität des Impfscheides hingewiesen wird sowie auf das Dilemma, dass man gleichzeitig einen eigenen Impfscheid fällen möchte, dabei jedoch auf das Vertrauen in andere (verlässliche Informationen oder verlässliche Fachpersonen) angewiesen ist. Vertrauensbildende Massnahmen wie partizipative Informationserarbeitung oder systematisches Fördern von beziehungsgeleiteter Informationsvermittlung dürften in dieser Situation allenfalls wirksamer sein, als reiner objektiver Informationstransfer.

Spezielle Sorge macht den impfkritischen Befragten die eventuelle Schwächung des Immunsystems und dabei insbesondere durch frühe Impfungen, bevor das Immunsystem des kleinen Kindes ausgereift sei. Dieser Angst könnte durch Massnahmen wie dem Offerieren von individuellen Impfplänen, der Möglichkeit zu späterem Impfen vor allem bei der MMR-Impfung oder durch das Anbieten von Einzelimpfstoffen entsprochen werden. Allerdings ist hier aus der Sicht des Public Health zu bedenken, dass ein verspätetes Impfen z.B. der Masern allenfalls mit dem Anliegen der Eliminierung der Masern mittels einer Durchimpfung der Bevölkerung konfligiert. Für die Grippeimpfung bei kleinen Kindern stellen sich in diesem Zusammenhang analoge Bedenken der Betreuungspersonen.

Die Angst vor einer Schwächung des Immunsystems durch das Impfen steht zudem in direktem Kontrast zum eigentlichen Zweck des Impfens (der Stärkung des

Immunsystems durch das Zuführen von Erregern). Als zentrale Alternativmassnahmen zum Impfen äussern deshalb Vertreterinnen und Vertreter aller befragten Gruppen andere das Immunsystem stärkende Massnahmen: Dazu werden eine gesunde Ernährung, Bewegung an der frischen Luft, Vermeidung von Stress, allgemein das Pflegen eines gesunden Lebensstils oder das Durchmachen der Kinderkrankheiten (insbesondere der Masern) genannt. Dies geht in Einzelfällen sogar soweit, dass die Befragten diese präventiven Massnahmen auf jegliche Impfungen beziehen. In der Regel betrifft es jedoch in unserer Befragung die Kinderkrankheiten und die Grippe. Auch in der Teilstudie von Tatzel (2014) rekurriert das Gesundheitspersonal betreffend die Grippeimpfung auf diese Alternative. Dort werden insbesondere noch Hygienemassnahmen vor allem im beruflichen Alltag genannt (Tragen einer Maske, Desinfizieren der Hände). Auf dieses Argument der Alternativhandlungen via Stärkung des Immunsystems könnte von Seiten des Public Health im Sinne einer Relativierung und Differenzierung deutlich eingegangen werden.

Das alternativmedizinische Paradigma und dessen Vertreterinnen und Vertreter bieten zur Begründung von negativen Impfentscheiden und zu Alternativhandlungen bei unserem Sample einen wichtigen Referenzrahmen an. Sie springen gewissermassen in die Lücke zur zeitintensiven Beratung bei verunsicherten Personen oder sie bieten impfkritische Informationen und das Immunsystem stärkende oder allgemein einen gesunden Lebensstil fördernde Massnahmen an. Zudem vertreten die ProtagonistInnen des alternativmedizinischen Paradigmas auch in unserem Sample klar das Durchmachen der Kinderkrankheiten und das allfällige verspätete Impfen. Sie sind nicht strikt gegen jegliches Impfen, misstrauen jedoch eher der Grippeimpfung und grundsätzlicher der Masernimpfung bei gesunden Kindern. Sie haben weiter den Vorteil, dass sie sich mehr Zeit nehmen (können) bei der Beratung von impfkritischen Personen, so dass eine Begleitung durch den Entscheidungsfindungsprozess eher gewährleistet ist. Insofern wären sie auch für das Public Health durchaus einbeziehbar in die partizipative Entwicklung von Massnahmen für individuelle Impfpläne, verspätetes Impfen und altruistisches Impfen bei Risikopersonen im Umfeld. Zu Bedenken ist allerdings, dass sich in unserem Sample keine absoluten ImpfgegnerInnen befanden und einige Personen aus dieser Gruppe zudem gleichzeitig Risikopersonen sind oder in Kontakt mit solchen stehen.

Im Bereich der KAP-Komponente „Attitude“ spielt paradigmatisch bei der Grippeimpfung in unserem Sample das generelle Misstrauen gegenüber einer vermuteten Allianz zwischen der Pharmaindustrie und dem Public Health eine wichtige Rolle als Referenzpunkt für negative Impfentscheide. Dieses Misstrauen ist sehr deutlich bei den VertreterInnen der Naturheilpraktiker vorhanden und wird dann meistens auch mit dem konfligierenden Paradigma der Alternativmedizin und der Biomedizin resp. dem Machtgefälle zwischen der vermeintlichen Allianz ‚Public Health-Pharmaindustrie‘ auf der einen Seite und der periphereren Position der Alternativmedizin andererseits verknüpft. Erwähnt werden dabei weiter finanzielle Interessen der Industrie und der Ärzteschaft. Das Bereitstellen von genügend Impfstoffen für den Fall einer Epidemie wird ebenfalls eher negativ mit ökonomischen Interessen als mit einem wichtigen Public Health Anliegen assoziiert. Hier dürfte auch eine Rolle spielen, dass Erfahrungen mit Epidemien in der Schweiz

weit zurückliegen (Grippewelle während des ersten Weltkrieges) oder sich als letztlich nicht bedrohlich für die Bevölkerung herausstellten (wie bei der sog. Schweinegrippe). Das Misstrauen ist jedoch auch in den anderen befragten impfkritischen Gruppen grundsätzlich da und auch in der Teilstudie von Tatzel (2014) zum Gesundheitspersonal wird es erwähnt. Es wird bei diesen anderen Gruppen meist pragmatischer durch subjektive Evidenzen (eigene Erfahrungen, Erfahrungen anderer) mit scheinbar nicht-wirksamen Impfstoffen untermauert: Wer trotz einer Grippeimpfung krank geworden ist (auch an grippeähnlichen Erkrankungen), rekurriert für das Begründen einer späteren Unterlassung der Grippeimpfung auf dieses diskursive Muster. Allerdings muss das nicht unbedingt bedeuten, dass das konkrete Impfverhalten in jedem Fall dadurch beeinflusst wird. Situative Aspekte können auch hier wiederum eine erneute Impfung durchaus positiv beeinflussen. Hier zeigt sich der Unterschied zwischen genereller impfkritischer Haltung und konkretem Impfverhalten am deutlichsten bei jenen Personen, die sich trotz grossem Misstrauen im einen Jahr nicht impfen lassen, und in einem späteren Jahr dann doch, weil z.B. das Umfeld sich veränderte oder etwa eine Kurzintervention im Betrieb (Spital, Altersheim) stattgefunden hat. Für die anderen Impfungen werden analoge oder ähnliche Zusammenhänge vermutet. Massnahmen zur Zerstreung oder zur Relativierung des Misstrauens gegenüber finanziellen Interessen sind durch das Public Health System selber eher schwierig umzusetzen, da es selber als vermeintlicher Allianzpartner involviert ist. Hier besteht eher die Möglichkeit möglichst extern und transparent zu informieren, sowie mittels vertrauensbildender Massnahmen die kritischen und diskussionsbereiten Gruppen in die Entwicklungs- und Entscheidungsprozesse einzubinden. Dies wurde auch bereits von Furrer et al. (2006) für die impfkritischen MediatorInnen vorgeschlagen. Direkte finanzielle Anreize denn entsprechend zwiespältig: Letztere wurden denn auch in den Interviews bei der Frage nach Strategien zur Verbesserung des Impfverhaltens sofort mit Misstrauen quittiert. Was allerdings nötig wäre, sind bereits erwähnte Abgeltungen bei den Kinderärztinnen und -ärzten im Rahmen der unter Umständen länger dauernden Impfberatungen und -begleitungen.

Im Bereich der Attitüden ist weiter die Bereitschaft zu altruistischem Impfen und zur Haltung zur Durchimpfung zu nennen. Beiden Public Health Anliegen sind die Befragten öfter grundsätzlich nicht abgeneigt, solange sie nicht die eigene Gesundheit oder die Gesundheit der Kinder und Angehörigen gefährden könnten. Wiederum sind insbesondere die frühen Impfungen (insbesondere der Kinderkrankheiten) und die Grippeimpfung hier mit den bereits erwähnten Argumenten am kritischsten. Für die konkreten Impfscheide und das Impfverhalten dürfte diese grundsätzliche Offenheit weniger direkten Einfluss haben, da oft Ängste um die eigene Sicherheit im Vordergrund stehen. Zumindest in unserem Sample war altruistisches Impfen nur in wenigen Fällen explizit benannt, so z.B. bei direktem Wunsch durch eine kranke Angehörige. Auch in der Teilstudie zur Grippeimpfung beim Gesundheitspersonal stand der eigene Schutz im Vordergrund (Tatzel 2014) und selbst das altruistische Impfen zum Schutz der Patientinnen und Patienten im Spital oder Heim wurde jeweils auch kritisch kommentiert und dabei mit den Interessen des Arbeitgebers an möglichst wenigen Absenzen der Mitarbeitenden konnotiert (vgl. ebd.). Bei Jugendlichen, die in der psychischen Phase des Aufbaus der moralischen Instanz stehen, ist gemäss einem mündlichen Hinweis zu laufen-

den Erhebungen am Schulärztlichen Dienst der Stadt Zürich jedoch altruistisches Impfen durchaus eine Option⁷. Diese Gruppe könnte also allenfalls direkt über dieses Argument zum Impfen motiviert werden. Ansonsten sind Appelle zu Solidarität, Durchimpfung und Epidemievermeidung gemäss unserer Befragung vor allem als Elemente zu gewichten, um auf der kognitiven Ebene Goodwill in der Bevölkerung zu erzeugen und um die Public Health Anliegen wieder vermehrt ins Bewusstsein zu rufen.

Im Bereich der KAP-Komponente „Knowledge“ ist festzustellen, dass die Befragten in unseren beiden Studien relativ gut über Basisinformationen zu den Erkrankungen und zu den Impfeempfehlungen und Impfplänen verfügen (und weniger über die Wirkungen und Nebenwirkungen), und dass sie dieses Wissen jedoch bei Verunsicherungen und Ängsten mit verschiedensten Wissens-elementen oder mit Erfahrungswissen kombinieren, so dass dies unter Umständen zu einem negativen Impfscheid und zum Unterlassen des Impfaktes führt. Insbesondere die Zusammenhänge zwischen dem Aufbau des Immunsystems bei kleinen Kindern und der allfälligen Schädlichkeit von Impfungen in diesem Stadium sind ihnen nicht klar ersichtlich, sowie auch allfällige Folgen wie Allergieempfindlichkeiten und alles, was von ihnen unter den Stichworten „Nebenwirkungen“ und „Impfschäden“ subsumiert wird. So bleibt Laien nichts anderes übrig, als im Zweifelsfalle auf Vertrauenspersonen und möglichst vertrauenswürdige Quellen abzustützen oder auf das Impfen zu verzichten. Hier scheint ein grosser Bedarf an genauem (verlässlicheres Wissen) und möglichst „neutralem“ (vertrauenswürdige Informationen) Wissen vorhanden zu sein. Das Public Health kann hier zwei Strategien verfolgen: Erstens ist dies das Unterstützen der Förderung von Forschung und Datenbereitstellung sowie von popularisierter Wissensproduktion und Wissensverbreitung zu diesen Zusammenhängen. Zum zweiten kann die offensive und offene inhaltliche Diskussion mit den Protagonisten der kritischen Stimmen geführt werden. Beide Massnahmen wurden bereits von Furrer et al. (2006) als Empfehlung vorgeschlagen. Für das Gesundheitspersonal könnte dieses Wissen bereits in den Ausbildungen und auch in der Weiterbildung verankert werden.

Schliesslich ist noch ein Element im Bereich der Attitüden zu erwähnen das eher implizit aus den Daten hervorgeht. Das Spannungsfeld zwischen Impfdruck einerseits und Impffreiheit in der Schweiz andererseits führt eher zu einer defensiven und vorsichtigen Haltung bei den Anbietern, damit auf keinen Fall der Vorwurf eines zu starken Impfdrucks statt einer Impfeempfehlung aufkommen kann. Eltern haben davon in unserer Erhebung gesprochen und auch die Pflegenden in den Institutionen der Altersversorgung oder in den Spitälern. Letztere erwähnten in der Teilstudie von Tatzel (2014) sogar z.T. eine gewisse Offenheit gegenüber einem positiven Gruppendruck. Interventionen zur gemeinsamen Grippeimpfung am Arbeitsplatz könnten also durchaus gefördert werden falls die Impfkation im Sinne eines gemeinsamen „Gruppspirits“ und nicht im Sinne eines impliziten Drucks des Arbeitgebers zur Vermeidung von Absenzen kommuniziert werden.

⁷ Mündlicher Hinweis von Dr. med. Susanne Stronski Huwiler, Leiterin Schulärztlicher Dienst Zürich

4.2. Empfehlungen

Die folgenden Empfehlungen an das Bundesamt für Gesundheit beziehen sich auf die Resultate und Schlussfolgerungen aus unseren beiden Teilstudien und zielen auf eine Verbesserung der Akzeptanz des Impfens in den drei untersuchten Gruppen „Betreuungspersonen von Kindern“ (Eltern, Betreuungspersonen aus Kindergarten und Schule), „Risikopersonen“ (Ältere Menschen, Eltern von gefährdeten Kindern, PatientInnen) und „Gesundheitspersonal“ (NaturheilpraktikerInnen, HomöopathInnen, KinderärztInnen, Pflegende). Deshalb rekurrieren sie zusätzlich auf die prioritären Interventionskategorien und -Vorschläge aus dem NIP-Workshop vom 3.11.2013 (BAG o.J.) und auf die Ergebnisse aus der Literaturreview zu potentiell relevanten und effektiven Interventionen zur Unterstützung des Nationalen Impfprogrammes (Bosch-Capblanch & Auer, 2013). Schliesslich werden sie ergänzt durch eine Empfehlung im Bereich innovative Vorschläge für die Schweiz.

Impfkritische Betreuungspersonen: Die Eltern sind mit niederschweligen Angeboten wie im NIP-Dokument (BAG o.J.) erwähnt zu unterstützen, damit auch spontane Impfscheidungen umgesetzt werden können und Beratung leicht zugänglich wird. Zudem können gemäss den Befragten auch Reminder unterschiedlichster Art eingesetzt werden. Sie benötigen jedoch zusätzlich auch intensivere beraterische und begleitende Angebote (insbesondere durch KinderärztInnen). In den Schulen, Kindergärten, Kitas und allenfalls auch schon in der Mütterberatung sollten ebenfalls Angebote zumindest indirekter Art bereit stehen (z.B. auf die Beratung impfkritischer Eltern geschulte Kinderärzte oder Schulärzte). Hier müsste jedoch beachtet werden, dass die Impffreiheit normativ auch in unserem Sample stark betont wird. Gefördert werden könnten parallel Haltungsfindungsprozesse für die Mitarbeitenden in diesen Institutionen (Organisationsentwicklungen). Weiter wird das Ausarbeiten von alternativen, auf impfkritische und verunsicherte Eltern zugeschnittene Impfpläne von dieser Gruppe sehr gewünscht, und es drängt sich das zielgruppenspezifische Bereitstellen von Informationen und Beratungen auf (z.B. in den Zuwanderungssprachen, für benachteiligte Gruppen oder für unterschiedlich impfkritische Personen). Schliesslich sind nach Möglichkeit Einzelimpfungen statt Kombinations-Impfungen einzuführen. Kommunikative Elemente wie Wissensvermittlung und Appelle sollten möglichst beziehungsgeleitet und möglichst über Vertrauenspersonen oder vertrauenswürdige Quellen erfolgen. In diesem Sinne sind der Einsatz von MultiplikatorInnen und Settingansätze zu empfehlen.

Impfkritische Risikopersonen: Hier ergeben sich aus unserer Studie wenig spezifische Ergebnisse für Empfehlungen, da diese Personen in unserem Sample meist in mehreren Rollen involviert waren (zusätzlich Betreuende, Naturheilpraktiker, Ärzte) und eher aus diesen Perspektiven berichteten. Zudem war ersichtlich dass sie Impfscheide weniger durch die Position als Risikopersonen fällten, als aufgrund ihrer Haltungen und bisherigen Erfahrungen. Deutlich vertraten jedoch auch sie eine möglichst neutrale Informationspolitik unter Einschluss impfkritischer Stimmen. Für die Interventionskategorie „Information und Kommunikation“ des NIP-Dokumentes empfehlen sich hier breit abgestützte und risikoabwägende Informationsentwicklung sowie die zielgruppenorientierte Anpassung von

Informationen. Auch hier ist die beziehungsgeleitete Informationsvermittlung zu empfehlen um vertrauenswürdig zu agieren.

Impfkritisches Gesundheitspersonal: In dieser Gruppe drängen sich Interventionen in den Bereichen Leistungserbringer und Kommunikation auf: Für die Leistungserbringer stehen vor allem Abgeltungen der Beratungen im Vordergrund unserer Empfehlungen, da diese wie erwähnt zeitintensiv sein können (Vergütung von Beratung). Die zusätzliche Abgeltung des Impfaktes kann als Motivation dienen, konkret zu handeln, statt nur zu beraten und dadurch allenfalls Verschleppungen Vorschub zu leisten. In diesem Sinne sind sie aufgrund unserer Daten zu empfehlen, auch wenn die Befragten in unserem Sample eher kritisch dazu stehen. Zweitens sind die Förderung von Impfstatuskontrollen (inklusive Reminder) und Schulungen im Hinblick auf die Beratung und Begleitung von impfkritischen Eltern zentral. Für das Gesundheitspersonal in den Organisationen (Spitäler, Altersheime) können wir vor allem zu den Pflegenden im Zusammenhang mit der Grippeimpfung Empfehlungen anführen: Auch hier könnten Organisationsentwicklungsaspekte wie Handlungsfindungsprozesse oder proaktive Interventionen wie gemeinsames Impfen von Abteilungen („Group-Spirit“ Prozesse) die Akzeptanz und das Impfverhalten fördern. Wir schliessen hier an die ähnliche Schlüsse von Bosch-Capblanch & Auer (2013) an. Die Implementierung von edukativen Elemente bereits in der Ausbildung (inklusive solche zur Verbesserung des Wissens zur Grippeimpfung) und in der Weiterbildung sollten ebenfalls intensiviert werden.

Im Bereich der Kommunikation empfehlen auch wir analog zu Furrer et al. (2006) den offenen Dialog insbesondere mit den impfkritischen aber kommunikationsbereiten ProtagonistInnen aus dem Bereich alternativmedizinisch orientierten Leistungserbringer, insbesondere mit impfkritischen KinderärztInnen ins Gespräch zu kommen und beide Gruppen in die Entwicklung von alternativen Impfplänen einzubeziehen. Zweitens ist das Fördern von Dokumentationen und Forschung zu den Impfkomplicationen, zu den Zusammenhängen mit Allergien und mit der Schwächung des Immunsystems und zu den Inhaltsstoffen zu empfehlen, sowie dessen angepasste Kommunikation. Direkte Interaktion mit impfkritischen Positionen im Sinne eines Eingehens und möglichst differenzierten Reagierens auf die kritischen Fragen sind eine weitere Empfehlung.

Innovation: Kombinierte Interventionen wie sie auch Bosch-Capblanch & Auer (2013) zur Generierung von neuen Ideen in der Schweiz und zur Klärung der Effekte vorschlagen, können auch aufgrund unserer Ergebnisse empfohlen werden. Weiter empfehlen wir, neuere Erkenntnisse aus der internationalen Netzwerkforschung zu prüfen, die unterdessen in verschiedenen Bereichen der Prävention (Tabak, Übergewicht, Depression) auch auf Interventionsebene zur Förderung eines Normenwandels und von Verhaltensänderungen eingesetzt werden. Die Protagonisten dieses Ansatzes (Christakis & Fowler, 2010) konnten mit Hilfe von neuen Möglichkeiten von computergestützten Programmen extensive Netzwerkanalysen durchführen – Grundlage waren die Daten der Framingham Heart Study, die von 12 067 Personen deren Netzwerkbeziehungen über drei Jahrzehnte (1971 bis 2003) erfasst hat – und aufzeigen, dass sich der Normenwandel und die Verhaltensänderung kaskadenartig über den Mechanismus der „sozialen Ansteckung“ resp. der sozialen Diffusion vollzieht und sich dabei nachhaltige Wirkungen über

drei Grade von sozialen Beziehungen zeigen. Letzteres ist insbesondere dann der Fall, wenn es sich um reziproke Vertrauensbeziehungen handelt. Die Entwicklung und Umsetzung dieser Erkenntnisse insbesondere bei durch die üblichen Interventionen schwer erreichbaren Gruppen im Public Health sind unterdessen auch in der Schweiz im Gange, so im Bereich Tabakausstieg (Schnoz et al. 2011, Salis Gross et al. 2012) und in der Unfallverhütung (www.bfu.ch/kinderpost) sowie zum gesunden Körpergewicht (Salis Gross et al., in Vorbereitung). Für das Impfen empfehlen Christakis und Fowler (2009) bei Interventionen das gezielte Rekurrieren auf Cluster und auf Personen mit den meisten sozialen Kontakten, die dann den Normenwandel vorbereiten und die Verhaltensänderung vollziehen und verbreiten. Für die impfkritischen Gruppen in der Schweiz wäre allenfalls ein analoger oder ähnlicher Ansatz vielversprechend. Zumindest wird aus unseren Daten deutlich, dass Vertrauensbeziehungen sowohl in der Informationsvermittlung als auch für die konkreten Impfscheide und für das Impfverhalten bei den befragten impfkritischen Gruppen zentral sind.

5. Bibliographie

Aschwanden, E. (2013), 'Schulabschluss für ungeimpfte Kinder', Neue Zürcher Zeitung, 10 July, [Online]. Available at: <http://www.nzz.ch/aktuell/schweiz/schulabschluss-fuer-ungeimpfte-kinder-1.18113800> (Accessed: November 2, 2013).

BAG (2013), Impfungen. Available at: <http://www.bag.admin.ch.ezproxy.liv.ac.uk/themen/medizin/00682/00685/02133/index.htm?lang=de>. (Accessed: November 12, 2013).

BAG (o.J.), Nationales Impfprogramm (NIP): Synthese der Resultate des 2. Workshops (3.11.2013). Prioritäre Interventionen in den einzelnen Interventionskategorien. Unveröffentlichtes Dokument.

Bosch-Capblanch, X. & Auer, Ch. (2013), Support to the Swiss immunisation programme. Literature Review. Basle: Swiss Tropical and Public Health Institute.

Christakis, N. A. & J. H. Fowler, J. H. (2007), The Spread of Obesity in a Large Social Network Over 32 Years. *New England Journal of Medicine* 357(4): 370-379.

Christakis, N.A. & Fowler, J.H. (2008), The Collective Dynamics of Smoking in a Large Social Network. *New England Journal of Medicine* 358; 21: 2249-2258.

Christakis, N.A. & Fowler, J.H. (2009): *Connected. The Surprising Power of Our Social Networks and How They Shape Our Lives*. New York: Little, Brown and Company.

Crossman, A. (2014), Purposive sampling. Available at: <http://sociology.about.com/od/Types-of-Samples/a/Purposive-Sample.htm> (Accessed: March 5, 2014)

Dorribo, V., Lazor-Blanchet, C., Hugli, O. and Zanetti, G., (no date) Vaccination coverage against influenza amongst health-care workers (HCW) in a Swiss tertiary-care university hospital: differences between seasonal and pandemic A(H1N1) 2009 influenza. *Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne*.

Furrer, C., Oetterli, M. und Balthasar, A. (2006), Evaluation Programm „Impf-Information Schweiz“. Teil II: Qualitative Befragung von impfkritischen Mediatorinnen und Mediatoren. Luzern: Interface

Green J. & Thorogood N. (2009), *Qualitative Methods for Health Research*. London: SAGE

Gumucio, S. (2011), The KAP Survey Model (Knowledge, Attitude & Practices). Available at: www.medecinsdumonde.org (Accessed: July 2014)

Hartmann, K. (2011), Akzeptanz von Impfungen in der Schweiz. Available at: http://books.google.ch/books/about/Akzeptanz_von_Impfungen_in_der_Schweiz.html?id=I-OGMwEACAAJ&redir_esc=y (Accessed: January 10, 2014).

Hoven van den, M. & Verweij, M. (2013) 'Professional Solidarity: The Case of Influenza Immunization', *The American Journal of Bioethics*, 13 (9), pp. 51-52.

John, T.J. & Samuel, R. (2000), Herd immunity and herd effect: new insights and definitions. *Eur. J. Epidemiol.*, 16 (7), pp. 601-606

Lang, P., Zimmermann, H., Piller, U., Steffe, R. and Hatz, C. (2011) 'The Swiss National Vaccination Coverage Survey, 2005-2007', *Public Health Report*, 126 (Suppl 2), pp. 97-108.

Oetterli, M., Balthasar, A., Meisen G., und Fedier, M. (2005), Evaluation Programm „Impfinformation Schweiz“, Teil 1: Quantitative Befragung von Müttern mit Kleinkindern. Luzern: Interface

Pauli, J. & Brander, S. (2010), Wem glauben? Eine explorative Studie zu Impfscheidungen von Kölner Eltern zwischen Internet, ärztlicher Autorität und verwandtschaftlichem Vertrauen. In: Dilger, H.J. & Hadolt B. (Hrsg.), *Medizin im Kontext. Krankheit und Gesundheit in einer vernetzten Welt*. Bern: Peter Lang Verlag, S. 73-95

Salis Gross, C., Soom Amman E., und ElFehri, V. (2012): Die Rolle sozialer Netzwerke beim Rauchstopp. *Suchtmagazin* 3&4: 26-29

Salis Gross, C., Soom Amman E., Haug S. (in Vorbereitung), Chancengleichheit und gesundes Körpergewicht. Interner Bericht an die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz. Bern: Public Health Services und Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz

SDA (2013a), Grippe-Epidemie in der Schweiz weitet sich aus[Aargauer Zeitung], January 16, [Online]. Available at: <http://www.aargauerzeitung.ch/schweiz/grippe-epidemie-in-der-schweiz-weitet-sich-aus-125921393>. (Accessed: November 1, 2013).

SDA (2013b), Deutliche Zunahme der Fälle von Keuchhusten Neue Zürcher Zeitung, February 25. [Online]. Available at: [Online]. Available: <http://www.nzz.ch/aktuell/schweiz/schweiz-keuchhusten-faelle-verdoppelt-1.18023853>. (Accessed: November 3, 2013).

Schindler, M., Blanchard-Rohner, G., Meier, S., Marinez De Tejada, B., Siegrist, C. and Burton- Jeangros, C. (2012), 'Vaccination against seasonal flu in Switzerland: The indecision of pregnant women encouraged by healthcare professionals', *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 60, pp. 447-453.

Schnoz, D., Schaub M., Schwappach, D.L. and Salis Gross, C. (2011): Developing a Smoking Cessation Program for Turkish-Speaking Migrants in Switzerland: Novel Findings and Promising Effects. *Nicotine & Tobacco Research* 13/2: 127-134.

Szucs, T.D. (1999), 'The socio-economic burden of influenza', *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 44 (2), pp. 11.

Szucs, T.D. (2004), 'Medical economics in the field of influenza—past, present and future', *Virus research*, 103 (1-2), pp. 25-30.

Tatzel, J. (2014), Exploring the factors that contribute to influenza vaccination non-compliance of medical staff in rural Switzerland. Dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree Master of Public Health at the University of Liverpool.

WHO (2012), Global Measles and Rubella. Available at:
http://www.who.int.ezproxy.liv.ac.uk/immunization/newsroom/Measles_Rubella_StrategicPlan_2012_2020.pdf (Accessed: November 2, 2013).

Zhang, J. While, A.E., Norman, I.J. (2011), 'Nurses' knowledge and risk perception towards seasonal influenza and vaccination and their vaccination behaviours: A cross-sectional survey', *International Journal of Nursing Studies*, 48, (10), pp. 1281–1289. [Online]. Available at:
<http://www.sciencedirect.com.ezproxy.liv.ac.uk/science/article/pii/S0020748911000927> (Accessed: September 13, (2013)).

6. Anhang

6.1. Leitfaden Interviews

Generelle Fragen zu Kinderkrankheiten/Impfung gegen infektiöse Reisekrankheiten

- 1) Was verstehen Sie allgemein unter dem Begriff "Impfung"?
 - i) Welche Impfungen sind wichtig und welche Impfungen werden empfohlen?
 - ii) Welche Grund-Impfungen erachten Sie als notwendig und welche sind Ihrer Ansicht nach nicht unbedingt nötig?
- 2) Wie und wo haben Sie diese Informationen erhalten?
 - i) Welche Informationen bezüglich Impfungen hätten Sie gern?
 - ii) Welche Informationen erachten Sie als besonders wichtig? Können Sie sich vielleicht an eine Situation erinnern, in der Sie sich mehr Informationen gewünscht hätten und in der Sie sich nicht ausreichend informiert gefühlt haben?
 - iii) Welche Informationsquellen sind für Sie besonders wichtig?
- 3) Welche Erfahrungen haben Sie mit Impfungen gemacht – in Bezug auf Sie selbst, aber vielleicht auch aus Erzählungen von Familienmitgliedern, Freunden oder Bekannten?
 - i) Könnten Sie bitte von Ihren Erfahrungen berichten?
 - ii) Vielleicht erinnern Sie sich ja auch an eine Situation, in der eine bestimmte Impfung für Sie eine wichtige Rolle für Sie, bzw. Ihre Familie, Freunde, Bekannte gespielt hat?
- 4) Einige der Impfungen werden später durchgeführt wie z.B. die Impfungen gegen Hepatitis. Welche Erfahrungen haben Sie mit diesen Impfungen gemacht?
- 5) Was wissen Sie über Kinderkrankheiten bei Erwachsenen? Vielleicht gab es eine Situation im Bekannten oder Freundeskreis oder vielleicht auch innerhalb der Familie – vielleicht hat eine Person im Erwachsenen Alter Schwierigkeiten mit einer dieser Krankheiten gehabt? Vielleicht könnten Sie darüber ein bisschen erzählen?
 - i) Wie hoch schätzen Sie die Wahrscheinlichkeit ein, dass Sie oder vielleicht auch Ihr Kind an einer dieser Krankheiten erkranken könnte? Von 1-10? Warum denken Sie das, könnten Sie das bitte ein wenig ausführen?
- 6) Welche Ängste und Sorgen haben Sie, wenn Sie an Impfungen denken?
 - i) Was sind die positiven Aspekte von Impfungen?
 - ii) Könnten Sie mir Beispiele geben – vielleicht auch aus der Geschichte- was mit Impfungen Gutes erreicht wurde?
 - iii) Vielleicht fallen Ihnen auch negative Aspekte ein – und könnten hierzu ein Beispiel geben?
- 7) Wer sollte Ihrer Meinung nach für die Impfförderung bei der Bevölkerung, mittels Plakatkampagnen, TV-Spots, sozialen Netzwerken usw. verantwortlich sein, bzw. wer sollte sie durchführen, um in der Bevölkerung akzeptiert zu werden?

- 8) Sollte die Bevölkerung bei den Entscheidungen im Zusammenhang mit den Impfempfehlungen und/oder anderen Impfscheidungen stärker einbezogen werden? Wenn ja, wie?
 - i) In Form eines Komitees („Impfplattform“), der die Zivilgesellschaft repräsentiert?
- 9) Durch wen sollten Impferinnerungen vorgenommen werden (für Kinder, für Erwachsene)? Wie können sie systematisiert werden?
 - i) Durch die Ärztinnen und Ärzte für ihre Patientinnen und Patienten“, denen die Patienten die ganze Überwachung ihrer Impfungen anvertrauen würden?
 - ii) Durch eine systematische Verwendung des elektronischen Impfausweises? Wenn ja, wie könnte die Verwendung allgemein verbreitet werden?
 - iii) Durch eine Mischung aus diesen beiden Massnahmen?
 - iv) Weitere Möglichkeiten?
- 10) Sind finanzielle Anreize für die Bevölkerung nötig, um die Bürgerinnen und Bürger zu ermuntern, mit allen Impfungen à jour zu sein? Wenn ja, welche? Müssten andere Arten von Belohnung vorgesehen werden?
- 11) Das Schularztssystem stellt ein gutes Instrument dar, um bei allen Kindern Nachholimpfungen durchzuführen, auch bei Kindern aus Familien ohne legalen Status. Sollte dieses System in allen Kantonen verfügbar sein und harmonisiert werden? Welches niederschwellige System käme in Betracht für die Auffrisch- und Nachholimpfungen bei Erwachsenen, einschliesslich jener ohne legalen Status?

Masern

- 12) Das Bundesamt für Gesundheit hat gerade eine grosse Kampagne gestartet, um die Bevölkerung auf die Notwendigkeit einer Impfung gegen Masern aufmerksam zu machen.
 - i) Was habe Sie gedacht, als die Poster, das Video, die Flyers zuerst gesehen haben?
 - ii) Was sagt Ihnen diese Kampagne?
- 13) Was verstehen Sie unter dem Begriff Masern?
 - i) Vielleicht könnten Sie dies ein bisschen mehr ausführen?
 - ii) Was denken Sie – wie sind Sie zu dieser Meinung gekommen?
 - iii) Vielleicht könnten Sie das ein bisschen weiter ausführen?
- 14) Welche Erfahrungen haben Sie mit Masern gemacht – vielleicht bei sich selbst, oder bei einem nahen Familienmitglied, einem Bekannten, einem Freund, in Ihrem Arbeitsumfeld?
 - i) Können Sie sich an eine Situation erinnern, in der eine Masernerkrankung bei Ihnen selbst bzw. bei Freunden, Bekannten, Familie oder auch bei einem Arbeitskollege ein Thema gewesen sind?
 - ii) Haben Sie die Masern durchgemacht? Wer hat die Erkrankung diagnostiziert? Es gibt mindestens 10 andere Viren, die das gleiche Krankheitsbild hervorrufen.
 - iii) Wie sind Sie/Freunde/Familie/Bekannte mit der Erkrankung umgegangen? Vielleicht könnten Sie mir ein Beispiel geben?

- iv) Wie hoch schätzen Sie die Wahrscheinlichkeit ein, selbst an Masern zu erkranken? Vielleicht könnten Sie dies auf einer Skala von 1-10 ausdrücken?
 - v) Wie kommen Sie zu dieser Einschätzung? Vielleicht könnten Sie das noch etwas weiter erläutern?
- 15) Was wissen Sie über die Masernimpfung?
- i) Wo oder auch wie haben Sie dieses Wissen erworben?
 - ii) Welche Erfahrungen haben Sie mit der Masernimpfung gemacht – oder vielleicht auch ein enges Familienmitglied, Freunde, Bekannten, Kollegen aus dem Arbeitsumfeld?
- 16) Welche Informationen hätten Sie gern bezüglich der Masernimpfung?
- i) Welche Informationsquellen sind für Sie wichtig (Denken Sie vielleicht an Fernsehen, Radio, Internet, Zeitungen aber auch an irgendwelche Flyer, die in der Apotheke ausliegen, an Informationen, die Sie von Ihrem Arzt bekommen haben, oder einer anderen Person aus dem Gesundheitswesen, bzw. von Freunden und Familienmitgliedern?)
- 17) Wie gehen Sie und Ihre Freunde, Bekannte, Familienmitglieder mit dem Thema Masernimpfung um, wie wird das Thema diskutiert?
- i) Wie wichtig sind Ihnen die Meinungen von Einstellungen von Familienmitgliedern und Freunden für Sie in Bezug auf Impfungen?
 - ii) Könnten Sie das bitte noch ein bisschen weiter ausführen und mir sagen, wie und warum Sie sich in Bezug auf Impfungen beeinflussen lassen, vielleicht könnten Sie mir ein Beispiel nennen – wie Ihre Entscheidung von einem Kollegen beeinflusst wurde?
- 18) Wie geht Ihr Arbeitsumfeld mit dem Thema Masernimpfung um und wie wird das Thema innerhalb Ihres Kollegiums gehandhabt und diskutiert?
- i) Was denken bzw. sagen Ihre Kollegen über die Masernimpfung?
 - ii) Wieso ist Ihnen die Meinung/Einstellung Ihrer Kollegen wichtig? Vielleicht könnten Sie diesen Punkt weiter ausführen und vielleicht auch ein Beispiel geben, wie diese Meinung (Ihrer Kollegen) und in welcher Situation Sie in Ihrer Entscheidung zur Masernimpfung beeinflusst wurden?
 - iii) In wie fern beeinflusst Sie die Meinung bzw. die Einstellung Ihrer Kollegen in Bezug auf die Masernimpfung?
 - iv) Welche Erfahrungen haben Sie im Arbeitsumfeld mit Masern gemacht?
- 19) Wenn wir uns jetzt ein bisschen von Freunden und Bekannten lösen – welche anderen Faktoren Ihrer Meinung oder auch Ihrer Erfahrung nach, beeinflussen Sie in Ihrer Entscheidungsfindung in Sachen Masernimpfung?
- i) Denken Sie vielleicht an irgendwelche Clubs, die Sie besuchen, Stammtische, Vereine, vielleicht Eltern-Kind Kurse – die Sie in Ihrer Entscheidung bezüglich der Masernimpfung beeinflussen könnten?
 - ii) Wenn Sie an die verschiedenen Faktoren denken, die Sie in Ihrer Entscheidung beeinflussen – gibt es Faktoren, die wichtiger sind als andere und welcher Faktor hat die grösste Rolle für Sie gespielt?
- 20) Die Masernimpfung wird für Kinder empfohlen, aber auch für Erwachsene und vor allem auch für Personen aus dem Gesundheitswesen, für die die Impfung nicht kontraindiziert sind.

- i) Was halten Sie von diesen Empfehlungen? Könnten Sie vielleicht ein bisschen ausführen, wieso Sie dies denken, wieso halten Sie die Impfung für die entsprechenden Gruppen für sinnvoll oder nicht sinnvoll?
- ii) Was denken Sie – wer sollte Ihrer Meinung nach geimpft sein und wieso? Denken Sie vielleicht an bestimmte Gruppen, Berufsgruppen und sagen mir, wieso Sie denken, dass diese Gruppe eher geimpft werden sollte als andere?

Fragen an diejenigen Personen, die zuerst Zweifel an der Impfung hatten, dann sich aber doch für eine solche für sich/Ihre Kinder entschieden haben.

- 21) Ihre Einstellung bezüglich der Masernimpfung hat sich im Lauf der Jahre geändert: Wenn Sie nun zurückblicken
- i) Welche Ängste und Befürchtungen hatten Sie in Bezug auf die Masernimpfung?
 - ii) Können Sie sich daran erinnern, welche Faktoren Sie dazu bewogen haben, Ihre Meinung zu ändern? (Vielleicht ein bestimmtes Vorkommnis, ein Artikel aus der Zeitung, vielleicht irgendetwas, was Ihnen Freunde, Bekannte, andere Familienmitglieder, Kollegen erzählt haben?)
 - iii) Welche anderen Faktoren könnten Sie dazu noch in Ihrer Entscheidungsfindung beeinflusst haben?
 - iv) Was denken Sie – wofür könnte die Masernimpfung nützlich und gut sein? Könnten Sie mir vielleicht ein Beispiel nennen?
 - v) Gibt es negative Aspekte, die Sie mit der Masernimpfung in Verbindung bringen? Könnten Sie das bitte weiter ausführen?
 - vi) Welchen Schutz erwarten Sie von der Masernimpfung?
- 22) Wenn Sie an den Schutz einer Masernimpfung denken – was denken Sie, wie hoch ist der Schutz, den Ihnen die Masernimpfung gibt?

Fragen an diejenigen, die sich nicht impfen lassen

- 23) Wieso haben Sie sich gegen eine Masernimpfung entschieden bzw. wieso lassen Sie Ihr Kind nicht impfen?
- i) Welche Gründe und Faktoren waren für Ihre Entscheidung ausschlaggebend?
 - ii) Welche Ängste und Bedenken haben Sie bezüglich der Masernimpfung?
 - iii) Könnten Sie mir bitte ein Beispiel geben oder erinnern Sie sich an eine Situation, wo die Masernimpfung als positiv angesehen wurde?
 - iv) Vielleicht kennen Sie auch eine Situation oder ein Beispiel, wo die Masernimpfung als negativ angesehen wurde?
- 24) Hat sich Ihre Einstellung bezüglich der Masernimpfung in letzter Zeit geändert und falls dem so ist, in wie fern hat sie sich geändert?
- i) Können Sie sich daran erinnern und mir erzählen, welches Ereignis oder eine bestimmte Situation dazu geführt hat, dass Sie Ihre Meinung geändert haben?
- 25) Was würden Sie benötigen, um nun Ihre Meinung bezüglich der Maserimpfung zu ändern?
- i) Welche Faktoren, denken Sie, würden Sie positiv bezüglich der Masernimpfung beeinflussen oder was würde dazu führen, dass auch andere Eltern, Kollegen ihre Meinung ändern würden?

- ii) Was denken Sie, sollte getan werden um die Leute (Eltern, Leute aus dem Gesundheitswesen) von der Notwendigkeit der Masernimpfung zu überzeugen?
-

- 26) Wenn Sie nun einfach an die Kollegen denken oder die Kinder, die nicht gegen die Masern geimpft sind.
- i) Was denken Sie, bedeutet dies für die Kinder bzw. Kollegen aus dem Gesundheitswesen? In wie fern könnte dies andere Leute in irgendeiner Form beeinflussen?
 - ii) Wie könnte sich das Ihrer Meinung nach auf andere Kinder/Kollegen bzw. auf die Gesellschaft auswirken?
- 27) Angenommen, Sie fahren als Tourist in ein fernes Land, in dem die Wahrscheinlichkeit, sich mit Masern zu infizieren und an diesen zu erkranken, sehr gross ist – würden Sie sich impfen lassen bevor Sie hinfahren?
- 28) Möchten Sie vielleicht von Ihrer Seite noch etwas hinzufügen, was bisher noch nicht besprochen wurde und was Sie mir gern noch mitteilen möchten?

Ganz herzlichen Dank, dass Sie sich Zeit für mich genommen haben.

Beilage zum Interview

Informationen zu Masern

Die Masern sind eine virale Infektionskrankheit, an der alle ungeschützten Menschen jeden Alters erkranken können. Die Maserviren werden durch Husten Und Niesen übertragen und rufen Symptome wie Fieber, Schnupfen, hartnäckigen Husten und eine Entzündung der Augen hervor. Bei rund 10% der Erkrankten führen Masern zu teils ernsthaften Komplikationen (4-5% Lungenentzündung, 4-5% Mittelohrentzündung, 0.5% Fieberkrämpfe, 0.1% Hirnentzündung). In Europe verläuft die Krankheit bei einem von 3000 Erkrankten tödlich.

Man benötigt zwei Impfungen, um sicherzugehen, dass man gegen Masern geimpft ist.

Wer kann/sollte sich impfen lassen?

Kinder, Jugendliche oder Erwachsene, die noch nicht mit zwei Dosen geimpft sind – oder nicht sicher sind, ob sie die Masern durchgemacht haben – können sich jederzeit impfen lassen.

Solidarität mit nicht geimpften Personen und Schutz für Personen, die nicht geimpft werden können.

Mit der Impfung schützt man nicht nur sich selbst, sondern auch alle Personen, die sich aus medizinischen Gründen oder weil sie zu jung sind nicht impfen lassen können.

Wussten Sie, dass Masernfälle aus der Schweiz in Ländern der dritten Welt kleine Masernausbrüche verursacht haben? Europa ist verantwortlich für zahlreiche Exporte von Masernfällen in die ganze Welt.