

# Masterarbeit

## STRATEGIEN ZUR ERREICHUNG VULNERABLER ZIELGRUPPEN MIT PRÄVENTIONSANGEBOTEN AM BEISPIEL VON IMPFUNGEN

Überlegungen zum geplanten Erwachsenenimpfprogramm von Bund,  
Ländern und Sozialversicherung in Österreich mit besonderer  
Berücksichtigung der Grippeimpfung

eingereicht von Mag. Isabella Ömer

zur Erlangung des akademischen Grades

**Master of Public Health**

an der

**Medizinischen Universität Graz**

ausgeführt im Rahmen des Universitätslehrgangs für Public Health

unter der Anleitung von: MMag. Dr. Wolfgang Hable, MBA

Zweitbetreuer: Dr. Martin Sprenger, MPH

Juli 2023

### **Eidesstattliche Erklärung**

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet und die den benutzen Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

St. Marien, am 25.7.2023

Mag. Isabella Ömer

## **Danksagung**

Ich danke...

- meiner Familie, die mich während des berufsbegleitenden Studiums immer unterstützt hat.
- meinen Studienkolleginnen und Studienkollegen für den intensiven Austausch. Gemeinsam lernt man mehr!
- der Österreichischen Gesundheitskasse, die mir als Arbeitgeber diese Ausbildung ermöglicht hat.

## **Hinweis zum Sprachgebrauch**

Aus Gründen der Sprachökonomie und der besseren Lesbarkeit verwendet die Autorin in dieser Masterarbeit das geschlechtsabstrahierende generische Maskulinum. Dieses umfasst alle Personen unabhängig vom biologischen oder sozialen Geschlecht.

## Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG .....	7
1.1. Zusammenfassungen .....	7
1.1.1. Zusammenfassung Deutsch .....	7
1.1.2. Abstract English.....	8
1.2. Aufbau der Masterarbeit .....	9
1.3. Forschungsfragen und Hypothesen .....	10
2. HINTERGRÜNDE UND ANSÄTZE AUS DER FACHLITERATUR UND AUS DER QUALITATIVEN ERHEBUNG .....	12
2.1. Medizinische Aspekte .....	12
2.1.1. Meldepflichtige Krankheiten und Impfeempfehlungen in Österreich.....	12
2.1.2. Verbreitung von Influenza .....	13
2.1.3. Impfungen als Teil der Krankheitsprävention .....	15
2.1.4. Grundlagen zu Impfungen .....	15
2.1.5. Effektivität der Influenza-Impfung.....	16
2.1.6. Impfquoten .....	17
2.2. Gesundheitspolitische und rechtliche Grundlagen .....	20
2.2.1. Internationale Ebene.....	20
2.2.2. Zuständigkeiten der Gesundheitsinstitutionen und rechtliche Grundlagen in Österreich .....	23
2.2.3. Finanzierung.....	26
2.2.5. Impfungen und Erwerbstätigkeit.....	28
2.2.6. Impfberechtigte Personen.....	29
2.2.7. Österreichische Gesundheitsziele und Impfungen .....	30
2.3. <i>Historischer Exkurs</i> .....	32
2.3.1. <i>Impfungen in Österreich</i> .....	32
2.3.2. <i>Influenza: Pandemien und Impfungen</i> .....	33
2.4. Vulnerable Gruppen unter besonderer Berücksichtigung der Influenza.....	34
2.4.1. Zum Begriff der Vulnerabilität .....	34
2.4.2. Vulnerable Gruppen aus medizinischer Sicht.....	35
2.4.3. Vulnerable Gruppen aus demografischer und sozioökonomischer Sicht.....	38
2.5. Gesundheitsverhalten im Zusammenhang mit Impfungen .....	43
2.5.1. Gesundheitskompetenz .....	43
2.5.2. Einstellungen zu Impfungen.....	46
2.5.3. Impfbereitschaft und Impfbzurückhaltung .....	51
2.5.4. Ansätze aus der Verhaltensökonomie.....	53

2.6.	Ansätze für erfolgreiche Impfprogramme .....	56
2.6.1.	Werte und Prinzipien für Impfprogramme nach Konzepten der WHO .....	56
2.6.2.	Theoretische Grundlagen .....	58
2.6.3.	Planung eines Impfprogramms .....	59
2.6.4.	Motivforschung und Einschätzungen .....	61
2.6.5.	Kommunikation .....	61
2.6.6.	Organisation von und Zugang zu Impfungen .....	65
3.	METHODIK DER QUALITATIVEN ERHEBUNG .....	67
3.1.	Methodik: Experteninterview und Fokusgruppe .....	67
3.2.	Interviews und Kontaktaufnahme .....	69
3.3.	Inhaltsanalyse .....	69
3.3.1.	Schritte der Inhaltsanalyse .....	70
3.3.2.	Auswertung: Kategorienschema und Kodierung .....	71
4.	ERGEBNISSE DER MASTERARBEIT .....	72
4.1.	Ergebnisse in Bezug auf Forschungsfragen und Hypothesen .....	72
4.1.1.	Forschungsfragen .....	72
4.1.2.	Hypothesen .....	75
4.2.	Ansätze für ein österreichisches Grippeimpfprogramm .....	77
4.2.1.	Ausgangslage: „Öffentliches Impfprogramm Influenza“ .....	77
4.2.2.	Bewertung des Programmdesigns im Hinblick auf vulnerable Zielgruppen .....	79
4.2.3.	Gestaltungsvorschläge für ein österreichweites Grippeimpfprogramm .....	81
5.	LIMITATIONEN DER ARBEIT .....	87
6.	QUELLENNACHWEISE UND ANHANG .....	88
6.1.	Literaturverzeichnis .....	88
6.1.	Anhang .....	92
6.2.1.	Interviewleitfaden .....	92
6.2.2.	Anhang II: Kategorienschema .....	94
6.3.3.	Endnoten .....	101

## Abkürzungsverzeichnis

AGES	Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit
AMS	Arbeitsmarktservice
BMBWF	Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und
BMSGPK	Forschung Bundesministerium für Soziales Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
COVID	Corona-Virus-Disease
DSGVO	Datenschutzgrundverordnung
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
EFTA	European Free Trade Association
EU	Europäische Union
FSME	Frühsommermeningoencephalitis
HPV	Humane Papillomaviren
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖIP-Influenza	Öffentliches Impfprogramm Influenza
ÖVIH	Österreichischer Verband der Impfstoffhersteller
TIP	Tailoring Immunization Programms
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
WHO	World Health Organization

# 1. EINLEITUNG

## 1.1. Zusammenfassungen

### 1.1.1. Zusammenfassung Deutsch

Influenza ist eine Infektionskrankheit, die zu schweren Verläufen und sogar zum Tod führen kann. Eine Impfung, die jährlich mit einem angepassten Impfstoff durchgeführt werden muss, kann diese Risiken senken. Von einer Impfung profitieren vor allem medizinisch vulnerable Zielgruppen mit speziellen Risikofaktoren wie z. B. Alter, Immunschwäche oder bestimmten Vorerkrankungen. Hier ist zu berücksichtigen, dass manche Menschen „doppelt vulnerabel“ sind. Gemeint sind Menschen mit geringer Bildung, niedrigem Einkommen bzw. mit Migrationshintergrund (insbesondere Herkunft aus „Drittstaaten“ außerhalb der EU). Diese Menschen leiden öfter unter Vorerkrankungen. Gleichzeitig ist ihre Gesundheitskompetenz niedriger, was die Wahrscheinlichkeit, sich durch Impfungen zu schützen, reduziert. Das heißt: Öffentliche Impfprogramme sollten besonderes Augenmerk auf vulnerable Zielgruppen legen – sowohl bei der Influenza-Impfung als auch bei anderen Impfungen. *Wie sollte ein österreichweites Grippeimpfprogramm gestaltet sein, damit es vulnerable Zielgruppen besonders gut in Anspruch nehmen?* Im Zusammenhang mit dieser Forschungsfrage beleuchtet diese Masterarbeit Impfungen und vulnerable Gruppen aus unterschiedlichen Perspektiven und setzt das Thema in den Kontext des österreichischen Gesundheitssystems, in dem die Zuständigkeiten für Impfungen zwischen den Systempartnern zersplittert sind. Gleichzeitig berücksichtigt die Masterarbeit Empfehlungen aus der Wissenschaft bzw. von relevanten Organisationen wie der WHO und der EU. Die Autorin macht darüber hinaus eine Reihe konkreter Vorschläge für ein öffentliches Grippeimpfprogramm in Österreich, von denen überwiegend – aber nicht nur – vulnerable Gruppen profitieren könnten. Diese Vorschläge betreffen unter anderem die Bereiche Daten und Forschung, Kommunikation, die Zusammenarbeit mit Experten oder die Organisation der Impfungen an bestimmten Orten. Für einige der Anregungen fehlen derzeit noch die rechtlichen bzw. vertraglichen Voraussetzungen, insbesondere im Bereich der Daten.

Grundlage für die Vorschläge ist neben der Fachliteratur auch eine kleine qualitative Erhebung unter Experten aus dem österreichischen Gesundheitssystem.

### **1.1.2. Abstract English**

Influenza is an infectious disease that can lead to severe illness, even death. Vaccination, which must be carried out annually with an adapted vaccine, can reduce the risk. Vulnerable groups with specific health-risk factors, such as age, immunodeficiency or certain pre-existing conditions, benefit most from vaccination. It should be noted that some people are twice as vulnerable. These are people having a low level of education, low income or a migrant background (especially people from so-called third countries outside the EU). These people suffer more often from pre-existing conditions. At the same time, their health literacy is lower, which reduces the probability of them protecting themselves by vaccination. This means that public vaccination programmes should pay special attention to vulnerable target groups – both for influenza vaccination and for other vaccinations.

*How should an Austria-wide influenza vaccination programme be designed so that vulnerable target groups make particular good use of it?*

This Masters thesis addresses the question by examining vaccinations and vulnerable groups from different perspectives, in the context of the Austrian health care system, where responsibilities are split between different parties.

This Masters thesis also takes into account recommendations made by the field of science and relevant organisations such as the WHO and the EU. The author also makes a number of specific proposals for a public influenza vaccination programme in Austria, which would principally, but not exclusively, benefit vulnerable groups. Among other things, the proposals relate to data and research, communication, cooperation with experts, or the organization of vaccinations at specific locations. For some of the proposals, there are legal or contractual pre-conditions which are currently not in place, especially with regards to data. The proposals are based on both specialist literature and a small, qualitative survey amongst experts working in the Austrian health care system.

## 1.2. Aufbau der Masterarbeit

Wie soll ein Impfprogramm gestaltet sein, damit man vulnerable Zielgruppen besonders gut erreicht? Hintergrund dieses Masterarbeit-Themas ist das neue Erwachsenenimpfprogramm von Bund, Ländern und Sozialversicherung. Es startet im Herbst 2023 zunächst mit einem Impfangebot für Influenza. Die Influenza-Impfung, im allgemeinen Sprachgebrauch meist als „Grippe-Impfung“ bezeichnet, steht daher im Mittelpunkt dieser Masterarbeit. Allerdings beziehen sich auch viele Textstellen auf Impfungen im Allgemeinen.

Die Masterarbeit enthält folgende wesentliche Teile:

- Der Hauptteil fasst die Ergebnisse der Literaturrecherche und der qualitativen Erhebung nach unterschiedlichen Gesichtspunkten zusammen. Er betrachtet die Themen Impfprogramme und vulnerable Zielgruppen aus den Perspektiven von medizinischer Forschung, Epidemiologie, Gesundheitspolitik, Recht, öffentlicher Verwaltung, Medizingeschichte und von Leitfäden europäischer bzw. internationaler Gesundheitsinstitutionen. Auch allgemeine Ansätze für erfolgreiche Impfprogramme werden beschrieben.
- Ein kurzer Teil zur qualitativen Erhebung beschreibt die Vorgangsweise, mit der die Experteninterviews bzw. die Fokusgruppe geplant und umgesetzt wurden sowie die Methodik der Analyse. Die Ergebnisse der Erhebung sind jedoch, wie oben erwähnt, in den Hauptteil an den inhaltlich passenden Stellen integriert.
- Der Ergebnisteil der Masterarbeit setzt die Ergebnisse der Literaturrecherche und der qualitativen Erhebung in Beziehung zu Forschungsfragen und Hypothesen. Darüber hinaus entwickelt die Autorin auf Basis ihrer Erkenntnisse Vorschläge, wie man ein österreichweites Grippeimpfprogramm in Hinblick auf vulnerable Gruppen gestalten könnte – wobei sich viele Erkenntnisse auf andere, zukünftige Impfprogramme übertragen lassen.

### 1.3. Forschungsfragen und Hypothesen

Die auf dem Titel der Masterarbeit aufbauende konkrete Forschungsfrage lautet:

*Wie sollte ein österreichweites Grippeimpfprogramm gestaltet sein, damit es vulnerable Zielgruppen besonders gut in Anspruch nehmen?*

Es ist notwendig, in diesem Kontext auch andere Fragen zu bearbeiten:

- Was bedeutet „vulnerabel“ im Zusammenhang mit Impfungen – insbesondere der Grippeimpfung?
- Wie sieht die Ausgangslage hinsichtlich Impfungen bzw. der Grippeimpfung im österreichischen Gesundheitssystem derzeit aus?
- In welchem Ausmaß lässt sich bei der österreichischen Datenlage feststellen, wie vulnerable Zielgruppen mit Impfungen (besonders der Grippeimpfung) erreicht werden?
- Welche Kommunikations- und Motivationsstrategien sind im Zusammenhang mit Impfungen sinnvoll?

Für die Beantwortung werden, je nach Frage unterschiedlich gewichtet, die Ergebnisse der Literaturrecherche und jene der qualitativen Erhebung herangezogen.

Hinweis: Der Begriff „Grippeimpfung“ bezieht sich auf Influenza und nicht auf grippeähnliche Erkältungs- und Infektionskrankheiten.

Die Masterarbeit geht von folgenden Hypothesen aus:

- Manche Personen sind doppelt vulnerabel, sowohl medizinisch als auch sozioökonomisch. Gerade diese Personen sind nicht nur überdurchschnittlich häufig von Risikofaktoren für schwere Influenzaverläufe betroffen, sondern auch von unterdurchschnittlichen Durchimpfungsraten.
- Ein Grippeimpfprogramm sollte einen Fokus auf Multiplikatoren legen (z. B. Hausärzte, Pflegepersonal, Sozialarbeiter, Angehörige) – einerseits, um diese für das Thema Grippeimpfung zu gewinnen, andererseits, um vulnerable Zielgruppen mit ihrer Hilfe zu erreichen.

- Auf Ebene des Gesundheitssystems sind klare organisatorische Zuständigkeiten von Vorteil, während zersplitterte Kompetenzen vermieden werden sollten.
- Empfehlungen zur Erreichbarkeit von vulnerablen Gruppen für die Influenza-Impfung unterscheiden sich nicht wesentlich von Empfehlungen für andere Impfungen.

## 2. HINTERGRÜNDE UND ANSÄTZE AUS DER FACHLITERATUR UND AUS DER QUALITATIVEN ERHEBUNG

### 2.1. Medizinische Aspekte

#### 2.1.1. Meldepflichtige Krankheiten und Impfempfehlungen in Österreich

Die Liste der anzeigepflichtigen Krankheiten regeln in Österreich das Epidemiegesetz, das Tuberkulosegesetz, das AIDS-Gesetz und das Geschlechtskrankheitengesetz. Das BMSGPK verwaltet die Liste der meldepflichtigen Krankheiten<sup>1</sup>. Im ebenfalls vom BMSGPK herausgegebenen „Impfplan Österreich<sup>2</sup>“ sind die offiziell in Österreich empfohlenen Impfungen aufgelistet. Der Impfplan enthält jedoch keine Liste der weltweit verfügbaren Impfungen. Zudem bedeutet der Eintrag einer Impfung im „Impfplan Österreich“ nicht, dass die Impfung kostenlos verfügbar oder zwingend vorgeschrieben ist. Die Influenza-Impfung ist im „Impfplan Österreich“ enthalten.

Zur besseren Einschätzung der Dimensionen von Infektionskrankheiten in Österreich folgt eine Aufstellung<sup>3</sup> jener meldepflichtigen Krankheiten (inkl. gemeldeter Fälle), für die es eine Impfempfehlung laut Impfplan Österreich gibt. 2021 war zum Zeitpunkt der Erstellung der Masterarbeit das letzte verfügbare Datenjahr. Als Vergleichsjahr wurde 2018 herangezogen, um einen Eindruck von den Schwankungen zu vermitteln.

<b>Meldepflichtige Infektionskrankheit</b>	<b>2018</b>	<b>2021</b>
Keuchhusten	2.202	128
Diphtherie	0	2
Frühsommer-Meningoenzephalitis	171	135
Hepatitis B	77	1

Masern	1.134	854
invasive Meningokokkeninfektion	30	2
Kinderlähmung	Keine Angabe verfügbar	Keine Angabe verfügbar
Röteln	8	0
Covid-19	---	915.757

Tabelle: Isabella Ömer auf Grundlage von Daten der Statistik Austria<sup>4</sup>

Nicht meldepflichtige Krankheiten bzw. Krankheitserreger, für die es eine Impfpflicht laut österreichischem Impfplan gibt:

- Rotavirus
- Tetanus
- Haemophilus influenzae B
- Humane Papillomaviren (HPV)
- Varizellen
- Hepatitis A
- Influenza
- Herpes Zoster

### 2.1.2. Verbreitung von Influenza

Die Mehrheit der Influenzafälle wird klinisch diagnostiziert. Allerdings ist oft keine klare Abgrenzung von grippeähnlichen Atemwegsinfekten gegeben, die durch andere Erreger verursacht worden sind. Für eine sichere Diagnose bedarf es eines labordiagnostischen Tests, wobei Schnelltests weniger treffsicher sind als PCR-Tests. Die WHO schätzt, dass die Influenza-Epidemien zu drei bis fünf Millionen Fällen schwerer Erkrankung sowie zu 290.000 bis 650.000 Todesfällen jährlich führen. In den Industriestaaten betreffen Todesfälle überwiegend Menschen ab 65 Jahren. Zudem kommt es aufgrund von Arbeitsausfällen zu Produktivitätsverlusten. Über die Auswirkungen in Entwicklungsländern ist weniger bekannt. Man vermutet, dass die überwiegende Mehrheit aller Todesfälle von Kindern unter fünf Jahren mit influenzainduzierten Atemwegsinfekten diesen Staaten zuzuordnen ist.<sup>5</sup>

Das European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) schätzt die jährliche Zahl von symptomatischen Influenza-Fällen im europäischen Wirtschaftsraum (EU/EFTA) auf 50 Millionen und die Zahl der Menschen, die jährlich an mit Influenza assoziierten Krankheiten sterben, auf 15.000 bis 70.000.<sup>6</sup>

Die Influenza ist in Österreich keine meldepflichtige Krankheit. Die im Rahmen des Sentinellsurveillance-Systems erstellten und von der AGES veröffentlichten Schätzungen von Influenzafällen fassen - jeweils aktuell nach Kalenderwoche - Influenza und grippeähnliche Erkrankungen zusammen. Zusätzlich veröffentlicht die AGES eine Liste mit laborbestätigten Influenza-Fällen. Allerdings schlägt nicht jeder Influenza-Fall in dieser Statistik auf, da nicht jeder Influenza-Patient zum Arzt geht bzw. einen Test machen lässt.<sup>7</sup> Das BMSGPK schätzt, dass sich jährlich 5 bis 15 % der Bevölkerung mit dem Influenzavirus anstecken und ein Teil davon erkrankt.<sup>8</sup>

Auch die mit Influenza assoziierten Todesfälle in Österreich beruhen auf Schätzungen durch Modellierungen. Nachfolgend von der AGES veröffentlichte Beispiele<sup>9</sup> aus den vergangenen Saisonen. Anhand der starken Schwankungen lässt sich gut ablesen, wie unterschiedlich stark saisonale Grippewellen verlaufen können:

- 2015 / 2016: 492
- 2016 / 2017: 4.939
- 2017 / 2018: 4.277
- 2018 / 2019: 2.022
- 2019 / 2020: 1.714
- 2020 / 2021: 0 (Hinweis: im Zusammenhang mit der Covid-Pandemie wurde das Erhebungssystem für Influenza – auch retrospektiv - umgestellt)
- 2021 / 2022: 652
- 2022 / 2023: 4.020

### **2.1.3. Impfungen als Teil der Krankheitsprävention**

Gesundheitsförderung orientiert sich daran, was Menschen gesund erhält. Bedeutend ist dabei das vom israelisch-amerikanischen Soziologen Aaron Antonovsky entwickelte Modell der Salutogenese. Krankheitsprävention verfolgt hingegen einen pathogenetischen Ansatz und stellt spezifische Krankheiten und ihre Verhütung in den Mittelpunkt. Ziel der Krankheitsprävention ist es, zu vermeiden, dass Krankheiten entstehen, eintreten, sich ausbreiten und voranschreiten bzw. dass körperliche, psychische und soziale Folgestörungen und chronische Verläufe eintreten. Krankheitsprävention soll die individuelle und kollektive Krankheitslast möglichst geringhalten.

Je nach Zeitpunkt der Intervention spricht man von primärer, sekundärer und tertiärer Krankheitsprävention. Bei den letzteren beiden geht es darum, die Krankheit möglichst früh zu erkennen und zu behandeln (Sekundärprävention) bzw. eine Verschlimmerung zu verhindern (Tertiärprävention). Aufgabe der Primärprävention ist hingegen, eine Krankheit zu verhüten, das Risiko zu senken oder zu eliminieren. Auf die Bevölkerung bezogen soll Primärprävention die Inzidenzraten bzw. generell die Eintrittswahrscheinlichkeit von Krankheiten in einer Population senken. Primärprävention richtet sich an Gesunde bzw. an Menschen ohne manifeste Symptomatik. In diesem Sinne sind Impfungen Teil der Primärprävention.<sup>10</sup>

### **2.1.4. Grundlagen zu Impfungen**

Im Fall einer Infektion mit einem Krankheitserreger antwortet der Mensch sowohl mit einer angeborenen (unspezifischen) als auch mit einer erworbenen (spezifischen) Immunabwehr. Die angeborene Immunabwehr, die durch Schleimhäute, Abwehrzellen (Phagozyten), natürliche Killerzellen und Eiweiße schützt, reagiert zuerst und unabhängig von der Art des Erregers. Die spezifische Immunabwehr richtet sich hingegen gezielt gegen den Erreger, der die Infektion verursacht. Sie braucht vor allem beim Erstkontakt eine gewisse Zeit, um in Gang zu kommen, dafür ist sie treffsicher und „merkt“ sich einen Erreger. Beim zweiten Kontakt reagiert das spezifische Immunsystem sofort. Die Infektion verläuft

unbemerkt oder schwächer. Zum spezifischen Immunsystem gehören bestimmte Untergruppen der weißen Blutkörperchen (T- und B-Lymphozyten) sowie Antikörper. Letztere sind Eiweiß-Zucker-Verbindungen, die im Blut zirkulieren. Sie neutralisieren Krankheitserreger und Fremdstoffe und locken Abwehrzellen an. Krankheitserreger und Substanzen, die zur Bildung von Antikörpern führen, nennt man Antigene.<sup>11</sup> Hier setzen Impfungen an. Ein Mensch erhält durch den Impfstoff in der Regel Antigene in Form von abgeschwächten oder abgetöteten Krankheitserregern oder Bestandteilen (z. B. Toxide oder Oberflächenstrukturen). Bei gentech-basiertem Impfstoff injiziert man den „Bauplan“ für Antigene, die der Körper dann selbst bildet. Antigene aktivieren eine spezifische Immunabwehr, ohne dass der Betroffene das Risiko einer Infektion bzw. Erkrankung in Kauf nehmen muss. Zu dieser Immunabwehr gehört neben der Bildung von Antikörpern auch die Bildung eines immunologischen Gedächtnisses.<sup>12</sup>

### **2.1.5. Effektivität der Influenza-Impfung**

Die Effektivität von Influenzaimpfstoffen schwankt je nach Saison und Bevölkerungsgruppe. Die Effektivität zu messen ist schwierig, da viele Confounder existieren, z. B. Immunoseneszenz (langsame Verschlechterung des Immunsystems) bei älteren Menschen, Unterschiede im Studiendesign, Unterschiede zwischen Impfstoffen und Virusvarianten in Influenzasaisonen etc. Die Wirkung hängt stark davon ab, wie sehr der Impfstoff zum zirkulierenden Virusstamm passt. Das Influenza-Positionspapier der WHO zitiert eine Reihe von Studien bzw. Metastudien, die eine Effektivität von 38 % bis 76 % aufzeigen. Angesichts unterschiedlicher Studiendesigns bzw. unterschiedlicher Definitionen des relativen Risikos sind diese Zahlen aber nur bedingt aussagekräftig.<sup>13</sup> Ein Phänomen rund um die Influenza-Impfung, das in der Fachwelt intensiv und kontrovers diskutiert wird, ist die „Antigen-Erbsünde“ (original antigenic sin). Langzeitstudien, die sich über mehrere Influenzasaisonen ziehen, deuten bei Personen, die sich regelmäßig jährlich gegen Influenza impfen ließen auf schwächere Immunantworten hin als bei Personen, bei denen dies nicht der Fall war. Eine Annahme mancher Forscher ist folgende: Die Antigendrift ändert nicht

die gesamte Molekularstruktur der betroffenen Proteine. Antikörper aus der ersten Influenza-Impfung werden dadurch bei weiteren Impfungen unverhältnismäßig hochreguliert. Dies könnte je nach Konstellation die Immunantwort beeinträchtigen – in manchen Fällen aber auch den Schutz erhöhen. Es sind weitere Studien notwendig, um dieses Phänomen besser einzuschätzen.<sup>14</sup>

### **2.1.6. Impfquoten**

Aktuelle Impfquoten sollten bei der Planung von Grippeimpfprogrammen berücksichtigt werden. Sie zeigen auf, wo Handlungsbedarf besteht. Da die Influenza-Impfung jährlich aufzufrischen ist, kann man die Entwicklung der Impfquoten laufend beobachten. Bei anderen Impfungen ist wiederum interessant, ob die Betroffenen bei der Grundimmunisierung alle notwendigen Teilimpfungen in Anspruch genommen haben – auch dieses Thema sollten Impfprogramme berücksichtigen.

Österreich hat im Vergleich zu anderen Staaten der EU bzw. der OECD eher niedrige Impfquoten, auch im Hinblick auf Durchschnittswerte. Die OECD veröffentlicht mit „Health at a Glance“ Gesundheitsdaten aller Mitgliedsstaaten, was Vergleiche ermöglicht. Zur Veranschaulichung wurden Daten zu Kinderimpfungen bzw. zur Influenza-Impfung ausgewählt und in eigenen Tabellen zusammengestellt. Diese vergleichen Österreich mit dem OECD-Schnitt, mit Deutschland sowie mit jenen Staaten, die laut der jeweiligen Statistik die höchsten bzw. niedrigsten Impfquoten haben.

Sobald alle Impfungen in Österreich verpflichtend in den elektronischen Impfpass einzutragen sind, wird man genaue und annähernd vollständige Daten haben, auch hinsichtlich Alter und Wohnregion der Impflinge. Derzeit stehen diese Daten seit 2021 nur für die COVID- bzw. die Influenza-Impfung zur Verfügung.

#### **KINDERIMPFUNGEN**

Die Tabelle mit Daten von „Health at a Glance“ (OECD) beschreibt Impfquoten bei einjährigen Kindern 2018 (oder dem nahegelegensten verfügbaren Jahr) für Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Masern, Hepatitis B<sup>15</sup>. Österreich liegt bei den Impfquoten auf dem vorletzten Platz.

Hinweis: die OECD hat für diese Statistik Daten von WHO und UNICEF zusammengeführt. Es wurden auch Staaten außerhalb der OECD berücksichtigt.

	OECD-Schnitt	Österreich	Deutschland	Luxemburg	Indonesien
Diphtherie, Tetanus, Pertussis	95,06 %	82 %	95 %	99 %	76 %
Masern	94,83 %	95 %	97 %	99 %	78 %
Hepatitis	91,18 %	82 %	87 %	94 %	79 %

Tabelle: Isabella Ömer auf Grundlage von Daten der OECD<sup>16</sup>

Die WHO hat sich zum Ziel gesetzt, die Masern auszurotten. Für den entsprechenden Gemeinschaftsschutz sind Durchimpfungsraten von 95 % mit zwei Dosen eines Lebendimpfstoffs notwendig. Dieses Ziel erreicht Österreich nicht. Die Impfquoten haben sich im Vergleich zu den oben angegebenen Zahlen von OECD bzw. WHO/UNICEF sogar verschlechtert. Die Zahl der dokumentierten Masernimpfungen ging laut BMSGPK von 2020 auf 2021 um 5 % zurück.<sup>17</sup> So heißt es im Kurzbericht des BMSGPK zu den Masern: *„Dieser Rückgang wirkt sich vor allem auf die Durchimpfungsraten ganz kleiner Kinder aus. Hatten im Jahr 2020 bereits über 95% dieser Kinder die erste Teilimpfung und 88% die zweite Teilimpfung erhalten, liegt die Durchimpfungsrate der 2-jährigen im Jahr 2021 nur bei 84% für die erste Teilimpfung und bei 74% für die zweite Teilimpfung.“*<sup>18</sup> An dieser Stelle ist zu erwähnen, dass der Rückgang mit der Coronapandemie zusammenfällt.

## INFLUENZA

Die Tabelle mit Daten von „Health at a Glance“ (OECD) beschreibt Influenza-Impfquoten von Personen ab 65 Jahren im Jahresvergleich. Österreich gehört im OECD-Vergleich zu den Schlusslichtern<sup>19</sup>. Hinweise: Korea war 2019 der Staat mit der höchsten Impfquote, die Türkei im selben Jahr der Staat mit der niedrigsten. Für 2020 waren in dieser Statistik für die Mehrheit der OECD-Staaten noch keine Daten verfügbar.

	OEDC-Schnitt	Österreich	Deutschland	Korea	Türkei
2009	49 %	20 %	61 %	74 %	10 %
2019	46 %	18 %	39 %	86 %	6 %

Tabelle: Isabella Ömer auf Grundlage von Daten der OECD<sup>20</sup>

Der Österreichische Verband der Impfstoffhersteller schätzt für die Jahre der Coronapandemie höhere Influenza-Impfquoten für Österreich. Grundlage der Schätzungen sind die Anzahl der ausgelieferten Dosen (pro Impfsaison) minus Retouren. Es handelt sich hier also um die theoretisch höchstmöglichen Impfquoten (bezogen auf die Gesamtbevölkerung), was nicht den tatsächlichen entsprechen muss. Seit der Impfsaison 2004/2005 schwanken die Impfquoten für Influenza demnach zwischen rund 5 und 15 %. Ab der Saison 2011/2012 waren es mehrere Jahre deutlich unter 10 %. Mit der Coronapandemie kam es 2020/2021 zu einer schlagartigen Steigerung auf 22,13 %. In der Saison darauf waren es immer noch knapp 17 %.<sup>21</sup>

Ganz anders sehen die Impfquoten laut Impfreister (elektronischer Impfpass) aus, also des beim Dachverband der Sozialversicherungen angesiedelten Impfdashboards BIG. Die Auswertung ergab für die Grippeimpfsaison 2021/2022 und 2022/2023 (jeweils Oktober bis März) für Österreich folgende Zahlen, die in Verbindung mit der österreichischen Wohnbevölkerung (alle Altersgruppen) zum Stichtag 1. Jänner (Statistik Austria)<sup>22</sup> in Beziehung gesetzt werden.

	Durchgeführte Influenza-Impfungen	Wohnbevölkerung zum Stichtag 1. Jänner	Geschätzte Impfquote
Impfsaison 2021/2022	709.101	8.978.929 (1.1.2022)	Rund 7,9 %
Impfsaison 2022/2023	707.564	9.106.126 (1.1.2023)	Rund 7,7 %

Tabelle: Isabella Ömer auf Grundlage von Daten des e-Impfpasses und der Statistik Austria<sup>23</sup>

Die Influenza-Impfungen waren in beiden Saisonen verpflichtend elektronisch einzutragen. Die hohe Diskrepanz zwischen den Angaben des Impfstoff-Herstellersverbands und den Daten des Impfregisters lässt auf einen hohen mutmaßlichen Verwurf schließen, also ausgelieferte Impfdosen, die nicht verimpft, aber auch nicht zurückgeschickt wurden (weshalb der Impfstoff-Herstellersverband keine Kenntnis davon haben konnte). Zudem ist es möglich, dass ein Teil der Impfungen nicht in den elektronischen Impfpass eingetragen wurde.

## **2.2. Gesundheitspolitische und rechtliche Grundlagen**

### **2.2.1. Internationale Ebene**

Internationale Organisationen haben zwar in der Regel keine Umsetzungskompetenzen bei nationalen Impfprogrammen. Allerdings geben sie einen Rahmen vor, an dem sich die nationale Politik orientieren kann bzw. soll. So beschreiben etwa Greer et al. (2014) den Einfluss der EU auf nationale Gesundheitssysteme, obwohl es keine eigenständige EU-Gesundheitspolitik im engeren Sinn gibt. Hintergrund können etwa EU-Vorgaben zu an Gesundheit angrenzenden Themen sein, z. B. beim Umweltschutz oder im fiskalen Bereich.<sup>24</sup> In der Gesundheitspolitik bzw. im Zusammenhang mit Impfungen spielen neben der EU vor allem die WHO sowie die OECD eine Rolle. Diese Organisationen sammeln Daten und bereiten diese auf, WHO und EU geben zudem Empfehlungen ab. Dieses Wissen steht nationalen Regierungen für die Planung ihrer Impfstrategien zur Verfügung und fließt auch an diversen Stellen in diese Masterarbeit ein.

#### **WELTGESUNDHEITSORGANISATION**

- Das 13. Allgemeine Arbeitsprogramm der WHO (2019-2023) formuliert als ein Themenfeld die Bekämpfung ansteckender Krankheiten: „*Accelerating elimination and eradication of high impact communicable diseases*“. Die WHO erwähnt in diesem Zusammenhang ausdrücklich das Anstreben von möglichst hohen Impfquoten.<sup>25</sup>

- Ein wichtiger Entscheidungsträger innerhalb der WHO ist die Strategic Advisory Group of Experts on Immunization (SAGE)<sup>26</sup>, die sich zweimal jährlich trifft und die WHO in allen Fragen rund um Impfungen berät – etwa hinsichtlich Strategien, Technologien, Impfstoffen, Forschung, Logistik etc. Die SAGE ist deshalb erwähnenswert, weil sie auch auf diverse Positionspapiere und Empfehlungen der WHO großen Einfluss hat.
- Die European Immunization Agenda 2030 der WHO ist ein Strategiepapier der europäischen UN-Mitgliedsstaaten mit dem Ziel, das gesundheitliche Potenzial von Impfungen so stark wie möglich zu nutzen.
- Konkrete Ansätze bietet das Manual „Tailoring Immunization Programmes“ (TIP)<sup>27</sup>, das vom „WHO Regional Office for Europe“ entwickelt wurde. Der TIP-Ansatz enthält Grundwerte und Prinzipien für Impfprogramme, ein theoretisches Modell und konkrete Vorschläge für den strategischen Aufbau von Impfangeboten. Zielgruppen sind vor allem nationale Entscheidungsträger.
- Im Zusammenhang mit Influenza ist das Positionspapier der WHO „Vaccines against influenza“ interessant. Es wird regelmäßig aktualisiert und liefert den aktuellen Stand rund um die saisonale Influenza-Impfung in komprimierter Form.<sup>28</sup>
- Wichtig ist noch der mögliche Ausruf einer Influenza-Pandemie durch die WHO, wie dies zuletzt 2009 geschah. Im „Pandemic Influenza Preparedness Framework“ arbeitet die WHO mit staatlichen Regierungen und diversen Stakeholdern zusammen, um Influenzaviren mit pandemischen Potenzial zu beobachten und vorausschauend zu reagieren.<sup>29</sup> Der Ausruf einer Pandemie kann unmittelbare Auswirkungen auf die nationale Politik haben. So regelt das Epidemiegesetz, wer im Fall einer Pandemie Daten an die WHO übermittelt.<sup>30</sup> Auch die Sozialversicherung wird im Influenza-Pandemiefall leistungspflichtig (Kapitel 2.2.2.).

## EUROPÄISCHE UNION

Das Europäische Zentrum für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten (ECDC)<sup>31</sup> ist eine dezentrale Agentur der EU mit Sitz in Stockholm. Ihre Aufgabe ist es, Risiken im Zusammenhang mit Infektionskrankheiten zu identifizieren, zu

bewerten und zu kommunizieren. Mit dem „Vaccine Scheduler<sup>32</sup>“ kann man die offiziellen Impfpläne aller EU/EWR-Staaten abrufen. Im „Catalogue of interventions addressing vaccine hesitancy“ gibt die ECDC Empfehlungen ab, wie Entscheidungsträger im Gesundheitswesen Impfprogramme so gestalten können, dass Impfskepsis bzw. Impfzurückhaltung möglichst niedrig ausfallen.

#### **ORGANISATION FÜR WIRTSCHAFTLICHE ZUSAMMENARBEIT UND ENTWICKLUNG**

Die OECD liefert mit ihrem Report „Health at a Glance“ umfassende Gesundheitsdaten aus ihren Mitgliedsstaaten. Nationale Entscheidungsträger können so ablesen, wo ihr Land im internationalen Vergleich steht. Zu den Indikatoren von „Health at a Glance“ gehören auch Daten zu Durchimpfungsraten.<sup>33</sup> Interessant ist im Hinblick auf vulnerable Gruppen auch das „Programme for the International Assessment of Adult Competencies“ (PIAAC) der OECD. Dafür werden Schlüsselkompetenzen von Erwachsenen getestet, etwa hinsichtlich Lesen, Alltagsmathematik, Computerkenntnissen oder die Fähigkeit, Probleme zu lösen. All diese Faktoren sind auch wichtig für die Gesundheitskompetenz, die auch beim Thema Impfen eine Rolle spielt.

## 2.2.2. Zuständigkeiten der Gesundheitsinstitutionen und rechtliche Grundlagen in Österreich

### BUNDESMINISTERIUM FÜR SOZIALES, GESUNDHEIT, PFLEGE UND KONSUMENTENSCHUTZ

Impfungen sind in Österreich Sache des Bundes – sowohl in der Gesetzgebung als auch in der Vollziehung. Dem BMSGPK werden demnach die Angelegenheiten des Gesundheitswesens übertragen, zu denen auch das „Hygienewesen und Impfwesen“ gehören.<sup>34</sup> In der Praxis ist das Gesundheitswesen jedoch zersplittert, da auch Länder und Sozialversicherungsträger daran beteiligt sind. Die Regel ist nämlich, dass Landesbehörden die Vollziehung der Gesetze im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung bzw. von so genannten 15a-Vereinbarungen übernehmen, also von Verträgen zwischen Bund und einem Bundesland bzw. mehreren oder allen Bundesländern.<sup>35</sup> Zudem kann der Bund Aufgaben staatlicher Verwaltung Selbstverwaltungskörpern<sup>36</sup> übertragen, wie auch die Sozialversicherung einer ist („übertragener Wirkungsbereich“<sup>37</sup>).

Der Bund haftet unter bestimmten Bedingungen für Impfschäden. Das ist im Impfschadengesetz geregelt.<sup>38</sup> Auch das Epidemiegesetz von 1950 deckt Aspekte des Impftemas ab, darunter die meldepflichtigen Krankheiten und die Zuständigkeiten für deren Anzeige. Es regelt im Zusammenhang mit COVID-19 auch Test-, Genesungs- und Impfzertifikate<sup>39</sup> und Aufgaben der Bezirksverwaltungsbehörden, etwa die Entgegennahme von Anzeigen von anzeigepflichtigen Krankheiten<sup>40</sup> oder die Anordnung von Schutzimpfungen in bestimmten Fällen<sup>41</sup>.

Das BMSGPK ist auch für Impfeempfehlungen und Impfstrategien zuständig und wird dabei maßgeblich vom **Nationalen Impfgremium**<sup>42</sup> unterstützt, dem neben Bediensteten des BMSGPK bzw. der Landessanitätsdirektionen Experten aus unterschiedlichen Fachbereichen angehören. Das Gremium hat mindestens acht ständige Mitglieder und wird für eine Funktionsperiode von drei Jahren bestellt. Hauptaufgabe des Nationalen Impfgremiums sind die Erstellung und die laufende Weiterentwicklung der Impfeempfehlungen für Österreich auf Grundlage aktueller wissenschaftlicher Standards.

Der vom BMSGPK herausgegebene „**Impfplan Österreich**“<sup>43</sup> enthält eine Reihe von Standardimpfungen (Kapital 2.1.1.) und gibt dabei auch Altersempfehlungen ab. Der Impfplan umfasst auch die Impfungen im Rahmen des **nationalen**

**Kinderimpfprogramms.** Kinder bis 14 Jahre erhalten in diesem Rahmen bestimmte Impfungen kostenlos. Die operative Umsetzung des Kinderimpfprogramms liegt bei den Ländern.<sup>44</sup>

Zusätzlich gibt das BMSGPK **erweiterte Impfempfehlungen für Erwachsene** im erwerbsfähigen Alter heraus, die über den regulären Impfplan hinausgehen. Diese berücksichtigen das spezifische Risiko einzelner Berufsgruppen. So wird Personen, die in den Bereichen Veterinärmedizin, Land- und Forstwirtschaft und Jagd arbeiten, eine Tollwutimpfung empfohlen. Eine Impfung gegen Hepatitis B legt der erweiterte Impfplan einer ganzen Reihe von Berufsgruppen nahe, z. B. Personen in Sozialberufen oder bei den Einsatzkräften.<sup>45</sup>

## SOZIALVERSICHERUNG

Die Sozialversicherung ist für Impfungen nur eingeschränkt zuständig. Impfungen gelten nicht als Krankenbehandlung und fallen, da es sich um Präventionsmaßnahmen handelt, auch nicht in den Aufgabenbereich der Sozialversicherungsträger bzw. der ÖGK. Das ASVG sieht im Rahmen der sozialen Krankenversicherung zwei Ausnahmen vor, die im Aufgabenbereich der Sozialversicherung unter „Sonstige Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit“ fallen<sup>46</sup>: Dies ist die Influenza-Impfung, wenn und solange die WHO eine Influenza-Pandemie ausgerufen hat, sowie die Impfung gegen Frühsommermeningoencephalitis („Zeckenimpfung“). Die beiden genannten Ausnahmen leistet die Sozialversicherung im Auftrag des Bundes. Zudem kann die Sozialversicherung Impfungen als freiwillige Leistung<sup>47</sup> ermöglichen. Freiwillige Leistungen werden aufgrund gesetzlicher oder satzungsmäßiger Vorschriften gewährt, ohne dass ein Rechtsanspruch auf sie besteht. In diesem Sinne sind regionale Grippeimpfkampagnen der ÖGK auf Bundesländerebene zu sehen, die überwiegend noch aus der Zeit der Gebietskrankenkassen vor ihrer Zusammenlegung 2020 stammen. Diese regionalen Aktionen in einzelnen Bundesländern führte die ÖGK nach der Kassenfusion als Übergangslösung weiter. Sie werden ab der Grippesaison 2023/24 vom neuen „Öffentlichen Impfprogramm Influenza“ abgelöst.

## BEHÖRDEN DER LÄNDER

Die Gesundheitsbehörden auf Landesebene sind die Ämter der Landesregierungen und die örtlich zuständigen Bezirksverwaltungsbehörden. In der Zuständigkeit der Länder liegt auch der öffentliche Gesundheitsdienst, dessen Aufgaben auch Infektionsepidemiologie und Infektionsschutz durch Impfaktionen umfassen. Für die praktische Umsetzung sorgen unter anderem Amts- und Gemeindeärzte. Allerdings gibt es bei Impfungen auch Kooperationen der Landesregierungen, etwa mit den Sozialversicherungsträgern bzw. Landesärztekammern.<sup>48</sup>

## DATEN

Daten sind eine Voraussetzung für eine gute Planung im Gesundheitssystem. In Österreich stehen viele öffentliche Daten zur Verfügung. Für deren Verknüpfung fehlen jedoch teilweise die rechtlichen und technischen Voraussetzungen<sup>49</sup>.

Wichtige Institutionen im Zusammenhang mit (Gesundheits)Daten und Datenschutz sind in Österreich z. B. die Datenschutzbehörde<sup>50</sup>, die ELGA GmbH.<sup>51</sup>, die Statistik Austria und die Pseudonymisierungsstelle des Dachverbands der Sozialversicherungsträger. Zu den wichtigsten rechtlichen Grundlagen gehören die Datenschutzgrundverordnung<sup>52</sup> der EU, das Gesundheitstelematikgesetz<sup>53</sup> und das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen<sup>54</sup>.

Mögliche Datenquellen im Zusammenhang mit der Influenza-Impfung und medizinisch bzw. sozioökonomisch vulnerablen Gruppen sind z. B.: Elektronische Gesundheitsakte (ELGA) inkl. elektronischem Impfpass, Sozialversicherungsdaten (abgerechnete Leistungen bzw. Medikamente; Einkommensdaten; Bezug relevanter Geldleistungen wie Krankengeld, RehaGeld); AMS-Daten (Arbeitslosengeld, Notstandshilfe); Daten zum Bildungsstand<sup>55</sup>; Diagnosecodierungen und Leistungsdokumentation der Krankenanstalten<sup>56</sup>. Neben den oben erwähnten fehlenden Voraussetzungen zur Verknüpfung vorhandener Daten ist auch die Datenqualität zu berücksichtigen. Ein Beispiel ist die in Kapitel 2.1.6. beschriebene große Diskrepanz zwischen ausgelieferten Impfdosen und den laut e-Impfpass durchgeführten Influenza-Impfungen. Dieser könnte unter anderem eine noch mangelhafte Eintragungsdisciplin bei Impfungen zugrunde liegen, obwohl der Eintrag bei der Influenza eigentlich verpflichtend ist.

Nicht verpflichtend ist derzeit noch der Eintrag des Impfsettings (Arztpraxis, Betrieb, Betreuungseinrichtung etc.), der nützliche Daten für die Gestaltung eines Grippeimpfprogramms liefern könnte und auch inhaltlich weiterentwickelt werden sollte. Selbst kleine Änderungen beim Eintrag in den e-Impfpass bedürfen langer Vorlaufzeiten, intensiver Diskussionen zwischen den Systempartnern im e-Impfpass-Beirat und entsprechender rechtlicher Grundlagen. Diese Schilderung ist beispielhaft für die langen Reaktionszeiten der Gesundheitsinstitutionen in Österreich – egal, ob es um Gesetzesanpassungen oder die Weiterentwicklung von IT-Prozessen geht.

#### **QUALITATIVE ERHEBUNG: ZERSPLITTERTE ZUSTÄNDIGKEITEN AUS SICHT VON EXPERTEN**

Die zersplitterten Zuständigkeiten im österreichischen Gesundheitssystem waren ein wichtiges Thema in der qualitativen Erhebung. Der Tenor war bei diesem Thema unter allen Interviewpartnern sehr eindeutig: Der je nach Landesregierung bzw. Sozialversicherungsträger unterschiedliche Umgang mit Impfungen sei kontraproduktiv und mache alles kompliziert. Alle Beteiligten wünschten sich einheitliche Bedingungen für Impfungen sowohl in organisatorischer als auch in finanzieller Hinsicht und möglichst wenig Bürokratie. Eine Befragte kritisierte zudem die mangelnde Qualitätskontrolle (bezogen auf das Kinderimpfprogramm), eine andere mangelnde Transparenz über die Entscheidungen des nationalen Impfgremiums. Als positive Aspekte wurden von einzelnen Befragten erwähnt: Verankerung von Impfungen im Mutter-Kind-Pass, schulische Impfkationen, zentrale Festlegung medizinischer Impfrichtlinien bzw. Impfeempfehlungen durch das Gesundheitsministerium für ganz Österreich.

#### **2.2.3. Finanzierung**

Erwachsene müssen Impfungen in Österreich in der Regel selbst bezahlen – auch jene, die im „Impfplan Österreich“ enthalten sind. Es gibt jedoch Ausnahmen.

**Angeordnete Impfungen:** Kosten für Impfungen, die die Bezirksverwaltungsbehörden per Bescheid anordnen, trägt laut Epidemiegesetz der Bund<sup>57</sup>.

**Impfungen für Erwerbstätige:** In bestimmten Fällen hat der Arbeitgeber den Mitarbeitern Impfungen anzubieten und dafür die Kosten zu übernehmen, siehe dazu die Details unter „Impfungen und Erwerbstätigkeit“.

**Impfungen der Sozialversicherung:** In zwei Fällen ist die Sozialversicherung verpflichtet, Impfkosten zu übernehmen – nämlich im Fall einer Grippepandemie bzw. teilweise für die FSME-Impfung. Laut Satzung<sup>58</sup> der ÖGK ist für die FSME-Impfung ein Kostenzuschuss von EUR 4,50 (2023) vorgesehen oder alternativ ein Beitrag der ÖGK zu einem vergünstigten Impferum. Zudem sind Impfungen als freiwillige Leistungen möglich bzw. können im Rahmen von Einzelfallentscheidungen für bestimmte Risikopersonen gewährt werden.

**Nationales Kinderimpfprogramm:** Die Finanzierung regelt ein privatrechtlicher Vertrag aus dem Jahr 1997, die „Vereinbarung zum Nationalen Kinderimpfkonzept“. Demnach trägt der Bund zwei Drittel der Impfstoffkosten, je ein Sechstel tragen die Sozialversicherung und die Länder. Die Kosten für Distribution und Impfhonorare übernehmen zur Gänze die Länder.<sup>59</sup> Da das Budget nach oben gedeckelt ist, hängt die Vielfalt der angebotenen Impfungen nicht nur von medizinischen, sondern auch von finanziellen Kriterien ab.<sup>60</sup> Ab 2023 ist eine Erweiterung des Angebots geplant, wobei der Zugang zur HPV-Impfung bis zum vollendeten 21. Lebensjahr möglich sein soll.

#### **2.2.4. Kostenlose Impfungen gegen bestimmte Infektionskrankheiten**

- **Influenza:** Die im Kapitel 2.2.2. erwähnten freiwilligen Influenza-Impfaktionen der Sozialversicherung waren in der Regel Angebote mit finanzieller Beteiligung der jeweiligen Landesregierung. In manchen Fällen war der Zugang auf bestimmte Zielgruppen beschränkt, z. B. nach Alter oder Vorerkrankungen. Von den Influenzasaisonen 2020/2021 bis 2022/2023 gab es zudem kostenlose Impfungen für in Alten- und Pflegeheimen betreute Menschen, bei denen der Bund den Impfstoff und die Länder die Umsetzung finanzierten.<sup>61</sup> Sowohl die regionalen

Impfaktionen als auch die Impfangebote in Heimen werden ab der Saison 2023/2024 vom neuen „Öffentlichen Impfprogramm Influenza abgelöst“, das diese Masterarbeit an anderer Stelle noch ausführlich behandelt.

- **COVID-19:** Die Finanzierung der Impfungen erfolgt durch den Bund aus dem COVID-19-Krisenbewältigungsfonds. Den Ländern ersetzt der Bund die Kosten für öffentliche Impfstraßen. Das Impfhonorar im niedergelassenen Bereich übernimmt die Sozialversicherung.<sup>62</sup>
- Impfungen gegen **Mumps-Masern-Röteln, Kinderlähmung** und (nur für besonders gefährdete bzw. exponierte Personen) gegen **Affenpocken** sind für alle in Österreich lebenden Personen ohne obere Altersgrenze kostenfrei. Der Bund finanziert den Impfstoff, die Länder die Umsetzung. Die Impfungen erfolgen in der Regel an öffentlichen Impfstellen der Länder.<sup>63</sup>

### 2.2.5. Impfungen und Erwerbstätigkeit

Arbeitgeber haben eine Fürsorgepflicht. Dies bedeutet, dass der Arbeitgeber Leben und Gesundheit der Arbeitnehmer zu schützen hat. Die Fürsorgepflicht ist im „ArbeiternehmerInnenschutzgesetz“ (ASchG) geregelt<sup>64</sup> und allgemein im Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuch festgeschrieben<sup>65</sup>. In bestimmten Fällen hat der Gesetzgeber eine Verpflichtung für Arbeitgeber festgelegt, Mitarbeitern bestimmte Impfungen kostenlos anzubieten. Das ASchG sieht Impfungen bei berufsspezifischem Infektionsrisiko vor. Es sieht Schutzimpfungen, die mit der Tätigkeit der Arbeitnehmer in Zusammenhang stehen, ausdrücklich als Aufgabe von Arbeitsmedizinern.<sup>66</sup> Allerdings: Steht eine Schutzimpfung nicht direkt in Zusammenhang mit der Tätigkeit der Mitarbeiter, darf ein Arbeitsmediziner nur dann impfen, wenn er einen Ordinationssitz im Betrieb hat. Dies schränkt die Möglichkeit ein, Impfungen zu verabreichen, die im allgemeinen Gesundheitsinteresse stehen, aber nicht als betriebsmedizinisch anzusehen sind.<sup>67</sup> Ein Beispiel dafür ist die Influenza-Impfung für Verwaltungsmitarbeiter ohne Kundenkontakt.

Von betriebsmedizinischen Schutzimpfungen im Sinne der Fürsorgepflicht sind verpflichtende Impfangebote von Arbeitgebern zu unterscheiden, die etwa auf Landesebene im Krankenanstalten-Hygienerecht geregelt sind. Hier stehen die Einhaltung von Hygienebestimmungen und der Schutz von Patienten im Mittelpunkt.<sup>68</sup>

### 2.2.6. Impfberechtigte Personen<sup>69</sup>

- **Ärzte:** Impfen ist in Österreich laut Ärztesgesetz eine ärztliche Tätigkeit<sup>70</sup>. Ob eine Delegation an andere, nichtärztliche Berufe möglich ist, bestimmen die jeweils einschlägigen berufsrechtlichen Vorschriften. Die ärztliche Aufsicht entfällt, sofern die Regelungen der entsprechenden Gesundheitsberufe bei der Durchführung übertragener ärztlicher Tätigkeiten keine ärztliche Aufsicht vorsehen.<sup>71</sup> Nicht delegierbar ist die ärztliche Aufklärungspflicht. Alle berufsberechtigten Ärzte dürfen Impfungen durchführen, sofern diese Tätigkeit von ihrem Tätigkeitsbereich umfasst sind. Aufgrund dieser generellen Regelung ist im jeweiligen Einzelfall zu prüfen, ob die konkrete Impfung vom jeweiligen Arzt durchgeführt werden darf. Ein Augenarzt dürfte also keine Grippeimpfung durchführen, weil Influenza keine Augenkrankheit ist. Turnusärzte bzw. Ärzte in Ausbildung dürfen unter Anleitung und Aufsicht der Ausbildungsärzte impfen. Für Arbeitsmediziner gelten spezielle Vorschriften.
- **Diplomiertes Krankenpflegepersonal** kann auf Grundlage einer schriftlich dokumentierten ärztlichen Anordnung impfen. Details regelt das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG).
- **Hebammen** können im Rahmen ihres Berufsbilds von den Gesundheitsbehörden laut Impfplan empfohlene Impfungen verabreichen.<sup>72</sup> Das kann sich naturgemäß nur auf die Impfung von Schwangeren bzw. stillenden Müttern beziehen. Da etwa die Influenza-Impfung für Schwangere empfohlen ist, könnten Hebammen diese durchführen.
- **Rettungs- und Notfallsanitäter** wurden im Rahmen der Coronapandemie berechtigt, nach einer theoretischen und praktischen Schulung unter ärztlicher Aufsicht Impfungen gegen COVID-19 in strukturierten

Einrichtungen zu verabreichen.<sup>73</sup> Für andere Impfungen existiert eine derartige Bestimmung nicht.

- **Apotheker:** Eine Kompetenz für Apotheker, Impfungen durchzuführen, existiert nicht. Das Apothekengesetz sieht vor, dass das zuständige Bundesministerium die erlaubten Tätigkeiten für Apotheker regeln. Dazu gehören etwa die Entwicklung, Herstellung und Prüfung von Arzneimitteln<sup>74</sup>.

Dazu zwei Vergleiche: In Deutschland darf unter ärztlicher Aufsicht neben Pflegepersonen auch dafür geschultes ärztliches Assistenzpersonal Impfungen verabreichen.<sup>75</sup> In Neuseeland gibt es besonders weitreichende Impfberechtigungen: Neben Ärzten und Pflegepersonal kann Gesundheitspersonal mit einem jährlich absolvierten Zertifikatskurs impfen. In eingeschränktem Ausmaß sind auch eingetragene Pharmazeuten sowie Mitarbeiter an definierten staatlichen Impfprogrammen (mit entsprechender Zertifizierung) impfberechtigt.<sup>76</sup>

Zum Thema Impfberechtigung gibt es auch Ergebnisse aus der qualitativen Erhebung. Zur Frage, ob man die Pflege mehr in das Thema Impfungen einbeziehen sollte, kamen zwei inhaltlich übereinstimmende Stellungnahmen der beiden ausgebildeten DGKP unter den Interviewpartnern: Der Wissensstand von DGKP sei für Impfgespräche in der Regel nicht ausreichend. Beide DGKP betonen, dass sie in ihrer Ausbildung kaum etwas zum Thema Impfungen gelernt hätten. In der Pflege würde Impfen als ärztliche Zuständigkeit gesehen. Bei DGKP sei die mögliche Angst vor Kompetenzüberschreitungen zu berücksichtigen. Ist eine Mitwirkung der Pflege an der Impfaufklärung erwünscht, bräuchte es auf jeden Fall einen klaren Auftrag und entsprechende Schulungen, betonen beide Interviewpartnerinnen. Zum Thema Impfungen in Apotheken kamen mehrere Wortmeldungen, die auf das Problem von unmittelbaren Impfkomplicationen bei gleichzeitig fehlender ärztlicher Aufsicht hinwiesen.

### 2.2.7. Österreichische Gesundheitsziele und Impfungen

Die zehn Gesundheitsziele<sup>77</sup> bilden bis zum Jahr 2032 einen Handlungsrahmen für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik in Österreich. Drei dafür besonders

relevant erscheinende Gesundheitsziele wurden im Hinblick auf das Thema Impfungen bewertet:

### **GESUNDHEITSZIEL 2: GESUNDHEITLICHE CHANCENGERECHTIGKEIT FÜR ALLE MENSCHEN IN ÖSTERREICH SICHERSTELLEN**

Menschen sollen unabhängig von Herkunft, Geschlecht, Wohnumgebung und sozioökonomischen Status gerechte Chancen haben, gesund zu bleiben. Dies ist bei den Impfquoten nicht gegeben. So sind z. B. Menschen mit niedrigem Bildungsstand weniger oft geimpft. Genau diese Menschen leiden andererseits häufiger an Vorerkrankungen, die schwere Verläufe von Infektionskrankheiten wahrscheinlicher machen (Kapitel 2.4.2.).

### **GESUNDHEITSZIEL 3: GESUNDHEITSKOMPETENZ DER BEVÖLKERUNG STÄRKEN**

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit ist auch eine Frage der Gesundheitskompetenz. Um diese zu stärken, muss der Zugang zu „verständlicher, unabhängiger und verlässlicher“ Information erleichtert werden. Beim Thema Impfen ist hier noch einiges zu tun, denn es gibt einen klaren Zusammenhang zwischen Bildungsgrad und Impfquoten (Kapitel 2.4.2.).

### **GESUNDHEITSZIEL 10: QUALITATIV HOCHSTEHENDE UND LEISTBARE GESUNDHEITSVERSORGUNG FÜR ALLE SICHERSTELLEN**

Dieses Gesundheitsziel nennt zwei für Impfungen wesentliche Punkte: Gesundheitsleistungen müssen sich an den Bedürfnissen der Patienten orientieren und Vorbeugung ist eines der dringlichsten Anliegen. Impfungen bzw. Auffrischungen sind in Österreich für Erwachsene überwiegend privat zu bezahlen. Das öffentliche Gesundheitssystem übernimmt zwar die Kosten für die Krankenbehandlung, wenn sich jemand mit einer durch Impfung vermeidbaren Infektionskrankheit ansteckt – doch dafür, das Risiko einer Ansteckung durch eine Impfung zu senken, bezahlt es für Erwachsene in der Regel nicht (Kapitel 2.3.3.).

## 2.3. Historischer Exkurs

### 2.3.1. Impfungen in Österreich

Edward Jenner (1749-1823), britischer Arzt und Wissenschaftler, war ein Pionier der Impfungen. Er „impfte“, also infizierte einen Buben mit dem Inhalt einer Pustel einer an den Kuhpocken erkrankten Magd. Das Kind erkrankte leicht und wurde nach einigen Wochen von Jenner erneut absichtlich infiziert, diesmal mit den Menschenpocken – und es erkrankte nicht. Jenners heute aus ethischer Sicht undenkbares Experiment basierte auf der Idee, dass sich tierische Krankheitserreger bei einer Übertragung auf den Menschen abschwächen. Diese Idee hielt bald auch im heutigen Österreich Einzug.<sup>78</sup>

Im Jahr 1800 gab es in Wien und Niederösterreich die ersten Massenimpfungen gegen die Pocken. Darauf kam es mehrere Jahre kaum zu Pockenfällen, was allerdings dazu führte, dass die Impfmotivation nachließ und die Krankheit wieder aufflammte. Die Pockenimpfung war die erste gesetzlich geregelte und die einzige verpflichtende Impfung in Österreich – und zwar bis zur Ausrottung der Pocken, welche die WHO 1980 verkündete. Rechtsgrundlagen dafür waren das entsprechende Hofkanzleidekret vom 9. Juli 1836 und das Bundesgesetz von 1948.

Sowohl ein Tot- als auch ein Lebendimpfstoff gegen **Masern** waren in Österreich ab den 1960er-Jahren verfügbar, wobei sich der Lebendimpfstoff durchsetzte. Ab 1972 wurde die **Rötelnimpfung** vehement für Mädchen im 13. Lebensjahr zur Vermeidung der Röteln-Embryopathie empfohlen (Schädigung des Ungeborenen durch Übertragung des Virus im Mutterleib). Ab 1993 galt die Impfeempfehlung, im 14. Lebensmonat Mumps-Masern-Röteln zu impfen.

Die Bekämpfung der von Zecken übertragenen **Frühsommermeningo-Enzephalitis (FSME)** war eine spezielle Erfolgsgeschichte. Die Erstbeschreibung der Krankheit erfolgte in Österreich in den 1930er-Jahren. Ab Mitte der 1960er-Jahre suchte man bei allen entzündlichen Erkrankungen des Zentralnervensystems gezielt nach FSME und konnte das Ausmaß der Verbreitung feststellen. 1976 wurde der erste FSME-Impfstoff zugelassen. Ab 1981 impfte man nicht mehr nur Risikogruppen, sondern die gesamte exponierte Risikobevölkerung in endemischen Gebieten, was 1999 zu einem historischen Tiefststand von nur 41 Fällen in ganz Österreich führte.

1974 wurde in Österreich der **Mutter-Kind-Pass** eingeführt. Aus diesem Anlass erschien bereits 1973 eine offizielle Einführungsbroschüre für Ärzte, die auch Impfeempfehlungen für Kinder erhielt und zwar für Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Polio und Masern.<sup>79</sup>

Ein großer Schritt in Sachen Impfungen war das 1998 vom Gesundheitsministerium in Zusammenarbeit mit den Ländern und der Sozialversicherung eingeführte nationale **Kinderimpfprogramm**. Dadurch kamen Kinder bis zum 15. Lebensjahr in den Genuss kostenloser Grundimmunisierungen und Auffrischungsimpfungen gegen die wichtigsten Infektionskrankheiten.<sup>80</sup>

### **2.3.2. Influenza: Pandemien und Impfungen**

Mit der Influenza als Krankheit war die Menschheit schon lange vertraut, jedoch war die Ursache lange Zeit unbekannt. Erst dem britischen Virologen Patrick Playfair Laidlaw (1881-1940) und seinem Team gelang es 1933, das **Influenzavirus** zu isolieren.<sup>81</sup> Neben saisonalen Influenza-Epidemien machten den Menschen auch **Pandemien** zu schaffen, die etwa im Abstand von zehn bis 40 Jahren auftreten.

Während sich kleine Änderungen der Oberflächenproteine innerhalb eines Viren-Subtyps in Epidemien äußern, können größere Veränderungen bei bestimmten Antigenen, die neue Subtypen hervorbringen, zu Pandemien führen. Diese waren im 20. Jahrhundert:

- 1918–1920: A (H1N1) „Spanische Grippe“, 20 bis 50 Millionen Tote,
- 1957–1958: A (H2N2) „Asiatische Grippe“, zirka eine Million Tote,
- 1968–1969: A (H3N2) „Hongkong-Grippe“, zirka eine Million Tote.

Im 21. Jahrhundert rief die WHO 2009 eine Pandemie der „Schweinegrippe“ (H1N1) aus, welche im August 2010 für beendet erklärt wurde.<sup>82</sup>

Die größte bekannte Influenzapandemie war jene der Jahre 1918 und 1919. Die Bezeichnung „Spanische Grippe“ suggeriert ein Entstehen der Pandemie in Spanien, was nicht stimmt – vielmehr berichtete die Presse dort ausführlicher, während in anderen Staaten kriegsbedingt strenge Zensur herrschte.

Die „Spanische Grippe“ verursachte bis zu 50 Millionen Todesfälle. Zusätzlich waren die sozioökonomischen Konsequenzen enorm, auch in den nicht vom Ersten Weltkrieg betroffenen Gebieten. In dieser Pandemie starben auffällig viele junge Erwachsene, die sowohl als Arbeitskräfte als auch als Eltern von kleinen Kindern Lücken hinterließen. Damals blieb über den Verlauf der Grippe viel im Unklaren. Einerseits wollten die Behörden oft das Ausmaß der Erkrankungen und Todesfälle nicht bekanntgeben, andererseits ließ sich diese auch nicht immer feststellen bzw. wurden fälschlicherweise anderen Krankheitserregern zugeschrieben. Das humane Influenzavirus wurde ja erst 1933 erstmals isoliert. Trotzdem führte die Pandemie von 1918/1919 zu Public-Health-Fortschritten. Die Entscheidungsträger in Politik und Verwaltung nutzten Erfahrungen bzw. führten Verbesserungen in unterschiedlichen Bereichen ein, z. B. in der Gesundheitserziehung, Gesundheitsüberwachung, Isolierung Infizierter, Hygiene, im sozialem Wohnbau etc.<sup>83</sup>

Die Entdeckung des Influenzavirus führte rasch zur ersten Generation von **Lebendimpfstoffen**. Erste Versuche unternahm schon Louis Pasteur. Schließlich war es ein Russe, A. A. Smorodintseff, und seinem Team, denen 1936 der erste Lebendimpfstoff mit einem abgeschwächten Virus glückte. Über die Effektivität und Nebenwirkungen wissen wir wenig, da die damaligen Erhebungsmethoden heutigen Ansprüchen an Studien nicht mehr genügen. Der erste **inaktivierte Influenza-Impfstoff** war monovalent (gegen den A-Stamm). Nach der Entdeckung

des Influenza-B-Stammes wurde 1942 ein bivalentes Vakzin entwickelt. Erst später entdeckten Wissenschaftler, dass das Influenza-Virus mutiert. Seit 1973 gibt die WHO jährliche Empfehlungen zur Zusammensetzung des Impfstoffs und zwar auf Grundlage eines Überwachungssystems, das aktuell zirkulierende Virenstämme identifiziert. Der erste trivalente Impfstoff 1978 inkludierte zwei A-Stämme und einen B-Stamm. Mittlerweile gibt es tetravalente Impfstoffe mit vier Stämmen. Was bleibt, ist das Problem mit den Veränderungen des Antigens – die kleiner ausfallen können (Antigendrift) oder größer (Antigenverschiebung). Zudem kann mehr als ein Influenzastamm zirkulieren. Die Geschichte der Influenza-Impfstoffe spiegelt somit die Evolution des Virus wider.<sup>84</sup>

## 2.4. Vulnerable Gruppen unter besonderer Berücksichtigung der Influenza

### 2.4.1. Zum Begriff der Vulnerabilität

Im Bereich der Medizin bedeutet vulnerabel *physisch besonders gefährdet, krankheitsanfällig und wenig widerstandsfähig*. Das Wort stammt vom lateinischen *vulnus* (Wunde) bzw. *vulnerare* (verwunden) ab.<sup>85</sup> Das Nachschlagewerk für Mediziner „DocCheck Flexikon“ definiert Vulnerabilität wie folgt: „**Vulnerabilität** beschreibt in der Medizin die Anfälligkeit eines Menschen, an bestimmten Krankheiten zu erkranken. Da es hierbei meist um psychische Krankheiten geht, wird dieser Begriff hauptsächlich in der Psychologie und der Psychiatrie verwendet. In den anderen medizinischen Fachgebieten wird dagegen von *Prädisposition* gesprochen<sup>86</sup>.“ Und weiter: „Unter der **Prädisposition** versteht man in der Medizin die Anlage bzw. Empfänglichkeit eines Organismus für eine bestimmte Erkrankung<sup>87</sup>.“

In dieser Masterarbeit wird Begriff der Vulnerabilität nicht nur aus medizinischer Sicht (im Sinne von Prädisposition), sondern auch aus demografischer und sozioökonomischer Sicht verwendet, wobei es zwischen diesen Aspekten Wechselwirkungen gibt, wie die kommenden Kapitel ausführen werden. Einen breiten und differenzierten Zugang zur Vulnerabilität fordert auch der US-amerikanische Kinderonkologe Bruce Gordon. Er zeigt beim Thema Vulnerabilität zwei Ansätze auf – einen kategorischen und einen kontextuellen. Der kategorische Ansatz betrachtet bestimmte Menschengruppen entweder als vulnerabel oder nicht. Gordon hält ihn nicht für optimal, weil die Tatsache, dass manche Menschen

von multiplen Vulnerabilitäten betroffen sind, zu wenig berücksichtigt wird. Zudem zeigt die Kategorisierung das unterschiedliche Ausmaß der Vulnerabilität innerhalb einer Gruppe nicht auf. Wer das Thema analysiert, sollte vielmehr Situationen identifizieren, in denen bestimmte Menschen vulnerabel sind. Hier erlaubt der kontextuelle Ansatz mehr Nuancen. Vulnerabilität solle demnach stärker als ein Spektrum von Schweregraden bzw. als Folge von Lebenssituationen in einem Kontext betrachtet werden.<sup>88</sup>

#### **2.4.2. Vulnerable Gruppen aus medizinischer Sicht**

Bestimmte Personengruppen haben ein höheres Risiko, bei einer Influenza-Infektion schwer zu erkranken, an Komplikationen zu leiden, eine Spitalsbehandlung zu brauchen oder sogar zu sterben. Diese Risikogruppen für Influenza sind häufig auch jene, die durch andere Infektionskrankheiten besonders gefährdet sind. Im diesem Zusammenhang sind auch jene Personen zu sehen, die mit erhöhter Wahrscheinlichkeit vulnerable Menschen anstecken.

##### **ÄLTERE MENSCHEN AB CA. 65 JAHREN**

Sowohl das angeborene als auch das erworbene Immunsystem werden mit dem Alter schwächer (Immunoseneszenz), weshalb ältere Menschen anfälliger für Infektionskrankheiten sind und im Schnitt schwerere Verläufe haben. Zudem brauchen ältere Menschen oft länger, um sich von einer Erkrankung zu erholen. Manche leider deshalb länger oder dauerhaft an gesundheitlichen Einschränkungen. Mit dem Alter steigt außerdem die Wahrscheinlichkeit, an chronischen Erkrankungen zu leiden, die im Fall einer Erkrankung an Influenza zusätzliche Risiken mit sich bringen. Auch die Effektivität von Impfungen (insbesondere bei Influenza) und die Dauer der Schutzwirkung können im Alter nachlassen. Trotzdem bleiben Impfungen ein wichtiges Public-Health-Tool, um alte Menschen zu schützen. Zu den Versuchen, die Effektivität der Influenza-Impfung zu erhöhen, gehören die Verwendung von Adjuvantien (Wirkungsverstärkern) bzw. höher dosierten Impfstoffen sowie die intradermale Injektion (innerhalb der Lederhaut), welche die Fähigkeit von Antigenen fördern könnte, eine Immunantwort auszulösen.<sup>89</sup>

## PERSONEN MIT CHRONISCHEN KRANKHEITEN

Die WHO empfiehlt eine Influenza-Impfung für Personen mit bestimmten chronischen Krankheiten<sup>90</sup>. Dazu zählen z. B.

- Personen mit relevanten chronischen Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, der Lunge bzw. des Atemapparats (z. B. COPD), der Nieren, der Leber (z. B. virale Hepatitis, Leberzirrhose) und des Blutes
- Personen mit neurologischen und endokrinen Störungen (darunter Diabetes, cystische Fibrose etc.)
- Personen mit Adipositas (Body-Mass-Index ab 40)

Warum eine Influenza-Infektion bei Personen mit relevanten chronischen Krankheiten ein höheres Risiko mit sich bringt, ist von Krankheit zu Krankheit verschieden und oft nicht eindeutig geklärt. Möglich sind eine Schwächung des Immunsystems oder negative Einflüsse der Influenza-Infektion auf Körperprozesse. Bei Personen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen bzw. hohem Risiko dafür steht die Influenza im Verdacht, sich ungünstig auf Entzündungsprozesse, die Blutgerinnung, die Funktion der Blutgefäße, Autoimmunprozesse oder den Puls auszuwirken. Zudem fällt bei chronisch kranken Menschen oft eine Grunderkrankung mit anderen Risikofaktoren wie höheres Alter oder Adipositas zusammen.<sup>91</sup>

## PERSONEN MIT GESCHWÄCHTEM IMMUNSYSTEM

Es gibt zahlreiche Funktionsstörungen des Immunsystems mit einer hohen Bandbreite an Ursachen und Symptomen, wobei Immunschwäche und chronische Erkrankungen oft Hand in Hand gehen. Ein geschwächtes Immunsystem kann erblich/genetisch bedingt oder erworben sein. Fälle, bei denen es durch Infektion bzw. Krankheit und Behandlungen erworben wurde, sind z. B. HIV-Infektionen, Krebs, Diabetes, Organtransplantationen, Asplenie (Fehlen oder Funktionsunfähigkeit der Milz) oder die Sichelzellerkrankung (erbliche Erkrankung der roten Blutkörperchen). Bei Krebspatienten mit Influenza ist die Hospitalisierungsrate viermal höher und die Sterblichkeit sogar zehnmal höher als bei Influenza-Erkrankten ohne Krebserkrankung.

Bei Personen mit Immunschwäche ist die Fähigkeit von Influenza-Impfstoffen, eine Immunantwort auszulösen, reduziert. Angesichts der negativen Auswirkungen der

Influenza bei gleichzeitig schwächerer Wirkung der Impfung ist die Erforschung von neuen Impfstrategien angezeigt, etwa die Verwendung von Adjuvantien (Wirkungsverstärkern), mehrfache bzw. höhere Dosierung (vgl. Maßnahmen für ältere Menschen).<sup>92</sup>

### SCHWANGERE

Die physiologischen Veränderungen während der Schwangerschaft können Krankheitsrisiken beeinflussen. Schwangere Frauen haben durch eine Influenza-Infektion ein höheres Hospitalisierungsrisiko. Laut Schätzungen auf der Grundlage von Daten der Pandemie 2009 wurden an Influenza erkrankte Schwangere sieben Mal häufiger ins Spital und viermal so oft in die Intensivstation eingeliefert wie erkrankte Frauen, die nicht schwanger waren.<sup>93</sup> Auch die Wahrscheinlichkeit für Totgeburten steigt. Darüber, ob durch Influenza das Risiko von Fehl- und Frühgeburten bzw. ein niedrigeres Geburtsgewicht steigt, gibt es in der Fachliteratur unterschiedliche Meinungen, vergleiche dazu Wang et al. (2021) und Doherty et al. (2016).<sup>94</sup> Die WHO empfiehlt Schwangeren ausdrücklich, sich gegen Influenza impfen zu lassen.<sup>95</sup>

### KINDER

Die WHO empfiehlt die Influenza-Impfung für Kleinkinder unter fünf Jahren sowie (als Sonderfall) für Kinder und Jugendliche unter 19 Jahren, die längerfristig aspirin- bzw. salicytinhaltige Medikamente einnehmen.<sup>96</sup> Influenza-B-Viren greifen verstärkt Säuglinge und Kleinkinder an und können bei ihnen zu schweren Krankheitsverläufen führen. Auf zu früh geborene Kinder wirken sich Infektionskrankheiten generell stärker aus, da ihr Immunsystem noch nicht ausgereift ist. Frühchen, die gesund sind, sollten dasselbe Impfprogramm erhalten wie normal Geborene. Um einen frühzeitigen Infektionsschutz zu gewährleisten werden die Impfungen ausgehend vom tatsächlichen und nicht vom errechneten Geburtstermin empfohlen.<sup>97</sup>

### INDIREKTER SCHUTZ VON VULNERABLEN GRUPPEN

- **Gesundheitspersonal:** Ältere bzw. vorerkrankte Personen profitieren möglicherweise von hohen Durchimpfungsraten beim Gesundheitspersonal. Gerade jüngere und gesunde Mitarbeiter von Gesundheitseinrichtungen

weisen eine höhere Effektivität der Impfung auf, was Risikogruppen einen gewissen indirekten Schutz bieten könnte. Allerdings ist die Studienlage über den Nutzen hoher Durchimpfungsraten beim Gesundheitspersonal nicht eindeutig. Mehr Forschung ist notwendig, um die Frage zu beantworten, ob vulnerable Gruppen davon profitieren.

- **Kinderimpfung:** Kinder weisen eine höhere Viruslast auf und sind länger infektiös als Erwachsene. Außerdem bewegen sie sich ständig zwischen Haushalten und Schulen bzw. Betreuungseinrichtungen. Hohe Durchimpfungsraten bei Kindern senken die Krankheitslast (Arzt-Konsultationen, Hospitalisierungen, Todesfälle) auch bei Erwachsenen. Das bestätigen auch zahlreiche Studien. Kinderimpfungen sind ein nützliches Tool von Public-Health-Strategien gegen Influenza.<sup>98</sup>

Auch in der qualitativen Erhebung kamen die medizinisch vulnerablen Gruppen zu Sprache. Kleinkinder und Schwangere fanden kaum Erwähnung, die Interviewpartner bestätigten jedoch alte Menschen und Personen mit Vorerkrankungen als wichtige Risikogruppen. Es gab mehrere Hinweise auf das Nachlassen des Immunsystems im Alter sowie auf das Vorliegen mehrerer medizinischer Risikofaktoren gleichzeitig, also etwa hohes Alter *und* Vorerkrankungen.

#### **2.4.3. Vulnerable Gruppen aus demografischer und sozioökonomischer Sicht**

Demografische und sozioökonomische Faktoren spielen in der Gesundheit allgemein und bei Impfungen speziell eine Rolle. Personen mit niedrigerem sozioökonomischen Status - meist gemessen anhand von Bildung, Beruf und Einkommen - sind häufiger gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt als Personen mit höherem Status. Das sind etwa Belastungen am Arbeitsplatz, in der Wohnumgebung und im sozialen bzw. familiären Umfeld. Gleiches gilt für verhaltensbezogene gesundheitliche Risiken wie Rauchen, Bewegungsmangel oder ungesunde Ernährung. Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status

haben außerdem weniger Ressourcen, die ihrer Gesundheit nutzen bzw. helfen, Belastungen zu bewältigen. Als Folge der genannten Faktoren treten in diesen Gruppen viele Erkrankungen und Beschwerden häufiger auf und ihre Lebenserwartung ist niedriger<sup>99</sup>.

Ein Ergebnis der qualitativen Erhebung ist, dass die Interviewpartner im Zusammenhang mit vulnerablen Gruppen wesentlich mehr Wortmeldungen zu sozioökonomischen als zu medizinischen Aspekten abgaben. Dass Bildung, Einkommen und Sprachbarrieren durch Migrationshintergrund eine große Rolle spielen, bestätigen alle Teilnehmer an der Erhebung. Durch ein niedriges Bildungsniveau und schlechte Sprachkenntnisse sei das Bewusstsein für die Risiken von Influenza oft sehr gering, die Befragten setzten dies jedoch nicht mit einer allgemeinen Verweigerungshaltung gegenüber Impfungen gleich.

#### **EINFLUSS DEMOGRAFISCHER UND SOZIOÖKONOMISCHER FAKTOREN AUF GESUNDHEITSRISIKEN BZW. DEN GESUNDHEITZUSTAND**

Die Statistik Austria führt unter dem Titel „Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit“ im Auftrag des BMSGPK regelmäßig eine Gesundheitsbefragung durch. Die ausgewerteten Daten von 2019 belegen die Bedeutung der eingangs erwähnten Faktoren. Hier einige Beispiele<sup>100</sup>:

- Die Prävalenz von chronischen Erkrankungen hängt stark vom Alter ab. Bei den über 74-Jährigen sind neun von zehn Personen von mindestens einer chronischen Erkrankung betroffen. Bezogen auf die Bevölkerung ab 15 Jahren sind es zwei von drei.
- Die Chance auf einen subjektiv sehr guten bzw. guten Gesundheitszustand ist bei Menschen der höchsten Einkommensstufe um ein Vielfaches höher als in der niedrigsten Einkommensstufe (bei Männern: 5,4 Mal so hoch, bei Frauen 4,5 Mal so hoch). Einkommensschwache Personen geben häufiger an, unter Bluthochdruck, Diabetes, Depressionen und chronischen Kreuzschmerzen zu leiden als finanziell besser gestellte.
- Bildung hat einen zentralen Einfluss auf das Auftreten der meisten abgefragten chronischen Krankheiten. Bei Diabetes, Arthrose sowie chronischen Schmerzen (Kreuz, Nacken, Kopf) betrifft der Zusammenhang

von Bildung und Häufigkeit beide Geschlechter, bei anderen Erkrankungen nur ein Geschlecht (z. B. Frauen bei Bluthochdruck, Depressionen und Harninkontinenz).

- Ein wichtiger Risikofaktor für eine Reihe von (chronischen) Erkrankungen und dem Verlust von Lebensjahren ist das Rauchen. 23,5 % der Männer und 17,8 % der Frauen, die in Österreich leben, rauchen täglich. Personen mit höchstens Pflichtschulabschluss rauchen häufiger täglich: Männer 35,5 %, Frauen 25,9 %. Bei Personen mit höherer Schulbildung sind es erheblich weniger: Männer 14,3 %, Frauen 12,2 %.

Niedrigere Bildung und ein geringeres Einkommen korrelieren häufig auch mit einem Migrationshintergrund und zwar besonders dann, wenn es sich um Angehörige von Nicht-EU-Staaten („Drittstaaten“) handelt. Die Betroffenen haben also ein erhöhtes Risiko für einen schlechteren subjektiven Gesundheitszustand und chronische Krankheiten, allerdings ist auch das Alter zu berücksichtigen. Die Bevölkerung aus Drittstaaten ist im Durchschnitt jünger als die österreichische Bevölkerung bzw. jene aus EU-Staaten. Die größten Gruppen ausländischer Staatsangehöriger aus Drittstaaten kommen aus Serbien, der Türkei, Bosnien-Herzegowina, Syrien, Afghanistan, der Russischen Föderation und dem Kosovo. Das sind in Summe (Stichtag 1.1.2022) knapp 511.000 Personen.

Migrationshintergrund definiert die Statistik Austria allerdings nicht allein nach der Staatsbürgerschaft, sondern danach, wo die Eltern geboren sind<sup>101</sup>.

Vor allem bei Frauen hat der Migrationshintergrund einen signifikanten Einfluss auf den subjektiven Gesundheitszustand. Während 76 % der Österreicherinnen ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut beschrieben, waren es bei Frauen aus Ex-Jugoslawien (ohne die EU-Staaten Kroatien und Slowenien) und der Türkei knapp 56 %. Bei der Prävalenz von mindestens einer chronischen Krankheit sieht es wie folgt aus: Im Schnitt litten 2019 in Österreich 65,7 % der Männer und 66,1 % der Frauen an mindestens einer chronischen Krankheit. Bei Männern aus Ex-Jugoslawien bzw. der Türkei waren es 69,3 % (Frauen: 73,8 %). Bei Menschen aus anderen Drittstaaten waren es unabhängig vom Geschlecht nur rund 60,5 %, was höchstwahrscheinlich am jüngeren durchschnittlichen Alter liegt<sup>102</sup>.

## EINFLUSS DEMOGRAFISCHER UND SOZIOÖKONOMISCHER FAKTOREN AUF DEN IMPFSTATUS

Laut der Befragung „Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit“ gibt es auch einen Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Faktoren und der Wahrscheinlichkeit, geimpft zu sein<sup>103</sup>.

Abgefragt wurden 2019 Impfungen gegen Influenza, Tetanus, Diphtherie, Kinderlähmung und FSME. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen bestand bei allen Impfungen ein „sehr signifikanter“ oder „höchst signifikanter“ Zusammenhang zwischen der Impfung einerseits und Bildung bzw. Einkommen andererseits. Ein ähnliches Bild liefert eine repräsentative Umfrage des Verbands der Impfstoffhersteller mit 2.000 in Österreich lebenden Personen aus dem Jahr 2022. Dabei gaben 16 % der Personen mit Pflichtschulabschluss an, gegen Influenza geimpft zu sein. Bei Personen mit Matura bzw. Universitätsabschluss waren es 26 %.<sup>104</sup>

Eine Rolle bei den Impfquoten spielt auch der Migrationshintergrund. So gaben beispielsweise 76,7 % der befragten Männer und 71,7 % der Frauen der Statistik Austria gegenüber an, gegen Tetanus geimpft zu sein. Bei Personen aus Ex-Jugoslawien und der Türkei waren es nur 57,3 % (Männer) und 52 % (Frauen). Bei der Impfung gegen Kinderlähmung sieht es bei denselben Personengruppen wie folgt aus: Durchschnitt 59,1 % (Männer) und 59,3 % (Frauen) versus Menschen mit ex-jugoslawischem bzw. türkischem Migrationshintergrund 32,5 % (Männer) und 38,5 % (Frauen). Auch bei Personen aus anderen Drittstaaten sind die Impfquoten viel niedriger. Interessanterweise ist in der Studie bei der Influenza-Impfung kein nennenswerter Unterschied zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund erkennbar.<sup>105</sup>

Zusammenfassend lässt sich sagen: Personen mit geringer Bildung, geringem Einkommen bzw. Migrationshintergrund (Drittstaaten) haben einen schlechteren Gesundheitszustand und leiden häufiger unter chronischen Erkrankungen als der Durchschnitt. Damit haben sie auch ein höheres Risiko, im Fall einer durch Impfung vermeidbaren Infektion schwerer zu erkranken. Gleichzeitig sind bei genau diesen medizinisch ohnehin vulnerablen Personengruppen die Impfquoten niedriger als bei höher gebildeten bzw. materiell besser gestellten Personen ohne Migrationshintergrund (Drittstaaten).

## EINFLUSS DES WOHNORTES

Die Gesundheitsbefragung der Statistik Austria enthält auch interessante Aspekte zum Zusammenhang zwischen Wohnort und Gesundheit. 2019 wurde erstmals die Feinstaubbelastung als Indikator in die Befragung aufgenommen. Diese korreliert ebenfalls mit häufiger auftretenden chronischen Erkrankungen unter höher belasteten Personen<sup>106</sup>. Was an dieser Stelle nicht erhoben wurde, aber interessant wäre, ist, ob es einen Zusammenhang zwischen Feinstaubbelastung und attraktiven (teureren) und weniger attraktiven Wohngebieten (für Einkommensschwache) gibt. Umweltfaktoren, die der Gesundheit schaden, stehen indirekt auch mit den Risiken rund um (durch Impfung vermeidbare) Infektionskrankheiten in Zusammenhang.

Ein anderer Aspekt sind Unterschiede in den Impfquoten nach Wohnbezirken, etwa bei der Influenza-Impfung: Bei ihr ist der Zusammenhang mit dem Urbanisierungsgrad bei Männern „höchst signifikant“ (je urbaner, desto eher geimpft), was ein Hinweis auf einen besseren bzw. schlechteren Zugang zur Impfung (die im Gegensatz zu den anderen Impfungen jährlich aufzufrischen ist) sein könnte. Bei Frauen ließ sich kein entsprechender Zusammenhang feststellen.

Ein anderes Beispiel für regionale Unterschiede bei Impfungen ist eine Erhebung der Wissenschaftlichen Akademie für Vorsorgemedizin in Graz<sup>107</sup>. Diese hat ausgewählte Gratisimpfungen für Kinder im Vorschul- und Volksschulalter in der Steiermark untersucht – und zwar unabhängig von Einkommen und Bildungsstatus der Eltern. Sie identifizierten dabei zwei Problemregionen: In der Oststeiermark bleiben die Impfquoten bei allen Impfungen und Jahrgängen zurück. In der Region Murau sind die Impfquoten bei einzelnen Impfungen niedriger. Durchschnittlich liegt die Impfquote in den beiden Regionen mindestens 6,5 Prozentpunkte unter dem Steiermark-Durchschnitt, bei Impfungen im Schulalter sind es sogar 13,5 Prozentpunkt weniger. Außerdem kommen Kinder im Vorschulalter in den „Problembezirken“ im Schnitt später zur Impfung. In manchen Gebieten könnte eine mangelhafte kinderärztliche Versorgung eine Rolle spielen. Allerdings zeigt die Region östlich von Graz, dass auch eine ausreichende Ausstattung mit Kinderarztpraxen niedrige Impfquoten nicht verhindern kann. Die Studienautoren haben keine weitere Ursachenforschung betrieben. Das Beispiel

zeigt jedoch, dass regionale Unterschiede komplexe Ursachen haben können und man neben Alter, Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund auch nach anderen Faktoren suchen sollte.

Niedrigere Impfquoten nach Wohnregion treffen aus gesundheitlicher Sicht nicht alle gesundheitlich gleich stark. Für die medizinisch vulnerablen Menschen bedeuten sie jedenfalls einen Nachteil.

## **2.5. Gesundheitsverhalten im Zusammenhang mit Impfungen**

### **2.5.1. Gesundheitskompetenz**

Man sollte das Gesundheitsverhalten bzw. die Einstellungen von Menschen zum Thema Impfungen im Zusammenhang mit ihrer Gesundheitskompetenz betrachten – denn die Gesundheitskompetenz wirkt sich auf die Impfkompentenz aus.<sup>108</sup>

Gesundheitskompetenz umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden, um im Alltag Entscheidungen in Bezug auf Krankenversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung treffen zu können.<sup>109</sup> Gesundheitskompetenz spielt im Zusammenhang mit Vulnerabilität insofern eine Rolle, als dass geringe Bildung bzw. niedrige Gesundheitskompetenz oft sowohl mit niedrigem Einkommen als auch mit medizinischen Risikofaktoren korrelieren. Bei der Planung von Impfangeboten ist es daher wichtig, die Gesundheitskompetenz bzw. eng damit verbundene Kompetenzen (z. B. Lesekompetenz) realistisch einzuschätzen und das Impfangebot bzw. Informationen darüber möglichst danach auszurichten.

Die folgenden beiden Kurz-Kapitel beschreiben zwei wichtige Studien, die für die Einschätzung der Gesundheitskompetenz der Menschen in Österreich hilfreich sind.

## **SCHLÜSSELKOMPETENZEN DER MENSCHEN IN ÖSTERREICH: PROGRAMME FOR THE INTERNATIONAL ASSESSMENT OF ADULT COMPETENCIES (PIAAC)**

Aufschluss über für die Gesundheitskompetenz relevante Schlüsselkompetenzen gibt die PIAAC-Erhebung<sup>110</sup>, die in 24 Staaten (darunter Österreich) unter Erwachsenen von 16 bis 65 Jahren durchgeführt wurde. Österreich liegt im internationalen Vergleich beim Lesen nicht gut. Rund 17 % der Erwachsenen verfügen über eine niedrige Lesekompetenz und haben dadurch Nachteile in Beruf und Alltag. Risikofaktoren für eine niedrige Lesekompetenz sind ein niedriger Bildungsabschluss (beim Betroffenen bzw. bei seinen Eltern), ein höheres Alter und eine andere Erstsprache als Deutsch. Die Differenz in der Lesekompetenz zwischen Personen mit Deutsch als Erstsprache und Personen mit anderer Erstsprache ist in Österreich um 20 % höher als im OECD-Schnitt.

Bei Kenntnissen der Alltagsmathematik schneiden die Österreicher etwas besser als der OECD-Durchschnitt ab. Der Anteil der Personen mit niedriger Kompetenz beträgt hier rund 16 %. Beim Problemlösen im Kontext neuer Technologien haben rund 32 % der Erwachsenen in Österreich eine hohe Kompetenz (bei den 16- bis 24- Jährigen sind es rund 51 %), während rund 15 % ungenügende Computerkenntnisse aufweisen.

Generell sind in Österreich in allen Kompetenzbereichen der PIAAC-Erhebung die Unterschiede nach Einkommensgruppen besonders hoch. Zudem zeigt sich ein positiver Zusammenhang zwischen Schlüsselkompetenzen (vor allem Lesekompetenz) und der subjektiven Gesundheit. Dieser Zusammenhang ist auch aus PIAAC-Vorgängererhebungen belegt, allerdings ist der genaue Wirkmechanismus umstritten. Hier sind noch weitere empirische Befunde notwendig.

## **GESUNDHEITSKOMPETENZ DER MENSCHEN IN ÖSTERREICH: HEALTH LITERACY SURVEY 2021**

Die vom BMSGPK in Auftrag gegebene Österreichische Gesundheitskompetenz-Erhebung ist Teil des internationalen Health Literacy Survey. Es handelt sich um eine telefonische Befragung einer repräsentativen Stichprobe mit 3.000 ab 18-jährigen Personen in Österreich. Eine unterdurchschnittliche Gesundheitskompetenz weisen folgende Gruppen auf: Personen mit Pflichtschulabschluss, Personen in finanziell prekärer Situation, chronisch Kranke

bzw. Personen, die mit ihrer chronischen Erkrankung subjektiv schlecht zurechtkommen<sup>111</sup>.

Die Ergebnisse zur Impfkompentenz weisen in eine ähnliche Richtung: 16 % der Österreicher ab 18 Jahren findet es herausfordernd zu verstehen, warum sie oder ihre Familie eine Impfung brauchen. Rund ein Fünftel hat Schwierigkeiten im Umgang mit Impf-Informationen. Sie finden es schwierig oder sehr schwierig

- zu entscheiden, ob sie sich gegen Grippe impfen lassen sollen
- zu beurteilen, welche Impfungen sie oder ihre Familie eventuell brauchen
- Informationen über Impfungen zu finden, die für sie oder ihre Familie empfohlen sind

Die Ergebnisse der Erhebung zur Impfkompentenz weisen Zusammenhänge mit demografischen und sozioökonomischen Merkmalen auf:

- Personen von 30 bis 59 Jahren haben bei abgefragten Aufgaben zur Impfkompentenz signifikant häufiger Schwierigkeiten als jüngere oder ältere Personen.
- Personen mit maximal Pflichtschulabschluss schätzen die Aufgaben zur Impfkompentenz bzw. zum Verstehen einschlägiger Informationen häufiger als schwierig ein.
- Menschen in finanziell prekärer Situation bzw. chronisch Kranke, die mit ihrer Krankheit subjektiv schlecht zurechtkommen, haben bei allen Aufgaben zur Impfkompentenz signifikant häufiger Schwierigkeiten<sup>112</sup>.

#### **ERGEBNISSE AUS DER QUALITATIVEN ERHEBUNG**

In der qualitativen Erhebung vermischten sich Wortmeldungen zur Gesundheitskompetenz stark mit Vorschlägen für eine gute Gesundheitskommunikation – wobei die Anregungen, bedingt durch die persönlichen Erfahrungen der Interviewpartner, stark ins Operative gingen. Dazu mehr in Kapitel 2.6.5. Ein inhaltliches Detail zur Gesundheitskompetenz, das fast allen Interviewpartnern am Herzen lag, ist der Unterschied zwischen grippalem Infekt und Influenza, der bei Personen mit niedriger Gesundheitskompetenz zu wenig bekannt sei, weshalb viele die Gefährlichkeit einer Influenza unterschätzten.

## 2.5.2. Einstellungen zu Impfungen

Persönliche Einstellungen bzw. das Vertrauen in Impfungen spielen bei der Impfwilligkeit bzw. Impfszurückhaltung eine große Rolle.

Die Erhebung „State of Vaccine Confidence in the European Union“<sup>113</sup> misst seit 2018 alle zwei Jahre das Vertrauen in Impfungen in der EU und im Vereinigten Königreich. Gefragt wird nach der Zustimmung zu folgenden Fragen:

- Impfungen sind wichtig für Kinder.
- Impfungen sind sicher.
- Impfungen sind effektiv.
- Impfungen sind kompatibel mit religiösen, persönlichen oder philosophischen Glaubenssätzen.

Zusätzlich wurden leicht adaptierte Fragen zu einzelnen Impfungen gestellt (Masern, Influenza, HPV und erstmals 2022 COVID-19).

Die Studienautoren kamen 2022 zu folgenden Ergebnissen: Die Zustimmung zu den vier Fragen sank im Vergleich zu 2020 – bei den Punkten „wichtig“ und „effektiv“ sogar unter das Niveau von 2018. Die höchste Zustimmung in allen Punkten finden Impfungen in Spanien und Portugal, die niedrigste in der Slowakei und Lettland. Personen, die jünger sind, niedrigere Bildung haben bzw. muslimischen Glaubens sind, stimmen Impfungen weniger oft zu als Personen in höherem Alter, mit höherer Bildung bzw. als atheistisch/agnostisch eingestellte Menschen. Zwischen den Erhebungen 2018 und 2022 entwickelten sich die Einstellungen zwischen Jüngeren (18 bis 34 Jahre) und Älteren (ab 65 Jahren) zunehmend auseinander. Die Zustimmung zu Impfungen ist bei älteren Personen deutlich höher. Bei den Ergebnissen sind für vulnerable Zielgruppen vor allem die Indikatoren Alter und Bildung interessant.

## ERGEBNISSE FÜR ÖSTERREICH: ALLGEMEINE BEVÖLKERUNG

In Klammer ist der Durchschnitt aller Staaten angegeben. Die Prozentangaben beziehen sich auf die Zustimmung zu den entsprechenden Aussagen (*strongly agree* oder *tend to agree*).

### Impfungen allgemein (Österreich)<sup>114</sup>

abgefragte Aussage	2018	2022
Impfungen sind wichtig für Kinder.	Österreich: 89,3 % der Befragten stimmen zu Europaschnitt: 89,6 %	Österreich: 76,3 % Europaschnitt: 81,5 %
Impfungen sind sicher.	Österreich: 81,9 % Europaschnitt: 81,9 %	Österreich: 78,3 % Europaschnitt: 82,3 %
Impfungen sind effektiv.	Österreich: 86,8 % Europaschnitt: 87,2 %	Österreich: 81,3 % Europaschnitt: 85,6 %
Impfungen sind kompatibel...	Österreich: 84 % Europaschnitt: 78,7 %	Österreich: 79,2 % Europaschnitt: 81,5 %

Tabelle: Isabella Ömer auf Grundlage von Daten des State of Vaccine Confidence in the European Union 2022<sup>115</sup>

### Influenza-Impfung (Österreich)<sup>116</sup>

abgefragte Aussage	2018	2022
Influenza-Impfung ist wichtig.	Influenza-Impfung: 40,5 % der Befragten stimmen zu  Masern-Impfung: 87,6 % der Befragten stimmen zu	Influenza: 59,7 % Masern: 88,8 %
Influenza-Impfung ist sicher.	Influenza: 55,6 % Masern: 85,8 %	Influenza: 73,8 % Masern: 90 %
Influenza-Impfung ist effektiv.	nicht erhoben	Influenza: 64,8 % Masern: 91,1 %
Influenza-Impfung ist kompatibel...	nicht erhoben	Influenza: 79,2 % Masern: 87,2 %

Tabelle: Isabella Ömer auf Grundlage von Daten des State of Vaccine Confidence in the European Union 2022<sup>117</sup>

Die Influenza-Impfung genießt in Österreich weniger Zustimmung als andere Impfungen (z. B. MMR-Impfung). Allerdings ist das Vertrauen der Bevölkerung hinsichtlich „Wichtigkeit“ und „Sicherheit“ im Vergleich zu 2018 stark gestiegen. Interessant ist, dass die Kompatibilität der Influenza-Impfung mit eigenen Werten erheblich höher ist als das Vertrauen in ihre Sicherheit und Effektivität.

## ERGEBNISSE FÜR ÖSTERREICH: HEALTH CARE PROFESSIONALS (HCP)

Mit HCP sind Ärzte und Pflegekräfte gemeint, die einen beruflichen Bezug zu Impfungen haben. Die Zustimmung bezieht sich auf die Aussagen *strongly agree* oder *tend to agree*.

### Impfungen allgemein (HCP Österreich)<sup>118</sup>

abgefragte Aussage	2018	2022
Impfungen sind wichtig für Kinder.	97,9 % der in Österreich Befragten Health Care Professionals stimmen zu	91,5 %
Impfungen sind sicher.	96,8 %	84,9 %
Impfungen sind effektiv.	98,2 %	95,6 %
Impfungen sind kompatibel...	88,7 %	97,5 %

Tabelle: Isabella Ömer auf Grundlage von Daten des State of Vaccine Confidence in the European Union 2022<sup>119</sup>

Österreich gehört bei der Zustimmung von HCP zu Impfungen gemeinsam mit Frankreich und Griechenland zu den Schlusslichtern in Europa. Die anderen Staaten haben bei allen vier Fragen Zustimmungswerte von deutlich über 90 %, meist sogar über 95 %. Hervorzuheben ist, dass beim Thema Sicherheit von Impfungen die Zustimmungswerte unter HCP zwischen 2018 und 2022 stark gefallen sind. Darüber, ob dies an der kontroversen Diskussion über COVID-19-Impfstoffe liegen könnte, macht die Studie keine expliziten Angaben.

### Influenza-Impfung (HCP Österreich)<sup>120</sup>

abgefragte Aussage	2018	2022
Influenza-Impfung ist wichtig.	91,4 %	78,5 %
Influenza-Impfung ist sicher.	95,4 % %	91,1 %
Influenza-Impfung ist effektiv.	nicht erhoben	79,6 %

Influenza-Impfung ist kompatibel...	nicht erhoben	91,9 %
Impfempfehlung für Influenza abgeben	98,1 %	79,8 %

Tabelle: State of Vaccine Confidence in the European Union 2022, Datenauswahl durch Isabella Ömer

Bei HCP ist die Zustimmung, dass die Influenza-Impfung wichtig ist, zwischen den zwei Erhebungen stark gefallen, ebenso die subjektive Wahrscheinlichkeit, als Arzt/Ärztin bzw. Pflegekraft eine Empfehlung an Patienten abzugeben. Wenn man also bei einem Influenza-Impfprogramm in Österreich HCP als Verbündete und Multiplikatoren gewinnen will, ist noch einiges an Überzeugungsarbeit zu leisten. Einschränkend ist zu erwähnen, dass in Österreich 2022 nur 97 HCP für diese Studie befragt wurden. Um die Ergebnisse abzusichern, wäre vermutlich eine deutlich umfangreichere Befragungsgruppe notwendig. Aus der europaweiten Umfrage geht (zumindest im veröffentlichten Abschlussbericht) nicht hervor, wie hoch jeweils der Anteil der befragten Ärzte und jener der Pflegekräfte ist. Die qualitative Erhebung ergab zu den Einstellungen von Angehörigen von Gesundheitsberufen zu Impfungen kein eindeutiges Bild. Ein Teil der Befragten schätzt die Impfmotivation unter Angehörigen von Pflegeberufen eher gering ein bzw. war der Meinung, dass auch unter Ärzten das Bewusstsein für die Risiken von Influenza und die Bedeutung der Impfung höher sein sollten.

## VERTRAUEN

Das Vertrauen von Menschen in die Politik und in die großen staatlichen und gesellschaftlichen Institutionen ist ein wichtiges Thema in der Forschung.<sup>121</sup> Georg Simmel, ein Begründer der Soziologie, definierte das soziale Vertrauen als einen mittleren Zustand zwischen Wissen und Nichtwissen bzw. als eine Hypothese künftigen Verhaltens. Diese müsse sicher genug sein, um „praktisches Handeln“ darauf zu gründen.<sup>122</sup> Das Thema Vertrauen in Impfungen spiegelt sich in der für die Masterarbeit verwendeten Fachliteratur zwar wider (siehe u. a. die oben erwähnten Befragungen des Vaccine Confidence Reports), allerdings in erster Linie das Vertrauen in die Impfung als medizinischen Eingriff. Doch Vertrauen hat auch im Gesundheitsbereich eine größere, politische Dimension, die über die

Einstellung zu einzelnen medizinischen Eingriffen hinausgeht. Dieses „allgemeine“ Vertrauen in die Politik bzw. in staatliche Institutionen und Einrichtungen des Gesundheitswesens brachten die Teilnehmer an der qualitativen Erhebung von sich aus ein, sodass es nachträglich ins Kategorienschema eingefügt wurde. Die Befragten waren der Überzeugung, dass sich ein generelles Misstrauen in Institutionen auch negativ auf das Vertrauen in Impfungen auswirke, was Impfen letztlich zu einem politischen Thema mache – auch über die Gesundheitspolitik hinaus. Die politischen Debatten zur COVID-Impfung seien kontraproduktiv für das Vertrauen in Impfungen gewesen. Eine Interviewpartnerin, die Impfinformationen gemeinsam mit Fachleuten erarbeitet hatte, betonte die Wichtigkeit von transparenten und neutralen Informationen ohne tendenziöse Wortwahl, welche die Informationsempfänger in eine gewünschte Richtung lenken soll – diese Vorgangsweise würde das Vertrauen in jene Institutionen und Berufsgruppen stärken, die für die Impfkommunikation verantwortlich seien.

### 2.5.3. Impfbereitschaft und Impfzurückhaltung

Es gibt unterschiedliche Gründe, warum Menschen Impfungen in Anspruch nehmen oder eben nicht. Diese Gründe betreffen nicht nur, aber auch medizinisch und sozioökonomisch vulnerable Personen. Impfprogramme, die hohe Impfquoten bei Risikogruppen erreichen wollen, sollten daher bei der Planung die Motive und Barrieren berücksichtigen, die Menschen von einer Impfung abhalten.

#### BEGRIFFSWAHL

Eine hohe Impfbereitschaft, die sich dann auch in einer tatsächlichen Inanspruchnahme niederschlägt, ist der Wunsch vieler Entscheidungsträger im Gesundheitswesen. Warum jedoch lassen sich Menschen nicht impfen, was sind die Gründe dafür und welchen Begriff soll man für dieses „Nicht-impfen-lassen“ verwenden? In der Fachliteratur sind dafür unterschiedliche Begriffe zu finden. Im Englischen kursieren etwa *lack of vaccine confidence* und *vaccine hesitancy*, im Deutschen *Impfskepsis* oder *Impfmüdigkeit*. Die Entscheidung im Rahmen dieser Masterarbeit fiel auf den Begriff der Strategic Advisory Group of Experts on Immunization (SAGE) der WHO. SAGE verwendet den Terminus „vaccine hesitancy“ und definiert diesen bewusst sehr breit. Er ist auch in den „Ten Threats to Global Health“ (2019) nachzulesen: „*the reluctance or refusal to vaccinate despite the availability of vaccines*“<sup>123</sup>. Betsch et al. (2019) definieren *vaccine hesitancy*, das sie mit *Impfmüdigkeit* übersetzen, analog zur WHO als Verzögerung oder Ablehnung von Impfungen trotz Verfügbarkeit von Impfangeboten<sup>124</sup>.

Für die Übersetzung des Begriffs ins Deutsche gibt es noch weitere Möglichkeiten, z. B. Impfskepsis, Impfzögerlichkeit, geringe Impfbereitschaft oder Impfzurückhaltung. „Impfzurückhaltung“ erscheint dabei am neutralsten und wird daher in dieser Masterarbeit verwendet.

MacDonald (2015) bezeichnet Impfzurückhaltung als ein Kontinuum zwischen der zweifelsfreien Akzeptanz bzw. hohen Nachfrage und der zweifelsfreien Verweigerung aller Impfungen. Das allein sage jedoch, so MacDonald, noch nichts über Ausmaß und Ursachen von Impfzurückhaltung aus. Impfzurückhaltung sei ein Verhaltensphänomen, das vom Kontext und der konkreten Impfung abhängt

und ebenso von der Verfügbarkeit von Impfungen bzw. Zielen hinsichtlich Impfraten. Zudem gibt es Situationen, in denen die Impfszurückhaltung bzw. Einstellungen der Bevölkerung nicht die Hauptgründe für niedrige Impfraten sind. Vielmehr ist die mangelnde Verfügbarkeit z. B. durch organisatorische Mängel oder politische Konflikte, die wichtigste Ursache<sup>125</sup>. Eine Schwäche der WHO-Definition ist, dass jene Barrieren, die in der Organisation von Impfungen durch das Gesundheitssystem liegen, nicht berücksichtigt werden.

## ERKLÄRUNGS- UND DARSTELLUNGSMODELLE

### 5 C Modell

Zur besseren Verständlichkeit bzw. Bewertung von Impfbereitschaft und Impfszurückhaltung schlagen Betsch et al. (2018)<sup>126</sup> das 5 C-Modell vor. Dieses berücksichtigt neben dem Vertrauen in Impfungen auch andere Einflussfaktoren:

- **Confidence:** (fehlendes) Vertrauen, dass Impfstoffe wirksam und sicher sind bzw. in das Gesundheitssystem, das die Impfstoffe zur Verfügung stellt und verabreicht.
- **Complacency:** Gleichgültigkeit und Nachlässigkeit – gemeint ist die Wahrnehmung von Krankheitsrisiken, die durch Impfungen vermieden bzw. gesenkt werden könnten.
- **Constraints:** Hemmschwellen im Sinne von strukturellen und psychologischen Barrieren (z. B. Stress, Zeitnot, Aufwand).
- **Calculation:** Berechnung im Sinne von umfassender Suche nach Information bzw. von sorgfältiger individueller Nutzen-Risiko-Abwägung.
- **Collective responsibility:** Die vorhandene oder fehlende Bereitschaft, durch die eigene Impfung das Infektionsrisiko für andere (z. B. nicht impfbare bzw. schwerkranke) Menschen zu senken.

Im 3C-Modell<sup>127</sup> der SAGE sind, wie auch im 5C-Modell, die Begriffe confidence und complacency enthalten, aber auch noch ein weiterer Begriff, der auch berücksichtigt werden sollte:

- **Convenience** (Einfachheit, Bequemlichkeit): Dazu gehören z. B. Verfügbarkeit, Leistbarkeit, (geografische) Erreichbarkeit, Öffnungszeiten oder die Fähigkeit, Informationen zu verarbeiten (Stichwort Gesundheitskompetenz).

#### Determinanten-Matrix für Impfszurückhaltung

Beim Determinantenmodell<sup>128</sup> der SAGE werden impfrelevante Faktoren drei Kategorien zugeordnet:

- **Kontext-Faktoren:** z. B. soziokulturelle Faktoren, Gesundheitssystem, wirtschaftliche und politische Faktoren.
- **Individuelle bzw. Gruppenfaktoren:** betreffen die persönliche Wahrnehmung bzw. den Einfluss der sozialen Umgebung bzw. von Peergroups.
- **Impfspezifische Einflussfaktoren** mit direktem Bezug zum konkreten Vakzin.

#### **2.5.4. Ansätze aus der Verhaltensökonomie**

Verhaltensökonomie beschäftigt sich mit jenem Teil menschlichen Verhaltens, der nicht strikt auf Rationalität und Logik beruht. Zu den Pionieren der Verhaltensökonomie zählen Daniel Kahneman und Amos Tversky mit ihrer Ende der 1970er-Jahre entwickelten Prospect-Theorie. Die beiden Forscher stellen dabei die Vorstellung einer überwiegend rationalen, konsistenten

Entscheidungsfindung in Frage, bei der die Betroffenen auch die Eintrittswahrscheinlichkeit von Konsequenzen berücksichtigen. Das Verständnis von Kahneman und Tversky ist vielmehr, dass viele Menschen den ökonomischen Erwartungsnutzen nicht als Entscheidungsgrundlage heranziehen. Sie bevorzugen einen unsicheren, hohen Verlust gegenüber einem sicheren, aber geringeren Verlust.<sup>129</sup>

Spitzer et al. (2022) haben die Themen Impfbereitschaft bzw. Impfszurückhaltung aus der Perspektive der Verhaltensökonomie betrachtet. Im Gegensatz zur Standardökonomie, die von rationalen, auf Eigennutz fixierten Individuen ausgeht, berücksichtigt die Verhaltensökonomie auch soziale Einflüsse, Emotionen, Trägheit oder systematische Fehleinschätzungen. Auf dieser Grundlage haben die Autoren mehrere mögliche Faktoren im Zusammenhang mit Impfungen identifiziert<sup>130</sup>:

- *Gegenwartsverzerrung*: Eine zentrale Rolle spielen verzerrte Zeitpräferenzen. Menschen neigen dazu, bei Entscheidungen, für die mehrere Zeitpunkte relevant sind, die Gegenwart überproportional zu berücksichtigen. Entscheidungen, deren Aufwand/Kosten in der Gegenwart anfallen, deren Nutzen aber in der Zukunft liegt, werden eher aufgeschoben. Das gilt auch für Impfungen.
- *Verfügbarkeitsheuristik*: Menschen überschätzen tendenziell Ereignisse, für die sie im Kopf schnell Bilder und Beispiele parat haben. Hier wird das Impfen Opfer des eigenen Erfolgs: Der Schrecken von Infektionskrankheiten ist heute nicht mehr so sichtbar, weil diese Krankheiten unter anderem wegen verfügbarer Impfungen stark eingedämmt wurden.
- *Selbstüberschätzung und Überoptimismus*: Menschen überschätzen häufig die Leistungsfähigkeit ihres eigenen Körpers. Sie verzichten auf eine Impfung, weil sie denken, dass sie die Krankheit ohnehin nicht trifft und wenn doch, dass ihr eigenes Immunsystem (oder das ihrer Kinder) gut damit klar kommt.

- *Wahrscheinlichkeitsvernachlässigung*: Menschen haben oft Schwierigkeiten, die Wahrscheinlichkeit von bedeutenden Ereignissen richtig einzuschätzen. Sie ignorieren häufig geringe Wahrscheinlichkeiten – oder überschätzen sie. Letzteres betrifft die Wahrscheinlichkeit schwerer Impfnebenwirkungen.
- *Unterlassungseffekt*: Menschen schätzen die negativen Konsequenzen von aktivem Handeln deutlich problematischer ein als jene von unterlassenen Handlungen. Sie fürchten daher die Nebenwirkungen von Impfungen oft häufiger als die Folgen einer Erkrankung.
- *Default-Effekt*: Menschen tendieren dazu, jene Option zu bevorzugen, bei der sie keine aktive Entscheidung treffen müssen. Sie bevorzugen den vorgegebenen Status quo gegenüber einer Veränderung.

Die Darstellung von Risiken kann Einfluss auf die Entscheidungsfindung haben. Es macht einen Unterschied, ob man von Wahrscheinlichkeit x für Nebenwirkungen spricht oder von Wahrscheinlichkeit y für einen nebenwirkungsfreien Behandlungsverlauf. Dasselbe gilt für das Erklären des Risikos mittels relativer oder absoluter Risikoreduktion, wobei die relative Risikoreduktion meist überzeugender ist – ein Umstand, der durchaus zu hinterfragen ist, weil dadurch die Wirkung von Arzneien oder Behandlungen überschätzt werden kann.

Welche auf verhaltensökonomischen Ansätzen basierenden Maßnahmen wofür geeignet sind, ist kontext- und kulturabhängig. Nicht alles, was sich anderswo bewährt hat, funktioniert auch in Österreich oder lässt sich von einem anderen Anwendungsbereich auf das Thema Impfen übertragen. Bevor man Maßnahmen großflächig umsetzt, sollte man zunächst in eine entsprechende Analyse investieren, wozu sich unterschiedliche sozialwissenschaftliche Instrumente (quantitative bzw. qualitative Erhebungen) eignen.<sup>131</sup> Haynes et al. (2012) empfehlen, für die Bewertung von Public-Health-Interventionen - dazu gehören auch solche der Verhaltensökonomie - vermehrt randomisiert kontrollierte Studien einzusetzen.<sup>132</sup>

## 2.6. Ansätze für erfolgreiche Impfprogramme

Für Impfprogramme sind allgemeine Leitlinien wichtig, weil sie Orientierung geben. Zusätzlich sind konkrete Empfehlungen hilfreich, die auf Evidenz und Erfahrung aus der Praxis beruhen. Was schlagen wichtige (in Kapitel 2.2.1. beschriebene) Institutionen dazu vor? Darum geht es auf den folgenden Seiten. In manchen Kapiteln fließen auch, sofern dazu passend, die Ergebnisse der qualitativen Erhebung ein.

### 2.6.1. Werte und Prinzipien für Impfprogramme nach Konzepten der WHO

Entscheidungsgrundlagen für Impfprogramme in komprimierter Form liefert die WHO. Die *European Immunization Agenda 2030*<sup>133</sup> fasst Leitplanken für Impfprogramme zusammen. Darüber hinaus hat die europäische Niederlassung der WHO *Tailoring Immunization Programmes (TIP)*<sup>134</sup> entwickelt. Das knapp hundertseitige Dokument liefert Vorlagen für Prozesse sowie konkrete Tipps für die Umsetzung. Die Idee der WHO ist, dass Entscheidungsträger sich an der European Immunization Agenda orientieren und zusätzlich TIP als Grundlage nehmen, um Impfprogramme für die Bedürfnisse der Gesellschaften in ihrem eigenen Land „zurechtzuschneiden“. Die Anregungen der WHO orientieren sich an Idealvorstellungen von Fachleuten und werden wohl kaum in einem Staat derart umfangreich umgesetzt. Allerdings liefern sie wertvolle und gut zusammengefasste Denkanstöße, die auch wichtige Eckpfeiler enthalten, an denen sich Impfprogramme orientieren sollten. Diese beiden Schlüssel-Papers der WHO zu Impfprogrammen erhalten ein eigenes Unterkapitel, weil Anleihen daraus für eine Influenza-Impfstrategie für vulnerable Zielgruppen brauchbar sind.

In der folgenden Auflistung<sup>135</sup> sind Grundsätze der European Immunization Agenda und von TIP (unter Berücksichtigung inhaltlicher Überschneidungen) zusammengefasst.

- **Gerechtigkeit** („equity“): gleicher Zugang zur Impfung für alle Menschen bzw. gleich hohe Nutzung in bestimmten Gruppen.

- *Orientierung an den Menschen*: Berücksichtigung der Sichtweisen und Bedürfnisse der beteiligten Personen (Patienten, Betreuungspersonen, Gesundheitsfachleute).
- *Mitbestimmung und Partnerschaftlichkeit*: gute Zusammenarbeit von regionalen und nationalen Institutionen in- und außerhalb des Gesundheitswesens; Einbeziehung von Expertise, Erfahrung und Verantwortung unterschiedlicher gesellschaftlicher Gruppen.
- *Primärversorgung* steht bei Impfungen im Mittelpunkt und bietet einen Zugang für alle Menschen.
- *Umfangreich*: Berücksichtigung multipler und komplexer Impfbarrieren sowie unterschiedlicher Bereiche (z. B. Gesetzgebung, öffentliche Verwaltung, Zugänge zum Gesundheitssystem, Gesundheitspersonal etc.).
- *Evidenz- und datenbasiert*: Orientierung an wissenschaftlichen Erkenntnissen aus unterschiedlichen Fachrichtungen, Verwendung von Daten, Transparenz und Monitoring.
- *Gesundheitsziele* – nationale und internationale – werden festgelegt bzw. berücksichtigt.

#### WEITERE EMPFEHLUNGEN DER EUROPEAN IMMUNIZATION AGENDA 2030

- *Gesundheitspolitik*: Impfprogramm in die nationale Gesundheitsstrategie integrieren, klare Zuständigkeiten schaffen
- Nachhaltige *Verfügbarkeit* und *Finanzierung* von Impfungen: für sicheres Budget und funktionierende Logistik sorgen
- *Gesundheitspersonal*: ausreichend Fachleute einsetzen bzw. entsprechende Aus- und Weiterbildung anbieten
- *Kommunikation*: Bewusstsein für die Bedeutung von Impfungen fördern – bei Entscheidungsträgern im Gesundheitssystem, beim Gesundheitspersonal und in der Bevölkerung
- Unterschiedliche *Möglichkeiten* für die *Inanspruchnahme* von Impfungen anbieten
- Unterschiedliche *Impfstrategien* entwickeln - für einzelne Zielgruppen und Settings sowie für Auffrischungen

- *Integration*: Impfprogramme mit anderen gesundheitlichen und sozialen Einrichtungen bzw. Interventionen verknüpfen
- *Forschung und Innovation* fördern

### 2.6.2. Theoretische Grundlagen

Eine Vorlage für Impfprogramme braucht eine theoretische Fundierung. Wir bleiben beim Beispiel *Tailoring Immunization Programms* der WHO. TIP orientiert sich an Evidenz aus der Verhaltensforschung. Diese versucht, zu definieren und zu verstehen, welche Faktoren eine Verhaltensweise wahrscheinlicher machen (Antriebskraft – driver) oder weniger wahrscheinlich (Barriere - barriers). TIP verwendet als Grundlage das COM-B Modell und das „Behavior Change Wheel framework“, entwickelt von Susan Michie, Maartje M van Stralen und Robert West 2011<sup>136</sup>. Diese theoretische Grundlage wurde für TIP angepasst bzw. vereinfacht.

Im Mittelpunkt stehen beim COM-B-Modell drei Faktoren mit deren Sub-Komponenten. Welche Bezüge sich daraus zu Impfungen einfallen, wurde in der rechten Spalte ergänzt.

Capability	Bezug: Individuum Subkomponenten: körperlich (z. B. physische Kraft), psychologisch (z. B. Wissen oder Fähigkeit);	Schlüsselkompetenzen (z. B. Lesen, Rechnen, Digitales); Gesundheitskompetenz; Barrierefreiheit
Motivation	Bezug: Individuum Subkomponenten: automatisch (z. B. Impulse, Emotionen), reflektiert (z. B. Absichten, Überzeugungen)	Ansätze aus der Verhaltensökonomie, siehe Kapitel 2.5.4.
Opportunity	Bezug: Kontext Subkomponente: sozial (z. B. soziale Regeln, kulturelle Normen),	Leistungen des Gesundheits-, Sozial- und Bildungssystems; Impfstoff-Logistik,

	physisch/materiell/naturgesetzlich (Orte, Zeit, physische Ressourcen)	Gesundheits- Einrichtungen
--	---	-------------------------------

Tabelle: Isabella Ömer auf Grundlage von Michie et al. 2011.<sup>137</sup>

Diese drei Faktoren interagieren miteinander. Fähigkeit und Gelegenheit beeinflussen die Motivation. Alle drei Faktoren beeinflussen das Verhalten und umgekehrt beeinflusst das Verhalten die drei Faktoren.

### 2.6.3. Planung eines Impfprogramms

Um organisatorische Strukturen für ein Impfprogramm einzurichten, bedarf es einer schrittweisen Planung. Der TIP-Ansatz der WHO<sup>138</sup> empfiehlt, Impfprogramme in folgende Phasen einzuteilen:

- Während der *Vorbereitungsphase* ist zu klären, ob die Voraussetzungen für ein erfolgreiches Impfprogramm grundsätzlich gegeben sind, etwa hinsichtlich Zeitpunkt, Ressourcen, Management oder politischem Umfeld. Zudem werden Zeitplan, Budget und Zuständigkeiten für die Phasen 1 und 2 festgelegt, die der Recherche dienen.
- *Phase 1*: Ziel ist eine umfassende Situationsanalyse auf der Grundlage von vorhandenen Daten und Evidenz.
- *Phase 2*: Hier gilt es, eigene Erhebungen zu planen, umzusetzen und zusammenzufassen, die einen konkreten Einblick in impffördernde Faktoren und Impfbarrieren in den einzelnen Zielgruppen ermöglichen (z. B. Motivforschung durch Umfragen bzw. qualitative Interviews). Die Erhebungen sind konkret auf das eigene Impfprogramm zugeschnitten.
- *Phase 3*: Nun erfolgen Design und Planung der Intervention, wobei zwischen Maßnahmen und politischen Handlungen unterschieden wird. Letztere sind Handlungen, die ein Impfprogramm überhaupt möglich

machen bzw. notwendige Voraussetzungen schaffen, z. B. durch rechtlich bindende Verträge oder Verordnungen. Teile von Phase 3 sind auch eine Priorisierung der Maßnahmen sowie Konzepte für Monitoring und Evaluation.

- In der Post-TIP-Phase werden die in Phase 3 geplanten Aktivitäten praktisch umgesetzt, dokumentiert und evaluiert. Dazu gehört unter anderem, auf Grundlage der Evaluierung Anpassungen am Impfprogramm vorzunehmen oder es auszuweiten, z. B. auf andere Zielgruppen oder in andere Regionen. Die Post-Phase kann sich bei langfristigen Impfprogrammen über mehrere Jahre ziehen.



Infografik: Isabella Ömer auf Basis der Inhalte von WHO; Tailoring Immunization Programms; 2019.

#### **2.6.4. Motivforschung und Einschätzungen**

Welche Einstellungen haben Menschen zum Thema Impfen und was könnte sie davon abhalten? Fragen wie diese sollten fixer Bestandteil der Vorbereitung von Impfprogrammen sein. Das in Schweden angesiedelte „Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten“ (ECDC) der EU hat eine umfassende Liste<sup>139</sup> von Umfragen und Diagnosetools zusammengestellt, die dabei hilfreich sein können. Sie ermöglicht, vorhandene Ergebnisse zu nutzen oder sich Anregungen für eigene Motivforschung, z. B. Fragebögen, zu holen. Zu erwähnen sind an dieser Stelle z. B. der Global Vaccine Confidence Index, den das Vaccine Confidence Project von Gallup International und die London School of Hygiene and Tropical Medicine<sup>140</sup> administrieren. Siehe dazu auch die Umfragedaten in Kapitel 2.5.2. Im Rahmen der Joint Reporting Form on Immunization<sup>141</sup> – entwickelt von der WHO und UNICEF – werden jährlich die Manager nationaler Impfprogramme in unterschiedlichen Staaten kontaktiert. Das Vaccine Sentimeter<sup>142</sup> ist ein webbasiertes Werkzeug zur Analyse von Medienartikeln und Social Media Postings. Die digitalen Quellen werden sortiert und ausgewertet, z. B. nach positiven, negativen oder neutralen Einstellungen. Mit Unterstützung des Sentimeters kann man Meinungen beobachten und Trends von Falschinformationen aufspüren. Nicht aus allen Quellen rund um Impfmotive lassen sich Einstellungen von vulnerablen Zielgruppen separat herauslesen. Wer die Tools jedoch als Anregung versteht, eigene Motivforschung zu betreiben und z. B. eine Studie oder Umfrage in Auftrag zu geben, hat die Möglichkeit, diese auf vulnerable Zielgruppen abzustimmen.

#### **2.6.5. Kommunikation**

Ein Impfprogramm erfordert auch eine Kommunikationsstrategie. Teile davon sind sowohl Informationen zur Impfung selbst (Wirkung, eventuelle Nebenwirkungen etc.), als auch zu organisatorischen Rahmenbedingungen (Impferte, Finanzielles). Zielgruppen sind neben den impfbaren Personen auch Multiplikatoren wie Gesundheitspersonal, Lehr- und Betreuungskräfte, Sozialarbeiter etc. Gute Gesundheitsinformation, auch zum Thema Impfungen, ist für Laien verständlich, zielgruppenorientiert, umfassend, unabhängig (von wirtschaftlichen Interessen),

geschlechtergerecht, evidenzbasiert und transparent<sup>143</sup>. Um medizinisch und sozioökonomisch vulnerable Zielgruppen mit Impfungen gut zu erreichen, ist es unerlässlich, deren Bedürfnisse bei allen Kommunikationsmaßnahmen im Blick zu haben.

Der Dachverband der Sozialversicherungsträger gibt in seiner „Methodenbox“<sup>144</sup> umfangreiche, evidenzbasierte und praxisorientierte Anregungen für Kommunikation, die auch für die Planung von Impfprogrammen geeignet sind.

#### INFORMATIONSMATERIALIEN UND KOMMUNIKATIONSKANÄLE

Die Informationsvermittlung kann analog oder digital, gedruckt oder durch Audio- bzw. Videoformate erfolgen. Die folgenden Vorschläge stammen aus der „Methodenbox“ des Dachverbands der Sozialversicherungsträger.<sup>145</sup>

Vor der Erstellung von Informationen sollte man folgende Fragen beantworten:

- Wer genau ist die Zielgruppe und was sind ihre Merkmale (Alter, Geschlecht, Vorwissen, Bildung, Interessen etc.)?
- Was möchte man mit den Informationen erreichen (z. B. informieren, zu bestimmter Handlung veranlassen)?
- Welche Medien bzw. welcher Medienmix eignen sich für die Zielgruppe am besten (Brief, Broschüre, Webtexte, Videos, Social Media)?

Die Methodenbox macht Vorschläge für eine verständliche Sprache. Hier zur Veranschaulichung eine kleine Auswahl:

- aussagekräftiger Titel als Blickfang
- Verben statt Hauptwörter, aktive statt passive Verbform
- einfache Sätze, keine Schachtelsätze
- auf Kernbotschaften konzentrieren
- Leser persönlich ansprechen
- bei geschlechtergerechter Sprache: Sternchen, Binnen-I und Ähnliches vermeiden
- Informationsangebote in relevanten Fremdsprachen

Auch bei Layout und Design gilt es, gewisse Grundsätze zu beachten, z. B. ausreichende Schriftgröße, gewohnte Schriftbilder, ausreichender Zeilenabstand, Erklärtexpte nahe an Abbildungen positionieren etc. Für das Erklären von Risiken und Wahrscheinlichkeiten bieten sich gut verständliche Grafiken als Hilfsmittel an.<sup>146</sup> Empfehlenswert ist, Informationsmaterialien von Vertretern der Zielgruppe unter Berücksichtigung relevanter Faktoren (z. B. Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Migrationshintergrund) testen und bewerten zu lassen – etwa in Befragungen, Einzelinterviews oder Fokusgruppen.<sup>147</sup>

Maßnahmen zur Gesundheitsinformation waren auch in der qualitativen Erhebung ein Thema. Ein Anliegen mehrerer Befragter sind einfach verständliche, mehrsprachige Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund. Den Interviewpartnern ist zudem wichtig, bei der Auswahl der Kommunikationskanäle die unterschiedlichen Bedürfnisse von älteren und jüngeren Menschen zu berücksichtigen. Senioren erreiche man mit Online-Angeboten oft schlechter, dafür könnten bei ihnen z. B. Veranstaltungen (vor allem auf dem Land) funktionieren. Bei der Impfkommunikation kam auch ein Ansatz aus der Verhaltensökonomie in der qualitativen Erhebung deutlich zur Sprache: Die Befragten äußerten sich positiv zu Recall-Angeboten für Patienten, je nach Zielgruppe elektronisch, per Post oder mündlicher Ansprache. Zu einem Erinnerungssystem für Ärzte kamen mehrere negative Rückmeldungen. Dieses bringe wenig, denn: die (Haus)Ärzte wüssten ohnehin, wer von ihren Patienten vulnerabel ist. Zudem müsse man die Indikationsstellung individuell treffen, automatisierte Recalls für Ärzte seien daher nicht sinnvoll.

#### **KOMMUNIKATION ÜBER MULTIPLIKATOREN: GESPRÄCHSFÜHRUNG UND GESPRÄCHSQUALITÄT**

Persönliche Gespräche erlauben es, bestimmte Zielgruppen – in unserem Fall vulnerable Zielgruppen bei Infektionskrankheiten bzw. Influenza – gezielt anzusprechen. Vulnerable Zielgruppen mit niedriger Gesundheitskompetenz profitieren davon überdurchschnittlich. Eine große Rolle spielen hier die direkten Ansprechpersonen von Versicherten bzw. Patienten, z. B. Ärzte, Pflegekräfte, Sozialarbeiter, Verwaltungspersonal etc. Das bestätigt auch die qualitative Erhebung: Die Befragten betonten durchgehend die Wichtigkeit von persönlichen

Impf-Gesprächen zwischen Gesundheitspersonal (insbesondere Hausärzten) und Patienten, wobei das Vertrauensverhältnis eine große Rolle spiele. Zeitmangel sei hier jedoch ein bedeutendes Problem.

Für eine gute Gesprächsführung sollten diese Multiplikatoren bestimmte Grundsätze und Leitlinien beachten. Auch dafür finden sich Anregungen in der „Methodenbox für eine gesundheitskompetente Sozialversicherung“. Diese könnten eine Grundlage für Schulungen bzw. Informationsleitfäden für das Personal in Gesundheitseinrichtungen sein.

- Hinweise auf geringe Gesundheitskompetenz erkennen
- eine unterstützende Atmosphäre schaffen
- eine einfache Sprache verwenden
- Orientierung im Gespräch anbieten (z. B. zu Beginn des Gesprächs Ziel und Inhalte definieren)
- die Informationsfülle begrenzen, „häppchenweise informieren“
- Verständnis sicherstellen, z. B. den Patienten die vermittelte Information in eigenen Worten wiederholen lassen
- das Stellen von Fragen fördern
- unterstützende Materialien einsetzen
- ein gutes Gesprächsumfeld sicherstellen, z. B. genug Zeit, ruhige Umgebung, keine Störungen
- Gespräche patientenzentriert führen, nach dem Grundsatz: warten, wiederholen, spiegeln, zusammenfassen
- motivierende Gesprächstechniken verwenden: auf Augenhöhe kommunizieren, die Patientenautonomie respektieren, offene Fragen stellen, aktiv zuhören, Bestätigung geben etc.

Das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) nennt in seiner Aufstellung von Maßnahmen gegen Impfszurückhaltung konkrete Beispiele erprobter individueller Interventionen. Dazu gehört „Ask, Acknowledge, Advise“, ein in den USA entwickeltes Tool für motivierende Gesprächsführung in der Arztpraxis. Andere Beispiele sind Konzepte für

motivierende Gesprächsführung mit Eltern von zu impfenden Kindern oder ein Handbuch, das Antwortvorschläge rund um Falschinformationen im Zusammenhang mit Impfungen gibt. Alle Maßnahmen, die die EU-Agentur vorstellt, werden in der Praxis eingesetzt. Sie können übernommen bzw. adaptiert werden<sup>148</sup>.

Bei all diesen Vorschlägen darf ein entscheidender Punkt nicht vergessen werden, der in den eben beschriebenen Quellen nicht ausdrücklich erwähnt ist, weil er vermutlich für selbstverständlich gehalten wird: Multiplikatoren muss bewusst sein, dass sie ein Gesundheitsthema – in unserem Fall Impfungen - bei ihren Patienten bzw. Klienten ansprechen sollen. Dies mag naheliegen, wenn z. B. Eltern mit dem Mutter-Kind-Pass in eine Ordination kommen, weil dort die freien Spalten für Impfeinträge sofort ersichtlich sind. Patienten oder Klienten, die wegen ganz anderer Anliegen in eine Arztpraxis oder Gesundheitsberatungsstelle kommen, auf eine Impfung anzusprechen, bedarf jedoch einer ganz bewussten Motivation seitens der Multiplikatoren. Teil eines Impfprogramms muss daher auch sein, Fachleute systematisch an das ImpftHEMA zu erinnern bzw. es in Abläufe einzubauen.

#### **2.6.6. Organisation von und Zugang zu Impfungen**

Um Menschen mit Impfungen zu erreichen, bedarf es einer funktionierenden Organisation. Wenn nicht genug Impfstoff verfügbar ist, wenn Distribution und Kontingentierung mangelhaft sind, wenn die durchführende Institution (z. B. Landesregierung, Sozialversicherung etc.) keine Anlaufstellen für Fragen und Reklamationen hat, wird ein Impfprogramm nicht gut funktionieren. Die genannten Fragen betreffen jedoch ein Impfprogramm in seiner Gesamtheit und nicht spezielle Zielgruppen, weshalb hier auf nähere Ausführungen verzichtet wird.

In der Fachliteratur wird ein niederschwelliger Zugang zu Impfungen propagiert, von dem auch (aber nicht nur) vulnerable Zielgruppen profitieren. An dieser Stelle sind vor allem die Impforte relevant. Die WHO betrachtet Impfen zu Recht als eine Hauptaufgabe der Primärversorgung. Das betrifft in Österreich überwiegend die Hausarztpraxen. Im Rahmen eines Impfprogramms ist natürlich auch zu

überlegen, Impfungen noch näher an die Menschen zu bringen, etwa in Seniorenheime, Betriebe, Apotheken, mobile Impfstellen oder Schulen. Die Relevanz alternativer Impfsettings bestätigt auch die qualitative Erhebung. Die Interviewteilnehmer betonten die Vorteile von Impfungen am Arbeitsplatz, in Bildungseinrichtungen, bei Veranstaltungen und im öffentlichen Raum, weil diese unkompliziert zugänglich seien und eine positive Gruppendynamik entstehen könne. Mehrere Befragte hielten zudem Anmeldungen zur Impfung für eine potenzielle Hürde und befürworteten Impfangebote, die Interessenten spontan in Anspruch nehmen können.

Zum Thema Impfhürden kamen bei der qualitativen Erhebung auch Rückmeldungen zu finanziellen Aspekten: Überwiegende Einigkeit bestand darin, dass Impfungen für die Patienten kostenlos sein sollten, finanzielle Anreize für Impfungen wurden hingegen einhellig abgelehnt. Der Benefit der Impfung solle der Schutz der Gesundheit sein und nicht eine finanzielle Belohnung. Ein zu diesem Thema passendes Detailergebnis aus einer repräsentativen Erhebung des Verbands der Impfstoffhersteller mit 2.000 interviewten Personen ab 14 Jahren: 77 % der Befragten gaben dabei an, dass ihre Entscheidung für oder gegen eine Influenza-Impfung nicht von den Kosten abhängt.<sup>149</sup>

## **Evaluation**

Evaluiert werden Impfprogramme in der Regel nach ihrem (vorläufigen) Abschluss. Man kann aber zusätzlich Evaluationen während des laufenden Programms oder mit zeitlichem Abstand nach Programmende einbauen. Die Evaluation basiert auf Daten, die im Rahmen des Monitorings erhoben werden. Wichtig ist daher, die Konzepte für Evaluation und Monitoring aufeinander abzustimmen. Die Evaluation enthält eine Analyse der gesammelten Daten, eine abschließende Gesamtbetrachtung und Bewertung des Programms hinsichtlich Effektivität, Kosten, Nutzen etc. sowie Empfehlungen für eine eventuelle Verlängerung oder Verbesserungen.<sup>150</sup> Eine große Rolle im Hinblick auf vulnerable Gruppen spielt die Frage, welche Daten, die über medizinische bzw. sozioökonomische Vulnerabilität Auskunft geben, vorhanden sind bzw. verknüpft werden dürfen, Stichwort Datenschutz.

### **3. METHODIK DER QUALITATIVEN ERHEBUNG**

Neben einer Recherche in der Fachliteratur soll das Befragen von Experten zu Lösungsansätzen führen, wie man vulnerable Gruppen gut mit einem Grippeimpfprogramm erreicht. In diese Masterarbeit fließen daher auch Ergebnisse einer kleinen qualitativen Erhebung ein. Das Zusammenführen von Erkenntnissen aus dem Literaturteil dieser Masterarbeit mit den Aussagen von erfahrenen Fachleuten soll helfen, beim Planen einer Impfstrategie die richtigen Prioritäten zu setzen bzw. theoretische Grundlagen in praxistaugliche und unter österreichischen Bedingungen umsetzbare Vorschläge weiterzuentwickeln.

#### **3.1. Methodik: Experteninterview und Fokusgruppe**

Die qualitative Erhebung enthält zwei Ansätze: Experteninterviews (jeweils als Einzelinterview) sowie eine Fokusgruppe. Die Gespräche wurden als teilstrukturierte Interviews mit einem Leitfaden geführt. Diese Methode erlaubt das thematische Lenken des Interviews und erleichtert bei mehreren Interviewpartnern die Vergleichbarkeit bzw. Auswertung. Gleichzeitig ermöglicht sie trotzdem ein hohes Ausmaß an Flexibilität.

Beim Experteninterview<sup>151</sup> steht der Interviewpartner nicht als Individuum mit seiner Biographie im Mittelpunkt, sondern als Fachperson mit ihrem Wissen und ihrer Erfahrung. Die Bandbreite der Informationen, die der Experte liefern soll, ist dabei naturgemäß eingeschränkt. Durch die Konzentration auf ein Thema und nicht zuletzt aus Gründen der Zeiteffizienz kommt dem Leitfaden bei Experteninterviews eine stärkere Steuerungsfunktion zu als bei anderen Interviewformen.

Bogner und Menz (2002) kategorisieren die Ziele von Experteninterviews in drei Typen. Typ eins: zur Exploration, um das Untersuchungsfeld zu strukturieren und Hypothesen zu generieren. Typ zwei: zum Gewinnen von Kontextinformationen, um Erkenntnisse aus anderen Methoden (z. B. Patientenbefragung) einzuordnen. Typ drei: zum Entwickeln einer Theorie bzw. Typologie zum Untersuchungsgegenstand. Die Experteninterviews dieser Masterarbeit zielen auf Typ eins ab – wobei es nicht allein um Struktur und Hypothesen geht, sondern um

Ideen für die konkrete Gestaltung eines Impfprogramms bzw. sinnvolle Maßnahmen.<sup>152</sup>

Neben qualitativer Sozialforschung mit Einzel-Interviews gibt es auch Formen, die mit Gruppen arbeiten. *Gruppeninterviews* richten sich in der Regel an eine kleine Gruppe von sechs bis acht Personen. Der Interviewer muss dabei einen gewissen Ausgleich im Blick behalten: Einerseits soll er darauf achten, dass nicht einzelne Gruppenmitglieder dominieren, andererseits soll er zurückhaltende Teilnehmer anregen, sich einzubringen. Bei der *Gruppendiskussion* stehen noch mehr als im Gruppeninterview der Austausch und die Dynamik zwischen den Teilnehmern im Mittelpunkt. Wer mit Gruppen arbeitet, muss sich also vorher überlegen, welche Ziele er mit dem Interview bzw. der Diskussion verfolgt und was für dieses Ziel die passende Zusammensetzung der Gruppe ist.<sup>153</sup> Gruppendiskussionen eignen sich dafür, mehr über kollektive Erfahrungen bzw. implizites Wissen zu erfahren, das sich bereits herausgebildet hat. Es werden reale Gruppen befragt, die aus ähnlichen Milieus stammen und ähnliche Erfahrungen gemacht haben – anders als bei *Fokusgruppen*. Letztere sind eine Variante von Gruppendiskussionen mit einer etwas anderen Ausrichtung. Es handelt sich - nicht zuletzt zur Sicherstellung einer besseren Vergleichbarkeit der Ergebnisse - um eine strukturierte Erhebungsmethode. Sie eignet sich besonders zur (Weiter)Entwicklung und Evaluierung von Maßnahmen, Produkten oder Dienstleistungen. Bei Fokusgruppen sollte man eher mit heterogenen Gruppen arbeiten, um möglichst unterschiedliche Erfahrungen und Perspektiven einfließen lassen zu können. Idealerweise kennen sich die Teilnehmer nicht oder nur oberflächlich, damit persönliche Sympathien oder Antipathien im Hintergrund bleiben.<sup>154</sup>

Für das Thema dieser Masterarbeit eignet sich eine Fokusgruppe gut. Es geht nicht um Einblicke in bestimmte Milieus, denen die Teilnehmer angehören, sondern um einen Erfahrungsaustausch von Fachleuten mit unterschiedlichen Hintergründen, die alle beruflich Kontakt zu (im Zusammenhang mit Influenza) vulnerablen Zielgruppen haben.

Durch diesen Austausch soll mit Unterstützung der Gruppe mehr Klarheit darüber zu finden sein, welche Ansätze zum Erreichen vulnerabler Zielgruppen unter den realen Bedingungen in Österreich vielversprechend sind, welche eher nicht bzw.

auf welche Hürden man bei der Programmplanung unbedingt achten sollte. Es handelt sich also nicht um das allgemeine Erforschen von Bevölkerungsgruppen, sondern um die Diskussion zu einem konkreten „Produkt“, nämlich einem Programm mit Gesundheitsbezug. Nicht Ziel des Austauschs in der Gruppe ist, über die Frage zu diskutieren, ob eine Grippeimpfung für vulnerable Zielgruppen medizinisch sinnvoll ist oder nicht bzw. diese Frage zu beantworten.

### **3.2. Interviews und Kontaktaufnahme**

Die Experteninterviews wurden mit vier Fachpersonen geführt, die sich mit dem Thema Impfungen auf einer systemischen Ebene befassen – in der Forschung, in der Gesundheitsverwaltung sowie in Gesundheitsprogrammen. Zur Teilnahme an der Fokusgruppe waren wiederum fünf Personen eingeladen, die persönlich beruflichen Kontakt zu vulnerablen Zielgruppen haben bzw. viele Jahre lang hatten – als Allgemeinmediziner, Pflegekräfte und Sozialarbeiter.

Die Interviewfragen wurden mit zwei sozialwissenschaftlich ausgebildeten Personen besprochen, deren Rückmeldungen führten zu leichten Adaptierungen. Die Auswahl der Interviewpartner lief über persönliche Kontakte, über Empfehlungen von Kollegen und Fachleuten in der Sozialversicherung bzw. im Public-Health-Lehrgang der Meduni Graz. Die Kontaktaufnahme erfolgte über ein kurzes Telefonat und anschließend detaillierter per E-Mail. Die E-Mail enthielt eine kurze Schilderung des Themas, des Anliegens (Teilnahme am Experteninterview bzw. an der Fokusgruppe) sowie den Fragen-Leitfaden. Die Interviews fanden im April und Mai 2023 statt. Der Interview-Leitfaden ist im Anhang nachzulesen.

### **3.3. Inhaltsanalyse**

Die Auswertung der Interviews orientiert sich an Grundlagen und Techniken der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring<sup>155</sup>. Von großer Bedeutung ist ein systematisches Vorgehen nach vorab festgelegten Regeln der Textanalyse. Die Inhaltsanalyse ist kein Standardinstrument, sondern muss immer dem Ausgangsmaterial angepasst sein. Zunächst wurde nach den Vorschlägen

Mayrings das Ausgangsmaterial bestimmt und im Vorfeld ein Ablaufmodell mit einzelnen Analyseschritten und ihrer Reihenfolge festgelegt. Zudem war ein Categoriesystem zu erstellen, das in der Inhaltsanalyse zentral ist – dadurch wird die Analyse für andere nachvollziehbar bzw. die Ergebnisse werden vergleichbar.<sup>156</sup>

### 3.3.1. Schritte der Inhaltsanalyse

- **Festlegung des Materials:** Es handelt sich um die Transskripte von vier qualitativen Einzel-Interviews sowie einer Gruppendiskussion (Fokusgruppe). Im Mittelpunkt der Experteninterviews standen die Forschungsfrage bzw. die Forschungshypothesen dieser Masterarbeit.
- **Analyse der Entstehungssituation:** Die Kontaktaufnahme ist in Kapitel 3.2. beschrieben. Bei den Gesprächen handelte es sich um teilstrukturierte leitfadengestützte Experteninterviews. Die fünf Interviewpartner befanden sich teils in ihrem beruflichen Umfeld (Büro), teils zuhause – letzteres gilt vor allem für die Fokusgruppe und ist der Suche nach einem gemeinsamen Termin für sechs Personen geschuldet.
- **Formale Charakteristika des Materials:** Die Durchführung der Interviews erfolgte per Webex-Videokonferenz, die Transkription durch das in Wien ansässige Unternehmen „transkribieren.at“ und zwar in Anlehnung an das inhaltlich-semantische Transkriptionsmodell von Dresing / Pehl (2018).<sup>157</sup>
- **Richtung der Analyse:** Es standen nicht die Befindlichkeiten der Interviewpartner im Mittelpunkt, sondern ihr Fachwissen und ihre Erfahrung. Beides wird im Hinblick auf die Forschungsfrage analysiert: *Wie sollte ein österreichweites Grippeimpfprogramm gestaltet sein, damit es vulnerable Zielgruppen besonders gut in Anspruch nehmen?* Das heißt: aus den transkribierten Inhalten wurden jene hervorgehoben, die zu Lösungsansätzen beitragen können – egal, ob es sich um konkrete Lösungsvorschläge oder um nützliche Einschätzungen handelt.

- **Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung:** Diese Masterarbeit hat einen ausführlichen Literaturteil auf Grundlage von wissenschaftlicher Fachliteratur bzw. von Publikationen anerkannter Gesundheitsinstitutionen. Daraus wurden Fragestellungen für die Interviewleitfäden abgeleitet – und zwar jeweils zielgerichtet im Hinblick auf die Forschungsfragen bzw. Hypothesen.

### 3.3.2. Auswertung: Kategorienschema und Kodierung

Mayring (2022) beschreibt drei Verfahren der Inhaltsanalyse: Die Zusammenfassung, die Explikation und die Strukturierung. In dieser Masterarbeit kommt eine Strukturierung zur Anwendung. Ziel der inhaltlichen Strukturierung ist laut Mayring, *„bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen.“*<sup>158</sup>

Für die Auswertung wurden deduktiv nominale Kategorien gebildet. Grundlage dafür waren die Forschungsfrage, die Fragen aus dem Interviewleitfaden sowie der theoretische Hintergrund auf Grundlage der in der Masterarbeit verwendeten Fachliteratur. Nächste Schritte waren das Auswählen, Paraphrasieren und Generalisieren von inhaltstragenden und für die Forschungsfrage relevanten Textelementen, wobei die Interviewpartner anonym blieben. Die Textelemente wurden den deduktiven Kategorien zugeordnet. Anschließend wurde das Kategorienschema induktiv (auf Basis der Interviewdaten) durch Unter-Kategorien ergänzt und verfeinert. Präzisierungen bei einzelnen Kategorien dienten der klaren Zuordnung der Textstellen. Ankerbeispiele – also konkrete und eindeutig kodierbare Textstellen, die unter eine Kategorie fallen – veranschaulichen die jeweilige Kategorie beispielhaft.<sup>159</sup> Das Kategorienschema ist im Anhang nachzulesen.

## 4. ERGEBNISSE DER MASTERARBEIT

### 4.1. Ergebnisse in Bezug auf Forschungsfragen und Hypothesen

#### 4.1.1. Forschungsfragen

Die Haupt-Forschungsfrage *„Wie sollte ein österreichweites Grippeimpfprogramm gestaltet sein, damit es vulnerable Zielgruppen besonders gut in Anspruch nehmen?“* beantwortet das Kapitel 4.3.2., denn dort macht die Autorin konkrete Vorschläge.

Die anderen Forschungsfragen werden an dieser Stelle auf Grundlage der verwendeten Literatur bzw. der qualitativen Erhebung beantwortet.

*Was bedeutet „vulnerabel“ im Zusammenhang mit Impfungen – insbesondere der Grippeimpfung?*

Aus der Literatur gehen die medizinisch vulnerablen Gruppen klar hervor: Ältere Menschen ab 65 Jahren, Personen mit chronischen Krankheiten bzw. geschwächtem Immunsystem, Schwangere und Kleinkinder (Kapitel 2.4.2.). Aus sozioökonomischer Sicht gibt es einen Zusammenhang zwischen Bildung bzw. Einkommen einerseits und der Häufigkeit chronischer Erkrankungen andererseits, wobei letztere wiederum Risikofaktoren für Influenza darstellen können (Kapitel 2.4.3.). Niedrige Bildung bzw. niedriges Einkommen korrelieren häufig mit Migrationshintergrund im Sinne einer Herkunft aus Drittstaaten. Einen Aspekt, den die Forschungsfrage nicht enthält, aber österreichische Studien aufzeigen, ist der Einfluss des Wohnorts auf Gesundheit bzw. Impfquoten (ebenfalls Kapitel 2.4.3.).

*Wie sieht die Ausgangslage hinsichtlich Impfungen bzw. der Influenza-Impfung im österreichischen Gesundheitssystem derzeit aus?*

Über den nationalen Impfplan entscheidet das nationale Impfgremium für ganz Österreich. Die praktische Umsetzung des öffentlichen Impfangebots ist jedoch zersplittert. Zuständig sind die Gesundheitsverwaltungen der neun Bundesländern

und – in kleinem Ausmaß – auch die Sozialversicherung. Impfungen für Erwachsene sind in der Regel keine Leistung des öffentlichen Gesundheits- bzw. Sozialversicherungssystems, sondern privat zu bezahlen. Wenn es doch ein öffentliches Impfangebot gibt, geben häufig nicht medizinische Kriterien, sondern der Wohnort oder Versicherungsstatus den Ausschlag. Ausnahmen von der Privatzahlung sind bei Erwachsenen Impfungen im Fall von Pandemien, im Rahmen der Fürsorgepflicht des Arbeitgebers sowie ausgewählte Impfungen wie jene gegen MMR oder Kinderlähmung (Kapitel 2.2.2. bis 2.2.5.). Diese Uneinheitlichkeit, die nicht nur das Impfangebot, sondern auch administrative Abläufe, Arzthonorare und dgl. betrifft, haben alle im Rahmen der qualitativen Erhebung Befragten kritisiert. Der Wunsch nach einheitlichen Regeln für ganz Österreich war eindeutig (Kapitel 2.2.2.).

*In welchem Ausmaß lässt sich bei der österreichischen Datenlage feststellen, wie vulnerable Zielgruppen mit Impfungen (besonders der Grippeimpfung) erreicht werden?*

Länderübergreifende Datenaufstellungen wie etwa „Health at a Glance“ der OECD geben beim Thema Impfungen keinen näheren Aufschluss über vulnerable Gruppen. Zudem ist nicht nachvollziehbar, wie die österreichischen Daten zustande gekommen sind (Kapitel 2.1.6.). Einschätzungen im Zusammenhang mit vulnerablen Gruppen liefern Gesundheitsbefragungen, wie etwa ATHIS der Statistik Austria (Kapitel 2.4.3.). Genaue Angaben zu (nicht) durchgeführten Impfungen sind bei Kleinkindern durch den Mutter-Kind-Pass bekannt, allerdings ohne Informationen zu Risikofaktoren. Für die Covid- und Influenza-Impfungen, die seit 2021 verpflichtend in den elektronischen Impfpass einzutragen sind, stehen für die Gesamtbevölkerung genaue Daten hinsichtlich des Alters und Geschlechts zur Verfügung (Kapitel 2.1.6.). Einen verpflichtenden Eintrag des Impfsettings, der Rückschlüsse auf die Gesundheit zulässt (z. B. bei Altersheimen) gibt es noch nicht, ist aber geplant. Abgesehen vom Alter lassen sich aus den Daten des e-Impfpasses derzeit keine anderen für vulnerable Gruppen relevanten Risikofaktoren herauslesen. Aktuell kann man sich Impfquoten unter vulnerablen Gruppen also überwiegend über Schätzungen annähern. Näheren Aufschluss könnte nur die Verknüpfung von vorhandenen Daten bringen. Mehr dazu im Kapitel 4.3.2.

*Welche Kommunikations- und Motivationsstrategien sind im Zusammenhang mit Impfungen sinnvoll?*

Die Fachliteratur bleibt bei Strategien für Kommunikation und Motivation sehr allgemein, da sich konkrete Strategien ja nach den jeweiligen Umständen in einem Staat bzw. einer Gesellschaft richten bzw. auch nach Impfung variieren (z. B. Kinderimpfung versus Erwachsenenimpfung). Nicht umsonst nennt sich das Standardwerk der WHO zur Strategiefindung bei Impfungen „Tailoring Immunization Programs“ – im Fokus steht das „Zuschneiden“ der Strategie auf die konkreten Umstände und Notwendigkeiten. Die Fachliteratur macht also keine konkreten Vorschläge hinsichtlich einer Strategie für ein österreichisches Influenza-Impfprogramm bzw. für vulnerable Zielgruppen, sondern nennt nur allgemeine Leitlinien.

Immer wieder werden in der für diese Masterarbeit verwendeten Literatur folgende Grundsätze für Strategien genannt: Ein gleicher Zugang zur Impfung für alle Menschen unter Berücksichtigung von Barrieren; die Orientierung an den Bedürfnissen der Zielgruppen sowie die Einbeziehung anderer Institutionen bzw. unterschiedlicher Experten und gesellschaftlicher Gruppen (vgl. Kapitel 2.6.2.); das Erforschen der Zielgruppen bzw. Motivforschung (vgl. Kapitel 2.6.6.); das Beachten allgemeiner Grundsätze guter Gesundheitskommunikation wie Zielgruppenorientierung, Verständlichkeit etc. (vgl. Kapitel 2.6.7.) unter Berücksichtigung der Gesundheitskompetenz (Kapitel 2.5.) sowie Anleihen bei der Verhaltensökonomie (vgl. Kapitel 2.5.6.).

Mehrere Interviewpartner haben zudem im Rahmen der qualitativen Erhebung betont, wie wichtig das Vertrauen in staatliche Behörden bzw. ins Gesundheitssystem sei. Dieses Vertrauen lässt sich jedoch nicht im Rahmen eines einzelnen Impfprogramms herstellen, sondern ist das Ergebnis politischer Handlungen im Laufe der Zeit.

#### 4.1.2. Hypothesen

Haben sich die im Eingangskapitel erwähnten Hypothesen bestätigt und wenn ja, inwiefern?

*Manche Personen sind doppelt vulnerabel, sowohl medizinisch als auch sozioökonomisch. Gerade diese Personen sind nicht nur überdurchschnittlich häufig von Risikofaktoren für schwere Influenzaverläufe betroffen, sondern auch von unterdurchschnittlichen Durchimpfungsraten.*

Die doppelte Vulnerabilität bzw. den Einfluss sozioökonomischer Faktoren (v. a. Einkommen, Bildung, Migrationshintergrund) auf den Impfstatus bestätigt die Gesundheitsbefragung der Statistik Austria deutlich (Kapitel 2.4.3.). Diese Daten basieren jedoch auf subjektiven Einschätzungen der Befragten. Eine Einschätzung anhand verknüpfter objektiver Daten der öffentlichen Verwaltung (Diagnosen, Medikamentendaten, e-Impfpass, Einkommen, Bezug von Sozialleistungen) wäre theoretisch möglich, es fehlen aber die juristischen und administrativen Voraussetzungen (Kapitel 2.2.2., Daten). In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass Gesundheitsdaten laut Datenschutzgrundverordnung unter besonderem Schutz stehen. Ihre Verarbeitung ist wegen ihrer Sensibilität hinsichtlich Grund- und Freiheitsrechten streng reglementiert.<sup>160</sup>

*Ein Grippeimpfprogramm sollte einen Fokus auf Multiplikatoren legen (z. B. Hausärzte, Pflegepersonal, Sozialarbeiter, Angehörige) – einerseits, um diese für das Thema Grippeimpfung zu gewinnen, andererseits, um vulnerable Zielgruppen mit ihrer Hilfe zu erreichen.*

Direkte Hinweise auf Multiplikatoren kommen in der betrachteten Fachliteratur kaum explizit vor, sie sind allerdings in manche Empfehlungen integriert, wenn auch sehr allgemein formuliert (vgl. Kapitel 2.6.3.). In der qualitativen Erhebung betonten die Befragten einhellig, wie wichtig bei der Impfentscheidung der persönliche Kontakt zwischen dem Gesundheitspersonal (insbesondere Hausärzte) und den Patienten sei (Kapitel 2.6.5.).

Bemerkenswert ist, dass sich das Vertrauen von Angehörigen von Gesundheitsberufen in die Influenza-Impfung von 2018 bis 2022 verschlechtert hat

und ebenso die Bereitschaft, die Grippeimpfung zu empfehlen, wobei die Stichprobe der Erhebung klein ist (Kapitel 2.5.4.).

*Auf Ebene des Gesundheitssystems sind klare organisatorische Zuständigkeiten von Vorteil während zersplitterte Kompetenzen vermieden werden sollten.*

Das österreichische Gesundheitssystem ist stark zersplittert (Kapitel 2.2.2. und 2.2.3.). Internationale Empfehlungen, etwa der WHO oder von EU-Stellen, gehen diesbezüglich nicht auf Österreich ein. Die Empfehlungen der Institutionen wie z. B. Transparenz, Orientierung an Daten und Evidenz, Orientierung am Patienten etc. (Kapitel 2.6.) sind mit unterschiedlichen Zuständigkeiten wie in Österreich realpolitisch jedoch kaum umsetzbar. Ergebnisse der qualitativen Erhebung sind

- eine klare Kritik an der Kompetenzverteilung sowohl im Gesundheitssystem allgemein als auch beim Impftema und
- der eindeutige Wunsch nach einheitlichen Kriterien für ganz Österreich (Kapitel 2.2.2.).

*Empfehlungen zur Erreichbarkeit von vulnerablen Gruppen für die Influenza-Impfung unterscheiden sich nicht wesentlich von Empfehlungen für andere Impfungen.*

Diese Hypothese hat sich im Wesentlichen bestätigt. Empfehlungen in der Fachliteratur (Kapitel 2.6.) bleiben meist allgemein. Sie zielen nicht auf bestimmte Impfungen ab, ja oft nicht einmal speziell auf vulnerable Gruppen. Auch die in der qualitativen Erhebung diskutierten Aspekte und Lösungsvorschläge für vulnerable Gruppen sind für unterschiedliche Arten von Impfungen anwendbar.

## **4.2. Ansätze für ein österreichisches Grippeimpfprogramm**

Im letzten Kapitel des dritten Teils führt die Autorin die Erkenntnisse aus der Literaturrecherche, der qualitativen Erhebung und eigene Überlegungen zu einer kompakten Liste von Vorschlägen zusammen. Wenn konzeptionelle Ideen oder Maßnahmen im Literaturteil schon genauer beschrieben wurden, gilt ein Verweis. Das Kapitel startet mit einem kurzen Überblick über das bereits beschlossene und im Umsetzung befindliche „Öffentliche Impfprogramm Influenza“, denn dieses bildet die reale Grundlage für eventuelle zukünftige Ansätze für vulnerable Zielgruppen. Informationsquellen für diesen Überblick sind die (öffentlich nicht zugänglichen) vertraglichen Grundlagen<sup>161</sup> des ÖIP-Influenza. Als Mitarbeiterin der ÖGK wirkte die Autorin zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Masterarbeit selbst im Projektteam der Sozialversicherung für das ÖIP-Influenza mit.

### **4.2.1. Ausgangslage: „Öffentliches Impfprogramm Influenza“**

Die österreichische Bundeszielsteuerungskommission, in der Bund, die neun Länder und die Sozialversicherung vertreten sind, beschloss im Juli 2022 ein neues „Öffentliches Impfprogramm Influenza“ (ÖIP-Influenza). Damit sollte es erstmals ein einheitlich gestaltetes und günstiges Angebot zur Influenza-Impfung für Österreich geben. Das ÖIP-Influenza wurde zunächst für die Impfsaisonen 2023/2024 und 2024/2025 beschlossen und zwar mit einem maximalen, von den Zielsteuerungspartnern gestellten Budget von 35 Millionen Euro pro Saison, wobei keine Inflationsanpassung vorgesehen ist. Das operative Entscheidungsorgan ist ein Lenkungsausschuss, in dem alle Zielsteuerungspartner vertreten sind. Rechtliche Grundlage ist eine Kooperationsvereinbarung zwischen den Zielsteuerungspartnern.

Für das gesamte Programm-Management ist der Bund – konkret das BMSGPK – zuständig. Die operative Umsetzung, und somit den größten Teil der operativen Arbeit, übernahm die Sozialversicherung, insbesondere die ÖGK. Die Landesverwaltungen, die in der Vergangenheit die meiste Erfahrung mit größeren Impfprogrammen gesammelt haben (Kinderimpfprogramm, Umsetzung des Covid-19-Impfangebots während der Pandemie ab 2021) übernahmen keine konkreten

operativen Aufgaben im ÖIP-Influenza, sondern unterstützen laut Kooperationsvertrag „mit ihrer Expertise“.

- Zugang zum ÖIP-Influenza haben alle in Österreich lebenden Menschen unabhängig von Alter und Versicherungsstatus. Eine Differenzierung nach medizinischem Risiko ist nicht vorgesehen.
- Wer sich impfen lässt, zahlt einen Selbstbehalt von 7 Euro. Ausgenommen vom Selbstbehalt sind Personen mit Rezeptgebührenbefreiung: Alle Kinder und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr; Personen, die sich im Rahmen von betrieblichen Mitarbeiterimpfungen impfen lassen; Bewohner von Alters- und Pflegeheimen.
- Das ÖIP-Influenza übernimmt die Kosten für den Impfstoff, die Distribution und den Impfstich. Eine Besonderheit gibt es bei betrieblichen Impfungen: Hier bezahlt das jeweilige Unternehmen den Impfstich, dafür entfällt der Selbstbehalt.
- Die wichtigsten Impfsettings sind die Ordinationen niedergelassener Kassen- und Wahlärzte (vorwiegend aus den Bereichen Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde), Alten- und Pflegeheime sowie Betriebe. Der öffentliche Gesundheitsdienst (Magistrate und Bezirkshauptmannschaften) spielt eine untergeordnete Rolle. Zudem wird in einigen wenigen Gesundheitseinrichtungen der ÖGK geimpft.
- Mit der Ärztekammer schloss die Sozialversicherung einen Vertrag zum ÖIP-Influenza. Niedergelassene Kassen- und Wahlärzte können die Kosten für den Impfstich mit der Sozialversicherung abrechnen. Die Teilnahme am ÖIP-Influenza ist für die Ärzte freiwillig.
- Die Bestellung und Zustellung des Impfstoffs läuft für niedergelassene Ärzte und Betriebe über die Apotheken – mit einer Zwischenschaltung des Pharmagroßhandels. Die Sozialversicherung schloss dazu einen Vertrag mit der Apothekerkammer ab. Öffentliche Stellen der Länder und des Bundes sowie der überwiegende Teil der Spitäler bestellen den Impfstoff über die Bundesbeschaffungsagentur.
- Hauptziel ist das Verimpfen möglichst des gesamten verfügbaren Influenza-Impfstoffs (rund 970.000 Impfdosen für die Saison 2023/2024) mit

erzielbaren Durchimpfungsraten – je nach Altersgruppe - zwischen knapp unter 10 % (Kinder von zwei bis 17 Jahren) und knapp über 13 % (Senioren ab 65 Jahren).

#### **4.2.2. Bewertung des Programmdesigns im Hinblick auf vulnerable Zielgruppen**

Zu Beginn der Umsetzung des ÖIP-Influenza lag kein umfassendes, auf Public-Health-Grundlagen erstelltes Konzept vor, das für alle involvierten Entscheidungsträger eine verbindliche Grundlage darstellen hätte können. Eine systematische und komprimierte Aufstellung von vorhandenen Daten und Forschungsergebnissen sowie ein Transparentmachen von Wissens- und Forschungslücken waren nicht vorhanden. Diese Grundlagen fehlten somit auch für vulnerable Zielgruppen. Die Eckpunkte des ÖIP-Influenza wurden größtenteils politisch zwischen den involvierten Gesundheitsinstitutionen ausverhandelt.

Wie sind nun einzelne im Rahmen des ÖIP-Influenza getroffene Entscheidungen im Hinblick auf vulnerable Gruppen und vor dem Hintergrund der Forschungsergebnisse der Masterarbeit zu bewerten?

- Der *Selbstbehalt* von 7 Euro ist ein moderater Betrag. Zudem gibt es mehrere Ausnahmen, die günstig für vulnerable Gruppen sind (Kinder, Bewohner von Altersheimen, Personen mit niedrigem Einkommen). Der Vollständigkeit halber ist darauf hinzuweisen, dass vor dem ÖIP-Influenza je nach Bundesland unterschiedliche Bedingungen für die Grippeimpfung galten. Manche Personen (z. B. Menschen in Wien) konnten die Impfung kostenlos erhalten. Da bedeuten die 7 Euro eine Verschlechterung. Für die Mehrheit stellt das ÖIP-Influenza jedoch eine finanzielle Verbesserung dar.
- Der Selbstbehalt sollte jedoch nicht nur aus Sicht der Patienten, sondern auch aus jener der *verimpfenden Stellen* gesehen werden: Das Einheben eines Geldbetrags, dessen Abrechnung mit der Sozialversicherung und die Kontrolle einer etwaigen Rezeptgebührenbefreiung können zu *bürokratischen Hürden* werden. In den Settings Betrieb und Altersheim

wurde dies berücksichtigt, hier gibt es Ausnahmen. Jedoch bedeutet der Selbstbehalt auch für Ärzte und öffentliche Impfstellen einen Zusatzaufwand.

- Die *Verfügbarkeit des Impfstoffs* an der Impfstelle erspart den Impflingen, sich das Serum selbst in der Apotheke zu besorgen.
- Bei den *impfberechtigten niedergelassenen Ärzten* hat man auf Beschränkungen verzichtet: Es können sowohl Ärzte mit Kassenvertrag als auch Wahlärzte am ÖIP-Influenza teilnehmen und zwar aus fast allen Fachrichtungen. Zahlenmäßig relevant sind die Fachrichtungen Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendheilkunde sowie Innere Medizin.
- Ein kritischer Faktor ist die *freiwillige Teilnahme* der niedergelassenen Ärzte, was z. B. eine Hürde für jene Menschen darstellt, deren Hausarzt nicht mitmacht oder die gar keinen Hausarzt haben. Es sind zwar alternative Impfangebote des öffentlichen Gesundheitsdienstes der Länder bzw. in ÖGK-Gesundheitseinrichtungen geplant, jedoch nur in begrenztem Ausmaß. Senioren und ein bedeutender Teil der chronisch Kranken wird zudem kaum von betrieblichen Impfangeboten profitieren.
- Für die Impfsaison 2023/24 gab es bei der ÖGK Anfragen für Impfkongstellationen, die im Rahmen des ÖIP-Influenza nicht vorgesehen sind: Betriebe, die auch Angehörigen von Mitarbeitern eine Impfung anbieten wollen; Sozialeinrichtungen und Krankenhäuser, die nicht nur Mitarbeiter, sondern auch Klienten und Patienten vor Ort impfen wollen; Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung, die gerne dieselben Bedingungen wie für Alters- und Pflegeheime hätten (kein Selbstbehalt). Ein Nicht-Zulassen alternativer Impfkongstellationen aus vertraglichen und administrativen Gründen bedeutet den Verzicht auf Chancen, vulnerable Zielgruppen dort zu impfen, wo sie besonders gut zu erreichen sind.

### 4.2.3. Gestaltungsvorschläge für ein österreichweites Grippeimpfprogramm

Manche Vorschläge für ein Grippeimpfprogramm beziehen sich direkt auf vulnerable Gruppen, von anderen Vorschlägen profitieren sowohl vulnerable Menschen als auch alle anderen Zielgruppen. Zudem lassen sich die Ideen größtenteils auch für ein ausgeweitetes Impfprogramm adaptieren, falls nach Influenza weitere Impfungen ins ÖIP integriert werden.

Die Empfehlungen sind nach geeigneten Kategorien geordnet und innerhalb der Kategorien in einen strategischen und operativen Teil gegliedert.

*Ein grundsätzlicher Hinweis: Da es das ÖIP-Influenza bereits gibt, beziehen sich die einzelnen Schritte auf eine Weiterentwicklung bzw. Neuausrichtung im Hinblick auf vulnerable Gruppen.*

#### SYSTEMEBENE

##### *Strategische Empfehlungen*

Die Bundes-Zielsteuerungskommission sollte die Ziele für das ÖIP-Influenza vorgeben, die Umsetzung dieser Ziele sollte für das österreichweite Impfprogramm jedoch *in der Hand einer einzigen Institution* liegen – vom Einkauf des Impfstoffs über die Organisation der Impfangebote bis hin zur Informationskampagne und Evaluation. Die Finanzierung sollte auf mehrere Jahre gesichert sein. Die umsetzende Institution sollte genug Entscheidungsspielraum haben, um auf neue Fragen und Anforderungen effizient reagieren zu können. Laufende operative Abstimmungen zwischen den Systempartnern, die zu einem bremsenden Faktor werden können, sind zu vermeiden. Diese Grundsätze beziehen sich zwar nicht speziell auf vulnerable Gruppen, ein operativ gut laufendes Impfprogramm ist aber besonders in deren Interesse.

Der Großteil der operativen Arbeit für das ÖIP-Influenza liegt derzeit bei der Sozialversicherung, dabei überwiegend bei der ÖGK. Für die ÖGK als Trägerorganisation des gesamten öffentlichen Impfprogramms sprechen unter anderem die jahrelange Erfahrung mit bedeutenden Zielgruppen des ÖIP-Influenza (Bevölkerung, Ärzte, Betriebe etc.) sowie die entsprechende Infrastruktur (z. B. Kunden-, Vertragspartner- und Dienstgeber-Service).

### *Operative Empfehlungen*

- Entwicklung von Entscheidungsgrundlagen für die Bundes-Zielsteuerungskommission:
  - Zielvorgaben für das ÖIP-Influenza auf Grundlage umfassender Daten (siehe Punkt „Daten und Forschung“) und unter besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse vulnerabler Gruppen
  - Kriterienkatalog über die organisatorischen und budgetären Anforderungen an eine operativ allein zuständige Trägerinstitution für das ÖIP-Influenza
- Entwicklung eines Konzepts für eine zentrale Stelle des ÖIP-Influenza, bei der die Gesamtverantwortung liegt (unter Berücksichtigung einer möglichen Ausweitung des öffentlichen Impfprogramms auf weitere Impfungen)

### **DATEN UND FORSCHUNG**

Für die Planung und Weiterentwicklung des ÖIP-Influenza ist es wichtig, stärker auf Grundlage von Daten und Forschungsergebnissen zu arbeiten, gerade auch im Hinblick auf vulnerable Gruppen.

### *Strategische Empfehlungen*

Der Gesetzgeber soll die rechtlichen Grundlagen schaffen, neue Daten zu erheben bzw. vorhandene pseudonymisierte Daten der öffentlichen Verwaltung für die nicht gewinnorientierte Gesundheitsforschung zu nutzen. In diesem Zusammenhang ist eine politische Debatte zum Datenschutz wichtig, Stichwort Vertrauen ins Gesundheitssystem. Zudem soll das ÖIP-Influenza schon im Vorfeld bzw. im Hinblick auf das Design des Impfprogramms stärker mit wissenschaftlichen Einrichtungen zusammenarbeiten. Ein weiterer Punkt ist ein professionelles Datenmanagement, das Monitoring und Evaluation des ÖIP-Influenza ermöglicht.

### *Operative Empfehlungen*

- Erstellen einer komprimierten Übersicht über relevante vorhandene Daten und Forschungsergebnisse zu vulnerablen Gruppen und Herausarbeiten von Daten- bzw. Forschungslücken

- Zusammenführung relevanter pseudonymisierter Daten (siehe Kapitel 2.2.2.) zur Ermittlung von Impfquoten bei vulnerablen Gruppen
- Motivforschung (Kapitel 2.6.4.) unter Angehörigen von vulnerablen Gruppen bzw. von Gesundheitsberufen in Österreich zur Ermittlung von Einstellungen zum Thema Impfen bzw. von motivierenden und hemmenden Faktoren (ergänzend zu vorhandenen Forschungsergebnissen) - unter Berücksichtigung des 5-C-Models (Kapitel 2.5.3.) und des COM-B-Modells (Kapitel 2.6.2.).
- Entwicklung eines IT-Tools für die operative Umsetzung des ÖIP-Influenza, in das relevante Daten eingespielt werden, z. B. Impfstoffbestellungen, Anmeldungen von Impfstellen zum ÖIP-Influenza (mit Authentifizierung), Daten zur Distribution, Abrechnungsdaten etc.
- Einführung einer flächendeckenden verpflichtenden Diagnose-Codierung für alle niedergelassenen Ärzte bzw. im Ambulanzbereich

## EINBEZIEHUNG VON EXPERTEN

### *Strategische Empfehlungen*

Wissen und Erfahrung (zu vulnerablen Gruppen) von Praktikern aus dem Gesundheits- und Sozialbereich sollen systematisch und regelmäßig ins ÖIP-Influenza einfließen. Dies gilt insbesondere für Bereiche, welche die Zielsteuerungspartner nicht mit eigener Expertise abdecken können. Im Mittelpunkt steht das Knowhow der Experten und nicht die Interessensvertretung für einzelne Berufsgruppen oder Unternehmen – dies ist bei der Auswahl der Personen zu berücksichtigen.

### *Operative Empfehlungen*

- Konzeption eines Expertennetzwerks inklusive der Definition von Aufgaben, organisatorischen Abläufen, Wissenstransfer und dgl.
- Schaffung einer Koordinationsstelle, die das Expertennetzwerk inhaltlich und organisatorisch betreut, angesiedelt z. B. im BMSGPK oder in der Sozialversicherung

### *Strategische Empfehlungen*

Inhalte zum Thema (Influenza-)Impfungen unter besonderer Berücksichtigung vulnerabler Gruppen sollten stärker in die Aufgabenprofile bzw. in die Ausbildung des Personals im Gesundheits- und Sozialbereich integriert werden. Dafür sind auch die (berufs)rechtlichen Voraussetzungen zu schaffen. Eine enge Zusammenarbeit mit den relevanten Systempartnern ist dabei notwendig, also z. B. mit Gesetzgebern auf Landes- und Bundesebene, Berufsverbänden, Ausbildungsstätten etc. Es ist damit zu rechnen, dass sich insbesondere rechtliche Veränderungen in den genannten Bereichen über mehrere Jahre ziehen.

### *Operative Empfehlungen*

- Identifikation (berufs)rechtlicher Hürden für die relevanten Berufsgruppen und Entwicklung konkreter Vorschläge für die Änderung der Rechtsgrundlagen (z. B. bei Zuständigkeiten von Pflegeberufen oder Apothekern)
- Zusammenstellen relevanter Inhalte für unterschiedliche Berufsgruppen und deren Aufbereitung für Aus- und Weiterbildungsformate
- Konzeption und Durchführung von Trainings für Impfberatung und Gesprächsführung (Kapitel 2.6.5.)
- Schaffung einer Koordinationsstelle, welche das Thema Impfen in Aus- und Weiterbildung inhaltlich und organisatorisch vorantreibt, angesiedelt z. B. im BMSGPK oder der Sozialversicherung

## FINANZIELLES

### *Strategische Empfehlungen*

Die Finanzierung des ÖIP-Influenza sollte ein professionelles, zentrales Impfmanagement ermöglichen und die Attraktivität des ÖIP-Influenza für die Impfstellen bzw. Berufsgruppen (Arztpraxen, Gesundheitseinrichtungen etc.) erhöhen. Mittelfristig sollten weitere Impfungen für Erwachsene in ein öffentliches Impfprogramm aufgenommen werden.

### *Operative Empfehlungen*

- Aufnahme der Influenza-Impfung und mittelfristig weiterer Impfungen in die Gesamtverträge zwischen Ärztekammer und Sozialversicherung (unter Berücksichtigung der Honorierung von *Impfberatungen*)
- Ausreichende finanzielle Ausstattung eines zentralen Impfmanagements und Impfmonitorings (Personalkosten, IT)
- Verzicht auf den Selbstbehalt, um Hürden für verimpfende Stellen abzubauen (Arztpraxen, öffentlicher Gesundheitsdienst, stationäre Einrichtungen etc.)
- (Mit)-Finanzierung einschlägiger Aus- und Weiterbildungen im Gesundheits- und Sozialbereich

## IMPFORTE

### *Strategische Empfehlungen*

Schwerpunkt der Influenza-Impfung soll die Arztpraxis (v. a. Primärversorgung) bleiben. Dies gilt insbesondere für vulnerable Gruppen, da diese weniger durch betriebliche Impfaktionen erreicht werden. Aber: Um die Durchimpfungsraten zu erhöhen, sind auch alternative Impfsettings anzudenken – und zwar als sinnvolle Ergänzung zum niedergelassenen Bereich. Diese Angebote sollen niederschwellig sein und vulnerable Gruppen besonders gut erreichen. Spezifische regionale Voraussetzungen sollten berücksichtigt werden.

### *Operative Empfehlungen*

- Ausweitung der Impfangebote im öffentlichen Gesundheitsdienst bzw. in Gesundheitseinrichtungen der Sozialversicherung unter Berücksichtigung regionaler Bedürfnisse.
- Klärung und Schaffung der organisatorischen Voraussetzungen für Impfangebote in Apotheken (Finanzierung, Schulung des Personals, Umsetzung einer ärztlichen Aufsicht).
- Impfangebote in definierten stationären Settings bzw. betreuten Wohneinrichtungen (ohne Selbstbehalt) analog zu Alters- und

- Pflegeheimen, z. B. in Krankenhäusern, Kur- und Reha-Anstalten und betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Beeinträchtigungen
- Impfangebote im Rahmen des „betrieblichen Impfens“ in Gesundheits- und Sozialbetrieben auch für Klienten in Tagesbetreuung, etwa in Senioren-Tagesstätten oder betreuten Werkstätten.
  - Beratung und finanzielle Unterstützung von Organisatoren lokaler Impfangebote (z. B. Gemeinden, Vereine, Selbsthilfegruppen, Community Nurses etc.).

## KOMMUNIKATION

### *Strategische Empfehlungen*

Die Gestaltung von Kommunikationsmaßnahmen muss sich nach den Bedürfnissen und der Lebensrealität der Zielgruppen richten. Besonderes Augenmerk gilt jenen Personen, die sowohl aus medizinischer als auch aus sozioökonomischer Sicht vulnerabel sind, da die Gesundheitskompetenz der Betroffenen oft niedrig ist. In die Entwicklung der Kommunikationsmaßnahmen sind Vertreter der Zielgruppen einzubeziehen sowie Fachpersonen, die Erfahrung und Expertise hinsichtlich vulnerabler Gruppen bzw. Gesundheitskompetenz haben. Es wird nicht mit Angst und Druck gearbeitet.

### *Operative Empfehlungen*

- Zielgruppengerechte Gestaltung der Kommunikationsangebote hinsichtlich Lese- und Gesundheitskompetenz, Lebenssituation (Alter, Vorerkrankungen), Herkunft (Muttersprache, Kultur) und Nutzungsverhalten (digital, analog); systematische Verwendung von Unterstützungstools, z. B. Infografiken, Piktogramme, Gesprächsleitfäden etc.
- Zusammenarbeit mit dem Expertennetzwerk bei der Erstellung der Kommunikationsangebote (siehe Punkt „Einbeziehung von Experten“)
- Pre-Tests der Kommunikationsmaßnahmen mit Angehörigen der Zielgruppen (z. B. Befragungen, Fokusgruppen etc.).
- Freiwilliges digitales und analoges Recall-System für Impfindressierte

- Einrichtung einer Koordinierungsstelle, z. B. in der Sozialversicherung oder im BMSGPK, die ein Stakeholder-Netzwerk aufbaut und pflegt, welches die Impfkampagne unterstützt (z. B. Berufsverbände, Sozialvereine, medizinische Fachgesellschaften, Selbsthilfegruppen etc.)

## **5. LIMITATIONEN DER ARBEIT**

- Die Literatursuche erfolgte nicht systematisch, da nicht nur mit Suchbegriffen gearbeitet wurde, sondern auch mit Angaben aus Fußnoten, persönliche Empfehlungen sowie vorhandenes Wissen der Autorin (z. B. über regelmäßig erscheinende Publikationen) eine Rolle spielten.
- Die Stichprobe ist mit neun Interviewpartnern (vier in Einzelinterviews, fünf im Rahmen der Fokusgruppe) sehr klein.
- Die Ergebnisse der qualitativen Interviews beruhen teilweise auf den persönlichen Einschätzungen bzw. Erfahrungen der Interviewpartner. Dies ist gewollt, da insbesondere für die Fokusgruppe bewusst Personen aus der Praxis mit Patientenerfahrung gewählt wurden. Ihre Aussagen sind relevant und authentisch, jedoch nicht als wissenschaftliche Aussagen zu werten. Vielmehr sind sie als Anregungen für weitere Überlegungen zu verstehen.

## 6. QUELLENNACHWEISE UND ANHANG

### 6.1. Literaturverzeichnis

Betsch, C.; Schmid, P.; Heinemeier, D.; Korn, L.; Holtmann, C.; Bohm, R.; Beyond confidence: Development of a measure assessing the 5C psychological antecedents of vaccination; In: PLoS One 13/12:e0208601; 2018.

Betsch, Cornelia; Schmid, Philipp; Korn, Lars; Steinmeyer, Lisa; Heinemeier, Dorothee; Eitze, Sarah; Küpke, Nora Katharina; Böhm, Robert; Impfverhalten psychologisch erklären, messen und verändern; In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 62/4:400-409; 2019.

Bogner, Alexander; Menz, Wolfgang.; Das theoriegenerierende Experteninterview – Erkenntnisinteresse, Wissensform, Interaktion. In: Bogner et. al. (Hg.); Das Experteninterview – Theorie, Modelle, Anwendung; 2002.

Buchy, Philippe; Bad, Selim; Who and when to vaccinate against influenza; International Journal of Infectious Diseases; No. 93, S. 375–387, 2020.

Creanga AA, Johnson TF, Graitcer SB, Hartman LK, Al-Samarrai T, Schwarz AG, et al. Severity of 2009 pandemic influenza A (H1N1) virus infection in pregnant women. Obstet Gynecol; S. 115:717–26; 2010.

Doherty, Mark; Schmidt-Ott, Ruprecht; Santos, Jose Ignacio; Stanberry, Lawrence R.; Hofstetter, Annika M.; Rosenthal, Susan L.; Cunningham, Anthony L.; Vaccination of special populations: Protecting the vulnerable; Vaccine 34, S. 6681-6690; 2016.

Flick, Uwe; Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung; 2011.

Franzkowiak, Peter; Prävention und Krankheitsprävention. 10.17623/Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung:224-i091-2.0; 2022.

Greer, Scott et al.; Everything you always wanted to know about European Union health policies but were afraid to ask; European Observatory on Health Systems and Policies; 2014.

Gordon, Bruce G., Vulnerability in Research: Basic Ethical Concepts and General Approach to Review; The Ochsner Journal, 2020 Spring; 20(1): 34–38; 2020.

Haynes, L. et al.; Test, learn, adapt: Developing public policy with randomised controlled trials. Cabinet Office-Behavioural Insights Team; 2012.

Hannoun, Claude; The Evolving History of Influenza Viruses and Influenza Vaccines, Expert Review of Vaccines; 12(9):1085-1094, 2013.

Kahneman, Daniel; Tversky, Amos; Prospect theory: An analysis of decision under risk. In: Econometrica, Band 47, Nr. 2, S. 263–291; 1979.

Kaufmann, Stefan; Impfen: Grundlagen, Wirkung, Risiken; München 2021.

Kuckarzt, Udo; Rädiker, Stefan; Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung; 2022.

Lampert, Thomas; Kroll, Lars Eric; Kuntz, Benjamin; Hoebel, Jens; Gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland und im internationalen Vergleich: Zeitliche Entwicklungen und Trends; Journal of Health Monitoring · 3 (S1) DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-019, Robert Koch-Institut; Berlin 2018.

Larson, Heidi J; De Figueiredo, Alexandre; Xiaohong, Zhao; Schulz, William S; Verger, Pierre; Johnston, Iain G; Cook, Alex R; Jones, Nick S.; The state of vaccine confidence 2016: global insights through a 67-country survey; In: EBioMedicine 12/:295-301; 2016.

MacDonald, Noni E.; The SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. Vaccine 33; S 4161-4164: 2015.

Mayring, Philipp; Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken; 2022.

Michie, Susan; van Stralen, Maartjie; West, Robert; The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions; Implementation Science 6, Nr. 42; 2011.

Martini M, Gazzaniga V, Bragazzi NL, Barberis I; The Spanish Influenza Pandemic: a lesson from history 100 years after 1918; Journal of Preventive Medicine and Hygiene; Vol. 60 (1), March 2019.

Mutz, Ingomar; Spork, Diether; Geschichte der Impfpfehlungen in Österreich. Wiener Medizinische Wochenschrift 157: S. 94–97: 2007.

Rosenbrock, R. & Michel; Primäre Prävention – Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung; Berlin, 2007.

Simmel, Georg; Soziologie (1908). Gesamtausgabe, hg. von O. Rammstedt, Bd. 11, 1992..

Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H; (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012 Jan 25;12:80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80. PMID: 22276600; PMCID: PMC3292515; 2012.

Spitzer, Florian; Abstiens, Kira; Czypionka, Thomas; Gangl, Katharina; Verhaltensökonomische Ansätze zur Steigerung der Impfbereitschaft bei COVID-19; In: Hainzl, Christina; Dialer, Doris and Kuske, Hannah; (eds.) Gesundheitspolitik und Gesellschaft in der COVID-19-Krise. Eine globale Herausforderung. Politik und Gesundheit; LIT-Verlag; Wien 2022.

Tanner, Alex R.; Dorey, Robert B.; Brendish, Nathan J.; Clark, Tristan W.; Influenza vaccination: protecting the most vulnerable; European Respiratory Review; 30: 200258, 2021.

Wang R. et al. The effect of influenza virus infection on pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis of cohort studies, International Journal of Infectious Diseases.; S. 105:567- 578; 2021.

Wiedermann-Schmidt, Ursula; Impfen: Wann. Wogegen. Warum; Wien 2016.

### **Publikationen von Institutionen**

BMBWF; Statistisches Taschenbuch - Schulen und Erwachsenenbildung 2019.

BMBWF; Statistisches Taschenbuch – Hochschulen und Forschung 2022.

BMSGPK und Gesundheit Österreich GmbH; Gesundheitsdaten im Überblick; 2021.

BMSGPK; Gesundheitskompetenz in Österreich: Ergebnisse der Österreichischen Gesundheitskompetenz-Erhebung Health Literacy Survey 19-AT; Wien 2021.

BMSGPK; Kurzbericht Masern 2021. Evaluierung der Masern-Durchimpfungsraten mit einem dynamischen agentenbasierten Simulationsmodell; Wien 2022.

Dachverband (DV) der Sozialversicherungsträger Hg., Methodenbox: Die gesundheitskompetente Sozialversicherung, Wien 2020.

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC); Catalogue of interventions addressing vaccine hesitancy; Stockholm, 2017.

Europäische Kommission; State of Vaccine Confidence in the European Union; Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2022.

Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz; Factsheet „Gute Gesundheitsinformation“; Version 05/2020.

Statistik Austria; Programme für the International Assessment of Adult Competencies. Schlüsselkompetenzen von Erwachsenen. Erste Ergebnisse der PIAAC-Erhebung 2011/2012; Wien 2013.

WHO, Regional Office for Europe; Tailoring Immunization Programmes (TIP). Increasing coverage of infant and child vaccination in The WHO European Region; 2019.

WHO; Report of the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy; 2014.

WHO position paper, Vaccines against influenza. Weekly Epidemiological Record; Vol 97, No 19, S 185-208; 2022.

Wissenschaftliche Akademie für Vorsorgemedizin (WAVM); Regionale Unterschiede des Impfverhaltens in der Steiermark. Analyse ausgewählter Gratisimpfungen im Vorschul- und Schulalter; Graz 2019.

## **Online-Quellen**

Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH; [www.ages.at](http://www.ages.at).

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz; [www.sozialministerium.at](http://www.sozialministerium.at).

Datenschutzbehörde der Republik Österreich; [www.dsb.gv.at](http://www.dsb.gv.at).

DocCheck Flexikon; <https://flexikon.doccheck.com>

Duden; [www.duden.de](http://www.duden.de)

Elektronische Gesundheitsakte; [elga.gv.at](http://elga.gv.at).

European Centre for Disease Prevention and Control; [www.ecdc.europa.eu](http://www.ecdc.europa.eu).

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), [www.gesundheitsinformation.de](http://www.gesundheitsinformation.de)

Krankenanstalten in Zahlen (BMSGPK); [www.kaz.bmg.gv.at](http://www.kaz.bmg.gv.at).

Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs (BMSGPK); [www.gesundheit.gv.at](http://www.gesundheit.gv.at).

Österreichische Akademie der Wissenschaften; [www.oeaw.ac.at](http://www.oeaw.ac.at)

Österreichische Gesundheitskasse; [www.gesundheitskasse.at](http://www.gesundheitskasse.at).

Österreichischer Verband der Impfstoffhersteller; <https://oevih.at>

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD); [www.oecd-library.org](http://www.oecd-library.org).

Rechtsinformationssystem des Bundes; [www.ris.bka.gv.at](http://www.ris.bka.gv.at).

Republik Österreich – Parlament; [www.parlament.gv.at](http://www.parlament.gv.at).

Robert-Koch-Institut; [www.rki.de](http://www.rki.de).

The Decision Lab; [www.thedecisionlab.com](http://www.thedecisionlab.com).

Statistik Austria; [www.statistik.at](http://www.statistik.at)

Universität Paderborn; Sozialwissenschaftliche Methodenberatung (Blog);  
[sozmethode.hypotheses.org](http://sozmethode.hypotheses.org)

Weltgesundheitsorganisation; [www.who.int](http://www.who.int)

## 6.1. Anhang

### 6.2.1. Interviewleitfaden

#### 1. VULNERABLE GRUPPEN

Den Begriff „vulnerabel“ kann man aus zwei Perspektiven betrachten: medizinisch einerseits und in Zusammenhang mit Bildung, Einkommen und Herkunft etc. andererseits. Es können zudem bei ein und derselben Person sowohl medizinische als auch soziale Risikofaktoren vorliegen.

- a. Welche Teilgruppen unter den vulnerablen Personen sollte ein Grippeimpfprogramm besonders berücksichtigen und warum?
- b. Welche vulnerablen Gruppen möchten Sie darüber hinaus hervorheben – auch im Zusammenhang mit anderen durch Impfung vermeidbaren Infektionskrankheiten?

#### 2. RISIKOEINSCHÄTZUNG

- a. Wie realistisch schätzen vulnerable Gruppen aus Ihrer Sicht ihr Gesundheitsrisiko hinsichtlich Influenza ein?
- b. Was könnten aus Ihrer Sicht Gründe dafür sein, dass medizinisch vulnerable Gruppen ihr Risiko durch Influenza unterschätzen?
- c. Wie bewerten Sie die Risikoeinschätzung medizinisch und sozioökonomisch vulnerabler Gruppen bei anderen durch Impfungen vermeidbaren Infektionskrankheiten?

#### 3. VULNERABLE GRUPPEN: MOTIVATION UND HÜRDEN FÜR EINE IMPFUNG GEGEN INFLUENZA

- a. Welche Faktoren könnten aus Ihrer Sicht vulnerable Gruppen dazu *motivieren*, sich gegen Influenza impfen zu lassen? Bitte nennen Sie jeweils die vulnerable Gruppe, auf die Sie sich beziehen.
- b. Was können Angehörige von Gesundheitsberufen und/oder Sozialberufen tun, um die Impfmotivation von vulnerablen Gruppen zu erhöhen?
- c. Was halten Sie von Anreizsystemen im Zusammenhang mit Impfungen? Welcher wären aus Ihrer Sicht im Fall von Influenza geeignet?
- d. *Nur Fokusgruppe:* Was halten Sie davon, Impfungen durch nicht-ärztliche Berufsgruppen zu forcieren? Anmerkung: derzeit dürfen Angehörige mancher Gesundheitsberufe unter ärztlicher Aufsicht impfen, z. B. Krankenpflegepersonal. In Apotheken darf nicht geimpft werden.

- e. Welche Faktoren könnten aus Ihrer Sicht vulnerable Gruppen davon *abhalten*, sich gegen Influenza impfen zu lassen? Bitte nennen Sie jeweils die vulnerable Gruppe, auf die Sie sich beziehen.
- f. Was hilft vulnerablen Gruppen, gut mit Gesundheitsinformation umzugehen – sodass sie eine informierte Entscheidung treffen können?
- g. Wo sehen Sie bei Motivation und Hürden für vulnerable Gruppen Unterschiede zwischen der Influenza-Impfung und anderen Impfungen?
- h. Was hilft aus Ihrer Sicht vulnerablen Gruppen, gut mit Gesundheitsinformation umzugehen und eine informierte Impfentscheidung zu treffen?

#### 4. MEDIZINISCHES PERSONAL: MOTIVATION FÜR UNTERSTÜTZUNG EINES GRIPPEIMPFPROGRAMMS

- a. Welche Faktoren würden Fachpersonen aus Medizin, Pflege und dem Sozialbereich aus Ihrer Sicht dazu motivieren, ihren Patienten bzw. Klienten eine Grippeimpfung zu *empfehlen*?
- b. Welche Faktoren würden Arztpraxen bzw. Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen motivieren, an einem öffentlichen Grippeimpfprogramm *teilzunehmen*?
- c. Wo sehen Sie bei den motivierenden Faktoren für das Gesundheitspersonal Unterschiede zwischen der Influenza-Impfung und anderen Impfungen?

#### 5. GESUNDHEITSSYSTEM IN ÖSTERREICH

- a. Welche Strukturen in Österreichs Gesundheitssystem sehen Sie als förderlich oder hinderlich für hohe Impfquoten an?
- b. Wie schätzen Sie die Aufteilung von Zuständigkeiten im österreichischen Gesundheitssystem hinsichtlich Impfungen ein?

## 6.2.2. Anhang II: Kategorienschema

### Interviewteilnehmer

Einzelinterviews	Fokusgruppe
INT 1: Gesundheitswissenschaftler und Sozialarbeiter, öffentliche Gesundheitsverwaltung (Stadt)	FG 1: Allgemeinmedizinerin mit Ordination im städtischen Ballungsraum
INT 2: Politikwissenschaftlerin, universitäre Forschung	FG 2: Allgemeinmediziner mit Ordination in ländlicher Gemeinde
INT 3: Ärztin, öffentliche Gesundheitsverwaltung (Landesregierung)	FG 3: DGKP im stationären Bereich inkl. Erfahrung in Geriatrie und Krankenhaushygiene
INT 4: Projektleiterin und Kommunikationsexpertin einer Organisation im Bereich der Prävention, Rehabilitation und Gesundheitskompetenz	FG 4: leitende DGKP in mobiler Altenpflege
	FG 5: leitender Mitarbeiter, psychosoziale und Gesundheits-Beratung für Menschen mit Migrationshintergrund

### Hinweise zum Kategorienschema

- Der Anhang enthält das Kategorienschema mit allen Kategorien. Die einzelnen Textstellen sind in dieser Version nicht aufgelistet, weil der Umfang sonst zu groß wäre, allerdings steht in jeder (Unter-)Kategorie ein Ankerbeispiel.
- Zitate in Kursivschrift: im Wesentlichen wörtlich, aber sprachlich geglättet
- Paraphrasen in Normalschrift: Gedanken der Interviewpartner sinngemäß zusammengefasst

Kategorien und Unterkategorien	Kategorie / Unterkategorie	Definition / Erläuterung
<b>A</b>	<b>VULNERABLE GRUPPEN</b>	<b>RELEVANTE TEXTSTELLEN</b>
A 1	Definition vulnerable Gruppen	Medizinische und sozioökonomische vulnerable Gruppen, die ein (Grippe)Impfprogramm besonders berücksichtigen sollte
A 1 / 1	Medizinisch	Inklusive Alter als medizinische relevante Kategorie
<p><b>Ankerbeispiel (FG2, Hausarzt):</b> Senioren gehören zu den vulnerablen Gruppen, nicht nur wegen mehr Lebensjahren, sondern auch wegen Nachlassen des Immunsystems und höherer Wahrscheinlichkeit von chronischen Erkrankungen.</p>		
A 1 / 2	Sozioökonomisch: Alter	Alter als sozioökonomische Kategorie
<p><b>Ankerbeispiel (FG 4, DGKP):</b> Bei alten Menschen kommt die Information oft nicht an – vielleicht, weil sie andere Medien verwenden als Jüngere.</p>		
A 1 / 3	Sozioökonomisch: Bildung / Einkommen	Wenn die Aussage Bildung / Einkommen von Menschen mit Migrationshintergrund betrifft, erfolgt Zuordnung in Unterkategorie A 1 / 4
<p><b>Ankerbeispiel (FG1, Hausärztin):</b> Medizinisch vulnerable Personen mit höherem Niveau bei Bildung und Einkommen und ohne Sprachbarriere sind in der Lage, sich Informationen zur Influenzaimpfung zu holen, aber bei niedrigem sozioökonomischen Status bzw. Sprachbarrieren ist der Informationsstand viel schlechter.</p>		
A 1 / 4	Sozioökonomisch: Migrationshintergrund	
<p><b>Ankerbeispiel (FG 5, Gesundheits- und Sozialberater für Menschen mit Migrationshintergrund):</b> Migranten der ersten Generation können oft nicht ausreichend Deutsch, um das Thema Impfen ausreichend zu verstehen.</p>		
A 1 / 5	Kriterien nicht eindeutig zuordenbar	
<p><b>Ankerbeispiel (INT 2, Politikwissenschaftlerin):</b> Beim Thema vulnerable Gruppen geht es auch um die Frage, wie man sie sichtbar macht. Menschen, die nach objektiven Kriterien vulnerabel sind, definieren sich selbst nicht unbedingt so. Was bewirkt diese Fremdzuschreibung eigentlich?</p>		

A 2	Gesundheitskompetenz und persönliche Einschätzungen	Wissen, Meinungen, Einstellungen und Werthaltungen von vulnerablen Gruppen im Zusammenhang mit Impfungen und dem Gesundheitssystem
A 2 / 1	Gesundheitskompetenz	Aussagen der Interviewpartner zum Thema Gesundheitskompetenz von vulnerablen Gruppen Anmerkungen: Die Themen Vertrauen/Skepsis Impfungen und individuelle Risikoeinschätzungen gehören inhaltlich zum Thema Gesundheitskompetenz, werden jedoch wegen ihrer Relevanz in den Interviews gesondert ausgewiesen.
<b>Ankerbeispiel (INT 2, Politikwissenschaftlerin):</b> Viele Leute kennen Unterschied zwischen Influenza und grippalem Infekt nicht.		
A 2 / 2	Individuelle Risikoeinschätzung	Selbsteinschätzung vulnerabler Gruppen hinsichtlich ihres persönlichen Gesundheitsrisikos durch Influenza oder andere durch Impfung vermeidbare/abschwächbare Infektionskrankheiten.
<b>Ankerbeispiel (INT 3, Ärztin, öffentliche Gesundheitsverwaltung):</b> Die Influenza wird immer noch als Erkältungskrankheit bagatellisiert		
A 2 / 3	Vertrauen / Skepsis Gesundheitssystem bzw. generell staatliche Einrichtungen	Vertrauen in Vertreter bzw. in Institutionen des Gesundheitssystems
<b>Ankerbeispiel (INT 2, Politikwissenschaftlerin):</b> Bei Impfungen spielt das Vertrauen eine Rolle: z. B. das Vertrauen der Pflegekräfte in die Ärzteschaft oder das Vertrauen von sozioökonomisch schwächeren Gruppen in staatliche Behörden. Wenn wir das nicht angehen, dann bringen andere Einzelmaßnahmen im Bereich von Impfungen wenig.		
A 2 / 4	Vertrauen / Skepsis Impfungen	Vertrauen bzw. Skepsis von vulnerablen Gruppen gegenüber der Wirkung bzw. möglichen Nebenwirkungen von Impfungen
<b>Ankerbeispiel (INT 1, Gesundheitswissenschaftler und Sozialarbeiter, öffentliche Gesundheitsverwaltung)</b> - schildert sinngemäß Einstellungen sozioökonomisch vulnerabler Gruppen, mit denen er konfrontiert wurde: <i>„Da findest du halt alles, was eh bekannt ist. Ich habe mich Grippe impfen lassen und zwei Wochen später bin ich im Bett gelegen mit einer Verschnupfung. Das ist natürlich nur ein grippaler Infekt, aber das ist dem Laien doch total egal. Die Impfung wirkt also nicht, sonst wäre ich nicht trotzdem krank geworden.“</i>		

A 3	Motivation für (Grippe)Impfungen	Faktoren, die vulnerable Gruppen zu einer (Grippe)Impfung motivieren - ausgenommen Themen, die in die Kategorien A 2 und A 5 passen
A 3 / 1	Niederschwellig Allgemein	Niederschwelliger Zugang zu Impfungen ausgenommen Impfungen vor Ort (Unterkategorie A 3 / 2)
<p><b>Ankerbeispiel (FG 5, Gesundheits- und Sozialberater für Menschen mit Migrationshintergrund):</b> Manche Leute haben Schwierigkeiten mit Anmeldungen. Es wäre für sie einfacher, wenn sie ohne Anmeldung zur Impfung gehen könnten. Besonders für Ältere könnte z. B. eine Online-Anmeldung schwierig sein.</p>		
A 3 / 2	Niederschwellig 2: Impfungen vor Ort	Impfungen am Wohn-, Arbeits- oder Bildungsort
<p><b>Ankerbeispiel (FG 3, DGKP):</b> In der stationären Langzeitpflege gibt es oft eine Gruppendynamik: „Wenn sich die anderen impfen lassen, lasse ich mich auch impfen.“</p>		
A 3 / 3	Anreizsysteme	Verhaltensökonomische Maßnahmen (organisatorisch, finanziell, kommunikativ etc.)
<p><b>Ankerbeispiele</b>  <b>INT 3 (DGKP):</b> Recalls auf einem elektronischen Weg sind ein ganz wichtiger Schritt, der aber wahrscheinlich eher für jüngere Menschen interessant ist.  <b>FG 1 (Hausärztin):</b> Ein finanzieller Bonus fürs Impfen ist nicht gut, denn die Impfung selbst ist der Benefit und bedeutet Schutz</p>		
A 3 / 4	Impfungen durch nicht-ärztliche Berufsgruppen forcieren	
<p><b>Ankerbeispiel (FG 2, Hausarzt):</b> Für die Niederschwelligkeit ist die Idee zwar nicht schlecht, ich finde es trotzdem nicht gut, dass Apotheken impfen. Das Impfen selbst ist technisch nichts Großartiges, es geht aber um die Indikationsstellung und das ist eine ärztliche Zuständigkeit. DGKP dürfen jetzt schon impfen, aber eben unter ärztlicher Aufsicht.</p>		
	Empfehlung durch andere Bezugspersonen	Gemeint sind z. B. Familienangehörige, Freunde, Peergroup, Community
<p><b>Ankerbeispiel (INT 1, Gesundheitswissenschaftler und Sozialarbeiter, öffentliche Gesundheitsverwaltung):</b> „Ich würde die Reichweite von Multiplikatorenprojekten (Community, Peergroup als Multiplikatoren, Anm.) als beschränkt sehen, wenn sie nicht noch zusätzlich etwas mithaben, um viele Menschen zu erreichen. ... . Es ist nett und hört sich gut an, ist aber im Ergebnis nicht immer den Aufwand wert gewesen.“</p>		

A 4	Hürden für (Grippe)Impfungen	Faktoren, die vulnerable Gruppen zu einer (Grippe)Impfung abhalten - ausgenommen Themen, die in die Kategorien A 2 und A 5 passen
A 4 / 1	Finanziell	
<b>Ankerbeispiel FG 5 (Gesundheits- und Sozialberater für Menschen mit Migrationshintergrund):</b> Kosten sind ein Faktor. Für Einkommensschwache sind auch geringe Beträge viel Geld, vor allem bei größeren Familien.		
A 4 / 2	organisatorisch	Bewertung von Faktoren wie z. B. Zugang zur Impfung (höher-/niederschwellig), Wartezeiten auf Impftermin bzw. vor Ort, Möglichkeit zur spontanen Entscheidung, Impfungen am Arbeits-/Lern-/Wohnort
<b>Ankerbeispiel (INT 4, Projektleiterin und Kommunikationsexpertin einer Organisation im Bereich der Prävention, Rehabilitation und Gesundheitskompetenz):</b> Mögliche Hürden für alte Menschen sind: Impfstoff in der Apotheke holen und dann zum Arzt gehen - und sich anmelden müssen.		
A 5	Gesundheitsinformation / informierte Entscheidung	Faktoren, die vulnerablen Gruppen helfen, gut mit Gesundheitsinformation umzugehen und eine informierte Entscheidung zu treffen
A 5 / 1	Allgemein	Nicht zuordenbar zu A 5 / 2 und A 5 / 3
<b>Ankerbeispiel (FG 1, Hausärztin):</b> Die Differenzierung zwischen Influenza und grippalem Infekt ist schwer zu kommunizieren, auch bei Menschen ohne Sprachbarriere. Das ist eines der Hauptthemen.		
A 5 / 2	Informationsmaterialien	
<b>Ankerbeispiel INT 4, Projektleiterin und Kommunikationsexpertin einer Organisation im Bereich der Prävention, Rehabilitation und Gesundheitskompetenz):</b> Bei Informationsmaterialien geht es nicht darum, was Experten sagen wollen, sondern was die Zielgruppen brauchen.		
A 5 / 3	Persönliches Gespräch mit Angehörigen von Gesundheits- und Sozialberufen	
<b>Ankerbeispiel (FG 1, Hausärztin):</b> Beim Ansprechen und Motivieren von medizinisch vulnerablen Personen sehe ich hauptsächlich die Hausärzte in der Pflicht.		

B	MULTIPLIKATOREN: MEDIZINISCHES PERSONAL UND PERSONAL IN ANDEREN RELEVANTEN EINRICHTUNGEN (SCHULEN, SOZIALBEREICH UND DGL.)	RELEVANTE TEXTSTELLEN
B 1	Motivation Empfehlung (Grippe)Impfung	Faktoren, die medizinisches bzw. sonstiges relevantes Personal motivieren, ihren Patienten/Klienten eine Grippeimpfung zu <i>empfehlen</i> - ausgenommen Themen, die in die Kategorie A 5 / 2 passen.
B 1 / 1	Eigene Einstellung zu Impfungen	Einschätzung der Relevanz von persönlichen Einstellungen des Gesundheits- und sonstigen relevanten Personals zum Thema Impfungen
<p><b>Ankerbeispiel (INT 3, Ärztin, öffentliche Gesundheitsverwaltung):</b> Die persönliche Betroffenheit kann das Gesundheitspersonal aufrütteln, also der Kontakt zu Patienten, die an Influenza gestorben sind oder schwere Verläufe hatten. In Fortbildungen und Artikeln könnte man mit Fallbeispielen arbeiten.</p>		
B 1 / 2	Wissen über Impfungen	Einschätzungen zum Thema Fachwissen von medizinischen bzw. sonstigem relevanten Personal zum Thema Impfungen
<p><b>Ankerbeispiel (FG 4, DGKP):</b> Die Pflege bräuchte mehr Informationen über Impfungen. DGKP fehlt oft das Detailwissen und wenn man sich selbst nicht sicher ist, gibt man das Wissen auch nicht weiter. In der Ausbildung lernt man nicht wirklich etwas über Impfungen.</p>		
B 1 / 3	Arbeitsbedingungen	Einschätzung der Relevanz der Arbeitsbedingungen des Gesundheits- und sonstigen relevanten Personals im Hinblick auf dessen Motivation, Impfungen zu empfehlen
<p><b>Ankerbeispiele</b>  <b>FG 4, DGKP:</b> Man muss als Pflegekraft vorsichtig sein: es gibt eine Angst, seine Kompetenzen zu überschreiten.  <b>FG 1, Hausärztin:</b> Der Zeitfaktor, das hohe Arbeitspensum spielen generell eine Rolle.</p>		

B 2	Motivation Teilnahme (Grippe)Impfprogramm	Faktoren, die medizinisches Personal bzw. Gesundheits-/Pflegeeinrichtungen motivieren an einem (Grippe)Impfprogramm <i>teilzunehmen</i>
<b>Ankerbeispiel (INT 1, Gesundheitswissenschaftler und Sozialarbeiter, öffentliche Gesundheitsverwaltung):</b> Rahmenbedingungen für das Impfen bei Allgemeinmediziner*innen signifikant verbessern, finanzielle Anreize durch Leistungskatalog, „ <i>etwas kriegen</i> “ für das Aufklärungsgespräch		
<b>C</b>	<b>GESUNDHEITSSYSTEM</b>	<b>RELEVANTE TEXTSTELLEN</b>
C 1	Förderliche Strukturen / Zuständigkeiten	Einschätzung des österreichischen Gesundheitssystems: Ist- und Soll-Faktoren mit <i>positiven</i> Auswirkungen auf die Impfbereitschaft
<b>Ankerbeispiele</b> <b>FG 5 (Gesundheits- und Sozialberater für Menschen mit Migrationshintergrund):</b> Schulimpfungen und Mutter-Kind-Pass sehe ich bei Impfungen als förderliche Strukturen. <b>INT 1 (Gesundheitswissenschaftler und Sozialarbeiter, öffentliche Gesundheitsverwaltung):</b> Eine bundesweite Struktur beim Impfen ist vorhanden – über obersten Sanitätsrat bzw. bei Impfempfehlungen. Dazu gibt es keine Landesstruktur und das ist wichtig.		
C 2	Hinderliche Strukturen / Zuständigkeiten	Einschätzung des österreichischen Gesundheitssystems: Faktoren mit <i>negativen</i> Auswirkungen auf die Impfbereitschaft
<b>Ankerbeispiel (INT 4, Projektleiterin und Kommunikationsexpertin einer Organisation im Bereich der Prävention, Rehabilitation und Gesundheitskompetenz):</b> „ <i>Und dann sagen möglicherweise die Oberösterreicher (Landesregierung, Anm.) etwas Anderes zur Grippeimpfung als die Vorarlberger. Was gilt jetzt? Und dann soll man dem System auch noch vertrauen?</i> “		
C 3	Allgemein bzw. Wünsche für die Gestaltung von Impfprogrammen	Nicht eindeutig C 1 bzw. C 2 zuzuordnen
<b>Ankerbeispiel (FG 1, Hausärztin):</b> Das ganze System gehört vereinfacht und vereinheitlicht.		

### 6.3.3. Endnoten

- <sup>1</sup> BMSGPK, [https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:8da243e6-defc-4001-adce-b9e1fca20241/Anzeigenpflichtige%20Krankheiten%20in%20%C3%96sterreich\\_01\\_20.pdf](https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:8da243e6-defc-4001-adce-b9e1fca20241/Anzeigenpflichtige%20Krankheiten%20in%20%C3%96sterreich_01_20.pdf); abgerufen am 7.12.2022.
- <sup>2</sup> BMSGPK, <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Impfplan-%C3%96sterreich.html>; abgerufen am 7.12.2022.
- <sup>3</sup> Statistik Austria, <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheit/gesundheitszustand/meldepflichtige-krankheiten>; abgerufen am 7.12.2022.
- <sup>4</sup> Ebenda.
- <sup>5</sup> WHO Factsheet; [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal)); abgerufen am 9.12.2022.
- <sup>6</sup> ECDC, <https://www.ecdc.europa.eu/en/seasonal-influenza/facts/factsheet>; abgerufen am 7.12.2022ggh
- <sup>7</sup> AGES; <https://www.ages.at/mensch/krankheit/krankheitserreger-von-a-bis-z/grippe>; abgerufen am 9.12.2022.
- <sup>8</sup> BMSGPK; [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Uebertragbare-Krankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/Grippe-\(Influenza\).html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Uebertragbare-Krankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/Grippe-(Influenza).html); abgerufen am 9.12.2022.
- <sup>9</sup> AGES; <https://www.ages.at/mensch/krankheit/krankheitserreger-von-a-bis-z/grippe>; abgerufen am 14.7.2023.
- <sup>10</sup> Vgl. Franzkowiak; Prävention und Krankheitsprävention; 2022. Rosenbrock / Michel; Primäre Prävention; 2007. WHO; Health Promotion Glossary of Terms 2021 (Disease Prevention); <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>, abgerufen am 2.11.2022.
- <sup>11</sup> IQWiG; <https://www.gesundheitsinformation.de/das-angeborene-und-das-erworbene-immunsystem.html>; abgerufen am 28.12.2022.
- <sup>12</sup> Wiedermann-Schmidt; Impfen: Wann. Wogegen. Warum; 2016.
- <sup>13</sup> WHO position paper, S. 195, 2022.
- <sup>14</sup> Tanner et al., Influenza vaccination; 2021.
- <sup>15</sup> OECD; <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/3df08c9e-en/index.html?itemId=/content/component/3df08c9e-en>; abgerufen am 29.12.2022.
- <sup>16</sup> Ebenda.
- <sup>17</sup> BMSGPK; Kurzbericht Masern 2021, S. 3-4.
- <sup>18</sup> Ebenda.
- <sup>19</sup> OECD; <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/3df08c9e-en/index.html?itemId=/content/component/3df08c9e-en>; abgerufen am 29.12.2022.
- <sup>20</sup> Ebenda.
- <sup>21</sup> OEVIH; [https://oevih.at/wp-content/uploads/2022/04/2022-OeVIH-Influenza-DI-and-MAFO\\_website.pdf](https://oevih.at/wp-content/uploads/2022/04/2022-OeVIH-Influenza-DI-and-MAFO_website.pdf); abgerufen am 29.12.2022.
- <sup>22</sup> <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/bevoelkerungsstand/bevoelkerung-zu-jahres-/-quartalsanfang>
- <sup>23</sup> Ebenda.
- <sup>24</sup> Greer et al.; Everything you always wanted to know about European Union health policies but were afraid to ask; 2014.
- <sup>25</sup> WHO, 13th General Programme of Work 2019-2023, S 30.
- <sup>26</sup> WHO; <https://www.who.int/groups/strategic-advisory-group-of-experts-on-immunization/working-groups>; abgerufen am 12.12.2022.
- <sup>27</sup> WHO; Tailoring Immunization Programmes; 2019.
- <sup>28</sup> WHO; <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9719>; abgerufen am 12.12.2022.
- <sup>29</sup> <https://www.who.int/initiatives/pandemic-influenza-preparedness-framework>, abgerufen am 2.6.2023.
- <sup>30</sup> § 28b; Epidemiegesetz 1950.
- <sup>31</sup> ECDC; <https://www.ecdc.europa.eu/en>; abgerufen am 12.12.2022.
- <sup>32</sup> ECDC; <https://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/>; abgerufen am 12.12.2022.
- <sup>33</sup> OECD; <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/3df08c9e-en/index.html?itemId=/content/component/3df08c9e-en>; abgerufen am 12.12.2022.
- <sup>34</sup> Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG
- <sup>35</sup> Parlament der Republik Österreich, [Was sind 15a-Vereinbarungen? – Fachinfos zu aktuellen Parlamentsthemen](#); abgerufen am 16.11.2022
- <sup>36</sup> vgl. Art. 120b5 Abs. 2 B-VG

- <sup>37</sup> Art. 120b Abs. 2 B-VG
- <sup>38</sup> Rechtsinformationssystem des Bundes;  
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010356>; abgerufen am 15.12.2022.
- <sup>39</sup> Rechtsinformationssystem des Bundes;  
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010265>; abgerufen am 15.12.2022.
- <sup>40</sup> §2, Abs. 1 EpiG
- <sup>41</sup> §17, Abs. 4 EpiG
- <sup>42</sup> BMSGPK; <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Nationales-Impfgremium.html>; abgerufen am 12.12.2022.
- <sup>43</sup> BMSGPK; <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Impfplan-%C3%96sterreich.html>; abgerufen am 13.12.2022.
- <sup>44</sup> BMSGPK; <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Kostenfreies-Kinderimpfprogramm.html>; abgerufen am 15.12.2022.
- <sup>45</sup> BMSGPK; [https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:b9e27f0a-43c5-4d0a-9106-bd7b0a7fdf93/Impfempfehlungen\\_f%C3%BCr\\_spezifische\\_Berufsgruppen.pdf](https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:b9e27f0a-43c5-4d0a-9106-bd7b0a7fdf93/Impfempfehlungen_f%C3%BCr_spezifische_Berufsgruppen.pdf); abgerufen am 13.12.2022.
- <sup>46</sup> § 132c ASVG
- <sup>47</sup> § 121 ASVG, Abs. 2
- <sup>48</sup> Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs;  
<https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/institutionen/landessanitaetsdirektion.html>;  
abgerufen am 13.12.2022.
- <sup>49</sup> BMSGPK und Gesundheit Österreich GmbH; Gesundheitsdaten im Überblick; 2021.  
[https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:97354636-f632-4810-a838-949b6a0bb8b1/Gesundheitsdaten\\_in\\_%C3%96sterreich\\_-\\_Bericht\\_final.pdf](https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:97354636-f632-4810-a838-949b6a0bb8b1/Gesundheitsdaten_in_%C3%96sterreich_-_Bericht_final.pdf); abgerufen am 1.7.2023.
- <sup>50</sup> <https://www.dsb.gv.at/>; abgerufen am 1.7.2023.
- <sup>51</sup> <https://www.elga.gv.at/>; abgerufen am 1.7.2023.
- <sup>52</sup> <https://www.dsb.gv.at/recht-entscheidungen/gesetze-in-oesterreich.html>; abgerufen am 1.7.2023.
- <sup>53</sup>  
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20008120>; abgerufen am 1.7.2023.
- <sup>54</sup>  
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011011>; abgerufen am 1.7.2023.
- <sup>55</sup> BMBWF; Statistisches Taschenbuch – Schule und Erwachsenenbildung; 2019.  
[https://www.bmbwf.gv.at/dam/jcr:44807ec7-8be0-465a-a8c1-14c5d704ad0f/stat\\_tb\\_2019\\_dt.pdf](https://www.bmbwf.gv.at/dam/jcr:44807ec7-8be0-465a-a8c1-14c5d704ad0f/stat_tb_2019_dt.pdf)  
sowie BMBWF; Statistisches Taschenbuch – Hochschulen und Forschung 2022;  
[https://www.bmbwf.gv.at/dam/jcr:00d23d52-ba98-44a2-acf0-9188afc830c2/Stat\\_TB\\_2022\\_BF.pdf](https://www.bmbwf.gv.at/dam/jcr:00d23d52-ba98-44a2-acf0-9188afc830c2/Stat_TB_2022_BF.pdf);  
jeweils abgerufen am 1.7.2023.
- <sup>56</sup> <http://kaz.bmg.gv.at/startseite.html>; abgerufen am 1.7.2023.
- <sup>57</sup> § 36 EpiG, Abs. 1
- <sup>58</sup> Satzung der Österreichischen Gesundheitskasse 2020, §44.1.
- <sup>59</sup> Laut Auskunft des BMSGPK vom 21.12.2022, Sektion VII – Öffentliche Gesundheit und Gesundheitssystem, Gruppe A/Abteilung 10, Impfwesen; Dr. Katja Fischer.
- <sup>60</sup> BMSGPK; <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Kostenfreies-Kinderimpfprogramm.html>; abgerufen am 15.12.2022.
- <sup>61</sup> Laut Auskunft des BMSGPK vom 21.12.2022, Sektion VII – Öffentliche Gesundheit und Gesundheitssystem, Gruppe A/Abteilung 10, Impfwesen; Dr. Katja Fischer.
- <sup>62</sup> §1b, Covid-19-Zweckzuschussgesetz
- <sup>63</sup> Laut Auskunft des BMSGPK vom 21.12.2022, Sektion VII – Öffentliche Gesundheit und Gesundheitssystem, Gruppe A/Abteilung 10, Impfwesen; Dr. Katja Fischer.
- <sup>64</sup> § 3 Abs.1 ASchG
- <sup>65</sup> § 1157 Abs 1 ABGB
- <sup>66</sup> § 82 Abs. 6 ASchG
- <sup>67</sup> Deutsch; Internes Strategiepapier der ÖGK; 2022.
- <sup>68</sup> Ebenda.
- <sup>69</sup> Ebenda.
- <sup>70</sup> § 2 Abs. 2 ÄrzteG

- 
- <sup>71</sup> § 49 Abs. 3 Satz 2 ÄrzteG
- <sup>72</sup> § 49 Abs. 3 ÄrzteG
- <sup>73</sup> § 9 Abs. 3 Sanitätergesetz (SanG)
- <sup>74</sup> § 5 ApoG
- <sup>75</sup> [https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/AllgFr\\_RechtlFragen/faq\\_impfen\\_RechtlFragen\\_ges.html](https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/AllgFr_RechtlFragen/faq_impfen_RechtlFragen_ges.html)
- <sup>76</sup> <https://www.health.govt.nz/our-work/immunisation-handbook-2020/appendix-4-authorisation-and-criteria-vaccinators>
- <sup>77</sup> <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/10-ziele/>; abgerufen am 9.12.2022.
- <sup>78</sup> Bundeszentrale für politische Bildung; <https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/weltgesundheit-2020/318298/zur-geschichte-der-schutzimpfung/>; abgerufen am 7.11.2022.
- <sup>79</sup> Mutz/Diether; Geschichte der Impfpfehlungen in Österreich; 2007; S. 95-97.
- <sup>80</sup> Wiedermann-Schmidt, Impfen: Wann. Wogegen. Warum; 2016, S. 28.
- <sup>81</sup> Hannoun, Evolving History of Influenza Viruses und Influenza Vaccines; 2013.
- <sup>82</sup> Öffentliches Gesundheitsportal; <https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/atemwege/grippe/grippepandemien.html>; abgerufen am 11.11.2022.
- <sup>83</sup> Martini et al.; Spanish Influenza Pandemic, 2019.
- <sup>84</sup> Hannoun, Evolving History of Influenza Viruses und Influenza Vaccines; 2013.
- <sup>85</sup> Duden; <https://www.duden.de/rechtschreibung/Vulnerabilitaet>; abgerufen am 2.1.2023.
- <sup>86</sup> <https://flexikon.doccheck.com/de/Vulnerabilit%C3%A4t>; abgerufen am 2.11.2022
- <sup>87</sup> <https://flexikon.doccheck.com/de/Pr%C3%A4disposition>; abgerufen am 2.1.2023.
- <sup>88</sup> Gordon; Vulnerability in Research; 2020.
- <sup>89</sup> Doherty et al.; Vaccination of special populations; Vaccine 34, S. 6688-6687, 2016. Tanner et al., Influenza vaccination; S. 4-5, 2021. Buchy et al.; Who and when to vaccinate against influenza; S. 377-379, 2020.
- <sup>90</sup> WHO position paper, S. 187, 2022.
- <sup>91</sup> Buchy et al.; Who and when to vaccinate against influenza; S. 381-383, 2020.
- <sup>92</sup> Buchy et al.; Who and when to vaccinate against influenza; S. 381-382, 2020.
- <sup>93</sup> Creanga et al.; Severity of 2009 pandemic influenza; 2010.
- <sup>94</sup> Wang R. et al. The effect of influenza virus infection on pregnancy outcomes, 2021. Doherty et al.; Vaccination of special populations; Vaccine 34, S. 6682-6683, 2016.
- <sup>95</sup> WHO position paper, S. 188-189, 2022.
- <sup>96</sup> WHO position paper, S. 187, 2022.
- <sup>97</sup> Doherty et al.; Vaccination of special populations; Vaccine 34, S. 6683-6684, 2016. Tanner et al., Influenza vaccination; S. 5, 2021.
- <sup>98</sup> Tanner et al., Influenza vaccination; S. 5, 2021.
- <sup>99</sup> Lampert et al.; Gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland und im internationalen Vergleich; 2018.
- <sup>100</sup> Statistik Austria, BMSGPK; Determinanten von Gesundheit; Wien 2020; S. 7-14.
- <sup>101</sup> Statistik Austria; <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/migration-und-einbuengerung/migrationshintergrund>; abgerufen am 2.1.2023.
- <sup>102</sup> Statistik Austria, BMSGPK; Determinanten von Gesundheit; Wien 2020; S. 65 f.
- <sup>103</sup> Statistik Austria, BMSGPK; Determinanten von Gesundheit; Wien 2020; S. 8-10.
- <sup>104</sup> ÖVIH; <https://oevih.at/wp-content/uploads/2022/04/2022-OeVIH-Influenza-DI-and-MAFO-website.pdf>; abgerufen am 2.1.2023.
- <sup>105</sup> Statistik Austria, BMSGPK; Determinanten von Gesundheit; Wien 2020; S. 8-10.
- <sup>106</sup> Statistik Austria, BMSGPK; Determinanten von Gesundheit; Wien 2020; S. 43.
- <sup>107</sup> WAVM; Regionale Unterschiede des Impfverhaltens in der Steiermark, 2019.
- <sup>108</sup> Health Literacy Survey, S 40.
- <sup>109</sup> Vgl. Sørensen et al.; Health literacy an public health; 2012.
- <sup>110</sup> Statistik Austria; PIAAC-Erhebung 2011/2012; S. 151 ff. Hinweis: Derzeit liegen nur Daten der Erhebung von 2011/2012 vor, da die aktuelle Erhebung 2021/2022 noch läuft bzw. aufbereitet wird.
- <sup>111</sup> BMSGPK; Gesundheitskompetenz in Österreich; 2021; S. IV-V.
- <sup>112</sup> BMSGPK; Gesundheitskompetenz in Österreich; 2021; S. 102-103.
- <sup>113</sup> State of Vaccine Confidence in the European Union; 2022.

- 
- <sup>114</sup> Zusammenstellung der Tabelle durch Isabella Ömer auf Grundlage von Zahlen der Publikation „State of Vaccine Confidence in the European Union“ 2022.
- <sup>115</sup> Ebenda.
- <sup>116</sup> Zusammenstellung der Tabelle durch Isabella Ömer auf Grundlage von Zahlen der Publikation „State of Vaccine Confidence in the European Union“ 2022.
- <sup>117</sup> Ebenda.
- <sup>118</sup> Zusammenstellung der Tabelle durch Isabella Ömer auf Grundlage von Zahlen der Publikation „State of Vaccine Confidence in the European Union“ 2022.
- <sup>119</sup> Ebenda.
- <sup>120</sup> Zusammenstellung der Tabelle durch Isabella Ömer auf Grundlage von Zahlen der Publikation „State of Vaccine Confidence in the European Union“ 2022.
- <sup>121</sup> Vgl. dazu: Allmendinger, Jutta; Wetzel, Jan; Die Vertrauensfrage. Für eine Politik des Zusammenhalts; 2020. Fukuyama, Francis; Trust: The Social Virtues and the Creation of Prosperity., 1995. Hartmann, Margit; „Vertrauen“. Die unsichtbare Macht; 2020. Schnaudt, Christian; Politisches Wissen und Vertrauen, 2020.
- <sup>122</sup> Simmel, Georg; Soziologie (1908). Gesamtausgabe, hg. von O. Rammstedt, Bd. 11, 1992, S. 393.
- <sup>123</sup> <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>; abgerufen am 8.1.2023.
- <sup>124</sup> Betsch et al.; Impfverhalten psychologisch erklären, messen und verändern; 2019.
- <sup>125</sup> MacDonald; Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants; 2015, S. 4161 f.
- <sup>126</sup> Betsch et al.; Beyond confidence: Development of a measure assessing the 5C psychological antecedents of vaccination; 2018
- <sup>127</sup> Vgl. WHO; Report of the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy; 2014. MacDonald; Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants; 2015.
- <sup>128</sup> Vgl. WHO; Report of the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy; 2014. MacDonald; Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants; 2015.
- <sup>129</sup> Kahneman, Daniel; Tversky, Amos; Prospect Theory; 1979.
- <sup>130</sup> Spitzer et al.; Verhaltensökonomische Ansätze zur Steigerung der Impfbereitschaft bei COVID-19; 2022; S. 284-287.
- <sup>131</sup> Abtians, Kira et al.; Nudging und andere verhaltenswissenschaftliche Instrumente im Sozialversicherungs- und Gesundheitswesen; 2022, S 202 - 206.
- <sup>132</sup> Haynes, L. et al.; Test, learn, adapt; 2012.
- <sup>133</sup> WHO; European Immunization Agenda 2030; 2021.
- <sup>134</sup> WHO; Tailoring Immunization Programmes (TIP); 2019.
- <sup>135</sup> WHO; European Immunization Agenda 2030; S. 10. WHO; Tailoring Immunization Programmes (TIP); S. 10-22.
- <sup>136</sup> Michie et al.; The behaviour change wheel; 2011. Vgl. dazu auch <https://thedecisionlab.com/reference-guide/organizational-behavior/the-com-b-model-for-behavior-change>; abgerufen am 12.1.2023.
- <sup>137</sup> Ebenda.
- <sup>138</sup> WHO; Tailoring Immunization Programmes (TIP); 2019. Hinweis: eine Seitenangabe ist nicht sinnvoll, da die Phasen über das gesamte Dokument verteilt detailliert beschrieben werden.
- <sup>139</sup> ECDC; Catalogue of interventions addressing vaccine hesitancy; S. 14-18.
- <sup>140</sup> Vgl. dazu <https://www.vaccineconfidence.org/the-confidence-project>; abgerufen am 13.1.2023.
- <sup>141</sup> Vgl. dazu <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/immunization-analysis-and-insights/global-monitoring/who-unicef-joint-reporting-process>; abgerufen am 13.1.2023.
- <sup>142</sup> Vgl. dazu <https://www.healthmap.org/viss/>; abgerufen am 13.1.2023.
- <sup>143</sup> Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz; Factsheet „Gute Gesundheitsinformation“; Version 05/2020.
- <sup>144</sup> DV; Methodenbox; 2020.
- <sup>145</sup> Ebenda.
- <sup>146</sup> Ebenda; S. 21-42.
- <sup>147</sup> Ebenda; S. 103-111.
- <sup>148</sup> ECDC; Catalogue of interventions addressing vaccine hesitancy; S. 28-37.
- <sup>149</sup> ÖVIH, <https://web.oevih.at/wp-content/uploads/2023/04/2023-OeVIH-Influenza-DI-and-MAFO.pdf>; abgerufen am 14.7.2023.
- <sup>150</sup> WHO; Tailoring Immunization Programmes (TIP); S. 89.

- 
- <sup>151</sup> Flick; Qualitative Sozialforschung; S 2014-219.
- <sup>152</sup> Bogner / Menz; Das theoriegenerierende Experteninterview; S 36-38.
- <sup>153</sup> Bogner / Menz; Das theoriegenerierende Experteninterview; S 248-263.
- <sup>154</sup> Steinhardt, Isabel; Unterschiede zwischen Fokusgruppe und Gruppendiskussion; <https://sozmethode.hypothesen.org/552>; abgerufen am 11.2.2023.
- <sup>155</sup> Mayring, Philipp; Qualitative Inhaltsanalyse; 2022.
- <sup>156</sup> Ebenda; S. 49 ff.
- <sup>157</sup> Dresing, Thorsten / Pehl, Thorsten: Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende; Marburg 2018.
- <sup>158</sup> Ebenda; S. 66.
- <sup>159</sup> Vgl. Ebenda; S. 71, S. 84ff, S. 96ff.
- <sup>160</sup> BMSGPK; [https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:99d679b8-3676-455e-abfc-a6ec27c4d64d/Schutz\\_sensibler\\_Daten\\_-\\_Position\\_der\\_Gesundheitssektionen\\_VIII\\_und\\_IX\\_.pdf](https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:99d679b8-3676-455e-abfc-a6ec27c4d64d/Schutz_sensibler_Daten_-_Position_der_Gesundheitssektionen_VIII_und_IX_.pdf); abgerufen am 25.6.2023.
- <sup>161</sup> Zu den vertraglichen Grundlagen des ÖIP-Influenza zählen u. a. der Beschluss der Zielsteuerungspartner vom Juli 2022, die Kooperationsvereinbarung sowie diverse Beschlüsse des Lenkungsausschusses; Verträge mit externen Stakeholdern, z. B. Ärztekammer, Apothekerkammer