



Masterarbeit

Warum treten impfpräventable Erkrankungen wie Masern wieder verstärkt in Österreich auf – österreichweite Analyse und Vergleich von Impfstrategien in Europa

eingereicht von

Dr. med. univ. Karin Maria Schorna-Drescher

zur Erlangung des akademischen Grades

**Master of Public Health
(MPH)**

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Universitätslehrgang Public Health

unter der Anleitung von

Univ.-Prof.in Dr.in Andrea Grisold, MBA

Klagenfurt am Wörthersee, am 20.12.2025

Eidesstattliche Erklärung

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

Des Weiteren erkläre ich hiermit, dass, sofern bei der Erstellung dieser Arbeit Künstliche Intelligenz (KI) Werkzeuge zur Generierung und/oder Korrektur bestimmter Textpassagen verwendet wurden, dieser Einsatz unter Einhaltung ethischer Grundsätze, akademischer Integrität und den Vorgaben meiner Universität erfolgte, sowie in Folge dies transparent gemacht und in angemessener Weise gekennzeichnet wurde.

Klagenfurt am Wörthersee, am 20.12.2025

Dr.ⁱⁿ Karin Maria Schorna-Drescher eh.

Declaration of Academic Integrity

I hereby confirm that the present diploma thesis is the result of my own independent scholarly work. I also confirm that in all cases, where material from the work of others (in books, articles, essays, dissertations, and on the internet) is acknowledged, quotations and paraphrases are clearly indicated. No material other than that cited in the reference list has been used. I have read and understood the Medical University's regulations and procedures concerning plagiarism.

Furthermore, I hereby declare that if artificial intelligence (AI) tools were used for the generation and/or correction of certain text passages in the creation of this work, such employment was conducted in compliance with ethical principles, academic integrity, and the regulations of my university. Additionally, it was ensured that this usage was transparently disclosed and appropriately attributed.

Klagenfurt am Wörthersee, 20th of December 2025

Dr.ⁱⁿ Karin Maria Schorna-Drescher, m.p.

Danksagung

Ich möchte mich bei allen bedanken, die zum Gelingen dieser Masterarbeit beigetragen haben.

Mein Dank gilt zunächst meiner Betreuerin Frau Univ.Prof.in Dr.in Andrea Grisold, MBA sowie meinem Betreuer Herrn Dr. Martin Sprenger, MD, MPH (Auckland/Nz), die mich mit fachlicher Kompetenz, konstruktivem Feedback und verlässlicher Unterstützung während des gesamten Arbeitsprozesses begleitet haben. Ihre Rückmeldungen und Anregungen waren wesentlich für die Weiterentwicklung und Fertigstellung dieser Arbeit.

Ebenso danke ich den Expertinnen und Experten, die sich bereit erklärt haben, an den Interviews teilzunehmen. Ihre Zeit und die geteilten Erfahrungen haben die Analyse dieser Arbeit maßgeblich bereichert.

Auch meinen Studienkolleginnen und Studienkollegen möchte ich danken. Der regelmäßige Austausch, gemeinsame Diskussionen und die gegenseitige Unterstützung haben meine Studienzeit fachlich und persönlich bereichert.

Abschließend danke ich meiner Familie für ihren kontinuierlichen Rückhalt und ihre Verlässlichkeit, mit der sich mich unterstützt und somit dieses Studium ermöglicht haben. Spezieller Dank gilt meiner Tochter Annika für ihre Geduld und Selbstständigkeit und meinem lieben Peter für die Bereitstellung seiner Ressourcen und seinen Support während meiner Studienzeit und des Verfassens dieser Arbeit.

Dr.ⁱⁿ Karin Maria Schorna-Drescher

Zusammenfassung

Das Wiederauftreten impfpräventabler Erkrankungen wie Masern stellt in Österreich trotz eines etablierten kostenfreien Impfprogramms eine zunehmende Herausforderung für das Public-Health-System dar. Ziel dieser Masterarbeit ist es, die Ursachen für diese Entwicklung zu analysieren, die nationale Impfstrategie mit erfolgreichen Best-Practice-Ansätzen anderer europäischer Länder zu vergleichen und strukturelle, kommunikative und gesellschaftliche Faktoren zu identifizieren, die die Impfbereitschaft beeinflussen sowie evidenzbasierte Handlungsempfehlungen abzuleiten.

Die Untersuchung kombiniert eine quantitative Analyse epidemiologischer Daten (AGES, BMSGPK, ECDC, WHO) und einem theoriegeleiteten Ansatz, basierend auf dem Health Belief Model und dem 3C-Modell der WHO, mit sieben leitfadengestützten Experteninterviews aus Public Health, Epidemiologie, Impfmanagement und Praxis. Die Interviews wurden nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet, wodurch thematische Cluster zu Vertrauen und Impfakzeptanz, Risikowahrnehmung, strukturellen Herausforderungen und Barrieren, Aufklärung und Kommunikation sowie Impfstrategien gebildet wurden.

Die Ergebnisse zeigen, dass der Wiederanstieg impfpräventabler Erkrankungen in Österreich vor allem auf ein Zusammenspiel von Vertrauensdefiziten zu Institutionen, geringer Risikowahrnehmung und organisatorischen Lücken im Impfmanagement zurückzuführen ist. Während die Impfstoffe flächendeckend verfügbar sind, fehlt es an niederschweligen Angeboten, digitalen Erinnerungs- und Steuerungssystemen sowie an klaren Kommunikationsstrategien. Im europäischen Vergleich erreichen Länder mit strukturierten Reminder-Systemen, niedrigschweligen Angeboten oder teilweiser Impfpflicht deutlich höhere Durchimpfungsraten.

Auf Basis dieser Erkenntnisse werden konkrete Handlungsempfehlungen formuliert, darunter die Stärkung der Impfkommunikation, die Implementierung eines elektronischen Impfregisters, automatisierte Erinnerungssysteme, niederschwellige Impfangebote und die europäische Kooperation beim Transfer von Best Practices.

Insgesamt verdeutlicht die Arbeit, dass die Kontrolle impfpräventabler Erkrankungen in Österreich weniger an der Impfstoffverfügbarkeit scheitert, sondern an gesellschaftlichen, strukturellen und kommunikativen Faktoren. Die Ergebnisse liefern damit eine fundierte Basis für politische Entscheidungsträger, Gesundheitseinrichtungen und die Forschung, um Impfabzeptanz, Durchimpfungsraten und den kollektiven Gesundheitsschutz nachhaltig zu verbessern.

Schlüsselwörter: Masern, Impfprävention, Impfstrategien, Public Health, Österreich, qualitative Inhaltsanalyse, Mayring, 3C-Modell, Health Belief Model

Abstract

The resurgence of vaccine-preventable diseases such as measles poses a growing challenge to the public health system in Austria, despite an established free vaccination programme. The aim of this master's thesis is to analyse the causes of this development, compare the national vaccination strategy with successful best practice approaches from other European countries, identify structural, communicative and social factors that influence vaccination willingness, and derive evidence-based recommendations for action.

The study combines a quantitative analysis of epidemiological data (AGES, BMSGPK, ECDC, WHO) and a theory-driven approach based on the Health Belief Model and the WHO's 3C model with seven guided expert interviews from public health, epidemiology, vaccination management and practice. The interviews were evaluated using Mayring's (2015) qualitative content analysis, which formed thematic clusters on trust and vaccine acceptance, risk perception, structural challenges and barriers, education and communication, and vaccination strategies.

The results show that the resurgence of vaccine-preventable diseases in Austria is primarily due to a combination of a lack of trust in institutions, low risk perception and organisational gaps in vaccination management. While vaccines are widely available, there is a lack of low-threshold services, digital reminder and control systems, and clear communication strategies. In a European comparison, countries with structured reminder systems, low-threshold services or partial compulsory vaccination achieve significantly higher vaccination coverage rates.

Based on these findings, concrete recommendations for action are formulated, including strengthening vaccination communication, implementing an electronic vaccination register, automated reminder systems, low-threshold vaccination services and European cooperation in the transfer of best practices.

Overall, the study shows that the control of vaccine-preventable diseases in Austria is hampered less by vaccine availability than by social, structural, and communication factors. The results thus provide a sound basis for policymakers,

healthcare institutions, and researchers to improve vaccine acceptance, vaccination coverage rates, and collective health protection in the long term.

Keywords: measles, vaccination prevention, vaccination strategies, public health, Austria, qualitative content analysis, Mayring, 3C model, Health Belief Model

Inhalt

Danksagung	IV
Zusammenfassung	V
Abstract	VII
Abkürzungen	XII
Abbildungsverzeichnis	XIII
Tabellenverzeichnis	XIV
1. Einleitung	1
1.1 Hintergrund	1
1.2 Relevanz für Public Health	4
1.3 Darstellung der Forschungsfrage	8
1.3.1 Begründung der Fragestellung	9
1.4 Aufbau der Arbeit und Methodischer Zugang (Überblick)	10
1.4.1 Aufbau der Arbeit	10
2. Theoretischer Rahmen und Literaturüberblick	11
2.1. Masern	11
2.2 Historie	12
2.3 Das Konzept der Herdenimmunität	16
2.3.1 Schutzwelle und Herdenimmunität	16
2.4 Impfbereitschaft „Vaccine Hesitancy“	18
2.5 Theoretische Modelle der Impfscheidung	19
2.5.1 Das Health Belief Model (HBM)	20
2.5.2 Das 3C-Modell der WHO und Folgemodelle	20
2.5.3 Sozialpsychologische und kommunikative Aspekte	22
2.6 Epidemiologie der Masern in Europa	27
2.7 Masernsituation in Österreich im EU-Vergleich	30
2.8 Impfstrategien in Europa	34
2.8.1 Überblick	34
2.8.2 Impfpflicht, Nachweispflichten & Politikoptionen im EU-Vergleich	35
2.9 Problemdarstellung im Überblick	39
2.9.1. Individuelle und psychosoziale Faktoren	41
2.9.2 Systemische und organisatorische Faktoren	42
2.9.3 Gesellschaftlich-mediale Einflussgrößen	43

2.9.4. Politische und strukturelle Rahmenbedingungen	43
2.10 Implikationen für die Public-Health-Praxis	45
3. Methodik.....	46
3.1 Auswahl der Expert*innen.....	47
3.2 Erhebungsmethode	49
3.2.1 Leitfadengestützte Interviews	49
3.3 Datenauswertung.....	50
3.3.1 Deduktive Kategorienbildung	52
3.3.2 Induktive Kategorienbildung	52
3.3.3 Codierung.....	52
3.4 Ethische Aspekte	52
4. Ergebnisse	53
4.1 Auswertung der Experteninterviews	53
4.2 Auswertung der nationalen Strategien zur Masernelimination in Europa.....	62
4.2.1 Zusammenfassende Ergebnisse nationaler Strategien in Europa	64
5. Diskussion	64
5.1 Vergleichende Ergebnisanalyse und Diskussion	64
5.1.1 Ergebnis Confidence – Vertrauen in Impfstoffe, Institutionen und Akteure (A)	64
5.1.2 Ergebnis Complacency – Geringe Risikowahrnehmung und Relevanzeinschätzung (B).....	66
5.1.3 Ergebnis Constraints – Strukturelle und organisatorische Barrieren (C)	67
5.1.4 Ergebnis Communication – Kommunikation, Information und Fehlinformation (D).....	69
5.1.5 Ergebnis Context – Systemische und politische Rahmenbedingungen (E).....	71
5.1.6 Ergebnis induktiver Zusatzkategorien	71
5.1.7 Zusammenfassung der Ergebnisse der Experteninterviews	73
5.1.8 Systemische Maßnahmen und Lösungsansätze (F)	73
5.1.9 Strategische Maßnahmen und europäischer Vergleich.....	74
5.1.10 Konvergenzen und Divergenzen in den Experteninterviews	75
5.1.11 Diskussion im Kontext der Forschungsfrage	75
5.1.12 Interpretation der Befunde — Integration von Psychologie und Systemperspektive	77
5.2 Beantwortung der Forschungsfrage.....	78
5.3 Limitationen der Studie	82

5.4 Ausblick und zukünftiger Forschungsbedarf	83
5.5 Fazit und Bewertung	85
Literaturverzeichnis	87
Präsentation DER EXPERTENINTERVIEWS	99
Block 1: Einstieg und Allgemeine Rolle	99
Block 2: Herausforderungen und Barrieren.....	109
Block 3: Aufklärung und Kommunikation	119
Block 4: Strategien zur Masernelimination.....	129
Block 5: Fazit und Ausblick	142

Abkürzungsverzeichnis

AGES	Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (Österreich)
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BMASGPK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (nationale Gesundheitsbehörde der USA)
COVID-19	Corona Virus Disease 2019
DTP – Impfung	Diphtherie -Tetanus – Pertussis – Impfung
ECDC	European Center of Disease Control
e-Impfpass	Elektronischer Impfpass
EPI	Essential Programme on Immunization
IA 2030	Immunization Agenda 2030 (WHO)
MMR – Impfung	Masern – Mumps – Röteln – Impfung
MMRV – Impfung	Masern – Mumps – Röteln – Varicellen – Impfung
MCV1	Measles – Containing – Vaccine, 1st dose (Masern – haltiger Impfstoff, erste Impfdosis)
MCV2	Measles – Containing – Vaccine, 2nd dose (Masern – haltiger Impfstoff, zweite Dosis)
PAHO	Panamerikanische WHO
RKI	Robert – Koch – Institut (Deutschland)
TESSy	The European Surveillance System
WHO	World Health Organisation
WHO – SAGE	WHO – Strategic Advisory Group of Experts on Immunization
USAID	United States Agency for International Development

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Entwicklung der Masernfälle in Österreich (A), Tendenz der Masernaktivität in Österreich (B)	3
Abb. 2: Das Kontinuum der Impfkzeptanz (Die Skala des Kontinuums bezieht sich auf die Reaktion von Einzelpersonen auf Impfungen).....	19
Abb.3: Masernsituation in Europa (Maserninzidenz in EU/EAA-Ländern November 2023 – Oktober 2024)	28
Abb.4: Masernsituation in Europa (Durchimpfungsraten mit erster Dosis (MCV1) bzw. zweiter Dosis (MCV2) in den EU/EEA-Ländern 2024)	30
Abb.5: Masernsituation in Österreich 2009-2024 (Anzahl bestätigter Masernerkrankungen in Österreich 2009-2004 nach Kalenderjahr)	30
Abb.6: Maserninzidenz (Anzahl der Fälle/1.000.000 Einwohner nach Alter und Geschlecht, Österreich, 2024, n=542	32
Abb.7: Masernsituation in Österreich (Modellschätzungen des Impfstatus in Österreich nach Altersgruppen bzw. Alter in Jahren für das Jahr 2023).	33

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Vergleich ausgewählter EU-Länder – MMR-Durchimpfungsrate (in %) und Maßnahmen bzw. Strategien	39
Tabelle 2: Übersicht der zentralen Ursachen der Entstehung von Impflücken (multidimensionale Problemdarstellung).....	44
Tabelle 3: Übersicht Expert*inneninterviews	48
Tabelle 4: Kategoriensystem Experteninterviews (nach Mayring, 2015).....	51
Tabelle 5: Kategorien, Definitionen, Ankerbeispiele und Kodierregeln nach Mayring.....	62

1. Einleitung

1.1 Hintergrund

Impfungen gehören zu den effektivsten Maßnahmen der Gesundheitsprävention und haben laut dem deutschen Robert-Koch-Institut (RKI) weltweit erheblich zur Reduktion der Krankheitslast und in den letzten Jahrzehnten zur drastischen Reduktion zahlreicher Infektionskrankheiten beigetragen. Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gehen von rund 154 Millionen durch Impfungen vermiedenen Todesfälle bei Kindern aus.

Betrachtet man das unmittelbare Ziel einer Impfung, besteht dieses einerseits direkt im Schutz der geimpften Person vor einer Erkrankung und deren möglichen Komplikationen, sowie andererseits bei ausreichender Durchimpfungsrate (Impfquote) im Betrag zu einem Gemeinschaftsschutz. Diesen erklärt das RKI dadurch, dass die Ausbreitung von Erregern wirksam reduziert oder sogar unterbrochen wird, wenn ein Großteil der Bevölkerung immun ist. Damit können auch Menschen geschützt werden, die selbst (noch) nicht geimpft werden können oder über keinen ausreichenden Immunschutz aufbauen können wie zum Beispiel Neugeborene oder immunsupprimierte Personen.

Hohe Impfquoten in der Bevölkerung stärken und entlasten außerdem das Gesundheitssystem, indem sie die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen senken und darüber hinaus den Einsatz von Antibiotika und somit die auch die Entstehung von antimikrobiellen Resistenzen senken (RKI, 2025).

Die WHO erklärt, dass Impfstoffe das Risiko verringern, an einer Krankheit zu erkranken, indem sie mit den natürlichen Abwehrkräften des Körpers zusammenarbeiten, um einen Schutz aufzubauen, das „Immunsystem reagiert auf die Impfung und wird aktiviert“. Sie sieht in Impfungen den Schlüssel zur primären Gesundheitsversorgung, ein unbestreitbares Menschenrecht und eine der besten Gesundheitsinvestitionen, die man für Geld kaufen kann. Impfstoffe seien auch für die Prävention und Kontrolle von Ausbrüchen von Infektionskrankheiten von entscheidender Bedeutung. Sie bilden die Grundlage für die globale Gesundheitssicherheit und sind ein wichtiges Instrument im Kampf gegen

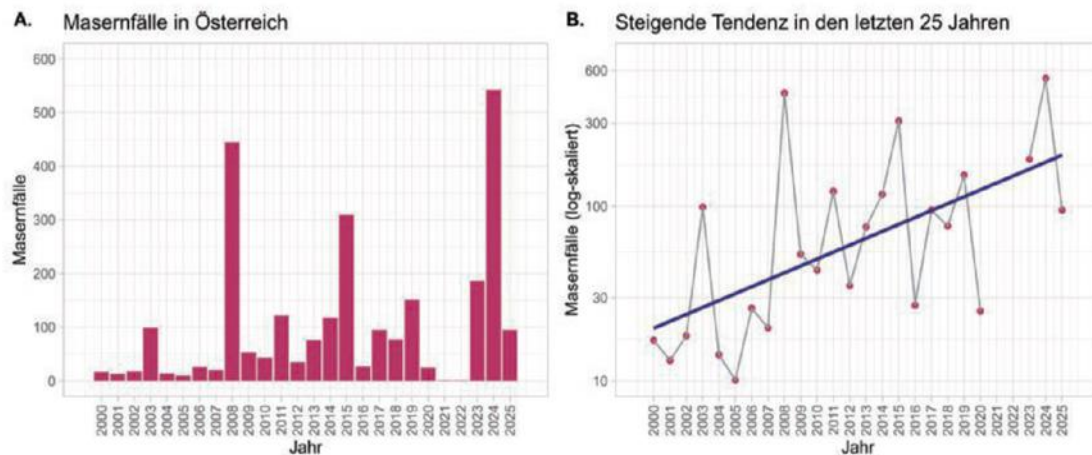
antimikrobielle Resistenzen. Sie gibt aber zu bedenken, dass die COVID-19-Pandemie die Gesundheitssysteme belastet und sich dramatisch auf die Impferfolge ausgewirkt hat. Die jüngsten Daten zu Durchimpfungsraten gegen Diphtherie-Pertussis-Tetanus (DTP) und Masern unterstreichen die Notwendigkeit eines kontinuierlichen Aufholens, Erholens und Stärkens des Systems (WHO, 2025).

Masern sind aufgrund ihrer hohen Komplikationsrate eine gefährliche Infektionskrankheit, die als eine der ansteckendsten humanen Viruserkrankungen gilt und in allen Altersgruppen schwere Verläufe mit letalen Folgen haben können. Besonders gefährdet sind Kleinkinder und nichtimmune Erwachsene. Da es keine spezifische antivirale Therapie gibt, ist die einzige Schutzmaßnahme die Masernimpfung (BMSGPK, (2024). Ein Impfschutz von mindestens 95 % ist erforderlich, um die Herdenimmunität zu gewährleisten (ECDC, 2018).

Seit Einführung der Masern-Mumps-Röteln-(MMR) -Impfung in den 1970er-Jahren ist die weltweite Krankheitslast erheblich gesunken. Dennoch kam es in den vergangenen Jahren zu einem deutlichen Wiederanstieg der Masernfälle in Europa. Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2025) wurden im Jahr 2024 über 127.000 Fälle in der europäischen Region gemeldet – der höchste Wert seit fast drei Jahrzehnten.

Auch in Österreich ist diese Entwicklung zu beobachten: Nach Angaben des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK, 2024) wurden im Jahr 2024 542 laborbestätigte Masernfälle registriert. Die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES, 2024) weist darauf hin, dass die notwendige Durchimpfungsrate von mindestens 95 % mit zwei Impfstoffdosen in mehreren Altersgruppen nicht erreicht wird.

Abb. 1: Entwicklung der Masernfälle in Österreich (A), Tendenz der Masernaktivität in Österreich (B)



Quelle: Österreichische Ärztezeitung, 18. Ausgabe vom 25.09.2025

Die Europäische Seuchenschutzbehörde (ECDC, 2023) hebt hervor, dass diese unzureichende Durchimpfungsrate maßgeblich zur Wiederausbreitung beiträgt. Damit stellt sich die Frage, weshalb es trotz etablierter Impfprogramme und kostenfreier Impfangebote zu einer Zunahme impfpräventabler Erkrankungen kommt.

Diese Entwicklung verdeutlicht, dass die Bereitstellung von Impfstoffen für eine nachhaltige Krankheitskontrolle allein nicht ausreicht. Vielmehr spielen gesellschaftliche, strukturelle und kommunikative Faktoren eine entscheidende Rolle bei der Impfabzeptanz und Durchimpfungsrate. Vertrauen in Institutionen, Risikowahrnehmung, Barrierefreiheit, Nutzen/Risiko-Abwägung und gesellschaftliches Verantwortungsgefühl sind zentrale Determinanten erfolgreichen Impfmanagements (Betsch et al., 2018).

1.2 Relevanz für Public Health

Impfungen sind ein zentraler Bestandteil der Public-Health-Strategie zur Prävention von Infektionskrankheiten (WHO, 2015). Sie zählen zu den effektivsten und kosteneffizientesten Interventionen im Bereich der Public Health und schützen nicht nur Einzelpersonen, sondern erfolgreiche Impfprogramme reduzieren Morbidität und Mortalität, verhindern Epidemien und tragen zur Herdenimmunität bei (Fine et al., 2011).

Aus Public-Health-Sicht sind Impfprogramme daher mehr als eine individuelle Schutzmaßnahme: Sie dienen der Krankheitsprävention, der Kostenreduktion und der Stärkung des Gesundheitssystems. Plotkin et al. (2023) betont, dass Impfungen eines der effektivsten Public-Health-Instrumente überhaupt sind. Durch Impfprogramme konnten Erkrankungen wie Polio, Masern, Tetanus und Pertussis massiv reduziert oder in einigen Regionen eliminiert werden. Somit senken Impfprogramme Morbidität und Mortalität stärker und kosteneffektiver als nahezu jede andere medizinische Intervention.

Plotkin unterstreicht mehrfach den Begriff der "herd effect" bzw. „indirect protection“: Durch hohe Impfquoten werden auch jene geschützt, die nicht geimpft werden können. Er verweist auf die Rolle zur Verhinderung von Ausbrüchen impfpräventabler Krankheiten in Schulen, Kindergärten und Pflegeeinrichtungen und dafür, dass Impfprogramme so gestaltet werden müssen, dass sie die Immunitätslücken in der Population schließen.

Erfolgreiche nationale Impfprogramme sollten folgende Komponenten aufweisen:

- Hohe Impfquote: Die Effektivität steigt exponentiell mit der Durchimpfungsrate.
- Zugang und Erreichbarkeit: Barrieren wie Kosten, Terminprobleme, mangelnder Zugang zu Gesundheitsdiensten oder geringe Gesundheitskompetenz müssen abgebaut werden.
- Überwachung (Surveillance): Epidemiologische Überwachung ist unverzichtbar, um Ausbrüche früh zu erkennen und Programme anzupassen.

- Kommunikation und Vertrauen: Plotkin beschreibt intensiv, wie Fehlinformationen und Vertrauensverlust zu Impfverweigerung führen können. Public-Health-Programme müssen deshalb gleichermaßen informieren, motivieren und Vertrauen aufbauen.
- Kosten-Nutzen-Aspekte: Impfprogramme gehören zu den kosteneffektivsten Gesundheitsmaßnahmen überhaupt. Beispielsweise sparen Masern-Impfprogramme ein Vielfaches der Kosten, die eine Behandlung und Ausbruchscontainment verursachen würden.

Als Argumente werden angeführt, dass Impfprogramme nicht nur medizinisch, sondern immer auch regulatorisch und politisch gestaltet werden und nennt folgende relevante Aspekte: Nationale Impfpläne, Priorisierung vulnerabler Gruppen, Empfehlungssysteme, Ethische Spannungsfelder (individuelles Risiko vs. Kollektiver Nutzen) und hält eine Impfpflicht nur für sinnvoll, wenn ausreichend gesellschaftliches Vertrauen besteht (Plotkin et al., 2023).

Impfkampagnen sind klassische Beispiele für Verhaltensprävention innerhalb der Public Health Strategien. Die Verhaltensprävention zielt darauf ab, individuelles Verhalten so zu beeinflussen, dass Krankheiten verhindert oder Risiken reduziert werden. Impfkampagnen sind daher ein zentraler Bestandteil, weil sie Menschen dazu motivieren, eine präventive individuelle Entscheidung zu treffen. Impfkampagnen sollen unterstützen, diese Impfscheidung „informiert“ zu treffen, sie sind daher wissenschaftlich betrachtet Wissensvermittlung mit Aufklärung über Nutzen und Sicherheit von Impfungen sowie Erklärung individueller und kollektiver Vorteile (Herdenimmunität). Als Risikokommunikation dienen sie der Einschätzung des Erkrankungsrisikos vs. Des Impfrisikos und erhöhen das Risikobewusstsein. Sie sollen Motivation und Vertrauen aufbauen durch Nutzung glaubwürdiger Kommunikatoren und Reduktion von Fehlinformation und Ängsten. Darüber hinaus sollen sie einen Anstoß (Nudging) für gesundheitsförderliches Verhalten bieten mit Erinnerungen, persönlichen Empfehlungen und Social Messaging.

Die Analyse der Ursachen für die Zunahme impfpräventabler Erkrankungen ist für die Public-Health-Praxis von hoher Relevanz. Niedrige Durchimpfungsraten gefährden nicht nur einzelne Bevölkerungsgruppen, sondern den kollektiven Gesundheitsschutz. Ein Vergleich österreichischer Impfstrategien mit erfolgreichen

Ansätzen in anderen europäischen Ländern kann wertvolle Hinweise auf Best-Practice-Modelle liefern und gezielte Verbesserungen in Politik, Organisation und Kommunikation ermöglichen (European Commission, 2023).

Für Masern wird eine Durchimpfungsrate von mindestens 95 % mit zwei Dosen als notwendig angesehen, um eine endemische Zirkulation des Virus zu verhindern (ECDC, 2023). In Österreich wird diese Schwelle nicht erreicht, was sich in wiederkehrenden Ausbrüchen widerspiegelt (AGES, 2024).

Masern haben aus Public-Health-Perspektive dabei eine doppelte Bedeutung: Sie stellen nicht nur ein gravierendes individuelles Erkrankungsrisiko dar, sondern gelten auch als idealer Indikator für die Funktionsfähigkeit nationaler Impfprogramme. (ECDC, 2023). Aufgrund ihrer extrem hohen Kontagiosität machen Masern selbst kleinste Impflücken sichtbar und führen rasch zu Ausbrüchen. Die WHO bezeichnet Masern deshalb als „marker of the strength of immunization systems“ (WHO, 2024). Ebenso betont das ECDC, dass Masern ein „key indicator of gaps in immunization programmes“ darstellen (ECDC, 2023). Masernausbrüche signalisieren somit strukturelle Probleme in Impfstrategien, Durchimpfungsraten oder Surveillance-Systemen und weisen darauf hin, dass die Zielvorgaben für die Eliminierung nicht erreicht werden.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2025) definiert Impfprävention als eine zentrale Säule der Gesundheitsförderung, deren Ziel die Eliminierung impfpräventabler Erkrankungen ist. Impfprogramme zählen zu den wirksamsten Maßnahmen der bevölkerungsbezogenen Gesundheitsförderung, ihre Effektivität hängt jedoch von Akzeptanz und Vertrauen in das Gesundheitssystem ab. Nach Ratzan (2020/2021) ist Vaccine Literacy ein entscheidender Faktor für den Erfolg von Impfprogrammen. Eine klare, transparente und evidenzbasierte Impfkommunikation trägt wesentlich dazu bei, Impfzögerlichkeit/Vaccine hesitancy zu reduzieren, Vertrauen in öffentliche Gesundheitssysteme zu stärken und eine ausreichende Impfbereitschaft in der Bevölkerung sicherzustellen.

Das Wiederauftreten der Masern weist auf strukturelle und kommunikative Schwächen in der Impfprävention hin. Till et al.(2022) beschreiben Prädiktoren und kommen zu dem Ergebnis, dass Impfzögerlichkeit/vaccine hesitancy) in Österreich

in den vergangenen Jahren zugenommen hat und häufig mit mangelndem Vertrauen in Behörden, wahrgenommenem Informationsmangel sowie Einfluss sozialer Medien zusammenhängt:

Impfzögerlichkeit wurde durch freiheitsbezogene Ängste (d.h. Ängste in Bezug auf die politische Situation, insbesondere den Verlust persönlicher Freiheiten) vorhergesagt, war aber negativ mit gesundheitsbezogenen Ängsten (d.h. Ängsten vor körperlicher oder geistiger Gesundheit) und gesellschaftlichen Ängsten (d.h. Ängsten in Bezug auf gesellschaftliche Themen wie Solidarität, Fernunterricht und Isolation) in Verbindung gebracht. Die Nutzung sozialer Medien sowie das weibliche Geschlecht, das jüngere Alter, die niedrigere Bildung, das niedrigere Einkommen und das Leben in ländlichen Regionen waren weitere Prädiktoren für die Impfskepsis.

Till et al. (2022) weisen mit dieser Studie darauf hin, dass Bemühungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit, die sich gegen ungeimpfte Personen richten, auf freiheitsbezogene Ängste und den Diskurs in den sozialen Medien eingehen müssen, um die Akzeptanz von Impfstoffen in der Bevölkerung zu verbessern. Insbesondere Personen in sozial und wirtschaftlich benachteiligten Gruppen und Nutzer sozialer Medien müssen gezielt ins Visier genommen werden, um die Impfzögerlichkeit zu verringern.

Laut Bauer et al. (2021) sind reale Daten in Österreich zur Impfzögerlichkeit aber spärlich. Verfügbare Studien deuten darauf hin, dass etwa 1-11 % der Eltern die Impfungen generell ablehnen, ein größerer Teil zögert und erwägt, auf einige, aber nicht alle empfohlenen Impfungen zu verzichten. Die Haupttreiber für die Impfskepsis in Österreich sind jedoch weitgehend unbekannt.

Eine Studie von Sandhofer et al. (2017) unterstreicht die Notwendigkeit umfassender Informationskampagnen zu den Vorzügen der Impfung: „Ein Mangel an Wissen über die Vorteile der Impfung, Unsicherheit und unbegründete Ängste scheinen das Erreichen der empfohlenen Impfquoten zu verhindern. Hausärzte genossen in unserer Studienpopulation das höchste Maß an Vertrauen. Wir glauben, dass zusätzliche von Hausärzten übermittelte Informationen dazu beitragen könnten, die niedrigen Impfquoten zu erhöhen.“ Diese Studie unterstreicht

die wichtige Rolle von Hausärzten bei der Information von Patienten über Impfstoffe und Gesundheitsthemen.

Zusammengefasst spielen neben verhaltensbezogenen Faktoren auch organisatorische Aspekte eine Rolle. Während Länder wie Italien oder Frankreich durch gesetzliche Impfpflichten und digitale Erinnerungssysteme hohe Durchimpfungsraten erreichen konnten (European Commission, 2023), fehlt in Österreich eine vergleichbare verbindliche Struktur. Diese Unterschiede sind die Grundlage für den nachfolgend dargestellten europäischen Vergleich und bilden die Basis für die Ableitung evidenzbasierter Handlungsempfehlungen.

Angesichts der aktuellen epidemiologischen Situation und der gesellschaftlichen Debatten über Impfpflicht, Informationskampagnen und Digitalisierung der Impfverwaltung liefert diese Arbeit praxisrelevante Erkenntnisse für Entscheidungsträger*innen in Ministerien, Gesundheitsämtern und Forschungseinrichtungen.

1.3 Darstellung der Forschungsfrage

Basierend auf dem Thema meiner Masterarbeit **„Warum treten impfpräventable Erkrankungen wie Masern wieder verstärkt in Österreich auf – österreichweite Analyse und Vergleich von Impfstrategien in Europa“** lautet meine Forschungsfrage:

„Welche Faktoren tragen zum Wiederanstieg impfpräventabler Erkrankungen wie Masern in Österreich bei, und welche Strategien können – im Vergleich zu anderen europäischen Ländern – zur Steigerung der Impfbereitschaft und zur Erreichung der Masernelimination beitragen?“

1.3.1 Begründung der Fragestellung

Trotz der Verfügbarkeit eines hochwirksamen und sicheren Impfstoffs treten Masern in Österreich wieder verstärkt auf. Dieser Trend ist sowohl aus epidemiologischer als auch aus Public-Health-Perspektive von großer Relevanz und ein ernstzunehmendes Risiko, da die steigenden Infektionszahlen eine Gefährdung des Eliminationsstatus von Masern und des Gemeinschaftsschutzes darstellen.

Der Kurzbericht Masern 2024 des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) zeigt, dass die Durchimpfungsrate gegen Masern in Österreich in mehreren Altersgruppen deutlich unter der von der WHO geforderten Schwelle von 95 % liegt, die für das Erreichen der Herdenimmunität erforderlich ist. Besonders im Zuge der COVID-19-Pandemie kam es zu einer weiteren Reduktion der Impfbereitschaft, zum Rückgang von Routineimpfungen sowie zu einer Zunahme impfskeptischer Haltungen in Teilen der Bevölkerung mit Unterbrechung von etablierten Impfprogrammen. Parallel dazu führten Fehlinformationen, mangelndes Vertrauen in das Gesundheitssystem und eine zunehmende Impfskepsis („Vaccine Hesitancy“) zu einer Verschärfung der Situation. Dies führt zu Impflücken, die regionalen Ausbrüche begünstigen und den Herdenschutz gefährden.

Vor diesem Hintergrund ist die Forschungsfrage sowohl aus wissenschaftlicher Sicht als auch von hoher gesellschaftlicher und gesundheitspolitischer Bedeutung, da sie sowohl individuelle Determinanten der aktuellen Impfproblematik (wie Impfverhalten, Vertrauen in das Gesundheitssystem und Gesundheitskompetenz) als auch strukturelle und politische Einflussgrößen (wie Impfprogramme, Nachweispflichten oder Kommunikationsstrategien) beleuchtet und aufzeigt, welche evidenzbasierten Maßnahmen zur Verbesserung der Impfabzeptanz und -durchführung beitragen können.

Das Ziel dieser Arbeit ist es, eine vertiefte Erkenntnis der Ursachen für den Anstieg der Masernerkrankungen in Österreich trotz Gratisimpfangebot der MMR-Impfung durch eine vergleichende Analyse europäischer Impfstrategien, qualitative Experteninterviews sowie einer Literaturrecherche zu gewinnen.

Auf dieser Grundlage sollen evidenzbasierte Handlungsempfehlungen zur Erhöhung der Impfbereitschaft und zur Sicherung des Gemeinschaftsschutzes entwickelt werden im Sinne der Zielsetzungen der WHO Immunization Agenda 2030 und des Nationalen Aktionsplans Masern-Elimination Österreich. Damit leistet die Arbeit einen Beitrag zur Weiterentwicklung der nationalen Impfstrategie und zur langfristigen Sicherung des Bevölkerungsschutzes im Sinne der WHO-Immunization Agenda 2030.

Die WHO-Immunization Agenda 2030 (IA 2030) ist eine globale Vision und Strategie für Impfprogramme. Sie positioniert Immunisierungen für das aktuelle Jahrzehnt als „einen wichtigen Beitrag zum Grundrecht der Menschen auf die höchstmögliche körperliche und geistige Gesundheit und auch als Investition in die Zukunft, um eine gesündere, sichere und wohlhabendere Welt für alle zu schaffen.“ (WHO, 2025)

1.4 Aufbau der Arbeit und Methodischer Zugang (Überblick)

1.4.1 Aufbau der Arbeit

Der Aufbau dieser Masterarbeit folgt der klassischen wissenschaftlichen Gliederung.

Sie beginnt mit der Einleitung, in der Hintergrund, Relevanz für Public Health, die Problemstellung, Zielsetzung und die Forschungsfrage dargestellt werden.

Darauf folgt der theoretische Rahmen, der grundlegende Inhalte zur Erkrankung Masern, die Epidemiologie in Österreich und Europa, sowie Begriffe und Ursachen der Impfskepsis und des Rückganges der Durchimpfungsraten beschreibt. Dieser Abschnitt beinhaltet weiters eine ausführliche Analyse der Impfstrategien in Österreich und Europa, die Determinanten der Impfkzeptanz werden beleuchtet, WHO- und ECDC-Berichte eingebunden, sowie theoretische Modelle wie das Health Belief Model und das 3C-Modell systematisch dargestellt.

Das Kapitel „Methodik“ erläutert das qualitative Forschungsdesign, beschreibt die Auswahl der ExpertInnen und die Durchführung der Experteninterviews sowie die Datenerhebungs- und Auswertungsmethode.

Das vierte Kapitel präsentiert die Erkenntnisse. Die identifizierten Ursachen- und Erfolgsfaktoren werden strukturiert beschrieben und mit Interviewzitatzen belegt. Die Ergebnisse der sieben Experteninterviews werden thematisch aufbereitet und Faktoren wie Vertrauen, strukturelle Barrieren, Risikowahrnehmung, strategische Maßnahmen – mit Zitaten E1–E7, Tabellen, Kategoriensystem und Diskussion im Vergleich zu Literatur und europäischen Best Practices beleuchtet.

Im Anschluss folgt die Diskussion, in der die Ergebnisse mit bestehenden Studien und theoretischen Konzepten verglichen sowie Limitationen der Studie reflektiert werden.

Die Arbeit schließt mit dem Kapitel „Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen“, das zentrale Erkenntnisse zusammenfasst, praktische Empfehlungen formuliert und Ansätze für weiterführende Forschung skizziert.

2. Theoretischer Rahmen und Literaturüberblick

2.1. Masern

Die Masernviren werden durch Tröpfchen- oder Schmierinfektion bzw. direkten Kontakt übertragen. Mit einem Kontagionsindex nahe 100% führt bereits eine kurze Exposition zur Infektion mit klinischer Symptomatik bei nichtimmunen Infizierten.

Da die Infektiosität bereits 4 Tage vor dem Auftreten des klassischen Masernexanthems gegeben ist, können (noch) asymptomatisch Infizierte die Masernviren bereits weitergeben, ohne selbst klinisch erkrankt zu sein.

Nach einer Infektion treten 8 bis 10 bis maximal 21 Tagen die ersten Anfangssymptome auf – es sind dies Fieber, Konjunktivitis, Laryngitis und Rhinitis (Dauer 2-4 Tage), denen das typische Mundschleimhautanthem und Koplik-Flecken sowie ein generalisiertes makulopapulöses Exanthem (meist 12-14 Tage

bis maximal 21 Tage nach Exposition) begleitet von einem Fieberanstieg folgen. In etwa 20 % der Infektionsfälle kommt es zu Komplikationen wie Diarrhoe, Otitis media und Pneumonien sowie Krampfanfällen. Eine Masernenzephalitis tritt in 1-2 von 1000 Erkrankten auf und führt bei einem Drittel der Betroffenen zu bleibenden Folgeschäden und/oder verläuft in 25% der Fälle letal. Immer noch verstirbt auch in Industrienationen eines von 1000 Kindern an Masern.

Masern zählen zu ansteckendsten impfpräventablen Erkrankungen- als Basisreproduktionszahl-Intervall wird die Zahl 12–18 angegeben, was bedeutet, dass in nicht-immunen Populationen rasche, großflächige Ausbrüche entstehen können.

Einzigster Wirt für das Masernvirus ist der Mensch, konsequent hohe Durchimpfungsraten in der Bevölkerung können eine Weiterverbreitung verhindern und somit ist eine Elimination möglich. Dieses langfristige Ziel der WHO soll in allen 6 WHO-Regionen erreicht werden.

2.2 Historie

Die hochansteckende Viruserkrankung Masern geht laut eines komplexen Modells, das die Aufspaltung von Masern und Rinderpest auf etwa 528 vor Christus datiert, laut Düx und Kollegen auf eine Entstehung in Rindern vor mehr als 2500 Jahren zurück. Das Virus zirkulierte primär in Rinderpopulationen als Zoonose und schaffte den Artsprung. Man geht davon aus, dass sich zeitnah der erste Mensch mit einer Mutationsvariante der Masern ansteckte und unzählige seit der Antike in historischen Quellen beschriebene Seuchen auf Ausbrüche des Masernvirus zurückgehen (Düx et al. 2020).

Aufgrund des starken Anstiegs der Bevölkerungsdichte in Europa und Asien im ersten Jahrtausend vor Christus entwickelten sich erste große Siedlungen mit mehr als 250 000 Einwohnern. „Diese Größe entspricht der kritischen Schwelle, ab der sich das Masernvirus auf Dauer in einer Gemeinschaft halten kann“, so Düx.

Laut WHO wurde die humanpathogene Krankheit erstmals im 9. Jahrhundert von Abu Bakr Muhammad Razi (auch Rhazes genannt) beschrieben, einem Arzt in Persien.

Im Mittelalter waren Masern eine gefürchtete Krankheit, die als hochansteckende Seuche in Europa, Indien und Asien verbreitet war, viele Todesopfer forderte und für die damalige Bevölkerung eine ernsthafte Bedrohung darstellte, da schlechte hygienische Bedingungen herrschten und keine wirksamen Heilmittel oder präventiven Maßnahmen bekannt waren. In Europa traten im 11. und 12. Jahrhundert sowie im späteren Mittelalter wiederholt Masernepidemien auf, die sich schnell ausbreiteten und neben anderen Infektionserkrankungen zu einer hohen Kindersterblichkeit beitrugen.

Durch die Entdeckungen und Fahrten nach Amerika und in den Osten am Beginn der Neuzeit verbreitete sich die Krankheit über die Kontinente. Verheerende Auswirkungen hatten Ausbrüche in isolierten Bevölkerungen auf Inseln (z.B. Färöer 1846, Hawaii 1848, Fidschi 1875) und in Regionen, deren Menschen zuvor noch nie mit dem Virus in Berührung gekommen waren.

Eine überlebte Infektion hinterlässt eine Immunität. Fortschritte in den Bereichen Gesundheit und Ernährung führten zu einer Steigerung der Überlebensraten, jedoch führen Erkrankungsfolgen durch das Masernvirus, wie zum Beispiel Krupp, Otitis media, Diarrhoe, Pneumonien und Meningitiden immer noch zu schwerwiegenden Komplikationen, bleibenden Schädigungen des peripheren und zentralen Nervensystems sowie der Augen und Ohren mit Seh- und Hörverlust. Mit weltweit etwa 30 Millionen Erkrankungen und über zwei Millionen Todesfällen war die Sterblichkeitsrate weiterhin hoch (WHO, 2025).

Gefürchtet war und ist die SSPE (Subakute Sklerosierende Panenzephalitis), eine seltene Spätkomplikation der Maserninfektion. Sie führt durch Reaktivierung des Masernvirus im ZNS langsam zu einer zunehmenden Verschlechterung der geistigen und körperlichen Funktionen mit beginnenden kognitiven Einbußen, gefolgt von Krampfanfällen, Sprech- und Schluckverlust sowie Erblindung über Jahre zum Verfall der intellektuellen und motorischen Fähigkeiten und Komplikationen wie Pneumonien und Lähmungen typischerweise zum Tod. Das

Risiko für die Entwicklung einer SSPE liegt bei ca. 7 bis 300 von einer Million Masernfällen und ist bei Kindern, die vor dem 2. Lebensjahr erkranken, am höchsten und tritt gewöhnlich vor dem 20. Lebensjahr auf. (msdmanuals.com, 2025).

Anmerkung: Laut RKI wird die SSPE durch Masern-Wildviren, die im ZNS persistieren, ausgelöst. Das Impfvirus konnte noch nie bei Erkrankten nachgewiesen werden, so dass man davon ausgehen kann, dass die Masernimpfung keine SSPE verursacht. Für den suspizierten Zusammenhang eines Anstiegs von Autismusfällen nach der Masernimpfung belegen zahlreiche wissenschaftliche Studien, dass diese nicht durch die MMR-Impfung, sondern durch verbesserte Diagnostik und gesteigertes öffentliches Bewusstsein für die Erkrankung Autismus begründet sind.

1757 erforschte der schottische Arzt Francis Home den Infektionserreger. Isoliert wurde er erstmals 1954 während eines Masernausbruchs in Massachusetts von Dr. Thomas Peebles, der das Virus erfolgreich kultivierte und Dr. John Franklin Enders die Entwicklung des ersten Impfstoffes ermöglichte. Dieser wurde nach dem 11-jährigen Schüler David Edmonston, aus dessen Probe das Virus stammte benannt – der Stamm „Edmonston-B“ bildet seither die Grundlage für die meisten Masern-Lebendimpfstoffe.

1961 wurde die Wirksamkeit des ersten Masernimpfstoffes nach positiven Testungen an New Yorker und nigerianischen Kindern bestätigt und 1963 erfolgte die öffentliche Zulassung.

Seit damals wurden weltweit Impfprogramme von der WHO gemeinsam mit USAID und CDC durchgeführt mit dem Ziel, die Masern einzudämmen und zu eliminieren. Da es sich um einen Lebendimpfstoff handelt, erfordern der Umgang mit dem hitzelabilen Impfstoff sowie die Einhaltung der Kühlkette besondere Aufmerksamkeit bei Lagerung und Transport. Trotz dieser logistischen und weiteren Herausforderungen war Gambia 1967 das erste Land der Welt, in dem eine Unterbrechung der Übertragungen des Masernvirus gemeldet wurde.

1968 präsentierte der Impfstoffentwickler Dr. Maurice Hilleman einen verbesserten Masernimpfstoff, der durch Kontakt mit Hühnerembryonenzellen abgeschwächt wurde und zu geringeren Nebenwirkungen führte. Er kombinierte 1971 3

Einzelkomponenten (Masern, Mumps, Röteln) zum MMR-Impfstoff. Dieser wurde 2005 um die Varizellen-Komponente ergänzt (MMRV-Impfstoff) (WHO, 2025).

Die Masernimpfung gehört seit 1974 zum durch die WHO etablierten Impfprogramm EPI (Essential Programme on Immunization) und führte durch Immunisierungen im Kindesalter zu einem deutlichen Rückgang der Masernerkrankungen.

Empfohlen wird die Impfung ab einem Alter von 9 Monaten, in Epidemieregionen oder im Ausbruchsgeschehen ab 6 Monaten. Eine Auffrischungsimpfung nach 4 Wochen ergänzt den Impfschutz, da nach einer nur einmaligen Impfung etwa 15 Prozent der geimpften Kinder keine ausreichende Immunität entwickeln.

Als erstes wurde die Region Amerika 2016 für Masern-frei erklärt. Dieser Eliminationsstatus ging leider nach 2 Jahren wieder verloren, da sich das Virus aufgrund versäumter Eindämmungsmaßnahmen und vermehrten Impflücken rasch wieder ausbreitete.

Aus diesem Anlass etablierte die PAHO (Panamerikanische WHO) ein Schulungsprogramm, das den Ländern rascheres Handeln ermöglicht und die Surveillance verbessert, um ein schnelleres und effizienteres Reagieren zu trainieren und anzuwenden. Zusätzliche hochwertige Impfkampagnen halfen weltweit zwischen 2000 und 2023 durch die Masernimpfung mehr als 60 Millionen Todesfälle zu verhindern (WHO, 2025).

Zwei Dosen eines MMR-Impfstoffs bieten einen sehr hohen Schutz; zur Elimination werden nachhaltig $\geq 95\%$ Durchimpfung mit zwei Dosen benötigt (RKI, 2025).

In Österreich ist die MMR-Impfung für alle Altersgruppen kostenfrei verfügbar und wird ab dem vollendeten 9. Lebensmonat empfohlen; fehlende Impfungen können und sollen in jedem Alter nachgeholt werden (BMASGPK, 2025).

Die MMR-Impfung wurde in Österreich seit Einführung des kostenfreien Kinderimpfprogrammes 1998 mehr als 3 Millionen Mal verabreicht. Sie ist gut verträglich und unbedenklich, Wirksamkeit und Sicherheit sind eindeutig belegt (BMASGPK, 2025). Erhältlich ist der Impfstoff für alle Altersgruppen über das kostenfreie Kinderimpfprogramm, das in allen neun österreichischen Bundesländern unterschiedlich etabliert ist. Am Beispiel des Bundeslandes Kärnten

über die Landessanitätsdirektion in allen öffentlichen Impfstellen der Kärntner Gesundheitsämter, über organisierte Schulimpfungen in den Pflichtschulen, bei am Impfprogramm Kärnten teilnehmenden niedergelassenen Ärzten und Betriebsärzten und in teilnehmenden Krankenanstalten.

2.3 Das Konzept der Herdenimmunität

Die Wirksamkeit von Impfprogrammen geht über den individuellen Schutz hinaus. Das Konzept der **Herdenimmunität** (auch Gemeinschaftsschutz) ist entscheidend: Wenn ein ausreichender Anteil einer Population immun gegen eine Krankheit ist, wird die Übertragungskette unterbrochen, wodurch selbst jene geschützt werden, die nicht geimpft werden können (z.B. Säuglinge, immungeschwächte Patienten oder Personen mit medizinischen Kontraindikationen). Für Masern, eines der ansteckendsten bekannten Viren mit einem Basisreproduktionswert (R_0) von 12 bis 18, ist eine **Durchimpfungsrate (DIR) von mindestens 95 %** in allen Alterskohorten erforderlich, um eine nachhaltige Herdenimmunität zu gewährleisten. Das Erreichen und Aufrechterhalten dieses Schwellenwerts ist das primäre Ziel aller nationalen Impfstrategien und die Voraussetzung für die **Elimination** der Krankheit, definiert als die Unterbrechung der endogenen Transmission in einem geografischen Gebiet über mindestens zwölf Monate.

2.3.1 Schutzwelle und Herdenimmunität

Die Schutzwelle für die Bevölkerung ist aufgrund der hohen Infektiosität des Masernvirus mit 95 Prozent sehr hoch, um eine „Herdenimmunität“ zu erlangen und neuen Ausbrüchen und Epidemien vorzubeugen. Diese verursachen nicht nur menschliches Leid, sondern erfordern Ressourcen und verursachen Kosten (Krankenstände, Folgeerkrankungen) (WHO, 2025).

Die Begriffe Schutzwelle und Herdenimmunität hängen eng miteinander zusammen, beziehen sich aber auf unterschiedliche Aspekte des Schutzes der Bevölkerung (CDC, 1978; Celentano, D. & Szyklo, M., 2018):

- Die **Schutzschwelle** (engl. **herd immunity threshold**) ist als epidemiologischer Begriff der Mindestanteil einer Bevölkerung, der gegen eine bestimmte Infektionskrankheit immun sein muss (durch Impfung oder durchgemachte Infektion), damit die Krankheit sich nicht weiterverbreiten kann. Wenn genügend nicht empfängliche (immune) Menschen vorhanden sind, kollabiert die Infektionskette, weil ein infizierter Mensch nicht mehr genug andere anstecken kann.
Formel (vereinfacht): Schutzschwelle = $1 - 1 / R (0)$

Dabei ist $R (0)$ die Basisreproduktionszahl: wie viele Menschen eine infizierte Person im Schnitt ansteckt, wenn niemand immun ist.

Am Beispiel Masern: Masern haben ein sehr hohes $R (0)$ von 12-18 (d.h. eine infizierte Person kann bis zu 18 weitere anstecken)

Daraus ergibt sich: Schutzschwelle bei Masern $\sim 1 - 1/18 = 0,944 \rightarrow$ mindestens 94-95 müssen immun sein.

Das bedeutet: Mindestens 95 % der Bevölkerung müssen gegen Masern geimpft oder genesen sein, um einen Ausbruch zu verhindern

- Die **Herdenimmunität (herd immunity)** beschreibt den Zustand, in dem so viele Menschen immun sind, dass auch Nicht-Immune und vulnerable Gruppen (z.B. Babys oder Immunsupprimierte) indirekt geschützt sind, weil sich das Virus in der Bevölkerung nicht mehr effizient verbreiten kann. Das bedeutet, dass die Herdenimmunität keinen individuellen, sondern einen kollektiven Schutz darstellt, die jene schützt, die nicht geimpft werden können, für Masern betrifft dies Neugeborene, Schwangere, Menschen mit angeborener oder erworbener Immunschwäche sowie immunsuppressiver Therapie, Allergiker auf Inhaltsstoffe der Impfung (Gelatine, Sorbitol oder Neomycin) (Papaevangelou V., 2021; MSD, 2025).

Die Herdenimmunität tritt dann auf, wenn die Schutzschwelle überschritten wird. Ist der Impfschutz der Bevölkerung unterhalb der Schutzschwelle, können sich

Krankheiten wie Masern wieder ausbreiten (CDC, 1978; Celentano, D.& Szyklo, M., 2018).

2.4 Impfbereitschaft „Vaccine Hesitancy“

Impfbereitschaft (häufig synonym gebraucht mit Impfakzeptanz oder engl. vaccine hesitancy/vaccine acceptance, je nach Perspektive) bezeichnet die Einstellung, Motivation oder Absicht, eine Impfung in Anspruch zu nehmen (oder auch zu verzögern oder abzulehnen), sofern sie verfügbar ist.

Eine häufig zitierte Definition stammt vom WHO-SAGE Expertengremium (Strategic Advisory Group of Experts on Immunization):

“Vaccine hesitancy refers to delay in acceptance or refusal of vaccines despite availability of vaccination services” (WHO SAGE Vaccine Hesitancy Report (2015, PDF).

Diese Definition der WHO bedeutet, dass Impfzögerlichkeit weder eine vollständige Ablehnung noch eine vollständige Akzeptanz von Impfungen ist, sondern ein Spektrum von Haltungen beschreibt — von Unsicherheit über Verzögerung bis hin zur selektiven Ablehnung bestimmter Impfstoffe.

Das heißt: Impfbereitschaft umfasst nicht nur die klare Zustimmung oder Ablehnung, sondern auch den Verzug bei der Entscheidung, Unsicherheit oder selektive Ablehnung bestimmter Impfungen.

Im wissenschaftlichen Diskurs wird zunehmend betont, dass Impfbereitschaft kein binärer Zustand ist, sondern auf einem Kontinuum liegt – von vollständiger Zustimmung bis zur strikten Ablehnung – und kontextabhängig variiert.

Der aktuelle ECDC-Bericht zu diesem Thema beschreibt einen „Motivationszustand, der in einem inneren Konflikt oder der Ablehnung einer Impfung besteht.“

Abb. 2: Das Kontinuum der Impfkzeptanz (Die Skala des Kontinuums bezieht sich auf die Reaktion von Einzelpersonen auf Impfungen)



Quelle: „Tools and methods for promoting vaccination acceptance and uptake: a social and behavioural science approach“ (ECDC, 2025)

Der Begriff „Impfkzeptanz“ impliziert, dass sich ein Mensch oder eine Gemeinschaft für eine Impfung entscheidet, wenn die Möglichkeit dazu besteht. Erwähnt wird jedoch, dass die Bereitstellung von Impfstoffen, zum Beispiel in Gesundheitsämtern, nicht automatisch von der Bevölkerung als Impfmöglichkeit angenommen wird, da die Faktoren, die zur Akzeptanz von Impfungen beitragen, Kontext abhängig und komplex sind und nach Ort, Zeit und Art des Impfstoffes variieren (ECDC, 2025).

Auch laut RKI bzw. im deutschsprachigen Raum wird in der Impfverhaltensforschung auf Modelle verwiesen, die zeigen, dass Impfbereitschaft durch psychologische Faktoren (z. B. wahrgenommene Barrieren, Informationssuche, Vertrauen) erklärbar ist.

2.5 Theoretische Modelle der Impfscheidung

Die Literatur betont, dass die Verfügbarkeit von Impfstoffen allein nicht ausreicht. Vielmehr spielen gesellschaftliche Faktoren, Vertrauen in Institutionen und effektive

Kommunikationsstrategien eine zentrale Rolle für die Impfbereitschaft (Betsch et al., Sandhofer et al).

Das Impfverhalten wird durch ein komplexes Zusammenspiel individueller, sozialer und struktureller Faktoren bestimmt. Diese Determinanten lassen sich mithilfe verschiedener theoretischer Modelle analysieren.

Zwei Modelle bilden die Grundlage dieser Arbeit:

2.5.1 Das Health Belief Model (HBM)

Das Health Belief Model (Rosenstock, 1974) ist eines der am häufigsten verwendeten Modelle zur Erklärung gesundheitsbezogener Entscheidungen (Conner, M. & Norman, P., 2017).

Dieses Modell geht davon aus, dass das Impfverhalten von vier zentralen Wahrnehmungen abhängt:

- der wahrgenommenen Anfälligkeit für die Krankheit,
- der wahrgenommenen Schwere der Erkrankung,
- den wahrgenommenen Vorteilen der Impfung und
- den wahrgenommenen Barrieren.

Ergänzt wird das Modell durch Cues to Action (Anreize zum Handeln, z.B. Erinnerungen oder ärztliche Empfehlungen) und das Selbstwirksamkeitserleben.

Für die Masernimpfung bedeutet dies: Je höher das wahrgenommene Risiko und der Nutzen, desto größer die Impfbereitschaft.

2.5.2 Das 3C-Modell der WHO und Folgemodelle

Die WHO beschreibt 2015 vaccine hesitancy als ein komplexes, kontextabhängiges Phänomen der Impfabzeptanz, das durch drei Hauptfaktoren beeinflusst wird („3C-Modell“) (WHO, 2015):

- Confidence – Vertrauen in die Sicherheit, Wirksamkeit und Notwendigkeit von Impfungen sowie in die Institutionen, die sie bereitstellen.
- Complacency – Wahrnehmung, dass das Risiko einer Krankheit gering ist und eine Impfung daher nicht notwendig sei (Wahrgenommene Notwendigkeit einer Impfung).
- Convenience – Zugänglichkeit, Verfügbarkeit, Erschwinglichkeit und Akzeptanzbedingungen von Impfangeboten.

Das ECDC erweitert das 3C-Modell und beschreibt diese 5C-Skala als ein etabliertes Modell zur Messung von Impfbereitschaft bzw. Impfverzögerung (Vaccine Hesitancy) (ECDC, 2025).

Die 5C stehen für:

- Confidence (Vertrauen) – z. B. Vertrauen in Sicherheit, Wirksamkeit, Gesundheitssystem
- Complacency (Gleichgültigkeit / Abwägung niedriger Gefährdung) – Wahrnehmung eines geringen Erkrankungsrisikos
- Constraints (Barrieren / Hürden) – praktische, organisatorische oder psychologische Hindernisse
- Calculation (Abwägung / Kalkulation) – aktive Informationssuche und Bewertung von Vor- und Nachteilen
- Collective Responsibility (Kollektive Verantwortung / Solidarität) – Bereitschaft, sich impfen zu lassen, um auch andere zu schützen.

In Studien werden für jede dieser Dimensionen meist mehrere Item-Sätze verwendet, typischerweise auf Likert-Skalen (z. B. 1–7, „stimme überhaupt nicht zu“ bis „stimme voll und ganz zu“).

Die 5C-Skala wurde auch ins Deutsche übertragen und in Deutschland angewandt, um die Impfbereitschaft zu messen.

Um neuere Erkenntnisse zu integrieren, wurde die 5C-Skala erweitert auf eine 7C-Skala. Dabei werden zusätzlich zwei Komponenten berücksichtigt:

- Conspiracy (Verschwörungsdenken)

- Compliance (Regeltreue / Pflichtbewusstsein)

Damit kann und soll ein noch umfassenderes Bild der Gründe für oder gegen Impfwilligkeit erfasst werden (Geiger et al., 2021).

Empirische Befunde aus Österreich bestätigen die Bedeutung dieser Dimensionen: Sandhofer et al. zeigen, dass Vertrauen in medizinische Institutionen und Impfaufklärung zentrale Prädiktoren der Impfkzeptanz sind. Zudem haben organisatorische Barrieren (z. B. fehlende Termine, unklare Zuständigkeiten) nachweislich Einfluss auf die Impfquote (AGES, 2024).

Diese Modelle dienen in dieser Arbeit als theoretischer Rahmen für die Analyse der Experteninterviews und ermöglichen die systematische Kategorisierung der Einflussfaktoren.

2.5.3 Sozialpsychologische und kommunikative Aspekte

Neben kognitiven Modellen spielt die soziale Umwelt eine entscheidende Rolle. Impfscheidungen werden stark durch soziale Normen, Familienumfeld und Medienkommunikation beeinflusst. Betsch et al (2018) zeigen, dass psychologische Faktoren die Impfbereitschaft stärker bestimmen als reine Verfügbarkeit. Menschen, die verstärkt online nach Informationen suchen, sind anfälliger für Fehlinformation und höhere Risikoabwägung – was die Impfbereitschaft reduziert. Internet- und Social-Media-Informationssuche beeinflusst Calculation und Confidence, zwei zentrale Determinanten der Impfscheidung (Betsch et al., 2018).

Insbesondere die Verbreitung impfkritischer Inhalte in sozialen Medien kann Unsicherheit und Misstrauen verstärken. Wilson et al (2020) zeigen anhand globaler Daten, dass negative Diskussionen über Impfstoffe auf Social Media mit höherer Impfskepsis zusammenhängen. Länder mit intensiver Nutzung sozialer Medien zur Mobilisierung („public organizing“) zeigen häufiger Zweifel an der Impfstoffsicherheit. Es bestehe ein wesentlicher Zusammenhang zwischen

ausländischen Desinformationskampagnen und sinkenden Impfraten. Die Präsenz ausländischer Desinformation ist statistisch und inhaltlich hochgradig signifikant, um einen Rückgang der durchschnittlichen Impfrate im Lauf der Zeit vorherzusagen (Wilson, S.L. & Wiysonge, C., 2020).

Cascini et al analysierten 2022 den Zusammenhang zwischen Social Media – Nutzung und Impfhaltung und kamen zu dem Ergebnis, dass Social Media die Impfscheidungen über drei Mechanismen beeinflussen:

- Vertrauen in Gesundheitssystem und Wissenschaft
- Risikowahrnehmung
- Emotionale Reaktionen durch negative Narrative

Auch diese Analyse fand eine negative Korrelation – je stärker die Nutzung von Sozialen Medien, desto höher war die Wahrscheinlichkeit negativer Einstellung zur Impfung. Sie weisen jedoch auch auf das Potential der Sozialen Medien als Plattform für Interventionen im Bereich der öffentlichen Gesundheit hin, um die Vaccine Hesitancy zu bekämpfen (Cascini, F. et al., 2022).

Um die Macht der sozialen Medien zur Förderung der Impfung zu nutzen, zeigt diese Studie von Zhou et al (2023) die Mechanismen der positiven und negativen Auswirkungen der Arten von Social-Media-Nachrichten auf die Impfzögerlichkeit und das Impfverhalten auf. Basierend auf dem Stimulus-Organismus-Reaktionsrahmen (S-O-R) wurde ein Forschungsmodell entwickelt, um die Auswirkungen von Impfstoffsicherheitsnachrichten und Risikonachrichten aus sozialen Medien (externe Reize) auf den psychologischen Organismus des Einzelnen (d.h. Sicherheitswahrnehmung und Risikowahrnehmung) und die daraus resultierenden Verhaltensreaktion, Impfzögerlichkeit und Impfverhalten zu verstehen. Die Ergebnisse zeigten, dass der Zusammenhang zwischen Impfstoffrisikonachrichten (Nachrichten über Gefahren und Nebenwirkungen) aus den sozialen Medien und der Risikowahrnehmung höher war als der Zusammenhang zwischen Nachrichten zur Impfstoffsicherheit (positive wissenschaftliche Inhalte) aus den sozialen Medien und der Sicherheitswahrnehmung. Praktisch bedeutet dies, dass Risikobotschaften stärker wirken als Sicherheitsbotschaften. Um die Bevölkerung zu erreichen, müssen

Social-Media-Strategien für Public Health mehr als reine Sicherheitsinformationen bieten und die Dynamiken von Risiko-Emotionen berücksichtigen (Zhang, Q., Zhou. Y. et al., 2023).

Zhou et al. beschreiben auch sogenannte Ego-Netzwerkdichte als relevant. Diese gibt die tatsächlich existenten Beziehungen von Personen und ihren Kontakten an:

- Hohe Dichte: Die Kontakte kennen sich untereinander gut und sind eng miteinander verbunden, Informationen werden oft im engen Kreis diskutiert, das Vertrauen ist hoch, Normen und Einstellungen sind stabil, Informationen werden stärker geprüft und eingeordnet, extremere Social-Media-Botschaften haben weniger Raum.
- Niedrige Dichte: Die Kontakte kennen sich weniger untereinander, das Netzwerk ist lockerer und vielfältiger, Gruppen kennen sich nicht, Social-Media-Informationen wirken stärker auf Risikowahrnehmung und Entscheidungsprozesse.

S. Lewandowsky, ein international führender Forscher zu Desinformation und Risikokommunikation gibt in seinen Werken Einblicke, warum Social Media Desinformation so wirksam ist. In seinem „Conspiracy Theory Handbook“ (2020), welches als eines der zentralen wissenschaftlichen Werke zu Verschwörungstheorien gilt, hält er fest (Lewandowsky, S., & Cook, J.,2020).

Menschen glauben Verschwörungstheorien nicht wegen Informationsmangel, sondern wegen psychologischer Bedürfnisse (Sicherheit, Kontrolle, Einzigartigkeit). Sie fühlen sich durch Verschwörungstheorien informiert („ich weiß, was wirklich passiert“), besonders („ich gehöre zu den Aufgewachten“) und emotional gestärkt bei Kontrollverlust. Sie bestärken die Zugehörigkeit zu einer Gruppe (soziales Bedürfnis) sowie epistemische Bedürfnisse, indem sie die Welt sinnvoll und kohärent erklären. Verschwörungstheorien bieten einfache Lösungen für komplexe Probleme.

Verschwörungstheorien haben typische Muster:

- alles ist Absicht (nichts passiert zufällig, alles wird als geplant interpretiert), am Beispiel Impfungen: „Nebenwirkungen werden absichtlich vertuscht“.
- Zufall existiert nicht
- widersprüchliche Behauptungen können gleichzeitig wahr sein (zum Beispiel wird „Covid ist harmlos“ und „das Virus wurde absichtlich freigesetzt“ wird nicht als Widerspruch empfunden)
- Misstrauen gegenüber offiziellen Informationen: Verschwörungstheorien basieren auf einem Grundmisstrauen gegenüber Wissenschaft, Regierung und Medien, daher sind Public-Health-Informationen weniger wirksam
- Kritik wird als Bestätigung interpretiert („wenn man meine Theorie kritisiert, heißt das, dass sie gefährlich nah an der Wahrheit ist“)

Lewandowsky zeigt, dass Gegenargumente gegenüber Verschwörungstheorien meist wirkungslos sind, da diese ein geschlossenes Weltbild erzeugen: Neue Informationen werden verzerrt integriert, widersprechende Fakten als Manipulation abgewertet und Expert:innen als Teil der Verschwörung wahrgenommen. Dies erklärt, warum Fakten Impfgegner kaum überzeugen, während emotionalisierte Verschwörungsvideos hohe Wirkung entfalten.

Verschwörungsglaube steht dabei in einem moderat bis starken Zusammenhang mit Impfzögerlichkeit ($r \approx .30-.40$) und geht mit erhöhter Impfablehnung, Misstrauen gegenüber medizinischem Personal sowie größerem Vertrauen in alternative Informationsquellen einher. Er zählt damit zu den stärksten Prädiktoren von Impfzögerlichkeit.

Kernpunkte des „Debunking Handbooks“ von Lewandowsky et al (2020), in dem Fehlinformationen und deren Entlarvungen und Gegenstrategien beschrieben werden, sind:

- Desinformation verbreitet sich emotional schneller als Fakten.
- Menschen erinnern sich eher an kohärente Geschichten als an Daten.
- Wiederholung erhöht Glaubwürdigkeit (Illusory Truth Effect).
- Effektive Gegendarstellungen benötigen: Einfachheit, Konsistenz, Wiederholung, Vertrauenswürdige Sprecher

- Soziale Medien verstärken: Polarisierung, Echokammern, algorithmische Verstärkung von emotionalen Inhalten

Zusammengefasst ergibt sich folgende Relevanz für eine effektive Impfkommunikation:

1. Prävention ("Prebunking") ist wirksamer als spätere Korrektur:
Menschen vorab über Manipulationstechniken aufklären.
Beispiel: „Du wirst vielleicht lesen, dass Impfstoffe gefährlich schnell entwickelt wurden oder Pharmafirmen Nebenwirkungen verschweigen – das ist eine gängige Verzerrungstechnik. Solche Botschaften nutzen Angstverstärkung und Falschinterpretationen. Hier ist der wissenschaftliche Hintergrund...“
2. Korrekturen von Falschinformationen müssen kurz, klar und emotional neutral sein.
3. Fakten allein reichen nicht: Korrekturen müssen verständlich, emotional zugänglich und visuell einfach sein.
4. Mitgefühl statt Konfrontation – Direkte Angriffe erzeugen Reaktanz und Bestätigungsgefühle.
5. Emotionale Inhalte verbreiten sich schneller als Daten: Public Health benötigt emotionale, positive, narrative Kommunikation.
6. Nicht den Mythos in der Überschrift und nicht unnötig wiederholen und somit mental aktivieren und verstärken, sonst erhöht sich die kognitive Verfügbarkeit.
7. Falsche Narrative ersetzen, nicht nur kritisieren. Man muss eine konsistente alternative Erklärung bereitstellen.
8. Debunking ohne alternative Erklärung funktioniert nicht: Lücke füllen, sonst bleibt der Mythos bestehen und kognitiv „attraktiver“.
9. Das „Fakt-Mythos-Fakt“-Prinzip („Truth Sandwich“) wirkt am besten mit folgender Struktur (Fakten, Nennung des Mythos in abgeschwächter Form, erneute Betonung des Fakts und eine Erklärung, warum das Mythos entsteht).
10. Wiederholung ist notwendig: Fakten müssen ebenso häufig wiederholt werden wie Mythen.

11. Quelle der Botschaft ist entscheidend. Korrekturen sind umso wirksamer, wenn sie von Ärzten, lokalen Community-Leadern und Vertrauenspersonen kommen.
12. Mechanismen der Plattformen nutzen (zum Beispiel kurze Videos, klare Visuals).

In Österreich hat die COVID-19-Pandemie die Polarisierung im Impfverhalten verstärkt und das Vertrauen in öffentliche Institutionen teilweise untergraben. Gangl et al. (2022) zeigen empirisch, dass die Pandemie nicht nur gesundheitliche, sondern auch soziale Spaltungen vertieft hat. Der Rückgang institutionellen Vertrauens und die zunehmende Abwertung wahrgenommener Gegnergruppen verdeutlichen, dass die Impfdebatte auf tieferliegenden gesellschaftlichen Konfliktlinien beruht. Die Daten des Austrian Corona Panel Projects (ACPP) zeigen eine zunehmende Polarisierung der Einstellungen: Befürworter und Gegner der Corona Impfung bewerten einander immer negativer, etwa in Bezug auf Intelligenz, Ehrlichkeit und Solidarität. Gangl et al. beschreiben diese Entwicklung als „Spannungen zwischen Personen mit unterschiedlichen Meinungen“, die teilweise auf der Wahrnehmung unterschiedlicher Realitäten beruhen. Was für die einen als notwendige Maßnahme erscheint (z. B. Impfen oder Schutzmaßnahmen), wird von anderen als Ausdruck staatlicher Übergriffigkeit und als Anlass für Misstrauen interpretiert (Gangl, K. et al, 2022).

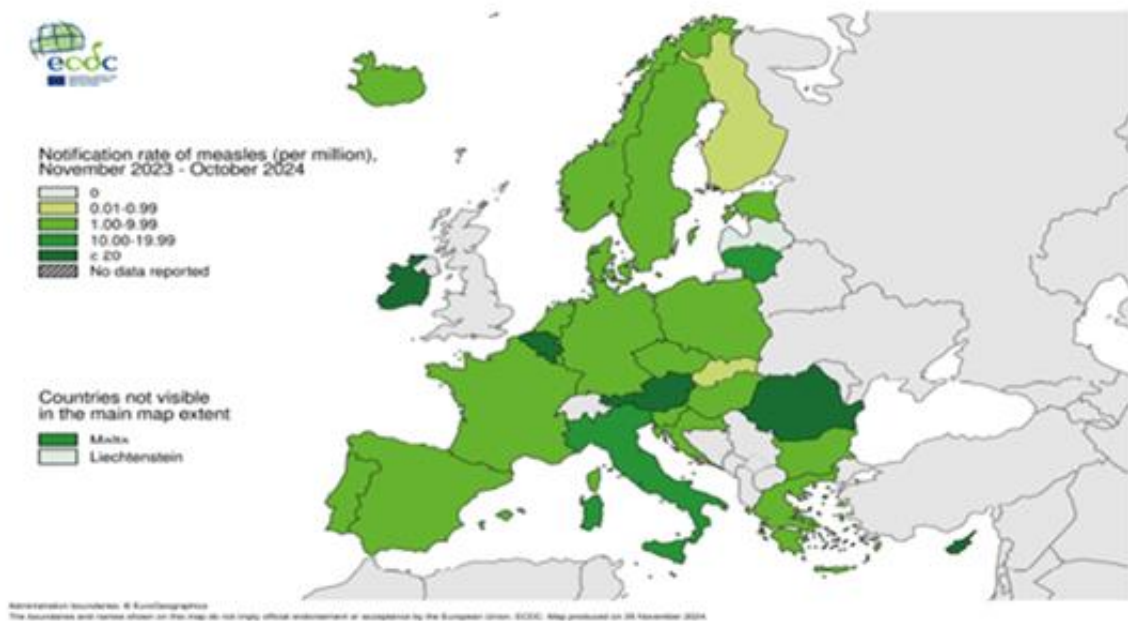
Diese Entwicklungen wirken sich auch auf andere Impfungen – wie die MMR-Impfung – aus und unterstreichen die Notwendigkeit gezielter Kommunikationsstrategien im Sinne der Health Literacy und Risikokommunikation (Ratzan et al., 2021).

2.6 Epidemiologie der Masern in Europa

Alle EU-/EWR-Länder melden Daten zu Infektionskrankheiten, wie Masern, an die ECDC, die eine große europäische Datenbank namens TESSy betreibt. TESSy steht für „The European Surveillance System“ und ist somit das zentrale Melde- und Überwachungssystem für Infektionskrankheiten in der EU (Europäischen Union)

und im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR). ECDC nutzt die Daten, um Ausbrüche, Trends und Risiken frühzeitig zu erkennen und zu monitieren. Da alle Länder im gleichen System melden, können Erkrankungsdaten verglichen werden und EU-weite Kennzahlen wie Inzidenzen, Hospitalisierungen, Todesfälle und Impfquoten berechnet werden. (ECDC, 2025)

Abb. 3: Masernsituation in Europa (Maserninzidenz in EU/EAA-Ländern November 2023 – Oktober 2024)



Quelle: ECDC,2024 (<http://measles-rubella-monthly.ecdc.europa.eu>)

Im gesamten Jahr 2024 wurden in der Europäischen Union und dem Europäischen Wirtschaftsraum (EU/EEA) insgesamt 35.212 Masernfälle gemeldet. Dies entspricht einer Inzidenzrate von 77,4 Fällen pro einer Million Einwohner. Besonders auffällig ist die Situation in Rumänien, das mit 30.692 Fällen und einer Rate von 1.610,7 pro Million Einwohner den weitaus größten Anteil verzeichnete. Besonders in Südosteuropa gehen die Immunisierungsraten seit Jahren zurück – in Rumänien, Nordmazedonien, Bosnien und Herzegowina und Montenegro erhielten 2023 weniger als 80% der berechtigten Kinder die erste Masernimpfdosis, womit die für die Herdenimmunität erforderlichen 95% Durchimpfungsraten bei Weitem nicht erreicht werden. (WHO, 2025)

Im Vergleich dazu war die Maserninzidenz (Fälle/1 Million Einwohner) in anderen Ländern zwar deutlich niedriger, ist jedoch dennoch besorgniserregend: Österreich meldete 542 Fälle (59,5/Mio.), Belgien 527 Fälle (44,9/Mio.) und Irland 209 Fälle (39,6/Mio.). Die Daten zeigen zudem, dass von den erkrankten Kindern im Alter von 1 bis 4 Jahren 90 % keine Masernimpfung erhalten hatten; insgesamt waren 87 % der Fälle, in denen der Impfstatus erhoben werden konnte, ungeimpft. (ECDC, 2025).

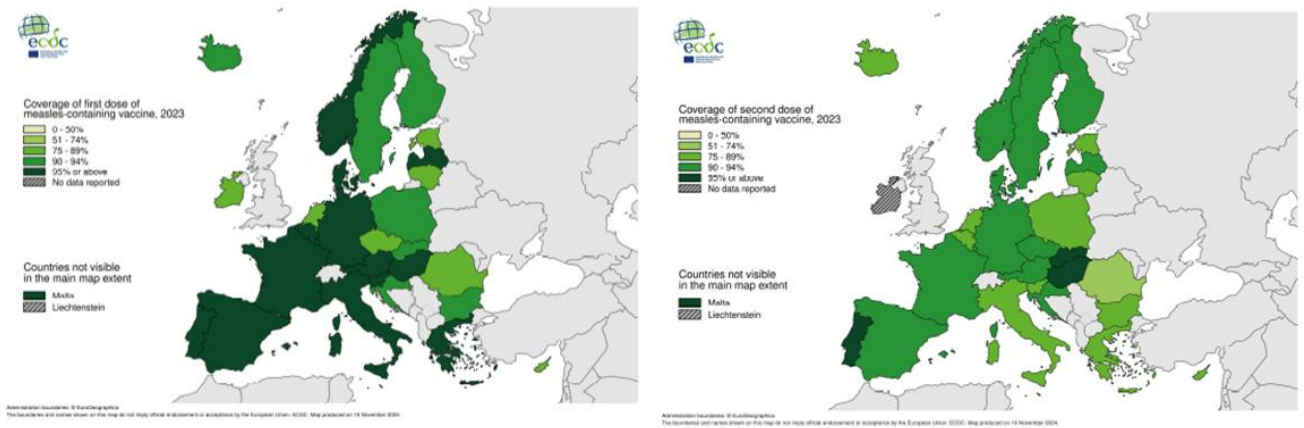
Ein detaillierter Blick auf die Einzelfälle verdeutlicht die ungleiche Verteilung und Häufigkeit der Masernfälle in Europa. Länder wie Deutschland (638 Fälle; Inzidenz 7,6/Mio.) oder Frankreich (484 Fälle; Inzidenz 7,1/Mio.) weisen zwar vergleichsweise niedrige Inzidenzen auf, jedoch liegen auch dort die Durchimpfungsraten unter der von der WHO empfohlenen Schwelle von 95 % (ECDC, 2025).

Darüber hinaus wurden von der europäischen WHO-Region (inklusive Nicht-EU-Länder) 2024 insgesamt 127.350 Masernfälle gemeldet – der höchste Wert seit über 25 Jahren und doppelt so viele wie 2023; zugleich entfiel rund ein Drittel der weltweiten Fälle auf diese Region. Hauptursachen sind wachsende Impflücken und pandemiebedingte Unterbrechungen von Impfprogrammen, wodurch 2024 etwa 500.000 Kinder die erste Masernimpfung verpassten. UNICEF betont den dringenden Bedarf an staatlichen Maßnahmen und nachhaltigen Investitionen in das Gesundheitssystem, da eben ein erheblicher Teil der Fälle Kinder betraf und zu Hospitalisierungen führte.

Rückblickend auf das Jahr 2023 meldeten laut WHO und CDC in insgesamt 57 Länder Masernausbrüche. Weltweit stieg die Zahl der Maserninfektionen innerhalb eines Jahres um 20% auf geschätzt 10,3 Millionen, mit fast 110.000 Todesfällen – die meisten davon Kinder unter 5 Jahren.

WHO-Generaldirektor Tedros Adhanom Ghebreyesus betonte, dass Masernimpfungen in den vergangenen 50 Jahren mehr Leben gerettet hätten als jeder andere Impfstoff; zwischen den Jahren 2000- 2020 verhinderten sie rund 57 Millionen Todesfälle. Er forderte verstärkte Anstrengungen, um sicherzustellen, dass Kinder weltweit und durchgängig geimpft werden. (WHO, 2025).

Abb.4: Masernsituation in Europa (Durchimpfungsraten mit erster Dosis (MCV1) bzw. zweiter Dosis (MCV2) in den EU/EEA-Ländern 2024)

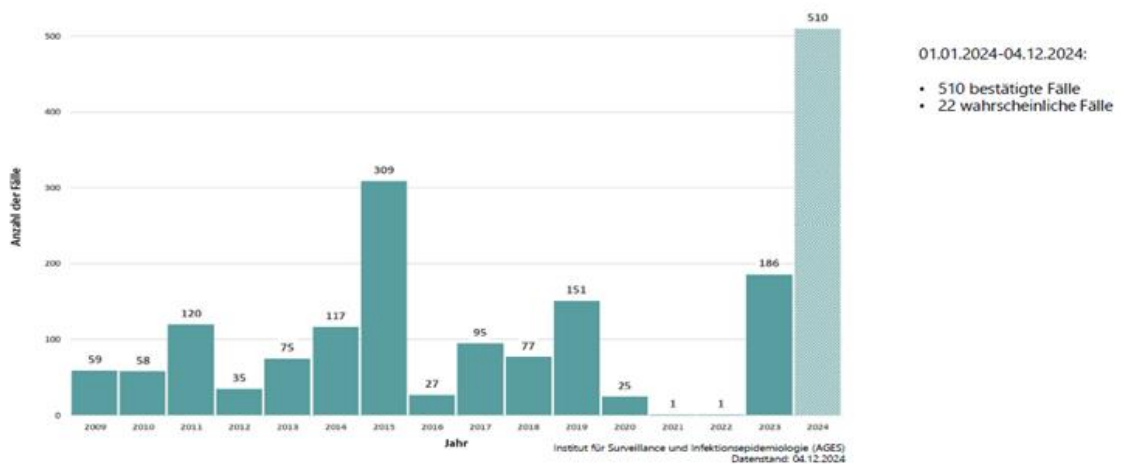


Quelle: ECDC, 2025 (<http://measles-rubella-monthly.ecdc.europa.eu/>)

2.7 Masernsituation in Österreich im EU-Vergleich

In Österreich zeigte sich in den vergangenen Jahren ein deutlicher Anstieg der Masernerkrankungen. Während im Jahr 2023 186 Fälle bestätigt wurden, stieg die Zahl 2024 auf 542 Fälle an, so viele Fälle wie schon seit 25 Jahren nicht mehr.

Abb.5: Masernsituation in Österreich 2009- 2024 (Anzahl bestätigter Masernerkrankungen in Österreich nach Kalenderjahr)



Quelle: Masernbericht, AGES (2024)

Für das Jahr 2024 entspricht das einer Inzidenz von 59,5 pro einer Million Einwohner und ist deutlich über dem von der WHO definiertem Ziel von <1/ 1 Million Einwohner. Was die Maserninzidenz betrifft, belegte Österreich 2024 in der EU/EEA-Region hinter Rumänien mit einer Inzidenz von 1611/1 Million Einwohner den unrühmlichen zweiten Platz (ÖAZ, 2025).

Die Auswertung der Masernfälle in Österreich verdeutlicht bestehende Impflücken, die insbesondere in den Geburtsjahrgängen 2019 und 2020 erkennbar sind. Hintergrund sind vor allem die Einschränkungen durch die COVID-19-Pandemie, die zu verzögerten Erstimpfungen sowie einem Ausfall der zweiten MMR-Dosis geführt haben (ÖAZ, 2025).

Für das Jahr 2024 konnten 542 Fälle ausgewertet werden: Zu 378 (69,7%) lagen verwertbare Informationen zum Impfstatus vor. Davon waren 345 Personen, dies entspricht 91,3% ungeimpft. 11 Personen (2,9%) hatten eine Postexpositionsimpfung (unklar, ob zeitgerecht verabreicht) angegeben, bei 5 Personen waren eine (1,3 %) und bei 17 (4,5%) zwei Masernimpfungen nachweislich dokumentiert. Reinfektionen trotz zweifacher MMR-Impfung sind dadurch erklärbar, dass rund 5 % der zweimal Geimpften keine nachweisbaren Antikörper entwickeln. Laut AGES bestehen daher keine Hinweise auf eine unzureichende Wirksamkeit der aktuell in Österreich eingesetzten Masernimpfstoffe.

Von den 2025 bekannten 153 Fällen mit erheblichem Impfstatus lagen zu 116 (75,8%), verwertbare Informationen zum Impfstatus vor. 101 (87,1%) waren ungeimpft, drei Personen (2,6%) waren einmal gegen Masern geimpft und 12 Personen (10,3%) waren zweimal gegen Masern geimpft gewesen (AGES, 2025).

Ergänzend zur Analyse epidemiologischer Daten ist eine molekulare Typisierung wesentlich, da sie die Identifikation der lokal und international zirkulierenden Serotypen ermöglicht (ÖAZ, 2025).

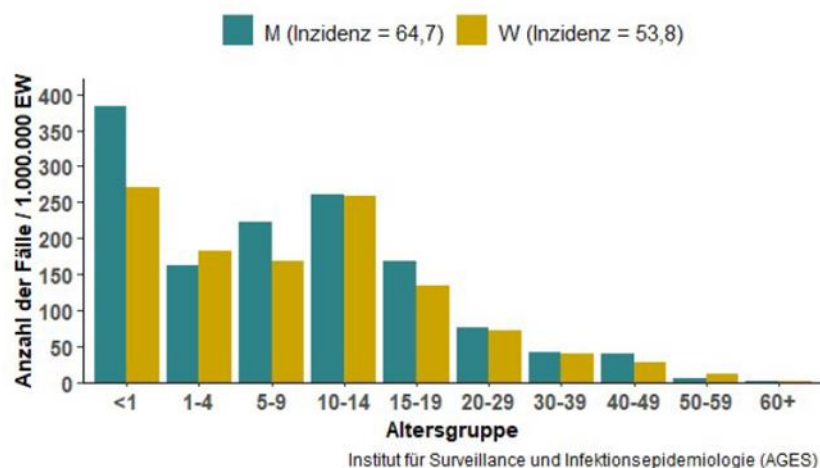
Das Nationale Referenzzentrum für Masern-, Mumps- und Rötelnviren der Medizinischen Universität Wien konnte für 2024 bei 465 von 542 Masernfällen, das entspricht 85,8 % aller Fälle, eine Genotypisierung durchführen. Dabei wurden mehr als 20 unterschiedliche Genotypen verifiziert, wobei 3 Genotypen besonders häufig

vertreten waren, nämlich der Serotyp: D8_8350 (n=205), D8_5963 (n=112) und B3_6418 (n=47). Für 2025 konnten 2 neue Sequenzvarianten erstmals in Österreich entdeckt werden: D8_8996 (14 Fälle) und B3_9229 (Nationales Referenzzentrum für Masern-, Mumps- und Rötelnviren, Medizinische Universität Wien, 2025).

Das Nationale Impfgremium Österreichs empfiehlt ausdrücklich, Impflücken in allen Altersgruppen zu schließen – insbesondere bei Kindern und jungen Erwachsenen. Diese sollen konsequent und frühzeitig mit zwei Dosen des MMR-Impfstoffs immunisiert werden. Eine vollständige Immunisierung schützt nicht nur vor einer eigenen Erkrankung, sondern ist auch für werdende Mütter bzw. deren Babies von besonderer Bedeutung (BMASGPK, 2025).

Ein unzureichender Nestschutz führt dazu, dass Neugeborene, Säuglinge und Kleinkinder einem deutlich erhöhten Maserninfektionsrisiko ausgesetzt sind – ein Effekt, der sich in der Statistik widerspiegelt (vgl. Abbildung 6: Maserninzidenz nach Altersgruppen 2024).

Abb. 6: Maserninzidenz (Anzahl der Fälle/1.000.000 Einwohner nach Alter und Geschlecht, Österreich, 2024, n=542)

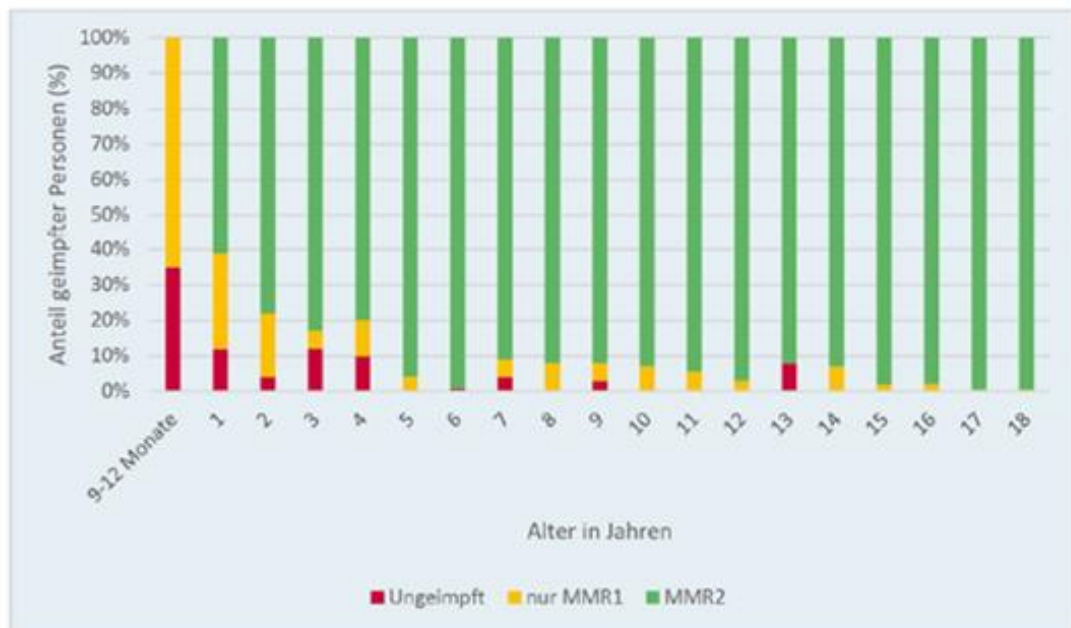


Quelle: Masernbericht, AGES (2025)

Ende 2023 hatten lediglich 42 % der Einjährigen den vollen Zweidosenschutz erreicht. Besonders kritisch ist die Situation in der Altersgruppe der 2- bis 5-Jährigen: Hier fehlte in Österreich bei mehr als 33.000 Kindern die zweite Impfung, während rund 26.000 Kinder noch gar nicht geimpft waren. Zwar erreichten die 6- bis 9-Jährigen eine Durchimpfungsrate von 95 % mit der ersten Dosis, jedoch nur 92 % mit der zweiten Dosis. Auch bei den 15- bis 30-Jährigen blieben Lücken bestehen: 93 % hatten die erste, aber nur 89 % die zweite Dosis erhalten (BMASGPK, 2025).

Abb. 7: Masernsituation in Österreich (Modellschätzungen des Impfstatus in Österreich nach Altersgruppen bzw. Alter in Jahren für das Jahr 2023)

(*Die 10 bis 18 -jährigen sind generell ausreichend geimpft. Hier würde sogar mit der zweiten Impfung das Ziel einer Durchimpfungsrate von 95% erreicht)



Quelle: aus „Kurzbericht: Evaluierung der Masern Durchimpfungsraten“ BMSGPK, AGES, 2024

Alle hier angeführten Zahlen machen deutlich, dass Österreich trotz kostenfreier und flächendeckender Verfügbarkeit der MMR-Impfung weiterhin substanzielle

Nachholbedarfe aufweist. Sie verdeutlichen auch die Relevanz gezielter Impfkampagnen, insbesondere in Settings wie Schulen oder Kindergärten, um bestehende Lücken zu schließen. In den Medien wurde zudem wiederholt auf den globalen Kontext hingewiesen: (orf.at, 2025). Die steigenden Masernwellen sind aber nicht nur ein österreichisches, sondern ein weltweites Phänomen.

2.8 Impfstrategien in Europa

2.8.1 Überblick

Die europäischen Länder verfolgen unterschiedliche Ansätze zur Erhöhung der Impfquote. Laut der Europäischen Kommission (2023) lassen sich drei Hauptstrategien unterscheiden:

1. **Verpflichtende Impfungen:**

Länder wie Frankreich, Italien und Ungarn haben gesetzliche Impfpflichten für die MMR-Impfung eingeführt, was zu einem deutlichen Anstieg der Durchimpfungsraten führten (D’Ancona et al., 2019; Gori, D. et al., 2020).

2. **Erinnerungs- und Einladungsprogramme:**

In skandinavischen Ländern (z. B. Schweden, Dänemark) werden digitale Reminder-Systeme eingesetzt, die Eltern automatisch an Impftermine erinnern (ECDC, 2023).

3. **Niedrigschwellige Impfangebote:**

Mobile Impfteams, Impfkationen an Schulen oder Impfungen ohne Voranmeldung (z. B. in Deutschland) erhöhen die Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen (European Commission, 2023).

2.8.2 Impfpflicht, Nachweispflichten & Politikoptionen im EU-Vergleich

A. Landschaft der Mandate in der EU/EEA

Die Impfpolitik in der Europäischen Union (EU) und im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) ist nationalstaatlich organisiert. Alle Mitgliedsstaaten empfehlen im Rahmen ihrer nationalen Impfprogramme die Verabreichung von zwei Masern-Mumps-Röteln-(MMR)-Dosen im Kindesalter. Unterschiede zeigen sich jedoch in der rechtlichen Umsetzung: Während einige Staaten auf freiwillige Impfempfehlungen setzen, haben andere verpflichtende Impfprogramme etabliert.

Laut einer Übersicht des European Vaccination Information Portals (EVIP) bestehen in mehreren EU/EEA-Ländern gesetzliche Impfmandate für Kinder, die häufig auch Masern umfassen. In anderen Staaten, wie etwa Österreich, bleibt die MMR-Impfung weiterhin empfohlen und freiwillig (European Commission, 2024).

Journalistische Analysen verdeutlichen diese Unterschiede: So berichtete *DER SPIEGEL* (2019), dass Länder wie Italien und Frankreich Impfungen im Kindesalter verpflichtend ausgestaltet haben, während Deutschland 2019/2020 eine Nachweispflicht für den Masernschutz in bestimmten Einrichtungen einführte. Diese Unterschiede bestehen bis heute, auch wenn die konkrete Ausgestaltung zwischen den Ländern variiert (Der Spiegel, 2019; RKI, 2025).

B. Deutschland als Referenz für „Nachweispflicht“

Mit dem Masernschutzgesetz, das 2019 beschlossen und im März 2020 wirksam wurde, führte Deutschland eine verpflichtende Nachweispflicht für den Masernschutz ein. Kinder, die eine Kindertagesstätte oder Schule besuchen, sowie nach 1970 geborene Personen, die in Gemeinschafts- oder Gesundheitseinrichtungen tätig sind, müssen den Nachweis von zwei MMR-Impfungen oder einer natürlichen Immunität erbringen.

Dabei handelt es sich nicht um eine Zwangsimpfung, sondern um eine gesetzliche Verpflichtung zur Vorlage eines Immunitätsnachweises. Bei Verstößen können Betreuungs- und Tätigkeitsverbote sowie Bußgelder verhängt werden. Erste Auswertungen zeigen positive Effekte: Der Anteil zweifach Geimpfter bei 24 Monate alten Kindern stieg von 70 % (2019) auf 77 % (2023). Bei Kindern im Schuleintrittsalter erhöhte sich der Anteil von 89 % (2019) auf 92 % (2023). Dennoch verbleiben Impflücken: Im Jahr 2023 waren etwa 7 % der 24 Monate alten Kinder und 4 % der Sechsjährigen gänzlich ungeimpft.

Neben Fortschritten wurden auch Herausforderungen sichtbar, etwa durch pandemiebedingte Verzögerungen und organisatorische Probleme bei der Attest-Kontrolle. Fachlich hervorgehoben wurden insbesondere zielgerichtete Kommunikation und ein niederschwelliger Zugang zu Impfungen als zentrale Erfolgsfaktoren (RKI, 2025).

C. Italien & Frankreich

Die beiden Länder Italien und Frankreich reagierten bereits vor Deutschland mit der Einführung umfassender Impfpflichten. Italien verschärfte im Jahr 2017 seine Regelungen, indem es zehn Impfungen – darunter auch Masern – verpflichtend für Kinder machte. Frankreich folgte 2018 mit der Ausweitung auf elf Pflichtimpfungen, ebenfalls einschließlich Masern (European Commission, 2024).

Diese Maßnahmen zielten darauf ab, nach wiederholten Masernausbrüchen die Durchimpfungsraten deutlich zu erhöhen. Erste Evaluierungen zeigten, dass die Impfquoten in beiden Ländern infolge der gesetzlichen Regelungen angestiegen sind (Der Spiegel, 2019).

Die Ergebnisse einer Studie von Gori, D. et al. bestätigen die Wirksamkeit gesetzlicher Zwangsmaßnahmen in Italien zugunsten der MMR-Impfung. Dazu wird betont, dass ein potenzieller Rückgang der Durchimpfungsraten durch eine Abschwächung der positiven Effekte zwanghafter Maßnahmen im Laufe der Zeit beobachtet werden kann. Es ist daher notwendig, diese Maßnahmen mit

Informationskampagnen und politischen Initiativen auf verschiedenen Ebenen (d. h. national, regional) zu kombinieren (Gori, D. et al., 2020).

D. Österreich

Im Gegensatz zu Italien, Frankreich oder Deutschland besteht in Österreich keine Impfpflicht gegen Masern. Stattdessen setzt das Land auf freiwillige Impfungen, die an öffentlichen Impfstellen kostenfrei und ohne Altersbeschränkung angeboten werden; Catch-up-Impfungen werden ausdrücklich empfohlen.

Aufgrund bestehender Impflücken betont das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) die Bedeutung von Schulimpfkampagnen sowie systematischen Impfstatuskontrollen vor dem Eintritt in Kindergärten und Schulen als zentrale Maßnahmen zur Steigerung der Durchimpfungsraten.

Zwar stellt das kostenfreie Kinderimpfprogramm die MMR-Impfung flächendeckend zur Verfügung, dennoch bleiben insbesondere Jugendliche und junge Erwachsene unterversorgt (AGES, 2024). Während Länder mit verpflichtenden Impfmaßnahmen Durchimpfungsraten von über 95 % erreichen, liegt Österreich trotz umfassender Impfangebote und Informationskampagnen in einzelnen Regionen deutlich darunter (AGES, 2024).

Ein weiterer limitierender Faktor ist die Dateninfrastruktur: Digitale Erinnerungs- und Steuerungssysteme sind nicht flächendeckend implementiert, und das nationale elektronische Impfreister befindet sich noch im Ausbau. Dadurch werden systematische Nachholimpfungen und gezielte Impfkampagnen erschwert (BMSGPK, 2024). Diese strukturellen Defizite beeinträchtigen sowohl die Prävention als auch die epidemiologische Surveillance.

Zusätzlich zeigen Studien, dass in Österreich Vertrauen in Impfungen, individuelle Risikowahrnehmung sowie organisatorische Barrieren die Impfentscheidung maßgeblich beeinflussen (Sandhofer et al., 2017).

E. Strategische Optionen zur Steigerung der Impfraten (EU-weit)

Um weitere Masernausbrüche zu verhindern und die Eliminationsziele zu erreichen, empfiehlt das European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) ein Bündel koordinierter Maßnahmen zur nachhaltigen Steigerung der Durchimpfungsraten. Dazu zählen insbesondere beschleunigte Nachholimpfprogramme (Catch-up-Impfungen) für Jugendliche und Erwachsene mit bestehenden Impflücken, die Digitalisierung von Impf-Informationssystemen zur aktiven Identifikation und Erinnerung an fällige Impfungen (Recall-Systeme), eine qualitativ hochwertige und zeitnahe Surveillance sowie die rasche epidemiologische Abklärung und Eindämmung von Ausbrüchen (ECDC, 2025).

Als übergeordneten Rahmen betont die European Immunization Agenda 2030 (EIA2030) die Bedeutung eines gleichberechtigten Zugangs zu Impfungen, einer datengestützten Steuerung sowie einer resilienten Impfpolitik (WHO, 2021). Deutschland hat diese Zielsetzungen durch die Arbeit der Nationalen Lenkungsgruppe Impfen (NaLI) systematisch in seine Impfstrategie integriert. Die NaLI fungiert als Bund-Länder-Gremium, das den Policy-Abgleich mit den Zielen der EIA2030 sicherstellt, und wird damit auch als übertragbares Governance-Modell für andere europäische Länder diskutiert (Milbradt & Ludwig, 2025).

Je nach gewählter Strategie zur Erhöhung der Impfquote zeigen sich länderspezifische Unterschiede in den Durchimpfungsraten:

- Länder mit Reminder- und Einladungssystemen (Schweden, Finnland) erreichen hohe Durchimpfungsraten (ECDC, 2023).
- Länder mit teilweiser Impfpflicht (Frankreich, Italien) konnten nach Einführung der Pflicht signifikante Steigerungen der MMR-Impfquote beobachten (D'Ancona et al., 2019).
- Länder mit freiwilligen Systemen, wie Österreich, weisen regional und sozial differenzierte Impflücken auf (AGES, 2024).

Tabelle 1: Vergleich ausgewählter EU-Länder – MMR-Durchimpfungsrate (in %) und Maßnahmen bzw. Strategien

Quelle: eigene Darstellung anhand der Rechercheergebnisse

Land	MMR-Durchimpfungsrate (%)	Maßnahme/Strategie
Schweden	97	Reminder-System, Schulimpfung
Finnland	96	Elektronisches Impfreister, niederschwellige Angebote
Frankreich	95+	Impfpflicht für Kinder
Italien	95+	Impfpflicht, Schulkontrolle
Österreich	< 95 *	Freiwillig, regionale Unterschiede

*Quelle: Kurzbericht Masern, Version 2.0, BMSGPK, 2025

2.9 Problemdarstellung im Überblick

Das Wiederauftreten impfpräventabler Erkrankungen wie Masern in Österreich ist ein komplexes, multifaktorielles Problem, das auf eine Kombination individueller, gesellschaftlicher und struktureller Ursachen zurückzuführen ist. Obwohl ein sicherer und wirksamer Impfstoff seit Jahrzehnten verfügbar ist, konnte das Ziel der Masernelimination – definiert durch eine Inzidenz von weniger als einem Fall pro Million Einwohner – bislang nicht erreicht werden, im Gegenteil - epidemiologische Daten zeigen in den letzten Jahren einen deutlichen Anstieg der Masernfälle in Österreich.

Zentrale Einflussfaktoren sind zum einen **individuelle Einstellungen** und Verhaltensweisen, insbesondere eine wachsende Impfskepsis („Vaccine Hesitancy“). Diese äußert sich durch Unsicherheit, Verschiebung oder Ablehnung von Impfungen und wird häufig durch Fehlinformationen in sozialen Medien, mangelndes Vertrauen in Behörden oder medizinische Institutionen sowie unzureichende Gesundheitskompetenz begünstigt. Studien (z.B. Betsch et al., 2015 und 2018, Larsen et al., 2022) zeigen, dass die Angst vor Nebenwirkungen,

Fehleinschätzungen der Krankheitsgefahr sowie der Wunsch nach „natürlicher Immunität“ zu zentralen psychologischen Barrieren gehören. Menschen überschätzen mögliche Risiken von Impfstoffen (z.B. Nebenwirkungen) und unterschätzen gleichzeitig das Erkrankungsrisiko. Falschinformationen verstärken Nebenwirkungsängste. Sie orientieren sich zunehmend an ihrem sozialen Umfeld, politischen Einstellungen und Social-Media-Narrativen.

Zum anderen bestehen in Österreich **systemische und strukturelle Barrieren**:

- Fehlende einheitliche Impfregister und digitale Dokumentationssysteme erschweren die Nachverfolgung von Impflücken.
- Föderale Zuständigkeiten im österreichischen Gesundheitssystem führen zu regional unterschiedlichen Impfstrategien und Kommunikationsmaßnahmen.
- Zeit- und Ressourcenmangel im niedergelassenen Bereich behindern eine konsequente Impfaufklärung und -dokumentation.
- Fehlende Anreize und Vergütungssysteme für präventive Impfberatung vermindern die Priorisierung im Praxisalltag.

Darüber hinaus haben **pandemiebedingte Unterbrechungen** der Routineimpfprogramme seit 2020 zu zusätzlichen Impflücken geführt – insbesondere bei Kleinkindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Diese Altersgruppen weisen laut BMSGPK (2025) die niedrigsten Zweitimpfungsraten auf.

Im europäischen Vergleich zeigt sich, dass Länder mit **verbindlichen Impf- oder Nachweispflichten** (z. B. Deutschland, Italien, Frankreich) eine höhere Durchimpfungsrate und weniger Ausbrüche verzeichnen. Österreich hingegen setzt weiterhin auf Freiwilligkeit, wodurch die Impfmotivation stärker von individueller Wahrnehmung und Vertrauen abhängt.

Insgesamt verdeutlicht die hier durchgeführte Problemanalyse, dass die Ursachen des Wiederanstiegs von Masern in Österreich sowohl **verhaltensbezogene Determinanten** (Impfmüdigkeit, Fehlinformation, fehlendes Risikobewusstsein) als auch **strukturelle Defizite** (mangelnde Impfdatenerfassung, unzureichende Koordination, fehlende Kommunikation) umfassen. Diese Mehrdimensionalität erfordert ein interdisziplinäres Vorgehen, das Public-Health-Strategien, Kommunikation, Bildung und gesundheitspolitische Maßnahmen integriert.

Die folgende detaillierte Analyse erläutert die wichtigsten Determinanten in vier zentrale Kategorien:

- individuelle und psychosoziale Faktoren,
- systemische und organisatorische Faktoren,
- gesellschaftlich-mediale Einflussgrößen sowie
- politische und strukturelle Rahmenbedingungen.

2.9.1. Individuelle und psychosoziale Faktoren

Ein wesentlicher Einflussfaktor auf die sinkende Impfbereitschaft ist die sogenannte **Vaccine Hesitancy**, die laut WHO als „Zögern oder Ablehnung von Impfungen trotz Verfügbarkeit von Impfangeboten“ definiert wird. Sie resultiert häufig aus einem Zusammenspiel von Angst, Misstrauen und Fehlinformationen. Besonders ausgeprägt ist die Skepsis gegenüber der MMR-Impfung, da Fehlinformationen über vermeintliche Nebenwirkungen – wie der fälschlich behauptete Zusammenhang mit Autismus – auch Jahrzehnte nach wissenschaftlicher Widerlegung weiterhin kursieren (Betsch et al. 2015 und 2018, Larson et al. 2022)

Zudem führen folgende individuelle Faktoren zu Impfverzögerungen oder -verweigerungen:

- **Fehlendes Risikoempfinden:** Aufgrund des seltenen Auftretens schwerer Masernfälle wird die Krankheit von vielen Eltern als harmlos wahrgenommen.
- **Überforderung und Informationsdefizite:** Fehlende Gesundheitskompetenz erschwert das Verstehen medizinischer Informationen und die kritische Bewertung von Quellen.
- **Emotionale Entscheidungsmechanismen:** Angst vor Nebenwirkungen überwiegt häufig gegenüber der Angst vor der Erkrankung selbst.
- **Spirituelle oder alternativmedizinische Überzeugungen:** In bestimmten Milieus wird „Natürlichkeit“ als gesundheitlicher Idealzustand angesehen, wodurch Impfungen abgelehnt werden.

Chiari Lorini et al. (2023) definieren den Begriff **Vaccine Literacy** (VL) und erweitern ihn auf vier Ebenen – persönliche, gemeinschaftliche, populationsbezogene und organisationale Impfkompentenz – mit dem Ziel, Vaccine Literacy breiter zu fassen, um zu erklären, wie soziale Strukturen, Institutionen und Kommunikationssysteme Impfverhalten beeinflussen und somit nicht allein auf individuelle Entscheidungen beruhen, sondern eingebettet in Gemeinschaft, Bevölkerung und Organisation.

Für die Praxis bedeutet das, dass Impfbereitschaft und Impfscheidung nicht isoliert betrachtet werden dürfen, sondern in sozialem, institutionellem und strukturellem Kontext. Eine Person mit guter Gesundheitsinformation laut dieser Theorie nicht automatisch immun gegenüber Barrieren oder sozialem Druck. Daher sollten Impfstrategien nicht nur Informationen bieten, sondern Vertrauen, Zugänglichkeit, Gemeinschafts- und Organisationsstrukturen berücksichtigen und eine Gesundheitsinstitution kann durch gute Kommunikation, Transparenz und barrierefreien Angeboten zu einer „vaccine-literate organisation“ werden und damit Impfhürden senken.

2.9.2 Systemische und organisatorische Faktoren

Neben individuellen Einstellungen tragen auch strukturelle Rahmenbedingungen erheblich zur Entstehung von Impflücken bei. Zu den zentralen systemischen Ursachen zählen:

Fehlende digitale Impfregister: In Österreich existiert bislang kein flächendeckendes elektronisches System zur zentralen Erfassung des Impfstatus. Dadurch bleiben Impflücken unerkannt, und systematische Recall- oder Reminder-Systeme sind kaum möglich.

Föderale Strukturen und regionale Unterschiede: Die Gesundheitskompetenzen sind in Österreich stark dezentralisiert, was zu unterschiedlichen regionalen Impfstrategien und Kommunikationsmaßnahmen führt.

Ressourcenmangel in der Primärversorgung: Zeitdruck, fehlende Vergütungsmodelle für Impfberatung und hohe Arbeitsbelastung schränken die präventive Aufklärung im niedergelassenen Bereich ein.

Pandemiebedingte Unterbrechungen: Die COVID-19-Pandemie führte zu einer vorübergehenden Reduktion von Routineimpfungen und verstärkte Unsicherheiten gegenüber Impfstoffen generell.

2.9.3 Gesellschaftlich-mediale Einflussgrößen

Die öffentliche Wahrnehmung von Impfungen wird maßgeblich durch Medienberichterstattung und soziale Netzwerke geprägt. Fehlinformationen, Emotionalisierung und polarisierende Debatten tragen dazu bei, dass falsche oder unvollständige Inhalte stärker verbreitet werden als evidenzbasierte Informationen (Kohler, S. & Koinig, I. (2022)).

Zudem zeigt sich, dass:

- Vertrauen in Institutionen und Wissenschaft ein zentraler Prädiktor für Impfbereitschaft ist.
- Desinformation über soziale Medien gezielt Unsicherheiten schürt und Verschwörungstheorien verbreitet.
- Mediale Gleichgewichtung („false balance“) zwischen Impfgegnern und Fachpersonen in der Berichterstattung zu einer verzerrten Risikowahrnehmung führen kann.

2.9.4. Politische und strukturelle Rahmenbedingungen

Im europäischen Vergleich zeigt sich, dass gesetzliche Regelungen und nationale Impfstrategien einen erheblichen Einfluss auf die Impfquote haben. Länder mit klaren gesetzlichen Nachweispflichten (z. B. Deutschland, Italien, Frankreich) weisen signifikant höhere Durchimpfungsraten auf als Staaten mit rein freiwilligen Impfpfehlungen (ECDC, 2025).

In Österreich bestehen folgende Herausforderungen:

Fehlende Impfpflicht oder Nachweispflicht: Impfscheidungen liegen vollständig in der individuellen Verantwortung.

Unbefriedigende Koordination zwischen Bund, Ländern und Gemeinden: Fehlende einheitliche Kommunikationslinien und Prioritäten erschweren die Umsetzung nationaler Impfziele.

Mangel an gezielter, niederschwelliger Impfkommunikation: Besonders vulnerable Gruppen (z. B. sozial benachteiligte Familien, Migrant:innen, impfkritische Milieus) werden nicht ausreichend erreicht.

Tabelle 2: Übersicht der zentralen Ursachen der Entstehung von Impflücken (multidimensionale Problemdarstellung)

Ursachengruppen	Beispiele	Auswirkungen auf Impfquote / Maserninzidenz
Individuell-psychosozial	Impfskepsis, Angst vor Nebenwirkungen, Fehlinformation, spirituelle Überzeugungen	Impfverweigerung oder -verzögerung
Systemisch-organisatorisch	Fehlende digitale Impfreister, Pandemieunterbrechungen, Ressourcenmangel	Fehlende Datentransparenz, Impflücken

Gesellschaftlich-medial	Desinformation, Misstrauen, fehlende Gesundheitskompetenz	Zunahme von Fehleinschätzungen und Angst
Politisch-strukturell	Keine Impfpflicht, unkoordinierte Kommunikation, fehlende Anreizsysteme	Regionale Unterschiede, unzureichende Durchimpfungsraten

Quelle: eigene Darstellung anhand der Rechercheergebnissen

Die zusammenfassende Betrachtung der Ursachen verdeutlicht, dass das Wiederaufflammen von Masern in Österreich kein rein medizinisches Problem ist, sondern eine gesellschaftlich und kommunikativ geprägte Public-Health-Herausforderung darstellt. Ein erfolgreicher Ansatz zur Steigerung der Impfbereitschaft muss daher **multidimensional** sein – erfordert also sowohl strukturelle Reformen im Impfmanagement als auch gezielte Kommunikations- und Bildungsstrategien zur Förderung von Gesundheitskompetenz und Vertrauen in das Gesundheitssystem.

2.10 Implikationen für die Public-Health-Praxis

Aus den dargestellten Befunden lassen sich mehrere Public-Health-relevante Implikationen ableiten:

1. Mehrdimensionale Ansätze: Effektive Impfstrategien müssen kommunikative, organisatorische und strukturelle Ebenen kombinieren.
2. Gezielte Risikokommunikation: Der Abbau von Fehlinformationen und die Förderung von Vertrauen in wissenschaftliche Institutionen sind entscheidend.

3. Datenbasierte Steuerung: Vollständige Impfreister ermöglichen eine präzisere Identifikation von Impflücken und eine effizientere Ressourcensteuerung.
4. Europäische Vergleichbarkeit: Die Analyse erfolgreicher Strategien anderer Länder kann Orientierung für nationale Reformen bieten.

Damit bildet das Verständnis der Determinanten und Strategien die theoretische Grundlage für die im nächsten Kapitel beschriebene empirische Untersuchung.

3. Methodik

Dieses Kapitel erläutert das methodische Vorgehen der Untersuchung, um die wissenschaftliche Güte der qualitativen Analyse transparent und nachvollziehbar darzustellen.

Aufgrund der Komplexität des Themas und der Notwendigkeit, sowohl individuelle Deutungsmuster als auch institutionelle Perspektiven zu erfassen, wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt. Die Datenerhebung erfolgte durch leitfadengestützte Experteninterviews, da Expertinnen als Wissens- und Prozessspezialistinnen tiefe Einblicke in die Strukturen, Mechanismen und Herausforderungen der Impfversorgung bieten (Gläser & Laudel, 2010).

Die Auswertung der Interviews orientierte sich an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015), wodurch es möglich wurde, systematisch zentrale Themen, Barrieren und Handlungsempfehlungen zu identifizieren. Durch dieses Vorgehen lassen sich sowohl strukturelle, kommunikative als auch psychologische Faktoren, die die Impfbereitschaft beeinflussen, fundiert analysieren und in den Kontext nationaler und europäischer Strategien einordnen.

Die folgende Analyse orientiert sich am 5-C-Modell (Betsch et al., 2018), am 3-C-Modell der WHO (2015) und epidemiologischen Rahmenwerken (ECDC, 2023;

WHO, 2024) und diskutiert die Ergebnisse im Kontext aktueller wissenschaftlicher Literatur.

3.1 Auswahl der Expert*innen

Die Auswahl der Interviewpartner*innen erfolgte nach dem Prinzip des theoretischen Samplings (Glaser & Strauss, 1998). Ziel war es, unterschiedliche Perspektiven auf das Thema Impfstrategien und Impfverhalten in Österreich abzubilden.

Kriterien für die Auswahl waren:

- Fachliche Expertise im Bereich Public Health, Epidemiologie oder Impfmanagement, langjährige Erfahrung und Berufspraxis, Expertenstellung in der Berufsgruppe
- Tätigkeit in relevanten Institutionen (z. B. Ministerium, Sozialversicherung, Landessanitätsdirektion, Landesgesundheitsamt, niedergelassene Ärzt*innen mit Impfauftrag im Kinder – und Erwachsenenbereich)
- Erfahrung mit Impfprogrammen oder Kommunikationsstrategien

Insgesamt wurden sieben Expert*innen interviewt. Die Zusammensetzung war interdisziplinär, um sowohl politische, medizinische als auch kommunikative Sichtweisen zu erfassen, daher sind multiperspektivische Datenerhebung, fundierte öffentliche und medizinische Perspektiven sowie Einbindung der System-, Praxis- und Bevölkerungsebene gewährleistet.

Tabelle 3: Übersicht Expert*inneninterviews:

Interview Nr.	Position / Funktion	Institution / Bereich	Interviewdauer (min.)
1	Amtsarzt	Gesundheitsamt, öffentliche Impfstelle	35
2	Allgemeinmediziner	Allgemeinmedizin, Betriebsmedizin, Homöopathie	25
3	Public-Health-Experte	Sozialversicherung, Impfmanagement	22
4	Kinderarzt	niedergelassene Praxis, Ärztammer Impferat	38
5	Allgemeinmediziner	niedergelassene Praxis, Allgemeinmedizin und Familienmedizin	45
6	Landessanitätsdirektion	Öffentlicher Gesundheitsdienst	28
7	Gesundheitsministerium	Strukturentwicklung Impfmanagement	30

Quelle: eigene Darstellung anhand von Rechercheergebnissen

Die Stichprobengröße entspricht qualitativen Gütekriterien und folgt der Logik der „theoretical saturation“, bei der der Informationsgewinn wichtiger ist als die Fallzahl (Glaser & Strauss, 1967).

Die Anonymisierung wurde durch Pseudonymisierung (E1–E7) gewährleistet.

3.2 Erhebungsmethode

3.2.1 Leitfadengestützte Interviews

Die Datenerhebung erfolgte mittels halbstrukturierter, leitfadengestützter Experteninterviews, die sowohl Vergleichbarkeit der Antworten ermöglichen als auch Raum für individuelle Schwerpunktsetzungen lassen (Helfferich, 2011).

Der angewendete Interviewleitfaden orientierte sich an theoretischen Konzepten wie dem 3C-Modell der WHO (Confidence, Complacency, Convenience) und dem Health Belief Model und deckte zentrale Themen wie epidemiologische Situation, Barrieren und fördernde Faktoren der Impfbereitschaft, Kommunikation und Vertrauen in Institutionen sowie Strategien und Handlungsempfehlungen ab.

Die Leitfragen gliederten sich in folgende Themenbereiche:

1. Wahrnehmung der aktuellen epidemiologischen Situation in Österreich und Einschätzung der Wirksamkeit bestehender Impfstrategien
2. Wahrgenommene Barrieren und fördernde Faktoren der Impfbereitschaft
3. Kommunikation und Vertrauen in Institutionen
4. Strategien zur Masernelimination
5. Handlungsempfehlungen für die österreichische Impfpolitik

Die Interviews wurden im November 2025 persönlich oder per Videokonferenz (MS Teams, WhatsApp) geführt, aufgezeichnet und vollständig transkribiert.

Die durchschnittliche Dauer lag bei rund 32 Minuten.

3.3 Datenauswertung

Die Auswertung erfolgte nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) in zusammenfassender und strukturierender Form, wodurch eine systematische und regelgeleitete Analyse der verbalen Daten möglich war. Das Vorgehen besteht aus induktivem und deduktivem Arbeiten, um zentrale Themen, Muster und Einflussfaktoren zu identifizieren und Handlungsempfehlungen abzuleiten mit dem Ergebnis einer Kombination aus deduktiver Kategorienbildung (basierend auf Literatur und Theorie) und induktiver Erweiterung (basierend auf Interviewmaterial).

- Theoretische Grundlage bilden:
- 3-C-Modell der WHO (2015)
- 5-C-Modell (Betsch et al., 2018)
- Confidence, Complacency, Constraints, Calculation, Collective Responsibility
- Health Belief Model (Rosenstock, 1974)
- Systemliteratur und Public-Health-Strategien (WHO, 2025; ECDC, 2023; BMGSGPK, 2024; AGES 2024).

Die Interviews erweitern diese Modelle durch systemische Faktoren, insbesondere strukturelle Fragmentierung, Defizite im digitalen Impfwesen und fehlende Honorierungsmechanismen.

Die Auswertungsschritte umfassten die:

1. Transkription: Wortgetreue Verschriftlichung der Audioaufnahmen nach vereinfachten Transkriptionsregeln (vgl. Kuckartz, 2018).
2. Paraphrasierung: Reduktion der Aussagen auf inhaltlich relevante Kernaussagen.
3. Kategorisierung: Bildung von Ober- und Unterkategorien auf Basis des theoretischen Rahmens und wiederkehrender Interviewaussagen.
4. Kodierung: Zuordnung der Textstellen zu den Kategorien mittels MAXQDA (Version 2024).
5. Interpretation: Zusammenführung der Ergebnisse, Identifikation zentraler Themen und Ableitung von Handlungsempfehlungen.

Tabelle 4: Kategoriensystem (Ausschnitt)

Hauptkategorie	Unterkategorie	Theoretische Zuordnung
Vertrauen & Kommunikation	Vertrauen in Institutionen, Medienwahrnehmung, Fehlinformation	Confidence (WHO 3C-Modell)
Strukturelle Barrieren	Impfangebote, Terminverfügbarkeit, Erreichbarkeit	Convenience
Wahrnehmung des Risikos	Krankheitsschwere, persönliche Relevanz, Impfrisiko	Complacency
Strategische Maßnahmen	Impfprogramme, Erinnerungssysteme, Informationskampagnen	Vergleich nationale Strategien
Handlungsempfehlungen	Verbesserungsvorschläge, europäische Best Practices	Policy Transfer

Quelle: eigene Darstellung anhand von Rechercheergebnissen

3.3.1 Deduktive Kategorienbildung

Basierend auf Literatur wurden folgende Hauptkategorien vorab definiert:

- Confidence (Vertrauen)
- Complacency (Risikowahrnehmung)
- Constraints (Barrieren und Struktur)
- Communication (Kommunikation und Fehlinformation)
- Context (Systemische und organisatorische Rahmenbedingungen)

3.3.2 Induktive Kategorienbildung

Basierend auf der Codierung wurden zusätzliche Unterkategorien extrahiert.

- Fragmentierung des Impfsystems (aus E7)
- Belastung des ÖGD (aus E4 und E6)
- Erwachsene als Risikogruppe
- Bedeutung von Trigger-Situationen (z. B. Ausbrüche)
- Logistik- und Bestellprobleme

3.3.3 Codierung

- Codierung erfolgte manuell und mit Unterstützung einer Tabellenstruktur.
- Kategorien wurden iterativ überprüft und angepasst.
- Regelgeleitete Zusammenfassungen (paraphrasing und generalization) wurden angewandt.

3.4 Ethische Aspekte

Vor der Durchführung wurden alle Teilnehmenden schriftlich über Ziel, Ablauf, Datenschutz und freiwillige Teilnahme informiert. Eine Einverständniserklärung zur

Tonaufzeichnung und anonymisierten Auswertung wurde eingeholt. Alle personenbezogenen Daten wurden pseudonymisiert und sicher gespeichert. Die Speicherung der Audiodaten erfolgte DSGVO-konform.

4. Ergebnisse

4.1 Auswertung der Experteninterviews

Dieses Kapitel stellt die Ergebnisse entsprechend der Kategorisierung der sieben leitfadengestützten Experteninterviews dar.

4.1.1 Rolle und Tätigkeitsfelder der Expert*innen

Die befragten Expert*innen (n = 7) repräsentieren ein breites Spektrum relevanter Akteursgruppen im Bereich der Impfprävention in Österreich. Dazu zählen Amtsärzt*innen, Allgemeinmediziner*innen, Kinderärzt*innen, Vertreter*innen der Sozialversicherung sowie des Bundesministeriums. Gemeinsam ist allen Befragten, dass sie in ihrer jeweiligen Funktion regelmäßig mit Fragen der Impfprävention und insbesondere mit der Masern-Mumps-Röteln-(MMR)-Impfung konfrontiert sind. Die Berufserfahrung reicht von mehreren Jahren bis zu mehreren Jahrzehnten.

Die Tätigkeitsfelder reichen von der Durchführung und Organisation öffentlicher Impfangebote, Schulimpfungen und Impfkationen über Impfpasskontrollen und reisemedizinische Beratungen bis hin zur strategischen Planung, Evaluierung von Durchimpfungsraten und Entwicklung nationaler Impfprogramme.

4.1.2 Wahrnehmung der Impfbereitschaft und Entwicklungen der letzten Jahre

Ein zentrales Ergebnis der Interviews ist die heterogene Entwicklung der Impfbereitschaft in der Bevölkerung. Alle Expert*innen berichten von einer zunehmenden Impfskepsis seit der COVID-19-Pandemie, insbesondere im Bereich der Standard- und Kinderimpfungen. Dieser Trend wird vor allem bei Schulimpfungen und bei Impfungen ohne unmittelbaren Anlass beobachtet.

Gleichzeitig wurde von den Befragten hervorgehoben, dass die Impfbereitschaft bei bestimmten Impfungen – insbesondere bei kostenfreien Impfangeboten wie HPV- oder Influenza, sowie Pneumokokken - und Herpes Zoster-Impfungen – teilweise gestiegen ist. Die Einschätzungen zur MMR-Impfung fallen differenziert aus: Während sechs Expert*innen eine stabile, jedoch zu niedrige Impfquote beschreiben, berichtet ein Experte regional oder praxisabhängig hohen Durchimpfungsraten, insbesondere bei Kindern.

Betont wird in diesem Zusammenhang ein Unterschied je nach Versorgungssetting. Während im ländlichen Raum und bei langjährigen Arzt-Patienten-Beziehungen teilweise stabile oder hohe Durchimpfungsraten wahrgenommen werden, wird im urbanen oder wahlärztlichen Bereich häufiger von Skepsis und erhöhtem Aufklärungsbedarf berichtet.

4.1.3 Einschätzung der Masern-Durchimpfungsrate

Übereinstimmend schätzen die Expert*innen die empfohlene Durchimpfungsrate von 95 % gegen Masern in Österreich als nicht erreicht ein. Die Einschätzungen variieren je nach Altersgruppe und Region deutlich. Besonders problematisch werden Impflücken bei jungen Erwachsenen sowie bei Personen der Jahrgänge beschrieben, in denen die Masernimpfung noch nicht systematisch etabliert war.

Während einzelne Kinderarztpraxen von sehr hohen Durchimpfungsraten im frühen Kindesalter im eigenen Wirkungsbereich berichten, sehen die anderen Expert*innen erhebliche Impflücken bei Jugendlichen und insbesondere bei Erwachsenen. Mehrfach wird darauf hingewiesen, dass eine vollständige Immunisierung häufig erst verspätet, etwa im Rahmen von Schulimpfungen oder aus Anlass beruflicher Anforderungen, erreicht wird. Als zusätzliche Herausforderungen werden Migration und damit der Zuzug von Personen ohne dokumentierten Impfstatus genannt, wodurch eine verlässliche Einschätzung der Durchimpfungsrate erschwert wird. Als gravierender Faktor für eine valide Einschätzung der Durchimpfungsrate wird die unvollständige Dokumentation im e-Impfpass genannt.

4.1.4 Wahrnehmung, Ursachen und Formen der Impfskepsis

Alle Befragten bewerten Impfskepsis als relevantes und zunehmendes Problem. Als zentrale Ursachen werden genannt:

- der Vertrauensverlust in Institutionen seit der COVID-19-Pandemie,
- die Verbreitung von Falschinformationen und Halbwahrheiten über soziale Medien,
- die geringe Wahrnehmung der Schwere von Masern als Erkrankung,
- sowie eine zunehmende Individualisierung gesundheitlicher Entscheidungen.

Häufig genannte Argumente gegen die MMR-Impfung betreffen die Eigenschaft als Lebendimpfstoff, vermeintliche Zusammenhänge mit Autismus oder Allergien sowie die Annahme, Masern seien heute keine relevante Erkrankung mehr. Die Expert*innen berichten zudem von einer ideologischen Ablehnung von Impfungen, die durch sachliche Aufklärung kaum mehr beeinflussbar sei. Gleichzeitig weist eine Expertin darauf hin, dass Skepsis nicht immer mit grundsätzlicher Ablehnung gleichzusetzen ist, sondern auch Ausdruck von Unsicherheit, Informationsdefiziten oder dem Wunsch nach individueller Entscheidungsfreiheit sein kann.

4.1.5 Häufige Argumente gegen die MMR-Impfung

Als häufigste ablehnende Argumente werden Sorgen im Zusammenhang mit dem Lebendimpfstoff genannt, insbesondere die Angst vor schweren Nebenwirkungen oder angeblichen Langzeitfolgen wie Autismus oder Allergien. Für alle Interviewpartner*innen ist relevant, dass diese Bedenken meist auf unbelegte Informationen aus sozialen Medien zurückzuführen sind.

Weitere Argumentationsmuster sind die Annahme, dass Masern heute kaum mehr vorkommen, sowie die Überzeugung, dass eine durchgemachte Erkrankung einen besseren Schutz biete. Zudem wird die Notwendigkeit der zweiten MMR-Impfung von manchen Patient*innen infrage gestellt.

Als besonders problematisch wird eine Gruppe von Personen erkannt, die Impfungen grundsätzlich ablehnt und für rationale Argumente kaum erreichbar ist.

4.1.6 Interne Barrieren und strukturelle Herausforderungen

Als wesentliche interne Barrieren, die eine hohe Durchimpfungsrate erschweren, nennen die Befragten administrative Hürden, Zeitmangel und fehlende Honorierung von Impfaufklärungsgesprächen. Besonders im niedergelassenen Bereich wird betont, dass aufwendige Beratung bei impfskeptischen Patient*innen zeitintensiv ist, jedoch finanziell nicht abgegolten wird.

Weitere Herausforderungen betreffen die Organisation und Zugänglichkeit von Impfangeboten, begrenzte Termine in öffentlichen Impfstellen sowie Schwierigkeiten bei der Anmeldung. Auch Doppel- oder Mehrfachdokumentationen werden als belastend beschrieben, zentrales Verbesserungspotential wird im Ausbau und der konsequenten Nutzung des e-Impfpasses gesehen.

4.1.7 Impflücken bei Erwachsenen

Die Expert*innen berichten übereinstimmend, dass Masernausbrüche nicht nur Kinder, sondern auch ungeimpfte Erwachsene betreffen. Als zentrales Problem wird genannt, dass Masern von vielen Erwachsenen nicht als relevante Gefahr wahrgenommen werden. Zudem fehlen oft Impfnachweise oder Impfpassdokumentationen oder es wird fälschlicherweise von einer bestehenden Immunität ausgegangen. Der Verlust von Impfpassen wird dabei als häufiges praktisches Hindernis genannt.

Erfolgreich adressiert werden Erwachsene vor allem im Rahmen von Anlasssituationen, etwa bei Ausbrüchen, Reiseberatungen, Impfpasskontrollen oder im Zusammenhang mit Kinderwunsch und Schwangerschaft. Medienberichte über schwere Krankheitsverläufe oder Ausbrüche führen laut mehreren Befragten kurzfristig zu einer erhöhten Impfbereitschaft.

4.1.8 Erfolgreiche Kommunikationsstrategien

Als besonders wirksam erweisen sich Kommunikationsstrategien in konkreten Anlassfällen, etwa bei Ausbruchsgeschehen, Kontaktpersonenerhebungen oder drohenden Quarantänemaßnahmen oder eine reisemedizinische Beratung. Auch

berufliche Anforderungen, insbesondere im Gesundheits- oder Bildungsbereich, erhöhen die Impfbereitschaft.

In den einzelnen Interviews wird die Bedeutung der Kommunikation als wertschätzenden, faktenbasierten, transparenten, einfach, respektvoll und auf Augenhöhe betont. Der Aufbau eines langfristigen Vertrauensverhältnisses wird als zentraler Erfolgsfaktor genannt. Abschreckende Beispiele schwerer Krankheitsverläufe werden teilweise als wirksam beschrieben, während Appelle an den Gemeinschaftsschutz weniger Wirkung zeigen.

Eine Befragte erklärt, dass es zielführender sei, Patient*innen zu informieren statt zu überzeugen, und individuelle Sorgen ernst zu nehmen. Gleichzeitig wird eingeräumt, dass ein Teil der Impfgegner*innen durch Kommunikation nicht mehr erreichbar ist.

4.1.9 Rolle der ärztlichen Empfehlung

Die persönliche Empfehlung durch Ärzt*innen wird von allen Befragten als einer der wichtigsten Faktoren für die Impfentscheidung hervorgehoben. Vertrauen, Zeit für Gespräche und Kontinuität der Betreuung gelten als entscheidend. Unterstützend wirken dabei gut informierte Ordinationsteams sowie strukturierte Abläufe, bei denen Impfstatuskontrollen routinemäßig erfolgen.

4.1.10 Umgang mit Masernfällen und Meldekettten

Im Falle eines Masernverdachts werden die bestehenden Meldepflichten grundsätzlich als klar definiert beschrieben. Als größte Engpässe gelten jedoch zeitliche Verzögerungen bei der Erfassung von Kontaktpersonen, hoher administrativer Aufwand sowie unzureichender Informationsfluss.

Eine Expertin berichtet, dass Kontaktpersonen häufig erst mit erheblicher Verzögerung bekannt werden, etwa bei Flugreisen oder größeren Veranstaltungen. In diesen Fällen sei eine präventive Intervention oft nicht mehr möglich. Zudem wird der hohe administrative Aufwand bei der Meldung von Verdachts- oder bestätigten Fällen kritisiert, der insbesondere im niedergelassenen Bereich als Belastung wahrgenommen wird.

Weitere Herausforderungen betreffen die mangelnde Sensibilisierung für das Krankheitsbild Masern, da viele Ärzt*innen nur selten mit Fällen konfrontiert sind und es wird angemerkt, dass Masern daher nicht immer sofort in die Differenzialdiagnose einbezogen werden. Als verbesserungswürdig werden schnellere, einheitlichere Kommunikationswege und bessere Datenverfügbarkeit, insbesondere über den e-Impfpass genannt. Ein flächendeckend und vollständig befüllter elektronischer Impfpass wird als zentrale Voraussetzung für eine effektivere Präventions- und Ausbruchsbekämpfung angesehen.

4.1.11 Wirksame strukturelle und politische Maßnahmen zur Masernelimination

Hinsichtlich möglicher Maßnahmen zur Erreichung der Maserneliminationsziele herrscht unter den Expert*innen weitgehend Konsens über die Bedeutung struktureller Instrumente, genannt werden:

- der Ausbau und die verpflichtende Nutzung des elektronischen Impfpasses,
- automatisierte Reminder- und Recall-Systeme,
- niederschwellige Impfangebote in Schulen, Betrieben und öffentlichen Räumen,
- sowie die Honorierung von Impfaufklärung und Impfstatus-Evaluierung.

Eine generelle Impfpflicht wird kritisch beurteilt, während verpflichtende Impf- oder Nachweiserfordernisse vor Eintritt in Gemeinschaftseinrichtungen differenziert diskutiert werden. Sehr wohl aber werden Schulimpfungen als wirksames und niederschwelliges Instrument hervorgehoben, da sie eine breite Bevölkerungsgruppe erreichen und organisatorische Hürden für Eltern reduzieren.

Ein weiterer zentraler Aspekt ist der Ausbau des e-Impfpasses zu einem verpflichtenden nationalen Impfreister. Ein Befragter erklärt eindeutig, dass ein vollständiges und einheitlich genutztes Register die Identifikation von Impfücken erheblich erleichtern würde. In diesem Zusammenhang wird auch die Einführung von automatisierten Erinnerungssystemen (Remindern) von allen Befragten als sinnvoll erachtet.

Zudem wird wiederholt durchgehend in allen Interviews die Honorierung von Impfaufklärung und Impfstatusbewertungen gefordert. Die fehlende finanzielle Abgeltung dieser Leistungen wird als wesentliches Hemmnis für eine aktive Impfberatung genannt. Ein Experte bringt auch Anreizsysteme wie Nudging-Ansätze oder Impfangebote bei verpflichtenden Vorsorgeuntersuchungen ins Spiel.

4.1.12 Zusammenarbeit zwischen Berufsgruppen und relevanten Akteuren

Die Einschätzungen zur Zusammenarbeit zwischen den relevanten Gruppen der Allgemeinmediziner*innen, Kinderärzt*innen, Amtsärzt*innen und weiteren Akteuren fallen unterschiedlich aus, insbesondere im Austausch zwischen niedergelassenen Ärzt*innen und dem öffentlichen Gesundheitsdienst. Als förderlich werden kurze Kommunikationswege, klare Zuständigkeiten und regelmäßige Information erachtet. Eine Expertin berichtet von gut funktionierenden, informellen Kommunikationswegen, insbesondere bei konkreten Fragestellungen oder Ausbruchssituationen.

Die anderen sehen deutliche Defizite, vor allem im fachübergreifenden Austausch und in der regelmäßigen Kommunikation zwischen niedergelassenem Bereich und öffentlichem Gesundheitsdienst. Mehrfach wird darauf hingewiesen, dass der Kontakt zu Amtsärzt*innen im Alltag oft fehlt oder nur anlassbezogen stattfindet. Als förderlich werden klare Zuständigkeiten, persönliche Ansprechpartner*innen und eine stärkere Einbindung bestehender Strukturen wie der Ärztekammer genannt.

4.1.13 Unterstützung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst

Hinsichtlich der Rolle des öffentlichen Gesundheitsdienstes äußern die Expert*innen den Wunsch nach stärkerer Präsenz und besserer Erreichbarkeit der Amtsärzt*innen. Als unterstützend werden niederschwellige Impfangebote, mobile Impfsettings sowie eine aktivere Informationsarbeit gegenüber der Bevölkerung genannt.

Ein Befragter weist darauf hin, dass viele Menschen die Leistungen der Amtsärzt*innen – insbesondere kostenlose Impfangebote – nicht kennen. Zudem wird eine schnellere diagnostische Abklärung im Ausbruchsfall als wesentlich

erachtet, um zeitnah Isolations- und Präventionsmaßnahmen setzen zu können. Eine verbesserte Kommunikation zwischen Behörden und niedergelassenen Ärzt*innen wird als zentraler Ansatzpunkt gesehen.

4.1.14 Verbesserungspotenziale im niedergelassenen Bereich

Im niedergelassenen Bereich sehen die Expert*innen insbesondere Potenziale in der Vereinfachung von Abläufen und der Reduktion bürokratischer Hürden. Der Zugang zu kostenlosen Impfstoffen wird teilweise als zu komplex beschrieben, was die Teilnahme einzelner Ärzt*innen an Impfprogrammen erschwere und diese abgelehnt wird.

Zudem wird erneut die fehlende Honorierung von Impfaufklärungsgesprächen thematisiert. Alle Befragten sind der Ansicht, dass eine finanzielle Abgeltung dieser Leistungen die Bereitschaft erhöhen würde, mehr Zeit in Beratung und Motivationsarbeit zu investieren. Als weiterer Ansatz wird die routinemäßige Impfpasskontrolle bei möglichst vielen Arztkontakten genannt.

4.1.15 Rolle von Informationsmaterialien und digitalen Instrumenten

Als wertvoll werden verständliche, gut aufbereitete Informationsmaterialien für Patient*innen und Eltern gesehen. Insbesondere mehrsprachige Angebote, Informationen in einfacher Sprache und visuelle Formate werden als hilfreich eingeschätzt, um unterschiedliche Bevölkerungsgruppen zu erreichen. Digitalisierte Informationen sollten ausgebaut und in neue Medien verstärkt eingesetzt werden.

Digitale Instrumente wie der e-Impfpass werden überwiegend positiv bewertet. Die Befragten sehen großes Potenzial in der Weiterentwicklung des Systems, etwa durch automatisierte Erinnerungsfunktionen oder eine bessere Integration in bestehende Praxissoftware. Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, dass digitale Lösungen nur dann wirksam sind, wenn sie flächendeckend genutzt und technisch einfach handhabbar sind.

4.1.16 Gesamteinschätzung der zukünftigen Herausforderungen

Abschließend äußern die Expert*innen übereinstimmend, dass die Masernelimination in Österreich weiterhin eine große Herausforderung darstellt. Neben bestehenden Impflücken werden insbesondere gesellschaftliche Faktoren wie Impfskepsis, Vertrauensverlust und Desinformation als zentrale Einflussgrößen genannt.

Gleichzeitig sehen die Befragten Potenzial in einer Kombination aus strukturellen Verbesserungen, klarer Kommunikation, niederschweligen Impfangeboten und einer stärkeren Einbindung der ärztlichen Versorgungsebene. Die nachhaltige Steigerung der MMR-Impfquote wird dabei als langfristige Aufgabe beschrieben, die kontinuierliche Anstrengungen auf mehreren Ebenen erfordert.

Zur Veranschaulichung der Analyseergebnisse wird das deduktiv-induktiv entwickelte Kategoriensystem dargestellt, einschließlich der Kategoriendefinitionen, der Ankerbeispiele aus den Interviews und der zugehörigen Kodierregeln (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5: Kategorien, Definitionen, Ankerbeispiele und Kodierregeln nach Mayring

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele (E1-E7)	Kodierregeln
A – Vertrauen (Confidence)	Vertrauen in Impfstoffe, Ärzt*innen, Behörden	„Seit COVID mehr Skepsis“ (E2); „15–20 % kaum erreichbar“ (E6)	Alles zu Vertrauen/Misstrauen , Institutionen, Behörden
B – Risikowahrnehmung (Complacency)	Wahrnehmung der Maserngefährlichkeit, geringe Risikowahrnehmung	„Masern gelten als harmlos“ (E1); „Komplikationen werden unterschätzt“ (E3)	Wahrnehmung, Gefahrenbewertung, persönliche Relevanz
C – Barrieren & organisatorische Hindernisse	Strukturelle, administrative, finanzielle Hemmnisse	„Doppel- Dokumentation“ (E4); „Fragmentierung“ (E7); „Honorierung fehlt“ (E5)	Alles über Systemhürden, Ressourcen, Bürokratie
D – Kommunikation & Fehlinformation	Art der Informationsvermittlung , Social Media, persönliche Empfehlung	„Telegram verbreitet Ängste“ (E3); „Arztempfehlung entscheidend“ (E5)	Aussagen zu Medien, Aufklärung, Fakes
E – Zielgruppen & Risikogruppen	Bevölkerungsgruppen mit Impflücken	„Pflege“ (E4); „niedrige Gesundheitskompetenz “ (E6)	Alles zu Zielgruppen, Segmenten, vulnerablen Gruppen
F – Systemische Maßnahmen	Politische, strukturelle, organisatorische Rahmenbedingungen	„Nationales Impfregister nötig“ (E7); „Reminder“ (E2); „niederschwellige Angebote wirken“ (E6)	Alle Lösungsvorschläge, Maßnahmen, Struktur- veränderungen

Quelle: eigene Darstellung anhand von Rechercheergebnissen

4.2 Auswertung der nationalen Strategien zur Masernelimination in Europa

Die Auswertung nationaler Strategien in ausgewählten europäischen Ländern zeigt, dass die Masernelimination in Europa trotz einheitlicher Zielvorgaben

unterschiedlich umgesetzt wird. In allen betrachteten Ländern ist die Masern-Mumps-Röteln-Impfung Teil der nationalen Impfprogramme, jedoch bestehen deutliche Unterschiede hinsichtlich Organisation, Verbindlichkeit und Durchimpfungsraten.

- **Länder mit hohen Impfquoten und stabilen Strategien**

Finnland und Schweden zeigen insgesamt hohe Impfquoten. Die Impfprogramme sind klar organisiert, und die Bevölkerung weist eine grundsätzlich hohe Akzeptanz gegenüber Impfungen auf. Dennoch werden auch hier punktuelle Impflücken, insbesondere bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, beschrieben.

- **Länder mit bestehenden Impflücken und wiederkehrenden Ausbrüchen**

In Deutschland liegt die Durchimpfungsrate unter dem empfohlenen Zielwert von 95 %. Trotz kostenfreier Impfangebote und breiter Verfügbarkeit kommt es regelmäßig zu regionalen Masernausbrüchen. Impflücken bestehen vor allem bei Erwachsenen und Kindern mit verzögerter oder unvollständiger Immunisierung.

Frankreich hat in den letzten Jahren verstärkt auf verpflichtende Impfungen im Kindesalter gesetzt. Diese Maßnahmen führten zu einem Anstieg der Impfquoten, dennoch traten weiterhin Ausbrüche auf, insbesondere in Bevölkerungsgruppen mit geringer Impfkzeptanz.

In Italien wurde zeitweise eine Impfpflicht eingeführt, um sinkenden Impfquoten entgegenzuwirken. In der Folge kam es zu einer Verbesserung der Durchimpfungsraten, jedoch bestehen weiterhin regionale Unterschiede.

- **Länder mit niedrigen Impfquoten und hoher Fallzahl**

Besonders niedrige Durchimpfungsraten und hohe Masernfallzahlen werden in Rumänien, Bulgarien und Bosnien-Herzegowina berichtet. In diesen in weiteren Balkanländern bestehen strukturelle Probleme im Gesundheitssystem, eingeschränkter Zugang zu Impfungen sowie Informationsdefizite.

Masernausbrüche treten dort regelmäßig auf und betreffen häufig ungeimpfte Kinder und Erwachsene.

4.2.1 Zusammenfassende Ergebnisse nationaler Strategien in Europa

Zusammenfassend zeigt die Auswertung, dass:

- alle untersuchten europäischen Länder formale Strategien zur Masernelimination verfolgen,
- die tatsächliche Umsetzung jedoch stark variiert,
- hohe Impfquoten vor allem dort erreicht werden, wo Impfungen frühzeitig, niederschwellig und systematisch organisiert sind,
- Länder mit anhaltenden Impflücken weiterhin regelmäßig von Masernausbrüchen betroffen sind

5. Diskussion

5.1 Vergleichende Ergebnisanalyse und Diskussion

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Experteninterviews sowie die Analysen nationaler und internationaler Impfstrategien dargestellt und systematisch ausgewertet. Die gewonnenen Erkenntnisse werden – sofern entsprechende Daten verfügbar sind – mit einschlägigen Publikationen und aktuellen Forschungsergebnissen aus der wissenschaftlichen Literatur in Beziehung gesetzt:

5.1.1 Ergebnis Confidence – Vertrauen in Impfstoffe, Institutionen und Akteure (A)

Confidence war eines der zentralen Themen aller Expert*inneninterviews. Das Vertrauen in Impfstoffe, Ärztinnen und Institutionen wurde als entscheidender Einflussfaktor beschrieben.

Vertrauen in Impfstoffe, Ärztinnen, öffentliche Gesundheitseinrichtungen und staatliche Maßnahmen ist ein zentraler Faktor und die persönliche Empfehlung gilt als stärkster Treiber der Impfbereitschaft.

Alle Expertinnen betonten, dass Ärzt*innen eine zentrale Rolle in der Impfentscheidung spielen. E1 erläuterte: „Viele machen die Impfung, wenn ihr Arzt oder ihre Ärztin es klar empfiehlt.“

Die Interviews zeigen ein klares Muster: Das Vertrauen in staatliche Gesundheitskommunikation ist zurückgegangen. Dies betrifft sowohl Impfungen als auch den öffentlichen Gesundheitsdienst.

Alle Expert*innen beobachteten zunehmende Skepsis gegenüber Impfungen. Alle Expert*innen berichteten, dass das Vertrauen in staatliche Institutionen seit COVID-19 in Teilen der Bevölkerung abgenommen hat. E4 erklärte: „Wir merken ein generelles Misstrauen – nicht nur bei der Masernimpfung.“

Diese Entwicklung steht im Einklang mit europaweiten Analysen, die eine deutliche Politisierung von Impft Themen seit der Pandemie dokumentieren (European Commission, 2023). Insbesondere E6 und E7 betonen, dass 15–20 % der Bevölkerung über klassische Gesundheitskommunikation kaum mehr erreichbar seien. Diese Befunde reflektieren EU-weite Daten zur sinkenden Impfvertrauenslage (European Commission, 2023).

Während alle Expert*innen die MMR- Impfung als „einen der sichersten Impfstoffe“ beschrieben, wiesen sie darauf hin, dass dieses hohe Sicherheitsprofil in der Bevölkerung nicht immer präsent sei. E2: „Der MMR-Impfstoff ist gut verträglich – aber viele Menschen haben aktuell generelle Fragen zu Impfungen.“

Kernaussagen:

- COVID-19 hat die Impfskepsis verstärkt
- Vertrauensverlust betrifft besonders junge Eltern
- Ärzt*innen bleiben wichtigste Vertrauensperson

Das Thema Vertrauen zeigte sich somit mehrdimensional: Es umfasst Vertrauen in Impfstoffe, in die Beratungspersonen und in das Gesundheitssystem insgesamt.

5.1.2 Ergebnis Complacency – Geringe Risikowahrnehmung und Relevanzeinschätzung (B)

Ein zweiter zentraler Befund betrifft die niedrige Risikowahrnehmung gegenüber Masern.

Alle sieben Expert*innen stellten fest, dass viele Eltern Masern als ungefährlich einstufen und die potenzielle Schwere der Erkrankung unterschätzen, während internationale Daten schwere Verläufe zeigen (WHO, 2024).

E2 bemerkte: „Viele glauben immer noch, Masern sind eine harmlose Kinderkrankheit.“ Masern werden unterschätzt, daher geringe Impfmotivation.

Diese Fehleinschätzung spiegelt die Kategorie Complacency des WHO-3C-Modells wider. Fehlende Krankheitspräsenz in den letzten Jahrzehnten führte zu einem Rückgang der wahrgenommenen Bedrohung – ein bekanntes Phänomen in Ländern mit niedrigem Infektionsdruck (Betsch et al., 2015; Fine et al., 2011).

Die Expert*innen weisen auf die Diskrepanz zwischen tatsächlichen Masernrisiken und öffentlicher Wahrnehmung hin. Studien zeigen, dass niedrige wahrgenommene Gefahr die Impfbereitschaft reduziert (Rosenstock, 1974; WHO, 2024). ECDC (2023) weist zugleich auf steigende Masernausbrüche in Europa hin.

Ein häufig genanntes Thema war die niedrige Selbstwahrnehmung von Risiko, vor allem bei Erwachsenen. E6: „Die meisten Erwachsenen sehen sich nicht als Zielgruppe für die Impfung.“

Einige Menschen setzen sich aktiv mit Gesundheitsinformationen auseinander und stoßen dabei oft auf widersprüchliche Aussagen. Das führt zu einer Art „Overthinking“: E3: „Die Leute lesen und hören so viel, dass sie am Ende nichts mehr entscheiden können.“ Diese Form der ungezielten Informationsüberlastung führt laut Expert*innen häufig zu Impfablehnungs- oder Verzögerungsverhalten.

Daher betonen die Experten die Notwendigkeit, Gesundheitsbildung und Impfaufklärung stärker auf Risikowahrnehmung auszurichten – insbesondere bei Eltern und jungen Erwachsenen.

Folgen der geringen Risikowahrnehmung:

- niedrige Priorität für Nachholimpfungen
- wenig Verständnis für Meldeverfahren und Quarantäne
- mangelnde präventive Initiative
- geringe persönliche Betroffenheit
- Abwägungs- und Verzögerungsprozesse

5.1.3 Ergebnis Constraints – Strukturelle und organisatorische Barrieren (C)

Die Kategorie Constraints war in allen Interviews sehr ausgeprägt. Alle Expert*innen beschrieben strukturelle Hürden, die den Zugang zur Impfung erschweren.

Diese Kategorie ist im Datenmaterial am stärksten ausgeprägt.

Alle Interviewpartner*innen berichten von strukturellen Hindernissen und Barrieren. E2 berichtete von und logistischen Herausforderungen, Impfstoffe zu beziehen undurchsichtigen Strukturen. E4 und E5 bekräftigen den Wunsch nach einer Optimierung der Bestell- und Logistikwege und der Registrierungen. E5 nimmt daher nicht am kostenfreien Masernimpfprogramm teil. Mehrfach genannt und als schwerwiegend empfunden werden:

1. Administrative Belastungen

- Doppel-Dokumentation (E-Impfpass und Praxissoftware)
- komplizierte Impfstoffbestellung
- hoher Meldeaufwand bei Masern-Verdachtsfällen
- Fehlender elektronischer Impfpass und mangelhafte Dokumentation

Mehrere Experten weisen klar darauf hin: „Wir wissen oft gar nicht, wer geimpft ist. Die Datenlage ist schlicht nicht vollständig.“ Dieser Punkt wurde

von mehreren Expert*innen als grundlegende systemische Barriere bezeichnet.

2. Fehlende Honorierung

- Aufklärungsgespräche nicht vergütet
- Check des Impfstatus „Zeitfresser“

3. Nationale Fragmentierung des Impfsystems

- uneinheitliche Landesprogramme und keine nationale Einheitlichkeit

Diese Beobachtung deckt sich mit internationalen Studien, die „trusted messengers“ als zentral identifizieren (Betsch et al., 2018; Ratzan et al., 2021).

4. Belastung des öffentlichen Gesundheitsdienstes

Personal- und Ressourcenmangel, Aufgaben können nicht wahrgenommen werden

5. Fehlende niederschwellige Impfangebote

Alle Interviewten nannten regionale Unterschiede in der Versorgung. E4: „Es gibt Bezirke, da findet man kaum öffentliche Impfstellen.“ Mobile Impfsettings wie Impfbusse werden empfohlen sowie eine Stärkung der Schulimpfungen, der Arbeitsmedizin und des ÖGD.

6. Eingeschränkte Öffnungszeiten und mangelnde Terminflexibilität

Vor allem berufstätige Menschen haben Schwierigkeiten, Impftermine wahrzunehmen. Terminbuchungssysteme online werden erwähnt. Eine Stärkung der niederschwelligen Impfangebote für Erwachsene wird gefordert (Impfungen durch Gynäkolog*innen, Arbeitsmediziner*innen, Amtsärzt*innen).

Diese Findings decken sich mit den Berichten der AGES (2024) und sind in nationalen Analysen des österreichischen Impfsystems ebenfalls dokumentiert

(AGES, 2024; BMSGPK, 2024). Internationale Public-Health-Organisationen identifizieren dieselben Faktoren als Kernbarrieren (WHO, 2025).

Alle Experten wünschen sich ein österreichweit einheitliches barrierefreies Impfprogramm. Diese Barrieren wirken sich besonders auf Nachholimpfungen bei Erwachsenen aus.

5.1.4 Ergebnis Communication – Kommunikation, Information und Fehlinformation (D)

- Social Media = größte Quelle falscher Informationen
- Ärztliche Empfehlung = stärkster positiver Einflussfaktor

Alle Expert*innen verweisen auf die starke Rolle sozialer Medien bei der Verbreitung von Fehlinformationen betonten, dass Fehlinformation in sozialen Netzwerken eine der größten Herausforderungen darstellt. E3: „Falsche Informationen verbreiten sich schneller als jede Richtigstellung.“ Besonders erwähnt werden Telegram, Facebook und alternative Blogs.

Gleichzeitig wird die persönliche Empfehlung durch Ärzt*innen als stärkster positiver Einflussfaktor auf die Impfentscheidung identifiziert.

Diese Beobachtung deckt sich mit internationalen Studien, die „trusted messengers“ als zentral identifizieren (Betsch et al., 2018; Ratzan et al., 2021), wonach die ärztliche Empfehlung entgegenwirkt und der stärkste Einzelprädiktor für Impfbereitschaft ist (Ratzan et al., 2021).

Dies entspricht auch dem Debunking-Handbuch, in dem Fehlinformation über Social Media zählt zu den stärksten Einflüssen auf Impfskepsis dargestellt wird (Lewandowsky et al., 2020).

Ein zentrales Ergebnis der Interviews war, dass Vertrauen in Institutionen und Impfkommunikation als entscheidende Faktoren für die Impfbereitschaft gesehen werden.

Alle Expert*innen betonten, dass ein erheblicher Teil der Bevölkerung der offiziellen Kommunikation skeptisch gegenübersteht – insbesondere seit der COVID-19-Pandemie.

Alle Expert*innen betonten, dass Vertrauen entscheidend für Impfabzeptanz ist.

Dieses sinkende Vertrauen betrifft sowohl staatliche Akteure als auch medizinisches Personal. Ein Experte wies darauf hin, dass manche Ärzt*innen ambivalent kommunizieren oder Falschinformationen nicht aktiv korrigieren (E2).

Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit Befunden von Sandhofer et al. (2017), die zeigten, dass Vertrauen in das Gesundheitssystem ein zentraler Prädiktor für Impfabzeptanz in Österreich ist.

Ähnlich betont die WHO (2015) im 3C-Modell, dass „Confidence“ – also Vertrauen in Sicherheit, Wirksamkeit und Institutionen – die Basis jeder erfolgreichen Impfstrategie bildet.

Die Expert*innen forderten eine gezielte Professionalisierung der Impfkommunikation: Diese Einschätzung deckt sich mit internationalen Empfehlungen (Ratzan et al., 2021; ECDC, 2023), wonach dialogorientierte, evidenzbasierte Kommunikation das Vertrauen in Impfprogramme nachhaltig stärkt.

- Fehlende Reichweite evidenzbasierter Information

Expert*innen bestätigten, dass es zwar gute Informationsmaterialien gibt, diese aber oft nicht bei den Zielgruppen ankommen. E1 erklärte: „Die Information ist da, aber viele erreicht sie nicht.“

- Offene Fragen und Unsicherheit

Menschen, die zwar prinzipiell impfbereit sind, fühlen sich dennoch schlecht informiert oder haben allgemeine Unsicherheiten, die unbeantwortet bleiben, oftmals aufgrund mangelnder zeitlicher und personeller Ressourcen. Impfstatusbewertungen und individuelle Beratungs- und Aufklärungsgespräche schaffen Vertrauen, können aber nicht durchgeführt werden und werden nicht als Kassenleistung honoriert.

5.1.5 Ergebnis Context – Systemische und politische Rahmenbedingungen (E)

- Fragmentierte Zuständigkeiten

E7 betonte repräsentativ sehr deutlich die strukturelle Fragmentierung: „Wir haben kein zusammenhängendes Impfprogramm. Das ist ein Kernproblem.“ Diese systemische Unübersichtlichkeit wurde auch von anderen Expert*innen indirekt bestätigt.

- Überlastung der Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Die Expert*innen erklärten, dass der ÖGD stark ausgelastet sei – insbesondere seit COVID-19 – und dadurch weniger Kapazitäten für präventive Aufgaben habe. E6: „Für Prävention bleibt im Alltag kaum Zeit.“ Personelle Ausstattung und Ressourcen fehlen auch im ÖGD.

- Fehlende politische Priorisierung

E5 beschrieb die Impfung als politisch relevant, aber nicht ausreichend priorisiert: „Impfungen sind wichtig – aber nicht immer priorisiert genug.“ Eine Erweiterung der kostenfreien Impfprogramme wird gefordert.

5.1.6 Ergebnis induktiver Zusatzkategorien

Erwachsene als vergessene Zielgruppe

Alle Expert*innen beschrieben Impflücken bei Erwachsenen als besonders gravierend. Diese Zielgruppe sei im österreichischen Impfprogramm lange wenig berücksichtigt worden.

Die wichtigsten Risikogruppen laut Expert*innen:

- Erwachsene der Jahrgänge 1980–1995 (E1, E3)
- Gesundheitsberufe (Pflege, Hebammen) – teils unvollständig geimpft
- Migrant*innen aus Ländern mit hohen Maserninzidenzen

- Menschen mit niedriger Gesundheitskompetenz (Health Literacy)
- Eltern, die alternative Erziehungskonzepte verfolgen

Erwachsene als schwer erreichbare Zielgruppe: Besonders große Impflücken finden sich bei Personen der Geburtsjahrgänge 1980–1995 (ECDC, 2025; Sandhofer et al., 2017). Expert*innen berichten, dass Erwachsene schwerer zu erreichen sind als Kinder und Jugendliche, obwohl die MMR-Impfung auch für diese Gruppe kostenlos zur Verfügung steht. Die Befunde stimmen mit epidemiologischen Analysen (ECDC, 2025; Sandhofer et al., 2017) überein.

Daraus ergibt sich die Forderung nach Förderung niederschwellige Angebote wie Schulimpfprogramme, mobile Teams, Betriebsärzte.

Die Interviewpartner betonten, dass organisatorische und strukturelle Hürden ein wesentliches Hindernis für hohe Durchimpfungsraten darstellen.

Insbesondere fehlende niederschwellige Angebote und die unzureichende digitale Erfassung von Impfdaten erschweren Nachholimpfungen. Die Expert*innen verwiesen außerdem auf regionale Unterschiede – vor allem zwischen städtischen und ländlichen Gebieten – sowie auf die Notwendigkeit flexibler Impfangebote in Schulen und Betrieben.

Diese Ergebnisse bestätigen die Einschätzungen der AGES (2024), wonach die unvollständige Datenerhebung und begrenzte Impfangebote zu Versorgungslücken beitragen.

Niederschwellige Impfangebote in Schulen, Betrieben, Gemeinden oder durch mobile Teams erhöhen nachweislich die Impfquote (ECDC, 2023; Sandhofer et al., 2017). Alle Expert*innen votieren für verstärkten Ausbau.

Trigger-Situationen

Ausbrüche oder stark medialisierte Ereignisse führen kurzfristig zu erhöhter Impfbereitschaft. Dieses Verhalten wurde in allen Interviews erwähnt.

Logistik- und Organisationsprobleme

Hierzu gehören Impfstoffbestellungen, Lagerung, Abrechnung und organisatorische Abläufe, die besonders kleinere Ordinationen belasten.

5.1.7 Zusammenfassung der Ergebnisse der Experteninterviews

Die Ergebnisse zeigen ein kohärentes Bild:

Der Wiederanstieg der Masernfälle in Österreich ist nicht primär auf ideologische Ablehnung zurückzuführen, sondern auf ein Zusammenspiel aus geringer Risikowahrnehmung, Vertrauensdefiziten, strukturellen Barrieren, Kommunikationsproblemen und systemischen Rahmenbedingungen.

Die Expert*innen betonten übereinstimmend: Masern werden unterschätzt.

- Erwachsene sind eine zentrale, aber vernachlässigte Zielgruppe.
- Das Gesundheitssystem weist strukturelle Lücken auf.
- Vertrauen in Institutionen ist geschwächt.
- Fehlinformation ist ein dominanter Faktor.
- Niederschwellige Zugänge fehlen punktuell.
- Ein national kohärentes Impfprogramm existiert derzeit nicht.

5.1.8 Systemische Maßnahmen und Lösungsansätze (F)

Empfehlungen für systemische Maßnahmen:

1. Stärkung der Impfkommunikation: Aufbau eines nationalen Kommunikationszentrums mit Fachkräften für Risikokommunikation.
2. Vollständige Implementierung des elektronischen Impfreisters zur datenbasierten Steuerung und Einladung.
3. Einführung digitaler Reminder-Systeme nach skandinavischem Vorbild.
4. Schulbasierte Impfprogramme zur Erreichung junger Zielgruppen und Betriebsimpfungen für Erwachsene.
5. Interdisziplinäre Fortbildung für Ärzt*innen, Lehrkräfte und Pflegepersonal zur Impfberatung.

6. Europäische Kooperation beim Austausch von Best Practices und harmonisierten Monitoring-Indikatoren.

Diese Empfehlungen stehen im Einklang mit internationalen Leitlinien (European Commission, 2023; WHO, 2025) und zielen auf eine langfristige Verbesserung der Impfabzeptanz und Systemeffizienz.

5.1.9 Strategische Maßnahmen und europäischer Vergleich

In der Bewertung internationaler Impfstrategien zeigte sich, dass alle Befragten strukturierte oder automatisierte Systeme (z. B. Impferinnerungen, Schuleingangskontrollen) für effizienter hielten als das derzeitige freiwillige System in Österreich.

Gleichzeitig äußerten Expert*innen Bedenken hinsichtlich der gesellschaftlichen Akzeptanz und möglicher Gegenreaktionen:

Dieses Ergebnis greifen auch Salmon et al. auf, die berichten, dass das Potenzial von Impfstoffen, Leiden zu verringern, Leben zu retten und die Gesundheitsausgaben einzudämmen, nie größer war, jedoch direkt von der elterlichen Akzeptanz von Impfstoffen abhängt, was Vertrauen in die Impfstoffe, Gesundheitsdienstleister, die Impfungen empfehlen und verabreichen, sowie die Systeme zur Sicherstellung der Impfstoffe erfordert. Dieses komplexe Problem erfordert einen mehrstufigen Ansatz, einschließlich Interventionen auf individueller und Gesundheitssystemebene (Salmon, D. A. et al, 2015).

Die Diskussion zeigt, dass ein hybrider Ansatz, der strukturelle Steuerung mit partizipativer Kommunikation kombiniert, als besonders zielführend gilt – im Einklang mit Empfehlungen der WHO (2025) und des ECDC (2023).

Zusammengefasst sahen alle Expert*innen die Vorteile von Reminder-Systemen und strukturierten Maßnahmen. Länder mit verpflichtenden Impfungen oder automatisierten Einladungen erzielten nachweislich höhere Impfraten (D’Ancona et al., 2019).

5.1.10 Konvergenzen und Divergenzen in den Experteninterviews

Konvergenzen

Hohe Übereinstimmung besteht bei:

- der Bedeutung struktureller Barrieren
- der Wirkung persönlicher Empfehlung
- der Notwendigkeit digitaler Lösungen
- dem Einfluss von Fehlinformation

Divergenzen

- regionale Unterschiede der Durchimpfung
- unterschiedliche Wahrnehmung administrativer Belastung
- E2 fordert als einzige verstärkt Titerbestimmungen, um Mehrfachimpfungen zu vermeiden und Personen individuell betreuen zu können, relevant als Zeit- und Ressourcenthema
- E7 als einzige Quelle für nationale Strukturanalyse
- Einschätzung, wie niedrighschwellige Angebote priorisiert werden sollten

5.1.11 Diskussion im Kontext der Forschungsfrage

Die Ergebnisse dieser Studie bestätigen zentrale Befunde der internationalen Forschung:

- Vertrauen als Schlüsselfaktor: Wie bereits Wilson & Wiysonge (2020) zeigen, beeinflusst Misstrauen gegenüber Institutionen das Impfverhalten stärker als Wissen oder Verfügbarkeit.
- Strukturelle Defizite: Die österreichische Situation ähnelt Befunden aus anderen freiwilligen Systemen, in denen fehlende Reminder-Strukturen zu niedrigen Impfraten führen (ECDC, 2023).
- Risikowahrnehmung: Die geringe Wahrnehmung der Maserngefahr wurde in mehreren Studien (Betsch et al., 2015; Fine et al., 2011) als typisches Symptom erfolgreicher Prävention beschrieben.

- Wirksamkeit kombinierter Ansätze: Länder mit klaren Impfpflichten oder automatisierten Einladungsmechanismen erzielen nachweislich höhere Durchimpfungsraten (D’Ancona et al., 2020).
- Die interviewten Expert*innen, somit mit lokalem Bezug, betonen die Notwendigkeit, freiwillige Systeme mit struktureller Steuerung zu kombinieren – eine Sichtweise, die sich als praxisrelevant für politische Entscheidungsprozesse erweist.
- Die Ergebnisse bestätigen internationale Befunde: Vertrauen, Kommunikation und strukturelle Steuerung sind zentrale Determinanten der Impfkzeptanz (Betsch et al., 2015; WHO, 2015; ECDC, 2023). Neu ist der spezifische Fokus auf die österreichische Perspektive und die Kombination von Expertenmeinungen mit quantitativen Daten.

Die vorliegenden qualitativen Befunde aus sieben Experteninterviews bestätigen zentrale Mechanismen der Impfscheidungsforschung und erweitern diese um konkrete systemische Aspekte. Psychologische Determinanten wie Vertrauen (Confidence) und Risikowahrnehmung (Complacency) lassen sich gut durch das 5-C-Modell einordnen (Betsch et al., 2018). Die Interviews zeigen zugleich, dass die Dimension Constraints (praktische und systemische Barrieren) in Österreich besonders prägnant ist und deshalb eine stärkere Betonung der Systemebene in der empirischen Diskussion rechtfertigt (WHO, 2015; WHO, 2025).

Empirisch unterstützen die Ergebnisse internationale Beobachtungen, die einen durch COVID-19 verstärkten Vertrauensverlust und eine stärkere Polarisierung der Impfhaltung beschreiben (European Commission, 2023; Schuster et al., 2015). Die Abnahme der „perceived severity“ von Masern in der Bevölkerung entspricht Berichten von ECDC und WHO über sinkende Problembewusstheit in Regionen mit niedriger Inzidenz (ECDC, 2023; WHO, 2024). Gleichzeitig bestätigt die Literatur die starke Rolle ärztlicher Empfehlungen, die den vertrauensbasierten Einfluss medizinischer Fachpersonen auf Impfscheidungen dokumentiert (Betsch et al., 2018; Ratzan et al., 2021).

Neu und forschungsrelevant ist die ausgeprägte Betonung administrativer Fragmentierung und digitaler Defizite im österreichischen System (z. B. uneinheitliche Programme, unvollständiger E-Impfpass). Diese systemische

Perspektive korrespondiert mit aktuellen Handlungsempfehlungen internationaler Institutionen, die digitale Register, interoperable Systeme und Reminder-Mechanismen als Schlüsselinstrumente zur Schließung von Impflücken nennen (WHO, 2025; ECDC, 2025; BMSGPK, 2024).

5.1.12 Interpretation der Befunde — Integration von Psychologie und Systemperspektive

Vertrauen, Risikowahrnehmung und Kommunikation

Die Interviews belegen, dass Vertrauensverluste infolge der Pandemie nicht nur die Akzeptanz von COVID-19-Impfungen beeinflussen, sondern auch Routineimpfungen tangieren. Das bedeutet: Kommunikationsstrategien müssen über reine Information hinaus Vertrauen wiederherstellen, z. B. durch transparente Entscheidungsprozesse, Einbindung lokaler Vertrauenspersonen und langfristige Vertrauensarbeit (European Commission, 2023; Lewandowsky et al. 2020).

Parallel dazu verhindert eine niedrige Risikowahrnehmung von Masern, dass rationale Risiko-Nutzen-Abwägungen zu einer Impfung führen (Rosenstock, 1974). Hier sind emotionale, aber evidenzbasierte Kampagnen (Beispiel FSME) und gezielte Aufklärung über Komplikationen medizinisch sinnvoll (European Commission, 2023).

Medien spielen eine zentrale Rolle bei der Wahrnehmung von Impfungen, da sie Vertrauen, Information und Risiko öffentlich vermitteln. Betsch et al. sowie Larsen et al. zeigen, dass die Art der kommunikativen Darstellung direkt die Impfentscheidung beeinflussen kann, sowohl im positiven als auch im negativen Sinne.

Systemische Barrieren als „Engpassfaktor“

Die Interviews (insbesondere E6 und E7) zeigen, dass administrative Hürden — Doppel-Dokumentation, komplizierte Bestellprozesse, fehlende Honorierung und fragmentierte Programme — die Implementierung evidenzbasierter Kommunikationsmaßnahmen konterkarieren. Mit anderen Worten: Selbst optimale Kommunikation erreicht nur begrenzt Wirkung, wenn das System Zugangs- und

Durchführungsbarrieren aufrechterhält. Diese Schlussfolgerung stützt sich auf WHO-Empfehlungen zur Systemoptimierung (WHO, 2025) und nationale Berichte (BMSGPK, 2024; AGES, 2024).

Niederschwelligkeit und zielgruppenspezifische Zugänge

Alle Expert*innen betonen den Erfolg niedrigschwelliger Angebote — Schulen, Betriebe, mobile Teams — was in der Literatur mehrfach als Best-Practice bestätigt ist (ECDC, 2023; Sandhofer et al., 2017). Besonders wichtig ist die Kombination aus einfachen Zugangswegen und vertrauensbasierter Ansprache (z.B. Hebammen, Betriebsärzte), um Zielgruppen mit niedriger Gesundheitskompetenz oder eingeschränktem Zugang zu erreichen (Ratzan et al., 2021).

5.2 Beantwortung der Forschungsfrage

Die Forschungsfrage lautete:

Warum treten impfpräventable Erkrankungen wie Masern wieder verstärkt in Österreich auf – österreichweite Analyse und Vergleich von Impfstrategien in Europa

Die Ergebnisse zeigen, dass der Wiederanstieg impfpräventabler Erkrankungen nicht primär auf Wissensdefizite, sondern auf Vertrauensprobleme, Kommunikationsdefizite und strukturelle Schwächen im österreichischen Impfmanagement zurückzuführen ist.

Masern treten deshalb wieder verstärkt auf, weil die strukturellen und systemischen Rahmenbedingungen in Österreich nicht ausreichen, um eine konsequente, lückenlose und zeitgerechte Impfprävention sicherzustellen.

Im Detail:

1. Die Risikowahrnehmung in der Bevölkerung ist niedrig.
2. Vertrauen in staatliche Institutionen ist geschwächt.
3. Strukturelle Barrieren verhindern einfache Zugänge zur Impfung.
4. Fehlinformation und widersprüchliche Kommunikation erzeugen Unsicherheit.

5. Die föderale Organisation des Impfwesens führt zu Fragmentierung und Ineffizienz.

Somit liegt der Hauptgrund für den Masernanstieg nicht primär im individuellen Verhalten, sondern in organisatorischen und systemischen Schwächen des Gesundheitssystems.

Aus den Ergebnissen lassen sich mehrere strategische Handlungsempfehlungen für Politik und Public Health ableiten

- Ein modernes Impfmanagement muss niederschwellig, digital, verlässlich und zentral koordiniert sein.
- Impfkommunikation muss zielgruppenspezifisch, zeitgemäß und evidenzbasiert gestaltet werden.
- Erwachsenenimpfungen dürfen nicht länger eine „vergessene Kategorie“ bleiben.
- Ein funktionierender E-Impfpass ist Voraussetzung für systematische Prävention.
- Vertrauen muss aktiv aufgebaut werden – durch transparente Kommunikation, kontinuierliche Präsenz und professionelle Gesundheitskompetenzförderung

Die Ergebnisse bestätigen, dass Impfprogramme dann erfolgreich sind, wenn sie politisch priorisiert, administrativ klar strukturiert und kommunikativ begleitet werden.

Auf Basis der empirischen Ergebnisse und der Literatur ergeben sich folgende Empfehlungen für die österreichische Impfpolitik und Gesundheitskommunikation:

1 Stärkung der Impfkommunikation

- Aufbau eines nationalen Kompetenzzentrums für Impfkommunikation, das evidenzbasierte, dialogorientierte Informationsstrategien entwickelt.
- Schulung von Ärztinnen, Pflegepersonal, Hebammen und Pädagoginnen in Risikokommunikation und Impfberatung.

- Nutzung sozialer Medien und vertrauenswürdiger Influencer*innen, um impfkritische Narrative zu kontern.
- Förderung von Health Literacy-Programmen in Schulen und Gemeinden.

2 Strukturelle und organisatorische Maßnahmen

- Vollständige Implementierung des elektronischen Impfregisters zur standardisierten Erfassung aller Impfungen.
- Einführung automatischer Reminder- und Einladungssysteme nach skandinavischem Vorbild (SMS, E-Mail, Gesundheits-App).
- Ausbau von niederschweligen Impfangeboten: Schulimpfprogramme, mobile Teams, Impfkationen in Betrieben und Einkaufszentren.
- Einrichtung eines bundesweiten Impfmonitorings mit transparenten regionalen Daten zur Durchimpfungsrate.

3 Politische und rechtliche Rahmenbedingungen

- Prüfung der rechtlichen Machbarkeit einer teilweisen Impfpflicht (z. B. für Kindergarten- oder Schulkinder) unter Berücksichtigung ethischer und sozialer Akzeptanz.
- Förderung von Kooperationsprogrammen mit europäischen Partnerländern, um erfolgreiche Modelle (Frankreich, Italien, Schweden) zu adaptieren (Best-Practice-Transfer).
- Einrichtung einer interministeriellen Arbeitsgruppe (Gesundheit, Bildung, Digitalisierung) zur Koordination von Impfstrategien.

4 Forschung und Evaluation

- Regelmäßige Evaluation von Kommunikationskampagnen und Impfprogrammen hinsichtlich Wirkung und Akzeptanz.
- Durchführung repräsentativer Bevölkerungsstudien zur Erfassung von Vertrauen, Wissen und Impfbarrieren.
- Förderung interdisziplinärer Forschung (Public Health, Kommunikationswissenschaft, Soziologie) zur Impfakzeptanz in Österreich.

5 Empfehlung einer Maßnahmenstrategie

Auf Basis der Befunde lassen sich konkrete, priorisierte Maßnahmen ableiten, geordnet nach Zeithorizont und Wirksamkeit, verknüpft mit empirischen Evidenzen.

Kurzfristig (innerhalb 1–2 Jahre)

1. Implementierung von Reminder-Systemen (E-Impfpass-Erinnerungen, SMS/E-mail): Reminder erhöhen nachweislich Impfquoten und sind technisch rasch umsetzbar (WHO, 2025; ECDC, 2023; Hirani et al., 2021; Jacobson Vann et al. 2018).
2. Honorierung von Impfstatus-Evaluierung und Impfberatung: Finanzielle Anreize adressieren direkt das Problem, dass Impfaufklärung im Praxisalltag oft zugunsten anderer Leistungen zurücktritt (BMSGPK, 2025).
3. Standardisierte Kommunikationspakete für Ärzt*innen: Kurze, evidenzbasierte Gesprächsleitfäden und mehrsprachige Materialien erleichtern die Zeitökonomie in Praxen und erhöhen die Konsistenz der Botschaften (Ratzan et al., 2021; Lewandowsky et al., 2020).

Mittelfristig (3–5 Jahre)

4. Vollständige Implementierung und verpflichtende Befüllung des E-Impfpasses mit interoperabler Schnittstelle zum ÖGD; damit verbunden: datenschutzkonforme Monitoring-Dashboards für Public-Health-Aktionen (WHO, 2025; BMSGPK, 2024).
5. Flächendeckende Ausweitung schulischer Impfprogramme und betrieblicher Impfangebote: Evidenz spricht für hohe Reichweite dieser Settings (ECDC, 2023; Sandhofer et al., 2017).
6. Optimierung logistischer Abläufe (Bestellprozesse, Arzneimittel-Lagerung), um Praxen administrativ zu entlasten (AGES, 2024).

Langfristig (>5 Jahre)

7. Aufbau institutionalisierter Schulgesundheitsdienste als dauerhafte Kontaktstelle für Prävention (E6/E7-Perspektive), verbunden mit einem nachhaltigen Finanzierungskonzept (WHO, 2025).

8. Evaluationsebenen und Forschungsinfrastruktur: Langfristige Begleitforschung (Monitoring, Implementation Science) zur Bewertung von Systemänderungen (Farrington, 2023).

6 Konkrete Vorschläge zur Umsetzung und Evaluation

1. Pilotregionen für E-Impfpass und Reminder: Start in zwei Bundesländern (urban und ländlich) mit vordefinierten Metriken (Nachholimpfungen, Erinnerungserfolg, Akzeptanz bei Ärzt*innen). Evaluation als quasi-experimentelle Studie (Hirani et al., 2021; Jacobson Vann et al. 2018).
2. Honorierungsmodell testen: Einführung eines spezifischen Abrechnungscode für „Impfstatus-Check“ und Evaluation der Inanspruchnahme und Dokumentationsqualität (BMSGPK, 2025).
3. Kommunikations-Randomized-Controlled-Trials: Vergleich unterschiedlicher Botschaften (rational vs. narrativ vs. nudge-basiert) in Schulen und Praxen zur Effizienzbestimmung (Lewandowsky et al., 2020; Betsch et al., 2018).
4. Implementation-Forschung zu Schulgesundheitsdiensten: Mixed-Methods-Forschung begleitet die Entwicklung und zeigt Skalierungspotenzial (Mayring, 2015; Farrington et al., 2020).

5.3 Limitationen der Studie

Die qualitative Anlage der Studie erlaubt eine tiefgehende, aber nicht repräsentative Analyse.

Die wichtigsten Limitationen sind:

- Stichprobengröße und Auswahl: Kleine Stichprobe - Die Befragung von sieben Expert*innen ermöglicht keine Generalisierung auf alle Akteursgruppen, bietet aber wertvolle Einblicke in zentrale institutionelle Perspektiven. Diese liefern tiefe Einblicke, sind aber nicht repräsentativ für alle relevanten Perspektiven (Mayring, 2015). Bestimmte Stakeholder (z. B.

Apotheker, Vertreterinnen von Migrantenorganisationen) sind nicht oder nur begrenzt vertreten.

- Regionaler Bias: Schwerpunkte in Kärnten und Wien/Österreich können regionale Phänomene überbetonen (Sandhofer et al., 2017).
- Temporale Dynamik: Die Erhebung fand in einer Post-/Peri-Pandemie-Phase statt; Einstellungen können sich dynamisch verändern (European Commission, 2023).
- Subjektivität der Interpretation: Trotz methodischer Transparenz besteht das Risiko interpretativer Verzerrungen.
- Selbstbericht und Sozialer Erwünschtheitseffekt: Expert*inneninterviews spiegeln berufliche Perspektiven; Handlungsbarrieren können anders in quantitativen Routinedaten aussehen (Mayring, 2015).
- Externe Validität: Maßnahmen, die in anderen Ländern erfolgreich sind, müssen lokal adaptiert werden; direkte Übertragbarkeit ist nicht automatisch gegeben (ECDC, 2023).
- Zeitliche Begrenzung: Die Interviews erfolgten im Sommer 2025 – nach einer Phase intensiver Impfdebatten –, wodurch zeitabhängige Einschätzungen nicht ausgeschlossen werden können.
- Fehlende quantitative Ergänzung: Eine Kombination mit statistischen Daten (z. B. Impfquoten nach Region oder Altersgruppe) hätte die Aussagekraft weiter gestützt.

5.4 Ausblick und zukünftiger Forschungsbedarf

Die Ergebnisse dieser Arbeit weisen darauf hin, dass Impfstrategien künftig stärker systemisch und interdisziplinär gedacht werden müssen. Die Interviews zeigen, dass Österreich in den kommenden Jahren große Chancen zur Verbesserung seiner Impfstrategie hat:

- Digitalisierung: Vollständige Implementierung des E-Impfpasses, interoperable Register, automatisierte Erinnerungen.
- Strukturreform: Einheitliche Programme, klare Zuständigkeiten, bundesweit gleiches Angebot.

- Kommunikation: Narrative, zielgruppenorientierte Kommunikation; Stärkung der medizinischen Vertrauenspersonen; Social-Media-Strategien.
- Public Health: Ausbau des ÖGD, strukturelle Verankerung von Prävention, (Vor-)Schulgesundheitsdienste inklusive niederschwelligen (Vor-)Schulimpfprogrammen, Förderung von Health Literacy-Programmen in (Vor-)Schulen.

Internationale Public-Health-Agenturen identifizieren dieselben Prioritätsfelder (WHO, 2025; European Commission, 2023).

Eine nachhaltige Verbesserung der Impfquote in Österreich setzt voraus, dass Vertrauen, Kommunikation und Strukturpolitik als gleichwertige Säulen betrachtet werden.

5.4.1 Empfehlungen für zukünftige Forschung

- Evaluation Reminder-basierter Interventionen
 - Wirksamkeit automatischer Erinnerungen im E-Impfpass.
- Impact-Analysen zu niedrigschwelligen Angeboten
 - Welche Settings führen zu den höchsten Nachholraten?
- Langzeitbeobachtung der Effekte von Impfkampagnen
 - Einfluss unterschiedlicher Kommunikationsstrategien.
- Systemanalysen zur Fragmentierung
 - Welche strukturellen Faktoren erzeugen die größten Verluste im Impfsystem?
- Health-Literacy-Forschung
 - Wie stark beeinflusst Gesundheitskompetenz die Impfkzeptanz in z.B. Kärnten und Österreich?

Zukünftige Forschung sollte:

- quantitative Erhebungen mit qualitativen Befunden verknüpfen,

- den Einfluss sozialer Medien auf Impfentscheidungen empirisch untersuchen,
- und die Wirkung spezifischer Interventionsprogramme (Reminder-Systeme, Aufklärungskampagnen, Impfpflichten) evaluieren.

Langfristig sollte die Impfprävention als integraler Bestandteil nationaler Gesundheitsstrategie verankert werden – nicht nur als Reaktion auf Ausbrüche, sondern als kontinuierliches Public-Health-Ziel. Ein zentraler struktureller Maßnahmenplan sollte unmittelbar etabliert und zeitnah umgesetzt werden.

Zukünftige Forschung sollte quantitative Erhebungen mit qualitativen Befunden verknüpfen, den Einfluss sozialer Medien auf Impfentscheidungen analysieren und die Wirkung spezifischer Interventionsprogramme evaluieren. Ein integriertes Public-Health-Konzept ist langfristig erforderlich.

5.5 Fazit und Bewertung

Die Analyse der Experteninterviews zeigt, dass der Wiederanstieg impfpräventabler Erkrankungen in Österreich auf ein Zusammenspiel aus Vertrauensdefiziten, geringer Risikowahrnehmung und strukturellen Lücken zurückzuführen ist. Fehlendes Vertrauen in Institutionen und widersprüchliche Kommunikation beeinträchtigen die Impfbereitschaft, während fragmentierte Systeme, unvollständige digitale Erfassung und fehlende Erinnerungssysteme die Nutzung vorhandener Impfangebote erschweren. Besonders betroffen sind Erwachsene zwischen 25 und 45 Jahren, für die gezielte Informations- und Impfangebote erforderlich sind. Niederschwellige Maßnahmen wie Schulimpfungen, mobile Teams und betriebliche Impfaktionen haben sich als besonders wirksam erwiesen. Eine nachhaltige Steigerung der Durchimpfungsraten erfordert daher den Aufbau von Vertrauen, die Modernisierung des Impfsystems und systematische Nachholimpfprogramme.

Insgesamt zeigt die Studie: Der Wiederanstieg impfpräventabler Erkrankungen in Österreich ist primär auf Vertrauensdefizite, geringe Risikowahrnehmung und

strukturelle Lücken zurückzuführen. Bestehende Impfangebote werden zwar bereitgestellt, werden jedoch nicht systematisch genutzt.

Daraus lassen sich die zentralen Schlussfolgerungen ableiten: Die Impfbereitschaft ist multifaktoriell; psychologische Faktoren wie Vertrauen und Risikowahrnehmung erklären nur einen Teil der Impfentscheidung, während strukturelle Hürden und administrative Defizite eine ebenso entscheidende Rolle spielen (WHO, 2025; ECDC, 2023). Vertrauen muss wieder aufgebaut werden, wofür langfristige, international bewährte Strategien notwendig sind, um die durch COVID-19 entstandene Vertrauenskrise zu überwinden (European Commission, 2023; Ratzan et al., 2021). Österreich würde zudem von einem einheitlichen und modernisierten Impfsystem profitieren: Fragmentierte Zuständigkeiten, unterschiedliche Landesregelungen, unvollständige digitale Erfassung und fehlende Reminder-Strukturen verhindern derzeit eine hohe Durchimpfungsrate, ein Befund, der international gut dokumentiert ist (WHO, 2025). Niederschwellige Angebote wie Schulimpfungen, betriebliche Impfaktionen und mobile Teams haben sich als besonders wirksam erwiesen, um schwer erreichbare Gruppen zu erreichen (ECDC, 2023; Sandhofer et al., 2017). Schließlich zeigt sich ein besonderer Handlungsbedarf bei Erwachsenen zwischen 25 und 45 Jahren, für die spezifische Informations- und Impfangebote dringend erforderlich sind (ECDC, 2025).

Zusammenfassend zeigt diese Arbeit, dass Österreich alle fachlichen, technischen und infrastrukturellen Voraussetzungen zur Masernelimination besitzt, doch strukturelle Barrieren, Vertrauenserrosion und fehlende Einheitlichkeit bremsen den Erfolg. Ein integrativer Ansatz, der Kommunikation, Systemreformen und Public-Health-Kapazitäten verbindet, ist erforderlich.

Literaturverzeichnis

AGES. (2025). Masern. Wien: AGES. Available at ages.at, abgerufen am 03.10.2025.

AGES. (2025). Bericht zu Masern vom 15.10.2025. Wien: Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit, ausgesendet am 16.10.2025.

AGES. (2024). Bericht zu Masern. Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit vom 22.01.2025, ausgesendet am 23.01.2025.

Arat, A., Burström, B., Östberg, V., & Hjern, A. (2019). Social inequities in vaccination coverage among infants and pre-school children in Europe and Australia - a systematic review. *BMC public health*, 19(1), 290. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6597-4>. Available at <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30866881/>, abgerufen am 21.11.2025

Backhaus, I., Hoven, H., & Kawachi, I. (2023). Far-right political ideology and COVID-19 vaccine hesitancy: Multilevel analysis of 21 European countries. *Social science & medicine* (1982), 335, 116227. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116227>. Available at <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37722145/>, abgerufen am 26.11.2026

Bauer A, Tiefengraber D, Wiedermann U. (2021). Towards understanding vaccine hesitancy and vaccination refusal in Austria. *Wien Klin Wochenschr*. 2021 Jul;133(13-14):703-713. doi: 10.1007/s00508-020-01777-9. Epub 2020 Dec 11. PMID: 33313966; PMCID: PMC8292253. Available at <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33313966/>, abgerufen am 20.11.2025.

Betsch, C., & Böhm, R. (2018). Beyond confidence: Development of a measure assessing the 5C psychological antecedents of vaccination. *PLOS ONE*, 13(12), e0208601. DOI: 10.1371/journal.pone.0208601. Available at <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30532274/>, abgerufen am 17.10.2025

Betsch, C., Böhm, R., & Chapman, G. B. (2015). Using behavioral insights to increase vaccination policy effectiveness. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*, 2(1), 61–73. <https://doi.org/10.1177/2372732215600716>. Available

at <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/2372732215600716>, abgerufen am 20.10.2025

BMSGPK. (2024). Österreichischer Impfplan 2024/2025 Version 1.1 vom 18.12.2024. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. ISBN: 978-3-85010-722-8

BMASGPK. (2025). Impfplan Österreich 2025/26 Version 1.1 vom 10. Oktober 2025. Available at <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Impfen/impfplan.html>, abgerufen am 10.10.2025

BMASGPK. (2025). Masernimpfung. Available at [https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Masern---Elimination-und-Durchimpfungsraten/Empfehlungen-und-h%C3%A4ufig-gestellte-Fragen-\(FAQ\).html](https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Masern---Elimination-und-Durchimpfungsraten/Empfehlungen-und-h%C3%A4ufig-gestellte-Fragen-(FAQ).html), abgerufen am 08.10.2025

BMSGPK. (2025). Epidemiologischer Bericht zu Impfquoten und Infektionsgeschehen in Österreich 2025. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Available at <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Masern---Elimination-und-Durchimpfungsraten.html>, abgerufen am 29.09.2025

Cascini F, Pantovic A, Al-Ajlouni YA, Failla G, Puleo V, Melnyk A, Lontano A, Ricciardi W. Social media and attitudes towards a COVID-19 vaccination: A systematic review of the literature. *EClinicalMedicine*. 2022 Jun; 48:101454. doi: 10.1016/j.eclinm.2022.101454. Epub 2022 May 20. PMID: 35611343; PMCID: PMC9120591. Available at <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35611343/>, abgerufen am 01.11.2025

CDC. Center of Disease Control. (2006). Principles of Epidemiology in Public Health Practice Third Edition. Available at <https://www.cdc.gov/csels/dsepd/ss1978/SS1978.pdf>, abgerufen am 10.10.2025

Conner, M., & Norman, P. (2017). Health behaviour: Current issues and challenges. *Psychology & health*, 32(8), 895–906. <https://doi.org/10.1080/08870446.2017.1336240>. Available at <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28612656/>, abgerufen am 02.12.2025

D'Ancona, F., D'Amario, C., et al. (2019). The law on compulsory vaccination in Italy: an update 2 years after the introduction. *Euro surveillance: bulletin European sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin*, 24(26), 1900371. Available at <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.26.190037>; abgerufen am 01.11.2025

Düx, A., Lequime, S., Patrono, L. V., Vrancken, B., Boral, S., Gogarten, J. F., ... Calvignac-Spencer, S. (2020). Measles virus and rinderpest virus divergence dated to the sixth century BCE. *Science*, 368(6497), 1367–1370. Available at <https://doi.org/10.1126/science.aba9411>, abgerufen am 28.09.2025

DER SPIEGEL. (2019). Impfpflicht: In diesen Ländern funktioniert sie. Available at <https://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/impfpflicht-in-diesen-eu-laendern-funktioniert-sie-a-1259575.html>, abgerufen am 05.10.2025

European Centre for Disease Prevention and Control. (2018). ECDC, Risk of measles transmission in the EU/EEA (21.03.2018). Available at https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Measles-rapid-risk-assessment-European-Union-countries.pdf?utm_source=chatgpt.com, abgerufen am 26.10.2025

European Centre for Disease Prevention and Control. (2023). Measles – Annual epidemiological report for 2023. ECDC. Available at <https://www.ecdc.europa.eu/en/measles>, abgerufen am 14.10.2025

European Centre for Disease Prevention and Control. (2023). Measles and rubella monitoring report. Available at [ecdc.europa.eu](https://www.ecdc.europa.eu), abgerufen am 27.10.2025

European Centre for Disease Prevention and Control. (2025). Annual epidemiological report: Vaccine-preventable diseases. Available at [ecdc.europa.eu](https://www.ecdc.europa.eu), abgerufen am 24.10.2025

European Centre for Disease Prevention and Control. (2025). Communicable disease threats report, 8 -14 November 2025, week 46, a. Available at [ecdc.europa.eu](https://www.ecdc.europa.eu), abgerufen am 16.11.2025

European Centre for Disease Prevention and Control. (2025). Tools and methods for promoting vaccination acceptance and uptake: a social and behavioural science approach. ECDC. DOI: 10.2900/7701140. Available at ecdc.europa.eu, abgerufen am 17.11.2025

European Commission. (2024). Increasing measles cases call for coordinated public health response. Brussels: European Commission. Available at https://health.ec.europa.eu/latest-updates/increasing-measles-cases-call-coordinated-public-health-response-2024-02-16_en, abgerufen am 20.10.2025

European Commission. (2023). Joint meeting of the General Working Group of the Health Security Committee and the vaccination sub-group of the Public Health Expert Group. Available at https://health.ec.europa.eu/system/files/2023-05/security_ev_20230428_sr_en.pdf?utm_source=chatgpt.com, abgerufen am 01.11.2025

European Commission. (2023). State of vaccine confidence in the EU 2023. Publications Office of the European Union. Available at https://health.ec.europa.eu/system/files/2023-02/2022_confidence_rep_en.pdf, abgerufen am 26.10.2025

Farrington CP. Estimation of vaccine effectiveness using the screening method. *Int J Epidemiol.* 2023 Feb 8;52(1):14-21. doi: 10.1093/ije/dyac207. PMID: 36326585. Available at <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36326585/>, abgerufen am 07.11.2025

Fine P. et al. (2011). Herd Immunity: A Rough Guide, *Clinical Infectious Diseases*, Volume 52, Issue 7, 1 April 2011, Pages 911–916, <https://doi.org/10.1093/cid/cir007>. Available at <https://academic.oup.com/cid/article-abstract/52/7/911/299077>, abgerufen am 10.10.2025

Flick, U. (2019). *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung* (aktualisierte Auflage). Rowohlt, S. 22ff.

Foege, William H., 1936- et al. (1965). Inactivated measles-virus vaccine. *Public Health Rep.* 80(1):60-6480. Available at <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/74238>, abgerufen am 05.10.2025

Gangl, K., Juen, B. H., Kirchler, E., König, T., Korunka, C., Prinz, W., Schmidt, A., Schober, B., Stagl, S., Stamm, T., & Wagner, M. (2022). Polarisierung in Österreich während der COVID-19-Pandemie: Wie kann Solidarität gestärkt werden? IHS. <https://irihs.ihs.ac.at/id/eprint/6216>. Available at <https://ucrisportal.univie.ac.at/en/publications/polarisierung-in-%C3%B6sterreich-w%C3%A4hrend-der-covid-19-pandemie-wie-kan/>, abgerufen am 07.11.2025

Gläser, J., & Laudel, G. (2010). Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse: Als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen (4. Aufl.). VS Verlag für Sozialwissenschaften. ISBN: 978-3-531-17238-5, S. 39 ff.

Glaser, B.G., & Strauss, A.L. (1998). Grounded Theory: Strategien qualitativer Forschung. Huber. S. 52 ff.

Geiger, M., Rees, F., Lilleholt, L., Santana, A. P., Zettler, I., Wilhelm, O., Betsch, C., & Böhm, R. (2022). Measuring the 7Cs of Vaccination Readiness. *European Journal of Psychological Assessment*, 38(4), 261-269. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000663>. Available at <https://ucrisportal.univie.ac.at/en/publications/measuring-the-7cs-of-vaccination-readiness/>, abgerufen am 28.10.2025

Gori D, Costantino C, et al. (2020). The Impact of Mandatory Vaccination Law in Italy on MMR Coverage Rates in Two of the Largest Italian Regions (Emilia-Romagna and Sicily): An Effective Strategy to Contrast Vaccine Hesitancy. *Vaccines* (Basel). 2020 Jan 30;8(1):57. doi: 10.3390/vaccines8010057. PMID: 32019092; PMCID: PMC7158674. Available at [The Impact of Mandatory Vaccination Law in Italy on MMR Coverage Rates in Two of the Largest Italian Regions \(Emilia-Romagna and Sicily\): An Effective Strategy to Contrast Vaccine Hesitancy - PMC](#); abgerufen am 12.12.2025

Gordis Epidemiology, David D. Celentano, Moyses Szyklo, Elsevier, 6. Auflage (2018), ISBN: 978-0323552295. Available at <https://www.inspectioncopy.elsevier.com/book/details/9780323877756>, abgerufen am 10.10.2025

Hirani JL. Inattention or reluctance? Parental responses to vaccination reminder letters. *J Health Econ.* 2021 Mar; 76:102439. doi: 10.1016/j.jhealeco.2021.102439. Epub 2021 Feb 10. PMID: 33601095. Available at <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33601095/>, abgerufen am 02.11.2025

Helferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4. Aufl.). ISBN: 978-3-531-17571-3, S. 168 ff.

Hurrelmann, K. und Baumann, E. (2014). *Handbuch Gesundheitskommunikation. Hogrefe.* Available at https://www.ciando.com/img/books/extract/3456954328_lp.pdf, abgerufen am 10.10.2025

Jacobson Vann, J. C., Jacobson, R. M., Coyne-Beasley, T., Asafu-Adjei, J. K., & Szilagyi, P. G. (2018). Patient reminder and recall interventions to improve immunization rates. *The Cochrane database of systematic reviews*, 1(1), CD003941. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003941.pub3>. Available at <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29342498/>, abgerufen am 10.11.2025

Kohler, S., Koinig, I. (2023). The Effect of Science-Related Populism on Vaccination Attitudes and Decisions. *J Behav Med* 46, 229–238 (2023). <https://doi.org/10.1007/s10865-022-00333-2>. Available at <https://link.springer.com/article/10.1007/s10865-022-00333-2#citeas>, abgerufen am 02.11.2025

Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (4.Aufl.). Beltz Juventa, S. 166. Available at https://www.beltz.de/fileadmin/beltz/inhaltsverzeichnisse/978-3-7799-3682-4.pdf?utm_source=chatgpt.com, abgerufen am 04.11.2025

Larson, H. J., Gakidou, E., & Murray, C. J. L. (2022). The Vaccine-Hesitant Moment. *The New England journal of medicine*, 387(1), 58–65. <https://doi.org/10.1056/NEJMra210644>. Available at <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9258752/>, abgerufen am 21.11.2025

Lewandowsky, S., & Cook, J. (2020). *The Conspiracy Theory Handbook*. Available at <http://sks.to/conspiracy>, abgerufen am 30.10.2025

Lewandowsky, S., Cook, J., Ecker et al. (2020). The Debunking Handbook 2020. DOI:10.17910/b7.1182. Available at <https://sks.to/db2020>, abgerufen am 30.10.2025

Lorini, C et al. (2023). Vaccination as a social practice: towards a definition of personal, community, population, and organizational vaccine literacy. *BMC public health*, 23(1), 1501. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16437-6>. Available at <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10408168/>, abgerufen am 01.11.2025

Mayring, P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (12., überarb. Auf.) Weinheim: Beltz.

Mayring, P., Fenzl, T. (2019). Qualitative Inhaltsanalyse. In Bauer, N., Blasius, J. (Hrsg.), Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 633-648

Milbradt, J., & Ludwig, M.-S. (2025). Bundeslandübergreifende Förderung der Impfprävention in Deutschland mit Orientierung an europäischen Zielen: Die Nationale Lenkungsgruppe Impfen (NaLI). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 68(4), 360–367. Available at <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11950026/>, abgerufen am 16.11.2025

MSD. (2025). Fachinformation MMR-VaxPro, MSD, Juli 2025. Available at <https://www.msd.de/forschung-und-arzneimittel/mmrvoxpro/>, abgerufen am 24.10.2025

MSD Manual. (2025). SSPE. Available at <https://www.msdmanuals.com/de/heim/gesundheitsprobleme-von-kindern/h%C3%A4ufige-virusinfektionen-bei-s%C3%A4uglingen-und-kindern/subakute-sklerosierende-panenzephalitis-sspe>, abgerufen am 28.09.2025

Mylius, M., Kuhn, J. Impfen: Prävention von Infektionskrankheiten und ihren Folgen. *Bundesgesundheitsbl* **68**, 349–350 (2025). <https://doi.org/10.1007/s00103-025-04033-5>. Available at <https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-025-04033-5#citeas>, abgerufen am 23.11.2025

Nationales Referenzzentrum für Masern-, Mumps- und Rötelviren, Medizinische Universität Wien. (2025). Virusepidemiologische Information 10/2025. Masern. Available at

<https://viro.meduniwien.ac.at/fileadmin/content/OE/virologie/dokumente/VEI/2025/1025.pdf>, abgerufen am 25.10.2025

Papaevangelou V. (2021). Measles vaccination of special risk groups. *Human vaccines & immunotherapeutics*, 17(12), 5384–5387. <https://doi.org/10.1080/21645515.2021.1997034>. Available at <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34788199/>, abgerufen am 10.10.2025

Portnoy, A., Jit, M., & Verguet, S. (2019). Estimates of case-fatality ratios of measles in low-income and middle-income countries: a systematic review and modelling analysis. *The Lancet. Global health*, 7(4), e472–e481. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30537-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30537-0). Available at <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30797735/>, abgerufen am 22.11.2025

Plotkin, S. A., Orenstein, W. A., Offit, P. A., & Edwards, K. M. (Hrsg.). (2023). *Plotkin's Vaccines* (8. Aufl.). Elsevier. Available at: <https://www.sciencedirect.com/book/monograph/9780323790581/plotkins-vaccines>; abgerufen am 09.11.2025

Priv.Doz. Dr.in med. Pamela Rendi-Wagner, M. (2013). *Nationaler Aktionsplan Masern, 2013*. Hausdruckerei des BMG, ISBN 978-2-902611-63-5. Available at <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Masern---Elimination-und-Durchimpfungsraten/Durchimpfungsraten---Nationaler-Aktionsplan.html>, abgerufen am 12.09.2025

Ratzan, S. C. (2020). Vaccine communication in a pandemic: Improving vaccine literacy to reduce hesitancy, restore trust and immunize communities [Editorial]. *Journal of Health Communication*, 25(10), 745–746. <https://doi.org/10.1080/10810730.2021.1884774>. Available at <https://www.tandfonline.com/doi/citedby/10.1080/10810730.2021.1884774?scroll=top&needAccess=true>, abgerufen am 25.10.2025

Ratzan S. C. (2001). Health literacy: communication for the public good. *Health promotion international*, 16(2), 207–214. <https://doi.org/10.1093/heapro/16.2.207>. Available at <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11356759/>, abgerufen am 01.11.2025

RKI. (2025). Bedeutung von Impfungen. Available at <https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Impfen/Bedeutung/bedeutung-node.html>, abgerufen am 16.11.2025

RKI. (2025). Prävention und Gesundheitsförderung. Available at <https://www.rki.de/DE/Themen/Gesundheit-und-Gesellschaft/Gesundheitliche-Einflussfaktoren-A-Z/G/Gesundheitsfoerderung/gesundheitsfoerderung-node.html#:~:text=Gesundheitsf%C3%B6rderung%20betrifft%20deshalb%20viele%20Fach,der%20Gesundheitsf%C3%B6rderung%20und%20der%20Pr%C3%A4vention>, abgerufen am 26.10.2025

Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328–335. doi:[10.1177/109019817400200403](https://doi.org/10.1177/109019817400200403). Available at <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/109019817400200403>, abgerufen am 16.11.2025

Sacre, A., et al. (2023). Socioeconomic inequalities in vaccine uptake: A global umbrella review. *PloS one*, 18(12), e0294688. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0294688>. Available at <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10718431/>, abgerufen am 21.11.2025

Salmon, D. A., Dudley, M. Z., Glanz, J. M., & Omer, S. B. (2015). Vaccine hesitancy: Causes, consequences, and a call to action. *Vaccine*, 33 Suppl 4, D66–D71. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.09.035>. Available at <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26615171/>, abgerufen am 28.10.2025

Sandhofer, M. J., Robak, O., Frank, H., & Kulnig, J. (2017). Vaccine hesitancy in Austria : A cross-sectional survey. *Wiener klinische Wochenschrift*, 129(1-2), 59–64. <https://doi.org/10.1007/s00508-016-1062-1>. Available at <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27565644/>, abgerufen am 26.10.2025

Schernhammer, E., Weitzer, J., Laubichler, M. D., Birmann, B. M., Bertau, M., Zenk, L., Caniglia, G., Jäger, C. C., & Steiner, G. (2022). Correlates of COVID-19 vaccine hesitancy in Austria: trust and the government. *Journal of public health (Oxford, England)*, 44(1), e106–e116. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdab122>. Available at <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33948665/>, abgerufen am 10.10.2025

Thompson K. M. (2019). What will it take to end fatalities from measles?. *The Lancet. Global health*, 7(4), e394–e395. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30050-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30050-6). Available at

[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(19\)30050-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(19)30050-6/fulltext), abgerufen am 25.11.2025

UNICEF & WHO/Europe. (2025, 13. März). European Region reports highest number of measles cases in more than 25 years. Pressemitteilung. <https://www.unicef.org/eca/reports/european-region-reports-highest-number-measles-cases-more-25-years>. Available at [European Region reports highest number of measles cases in more than 25 years | UNICEF Europe and Central Asia](#), abgerufen am 05.10.2025

Weselsindtner L. (2025). Masern in Österreich. *Österreichische Ärztezeitung*, 18, 25. September 2025. Available at <https://aerztezeitung.at/2025/dfp/dfp-literaturstudium-masern-in-oesterreich/>, abgerufen am 26.10.2025

Wilson, S. L., & Wiysonge, C. (2020). Social media and vaccine hesitancy. *BMJ global health*, 5(10), e004206. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004206>. Available at <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33097547/>, abgerufen am 20.11.2025

WHO. (2014). 3C model of vaccine hesitancy: Confidence, complacency and convenience. World Health Organization. Report of the SAGE working group on vaccine hesitancy. Available at https://www.asset-scienceinsociety.eu/sites/default/files/sage_working_group_revised_report_vaccine_hesitancy.pdf, abgerufen am 02.11.2025

WHO. (2015). A growing challenge for immunization programmes. Available at www.who.int/news/item/18-08-2015-vaccine-hesitancy-a-growing-challenge-for-immunization-programmes#:~:text=Vaccine%20hesitancy%20can%20be%20caused,of%20religious%20or%20philosophical%20objectors, abgerufen am abgerufen am 01.11.2025

WHO. (2015). Report of the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Available at <https://www.who.int/docs/default-source/immunization/demand/summary-of-sage-vaccinehesitancy-en.pdf>, abgerufen am 07.10.2025

WHO. (2015). WHO SAGE Vaccine Hesitancy Report (2015, PDF). Available at <https://www.who.int/docs/default-source/immunization/demand/summary-of-sage-vaccinehesitancy-en.pdf>, abgerufen am 12.10.2025

WHO. (2021). Guidance for evaluation of vaccine effectiveness and vaccination program impact. World Health Organization. Available at https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-vaccine_effectiveness_measurement-2021.1#:~:text=Overview,effectiveness%20of%20conditionally%20approved%20p,roducts, abgerufen am 18.10.2025

WHO. (2023). *Nachrichten/* Europäische Region erreicht hohe Impfraten bei Routineimpfungen, bleibt aber hinter dem Niveau vor der Pandemie zurück. Available at <https://www.who.int/europe/de/news/item/19-07-2023-european-region-achieves-high-routine-immunization-coverage--but-falls-short-of-pre-pandemic-levels#:~:text=Wo%20Impfungen%20verpasst%20werden%2C%20kann%20es%20zu%20Ausbr%C3%BCchen%20kommen&text=2022%20wu>, abgerufen am 12.10.2025

WHO. (2024). Measles and rubella surveillance report 2024. World Health Organization. Available at https://www.who.int/health-topics/measles#tab=tab_1, abgerufen am 17.10.2025

WHO. (2024). Measles – Key facts. World Health Organization. Available at <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/measles>, abgerufen am 05.10.2025

WHO. (2025) History of measles vaccination. World health organisation. Available at <https://www.who.int/news-room/spotlight/history-of-vaccination/history-of-measles-vaccination>., abgerufen am 29.08.2025

WHO. (2025). Global immunization strategy update. World Health Organization. Available at <https://www.who.int/groups/strategic-advisory-group-of-experts-on-immunization>, abgerufen am 05.11.2025

WHO. (2025). Immunization Agenda 2030: A Global Strategy to Leave No One Behind. Available at <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/strategies/ia2030#:~:text=The%20IA%202030%20strategy%E2%80%944to,each%20of%20the%20strategic%20priorities>, abgerufen am 30.10.2025

WHO. (2025). Immunization Vaccines and Biologicals/Vaccine-Preventable Diseases/Explainers. Available at <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/diseases/explainers>, abgerufen am 10.10.2025

World Health Organization. (2025). Increases in vaccine-preventable disease outbreaks threaten years of progress, warn WHO, UNICEF, Gavi. Available at <https://www.who.int/news/item/24-04-2025-increases-in-vaccine-preventable-disease-outbreaks-threaten-years-of-progress--warn-who--unicef--gavi>, abgerufen am 08.11.2025.

WHO. (2025). Vaccines and immunization. Available at https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1, abgerufen am 16.11.2025

Wróblewski, M., & Meler, A. (2024). Political polarization may affect attitudes towards vaccination. An analysis based on the European Social Survey data from 23 countries. *European journal of public health*, 34(2), 375–379. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae002>. Available at <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38276887/>, abgerufen am 25.11.2025

www.orf.at. (2025). [Impflücken: Immunität gegen Masern sinkt in Österreich - science.ORF.at](https://science.orf.at/stories/3228552/). Available at <https://science.orf.at/stories/3228552/>; abgerufen am 22.01.2025

Zhang, Q., Zhang, R., Wu, W., Liu, Y., & Zhou, Y. (2023). Impact of social media news on COVID-19 vaccine hesitancy and vaccination behavior. *Telematics and informatics*, 80, 101983. <https://doi.org/10.1016/j.tele.2023.101983>. Available at <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10122563/>, abgerufen am 06.11.2025

Präsentation DER EXPERTENINTERVIEWS

Block 1: Einstieg und Allgemeine Rolle

Frage 1	Einstieg und Hintergrund: "Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen. Zu Beginn: Wie lange sind Sie bereits in Ihrer aktuellen Funktion tätig und wie würden Sie Ihre zentrale Rolle im Kontext der Impfprävention, insbesondere der MMR-Impfung, kurz beschreiben?"
E 1	Ich arbeite seit 2015 am Gesundheitsamt Klagenfurt als Amtsärztin und meine Rolle besteht einerseits, indem ich bei erkrankten Personen die Kontaktpersonen erhebe und die Abriegelungsimpfungen durchführe. Andererseits haben wir eine Impfstelle, wo man sich für eine Maser-Mumps-Rötel-Impfung anmelden kann. Und im Rahmen dieser Impfstelle kontrollieren wir die Impfpässe und empfehlen Personen vor einem Baujahr 80er und 90er, wenn keine Maser-Mumps-Rötel-Impfung eingetragen ist im Impfpass, dass sie sich eine holen sollen. Zusätzlich kommen Personen aus berufsbildenden Schulen, die für ein Praktikum den Nachweis einer Maser-Mumps-Rötel-Impfung brauchen. Also zum Beispiel Sozialschulen, Hebammen und diverse medizinische Berufe. Kinder werden hauptsächlich im Rahmen von Schulimpfungen versorgt.
E 2	Ich bin seit 15 Jahren in meiner aktuellen Tätigkeit aktiv und würde insbesondere auf die MMR-Impfung das so beschreiben: Ich bin Allgemeinmedizinerin in einer alternativmedizinischen Ordination. Ich betreibe dort Homöopathie und zu mir kommen relativ viele impfkritische Patienten. Und meine Funktion dort ist, genau diese

	<p>Patienten abzufangen und mit ihren Ängsten oder in ihren Ängsten zu begleiten, weil ich herausgefunden habe, dass die meisten dieser Leute entweder schlechte Erfahrungen gemacht haben, Ängste haben oder falsch informiert wurden. Und da fange ich sie ab und bewege sie dann doch zur Impfung, so wie es für sie verträglich ist. Nicht immer nur die Vorschrift, aber so ein gutes Mittelmaß zu finden, damit sie dann doch noch impfen.</p> <p>Zusätzlich bin ich auch als Betriebsmedizinerin tätig. Also ich bin in einigen Betrieben tätig, die eine internationale Reisetätigkeit haben. Und da werden bei den Monteuren immer reisemedizinische Untersuchungen durchgeführt, da sind die Impfpasskontrollen und die Impfprävention extrem wichtig. Wir machen Impfpasskontrollen und ich weise die Mitarbeiter darauf hin, wenn sie keine MMR-Impfung haben, dass die noch ausständig ist.</p>
<p>E 3</p>	<p>Ich bin seit acht Jahren in der Sozialversicherung tätig, bin maßgeblich fürs Impfen im Bereich der Sozialversicherung zuständig.</p>
<p>E 4</p>	<p>Ich bin Impferferent seit 2022, aber als Kinderarzt bin ich seit 25 Jahren in der Ordi.</p>
<p>E 5</p>	<p>Ich bin seit 16 Jahren in der Allgemeinen Medizin tätig, vorher war ich ja länger im Krankenhaus</p> <p>Der große Vorteil, den ich da hier natürlich habe, ist, dass die Leute sehr auf mich hören. Also, das ist ein großes Vertrauen, das sich mittlerweile gebildet hat und dieses Vertrauen nütze ich natürlich dann auch aus, um Impfeempfehlungen abzugeben.</p> <p>Ich bin jetzt nicht da in diesem Kinderimpfkonzept drinnen, das ist zu umständlich. Aber wie gesagt, also die meisten, also Jugendlichen, Erwachsene, es kommen immer wieder Leute und</p>

	<p>wollen sich ihren Impfstatus überprüfen lassen anhand des Impfpasses, die berate ich. Und da habe ich einen sehr guten Zugang, auch was die Masernimpfung angeht. Es gibt Leute, die kommen einfach zu mir, besorgen sich den Impfstoff in der Apotheke und ich impfe sie dann, weil sie sagen, das ist für sie der einfachste Weg. Also wirklich, aber ist so, auch viele junge Leute, die kommen, weißt du, es ist ja jetzt auch die Forderung des Gesundheitswesens, also schon allein für ein Praktikum und so ist es notwendig, das zu haben. Und ich sage dann auch immer, das wird auch kostenfrei angeboten, Gesundheitsamt, überall bei anderen Kollegen, die sagen, na, ich kaufe mir das, dann komme ich aber auch bei Ihnen vorbei. Ich habe dann auch einen Vortrag gehalten im Rahmen dieser gesunden Gemeinde, da ist es eben auch ums Impfen gegangen. Da habe ich ja insbesondere über die Masernimpfung auch gesprochen, also das ist so mein Zugangsweg.</p>
E 6	<p>Seit 25 Jahren in diesem Berufsfeld, seit ca. 4 Jahren in dieser Funktion - Beratung zu Impfungen und Impfeempfehlungen sowie Planung von Impfangeboten - sowohl präventiv als auch im Anlassfall</p>
E 7	<p>Im BMASGPK seit etwas mehr als 10 Jahren, Rolle: Sicherstellung der Verfügbarkeit von MMR-Impfungen im öffentlichen Kinderimpfprogramm, Evaluierung der MMR-Durchimpfungsraten, Experte im Nationalen Verifizierungskomitee zur Masern/Rötelnelimination</p>

Frage 2	Erste Wahrnehmung: "Welche Beobachtungen machen Sie derzeit in Ihrer Praxis/Ihrem Amt bezüglich der generellen Impfbereitschaft – hat sich die Haltung der Bevölkerung/der Eltern in den letzten Jahren merklich verändert?"
E 1	Ja, seit Corona ist auffällig, dass sich eher eine Impfskepsis ausgebildet hat. Auffallend tut es vor allem bei den Schulimpfungen . Die Zahl der HPV-Impfung, Tetanus-Impfung ist generell rückgängig. Anmeldung, Nachfragen sind rückläufig. Impfungen, die schwer verfügbar sind, wie zum Beispiel momentan die Gratis-Impfungen, da ist die Anfrage und die Nachfrage sehr groß, solange sie nicht verfügbar sind.
E 2	Ja, insbesondere seit Covid sind die Leute impfmüde . Sie wollen sich nicht mehr alles sagen lassen und sie wollen teilweise durch diese Verpflichtung, die es bei Covid gegeben hat, sind sie generell sehr kritisch gegenüber Impfungen.
E 3	Meine Wahrnehmung ist, dass durch die Impfungen, welche kostenlos geworden sind, sprich HPV, Shingrix, Pneumokokken, ein deutlicher Anstieg der Impfbereitschaft, was diese Impfungen betrifft, auch was die Influenza-Impfung betrifft, gibt es eine positive Tendenz bei allgemeiner Impfskepsis gegenüber Impfungen wie zum Beispiel gegen das Coronavirus, beziehungsweise was die Masern-Impfungen betrifft.
E 4	In meinem Einzugsbereich nicht. Ich rede aber nur von meinem Einzugsbereich. Ich bin im ländlichen Bereich und ich habe wirklich eine gute Durchimpfungsrate . Vereinzelt Impfskeptiker, die nicht impfen wollen, gab es immer schon, die sollen sich das halt überlegen. Aber ich persönlich glaube, dass sich in meiner Praxis nichts verändert hat. <i>Hat das mit deiner Person zu tun?</i> Wahrscheinlich, weil ich relativ früh aufkläre und relativ früh darüber

	<p>rede. <i>Und die Wahrnehmung von den anderen Kollegen?</i> Schon. Also im wahlärztlichen Bereich zum Beispiel deutlich, die haben anderes Klientel. Da ist deutlich mehr Skepsis und vor allem mehr so oberflächliche Aufklärung von irgendwo, wo man viel mehr reden muss und viel mehr, also viel aktiver das Ganze angehen muss. Und natürlich oft nicht vom Erfolg gekrönt ist. Das heißt, du redest und redest, und sie impfen trotzdem nicht.</p>
<p>E 5</p>	<p>Vor allem die Impfbereitschaft bei den Eltern hat in den letzten, würde ich sagen, 20 Jahren insgesamt abgenommen. Wenn wir jetzt von der Masernimpfung sprechen, das hat sicherlich auch damit zu tun, dass eben die Durchimpfungsrate prinzipiell sehr hoch war, aber dass also eine bestimmte Gruppe von Eltern, die eben Impfungen hinterfragen, ihnen skeptisch gegenüberstehen, gesagt haben, na, ich werde meinem Kind jetzt nicht diese Impfung geben, rundherum sind eh alle geimpft und, also das ist also ein Zugangsweg gewesen. Ich sage das jetzt so salopp, das waren so diese esoterischen Eltern. Und dann gab es die große Zensur durch die Corona-Pandemie und die Corona-Pandemie hat das Ganze dann natürlich noch ein bisschen schlechter gemacht. Also da habe ich schon bemerkt, dass dann die Impfskepsis noch ein bisschen zugenommen hat. In den letzten ein, zwei Jahren habe ich das Gefühl, dass es wieder besser wird, also dass die Impfbereitschaft bei den Kindern, also auch bei den jungen Erwachsenen wieder mehr zunimmt.</p>
<p>E 6</p>	<p>Bei den Schulimpfungen kam es aufgrund der Covid 19-Lockdowns zu einem Rückgang der Impfungen. Dieser Trend konnte aber wieder umgekehrt werden, es blieben jedoch Impflücken bestehen.</p> <p>Bei niederschwelligen Angeboten, die gut beworben sind, ist der Andrang hoch, wobei v.a. die grundsätzlich impfwilligen</p>

	<p>Bevölkerungsgruppen, die auch generell über die Angebote des Gesundheitssystems Bescheid wissen, erreicht werden.</p> <p>Impfungen in öffentlichen Impfstellen und bei öffentlichen Impfkationen werden traditionell gut angenommen, da hier kein Kontakt zu erkrankten Personen in einem Wartezimmer zu erwarten ist und sowohl Impfungen mit Termin als auch ohne Termin angeboten werden.</p> <p>Für exotische Reisen ist man generell eher bereit sich impfen zu lassen. In diesem Kontext wird die Notwendigkeit weniger in Frage gestellt. Das kann auch für das Nachholen von Basisimpfungen genutzt werden. Heimaturlaube werden jedoch oft nicht als Indikation für Impfungen gesehen.</p>
<p>E 7</p>	<p>Obwohl in der Allgemeinheit immer berichtet wird, dass es zu einer Abnahme und Sinken der Durchimpfungsraten kommen würde, denke ich, dass man das sehr differenziert beobachten muss. Es gibt Impfungen, wo wir derzeit deutlich steigende Durchimpfungsraten beobachten, beispielsweise bei Influenza-Impfungen oder HPV Impfungen und gleichzeitig Impfungen, wo wir in der Tat eine nachlassende Akzeptanz beobachten wie die COVID-19 Impfungen. Hier wird sehr deutlich, dass Kommunikationsmaßnahmen – also Kampagnen- letztendlich offenbar notwendig sind um in der Bevölkerung, die notwendige Awareness für die Akzeptanz von Impfungen zu schaffen.</p>

Frage 3	Häufigkeit: "Wie schätzen Sie aktuell die Durchimpfungsrate gegen Masern in Ihrem unmittelbaren Tätigkeitsbereich (z.B. Ihrer Patientenschaft, Ihrem Bezirk) ein? Entspricht sie den empfohlenen 95%?"
E 1	Auf keinen Fall die empfohlenen 95 Prozent und die Zahlen der Masern-Impfungen im Gesundheitsamt bei uns sind gleichbleibend. Unabhängig jetzt, ob es Fälle gegeben hat oder wie viele Fälle es gegeben hat. Wir haben 2024, 200 Stück Masern-Mumpsimpfungen verimpft und 25 werden wir auch ziemlich genau wieder auf die gleiche Zahl kommen. Das heißt, es ist keine Tendenz von rückläufig oder ansteigend noch feststellbar. Viele wollen sich deswegen überhaupt nicht mehr impfen lassen.
E 2	Nein. Oder sagen wir so, sie wird knapp darunter sein.
E 3	Sie entspricht nicht einem von 95 Prozent. Ich schätze die Durchimpfungsrate zwischen 90 und 94 Prozent bei den Erwachsenen ein, bei den Kindern bzw. Jugendlichen bis 15 Jahren schätze ich sie mit ca. 50 Prozent ein.
E 4	In meiner Ordination habe ich 95 Prozent bis zum zweiten Lebensjahr.
E 5	Also es sind sicher nicht 95 Prozent. Ich würde so ausgehen, irgendwas um die 60 bis 70 Prozent, 60 Prozent so in der Richtung. Es gibt diese eine Gruppe von Menschen, wo es überhaupt noch keine Impfung gab. Ich sage jetzt einmal so alt wie ich bin, also so in die 60er rum oder so. Wir hatten ja alle Masern. Da gab es ja noch keine Impfung in den 60er Jahren. Und da gibt es einen Schutz durch die Leute, die die Masern hatten. Und dann kam ja so eine gewisse Lücke, wo die Masernimpfung noch nicht so propagiert war. Und da gibt es für mich also schon eine Lücke drinnen. Und es gibt

	<p>auch immer wieder noch junge Leute, die eben, wo ich das eben sehe, die so um die 20er rum sind, die eine Tätigkeit im Gesundheitsberuf oder in Gruppeneinrichtungen oder so machen möchten und wo auch die Impfung gefordert wird. Da gibt es viele, die nicht geimpft sind. Und von den Älteren sowieso, weil die sagen, ich habe es eh gehabt. Ja, also ich würde sagen, 60 Prozent ist eh schon viel.</p>
E 6	<p>Die Durchimpfungsrate ist in den verschiedenen Jahrgängen unterschiedlich. Grundsätzlich kann gesagt werden, dass eine annähernd 95%ige Durchimpfungsrate erst deutlich verspätet, oft erst mit den Schulimpfungen, erreicht wird. Zusätzlich erschwert der Zuzug die genaue Beurteilung, da ein reines Fortschreiben der Jahrgänge nicht genügt. Erst ein durchgängiger Eintrag in den e-Impfpass würde hier Abhilfe schaffen.</p>
E 7	<p>Anhand der Abrufzahlen in kostenfreien Kinderprogramm sieht man, dass die Durchimpfungsraten generell in Österreich auf zu niedrigem Niveau stabil sind. Hier beobachten wir aber keine deutlichen Abnahmen der Zahlen, die genauen Zahlen können den Berichten auf der Website entnommen werden. Aufgrund des Ausbruchsgeschehens in den letzten Jahren gibt es teils sogar steigende Durchimpfungsraten.</p>

Frage 4	Impfskepsis: Halten Sie Impfskepsis generell für ein zunehmendes Problem in der österreichischen Bevölkerung?
E 1	<p>Ja, ich denke, seit es diese Impfpflicht kurzzeitig einmal gegeben hat, hat sich die Impf-Skepsis massiv erhöht und es wird jede Impfung dreimal hinterfragt, meistens betreffend dieser Standard-Impfungen. Aber keiner hinterfragt eine Reise-Impfung. Wenn wer Reisen macht, ist eine Lebendimpfung überhaupt kein Thema. Aber ich diskutiere mit Personen oft über diese fünf Jahre Tetanus-Auffrischung, ob das wirklich notwendig ist. Das sind lange Diskussionen, wohingegen eine Geldfieber-Impfung keine Diskussion auslöst.</p>
E 2	<p>Ich weiß nicht, ob die Skepsis allein das Problem ist. Ich glaube, es ist auch eine Mündigkeit damit verbunden. Und auch einen Informationsmangel, dass sie besser informiert gehören. Ich halte es darüber hinaus für ein Problem, dass sie nicht die Gruppe sehen, warum sie das machen müssen, sie sehen sich als Individuen. Und daher handeln sie in ihrem Interesse und nicht im Interesse der Gruppe.</p>
E 3	<p>Ja.</p>
E 4	<p>Prinzipiell, so wie ich es früher gesagt habe, schon. Also ich glaube halt vor allem in der sogenannten akademisierten Welt, da ist es glaube ich schon durchaus ein Thema. In der Normalbevölkerung, also wenn man mit den Leuten gescheit redet, glaube ich, ist es kein Problem. Aber wenn man mit den Leuten nicht redet, wenn man ihnen die Aufklärung über irgendwelche Medien überlasst oder so, das wird das schon ein Problem werden. Vor allem auch, weil die Leute die Erkrankungen nicht mehr kennen. Wir haben ja selten</p>

	<p>Masern oder im unmittelbaren Umfeld an Masern Erkrankte. Daher kennt man jetzt nicht so viele Leute mehr, die mit Masern so schwer erkranken, das ist ja das Problem. Das ist nicht so präsent. Und dann denken sie sich, warum soll man das tun? Das ist schon ein Thema.</p>
E 5	<p>Ja, absolut. Es werden in den sozialen Netzen sehr viele Halbwahrheiten und Unwahrheiten verbreitet. Also ich höre immer wieder, ja, die Impfungen führen zu erhöhten Allergieraten bei den Kindern. Gerade bei der Masernimpfung ist mir das halt aufgefallen. Das war auch so in der Corona-Zeit. Ja, da sagen dann die Leute, das ist ja ein Lebendimpfstoff und der ist ja sehr gefährlich, weil das ist ein Lebendimpfstoff. Und da wird ja dann, das ist so ähnlich wie bei Corona, da wird einem dann irgendein Chip eingepflanzt. Also es kommen ja die wüstesten Theorien, ja, auch zum Beispiel, dass gerade nach der Masernimpfung so eine hohe Komplikationsrate nach der Impfung sein sollte, lässt sich ja auch nicht belegen durch keine einzige Zahl. Also da gibt es die Leute sagen, ja, ich habe da gehört, da gibt es einen Fall, da hat ein Kind eine Masernimpfung bekommen und seitdem ist es schwerstbehindert. Und alle diese Unwahrheiten werden dann halt auch, also sozusagen verteilt.</p>
E 6	<p>Während der Covid 19-Pandemie ist in einem beträchtlichen Anteil der Bevölkerung das grundsätzliche Vertrauen in Institutionen gesunken. Studien sprechen davon, dass 20 % der Bevölkerung durch die sogenannten Mainstream Medien - und damit oft auch für verlässliche wissenschaftsbasierte Gesundheitsinformationen nicht mehr erreichbar sind. Dies trifft auch für Impfungen zu.</p>
E 7	<p>Die Skepsis ist in der Tat ein großes Thema. Wie gesagt dürfte es hier bei einzelnen unterschiedlichen Impfungen starke Unterschiede auch in der Wahrnehmung der Bevölkerung geben und die Skepsis dürfte in meiner Wahrnehmung geprägt sein von Falschinformation im Internet und durch die sozialen Medien.</p>

Block 2: Herausforderungen und Barrieren

Frage 5	Spezifische Bedenken: "Wenn wir uns auf die MMR-Impfung konzentrieren: Welche konkreten Bedenken oder ablehnenden Argumente bringen Eltern oder PatientInnen in Österreich am häufigsten vor? Können Sie dazu ein aktuelles Beispiel nennen?"
E 1	Meine Mama hat auch Masern als Kind gehabt. Alle Menschen haben oder viele haben Kinderkrankheiten durchgemacht und das hat das Immunsystem gestärkt.
E 2	<p>Also ich habe weniger Bedenken der Patienten, was die erste Impfung betrifft. Aber es ist halt auch einmal eine Tatsache, dass es mit einer Lebendimpfung, dass es eine relativ hohe Ansprechrate mit der ersten Impfung gibt. Und es ist für viele nicht verständlich, warum sie dann die zweite Impfung nur für ein paar Prozent Impfversager flächendeckend machen müssen. Und das ist für mich auch verständlich.</p> <p>Wenn ich social media und da besonders Telegramm höre, dann weiß ich schon, dass da viele Fehlinformationen sind. Also ich habe sicher eine Auswahl an Patienten, an sehr mündigen Patienten. Ich bin Wahlärztin, die Leute müssen dafür bezahlen, dass sie zu mir kommen. Ich arbeite viel in der Prävention. Das heißt, die Leute bezahlen auch dafür, dass sie gesund bleiben. Das heißt, sie tun auch, was ich ihnen rate.</p>
E 3	Meiner Meinung nach sind das in erster Linie unbegründete Behauptungen , z.B. dass Masern-Impfungen Autismus auslösen können, was natürlich nicht stimmt. Es geht um die Ängste, die durch die sozialen Medien geschürt werden, bezüglich seltener

	<p>Impfschäden. Ich nenne es subjektive und philosophische Gründe, um Impfungen entsprechend abzulehnen. Aber im Vordergrund stehen sicherlich auch falsche Informationen, vor allem durch die sozialen Medien.</p>
<p>E 4</p>	<p>Also in der Masern-Mumps-Röteln-Impfung, das betrifft ja vor allem die Säuglinge, also die Ein- bzw. Zweijährigen. Und da gibt es manche Eltern, also wirklich selten solche, die dann halt irgendwelche Allergien z.B. Hühnereiweißallergien und sowas ins Spiel bringen, weil sie halt, was sie das wo gelesen haben oder weil die Kinder ihre Neurodermitis haben oder was weiß ich was. Das kann man in der Regel nicht immer, aber manchmal ausräumen. Und sehr viele haben einfach, wissen nicht warum, die haben einfach eine Impfskepsis. Die wollen einfach nicht impfen, weil sie einfach nicht impfen wollen. Und da sagen sie ja nicht woher. Sie sagen ja, ich kenne einen, der hat einmal was gehabt. Ohne konkrete Argumente. Das ist echt schwierig. Das sind manche. Und das betrifft aber vor allem so pseudogebildete Leute, die sich halt Informationen von irgendwo hernehmen. Ich weiß nicht woher. Ich mache bei jedem Kind eine Aufklärung, und ich bespreche das ja, was das bedeutet und was man damit verhindern kann und wie es funktioniert. Und wenn man das wirklich gut macht, glaube ich, habe ich wirklich bei meinen Kindern 95 Prozent. Das hat mich selber gewundert, aber ich habe sie wirklich durchgezählt.</p>
<p>E 5</p>	<p>Also das wäre jetzt eh dieses aktuelle, dieses Beispiel mit den einzelnen Fällen oder mit dem Lebendimpfstoff. Also das ist einmal, das ist der Lebendimpfstoff, das sind schwerwiegende Impfkomplicationen, die Zunahme der Allergien und natürlich jetzt schon auch, muss ich auch sagen, also das hat ja auch mittlerweile, es ist ja auch eine gewisse ideologische Frage, es gibt ja jetzt auch immer mehr Menschen, die Impfungen generell ablehnen. Das hat seit Corona zugenommen. Also da gibt es Leute, die sagen</p>

	einfach, ich will keine Impfung, ich will mich nicht von irgendjemandem bevormunden lassen, was ich da tun muss und so weiter.
E 6	Es wird gelegentlich das Argument geäußert, dass die Erkrankung nicht so schlimm sei (speziell im Zusammenhang mit abgelehnten Umgebungsmaßnahmen) bzw. dass die Anzahl der Impfungen für Kleinkinder zu hoch sei.
E 7	Die häufigsten Sorgen, die bei mir hereinkommen, sind immer noch die Sorgen, dass es sich um eine Lebendimpfung handelt, und dass womöglich Erkrankungen wie Autismus verursacht werden können, auch, dass die Impfung ja gar nicht notwendig ist, weil ja die Masern nicht mehr vorkommen würden. Hier hat man schon den Eindruck, dass soziale Medien und das Internet eine große Rolle spielen.

Frage 6	Interne Herausforderungen: "Welche internen Barrieren sehen Sie, die das Erreichen einer hohen Impfquote erschweren? Denken Sie dabei an administrative Hürden, Dokumentation oder zeitliche Ressourcen für die Aufklärung?"
E 1	Administrative Hürden sind hoch , egal ob es jetzt um Bestellung, um Planung, um zur Verfügung stellen von Impfungen geht. Die zeitlichen Ressourcen für die Aufklärung sind überschaubar durch diese Impfaufklärungsblätter mit den Scan-Möglichkeiten. Wir bieten eine extra Aufklärung an, machen es aber nicht automatisch bei jedem Impfling. Weil er ja mit der Unterschrift eigentlich schon bestätigt, dass er aufgeklärt wurde über die Impfung. Wenn jemand Fragen hat, geht es im Rahmen der Impfung, wird er einfach noch einmal aufgeklärt. Und wenn wir jetzt an skeptische Patienten denken, wo beim Impfpass zum Beispiel auffällt, im Rahmen der Impfstatus-Evaluierung, dass kein ausreichend MMR-Impfschutz besteht, braucht man zusätzliche Zeit für Gespräche, um dem

	<p>Patienten eine MMR-Impfung darzulegen. Im Rahmen einer reisemedizinischen Beratung, wenn ich eine MMR-Impfung empfehle, entscheiden sich viele dafür, wenn es sich zeitlich überhaupt noch ausgeht vor der Reise. Einen Teil dieser Beratung machen bei uns ja auch schon die Mitarbeiter. Das heißt, die haben ja den Auftrag, wenn sie jetzt einen Impfpass in die Hand kriegen, und das sind junge Patienten, 80er Jahre, 90er Jahre, die sollen ja auch denen gleich, wenn die zu einer Zeckenimpfung kommen, sagen wir bitte, uns ist aufgefallen, es gibt keinen Maser-Mumps-Rötel-Impf-Eintrag. Wird das angenommen? Im Rahmen einer Reise ja, sonst nicht. Die sich vorher schon nicht impfen lassen wollten, die haben da auch keine Einsicht, aber im Rahmen der Reise schon. Weil es auch in den Medien wieder immer publiziert wird, dass man am Flugzeug oft Kontakt oder am Flughafen Kontakt mit Personen hat, die können Sie sich erinnern, die Personen müssen dann in Quarantäne gehen, das wäre gescheit, wenn sie häufig reisen.</p> <p>Also es ist das Reisen und die Quarantäne, das sind Argumente, die Leute impfen lassen, aber es ist nicht der eigene Gesundheitsaspekt. Herdenschutz vielleicht ein bisschen bei Großeltern, wo kleine Enkelkinder vorhanden sind, wobei die Großeltern in einem Alter sind, das sie wahrscheinlich eh gehabt haben, die können sich eher impfen oder sind eher bereit, sich zu schützen und den Enkel zu schützen, als Eltern, die ihre Kinder schützen sollten.</p>
<p>E 2</p>	<p>Dass Titer-Kontrollen nicht bezahlt werden, zum Beispiel. Dass man wirklich filtert, wer braucht noch eine bzw. die zweite MMR-Impfung und wer nicht.</p> <p><i>Zeitliche Ressourcen für die Aufklärung?</i> Da ich eine Wahlarzt-Ordination bin und die Leute extra dafür kommen, dass sich jemand</p>

	<p>Zeit nimmt und ihnen das erklärt, lebe ich davon. Das ist immer den Vorteil, weil ich diese Zeit biete.</p>
E 3	<p>Naja, das eine ist, dass Impfungen niederschwellig angeboten werden sollten und müssten und dass die Öffentlichkeitsarbeit sicherlich noch einen großen Teil, vor allem was die Masern-Impfungen betrifft, dazu beitragen muss. Impfungen bei Erwachsenen, die aktuelle Masern-Fälle betreffen oft auch ungeimpfte Erwachsenen.</p>
E 4	<p>Ich denke, gerade diese Gratisimpfungen sind super organisiert, es funktioniert gut, aber man kann es immer besser machen. Man kann sagen, okay, aber eigentlich sehe ich da überhaupt keine Barriere derzeit. Also der BBG-Shop sollte einfacher geregelt wären, dass man nicht da und da rausfällt. Also für uns momentan ist die Bestellung über die Apotheken völlig problemlos und komplikationslos, weil da macht die Assistentin auf den kopierten Zettel die Teilnehmerzahl drauf und 50 MMR zum Beispiel, und sie faxt es dann. Und dann kommen die am nächsten Tag. Wenn der BBG-Shop einfacher gemacht werden würde und alltagstauglicher wäre, glaube ich, wäre das sowieso auch kein Problem. Aber momentan ist die Bestellung, so wie wir es haben, leichter.</p> <p>Und von der Aufklärung, also wenn du das jetzt honoriert kriegen würdest, extra noch, weil so kriegt man eigentlich nur den Stich honoriert, wenn man mit dem Stich finalisiert, aber das Aufklärungsgespräch mit den skeptischen Eltern kriegst du nicht bezahlt. Das wäre ein Anreiz natürlich. Ich meine, dass man Impfaufklärung verbuchen kann, das fordern wir schon seit Jahren in der Fachgruppe und überall und über das Impfreferat, dass wir Impfaufklärungsgespräch oder eine Überprüfung des Impfstatus, dass man es auch honoriert kriegt als Position, als</p>

	<p>Leistung, das wäre natürlich super, fordern wir auch, ist bis jetzt nicht gelungen. Weil das ist ja auch das, wir klären oft auf und es kommt ja dann nicht zur Impfung. Und das ist ja eigentlich das Hauptproblem, weil die, die problemlos zu impfen sind, da brauchst du nicht viel aufklären. Aber es gibt ja genau die, mit denen man immer wieder redet und immer wieder und dann immer wieder nichts. Und überlegen wir es bis zum nächsten Mal. Und dann kommt das noch einmal und dann wieder. Und da kriegst du nichts dafür. Null. Wenn du das dritte Mal im Quartal kommst, kriegst du nicht einmal für die Ordination was. Deshalb machen ja das auch wenige Leute, weil im Erwachsenenbereich, glaube ich, da hat ja keiner die Zeit, sich ewig damit auseinanderzusetzen. Bei uns ist es noch, wie gesagt, bei den Kinderimpfungen funktionieren, glaube ich, eh nicht so schlecht.</p>
<p>E 5</p>	<p>Also da muss ich mich jetzt natürlich ein bisschen auf das verlassen, was ich von meinen Kolleginnen und Kollegen, die im Impfkonzept drinnen sind, mir erzählen. Also die müssen da eine doppelte Buchführung machen. Ich selber klebe es in den immer noch vorhandenen Papierimpfpass ein und stelle es in den E-Impfpass. Und das ist für mich wenig administrativer Aufwand. Also die Impfaufklärung macht man natürlich mündlich und dann administrativ ist es eigentlich nur in den E-Impfpass einzutragen und in meine Ordinationssoftware. Die Kolleginnen vom Impfkonzept müssen noch einen Schritt dazu machen. Die müssen das ja auch dann melden für das Land Kärnten. Also man trägt das auf die Datenbank, auf die Gesundheitsdatenbank von Land Kärnten ein und kriegt dann eben automatisch das Honorar. Also diese Doppel-Dokumentation sollte in den nächsten ein, zwei Jahren wegfallen. Da läuft eben gerade ein Pilotprojekt. Weil ich habe mir bis jetzt gedacht, na gut, für mich ist das einfach zu viel administrativer Aufwand. Ich impfe einfach keine Kinder und die paar, die da kommen, das ist für mich ein zu hoher administrativer Aufwand.</p>

	<p>Wenn das allerdings dann so ist, dass es nur mehr, also ein Schritt mit E-Impfpass eintragen und der zweite Schritt dann schon mit erledigt ist, dann ist das natürlich sehr angenehm.</p> <p>Patienten, die halt diese ideologischen Fragestellungen haben und die oft einen erhöhten Aufklärungsbedarf haben. Man bekommt ja für die Aufklärung sozusagen, nichts bezahlt, bloß für den Stich, wenn man mit dem Stich finalisiert. Aber wenn man da jetzt Aufklärungs- oder Überzeugungsarbeit leistet, dann ist das sozusagen kostenfrei für den Patienten. Und daher ist es wahrscheinlich schwierig für manche Kollegen, die sehr enge Zeitslots haben, sich die Zeit zu nehmen, um Impfaufklärungen durchzuführen. Bei dem zunehmend schwieriger werdenden Klientel, weil man merkt dann ja auch, also es gibt eine bestimmte Gruppe von Menschen, die kannst du auch durch eine Impfaufklärung nicht überzeugen. Das ist so festgefahren im Kopf, also ich sage ja, das ist mittlerweile zum Teil sogar schon ideologisiert. Ich habe jetzt auch schon Jugendliche, die zu mir kommen, die Kinder solcher Eltern sind, und die zu mir kommen und sagen, sie möchten sich impfen lassen, bitte. Sie sind nicht der Meinung ihrer Eltern, die sind oft so 17, 18, wenn sie anfangen, sich um ihren Berufsweg zu kümmern. Und dann gibt es Leute, die sind einfach ganz, ganz, also die kriegt man nicht mehr, die sind verloren. Aber es gibt schon etliche, mit denen man dann sehr gut sprechen kann, denen man auch erklären kann, was es für Komplikationen gibt, und, und, und, und, und dass es eben nicht stimmt, was kolportiert wird über die schwerwiegenden Nebenwirkungen und so weiter. Aber wie gesagt, also dieses Ausklärungsgespräch wird nicht honoriert und läuft einfach, ja, genau so wie jeder Ressourcen hat.</p>
<p>E 6</p>	<p>fehlende separate Impfzeiten bei niedergelassenen Ärztinnen beschränkte Termine in öffentlichen Impfstellen, Schwierigkeiten bei der Anmeldung,</p>

	in den Schulen fehlende Nachholtermine direkt an der Schule bei Versäumen des regulären Impftermins
E 7	Ich denke eines der größten Hürden derzeit ist, dass unsere Impfprogramme in Österreich derzeit unterschiedlich organisiert sind, dass es für die Anwender, also sowohl Ärzte als auch die zu impfen Menschen mitunter schwierig ist Überblick zu behalten, welche Impfungen man vor zu welchen Bedingungen und wo bekommt und hier wäre es mittel- und langfristig wünschenswert, die im Programme österreichweit einheitlich abzuwickeln.

Frage 7	Impflücken bei Erwachsenen: "Die aktuellen Masernausbrüche betreffen oft auch ungeimpfte Erwachsene. Wie adressieren Sie dieses Problem in Ihrer Arbeit, und welche besonderen Kommunikationsschwierigkeiten ergeben sich in dieser Altersgruppe?"
E 1	Im Rahmen eines Ausbruchs wird immer wieder medientechnisch auch die vulnerable Bevölkerungsgruppe angesprochen, mit dem Aufruf sich doch impfen zu lassen. Ich erinnere mich an 2018 und unseren Masernausbruch, wo wir versucht haben, über alle möglichen Kanäle das zu mobilisieren und die Ausbeute war sehr gering. Das heißt, die Personen, die jetzt nicht von diesem Fall betroffen waren oder von diesem Ausbruch betroffen waren, da sind vielleicht zehn Personen dann gekommen, die sich schützen lassen wollten. Also sehr schwer zum Herankommen. Das heißt, es liegt kein Bewusstsein eigentlich vor für die Erkrankungen , für die Auswirkungen der Erkrankungen in der Erwachsenengesellschaft. Es sind ja auch sozusagen keine schweren Masernerkrankungen bekannt aufgrund des langjährigen Masernschutzes in Österreich. Man hat als Erwachsener keine Kinder gesehen, die an Masern schwer erkrankt oder verstorben sind. Man hat da irgendwie eher so

	<p>die Schafblattern-Kinderkrankheit im Kopf und das ist halt für ein paar Tage und dann hat man das erledigt und hat seinen Schutz und so. In ungefähr stellt man sich anscheinend auch Masern vor. Es fehlt das Bewusstsein über die schwerwiegenden Auswirkungen einer Masernerkrankung.</p>
<p>E 2</p>	<p>Also ich habe einen Schwerpunkt auf Impfungen bzw. Impfpasskontrollen. Das Problem ist manchmal, dass die einfach die Impfpässe verloren haben, vergessen haben, dass man nicht mehr nacherheben kann. Dass man nachanrufen müsste zur Behörde, ob da irgendwas aufgezeichnet ist und das tut dann keiner mehr. Dafür ist die Wahrscheinlichkeit, Masern zu bekommen, zu gering.</p> <p><i>Und wenn jetzt zum Beispiel ein Masernausbruch in Ihrer Gegend gerade aktuell ist, machen Sie die Personen vermehrt darauf aufmerksam? Ändert sich dann die Bereitschaft für Impfungen? Ja, auf jeden Fall.</i></p>
<p>E 3</p>	<p>Naja, die Probleme sind diese, dass von den jetzt nachkommenden jungen Erwachsenen die Masern gar nicht mehr wahrgenommen werden bzw. wissen die meisten nicht, was Masern wie ein Krankheitsbild darstellt und auch welche Komplikationen, Lebensbedrohliche Komplikationen daraus entstehen können. Deshalb ist es auch schwer, die Kommunikation diesbezüglich zu forcieren. Entsprechend wäre eine Informationskampagne sicherlich sehr förderlich. Wenn ich nur daran erinnere, dass wir unter Anführungszeichen Weltmeister beim Zeckenimpfen sind, so hat sich diese Propaganda, diese Öffentlichkeitsarbeit sehr etabliert. Jeder hat das Bild von einer großen Zecke am Plakat vor sich und auch deshalb ist die Durchimpfungsrate, was FSME betrifft, in Österreich dermaßen hoch.</p>

<p>E 4</p>	<p>Naja, also wir impfen immer wieder Eltern, aber es ist oft ein Zeitproblem. Wir sagen aber allen Eltern, besonders wenn sie das erste Mal kommen, sie sollen ihren eigenen Impfstatus auch überprüfen, ob der Impfstatus aktualisiert ist. Und dann sagen auch meine Assistentinnen, dass sie mit dieser MMR von uns auch geimpft werden können. Aber das ist jetzt kein Tagesgeschäft, nicht routinemäßig, auf Nachfrage schon. Also routinemäßig sage ich ihnen einfach, dass sie ihren Impfstatus überprüfen sollen, ja, und wenn sie keinen ausreichenden Impfschutz haben, dann machen wir es natürlich. Aber die haben ihn natürlich oft nicht mit. Dann sage ich, macht ihr es beim Hausarzt oder wie, oder ihr könnt ihn einmal mitbringen, aber das ist jetzt nicht so, dass ich alle anschauen kann, das geht sich zeitlich nicht aus, das ist unmöglich. Aber die, die darauf ansprechen, und sagen, ja, machen wir es beim nächsten Mal, bringen wir es mit, dann impfen wir natürlich, das ist ja keine Frage, ja.</p>
<p>E 5</p>	<p>Also das bringt schon was, also dass auch Masern tatsächlich eben eine schwere Erkrankung ist, dass es immer wieder Ausbrüche gibt. Und was ich jetzt auch erlebe, das ist eine interessante Personengruppe, und zwar das Bewusstsein, zum Beispiel bei Frauen, oder sagen wir jetzt bei Partnern mit Kinderwunsch steigt jetzt, dass man da geschützt ist. Also ich erlebe das jetzt auch immer wieder, dass zum Beispiel sogar Eltern von jungen Paaren zu mir kommen und sagen, meine Schwiegertochter hat gesagt, ich muss jetzt meinen Impfstatus überprüfen lassen, weil wir kriegen jetzt gleich ein kleines Baby in die Familie, und wenn ich da als Oma dazugehen möchte, dann will meine Schwiegertochter haben, dass ich geimpft bin. Also da dürfte irgendwas passiert sein. Ich glaube eher, dass die Pertussis der Auslöser war, die Pertussis-Fälle des letzten Jahres. Aber das Ganze ist natürlich dann auch beim Masern so, dass da die Impfbereitschaft bzw. auch die Frage nach der Impfung und bitte schauen Sie mal meinen Impfpass durch und so,</p>

	<p>das nimmt da zu. Ich weiß nicht, wem wir das zu verdanken haben, wahrscheinlich den Gynäkologinnen und Gynäkologen, die da mehr Aufklärung werden. Das bemerke ich als sehr positiv. Und natürlich dann auch, ja, also es ist ja natürlich auch klar, dass es schon auch in den Medien dann kolportiert wird, wie die Masernfälle verlaufen und dass das zum Teil intensivpflichtige Geschichten sind, da kriegen die Leute dann schon ein bisschen Angst und kommen, sich impfen lassen.</p>
E 6	<p>Bei Impfpasskontrollen im Zusammenhang mit anderen Impfungen Impfangebote bei Großveranstaltungen schaffen neben den dort erfolgten Impfungen auch Awareness (u.a. durch mediale Aufmerksamkeit) in Schulen im Zusammenhang mit dem Auftreten von Fällen (Information für Lehrkräfte und Eltern bei vor Ort Erhebungen, über Infoblätter, die von Schulen über deren Messenger-Kanäle, wie Schoolfox weitergeleitet werden) Interviews zu Fällen Podcasts</p>
E 7	<p>Um Erwachsene zu erreichen, stellen wir zum einen Impfungen gegen MMR auch für Erwachsene gratis bereit. Dennoch ist natürlich auch ein essentielles Problem, wie diese Menschen mit den gratis Impfungen auch erreicht werden können. Wir bemühen uns sehr stark mit gezielter Stakeholder-Kommunikation hier auch die notwendigen Personengruppen zu erreichen.</p>

Block 3: Aufklärung und Kommunikation

Frage 8	<p>Erfolgreiche Kommunikation: "In welchen Situationen gelingt es Ihnen am besten, skeptische Patient*nnen von der Notwendigkeit der MMR-Impfung zu überzeugen? Welche spezifischen Argumente oder Kommunikationsstrategien haben sich für Sie als besonders effektiv erwiesen?"</p>
E 1	<p>Am leichtesten geht es im Rahmen eines Falles bei der Kontaktpersonenerhebung. Das heißt, ungeschützte Kontaktpersonen, die sich mit einer Abriegelungsimpfung aus der</p>

	<p>Quarantäne rausimpfen, sind impfbereit. Es ist sozusagen die Quarantäne ein wichtiges Argument. Das ist das Epidemiegesetz.</p> <p>Großeltern würden sich eher noch impfen lassen für die Enkelkinder. Es geht vielleicht noch berufsbedingt, wenn der Arbeitsplatz in einem sensiblen Bereich ist. Da ist die Überzeugungsrate auch noch höher. Aber ansonsten fällt mir jetzt nichts ein.</p>
<p>E 2</p>	<p>Wenn Sie Kinder haben. Weil wie gesagt, Kinder sind, glaube ich, das wertvollste Gut, was jeder von uns hat, vor allem, wenn es die eigenen sind. Und wenn es darum geht, dass es dem Kind gut geht, da ist immer auf der einen Seite die Angst, dass die Impfung dem Kind schaden würde. Und auf der anderen Seite, was macht die Erkrankung und wie groß ist die Wahrscheinlichkeit, dass die jemals eintritt. Bei der Impfung ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass ich jetzt eben eine Nebenwirkung habe oder was auch immer, wobei ich eine Masern-Mumps-Röteln-Impfung als relativ gut verträglich empfinde. Und die Wahrscheinlichkeit, dass die Erkrankung wirklich eintritt und dass da dann wirklich eine schwere Komplikation ist, ist halt sehr gering. Und die Bereitschaft ist aber dann höher, wenn das Ganze aktuell ist, wenn ein Ausbruch ist. Oder wenn sie es wirklich sehen, dass Komplikationen sein können.</p>
<p>E 3</p>	<p>Die besten Argumente sind, den Patienten zu sagen, dass ich sie nicht überzeugen will, sondern ich will sie informieren und wichtig ist auch, die Meinung von anderen, von Impfskeptikern zuzulassen. Jedoch erweisen sich ja die Gründe, warum sie sich nicht impfen lassen, meist als unrichtig, man kann mit Evidence-Based-Faktoren da sehr, sehr gut entgegenwirken.</p>

<p>E 4</p>	<p>Zum Beispiel, ein Anlassfall wäre zum Beispiel eben eine Masern-Situation in der Umgebung, wenn es wirklich ein Masernfall wäre. Dann ist natürlich klar, dass wir alle, die nicht geimpft sind, wo wir das merken, dass wir die nochmal ansprechen und sagen schon, es ist gerade in der Umgebung, es ist hoch ansteckend, wenn sie nicht geimpft sind, das Kind muss drei Wochen daheimbleiben oder wenn es einen Kontakt hat. Also die, die das tatsächlich übersehen haben, die sagen, ich habe vergessen, das ist ja keine Frage, die kommen dann schon, aber die wirklichen Impfgegner, da ist es schwierig. Für manche ist das dann die Quarantäne ein Argument, wenn sie dann vielleicht schon tatsächlich in der Schule sind, dann kommen sie ja plötzlich, oder manche kommen ja dann tatsächlich im Schulalter und sagen, ja, jetzt lasse ich impfen. Aber für manche ist das Daheimbleiben, der Ausschluss aus der Öffentlichkeit, dass sie dann wirklich daheimbleiben müssen, das ist schon ein Argument, aber nicht für alle. Und sonst, ich muss ehrlich sagen, aus der Praxis heraus, einen Impfgegner umzustimmen, ist schwierig, du kannst Studien anführen, du kannst ihnen ein Bild zeigen von schwerstkranken Kindern, das ist irgendwie wurscht. Vertrauensbasis, dass die Leute, sie kommen ja auch zu dir mit den Erkrankungen, mit ihren allmöglichen Fragen, und da muss man auch sagen, also, wir sind ja auch die Experten in der Prävention, in der Impfprävention, und da müssen sie uns auch glauben, oder sollten sie uns genauso glauben und vertrauen, ja. Also, wenn du das Verhältnis aufgebaut hast, dann geht es, glaube ich, am ehesten. Aber auch nicht immer. Es gibt Leute, die kommen wegen allen zu dir, aber die Impfung verweigern sie.</p>
<p>E 5</p>	<p>Also, wie gesagt, also die günstigste Situation ist sicherlich die, wenn über die Medien zum Beispiel verbreitet wird, dass Masern eine gefährliche Erkrankung ist, dass es so und so viele Ausbrüche wieder gegeben hat. Das ist einmal eine Situation, wo man die Leute dann, die kommen dann und fragen, ja, wie ist das und bin ich da</p>

überhaupt geschützt? Also, wenn das so über Medien so irgendwie geht, also das wäre einmal eine Situation. Zweite Situation, so wie ich gesagt habe, wenn es über die Gynäkologinnen, Gynäkologen und schwangeren Frauen oder Familien mit **Kinderwunsch** geht. Und dritte Situation ist jene Situation, wo Menschen **beruflich** in Betreuungseinrichtungen oder Gemeinschaftseinrichtungen oder Einrichtungen des Gesundheitssystems tätig werden und dann von dort ein Impfnachweis bzw. ein Titer auch verlangt wird, also ein Impfnachweis.

Und ansonsten, meine **Kommunikationsstrategie** ist immer die, mitzuteilen, dass Masern eine sehr **schwere Erkrankung** ist. Ich meine, das ist mit den hohen Komplikationsraten, mit der Gefahr der Enzephalitis. Ich erzähle dann auch immer die Geschichte, dass ich selber einen 18-Jährigen noch gesehen habe auf der Neurologie während meines Studiums. Der hatte diese Subsklerosierende Panencephalitis, der ist daran gestorben. Da kannst du nur zuschauen können, wie der gestorben ist, ohne irgendwas zu tun. Also ich erkläre das schon den Leuten auch immer und ich sage ihnen auch, dass wir schon mehr als drei Millionen Impfungen in Österreich eben sozusagen gegeben haben und dass es immer noch Todesfälle an Masern gibt, aber dass kein Todesfall an einer Impfung gegeben hat. Also so versuche ich die Leute dann halt aufzuklären. Das ist so meine Kommunikationsstrategie. Und natürlich, wobei das nicht immer so ganz zieht, weil doch jeder eher, vor allem die skeptischen Eltern oder auch die skeptischen Erwachsenen sind schon sehr ich-bezogen. Also mit dem Argument, naja, das ist ja für unser Volk auch gut, wenn wir da eine Ruhe durch Impfungsrate haben, das zieht eigentlich nicht so, das kommt nicht so gut an, weil das jeder steht doch für sich als erstes am Nächsten. Und also da komme ich eher so mit abschreckenden Beispielen oder mit erklären, wie schwer die Erkrankung verlaufen kann und so weiter. Also das ist eher das, was zieht. Also so diese Herdenimmunität, dieses Argument braucht man da nicht. Ja, mir

	kommt da in letzter Zeit sowieso vor, das ist anders geworden, dass man mehr auf sich schaut und nicht so auf die Familie und auf die Allgemeinheit.
E 6	Im Zusammenhang mit reisemedizinischer Impfberatung sind Personen besonders leicht von notwendigen Impfungen zu überzeugen im Zusammenhang mit Erkrankungsfällen - Hinweis auf allfällige Einschränkungen als ungeimpfte Kontaktperson siehe auch Frage 9
E 7	Bis jetzt konnten skeptische Personen in meiner Wahrnehmung am besten während Ausbruchssituationen mit der MMR Impfung erreicht werden. Am Ende des Tages ist auch immer faktenbasierte, einfache Kommunikation wichtig.

Frage 9	Rolle des Arztes: "Die persönliche Empfehlung des Arztes/der Ärztin gilt als der stärkste Faktor für die Impfentscheidung. Wie schaffen Sie es, in der oft knappen Zeit das notwendige Vertrauen und die Aufklärung zu leisten?"
E 1	In der Impfstelle im Gesundheitsamt haben wir das Glück, dass wir sehr viele Stammpatienten haben, die regelmäßig zum Zeckenimpfen, Tetanusimpfen kommen. Und wenn die jetzt im Rahmen dieser Impfung zusätzliche Information kriegen über zum Beispiel jetzt die Gratisimpfungen, funktioniert das recht gut, weil sie das Grundvertrauen schon haben. Sie kommen ja zum Impfen. Und wenn man Ihnen dann eine weitere Impfung empfiehlt, die für Ihre Altersgruppe aktuell gut wäre, wird das gut angenommen. Also das persönliche Vertrauensverhältnis sozusagen, es macht Sinn, wenn das vorher schon gegeben ist. Wobei das natürlich auch schon

	<p>die positive Einstellung zu Impfungen impliziert, dass überhaupt zu uns Impfen kommen.</p>
<p>E 2</p>	<p>Dass ich Ihnen auf Augenhöhe begegne, dass ich Ihre Bedenken ernst nehme. Dass ich auch selbst nicht nur sage, ja das muss sein, sondern dass ich auch differenziere. Dass ich sage, ja es gibt die Möglichkeit der Titerkontrolle, ob die eine Impfung gewirkt hat. Dass ich nicht sage, also Sie müssen jetzt diese zwei machen, ganz blind. Sondern dass ich einen Mittelweg suche und sage, eine gibt auch eine Möglichkeit der Titerkontrolle. Das wird gut angenommen.</p> <p>Also wie gesagt, ich habe eine homöopathische Ordination und da kann man zur Impfbegleitung Globuli geben, dass die Verträglichkeit besser ist. Also wie man sonst auch beim grippalen Infekt Globuli einsetzt und einfach eine symptomatische Therapie macht. So kann man da auch Impfnosoden dazugeben. Und es gibt den Menschen Sicherheit und auch, dass ich sage, ich wähle den Zeitpunkt jetzt nicht ganz starr nach Impfempfehlung, wann das sein soll. Sondern ich schaue, wann das Kind wirklich gesund ist, dass es keine Zahnung hat. Dass sie nur eine Impfung auf einmal bekommen, dass ich die Abstände zu anderen Impfungen gut einhalte. Das gibt den Menschen auch Vertrauen, dass ich schaue, ob das Kind an dem Tag jetzt wirklich fit ist für die Impfung. Und nicht so, wie es, wenn ich den strikten Impfplan mache, wie bei vielen Kinderärzten mehrere Impfungen gleichzeitig. Auch wenn das Kind gerade verschnupft ist, vielleicht ein Neurodermitisschub hat. Oder einfach offensichtlich ein bisschen aus dem Lot, weil es gerade irgendeinen Prozess durchmacht. Das heißt, es ist der Faktor Zeit für die sehr relevant, dass man sich die Zeit nimmt und mehr und mehr auch auf individuelle Bedürfnisse eingeht, das gibt den Eltern Sicherheit, dass sie das Gefühl haben, dass sie gesehen werden. Und das nicht nur noch Schema F ist für die Allgemeinheit.</p>

	Und das ist dieser Mittelweg, der dann viele Menschen dann doch noch bewegen kann.
E 3	Ich glaube, dass man sich die Zeit nehmen muss , um ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, damit die Entscheidung für die Impfung gemeinsam getroffen wird und dann kann man mit gutem Gewissen die Impfung durchführen.
E 4	Wir machen immer zweifach. Das heißt, meine Assistentinnen machen das schon, bevor ich die Kinder sehe. Fragen sie, klären sie eigentlich über die Impfungen einmal auf, oder sagen, was jetzt kommen würde, was anfallen würde, und ich sage es noch einmal. Und dann sind ja die Eltern eh schon mehr oder weniger ein bisschen vorinformiert oder vorgewarnt. Und dann ist es natürlich schon so, dass, wenn ich das als Arzt empfehle, noch einmal besser wirkt, als wenn es von woanders kommt. Aber ich glaube trotzdem, ein gutes Team , wo die, wo die ganze Ordi zusammenspielt und wo das Impfen positiv gesehen wird, schon im Vorzimmer und in der Ordination, das macht schon was aus, weil wenn da im Vorzimmer keiner was dazu sagt oder nicht aufklärt, oder vielleicht irgendwie das Ganze negativ behaftet, dann wird das natürlich nicht so gut laufen.
E 5	Also ich glaube, da kann man das Argument eh jetzt von der vorigen Frage her nehmen. Also das notwendige Vertrauen ist ja einfach schon durch die langjährige Beziehung, die man mit den Patientinnen hat, gegeben. Also es gibt ja Leute, die kommen zu mir aus dem Spital mit dem Arztbrief, mit einer vorgeschlagenen Therapie und setzen sich zu mir hin und sagen, ich nehme diese Sachen nur, wenn Sie damit einverstanden sind und wenn Sie mir sagen, dass ich das nehmen soll. Also das Vertrauensverhältnis ist sehr hoch . Das ist eigentlich eh immer da. Ja, und die andere Geschichte, die mache ich dann halt einfach, indem ich den Leuten

	halt das erzähle, auch wie es mir gegangen ist. Ich bin während meiner Masernerkrankung zehn Tage im finsternen Zimmer mit Kopfschmerzen gelegen. Das ist nicht so wie Schafblattern. Da ist man ja ganz gut drauf, bis auf dass das ein bisschen juckt. Aber bei Masern habe ich nicht einmal lesen können.
E 6	Hinweis auf Inanspruchnahme der Impfung durch einen selbst oder durch eigene Eltern oder Kinder.
E 7	Natürlich ist auch die persönliche Empfehlung des Arztes ein wichtiger Faktor für die Entscheidung. Insofern ist es uns besonders wichtig, die notwendigen Kommunikationsmaterialien und Informationen auch für Ärzte aufzubereiten, damit diese Werkzeuge für klare und einfache Kommunikation haben.

Frage 10	Umgang mit Masernfällen: "Angenommen, Sie sind mit einem akuten Masernfall in Ihrem Umfeld konfrontiert: Welche Maßnahmen oder Kommunikationsstrategien greifen dann, und wo sehen Sie die größten Engpässe in der österreichischen Melde- und Präventionskette?"
E 1	Fangen wir mit dem größten Engpass an, der Zeit . Wir kriegen oft die Kontaktpersonen derart spät gemeldet, weil das so kompliziert ist, diese Kontaktdaten zu erheben. Zum Beispiel der letzte Flugzeugfall, da haben wir die Kontaktpersonen nach einer Woche erst gemeldet gekriegt, was viel zu spät ist, um sie überhaupt noch abriegeln zu können. Und die sind dann eigentlich sofort auch in Quarantäne und haben auch keine Möglichkeit mehr, sich vorher zu testen bzw. impfen zu lassen. Das ist, glaube ich, der größte Engpass. Und die Maßnahmen bei einem Fall sind zwar definiert, man erhebt den Kontakt, die Enge des Kontakts, die Zeit des

	<p>Kontakts, ob das in der Inkubationszeit oder in der sensiblen Zeit stattgefunden hat. Und wenn keine Impfungen dokumentiert sind, und das ist leider sehr oft gerade bei den jetzigen Eltern, die eben diese Baujahre, 80er Jahre sind, sind sehr oft umgeimpfte Eltern dann dabei. Und die würden sich dann eben auch für weitere Kinder oder weitere Fälle nicht impfen lassen. Auch wenn sie aus der aktuellen Inkubationszeit schon draußen sind, besteht da auch keine Einsicht, dass das für weitere zukünftige Fälle sinnvoll wäre. Da kann man vielleicht noch argumentieren, dass es beim nächsten Kontakt dann eben zu keiner Quarantäne kommen würde, wenn sie das nachweisen können. Das geht vielleicht noch, aber da ist immer das Druckmittel Quarantäne.</p>
E 2	<p>Ich habe einmal eine Meldung gemacht bei irgendeiner meldepflichtigen Erkrankung an die BH. Das hat dann so ausgeschaut, dass ich drei Stunden lang Arbeit gehabt habe, die mir keiner bezahlt hat. Das heißt, wenn ich mir nicht ganz sicher bin, das ist dann so aufwendig, dass ich sage, dafür reicht mein Idealismus nicht mehr, auch mit der Erfahrung, die ich gemacht habe.</p>
E 3	<p>Die Frage kann ich schwer beantworten, weil ich ja keinen Umgang mit Masernfällen in meinem täglichen Umfeld habe.</p>
E 4	<p>Naja, wenn ein Fall ist, dann wird ja eh eigentlich gemeldet und dann werden wir ja eh informiert normalerweise. Und wir können ja in unserem Umfeld, werden dann halt die Leute kommen, gefragt, sind sie geimpft, sind sie nicht geimpft, oder? Wenn Infektkinder kommen, dann wird das halt noch strenger kontrolliert, dass Ausschlagkinder oder solche Kinder halt genau überprüft werden, ob sie einen Impfschutz haben oder nicht. Und wenn nicht, dann werden sie halt entweder zu einem eigenen Termin bestellt oder in ein anderes Zimmer oder wie auch immer geräumt. Also ich habe Gott sei Dank in meiner Ordi schon ewig keinen Masernfall mehr</p>

	<p>gehabt. Es wäre sowieso wichtig, dass man sich da untereinander noch mehr abstimmt bei einem bestätigten Fall, also die schnelle Information auf kurzem Weg, dass ich oder der Impferferent informiert wird und dass man das über die Ärztekammer relativ rasch aussenden kann. Wenn, dass man auf das halt achten kann. Die Medien sind halt, ich heutzutage auch schon relativ flott. Würde auf alle Fälle, also schneller, eine gute Kommunikationsstrategie als wichtig erachten.</p>
<p>E 5</p>	<p>Masern ist eine meldepflichtige Erkrankung. Also, ich würde sofort eine Meldung machen. Es gibt auch ein eigenes Formular. Also, man kann das ja eigentlich alles mit der E-Mail schon sehr gut machen. Das funktioniert ja eigentlich gut. Also, ein Engpass ist vielleicht, wir haben Masern nie mehr so häufig gesehen wie früher. Also, man sieht es nicht, man denkt vielleicht nicht so schnell dran. Also, da würde ich zuerst einmal beginnen, dass man da wieder sensibilisieren sollte, an Masern denken. Und wie schaut das aus und wie schaut dieses großflächige Exanthem aus und das im Mund und hohes Fieber und die Konjunktivitis und so. Also, dass man da die Sensibilisierung wieder ein bisschen steigert, auch bei meinen Kolleginnen und bei mir. Also, dass man an das denkt, dass man es dann sozusagen meldet, das ist klar. Und was mir halt wünschenswerter wäre, das kommt aber dann eh auch noch bei dieser Zusammenarbeit. Genau. Also, dass wir mehr Daten, schneller, mehr Daten vom öffentlichen Gesundheitswesen bekommen, wo sind die Ausbrüche, wie viel ist da jetzt, wie viele Menschen sind erkrankt. Also, dass man da einfach auch frühzeitig und rechtzeitig gewarnt werden. Viele Dinge erfahren wir dann oft erst aus den Medien. Aber wenn ihr halt einen speziellen Informationsweg habt, dann wäre das natürlich sinnvoll.</p>
<p>E 6</p>	<p>Siehe Punkt 8.</p>

	<p>Die größte Schwierigkeit besteht beim (zeitgerechten) Erfassen alle Kontaktpersonen.</p> <p>Eine bessere Datenverfügbarkeit im e-Impfpass würde durch Abfrage die Priorisierung der zu beratenden Kontaktpersonen erleichtern</p>
E 7	<p>Klare, einheitliche und einfache Vorgaben für alle sind wünschenswert sowie gut aufbereitete Informationsmaterialien, damit die Menschen verstehen, warum welche Maßnahmen gesetzt werden. Natürlich ist auch die Impfstoff-Verfügbarkeit immer ein Thema. Durch rollierende MMR-Impfstofflager in den Bundesländern seit 2019 gab es hier glücklicher Weise jedoch keine Engpässe mehr seit 2019.</p>

Block 4: Strategien zur Masernelimination

Frage 11	<p>Politische Instrumente: "Österreich setzt auf die kostenlose Bereitstellung der Impfung und Empfehlung. Wenn Sie die Wahl hätten: Welche strukturelle oder politische Maßnahme – neben der Empfehlung – halten Sie für die wirksamste, um die Maserneliminationsziele in Österreich definitiv zu erreichen? (z.B. ein verpflichtendes nationales Impfregister, stärkere Kontrollen, welche Anreize, Ausbau niederschwelliger Impfsettings, Schulimpfungen, Fokussierung inkl. Honorierung der Impfstaturevaluierung und Aufklärung, Remindersystem?)"</p>
E 1	<p>Ich denke, ein ganz wichtiges Konzept ist die Schulimpfung, wo niederschwellig, einfach für die Eltern auch ohne viel Aufwand und</p>

ohne viel Zeit eine Impfung für die Kinder möglich ist. **Niederschwellige Impfsettings** sind in der **Stadt** sicher gut möglich. Im **ländlichen Bereich** vermutlich schwieriger, außer **niedergelassene Ärzte**, die mit ins Boot geholt werden. Also ein **Hausarzt**, der impft, ist, glaube ich, sehr gut zu erreichen und öfters zu erreichen. Und wenn der noch ein Augenmerk legt auf den **Impfpass** und da jedes Mal empfiehlt, denke ich, wäre das auch aufgrund des **Vertrauensverhältnisses** schon sehr gut, dass da die Zahlen steigen könnten. Das **Remindersystem** haben wir eine Zeit lang gehabt in Klagenfurt für die FSME-Impfung. Das war sehr aufwendig von der Zeit, auch finanziell sehr aufwendig. Also das ist damals noch über den Postweg. Das war, also zwei Wochen war man damit beschäftigt, einfach diese Vorbereitungen zu treffen. Druckerei, alles Mögliche. Das ist aus finanziellen Gründen dann eigentlich eingestellt worden. Aber es fragen noch total viele Leute, warum es das nicht mehr gibt. Das war so praktisch. Man hat den Schrieb gekriegt, hat nicht nachdenken müssen, also ein Reminder, sei es jetzt mit Post oder vielleicht dann digital, wäre es sicher was, wo man die Impflücken verkleinern könnte.

*Glauben Sie, dass die Hausärzte das aus Zeit- und Kostengründen regelmäßig durchführen, so Impfstatus-Evaluierungen? Kann ich mir nicht vorstellen. Erstens gibt es einige Impfskeptiker unter den Hausärzten, wo es schon schwierig wird, auch bei uns in der Diskussion. Und ich glaube, dass die **Ressourcen** einfach nicht so vorhanden sind für ein **Beratungsgespräch**, ein Impfberatungsgespräch, ob das mit der Kasse abgerechnet werden kann, weiß ich nicht. Aber ich denke, es wird sich nicht auszahlen für den Hausarzt. Und Sie haben auch die Schulimpfungen angesprochen. Wären die Ihrer Meinung nach weiterhin gut angenommen, aufgrund der Impfskepsis der Eltern? Nein, leider nicht. Das ist rückläufig. Düfteln wir selbst herum, wie wir das*

	<p>verbessern könnten. Und es fehlt uns irgendwie die Idee, wie wir das wieder anheben könnten. Es wird nicht mehr so genutzt, wie es früher war. Auch aus dem Grund, weil die Eltern vermehrt anscheinend impfskeptisch sind, oder dass sie eher lieber zum niedergelassenen Arzt gehen, aufgrund des Vertrauensverhältnisses. Ich glaube, dass viele Eltern einfach auch nicht mehr deutschsprachig sind und diese Zettel, die verteilt werden für eine Impfung, einfach kognitiv nicht mehr verstanden werden. Also einerseits die sprachliche Barriere, und andererseits die Gesundheitskompetenz. Dass die zwei Bereiche in der jetzigen Elterngeneration relevant sind. Und eine Zeit lang war es auch sehr modern, sich bewusst dagegen zu entscheiden und das auch in der Elterngruppe dann zu publizieren: Ich lasse mein Kind nicht impfen.</p>
<p>E 2</p>	<p>Ich glaube, die Schulimpfungen sind wichtig, dass man das einmal wirklich dort abfängt. Und zweitens, dass man, wie gesagt, Honorierung der Impfpasskontrollen, dass das wirklich auch bezahlt wird, auch in allgemeinmedizinischen Ordinationen, weil dafür ist dann dort auch Platz. Und auch das Bezahlen der Titer-Kontrollen. Und die Möglichkeit, dass das dann anerkannt wird. <i>Was halten Sie von dem verpflichtenden Nationalen Impfregister, also dass alle Impfungen verpflichtend in ein Register eingetragen werden, in den Impfpass zum Beispiel?</i> Ja, wie gesagt, ich selber trage diese Impfungen immer ein, oder größtenteils ein. Aber, wie gesagt, das ist eine Zusatzarbeit, die man hat. Das funktioniert jetzt besser als voriges Jahr. Das ist arbeitsintensiv. Und wenn ich in einer allgemeinmedizinischen Ordination sechs Minuten für einen Patienten habe und dann jedes Mal in der ID-Austria einsteigen muss, das haut die halbe Zeit dann nicht hin. Das heißt, die Seite. Und dann muss ich noch so viele Statistikfragen beantworten, ob das jetzt am Arbeitsplatz ist, welches Impfsetting oder was auch ich, weil ich weiß, das dient nur einer Statistik. Dann ist das einfach zeitaufwendig. Und wenn ich nicht muss, mache ich es nicht. Das</p>

	<p>System gehört optimiert und besser honoriert. <i>Haben Sie daher ein Reminder-System in Ihrer Ordination?</i> Nein, aber ich schaue es mir jedes Mal ja durch, was ist ausständig. Weil das ist auch meine Rolle als Hausärztin, dass ich den Überblick habe, wann zu impfen ist und nicht die Eltern. Aber ich habe auch die Zeit. Ich brauche für den Patienten eine halbe Stunde und nicht sechs Minuten.</p>
<p>E 3</p>	<p>Anreize könnten sein z.B. Nudging, dass man sagt, wenn man den Impfstatus vollständig bekommt, man, keine Ahnung, 100 Euro Gutschein für, was auch immer, ein Fitnesscenter, für entsprechende medizinische Leistungen oder was auch immer. Das Problem ist, dass die wenigsten Ärzte Impfpässe kontrollieren, weil es ja erstens einmal nicht so viele Ärzte gibt, die sich bei Impfungen wirklich auskennen, und das Zweite ist, dass das natürlich Zeit nimmt und von der Sozialversicherung nicht gezahlt wird.</p>
<p>E 4</p>	<p>Also prinzipiell sind das eigentlich alles gescheitert, sondern das Wesentliche ist, glaube ich, so wie das steht, also ein Impfregister oder eine Impfpast, wo wirklich eingetragen wird, verpflichtend, wo vielleicht auch wirklich die Honorierung dann über den Eintrag funktioniert, weil, dadurch siehst du natürlich auch sofort niederschwellig, wer ist geimpft, wer ist nicht geimpft und dann könnte man natürlich mit Remindern arbeiten, das heißt, die, die nicht geimpft sind, die kriegen einen Reminder, das würde schon einen Sinn machen, die anderen Anreize, dass es kostenlos ist, dass es niederschwellig ist, das heißt, das haben wir eh, das kann jeder Arzt impfen, es kann in den Schulen geimpft werden, das soll natürlich weiter bleiben, aber ich glaube, das Wesentliche ist, dass man als Arzt sofort weiß, ist er geimpft, ist er nicht geimpft, ja, hat er einen Schutz, hat er keinen Schutz, und das geht nur mit einem Register, wo man das eintragen kann, natürlich betrifft das halt wieder erst die Zukünftigen, das ist eh keine Frage, aber</p>

	<p>irgendwann muss man ja anfangen mit dem. Ich frage auch nicht, sondern die werden einfach eingetragen. Auch zur Impfaufklärung gibt es sowieso so unterschiedliche Rechtsmeinungen dazu. Auch wenn du unterschrieben hast, bist du trotzdem als Arzt immer der Zweite.</p>
<p>E 5</p>	<p>Also für mich ist das eigentlich das wichtigste Instrument das Impfregister und das, was wir jetzt mit dem E-Impfpass eingeführt haben. Dieser E-Impfpass ist modern, ist gut und sollte eigentlich so weit ausgebaut werden, dass man vom E-Impfpass aktiv als Mensch einfach darauf hingewiesen wird, welche Impfung notwendig wäre oder welche Impfung jetzt wieder aufgefrischt gehört und mit einer Art von Erinnerungsfunktion. Ich denke mal, das ist ein recht modernes Instrument, auf das viele junge Leute auch ansprechen. Also wenn du einfach so eine alte WhatsApp-Nachricht oder was weiß ich was kriegst, Hallo, es ist jetzt wieder Zeit zum Auffrischen oder sie sind noch nicht fast angeimpft oder irgendwas, ja. Also ich glaube, da kann man schon also diesen elektronischen Impfpass verwenden und eben auch ein nationales Impfregister. Schulimpfungen sind sicherlich nach wie vor sehr wichtig, weil da einfach das niederschwellig passiert und die Kinder da einfach durchgehend geimpft sind. Wir haben es ja auch gesehen, dass zum Beispiel wie sozusagen der Zivildienst noch nicht eingeführt wurde und viel mehr junge Männer zum Heer gegangen sind. Da gab es bei den 18-Jährigen einfach diese Impfung über das Bundesheer und da auch viel weniger Impflücken. Das weicht sich jetzt alles ein bisschen auf, weil da gibt es dann halt einige, die dann da sozusagen einfach da nicht erfasst werden oder da nicht geimpft werden. Also ich halte von diesen Schulimpfungen schon sehr viel. Impfpflicht glaube ich nicht, dass es gut ist. Also wenn wir jetzt beim Politischen sind, da haben wir, denke ich mir, also ja, das ist ein zwiespältiges Thema. Ja, andere europäische Länder haben halt vor Schuleintritt oder vor Eintritt in Gemeinschaftseinrichtungen</p>

haben sie halt einen Nachweis über MMR-Impfung zu bringen.

Verlangt. Aber in Österreich wäre das glaube ich auch nicht durchsetzbar, gerade postpandemisch mit dieser, Österreich hat da glaube ich andere Mentalität. Was mir halt auffällt, das ist so eine demografische Entwicklung in Europa, ich weiß nicht, ob euch das sozusagen auch bei den Zahlen auffällt. Früher war ja in den Ländern des ehemaligen Ostblocks, also ich sage jetzt eben DDR, ehemaliges Jugoslawien, Bulgarien, Rumänien, die hatten ja diese, also so eine Impfpflicht. Also da kamen alle Leute, die sozusagen Jungen waren, bevor diese ganze Geschichte zerfallen ist, die sind alle dermaßen gut durchgeimpft. Also es war jetzt ein unendlich wieder eine Frau bei mir aus Bosnien, die gesagt hat, wir sind alles geimpft worden, uns hat gar keiner gefragt. Und da gibt es jetzt natürlich schon, auch bei rumänischen Kindern oder rumänischen Leuten, die auch zu uns kommen, da gibt es jetzt große **Impflücken** bei den Jungen, weil das System einfach abgeschafft wurde oder so eben nicht mehr funktioniert. Also man sieht schon, dass das was bringt. Wenn man sagt, okay, vor Schuleintritt, ich persönlich hätte da nichts dagegen. Das ist eine reine politische Frage. Also ich würde es klug finden, aber genau. Ja, gerade Rumänien hat irrsinnig viele Masernfälle, die haben 30.000 Masernfälle letztes Jahr gehabt. Und diese Einträge, die sozusagen nach Österreich kommen, hat man eben hier mal in der Statistik. Also die sind hauptsächlich Einträge, punktuelle, immer wieder aus Osteuropa. Und Rumänien eben und Südeuropa, das ehemalige Jugoslawien, also die bringen, da fahren viele nach Hause, auf Urlaub oder so, und bringen das dann halt mit, weil sie ihre eigenen Kinder nicht geimpft haben. Und das ist wirklich genau das Thema.

Also die Leute sind eher froh über den **E-Impfpass**, weil es kommen auch ganz viele, das kommt ja viel häufiger vor: Oh, beim Umsiedeln und den Impfpass verloren habe, keine Ahnung mehr, wo sich jetzt eigentlich alles geimpft bin, muss jetzt alles von vorn anfangen und

	so. Und ich glaube, dass die elektronischen Infos sehr gut angenommen werden. Misstrauen, das habe ich noch nicht erlebt.
E 6	<p>Videoaufklärung in verschiedenen Sprachen z.B. für Eltern vor Schulimpfungen</p> <p>Impfpasskontrolle und sofortiges Impfangebot bei Vorsorgemaßnahmen (Stellungsuntersuchung, erste gynäkologische Untersuchung, Vorsorgeuntersuchungen bei NÄ)</p> <p>Impferinnerungen - diese setzen jedoch eine verpflichtende Befüllung des e-Impfpass so rasch als möglich voraus, inkl. Nachtragungsmöglichkeit (ev. auch Selbsteintrag mit nachträglicher ärztlicher Bestätigung)</p> <p>Honorierung, wenn separate Impfzeiten mit Anmeldemöglichkeit (online oder über 1450) angeboten werden</p>
E 7	<p>Es ist geplant, dass der e-Impfpass dahingehend ausgebaut wird, dass es individuelle Impferinnerungen gibt.</p> <p>Die zweite wichtige Maßnahme sind Impfungen dort anzubieten, wo sich die Menschen aufhalten, also in Schulen, in Betrieben und dergleichen.</p> <p>Am Ende des Tages ist hier natürlich auch die zentrale Notwendigkeit, dass wir Kommunikation bereitstellen und Verständnis schaffen.</p>

Frage 12	Rolle der KollegInnen: "Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit und den Informationsaustausch zwischen Ihrer Berufsgruppe (z.B. Allgemeinmedizin) und den anderen relevanten Akteuren (KinderärztInnen, AmtsärztInnen) im Kampf gegen Masern?"
E 1	Ja, wir haben unsere stammniedergelassenen Ärzte, auch außerhalb von Klagenfurt, die sich regelmäßig bei uns einfach erkundigen, wenn sie Fragen haben. Das funktioniert ganz unkompliziert, indem sie einfach anrufen und sie haben da einen Fall und jetzt wissen nicht, wie es geht. Und das geht super. Auch mit

	<p>Amtsärzten, mit Kolleginnen natürlich auch, ist jederzeit möglich, wenn man nicht klar, oder wenn man unsicher ist, wie man jetzt weiter vorgehen sollte. Ansonsten mit niedergelassenen Kinderfachärzten habe ich noch nie ein Gespräch gehabt, auch keine Anfrage gehabt, wie der impft, ob es Probleme gibt, oder Fragen. Ich glaube, da sind wir nicht die präferierten Ansprechpartner. Und die Schulimpfungen werden ja auch von Ihrem Bereich durchgeführt. Also da gibt es die Kommunikation mit den Schulärzten, die bei uns im Amt angestellt sind.</p>
E 2	<p>Mit den Kinderärzten recht gut. Also mit der Kinderklinik, ich weiß, wenn ich einen Verdachtsfall habe, weiß ich, wohin ich mich wenden kann, wo ich anrufen muss. Das funktioniert alles.</p>
E 3	<p>Grundsätzlich sind die Kinderärzte natürlich ein ganz wichtiger Stakeholder, was die Masern-Elimination betrifft, aber auch Ärzte, die Flüchtlingsheime betreuen, die Leute mit Migrationshintergrund betreuen, die aus Hochinzidenzländern kommen, wie Rumänien, Bulgarien, auch der Ukraine, sollten gut zusammenarbeiten und hier sollte wirklich in welcher Form auch immer gewährleistet werden, dass der Impfstatus von Leuten, die nach Österreich kommen, überprüft werden kann, vor allem was Masern betrifft.</p>
E 4	<p>Also mit allgemeinen Mediziner, relevanten Akteuren gut, mit Amtsärzten, eher schlecht. Also ich glaube, das könnte besser sein. Wir haben in unserer eigenen Fachgruppe einen halbwegs vernünftigen Austausch, aber fachübergreifend schwierig. Und wenn geht es ja eh nur über die Ärztekammer, dass man da halt irgendwelche Aussendungen macht. Das würde ich meinen könnte besser sein. Auch mit den Amtsärzten haben wir überhaupt keinen Kontakt eigentlich.</p>

E 5	Ja, es ist halt so, wie soll ich sagen, im Alltagsbusiness ist das nicht unser Hauptthema jetzt, wenn wir über irgendwas reden oder so. Es wird halt immer dann zum Thema, wenn eben so, wenn der Steiermark was passiert oder wenn bei uns irgendwie Ausbrüche sind oder so, wie es halt vorigen Winter bei Pertussis war. Da wird über die Sachen gesprochen und da wird dann gut ausgetauscht. Und da wird, wie machst du das, wo schickst du hin, wo gibt es da einen Abstrich, wie kriegt man das schneller und so. Da wird dann schon kommuniziert.
E 6	Ist positiv und von gemeinsamer Zielsetzung getragen
E 7	Informationsfluss zwischen den einzelnen Berufsgruppen ist extrem wichtig , gerade im Fall von Verunsicherung oder fehlender Informationen kann man sich hier sehr sehr gut aushelfen.

Frage 13	Verbesserungsvorschläge für den ÖGD (Amtsärzte): (Frage besonders relevant für AllgemeinmedizinerInnen/KinderärztInnen) "Wie könnte der öffentliche Gesundheitsdienst (Amtsärzte) die niedergelassenen Ärzte konkreter unterstützen, um Impflücken zu schließen und Ausbrüche zu verhindern?"
E 1	Ich denke, solange die niedergelassenen Ärzte das nicht irgendwie honoriert bekommen, wird es einfach schwierig sein.
E 2	In Bezug auf die Behörde tue ich mir schwer, weil einfach die Ansprechpersonen oft fehlen . Also bei uns ist kein Amtsarzt im Bezirk, ist monatelang nicht nachbesetzt worden. Das heißt, ich habe gar keine Ansprechpersonen gehabt, einfach als Personalmangel. Niederschwellige Zugänge, dass die Amtsärzte auch, wie gesagt, mehr präsent sind. Bessere Kontakte und das

	auch kurzfristig, wenn man sich gut kennt oder was auch immer, dass die sich in die Gruppe der Allgemeinmediziner dazufügen. Dass einfach die Zusammenarbeit funktioniert.
E 3	Naja, die Amtsärzte sind heutzutage nicht so bekannt, wie sie früher bekannt waren. Das heißt, sehr viele Menschen, sehr viele junge Menschen wissen gar nicht, dass man an diesen Stellen verschiedene Impfungen erhalten kann, beziehungsweise auch gratis erhalten kann. Da wäre wohl auch eine Erhöhung der Awareness angesagt, um die Information von Leistungen, die von den Amtsärzten erbracht werden, an die Bevölkerung zu transportieren.
E 4	Man könnte jeden Anlass nehmen, wo der Patient oder der Mensch kommt, dass man halt den Impfpass anschaut , z.B. die Schuluntersuchung, wenn man später einen Anlass hat, vielleicht beim Führerschein. Und im Anlassfall bzw. Ausbruchsfall wäre es wichtig, dass man da eine bessere Kommunikation hat. Kurze Wege und einfach im Bezirk oder wo es halt ist, natürlich mit Anrufen, telefonisch ist immer am besten.
E 5	Bei Masern ist es halt einfach so, die einzige Konsequenz ist, du kannst es eh nur symptomatisch behandeln. Und was man halt macht, oder was der Vorteil wäre, wenn man die Diagnostik schneller hätte, dass man halt mit den ganzen Absonderungen und Isolationsstrategien und Kontaktpersonenmanagement dann eben früher ausgibt. Das finde ich auf jeden Fall relevant, eben auch in der Ausbruchssituation, weil es ist schon ein Unterschied, wenn du eben ein Schulkind hast und du musst dann vielleicht die ganze Klasse sperren oder die ganze Schule oder ein Kindergartenkind mit der Kindergruppe, du hast wieder Betreuungspflichten durch die Eltern oder eben, wenn jemand nicht geimpft ist, der muss dann halt in Quarantäne und fällt da aus dem Arbeitsprozess raus. Also ich finde

	<p>das absolut relevant, dass du innerhalb von zwei Stunden sagen kannst, okay, der hat jetzt Masern oder der hat keine Masern. Das zieht ein irrsinniges Prozedere nach sich, jetzt nicht nur gesundheitlich, sondern auch wirtschaftlich. Also die Zusammenarbeit, das haben wir jetzt eh schon gesagt, also das wäre wünschenswert, das noch auszubauen und mit den Amtsärzten haben wir auch schon gesagt, also die Kommunikation sollte auch besser sein in der Ausbruchssituation und der Informationsfluss.</p>
E 6	Optimierte Zusammenarbeit und Kommunikation
E 7	<p>In einigen Bundesländern hat es beispielsweise über den öffentlichen Dienst Impfbusse gegeben, die an stark frequentierten Plätzen Impfungen angeboten haben so könnte man beispielsweise niedergelassene Ärzte unterstützen.</p>

Frage 14	<p>Verbesserungsvorschläge für die Primärversorgung (Praxis): <i>(Frage besonders relevant für AmtsärztInnen)</i> "Wo sehen Sie die größten Potenziale für die Verbesserung im niedergelassenen Bereich (AllgemeinmedizinerInnen /KinderärztInnen), um die MMR-Impfquote signifikant zu steigern?"</p>
E 1	<p>Ich weiß nicht genau, wie die niedergelassenen Ärzte zum Gratis-Impfstoff kommen jetzt. Ob sich die vorher irgendwo registrieren müssen, damit sie den Impfstoff kriegen. Aber ich mitgekriegt, diese Registrierung auf der Homepage ist sehr aufwendig. Und solange das so kompliziert abläuft, tun sich das einfach einige nicht an. Und ohne Registrierung gibt es keinen Gratis-Impfstoff, denke ich. Und damit wird es schwierig. Somit als Hürden das System einerseits und andererseits die Honorierung, dass Aufklärungsgespräche und Motivationsgespräche nicht honoriert werden. Da gibt es große</p>

	<p>Potentiale, zum Beispiel ein einheitliches vereinfachtes Impfprogramm mit niederschwelligem Zugang zu Gratisimpfstoffen für niedergelassene Ärzte und Honorierung der Aufklärung und Impfstatusevaluierung, nicht nur des Impfstiches.</p>
E 2	<p>Bezahlung der Titerkontrollen und die Möglichkeit dazu ausbauen. Honorierung der Aufklärungsarbeit und der Impfstatuskontrollen. Ressourcen dazu auch über die Arbeitsmedizin schaffen. Einfacheren Zugang und EIN einheitliches Impfprogramm mit weniger bürokratischen Hürden.</p>
E 3	<p>Das Wichtigste wäre auf der einen Seite auch den Vierfach-Impfstoff bei der Dokumentation und für die Generierung retrospektiv zu berücksichtigen um repräsentative Daten zu erhalten. Das Zweite ist natürlich, dass das ärztliche Gespräch besser honoriert werden. Die Eintragungen der Impfungen sollten in den digitalen Impfpass flächendeckend durchgeführt werden und mit Honorar verbunden werden.</p>
E 4	<p>Also ich finde, das Angebot ist ja hier perfekt, aus meiner Sicht, oder? Es ist ein gratis Impfstoff. Also es wäre eventuell eben die Honorierung des Aufklärungsgesprächs. Ich meine, das, was vielleicht für das Impfsystem sowieso noch ein Thema wäre, gerade für die Kinderimpfungen, wäre vielleicht auch schon eine Impfinformation während der Schwangerschaft. Das ja manche Gynäkologen schon machen, aber nicht viele. Ja, dass die das vielleicht auch schon einmal ansprechen und die Eltern ein bisschen vorbereiten. Also vor der Schwangerschaft wäre es eigentlich schon sinnvoll, oder? Eben für die Mama selber oder zumindest in der Schwangerschaft. In der Schwangerschaft, also spätestens da wäre es sinnvoll. Aber sonst, ich meine, gerade die MMR ist wirklich gut etabliert. Und da sehe ich jetzt, was wir da verbessern. Man kann</p>

	<p>natürlich noch immer wieder Medieninformationen machen. Und das, glaube ich, das macht schon einen Sinn, dass man das immer wieder anspricht. Oder so Aussendungen macht. Oder so. Also das hat sich schon bewährt, dass man Plakate aufhängt in den Ordinationen, dass man das halt nicht vergisst.</p> <p>Ich meine, eine Zeit lang haben wir ja das Problem gehabt mit diesem MMR-Vax-Pro. Da war natürlich der andere Impfstoff viel besser, der Priorix, weil den haben ja die Kinder gar nicht gespürt. Das war ja wirklich ein deutlicher Unterschied in der Anwendung. Der ist einfach deutlich besser verträglich. Vielleicht das Ganze auch noch ein bisschen verbessern könnte, ist, wenn man den Vierfach-Impfstoff hat. Da hat man noch ein Argument mehr, dass man sagt, schau, da kommt das auch noch dazu. Machen wir das gleich. Also das ist ja auch nicht ganz verständlich, warum wir das in Österreich nicht machen können. Ich meine, da gibt es ja andere Impfungen, die wesentlich teurer sind, die wir jetzt plötzlich im Gratis-Impf-Konzept haben. <i>Kommen Eltern eigentlich mit der Frage nach einer Titer-Bestimmung?</i> Ja, Impfgegner, ja. Die sagen, ja, machen wir halt einen Titer, schauen wir, was er schon gehabt hat. Das ist aber eine Rarität. Und dann kommen manche, die dann so in der Pubertät plötzlich Impftiter bestimmen müssen, weil sie in irgendeinem Gesundheitsberuf sind und keinen Impfpass mehr finden oder so. Das würde sich ja auch mit dem elektronischen Impfpass erübrigen, wenn das dokumentiert ist.</p>
<p>E 5</p>	<p>Also ich denke mir, dass man im niedergelassenen Bereich das nur steigern kann, wenn du zum Beispiel über Medien Impfkampagnen planst, also wenn da was kommt im Fernsehen, wenn da was auf Social Media Kanälen des Bundes kommt oder so. Zum Beispiel die FSME, ich glaube, FSME ist eine der meist nachgefragten Impfungen. Ja, genau, wegen dieser großen Zecke, vor allem auch</p>

	<p>wegen dieser Impfkampagne, die ja durchaus drastisch war, was ich mich erinnern kann, das hat sich für den Leuten so eingepägt.</p> <p>In der Allgemeinen Medizin erstens einmal wäre wichtig, wenn man die Durchimpfungsrate erhöhen möchte, in den Medien mehr Werbung machen, uns mehr Daten bereitstellen. Wäre es auch wichtig, eben eine Impfstatus-Evaluierung zu bezahlen, als Kassenleistung. Wenn es da eine Position geben würde, Impfberatung oder Erhebung des Impfstatus, es geht ja oft um Impfberatung, die Leute wollen wissen, wann, wie und so. Ja, ob man es jetzt daneben hinstellt und extra vergütet, oder eine Vorsorgeuntersuchung ist halt schon ziemlich überfrachtet auch, so, ich würde es eher als Extrapunkt stehen lassen und ja dann vor allem auch junge Leute beraten, die Vorsorgeuntersuchung ist erst ab 19 möglich, also, ich würde das eher als Extrapunkt und nicht in die Vorsorge hinein integrieren.</p>
E 6	<p>Eigene Impfzeiten auch in niedergelassenen Ordinationen (mit Anmeldemöglichkeit – siehe oben)</p> <p>Im Wartebereich auf Impfungen und auf eigenes Impfangebot prominent hinweisen.</p> <p>Impfpasskontrollen in Routineprozedere aufnehmen (allenfalls unter Einbeziehung des Ordinationspersonals)</p>
E 7	<p>Im niedergelassenen Bereich wäre wahrscheinlich wünschenswert, auch MMR Impfungen ebenso wie Influenza Impfungen in der Praxis vor Ort lagernd zu haben, um alle Personen unmittelbar vor Ort und ohne zusätzliche Wege impfen zu können.</p>

Block 5: Fazit und Ausblick

Frage 15	Vision: "Wenn Sie 5 Jahre in die Zukunft blicken: Welche wesentliche Veränderung muss bis dahin im österreichischen
-----------------	--

	Impfsystem eingetreten sein, damit wir die Masernelimination als gesichert betrachten können?"
E 1	<p>Fünf Jahre ist vielleicht noch ein bisschen kurz, aber es gibt ja dann ab dem Zeitpunkt, wo die Masern-Mumps-Rötel-Impfungen im Impfpass bzw. Kind drinnen sind, also die ab 1990 oder mittleren 90er Jahre, glaube ich, sind trotzdem ein Großteil der Kinder bereits geimpft. Und diese Impflücke der 80er Jahre bis Mitte 90er, wir haben ja irgendwann jetzt überschritten, wollen wir mal hoffen. Die werden dann nämlich schon zu alt sein, um Kinder zu kriegen, vielleicht dann noch als Kontaktperson als Oma, dass dann einfach die Impflücke kleiner wird und die alt werden. Und indem sich jetzt aber auch die Durchimpfungsraten der Kinder jetzt nicht als ausreichend hoch zeigen, wäre ja da schon die Gefahr, dass sich da sozusagen wieder neue Impflücke auftun. Neue Jahrgänge, die gefährlich sind.</p> <p>Die Impffreudigkeit gegenüber MMR-Impfungen zu erhöhen, ist relevant aber fraglich. Das ist schon gratis. Gratis ist einerseits gut, andererseits ist sie damit nichts wert. Sie ist frei verfügbar, also es ist auch nichts Besonderes, wenn man sich eine holen darf und eine kriegt, weil die ist eh überall verfügbar bzw. eingeschränkt verfügbar, nur über Kinderimpfkonzent, nicht übers Erwachsenenimpfprogramm.</p> <p>Und dass man noch einmal eben auf die vorigen Punkte abzielt, eben mehr Honorare zur Verfügung zu stellen, Gesundheitskompetenz zu stärken. Niedergelassene Ärzte, die man ins Boot holen müsste, weil die mehr Kontakte haben, jetzt aufgrund von anderen Befindlichkeiten. Und diese Kontakte müsste man gehäuft nützen, um den Masern-Rötel-Impfstatus zu erheben.</p>

	<p>Betriebsärzten und Arbeitsmediziner, die ja Kontakt zur Bevölkerung in der angesprochenen Erwachsenen-Altersgruppe haben wäre eine sehr gute Ressource, wenn die auch den Impfpass durchschauen und eine Empfehlung abgeben würden und optimalerweise dann auch noch gleich selber impfen würden. Das wäre perfekt. Also das wäre auch eine Ressource, die man auch vermehrt nutzen sollte.</p>
E 2	<p>Wie gesagt, wirklich objektivieren, wer braucht die Impfung noch und wer braucht sie nicht. Nicht einfach blind impfen. Das verschreckt viele, dass sie sagen, nein, bin ich nicht bereit. Mehr Individualisierung und Beratung.</p>
E 3	<p>Da geht es um die Information, und zwar Information von der richtigen Stelle.</p>
E 4	<p>Das Impfen sollte prinzipiell weiterhin schon ein Thema bleiben, ein positiv besetztes Thema. Das ist halt immer schon das Gleiche, dass man halt die, die schimpfen und die, die kritisieren, werden gehört, die, die positiv berichten, werden nicht gehört. Also das positive Besetzen der Impfungen immer wieder, ich glaube, oder auch so in den Medien und überall, oder dass man halt nicht nur diese negativen Berichte hört, sondern dass man das Positive hört, immer wieder Informationen, das würde das Ganze sicher verbessern.</p>
E 5	<p>Gesamtpolitisch jetzt für Österreich gesehen, ich finde diese Tendenz mit der Zunahme der Gratis-Impfungen auch für Erwachsene und mit diesem einfachen Bestellmodus, der jetzt da über den BBG-Shop läuft, als große Chance. Also man müsste noch mehr Impfungen in dieses Programm hineingeben, das funktioniert jetzt irgendwie das erste Mal mit diesem Pneumokokkenimpfstoff, Capvaxive und mit dem Shingrix für die</p>

	<p>Gürtelrose und auch mit der Influenza läuft es jetzt immer besser. Also das noch mehr ausbauen, mehr Gratis-Impfungen machen, genau, zum Beispiel jetzt so wie, jetzt haben wir diese Hepatitis A-Ausbrüche, ähm, gehört jetzt eigentlich schon die Möglichkeit, Hepatitis A gratis an alle zu verimpfen und gleichzeitig eine Kampagne zu machen. Aber MMR-Impfung, wie gesagt, ist, ist ja eh schon gratis. Also man könnte sie ja gratis holen. Also auch zum Bestellen über den BBG-Shop, so wie das jetzt, dass man die sozusagen für ins Erwachsenen-Impfprogramm aufnimmt. Ich denke mir auch, dass die Masern-Mumps-Röteln-Impfung dann mit diesem Schwapp, weißt du, wenn man weiß, aha, die Impfungen werden jetzt gratis, das macht eine besondere Stimmung in der Bevölkerung auch, ja, ich meine, die Hepatitis A-Impfung in den Nachrichten höre, aha, da hat es jetzt 200 Hepatitis A-Fälle in Österreich gegeben und gehe zu meiner Hausärztin, sagen Sie mal, gibt es die Impfung, schon geimpft, wenn das alles praktisch ist und zu bestellen ist, ja. Wenn es die MMR-Impfung auch über den BBG-Shop zu bestellen geben würde, wäre super. Ja, und wenn ich dann in den elektronischen Impfpass einkomme und dann auch gleichzeitig im Impfkonzert Kärnten drinnen bin, ohne dass ich noch irgendwie extra mir irgendwo anmelden muss, irgendwelche Honorarnoten schicken muss oder sonst irgendwas, dann wäre das ganz easy, ja, genau.</p>
<p>E 6</p>	<p>Vollausbau des e-Impfpasses mit verpflichtendem Eintrag der öffentlich finanzierten Impfungen und vollständigem Nachtrag der für die Erinnerungen relevanten Immunisierungen/Immunitäten (MMR, letzte Auffrischungsimpfungen)</p> <p>Einfache einheitliche Logistik für alle von der öffentlichen Hand getragenen Impfungen im niedergelassenen Bereich und Abrechnung über ein einheitliches System (aus ÖGD-Sicht: idealerweise mit dem e-Impfpass-Eintrag gekoppelt).</p> <p>Multimediale gut aufbereitete Impfinformationen zu Impfungen in verschiedenen Sprachen über QR-Codes auf entsprechenden</p>

	Kurzinformationen in Ordinationen, Schulen und anderen strategisch günstigen Orten abrufbar.
E 7	Niederschwelliges, einheitliches Programm, österreichweit einheitliche Abrechnungssysteme , einheitliche Wege , um die Impfstoffe zu erhalten und klare Kommunikation an Menschen und Ärzt:innen, wie das Programm abgewickelt wird

Frage 16	Schlusswort: "Gibt es noch einen wichtigen Aspekt zur Akzeptanz der MMR-Impfung oder zur Masernelimination in Österreich, den wir bisher noch nicht besprochen haben und den Sie gerne anmerken möchten?"
E 1	Ich denke, diese abschreckenden Beispiele, so wie die SSPE-Infektion . Ich kenne aktuell eine Patientin mit SSPE in einem Pflegeheim, eine junge Patientin. Ich weiß nicht, ob man das nicht irgendwie anonymisiert, also einen Lebenslauf, in diese Impfmotivation reinnehmen könnte, wie es laufen kann, wenn man nicht geimpft ist. Und dass das nicht nur eine harmlose Kinderkrankheit ist, wie es generell so publiziert oder wie einfach sehr häufig eine Meinung ist, sondern dass das wirklich dramatisch ablaufen kann. Vielleicht könnte man damit das Bewusstsein eben für die Erkrankung prinzipiell stärken .
E 2	Ich glaube, keiner von uns Ärzten hat, obwohl ich jetzt schon seit 15 Jahren in der Ordination bin, Masern gesehen. Das ist ein Bild, was wir nur aus der Theorie kennen und nicht in der Praxis. Das heißt, es wird sich im Fokus der österreichischen Bevölkerung der Blickwinkel auf die Masern noch ändern, sollten in Österreich wirklich vermehrt Masernfälle auftreten, die Kinder betreffen und

	<p>die dann mit wirklich schweren Nebenwirkungen oder Todesfällen einhergehen. Solange das nicht ist, haben wir ganz andere Prioritäten wie z.B. RSV oder Keuchhusten. Diese Erkrankungen kommen häufiger vor und sind präsenter, sodass ich einmal dort beginne, dass ich sie dort abhole.</p>
E 3	<p>Impfungen im Sinne der Primärprävention sollte allen ÖsterreicherInnen bewusst gemacht werden. Und wenn entsprechende Öffentlichkeitsarbeit geleistet wird, die Impfbereitschaft steigen würde, weil Masernimpfungen in jedem Alter kostenlos erhältlich sind.</p>
E 4	<p>Dass es weiter natürlich unproblematisch niederschwellig gratis bleibt, das wäre, glaube ich, wichtig. Und dass man vielleicht wirklich alle Ärzte, die damit zu tun haben, wirklich immer ins Boot holt, also nicht nur die Kinderärzte, sondern die Allgemeinmediziner, die Gynäkologen. Wir haben einige, in meinem Bezirk zum Beispiel, einige Gynäkologinnen, die vom Impfen völlig abraten, das muss man auch sagen, die Hebammen spielen eine große Rolle, die Hebammen müssen geschult werden, die sind da manchmal schon ein großes Impfhindernis, weil es einige gibt, die absolut dagegen opponieren, also die gehören geschult und ins Boot geholt, dass das Impfen ein wesentlicher Gesundheitsfaktor ist. Und die Kindergartentanten und die Lehrer. Und die paar, die man noch nicht erwischt hat, die gehören halt dann noch aufgefrischt.</p>
E 5	<p>Haben wir jetzt eigentlich alles besprochen, für mich war es das gut. Für die Kommunikation sozusagen, für die offene, und ich hoffe, dass das Gespräch und so auch unsere Zusammenarbeit in Zukunft verbessert und dass wir da auch in Zukunft uns noch besser zu diesem Thema abstimmen können.</p>

E 6	Aufbau einer multidisziplinären Schulgesundheitsversorgung mit ständigen Ansprechpartner*innen, die ein gutes Vertrauensverhältnis zum Schulpersonal und den Schüler*innen aufbauen können.
E 7	MMR ist eine wichtige Reiseimpfung, dahingehende Kommunikation und das Bewusstsein muss geschärft werden