

## Impfmotivation bei Pflegepersonal und die Bedeutung des Masernschutzgesetzes: eine empirische Analyse

---

Bachelorarbeit im Studiengang Gesundheitswissenschaften

Vorgelegt von: Maike Müller

Matrikelnummer:



Erstgutachterin: Prof. Dr. Zita Schillmöller

Externe Zweitgutachterin: Stephanie Ohlroggen, Dipl.-Gesundheitswirtin (FH)

Vorgelegt am: 26. August 2020, Hamburg

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Masern zählen zu einer der ansteckendsten Infektionskrankheiten des Menschen. Bereits seit Jahren strebt die Weltgesundheitsorganisation die weltweite Elimination dieser Erkrankung an. Die aktuelle epidemiologische Situation in Deutschland zeigt, dass Schutzimpfungen in der Bevölkerung ungenügend in Anspruch genommen werden. Eine besondere Bedeutung bei der Betrachtung der Masernübertragungen nehmen nosokomiale Infektionen und unzureichend geschütztes Pflegepersonal ein. Um die Impfquoten in Deutschland zu erhöhen, wurde zum 1. März 2020 das Masernschutzgesetz eingeführt.

**Methoden:** In halbstandardisierten Betroffeneninterviews bekamen Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen einer medizinischen Zeitarbeitsagentur Fragen zum Impfstatus und der Impfmotivation, unter Einbezug des Masernschutzgesetzes, gestellt. Die Auswertung erfolgte auf Grundlage der computergestützten qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring.

**Ergebnisse:** Alle Personen kannten ihren Impfstatus. Zwei Befragte verfügten über eine ausreichende Masernimmunität nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission. Ob Schutzimpfungen bei Pflegepersonal durchgeführt oder abgelehnt werden, ist abhängig von der impfpräventablen Erkrankung und subjektiven Faktoren. Der am häufigsten genannte Grund für eine Impfung war der beruflich indizierte Selbstschutz. Gründe gegen eine Impfung bildeten vor allem die mangelnde Risikowahrnehmung, das fehlende Vertrauen in Impfstoffe und die Angst vor Nebenwirkungen. Die Einführung einer Impfpflicht im Zuge des Masernschutzgesetzes trägt nicht zu einer veränderten Impfmotivation des befragten Pflegepersonals bei. Allerdings wirken sich die politischen Maßnahmen zum Zwecke der Eindämmung der COVID-19-Pandemie auf die Einstellungen des Pflegepersonals gegenüber den Inhalten des Masernschutzgesetzes aus.

**Diskussion:** Die fehlende Auswirkung des Masernschutzgesetzes auf die Impfmotivation des Pflegepersonals lässt darauf schließen, dass sich die individuelle Impfeinstellung ohne die gesetzliche Maßnahme nicht verändert hätte und unterstreicht somit die Wichtigkeit dieses Gesetzes. Es wird empfohlen, den Erfolg des Gesetzes und die zukünftigen Impfquoten bei den bestimmten Personen- und Berufsgruppen in weiterführenden Studien zu evaluieren. Zudem sollten niedrigschwellige Kampagnen und Aufklärungsangebote veranlasst werden, um die Impfabzeptanz zu steigern.

# Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis .....	I
Tabellenverzeichnis .....	II
Abkürzungsverzeichnis .....	III
1 Einleitung.....	1
1.1 Problembeschreibung.....	1
1.2 Zielstellung und Aufbau der Arbeit.....	2
<b>I THEORETISCHER HINTERGRUND.....</b>	<b>3</b>
2 Masern.....	3
2.1 Vorkommen.....	4
2.2 Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommision .....	6
2.3 Nosokomiale Maserninfektionen.....	8
2.4 Inanspruchnahme der Masernimpfung bei Pflegepersonal in Deutschland.....	10
2.5 Politische Aktionspläne.....	13
2.5.1 Globaler Impfkaktionsplan der WHO .....	13
2.5.2 Nationaler Aktionsplan 2015–2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland .....	15
3 Masernschutzgesetz .....	16
<b>II METHODISCHES VORGEHEN .....</b>	<b>19</b>
4 Qualitative Sozialforschung.....	19
4.1 Begründung der Methodenauswahl.....	19
4.2 Stichprobe .....	21
4.3 Datenerhebung und -aufbereitung .....	22
4.3.1 Interviewleitfaden .....	22
4.3.2 Durchführung der Interviews.....	23
4.3.3 Transkription.....	25
4.4 Datenauswertung .....	25

4.5 Gütekriterien.....	29
5 Darstellung der empirischen Ergebnisse.....	31
5.1 Kategorie A: Impfstatus .....	31
5.2 Kategorie B: Motivation für die Inanspruchnahme von Impfungen .....	33
5.3 Kategorie C: Masernimmunität .....	36
5.4 Kategorie D: Gründe gegen Impfungen .....	37
5.5 Kategorie E: Einstellungen zum Masernschutzgesetz .....	42
6 Diskussion .....	45
6.1 Impfmotivation bei Pflegepersonal.....	45
6.2 Bedeutung des Masernschutzgesetzes .....	49
6.3 Eigene Reflexion und Methodenkritik .....	51
7 Fazit und Ausblick.....	53
Literaturverzeichnis.....	54
Rechtsquellenverzeichnis .....	59
Anlagen .....	60
Eidesstattliche Erklärung .....	81

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Jährliche Masernmeldungen in Deutschland .....	6
Abbildung 2: Zielvorgaben des Global Vaccine Action Plan 2011–2020 .....	14
Abbildung 3: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse .....	27

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Tätigkeitsbereiche der beruflich indizierten MMR-Impfempfehlung .....	8
Tabelle 2: Zusammensetzung der Stichprobe .....	22

## Abkürzungsverzeichnis

DEGS	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GVAP	Global Vaccine Action Plan 2011–2020/Globaler Impfkaktionsplan
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell
IfSG	Infektionsschutzgesetz
KV	Kassenärztliche Vereinigung(en)
NAP	Nationaler Aktionsplan 2015–2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland
NIP	Nationaler Impfplan
NAVKO	Nationale Verifizierungskommission
OKaPII	Onlinebefragung von Krankenhaus-Personal zur Influenzaimpfung
OPM	Ohlroggen Personalmanagement
RNA	Ribonukleinsäure
RKI	Robert Koch-Institut
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
STIKO	Ständige Impfkommission
WHO	World Health Organization/Weltgesundheitsorganisation

# 1 Einleitung

## 1.1 Problembeschreibung

Internationaler Reiseverkehr, Migration und global gehandelte Lebensmittel bilden begünstigende Faktoren für die weltweite Verbreitung von Infektionskrankheiten. Mit der Entwicklung von Impfstoffen und Antibiotika hat die Wissenschaft einen großen Schritt zu ihrer Bekämpfung gesetzt, konnte sie bisher aber nicht endgültig besiegen (Saß et al., 2015, S. 84). Zu einer der ansteckendsten Infektionskrankheiten des Menschen zählen die Masern, die eine wesentliche Todesursache für Kinder darstellen und für die in den vergangenen Jahren ein weltweiter, massiver Anstieg zu verzeichnen ist (Robert Koch-Institut, 2020a).

Bei der Betrachtung der Masernübertragung spielt Pflegepersonal eine entscheidende Rolle: An Masern erkrankte Personen suchen aufgrund der Krankheitssymptomatik oftmals ein Krankenhaus auf. Wird die Diagnose einer Maserninfektion bei atypischen Symptomen verzögert gestellt, sind sowohl inadäquate Isolierung der betroffenen Person als auch mangelnder Selbstschutz des behandelnden Personals die Folge. Dies führt dazu, dass sich zahlreiche Masernübertragungen in Einrichtungen des Gesundheitswesens zugetragen haben. Beschäftigte im Krankenhaus haben im Vergleich zur Gesamtbevölkerung somit eine deutlich erhöhte Infektionsgefährdung, sie selbst können aber auch die Krankheit auf vulnerable Patient\*innen übertragen (Wicker et al., 2013, S. 2421f.). Der medizinische Fortschritt führt dazu, dass die Zahl der immunsupprimierten Patient\*innen oder mit schweren Grunderkrankungen im stationären und ambulanten Bereich stetig zunimmt. Ungenügend geschütztes Personal kann demzufolge den Ausgangspunkt von Masernausbrüchen in einem hochsensiblen Umfeld bilden (Ständige Impfkommission, 2020, S. 8–14).

Den effektivsten Schutz gegen eine Maserninfektion bietet die aktive Schutzimpfung. Hohe Impfquoten können die Infektionskette unterbrechen und zu einer Elimination der Masern beitragen. Um dies zu erreichen, sind Impfquoten von mehr als 95 % in der Bevölkerung erforderlich (Küpke et al., 2020, S. 3). Da aufgrund des erhöhten Infektionsrisikos bei bestimmten Berufsgruppen, wie Pflegepersonal, der Schutz gegen Masern optimal sein muss, wird eine zweimalige Auffrischungsimpfung bei unklarem Immunstatus empfohlen, um nosokomiale<sup>1</sup> Infektionen zu verhindern.

---

<sup>1</sup> „Mit Bezug zum Krankenhaus, im Krankenhaus erworben“ (Pschyrembel online, 2016).



Sowohl internationale als auch in Deutschland durchgeführte Studien haben gezeigt, dass trotz einer hohen Impfakzeptanz die Umsetzung der Impfeempfehlungen bei der allgemeinen Bevölkerung, aber auch bei Krankenhauspersonal, ungenügend ist (Bödeker et al., 2019, S. 467; Voigt et al., 2016, S. 207).

Das Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz), welches zum 1. März 2020 in Deutschland durch Änderungen des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) in Kraft getreten ist, soll dazu beitragen, Impfquoten bei bestimmten Bevölkerungs- und Berufsgruppen, wie medizinischem Personal, zu erhöhen. Mithilfe dieses Gesetzes sollen Masernausbrüche reduziert und mittelfristig die Elimination der Masern in Deutschland und das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) globale Ziel der Masernelimination erreicht werden (Küpke et al., 2020, S. 3–4). Ungenügend untersucht worden ist bisher, was Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen dazu veranlasst, Impfungen in Anspruch zu nehmen und wie sich die Einführung einer Impfpflicht auf Einstellung und Verhalten von Pflegepersonal gegenüber Schutzimpfungen auswirkt.

## **1.2 Zielstellung und Aufbau der Arbeit**

Das Ziel dieser Arbeit besteht darin, mithilfe von induktiv gewonnenen Erkenntnissen aus halbstandardisierten Betroffeneninterviews mit Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen einer Hamburger Zeitarbeitsagentur die Einstellung zu Schutzimpfungen, das Impfverhalten sowie die Bedeutung des neuen Masernschutzgesetzes zu analysieren und diese anschließend in Bezug zum bisherigen Forschungsstand zu setzen. Daraus ergeben sich folgende Fragestellungen:

- Was veranlasst Pflegepersonal, Impfungen in Anspruch zu nehmen?
- Wirkt sich die Einführung einer Masernimpfpflicht im Zuge des Masernschutzgesetzes auf die Impfmotivation von Pflegepersonal aus?

Für die Beantwortung dieser Fragen wird zu Beginn das theoretische Hintergrundwissen über die Masernerkrankung vorgestellt. Hierzu gehören die Darstellung des Erregers und der Übertragungswege, das Krankheitsbild, die Epidemiologie sowie die Therapie und die Präventionsmaßnahmen einer Maserninfektion mit dem Fokus auf Pflegepersonal. Einen Schwerpunkt bildet die Darstellung der Problematik der nosokomialen Maserninfektionen. Des Weiteren werden bereits integrierte Aktionspläne zur Elimination der Masern im politischen Handlungsfeld auf nationaler und internationaler Ebene skizziert.

Die detaillierte Beleuchtung des Masernschutzgesetzes als politisch aktuellste Handlung zur Steigerung der Masernimpfquoten in Deutschland bildet den Abschluss der theoretischen Grundlage. Der nachfolgende Teil der Arbeit präsentiert das empirische Vorgehen. Beginnend wird die gewählte Forschungsmethode beschrieben und ihre Auswahl begründet. Im Anschluss folgt eine theoretische Vorstellung des Erhebungsinstrumentes sowie die Beschreibung der Datenerhebung, -aufbereitung und -auswertung. In Kapitel 5 werden die gewonnenen Ergebnisse dargestellt, um sie im daran anschließenden Abschnitt durch Einbezug der aktuellen empirischen Forschungslage kritisch zu diskutieren. Die Diskussion beinhaltet zudem eine Reflexion der forschenden Person und eine kritische Betrachtung der gewählten Forschungsmethode. Die Befunde und die Quintessenz dieser Arbeit folgen in dem abschließenden Kapitel.

## **I THEORETISCHER HINTERGRUND**

### **2 Masern**

Die Masernerkrankung, ausgelöst durch ein humanpathogenes RNA-Virus (Ribonukleinsäure-Virus), ist eine systemische Virusinfektion und zählt zu einer der ansteckendsten Viruserkrankungen des Menschen. Ihre Übertragung erfolgt ausschließlich von Mensch zu Mensch durch das Einatmen infektiöser Tröpfchen (Tröpfcheninfektion) sowie über durch Sprechen oder Niesen erzeugte Tröpfchenkerne (aerogene Infektion) als auch durch den Kontakt mit infektiösen Sekreten aus Nase oder Rachen (Robert Koch-Institut, 2020a). Eine infizierte Person kann bis zu 18 weitere Menschen anstecken (Basisreproduktionszahl  $R_0$ ). Schon bei kurzer Exposition führt das Virus bei fast allen ungeschützten Personen zu einer Infektion (Kontagiositätsindex: 98 %) und Manifestation der Erkrankung (Manifestationsindex: 100 %) (Berg, Wicker, 2018, S. 335f.). Da sich die Viren bis zu zwei Stunden in der Raumluft nachweisen lassen, kann eine Masernübertragung auch ohne direkten Kontakt zu infektiösen Personen erfolgen (Küpke et al., 2020, S. 3).

Masern sind gekennzeichnet durch einen zweiphasigen Krankheitsverlauf. Erste Symptome der Erkrankung setzen nach ungefähr acht bis zehn Tagen nach der Infektion ein und äußern sich durch hohes Fieber, Husten, Schnupfen und Entzündungen der Bindehaut (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2018, S. 1). Zudem entwickelt sich ein weißer Ausschlag auf der Mundschleimhaut, die sogenannten Koplik-Flecken.

Zwei bis vier Tage nach Einsetzen der ersten Symptome bildet sich der typische, bräunlich-rosafarbene Hautausschlag, zunächst im Gesicht und hinter den Ohren, schließlich verteilt über den gesamten Körper (Robert Koch-Institut, 2020a). Dieses Exanthem geht mit einem erneuten Fieberanstieg einher. Bereits drei bis fünf Tage vor und vier Tage nach Ausbruch des Ausschlags sind die betroffenen Personen ansteckend. Eine überstandene Masernerkrankung führt zu lebenslanger Immunität (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2018, S. 1).

Bis zu 30 % der Betroffenen entwickeln im Verlauf der Krankheit eine oder mehrere Komplikationen. Dies ist besonders bei Kindern unter fünf Jahren, Jugendlichen und jüngeren Erwachsenen der Fall. Anhand der gemeldeten Masernfälle aus dem Jahr 2013 wird deutlich, dass die Erkrankung nicht, wie fälschlicherweise oft angenommen, ausschließlich Kinder betrifft. 38 % der Infizierten waren älter als 20 Jahre, 29,7 % von ihnen mussten in einem Krankenhaus behandelt werden (Saß et al., 2015, S. 85). Die häufigsten Komplikationen bilden die Otitis media (7–9 %), die bakterielle Pneumonie (1–6 %) sowie Durchfälle (8 %). Bei vier bis elf von 100.000 Masernfällen tritt im Verlauf der Infektion eine subakute sklerosierende Panenzephalitis (SSPE) auf, eine für gewöhnlich tödlich verlaufende Spätfolge der Masern. Besonders Kinder und immunsupprimierte Personen haben ein deutlich höheres Risiko, schwere Komplikationen zu entwickeln oder an den Folgen der Viruserkrankung zu sterben (Ständige Impfkommission, 2020, S. 6).

Um die Übertragung insbesondere auf vulnerable Personengruppen durch entsprechende Schutzmaßnahmen und Informationen zu verhindern, wurde durch das im Jahr 2001 in Kraft getretene IfSG in Deutschland die Meldepflicht für Masernerkrankungen eingeführt (Robert Koch-Institut, 2020a).

## **2.1 Vorkommen**

Für die vergangenen Jahren ist ein massiver globaler Anstieg der Masernfälle zu verzeichnen. Waren die weltweiten Zahlen bis zum Jahr 2016 noch rückläufig, konnte im ersten Quartal 2019 bereits ein globaler Anstieg der gemeldeten Fälle von fast 300 % im Vergleich zum Vorjahreszeitraum festgestellt werden. Den höchsten Anstieg erreicht die afrikanische Region der WHO um 700 % (World Health Organization, 2019d). Im Jahr 2018 wurden der WHO insgesamt etwa 359.000 Masernerkrankungen gemeldet (World Health Organization, 2019b), 2019 waren es 527.000 Fälle weltweit. Die gemeldeten Infektionen für das Jahr 2020 belaufen sich für das erste Halbjahr auf 77.873 Fälle (World Health Organization, 2020).

Da in vielen Ländern keine Meldepflicht besteht, gehen Expert\*innen der WHO davon aus, dass lediglich jeder zehnte Fall auch gemeldet wird. So wird die tatsächliche Gesamtzahl zum Beispiel für das Jahr 2018 auf mehr als zwei Millionen Maserninfektionen geschätzt.

Vor Einführung der Masernimpfung Anfang der 1960er Jahre kam es jährlich weltweit zu geschätzt zwei bis drei Millionen masernbedingten Todesfällen. Es wird vermutet, dass zwischen 2000 und 2017 rund 21 Millionen weltweite Todesfälle mithilfe der Masernimpfung verhindert werden konnten (Robert Koch-Institut, 2020a). Dennoch ist die Zahl der Todesopfer in den vergangenen Jahren wieder gestiegen. Im Jahr 2017 hat die Maserninfektion fast 110.000 Menschen das Leben gekostet (World Health Organization, 2019d). Im Jahr 2018 waren es mehr als 140.000 Todesfälle, insbesondere Kinder bis zu fünf Jahren waren betroffen (Robert Koch-Institut, 2020a).

Auch in der europäischen WHO-Region ist es zu einem erheblichen Anstieg der Maserninfektionen gekommen. Im Jahr 2018 wurden mit rund 89.000 Fällen dreimal so viele Infektionen wie im Vorjahr und 15-mal mehr als im Jahr 2016 verzeichnet. Rund 61 % der Masernerkrankten wurden im Jahr 2018 hospitalisiert. 75 Personen starben. Im Jahr 2019 wurden mehr als 100.000 Maserninfektionen gemeldet. Dies führte dazu, dass die WHO in der europäischen Region im Mai 2019 die zweite Stufe des „*emergency response*“ aktivierte, um somit alle erforderlichen personellen und finanziellen Ressourcen für eine Unterstützung der Länder mobilisieren zu können (Robert Koch-Institut, 2020a; World Health Organization, 2019c). Für die Zeit von Januar bis Juli 2020 verzeichnet die europäische WHO-Region 12.028 bestätigte Maserninfektionen (World Health Organization, 2020).

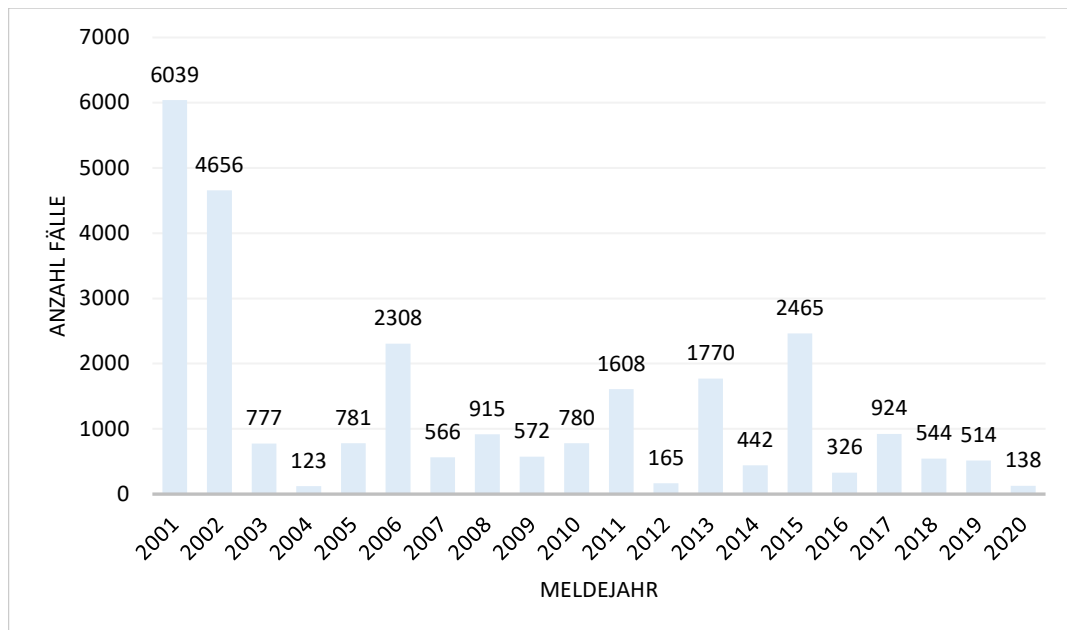


Abbildung 1: Jährliche Masernmeldungen in Deutschland, Robert Koch-Institut, SurvStat, Datenstand: 24.08.2020, eigene Darstellung

Die Zahl der bestätigten Masernfälle in Deutschland (Abbildung 1) ist seit der im Jahr 2001 eingeführten Meldepflicht deutlich gesunken, die vergangenen Jahre weisen wieder schwankende Fallzahlen und regionale Ausbrüche auf. Während die Anzahl der bestätigten Masernfälle im Jahr 2015 eine der höchsten seit dem Jahr 2001 darstellte, wurde für das Jahr 2016 eine der niedrigsten Fallzahlen verzeichnet (Robert Koch-Institut, 2019b, S. 171). Ursache für die Rekordzahl im Vorjahr ist unter anderem der große regionale Masernausbruch in Berlin im Mai 2015. Dort wurden dem Robert Koch-Institut (RKI) allein an einem Tag 1.059 Maserninfektionen aus allen Berliner Bezirken gemeldet (Saß et al., 2015, S. 85). Stieg die Fallzahl mit 924 Infektionen im Jahr 2017 gegenüber dem Vorjahr wieder stark an, wurden dem RKI im Jahr 2018 mit 544 Masernerkrankungen deutlich weniger Fälle gemeldet. Im darauffolgenden Jahr wurden 514 Masernfälle verzeichnet. Besonders anhand des ersten Halbjahres lässt sich der typisch saisonale Verlauf dieser Virusinfektion erkennen. Für das Jahr 2020 wurden vom RKI von Januar bis August 138 gemeldete Maserninfektionen registriert (Robert Koch-Institut, 2020b; Ständige Impfkommission, 2020, S. 6).

## 2.2 Impfeempfehlungen der Ständigen Impfkommission

Die Ständige Impfkommission (STIKO) bildet ein im IfSG verankertes Expertengremium, welches Empfehlungen zur Durchführung von Schutzimpfungen und anderen prophylaktischen Maßnahmen zur Vorbeugung übertragbarer Krankheiten beim Menschen ausspricht.

Diese Empfehlungen gründen gemäß § 20i Abs. 1 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) die Basis für einzelne Bestimmungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und gelten als medizinischer Standard in Deutschland (Berg, Wicker, 2018, S. 332).

Die wirksamste und zugleich kostengünstigste Maßnahme gegen eine Masernerkrankung bildet die aktive Schutzimpfung. Diese steht in der Bundesrepublik Deutschland seit über 40 Jahren zur Verfügung. In der Deutschen Demokratischen Republik bestand bereits seit 1970 eine Masernimpfpflicht. Seit 1991 wird in der gesamten Bundesrepublik eine einheitliche Impfempfehlung für zwei Masernimpfungen ausgesprochen (Saß et al., 2015, S. 252). Diese Zweifachimpfung besteht aus einem Kombinationsimpfstoff, der neben Masern auch vor Mumps und Röteln (MMR) schützt. Die erste MMR-Impfung erfolgt nach der Empfehlung der STIKO im Alter von 11 bis 14 Monaten. Da ein geringer Anteil der geimpften Personen nicht oder ungenügend auf die erste Impfung reagiert, wird empfohlen, vier Wochen nach dieser eine zweite Impfung vorzunehmen. Spätestens bis zu ihrem zweiten Geburtstag sollten alle Kinder die Zweifachimpfung erhalten haben. Diese führt zu einer Impfwirksamkeit von 95 bis 100 % und bietet eine lebenslange Immunität (Robert Koch-Institut, 2019b, S. 174). Neben dem individuellen Nutzen für die geimpfte Person verhindert die Impfung mithilfe der sogenannten Herdenimmunität<sup>2</sup> auch die Weiterverbreitung der Masernviren in der Bevölkerung (Küpke et al., 2020, S. 3).

Die STIKO empfiehlt seit dem Jahr 2010 für Erwachsene, die nach 1970 geboren sind und über einen unzureichenden oder unklaren Impfstatus verfügen, eine einmalige MMR-Nachimpfung. Als Grundlage der Staturerhebung dienen ausschließlich dokumentierte Impfungen wie Einträge im Impfpass (Robert Koch-Institut, 2019b, S. 174). Bei Personen, die vor 1970 geboren sind, wird von einer Immunität durch eine durchgemachte Infektion mit dem Wildtyp des Virus ausgegangen (Berg, Wicker, 2018, S. 336; Horstkötter et al., 2019, S. 103).

In den Jahren 2014 bis 2018 traten 28 % der gemeldeten Masernfälle im Umfeld einer medizinischen Einrichtung, Betreuungseinrichtung oder Asyl- und Geflüchteteinrichtung auf (Ständige Impfkommission, 2020, S. 8).

---

<sup>2</sup> Herdenimmunität bezeichnet einen „Effekt, bei dem durch die Impfung erzeugte oder durch Infektion erworbene Immunität gegen einen Krankheitserreger innerhalb einer Population (der „Herde“) so verbreitet ist, dass in der Population auch nicht immune Individuen geschützt sind, indem die Infektionskette eines Krankheitserregers mittels Impfungen unterbrochen oder stark verlangsamt wird“ (Berg, Wicker, 2018, S. 332).

Seit Januar 2020 empfiehlt die STIKO daher zusätzlich eine beruflich indizierte, zweimalige MMR-Impfung im Abstand von mindestens vier Wochen für nach 1970 Geborene mit unklarem Impfstatus oder fehlender Impfung in bestimmten Tätigkeitsfeldern, die in Tabelle 1 skizziert sind (Robert Koch-Institut, 2020a).

*Tabelle 1: Tätigkeitsbereiche der beruflich indizierten MMR-Impfempfehlung, in Anlehnung an Robert Koch-Institut, 2020a, eigene Darstellung*

<b>Tätigkeitsbereich</b>	<b>Gesetzesgrundlage</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Medizinische Einrichtungen inklusive Einrichtungen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe</li> </ul>	gemäß § 23 Absatz 3 Satz 1 IfSG
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tätigkeiten mit Kontakt zu potenziell infektiösem Material</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Einrichtungen der Pflege</li> </ul>	gemäß § 71 SGB XI
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gemeinschaftseinrichtungen</li> </ul>	gemäß § 33 IfSG
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Asyl- und Flüchtlingseinrichtungen</li> </ul>	gemäß § 36 Absatz 1 Nummer 4 IfSG
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fach-, Berufs- und Hochschulen</li> </ul>	

## 2.3 Nosokomiale Maserninfektionen

Ein oftmals unterschätztes Problem stellt die nosokomiale und arbeitsbedingte Infektionsübertragung der Masern dar, die 14 bis 45 % der weltweit identifizierten Masernfälle verursacht. Dies betrifft insbesondere Industrieländer in der Präeliminationsphase oder städtische Gebiete von Entwicklungsländern, in denen die Maserninzidenz aufgrund der höheren Immunisierung geringer ist als in ländlichen Regionen (Petersen et al., 2015, S. 182; Botelho-Nevers et al., 2012, S. 3997).

Aufgrund der relevanten Krankheitssymptomatik zieht eine Maserninfektion in vielen Fällen einen Krankenhausbesuch nach sich. Die unspezifischen Symptome der Masern wie Husten und Fieber ähneln stark denen anderer häufiger Atemwegserkrankungen. Oftmals wird die einschlägige Diagnose daher sehr spät gestellt, was eine verzögerte Isolation der betroffenen Person zur Konsequenz haben kann und in der Folge zu verspätet ergriffenen Schutzmaßnahmen für das Pflegepersonal führt. Die besondere Tragweite dieser Problematik besteht darin, dass die Infektiosität in den Tagen vor dem typischen Hautausschlag am höchsten ist und die betroffene Person andere empfängliche Menschen der Krankheit aussetzen kann.

Dies führt dazu, dass sich zahlreiche Masernübertragungen in Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens zugetragen haben. Besonders geschlossene und überfüllte Umgebungen wie Notaufnahmen und Wartebereiche bilden die Ausgangspunkte nosokomialer Infektionen und hoher Basisreproduktionszahlen ( $R_0 \leq 15$ ), obgleich der Indexfall<sup>3</sup> den Bereich eventuell bereits wieder verlassen hat (Wicker et al., 2013, S. 2421f.; Botelho-Nevers et al., 2012, S. 3997).

Beschäftigte im Gesundheitswesen haben im Vergleich zur Gesamtbevölkerung eine 2- bis 19-mal so hohe Infektionsgefährdung für Masern (Berg, Wicker, 2018, S. 336). Bereits in der amerikanischen Studie von Atkinson et al. (1991) wurden Infektionen des medizinischen Personals bei 91 % durch Übertragungen von Patient\*innen festgestellt (Atkinson et al., 1991). Nach einer Behandlung eines an Masern erkrankten Patienten kam es in einem Krankenhaus in Deutschland zu Beginn des Jahres 2017 zu einem nosokomialen Masernausbruchgeschehen. Hierbei infizierten sich zehn Personen des ärztlichen und pflegerischen Personals und ein weiterer Patient mit Masern, obwohl der infizierte Patient ausschließlich von Masern-immunem Personal betreut wurde und niemand der Infizierten einen direkten Kontakt zu dem Indexfall nachweisen konnte. Zwei der Krankenhausmitarbeiter\*innen wurden hospitalisiert. Lediglich eine Reinigungskraft hielt sich zwei Stunden, nachdem der Indexfall das Krankenhaus bereits wieder verlassen hatte, in dem Zimmer auf. Neun der zehn infizierten Beschäftigten wiesen einen ungenügenden Immunstatus nach (Hiller et al., 2019, S. 1906f.). In einem Krankenhaus in England infizierte eine 16-jährige, mit Masern infizierte Person eine ungeimpfte Pflegekraft, die daraufhin die Erkrankung auf ein zehn Monate altes Kind auf der pädiatrischen Station übertrug. Weitere 110 Kontakte wurden identifiziert und auf eine Masernimmunität getestet. 61 der identifizierten Personen erhielten als postexpositionelle Prophylaxe eine einmalige MMR-Impfung (Baxi et al., 2014, S. 375).

Doch auch mit Masern infiziertes Personal konnte als Auslöser für Masernausbrüche in medizinischen Institutionen identifiziert werden. So handelte es sich bei 10,5 % der mit Masern infizierten Patient\*innen um eine nosokomiale Infektion, übertragen durch medizinisches Personal (Atkinson et al., 1991).

---

<sup>3</sup> „Der erste festgestellte (diagnostizierte) Erkrankungsfall in einer Serie von Kontakterkrankungen“ (Robert Koch-Institut, 2015, S. 66).



Auch Chen et al. zeigten die Bedrohung nosokomialer Übertragungen durch Pflegepersonal in ihrer Studie auf, die sich auf den Ausbruch in Arizona im Jahr 2008 bezieht, bei dem eine medizinische Pflegekraft einen Patienten infizierte, der infolgedessen vier Tage lang eine intensivstationäre Betreuung benötigte (Chen et al., 2011).

Aufgrund ihrer zugrunde liegenden Grunderkrankungen oder vorhandener Immundefizite sind hospitalisierte Patient\*innen besonders gefährdet, schwere Krankheitsverläufe und hohe Komplikationen nach einer Maserninfektion zu entwickeln. In einer südafrikanischen Studie zu nosokomialen Infektionen in pädiatrischen Bereichen wurden 28 von 302 Infektionen durch Masern identifiziert, an denen sieben Personen starben. Hierbei handelte es sich vor allem um Säuglinge, die zu jung waren, um geimpft werden zu können. Auch in Frankreich wurde von einer höheren Komplikationsrate durch nosokomiale Maserninfektionen berichtet (Botelho-Nevers et al., 2012, S. 3998).

Bei einer Vielzahl von nosokomialen Masernfällen konnte ein unvollständiger bis komplett fehlender Impfstatus identifiziert werden (Maltezou, Wicker, 2013, S. 662). Ein optimaler Impfschutz gegen Masern, insbesondere bei medizinischem Personal, scheint daher dringend geboten, um nosokomialen Infektionen entgegenzuwirken (Ständige Impfkommission, 2020, S. 8).

## **2.4 Inanspruchnahme der Masernimpfung bei Pflegepersonal in Deutschland**

Zur Ermittlung des Impf- und Immunstatus der Bevölkerung in Deutschland führt das RKI seit dem Jahr 2004 mit allen 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) die KV-Impfsurveillance durch. Die Grundlagen dieser Daten stellen die vertragsärztlichen Abrechnungen sowie Daten aus Schuleingangsuntersuchungen und Bevölkerungssurveys dar (Rieck et al., 2019, S. 462).

Anhand der jährlichen Schuleingangsuntersuchungen, in denen bundesweit der Impfstatus aller vier- bis siebenjährigen Kinder erfasst wird, lässt sich insbesondere in den letzten Jahren ein deutlicher Anstieg der Masernimpfungen verzeichnen. Diese sind für die erste Masernimpfung bundesweit von 95,9 % im Jahr 2008 auf 97,1 % im Jahr 2017 gestiegen. Damit hat Deutschland das Ziel der WHO einer Impfquote von mindestens 95 % für die erste Masernimpfung erreicht. Die für die Masernelimination erforderliche 95%ige Quote beider Masernimpfungen konnten allerdings lediglich die Bundesländer Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg in den Jahren 2010 und 2012 erreichen.

Im Jahr 2017 hatten bundesweit insgesamt 92,8 % der Kinder eine zweimalige Masernimpfung erhalten (Robert Koch-Institut, 2019a, S. 150). Der Anstieg der Masernimpfungen in den vergangenen Jahren lässt allerdings zugleich die Befürchtung zu, dass es besonders bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen erhebliche Immunitätslücken gibt. Da sich die Meldedaten der Masernerkrankungen zunehmend in das Jugend- und junge Erwachsenenalter verschieben, muss davon ausgegangen werden, dass die erforderlichen Impfungen bisher nicht nachgeholt wurden. Die regionalen Unterschiede der Schuleingangsuntersuchungen konnten auch durch die in den Jahren 2009 bis 2011 erhobenen Impfdaten in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS<sub>1</sub>) nachgewiesen werden: Demnach waren 79,8 % der 18- bis 29-Jährigen einmal gegen Masern geimpft. Die alten Bundesländer verzeichneten bei den Männern eine Quote von 74 % und bei den Frauen 80,7 %, in den neuen Bundesländern betrug die Rate hingegen bei Frauen und Männern jeweils über 90 % (Saß et al., 2015, S. 252f.). Nach Aussprechen der Masernimpfempfehlung Ende 2010 durch die STIKO stieg die Masernimpfinzidenz bei nach 1970 geborenen Personen, die älter als 18 Jahre waren, bundesweit auf jährlich 1,0 % an. Auch die Masernausbrüche im Jahr 2015, die in mehreren Teilen Deutschlands auftraten (siehe Kapitel 2.1), führten zu einer erhöhten Inanspruchnahme der Masernimpfung und einer maximalen Impfinzidenzrate von 1,5 %. Seither lässt sich ein leichtes Absinken der Masernimpfinzidenz bei Erwachsenen feststellen (Rieck et al., 2019, S. 462–467).

Da es bisher in Deutschland keinen bundesweiten Überblick von Impfverhalten bei medizinischen Berufsgruppen gibt, hat das RKI ein neues Monitoring-Tool eingerichtet. Hierbei handelt es sich um eine jährliche, seit 2017 bundesweit durchgeführte Onlinebefragung von Krankenhaus-Personal zur Influenzaimpfung (OKapII). Seit 2018 wird zusätzlich der Masernimpfstatus abgefragt. Die Ergebnisse dieser Befragung weisen darauf hin, dass 87 % des nach 1970 geborenen Krankenhauspersonals mindestens einmal gegen Masern geimpft waren. 54,1 % konnten eine zweifache, 9,9 % eine einmalige Impfung nachweisen, über einen unklaren Impfstatus verfügten 23 %. 6,7 % der befragten Mitarbeiter\*innen konnten keinen Masernschutz vorweisen (keine Impfung und keine erlebte Maserninfektion). Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse wird die zielgruppenspezifische Implementation von Impfmaßnahmen zur Prävention von Infektionskrankheiten empfohlen (Bödeker, Neufeind, Wichmann, 2019, S. 467f.).

Das Universitätsklinikum Frankfurt führte aufgrund des erhöhten Risikos für nosokomiale Infektionen in den Jahren 2003 bis 2013 sowohl Impfpasskontrollen als auch serologische Untersuchungen zur Bestimmung der Masernimmunität bei medizinischem Personal sowie bei den Medizinstudent\*innen durch.

In dieser Studie kamen Petersen et al. zu dem Ergebnis, dass von knapp 10.000 Befragten insgesamt 85,7 % einen positiven serologischen Befund aufwiesen. Bei 7,8 % ließ sich ein fraglicher Immunstatus feststellen und 6,3 % der Teilnehmer\*innen verzeichneten einen negativen Immunstatus. Ein signifikanter Unterschied in den Immunitätsraten zeigte sich im Vergleich der vor 1970 und nach 1970 Geborenen. Insgesamt wiesen 96,4 % der vor 1970 geborenen Befragten einen positiven Masernimmunstatus auf. Bei der Gruppe der nach 1970 Geborenen lag der Immunstatus bei 83,3 %, sodass der Status der Gesamtstudienpopulation die von der WHO angestrebte Immunitätsrate von mindestens 95 % nicht erreichte (Petersen et al., 2015, S. 182–185).

Auch Voigt et al. haben in ihrer Studie zum Impfstatus bei Pflegepersonal festgestellt, dass 20 % der Befragten ihren Impfstatus nicht kannten und trotz einer hohen Impfakzeptanz die berichteten Impfquoten bei medizinischem Personal nicht zufriedenstellend waren (Voigt et al., 2016, S. 211).

Die Ursachen für eine unzureichende Impfakzeptanz bei Pflegepersonal erklären Berg und Wicker am Beispiel des „*Health Belief Models*“, welches bereits seit den 1970er Jahren beschreibt, wann präventive Maßnahmen von einer Zielgruppe ergriffen werden. In Bezug auf eine beruflich indizierte Impfempfehlung für Pflegepersonal bestehen die Gründe einer Nichtinanspruchnahme für Berg und Wicker darin, dass das Risiko einer Infektion sowie die Folgen der Erkrankung unterschätzt werden, kein individueller Nutzen einer Impfung besteht, die Effektivität der Impfung angezweifelt wird oder eine Impfung aus Gründen der Bequemlichkeit nicht umgesetzt wird (Berg, Wicker, 2018, S. 334).

In einer Studie von Neufeind et al., die die Impfmotivation bei Pflegepersonal und die Gründe gegen die Inanspruchnahme von Impfungen analysierte, orientierten sich die Autor\*innen an dem 4C-Modell. Dieses enthält vier Determinanten für eine Impfakzeptanz, die denen des „*Health Belief Models*“ ähneln:

- *Confidence* beinhaltet das Vertrauen in die Sicherheit von Impfungen.
- *Convenience* bezeichnet die geografischen, finanziellen und zeitlichen Barrieren zur Durchführung einer Impfung.
- *Complacency* beschreibt die geringe Risikowahrnehmung der impfpräventablen Erkrankung.
- *Calculation* impliziert eine bewusste Risiko-Nutzen-Abwägung bezogen auf Impfungen (Neufeind et al., 2018, S. 314).

Die vielfältigen und komplexen Einflüsse auf die Inanspruchnahme von Impfungen und die Impfmotivation bei Pflegepersonal sind bisher in Deutschland unzureichend untersucht worden. Ein Versuch einer Ursachendarstellung wird in Kapitel 6 unternommen und in Anlehnung an die erhobenen, empirischen Daten und den theoretischen Hintergrund kritisch diskutiert.

## **2.5 Politische Aktionspläne**

Die wirkungsvollste und zugleich kostengünstigste Gesundheitsmaßnahme bildet die aktive Schutzimpfung. Doch erst bei einer Impfquote von mehr als 95 % kann sowohl der gesundheitliche als auch der ökonomische Nutzen dieser Maßnahme ausgeschöpft und somit die Elimination der Masernerkrankung erreicht werden (Saß et al., 2015, S. 250). Masern gelten demnach als eliminiert, wenn in einem Land eine endemische Übertragung der Viren von Mensch zu Mensch über einen Zeitraum von mindestens 36 Monaten nicht mehr nachgewiesen werden kann.

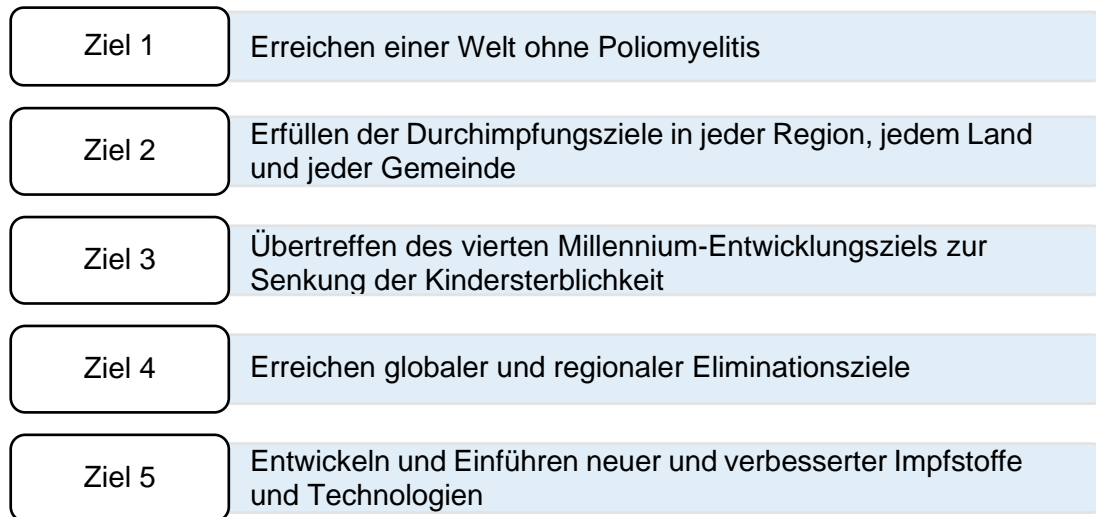
Der Erfolg von gesundheitspolitischen Maßnahmen wird durch zwei operative Indikatoren ermittelt: eine konstante Inzidenz von weniger als einem Fall pro Million Einwohner\*innen und eine dauerhafte Impfquote beider Masernimpfungen von mindestens 95 %. Entscheidend für die Verifizierung der Elimination ist, unabhängig von der Inzidenz, die Qualität der Surveillance. Die Elimination der Masern bildet ein gemeinsam formuliertes Ziel der deutschen und internationalen Gesundheitspolitik (Robert Koch-Institut, 2019b, S. 170; Robert Koch-Institut, 2019c, S. 2). Exemplarisch werden im Folgenden zwei politische Aktionspläne näher betrachtet.

### **2.5.1 Globaler Impfkaktionsplan der WHO**

Der Globale Impfkaktionsplan (*Global Vaccine Action Plan 2011–2020*, GVAP), der sich dem Potenzial von Schutzimpfungen widmet, wurde im Mai 2012 von der 65. Weltgesundheitsversammlung mit dem Ziel verabschiedet, die Gesundheit der Bevölkerung durch den universellen Zugang zu Immunisierung bis zum Jahr 2020 und darüber hinaus zu verbessern.

Die Vision dieser „Impfstoff-Dekade“ (*Decade of Vaccines 2011–2020*) ist eine Welt, in der jeder Mensch, unabhängig davon, wo er geboren wurde, wo er lebt und wer er ist, ein Leben ohne impfpräventable Infektionserkrankungen führen kann (World Health Organization, 2013, S. 5–12).

Dies soll anhand von strategischen Maßnahmen und universell anwendbaren Leitprinzipien wie Ländereigentum, gemeinsame Verantwortung und Partnerschaft, Gerechtigkeit, Integration, Nachhaltigkeit und Innovation unter Beachtung länderspezifischer Kontexte gewährleistet werden. Der GVAP basiert auf fünf Zielvorgaben, die in Abbildung 2 aufgeführt sind.



*Abbildung 2: Zielvorgaben des Global Vaccine Action Plan 2011–2020, in Anlehnung an World Health Organization, 2013, eigene Darstellung*

Das vierte Ziel „Erreichen globaler und regionaler Eliminationsziele“, welches von allen sechs WHO-Regionen beschlossen worden ist, beinhaltet unter anderem die Masernelimination in mindestens vier der sechs WHO-Regionen bis zum Jahr 2015 und in mindestens fünf WHO-Regionen bis zum Jahr 2020 (World Health Organization, a.a.O., S. 22–28).

Ein zusammenfassender Rückblick der WHO im Jahr 2019 ließ erkennen, dass die meisten Ziele des GVAP bis zum Jahr 2020 nicht erreicht werden können. So ist zwar die Zahl der gemeldeten Masernfälle aufgrund der Schutzimpfungen seit dem Jahr 2000 um 83 % gesunken. Allerdings hat sich die globale Zahl der Masernfälle zwischen 2017 und 2018 verdoppelt. 86 % der weltweiten Bevölkerung waren einmal gegen Masern geimpft. Obwohl die Impfquote der zweiten Masernimpfung von 42 % im Jahr 2010 auf 69 % im Jahr 2018 gestiegen ist, bedeutet dies zugleich, dass weiterhin fast ein Drittel aller Kinder der Welt nicht die schützende, zweifache Masernimpfung erhält. Auch Länder mit einer hohen Impfquote verzeichnen immer wieder Gruppen von ungeimpften Erwachsenen und Kindern, die die Gefahr eines Masernausbruchs erhöhen.

Nachdem in einigen Ländern die Masernelimination erreicht werden konnte, traten im Jahr 2018 in allen WHO-Regionen wieder endemische Masernausbrüche auf.

So verlor die amerikanische WHO-Region im Jahr 2018 ihr zuvor erworbenes Zertifikat der Masernelimination aufgrund zahlreicher Masernausbrüche. Auch Deutschland wird seit 2017 durch die WHO wieder als Land mit endemischer Masernverbreitung eingestuft (World Health Organization, 2019a, S. 5f.).

## **2.5.2 Nationaler Aktionsplan 2015–2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland**

Bereits 1998 hat sich die Bundesregierung Deutschlands das Ziel gesetzt, die Zahl der Masernerkrankungen entscheidend zu reduzieren. Eine erste Verpflichtung der Masernelimination bis zum Jahr 2015 wurde von der Gesundheitsministerkonferenz im Jahr 2011 beschlossen. Nachdem die anvisierte Elimination der Masern und Röteln nicht erreicht werden konnte, wurde im selben Jahr, als Fortschreibung des Nationalen Impfplans (NIP), der Nationale Aktionsplan 2015–2020 zur Elimination der Masern und Röteln (NAP) durch eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe erstellt. Diese nahm eine Bestandsaufnahme vor und modifizierte nationale Ziele zur Elimination der Masern und Röteln (Bundesministerium für Gesundheit, 2015, S. 8f.). Das gesundheitspolitische Leitziel des NAP wurde definiert als „dauerhafte Erreichung der Elimination der Masern und Röteln in Deutschland als Beitrag für eine weltweite Eradikation“ (Bundesministerium für Gesundheit, a.a.O., S. 26).

Begleitet, dokumentiert und überprüft wird der Eliminationsprozess durch die Nationale Verifizierungskommission zur Verifizierung der Elimination der Masern und Röteln (NAVKO) am RKI, die 2012 durch das Bundesministerium für Gesundheit berufen wurde (Robert Koch-Institut, 2020a).

Weitere Ziele des NAP sind der Ausdruck eines starken politischen Willens mit Unterstützung des Ziels der Elimination der Masern und Röteln, Aufklärung und Information der Bevölkerung, eine Steigerung der MMR-Impfquoten bei Kindern und Erwachsenen, die nach 1970 geboren sind, sowie die Verbesserung von Monitoring und Evaluation (Bundesministerium für Gesundheit, 2015, S. 26). Mithilfe messbarer Ziele soll die Umsetzung der strategischen Ziele verfolgt werden. Gemessen wird der Anteil der Bevölkerung, der einer MMR-Impfung grundsätzlich positiv gegenübersteht, die Impfquote bei Kindern, die Bevölkerungssimmunität, der Anteil der laborbestätigten Masernfälle und die Stärkung des Ausbruchsmangements durch unverzügliche, elektronische Berichte (Bundesministerium für Gesundheit, a.a.O., S. 6).

Zudem wurden mithilfe des NAP Bevölkerungsgruppen identifiziert, bei denen ein besonderer Handlungsbedarf besteht. Diese sind:

- Bevölkerungsgruppen mit einer potenziellen Unterversorgung bzw. die im Ausland geboren wurden,
- Bevölkerungsgruppen mit unterschiedlich motivierten Impfvorbehalten,
- Kinder im Alter von 11 bis 24 Monaten, insbesondere vor Eintritt in die Kita,
- 10- bis 17-Jährige,
- nach 1970 geborene Erwachsene und
- Beschäftigte im Gesundheitswesen (Bundesministerium für Gesundheit, a.a.O., S. 7).

Die NAVKO kam in ihrem zusammenfassenden Bericht zum Sachstand des Standes der Elimination in Deutschland 2018 zu dem Ergebnis, dass die festgelegten Ziele des NAP bisher nicht oder nur bedingt erreicht werden konnten. Da sich insbesondere die Impfquoten, trotz einer Vielzahl von Aktivitäten in den einzelnen Bundesländern, die auf eine Steigerung der Aufmerksamkeit in der Bevölkerung abzielen, nicht signifikant verbessert haben, waren weitere politische Handlungen in Deutschland erforderlich (Robert Koch-Institut, 2019c, S. 2).

### **3 Masernschutzgesetz**

Um einen besseren Schutz von vulnerablen Personengruppen und einen genügenden Schutz der Bevölkerung vor Maserninfektionen zu erreichen, erließ die Bundesregierung zum 1. März 2020 das Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz). Es handelt sich um ein Artikelgesetz, das unter anderem § 20 des wiederholt novellierten IfSG durch bestimmte Absätze ergänzt (Küpke et al., 2020, S. 3). Im IfSG werden die Grundlagen für Impfungen geregelt, mit dem übergeordneten Ziel, die Bevölkerung vor übertragbaren Krankheiten zu schützen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern (§ 1 IfSG). Die Aufgaben des RKI und die Empfehlungen der STIKO sind im IfSG festgeschrieben. Zudem findet es als rechtliche Grundlage für den Schutz von medizinischem Personal im Gesundheitswesen und der von ihnen betreuten Patient\*innen Anwendung (Ochmann, Wicker, 2020, S. 10).

Die Kernziele des Masernschutzgesetzes beinhalten, vor dem Hintergrund der von der WHO geplanten Maserneliminierung, eine deutliche Steigerung der Impfquoten in Deutschland und den Aufbau eines verbesserten individuellen sowie gesellschaftlichen Masernschutzes (Küpke et al., 2020, S. 4). Ausschlaggebend ist auch hier eine Inzidenz von weniger als einem Masernfall pro Million Einwohner, was bei einer derzeitigen Bevölkerungszahl von 83,2 Millionen für Deutschland maximal 82 Masernfälle im Jahr bedeuten würde (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2020). Erforderlich dafür ist eine zweimalige MMR-Impfquote von mindestens 95 % der Bevölkerung. Um dies zu erreichen, wird durch § 20 IfSG für bestimmte Personengruppen erstmalig die Freiwilligkeit einer Impfentscheidung aufgehoben. Dabei handelt es sich um Personen, die regelmäßig in Gemeinschafts- und Gesundheitseinrichtungen mit anderen Menschen in Kontakt kommen. Von einem Gemeinschaftsschutz sollen so vor allem diejenigen profitieren, die infolge ihres gesundheitlichen Zustandes nicht geimpft werden können (Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz), 2019, S. 1f.).

Den Fokus des Gesetzes bildet die Pflicht zum Nachweis einer Immunität (§ 20 Abs. 8–14 IfSG). So sind Kinder ab einem Jahr, die in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 1 bis 3 IfSG oder einem Kinderheim betreut werden oder in einer Gemeinschaftsunterkunft untergebracht sind, und Erwachsene, die in Gemeinschafts- oder Gesundheitseinrichtungen wie Krankenhäusern und Arztpraxen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 IfSG tätig und nach 1970 geboren sind, erstmalig gesetzlich verpflichtet, die nach der STIKO empfohlenen Masernimpfungen (siehe Kapitel 2.2) oder eine ausreichende Immunität nach einer durchgemachten Masernerkrankung vorzuweisen. Der Nachweis kann durch eine Impfdokumentation nach § 22 Absatz 1 und 2 IfSG über einen altersgerechten Impfschutz oder ein ärztliches Zeugnis, welches einen entsprechenden Impfschutz, eine vorliegende Immunität gegen Masern oder eine medizinische Kontraindikation einer Impfung enthält, erfolgen. Die Impfdokumentation soll unverzüglich nach einer erhaltenen Schutzimpfung in einen Impfausweis oder anhand einer Impfbescheinigung in schriftlicher oder elektronischer Form (digitaler Impfausweis) dokumentiert werden und enthält grundsätzlich das Datum der Impfung, die Bezeichnung und Chargenbezeichnung des Impfstoffes, den Namen der impfpräventablen Erkrankung sowie den Namen, die Anschrift und die Unterschrift der durchführenden Person (§ 22 Abs. 1, 2 IfSG). Zudem soll die Dokumentation auf das Verhalten bei ungewöhnlichen Impfreaktionen, Ansprüche bei Eintritt eines Impfschadens und Stellen, bei denen Ansprüche geltend gemacht werden können, hinweisen (§ 22 Abs. 3 IfSG). Mithilfe der Dokumentation soll darüber hinaus über notwendige Folge- und Auffrischungsimpfungen mit Terminvorschlägen informiert werden, um eine rechtzeitige Nachimpfung zu gewährleisten (§ 22 Abs. 4 IfSG).



Personen, die planen, ihre Tätigkeit in einer Gesundheitseinrichtung zu beginnen, haben den Nachweis vor Aufnahme dieser zu erbringen. Personen, die am 1. März 2020 bereits eine Gemeinschafts- und Gesundheitseinrichtung besucht haben oder dort tätig waren, sind verpflichtet, der Leitung der jeweiligen Einrichtung bis zum 31. Juli 2021 diesen Nachweis vorzulegen (§ 20 Abs. 9, 10 IfSG). Bei Nichtvorlegen erfolgt eine unverzügliche Übermittlung der personenbezogenen Angaben durch die Leitung der jeweiligen Einrichtung an das Gesundheitsamt. Wurde ein entsprechender Nachweis bereits bei einer zuvor besuchten Einrichtung oder einer staatlichen Stelle eingereicht, genügt eine Bestätigung dieser Einrichtung (Küpke et al., 2020, S. 3f.; Lissel, 2020, S. 459–464). Wer Ordnungswidrigkeiten vorsätzlich begeht und bestimmten Schutzmaßnahmen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten zuwiderhandelt, macht sich strafbar (§ 73–75 IfSG).

Im Entwurf wird darauf hingewiesen, dass das Gesetz für Personen, die in den genannten Einrichtungen arbeiten möchten, einen Eingriff in das Grundrecht der Freiheit der Berufswahl (§ 12 Abs. 1 Satz 1 GG) und in das der körperlichen Unversehrtheit (§ 2 Abs. 2 Satz 1 GG) darstellt. Diese sind allerdings durch den Zweck des öffentlichen Gesundheitsschutzes als ein wichtiges Gemeinschaftsgut gerechtfertigt (Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz), 2019, S. 31–34).

Mit dem Masernschutzgesetz treten zudem folgende Neuerungen in Kraft:

- Eine regelmäßige und umfassende Aufklärung der Bevölkerung über die Bedeutung von Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der Prophylaxe übertragbarer Krankheiten soll durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gewährleistet werden (§ 20 Abs. 1 IfSG).
- Ärzt\*innen dürfen unabhängig von ihrer fachärztlichen Tätigkeit Schutzimpfungen durchführen (§ 20 Abs. 4 IfSG).
- Das RKI führt eine Mortalitäts- und Impfsurveillance durch (§ 13 Abs. 4, 5 IfSG).

Da das Ziel einer Masernelimination der WHO bereits mehrfach verschoben werden musste, ist eine bestimmte Befristung des Gesetzes nicht vorgesehen. Aufgrund der Aktualität dieses Beschlusses haben bisher keine kommissarischen Berichterstattungen stattgefunden, die die Auswirkungen dieser Maßnahme berücksichtigen. Eine Evaluierung durch eine Auswertung der erreichten Impfquoten gegen Masern soll ab März 2020 erfolgen. Der Stand der Umsetzung des Gesetzes wird nach Ablauf des 31. Juli 2021 mit den Ländern geprüft (Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz), 2019, S. 17–23).

## **II METHODISCHES VORGEHEN**

### **4 Qualitative Sozialforschung**

Bei der qualitativen Sozialforschung handelt es sich um einen Forschungsansatz, der durch einen iterativen Forschungsprozess bestimmt wird und mittels unstrukturierter Methoden, beispielsweise durch Beobachtungen oder Interviews, qualitative Daten erhoben werden. Das Material kann aus verbalen, visuellen und/oder audiovisuellen Daten bestehen (Döring, Bortz, 2016, S. 16).

Der Forschungsansatz ist gekennzeichnet durch eine induktive Vorgehensweise, bei der Theorien aus dem Rohdatenmaterial der empirischen Untersuchung synthetisiert werden. Das offene Vorgehen bei der Datenerhebung bildet die subjektive Sichtweise der teilnehmenden Personen ab und ermöglicht das Aufdecken nicht erwarteter Aspekte. Somit stellt der Forschungsprozess im Verlauf der Studie aufgrund des nicht-strukturierten Vorgehens einen inhaltlichen Lernprozess für die forschende Person dar. Die anschließende Datenanalyse unterliegt keinem vorgefertigten Analysemodell, sodass die inhaltlichen Kategorien zur Dateninterpretation im Verlauf der Datenaufbereitung schrittweise erarbeitet und stets angepasst werden können. Die interpretativen Methoden ermöglichen es, den Untersuchungsgegenstand im Kontext detailliert zu beschreiben (Döring, Bortz, a.a.O., S. 25f.).

#### **4.1 Begründung der Methodenauswahl**

Für diese Arbeit wurde im Sinne des qualitativen Forschungsansatzes ein ergebnisoffener Prozess gewählt, um aus der empirischen Untersuchung heraus einen theoretischen Ansatz zu entwickeln. Dieses induktive Verfahren ermöglicht es der forschenden Person, durch eine neutrale, offene Vorgehensweise neue Erkenntnisse zu gewinnen.

Um die Relevanz der Impfmotivation bei Pflegepersonal und die Bedeutung des Masernschutzgesetzes zu eruieren, erfolgte zu Beginn eine systematische Literaturrecherche. Diese bildet den theoretischen Hintergrund ab, der in den vorigen Kapiteln dieser Arbeit dargestellt wurde. Der präzise Kenntnisstand von Empirie und Hintergrund des Forschungsthemas soll die korrekte Interpretation der gewonnenen Daten und möglichst genaue Aussagen sicherstellen.

Auf die Festlegung des Forschungsthemas folgt in der qualitativen Untersuchung die Formulierung meist weniger, offener Forschungsfragen auf Basis des aktuellen Forschungsstandes (Döring, Bortz, 2016, S. 26).

Die Beantwortung der Forschungsfragen soll in diesem Forschungsprojekt durch qualitative, halbstrukturierte Betroffeneninterviews gewährleistet werden. Diese Art der Datenerhebung eröffnet die Möglichkeit, aus der Perspektive des Pflegepersonals den für die forschende Person bedeutsamen Kontext zu untersuchen und zu verstehen, was die Akteur\*innen dazu motiviert, in einer bestimmten Weise zu handeln (Froschauer, Lueger, 2020, S. 14). Da hinsichtlich der Fragestellung ein besonderes Interesse an den individuellen Sichtweisen und Einstellungen der Proband\*innen bestand, wurde die Gesprächsführung auf ein Einzelgespräch festgelegt. Dies ermöglicht ein Hervorbringen der persönlichen Meinung ohne direkte externe Einflussnahme (Froschauer, Lueger, a.a.O., S. 46). Ein weiterer Vorteil besteht darin, dass diese Methode mit einer höheren Compliance und einer geringeren Abbruchwahrscheinlichkeit verbunden ist. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass die interviewte Person die Fragen im Rahmen der sozialen Erwünschtheit beantworten könnte, was zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen kann (Scholl, 2018, S. 37).

Hinsichtlich der Struktur der Fragen und Offenheit der Antwortmöglichkeiten unterscheiden sich die Formen des Gesprächs. Das halbstrukturierte Interview basiert auf einem Interviewleitfaden, der für diese Untersuchung konzipiert wurde. Im Vergleich zum standardisierten Fragebogen bildet dieser lediglich ein Gerüst der Gesprächsführung. Durch die Bestimmung der Fragen und Themen des Interviews erfüllt der Leitfaden eine Steuerungs- und Strukturierungsfunktion durch die forschende Person, listet alle relevanten Themenkomplexe auf und ermöglicht eine bessere Vergleichbarkeit der erhobenen Daten. Trotz der Strukturierung des Kommunikationsprozesses folgt die Leitfadengestaltung dem Grundprinzip der Offenheit. Die Reihenfolge der Themen des Leitfadens ist somit flexibel und orientiert sich möglichst an der natürlichen Gesprächsführung. Dies ermöglicht es der forschenden Person, durch genügend Raum für neue Erkenntnisse den Gesprächsprozess individuell anzupassen, und eröffnet der interviewten Person die Möglichkeit, ihre Subjektivität zu entfalten und frei und ungehindert auf die gestellten Fragen einzugehen (Hug et al., 2020, S. 128; Misoch, 2019, S. 66f.). Die Erstellung des Leitfadens unterstützt darüber hinaus die forschende Person darin, das eigene Wissen zu organisieren und die wichtigen Fragenbereiche vor dem Interview in Erinnerung zu holen (Mey, Mruck, 2019, S. 12).

Ziel dieser Untersuchung ist es, durch eine ergebnisoffene Gestaltung der Interviewsituation die subjektive Einstellung zur Inanspruchnahme von Schutzimpfungen bei Pflegepersonal unter Hinzunahme der Bedeutung des neuen Masernschutzgesetzes zu ermitteln.

Richtet sich das Erkenntnisinteresse auf die Meinungen der Interviewpartner\*innen oder die Erkundung der Aussagen zu spezifischen Themen, empfehlen Froschauer und Lueger für die Auswertung der erhobenen Daten vorrangig inhaltsanalytische Verfahren (Froschauer, Lueger, 2020, S. 49). Für die vorliegende Untersuchung findet das Konzept der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring Anwendung. Dieses ermöglicht es, die Bedeutungsgehalte von Dokumenten in Bezug zur Forschungsfrage mithilfe einer schrittweisen Kodierung herauszufiltern (Döring, Bortz, 2016, S. 541). Eine präzise Darstellung dieses Interpretationsverfahrens erfolgt in Kapitel 4.4.

## 4.2 Stichprobe

Für die Gewinnung der Stichprobe wurde zu drei Mitarbeiter\*innen der medizinischen Zeitarbeitsagentur Ohlroggen Personalmanagement (OPM) ein direkter Kontakt per E-Mail oder Telefon hergestellt. Während dieser ersten Kontaktaufnahme wurden sowohl Informationen zum Zweck des Interviews und dem organisatorischen und zeitlichen Ablauf erläutert. Da es sich bei allen dort tätigen Personen um ausgebildete Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen handelt, war die zuvor definierte Zielgruppe des Pflegepersonals dieser Untersuchung von vornherein gegeben. Beachtung bei der Auswahl fand das Geburtsjahr der Teilnehmenden. Da sich das Masernschutzgesetz auf Personen bezieht, die nach 1970 geboren sind, stellte dies ein zusätzliches Kriterium für die Auswahl der Interviewten dar. Weitere Einschlusskriterien waren nicht gegeben.

Alle kontaktierten Personen stimmten einer Teilnahme an den Interviews zu. Aufgrund der homogenen Gruppe hinsichtlich der vorab definierten Zielmerkmale war es ein Bestreben, eine interne Heterogenität durch unterschiedliche Geschlechter, Herkunft sowie berufliche Qualifikationen herzustellen. Die Stichprobe (siehe Tabelle 2) setzt sich aus zwei männlichen (m) und einer weiblichen (w) Person zusammen. Die Altersspanne liegt zwischen 40 und 49 Jahren. Die männlichen Teilnehmer sind in den alten Bundesländern geboren, die weibliche Probandin stammt aus den neuen Bundesländern. Dies spielt bei der Betrachtung der Inanspruchnahme von Impfungen eine Rolle, auf die in den Ergebnissen in Kapitel 5 Bezug genommen wird. Zwei Personen verfügen über intensivmedizinische Erfahrungen und absolvieren ihre Einsätze ausschließlich in diesem Bereich. Der dritte Teilnehmer arbeitet auf somatischen Stationen der Hamburger Krankenhäuser.

Tabelle 2: Zusammensetzung der Stichprobe, eigene Darstellung

	<b>B1</b>	<b>B2</b>	<b>B3</b>
<b>Geschlecht</b>	m	w	m
<b>Alter</b>	49 Jahre	40 Jahre	45 Jahre
<b>Beruf</b>	Gesundheits- und Krankenpfleger mit Intensivverfahren	Gesundheits- und Krankenpflegerin mit Intensivverfahren	Gesundheits- und Krankenpfleger
<b>Dauer der Tätigkeit</b>	25 Jahre	9 Jahre	27 Jahre
<b>Dauer der Interviews</b>	23:48 Minuten	14:42 Minuten	16:20 Minuten

Die Methodologien der qualitativen Forschung beschränken sich aufgrund der umfassenden Materialsammlung zu jedem Einzelfall in der Regel auf kleine Stichproben. Somit erfüllt die für die Untersuchung geplante Stichprobengröße von drei Proband\*innen und die absichtsvolle Auswahl der Fälle das Kriterium eines qualitativen Interviews (Döring, Bortz, 2016, S. 302).

### 4.3 Datenerhebung und -aufbereitung

#### 4.3.1 Interviewleitfaden

Die Konstruktion des Leitfadens erfolgte in drei Arbeitsschritten. Abgeleitet aus dem theoretischen Hintergrund erfolgt zunächst die Festlegung der inhaltlich relevanten Themen. An diesen Schritt anknüpfend folgt durch das Formulieren von Haupt- und Unterfragen die Operationalisierung des Interviewleitfadens. Den finalen Schritt bildet die Komposition, die die Festlegung der Reihenfolge beinhaltet (Meyen et al., 2019, S. 86).

Der für die Untersuchung erstellte Leitfaden, der der Anlage A entnommen werden kann, besteht aus insgesamt 19 Fragen, dessen Themenschwerpunkte sich auf Basis der im Theorieteil erfassten Aspekte zum Forschungsthema ergaben. Um Monotonie zu vermeiden, empfehlen Meyen et al. abwechselnd offene und geschlossene Fragen. Der Leitfaden setzt sich aus Einstiegs- sowie Steuerungs- und Lenkungsfragen zusammen. Um die Wahrscheinlichkeit der sozialen Erwünschtheit zu senken, kamen Möglichkeiten der Frageformulierung zum Einsatz, die nach Meyen et al. einer entsprechenden Bias-Gefahr entgegenwirken.

Es hat sich zudem bewährt, Motive oder Einstellungen vorzugeben, um den Druck der vermeintlich erwünschten Ansichten der Gesellschaft abzubauen. Des Weiteren empfiehlt es sich, indirekte Fragen zu stellen und Gegenargumente in eine Frage einfließen zu lassen (Meyen et al., a.a.O., S. 87f.).

Bei der Konstruktion des Leitfadens galt ein Augenmerk dem Versuch, die Dimensionen der vorgestellten Modelle in Kapitel 2.4, anhand derer die Impfkzeptanz bei Pflegepersonal analysiert werden kann, thematisch in die offenen Fragen einfließen zu lassen, um eine spätere Verifizierung dieser auf Basis der erhobenen Erkenntnisse dieser Untersuchung vornehmen zu können.

In der beginnenden Phase des Leitfadens werden Informationen über die Kenntnisse des persönlichen Impfstatus erhoben – mit dem Ziel, den Einstieg in die Interviewsituation und in das Forschungsthema zu erleichtern. Die Eröffnungsfrage sollte innerhalb der Lebenswelt der befragten Person Relevanz aufweisen und einen Erzählpart auslösen (Froschauer, Lueger, 2020, S. 73). In der Hauptphase des Interviews werden die eigentlich relevanten Themen erörtert, indem die allgemeinen Einstellungen bei Pflegepersonal zu Schutzimpfungen, Kenntnisse und Ansichten gegenüber der Masernimpfung und Einstellungen zum Masernschutzgesetz im kommunikativen Austausch mit der interviewten Person dargestellt werden. Der Ausklang des Interviews wird durch eine abschließende Frage zu noch möglichen Anmerkungen seitens der interviewten Person eingeleitet. Am Ende des Interviews dient der Leitfaden für die Überprüfung, ob alle wichtigen Fragen im Interview angemessen angesprochen wurden (Mey, Mruck, 2019, S. 19).

Ein Probedurchgang des Interviewleitfadens mit einer Testperson aus dem privaten Umfeld vor Beginn der qualitativen Datenerhebung diente der Verifizierung möglicher Schwachstellen und Modifizierung der Leitfadenskomposition.

### **4.3.2 Durchführung der Interviews**

Zeitpunkt und Ort für die Durchführung der Interviews oblagen den Präferenzen der Teilnehmer\*innen. Dabei wurden von allen Personen aufgrund der bestehenden Nähe zum jeweiligen Wohnort die Räumlichkeiten der Zeitarbeitsagentur OPM gewählt.

Die Interviews fanden im „*Face-to-Face*“-Kontakt statt – am 23. Juni, 25. Juni und 13. Juli in dem Pausenraum des gemeinsamen Arbeitgebers OPM. Diese erfolgten unter Berücksichtigung der aktuell bestehenden Abstands- und Hygieneregeln im Zuge der derzeitigen COVID-19-Pandemie.

Durch eine gegenseitige Vorstellung und eine kurze „*Warming-up*“-Phase konnte eine entspannte Atmosphäre erzeugt werden. Das vorbereitete Sitzarrangement lies eine angenehme Nähe-Distanz-Regulation zu, für die auch Döring und Bortz plädieren (Döring, Bortz, 2016, S. 366). Zur Wahrung eines ethisch verantwortungsvollen Umgangs mit der Untersuchungsperson und dem entstehenden Datenmaterial wurde vor Beginn des jeweiligen Interviews die Freiwilligkeit und informierte Einwilligung mittels einer schriftlichen Einverständniserklärung (siehe Anlage B) eingeholt. Im Zuge dieser Aufklärung wurde die teilnehmende Person zudem über das Ziel des Projekts, die Tonaufzeichnung, die Anonymisierung und die Vertraulichkeit der Daten informiert (Döring, Bortz, a.a.O., S. 124f.).

Für die Untersuchung wurden die Interviews durch das Mobiltelefon und die App „*Dictaphone*“ begleitet. Die Audio-Aufzeichnung begünstigt eine entspannte Interviewführung, da keine Mitschriften von Stichworten erforderlich sind. Zudem werden die Genauigkeit und die Möglichkeit wörtlicher Zitate gegeben und Verzerrungen durch retrospektive Erinnerungen verhindert (Kuckartz, 2018, S. 165). Die Funktionsfähigkeit des digitalen Aufnahmegepärs wurde vor Beginn und nach Beendigung jedes Interviews überprüft. Somit steht ein genaues Protokoll zur Verfügung, welches die Grundvoraussetzung für eine adäquate Interpretation liefert (Froschauer, Lueger, 2020, S. 78).

Der persönliche und ungestörte Kontakt in den Einzelinterviews schuf eine vertrauensvolle Befragungssituation, sodass sich die interviewten Personen frei und authentisch äußern konnten. Überdies bot die angenehme Gesprächsatmosphäre der forschenden Person die Möglichkeit, zusätzliche Hintergrundinformationen zu erfassen. Die Zeitspanne der Interviews betrug zwischen 14 und 24 Minuten. Nachdem alle Fragen beantwortet wurden, bestand die Möglichkeit, auf Unklarheiten oder offene Fragen seitens der befragten Personen einzugehen. Dem offiziellen Ende der Interviews schloss sich stets ein informelles Nachgespräch an. Bei der Verabschiedung wurde darauf hingewiesen, dass bei Interesse über das Forschungsprojekt jederzeit Kontakt zu der forschenden Person aufgenommen werden kann. Den Ausklang bildete die Danksagung der Befragungspersonen für ihre Unterstützung der Studie.

### 4.3.3 Transkription

Im ersten Schritt nach der Erhebung folgt die Transkription (Verschriftlichung) der Audiodateien, um die ermittelten Daten für ihre Analyse zugänglich zu machen. Hierfür fanden die Transkriptionsregeln für die computergestützte Auswertung nach Kuckartz Anwendung, die festlegen, wie die gesprochene Sprache in schriftliche Form übertragen wird und ausführlich der Anlage C dieser Arbeit entnommen werden können.

Bei der Transkription wird jedes gesprochene Wort von der forschenden Person in Hochdeutsch übertragen und verschriftlicht. Dies ermöglicht das Anwenden wörtlicher Zitate. Die Sprache und Interpunktion orientieren sich an der deutschen Orthografie, syntaktische Fehler werden allerdings beibehalten. Auffällige Wortbetonungen, paralinguistische Äußerungen und Redepausen werden im Transkript kenntlich gemacht. Lautäußerungen der interviewenden Person bleiben bei der Transkription unberücksichtigt, da der Fokus der Analyse auf der inhaltlichen Ebene liegt und ein detaillierteres Transkript nicht zwangsläufig einen größeren Erkenntnisgewinn mit sich bringt (Fuß, Karbach, 2019, S. 31; Kuckartz, 2018, S. 166–168). Zur Transkription des in dieser Untersuchung erhobenen Datenmaterials wurde Microsoft Word genutzt.

## 4.4 Datenauswertung

Auf die Transkription der erhobenen Daten folgt die Analyse des Datenmaterials. Für die wissenschaftliche Auswertung der Interviews findet das Konzept der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (1991) Anwendung. Hierbei handelt es sich um ein induktives Verfahren, welches es ermöglicht, die Bedeutungsgehalte von Dokumenten in Bezug zur Forschungsfrage mithilfe einer schrittweisen Kodierung herauszufiltern. Die Struktur wird durch die Anwendung eines Code- und Kategoriensystems auf das zu untersuchende Material ermöglicht (Döring, Bortz, 2016, S. 541). Eine inhaltsanalytische Besonderheit dieses Verfahrens bildet die stete Einbettung des Materials in seinen Kommunikationszusammenhang. Dies ermöglicht eine Interpretation des Textes innerhalb seines Kontextes.

Mayring rät bei der qualitativen Inhaltsanalyse zu einem systematischen und regelgeleiteten Vorgehen und einer Festlegung eines konkreten Ablaufmodells der Analyse, sodass jede Entscheidung im Auswertungsprozess auf eine begründete und getestete Regel zurückzuführen ist (Mayring, 2015, S. 50f.). Hierfür werden drei voneinander unabhängige Grundformen des Interpretierens empfohlen: Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung. Je nach Forschungsfrage und Material gilt es, die geeignete Analysetechnik auszuwählen.



Ein Ziel der qualitativen Inhaltsanalyse besteht darin, das erhobene Datenmaterial systematisch zusammenzufassen und insoweit zu reduzieren, dass durch eine Abstraktion die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben und schließlich das Grundmaterial abbilden. Bei fraglichen Begriffen oder Sätzen kann zusätzliches Material genutzt werden, das zum Verständnis beiträgt und die Textstelle erläutert. Durch die Explikation soll ein ganzheitlicher Kontextbezug gewährleistet werden. Die Strukturierung verfolgt das Ziel, bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern und diese zuvor definierten Kriterien zuzuordnen (Mayring, a.a.O., S. 67).

Für diese Untersuchung bildet die zusammenfassende Inhaltsanalyse, als eine der Grundformen der qualitativen Inhaltsanalyse, die angewandte Analysetechnik. Diese Vorgehensweise (siehe Abbildung 3) zielt darauf ab, das vollständige Datenmaterial schrittweise auf die manifesten Hauptinhalte zu reduzieren. Durch die Zusammenfassung bilden sich die zentralen Aussagen des Gesamtmaterials ab. Dabei werden die Passagen des Textmaterials selektiert, die für die Untersuchung als relevant angesehen werden. Die inhaltstragende Textstelle wird auf eine einheitliche Sprachebene übersetzt und jeweils in eine vereinfachte Aussage (Paraphrase) transformiert. Anschließend wird aus der Paraphrase eine Kategorie gebildet. Weitere relevante Textstellen können der bestehenden Kategorie zugeordnet werden oder die Konstruktion einer neuen Kategorie erfordern. Bedeutungs-gleiche oder unwichtige Paraphrasen werden in einer ersten Reduktion gestrichen. Die relevanten Paraphrasen werden in einer weiteren Reduktion fallbezogen gebündelt und integriert. Nach Bildung aller erforderlichen Kategorien wird das Kategoriensystem zusammengestellt, anhand des Anfangsmaterials überprüft und gegebenenfalls überarbeitet. Dieses hierarchische Kategoriensystem stellt das wesentliche Gesamtmaterial der Untersuchung dar (Hug et al., 2020, S. 190f.; Döring, Bortz, 2016, S. 542).

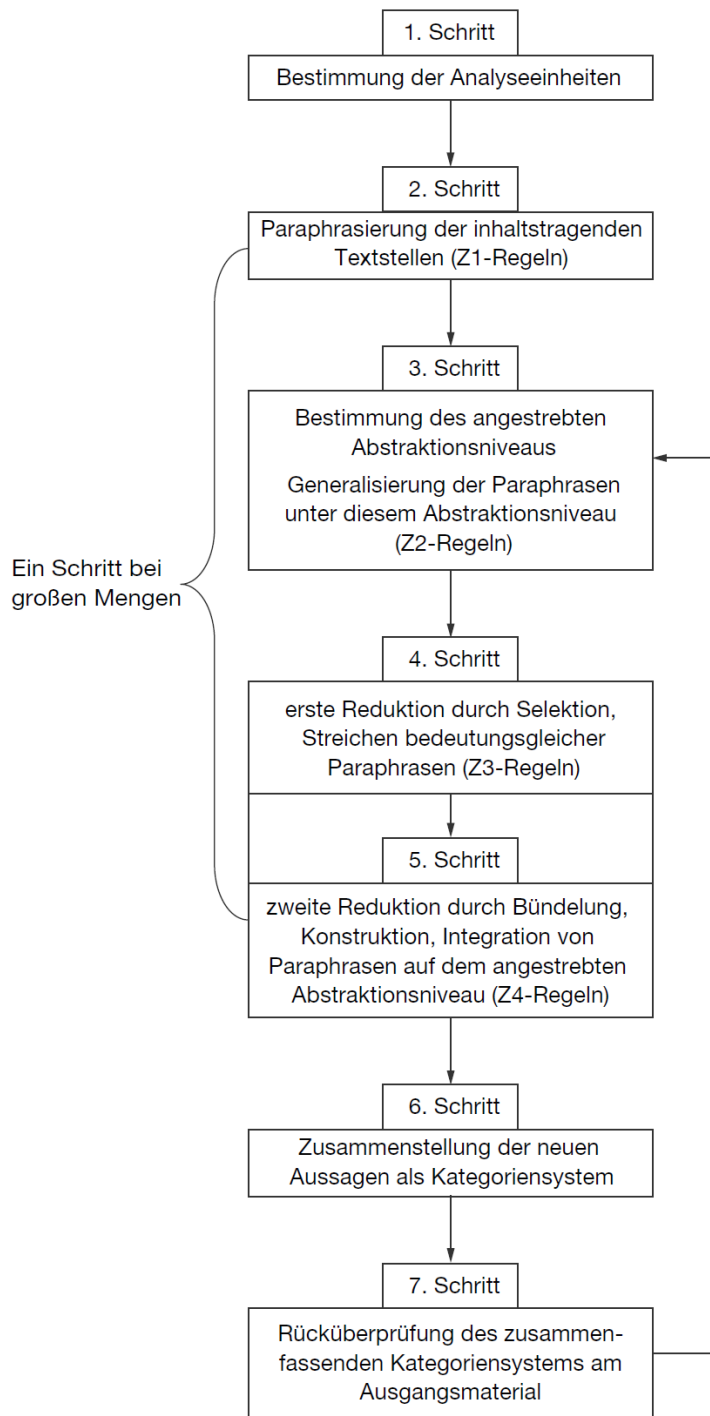


Abbildung 3: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse, Mayring, 2015, S. 70

Das vorgestellte Modell lässt sich auch auf den Prozess der induktiven Kategorienbildung anwenden und baut auf den gleichen reduktiven Techniken der Zusammenfassung auf. Das Ziel ist es, Kategorien direkt aus den erhobenen Daten abzuleiten, um eine möglichst gegenstandsnahe Darstellung des Materials ohne Verzerrungen durch vorab definierte Theorien zu gewährleisten. Das Ergebnis bildet das Kategoriensystem verbunden mit konkreten Textpassagen.

Überdies können für die weitere Analyse Interpretationen des vollständigen Kategoriensystems im Sinne der Fragestellung durchgeführt, quantitative Untersuchungen erhoben oder induktiv Hauptkategorien gebildet werden (Mayring, 2015, S. 85–90).

Für die vorliegende Untersuchung konnten im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring folgende Haupt- und Subkategorien, ausführlich grafisch dargestellt anhand eines Kodierbaumes in der Anlage D, gebildet werden:

**Kategorie A: Impfstatus**

Subkategorie A1: Inanspruchnahme von Impfungen

Subkategorie A2: Kenntnis vorhandener Impfungen

Subkategorie A3: Impfstatuskontrollen

Subkategorie A4: Inanspruchnahme von Auffrischungsimpfungen

**Kategorie B: Motivation für die Inanspruchnahme von Impfungen**

Subkategorie B1: Impfungen im Kindesalter

Subkategorie B2: Herkunft

Subkategorie B3: Angst vor der Erkrankung

Subkategorie B4: Beruflich begründeter Eigenschutz

Subkategorie B5: Impfung zum Schutz anderer

Subkategorie B6: Leicht durchzuführende Präventionsmaßnahme

Subkategorie B7: Gesetzliche Impfpflicht

**Kategorie C: Masernimmunität**

**Kategorie D: Gründe gegen Impfungen**

Subkategorie D1: Keine Angst vor einer Erkrankung

Subkategorie D2: Stärkung des Immunsystems

Subkategorie D3: Nebenwirkungen

Subkategorie D4: Niedriges Ansteckungsrisiko

## **Kategorie E: Einstellungen zum Masernschutzgesetz**

Subkategorie E1: Eingriff in das Persönlichkeitsrecht

Subkategorie E2: Sorge vor genereller Impfpflicht

Subkategorie E3: Zustimmung

Subkategorie E4: Begrenzung nur auf bestimmte Personengruppen

Subkategorie E5: Andere Maßnahmen voranstellen

Subkategorie E6: Veränderte Einstellung durch die COVID-19-Pandemie

Für die Auswertung und Bildung von Kategorien am qualitativen Datenmaterial wurde die Analysesoftware „MAXQDA“ unterstützend genutzt. Diese bietet der forschenden Person eine Vielzahl von Funktionen, um eine angemessene Analyse zu bewerkstelligen. Dank einer einfachen Handhabung ist es möglich, konkrete Textstellen der Interviews den jeweiligen Kategorien zuzuordnen und diese durch farbliche Markierungen zu visualisieren. Die computergestützten Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse sind der Anlage E dieser Arbeit beigelegt.

## **4.5 Gütekriterien**

Im Sinne der qualitativen Forschung kann die Zulässigkeit des Forschungsprozesses mittels Gütekriterien überprüft werden. Diese heben sich von den klassischen Gütekriterien der quantitativen Forschung, Validität, Objektivität und Reliabilität, ab. Da die Fachliteratur eine Vielzahl an qualitativen Kriterienkatalogen unterschiedlicher Herangehensweisen bietet, findet für die Überprüfung der Qualität dieser Untersuchung der international am häufigsten zitierte Kriterienkatalog nach Lincoln und Guba (1985) Anwendung. Bei diesem Ansatz spielt die Glaubwürdigkeit eine zentrale Rolle und bildet das Hauptkriterium für gute qualitative Forschung. Hierfür nennen Lincoln und Guba vier Kriterien der Glaubwürdigkeit: *Vertrauenswürdigkeit*, *Übertragbarkeit*, *Zuverlässigkeit* und *Bestätigbarkeit* (Döring, Bortz, 2016, S. 108).

Die *Vertrauenswürdigkeit* bezieht sich auf die Ergebnisse und Interpretationen der Studie auf Basis der Daten und bildet das wichtigste Gütekriterium des Glaubwürdigkeitsmodells. Für die empirische Verankerung der Theoriebildung und -prüfung kommen modifizierte Verfahren zum Einsatz. Die Rücksprache mit den untersuchten Personen vor und während der Interviews sowie eine abschließende Zustimmung der Teilnehmer\*innen diente der Sicherung der Vertrauenswürdigkeit.

Ein Abgleich der abschließenden Forschungsergebnisse mit den interviewten Personen wird von Lincoln und Guba empfohlen, konnte aber im begrenzten Rahmen dieser Arbeit nicht durchgeführt werden.

Für die erfolgreiche *Übertragung* von Untersuchungsergebnissen auf andere Kontexte ist eine genaue Beschreibung der untersuchten Personen und der jeweiligen Kontextbedingungen obligatorisch. Angesichts des geringen Stichprobenumfangs der eigenen Untersuchung sind die Forschungsergebnisse in Bezug auf die Verallgemeinerbarkeit limitiert.

Der Terminus *Zuverlässigkeit* entspricht dem Kriterium der Reliabilität in der quantitativen Sozialforschung und definiert das Ausmaß, in dem unterschiedliche Untersucher\*innen in derselben Studie zu denselben Ergebnissen gelangen. Hierfür muss eine nachvollziehbare und detaillierte Gestaltung des Forschungsprozesses hergestellt werden.

*Bestätigbarkeit* ist laut Lincoln und Guba gewährleistet, wenn die Studienergebnisse nicht durch Vorurteile, Interessen oder Perspektiven der forschenden Person vorbestimmt sind. Nützlich bei der Betrachtung der Neutralität der Forschenden sind Erläuterungen dazu, wie die untersuchenden Personen ihre subjektiven Perspektiven und Rollen im Forschungsprozess reflektieren (Döring, Bortz, a.a.O., S. 108–114; Lincoln, Guba, 1985, S. 301).

Des Weiteren wird eine Einschätzung der Ergebnisse dieser Untersuchung nach den Gütekriterien nach Mayring durchgeführt, anhand derer die Qualität der Forschungsergebnisse abgebildet werden kann. Nach Mayring sollte die Untersuchung im Sinne der qualitativen Forschung die Gütekriterien *Verfahrensdokumentation*, *argumentative Interpretationsabsicherung*, *Regelgeleitetheit*, *Nähe zum Gegenstand*, *kommunikative Validierung* und *Triangulation* erfüllen (Mayring, 2016, S. 144–147).

Für die *Verfahrensdokumentation* rät Mayring zu einer präzisen Dokumentation der Untersuchung, um den Forschungsprozess und die Gewinnung der Ergebnisse für Dritte nachvollziehbar zu gestalten. Die exakte Vorstellung des theoretischen Hintergrundes sowie der ganzheitlichen Darstellung des methodischen Vorgehens in dieser Arbeit erfüllen dieses Kriterium.

Das zweite Gütekriterium bezieht sich auf eine schlüssige, *argumentative* Begründung der *Interpretation*. Um ein adäquates Vorverständnis der jeweiligen Interpretation zu ermöglichen, wird eine detaillierte Darstellung des theoretischen Hintergrundes vorgenommen.

Während des Forschungsprozesses sollte ein unsystematisches Vorgehen vermieden werden. Hierfür empfiehlt Mayring das Kriterium der *Regelgeleitetheit*. Dieses kann durch eine strukturierte, schrittweise Analysetechnik erreicht werden, die bereits im Vorfeld durch die forschende Person festgelegt wird. Nichtsdestotrotz wird bei Bedarf zu einer Modifizierung der Analysetechnik geraten, um sich dem Forschungsgegenstand anzunähern. Die einzelnen Schritte des Analyseprozesses dieser Untersuchung wurden auf Grundlage der qualitativen Inhaltsanalyse in Kapitel 4.4 präzise dargestellt.

Die *Nähe zum Gegenstand* entsteht durch eine möglichst nahe Forschung an der Lebenswelt der untersuchten Personen (Feldforschung) und die Herstellung übereinstimmender Interessen zwischen forschender und befragter Person. Um möglichst nah an der Alltagswelt der Teilnehmer\*innen anzuknüpfen, wurden die Interviews in den Räumlichkeiten des Arbeitsgebers durchgeführt, die allen bereits bekannt waren.

Laut Mayring wird die Gültigkeit der Forschungsergebnisse gestärkt, indem diese den teilnehmenden Personen zur Absicherung der subjektiven Bedeutungen nochmals präsentiert und gegebenenfalls gemeinsam diskutiert werden. Der Prozess der *kommunikativen Validierung* kann dem vorgestellten Kriterium der Vertrauenswürdigkeit nach Lincoln und Guba gleichgesetzt werden und wurde im begrenzten Rahmen dieser Arbeit nicht durchgeführt.

Das letzte Kriterium der *Triangulation* zielt auf den Vergleich der Ergebnisse anhand verschiedener Analysegänge ab. Dies ermöglicht auch die Darstellung der Stärken und Schwächen der jeweiligen Analysetechnik (Mayring, a.a.O., S. 144–147). Für weiterführende Studien wird die Anwendung unterschiedlicher Forschungsmethoden empfohlen.

## **5 Darstellung der empirischen Ergebnisse**

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der halbstandardisierten Betroffenen-Interviews vorgestellt, die sich durch die Anwendung der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring für diese Untersuchung strukturiert zusammenfassen und darstellen lassen.

### **5.1 Kategorie A: Impfstatus**

Der erste Themenkomplex des Leitfadeninterviews hatte den Impfstatus der Beteiligten zum Inhalt. Durch die induktive Kategorienbildung konnten anhand des erhobenen Datenmaterials vier Subkategorien erstellt werden.

### **A1: Inanspruchnahme von Impfungen**

In den persönlichen Gesprächen stellte sich heraus, dass alle Mitarbeiter\*innen Impfungen in Anspruch nehmen und somit die erste Frage einheitlich bejahten. Die Inanspruchnahme lässt sich allerdings durch den weiteren Interviewverlauf in selektive und generelle Inanspruchnahme von Impfungen unterteilen.

### **A2: Kenntnis vorhandener Impfungen**

Die Frage nach den vorhandenen Impfungen konnte von zwei Personen konkret beantwortet werden. Die dritte Person bejahte sie.

*„Gegen Tetanus bin ich geimpft. Also diese Dreier-Impfung. Tetanus, Diphtherie und Polio war das, glaube ich. Aber das ist die einzige Impfung, die ich habe. Ich habe aber noch die Hepatitisimpfung einmal gehabt. Und da habe ich auch immer noch einen Titer. Das sind eigentlich so die Impfungen, die ich habe.“ (B1)*

*„Also, ich bin als Kind gegen alle Kinderkrankheiten geimpft worden, was man so hatte. Und dann gegen Hepatitis B.“ (B3)*

### **A3: Impfstatuskontrollen**

Die Kontrolle des Impfstatus wird von allen Teilnehmenden durchgeführt. Eine Person gab an, dies nicht selbst zu übernehmen, sondern durch die regelmäßige Mitnahme des Impfausweises zu hausärztlichen Terminen in dessen Obhut zu geben. Eine teilnehmende Person bejahte die Frage der Impfstatuskontrollen.

*„Nein, das macht ja mein Hausarzt für mich. Also ich würde das wohl machen, aber ich weiß, dass der das macht.“ (B2)*

*„Der Titer ist auch noch gut.“ (B3)*

*„(..) Bei Hepatitis B war es mir dann doch irgendwie wichtig. Jetzt war ich bei der Betriebsärztin, die meinte, ich sollte irgendwie noch gegen Keuchhusten geimpft werden – wer hat denn bitte Keuchhusten. Ich habe noch niemanden getroffen. Das habe ich jetzt nicht gemacht.“ (B3)*

### **A4: Inanspruchnahme von Auffrischungsimpfungen**

Auf die Frage, ob Auffrischungsimpfungen durchgeführt werden, fielen die Antworten bei zwei Teilnehmenden wenig unterschiedlich aus. Bei beiden werden Auffrischungsimpfungen selektiv zur Vermeidung bestimmter Erkrankungen in Anspruch genommen.

*„Ja. Tetanus ist gerade aufgefrischt worden, weil der war, glaube ich, ein bisschen drüber.“ (B1)*

*„Da [Tetanus] lasse ich mich auch nachimpfen. Weil ich auch wichtig finde, dass man die hat. Definitiv.“ (B1)*

*„Das hatte ich bisher noch nicht, nur bei Hepatitis B habe ich das jetzt gemacht, weil es mich schon betrifft im Job. Aber jetzt in letzter Zeit habe ich keine Impfungen mehr gemacht, in den letzten Jahren.“ (B3)*

Die dritte Person lässt den Status ihrer Impfungen durch ihren Hausarzt kontrollieren und bei Bedarf Auffrischungsimpfungen durchführen, ohne sich dabei auf konkrete impfpräventable Erkrankungen festzulegen.

*„Vor zwei Jahren habe ich den Impfausweis mitgenommen und gesagt, er soll mal gucken, und dann macht er das. Und dann bekomme ich, was fehlt oder abgelaufen ist.“ (B2)*

## **5.2 Kategorie B: Motivation für die Inanspruchnahme von Impfungen**

Der zweite Themenkomplex enthielt Fragen dazu, was die Mitarbeiter\*innen motiviert, Impfungen in Anspruch zu nehmen. Aus den Ergebnissen der qualitativen Interviews ließen sich folgende Subkategorien herausarbeiten.

### **B1: Impfungen im Kindesalter**

Zunächst haben alle Teilnehmenden bestätigt, dass bei ihnen im Zuge der Vorsorge Impfungen im Kindesalter durchgeführt wurden und dies auf einen Grund für die Inanspruchnahme von Impfungen zurückzuführen ist.

*„Wir haben ja damals noch diese Pockenimpfungen mit den Narben bekommen, daran lässt sich erkennen, wer geimpft worden ist.“ (B1)*

*„Also, wenn man bei den Kinderimpfungen anfängt, ist das ja ein Bestandteil der Vorsorge. Da ist ja der Grund, das ist halt so.“ (B2)*

*„Aber als ich noch klein war, war das so. Das wurde auch nicht infrage gestellt. Meine Eltern haben das gemacht und ich glaube einfach, jeder hat das gemacht. Und deswegen ist man dann gegen alles Mögliche geimpft.“ (B2)*

*„Das war Standard in den Siebzigern, da hat man gar nicht groß gefragt.“ (B3)*



## **B2: Herkunft**

Eine Person begründete ihre vorhandenen Impfungen zudem mit ihrer Herkunft aus den neuen Bundesländern.

*„Und ich komme aus dem Osten, da wird auch nicht gefragt. Da wird geimpft und dann ist es so.“ (B2)*

## **B3: Angst vor der Erkrankung**

Alle befragten Personen begründeten die Inanspruchnahme von Impfungen zusätzlich mit der Angst vor den Folgen einer Erkrankung.

*„Wichtig finde ich es schon, ich würde es auch nicht unbedingt haben wollen, gerade nicht als Erwachsener. Diese Kinderkrankheiten sind im Kindesalter schon schlimm genug, aber als Erwachsener möchte man das tatsächlich nicht haben. Ich weiß, damals als wir die Windpocken hatten, meine Schwester und ich, hat mein Vater sich damals angesteckt, und der hat richtig gelitten. Das war nicht ohne.“ (B1)*

*„Und Masern können ja echt so fiese Folgen haben. Also das möchte ja keiner.“ (B2)*

*„Da war mir tatsächlich die Hepatitis B-Impfung wichtig. Das möchte man nicht haben.“ (B3)*

## **B4: Beruflich begründeter Eigenschutz**

Der Schutz der eigenen Gesundheit aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit als Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen spielte innerhalb der befragten Stichprobe eine sehr große Rolle. Alle Teilnehmer\*innen bezogen sich hierbei ausdrücklich auf die Gefahr, als Pflegepersonal des Öfteren einer vorliegenden Hepatitis-erkrankung bei den zu behandelnden Patient\*innen ausgesetzt zu sein.

*„Das ist für mich tatsächlich so, dass ich sage, dadurch dass ich ja im Job bin, brauche ich (...) den Schutz brauche ich. So, das ist etwas, wo ich sage, da muss ich geimpft sein. Für mich selber auch.“ (B1)*

*„Naja, das Problem ist im Endeffekt, du hast ja nicht immer gleich die Möglichkeit (...) Im Notfall hast du nicht gleich einen Handschuh an. Das muss man mal so sagen. Also es ist, bevor ich reinkomme und es ist ein akuter Notfall, gucke ich nicht erst, dass ich die Handschuhe angezogen habe, sondern muss ad hoc reagieren. Wenn ein Spritzer Blut auf meine Hand kommt, muss ich einen Schutz haben. Also man achtet zwar schon noch darauf, dass man Handschuhe trägt oder dass man sich schützt, aber manchmal funktioniert das nicht. Daher finde ich, ist dieser Schutz sehr wichtig. Ich möchte nicht Tetanus haben.“*

*Ich möchte auch kein Hepatitis haben. Oder, oder, oder. Das ist eigentlich so der Grund, warum ich sage, dafür brauche ich den Schutz.“ (B1)*

*„Hepatitis B habe ich ja dann vor (..), weiß ich nicht, etlichen Jahren wegen der Arbeit gemacht.“ (B2)*

*„Ja. Also, das glaube ich auf jeden Fall. Denn man hat ja tatsächlich häufiger irgendwie Patienten. Also, wenn man sich tatsächlich impfen lassen kann, kann man das ruhig machen. Weil ich meine, jetzt Hepatitis B im Speziellen ist ja ganz gewöhnlich eigentlich. Also nicht ganz gewöhnlich, es kommt häufiger vor. Im beruflichen Alltag hat man das ja einfach sehr häufig. Wenn ich eine Übergabe kriege oder irgendwie höre, der Patient hat Hepatitis B, speichere ich das nicht in meinem Kopf extra ab. Ich nehme das zur Kenntnis, weil das ja eher schon gewöhnlich ist. Also ich habe das eher, wenn jetzt der Patient irgendwie HIV-positiv ist. Das habe ich (.) also prä-senter auf jeden Fall in meinem Kopf. Aber das ist ja eigentlich eher das tägliche Geschäft, das finde ich. Deswegen ist das ja eigentlich auch ganz normal, dass man da solche Impfungen haben sollte.“ (B2)*

*„Ja, wegen der Arbeit. Da war mir tatsächlich die Hepatitis B-Impfung wichtig. Das möchte man nicht haben.“ (B3)*

*„Genau, als Eigenschutz, denn da bin ich ja gefährdet. Wenn ich mit Blut in Kontakt komme, von betroffenen Personen. Da war ich ganz froh, dass mein Titer noch gut ist für die nächsten zehn Jahre auf jeden Fall, da muss ich dann nicht nachimpfen.“ (B3)*

#### **B5: Impfung zum Schutz anderer**

Als weitere Motivation für die Inanspruchnahme von Impfungen wurde von zwei teilnehmenden Personen der Schutz anderer – sowohl im privaten als auch gesellschaftlichen Kontext – genannt.

*„Und natürlich, man muss sich selbst schützen und auch noch seine Angehörigen mit dabei, finde ich. Wenn ich mit irgendetwas nach Hause komme, hat mein Mann gleich das gleiche Problem und kann das abbekommen. Das ist so der Schutz, den ich darin sehe. Deswegen, ja, die Impfungen.“ (B1)*

*„Daher ist es schon wichtig, dass man den Schutz hat und es nicht unbedingt weitertragen kann.“ (B1)*

*„Ich würde mich auch, glaube ich, wohler fühlen, wenn alle geimpft wären. Weil man dadurch einfach Sachen gut eindämmen kann.“ (B2)*

### **B6: Leicht durchzuführende Präventionsmaßnahme**

Die leicht durchzuführende Umsetzung dieser Präventionsmaßnahme war für eine der interviewten Personen der Grund für die Inanspruchnahme von Impfungen.

*„Aber es ist so einfach mit einer Impfung, das zu unterbinden. Also das ist wirklich leicht.“ (B2)*

*„Und das ist ja wirklich ruckzuck, ist die Impfung einfach fertig.“ (B2)*

*„Und dann hatte ich eher das Gefühl danach, dann bin ich ja jetzt wieder auf dem aktuellen Stand. Dann kann ich den Impfpass wegtun und dann muss ich mich erst mal nicht kümmern. Alles ist im Lot. Alles ist erledigt. Ist ein Haken dran.“ (B2)*

### **B7: Gesetzliche Impfpflicht**

Nach Aussagen der Teilnehmer\*innen wird die Inanspruchnahme von Impfungen des Weiteren mit der zum 1. März 2020 eingeführten Impfpflicht für bestimmte Berufsgruppen als Inhalt des Masernschutzgesetzes begründet.

*„Dadurch, dass ich wusste, dass ich Masern als Kind hatte, und mir sicher war, dass ich so einen Schutz hatte, habe ich mir darüber tatsächlich keine Gedanken gemacht. Weil mir war klar, ich habe den Schutz und dementsprechend muss ich mich nicht impfen lassen. Ich hätte es wahrscheinlich getan, beziehungsweise ich hätte es ja müssen. Weil, wenn ich den Schutz nicht nachweisen kann, habe ich ja Probleme mit dem Job.“ (B1)*

*„Aber wie ich schon sagte, muss ich mich gegen jeden Kram impfen jetzt, damit ich in meinem Job weiterarbeiten kann? Also ich schütze mich, ich muss mich schützen, es wird mir auferlegt.“ (B1)*

*„Mittlerweile muss man ja die zweimalige Impfung vorzeigen.“ (B3)*

## **5.3 Kategorie C: Masernimmunität**

In einem folgenden Themenkomplex des Interviews wurde erörtert, ob eine nach dem IfSG ausreichende Masernimmunität bei den befragten Mitarbeiter\*innen vorliegt. Hierbei stellte sich heraus, dass alle interviewten Personen einen unterschiedlichen Masernimmunstatus aufweisen. Dieser lässt sich in drei Gruppen unterscheiden: einmalige Masernimpfung, zweifache Masernimpfung oder eine bereits durchgestandene Masernerkrankung.

Somit verfügen zwei Personen aufgrund der durchgemachten Erkrankung im Kindesalter beziehungsweise durch die zweimalige Masernimpfung über einen ausreichenden Masernimmunstatus.

*„Nein, ich habe Masern selber als Kind gehabt, ich habe einen Titer berechnen lassen, ich habe noch einen ausreichenden Schutz.“ (B1)*

*„Man muss ja zwei Impfungen haben, glaube ich, für diese Grundimmunität. Und die eine habe ich in meinem Kindesalter gekriegt und die andere fehlte vor zwei Jahren, als ich meinen Impfausweis zu meinem neuen Hausarzt getragen habe und dann sagte er: ‚Hier, gucken Sie mal. Wie sieht die Lage aus? Da fehlt ja einmal Masern. Wollen wir das gleich machen?‘ Ja, fertig.“ (B2)*

Ein Teilnehmer weist aufgrund einer einmaligen Masernimpfung im Kindesalter einen unzureichenden Masernimmunstatus auf. Im Zuge des Masernschutzgesetzes muss die fehlende, zweite Schutzimpfung bis zum 31. Juli 2021 durchgeführt und dem Arbeitgeber schriftlich nachgewiesen werden.

*„Ja, eben als Kind, aber nur einmalig, leider, obwohl was heißt leider? Mittlerweile muss man ja die zweimalige Impfung vorzeigen. Das steht jetzt noch im Raum, ich habe noch ein Jahr Zeit.“ (B3)*

## **5.4 Kategorie D: Gründe gegen Impfungen**

Im weiteren Verlauf des Interviews wurden die Teilnehmer\*innen zu ihren persönlichen Gründen befragt, die gegen die Inanspruchnahme einer Impfung sprechen. Auch hier lassen die Antworten der Interviewten auf komplexe Ursachen schließen, woraufhin sich im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse vier Subkategorien bilden ließen. Die häufigsten Gründe gegen die Inanspruchnahme von Impfungen lassen sich den Bereichen *Confidence* (Vertrauen) und *Complacency* (Risikowahrnehmung) des 4C-Modells zuordnen.

### **D1: Keine Angst vor einer Erkrankung**

Im Rahmen der Frage nach den Gründen, die gegen eine Impfung sprechen, wurde nach dem 4C-Modell eine geringe *Complacency* des befragten Pflegepersonals deutlich. Alle Personen gaben demnach an, keine Angst vor den Folgen einer Erkrankung zu haben. Dabei bezogen sich alle Teilnehmer\*innen vorrangig auf das Beispiel der Influenzaerkrankung, obwohl diese nicht durch die forschende Person als explizite Nennung in den Gesprächen Erwähnung fand.

„Also, wo ich gegen bin und was ich nicht mache, ist eine Gripeschutzimpfung. Da sehe ich keinen Sinn darin. Einmal im Jahr hat man nun mal eine Erkältung, aber Grippe, wenn ich so zurückdenke, dann weiß ich nicht, wann ich mal wirklich eine richtige Grippe hatte.“ (B1)

„(...) Also ich lasse mich zum Beispiel nicht gegen Grippe impfen.“ (B2)

„Und eine Grippe ist ja auch nichts Schlimmes. Also, da geht es einem dann subjektiv natürlich mal kurz schlecht, aber ich sage mal, wenn man sonst jung und gesund ist, hält man das ja voll aus. Also, das macht mir auch keine Angst.“ (B2)

„Andere da denke ich – ein Freund von mir ist Biologe – zum Beispiel auch Influenza, da streiten sich auch ein bisschen die Geister und Gelehrten, ob das wirklich bei allen notwendig ist oder ob man, weil man ja tatsächlich auch mit Influenzaviren immer mal in Kontakt gekommen ist, es gibt ja, glaube ich, drei Hauptstämme, also, das ist jetzt alles ein bisschen laienhaft, (...) dass man da ja schon mal ein paar Antikörper gebildet hat und gerade so als gesunder Mensch vielleicht da jetzt nicht so die große Angst haben muss. Ich hatte das mal, das war nicht schön, aber ich habe es auch gut überstanden.“ (B3)

## **D2: Stärkung des Immunsystems**

Die Stärkung des eigenen Immunsystems wurde von zwei der teilnehmenden Personen als eine Ursache gegen die Inanspruchnahme von Impfungen angeführt.

„Das ist für mich, der Körper macht es mit sich selbst immer noch aus, da muss ich nicht noch irgendwie eine Impfung reinbekommen, man weiß sowieso nie, welche Impfung gerade da ist, wir als Pflegepersonal bekommen ja meistens diese Vierer-Impfung, (...) da sehe ich keinen Sinn darin, muss ich ganz ehrlich sagen, der Körper muss es selbst ausmachen.“ (B1)

„(...) Wenn ich Kind wäre, bin ich mir tatsächlich gar nicht so sicher, ob man es als Kind vielleicht nicht doch einfach einmal alles durchmachen sollte. Ich weiß tatsächlich, dass ich trotz Impfung Mumps bekommen habe damals, zwar abgeschwächt, aber ich hatte es schon. Da gehen ja ein bisschen die Meinungen auseinander, ob nicht vielleicht als Kind – also klar, als Erwachsener ist es natürlich ein schwieriger Verlauf –, aber als Kind stößt es ja vielleicht das Immunsystem etwas an. Ob man da nicht vielleicht etwas kräftiger wird, wenn man das alles einmal durchmacht.“ (B3)

### **D3: Nebenwirkungen**

Unter Berücksichtigung des vorgestellten 4C-Modells spielten die *Confidence*-Gründe eine große Rolle. So zählen zu den möglichen Hindernissen einer Inanspruchnahme von Impfungen für zwei befragte Personen die Nebenwirkungen, die durch den Inhalt des Impfstoffes ausgelöst werden können. Dabei beziehen sich die Betroffenen zum einen auf die Erkrankungs Wahrscheinlichkeit ausgelöst durch eine Impfung am Beispiel der Influenzaimpfung.

*„Ich habe einmal tatsächlich eine Grippeimpfung gehabt und danach ging es mir drei Wochen grottenschlecht. Wirklich grottenschlecht. Das muss ich mir nicht antun.“ (B1)*

*„Ja, der Impfstoff macht ja durchaus etwas mit einem und löst eine Reaktion aus.“ (B3)*

Zum anderen werden auch Sorgen zu möglichen Folgen der Inhaltsstoffe, wie Quecksilber oder Kombinationsimpfstoffe, angesprochen.

*„Man kann sich ja gegen jeden Blödsinn impfen lassen, aber ich möchte nicht meinen Körper mit so viel Quecksilber verseuchen. Ich frage mich, bringt eine Impfung immer etwas? Bei manchen Sachen sehe ich keinen Sinn und Zweck dahinter, außer dass die Pharmaindustrie tatsächlich daran verdient. Das ist meine Einstellung dazu.“ (B1)*

*„Macht man sich Gedanken über die Nebenwirkungen? Das sind auch so Fragen, die ich mir tatsächlich stelle. Ich kann mich zwar gegen alles impfen lassen, aber es ist Quecksilber. Und was hat Quecksilber in meinem Körper zu suchen? Da bin ich nicht sicher.“ (B1)*

*„Das ist so ein Stoff, der nicht in meinen Körper reingehört und warum mischen die das dazwischen? Das ist tatsächlich eine Frage, die ich mir immer wieder stelle und nie eine Antwort darauf bekomme.“ (B1)*

*„Und dadurch, dass du gerade bei der Grippeimpfung vorher noch nicht mal weißt, welcher Grippestamm gerade wieder da ist. Ich lasse mir da jetzt irgendwas rein-spritzen und bin dann zwar geimpft, aber ist es jetzt gegen den Stamm, der da gerade ausgebrochen ist? Und am Ende ist es der vom letzten Jahr.“ (B1)*

*„Ich denke bei Impfungen generell, es macht ja was im Körper, das sind ja keine Bonbons oder so. Ich bin ja immer so (...): je weniger nötig, desto besser.“ (B3)*

*„Was mich am meisten ärgert an der Geschichte ist, dass, wenn es dann schon sein muss, dass es den Masernimpfstoff dann nicht als Einzelimpfstoff gibt. Den gibt es ja nur als Dreifach-Impfstoff, Masern-Mumps-Röteln. Und gegen die anderen zwei bin ich geimpft, also warum soll ich mich da nochmal impfen lassen? Das finde ich dann, also wenn es dann schon so eine Pflicht gibt, dann bestehe ich eigentlich auch auf einen Einzelimpfstoff. Das würde ich als große Kritik stehen lassen.“ (B3)*

Zusätzlich äußerten alle Teilnehmer\*innen unter Einbeziehen einer Impfung im Zuge der COVID-19-Pandemie Bedenken über mögliche Impfstoffe, deren Wirkung und Spätfolgen noch gänzlich unerforscht sind.

*„Manchmal sage ich mir aber auch, warum jetzt wieder so ein Impfstoff herausgeprügelt werden muss.“ (B1)*

*„Wenn es einen guten Impfstoff gibt, sage ich mal, der auch so gesehen sicher ist, würde ich es machen.“ (B1)*

*„Ich werde auf jeden Fall nicht die erste sein, die das macht. Das sollen mal schön die anderen erst mal machen. Ich möchte nicht Testkandidat für so etwas sein. Ganz bestimmt nicht (...). Wenn es verpflichtend ist, ja gut, dann muss man gucken, wie man damit umgeht. Aber mir wäre wohler dabei, wenn das schon 20 Jahre bekannt wäre und man wüsste die Spätfolgen und man hätte Erfahrung damit. Dann würde ich sagen okay. Aber so würde ich auch erst mal davon absehen. Ich möchte erst mal gucken, wie sich das bei den anderen entwickelt. ((lacht))“ (B2)*

*„Was aber meine größere Angst ist dabei, dass alle gerade unter einem größeren zeitlichen Druck an den Impfungen forschen und jeder weiß, unter Druck entstehen Fehler. So ist das nun mal. Ich möchte da einfach gar nicht dran beteiligt sein oder die Folgen nicht ausbüßen müssen.“ (B2)*

*„Genau, das finde ich auch sehr bedenklich, da kommt vielleicht für Pflegepersonal auch eine Impfpflicht. Ich habe gerade mit einem befreundeten Arzt gesprochen, der meinte, das ist eine ganz neue Nummer, es ist eine ganz neuartige Impfung. Ich kann es nicht mehr genau sagen. Es gibt ja immer die Tot- und Lebendimpfstoffe, hier ist es auf jeden Fall so, ich kann es nicht genau erklären, da bin ich zu sehr Laie, aber das ist eine Impfung, die es so noch nie gab. Es gibt da überhaupt keine Langzeitstudien drüber. Wenn es dann wirklich der Impfstoff sein wird, dann möchte ich das nicht. Wenn es dann noch keine Langzeitstudien gibt, also insbesondere über diese spezielle Impfstofftechnik, denn darum geht es mir. Ich müsste das aber noch einmal genau nachlesen.“ (B3)*

*„Normalerweise dauert es ja Jahre, bis ein Impfstoff auf den Markt kommt. Jetzt geht es so schnell, das ist ja schon bedenklich.“ (B3)*

#### **D4: Niedriges Ansteckungsrisiko**

Das niedrige Ansteckungsrisiko als Begründung für den Verzicht einer Schutzimpfung findet bei allen Befragten unter Betrachtung bestimmter Erkrankungen Konsens und bildet die Dimension der *Complacency* des 4C-Modells ab.

*„Da sehe ich einfach keinen Sinn drin. Das ist für mich der Punkt, wo ich denke: nein. Vielleicht denke ich irgendwann mal in zehn Jahren, wenn ich 60 bin, anders darüber. Okay, bevor ich das kriege und gesundheitlich doch meine Probleme bekomme, vielleicht sage ich dann, ich lasse mich doch impfen. Aber momentan muss ich tatsächlich sagen: nein. Noch kann mein Körper dagegen an und sollte auch dagegen angehen.“ (B1)*

*„Ich habe mich mal grippeimpfen lassen drei, vier Jahre in Folge. Da hatte ich natürlich keine Grippe. Jetzt lasse ich mich zehn Jahre nicht impfen und habe trotzdem keine Grippe. Dann werde ich die Impfung wohl nicht brauchen.“ (B2)*

*„Aber ich sehe halt auch den Sinn nicht, denn ich kriege ja offensichtlich auch keine.“ (B2)*

Zwei Personen beziehen sich zudem auf die Masernerkrankung. Da beide im Laufe ihres Lebens kaum mit dieser Erkrankung in Berührung gekommen sind, besteht bei beiden ihrer Meinung nach kein Risiko für eine Masernerkrankung.

*„Ich habe einen Bericht in Osnabrück oder so gelesen. Da waren letztes Jahr acht Masernfälle. Da denke ich, wegen acht Fällen muss man ja jetzt nicht eine Masernimpfung veranstalten.“ (B1)*

*„Also, ich bin jetzt während meines gesamten Berufslebens – ich arbeite jetzt schon 27 Jahre in diesem Beruf – noch nie mit Masern in Berührung gekommen. Also eigentlich mein ganzes Leben, als Kind war das wahrscheinlich einmal Thema, dass Freunde das hatten oder vielleicht auch nicht, weil da ja alle geimpft waren. Ich kenne niemanden.“ (B3)*

*„(...) Ja, also ich habe keine Angst vor Masern, ich bin nie damit in Kontakt gekommen und (...) wie gesagt, ich denke je weniger desto besser (...).“ (B3)*

*„Wie gesagt, ich arbeite mit Erwachsenen zusammen, im Kindergarten wäre das vielleicht etwas anderes oder im Kinderkrankenhaus. Da würde ich vielleicht noch einmal anders denken. Ich habe da aber wirklich überhaupt keine Bedenken.“ (B3)*



Überdies berichtet eine befragte Person über ihre Erfahrungen bei der Arbeit mit an SARS-CoV-2 erkrankten Patient\*innen und das subjektiv empfundene, niedrige Ansteckungsrisiko.

*„Ich habe ja durch die Tage im Krankenhaus diverse Stunden und Tage neben Corona-Patienten gegessen und habe es einfach nicht bekommen.“ (B2)*

## **5.5 Kategorie E: Einstellungen zum Masernschutzgesetz**

Der letzte Themenkomplex des Interviews behandelte das Wissen über das vor Kurzem erlassene Masernschutzgesetz und erfasste die Einstellungen der interviewten Personen dazu. Aufgrund der vielseitigen Inhaltsgehalte wurden sieben Subkategorien gebildet, die die Einstellungen der Mitarbeiter\*innen systematisch abbilden.

Alle befragten Personen gaben an, dass eine verpflichtende Immunstatuskontrolle im Zuge des Masernschutzgesetzes keine Auswirkungen auf ihre Impfmotivation hat.

### **E1: Eingriff in das Persönlichkeitsrecht**

Aus dem Kodierungsprozess ging hervor, dass das Masernschutzgesetz ein bedeutendes Thema für die Befragten darstellt und zwei Personen das Gesetz als einen Eingriff in das Persönlichkeitsrecht empfinden.

*„Auf der anderen Seite ist es aber ein großer Eingriff in die Privatsphäre und es wird dann auf einmal ein Gesetz hingeworfen oder herausgeprügelt und die Menschheit wird eigentlich gar nicht gefragt, ob sie es will oder nicht. Das ist für mich eine Fremdbestimmung, die du zu machen hast.“ (B1)*

*„Eingriff in meine Persönlichkeit. Ich will selbst entscheiden.“ (B2)*

### **E2: Sorge vor genereller Impfpflicht**

Nachdem durch das Masernschutzgesetz eine erstmalige Impfpflicht für bestimmte Personen- und Berufsgruppen in Deutschland eingeführt worden ist, äußerte sich eine befragte Person mit großer Skepsis über die weiteren Folgen des Gesetzes.

*„(..) Auf meine Motivation nicht, aber ich finde es grundsätzlich schwierig, dazu eine Verpflichtung zu haben. Die Frage ist: Was kommt dann?“ (B3)*

*„Es gab ja früher schon einmal Impfpflichten, aber so lange ich lebe, gab es das noch nicht, das ist das erste Mal, dass ich mit einer Impfpflicht in Berührung komme. Geht das jetzt weiter? Darf ich dann nicht mehr arbeiten?“*

*Muss ich mir einen neuen Job suchen? Gerade bei Pflegemangel so die Leute zu verpflichten, und Leute, die es vielleicht nicht möchten, weil sie Bedenken haben, die müssen dann (unv.).“ (B3)*

*„Ich warte jetzt noch einmal das Jahr ab, meiner Meinung nach haben Personen gegen das Masernschutzgesetz geklagt, das liegt jetzt noch beim Bundesverfassungsgericht. Ich warte das Urteil auf jeden Fall ab, bevor ich mich impfen lasse.“ (B3)*

Ferner äußerte eine Person auf die Frage der Inanspruchnahme einer möglichen Covid-19-Impfung eine bestehende Sorge vor der Einführung einer weiteren Impfpflicht und setzte dies mit der bereits auf politischer Ebene verabschiedeten Impfpflicht durch das Masernschutzgesetz in Verbindung.

*„Genau, das finde ich auch sehr bedenklich, da kommt vielleicht für Pflegepersonal auch eine Impfpflicht.“ (B3)*

### **E3: Zustimmung**

Die Einführung des Masernschutzgesetzes fand bei zwei der befragten Personen Zustimmung. Eine Person begründete ihre veränderte Einstellung gegenüber dem Gesetz zudem mit den durch die COVID-19-Pandemie eingeführten politischen Beschlüssen.

*„Ich finde es schon okay auf der einen Seite.“ (B1)*

*„Wichtig finde ich es [Masernimpfschutz] schon, ich würde es auch nicht unbedingt haben wollen, gerade nicht als Erwachsener.“ (B1)*

*„Daher ist es schon wichtig, dass man den Schutz hat und es nicht unbedingt weitertragen kann.“ (B1)*

*„(..) Masern finde ich sehr wichtig eigentlich.“ (B2)*

*„Also, jetzt nach Corona würde ich sagen, also, das ist ja nun echt kein Drama. Soll er [der Staat] machen.“ (B2)*

### **E4: Begrenzung nur auf bestimmte Personengruppen**

Die Begrenzung des Gesetzes auf eine Immunstatuskontrolle bei explizit definierten Personen- und Berufsgruppen, wie beispielsweise Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen, löst bei einer interviewten Person Unverständnis aus.

*„Aber wird denn bei jedem, der ins Krankenhaus hereinkommt geguckt, ob er einen Impfschutz hat? Nein! Es wird wieder mal, so finde ich, an die Pflegekräfte abgegeben, beziehungsweise an die, die im Gesundheitswesen arbeiten.“*

*Die werden wieder dazu verpflichtet, am Ende geht es aus meiner Tasche. Dadurch, dass ich jetzt Zeitarbeiter bin, ist es natürlich etwas anderes, als wenn ich fest angestellt wäre. Da habe ich dann einen Betriebsarzt, der würde mich impfen, bei uns ist das natürlich alles ein bisschen anders. Wir können entweder zu diesem Gesundheitszentrum gehen oder das über unseren Hausarzt machen lassen.“ (B1)*

#### **E5: Andere Maßnahmen voranstellen**

Bei der Durchsicht des Datenmaterials kam aufgrund der induktiven Vorgehensweise eine weitere Subkategorie hinzu, die die Eignung anderer Maßnahmen vor einer Gesetzeseinführung aufgreift und thematisiert. Die Einstellungen der befragten Personen dazu waren eher homogen und lassen erahnen, dass beispielsweise vermehrte Aufklärungsarbeit nicht den gewünschten Effekt erzielen könnte.

*„Also, ich glaube schon, wenn man Werbung machen würde oder Plakate. Da könnte man doch mehr Aufklärung machen. Aber ob es was bringen würde, ist die Frage. Ich bin vorhin mit der U-Bahn gefahren und habe festgestellt, wie dicht plakatiert alles ist. Da guckt keiner richtig drauf. Also, es wäre eine Möglichkeit, aber ob es im Endeffekt bei der Menschheit ankommt, das ist die Frage. Das könnte ich gar nicht so beurteilen, es ist schwierig.“ (B1)*

*„Das gibt es nicht. Das funktioniert ja anders nicht. Das funktioniert mit einem Gesetz und mit Geldstrafen, aber nicht mit gut zureden. Ich glaube nicht, dass das machbar ist. Vielleicht in einem kleinen Gesellschaftssystem. In einem ganz kleinen Land, wo andere Werte gelten. Aber nicht in einem Land, wo es irgendwie um Lohnarbeit und – also nicht in so einem System, wie wir leben und der westlichen Welt. Das glaube ich nicht. Das funktioniert nicht. Das geht nur über Geld und Drohungen.“ (B2)*

*„Ich glaube nicht, dass richtige Impfgegner, die davon völlig überzeugt sind, dass man die mit einem Poster kriegt. Aber vielleicht so die Unsicheren, die keine Meinung dazu haben oder dass die dazu irgendwie gebracht werden.“ (B2)*

#### **E6: Veränderte Einstellung durch die COVID-19-Pandemie**

In den Interviews kristallisierte sich heraus, dass sich die Einstellungen der befragten Personen zu ihrer Impfmotivation und zum Masernschutzgesetz durch die bestehende COVID-19-Pandemie verändert haben. Während eine befragte Person dies damit begründete, dass ein Familienmitglied vorerkrankt ist und somit zur Risikogruppe gehört, bezog sich eine weitere interviewte Person auf die einschränkenden, politischen Maßnahmen, die im Zuge zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie getroffen wurden und die Einführung einer Masernimmunitätskontrolle in ihren Augen folglich wesentlich milder erscheinen lassen.

„(...) Ich bin mir nicht ganz sicher. (..) Wenn es einen guten Impfstoff gibt, sage ich mal, der auch so gesehen sicher ist, würde ich es machen. Weil das möchte ich definitiv nicht haben. Da kommt aber für mich der Punkt hinzu, gerade was Corona anbelangt, da will ich mich schützen, aber ich muss auch meinen Partner schützen, der zur Risikogruppe gehört. Und das sind so zwei Punkte, wenn ich weiß, dass es wirklich auch ein Impfstoff ist, der mich schützt, dann würde ich es machen. Definitiv. Weil das möchte ich nicht haben. Ist schon schwierig genug, in diesem Bereich jetzt arbeiten zu müssen und die Leute zu betreuen, aber haben? Nein, danke.“ (B1)

„(...) Ja, ich glaube, das ist jetzt anders nach Corona. Weißt du? Vorher wäre das anders gewesen. Vorher hätte ich gedacht, das kann ja wohl nicht sein, dass der Staat sich da über meine eigene Meinung und meine eigene Einstellung zu Gesundheit stellt. Ich glaube, dann hätte ich mich ein bisschen aufgeregt, und hätte gesagt, das kann ein Vorschlag sein, aber schlussendlich entscheide ich das, ob ich geimpft werde oder nicht. Und jetzt nach Corona ist das (.), weiß ich nicht, man ist ja so unfrei. Der Staat hat einem ja jetzt ganz viel übergestülpt, was wir in unserer Generation nicht gewohnt sind. (..) Dass sich das jetzt, glaube ich, relativiert.“ (B2)

„Davor hätte ich aber gesagt, nein, finde ich nicht in Ordnung.“ (B2)

## 6 Diskussion

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der empirischen Untersuchung im Hinblick auf die operationalisierten Forschungsfragen kritisch interpretiert. Hierbei soll ein Bezug zu bereits bestehenden Erkenntnissen aus der Fachliteratur und dem vorgestellten theoretischen Hintergrund hergestellt und diskutiert werden.

### 6.1 Impfmotivation bei Pflegepersonal

An den erhobenen Daten dieser Untersuchung zeigt sich, dass alle befragten Personen Schutzimpfungen in Anspruch nehmen. Eine detaillierte Betrachtung verdeutlicht allerdings, dass Impfungen bei zwei Befragten aktuell nur gegen bestimmte Erkrankungen durchgeführt werden, die die Personen aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit als Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen subjektiv als erforderlich erachten.

Für die von den Befragten in Anspruch genommenen Impfungen werden regelmäßige Impfstatuskontrollen und bei Bedarf entsprechende Auffrischungsimpfungen durchgeführt.

Welche Impfungen hierzu zählen, entscheiden die befragten Personen jedoch für sich selbst. Einen Fokus bildet die Verhütung einer Hepatitisinfektion, die bei allen Befragten Erwähnung findet. Somit scheint zwar ein Bewusstsein über die erhöhte Infektionsgefährdung aufgrund der beruflichen Tätigkeit vorzuliegen. Die selektive Auswahl der Schutzimpfungen deutet allerdings darauf hin, dass die Wichtigkeit des Schutzes gegen weitere Infektionserkrankungen nicht wahrgenommen wird. Nur eine Person setzt die Impfempfehlungen der STIKO ohne Einschränkungen und Bedenken um. Dies unterstreicht die Erkenntnis internationaler sowie in Deutschland durchgeführter Studien, dass Impfempfehlungen bei Gesundheitspersonal teilweise ungenügend in Anspruch genommen werden (Bödeker, Neufeind, Wichmann, 2019, S. 467). Daraus resultieren erhebliche Impflücken, die die hohe Relevanz dieses Themas bestätigen und die Umsetzung zielgruppenspezifischer Initiativen zur Steigerung der Impfquoten bei Pflegepersonal unumgänglich machen. Einen möglichen Lösungsansatz zur Schließung von Impflücken bildet die Rolle der Betriebsärzt\*innen. Diese stellen im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen regelmäßige Ansprechpartner\*innen für medizinisches Personal in der Krankenversorgung dar, haben auf eventuelle Impflücken und Auffrischungsimpfungen hinzuweisen und darüber hinaus die Durchführung von Impfungen anzubieten (§ 6 Abs. 2 ArbMedVV). Durch das Gesetz zur Stärkung der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG, 2015), welches im Jahr 2015 in Deutschland in Kraft getreten ist, soll die Rolle der Betriebsärzt\*innen gestärkt werden. Den Erfolg dieser Maßnahme zeigen Voigt et al. durch ein Modellprojekt in Sachsen-Anhalt auf. In diesem konnten sie nachweisen, dass sich die regelmäßige ärztliche Betreuung von Arbeitnehmer\*innen positiv auf deren Impfstatus ausgewirkt hat und eine Schließung bestehender Impflücken durch die Betriebsärzt\*innen erzielt werden konnte (Voigt et al., 2016, S. 206).

Das individuelle Impfverhalten der Befragten basiert auf unterschiedlichen Gründen für die Inanspruchnahme von Impfungen. Bei allen Teilnehmer\*innen spielt der Schutz der eigenen Gesundheit die größte Rolle. Der Patientenschutz, der durch eine Impfung signifikant gesteigert werden kann und soll, wird von einer teilnehmenden Person genannt. Zu vergleichbaren Ergebnissen kommen auch Neufeind et al. in ihrer Studie, die im Jahr 2018 die Impfquoten und die Impfmotivation bei Klinikpersonal mit dem Fokus auf die Influenzaimpfung untersucht haben. Auch hier findet der Patient\*innenschutz nur zweitrangig Erwähnung. Da der Schutz Dritter neben dem Selbstschutz einen gleichwertigen Grund für die Impfempfehlungen der STIKO im Rahmen der beruflichen Tätigkeit darstellt, ist eine erhöhte Aufklärung über die Notwendigkeit von Schutzimpfungen bei Pflegepersonal auf krankenhausesindividueller Ebene dringend empfohlen (Neufeind et al., 2018, S. 319).

Das erhöhte Ansteckungsrisiko für sich selbst und allem voran für die zu behandelnden Patient\*innen sollte bei der Entscheidungsfindung des Pflegepersonals, wogegen es sich impfen lässt, dringend Einfluss finden (Voigt et al., 2016, S. 206). Weitere nennenswerte Gründe für die Inanspruchnahme von Impfungen dieser Untersuchung bilden der Schutz von direkten Angehörigen sowie bestehende Impfungen, die bereits im Kindesalter durchgeführt wurden. Des Weiteren wurde die Angst vor den Folgen einer Erkrankung als Ursache für eine Impfung genannt. Infektionskrankheiten, wie beispielsweise Masern, hinterlassen gerade bei Erwachsenen oft keine harmlose Erkrankungssymptomatik (Saß et al., 2015, S. 85). Impfungen bieten nicht nur den wirkungsvollsten Schutz bei der Bekämpfung von Infektionskrankheiten, sie zählen auch zu den kostengünstigsten präventiven Maßnahmen der Medizin (Saß et al., a.a.O., S. 250). Die Erreichbarkeit und einfache Umsetzung dieser Maßnahme finden auch bei einer teilnehmenden Person Nennung als Motivation für die Inanspruchnahme von Impfungen. Auch der seit Kurzem durch den Gesetzgeber erlassene Nachweis einer bestehenden Masernimmunität als Folge des neuen Masernschutzgesetzes wird als Begründung von den Interviewten genannt, was diese dazu veranlasst, Schutzimpfungen in Anspruch zu nehmen. Die Befragten kannten somit bereits das Gesetz, waren mit den Details jedoch nicht vertraut und hinterfragten die neue Impfpflicht mehrheitlich kritisch.

Um den Masernimmunstatus der Betroffenen zu analysieren, bildet dieser Themenkomplex einen weiteren Schwerpunkt der empirischen Untersuchung. Insgesamt kannten alle Teilnehmer\*innen ihren Masernimpfstatus. Zwei der befragten Personen verfügen über einen nach dem IfSG ausreichenden Masernimmunstatus durch eine bestehende Zweifach-MMR-Impfung sowie eine durchgestandene Masernerkrankung im Kindesalter, die in beiden Fällen eine lebenslange Immunität bewirken (Robert Koch-Institut, 2019b, S. 174). Die Wichtigkeit dieser Zweifachimpfung wird durch den Effekt der Herdenimmunität unterstrichen, da geimpfte Personen somit nicht nur sich selbst schützen, sondern auch zu einem Gemeinschaftsschutz beitragen (Küpke et al., 2020, S. 3). Angesichts des hohen Kontagiositäts- und Manifestationsindex dieser Infektionskrankheit ist eine vorhandene Immunität bei Pflegepersonal daher von immenser Bedeutung, um einen nosokomialen Infektionsausbruch zu verhindern (Berg, Wicker, 2018, S. 336). Dies fordert auch das seit dem Jahr 2015 modifizierte IfSG (§ 23 Abs. 3). Eine interviewte Person weist aufgrund einer nur einmaligen Masernimpfung im Kindesalter einen ungenügenden Masernimmunstatus auf. Da fälschlicherweise oft davon ausgegangen wird, dass es sich bei Masern um eine harmlose Kinderkrankheit handelt (Saß et al., 2015, S. 85), könnte dies zu einem mangelnden Impfbewusstsein der betroffenen Person geführt haben.

Es ist bei der Betrachtung der erhobenen Daten von zwei Befragten anzunehmen, dass die Wichtigkeit der Masernimpfung und das Risiko einer Infektion unterschätzt werden. Darauf deuten die Aussagen, die unterstreichen, bisher nie mit dieser Erkrankung in Berührung gekommen zu sein. Im Kontext der immer wieder auftretenden regionalen Masernausbrüche in Deutschland ist hier ein erhöhter Aufklärungsbedarf angebracht. Um die Zielgruppe des Pflegepersonals zu erreichen, sollten Kampagnen, die Informationen über die Erkrankung bereitstellen und über die Vorteile einer Masernimmunität aufklären, durch die Arbeitgeber\*innen ermöglicht und gefördert werden.

Einen elementaren Schwerpunkt für die Analyse der Impfmotivation bei Pflegepersonal bilden die Gründe, die gegen die Inanspruchnahme von Impfungen sprechen. Durch die offenen Fragestellungen der Interviews konnten komplexe Ursachen und persönliche Gründe für eine unzureichende Impfabzeptanz bei dem befragten Pflegepersonal konstatiert werden. Diese lassen sich durch die Technik der qualitativen Inhaltsanalyse in vier Subkategorien zusammenfassen. Daraus resultiert die Erkenntnis, dass sich die wesentlichen Determinanten für Gründe gegen eine Impfung aus dem fehlenden Vertrauen in die Sicherheit und Effektivität der Impfung (*Confidence*) und aus einer mangelnden Risikowahrnehmung (*Complacency*) des 4C-Modells zusammensetzen. Diese Ursachen finden sich auch in dem „*Health Belief Model*“ wieder. Alle befragten Personen dieser Untersuchung gaben an, keine Angst vor einer Erkrankung zu haben, sie bezogen sich dabei auf das Beispiel der Influenzainfektion. Zwei Personen begründeten die Nichtinanspruchnahme einer Impfung zudem damit, dass eine durchgemachte Erkrankung zur Stärkung des Immunsystems führt. Die geringe *Complacency* des Pflegepersonals äußerte sich durch das subjektiv empfundene marginale Ansteckungsrisiko, welches durch alle Interviewten als Begründung für den Verzicht einer Schutzimpfung Erwähnung fand. Ein Mangel an *Confidence* wird durch die Subkategorie „Nebenwirkungen“ deutlich. Zwei befragte Personen äußerten Sorgen über die Folgen der Inhaltsstoffe von Impfungen wie Quecksilber oder das Verabreichen von Kombinationsimpfstoffen und nannten negative Erfahrungen nach einer durchgeführten Impfung. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Studien aus Deutschland, die die Influenzaimpfquoten und Impfeinstellungen bei Klinikpersonal erhoben haben (Hagemeister et al., 2018, S. 105; Neufeind et al., 2018, S. 317). Auch Berg und Wicker belegen in ihrer Studie über Impfungen für medizinisches Personal, dass dieses seine Impfentscheidungen aufgrund von subjektiven Einschätzungen der Erkrankungsschwere sowie der Auftretenswahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen trifft (Berg, Wicker, 2018, S. 333).

Da die Angst vor Nebenwirkungen auf keine allgemeine Ablehnung gegenüber Schutzimpfungen schließen lässt, könnte hier ein Potenzial bestehen, die Inanspruchnahme von Impfungen zu steigern, indem Betroffene besser über die Wirksamkeit, Sicherheit und eventuelle Nebenwirkungen von verfügbaren Impfstoffen aufgeklärt werden. Empfehlenswert sind niedrigschwellige Angebote wie Impfsprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung oder Impfkationen in den einzelnen Tätigkeitsbereichen (Ochmann, Wicker, 2020, S. 14). Im Zuge der aktuell fortschreitenden COVID-19-Pandemie wurden zudem Bedenken über eine verfrühte Einführung einer entsprechenden Impfung und die Sorge vor unbekanntem Spätfolgen geäußert. Da die weltweite Pandemie eine gänzlich unbekannt Situation für die Gesellschaft darstellt, sind diesbezüglich weitere Untersuchungen notwendig.

Insgesamt weisen die Daten, die im Rahmen der Betroffeneninterviews mit drei Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen erhoben wurden, darauf hin, dass die Impfmotivation bei Pflegepersonal sowohl von der Art der impfpräventablen Erkrankung als auch von persönlichen Faktoren abhängt und die allgemeine Impfakzeptanz eher negativ ausfällt. Insbesondere die Wichtigkeit der Masernprävention durch eine entsprechende Immunität bei Pflegepersonal wird teilweise nicht wahrgenommen und unterstreicht den erhöhten Aufklärungsbedarf durch niedrigschwellige Angebote und Aus- und Weiterbildungen, die auf die Ansprache des Pflegepersonals abzielen sollten. Es empfiehlt sich, entsprechende Maßnahmen bereits frühzeitig bei Auszubildenden zu integrieren (Voigt et al., 2016, S. 211).

## **6.2 Bedeutung des Masernschutzgesetzes**

Die gesetzliche Implementierung einer Nachweispflicht für das Vorliegen einer Immunität gegen Masern für bestimmte Personen- und Berufsgruppen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit löst bei den befragten Personen divergente Meinungen aus. So zeigt sich, dass die Mehrheit der Einführung des Masernschutzgesetzes im Hinblick auf die Wichtigkeit einer Masernelimination zwar generell zustimmt, die gesetzliche Verpflichtung für sie aber gleichzeitig einen durchaus erheblichen Eingriff in das Persönlichkeitsrecht darstellt. Es wird überdies darauf verwiesen, dass das Gesetz lediglich auf bestimmte Personengruppen abzielt und von einer allgemeinen Nachweispflicht der Bevölkerung absieht. Diese Tatsache löst bei einer befragten Person Unverständnis aus. Große Skepsis über mögliche weitere Folgen des Gesetzes äußert eine weitere teilnehmende Person, die befürchtet, dass die erfolgreiche, gesetzliche Implementierung eines Immunitätsnachweises als Türöffner einer generellen Impfpflicht für Pflegepersonal genutzt werden könne.



Zwar wurden andere, niedrigschwellige Maßnahmen vor einer Gesetzeseinführung mit den Teilnehmer\*innen während der Interviews betrachtet, der Konsens bestand aber mehrheitlich darin, dass diese nicht den gewünschten Effekt einer zuverlässigen Steigerung der Impfquoten erzielen würden. Zu diesem Schluss kommt auch die Bundesregierung in ihrem Gesetzentwurf des Masernschutzgesetzes: „Die bisherigen Maßnahmen zur Stärkung der Impfbereitschaft greifen nicht in ausreichendem Maße durch“ (Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz), 2019, S. 1). Trotz umfangreicher Empfehlungen finden beruflich indizierte Impfungen bei Pflegepersonal oftmals nur ungenügend Akzeptanz (Berg, Wicker, 2018, S. 333).

Schlussfolgernd daraus, dass keine adäquaten alternativen Präventionsprogramme zur Verfügung stehen, um die Impfquoten bei Pflegepersonal zuverlässig zu steigern, wird die Einführung des Masernschutzgesetzes als sinnvoll erachtet. Auch vor dem Hintergrund der immer wieder auftretenden nosokomialen Maserninfektionen in Deutschland (siehe Kapitel 2.3) ist eine Einführung einer Immunitätskontrolle in Einrichtungen des deutschen Gesundheitswesens unerlässlich. Um die Impfkzeptanz und die Compliance mit den Empfehlungen der Beschäftigten im Gesundheitswesen zu erhöhen, nimmt die Aufklärung eine zentrale Rolle ein (Ständige Impfkommission, 2020, S. 17). Diese soll im Zuge der Novellierung des IfSG zielgruppenspezifisch durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die obersten Landesgesundheitsbehörden sowie die Gesundheitsämter gewährleistet werden (§ 20 Abs. 1 IfSG). Aufgrund der Aktualität des Masernschutzgesetzes und der geringen Studienlage können keine Aussagen über mögliche Effekte dieser staatlichen Maßnahme getroffen werden. Da nur wenige repräsentative Daten zur Immunität gegen Masern bei Pflegepersonal in Deutschland vorliegen, empfiehlt sich zur Evaluierung der erreichten Impfquoten die regelmäßige Überprüfung des Impfschutzes der Beschäftigten. Diese soll bereits ab März 2020 erfolgen. Darüber hinaus soll der Stand der Umsetzung des Gesetzes nach Ablauf des 31. Juli 2021 durch die Länder geprüft werden (Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz), 2019, S. 23).

Trotz der unterschiedlichen Einstellungen der befragten Personen zu der Einführung einer Impfpflicht im Zuge des Masernschutzgesetzes geben alle Teilnehmer\*innen an, dass sich diese nicht auf ihre Impfmotivation auswirkt. Die Impfeinstellungen und -motivationen bei Pflegepersonal ähneln somit den Ergebnissen anderer Studien, die bereits vor der Einführung des Masernschutzgesetzes durchgeführt wurden.

Dies lässt darauf schließen, dass Personen, die Schutzimpfungen als sinnvoll erachten und diese bereits vor der gesetzlichen Impfpflicht in Anspruch genommen haben, sich auch ohne das Gesetz weiterhin gemäß der Empfehlungen der STIKO impfen lassen würden. Im Gegensatz dazu würden sich Personen, die eine Masernimpfung ablehnen, auch ohne das Gesetz weiterhin nicht impfen lassen. Diese Erkenntnis unterstreicht den hohen Bedarf einer beruflich indizierten Impfpflicht im Zuge des Masernschutzgesetzes und den Erfolg dieser Maßnahme.

Einen wesentlichen Einfluss auf die Einstellungen zu den Inhalten des Masernschutzgesetzes bilden die durch die Bundes- und Landesregierungen über mehrere Monate erlassenen Reglementierungen zur Eindämmung des aktuellen Coronavirus SARS-CoV-2 und der dadurch ausgelösten Atemwegserkrankung COVID-19. Da diese derzeit im Zentrum der öffentlichen Wahrnehmung stehen, bleibt ungewiss, ob die Pandemie einen signifikanten Einfluss auf die Einstellung zum Masernschutzgesetz und die Impfmotivation des Pflegepersonals bildet. Die Durchführung weiterer Interventionsstudien wird daher dringend empfohlen.

### **6.3 Eigene Reflexion und Methodenkritik**

Die Auswertungen unterliegen einigen Limitationen. Die gezielte Auswahl der Teilnehmer\*innen führt dazu, dass die forschende Person Einfluss auf die Zusammensetzung der Stichprobe hat, mit der Gefahr eines Selektionsbias. Zudem sollte eine breitere Altersspanne der Stichprobe bei zukünftigen Untersuchungen in Betracht gezogen werden.

Da im Sinne der Forschungsfragen ein besonderes Interesse an den individuellen Einstellungen der befragten Personen bestand, wurden die Interviews einzeln und persönlich durchgeführt. Die geschützte Atmosphäre in den bekannten Räumlichkeiten begünstigte eine angenehme und ungestörte Gesprächssituation. Zeitgleich birgt die Technik der Befragung das Risiko eines verzerrenden Effektes durch sozial erwünschtes Antwortverhalten. So kann es passieren, dass befragte Personen bewusst oder unbewusst gemäß gesellschaftlich akzeptierter Werte antworten. Dies gilt es durch die forschende Person bei der Datenauswertung zu berücksichtigen (Springer et al., 2015, S. 41), insbesondere, da es sich um die Räumlichkeiten der gemeinsamen Arbeitgeberin handelte.

Mit dem durchgeführten Pretest als Teil der Fragebogenentwicklung konnten die Datenerhebung und das gewählte Instrument ex ante optimiert werden (Weichbold, 2014, S. 299f.). Zudem hat sich der Pretest aus Sicht der forschenden Person positiv auf die Interviewdurchführung ausgewirkt und Sicherheit in der Gesprächsführung verliehen.

Die interne Studiengüte kann in Bezug auf die Datenerfassung und Transkription teils gewährleistet werden. Die Aufzeichnung der Interviews erfolgte mit der App „Dictaphone“, womit die Vollständigkeit des Datenmaterials sichergestellt wird und die Interviews verlustfrei transkribiert werden konnten. Durch die konsequente Anwendung der Transkriptionsregeln entsprechen die verschriftlichten Fassungen dem Gesagten. Das methodische Vorgehen der Untersuchung ist transparent dargestellt und lässt sich durch die computergestützte Inhaltsanalyse mithilfe der QDA-Software leicht nachvollziehen. Darüber hinaus wurden alle erhobenen Daten berücksichtigt und somit auch abweichende Fälle für die Kategorienbildung analysiert. Die entstandenen Schlussfolgerungen werden durch die Darstellung der jeweiligen Originalzitate belegt. Da die Intercoder-Reliabilität aufgrund der Datenanalyse durch eine codierende Person nicht gewährleistet werden kann, lässt sich kein Anspruch auf Übereinstimmung stellen. Die forschende Person verfügt zudem über eine eingeschränkte Erfahrungsbasis. Zur Steigerung der Kompetenzen der interviewenden Person und eine erfolgreiche Interviewdurchführung empfiehlt sich eine Interviewerschulung (Springer et al., 2015, S. 42).

Zu den Zielen der qualitativen Forschung zählen die externen Kriterien der Verallgemeinerung und Übertragbarkeit der Ergebnisse. Obwohl die Auswahl der Stichprobe sorgfältig getroffen wurde, ist eine Verallgemeinerbarkeit der empirischen Ergebnisse aufgrund der kleinen und homogenen Stichprobe nur bedingt möglich. Um den Grad der Übertragbarkeit zu erhöhen, rät Kuckartz zu einer abschließenden Besprechung der Analyseergebnisse mit den Forschungsteilnehmenden, um eine qualifizierte Einschätzung der Erkenntnisse zu erhalten. Ein längerer bzw. wiederkehrender Aufenthalt in das Forschungsfeld und die Anwendung der Triangulation sollten in weiterführenden Studien eingesetzt werden, um die Verallgemeinerbarkeit der Forschungsergebnisse zu erhöhen (Kuckartz, 2018, S. 217f.). Eine detaillierte Darstellung der für diese Arbeit betrachteten Gütekriterien kann dem Kapitel 4.5 entnommen werden. Trotz der kleinen Stichprobe sei darauf hingewiesen, dass in der Arbeit wesentliche Themen des Untersuchungsgegenstandes herausgearbeitet werden konnten, die sich mit den Erkenntnissen der Literatur decken und eine Grundlage für Verallgemeinerungen in Folgestudien liefern können.

## 7 Fazit und Ausblick

Die empirischen Ergebnisse bieten einen Einblick in die Impfmotivation und liefern wichtige Daten zur Evaluation der Inanspruchnahme von Schutzimpfungen bei Pflegepersonal. Diese entsprechen größtenteils den bereits vorliegenden Studienergebnissen, die die Impfeinstellung bereits vor der Einführung eines gesetzlichen Immunitätsnachweises durch das Masernschutzgesetz bei Pflegepersonal erhoben haben. Aufgrund bestehender Zweifel an der Sicherheit und Effektivität von Impfungen sowie einer mangelnden Risikowahrnehmung konnte der Bedarf an zielgruppenspezifischen Maßnahmen zur Steigerung der Impfquoten eruiert werden.

Da bisherige Maßnahmen zur Stärkung der Impfbereitschaft nicht in ausreichendem Maße in Anspruch genommen wurden und das weltweite Ziel der Masernelimination somit auch in Deutschland nicht erreicht werden konnte, stellt ein verbesserter Impfschutz des Pflegepersonals durch die Einführung einer beruflich indizierten Impfpflicht eine hilfreiche Maßnahme dar. Es konnte festgestellt werden, dass sich die Impfpflicht im Zuge des Masernschutzgesetzes nicht auf die Impfmotivation des befragten Pflegepersonals auswirkt. Dies führt zu der Annahme, dass sich Personen, die die Masernschutzimpfung grundsätzlich ablehnen, auch weiterhin nicht hätten impfen lassen. Diese Erkenntnis unterstreicht die Wichtigkeit einer gesetzlichen Impfpflicht. Eine entscheidende Rolle für die Steigerung des Vertrauens in die Sicherheit und Effektivität von Impfungen und eine erhöhte Impfakzeptanz spielt die Aufklärung der Beschäftigten im Gesundheitswesen. Unter Betrachtung des Nachhaltigkeitsaspektes sollte in weiterführenden Studien überprüft werden, wie sich die Maßnahmen des Masernschutzgesetzes auf die Impfmotivation des Pflegepersonals auswirken.

## Literaturverzeichnis

- Atkinson, W. L., Markowitz, L. E., Adams, N. C., Seastrom, G. R. (1991). Transmission of measles in medical settings – United States, 1985–1989. *The American Journal of Medicine*, 91(3), 320–324. doi: 10.1016/0002-9343(91)90389-F
- Baxi, R., Mytton, O. T., Abid, M., Maduma-Butshe, A., Iyer, S., Ephraim, A., Brown, K. E., O'Moore, E. (2014). Outbreak report: Nosocomial transmission of measles through an unvaccinated healthcare worker – implications for public health. *Journal of Public Health*, 36(3), 375–381. doi: 10.1093/pubmed/fdt096
- Berg, T., Wicker, S. (2018). Impfungen für medizinisches Personal. *Krankenhaushygiene up2date*, 13(03), 331–342. doi: 10.1055/s-0043-120286
- Bödeker, B., Neufeind, J., Wichmann, O. (2019). *OKaPII: Influenza-Impfquoten-Monitoring im Krankenhaus*. doi: 10.25646/6341
- Botelho-Nevers, E., Gautret, P., Biellik, R., Brouqui, P. (2012). Nosocomial transmission of measles: An updated review. *Vaccine*, 30(27), 3996–4001. doi: 10.1016/j.vaccine.2012.04.023
- Bundesministerium für Gesundheit (2015). *Nationaler Aktionsplan 2015-2020 zur Eilimination der Masern und Röteln in Deutschland. Hintergründe, Ziele und Strategien*. [www.bundesgesundheitsministerium.de/mrp15-20](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/mrp15-20). Stand 24.08.2020.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2018). *Masern. Informationen über Krankheitserreger beim Menschen – Impfen schützt!* Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <https://www.infektionsschutz.de/erregersteckbriefe/masern/>. Stand 24.08.2020.
- Chen, S. Y., Anderson, S., Kutty, P. K., Lugo, F., McDonald, M., Rota, P. A., Ortega-Sanchez, I. R., Komatsu, K., Armstrong, G. L., Sunenshine, R., Seward, J. F. (2011). Health Care-Associated Measles Outbreak in the United States After an Importation: Challenges and Economic Impact. *Journal of Infectious Diseases*, 203(11), 1517–1525. doi: 10.1093/infdis/jir115
- Döring, N., Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Aufl.). Berlin und Heidelberg: Springer.
- Froschauer, U., Lueger, M. (2020). *Das qualitative Interview: Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme* (2. Aufl.). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

- Fuß, S., Karbach, U. (2019). *Grundlagen der Transkription - Eine praktische Einführung* (2. Aufl.). Opladen und Toronto: Verlag Barbara Budrig.
- Gesetzentwurf der Bundesregierung. *Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz)*. Deutscher Bundestag, 19. Wahlperiode (23.09.2019), Drucksache 19/13452. <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/134/1913452.pdf>. Stand 24.08.2020.
- Hagemeister, M. H., Stock, N. K., Ludwig, T., Heuschmann, P., Vogel, U. (2018). Self-reported influenza vaccination rates and attitudes towards vaccination among health care workers: Results of a survey in a German university hospital. *Public Health*, 154, 102–109. doi: 10.1016/j.puhe.2017.10.027
- Hiller, U., Mankertz, A., Köneke, N., Wicker, S. (2019). Hospital outbreak of measles – Evaluation and costs of 10 occupational cases among healthcare worker in Germany, February to March 2017. *Vaccine*, 37(14), 1905–1909. doi: 10.1016/j.vaccine.2019.02.068
- Horstkötter, N., Müller, U., Ommen, O., Reckendres, B., Stander, V., Lang, P., Thaiss, H. (2019). *Einstellungen, Wissen und Verhalten von Erwachsenen und Eltern gegenüber Impfungen – Ergebnisse der Repräsentativbefragung 2018 zum Infektionsschutz. BZgA-Forschungsbericht*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Hug, T., Poscheschnik, G., Lederer, B., Perzy, A. (2020). *Empirisch forschen. Die Planung und Umsetzung von Projekten im Studium* (3. Aufl.). München: UVK Verlag.
- Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (4. Aufl.). Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Küpke, N., Matysiak-Klose, D., Siedler, A., Wiechmann, O., Diercke, M. (2020). *Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz)*. doi: 10.25646/6526
- Lincoln, Y. S., Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park: Sage.
- Lissel, P. M. (2020). Infektionsschutzrecht nach Inkrafttreten des Masernschutzgesetzes. *Zeitschrift für Rheumatologie*, 79(5), 459–465. doi: 10.1007/s00393-020-00812-4
- Maltezos, H. C., Wicker, S. (2013). Measles in health-care settings. *American Journal of Infection Control*, 41(7), 661–663. doi: 10.1016/j.ajic.2012.09.017

- Mayring, P. (1991). *Qualitative Inhaltsanalyse. Handbuch qualitative Forschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. München: Beltz – Psychologie Verlag.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12. Aufl.). Weinheim Basel: Beltz Verlag.
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (Bd. 6). Weinheim Basel: Beltz Verlag.
- Mey, G., Mruck, K. (2019). Qualitative Interviews, In: Mey, G., Mruck, K. (Hrsg.). *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 1–21.
- Meyen, M., Löblich, M., Pfaff-Rüdiger, S., Riesmeyer, C. (2019). *Qualitative Forschung in der Kommunikationswissenschaft: Eine praxisorientierte Einführung* (2. Aufl.). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Misoch, S. (2019). *Qualitative interviews* (2. Aufl.). Boston: De Gruyter Oldenbourg.
- Neufeind, J., Wenchel, R., Bödeker, R., Wichmann, O. (2018). *Impfquoten und Impfmotivation bei Klinikpersonal in der Influenza-Saison 2016/2017*.  
doi: 10.17886/EPIBULL-2018-040
- Ochmann, U., Wicker, S. (2020). Impfschutz für medizinisches Personal: Impfungen schützen Mitarbeiter und Patienten. *CME*, 17(4), 9–19.  
doi: 10.1007/s11298-020-7927-7
- Petersen, S., Rabenau, H. F., Mankertz, A., Matysiak-Klose, D., Friedrichs, I., Wicker, S. (2015). Immunität gegen Masern beim medizinischen Personal des Universitätsklinikums Frankfurt, 2003–2013. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 58(2), 182–189. doi: 10.1007/s00103-014-2098-x
- Pschyrembel online (2016). *Terminologie, historische Fachbegriffe und Arzneimittel*.  
<https://www.pschyrembel.de/nosokomial/H0A92/doc/>. Stand 24.08.2020.
- Rieck, T., Neufeind, J., Feig, M., Siedler, A., Wichmann, O. (2019). *Inanspruchnahme von Impfungen bei Erwachsenen aus Daten der KV-Impfsurveillance*.  
doi: 10.25646/6340
- Robert Koch-Institut (2015). *RKI-Fachwörterbuch Infektionsschutz und Infektionsepidemiologie*. Berlin: Robert Koch-Institut.

- Robert Koch-Institut (2019a). *Impfquoten bei der Schuleingangsuntersuchung in Deutschland 2017*. doi: 10.25646/6120
- Robert Koch-Institut (2019b). *Infektionsepidemiologische Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2018*. doi: 10.25646/5978
- Robert Koch-Institut (2019c). *Zusammenfassender Bericht der Nationalen Verifizierungskommission Masern/Röteln (NAVKO) zum Sachstand des Standes der Elimination in Deutschland 2018*. [https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/NAVKO/Berichte/Bericht\\_2018.html](https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/NAVKO/Berichte/Bericht_2018.html). Stand 24.08.2020.
- Robert Koch-Institut (2020a). *Masern. RKI-Ratgeber*. [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber\\_Masern.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Masern.html). Stand 24.08.2020.
- Robert Koch-Institut (2020b). *SurvStat@RKI2.0*. <https://survstat.rki.de/Content/Query/Create.aspx>. Stand 24.08.2020.
- Saß, A.-C., Lampert, T., Ziese, T., Kurth, B.-M., Robert-Koch-Institut (Hrsg.). (2015). *Gesundheit in Deutschland: Gesundheitsberichterstattung des Bundes: gemeinsam getragen von RKI und DESTATIS*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Scholl, A. (2018). *Die Befragung* (4. Aufl.). Konstanz und München: UVK Verlagsgesellschaft mbH.
- Springer, N., Koschel, F., Fahr, A., Pürer, H. (2015). *Empirische Methoden der Kommunikationswissenschaft*. Konstanz und München: UVK Verlagsgesellschaft mbH.
- Ständige Impfkommission (2020). *Mitteilung der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut: Empfehlung und wissenschaftliche Begründung für die Angleichung der beruflich indizierten Masern-Mumps-Röteln-(MMR-) und Varizellen-Impfung*. doi: 10.25646/6447.3
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020). *Bevölkerungsstand*. [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/\\_inhalt.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/_inhalt.html). Stand 24.08.2020.
- Voigt, K., Rühle, F., Bergmann, A., Schübel, J., Hirsch, K., Riemenschneider, H. (2016). *Impfstatus bei Pflegepersonal: Ergebnisse einer Querschnittstudie am Harzklinikum Dorothea Christiane Erxleben Quedlinburg*. *Pflege*, 29(4), 205–212. doi: 10.1024/1012-5302/a000497
- Weichbold, N. (2014). Pretest. In: Baur, N., Blasius, J. (Hrsg.). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer VS, S. 299–304.



- Wicker, S., Rabenau, H., Marckmann, G., Gottschalk, R. (2013). Nosokomiale Maserninfektionen. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 138(47), 2421–2425. doi: 10.1055/s-0033-1349619
- World Health Organization (2013). *Global vaccine action plan 2011-2020*. Genf: World Health Organization.
- World Health Organization (2019a). *The Global Vaccine Action Plan 2011-2020. Review and lessons learned*. [https://www.who.int/immunization/global\\_vaccine\\_action\\_plan/en/](https://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/en/). Stand 24.08.2020.
- World Health Organization (2019b). *Global and regional immunization profile*. [https://www.who.int/immunization/monitoring\\_surveillance/data/ga\\_gloprofile.pdf?ua=1](https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/ga_gloprofile.pdf?ua=1). Stand 24.08.2020.
- World Health Organization (2019c). *Measles in the WHO European Region*. <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/WHO-Measles-Sitrep-Dec-2019.pdf>. Stand 24.08.2020.
- World Health Organization (2019d). *Immunization, Vaccines and Biologicals. New measles surveillance data for 2019*. <https://www.who.int/immunization/newsroom/measles-data-2019/en/>. Stand 24.08.2020.
- World Health Organization (2020). *Global Measles and Rubella Monthly Update*. [https://www.who.int/immunization/monitoring\\_surveillance/burden/vpd/surveillance\\_type/active/measles\\_monthlydata/en/](https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/surveillance_type/active/measles_monthlydata/en/). Stand 24.08.2020.

## Rechtsquellenverzeichnis

- ArbMedVV    Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge vom 18. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2768), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 12. Juli 2019 (BGBl. I S. 1082) geändert worden ist.
- GG            Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100- 1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1546) geändert worden ist.
- IfSG         Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 19. Juni 2020 (BGBl. I S. 1385) geändert worden ist.
- PrävG        Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 311 der Verordnung vom 19. Juni 2020 (BGBl. I S. 1328) geändert worden ist.

## **Anlagen**

Anlage A: Interviewleitfaden.....	61
Anlage B: Einverständniserklärung .....	62
Anlage C: Transkriptionsregeln nach Kuckartz (2018) .....	63
Anlage D: Kodierbaum.....	64
Anlage E: Computergestützte qualitative Inhaltsanalyse .....	66

## **Anlage A: Interviewleitfaden**

### **Kenntnis des persönlichen Impfstatus**

- Sind Sie geimpft?
- Wogegen sind Sie geimpft?
- Überprüfen Sie, ob Ihre Impfungen abgelaufen sind?
- Lassen Sie Nachimpfungen durchführen?
- Achten Sie besonders auf Ihren Impfstatus, wenn Sie eine Reise planen?

### **Allgemeine Einstellungen bei Pflegepersonal zu Schutzimpfungen**

- Aus welchen Gründen wurden Sie (*nicht*) geimpft?
- Wenn Sie selbst entscheiden könnten: Würden Sie sich (*noch mal*) impfen lassen?
- Finden Sie Impfungen wichtig?
- Denken Sie, dass medizinisches Personal besonders auf den Impfstatus achten sollte?

### **Masernimpfung**

- Sind Sie gegen Masern geimpft?
- Wann war diese Impfung?
- Wie sinnvoll finden Sie die Masernimpfung?
- Wenn Sie (*noch mal*) selbst entscheiden könnten: Was war/wäre Ihre Motivation, sich gegen Masern impfen zu lassen?
- Gibt es Gründe für Sie, die gegen eine Masernimpfung sprechen?

### **Masernschutzgesetz**

- Das Masernschutzgesetz wurde zum 1. März 2020 erlassen. Welche Inhalte dieses Gesetzes sind Ihnen bekannt?

Ich fasse das mal kurz zusammen, damit wir auf dem gleichen Stand sind:

- Wie ist Ihre Einstellung dazu?
  - Wie denken Sie über eine Impf- und Meldepflicht?
- Wirkt sich das Gesetz auf Ihre Impfmotivation aus?
- Im Zuge der COVID-19-Pandemie steht eine Empfehlung für eine Impfung im Raum. Hat sich Ihre Einstellung zu diesem Thema durch die Situation der letzten Monate geändert?
- Wir sind jetzt am Ende des Interviews: Haben wir noch etwas vergessen? Möchten Sie noch etwas ergänzen? Gibt es Unklarheiten?

## Anlage B: Einverständniserklärung

### Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten

**Forschungsprojekt:** Bachelorarbeit  
**Durchführende Institution:** HAW Hamburg  
**Projektleitung:** Maike Müller  
**Interviewerin:** Maike Müller  
**Interviewdatum:**

Beschreibung des Forschungsprojekts:

- mündliche Erläuterung
- schriftliche Erläuterung

Das Interview wird mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und sodann von der Mitarbeiterin des Forschungsprojekts in Schriftform gebracht. Für die weitere wissenschaftliche Auswertung des Interviewtextes werden alle Angaben, die zu einer Identifizierung der Person führen könnten, verändert oder aus dem Text entfernt. In wissenschaftlichen Veröffentlichungen wird das Interview nur in Auschnitten zitiert, um gegenüber Dritten sicherzustellen, dass der entstehende Gesamtzusammenhang von Ereignissen nicht zu einer Identifizierung der Person führen kann. Personenbezogene Kontaktdaten werden von Interviewdaten getrennt für Dritte unzugänglich gespeichert. Nach Beendigung des Forschungsprojekts werden Ihre Kontaktdaten automatisch gelöscht, es sein denn, Sie stimmen einer weiteren Speicherung zur Kontaktmöglichkeit für themenverwandte Forschungsprojekte ausdrücklich zu. Selbstverständlich können Sie einer längeren Speicherung zu jedem Zeitpunkt widersprechen. Die Teilnahme an den Interviews ist freiwillig. Sie haben zu jeder Zeit die Möglichkeit, ein Interview abzubrechen und Ihr Einverständnis in eine Aufzeichnung und Niederschrift des Interviews zurückziehen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Ich bin damit einverstanden, im Rahmen des genannten Forschungsprojekts an einem Interview teilzunehmen.

- ja
- nein

---

Nachname, Vorname (in Druckschrift)

---

Ort, Datum, Unterschrift

## Anlage C: Transkriptionsregeln nach Kuckartz (2018)

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden nicht mit transkribiert, sondern möglichst genau in Hochdeutsch übersetzt.
2. Sprache und Interpunktion werden leicht geglättet, d. h. an das Schriftdeutsch angenähert. Zum Beispiel wird aus „Er hatte noch so'n Buch genannt“ → „Er hatte noch so ein Buch genannt“. Die Satzform, bestimmte und unbestimmte Artikel etc. werden auch dann beibehalten, wenn sie Fehler enthalten.
3. Deutliche, längere Pausen werden durch in Klammern gesetzte Auslassungspunkte (...) markiert. Entsprechend der Länge der Pause in Sekunden werden ein, zwei oder drei Punkte gesetzt, bei längeren Pausen wird eine Zahl entsprechend der Dauer in Sekunden angegeben.
4. Besonders betonte Begriffe werden durch Unterstreichungen gekennzeichnet.
5. Sehr lautes Sprechen wird durch Schreiben in Großschrift kenntlich gemacht.
6. Zustimmungende bzw. bestätigende Lautäußerungen der Interviewer (mhm, aha etc.) werden nicht mit transkribiert, sofern sie den Redefluss der befragten Person nicht unterbrechen.
7. Einwürfe der jeweils anderen Person werden in Klammern gesetzt.
8. Lautäußerungen der befragten Person, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa Lachen oder Seufzen), werden in Klammern notiert.
9. Absätze der interviewenden Person werden durch ein „I:“, die der befragten Person(en) durch ein eindeutiges Kürzel, z. B. „B4:“, gekennzeichnet.
10. Jeder Sprechbeitrag wird als eigener Absatz transkribiert. Sprecherwechsel wird durch zweimaliges Drücken der Enter-Taste, also einer Leerzeile zwischen den Sprechern deutlich gemacht, um so die Lesbarkeit zu erhöhen.
11. Störungen werden unter Angabe der Ursache in Klammern notiert, z. B. (Handy klingelt).
12. Nonverbale Aktivitäten und Äußerungen der befragten wie auch der interviewenden Person werden in Doppelklammern notiert, z. B. ((lacht)), ((stöhnt)) und Ähnliches.
13. Unverständliche Wörter werden durch (unv.) kenntlich gemacht
14. Alle Angaben, die einen Rückschluss auf eine befragte Person erlauben, werden anonymisiert.

Kuckartz, 2018, S. 167f.

## Anlage D: Kodierbaum

	B1	B2	B3
<b>A: Impfstatus</b>			
A1: Inanspruchnahme Impfungen	X	X	X
A2: Kenntnis vorhandener Impfungen	X	X	X
A3: Impfstatuskontrollen - selbst - durch Hausarzt	X	X	X
A4: Inanspruchnahme von Auffrischungsimpfungen - selektive Impfungen - generelle Impfungen	X	X	X
<b>B: Motivation für die Inanspruchnahme von Impfungen</b>			
B1: Impfungen im Kindesalter	X	X	X
B2: Herkunft		X	
B3: Angst vor der Erkrankung	X	X	X
B4: Beruflich begründeter Eigenschutz	X	X	X
B5: Impfung zum Schutz anderer	X	X	
B6: Leicht durchzuführende Präventionsmaßnahme		X	
B7: Gesetzliche Impfpflicht	X		X
<b>C: Masernimmunität</b> - einmalige Impfung - zweimalige Impfung - durchgemachte Masernerkrankung	X	X	X
<b>D: Gründe gegen Impfungen</b>			
D1: Keine Angst vor einer Erkrankung	X	X	X
D2: Stärkung des Immunsystems	X		X
D3: Nebenwirkungen	X	X	X
D4: Niedriges Ansteckungsrisiko	X	X	X

<b>E: Einstellungen zum Masernschutzgesetz</b>			
E1: Eingriff in das Persönlichkeitsrecht	X	X	
E2: Sorge vor genereller Impfpflicht			X
E3: Zustimmung	X	X	
E4: Begrenzung nur auf bestimmte Personengruppen	X		
E5: Andere Maßnahmen voranstellen	X	X	
E6: Veränderte Einstellung durch die COVID-19-Pandemie	X	X	



## Anlage E: Computergestützte qualitative Inhaltsanalyse

### Kategorie A: Impfstatus

Farbe	Befragte Person	Code	Segment
●	B1	Inanspruchnahme von Impfungen	Ja.
●	B1	Kenntnis vorhandener Impfungen	Gegen Tetanus bin ich geimpft. Also diese Dreier-Impfung. Tetanus, Diphtherie und Polio war das, glaube ich. Aber das ist die einzige Impfung, die ich habe. Ich habe aber noch die Hepatitisimpfung einmal gehabt. Und da habe ich auch immer noch einen Titer. Das sind eigentlich so die Impfungen, die ich habe.
●	B1	Impfstatuskontrollen	Ja
●	B1	Inanspruchnahme von Auffrischungsimpfungen	Ja. Tetanus ist gerade aufgefrischt worden, weil der war, glaube ich, ein bisschen drüber.
●	B1	Inanspruchnahme von Auffrischungsimpfungen	Da lasse ich mich auch nachimpfen. Weil ich auch wichtig finde, dass man die hat. Definitiv.
●	B2	Inanspruchnahme von Impfungen	Ja.
●	B2	Kenntnis vorhandener Impfungen	Ich habe meinen Impfausweis jetzt nicht dabei, aber das kriege ich wohl gerade so hin.
●	B2	Impfstatuskontrollen	Nein, das macht ja mein Hausarzt für mich. Also ich würde das wohl machen, aber ich weiß, dass der das macht.
●	B2	Inanspruchnahme von Auffrischungsimpfungen	Vor zwei Jahren habe ich den Impfausweis mitgenommen und gesagt, er soll mal gucken, und dann macht er das. Und dann bekomme ich, was fehlt oder abgelaufen ist.

•	B3	Kenntnis vorhandener Impfungen	Also, ich bin als Kind gegen alle Kinderkrankheiten geimpft worden, was man so hatte. Und dann gegen Hepatitis B
•	B3	Impfstatuskontrollen	Der Titer ist auch noch gut.
•	B3	Impfstatuskontrollen	(..) Bei Hepatitis B war es mir dann doch irgendwie wichtig. Jetzt war ich bei der Betriebsärztin, die meinte, ich sollte irgendwie noch gegen Keuchhusten geimpft werden – wer hat denn bitte Keuchhusten? Ich habe noch niemanden getroffen. Das habe ich jetzt nicht gemacht.
•	B3	Inanspruchnahme von Auffrischungsimpfungen	Das hatte ich bisher noch nicht, nur bei Hepatitis B habe ich das jetzt gemacht, weil es mich schon betrifft im Job. Aber jetzt in letzter Zeit habe ich keine Impfungen mehr gemacht, in den letzten Jahren.

## Kategorie B: Motivation für die Inanspruchnahme von Impfungen

Farbe	Befragte Person	Code	Segment
●	B1	Impfung im Kindesalter	Wir haben ja damals noch diese Pockenimpfungen mit den Narben bekommen, daran lässt sich erkennen, wer geimpft worden ist.
●	B1	Angst vor der Erkrankung	Wichtig finde ich es schon, ich würde es auch nicht unbedingt haben wollen, gerade nicht als Erwachsener. Diese Kinderkrankheiten sind im Kindesalter schon schlimm genug, aber als Erwachsener möchte man das tatsächlich nicht haben. Ich weiß, damals als wir die Windpocken hatten, meine Schwester und ich, hat mein Vater sich damals angesteckt, und der hat richtig gelitten. Das war nicht ohne.
●	B1	Beruflich begründeter Eigenschutz	Das ist für mich tatsächlich so, dass ich sage, dadurch dass ich ja im Job bin, brauche ich (..) den Schutz brauche ich. So, das ist etwas, wo ich sage, da muss ich geimpft sein. Für mich selber auch.
●	B1	Beruflich begründeter Eigenschutz	Naja, das Problem ist im Endeffekt, du hast ja nicht immer gleich die Möglichkeit (..) Im Notfall hast du nicht gleich einen Handschuh an. Muss man mal so sagen. Also es ist, bevor ich rein- komme und es ist ein akuter Notfall, gucke ich nicht erst, dass ich die Handschuhe angezogen habe, sondern muss ad hoc reagieren. Wenn ein Spritzer Blut auf meine Hand kommt, muss ich einen Schutz haben. Also man achtet zwar schon noch darauf, dass man Handschuhe trägt oder dass man sich schützt, aber manchmal funktioniert das nicht. Daher finde ich, ist dieser Schutz sehr wichtig. Ich möchte nicht Tetanus haben. Ich möchte auch kein Hepatitis haben. Oder, oder, oder. Das ist eigentlich so der Grund, warum ich sage, dafür brauche ich den Schutz.
●	B1	Impfung zum Schutz anderer	Und natürlich, man muss sich selbst schützen und auch noch seine Angehörigen mit dabei, finde ich. Wenn ich mit irgendetwas nach Hause komme, hat mein Mann gleich das gleiche Problem und kann das abbekommen. Das ist so der Schutz, den ich darin sehe. Deswegen, ja, die Impfungen.
●	B1	Impfung zum Schutz anderer	Daher ist es schon wichtig, dass man den Schutz hat und es nicht unbedingt weitertragen kann.

●	B1	Gesetzliche Impfpflicht	Dadurch das ich wusste, dass ich Masern als Kind hatte, und mir sicher war, dass ich so einen Schutz hatte, habe ich mir darüber tatsächlich keine Gedanken gemacht. Weil mir war klar, ich habe den Schutz und dementsprechend muss ich mich nicht impfen lassen. Ich hätte es wahrscheinlich getan, beziehungsweise, ich hätte es ja müssen. Weil, wenn ich den Schutz nicht nachweisen kann, habe ich ja Probleme mit dem Job.
●	B1	Gesetzliche Impfpflicht	Aber wie ich schon sagte, muss ich mich gegen jeden Kram impfen jetzt, damit ich in meinem Job weiterarbeiten kann? Also ich schütze mich, ich muss mich schützen, es wird mir auferlegt.
●	B2	Impfung im Kindesalter	Also, wenn man bei den Kinderimpfungen anfängt, ist das ja ein Bestandteil der Vorsorge. Da ist ja der Grund, das ist halt so.
●	B2	Impfung im Kindesalter	Aber als ich noch klein war, war das so. Das wurde auch nicht infrage gestellt. Meine Eltern haben das gemacht und ich glaube einfach, jeder hat das gemacht. Und deswegen ist man dann gegen alles Mögliche geimpft.
●	B2	Herkunft	Und ich komme aus dem Osten, da wird auch nicht gefragt. Da wird geimpft und dann ist es so.
●	B2	Angst vor der Erkrankung	Und Masern können ja echt so fiese Folgen haben. Also das möchte ja keiner.
●	B2	Beruflich begründeter Eigenschutz	(..) Hepatitis B habe ich ja dann vor (..) weiß ich nicht, etlichen Jahren wegen der Arbeit gemacht.
●	B2	Beruflich begründeter Eigenschutz	Ja. Also, das glaube ich auf jeden Fall. Denn man hat ja tatsächlich häufiger irgendwie Patienten. Also, wenn man sich tatsächlich impfen lassen kann, kann man das ruhig machen. Weil ich meine, jetzt Hepatitis B im Speziellen ist ja ganz gewöhnlich eigentlich. Also nicht ganz gewöhnlich, es kommt häufiger vor. Im beruflichen Alltag hat man das ja einfach sehr häufig. Wenn ich eine Übergabe kriege oder irgendwie höre, der Patient hat Hepatitis B, speichere ich das nicht in meinem Kopf extra ab. Ich nehme das zur Kenntnis, weil das ja eher schon gewöhnlich ist. Also ich habe das eher, wenn jetzt der Patient irgendwie HIV-positiv ist. Das habe ich (.) also präsenter auf jeden Fall in meinem Kopf. Aber das ist ja eigentlich eher das tägliche Geschäft, das finde ich. Deswegen ist das ja eigentlich auch ganz normal, dass man da solche Impfungen haben sollte.

●	B2	Impfung zum Schutz anderer	Ich würde mich auch, glaube ich, wohler fühlen, wenn alle geimpft wären. Weil man dadurch einfach Sachen gut eindämmen kann.
●	B2	Leicht durchzuführende Präventionsmaßnahme	Aber es ist so einfach mit einer Impfung, das zu unterbinden. Also das ist wirklich leicht.
●	B2	Leicht durchzuführende Präventionsmaßnahme	Und das ist ja wirklich ruckzuck, ist die Impfung einfach fertig.
●	B2	Leicht durchzuführende Präventionsmaßnahme	Und dann hatte ich eher das Gefühl danach, dann bin ich ja jetzt wieder auf dem aktuellen Stand. Dann kann ich den Impfpass wegtun und dann muss ich mich erst mal nicht kümmern. Alles ist im Lot. Alles ist erledigt. Ist ein Haken dran.
●	B3	Impfung im Kindesalter	Das war Standard in den Siebzigern, da hat man gar nicht groß gefragt.
●	B3	Angst vor der Erkrankung	Da war mir tatsächlich die Hepatitis B-Impfung wichtig. Das möchte man nicht haben.
●	B3	Beruflich begründeter Eigenschutz	Ja, wegen der Arbeit.
●	B3	Beruflich begründeter Eigenschutz	Genau als Eigenschutz, denn da bin ich ja gefährdet. Wenn ich mit Blut in Kontakt komme von betroffenen Personen. Da war ich ganz froh, dass mein Titer noch gut ist für die nächsten zehn Jahre auf jeden Fall, da muss ich dann nicht nachimpfen.
●	B3	Gesetzliche Impfpflicht	Mittlerweile muss man ja die zweimalige Impfung vorzeigen.

### Kategorie C: Masernimmunität

Farbe	Befragte Person	Code	Segment
●	B1	Masernimmunität	Nein, ich habe Masern selber als Kind gehabt, ich habe einen Titer berechnen lassen, ich habe noch einen ausreichenden Schutz.
●	B2	Masernimmunität	Man muss ja zwei Impfungen haben, glaube ich, für diese Grundimmunität. Und die eine habe ich in meinem Kindesalter gekriegt und die andere fehlte vor zwei Jahren, als ich meinen Impfausweis zu meinem neuen Hausarzt getragen habe und dann sagte er: ‚Hier, gucken Sie mal. Wie sieht die Lage aus? Da fehlt ja einmal Masern. Wollen wir das gleich machen?‘ Ja, fertig.
●	B3	Masernimmunität	Ja, eben als Kind, aber nur einmalig, leider, obwohl, was heißt leider? Mittlerweile muss man ja die zweimalige Impfung vorzeigen. Das steht jetzt noch im Raum, ich habe noch ein Jahr Zeit.

## Kategorie D: Gründe gegen Impfungen

Farbe	Befragte Person	Code	Segment
●	B1	Keine Angst vor einer Erkrankung	Also, wo ich gehen bin und was ich nicht mache, ist eine Gripeschutzimpfung. Da sehe ich keinen Sinn darin. Einmal im Jahr hat man nun mal eine Erkältung, aber Grippe, wenn ich so zurückdenke, dann weiß ich nicht, wann ich mal wirklich eine richtige Grippe hatte.
●	B1	Stärkung des Immunsystems	Das ist für mich, der Körper macht es mit sich selbst immer noch aus, da muss ich nicht noch irgendwie eine Impfung reinbekommen, man weiß sowieso nie, welche Impfung gerade da ist, wir als Pflegepersonal bekommen ja meistens diese Vierer-Impfung, (...) da sehe ich keinen Sinn darin, muss ich ganz ehrlich sagen, der Körper muss es selbst ausmachen.
●	B1	Nebenwirkungen	Ich habe einmal tatsächlich eine Grippeimpfung gehabt, und danach ging es mir drei Wochen grottenschlecht. Wirklich grottenschlecht. Das muss ich mir nicht antun.
●	B1	Nebenwirkungen	Man kann sich ja gegen jeden Blödsinn impfen lassen, aber ich möchte nicht meinen Körper mit so viel Quecksilber verseuchen. Ich frage mich, bringt eine Impfung immer etwas? Bei manchen Sachen sehe ich keinen Sinn und Zweck dahinter, außer dass die Pharmaindustrie tatsächlich daran verdient. Das ist meine Einstellung dazu.
●	B1	Nebenwirkungen	Macht man sich Gedanken über die Nebenwirkungen? Das sind auch so Fragen, die ich mir tatsächlich stelle. Ich kann mich zwar gegen alles impfen lassen, aber es ist Quecksilber. Und was hat Quecksilber in meinem Körper zu suchen? Da bin ich nicht sicher.
●	B1	Nebenwirkungen	Und dadurch, dass du gerade bei der Grippeimpfung vorher noch nicht mal weißt, welcher Grippepestamm gerade wieder da ist. Ich lasse mir da jetzt irgendwas reinspritzen und bin dann zwar geimpft, aber ist es jetzt gegen den Stamm, der da gerade ausgebrochen ist? Und am Ende ist es der vom letzten Jahr.
●	B1	Nebenwirkungen	Das ist so ein Stoff, der nicht in meinen Körper reingehört und warum mischen die das dazwischen? Das ist tatsächlich eine Frage, die ich mir immer wieder stelle und nie eine Antwort darauf bekomme.

•	B1	Nebenwirkungen	Manchmal sage ich mir aber auch, warum jetzt wieder so ein Impfstoff herausgeprügelt werden muss.
•	B1	Nebenwirkungen	Wenn es einen guten Impfstoff gibt sage ich mal, der auch so gesehen sicher ist, würde ich es machen.
•	B1	Niedriges Ansteckungsrisiko	Da sehe ich einfach keinen Sinn drin. Das ist für mich der Punkt, wo ich denke: nein. Vielleicht denke ich irgendwann mal in zehn Jahren, wenn ich 60 bin, anders darüber. Okay, bevor ich das kriege und gesundheitlich doch meine Probleme bekomme, vielleicht sage ich dann, ich lasse mich doch impfen. Aber momentan muss ich tatsächlich sagen: nein. Noch kann mein Körper dagegen an und sollte auch dagegen angehen.
•	B1	Niedriges Ansteckungsrisiko	Ich habe einen Bericht in Osnabrück oder so gelesen. Da waren letztes Jahr acht Masernfälle. Da denke ich, wegen acht Fällen muss man ja jetzt nicht eine Masernimpfung veranstalten.
•	B2	Keine Angst vor einer Erkrankung	(...) Also ich lasse mich zum Beispiel nicht gegen Grippe impfen.
•	B2	Nebenwirkungen	Ich werde auf jeden Fall nicht die erste sein, die das macht. Das sollen mal schön die anderen erst mal machen. Ich möchte nicht Testkandidat für so etwas sein. Ganz bestimmt nicht (..). Wenn es verpflichtend ist, ja gut, dann muss man gucken, wie man damit umgeht. Aber mir wäre wohler dabei, wenn das schon 20 Jahre bekannt wäre und man wüsste die Spätfolgen und man hätte Erfahrung damit. Dann würde ich sagen okay. Aber so würde ich auch erst mal davon absehen. Ich möchte erst mal gucken, wie sich das bei den anderen entwickelt. ((lacht))
•	B2	Nebenwirkungen	Was aber meine größere Angst ist dabei, dass alle gerade unter einem größeren zeitlichen Druck an den Impfungen forschen und jeder weiß, unter Druck entstehen Fehler. So ist das nun mal. Ich möchte da einfach gar nicht dran beteiligt sein oder die Folgen nicht ausbüßen müssen.
•	B2	Niedriges Ansteckungsrisiko	Ich habe mich mal grippeimpfen lassen drei, vier Jahre in Folge. Da hatte ich natürlich keine Grippe. Jetzt lasse ich mich zehn Jahre nicht impfen und habe trotzdem keine Grippe. Dann werde ich die Impfung wohl nicht brauchen.



•	B2	Niedriges Ansteckungsrisiko	Aber ich sehe halt auch den Sinn nicht, denn ich kriege ja offensichtlich auch keine.
•	B2	Keine Angst vor einer Erkrankung	Und eine Grippe ist ja auch nichts Schlimmes. Also, da geht es einem dann subjektiv natürlich mal kurz schlecht, aber ich sage mal, wenn man sonst jung und gesund ist, hält man das ja voll aus. Also, das macht mir auch keine Angst.
•	B2	Niedriges Ansteckungsrisiko	Ich habe ja durch die Tage im Krankenhaus diverse Stunden und Tage neben Corona-Patienten gesessen und habe es einfach nicht bekommen.
•	B3	Keine Angst vor einer Erkrankung	Anderer da denke ich – ein Freund von mir ist Biologe – zum Beispiel auch Influenza, da streiten sich auch ein bisschen die Geister und Gelehrten, ob das wirklich bei allen notwendig ist oder ob man, weil man ja tatsächlich auch mit Influenzaviren immer mal in Kontakt gekommen ist, es gibt ja, glaube ich, drei Hauptstämme, also, das ist jetzt alles ein bisschen laienhaft, (...) dass man da ja schon mal ein paar Antikörper gebildet hat und gerade so als gesunder Mensch vielleicht da jetzt nicht so die große Angst haben muss. Ich hatte das mal, das war nicht schön, aber ich habe es auch gut überstanden.
•	B3	Stärkung des Immunsystems	(..) Wenn ich Kind wäre, bin ich mir tatsächlich gar nicht so sicher, ob man es als Kind vielleicht nicht doch einfach einmal alles durchmachen sollte. Ich weiß tatsächlich, dass ich trotz Impfung Mumps bekommen habe damals, zwar abgeschwächt, aber ich hatte es schon. Da gehen ja ein bisschen die Meinungen auseinander, ob nicht vielleicht als Kind – also klar, als Erwachsener ist es natürlich ein schwieriger Verlauf –, aber als Kind stößt es ja vielleicht das Immunsystem etwas an. Ob man da nicht vielleicht etwas kräftiger wird, wenn man das alles einmal durchmacht.
•	B3	Nebenwirkungen	Ich denke bei Impfungen generell, es macht ja was im Körper, das sind ja keine Bonbons oder so. Ich bin ja immer so (...): je weniger nötig, desto besser.
•	B3	Nebenwirkungen	Ja, der Impfstoff macht ja durchaus etwas mit einem und löst eine Reaktion aus.

•	B3	Nebenwirkungen	Was mich am meisten ärgert an der Geschichte ist, dass, wenn es dann schon sein muss, dass es den Masernimpfstoff dann nicht als Einzelimpfstoff gibt. Den gibt es ja nur als Dreifach-Impfstoff, Masern-Mumps-Röteln. Und gegen die anderen zwei bin ich geimpft, also warum soll ich mich da nochmal impfen lassen? Das finde ich dann, also wenn es dann schon so eine Pflicht gibt, dann bestehe ich eigentlich auch auf einen Einzelimpfstoff. Das würde ich als große Kritik stehen lassen.
•	B3	Nebenwirkungen	Genau, das finde ich auch sehr bedenklich, da kommt vielleicht für Pflegepersonal auch eine Impfpflicht. Ich habe gerade mit einem befreundeten Arzt gesprochen, der meinte, das ist eine ganz neue Nummer, es ist eine ganz neuartige Impfung. Ich kann es nicht mehr genau sagen. Es gibt ja immer die Tot- und Lebendimpfstoffe, hier ist es auf jeden Fall so, ich kann es nicht genau erklären, da bin ich zu sehr Laie, aber das ist eine Impfung, die es so noch nie gab. Es gibt da überhaupt keine Langzeitstudien drüber. Wenn es dann wirklich der Impfstoff sein wird, dann möchte ich das nicht. Wenn es dann noch keine Langzeitstudien gibt, also insbesondere über diese spezielle Impfstofftechnik, denn darum geht es mir. Ich müsste das aber noch einmal genau nachlesen.
•	B3	Nebenwirkungen	Normalerweise dauert es ja Jahre, bis ein Impfstoff auf den Markt kommt. Jetzt geht es so schnell, das ist ja schon bedenklich.
•	B3	Niedriges Ansteckungsrisiko	Also ich bin jetzt während meines gesamten Berufslebens – ich arbeite jetzt schon 27 Jahre in diesem Beruf – noch nie mit Masern in Berührung gekommen. Also eigentlich mein ganzes Leben, als Kind war das wahrscheinlich einmal Thema, dass Freunde das hatten oder vielleicht auch nicht, weil da ja alle geimpft waren. Ich kenne niemanden.
•	B3	Niedriges Ansteckungsrisiko	(...) Ja, also ich habe keine Angst vor Masern, ich bin nie damit in Kontakt gekommen und (..) wie gesagt, ich denke je weniger desto besser (...).
•	B3	Niedriges Ansteckungsrisiko	Wie gesagt, ich arbeite mit Erwachsenen zusammen, im Kindergarten wäre das vielleicht etwas anderes, oder im Kinderkrankenhaus. Da würde ich vielleicht noch einmal anders denken. Ich habe da aber wirklich überhaupt keine Bedenken.

## Kategorie E: Einstellungen zum Masernschutzgesetz

Farbe	Befragte Person	Code	Segment
●	B1	Eingriff in das Persönlichkeitsrecht	Auf der anderen Seite ist es aber ein großer Eingriff in die Privatsphäre und es wird dann auf einmal ein Gesetz hingesetzt oder herausgeprügelt und die Menschheit wird eigentlich gar nicht gefragt, ob sie es will oder nicht. Das ist für mich eine Fremdbestimmung, die du zu machen hast.
●	B1	Zustimmung	Ich finde es schon okay auf der einen Seite.
●	B1	Zustimmung	Wichtig finde ich es schon, ich würde es auch nicht unbedingt haben wollen, gerade nicht als Erwachsener.
●	B1	Zustimmung	Daher ist es schon wichtig, dass man den Schutz hat und es nicht unbedingt weitertragen kann.
●	B1	Begrenzung nur auf bestimmte Personengruppen	Aber wird denn bei jedem, der ins Krankenhaus hereinkommt geguckt, ob er einen Impfschutz hat? Nein! Es wird wieder mal, so finde ich, an die Pflegekräfte abgegeben, beziehungsweise an die, die im Gesundheitswesen arbeiten. Die werden wieder dazu verpflichtet, am Ende geht es aus meiner Tasche. Dadurch, dass ich jetzt Zeitarbeiter bin, ist es natürlich etwas anderes, als wenn ich fest angestellt wäre. Da habe ich dann einen Betriebsarzt, der würde mich impfen, bei uns ist das natürlich alles ein bisschen anders. Wir können entweder zu diesem Gesundheitszentrum gehen oder das über unseren Hausarzt machen lassen.
●	B1	Andere Maßnahmen voranstellen	Also, ich glaube schon, wenn man Werbung machen würde oder Plakate. Da könnte man doch mehr Aufklärung machen. Aber ob es was bringen würde, ist die Frage. Ich bin vorhin mit der U-Bahn gefahren und habe festgestellt, wie dicht plakatiert alles ist. Da guckt keiner richtig drauf. Also, es wäre eine Möglichkeit, aber ob es im Endeffekt bei der Menschheit ankommt, das ist die Frage. Das könnte ich gar nicht so beurteilen, es ist schwierig.
●	B1	Veränderte Einstellung durch COVID-19-Pandemie	(...) Ich bin mir nicht ganz sicher. (...) Wenn es einen guten Impfstoff gibt, sage ich mal, der auch so gesehen sicher ist, würde ich es machen. Weil das möchte ich definitiv nicht haben. Da kommt aber für mich der Punkt hinzu, gerade was Corona anbelangt, da will ich mich schützen, aber ich muss auch meinen Partner schützen, der zur Risikogruppe gehört. Und das sind so zwei Punkte, wenn ich weiß, dass es wirklich auch ein Impfstoff ist, der mich schützt, dann würde ich es machen. Definitiv. Weil das möchte ich nicht haben. Ist schon schwierig genug, in diesem Bereich jetzt arbeiten zu müssen und die Leute zu betreuen, aber haben? Nein, danke.

•	B2	Eingriff in das Persönlichkeitsrecht	Eingriff in meine Persönlichkeit. Ich will selbst entscheiden.
•	B2	Zustimmung	(..) Masern finde ich sehr wichtig eigentlich.
•	B2	Zustimmung	Also, jetzt nach Corona würde ich sagen, also das ist ja nun echt kein Drama. Soll er machen.
•	B2	Andere Maßnahmen voranstellen	Das gibt es nicht. Das funktioniert ja anders nicht. Das funktioniert mit einem Gesetz und mit Geldstrafen, aber nicht mit gut zureden. Ich glaube nicht, dass das machbar ist. Vielleicht in einem kleinen Gesellschaftssystem. In einem ganz kleinen Land, wo andere Werte gelten. Aber nicht in einem Land, wo es irgendwie um Lohnarbeit und – also nicht in so einem System, wie wir leben und der westlichen Welt. Das glaube ich nicht. Das funktioniert nicht. Das geht nur über Geld und Drohungen.
•	B2	Andere Maßnahmen voranstellen	Ich glaube nicht, dass richtige Impfgegner, die davon völlig überzeugt sind, dass man die mit einem Poster kriegt. Aber vielleicht so die Unsicheren, die keine Meinung dazu haben oder dass die dazu irgendwie gebracht werden.
•	B2	Veränderte Einstellung durch COVID-19-Pandemie	(...) Ja, ich glaube, das ist jetzt anders nach Corona. Weißt du? Vorher wäre das anders gewesen. Vorher hätte ich gedacht, das kann ja wohl nicht sein, dass der Staat sich da über meine eigene Meinung und meine eigene Einstellung zu Gesundheit stellt. Ich glaube, dann hätte ich mich ein bisschen aufgeregt, und hätte gesagt, das kann ein Vorschlag sein, aber schlussendlich entscheide ich das, ob ich geimpft werde oder nicht. Und jetzt nach Corona ist das (.), weiß ich nicht, man ist ja so unfrei. Der Staat hat einem ja jetzt ganz viel übergestülpt, was wir in unserer Generation nicht gewohnt sind. (..) Dass sich das jetzt, glaube ich, relativiert.
•	B2	Veränderte Einstellung durch COVID-19-Pandemie	Davor hätte ich aber gesagt, nein, finde ich nicht in Ordnung.
•	B3	Sorge vor genereller Impfpflicht	(..) Auf meine Motivation nicht, aber ich finde es grundsätzlich schwierig, dazu eine Verpflichtung zu haben. Die Frage ist: Was kommt dann?

•	B3	Sorge vor genereller Impfpflicht	Es gab ja früher schon einmal Impfpflichten, aber so lange ich lebe, gab es das noch nicht, das ist das erste Mal, dass ich mit einer Impfpflicht in Berührung komme. Geht das jetzt weiter? Darf ich dann nicht mehr arbeiten? Muss ich mir einen neuen Job suchen? Gerade bei Pflegemangel so die Leute zu verpflichten, und Leute, die es vielleicht nicht möchten, weil sie Bedenken haben, die müssen dann (unv.)
•	B3	Sorge vor genereller Impfpflicht	Ich warte jetzt noch einmal das Jahr ab, meiner Meinung nach haben Personen gegen das Marnerschutzgesetz geklagt, das liegt jetzt noch beim Bundesverfassungsgericht. Ich warte das Urteil auf jeden Fall ab, bevor ich mich impfen lasse.
•	B3	Sorge vor genereller Impfpflicht	Genau, das finde ich auch sehr bedenklich, da kommt vielleicht für Pflegepersonal auch eine Impfpflicht.

## Übersicht aller Codes

Farbe	Kategorie	Subkategorie	Cod. Seg. (alle Dokumente)	% Cod. Seg. (alle Dokumente)	Dokumente
●	Impfstatus	Inanspruchnahme von Impfungen	2	2,35	2
●	Impfstatus	Kenntnis vorhandener Impfungen	3	3,53	3
●	Impfstatus	Impfstatuskontrollen	4	4,71	3
●	Impfstatus	Inanspruchnahme von Auffrischungsimpfungen	4	4,71	3
●	Motivation für die Inanspruchnahme von Impfungen	Impfung im Kindesalter	4	4,71	3
●	Motivation für die Inanspruchnahme von Impfungen	Herkunft	1	1,18	1
●	Motivation für die Inanspruchnahme von Impfungen	Angst vor der Erkrankung	3	3,53	3
●	Motivation für die Inanspruchnahme von Impfungen	Beruflich begründeter Eigenschutz	6	7,06	3
●	Motivation für die Inanspruchnahme von Impfungen	Impfung zum Schutz anderer	3	3,53	2
●	Motivation für die Inanspruchnahme von Impfungen	Leicht durchzuführende Präventionsmaßnahme	3	3,53	1
●	Motivation für die Inanspruchnahme von Impfungen	Gesetzliche Impfpflicht	3	3,53	2

●	Masernimmunität		3	3,53	3
●	Gründe gegen Impfungen	Keine Angst vor einer Erkrankung	4	4,71	3
●	Gründe gegen Impfungen	Stärkung des Immunsystems	2	2,35	2
●	Gründe gegen Impfungen	Nebenwirkungen	14	16,47	3
●	Gründe gegen Impfungen	Niedriges Ansteckungsrisiko	8	9,41	3
●	Einstellungen zum Masernschutzgesetz	Eingriff in das Persönlichkeitsrecht	2	2,35	2
●	Einstellungen zum Masernschutzgesetz	Sorge vor genereller Impfpflicht	4	4,71	1
●	Einstellungen zum Masernschutzgesetz	Zustimmung	5	5,88	2
●	Einstellungen zum Masernschutzgesetz	Begrenzung nur auf bestimmte Personengruppen	1	1,18	1
●	Einstellungen zum Masernschutzgesetz	Andere Maßnahmen voranstellen	3	3,53	2
●	Einstellungen zum Masernschutzgesetz	Veränderte Einstellung durch COVID-19-Pandemie	3	3,53	2

## Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.



Hamburg, 26.08.2020

Ort, Datum