



careum

Impfkompetenz der Bevölkerung in der Schweiz 2024

im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit

Schlussbericht

Saskia M. De Gani, Anna-Sophia Beese, Rebecca Jaks, Urs Bieri, Jonas Ph. Kocher

Zürich, 25. August 2025

Impressum

Diese Studie wurde vom Bundesamt für Gesundheit BAG in Auftrag gegeben und vom Zentrum für Gesundheitskompetenz (ZGK) der Careum Stiftung in Zusammenarbeit mit gfs.bern AG durchgeführt.

Projektlaufzeit:	05.02.2024 – 30.06.2025
Projektteam:	<i>Zentrum für Gesundheitskompetenz der Careum Stiftung</i> Dr. sc. nat. Saskia De Gani: Gesamtverantwortung Rebecca Jaks: Projektleitung (bis Februar 2025) Dr. rer. soc. Anna-Sophia Beese: Projektmitarbeit, Projektleitung (ab März 2025) <i>gfs.bern</i> Urs Bieri: Gesamtverantwortung Jonas Ph. Kocher: Projektleitung, Programmierung, Datenaufbereitung, Grafikerstellung Annick Doriot: Stv. Projektleitung Jenny Roberts: Stv. Projektleitung Luca Keiser: Mitarbeit Datenaufbereitung Roland Rey: Lektorat
Kontakt:	Dr. sc. nat. Saskia De Gani Leiterin Zentrum für Gesundheitskompetenz Careum Stiftung, Pestalozzistrasse 3, CH-8032 Zürich T +41 43 222 64 29 saskia.degani@careum.ch
Auftraggeberin BAG:	Sylvie Olifson, Programmleiterin NSI, Sektion Impfung und Dr. med. Gerald Dziekan, Leiter Sektion Impfung, Bundesamt für Gesundheit BAG
Zitiervorschlag:	De Gani, S. M., Beese A.-S., Jaks R., Bieri, U., Kocher J.Ph. (2025). Impfkompetenz der Bevölkerung in der Schweiz 2024. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG. Zürich, Careum Stiftung.

Dank

Wir danken unserer Begleitgruppe Sylvie Olifson, Gerald Dziekan, Isabelle Villard Risse, Ursula Vogt und Philipp Zogg, sowie dem Advisory Board Dr. Michael J. Deml, Dr. med. Alessandro Diana, und Dr. Robert Griebler für die wertvollen Anregungen, die konstruktive Reflexion und Unterstützung bei der Finalisierung der Studie. Darüber hinaus möchten wir uns bei Elena Alder und Carmen Püntener für ihre Unterstützung in der Datenerhebung und -auswertung bedanken. Ein spezieller Dank gilt Sylvie Olifson für die grosse Unterstützung und konstruktive Zusammenarbeit.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	3
Zusammenfassung	4
Résumé	9
Sintesi	14
Summary	19
1 Einleitung	24
1.1 Ausgangslage	24
1.2 Ziel der Studie und Fragestellungen	25
2 Methodik	26
2.1 Quantitative Onlinebefragung der Schweizer Bevölkerung	26
2.1.1 Befragung und Stichprobe	26
2.1.2 Datenerhebung und Indexbildung	28
2.1.3 Datenauswertung	35
2.1.4 Trends	36
2.2 Qualitative Interviews	36
2.2.1 Rekrutierung und Stichprobe	36
2.2.2 Leitfaden und Datenerhebung	37
2.2.3 Datenauswertung	37
3 Ergebnisse der quantitativen Befragung	39
3.1 Impfkompetenz	39
3.2 Impfwissen	45
3.3 Impfbereitschaft und Impfkritik	46
3.4 Impfstatus und Impfverhalten	63
3.5 Impfrisiken und Impfnebenwirkungen	72
3.6 Zusammenhänge zwischen Impfkompetenz, Impfbereitschaft und Impfverhalten	74
3.7 Informations- und Entscheidungsprozesse	76
4 Ergebnisse qualitative Interviews	81
4.1 Umgang mit Informationen zu Impftemen	81
4.2 Determinanten zu Impfkompetenz, Impfbereitschaft und Impfverhalten	83
4.3 Kommunikation und ihre Auswirkung auf das Thema Impfen	85
4.4 Einfluss der COVID-19-Pandemie auf das Thema Impfen	87
5 Synthese und Diskussion der Ergebnisse	91
5.1 Impfkompetenz der erwachsenen Wohnbevölkerung in der Schweiz	91
5.2 Impfbereitschaft der erwachsenen Wohnbevölkerung in der Schweiz	92
5.3 Impfverhalten der erwachsenen Wohnbevölkerung in der Schweiz	92

5.4	Wichtigste Determinanten der Impfkompentenz, der Impfbereitschaft und des Impfverhaltens	93
5.5	Wichtigste Unterscheidungen in den einzelnen Bevölkerungsgruppen und Sprachregionen?	94
5.6	Entwicklung seit 2018 und Einfluss der COVID-19-Pandemie	95
6	Limitationen	95
7	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	97
8	Literaturverzeichnis	101
9	Anhang	103
9.1	Erhebungsinstrument quantitative Befragung	103
9.2	Leitfaden qualitative Interviews	116
9.3	Zusätzliche Tabellen	117
9.4	Zusätzliche Grafiken	118
9.5	Regressionsmodelle	141

Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
CATI	Computer Assisted Telephone Interview
CAWI	Computer Assisted Web Interview
COVID-19	Englisch: Coronavirus disease 2019, deutsch: Coronavirus-Krankheit-2019
E-VACTS	Electronic Vaccine Training Switzerland
FSME	Frühsommer-Meningoenzephalitis
GK	Gesundheitskompetenz
HPV	Humane Papillomaviren
NSI	Nationale Strategie zu Impfungen
NPI	Nationales Programm Impfungen
WHO	Englisch: World Health Organisation, deutsch: Weltgesundheitsorganisation
ZGK	Zentrum für Gesundheitskompetenz

Zusammenfassung

Mit der COVID-19-Pandemie und den in diesem Zusammenhang entwickelten Impfstoffen ist das Thema Impfen in den letzten Jahren in der Schweiz und weltweit wieder verstärkt in den gesellschaftlichen und medialen Fokus gerückt. Es stellt sich daher die Frage, wie diese Entwicklungen die Einstellungen, die Kompetenzen und das Verhalten der Schweizer Bevölkerung im Zusammenhang mit Impfen ganz allgemein verändert hat.

Hintergrund

Bereits im Jahr 2017 wurde mit der vom Bundesrat verabschiedeten **Nationalen Strategie zu Impfungen (NSI)** eine wichtige Voraussetzung für einen koordinierten und effizienten Einsatz von Impfungen im Allgemeinen zum Schutz der Gesamtbevölkerung geschaffen. Ein besonderer strategischer Fokus liegt auf dem Schutz von vulnerablen oder gefährdeten Bevölkerungsgruppen. Die NSI sieht in einem ersten Schritt zu ihrer Umsetzung vor, die einzelnen, zur Erreichung der strategischen Ziele vorgesehenen Massnahmen zu konkretisieren und die jeweils zu erwartenden Ergebnisse zu spezifizieren. Diese Detailplanung wurde in Form eines ersten Aktionsplans und u. a. basierend auf einer Studie zur Impfkompentenz in der Bevölkerung (2018) umgesetzt. Aufgrund der COVID-19-Pandemie und der veränderten Ausgangslage wurde dieser Aktionsplan überarbeitet und als Aktionsplan 2.0 im April 2024 verabschiedet. Sowohl die verabschiedete NSI als auch der dazugehörige Aktionsplan sind Teil des **Nationalen Programms Impfungen (NPI)**, einem umfassenden Präventionsprogramm für die Schweiz. In diesem Zusammenhang wurde basierend auf der im Jahr 2018 durchgeführten Studie zum Wissenstand in der Bevölkerung zum Thema Impfen und zu den Einflussfaktoren bezüglich Impfentscheidung eine Nachfolgestudie in Auftrag gegeben, um beurteilen zu können, wie die Situation diesbezüglich in der Schweizer Bevölkerung nach der COVID-19-Pandemie aussieht.

Studie zur Impfkompentenz der Bevölkerung in der Schweiz 2024

Das Bundesamt für Gesundheit BAG beauftragte das Careum Zentrum für Gesundheitskompetenz (ZGK) zusammen mit dem Subakkordanten gfs.bern, das Thema Gesundheitskompetenz (GK) in Bezug auf Impfungen in der Bevölkerung zu analysieren. Das Ziel dieser Studie war es, die **Impfkompentenz**, den **Wissenstand**, die **Einstellungen** und das **Verhalten** der Bevölkerung in der Schweiz zum **Thema Impfen** zu erheben, dabei neue Entwicklungen (u. a. bedingt durch die COVID-19-Pandemie) und deren Einflüsse zu untersuchen, und wo möglich einen Vergleich mit der Vorgängerstudie aus dem Jahr 2018 (Schulz et al., 2019) darzulegen. Auch sollte untersucht werden, wie und wo sich Bürgerinnen und Bürger zum Thema Impfen informieren (lassen), wo und weshalb Schwierigkeiten oder Verunsicherungen bestehen, und ob es Unterschiede je nach Bevölkerungsgruppen (z. B. nach Alter oder unterschiedlichen Sprachregionen) gibt.

Methodisch stützte sich die Studie ebenfalls auf die Vorgängerstudie (Schulz et al., 2019) mit einer **quantitativen Bevölkerungsbefragung**, deren Erkenntnisse mittels **qualitativer Interviews** weiter vertieft wurden. Somit wurde eine repräsentative Stichprobe von 2'058 in der Schweiz wohnhaften Erwachsenen zu ihrer allgemeinen Impfkompentenz sowie diversen weiteren Aspekten rund um das Thema Impfen (Wissen, Einstellung, Informationsverhalten, Entscheidungsfindung, Impfverhalten, etc.) befragt. Die Bevölkerungsbefragung fand zwischen dem 19. Juni und 1. September 2024 statt und wurde hauptsächlich mittels computergestützter Online-Interviews (CAWI) und wenigen ergänzenden computergestützten Telefon-Interviews (CATI) realisiert. Im Nachgang dazu fanden 30 leitfadengestützte, semi-strukturierte Interviews mit ausgewählten Vertreterinnen und Vertretern der Bevölkerung in der Schweiz statt. Dabei wurden die Ergebnisse sowie spannende oder auffällige Aspekte aus der Onlinebefragung vertieft, um gewisse Resultate besser verstehen und erklären zu können und fundiertere Erkenntnisse zu gewinnen.

Die Ergebnisse können dem BAG, den Kantonen und insbesondere dem NPI (Bundesrat, 2017) sowie weiterer in diesem Themengebiet aktiven Stakeholdern als wichtige **Grundlage für die Schärfung bereits bestehender und die Entwicklung neuer Massnahmen** (BAG, 2024a) dienen. Dabei geht es insbesondere um die Bereiche Sensibilisierung, Kommunikation und Information der Bevölkerung sowie der Gesundheitsfachpersonen zur Erhöhung ihres Kenntnisstandes zu Impfungen, zur Reduzierung von Unsicherheiten, und folglich zur Erleichterung bzw. Unterstützung der idealerweise gemeinsamen Entscheidungsfindung.

Dieser Studie zur Impfkompentenz der Bevölkerung in der Schweiz 2024 lagen **fünf zentrale Fragestellungen** zugrunde, worauf die Ergebnisse zusammengefasst folgende Antworten liefern:

Wie steht es um die Impfkompentenz, die Impfbereitschaft und das Impfverhalten der erwachsenen Wohnbevölkerung in der Schweiz? Wie hat sich die Situation seit der Befragung 2018 und der COVID-19-Pandemie entwickelt?

Etwas mehr als die Hälfte der Bevölkerung in der Schweiz (51%) geben an, häufig **Schwierigkeiten im Umgang mit Impfinformationen** zu haben und weisen somit eine **geringe Impfkompentenz** auf. Dabei ist für die befragten Personen das **Beurteilen von Impfinformationen** der schwierigste Informationsverarbeitungsschritt. Konkret finden es 63 Prozent der Befragten schwierig oder sehr schwierig, die Vertrauenswürdigkeit von Impfinformationen zu überprüfen. Weitere 61 Prozent finden es schwierig oder sehr schwierig Falschinformationen über Impfungen von zuverlässigen Informationen zu unterscheiden. Das kritische Beurteilen fällt insbesondere deshalb oft schwer, weil zum Teil **widersprüchliche oder ambivalente Informationen** über den Nutzen und die Wirksamkeit von Impfungen und impfbezogenen Themenstellungen verunsichern. Am **leichtesten** fällt den Befragten hingegen das Finden, gefolgt vom Verstehen von Impfinformationen.

In der Studie von 2018 wurden 80 Prozent der Bevölkerung eine hohe und 20 Prozent eine niedrige Impfkompentenz attestiert – basierend auf nur drei Fragen und einer anderen Methodik als im vorliegenden Bericht. Wird die damalige Kategorisierung auf die aktuellen Daten angewendet, hätten heute 77 Prozent (–3 Prozentpunkte) eine hohe und 23 Prozent (+3) eine niedrige Impfkompentenz. Die Beurteilung, welche Impfungen nötig sind, fällt den Befragten dabei **gleich schwer** wie vor sechs Jahren (± 0 Prozentpunkte; Schulz et al., 2019). Schwieriger hingegen ist die Entscheidung, **ob** man sich impfen lassen soll (+5 Punkte gegenüber 2018). Zu beachten ist, dass sich die Frage 2015 (HLS₁₅-CH) und 2018 (Schulz et al., 2019) speziell auf die Grippeimpfung bezog – eine Entscheidung, die womöglich leichter fällt als bei anderen Impfungen. Das Verständnis, **warum** Impfungen notwendig sind, hat sich hingegen leicht verbessert.

Die aktuellen Ergebnisse zeigen ausserdem ein **hohes Impfwissen** in der Bevölkerung, wenn auch gewisse **Wissenslücken** vorhanden sind. Etwas **mehr als ein Drittel** (36%) der Befragten konnte **alle vier Aussagen zum Impfwissen korrekt beurteilen**. Weitere 23 Prozent haben drei korrekte Antworten und einmal mit «weiss nicht» geantwortet. **Viele Falschaussagen zum Thema Impfen** werden überdurchschnittlich oft von jenen Personen gemacht, die grosse Schwierigkeiten haben, ihre Rechnungen zu bezahlen oder die sich einer tiefen Stellung in der Gesellschaft zuordnen. Eine tieferes Impfwissen haben im Durchschnitt auch Personen mit keiner Impfung, mit nur einer Impfung, mit tieferer Impfbereitschaft, mit geringer Impfkompentenz sowie Impfkritikerinnen und Impfkritiker.

Rund **zwei Drittel** der Befragten (65%) weisen eine **hohe Impfbereitschaft** auf. Zu diesen zwei Dritteln gehören im Durchschnitt ältere Personen und Personen mit einem hohen Bildungsabschluss.

Als **Impfkritikerinnen und Impfkritiker** werden in dieser Studie Personen bezeichnet, die der Meinung sind, dass Impfungen giftig sind, oder schlimmer sind als jene Krankheiten, gegen die sie schützen sollen. Es lassen sich 7 Prozent der Befragten als Impfkritikerinnen bzw. Impfkritiker identifizieren. Im Gegensatz dazu lehnt ein Drittel der Befragten beide dieser Aussagen (Impfungen sind giftig oder schlimmer als jene Krankheiten, gegen die sie schützen sollen) stark ab. Die Mehrheit bilden jedoch Verunsicherte (60%), die entweder mindestens eine der beiden Aussagen nicht eindeutig einschätzen können oder die zwei Aussagen gegensätzlich beurteilen. Die durchgeführten Regressionsanalysen zeigen, dass die **subjektive Einstellung** im Vergleich zu soziodemografischen Faktoren entscheidend ist für die Zuteilung zur Gruppe der Impfkritikerinnen und Impfkritiker: So betrifft dies insbesondere Personen, die das **Risiko von Nebenwirkungen stärker wahrnehmen** oder generell **eher die Nebenwirkungen** als die Vorteile von Impfungen **sehen**. Viele Impfkritikerinnen und Impfkritiker finden sich unter denjenigen Personen, die sehr grosse Mühe haben, ihre Rechnungen zu bezahlen (24%), ihre Stellung in der Gesellschaft als sehr tief einschätzen (17%), oder grosse Mühe mit der Ortssprache haben (13%).

Betreffend dem Impfverhalten zeigt sich, dass die Tetanus-Impfung die **häufigste und praktisch flächendeckendste Impfung** in der Bevölkerung (90%) darstellt. Auf dem zweiten Platz findet sich die COVID-19-Impfung (80%), gefolgt von der Masern-Impfung (68%). Vergleichsweise am wenigsten

verbreitet sind die Grippe-Impfung (23%) und die HPV-Impfung (13%). Im Durchschnitt geben die Befragten an, vier (4,2) der insgesamt acht zur Auswahl stehenden Impfungen (Tetanus/Wundstarrkrampf; COVID-19, Masern, Hepatitis B/Gelbsucht, Pertussis/Keuchhusten, FSME, Influenza/Grippe, Humane Papillomviren HPV) erhalten zu haben. Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede in Abhängigkeit von der Impfbereitschaft: Personen mit geringer Impfbereitschaft weisen im Mittel weniger als 3 Impfungen (2,8) auf, während Befragte mit mittlerer bzw. hoher Impfbereitschaft durchschnittlich vier (4,0 bzw. 4,6) Impfungen erhalten haben. Die Befragten haben im Durchschnitt mehr Impfungen wenn sie eine höhere Bildung haben, Vorteile in Impfungen sehen und das Risiko einer Ansteckung durch impfbare Krankheiten ohne Impfung anerkennen, ein höheres Impfwissen haben und/oder einen Gesundheitsberuf ausüben.

Bei den in beiden Studien erhobenen Impfungen ist die **selbstberichtete Impfrate** seit 2018 **gestiegen**. Den deutlichsten Zuwachs zeigt die Masern-Impfung mit +27 Prozentpunkten. Auch bei den Basisimpfungen wurden höhere Raten angegeben (Tetanus +5 %, Hepatitis B +6 %, Pertussis +9 %). Einzig bei der Grippeimpfung gab es einen leichten Rückgang (-2 %).

In Zeiten der **COVID-19-Pandemie** beeinflussten besonders Einschränkungen, Bevormundung, die Angst vor Nebenwirkungen, sowie hohe Vertrauensverluste gegenüber Behörden, Politik, Medien, und der Pharmaindustrie die Impfentscheidung.

Was sind die wichtigsten Determinanten der Impfkompentenz, der Impfbereitschaft und des Impfverhaltens?

Nach rein demografischen Merkmalen (z. B. Alter oder Geschlecht) unterscheiden sich die Befragten hinsichtlich der Impfkompentenz kaum. Die **grösseren Unterschiede** finden sich bezüglich **sozioökonomischer Merkmale**. Eine **tiefer Impfkompentenz** haben im Durchschnitt Personen, die (grosse) Schwierigkeiten beim Bezahlen der Rechnungen aufweisen, die von einer geringen sozialen Unterstützung berichten, die (sehr grosse) Schwierigkeiten mit der offiziellen Sprache am Wohnort aufweisen, und/oder einen mittelmässigen bis (sehr) schlechten Gesundheitszustand angeben.

Ähnliche Ergebnisse zeigen sich bei der **Impfbereitschaft**. Eine tiefere Impfbereitschaft haben im Durchschnitt Personen, die sehr grosse Schwierigkeiten haben, ihre Rechnungen zu bezahlen, die ihre Stellung in der Gesellschaft als sehr tief einschätzen, oder einen besseren Gesundheitszustand angeben. Die **Impfbereitschaft** und die **Impfkompentenz korrelieren positiv** miteinander, d. h. Personen mit einer hohen Impfbereitschaft weisen mehrheitlich auch eine hohe Impfkompentenz auf (61%) und umgekehrt. Die 21 Aussagen, die zur Messung der Impfbereitschaft herangezogen wurden, lassen sich sieben Sub-Indices zuordnen («Verschwörung», «Regelkonformität», «Kollektive Verantwortung», «Abwägung» «Barrieren in der Ausführung», «Risikowahrnehmung» und «Vertrauen»). Besonders auffällig ist die niedrige Bereitschaft im Bereich **«Abwägung»**: Zwei Drittel der Befragten (68%) lassen sich nur impfen, wenn der Nutzen klar überwiegt. Demgegenüber zeigen die Bereiche **«Risikowahrnehmung»** und **«kollektive Verantwortung»** hohe Zustimmungswerte (77% und 73%) – viele anerkennen die Bedrohung durch Infektionskrankheiten und sehen Impfungen als Beitrag zum Schutz anderer. Der Bereich **«Regelkonformität»** weist hingegen geringe Zustimmung (48%) auf: Viele lehnen Sanktionen für Ungeimpfte oder Zwangsmassnahmen durch Behörden ab. Die restlichen Sub-Indices zeigen ein ähnliches Muster wie der Gesamtindex.

Ebenfalls breit geteilt wird die Meinung, dass Impfen eine gemeinschaftliche Aufgabe bei Bestrebungen gegen die Verbreitung von Infektionskrankheiten ist (70%) und Menschen mit Impfen in einer **solidarischen Gesellschaft** einen wichtigen Beitrag für eine gesunde Bevölkerung leisten können. So zeigen sowohl die quantitativen als auch die qualitativen Daten, dass ein Grossteil der Bevölkerung sich impfen lässt, wenn keine Nachteile erkennbar sind (69%), die Vorteile deutlich überwiegen (68%) oder der Schutz von Mitmenschen im Zentrum steht (69%). Solidarität scheint demnach weiterhin eine wichtige Determinante der Impfbereitschaft zu sein.

Wie unterscheidet sich die Impfkompentenz, die Impfbereitschaft und das Impfverhalten zwischen einzelnen Bevölkerungsgruppen und Sprachregionen?

Zwischen einzelnen Bevölkerungsgruppen und Sprachregionen zeigen sich durchaus Unterschiede hinsichtlich Impfkompentenz, Impfbereitschaft und Impfverhalten. Die **Impfkompentenz** ist in der

Deutschschweiz tendenziell etwas geringer ausgeprägt als in der lateinischen Schweiz (Romandie und Tessin), wobei diese Unterschiede statistisch nicht signifikant sind. Personen mit Schwierigkeiten beim Verstehen der Ortssprache weisen tendenziell eine niedrigere Impfkompetenz auf.

Die **Impfbereitschaft** unterscheidet sich insbesondere nach Gesundheitszustand, Alter und Bildung. Personen, die von einem sehr guten Gesundheitszustand berichten oder keine chronischen Erkrankungen haben, zeigen eine geringere Impfbereitschaft – vermutlich, weil sie die Notwendigkeit von Impfungen weniger stark wahrnehmen. Mit zunehmendem Alter steigt hingegen die Impfbereitschaft. Auch der Bildungsstand spielt eine Rolle: Personen mit höherer Bildung zeigen eine überdurchschnittlich hohe Impfbereitschaft. Hinsichtlich der Sprachregionen zeigen sich kaum signifikante Unterschiede in der Impfbereitschaft.

Beim **Impfverhalten** bestehen deutliche Unterschiede nach Alter, Bildung, Sprachregion und sozioökonomischem Status. Jüngere Personen sind häufiger gegen HPV, Hepatitis B, Keuchhusten und FSME geimpft, obwohl sie durchschnittlich eine geringere Impfbereitschaft zeigen. Umgekehrt ist dies bei anderen Impfungen wie Influenza und COVID-19 der Fall. Dies ist nicht überraschend, da die Impfempfehlungen je nach Alter variieren und sich im Laufe der Jahre weiterentwickeln. Allerdings bestätigen offizielle Daten (z. B. des BAG und der ZHAW), dass mit zunehmendem Alter sowohl die Impfbereitschaft als auch die tatsächlichen Impfquoten insgesamt zunehmen. Personen mit höherer Bildung haben tendenziell höhere Impfraten, während sozioökonomisch schwächer gestellte Personen sowie Personen aus der italienischsprachigen Schweiz im Durchschnitt geringere Impfquoten aufweisen.

Welche Zusammenhänge bestehen zwischen der Impfkompetenz, der Impfbereitschaft und dem Impfverhalten?

Es besteht ein klarer Zusammenhang zwischen Impfkompetenz, Impfbereitschaft und der Anzahl an erhaltenen Impfungen. Personen mit höherer **Impfkompetenz** sind häufiger geimpft: 65 Prozent der Personen mit ausgezeichneter und 51 Prozent mit ausreichender Impfkompetenz haben fünf oder mehr Impfungen, im Vergleich zu 43 Prozent (problematisch) und 31 Prozent (mangelhaft). Auch bei Einzelimpfungen, z. B. gegen COVID-19, steigen die Impfquoten mit der Impfkompetenz (von 68% bis 85%). Die **Anzahl Impfungen** nimmt auch mit steigender **Impfbereitschaft** zu: 54 Prozent der Personen mit hoher Bereitschaft haben fünf oder mehr Impfungen, während es bei mittlerer Impfbereitschaft 38 Prozent und bei tiefer Bereitschaft nur 15 Prozent sind. Besonders deutlich zeigt sich das bei der COVID-19-Impfung (91% bei hoher, 66% bei mittlerer, 34% bei tiefer Impfbereitschaft).

Zudem korrelieren **Impfkompetenz und -bereitschaft** positiv: 61 Prozent der Personen mit hoher Impfbereitschaft verfügen auch über eine hohe Impfkompetenz, bei mittlerer Bereitschaft sind es 27 Prozent und bei tiefer nur 20 Prozent.

Die **Mehrheit der Befragten** (61%) ist der Meinung, dass die **Vorteile einer Impfung überwiegen**. Im Vergleich zur Vorgängerstudie ist dieser Wert stabil geblieben (Mittelwert: 2024: 7.1 vs. Mittelwert: 2018: 7 auf einer Skala von 0 bis 10). Es scheint, dass die COVID-19-Pandemie – trotz mehrmaliger Erwähnung in den vertiefenden Interviews als einschneidendes Erlebnis – keine relevante Auswirkung auf die Einschätzung der Impf-Vor- bzw. Nachteile zeigte. Dabei besteht eine positive Korrelation zwischen Vorteilssicht und Impfbereitschaft sowie Impfverhalten: Personen, für welche die Vorteile des Impfens klar oder eher überwiegen, berichten von einer höheren Impfbereitschaft und einer grösseren Anzahl an Impfungen.

Wie und wo informiert sich die Schweizer Bevölkerung zu Impftemen?

Die Schweizer Bevölkerung informiert sich zum Thema Impfen mit Abstand am häufigsten bei der Ärzteschaft (85%). Jeweils rund ein Drittel nutzen die Informationen der Gesundheitsbehörden (38%), aus dem eigenen sozialen Umfeld (36%) oder von Informationsseiten im Internet (34%). Vergleichsweise wenig genutzt werden traditionelle Medien (Zeitungen, Zeitschriften, Magazine) (18%), Radio und Fernsehen (15%) und soziale Medien (7%). Die am häufigsten genutzte Informationsquelle – die Ärzteschaft – wird auch von fast allen Befragten als glaubwürdig angesehen (90%). Diese hohe Glaubwürdigkeit zeigt sich ausserdem über alle Bevölkerungsgruppen hinweg. Bei der zweitglaubwürdigsten Quelle, den Gesundheitsbehörden (52%), lassen sich einige deutliche sozioökonomische Unterschiede feststellen: So werden Gesundheitsbehörden von Personen mit einem tieferen gesellschaftlichen Status (28%), mit

sehr grossen Schwierigkeiten beim Bezahlen der Rechnungen (33%), oder mit einem tieferen Bildungsabschluss (42%) häufiger als weniger glaubwürdig angesehen. Auch in der italienischsprachigen Schweiz wird den Gesundheitsbehörden etwas weniger Glaubwürdigkeit zugeschrieben (43%). Weiter werden auch Apothekerinnen und Apothekern (40%), anderen Gesundheitsfachpersonen (23%) und Alternativ- und Komplementärmedizinerinnen und -mediziner (20%) eine höhere Glaubwürdigkeit zugeschrieben.

Die Ärzteschaft wird im Vergleich dazu von Impfkritikerinnen und Impfkritikern (62%), Personen mit tiefer Impfbereitschaft (67%), sowie von Personen mit keiner (66%) oder nur einer Impfung (60%) deutlich weniger oft als vertrauenswürdige Quelle angegeben. Weiter nutzen Impfkritikerinnen und Impfkritiker Gesundheitsbehörden (10%) deutlich seltener als Informationsquelle, ebenso wie Personen mit tiefer Impfbereitschaft (18%). Umgekehrt verhält es sich bei den Alternativ- und Komplementärmedizinerinnen und -mediziner: Hier geben 25 Prozent der Impfkritikerinnen und Impfkritiker an, diese relativ häufig als Informationsquelle zu verwenden – im Gegensatz zur allgemeinen Bevölkerung mit 11 Prozent.

Empfehlungen

Basierend auf den quantitativen und qualitativen Ergebnissen dieser Erhebung können verschiedene Empfehlungen für die zukünftige (Weiter-)Entwicklung von Massnahmen und Interventionen sowie nächste Schritte im Hinblick auf die Stärkung der Impfkompetenz der Schweizer Bevölkerung abgeleitet werden. Diese Empfehlungen richten sich insbesondere an die Politik, die Bildung, die Praxis und an die Forschung.

Empfehlung

Empfehlung 1:

Fokussierung auf evidenzbasierte, transparente Informationen und auf dialogorientierte Ansätze zur Stärkung der kollektiven Verantwortung.

Empfehlung 2:

Stärkung der Rolle von Gesundheitsfachpersonen, deren Aus- und Weiterbildung im Bereich personenzentrierter Kommunikation sowie Bereitstellung von Unterstützungsangeboten im Umgang mit Fehl- und Desinformationen.

Empfehlung 3:

Schaffung eines geeigneten finanziellen und organisatorischen Rahmens, um notwendige Ressourcen für die Zusammenarbeit von Organisationen und Fachpersonen als auch die Kommunikation über Impfungen bereitstellen zu können.

Empfehlung 4:

Stärkung der Rolle von Arbeitgebenden und Integration in das betriebliche Gesundheitsmanagement.

Empfehlung 5:

Sozioökonomisch benachteiligte Gruppen an Orten ansprechen, an denen sie sich aufhalten, und dabei eine verständliche und anschauliche Sprache verwenden.

Empfehlung 6:

Stärkung der Impfkompetenz im schulischen Kontext.

Empfehlung 7:

Das Potenzial bestehender Instrumente wie dem Impfplan und dem Impfkalendar besser ausschöpfen und die Kommunikation zwischen Schul- und Komplementärmedizin fördern.

Résumé

Au cours des dernières années, la pandémie de COVID-19 et les vaccins développés dans ce cadre ont remis le thème de la vaccination sur le devant de la scène sociale et médiatique, en Suisse comme dans le monde entier. Il importe donc de savoir dans quelle mesure ces développements ont globalement modifié les opinions, les compétences et le comportement de la population suisse dans ce domaine.

Contexte

En 2017 déjà, l'adoption par le Conseil fédéral de la **Stratégie nationale de vaccination (SNV)** a permis de poser les bases d'une utilisation efficace et coordonnée des vaccins pour protéger toute la population. L'une des priorités stratégiques est de protéger en particulier les groupes de population vulnérables ou à risque. La première étape de la mise en œuvre de la SNV prévoit de préciser chaque mesure prévue pour atteindre les objectifs stratégiques, tout en spécifiant les résultats escomptés. Cette planification détaillée s'est concrétisée sous la forme d'un premier plan d'action, basé notamment sur une étude de 2018 relative aux compétences de la population en matière de vaccination. En raison de la pandémie de COVID-19 et de l'évolution de la situation, ce plan d'action a été remanié et adopté en avril 2024 en tant que plan d'action 2.0. La SNV adoptée et le plan d'action correspondant font partie du **Programme national de vaccination (PNV)**, un programme de prévention global pour la Suisse. Dans ce contexte, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a commandé une étude de suivi, basée sur l'étude menée en 2018 relative à l'état des connaissances de la population sur la vaccination et les facteurs influençant les décisions en la matière. Cette nouvelle étude vise à évaluer la situation en Suisse après la pandémie.

Étude de 2024 sur les compétences de la population en matière de vaccination

L'OFSP a chargé le Careum Center for Health Literacy et le sous-traitant gfs.bern d'analyser les compétences de la population en matière de vaccination. Cette étude visait à recenser les **compétences**, l'**état des connaissances**, les **opinions** et le **comportement** de la population suisse dans ce domaine, tout en analysant les derniers développements (induits notamment par la pandémie de COVID-19) et leurs influences. Il s'agissait également de présenter si possible une comparaison avec l'étude de 2018 (Schulz et al., 2019). L'étude devait aussi analyser comment et où la population s'informe en matière de vaccination, quelles difficultés et incertitudes demeurent et pourquoi, et s'il existe des différences d'un groupe de population à l'autre (p. ex. selon l'âge ou la région linguistique).

D'un point de vue méthodologique, l'étude s'est également appuyée sur la version précédente (Schulz et al., 2019) avec une **enquête quantitative menée auprès de la population**, dont les enseignements ont été approfondis dans le cadre d'**entretiens qualitatifs**. Ainsi, un échantillon représentatif composé de 2058 personnes adultes domiciliées en Suisse a été interrogé sur ses compétences générales en matière de vaccination et sur différents autres aspects liés à ce domaine : connaissances, comportement, opinions, comportement en matière d'information, prise de décision, etc. L'enquête auprès de la population s'est déroulée du 19 juin au 1^{er} septembre 2024, principalement sous la forme de sondages en ligne, complétés par quelques sondages par téléphone assistés par ordinateur. Puis des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de 30 représentants de la population suisse. Il s'agissait d'approfondir les résultats du sondage en ligne et des aspects intéressants ou saillants, pour pouvoir mieux comprendre ou expliquer certains résultats ou acquérir des connaissances fondées.

Les résultats peuvent servir de **base** importante à l'OFSP, aux cantons et notamment à la PNV (Bundesrat, 2017), ainsi qu'à d'autres parties prenantes actives dans ce domaine **pour affiner les mesures existantes ou en développer de nouvelles** (BAG, 2024a). Les domaines concernés sont notamment la sensibilisation, la communication et l'information de la population et des professionnels de la santé, afin d'améliorer leurs connaissances sur les vaccinations, de réduire les incertitudes et, partant, de faciliter ou permettre la prise de décision, si possible conjointe.

La présente étude sur les compétences de la population suisse en matière de vaccination, menée en 2024, repose sur **cinq questions centrales**, dont les réponses ont fourni, en résumé, les enseignements suivants :

Qu'en est-il de la compétence de la population adulte en Suisse en matière de vaccination, de sa disposition à se faire vacciner et de son comportement dans ce domaine ? Comment la situation a-t-elle évolué depuis l'enquête de 2018 et la pandémie de COVID-19 ?

Un peu plus de la moitié de la population suisse (51%) indique rencontrer souvent des **difficultés à gérer les informations liées à la vaccination**, ce qui montre une **faible compétence en la matière**. À cet égard, l'**évaluation** constitue l'étape la plus difficile dans le traitement de l'information. Concrètement, 63% des personnes interrogées estiment qu'il est difficile, voire très difficile, d'évaluer la fiabilité des informations concernant la vaccination. Et elles sont 61% à trouver difficile, voire très difficile, de distinguer les fausses informations des informations fiables. L'évaluation critique est souvent difficile, notamment parce que les **informations** parfois **contradictaires ou ambivalentes** sur l'utilité et l'efficacité des vaccins et sur les thèmes liés à la vaccination sont source d'insécurité. En revanche, les personnes interrogées ont **le plus de facilité** à trouver et à comprendre les informations liées à la vaccination.

Selon l'étude de 2018, 80% de la population avait des compétences élevées en matière de vaccination, et 20% des compétences faibles. Ces résultats reposent sur trois questions uniquement et sur une méthodologie différente de celle utilisée pour le présent rapport. En appliquant l'ancienne catégorisation aux données actuelles, 77% (-3 points de pourcentage) auraient des compétences élevées, et 23% (+3) des compétences faibles. La même proportion de personnes interrogées éprouve les **mêmes difficultés** à évaluer les vaccinations nécessaires (± 0 point de pourcentage ; Schulz et al., 2019). En revanche, il est devenu plus difficile de décider **si** l'on doit se faire vacciner (+5 points par rapport à 2018). À noter qu'en 2015 (HLS₁₅-CH) et en 2018 (Schulz et al., 2019), la question portait spécifiquement sur la vaccination contre la grippe, ce qui rendait sans doute la décision plus facile que pour les autres vaccins. En revanche, davantage de personnes comprennent mieux **pourquoi** les vaccinations sont nécessaires.

En outre, les résultats actuels indiquent que la population possède des **connaissances approfondies en matière de vaccination**, même si certaines **lacunes** existent. Un peu **plus d'un tiers des personnes interrogées** (36%) ont **évalué correctement les quatre affirmations dans ce domaine**, tandis que 23% ont fourni trois bonnes réponses et répondu une fois « Je ne sais pas ». **Beaucoup de fausses affirmations sur la vaccination** émanent de personnes qui ont de grandes difficultés à payer leurs factures ou qui se placent à un niveau bas dans la société. En moyenne, les personnes n'ayant reçu aucun ou un seul vaccin, celles les moins disposées à se faire vacciner ou ayant de faibles compétences en la matière, de même que celles critiques envers la vaccination ont de faibles connaissances sur la vaccination.

Près de **deux tiers** des personnes interrogées (65%) indiquent qu'elles sont **particulièrement disposées à se faire vacciner**. Ce groupe comprend en moyenne les personnes âgées et celles ayant un niveau de formation élevé.

Dans cette étude, on entend par « **personnes critiques envers la vaccination** » les personnes qui estiment que les vaccins sont toxiques ou qu'ils provoquent des effets plus graves que les maladies contre lesquelles ils sont censés protéger. Au total, 7% des personnes interrogées ont été identifiées comme telles. À l'inverse, un tiers rejette catégoriquement ces deux affirmations (les vaccins seraient toxiques ou provoqueraient des effets plus graves que les maladies contre lesquelles ils sont censés protéger). La majorité (60%) est toutefois constituée de personnes incertaines, qui soit ne sont pas en mesure d'évaluer clairement une des deux affirmations, soit jugent que l'une des deux affirmations est vraie et l'autre fausse. Les analyses de régression montrent que les personnes critiques envers la vaccination se caractérisent davantage par des **opinions subjectives** que par des facteurs sociodémographiques : ce groupe comprend notamment les personnes qui **se concentrent davantage sur les risques liés aux effets secondaires** ou, de manière générale, **tiennent compte plutôt des effets secondaires** que des bénéfices de la vaccination. Beaucoup de personnes critiques envers la vaccination ont de grosses difficultés à payer leurs factures (24%), estiment qu'elles se situent à un niveau très bas dans la société (17%) ou ont de la peine à parler la langue locale (13%).

En ce qui concerne le comportement en matière de vaccination, il apparaît que le vaccin contre le tétanos est celui qui est **le plus fréquent et le plus généralisé** au sein de la population (90%). Au deuxième rang figure la vaccination contre le COVID-19 (80%), suivie de celle contre la rougeole (68%). À

l'inverse, les vaccins contre la grippe (23%) et le HPV (13%) sont les moins répandus. En moyenne, les personnes interrogées ont indiqué avoir reçu quatre (4,2) des huit vaccins évoqués dans le sondage (tétanos, COVID-19, rougeole, hépatite B, coqueluche, FSME, grippe, HPV). En ce qui concerne la disposition à se faire vacciner, des différences apparaissent nettement : les personnes les moins disposées à se faire vacciner ont reçu moins de trois vaccins (2,8), alors que celles moyennement, voire très disposées en ont reçu en moyenne quatre (4,0 et 4,6). Les personnes qui, en moyenne, ont reçu plus de vaccins présentent les caractéristiques suivantes : elles ont un niveau de formation élevé, elles connaissent les avantages de la vaccination et reconnaissent le risque de contracter une maladie transmissible lorsque l'on n'est pas vacciné, possèdent davantage de connaissances en matière de vaccination ou exercent une profession de la santé.

Depuis 2018, le **taux de vaccination auto-déclaré a augmenté** pour tous les vaccins étudiés dans le cadre des deux études. La hausse la plus importante concerne la vaccination contre la rougeole (+27 points de pourcentage). Les vaccinations de base présentent également des taux plus élevés (tétanos : +5% ; hépatite B : +6% ; coqueluche : +9%). Seule la vaccination contre la grippe a connu un léger recul (-2%).

Durant la **pandémie de COVID-19**, différents facteurs ont influencé la décision vaccinale : restrictions, mise sous tutelle, peur des effets secondaires et importante perte de confiance dans les autorités, le monde politique, les médias et l'industrie pharmaceutique.

Quels sont les principaux déterminants des compétences en matière de vaccination, de la disposition à se faire vacciner et du comportement dans ce domaine ?

Les caractéristiques purement démographiques (p. ex. âge ou sexe) ne permettent pas vraiment de distinguer les personnes interrogées en ce qui concerne les compétences en matière de vaccination. Les **principales différences** sont à chercher parmi les **caractéristiques socio-économiques**. Les personnes qui présentent de **plus faibles compétences en matière de vaccination** sont en moyenne celles pour qui il est (très) difficile de payer leurs factures, celles faisant état d'un faible soutien social, celles ayant des (de très grosses) difficultés à parler la langue officielle de leur lieu de résidence ou celles indiquant un état de santé général moyen, mauvais ou très mauvais.

La **disposition à se faire vacciner** présente des résultats comparables. En moyenne, les personnes ayant de grandes difficultés à payer leurs factures, celles qui estiment avoir un niveau très bas dans la société ou sont en meilleure santé sont moins disposées à se faire vacciner. La **disposition à se faire vacciner** et les **compétences en matière de vaccination** sont corrélées positivement : la plupart des personnes les plus disposées disposent de compétences élevées (61%), et vice-versa. Les 21 affirmations utilisées pour mesurer la disposition à se faire vacciner peuvent être classées en sept sous-catégories (théories du complot, conformité, responsabilité collective, évaluation, contraintes, complaisance et confiance). La faible volonté de se faire vacciner est particulièrement marquée dans la catégorie « **évaluation** » : deux tiers des personnes interrogées (68%) se font vacciner uniquement si les bénéfices l'emportent largement. Les domaines « **complaisance** » et « **responsabilité collective** » présentent des taux d'approbation élevés (77 et 73%). Beaucoup reconnaissent la menace représentée par les maladies infectieuses et considèrent que les vaccinations contribuent à protéger les autres. Le domaine « **conformité** » présente un faible taux d'approbation (48%) : beaucoup rejettent les sanctions envers les personnes non vaccinées ou les mesures de contrainte des autorités. Dans les autres sous-catégories, les chiffres sont équivalents à l'indice général.

Autre opinion largement répandue : la vaccination est un acte collectif s'inscrivant dans les efforts de lutte contre la propagation des maladies transmissibles (70%), et les personnes qui se font vacciner font preuve de **solidarité** et contribuent fortement à la santé de la population. Ainsi, les données quantitatives et qualitatives indiquent qu'une grande partie de la population se fait vacciner lorsqu'aucun inconvénient ne peut être perçu (69%), que les avantages l'emportent largement (68%) ou que la protection d'autrui est au centre des préoccupations (69%). Partant, la solidarité continue donc d'être un facteur déterminant de la disposition à se faire vacciner.

Comment les compétences et le comportement en matière de vaccination et la disposition à se faire vacciner diffèrent-ils entre les groupes de population et les régions linguistiques ?

Il existe des différences importantes dans ces trois domaines. Les **compétences en matière de vaccination** sont légèrement moins marquées en Suisse alémanique qu'en Suisse romande et au Tessin, les différences étant toutefois statistiquement insignifiantes. Les personnes rencontrant des difficultés à comprendre la langue locale ont tendance à avoir des compétences plus faibles.

La **volonté de se faire vacciner** diffère notamment selon l'état de santé, l'âge et la formation. Les personnes indiquant être en très bonne santé ou atteintes d'aucune maladie chronique sont moins disposées à se faire vacciner, probablement parce qu'elles perçoivent moins la nécessité de le faire. Cette disposition augmente avec l'âge. Le niveau de formation joue également un rôle : les personnes ayant un niveau de formation plus élevé montrent une propension à se faire vacciner supérieure à la moyenne. Enfin, il n'y a aucune différence significative entre les régions linguistiques.

L'âge, la formation, la région linguistique et le statut socio-économique sont à l'origine de différences significatives en ce qui concerne le **comportement en matière de vaccination**. Les personnes plus jeunes se font plus souvent vacciner contre le HPV, l'hépatite B, la coqueluche et la FSME, bien que leur volonté de se faire vacciner soit inférieure à la moyenne. La situation s'inverse pour les autres vaccinations comme la grippe ou le COVID-19. Ces résultats ne sont pas surprenants, dans la mesure où les recommandations vaccinales varient selon l'âge et évoluent au fil des ans. Cependant, les données officielles (p. ex. de l'OFSP et de la ZHAW) confirment que la disposition à se faire vacciner et les taux de couverture vaccinale augmentent dans l'ensemble avec l'âge. Les personnes ayant un plus haut niveau de formation présentent des taux de vaccination plus élevés, alors que celles qui ont un statut socio-économique moins favorable et celles venant de la Suisse italophone ont en moyenne des taux plus faibles.

Quels liens existent entre les compétences en matière de vaccination, la disposition à se faire vacciner et le comportement dans ce domaine ?

Il existe un lien indéniable entre la compétence en matière de vaccination, la disposition à se faire vacciner et le nombre de vaccins reçus. Les personnes ayant des **compétences élevées** sont plus souvent vaccinées : 65% des personnes ayant d'excellentes compétences et 51% de celles ayant des compétences suffisantes ont reçu cinq vaccins ou plus, contre 43% parmi celles ayant des compétences problématiques et 31% parmi celles ayant des compétences lacunaires. Les taux de couverture vaccinale suivent également la même courbe que les compétences dans le cas des vaccinations isolées, par exemple contre le COVID-19 (de 68 à 85%). Il existe aussi une corrélation entre le **nombre de vaccinations** et la **volonté de se faire vacciner** : 54% des personnes très disposées ont reçu au moins cinq vaccins, alors qu'elles sont 38% parmi celles moyennement disposées et 15% parmi les moins disposées. Cette relation est particulièrement marquée pour le vaccin contre le COVID-19 : 91% chez les personnes très disposées, 66% chez les moyennement disposées et 34% chez les moins disposées.

En outre, les **compétences en matière de vaccination et la propension à se faire vacciner** sont corrélées positivement : 61% des personnes très disposées dans ce domaine ont des compétences élevées (27% chez les personnes moyennement disposées et 20% chez celles peu disposées).

La **majorité des personnes interrogées** (61%) estime que les **avantages de la vaccination l'emportent sur les inconvénients**. Ce taux est resté stable depuis l'étude précédente (valeur moyenne 2024 : 7,1 ; valeur moyenne 2018 : 7 ; échelle de 0 à 10). Ainsi, il semble donc que la pandémie de COVID-19 n'a pas eu d'effet significatif sur l'évaluation des avantages et des inconvénients de la vaccination, bien que cet événement ait été qualifié de marquant à plusieurs reprises lors des entretiens approfondis. À cet égard, il existe une corrélation positive entre l'évaluation des avantages, la disposition à se faire vacciner et le comportement en la matière : les personnes pour qui les avantages sont clairement ou plutôt prépondérants indiquent être plus disposées à se faire vacciner et avoir reçu plus de vaccins.

Comment et où la population suisse s'informe-t-elle des thèmes liés à la vaccination ?

La population s'informe sur la vaccination le plus souvent, et de loin, auprès du corps médical (85%). Plus d'un tiers (38%) consulte les informations des autorités sanitaires, 36% s'informe auprès de son environnement social et 34% utilise Internet. En comparaison, les médias traditionnels (journaux, revues, magazines) sont peu utilisés (18%), de même que la radio et la télévision (15%) et les réseaux sociaux (7%). Pratiquement toutes les personnes interrogées (90%) estiment que la source

d'information la plus utilisée (le corps médical) est digne de confiance. Cette opinion se reflète parmi tous les groupes de population. En ce qui concerne la deuxième source la plus crédible (autorités sanitaires, 52%), on constate des différences socio-économiques claires : les personnes ayant un statut social bas (28%), celles ayant de très grandes difficultés à payer leurs factures (33%) ou celles ayant un faible niveau de formation (42%) sont plus nombreuses à estimer que les autorités sanitaires sont moins dignes de confiance. Les habitants de la Suisse italophone sont également plus méfiants à l'égard des autorités sanitaires (43%). En outre, les pharmaciens (40%), les autres professionnels de la santé (23%) et les spécialistes en médecine complémentaire (20%) jouissent d'une crédibilité élevée.

En comparaison, les personnes critiques envers la vaccination (62%), celles moins disposées à se faire vacciner (67%) et celles n'ayant reçu aucun (66%) ou qu'un seul vaccin (60%) sont nettement moins nombreuses à faire confiance au corps médical pour s'informer. Par ailleurs, les personnes critiques envers la vaccination se réfèrent bien moins souvent aux autorités sanitaires (10%) pour s'informer, tout comme les personnes moins disposées à se faire vacciner. Les observations sont tout autres en ce qui concerne les spécialistes en médecine complémentaire : 25% des personnes critiques envers la vaccination indiquent les consulter relativement souvent pour s'informer sur la vaccination, alors que seuls 11% de la population le fait.

Recommandations

Les résultats quantitatifs et qualitatifs de ce sondage permettent d'émettre des recommandations pour le développement à venir de mesures et d'interventions et de déterminer les prochaines étapes en vue de renforcer les compétences de la population suisse en matière de vaccination. Ces recommandations s'adressent en premier lieu au monde politique, aux responsables de la formation, aux personnes sur le terrain et aux milieux de la recherche.

Recommandation

Recommandation 1 :

Renforcer la responsabilité collective en mettant l'accent sur des informations transparentes et fondées scientifiquement et sur des approches privilégiant le dialogue.

Recommandation 2 :

Renforcer le rôle des professionnels de la santé et leurs compétences en communication centrée sur la personne durant leur formation et leur formation continue et mettre à disposition des offres de soutien concernant la gestion de la mésinformation et de la désinformation.

Recommandation 3 :

Créer un cadre financier et organisationnel approprié pour pouvoir mettre à disposition les ressources nécessaires à la collaboration d'organisations et de professionnels ainsi qu'à la communication sur les vaccinations.

Recommandation 4 :

Renforcer le rôle des employeurs et les intégrer aux projets de gestion de la santé en entreprise.

Recommandation 5 :

Intervenir auprès des groupes défavorisés sur le plan socio-économique dans les lieux où ils séjournent, en communiquant de manière claire et compréhensible.

Recommandation 6 :

Renforcer les compétences en matière de vaccination en milieu scolaire.

Recommandation 7 :

Mieux exploiter le potentiel des instruments existants comme le plan et le calendrier de vaccination et favoriser la communication entre la médecine traditionnelle et la médecine complémentaire.

Sintesi

Con la pandemia di COVID-19 e i vaccini sviluppati in questo contesto, negli ultimi anni il tema della vaccinazione è tornato al centro dell'attenzione dell'opinione pubblica e dei media, in Svizzera e nel mondo. Si pone pertanto la questione di come questi sviluppi abbiano modificato, in generale, gli atteggiamenti, le competenze e il comportamento della popolazione nei confronti delle vaccinazioni.

Contesto

Già nel 2017, con l'adozione da parte del Consiglio federale della **Strategia nazionale di vaccinazione (SNV)**, è stata creata un'importante premessa per un impiego coordinato ed efficiente delle vaccinazioni in generale a protezione dell'intera popolazione, con una particolare attenzione strategica alla protezione dei gruppi di popolazione vulnerabili o a rischio. In una prima fase di attuazione, la SNV prevede di concretizzare le singole misure previste per il raggiungimento degli obiettivi strategici e di specificare i rispettivi risultati attesi. Questa pianificazione dettagliata è stata attuata sotto forma di un primo piano d'azione e, tra l'altro, basandosi su uno studio del 2018 sulla competenza in materia di vaccinazioni della popolazione. A causa della pandemia di COVID-19 e della mutata situazione iniziale, questo piano d'azione è stato rielaborato e adottato nell'aprile del 2024 come piano d'azione 2.0. Sia la SNV adottata che il relativo piano d'azione fanno parte del **Programma nazionale di vaccinazione (PNV)**, un programma di prevenzione globale per la Svizzera. Sulla base dello studio del 2018 sulle competenze in materia di vaccinazioni della popolazione e sui fattori che influenzano la decisione di farsi vaccinare è stato commissionato uno studio successivo per poter valutare quale sia la situazione della popolazione svizzera in merito dopo la pandemia di COVID-19.

Studio del 2024 sulla competenza in materia di vaccinazioni della popolazione in Svizzera

L'Ufficio federale della sanità pubblica UFSP, insieme alla subappaltatrice gfs.bern, ha dato mandato al Careum Center for Health Literacy di analizzare il tema delle competenze di salute della popolazione per quanto riguarda le vaccinazioni. Lo scopo di questo studio è stata la rilevazione della **competenza**, del livello di **conoscenza**, degli **atteggiamenti** e del **comportamento** della popolazione in Svizzera riguardo al tema delle vaccinazioni, esaminando nel contempo i nuovi sviluppi (dovuti, tra l'altro, alla pandemia di COVID-19) e le loro influenze e facendo laddove possibile un confronto con lo studio precedente del 2018 (Schulz et al., 2019). Inoltre, si è voluto esaminare dove e come la popolazione si informa sul tema delle vaccinazioni, dove e perché esistono difficoltà o incertezze e se vi sono differenze tra i gruppi di popolazione (p. es. tra età o regioni linguistiche diverse).

Lo studio si è basato su quello precedente (Schulz et al., 2019) anche dal punto di vista metodologico, con un'**indagine quantitativa tra la popolazione** i cui risultati sono stati ulteriormente approfonditi mediante **interviste qualitative**. A un campione rappresentativo di 2058 adulti domiciliati in Svizzera sono state quindi poste domande sulla loro competenza in materia di vaccinazioni in generale e su diversi altri aspetti dell'argomento (conoscenza, atteggiamento, modo di informarsi e di prendere decisioni, comportamento vaccinale ecc.). L'indagine demoscopica si è svolta tra il 19 giugno e il 1° settembre 2024 ed è stata realizzata soprattutto mediante interviste online assistite da computer (CAWI) e un numero ristretto di interviste telefoniche assistite da computer (CATI) complementari. Successivamente si sono svolte 30 interviste semistrutturate basate su una traccia con rappresentanti selezionati della popolazione in Svizzera, approfondendo i risultati nonché aspetti interessanti o anomali emersi dall'indagine online per poter comprendere e spiegare meglio determinati risultati e ottenere conoscenze fondate.

I risultati possono servire all'UFSP, ai Cantoni e in particolare alla PNV (Bundesrat, 2017), nonché ad altri portatori di interessi attivi in questo settore, come **base importante per migliorare le misure esistenti e svilupparne di nuove** (BAG, 2024a). Si tratta in particolare degli ambiti della sensibilizzazione, della comunicazione, nonché dell'informazione della popolazione e dei professionisti della salute per migliorarne il livello di conoscenza in materia di vaccinazioni, ridurre le insicurezze, e quindi per facilitare o sostenere la presa di una decisione che, idealmente, dovrebbe essere comune.

Alla base dello studio del 2024 sulla competenza in materia di vaccinazioni della popolazione in Svizzera vi sono state **cinque questioni fondamentali**, alle quali i risultati sintetizzati forniscono le seguenti risposte:

Qual è la situazione della competenza in materia di vaccinazioni, della disponibilità a farsi vaccinare e del comportamento vaccinale della popolazione adulta residente in Svizzera? Com'è cambiata dall'indagine del 2018 e dalla pandemia di COVID-19?

Poco più della metà della popolazione in Svizzera (51%) indica di avere spesso **difficoltà a gestire le informazioni sulle vaccinazioni** e presenta quindi una **bassa competenza in materia**. Per le persone interpellate la fase di elaborazione delle informazioni più difficoltosa risulta essere la **valutazione**. In concreto, il 63 per cento degli interpellati trova difficile o molto difficile verificare l'affidabilità delle informazioni sulle vaccinazioni. Un altro 61 per cento trova difficile o molto difficile distinguere le informazioni sbagliate sulle vaccinazioni da quelle attendibili. In particolare, spesso la valutazione critica risulta difficoltosa perché, secondo una parte degli interpellati, le **informazioni contraddittorie o ambivalenti** sui benefici e l'efficacia delle vaccinazioni provocano incertezza. Il compito più **facile** per gli interpellati è invece il reperimento di informazioni sulle vaccinazioni, seguito dalla loro comprensione.

Dallo studio del 2018 è emersa una competenza elevata in materia di vaccinazioni nell'80 per cento della popolazione e una competenza bassa nel 20 per cento – sulla base di sole tre domande e di una metodologia diversa da quella del presente rapporto. Applicando la categorizzazione di allora ai dati attuali, oggi il 77 per cento (–3 punti percentuali) avrebbe una competenza elevata e il 23 per cento (+3) una competenza bassa. Per gli interpellati, la valutazione di quali siano le vaccinazioni necessarie presenta **la stessa difficoltà** di sei anni prima (± 0 punti percentuali; Schulz et al., 2019). Risulta invece più difficoltosa la decisione **se** farsi vaccinare o meno (+5 punti rispetto al 2018). Occorre tenere presente che la domanda posta nel 2015 (HLS₁₅-CH) e nel 2018 (Schulz et al., 2019) si riferiva espressamente alla vaccinazione contro l'influenza – una decisione che probabilmente risulta più semplice da prendere rispetto ad altre vaccinazioni. La comprensione del **perché** le vaccinazioni sono necessarie è invece leggermente migliorata.

I risultati attuali mostrano inoltre un'elevata **conoscenza in materia di vaccinazioni** nella popolazione, anche se con alcune **lacune**. **Poco più di un terzo** (36%) degli interpellati è stato in grado di **valutare correttamente tutte e quattro le affermazioni sulla conoscenza in materia di vaccinazioni**. Un altro 23 per cento ha risposto correttamente a tre domande e con «non so» a una. **Numerose risposte errate sul tema delle vaccinazioni** vengono fornite con frequenza superiore alla media dalle persone che trovano molto difficile pagare le loro fatture o che si collocano a un livello basso nella società. In media, hanno una bassa conoscenza in materia di vaccinazioni anche le persone mai vaccinate, che hanno ricevuto una sola vaccinazione, con bassa disponibilità a farsi vaccinare, con bassa competenza in materia nonché le persone critiche nei confronti delle vaccinazioni.

Circa **due terzi** degli interpellati (65%), composti in media da persone più anziane e con un titolo di studio elevato, presentano **un'elevata disponibilità a farsi vaccinare**.

In questo studio sono definite **persone critiche nei confronti delle vaccinazioni** quelle che sono dell'opinione che le vaccinazioni siano tossiche o più pericolose delle malattie da cui dovrebbero proteggere. Circa il 7 per cento degli interpellati può essere identificato come critico nei confronti delle vaccinazioni. Per contro, un terzo degli interpellati respinge decisamente entrambe le affermazioni (le vaccinazioni sono tossiche o più pericolose delle malattie da cui dovrebbero proteggere). La maggioranza è tuttavia costituita dagli indecisi (60%), che non sono in grado di valutare in maniera univoca almeno una delle due affermazioni o le valutano in modo opposto. Le analisi della regressione effettuate mostrano che per l'attribuzione al gruppo delle persone critiche nei confronti delle vaccinazioni, l'**atteggiamento soggettivo** è più decisivo rispetto ai fattori sociodemografici: ciò riguarda in particolare le persone che **hanno una percezione più intensa del rischio di effetti collaterali** o in genere **vedono più gli effetti collaterali** che i vantaggi delle vaccinazioni. Le persone critiche nei confronti delle vaccinazioni sono numerose tra coloro che trovano molto difficile pagare le proprie fatture (24%), si collocano in una posizione sociale molto bassa (17%) o trovano molto difficile utilizzare la lingua locale (13%).

Per quanto riguarda il comportamento vaccinale, risulta che la vaccinazione contro il tetano rappresenta quella **più frequente e praticamente più diffusa** tra la popolazione (90%). Al secondo posto si trova la vaccinazione contro la COVID-19 (80%), seguita da quella contro il morbillo (68%). Le vaccinazioni relativamente meno diffuse sono quella contro l'influenza (23%) e l'HPV (13%). In media, gli interpellati indicano di aver ricevuto quattro (4,2) delle complessivamente otto vaccinazioni disponibili (tetano, COVID-19, morbillo, epatite B/ittero, pertosse, FSME, influenza, virus del papilloma umano HPV), con

significative differenze a seconda della disponibilità a farsi vaccinare: le persone con bassa disponibilità presentano in media meno di tre vaccinazioni (2,8), mentre gli interpellati con disponibilità media o elevata hanno ricevuto in media quattro vaccinazioni (4,0 risp. 4,6). In media, gli interpellati hanno ricevuto più vaccinazioni se hanno una formazione più elevata, vedono vantaggi nelle vaccinazioni e riconoscono il rischio di contrarre una malattia vaccinabile se non si vaccinano, hanno una maggiore conoscenza in materia di vaccinazioni e/o sono professionisti della salute.

Per le vaccinazioni rilevate nei due studi la **percentuale di persone che riferisce di essersi fatta vaccinare è aumentata** dal 2018. L'incremento più significativo si è registrato per la vaccinazione contro il morbillo con +27 punti percentuali. Anche per le vaccinazioni di base sono state indicate percentuali superiori (tetano +5 %, epatite B +6 %, pertosse +9 %). Soltanto la vaccinazione contro l'influenza ha fatto registrare una lieve diminuzione (-2 %).

In tempi di **pandemia di COVID-19**, a influenzare la decisione di vaccinazione sono stati soprattutto le limitazioni, le imposizioni, il timore di effetti collaterali, nonché una grande perdita di fiducia nei confronti delle autorità, della politica, dei media e dell'industria farmaceutica.

Quali sono i principali determinanti della competenza in materia di vaccinazioni, della disponibilità a farsi vaccinare e del comportamento vaccinale?

In base alle caratteristiche puramente demografiche (p. es. età o sesso) non vi è pressoché alcuna differenza nella competenza degli interpellati in materia di vaccinazioni. Le **maggiori differenze** si riscontrano tra le **caratteristiche socioeconomiche**. In media, hanno una **competenza inferiore in materia di vaccinazioni** le persone che trovano (molto) difficile pagare le proprie fatture, riferiscono di un basso sostegno sociale, trovano (molto) difficile utilizzare la lingua del luogo di domicilio e/o indicano uno stato di salute da mediocre a cattivo o pessimo.

Risultati analoghi emergono per la **disponibilità a farsi vaccinare**. In media, hanno una disponibilità inferiore le persone che trovano molto difficile pagare le proprie fatture, si collocano in una posizione sociale molto bassa o indicano uno stato di salute migliore. La **disponibilità a farsi vaccinare** e la **competenza in materia di vaccinazioni** hanno una **correlazione positiva** tra loro, ossia la maggioranza delle persone con una maggiore disponibilità a farsi vaccinare presenta anche un'elevata competenza in materia di vaccinazioni (61%) e viceversa. Le 21 affermazioni utilizzate per la misurazione della disponibilità a farsi vaccinare possono essere classificate in sette sotto-indici («complotismo», «conformità alle regole», «responsabilità collettiva», «ponderazione», «ostacoli all'esecuzione», «percezione del rischio» e «fiducia»). È particolarmente degna di nota la bassa disponibilità nell'area **«ponderazione»**: due terzi degli interpellati (consenso basso: 68%) si fanno vaccinare soltanto se l'utilità prevale nettamente. Le aree **«percezione del rischio»** e **«responsabilità collettiva»** mostrano valori di consenso elevati (77% e 73%) – molti riconoscono la minaccia rappresentata dalle malattie infettive e vedono le vaccinazioni come contributo alla protezione degli altri. L'area **«conformità alle regole»** presenta invece un consenso basso (48%): molti respingono le sanzioni per i non vaccinati o le misure obbligatorie imposte dalle autorità. I restanti sotto-indici seguono uno schema analogo a quello dell'indice generale.

È altrettanto diffusa l'opinione che vaccinare sia un compito collettivo contro la diffusione delle malattie infettive (70%) e che, **in una società solidale**, le persone possano fornire un importante contributo alla salute della popolazione facendosi vaccinare. I dati sia quantitativi che qualitativi indicano che gran parte della popolazione si fa vaccinare se non vede svantaggi (69%), i benefici prevalgono nettamente (68%) o la protezione degli altri ha un ruolo centrale (69%). Pare quindi che la solidarietà continui a essere un determinante importante della disponibilità a farsi vaccinare.

Quali differenze ci sono nella competenza in materia di vaccinazioni, nella disponibilità a farsi vaccinare e nel comportamento vaccinale tra i singoli gruppi di popolazione e le singole regioni linguistiche?

I singoli gruppi di popolazione e le singole regioni linguistiche presentano senz'altro differenze nella competenza in materia di vaccinazioni, nella disponibilità a farsi vaccinare e nel comportamento vaccinale. La **competenza in materia di vaccinazioni** è tendenzialmente un po' inferiore nella Svizzera tedesca che in quella latina (Romandia e Ticino), anche se queste differenze non sono significative dal

punto di vista statistico. Le persone con difficoltà di comprensione della lingua locale presentano tendenzialmente una competenza in materia di vaccinazioni inferiore.

La **disponibilità a farsi vaccinare** presenta differenze in particolare a seconda dello stato di salute, dell'età e del grado di formazione. Le persone che indicano uno stato di salute molto buono o non hanno malattie croniche sono meno disponibili a farsi vaccinare, probabilmente perché percepiscono le vaccinazioni come meno necessarie. La disponibilità aumenta invece al crescere dell'età. Anche il grado di formazione ha la sua importanza: le persone con formazione più elevata mostrano una disponibilità superiore alla media. Per quanto riguarda le regioni linguistiche, non vi è quasi nessuna differenza significativa.

Nel **comportamento vaccinale** vi sono differenze significative per età, regione linguistica e condizione socioeconomica. Le persone più giovani sono vaccinate più spesso contro HPV, epatite B, pertosse e FSME, sebbene in media la loro disponibilità a farsi vaccinare sia inferiore. Il contrario accade per le altre vaccinazioni come quelle contro l'influenza e la COVID-19. Ciò non sorprende, dato che le raccomandazioni di vaccinazione variano con l'età e si evolvono nel corso degli anni. Tuttavia, i dati ufficiali (p. es. dell'UFSP e della ZHAW) confermano un incremento complessivo sia della disponibilità a farsi vaccinare, sia delle effettive percentuali di vaccinazione al crescere dell'età. Le persone con formazione superiore hanno tendenzialmente percentuali di vaccinazione superiori, mentre sono in media inferiori quelle delle persone più deboli dal punto di vista socioeconomico e di quelle domiciliate nella Svizzera italofona.

Quali correlazioni vi sono tra competenza in materia di vaccinazioni, disponibilità a farsi vaccinare e comportamento vaccinale?

Esiste una correlazione chiara tra competenza in materia di vaccinazioni, disponibilità a farsi vaccinare e numero di vaccinazioni ricevute. Le persone con maggior **competenza in materia di vaccinazioni** sono vaccinate più spesso: il 65 per cento delle persone con una competenza ottima e il 51 per cento di quelle con una competenza sufficiente ha ricevuto cinque o più vaccinazioni, contro il 43 per cento di quelle con una competenza problematica e il 31 per cento di quelle con una competenza scarsa. Anche per le singole vaccinazioni, per esempio contro la COVID-19, le percentuali di vaccinazione aumentano con la competenza (dal 68% all'85%). Il **numero di vaccinazioni** aumenta anche con la **disponibilità a farsi vaccinare**: il 54 per cento delle persone con disponibilità elevata ha ricevuto cinque o più vaccinazioni, mentre per la disponibilità media e quella bassa le percentuali scendono rispettivamente al 38 e al 15 per cento. Ciò risulta particolarmente evidente per la vaccinazione contro la COVID-19 (91% per la disponibilità elevata, 66% per quella media, 34% per quella bassa).

Inoltre, vi è una correlazione positiva tra la **competenza in materia di vaccinazioni** e la **disponibilità a farsi vaccinare**: il 61 per cento delle persone con una disponibilità alta dispone anche di un'elevata competenza, contro il 27 per cento di quelle con disponibilità media e il 20 per cento di quelle con disponibilità bassa.

La **maggioranza delle persone interpellate** (61%) ritiene che i **benefici di una vaccinazione prevalgano**. Questo valore è rimasto stabile rispetto allo studio precedente (valore medio nel 2024: 7.1 vs. valore medio nel 2018: 7 su una scala da 0 a 10). Nonostante sia stata menzionata più volte come evento di grande impatto nelle interviste di approfondimento, la pandemia di COVID-19 non sembrerebbe aver quindi avuto alcun effetto rilevante sulla valutazione dei benefici o degli svantaggi della vaccinazione. Esiste quindi una correlazione positiva fra percezione dei benefici, competenza in materia di vaccinazioni e disponibilità a farsi vaccinare: le persone per le quali i benefici della vaccinazione prevalgono più o meno nettamente riferiscono di una maggiore disponibilità a farsi vaccinare e di aver ricevuto un maggior numero di vaccinazioni.

Dove e come la popolazione svizzera si informa sui temi relativi alle vaccinazioni?

I medici sono la fonte di informazioni sui temi relativi alle vaccinazioni di gran lunga più utilizzata dalla popolazione svizzera (85%). Rispettivamente circa un terzo si informa presso le autorità sanitarie (38%), presso familiari, amici e conoscenti (36%) o su pagine informative in Internet (34%). Sono relativamente meno utilizzati i media tradizionali (quotidiani, giornali, riviste) (18%), radio e televisione (15%) e i social media (7%). La fonte di informazioni utilizzata più frequentemente – i medici – è anche quella ritenuta

credibile da quasi tutti gli interpellati (90%). Questa elevata credibilità risulta inoltre trasversale a tutti i gruppi di popolazione. Per le autorità sanitarie, indicate come seconda fonte più attendibile (52%), si riscontrano alcune significative differenze socioeconomiche: le autorità sanitarie sono ritenute meno credibili con maggiore frequenza dalle persone con una posizione sociale più bassa (28%), che trovano molto difficile pagare le fatture (33%), o con un titolo di studio basso (42%). Anche nella Svizzera italiana viene attribuita una credibilità un po' inferiore alle autorità sanitarie (43%). Inoltre, viene attribuita una maggiore credibilità anche ai farmacisti e alle farmacisti (40%), agli altri professionisti della salute (23%) e agli specialisti di medicina alternativa e complementare (20%).

In confronto a ciò, i medici sono indicati con molta meno frequenza come fonte credibile dalle persone critiche nei confronti delle vaccinazioni (62%), da quelle con bassa disponibilità a farsi vaccinare (67%), nonché dalle persone non vaccinate (66%) o che hanno ricevuto una sola vaccinazione (60%). Inoltre, le autorità sanitarie sono utilizzate come fonte di informazione molto più raramente dalle persone critiche nei confronti delle vaccinazioni (10%) e dalle persone con bassa disponibilità a farsi vaccinare (18%). Il contrario accade per gli specialisti di medicina alternativa e complementare: il 25 per cento delle persone critiche nei confronti delle vaccinazioni li indica relativamente spesso come fonte di informazioni, a fronte di un 11 per cento della popolazione generale.

Raccomandazioni

Sulla base dei risultati quantitativi e qualitativi di questa rilevazione è possibile formulare diverse raccomandazioni per il futuro (ulteriore) sviluppo di misure e interventi e di fasi successive in vista del rafforzamento della competenza della popolazione svizzera in materia di vaccinazioni. Queste raccomandazioni si rivolgono in particolare alla politica, alla formazione, alla prassi e alla ricerca.

Raccomandazione
Raccomandazione 1 Focalizzarsi su informazioni trasparenti, basate sulle evidenze e su approcci orientati al dialogo per rafforzare la responsabilità collettiva.
Raccomandazione 2 Rafforzare il ruolo dei professionisti della salute, della loro formazione e del loro perfezionamento nel settore della comunicazione incentrata sulla persona, nonché mettere a disposizione offerte di sostegno per la gestione della disinformazione e della disinformazione.
Raccomandazione 3 Creare un quadro finanziario e organizzativo idoneo per poter mettere a disposizione le risorse necessarie per la collaborazione di organizzazioni e specialisti, nonché per la comunicazione sulle vaccinazioni.
Raccomandazione 4 Rafforzare il ruolo dei datori di lavoro e integrarlo nella gestione della salute in azienda.
Raccomandazione 5 Dialogare con i gruppi socioeconomicamente svantaggiati nei luoghi da loro frequentati e utilizzare un linguaggio chiaro e comprensibile.
Raccomandazione 6 Rafforzare la competenza in materia di vaccini nel contesto scolastico.
Raccomandazione 7 Sfruttare meglio il potenziale degli strumenti esistenti come il calendario vaccinale e promuovere la comunicazione fra la medicina convenzionale e quella complementare.

Summary

In recent years, the topic of vaccination has returned to the social and media spotlight in Switzerland and around the world due to the COVID-19 pandemic and the vaccines developed in this context. This raises the question of how these developments have changed the Swiss population's attitudes, skills, and behavior in relation to vaccination in general.

Background

In 2017, the Federal Council adopted the **National Vaccination Strategy (NVS)**, which served as the foundation for the coordinated and efficient use of vaccinations to protect the population. A particular strategic focus is on protecting vulnerable or at-risk population groups. As a first step towards implementation, the NVS specifies the individual measures intended to achieve the strategic objectives and the expected results in each case. This detailed plan was implemented in the form of an initial action plan based, among other things, on a study on vaccination competence among the population (2018). Due to the changed initial situation caused by the COVID-19 pandemic, this action plan was revised and adopted as Action Plan 2.0 in April 2024. Both the adopted NVI and the associated action plan are part of the **National Immunisation Programme (NPI)**, a comprehensive prevention program for Switzerland. In this context, a follow-up study was commissioned, building on the 2018 study of knowledge and factors influencing vaccination decisions among the population, to assess the situation following the COVID-19 pandemic.

Study on the vaccination literacy of the population in Switzerland 2024

The Federal Office of Public Health (FOPH) commissioned the Careum Center for Health Literacy, together with subcontractor gfs.bern, to analyze health literacy (HL) in relation to vaccinations among the population. This study aimed to survey the population of Switzerland on their **vaccination literacy, knowledge, attitudes, and behavior** regarding **vaccination**. It also aimed to examine new developments (including those caused by the COVID-19 pandemic) and their influences. Where possible, it aimed to present a comparison with the previous study from 2018 (Schulz et al., 2019). The study also investigated how and where citizens obtain information about vaccination, where and why difficulties or uncertainty exist, and whether differences exist among population groups (e.g., age or language region).

In terms of methodology, the study was based on a previous study (Schulz et al., 2019), which used a **quantitative population survey**. The findings of this survey were further examined using **qualitative interviews**. Thus, a representative sample of 2,058 adults living in Switzerland was asked about their general vaccination knowledge, attitudes, information-seeking behavior, decision-making processes, and vaccination behavior. The population survey took place between June 19 and September 1, 2024, and it was primarily conducted via computer-assisted web interviews (CAWI), with a few additional computer-assisted telephone interviews (CATI) conducted as well. This was followed by 30 semi-structured, guideline-based interviews with selected representatives of the Swiss population. The results, as well as interesting or notable aspects from the online survey, were explored in greater depth to better understand and explain certain results and gain more well-founded insights.

The results can serve as an important **basis for refining existing measures and developing new ones** for the FOPH, the cantons, the NIP (Bundesrat, 2017), and other stakeholders active in this field (BAG, 2024a). This involves raising awareness and communicating with the population and health professionals to increase their knowledge of vaccinations, reduce uncertainty, and ideally facilitate joint decision-making.

This 2024 study on the vaccination literacy of the Swiss population was based on **five central questions**, to which the results provide the following summarized answers:

What is the current situation regarding vaccination literacy, readiness, and behavior among Switzerland's adult residents? How has this situation changed since the 2018 survey and the onset of the COVID-19 pandemic?

Slightly more than half of the Swiss population (51%) reports having **difficulty in dealing with vaccination information**, indicating a **low level of vaccination literacy**. For those surveyed, **assessing vaccination information** was the most difficult step in the information processing process. Specifically, 63

percent of respondents find it difficult or very difficult to verify the credibility of vaccination information. Furthermore, 61 percent find it difficult or very difficult to distinguish false information about vaccinations from reliable information. Critical assessment is often particularly difficult due to **contradictory or ambiguous information** about the benefits and effectiveness of vaccinations and related topics. On the other hand, respondents **find it easiest** to find and understand vaccination information.

In the 2018 study, 80 percent of the population was rated as having a high level of vaccination literacy, while 20 percent was rated as having a low level — based on just three questions and a different methodology than used in this report. Applying that categorization to the current data yields the following results: 77 percent (-3 percentage points) would now have a high level of vaccination literacy, while 23 percent (+3 percentage points) would have a low level. Respondents find it just as difficult to assess which vaccinations are necessary as they did six years ago (± 0 percentage points; Schulz et al., 2019). However, it is now more difficult to decide **whether** to be vaccinated (+5 percentage points compared to 2018). Note that the 2015 (HLS15-CH) and 2018 (Schulz et al., 2019) questions referred specifically to influenza, which may be an easier decision than other vaccinations. Nevertheless, the understanding **why** vaccinations are necessary has improved slightly.

The current results show that the population has a **high level of vaccination knowledge**, although there are some **gaps**. Just **over a third** (36%) of respondents **correctly assessed** all four vaccination-related statements. A further 23 percent answered correctly on three statements and responded «don't know» on one. People who have difficulty paying their bills or consider themselves to be in a low position in society tend to make an above-average number of **incorrect statements about vaccination**. On average, people who are not vaccinated, have received only one vaccination, have a lower vaccination readiness, have low vaccination literacy, or are vaccination critics also have a lower level of vaccination knowledge.

About **two-thirds** (65%) of respondents show a **high vaccination readiness**. On average, this group includes older individuals and those with a high level of education.

For the purposes of this study, **vaccination critics** are defined as people who believe that vaccines are toxic or worse than the diseases they are designed to prevent. Seven percent of respondents can be identified as such. In contrast, one-third of respondents strongly reject both statements (that vaccinations are toxic or worse than the diseases they are supposed to protect against). However, the majority (60%) are unsure and either cannot clearly assess at least one statement or assess the two statements oppositely. Regression analyses show that subjective attitudes are more decisive than socio-demographic factors in allocating people to the group of vaccination critics. This is particularly true for people who **perceive the risk of side effects more strongly** or who generally **see the side effects** rather than the benefits of vaccinations. Many vaccination critics are among those who have great difficulty paying their bills (24%), consider their position in society to be very low (17%), or have great difficulty with the local language (13%).

In terms of vaccination behavior, the tetanus vaccine is **the most common and widespread** in the population, with 90 percent of people having received it. Second place goes to the COVID-19 vaccine (80%), followed by the measles vaccine (68%). The influenza (23%) and HPV (13%) vaccines are comparatively the least common. On average, respondents reported receiving four of the eight available vaccinations (tetanus, tetanus, measles, hepatitis B, pertussis, TBE, influenza, and HPV). There are clear differences in vaccination rates depending on vaccination readiness: people with a low readiness have received an average of 2.8 vaccinations, while those with a medium or high readiness have received an average of four (4.0 and 4.6, respectively). On average, respondents have more vaccinations if they have a higher level of education, see advantages in vaccinations, recognize the risk of infection from vaccine-preventable diseases without vaccination, have greater knowledge about vaccinations, and/or work in a healthcare profession.

Since 2018, the **self-reported vaccination rate** for the vaccines surveyed in both studies has **increased**. The measles vaccine showed the most significant increase, with a 27 percentage point rise. Higher rates were also reported for basic vaccinations (tetanus +5%, hepatitis B +6%, pertussis +9%). Only the influenza vaccine saw a slight decline (-2%).

During the **COVID-19-pandemic**, vaccination decisions were especially influenced by restrictions, paternalism, fear of side effects, and a loss of trust in authorities, politicians, the media, and the pharmaceutical industry.

What are the most important determinants of vaccination literacy, vaccination readiness and vaccination behavior?

Demographic characteristics (e.g., age or gender) do not significantly differ among respondents with respect to vaccination literacy. The **greater differences** are found in **socioeconomic characteristics**. On average, people who have (great) difficulty paying their bills, report low social support, have (great) difficulty with the official language of their place of residence and/or report moderate to (very) poor health have **lower levels of vaccination literacy**.

Similar results can be seen for **vaccination readiness**. On average, people who have great difficulty paying their bills, who consider their position in society to be very low, or who report a better state of health have a lower vaccination readiness. There is a **positive correlation** between **vaccination readiness** and **vaccination literacy**, i.e. the majority of people with a high vaccination readiness also have a high level of vaccination literacy (61%) and vice versa. The 21 statements used to measure vaccination readiness can be assigned to seven sub-indices («conspiracy», «compliance», «collective responsibility», «calculation» «constraints», «complacency» und «confidence»). The low level of vaccination readiness in the area of «**calculation**» is particularly striking: two thirds of respondents (68%) would only be vaccinated if the benefits clearly outweighed the risks. In contrast, the areas of «**complacency**» and «**collective responsibility**» show high levels of agreement (77% and 73%, respectively) – many recognize the threat of infectious diseases and see vaccinations as a contribution to protecting others. The area of «**compliance**», on the other hand, has a low approval rating (48%): Many reject sanctions for unvaccinated people or coercive measures by authorities. The remaining sub-indices show a similar pattern to the overall index.

There is also a broad consensus that vaccination is a community responsibility in the fight against the spread of infectious diseases (70%) and that vaccinated people can make an important contribution to a healthy population in a **society based on solidarity**. Both quantitative and qualitative data show that a large proportion of the population is vaccinated when there are no perceived disadvantages (69%), when the benefits clearly outweigh the side effects (68%), or when the focus is on protecting others (69%). Solidarity therefore still appears to be an important determinant of vaccination readiness.

How does vaccination literacy, vaccination readiness and vaccination behavior differ between individual population groups and language regions?

There are certainly differences between population groups and language regions with regard to vaccination literacy, vaccination readiness and vaccination behavior. **Vaccination literacy** tends to be slightly lower in German-speaking Switzerland than in French-speaking Switzerland and Ticino, although these differences are not statistically significant. People who have difficulty understanding the local language tend to have lower vaccination literacy.

The **vaccination readiness** varies by health status, age and education. People who report being in very good health or who have no chronic diseases are less likely to be vaccinated, presumably because they are less aware of the need for vaccination. On the other hand, the vaccination readiness increases with age. The level of education also plays a role: people with a higher level of education show an above-average vaccination readiness. With regard to language regions, there are hardly any significant differences in the vaccination readiness.

There are clear differences in **vaccination behavior** by age, education, language region and socioeconomic status. Younger people are more likely to be vaccinated against HPV, Hepatitis B, Pertussis and TBE, although on average they have a low vaccination readiness. The opposite is true for other vaccinations such as influenza and COVID-19. This is not surprising as vaccination recommendations vary by age and evolve over the years. However, official data (e.g. from the FOPH and the ZHAW) confirm that both readiness and actual vaccination rates increase with age. People with a higher level of

education tend to have higher vaccination rates, while people from lower socio-economic backgrounds and people from Italian-speaking Switzerland have lower vaccination rates on average.

What correlations exist between vaccination literacy, vaccination readiness and vaccination behavior?

There is a clear correlation between vaccination literacy, vaccination readiness and the number of vaccinations received. People with higher levels of **vaccination literacy** are more likely to be vaccinated: 65 percent of people with excellent and 51 percent with problematic literacy have received five or more vaccinations, compared with 43% (problematic) and 31 percent (inadequate). Vaccination rates for individual vaccinations, e.g. against COVID-19, also increase with vaccination literacy (from 68% to 85%). The **number of vaccinations** also increases with increasing **vaccination readiness**: 54 percent of those with high readiness have five or more vaccinations, compared with 38 percent with medium readiness and only 15 percent with low readiness. This is particularly evident in the case of COVID-19 vaccination (91% with high, 66% with medium and 34 percent with low vaccination readiness).

There is also a positive correlation between **vaccination literacy** and **vaccination readiness**: 61 percent of people with a high vaccination readiness also have a high level of vaccination literacy, compared to 27 percent with a medium readiness and only 20 percent with a low readiness.

The **majority of respondents** (61%) believe that the **benefits of vaccination outweigh the risks**. Compared to the previous study, this value has remained stable (mean: 2024: 7.1 vs. mean: 2018: 7 on a scale of 0 to 10). Thus, it seems that the COVID-19 pandemic – although mentioned several times in the in-depth interviews as a memorable experience – did not have a relevant impact on the assessment of the advantages and side effects of vaccination. There is a positive correlation between the perception of benefits and vaccination readiness, as well as vaccination behavior: People for whom the advantages of vaccination clearly or rather outweigh the risks report a higher vaccination readiness and a higher number of vaccinations.

How and where does the Swiss population obtain information on vaccination issues?

By far the most common source of vaccination information for the Swiss population is the **medical profession** (85%). Approximately one-third each get their information from health authorities (38%), their own social environment (36%), and information sites on the Internet (34%). Traditional media (newspapers, journals, magazines) (18%), radio and television (15%) and social media (7%) are used comparatively little. The most commonly used source of information – the medical profession – is also considered credible by almost all respondents (90%). This **high level of credibility** is also evident across all demographic groups. The second most credible source, health authorities (52%), shows some clear socioeconomic differences: For example, health authorities are more likely to be seen as less credible by people with a lower social status (28%), who have great difficulty paying bills (33%), or who have a lower level of education (42%). In Italian-speaking Switzerland, health authorities are also seen as slightly less trustworthy (43%). Pharmacists (40%), other health professionals (23%) and alternative and complementary practitioners (20%) are also seen as more trustworthy.

In comparison, the medical profession is cited significantly less often as a trustworthy source by vaccination critics (62%), people with a low vaccination readiness (67%), and people who have not been vaccinated (66%) or have only had one vaccination (60%). In addition, vaccination critics are significantly less likely to use health authorities as a source of information (10%), as are those with low vaccination readiness (18%). The opposite is true for practitioners of alternative and complementary medicine: 25 percent of vaccination critics say they use them relatively often as a source of information, compared with 11 percent of the general population.

Recommendations

Based on the quantitative and qualitative results of this survey, several recommendations can be derived for the future (further) development of measures and interventions, as well as for the next steps with regard to strengthening the vaccination literacy of the Swiss population. These recommendations are aimed in particular at policymakers, educators, practitioners and researchers.

Recommendation

Recommendation 1:

Focus on evidence-based, transparent information and dialog-oriented approaches to strengthen collective responsibility.

Recommendation 2:

Strengthening the role of healthcare professionals, their education and training in the area of person-centered communication and the provision of support services in dealing with misinformation and disinformation.

Recommendation 3:

Creation of a suitable financial and organizational framework to provide the necessary resources for cooperation between organizations and specialists as well as for communication about vaccinations.

Recommendation 4:

Strengthening the role of employers and integration into occupational health management.

Recommendation 5:

Addressing socio-economically disadvantaged groups in the places where they spend time, using understandable and descriptive language.

Recommendation 6:

Strengthening vaccination skills in the school context.

Recommendation 7:

Make better use of the potential of existing instruments such as the vaccination plan and the vaccination calendar and promote communication between conventional and complementary medicine.

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Impfungen gehören zu den wirksamsten und kostengünstigsten medizinischen Gesundheitsinterventionen und damit zu den wichtigsten Präventionsmassnahmen zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten (Berger et al., 2018; World Health Organization, 2017). Deshalb gelten Impfungen gerade im Bereich der öffentlichen Gesundheit als grosse Errungenschaft. Das Impfsystem in der Schweiz hat jedoch noch viel Potenzial: Der Zugang zu Impfungen ist nicht immer einfach, die Bevölkerung ist bei der Impfthematik oft verunsichert, Fachpersonen haben teilweise ebenfalls Vorbehalte und insgesamt scheinen die Rollen und Verantwortlichkeiten der zentralen Akteure (z. B. Behörden, Institutionen, Gesundheits- und Bildungsfachpersonen, Hersteller:innen) häufig unklar zu sein. Dieses Potenzial wurde auch vom Bund erkannt und in einer Strategie aufgenommen: Die Nationale Strategie zu Impfungen (NSI), die am 11. Januar 2017 vom Bundesrat verabschiedet wurde, hat zum Ziel, die Bevölkerung in der Schweiz optimal vor Krankheiten, die sich durch Impfungen vermeiden lassen, zu schützen (Bundesrat, 2017).

Mit dieser Strategie sollen die Voraussetzungen für einen koordinierten, effektiven und effizienten Einsatz der Impfungen zum Schutz der Bevölkerung geschaffen werden. Die NSI verfolgt dabei drei grundlegende strategische Ziele: 1) relevante Akteure erachten das Thema Impfung als sehr wichtig, informieren einheitlich darüber und führen sie durch, 2) die Bevölkerung vertraut den offiziellen Impfeempfehlungen, anerkennt die Bedeutung von Impfungen und kann aufgrund von klaren und transparenten Informationen fundierte Entscheidungen treffen, und 3) der Zugang zu diesen Informationen und zu den Impfungen ist für alle einfach (Bundesrat, 2017). Zur Erreichung dieser drei strategischen Ziele definiert die NSI fünf Interventionsachsen mit entsprechenden Handlungsbereichen, und zwar: «Stärkung des Verantwortungsbewusstseins und Unterstützung der Akteure», «Kommunikation und Angebote für die Bevölkerung», «Ausbildung und Koordination» sowie «Überwachung, Forschung und Evaluation» und «Spezifische Strategien». Die NSI sieht zu ihrer Umsetzung vor, dass in einem ersten Schritt die einzelnen, zur Erreichung der strategischen Ziele vorgesehenen Massnahmen konkretisiert werden. Diese Detailplanung wurde in Form eines Aktionsplans entwickelt, welcher 2018 verabschiedet wurde (BAG, 2018). Aufgrund der COVID-19-Pandemie wurde der Aktionsplan unter Berücksichtigung der neuen Erkenntnisse überarbeitet und im April 2024 als Aktionsplan 2.0 verabschiedet (BAG, 2024a). Das Nationale Programm Impfungen (NPI) umfasst nun die im Januar 2017 vom Bundesrat verabschiedete Nationale Strategie zu Impfungen (NSI) sowie den zugehörigen Aktionsplan.

Für die Umsetzung der NPI sind Studien zum Wissensstand, zum Verhalten und zur Einstellung bezüglich Impfungen der Bevölkerung in der Schweiz eine wichtige Grundlage. Die Daten aus der vertiefenden Studie zur Gesundheitskompetenz (GK) betreffend Impfungen aus dem Jahr 2018 zeigen, dass bei gewissen Personen(gruppen) der Schweizer Bevölkerung Wissenslücken zum Thema Impfen sowie grosse Verunsicherungen bestehen (Schulz et al. 2019). Aufgrund der COVID-19-Pandemie und den in diesem Zusammenhang entwickelten Impfstoffen ist das Thema Impfen in den letzten Jahren in der Schweiz und weltweit in den gesellschaftlichen und medialen Fokus gerückt. Die derzeit vorherrschende «Infodemie» (World Health Organization, 2020) – eine Flut an Informationen, vertrauenswürdige, aber oft auch Fehl- oder Falschinformationen – und die dadurch verstärkten kontroversen Diskussionen zu Gesundheitsthemen und Impfen haben zu einer zunehmenden Verunsicherung in der Bevölkerung geführt (De Gani, Jaks, Bieri, & Kocher, 2021). Zudem sind Informationen zum Thema Impfen oft komplex, nicht immer leicht verständlich und teilweise schwer zugänglich (Lorini et al., 2018). Vor diesem Hintergrund gewinnt die GK zunehmend an Bedeutung. GK bezieht sich dabei allgemein auf das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und nutzen zu können (Sørensen et al., 2012), während sich die GK in Bezug auf Impfungen spezifisch auf Impfinformationen bezieht (Lorini et al., 2018).

Die generelle GK und insbesondere die Impfkompentenz der Menschen sind zentral, damit sie gut informierte Entscheidungen bezüglich Impfungen treffen können. Jedoch zeigen aktuelle Daten zur generellen GK der in der Schweiz lebenden Bevölkerung, dass knapp die Hälfte von ihnen mit häufigen Schwierigkeiten konfrontiert ist und entsprechend eine geringe GK aufweist (De Gani, Jaks, Bieri, & Kocher, 2021). Insbesondere der Bereich der Krankheitsprävention – worunter auch das Thema Impfungen fällt – stellt die Befragten gemäss dieser Studie vor grössere Herausforderungen (De Gani, Jaks, Bieri, &

Kocher, 2021). Unklar ist jedoch, wie sich die COVID-19-Pandemie und die damit verbundenen Diskussionen zum Thema Impfen seit den Erhebungen 2018 und 2020 (De Gani, Jaks, Bieri, & Kocher, 2021; Schulz et al., 2019) auf die Einstellung, das Wissen und das Verhalten in Bezug auf Impfungen ausgewirkt haben.

Für die öffentliche Gesundheit und insbesondere die Umsetzung des NPI ist es somit von zentraler Bedeutung, die Faktoren, welche die Impfkompetenz, die Bereitschaft zum Impfen, die Impfscheidung und das tatsächliche Impfverhalten beeinflussen, sowie Bevölkerungsgruppen mit höheren und insbesondere tieferen Impfquoten zu kennen.

1.2 Ziel der Studie und Fragestellungen

Das Bundesamt für Gesundheit BAG beauftragte das Careum Zentrum für Gesundheitskompetenz (ZGK) zusammen mit dem Subakkordanten gfs.bern, eine Nachfolgestudie zum Thema GK in Bezug auf Impfungen beziehungsweise Impfscheidungen in der Bevölkerung durchzuführen.

Das primäre Ziel dieser Studie ist es, zu untersuchen, wie es um die Impfkompetenz, die Impfbereitschaft und das Impfverhalten der Bevölkerung im Allgemeinen steht und wie diese Faktoren jeweils zusammenhängen. Auch soll untersucht werden, wie und wo sich Bürger:innen zum Thema Impfen informieren (lassen), wo und weshalb Schwierigkeiten oder Verunsicherungen bestehen, und ob es Unterschiede je nach Bevölkerungsgruppen (z. B. nach Alter oder unterschiedlichen Sprachregionen) gibt. Entsprechend liegen der Bevölkerungsbefragung folgende Fragestellungen zugrunde (s. Tabelle 1), die im Rahmen dieser Studie beantwortet werden sollen.

Tabelle 1: Zentrale Fragestellungen für die Bevölkerungsbefragung

Zentrale Fragestellungen für die Bevölkerungsbefragung	
1.	Wie steht es um die Impfkompetenz, die Impfbereitschaft und das Impfverhalten der erwachsenen Wohnbevölkerung in der Schweiz? Wie hat sich die Situation seit der Befragung 2018 und der COVID-19-Pandemie entwickelt?
2.	Was sind die wichtigsten Determinanten der Impfkompetenz, der Impfbereitschaft und des Impfverhaltens?
3.	Wie unterscheidet sich die Impfkompetenz, die Impfbereitschaft und das Impfverhalten zwischen einzelnen Bevölkerungsgruppen und Sprachregionen?
4.	Welche Zusammenhänge bestehen zwischen der Impfkompetenz, der Impfbereitschaft und dem Impfverhalten?
5.	Wie und wo informiert sich die Schweizer Bevölkerung zu Impftemen?

Impfkompetenz der Bevölkerung 2024

Dabei soll einerseits auf die Ergebnisse der Vorgängerstudie aus dem Jahr 2018 (Schulz et al., 2019) aufgebaut und – wo möglich – ein Vergleich mit dieser Studie dargelegt werden. Andererseits sollen neue Entwicklungen, die unter anderem durch die COVID-19-Pandemie und deren Einflüsse auf die GK der Bevölkerung in Bezug auf Impfungen bzw. Impfscheidungen bedingt sein können, berücksichtigt werden. Diese Nachfolgestudie soll darüber hinaus auch den Grundstein für zukünftige Erhebungen zu Einstellungen, Umgang mit Informationen und Entscheidungen zum Thema Impfen in der Bevölkerung (im Sinne eines Monitorings) legen.

Die Ergebnisse dienen dem BAG, den Kantonen und insbesondere der NPI (Bundesrat, 2017) als wichtige Grundlage für die Schärfung bereits bestehender und die Entwicklung neuer Massnahmen (BAG, 2024a). Dabei geht es insbesondere um die Bereiche Sensibilisierung, Kommunikation und Information der Bevölkerung zur Erhöhung des Kenntnisstandes zu Impfungen, zur Reduzierung von Unsicherheiten, und folglich zur Erleichterung bzw. Unterstützung der Entscheidungsfindung.

2 Methodik

Um die Forschungsfragen umfassend zu beantworten, wurde ein Mixed-Methods-Ansatz gewählt, der quantitative und qualitative Methoden kombiniert. Den Kern bildet die Onlinebefragung der Bevölkerung. Ergänzend dazu wurden vertiefende Interviews durchgeführt, um ausgewählte Aspekte qualitativ zu beleuchten und die Ergebnisse der quantitativen Analyse zu kontextualisieren. In diesem Kapitel wird zuerst das methodische Vorgehen bei der quantitativen Onlinebefragung und anschliessend der qualitativen Interviews beschrieben.

Die Beantwortung der Forschungsfragen basiert auf quantitativen und qualitativen Grundlagen und orientiert sich am Pflichtenheft der Auftraggeberin (Bundesamt für Gesundheit BAG). Die Detailplanung des Forschungsdesigns bzw. der geplanten Erhebungen wurde gemeinsam mit der Auftraggeberin abgesprochen. Das methodische Vorgehen wurde in Form folgender Arbeitspakete (A bis D) erarbeitet:

- Arbeitspaket A: Dokumentenstudium, Konkretisierung Forschungsdesign und Weiterentwicklung des Erhebungsinstruments auf der Ebene der Bevölkerung
- Arbeitspaket B: Standardisierte repräsentative Onlinebefragung der Schweizer Wohnbevölkerung
- Arbeitspaket C: Vertiefende Gespräche mit ausgewählten Vertreter:innen der Bevölkerung
- Arbeitspaket D: Erarbeitung von Empfehlungen und Erstellung eines Schlussberichts

Die nachfolgenden Unterkapitel beschreiben insbesondere die Methodik der Datenerhebung und -analyse mittels standardisierter Onlinebefragung und semi-strukturierter Interviews mit ausgewählten Vertreter:innen der Bevölkerung.

2.1 Quantitative Onlinebefragung der Schweizer Bevölkerung

Zur Erhebung der Impfkompetenz der Bevölkerung wurde in einem ersten Schritt eine quantitative Befragung hauptsächlich mittels computergestützte Online-Interviews (CAWI) und ergänzt durch vereinzelte computergestützte Telefon-Interviews (CATI) durchgeführt. Die Befragung wurde dabei durchgeführt von gfs.bern.

2.1.1 Befragung und Stichprobe

In dieser Studie wurden 2'076 Einwohner:innen ab 18 Jahren aus der ganzen Schweiz befragt (vgl. Tabelle 2). Die Befragung erfolgte zwischen dem 19. Juni und 1. September 2024 (Mean-Day: 15. Juli 2024). Die Brutto-Stichprobe, bestehend aus einer Haupt- und einer Reservestichprobe, wurde aus dem für Personen- und Haushaltsbefragungen SRPH des Bundesamts für Statistik BFS gezogen. Alle Zielpersonen der Hauptstichproben wurden per Brief zum Online-Interview eingeladen und zweimal postalisch erinnert. Der zweiten Erinnerung lag eine vorfrankierte Rückantwortkarte bei, mit der man sich für ein telefonisches Interview (CATI) anmelden konnte. Da nach der ersten Erinnerung absehbar war, dass auch mit der zweiten die angestrebten 2'500 kompletten Interviews nicht erreicht werden können, wurden die Zielpersonen aus der Reservestichprobe ebenfalls per Brief eingeladen. Diese wurden aufgrund der verbliebenen Befragungszeit nicht erinnert. Somit stammen schliesslich 1'880 der verwendeten Interviews von Zielpersonen aus der Haupt- und 196 aus der Reservestichprobe.

Tabelle 2: Methodische Details der quantitativen Befragung

Auftraggeber	Bundesamt für Gesundheit BAG
Grundgesamtheit	Einwohner:innen der Schweiz ab 18 Jahren, mit ausreichenden Kompetenzen in einer der drei Hauptlandessprachen
Datenerhebung	Onlinebefragung (n = 2058), Telefonbefragung (n = 18)
Adressquelle	Stichprobenrahmen für Personen- und Haushaltsbefragungen SRPH des Bundesamts für Statistik BFS

Art der Stichprobenziehung	Nach Sprachregion, Geschlecht und Alterskohorten geschichtete Stichprobe
Brutto-Stichprobe	Brutto-Stichprobe total N = 6137 – Hauptstichprobe n = 5073 – Reservestichprobe n = 1064
Netto-Stichprobe	Vollständige Interviews N = 2117 – davon aus Qualitätsgründen entfernt n = 41 Verwendete Interview N = 2076 – Deutsch n = 1426 – Französisch n = 499 – Italienisch n = 151
Ausschöpfung	33.8% (verwendete Interviews in Prozent Brutto-Stichprobe total) – Hauptstichprobe 37.1% – Reservestichprobe 18.4%
Ausfallgründe	Qualitätsprobleme n = 40* – aktive Verweigerung (per Antwortkarte, telefonisch, per E-Mail) n = 527 – kann nicht teilnehmen (Sprachproblem, gesundheitliche Probleme, technische Probleme, verstorben, ausgewandert) n = 25 – Brief unzustellbar n = 96 – keine Reaktion (d. h. keine Teilnahme und keiner der anderen Ausfallgründe) n = 3373 – davon Onlinebefragung begonnen, aber nicht abgeschlossen n = 208
Gewichtung	Nach Sprachregion, Geschlecht und Alterskohorte, Bildung, Nationalität (Anteil Ausländer:innen)
Befragungszeitraum	19. Juni bis 1. September 2024
Stichprobenfehler	±2.2 Prozent bei 50/50 und 95-prozentiger Wahrscheinlichkeit

©gfs.bern, Impfkompetenz der Bevölkerung 2024;

*Abweichung um 1 von den oben erwähnten 41 aus Qualitätsgründen gelöschten Interviews, weil eine Zielperson zwei Interviews (einmal online, einmal telefonisch) geführt hat. Die Zielperson führen wir deshalb als teilnehmend (kein Ausfall), aber trotzdem musste 1 Interview gelöscht werden.

Die folgende Tabelle 3 weist die Fallzahlen und die relativen Anteile der wichtigsten soziodemografischen und -ökonomischen Untergruppen der befragten Stichprobe aus, sowohl ungewichtet als auch gewichtet.

Tabelle 3: Soziodemografische und -ökonomische Merkmale der Stichprobe

Variablen	n (ungewichtet)	Anteil in % (ungewichtet)	n (gewichtet)	Anteil in % (gewichtet)
Sprachregion				
Deutschschweiz	1438	69.8	1467	71.2
Französische Schweiz	490	23.8	506	24.6
Italienische Schweiz	131	6.4	86	4.2
Geschlecht				
männlich	984	47.9	1013	49.2
weiblich	1071	52.1	1045	50.8
Alter				
18 bis 29 Jahre	236	11.6	303	14.9
30 bis 39 Jahre	336	16.5	391	19.2
40 bis 49 Jahre	364	17.9	337	16.6
50 bis 59 Jahre	397	19.5	357	17.6
60 bis 69 Jahre	346	17.0	322	15.9
70 Jahre und mehr	352	17.3	321	15.8

Variablen	n (ungewichtet)	Anteil in % (unge- wichtet)	n (gewichtet)	Anteil in % (gewichtet)
Bildung				
keinen Schulabschluss	28	1.4	17	0.8
Primar-, Real-, Sekundarschulabschluss	244	12.0	128	6.3
Berufsschulabschluss, Berufsmaturitätsabschluss, Maturitätsabschluss	824	40.4	1296	63.6
Fachhochschulabschluss	471	23.1	272	13.3
Universitäts-/ETH-Abschluss	472	23.1	327	16.0
Nationalität				
Schweizer:in (inkl. Doppelbürger:in)	1712	83.1	1526	74.0
Ausländer:in	349	16.9	536	26.0
Aufenthaltsdauer in der Schweiz				
seit Geburt	1469	71.9	1379	67.5
nicht seit Geburt	575	28.1	665	32.5
Schwierigkeit Verstehen/Sprechen offizielle Sprache am Wohnort				
Muttersprache	1356	66.3	1278	62.5
sehr einfach	469	22.9	509	24.9
einfach	150	7.3	171	8.3
(sehr) schwierig	71	3.5	86	4.2
Schwierigkeit Rechnungen zu bezahlen				
sehr einfach	492	25.6	431	22.4
einfach	972	50.6	966	50.2
schwierig	365	19.0	415	21.6
sehr schwierig	93	4.8	113	5.9
Soziale Unterstützung*				
schwach	212	10.2	233	11.2
moderat	883	42.5	886	42.7
stark	749	36.1	703	33.9
Stellung in der Gesellschaft				
sehr tief	83	4.5	88	4.8
tief	83	4.5	96	5.3
untere Mitte	377	20.4	404	22.0
Mitte	379	20.5	389	21.2
obere Mitte	473	25.6	447	24.4
hoch	333	18.0	285	15.5
sehr hoch	121	6.5	126	6.8
Gesundheitszustand				
sehr gut	717	34.9	714	34.8
gut	1048	51.0	1045	51.0
mittelmässig/(sehr) schlecht	288	14.0	290	14.2
Chronische Krankheiten				
Ja, mehrere	170	8.5	165	8.3
Ja, eine	473	23.7	469	23.5
Nein	1356	67.8	1367	68.3
Gesundheitsberuf				
Ja	332	16.2	318	15.6
Nein	1712	83.8	1725	84.4

©gfs.bern, Impfkompetenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024 (N = 2076). Aufgrund von Rundungen kann es vor-
kommen, dass die Summe der Prozentwerte leicht von 100% abweicht. Ohne Anteil «weiss nicht/keine Antwort».

* vgl. Tabelle 10 für Definition von sozialer Unterstützung

2.1.2 Datenerhebung und Indexbildung

Um die Impfkompetenz der Schweizer Bevölkerung sowie allgemein die zentralen Fragestellungen der Studie zu erheben, wurde in einem ersten Schritt der in der Vorgängerstudie eingesetzte Fragebogen geprüft und wo notwendig und sinnvoll ergänzt. Insbesondere die neuen Entwicklungen wie die COVID-

19-Pandemie und deren potenziellen Einflüsse auf die Impfkompentenz bzw. die Impfbereitschaft wurden bei der Überarbeitung des Erhebungsinstruments berücksichtigt. Bei der Weiterentwicklung bzw. inhaltlichen Validierung des Erhebungsinstruments wurde eine Begleitgruppe sowie ein Advisory Board mit Expert:innen aus dem Bereich Impfungen und/oder GK einbezogen.

Der finale Fragebogen (vgl. Anhang 9.1) setzt sich aus insgesamt 38 inhaltlichen Fragen zu folgenden Hauptthemen zusammen:

- Fragen zur Impfkompentenz und zum Impfwissen
- Fragen zur Impfbereitschaft
- Fragen zum Impfstatus und -verhalten
- Fragen zu Informierungs- und Entscheidungsprozesse
- Soziodemografische Fragen

In den nachfolgenden Unterkapiteln wird jeweils kurz beschrieben, auf welche bereits existierenden – und im Idealfall bereits validierten – Instrumente aufgebaut wurde, um die einzelnen zentralen Konzepte dieser Studie zu erheben und die Fragestellungen optimal zu beantworten. Aus den zentralen Konzepten der Befragung bzw. den gestellten Fragen wurden zudem verschiedene Indices gebildet, die nachfolgend ebenfalls kurz beschrieben werden.

Impfkompentenz

In Übereinstimmung mit dem Verständnis des Konzepts GK von Sørensen et al. (2012) wurde in gewissen Ländern im Rahmen der internationalen Befragung zur GK in der Bevölkerung (Health Literacy Survey 2019-2021 (HLS₁₉)) die Impfkompentenz mithilfe des dazu entwickelten HLS₁₉-VAC-Instruments erhoben (HLS19 Consortium, 2021). Dabei wurde eine neue und einheitliche Definition für die sogenannte impfbezogene GK bzw. den Begriff der Impfkompentenz erarbeitet. Gemäss dieser Definition bezieht sich die Impfkompentenz (engl. «vaccine literacy») auf «das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, Impfinformationen zu finden, zu verstehen und zu bewerten, um adäquate Impfsentscheidungen treffen zu können». Diese Definition ist auch im Einklang mit einem Verständnis von Impfen als soziale Praktik, die stark in jeweiligen sozialen Kontexten eingebettet ist (Lorini et al., 2023). In dieser Studie beziehen wir uns beim Verständnis der Impfkompentenz deshalb auf die im HLS₁₉ verwendete Definition.

Das HLS₁₉-VAC-Instrument setzt sich aus insgesamt vier Fragen zur Messung der Impfkompentenz der erwachsenen Bevölkerung zusammen, die den vier Schritten der Informationsverarbeitung (finden, verstehen, beurteilen und anwenden) entsprechen. In der Vorgängerstudie von (Schulz et al., 2019) wurde die Impfkompentenz lediglich mit drei dieser vier Fragen (Informationen verstehen, beurteilen und anwenden) gemessen, da sich die dem HLS₁₉-VAC zugrundeliegende Frage zum Finden von Informationen damals nicht nur auf Impfungen, sondern auch auf Vorsorgeuntersuchungen bezog und für die Studie nicht relevant war. Im Rahmen des HLS₁₉ wurde diese ursprüngliche Frage jedoch adaptiert und auf den Impfaspekt eingeschränkt. Die vier Fragen zur Impfkompentenz sind als direkte Fragen formuliert, welche die Schwierigkeit im Umgang mit Informationen erheben und anhand einer vierstufigen Antwortskala (von sehr einfach bis sehr schwierig) zu beantworten sind. Aus diesen vier Fragen kann ein Indexwert zur Impfkompentenz gebildet werden, welcher sich mit den internationalen Erhebungen vergleichen lässt.

Das gesamte HLS-VAC-Modul wurde im Laufe dieser Studie vom International Coordination Centre (ICC) des WHO-Aktionsnetzwerkes «Measuring Population and Organizational Health Literacy» (M-POHL) von der dafür verantwortlichen Arbeitsgruppe für die Durchführung des Health Literacy Survey 2024-2026 (HLS₂₄) überarbeitet und aktualisiert. Die Überarbeitungsarbeiten konnten vor dem Start dieser Befragung nicht rechtzeitig abgeschlossen werden, weshalb wir für diese Befragung insgesamt 13 (statt 12) Fragen verwendet haben. Für die Indexberechnung ist eine gleiche Anzahl an Fragen für jeden der vier Informationsschritte notwendig, weshalb dafür die Frage 5 «zu verstehen, was zu tun ist, wenn Sie oder jemand in Ihrer Familie sich impfen lassen möchte?» gestrichen wurde.

Tabelle 4: Fragen Impfkompetenz: «[W]ie einfach oder schwierig ist es für Sie ...»

Informationsschritt	Fragen
Informationen finden	1) die benötigten Informationen über Impfungen zu bekommen?
	2) Informationen über Impfungen zu finden, die für Sie oder Ihre Familie empfohlen sind?
	3) herauszufinden, wo Sie oder Ihre Familie sich impfen lassen können?
Informationen verstehen	4) Informationen über Impfungen zu verstehen?
	5) zu verstehen, was zu tun ist, wenn Sie oder jemand in Ihrer Familie sich impfen lassen möchte?
	6) zu verstehen, warum Sie oder Ihre Familie eventuell Impfungen brauchen?
	7) den Nutzen und die Risiken von Impfungen zu verstehen?
Informationen beurteilen	8) Falschinformationen über Impfungen von zuverlässigen Informationen zu unterscheiden?
	9) die Vertrauenswürdigkeit von Informationen über Impfungen zu überprüfen?
	10) zu beurteilen, welche Impfungen Sie oder Ihre Familie eventuell brauchen?
Informationen anwenden	11) Fragen und Bedenken zu Impfungen mit einem Arzt/einer Ärztin oder einer anderen Gesundheitsfachperson zu besprechen?
	12) zu entscheiden, ob Sie oder jemand in Ihrer Familie sich impfen lassen sollten?
	13) zu entscheiden, wann eine Impfung notwendig ist?

Impfkompetenz der Bevölkerung 2024

Als Antwortkategorien standen «sehr einfach», «einfach», «schwierig» und «sehr schwierig» sowie «weiss nicht» und «keine Antwort» zur Verfügung. Alle Fragen sind positiv im Sinne einer Kompetenz rund ums Impfen formuliert, so dass keine Recodierung notwendig war. Der Wert und die Kategorien des Impfkompetenz-Index wurden analog zur generellen GK im HLS^{19,21}-CH berechnet (De Gani, Jaks, Bieri, & Kocher, 2021). Für den Index wurde folglich das folgende Vorgehen angewendet:

- Jede Frage, die eine Person mit «keine Antwort» beantwortet hatte, wurde bei der individuellen Indexbildung ignoriert. Nur bei Personen mit mindestens 80 Prozent an inhaltlich beantworteten Fragen (d. h. 10 von 12) wurde ein Index berechnet.
- War die Antwort bei einer Frage «sehr einfach» oder «einfach», wurde 1 Punkt addiert. Bei «sehr schwierig» oder «schwierig» wurde kein Punkt addiert. Die Summe ergab somit eine ganze Zahl zwischen 0 und der Anzahl Fragen.
- Die Summe der Punkte wurde dann durch die Anzahl (nicht ignorierte) Fragen geteilt und mit 100 multipliziert. Das ergab eine rationale Zahl zwischen 0 und 100.

$$\text{Index} = 100 \times \frac{\text{Anzahl «(sehr) einfach»}}{\text{Anzahl Fragen}}$$

Dadurch erstreckt sich der Indexwert von einem Minimum von 0 bis zu einem Maximum von 100 und kann als prozentualer Anteil der als (sehr) einfach eingestufte Fragen interpretiert werden.

Zur Unterstützung der Kommunikation des Index wurden vier Kategorien gebildet:

Tabelle 5: Kategorisierung Impfkompetenz

Kategorie	Bedingung
ausgezeichnet	Häufigkeit «sehr einfach» $\geq 50\%$, «(sehr) schwierig» $< 8.334\%$
ausreichend	Häufigkeit «(sehr) einfach» $> 83.33\%$
problematisch	Alle Fälle, die nicht in eine der anderen drei Kategorien fallen
mangelhaft	Häufigkeit «sehr einfach» $< 8.334\%$, «(sehr) schwierig» $\geq 50\%$

Impfkompetenz der Bevölkerung 2024

Wie beim Index wurden bei den Kategorien nur Personen berücksichtigt, die mindestens 10 von 12 Fragen (d. h. 80%) inhaltlich beantwortet haben. Die Kategorien mangelhaft und problematisch wurden unter «geringe Impfkompetenz» und ausreichend und ausgezeichnet unter «hohe Impfkompetenz» zusammengefasst. Es gilt zu beachten, dass die so gebildeten Kategorien nicht direkt auf dem zuvor berechneten Wert beruhen. Daher ist es möglich, dass eine Person mit einem höheren Indexwert in eine tiefere Kategorie fällt als eine andere Person mit einem niedrigeren Indexwert. Da die Kategorien und der Wert jedoch auf denselben Fragen beruhen, korrelieren sie stark miteinander (Spearman's Rho:0.924). Das Cronbach's Alpha der 12 verwendeten Fragen liegt bei .917 und deutet somit auf eine sehr gute Reliabilität hin.

Impfwissen

Das Impfwissen wurde im Rahmen dieser Studie mit selbstformulierten Fragen bzw. Aussagen erhoben (vgl. Tabelle 6). Basierend auf den vier Fragen wurde der Impfwissens-Index gebildet, welcher angibt, wie gut die Personen die Wissensfragen rund um Impfungen beantwortet haben.

Tabelle 6: Impf-Wissensfragen

Aussage	Wahrheitsgehalt
Es ist nie zu spät eine oder mehrere Impfungen nachzuholen.	richtig
Mit einer Impfung schützt man auch andere Personen, die sich noch nicht oder gar nicht impfen lassen können, z. B. Babys oder immungeschwächte Menschen.	richtig
Basis-Impfungen sind Impfungen, welche als unerlässlich für die individuelle und öffentliche Gesundheit eingestuft werden.	richtig
Der Schutz einer Tetanus-Impfung (Wundstarrkrampf) hält ein Leben lang.	falsch

Impfkompetenz der Bevölkerung 2024

Die ersten drei Aussagen sind richtig, die vierte Aussage hingegen falsch. Für jede korrekt beantwortete Frage gab es +1 Punkt, für jeder inkorrekt beantwortete Frage -1 Punkt, «weiss nicht» gab ± 0 Punkte. Wer mindestens eine Aussage mit «keine Antwort» beantwortete, wurde für den Index nicht berücksichtigt. Die Summe wurde durch 4 geteilt und mit 100 multipliziert, so dass der Wert des Index von -100 (alle vier Aussagen inkorrekt beantwortet) bis +100 (alle vier Aussagen korrekt beantwortet) reicht. Zur besseren Lesbarkeit wurden für die Grafiken die negativen Werte (-100/-75/-50/-25) sowie 0 und 25 (0/+25) zu jeweils einer Kategorie vereint.

Impfbereitschaft

Die Impfbereitschaft wurde mit dem 7C-Modell von (Geiger et al., 2021) erhoben. Das 7C-Modell ist ein umfangreiches Modell, um das Impfverhalten über die Impfbereitschaft zu erklären und die Gründe des (Nicht-)Impfens zu erfassen (Geiger et al., 2021). Das Instrument beinhaltet insgesamt 21 Fragen bzw. Aussagen, d. h. je drei Fragen pro Komponente (vgl. Tabelle 7). Dabei steht «7C» für die sieben Teilaspekte der Impfbereitschaft, die auf Englisch alle mit C beginnen. Die Befragten geben auf einer siebenstufigen Likert-Skala von 1 «stimme überhaupt nicht zu» bis 7 «stimme voll und ganz zu» an, ob

bzw. wie sie der Aussage zustimmen. Die Berechnung des Impfbereitschafts-Index sowie der sieben Sub-Indices folgt der «7C vaccination readiness scale» (Geiger et al., 2021), wobei je drei Fragen einen von sieben Sub-Indices bilden. Die Fragen können positiv oder negativ im Sinne der Impfbereitschaft formuliert sein (vgl. Tabelle 7). Die Antwortkategorien von negativ formulierten Fragen wurden für die Berechnung des Index recodiert (1→7, 2→6, ..., 7→1).

Tabelle 7: Fragen Impfbereitschaft

Sub-Index	Frage	Wording
Vertrauen (Confidence)	1) Nebenwirkungen treten nach Impfungen selten auf und sind für mich nicht schwerwiegend.	positiv
	2) Politische Entscheidungen zu Impfungen sind wissenschaftlich fundiert.	positiv
	3) Ich bin überzeugt davon, dass die zuständigen Behörden nur wirksame und sichere Impfstoffe zulassen.	positiv
Risiko- wahrnehmung (Complacency)	4) Ich brauche keine Impfungen, weil Infektionskrankheiten bei mir nicht schlimm verlaufen.	negativ
	5) Impfungen sind für mich überflüssig, weil ich sowieso selten krank werde.	negativ
	6) Ich lasse mich impfen, weil es zu riskant ist, Infektionskrankheiten zu kriegen.	positiv
Barrieren in der Ausführung (Constraints)	7) Ich kümmere mich darum, die wichtigsten Impfungen rechtzeitig zu erhalten.	positiv
	8) Impfungen sind mir so wichtig, dass ich andere Sachen zurückstelle, um mich impfen zu lassen.	positiv
	9) Ich verpasse Impfungen manchmal, weil Impfen lästig ist.	negativ
Abwägung (Calculation)	10) Ich lasse mich impfen, wenn ich für mich keine Nachteile sehe.	negativ
	11) Ich lasse mich nur dann impfen, wenn die Vorteile deutlich die Risiken überwiegen.	negativ
	12) Ich überlege bei jeder Impfung genau, ob ich sie brauche.	negativ
Kollektive Verantwortung (Collective Responsibility)	13) Ich lasse mich auch impfen, weil für mich der Schutz gefährdeter Risikogruppen wichtig ist.	positiv
	14) Ich sehe Impfen als eine gemeinschaftliche Aufgabe gegen die Verbreitung von Krankheiten.	positiv
	15) Ich lasse mich auch deswegen impfen, weil ich dadurch andere Menschen schütze.	positiv
Regelkonformität (Compliance)	16) Es sollte möglich sein, Menschen von öffentlichen Veranstaltungen (z. B. Konzerten) auszuschliessen, wenn sie nicht gegen bestimmte Krankheiten geimpft sind.	positiv
	17) Die Gesundheitsbehörden sollten alle nötigen Mittel einsetzen, um hohe Impfraten zu erreichen.	positiv
	18) Es sollte möglich sein, Personen zu bestrafen, die nicht den Impfempfehlungen der Gesundheitsbehörden folgen.	positiv
Verschwörung (Conspiracy)	19) Impfungen verursachen Erkrankungen und Allergien, die schlimmer sind, als die Krankheiten, gegen die sie schützen sollen.	negativ
	20) Die Gesundheitsbehörden beugen sich blind der Macht und dem Einfluss der Pharmakonzerne.	negativ
	21) Impfungen enthalten Chemikalien in giftigen Dosierungen.	negativ

Impfkompetenz der Bevölkerung 2024

Der Impfbereitschafts-Index einer Person wurde berechnet, wenn sie mindestens 80 Prozent der Fragen inhaltlich (d. h. ohne «keine Antwort») beantwortete (mind. 17 von 21 Fragen). Das galt auch auf die

Sub-Indices, wobei hier alle drei Fragen inhaltlich beantwortet sein mussten. Der Wert des Impfbereitschafts-Index und der Sub-Indices entspricht dem Mittelwert aus allen inhaltlich beantworteten Fragen, der somit einen Wert zwischen 1 und 7 annehmen kann. Die Werte wurden ebenfalls zu Kategorien zusammengefasst, wobei ein Wert von 1 bis und mit 3 als «tiefe Impfbereitschaft», über 3 bis und mit 4 als «mittlere Impfbereitschaft» und über 4 bis und mit 7 als «hohe Impfbereitschaft» benannt wurden. Das Cronbach's Alpha für den Impfbereitschafts-Index ist mit 0.912 sehr gut. Details zu den weiteren Validierungen finden sich im Anhang (vgl. Tabelle A1).

Impfkritik

Als Impfkritiker:innen im engeren Sinne wurden Personen zusammengefasst, die den folgenden zwei ausgewählte Aussagen klar zustimmten (vgl. Tabelle 8).

Tabelle 8: Fragen Impfkritik (aus den Fragen Impfbereitschaft)

Nr.	Frage
19)	Impfungen verursachen Erkrankungen und Allergien, die schlimmer sind als die Krankheiten, gegen die sie schützen sollen.
21)	Impfungen enthalten Chemikalien in giftigen Dosierungen.

Impfkompetenz der Bevölkerung 2024

Dabei wurde definiert, dass eine Zustimmung zu diesen Aussagen einer häufigen Fehlannahme von Impfkritiker:innen entspricht und deutlich über eine Verunsicherung zur Nützlichkeit und der Wirkung von Impfungen hinaus geht. Personen, die auf der Skala von 1 bis 7 beiden Argumenten mit jeweils 6 oder 7 zustimmten, wurde als «Impfkritiker:innen» kategorisiert. Wer beide Aussagen ebenso deutlich mit jeweils 1 oder 2 ablehnte, wurde der Kategorie «Impfbefürworter:innen» zugeteilt. Die restlichen Personen gelten hier als «Verunsicherte». Wer bei beiden Aussagen «keine Antwort» angab, wurde nicht zugeteilt. Das Cronbach's Alpha für die beiden Fragen beträgt .785 und liegt damit im akzeptablen Bereich, was bedeutet, dass die beiden Fragen etwas ähnliches (Impfkritik) messen.

Impfstatus und Impfverhalten

Beim Impfstatus geht es im Grundsatz um die Frage, ob eine Person gegen eine bestimmte Krankheit geimpft ist oder nicht. Dabei wird zwischen den eigenen Impfungen der befragten Person sowie die durchgeführten oder nicht durchgeführten Impfungen bei ihren Säuglingen und Kindern (pädiatrische Impfungen) differenziert. Insgesamt wurden acht unterschiedliche Impfungen abgefragt.

Der Impfstatus-Index gibt an, gegen wie viele der acht zur Auswahl stehenden Krankheiten eine Person geimpft ist (Tabelle 9). Dadurch ergab sich für den eigenen Impfstatus ein Wert zwischen 0 und 8. Personen mit «weiss nicht» oder «keine Antwort» wurden für den Index ignoriert. Auf eine weitergehende Kategorisierung wurde beim eigenen Impfstatus verzichtet.

Tabelle 9: Berücksichtigte Impfungen für die Berechnung der Indices

Impfstatus-Index	Kinder-Impfstatus-Index
Tetanus, Wundstarrkrampf	Tetanus, Wundstarrkrampf
Pertussis, Keuchhusten	Pertussis, Keuchhusten
Masern	Masern
Hepatitis B, Gelbsucht	Hepatitis B, Gelbsucht
FSME (Frühsommer-Meningoenzephalitis)	
Influenza, Grippe	
COVID-19	
Humane Papillomviren HPV	

Impfkompetenz der Bevölkerung 2024

Der Kinder-Impfstatus-Index gilt nur für Personen mit eigenen Kindern im Vorschulalter und fokussiert lediglich auf die vier empfohlenen Basisimpfungen gegen Tetanus, Pertussis, Masern und Hepatitis B (BAG, 2024b). Der Index gibt an, gegen wie viele dieser vier Krankheiten die Kinder nicht geimpft sind und die Eltern auch nicht vorhaben, die Kinder zu impfen.

Cronbach's Alpha für den Impfstatus-Index liegt mit .693 ganz knapp unter der Schwelle von .7, die man für eine «akzeptable» Reliabilität annimmt. Bei den vier Fragen für den Kinder-Impfstatus-Index liegt der Wert mit .859 im guten Bereich (Fragen recodiert «Sind nicht geimpft und werden nicht geimpft» vs. Rest).

Informierungs- und Entscheidungsprozesse

Das eigene Informationsverhalten und die verwendeten Informationsquellen in Bezug auf das Thema Impfen gelten als wichtige Einflussfaktoren für die Impfbereitschaft bzw. das Impfverhalten (Schulz et al., 2019). Hinweise zu den Informationsquellen, welche die Schweizer Bevölkerung nutzt, um sich zu impfbezogenen Themen zu informieren, sowie auch das Vertrauen in die jeweiligen Quellen sind deshalb von zentraler Bedeutung. Entsprechend wurden die zwei Fragen zu den Informationsquellen und deren Glaubwürdigkeit von der Vorgängerstudie übernommen. Zusätzlich wurden weitere Fragen integriert, z. B. zu den konkreten Gründen für einer (Nicht-)Impfung, Schwierigkeiten beim letzten Entscheid (COVID-19-Impfung ausgeklammert) oder zur Kenntnis des Impfplans. Diese Fragen stammen ebenfalls mehrheitlich aus der Vorgängerstudie.

Soziodemografische Fragen

Zur Beantwortung der zentralen Fragestellungen dieser Studie wurden Determinanten und Konsequenzen erhoben. Diese orientieren sich aus Gründen der Vergleichbarkeit an der Vorgängerstudie (Schulz et al., 2019) und am Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021 (HLS₁₉₋₂₁-CH) (De Gani, Jaks, Bieri, & Kocher, 2021).

Soziale Unterstützung

Wie beim HLS₁₉₋₂₁-CH wird als soziodemografische Determinante ein Index zur sozialen Unterstützung aus den folgenden drei Fragen (vgl. Tabelle 10) gebildet:

Tabelle 10: Soziale Unterstützung

Frage	Antwortkategorien
Wie viele Menschen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn Sie ernsthafte persönliche Probleme haben?	keine (1) bis sechs oder mehr (4), sowie weiss nicht/keine Antwort
Wie viel Interesse und Anteilnahme zeigen andere Menschen an dem, was Sie tun?	viel (1) bis keinerlei Anteilnahme und Interesse (5), sowie weiss nicht/keine Antwort
Wie einfach ist es für Sie, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten, wenn Sie diese benötigen?	sehr einfach (1) bis sehr schwierig (5), sowie weiss nicht/keine Antwort

Impfkompetenz der Bevölkerung 2024

Für den Index wurden die Werte der Antwortkategorien summiert und ergaben so einen Indexwert zwischen 3 und 14. Ein Wert von 3 bis 8 wurde als «schwache», von 9 bis 11 als «moderate» und von 12 bis 14 als «starke» soziale Unterstützung kategorisiert. Wer bei mindestens bei einer der drei Fragen «keine Antwort» angab, wurde nicht kategorisiert.

Bildung

Die wenigen offenen Antworten bei der Frage nach dem höchsten Bildungsabschluss wurden auf die vorgegebenen Antwortkategorien codiert. Für die Untergruppenauswertungen wurden die Kategorien «keinen Schulabschluss» und «Primar-, Real-, Sekundarschulabschluss» als tiefe, «Berufsschulabschluss, Berufsmaturitätsabschluss, Maturitätsabschluss» als mittlere und «Fachhochschulabschluss» und «Universitäts-/ETH-Abschluss» als hohe Bildung zusammengefasst.

2.1.3 Datenauswertung

Die Rohdaten wurden auf Auffälligkeiten (z. B. unplausible Werte) und Vollständigkeit hin kontrolliert. Ein Interview wurde entfernt, weil die Zielperson sich für ein telefonisches Interview angemeldet hatte und sich telefonisch befragen liess, jedoch bereits online teilgenommen hatte. Das zeitlich frühere Online-Interview wurde beibehalten, das CATI-Interview gelöscht. 39 Interviews wurden gelöscht, weil sie in mindestens 40 Fragen über den gesamten Fragebogen hinweg mit «weiss nicht/keine Antwort» geantwortet hatten. Ein Interview wurde aufgrund der unmöglichen Altersangabe gelöscht (120; höchstes Alter, das in der Befragung technisch zugelassen war). Die Antworten zu halb-/offenen Fragen wurden entlang eines Codebuchs codiert und für die grafische Darstellung gruppiert.

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden in einem ersten Schritt alle inhaltlichen Variablen aus dem Datensatz univariat ausgewertet und in der Regel als Grafik aufbereitet. Bei zentralen Fragen sind bivariate Zusammenhänge zwischen zwei Variablen meistens in Form von Grafiken, multivariaten Auswertungen (lineare Regressionen) als Tabellen dargestellt.

Die Tabellen mit den Regressionen befinden sich im Anhang. Bei den Regressionen wurde jeweils ein schrittweises Verfahren verwendet, bei dem Variablen basierend auf ihrer statistischen Relevanz schrittweise aufgenommen oder entfernt wurden, um ein optimales und sparsames Modell zu erhalten. Zusätzlich wurden jeweils drei aufeinander aufbauende Modelle verwendet: In Modell 1 wurden nur soziodemografische und -ökonomische Faktoren als erklärende Variablen verwendet. Modell 2 wurde um diverse Einstellungsfragen ergänzt. In Modell 3 kamen schliesslich die anderen Indices als Erklärungsvariablen hinzu.

Die Grafiken werden ohne die Anteile der Antwortkategorie «weiss nicht/ keine Antwort» dargestellt. Die Prozentwerte geben somit die Anteile an den inhaltlichen Antworten wieder. Aus diesem Grund schwanken die ausgewiesenen Fallzahlen von Grafik zu Grafik und auch innerhalb von Fragegruppen. Davon ausgenommen sind die Wissensfragen, bei denen «weiss nicht» explizit ausgewiesen wird (die separate Kategorie «keine Antwort» wird hingegen nicht dargestellt). Wenn eine Frage einen hohen Anteil (ab 10%) an «weiss nicht/ keine Antwort» aufwies, wurde dies im Fliesstext explizit erwähnt.

2.1.4 Trends



Wo möglich werden die Ergebnisse mit denjenigen aus der Vorgängerstudie von Schulz et al. (2019) deskriptiv verglichen. Zeitvergleiche in Grafiken und im Text beziehen sich dabei auf die Angaben aus dem Bericht dieser Studie. Ergebnisse der impfspezifischen Elemente der GK wurden wo es möglich war ausserdem mit den Ergebnissen aus der HLS₁₅-CH (drei Elemente) beziehungsweise HLS₁₉₋₂₁-CH (zwei Elemente) ergänzt. Diese Zeitvergleiche sind mit dem **linksstehenden Symbol** gekennzeichnet.

Die Ergebnisse aus diesen Studien konnten nur miteinander verglichen werden, sofern der Fragetext und die Antwortkategorien identisch oder zumindest hinreichend ähnlich waren. In diesem Fall wurden die Unterschiede in der Grafik oder im Text sichtbar gemacht. (Teil-)Fragen, die in beiden Befragungen unterschiedlich waren, werden hier nicht angegeben (z. B. Impfstatus: Meningitis-Impfung nur in 2018, COVID-19-Impfung nur in 2024). Falls es nötig war, wurden Zahlen aus 2018 so umgerechnet, damit sie sich mit den aktuellen Zahlen vergleichen lassen (z. B. von einer Skala von 1 bis 9 auf eine Skala von 0 bis 10, oder Anteile mit/ohne «weiss nicht/keine Antwort»). Da keine Originaldaten verfügbar waren, sind Rundungsfehler möglich.

2.2 Qualitative Interviews

Im Nachgang zur Onlinebefragung wurden leitfadengestützte Interviews mit ausgewählten Vertreter:innen der erwachsenen Wohnbevölkerung der Schweiz durchgeführt. Ziel dieser vertiefenden Interviews war es, weitere Erkenntnisse basierend auf den Ergebnissen aus den quantitativen Befragungen zu gewinnen, die Ergebnisse sowie spannende oder auffällige Aspekte (z. B. Impfvorbehalte, Unsicherheiten) zu vertiefen und gewisse Ergebnisse besser erklären zu können.

2.2.1 Rekrutierung und Stichprobe

Am Ende der Onlinebefragung wurden alle Befragten unter Einhaltung der Datenschutzrichtlinien und der Gewährleistung der Anonymität gefragt, ob sie für ein vertieftes Interview zur Verfügung stehen würden. Insgesamt konnten so 30 Interviews durchgeführt werden, elf davon mit Personen aus der Deutschschweiz, zehn mit Personen aus der französischen Schweiz und neun mit Personen aus dem Tessin (vgl. Tabelle 11). Die Auswahl der Interviewpartner:innen erfolgte gezielt, um unterschiedliche Perspektiven auf das Thema Impfen beleuchten zu können. Dabei wurden speziell die Kriterien Alter, Geschlecht, Impfbereitschaft und Impfkompetenz beachtet und versucht, diese Kriterien auch nach Sprachregion gleichermassen abzudecken. Ziel war es auch, möglichst vielfältige Einblicke zu erhalten und potenzielle Unterschiede oder Gemeinsamkeiten in den Antworten herauszuarbeiten.

Tabelle 11: Stichprobe qualitative Interviews (N = 30)

Variablen	Deutschschweiz (n = 11)	Französische Schweiz (n = 10)	Italienische Schweiz (n = 9)	Total
Geschlecht				
männlich	6	5	3	14
weiblich	5	5	6	16
Alter				
18 bis 29 Jahre	1	1	2	4
30 bis 39 Jahre	4	3	0	7
40 bis 49 Jahre	2	1	2	5
50 bis 59 Jahre	0	3	1	4
60 bis 69 Jahre	2	1	1	4
70 Jahre und mehr	2	1	3	6
Impfbereitschaft				
hoch	4	4	4	12
mittel	3	4	2	9
tief	4	2	3	9
Impfkompetenz¹				
ausgezeichnet	1	1	3	5
ausreichend	3	5	2	10
problematisch	4	2	3	9
mangelhaft	2	2	1	5

Impfkompetenz der Bevölkerung 2024; ¹Eine Person hatte weniger als 80% der Fragen in der quantitativen Erhebung beantwortet und konnte deshalb nicht zugeordnet werden.

2.2.2 Leitfaden und Datenerhebung

Basierend auf dem Bericht der quantitativen Ergebnisse wurde ein Leitfaden für die qualitativen Interviews erstellt. Dieser Leitfaden wurde auf Deutsch entwickelt, mit der Begleitgruppe diskutiert und finalisiert. Der finale Leitfaden wurde anschliessend auf Französisch und Italienisch übersetzt (vgl. Anhang 9.2). Die Interviewfragen gliedern sich entlang der folgenden Hauptthemen: Impfsentscheidung, Informationsverhalten, Verständnis und Kritische Beurteilung sowie Kommunikation/Unterstützung der Behörde. Die Interviews wurden zwischen Oktober und November 2024 und entweder telefonisch oder online via Zoom oder Microsoft Teams durchgeführt. Die Interviews dauerten jeweils etwa 30 Minuten. Alle Teilnehmenden gaben vor Beginn des Interviews ihr Einverständnis zur Teilnahme sowie zur Aufzeichnung der Gespräche. Die Interviewpartner:innen wurden für die Teilnahme an diesen vertiefenden Interviews mit CHF 30.- vergütet. Die Interviews wurden anhand des halbstrukturierten Leitfadens von einer Person mit der entsprechenden Muttersprache geführt. Alle Interviews wurden – nach Einholung der Einwilligung – aufgenommen.

2.2.3 Datenauswertung

Die aufgezeichneten Interviews wurden zunächst durch eine Spracherkennungslösung (töggli.ch) wortwörtlich transkribiert und anschliessend von einer Projektmitarbeiterin kontrolliert und korrigiert. Für die Analyse der qualitativen Daten wurde die thematische Analyse nach Braun und Clarke (Braun & Clarke, 2006) als Analysemethode verwendet. Ziel dieser Methode ist es, hinter den oberflächlich ablesbaren Inhalt zu dringen, diesem einen Sinn zu geben und die Bedeutung transparent zu machen. Gemäss der Methode erfolgte die Analyse der qualitativen Daten in folgenden Schritten:

- 1) Mit den Daten vertraut machen: Die transkribierten Interviews wurden von mehreren Projektmitgliedern durchgelesen und dabei wurden erste Gedanken notiert.
- 2) Erste Codes generieren: Anhand einer Analyse-Software (MAXQDA) wurden die Transkripte systematisch codiert. Für jedes interessante Merkmal wurde ein Code generiert.
- 3) Nach Themen suchen: Die generierten Codes wurden anhand Themen geordnet und so für jedes Thema relevante Daten zusammengestellt.

- 4) Themen überprüfen: Die Themen wurden überprüft, indem eine thematische Karte mit den Themen, Codes und codierten Aussage erstellt wurde.
- 5) Themen definieren und benennen: Es wurden weitere Überthemen erstellt und der Inhalt dieser Themen definiert.
- 6) Bericht erstellen: Zum Schluss wurden die Daten analysiert und Beispielauszüge angeschaut und ausgewählt. Die Daten wurden mit den Forschungsfragen bzw. mit den quantitativen Ergebnissen analysiert und zusammengefasst. Die Ergebnisse sind in Kapitel 4 aufgeführt.

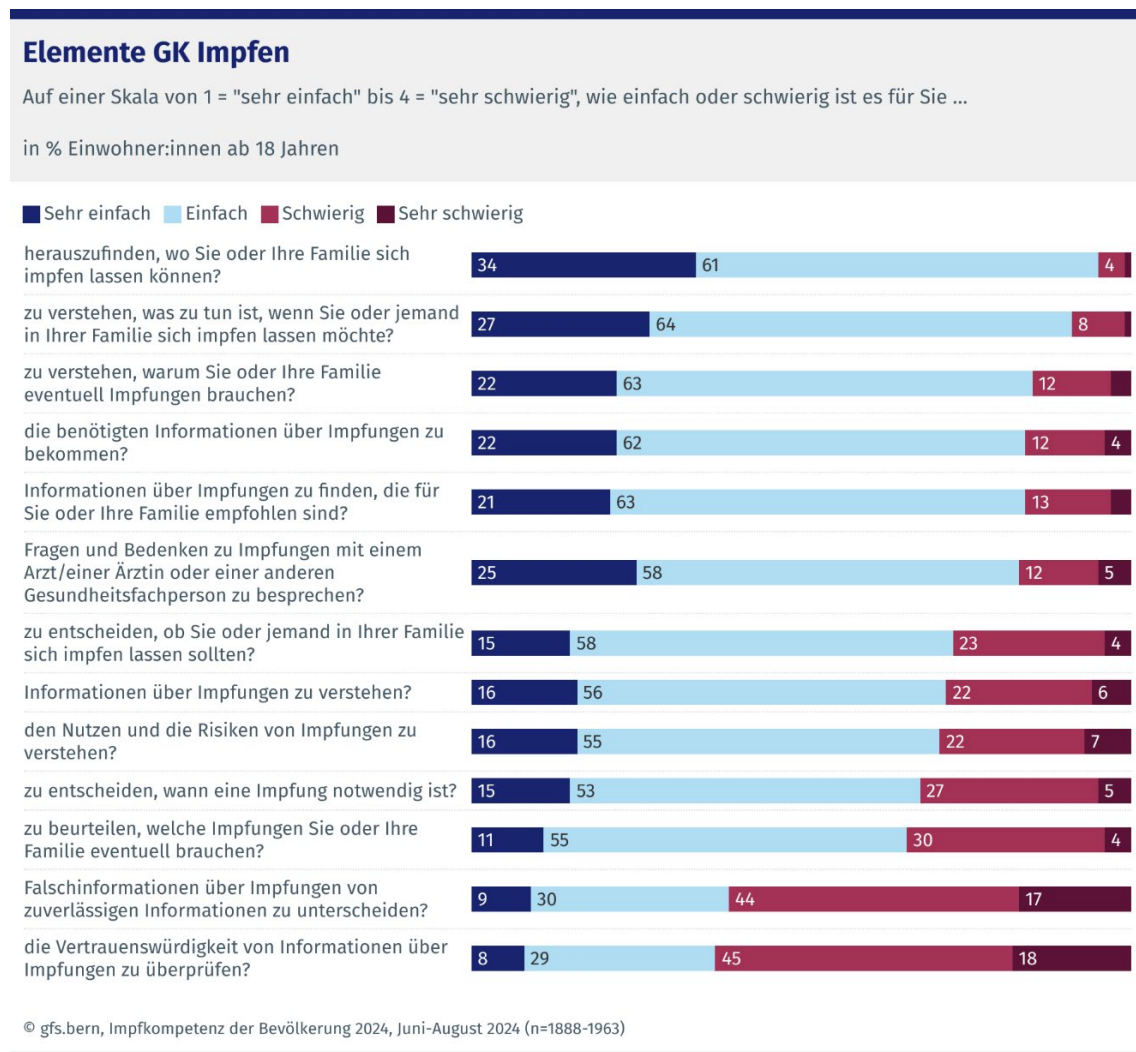
3 Ergebnisse der quantitativen Befragung

Das Kapitel präsentiert die Ergebnisse aus der quantitativen Befragung der erwachsenen Wohnbevölkerung der Schweiz. Die ergänzenden Ergebnisse aus der qualitativen Befragung folgen in Kapitel 4.

3.1 Impfkompetenz

Den Einwohner:innen in der Schweiz fällt es am einfachsten herauszufinden, wo man sich impfen lassen kann (95% (sehr) einfach), gefolgt vom Verständnis was man bei einem Impfwunsch tun muss (91%) und wieso sie eventuell eine Impfung brauchen (85%, vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Elemente Impfbezogene GK



Keine besonderen Schwierigkeiten haben die Befragten «die benötigten Informationen über Impfungen zu bekommen» (für 84% (sehr) einfach) und «Informationen über Impfungen zu finden, die für Sie oder Ihre Familie empfohlen sind» (für 84% (sehr) einfach). Die Aussage «Fragen und Bedenken zu Impfungen mit einem Arzt/einer Ärztin oder einer anderen Gesundheitsfachperson zu besprechen» wird von 83 Prozent als (sehr) einfach beurteilt. Etwas weniger einfach fällt es den Befragten zu entscheiden, wann eine Impfung notwendig ist (68%), oder zu beurteilen, welche Impfungen man selbst oder jemand aus der Familie benötigt (66%). Für die Mehrheit aller abgefragten Aspekte finden sich absolute Mehrheiten, die diese als einfach bis sehr einfach beurteilen. Einzig bei der Unterscheidung von Falschinformationen und zuverlässigen Informationen sowie der Überprüfung von Informationen hinsichtlich deren Vertrauenswürdigkeit liegen die absoluten Mehrheiten bei denjenigen, die das schwierig bis sehr schwierig finden (61% bzw. 63% (sehr) schwierig). Zusammenfassend liegen die grössten Schwierigkeiten also beim Informationsschritt «Beurteilen». Am leichtesten fällt den Einwohner:innen das Finden, gefolgt vom Verstehen der Information und der Anwendung der Informationen.

Drei dieser Fragen wurden ebenfalls in der Studie von 2018 gestellt (vgl. Abbildung 2):



Abbildung 2: Trend Elemente Impfbezogene GK

Trend Elemente GK Impfen

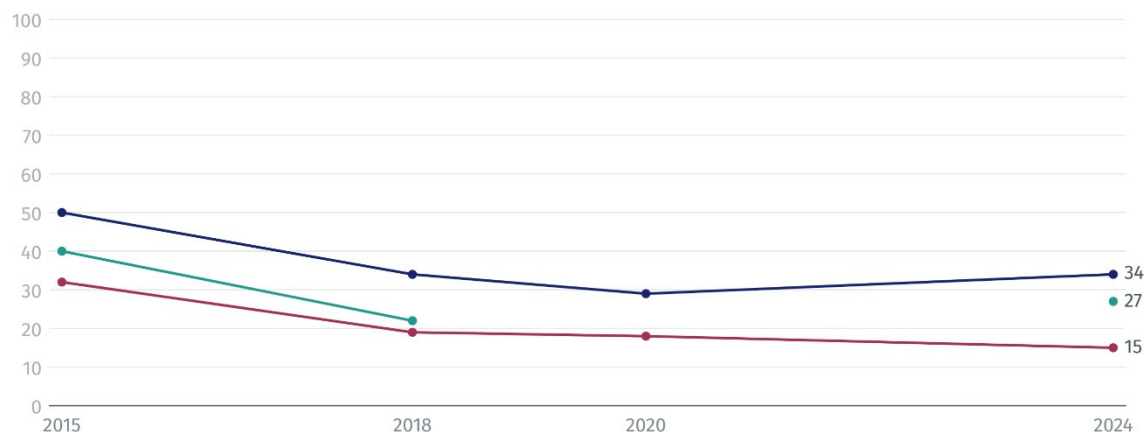
bis 2018: Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach ...

2024: Auf einer Skala von 1 = "sehr einfach" bis 4 = "sehr schwierig", wie einfach oder schwierig ist es für Sie ...

in % Einwohner:innen ab 18 Jahren

Anteil bis 2018: "ziemlich/sehr schwierig", ab 2020: "schwierig/sehr schwierig"

- zu beurteilen, welche Impfungen Sie (ab 2020: oder Ihre Familie eventuell) brauchen?
- zu entscheiden, ob Sie (2024: oder jemand in Ihrer Familie) sich (bis 2018: gegen Grippe) impfen lassen sollten?
- zu verstehen, warum Sie (ab 2020: oder Ihre Familie eventuell) Impfungen brauchen?



© gfs.bern, Impfkompentenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024 (n=jeweils ca. 1800)

Das Beurteilen, welche Impfungen benötigt werden, ist für die Befragten gleich schwierig wie vor sechs Jahren (± 0 Prozentpunkte) und etwas schwieriger als vor vier Jahren (+5). Hingegen ist es schwieriger geworden, zu entscheiden, ob man sich impfen lassen soll (+5 gegenüber 2018; 2020 nicht befragt). Hierbei ist allerdings anzumerken, dass sich die Frage 2015 und 2018 explizit auf eine Impfung gegen Grippe bezog. Es ist möglich, dass es der Entscheid bei der Grippeimpfung für die Befragten einfacher ist als bei einer beliebigen anderen Impfung. Beim Verstehen warum Impfungen benötigt werden, haben die Schwierigkeiten gegenüber 2018 (-4) und 2020 (-3) leicht abgenommen.

Der Impfkompentenz-Index attestiert 49 Prozent der Einwohner:innen mindestens eine hohe Impfkompentenz (vgl. Abbildung 3). Dieser Gruppe stehen 51 Prozent entgegen, die eine geringe Impfkompentenz aufweisen.

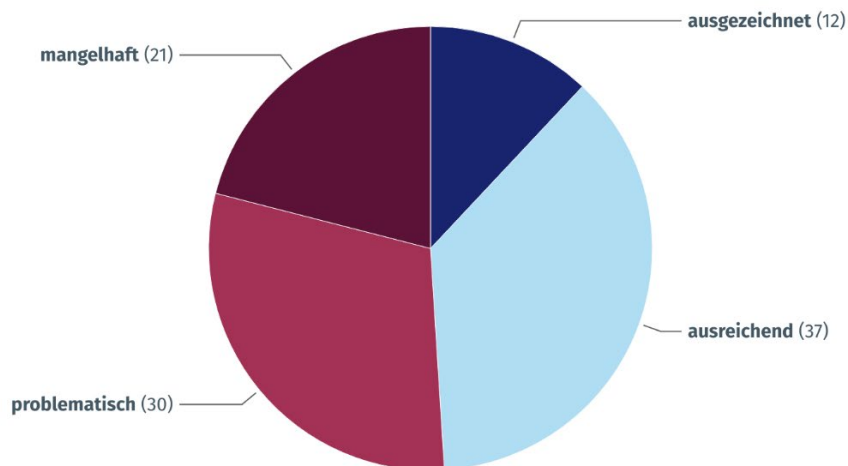
Abbildung 3: Impfkompetenz-Index

Impfkompetenz-Index

Kategorisierung aufgrund von 12 der 13 Elemente GK Impfen (ohne Element "zu verstehen, was zu tun ist, wenn Sie oder jemand in Ihrer Familie sich impfen lassen möchte?")

ausgezeichnet = "sehr einfach" = 50 %, "(sehr) schwierig" < 8.334 %
ausreichend = "(sehr) einfach" > 83.33 %
problematisch = alle Fälle, die nicht in eine der anderen drei Kategorien fallen
mangelhaft = "sehr einfach" < 8.334 %, "(sehr) schwierig" = 50 %

in % Einwohner:innen ab 18 Jahren



© gfs.bern, Impfkompetenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024 (n = 1834), Mittelwert = 72.1, Standardabweichung = 26.2

Der Mittelwert (MW) der Impfkompetenz liegt bei 72.1, auf der Skala von 0 bis 100 (vgl. Abbildung 4). Nach rein demografischen Merkmalen unterscheiden sich die Befragten hinsichtlich der Impfkompetenz kaum: Die 18- bis 39-Jährigen haben eine leicht unterdurchschnittliche Impfkompetenz (MW 69.7). Dies trifft ebenso auf Personen mit einem mittleren formalen Bildungsabschluss zu (MW 71.1). Die grösseren Unterschiede finden sich bezüglich folgender sozial-ökonomisch unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen (vgl. Abbildung 5): Eine tiefere Impfkompetenz haben im Durchschnitt Personen, welche Schwierigkeiten mit der offiziellen Sprache am Wohnort (MW 65.0 resp. 66.7), (grosse) Schwierigkeiten beim Bezahlen der Rechnungen (MW 67.0 resp. 67.2) oder nur eine schwache soziale Unterstützung haben (MW 64.8). Ebenso geht ein mittelmässig bis (sehr) schlechter Gesundheitszustand mit einer tieferen Impfkompetenz einher (MW 67.9). In der Tendenz sinkt die Impfkompetenz mit dem wahrgenommenen Status in der Gesellschaft, jedoch nicht linear: So weist die Mitte den tiefsten Wert auf (MW 67.9), während die zweittiefste Impfkompetenz bei einer tiefen (MW 68.2) und die drittiefste bei einer sehr tiefen Stellung in der Gesellschaft vorliegt (MW 70.3). Schliesslich weisen Impfkritiker:innen¹ eine geringere Impfkompetenz (MW 55.7) als Verunsicherte (MW 67.6) und Impfbefürworter:innen (MW 84.1) auf.

¹ gemäss Definition «Impfkritik» wie in der Methodik beschrieben (vgl. Kapitel 2)

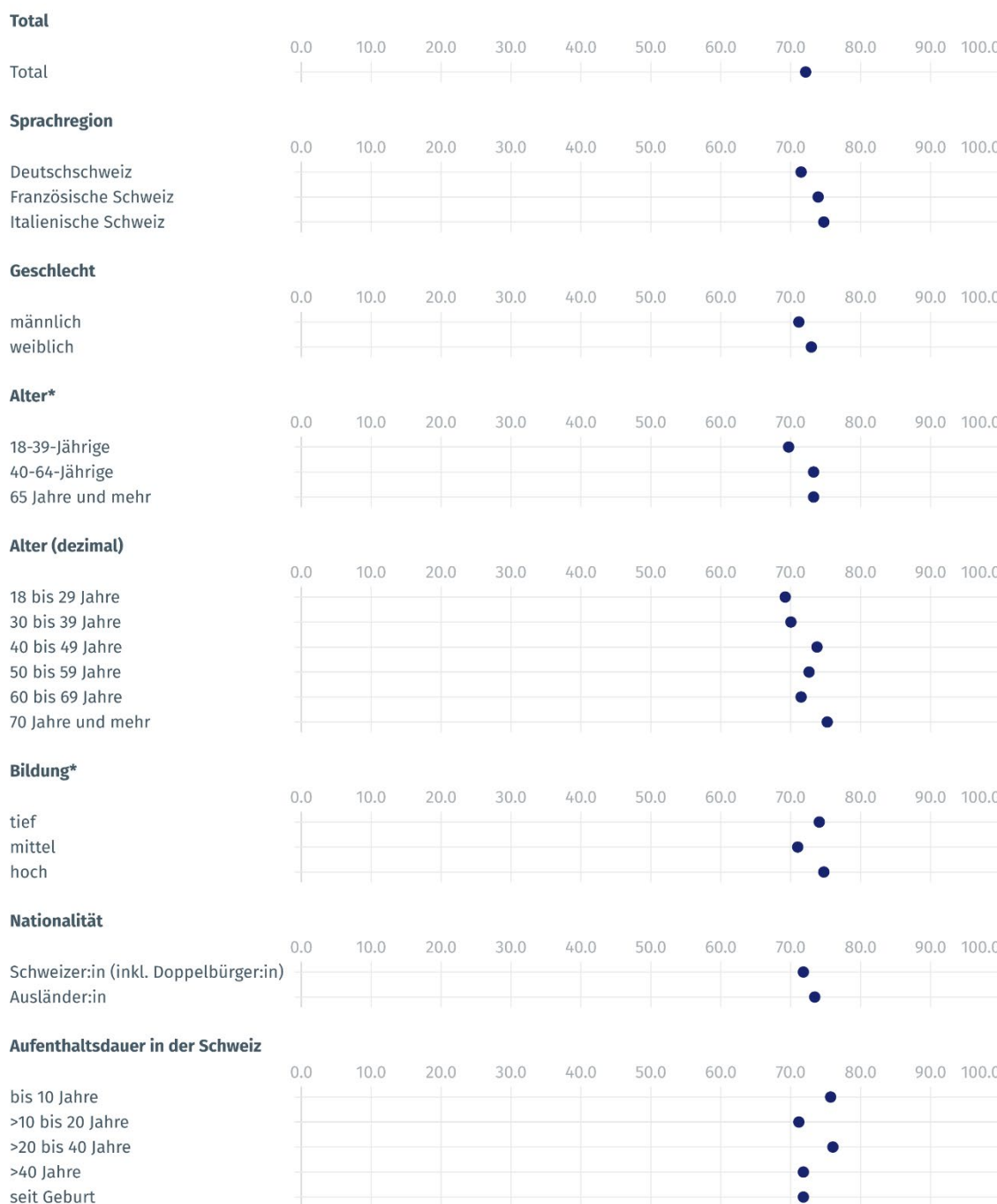
Abbildung 4: Impfkompetenz-Index: Mittelwerte nach Untergruppe – Teil 1

Impfkompetenz-Index: Mittelwerte nach Untergruppen (1/2)

Kategorisierung aufgrund von 12 der 13 Elemente GK Impfen (ohne Element "zu verstehen, was zu tun ist, wenn Sie oder jemand in Ihrer Familie sich impfen lassen möchte?")

Indexwert gibt den relativen Anteil der Antwortkategorie "(sehr) einfach" an

Einwohner:innen ab 18 Jahren
in Mittelwerten



© gfs.bern, Impfkompetenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024 (n=1820) ***p < 0,001, **p < 0,01, *p < 0,05

Abbildung 5: Impfkompetenz-Index: Mittelwerte nach Untergruppe – Teil 2

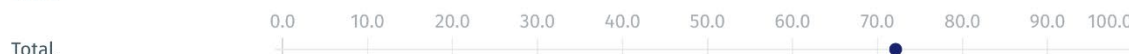
Impfkompetenz-Index: Mittelwerte nach Untergruppen (2/2)

Kategorisierung aufgrund von 12 der 13 Elemente GK Impfen (ohne Element "zu verstehen, was zu tun ist, wenn Sie oder jemand in Ihrer Familie sich impfen lassen möchte?")

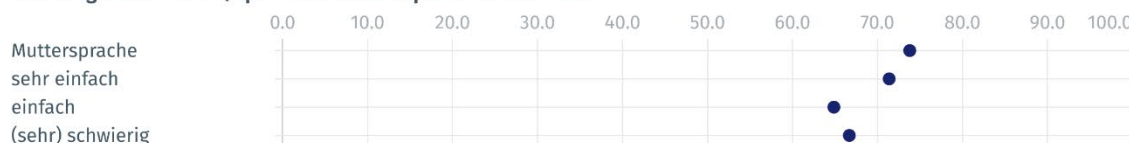
Indexwert gibt den relativen Anteil der Antwortkategorie "(sehr) einfach" an

Einwohner:innen ab 18 Jahren
in Mittelwerten

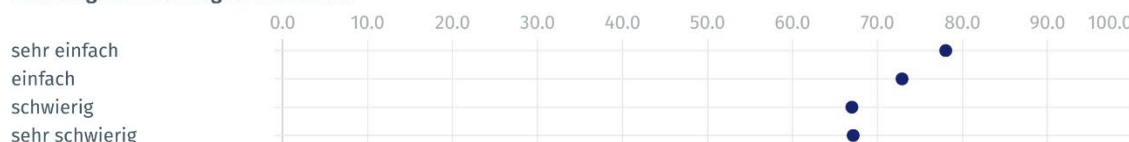
Total



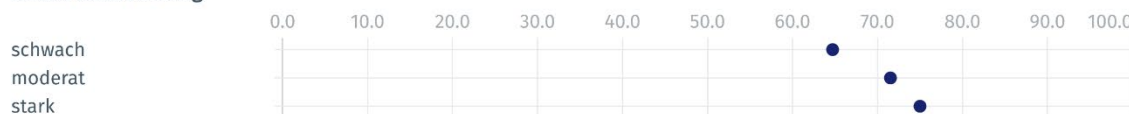
Schwierigkeit Verstehen/Sprechen offizielle Sprache am Wohnort***



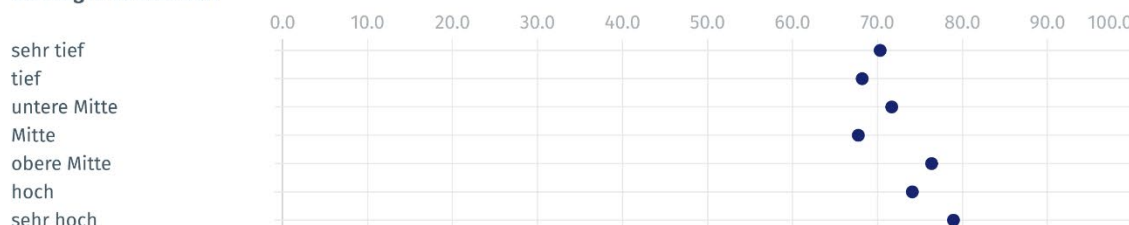
Schwierigkeit Rechnungen zu bezahlen***



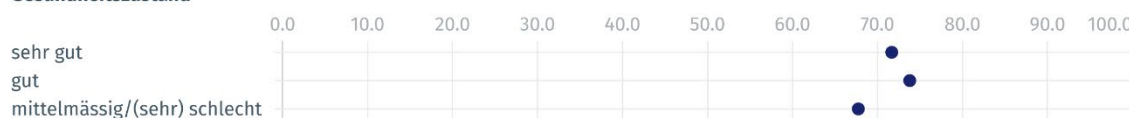
soziale Unterstützung***



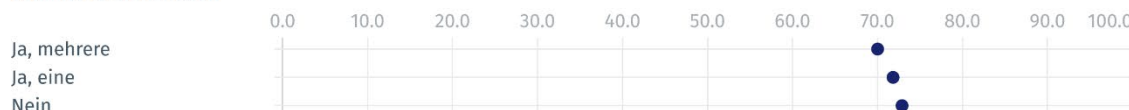
Stellung in Gesellschaft***



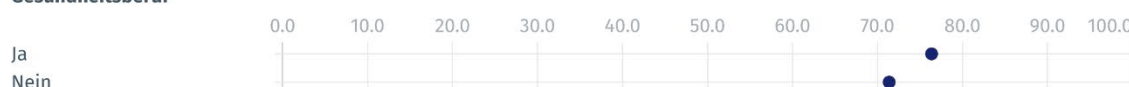
Gesundheitszustand**



chronische Krankheiten



Gesundheitsberuf**



© gfs.bern, Impfkompetenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024 (n=1820) ***p < 0,001, **p < 0,01, *p < 0,05

Drei Regressionsmodelle wurden verwendet, um den Zusammenhang dieser Merkmale mit der Impfkompetenz zu untersuchen (vgl. Tabelle A2 im Anhang):

Modell 1 (soziodemografische und -ökonomische Faktoren) erklärt die Impfkompetenz kaum, was sich am sehr tiefen Bestimmtheitsmass R^2 (0.06) zeigt². Allerdings zeigt sich in diesem Modell ebenso, dass sich die fehlende soziale Unterstützung, die Schwierigkeiten, Rechnungen zu bezahlen, und Sprachschwierigkeiten negativ auf die Impfkompetenz auswirken. Hingegen korreliert die ausländische Staatsangehörigkeit mit einer höheren Impfkompetenz und ebenso etwas schwächer hohes Alter und die Ausübung eines Berufs im Gesundheitswesen. Zudem ist die Zugehörigkeit zur Deutschschweiz mit einer tieferen Impfkompetenz korreliert im Vergleich zur lateinischen Schweiz.

Im **Modell 2** (ergänzt durch diverse Einstellungsfragen) erhöhen die ergänzten potenziellen Einflussfaktoren den Erklärungsgrad der Regression sichtbar ($R^2 = 0.24$). Die soziale Unterstützung bleibt ein wichtiger Erklärungsfaktor für eine hohe Impfkompetenz. Ein hohes Impfwissen sowie eine Vorteilssicht auf Impfungen haben jedoch einen grösseren positiven Einfluss auf die Impfkompetenz. Auch haben die den Gesundheitsbehörden zugeschriebene Glaubwürdigkeit als Informationsquelle sowie deren Einfluss in Richtung Vertrauen einen positiven Einfluss auf die Impfkompetenz. Die angegebene Kenntnis von Personen mit Schäden durch Impfungen bewirkt hingegen eine tiefere Impfkompetenz.

Modell 3 (ergänzt durch die anderen Indices) wird durch den Impfbereitschafts-Index dominiert. Dabei korrelieren die Impfbereitschaft und die Impfkompetenz stark positiv, d. h., dass Personen mit hoher Impfbereitschaft auch eine hohe Impfkompetenz aufweisen und umgekehrt. Die soziale Unterstützung und das Impfwissen bleiben aber wichtige weitere Erklärungsfaktoren der Impfkompetenz.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Personen im Durchschnitt eine höhere Impfkompetenz haben, wenn sie auch eine hohe Impfbereitschaft haben, Impfungen überwiegend Vorteile zuschreiben, ein hohes Impfwissen aufweisen und auf eine starke Unterstützung durch ihr soziales Umfeld zählen können.



2018 wurden 80 Prozent der Bevölkerung eine hohe und 20 Prozent eine niedrige Impfkompetenz zugeschrieben. Die Berechnung des Index beruhte aber lediglich auf drei Fragen und wich von der Vorgehensweise in diesem Bericht deutlich ab. Wenn mit den aktuellen Daten die Kategorisierung gleich umgesetzt wird wie damals³, würden aktuell 77 Prozent (–3 Prozentpunkte) eine hohe und 23 Prozent (+3) eine tiefe Impfkompetenz aufweisen.

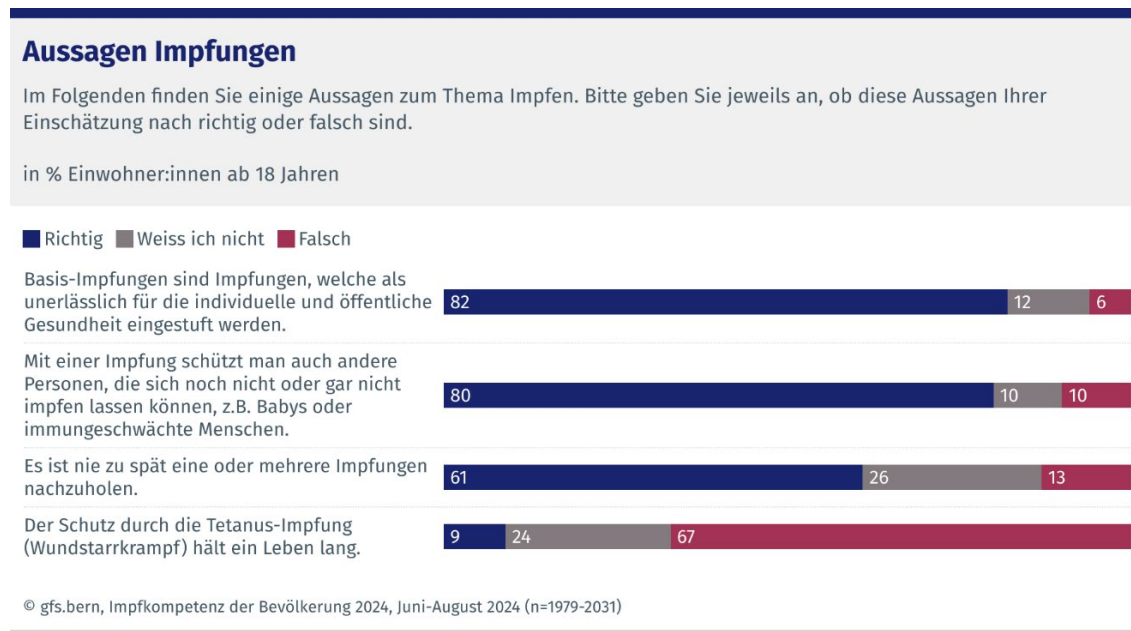
² Das Bestimmtheitsmass R^2 gibt an, welcher Anteil der Varianz der abhängigen Variable (hier die Impfkompetenz) durch die unabhängigen Variablen in einem Regressionsmodell erklärt wird, und liegt zwischen 0 (unabhängige Variablen erklären Varianz überhaupt nicht) und 1 (unabhängige Variablen erklären Varianz vollständig).

³ D. h. Mittelwert derselben drei Aussagen, wobei ein Wert unter 2.5 einer hohen und über 2.5 einer tiefen Impfkompetenz entspricht (eingeschlossen werden nur Personen, welche alle drei Fragen inhaltlich beantwortet haben).

3.2 Impfwissen

Um das Wissen der Befragten zu testen, mussten sie vier Aussagen zu Impfungen als richtig oder falsch beurteilen. Alle vier Aussagen wurden von einer absoluten Mehrheit (d.h. 61% oder mehr) korrekt beurteilt (vgl. Abbildung 6).

Abbildung 6: Wissensfragen zum Thema Impfen



Wird das Impfwissen in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen betrachtet, ist ersichtlich, dass Personen aus der italienischen Schweiz (13%), 18- bis 39-Jährige (13%), Personen mit einem formal tiefen Bildungsniveau (13%), mit einer ausländischen Staatsbürgerschaft (15%) sowie jene, die nicht seit Geburt in der Schweiz wohnhaft sind (14%) und deren Muttersprache nicht mit der offiziellen Sprache am Wohnort übereinstimmt (13% bis 18%), als auch Personen mit Schwierigkeiten Rechnungen zu bezahlen (14%) häufiger fälschlicherweise von einem lebenslangen Schutz vor Tetanus (Wundstarrkrampf) durch die Impfung⁴ aus gehen. Darüber hinaus haben Personen, die fälschlicherweise von einem lebenslangen Impfschutz gegen Tetanus ausgehen, im Durchschnitt eine tiefere Impfkompentenz (MW 72.7) als diejenigen, die korrekt antworteten (MW 73.8). Auch die Impfbereitschaft ist in der erstgenannten Gruppe leicht tiefer (MW 4.3 vs. 4.4).

Der Impfwissens-Index zeigt, dass etwas mehr als ein Drittel (36%) der Befragten alle vier Aussagen korrekt beurteilen konnten (Wert +100, vgl. Abbildung 7). Weitere 23 Prozent haben drei korrekte Antworten und einmal «weiss nicht» gesagt (Wert +75). Damit kann die Mehrheit der Befragten eine Mehrheit der gestellten Aussagen korrekt einordnen. 22 Prozent haben entweder drei korrekte und eine falsche Antwort oder zwei korrekte Antworten und zweimal «weiss nicht» geantwortet (Wert +50). Nur 5 Prozent haben einen negativen Wert, das bedeutet, dass sie mehr inkorrekte als korrekte Antworten gegeben haben (Werte -100/-75/-50/-25). Deutlich überdurchschnittlich sind die Anteile dieser Gruppe unter Personen, die grosse Schwierigkeiten haben, ihre Rechnungen zu bezahlen (20%), oder die sich einen sehr tiefen gesellschaftlichen Status zuschreiben (12%). Im Durchschnitt weisen die befragten Einwohner:innen beim Impfwissens-Index einen Wert von 64.3 (auf der Skala von -100 bis +100) auf, wobei Personen mit keiner Impfung im Durchschnitt einen negativen Wert aufweisen (MW -20.8, mit 1 Impfung MW 36.8). Auch Impfkritiker:innen (MW 12.3) schneiden bei den Wissensfragen vergleichsweise schlecht ab. Ebenso haben Personen mit tieferer Impfbereitschaft (MW 23.3) weniger Impfwissen als jene mit mittlerer Impfbereitschaft (MW 55.6) und jene mit hoher Impfbereitschaft (MW 75.3). Weiter liegen auch Personen mit geringer Impfkompentenz (MW 58.3) leicht unter dem Durchschnitt der Gesamtbevölkerung.

⁴ Eine ausführliche Aufschlüsselung der Tetanus-Aussage entlang aller Untergruppen findet sich Anhang (vgl. Abbildung A1 und Abbildung A2 im Anhang).

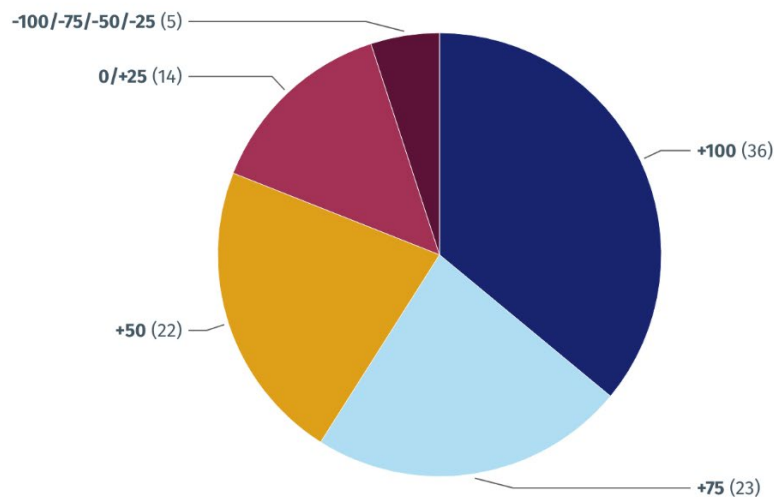
Abbildung 7: Impfwissens-Index

Impfwissens-Index

Im Folgenden finden Sie einige Aussagen zum Thema Impfen. Bitte geben Sie jeweils an, ob diese Aussagen Ihrer Einschätzung nach richtig oder falsch sind.

prozentualer Anteil korrekte Antworten minus prozentualer Anteil inkorrekt Antworten

in % Einwohner:innen ab 18 Jahren



© gfs.bern, Impfkompetenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024 (n = 1879), Mittelwert = 64.3, Standardabweichung = 38.6

Neben diesen vier Wissensfragen wurde eine Frage zur Kenntnis des Schweizerischen Impfplans gestellt: 40 Prozent der Einwohner:innen kennen den Schweizerischen Impfplan, während 60 Prozent den Plan nicht kennen. Dabei haben Eltern mit Kindern im Vorschulalter deutlich häufiger Kenntnis davon (69%). Hingegen kennen Personen, welche die lokale Landessprache nur (sehr) schwer verstehen (22%), mit schwacher sozialer Unterstützung (30%), ab 65 Jahren (26%) oder in der lateinischen Schweiz wohnend (FCH 34%, ICH 29%), den Impfplan seltener. Auch Personen mit tiefer Impfbereitschaft kennen den Impfplan etwas weniger häufig (36%). Die Kenntnis korreliert darüber hinaus auch negativ mit der Anzahl eigener Impfungen (Pearson $r = -.248$), d. h. mit wenigen Impfungen kennt man den Impfplan seltener (0 Impfungen: 29%, 1 Impfung: 22%, 2 Impfungen: 28%, 3 Impfungen 28%). Im Vergleich dazu kennen 72 Prozent der Personen mit acht Impfungen den Schweizerischen Impfplan.

3.3 Impfbereitschaft und Impfkritik

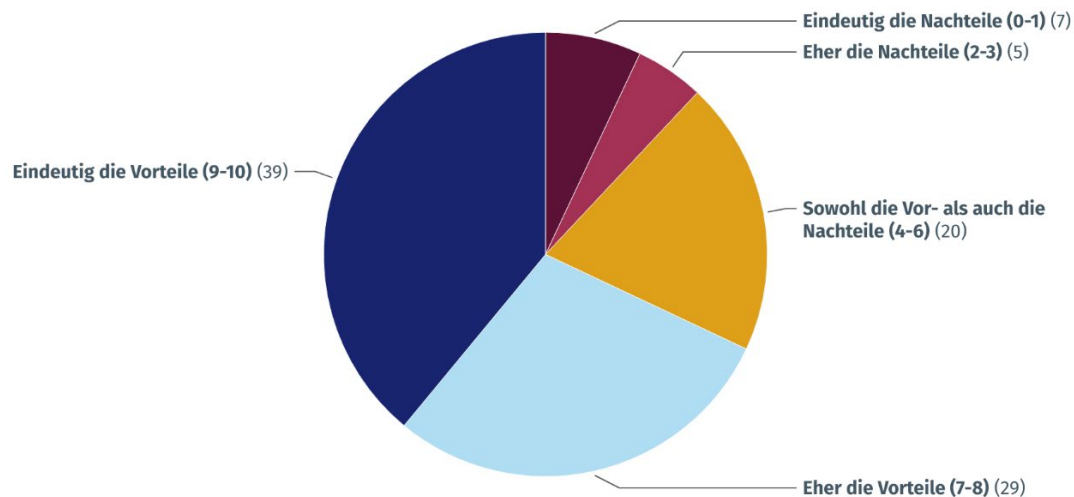
Die Bevölkerung wurde auch danach gefragt, ob die Vorteile oder die Nachteile des Impfens überwiegen. Insgesamt zeigt sich, dass für eine absolute Mehrheit (eher) eindeutig die Vorteile einer Impfung überwiegen (39% bzw. 29%, vgl. Abbildung 8), während 20 Prozent der Ansicht sind, dass sich Vor- und Nachteile die Waage halten. Lediglich eine Minderheit ist der Ansicht, dass die Nachteile überwiegen (12%).

Abbildung 8: Abwägung der Vor- und Nachteile des Impfens

Abwägung Vor-/Nachteile Impfen

Wenn man die Vor- und Nachteile des Impfens allgemein gegeneinander abwägt, was überwiegt dann Ihrer Meinung nach?

in % Einwohner:innen ab 18 Jahren



© gfs.bern, Impfkompentenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024 (n = 2014), Mittelwert = 7.1, Standardabweichung = 2.9

Der Mittelwert bezüglich Vor-/Nachteile von Impfungen liegt für die Gesamtheit der Befragten bei 7.1 auf einer Skala von 0 bis 10 (vgl. Abbildung 9). Ein höherer Mittelwert findet sich dabei bei Personen mit einem hohen Bildungsabschluss (MW 7.9), einem Alter ab 65 Jahren (MW 7.5) sowie denjenigen, bei denen die Ortssprache ihrer Muttersprache entspricht (MW 7.5, vgl. Abbildung 9 und Abbildung 10). Deutlich tiefer liegt der Wert bei Personen, welche (sehr) grosse Mühe haben, ihre Rechnungen zu bezahlen (MW 6.3 resp. 5.3), oder welche sich zuunterst auf der gesellschaftlichen Skala einstufen (MW 6.0).

Die Vorteilssicht korreliert dabei klar mit der Impfbereitschaft und dem eigenen Impfverhalten: Wer eine tiefe Impfbereitschaft hat, sieht überwiegend die Nachteile (MW 3.5), wohingegen jene mit einer hohen Impfbereitschaft klar die Vorteile darin sehen (MW 8.5). Dazwischen liegen Personen mit mittlerer Impfbereitschaft (MW 5.8). Die Vorteilssicht steigt ebenso (fast linear) mit der Anzahl eigener Impfungen, und zwar von null Impfungen (MW 2.3), einer Impfung (MW 4.5), zwei (MW 5.7), drei (MW 6.7), vier (MW 7.5), fünf (MW 7.7), sechs (MW 8.4) und sieben Impfungen (MW 8.8). Nur bei acht Impfungen ist der Wert mit 8.5 wieder etwas tiefer, aber immer noch klar überdurchschnittlich.

Abbildung 9: Mittelwerte Abwägung der Vor- und Nachteile des Impfens nach Untergruppen – Teil 1

Abwägung Vor-/Nachteile Impfen: Mittelwerte nach Untergruppen (1/2)

Wenn man die Vor- und Nachteile des Impfens allgemein gegeneinander abwägt, was überwiegt dann Ihrer Meinung nach?

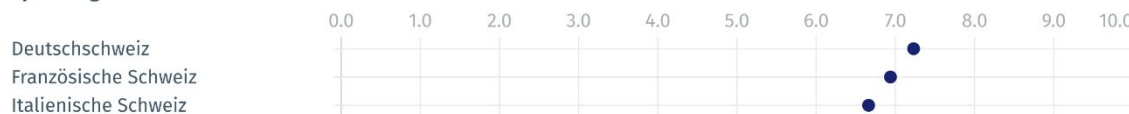
Einstufung zwischen 0 (ganz eindeutig die Nachteile) und 10 (ganz eindeutig die Vorteile)

Einwohner:innen ab 18 Jahren
in Mittelwerten

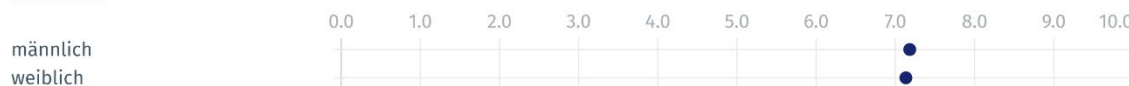
Total



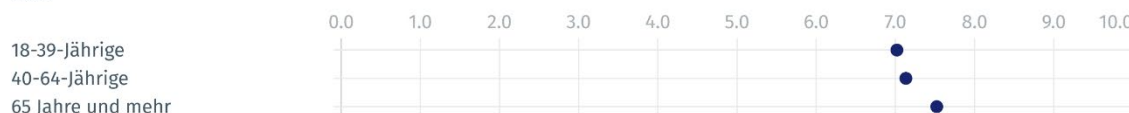
Sprachregion*



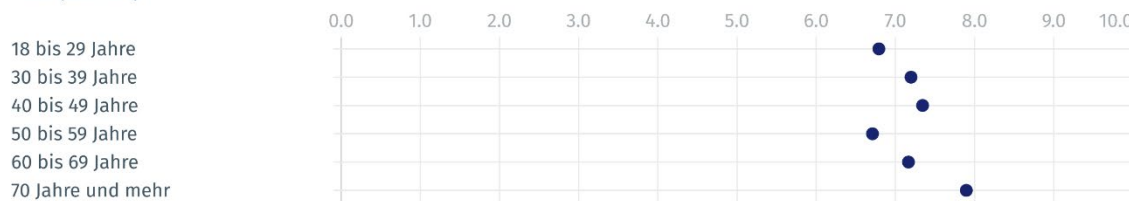
Geschlecht



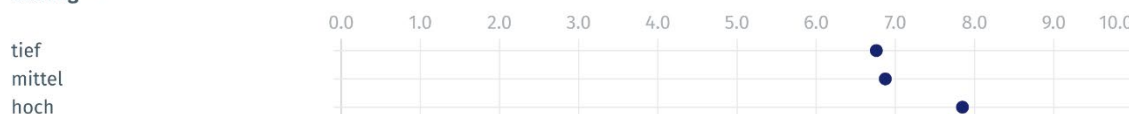
Alter*



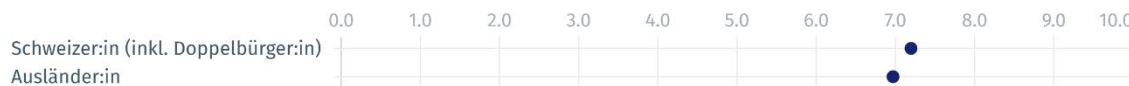
Alter (dezimal)***



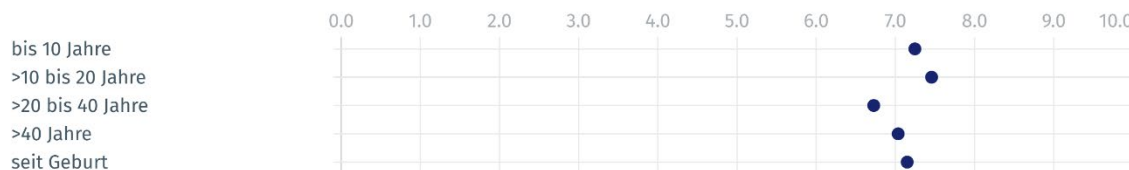
Bildung***



Nationalität



Aufenthaltsdauer in der Schweiz



© gfs.bern, Impfkompetenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024 (n=2014) ***p < 0,001, **p < 0,01, *p < 0,05

Abbildung 10: Mittelwerte Abwägung der Vor- und Nachteile des Impfens nach Untergruppen – Teil 2

Abwägung Vor-/Nachteile Impfen: Mittelwerte nach Untergruppen (2/2)

Wenn man die Vor- und Nachteile des Impfens allgemein gegeneinander abwägt, was überwiegt dann Ihrer Meinung nach?

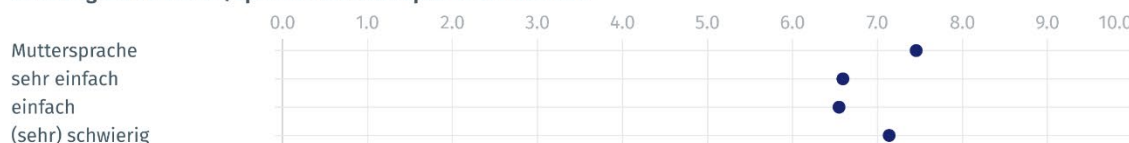
Einstufung zwischen 0 (ganz eindeutig die Nachteile) und 10 (ganz eindeutig die Vorteile)

Einwohner:innen ab 18 Jahren
in Mittelwerten

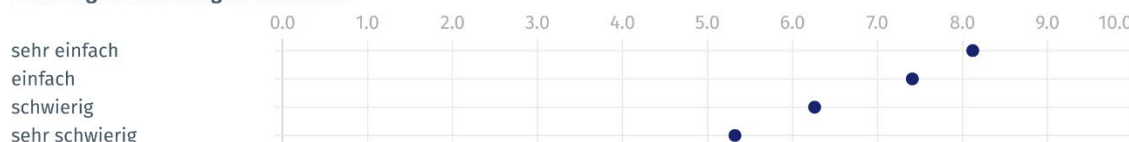
Total



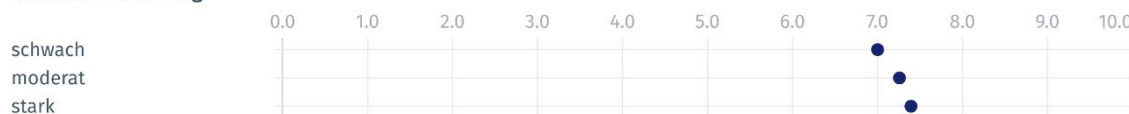
Schwierigkeit Verstehen/Sprechen offizielle Sprache am Wohnort***



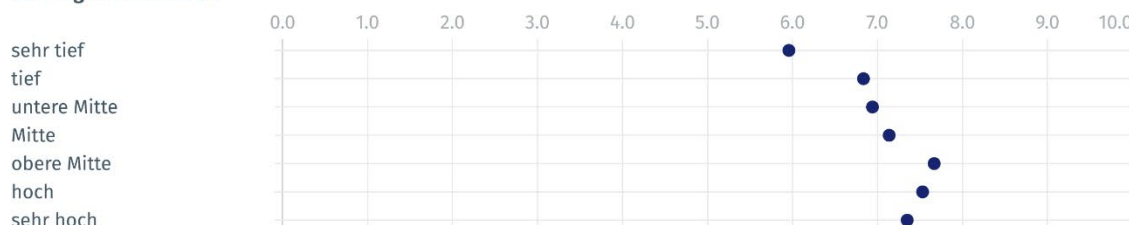
Schwierigkeit Rechnungen zu bezahlen***



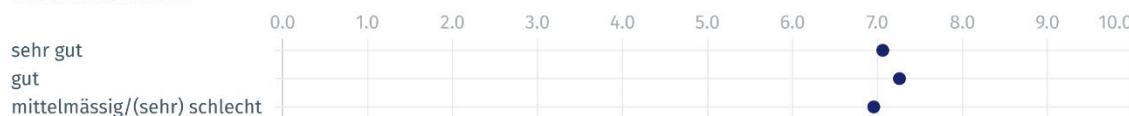
soziale Unterstützung



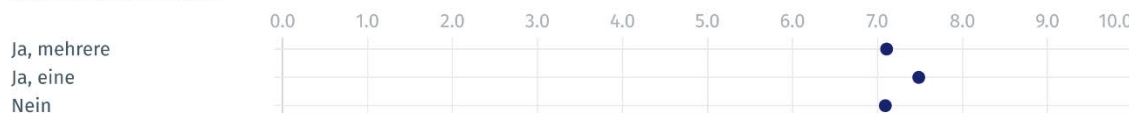
Stellung in Gesellschaft***



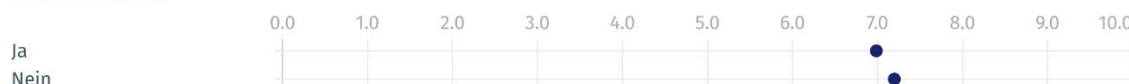
Gesundheitszustand



chronische Krankheiten*



Gesundheitsberuf



© gfs.bern, Impfkompetenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024 (n=2014) ***p < 0,001, **p < 0,01, *p < 0,05



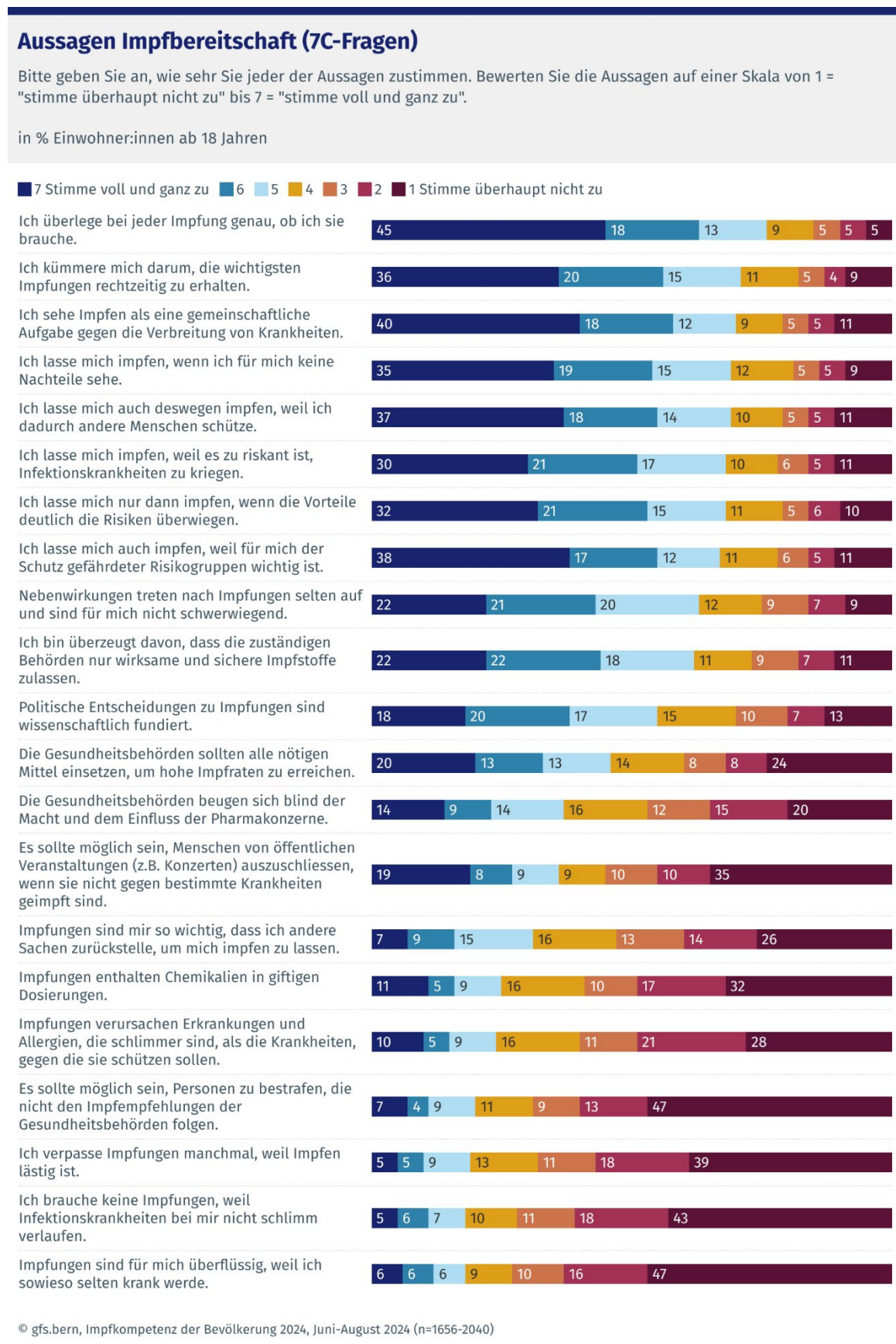
2018 wurde dieselbe Frage mit einer Skala von 1 bis 9 statt von 0 bis 10 abgefragt. Auf der Skala von 2018 resultierte ein Mittelwert von 6.6. Jedoch unterscheiden sich die Antwortkategorien 2018 von der Durchführung 2024. Zudem stehen die Originaldaten aus 2018 sowie die berechnete Standardabweichung für diese Studie nicht zur Verfügung. Somit ist ein Vergleich nur mit folgender Umrechnung auf die Skala von 0-10 möglich, wobei das Ergebnis 7.0 ergibt.

$$MW_{neu} = \frac{10 \times (MW_{alt} - 1)}{8}$$

Auf Basis der zur Verfügung stehenden Angaben sind die Unterschiede statistisch nicht signifikant.

Ein Blick auf die Impfbereitschaft zeigt, dass 11 von 21 Aussagen zur Impfbereitschaft von einer absoluten Mehrheit unterstützt werden (vgl. Abbildung 11). Eine Grafik mit den Mittelwerten der Aussagen zur Impfbereitschaft findet sich im Anhang (vgl. Abbildung A3 im Anhang).

Abbildung 11: Aussagen zur Impfbereitschaft (7C-Fragen)



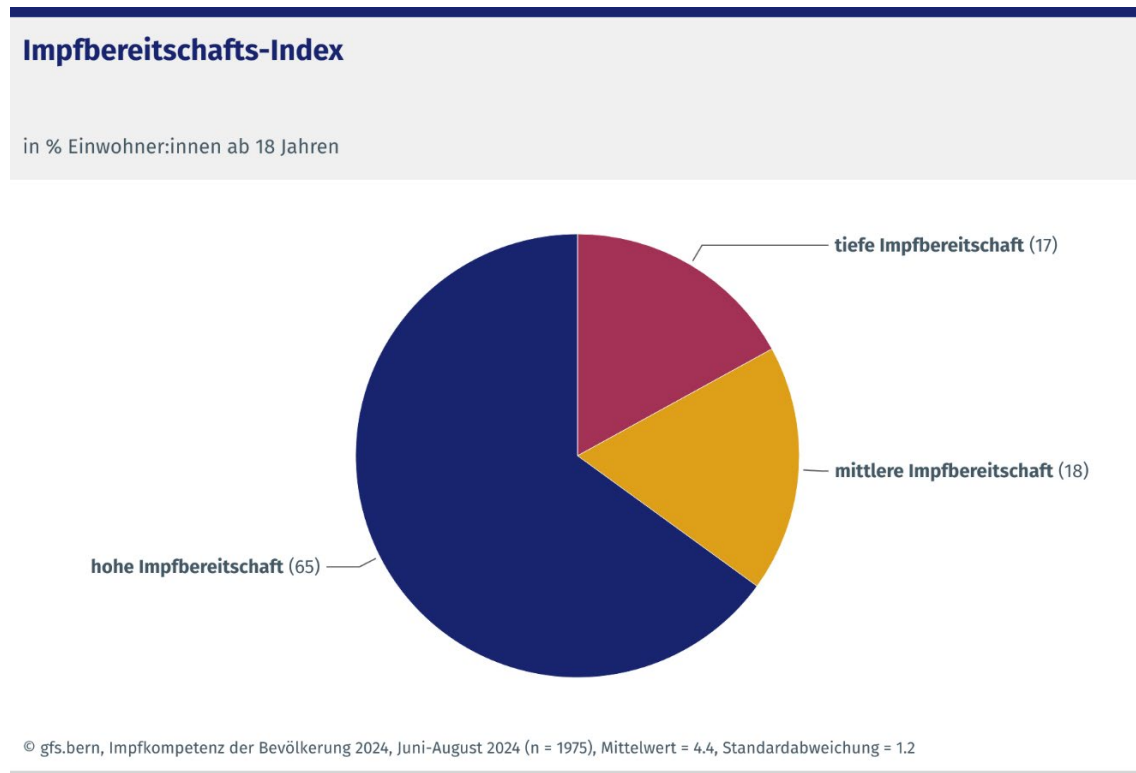
Die Aussage mit der stärksten Zustimmung betrifft die Überlegung zur Notwendigkeit der Impfung (76% mit Werten 5 bis 7 stimme voll und ganz zu). Eine vertiefte Analyse dieser Aussage zeigt, dass es im Vergleich vor allem die Älteren sind, die bei jeder Impfung besonders sorgfältig abwägen, ob sie diese benötigen (60 bis 69 Jahre: Mittelwert 6.0 auf einer Skala von 1 bis 7; ab 70 Jahren: 5.8, vgl. Abbildung A 27 im Anhang). Die Jüngsten hingegen wägen deutlich seltener ab (bis 29 Jahre: 5.2). Schweizer:innen (5.6) zeigen eine etwas stärkere Abwägung als Ausländer:innen (5.4). Dies spiegelt sich auch darin wider, dass Personen, die seit über 40 Jahren in der Schweiz leben, am stärksten abwägen (5.9). Wer die Ortssprache als Muttersprache spricht (5.6) oder sich sehr einfach darin verständigen kann (5.7), wägt eher ab als Personen, die damit (sehr) grosse Mühe haben (4.9, vgl. Abbildung A 28 im Anhang). Schliesslich zeigt sich, dass Frauen (5.6) etwas stärker abwägen als Männer (5.5).

Ebenfalls viel Zustimmung hat die Aussage, dass Impfen «eine gemeinschaftliche Aufgabe gegen die Verbreitung von Krankheiten ist» (70%) und dass man sich Impfen lässt, wenn man keine Nachteile sieht (69%) oder die Vorteile überwiegen (68%). Keine grosse überwiegende Zustimmung erfährt die Aussage, dass politische Impfentscheidungen wissenschaftlich fundiert sind (55%). Eine gewisse Polarisierung zeigt sich darüber hinaus bei der Aussage, dass Gesundheitsbehörden alles Nötige unternehmen sollen, um hohe Impfraten zu erzielen, wobei 46 Prozent dafür und 40 Prozent dagegen sind, während sich 14 Prozent in der Skalenmitte positionieren. Auch die Aussage, dass sich die Gesundheitsbehörden blind der Pharmaindustrie beugen, zeigt eine gewisse Polarisierung (47% Skalenpunkte 1 Stimme überhaupt nicht zu bis 3 vs. 37% Skalenpunkte 5 bis 7). Am stärksten abgelehnt werden unter anderem die Aussagen, dass man keine Impfungen benötigt, weil die Krankheiten nie schlimm verlaufen bei einem selbst (72%) oder man nur selten krank wird (73%).

Es ist anzumerken, dass drei Aussagen einen Anteil von über 10 Prozent «weiss nicht/keine Antwort» aufweisen (nicht in der Grafik dargestellt), wobei das genau die drei Fragen sind, die den Teilbereich «Verschwörung» abdecken. Der höchste Anteil «weiss nicht/keine Antwort» weist die Aussage auf, dass «Impfungen Chemikalien in giftigen Dosierungen enthalten» (21%). Die anderen beiden hohen Anteile an «weiss nicht/keine Antwort» betreffen die Aussagen, dass «Impfungen Erkrankungen und Allergien verursachen, die schlimmer als die Krankheiten sind, vor denen sie schützen sollen» sowie «Gesundheitsbehörden beugen sich blind vor der Macht und dem Einfluss der Pharmakonzerne».

Im Gegensatz dazu verdeutlicht der Impfbereitschafts-Index, dass fast zwei Drittel der Befragten eine hohe Impfbereitschaft aufweisen (vgl. Abbildung 12).

Abbildung 12: Impfbereitschafts-Index



Der Mittelwert des Index liegt bei 4.4 auf einer Skala von 1 bis 7 (vgl. Abbildung 13). Dabei nimmt die Impfbereitschaft im Alter zu: im Vergleich zu den 18- bis 39-Jährigen (MW 4.4) haben die 60- bis 69-Jährigen (MW 4.5) und ab 70-Jährige (MW 4.7) eine überdurchschnittlich hohe Impfbereitschaft, ebenso wie Personen mit einem hohen Bildungsabschluss (MW 4.7). Die Impfbereitschaft geht darüber hinaus ebenfalls mit dem sozioökonomischen Status einher: Wer beispielsweise grosse Schwierigkeiten hat, seine Rechnungen zu bezahlen, hat eine deutlich tiefere Impfbereitschaft (MW 3.8). Auch wer sich der tiefsten sozialen Schicht zugehörig fühlt (MW 4.0), ist weniger impfbereit. Ebenso tiefer ist die Impfbereitschaft bei besserem Gesundheitszustand: Sowohl bei einem selbst zugeschriebenen sehr guten Gesundheitszustand (MW 4.2) als auch der Abwesenheit von chronischen Krankheiten (MW 4.3) ist die Impfbereitschaft tiefer. Uneindeutig ist der Zusammenhang mit dem Sprachverständnis: Die tiefste Impfbereitschaft haben Personen, für welche die Ortssprache entweder die Muttersprache ist (MW 4.4) oder nicht ihre Muttersprache ist, sie aber sehr gut beherrschen (MW 4.2). Hingegen scheinen Personen, die Mühe mit der Ortssprache haben (MW 4.5) eine höhere Impfbereitschaft aufzuweisen.

Abbildung 13: Mittelwerte Impfbereitschafts-Index nach Untergruppen – Teil 1

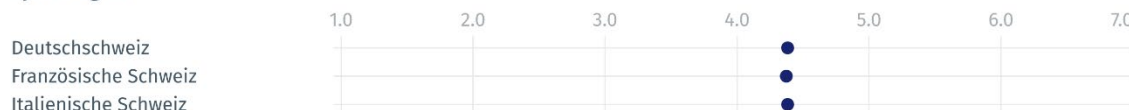
Impfbereitschafts-Index: Mittelwerte nach Untergruppen (1/2)

Einwohner:innen ab 18 Jahren
in Mittelwerten

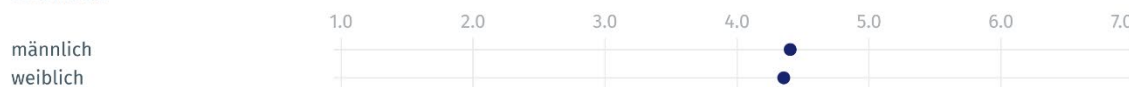
Total



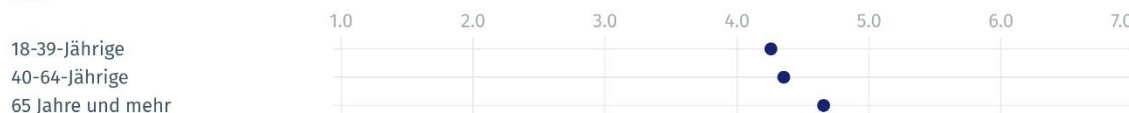
Sprachregion



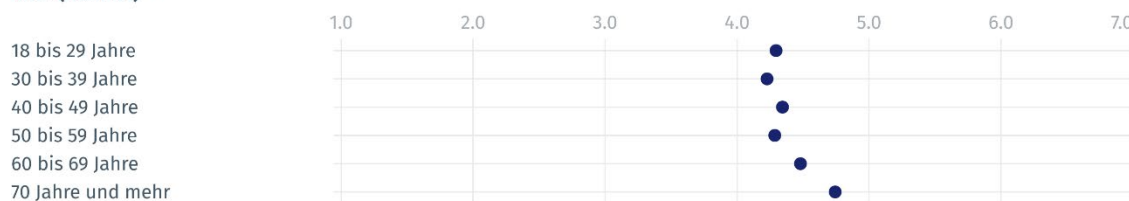
Geschlecht



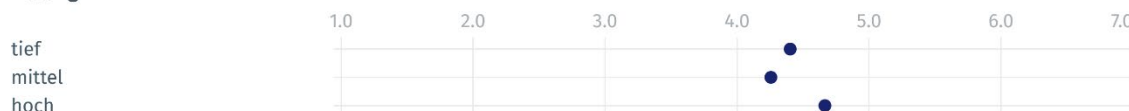
Alter***



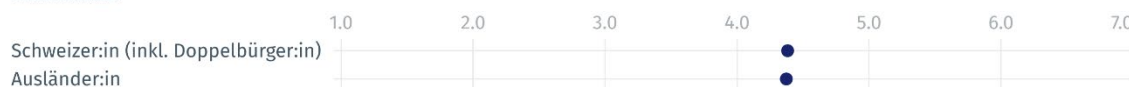
Alter (dezimal)***



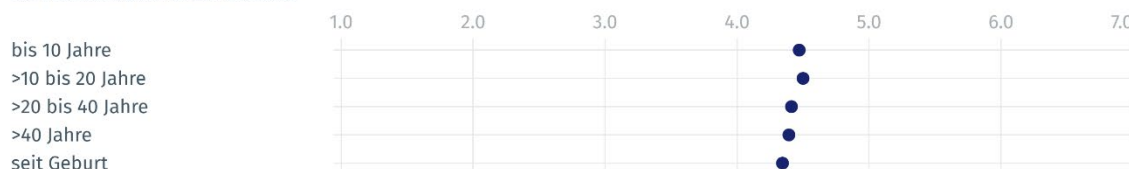
Bildung***



Nationalität



Aufenthaltsdauer in der Schweiz

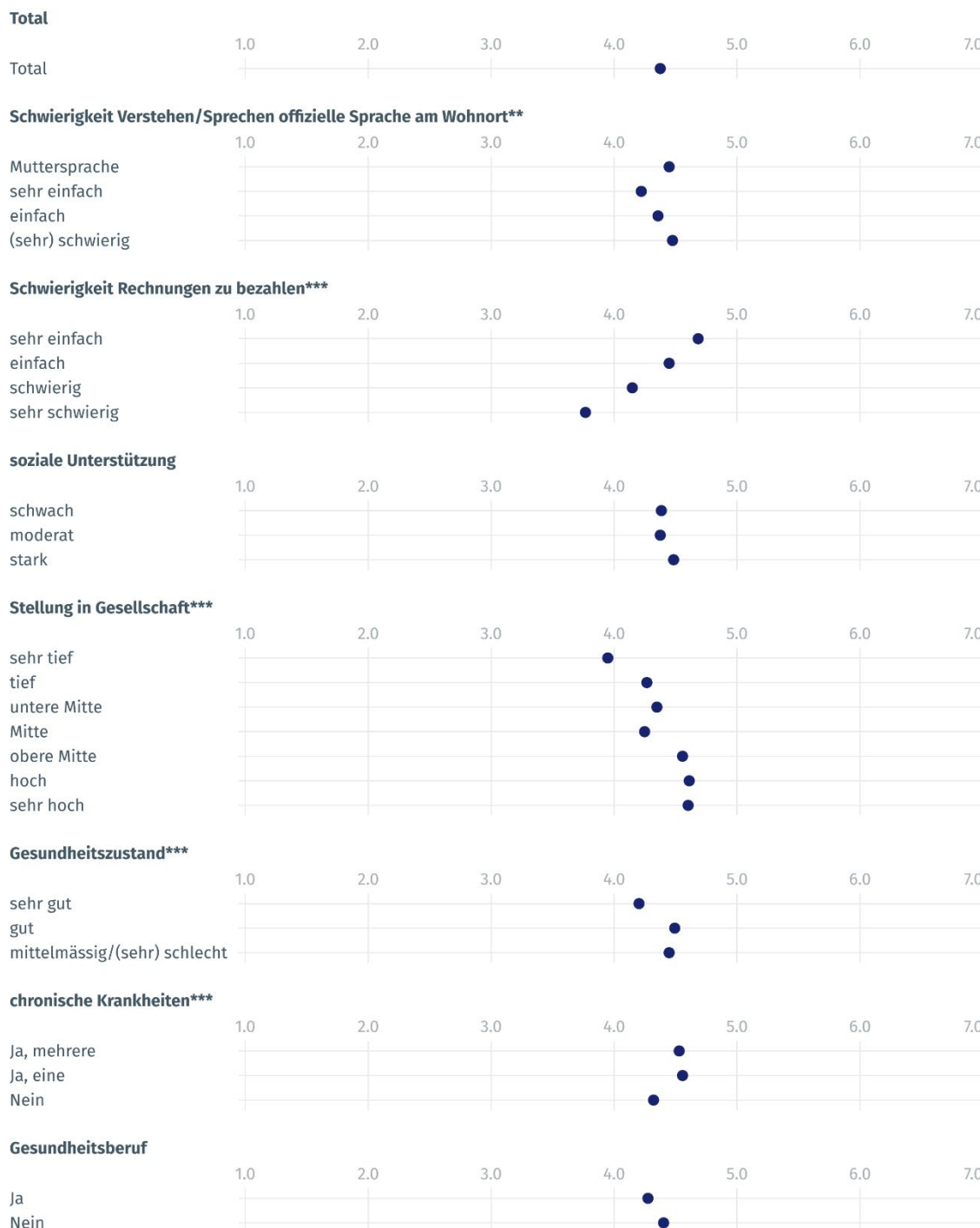


© gfs.bern, Impfkompentenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024 (n=1975) ***p < 0,001, **p < 0,01, *p < 0,05

Abbildung 14: Mittelwerte Impfbereitschafts-Index nach Untergruppen – Teil 2

Impfbereitschafts-Index: Mittelwerte nach Untergruppen (2/2)

Einwohner:innen ab 18 Jahren
in Mittelwerten



© gfs.bern, Impfkompentenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024 (n=1975) ***p < 0,001, **p < 0,01, *p < 0,05

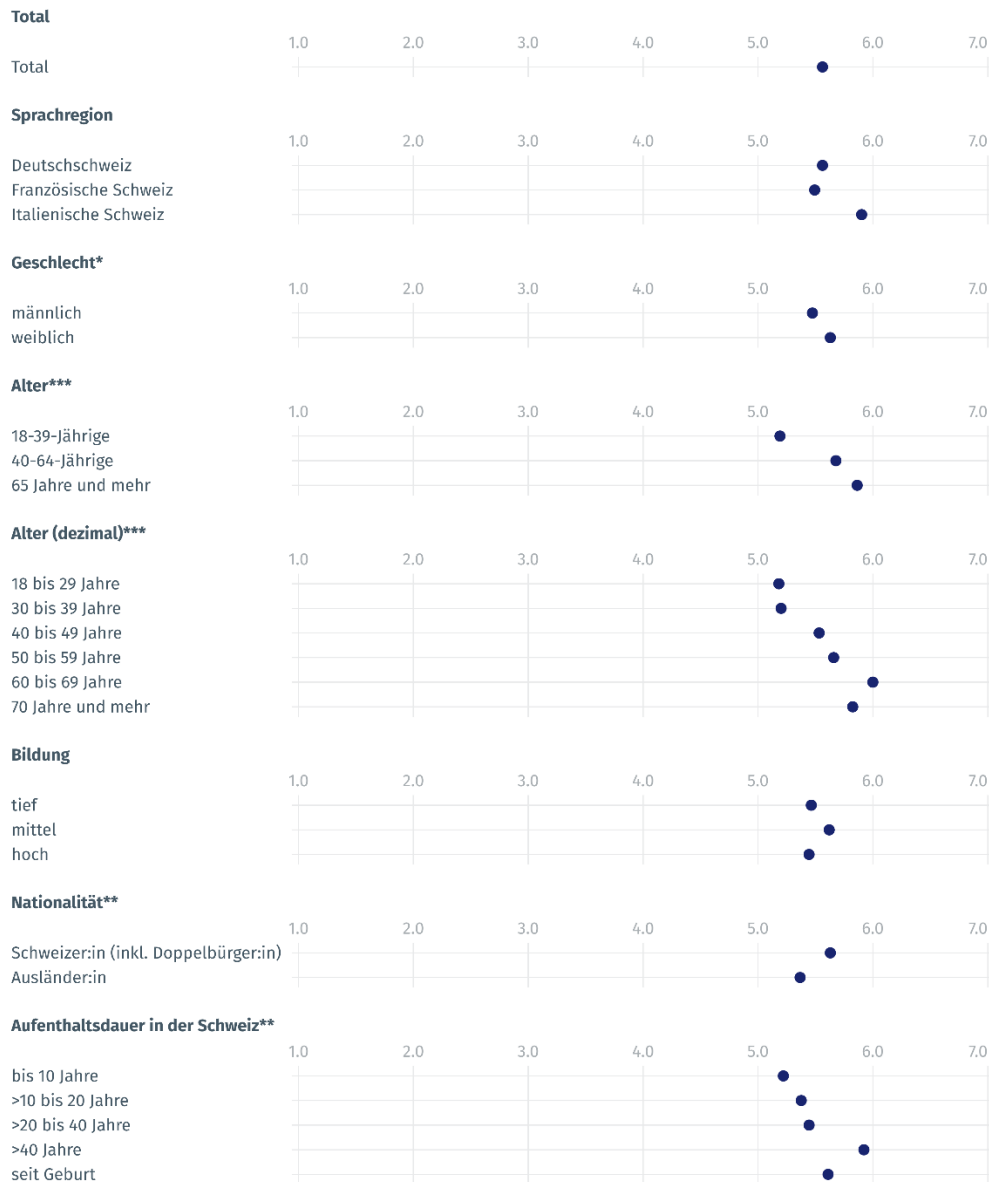
Die Regression (vgl. Abbildung A 27: Abwägung bei jeder Impfung: Mittelwerte nach Untergruppen – Teil 1

Aussagen Impfbereitschaft (7C-Fragen): Abwägung bei jeder Impfung: Mittelwerte nach Untergruppen (1/2)

Bitte geben Sie an, wie sehr Sie jeder der Aussagen zustimmen. Bewerten Sie die Aussagen auf einer Skala von 1 = "stimme überhaupt nicht zu" bis 7 = "stimme voll und ganz zu".

"Ich überlege bei jeder Impfung genau, ob ich sie brauche."

Einwohner:innen ab 18 Jahren
in Mittelwerten



© gfs.bern, Impfkompetenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024 (n=2029) ***p < 0,001, **p < 0,01, *p < 0,05

Abbildung A 28: Abwägung bei jeder Impfung: Mittelwerte nach Untergruppen – Teil 2

Aussagen Impfbereitschaft (7C-Fragen): Abwägung bei jeder Impfung: Mittelwerte nach Untergruppen (2/2)

Bitte geben Sie an, wie sehr Sie jeder der Aussagen zustimmen. Bewerten Sie die Aussagen auf einer Skala von 1 = "stimme überhaupt nicht zu" bis 7 = "stimme voll und ganz zu".

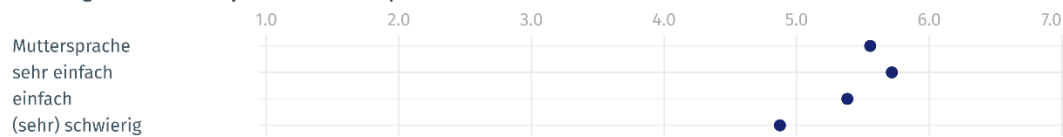
"Ich überlege bei jeder Impfung genau, ob ich sie brauche."

Einwohner:innen ab 18 Jahren
in Mittelwerten

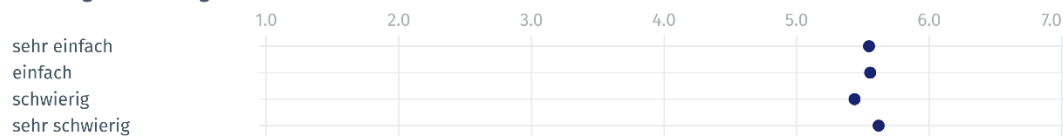
Total



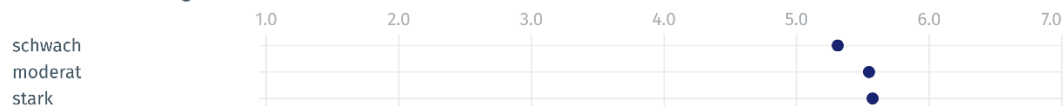
Schwierigkeit Verstehen/Sprechen offizielle Sprache am Wohnort***



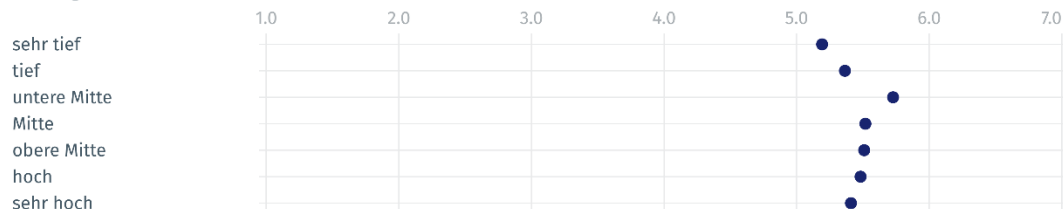
Schwierigkeit Rechnungen zu bezahlen



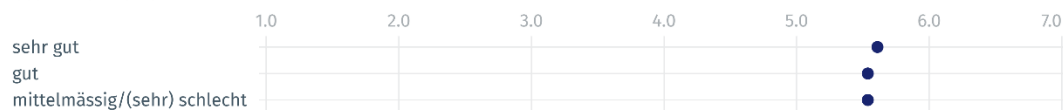
soziale Unterstützung



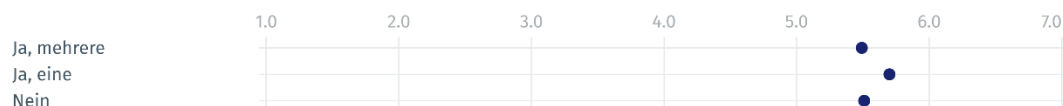
Stellung in Gesellschaft



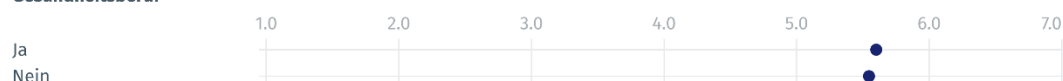
Gesundheitszustand



chronische Krankheiten



Gesundheitsberuf



© gfs.bern, Impfkompentenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024 (n=2029) ***p < 0,001, **p < 0,01, *p < 0,05

Tabelle A3 im Anhang) gibt eine zusammenfassende Analyse der Zusammenhänge mit der Impfbereitschaft:

Modell 1 (soziodemografische und -ökonomische Faktoren) erklärt den Impfbereitschafts-Index kaum ($R^2 = 0.07$). Mit zunehmendem Alter steigt die Impfbereitschaft, während sie mit der zunehmenden Schwierigkeit, Rechnung zu bezahlen, und der längeren Aufenthaltsdauer in der Schweiz, abnimmt. Personen mit chronischen Krankheiten haben eine höhere Impfbereitschaft. Ebenso geht eine höhere Stellung in der Gesellschaft in der Tendenz mit einer höheren Impfbereitschaft einher.

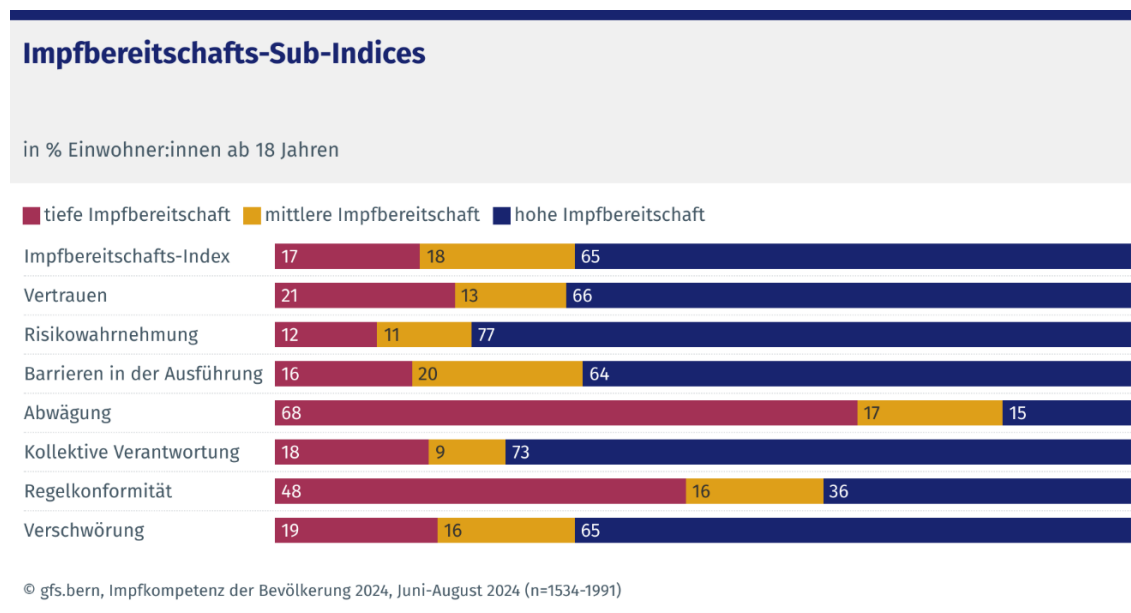
In **Modell 2** (erweitert durch subjektive Einschätzungen und Einstellungen) steigt der Erklärungsgrad deutlich an ($R^2 = 0.75$), d. h. diese Faktoren erklären die Impfbereitschaft sehr gut. Der positiv wahrgenommene Einfluss der Gesundheitsbehörden geht stark mit einer hohen Impfbereitschaft einher. Etwas schwächer gilt das auch für die wahrgenommene Glaubwürdigkeit der Informationen von Seiten Gesundheitsbehörden. Die Impfbereitschaft steigt auch stark an, je mehr man die Vorteile im Vergleich zu den Nachteilen von Impfungen sowie das Risiko für das Erleiden einer Krankheit anerkennt. Ein hohes wahrgenommenes Risiko für Nebenwirkungen reduziert hingegen die Impfbereitschaft, ebenso wie das Kennen von Personen mit Impfschäden. Die Effekte der soziodemografischen Variablen verringern sich im Vergleich zu Modell 1, was darauf hinweist, dass subjektive Einschätzungen eine grössere Rolle spielen.

Modell 3 (mit weiteren Indices wie Impfkompetenz und Impfstatus) zeigt nochmals eine leichte Erhöhung des Erklärungsgrades ($R^2 = 0.76$). Der Impfkompetenz-Index und der Impfstatus (Anzahl Impfungen) korrelieren positiv mit der Impfbereitschaft. Jedoch bleiben der Effekt der Vorteilssicht und der positiv wahrgenommene Einfluss der Gesundheitsbehörden dominant. So sind die Befragten vor allem dann impfbereit, wenn sie den Gesundheitsbehörden vertrauen und die Vorteile von Impfungen sehen. Wer Risiken durch Nebenwirkungen von Impfungen befürchtet, ist hingegen weniger impfbereit.

Die 21 Aussagen zur Impfbereitschaft lassen sich in sieben Teilbereiche oder Faktoren gliedern (vgl. Kapitel 2.1.2). Analog zum Impfbereitschafts-Index lässt sich für jeden Teilbereich ein Sub-Index berechnen (vgl. Abbildung 15), wobei insbesondere zwei Sub-Indices auffallen: Rund zwei Drittel der Befragten weisen betreffend den Aspekt der «Abwägung» eine tiefe Impfbereitschaft auf. Dies bedeutet, dass sich die meisten Einwohner:innen nur dann impfen lassen, wenn die Vorteile die Risiken überwiegen, wenn sie keine Nachteile sehen, und wenn sie sich vorher genau überlegen, ob die Impfung notwendig ist. Eine hohe Impfbereitschaft im Sinne dieses Sub-Index wäre vorhanden, wenn man sich stattdessen diese Gedanken nicht macht und sich in jedem Fall impfen lässt.

Der Bereich «Regelkonformität» weist eine geringe Zustimmung auf, sodass fast die Hälfte der Befragten von einer geringen Impfbereitschaft basierend auf Gründen der Regelkonformität berichtet. Konkret sind die Einwohner:innen mehrheitlich nicht einverstanden damit, dass Personen, die sich nicht an die Impfempfehlungen halten, bestraft oder dass Ungeimpfte von öffentlichen Veranstaltungen ausgeschlossen werden sollen. Sie sind auch kritisch der Forderung gegenüber, dass die Gesundheitsbehörden alle nötigen Mittel einsetzen sollen, um hohe Impfraten zu erreichen.

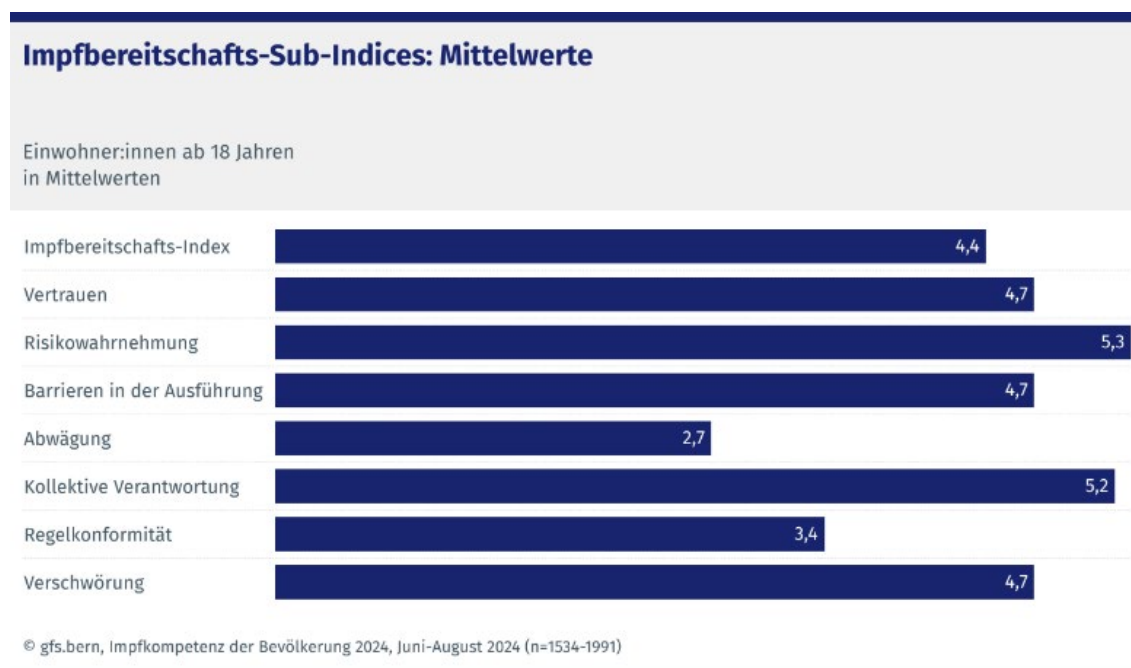
Abbildung 15: Impfbereitschafts-Sub-Indices



Nachfolgend finden sich ergänzend dazu die Mittelwerte der Sub-Indices (vgl. Abbildung 16).

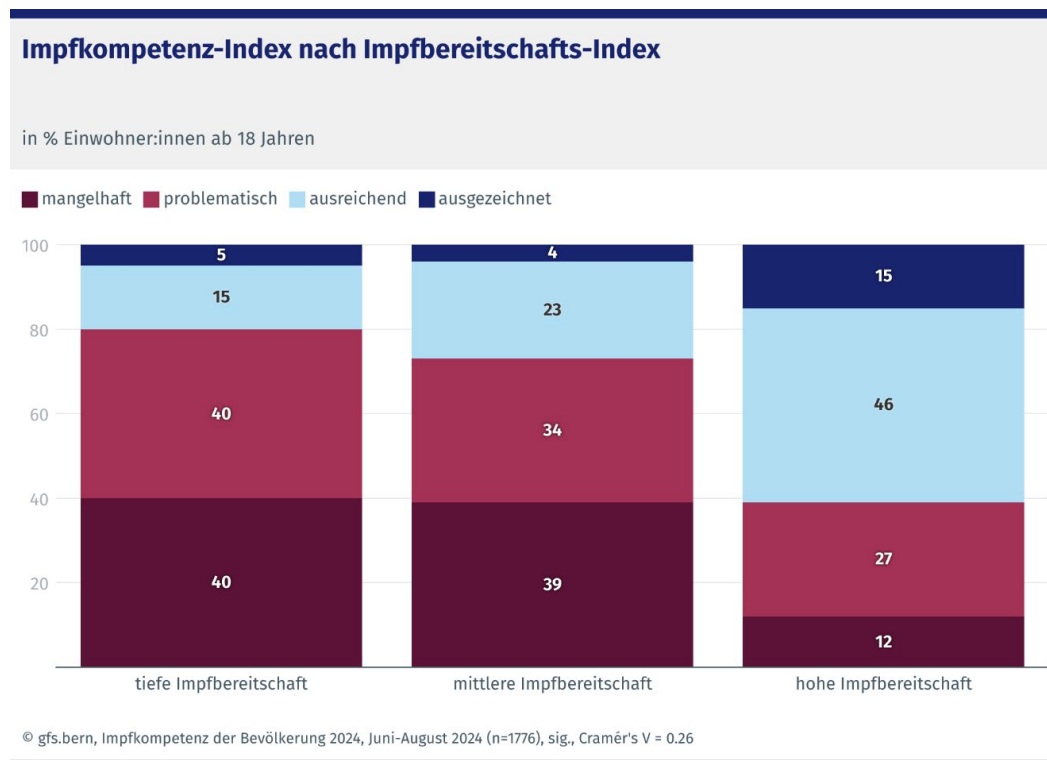
Eine überdurchschnittlich hohe Zustimmung zeigt sich hingegen bei der «Risikowahrnehmung» und der «kollektiven Verantwortung». Dies bedeutet, dass die Befragten die Bedrohung von Infektionskrankheiten anerkennen und Impfungen als notwendig ansehen und durch die eigene Impfung zur Reduzierung der Krankheitsübertragung beitragen wollen, um damit andere indirekt zu schützen. Entsprechend sind sie aus diesen Gründen eher impfbereit. Die anderen drei Bereiche verteilen sich sehr ähnlich wie der Gesamtindex.

Abbildung 16: Mittelwerte Impfbereitschafts-Sub-Indices



Der Impfkompetenz-Index nach Impfbereitschafts-Index findet sich in Abbildung 17.

Abbildung 17: Impfkompetenz-Index nach Impfbereitschafts-Index



Impfkritik

Auf Basis von zwei Fragen zur Impfbereitschaft lassen sich 7 Prozent der Befragten als Impfkritiker:innen identifizieren (vgl. Abbildung 18). So sind Personen in dieser Gruppe der Meinung, dass die Impfungen schlimmer sind als die Krankheiten, gegen die sie schützen sollen, und dass sie giftig sind. Im Gegensatz dazu lehnt ein Drittel der Befragten beide dieser Aussagen stark ab. Die Mehrheit bilden jedoch Verunsicherte (60%), die entweder mindestens eine der beiden Aussagen nicht eindeutig einschätzen können oder die zwei Aussagen gegensätzlich beurteilen.

Betrachtet man die soziodemografischen und -ökonomischen Charakteristiken in diesem Zusammenhang, fällt auf, dass sich viele Impfkritiker:innen unter denjenigen Personen finden lassen, welche sehr grosse Mühe haben, ihre Rechnungen zu bezahlen (22%), oder die sich bezüglich gesellschaftlicher Status sehr tief einschätzen (17%, Abbildung A18 und Abbildung A19). Überdurchschnittlich viele Impfkritiker:innen betreffen auch Personen, die nicht in der Schweiz geboren wurden, aber schon sehr lange (seit über 40 Jahren) in der Schweiz leben (12%), oder Mühe mit der Ortssprache haben (12%).

Abbildung 18: Impfkritik

Impfkritik

Bitte geben Sie an, wie sehr Sie jeder der Aussagen zustimmen. Bewerten Sie die Aussagen auf einer Skala von 1 = "stimme überhaupt nicht zu" bis 7 = "stimme voll und ganz zu".

"Impfungen verursachen Erkrankungen und Allergien, die schlimmer sind, als die Krankheiten, gegen die sie schützen sollen."

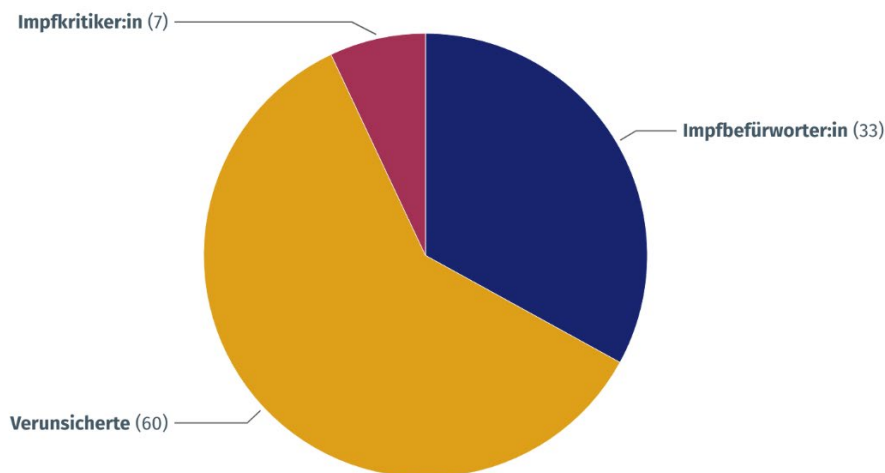
"Impfungen enthalten Chemikalien in giftigen Dosierungen."

Impfbefürworter:in = Ablehnung (1/2) beider Aussagen

Impfkritiker:in = Zustimmung (6/7) zu beiden Aussagen

Verunsicherte = Rest

in % Einwohner:innen ab 18 Jahren



© gfs.bern, Impfkompetenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024 (n=1923)

Mit den Regressionsmodellen (vgl. Tabelle A4 im Anhang) wurde genauer untersucht, wie sich die Gruppe der Impfkritiker:innen zusammensetzt:

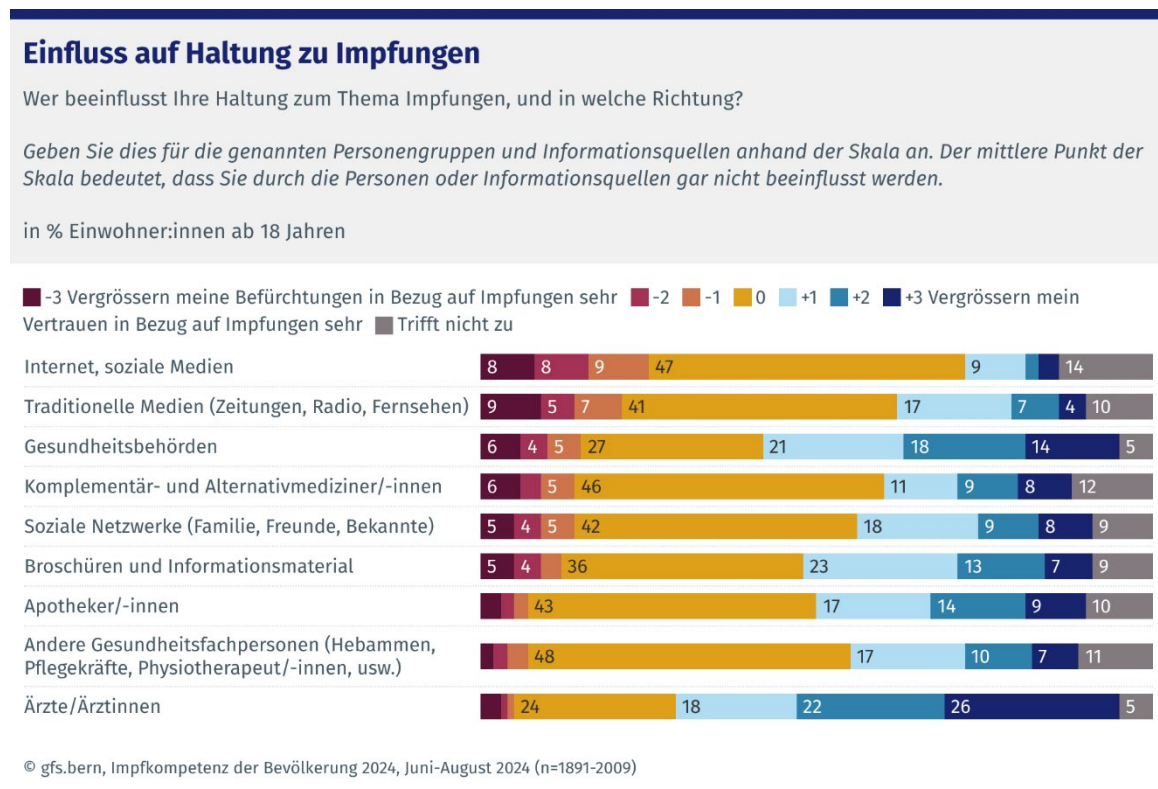
Modell 1 (soziodemografische und -ökonomische Faktoren) zeigt einen geringen Erklärungsgehalt für die Zugehörigkeit zur Gruppe der Impfkritiker:innen ($R^2 = 0.05$). Das heisst, dass die soziodemografischen und -ökonomischen Faktoren allein kaum bestimmen, ob jemand eher impfkritisch oder impfbefürwortend ist. Am ehesten ist es die Schwierigkeit, Rechnungen zu bezahlen, welche mit der Impfkritik korreliert. Moderat nimmt die Impfkritik auch mit zunehmendem Alter zu. Personen, die Probleme beim Verstehen der Ortsprache haben oder im Gesundheitswesen arbeiten, sind ebenfalls mit höherer Wahrscheinlichkeit impfkritisch, wobei diese Effekte schwach ausfallen. Hingegen schrumpft die Wahrscheinlichkeit zu den Impfkritiker:innen zu gehören leicht mit zunehmender Bildung.

Modell 2 (erweitert durch subjektive Einstellungen) erhöht den Erklärungsgehalt für die Zugehörigkeit zur Gruppe der Impfkritiker:innen deutlich ($R^2 = 0.31$). Die subjektive Einstellung erklärt die Impfkritik damit deutlich besser als die soziodemografischen Faktoren. Vor allem sind die Befragten eher impfkritisch, wenn sie das Risiko von Nebenwirkungen stärker wahrnehmen oder generell eher die Nachteile als die Vorteile sehen. Wer hingegen das Risiko durch fehlende Impfungen bei impfbaren Krankheiten erkennt, ist stärker impfbefürwortend. Weniger deutliche Zusammenhänge bestehen bei den Aspekten zum Vertrauen in bestimmte Informationsquellen: Wer Ärzt:innen für glaubwürdig hält, gehört seltener zu den Impfkritiker:innen. Wer hingegen «anderen» Quellen vertraut, fällt eher unter die Kategorie der Impfkritiker:innen. Die soziodemografischen Einflüsse aus Modell 1 wie Alter und Schwierigkeiten beim Bezahlen von Rechnungen bleiben zwar weiterhin signifikant, die Effekte fallen jedoch im Vergleich zu den subjektiven Einstellungen geringer aus.

Modell 3 (mit zusätzlichen Indices wie dem Impfbereitschafts- und Impfkompetenz-Index) bestätigt die in Modell 2 identifizierten Effekte mehrheitlich, wobei der Erklärungsgrad ($R^2 = 0.31$) stabil bleibt. Hier zeigt sich, dass wer eine hohe Impfbereitschaft aufweist, seltener zu den Impfkritiker:innen gehört – was indes logisch ist. Der Impfkompetenz-Index korreliert in Modell 3 hingegen positiv mit der Impfkritik. Wahrscheinlich liegt hier eine Multikollinearität vor, d. h., dass die beiden Variablen «Impfkompetenz» und «Zugehörigkeit zu den Impfkritiker:innen» in ihrer Wirkung auf die Impfbereitschaft stark zusammenhängen und sich gegenseitig beeinflussen. Sie sind also nicht unabhängig voneinander, sondern korrelieren negativ, was bedeutet, dass ein Anstieg in der Impfkompetenz oft mit einer geringeren Zugehörigkeit zu den Impfkritiker:innen verbunden ist. Diese Überlappung erschwert es, die genauen Einflüsse der einzelnen Variablen voneinander zu trennen. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Personen, welche eher die Nachteile von Impfungen und die Risiken von Nebenwirkungen anerkennen, eher der Gruppe der Impfkritiker:innen zuzuteilen sind.

Ergänzend zur Impfbereitschaft wurden die Teilnehmenden auch gefragt, durch wen oder was ihre Haltung zum Thema Impfen beeinflusst wird. Bei 45 Prozent hat ein Ereignis der letzten zehn Jahren die Haltung zum Impfen grundlegend verändert, wobei in erster Linie die COVID-19-Pandemie als wichtiges Ereignis genannt wird (76%; vgl. Abbildung A20 im Anhang). Zudem geben 30 Prozent an, dass die Diskussion um Nebenwirkungen und Langzeitfolgen von Impfungen sie beeinflusst habe, während 15 Prozent die Aspekte Impfwang bzw. sozialer Ausschluss/Einschränkungen für Ungeimpfte als Einflussfaktor angeben. Insgesamt 12 Prozent nennen Sicherheitsaspekte respektive den Schutz vor Ansteckungen, 11 Prozent erwähnen Impfkritiker:innen und 9 Prozent den Schutz von Risikogruppen. Einen positiven Einfluss auf die eigene Haltung gegenüber Impfungen (Skalenpunkte 1 bis 3) haben die Ärzteschaft (66%), die Gesundheitsbehörden (53%) sowie Broschüren und Informationsmaterialien (43%; vgl. Abbildung 19). Die grössten negativen Einflüsse (negative Skalenpunkte) auf die eigene Haltung zu Impfungen gehen vom Internet und den sozialen Medien (25%) aus, gefolgt von den traditionellen Medien (21%) und den Gesundheitsbehörden (15%). Kaum einen Einfluss (Skalenpunkt 0) auf die Impfhaltung haben andere Gesundheitsfachpersonen (48%), das Internet und soziale Medien (47%) sowie Komplementär- und Alternativmediziner:innen (46%).

Abbildung 19: Einfluss auf die Haltung zu Impfungen



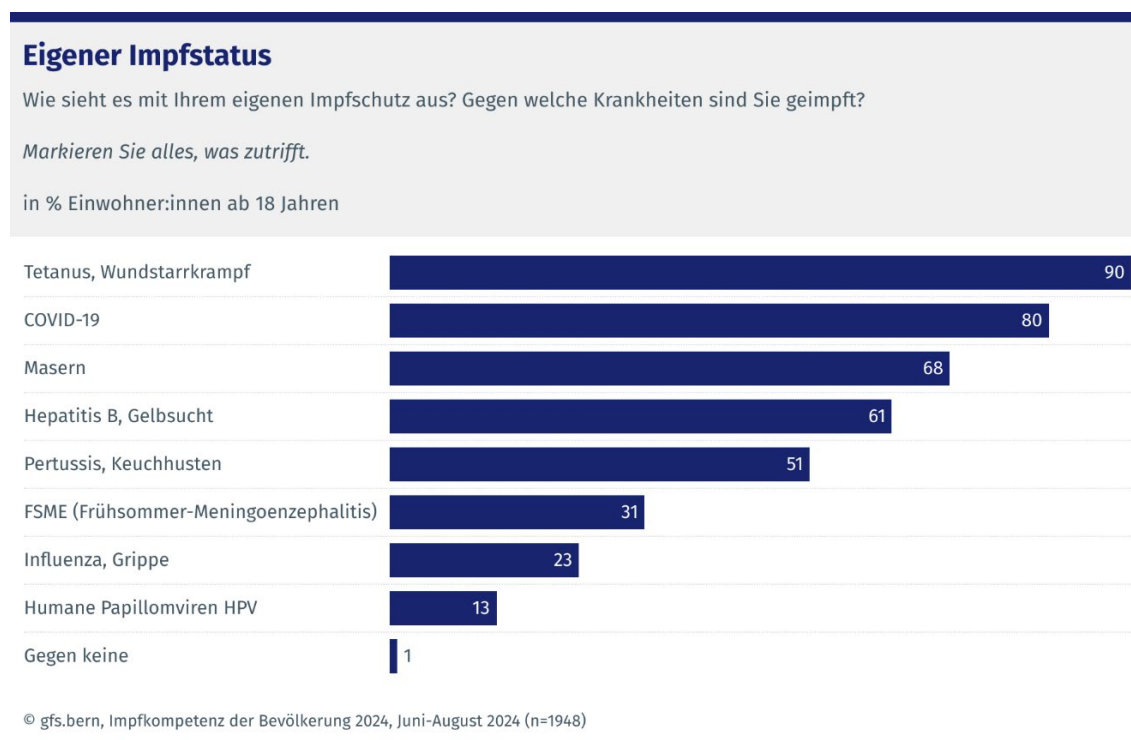
Dasselbe Bild ergibt sich auch bei der Betrachtung der Mittelwerte (vgl. Abbildung A21 im Anhang): Im Durchschnitt vergrössern die Ärzt:innen das Vertrauen am stärksten (1.3), gefolgt von den Gesundheitsbehörden (0.7) und den Apotheker:innen (0.6). Als einzige Informationsquelle hat das Internet einen leicht negativen Mittelwert (−0.3), während sich bei den traditionellen Medien die Effekte in die eine oder die andere Richtung aufheben (± 0.0). Alle anderen abgefragten Informationsquellen und Personengruppen haben im Durchschnitt einen leicht positiven Effekt.

Impfkritiker:innen, Personen mit tiefer Impfbereitschaft, mit geringer Impfkompetenz und wenigen eigenen Impfungen zeigen bei allen neun zur Auswahl stehenden Informationsquellen einen tieferen Mittelwert als die anderen Gruppen. In anderen Worten bedeutet dies, dass diese Personen dadurch nach eigener Aussage durch die Informationsquellen weniger in ihrem Vertrauen gestärkt oder mehr in ihren Befürchtungen unterstützt werden. So geben Impfkritiker:innen beispielsweise häufiger an, dass ihre Befürchtungen bezüglich Impfungen vor allem durch Gesundheitsbehörden (−1.4), durch Broschüren und Informationsmaterial (−1.3) sowie traditionelle (−1.2) und soziale Medien (−1.0) vergrössert werden. Der geringste Einfluss in Richtung Befürchtungen verorten die Impfkritiker:innen bei den Komplementär- und Alternativmediziner:innen (−0.2).

3.4 Impfstatus und Impfverhalten

Bei der Betrachtung des selbstdeklarierten Impfstatus⁵ der Befragten für ausgewählte Impfungen (vgl. Abbildung 20) ist zu berücksichtigen, dass die Impfempfehlung je nach Impfung und Gruppe unterschiedlich ist. Die Tetanus-Impfung ist die am häufigsten und praktisch flächendeckendste Impfung in der Bevölkerung (90%). Auf dem zweiten Platz findet sich die COVID-19-Impfung (80%), gefolgt von der Masern-Impfung (68%). Vergleichsweise am wenigsten verbreitet sind die Grippe-Impfung (23%) und HPV-Impfung (13%). 1 Prozent der Befragten gibt an, gar keine Impfungen zu haben.

Abbildung 20: Selbstdeklariierter Impfstatus



Es ist nicht erstaunlich, dass sich – mit altersabhängigen und sich über die Jahre verändernden Impfempfehlungen – die Anteile an geimpften Personen je nach Altersgruppe unterscheiden. So sind 47 Prozent der 18- bis 29-Jährigen gegen HPV geimpft. Im Vergleich dazu liegt der Anteil an HPV-geimpften bei den 30- bis 39-Jährigen bei lediglich 19 Prozent (40-49 Jahre: 8%; 50+ Jahre: 3%). Auch bei Gelbsucht, Keuchhusten und FSME nimmt der Anteil an geimpften Personen mit zunehmendem Alter

⁵ Der Einfachheit halber sprechen wir im Bericht von „Impfstatus“, wobei immer der selbstdeklarierte Impfstatus gemeint ist.

tendenziell ab. Umgekehrt sind bei den 18- bis 59-Jährigen nur 17 Prozent gegen Influenza geimpft. Bei den 60- bis 68-Jährigen sind es 25 Prozent, bei den über 70-Jährigen 46 Prozent. Die Impfrate gegen COVID-19 ist in allen Altersgruppen relativ hoch, nimmt aber zu mit dem Alter und damit dem Risiko, einem schweren Verlauf der Krankheit ausgesetzt zu sein (18-39 Jahre: 75%; 40-59 Jahre: 81%; 60-69 Jahre: 85%; 70+ Jahre: 90%).



Bei den Impfungen, die in beiden Studien abgefragt wurden, ist die selbstgeäußerte Impfrate gegenüber 2018 gestiegen (vgl. Abbildung 21). Am grössten ist dabei der Unterschied bei der Masern-Impfung: So geben im Vergleich zu 2018 aktuell 27 Prozent mehr an, gegen Masern geimpft worden zu sein. Auch bei den anderen Basis-Impfungen ist eine höhere Impfrate festzustellen (Tetanus +5,%, Hepatitis B +6%, Pertussis +9%). Im Gegensatz dazu ist bei der Grippe-Impfung ein leichter Rückgang zu verzeichnen (-2%).

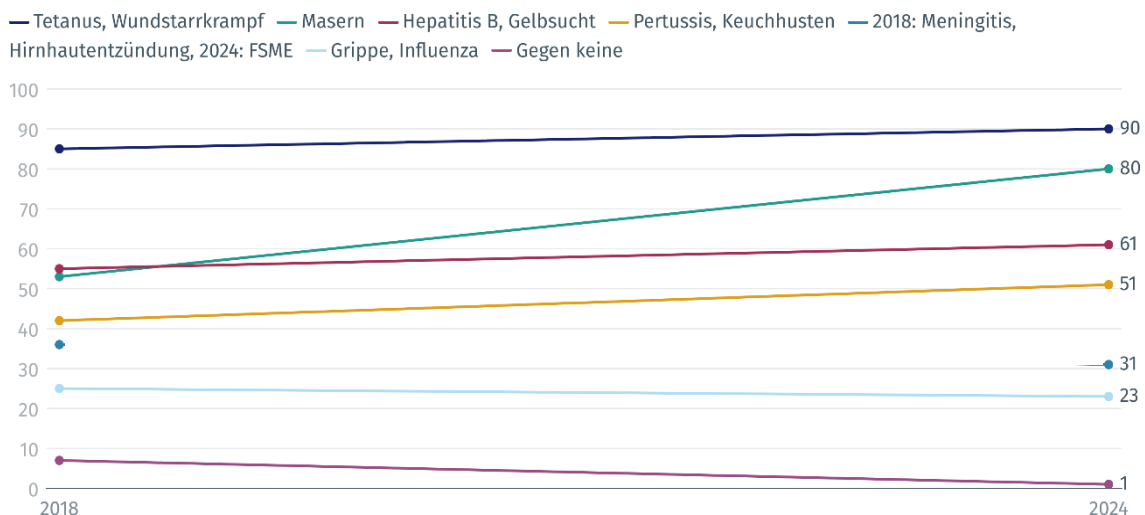
Abbildung 21: Eigener Impfstatus – Vergleich mit Vorgängerstudie

Trend Eigener Impfstatus

Wie sieht es mit Ihrem eigenen Impfschutz aus? Gegen welche Krankheiten sind Sie (2018: zurzeit) geimpft?

Markieren Sie alles, was zutrifft.

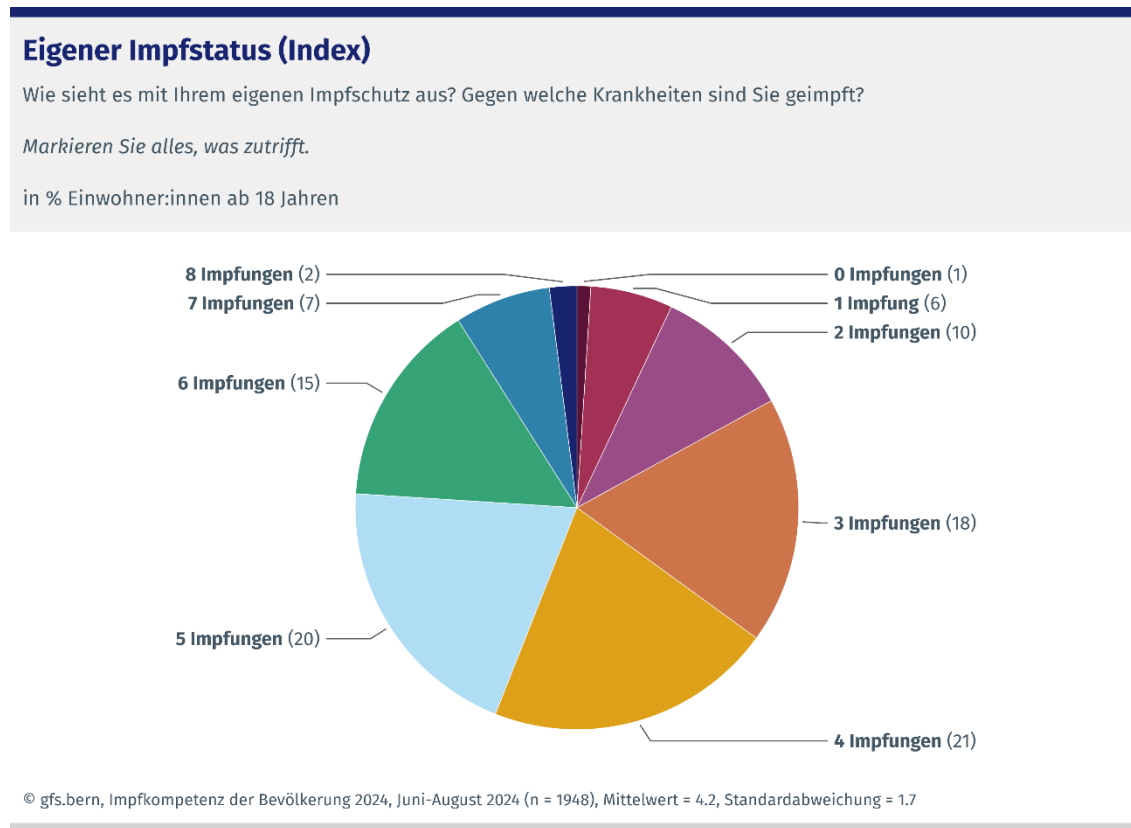
in % Einwohner:innen ab 18 Jahren



© gfs.bern, Impfkompentenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024 (n=jeweils ca. 1800)

Basierend auf diesen Angaben wurde ein Impfstatus-Index berechnet, welcher angibt, gegen wie viele der acht zur Auswahl stehenden Krankheiten⁶ die Befragten geimpft sind (vgl. Abbildung 22). Dadurch ergibt sich für den eigenen Impfstatus ein Wert zwischen 0 und 8. Dieser Index ist jedoch mit gewisser Vorsicht zu betrachten, da sich die offiziellen Impfeempfehlungen für die unterschiedlichen Gruppen unterscheiden und somit nicht für alle Personengruppen die maximale Anzahl von acht Impfungen empfohlen ist.

Abbildung 22: Eigener Impfstatus (Index)



Im Durchschnitt haben die Befragten 4.2 der 8 zur Auswahl stehenden Impfungen (vgl. Abbildung 23). Dabei ist ebenfalls ein Alterseffekt zu erkennen: Ältere (ab 65 Jahren, MW 3.6) haben weniger Impfungen als Jüngere (bis 39 Jahre MW 4.6). Dies steht in einem gewissen Zusammenhang mit den Impfeempfehlungen, die sich im Verlauf der Zeit verändert haben und für unterschiedliche Risiko- und Altersgruppen gelten. So gab es beispielsweise früher noch keine HPV-Impfung. Der Alterseffekt hat auch einen Einfluss auf den Zusammenhang zwischen der Anzahl Impfungen und der Aufenthaltsdauer in der Schweiz bzw. dem Gesundheitszustand (vgl. Abbildung 24). Weiter zeigt sich auch hier ein Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status: Wer sich einem sehr tiefen Status zuschreibt, hat im Durchschnitt weniger Impfungen (MW 3.6, vgl. Abbildung 23). Das trifft ebenso zu bei (grossen) Schwierigkeiten beim Bezahlen der Rechnungen (MW 4.0 resp. 3.8) oder Verständnisschwierigkeiten bei der lokalen Sprache (MW 3.8 resp. 3.9). Auch wer nur über wenige soziale Unterstützung verfügt, hat im Durchschnitt weniger Impfungen (MW 4.0 resp. 4.1). Den höchsten Mittelwert findet sich bei Personen, die einen Gesundheitsberuf ausüben (MW 4.9), gefolgt von Personen mit hoher Bildung (MW 4.7, vgl. Abbildung 23).

Auch die Anzahl Impfungen korreliert mit der Impfbereitschaft (Pearson $r = .418$): Personen mit tiefer Impfbereitschaft haben im Durchschnitt 2.8 Impfungen, mit mittlerer 4.0 und mit hoher Impfbereitschaft 4.6 Impfungen.

⁶ Personen mit «weiss nicht» oder «keine Antwort» wurden für den Index ignoriert. Auf eine weitergehende Kategorisierung wurde beim eigenen Impfstatus verzichtet.

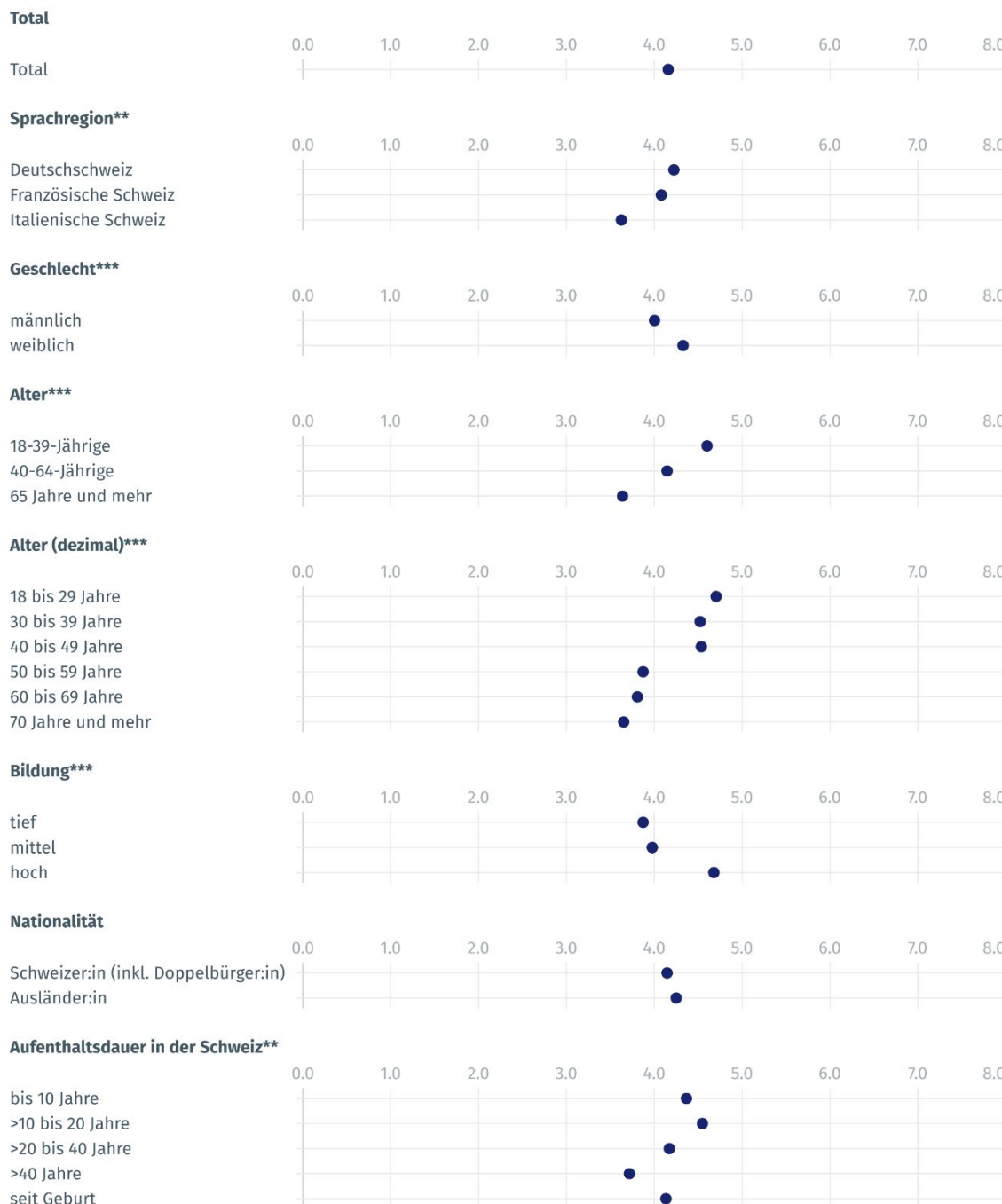
Abbildung 23: Mittelwerte eigener Impfstatus nach Untergruppen – Teil 1

Impfstatus: Mittelwerte nach Untergruppen (1/2)

Wie sieht es mit Ihrem eigenen Impfschutz aus? Gegen welche Krankheiten sind Sie geimpft?

Anzahl ausgewählter Impfungen (zwischen 0 und 8)

Einwohner:innen ab 18 Jahren
in Mittelwerten



© gfs.bern, Impfkompentenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024 (n=1948) ***p < 0,001, **p < 0,01, *p < 0,05

Abbildung 24: Mittelwerte eigener Impfstatus nach Untergruppen – Teil 2

Impfstatus: Mittelwerte nach Untergruppen (2/2)

Wie sieht es mit Ihrem eigenen Impfschutz aus? Gegen welche Krankheiten sind Sie geimpft?

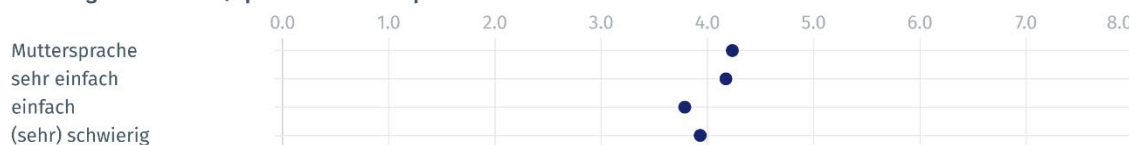
Anzahl ausgewählter Impfungen (zwischen 0 und 8)

Einwohner:innen ab 18 Jahren
in Mittelwerten

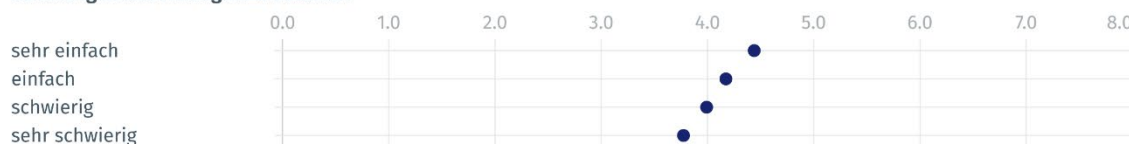
Total



Schwierigkeit Verstehen/Sprechen offizielle Sprache am Wohnort*



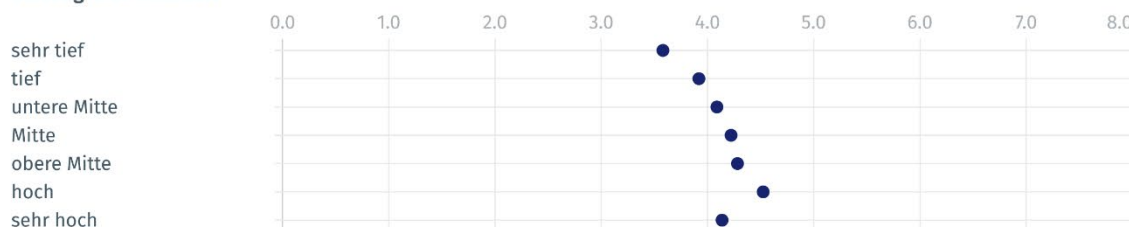
Schwierigkeit Rechnungen zu bezahlen***



soziale Unterstützung***



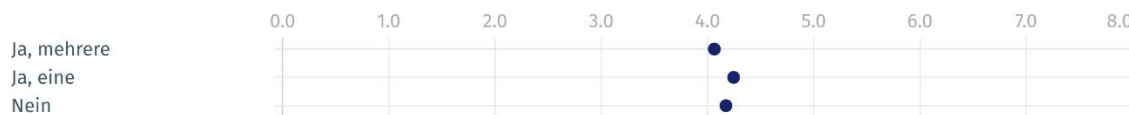
Stellung in Gesellschaft***



Gesundheitszustand*



chronische Krankheiten



Gesundheitsberuf*



© gfs.bern, Impfkompentenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024 (n=1948) ***p < 0,001, **p < 0,01, *p < 0,05

In den Regressionsmodellen (vgl. Tabelle A5 im Anhang) werden die Zusammenhänge noch etwas genauer überprüft:

Modell 1 (soziodemografische und -ökonomische Faktoren) zeigt einen moderaten Erklärungsgehalt für den eigenen Impfstatus ($R^2 = 0.13$). In diesem Modell weist das Alter den stärksten negativen Einfluss auf, was bedeutet, dass jüngere Personen eher mehr Impfungen aufweisen. Das geht auch mit den unterschiedlichen Impfempfehlungen über die Jahre für verschiedene Risiko- und Altersgruppen einher. Personen mit einem höheren Bildungsabschluss, einer beruflichen Tätigkeit im Gesundheitswesen oder mit eigenen Kindern haben im Durchschnitt mehr Impfungen.

Modell 2 (erweitert um subjektive Einschätzungen und Einstellungen) erhöht den Erklärungsgehalt des Modells deutlich ($R^2 = 0.33$). Wer Vorteile in Impfungen sieht und das Risiko einer Ansteckung durch impfbare Krankheiten ohne Impfung anerkennt, hat im Durchschnitt mehr Impfungen. Befragte, die den Schweizerischen Impfplan kennen und auch sonst ein höheres Impfwissen haben, sind ebenfalls häufiger geimpft. Die Abnahme der Anzahl Impfungen mit zunehmendem Alter, bleibt auch in diesem Modell stabil.

Modell 3 (ergänzt durch den Impfbereitschafts- und den Impfkompetenz-Index) zeigt eine weitere leichte Erhöhung des Erklärungsgrades ($R^2 = 0.35$). Der Impfbereitschafts-Index ist in diesem Modell der stärkste Prädiktor für den Impfstatus, d. h., dass impfbereite Personen im Durchschnitt auch häufiger geimpft sind.

Zusammenfassend haben die Befragten im Durchschnitt mehr Impfungen erhalten, wenn sie stärker impfbereit und jünger sind, wenn sie die Vorteile von Impfungen beziehungsweise die Risiken fehlender Impfungen sehen, wenn sie über ein hohes Impfwissen verfügen oder selber im Gesundheitswesen arbeiten.

Wird spezifisch das Impfverhalten der letzten fünf Jahre betrachtet, geben 60 Prozent an, sich gegen eine Krankheit (ausser COVID-19⁷) geimpft zu haben. Häufiger keine Impfung in den letzten fünf Jahren weisen Personen aus der italienischsprachigen Schweiz (51%), Personen mit einem formal mittleren Bildungsgrad (44%) oder mit grossen Schwierigkeiten die offizielle Sprache am Wohnort zu verstehen (50%), 50- bis 64-Jährige (43%), Personen mit (sehr grossen) Schwierigkeiten Rechnungen zu bezahlen (46% bzw. 53%) oder Personen, die sich einer unterdurchschnittlichen bis sehr tiefen gesellschaftlichen Schicht zugehörig fühlen (46% bzw. 54%), auf.

Die Hauptgründe für eine Impfung in den vergangenen fünf Jahren (vgl. Abbildung A22 im Anhang) waren in erster Linie ärztliche Empfehlungen (58%) und Auslandsreisen (19%). Im Mittelfeld finden sich Empfehlungen der Gesundheitsbehörden (11%), Impfangebote von Arbeitgeberseite (9%), durch Eltern getroffene Impfentscheidungen (6%) sowie Impfempfehlungen durch andere Gesundheitsfachpersonen (5%). Weniger als 5 Prozent geben an, dass die Impfung aufgrund der eigenen Entscheidung, einer Empfehlung durch eine Apothekerin bzw. einen Apotheker, aus Schutzüberlegungen, aufgrund einer Auffrischung stattfand oder durch Militär/Schwangerschaft bedingt war.

Die Hauptgründe gegen Impfungen in den letzten fünf Jahren (vgl. Abbildung A23) sind hingegen der noch anhaltende Impfschutz (49%) und ein fehlendes Impfangebot von Seiten der Ärzteschaft (41%). Weiter geben 30 Prozent an, dass sie keine Notwendigkeit dafür sahen, während nur 10 Prozent Impfungen für unsicher halten und Nebenwirkungen befürchten. Die Angst vor Spritzen oder die Ansicht, dass Impfungen nur für Kinder sind, sowie Kosten- und Aufwandsüberlegungen sind kaum Gründe gegen Impfungen in den letzten fünf Jahren.

Bei der letzten Entscheidung für oder gegen eine Impfung ging es für eine relative Mehrheit um eine Auffrischungs-/Nachholimpfung (43%, vgl. Abbildung 25). Bei etwas mehr als einem Viertel ging es um eine saisonale Impfung und bei 15 Prozent um eine Reiseimpfung. 9 Prozent haben sich gegen FSME impfen lassen. In der Grafik nicht dargestellt sind die 17 Prozent der Befragten, die nicht genau einordnen konnten, um welche Art Impfung es sich handelte.

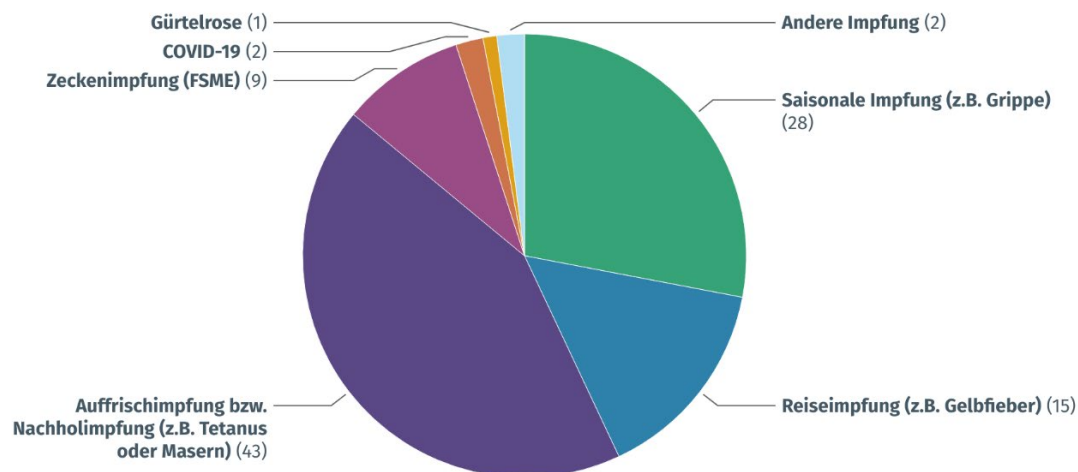
⁷ Die COVID-19-Impfung wurde explizit ausgenommen, da hier andere Entscheidungsprozesse während der Pandemie als bei den anderen Impfungen vermutet werden können.

Abbildung 25: Art der Impfung beim letzten Impfentscheid

Art Impfung bei letzter Entscheidung

Als Sie sich das letzte Mal für oder gegen eine Impfung entscheiden mussten, um was für eine Art Impfung ging es dabei?

in % Einwohner:innen ab 18 Jahren



© gfs.bern, Impfkompetenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024 (n=1761)

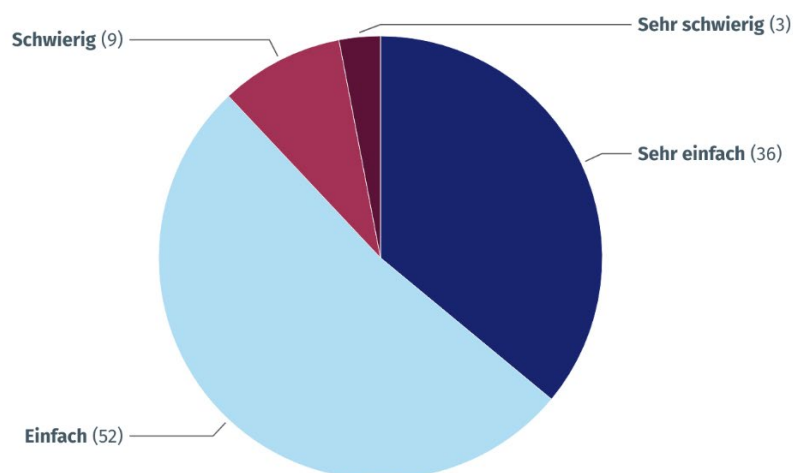
Der letzte Impfentscheid fiel den allermeisten Befragten leicht (vgl. Abbildung 26). Für 52 Prozent war das Fällen dieses Entscheids einfach, für weitere 36 Prozent sehr einfach. Für rund ein Achtel war es schwierig (9%) bis sehr schwierig (3%). Für etwas mehr als ein Drittel war die Entscheidungsfindung sogar sehr einfach, während 12 Prozent angeben, dass es eine schwierige Entscheidung war.

Abbildung 26: Schwierigkeit letzte Impfentscheidung

Schwierigkeit letzte Entscheidung

Insgesamt gesehen, wie einfach oder schwierig war es für Sie damals, diese Entscheidung zu fällen?

in % Einwohner:innen ab 18 Jahren



© gfs.bern, Impfkompetenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024 (n=1865)

In der italienischsprachigen Schweiz wird überdurchschnittlich von (sehr) schwierigen Entscheidungen berichtet (21%). Auch wer grosse Schwierigkeiten beim Bezahlen der Rechnungen oder eine sehr tiefe

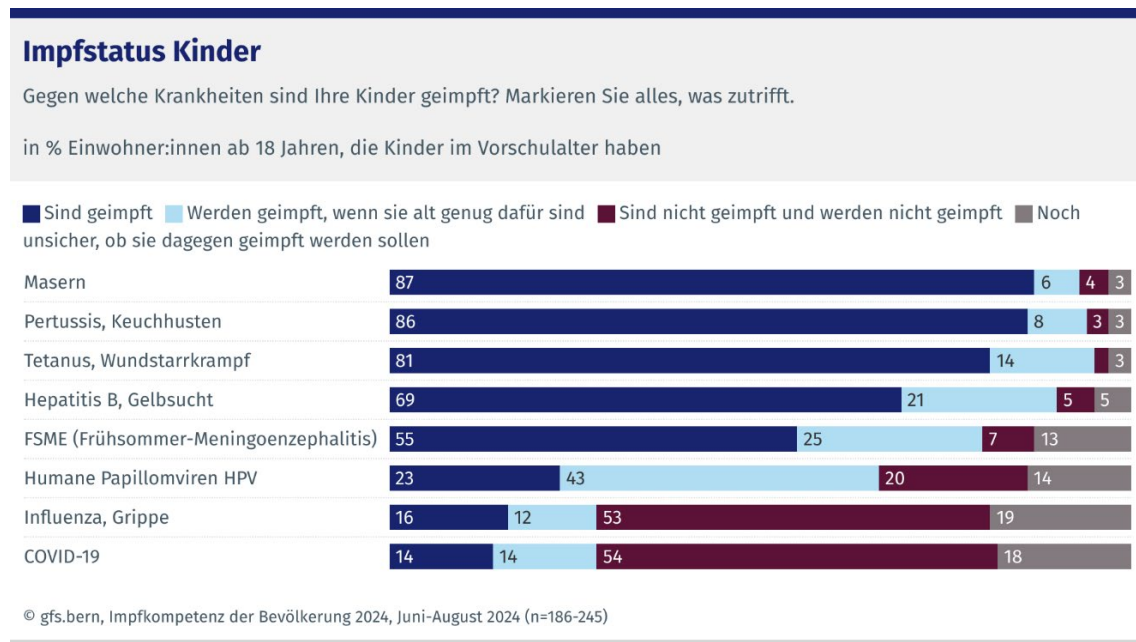
Stellung in der Gesellschaft hat (je 19%), bekundet mehr Mühe damit. Das trifft auch auf Personen zu, deren Muttersprache von der Ortssprache abweicht und welche diese nur einfach (18%) oder (sehr) schwierig (16%) verstehen. Personen mit einer mangelhaften Impfkompetenz hatten deutlich überdurchschnittlich Mühe mit der Entscheidung (27% schwierig/sehr schwierig). Auch mit mangelhafter Impfkompetenz (9%) sind die Schwierigkeiten grösser als mit ausreichender (6%) oder ausgezeichneter Impfkompetenz (4%). 11 Prozent aller Befragten konnten sich nicht entscheiden, ob die Entscheidung einfach oder schwierig war (in der Grafik nicht dargestellt).

Diese beobachtete Einfachheit und die grossflächige Abwesenheit von Schwierigkeiten im Entscheidungsprozess spiegeln sich auch im Ausgang der Impfentscheidung, da sich 85 Prozent für die konkrete Impfung und 11 Prozent gegen eine Impfung entschieden haben. 4 Prozent haben noch keinen endgültigen Entscheid getroffen.

Häufiger gegen eine Impfung entschieden haben sich Frauen (14%), Personen aus der italienischen Schweiz (14%) oder mit einem Gesundheitsberuf (20%) sowie jene, die erst seit maximal 10 Jahren in der Schweiz wohnhaft sind (15%), sehr grosse Schwierigkeiten beim Bezahlen von Rechnungen haben (19%) oder sich selbst eine sehr tiefe gesellschaftliche Stellung einräumen würden (17%). 12 Prozent der Befragten, haben keine Antwort gegeben – wahrscheinlich hauptsächlich deshalb, weil der Entscheid sehr weit zurückliegt und/oder sie nicht selbst, sondern ihre Eltern entschieden haben.

Der Impfstatus der eigenen Kinder kann darüber hinaus als weiterer Indikator für die Haltung der Befragten zum Impfen betrachtet werden, weshalb jene mit Kindern im Vorschulalter (insgesamt 245 Personen) zusätzlich nach deren Impfstatus befragt wurden. Auch hier sind bei der Interpretation die Impfeempfehlungen zu berücksichtigen. Bei der Frage nach dem Impfstatus der eigenen Kinder bzw. der Bereitschaft das eigene Kind zu impfen (vgl. Abbildung 27), zeigt sich ein ähnliches Bild. Im Vergleich zum eigenen Impfstatus weisen die Kinder eine höhere Impfquote auf bei Pertussis (+35 Prozentpunkte), FSME (+ 24 Prozentpunkte), Masern (+19 Prozentpunkte), HPV (+ 10 Prozentpunkte) und Hepatitis B (+ 8 Prozentpunkte). Eine tiefere Durchimpfung ist hingegen vor allem bei COVID-19 (-66 Prozentpunkte), aber auch bei Tetanus (-9) und Influenza (-7) zu beobachten.

Abbildung 27: Impfstatus der eigenen Kinder



Es ist wenig wahrscheinlich, dass die befragten Eltern Impfungen gegen Grippe, HPV oder COVID-19 grundsätzlich ablehnen. Es ist eher zu vermuten, dass sie den akuten Nutzen nicht sehen, solange es keine explizite Empfehlung dafür gibt. Bei mehreren dieser Fragen sind höhere Werte an «weiss nicht/keine Antwort» festzustellen (HPV 27%, FSME 18%, Hepatitis B 13%, Influenza 12%, Pertussis 11%). Es ist sehr wahrscheinlich, dass die Befragten mehrere Kinder mit unterschiedlichem Impfstatus haben und deshalb keine eindeutige Antwort geben konnten.



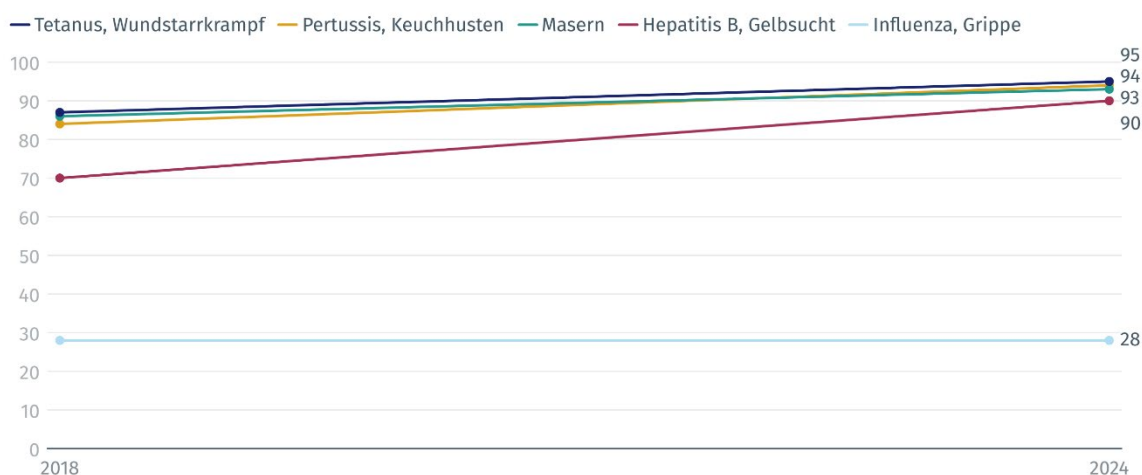
Wie beim Impfstatus der Befragten selbst ist auch bei den Kindern im Vergleich zu 2018 eine höhere Impfquote (inkl. der Impfabsicht, wenn die Kinder älter sind) festzustellen:

Abbildung 28: Impfstatus eigene Kinder – Vergleich mit Vorgängerstudie

Trend Impfstatus Kinder

Gegen welche Krankheiten sind Ihre Kinder geimpft? Markieren Sie alles, was zutrifft.

in % Einwohner:innen ab 18 Jahren, die Kinder im Vorschulalter haben
Anteil "sind geimpft resp. werden geimpft, wenn sie alt genug dafür sind"



© gfs.bern, Impfkompentenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024 (n=jeweils ca. 190)

Vor allem bei Hepatitis B (+20%), aber auch bei Pertussis (+10%), Tetanus (+8%) und Masern (+7%) geben mehr Eltern an, dass ihre Kinder geimpft sind oder dass sie ihre Kinder impfen lassen wollen, wenn sie alt genug sind. Bei der Grippe-Impfung bleibt der Wert stabil ($\pm 0\%$).

Werden die vier abgefragten Basis-Impfungen für Vorschulkinder (Tetanus, Pertussis, Masern, Hepatitis B) zusammen im Kinder-Impfstatus-Index betrachtet, ist die Ablehnung gering (7%, vgl. Abbildung A24 im Anhang). Nur insgesamt 7 Prozent der Eltern von Vorschulkindern geben bei mindestens einer der vier Impfungen an, dass ihre Kinder nicht geimpft werden sollen. Die grosse Mehrheit hat die Kinder entweder schon gegen alle vier Krankheiten geimpft oder wird das im richtigen Alter tun beziehungsweise ist, zu einem geringen Teil, noch unsicher, aber nicht ablehnend eingestellt.

In der Tendenz zeigt sich hier (wie bei der Impfkompentenz und der Impfbereitschaft) eine höhere Ablehnung von Impfungen für Kinder bei Personen, die Schwierigkeiten haben, Rechnungen zu bezahlen, sich sehr tief in der gesellschaftlichen Hierarchie verorten, kaum soziale Unterstützung und Mühe mit der lokalen Sprache haben. Aufgrund der geringen Fallzahlen werden keine genauen Prozentangaben gemacht.

3.5 Impfrisiken und Impfnebenwirkungen

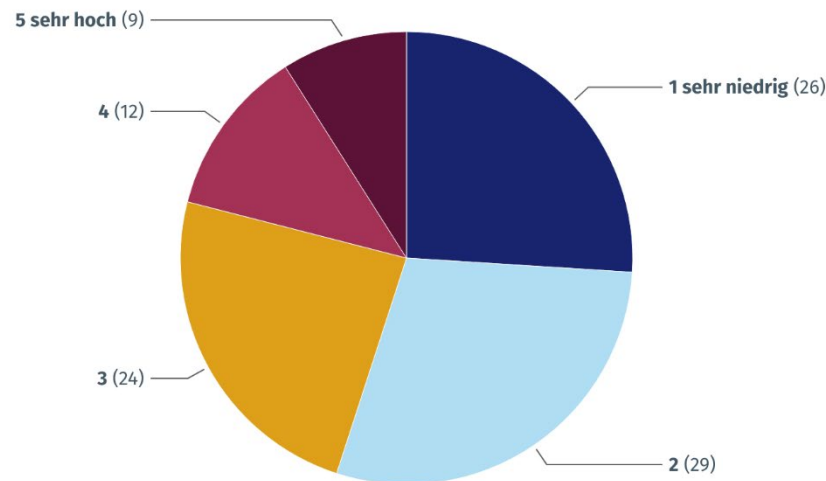
Eine absolute Mehrheit schätzt das Risiko von ernsthaften Nebenwirkungen aufgrund einer Impfung als (sehr) niedrig ein (55% mit Wert 1 oder Wert 2 auf einer Skala von 1 bis 5, vgl. Abbildung 29). Rund jede:r Fünfte schätzt das Risiko als (sehr) hoch ein (Wert 4 oder Wert 5), während ungefähr ein Viertel das Risiko für moderat hält (Wert 3). Höher (Wert 4 oder 5) schätzen das Risiko häufiger Personen in der italienischsprachigen Schweiz (28%), Ausländer:innen (27%) und jenen, die (sehr grosse) Schwierigkeiten haben die Rechnungen zu bezahlen (30% bzw. 46%).

Abbildung 29: Risiko ernsthafter Nebenwirkungen durch Impfungen

Risiko ernsthafter Nebenwirkungen durch Impfung

Für wie hoch halten Sie das Risiko, durch die Impfung eine ernsthafte Nebenwirkung zu erleiden?

in % Einwohner:innen ab 18 Jahren



© gfs.bern, Impfkompentenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024 (n = 1987), Mittelwert = 2.5, Standardabweichung = 1.2

Der Mittelwert der Risikoeinschätzung liegt bei 2.5. Eine höhere Risikowahrnehmung im Vergleich zum Gesamtmittelwert haben die Gruppe der Impfkritiker:innen (MW 4.4) sowie Personen mit tiefem Impfstatus (0 Impfungen: MW 4.0; 1 Impfung: MW 3.4), mit tiefer Impfbereitschaft (MW 3.9) und mit geringer Impfkompentenz (MW 2.7).

2018 wurde diese Frage für mehrere Impfungen separat befragt. Die Mittelwerte lagen zwischen 2.2 (Tetanus, Pertussis, Masern) und 2.5 (Influenza). Abhängig davon, womit die diesjährigen Ergebnisse verglichen werden, hat sich die Risikowahrnehmung von Impfnebenwirkungen entsprechend leicht erhöht oder ist stabil geblieben.

Richtet man auch hier den Blick auf die Angaben zu den eigenen Kindern, wird das Ansteckungsrisiko von impfbaren Krankheiten für Kinder ohne eine entsprechende Impfung von der Mehrheit der befragten Eltern als (sehr) hoch beurteilt (54% mit Wert 4 oder Wert 5 auf einer Skala von 1 bis 5, vgl. Abbildung A25). 30 Prozent gehen von einem moderaten Risiko aus (Wert 3), während 16 Prozent das Risiko für klein oder inexistent halten (Wert 1 oder Wert 2).

Bei der Beurteilung des Ansteckungsrisikos der Kinder ohne eine Impfung wird häufiger ein tiefes Ansteckungsrisiko (Wert 1 oder Wert 2) von Personen mit einem formal tieferen Bildungsniveau (26%) sowie denjenigen mit Schwierigkeiten beim Bezahlen von Rechnungen (20% bzw. 35%) oder die selbst einen sehr guten Gesundheitszustand haben (20%) angegeben. Das Gleiche gilt für jene, die sich selbst eine (sehr) tiefe gesellschaftliche Stellung zuschreiben (26% bzw. 23%) und für Personen, welche in Gesundheitsberufen arbeiten (21%).

Der Mittelwert bei der Einschätzung des Ansteckungsrisikos der Kinder ohne Impfung liegt dabei bei 3.6. Eine tiefere Risikowahrnehmung im Vergleich zum Gesamtmittelwert haben die Gruppe der Impfkritiker:innen (MW 2.4), Personen mit wenig eigenen Impfungen (0 Impfungen: MW 2.8; 1 Impfung: MW 2.7), mit tiefer Impfbereitschaft (MW 2.6) und tendenziell auch Personen mit geringer Impfkompentenz (MW 3.4).



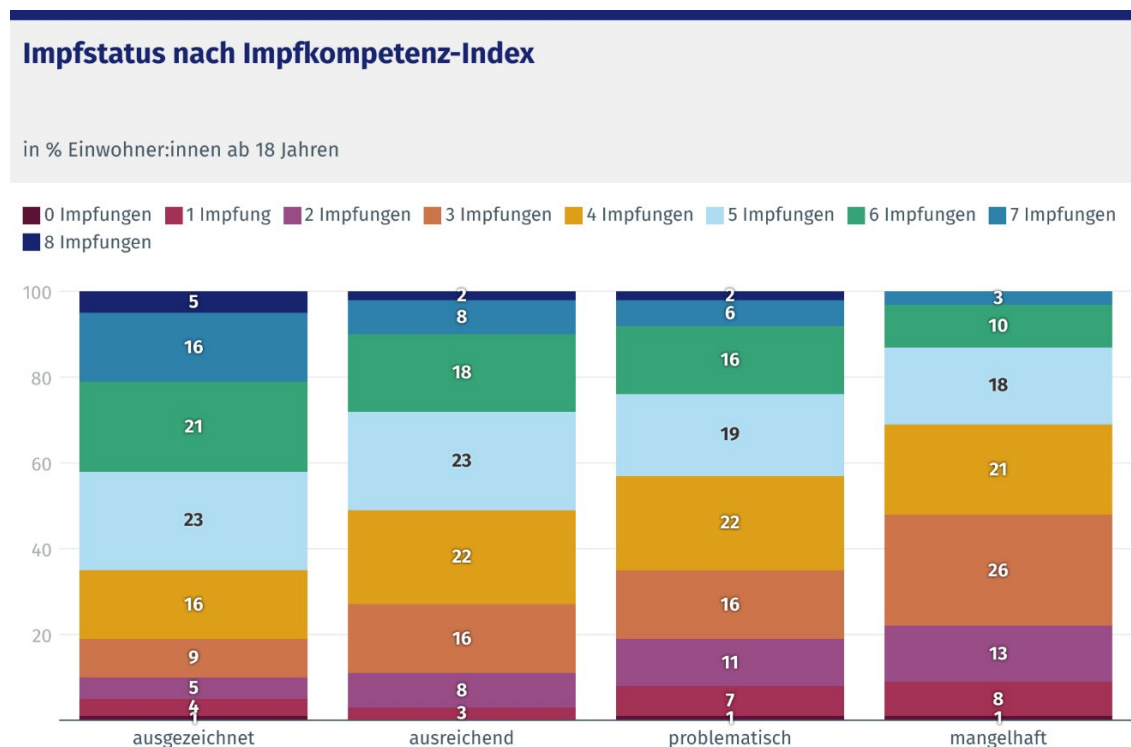
Wie bei der vorhergehenden Frage wurden 2018 die Risiken mehrerer Krankheiten separat abgefragt. Der tiefste Mittelwert resultierte bei Hepatitis B (MW 3.2), die höchsten bei Masern (MW 3.5) bzw. Influenza (MW 3.5). Im Vergleich mit 2018 ist der kombinierte Mittelwert also leicht gestiegen.

Weiter geben drei Viertel der Befragten an, dass die ihnen nahestehenden Personen Impfungen gegenüber nicht skeptisch eingestellt sind (vgl. Abbildung A26). Ein Viertel hingegen gibt an, dass das eigene Umfeld skeptisch ist gegenüber Impfungen (stimme zu/stimme voll und ganz zu). Dies ist häufiger in der lateinischen Schweiz (FCH 32%, ICH 35% im Vergleich zu DCH 22%), bei Personen mit einem formal tieferen Bildungsniveau (34% im Vergleich zu mittlerem 28% und hohem Niveau 15%) und bei Personen mit einer ausländischen Staatsangehörigkeit (33% im Vergleich zu Schweizer:innen 23%) sowie bei Personen, die nicht schon seit Geburt in der Schweiz wohnen (30% im Vergleich zu 23%) der Fall. Über zwei Drittel (68%) der Impfkritiker:innen berichten, dass auch ihr Umfeld skeptisch gegenüber Impfungen ist. Ebenso geben dies häufiger Personen mit keiner (64%) beziehungsweise einer Impfung (53%) sowie Personen mit tiefer Impfbereitschaft (56%) an.

3.6 Zusammenhänge zwischen Impfkompentenz, Impfbereitschaft und Impfverhalten

Eine höhere Impfkompentenz geht mit einer höheren Anzahl an Impfungen einher (vgl. Abbildung 30). Diejenigen mit einer ausgezeichneten Impfkompentenz (65 Prozent) haben fünf oder mehr Impfungen. Bei Personen mit einer ausreichenden Impfkompentenz sind es noch 51 Prozent die fünf oder mehr Impfungen haben. Bei dazu Befragten mit problematischer Impfkompentenz sind es 43 Prozent und bei befragten Personen mit mangelhafter Impfkompentenz 31 Prozent.

Abbildung 30: Impfstatus nach Impfkompentenz-Index



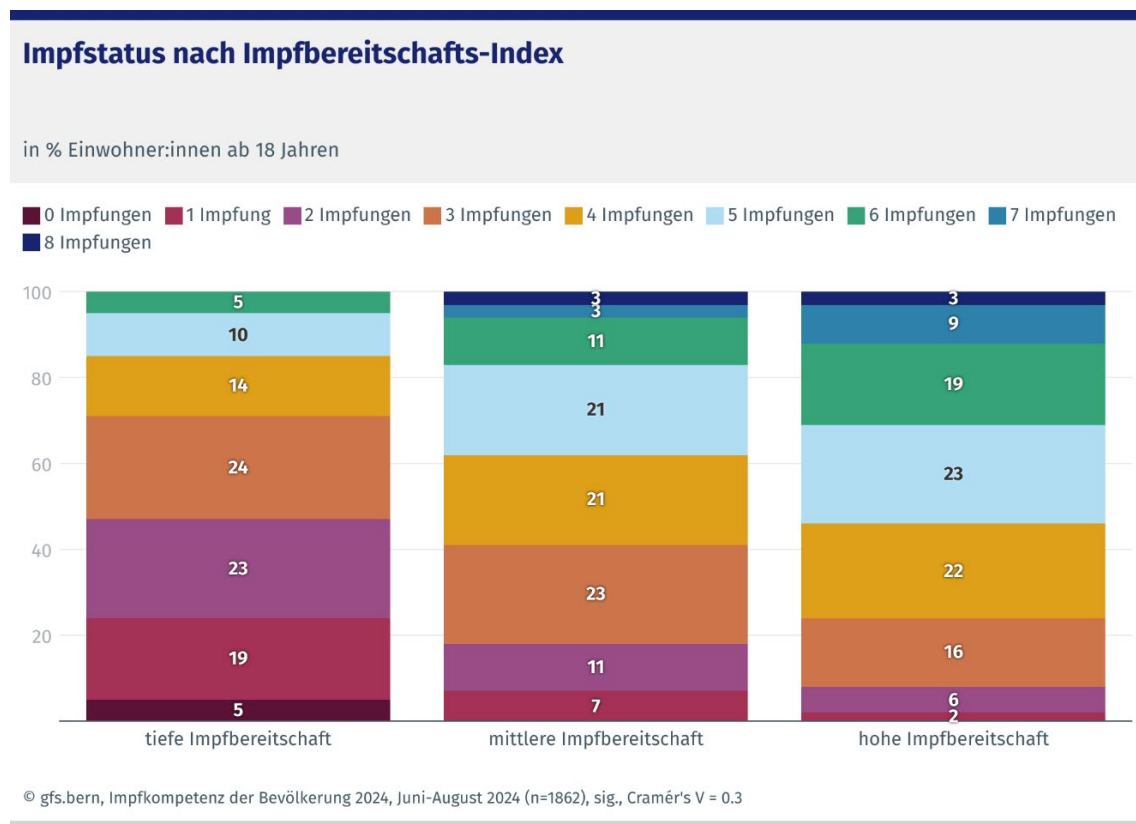
© gfs.bern, Impfkompentenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024 (n=1751), sig., Cramér's V = 0.15

Auch bei jeder Einzelimpfung ist der Anteil an geimpften Personen grösser, je höher die Impfkompentenz ist. Bei COVID-19 steigt die Impfrate von 68 (mangelhafte Impfkompentenz), über 75 Prozent (problematische Impfkompentenz), auf 85 Prozent bei ausreichender bzw. 84 Prozent bei ausgezeichneter Impfkompentenz.

Die Anzahl Impfungen nehmen auch mit steigender Impfbereitschaft zu (vgl. Abbildung 31). In der Gruppe mit hoher Impfbereitschaft haben 54 Prozent fünf oder mehr Impfungen. Bei den Personen mit

mittlerer Impfbereitschaft sind es 38 Prozent und bei jenen Befragten mit tiefer Impfbereitschaft sind es nur 15 Prozent.

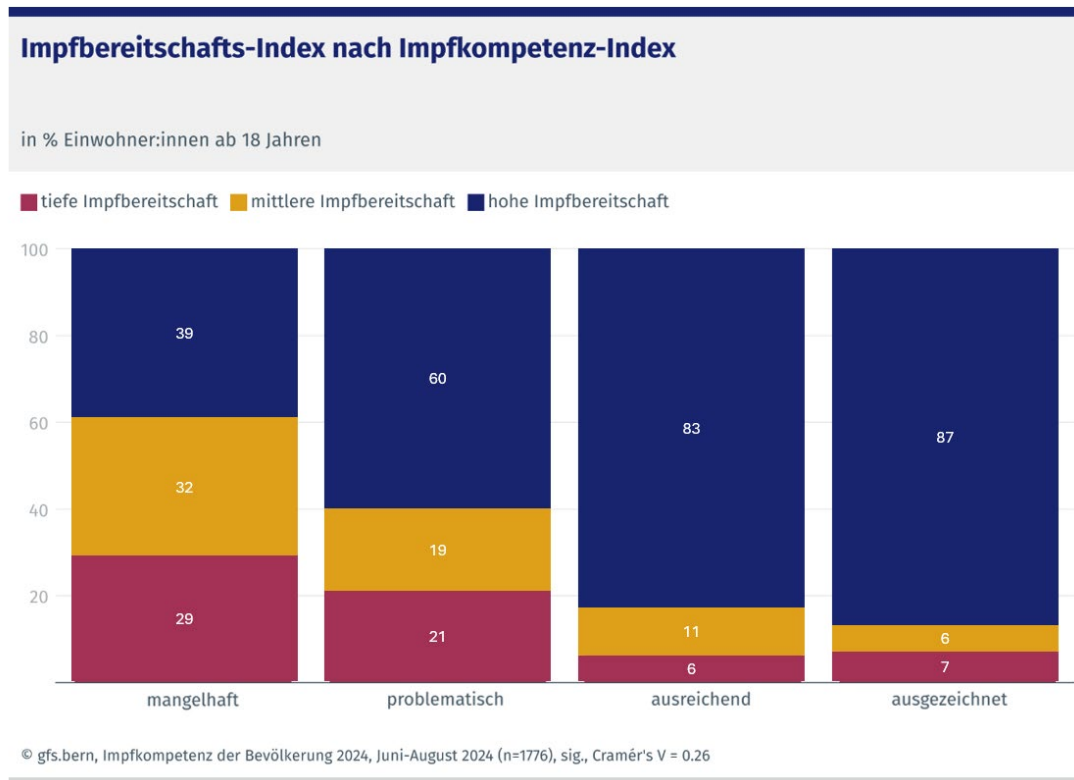
Abbildung 31: Impfstatus nach Impfbereitschafts-Index



Auch bei allen Einzelimpfungen steigt der Anteil an geimpften Personen mit zunehmender Impfbereitschaft. Beispielhaft und am stärksten zeigt sich der Effekt bei COVID-19: Mit 91 Prozent ist die Impfrate bei Personen mit hoher Impfbereitschaft sehr hoch, während es bei mittlerer Impfbereitschaft rund zwei Drittel (66%) und bei tieferen Impfbereitschaft rund ein Drittel (34%) sind. Bei HPV ist sowohl bei hoher (14%) als auch mittlerer Impfbereitschaft (15%) der Anteil höher als bei tiefer Impfbereitschaft (4%).

Die Impfbereitschaft und die Impfkompentenz korrelieren positiv miteinander, sodass Personen mit einer hohen Impfbereitschaft mehrheitlich auch eine hohe Impfkompentenz aufweisen (61%, vgl. Abbildung 32). Bei einer mittlerer (27%) oder tiefen Impfbereitschaft (20%) ist der Anteil an ausgezeichneter oder ausreichender Impfkompentenz deutlich tiefer.

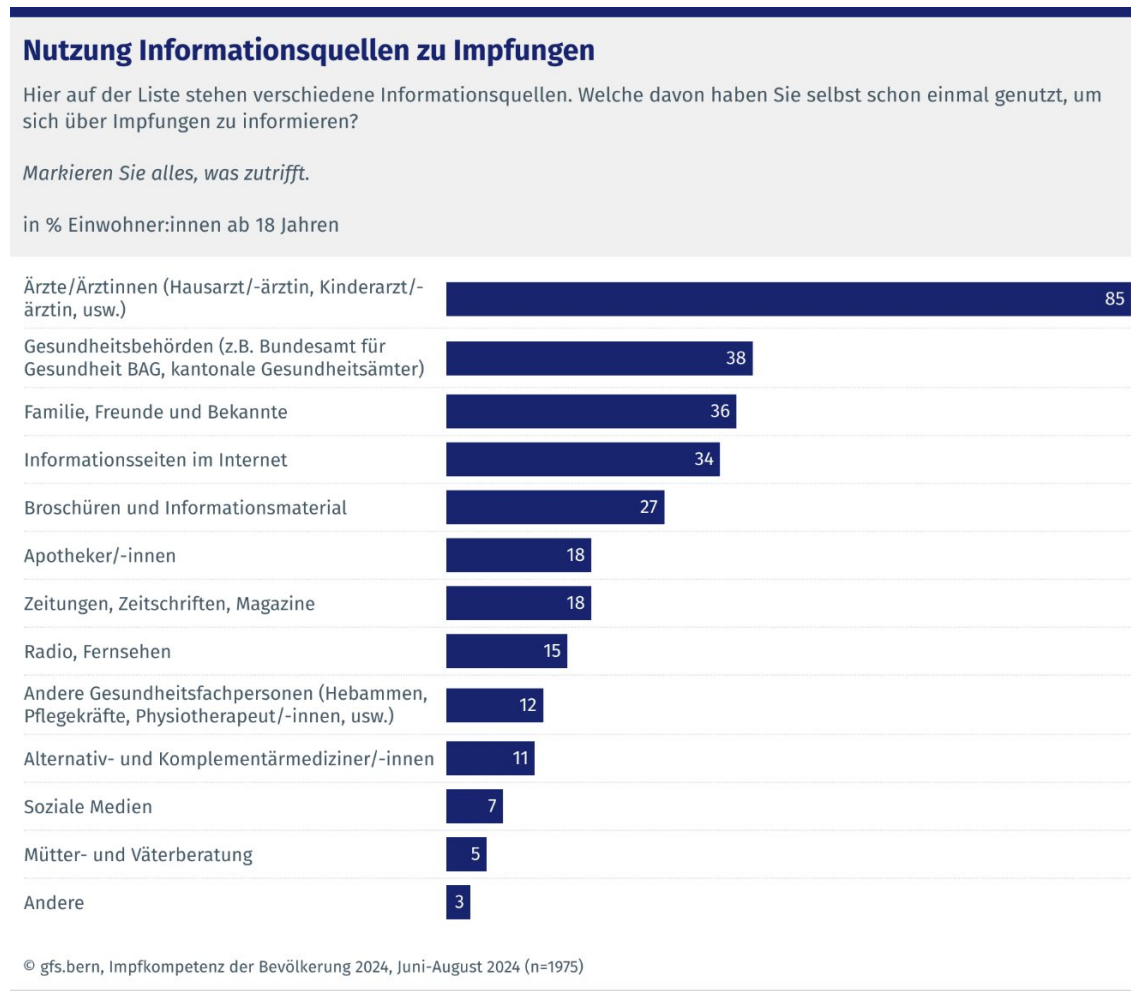
Abbildung 32: Impfkompetenz-Index nach Impfbereitschafts-Index



3.7 Informierungs- und Entscheidungsprozesse

Um sich über Impfungen zu informieren, wendet sich die Schweizer Bevölkerung am häufigsten an die Ärzteschaft (85%, vgl. Abbildung 33). Jeweils rund ein Drittel nutzen die Informationen der Gesundheitsbehörden, aus dem eigenen Umfeld oder von Informationsseiten im Internet. Vergleichsweise wenig genutzt werden soziale Medien (7%).

Abbildung 33: Nutzung Informationsquellen für Impfinformationen



Werden die genutzten Informationsquellen nach spezifischen Bevölkerungsgruppen betrachtet, fällt auf, dass die Ärzteschaft im Vergleich seltener von Impfkritiker:innen (62%) und Personen mit keiner (66%) oder nur einer Impfung (60%) als Quelle angegeben werden. Das trifft ebenso auf Personen mit tiefer Impfbereitschaft zu (67%). Impfkritiker:innen nutzen auch deutlich seltener Gesundheitsbehörden (10%) als Informationsquelle, ebenso wie Personen mit tiefer Impfbereitschaft (18%). Weiter werden auch die Apotheker:innen von den Impfkritiker:innen (10%) und Personen mit tiefer Impfbereitschaft (8%) vergleichsweise selten als Informationsquelle genutzt (10%). Bei den Alternativ- und Komplementärmediziner:innen liegen die Unterschiede gerade umgekehrt: 24 Prozent der Impfkritiker:innen und 2 Prozent der Personen mit tiefer Impfbereitschaft kontaktieren diese relativ häufig.



Bei allen Informationsquellen ist im Vergleich zu 2018 eine höhere Nutzung festzustellen, jedoch mit einem Vorbehalt: In mehreren Fällen wurden für die Befragung 2024 zwei oder drei Antwortkategorien aus 2018 zu einer Antwortkategorie zusammengefasst. Die betroffenen Kategorien sind in den Grafiken gekennzeichnet (*). Da die Rohdaten aus 2018 nicht vorliegen, wird als Wert für 2018 jeweils der grösste Anteil der ursprünglichen Kategorien angegeben. Dadurch werden die Werte dieser Kategorien für 2018 tendenziell unterschätzt. Entsprechend vorsichtig sind die Veränderungen zu interpretieren. Da allerdings auch in den Kategorien, die nicht zusammengefasst wurden, die Nutzung höher ist als 2018, scheint diese generelle Entwicklung plausibel.

Im Vergleich zu 2018 hat sich die Bevölkerung vor allem über die Gesundheitsbehörden (+21%), Broschüren und Informationsmaterialien (+14%) sowie Informationsseiten im Internet (+13%) häufiger informiert (vgl. Abbildung 34). Dies ist angesichts der COVID-19-Pandemie und den anschliessenden breitangelegten Impfkampagnen nachvollziehbar. Auch via Familie und Freundeskreis hat man sich

häufiger über Impfungen informiert (+13%). Insgesamt ist aber die Ärzteschaft (+1%) in beiden Befragungen die mit Abstand wichtigste Informationsquelle.

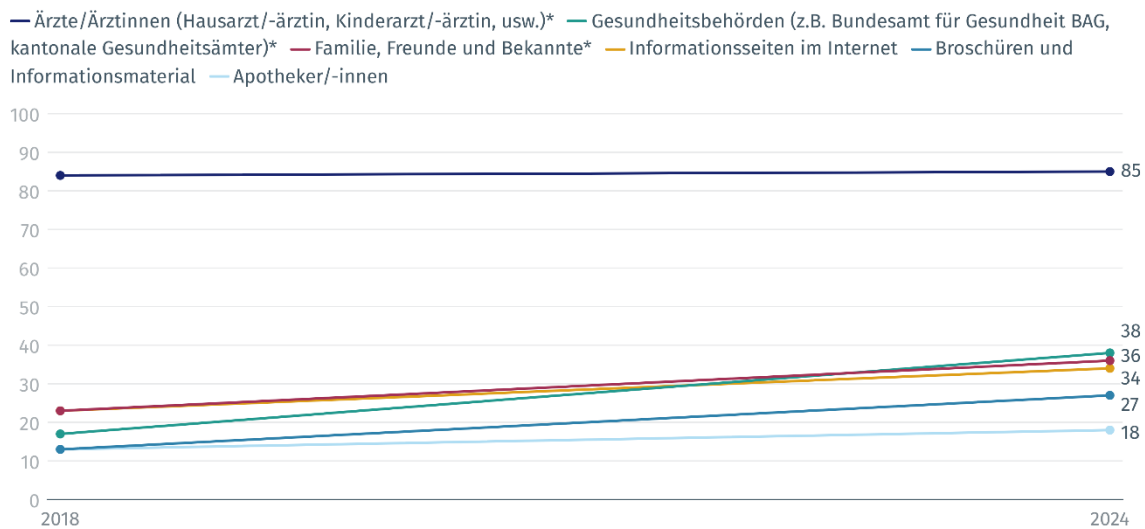
Abbildung 34: Trend Nutzung Informationsquellen für Impfinformationen – Teil 1

Trend Nutzung Informationsquellen zu Impfungen (1/2)

Hier auf der Liste stehen verschiedene Informationsquellen. Welche davon haben Sie selbst schon einmal genutzt, um sich über Impfungen zu informieren?

Markieren Sie alles, was zutrifft.

in % Einwohner:innen ab 18 Jahren



© gfs.bern, Impfkompertenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024 (n=jeweils ca. 1800)

*Die Kategorie bestand 2018 aus 2 oder 3 Kategorien. Der angegebene Wert 2018 entspricht dem grössten Wert einer dieser Kategorien.

Die Nutzung von sozialen Medien als Informationsquelle für Impfinformationen ist im Vergleich zu 2018 leicht gestiegen, bleibt jedoch weiterhin sehr tief gegenüber anderen Quellen (vgl. Abbildung 35).

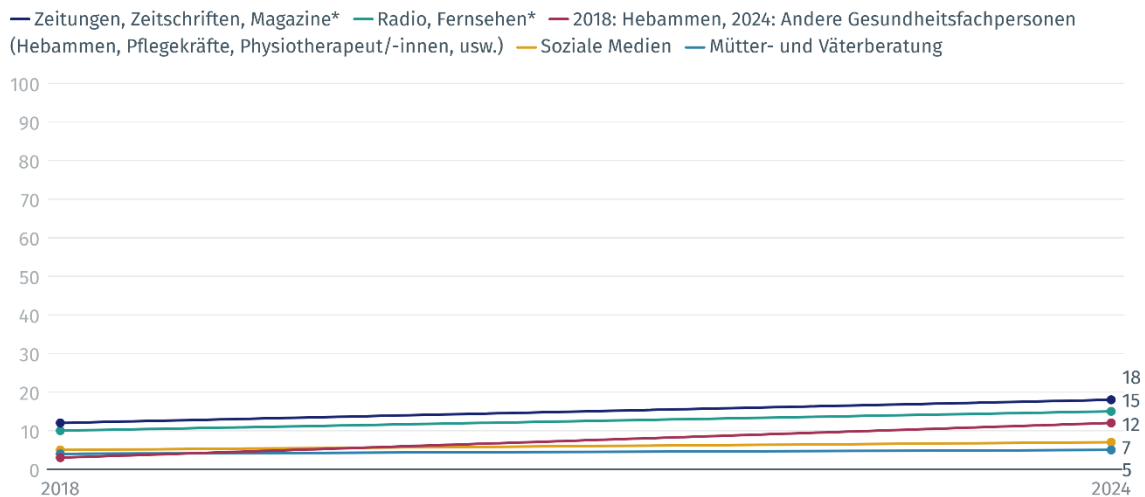
Abbildung 35: Trend Nutzung Informationsquellen für Impfinformationen – Teil 2

Trend Nutzung Informationsquellen zu Impfungen (2/2)

Hier auf der Liste stehen verschiedene Informationsquellen. Welche davon haben Sie selbst schon einmal genutzt, um sich über Impfungen zu informieren?

Markieren Sie alles, was zutrifft.

in % Einwohner:innen ab 18 Jahren

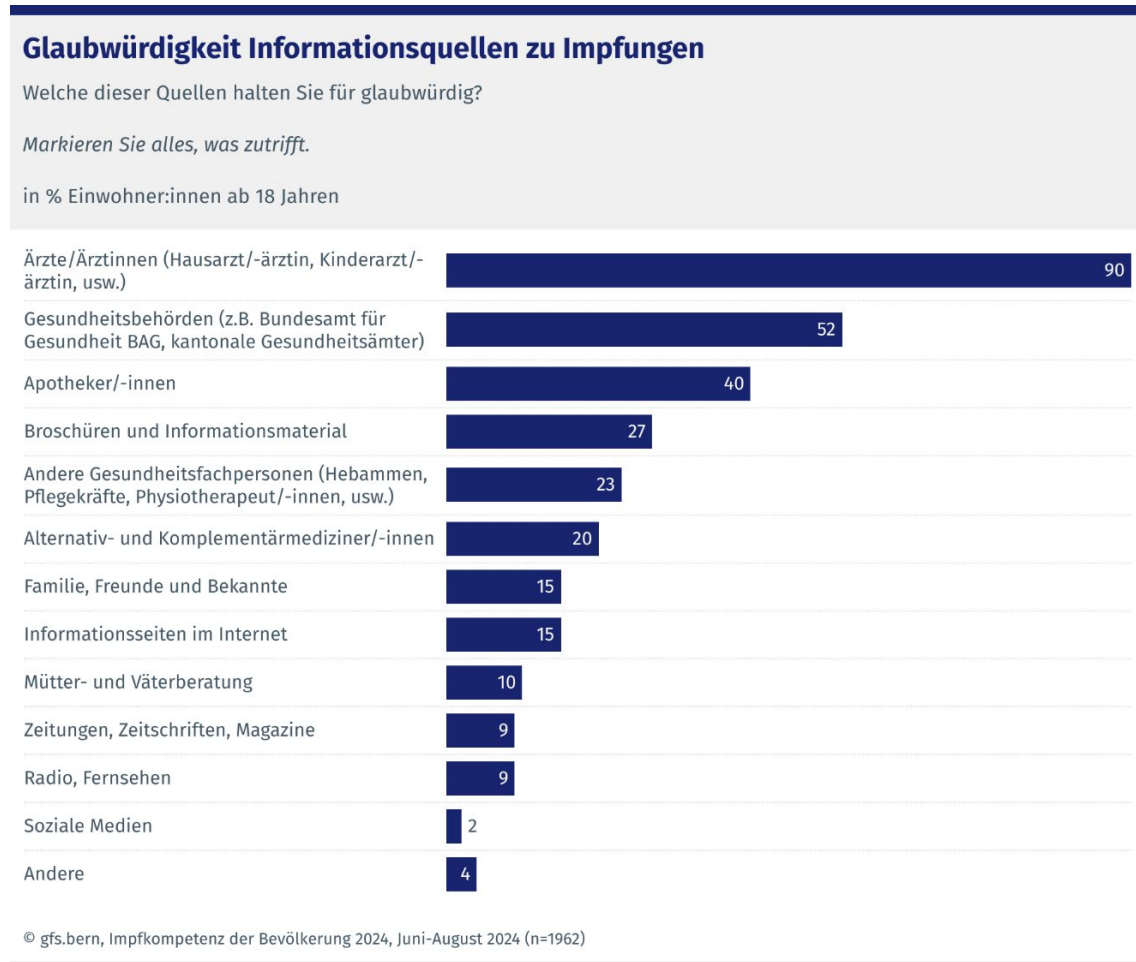


© gfs.bern, Impfkompentenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024 (n=jeweils ca. 1800)

*Die Kategorie bestand 2018 aus 2 oder 3 Kategorien. Der angegebene Wert 2018 entspricht dem grössten Wert einer dieser Kategorien.

Die am häufigsten genutzte Informationsquelle – die Ärzteschaft – wird auch von fast allen Befragten als glaubwürdig angesehen (90%, vgl. Abbildung 36). Ihre hohe Glaubwürdigkeit zeigt sich durch alle Bevölkerungsgruppen hinweg. Bei der zweitglaubwürdigsten Quelle, den Gesundheitsbehörden (52%), lassen sich einige deutliche sozioökonomische bzw. -demographische Unterschiede feststellen: Wer einen tiefen gesellschaftlichen Status angibt (28%), wer sehr grosse Mühen hat, die Rechnungen zu bezahlen (33%) oder einen tieferen Bildungsabschluss hat (42%), benennt die Gesundheitsbehörden seltener als glaubwürdig. Auch in der italienischsprachigen Schweiz wird den Gesundheitsbehörden etwas weniger Glaubwürdigkeit zugeschrieben (43%). Ähnliches zeigt sich bei den Apotheker:innen, die mit 40 Prozent Glaubwürdigkeit auf dem dritten Platz landen: Wer grosse Schwierigkeiten hat, Rechnungen zu bezahlen, nennt diese nur zu 18 Prozent. Kritischer eingestellt sind auch Personen mit einem sehr tiefen gesellschaftlichen Status (31%), mit tiefem Bildungsabschluss (34%), Ausländer:innen (33%) sowie Personen aus der Romandie (30%). Im Mittelfeld der Glaubwürdigkeit (mindestens von 20% genannt) finden sich Broschüren und Informationsmaterial (27%), andere Gesundheitsfachpersonen (23%) sowie Alternativ- und Komplementärmediziner:innen (20%).

Abbildung 36: Glaubwürdigkeit der Informationsquellen für Impfinformationen



Wie bei der Nutzung zeigt sich ein ähnliches Muster bei der Glaubwürdigkeit: Impfkritiker:innen halten Ärzt:innen (63%), Gesundheitsbehörden (13%) und Apotheker:innen (8%) weniger oft für glaubwürdig, umso mehr aber Alternativ-/Komplementärmediziner:innen (25%). Dasselbe gilt für Personen mit tiefer Impfbereitschaft (Ärzt:innen 67%, Gesundheitsbehörden 18%, Apotheker:innen 8%, Alternativmediziner:innen 20%) sowie bei mangelhafter Impfkompentenz (Ärzt:innen 78%, Gesundheitsbehörden 29%, Apotheker:innen 13%, Alternativmediziner:innen 14%).

4 Ergebnisse qualitative Interviews

Anschliessend an die quantitative Befragung wurden mit einzelnen in der Schweiz wohnhaften Personen (n=30) qualitative, semi-strukturierte Interviews durchgeführt, um ein vertieftes Verständnis zu ausgewählten Themen zu schaffen. Zentrale Resultate aus dieser qualitativen Datenerhebung werden in diesem Kapitel dargestellt und beleuchtet. Zum Teil stützen die qualitativen Forschungsergebnisse die Daten aus der quantitativen Erhebung, ergänzen diese oder zeigen neue Themenfelder auf, die für die Beantwortung der Forschungsfragen von Relevanz sind.

Tabelle 12 zeigt einen Überblick zu den identifizierten Themenfeldern aus dem Datensatz. Die Analyse der qualitativen Interviews erlaubt die Beobachtung von acht Themenfeldern entlang der vier Schwerpunkte (1) Umgang mit Informationen zu Impftemen, (2) Determinanten zu Impfkompentenz, Impfbereitschaft und Impfverhalten, (3) Kommunikation und ihre Auswirkung auf das Thema Impfen, sowie (4) Einfluss der COVID-19-Pandemie auf das Thema Impfen.

Tabelle 12: Übersicht relevanter Themenfelder mit Blick auf die Forschungsfragen

1. Umgang mit Informationen zu Impftemen		2. Determinanten zu Impfkompentenz, Impfbereitschaft und Impfverhalten		3. Kommunikation und ihre Auswirkung auf das Thema Impfen		4. Einfluss der COVID-19-Pandemie auf das Thema Impfen	
A	Informationsverhalten zum Thema Impfen	C	Einflussfaktoren auf die Impf-Entscheidung	D	Auswirkung der öffentlichen Kommunikation auf die Impfbereitschaft	F	COVID-19 als gravierender Einschnitt in die Impfdebatte
B	Sicherheiten/Unsicherheiten im Umgang mit Impfinformationen			E	Wünsche an die öffentliche Kommunikation zu Impftemen	G	Einflussfaktoren auf die COVID-19-Impfentscheidung
						H	Vertrauensverluste und das Thema Meinungsfreiheit

Im Folgenden werden die identifizierten Themenfelder inkl. Unterthemen detailliert beschrieben und aufgeführt. Zitate und Aussagen aus den Interviews werden in Anführungszeichen kenntlich gemacht und mit der entsprechenden Referenz aus dem Datensatz versehen.

4.1 Umgang mit Informationen zu Impftemen

A) Informationsverhalten zum Thema Impfen

Die Mehrheit der Befragten gibt an, mit dem **Thema Impfen** allgemein bei anstehenden Auslandsreisen, bei (Haus-)Arztbesuchen oder auch im Militärdienst **in Kontakt zu kommen**. Ausserdem ist für Befragte mit Kindern im Vorschul- oder Schulalter das Thema aufgrund von Informationsvermittlung von dem:der Kinder- und Schularzt/ärztin ebenfalls präsent (z. B. I18⁸; I23a; I29). Ein Sonderfall stellt die COVID-19-Pandemie dar, da alle Befragten berichteten, zu dieser Zeit intensiv mit dem Thema Impfen durch öffentliche Medien und Diskurse in Kontakt gekommen zu sein.

Zentrale Anlaufstellen, um sich über das Thema Impfen **zu informieren** und **beraten** zu lassen, sind in erster Linie Hausärzt:innen (z. B. I06; I09; I10; I12; I13; I19; I21; I28; I29) und Kinderärzt:innen (I18; I23a; I06; I29), jedoch werden auch Kantonsärzt:innen (*«Bei Impfungen vertraue ich dem Kantonsarzt»* (fr., w, 68, hIB, I19, Zeile 12, eigene Übersetzung)) und Vertrauensärzt:innen (I04; I08; I09) häufig genannt. Besonders Kinderärzte werden von den Befragten als äusserst vertrauenswürdig und kompetent erlebt, und ihre Empfehlungen spielen im Impfscheid eine starke Rolle (vgl. auch Kapitel 4.2 Determinanten zu Impfkompentenz, Impfbereitschaft und Impfverhalten). Mehrere Befragte berichten zudem, sich bei Bekannten, Verwandten oder Kolleg:innen, die im Gesundheitswesen tätig sind, Informationen rund um das Thema Impfen einzuholen (I07; I08; I17; I21). Im Freundes- und Familienkreis werden

⁸ Daten aus den Interviews werden mit dem Kürzel (I) und der jeweiligen Interview-Nummer referenziert. Bei direkten Zitaten wird die Landessprache, das Geschlecht, das Alters sowie die Impfbereitschaft angegeben (hIB = hohe Impfbereitschaft, mIB = mittlere Impfbereitschaft; tIB = tiefe Impfbereitschaft)

konkrete Informationen zu Impfungen dagegen eher weniger eingeholt, dafür werden die eingeholten Informationen dort ausgetauscht, diskutiert und reflektiert (I09; I12; I29; I30). Weitere zentrale Anlaufstellen, um sich über das Thema Impfen zu informieren, sind offizielle Kommunikationskanäle von Behörden, Rundfunk und Zeitungen, wobei Podiumsdiskussionen im Fernsehen und zum Teil auch Zeitungen durchaus auch kritisch beurteilt werden, da sie teilweise zu Verwirrung und Unsicherheit bei den Befragten führen (z. B. I30; I10). Ein Grossteil der Befragten berichtet, dass sie sich grundsätzlich – und insbesondere während der COVID-19-Pandemie – durch Aussagen von politischen Entscheidungsträger:innen sowie mithilfe von offiziellen Kommunikationskanälen informiert haben (I01; I23a; I25; I30): *«[...] Hauptsächlich schaue ich schon so sage jetzt mal, offizielle Informationen an, das BAG oder eben die offiziellen Broschüren, wo es noch so gibt»* (dt., m, 39, tIB, I23a, Zeile 114–117).

Neben der Frage nach Kontakt-Zeitpunkten und zentralen Anlaufstellen für Impfinformationen finden sich in den qualitativen Daten auch Hinweise zum **Umgang mit diesen Informationen**. So berichten mehrere Befragte, dass sie unterschiedliche Quellen miteinander vergleichen: z. B. werden Informationen aus den sozialen Medien bei der Recherche mit öffentlichen Seiten abgeglichen (I21) oder Informationen aus politisch unterschiedlich ausgerichteten Zeitungen gegenübergestellt (*«Hier vielleicht eine linke Zeitung mit einer rechten oder was auch immer zu vergleichen um zu versuchen, mehr oder weniger sichere Informationen zu bekommen»* (it., m, 78, hIB, I30, Zeile 91–93, eigene Übersetzung). Bei der Durchsicht von Impfinformationen wird zudem versucht, Informationen mit grösstenteils extremen Meinungen (unabhängig ob für oder gegen Impfungen) möglichst zu meiden (I05; I28; I30).

Auch 2018 wurde in den qualitativen Interviews der Arzt/die Ärztin als vertrauenswürdige Quellen für Impfinformationen genannt. Im Gegensatz zu 2018, als eher impfkritische Personen oftmals ihre Skepsis gegenüber Ärzten/Ärztinnen äusserten, äussern diese 2024 verstärkt Skepsis gegenüber Medien, Behörden und der Pharma-Industrie (siehe 4.4. Einfluss der COVID-19-Pandemie auf das Thema Impfen).

B) Sicherheiten/Unsicherheiten im Umgang mit Impfinformationen

Besonders **glaubwürdig** und **vertrauensvoll** erscheinen Quellen mit **unterschiedlichen Standpunkten** zum Thema Impfen (für und gegen Impfungen), mit **Verweisen auch auf Nebenwirkungen** und mit Möglichkeiten **Rückfragen** zu stellen (z. B. Telefonnummer angegeben) (I05; I06; I13; I30). Zudem sorgt ein gewisses «Vertrauensverhältnis» mit der Informationsquelle (z. B. vertraute Gesundheitsfachperson, öffentliche und bekannte Webseiten vom Bund) für mehr Akzeptanz und Verwendung der Informationsquelle. Einige Befragte betonen, dass die Möglichkeit für (Rück-)Fragen und die Akzeptanz, überhaupt kritisch (nach)fragen zu dürfen und dabei ernst genommen zu werden, die Sicherheit im Umgang mit Informationen signifikant stärkt: *«Er [der Kinderarzt] hat uns Zeit gelassen und wenn wir Fragen gehabt haben, konnten wir fragen - wie viele Leute machen es und so wie sind seine Erfahrung»*. (dt., m, 39, tIB, I23a, Zeile 97–101; I06; I26). Sicherheit im Umgang mit impfbezogenen Informationen – und somit die Voraussetzungen für einen kompetenten, kritischen und verantwortungsvollen Umgang – schaffen auch klare und transparent dargelegte Informationen. Hier werden insbesondere die Informationen vom Bund und von Schweizer Behörden am häufigsten als positives Beispiel genannt (z. B. I13; I30; I26; I14; I14; I20; I24; I22). Zahlreiche Befragte berichten, dass sie sich insbesondere auf offiziellen Seiten informieren, bei Bund und Behörden. Eine weitere befragte Person unterstreicht den Mehrwert von offiziellen Informationskanälen für ihre Entscheidungsfindung und schildert: *«Also ich tue natürlich solche Plattformen anschauen, also so ein bisschen die Offiziellen. Da würde jetzt ein Impfgegner natürlich sagen: 'ja GENAU die, das ist klar, dass die nur das erzählen, was gut ist'. Das ist mir schon klar, aber dort habe ich eher die Gewissheit, dass es ähm, wenn ich jetzt das vom Bundesamt oder von einer Ärztekammer oder so eben etwas lese, dann ist das mir sicherer wie wenn ich einfach so ein Allerweltforum anklicke, wo eben dann «hinz und kunz» [schreiben kann] und dann eben wirklich manchmal nicht fundierte Sachen erzählt werden»* (dt., w, 70, hIB, I09, Zeile 110–116). Eine weitere Person bekräftigt die Vertrauenswürdigkeit von Informationen seitens des Bundes: *«Normalerweise schaue ich mir zuerst die Quellen an, aus denen diese Informationen stammen, d.h. wenn sie vom Bund oder einer wissenschaftlichen Zeitschrift kommen, weiss ich, dass ich ihnen vertrauen kann»* (it., w, 28, mIB, I22, Zeile 50–52, eigene Übersetzung).

Auch wenn die klare und **leicht verständliche Sprache** der öffentlichen Kommunikationskanäle von vielen Befragten positiv betont wurde, wünschen sich einige noch transparentere Pro und Contra-Argumente sowie eine klare Benennung von möglichen Nebenwirkungen (siehe dazu mehr in 4.3 E) «*Wünsche an die öffentliche Kommunikation zu Impffthemen*»).

Mit Blick auf die **Herausforderungen** im Umgang mit Impfinformationen fasst ein Mann aus der Deutschschweiz seine Schwierigkeiten im «**Beurteilen**» der Informationen wie folgt zusammen: «*Das ist schwierig da ein gerades Mass zu finden, denn jemand hat ja einen Grund das zu veröffentlichen oder der möchte mich überzeugen oder möchte abschrecken. Das ist so ein dafür oder dawider*» (dt., m, 47, tIB, I05, Zeile 132–134). Bei der Nachfrage was dabei am schwierigsten fällt, antwortet der Befragte: «*Ehm die neutrale Meinung herauszufinden. [...] zum Teil möchte man, dass Nebenwirkungen explizit dargestellt sind, zum Teil möchte man beruhigt werden [...]. Ich habe es schwer empfunden, weil es ziemlich erforscht war und weil eben die Pole raus gestochen haben, in Bezug auf Corona jetzt.*» (dt., m, 47, tIB, I05, Zeile 136–144). Als weitere Herausforderung empfinden die Befragten zum Teil **widersprüchliche** und **ambivalente Informationen** über den Nutzen und die Wirksamkeit von Impfungen und impfbezogenen Themen (z. B. Impfungen, Masken, soziale Distanzierung usw.). Ein Befragter aus der italienischsprachigen Schweiz äussert sich hierzu beispielsweise wie folgt: «*[...] angesichts der völlig gegensätzlichen Informationen, die in den letzten Jahren erschienen sind, [...] bin ich nicht in der Lage zu beurteilen, ob Impfungen wirklich etwas Positives sind [...]*» (it., m, 62, tIB, I25, Zeile 63–66, eigene Übersetzung). Ausserdem berichten die Befragten von Schwierigkeiten Informationen gut verstehen und beurteilen zu können aufgrund von **mangelndem Fachwissen** und der **Nutzung von Fachjargon** seitens offizieller Stellen: «*Sie [offizielle Stellen] müssen wissen, dass sie zu normalen Menschen sprechen (...), dass viele Menschen vielleicht nicht verstehen, was sie sagen, und deshalb nach einer Weile nicht mehr zuhören wollen*» (it., w, 72, mIB, I28, Zeile 108, eigene Übersetzung). Neben der Schwierigkeit Informationen adäquat zu beurteilen, fällt es Befragten auch schwer, die aktuelle Informationsflut zu bewältigen («*tonnenweise Informationen*» (I09)) und unterschiedliche Informationen differenziert zu betrachten (I09). Insbesondere während der COVID-19-Pandemie sorgte dies für weitere Unsicherheiten. So schildert ein Mann seine Erfahrung wie folgt: «*Corona, da traue ich eigentlich Keinem mehr. Weil im Nachhinein, ähm [...] hochrangige Ärzte die haben die und die und die Fehler gemacht. Und ähm ja, ähm ich weiss es nicht. Wir kriegen heutzutage so viele Informationen und sind gar nicht mehr in der Lage, die genau zu differenzieren, genau genauer rauszufiltern, was ist gut für mich*» (dt., m, 64, hIB, I07, Zeile 212–116).



Im Gegensatz zur Studie 2018, die berichtet, dass keine verbreitete Verunsicherung in Impffragen herrscht, prägt das Thema «Unsicherheiten im Umgang mit Impfinformationen» im Jahr 2024 verstärkt die Impfdebatte. Gleich geblieben ist, dass dabei insbesondere widersprüchliche und schwer verständliche Informationen zu Unsicherheiten führen.

4.2 Determinanten zu Impfkompetenz, Impfbereitschaft und Impfverhalten

C) Einflussfaktoren auf die Impf-Entscheidung

Ein Impfscheid hängt laut Befragten insbesondere von einer individuellen «**Risiko-Nutzen-Abwägung**» ab (z. B. I01; I03; I06; I15; I20; I23a), welche die Befragten durchführen, nachdem sie Informationen eingeholt und reflektiert haben: «*Es ist sicher die Risikoabwägung das wo nachher den, ja, den Hauptentscheid wird geben*» (dt., w, 41, mIB, I06, Zeile 91–92). Mit dieser Risiko-Nutzen-Abwägung ist insbesondere gemeint, mögliche Vorteile oder Nutzen einer Impfung den potenziellen Nebenwirkungen und Risiken gegenüberzustellen und basierend auf dieser Gegenüberstellung eine Entscheidung zu treffen.

Als **mögliche Vorteile** werden dabei der «*Schutz vor Krankheiten/Infektionen*» (I10), «*um ältere Menschen oder Menschen mit schwachem Immunsystem zu schützen*» (I11), «*Schutz vor Tod oder Spitalaufenthalt*» (I10) genannt. Ein mögliches Sterberisiko wird von den Befragten nicht erwähnt. Auch kaum erwähnt wird die komplementäre Perspektive, dass Impfungen lebensverlängernd sein können. Als mögliche Nachteile werden insbesondere «*Nebenwirkungen*» (z. B. I01; I18; I19; I20), aber auch

«unnatürlicher Eingriff in den eigenen Körper/das Immunsystem» (I02; I07; I23a) oder «mögliche Autismusfälle»⁹ (I27) genannt.

Der Impfentscheid hängt auch wesentlich von der Empfehlung der Ärzteschaft ab – immer wieder genannt werden Hausärzt:innen und Kinderärzt:innen, aber auch Vertrauensärzt:innen und Kantonsärzt:innen, die mit ihrer Expertise als sehr vertrauenswürdige Quellen mit Blick auf Impffragen wahrgenommen werden. Andere Gesundheitsprofessionen werden für die Entscheidungsfindung so gut wie nicht genannt.

Ein weiterer Aspekt, welcher die Impfbereitschaft und die Impfentscheidung beeinflusst, ist die **persönliche Haltung** («durch Impfungen sind gewisse Krankheiten in der Schweiz nicht mehr vorhanden» (I10) («Impfungen als immenser Fortschritt der Wissenschaft/Medizin» (I18) vs. «möchte nicht Gott spielen» (I02)). Auch das eigene «Bauchgefühl», die gemachte Erfahrung mit dem eigenen Immunsystem, oder der «Instinkt» einer betroffenen Person (I03; I08; I15) spielen eine Rolle: «Mein eigener Instinkt, mein Gefühl [gibt mir Sicherheit beim Impfentscheid]» (dt., w, 63, tIB, I08, Zeile 34–35).

Ein zentraler Faktor, der zu einem eher positiven resp. negativen Impfverhalten beiträgt, ist laut mehreren befragten Personen die Dauer der **Entwicklungszeit**¹⁰ des Impfstoffes (I14; I17; I08; I13). «Ein Kriterium ist die Zeit, die für die Entwicklung eines Impfstoffs benötigt wurde. Wenn die Entwicklungs- und Testzeit nur einige Monate beträgt, wie bei Covid, bin ich sehr misstrauisch» (fr., m, 37, mIB, I14, Zeile 30, eigene Übersetzung). Die Entwicklungszeit eines Impfstoffs wird von zahlreichen Befragten gleichgesetzt mit dem Beforschungsgrad des Impfstoffes. Dabei gilt, je kürzer (und nach dieser Logik somit weniger stark) ein Impfstoff erforscht wurde, desto risikoreicher wird der Impfstoff wahrgenommen:

«Also wir zumindest haben dann gleich Mühe gehabt, dem [Informationen zu COVID-19] zu glauben, weil sie für andere Impfstoffe ja wesentlich länger Zeit brauchen, um die dann wirklich so herauszubringen, dass man sagen kann, doch das hält stand und dass mit COVID hat man nachher innert kürzester Zeit 'vom Parkett geklopft' ohne wirklich eine Studie dahinter etcetera. Dort ist einfach das Vertrauen gar nirgends gewesen. Unabhängig von Informationen – in unseren Augen hat man dort können sagen was man hat wollen, wir haben dem wie nicht ganz getraut, weil es ja sonst einen Grund würde geben warum also, für andere Impfungen braucht man auch nicht so lange. Also dort wird ja wie mehr Zeit investiert, um wirklich sichere Ware nachher an die Personen zu bringen und dass man da so wenig Schaden wie möglich anrichtet und bei dieser ist das einfach so ja relativ zügig gegangen» (dt., m, 39, tIB, I23a, Zeile 252–279).

Der **Faktor Zeit** ist für die Impfbereitschaft jedoch auch in anderer Hinsicht relevant: So wird die Impfbereitschaft positiv beeinflusst, wenn a) Fachpersonen sich Zeit nehmen, die Pro/Contra-Argumente in Ruhe zu erklären und bei Fragen und Unklarheiten zur Verfügung stehen (I09; I06); und b) wenn Personen genügend Zeit (von der Ärzteschaft, etc.) bekommen, sich die Impfentscheidung in Ruhe zu überlegen und abzuwägen (I23a).

Ein weiterer Aspekt, der die Entscheidung zur Impfung beeinflusst, ist die **empfundene oder gegebene Notwendigkeit** für oder gegen eine Impfung (Stehen Auslandsreisen an, für die gewisse Impfungen obligatorisch sind? Ist man Teil einer Risikogruppe oder in engem Kontakt? Wird Impfung als notwendiger und wichtiger gesellschaftlicher Beitrag oder als erzwungener Eingriff in die eigene Wahlfreiheit verstanden?). Die befragten Personen berichten von einer eher hohen Impfbereitschaft bei Impfungen für Reisen (I06; I12; I15; I21; I29), da es einerseits verpflichtend ist, um in gewisse Länder einreisen zu können, und andererseits Impfungen für Länder ausserhalb Europas auch mit exotischeren, schwerwiegenderen und tödlicheren Krankheiten assoziiert werden (genannt werden u.a. Tetanus, Gelbfieber, etc.) (I05; I07; I18; I21). Beispielsweise erklärt eine Frau aus dem Tessin: «Wenn man jetzt [Impfungen] für Urlaub macht oder so, dass man Malaria oder Gelbfieber machen müsste, die verstehe ich, denn das sind ernsthafte Krankheiten» (it., w, 24, hIB, I21, Zeile 7, eigene Übersetzung).

⁹ Diese Bedenken sind wissenschaftlich klar widerlegt. Zahlreiche verfügbare Studien konnten keinen Zusammenhang zwischen der Anzahl erhaltener Impfungen im Kleinkindesalter oder der MMR-Impfung und Autismus feststellen (siehe auch: <https://www.in-fovacc.ch/de/faq/nebenwirkungen>).

¹⁰ Jedoch wurde von den befragten Personen nicht näher erläutert, woher sie über die genaue Entwicklungszeit Bescheid wussten. Vielmehr wurde es als subjektive Einschätzung beschrieben.

Ebenso werden **Kinderimpfungen** von manchen als Impfungen beschrieben, die **vor schwerwiegenden Krankheiten** (explizit genannt wurden «*Kinderlähmung*», «*Schwangerschaftsmissbildungen*» I10) **schützen** und somit die empfundene Gefährlichkeit dieser Krankheiten zu möglichen Nebenwirkungen überwiegt (z. B. I23a). Impfungen im Säuglings- und Kleinkindalter werden also verstärkt noch als Selbstverständlichkeit angesehen, wohingegen Impfungen im Erwachsenenalter (insb. Grippe und COVID-19) eher eine geringe Relevanz zugeschrieben wird. Beispielsweise berichtet eine Frau, dass sie es als ihre Verantwortung sieht, Kinder gegen schützbar Krankheiten durch Impfungen auch zu schützen und ergänzt: «*Ich würde mich so sehr ärgern, wenn mein Kind eine schwere Krankheit bekommen würde, gegen die es eine Impfung gibt, und die Impfung nicht durchgeführt worden wäre*» (fr., w, 40, mIB, I15, Zeile 54, eigene Übersetzung). Es gibt jedoch auch vereinzelte Befragte, die bei Kinderimpfungen durchaus Bedenken mit Blick auf Nebenwirkungen haben oder deren Nutzen nicht nachvollziehen können (I27; I28; I29).

Ein Faktor, der die Impfbereitschaft und das Impfverhalten insbesondere negativ beeinflusst, ist die Überzeugung, dass eine Impfung einen **erheblichen Eingriff in den eigenen Körper** darstellt (I02; I23a; I15; I28). Ausserdem berichten Befragte, dass sie die Relevanz und den Nutzen von Impfungen weniger stark sehen bei a) gewissen saisonalen Impfungen wie der Grippe-Impfung oder der COVID-19 Impfung, b) wenn die Gefährlichkeit einer Krankheit als gering eingestuft wird (z. B. Grippe) oder die Wahrscheinlichkeit daran zu erkranken (z. B. Zeckenimpfung) als gering eingestuft wird, oder c) wenn ein hohes Vertrauen (und teilweise Überschätzung) in das eigene Immunsystem vorliegt.

Schliesslich berichten einige Befragten, dass es eine Rolle für ihren Impfscheid spielt, wie **etabliert eine Impfung** bereits in der **Gesellschaft** und der **Wissenschaft** ist (I05; I15; I26; I29). Aus den Interviews wird die Tendenz erkennbar, dass je kontroverser (und intensiver) diskutiert wird, desto stärker die Verunsicherung und höher die Ablehnung der Impfung. Ein Befragter aus der Deutschschweiz erklärt sich dieses Phänomen wie folgt: «*Am besten ist, wenn es eine Selbstverständlichkeit in der Gesellschaft erreicht hat, dann ähm ist eigentlich alles schon gesagt. Bei gewissen Impfungen, wenn das gar nicht mehr hinterfragt werden muss, weil es ähm etabliert ist*» (dt., m, 47, tIB, I05, Zeile 162–165). Diese «Etablierung» findet jedoch nicht nur auf einer gesellschaftlichen Ebene statt, sondern auch im familiären Umfeld einer Person. So berichten einige Befragte, dass auch die Akzeptanz und das Impfvorgehen in ihrem direkten Umfeld ihre Impfscheidung mitprägt (I11; I21; I24; I26). Bekannte und Verwandte mit einem **Hintergrund im Gesundheitsbereich** beeinflussen bei einigen betroffenen Befragten das Impfverhalten: zum Teil, weil sie gewissen Impfungen gegenüber skeptisch eingestellt sind und entsprechend davon abraten (I07; I08), zum Teil, weil sie Befürworter:innen von Impfungen sind und ihre Mitmenschen ermutigen, sich ebenfalls impfen zu lassen (I22; I13; I12).



Wie bereits 2018 nennen auch 2024 die Befragten als Entscheidungsschwierigkeiten das fehlende Einsehen der Relevanz von bestimmten Impfungen, oder wenn die Risiko-Nutzen-Abwägung unklar ausfällt. Hinzu kommen 2024 die verstärkten Unsicherheiten aufgrund von unterschiedlichen Entwicklungszeiten von gewissen Impfungen, sowie die zum Teil mangelnde gesellschaftliche und wissenschaftliche Etablierung einer Impfung.

4.3 Kommunikation und ihre Auswirkung auf das Thema Impfen

D) Auswirkung der öffentlichen Kommunikation auf die Impfbereitschaft

Die **öffentlichen Kommunikationskanäle** werden von vielen Befragten als **klar** und **gut zugänglich** wahrgenommen (I01, I13; I14, I14, I20, I22, I24, I26, I30). Besonders geschätzt werden kurze, prägnante und ansprechend gestaltete Formate, darunter auch Erklärvideos (I14, I26). Ausserdem bevorzugen die befragten Personen Impfinformationen, die in leicht verständlicher und adressatengerechter Sprache sowohl Pro- als auch Contra-Argumente zu den einzelnen Impfungen aufzeigen und beleuchten (I05, I06, I09, I13). Besonders betont eine Person die Wichtigkeit, sowohl Nebenwirkungen und Vorteile, aber insbesondere den Nutzen der Impfung klar zu formulieren und ergänzt mit Blick auf die COVID-19-Impfung: «*Die Kommunikation ist ein Schlüssel, dass man es nicht als MUSS oder als Einschränkung verkauft, sondern den Vorteil in den Vordergrund stellt und nicht versucht dann noch wie so ein Schuldgefühl zu erwecken*» (dt., m, 47, tIB, I05, Zeile 191–195).

Offizielle Seiten des Bundes und von Behörden werden vom Grossteil der Befragten **gekannt, aktiv aufgesucht** und **spielen eine Rolle** bei der Impfentscheidung (I01, I13; I14, I14, I20, I22, I24, I26, I30). Während der COVID-19-Pandemie haben der Grossteil der befragten Personen öffentliche Impfinformationen zusätzlich auch über andere Informationsquellen wie Fernsehen, Radio und Zeitungen bezogen. Das Thema Kommunikation zu Impft Themen in den Soziale Medien wurde in den Interviews so gut wie nicht erwähnt und scheint zumindest in der Altersgruppe der befragten Personen (21- bis 78-Jährige) eine marginale Rolle zu spielen, wenn es um die Beschaffung und Einschätzung von Impfinformationen geht.

Eine Person schlägt jedoch vor, auch **Künstliche Intelligenz** verstärkt in die Berichterstattung mit einzubinden, da diese von Menschen allenfalls als neutraler/objektiver wahrgenommen werden könnte und dadurch Unsicherheiten vielleicht gemindert werden könnten: *«Ich finde immer den Menschen selbst, der das dann rüber bringt, in dieser Neutralität kann man gar nicht sein. Irgendwann ist man dann pikiert und angegriffen und angegriffen. Aber wenn das vielleicht irgendetwas ganz Neutrales [die KI] sagt, Pro und Kontra. Da kann man ja die Maschine schwer angreifen. (...) Ein Mensch, wo angegriffen ist, ist immer in einer Provokation drin»* (dt., w, 63, tIB, I08, Zeile 267–278).

Einige Befragte berichten, dass die **mediale Aufmerksamkeit** und die **hohe Berichterstattung** und Kommunikation während der COVID-19-Pandemie rund um das Thema Impfen zu einer **stärkeren Verunsicherung** in ihrer Impfbereitschaft führte (I05, I15, I26, I29). Dies unabhängig vom Inhalt, sondern lediglich durch die Tatsache, dass so viel darüber kommuniziert wurde und damit assoziiert wird, dass der Impfstoff umstrittener ist (I05, I14, I15). Ein Befragter formuliert diese Auswirkung der öffentlichen Debatte wie folgt: *«Es gibt mir eine gewisse Sicherheit, wenn es [die Impfung] nicht mehr im Fokus steht, dann wurde offensichtlich schon genug dazu gesagt. Es wurde ausgefochten, es haben sich die Lager nicht durchgesetzt in den Extremen. Das ist für mich auch ein Informationsgehalt, dass es eine Sache lange gibt und immer noch gibt und, dass nicht darüber geredet wird. Das ist für mich auch ein Zeichen von Bestand und von weniger Risiko»* (dt., m, 47, tIB, I05, Zeile 170–175).

Insbesondere während der COVID-19-Pandemie haben viele Befragte die **öffentliche Kommunikation verändert wahrgenommen**. Die Impfdebatte zu dieser Zeit wurde von mehreren Befragte als «Angstbelastet», «sehr emotional» und «dramatisch» empfunden (I08, I18, I23a, I26). Gefühle, die ihre Impfbereitschaft und entsprechend das Impfverhalten dabei negativ beeinflusst haben, sind: *«Ich finde das schlimm. Wirklich schlimm. Es ist das ganze Virus-Zeug schon genug schlimm, dann muss man es nicht noch auf einer emotionalen Ebene so dramatisieren, dass sich die Leute untereinander anfangen fertig zu machen oder auszugrenzen. Das ist so ein bisschen das Problem. Das stört mich»* (dt., m, 39, tIB, I23a, Zeile 197–201). Ein weiterer Befragter weist ebenfalls auf die als «sehr emotional» wahrgenommene Kommunikation während der COVID-19-Pandemie hin: *«Während des Covid-Zeitraums hätte die Kommunikation sachlicher, weniger emotional sein sollen, weil es immer noch sehr emotional war, also etwas sachlicher... um Fakten zu haben, muss man einen gewissen Abstand haben»* (fr., m, 55, hIB, I18, Zeile 49, eigene Übersetzung).

E) Wünsche an die öffentliche Kommunikation zu Impft Themen

Viele Wünsche und Erwartungen an die öffentliche Impf-Kommunikation und an allgemeine Kommunikationsstrategien zu Impft Themen decken sich zum Teil mit den bereits erläuterten Auswirkungen der Kommunikation auf die Impfbereitschaft (z. B. Wunsch nach sachlicher und weniger emotionsgeladener Kommunikation (I08, I18, I23a). Folgende Anliegen wurden von den Befragten noch zusätzlich geäussert:

Für eine effektive Impfkommunikation wünschen sich einige Befragte vermehrt **Info-Videos** und **Infografiken** (*«wir leben in der Welt der Bilder und Videos»* (it., m, 48, hIB, I26, Zeile 62, eigene Übersetzung) sowie kurze, grafisch ansprechend gestaltete Kommunikationselemente, die durch einfache Verständlichkeit überzeugen (I16, I21, I26). Eine **transparente** und **ehrliche Kommunikation** ist dabei entscheidend – einschliesslich offener Informationen über Unsicherheiten, Unwissen, Forschungslücken oder kritische Prozesse wie die Verfügbarkeit von Masken oder Impfstoffen (I05, I06, I08, I10, I27). Ein Befragter erläutert diesen Wunsch nach klarer und ehrlicher Kommunikation wie folgt:

«Mit der Maske, vielleicht können Sie sich erinnern, man hat ja immer am Anfang gesagt nein, eine Maske ist nicht wirksam oder ähm und nachher haben sie dann angefangen zu fabrizieren bei der Flawa und überall zu Hunderttausenden oder aber da ist ja auch eine «Schind-Luderei» getrieben worden, was da Geld verdient worden ist, mit Schwarzmarkt und Import aus dem Ausland – «jesses». Wahnsinn, oder? Und darum, ich wäre manchmal lieber dafür, man würde geradeaus sagen, «wir haben momentan zu wenig Masken. Darum tun wir die für die speziellen Personen – sagen wir Pflegepersonal oder die wo sehr Hochrisiko sind und nicht können Impfen – die sollen Masken nehmen, wenn man dann genug Masken hat, dann ist die Maske ganz eine klare Schutzmassnahme.» Und nicht ein bisschen um das Zeug herum reden, weil man es nicht gehabt hat. Ich wäre einfach für eine ehrliche und offene Kommunikation und klar zu sagen, wie es ist» (dt., m, 73, tIB, I10, Zeile 183–195).

Der **Wunsch nach mehr Transparenz** in der öffentlichen Kommunikation wurde durch die COVID-19-Pandemie noch verstärkt (I03, I13, I17): «Allgemein bei Impfungen, finde ich, klappt das wunderbar, auch Grippe-Impfungen ist man transparent, aber so bei COVID, dort finde ich hat es nicht gut geklappt. Und ich muss sagen ... also ich bin schon ein bisschen kritischer geworden aufgrund dessen, was dort so abgegangen ist zu dem Thema» (dt., m, 34, mIB, I03, Zeile 169–173).

Gleichzeitig gibt es auch Stimmen, welche die **Kommunikation des Bundes** während der COVID-19-Pandemie durchaus als transparent und offen wahrgenommen haben (I13, I15): «Wir haben gesagt, wir wissen nicht so recht, was wir tun, also versuchen wir es. Abgesehen von der Frage der Intransparenz zwischen den privat-pharmazeutischen Akteuren und der Regierung, denke ich, dass es im Allgemeinen toll war, wie sie das alles kommuniziert haben» (fr., w, 32, mIB, I13, Zeile 34–35, eigene Übersetzung).

Grundsätzlich sollte das «**Warum**» hinter Impfungen und deren Nutzen stärker betont werden, ohne Gegenargumente zu verschweigen. Eine Person berichtet beispielsweise: «Ich musste wirklich verstehen, warum ich mich impfen lassen sollte» (fr., m, 32, mIB, I12, Zeile 18, eigene Übersetzung) und eine andere Befragte betont, dass es besonders wichtig sei sich zu fragen: «Was sind die Empfehlungen und WARUM [soll ich mich impfen lassen]?» (it., w, 77, tIB, I29, Zeile 33, eigene Übersetzung).

Wie bereits 2018 wünschen sich die befragten Personen auch 2024 nicht mehr Informationen, sondern Informationen, die nicht nur einseitig informieren, eine klare Offenlegung von Nebenwirkungen und Pro- und Contra-Argumenten sowie einfache, verständliche und anschaulich aufbereitete Informationen ohne Fachbegriffe. Gleichzeitig sind 2024 die Wünsche an die öffentliche Impf-Kommunikation auch durch die COVID-19-Pandemie und damit einhergehend mit einer gewissen Skepsis gegenüber Impf-informationen geprägt. Die Relevanz und der Nutzen einer Impfung sollte somit laut den Befragten noch stärker in den Vordergrund gestellt werden. Auch dieser Wunsch deckt sich mit den Bedürfnissen der Befragten von 2018.

4.4 Einfluss der COVID-19-Pandemie auf das Thema Impfen

F) COVID-19 als gravierender Einschnitt in die Impfdebatte

Der Grossteil der Befragten hat sich aufgrund der erhöhten **medialen Aufmerksamkeit** während der COVID-19-Pandemie zum ersten Mal verstärkt mit dem **Thema Impfungen auseinandergesetzt**: «Seit Corona bin ich ein bisschen sensibilisiert zu diesem Thema und das war auch vorher gar nicht. Vorher, da habe ich mir wenig Gedanken macht, auch wenig informiert, aber mit Corona hat das dann wirklich einen Impact gehabt» (dt., m, 47, tIB, I05, Zeile 11–13).

Die **COVID-19-Pandemie** hat das Thema **Impfen** laut befragter Personen **nachhaltig verändert** (I13, I25, I03, I14, I04). Während Impfungen zuvor kaum im Alltag präsent waren und selten Gesprächsthema wurden, rückten sie während der Pandemie durch ihre ständige mediale und gesellschaftliche Präsenz stark in den Fokus. Ein Befragter berichtet von dieser Verschiebung des Impftemas aus dem privaten Raum hin zu einer stärker gesellschaftlichen Debatte in den letzten Jahren: «[...] was dem privaten Bereich vorbehalten war, der Beziehung zwischen Arzt und Patient, der Arzt teilte sein Wissen, der Patient traf eine Entscheidung in Kenntnis der Sachlage, man ist [in der COVID-19-Pandemie] aus diesem Aspekt herausgetreten, man ist aus dieser Beziehung zwischen Arzt und Patient herausgetreten und die Impfung ist zu einem gesellschaftlichen Thema geworden.» (fr., m, 52, tIB, I16, Zeile 6, eigene Übersetzung).

Gleichzeit hat die COVID-19-Pandemie viele der Befragten für das **Thema Impfen sensibilisiert** – jedoch wurde dabei insbesondere eine kritische Haltung gegenüber Impfen und ein Vertrauensverlust in das Thema Impfen geweckt (I12, I13, I25): *«Das ist der Moment in meinem Leben [COVID-19-Pandemie], in dem ich diese Impfungen am meisten hinterfragt habe, indem ich versucht habe, mich zu informieren»*. (fr., m, 32, mIB, I12, Zeile 4–5, eigene Übersetzung)

G) Einflussfaktoren auf die COVID-19-Impfentscheidung

Ein wesentlicher Beweggrund für einige Befragte, sich während der COVID-19-Pandemie impfen zu lassen, war der Wunsch, wieder **aktiv am sozialen und öffentlichen Leben teilnehmen zu können** (I13). Die Aussicht, nicht länger zu Hause bleiben zu müssen und ein Stück Normalität zurückzugewinnen, spielte dabei eine grosse Rolle. Somit stand für diese befragten Personen weniger ein medizinischer als ein **sozialer Aspekt** im Vordergrund: Die Impfung versprach ein *«Leben wie vorher»* und eine mögliche Rückkehr zu vertrauten Alltagssituationen und sozialen Interaktionen (I13, I11, I04). Eine Frau aus der französischsprachigen Schweiz erläutert im Interview: *«Meine Entscheidung war nicht von medizinischen oder gesundheitlichen Aspekten abhängig, sondern von sozialen Aspekten. Das heisst, dass ich mich so bewegen kann, wie ich will, wie früher, und dafür musste ich mich impfen lassen»* (fr., w, 32, mIB, I13, Zeile 14–16, eigene Übersetzung).

Als weiteren Beweggrund für die COVID-19 Impfung nennen die Befragten den persönlichen als auch den gesellschaftlichen **Schutz-Faktor der Impfung** (als Schutz für ältere Menschen oder jene mit schwachem Immunsystem) (I11, I15, I21) Ein Befragter erklärte: *«wenn sich die ganze Gruppe impft, gibt es einen besseren Schutz für alle und das hat mich am Ende auch dazu gebracht, meine Meinung zu ändern, vor allem nach einem Gespräch mit einem Freund, der mir sagte: «Aber eigentlich tust du es nicht für dich, wenn du dich impfst, sondern für... na ja, es geht darum, die anderen zu schützen»* (fr., m, 32, mIB, I12, Zeile 6, eigene Übersetzung). Ausserdem wird der **Solidaritätsgedanke** als wichtiger Beweggrund genannt (I10): *«Wenn rundherum 90% gegen etwas geimpft sind, da ist ja das Risiko natürlich sehr klein, dass man es bekommt»* (dt., m, 73, hIB, I10, Zeile 298).

Gleichzeitig wird das Thema Impfen seit der Pandemie verstärkt mit **Einschränkungen, Bevormundung und Zwang** assoziiert. Viele Befragte berichten, dass sie sich während der COVID-19-Pandemie in ihrer Impfentscheidung stark bedrängt fühlten (I08, I17, I18, I27). Der gesellschaftlich wahrgenommene Druck führte bei einigen zu einer ablehnenden Haltung gegenüber Impfungen (I12, I13, I17, I25). Diese empfundene Zwangssituation wird von vielen als negativer Faktor beschrieben, der das Vertrauen in zukünftige Impfentscheidungen nachhaltig beeinflussen könnte (I06, I14, I17, I26).

Laut Befragten liegt eine eher niedrigere Impfbereitschaft vor, wenn Impfen als **Zwang** empfunden wird und/oder mit Restriktionen einhergeht. Beispielsweise berichtet ein Befragter aus dem Tessin: *«Wir hätten mehr unserer Linie folgen sollen bei COVID-19, das heisst Wahlfreiheit, nicht Zwang. Das hat mich vom Bund sehr gestört»* (it., w, 52, tIB, I27, Zeile 76–78, eigene Übersetzung). Zahlreiche Befragten betonen, dass die zum Teil als «dramatisierende» und «Schuld-fokussierte» wahrgenommene Kommunikation während der COVID-19-Pandemie eine starke Abwehrhaltung erzeugte, welche bei den Betroffenen beim Thema Impfen nachhaltig eine negativen Assoziation erzeugte (I06, I14, I17, I25). Jedoch wird der Aspekt des Zwangs bei Reiseimpfungen als weniger bis nicht problematisch wahrgenommen. (vgl. Kapitel 4.2 Abschnitt C)).

Zudem berichten zahlreiche Befragte von der **Angst vor Nebenwirkung** sowie von stärkeren körperlichen Reaktionen auf die COVID-19 Impfung im Vergleich zu anderen Impfungen, die sie zuvor erhalten hatten (I06, I07, I17, I18, I29). Diese erlebten oder beobachteten Nebenwirkungen führten bei einigen zu Vorbehalten gegenüber weiteren Impfungen. Auch Berichte aus dem persönlichen Umfeld über teils **erhebliche Impfreaktionen** beeinflussten die Entscheidungen vieler Personen und verstärkten die Wahrnehmung, dass solch starke Reaktionen speziell bei der COVID-19 Impfung auftreten (I01, I06, I07, I17, I21, I25, I29).

H) Vertrauensverluste und das Thema Meinungsfreiheit

Der **Vertrauensverlust** während der COVID-19-Pandemie wird von den Befragten allgemein als sehr gross beschrieben und äusserte sich in Aussagen wie *«Corona, da traue ich keinem mehr»* (dt., m, 64,

hIB, I07, Zeile 255-257). Besonders belastend empfanden viele die starke **Einmischung der Politik** in die private Entscheidungspraxis rund um das Thema Impfen während der COVID-19-Pandemie, was zu einer zunehmenden Skepsis gegenüber staatlichen Massnahmen führte (I16, I17, I27, I30).

Insbesondere der Umgang mit Impfungen sowie die teils als **aggressive** und **emotional wahrgenommene Kommunikation** haben dabei das Vertrauen in Impfungen beschädigt. Die bis dahin selbstverständliche Entscheidungsfreiheit wurde von einigen während der COVID-19-Pandemie als eingeschränkt wahrgenommen, da Impfungen vermehrt mit einem Gefühl des Zwangs und emotionalem Druck verbunden worden sind. Als drastisch empfundene Massnahmen und das Empfinden einer ungleichen Behandlung zwischen Geimpften und Ungeimpften bleiben dabei einem Befragten besonders in Erinnerung: *«im Falle von Covid wurde diese Wahl gelassen, aber sehr deutlich wurden die Bürger nicht auf die gleiche Weise betrachtet, je nachdem, ob sie geimpft waren oder nicht, sie hatten nicht den gleichen Zugang zu denselben Dingen»* (fr., m, 37, mIB, I14, Zeile 6–8, eigene Übersetzung). Auch das Vertrauen in die staatlichen Institutionen ist durch Enttäuschungen und die fehlende Aufarbeitung der Krise belastet. Beispielsweise berichtet ein Befragter aus der französischsprachigen Schweiz mit Blick auf die Kommunikation von öffentlichen Behörden von *«[...] überhaupt keine[r] Transparenz, überhaupt nicht und dann viele Lügen und dann Manipulation, das ist eine grosse Manipulation»* (fr., w, 54, tIB, I17, Zeile 22, eigene Übersetzung).

Laut mehreren Befragten hat die COVID-19-Pandemie neben persönlicher Skepsis und Vertrauensverlust auch zu **emotional aufgeladenen gesellschaftlichen Spannungen** beigetragen, die auch in Familien und im Kolleg:innenkreisen deutlich spürbar waren (I05, I26, I09, I23a): *«Wie vielleicht in jeder Familie gab es dann diese Pro-Kontra-Diskussion, nicht in der Schärfe, wie ich es bei anderen erlebt habe, aber trotzdem, sie haben stattgefunden, es hat mich beschäftigt»* (dt., m, 47, tIB, I05, Zeile 274–283). Die emotional aufgeladene Debatte rund um Impfungen führte zur Bildung fester Lager, in denen die Meinungen häufig stark gefestigt blieben (I05).

Viele Menschen berichten von einem **Vertrauensverlust in die Medien**, da sie teilweise wenig kritische Stimmen oder transparente Informationen wahrnahmen (I13, I16, I26). Ein häufiger Vorwurf ist, dass bestimmte Expert:innen, insbesondere solche, die kritische Ansichten zur COVID-19-Politik hatten, in den Medien kaum Gehör fanden. Eine befragte Person erklärt zu diesem Thema: *«Ärzte, die gegen Covid waren, wurden nicht mehr im TV gezeigt»* (fr., w, 54, tIB, I17, Zeile 18, eigene Übersetzung). Es wird auch eine mangelnde Fehlerkultur und geringe Lernbereitschaft seitens der Verantwortlichen kritisiert, sowie die unzureichende Aufarbeitung der Pandemie (I03, I07, I05, I23a). Ein Befragter fasst seine Einschätzung diesbezüglich wie folgt zusammen: *«Es war wie so ein Experiment [...]. Ich finde es schade, dass es die Aufarbeitung nicht so transparent ist oder nicht wahrgenommen wird. Ich nehme es eher so wahr, dass da vieles auch vertuscht werden soll. Im Hintergrund wird man sicherlich sehr viel aufarbeiten ähm zum Erkenntnisgewinn, um Zahlen zu generieren oder den gesellschaftlichen Schaden, den man angerichtet hat, den nehme ich nicht so wahr, dass man Mühe gibt, den zu glätten. Ja so schade (?), weil es eine Chance und die Chance ist, je länger man wartet ähm irgendwann ist der Effekt nicht mehr da. Ja, wenn erst ein MÜSSEN daraus wird und kein WOLLEN, dann wird es anders wahrgenommen also zum aus meiner Perspektive ja das hätte ich mir besser gewünscht»* (dt., m, 39, tIB, I23a, Zeile 238–244).

Ein weiteres Thema ist die **Skepsis gegenüber der Pharmaindustrie**. Einige Befragte äussern sich diesbezüglich skeptisch und äussern die Vermutung, dass in COVID-19 Zeiten zwischen Organisationen der Pharmaindustrie und dem Bund Vereinbarungen getroffen worden seien: *«Ich weiss nicht, was zwischen den Pharmaunternehmen und dem Bund vereinbart wurde ...»* (fr., m, 37, mIB, I14, Zeile 50, eigene Übersetzung); oder *«Die Fragen, die mir Probleme bereitet haben, waren vor allem die Intransparenz in Bezug auf die Art und Weise, wie die Verträge mit den grossen Pharmaunternehmen zustande kommen»* (fr., w, 32, mIB, I13, Zeile 10, eigene Übersetzung).

Neben grosser Skepsis und Verärgerung über den Umgang mit der COVID-19-Pandemie äussern einige Befragte jedoch auch ein gewisses **Verständnis für die Herausforderungen**, mit denen die Akteure während der Pandemie konfrontiert waren (I14, I27, I30, I20, I19, I29, I25, I12). Die COVID-19-Pandemie war laut Befragten durch ein hohes Mass an Unsicherheit und Unwissen geprägt – sowohl aufseiten der Bevölkerung als auch bei Expert:innen und Behörden (I29, I02, I12, I20). Die Behörden agierten in einer Krisensituation und versuchten dabei, Vorsicht walten zu lassen, um dramatische

Zustände wie in Italien zu vermeiden (I12, I29). Ein Befragter betont dabei, dass trotz chaotischer Rahmenbedingungen erkennbar versucht wurde, einen Konsens zwischen verschiedenen Akteuren zu finden und gemeinsam Lösungen zu entwickeln (I12). Auch die unübersichtliche und sich ständig verändernde Forschungslage stellte selbst für Fachleute eine grosse Herausforderung dar (I25).

5 Synthese und Diskussion der Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden die Hauptergebnisse aus der quantitativen und qualitativen Bevölkerungsbefragung diskutiert und in einen grösseren Kontext gestellt. Damit werden gleichzeitig die zentralen Fragestellungen des Mandats (vgl. Kapitel 1.2) zusammenfassend beantwortet.

5.1 Impfkompetenz der erwachsenen Wohnbevölkerung in der Schweiz

Etwas mehr als die Hälfte der Bevölkerung in der Schweiz (51%) hat Schwierigkeiten im Umgang mit Informationen zum Thema Impfen und weist somit eine geringe Impfkompetenz auf. Ähnliche Zahlen zeigen sich auch im HLS₁₉₋₂₁-CH bei der generellen GK (De Gani, Jaks, Bieri, & Kocher, 2021), wo 49 Prozent der Bevölkerung von Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen berichteten. Der Mittelwert des Impfkompetenz-Werts liegt auf einer Skala von 0 bis 100 bei 72.1 und damit unter dem Mittelwert der generellen GK (MW: 77).

Wie auch bei der generellen GK liegt beim Umgang mit Informationen zum Thema Impfen die grösste Schwierigkeit in der Beurteilung der (Impf-)Informationen. Insbesondere bei der Überprüfung der Vertrauenswürdigkeit der Informationen und der Unterscheidung zwischen Falschinformationen und zuverlässigen Informationen. Das kritische Beurteilen fällt insbesondere deshalb schwer, weil laut Befragten zum Teil widersprüchliche oder ambivalente Informationen über den Nutzen und die Wirksamkeit von Impfungen und impfbezogenen Themenstellungen verunsichern und eine klare Beurteilung erschweren. Am leichtesten fällt den Schweizer:innen hingegen das Finden, gefolgt vom Verstehen der Information. Dieses Ergebnis ist wenig überraschend, da die heutige Zeit von einer enormen Informationsflut («Infodemie») geprägt ist (Zarocostas, 2020). Die zentrale Herausforderung besteht daher nicht darin, Informationen zu finden, sondern vielmehr darin, vertrauenswürdige Gesundheitsinformationen von Fehl- und Desinformationen zu unterscheiden. Dies wird auch durch die Trendstudie zu COVID-19-spezifischer GK aus dem Jahr 2021 (De Gani, Jaks, & Guggiari, 2021) gestützt. Diese Studie zeigte, dass das Finden und Beurteilen von Informationen im Verlauf der COVID-19-Pandemie einfacher wurden, während deren Verständnis und Anwendbarkeit unverändert schwierig blieb. Ein Vergleich der vorliegenden Daten mit denjenigen aus der Vorgängerstudie von 2018 (Schulz et al., 2019) ist aus unterschiedlichen Gründen nur bedingt möglich. Mit Blick auf Einzelfragen ist jedoch erkennbar, dass insbesondere das Entscheiden, ob man sich impfen lassen soll, schwieriger geworden ist (+5%). Hingegen hat die Anzahl an Personen, welche es (sehr) schwierig finden, zu verstehen warum man Impfungen benötigt, in den letzten sechs Jahren leicht abgenommen (-3%).

Die aktuellen Ergebnisse zeigen ausserdem ein hohes Impfwissen in der Bevölkerung, wenn auch mit Wissenslücken. Alle vier Wissensfragen wurden von der Mehrheit korrekt beurteilt. Lediglich eine kleine Minderheit (5%) hat mehr inkorrekte als korrekte Antworten gegeben. Etwas mehr Unwissen zeigt sich bei der Aussage, dass es nie zu spät ist, eine Impfung nachzuholen: hier findet sich der grösste Anteil an Personen, die dies nicht wissen (26%) oder falsch beantworten (13%). Von jener Personengruppe, welche die Wissensfragen mehrheitlich inkorrekt beantwortet haben, berichten überdurchschnittlich viele von grossen Schwierigkeiten ihre Rechnung zu bezahlen oder verorten ihre Stellung in der Gesellschaft eher tief ein. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit den gut belegten Zusammenhängen zwischen sozioökonomischer Benachteiligung und GK (Baron-Epel et al., 2025; Nutbeam & Lloyd, 2021; Schillinger, 2020). Gleichzeitig ist festzustellen, dass Personen mit einem niedrigeren Impfwissen häufig auch eine tiefere Impfkompetenz und eine leicht tiefere Impfbereitschaft aufweisen. Ebenso haben Personen mit tieferer Impfbereitschaft weniger Impfwissen als jene mit mittlerer Impfbereitschaft und insbesondere als jene mit hoher Impfbereitschaft. Die Regressionsanalysen haben zudem gezeigt, dass ein hohes Impfwissen einen grösseren positiven Einfluss auf die Impfkompetenz hat. Ein unzureichendes Impfwissen könnte somit die Einstellungen zum Thema Impfen negativ beeinflussen, was sich wiederum nachteilig auf das tatsächliche Impfverhalten auswirken kann. Gleichzeitig ist jedoch aus der Verhaltensforschung bekannt, dass das Wissen (Ehrenberg et al., 2021) nicht unbedingt ein massgeblicher Einflussfaktor auf das Gesundheitsverhalten darstellt. Vielmehr prägen wahrgenommene Bedrohungen und Kosten-Nutzen-Abschätzungen (Modell der Gesundheitsüberzeugungen (engl. «Health Belief Model»), Überzeugungen (Theorie des geplanten Verhaltens) oder Vorlieben, Kompetenzen und soziokulturelle Akzeptanz (Sozial-kognitive Theorie) das Gesundheitsverhalten (Finne et al., 2021). Dies bestätigt sich auch in den qualitativen Analysen dieser Studie.

5.2 Impfbereitschaft der erwachsenen Wohnbevölkerung in der Schweiz

Rund zwei Drittel der Einwohner:innen in der Schweiz weisen eine hohe Impfbereitschaft auf. Die am stärksten geteilte Aussage (mit 21 Nennungen bei 30 geführten Interviews) ist, dass sich die Menschen bei der Impfung genau überlegen, ob sie sie auch benötigen (76%). In den qualitativen Interviews wird diese «Prüfung» öfters als Kosten-Nutzen-Abwägung beschrieben. Diese ist für die Mehrheit der befragten Personen ein zentrales Instrument, wenn es um die Impfentscheidung geht und ermöglicht es, den wahrgenommenen «Nutzen» einer Impfung und die «Kosten» (zu überwindende Hürden und mögliche Nebenwirkungen) gegeneinander abzuwiegen. Dieses Abwägen kann dabei auch die Selbstwirksamkeit im Entscheidungsprozess stärken (Lippke & Schüz, 2022; Skinner et al., 2015) und sich deshalb positiv auf die Impfbereitschaft auswirken. Besonders kritisch stehen Personen dem Thema Impfen gegenüber, wenn diese Kosten-Nutzen Abwägung als sehr einseitig zu Lasten der Kosten/Nachteile ausfällt.

Als Impfkritiker:innen werden in dieser Studie Personen bezeichnet, die der Meinung sind, dass Impfungen giftig sind, oder schlimmer sind als jene Krankheit, gegen die sie schützen sollen. Insgesamt fallen 7 Prozent der Befragten in diese Gruppe. Der Prozentsatz ist etwas tiefer als in der Vorgängerstudie (10%), wobei die Gruppe in den zwei Studien anhand von unterschiedlichen Fragen und Aussagen kategorisiert wurden. In diese Gruppe fallen insbesondere Personen, welche sehr grosse Mühe haben, ihre Rechnungen zu bezahlen, oder die ihre Stellung in der Gesellschaft sehr tief einschätzen. Auch weitere Studien im europäischen Raum bestätigen den messbaren Einfluss der wirtschaftlichen Situation einer Person auf die Impfbereitschaft und zeigen auf, dass eine grössere wirtschaftliche Benachteiligung mit erhöhter Zurückhaltung bei der Impfbereitschaft korreliert (Bartig et al., 2023; Lamot & Kirbiš, 2024). So zeigt beispielsweise eine Studie des Max-Planck-Instituts für Sozialrecht und Sozialpolitik, dass Menschen mit geringerem Einkommen oder niedrigerem Ausbildungsniveau seltener geimpft sind (Bergmann et al., 2021). Überdurchschnittlich viele Impfkritiker:innen gibt es auch unter Personen, die Mühe mit der jeweiligen Landessprache haben. Diese Aspekte sind gerade im Zusammenhang mit der Impfkompentenz und der generellen GK relevant.

Die vertiefenden Analysen zeigen jedoch, dass soziodemografische und -ökonomische Faktoren allgemein weniger erklärend sind, ob jemand ein:e Impfkritiker:in ist oder nicht. Die subjektive Einstellung hat einen wesentlich grösseren Einfluss – insbesondere dann, wenn die Risiken von Nebenwirkungen stärker betont oder die Vorteile einer Impfung nicht erkannt werden. Es scheint folglich, dass die Auseinandersetzung mit den wahrgenommenen Risiken von Nebenwirkungen im Fokus zukünftiger Massnahmen zur Stärkung der Impfbereitschaft grosses Potenzial bietet und gezielt angegangen werden sollte. Es gilt die Personen mit transparenten, leicht verständlichen Informationen möglichst gut in ihrer Kosten-Nutzen-Abwägung zu unterstützen, d.h. diese Informationen sollten sowohl den Nutzen als auch mögliche Kosten und Risiken nachvollziehbar aufzeigen.

5.3 Impfverhalten der erwachsenen Wohnbevölkerung in der Schweiz

Die Tetanus-Impfung ist die häufigste und praktisch flächendeckendste Impfung in der Bevölkerung (90%). Auf dem zweiten Platz findet sich die COVID-19-Impfung (80%), gefolgt von der Masern-Impfung (68%). Vergleichsweise am wenigsten verbreitet sind die Grippe-Impfung (23%) und HPV-Impfung (13%). Im Durchschnitt geben die Befragten an 4,2 der insgesamt acht zur Auswahl stehenden Impfungen erhalten zu haben. Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede in Abhängigkeit von der Impfbereitschaft: Personen mit geringer Impfbereitschaft weisen im Mittel nur 2,8 Impfungen auf, während Befragte mit mittlerer bzw. hoher Impfbereitschaft durchschnittlich 4,0 bzw. 4,6 Impfungen erhalten haben. Darüber hinaus lassen sich weitere Einflussfaktoren identifizieren: Jüngere Personen, Menschen mit höherem Bildungsniveau, mit einem höheren Mass an Impfwissen sowie solche, die Vorteile von Impfungen sehen und das Risiko einer Ansteckung ohne Impfschutz anerkennen, weisen tendenziell eine höhere Anzahl an Impfungen auf. Auch eine Tätigkeit im Gesundheitswesen steht in Zusammenhang mit einer erhöhten Imp fzahl.

Die Schweizer Bevölkerung informiert sich zum Thema Impfen überwiegend bei Ärzt:innen und nutzt zu einem Drittel auch Informationen von Gesundheitsbehörden, aus dem familiären und sozialen Umfeld, und aus Onlinequellen. Die vertiefenden Interviews zeigen, dass die Kinderärzt:innen (für Personen mit

Kindern) ebenfalls eine zentrale Rolle spielen oder gespielt haben und oft als vertrauenswürdige Quelle angegeben werden (90% halten Ärzt:innen – darunter auch Kinderärzt:in und Hausärzt:in – für glaubwürdige Quellen). Nach den Ärzt:innen, die als die vertrauenswürdige Quelle gelten, werden Gesundheitsbehörden (52%) und Apotheker:innen (40%) am häufigsten als glaubwürdig wahrgenommen. Einen Vergleich mit der Vorgängerstudie ist aufgrund von Zusammenführungen gewisser Antwortkategorien z. B. nur bedingt möglich. Dennoch zeigte sich auch damals, dass diesen drei Quellen grosse Glaubwürdigkeit zugesprochen wurde und die Zahlen sich ungefähr im gleichen Bereich bewegen. Nicht zu Letzt seit der COVID-19-Pandemie weisen insbesondere die Apotheker:innen grosses Potential zur Stärkung von Impfkompetenz und zur Begleitung bei Impffragen auf. Internationale Studien zeigen klar, dass sich die aktive Einbindung von Apotheken als Durchführende von Impfungen oder als Informationsvermittler:innen positiv auf das Impfverhalten auswirkt (Poudel et al., 2019). Auch Studien aus der Schweiz weisen auf die wichtige Rolle von Apotheken beim Thema Impfbereitschaft und Impfverhalten und innerhalb des Gesundheitsökosystems hin (Schäfer et al., 2023).

Rund 11 Prozent der Befragten nutzen Alternativ- und Komplementärmediziner:innen als Informationsquelle beim Thema Impfungen. Detaillierte Analysen zeigen, dass insbesondere Menschen mit geringer Impfbereitschaft bzw. Impfkritiker:innen weniger auf schulmedizinische Informationen vertrauen und stattdessen Alternativ- und Komplementärmediziner:innen als Informationsquelle bevorzugen. Dies wird durch ähnliche Studien bestätigt (Deml, Jafflin, et al., 2019; Deml, Notter, et al., 2019). Hier besteht folglich ebenso Potenzial bei der Entwicklung und Umsetzung von unterstützenden Massnahmen. Studien aus der Schweiz zeigen bereits, dass hier vielversprechende Ansätze hinsichtlich einer patientenorientierten Haltung, einer Kommunikation auf Augenhöhe und einer empathischen Beziehungsgestaltung aus der Alternativ- und Komplementärmedizin als bewährte Erfolgsmodelle vorliegen, die breiter genutzt und weiterentwickelt werden könnten (Deml et al., 2020; Deml, Notter, et al., 2019).

Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse aus der quantitativen sowie qualitativen Befragung auf, dass sowohl traditionelle Medien (wie Zeitungen, Fernsehen und Radio) als auch soziale Medien seltener als Informationsquelle genutzt werden, auch wenn zumindest bei den sozialen Medien im Vergleich zur Vorgängerstudie die Nutzung leicht gestiegen ist. Dies ist gerade mit Blick auf die Ableitung von Massnahmen zur Information der Bevölkerung zentral.

5.4 Wichtigste Determinanten der Impfkompetenz, der Impfbereitschaft und des Impfverhaltens

Die Mehrheit der Befragten (61%) ist der Meinung, dass die Vorteile einer Impfung überwiegen. Im Vergleich zur Vorgängerstudie ist dieser Wert stabil geblieben (MW 2024: 7.1 vs. MW 2018: 7 auf einer Skala von 0 bis 10). Basierend darauf hat die COVID-19-Pandemie – trotz mehrmaliger Erwähnung in den qualitativen Interviews als einschneidendes Erlebnis – keine relevante Auswirkung auf die Einschätzung der Impf-Vorteile. Die Ergebnisse zeigen jedoch eine Korrelation zwischen Vorteilssicht und Impfbereitschaft sowie Impfverhalten: wenn die Vorteile des Impfens klar oder eher überwiegen, liegen eine höhere Impfbereitschaft und eine grössere Zahl an Impfungen vor. Dieses Ergebnis unterstreicht, wie wichtig es ist, die Vorteile des Impfens in der Kommunikation und Information der Bevölkerung aufzuzeigen. Die durchgeführten Interviews verdeutlichen gleichzeitig, dass auch mögliche Nebenwirkungen klar und transparent kommuniziert und nicht verschwiegen werden sollten. Dennoch sollte der Fokus auf den Vorteilen resp. dem Nutzen von Impfungen liegen. Ein wichtiges Lehrangebot, das in den letzten Jahren zur Unterstützung von Gesundheitsfachpersonen entwickelt wurde, ist das sog. «E-VACTS» (Electronic Vaccine Training Switzerland). E-VACTS ist ein Lehrangebot der Swiss School of Public Health (SSPH+) und wurde in Zusammenarbeit mit LerNetz AG und Ecoplan AG sowie mit den Bildungsinstitutionen und Ärzt:innen, Hebammen und MPA/MPK entwickelt. Dieses interaktive Lehrangebot ermöglicht es den Gesundheitsfachpersonen Grundkompetenzen zum Thema Impfen kompakt und im Selbststudium zu erwerben oder zu verbessern. Lehrpersonen können das Tool nutzen und Lerninhalte von E-VACTS mit eigenen Materialien ergänzen.

Ebenfalls breit geteilt von den Befragten wird die Meinung, dass Impfen eine gemeinschaftliche Aufgabe gegen die Verbreitung von Infektionskrankheiten ist (70%) und in einer **solidarische Gesellschaft** Menschen mit Impfen einen wichtigen Beitrag für eine gesunde Bevölkerung leisten können. So zeigen die qualitativen und quantitativen Daten, dass ein Grossteil der Bevölkerung sich impfen lässt, wenn keine

Nachteile erkennbar sind (69%), die Vorteile deutlich überwiegen (68%) oder geben den Schutz von Mitmenschen als wichtigen Grund an (69%). Solidarität scheint demnach weiterhin eine wichtige Determinante der Impfbereitschaft zu sein.

Mit Blick auf die Impfkompentenz konnte gezeigt werden, dass die soziale Unterstützung und das Impfwissen wichtige Erklärungsfaktoren dafür darstellen. Hierbei sind jedoch gerade auch sozioökonomische Faktoren sehr entscheidend: Eine geringe Impfkompentenz weisen häufiger Menschen mit sprachlichen Schwierigkeiten, finanziellen Problemen und einem geringen Grad an sozialer Unterstützung auf. Ähnliche Muster werde auch bei der generellen GK sowie auch in anderen Bereichen der GK (z. B. Navigations-GK) berichtet (De Gani, Jaks, Bieri, & Kocher, 2021). Vor dem Hintergrund der Ableitung von GK-stärkenden aber auch Impf-fördernden Massnahmen gilt es gerade diese Bevölkerungsgruppen speziell zu berücksichtigen.

Schliesslich korrelieren wenig überraschend die Impfbereitschaft und die Impfkompentenz positiv miteinander, d.h. wer Impfungen gegenüber deutlich positiv eingestellt ist, hat mehrheitlich auch eine hohe Impfkompentenz und umgekehrt. Auch ein Blick auf das Impfverhalten zeigt: Personen, die u.a. verstärkt die Vorteile in Impfungen sehen und ein höheres Impfwissen haben, haben im Durschnitt mehr Impfungen. Damit kann für die Massnahmen zur Stärkung des Impfverhaltens abgeleitet werden, dass es zentral ist die Impfkompentenz zu erhöhen.

5.5 Wichtigste Unterscheidungen in den einzelnen Bevölkerungsgruppen und Sprachregionen?

Eine tiefere Impfbereitschaft zeigt sich bei denjenigen Personen, die von einem sehr guten Gesundheitszustand berichten oder keine chronische Krankheit aufweisen. Es scheint folglich, dass wer gesund ist, womöglich die Notwendigkeit von Impfungen weniger anerkennt und deshalb eine tiefere Impfbereitschaft aufweist. Die Ergebnisse zeigen weiter, dass die Impfbereitschaft mit dem Alter zunimmt und Personen mit einem hohen Bildungsabschluss eine überdurchschnittlich hohe Impfbereitschaft ausweisen. Diese Ergebnisse werden beispielsweise durch Studienergebnisse aus Deutschland bestätigt. Diesen Studien zufolge weisen Person ab 60 Jahren ein grösseres gesellschaftliches Verantwortungsgefühl sowie mehr Vertrauen in die Sicherheit der Impfung auf. Auch wägt diese Altersgruppe die Kosten bzw. den Nutzen einer Impfung sorgfältig ab (Bartig et al., 2023; Seefeld et al., 2022).

Das Impfverhalten variiert ebenso nach Alter, Bildung, aber auch Sprachregion und sozioökonomischem Status. So zeigt sich im Gegensatz zur höheren Impfbereitschaft bei den älteren Personen, dass jüngere Personen mehr Impfungen aufweisen. Hier scheint ein Widerspruch vorzuliegen, nämlich dass jüngere Personen trotz geringerer Impfbereitschaft häufiger geimpft sind als ältere. Dies widerspricht auch etablierten Erkenntnissen aus der Schweiz – zumindest was die COVID-19-Impfung anbelangt. Tatsächlich zeigen mehrere Studien, dass sowohl die Impfbereitschaft als auch das Impfverhalten in der Regel mit dem Alter zunehmen. Laut einer Studie der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) aus dem Jahr 2022 lag die Impfquote bei den 30- bis 39-Jährigen bei 79 Prozent, während sie bei den 60- bis 79-Jährigen 94 Prozent betrug. Diese Daten stammen aus dem «COVID-19 Social Monitor», einer repräsentativen Befragung von rund 2'000 Personen in der Schweiz (Heiniger et al., 2022). Die offiziellen Daten des BAG bestätigen diesen Trend ebenso: So waren beispielsweise im Jahr 2022 96 Prozent der über 80-Jährigen vollständig gegen COVID-19 geimpft, während der Anteil bei den 20- bis 29-Jährigen bei 72 Prozent lag. Weitere Ergebnisse aus der vorliegenden Studie zeigen, dass besser gebildete Personen tendenziell eine höhere Impftrate aufweisen. Betrachtet man die Ergebnisse nach Sprachregionen, ist zu erkennen, dass Personen in der italienischsprachigen Schweiz im Durchschnitt eine niedrigere Impfquote aufweisen, ebenso sozioökonomisch schwächer gestellte Personen. Zudem haben Personen, die Schwierigkeiten beim Verstehen der Ortssprache haben, tendenziell eine niedrigere Impftrate.

Wie in der Vorgängerstudie wurden auch in der vorliegenden Erhebung nur wenige Unterschiede zwischen den Sprachregionen gefunden. Die Datenanalyse zeigt, dass in der Deutschschweiz die Impfkompentenz im Durchschnitt tendenziell tiefer ist als in der lateinischen Schweiz, wobei diese Unterschiede jedoch nicht signifikant sind.

5.6 Entwicklung seit 2018 und Einfluss der COVID-19-Pandemie

Knapp die Hälfte der Befragten hat angegeben, dass ein Ereignis in den letzten zehn Jahren ihre Haltung zum Impfen grundlegend verändert hat. Dabei wird bei rund zwei Drittel wenig überraschend die COVID-19-Pandemie als das Ereignis genannt. Auch werden Diskussionen um Nebenwirkungen und Langzeitfolgen von Impfungen und Impfwang, sozialer Ausschluss bzw. Einschränkungen von Ungeimpften von mehr als 10 Prozent als einschneidendes Ereignis bei der Haltung zum Impfen genannt. In den Interviews wird erwähnt, dass gemäss den Befragten bisher eine Aufarbeitung der Pandemie nicht stattgefunden hat und wünschenswert wäre.

Die COVID-19-Pandemie stellte laut qualitativen Interviews einen markanten Einschnitt in die Impfdebatte dar. Viele Befragte setzten sich erstmals intensiver mit dem Thema Impfen auseinander. Impfungen wurden während der Pandemie vom individuellen Gesundheitsthema zu einem gesamtgesellschaftlichen Diskurs, was sowohl Sensibilisierung als auch eine kritische Haltung förderte. Neben der Hoffnung auf soziale Teilhabe und den Schutz anderer waren gesellschaftlicher Druck, Einschränkungen und die als dramatisierend empfundene Kommunikation zentrale Einflussfaktoren der Impfentscheidung.

Die Pandemie führte dabei auch zu einem Vertrauensverlust – sowohl in staatliche Institutionen und Medien als auch in die Impfpolitik insgesamt. Wahrgenommene Intransparenz, politische Einmischung und aggressive Kommunikationsstrategien trugen laut befragter Personen zur Skepsis gegenüber Impfungen und Behörden bei. Zudem sorgten Berichte über Nebenwirkungen und die Angst vor gesundheitlichen Folgen für zusätzliche Vorbehalte.

Gleichzeitig zeigten einige Befragte auch Verständnis für die Herausforderungen der Pandemiebewältigung und die Unsicherheit, mit der Behörden und Fachpersonen umgehen mussten. Dennoch bleibt der Eindruck bestehen, dass ein fehlender kritischer Dialog und mangelnde Aufarbeitung der Krise langfristig das Vertrauen in öffentliche Gesundheitsmassnahmen und die Impfbereitschaft negativ beeinflussen könnten.

6 Limitationen

Die Studie weist folgende wissenschaftlich-methodischen Limitationen auf:

Wo möglich und sinnvoll wurden die Studienergebnisse mit denjenigen aus der Vorgängerstudie von Schulz et al. (2019) deskriptiv verglichen. Ergebnisse der impfspezifischen Elemente der GK wurden, wo es möglich war, ausserdem mit Vergleichen zu den Ergebnissen aus den Studien HLS₁₅-CH beziehungsweise HLS₁₉₋₂₁-CH ergänzt. Ein aussagekräftiger statistischer Vergleich mit den Vorgängerstudien, insbesondere jener von Schulz et al. (2019), war jedoch aufgrund der fehlenden Originaldaten nur begrenzt möglich. Zum Teil wurden dabei die Zahlen aus 2018 so umgerechnet, dass sie sich mit den Zahlen von 2024 vergleichen liessen (z. B. von einer Skala von 1 bis 9 auf eine Skala von 0 bis 10, oder Anteile mit/ohne «weiss nicht/keine Antwort»). Rundungsfehler sind dabei möglich. Entsprechend sind Aussagen bezüglich Veränderungen über die Zeit seit 2018 sowie damit verbunden durch die COVID-19-Pandemie weniger präzise.

Ein weiterer Kritikpunkt bei quantitativen Erhebungen zur Impfkompetenz, die wie in diesem Fall auf Selbsteinschätzungen basieren, liegt in der potenziellen Verzerrung durch Über- oder Unterschätzung der eigenen Fähigkeiten. Die erhobenen Daten reflektieren das subjektive Empfinden der Befragten in Bezug auf ihre Impfkompetenz – etwa beim Finden, Verstehen, kritisch Beurteilen und Anwenden impfbezogener Informationen –, ohne durch eine objektive Leistungsmessung validiert zu werden. Dies kann zu systematischen Abweichungen führen, wodurch Unsicherheiten hinsichtlich der tatsächlichen Verteilung der Impfkompetenz in der Bevölkerung bestehen können. Die fehlende objektive Erfassung, z. B. durch standardisierte Wissens- oder Verständnistests, schränkt die Aussagekraft der Ergebnisse also bis zu einem gewissen Grad ein. Dennoch erlaubt die subjektive Messung wichtige Rückschlüsse auf das persönliche Erleben von Schwierigkeiten im Umgang mit Impfinformationen.

Da die Erhebung – mit Ausnahme einzelner Telefoninterviews – überwiegend online durchgeführt wurde, ist von einer gewissen Stichprobenverzerrung auszugehen. Es ist anzunehmen, dass vor allem Personen an der Befragung teilgenommen haben, die über die erforderlichen digitalen Kompetenzen

sowie den Zugang zu den notwendigen technischen Ressourcen verfügten, um den Online-Fragebogen auszufüllen. Bevölkerungsgruppen mit eingeschränktem digitalem Zugang oder geringerer Medienkompetenz könnten dadurch unterrepräsentiert sein. Die Möglichkeit eines Telefoninterviews hat allerdings für alle Angeschriebenen bestanden, aber nur sehr wenige haben von diesem Angebot Gebrauch gemacht.

Weiters wurden die Online- und Telefon-Interviews zusammen ausgewertet. Dieser Methodenunterschied könnte sich ebenfalls auf die Ergebnisse auswirken, allerdings ist die Anzahl der computergestützten Telefon-Interviews (N=18) im Vergleich zu den computergestützten Online-Interviews (N=2'058) vernachlässigbar klein.

Ein weiterer potenzieller methodischer Schwachpunkt der vorliegenden Studie liegt im Selbstselektionsbias im qualitativen Studienteil. Die Möglichkeit, sich nach Abschluss des quantitativen Fragebogens freiwillig für ein Folgeinterview zu melden, führt mit hoher Wahrscheinlichkeit dazu, dass vor allem Personen mit starkem Interesse oder ausgeprägten Meinungen zum Thema Impfen – sei es befürwortend oder ablehnend – zur Teilnahme bereit waren. Dies könnte zu einer systematischen Verzerrung der qualitativen Ergebnisse führen und die Generalisierbarkeit der Aussagen auf die Gesamtbevölkerung einschränken. Um dieser Verzerrung entgegenzuwirken, wurden im Auswahlprozess für die Interviews Quoten berücksichtigt, die eine möglichst ausgewogene Verteilung entlang zentraler Merkmale wie Impfbereitschaft, Impfkompetenz und demografischer Variablen (Alter, Geschlecht, Sprachregion) sicherstellten.

7 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Basierend auf den Ergebnissen der Erhebung wurden Empfehlungen bzw. Stossrichtungen für die (Weiter-)Entwicklung von Massnahmen und Interventionen zur Stärkung der Impfkompetenz, der Impfbereitschaft und des Impfverhaltens sowie nächste Schritte zur Verbesserung der Kommunikation und Angebote für die Bevölkerung diesbezüglich abgeleitet. Diese Empfehlungen wurden von den Autor:innen in Zusammenarbeit mit der Begleitgruppe des BAG sowie dem Advisory Board mit Expert:innen aus dem Bereich Impfungen und/oder GK partizipativ entwickelt, reflektiert, gebündelt und validiert. Dazu fanden nach spezifischer Vorbereitung im März 2025 ein interaktiver Workshop vor Ort und im Vor- und Nachgang dieses Workshops mehrere online Feedback-Schlaufen statt.

Um die Impfbereitschaft sowie die Impfkompetenz und das Impfverhalten in der Bevölkerung langfristig und wirksam zu stärken, bedarf es nachhaltiger Strukturen und Prozesse sowie eine gezielte Massnahmenstrategie, die sowohl die Erfassung als auch das regelmässige Monitoring der Impfkompetenz umfasst. Diese Massnahmen sind dabei nicht als isolierte Interventionen zu verstehen, sondern müssen in eine systemische Perspektive eingebettet sein, die Bildungsprozesse (insbesondere im Gesundheitswesen), Versorgungssysteme und Kommunikationsstrategien diverser Akteure als auch die politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen gleichermaßen berücksichtigt. Ein systemischer Ansatz, der individuelle Kompetenzen mit strukturellen Voraussetzungen wie leicht zugänglicher, einfach verständlicher und transparenter Information, vertrauenswürdiger Kommunikation und niedrigschwelligen Impfangeboten kombiniert, ist dabei entscheidend, um nachhaltige Verbesserungen in der Impfkompetenz und der Impfsakzeptanz und damit schliesslich auch dem Impfverhalten zu erzielen.

In diesem Zusammenhang gilt es festzuhalten, dass die Schlussfolgerungen nicht zwingend der Meinung aller einzelnen Expert:innen oder der Organisationen, die im Entstehungsprozess vertreten waren, entsprechen.

Aus den Ergebnissen lassen sich entsprechend folgende konkrete Empfehlungen zur Stärkung der Impfkompetenz, der Impfbereitschaft und dem Impfverhalten ableiten, die sich an diverse Akteure aus dem Gesundheits- und Sozialwesen einschliesslich der Behörden, Politik, Bildung und Praxis richten:

Empfehlung 1:

Fokussierung auf evidenzbasierte, transparente Informationen und auf dialogorientierte Ansätze zur Stärkung der kollektiven Verantwortung.

- Impfinformationen sollen aus verschiedenen Perspektiven dargestellt werden, um eine informierte Entscheidung zu ermöglichen. Durch die Bereitstellung von evidenzbasierten Ressourcen und Entscheidungshilfen, die sowohl den Nutzen als auch mögliche Nebenwirkungen angemessen darlegen, kann für mehr Transparenz und Vertrauen bei den Informationsempfänger:innen gesorgt werden. Wichtig ist gleichzeitig, auch die Verfügbarkeit von ergänzenden Hinweisen zu Angeboten und Massnahmen zum Umgang mit möglichen Nebenwirkungen sicher zu stellen, sodass diese jederzeit verständlich und leicht zugänglich sind.
- Eine offene und verständliche Kommunikation des aktuellen Forschungsstandes bezüglich Impfungen kann dazu beitragen, Vertrauen sowohl in die Wissenschaft, Behörden und generell zum Thema Impfen zu schaffen und Vorbehalte abzubauen. Dies schliesst damit ein, dass auf bestehende Unsicherheiten, unzureichende Evidenz oder noch fehlende Strukturen/Prozesse dezent, aber dennoch transparent, hingewiesen wird. Eine möglichst emotionsarme und sachliche Darstellung der Informationen kann dabei helfen, Unsicherheiten als auch soziale Spannungen bezüglich der Impfdiskussion zu reduzieren.
- Die Vorteile und bisherigen Erfolge von Impfungen können zukünftig deutlicher hervorgehoben werden, etwa durch die Erinnerung an die Ausrottung bestimmter Krankheiten und die Bedeutung für die öffentliche Gesundheit. Gleichzeitig kann die Aufklärung über Krankheitsbilder und deren Konsequenzen ohne Impfungen das Bewusstsein für die Relevanz von Impfungen stärken.
- Eine reflektierte und teilweise öffentliche Betrachtung und Auseinandersetzung mit zurückliegenden Impfkampagnen – inklusive der spezifischen begleitenden Massnahmen und Ergebnisse – kann einen wichtigen Beitrag zur Stärkung von Glaubwürdigkeit und Vertrauen in Gesundheitsbehörden

und wissenschaftliche Institutionen leisten. Gleichzeitig können zukünftige Bestrebungen zur Förderung der Impfbereitschaft, Impfkompetenz und des Impfverhaltens aus diesen Schlussfolgerungen weiter optimiert werden.

Empfehlung 2:

Stärkung der Rolle von Gesundheitsfachpersonen, deren Aus- und Weiterbildung im Bereich personenzentrierter Kommunikation sowie Bereitstellung von Unterstützungsangeboten im Umgang mit Fehl- und Desinformationen.

- Bei der Stärkung der Impfkompetenz der Bevölkerung ist die Unterstützung von Gesundheitsfachpersonen zentral. Im Zusammenhang mit den heutigen Herausforderungen gilt es sie durch gezieltere Angebote im Umgang mit Fehl- und Desinformationen zu schulen, insbesondere für schwierige Beratungssituationen mit Impfkritiker:innen. Ein vielversprechender Ansatz bietet die Lernplattform E-VACTS, die interaktives Schulungsmaterial dazu zur Verfügung stellt.
- Apotheker:innen genießen ein hohes Vertrauen in der Bevölkerung, werden jedoch bisher noch wenig als Informationsressource wahrgenommen. Dieses Potenzial sollte zukünftig gezielt genutzt werden. Dabei gilt es eine koordinierte, interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen verschiedenen medizinischen Disziplinen, Fachpersonen und dem Setting Apotheke systematisch zu fördern.
- Ausserdem sollten personenzentrierte Gesprächsführung und Kommunikation verstärkt in die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonen gestellt werden. Durch gezielte Schulungen und Workshops können Gesundheitsfachpersonen lernen, die Fragen, Sorgen, Ängste und Vorbehalte ihrer Klient:innen wahrzunehmen, die Ursachen und Gründe für Bedenken zu erkennen, auf die Fragen einzugehen, Informationen respektvoll und verständlich zu vermitteln und sie bei der Impfentscheidung zu begleiten. Dies schafft nicht nur Vertrauen, sondern fördert die gemeinsame Entscheidungsfindung und das Impfverhalten. Hilfreiche Kommunikationstechniken zum Aufbau dieser Kompetenzen sind z. B. die motivierende Gesprächsführung und Massnahmen die auf den Theorien zur Verhaltensänderung und GK-Stärkung basieren.

Empfehlung 3:

Schaffung eines geeigneten finanziellen und organisatorischen Rahmens, um notwendige Ressourcen für die Zusammenarbeit von Organisationen und Fachpersonen als auch die Kommunikation über Impfungen bereitstellen zu können.

- Damit die Impfkompetenz im Gesundheitssystem, d. h. interprofessionell und inter-organisational, systematisch gestärkt werden kann, müssen geeignete finanzielle und organisatorische Rahmenbedingungen geschaffen werden. Erst damit kann das Potenzial der Zusammenarbeit bei der Erstellung und Kommunikation von evidenzbasierten, transparenten und leichtverständlichen Impfinformationen zwischen Behörden und Gesundheitsorganisationen sowie deren Fachpersonen ausgeschöpft werden. Dies schliesst auch klare Entschädigungsvereinbarungen ein, sodass Gesundheitsfachpersonen über ausreichend Ressourcen (z. B. verrechenbare Zeit) verfügen, um voneinander über bewährte Verfahren und Methoden der Kommunikation und Beratung zu lernen und die Möglichkeit erhalten, die Fragen der Bevölkerung gezielt und wirksam zu beantworten. Der Bevölkerung, insbesondere Patient:innen, sollte gleichzeitig ausreichend Zeit zur Verfügung stehen, um über Impfungen reflektieren und gemeinsam mit den Fachpersonen eine fundierte Entscheidung treffen zu können.

Empfehlung 4:

Stärkung der Rolle von Arbeitgebenden und Integration in das betriebliche Gesundheitsmanagement.

- Nicht nur die Organisationen im Gesundheitswesen selbst, sondern ganz generell gilt es Unternehmen zu ermutigen, zu befähigen und darin zu unterstützen, eine aktive Rolle in der Impfaufklärung zu übernehmen. Grosses Potenzial bietet hierbei die Integration des Themas Impfen in das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM), z. B. durch spezifische Informationsanlässe, das Angebot von Impfprogrammen am Arbeitsplatz, das Angebot (kostenloser) Impfungen während der Arbeitszeit oder die Einführung zusätzlicher Anreizsysteme.

Empfehlung 5:

Sozioökonomisch benachteiligte Gruppen an Orten ansprechen, an denen sie sich aufhalten, und dabei eine verständliche und anschauliche Sprache verwenden.

- Ein wesentlicher Aspekt bei der Stärkung der Impfkompetenzen ist die Entwicklung und Bereitstellung spezifischer Informationsressourcen an denjenigen Orten, die von besonders benachteiligten Gruppen häufig frequentiert werden (z. B. Jobcenter, Kirchengemeinden, Second-Hand-Läden, Vereine, Pflegeheime, Dienste für Menschen mit Migrationshintergrund). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen ausserdem die hohe Relevanz, diese sogenannten vulnerablen Gruppen von Anfang an in die Entwicklung und Bereitstellung der Impfinformationen und Kommunikationsmassnahmen einzubeziehen.
- Spezifisch auf die Informationen bezogen lässt sich wiederholt festhalten, auf Fachjargon möglichst zu verzichten und Informationen barrierefrei, klar, mehrsprachig sowie jeweils in leicht verständlicher Sprache aufzubereiten. Der verstärkte Einsatz visueller Kommunikationsmittel wie Videos, Bilder und Infografiken trägt ebenfalls dazu bei, komplexe Inhalte leichter zugänglich und verständlich zu machen.

Empfehlung 6:

Stärkung der Impfkompetenzen im schulischen Kontext.

- Auch Schulen können bei der Stärkung der Impfkompetenzen sowie des Impfverhaltens einen wichtigen Beitrag leisten. Sie sollten daher von den kantonalen Stellen (z. B. Schulärztliche Dienste) darin unterstützt werden, die Schüler:innen und ihre Eltern transparent und klar zu informieren und ein niederschwelliges Impfangebot für Kinder in den Schulen organisieren (d. h. insbesondere auch Nachholimpfungen/Versäumnisimpfungen oder HPV-Impfungen im Jugendalter).
- Weiter ist es zentral, auch über den obligatorischen Schulzeitraum hinaus einen besseren und niederschweligen Zugang zu Impfungen für junge Erwachsene und Eltern zu schaffen. Dies kann beispielsweise über die Integration des Themas Impfen und deren Bedeutung für die öffentliche Gesundheit in die Lehrpläne der Sekundarstufe II und Tertiärstufe, in interaktive Bildungsformate (z. B. Diskussionsgruppen, Projekte, Exkursionen) oder andere Formen der evidenzbasierten Aufklärung gelingen. Hier bietet sich ebenfalls eine Zusammenarbeit mit Gesundheitsfachpersonen als Expert:innen sowie die Weiterentwicklung von digitalen und interaktiven Informationsmaterialien für den Kontext der Schule als auch die Verbindung mit ausserschulischen Freizeit- oder anderen sozialen Angeboten an.

Empfehlung 7:

Das Potenzial bestehender Instrumente wie dem Impfplan und dem Impfkalender besser ausschöpfen und die Kommunikation zwischen Schul- und Komplementärmedizin fördern.

- Um das Potenzial des Impfplans bestmöglich auszuschöpfen, sollte sichergestellt werden, dass der Impfplan ein leicht zugängliches, verständliches und nutzerfreundliches Informationstool für Gesundheitsfachpersonen darstellt. Gleichzeitig sollte der auf dem Impfplan basierende Impfkalender für die Zielgruppe der Bevölkerung besser zugänglich und bekannter gemacht werden (z. B. empfiehlt sich die Erstellung einer anschaulichen Laienversion des Impfkaltenders in unterschiedlichen Sprachen, um sicherzustellen, dass es sich um eine leicht verständliche, komprimierte Version handelt). Sinnvoll ist beispielsweise auch eine klare Kennzeichnung auf Infovac, welche Informationen für Fachpersonen und welche für die Öffentlichkeit bestimmt sind.
- Damit verbunden empfiehlt sich auch die Schaffung einer gezielten Unterstützung von Gesundheitsfachpersonen bei der Nutzung des Impfkaltenders, d. h. dessen Einsatz in der Praxis bei der Impfberatung ihrer Klient:innen und Patient:innen. Dies könnte beispielsweise über die Entwicklung von kurzen Weiterbildungen, Informationskampagnen oder auch eLearnings unter der Mitwirkung von Berufs- und Fachverbänden erfolgen.
- Eine vielversprechende Möglichkeit zur Stärkung der Impfkompetenzen ist auch die Kombination und Einbindung von Schul- und Komplementärmedizin bei der Impfkommunikation. Damit kann

einerseits eine breitere Akzeptanz rund um das Thema Impfungen in der Bevölkerung geschaffen werden. Ausserdem können darüber auch Best Practice Ansätze aus der Schul- oder Komplementärmedizin für eine verbesserte und gezieltere personenzentrierte Impfkommunikation und Impfkompetenz-Stärkung ausgetauscht und nutzbar gemacht werden (z. B. durch interdisziplinäre Impfkomitees).

8 Literaturverzeichnis

- BAG. (2018). *Aktionsplan Nationale Strategie zu Impfungen*.
- BAG. (2024a). *Aktionsplan 2.0: Nationale Strategie Impfungen*.
- BAG. (2024b). *Schweizerischer Impfplan 2024: Stand März 2024 Bundesamt für Gesundheit und Eidgenössische Kommission für Impffragen*.
- Baron-Epel, O., Link, T., Griebler, R., Bøggild, H., Berens, E.-M., Bíró, É., Coy, D., Gani, S. M. de, Schaeffer, D., Sørensen, K., Le, C., Lopatina, M., Rowlands, G., Touzani, R., van Den Broucke, S., Vincze, F., Vrdelja, M., Vrbovsek, S., & Levin-Zamir, D. (2025). Pathways of how health literacy and social support are associated with health outcomes in 17 European countries: Results of mediation analyses. *Public Health*, 241, 12–18. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2025.01.032>
- Bartig, S., Müters, S., Hoebel, J., Schmid-Küpke, N. K., Allen, J., & Hövener, C. (2023). Social differences in COVID-19 vaccination status—Results of the GEDA 2021 study. *Journal of Health Monitoring*, 8(Suppl 2), 2.
- Berger, C., Quinto, C. B., Weil, B., & Hadorn, L. (2018). Versorgungssicherheit mit Impfstoffen. *Schweizerische Ärztezeitung*. Advance online publication. <https://doi.org/10.4414/saez.2018.06908>
- Bergmann, M., Hannemann, T.-V., Bethmann, A., & Schumacher, A. (2021). *Determinants of SARS-CoV-2 vaccinations in the 50+ population*. meamunich Center for the Economics of Aging.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
- Bundesrat. (2017). *Nationale Strategie zu Impfungen*.
- De Gani, S. M., Jaks, R., Bieri, U., & Kocher, J. P. (2021). *Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021*. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Careum Stiftung.
- De Gani, S. M., Jaks, R., & Guggiari, E. (2021). Gesundheitskompetenz in Zeiten der Pandemie - Daten aus der Schweiz. *Pflegerecht*, 4, 241–245.
- Deml, M. J., Dietrich, L. G., Wingeier, B., Etter, G., Gallmann, C., Berger, C., Suggs, L. S., Huber, B. M., & Tarr, P. E. (2020). Collaborating with Complementary and Alternative Medicine (CAM) Providers When Writing HPV Vaccine Review Articles. *Journal of Clinical Medicine*, 9(2). <https://doi.org/10.3390/jcm9020592>
- Deml, M. J., Jafflin, K., Merten, S., Huber, B., Buhl, A., Frau, E., Mettraux, V., Sonderegger, J., Kliem, P., Cattalani, R., Krüerke, D., Pfeiffer, C., Burton-Jeangros, C., & Tarr, P. E. (2019). Determinants of vaccine hesitancy in Switzerland: study protocol of a mixed-methods national research programme. *BMJ Open*, 9(11). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032218>
- Deml, M. J., Notter, J., Kliem, P., Buhl, A., Huber, B. M., Pfeiffer, C., Burton-Jeangros, C., & Tarr, P. E. (2019). “We treat humans, not herds!”: A qualitative study of complementary and alternative medicine (CAM) providers’ individualized approaches to vaccination in Switzerland. *Social Science & Medicine*, 240, 112556. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112556>
- Ehrenberg, N., Vandenbroeck, P., Sørensen, M., & Vandensande, T. (2021). Integrated Community Care—A Community-Driven, Integrated Approach to Care. *Handbook Integrated Care*, 105–118.
- Finne, E., Gohres, H., & Seibt, A. C. (2021). *Erklärungs- und Veränderungsmodelle 1: Einstellungs- und Verhaltensänderung*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i012-2.0>
- Geiger, M., Rees, F., Lilleholt, L., Santana, A. P., Zettler, I., Wilhelm, O., Betsch, C., & Böhm, R. (2021). Measuring the 7Cs of Vaccination Readiness. *European Journal of Psychological Assessment*, 38(4), 261–269. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000663>
- Heiniger, S., Schliek, M., Moser, A., Wyl, V. von, & Höglinger, M. (2022). Differences in COVID-19 vaccination uptake in the first 12 months of vaccine availability in Switzerland - a prospective cohort study. *Swiss Medical Weekly*, 152, w30162. <https://doi.org/10.4414/SMW.2022.w30162>
- HLS19 Consortium. (2021). *International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL*.
- Lamot, M., & Kirbiš, A. (2024). Understanding Vaccine Hesitancy: A Comparison of Sociodemographic and Socioeconomic Predictors with Health Literacy Dimensions. *Vaccines*, 12(10). <https://doi.org/10.3390/vaccines12101141>
- Lippke, S., & Schüz, B. (2022). Modelle gesundheitsbezogenen Handelns und Verhaltensänderung. In *Gesundheitswissenschaften* (pp. 337–349). Springer.
- Lorini, C., Del Riccio, M., Zanobini, P., Biasio, R. L., Bonanni, P., Giorgetti, D., Ferro, V. A., Guazzini, A., Maghrebi, O., Lastrucci, V., Rigon, L., Okan, O., Sørensen, K., & Bonaccorsi, G. (2023). Vaccination as a social practice: Towards a definition of personal, community, population, and organizational vaccine literacy. *BMC Public Health*, 23(1), 1501. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16437-6>

- Lorini, C., Santomauro, F., Donzellini, M., Capecchi, L., Bechini, A., Boccalini, S., Bonanni, P., & Bonaccorsi, G. (2018). Health literacy and vaccination: A systematic review. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 14(2), 478–488. <https://doi.org/10.1080/21645515.2017.1392423>
- Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health*, 42(1), 159–173. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529>
- Poudel, A., Lau, E. T. L., Deldot, M., Campbell, C., Waite, N. M., & Nissen, L. M. (2019). Pharmacist role in vaccination: Evidence and challenges. *Vaccine*, 37(40), 5939–5945.
- Schäfer, A., Schaffner, D., dem Berge, K. von, Studer, N., van der Heiden, N., & Zimmermann, A. (2023). Die Rolle von Apotheken innerhalb des Gesundheitsökosystems. In A. Schäfer, D. Schaffner, K. von dem Berge, N. Studer, N. van der Heiden, & A. Zimmermann (Eds.), *Aufrechterhaltung eines gesunden Lebensstils: Psychologische Interventionen zur Prävention chronischer Krankheiten und die Rolle des Gesundheitsökosystems* (pp. 135–144). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-65920-5_8
- Schillinger, D. (2020). The Intersections Between Social Determinants of Health, Health Literacy, and Health Disparities. *Studies in Health Technology and Informatics*, 269, 22–41. <https://doi.org/10.3233/SHTI200020>
- Schulz, P. J., Hartung, U., & Cafaro, T. (2019). *Vertiefungsstudie zur Gesundheitskompetenz betreffend Impfungen in der Schweizer Bevölkerung*.
- Seefeld, L., Horstkötter, N., Ommen, O., Reckendrees, B., Stander, V., Goecke, M., Dietrich, M., Müller, U., & Leicht, J. (2022). *Einstellungen, Wissen und Verhalten von Erwachsenen und Eltern gegenüber Impfungen – Ergebnisse der Repräsentativbefragung 2021 zum Infektionsschutz*. <https://doi.org/10.17623/BZgA:T2-IFSS-2021>
- Skinner, C. S., Tiro, J., & Champion, V. L. (2015). Background on the health belief model. *Health Behavior: Theory, Research, and Practice*, 75, 1–34.
- Sørensen, K., van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J. M., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- World Health Organization (2017). Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on Immunization, October 2017: conclusions and recommendations. *Weekly Epidemiological Record*, 92(48), 729–747.
- World Health Organization (2020). Understanding the infodemic and misinformation in the fight against COVID-19. *Pan Am Health Organ*(5).
- Zarocostas, J. (2020). How to fight an infodemic. *The Lancet*, 395(10225), 676. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30461-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30461-X)

9 Anhang

9.1 Erhebungsinstrument quantitative Befragung

1	Wenn man die Vor- und Nachteile des Impfens allgemein gegeneinander abwägt, was überwiegt dann Ihrer Meinung nach? Antwortmöglichkeit: 0 Ganz eindeutig die Nachteile; 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 10 Ganz eindeutig die Vorteile; Weiss nicht / keine Antwort
Übergang	Die folgenden Aussagen beziehen sich auf alle Krankheiten, gegen die eine Impfung verfügbar ist und von den Gesundheitsbehörden empfohlen wird.
2	Bitte geben Sie an, wie sehr Sie jeder der Aussagen zustimmen. Bewerten Sie die Aussagen auf einer Skala von 1 = “stimme überhaupt nicht zu” bis 7 = “stimme voll und ganz zu”.
2.1	Nebenwirkungen treten nach Impfungen selten auf und sind für mich nicht schwerwiegend.
2.2	Politische Entscheidungen zu Impfungen sind wissenschaftlich fundiert.
2.3	Ich bin überzeugt davon, dass die zuständigen Behörden nur wirksame und sichere Impfstoffe zulassen.
2.4	Ich brauche keine Impfungen, weil Infektionskrankheiten bei mir nicht schlimm verlaufen.
2.5	Impfungen sind für mich überflüssig, weil ich sowieso selten krank werde.
2.6	Ich lasse mich impfen, weil es zu riskant ist, Infektionskrankheiten zu kriegen.
2.7	Ich kümmere mich darum, die wichtigsten Impfungen rechtzeitig zu erhalten.
2.8	Impfungen sind mir so wichtig, dass ich andere Sachen zurückstelle, um mich impfen zu lassen.
2.9	Ich verpasse Impfungen manchmal, weil Impfen lästig ist.
2.10	Ich lasse mich impfen, wenn ich für mich keine Nachteile sehe.
2.11	Ich lasse mich nur dann impfen, wenn die Vorteile deutlich die Risiken überwiegen.
2.12	Ich überlege bei jeder Impfung genau, ob ich sie brauche.
2.13	Ich lasse mich auch impfen, weil für mich der Schutz gefährdeter Risikogruppen wichtig ist.
2.14	Ich sehe Impfen als eine gemeinschaftliche Aufgabe gegen die Verbreitung von Krankheiten.
2.15	Ich lasse mich auch deswegen impfen, weil ich dadurch andere Menschen schütze.
2.16	Es sollte möglich sein, Menschen von öffentlichen Veranstaltungen (z. B. Konzerten) auszuschliessen, wenn sie nicht gegen bestimmte Krankheiten geimpft sind.
2.17	Die Gesundheitsbehörden sollten alle nötigen Mittel einsetzen, um hohe Impfraten zu erreichen.
2.18	Es sollte möglich sein, Personen zu bestrafen, die nicht den Impfempfehlungen der Gesundheitsbehörden folgen.
2.19	Impfungen verursachen Erkrankungen und Allergien, die schlimmer sind, als die Krankheiten, gegen die sie schützen sollen.
2.20	Die Gesundheitsbehörden beugen sich blind der Macht und dem Einfluss der Pharmakonzerne.
2.21	Impfungen enthalten Chemikalien in giftigen Dosierungen.

Antwortmöglichkeit: 1 Stimme überhaupt nicht zu; 2; 3; 4; 5; 6; 7 Stimme voll und ganz zu; Weiss nicht / keine Antwort

3

Für wie hoch halten Sie das Risiko, durch die Impfung eine ernsthafte Nebenwirkung zu erleiden?

Antwortmöglichkeit: 1 Sehr niedrig; 2; 3; 4; 5 Sehr hoch; Weiss nicht / keine Antwort

FILTER A

Haben Sie Kinder?

Ja --> weiter mit FILTER B

Nein --> weiter mit Frage 5

Weiss nicht / keine Antwort --> weiter mit Frage 5

FILTER B

Haben Sie Kinder im Vorschulalter?

Ja

Nein

Weiss nicht / keine Antwort --> weiter mit Frage 5

4

Wie hoch schätzen Sie das Risiko ein, dass sich Ihre Kinder ohne Impfungen mit Krankheiten, gegen welche man sich mit Impfungen schützen kann, anstecken?

Antwortmöglichkeit: 1 Es besteht kein Risiko; 2; 3; 4; 5 Das Risiko ist sehr hoch; Weiss nicht / keine Antwort

5

Gab es in den letzten zehn Jahren irgendetwas, das Ihre Haltung zum Impfen grundlegend beeinflusst hat?

Denken Sie an persönliche Erlebnisse, Ereignisse in den Nachrichten, Entwicklungen oder Erkenntnisse, von denen Sie gehört haben.

Ja --> weitere mit Frage FILTER C

Nein --> weitere mit Frage 6

Weiss nicht / keine Antwort --> weitere mit Frage 6

FILTER C

Was hat Ihre Haltung zum Impfen grundlegend beeinflusst? Beschreiben Sie kurz, um was es sich handelte und wie dies Ihre Haltung verändert hat.

(open question)

6	Wer beeinflusst Ihre Haltung zum Thema Impfungen, und in welche Richtung? Geben Sie dies für die genannten Personengruppen und Informationsquellen anhand der Skala an. Der mittlere Punkt der Skala bedeutet, dass Sie durch die Personen oder Informationsquellen gar nicht beeinflusst werden.
6.1	Ärzte/Ärztinnen
6.2	Komplementär- und Alternativmediziner/-innen
6.3	Apotheker/-innen
6.4	Andere Gesundheitsfachpersonen (Hebammen, Pflegekräfte, Physiotherapeut/-innen, usw.)
6.5	Soziale Netzwerke (Familie, Freunde, Bekannte)
6.6	Gesundheitsbehörden
6.7	Internet, soziale Medien
6.8	Traditionelle Medien (Zeitungen, Radio, Fernsehen)
6.9	Broschüren und Informationsmaterial
6.10	Anderes und zwar: _____
Antwortmöglichkeit: Vergrössern meine Befürchtungen in Bezug auf Impfungen sehr -3; -2; -1; 0; +1; +2; Vergrössern mein Vertrauen in Bezug auf Impfungen sehr +3; Trifft nicht zu; Weiss nicht / keine Antwort	
6a	Gibt es weitere Personengruppen oder Informationsquellen, welche Ihre Befürchtungen vergrössert haben? (open question)
6b	Gibt es weitere Personengruppen oder Informationsquellen, welche Ihr Vertrauen vergrössert haben? (open question)
7	Sind Ihnen persönlich Personen bekannt, die durch <u>Impfungen</u> ernsthaft erkrankt sind oder dauerhafte gesundheitliche Schäden erlitten haben? Ja, mehrere Ja, eine Person Nein Weiss nicht / keine Antwort

8	Sind Ihnen persönlich Personen bekannt, die an einer <u>Krankheit</u> ernsthaft erkrankt sind oder dauerhafte gesundheitliche Schäden erlitten haben, obwohl es dagegen eine Impfung gibt? Ja, mehrere Ja, eine Person Nein Weiss nicht / keine Antwort
9	Auf einer Skala von 1 = "stimme überhaupt nicht zu" bis 4 = "stimme voll und ganz zu", wie sehr stimmen Sie folgender Aussage zu? Die meisten Menschen, die mir nahe stehen, stehen Impfungen skeptisch gegenüber. Antwortmöglichkeit: Stimme überhaupt nicht zu; Stimme nicht zu; Stimme zu; Stimme voll und ganz zu; Weiss nicht / keine Antwort
10	Im Folgenden finden Sie einige Aussagen zum Thema Impfen. Bitte geben Sie jeweils an, ob diese Aussagen Ihrer Einschätzung nach richtig oder falsch sind.
10.1	Es ist nie zu spät eine oder mehrere Impfungen nachzuholen. (richtig)
10.2	Mit einer Impfung schützt man auch andere Personen, die sich noch nicht oder gar nicht impfen lassen können, z. B. Babys oder immungeschwächte Menschen. (richtig)
10.3	Basis-Impfungen sind Impfungen, welche als unerlässlich für die individuelle und öffentliche Gesundheit eingestuft werden. (richtig)
10.4	Der Schutz durch die Tetanus-Impfung (Wundstarrkrampf) hält ein Leben lang. (falsch)
	Antwortmöglichkeit: Richtig; Falsch; Weiss ich nicht; Keine Antwort

Übergang Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Erfahrungen mit Informationen über Impfungen.

- 11 **Auf einer Skala von 1= "sehr einfach" bis 4= "sehr schwierig", wie einfach oder schwierig ist es für Sie ...**
- 11.1 die benötigten Informationen über Impfungen zu bekommen?
 - 11.2 Informationen über Impfungen zu finden, die für Sie oder Ihre Familie empfohlen sind?
 - 11.3 herauszufinden, wo Sie oder Ihre Familie sich impfen lassen können?
 - 11.4 Informationen über Impfungen zu verstehen?
 - 11.5 zu verstehen, was zu tun ist, wenn Sie oder jemand in Ihrer Familie sich impfen lassen möchte?
 - 11.6 zu verstehen, warum Sie oder Ihre Familie eventuell Impfungen brauchen?
 - 11.7 den Nutzen und die Risiken von Impfungen zu verstehen?
 - 11.8 Falschinformationen über Impfungen von zuverlässigen Informationen zu unterscheiden?
 - 11.9 die Vertrauenswürdigkeit von Informationen über Impfungen zu überprüfen?
 - 11.10 zu beurteilen, welche Impfungen Sie oder Ihre Familie eventuell brauchen?
 - 11.11 Fragen und Bedenken zu Impfungen mit einem Arzt/einer Ärztin oder einer anderen Gesundheitsfachperson zu besprechen?
 - 11.12 zu entscheiden, ob Sie oder jemand in Ihrer Familie sich impfen lassen sollten?
 - 11.13 zu entscheiden, wann eine Impfung notwendig ist?

Antwortmöglichkeit: Sehr einfach; Einfach; Schwierig; Sehr schwierig; Weiss nicht; Keine Antwort

Übergang Die nächsten Fragen betreffen das **Impfverhalten**.

FILTER --> nur an Personen mit Kinder im Vorschulalter (FILTER B = ja) stellen.
Gegen welche Krankheiten sind Ihre Kinder geimpft? Markieren Sie alles, was zutrifft.

- 13
- Tetanus, Wundstarrkrampf
 - Pertussis, Keuchhusten
 - Masern
 - Hepatitis B, Gelbsucht
 - FSME (Frühsommer-Meningoenzephalitis)
 - Influenza, Grippe
 - COVID-19
 - Humane Papillomviren HPV

Antwortmöglichkeit: Sind geimpft; Werden geimpft, wenn sie alt genug dafür sind; Sind nicht geimpft und werden nicht geimpft; Noch unsicher, ob sie dagegen geimpft werden sollen; Weiss ich nicht / Keine Antwort

Wie sieht es mit Ihrem eigenen Impfschutz aus? Gegen welche Krankheiten sind Sie geimpft?

Markieren Sie alles, was zutrifft.

Tetanus, Wundstarrkrampf

Pertussis, Keuchhusten

Masern

Hepatitis B, Gelbsucht

12 FSME (Frühsommer-Meningoenzephalitis)

Influenza, Grippe

COVID-19

Humane Papillomviren HPV

Weiss ich nicht

Gegen keine --> *Weiter mit Frage 16*

Keine Antwort

Haben Sie in den letzten 5 Jahren eine Impfung erhalten? Damit sind alle Impfungen ausser die COVID-19 Impfung gemeint.

14 Ja --> *Weiter zu Frage 16*

Nein --> *Weiter zu Frage 15*

Weiss nicht / keine Antwort --> *Weiter zu Frage 16*

Warum haben Sie in den letzten 5 Jahren keine Impfung erhalten? Damit sind alle Impfungen ausser die COVID-19 Impfung gemeint.

Mehrfachantworten möglich

Ich habe noch Impfschutz durch frühere Impfungen

Mir wurde keine Impfung von meinem Hausarzt / meiner Hausärztin oder einem anderen Arzt / einer anderen Ärztin angeboten

Ich sehe keine Notwendigkeit für Impfungen

15 Nur Kinder benötigen Impfungen

Ich halte Impfstoffe nicht für sicher und bin der Meinung, dass sie Nebenwirkungen haben können

Es ist teuer

Es ist kompliziert und mit einem hohen Aufwand verbunden

Ich habe Angst vor Spritzen

Weiss nicht / keine Antwort

Übergang Als nächstes möchten wir mehr über Ihre letzte Impfentscheidung erfahren. Damit sind alle Impfungen ausser die COVID-19 Impfung gemeint.

Als Sie sich das letzte Mal für oder gegen eine Impfung entscheiden mussten, um was für eine Art Impfung ging es dabei?

16

Saisonale Impfung (z. B. Grippe)
Reiseimpfung (z. B. Gelbfieber)
Auffrischimpfung bzw. Nachholimpfung (z. B. Tetanus oder Masern)
Andere Impfung und zwar: _____
Weiss nicht / keine Antwort

Als Sie sich das letzte Mal für oder gegen eine Impfung entscheiden mussten, gab es bei der/den damaligen Entscheidung(-en) irgendwelche Schwierigkeiten? Notieren Sie alles, was Ihnen dazu in den Sinn kommt.

17

(open question)

Insgesamt gesehen, wie einfach oder schwierig war es für Sie damals, diese Entscheidung zu fällen?

18

Sehr einfach
Einfach
Schwierig
Sehr schwierig
Weiss nicht / keine Antwort

Wofür haben Sie sich schliesslich entschieden?

19

Für eine Impfung
Gegen eine Impfung
Ich bin immer noch am Überlegen
Weiss nicht / keine Antwort

Übergang (FILTER -> nur für geimpfte Personen, d.h. Personen die bei Frage 12 "Gegen keine" erhalten diese Frage nicht und gehen direkt zu Frage 21).
Nun denken Sie bitte an Ihre letzte Impfung, die Sie tatsächlich erhalten haben. Denken Sie dabei wieder an alle Impfungen ausser die COVID-19 Impfung.

Haben Sie diese aus einem oder mehreren der folgenden Gründe erhalten?

Mehrfachantworten möglich

- 20 Mein Arzt / Meine Ärztin (z. B. Hausarzt/-ärztin, Kinderarzt/-ärztin) hat mir die Impfung empfohlen
 Mein Apotheker / Meine Apothekerin hat mir die Impfung empfohlen
 Eine andere Gesundheitsfachperson (z. B. Hebamme) hat mir die Impfung empfohlen
 Die Gesundheitsbehörden haben mir die Impfung empfohlen
 Meine Familie oder meine Freunde haben mir die Impfung empfohlen
 Mein Arbeitgeber hat mir die Impfung angeboten
 Ich brauchte sie, um ins Ausland zu reisen
 Meine Eltern haben bei meiner letzten Impfung den Entscheid für mich getroffen
 Anderes und zwar: _____
 Weiss nicht / keine Antwort

Hier auf der Liste stehen verschiedene Informationsquellen. Welche davon haben Sie selbst schon einmal genutzt, um sich über Impfungen zu informieren? Markieren Sie alles, was zutrifft.

- 21
 21.1 Ärzte/Ärztinnen (Hausarzt/-ärztin, Kinderarzt/-ärztin, usw.)
 21.2 Alternativ- und Komplementärmediziner/-innen
 21.3 Apotheker/-innen
 21.4 Andere Gesundheitsfachpersonen (Hebammen, Pflegekräfte, Physiotherapeut/-innen, usw.)
 21.5 Mütter und Väterberatung
 21.6 Familie, Freunde und Bekannte
 21.7 Gesundheitsbehörden (z. B. Bundesamt für Gesundheit BAG, kantonale Gesundheitsämter)
 21.8 Zeitungen, Zeitschriften, Magazine
 21.9 Radio, Fernsehen
 21.10 Informationsseiten im Internet
 21.11 Soziale Medien
 21.12 Broschüren und Informationsmaterial
 21.13 Andere und zwar: _____
 Weiss nicht / keine Antwort

22	Welche dieser Quellen halten Sie für glaubwürdig? Markieren Sie alles, was zutrifft.
22.1	Ärzte/Ärztinnen (Hausarzt/-ärztin, Kinderarzt/-ärztin, usw.)
22.2	Alternativ- und Komplementärmediziner/-innen
22.3	Apotheker/-innen
22.4	Andere Gesundheitsfachpersonen (Hebammen, Pflegekräfte, Physiotherapeut/-innen, usw.)
22.5	Mütter und Väterberatung
22.6	Familie, Freunde und Bekannte
22.7	Gesundheitsbehörden (z. B. Bundesamt für Gesundheit BAG, kantonale Gesundheitsämter)
22.8	Zeitungen, Zeitschriften, Magazine
22.9	Radio, Fernsehen
22.10	Informationsseiten im Internet
22.11	Soziale Medien
22.12	Broschüren und Informationsmaterial
22.13	Andere und zwar: _____
	Weiss nicht / keine Antwort
23	Haben Sie schon einmal vom Schweizerischen Impfplan gehört?
	Ja
	Nein
	Weiss nicht / keine Antwort
SOZIO- DEMO	Wir sind fast am Ende der Befragung angelangt. Zum Schluss würden wir Ihnen gerne ein paar letzte Fragen zu Ihrer Person stellen.
age	Wie alt sind Sie? (18-120) Jahre
	Weiss nicht / keine Antwort
gender	Welches Geschlecht haben Sie? Männlich
	Weiblich
	Anderes
	Weiss nicht / keine Antwort

nationality	Welche Staatsangehörigkeit(en) haben Sie? Mehrfachantwort möglich Schweizer Staatsangehörigkeit Ausländische Staatsangehörigkeit(en) Weiss nicht / keine Antwort
aufen- thaltsdauer	Seit wie vielen Jahren leben Sie in der Schweiz? Seit Geburt Seit ____ Jahren Weiss nicht / keine Antwort
linguistic region	In welcher Sprachregion wohnen Sie? Deutschschweiz Französische Schweiz Italienische Schweiz Weiss nicht / keine Antwort
language 1	War die erste Sprache (Muttersprache), die Sie gelernt und zu Hause gesprochen haben, eine andere als die offizielle Sprache an Ihrem Wohnort? Ja --> <i>FILTER: zu Frage language 2</i> Nein Weiss nicht / keine Antwort
language 2	Wie einfach oder schwierig ist es für Sie, die offizielle Sprache an Ihrem Wohnort zu verstehen und zu sprechen? Sehr einfach Einfach Schwierig Sehr schwierig Weiss nicht / keine Antwort

Bitte geben Sie Ihren höchsten Schulabschluss an.	
degree	Keinen Schulabschluss
	Primar-, Real-, Sekundarschulabschluss
	Berufsschulabschluss, Berufsmaturitätsabschluss, Maturitätsabschluss
	Fachhochschulabschluss
	Universitäts-/ETH Abschluss
	Anderer _____
Weiss nicht / keine Antwort	
Üben Sie einen Gesundheitsberuf aus?	
medical experience	Ja
	Nein
	Weiss nicht / keine Antwort
Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?	
Ge- sundheitszus- tand	Sehr gut
	Gut
	Mittelmässig
	Schlecht
	Sehr schlecht
	Weiss nicht / keine Antwort
Haben Sie eine oder mehrere chronische Krankheiten oder lang andauernde gesundheitliche Probleme?	
Damit gemeint sind Krankheiten oder gesundheitliche Probleme, die mindestens 6 Monate andauern oder voraussichtlich andauern werden.	
chronic di- sease	Ja, eine
	Ja, mehrere
	Nein
	Weiss nicht / keine Antwort
Wie einfach oder schwierig ist es für Sie, am Ende des Monats alle Rechnungen zu bezahlen?	
Finanzielle Situation	Sehr einfach
	Einfach
	Schwierig
	Sehr schwierig
	Weiss nicht / keine Antwort

Soziale Unterstüt- zung 1	Einmal generell und nicht auf das Thema Gesundheit beschränkt: Wie viele Menschen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn Sie ernsthafte persönliche Probleme haben? keine 1 bis 2 3 bis 5 6 oder mehr Weiss nicht / keine Antwort
Soziale Unterstüt- zung 2	Wie viel Interesse und Anteilnahme zeigen andere Menschen an dem, was Sie tun? Viel Etwas Weder viel noch wenig Wenig Keinerlei Anteilnahme und Interesse Weiss nicht / keine Antwort
Soziale Unterstüt- zung 3	Wie einfach ist es für Sie, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten, wenn Sie diese benötigen? Sehr einfach Einfach Möglich Schwierig Sehr schwierig Weiss nicht / keine Antwort
SES	Auf der folgenden Skala entspricht die Stufe 1 der "niedrigsten", die Stufe 10 der "höchsten" Stellung in der Gesellschaft. Können Sie mir sagen, wo Sie sich selbst einordnen würden? Antwortmöglichkeit: 1 Niedrigste Stellung innerhalb der Gesellschaft; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 10 Höchste Stellung innerhalb der Gesellschaft; Weiss nicht / keine Antwort

QUAL INT	Dürfte Sie das Careum Zentrum für Gesundheitskompetenz kontaktieren, um mit Ihnen noch etwas ausführlicher in einem ca. 15- bis 30-minütigen telefonischen Interview über das Thema Impfen zu sprechen? Ziel der telefonischen Interviews ist es, gewisse Aspekte dieser Befragung zu vertiefen. Für die Interviews suchen wir möglichst unterschiedliche Personen (mit unterschiedlichem Geschlecht, Alter, Antwortmuster, etc.). Dafür muss die Projektleitung des Careum Zentrum für Gesundheitskompetenz die Anonymität gezielt aufheben. Dies bedeutet, dass es anschliessend für die Projektleitung möglich sein wird, Sie zu identifizieren. Es werden jedoch nur diejenigen Personen Zugang zu Ihren identifizierenden Angaben haben, welche diese im Rahmen des Forschungsprojekts zwingend benötigen. Für alle anderen Mitarbeiter/-innen werden Ihre Daten nur in verschlüsselter Form für das Forschungsprojekt zur Verfügung stehen und somit wissen diese Personen nicht, dass die Daten von Ihnen stammen. Nach der Auswertung werden alle Ihre Daten vollständig anonymisiert, d.h. die Schlüsselzuordnung zu Ihnen wird vernichtet, so dass danach niemand mehr erfahren kann, dass die Daten ursprünglich von Ihnen stammten. Falls Sie an einem Interview interessiert sind und mit der temporären Aufhebung Ihrer Anonymität einverstanden sind, tragen Sie bitte Ihre E-Mail-Adresse und/oder Ihre Telefonnummer unten ein. Das zusätzliche Interview würde Ihnen im Falle einer Kontaktaufnahme separat entschädigt. Ja --> a) <i>mich bitte via E-Mail kontaktieren (E-Mail-ADRESSE); b) mich bitte via Telefon kontaktieren (TELEFONNUMMER)</i> Nein
END	Sie haben das Ende der Befragung erreicht. Möchten Sie die Befragung abschliessen? --> Ja (Befragung abschliessen) Wir danken Ihnen für Ihre Zeit und Ihren Einsatz, um unsere Fragen zu beantworten. Ihre anonymisierten Antworten werden uns helfen, unsere Forschung zum Thema Impfungen voranzubringen. Für weitere Fragen zur Studie, zu dieser Befragung oder zu Ihrer Teilnahme steht Ihnen das Projektteam jederzeit gerne zur Verfügung. Kontaktmöglichkeit für Rückfragen: support@gfsbern.ch

9.2 Leitfaden qualitative Interviews

Thema	Frage(n)	Vertiefungs- bzw. Folge-Fragen
Einstieg	1) Was löst das Thema Impfen bei Ihnen aus? 2) Welche persönlichen Erfahrungen haben Sie mit dem Thema Impfen gemacht?	
Impfentscheidung	3) Wie gehen Sie vor, wenn Sie eine Impfentscheidung treffen müssen?	– Welche Faktoren beeinflussen Ihre Impfentscheidung? – Was gibt Ihnen Sicherheit bei der Entscheidung für oder gegen eine Impfung? Und was verunsichert Sie? Und was motiviert Sie am meisten?
Informationsverhalten Verständnis & Kritische Beurteilung	4) Wie informieren Sie sich generell (<i>falls bereits erwähnt: sonst noch</i>) zum Thema Impfen? 5) Was sind die Herausforderungen für Sie im Umgang mit solchen Informationen? 6) Was gibt Ihnen das Gefühl einer Information vertrauen zu können?	– An welche Informationen denken Sie dabei? Haben Sie konkrete Beispiele? – Was erschwert Ihrer Meinung nach das Beurteilen von Informationen zum Thema Impfen? – Wie beurteilen Sie, ob die Information korrekt ist?
Kommunikation/ Unterstützung der Behörde	7) Wie empfinden Sie die offizielle Kommunikation der staatlichen/kantonalen Behörden zum Thema Impfen?	– Kennen und nutzen Sie diese überhaupt? Welche kennen Sie? – Was wären Ihre Wünsche an diese Informationen?
Abschluss	8) Das wäre die letzte Frage gewesen und wir wären am Ende des Interviews. Gibt es etwas, dass Sie uns zum Thema Impfungen noch auf den Weg geben möchten? Möchten Sie noch etwas hinzufügen oder haben Sie noch Fragen?	

9.3 Zusätzliche Tabellen

Tabelle A1: Fragen Impfbereitschaft, Cronbach's Alpha (der recodierten Fragen)

Index	Cronbach's Alpha
Gesamtindex	.912
Vertrauen	.837
Risikowahrnehmung	.829
Barrieren in der Ausführung	.595
Abwägung	.559
Kollektive Verantwortung	.927
Regelkonformität	.846
Verschwörung	.848

©gfs.bern, Impfkompetenz der Bevölkerung 2024

Die Werte von fünf der sieben Sub-Indices sind gut bis sehr gut. Bei zwei Sub-Indices (Barrieren in der Ausführung und Abwägung) ist die interne Konsistenz relativ niedrig. Die drei Fragen, die jeweils den Sub-Index bilden, korrelieren nicht so stark. Diese zwei Sub-Indices sind somit weniger stabil und konsistent als die anderen Sub-Indices. Bei den Barrieren in der Ausführung ist es vor allem die Aussage «Ich verpasse Impfungen manchmal, weil Impfen lästig ist.», das schwächer mit den anderen korreliert. Ohne dieses Fragen würde Cronbach's Alpha .692 betragen. Beim Sub-Index «Abwägung» würde Cronbach's Alpha immerhin auf .564 steigen, wenn die Aussage «Ich lasse mich impfen, wenn ich für mich keine Nachteile sehe.» weggelassen wird.

9.4 Zusätzliche Grafiken

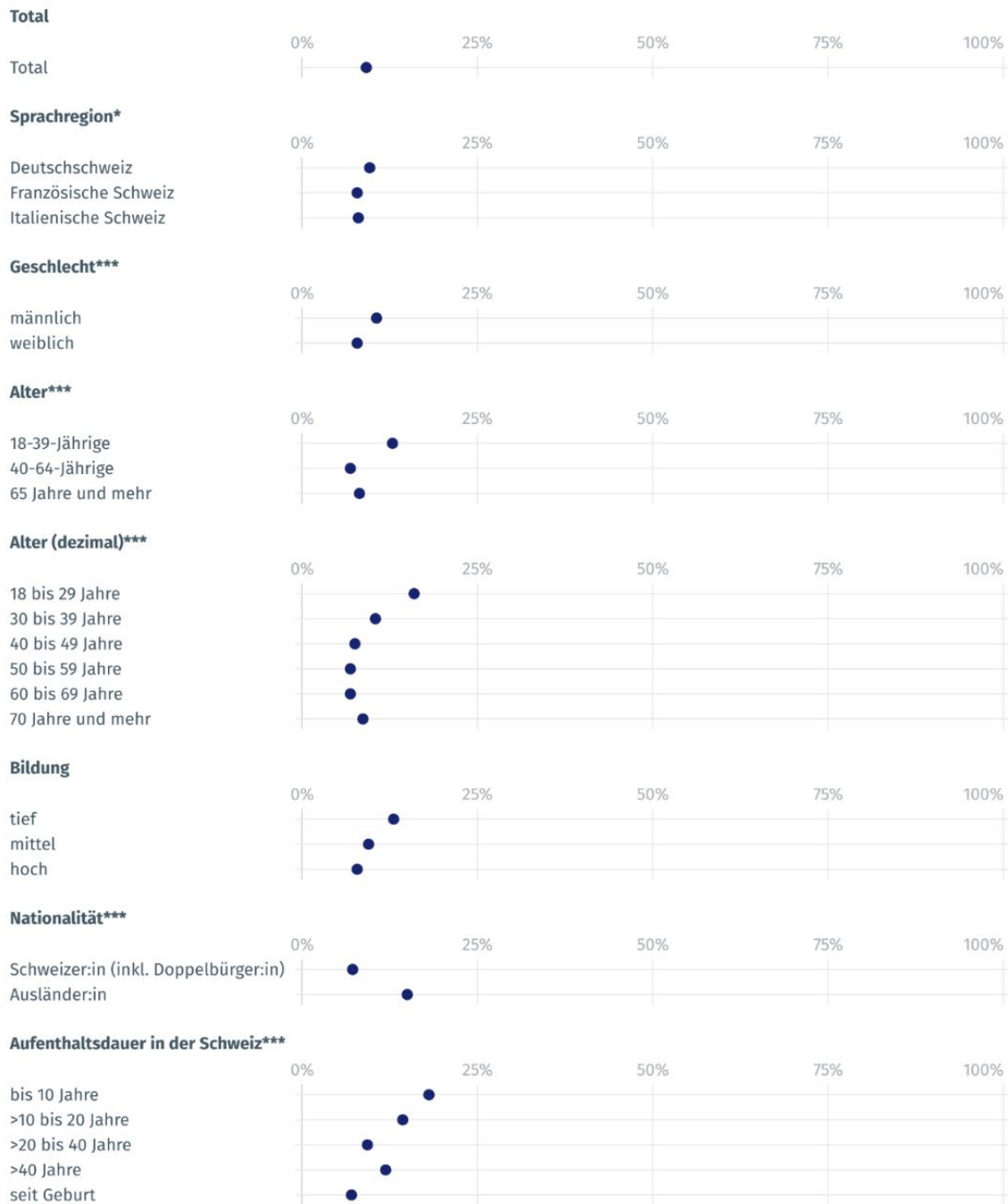
Abbildung A1: Aussage zur Tetanus-Impfung: Anteile nach Untergruppen – Teil 1

Aussage Tetanus-Impfung: Anteile nach Untergruppen (1/2)

Im Folgenden finden Sie einige Aussagen zum Thema Impfen. Bitte geben Sie jeweils an, ob diese Aussagen Ihrer Einschätzung nach richtig oder falsch sind.

Der Schutz durch die Tetanus-Impfung (Wundstarrkrampf) hält ein Leben lang.

Anteil Einwohner:innen, die die Aussage als richtig beurteilen



© gfs.bern, Impfkompetenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024 (n=2031) ***p < 0,001, **p < 0,01, *p < 0,05

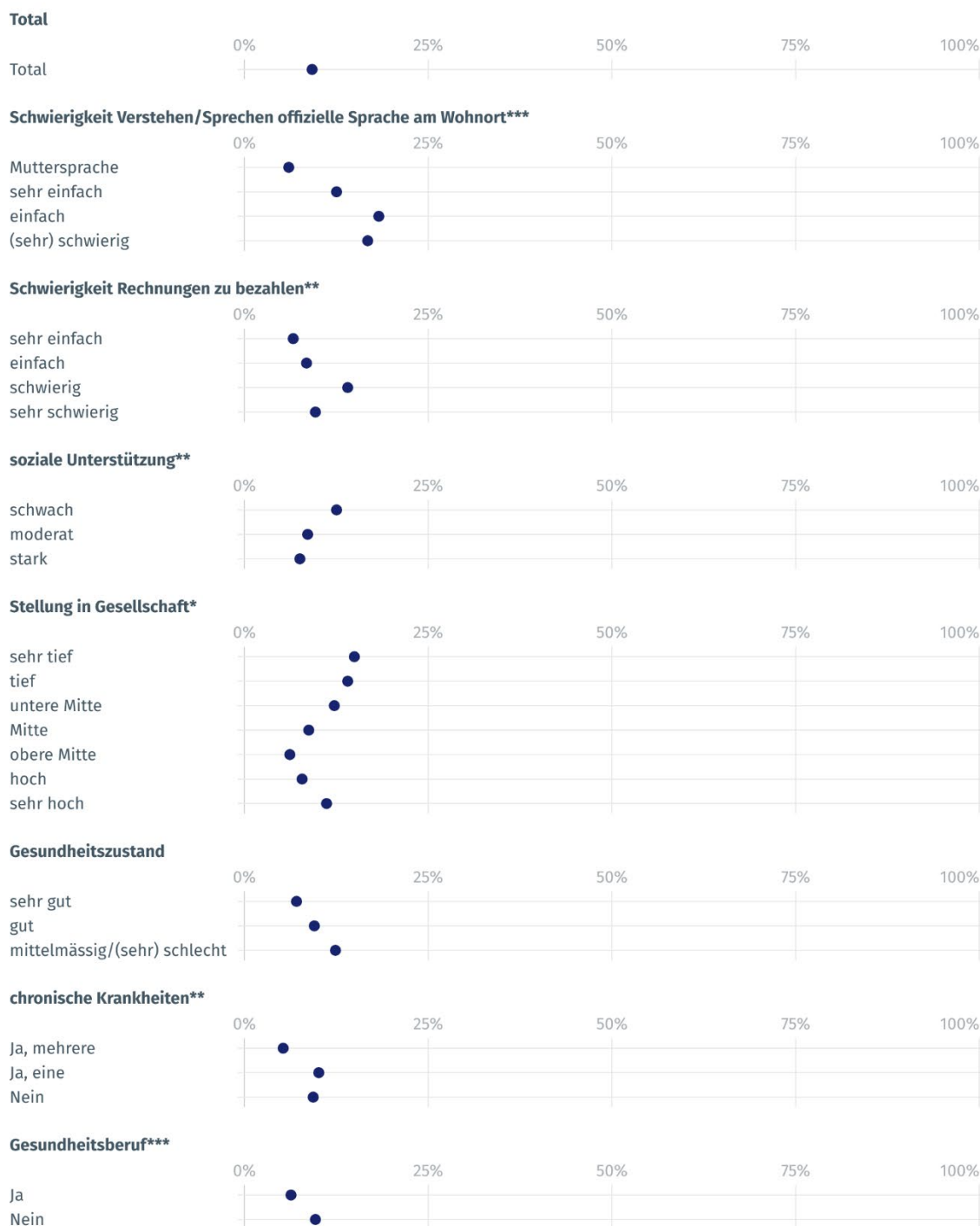
Abbildung A2: Aussage zur Tetanus-Impfung: Anteile nach Untergruppen – Teil 2

Aussage Tetanus-Impfung: Anteile nach Untergruppen (2/2)

Im Folgenden finden Sie einige Aussagen zum Thema Impfen. Bitte geben Sie jeweils an, ob diese Aussagen Ihrer Einschätzung nach richtig oder falsch sind.

Der Schutz durch die Tetanus-Impfung (Wundstarrkrampf) hält ein Leben lang.

Anteil Einwohner:innen, die die Aussage als richtig beurteilen



© gfs.bern, Impfkompetenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024 (n=2031) ***p < 0,001, **p < 0,01, *p < 0,05

Abbildung A3: Aussagen zur Impfbereitschaft: Mittelwerte

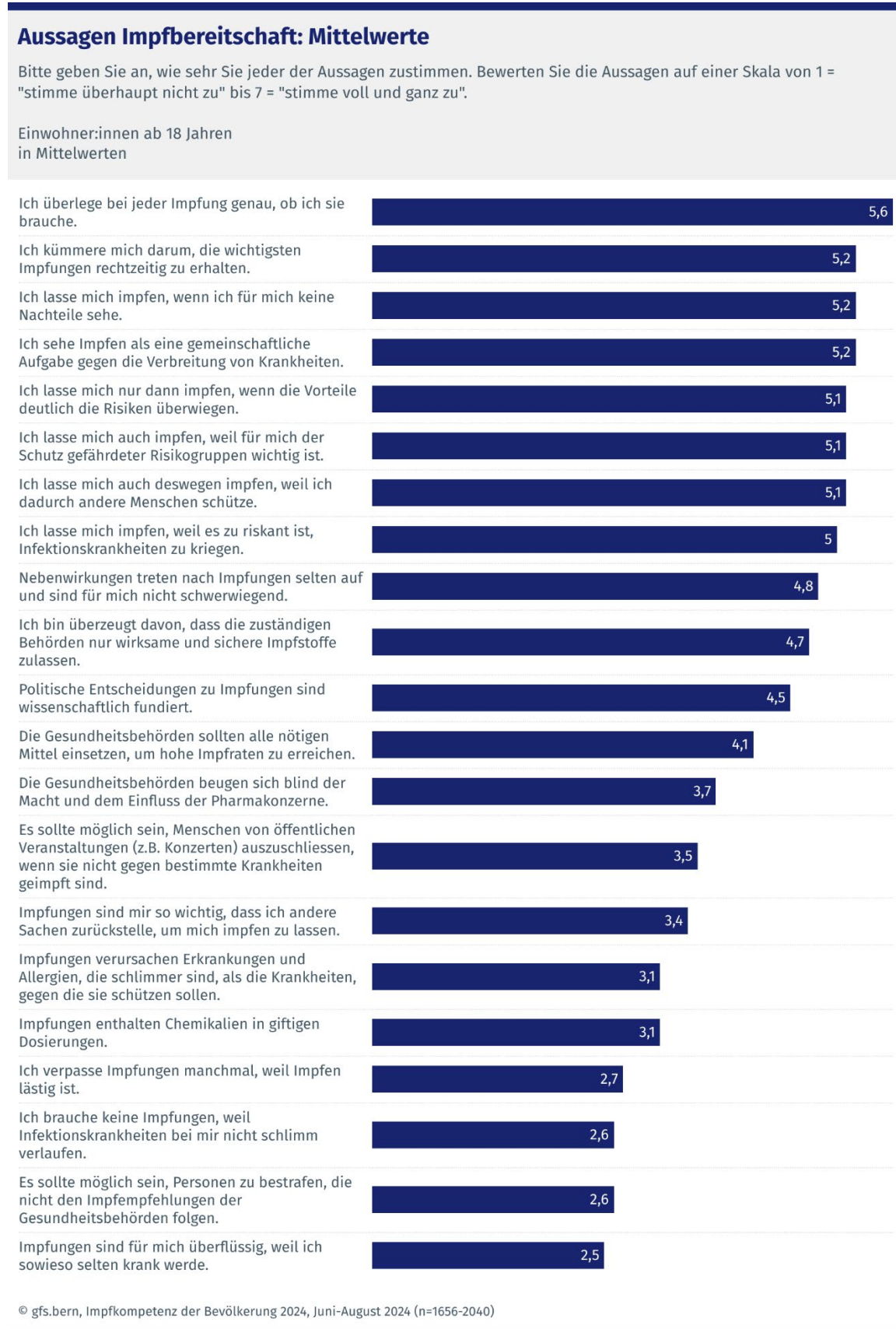
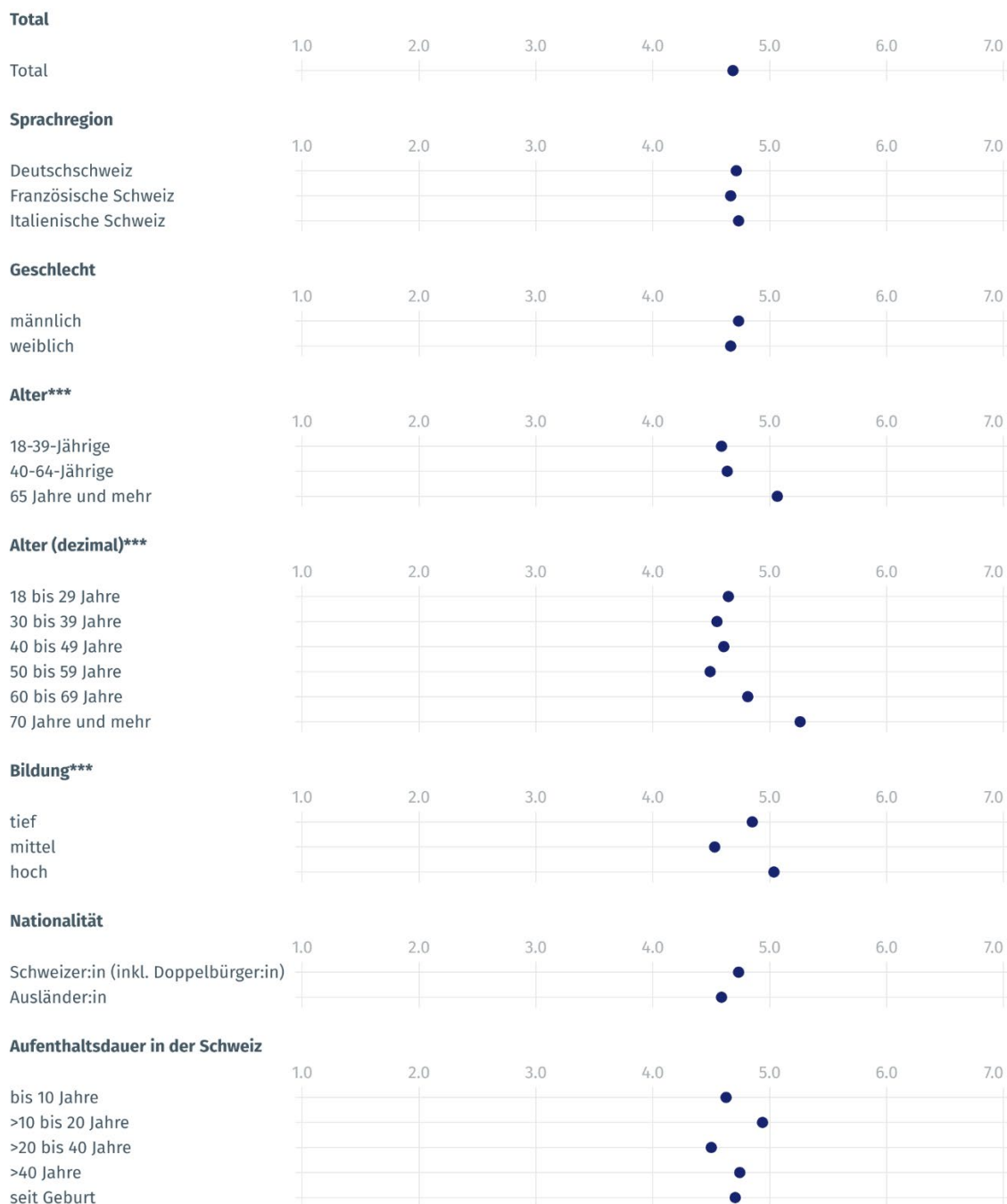


Abbildung A4: Impfbereitschaft-Sub-Index zum Vertrauen: Mittelwerte nach Untergruppen – Teil 1

Impfbereitschafts-Sub-Index: Vertrauen: Mittelwerte nach Untergruppen (1/2)

Einwohner:innen ab 18 Jahren
in Mittelwerten

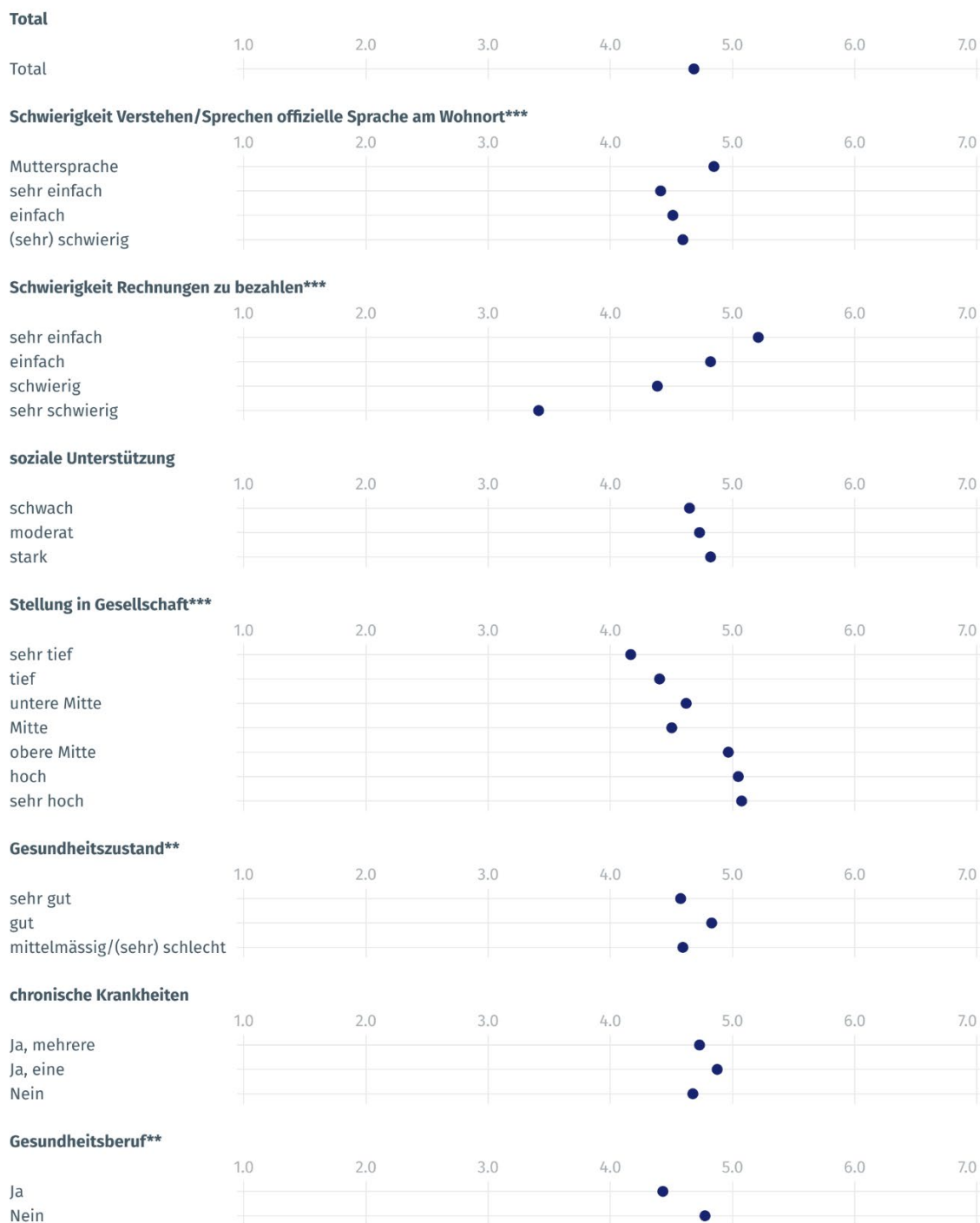


© gfs.bern, Impfkompentenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024 (n=1847) ***p < 0,001, **p < 0,01, *p < 0,05

Abbildung A5: Impfbereitschaft-Sub-Index zum Vertrauen: Mittelwerte nach Untergruppen – Teil 2

Impfbereitschafts-Sub-Index: Vertrauen: Mittelwerte nach Untergruppen (2/2)

Einwohner:innen ab 18 Jahren
in Mittelwerten



© gfs.bern, Impfkompetenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024 (n=1847) ***p < 0,001, **p < 0,01, *p < 0,05

Abbildung A6: Impfbereitschafts-Sub-Index zur Risikowahrnehmung: Mittelwerte nach Untergruppen – Teil 1

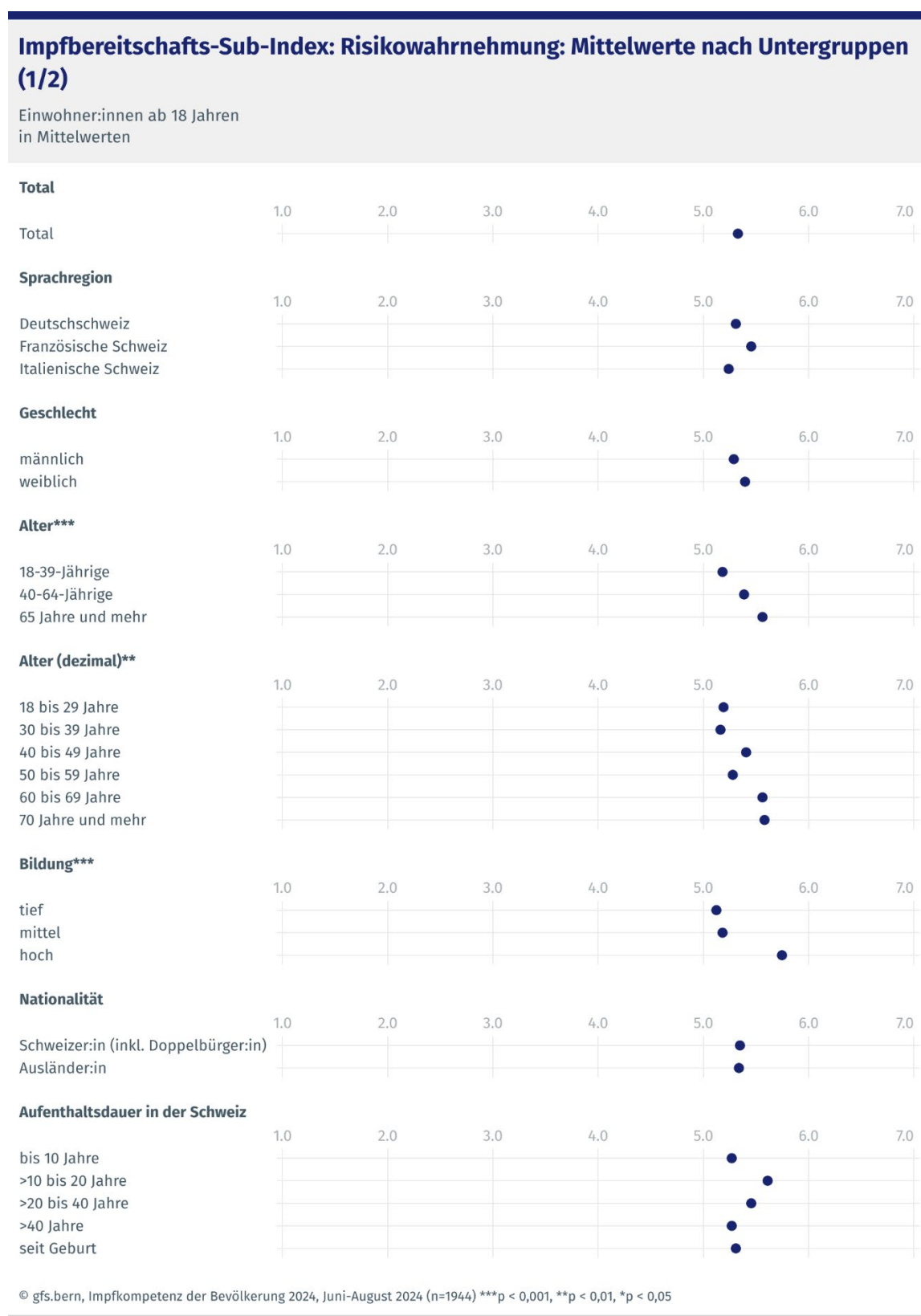
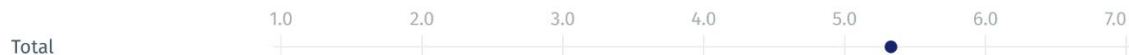


Abbildung A7: Impfbereitschafts-Sub-Index zur Risikowahrnehmung: Mittelwerte nach Untergruppen – Teil 2

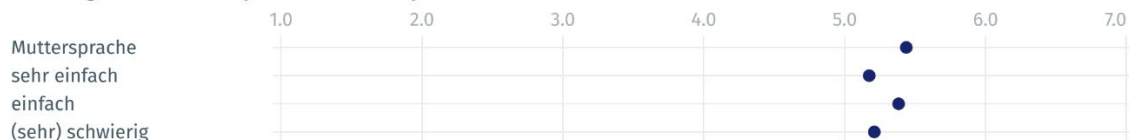
Impfbereitschafts-Sub-Index: Risikowahrnehmung: Mittelwerte nach Untergruppen (2/2)

Einwohner:innen ab 18 Jahren
in Mittelwerten

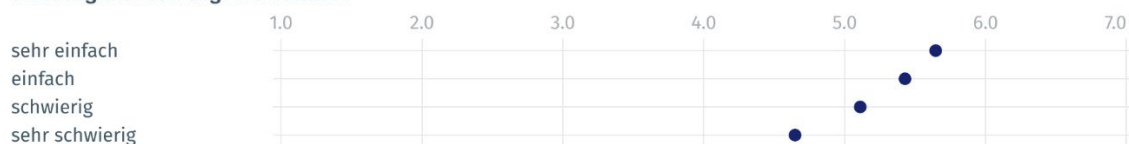
Total



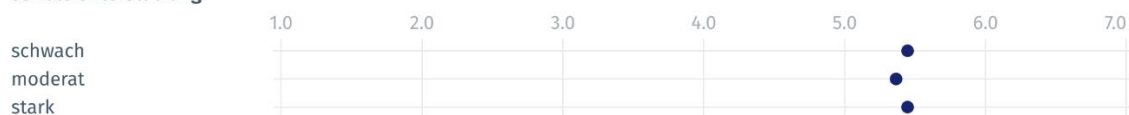
Schwierigkeit Verstehen/Sprechen offizielle Sprache am Wohnort*



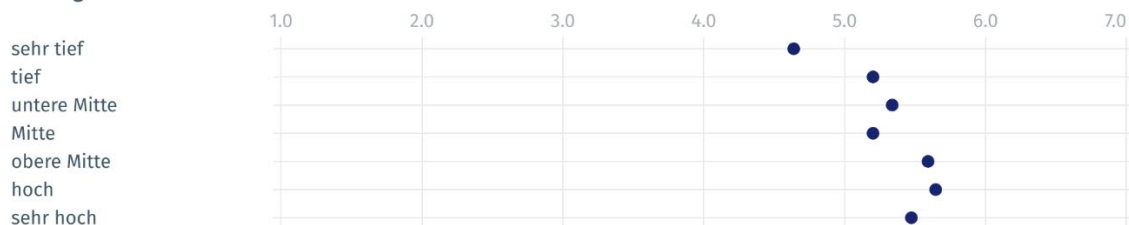
Schwierigkeit Rechnungen zu bezahlen***



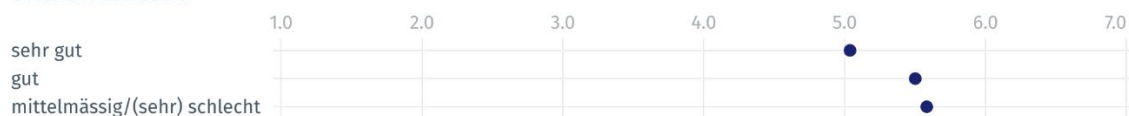
soziale Unterstützung



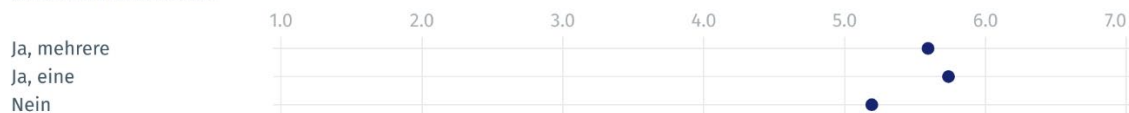
Stellung in Gesellschaft***



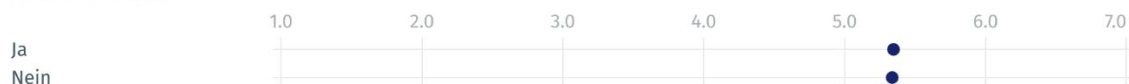
Gesundheitszustand***



chronische Krankheiten***



Gesundheitsberuf

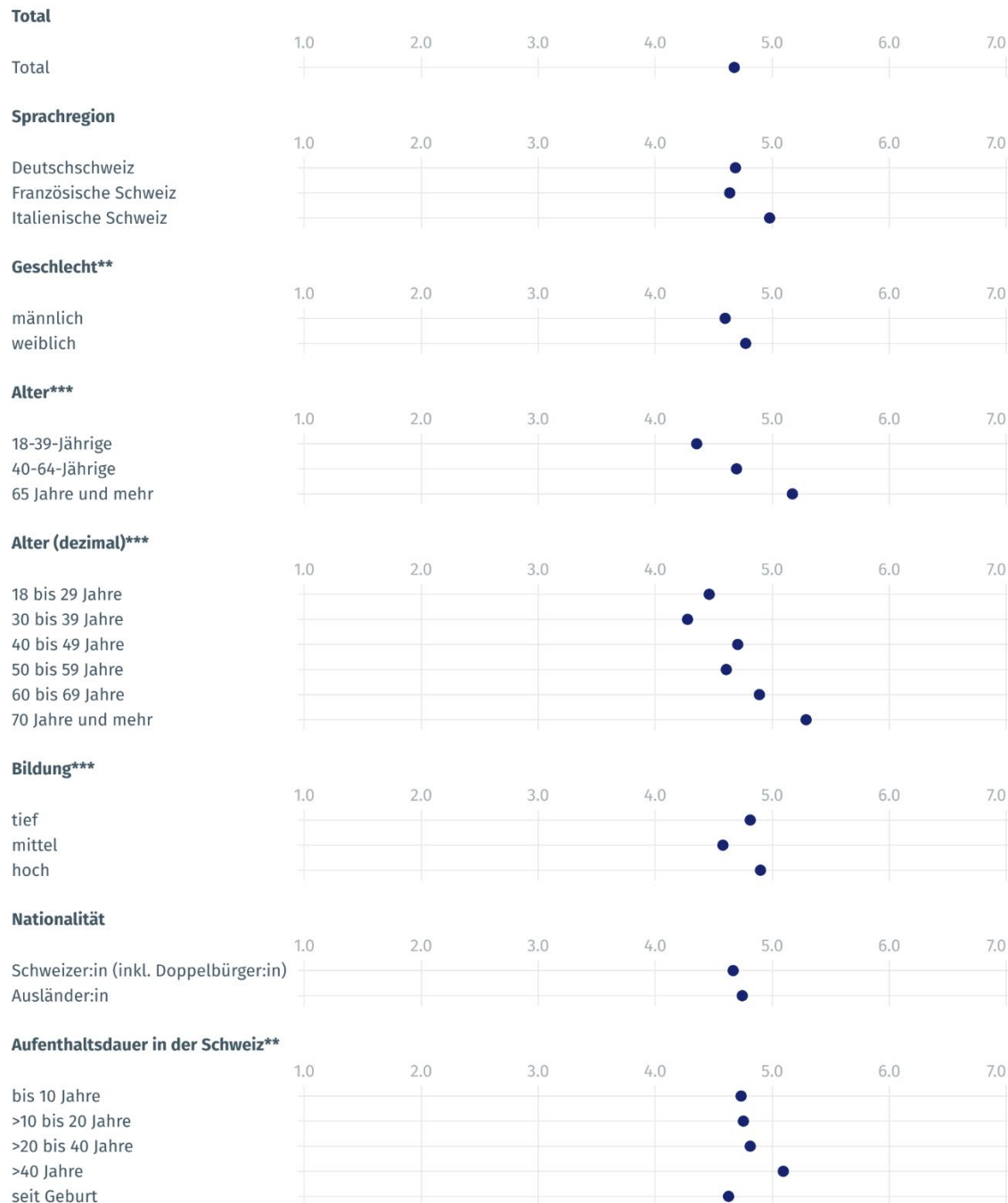


© gfs.bern, Impfkompetenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024 (n=1944) ***p < 0,001, **p < 0,01, *p < 0,05

Abbildung A8: Impfbereitschafts-Sub-Index zu Barrieren in der Ausführung: Mittelwerte nach Untergruppen – Teil 1

Impfbereitschafts-Sub-Index: Barrieren in der Ausführung: Mittelwerte nach Untergruppen (1/2)

Einwohner:innen ab 18 Jahren
in Mittelwerten

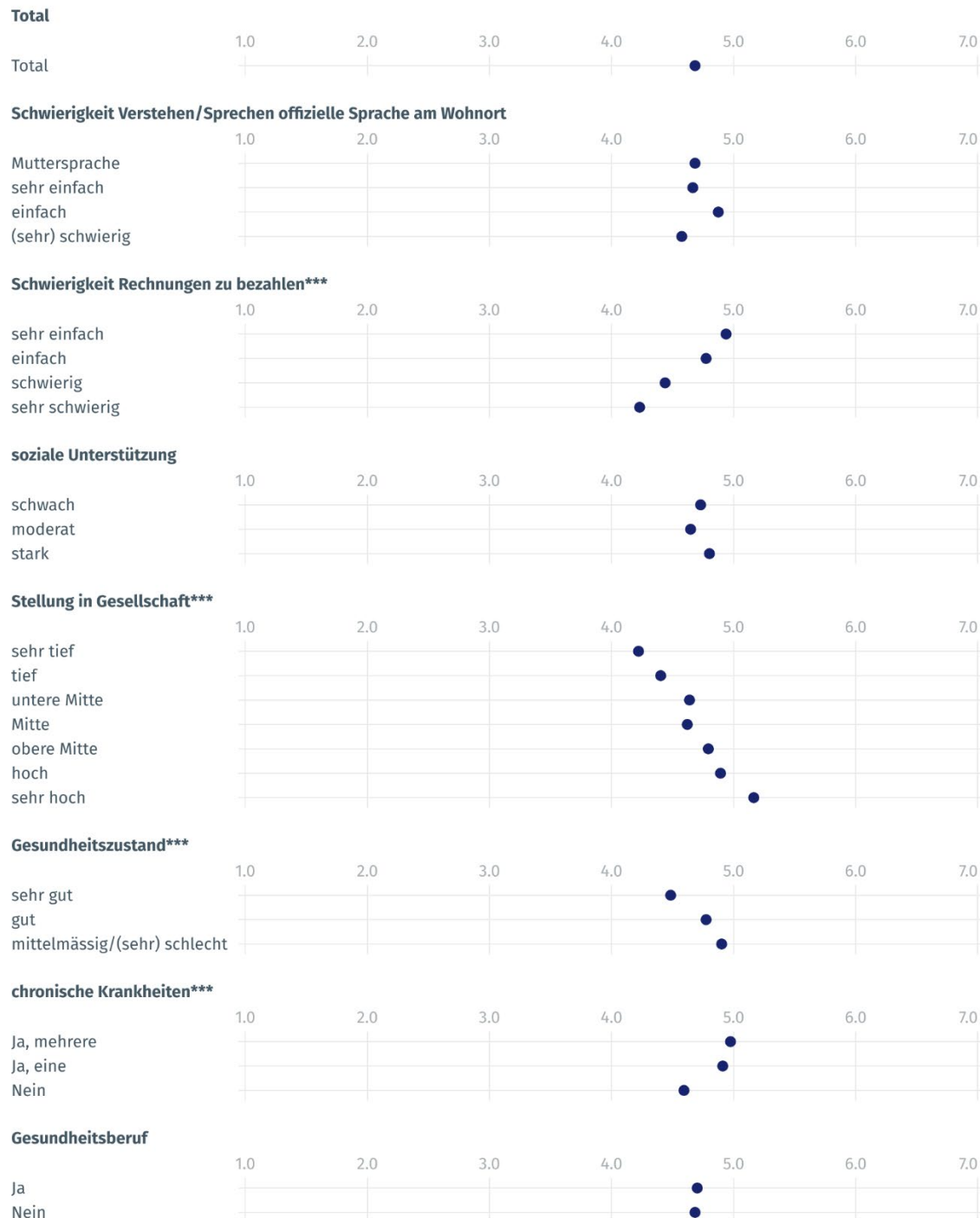


© gfs.bern, Impfkompentenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024 (n=1919) ***p < 0,001, **p < 0,01, *p < 0,05

Abbildung A9: Impfbereitschaft-Sub-Index zu Barrieren in der Ausführung: Mittelwerte nach Untergruppen – Teil 2

Impfbereitschafts-Sub-Index: Barrieren in der Ausführung: Mittelwerte nach Untergruppen (2/2)

Einwohner:innen ab 18 Jahren
in Mittelwerten

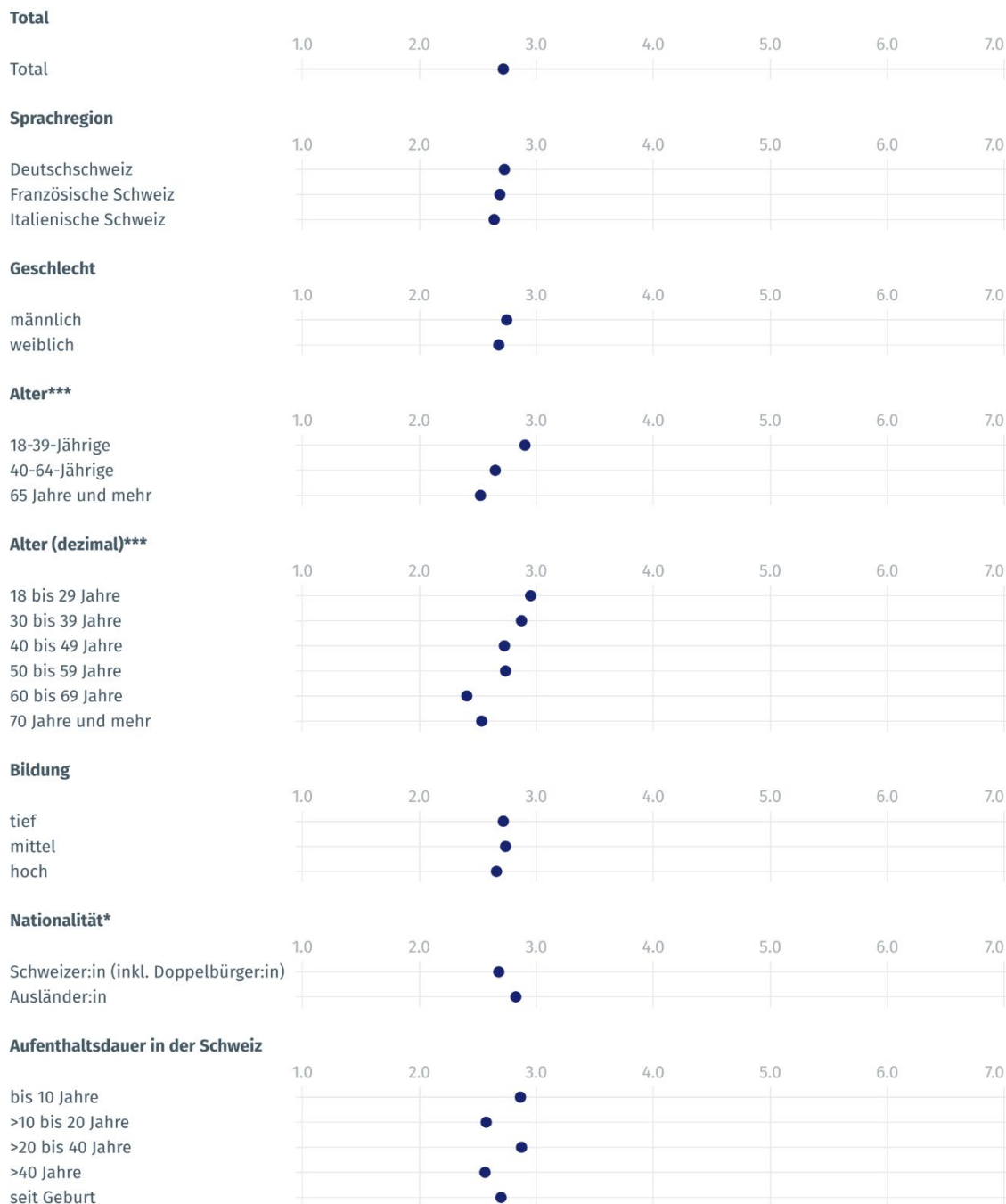


© gfs.bern, Impfkompentenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024 (n=1919) ***p < 0,001, **p < 0,01, *p < 0,05

Abbildung A10: Impfbereitschafts-Sub-Index zur Abwägung: Mittelwerte nach Untergruppen – Teil 1

Impfbereitschafts-Sub-Index: Abwägung: Mittelwerte nach Untergruppen (1/2)

Einwohner:innen ab 18 Jahren
in Mittelwerten

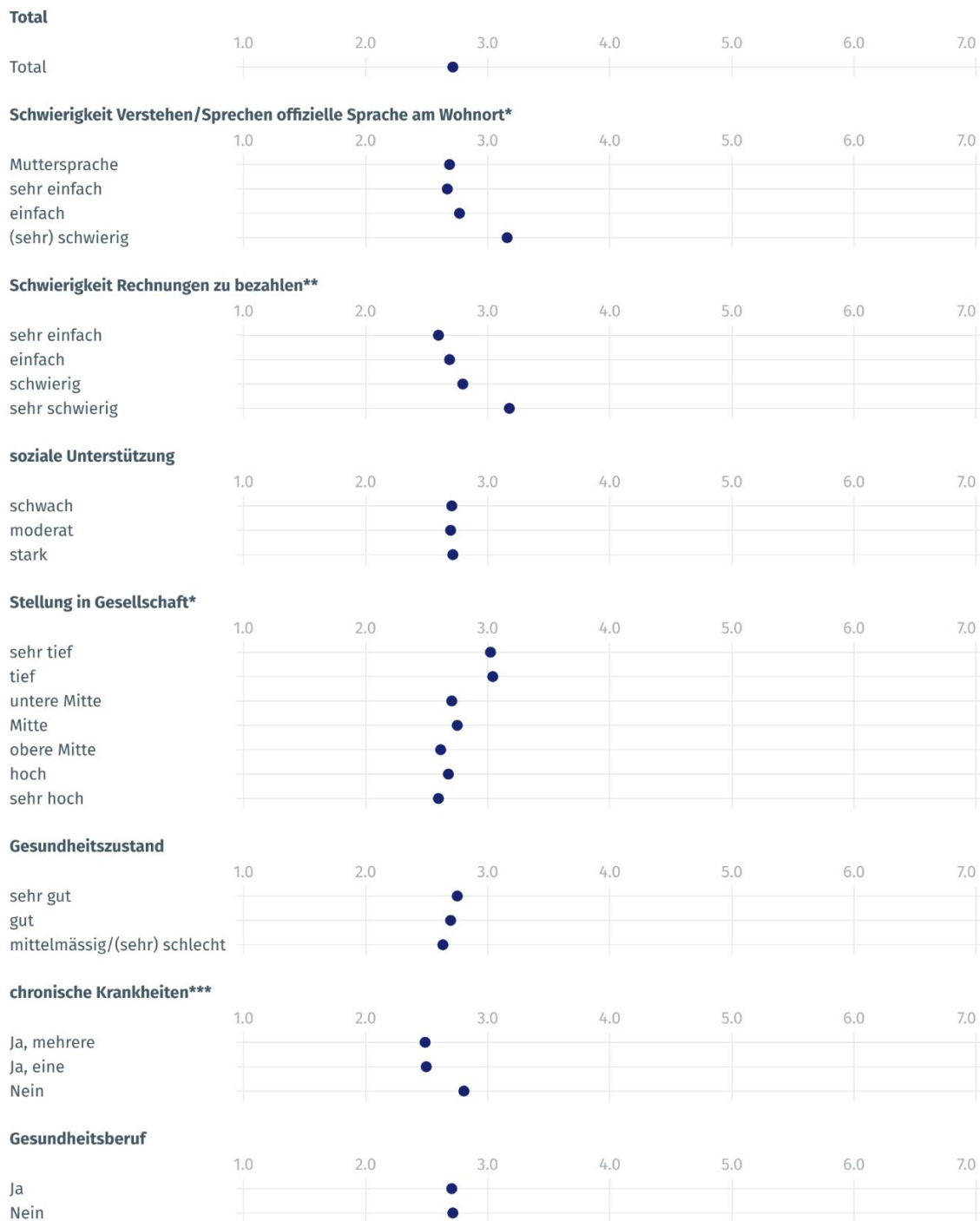


© gfs.bern, Impfkompentenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024 (n=1943) ***p < 0,001, **p < 0,01, *p < 0,05

Abbildung A11: Impfbereitschafts-Sub-Index zur Abwägung: Mittelwerte nach Untergruppen – Teil 2

Impfbereitschafts-Sub-Index: Abwägung: Mittelwerte nach Untergruppen (2/2)

Einwohner:innen ab 18 Jahren
in Mittelwerten



© gfs.bern, Impfkompetenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024 (n=1943) ***p < 0,001, **p < 0,01, *p < 0,05

Abbildung A12: Impfbereitschafts-Sub-Index zur Kollektiver Verantwortung: Mittelwerte nach Untergruppen – Teil 1

Impfbereitschafts-Sub-Index: Kollektive Verantwortung: Mittelwerte nach Untergruppen (1/2)

Einwohner:innen ab 18 Jahren
in Mittelwerten

Total



Sprachregion



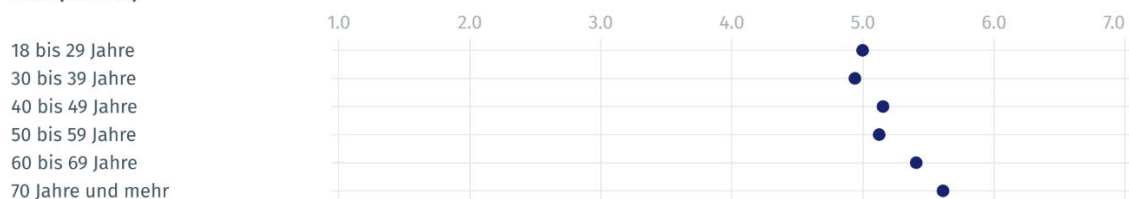
Geschlecht



Alter***



Alter (dezimal)***



Bildung***



Nationalität



Aufenthaltsdauer in der Schweiz



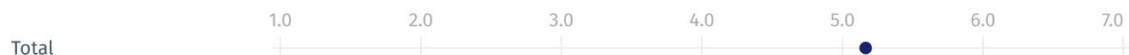
© gfs.bern, Impfkompentenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024 (n=1991) ***p < 0,001, **p < 0,01, *p < 0,05

Abbildung A13: Impfbereitschafts-Sub-Index zur Kollektiver Verantwortung: Mittelwerte nach Untergruppen – Teil 2

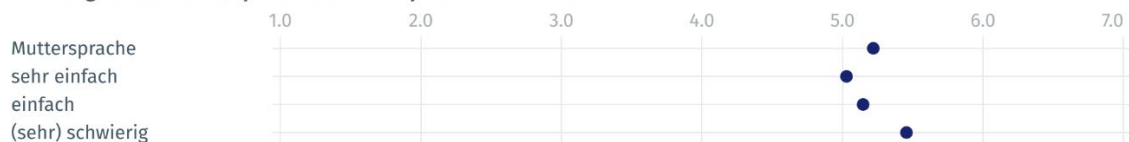
Impfbereitschafts-Sub-Index: Kollektive Verantwortung: Mittelwerte nach Untergruppen (2/2)

Einwohner:innen ab 18 Jahren
in Mittelwerten

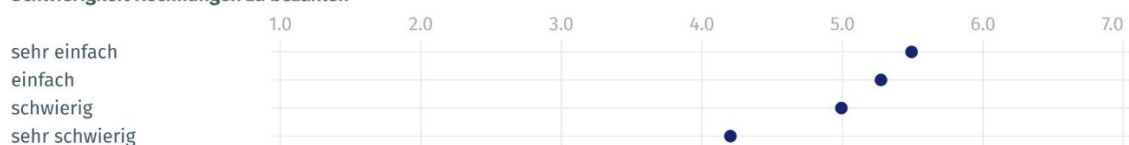
Total



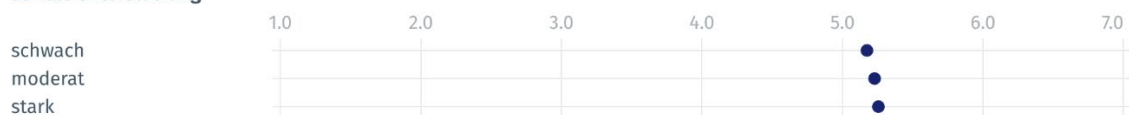
Schwierigkeit Verstehen/Sprechen offizielle Sprache am Wohnort



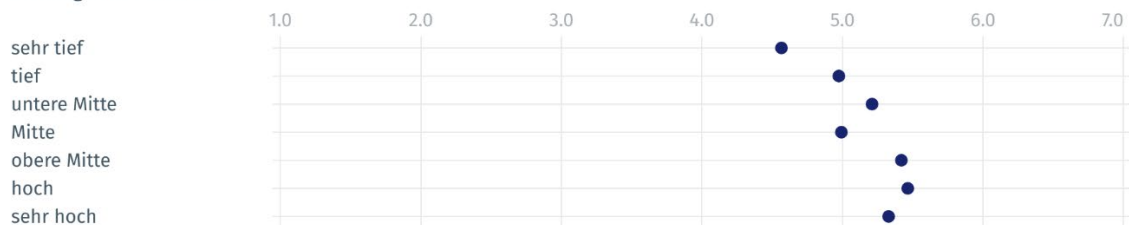
Schwierigkeit Rechnungen zu bezahlen***



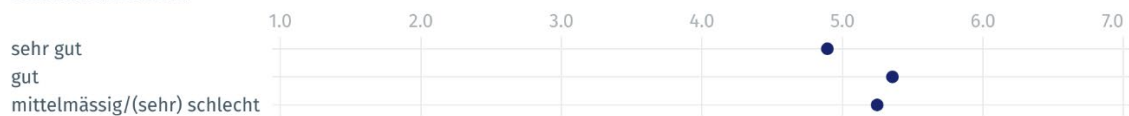
soziale Unterstützung



Stellung in Gesellschaft***



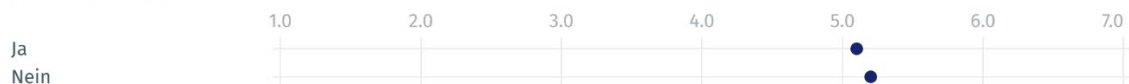
Gesundheitszustand***



chronische Krankheiten***



Gesundheitsberuf

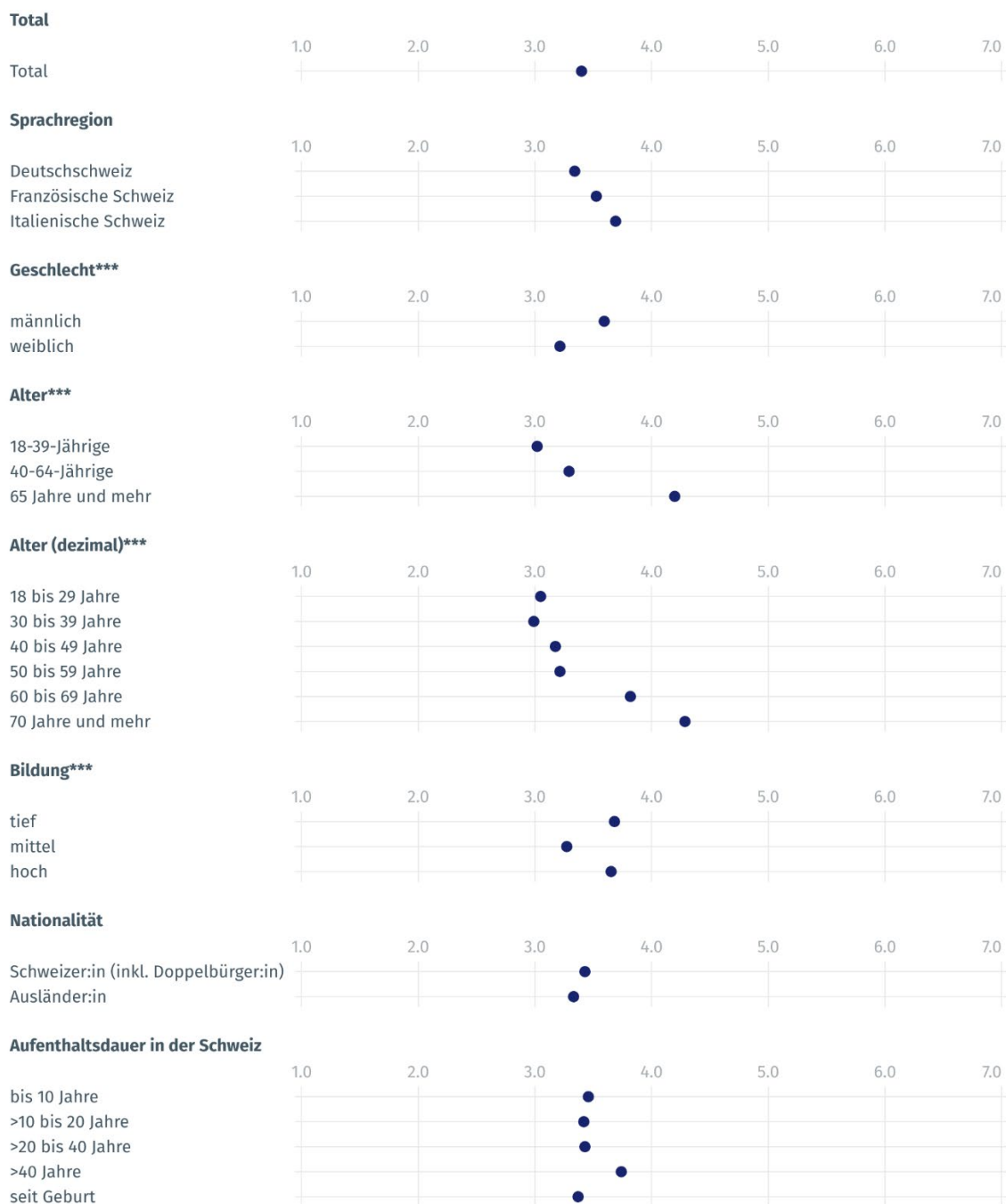


© gfs.bern, Impfkompetenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024 (n=1991) ***p < 0,001, **p < 0,01, *p < 0,05

Abbildung A14: Impfbereitschafts-Sub-Index zur Regelkonformität: Mittelwert nach Untergruppen – Teil 1

Impfbereitschafts-Sub-Index: Regelkonformität: Mittelwerte nach Untergruppen (1/2)

Einwohner:innen ab 18 Jahren
in Mittelwerten

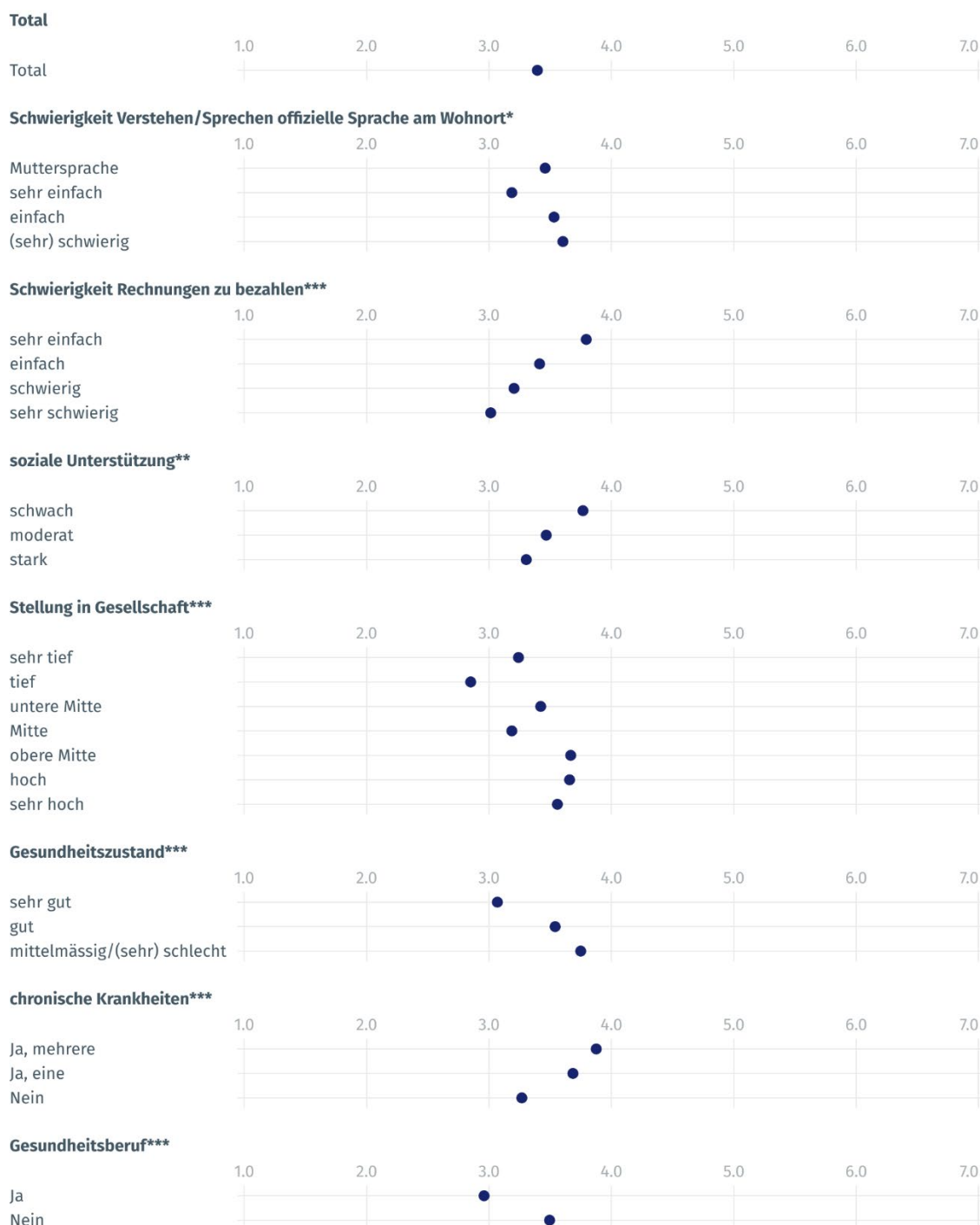


© gfs.bern, Impfkompetenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024 (n=1907) ***p < 0,001, **p < 0,01, *p < 0,05

Abbildung A15: Impfbereitschafts-Sub-Index zur Regelkonformität: Mittelwerte nach Untergruppen – Teil 2

Impfbereitschafts-Sub-Index: Regelkonformität: Mittelwerte nach Untergruppen (2/2)

Einwohner:innen ab 18 Jahren
in Mittelwerten

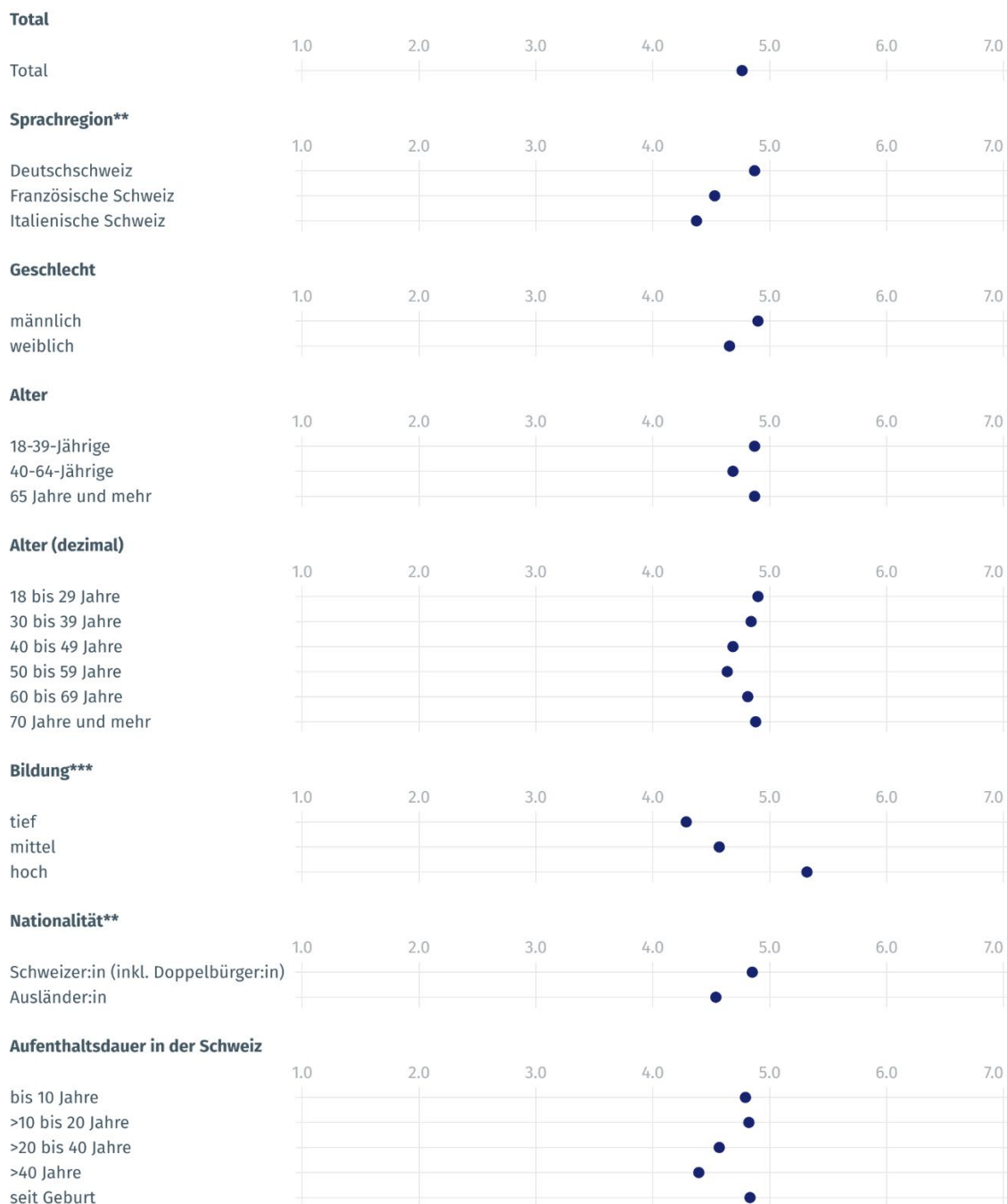


© gfs.bern, Impfkompetenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024 (n=1907) ***p < 0,001, **p < 0,01, *p < 0,05

Abbildung A16: Impfbereitschafts-Sub-Index zu Verschwörung: Mittelwerte nach Untergruppen – Teil 1

Impfbereitschafts-Sub-Index: Verschwörung: Mittelwerte nach Untergruppen (1/2)

Einwohner:innen ab 18 Jahren
in Mittelwerten



© gfs.bern, Impfkompentenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024 (n=1534) ***p < 0,001, **p < 0,01, *p < 0,05

Abbildung A17: Impfbereitschafts-Sub-Index zu Verschwörung: Mittelwerte nach Untergruppen – Teil 2

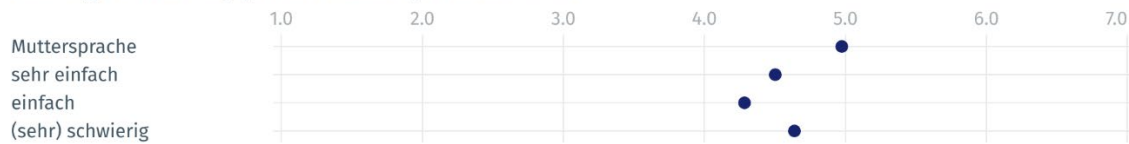
Impfbereitschafts-Sub-Index: Verschwörung: Mittelwerte nach Untergruppen (2/2)

Einwohner:innen ab 18 Jahren
in Mittelwerten

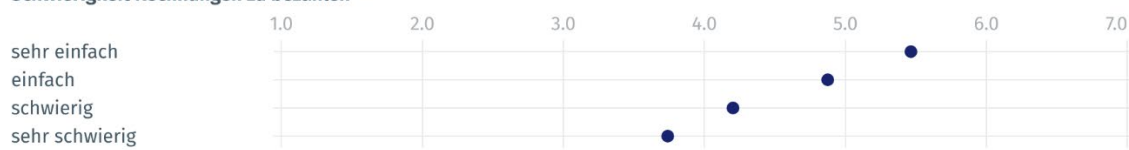
Total



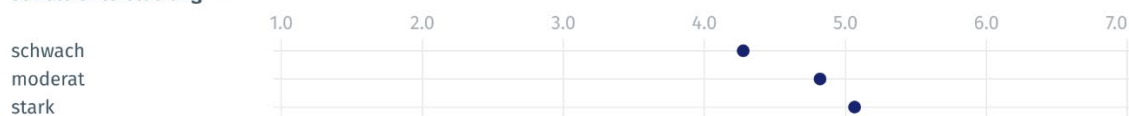
Schwierigkeit Verstehen/Sprechen offizielle Sprache am Wohnort***



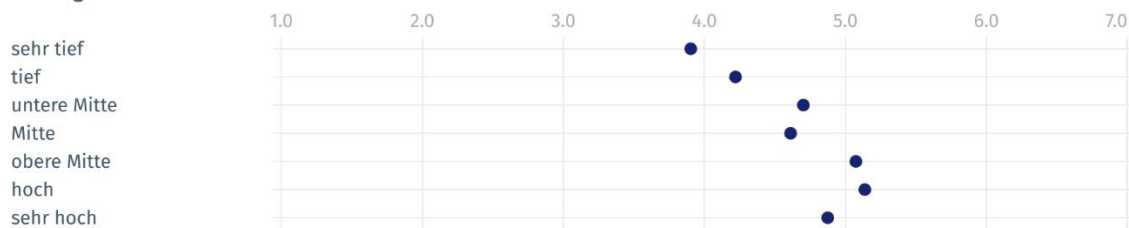
Schwierigkeit Rechnungen zu bezahlen***



soziale Unterstützung***



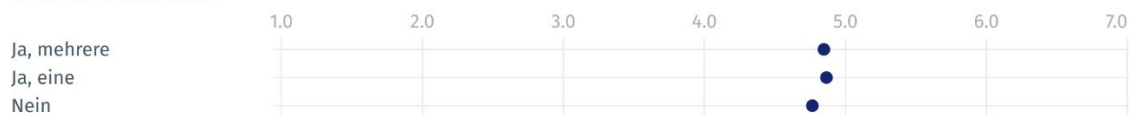
Stellung in Gesellschaft***



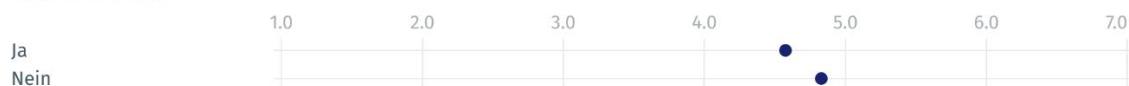
Gesundheitszustand***



chronische Krankheiten



Gesundheitsberuf*



© gfs.bern, Impfkompetenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024 (n=1534) ***p < 0,001, **p < 0,01, *p < 0,05

Abbildung A18: Impfkritiker:innen Anteile nach Untergruppen – Teil 1

Impfkritiker:innen: Anteile nach Untergruppen (1/2)

Bitte geben Sie an, wie sehr Sie jeder der Aussagen zustimmen. Bewerten Sie die Aussagen auf einer Skala von 1 = "stimme überhaupt nicht zu" bis 7 = "stimme voll und ganz zu".

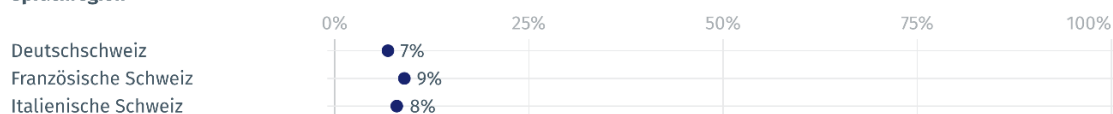
"Impfungen verursachen Erkrankungen und Allergien, die schlimmer sind, als die Krankheiten, gegen die sie schützen sollen."

"Impfungen enthalten Chemikalien in giftigen Dosierungen."

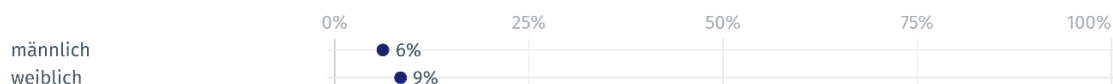
Impfkritiker:in = Zustimmung (6/7) zu beiden Aussagen

% Einwohner:innen, die impfkritisch sind

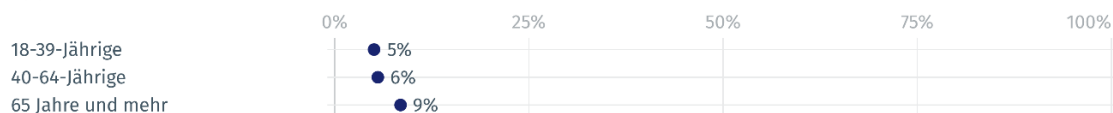
Sprachregion



Geschlecht



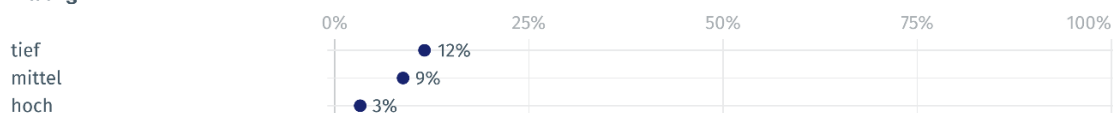
Alter*



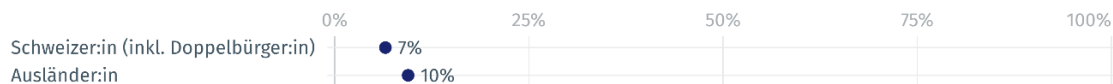
Alter (dezimal)*



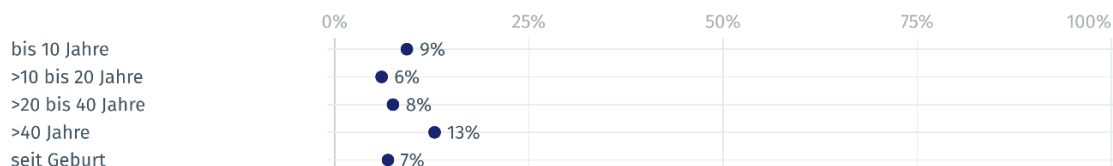
Bildung***



Nationalität*



Aufenthaltsdauer in der Schweiz



© gfs.bern, Impfkompentenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024 (n=1923) ***p < 0,001, **p < 0,01, *p < 0,05

Abbildung A19: Impfkritiker:innen Anteile nach Untergruppen – Teil 2

Impfkritiker:innen: Anteile nach Untergruppen (2/2)

Bitte geben Sie an, wie sehr Sie jeder der Aussagen zustimmen. Bewerten Sie die Aussagen auf einer Skala von 1 = "stimme überhaupt nicht zu" bis 7 = "stimme voll und ganz zu".

"Impfungen verursachen Erkrankungen und Allergien, die schlimmer sind, als die Krankheiten, gegen die sie schützen sollen."

"Impfungen enthalten Chemikalien in giftigen Dosierungen."

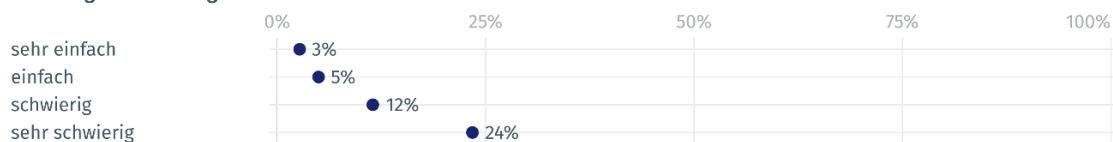
Impfkritiker:in = Zustimmung (6/7) zu beiden Aussagen

% Einwohner:innen, die impfkritisch sind

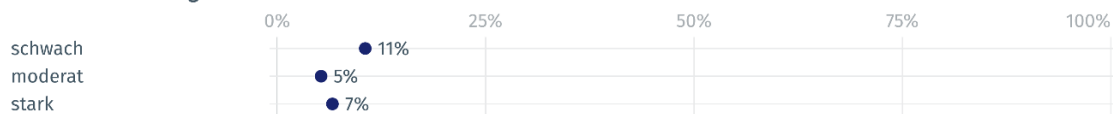
Schwierigkeit Verstehen/Sprechen offizielle Sprache am Wohnort**



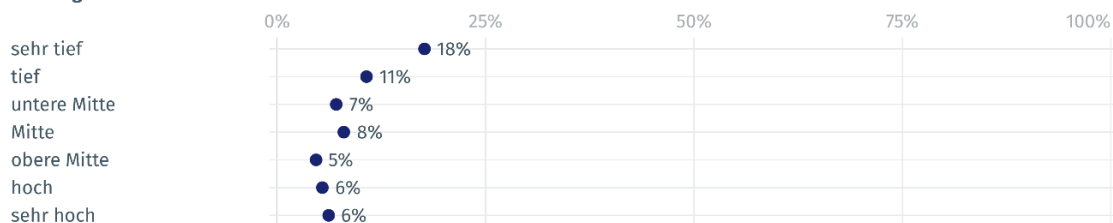
Schwierigkeit Rechnungen zu bezahlen***



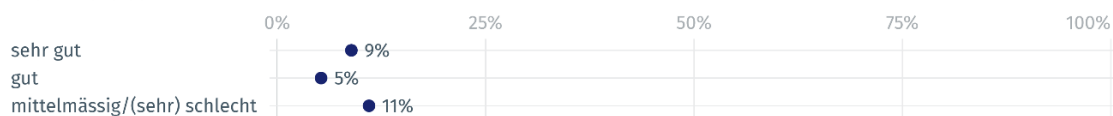
soziale Unterstützung**



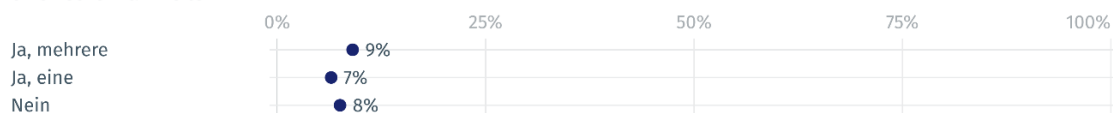
Stellung in Gesellschaft**



Gesundheitszustand**



chronische Krankheiten



Gesundheitsberuf**



© gfs.bern, Impfkompetenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024 (n=1923) ***p < 0,001, **p < 0,01, *p < 0,05

Abbildung A20: Einflüsse auf die Haltung zum Impfen

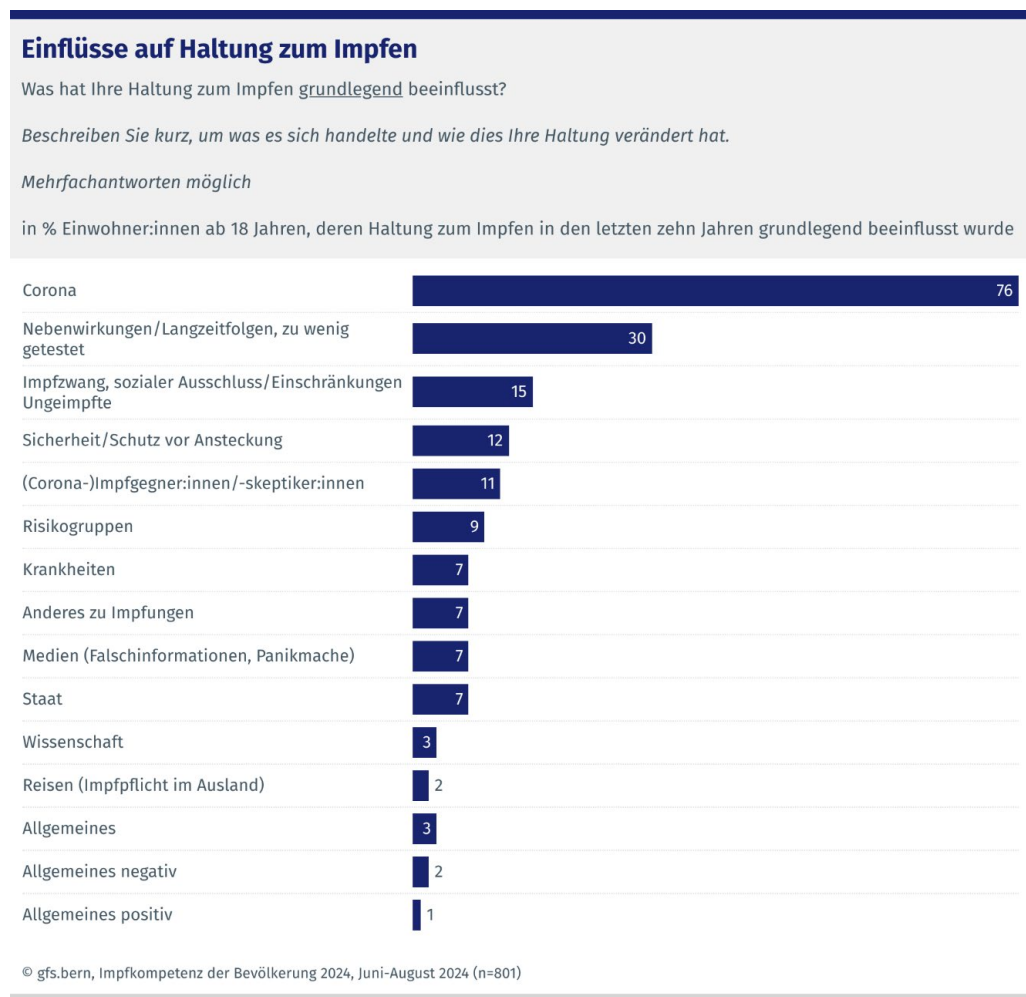


Abbildung A21: Einfluss auf die Haltung zu Impfungen: Mittelwerte



Abbildung A22: Gründe für die letzte Impfung

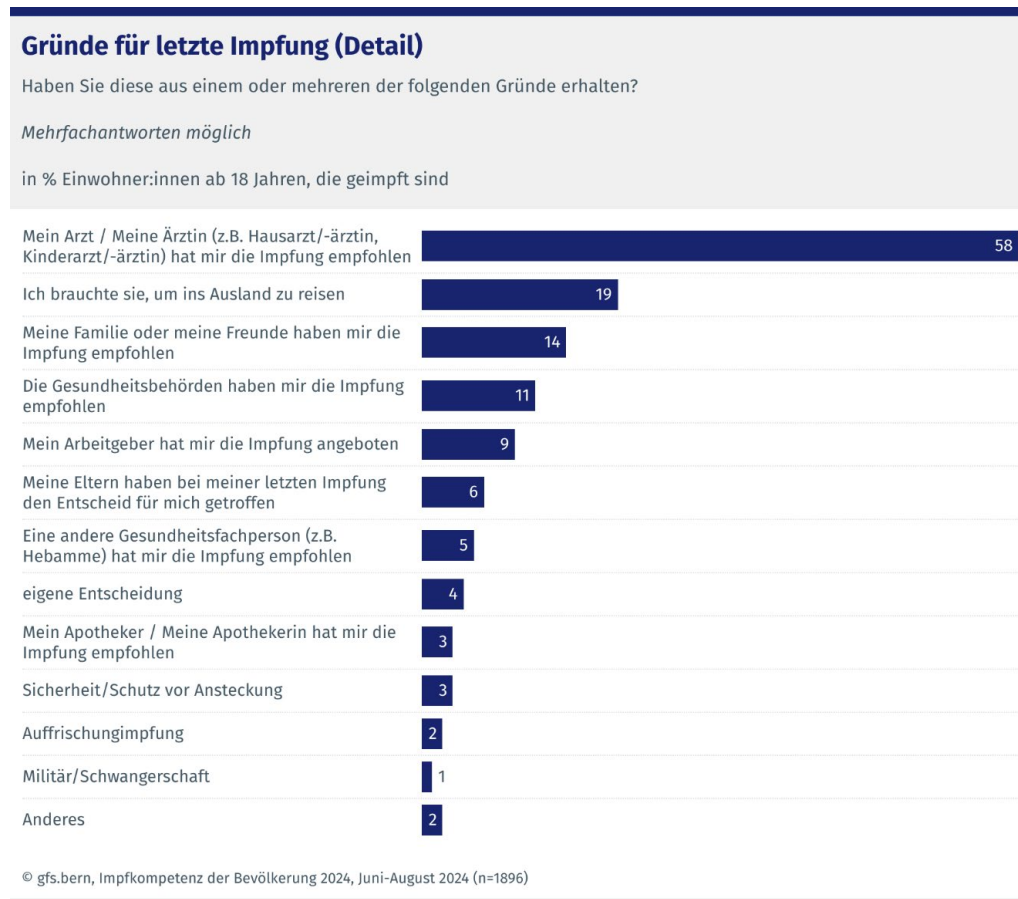


Abbildung A23: Gründe gegen eine Impfung in den letzten 5 Jahren

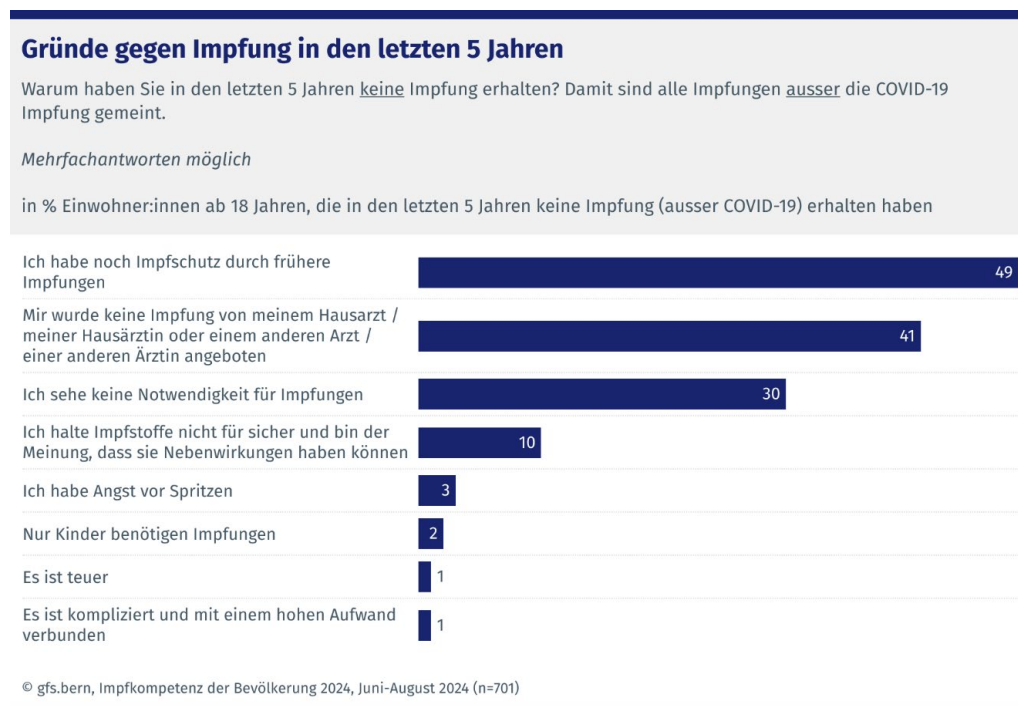


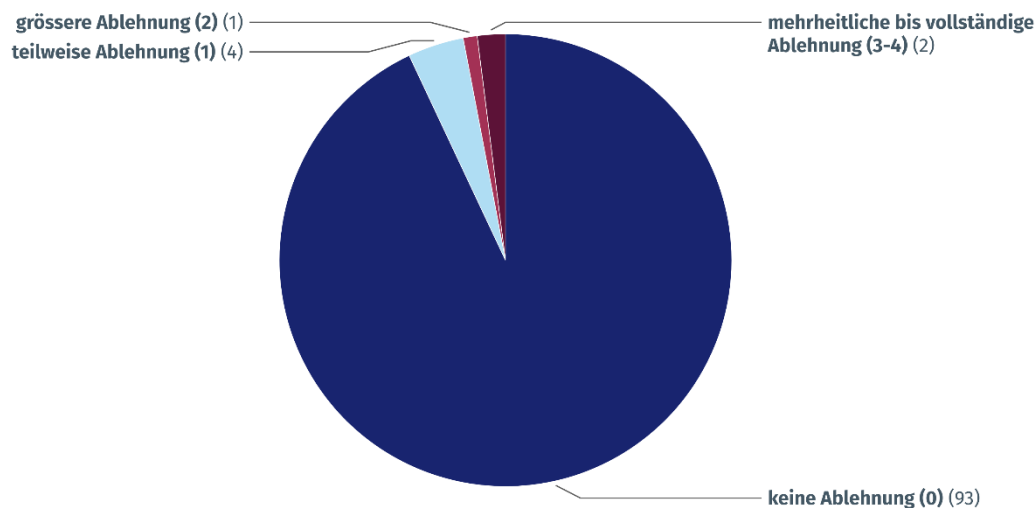
Abbildung A24: Impfstatus eigene Kinder (Index) ¹¹

Kinder-Impfstatus-Index

Gegen welche Krankheiten sind Ihre Kinder geimpft? Markieren Sie alles, was zutrifft.

Anzahl Nennungen "Sind nicht geimpft und werden nicht geimpft" bei Tetanus/Wundstarrkrampf, Pertussis/Keuchhusten, Masern und Hepatitis B/Gelbsucht

in % Einwohner:innen ab 18 Jahren, die Kinder im Vorschulalter haben



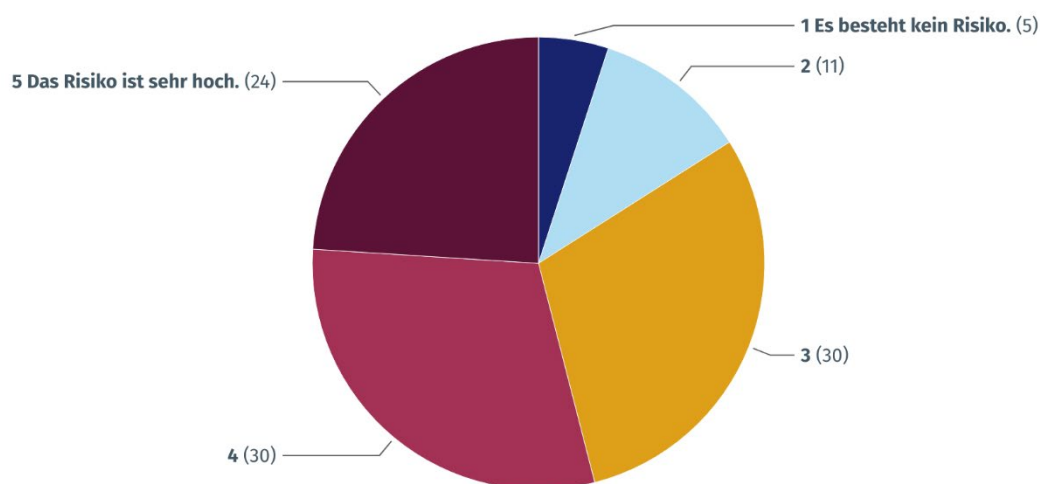
© gfs.bern, Impfkompentenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024 (n = 215), Mittelwert = 0.1, Standardabweichung = 0.6

Abbildung A25: Risiko einer Ansteckung der Kinder von impfbaren Krankheiten ohne eine Impfung

Risiko Ansteckung von impfbaren Krankheiten ohne Impfung

Wie hoch schätzen Sie das Risiko ein, dass sich Ihre Kinder ohne Impfungen mit Krankheiten, gegen welche man sich mit Impfungen schützen kann, anstecken?

in % Einwohner:innen ab 18 Jahren, die Kinder haben



© gfs.bern, Impfkompentenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024 (n = 1256), Mittelwert = 3.6, Standardabweichung = 1.1

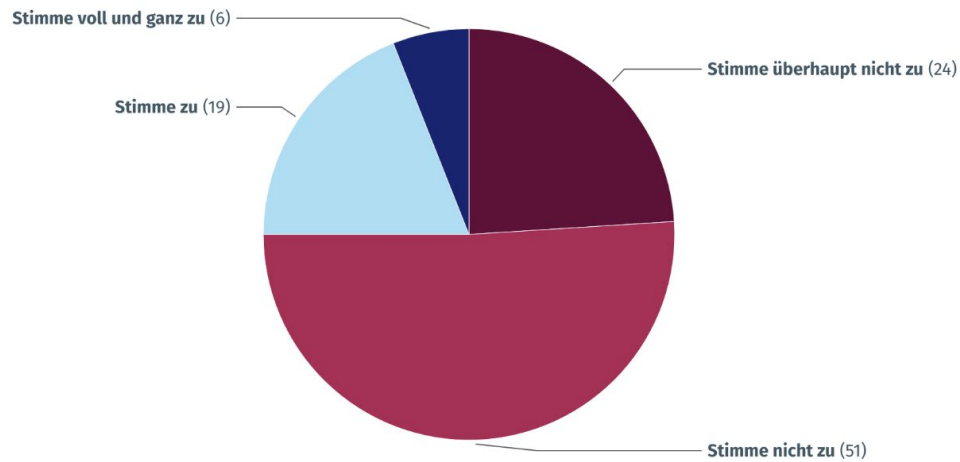
Abbildung A26: Nahestehende Personen die kritisch gegenüber Impfungen stehen

Nahestehende kritisch gegenüber Impfungen

Auf einer Skala von 1 = "stimme überhaupt nicht zu" bis 4 = "stimme voll und ganz zu", wie sehr stimmen Sie folgender Aussage zu?

Die meisten Menschen, die mir nahe stehen, stehen Impfungen skeptisch gegenüber.

in % Einwohner:innen ab 18 Jahren



© gfs.bern, Impfkompentenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024 (n=1945)

9.5 Regressionsmodelle

Tabelle A2: Regressionsmodell zum Einfluss soziodemografischer und weiterer Faktoren auf den Impfkompetenz-Index (Wert)

	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Alter	0.080	n.s.	n.s.
Geschlecht: männlich	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: DCH	-0.091	-0.086	-0.089
Sprachregion: ICH	n.s.	n.s.	n.s.
Bildung	n.s.	n.s.	-0.059
Schweizer Staatsangehörigkeit	n.s.	-0.078	-0.098
Ausländische Staatsangehörigkeit(en)	0.121	n.s.	n.s.
Aufenthaltsdauer in der Schweiz (in Jahren)	n.s.	n.s.	n.s.
Schwierigkeit Verstehen/Sprechen offizielle Sprache am Wohnort	-0.091	n.s.	-0.085
Schwierigkeit Rechnungen zu bezahlen	-0.112	n.s.	n.s.
soziale Unterstützung	0.127	0.139	0.134
Stellung in Gesellschaft	n.s.	n.s.	n.s.
chronische Krankheiten	n.s.	n.s.	n.s.
Gesundheitsberuf	0.065	0.058	n.s.
Kinder	n.s.	n.s.	n.s.
Kinder im Vorschulalter	n.s.	n.s.	n.s.
Abwägung Vor-/Nachteile Impfen	n.t.	0.117	n.s.
Risiko Ansteckung von impfbaren Krankheiten ohne Impfung	n.t.	n.s.	n.s.
Risiko ernsthafter Nebenwirkungen durch Impfung	n.t.	-0.083	n.s.
positiver Einfluss auf Haltung durch: Gesundheitsbehörden	n.t.	0.087	n.s.
positiver Einfluss auf Haltung durch: Internet, soziale Medien	n.t.	n.s.	0.058
positiver Einfluss auf Haltung durch: Komplementär-/Alternativmediziner/-innen	n.t.	n.s.	-0.066
positiver Einfluss auf Haltung durch: alle anderen Fragen	n.t.	n.s.	n.s.
Nutzung: Familie, Freunde und Bekannte	n.t.	-0.080	-0.083
Nutzung: alle anderen Fragen	n.t.	n.s.	n.s.
Glaubwürdigkeit: Gesundheitsbehörden (z. B. BAG, kantonale Gesundheitsämter)	n.t.	0.094	n.s.
Glaubwürdigkeit: Alternativ-/Komplementärmediziner/-innen	n.t.	-0.070	n.s.

	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Glaubwürdigkeit: Informationsseiten im Internet	n.t.	n.s.	0.061
Glaubwürdigkeit: alle anderen Fragen	n.t.	n.s.	n.s.
Kenntnis Personen mit ernsthaften Erkrankungen/Schäden durch Impfung	n.t.	-0.100	n.s.
Nahestehende kritisch gegenüber Impfung	n.t.	n.s.	n.s.
Kenntnis Schweizerischer Impfplan	n.t.	0.078	0.089
Impfwissens-Index (Wert)	n.t.	0.143	0.118
Impfbereitschafts-Index (Wert)	n.t.	n.t.	0.404
Impfstatus (Anzahl Impfungen)	n.t.	n.t.	n.s.
<i>Fallzahl</i>	<i>1644</i>	<i>973</i>	<i>973</i>
<i>korrigiertes R²</i>	<i>0.06</i>	<i>0.24</i>	<i>0.28</i>

gfs.bern, Impfkompetenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024

Es wurde ein schrittweises Regressionsverfahren verwendet, bei dem Variablen basierend auf ihrer statistischen Relevanz schrittweise aufgenommen oder entfernt wurden, um ein optimales und sparsames Modell zu erhalten. Angegeben sind die standardisierten Beta-Koeffizienten, um die zum Teil sehr unterschiedlich kodierten Variablen miteinander vergleichen zu können. Mit n.s. („nicht signifikant“) sind unabhängige Variablen gekennzeichnet, die keine signifikante Erklärungskraft aufweisen und daher vom Algorithmus nicht ins Modell aufgenommen wurden. Mit n.t. („not tested“) sind unabhängige Variablen gekennzeichnet, die in dem jeweiligen Modell vorab ausgeschlossen wurden.

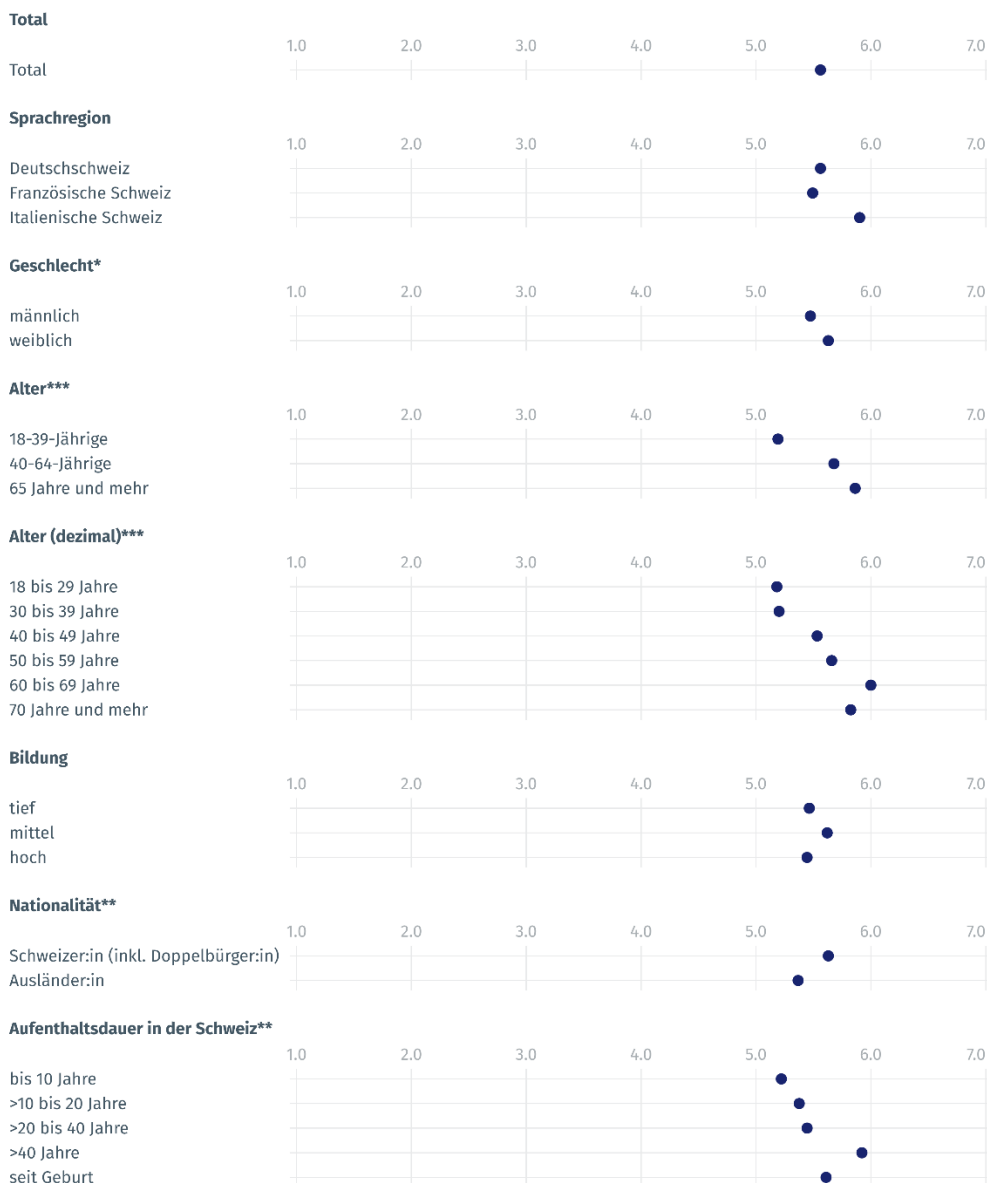
Abbildung A 27: Abwägung bei jeder Impfung: Mittelwerte nach Untergruppen – Teil 1

Aussagen Impfbereitschaft (7C-Fragen): Abwägung bei jeder Impfung: Mittelwerte nach Untergruppen (1/2)

Bitte geben Sie an, wie sehr Sie jeder der Aussagen zustimmen. Bewerten Sie die Aussagen auf einer Skala von 1 = "stimme überhaupt nicht zu" bis 7 = "stimme voll und ganz zu".

"Ich überlege bei jeder Impfung genau, ob ich sie brauche."

Einwohner:innen ab 18 Jahren
in Mittelwerten



© gfs.bern, Impfkompetenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024 (n=2029) ***p < 0,001, **p < 0,01, *p < 0,05

Abbildung A 28: Abwägung bei jeder Impfung: Mittelwerte nach Untergruppen – Teil 2

Aussagen Impfbereitschaft (7C-Fragen): Abwägung bei jeder Impfung: Mittelwerte nach Untergruppen (2/2)

Bitte geben Sie an, wie sehr Sie jeder der Aussagen zustimmen. Bewerten Sie die Aussagen auf einer Skala von 1 = "stimme überhaupt nicht zu" bis 7 = "stimme voll und ganz zu".

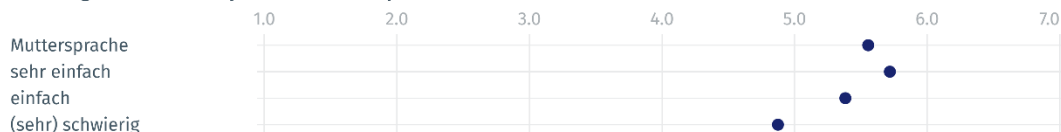
"Ich überlege bei jeder Impfung genau, ob ich sie brauche."

Einwohner:innen ab 18 Jahren
in Mittelwerten

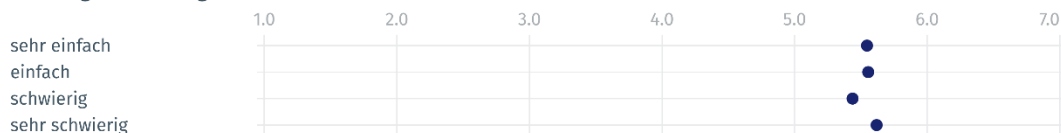
Total



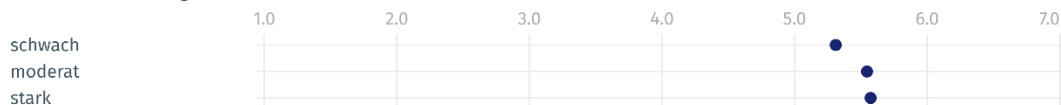
Schwierigkeit Verstehen/Sprechen offizielle Sprache am Wohnort***



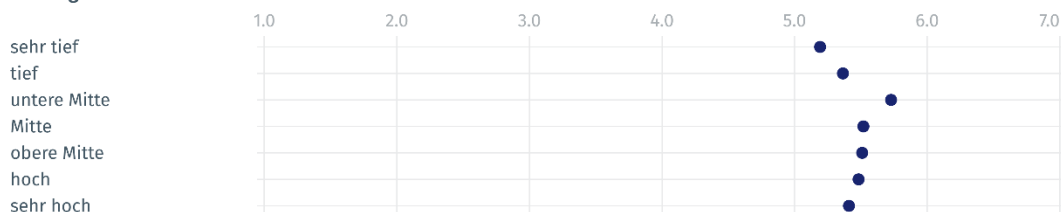
Schwierigkeit Rechnungen zu bezahlen



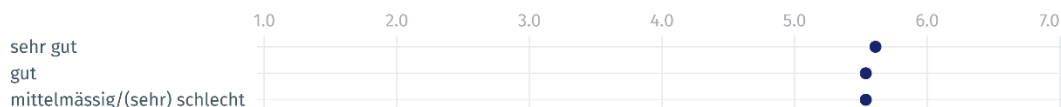
soziale Unterstützung



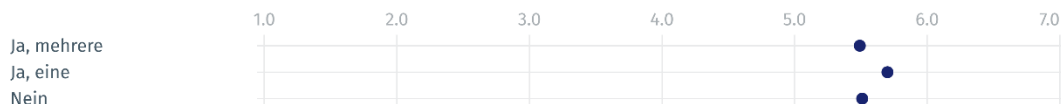
Stellung in Gesellschaft



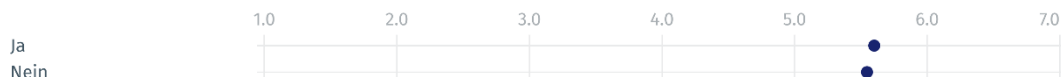
Gesundheitszustand



chronische Krankheiten



Gesundheitsberuf



© gfs.bern, Impfkompetenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024 (n=2029) ***p < 0,001, **p < 0,01, *p < 0,05

Tabelle A3: Regressionsmodell zum Einfluss soziodemografischer und weiterer Faktoren auf den Impfbereitschafts-Index (Wert)

	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Alter	0.177	0.109	0.079
Geschlecht: männlich	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: DCH	-0.048	n.s.	n.s.
Sprachregion: ICH	n.s.	n.s.	n.s.
Bildung	0.069	n.s.	n.s.
Schweizer Staatsangehörigkeit	n.s.	n.s.	n.s.
Ausländische Staatsangehörigkeit(en)	n.s.	n.s.	n.s.
Aufenthaltsdauer in der Schweiz (in Jahren)	-0.103	-0.068	n.s.
Schwierigkeit Verstehen/Sprechen offizielle Sprache am Wohnort	n.s.	0.045	0.066
Schwierigkeit Rechnungen zu bezahlen	-0.163	0.043	0.042
soziale Unterstützung	n.s.	n.s.	n.s.
Stellung in Gesellschaft	0.086	n.s.	n.s.
chronische Krankheiten	0.095	n.s.	n.s.
Gesundheitsberuf	n.s.	n.s.	n.s.
Kinder	n.s.	n.s.	n.s.
Kinder im Vorschulalter	n.s.	n.s.	n.s.
Abwägung Vor-/Nachteile Impfen	n.t.	0.252	0.229
Risiko Ansteckung von impfbaren Krankheiten ohne Impfung	n.t.	0.120	0.106
Risiko ernsthafter Nebenwirkungen durch Impfung	n.t.	-0.191	-0.176
positiver Einfluss auf Haltung durch: Gesundheitsbehörden	n.t.	0.265	0.254
positiver Einfluss auf Haltung durch: alle anderen Fragen	n.t.	n.s.	n.s.
Nutzung: alle Fragen	n.t.	n.s.	n.s.
Glaubwürdigkeit: Ärzte/Ärztinnen (Hausarzt/-ärztin, Kinderarzt/-ärztin, usw.)	n.t.	0.049	0.038
Glaubwürdigkeit: Gesundheitsbehörden (z. B. BAG, kantonale Gesundheitsämter)	n.t.	0.086	0.070
Glaubwürdigkeit: Alternativ-/Komplementärmediziner/-innen	n.t.	-0.050	-0.040
Glaubwürdigkeit: alle anderen Fragen	n.t.	n.s.	n.s.
Kenntnis Personen mit ernsthaften Erkrankungen/Schäden durch Impfung	n.t.	-0.110	-0.104
Nahestehende kritisch gegenüber Impfung	n.t.	-0.068	-0.054

	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Kenntnis Schweizerischer Impfplan	n.t.	n.s.	-0.037
Impfwissens-Index (Wert)	n.t.	0.077	0.050
Impfkompetenz-Index (Wert)	n.t.	n.t.	0.111
Impfstatus (Anzahl Impfungen)	n.t.	n.t.	0.104
<i>Fallzahl</i>	1658	1452	1452
<i>korrigiertes R2</i>	0.07	0.75	0.76

©gfs.bern, Impfkompetenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024

Es wurde ein schrittweises Regressionsverfahren verwendet, bei dem Variablen basierend auf ihrer statistischen Relevanz schrittweise aufgenommen oder entfernt wurden, um ein optimales und sparsames Modell zu erhalten. Angegeben sind die standardisierten Beta-Koeffizienten, um die zum Teil sehr unterschiedlich kodierten Variablen miteinander vergleichen zu können. Mit n.s. („nicht signifikant“) sind unabhängige Variablen gekennzeichnet, die keine signifikante Erklärungskraft aufweisen und daher vom Algorithmus nicht ins Modell aufgenommen wurden. Mit n.t. („not tested“) sind unabhängige Variablen gekennzeichnet, die in dem jeweiligen Modell vorab ausgeschlossen wurden.

Tabelle A4: Regressionsmodell zum Einfluss soziodemografischer und weiterer Faktoren auf die Zugehörigkeit zur Gruppe Impfkritiker:innen

	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Alter	0.094	0.130	0.129
Geschlecht: männlich	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: DCH	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: ICH	n.s.	n.s.	n.s.
Bildung	-0.054	n.s.	n.s.
Schweizer Staatsangehörigkeit	n.s.	n.s.	n.s.
Ausländische Staatsangehörigkeit(en)	n.s.	n.s.	n.s.
Aufenthaltsdauer in der Schweiz (in Jahren)	n.s.	n.s.	n.s.
Schwierigkeit Verstehen/Sprechen offizielle Sprache am Wohnort	0.065	n.s.	n.s.
Schwierigkeit Rechnungen zu bezahlen	0.188	0.063	0.068
soziale Unterstützung	0.059	n.s.	n.s.
Stellung in Gesellschaft	n.s.	n.s.	n.s.
chronische Krankheiten	n.s.	n.s.	n.s.
Gesundheitsberuf	0.080	0.055	n.s.
Kinder	n.s.	n.s.	n.s.
Kinder im Vorschulalter	n.s.	n.s.	n.s.
Abwägung Vor-/Nachteile Impfen	n.t.	-0.111	-0.088

	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Risiko Ansteckung von impfbaren Krankheiten ohne Impfung	n.t.	-0.089	-0.082
Risiko ernsthafter Nebenwirkungen durch Impfung	n.t.	0.154	0.138
positiver Einfluss auf Haltung durch: Ärzte/Ärztinnen	n.t.	-0.075	-0.069
positiver Einfluss auf Haltung durch: Broschüren und Informationsmaterial	n.t.	-0.097	-0.089
positiver Einfluss auf Haltung durch: alle anderen Fragen	n.t.	n.s.	n.s.
Nutzung: alle Fragen	n.t.	n.s.	n.s.
Glaubwürdigkeit: Ärzte/Ärztinnen (Hausarzt/-ärztin, Kinderarzt/-ärztin, usw.)	n.t.	-0.066	-0.063
Glaubwürdigkeit: Andere	n.t.	0.060	0.059
Glaubwürdigkeit: alle anderen Fragen	n.t.	n.s.	n.s.
Kenntnis Personen mit ernsthaften Erkrankungen/Schäden durch Impfung	n.t.	0.086	0.087
Nahestehende kritisch gegenüber Impfung	n.t.	n.s.	n.s.
Kenntnis Schweizerischer Impfplan	n.t.	n.s.	n.s.
Impfwissens-Index (Wert)	n.t.	-0.093	-0.090
Impfbereitschafts-Index (Wert)	n.t.	n.t.	-0.103
Impfkompetenz-Index (Wert)	n.t.	n.t.	0.084
Impfstatus (Anzahl Impfungen)	n.t.	n.t.	n.s.
<i>Fallzahl</i>	1658	973	973
<i>korrigiertes R²</i>	0.05	0.31	0.31

©gfs.bern, Impfkompetenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024

Es wurde ein schrittweises Regressionsverfahren verwendet, bei dem Variablen basierend auf ihrer statistischen Relevanz schrittweise aufgenommen oder entfernt wurden, um ein optimales und sparsames Modell zu erhalten. Angegeben sind die standardisierten Beta-Koeffizienten, um die zum Teil sehr unterschiedlich kodierten Variablen miteinander vergleichen zu können. Mit n.s. („nicht signifikant“) sind unabhängige Variablen gekennzeichnet, die keine signifikante Erklärungskraft aufweisen und daher vom Algorithmus nicht ins Modell aufgenommen wurden. Mit n.t. („not tested“) sind unabhängige Variablen gekennzeichnet, die in dem jeweiligen Modell vorab ausgeschlossen wurden.

Tabelle A5: Regressionsmodell zum Einfluss soziodemografischer und weiterer Faktoren auf den eigenen Impfstatus (Anzahl Impfungen)

	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Alter	-0.270	-0.234	-0.249
Geschlecht: männlich	-0.058	n.s.	n.s.
Sprachregion: DCH	n.s.	n.s.	n.s.
Sprachregion: ICH	-0.047	n.s.	n.s.
Bildung	0.116	n.s.	0.058

	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Schweizer Staatsangehörigkeit	n.s.	n.s.	n.s.
Ausländische Staatsangehörigkeit(en)	0.060	n.s.	n.s.
Aufenthaltsdauer in der Schweiz (in Jahren)	n.s.	n.s.	n.s.
Schwierigkeit Verstehen/Sprechen offizielle Sprache am Wohnort	-0.079	n.s.	n.s.
Schwierigkeit Rechnungen zu bezahlen	-0.071	n.s.	n.s.
soziale Unterstützung	0.072	0.069	0.069
Stellung in Gesellschaft	n.s.	n.s.	n.s.
chronische Krankheiten	0.080	n.s.	n.s.
Gesundheitsberuf	0.129	0.137	0.135
Kinder	0.119	n.s.	n.s.
Kinder im Vorschulalter	n.s.	n.s.	n.s.
Abwägung Vor-/Nachteile Impfen	n.t.	0.192	0.109
Risiko Ansteckung von impfbaren Krankheiten ohne Impfung	n.t.	0.127	0.084
Risiko ernsthafter Nebenwirkungen durch Impfung	n.t.	n.s.	n.s.
positiver Einfluss auf Haltung durch: alle Fragen	n.t.	n.s.	n.s.
Nutzung: Ärzte/Ärztinnen (Hausarzt/-ärztin, Kinderarzt/-ärztin, usw.)	n.t.	n.s.	0.069
Nutzung: Apotheker/-innen	n.t.	0.055	n.s.
Nutzung: alle anderen Fragen	n.t.	n.s.	n.s.
Glaubwürdigkeit: Ärzte/Ärztinnen (Hausarzt/-ärztin, Kinderarzt/-ärztin, usw.)	n.t.	0.082	n.s.
Glaubwürdigkeit: Gesundheitsbehörden (z. B. BAG, kantonale Gesundheitsämter)	n.t.	0.067	n.s.
Glaubwürdigkeit: alle anderen Fragen	n.t.	n.s.	n.s.
Kenntnis Personen mit ernsthaften Erkrankungen/Schäden durch Impfung	n.t.	n.s.	n.s.
Nahestehende kritisch gegenüber Impfung	n.t.	-0.067	n.s.
Kenntnis Schweizerischer Impfplan	n.t.	0.126	0.136
Impfwissens-Index (Wert)	n.t.	0.116	0.095
Impfbereitschafts-Index (Wert)	n.t.	n.t.	0.257
Impfkompetenz-Index (Wert)	n.t.	n.t.	n.s.
<i>Fallzahl</i>	<i>1658</i>	<i>973</i>	<i>973</i>

	Modell 1	Modell 2	Modell 3
<i>korrigiertes R²</i>	<i>0.13</i>	<i>0.33</i>	<i>0.35</i>

©gfs.bern, Impfkompetenz der Bevölkerung 2024, Juni-August 2024

Es wurde ein schrittweises Regressionsverfahren verwendet, bei dem Variablen basierend auf ihrer statistischen Relevanz schrittweise aufgenommen oder entfernt wurden, um ein optimales und sparsames Modell zu erhalten. Angegeben sind die standardisierten Beta-Koeffizienten, um die zum Teil sehr unterschiedlich kodierten Variablen miteinander vergleichen zu können. Mit n.s. („nicht signifikant“) sind unabhängige Variablen gekennzeichnet, die keine signifikante Erklärungskraft aufweisen und daher vom Algorithmus nicht ins Modell aufgenommen wurden. Mit n.t. („not tested“) sind unabhängige Variablen gekennzeichnet, die in dem jeweiligen Modell vorab ausgeschlossen wurden.