

Hypothesen zum Zusammenhang von Weiterbildung und Impfbeteiligung

# Kann Weiterbildung die Impfbereitschaft erhöhen?

HENNING PÄTZOLD · JENS OLIVER KRÜGER

Hängen Impfbereitschaft und Weiterbildung zusammen? Anhand von Daten aus der Volkshochschulstatistik und dem Adult Education Survey im Zusammenspiel mit den jeweiligen Impfquoten entwickeln die Autoren Aussagen und Hypothesen zum Zusammenhang von Weiterbildung, Gesundheitsbildung und Impfbereitschaft.

Die gesellschaftliche Sensibilität für immunologische Belange hat sich im Zuge der COVID-19-Pandemie verändert. Weltweit ruht die Hoffnung auf (immer noch sehr ungleich verteilten) Impfstoffen, deren Anwendung Leben retten und die massiven Einschränkungen des öffentlichen Lebens, mit denen viele Länder auf die Ausbreitung des Virus reagiert haben und noch immer reagieren, überflüssig machen könnten. Gleichzeitig entstehen neue Virusvarianten, die die Wirksamkeit existierender Impfstoffe auf die Probe stellen, und in verschiedenen Ländern wird die Einführung einer Impfpflicht diskutiert oder bereits umgesetzt, während gleichzeitig Impfgegnerinnen und -gegner ihre Ablehnung einer solchen Impfpflicht auf Demonstrationen zum Ausdruck bringen.

Es zeigt sich, dass das, was unter medizinischen Gesichtspunkten offensichtlich erscheint – nämlich dass »Impfungen [...] zu den wichtigsten und wirksamsten präventiven Maßnahmen« (RKI, 2021) gehören –, zwar bei der Mehrheit, aber nicht bei allen Personen Zuspruch findet. Doch auf Zuspruch kommt es unter epidemiologischen Gesichtspunkten an: Um die sogenannte »Herdenimmunität« zu erreichen, ist man auf einen möglichst hohen Prozentsatz immunisierter Individuen angewiesen. Jeder Entschluss eines Individuums gegen eine Immunisierung, obwohl diese medizinisch indiziert wäre, gefährdet das Gesamtziel. So ist es zu erklären, dass die World

Health Organization (WHO) »vaccine hesitancy« – also die individuelle Zurückhaltung beim Impfen – schon vor der COVID-19-Pandemie zu einer der zehn größten globalen Gesundheitsbedrohungen erklärt hat (WHO 2019).

Diese medizinischen und epidemiologischen Sachverhalte verweisen auf die Dimensionen der Rationalität und der Solidarität bei der Wahrnehmung von Impfangeboten – Werte, die in der Erwachsenenbildung tief verankert sind. So stellt sich die Frage, ob Angebote der Erwachsenen- und Weiterbildung im Allgemeinen und der Gesundheitsbildung im Besonderen eine positive Auswirkung auf eine bewusste Impfentscheidung haben (ohne dabei verschiedene Angebote der Gesundheitsbildung bereits differenziert zu betrachten). Dabei kann an dieser Stelle nicht diskutiert werden, unter welchen Umständen Entscheidungen auch zu Ungunsten einer Impfung ausfallen können. Im vorliegenden Kontext wird axiomatisch unterstellt, dass die sachliche Auseinandersetzung mit wissenschaftlich begründeten Argumenten *in der überwiegenden Anzahl der Fälle* dazu führen wird, sich *für* eine Impfung zu entscheiden (ohne damit im Abrede zu stellen, dass im Einzelfall auch die entgegengesetzte Entscheidung wohl begründet sein kann). Es geht entsprechend auch nicht um die Frage nach bestimmten Angebotsformen, Inhalten o. Ä., sondern, im Anschluss an die Diskussion um (Wider) Benefits of Lifelong

Learning und den dort thematisierten »healthier lifestyle« (DIE, 2014, S. 3), um die Prüfung der Hypothese, ob Weiterbildung im Allgemeinen und Gesundheitsbildung im Besonderen in einem positiven Zusammenhang mit der Impfbeteiligung im Kontext der COVID-19-Pandemie steht.

Hierzu wird zunächst auf mögliche Gründe für eine Impfverweigerung geblickt, um den pädagogischen Gehalt der Impfentscheidung herauszuarbeiten. Anschließend werden statistische Daten zur Weiterbildungsbeteiligung sowie zum Angebot von Gesundheitsbildung einerseits und Daten zur Impfquote andererseits ausgewertet, um Aussagen zur genannten Zusammenhangshypothese zu gewinnen.

### Warum verweigern sich Menschen dem Impfen?

Kontroversen rund um das Impfen lassen sich geschichtlich weit zurückverfolgen (Thiessen, 2017). Für die Verweigerung einer Impfung kamen und kommen zahlreiche unterschiedlicher Motive in Frage: Ängste, Zweifel an der Wirksamkeit, individuelle Nachlässigkeit und in seltenen Fällen auch medizinische Indikationen. Psychologisch wird das sogenannte 5C-Modell zur Abbildung der individuellen Impfbereitschaft empfohlen: Es gehe um »Confidence (Vertrauen), Complacency (Risikowahrnehmung), Constraints (Barrieren in der Ausführung), Calculation (Ausmaß der Informationssuche) und Collective Responsibility (Verantwortungsgefühl für die Gemeinschaft)« (Betsch et al., 2019).

Die Rolle des Bildungshintergrundes ist umstritten. Ein von der University of Southern California durchgeführtes Survey zeigt zwar auf, dass Menschen ohne Bachelor-Abschluss in den USA signifikant seltener geimpft seien (UAS o. J.). Eine pauschale Kopplung von Impfstatus und Bildungshintergrund erscheint aber unzulässig, da weitere Heterogenitätsdimensionen (Geschlecht, Alter, Ethnizität) sowie milieubezogene Differenzierungen zu berücksichtigen sind (s. zu aktuellen Daten für Deutschland auch RKI o. J.).

Für den Weiterbildungskontext erscheint es relevant, dass die Verweigerung einer Impfung nicht pauschal mit einer Impfgegnerschaft gleichgesetzt werden darf. Studien sprechen seit Längerem dafür, dass der Kreis der dezidierten Impfgegnerinnen und -gegner kleiner ist als derjenige der so-nameden Impfskeptikerinnen und -skeptiker (Browne, 2018), die Impfungen nicht prinzipiell ablehnen, sondern »spezielle Ansichten über ihren Zeitpunkt, die Impfstrategie, ihre Wirksamkeit, Sicherheit und ihre Nebenwirkungen« (Meyer & Reiter, 2004, S. 1185) vertreten. Die Differenzierung zwischen Impfskepsis und Impfgegnerschaft ist instruktiv, insofern dort, wo keine dezidierte Impfgegnerschaft vorausgesetzt wird, Raum für Initiativen der Gesundheitsbildung entstehen kann. Damit soll Impfgegnerinnen und -gegnern eine Weiter-

bildungsbereitschaft keinesfalls abgesprochen werden – doch präferieren diese mitunter die Nähe zu solchen Expertinnen und Experten, die die eigene impfkritische Haltung bestätigen (Krüger & Krüger, 2015).

Das Bild des Zusammenhangs von Impfverweigerung und Weiterbildung erscheint also alles andere als einheitlich. Gleichwohl spricht vieles dafür, dass es bei der Ablehnung des Impfens im Kontext von COVID-19 nicht nur um medizinisch-sachliche Gründe geht. Es werden z.B. Positionen vertreten, die relevante, nicht-medizinische Güter, insbesondere Varianten des Rechts auf Selbstbestimmung, in den Vordergrund rücken. Auch Befürworterinnen und Befürworter des Impfens argumentieren nicht nur mit der unmittelbaren Schutzwirkung, sondern verweisen auf die Belastung medizinischer Versorgungskapazitäten, Ausfälle im Bereich der kritischen Infrastruktur, ökonomische Folgen durch Arbeitsausfälle, vielfältige Nachteile durch Schulschließungen und anderes mehr. Das Thema Impfung gegen COVID-19 bietet also Raum für eine Auseinandersetzung mit sehr unterschiedlichen Sachverhalten, die an differente Dimensionen im Bildungsdiskurs – Selbstbestimmung, Mitbestimmung, Solidarität (Klafki 1991, S. 52) – anschließen. Hinsichtlich des Zusammenhangs von Impfbereitschaft und Weiterbildung möchten wir nun jedoch einen Schritt hinter solche konkreten Argumentationsmuster zurückgehen und den grundsätzlichen Zusammenhang quantitativ untersuchen.

### Impfbereitschaft als »Benefit of Lifelong Learning«?

Dürfte man also unter den geschilderten Umständen erwarten, dass es einen positiven Zusammenhang zwischen Weiterbildungsbeteiligung und der Impfbereitschaft gibt? Und hätte es einen Einfluss, welche Rolle die Gesundheitsbildung im Angebot der Weiterbildung spielt? Beide Hypothesen möchten wir überprüfen, indem wir jeweils die Weiterbildungsquote und den Anteil an Angeboten der Gesundheitsbildung im Weiterbildungsangebot mit der Impfquote korrelieren. Wir gehen davon aus, dass die positiven Zusammenhangshypothesen untermauert werden, wenn sich hier signifikante positive Korrelationen ergeben.

Für die Untersuchung wurden öffentlich zugängliche Daten genutzt.<sup>1</sup> Eine besondere Rolle spielt dabei die Wahl der Zeitpunkte: Wir gehen davon aus, dass der hier adressierte Nutzen von Weiterbildung sich nicht unmittelbar während oder nach der Teilnahme entfalten muss – Anregungen zur rationalen Auseinandersetzung bedürfen einer biografischen

<sup>1</sup> Die Autoren danken Paul Bohlander für die Unterstützung bei der Recherche und Vorbereitung der Daten.

Verarbeitung, die nicht immer in kurzer Zeit geschieht (Nittel, 2018). Auch die Impfquoten, die in dieser Untersuchung herangezogen wurden, stammen aus dem Jahr 2021, aus einer Phase, in der einerseits das Angebot an Impfstoff die Impfquote in westlichen Industrieländern nicht mehr substanziell begrenzt hat, andererseits noch wenige Einschränkungen für Ungeimpfte herrschten, die im weiteren Verlauf eine Impfentscheidung aus Opportunitätsgründen (z.B. um der Notwendigkeit regelmäßiger Schnelltests zu entgehen oder Angebote zu nutzen, die nur Geimpften und Genesenen offenstehen) wahrscheinlicher machten.

Konkret wurden folgenden Daten genutzt:

- Aus der vhs-Statistik 2019 (Huntemann et al., 2021, S. 116) wurden die durchschnittlichen Belegungen im Bereich Gesundheitsbildung herangezogen.
- Die Impfquoten der Bundesländer wurden der Webseite des RKI (RKI, o.J.a) mit dem Stand 28.9.2021 entnommen. Zum Zeitpunkt der ursprünglichen Untersuchung waren diese jeweils nur temporär zugänglich, sodass eine Stichtaglösung gewählt wurde. (Inzwischen liegen aktuelle und ältere Daten archiviert vor, s. RKI, o.J.b). Für die Berechnung wurde die Quote der zum Stichtag vollständig Geimpften verwendet.

Für den allgemeineren Zusammenhang zwischen Weiterbildungsbeteiligung und Impfquote konnte die Hypothesenprüfung mithilfe des Adult Education Survey international angelegt werden:

- Dem AES wurde die »participation rate in education and training, formal and non-formal education and training« entnommen (Eurostat, o.J.).
- Die Impfquote (hier ebenfalls für den 28.9.2021) wurde Daten von Statista entnommen (Statista o.J.). Leider sind die internationalen Daten nicht archiviert zugänglich, so dass die angegebene Quelle nun jüngere Daten anzeigt, als zum Zeitpunkt unseres Abrufs.

Für die jeweiligen Daten wurde der Korrelationskoeffizient nach Pearson berechnet. Es zeigte sich, dass in beiden Fällen eine starke positive Korrelation auf einem Signifikanzniveau von .05 bzw. .01 beobachtet wurde:

TAB. 1: Korrelation zwischen Weiterbildungs- und Impfdaten, nationale und europäische Ebene.

korrelierte Variablen	Korrelation	Signifikanz
Impfquote Bundesland und Belegungen Gesundheitsbildung	.55	<.05
Impfquote Staat und Weiterbildungsbeteiligung	.50	<.01

So deutliche positive Korrelationen sind im Kontext von mutmaßlichen Wirkungen von Weiterbildung ungewöhnlich. Sie stützen zweifellos die eingangs formulierten Hypothesen, indem sie belegen: Dort, wo die Weiterbildung im Gesundheitsbereich hohe Belegungszahlen aufweist (nationale Ebene), bzw. dort, wo die Beteiligung an formaler und non-formaler Weiterbildung insgesamt hoch ist, haben sich auch mehr Menschen für eine Impfung gegen COVID-19 entschieden (zum Zeitpunkt der Datenerhebung bestand in keinem der betroffenen Länder eine Impfpflicht gegen COVID-19). Auch wenn von einer Korrelation nicht umstandslos auf einen ursächlichen Zusammenhang geschlossen werden kann, weist der Befund zumindest in die Richtung, dass Weiterbildungsbeteiligung, insbesondere auch in der Gesundheitsbildung, im Falle von COVID-19 die Impfbereitschaft in der jeweiligen Teilgruppe der Bevölkerung positiv beeinflusst. Gleichwohl stellen sich auch Fragen:

- Die Untersuchung kann keine Auskunft über Wirkungen auf individueller Ebene geben. Wie frühere Studien gezeigt haben, sind Impfgegnerinnen und -gegner nicht weiterbildungsabstinent, und es kann nicht erschlossen werden, inwieweit die Weiterbildungsbeteiligung individuell Einfluss auf eine Impfentscheidung nimmt.
- Die Stichtage der Daten für Weiterbildungsteilnahme und Impfquote liegen (bewusst) weit auseinander. Wir gehen davon aus, dass Weiterbildung als Element lebenslangen Lernens in der Regel nicht auf unmittelbare Wirkungen hin fokussiert werden darf, sondern mittel- und langfristig einen Beitrag zur persönlichen Entwicklung leistet (Grotlüschen & Pätzold, 2020). In dieser Lesart legen die Daten nahe, dass die Entscheidung für eine Impfung von einem allgemein positiven Weiterbildungsklima profitiert, nicht von einem bestimmten Angebot.
- Im Kontext der COVID-19-Pandemie und der Beurteilung der Impfskepsis wird auch beobachtet, dass Letztere mit einem Misstrauen gegen staatliche und teilweise auch wirtschaftliche Akteurinnen und Akteure einhergeht (Sredhaar & Gopal, 2021). Insofern ist es vorstellbar, dass die Teilnahme an (in der Regel kommunal verantworteter) Gesundheitsbildung der Volkshochschulen auch mit einem geringeren Misstrauen gegenüber staatlichen Institutionen einhergeht.

Auch wenn ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen Weiterbildungsbeteiligung und mehrheitlich als solidarisch und insgesamt positiv bewertetem Verhalten (hier: der Impfung gegen eine pandemische Viruserkrankung mit oft schweren Verläufen und einer gesellschaftlich ungleich verteilten Vulnerabilität) kaum belegbar sein wird und eine Funktionalisierung von Weiterbildung in dieser Richtung auch ganz eigene ethische Fragen aufwerfen würde, stellt der vorliegende Befund einen weiteren Hinweis auf die oben genannten »wider

benefits« von Weiterbildung dar. Er spricht dafür, dass die Förderung von Weiterbildung und der Beteiligung hieran nicht nur für die unmittelbar Beteiligten positive Wirkungen entfalten kann, sondern auch für die Gesellschaft, in der sie sich ereignet.



PROF. DR. JENS OLIVER KRÜGER

ist Professor für Allgemeine Pädagogik,  
Universität Koblenz-Landau, Campus Koblenz

jokrueger@uni-koblenz.de



PROF. DR. HENNING PÄTZOLD

ist Professor für Pädagogik mit dem Schwerpunkt  
Forschung und Entwicklung in Organisationen, Uni-  
versität Koblenz-Landau, Campus Koblenz

paeztold@uni-koblenz.de

#### Datenquellen

RKI (o.J.a). [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Daten/Impfquoten-Tab.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Impfquoten-Tab.html) [28.9.2021]

RKI (o.J.b). [https://github.com/robert-koch-institut/COVID-19-Impfungen\\_in\\_Deutschland/tree/master/Archiv](https://github.com/robert-koch-institut/COVID-19-Impfungen_in_Deutschland/tree/master/Archiv) [17.1.2022].

Eurostat (o.J.). [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/trng\\_aes\\_101/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/trng_aes_101/default/table?lang=en) [17.1.2022]

Statista (o.J.). <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1203308/umfrage/impfstoffabdeckung-der-bevoelkerung-gegen-das-coronavirus-nach-laendern/> [28.9.2021]  
mit Daten des Bloomberg Covid Vaccine Trackers [4.2.2022]

Betsch, C., von Hirschhausen, E. & Zylka-Menhorn, V. (2019). Impfberatung in der Praxis: Professionelle Gesprächsführung – wenn Reden Gold wert ist. *Deutsches Ärzteblatt* 116(11): A-520 / B-427 / C-422

Browne, M. (2018). Epistemic divides and ontological confusions: The psychology of vaccine scepticism, *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 14:10, 2540–2542, DOI: 10.1080/21645515.2018.1480244

DIe (2014). *Benefits of Lifelong Learning. Final Report*. <http://www.bell-project.eu/cms/wp-content/uploads/2014/06/Final-Report1.pdf> [23.5.2022]

Grotlüschén, A. & Pätzold, H. (2020). *Lerntheorien in der Erwachsenen- und Weiterbildung*. Bielefeld: wbv Publikation.

Huntemann, H., Echarti, N., Lux, T. & Reichart, E. (2021). *Volkshochschul-Statistik: 58. Folge, Berichtsjahr 2019*. <http://www.die-bonn.de/id/39554> [21.10.2021]

Klafki, W. (1991). *Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik* (2. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz.

Krüger, J. O. & Krüger, K. (2015). Skepsis im Entscheiden. Wie begründen impfskeptische Eltern ihre Impfentscheidungen? *Zeitschrift für Qualitative Forschung (ZQF)* (1), 99–114.

Meyer, C. & Reiter, S. (2004). Impfgegner und Impfskeptiker. Geschichte, Hintergründe, Thesen, Umgang. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* (47). 1182–1188.

Nittel, D. (2018). Biografietheoretische Ansätze in der Erwachsenenbildung. In R. Tippelt & A. von Hippel (Hrsg.), *Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung* (S. 145–159). Wiesbaden: Springer vs.

RKI (2021). *Impfen*. [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/impfen\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/impfen_node.html)

RKI (o.J.): *covimo – covid-19 Impfquoten-Monitoring in Deutschland*. [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Projekte\\_RKI/covimo\\_studie.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/covimo_studie.html) [18.2.2022]

Sredhaa, A. & Gopal, A. (2021). Behind Low Vaccination Rates Lurks a More Profound Social Weakness. *New York Times*. New York. <https://www.nytimes.com/2021/12/03/opinion/vaccine-hesitancy-covid.html> [9.12.2021]

Thiessen, M. (2017). *Immunisierte Gesellschaft. Impfen in Deutschland im 19. und 20. Jahrhundert*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

uas – Understanding America Study (o.J.). *Understanding Coronavirus in America*. <https://covid19pulse.usc.edu/> [18.2.2022]

WHO (2019). *Ten threats to global health in 2019*. <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>