

Herrn Ministerialrat
Dr. Johannes Blasius
Friedrichstraße 108
Bundesministerium für Gesundheit
10117 Berlin

Präsidentin
Prof. Dr. Birgit Spinath

Tel.: 030 28047717
Fax: 030 28047719

E-Mail: praesidentin@dgps.de
Internet: www.dgps.de

Per e-mail: 321@bmg.bund.de

Amtsgericht Berlin
Vereinsregisternr. VR 35794 B

Berlin, den 31.05.2019

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) zum Referentenentwurf des Masernschutzgesetzes

Sehr geehrter Herr Ministerialrat Dr. Blasius,

die Psychologie trägt zum Verständnis und der Veränderung menschlichen Gesundheitsverhaltens bei, zum Beispiel im Rahmen sozial- und gesundheitspsychologischer Forschung. Daher nimmt die DGPs hiermit Stellung zum aktuellen Referentenentwurf des Masernschutzgesetzes.

Die DGPs begrüßt die aktive Rolle der Politik in der Impfprävention. Jedoch sieht sie auf der Basis national und international verfügbarer Evidenz folgende Kritikpunkte zur Einführung einer teilweisen Impfpflicht (Masern):

1. Eine Impfpflicht kann dazu führen, dass die Impfrate für die jeweils verpflichtende Impfung steigt.¹ Allerdings schränkt eine Impfpflicht die individuelle Freiheit ein und kann zu negativen Reaktionen führen (Reaktanz)². **Die Impfbereitschaft gegenüber freiwilligen Impfungen kann daher durch die Einführung einer teilweisen Impfpflicht abnehmen.**^{2,3} Dies zeigt sich in einer kontrollierten Laborstudie, die den Kausalbezug herstellen kann: Personen, die eine freiwillige hypothetische Impfentscheidung nach einer Pflichtimpfung (vs. einer freiwilligen Impfung) treffen mussten, nahmen signifikant weniger eine weitere freiwillige Impfung in Anspruch, wenn sie Impfen gegenüber kritisch eingestellt waren.² Ferner kann es dazu kommen, dass nicht verpflichtende Impfungen als weniger wichtig angesehen und dann weniger wahrgenommen werden⁴. In Frankreich lassen sich die deutlich geringeren Impfquoten für die Masernimpfung (90%, bis 2017 freiwillig) im Vergleich zu Polio (98%, seit 1964 verpflichtend) in diesem Sinne interpretieren.³ Die Einführung einer teilweisen Impfpflicht führt also möglicherweise in eine „Sackgasse“ und kann zu einer Spirale der Impfpflicht führen, also einer nachträglichen Erweiterung der Impfpflicht auf das komplette Impfprogramm. Erfahrungen aus anderen Ländern wie Italien oder Polen zeigen, dass eine komplette Impfpflicht auch zu einer größeren Ablehnung von Impfungen führen kann⁵ – wobei hier die kausale Richtung nicht klar ist. Impfkritische Meinungen könnten sich im Internet jedoch weiter polarisieren⁶ und die Opposition gegenüber Impfen könnte so zunehmen.^{7,8}

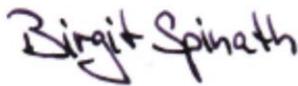
2. In Deutschland ist der Anteil der Menschen, die Impfungen ganz oder teilweise ablehnen, derzeit mit 2-5%⁹ sehr gering. Dennoch werden manche Impfungen in der Tat zu wenig wahrgenommen. Daher müssen die Gründe des Nicht-Impfens erfasst werden, um Interventionen gezielter zu gestalten.¹⁰ Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) erfasst bereits zum dritten Mal die möglichen Gründe des Nicht-Impfens mit einem psychologisch validiertem Fragebogenmaß.⁹ **Diese Daten zeigen, dass Vertrauen in Impfungen gestärkt, Erkrankungsrisiken und Gemeinschaftsschutz besser kommuniziert und vor allem praktische Barrieren abgebaut werden müssen.¹¹ Daraus leitet sich ab: Impfen muss einfacher werden (Punkt 3), und kommunikative Bemühungen müssen verstärkt und verbessert werden (Punkt 4).**

3. Anders als im Referentenentwurf angegeben, gibt es zahlreiche Alternativen zur Einführung einer Masernimpfpflicht. Ratsamer als eine teilweise Impfpflicht – mit potenziellen Nebenwirkungen (Punkt 1) ist eine Veränderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen, die das Potenzial haben, die Impfquoten für *alle* Impfungen gleichermaßen zu erhöhen. Ferner ist es wichtig, auch die Zielgruppen zu erreichen, die von den Masern-Ausbrüchen prozentual am stärksten betroffen sind: Erwachsene. **Folgende evidenzbasierte Maßnahmen können die Impfquoten für alle Impfungen und in allen Altersgruppen erhöhen und Impfen und Geimpft-werden einfacher machen:**
 - a. Erinnerungs-/Recall-Systeme:¹² Krankenkassen, Ärztinnen und Ärzte, ein digitaler Impfpass oder ein zentrales Impfreister senden Impferinnerungen.
 - b. Standardschutz:¹ Impfen ist Standard und muss z.B. zum Schuleingang nachgewiesen werden, jedoch können auch nicht-medizinische Ausnahmen beantragt werden. Dies entspricht dem Prinzip der Widerspruchslösung bei der Organspende. Diese mildere Variante der Impfpflicht hält die Entscheidungsfreiheit aufrecht und steigert dennoch die Impfquote.¹³ Eine derartige Maßnahme sollte auf alle empfohlenen Impfungen angewandt werden, um zu vermeiden, dass freiwillige Impfungen als weniger wichtig wahrgenommen oder aus Reaktanz ausgelassen werden. Es sollte für Patientinnen und Patienten dabei aufwändig sein, Ausnahmen zu beantragen, da einfache Ausnahmen auch zu häufigen Ausnahmen führen.¹⁴
 - c. Aufsuchendes und fachübergreifendes Impfen:¹ Impfungen sollten stärker an Orten stattfinden, an denen man sich ohnehin aufhält (Schulen, Betriebe, Apotheken, Eltern bei der Kinderärztin/beim Kinderarzt, Väter bei der Gynäkologin/beim Gynäkologen usw.).

4. **Das Gesetz und die darin beschriebene Impfpflicht sollte keinesfalls andere Maßnahmen zur Erhöhung und Aufrechterhaltung der Impfquoten ersetzen.** Dazu zählen neben den in Punkt 3 beschriebenen Maßnahmen auch bisherige Kommunikationsbemühungen in Bund und Ländern, die in jedem Fall noch verstärkt werden sollten. Hier kommt der BZgA sicher eine besondere Rolle zu, jedoch ist auch das Robert Koch-Institut (RKI) für die Information der Fachöffentlichkeit wesentlich.¹⁵ Da es im Falle einer Impfpflicht wahrscheinlich ist, dass es einen erhöhten Beratungsbedarf geben wird, sollte von BZgA und RKI erwogen werden, gemeinsame Beratungsmaterialien für den Arzt-Patienten-Kontakt zu entwickeln. Wichtige kommunikative Maßnahmen sind:
 - a. Frühzeitige und effektive Aufklärung über das Impfen in der Schwangerschaft¹⁶ und direkt nach der Geburt¹⁷ sind wichtige Kommunikationsfenster und können das Vertrauen in Impfungen stärken.
 - b. Ärztinnen und Ärzte sind die wichtigste Quelle für Informationen,⁹ eine starke Impfempfehlung¹⁸ und ein wertschätzendes Gespräch¹⁷ kann ausschlaggebend sein. Ärztinnen und Ärzte sollten daher im Rahmen ihrer Ausbildung in Gesprächsführung im Allgemeinen und der fachübergreifenden Impfberatung im Besonderen geschult werden.
 - c. Der Schutz der Gemeinschaft durch Impfungen sollte stärker kommuniziert werden,¹⁹ da das Wissen hierüber die Impfbereitschaft positiv beeinflusst.

Zusammenfassend berücksichtigt der Referentenentwurf des Masernschutzgesetzes aus Sicht der DGPs in unzureichendem Maße die möglichen Nachteile und Konsequenzen der Einführung einer teilweisen Masernimpfpflicht. Weiterhin werden evidenzbasierte Alternativen zur Erhöhung der Impfquoten ignoriert. Aus derzeitiger wissenschaftlicher Perspektive erscheint die Einführung einer partiellen Impfpflicht eine Maßnahme zu sein, die möglicherweise geeignet ist, speziell die Impfquoten gegen Masern zu erhöhen, jedoch werden davon wichtige betroffene Zielgruppen nicht profitieren (Erwachsene). Ferner besteht das Risiko, dass sich eine teilweise Impfpflicht negativ auf die Impfquoten anderer Impfungen auswirkt. Diese Stellungnahme zeigt daher evidenzbasierte Alternativen zu einer teilweisen Impfpflicht auf, deren Wirksamkeit vor der Einführung verpflichtender Maßnahmen in einem deutschen Setting getestet werden sollte.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Birgit Spinath

Kontakt für Nachfragen: Cornelia Betsch (Diplom-Psychologin, Heisenberg-Professorin für Gesundheitskommunikation, Universität Erfurt), cornelia.betsch@uni-erfurt.de; Robert Böhm (Diplom-Psychologe, Juniorprofessor für Decision Analysis, RWTH Aachen), robert.boehm@rwth-aachen.de

Anlage: Literaturverzeichnis

Literatur

1. Brewer, N. T., Chapman, G. B., Rothman, A. J., Leask, J. & Kempe, A. Increasing Vaccination: Putting Psychological Science Into Action: *Psychol. Sci. Public Interest* (2018). doi:10.1177/1529100618760521
2. Betsch, C. & Böhm, R. Detrimental effects of introducing partial compulsory vaccination: experimental evidence. *Eur. J. Public Health* **26**, 378–381 (2016).
3. Attwell, K. *et al.* Recent vaccine mandates in the United States, Europe and Australia: A comparative study. *Vaccine* **36**, 7377–7384 (2018).
4. Opel, D. J. *et al.* Childhood Vaccine Exemption Policy: The Case for a Less Restrictive Alternative. *Pediatrics* **137**, e20154230 (2016).
5. SABIN Institute. *Legislative Approaches to Immunization Across the European Region*. (2019).
6. Schmidt, A. L., Zollo, F., Scala, A., Betsch, C. & Quattrocioni, W. Polarization of the vaccination debate on Facebook. *Vaccine* **36**, 3606–3612 (2018).
7. Moussaïd, M., Brighton, H. & Gaissmaier, W. The amplification of risk in experimental diffusion chains. *Proc. Natl. Acad. Sci.* **112**, 5631–5636 (2015).
8. Salathé, M., Vu, D. Q., Khandelwal, S. & Hunter, D. R. The dynamics of health behavior sentiments on a large online social network. *EPJ Data Sci.* **2**, (2013).
9. Horstkötter N, Müller U, Ommen O, Platte A, Reckendrees B, Stander V, Lang P, Thaïss H. Einstellungen, Wissen und Verhalten von Erwachsenen und Eltern gegenüber Impfungen – Ergebnisse der Repräsentativbefragung 2016 zum Infektionsschutz. *BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*. (2017).
10. Betsch, C., Böhm, R. & Chapman, G. B. Using behavioral insights to increase vaccination policy effectiveness. *Policy Insights Behav. Brain Sci.* **2**, 61–73 (2015).
11. Betsch, C. *et al.* Impfverhalten psychologisch erklären, messen und verändern. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* (2019). doi:10.1007/s00103-019-02900-6
12. Jacobson Vann, J. C., Jacobson, R. M., Coyne-Beasley, T., Asafu-Adjei, J. K. & Szilagyi, P. G. Patient reminder and recall interventions to improve immunization rates. *Cochrane Database Syst. Rev.* (2018). doi:10.1002/14651858.CD003941.pub3
13. Chapman, G. B., Li, M., Colby, H. & Yoon, H. Opting In vs Opting Out of Influenza Vaccination. *JAMA* **304**, 43–44 (2010).
14. Omer, S. B., Richards, J. L., Ward, M. & Bednarczyk, R. A. Vaccination policies and rates of exemption from immunization, 2005–2011. *N. Engl. J. Med.* **367**, 1170–1171 (2012).
15. Böhm, R., Meier, N. W., Korn, L. & Betsch, C. Behavioural consequences of vaccination recommendations: An experimental analysis: Consequences of vaccination recommendations. *Health Econ.* **26**, 66–75 (2017).
16. Betsch, C., Bödeker, B., Schmid, P. & Wichmann, O. How baby's first shot determines the development of maternal attitudes towards vaccination. *Vaccine* **36**, 3018–3026 (2018).
17. Gagneur, A., Dubé, É., Farrands, A., Lemaître, T., Boulianne, N., Sauvageau, C., Boucher, F., Tapiero, B., Ouakki, M., Gosselin, V., Quach, C. Promoting vaccination at birth with motivational interviewing session improves vaccination intention and reduces vaccination hesitancy. *Eur. Soc. Paediatr. Infect. Dis. Brighton UK May 15th 2016*
18. Gilkey, M. B. *et al.* Provider communication and HPV vaccination: The impact of recommendation quality. *Vaccine* **34**, 1187–1192 (2016).
19. Betsch, C., Böhm, R., Korn, L. & Holtmann, C. On the benefits of explaining herd immunity in vaccine advocacy. *Nat. Hum. Behav.* **1**, 0056 (2017).