



Die  
Bundesregierung

wirksam  
regieren

# Patienteninformationen zur Masernimpfung in Hausarztpraxen

Untersuchung zur Information von Patienten über die  
Masernimpfung bei Erwachsenen in Hausarztpraxen

Referat *wirksam regieren* im Bundeskanzleramt im Auftrag  
des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)





# Patienteninformationen zur Masernimpfung in Hausarztpraxen

Untersuchung zur Information von Patienten über die  
Masernimpfung bei Erwachsenen in Hausarztpraxen

Referat *wirksam regieren* im Bundeskanzleramt im Auftrag  
des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)



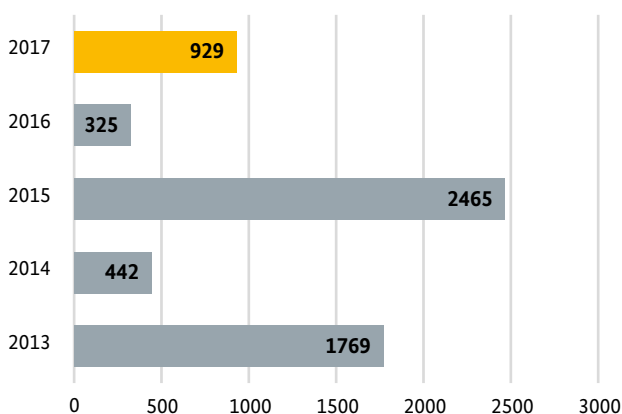
<b>Kurzfassung</b>	4
<b>I. Fragestellung</b>	7
<b>II. Untersuchung</b>	10
Verhaltenswissenschaftlicher Hintergrund	10
• Information und Beratung von Patienten im Rahmen der Arzt-Patienten-Beziehung	10
• Leicht verständliche Gesundheitsinformationen und Risikokommunikation	10
• Informationsbroschüren für Patienten zur eigenständigen Information	13
Studiendesign	14
• Testgruppen	14
• Intention-to-treat-Design	15
• Stichprobe	16
• Analyse	17
<b>III. Ergebnisse</b>	19
Ausgangssituation	19
Ergebnis 1: Wirkung der Anschreiben an die Hausärztinnen und Hausärzte	20
Ergebnis 2: Unterschiede zwischen den Testgruppen	20
Ergebnis 3: Regionale Unterschiede	21
Ergebnis 4: Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Patienten	22
Diskussion und Zusammenfassung der Ergebnisse	23
Endnoten	24
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	25
<b><u>Mit Bürgern für Bürger – Regierungsstrategie <i>wirksam regieren</i></u></b>	26

# Kurzfassung

Masern sind eine hochansteckende Viruserkrankung. Insbesondere für Säuglinge, Kinder, Jugendliche, aber auch für Erwachsene können sie ernsthafte und sogar tödliche Folgen haben. Der einzige wirksame Schutz vor einer Maserninfektion ist die Impfung.<sup>1</sup> Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zufolge konnte durch die Ausweitung weltweiter Impfprogramme zwischen 2000 und 2016 die Sterblichkeit an Masern um 84% gesenkt und der Tod von über 20,4 Millionen Menschen verhindert werden.<sup>2</sup>

Durch die Impfung ist ein Schutz bis hin zur Eliminierung der Masern möglich. Die WHO hat sich daher das Ziel gesetzt, die Masern in Europa bis zum Jahr 2015 und weltweit bis zum Jahr 2020 zu eliminieren.<sup>3</sup> In einigen Ländern Europas, wie zum Beispiel Finnland, konnte dieses Ziel durch die konsequente Umsetzung der Impfprogramme bereits erreicht werden. In Deutschland wurde eine hinreichende Impfquote bisher nicht erzielt. Das zeigen wiederholte Masernausbrüche in den letzten Jahren. 2017 erkrankten laut Robert Koch-Institut (RKI) in Deutschland 929 Menschen an den Masern.<sup>4</sup> Damit wurde das von der WHO geforderte Niveau von weniger als 80 Masernfällen pro Jahr in Deutschland weit überschritten.<sup>5</sup>

Abbildung 1: Masernfälle pro Jahr in Deutschland 2013 bis 2017



Die Bundesregierung hat daher im *Nationalen Aktionsplan 2015–2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland* das Ziel formuliert, die Masern zu eliminieren.<sup>6</sup> Um dieses Ziel zu erreichen, muss die Immunität der Bevölkerung in allen Altersgruppen bei mindestens 95% liegen.<sup>7</sup> Man spricht dann von einer Herdenimmunität.

Die Immunität gegen Masern ist in Deutschland je nach Altersgruppe und Region sehr unterschiedlich. Eine bedeutende Immunitätslücke existiert bei den nach 1970 geborenen Erwachsenen.<sup>8</sup> Dies liegt unter anderem daran, dass bis 1990 *eine* Impfung für ausreichend erachtet wurde. Untersuchungen zeigten jedoch, dass zur Sicherung der Immunität *zwei* Impfungen notwendig sind. Daher empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO) eine Nachimpfung für Erwachsene, die nach 1970 geboren wurden, wenn diese nur einmal gegen Masern geimpft wurden oder der Impfstatus unbekannt ist.<sup>9</sup>

Die geltenden Impfempfehlungen sind jedoch nur wenigen Erwachsenen dieser Altersgruppe bekannt: In einer Befragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) von 2014 gab nur rund ein Viertel der Betroffenen an, die seit Juli 2010 geltenden Empfehlungen zur Masernimpfung für nach 1970 geborene Erwachsene zu kennen. Erwachsene dieser Altersgruppe, die einen unvollständigen Impfschutz hatten, nannten dafür am häufigsten drei Gründe:<sup>10</sup>

- 1 60% gaben fehlendes Wissen über die Notwendigkeit einer Masernimpfung an,
- 2 25% hatten Bedenken wegen möglicher Nebenwirkungen der Masernimpfung und
- 3 19% gingen davon aus, dass Masern keine besonders schwere Krankheit sind.

Angesichts dieser Befundlage empfiehlt der *Nationale Aktionsplan 2015 – 2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland* gezielte Aufklärung zur Masernerkrankung und -impfung bei den nach 1970 geborenen Erwachsenen.<sup>11</sup>

Um zu untersuchen, wie sich die bestehende Wissenslücke zur Masernerkrankung und -impfung in dieser Gruppe schließen lässt, hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) das Referat *wirksam regieren* mit zwei randomisiert kontrollierten Feldstudien beauftragt. Beide Studien wurden im vierten Quartal 2016 durchgeführt.<sup>12</sup> Die vorliegende Studie ist die zweite dieser Studien.

Ansatzpunkt dieser Studie ist die persönliche Information der Patienten durch ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt. Untersuchungen legen nahe, dass ein Gespräch im Rahmen einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung eine informierte Impfentscheidung fördert.<sup>13</sup> Unklar ist, in welchem Maß Hausarztpraxen bereits gezielt auf bestehende Impflücken ihrer Patienten reagieren und persönliche Beratungsgespräche anbieten.

Für die vorliegende Studie wurden daher Hausärztinnen und Hausärzte in einem Anschreiben des Bundesministeriums für Gesundheit gebeten, ihre Patienten persönlich über die seit 2010 geltenden Impfpfehlungen zu informieren sowie über die Risiken der Masernerkrankung und -impfung aufzuklären. Ein Teil der Hausärztinnen und Hausärzte wurde darüber hinaus gebeten, Patientenflyer im Wartezimmer auszulegen bzw. bei der Anmeldung persönlich zu übergeben. Untersucht wurde, ob diese Maßnahmen geeignet sind, die bestehende Wissenslücke bei den nach 1970 geborenen Erwachsenen zu schließen und infolge der Aufklärung durch den Arzt die Zahl der Impfungen zu erhöhen.

Die Studie wurde in Kooperation mit der BZgA, dem RKI, sowie mehreren Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOKs) und dem AOK-Bundesverband in rund 4.000 Hausarztpraxen durchgeführt.

Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, die keine Schreiben erhalten hatte, ließen sich bei den angeschriebenen Praxen leicht höhere Impffzahlen beobachten. Aufgrund starker regionaler Schwankungen kann dieses Ergebnis jedoch nicht nachweisbar auf die Anschreiben zurückgeführt werden.

Dies bedeutet nicht, dass die persönliche Information von Patienten durch die Hausärztin oder den Hausarzt keinen Beitrag zur Schließung der Impflücke bei Masern leisten kann. Die Ergebnisse zeigen jedoch, dass eine schriftliche Bitte des Bundesministeriums für Gesundheit an die Ärzte, solche Gespräche verstärkt anzubieten, keine nachweisbare Auswirkung auf die Impffzahlen hatte. Mögliche Erklärungen dafür sind unter anderem, dass die Hausarztpraxen trotz des Anschreibens keine zusätzlichen Gespräche geführt haben, weil sie davon ausgingen, bereits alle Patienten hinreichend informiert zu haben, weil sie im Praxisalltag keine Zeit dafür fanden oder weil die Anschreiben aufgrund der Vielzahl an Briefen, die Arztpraxen erhalten, zu wenig Aufmerksamkeit erhielten.

Im Vergleich dazu hatte die direkte Information der Patienten durch einen Brief der Krankenkassen, die in einer parallel laufenden Studie des Referats *wirksam regieren* untersucht wurde, einen nachweisbaren Effekt auf die Schließung der Masernimpflücke bei Erwachsenen.<sup>14</sup> Hier konnte durch die direkte Information der Patienten die Zahl der Impfungen von 3 auf 8 pro 1.000 Erwachsene erhöht werden. Das heißt, die Zahl der Impfungen wurde durch die direkte Information der Patienten nachweislich mehr als verdoppelt.

Die Ergebnisse beider Studien zeigen, dass sich die verschiedenen Maßnahmen in ihrer Wirksamkeit deutlich unterscheiden. Ein Vergleich beider Studien ist auf der Webseite [www.bundesregierung.de/wirksam-regieren.de](http://www.bundesregierung.de/wirksam-regieren.de) veröffentlicht. Sie veranschaulichen den Beitrag, den Wirkungsanalysen in der Vorhabenplanung leisten können. Frühzeitige Wirkungsanalysen von Handlungsalternativen ermöglichen die Identifikation wirksamer Maßnahmen und evidenzbasiertes Handeln.

... column(s) the vaccination(s)  
... dans la colonne relative  
... Spalte ankreuzen oder Impfd

against — Immunisation contr

**Measles**  
**Rougeole**  
**Masern**

**Parotitis**  
**Parotite**  
**Mumps**



... of prepuberal girls (rou  
... prépubères (âge  
... chen vor



# I. Fragestellung

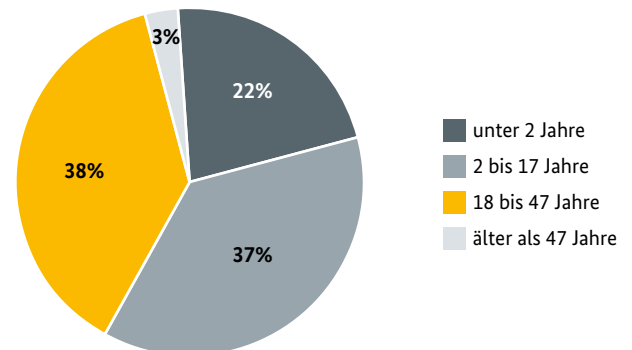
Seit 1984 verfolgen die Mitgliedsstaaten der Europäischen Region der WHO das Ziel, die Masern zu eliminieren. Für Deutschland würde das von der WHO geforderte Niveau von einem Masernfall pro 1 Million Einwohnerinnen und Einwohner und Jahr bedeuten, dass maximal 80 Masernfälle pro Jahr auftreten. Dieses Ziel konnte bisher nicht erreicht werden. Im Jahr 2017 wurden in Deutschland 929 Masernfälle verzeichnet.<sup>15</sup>

Um endemische Virusübertragungen zu verhindern und Masernerkrankungen dauerhaft zu senken, müssen mindestens 95% der Bevölkerung gegen die Masern immun sein. Bei dieser Zielgröße wäre eine sogenannte Herdenimmunität erreicht. Nur so können Säuglinge und immunschwache Personen geschützt werden, die selbst nicht effektiv gegen Masern geimpft werden können.

Bis 1990 wurde davon ausgegangen, dass *eine* Masernimpfung ausreicht, um eine dauerhafte Immunität aufzubauen. Untersuchungen zeigten jedoch, dass zur Sicherung der Immunität *zwei* Impfungen notwendig sind. Daher empfiehlt die STIKO seit 1991 für Kinder und Jugendliche eine zweimalige Impfung gegen Masern. Die erste Impfung sollte demnach im Alter von 11 – 14 Monaten durchgeführt werden und die zweite Impfung im Alter von 15 – 23 Monaten. Seit 2010 empfiehlt die STIKO zudem, dass sich Erwachsene nachimpfen lassen, die nach 1970 geboren wurden und die nur einmal geimpft wurden oder deren Impfstatus unbekannt ist.<sup>16</sup> Diese Empfehlung erfolgt zum einen, da die Immunisierung dieser Altersgruppe für den Aufbau der Herdenimmunität notwendig ist. Zum anderen erfolgt diese Empfehlung vor dem Hintergrund der höheren Komplikationsraten der Masernerkrankung bei Erwachsenen, zum Beispiel bei Lungen-, Mittelohr- und Gehirnentzündungen.<sup>17</sup>

Im Jahr 2017 waren 38% der Masernerkrankten nach 1970 geborene Erwachsene<sup>18</sup> (vgl. Abb. 2 – Gruppe der 18- bis 47-Jährigen). Dies weist auf eine bedeutende Immunitätslücke in dieser Altersgruppe hin.

Abbildung 2: Masernfälle 2017 nach Alter in Prozent<sup>19</sup>



In Deutschland werden Impfungen nicht über ein Impfregeister erfasst. Daher können die Impfquoten nur geschätzt werden. Dies geschieht anhand von kleineren Erhebungen und Auswertungen von kassenärztlichen Abrechnungsdaten. Gegenwärtig wird davon ausgegangen, dass die Masernimpfquote bei den 18- bis 29-Jährigen bei rund 80% liegt, bei den 30- bis 39-Jährigen hingegen nur bei 47% und bei den 40- bis 49-Jährigen bei 25%.<sup>20</sup> Diese Zahlen beziehen sich auf den Erhalt von mindestens einer Impfdosis gegen Masern. Informationen dazu, welcher Anteil dieser Personen zwei Impfdosen erhalten hat, liegen nicht vor.

Des Weiteren liegen geschlechtsspezifische Unterschiede in den Impfquoten vor. Tendenziell und auch für die Masern weisen Frauen leicht höhere Impfquoten auf als Männer.<sup>21</sup>

In einer Befragung der BZgA gab nur rund ein Viertel der Betroffenen an, die seit Juli 2010 geltenden Empfehlungen zur Masernimpfung für nach 1970 geborene Erwachsene zu kennen, nach denen eine zweimalige Impfung empfohlen wird.<sup>22</sup> Demzufolge kann davon ausgegangen werden, dass die Zahlen für den Erhalt von zwei Impfdosen erheblich niedriger sind als für die einmalige Impfung.

Die Umfrage der BZgA zeigt die drei wichtigsten Impfhindernisse bei den nach 1970 geborenen Erwachsenen mit unvollständigem Impfschutz auf:

- 1 60% gaben fehlendes Wissen über die Notwendigkeit einer Masernimpfung an,
- 2 25% hatten Bedenken wegen möglicher Nebenwirkungen der Masernimpfung und
- 3 19% gingen davon aus, dass Masern keine besonders schwere Krankheit sind

Angesichts der bestehenden Wissenslücke in Bezug auf die Masernerkrankung und -impfung bei Erwachsenen empfiehlt der *Nationale Aktionsplan 2015 – 2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland* der Bundesregierung eine gezielte Aufklärung bei den nach 1970 geborenen Erwachsenen.<sup>23</sup>

Wissenschaftler diskutieren unterschiedliche Maßnahmen, je nachdem welche Gründe für einen fehlenden oder unvollständigen Impfschutz vorliegen.<sup>24</sup> Besteht lediglich eine Wissenslücke in Bezug auf die aktuell geltenden Impfempfehlungen, so lässt sich diese durch eine gezielte Information der entsprechenden Patientengruppe beheben. Bedenken wegen möglicher Nebenwirkungen der Masernimpfung sind in der Regel schwieriger zu adressieren. Hier können insbesondere verständliche Informationen und Darstellungen der Risiken und Nebenwirkungen der *Masernimpfung* einen Beitrag leisten.<sup>25</sup> Die Umfrage der BZgA ergab darüber hinaus, dass ein erheblicher Teil der Personen mit unvollständigem Impfschutz davon ausging, dass Masern keine besonders schwere Krankheit sind. Angesichts dieses Ergebnisses erscheint eine Aufklärung über die tatsächlichen Risiken der *Masernerkrankung* für Erwachsene sinnvoll und wichtig. Weiterhin ist die Bedeutung des eigenen Impfschutzes für die Herdenimmunität für viele eine neue und relevante Information.

Um zu untersuchen, wie sich die Wissenslücke zur Masernerkrankung und -impfung bei den nach 1970 geborenen Erwachsenen schließen lässt, hat das BMG das Referat *wirksam regieren* mit zwei randomisierten kontrollierten Feldstudien beauftragt. Beide Studien wurden im vierten Quartal 2016 durchgeführt. Sie untersuchen zwei komplementäre Wege, über die Impfempfehlungen sowie über die

Risiken der Masernerkrankung und -impfung zu informieren und durch diese Aufklärung dazu beizutragen, die Impflücke zu schließen.

In einer ersten Studie wurde untersucht, welchen Beitrag Informationsbriefe, die von den Krankenkassen direkt an ihre Versicherten geschickt werden, zur Schließung der Wissens- und Impflücke leisten können.<sup>26</sup> Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Zahl der Impfungen durch diese direkte Patienteninformation in dem untersuchten Quartal von 3 auf 8 in 1.000 Erwachsenen steigern ließ. Das heißt, dass sich die Anzahl derer, die sich gegen Masern impfen ließ, durch die direkte Information über die Impfempfehlungen mehr als verdoppelte.

Die vorliegende Studie ist die zweite in Auftrag gegebene Studie. Ansatzpunkt dieser Studie ist die persönliche Information der Patienten durch ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt. Untersuchungen legen nahe, dass ein Gespräch im Rahmen einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung eine informierte Impfentscheidung fördert. Unklar ist, in welchem Maß Hausarztpraxen bereits gezielt auf bestehende Impflücken ihrer Patienten reagieren und persönliche Beratungsgespräche anbieten. Für diese Studie wurden daher Hausärztinnen und Hausärzte in einem Anschreiben des Bundesministeriums für Gesundheit gebeten, ihre Patienten persönlich über die seit 2010 geltenden Impfempfehlungen zu informieren sowie über die Risiken der Masernerkrankung und -impfung aufzuklären.

Die Studie untersucht, ob diese Maßnahme geeignet ist die bestehende Wissenslücke zu schließen und infolge dieser Aufklärung die Impffzahlen zu erhöhen. Darüber hinaus wurde untersucht, ob sich die Beratung durch Hausärztinnen und Hausärzte sinnvoll durch die Auslage oder Ausgabe von Informationsmaterial in der Praxis unterstützen lässt. Um die Hausärztinnen und Hausärzte bei der Information ihrer Patienten zu unterstützen, wurden ihnen Informationsmaterialien der BZgA zur Verfügung gestellt sowie Informationsblätter mit den Fakten zur Masernerkrankung und -impfung bei Erwachsenen.



## II. Untersuchung

---

### Verhaltenswissenschaftlicher Hintergrund

- **Information und Beratung von Patienten im Rahmen der Arzt-Patienten-Beziehung**

Hausärztinnen und Hausärzte sind bei gesundheitlichen Entscheidungen wichtige Vertrauenspersonen für ihre Patienten. Ausgangspunkt für diese Untersuchung war daher die Annahme, dass ein Gespräch im Rahmen einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung eine informierte Impfentscheidung fördert. Bereits frühe Studien zeigen, dass der überwiegende Teil der Patienten der Beratung durch ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt einen hohen Stellenwert bei ihrer Impfentscheidung beimisst.<sup>27</sup> Aktuelle Befragungen im Auftrag der BZgA ergaben, dass sich gut ein Viertel der Befragten in den letzten zwei Jahren zu Impfungen für Erwachsene beraten ließ.<sup>28</sup> Diese Beratungen erfolgten fast ausschließlich durch eine Ärztin oder einen Arzt, in der Regel in der Hausarztpraxis. Zu den Impfanlässen befragt, wurde von Patienten besonders häufig der ärztliche Hinweis auf die Impfung genannt. Für 42% der Geimpften war der Rat oder Hinweis ihrer Ärztin oder ihres Arztes der Anlass für die Impfung.<sup>29</sup> Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Information und Beratung in der Hausarztpraxis grundsätzlich ein geeigneter Weg ist, um die Wissenslücke zur Masernimpfung bei Erwachsenen zu schließen und infolge dieser Aufklärung zur Schließung der Impflücke beizutragen. Hinzu kommt, dass Hausarztpraxen aufgrund ihrer zentralen Stellung in der Patientenversorgung als ideale Multiplikatoren für die Aufklärung zu Gesundheitsthemen angesehen werden.

Noch offen sind folgende Fragen:

- **Ist eine schriftliche Bitte an die Hausärztinnen und Hausärzte, Patienten gezielt über die geänderten Impfempfehlungen zu informieren, ein geeigneter Weg, die Wissens- und Impflücke zu schließen?**
- **Inwieweit kann die Information durch die Hausärztin oder den Hausarzt durch die zusätzliche Auslage oder Übergabe von Informationsmaterial an Patienten in der Hausarztpraxis unterstützt werden?**

Um diese Fragen zu beantworten, wurden für diese Studie 3.300 Hausärztinnen und Hausärzte per Brief gebeten, ihre Patienten über die Masernimpfung zu informieren und insbesondere ihre nach 1970 geborenen Patienten im persönlichen Gespräch auf ihren Impfschutz anzusprechen. Weiterhin wurde jeweils ein Teil der Ärzte gebeten, zusätzlich Informationsbroschüren zum Thema Masern im Wartezimmer auszulegen bzw. bereits bei der Anmeldung durch die Arzthelferin oder den Arzthelfer an Patienten der Zielgruppe übergeben zu lassen. Dies gibt Aufschluss darüber, ob diese in Arztpraxen üblichen Wege der Informationsbereitstellung das persönliche Beratungsgespräch wirksam unterstützen und einen Einfluss auf die Impffzahlen haben. Die Impffzahlen der angeschriebenen Praxen wurden anschließend anhand der Abrechnungsdaten mit einer Kontrollgruppe von Praxen verglichen, die kein Anschreiben erhalten hatte. Die Zuteilung der Hausarztpraxen auf die verschiedenen Gruppen erfolgte zufällig. In einer vierten Gruppe wurden rund 700 Ärztinnen und Ärzte im persönlichen Gespräch von einem Arztberater der Krankenkasse auf die Aufklärung über die Masernimpfung bei Erwachsenen angesprochen. Diese vierte Gruppe konnte nicht zufällig zugeteilt werden. Sie ist damit nicht direkt mit der Kontrollgruppe oder den anderen Testgruppen vergleichbar. Die Ergebnisse geben jedoch erste Hinweise auf die Wirkung einer persönlichen Ansprache der Ärztinnen und Ärzte.

- **Leicht verständliche Gesundheitsinformationen und Risikokommunikation**

Um die Hausärztinnen und Hausärzte bei der Information und Beratung zu unterstützen, wurden die Fakten zur Masernerkrankung und -impfung bei Erwachsenen für die Ärzte auf einem Informationsblatt zusammengefasst (*Abbildung 3*). Es gibt aktuelle Daten des RKI zu den Risiken der Masernerkrankung sowie zu möglichen Nebenwirkungen und Risiken einer Impfung in leicht verständlicher Weise wieder. Es soll den Hausärztinnen und Hausärzten dabei helfen, ihre Patienten im persönlichen Gespräch über die Masernerkrankung und -impfung aufzuklären. Das Informationsblatt wurde vom Referat *wirksam regieren* in Abstimmung mit dem RKI entwickelt.

Zentral für eine leichte Verständlichkeit von Gesundheitsinformationen ist die Art der Darstellung von Häufigkeitsangaben. Insbesondere bei der Kommunikation von Risiken einer Erkrankung oder Therapie spielt dies eine große Rolle. Häufigkeitsangaben sind leichter verständlich wenn sie als natürliche Häufigkeiten angegeben werden anstatt als relative Häufigkeiten oder Prozentsätze.<sup>30</sup> Dies gilt sowohl für Laien als auch für Experten.<sup>31</sup> Daher werden beispielsweise die Häufigkeitsangaben bei den Nebenwirkungen von Medikamenten als „1 in 1.000 Behandelten“ (natürliche Häufigkeitsangabe) statt mit „0,1% der Behandelten“ (Prozentsatz) angegeben.<sup>32</sup> Infobox 1 veranschaulicht, wie die Angabe natürlicher Häufigkeiten in den Empfehlungen zur Gestaltung von Packungsbeilagen im Arzneimittelgesetz (AMG) berücksichtigt ist.

Bei der Entwicklung des Informationsblattes wurden diese Erkenntnisse zur Verständlichkeit von Häufigkeitsangaben beachtet und natürliche Häufigkeiten der Risiken und Nebenwirkungen der Masernerkrankung und –impfung angegeben.

Darüber hinaus wurde die Bedeutung der Herdenimmunität erläutert. Die Bedeutung des eigenen Immunstatus für die Gewährleistung einer Herdenimmunität ist vielen Menschen noch nicht bekannt und damit eine weitere wichtige Information im Rahmen der Impfscheidung.

### Infobox 1: Natürliche Häufigkeiten erhöhen die Verständlichkeit

#### Beispiel aus den Empfehlungen zur Gestaltung von Packungsbeilagen Gemäß §11 des AMG für Humanarzneimittel

Sehr häufig: kann mehr als 1 von 10 Behandelten betreffen

Häufig: kann bis zu 1 von 10 Behandelten betreffen

Gelegentlich: kann bis zu 1 von 100 Behandelten betreffen

Selten: kann bis zu 1 von 1.000 Behandelten betreffen

Sehr selten: kann bis zu 1 von 10.000 Behandelten betreffen

Nicht bekannt: Häufigkeit auf Grundlage der verfügbaren Daten nicht abschätzbar

Die Bedeutung einer patientengerechten Formulierung und verständlichen Angabe von Häufigkeiten spiegelt sich in den Empfehlungen zur Gestaltung von Packungsbeilagen nach §11 des Arzneimittelgesetzes (AMG) für Humanarzneimittel (gemäß §77 Abs. 1 AMG) und in den Anforderungen §22 Absatz 7 Satz 2 AMG (Überprüfung der Verständlichkeit von Packungsbeilagen) wider. Diese setzen die EU-Empfehlungen der „Guideline on the Readability of the Label and Package Leaflet of Medicinal Products for Human Use“ um.<sup>33</sup>



## Infoblatt „Masern und Masernimpfung“

### Sind Masern nicht eine Kinderkrankheit?

- Nein, auch Erwachsene sind betroffen. Im Jahre 2015 waren **400 von 1000** Erkrankten in Deutschland über 20 Jahre.

### Wie gefährlich ist das Masernvirus für Erwachsene?

- In Deutschland erkrankten im Jahr 2015 etwa **2500** Menschen an Masern. Durch lückenhaften Impfschutz kann es, wie zuletzt in Berlin, jederzeit zu regionalen Ausbrüchen mit deutlich erhöhtem Infektionsrisiko kommen.
- **10 bis 55 von 1000** erkrankten Personen bekommen nach der Infektion eine Lungenentzündung und bei **1 von 1000** Personen entwickelt sich eine Entzündung des Gehirns. Diese kann zu bleibenden Hirnschäden bis hin zum Tod führen.

### Wann sollten Erwachsene geimpft werden?

- Für einen vollständigen Impfschutz sind zwei Masernimpfungen notwendig, die üblicherweise im Kleinkindalter verabreicht werden.
- Alle nach 1970 geborenen Erwachsenen, die in der Kindheit nicht oder nur einmal geimpft wurden oder ihren Immunstatus nicht kennen, sollten **eine Masernimpfung** erhalten.

### Wie gut schützt die Masernimpfung bei Erwachsenen?

- **950 von 1000** nicht-geimpften Personen, die mit dem Masernerreger in Kontakt kommen, erkranken - die Masern sind also hochansteckend.
- **10 von 1000** geimpften Personen, die mit dem Masernerreger in Kontakt kommen, erkranken trotz zweimaliger Impfung. Im Vergleich zu einer Nichtimpfung besteht mit der Impfung also ein sehr wirksamer Schutz.

### Wie groß ist die Gefahr von Nebenwirkungen nach der Impfung für Erwachsene?

- **2 bis 5 von 100** Geimpften bekommen vorübergehend nichtansteckende Impfmasern, die in der Regel mit einem schwachen masernähnlichen Ausschlag und Fieber, selten auch mit Gelenkschmerzen einhergehen.
- **0 bis 1 von 10.000** Geimpften entwickeln allergische Reaktionen oder einen vorübergehenden Abbau von Blutplättchen, der die Blutgerinnung verringert.

### Was versteht man unter Herdenimmunität und warum ist sie wichtig?

- Je mehr Menschen geimpft sind, desto wahrscheinlicher wird es, dass eine Erkrankung sich nicht mehr ausbreiten kann.
- Erwachsene Erkrankte verbreiten die Krankheit ggf. auch stärker als zum Beispiel Kleinkinder, weil sie im Schnitt eine höhere Anzahl von Kontakten haben.
- Durch diese sogenannte Herdenimmunität werden auch Säuglinge und immunschwache Personen geschützt, die selbst nicht effektiv gegen Masern geimpft werden können.
- Langfristig kann sogar die Entstehung von Masernerkrankungen nahezu vollständig verhindert werden – ein Ziel welches einige Regionen der Welt – auch in Europa - schon längst erreicht haben und welches wir mit Ihrer Hilfe auch hier in Deutschland erreichen wollen.

## • Informationsbroschüren für Patienten zur eigenständigen Information

Informationsbroschüren sind ein vielfach eingesetztes Mittel zur Vermittlung von Gesundheitsinformationen. Sie sollen leicht verständlich über die wesentlichen Aspekte eines Themas aufklären. Darüber hinaus enthalten sie meist Hinweise auf weiterführende Informationen. Untersuchungen zeigen, dass Informationsbroschüren in der Regel nur eine geringe Wirkung auf den Wissenstand und das Verhalten von Patienten haben, wenn diese allein eingesetzt werden. Zusammen mit einer mündlichen Information oder Beratung zeigen sie jedoch in vielen Fällen Wirkung.<sup>34</sup> Daher empfehlen Wissenschaftler Informationsbroschüren vor allem zur ergänzenden Unterstützung der mündlichen Beratung durch den Arzt.

Um die Wirkung dieser Unterstützung bei der Patienteninformation zu testen, wurde ein Teil der Hausärztinnen und Hausärzte in dieser Studie gebeten, ihren Patienten Informationsbroschüren als ergänzende Informationsquelle neben dem persönlichen Informationsgespräch anzubieten. Dazu wurden ihnen zusätzlich Informationsbroschüren des BZgA zur Verfügung gestellt, um diese im Wartezimmer für ihre Patienten auszulegen bzw. an bei der Anmeldung an ihre Patienten ausgeben zu lassen. Die Auslage im Wartezimmer sollte den Patienten ermöglichen, die Wartezeit zu nutzen, um sich über relevante Gesundheitsthemen zu informieren und dann ggf. ihre Ärztin oder ihren Arzt auf offene Fragen oder Behandlungsmöglichkeiten anzusprechen. Einen ähnlichen Zweck verfolgt auch die Übergabe bei der Anmeldung. Durch die Übergabe bei der Anmeldung sollte zudem sichergestellt werden, dass die jeweilig relevante Patientengruppe die richtigen Informationen erhält und diese auch wahrnimmt. Beides ist bei einer Auslage im Wartezimmer nicht sichergestellt, da Informationsbroschüren oft übersehen werden und die Zielgruppe nicht erreichen. Eine persönliche Übergabe durch die Sprechstundenhilfe kann zudem dazu genutzt werden, die Informationen in einen Kontext zu setzen.

In der Studie wurde eine Informationsbroschüre der BZgA verwendet, die über die Masern-Mumps-Röteln-Impfung informiert und auf die geltende Impfpflicht der STIKO für nach 1970 geborene Erwachsene eingeht (Auszüge siehe *Abbildungen 4 und 5*, vollständige Broschüre siehe *Materialband A1*).

Abbildung 4: Informationsbroschüre der BZgA. Vorder- und Rückseite



Abbildung 5: Informationsbroschüre der BZgA. Textauszug zur 2010 geänderten Masernimpfpflicht für Erwachsene

### Wann ist eine Impfung für Erwachsene empfohlen?

Da vermehrt auch junge Erwachsene erkranken, empfiehlt die STIKO seit 2010 eine einmalige Impfung gegen Masern für alle nach 1970 Geborenen, die in der Kindheit nicht oder nur einmal geimpft wurden. Die Impfung erfolgt mit MMR-Impfstoff.

Gerade Eltern und junge Erwachsene, die in Gemeinschaftseinrichtungen oder im Gesundheitsdienst beschäftigt sind, sollten ihren Impfschutz überprüfen lassen. Denn wer gegen Masern geschützt ist, kann z. B. Säuglinge, die noch nicht geimpft werden können, nicht anstecken.

## Studiendesign

### Testgruppen

In der Studie wurden drei verschiedene Anschreiben an Hausärztinnen und Hausärzte verschickt. Diese enthielten die Bitte, insbesondere männliche Patienten<sup>35</sup>, die nach 1970 geboren wurden, über die Masernerkrankung und -impfung sowie über die geänderten Impfempfehlungen für Erwachsene zu informieren. Absender der Anschreiben war das Bundesministerium für Gesundheit. Alle Anschreiben enthielten das oben dargestellte Informationsblatt zur Masernerkrankung und -impfung für Ärzte

(Abbildung 3). Weiterhin unterschieden sich die verschiedenen Testgruppen wie folgt:

#### Testgruppe 1: Bitte um Information der Patienten durch den Hausarzt (N=1.100)

Eine erste Gruppe von Ärzten wurde gebeten, ihre Patienten auf ihren Masernimpfstatus und auf die geltenden Impfempfehlungen anzusprechen, über die Masernerkrankung und -impfung bei Erwachsenen zu informieren und ggf. eine Impfung anzubieten.

Abbildung 6 zeigt das Anschreiben des BMG an die Hausärztinnen und Hausärzte der Testgruppe 1.

Abbildung 6: Anschreiben des BMG an die Ärztinnen und Ärzte der Testgruppe 1



Bundesministerium  
für Gesundheit

Bundesministerium für Gesundheit · 11055 Berlin

Herrn Dr. Max Mustermann  
Berliner Straße 99  
10439 Berlin

HAUSANSCHRIFT

POSTANSCHRIFT

TEL  
FAX  
E-MAIL

Sehr geehrter Herr Dr. Mustermann,

die Masernimpfung ist eine einfache und wirkungsvolle Maßnahme, die einen effektiven Schutz vor der hochinfektiösen Masernerkrankung bietet. Dennoch haben viele Menschen in Deutschland keinen ausreichenden Impfschutz gegen Masern. Das betrifft insbesondere **Männer, die zwischen 1970 und 1998 geboren wurden** und im Kindesalter in der Regel nur eine Impfung erhalten haben. Die Ständige Impfkommission empfiehlt eine Impfung für alle Erwachsenen, die nach 1970 geboren wurden und noch gar nicht oder nur einmal in der Kindheit gegen Masern geimpft wurden oder deren Impfstatus unklar ist.

Ich möchte Sie um **Ihre Unterstützung** bitten **bei der Schließung der** gegenwärtig bestehenden **Impflücke**: Bitte sprechen Sie mit Ihren männlichen Patienten, die zwischen 1970 und 1998 geboren wurden, über deren **Masern-Impfstatus** und bieten Sie gegebenenfalls eine Masernimpfung an.

Bekanntlich ist ein guter Impfschutz bei Erwachsenen aus zwei Gründen wichtig. Zum einen sind Masern entgegen der Vorstellung vieler Menschen keine „Kinderkrankheit“: 2015 entfielen fast 40% der Infektionen auf Erwachsene, die meist besonders schwer erkranken. Zum anderen ist eine hohe Impfquote wichtig für die Herdenimmunität - durch sie werden auch Personen geschützt, die selbst nicht geimpft werden können, etwa Säuglinge und Immunschwache.

Um Sie bei der Beratung Ihrer Patienten hinsichtlich der Masernimpfung zu unterstützen, haben wir auf der nächsten Seite die wichtigen Fakten kompakt zusammengefasst.

Weitere Informationen finden Sie auch online unter [www.impfen-info.de](http://www.impfen-info.de)<sup>1</sup>.

Ich danke Ihnen – auch im Namen der AOK – Die Gesundheitskasse, die freundlicherweise den Versand dieser Schreiben ermöglicht hat – für Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen

<sup>1</sup> Ein Angebot der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung



### Testgruppe 2: Bitte um Information der Patienten durch den Hausarzt und Auslage im Wartezimmer (N=1.100)

In einer zweiten Gruppe wurden die Ärzte darüber hinaus gebeten, das Wartezimmer als zusätzlichen Informationspunkt zu nutzen und dort die Informationsbroschüre der BZgA auszulegen, die in einer Stückzahl von 150 Exemplaren mitgeschickt wurde.

Das Anschreiben an die Hausärztinnen und Hausärzte der Testgruppe 2 enthielt zusätzlich folgenden Absatz (vollständiges Anschreiben siehe *Materialband A 2.2*):

„Um Sie bei der Beratung Ihrer Patienten hinsichtlich der Masernimpfung zu unterstützen, haben wir auf der nächsten Seite die wichtigen Fakten kompakt zusammengefasst. Darüber hinaus liegen diesem Schreiben Broschüren mit weiteren Informationen zur MMR-Impfung bei. Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie diese bei sich im Wartezimmer auslegen.“

### Testgruppe 3: Bitte um Information der Patienten durch den Hausarzt und Überreichung bei der Anmeldung (N=1.100)

In einer dritten Gruppe wurden die Ärzte gebeten, die Informationsbroschüre der BZgA bereits bei der Anmeldung durch die Sprechstundenhilfe an Personen der Zielgruppe verteilen zu lassen. Dem Brief lagen 150 Exemplare der Informationsbroschüre bei.

Das Anschreiben an die Hausärztinnen und Hausärzte der Testgruppe 3 enthielt stattdessen zusätzlich folgenden Absatz:

„Um Sie bei der Beratung Ihrer Patienten hinsichtlich der Masernimpfung zu unterstützen, haben wir auf der nächsten Seite die wichtigen Fakten kompakt zusammengefasst. Darüber hinaus liegen diesem Schreiben Broschüren mit weiteren Informationen zur MMR-Impfung bei. Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie diese gezielt an männliche, zwischen 1970 und 1998 geborene Patienten ausgeben würden. Dies könnte beispielsweise bei der Anmeldung geschehen. So kommen die Informationen genau bei den Patienten an, die sie benötigen.“

### Testgruppe 4: Persönliche Bitte an die Ärzte um Information der Patienten und Überreichung bei der Anmeldung (N=703 – nicht randomisiert)

Neben diesen drei Testgruppen wurden die Ärzte in einer vierten Gruppe persönlich auf die Information ihrer Patienten zur Masernimpfung hingewiesen. Der Hinweis erfolgte im Rahmen bereits terminierter, routinemäßiger Beratungsgespräche durch einen AOK-Arztberater. Im Rahmen der regulären persönlichen Beratungsgespräche wurden auch die Risiken der Masernerkrankung, die Wichtigkeit der Impfung zur Erreichung der sogenannten Herdenimmunität, Vor- und Nachteile der Impfung, sowie die aktualisierten RKI-Empfehlungen zur Masernimpfung thematisiert. Die Informationen wurden verbunden mit der Bitte, Patienten der Zielgruppe bei der Anmeldung die Informationsbroschüre der BZgA durch die Sprechstundenhilfe überreichen zu lassen. Insgesamt wurden 703 Beratungsgespräche durch die AOK-Arztberater durchgeführt. Da diese Gruppe nicht zufällig ausgewählt werden konnte, d.h. keine Randomisierung erfolgte, können keine kausalen Schlüsse aus den Beobachtungen in dieser Gruppe gezogen werden. Die Beobachtungen geben jedoch erste Hinweise auf die zu erwartenden Effekte.

### Intention-to-treat-Design

Für das Verständnis der Ergebnisse ist es wichtig anzumerken, dass es sich bei dem vorliegenden Studiendesign um ein sogenanntes Intention-to-treat-Design handelt. Gemessen wird nur die letzte Wirkung auf die Impffzahlen. Das bedeutet, dass die tatsächliche Umsetzung der Patienteninformation in den Arztpraxen nicht nachgehalten wurde. Der Vorteil dieses Studiendesigns ist, dass ein Versand von Anschreiben an Ärzte mit Informationsmaterialien für ihre Patienten realistisch abgebildet wird. Denn typischerweise ist nicht bekannt, wie die Empfänger mit den Informationen weiter verfahren. Bei dem hier gewählten Studiendesign bleiben diese typischen, realistischen Bedingungen auch in der experimentellen Situation erhalten. Eine Kontrolle, z.B. in Form des Nachfragens bei den Arztpraxen, könnte dazu führen, dass zu erwartende Effekte überschätzt werden, da hier nochmal gesondert auf die Information hingewiesen und daran erinnert wird. Der Nachteil des Intention-to-treat-Designs ist, dass nicht überprüft werden kann, inwieweit die Ärztinnen und Ärzte der Bitte um Information und Beratung ihrer Patienten tatsächlich nachgekommen sind bzw. inwieweit sie diese Bitte zur Kenntnis genommen haben.

Da die realistische Einschätzung der zu erwartenden Effekte im Zentrum dieser Studie steht, überwiegen hier jedoch klar die Vorteile dieses Designs.

Tabelle 1 fasst die Maßnahmen in den vier Testgruppen vergleichend zusammen.

**Tabelle 1: Übersicht Testgruppen und Maßnahmen**

Testgruppe	Maßnahmen	Anzahl Arztpraxen
Testgruppe 1 Information der Patienten durch Ärztin oder Arzt	Anschreiben mit der Bitte an den Hausarzt, Patienten im persönlichen Gespräch zu informieren + Informationsblatt für Ärzte	1.100
Testgruppe 2 Information der Patienten durch Ärztin oder Arzt und Auslage im Wartezimmer	Anschreiben mit der Bitte an den Hausarzt, Patienten im persönlichen Gespräch zu informieren + Informationsblatt für Ärzte + Informationsbroschüre der BZgA für Auslage im Wartezimmer	1.100
Testgruppe 3 Information der Patienten durch Ärztin oder Arzt und Überreichung bei der Anmeldung	Anschreiben mit der Bitte an den Hausarzt, Patienten im persönlichen Gespräch zu informieren + Informationsblatt für Ärzte + Informationsbroschüre der BZgA für Übergabe bei der Anmeldung	1.100
Testgruppe 4 (nicht randomisiert) Information der Patienten durch Ärztin oder Arzt und Überreichung bei der Anmeldung	Beratungsgespräch durch Arztberater der Krankenkasse + Informationsbroschüre der BZgA für Übergabe bei der Anmeldung	703

### Stichprobe

Für die Untersuchung wurde eine Zufallsstichprobe von 3.300 Hausarztpraxen aus den Geschäftsbereichen der teilnehmenden AOK-Regionen (AOKen Bayern, Nordost, Rheinland-Pfalz/Saarland und Rheinland/Hamburg) gezogen. Diese Hausarztpraxen wurden pro Region randomisiert, d.h. per Zufall einer der drei Testgruppen 1 bis 3 zugeteilt. Neben den drei zufällig zugeteilten Testgruppen wurden in einer vierten Testgruppe 703 Hausärzte persönlich auf die Information ihrer Patienten zur Masernimpfung hingewiesen. Der Hinweis erfolgte im Rahmen terminierter, routinemäßiger Beratungsgespräche durch einen AOK-Arztberater. Diese vierte Gruppe konnte nicht per Zufall zugeteilt werden. Als Kontrollgruppe dienten alle restlichen 14.542 Hausarztpraxen dieser Regionen, die keiner Testgruppe zugewiesen wurden.

Für alle Praxen wurde erhoben, ob sich Patientinnen bzw. Patienten, die bei den teilnehmenden Krankenkassen versichert waren und zwischen 1970 und 1998 geboren wurden, im Quartal der Intervention gegen Masern impfen ließen. Die Impfzahlen wurden über die Abrechnungsdaten der Praxen mit den teilnehmenden Krankenkassen erfasst. Aufgrund der zufälligen Zuteilung der Praxen auf die ersten drei Testgruppen ist es möglich, etwaige höhere Impfzahlen direkt auf das jeweilige Anschreiben und den entsprechenden Informationsweg zurückzuführen.

Da die 703 Hausarztpraxen der Testgruppe 4 nicht zufällig zugeteilt wurden, sind für diese Gruppe keine kausalen Schlüsse möglich. Die vierte Gruppe wurde daher getrennt von den anderen Gruppen ausgewertet. Sie gibt erste Hinweise über die Wirkung eines alternativen Wegs, Hausärzte für eine gezielte Patientenaufklärung zur Masernerkrankung und -impfung bei Erwachsenen zu gewinnen.

Tabelle 2: Anzahl der Praxen in der Kontrollgruppe und den einzelnen Testgruppen nach Regionen

Region	Kontrollgruppe	Testgruppe 1	Testgruppe 2	Testgruppe 3	Testgruppe 4
A	4.411	450	500	500	-
B	1.873	49	73	65	182
C	2.783	110	99	96	183
D	1.010	41	28	39	235
E	2.988	300	300	300	-
F	1.154	122	83	78	90
G	323	28	17	22	13
<b>Gesamt</b>	<b>14.542</b>	<b>1.100</b>	<b>1.100</b>	<b>1.100</b>	<b>703</b>

Tabelle 2 gibt die Fallzahlen für die Testgruppen und die Kontrollgruppe wieder. Die Regionen wurden anonymisiert (Region A bis G). Die Hausarztpraxen in den teilnehmenden AOK-Regionen wurden typischerweise von ein bis zwei Ärztinnen oder Ärzten geführt und behandelten im Jahr 2016 durchschnittlich 505 AOK-Versicherte pro Praxis. Weitere deskriptive Details zu den Praxen finden sich im Materialband (siehe *Materialband A3*).

## Analyse

Der Versand der Briefe erfolgte zu Beginn des vierten Quartals 2016. Untersucht wurde die Zahl der Masern-Impfungen von AOK-Versicherten der Zielgruppe pro Praxis im vierten Quartal 2016 in den teilnehmenden AOK-Regionen. Der Zeitrahmen von einem Quartal nach der Intervention wurde aufgrund der Annahme gewählt, dass die Wirkung der Intervention in den ersten drei Monaten nach dem Versand der Anschreiben eintritt.

Zunächst wurde untersucht, ob die schriftliche Bitte an die Hausärztinnen und Hausärzte, gezielt über die geänderten Impfempfehlungen zu informieren und zu beraten, einen Effekt auf die Impffzahlen hat. Dazu wurden Testgruppen 1 bis 3 zusammengefasst und mit der Kontrollgruppe verglichen, also mit der Gruppe an Arztpraxen, die kein Anschreiben erhalten hatten. Die Ergebnisse dieses Vergleichs werden unter „Ergebnis 1: Wirkung der Anschreiben an die Hausärzte“ dargestellt.

Weiterhin wurden die Effekte in den einzelnen Testgruppen analysiert. Dazu wurden die Impffzahlen in der jeweiligen Testgruppe mit der Kontrollgruppe verglichen. Die Ergebnisse dieser Analyse sind unter „Ergebnis 2: Unterschiede zwischen den Testgruppen“ erläutert.

Um regionale Unterschiede zu beleuchten, wurden die Impffzahlen in einem nächsten Schritt auf die regionale Ebene heruntergebrochen. Die Ergebnisse dieser Analyse finden sich unter „Ergebnis 3: Regionale Unterschiede“.

Unter „Ergebnis 4: Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Patienten“ findet sich die Analyse möglicher Geschlechterunterschiede in der Wirkung der Maßnahmen.

Bei der Zufallszuteilung der Testgruppen wurden unterschiedliche Größen und Versandkapazitäten der teilnehmenden Krankenkassen berücksichtigt, so dass sich unterschiedliche Zuteilungswahrscheinlichkeiten zu den Testgruppen in allen AOKen ergaben. Aus diesem Grund wurde für die Berechnung der Effekte über alle Regionen hinweg eine Designgewichtung<sup>36</sup> vorgenommen. Diese gleicht die unterschiedliche Zuteilungswahrscheinlichkeit zu den einzelnen Testgruppen aus.



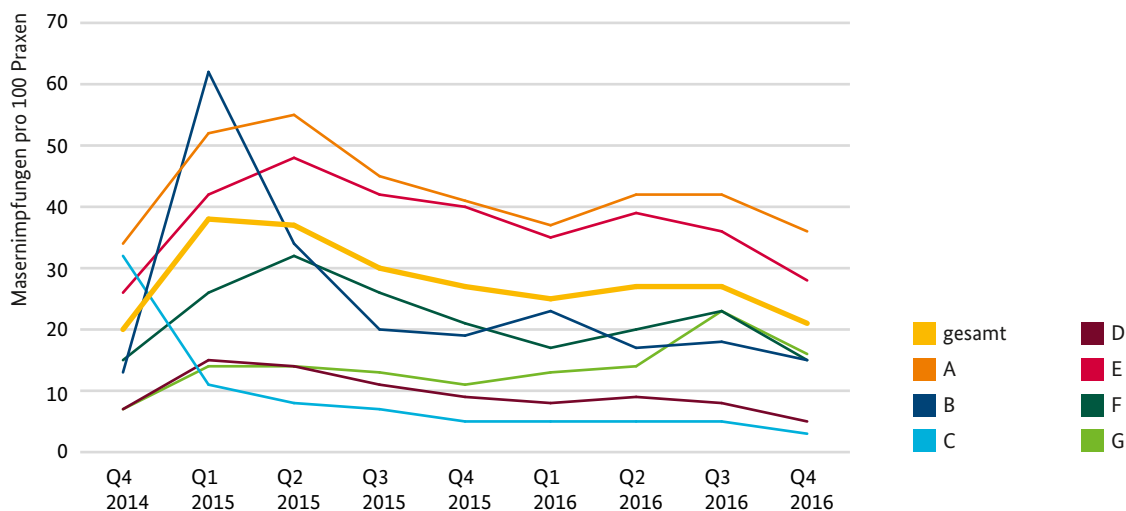
## III. Ergebnisse

### Ausgangssituation

Die Impfdaten der Vorjahre zeigen die Ausgangssituation. Abbildung 7 zeigt den Verlauf der Masern-

impfzahlen von AOK-Patienten pro 100 Hausarztpraxen nach Regionen für den Zeitraum viertes Quartal 2014 bis viertes Quartal 2016. Zu sehen sind deutliche regionale Unterschiede.

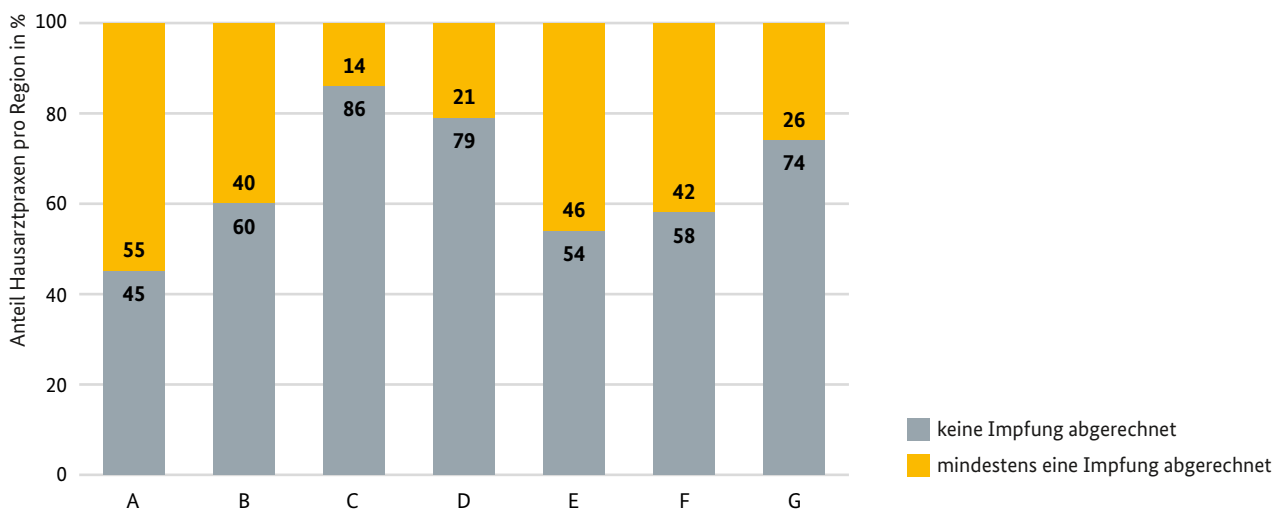
Abbildung 7: Zeitverlauf Masernimpfungen pro 100 Hausarztpraxen nach Regionen (ohne Testgruppen 1 bis 4)



Eine Auswertung der Impfdaten des Vorjahres (2015) zeigt, dass regional ebenfalls starke Unterschiede hinsichtlich des Anteils der Arztpraxen bestand, die Impfungen abgerechnet haben (siehe Abbildung 8).

Auffällig ist der hohe Anteil der Praxen, die 2015 keine einzige Masernimpfung vorgenommen haben. Je nach Region variierte dieser Anteil zwischen 45% und 86% aller Praxen.

Abbildung 8: Vergleich des Anteils der Praxen pro AOK-Region, die im Jahr 2015 mindestens eine Masernimpfung bzw. keine Masernimpfung bei AOK-Patienten abgerechnet haben



## Ergebnis 1: Wirkung der Anschreiben an die Hausärztinnen und Hausärzte

Für die Analyse der Ergebnisse dieser Studie wurden zunächst alle Hausarztpraxen zusammengefasst, die ein Anschreiben erhielten (Testgruppe 1 bis 3; nachfolgend „zusammengefasste Interventionsgruppe“ genannt). Die zusammengefasste Interventionsgruppe wurde dann mit der Kontrollgruppe verglichen, die kein Anschreiben erhielt (siehe *Abbildung 9*). Der Vergleich zeigt, dass es keinen statistisch signifikanten Unterschied in den Masernimpfzahlen zwischen diesen beiden Gruppen gibt; die Anschreiben an die Hausärzte hatten also keinen förderlichen Effekt auf die Impfzahlen (Regressionsanalyse siehe *Materialband A 4.1*).

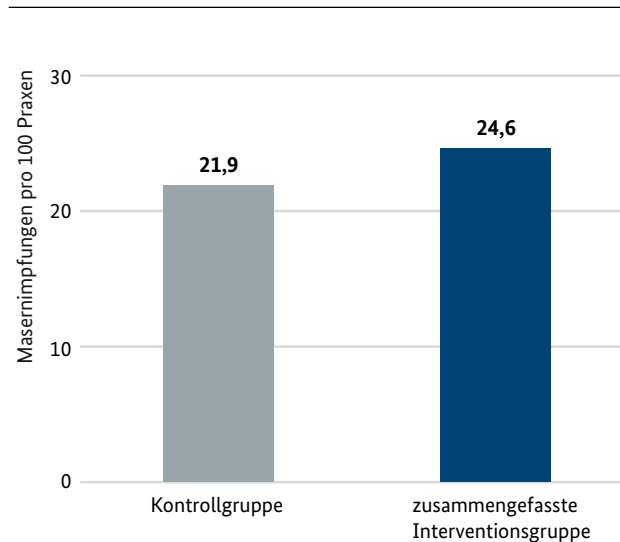
Zu beachten ist, dass obwohl sich die ursprüngliche Bitte an die Ärztinnen und Ärzte vorrangig auf männliche Patienten bezog, hier und im folgenden männliche und weibliche Patienten zusammen analysiert werden. Grund ist, dass nicht ausgeschlossen werden kann, dass die angeschriebenen Praxen ihre Impfberatung aufgrund des Briefes allgemein ausgedehnt haben. Auch bei Beachtung des Geschlechts ändern sich die Schlussfolgerungen nicht.

## Ergebnis 2: Unterschiede zwischen den Testgruppen

**Testgruppe 1:** Betrachtet man die Testgruppen einzeln, so war die Anzahl der Impfungen in Testgruppe 1 mit der Bitte um Information der Patienten durch den Hausarzt am höchsten (siehe *Abbildung 10*). Die Zahl der Impfungen lag in dieser Gruppe um 4,9 Impfungen pro 100 Praxen höher im Vergleich zur Kontrollgruppe. Dieser Effekt ist bei einseitigem Test statistisch signifikant (Regressionsanalyse siehe *Materialband A 4.2*).

Dieses Ergebnis wird allerdings von einigen wenigen Praxen in einzelnen Regionen bestimmt, so dass nicht von einem belastbaren Effekt ausgegangen werden kann (vgl. auch *Tabelle 3*).

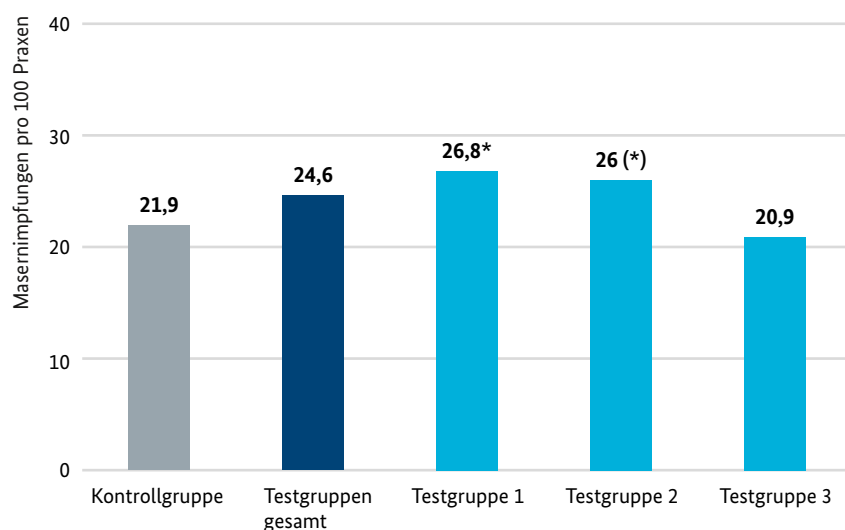
Abbildung 9: Anzahl der Masernimpfungen pro 100 Hausarztpraxen über alle Regionen im vierten Quartal 2016. Kontrollgruppe vs. zusammengefasste Interventionsgruppe



**Testgruppe 2:** Die Bitte um Information der Patienten durch die Ärztin oder den Arzt und Auslage der Informationsbroschüre im Wartezimmer wies leicht geringere Impffzahlen auf. Hier war die Anzahl der Impfungen um 4,1 Impfungen pro 100 Praxen höher im Vergleich zur Kontrollgruppe. Dieser Unterschied ist bei einseitigem Test statistisch marginal signifikant (Regressionsanalyse siehe *Materialband A 4.2*).

Ebenso wie bei Testgruppe 1 wird dieses Ergebnis jedoch stark von einzelnen regionalen Besonderheiten bestimmt.

**Abbildung 10: Anzahl der Masernimpfungen pro 100 Hausarztpraxen über alle Regionen im vierten Quartal 2016. Kontrollgruppe vs. einzelne Testgruppen**



\*\*\*  $p < 0,001$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*  $p < 0,05$  (\*),  $p < 0,1$ <sup>37</sup> einseitiger Test

**Testgruppe 3:** Dagegen zeigte die Bitte um Information der Patienten durch die Ärztin oder den Arzt und Übergabe der Informationsbroschüre bei der Anmeldung keine statistisch signifikant höheren Impffzahlen im Vergleich mit der Kontrollgruppe (Regressionsanalyse siehe *Materialband A 4.2*).

**Testgruppe 4:** In der zusätzlichen, nicht zufällig ausgewählten Testgruppe, in der Ärztinnen und Ärzte von einem Arztberater informiert wurden, lässt sich nach der Intervention im vierten Quartal 2016 ein vergleichsweise niedriger Durchschnittswert von 16,4 Impfungen pro 100 Praxen feststellen.

Da für diese Gruppe kein direkter Vergleich zur Kontrollgruppe oder den anderen Testgruppen möglich ist, wird als Vergleichswert der Vorjahreswert herangezogen, d.h. die Impffzahlen der Testgruppe 4 im vierten Quartal 2015. Dieser Wert lag mit 21,2 Impfungen pro 100 Praxen höher als im Quartal der Intervention. Die Differenz zwischen den beiden Quartalen ist jedoch statistisch nicht signifikant.

Darüber hinaus zeigt sich auch in der Kontrollgruppe ein Rückgang der Impffaktivität zwischen den beiden Quartalen Q4/2015 und Q4/2016. Folglich kann von einer allgemein rückläufigen Impffaktivität zwischen den beiden Zeiträumen ausgegangen werden.

### Ergebnis 3: Regionale Unterschiede

Die Ausgangslage der Masernimpffzahlen im vierten Quartal 2016 war zwischen den Regionen sehr unterschiedlich (siehe Tabelle 3). Während in der Kontrollgruppe in Region C nur 3,2 Impfungen pro 100 Hausarztpraxen durchgeführt wurden, war die Zahl in Region A mit 35,6 Impfungen pro 100 Hausarztpraxen erheblich höher. Diese Unterschiede waren aufgrund einer unterschiedlichen Durchimpfung in den Regionen sowie aufgrund unterschiedlicher Verteilung von städtischen und ländlichen Regionen zu erwarten.

Auch die Ergebnisse in den einzelnen Testgruppen weisen starke regionale Unterschiede auf. Tabelle 3 zeigt die Anzahl der Impfungen im vierten Quartal 2016 pro 100 Praxen in den verschiedenen Regionen. Zur Erläuterung sei die Region C herausgegriffen. In der Kontrollgruppe wurden 3,2 Impfungen pro 100 Praxen vorgenommen. Diese Zahl entspricht den Impfungen, die im Durchschnitt in dieser Region zu beobachten waren, ohne dass eine Intervention erfolgte (sogenannte Basisrate). Wurden die Ärztinnen und Ärzte gebeten, ein Informationsgespräch zu führen und die Informationsbroschüre der BZgA im Wartezimmer auszulegen (Testgruppe 2), erhöhte sich die Zahl der Impfungen um zusätzliche 11,9 auf 15,1 Impfungen pro 100 Praxen. Dies ist ein statistisch höchst signifikanter Anstieg der Masernimpfungen. In den anderen Regionen lässt sich dieser Anstieg jedoch nicht finden.

Tabelle 3: Anzahl der Masernimpfungen pro 100 Hausarztpraxen in den Regionen im vierten Quartal 2016

Region	Kontrollgruppe	Testgruppe 1	Testgruppe 2	Testgruppe 3	Testgruppe 4
A	35,6	36,4	33,8	30,4	-
B	14,5	10,2	12,3	20,0	23,6
C	3,2	3,6	15,1***	2,1	8,2
D	5,2	0	7,1	0	10,6
E	27,7	50,7	37,0	31,3	-
F	15,3	21,3	24,1	15,4	35,6
G	15,8	10,7	17,7	4,6	0
<b>Gesamt</b>	<b>21,9</b>	<b>26,8*</b>	<b>26,0(*)</b>	<b>20,9</b>	<b>-</b>

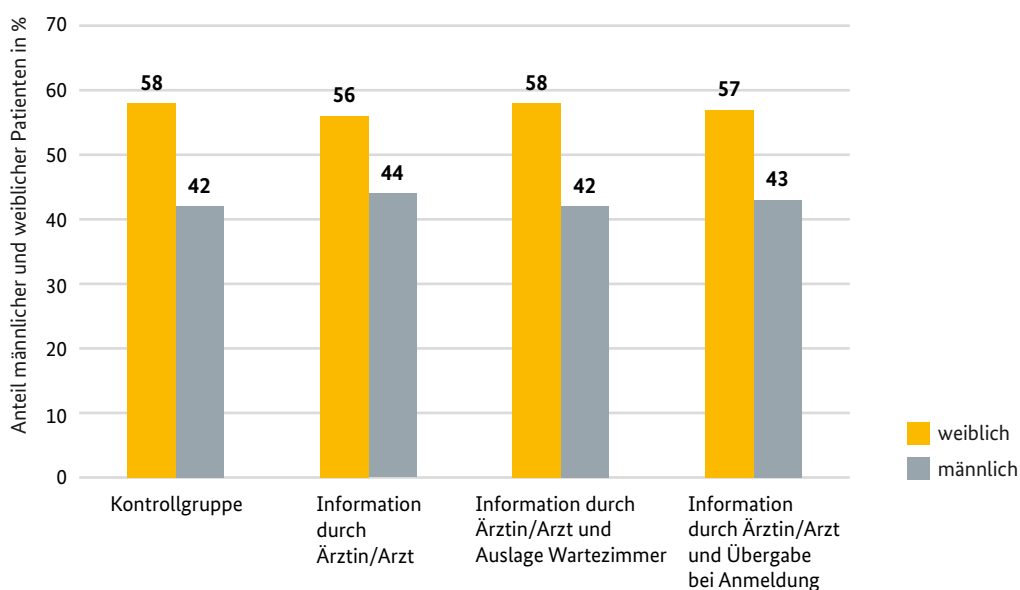
\*\*\* p < 0,001, \*\* p < 0,01, \* p < 0,05 (\*), p < 0,1<sup>38</sup> einseitiger Test, jeweils bezogen auf einen Mittelwertsvergleich zur Kontrollgruppe. Für die Testgruppe 4 wurden auf Grund der fehlenden Randomisierung keine direkten Mittelwertsvergleiche vorgenommen.

#### Ergebnis 4: Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Patienten

Frauen ließen sich im Beobachtungszeitraum vom Beginn bis zum Ende des vierten Quartals 2016 häufiger impfen als Männer. Dies gilt sowohl für die

Kontrollgruppe als auch für die verschiedenen Testgruppen. Abbildung 11 zeigt den Anteil weiblicher und männlicher Patienten, die sich im vierten Quartal 2016 gegen Masern impfen ließen. Es zeigt sich kein Geschlechterunterschied in der Wirkung der Maßnahmen.

Abbildung 11: Anteil der weiblichen und männlichen Patienten, die sich im vierten Quartal 2016 gegen Masern impfen ließen. Kontrollgruppe vs. einzelne Testgruppen





## Diskussion und Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Idee, Hausärztinnen und Hausärzte als Multiplikatoren und wichtige Vertrauenspersonen der Patienten in die gezielte Impfaufklärung von Patienten einzubinden, wird in Fachkreisen häufig als wirkungsvoller Weg zur Schließung der Masernimpflücke bei Erwachsenen diskutiert.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass eine schriftliche Bitte des BMG an Hausärztinnen und Hausärzte, ihre Patienten gezielt über die geänderten Impfempfehlungen zu informieren, keine nachweisbare Wirkung auf die Impffzahlen hatte. Auch wenn es regional große Unterschiede gab, lässt sich in der Gesamtschau sagen, dass diese Maßnahme die Zahl der Masernimpfungen nicht erhöhen konnte. Die Bitte um Unterstützung bei der Aufklärung im Rahmen von persönlichen Gesprächen mit Arztberatern der Krankenkassen ergab ein ähnliches Ergebnis. Auch hier gibt es keine Hinweise auf eine zuverlässige Erhöhung der Impffzahlen.

Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass nur wenige Hausärztinnen und Hausärzte der Bitte um gezielte Patienteninformation gefolgt sind. Ein möglicher Grund dafür ist, dass die Hausärzte davon ausgehen, ihre Patienten bereits hinreichend über die Masernimpfempfehlung und die Masernerkrankung bei Erwachsenen informiert zu haben. Andere mögliche Handlungsbarrieren für die Ärztinnen und Ärzte könnten der Zeitrahmen darstellen, der für die Patientenberatung zur Verfügung steht, die Vergütungsstruktur sowie eine mögliche ablehnende Haltung der Patienten gegenüber dem Thema Impfen. Darüber hinaus erhalten Hausärztinnen und Hausärzte häufig die Bitte, Informationsmaterialien auszulegen. Um Hausärztinnen und Hausärzte für die gezielte Information ihrer Patienten zu gewinnen sind daher ggf. andere Maßnahmen wirkungsvoller, da sie mit größerer Wahrscheinlichkeit wahrgenommen werden. Der Weg über die Arztberater der Krankenkassen zu gehen, ist nach den ersten Hinweisen, die diese Studie bietet, allerdings auch nur bedingt geeignet.

Eine alternative Erklärung für die Ergebnisse dieser Studie ist, dass die Hausärztinnen und Hausärzte zwar der Bitte um Information ihrer Patienten gefolgt sind, sich die Patienten jedoch nach der Information über die geltende Impfempfehlung gegen eine Impfung entschieden haben. Diese alternative Erklärung lässt sich nicht ausschließen. Ein Vergleich mit der Wirkung eines Informationsbriefs, der direkt an Patienten ging

und der von dem Referat *wirksam regieren* in einer parallel laufenden Studie untersucht wurde, spricht jedoch eher gegen diese Erklärung. Denn im Vergleich zu der vorliegenden Studie hatte die direkte Information von Patienten durch einen Informationsbrief der Krankenkassen einen verlässlichen Effekt auf die Schließung der Masernimpflücke bei Erwachsenen. Diese Studie zeigte, dass sich die Impffzahlen von 3 auf 8 Impfungen pro 1.000 Patienten erhöhen ließen, wenn die Patienten von ihrer Krankenkasse direkt Informationen zur Masernimpfung erhielten. Die Ergebnisse dieser Studie finden sich im Bericht „Informationen zur Masernimpfung – Untersuchung postalischer Informationsangebote zur Masernimpfung bei Erwachsenen“ des Referats *wirksam regieren*.<sup>39</sup>

Die Ergebnisse beider Studien zeigen, dass sich die verschiedenen Maßnahmen in ihrer Wirksamkeit deutlich unterscheiden. Ein Vergleich beider Studien ist auf der Webseite [www.bundesregierung.de/wirksam-regieren.de](http://www.bundesregierung.de/wirksam-regieren.de) veröffentlicht. Sie veranschaulichen den Beitrag, den Wirkungsanalysen in der Vorhabenplanung leisten können. Frühzeitige Wirkungsanalysen von Handlungsalternativen ermöglichen die Identifikation wirksamer Maßnahmen und evidenzbasiertes Handeln.

## Endnoten

- <sup>1</sup> Robert Koch Institut. Epidemiologisches Bulletin (2015). 23. November 2015 Nr. 47/48.
- <sup>2</sup> WHO. Measels. Fact sheet. [abgerufen 04. Mai 2018] Verfügbar unter: [www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/measels](http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/measels)
- <sup>3</sup> Die Masern gelten in einem Land als eliminiert, wenn eine endemische Mensch-zu-Mensch-Übertragung über einen Zeitraum von 12 Monaten nicht mehr nachgewiesen werden kann.
- <sup>4</sup> Robert Koch Institut (2018). Aktuelle epidemiologische Situation der Masern und Röteln in Deutschland. [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Praevention/elimination\\_04\\_01.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Praevention/elimination_04_01.html)
- <sup>5</sup> Als Indikatoren für die Umsetzung erfolgreicher Strategien zur Elimination der Masern in der Europa Region der WHO gelten: (1) die Reduktion und Aufrechterhaltung einer Maserninzidenz von weniger als einem Masernfall in 1 Million Einwohnerinnen und Einwohner. Für Deutschland entspricht dies weniger als 80 Masernfällen pro Jahr. (2) das Erreichen einer dauerhaften Impfquote von mindestens 95% für 2 MMR-Impfungen sowie (3) die Nutzung eines adäquaten und qualitativ hochwertigen Surveillance-Systems zur Verifizierung der Masern.
- <sup>6</sup> Bundesministerium für Gesundheit (2015). Nationaler Aktionsplan 2015 – 2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland. Hintergründe, Ziele und Strategie. Verfügbar unter: [www.bundesgesundheitsministerium.de/mrp15-20](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/mrp15-20).
- <sup>7</sup> Robert Koch Institut (2017). Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch Institut – 2017/2018. Epidemiologisches Bulletin, 24. August 2017/Nr. 34.
- <sup>8</sup> Siehe Endnote 6
- <sup>9</sup> Siehe Endnote 7
- <sup>10</sup> Ommen, O., Reckendrees, B., Seefeld, L., & Stander, S. (2014). Einstellungen, Wissen und Verhalten der Allgemeinbevölkerung zum Infektionsschutz, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- <sup>11</sup> Siehe Endnote 6
- <sup>12</sup> Die andere Studie befasst sich mit der Wirkung von Informationen zur Masernimpfung, die Versicherten von Ihrer Krankenkasse direkt zugesandt wurden. Diese Studie wurde in Kooperation mit der Techniker Krankenkasse durchgeführt und kann unter dem Link <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/StatischeSeiten/Breg/wirksam-regieren/Anlagen/Download-Masernimpfung-I.html> abgerufen werden.
- <sup>13</sup> Wahle, K. (2009). Aufgabe und Verantwortung des Hausarztes bei der Impfkontrolle. DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift, 134 (S 02), S65-S70; Horstkötter N., Müller U., Ommen O. Platte A., Reckendrees B., Stander V., Lang P. Thaiss H. (2017). Einstellungen, Wissen und Verhalten von Erwachsenen und Eltern gegenüber Impfungen – Ergebnisse der Repräsentativbefragung 2016 zum Infektionsschutz. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- <sup>14</sup> Die Ergebnisse dieser Studie finden sich im Bericht „Informationen zur Masernimpfung – Untersuchung postalischer Informationsangebote zur Masernimpfung bei Erwachsenen“. Verfügbar unter: <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/StatischeSeiten/Breg/wirksam-regieren/Anlagen/Download-Masernimpfung-I.html>
- <sup>15</sup> Siehe Endnote 4
- <sup>16</sup> Siehe Endnote 7
- <sup>17</sup> Siehe Endnote 7
- <sup>18</sup> Siehe Endnote 4
- <sup>19</sup> Die Masernimpfung wurde im Jahr 1970 eingeführt. Es wird davon ausgegangen, dass Personen, die vor 1970 geboren wurden, eine Masernerkrankung durchgemacht haben und somit weitestgehend geschützt sind. Neben den Altersunterschieden bei der Immunität liegen auch starke regionale Unterschiede vor. In den westlichen Bundesländern wird eine deutlich höhere Maserninzidenz im Vergleich zu den östlichen Bundesländern beobachtet. Dies liegt unter anderem daran, dass es in der DDR eine Impfpflicht gab, in der alten BRD hingegen nicht.
- <sup>20</sup> Poethko-Müller, C., & Schmitz, R. (2013). Impfstatus von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) Bundesgesundheitsblatt 2013, 56: 845-857, DOI 10.1007/s00103-013-1693-6.
- <sup>21</sup> Poethko-Müller, C. & Schmitz, R. (2013). Impfstatus von Erwachsenen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt 56, 845 – 857
- <sup>22</sup> Ommen, O., Reckendrees, B., Seefeld, L., & Stander, S. (2014). Einstellungen, Wissen und Verhalten der Allgemeinbevölkerung zum Infektionsschutz, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- <sup>23</sup> Siehe Endnote 6
- <sup>24</sup> Betsch, C., Böhm, R., & Chapmann, G. (2015). Using Behavioral Insights to Increase Vaccination Policy Effectiveness. Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences, 2 (1), 61–73.
- <sup>25</sup> McDowell M, Rebitschek F, Gigerenzer G, Wegwarth O. (2016). A Simple Tool for Communicating the Benefits and Harms of Health Interventions. MDM Policy & Practice.
- <sup>26</sup> Artinger, S., Baltés, S., Jarchow, C., Petersen, M., Schneider, A. M. (2018). Informationen zur Masernimpfung – Untersuchung postalischer Informationsangebote zur Masernimpfung bei Erwachsenen. Verfügbar unter: <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/StatischeSeiten/Breg/wirksam-regieren/Anlagen/Download-Masernimpfung-I.html>
- <sup>27</sup> Wahle, K. (2009). Aufgabe und Verantwortung des Hausarztes bei der Impfkontrolle. DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift, 134 (S 02), S65-S70.
- <sup>28</sup> Horstkötter N., Müller U., Ommen O. Platte A., Reckendrees B., Stander V., Lang P. Thaiss H. (2017). Einstellungen, Wissen und Verhalten von Erwachsenen und Eltern gegenüber Impfungen – Ergebnisse der Repräsentativbefragung 2016 zum Infektionsschutz. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- <sup>29</sup> Siehe Endnote 27
- <sup>30</sup> McDowell, M., Jacobs, P. (2017). Meta-analysis of the effect of natural frequencies on Bayesian reasoning. Psychological Bulletin, 143, 1273-1312; Hoffrage, U., Gigerenzer, G. (1998). Using natural frequencies to improve diagnostic inferences. Academic Medicine, 73, 538-540; Akl, E., Oxman, A., Herrin, J., Vist, G., Terrenati, I., Sperati, F. (2011). Using alternative statistical formats for presenting risk and risk reduction. Cochrane Database Syst Rev 2011. (4): CD006776.
- <sup>31</sup> Hoffrage, U., Lindsay, S., Hertwig, R. & Gigerenzer, G. (2000). Communicating statistical information. Science, 290, 2261 – 2262; Edwards, A1, Elwyn, G., Covey, J., Matthews E. & Pill, R. (2001). Presenting risk information – A review of the effects of "framing" and other manipulations on patient outcomes. J Health Communication, Volume 6, 61-82; Jungermann, H. & Benighaus, L. (2016). Kommunikation gesundheitlicher Risiken. In: Benighaus, L., Renn, O. & Benighaus, C. (Hrsg.). Gesundheitsrisiken im gesellschaftlichen Diskurs, 35-65, Bremen: EHV academicpress.
- <sup>32</sup> Bekanntmachung von Empfehlungen zur Gestaltung von Packungsbeilagen nach §11 des Arzneimittelgesetzes (AMG) für Humanarzneimittel (gemäß §77 Abs. 1 AMG) und zu den Anforderungen §22 Absatz 7 Satz 2 AMG (Überprüfung der Verständlichkeit von Packungsbeilagen). Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte.
- <sup>33</sup> [http://ec.europa.eu/health/documents/eudralex/vol-2/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/documents/eudralex/vol-2/index_en.htm)
- <sup>34</sup> Coulter, A., & Ellins, J. (2007). Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. BMJ: British Medical Journal, 335(7609), 24. Redman, S., & Paul, C. L. (1997). A review

of the effectiveness of print material in changing health-related knowledge, attitudes and behaviour. *Health Promotion Journal of Australia: Official Journal of Australian Association of Health Promotion Professionals*, 7(2), 91.

<sup>35</sup> Die Bitte bezog sich insbesondere auf männliche Patienten, da hier die größte Impflücke vorliegt, s. Poethko-Müller, C. & Schmitz, R. (2013). Impfstatus von Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt* 56, 845 – 857.

<sup>36</sup> Zur Designgewichtung siehe Gabler, S., Kolb, J.-P., Sand, M. & Zins, S. (2015). Gewichtung. Mannheim, GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (GESIS Survey Guidelines). DOI: 10.15465/gesis-sg\_007

<sup>37</sup> \*\*\* = höchst signifikant ( $p < 0,001$ ), \*\* = hoch signifikant ( $p < 0,01$ ), \* = signifikant ( $p < 0,05$ ), (\*) = tendenziell signifikant ( $p < 0,1$ ). „Signifikant“ bedeutet, dass die Irrtumswahrscheinlichkeit 5% oder niedriger ist.

<sup>38</sup> Siehe Endnote 37

<sup>39</sup> Siehe Endnote 26

## Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1: Masernfälle pro Jahr in Deutschland 2013 bis 2017
- Abb. 2: Masernfälle 2017 nach Alter in Prozent
- Abb. 3: Informationsblatt „Masern und Masernimpfung“ für Ärzte
- Abb. 4: Informationsbroschüre der BZgA. Vorder- und Rückseite
- Abb. 5: Informationsbroschüre der BZgA. Textauszug zur 2010 geänderten Masernimpfempfehlung für Erwachsene
- Abb. 6: Anschreiben des BMG an die Ärztinnen und Ärzte der Testgruppe 1
- Abb. 7: Zeitverlauf Masernimpfungen pro 100 Hausarztpraxen nach Regionen (ohne Testgruppe 1 bis 4)
- Abb. 8: Anteil der Praxen pro AOK-Region, die im Jahr 2015 mindestens eine Masernimpfung bzw. keine Masernimpfung abgerechnet haben
- Abb. 9: Anzahl der Masernimpfungen pro 100 Hausarztpraxen über alle Regionen im vierten Quartal 2016. Kontrollgruppe vs. zusammengefasste Interventionsgruppe
- Abb. 10: Anzahl der Masernimpfungen pro 100 Hausarztpraxen über alle Regionen im vierten Quartal 2016. Kontrollgruppe vs. einzelne Testgruppen
- Abb. 11: Anteil der weiblichen und männlichen Patienten die sich im vierten Quartal 2016 gegen Masern impfen ließen. Kontrollgruppe vs. einzelne Testgruppen

## Tabellenverzeichnis

- Tab. 1: Übersicht Testgruppen und Maßnahmen
- Tab. 2: Anzahl der Praxen in der Kontrollgruppe und den einzelnen Testgruppen nach Regionen
- Tab. 3: Anzahl der Masernimpfungen pro 100 Hausarztpraxen in den Regionen im vierten Quartal 2016

# Mit Bürgern für Bürger – Regierungsstrategie *wirksam regieren*

„Wir wollen die Zielgenauigkeit und Wirksamkeit politischer Vorhaben dadurch erhöhen, dass wir politische Vorhaben stärker aus Sicht und mit Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger entwickeln.“

Die Bundesregierung setzt diese Vereinbarung des Koalitionsvertrages von Dezember 2013 um. Das Referat *wirksam regieren* im Bundeskanzleramt unterstützt seit 2015 Ministerien und Behörden dabei, Bürgerinnen und Bürger direkt in die Gestaltung und Verbesserung konkreter Vorhaben einzubinden.

Ob Gesetz oder Vorschrift, Verwaltungsprozess oder Formular – der Staat hat vielfältige Möglichkeiten, das Gemeinwesen zu ordnen und politische Ziele zu erreichen. In jedem Fall stellt sich die Frage, wie das politische Ziel durch die konkrete Ausgestaltung bestmöglich erreicht werden kann.

Bei ausgewählten politischen Vorhaben testet das Referat *wirksam regieren* alternative Gestaltungs- und Umsetzungsmöglichkeiten. Sie tut dies ganz praktisch, unter realistischen Bedingungen und im Dialog mit Bürgerinnen und Bürgern.

## Verstehen.

Am Anfang steht das Verstehen der Situation und der Blickwinkel aller Beteiligten.

Dazu werden je nach Projekt Bürger, Verbraucher, Nutzer etc. befragt: Profitieren die Betroffenen in beabsichtigter Weise von einem geplanten Vorhaben? Wie erleben Bürgerinnen und Bürger behördliche Dienstleistungen und wo sehen sie Verbesserungspotential? Sind Formulare, Anträge und Rechtssprache verständlich? Sind Informationen für Verbraucher hilfreich?

Das Referat arbeitet interdisziplinär auf der Basis der aktuellen Erkenntnisse der empirischen Sozialwissenschaften. Beispielsweise helfen Verhaltens- und Entscheidungswissenschaften besser zu verstehen, wie Menschen mit Informationen umgehen oder Prozessabläufe wahrnehmen.

## Designen.

In einem zweiten Schritt werden aus diesen Ergebnissen Gestaltungsalternativen entwickelt.

Wo immer es sinnvoll ist, werden bei Projekten Bürgerinnen und Bürger bereits in diese Phase des Designs oder der Verbesserung politischer Vorhaben einbezogen. So werden Erfahrungen und Sichtweisen der Bürger berücksichtigt.

## Testen.

Die verschiedenen Gestaltungsmöglichkeiten werden mit Blick auf ihre tatsächliche Wirkung, Nutzerfreundlichkeit oder Verständlichkeit empirisch geprüft. Probleme und Hindernisse können erkannt und Verbesserungspotential ausgeschöpft werden.

## Auswerten.

Ministerien oder Behörden formulieren Fragestellung und Beratungsumfang. Das Referat *wirksam regieren* führt die Untersuchung durch, erhebt Daten und wertet diese aus.

Die Ergebnisse fließen in den politischen Prozess und die Entscheidungsfindung in den Ministerien und Behörden ein.

Der Vorteil des Ansatzes: die Wirksamkeit politischer Vorhaben kann aus Perspektive der Bürgerinnen und Bürger optimiert werden: Gesetze und Programme werden zielgenauer. Informationen werden verständlicher. Formulare, Abläufe und Rechtssprache einfacher. Unnötige Bürokratie wird vermieden und Steuergelder werden gespart.

Wissenschaftliche Expertise wird genutzt; Erfahrung, Ideen und Blickwinkel der Bürgerinnen und Bürger werden einbezogen – für bessere Lösungen, für eine wirksame Politik.

## **Impressum**

### **Herausgeber**

Presse- und Informationsamt der Bundesregierung  
11044 Berlin

### **Autoren**

Dr. Sabrina Artinger, Susanne Baltes, Dr. Christian Jarchow,  
Dr. Malte Petersen, Dr. Andrea M. Schneider

### **Koordination**

Bundeskanzleramt  
Referat 612 – Wirksam Regieren  
Abteilung 6 Politische Planung, Innovation und Digitalpolitik,  
Strategische IT-Steuerung  
wirksam.regieren@bk.bund.de  
Willy-Brandt-Straße 1  
10557 Berlin

### **Stand**

November 2018

### **Gestaltung**

adlerschmidt GmbH, 10783 Berlin

### **Bildnachweis**

Getty Images/iStockphoto  
DETart21/S. 6  
monkeybusinessimages/Titel, S. 18  
Wavebreak/S. 7

### **Web**

Direktlink zu Themenseite wirksam regieren:  
[www.bundesregierung.de/wirksam-regieren](http://www.bundesregierung.de/wirksam-regieren)

### **Bericht & Materialband „Patienteninformationen zur Masernimpfung in Hausarztpraxen“:**

<http://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/wirksam-regieren/berichte>

