



Forum Impfschutz

DAS ÖSTERREICHISCHE IMPFSYSTEM UND SEINE FINANZIERUNG

*Lösungsvorschläge für eine
alternative Finanzierungsform*

Im Auftrag von: Forum Impfschutz

Projektorganisation: Peri Consulting GmbH

Autor: Mag. Michael Kunze

Mai 2010, Wien

INHALTSVERZEICHNIS

VORWORT	4	4.1.2 Teilfinanzierung durch Sozialversicherungen und/oder Länder	18
1 ZUR BEDEUTUNG VON SCHUTZIMPFUNGEN	5	4.1.3 Impfungen ohne öffentlichen Zuschuss	18
1.1 Die Anfänge der Immunisierung	5	4.2 Sicherung angemessener Finanzierung	18
1.2 Die volkswirtschaftliche Bedeutung von Impfprogrammen	6	4.3 Zielsetzungen für ein neues Finanzierungsmodell	19
1.3 Die Stimme der Impfgegner	6	4.4 Sinnvolle Finanzierung mittels Zuschussmodell	19
2 DAS ÖSTERREICHISCHE IMPFSYSTEM	8	4.5 Vorteile des Zuschussmodells	21
2.1 Der österreichische Impfplan	9	4.6 Conclusio	21
2.2 Das österreichische Kinderimpfkonzept	9	LITERATURVERZEICHNIS	22
2.3 Der Mutter-Kind-Pass	9		
2.4 Vom Allgemeinmediziner zum Impfmanager	10	ABBILDUNGEN	
2.5 Der elektronische Impfpass	10	Abbildung 1: Durchimpfungsraten Masern	12
2.6 Beispiel: Rotavirus-Impfprogramm	10	Abbildung 2: Durchimpfungsraten DTP	13
2.7 Neue Herausforderungen an das Impfkonzept	11	Abbildung 3: Durchimpfungsraten der Influenza-Impfung	13
3 EIN EUROPÄISCHER VERGLEICH	12	Abbildung 4: Finanzierung der Pneumokokken-Impfung im Großraum Europa	14
3.1 Durchimpfungsraten der Masernimpfung	12	Abbildung 5: Finanzierung der HPV-Impfung im Großraum Europa	15
3.2 Durchimpfungsraten der Diphtherie-, Tetanus- und Pertussisimpfung	13	Abbildung 6: Zielsetzungen für ein neues Finanzierungsmodell	19
3.3 Durchimpfungsraten der Influenza-Impfung	13		
3.4 Finanzierung der HPV- und Pneumokokken-Impfung	14	TABELLEN	
4 EIN NEUES FINANZIERUNGSMODELL FÜR DAS ÖSTERREICHISCHE IMPFWESEN	16	Tabelle 1: Aktuelle Finanzierungsmodelle	17
4.1 Derzeitige Finanzierungsmodelle	16	Tabelle 2: Preisbildung ALT und Preisbildung bei Zuschussmodell NEU	20
4.1.1 Voll-Finanzierung durch den Staat	16		

VORWORT

Das Thema Impfen zählt zu den ganz großen Erfolgsgeschichten der modernen Medizin. In den letzten 200 Jahren wurden unzählige Impfstoffe entwickelt und verbessert und somit Millionen von Menschen vor Krankheiten bewahrt. Angesichts dieser Erfolge müssten sich Impfprogramme eigentlich größter Beliebtheit erfreuen und die Finanzierung von Schutzimpfungen oberste Priorität in der Gesundheitspolitik haben.

In Österreich sieht die Realität allerdings etwas anders aus: Die Impfquoten stagnieren, die Finanzierung der Schutzimpfungen ist nicht adäquat organisiert und die Stimme der Impfgegner wird besonders laut vernommen.

Österreich verfügt über ein grundsätzlich hervorragendes Impfkonzzept, das bestimmte Schutzimpfungen allen Kindern bis zum 15. Lebensjahr kostenlos zur Verfügung stellt. Jedoch können dringend notwendige Erweiterungen der öffentlichen

Unterstützung aufgrund der derzeitigen Finanzierungsformen oftmals nicht umgesetzt werden. Die Impfvorsorge der Bevölkerung nach dem 15. Lebensjahr wird nur unzureichend vom Staat unterstützt – es mangelt an Informationen, Anreizsystemen und auch hier an einer adäquaten Finanzierung. Es sollte im Interesse aller Akteure im Gesundheitswesen liegen, mit großer Intensität für das Thema Impfen einzutreten, um die Popularität von Impfungen zu steigern und die Versorgung zu sichern. Ein durchdachtes neues Finanzierungsmodell für Impfungen ist einer der ersten wichtigen Schritte in die richtige Richtung.

Forum Impfschutz,
Mai 2010

1 ZUR BEDEUTUNG VON SCHUTZIMPFUNGEN

Die unglaubliche Entdeckung der Immunisierung¹ zählt zu einem der größten Fortschritte der Medizin und hat enormen wirtschaftlichen, gesellschaftlichen und individuellen Nutzen gebracht.

Für moderne Gesellschaften sind Impfungen und somit die Immunität vor Infektionskrankheiten so selbstverständlich geworden, dass die Impfmotivation teilweise rückläufig ist.

Schlimmer noch, gut organisierte Gruppierungen von Impfgegnern kämpfen unermüdlich gegen die Popularität von Impfungen an. Aber werfen wir zuerst einmal einen Blick auf die Geschichte der Schutzimpfung, bevor wir uns aktuellen Problemstellungen widmen.

1.1 DIE ANFÄNGE DER IMMUNISIERUNG

Neben den Verbesserungen auf dem Gebiet der Hygiene gilt die Einführung der Impfprophylaxe als die wichtigste Neuerung der Medizin des 18. Jahrhunderts. Die gezielte Abschwächung der gefürchteten Pockenerkrankung durch Variolation (Impfung mit echten Pocken) war zwar im Orient und in Westafrika schon lange üblich, jedoch fehlte das Verständnis der genauen Wirkungsweise². Die Methode war auch nicht ganz ungefährlich, und es kam häufig zu Krankheitsausbrüchen mit tödlichem Ausgang.

Gegen Ende des 18. Jahrhunderts schaffte es der englische Landarzt Edward Jenner eine weniger gefährliche Impfmethode zu entwickeln. Er hatte beobachtet, dass Menschen, die sich schon einmal mit den weniger gefährlichen Kuhpocken infiziert hatten, oft von einer Infektion mit Menschenpocken

verschont blieben. Wenn man also Menschen mit Kuhpocken infizieren würde, so schlussfolgerte Jenner, könnte man sie gegen Menschenpocken immunisieren. Jenner führte das gefährliche Experiment durch und impfte im Jahr 1796 einen achtjährigen Buben zuerst mit Kuhpocken und einige Wochen später mit Menschenpocken. Der Bub zeigte gegen Letztere Immunität, und der erste dokumentierte Versuch einer Impfung war geglückt. Da der Impfstoff von Kühen stammte, nannte Jenner ihn Vaccine³. Wenngleich diese Art der Immunisierung sich schnell verbreitete und die Wirkung der Pockenimpfung auf der Hand lag, gab es auch damals schon vehemente Impfgegner. Die Ursache für Infektionskrankheiten blieb aber weiterhin unbekannt.

Dies änderte sich erst rund 60 Jahre später. Im Jahr 1864 formulierte Louis Pasteur die Keimtheorie, und wenig später erbrachte Robert Koch den Nachweis der Krankheitserreger von Milzbrand und der Tuberkulose-Bakterien. Danach ging es Schlag auf Schlag. Pasteur und Émile Roux entwickelten gemeinsam Impfstoffe gegen Milzbrand (1881) und gegen Tollwut (1885), und wenig später folgte die passive Immunisierung gegen Diphtherie und Wundstarrkrampf (1890).

Seitdem wurden systematisch und erfolgreich zahlreiche weitere Impfstoffe gegen Infektionskrankheiten entwickelt. Seit 1967 werden unter der Schirmherrschaft der WHO weltweite Impfprogramme entwickelt und umgesetzt.⁴

1.2 DIE VOLKSWIRTSCHAFTLICHE BEDEUTUNG VON IMPFPROGRAMMEN

Die heute vorliegenden Daten zeigen, dass durch Impfungen positive Public Health-Effekte zu erzielen sind, durch die sowohl kurz- als auch langfristig Kosten im Gesundheitssystem eingespart werden können.

Dies trifft insbesondere dann zu, wenn Impfungen bei Kindern im Rahmen von groß angelegten Impfprogrammen durchgeführt werden.⁵

Die international anerkannte Bedeutung von Impfungen als präventivmedizinische Maßnahme zeigt auch die Platzierung im Ranking der zehn größten Public Health-Errungenschaften des 20. Jahrhunderts. In dieser vom Centers for Disease Control and Prevention in den Vereinigten Staaten erstellten Auflistung belegen Immunisierungen den ersten Platz.⁶

Schutzimpfungen schützen aber nicht nur individuelle Personen, sondern auch die Gemeinschaft. In der Volkswirtschaftslehre gelten Immunisierungen als das Paradebeispiel für positive externe Effekte, auch Spillover-Effekte genannt: Lässt sich ein Mensch gegen eine ansteckende Krankheit impfen, so zieht er daraus einen persönlichen Nutzen in Form seiner persönlichen Gesundheit. Aber auch andere Menschen laufen nun keine Gefahr mehr, sich bei ihm anzustecken. Die Impfung hat einen positiven Effekt auf die Allgemeinheit. In dieser Situation ist der soziale Nutzen aller Wirtschaftsakteure höher als der private Nutzen des Individuums.⁷

Das genannte Phänomen birgt aber auch Gefahren in sich. Da ungeimpfte Personen von geimpften profitieren, sinkt der Anreiz des Einzelnen, sich selbst impfen zu lassen. Im Ergebnis fällt die Impfquote tendenziell zu niedrig aus. Dies trifft insbesondere auf Impfungen zu, die privat zu bezahlen sind.

Ein besonders wichtiger Aspekt von Schutzimpfungen ist der Schutz der Bevölkerung vor Epidemien. Diese können vor allem dann auftreten, wenn die Durchimpfungsraten der Bevölkerung unter einem bestimmten Wert liegen. Bei Masern beispielsweise müssen in etwa 95 % der Bevölkerung geimpft sein, um eine Ausbreitung in der Bevölkerung zu verhindern. Dieser Effekt wird als Herdenimmunität bezeichnet. Die Höhe der notwendigen Durchimpfungsraten ist dabei von Infektionskrankheit zu Infektionskrankheit verschieden.⁸

Vor diesem Hintergrund wird klar, welchen Stellenwert die Unterstützung von Impfprogrammen durch die öffentliche Hand für eine Volkswirtschaft hat und welche wichtige Rolle die Steigerung von Impfquoten spielt.

Impfungen zählen zu den wenigen Public Health-Maßnahmen, die direkt Kosten sparen. Trotz der eindeutigen Kosteneffizienz gelten sie weltweit als unterbewertet. Die Wichtigkeit von Immunisierungen effizient zu kommunizieren und die Impfbeteiligung weiter anzuheben, sollte zu den Hauptaufgaben der Gesundheitspolitik zählen.⁹

1.3 DIE STIMME DER IMPFEGEGNER

Obwohl die Zahl der Impfgegner recht gering ist (in Deutschland beispielsweise wird sie auf drei bis fünf Prozent der Gesamtbevölkerung geschätzt), vernimmt man ihre Stimme teilweise doch recht deutlich. Durch die Möglichkeiten der modernen Informationsgesellschaft wird die Vernetzung und Verbreitung impfkritischer Ideen deutlich erleichtert und zum Teil großer Einfluss auf die Impfakzeptanz der Bevölkerung ausgeübt.

Impfkritiker und -skeptiker gibt es seit der Erfindung der Pockenschutzimpfung. Sie sorgten schon damals bei der Umsetzung des Impfgedankens für Verzögerungen. Die heute am häufigsten benutzten Argumente sind nicht neu, sondern zirkulieren seit vielen Jahren. Ihren Ursprung haben sie oft im vorigen Jahrhundert; sie sind meist irrational oder

zumindest unwissenschaftlich. Viele impfgegnerische Einstellungen haben auch esoterische, religiöse oder ideologische Hintergründe.

Im Zusammenhang mit der Impfkritik wird häufig das Paradoxon wirksamer Prävention genannt. Damit ist gemeint, dass eine gut funktionierende Impfprävention durch das darauf folgende Verschwinden der Erkrankungen zu ihrem eigenen „Feind“ werden kann. Der starke Rückgang der impfpräventablen Erkrankungen führt dazu, dass deren Wahrnehmung in der Öffentlichkeit sinkt. Treten Erkrankungen durch erfolgreiche Impfungen seltener auf, so wird es immer schwieriger, ihre Bedrohlichkeit zu belegen. Das ist einer der Gründe, warum die sehr seltenen Komplikationen bei Impfungen teilweise stark überbewertet werden.

Als förderlich für die Entwicklung impfkritischer Ideen kann unter anderem die unzureichende Information und Aufklärung seitens der Gesundheitspolitik gesehen werden. Ein weiteres Problem stellt die mitunter unzureichend kommunizierte Überwachung von Nebenwirkungen dar. Die Förderung der Vernetzung der Akteure im Impfwesen und ein durchdachtes Kommunikationskonzept könnten zur Verbesserung der öffentlichen Darstellung des Impfens maßgeblich beitragen.¹⁰

- 1 Immunitas = lat. Befreiung
- 2 Eckart 2009
- 3 Vacca = lat. Kuh
- 4 <http://de.wikipedia.org/wiki/Impfung>
- 5 Siebert 2009
- 6 <http://www.cdc.gov/about/history/tengpha.htm>
- 7 Samuelson/Nordhaus 2005
- 8 Wiedermann-Schmidt 2008
- 9 Ehreth 2003
- 10 Meyer/Reiter 2004

2 DAS ÖSTERREICHISCHE IMPFSYSTEM

Das österreichische Impfsystem blickt inzwischen auf eine mehr als 200-jährige Erfolgsgeschichte zurück. Seit der ersten öffentlichen Schutzimpfung im Jahr 1800 in Brunn am Gebirge gibt es in Österreich ein Impfwesen im Sinne öffentlicher Schutzimpfungen. Die erste Regelung erfuhr das Impfwesen 1836 in der „Vorschrift über die Kuhpockenimpfung in den k. k. Staaten“. Damit wurde die Schutzimpfung gegen Pocken zur ersten gesetzlich verpflichtenden Impfung in Österreich. Durch die weltweite Eliminierung dieser Krankheit ist die entsprechende Impfung inzwischen obsolet geworden.¹¹

Auch in der jüngeren Vergangenheit halfen die Maßnahmen des österreichischen Impfwesens wiederholt, gefährliche Infektionskrankheiten massiv einzudämmen beziehungsweise auszurotten: Im Jahr 1960 gab es in Österreich noch 829 gemeldete Diphtheriefälle. Inzwischen gibt es seit mehreren Jahren keine Neuinfektionen mehr. Die Fälle von Keuchhusten wurden zwischen 1960 und 2006 von 2.700 auf 78 reduziert. Dies entspricht einem Rückgang von 98 Prozent. Ein weiteres Beispiel ist das Auftreten von Kinderlähmung in Österreich. In den Jahren 1954 bis 1959 waren bei der letzten Kinderlähmungsepidemie in Österreich noch 591 Todesopfer zu beklagen. Im Jahr 1960 wurden noch rund 400 Fälle gemeldet. Inzwischen ist diese Krankheit in Österreich seit mehr als 20 Jahren nicht mehr vorhanden. Auf internationaler Ebene besteht sogar das durchaus erreichbare Ziel, die Kinderlähmung weltweit auszurotten.¹²

Die genannten Zahlen zeigen einmal mehr, dass nahezu jede Maßnahme der Impfprävention, die einen einigermaßen hohen Grad an Durchimpfung

erreicht, die Krankheit entweder eliminieren oder zumindest auf ein minimales Maß zurückdrängen kann.

Grundsätzlich ist festzustellen, dass die primäre Prävention durch Schutzimpfungen die beste und erfolgreichste Strategie im gesamten Gesundheitswesen ist. Dies trifft auch unter Berücksichtigung gesundheitsökonomischer Überlegungen zu.¹³

Trotz der bisher erfreulichen Entwicklungen der Impfungen droht gerade in jüngster Zeit durch die angespannte Finanzlage des Bundes, der ja zum größten Teil für die öffentliche Finanzierung der Impfungen aufkommt, die Weiterführung dieser Erfolgsgeschichte zu scheitern.

2.1 DER ÖSTERREICHISCHE IMPFPLAN

Der erste offizielle, vom Obersten Sanitätsrat beschlossene, Impfplan für Österreich wurde im Jänner 1984 erlassen. Die Impfeempfehlungen für Österreich werden seitdem entsprechend der Verfügbarkeit neuer Impfstoffe oder Impfstoffkombinationen unter Berücksichtigung der epidemiologischen Daten der zu verhütenden Infektionskrankheit jährlich überarbeitet und vom Impfausschuss des Obersten Sanitätsrats neu beschlossen. Die enthaltenen Impfeempfehlungen basieren auf sorgfältigen Abwägungen von Nutzen und Risiko. Der Oberste Sanitätsrat ist ein medizinisch-wissenschaftliches Organ, bestehend aus Spitzenpersönlichkeiten aller medizinischen Fächer. Er berät das Gesundheitsministerium in grundsätzlichen medizinischen Fragen und erstellt Gutachten.

Im Impfplan wird darauf hingewiesen, dass es eine ärztliche Verpflichtung ist, für einen ausreichenden Impfschutz der Patienten zu sorgen. Dazu gehört die rechtzeitige Grundimmunisierung von Säuglingen und Kleinkindern sowie die Aufrechterhaltung des Schutzes durch Auffrischungsimpfungen in jedem Lebensalter. Weiters wird empfohlen, weitestgehend Kombinationsimpfungen durchzuführen, um die Zahl der Injektionen möglichst gering zu halten.¹⁴

Die jeweils aktuelle Fassung des österreichischen Impfplans ist auf der Webseite des Bundesministeriums für Gesundheit abrufbar.

Die derzeitige Finanzierungssituation lässt die Umsetzung von wichtigen Impfempfehlungen des Obersten Sanitätsrats in das Kinderimpfkonzept bzw. die öffentliche Finanzierung von wichtigen Impfungen für Erwachsene und Senioren nicht zu.

2.2 DAS ÖSTERREICHISCHE KINDERIMPFKONZEPT

Im Jahr 1998 hat das Bundesministerium für Gesundheit in enger Zusammenarbeit mit den Bundesländern und dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger das sogenannte Impfkonzept geschaffen. Die Initiative ergriff Eleonore Hostasch, die damalige Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales.¹⁵

*Das Bahnbrechende an diesem Konzept war, dass erstmals von der Politik der Stellenwert von Impfungen für die Volksgesundheit durch Übernahme der Kosten durch die Allgemeinheit anerkannt wurde.*¹⁵

Das äußerst wirksame Instrument des Impfkonzepts erlaubt es, dass alle österreichischen Kinder bis zum 6. Lebensjahr bei niedergelassenen Fachärzten für Kinderheilkunde und Ärzten für Allgemeinmedizin kostenlos bestimmte empfohlene Impfungen mit ausgewählten Impfstoffen erhalten. Unabhängig davon werden bestimmte Impfungen bis zum 15. Lebensjahr an öffentlichen Impfstellen kostenlos durchgeführt.

Die Kosten für die empfohlenen Impfstoffe trägt, gemäß der sogenannten „Sechstelregelung“, zu vier Sechsteln der Bund, und jeweils ein Sechstel wird von den Ländern und den Sozialversicherungen getragen. Im Jahr 2007 betrugen die Impfstoffkosten in Österreich rund 15 Mio. Euro. Die Kosten für die Administration, Distribution, Verabreichung und anfallende Arzthonorare trägt der öffentliche Gesundheitsdienst der Länder.

Das Impfkonzept wird jährlich entsprechend den aktuellen Gegebenheiten und dem Stand der Wissenschaft angepasst.

Es gab zwar durchaus schon vor diesem Impfkonzept kostenlose Impfprogramme (z. B. gegen Masern), aber diese waren regional und zeitlich sehr unterschiedlich geregelt.

2.3 DER MUTTER-KIND-PASS

Der Mutter-Kind-Pass gilt als Musterbeispiel einer Public Health-Maßnahme und zeigt, welch enormen Erfolg gut organisierte präventivmedizinische Programme haben können.

Seit der Einführung des Mutter-Kind-Passes im Jahr 1974 durch die Bundesministerin Ingrid Leodolter enthält dieser neben vielen ärztlichen Vorsorgemaßnahmen auch Impfempfehlungen für das Kindesalter. Der Mutter-Kind-Pass gilt heute als Erfolgsgeschichte, die unzähligen Kindern die Gesundheit bewahrte.

Der volle Bezug des Kindergeldes ist an den Nachweis der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen gekoppelt. Auf diese Weise wird ein finanzieller Anreiz geschaffen, die Untersuchungen planmäßig durchführen zu lassen.

Die ersten Impfungen erhalten die Kinder im Rahmen der dritten Untersuchung, welche zwischen dem dritten und fünften Lebensmonat stattfindet. Zusätzlich zu zehn Pflichtuntersuchungen bietet der Mutter-Kind-Pass weitere kostenlose Vorsorgeuntersuchungen bis zum 62. Lebensmonat des Kindes.

2.4 VOM ALLGEMEINMEDIZINER ZUM IMPFMANAGER

Gemäß den Empfehlungen der WHO soll jeder Arztkontakt dazu genutzt werden, zu prüfen, ob die empfohlenen Impfungen durchgeführt wurden und um fehlende Impfungen nachzuholen. Auch die Arztkontakte im Rahmen von Spitalsaufenthalten sollen dafür genutzt werden. Diese Empfehlung findet sich auch im jährlich aktualisierten österreichischen Impfplan. Weiters wird in ebendiesem darauf hingewiesen, dass es eine ärztliche Verpflichtung ist, für einen ausreichenden Impfschutz der betreuten Personen zu sorgen.

Neben einem funktionierenden Finanzierungs-konzept aus öffentlicher Hand ist die Arbeit in der Ärztepraxis entscheidend für ein erfolgreiches Impfmanagement und die Erreichung der notwendigen Durchimpfungsraten.

Praktische Ärzte, die ein aktives Impfmanagement betreiben, können einen wesentlichen Beitrag für bessere Impfraten leisten. Derzeit ist die Fortbildung für Ärzte bezüglich der angebotenen Schutzimpfungen aber nicht ausreichend. Immerhin gilt es zu berücksichtigen, dass sich der Impfplan jährlich ändert. Daher ist es wichtig, dass vor allem Hausärzte ihren Patienten ausführliche Informationen über Vorteile, Impfintervalle und Schutzdauer der einzelnen Impfungen geben können.

Damit Ärzte die Funktion des Impfmanagers übernehmen können, sind regelmäßige Informationen über das aktuelle Angebot und fortbildende Schulungen notwendig.

2.5 DER ELEKTRONISCHE IMPFPASS

Die Arbeit der Ärzte könnte allerdings durch Verbesserungen in der Impfdokumentation erheblich erleichtert werden. Diese erfolgt in Österreich zum aktuellen Zeitpunkt nicht einheitlich und in manchen Bereichen sogar lückenhaft. Zurzeit gibt es in jedem Bundesland eine Vielzahl von Impfstellen, die im Rahmen von regional gewachsenen, mehr oder weniger strukturierten Systemen Schutzimpfungen verabreichen.

Durch die Einführung eines an die bestehende e-card gekoppelten elektronischen Impfpasses könnte die Dokumentation erheblich verbessert und eine Optimierung der Durchimpfungsraten erreicht werden. Sofern die Patienten einverstanden sind, könnten auf diese Weise die Impfdaten vom jeweiligen Arzt zentral dokumentiert beziehungsweise abgerufen werden. Als Zusatznutzen könnte ein Einladungssystem eingeführt werden, das Patienten an Impftermine erinnert.

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger arbeitet aktuell an einem Umsetzungskonzept für die Einführung eines elektronischen Impfpasses. Maßgeblich ist auch in diesem Fall die Zusammenarbeit der entsprechenden Partner: Pharma-Wirtschaft, Bund, Länder und die Sozialversicherungen müssen an einem Strang ziehen.¹⁶

2.6 BEISPIEL: ROTAVIRUS-IMPFPROGRAMM

Das Impfprogramm gegen Rotaviren ist ein gutes Beispiel für die effiziente Einführung einer impfpräventiven Maßnahme. Durch die Sicherung der notwendigen Finanzierung konnten innerhalb kürzester Zeit große Erfolge verbucht werden.

Nicht nur in Entwicklungsländern verursachen Rotaviren schwere Magen-Darm-Grippen bei Säuglingen und Kleinkindern, auch in Industriestaaten stellen sie das Hauptkontingent von Hospitalisierungen aufgrund akuten Durchfalls bei Kindern dar.

Beinahe jedes Kind erkrankt bis zu seinem fünften Lebensjahr zumindest einmal an Brechdurchfall durch Rotaviren. Die Erreger verursachen allein in den EU-Staaten jährlich rund 3,6 Millionen Erkrankungsfälle bei unter Fünfjährigen. Rund eine Million Arztbesuche, etwa 100.000 Spitalsaufenthalte sowie 400 Todesfälle sind die Folge.¹⁷

Nach langen Verhandlungen wurde in Österreich Anfang des Jahres 2007 grünes Licht für die Übernahme der Rotaviren-Impfung in das kostenlose Impfprogramm für Kinder gegeben und somit der Grundstein für eine Erfolgsgeschichte des Impfens gelegt.¹⁸

Durch die Kostenübernahme und die konsequente Einführung der Rotaviren-Impfung konnte bereits im Jahr 2008 eine beachtliche Durchimpfungsrate von 87 % erreicht werden. Dementsprechend sanken die Spitalsaufnahmen wegen Rotavirus-Infektionen vom langjährigen Durchschnitt von rund 4.400 auf nur 2.500.¹⁸

Nimmt man 2.000 Euro Spitalskosten als realistischen Wert für eine stationäre Behandlung einer Infektion mit Rotaviren, so ergibt sich eine Ersparnis von rund 4 Mio. Euro pro Jahr.¹⁸

2.7 NEUE HERAUSFORDERUNGEN AN DAS IMPFKONZEPT

Die Neuentwicklung von Impfstoffen erfolgte in den letzten Jahrzehnten entsprechend hoher Qualitäts- und Sicherheitsstandards nur nach gründlichen und ausgedehnten Studien. Die aktuellen technischen Möglichkeiten und der Umfang der geforderten Studien führten zu einer drastischen Kostensteigerung, sodass die Entwicklung eines neuen Impfstoffes heute meist zwischen 500 Millionen und 1 Milliarde Dollar kostet. Dies führt natürlich dazu, dass die Marktpreise der neuen Impfstoffe entsprechend hoch sind. Im staatlichen Impfkonzert werden neue Impfungen daher nur teilweise kostenfrei angeboten. Für zahlende Impflinge ergibt sich daher eine beträchtliche finanzielle Belastung. Die Folge sind zu niedrige Durchimpfungsraten mit den verfügbaren Impfstoffen.

Um allen Kindern die durch den Obersten Sanitätsrat empfohlenen Schutzimpfungen zukommen zu lassen, müsste das aktuelle Impfbudget verdreifacht werden. Die Forderung nach einem neuen, alternativen Finanzierungsmodell für Impfstoffe liegt angesichts der vorliegenden Tatsachen nahe.¹⁹

Bei der Diskussion um neue Finanzierungsmodelle und die Aktualisierung des Impfkonzerts sollte stets auch berücksichtigt werden, dass Impfen dazu beitragen kann, Geld zu sparen. Neben den direkten medizinischen Kosten können bei jeder Erkrankung auch indirekte Kosten im Sinne von Einkommensverlusten des Patienten und seiner Angehörigen anfallen. Wie bereits in Studien nachgewiesen werden konnte, ist Impfen im Vergleich zur Behandlung vieler gängiger Krankheiten (z. B. Bluthochdruck) eine sehr kosteneffiziente Präventivmaßnahme.²⁰

Dass im Rahmen des österreichischen Impfkonzerts die Versorgung mit kostenlosen Impfstoffen nach dem 15. Lebensjahr abrupt abbricht, ist als höchst problematisch zu beurteilen. Erhält der Impfling bis dahin kostenlos bestimmte empfohlene Schutzimpfungen, so ist er nach dem 15. Lebensjahr auf sich alleine gestellt und muss sich die Aufrechterhaltung seines Impfschutzes selbst organisieren und finanzieren.

Das kostenlose Gesundheitsservice der Vorsorgeuntersuchung bieten die österreichischen Sozialversicherungsträger erst für Personen ab dem 18. Lebensjahr an.

Es muss sowohl im politischen als auch im gesellschaftlichen Interesse liegen, für eine organisierte lebenslange Impfprävention zu sorgen. Um die entsprechenden Kosten tragen zu können, bedarf es alternativer Finanzierungsmodelle und des Zusammenwirkens der Gebietskörperschaften Bund und Länder, der Ärzte- und Apothekerkammer, des Großhandels, der Pharmaindustrie und der Sozialversicherungsträger.

11 Mutz/Spork 2007

12 Zitat Prof. Kundi, Peri imPuls Essenz

13 Zitat Prof. Michael Kunze, Peri imPuls Essenz

14 Impfplan Österreich 2010

15 Mutz/Spork 2007

16 <http://www.hauptverband.at>

17 <http://www.netdoktor.at>

18 <http://www.kassenarzt.at>

19 Mutz 2008

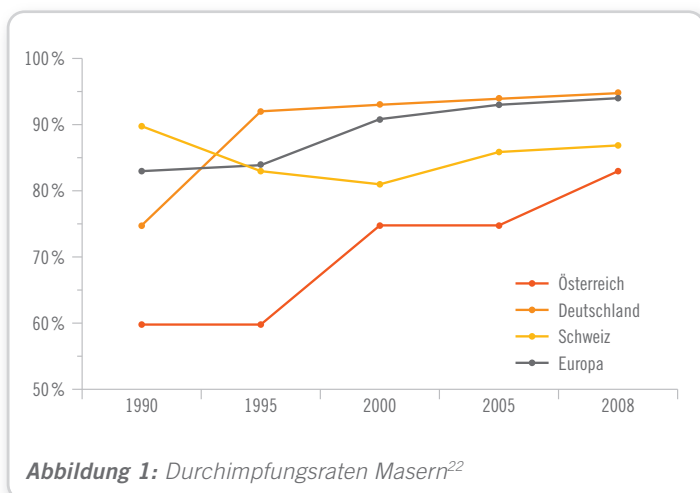
20 Ehreth 2003

3 EIN EUROPÄISCHER VERGLEICH

Um das österreichische Impfwesen im internationalen Kontext beurteilen zu können, werden im Folgenden Durchimpfungsraten von Masern sowie Diphtherie-, Tetanus-, Keuchhusten- und Influenza-Impfung verglichen sowie ein Überblick zur europäischen Finanzierungssituation der Impfungen gegen HPV (Humane Papillomviren) und Pneumokokken gezeigt. Die Daten zu Masern, Diphtherie, Tetanus und Keuchhusten werden jährlich von der WHO erhoben und veröffentlicht.

Nach Angaben der WHO sterben jährlich rund drei Millionen Menschen – davon zwei Millionen Kinder – an Krankheiten, die durch Impfungen verhindert werden könnten. Die gefährlichsten Infektionskrankheiten sind laut der Weltgesundheitsorganisation Masern und neonataler Tetanus, gefolgt von Diphtherie, Keuchhusten, Tuberkulose und Kinderlähmung. Die Durchimpfungsraten gegen Diphtherie und Tetanus gelten als einer der besten Indikatoren für die Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen.²¹

3.1 DURCHIMPFUNGSRATEN DER MASERNIMPFUNG



An dem Ziel, Masern in Europa bis zum Jahr 2010 auszurotten, ist die WHO leider gescheitert. In vielen der 53 Länder der WHO Europaregion ist die Impf-rate nicht annähernd hoch genug, um die hoch ansteckende Krankheit zu eliminieren. Dabei spielen vor allem zwei Gründe eine tragende Rolle: Impf-gegner schüren unbegründete Ängste vor vermeint-lichen Folgeschäden der Impfung, und allzu viele Menschen nehmen Masern als harmlose Kinder-krankheit wahr.

Die Durchimpfungsrate ist in Europa von Land zu Land stark unterschiedlich und viele Kinder werden erst viel zu spät immunisiert. Aus diesem Grund kommt es in einzelnen Regionen immer wieder zu Masern-Ausbrüchen mit Dutzenden oder sogar Hunderten Erkrankten.

Wie Abbildung 1 zeigt, kann Österreich leider nur eine Durchimpfungsrate aufweisen, die unter dem Schnitt der WHO-Europaregion liegt. Die für eine Ausrottung der Krankheit notwendige Impf-rate von 95 % wird dabei weit verfehlt.

Kosten-Nutzen-Rechnungen zu diesem Thema belegen beträchtliche Ersparnisse durch Masern-impfungen. Unter Berücksichtigung der Kosten für die Durchführung der Impfungen sowie möglicher Nebenwirkungen können aus volkswirtschaftlicher Sicht pro vermiedenem Masernfall rund 600 Euro eingespart werden.²³

3.2 DURCHIMPFUNGSRATEN DER DIPHTHERIE-, TETANUS- UND PERTUSSIS-IMPfung

Auch für Diphtherie, Tetanus und Pertussis, die meist in Kombination – man spricht von einer D/T/P-Impfung – geimpft werden, soll die Durchimpfungsrate in Österreich mit dem Durchschnitt der WHO-Europaregion und mit den Nachbarländern Deutschland und Schweiz verglichen werden.

Aus Abbildung 2 wird klar ersichtlich, dass auch in diesem Fall das mögliche Potenzial der Impfprävention nicht ausgenutzt wird. Dies spricht dafür, dass verstärkt altersspezifische Anreizsysteme geschaffen werden sollten, um die Impfquoten in den kommenden Jahren anzuheben.

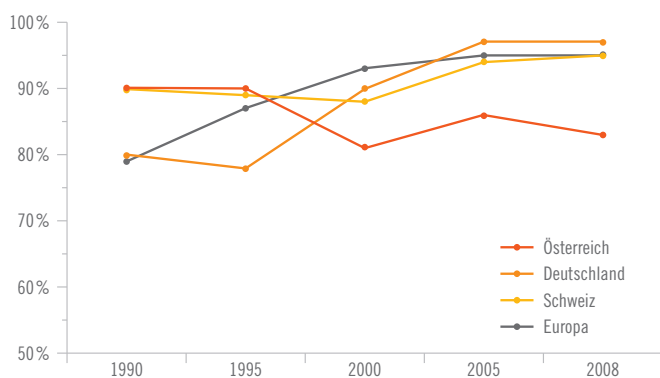


Abbildung 2: Durchimpfungsraten DTP

3.3 DURCHIMPFUNGSRATEN DER INFLUENZA-IMPfung

Die Influenza-Impfung wird von der WHO all jenen Personen empfohlen, die älter als 65 Jahre sind (der Oberste Sanitätsrat empfiehlt eine Impfung ab dem 50. Lebensjahr in 11 europäischen Ländern) und/oder an einer chronischen Erkrankung leiden. Der damit verbundene angestrebte Wert der Durchimpfungsraten in diesen Zielgruppen liegt bei 75 %. Weiters empfehlen zusätzlich viele Länder eine Impfung des Gesundheitspersonals bzw. des Betreuungspersonals von oben genannten Risikogruppen.

Eine Untersuchung von Thomas Szucs im Jahr 2007 (repräsentative Befragung von 22.000 Personen via computer-assisted telephone interviews) hat sich neben dem Vergleich der Durchimpfungsraten auch mit der Erhebung von Treibern und der zur Steigerung der Impfbereitschaft notwendigen Aktionen beschäftigt.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die niedrigsten Durchimpfungsraten der saisonalen Influenza-Impfung in jenen Ländern zu finden sind, welche die geringsten Maßnahmen zur finanziellen Unterstützung setzen.

Hier zeigt besonders das Bild von Österreich, Tschechien und Polen, dass die angestrebten Durchimpfungsraten nicht erreicht werden. In Österreich sind nur 37 % der Personen über 65 Jahre gegen Influenza geimpft (vgl. Spanien 71 %, UK 70 %, Frankreich 68 %). Bei den chronisch Kranken unter 65 Jahren sind in Österreich nur 24 % geimpft (vgl. UK 56 %, Irland 39 %, Italien und Spanien jeweils 37 %). Personen im Gesundheitswesen sind in Europa generell schlecht geschützt (Österreich: 17 %, Portugal und Frankreich jeweils 25 %).

Die Impfempfehlung durch die Ärzteschaft, vermehrte Information über Infektionskrankheiten und dagegen schützende Impfungen sowie eine adäquate Finanzierung bzw. Impfadministration zeigten sich als die drei Hauptmotivatoren zur Erhöhung der Impfbeteiligung und in der Folge auch zur Erhöhung der Durchimpfungsraten.²⁴

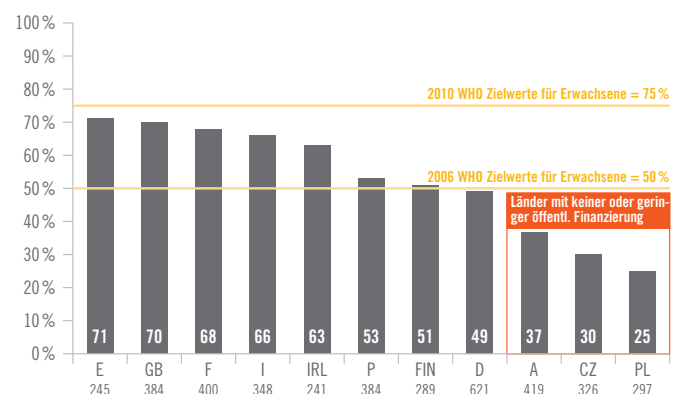


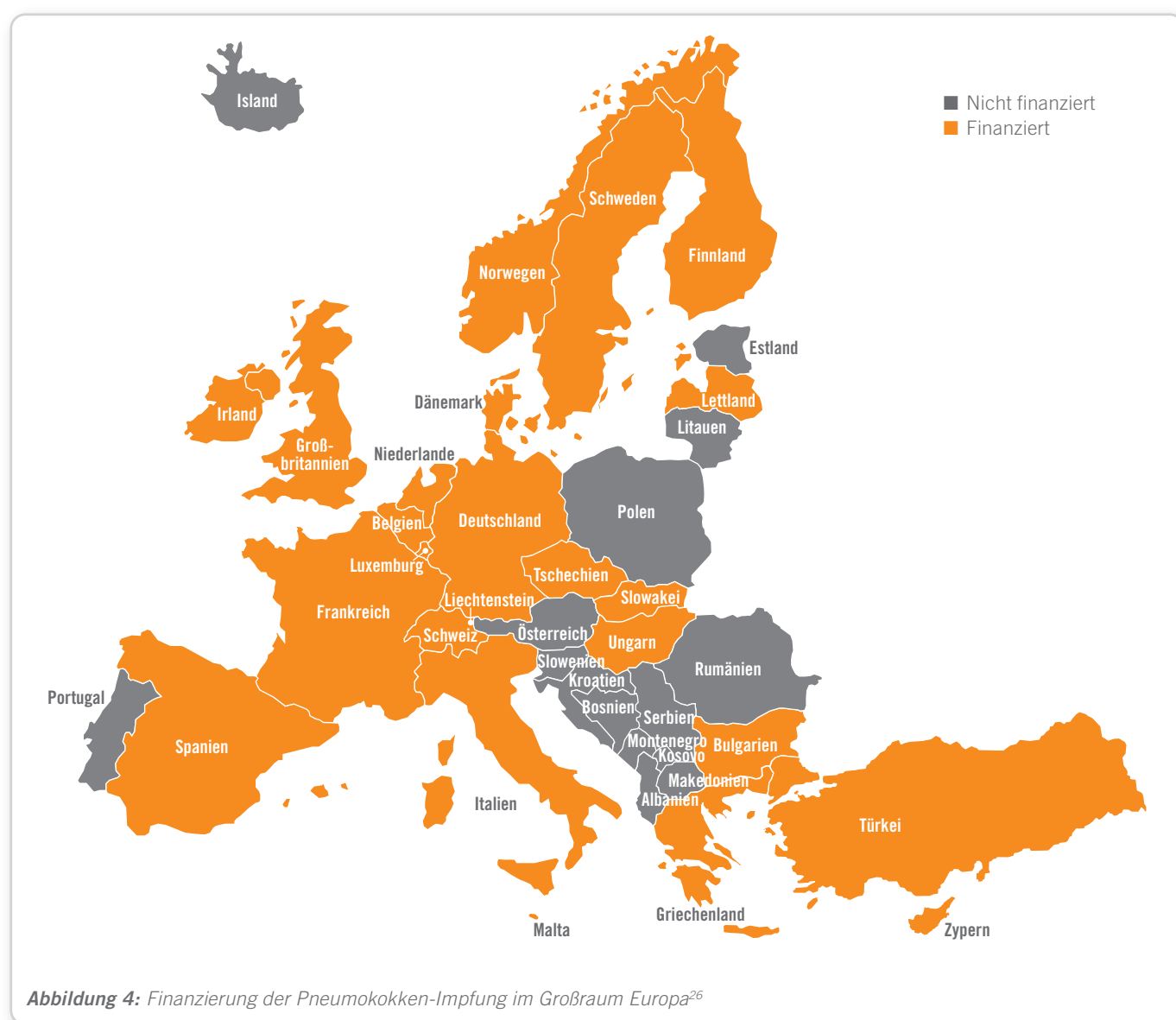
Abbildung 3: Durchimpfungsraten der Influenza-Impfung in 11 europäischen Ländern bei Personen ≥ 65 Jahren²⁵

3.4 FINANZIERUNG DER HPV- UND PNEUMOKOKKEN-IMPfung

Impfungen gegen HPV und Pneumokokken sind seit mehreren Jahren für die Bevölkerung verfügbar. Die HPV-Impfung schützt vor einer Infektion mit Humanen Papilloma-Viren und minimiert so das Erkrankungsrisiko für Gebärmutterhalskrebs und Condylomen (Genitalwarzen). Die Pneumokokken-Impfung verhindert Infektionen mit Pneumokokken

und somit Folgeerkrankungen wie z. B. Lungenentzündung, Hirnhautentzündung und Blutvergiftung. Die Empfehlung für diese Impfungen befindet sich bereits seit Jahren* im jährlich aktualisierten Impfplan des Obersten Sanitätsrats.

Trotzdem ist eine diesen Empfehlungen folgende Finanzierung durch die öffentliche Hand nicht ermöglicht worden, der Impfling muss die finanzielle, aber auch die organisatorische Last dieser Impfungen



* HPV-Impfung: 2007; Pneumokokken-Impfung: 2003

selbst tragen (Ausnahme: eine Pneumokokken-Impfung wird von der öffentlichen Hand für Risikokinder übernommen). Die Folge davon ist eine sehr geringe Durchimpfungsrate.

International gesehen kam es zum erwarteten Anstieg der Durchimpfungsraten in Ländern, die diese Impfungen finanziell unterstützt haben.

Eine zusätzliche Verbesserung der Durchimpfungsraten ist durch geführte Impfprogramme möglich.

Aus den abgebildeten Darstellungen geht hervor, dass Österreich in puncto Finanzierung der HPV- und Pneumokokken-Impfung zu den wenigen Ländern im Großraum Europa gehört, die eine Finanzierung durch die öffentliche Hand für ihre Bevölkerung nicht zur Verfügung stellen.

Damit können in diesem Bereich die Standards vergleichbarer westeuropäischer Staaten nicht erfüllt werden.



21 Vgl. WHO/UNICEF 2009, S. 4

22 WHO/UNICEF 2009

23 ÖBIG 2003, S. 3

24 Szucs 2007

25 Szucs 2007

26 Adaptiert nach GlaxoSmithKline Pharma GmbH und Pfizer Corporation Austria

27 Adaptiert nach Österreichisches Grünes Kreuz für Gesundheit, Häufige Fragen zu Gebärmutterhalskrebsvorsorge, humanen Papillomviren und der HPV-Impfung

4 EIN NEUES FINANZIERUNGS- MODELL FÜR DAS ÖSTER- REICHISCHE IMPFWESEN

Da Impfungen zu den wichtigsten Maßnahmen der Präventivmedizin gehören, hat das österreichische Impfwesen einen zentralen gesundheitspolitischen Stellenwert.

Zwar wird der jährlich aktualisierte Impfplan auf Basis des letzten Wissensstandes der Medizin erstellt; in der Praxis gibt es jedoch große Probleme bei der Umsetzung der jeweiligen Impfempfehlungen.²⁸

Mangelhafte Information, Kommunikation und Koordination und oftmals fehlende Kostenbeteiligung seitens der öffentlichen Hand verhindern zunehmend die Fortsetzung der österreichischen Erfolgsgeschichte der Schutzimpfungen. Dies führt dazu, dass neue Impfstoffe zwar verfügbar sind, die Menschen de facto jedoch keinen Zugang dazu haben.²⁸

Nur eine ausreichend hohe Durchimpfungsrate in allen Altersgruppen bietet der Bevölkerung effektiven Schutz vor gefährlichen Infektionskrankheiten und stiftet einen Nutzen für die Allgemeinheit sowie Kostenersparnisse aufseiten der kurativen Medizin. Es ist also von zentraler Bedeutung, das Impfbewusstsein der Österreicher wieder deutlich zu erhöhen und das Thema Impfen in das Zentrum der österreichischen Gesundheitspolitik zu rücken.

Um das Ziel einer höheren Durchimpfungsrate zu erreichen, ist eine gute Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure von elementarer Wichtigkeit. Gesundheitsbehörden, Ärzte- und Apothekerkammer, Großhandel, Sozialversicherung und alle weiteren Entscheidungsträger im österreichischen Gesundheitswesen sind aufgerufen, gemeinsame Anstrengungen zu unternehmen.

4.1 DERZEITIGE FINANZIERUNGSMODELLE

In Österreich existieren derzeit drei verschiedene Finanzierungsmodelle für Impfungen. Auffallend ist, dass die Versorgung bis zum 15. Lebensjahr gut organisiert und staatlich finanziert ist (obwohl auch hier Erweiterungsbedarf besteht) und der Impfling danach fast zur Gänze auf sich alleine gestellt ist – dies trifft sowohl auf die Finanzierung als auch auf die Organisation von Impfungen zu. Tabelle 1 liefert einen Überblick über die aktuellen Finanzierungsmodelle.

4.1.1 Voll-Finanzierung durch den Staat

Die Eigeninitiative des Impflings spielt in diesem Modell eine untergeordnete Rolle, da er beziehungsweise seine Familie über den Mutter-Kind-Pass und über die Schulimpfkationen durch das Impfsystem geleitet werden.

In diesem Modell werden die gesamten Impfkosten nach der „Sechstelregelung“ (vgl. Abschnitt 2.2) auf Bund, Länder und Sozialversicherung aufgeteilt. Für die Impfungen entstehen keine Kosten.

Jedes Jahr gibt es eine Ausschreibung über jene Impfstoffe, die durch die öffentliche Hand finanziert werden (ausgewählte Impfungen aus dem jeweils gültigen Impfplan). Die Hersteller von Impfstoffen werden demnach dazu eingeladen, Angebote zu stellen. Am Ende des Vergabeprozesses bekommt pro Impfstoff je ein Anbieter den Zuschlag. Die Distribution erfolgt vom Impfstoffhersteller direkt an Ärzte und Impfzentren. Diese Vorgehensweise bringt mehrere Probleme mit sich, weshalb es angebracht ist, nach Alternativen zu suchen.

Tabelle 1: Aktuelle Finanzierungsmodelle

	Voll-Finanzierung durch Staat	Teilfinanzierung durch Soz.vers. und/oder Länder	Impfkationen ohne Zuschuss
Impfungen im Rahmen von	Kinderimpfkonzept, Mutter-Kind-Pass, Schulimpfkationen	Je nach Land und Kasse verschieden	Eigeninitiative/ Selbstorganisation des Impflings
Gedekte Impfungen	<ul style="list-style-type: none"> • Diphtherie • Tetanus • Keuchhusten • Hämophilus influenzae b • Kinderlähmung • Hepatitis B • Mumps • Masern • Röteln • Rotaviren 	<ul style="list-style-type: none"> • FSME • Influenza (einige Kassen) • Pneumokokken (einige Kassen/ Stadt Innsbruck) • HPV (Bgld, NÖ) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pneumokokken • Meningokokken-C • Influenza • Varizellen • Hepatitis-A • HPV • Herpes zoster • Influenza
Vorteile	<ul style="list-style-type: none"> • Impfling wird durch das System geleitet • Keine Kosten für Impfling 	<ul style="list-style-type: none"> • Kosten werden zum Teil durch „Sponsoren“ getragen 	<ul style="list-style-type: none"> • keine
Nachteile	<ul style="list-style-type: none"> • Potentielle Engpässe in Versorgung • Distribution ohne Apotheken u. Großhandel • Problematische Situation für Lieferanten 	<ul style="list-style-type: none"> • Impfling muss sich selbst informieren und Kosten zum Teil selbst tragen • Unterschiede je nach Region und Versicherung 	<ul style="list-style-type: none"> • Impfling muss sich selbst informieren und Kosten selbst tragen

- Das Konzept der Ausschreibung birgt das Risiko in sich, dass bei der Zuschlagsvergabe die qualitativen Eigenschaften der Impfungen vernachlässigt werden und die Preisgestaltung vorrangig beachtet und darauf basierend entschieden wird.
- Im bestehenden System haben Ärzte keine Möglichkeit, je nach medizinischer Indikation zwischen Impfstoffen zu wählen. Auch wenn die Wahl des Impfstoffherstellers aufgrund von medizinischen Indikationen nicht den Regelfall darstellt, ist es wichtig, diese Alternative zu ermöglichen. Alternative Impfstoffe müssen in so einem Fall vom Patienten selbst finanziert werden.
- Da es pro Impfstoff nur einen Lieferanten gibt, kann es zu Engpässen in der Versorgung kommen. Eine Diversifizierung der Lieferantensstruktur würde die Versorgungssicherheit und somit den Schutz für die Bevölkerung stärken.
- Für Lieferanten ergibt sich eine Situation, in der sie entweder den gesamten Markt zu versorgen haben oder so gut wie gar nichts liefern. Dies kann zu erheblichen Problemen in der Kapazitäts- und Preisplanung führen.
- Die klassischen Distributionswege über Apotheken und Großhandel werden nicht immer voll eingebunden.
- Finanzierung neuer Impfstoffe (auch für Kinder) bzw. kurzfristige Anpassung auf aktuelle Entwicklungen sind nicht möglich (z. B. HPV, Meningokokken, Pneumokokken, saisonale Grippe).

4.1.2 Teilfinanzierung durch Sozialversicherungen und/oder Länder

Neben den im Kinderimpfkonzept berücksichtigten Impfstoffen, gibt es weitere Impfungen, die vom Impfausschuss des Obersten Sanitätsrats empfohlen werden. Einige davon werden von Sozialversicherungen bzw. Ländern subventioniert. Das heißt, der Impfling kann den Impfstoff in der Apotheke zu verbilligten Preisen kaufen und bezahlt dann das Impfhonorar beim Arzt.

Die Höhe der Unterstützung und der Leistungsumfang variieren je nach Impfstoff und „Sponsor“ (Land oder Sozialversicherung). Das heißt, es kann auch sein, dass die administrativen Kosten und das Impfhonorar entfallen, da auch diese das Land oder die Versicherung übernimmt.

Im Gegensatz zum Kinderimpfkonzept muss der Impfling aktiv Informationen zu Impfung, Vergünstigungen und Kosten einholen. Teilweise wird er durch den „Sponsor“ über die Impfkationen aufmerksam gemacht und so zur Eigeninitiative angeregt.

4.1.3 Impfungen ohne öffentlichen Zuschuss

Für die Impfungen in diesem Modell (vgl. Tabelle 1) muss der Impfling die gesamten Kosten selbst tragen. Der Impfling kauft den Impfstoff zu dem von der Apotheke angebotenen Preis und zahlt beim Arzt zusätzlich ein Impfhonorar.

Hier wird die Eigeninitiative des Impflings noch mehr gefordert. Er muss sich nicht nur aktiv über die Impfungen informieren, sondern auch die Kosten tragen. Da pro Impfung ein beträchtlicher Preis zu zahlen ist, wird die Situation für den Impfling zusätzlich stark erschwert.

4.2 SICHERUNG ANGEMESSENER FINANZIERUNG

In Anbetracht der beschriebenen Modelle kann die Finanzierung des österreichischen Impfwesens als lückenhaft bezeichnet werden.

Während sich Kinder bis zum 15. Lebensjahr innerhalb des Impfprogramms gegen ausgewählte Infektionskrankheiten gratis impfen lassen können, sind alle Personen, die älter als 15 Jahre sind, für die Organisation und Finanzierung ihres Impfschutzes selbst verantwortlich.

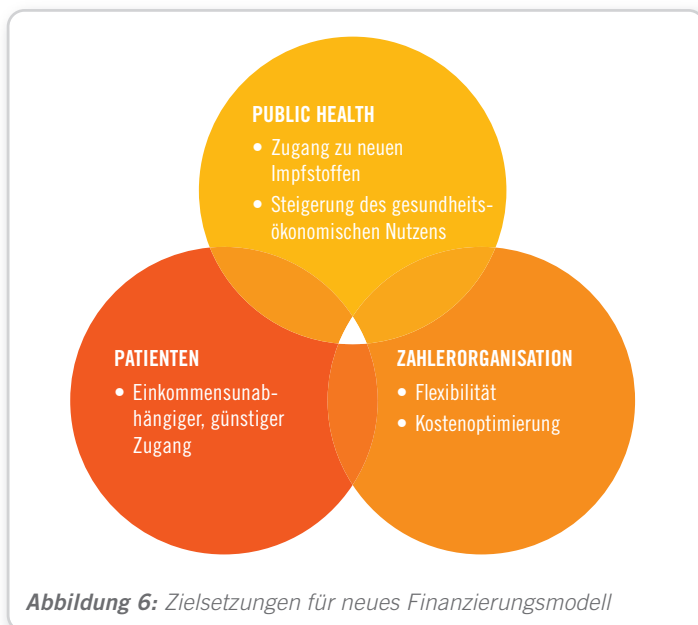
Die Konsequenz sind fallende Impfquoten und mangelnder Schutz für Einzelpersonen sowie auch für die Bevölkerung.

Es ist an der Zeit, für eine angemessene dynamische Finanzierung des österreichischen Impfwesens zu sorgen, an dem sich alle Akteure beteiligen.

Damit können eine laufende Anpassung auf aktuelle Entwicklungen nach dem jeweils neuesten Stand der Medizin (z. B. HPV, Meningokokken, Pneumokokken, saisonale Grippe) und ein ausreichend hoher Impfschutz der Bevölkerung gewährleistet werden.

4.3 ZIELSETZUNGEN FÜR EIN NEUES FINANZIERUNGSMODELL

Die Einführung eines neuen Finanzierungsmodells kann nur dann sinnvoll sein, wenn der Nutzen aller Beteiligten erhöht wird. Im gegebenen Fall gilt es vor allem, für Verbesserungen aus Sicht der Patienten, der bezahlenden Organisationen (Bund, Länder, Sozialversicherung) und der Allgemeinheit zu sorgen. Abbildung 6 fasst die wichtigsten Ziele der einzelnen Zielgruppen zusammen.



Für Patienten ist vor allem eines wichtig: ein einkommensunabhängiger, kostengünstiger Zugang zu bestehenden und neuen Impfstoffen.

Durch die Schaffung günstiger Konditionen, die Veränderung von Handelsspannen und der Steuersituation sowie durch ein Modell staatlicher Zuschüsse könnte der Zugang zu Impfstoffen deutlich verbessert werden.

Aus der Sicht der öffentlichen Gesundheit ist es vor allem wichtig, auf die Sicherheit in der Versorgung mit Impfstoffen zu achten. Von zentraler Bedeutung ist die Erhöhung der Impfquoten durch Verbesserung der Anreize beziehungsweise durch den Abbau von Barrieren (schlechte Information, finanzielle Hürden etc.). Ein Zuschussmodell würde darüber hinaus die Flexibilität bieten, ausreichend schnell auf aktuelle Entwicklungen reagieren zu können.

Für die bezahlenden Organisationen stehen die Flexibilisierung bei der Finanzierung von Impfstoffen sowie die Optimierung der Kosten im Vordergrund. Zusätzlich sollen Anreize für die Bevölkerung geschaffen werden, die angebotenen Impfungen anzunehmen, um in weiterer Folge Krankheits- und Krankenstandskosten zu reduzieren zu können.

4.4 SINNVOLLE FINANZIERUNG MITTELS ZUSCHUSSMODELL

Als Finanzierungsvariante für neue Impfstoffe, die derzeit nicht zur Gänze vom Staat bezahlt werden können, bietet sich ein Zuschussmodell an. Auf diese Weise würden alle beteiligten Partner, von der herstellenden Industrie über Großhandel, Apotheker- und Ärzteschaft bis zum Staat, einen Beitrag zum Nutzen der Patienten in Österreich leisten. Für eine funktionierende Finanzierung nach diesem Modell müsste auf allen Ebenen der Distribution umgedacht werden. Wenn alle beteiligten Akteure einen Beitrag leisten, könnte der Nutzen der Patienten enorm erhöht werden:

- Die herstellende Industrie gewährt Abschläge auf die Abgabepreise.
- Der pharmazeutische Großhandel und die Apotheken gewähren fixe Spannen.
- Die Ärzteschaft könnte mit der Senkung des Impfhonorars einen Beitrag leisten.
- Bund, Länder und Hauptverband geben Zuschüsse. Der Verteilungsschlüssel könnte neu definiert werden, oder es könnte – wie beim Kinderimpfkonzept – die „Sechstelregelung“ (vgl. Abschnitt 2.2) zur Anwendung kommen.
- In einem weiteren Schritt könnte eine Abschaffung der Mehrwertsteuer auf Impfstoffe angedacht werden.

Tabelle 2 stellt den Vorschlag für ein neues Zuschussmodell grafisch dar und vergleicht dieses mit der aktuellen Finanzierungslage von nicht unterstützten Impfungen. Der staatliche Zuschuss ergeht in diesem Modell an die Apotheken und wird über die Pharmazeutische Gehaltskasse abgewickelt. Durch das Zusammenwirken der Akteure in allen Distributionsstufen kann der Abgabepreis der

Apotheken für Impfstoffe um bis zu 50 % reduziert werden. Diese Maßnahmen sorgen für eine starke finanzielle Entlastung der Patienten und sollen zu einer Steigerung der Durchimpfungsraten beitragen.

Die erfolgreiche Umsetzung des vorgestellten Zuschussmodells setzt voraus, dass alle Partner schlüssig zusammenarbeiten. Die Hersteller müssten bereit sein, die Impfstoffe zu reduzierten Preisen abzugeben, und der Großhandel sowie die Apotheken müssten mit reduzierten fixen Spannen arbeiten. Für die genaue Höhe der Preisreduktion und der Spannen müsste im Rahmen der Umsetzung des Zuschussmodells eine zufriedenstellende Lösung für alle Partner gefunden werden.

Im Rahmen dieses Modells würde neben dem Modell der Vollfinanzierung das Potenzial zur Ausweitung der Impfstoffunterstützung geschaffen werden, wodurch die Situation für die Lieferanten erleichtert werden würde. Die Gewährung staatlicher Zuschüsse wäre dann die letzte wichtige Zutat für den Erfolg des Zuschussmodells.

Tabelle 2: Preisbildung ALT und Preisbildung bei Zuschussmodell NEU

Preisbildung ALT	Preisbildung bei Zuschussmodell NEU
Verkaufspreis (VK) Hersteller	Verkaufspreis Hersteller
= Einkaufspreis (EK) Großhandel	– Nachlass Hersteller
+ % Spanne Großhandel	= reduzierter EK Großhandel
= EK Apotheke	+ fixe Spanne Großhandel
+ % Spanne Apotheke	= reduzierter EK Apotheke (abzüglich Zuschuss aus öffentlicher Hand)
+ MWST	+ fixe Spanne Apotheke
= VK Apotheke	(+ MWST)
+ Arzthonorar	= reduzierter VK Apotheke
	+ reduziertes Arzthonorar
= <u>100 % Impfaufwand</u>	= <u>ca. 50 % Impfaufwand!</u>

4.5 VORTEILE DES ZUSCHUSSMODELLS

Durch das vorgestellte Zuschussmodell würden sich Vorteile für alle beteiligten Akteure ergeben:

Für Bund, Länder und Hauptverband:

- Höhere Versorgungssicherheit, da mehrere Hersteller Impfstoffe liefern können
- Rasche und flexible Implementierung neuer Impfeempfehlungen (HPV, Meningokokken, Pneumokokken, saisonale Grippe, aber auch im Rahmen von Epidemien, wie z. B. Masern)
- Vorbildwirkung durch politisches Bekenntnis zum Stellenwert von Prävention durch Impfungen
- Steigerung der Durchimpfungsraten
- Das Finanzierungsmodell wäre auf alle neuen Impfstoffe anwendbar und böte somit einen zeitgemäßen Schutz nach dem aktuellsten Stand der Medizin.

Für Konsumenten:

- Signifikante Reduktion der Kosten
- Stark verbesserter Impfschutz wird ermöglicht, ein zeitgemäßer Schutz nach dem aktuellsten Stand der Medizin
- Eigenverantwortung in der Vorsorge wird initiiert und erleichtert

Für Ärzteschaft:

- Erhöhte Nachfrage nach Impfungen
- Höhere Durchimpfungsraten

Für Apotheken:

- Stärkung des Images als Anlaufstelle für Gesundheitsvorsorge
- Apotheken spielen Schlüsselrolle in der Distribution der Impfstoffe

4.6 CONCLUSIO

Impfungen stellen heutzutage eine der wirksamsten Präventivmaßnahmen der modernen Medizin dar. Sicherheit und Effektivität sind bewiesen, und auch nach ökonomischen Gesichtspunkten gilt es, impfpräventive Maßnahmen zu befürworten!

Die Herausforderung der Zukunft besteht nun darin, politisches Leadership zu übernehmen und Strategien zu finden, um die Bevölkerung zum Impfen zu motivieren und für gesteigerte Durchimpfungsraten zu sorgen und somit zu verhindern, dass sich Österreich vom ehemaligen Musterschüler zum Nachzügler entwickelt.

Die Sicherung der richtigen Finanzierung von Impfungen wäre ein wesentlicher Schritt in die richtige Richtung.

Bisherige Erfahrungen haben gezeigt, dass Impfungen umso besser angenommen werden, je geringer der mit dem Impfen verbundene finanzielle Aufwand ist.

LITERATURVERZEICHNIS

Bundesministerium für Gesundheit (2010):

Impfplan Österreich 2010, <http://www.bmgfj.gv.at>
(Datum des Zugriffs: 11. Februar 2010).

CDC (2010): Ten Great Public Health Achievements in the 20th Century,

<http://www.cdc.gov/about/history/tengpha.htm>
(Datum des Zugriffs: 10. Februar 2010).

Der Kassenarzt (2010): Rotavirus – war einmal!,

<http://www.kassenarzt.at/index.php?id=1402> (Datum des Zugriffs: 23. März 2010).

Eckart, W. (2009): Geschichte der Medizin, Springer Medizin Verlag, Heidelberg.

Ehreth, J. (2003): “The global value of vaccination”. In: Vaccine 21, Elsevier Press, Amsterdam.

Hauptverband der österreichischen Sozial-

versicherungsträger (2010): Alle Impfungen auf einen Blick – mit dem elektronischen Impfpass, <http://www.hauptverband.at> (Datum des Zugriffs: 15. Februar 2010).

Meyer, C./Reiter, S. (2004): „Impfgegner und Impfskeptiker“. In: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 47, Springer Medizin Verlag, Heidelberg.

Mutz, I. (2008): „Mehrkosten von 1.950,- € pro Kind bis zum 15. Lebensjahr“. In: Jatro Vaccines, November 2008, Universimed, Wien.

Mutz, I./Spork, D. (2007): „Geschichte der Impfpfehlungen in Österreich“. In: Wiener Medizinische Wochenschrift 157/5–6, Springer Verlag, Wien.

Netdokter.at (2010): Rotaviren,

http://www.netdokter.at/health_center/impfen/rotavirus.shtml (Datum des Zugriffs: 23. März 2010).

ÖBIG (2003): Impfungen – Ökonomische Evaluation, ÖBIG, Wien.

Peri Consulting (2009): Peri im Puls Essenz, Nachlese zur Podiumsdiskussion vom 24. August 2009, Alpbach.

Samuelson, P. A/Nordhaus, W. D (2005):

Volkswirtschaftslehre, mi-Fachverlag, Landsberg am Lech.

Siebert, U. (2009): „Die Bewertung der Kosten-effektivität von Impfungen unter Berücksichtigung von Public Health Aspekten“. In: Public Health Forum 17, Heft 63, <http://www.elevier.de/phf> (Datum des Zugriffs: 8. Februar 2010).

Szucs, T. (2007): “Seasonal Influenza Vaccination in Europe, Coverage Rates in 11 European countries”.

Taylor, K./Nguyen, A./Stéphenne, J. (2009):

“The need for new vaccines”. In: Vaccine 27, Elsevier Press, Amsterdam.

WHO/UNICEF (2009): Immunization Summary, UNICEF, New York.

Wiedermann-Schmidt, U. (2008): „Vertrauen fördern durch Aufklärung und Fortbildung“. In: Jatro Vaccines, November 2008, Universimed, Wien.

Wikipedia (2010): Impfung,

<http://de.wikipedia.org/wiki/Impfung> (Datum des Zugriffs: 8. Februar 2010).

FORUM IMPFSCHUTZ

Das Forum Impfschutz ist eine Initiative zur Stärkung des Impfbewusstseins der Österreicher und setzt sich für den optimalen Impfschutz aller Österreicher ein – zum Nutzen jedes Einzelnen und zum gesundheitsökonomischen Nutzen des Staates Österreichs.

Das Forum bindet bei seinen Aktivitäten die relevanten Vertreter des Gesundheitssystems ein und arbeitet eng mit Impfexperten aus Österreich zusammen.

Getragen wird das Forum Impfschutz von den Unternehmen GlaxoSmithKline Pharma GmbH, Novartis Pharma GmbH, Pfizer Corporation Austria Gesellschaft m.b.H. und Sanofi Pasteur MSD GmbH.

Das Forum Impfschutz

- schafft als Plattform wesentliche Grundlagen und Anregungen für konstruktive Lösungen rund um das Thema „Impfen“
- bietet Service zum Themenbereich „Impfen“
- sorgt für gezielte Medienarbeit
- stärkt die allgemeine Bewusstseinsbildung zum Thema Impfen
- erarbeitet ein Positionspapier mit klaren Forderungen an die Entscheidungsträger im Gesundheitswesen

Weitere Informationen unter:
www.forumimpfschutz.at



Forum Impfschutz

IMPRESSUM

REDAKTIONSANSCHRIFT: PERI Consulting GmbH, Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien. AUTOR: Mag. Michael Kunze. BEAUFTRAGT DURCH: Forum Impfschutz. INHALTLICH VERANTWORTLICH: Forum Impfschutz. GESTALTUNG UND PRODUKTION: Welldone GmbH, Werbung + PR. LEKTORAT: Gudrun Likar. Die Publikation und alle darin enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Die in den Texten verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen treten der besseren Lesbarkeit halber nur in einer Form auf, sind aber natürlich gleichwertig auf beide Geschlechter bezogen.

