

„Impfkostenstreit“ – Finanzierung präventiver medizinischer Leistungen

Helge Sodan

I. Einleitung

Im Nachhinein fällt Kritik immer leicht. Als ein neues Influenzavirus vom Typ A H1N1 Ende April 2009 von den U.S.A. und Mexiko ausgehend seine Reise um die Welt antrat, war nicht auszuschließen, dass sich die Worst-Case-Szenarien bewahrheiten würden. Grundsätzlich ist das pathogene Potential von Grippeviren gewaltig. Wer jemals unter einer echten Influenza zu leiden hatte weiß, dass es sich hierbei um eine Erkrankung mit erheblichen Auswirkungen handelt.

So ist in Deutschland durchschnittlich jedes Jahr mit 8.000–11.000 influenzassozierten Todesfällen zu rechnen.¹ Freilich verblassen diese Zahlen vor dem Hintergrund zurückliegender Grippeepidemien, die zu signifikant höheren Sterbefällen führten. Beispielsweise erlagen um den Jahreswechsel 1969/1970 allein in Deutschland 30.000 Menschen der sog. Hongkong-Grippe.² Als noch viel schlimmer erwies sich die sog. Spanische Grippe, die zwischen 1918 und 1920 weltweit geschätzte 50 Millionen Tote und damit mehr Opfer verursachte, als der zu diesem Zeitpunkt gerade zu Ende gegangene Erste Weltkrieg.

Als ein neuer Subtypus genau dieses Virus im April 2009 an zwei unabhängig voneinander erkrankten US-Amerikanern gefunden und eine Häufung der Infektionen in Mexiko beobachtet wurde, war die mediale Aufmerksamkeit wegen der Erfahrungen mit dem Virenstamm groß. Die Rahmenbedingungen, unter denen die Spanische Grippe seinerzeit ihr Unwesen entfalten konnte, sind sicherlich nicht mehr mit den heutigen vergleichbar. Erfreulicherweise haben sich medizinischer Standard, Hygienebewusstsein und politische Rahmenbedingungen geändert. Allerdings erschwert die weltweite Mobilität alle Versuche, die Ausbreitung von schweren Ansteckungskrankheiten unter Kontrolle zu halten. Diese Ausbreitung kann durch den Luftreiseverkehr weltweit binnen weniger Tage, ja Stunden erfolgen. Um Ärzten und nationalen Gesundheitsbehörden genügend Reaktionszeit zu geben, löste die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sehr frühzeitig, nämlich am 11. Juni 2009, Pandemiealarm aus. Zwar wies die WHO da-

1 S. Buda/W. Haas, Epidemiologie und Pathogenese der Influenza, in: Haas (Hrsg.), Influenza, München 2009, S. 23 (34).

2 Vgl. W. Witte, Geschichte der Epidemien, in: Haas (Hrsg.), Influenza, München 2009, S. 1 (19).

rauf hin, dass die bisher durch den neuen Grippetypus gezeigte Pathogenität als eher gering zu qualifizieren ist³; doch offensichtlich ging dieser Hinweis im Eifer der politischen und medialen Erregung unter. Die nationalstaatlichen Behörden waren gezwungen, Pandemieabwehrmaßnahmen zu ergreifen.

II. Systematik der Seuchenabwehr

In der Bundesrepublik Deutschland stellt das durch die zuständigen Landesbehörden vollzogene Infektionsschutzgesetz (IfSG) einen umfangreichen Katalog an Maßnahmen bereit, um einer bereits ausgebrochenen Epidemie Herr werden zu können. Als Generalklausel fungiert § 16 Abs. 1 IfSG. Danach trifft die zuständige Behörde die notwendigen Maßnahmen zur Abwendung der dem Einzelnen oder der Allgemeinheit drohenden Gefahren, wenn Tatsachen festgestellt werden, die zum Auftreten einer übertragbaren Krankheit führen können oder anzunehmen ist, dass solche Tatsachen vorliegen. Die Vielgestaltigkeit der Lebensverhältnisse verhindert, dass in dieser Norm die in Betracht kommenden Maßnahmen abschließend geregelt werden.⁴ Beispiele für solche allgemein-präventiven Maßnahmen sind Bade- und Versammlungsverbote, Sperrung von begrenzten Arealen oder die Beseitigung hygienischer Missstände in Krankenhäusern, Heilberufspraxen und Heimen.⁵

Die wichtigste und wirksamste präventive Maßnahme, die zur Bekämpfung viral bedingter Seuchenausbreitungen zur Verfügung steht, ist freilich die Impfung. Dies gilt auch und gerade für die Influenza. Denn die wenigen, insbesondere aus der AIDS-Forschung stammenden, virostatischen Medikamente können eine Erkrankung nicht heilen oder eine Ansteckung verhindern, sondern nur um den Preis von recht intensiven Nebenwirkungen die Weiterverbreitung des Virus im Körper behindern. Mithin garantieren nur hohe Impfungsrationen einen umfassenden Schutz der Allgemeinheit. Ab einer Durchimpfungsrate von ca. 90 % der Bevölkerung kann in Ermangelung anfälliger Überträger sogar davon ausgegangen werden, dass selbst nicht geimpfte Personen geschützt sind.⁶

Regelmäßig ist die Teilnahme an einer Impfung freiwillig. Zwar ermöglicht § 20 Abs. 6 IfSG dem Bundesministerium für Gesundheit, einen Impfzwang

3 Vgl. Presseerklärung der WHO-Generaldirektorin *M. Chan* vom 11. Juni 2009, einzusehen unter der Short-URL <http://alturl.com/qwax>.

4 Vgl. *S. Bales/H. G. Baumann/N. Schnitzler*, Infektionsschutzgesetz, Stuttgart/Berlin/Köln 2001, § 16 Rn. 4.

5 Vgl. *H. Erdle*, Infektionsschutzgesetz, 3. Aufl., Landsberg 2005, § 16 Nr. 1.

6 *S. Bales/H. G. Baumann/N. Schnitzler* (Fn. 4), § 20 Rn. 1. Vgl. ferner: Mitteilung der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut vom 27. Juli 2009, in: Epidemiologisches Bulletin 30/2009, S. 279.

durch Rechtsverordnung anzurufen wenn eine übertragbare Krankheit mit klinisch schweren Verlaufsformen auftritt und mit einer epidemischen Verbreitung zu rechnen ist. Doch abseits von solchen Sonderfällen bleibt es bei einer allenfalls durch Informations- und Aufklärungsarbeit forcierten freiwilligen Teilnahme an einer Impfung.

III. Finanzierung von Impfleistungen – Regelfall

Zentral für die Bereitschaft sich impfen zu lassen, scheint die Übernahme der Kosten zu sein. Vom Geimpften selbst zu bezahlende Schutzimpfungen werden kaum durchgeführt.⁷ Angesichts der massiven Auswirkungen einer Epidemie ist es jedoch sinnvoll, der Bevölkerung einen Impfschutz zu finanzieren, anstatt wesentlich kostenintensiver die bereits ausgebrochene Krankheit zu behandeln. Deshalb enthält § 20d Abs. 1 Satz 1 SGB V einen allgemeinen sozialversicherungsrechtlichen Anspruch gesetzlich Versicherter auf Leistungen für Schutzimpfungen im Sinne des § 2 Nr. 9 IfSG; Schutzimpfung ist danach die Gabe eines Impfstoffes mit dem Ziel, vor einer übertragbaren Krankheit zu schützen. Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Impfleistungen hat der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien festzulegen. Den Gemeinsamen Bundesausschuss bilden die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.⁸ Bei seiner Entscheidung ist der Gemeinsame Bundesausschuss allerdings nicht frei; vielmehr hat er die Empfehlungen der beim Robert Koch-Institut eingerichteten Ständigen Impfkommission zu beachten und besonders die Bedeutung der Schutzimpfungen für die öffentliche Gesundheit zu berücksichtigen.⁹ Abweichungen von den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission hat der Gemeinsame Bundesausschuss besonders zu begründen.¹⁰

Eine sozialversicherungsrechtliche Besonderheit ist der Umstand, dass Schutzimpfungen zwar ärztlich zu erbringende Leistungen sind, diese jedoch außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung erfolgen.¹¹ Der Leistungssicherstellungsauftrag liegt also nicht bei den Kassenärztlichen Vereinigungen, sondern bei den gesetzlichen Krankenkassen. Diese bzw. ihre Verbände sind nach § 132e SGB V verpflichtet, mit Kassenärztlichen Vereinigungen, geeigneten Ärzten, deren Ge-

7 Vgl. S. Bales/H. G. Baumann/N. Schnitzler (Fn. 4), § 20 Rn. 19.

8 § 91 Abs. 1 Satz 1 SGB V.

9 Vgl. § 20d Abs. 1 Satz 3 SGB V i. V. m. § 20 Abs. 2 IfSG.

10 § 20d Abs. 1 Satz 4 SGB V.

11 S. Becker, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, Bd. 1, § 20d Rn. 6 (Stand der Kommentierung: Juli 2009).

meinschaften, Einrichtungen mit geeignetem ärztlichen Personal oder dem öffentlichen Gesundheitsdienst Verträge über die Durchführung von Schutzimpfungen zu schließen; dabei haben sie sicherzustellen, dass insbesondere die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte berechtigt sind, Schutzimpfungen zu Lasten der Krankenkasse vorzunehmen.

IV. Finanzierung von Impfleistungen – Notfall

Ein Problem besteht jedoch dann, wenn plötzlich ein neuer hoch ansteckender Virus auftaucht und aus epidemiologischer Sicht eine umfassende Impfung breiter Bevölkerungsschichten notwendig erscheint. Gerade im Falle einer Pandemiewarnung darf nach Bereitstellung eines geeigneten Impfstoffes durch die pharmazeutische Industrie keine Zeit mehr verloren werden. Allerdings können die wissenschaftliche Analyse der Ständigen Impfkommission sowie das sich anschließende Verfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Erlass einer Richtlinie sehr lange dauern. Beispielsweise wurde eine erste Empfehlung der Ständigen Impfkommission zur Impfung gegen die Neue Influenza erst am 12. Oktober 2009 im Epidemiologischen Bulletin veröffentlicht.¹² Zu diesem Zeitpunkt waren bereits zwei adjuvantierte Impfstoffe gegen die neue Influenza auf dem Markt.

Um auf Notsituationen reagieren zu können, enthält § 20 Abs. 4 IfSG eine Ermächtigung für das Bundesministerium für Gesundheit, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen, dass die Kosten für bestimmte Schutzimpfungen von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung für ihre Versicherten getragen werden müssen. Hier ersetzt die Rechtsverordnung den ansonsten für die Konkretisierung des Leistungsanspruchs auf Schutzimpfungen erforderlichen Richtlinienbeschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses. Auf der Grundlage des § 20 Abs. 4 IfSG hat das Bundesministerium für Gesundheit die Verordnung über die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung bei Schutzimpfungen gegen die neue Influenza A(H1N1) [Influenzaschutzimpfung-GKV-Leistungspflichtverordnung – ISchGKVLV] vom 19. August 2009¹³ erlassen.

12 Mitteilung der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut vom 12. Oktober 2009, Epidemiologisches Bulletin 41/2009, S. 403 ff.

13 BAnz. 2009 Nr. 124 S. 2889.

1. Ordnungsrechtliche Pandemieprävention und sozialrechtliche Einstandspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung

Zum Verständnis der Kostentragungspflichten bedarf es einer strengen Differenzierung zwischen anlassbezogenen Impfkosten und gefahrenabwehrrechtlichen Vorsorgekosten. § 20 Abs. 4 IfSG hebelt nicht die grundgesetzlich vorgegebene Finanzverfassung aus, wie dies teilweise von Seiten der Krankenkassen behauptet worden ist¹⁴. Nach der Systematik des Grundgesetzes trifft die Finanzierungspflicht für die Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben denjenigen, der die Gesetzesausführungskompetenz innehat. Man spricht insoweit von einer durch Art. 104a Abs. 1 GG angeordneten Vollzugskausalität.¹⁵ Danach folgt die Ausgabenverantwortung der Aufgabe. Der Begriff der Aufgabe wiederum knüpft an die Verwaltungsverantwortung und damit an die Art. 30 und 84 ff. GG an – und zwar grundsätzlich unabhängig davon, wer die Aufgaben und Ausgaben im Gesetzes- oder Verordnungswege veranlasst hat.¹⁶

Im Pandemiefall geht es um klassische Gefahrenabwehr, die Gegenstand des Gesetzesvollzuges der Länder ist. Entsprechend trifft die primäre Kostenlast der Seuchenprävention ebenfalls die Länder, welche diese Aufgabe durch ihren öffentlichen Landesgesundheitsdienst wahrnehmen. Beispielsweise müssen die Gesundheitsämter die Impfstoffe organisieren. Krankenkassen hätten hierfür auch gar keine Möglichkeit.¹⁷ Die Bereitstellungskosten fallen somit wiederum den Landeshaushalten anheim.

In § 1 Abs. 1 Satz 2 ISchGKVLV ist festgelegt, dass die Krankenkassen insbesondere die Sachkosten und die Kosten für die Aufklärung der zu impfenden Person, für die Verabreichung des Impfstoffes sowie für die medizinische Dokumentation zu tragen haben. Dies bedeutet zugleich, dass diese Kosten nur dann anfallen, wenn es überhaupt zu einer Verabreichung der Vakzine kommt. Nicht verimpftes Material verursacht also keine Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung.

Insgesamt ermöglicht die Verordnung, eine entsprechende Bevorratung der Impfstoffe vorausgesetzt, einen kostenlosen Zugang gesetzlich Krankenversicherter zu der Influenzaimpfung. Für diejenigen, die privat versichert oder beihilfeberechtigt sind, folgt die Kostenübernahme aus der Zusage des Krankenversicherers bzw. des Beihilfeträgers.

14 Vgl. dazu *A. Kiewel*, Impfung gegen die Neue Grippe: Sinnvolle Gefahrenabwehr oder Geldverschwendug?, KrV 2009, S. 232 (233); *M. Kloepfer/S. Deye*, Pandemien als Herausforderung für die Rechtsordnung, DVBl. 2009, S. 1208 (1221).

15 Vgl. *R. Schenke*, in: *Sodan* (Hrsg.), Grundgesetz, München 2009, Art. 104a Rn. 3.

16 BVerfGE 26, 338 (390) – „Eisenbahnkreuzungsgesetz“.

17 Vgl. zum Vertriebsweg von Arzneimitteln § 47 AMG.

2. Kosten der Influenzaprävention

Hintergrund des sog. Impfkostenstreits ist nicht die fehlende Bereitschaft der gesetzlichen Krankenversicherung, sich an den Kosten für die Influenzaprävention zu beteiligen. Problematisch ist vielmehr der Umstand, dass die erforderlichen finanziellen Ressourcen aus dem Gesundheitsfonds stammen sollen, der ohnehin schon am Tropf des Bundeshaushalts hängt¹⁸. Das für die Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie erforderliche Finanzvolumen fehlt nunmehr an anderer Stelle. Hauptkostenpunkt sind freilich die Impfstoffchargen. Und an dieser Stelle gibt es einige Ungereimtheiten, auf die ich kurz eingehen möchte.

Bereits 2007 schlossen das Bundesministerium für Gesundheit und die Bundesländer mit dem Pharmaunternehmen Glaxo Smith Kline einen Vertrag, wonach im Falle einer Influenza-Pandemie 50 Millionen Chargen des Impfstoffs Pandemrix® mit dem Wirkverstärker AS03 gekauft werden sollten.¹⁹ Seinerzeit ging man davon aus, dass pro Impfung zwei Chargen notwendig seien, so dass im Pandemiefalle zunächst Impfstoff für 25 Millionen Menschen bereitstünde.

Problematisch ist zunächst, dass der Preis für die Chargen sehr hoch ist. Sie belaufen sich auf neun Euro pro Impfdosis; somit entstünden bei zwei Dosen pro geimpfter Person 18 Euro Impfstoffkosten. Die Impfdosis wäre wesentlich preisgünstiger, wenn auf den umstrittenen Wirkverstärker verzichtet worden wäre. Brisant ist, dass der Wirkstoffverstärker bereits für sich genommen gesundheitlich umstritten war. Er steht im Verdacht, die Verträglichkeit der Vakzine deutlich zu verschlechtern sowie das Risiko überschießender Immunreaktionen zu erhöhen.²⁰ Vor diesem Hintergrund vermag es nicht zu überraschen, dass der Impfstoffhersteller auf einer Haftungsfreizeichnung bestand.

Auf diese pharmakologischen Details kann und will ich jedoch nicht weiter eingehen. Aus Kostensicht ist aber interessant, dass ein Pandemie-Impfstoff ohne Wirkstoffverstärker, aber mit ausreichender Antigenmenge, gemäß der Vertragskalkulation höchstens vier Euro ohne Umsatzsteuer kosten dürfte. Mithin kommt es durch den Einsatz des Verstärkers zu einer Verdoppelung des Preises. Unverständlich ist zudem, dass die Kosten für den Impfstoff deutlich höher liegen als der Preis für eine Impfung gegen die saisonale Grippe, obgleich hier die Forschungs- und Entwicklungskosten aufgrund der alljährlich mutierenden Viren

18 Siehe zur Konstruktion des Gesundheitsfonds näher *H. Sodan*, Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, NJW 2007, S. 1313 (1316 f.).

19 Impfung gegen Schweinegrippe – Alles im Griff (II): Fehleinschätzungen, Haftungsfreistellungen und viel Geld, in: Arznei-Telegramm vom 25. September 2009, einzusehen unter der URL: <http://www.arznei-telegramm.de/blitz-pdf/b090925.pdf>.

20 Vgl. Arznei-Telegramm (Fn. 19).

höher sein dürften.²¹ Fragwürdig ist zudem, weshalb die öffentlichen Zuschüsse für die Entwicklung von Pandemiewirkstoffen nicht in den Gesamtpreis einkalkuliert wurden.

Zu den 18 Euro für die beiden Impfstoffchargen entstehen noch Dienstleistungskosten in Höhe von zwei mal fünf Euro pro effektiver Impfung, so dass sich das Gesamtkostenvolumen pro Versichertem auf 28 Euro beläuft.²² Freilich handelt es sich hierbei nur um einen Orientierungswert, da die Höhe der Kosten erstattung für die Dienstleistungen von den kassenspezifischen Vereinbarungen mit den Leistungserbringern abhängt. Multipliziert man die Summe aus Orientierungswert und Impfkosten mit 25 Millionen, also der Summe der Versicherten, für die Impfstoff im Jahre 2009 zur Verfügung stand, so ergibt sich ein potentielles Gesamtausgabenvolumen von 700 Millionen Euro.

Ursprünglich wäre diese Summe sogar noch höher gewesen, da der erste Entwurf der Verordnung über die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung bei Schutzimpfungen gegen die neue Influenza eine Verpflichtung der Krankenkassen zur Informierung besonders gefährdeter Versicherter vorsah.²³ Dieses individuelle Benachrichtigungsverfahren hätte nach Schätzungen des Spaltenverbandes Bund der Krankenkassen Verwaltungsaufwendungen in Höhe von 125 Millionen Euro verursacht.²⁴ Ebenfalls abzuziehen sind die bei dem öffentlichen Gesundheitsdienst anfallenden Personal- und Lagerkosten. Sie werden den gesetzlichen Krankenkassen nicht in Rechnung gestellt, so dass sich für das Jahr 2009 insgesamt Mehrausgaben in einer Größenordnung von ca. 600 Millionen Euro für die Krankenkassen hätten ergeben können.

3. Organisation durch einen Sonderfonds

Verwaltungstechnisch erfolgt die Koordination der Impfkosten durch Fonds, die in § 2 ISchGKLV näher geregelt sind. Danach leistet jede gesetzliche Krankenkasse zur Abgeltung der Kosten der Impfung in die jeweils auf Länderebene gebildeten Fonds einen pauschalen Betrag, der auf die Gesamtzahl ihrer Versicherten mit Wohnort in dem jeweiligen Land bezogen ist. Aus dem Fonds wer-

21 Vgl. *K. Schmidt*, Biotop für Pharma-Riesen, in: Die Tageszeitung vom 8. Dezember 2009, S. 7.

22 Vgl. *S. Rieser/N. Siegmund-Schultze*, Neue Influenza A/H1N1: Konkrete Vorbereitung für Impfungen läuft an, DÄBL. 2009, A-1498.

23 Vgl. § 2 Abs. 1 Satz 2 des Entwurfs einer Verordnung über die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung bei Schutzimpfungen gegen die neue Influenza A(H1N1) vom 15. Juli 2009, einzusehen unter der Short-URL: <http://alturl.com/cf8i>.

24 *A. Kiewel* (Fn. 14), S. 232.

den Sachkosten des Impfstoffes, Impfleistung und medizinische Dokumentation beglichen.

§ 2 Abs. 2 Satz 1 ISchGKLV legt fest, dass die gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2009 nur für die Kosten aufkommen, die für die Impfleistungen bei 30 Prozent ihrer Versicherten entstehen. Ergibt sich nach dem Ende der besonderen Gefahrenlage, spätestens am 31. Juli 2010, dass die an die Fonds gezahlten Beträge die tatsächlichen Kosten der Impfung übersteigen, sind die verbleibenden Beträge von den Fonds unverzüglich an die gesetzlichen Krankenkassen anteilig nach deren Einzahlungen in die Fonds zurückzuzahlen (§ 3 Satz 1 ISchGKLV).

Die Finanzierung weiterer, möglicherweise erst im Verlauf des Jahres 2010 entstehender Ausgaben, bleibt jedoch unklar. Zwar gibt es offenbar eine politische Zusage auf Bundesebene, die Kosten zu tragen, wenn sich im Verlauf des Jahres 2010 ein signifikanter Anstieg des Impfbedarfs erweisen sollte.²⁵ In der genannten Rechtsverordnung wurde diese Zusage jedoch nicht positiviert. In Anwendung des Infektionsschutzgesetzes könnte den gesetzlichen Krankenkassen die vollständige Finanzierung der Impfung ihrer Versicherten übertragen werden.

Ich hatte bereits zuvor darauf hingewiesen, dass die Kosten letztlich durch den Gesundheitsfonds gestemmt werden müssen, der ohnehin schon unter einem Milliardendefizit leidet. Interessanterweise sah das verordnungsgebende Bundesministerium für Gesundheit keine Notwendigkeit, den Gesundheitsfonds aufgrund der influenzabedingten Kosten durch Steuermittel aufzustocken. In der Verordnungsbegründung heißt es lapidar: „Die erwarteten Ausgaben von 0,6 Milliarden Euro im Jahr 2009 können aus Mitteln des Gesundheitsfonds bestritten werden.“²⁶

4. Regress und anlassbezogene Sonderzuschüsse

Selbstverständlich war bei der Festlegung des einheitlichen Beitragssatzes zur gesetzlichen Krankenversicherung nicht vorhersehbar, dass zusätzliche Pandemievorsorgekosten in dieser Größenordnung entstehen könnten. Sollten sich tatsächlich 25 Millionen gesetzlich Versicherte impfen lassen, so bliebe angesichts dieses unvorhersehbaren Ausgabenanstiegs nichts anderes übrig, als Zusatzbeiträge nach Maßgabe des § 242 Abs. 1 SGB V zu erheben oder generell den Ge-

25 A. Kiewel (Fn. 14).

26 Vgl. Begründung zur Verordnung über die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung bei Schutzimpfungen gegen die neue Influenza A(H1N1), S. 5, einzusehen unter der Short-URL <http://alturl.com/2j29>.

samtbeitragssatz zu erhöhen.²⁷ Insbesondere kommt als Finanzierungsalternative ein kostenausgleichender Regress seitens der Krankenkassen nach allgemeinen sozialverwaltungsverfahrensrechtlichen Vorschriften nicht in Betracht. Solche spezialgesetzlichen Erstattungsansprüche nach Maßgabe des § 91 SGB X aus Auftrag oder der §§ 102 ff. SGB X für den Fall, dass ein anderer Leistungsträger Aufgaben übernimmt, gibt es nur zwischen den Leistungsträgern. Ebenfalls scheidet ein allgemeiner öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch aus, da die Kostentragungspflicht auf der Grundlage einer infektionsschutzrechtlichen Verordnung erfolgt.²⁸ Die Krankenkassen tragen also die Kosten auf der Grundlage rechtmäßiger einfachgesetzlicher Bestimmungen.

Um jedoch die politisch unbeliebten Maßnahmen der Erhebung von Zusatzbeiträgen oder der Erhöhung des Gesamtbeitragssatzes zu vermeiden, kommt als letzte Option die freiwillige Beteiligung des Bundes an den möglicherweise noch anfallenden zusätzlichen Kosten in Betracht.²⁹ Eine verfassungsrechtliche Grundlage hierfür findet sich in Art. 120 Abs. 1 Satz 4 GG, der staatliche Zuschüsse an die Sozialversicherungsträger für Sozialversicherungslasten ermöglicht. Da sich die Vorschrift nur auf Sachausgaben bezieht,³⁰ könnte immerhin ein Zuschuss für die Kosten der Impfstoffchargen erfolgen.

V. Verlagerung der Finanzierungsproblematik auf die Länder

Allerdings könnte sich der Impfkostenstreit zwischen Krankenkassen und Bund mittlerweile erledigt haben. Dies liegt an der Impfskepsis in der Bevölkerung, der geringen Pathogenität des Virus, dem daraus resultierenden fehlenden Bedürfnis, die Impfung überhaupt in Anspruch zu nehmen und an der Tatsache, dass sich unlängst die Notwendigkeit von nur einer Charge pro effektiver Impfung herausstellte.

Für die Krankenkassen hat dies zur Folge, dass eine Impfung signifikant günstiger wird. Und für die Länder bedeutet dies, dass sie auf den Chargen sitzen bleiben. Sollten sich bis zum Ende der Grippeaison so viele Menschen impfen lassen wie bisher – nach Schätzungen des Paul-Ehrlich-Instituts wären dies etwa sechs Millionen Menschen –, entstünde den Ländern ein Schaden von ca. 250

27 Vgl. Stellungnahme des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, in: FAZ-NET vom 6. August 2009, einzusehen unter der Short-URL <http://alturl.com/z5ip>.

28 Vgl. hierzu umfassend C. Corell, Wer trägt die Kosten für die Schutzimpfung gegen „Schweinegrippe“?, in: NJW 2009, S. 3069 (3071).

29 Vgl. C. Corell (Fn. 28).

30 Vgl. R. Schenke (Fn. 15), Art. 120 Rn. 11.

Millionen Euro.³¹ Der Bundesminister für Gesundheit machte bereits deutlich, dass das wirtschaftliche Risiko den Ländern zufällt. Allenfalls könne der Bund dabei helfen, die nicht verbrauchten Chargen weiterzuverkaufen. Dies dürfte jedoch wegen der vertraglich zugesicherten Haftungsfreistellung nicht ganz einfach sein. Im besten Falle kann es gelingen, den Käufer zu bewegen, die Haftungsrisiken zu übernehmen; oder aber die Bundesländer behalten das Haftungsrisiko, verkaufen aber immerhin den Wirkstoff.

VI. Fazit

Abschließend stellt sich die Frage, welche Lehren aus dem Impfkostenstreit zu ziehen sind. Hierbei ist zwischen der organisatorischen und der finanziellen Seite zu differenzieren. Zumindest konnte die durch Rechtsverordnung erlassene Kostentragungsregelung zu einer schnellen Klärung der Finanzierungsfragen führen. Die hiergegen gerichteten Bedenken der Krankenkassen sind durchaus verständlich. Allerdings stellt die sog. „Schweinegrippe“ einen speziellen Ausnahmefall dar, der lediglich eine zeitliche Vorverlagerung einer ohnehin bestehenden Verpflichtung zur Kostentragung für präventiv-medizinische Impfleistungen bedeutet. Das Umgehen des sozialgesetzlichen Regelverfahrens über eine spezielle Rechtsverordnung war aus Gründen der Pandemieabwehr erforderlich. Der grundsätzliche Unmut der Krankenkassen dürfte sich insgesamt wohl eher aus dem mit dem Konstrukt des Gesundheitsfonds verbundenen Verlust ihrer finanziellen Autonomie und der chronischen Unterfinanzierung des Gesundheitssystems ergeben.

Als viel problematischer erwies sich die Koordination der Impfungen im föderalen Geflecht der Bundesrepublik Deutschland. So verfügt jedes Bundesland über eigene Pandemiepläne und damit über unterschiedliche Vorsorgeangebote.³² Um in Zukunft besser auf vergleichbare Situationen reagieren zu können, wäre es dringend notwendig, eine nationale Koordinationsstelle einzurichten, die wenigstens die unterschiedlichen Abwehr- und Vorsorgemaßnahmen der Länder abstimmt und am besten sogar auf europäischer Ebene mit anderen nationalstaatlichen Pandemieabwehrzentren zusammenarbeitet, um eine kontinentale Versorgung mit Impfstoff und Medikamenten sicherzustellen. Die derzeitigen Zustände sind jedenfalls – um es vorsichtig auszudrücken – nicht zufriedenstellend.

Die „Schweinegrippe“ war also ein Testfall für zukünftige Pandemieszenarien. Derzeit kann man davon ausgehen, dass wir wohl mit einem „blauen Auge“

31 Vgl. Meldung: Länder bleiben auf Impfstoff sitzen, in: Financial Times Deutschland vom 8. Dezember 2009, S. 2.

32 M. Kloepfer/S. Deye (Fn. 14), S. 1215 f. Vgl. auch A. Kiewel (Fn. 14), S. 235.

davon gekommen sind. Seit Wochen sinkt die Zahl der Neuinfektionen signifikant; bislang erweisen sich nahezu sämtliche Verlaufsformen im Vergleich zur saisonalen Grippe als eher milde. Aus gesundheitsökonomischer und gesundheitsrechtlicher Sicht lässt sich jedoch das Fazit ziehen, dass das Problem der Finanzierung präventiver medizinischer Leistungen keines ist, das mit den Schreckenszenarien weltweiter Pandemien zusammenhängt, sondern Teil eines Gesamtfinanzierungsproblems des öffentlichen Gesundheitswesens, in dem der angesprochene Gesundheitsfonds nur eine Baustelle darstellt. Die neue Bundesregierung und die sie tragende Parlamentsmehrheit haben allerdings die Chance und die demokratische Legitimation, eine umfassende Neustrukturierung des bislang chronisch defizitären und schon von daher nicht zukunftsfähigen Systems der gesetzlichen Krankenversicherung vorzunehmen.

