

Due Diligence and Art

Sehen Sie das Baby, spritzen Sie das Baby, Rechnung! Das Geschäftsmodell der Pädiatrie

Analyse der Zahlungsströme, Umsatzmechanismen und Anreizstrukturen.

[Sasha Latypova](#)

8. Januar 2026

Verschiedene Quellen haben bereits berichtet, dass eine durchschnittliche Kinderarztpraxis ohne die Verabreichung des vollständigen Impfschemas der CDC an Kinder nicht überleben kann. Ich habe mich daher entschlossen, die Zahlungsströme genauer zu analysieren, da diese das beobachtete Verhalten der Beteiligten an diesem System der Vergiftungen maßgeblich beeinflussen.

Update 1 : Nachdem ich diesen Beitrag verfasst und geplant hatte, [veröffentlichte das US-Gesundheitsministerium \(HHS\) bzw. die Centers for Medicare & Medicaid Services \(CMS\) eine neue Richtlinie für 2026](#) zur Meldepflicht des Impfstatus von Kindern im Rahmen der staatlichen Medicaid- und CHIP-Programme. Meiner Ansicht nach ist dies ein insgesamt positiver Schritt zur Reform des verfehlten Systems der Impfbzuschüsse auf Ebene der Bundesstaaten. Dieser Schritt wurde jedoch umgehend von vielen MAHA-nahen Medien falsch dargestellt, darunter [leider auch von The Defender \(einer Publikation von CHD\)](#). Trotz der Behauptung, die Bundesregierung werde nun die Zahlungen an Kinderärzte für Impfungen einstellen, ändert diese neue CMS-Richtlinie **nichts** an den Zahlungen und Prämien für Impfungen im Rahmen der staatlichen Medicaid-Programme, da die CMS diese Zahlungen nicht leistet. Das Schreiben selbst macht dies deutlich! Die CMS „rät“ den Bundesstaaten lediglich davon ab, Impfungen über die staatlichen Medicaid-Programme zu finanzieren, da die CMS für diese Zahlungen nicht zuständig ist.

[illegible]

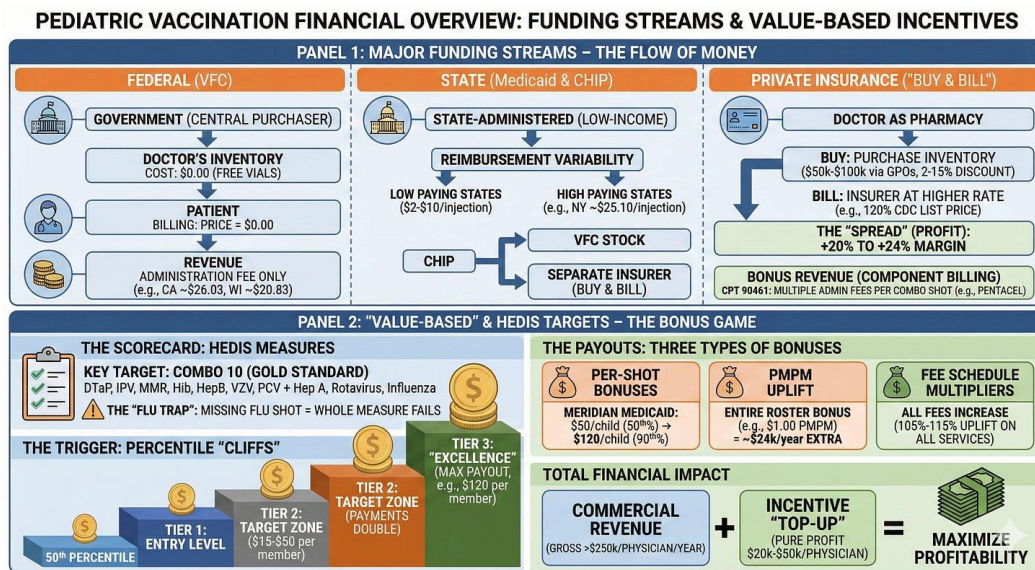
Impfungen, die weiterhin als „Routineimpfungen“ gelten, sind meiner Meinung nach hochgiftig: Masern, Mumps, Röteln, Tetanus, Keuchhusten, Pneumokokken, Windpocken und HPV (reduziert von zwei auf eine Dosis). Es gibt keine Informationen darüber, wie sich diese Änderung auf die in diesem Artikel diskutierten HEDIS-Maßnahmen und Vergütungsstrukturen auswirkt. Ich vermute stark, dass sie keine Auswirkungen hat und dass Kinderärzte Eltern weiterhin unter Druck setzen und belügen werden, insbesondere in Bundesstaaten wie Kalifornien, New York und Illinois, die ihre eigenen Impfpläne einführen. Ich werde versuchen, dieses Thema in zukünftigen Artikeln weiter zu recherchieren.

Zusammenfassung:

Dieser Beitrag untersucht die perversen finanziellen Anreize und die Mechanismen der „Impfvergütung“, die der größten menschlichen Tragödie der Geschichte zugrunde liegen: der Massenvergiftung mehrerer Kindergenerationen mit unregulierten, haftungsfreien Giften, den sogenannten Impfstoffen. Die Finanzierungsmechanismen zur Durchsetzung des vollständigen Impfplans der CDC und jährlicher Auffrischungsimpfungen (wie Grippe- und COVID-Impfungen) umfassen Programme von Bund (Medicaid), Ländern (Medicaid und CHIP), Kommunen (Section 317) und privaten Krankenversicherungen. Eine durchschnittliche Kinderarztpraxis erzielt etwa 25 % ihres Jahresumsatzes durch direkte Impfstofferrstattungen oder Verabreichungsgebühren. Der Einfluss dieser Einnahmen auf den Gewinn ist jedoch deutlich höher. Dies liegt an zahlreichen Anreizsystemen, die extrem hohe Impfquoten fördern und den Praxen, die diese Quoten erreichen, Zuschläge oder Prämien auf ihre gesamte Abrechnung gewähren. Andere Programme (z. B. „Kombi 10“) bieten Bonuszahlungen für die Impfung jedes Kindes gemäß dem CDC-Impfplan UND für die jährliche Gripeschutzimpfung. Das US-Gesundheitsministerium (HHS) zahlt Zuschüsse direkt an lokale Gesundheitsämter, um Impfkampagnen zu betreiben und die Impfquote zu erhöhen. Je nach Zusammensetzung der Praxis (Medicaid vs. Privatversicherung) können die jährlichen Zahlungen pro Arzt zwischen 75.000 und 250.000 US-Dollar liegen. Eine durchschnittliche Kinderarztpraxis kann ohne solche Impfprämienprogramme schlichtweg nicht überleben.

Die Infografik:

Mechanismen zur Kostenbeteiligung an Impfungen und Schätzungen der finanziellen Auswirkungen auf eine typische Kinderarztpraxis in den USA. Diese Tabelle wurde mithilfe von KI generiert und ist nicht vollständig (sie ist ohnehin schon sehr umfangreich). Beispielsweise sind direkte Zuschüsse des US-Gesundheitsministeriums (HHS) an lokale Gesundheitsämter zur Durchführung von Impfkampagnen (Abschnitt 317) hier nicht enthalten.



Detaillierte Analyse

laut MAHA als „revolutionär“ und laut Kritikern als „unverantwortlich“ gelten, [Dr.](#) Nach den jüngsten Änderungen des CDC-Impfplans, die ~~Zwar lehnen immer mehr Eltern Impfungen ab,~~ doch die Krankenhäuser aktualisieren ihre Informationsblätter zur Hepatitis hat sich in den Kreißsälen, wo fast jedes Neugeborene geimpft wird, kaum etwas verändert. [Madhava Setty, Anästhesist, berichtet aus der Praxis:](#) -B-Impfung nicht, um die meisten unwissenden Eltern nicht zu erreichen, und informieren weder Pflegekräfte noch Ärzte über die „neuen, revolutionären Empfehlungen der MAHA-CDC“.

Die Krankenschwestern drängen Neugeborene zur Impfung. Konfrontiert mit Informationen, die dem „Impfprotokoll“ widersprechen, stellen sie sich unwissend, verdrehen die Augen oder geben vor, die Empfehlungen der Amerikanischen Akademie für Kinderheilkunde zu bevorzugen. Nein, sie sind nicht dumm! Und sie sind sich der wissenschaftlichen Erkenntnisse und der Sicherheitsvorkehrungen durchaus bewusst (sie sehen die Schäden ja selbst). Ihnen ist die Wissenschaft einfach egal, genauso wie das Leben Ihrer toten und behinderten Kinder, denn sie werden nicht für Fürsorge bezahlt, sondern für das Gegenteil. Ganz wörtlich. Sehen Sie selbst, wie das funktioniert.

Die Durchsetzung des Systems zur Bekämpfung von Kindervergiftungen hat nichts mit „Wissenschaft“ oder „Empfehlungen der CDC“ zu tun. Es geht ums Geld.

Das Wirtschaftssystem ist bewusst fragmentiert, komplex und intransparent gestaltet. Dr. Setty beispielsweise ist Anästhesist und verabreicht keine Impfstoffe. Obwohl er also zum Klinikbetrieb gehört und dessen Abrechnungssysteme nutzt, ist ihm wahrscheinlich nicht bewusst, welch bedeutendes Gewinnfeld Impfungen in der Pädiatrie darstellen. Für private Kinderarztpraxen, in denen die meisten amerikanischen Kinder medizinisch versorgt werden, sind Impfungen nicht nur eine klinische Leistung, sondern ein dominanter Geschäftsbereich, der mindestens 25 % des Gesamtumsatzes ausmacht (das ist das Minimum, was impfbefürwortende Mainstream-Medien einräumen).

Es gibt eine ganze [Branche von Unternehmensberatern](#), die Kinderärzten beibringen, wie sie mit Impfungen Gewinn erzielen können. Hier ist eine Quelle [, die erklärt, wie man die Gewinne in der Pädiatrie durch Impfungen steigern kann](#). Einige dieser Berater behaupten, dass [Kinderarztpraxen zwar etwa 25 % ihres Umsatzes mit Impfungen erwirtschaften, die Gewinnmargen aber sehr gering sind](#)! Sie behaupten sogar, dass die Margen negativ sein können. Warum empfehlen die Wirtschaftsgurus dann eine Branche, in der man umso weniger verdient, je mehr man verkauft? Ein Unternehmer mag behaupten, mit einer Produktlinie Verluste zu machen, aber eine Analyse der Kostenrechnung zeigt oft ein anderes Bild. Die wahre Kostenrechnung ist komplex.

Das Geld fließt.

Wir werden verschiedene Kategorien der mit Kinderimpfungen verbundenen Finanzströme untersuchen: (1) die „Grundfinanzierung“ durch Bundes-, Landes- und kommerzielle Einrichtungen; (2) die Betriebseinnahmen, einschließlich der spezifischen Kodierungsmethoden (z. B. komponentenbasierte Abrechnung) und der Ziele, die wertbasierte Zahlungen auslösen; und (3) die daraus resultierenden Umsatz- und Gewinnschätzungen für Kinderarztpraxen.

Die Analyse dieser Geldflüsse zeigt, dass die finanzielle Tragfähigkeit eines Kinderimpfprogramms selten allein durch die Erstattung des Impfstoffs selbst gewährleistet wird. Im privaten Sektor dient die Produkterstattung größtenteils der Deckung der Anschaffungskosten, während im öffentlichen Sektor der Impfstoff ohne Aufschlag als Sachleistung bereitgestellt wird. Folglich hängt die wirtschaftliche Stabilität einer Praxis von der **Verwaltungsgebühr** – der Vergütung für die Impfung – und den zunehmend wichtigen, **leistungsbezogenen Anreizen** ab, die an Ziele der Bevölkerungsgesundheit gekoppelt sind.

Diese Anreize, die auf den Qualitätsindikatoren des Healthcare Effectiveness Data and Information Set (HEDIS) basieren, führen zu erheblichen finanziellen Einbußen. Schon geringfügige Unterschiede in den Impfraten können darüber entscheiden, ob eine Praxis hohe Bonuszahlungen erhält oder finanzielle Schwierigkeiten hat. Beispiele für leistungsbezogene Vergütungssysteme sind das [aus Illinois](#) und Michigan [Meridian Pay for Performance \(P4P\)-Programm](#). Ich werde sie weiter unten genauer erläutern.

Wir müssen kurz abschweifen – was ist HEDIS?

Das [Healthcare Effectiveness Data and Information Set \(HEDIS\)](#) ist ein umfassendes Set von Leistungsindikatoren, das vom National Committee for Quality Assurance (NCQA) entwickelt und gepflegt wird, um die Qualität der von Krankenversicherungen in den Vereinigten Staaten erbrachten Leistungen zu bewerten. HEDIS umfasst über 90 Indikatoren in sechs Bereichen: Wirksamkeit der Versorgung, Zugang/Verfügbarkeit der Versorgung, Patientenerfahrung, Inanspruchnahme und risikoadjustierte Inanspruchnahme, beschreibende Informationen zu den Krankenversicherungen sowie Indikatoren, die mithilfe elektronischer klinischer Datensysteme gemeldet werden. Diese Indikatoren decken ein breites Spektrum an Gesundheitsthemen ab, darunter Krebsvorsorgeuntersuchungen (z. B. Brust-, Darm- und Gebärmutterhalskrebs), Diabetesmanagement (z. B. Augenuntersuchungen, Nierengesundheit und Blutzuckerwerte), Herzerkrankungen (z. B. Blutdruckkontrolle), Impfungen (für Kinder und Jugendliche), psychische Gesundheitsversorgung (z. B. Nachsorge nach Krankenhausaufenthalten oder Notfallbehandlungen) und Präventionsleistungen wie Schwangerschaftsvorsorge und Kindervorsorge.

Die HEDIS-Kennzahlen werden von über 90 % der US-amerikanischen Krankenversicherungen genutzt. Die Ergebnisse dienen häufig der öffentlichen Berichterstattung, der Akkreditierung und dem Vergleich von Krankenversicherungen. Die Daten werden über Abrechnungsdaten, Patientenakten, Apothekendaten und zunehmend über elektronische klinische Datensysteme (ECDS) erhoben, die eine genauere und zeitnahe Berichterstattung ermöglichen. Einige Kennzahlen werden bei der Berechnung der Gesamtleistung stärker gewichtet. So werden beispielsweise Ergebnis- und Zwischenergebniskennzahlen wie die Blutdruckkontrolle bei Patienten mit Diabetes (BPD) und die Beurteilung des glykämischen Status bei Diabetes (GSD) dreifach gewichtet, was bedeutet, dass sie einen größeren Einfluss auf die Qualitätsbewertung einer Krankenversicherung haben. Die HEDIS-Ergebnisse werden von NCQA-zertifizierten Unternehmen geprüft, um ihre Validität und Zuverlässigkeit sicherzustellen. Organisationen wie CMS und US News & World Report nutzen sie zur Bewertung und zum Ranking von Krankenversicherungen.

Ich möchte darauf hinweisen, dass HEDIS Wörtern wie „grässlich“, „grausam“ usw., die sich auf Hades beziehen, sehr ähnlich ist – in der griechischen und römischen Mythologie ist Hades sowohl der Name für die Unterwelt als auch der Gott der Toten und, interessanterweise, der Reichtümer!



Wie treffend ist doch die Bezeichnung des Systems, das die Fußsoldaten des militärisch-industriellen Komplexes der „Todesversorgung“ kontrolliert, um gleichzeitig Krankheit und Tod zu erzeugen und dabei Geld zu verdienen – HEDIS/„Hades“!

Zurück zum Hauptthema dieses Beitrags: Betrachten wir die konkreten Einnahmequellen. Seien Sie versichert, dass auf Ihr Kind ein hohes Kopfgeld ausgesetzt ist, sobald Sie gesundheitliche Probleme mit dem System haben, das ähnliche Anreizstrukturen wie Drogen- und Menschenhändlerkartelle nutzt.

1. Bundesmittel: Das Programm „Impfungen für Kinder“ (VFC)

Das Fundament des US-amerikanischen Finanzierungssystems für Kinderimpfungen bildet das Programm „Impfstoffe für Kinder“ (VFC). Das 1993 vom Kongress ins Leben gerufene VFC-Programm verändert grundlegend die wirtschaftliche Beziehung zwischen Leistungserbringern und Impfstoffen. Es führt ein zweigeteiltes Bestandssystem in Kinderarztpraxen ein und teilt Patienten in zwei unterschiedliche finanzielle Gruppen ein: diejenigen, für die der Impfstoff ein kostenloses, vom Staat bereitgestelltes Gut ist, und diejenigen, für die er ein gekauftes Gut darstellt.

Das VFC-Programm ist ein bundesweites Leistungsanspruchsprogramm, das Kindern im Impfstoffbesitz ein gesetzliches Recht auf kostenlose Impfungen einräumt. Die US-amerikanischen Zentren für Krankheitskontrolle und -prävention (CDC) fungieren als zentrale Beschaffungsstelle und verhandeln Verträge mit Impfstoffherstellern (z. B. Merck, Pfizer, Sanofi, GSK), um Impfstoffe mit einem erheblichen Rabatt – schätzungsweise 40–50 % unter dem Katalogpreis des privaten Sektors – zu erwerben. Diese Impfstoffe werden dann an die Gesundheitsbehörden der Bundesstaaten und Territorien verteilt, die sie wiederum direkt an teilnehmende private Arztpraxen liefern.

Für die pädiatrische Praxis hat dieser Mechanismus mehrere finanzielle Auswirkungen.

- **Null Kosten der verkauften Waren (COGS):** Die Praxis zahlt nicht für den VFC-Lagerbestand. Sie erhält die Ampullen kostenlos.
- **Null gemeldete Einnahmen:** Da die Praxis den Impfstoff nicht gekauft hat, darf sie die Kosten nicht abrechnen. Der „Preis“ des Impfstoffs in einer VFC-Abrechnung beträgt immer 0,00 \$. Impfbefürworter nutzen diese Tatsache, um zu behaupten, Ärzte würden nicht vergütet und impften nur, weil „alle Ärzte an Impfungen glauben! Wir sterben alle, wenn wir unsere wertvollen Impfstoffe nicht haben, hehehe!“ Diese Impfungen zählen jedoch zu den Anreizprogrammen für Impfungen auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene, die weiter unten erläutert werden. Daher erzielen Kinderärzte mit den vom Staat kostenlos bereitgestellten [Gift-]Impfungen tatsächlich einen nahezu reinen Gewinn, indem sie die im HEDIS-System festgelegten Anreize eifrig verfolgen.
- Obwohl die Impfungen als kostenlos beworben werden, dürfen die Anbieter dennoch eine Verwaltungsgebühr für das VFC-Produkt erheben. Die Gebühren variieren je nach Bundesstaat (die staatliche Impffinanzierung wird weiter unten erläutert). Beispielsweise ist in **Wisconsin** die Verwaltungsgebühr auf **20,83 US-Dollar** pro Impfung begrenzt, in **Kalifornien** auf **26,03 US-Dollar**. In **Hawaii** variiert die Gebühr **zwischen 18 und 25 US-Dollar**.

Die Verteilung staatlicher Impfstoffe ist auf bestimmte Bevölkerungsgruppen (arme, indigene Bevölkerungsgruppen) beschränkt. Diese Trennung erleichtert es auch, diese Bevölkerungsgruppen gezielt für eugenische Zwecke zu rekrutieren – z. B. durch die Lieferung von mehr toxischen Impfstoffen, durch Anreize zur Erzwungung von Impfungen usw.

2. Staatliche Finanzierung: Medicaid und CHIP

Während das bundesweite VFC-Programm *kostenlos bereitstellt* Impfstoffe, *übernehmen die staatlichen Medicaid-Programme die Kosten* für Impfungen von Kindern aus einkommensschwachen Familien. Die staatlichen Medicaid-Behörden haben bei der

Ausgestaltung der Impfstoffzahlungen einen großen Ermessensspielraum, [was zu einer Vielzahl unterschiedlicher Erstattungsmodelle](#) und zunehmender Intransparenz führt.

Historisch gesehen zahlten viele staatliche Medicaid-Programme Verwaltungsgebühren von nur 2 bis 10 Dollar pro Injektion – Sätze, die weithin kritisiert wurden, weil sie die Gemeinkosten nicht deckten.

Der „Bump“: Der Affordable Care Act (ACA) schrieb in den Jahren 2013-2014 vorübergehend vor, dass Medicaid Leistungen der Primärversorgung zu Medicare-Sätzen vergüten sollte (der „Medicaid Parity Bump“). Obwohl das Bundesmandat auslief, [entschieden sich einige Bundesstaaten dafür, höhere Sätze beizubehalten, um die Versorgungsnetze zu erhalten](#).

Staaten mit niedrigen Erstattungssätzen: Einige Gerichtsbarkeiten zahlen weiterhin Sätze nahe dem Mindestbetrag. So ist beispielsweise [die Verwaltungsgebühr in Missouri](#) seit jeher faktisch auf den unteren Bereich des Spektrums begrenzt.

Bundesstaaten mit hohen Erstattungssätzen: Andere Bundesstaaten nutzen ihre Gebührenordnungen, um Anreize für die Teilnahme zu schaffen. [New York Medicaid erstattet 25,10 US-Dollar](#) für die Verabreichung von VFC-fähigen Impfstoffen an Mitglieder unter 19 Jahren. Dieser Satz soll die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer in einem kostenintensiven Umfeld sichern. Auch [Kaliforniens Medi-Cal Rx hat](#) die Gebühr für die Apothekenverwaltung auf **9,00 US-Dollar** erhöht.

Das Hybridmodell: Wenn die Kinder nicht arm genug für Medicaid sind, können sie in das CHIP-Programm aufgenommen werden.

Das Kinderkrankenversicherungsprogramm (CHIP) ist zwischen Medicaid und der privaten Krankenversicherung angesiedelt. Seine Finanzierung hängt von den strukturellen Entscheidungen des jeweiligen Bundesstaates ab:

- **Medicaid-Erweiterung CHIP:** In den Bundesstaaten, die die Medicaid-Erweiterung anbieten, funktioniert CHIP im Wesentlichen wie Medicaid. Leistungserbringer nutzen den kostenlosen Bestand an injizierbaren Giften von VFC und stellen dem Staat eine Verwaltungsgebühr in Rechnung.
- **Separates CHIP-Programm:** In Bundesstaaten mit separaten CHIP-Programmen sind die Kinder möglicherweise nicht VFC-berechtigt. In diesem Fall muss der Leistungserbringer die Impfstoffe (privat) erwerben und sowohl das Produkt als auch die Verabreichung mit der CHIP-Versicherung abrechnen, ähnlich wie bei einer privaten Krankenversicherung.

Update: Nachdem ich diesen Beitrag verfasst und geplant hatte, [erließ das US-Gesundheitsministerium \(HHS\) bzw. die Centers for Medicare & Medicaid Services \(CMS\) eine neue Richtlinie für 2026](#) zur Meldepflicht des Impfstatus von Kindern aus den staatlichen Medicaid- und CHIP-Programmen. Dies halte ich für einen positiven Schritt zur Reform des perversen Systems der Impfungszuschüsse auf Ebene der Bundesstaaten. Die Änderung gilt für die Meldepflicht ab 2026. Seit Einführung des Affordable Care Act sind alle staatlichen Medicaid-Programme verpflichtet, „Qualitätskennzahlen“ an die CMS zu melden. Dies wurde im Gesetz mit dem angeblichen Zweck der „Verbesserung der Gesundheitsversorgung“ begründet, dient aber in Wirklichkeit dazu, die Bundesstaaten zu zwingen, private

Gesundheitsdaten an die Bundesregierung weiterzugeben und so die Überwachung, Verfolgung, Schikanie und Nötigung von Medicaid-Patienten zu ermöglichen. Natürlich führte dies nicht zu einer Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit, sondern zu deren genau gegenteiliger Wirkung. Teil dieser Meldepflicht war die obligatorische Meldung von Kinderimpfungen. Gemäß den neuen Richtlinien des US-Gesundheitsministeriums (HHS), aus dem Schreiben an die staatlichen Gesundheitsbehörden vom 30. Dezember 2025 hervorgeht, ist dies nicht mehr verpflichtend:

Aktualisierungen der Kernsets 2026

Gemäß Abschnitt 1139A(b)(5) des Gesetzes hat der Minister das Ermessen, Änderungen an den Kernsets vorzunehmen, die er für die Verbesserung und Stärkung dieser Sets für am besten hält. In Ausübung dieses Ermessens entfernt CMS die folgenden vier Maßnahmen im Zusammenhang mit dem Impfstatus von Kindern und Schwangeren aus den Kernsets für Kinder und Erwachsene für das Jahr 2026.²⁰

- Impfstatus im Kindesalter (CIS-CH)
- Impfungen für Jugendliche (IMA-CH)
- Pränataler Impfstatus: Unter 21 Jahren (PRS-CH)
- Pränataler Impfstatus: Ab 21 Jahren (PRS-AD)

[...]

Im Jahr 2026 und darüber hinaus wird CMS Optionen prüfen, um die Entwicklung neuer Impfmaßnahmen zu erleichtern, die Informationen darüber erfassen, ob Eltern und Familien über Impfstoffoptionen, Impfstoffsicherheit und Nebenwirkungen sowie alternative Impfpläne informiert wurden.

Im Allgemeinen betrachte ich dies als gute Nachricht. Je weniger Druck besteht, „Impfdaten zu sammeln“, desto besser. Es ist jedoch wichtig zu beachten, dass diese neue Richtlinie die staatlichen Medicaid-Programme zur Kostenübernahme für Impfungen nicht betrifft. Diese Programme werden nicht von Bundesbehörden finanziert, sondern von den Bundesstaaten. Ein weiterer, meiner Meinung nach besorgniserregender Aspekt dieser Richtlinie ist die folgende Formulierung im Schreiben der CMS:

CMS plant, mit verschiedenen Interessengruppen, darunter Bundesstaaten, Verantwortliche für Qualitätsmaßnahmen, Leiter von Impfregistern, Leistungserbringer und Anbieter elektronischer Patientenakten, in Kontakt zu treten, um zu erfahren, wie neue Maßnahmen die Präferenzen von Einzelpersonen und Familien in Bezug auf Impfungen erfassen können. CMS wird außerdem untersuchen, wie religiöse Befreiungen von Impfungen in den Daten und den daraus resultierenden Maßnahmen berücksichtigt werden können.

Sie planen nicht, Ihre privaten Entscheidungen über Ihre Gesundheit und die Ihrer Kinder in Ruhe zu lassen! Das ist völlig unrealistisch. Sie wollen nun genau erfassen, was Sie über Impfungen denken, wie Sie entscheiden, ob Sie Ihre Kinder impfen lassen wollen oder nicht, und sogar Ihre religiösen Überzeugungen in dieser Angelegenheit! Dies ist ein verschlungener Weg, um mehr Daten zu gewinnen, tiefer in die Privatsphäre einzudringen und verschiedene

„Maßnahmen“ und „Gegenmaßnahmen“ auf individueller, staatlicher und kommunaler Ebene gezielter einzusetzen. Mit diesen Informationen in der Hand von Bund und Ländern können zukünftige „Pandemien“ (z. B. der Einsatz chemischer Waffen) potenziell gezielter gegen bestimmte Orte eingesetzt werden, beispielsweise gegen solche mit einer impfkritischen Haltung. Auch Impfpropaganda oder die Anwendung von Entführungs- und Misshandlungsprotokollen in Krankenhäusern lassen sich dann gezielter einsetzen. Diese und viele weitere Taktiken können entwickelt werden, sobald die Regierung diese Informationen über Sie, Ihre Familie oder Ihre Gemeinde besitzt.

Letztendlich handelt es sich bei dieser Richtlinie zur verpflichtenden Datenerhebung durch den Bund von den Bundesstaaten um eine „Änderung der Verwaltungsvorschriften“. Sie kann von den nächsten Regierungen problemlos geändert werden (was glauben Sie, was die Demokraten tun werden, sobald sie an der Macht sind?). In der Folge wird Medicaid sowohl die Daten zur obligatorischen Impfung als auch die Daten von Impfverweigerern, deren „Präferenzen“ und religiöse Ansichten erfassen! Tadaa. Ist staatliche Gesundheitsversorgung nicht großartig?

Ich plane, in zukünftigen Beiträgen das Thema „obligatorische Kennzahlen zur Gesundheitsqualität“ (d. h. das Übertragen von Gesundheitsdaten in zentrale Bundesdatenbanken) zu recherchieren.

3. Finanzierung von Kinderimpfungen durch private Krankenversicherungen

Der private Sektor, bestehend aus kommerziellen Krankenversicherern (z. B. Blue Cross Blue Shield, UnitedHealthcare, Aetna, Cigna), arbeitet mit einem anderen Finanzierungsmodell, dem sogenannten „Buy and Bill“-Modell. Für Kinderarztpraxen stellt diese Einnahmequelle das höchste Potenzial dar. Im Gegensatz zum Sachleistungsmodell (VFC) muss die Kinderarztpraxis bei kommerziellen Impfungen als Apotheke fungieren.

Die Praxis verwendet eigene Mittel (oder Kredite), um Impfstoffe direkt von Herstellern oder Großhändlern zu beziehen. Eine typische Kinderarztpraxis verfügt jederzeit über Impfstoffvorräte im Wert von 50.000 bis 100.000 US-Dollar. Diese Impfstoffe müssen getrennt vom VFC-Bestand gelagert werden (wobei in einigen Ländern mit fortschrittlicher Nachverfolgung eine „virtuelle Trennung“ zulässig ist).

Abrechnung (Umsatz und Gewinn): Nach der Verabreichung stellt die Praxis dem Versicherer die Kosten für den Impfstoff und die Verabreichungsleistung in Rechnung. Die Erstattung durch den Versicherer erfolgt einige Tage oder Wochen später. Der Umsatz mit dem Impfstoff deckt die Anschaffungskosten zuzüglich einer Marge für Lagerkosten (Kühlung, Versicherung, Bruch, Kapitalkosten).

Kommerzielle Kostenträger legen die Erstattungssätze üblicherweise anhand eines von zwei Richtwerten fest. Der durchschnittliche Verkaufspreis (ASP) ist ein berechneter Durchschnitt dessen, was Käufer tatsächlich zahlen. Die Erstattung beträgt häufig **ASP + 6 %** (ähnlich der [Berechnungsmethode von Medicare Teil B](#)) oder einen Prozentsatz des vom [CDC festgelegten Listenpreises für den privaten Sektor \(z. B. 120 % des CDC-Listenpreises\)](#).

Die Rentabilität des „Buy-and-Bill“-Modells hängt davon ab, ob die Praxis unter dem Erstattungssatz einkaufen kann. Aus diesem Grund schließen sich die meisten Kinderärzte Einkaufsgemeinschaften (Physician Buying Groups, PBGs oder GPOs) an, um ihre

Einkaufsmacht zu bündeln. Diese Gruppen verhandeln Rabatte von **2 % bis 15 %** auf den Listenpreis des Herstellers.

Der finanzielle Vorteil für die Praxis liegt in der Differenz zwischen dem vom Einkaufsverbund gezahlten Rabattpreis und dem Festpreis des Versicherers. Zahlt der Versicherer beispielsweise 100 US-Dollar für eine Dosis (Listenpreis) und die Praxis zahlt 85 US-Dollar (Einkaufsverbundpreis), so deckt die Differenz von 15 US-Dollar die Kosten des Impfprogramms.

Durch die GPO-Preisgestaltung können die Bruttomargen bei Impfstoffen von -4 % (zum Listenpreis) auf **+20 % bis +24 %** verbessert werden – eine sehr schöne Gewinnspanne allein beim Produkt!

Als Nächstes kommen Verwaltungsgebühren zu diesem Gewinn hinzu. Die Verwaltungsgebühren der kommerziellen Anbieter sind in der Regel deutlich höher als die Medicaid-Sätze und gleichen oft die Verluste des öffentlichen Sektors aus. Hier steigert die komponentenbasierte Abrechnung die Gewinne im Bereich der Kinderheilkunde enorm:

- Kommerzielle Kostenträger zahlen in der Regel **25 bis 40 US-Dollar pro „Komponente“**.
- **Komponentenbasierte Abrechnung:** Ein entscheidender Vorteil ist, dass private Krankenversicherungen häufig **den CPT-Code 90461** (jede zusätzliche Komponente) anerkennen. Das bedeutet, dass ein Kombinationsimpfstoff wie Pentacel (DTaP-IPV-Hib) *mehrere Verabreichungsgebühren für eine einzige Injektion* generiert! Ist es da verwunderlich, dass Einzelimpfstoffe gegen Masern oder Keuchhusten in den USA nicht erhältlich sind? Die Antwort liegt darin: Durch die Bündelung von Leistungen wird praktisch 100 % Gewinn aus den einzelnen Komponenten einer einzigen Injektion erzielt. Dieser strukturelle Unterschied macht ein privatversichertes Kind für die Praxis finanziell deutlich wertvoller als ein Medicaid-versichertes Kind bei exakt derselben Behandlung.

Nachfolgend einige Beispiele für die Richtlinien und Anreizsysteme wichtiger Kostenträger:

- **UnitedHealthcare:** erstattet die Kosten für die Impfstoffverabreichung gemäß den Präventionsvorgaben des ACA (keine Kostenbeteiligung).
- **Blue Cross Blue Shield:** Häufig Marktführer bei wertorientierten Zusatzleistungen. Zusätzlich zu den regulären Erstattungszahlungen betreibt das Unternehmen umfangreiche Qualitätsanreizprogramme (QIP), die Bonuszahlungen für das Erreichen der HEDIS-Impfquoten vorsehen und so den Umsatz pro Impfung effektiv erhöhen. [Referenzen hier und hier.]
- **Aetna:** Nutzt spezielle Kodierungsanreize, wie zum Beispiel einen **Bonus von 25 US-Dollar** für die Verwendung bestimmter CPT-Codes für HEDIS-Maßnahmen wie Rotavirus und Influenza.

4. „Das soziale Sicherheitsnetz“: Paragraph 317 und lokale Programme

Wer dachte, mit „Sicherheitsnetz“ sei die Kindergesundheit gemeint, der irrt sich gewaltig! Hier geht es vielmehr darum, sicherzustellen, dass die Kinderarztpraxen weiterhin eng an das Gesundheitsministerium (HHS), die Centers for Disease Control and Prevention (CDC), die National Institutes of Health (NIH) und die Pharmaindustrie gebunden bleiben. Diese

Maßnahmen sollen die Versorgungslücke für unversicherte Erwachsene oder solche, die nicht eindeutig in die VFC-Kategorien passen, schließen. Diese Lücke wird durch **Abschnitt 317** des Public Health Service Act geschlossen. Zu den Maßnahmen gehören:

Ermessenszuwendungen des US-Gesundheitsministers an lokale Gesundheitsbehörden

Die Mittel aus „Section 317“ sind Ermessenszuschüsse des Bundes, die an Bundesstaaten und Kommunen vergeben werden. Sie stellen einen weiteren Mechanismus dar, der die Vortäuschung von Pandemien und den Einsatz von als Impfstoffe getarnten „Gegenmaßnahmen“ ermöglicht. In bestimmten ausgerufenen „Notlagen im Bereich der öffentlichen Gesundheit“ (z. B. einem [vorgetäuschten] Masernausbruch oder der [vorgetäuschten] COVID-19-Pandemie) können Bundesstaaten private Anbieter beauftragen, den Impfstoff nach Section 317 an breite Bevölkerungsgruppen zu verabreichen. Dadurch fließen zusätzliche Gelder in die Taschen von Kinderärzten, die so ständig nach zusätzlichen Impfungen für jedes erreichbare Kind suchen.

Dadurch wird die bereits nahezu vollständig ausgeschlossene Haftung für Impfschäden oder Todesfälle in den Haftungsschutzbereich des PREP Act verlagert. Dieser Mechanismus kann potenziell dazu missbraucht werden, jegliche unter das NVICP von 1986 fallenden Impfstoffe durch die Ausrufung lokaler „Notfälle“ aufgrund fingierter „Ausbrüche“ verdeckt in das CACP-Gegenmaßnahmen-Lager zu verschieben.

Abschnitt 317 des Public Health Service Act ist im 42 US Code § 247b kodifiziert und ermächtigt das US-Gesundheitsministerium, vertreten durch die CDC, Programme zur Prävention und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten zu unterstützen, einschließlich Impfungszuschüssen, Impfstoffkäufen, Datenerhebung, technischer Unterstützung und damit verbundenen Aktivitäten.

Diese Gelder fließen in erster Linie an **die lokalen Gesundheitsämter (Local Health Departments, LHDs)** zur Finanzierung ihrer Impfaktionen.

5. Die aufgepeppten AbrechnungsCodes für „Beratung“: 90460 und 90461

Kinderärzte dürfen für Impfungen höhere Honorare verlangen als für andere Injektionen. Die beiden entsprechenden Codes haben höhere relative Leistungspunkte (RVUs) als Standard-Injektionscodes. Angeblich soll der Arzt die Eltern über Risiken und Nutzen „beraten“. Diese „Beratung“ besteht natürlich darin, die Eltern zu schikanieren, einzuschüchtern und verbal zu manipulieren, damit sie ihr Kind impfen lassen. Bei Weigerung drohen sie mit dem Berufsverbot und/oder der Meldung an das Jugendamt. Eine ganze Branche von Unternehmensberatern erhält Millionen an Fördermitteln des US-Gesundheitsministeriums, um solche Manipulationstaktiken zu entwickeln. Der CDC-Kommissar, der sich hier auf Substack als „Mutter aus der Nachbarschaft“ ausgibt, ist ein Beispiel für diese „Nudging“-Taktiken (Nr. 1 in der Kategorie „Wissenschaft“ auf Substack). Das ist völlig natürlich und nicht inszeniert, ihr Verschwörungstheoretiker!

Ja, es braucht Zeit, eine Mutter so lange einzuschüchtern, bis sie ihrem Kind dauerhaften Schaden zufügt, oder eine Großmutter ins Märtyrertum zu treiben, um ihr das Recht zu verschaffen, ihre Enkelkinder zu besuchen, und genau dafür erhalten Ärzte zusätzliche Belohnungen:

- **CPT 90460**: Dies ist die wichtigste Umsatzquelle. Ein Besuch mit 3 separaten Impfungen (z. B. Grippe, Hepatitis A, HPV) ermöglicht drei Einheiten von 90460 – eine für die erste Komponente jedes Impfstoffs.
- **CPT 90461**: „... jede weitere verabreichte Impfstoff- oder Toxoidkomponente.“ Für einen Impfstoff wie MMR (Masern, Mumps, Röteln) lautet die korrekte Abrechnung:
 - 90460 x 1 (Maße)
 - 90461 x 2 (Mumps, Röteln)
 - Kommerzielle Kostenträger erstatten in der Regel 90461 (oft zu ~10-20 US-Dollar pro Einheit).

Nun kommen wir zum interessantesten Teil – den „Anreizen“.

6. Anreizstrukturen: „Ziele und Auslöser“ [wie beim Zielen mit Waffen und beim Betätigen des Abzugs]

Im Zeitalter der „wertorientierten Versorgung“, auch bekannt als „Geld-für-Geld-Rechnungen“, ist ein erheblicher Teil der Einnahmen im Bereich der Kinderheilkunde – **oft der Teil, der die tatsächliche Gewinnspanne ausmacht** – an Leistungsziele gekoppelt. Kostenträger nutzen leistungsbezogene Vergütungsmodelle (Pay-for-Performance, P4P), um hohe Impfraten zu fördern.

Die „HEDIS-Maßnahmen (auch bekannt als Hell/Hades-Maßnahmen)“ dienen als Freigabemechanismus der Zentralbank für Impfstoffe:

Das Nationale Komitee für Qualitätssicherung (NCQA) legt HEDIS-Kennzahlen fest, die als Branchenstandard für diese Anreize dienen.

HEDIS-Ziel 1: Impfstatus im Kindesalter (CIS): Diese Kennzahl erfasst Kinder, die im Laufe des Messjahres zwei Jahre alt werden. Voraussetzung für die Einhaltung der Vorgaben ist, dass das Kind bis zu seinem zweiten Geburtstag bestimmte Impfserien erhalten hat.

- **Kombination 3:** Das Basis-Ziel (DTaP, IPV, MMR, Hib, HepB, VZV, PCV).
- **Combo 10:** Der „Goldstandard“ für hochwertige Boni. Sie beinhaltet **Combo 3 + Hepatitis A + Rotavirus + Influenza**.
 - **Die „Grippefalle“:** Kombination 10 ist aufgrund der Gripeschutzimpfung bekanntermaßen schwer zu erreichen. Versäumt ein Kind die Gripeschutzimpfung im vorgegebenen Zeitraum, gilt die *gesamte* Maßnahme als gescheitert, wodurch der Bonus der Praxis für diesen Patienten gefährdet wird [siehe [hier](#) und [hier](#)].

HEDIS-Ziel 2: Impfungen für Jugendliche (IMA): Erfasst Jugendliche, die 13 Jahre alt werden.

- **Kombination 2:** Meningokokken (MCV4), Tdap und HPV.
 - **Gewichtung der HPV-Impfung:** Die Kostenträger gewichten die HPV-Impfung bei der Berechnung der Bonuszahlungen zunehmend höher, da die Impfquote in der Vergangenheit niedriger war (weil zu viele Menschen sich der durch Gardasil verursachten Schäden bewusst wurden).

Zahlungsauslösemechanismen: Die Zahler gestalten diese Anreize als „Klippen“ oder gestaffelte Schwellenwerte, **wodurch bei bestimmten Prozentsätzen ein massiver finanzieller Hebel entsteht** .

- **Der Perzentilmechanismus:**
 - **Stufe 1 (50. Perzentil):** Die Einstiegsschwelle. Das Erreichen dieser Stufe kann einen kleinen Bonus auslösen (z. B. 15 bis 50 US-Dollar pro konformem Mitglied).
 - **Stufe 2 (75. Perzentil):** Die „Zielzone“. Das Erreichen dieser Stufe führt oft zu einer Verdopplung der Zahlung (z. B. 30–75 \$ pro Mitglied).
 - **Stufe 3 (90. Perzentil):** Die „Exzellenz“-Zone. Das Erreichen dieser Stufe löst die maximale Auszahlung aus (z. B. 50–120 US-Dollar pro Mitglied).
- **Beispiel (Meridian Medicaid, MI)** : Für die CIS-Combo 10-Maßnahme:
 - Auslöser für das 50. Perzentil: **50 US-Dollar** pro Kind und Impfung.
 - Auslöser für das 90. Perzentil: **120 US-Dollar** pro Kind und Impfung.
 - Unterm Strich: Für eine Praxis mit 100 berechtigten Kleinkindern generiert die Verbesserung vom 49. Perzentil (kein Bonus) auf das 90. Perzentil einen **12.000 US-Dollar** . Reingewinn von
- **Monatliche Bonuszahlungen pro Mitglied (PMPM):** Einige Kostenträger gewähren den Bonus für *alle* Patienten, nicht nur für die Geimpften. Eine CIS-Combo-10-Rate im 75. Perzentil kann einen **PMPM-** Bonus von 1,00 \$ für die gesamte zugeordnete Patientenpopulation der Praxis freisetzen (und somit Tausende von Dollar Reingewinn generieren).
- **Beispiel:** Eine Praxis mit 2.000 zugeordneten Mitgliedern erhält **2.000 US-Dollar pro Monat (24.000 US-Dollar pro Jahr)** allein für die Aufrechterhaltung hoher Impfraten. Dies schafft einen starken Anreiz für die „Verwaltung der Nennerliste“ – also die Sicherstellung, dass Patienten, die die Praxis verlassen haben, aus der Liste entfernt werden, damit sie den Prozentsatz nicht senken. [[Referenz hier.](#)]

Gebührenmultiplikatoren: Praxen mit hohen Impfraten können einen Zuschlag auf ihre regulären Gebühren erhalten. Blue Cross Blue Shield of Michigan bietet beispielsweise einen wertorientierten Vergütungszuschlag (Value-Based Reimbursement, VBR) von **105 % bis 115 %** auf die regulären Gebühren für Praxen, die die PCMH- und Impfqualitätsziele erfüllen. Das bedeutet, dass jede Leistung – Arztbesuche, Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen – **mit einem Aufschlag vergütet wird** , wodurch der Nutzen des Impfprogramms für das gesamte Unternehmen erhöht wird.

Prämien für die Schließung von Versorgungslücken: Einige Kostenträger bieten transaktionsbezogene Prämien an. [Aetna Better Health of Florida bot beispielsweise eine Prämie von 25 US-Dollar](#) für jede Abrechnung mit bestimmten CPT-Codes, die eine abgeschlossene Impfserie (z. B. gegen Rotaviren) bestätigten. Dieses Prämienmodell sorgt für eine sofortige Liquiditätsspritze, um Versorgungslücken zu schließen (z. B. durch planmäßige Impfungen von Kindern).

7. Zusammensetzung von Umsatz und Gewinn

Trotz der Behauptung, Ärzte seien sich einig über lebensrettende Impfungen, geht es ihnen in Wirklichkeit einzig und allein um ihr Gehalt. Ja, Geld ist ihnen deutlich wichtiger als das Leben und die Gesundheit Ihres Kindes. Impfeinnahmen sind ein Eckpfeiler des

Geschäftsmodells von Kinderarztpraxen. Wie bereits erwähnt, machen Impfungen mindestens **20 bis 25 %** des Gesamtumsatzes einer typischen Kinderarztpraxis aus.

Ausgehend von durchschnittlichen Praxisgrößen (1.500–2.000 Patienten) und typischen Kostenträgerstrukturen können wir repräsentative Umsatzprofile erstellen.

Medicaid-Einnahmen:

- Bei einer Praxis mit einem hohen Anteil an Medicaid-Patienten (z. B. 60 %) könnten durch die Impfstoffverabreichung **60.000 bis 80.000 US-Dollar pro Vollzeit-Arzt generiert werden**, jährlich

Kommerzielle Einnahmen:

- Bei einer Praxis mit einem soliden kommerziellen Patientenstamm können die jährlichen Impfstoffeinnahmen **250.000 US-Dollar** pro Arzt (brutto) übersteigen, wobei der Nettobeitrag (nach Abzug der Arzneimittelnkosten) im **Bereich von 80.000 bis 100.000 US-Dollar** liegt .

Die „Incentive“-Aufstockung

- Eine Praxis mit hoher Impfquote, die bei allen wichtigen Kostenträgern zu den besten 10 % gehört, kann pro Arzt und Arzt zusätzlich **20.000 bis 50.000 US-Dollar** jährlich an Qualitätsboni generieren. Dieser Gewinn ist oft reiner Gewinn, da die Fixkosten für Impfungen bereits durch die Gebührenabrechnung gedeckt sind.

8. Ein besonderer Hinweis zu COVID-Impfungen für Kinder und warum diese immer noch propagiert werden – es geht ums Geld, du Dummkopf!

Die angebliche COVID-19-„Pandemie“ führte glücklicherweise zu einem starken Rückgang der Routineuntersuchungen bei Kindern und der damit verbundenen Impfstoffeinnahmen (minus ca. 14–20 % im Jahr 2020). Obwohl sich die Fallzahlen seither erholt haben, brachte die Einführung des COVID-19-Impfstoffs für Kinder einen neuen CPT-Code (**90480**) mit sich, der mit einer **standardisierten, höheren Verwaltungsgebühr (ca. 40 US-Dollar)** verbunden ist. Auch 2024 erstatten viele private Krankenversicherungen und Medicaid-Anbieter diesen Code weiterhin mit einem Aufschlag, obwohl die CDC die Impfung für Kinder nicht mehr empfiehlt. In den hitzigen Debatten in Presse und sozialen Medien wird dieses Thema Geld nie angesprochen. Man will immer nur über „Wissenschaft“ streiten, während die Gelder in die Bereiche fließen, die in der Regel von politischen Parteien und der Wirtschaft unterstützt werden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass diese Informationen entscheidend sind, um die wahren Beweggründe für das räuberische Verhalten von Kinderärzten (und allen anderen Impfbefürwortern in weißen Kitteln) zu verstehen. Nein, es liegt nicht an ihrer Liebe zu Kindern oder ihrem Glauben an Impfungen – es liegt an ihrem Gehalt, am Geld und daran, dass sie von einem skrupellosen Kartell aus Regierung und Konzernen, das perverse finanzielle Anreize nutzt, gezwungen werden, unsere Kinder gemäß dem immer umfangreicheren Impfplan der CDC zu impfen. Bitte teilen und diskutieren Sie diese Informationen mit Ihren Freunden und Ihrer Familie.



Kunst des Tages: [Zwei Rosen, Öl auf Holz, 9x12 Zoll.](#)