



TRANSPARENCY INTERNATIONAL

Deutsches Chapter e.V.

Transparency International – Deutsches Chapter e.V.
Belfortstr. 3 81667 München

Dr. Michael H. Wiehen
Vorsitzender
Dr. Anke Martiny
Geschäftsführerin

Telephon: (089) 4895 4440
Fax: (089) 4895 4442
E-mail: office@ti-deutschland.de
www.ti-deutschland.de

Transparenzmängel im Gesundheitswesen

Ressourcenverschwendung, Missbrauch, Betrug - Einfallstore zur Korruption

I Vorbemerkungen	1
II. Der Staat als verantwortliche Instanz für den gesetzlichen Rahmen	3
III. Der einzelne Mensch und das Gesundheitswesen	5
IV. Die Krankenkassen als Sachverwalter der Patienten	7
V. Der Arzt als Dienstleister des Patienten	10
VI. Die ärztlichen Selbstverwaltung	14
VII. Der Apotheker an der Schnittstelle zwischen Pharmaindustrie, Arzt und Patient	17
VIII. Die Hersteller von Medikamenten und Medizingeräten	19

I. Vorbemerkungen:

1. Wohl kaum ein Thema kann sich öffentlicher Aufmerksamkeit so sicher sein wie die Missstände im Gesundheitswesen, die von Verschwendung und Betrug bis hin zur Korruption reichen. Praktisch jeder Mensch hat hier entweder Kenntnisse aus eigener Erfahrung oder Vorurteile aufgrund von Hörensagen oder Medienberichten. Die zahlreichen Skandale – übertriebene Herzklappen, verseuchte Blutkonserven, korrupte Pflegedienste, betrügerische Laborärzte, üppigst, aber verborgen gesponserte Kongresse, bestellte und überhöht bezahlte Gutachten, etc. - , von denen die Zeitungen nahezu täglich berichten, tun ein übriges, das Thema lebendig zu halten. So lag es nicht fern, dass *Transparency International Deutschland* bei seinen Bestrebungen, korruptive Strukturen im deutschen Wirtschaftsleben aufzudecken und dadurch zu bekämpfen, sich dem Thema Korruption im deutschen Gesundheitswesen zuwandte. Schließlich sind im Gesundheitsmarkt Millionen von Menschen beschäftigt und noch viel mehr Menschen als Patienten betroffen; alle haben ein Recht auf „saubere Verhältnisse“. – So gründete sich – nach einer Sitzung zur Stoffsammlung im Mai 1998 – im November 1998 ein unabhängiges Forum von Sachverständigen aus den relevanten Tätigkeitsfeldern und untersuchte kritisch das deutsche Ge-

sundheitswesen. Es stand unter der Leitung der Geschäftsführerin von *TI Deutschland*, der früheren Bundestagsabgeordneten Dr. Anke Martiny.

2. Bis zum 8. Februar 2000 fanden insgesamt sieben Sitzungen statt (2.11.1998, 1.2., 29.3., 19.4., 7.7. 1999, 8.2. 2000). Dabei wurden zu Spezialthemen weitere Sachverständige gehört, mehrere Hintergrundgespräche geführt und ein kleines Gutachten in Auftrag gegeben. Der Kreis der regelmäßig Anwesenden war klein, aber durch die Protokolle wurde ein größerer Mitgliederkreis aus allen Sparten des Gesundheitswesens erreicht, der sich durch schriftliche Rückäußerungen an der Meinungsbildung beteiligte. Das vorliegende Abschlusspapier wurde unter den Mitgliedern der Gruppe mündlich und schriftlich kontrovers diskutiert, aber von allen Beteiligten in der Tendenz gut geheißen; *Transparency International Deutschland* ist für den Text jedoch allein verantwortlich.
3. *Transparency International* bezeichnet als Korruption den Missbrauch von Macht zum privaten Nutzen. Diese Definition ist im Gesundheitswesen nicht ohne weiteres anwendbar, denn strafbare Delikte der Bestechung oder Vorteilsgewährung von Amtsträgern oder Bestechung und Bestechlichkeit im Geschäftsverkehr treffen wir hier zwar auch, aber sie bilden nicht den Kern des Problems. Dieser liegt vielmehr in der starken Intransparenz des äußerst komplexen Systems „Gesundheitswesen“, von dem heutzutage nicht einmal Gesundheitsexperten behaupten können, sie durchschauten die Verzahnungen der einzelnen Bereiche völlig. Diese Intransparenz bietet die Einfallstore für missbräuchliches Verhalten aller im System agierenden Gruppen, die – auch durch Korruption – bedenkenlos den Einzelnutzen vor den Gesamtnutzen stellen und damit das System schädigen. Im Gesundheitswesen soll ein Verhalten also dann „korruptiv“ genannt werden, wenn zugunsten einer bestimmten Gruppe der im Gesundheitsmarkt Agierenden missbräuchlich Vorteile zu Lasten anderer Gruppen, beziehungsweise der Allgemeinheit bewirkt werden. Bei dieser Definition steht im Zentrum weniger das einzelne strafbare Delikt, das Staatsanwälte und Gerichte beschäftigt, als die Gesamtstruktur, deren Intransparenz möglicherweise Einfallstore für Korruption bietet.
4. Die wichtigsten Organisationen der am Gesundheitssystem Beteiligten, nämlich die gesetzlichen Krankenkassen, die kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Kammern der Heilberufe sind Körperschaften öffentlichen Rechtes und unterliegen damit der Aufsicht durch Regierungen und Parlamente von Bund und Ländern. Daneben stehen private Krankenversicherer und einzelne Leistungsanbieter (ÄrztInnen, ZahnärztInnen, ApothekerInnen, HeilpraktikerInnen, KrankengymnastInnen u. a.), die im Rahmen staatlicher Vorschriften marktwirtschaftlichen Prinzipien folgen. Auch die Hersteller von Arzneimitteln, Medizinprodukten und Hilfsmitteln folgen marktwirtschaftlichen Gesetzen; ihre Produkte müssen sich aber zumeist einem gesetzlich vorgeschriebenen und staatlich kontrollierten Zulassungsverfahren unterwerfen, und auch hinsichtlich der Kosten versucht der Gesetzgeber, einen Rahmen festzulegen. Für die Krankenhäuser gilt – mit der Ausnahme weniger rein privater Kliniken – das duale Finanzierungsprinzip: der Krankenhausträger mit Unterstützung des jeweiligen Bundeslandes trägt die Investitionen, die Krankenkassen bezahlen den Betrieb; die eigentlich betroffenen Patientinnen und Patienten in ihrer Eigenschaft als Krankenversicherte und als SteuerzahlerInnen und WählerInnen haben wenig Steuerungsmöglichkeiten. Der Wettbewerb der Marktpartner – hier Hersteller, Leistungserbringer, Verordner, dort Krankenkassen und schließlich Patienten – spielt sich nicht auf den üblichen Ebenen ab. So gibt es einerseits die Verordner bzw. Leistungserbringer und andererseits die Krankenkassen, die die Leistungen vergüten bzw. Produkte bezahlen; schließlich die PatientInnen, die aber nicht selbst als Nachfragende auftreten. Die Nachfrageseite kann nicht preiselastisch reagieren, also z.B. mehr Arzneimittel konsumieren, wenn sie billiger werden, oder den Verbrauch einschränken, wenn die Preise steigen. Und die Verbraucher haben weder

ausreichende Informationen über Wert und Nutzen von Leistungen oder über das Marktgeschehen noch eine eigene Interessenvertretung, und damit verfügen sie nicht über Marktmacht. Natürlich stehen Vertragspartner wie Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken und Sanitätshäuser, Krankenkassen und Hersteller miteinander im Wettbewerb und bemühen sich in marktgerechter Weise, den Kunden (Patienten) auf Dauer für sich zu gewinnen. Der Wettbewerb gegenüber den Kostenträgern ist jedoch völlig unterentwickelt.

Die politisch Verantwortlichen auf allen Ebenen müssen darauf achten, das Gesamtsystem so auszustatieren, dass keine Gruppe sich missbräuchlich Vorteile zu Lasten des gesamten Systems verschaffen kann. Insbesondere die nicht in marktmächtigen Organisationen agierenden vereinzelt Patienten, die den größten Anteil der verfügbaren Geldmittel des Gesundheitsmarktes aufbringen, bedürfen des Schutzes, der Unterstützung und der institutionellen Stärkung.

5. *TI Deutschland* will nicht Einzelfällen nachgehen – dazu sind die Staatsanwälte da -, sondern will Einfallstore für Korruption beschreiben und Notwendigkeiten wie auch Möglichkeiten für größere Transparenz aufzeigen und daraus Forderungen an die Akteure im Gesundheitswesen ableiten.
6. *TI Deutschland* wäre schlicht überfordert und verstand es auch nicht als seine Aufgabe, ein billigeres, leistungsfähigeres Gesundheitswesen zu entwerfen und dadurch alle Fragen zu lösen, an denen sich in Deutschland und in der ganzen Welt Fachleute jeder Art die Zähne ausbeißen. Trotzdem war es bemüht, seine Folgerungen so präzise und konkret wie möglich zu formulieren, um all denjenigen zu nützen, die für Strukturen zu bezahlen haben, von denen falsche Nutznießer profitieren.

II. Der Staat als verantwortliche Instanz für den gesetzlichen Rahmen

1. Bei der Gründung der Bundesrepublik Deutschland war die solidarische staatliche Gesundheitsversorgung ein wichtiges Thema. Eine Klassenmedizin sollte es durch den für alle verbindlichen Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht geben, alle Menschen sollten den gleichen demokratisch kontrollierten Zugang zu den Gesundheitsleistungen haben. Auf dieser Grundlage finanziert die Solidargemeinschaft entsprechend dem Subsidiaritätsprinzip Leistungen, die „notwendig sind, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern“. Diesem Ziel dient die staatliche Gesetzgebung in Bund und Ländern mit den an die Körperschaften öffentlichen Rechtes delegierten hoheitlichen Aufgaben, die sie eigenverantwortlich wahrnehmen können.
2. Da es immer private Krankenkassen gab, da die Ärzte über weitgehende Niederlassungsfreiheit verfügten und da auch die Produzenten von Arzneimitteln, Hilfsmitteln und Medizingeräten ihre Produkte im Wettbewerb entwickeln konnten, bestand in Deutschland immer ein Mischsystem aus reguliertem und freiem Marktgeschehen, das – je nach politischer Grundüberzeugung - den einen zuviel Regulierung und den anderen zuviel Markt enthielt. Beide Tendenzen zeigten und zeigen Licht- und Schattenseiten und beide können in spezifischer Weise zur Verteuerung des Gesundheitswesens beitragen, wenn sie falsch gesteuert sind. Die einen nennen die regulierende Bewirtschaftung der Gesundheitsleistungen mit ihrem Verwaltungsaufwand als wichtigste Ursache für die hohen Kosten, die anderen kritisieren die zu vielen, zu teuren, zu wenig wirksamen Arzneimittel und Medizingeräte, die der Markt bietet.
3. Gegenwärtig soll eine erneute Reform des Gesundheitswesens eine Kostenbegrenzung erreichen, woran sich auch frühere Bundesregierungen bereits versucht hatten – aber nur mit mäßigem Erfolg. Gegenseitige Schuldvorwürfe der einzelnen Leis-

tungsträger an die jeweils anderen sind an der Tagesordnung, Bund und Länder als rahmensetzende Gesetzgebungs-Instanzen sind also dringend gefordert, auch wenn die Interessenvertreter mit Hilfe der Medien lautstark jeden neuen Versuch einer Regelung für genauso aussichtslos halten wie die vergangenen.

4. *Transparency International Deutschland* hat als überparteiliche Nicht-Regierungsorganisation kein Eigeninteresse an einer wie auch immer gearteten Reform. Wir halten fest, dass namhafte Experten sagen, es gibt genug Geld im System, um allen gebührenden Nutzen zu bringen; es sei nur fehlalloziert. Deshalb verfolgen wir nachdrücklich den Ansatz, Licht in das Dunkel der Intransparenz zu bringen und damit die Einfallstore für korruptives bzw. mißbräuchliches Verhalten bei allen am Gesundheitssystem Beteiligten zu benennen und auf eine Änderung – sei es des öffentlichen Bewusstseins, sei es der Gesetze – zu dringen. Hierfür sehen wir folgende Ansätze:
5. Die marktmächtigsten Anbieter am Gesundheitsmarkt, nämlich die Produzenten von Arzneimitteln, Hilfsmitteln und Medizingeräten, müssen gesetzlich und durch die öffentliche Meinung noch stärker als bisher dazu veranlasst werden, die Zulassungsverfahren für ihre Produkte und ihre Vertriebsmethoden und -wege so transparent wie irgend möglich zu gestalten und missbräuchliches Verhalten möglichst auszuschließen. Gesetzliche Maßnahmen müssen wirksam sanktionsbewehrt sein, Verbraucher- und Patientenorganisationen müssen aus staatlichen Mitteln in den Stand gesetzt werden, national und international intransparente Maßnahmen zu entdecken und Gegenmaßnahmen zu entwickeln.
6. Wettbewerbsrecht und Sozialrechte stehen auf dem Gesundheitsmarkt in einem kritischen Spannungsverhältnis zueinander. Staatliche Ordnungspolitik muss sicherstellen, dass der Gesundheitsschutz einen höheren Rang einnimmt als ein ungezügelter Wettbewerb.
7. Informationen im Gesundheitswesen müssen transparent sein und Beziehungen wie vor allem Abhängigkeiten von Leistungserbringern offen legen. Dies gilt für wissenschaftliche Publikationen und Gutachten ebenso wie für die fachliche Fortbildung und deren Institutionen oder Selbsthilfegruppen sowie für Wissenschaftsorganisationen und deren Publikationsorgane. Auch hier sind mangelhafte Offenlegung und Strategien der Desinformation effektiv zu sanktionieren; die schon heute nicht erlaubte, permanente Vermengung von Sachinformation und Anzeige, Sachverhalts-Darstellung und Werbebotschaft muss endlich wirkungsvoll strafbewehrt sein. In der Entwicklung firmeneigener oder auf Verbandsebene formulierter Richtlinien sehen wir nur dann einen weiterführenden Ansatz, wenn weitestgehende Transparenz gewährleistet, Kontrolle möglich und wirksame Sanktionen vorgesehen sind.
8. Die Körperschaften öffentlichen Rechtes, also Krankenkassen, kassenärztliche Vereinigungen, Ärztekammern, Apothekerkammern sind gesetzlich stärker als bisher auf transparente Binnenstrukturen und effizient ausgeübte demokratische Kontrollfunktionen zu verpflichten. Die auf Bundesebene agierenden Dachverbände, die nicht als Körperschaften öffentlichen Rechtes verfasst sind, müssen ihre Interessenpolitik wahrnehmbar dem gesundheitspolitischen Allgemeinwohl unterordnen. Andererseits sollte der Gesetzgeber in Bund und Ländern die Freiräume der Selbstverwaltung neu bemessen und die Mitbestimmung an einer wirklich demokratischen Ausgestaltung stärken, zum Beispiel bei der Krankenhausplanung, der Bedarfsplanung für Ärzte, der Großgeräteplanung oder dem Verbot des Mehrfachbesitzes von Apotheken.
9. Die Konkurrenz zwischen privaten und gesetzlichen Krankenkassen ist gesetzlich so transparent zu gestalten, dass Missbräuche beim Werben um neue Kunden weitestgehend ausgeschlossen sind. Für eine unabhängige breit gefächerte Patienteninformation ist durch den Staat Sorge zu tragen.

10. Ärzte und Patienten müssen lernen, dass die Kosten der Gesundheitsversorgung nach dem Solidarprinzip getragen werden. Weder Ärzte noch Patienten dürfen sich auf Kosten der Allgemeinheit bereichern. Dies ist weniger eine Aufforderung an den Staat als Gesetzgeber als an ihn als demokratisch verfasste moralische Instanz. In dieser Funktion hat er auch rahmensetzende Pflichten gegenüber den Anbietern von Pharmaerzeugnissen und Medizingeräten, beispielsweise bei Drittmittelprojekten und Nebentätigkeitserlaubnissen an Hochschulen und Krankenhäusern.

III. Der einzelne Mensch und das Gesundheitswesen

1. Der einzelne Mensch ist über seine monatlichen Beiträge zur Krankenkasse und über seinen Arzt und Zahnarzt mit dem Gesundheitssystem verbunden; mit den Ärzteverbänden, dem Apothekerverband, den Krankenhausträgern oder der Pharmaindustrie verbindet ihn nichts. Der Einzelmensch aktiviert seine Verbindung, wenn er krank ist. Dann möchte er, dass ihm schnell und wirksam geholfen wird; die Kosten der Maßnahmen, die ihn wieder gesund machen, sind ihm nicht so wichtig. Er erfährt sie in Deutschland ohnehin nur dann, wenn er privat krankenversichert ist, denn dann erhält er eine Rechnung seines Arztes oder des Krankenhauses und muss finanziell in Vorlage treten. Einen an objektiven Kriterien entwickelten Überblick über die Qualität und Leistungsfähigkeit seines Arztes oder der nächstgelegenen Krankenhäuser hat ein Patient üblicherweise nicht, ebenso wenig kann er ermessen, ob seine Krankenkasse ihn hinsichtlich von Kostenübernahmen gut, weniger gut oder schlecht bedient. Gewöhnlich bleiben Versicherte ihrer Krankenversicherung das ganze Leben lang treu; selbst diejenigen, die als Privatversicherte oder seit neuestem auch als Pflichtversicherte die Möglichkeit haben, sich über eine andere Kasse zu versichern, vollziehen solche Wechsel eher schwerfällig als leichtfüßig.
2. Der einzelne Mensch möchte möglichst niedrige Krankenkassenbeiträge bezahlen und mit seinen Beiträgen nach Möglichkeit auch Ehepartner/in und Kinder mit versichern; der Wunsch nach niedrigen Beiträgen verbindet ihn mit dem Arbeitgeber, der die andere Hälfte des Krankenkassenbeitrages zahlt und dessen Interesse möglichst niedrige Lohnnebenkosten sind. Auch der Arbeitgeber ist an den tatsächlichen Kosten einer Krankheit einzelner Beschäftigter nicht interessiert, ebenso wenig an deren familiärer Situation, denn diese Kalkulation hat die Krankenkasse zu leisten. Wohl aber möchte er, dass einzelne Arbeitnehmer/innen nicht lange an ihren Arbeitsplätzen fehlen. Den Arbeitgeber kümmern die Krankenkosten einzelner Beschäftigter und ihrer Familienmitglieder nicht, sondern er muss im Einzelfall die Kosten einer Aushilfskraft in seinem Budget berücksichtigen, sowie für den ganzen Betrieb den voraussichtlichen Gesamtbestand an Kranken während eines Wirtschaftsjahres in seine Kalkulation einstellen, weil es nicht zu personellen Engpässen in Produktion und Dienstleistung kommen darf. Dafür muss er personell vorsorgen, und insofern soll aus Kostengründen der Krankenstand niedrig sein.
3. Der einzelne Mensch hat nur geringen Einfluss auf die Maßnahmen, die zu seiner Gesundung ergriffen werden; über die Einweisung ins Krankenhaus, die Wahl von Spezialisten, Behandlungsmethoden, Medikamenten entscheidet im wesentlichen der behandelnde Arzt. Die Kosten einer akuten Erkrankung oder seine gesundheitlichen Veranlagungen kann ein Patient kaum beeinflussen, wohl aber seinen allgemeinen Gesundheitszustand, z.B. durch Rauchen, Alkohol oder Fehlernährung.
4. Zwischen Patient und Arzt herrscht aufgrund der großen „Arztdichte“ in Deutschland ein Kräfteverhältnis, das dem Patienten tendenziell seine Nachfragemacht bewusst macht: er kann sich Ärzte/ Ärztinnen suchen, die seinen Bedürfnissen entsprechen, und Ärzte/ Ärztinnen erweisen sich aus Sorge, Patienten und damit Einkünfte zu verlieren, häufig als willfährige Partner.

5. Welche Missbrauchsmöglichkeiten aufgrund intransparenter, möglicherweise korruptiver Strukturen und zu Lasten des Gesamtsystems hat der einzelne Versicherte? Er kann
- den Arzt zum Verschreiben zu teurer, zu vieler und/ oder unwirksamer, aber heftig beworbener Medikamente oder Heil- und Hilfsmittel veranlassen, sich ungerechtfertigt krankschreiben lassen oder sich eine Kur „erschleichen“.
 - seine Chipkarte angeblich verlieren, tatsächlich aber verkaufen, so dass ein anderer Patient sich ungerechtfertigt Gesundheitsleistungen verschaffen kann; dies funktioniert auch mehrfach.
 - unter Angabe falscher Personalien und angeblich vergessener Chipkarte zum Arzt gehen und sich dabei auf Grund falscher Angaben von der Zuzahlung befreien.
 - Rezepte stehlen, fälschen, Zusatzverordnungen auf der vom Arzt ausgestellten Verordnung anbringen.
 - in der Apotheke statt des verordneten teuren Medikamentes sich Geld auszahlen lassen (AIDS-Patienten) oder sich ein billigeres Importmedikament geben lassen und sich die Preisdifferenz ganz oder teilweise auszahlen oder durch andere Produkte „auffüllen“ lassen.
 - - sofern er Privatpatient ist - eine ärztliche Rechnung, auf der Leistungen aufgeführt sind, die nicht erbracht wurden, trotzdem der Kasse zur Bezahlung zu-leiten, ohne den Arzt zur Rede zu stellen oder die Kasse auf den Sachverhalt aufmerksam zu machen.
 - - sofern er Privatpatient ist - den Arzt zu einer falschen Abrechnung drängen.

Missbrauchsmöglichkeiten des Systems durch den Patienten insbesondere in Kooperation mit einem Leistungserbringer (Arzt, Apotheker, Heil- u. Hilfsberufe u.a.) können vermutlich nie völlig ausgeschlossen werden. Sie verteuern das System auch, aber sie erbringen für den Patienten selten finanzielle Vorteile, die sich in barer Münze niederschlagen. Die Arbeitsmarktsituation ermutigt schon seit langem „krank feiernde“ Arbeitnehmer nicht, generell sind die Krankenstände in Deutschland niedrig. Es hängt vom Vertrauensverhältnis des Patienten zu seinem Arzt ab, ob der Patient mit missbräuchlichem Verhalten Erfolg hat. Auch das Verhältnis zu seiner Krankenkasse spielt eine Rolle. Problematisch bleibt aber folgender Zusammenhang: Kassenmitglieder, die überflüssige Leistungen fordern, treffen in unserem System auf Ärzte, die solchen unsolidarischen Anliegen häufig nichts entgegenzusetzen, weil es sich mit ihren eigenen Interessen (evtl. ein neuer Patient, eine neue abrechenbare Leistung usw.) deckt. Der einzelne Arzt hat kein Motiv, zum Beispiel dem „doctor hopping“ und der damit verbundenen Leistungsausweitung entgegenzuwirken. Mehrfachuntersuchungen und –behandlungen sind deshalb gang und gäbe.

Empfehlungen:

- Der Patient sollte die Kosten seiner Behandlung kennen, schon um dem weitgehenden Missverständnis vorzubeugen, bei der Krankenversicherung handle es sich um eine Art Sparkasse, bei der man möglichst mehr herausholt, als man eingezahlt hat. Das heißt: er soll eine Rechnung erhalten, die er versteht und hinsichtlich der Kosten einstuft. Patienten sind im System der gesetzlichen Krankenversicherungen bisher nur gewohnt, dass medizinische Leistungen keinen Preis haben, eben weil sie ihn nicht kennen. Wie die Krankenkasse eigentlich funktioniert und was der Kern des Solidarprinzips ist, ist nur wenigen bewusst. Das muss sich ändern.
- Zusätzlich sollte der Patient bei jedem Arztbesuch die jeweiligen bei der Krankenkasse abgerechneten Leistungen mit seiner Unterschrift bestätigen und einen allgemein verständlichen Ausdruck zum Mitnehmen ausgehändigt bekommen.
- Der Patient könnte bei vorliegendem „Kontoauszug“ kontrollieren, ob alle Behandlungselemente, die der Kasse in Rechnung gestellt wurden, auch tatsächlich eingesetzt worden sind. Dies würde die Kooperation zwischen Patient und Kasse stärken und das Interesse an der Arbeit der Kasse erhöhen.

IV. Die Krankenkassen als Sachwalter der Patienten

1. Jeder legal in Deutschland lebende und als Arbeiter(in) oder Angestellte(r) arbeitende Mensch, der ein Arbeitseinkommen unterhalb einer vom Gesetzgeber jährlich neu festgelegten Versicherungspflichtgrenze erzielt, ist gesetzlich krankenversichert; für Landwirte, Bergleute und Künstler gibt es eigene Pflichtversicherungen. Personen ohne eigenes Einkommen sind entweder über ein Familienmitglied oder als Leistung der Sozialhilfe krankenversichert. Nicht versicherungspflichtige Personen, wie Angehörige freier Berufe oder Arbeiter und Angestellte oberhalb der Versicherungspflichtgrenze, können sich entweder privat versichern oder bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung weiter versichern. Um diesen Personenkreis gibt es zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung einen erheblichen Konkurrenzkampf; dieser hat auch negative Auswüchse, z.B. bei Risikogruppen.
2. Seit die Wahl der Krankenkasse auch für die Pflichtversicherten frei ist, gibt es einen erweiterten Risikostrukturausgleich zwischen allen gesetzlichen Krankenkassen. Hierdurch werden Unterschiede der Kassen hinsichtlich der Zusammensetzung des Versichertenbestandes bezüglich Alter, Geschlecht, mitversicherte Familienangehörige und Grundlohnsumme ausgeglichen. Eine darüber hinausgehende Berücksichtigung des Krankheitsrisikos erfolgt im Risikostrukturausgleich nicht. Deshalb versuchen die Krankenversicherungen, sich von „schlechten Risiken“ (Patienten mit einem erhöhten Krankheitsrisiko wie z.B. chronisch Kranke oder Behinderte) zu befreien. - Die gesetzlichen Krankenkassen in der ehemaligen DDR sind aufgrund der hohen Arbeitslosigkeit und des großen Anteils an Sozialhilfeempfängern in einer finanziell schwierigen Situation: bei niedrigem Beitragsaufkommen müssen sie hohe Ansprüche an Gesundheitsleistungen befriedigen, die zum Teil eine Folge der Anpassung an das höhere Versorgungs- und Leistungsniveau der Krankenkassen in der Bundesrepublik (alt) sind. Für diesen speziellen Fall sind zusätzlich zum Risikostrukturausgleich festgelegte Subventionierungen der Ostkassen durch die Westkassen festgelegt worden.
3. Die gesetzlichen Krankenkassen sind Körperschaften öffentlichen Rechtes. Sie erfüllen die vom Staat übertragenen Aufgaben in formeller Unabhängigkeit und materieller Eigenständigkeit, d.h. ohne direkte, unmittelbar bindende Weisungsbefugnis staatlicher Stellen, aber unter staatlicher Aufsicht. Arbeitgeber- und Arbeitnehmer-

organisationen wählen einen Verwaltungsrat; dieser wählt auf sechs Jahre einen hauptamtlichen Vorstand als Exekutivorgan. Die Kassen geben sich im Rahmen von Rechtsnormen eigene Satzungen. Geschäfts- und Rechnungsführung, Tätigkeit des Vorstandes, Stellenpläne und Besoldungen, Beteiligung an öffentlichen Einrichtungen, alle Untergliederungen unterliegen dem Prüfungsrecht der Aufsichtsbehörde, die nach dem Territorialprinzip, also auf Länderebene bzw. Bundesebene, tätig wird.

4. Die Krankenkassen handeln mit den Leistungserbringern in ihrem Zuständigkeitsbereich auf der Grundlage bundes- und landesgesetzlicher Vorschriften die Vergütungen aus.
5. Die privaten Krankenversicherer können in dieser Untersuchung mehr oder minder unberücksichtigt bleiben, denn sie bieten ihre „Ware“ auf dem freien Markt an, ihre Versicherten sind bei ihnen freiwillig versichert und daher aus eigenem wirtschaftlichen Interesse bemüht, sich die nötige Marktübersicht zu verschaffen. Berücksichtigt werden muss allerdings, dass ein Wechsel der Kasse in höherem Alter zunehmend schwieriger wird und dass für die Privatversicherten auf dem Versicherungsmarkt infolge mangelnder Transparenz der Leistungen keineswegs „Waffengleichheit“ herrscht. Undurchsichtigkeiten sollte der freie Markt deshalb deutlich besser regeln als bisher, generell durch verstärkten Druck der Verbraucher- und Patientenschutzorganisationen, in Notfällen durch das Aufsichtsamt oder den Staatsanwalt.

Welche Möglichkeiten haben die gesetzlichen Krankenkassen, ihre Macht unkontrolliert auszuspielen und die von ihnen treuhänderisch zu verwaltenden Versichertenbeiträge falsch, d.h. belastend für das gesamte Gesundheitssystem zu verwenden? Da die Struktur des Kassensystems so wenig durchsichtig ist und von den Versicherten nicht durchschaut, geschweige denn kontrolliert werden kann und da es um erhebliche Summen Geldes geht, die relativ unkontrolliert und anonym, aber sehr regelmäßig hereinkommen, sind diese Möglichkeiten vielfältig:

- Die Verwaltungskosten einschließlich der Stellenpläne und Gehaltsstrukturen der gesetzlichen Krankenkassen unterliegen der Kontrolle durch Gebietskörperschaften und Bundesländer. Diese Kontrolle ist aber nicht immer ausreichend und genau genug. Die Haushalte werden zwar in öffentlicher Sitzung vom Verwaltungsrat verabschiedet, so dass theoretisch die Möglichkeit für kritische Fragen gegeben ist, faktisch aber sind sie nicht öffentlich: niemand von den Betroffenen kann später in den Haushalt Einsicht nehmen und Mängel beanstanden.
- Auf der lokalen und regionalen Ebene entsteht zwischen Kassenvorstand, Arbeitgebervertretern und Ärzteschaft leicht ein Interessengleichklang, weil sie an medizinischem Sachverstand und wirtschaftlicher Macht den Beitragszahlern erheblich überlegen sind. In der Vergangenheit haben sie, sicher oft auch wohlmeinend, mit dem Geld der Versicherten häufig eine zu kurzsichtige, unbedachte Politik betrieben. Ergebnis: teure Verwaltung, unzureichende Kontrollen bei den ärztlichen Abrechnungen. Die Kontrolle der Kassen durch das zuständige Landesministerium geschieht oft nur halbherzig, denn bisher hat die Versichertengemeinschaft das Gesundheitssystem ja immer finanziert. Da es sich bei allen Beteiligten um Wähler handelt, denen man – insbesondere in Wahlzeiten, und auf irgendeiner Ebene ist immer eine Wahl - nicht zu nahe treten möchte, werden die Kassen von den politisch Verantwortlichen in Aufsichtsbehörden und/oder Vorständen gerne instrumentalisiert, um Erwartungen der Wähler (Finanzierung modischer oder nicht bedarfsgerechter therapeutischer Maßnahmen) zu erfüllen.
- Das Einkommen eines Arztes im staatlichen Gesundheitsdienst und bei den gesetzlichen Krankenkassen lag in den letzten Jahrzehnten weit unter den Möglichkeiten, die niedergelassene Ärzte erzielen konnten. Deshalb hatten sich für ärztliche Tätigkeiten im Verwaltungsdienst nicht die besonders qualifizierten Mediziner inte-

ressiert; dadurch wurden die Möglichkeiten, auf lokaler oder regionaler Ebene kostenbewusste Qualitätskontrolle und Qualitätsmanagement bei der medizinischen Versorgung einzuführen, im Zusammenspiel der Kassen mit den Krankenhäusern und den niedergelassenen Ärzten nicht so entwickelt, wie dies in anderen Bereichen der Wirtschaft üblich ist. Das Ergebnis sind häufig unwirtschaftliche Strukturen, mangelhafte Ausstattungen, zu lange Verweildauern, undurchsichtige Kostenstrukturen in den Krankenhäusern, teure Krankenhausbetreuung anstelle ambulanter Versorgung, kostentreibende Mehrfachuntersuchungen desselben Sachverhaltes, völlig nutzlose Datensammlungen am falschen Ort. Solche Missstände haben die Kassen nicht unterbunden, sondern tendenziell begünstigt; in Fällen, die gerichtsrelevant sind, konnten mit Deckung der Kassen bestimmte Mediziner von solchen Dunkelzonen profitieren – zum Schaden der Allgemeinheit.

- Die im Wettbewerb stehenden Krankenkassen umwerben den Leistungserbringer und versuchen, ihn als Meinungsbildner für sich zu gewinnen. Deshalb dulden sie mitunter Missstände, die sie abstellen müssten. Dazu gehören beispielsweise kostenlose Lieferungen von Arzneimitteln an Krankenhäuser, um so einen Wettbewerbsvorteil für teure Nachfolgeverordnungen zu sichern. Alle großen Skandale der jüngsten Zeit – die Beschaffung überteuerter Herzklappen, der betrügerische Handel mit Blutkonserven, das Aufblühen von fragwürdigen Großlabors – zeigen auch ein Versagen des Kassensystems.
- Offenen Missbrauch betreiben die Kassen beim gesetzlich geregelten Risikostrukturausgleich, indem sie die Versichertenlisten nicht so bereinigen, wie dies sachlich geboten ist. Ihr Ziel: mehr Geld aus dem Ausgleichsfonds zu erhalten, als ihnen tatsächlich zusteht.
- Da unter den Kassen ein Wettbewerb um die „guten Risiken“ herrscht, machen sie sich Konkurrenz auch im Begünstigen mancher Versicherten und werden mitunter sogar durch Patienten und jedenfalls durch Patientengruppen erpressbar, z.B. bei der Bewilligung von Kuren. Besonders bedenkliche Auswüchse des Wettbewerbs sind die Finanzierungen von modischen, hinsichtlich ihres Nutzens nicht belegten Therapien, um entsprechende Versichertengruppen zu binden. Dadurch wird jede Qualitätssicherung in der Therapie unterlaufen und „Hokuspokus-Medizin“ in das solidarische Krankenversicherungssystem eingeführt. Hier sind auch die Leistungserbringer in die Pflicht zu nehmen. Die Finanzierung modischer, aber nutzloser Therapien geht unbestreitbar zu Lasten der Finanzierbarkeit therapeutisch erforderlicher Maßnahmen und gefährdet damit das Solidarsystem.

Empfehlungen:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Auf der lokalen und regionalen Ebene müssen sich mehr Menschen als bisher für ihre Krankenkasse und deren Verwaltung, Haushalt, Leistungspraxis interessieren und den Einfluss der Versicherten stärken. Dazu ist es notwendig, dass die Länderparlamente entsprechende Maßnahmen zur Herstellung von mehr Transparenz ergreifen und die nachgeordneten Verwaltungen dazu anhalten, die Krankenkassen und ihre Verbände besser zu kontrollieren sowie regelmäßig wechselnde externe Prüfer heranzuziehen.- Die Haushalte der gesetzlichen Krankenversicherungen müssen öffentlich sein, und die Wahlen der Vertreter in den Verwaltungsräten müssen ein allgemein zugängliches, demokratisch kontrollierbares Ereignis werden. Auch hierfür bedarf es einer Regelung durch die Länder.- Die Delegationsmechanismen der Krankenkassen müssen transparenter und demokratisch kontrollierbarer werden. Die von den Kassen wesentlich mitgestaltete Gesundheitspolitik darf nicht von Interessenvertretern mit nur partiellem Interesse formuliert werden: die Krankenkassen müssen das gesamte Gesundheitssystem im Auge behalten |
|--|

und in diesem Sinne auf jeder Stufe der Organisation in besonderer Weise demokratisch legitimiert sein.

- Die Verwaltungen der Krankenkassen müssen effektive Einheiten zur Kontrolle von Abrechnungsbetrug durch die Leistungserbringer einrichten und mit den notwendigen Mitteln und Kompetenzen ausstatten. Dazu müssen die Länder als Aufsichtsbehörden und die Landesrechnungshöfe Verdachtsmomenten auf Korruption akribischer nachgehen und auch dafür sorgen, dass das Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen sich als Organ zum Schutz der Versicherten bei Korruptionsfällen im Gesundheitswesen verstehen lernt.
- Bei grundsätzlichem Festhalten an der Therapiefreiheit sollten künftig Behandlungsleitlinien (Guidelines) mit entsprechenden Vergütungsformen verbindlich eingeführt werden, woran beispielsweise auch die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft bereits arbeitet. Bemühungen der ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung, die im gemeinsamen Auftrag von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Krankenkassenverbänden und Deutscher Krankenhausgesellschaft ein Leitlinien-Clearing-Verfahren etabliert, gehen in dieselbe Richtung und verdienen Unterstützung.
- Bisher fehlen Regelungen, die eine anonyme Datenauswertung erlauben. Datenzusammenführungen (z.B. ärztliche Abrechnungsdaten, Krankenhausdaten, Arzneimitteldaten, Arbeitsunfähigkeitsdaten, Hilfsmitteldaten usw.) und deren Auswertungen nach standardisierten Mustern, die den Datenschutz nicht verletzen, könnten Transparenz schaffen, Missetäter herausfinden und Kosten verringern helfen.
- Die fachliche Kompetenz der Staatsanwaltschaften zur Aufdeckung und Ermittlung von Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen muss bundesweit erheblich gestärkt werden.
- Das Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen hat die Aufdeckung von Korruption in der Versicherungswirtschaft noch nicht zu seinen Aufgaben zum Schutz der Versicherten erklärt und nimmt seine Kontrollaufgaben ebenso wenig gründlich wahr wie die Aufsichtsbehörden der Länder, denen die gesetzlichen Krankenkassen unterstehen.

V. Der Arzt als Dienstleister des Patienten

1. Der Arzt/ die Ärztin sind jene Fachleute und Vertrauenspersonen, an die kranke Menschen sich wenden, wenn sie medizinische Hilfe brauchen. Ihre Maßnahmen – Diagnose-Verfahren und Verordnungen, Überweisung und/oder Einlieferung ins Krankenhaus – werden von den Erkrankten häufig ohne Nachfragen akzeptiert. Der Status und die gesellschaftliche Geltung des Ärztestandes sind nach wie vor hoch. Bis heute waren die vergleichsweise hohen Einkünfte der Ärzteschaft nicht umstritten, weil jeder Mensch aus persönlicher Erfahrung beurteilen konnte, wie viel und wie schwer Ärzte und Ärztinnen arbeiten müssen, und weil das medizinische Ethos, das die Ärzteschaft für sich in Anspruch nahm, von den Patienten nicht in Frage gestellt wurde. – Auch heute ist das Einkommen mancher Ärzte überdurchschnittlich hoch, andere wiederum haben sehr zu kämpfen. Dies ist die Folge eines falsch angelegten Bemessungssystems, das vom Gesetzgeber vorbestimmt und von der ärztlichen Selbstverwaltung innerhalb dieser Rahmenbedingungen ausgestaltet wurde und das die materielle wie die ethisch-moralische Grundlage des Arztberufs außer Kraft zu setzen droht, weil es intransparent, schwer kontrollierbar und ungerecht ist und die Schummelei begünstigt.

2. Auch in der Ärzteschaft gibt es wie bei allen anderen Berufen fachliche Qualitätsunterschiede und charakterliche Mängel. Aufgrund ihrer Schlüsselfunktion für die Verteilung der finanziellen Leistungen des Solidarsystems ist die Ärzteschaft aber in besonderer Weise das Ziel von Begünstigungen durch Anbieter von Waren und Leistungen im Gesundheitssystem, wessen sich die Ärzte nicht immer hinreichend bewusst sind. Dies hat – insbesondere in der jetzigen Phase der erschwerten materiellen Sicherung – zu Unsitten hinsichtlich der Annahme von Vergünstigungen, materiellen Vorteilen sowie zu Kooperationen mit dem Ziel der intensivierten Ausbeutung des Leistungssystems geführt. So gab es in den vergangenen Jahren viele Skandale, bei denen Ärzte und Ärztinnen sich auf Kosten des Gemeinwohls bereichert haben und ihrem Ethos nicht gerecht geworden sind. Daran wirkte sicher auch mit, dass es wegen der ausgezeichneten beruflichen Möglichkeiten schon seit Jahren einen großen Ansturm auf das medizinische Studium und den Arztberuf gegeben hatte. Nicht immer haben die geeignetsten Persönlichkeiten den Arztberuf ergriffen. Auch die Ärztekammern als die berufenen Standesorganisationen sind ihren Pflichten nicht immer ausreichend nachgekommen.
3. Neben der zunehmenden Zahl von Ärzten und Ärztinnen sind auch die ärztlichen Hilfsberufe zahlenmäßig sehr gewachsen. Die Zunahme der Arztdichte und auch der gewachsene Wohlstand in Deutschland haben die Nachfrage nach gesundheitlichen Leistungen und damit die Kosten sehr ansteigen lassen. Bei steigendem Wohlstand konnten diese Kosten bisher problemlos getragen werden. So ist Deutschland nach den USA das Land mit den höchsten Gesundheitskosten (gemessen am Anteil am Bruttosozialprodukt), der allgemeine Gesundheitszustand der Bürgerinnen und Bürger ist aber nicht höher als in vergleichbaren europäischen Ländern mit niedrigeren Kosten. Auch wenn es keine klare Korrelation zwischen dem Gesundheitszustand der Bevölkerung und den Kosten des Gesundheitssystems gibt, stellt sich heute mit Nachdruck die Frage nach den Bedingungen, unter denen ein ebenso leistungsfähiges System mit geringeren Kosten herzustellen wäre. An der Lösung dieser Frage müssen alle Beteiligten mitwirken, auch die Ärztinnen und Ärzte.
4. Für den Patienten nachvollziehbare Kriterien zur fachlichen und kostenmäßigen Beurteilung ärztlicher Leistungen wurden in Deutschland bisher nur in Ansätzen entwickelt. Es fehlt vor allem an einem Kostenbewusstsein dergestalt, dass die notwendige ärztliche Maßnahme zur Gesundung eines Patienten dort erbracht werden soll, wo sie am effektivsten und kostengünstigsten zu leisten ist. Ambulante und klinische ärztliche Versorgung machen sich Konkurrenz, statt zu kooperieren; die Zusammenarbeit zwischen Allgemeinarzt und Facharzt ist ebenfalls meist unzureichend. Eine wichtige Ursache dafür ist das von den gesetzlichen Krankenkassen und den kassenärztlichen Vereinigungen unter der Aufsicht der Bundes- und Landesgesetzgeber ausgehandelte Vergütungssystem.
5. Die ärztliche Fortbildung ist für die niedergelassenen Ärzte in Deutschland in den Heilberufegesetzen der Länder und der jeweiligen Berufsordnung zur Pflicht erklärt, ihr Umfang und die Art des Nachweises sind allerdings nirgendwo eindeutig festgelegt: kein Arzt, keine Zahnärztin sind – im Unterschied beispielsweise zu den USA – in die Pflicht zu nehmen, sich neue fachliche oder technische Kenntnisse anzueignen. Für die ärztliche Fortbildung erklären die Ärzte- oder Zahnärztekammern sich zuständig. Sie geben nach eigenen Angaben aus den Pflichtbeiträgen der Ärzteschaft sehr viel Geld für „interessenfreie“ Fortbildung aus. Nach Meinung der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, einem Ausschuss der Bundesärztekammer, wird aber ein zu großer Teil der Fortbildung der Industrie überlassen. Insbesondere an der Erarbeitung von industrie-unabhängigen Therapie-Empfehlungen (Leitlinien) müsste die Ärzteschaft sich stärker selbst engagieren. Wenn Ärzte sich fortbilden, geschieht dies auf eigene Kosten. Häufig finanzieren aber Wirtschaftsunternehmen, die neue Pharmaprodukte oder Medizingeräte, Abrechnungssysteme o-

der Praxisorganisationshilfen auf den Markt bringen wollen, verdeckt oder offen Fortbildungsveranstaltungen der Ärzteschaft. Interessenkollisionen werden nicht offengelegt, Herstellerwerbung so als „Wissenschaft“ vermarktet.

6. Aus vielerlei Gründen haben sich mehr und mehr Gemeinschaftspraxen und Ärztehäuser entwickelt. Zu einer kostensparenden Vernetzung der medizinischen Betreuung ist es aber bisher wegen der Abrechnungsmodalitäten nicht gekommen. Allerdings haben sich Laboruntersuchungen zu industrieähnlichen Standardverfahren entwickelt. In Großlabors, deren Arbeit – weil angeblich kostengünstig – auch von den Krankenkassen und den kassenärztlichen Vereinigungen akzeptiert wird, werden täglich Hunderttausende von Proben untersucht. Aussagefähigkeit und damit Nutzen mancher Einzeluntersuchung bleibt aber zweifelhaft wegen der fehlenden Verbindungselemente zwischen behandelndem Arzt, Erscheinungsbild des Patienten und Qualität, Auswahl und Aussagekraft der chemischen Analyse.
7. Welche Schlupflöcher für missbräuchliches Verhalten lässt das Gesundheitssystem den Ärzten, und welche Missstände im System sind der Verantwortung und Kontrolle der Ärzteschaft anzulasten? Eine ganze Reihe von Mängeln sind anzuzeigen:
 - Ärztinnen und Ärzte können in mannigfacher Weise Abrechnungsbetrug begehen. Sie können Leistungen veranlassen, die für die Behandlung nicht erforderlich sind, aber Abrechnungspunkte bringen, oder Leistungen berechnen, die sie nicht erbracht haben; beim Privatpatienten ist das Verfahren schwieriger, geschieht aber auch. Nicht zuletzt stehen Ärzte auch untereinander im Wettbewerb. Auch dies kann dazu führen, dass sie Leistungen erbringen, die medizinisch nicht indiziert sind und durch die sie gegen ihre Verpflichtungen nach dem Sozialgesetzbuch verstoßen.
 - Leitende Krankenhausärzte können sich Leistungen zuschreiben, die ihre nachgeordneten Kollegen oder Assistenzärzte erbracht haben. Sie können medizinisch nicht erforderliche Untersuchungen und Behandlungen durchführen, die nur im Interesse einer höheren Vergütung erbracht werden.
 - Aufgrund des geltenden Abrechnungssystems wird ein ärztliches Verhalten begünstigt, das bei einer Behandlung durch mehrere Ärzte oder durch Arzt und Krankenhaus immer wieder dieselben Röntgenaufnahmen, EKG's etc möglich macht, statt auf eine Absprache unter den verschiedenen Leistungsträgern zu dringen. Außerdem wird in der Abrechnung der Einsatz von Apparaten und technischen Hilfsmitteln begünstigt, während eine gründliche Anamnese, für die nur der Faktor Zeit eine Rolle spielt, finanziell wenig belohnt wird.
 - Bei den Krankenkassen liegen Erfahrungen mit vielen weiteren Betrugsmöglichkeiten vor, die auf dem Zusammenspiel zwischen verordnenden Ärzten und Apothekern beruhen. Dabei werden im Prinzip vom Arzt Rezepte ausgestellt, die Apotheker gegenüber der Kasse abrechnen, ohne dass dabei Ware geliefert wird. Das erstattete Geld teilen sich beteiligte Apotheker und Ärzte. Als Methode findet sich häufig die Verordnung von Sprechstundenbedarf, Medikationen bei Privatpatienten, Verordnung von Arzneimitteln nach dem Tode des Patienten, Verordnung von Medizinprodukten wie Inkontinenzmitteln in Pflegeheimen an Patienten, die solcher Hilfen nicht bedürfen, etc. Auch das Hinterlassen von Blankorezepten in Pflegeheimen und anderen Einrichtungen begünstigt solche unlauteren und betrügerischen Absprachen zwischen Ärzten, Pflegepersonal und Apothekern. Die Krankenkassen schätzen, dass jeder mit der Kontrolle der ärztlichen Abrechnungen beschäftigte Mitarbeiter im Jahr eine Summe von rund einer Million D-Mark „erwirtschaftet“. Die kassenärztlichen Vereinigungen meinen, rund zehn Prozent der Abrechnungen seien fehlerhaft, z.T. aber auch zu Lasten der Ärzte, weil das Abrechnungssystem so kompliziert sei.

- Ärzte und Ärztinnen können durch Geschenke, Vorteilsnahme oder andere Vergünstigungen in eine schwer zu kontrollierende Abhängigkeit von der Pharmaindustrie und von anderen Warenanbietern gelangen. Dadurch wird oft der Preis- und Leistungswettbewerb der Warenanbieter beeinträchtigt und damit das gesamte System geschädigt.
- Ärzte und Ärztinnen schätzen falsch ein, dass die wissenschaftliche Information und die ärztliche Fortbildung sowohl bei Kongressen und Fortbildungsveranstaltungen als auch in der Fachpresse unabhängig von der anbietenden Wirtschaft bleiben soll, weil sie aus Gründen der Qualitätssicherung in der Therapie verpflichtet sind, sich ein transparentes und objektives Bild von den Therapiestrategien und von der Gesamtsituation des Gesundheitsmarktes zu machen.
- Das Interesse des einzelnen Arztes/ der einzelnen Ärztin ist nicht notwendig deckungsgleich mit den Interessen der kassenärztlichen Vereinigungen und der Ärztekammern.

Empfehlungen:

- Ärzte sollen Belege („Kontoauszüge“) ausstellen, die dem Patienten einen Einblick in die erbrachten und abgerechneten Leistungen ermöglichen.
- Ärzte müssen die Möglichkeit erhalten, insbesondere im Rahmen von Praxisnetzen oder anderer selbstgewählter Organisationsformen zu agieren, um – transparent für Patient und Kasse - effektiver und kostensparender handeln zu können.
- Die Kooperation zwischen Arzt/ Ärztin und Kasse muss auch direkt möglich sein, d.h. auch die Kasse und nicht nur die kassenärztliche Vereinigung muss zwischen Patient und Arzt Datentransparenz herstellen können, sofern die wesentlichen Aspekte des Datenschutzes dabei berücksichtigt werden.
- Der Distanzverlust zwischen Anwendern und Warenanbietern im Gesundheitswesen ist zu bekämpfen und die Unsitten der Vorteilsnahme sind offen zu legen. Abhängigkeiten zwischen Arzt/Ärztin und Pharma-Industrie (z. B. bei der Fortbildung, bei der Abgabe von Ärztemustern, bei der Durchführung von Studien im Zulassungsverfahren) zerstören den Preis- und Leistungswettbewerb und beeinträchtigen die Qualität medizinischer Leistungen. Hierzu müssen vom Gesetzgeber wirkungsvolle Sanktionsmöglichkeiten entwickelt werden.

VI. Die ärztliche Selbstverwaltung

1. Weite Bereiche des Gesundheitswesens sind in Deutschland per Grundgesetz den Bundesländern zugeordnet. Die beruflichen Belange der Ärzteschaft werden von den Ärztekammern als Körperschaften öffentlichen Rechtes wahrgenommen; als übertragene hoheitliche Aufgabe obliegt ihnen die Aufsicht über die Ärztinnen und Ärzte. Alle Ärzte eines Bundeslandes sind Pflichtmitglieder ihrer jeweiligen Ärztekammer. Sie entrichten Pflichtbeiträge, deren Höhe in den Bundesländern verschieden ist und je nach Berufsstand des Arztes, Größe der Praxis, Höhe des Umsatzes oder vergleichbarer Kriterien bemessen wird. Die Funktionäre erhalten eine Aufwandsentschädigung, die sich je nach Bundesland teilweise erheblich unterscheidet. In den Stadtstaaten sind die Vertreter der Ärztekammer weiter in ihrem Beruf tätig und erhalten wenig zusätzliches Geld. In einigen Flächenländern arbeiten die Vorstände der ärztlichen Selbstverwaltung hauptamtlich als Ärztefunktionäre, und ihre Aufwandsentschädigungen sind beträchtlich. - Eine wichtige Aufgabe der Ärztekammern ist es, Schaden vom Patienten durch eine unsachgemäße ärztliche Behandlung

abzuwenden. Dies leistet sie durch eine möglichst gute Organisation der ärztlichen Anliegen und durch eine möglichst hochwertige Fort- und Weiterbildung.

2. Die berufsständischen Organisationen der Ärzte sind neben den Ärztekammern die kassenärztlichen Vereinigungen, die – gleichfalls als Körperschaften öffentlichen Rechtes - von der Länder- bis zur Bundesebene durchorganisiert sind und in denen jeder Arzt sein muss, der seine Leistungen über die gesetzlichen Krankenkassen abrechnet. Auch sie sind regional verankert, und auch hier besteht Pflichtmitgliedschaft. Während die kassenärztlichen Vereinigungen den Zusammenschluss der Ärzte gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen darstellen, die im Wesentlichen die materiellen Interessen der Ärzte vertreten und mit den Kassen abrechnen, wachen die Ärztekammern über fachliche Qualität, Moral und Ethos der Ärzteschaft, ahnden unstandesgemäßes Verhalten und kümmern sich um die ärztliche Fortbildung. Die Approbation eines Arztes erteilt die Landesbehörde, die Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit wird von einem Zulassungsausschuss ausgesprochen, der sich je zur Hälfte aus Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen zusammensetzt.
3. Die Bundesärztekammer ist ein Zusammenschluss aller Landesärztekammern mit der Aufgabe, Austausch und Vermittlung unter den siebzehn einzelnen Ärztekammern (in Nordrhein-Westfalen gibt es zwei Ärztekammern) zu organisieren. Sie schreibt sich die Funktion einer Arbeitsgemeinschaft mit überregional verbindlichem Charakter und normgebender Funktion zu. So hält sie den Kontakt zur Bundesregierung, zum Bundesrat und zu den politischen Parteien. Es ist wesentlich, dass bei einem Organ der Selbstverwaltung, das soviel Macht besitzt, transparente demokratische Binnenstrukturen eine funktionierende Kontrolle von innen und außen gewährleisten. Die vom Staat an die ärztliche Selbstverwaltung delegierte Aufgabe ist es nämlich, der Gesellschaft das Vertrauen zu geben, dass die Interessenvertretung, zu der man sich verpflichtet hat, im Gesundheitsinteresse der gesamten Gesellschaft und nicht lediglich im Eigeninteresse des Ärztestandes ausgeübt wird. Das heißt auf der anderen Seite, dass der Staat die Selbstverwaltung nicht mehr als unbedingt erforderlich gängeln darf. Dieser Prozess muss in beiden Richtungen transparent und öffentlich nachvollziehbar sein.
4. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen die vertragsärztliche Versorgung sicher und fungieren als Mittlerstelle zur Honorarabrechnung der Ärzte gegenüber den Krankenkassen; sie haben die Interessen der Kassenärzte gegenüber den Krankenkassen wahrzunehmen, und sie überwachen die Ärzte. Jeder zugelassene Vertragsarzt, der zur Behandlung pflichtversicherter Patienten berechtigt ist, ist Pflichtmitglied der Kassenärztlichen Vereinigung. Organe der Kassenärztlichen Vereinigungen sind die Vertreterversammlung und der Vorstand, deren Mitglieder auf vier Jahre gewählt werden. Die Mitglieder der Vertreterversammlung und des Vorstands sind ehrenamtlich tätig. Ihre Bezüge sind von Land zu Land sehr unterschiedlich. Beim Bundessozialgericht läuft zur Zeit ein Verfahren, das die Höhe der Vorstandsbezüge in einem Bundesland bemängelt und auch für die übrigen Länder zukunftsweisende Bedeutung hat.
5. Der organisatorische Zusammenschluss auf Bundesebene der dreiundzwanzig Kassenärztlichen Vereinigungen ist die kassenärztliche Bundesvereinigung; sie vertritt die politischen Interessen der Vertragsärzte auf Bundesebene, indem sie die ärztlichen Belange bei Gesetzgebungsverfahren einbringt. Außerdem schließt sie Verträge mit den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern ab. Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung setzt sich aus Delegierten der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen zusammen und wählt den Vorstand. Drittes Organ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist laut Satzung der Länderausschuss, der aus den Ersten Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigungen und zwei Vertretern der außerordentlichen

Mitglieder besteht. Dieses Gremium wirkt bei der Beschlussfassung über Verträge und Richtlinien mit. Auch die Mitglieder und der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sind ehrenamtlich tätig, erhalten jedoch beträchtliche Aufwandsentschädigungen.

6. Angesichts der stetig wachsenden Zahl von Ärzten jeder Art droht die Gefahr, dass die ärztliche Selbstverwaltung weniger das Wohl des gesamten Gesundheitssektors als das Wohlergehen ihrer Mitglieder im Blick hat. Einzelne Vorstände der Körperschaften, die den größeren Teil ihres Lebensunterhalts aus der berufspolitischen Tätigkeit bestreiten, sind nicht immer unabhängig genug, um zusätzlich zu den Sorgen um ihre Wiederwahl auch die Sorgen um die Finanzierbarkeit der gesamten staatlichen Gesundheitsversorgung angemessen zu verfolgen.
7. Die Ärztinnen und Ärzte waren in Zeiten voller Kassen mit ihrer Standesvertretung und deren Tun voll und ganz zufrieden und haben sich um die Berufspolitik ihrer Selbstverwaltungsorgane wenig gekümmert. Das hat sich jetzt geändert, und die anhängigen Skandale tun ein übriges, die ärztliche Selbstverwaltung zu diskreditieren und die Ärztinnen und Ärzte an ihre berufspolitischen Pflichten zu erinnern.
8. Neben den verfassten Organen der Ärzteschaft existieren zahlreiche Berufsverbände und Medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaften, die sowohl fachspezifische als auch berufspolitische Ziele vertreten und mehr oder weniger intensiv an der Qualität der Patientenversorgung in ihrem Fachgebiet interessiert sind. In diesem Bereich findet oft eine undurchsichtige Mischung zwischen Eigeninteresse der Berufsverbände und Interesse der Waren- und Leistungsanbieter statt, insbesondere, wenn es um Leitlinien zur Behandlung von Erkrankungen und zur Nutzung technischer Einrichtungen geht. Zwar hat zwischenzeitlich die Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (eine gemeinsame Einrichtung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung) „Leitlinien für Leitlinien“ erarbeitet, die die notwendigen Standards an objektiver Transparenz gewährleisten, aber daneben gibt es immer noch viel Wildwuchs. Nach wie vor ist die Offenlegung von Strukturen, Verflechtungen mit Interessen von Warenanbietern oder Abhängigkeiten in diesem Bereich dringend erforderlich, denn die nicht fachlich begründeten Einflussnahmen führen zu deutlichen Qualitätsverlusten in den Standards der medizinischen Versorgung in Deutschland.
9. Welche Einfallstore für intransparente und damit korruptionsfördernde Machenschaften zeigt die ärztliche Selbstverwaltung? Wir sehen die folgenden:
 - Die Wahl in die Vertreterversammlungen und in die Vorstände der Selbstverwaltungsorgane ist weder auf der regionalen noch auf der Bundesverbandsebene transparent genug. Die Prinzipien der Wahlen genügen formal sicher demokratischen Kriterien. Fragen muss man sich aber, warum ist die Wahlbeteiligung bei den Gremienwahlen so schlecht und warum werden mit ganz wenigen Ausnahmen immer wieder reine Verbandsfunktionäre gewählt? Das hat etwas mit dem Ansehen von Politik und Politikern innerhalb der Ärzteschaft zu tun.
 - Die Festsetzung der Aufwandsentschädigungen sowie die Kontrolle der Arbeit der Funktionäre genügen modernen demokratischen Anforderungen nicht.
 - Die Einflussnahme auf Gesetzgebungsverfahren – einerseits erwünscht und vom Gesetzgeber gewollt – ist auf der anderen Seite demokratisch nicht transparent genug und oft nicht sachgerecht.
 - Die Einflussnahme von Waren- und Leistungsanbietern auf die Leitlinien zu Behandlungsstandards, die von Berufs- und Fachgesellschaften entwickelt und vorgegeben werden, ist zu stark und jedenfalls nie transparent genug.

- Die innerärztliche Honorarverteilung muss transparenter sein und die Verteilung muss sich an den gesundheitspolitischen Interessen der Gesellschaft orientieren. Sie darf nicht von Gruppeninteressen einzelner Ärzte aufgrund der Mehrheitsverhältnisse in Körperschaften bestimmt sein.

Empfehlungen:

- Bei Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen muss verstärkt darauf hingewirkt werden, dass auf allen Ebenen im Standesinneren transparente Strukturen gewährleistet sind.
- Die ärztliche Selbstverwaltung hat sich darauf verpflichtet, im Interesse der Gesellschaft und nicht im Eigeninteresse des Standes Gesundheitspolitik zu gestalten. Daraus müssen – für die Gesellschaft einsichtige und transparente - Folgerungen gezogen werden.
- Die ärztlichen Berufsverbände und Fachgesellschaften müssen bei der Erstellung von Therapie-Leitlinien alle internen und externen Einflussnahmen und Begünstigungen offen legen und hinsichtlich des Umfangs dokumentieren.
- Die kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesärztekammern müssen sich als demokratische Gegenmacht zur Macht der Krankenkassen betätigen und mit ihrem Sachverstand für mehr Transparenz und damit für eine größere Leistungsfähigkeit des Systems sorgen. Sie müssen sich den Interessenverflechtungen mit den Warenanbietern entziehen und zugleich die Unredlichkeiten im Abrechnungsverhalten der Leistungserbringer intensiver bekämpfen.

VII. Der Apotheker an der Schnittstelle zwischen Pharmaindustrie, Arzt und Patient

1. Die Trennung zwischen Arzt als „Verordner“ und Apotheker als „Abgebender“ von Arzneimitteln ist in Deutschland historisch gewachsen und hat sich grundsätzlich als nützlich und sachgerecht erwiesen, um eine medizinisch sinnvolle Arzneimittelverordnung, unabhängig von wirtschaftlichen Interessen der Hersteller und Händler, zu gewährleisten. Die Rolle des Apothekers im öffentlichen Gesundheitswesen wird offiziell so beschrieben: er hat die „ordnungsgemäße Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln“ sicherzustellen. Hierzu gehört das Vorrätighalten einer ausreichenden Menge von (meist Fertig-) Arzneimitteln, Verband- und Hilfsmitteln einschließlich notwendiger Produktinformationen sowie die korrekte Abgabe an den Kunden (meist Patienten, manchmal auch Ärzte).
2. Die Herstellung von Arzneimitteln in einer Apotheke *ad hoc* nach ärztlicher Verordnung (z.B. Salbenrezepturen) spielt heute eine in der Regel volumenmäßig untergeordnete Rolle. Die Beratungsfunktion des Apothekers wird, angesichts seiner schwindenden Schlüsselfunktion als Arzneimittelhersteller, durch die berufsständischen Vertretungen immer stärker betont, um die Unentbehrlichkeit des „Arzneimittelfachmanns“ herauszustellen. Nach Ermittlungen der Verbraucherorganisationen ist die Qualität der Beratung in Apotheken aber sehr fragwürdig, zumal im Sektor der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel.
3. Im Gegensatz zur ärztlichen Konsultation ist es bisher unüblich, eine „apothekerliche“ Arzneimittelberatung per Honorar zu vergüten. Der pharmazeutische Beratungsumfang richtet sich gewöhnlich nach den Bedürfnissen des Kunden innerhalb des laufenden Apothekenbetriebes. Die Beratungsleistung wird über den Umsatz an apothekenüblichen Produkten finanziert. Die gesellschaftliche Rolle des Apothekers als „Gehör“ und Ratgeber für gesundheitlichen Kummer an der Schnittstelle zwischen Patient und Arzt ist dabei nicht zu unterschätzen.

4. Die Berufsvertretung der Apotheker ist die Landesapothekerkammer; sie ist gemäß dem Heilberufe-Kammergesetz HKaG als Körperschaft des öffentlichen Rechts organisiert. Die Organe sind die Delegiertenversammlung und der Kammervorstand. Die Delegiertenversammlung besteht aus den Delegierten, die durch die Mitglieder der Kammer, also aller zur Berufsausübung berechtigten ApothekerInnen eines Landes, in geheimer, schriftlicher Wahl alle vier Jahre gewählt werden. Die Vorstandsmitglieder werden von den Delegierten aus ihrer Mitte gewählt. Laut Satzung haben die Landesapothekerkammern die Aufgabe, die beruflichen Belange der Apotheker des jeweiligen Bundeslandes „wahrzunehmen“ und „in der öffentlichen Gesundheitspflege“ mitzuwirken. Die Kammerbeiträge müssen von jedem Kammermitglied gemäß Beitragsordnung entrichtet werden, wobei sich die Beitragshöhe bei selbstständig tätigen Apothekern nach dem Apothekenumsatz richtet.
5. Neben den 17 Apothekerkammern gibt es in Deutschland die Apothekervereine und -verbände. Diese unterliegen dem Vereinsrecht. Zweck der Vereine und Verbände ist die Vertretung der Mitglieder unter anderem gegenüber den Behörden (Gesetzgebungsorganen), Abrechnungsstellen, Krankenkassen und Krankenversicherungen, sowie dem Pharmagroßhandel und der Pharmazeutischen Industrie. Weiterhin sollten die Interessen des Berufsstandes im Bereich der Apothekenbetriebsordnung, Ausbildungsordnung für Apotheker, Pharmazeutisch-Technischen Assistenten (PTA) und Pharmazeutisch-Kaufmännischen Assistenten (PKA), sowie im Bereich des Apothekengesetzes vertreten werden.
6. In wie weit die Interessen der Apothekerschaft von den unter dem Dachverband DAV (Deutscher Apothekerverband) organisierten Landesverbänden tatsächlich demokratisch vertreten werden, ist fragwürdig. In den siebziger Jahren gab es starke Vorwürfe über angebliche „Kungelei“ und „Verfälschung“, die sich beim Zusammenschluss der Landesapothekerkammern ergeben hätten; deshalb wurde Ende der siebziger Jahre der Bundesverband der Landesverbände Deutscher Apotheker (LBA) gegründet. Er arbeitet als Konkurrenz zum DAV, um die Interessen des Berufsstandes effizienter zu vertreten.
7. Den Landesapothekerkammern und Landesapothekervereinen- und verbänden als Dachverband übergeordnet ist die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände - ABDA. Sie repräsentiert vierunddreißig Mitgliedsorganisationen und stellt sich nach außen als Spitzenorganisation der ca. 50.000 deutschen Apotheker dar. Der ABDA obliegt laut Satzung die Wahrnehmung und Förderung der gemeinsamen Interessen der Apothekerkammern und -vereine/-verbände, der LBA ist der ABDA nicht zugehörig. Ziel der ABDA ist nach außen hin „die Zusammengehörigkeit aller deutschen ApothekerInnen zu wahren und zu pflegen, einschließlich der Förderung der Interessen ihrer Mitglieder“.
8. Soweit bekannt, wird die ABDA über die Kammerbeiträge der Kammermitglieder finanziert. Interessanterweise gehört zu den Aufgaben der ABDA die Beteiligung an diversen privatwirtschaftlichen Unternehmen, wie z.B. der GOVI-Verlag Pharmazeutische Verlags GmbH, die Werbe- u. Vertriebsgesellschaft Deutscher Apotheker mbH, die MGDA Marketing-Gesellschaft Deutscher Apotheker mbH, die Versicherungstelle für Apotheker GmbH sowie die IfA Informationsstelle für Arzneyspezialitäten GmbH. Interessant ist ferner, dass eine Reihe von geschäftsführenden Vorstandsmitgliedern keine Apotheker, sondern Juristen sind. Es ist zumindest nicht auszuschließen, dass die Organisationsstruktur der ABDA die legitimen Interessen der Standesvertretung mit den wirtschaftlichen Interessen der genannten Unternehmen vermengt. Mehr Transparenz in diesem Bereich ist unbedingt erforderlich.

Welche Möglichkeiten zu missbräuchlicher Einflussnahme auf das Gesundheitssystem haben die Apotheker und ihre Standesvertretung?

- Sie können den Patienten Billigarzneimittel abgeben und gegenüber den Kassen teurere Medikamente abrechnen.
- Sie können in der Krankenhausapotheke mit den Herstellern Sonderkonditionen (Rabatte, kostenlose Zusatzartikel, persönliche Zuwendungen etc) vereinbaren, die entweder ihnen persönlich zugute kommen oder aber die Kostenstrukturen des Krankenhauses zugunsten der Hersteller und zulasten der Versichertengemeinschaft verzerren.
- Sie können aufgrund geltender Gesetze, die ihnen nützen, nur sehr eingeschränkt Wettbewerb treiben.
- Sie können durch die Struktur der ABDA die Vertretung der Apothekerinteressen mit rein wirtschaftlichen Interessen in undurchsichtiger Weise vermischen.
- Die Krankenkassen listen eine Fülle betrügerischer und missbräuchlicher Tatbestände bei den Apotheken auf, zum Beispiel: Unerlaubte Zusammenarbeit zwischen Apotheker und Arzt, Tauschgeschäfte bei Verordnungen und Sprechstundenbedarf, Veränderungen auf dem Rezept ohne Rücksprache mit dem Arzt, Verkauf auch bei offensichtlichen gefälschten Rezepten, Abrechnung von Beschaffungskosten, Telefon, Notdienst ohne Grund, Stempel auf Rezept "Import nicht lieferbar", bewusst fehlerhafte Rezepturberechnung. Es ist sogar der Fall bekannt, dass ein Apotheker zugleich Besitzer eines Pflegeheims war und die Verordnungen auf diese Weise steuern konnte.
- In der letzten Zeit werden zunehmend Apotheker in organisierte kriminelle Aktivitäten involviert. Zum Beispiel: Rezepte von Drogenabhängigen oder HIV-Patienten werden von Apothekern gegen geringes Entgelt aufgekauft und dann voll gegenüber den Kassen abgerechnet. Oder: Mafia-artige Strukturen zwischen verordnenden Ärzten, versorgenden Pharmafirmen und Apothekern werden genutzt, um teure Rezepte für Krebs-Medikamente, die langfristig auf verstorbene oder versterbende Patienten ausgestellt sind, ohne Warenlieferung gegenüber der Kasse geltend zu machen. Solche Kartelle manövrieren die üblichen Kontrollinstrumente der Krankenkassen aus und richten mit krimineller Energie hohe volkswirtschaftliche Schäden an.

Auf Grund dieser Feststellungen empfehlen wir:

- Die Krankenkassen müssen nicht nur die ärztliche Abrechnungspraxis, sondern auch die Apotheken verstärkt in ihre Kontrollen einbeziehen. Die Führung einer Krankenhausapotheke muss in besonderer Weise überprüft werden.
- Die Apothekerschaft muss für demokratische Binnenstrukturen und für eine Trennung zwischen Verbands- und Wirtschaftsinteressen in ihren Verbänden sorgen. Die Landesaufsicht muss den gesetzlichen Rahmen der Apothekerkammern gegenüber der Öffentlichkeit transparent machen. Das Berufsethos der Apotheker muss durch die Kammern unterstützt und wirksame Sanktionen gegen Verstöße müssen entwickelt werden.
- Die Spitzenverbände müssen sich Richtlinien geben, in denen eine strenge Trennung von Verbands- und Wirtschaftsinteressen durchgesetzt wird. Auf diese Richtlinien sind alle Funktionäre zu verpflichten. Wirksame Sanktionen und allergrößte Transparenz sind hierbei die vorrangigen Ziele.

VIII. Die Hersteller von Medikamenten und Medizingeräten

1. Ein großer Teil des Gesundheitsmarktes wird von der Entwicklung und Herstellung, dem Vertrieb und Verkauf von Medikamenten, Hilfsmitteln und Medizingeräten bestimmt. Dieser Markt ist hinsichtlich Entwicklung und Produktion frei, seit Jahren allerdings versuchen Kostendämpfungsgesetze für das Gesundheitswesen, die Preise

- der Produkte zu begrenzen. Der Vertrieb und Verkauf unterliegen einem medizinischen Zulassungsverfahren sowie werberechtlichen Beschränkungen. Die Hersteller von Pharmaprodukten und Medizingeräten spüren weltweit starken Konkurrenzdruck mit enormen Konzentrationszwängen. Fusionen von chemischen Großkonzernen bestimmen den Markt. Die Produktion von Arzneimitteln muss so kostengünstig wie möglich erfolgen, zumal Forschung und Entwicklung ständig mehr Geld erfordern.
2. Die Versorgung mit Arzneimitteln ist für die Menschen in den Industrie- und in den Entwicklungsländern äußerst uneinheitlich, denn auch der Gesundheitsschutz ist ein Kaufkraftproblem. In Deutschland gibt es ein Überangebot an wirkungsgleichen Arzneimitteln, und die Konkurrenz der Anbieter ist daher entsprechend heftig, wie man am ausgeprägten Lobbyismus und den vielfältigen Bestrebungen, gesundheitspolitische Entscheidungen zu beeinflussen, sehen kann.
 3. Die Hersteller von Pharmaprodukten und Hilfsmitteln dürfen rezeptpflichtige Produkte dem Patienten direkt weder anbieten noch durch Werbung anpreisen, sie konzentrieren ihre werblichen Anstrengungen für solche Produkte also auf die Fachberufe. Für die rezeptfreien Arzneimittel gelten gesetzliche Werberegeln gegenüber dem Endverbraucher. Sie werden vielfältig umgangen und sind weitgehend ineffektiv, weil sie kaum sanktionsbewehrt sind und auf Grund der Interessenlage der Werbewirtschaft auch so gut wie gar nicht verfolgt werden. Selbstgesetzte Verhaltensregeln der Anbieter verfolgen bestenfalls schlimme Auswüchse, bleiben im übrigen aber wirkungslos.
 4. Nur medizinisch sachkundige Mittler wie Ärzte oder Apotheker sind als Adressaten der Arzneimittelwerbung für rezeptpflichtige Arzneimittel zulässig. Entsprechend sind die Anstrengungen der Pharma- und Gerätehersteller beschaffen, ihre Produkte diesen Mittlern nahe zu bringen: Gutachten, kostenlose Ausstattung mit Arzneimittelmustern oder Geräten, Sonderrabatte, die Fachpresse oder Kongresse mit Fachvorträgen, außerdem Fernsehauftritte, u.ä. werden als verkappte Werbung eingesetzt, um Ärzte und Apotheker von bestimmten Arzneimitteln oder medizinischen Analyse- oder Therapiegeräten zu informieren und sie von deren Wert zu überzeugen.
 5. Das Verbot der Laienwerbung für rezeptpflichtige Arzneimittel wird häufig und systematisch dadurch unterlaufen, dass Medizinjournalisten durch Zuwendungen und gesponserte luxuriöse Veranstaltungen zu positiven Berichten in Laien-Medien motiviert werden. Sanktionen solcher Verstöße werden von den zuständigen Landesbehörden in Deutschland – im Gegensatz zu anderen Ländern – auch auf Anzeige hin selten, mit unzureichender Kompetenz und geringem Einsatz verfolgt (Vollzugsdefizit). Die bestehenden gesetzlichen Sanktionen sind ineffektiv. Gegen gesetzliche Verschärfungen werden national, auf EU-Ebene und darüber hinaus Einflussmöglichkeiten gesucht und durch zahllose Lobbyisten in vielen Verbänden unterstützt.
 6. Ein wichtiger Multiplikator für den medizinischen Fortschritt auf dem Gebiet der Arznei- und Hilfsmittel sind die medizinischen Fakultäten und die Universitätskliniken.
 7. Die Zulassung von Arzneimitteln ist ein langes, mehrstufiges Verfahren, das gesetzlich geregelt und sehr teuer ist. Es ist nur für Insider transparent, insbesondere sind die Beziehungen zwischen Antragstellern und Behörden undurchsichtig. Kritiker haben erst nach der Zulassung einen – allerdings begrenzten – Einblick in die Unterlagen, so dass regulatorische Entscheidungen selbst im Nachhinein nicht nachvollzogen werden können. In der Entscheidungsphase fehlen nachvollziehbare Begründungen für regulatorische Entscheidungen völlig. Die Beschleunigung der Zulassungsverfahren verhilft Arzneimitteln auf den Markt, bevor wissenschaftliche Daten über sie veröffentlicht sind.

8. Welche Möglichkeiten hat die Pharma- und Medizingeräte-Industrie, sich der Strukturen des teilregulierten Gesundheitsmarktes zu bedienen und daraus für sich Vorteile zu Lasten der Allgemeinheit zu ziehen? Da es hier um Millionensummen, erhebliche Arbeitsvolumina und um in- und ausländische Marktanteile geht, haben die Anbieter ein großes Interesse an einem möglichst umfassenden Einfluss:
- Der Abbau der staatlichen Forschungspolitik hat in Deutschland eine Entwicklung des Pharmamarktes bewirkt, bei der der Staat sich aus der klinisch-pharmakologischen Forschung weitgehend zurückgezogen hat. Infolgedessen gibt es praktisch nur noch Wirkstoffe, die in den chemischen Labors der Pharma-Industrie entwickelt wurden. Die medizinischen Gutachten, die sie bewerten, und die vorgeschriebenen Untersuchungen, die einer Zulassung vorangehen, werden hingegen durch Hochschulexperten, Universitätskliniken und ähnliche Institutionen erstellt, wobei die antragstellende Firma diese Untersuchungen in Auftrag gibt und auch bezahlt. Es ist infolgedessen nahezu unabdingbar, dass diese Verfahren in engem Kontakt mit den Herstellerfirmen unternommen werden. Dies gilt auch für die Vermarktungsphase nach der Zulassung, wo es im Rahmen der vorgeschriebenen medizinischen Begleitung des Arzneimittels oft zu bestellten Gutachten, Tendenzuntersuchungen und Fortbildungsveranstaltungen kommt, bei denen die Verflechtungen zwischen wissenschaftlichen und materiellen Interessen aller Beteiligten nicht transparent sind.
 - In Deutschland und in ganz Europa, auch in den USA bleiben die Zulassungsunterlagen für ein Arzneimittel auch nach der Zulassung geheim. Die US-amerikanische Zulassungsbehörde FDA und ihr europäisches Pendant EMEA veröffentlichen unmittelbar nach der Zulassungsentscheidung eine zusammenfassende Bewertung des Produktes, die Dokumente aber, die mit dem Zulassungsantrag eingereicht wurden, bleiben verschlossen. Damit wird verhindert, dass die pharmakologische Wissenschaft ein neu zugelassenes Arzneimittel kritisch auf seine Nützlichkeit hin bewerten kann. Auch die Publikation sicherheitsrelevanter Daten unterbleibt häufig.
 - Infolge der engen Interessenverflechtung zwischen Wissenschaft und Wirtschaft ist der Standard der klinischen Zeitschriften so heruntergekommen, dass keine einzige deutschsprachige klinische Zeitschrift mehr eine internationale wissenschaftliche Bedeutung hat. Es gibt praktisch kaum noch klinische Publikationsorgane, die von der Pharmaindustrie so unabhängig sind, dass Publikationen mit kritischen Wertungen veröffentlicht werden.
 - Die Wege, die ein Unternehmen beschreitet, um ein neues Arzneimittel im Markt zu etablieren, sind oft fragwürdig: Kongresse und Fachtagungen von zweifelhaftem Nutzen, aber in großem Luxus; gezielte Vergabe von mehr als gesetzlich zulässigen Zahlen an Ärztemustern; vertragliche Bindung von Chefarzten an die Produkte eines Herstellers oder/und kostenlose Abgabe an Krankenhausapotheken, um Ärzte und Patienten an bestimmte Medikamente zu gewöhnen und dadurch den weiteren Absatz nach dem Klinikaufenthalt zu sichern; bestellte Artikel in der Fachpresse, die nur vermeintlich wissenschaftlich unabhängig, aber eigentlich Werbemaßnahmen sind.
 - Fachärzte an kommunalen Krankenhäusern unterliegen heutzutage gewöhnlich einer Aufsicht des Krankenhausträgers, was Dienstreisen, Kongressbesuche, Nebentätigkeiten und erlaubte Geschenke angeht. Für Professoren an Universitätskliniken trifft dies nicht in gleichem Umfang zu: Dienstreisen, Fachvorträge, Kongressbesuche sind nahezu uneingeschränkt möglich, und das Einwerben von Drittmittelprojekten, also mit Geldern verbundenen Aufträgen für Untersuchungen, Gutachten, Forschungen, gehört quasi zu den vom jeweiligen Hochschulträger gewünschten Qualifikationen eines Instituts- oder Klinik-

Chefs. Von Seiten der Pharma-Industrie sind solche Aufträge daher übliche Methoden, Produkte und Geräte auf dem Markt zu etablieren. Teure und personalintensive Geräte werden, wie Medienberichte nachgewiesen haben, vom Hersteller heute meist mit einer für eine bestimmte Zeit voll finanzierten Stelle an den Krankenhäusern untergebracht. Auch die entsprechenden Artikel in der Fachpresse werden meist von dem Herstellerunternehmen bestellt und bezahlt. Klinische Studien werden häufig so konzipiert, dass nicht Erkenntnisgewinn, sondern Produktvorteile ermittelt werden, und das vor allem führt zu einer Schwächung der innovativen klinischen Forschung in Deutschland.

In den letzten Jahren sind die Kosten für Arzneimittel ebenso wie die Kosten für Ärzte und Krankenhäuser stark gestiegen. Das Arzneimittelbudget muss in der Zukunft begrenzt werden, um überhaupt noch Spielräume für neue medizinische Entwicklungen frei zu halten. Wie dies geschehen kann, ist Gegenstand heftiger politischer Auseinandersetzungen. Uns liegt am Herzen, intransparentes, betrügerisches, korruptes Handeln, das zu Lasten der Allgemeinheit geht und diese Spielräume weiter beschneidet, so weit als irgend möglich zu unterbinden.

Deshalb unsere Empfehlungen:

- Weitestgehende Transparenz bei allen Stufen des Zulassungsverfahrens eines Arzneimittels würde korruptives Verhalten eindämmen. Hier sind gesetzliche Maßnahmen und eine rechtliche Verankerung von Akteneinsichtsrechten nach dem Vorbild des *Freedom of Information Acts* in den USA erforderlich. Aber auch die Herstellerfirmen könnten durch nachvollziehbare transparente Verhaltenskodices zu einer Bewusstseinsänderung beitragen. Das Nachdenken über andere Verfahren bei Zweit- und Drittzulassungen darf nicht aufhören.
- Bund, Länder und Hochschulen müssen eine von der Pharmaindustrie unabhängige klinisch-therapeutische Forschung aufbauen helfen, beziehungsweise entsprechende alternative Anstrengungen bei herstellerunabhängigen Verbraucher- und Patientenorganisationen verstärken und unterstützen. Zugleich müssen qualitativ hochwertige klinische Forschungen und klinische Studien finanziert werden, die unabhängig von Drittmitteln der Pharmaindustrie bleiben. Die Kontrolle über eingeworbene Drittmittel muss sich durch Veröffentlichungspflichten und Informationsrechte über das Universitätsbudget erheblich verbessern. Auch Verhaltenskodices der Pharmaindustrie können weiterhelfen, wenn sie transparent, öffentlich kontrollierbar und wirksam sanktionsbewehrt sind. Die Koppelung von der Lieferung eines Gerätes mit dem Honorar für eine Person, die das Gerät bedient, ist ebenso abzulehnen wie bestellte und überhöht bezahlte Gutachten oder ähnliche Aktivitäten, die einen Lehrstuhl besser ausstatten, als der Hochschulträger es sich leisten will.
- Sponsorische Aktivitäten der Pharma- und Medizingeräte-Industrie müssen in jedem Bereich – Krankenhaus und Krankenhausträger, niedergelassene Ärzte, Ärzteverbände, ärztliche Fortbildung, Apotheken, medizinische Fachpresse, Universitäten etc. - transparent und öffentlich kontrollierbar sein.
- Einflussnahmen auf Krankenhausapotheken und die Verschreibungspraxis von Kliniken oder niedergelassenen Ärzten, die zunächst deren Arzneimittelbudget senken, im zweiten Schritt aber die Patientenversorgung verteuern, weil sie sie an bestimmte Arzneimittel binden, sind für das Gesundheitssystem schädlich und daher zu unterlassen.
- Die wissenschaftliche Unabhängigkeit von medizinischen Fachpublikationen muss zurückgewonnen werden. Die Vermischung von Werbung und Wissenschaft muss künftig unterbleiben. Wissenschaftler, die auf Veranlassung und mit Bezahlung durch einen Arznei- oder Hilfsmittel-Hersteller bestimmte Zusammenhänge untersuchen, sind zur Offenlegung ihrer Interessen verpflichtet.

- Alle Maßnahmen müssen bei Zuwiderhandlung sanktionsbewehrt sein. Selbstverhaltensregeln können nur dann an die Stelle staatlicher Sanktionen treten, wenn sie öffentlich kontrollierbar und ebenfalls wirksam sanktionsbewehrt sind.