

Gesundheit – eigentlich kein Thema für Lobbyisten

Im Blick auf das Ganze sollte für Partikularinteressen kein Raum sein

I. Grundsätzliches

Als zur Bismarckzeit das Fundament für eine allgemeine Gesundheitsversorgung in Deutschland gelegt wurde, geschah damit etwas Wegweisendes: an die Stelle von (durchaus nicht immer) freundlich gewährter hoheitlicher Fürsorge für Untergebene trat der gesetzliche Anspruch, dass alle Menschen im deutschen Reich im Falle von Krankheit durch eine staatliche Leistung medizinisch versorgt werden sollten. Arbeitgeber und Arbeitnehmer zahlten zu gleichen Teilen in eine gesetzliche Krankenversicherung ein, die mit zusätzlicher staatlicher Hilfe aus dem Steueraufkommen - z. B. beim Betrieb von Krankenhäusern - nach dem Solidarprinzip tätig wurde. Das war damals im internationalen Vergleich eine fortschrittliche Tat. Sie begründete zusammen mit dem Altersrentensystem den Sozialstaat in Deutschland.

Die Weichenstellung erfolgte nicht uneigennützig. Sie war gespeist aus der politischen Erkenntnis, dass die materielle Not durch Krankheit innerhalb der Arbeiterschaft viel sozialen und politischen Sprengstoff mit sich brachte. Trotz des jahrelangen Verbots der Sozialdemokratischen Partei hatte der Zulauf zu den Sozialdemokraten deshalb damals nicht nachgelassen, er drohte das Kaiserreich zu erschüttern. Bismarck versuchte daher als politisch kluger Konservativer, dieses Problem zu entschärfen. Wie groß die Not gewesen ist, kann man beispielsweise in den Theaterstücken Gerhard Hauptmanns lesen oder auf den Bildern von Käthe Kollwitz erkennen. Viele Lebensberichte, etwa von August Bebel oder Lily Braun, aber auch von sozial engagierten Adligen der damaligen Zeit, schildern das allgemeine Elend.

Das System war bei weitem nicht so ausgefeilt, wie wir es heute kennen. Aber im Kern hat es bis heute Bestand. Vom Prinzip her war damals auch die Überlegung nicht abwegig, dieses Gesundheitssystem nicht der fachlich damit überforderten staatlichen Verwaltung anzuvertrauen, sondern öffentlich-rechtliche Körperschaften zu begründen, denen die Pflege der Volksgesundheit übertragen wurde. Der Staat sollte nur die Rechtsaufsicht führen, alles Fachliche sollte innerhalb der Körperschaften von deren Fachleuten geregelt werden. Sie sollten sich in ihren Tätigkeiten auch wechselseitig in der Balance halten, so dass jede für sich - genauso wie ihre Gesamtheit - dem gesundheitlichen Gemeinwohl verpflichtet waren. Interessen- und Klientelpolitik war dem System zumindest in der Theorie wesensfremd. Lobbyismus der Interessenvertreter schien nicht angelegt.

Bei der Gründung der Bundesrepublik Deutschland war die solidarische staatliche Gesundheitsversorgung immer noch 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 auch heute 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.

So arbeiten die gesetzlichen Krankenkassen, die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Kammern der Heilberufe (Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, etc) seither auf dieser Grundlage als Körperschaften öffentlichen Rechtes. Da Deutschland ein föderales

Staatsgebilde war und ist, entstanden die Körperschaften ebenfalls föderal. Nach dem zweiten Weltkrieg also auf Länderbasis, wobei sich aber zahlreiche Vorkriegszustände erhalten haben; beispielsweise hat das Land Nordrhein-Westfalen zwei Ärztekammern, und es gibt insgesamt 23 Kassenärztliche und 21 Kassenzahnärztliche Vereinigungen. Bei den gesetzlichen Krankenkassen ist die Zahl erheblich größer – mehr als dreihundert, weil im Laufe der Jahrzehnte kommunale, berufsgruppen- und betriebsbezogene Kassen entstanden sind, neben denen außerdem eine Vielzahl privater Krankenkassen nach anderen Regularien tätig ist. Kennzeichen für eine „schlanke Verwaltung“ ist dergleichen nicht im Jahre 2003. Aber niemand außer ein paar unverbesserlichen „Sozialrevoluzzern“ rührt an den Grundfesten.

Die staatliche Gesetzgebung in diesem Sektor füllt inzwischen dicke Bücher. Die Vielzahl der Körperschaften und Organisationen auf Bundes- und Länderebene macht das System schwer durchschaubar und reformresistent, wie das Ringen um eine wirksame Veränderung seit den achtziger Jahren beweist. Denn immer sind der Bundesregierung, die den gesetzlichen Rahmen der Gesundheitsversorgung festlegt, die Landesregierungen für die Durchführung und Überwachung beigeordnet; diese sind umgeben von einer Vielzahl dieser Körperschaften, die allesamt ein reges Eigenleben führen und rechtlich nicht ohne erheblichen Personaleinsatz zu überwachen sind. Auch die Kontrolle, ob wirklich jeweils das gesundheitliche Gesamtinteresse in ihrer Arbeit gewahrt ist, liegt bei der Länderaufsicht.

Es ist ein offenes Geheimnis, dass die Körperschaften der Heilberufe eher als Ausnahme denn als Regel ihre Aufgaben auf der Höhe der Zeit erfüllen. Woher sollen die hochqualifizierten Spezialisten, die lieber verwalten als behandeln, schließlich auch kommen! Aber das gemeinsam von Regierung und Opposition im Juli 2003 vorgelegte Eckpunktepapier spricht zum ersten Mal einvernehmlich und offen von einer notwendigen Reform der Organisationsstrukturen, die flexibler und unbürokratischer werden müssen. Endlich wird es ausgesprochen und als änderungsbedürftig erkannt, dass Verwaltungsausgaben verringert, ein besseres Informationsmanagement betrieben, die Haushalte für die Mitglieder der Körperschaften transparent und einsehbar gemacht werden müssen. Ganz generell wird professionellere Arbeit verlangt. Bisher war selbst die Formulierung solcher Sätze zwischen den großen Parteien tabuisiert, weil die politisch Verantwortlichen ihrer jeweiligen Klientel nicht wehtun wollten.

Ob jetzt der Erkenntnis Taten folgen, bleibt abzuwarten. Skepsis ist angebracht. Denn Papier ist bekanntlich geduldig, und ein über Jahrzehnte gewachsener Lobbyismus ist durch Erklärungen nicht abzuschaffen, sondern nur in zähen Verhandlungen und mit klaren gesetzlichen Vorgaben. Die deutsche Sektion von Transparency International¹ weist schon seit Jahren darauf hin, wie sehr die Intransparenz des Systems Betrug, Verschwendung und sogar Korruption als organisierte Wirtschaftskriminalität fördert und damit Milliarden von Versichertengeldern in die falschen Kanäle leitet. Dies vor allem deshalb, weil hinter den Körperschaften des Gesundheitssystems eine der mächtigsten Lobbys steht, die es in Deutschland gibt – die Pharma-Lobby.

Die Rahmenbedingungen für eine Steuerung des Krankenversicherungssystems über die Selbstverwaltung sind in den allgemeinen Vorschriften für die Sozialversicherung im Vierten

¹ Transparency International wurde 1993 in Berlin gegründet. Der Verein ist eine Nichtregierungsorganisation, die sich den Kampf gegen Korruption zum Ziel gesetzt hat. Die Organisation arbeitet inzwischen in etwa 100 Ländern weltweit. Die deutsche Sektion wurde als eine der ersten nationalen Unterorganisationen gegründet. Seit etwa fünf Jahren arbeitet hier eine Gruppe von Freiwilligen aus unterschiedlichen Heilberufen zusammen mit spezialisierten Juristen an der Analyse des deutschen Gesundheitswesens, um als Nichtregierungsorganisation ohne Eigeninteresse eine Verbesserung des Systems zu erreichen.

Buch des Sozialgesetzbuches (SGB) geregelt. Dies gilt sowohl für die Normsetzungsbefugnis der Selbstverwaltung, die in SGB V konkretisiert wird, als auch für die Finanzhoheit (§220 ff. SGB V) und die Personalhoheit. Deren nähere Ausgestaltung ist wegen der Kompetenzprobleme zwischen Bund und Ländern nicht im SGB V erfolgt, sondern in den §§ 349 ff. Reichsversicherungsordnung (RVO) verblieben. Daraus kann man schon erkennen, dass es sich im Gesundheitswesen in den vergangenen Jahrzehnten um einen großen Verschiebepunkt handelte, der mitnichten vornehmlich die Interessen der Versicherten im Auge hatte, sondern viel stärker die Partikularinteressen einzelner Körperschaften oder Landesregierungen. Kaum ein Feld der Politik ist wohl so stark von Lobbyisten durchsetzt, die besonders an der Bundesspitze sehr aktiv sind.

Zwei strukturelle Probleme des Gesundheitswesens sind systemimmanent:

1. Das Geld, das das System speist, wird von den Versicherten aufgebracht – je zur Hälfte vom Arbeitgeber und vom Arbeitnehmer (was gerade jetzt zu Lasten der Arbeitnehmer verändert werden soll). Es geht in Milliardenhöhe monatlich regelmäßig bei den Versicherungen ein. Ausgegeben wird dieses Geld aber nicht von den Versicherten selbst, sondern von den sogenannten „Leistungserbringern“, also jenen Menschen aus Heilberufen, die die Versicherten wieder gesund machen oder ihre Krankheiten behandeln und lindern. Es ist ziemlich logisch, dass sie bei dieser Tätigkeit auch ihr eigenes Wohlergehen im Auge haben und daher lieber mehr tun als weniger, wenn sie ihr Tun von den Krankenkassen anerkannt und erstattet bekommen. Letztere verhalten sich im Interesse ihrer Versicherten auch lieber großzügig als kleinlich und achten nur dann auf Sparsamkeit, wenn entsprechende politische Vorgaben gemacht werden. Gern gewähren sich die Kassenfunktionäre daher ebenso wie die Ärztfunktionäre gute Gehälter oder Aufwandsentschädigungen und sparen auch nicht bei der Verwaltung. Die Versicherten werden schon zahlen.
2. Bei den krankenversicherten Patienten handelt es sich, wenn sie einen Arzt aufsuchen, in der Regel um Menschen mit größeren oder kleineren Beschwerden. Leiden sie ernsthaft, dann wollen sie, dass um jeden Preis getan wird was geht, um sie von ihren Schmerzen zu befreien. Kranke Menschen handeln selten rational und daher auch weder kostenbewusst noch solidarisch: sie wollen gesund werden, das ist alles. Dieser Umstand macht sie erpresserisch dem System gegenüber und beeinflussbar für Einflüsterungen von Lobbyisten.

Es führt bei dieser Konstellation kein Weg daran vorbei, dass politische Führung ausgeübt werden muss, um Interessengegensätze auszubalancieren und Lobbyisteneinfluss zurückzudrängen. Zu lange ist dieses nicht geschehen, weil in Zeiten permanenten Wachstums eine Erhöhung der Kosten nicht weiter problematisch war und weil die Bundesregierung vor allem nach 1989 zu feige war, den Bürgerinnen und Bürgern reinen Wein einzuschenken. Jetzt aber müssen Kosten und Leistungen zurückgestutzt werden, vor allem deshalb, weil der Solidargemeinschaft Lasten aufgebürdet worden waren, die eigentlich die Steuerzahler hätten tragen müssen – zum Beispiel die Krankenversicherung der ehemaligen DDR-Bürger.

Leistungen zurückzufahren ist besonders schwierig deswegen, weil die Zahl der medizinischen Leistungserbringer auf Grund der guten Verdienstmöglichkeiten in diesen Berufen in den vergangenen Jahrzehnten sehr stark zugenommen hat. Kein Arzt, keine Zahnärztin oder Apothekerin, kein Physiotherapeut, Dentallabor, Optikermeister oder Pharmavertreter können einsehen, warum sie etwa jetzt finanzielle Einbußen hinnehmen sollten. Und auch in den nach

1989 neu hinzu gekommenen Bundesländern wollen die Medizinberufe auskömmlich leben und erreichen, dass sich die mit Schulden finanzierten Investitionen für ihre Praxen oder Geschäfte rasch rentieren. Deshalb nimmt der Druck der Standesorganisationen auf die Politik zu, das Leistungsvolumen zu erhalten und doch lieber die Solidargemeinschaft zur Kasse zu bitten. Diesem Druck hat die Politik im Sommer 2003 ein weiteres Mal nicht standgehalten.

II. Die Kammern der Heilberufe Ärzttekammern/Zahnärztekammern/Apothekerkammern etc.

Die Kammern der Heilberufe sind als Körperschaften öffentlichen Rechts verfasst. Als solche nehmen sie die Aufsicht über die Ärzte und ihnen verwandte Berufe als übertragene hoheitliche Aufgabe wahr. Die Aufgaben dieser Kammern sind landesrechtlich geregelt. Alle Ärzte/Zahnärzte/Apotheker etc. eines Landes sind Pflichtmitglieder einer solchen Kammer. 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 Vorstände erhalten eine Aufwandsentschädigung, die sich je nach Bundesland teilweise erheblich unterscheidet. In den Stadtstaaten sind die Vorstände der Kammer weiter in ihrem Beruf tätig und erhalten eher wenig zusätzliches Geld. In der Berliner Ärztekammer wird allerdings gerade um die hohen Bezüge des Kammerpräsidenten und seine Nebeneinkünfte gestritten. In einigen Flächenländern arbeiten die Vorstände der ärztlichen Selbstverwaltung hauptamtlich als Ärztefunktionäre, und ihre Aufwandsentschädigungen sind beträchtlich. Heutzutage ist es mitunter lukrativer, einer Ärzte- oder Zahnärztekammer vorzustehen, als eine eigne Praxis zu betreiben. Deshalb sind die, die an der Spitze stehen, den Interessen ihrer Delegierten und Mitglieder meist näher als dem Ziel der Volksgesundheit.

Den Kammern der Heilberufe obliegt die Wahrung der beruflichen Belange ihrer Mitglieder. Sie fördern die Aus- und Fortbildung, ordnen die Berufspflichten und wirken an der Gesetzgebung im Bereich des Gesundheitswesens mit. Zu den Aufgaben der Kammern gehört auch die Wahrung berufsethischer Grundsätze. Schwarze Schafe in ihren Reihen, die sich krimineller Verfehlungen oder Verletzungen berufsethischer Grundsätze schuldig gemacht haben, dürfen sie nicht dulden, sondern müssten sie standesrechtlich belangen. Bisher geschieht dies, wenn überhaupt, dann im Verborgenen. Jedenfalls hat die deutsche Sektion von Transparency International auf eine entsprechende Rundfrage bei allen Ärztekammern im Jahr 2002 von keiner einzigen die Auskunft bekommen, wann und unter welchen Umständen standesrechtlich gegen eines ihrer Mitglieder vorgegangen wurde. Selbst rechtskräftig verurteilte Mitglieder hatten kein Standesgerichtsverfahren zu befürchten, weil ein sogenannter „Überhang“, nämlich ein vom Rechtsverfahren noch nicht erfasster Tatbestand, nach Ansicht der Kammer nicht gegeben war. Das ist ein schlechtes Zeichen für die Moral. Wenn offenbar nie die Berufsausübung gefährdet ist, was bleibt dann den schwarzen Schafen gegenüber für ein „Drohpotential“?

Ob dies bei Zahnärzte- oder Apothekerkammern ebenso ist, hat TI Deutschland bisher nicht untersucht. Nach gegenwärtigem Wissenstand existiert eine solche Untersuchung nicht.

In einem Vortrag aus Anlass des fünfzigsten Geburtstags der Bundesärztekammer² hat Prof. Dr. Taupitz im Hinblick auf die Ärztekammern Feststellungen getroffen, die auch für die an-

²Prof. Dr. jur. Jochen Taupitz, Ärztliche Selbstverwaltung auf der Schwelle zum 21. Jahrhundert, aktualisierte Fassung vom Mai 2001 auf der Internetseite der Bundesärztekammer

deren Kammern der Heilberufe uneingeschränkt gelten. Er meinte nämlich, dass Selbstverwaltung Machtausübung bedeute und daher Kontrolle von innen und von außen verlange. Aus diesem Grund müssten wesentliche Entscheidungen doch vom Gesetzgeber selbst getroffen werden. Außerdem muss es die Möglichkeit der gerichtlichen Kontrolle von Kammerentscheidungen geben. Aber auch im Standesinneren müssen demokratische Strukturen gewährleistet sein. Da die Gesellschaft den Ärztekammern einen erheblichen Vertrauensvorsprung gewähre, seien die Gefahren enttäuschten Vertrauens um so größer. Aus diesen Gründen müsse die Ärzteschaft mehr als sensibel reagieren, wenn Missstände im eigenen Bereich sichtbar werden, oder auch nur der Verdacht entsteht, die ärztliche Selbstkontrolle habe nicht funktioniert. Es sei nämlich die Aufgabe der Selbstverwaltung, der Gesellschaft das Vertrauen zu geben und zu erhalten, dass die Selbstkontrolle, zu der man sich verpflichtet hat, tatsächlich im Interesse der Gesellschaft und nicht lediglich im Eigeninteresse des Standes funktioniere.

Allerdings stellt Taupitz auch die Frage, welchen Aufgabenkreis die Rechtsordnung einerseits der Selbstverwaltung zuweist und welche Freiräume sie andererseits der Selbstverwaltung zugesteht. Die Entwicklung hin zu mehr Einflussnahme durch den Staat zeige sich zum Beispiel daran, dass immer mehr Fragen des Berufsrechts dem parlamentarischen Gesetzgeber vorbehalten und damit den Kammern entzogen würden. Je stärker man aber einen Berufsstand darauf beschränkt, als verlängerter Arm des Staates zu fungieren, und je weniger Verantwortung man ihm für die Belange der Patienten überträgt, desto weniger kann man ihn anschließend dafür rügen, dass er sich nicht aktiv, gestalterisch und vorausschauend an der Fortentwicklung des Gesundheitswesens beteiligt habe. Dieser Zusammenhang ist nicht von der Hand zu weisen. Er gilt inhaltlich natürlich auch für die anderen öffentlich-rechtlichen Körperschaften im Gesundheitsbereich.

Auch wenn diese Überlegungen richtig sind, haben in den vergangenen Jahrzehnten die Kammern der gesundheitlichen Selbstverwaltung in der Wahrnehmung ethischer Standesinteressen und hinsichtlich der ärztlichen Weiterbildung weitgehend versagt. Sie sind allerdings von den die Aufsicht führenden Länderministerien nicht nachdrücklich und mit allen rechtsaufsichtlichen Mitteln auf ihre Pflichten hingewiesen worden. Und auch die Bundesregierung hat es jahrzehntelang versäumt, eindeutige Vorgaben zu machen, die den Ländern eine entsprechende Richtschnur wiesen. TI Deutschland hat in mehreren Ausarbeitungen seit dem Jahr 2000 deutlich auf die problematische Struktur und die fehlende Transparenz bei den Körperschaften des Gesundheitswesens hingewiesen und bei Verantwortlichen aus Bund und Ländern durchaus Verständnis gefunden. Die Funktionäre selbst zeigen sich aber wenig einsichtig, und auch die neueste „Gesundheitsreform“ zeigt, dass ihre Lobbyisten ihr Handwerk verstehen.

Die Länderkammern sind auf Bundesebene in Dachorganisationen – der Bundesärztekammer, der Bundeszahnärztekammer, der ABDA (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände) etc. – zusammengeschlossen. Diese sind nicht in allen Fällen ebenfalls Körperschaften öffentlichen Rechtes; beispielsweise handelt es sich bei der ABDA um einen Zusammenschluss höchst unterschiedlicher Mitglieder aus den Ländern. Die Aufgabe der Bundesorganisation ist vornehmlich der Austausch und die Vermittlung zwischen den einzelnen Länderkammern. Aus diesem Grund wird ein Anteil an den Beiträgen der Mitglieder der Länderorganisationen an die Bundesorganisation abgeführt. Nach der Kenntnis von TI Deutschland haben die Landesorganisationen keine Kenntnis darüber, was mit dem Mitgliederanteil ihrer „Landeskinder“ im einzelnen geschieht. Die Haushalte der Dachorganisationen sind intransparent für die Länderaufsicht und teilweise sogar für die Mitglieder selbst. Transparency International hält

dies für verfassungsrechtlich bedenklich. Inzwischen hat die Landesapothekerkammer Hessen in der ABDA eine gewisse Haushaltstransparenz durchgesetzt. In Bayern und im Saarland klagen Apotheker auf Entlassung ihrer Landesapothekerkammer aus der Mitgliedschaft in der ABDA, weil sie ihre Einflusslosigkeit auf deren Politik missbilligen. Bundesregierung und Opposition haben in ihrem Eckpunktepapier ebenfalls Haushaltstransparenz auf Bundes- und Länderebene für die öffentlich-rechtlichen Körperschaften eingefordert.

Die ärztliche Fortbildung ist für die niedergelassenen Ärzte in Deutschland in den Heilberufesetzen 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. Das soll sich jetzt ändern. Für die ärztliche Fortbildung erklären die Ärzte- oder Zahnärztekammern sich zuständig. Sie geben nach eigenen Angaben einen erheblichen Anteil aus den Pflichtbeiträgen der Ärzteschaft für „interessenfreie“ Fortbildung aus. Nach Meinung der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, einem Ausschuss der Bundesärztekammer, ist diese Angabe zu bezweifeln; sie kritisiert, dass ein zu großer Teil der Fortbildung der Industrie überlassen bleibe und damit vornehmlich deren Interesse diene.

Diese Einschätzung wird inzwischen auch von Bundesregierung und Opposition in ihrem Eckpunktepapier akzeptiert, denn auch dort wird eine interessenunabhängige Weiterbildung als Pflicht gefordert. Es soll also Schluss sein mit der Finanzierung der Fortbildung durch Wirtschaftsunternehmen, die neue Pharmaprodukte oder Medizingeräte, Abrechnungssysteme oder Praxisorganisationshilfen auf den Markt bringen wollen und deshalb verdeckt oder offen ziemlich zweifelhafte „Fortbildungsveranstaltungen“ für die Ärzteschaft anbieten. Interessenkollisionen werden dort bis heute gewöhnlich nicht offengelegt, und so wird Herstellerwerbung immer wieder verbrämt als „Wissenschaft“ angeboten. Alle wissen das, aber niemand hat es bis heute geändert.

Die Bundesorganisationen der Körperschaften der Heilberufe sind bemüht, eine möglichst einheitliche Regelung der Berufspflichten ihrer Mitglieder und der Grundsätze ihrer Tätigkeit herbeizuführen. Deshalb halten sie enge Kontakte zur Bundesregierung, zum Bundesrat und zu den politischen Parteien. In dieser Hinsicht haben sie sich von dem gesetzlich bestimmten Rahmen ihrer Tätigkeit, nämlich der Wahrung des gesundheitlichen Gesamtinteresses, weitgehend gelöst. Dies wird von Professor Taupitz im Hinblick auf die Bundesärztekammer kritisch bewertet. Auch Transparency International kritisiert seit Jahren, dass die genannten Organisationen gegenüber der Gesundheitspolitik der Regierung überwiegend lobbyistisch tätig sind, dies aber mit dem Anspruch der Wahrnehmung übergeordneter gesundheitlicher Interessen tun. Um eine wirkungsvolle Lobby-Arbeit leisten zu können, erwirtschaftet beispielsweise die ABDA zusätzliche Mittel aus eigenwirtschaftlicher Tätigkeit, über die sie öffentlich nicht Rechenschaft ablegt. Dies vermutet TI Deutschland auch für die Bundesärztekammer und die Bundeszahnärztekammer. Aber die Bundesländer, die dies wissen (und abstellen!) müssten, haben auf entsprechende Fragen durch TI keine oder nur ungenaue Auskunft gegeben.

III. Die kassenärztlichen/kassenzahnärztlichen Vereinigungen

Die Kassenärztlichen/ Kassenzahnärztlichen Vereinigungen fungieren als eine Mittlerstelle zur Honorarabrechnung der Ärzte gegenüber den Krankenkassen. Sie haben die Rechte der Kassenärzte/ Kassenzahnärzte gegenüber den Krankenkassen wahrzunehmen (§ 77 SGB V),

sowie zugleich einen Überwachungsauftrag gegenüber den Kassenärzten (§ 75 Abs. 2 SGB V) zu erfüllen. Daneben stellen sie die vertragsärztliche Versorgung sicher, deren nähere Ausgestaltung aufgrund der Ermächtigung des § 82 Abs. 2 SGB V in Gesamtverträgen zwischen Kassenärztlichen/ Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen erfolgt. Der Sachverständige Prof. Bert Rürup bezeichnete sie vor einiger Zeit als „Regionalkartelle“, weil es den Ärzten und Zahnärzten bis zum heutigen Tag untersagt ist, außerhalb oder neben den KVen und KZVen selbst Verträge mit den Kassen abzuschließen. Die Krankenkassen täten dies gern, etliche Ärzte ebenso.

Aber die Macht dieser Verbände ist groß gegenüber der Politik. Das hat sich beispielsweise vor der letzten Bundestagswahl gezeigt, als plötzlich ein Flugblatt massenhaft verbreitet wurde, das die Behandlungskonzeption der Bundesgesundheitsministerin für einige chronische Krankheiten ablehnte, obwohl die Verbände diese Konzeption zuvor gemeinschaftlich mit dem Ministerium erarbeitet hatten. Nach der Wahl, als sich herausstellte, dass die neue Ministerin dieselbe war wie die alte, schwenkten die Kassenärztlichen Vereinigungen wieder um. Man hat nicht gelesen, dass die Länderministerien die KVen etwa zur Rede gestellt hätten, ob sie etwa Versichertengelder für diese Aktion verwandt hatten oder woher das Geld sonst kam. So herrscht in der Öffentlichkeit der Eindruck vor, die Ärztelobby könne sich alles leisten, weil die Aufsicht nichts tut, selbst wenn dem Gesundheitswesen nachweisbarer Schaden entsteht.

In anderen europäischen Ländern gibt es diese Organisationen nicht; deshalb könnte es sein, dass sie bei einer weiteren Harmonisierung des Gesundheitswesens in der Europäischen Union als Hemmnis im Wettbewerb betrachtet und zur Auflösung empfohlen werden. Auch in den Vorstufen der Diskussion um die Gesundheitsreform war die Abschaffung der KVen/ KZVen erwogen worden. Jetzt sitzen sie fester im Sattel als je. Weder die Bundesregierung noch etwa gar die Opposition wagten sich mit konkreten Maßnahmen an den Einflussbereich dieser Verbände heran.

Jeder zugelassene Vertragsarzt, der zur Behandlung pflichtversicherter Patienten berechtigt ist, ist Pflichtmitglied der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung. Organe der Kassen(zahn)ärztlichen 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. Verschiedentlich haben gerichtliche Verfahren die Höhe der Vorstandsbezüge in einzelnen Bundesländern bemängelt. Bisher sind sie immer für rechtens erklärt worden. Jetzt allerdings problematisiert auch das Eckpunktepapier die Höhe dieser Bezüge und fordert von den Organisationen Neuregelungen im Zusammenhang mit einer größeren Haushaltstransparenz für die Zwangsglieder.

Der organisatorische Zusammenschluss der dreiundzwanzig Kassenärztlichen Vereinigungen auf Bundesebene ist die kassenärztliche Bundesvereinigung; sie vertritt die politischen Interessen der Vertragsärzte gegenüber dem Bundesgesetzgeber, indem sie die ärztlichen Belange bei Gesetzgebungsverfahren einbringt. Gleiches gilt für die 21 Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. Beide Dachorganisationen schließen die Verträge mit den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern. Die Organe der Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigung sind die Vertreterversammlung und der Vorstand, deren Mitglieder auf vier Jahre gewählt werden. Die Vertreterversammlung der Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigung setzt sich aus Delegierten der einzelnen Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen zusammen und wählt den Vor-

stand. Drittes Organ der Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigung ist laut Satzung der Länderausschuss, der aus den Ersten Vorsitzenden der Kassen(zahn)ärztlichen 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 Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigung sind ehrenamtlich tätig, erhalten jedoch ebenfalls beträchtliche Aufwandsentschädigungen.

Zu einzelnen Vorschriften gibt es verfassungsrechtliche Bedenken, denn untergesetzliche Rechtsnormen, die Grundrechte (hier z.B. das Grundrecht auf freie Berufswahl) einschränken, müssen Mindestanforderungen an Normtypik und die Art ihres Zustandekommens erfüllen. Das Vertragsarztrecht ist im wesentlichen in drei verschiedenen Regelungstypen niedergelegt, nämlich in Satzungen, in Normsetzungsverträgen und in Beschlüssen. Die Satzungen sind rechtlich unproblematisch, anders sieht es aber mit den Beschlüssen aus. So wird zum Beispiel der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), der den Versicherten die Leistungen der Krankenkassen erschließt, vom sogenannten „Bewertungsausschuss“ beschlossen. Dieser Ausschuss besteht aus verschiedenen Vertretern, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, den Bundesverbänden der Krankenkassen, der Bundesknappschaft und den Verbänden der Ersatzkassen bestellt werden. Der Bewertungsausschuss ist eine eigene Behörde und keine Untergliederung der oben genannten Vereinigungen. Es fragt sich daher, ob der Bewertungsausschuss ausreichend demokratisch legitimiert ist, um untergesetzliches und höchst grundrechtsrelevantes Recht zu setzen.

Dies kann nur dann der Fall sein, wenn die Mitglieder dieses Gremiums ihre Bestellung in einer demokratischen Legitimationskette von den Mitgliedern der betreffenden Selbstverwaltungskörperschaften, also den Versicherten und den Vertragsärzten, ableiten können. Durch eine ständig fortschreitende Weiterwahl der ursprünglich Gewählten von den Landes- in die Bundesverbände kommt es aber zu einer „Verdünnung“ der demokratischen Legitimation. An der Spitze der Bundesverbände ist letztendlich kein demokratischer roter Faden mehr zurückverfolgbar: denn die Spitzenverbände der jeweiligen Gruppe, öffentlich-rechtliche wie private, und hier möglicherweise nicht einmal mehr die Verwaltungsräte, sondern die Vorstände selbst, handeln untereinander aus, wer für den Bewertungsausschuss „bestellt“ wird. Obwohl diese Personen vom SGB V „Vertreter“ genannt werden, kann von einer nachvollziehbaren demokratischen Vertretung der Vertragsärzte und Versicherten nicht mehr gesprochen werden.

Den größten Teil des untergesetzlichen Krankenversicherungsrechts machen allerdings die in §§ 82, 83 SGB V beschriebenen Gesamtverträge aus. Die Gesamtverträge auf Bundesebene werden von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen in Bundesmantelverträgen vereinbart. Auch hier gibt es Bedenken gegen die demokratische Legitimation der vertragsschließenden Partner. Die Spitzenverbände rekrutieren sich nämlich zum Teil aus den Bundesverbänden, deren demokratische Legitimation, wie bereits geschildert, so dünn ist, dass sie zur untergesetzlichen Rechtsetzung für den Versicherten nicht ausreicht.

Fazit: Das SGB V regelt viele Fragen nicht, die die Grundrechte von Versicherten und Vertragsärzten bestimmen und einschränken. Weiterhin gibt es dem untergesetzlichen Normgeber keine hinreichenden Vorgaben, die Inhalt, Zweck und Ausmaß der Ermächtigung bestimmen. Die Partner der Gesamtverträge sind als autonome Rechtsnormgeber ungeeignet, wenn man von den Satzungsbefugnissen der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen absieht. Festzuhalten ist ferner, dass die Rechtssystematik unnötig kompliziert geregelt ist und

dass die weite Legitimierungskette der kassenärztlichen Rechtsquellen die Einflussnahme der "Bürger/innen" erschwert.

IV. Die Krankenkassen

Jeder legal in Deutschland lebende und als Arbeiter(in) oder Angestellte(r) tätige 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.

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 den neuen Bundesländern 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 den alten Bundesländern sind. Für diesen speziellen Fall sind zusätzlich zum Risikostrukturausgleich festgelegte Subventionierungen der Ostkassen durch die Westkassen festgelegt worden.

Auch 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 Arbeitnehmerorganisationen wählen im Rahmen der gesetzlich festgelegten Sozialwahlen einen Verwaltungsrat; dieser wählt auf sechs Jahre einen hauptamtlichen Vorstand als Exekutivorgan. Für die Sozialwahlen ist auf allen Seiten das Interesse schwach. Als Ergebnis der Wahlen werden die Positionen gewöhnlich innerhalb eines begrenzten Funktionärskreises vergeben.

Geschäfts- und Rechnungsführung, Tätigkeit des Vorstandes, Stellenpläne und Besoldungen, alle Untergliederungen unterliegen dem Prüfungsrecht der Aufsichtsbehörde, die nach dem Territorialprinzip, also auf Länderebene bzw. Bundesebene, tätig wird. Der Umfang des Aufsichtsrechts umfasst die gesamte Verwaltungstätigkeit. Auch die Beteiligung an öffentlichen Einrichtungen oder die Mitgliedschaft in privatrechtlich organisierten Vereinen und Verbänden unterliegt hinsichtlich der Tätigkeit und Mittelverwendung der Versicherungsträger der

staatlichen Aufsicht. Der Versicherungsträger ist verpflichtet, alle Unterlagen vorzulegen und alle Auskünfte zu erteilen. Die gesetzlich festgelegten Eingriffsmöglichkeiten des Staates in die Verwaltung der gesetzlichen Krankenkassen geht damit erheblich über die Regelungen bei den Kammern und Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen hinaus.

Die Kassen geben sich im Rahmen von Rechtsnormen eigene Satzungen. Sie handeln mit den Leistungserbringern in ihrem Zuständigkeitsbereich auf der Grundlage bundes- und landesgesetzlicher Vorschriften die Vergütungen aus. Der Aufsichtsbehörde kommt ein zweifacher Ermessensspielraum zu, nämlich ob sie in diese Regelungen eingreift (sogenanntes Entschließungsermessen) und wie sie eingreift. Im Rahmen des Prinzips der Verhältnismäßigkeit kann sie zwischen verschiedenen Aufsichtsmitteln wählen. Auch in dieser Hinsicht werden die Kassen von den Sozialministerien an einer erheblich kürzeren Leine geführt verglichen mit den Ärztekammern/ Zahnärztekammern/ Apothekerkammern und den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen. Dort ist nur undeutlich festgelegt, welche Form von „Minimalaufsicht“ geleistet werden muss.

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 eingehen, sind Möglichkeiten zu Verschwendung, Missbrauch und Korruption vielfältig gegeben. Der Harvard-Professor Malcolm Sparrow, der für das amerikanische Gesundheitssystem untersucht hat „how Fraud bleeds America's Health Care System“, spricht im Titel seines Buches von der „License to Steal“³. Die Grundlagen in Deutschland sind im Vergleich zu seinen Beobachtungen nicht wesentlich anders. Natürlich weisen die Kassen solche Kritik heftig zurück und setzen durch ihre Lobby entgegen, dass ihnen von den KVen und KZVen die entsprechenden Kontrollmöglichkeiten datentechnisch nicht zur Verfügung gestellt würden. Das ist zum Teil richtig. Andererseits zeigen die in Niedersachsen und später auch in anderen Ländern aufgebauten Task Forces, dass Kontrolle sehr erfolgreich arbeiten kann, wenn man es wirklich will - auch ohne diese spezielle Art der Datentechnik.

Die Verwaltungskosten einschließlich der Stellenpläne und Gehaltsstrukturen der gesetzlichen Krankenkassen unterliegen der Kontrolle durch Gebietskörperschaften und Bundesländer. Diese Kontrolle war aber in der Vergangenheit nicht immer ausreichend und genau genug. Natürlich werden die Haushalte in öffentlicher Sitzung vom Verwaltungsrat verabschiedet, so dass für die Versicherten theoretisch die Möglichkeit für kritische Fragen bestünde. Faktisch aber sind sie nicht öffentlich: niemand von den Betroffenen erfährt von den Sitzungen oder kann später in den Haushalt Einsicht nehmen und Mängel beanstanden.

Auf der lokalen und regionalen Ebene entsteht zwischen Kassenvorstand, Arbeitgebervertretern und Ärzteschaft außerdem oft 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 kurzfristige, unbedachte Politik betrieben. Ergebnis: teure Verwaltung, Überversorgung mit Krankenhausbetten und teuren Medizingeräten in der Ambulanz, unzureichende Kontrollen bei den ärztlichen Abrechnungen.

³ Malcolm K. Sparrow, License to Steal. How Fraud Bleeds America's Health Care System, Westview Press, Boulder, Colorado, 2000

Die Kontrolle der Kassenleistungen durch deren Aufsichtsgremium geschieht oft ebenfalls nur halbherzig, denn in der Vergangenheit hat die Versicherungsgemeinschaft 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 auch hinsichtlich der Finanzierung modischer oder nicht bedarfsgerechter therapeutischer Maßnahmen zu erfüllen. Dem Eckpunktepapier zufolge soll sich dies nun ebenfalls ändern, um Kosten sparen und die Beiträge senken zu können. Aber ob die Lobbyisten in dieser Frage der Politik wirklich mehr Spielraum lassen und ob die Versicherten ihrerseits ihren Einfluss geltend machen können, ist äußerst fraglich. Hier wäre an ganz andere Arten der Versicherung zu denken, die die Patienten nicht nur als „Zuzahler“ sehen, sondern ihnen echte Alternativen vorstellen, die sie mit unterschiedlicher Selbstbeteiligung wählen können. Zunächst einmal wurde jedenfalls beschlossen, den Versicherten wieder tiefer in die Tasche zu greifen; mit den nötigen „Reformen“ lässt man sich mehr Zeit, da ist das Ergebnis auch noch offen.

In den letzten Jahrzehnten lag das Einkommen eines Arztes im staatlichen Gesundheitsdienst und bei den gesetzlichen Krankenkassen weit unter den Möglichkeiten, die niedergelassene Ärzte erzielen konnten. Deshalb hatten sich für ärztliche Tätigkeiten im Verwaltungsdienst nicht die besonders qualifizierten Mediziner interessiert; 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 und in anderen Ländern längst 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. Dieser Missstand hätte längst abgestellt werden müssen. Regierung und Opposition haben ihn jetzt wenigstens einvernehmlich benannt – ein kleiner Hoffnungs-schimmer.

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.

Da unter den Kassen auch 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 z. B. prophylaktische Knochendichtemessungen, 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. Diese Kritik wurde auch gegenüber dem Eckpunktepapier vielfach laut.

V. Kampf dem Lobbyismus – doch wer soll kämpfen?

In die voranstehenden Überlegungen ist die pharmazeutische Industrie und sind die Zulieferer von Medizingeräten aller Art, von orthopädischen Schuhen, Brillen, Hörhilfen, Zahnersatz, Röntgengeräten, Kernspintomographen, Laserapparaten, Operationstischen etc. noch gar nicht einbezogen, und auch der Komplex Krankenhaus blieb bisher ausgespart. Aber auch ohne diese „Lieferanten“ bestimmter Leistungen mit zusätzlichen Eigeninteressen und Lobby-Verflechtungen wird deutlich, wie ungeheuer kompliziert das Zusammenspiel der Kräfte im deutschen Gesundheitswesen funktioniert. Für den einzelnen Patienten und Versicherten ist es ziemlich unmöglich, seine Interessen wirkungsvoll zu vertreten. Sein Verbündeter sollte die Krankenkasse sein. Aber auch sie hat nur bedingt ein Interesse an ihm: selbst wenn er unzufrieden ist, wird sie ihr Geld bekommen.

Also müsste eine Patientenlobby entstehen oder geschaffen werden. Die Voraussetzungen dafür sind schlecht, denn es gibt kein gemeinsames Interesse bei den Patienten außer jenem, bestens versorgt zu sein, aber niedrige Kassenbeiträge zu bezahlen. Die Patienten können jedoch die Qualität der Versorgung nicht bewerten, und auf die Höhe der Kassentarife haben sie keinerlei Einfluss. Alle anderen Patienteninteressen sind zu differenziert und unterschiedlich – jeder Kranke ist ein besonderer Fall - , als dass die Menschen sich bemüßigt fühlen könnten, sie in einem freiwilligen Zusammenschluss nach der Devise „Gemeinsam sind wir stark“ als Gegenlobby zu artikulieren. Insofern sind Patienten nur eine besondere Gruppe der Verbraucher. Deren Interessenvertretung ist ebenfalls schwach.

Eine Ausnahme bilden allerdings jene Gruppen von Patienten, die in einer Selbsthilfegruppe oder „Liga“ Unterstützung in ihren Leiden suchen: Rheumatiker, Bluthochdruckpatienten, Krebsnachsorge, Eltern von Kindern mit seltenen Krankheiten etc. Ähnlich wie die Autoindustrie beim ADAC hat sich hier die Pharmazeutische Industrie aus Eigeninteresse einen weiteren Einflussbereich für ihr Lobbying gesichert. Sie unterstützt diese Gruppen und die in ihnen als Meinungsbildner wirkenden Ärzte in vielfältiger, meist allerdings eher verborgener als offenkundiger Weise zugunsten des Absatzes von Spezialpräparaten. Ob damit eher Gutes oder eher Schlechtes bewirkt wird, muss im Einzelfall bewertet werden. Generell nährt aber jegliche verborgene Unterstützung durch die anbietende Wirtschaft den Verdacht, dass hier Absatzinteressen vor Gesundheitsinteressen rangieren. Mit nichts lässt sich nämlich so viel Geld verdienen wie mit chronisch Kranken, wenn man einen „Klassiker“ unter den Behandlungs-Präparaten im Angebot hat. Im Zusammenspiel mit den Leistungserbringern und ihren Organisationen haben sich auf diesem Boden besonders effektive Lobbyistenkreise etabliert.

Die Vertretung von Patientenrechten hat sich neben einer Reihe kleinerer Organisationen der Bundesverband der Verbraucherzentralen zum Ziel gesetzt. Er hat seine Anstrengungen in jüngster Zeit verstärkt, als Patientenlobby zu wirken. Seit es in der Bundesrepublik ein Verbraucherministerium gibt, hat dieser Verband an Einfluss gewonnen. Aber wenn man sich vergegenwärtigt, mit welchen Summen die Hersteller von Pharmazeutika und Medizingeräten ihre Produkte vermarkten, und welcher Betrag in all diesen Organisationen für interes-

senunabhängige Patienteninformation zur Verfügung steht, steht man bedrückt vor dem Zahlenverhältnis von 100 zu 1.

Natürlich ist eine Ursache für die Schwäche von Patientenorganisationen auch darin zu sehen, dass die Patienten immer noch in einer Art Versorgungsmentalität verhaftet sind: sie sind gezwungen, einen hohen Pflichtbeitrag zu zahlen, dafür wollen sie dann eine Rundum-Versorgung, die sie weiteren Nachdenkens enthebt. Die Erziehung zu einer anderen Art des Umgangs mit der eigenen Gesundheit und der Verantwortung dafür wurde bisher weder angeboten noch eingefordert. Sie kann auch keinesfalls von einem Tag auf den anderen Erfolg haben, zumal die Medizin-Lobbyisten daran nicht das geringste Interesse zeigen: nur ein dumm gehaltener Patient bezahlt willig immer mehr. Allerdings weisen amerikanische Untersuchungen nach, dass informierte Patienten, die ihre Erkrankung und den Heilungsprozess aktiv begleiten, rascher gesunden.

Das Eckpunktepapier hätte hier wirklich Eckpunkte markieren müssen, um Leistungen zur Gesundheitsvorsorge zu honorieren und den Patienten Beurteilungskriterien für die Qualität von Gesundheitsleistungen und damit Wahlmöglichkeiten nahe zu bringen. Nichts davon ist geschehen, sondern das System ist für die Versicherten undurchsichtig wie eh und je. Sie haben so gut wie keinen Einfluss auf seine Ausgestaltung, sondern können und müssen lediglich zahlen. Das deutsche Gesundheitswesen ist nach dem amerikanischen das zweitteuerste der Welt, aber seine Leistungen sind, wie die vergleichende Untersuchung der Bertelsmann-Stiftung gezeigt hat, eher mittelmäßig. Doch kaum drohen die pharmazeutische Industrie und die Ärzte mit Einschnitten bei der Versorgung oder dem Abbau von Arbeitsplätzen, so malen die am meisten verbreiteten Medien eine drohende Katastrophe an die Wand. Sofort knickt die Politik ein, und die nächste Runde der Beitragssteigerungen ist eingeläutet.

Deshalb kann letzten Endes nur eine Durchleuchtung des Lobbyismus in Deutschland langsam Verhaltensänderungen bewirken. Wenn allen Wählerinnen und Wählern ihre Aufgabe bewusst ist, nur Menschen in die Parlamente zu wählen, die unabhängig sind und die sich nicht von Lobbyisten beeinflussen lassen, weil das in irgendeiner Weise für sie vorteilhaft ist, könnte sich etwas ändern. Lobbyisten stehen nicht zur Wahl, sondern sind bezahlte Angestellte; sie wechseln auch nicht, wenn Kanzler oder Parteien wechseln, sondern bleiben kontinuierlich am Platz. Deshalb müssen sie kurz gehalten und von einer starken Politik kontrolliert werden. Derzeit ist aber die Politik schwach und der Lobbyismus so stark wie nie. Im Bereich des staatlichen Gesundheitswesens ist dies besonders verhängnisvoll.

Transparency International fordert transparente Verhältnisse. Abgeordnete sollen Nebeneinkünfte und Nebenjobs offen legen. Genauso aber sollen die beim Bundestag zugelassenen Verbände transparente Verhaltenskodices vorlegen, damit jeder weiß, woran er ist und wie die Lobby arbeitet. Es muss einfach klar sein, dass das Absatzinteresse der Hersteller von Arzneimitteln und Medizingeräten nicht jedes Mittel und jede Marketingmethode rechtfertigt. Gesundheitsinteressen haben Vorrang.