

Dr. Anke Martiny  
Vorstandsmitglied von  
Transparency International Deutschland  
amartiny@transparency.de

## **Korruption im Gesundheitswesen**

### **Prävention und Kontrolle als öffentliche Aufgabe**

Vortrag beim Alumnitreffen Universität Osnabrück, 6. Februar 2015

#### **Zur Einführung:**

Transparency Deutschland hat als bisher einzige nicht durch wirtschaftliche Interessen geleitete Organisation bereits im April des Jahres 2000 eine Analyse über Schwachstellen des deutschen Gesundheitswesens veröffentlicht und sie kontinuierlich weiterentwickelt. Damals war Korruption noch ein dirty word. Das Papier „Transparenzmängel im Gesundheitswesen. Ressourcenverschwendung, Missbrauch, Betrug – Einfallstore zur Korruption“ arbeitete heraus, worauf es zurückgeht, dass Millionen, vermutlich sogar Milliarden Euro von Versichertenbeiträgen in Deutschland einerseits verschwendet werden, andererseits in die falschen Taschen fließen.

Inzwischen wissen es alle: Der Schaden von Ressourcenverschwendung, Missbrauch und Betrug im Gesundheitswesen ist für die Versicherten enorm, der Vertrauensverlust bei den Patienten ist gleichfalls groß. Er lässt sich aber nicht messen. Genauso wenig wie die Image-Beschädigung der Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und aller übrigen Heilberufe. Allerdings schlägt der Schaden sich in den Medien deutlich nieder, denn es vergeht kein Tag, an dem nicht irgendwo Berichte über Abrechnungsbetrug, Skandale bei einer Kassenärztlichen Vereinigung, über unvollständig veröffentlichte wissenschaftliche Gutachten für Pharmazeutika oder über technisch mangelhafte Medizinprodukte, ganz zu schweigen von fragwürdigen Absatzstrategien von Arzneimitteln, Tierarzneimitteln oder Medizingeräten zu lesen, zu hören oder zu sehen sind.

Die letzte Überarbeitung des Transparency-Papiers wurde im Mai 2008 öffentlich vorgestellt und ist nach wie vor auf der TI- Website veröffentlicht. In seinen Analysen ist es nach wie vor gültig, selbst wenn sich Details verändert haben. Ich möchte auch heute unterstreichen, dass ich Prävention und Kontrolle als gesellschaftliche Aufgabe sehe, denn es kann nicht länger angehen, dass Versichertenbeiträge und staatliche Zuschüsse zur Gesundheitsversorgung der Ärmsten ein intransparentes System in Gang halten, in dem das schwache Interesse der Kranken in ihrer Rolle als Versicherte und Patienten gegenüber den Wirtschaftsinteressen der übrigen im Gesundheitsmarkt Tätigen kontinuierlich das Nachsehen hat.

Transparency International Deutschland e.V. ist eine Nichtregierungsorganisation, deren Ziel und Zweck die Prävention und Bekämpfung von Korruption ist. Die Organisation finanziert sich aus Mitgliedsbeiträgen, Förderbeiträgen, Spenden und Bußgeldern; sie erhält keine staatlichen Zuschüsse. Wir arbeiten politisch überparteilich und sind als gemeinnützig anerkannt. Die Arbeit wird in Regionalgruppen und Themengruppen geleistet. „Korruption im Gesundheitswesen“ ist die älteste der Arbeitsgruppen; sie existiert seit 1998.

Wichtig ist unsere Definition des Begriffes Korruption, der sich als strafbares Delikt so nicht im Strafgesetzbuch findet. Statt von Vorteilsannahme und Vorteilsgewährung, Bestechung und Bestechlichkeit, Untreue oder Betrug oder – etwas beschönigend – von „Fehlverhalten“ zu sprechen, definiert Transparency: Korruption ist „the abuse of entrusted power for private gain“, zu deutsch: der Missbrauch verliehener Macht zum privaten Nutzen (oder Vorteil).

## **I. Grundsätzliches zum Thema Fehlverhalten**

Ich benutze die Transparency-Definition von „Korruption“: Jemand der (oder die) seine (oder ihre) einflussreiche Position dazu nutzt, sich persönliche Vorteile zu verschaffen, verhält sich korrupt. Der Gesetzgeber und seine Adressaten im deutschen Gesundheitswesen sprechen euphemistisch von „Fehlverhalten“ und drücken sich bis heute um eine Definition herum, was damit genau – auch strafrechtlich – gemeint ist. Ob es sich um eine ungenaue Abrechnungspraxis mit gelegentlichen Ausreißern handelt, um überhöhte Rechnungen, doppeltes Abrechnen von IGEL-Angeboten oder missbräuchliches Einlesen der Chipkarte oder ob es um die Annahme von Geschenken, Besuch überteuerter Kongressangebote mit überwiegendem Freizeitwert, Kickbackzahlungen bei Zuweisungen geht, ist im Gesetz nicht definiert und muss durch den Rückgriff auf andere Gesetze, durch freiwillige Übereinkünfte oder durch die Rechtsprechung ausgefüllt werden.

Wichtig ist aber, dass der Gesetzgeber seit 2004 von den Krankenkassen und den Kassenärztlichen/ Kassenzahnärztlichen Vereinigungen nach § 197a, bzw. 81 a SGB V verlangt, organisatorische Einheiten zu schaffen, die Fehlverhalten bekämpfen. Darüber müssen sie alle zwei Jahre ihrer vorgesetzten Behörde oder Organisation berichten. Wie diese Berichte auszusehen haben, sagt das Gesetz leider nicht.

„Fehlverhalten“ – was immer darunter jeweils zu verstehen ist - , ist meist kein schweres Verbrechen wie Raub oder Erpressung, sondern im Einzelfall meist nicht mehr als eine – allerdings überwiegend absichtsvolle - Betrügerei oder Trickserei, die sich erst in ihrer millionenfachen Multiplikation zu einem extrem teuren Schaden auswächst. Das European Healthcare Fraud and Corruption Network bezifferte in einer Studie aus dem Jahr 2005 den jährlichen Verlust durch dieses „Fehlverhalten“ in den 27 EU-Ländern auf 56 Milliarden Euro; Deutschland ist mit 13,5 Milliarden mit dabei – jährlich wohlgermerkt.

## II. Die Situation auf dem Gesundheitsmarkt

Der Gesundheitsmarkt ist kein freier, sondern ein stark regulierter Markt, bei dem vor allem die Nachfrageseite in ihrem Handeln nicht frei ist. Kein Versicherter, kein Patient kauft Medikamente, Krücken, Bandagen oder Rollatoren oder nimmt Dienstleistungen in Anspruch, bei denen er Preisvergleiche anstellen und frei über Kauf oder Inanspruchnahme entscheiden kann; niemand kauft mehr und billiger – oder weniger, dafür teurer – von den Produkten, je nach persönlichem finanziellen Leistungsvermögen oder nach Lust und Laune. Vielmehr nehmen alle Versicherten und Patienten verordnete Medikamente oder Dienstleistungen in Anspruch, auf deren Qualität und Kosten sie nahezu keinen Einfluss haben, und die Versicherungen sind gesetzlich weitgehend gebunden, welche Erstattungen sie dafür gewähren. Die Marktpartner Anbieter und Verbraucher agieren nicht direkt miteinander, sondern „spielen über die Bande“: die medizinischen Leistungserbringer und ihre Organisationen, in erster Linie die Ärzte – niedergelassen oder im Krankenhaus - sind die Mittler. Sie haben eine Schlüsselstellung, denn ihnen gegenüber dürfen die Anbieter ihre Produkte auch bewerben.

Dass sich über die Apotheken-Umschau, Fernsehen und Internet inzwischen auch gegenüber dem Letztverbraucher Werbemaßnahmen etabliert haben, geschieht meist hart an der Grenze des gesetzlich Erlaubten oder setzt sich über die Gesetze hinweg. Die Werbetreibenden dürfen auf Grund der föderalen Struktur Deutschlands begründet hoffen, nicht erwischt und dafür belangt zu werden

Der Gesundheitsmarkt ist ein in Deutschland weitgehend gesättigter Markt. Unterversorgungen mit Medikamenten und Hilfsmitteln gibt es nicht, im Gegenteil: wir haben viel zu viele Arzneimittel zur Auswahl, weil seit Jahrzehnten die Verabschiedung einer beschränkenden Liste zugelassener Arzneimittel nicht zustande kommt. Die Deutschen gehen im internationalen Vergleich auch eher zu oft als zu selten zum Arzt. Auch Krankenhausbetten haben wir im Überfluss. Quantitatives Wachstum zu erzielen, ist also schwierig.

Hier kommt die völlige Intransparenz der Kosten im Gesundheitsmarkt ins Spiel. Fragen Sie einen gesetzlich Versicherten, was zum Beispiel sein Armbruch gekostet hat, kann er es nicht sagen, weil er die Rechnungen nicht zu sehen bekommt. Fragen Sie den behandelnden Orthopäden, so weiß er die Gesamtkosten auch nicht genau, weil seine Leistung nur einen Teil ausmacht und nach Punkten vierteljährlich abgerechnet wird, es sei denn, er kann eine "Fallpauschale" geltend machen. Auf die Abrechnung einer eventuell nötigen Untersuchung durch einen Röntgenfacharzt hat er aber keinen Einfluss; bei privater oder gesetzlicher Krankenversicherung ist die Erstattung für beide beteiligten Ärzte jedenfalls unterschiedlich. Fragen Sie die Unfallstation im Krankenhaus, was ihre Arbeit in einem solchen Fall insgesamt kostet und versuchen Sie herauszufinden, ob eine Behandlung dort oder beim niedergelassenen Facharzt kostengünstiger ist, erhalten Sie vermutlich ebenfalls keine hilfreiche Auskunft. Klar ist nur: die Krankenkasse muss in dem dafür gesetzlich vorgesehenen Rahmen zahlen und kann ihrerseits die gewählte oder zu wählende Behandlungsalternative kaum beeinflussen.

### III. Die Intransparenz des Systems

Die Frage stellt sich: warum sind intransparente Systeme besonders anfällig für Korruption? Die Antwort ist ebenso komplex wie die Systeme, im Prinzip aber ganz einfach: Erstens, weil man nicht ohne weiteres sagen kann, wer der eigentlich Geschädigte ist; und zweitens, weil Kontrollen schwierig sind. Bei direkten Geschäftsbeziehungen, insbesondere bei solchen, die auf Dauer angelegt sind, würde niemand seinen Geschäftspartner übervorteilen, weil das letzten Endes auf ihn selbst zurückwirken würde. Man muss sich vertrauen können, wenn man nicht selbst möglicherweise Nachteile erleiden will. Aber dazu muss man sich kennen.

Wenn aber mein „Geschäftspartner“ ein Versicherungsunternehmen mit Millionen von Mitgliedern ist oder „das Finanzamt“ oder „das Land Niedersachsen“, dann kann ich nicht mehr erkennen, wen ich eigentlich schädige, wenn ich die Geschäftsbeziehung zu meinen Gunsten ausnutze. Deshalb sind zum Beispiel den Ärzten die Preise für Arzneimittel verhältnismäßig gleichgültig, auch wenn die Versicherten mit ihren Beiträgen nur zu einem Bruchteil die Entwicklung und Herstellung des Wirkstoffs, dafür aber mit einem Vielfachen die teuren Marketingkosten bezahlen - inklusive der Geschenke an die Ärzteschaft und der teuren Anwendungsbeobachtungen. Dies ist auch deshalb so, weil die Versicherungen diese Preise ja erstatten.

Auch den Versicherten ist nicht klar, dass der Missbrauch der Chipkarte, übertrieben häufige Arztbesuche, das oft zitierte „Krank feiern“ und manipulierte Krankenschreibungen, die eine Kur oder den vorzeitigen Ruhestand bewirken, in summa den Beitrag für die Krankenversicherung aller in die Höhe treiben.

Zur Intransparenz tragen folgende Faktoren bei:

1. Unser Gesundheitssystem ist föderal gegliedert. Wo andere Länder *einen* Gesundheitsminister haben, haben wir siebzehn – sechzehn für die Bundesländer, einen für den Bund. Die Verfassung Deutschlands schreibt eine Vergleichbarkeit der Lebensbedingungen vor, so dass ein Zwang, sich auf einen einigermaßen einheitlichen Standard zu einigen, gegeben ist. Der Bundesrat spricht also immer mit, wo es um Gesundheits*politik* geht. Außerdem muss es zu Ausgleichszahlungen zwischen den Versicherungen kommen, die im Endeffekt einen echten Leistungswettbewerb der Kassen verhindern.

Seit Bismarcks Zeiten hat der Staat die entscheidenden Kompetenzen der Gesundheitspolitik auf öffentlich-rechtliche Körperschaften übertragen, nämlich die gesetzlichen Krankenkassen, die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Ärzte-/ Zahnärzte-/ Apothekerkammern. In jedem Bundesland gibt es eine Vielzahl solcher Körperschaften. Besonders zahlreich sind die Krankenkassen, die zum Teil lokal, zum Teil regional, zum Teil betriebsbezogen, zum Teil aber auch bundesweit agieren. Der Staat übt hier nur die Rechtsaufsicht aus, die Fachaufsicht obliegt den Körperschaften

selbst. Wie sich Rechts- und Fachaufsicht abgrenzen, ist oft und gerade in Problemfällen eine Auslegungsfrage. Statt für eine wirksame Abgrenzung teure Prozesse zu riskieren, hat in den Jahren des Wachstums die staatliche Aufsicht lieber die Augen zugeedrückt, wo sie entstehenden Fehlentwicklungen hätte Paroli bieten müssen. Das gilt auch für die Delegationsregelungen zwischen den jeweiligen Landeskörperschaften und der jeweiligen Spitzenorganisation, also der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der ABDA. An der demokratischen Legitimation der Körperschaften auf Bundesebene gibt es grundsätzliche Zweifel; auch daran hat noch kein Bundesgesundheitsminister zu rühren gewagt.

2. Jedenfalls haben die Körperschaften auf der Länderebene im Laufe der letzten sechzig Jahre ein beachtliches Eigenleben entwickelt, in das das zuständige Landesministerium ungern eingreift. Formal sind die Körperschaften demokratisch organisiert, allerdings sind Minderheitenrechte schwach entwickelt. Die Vorstände haben in der Vergangenheit unverhältnismäßig hohe Vergütungen bezogen, die nicht veröffentlicht wurden. Deren Niveau ist immer noch hoch – inzwischen aber öffentlich, und es gibt fachlich ausgewiesene Geschäftsführer. Aber weder das Land noch der Bund können eingreifen, wenn sich zum Beispiel die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns einen in Abrechnungsfragen nicht unbescholtenen Mann an die Spitze wählt. In Berlin war der Gesundheitssenator lange damit beschäftigt, den Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung dafür zu belangen, dass er nach Meinung der Behörde Gelder in fünfstelliger Höhe zu Unrecht bezogen hatte. Inzwischen wurde dieser Vorstand von den Mitgliedern erneut gewählt, und der Gesundheitssenator hat keine Möglichkeit zum Eingreifen.

Schwach entwickelt ist bei den ärztlichen Standesorganisationen das Bewusstsein, dass sie *zusammen* mit den Kassen für die Sicherstellung einer in ihrer Qualität gesicherten, einheitlichen gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung zuständig sind; sie sehen sich mehr als ärztliche Standesorganisationen und organisieren ihre Interessenvertretung entsprechend.

3. Der Gesetzgeber hat zum 1. Januar 2004 den Gemeinsamen Bundesausschuss als neues Gremium der Selbstverwaltung errichtet. Ihm sind höchst unterschiedliche Aufgaben übertragen worden, die ihre Entscheidungen in verschieden zusammengesetzten Ausschüssen treffen, weil die Unterschiede zwischen ambulanter und stationärer Versorgung für die verschiedenen Themenbereiche dies erfordern. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist rechtsfähig und wird gebildet durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und seit 2008 den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Ob er demokratisch legitimiert ist, erscheint zumindest nicht unstrittig.

Die Arbeitsweise dieses Gremiums ist höchst intransparent. Über den Verlauf von Beratungen muss Vertraulichkeit gewahrt bleiben, heißt es in der Geschäftsordnung, die jedes Mitglied bindet. Welche Personen in den Unteraus-

schüssen arbeiten und Entscheidungen vorbereiten, ist nicht in Erfahrung zu bringen, auch Abstimmungsergebnisse dürfen nicht publik gemacht werden. Beschlüsse werden seit einiger Zeit im Internet veröffentlicht, sie spiegeln aber nur eine vordergründige Transparenz, denn es wird nicht nachvollziehbar, wie der Ausschuss zu seinen Entscheidungen kommt und ob es Minderheitsmeinungen gab, die sich nicht durchsetzen konnten.

4. Die berufliche Stellung von Krankenhausärzten und niedergelassenen Ärzten ist hinsichtlich ihrer Beziehungen zur pharmazeutischen Industrie unterschiedlich. Krankenhausärzte sind gewöhnlich Amtsträger, das heißt sie dürfen keine Geschenke oder geldwerten Leistungen entgegen nehmen. In den Krankenhäusern gibt es inzwischen fast überall Verhaltensregelungen, die unzulässige Einflussnahmen auszuschließen versuchen. Allerdings ist die ärztliche Fortbildung auch für Krankenhausärzte meist noch fest in der Hand der Anbieter von Medikamenten und Hilfsmitteln, und die Veranstalter von Kongressen und Fachmessen bedienen sich ebenfalls häufig der finanziellen Hilfe der Anbieterseite durch interessengeleitetes Sponsoring.

In weit stärkerem Maß gilt dies für niedergelassene Ärzte, die nach wie vor nicht als Amtsträger gesehen werden, obgleich ihre Arbeit sich von der der angestellten Ärzte nicht wesentlich unterscheidet. Obgleich sie die gleichen Tätigkeiten ausüben wie die Krankenhausärzte, dürfen sie Geschenke und geldwerte Leistungen entgegennehmen, Kongresse jeder Art besuchen, Anwendungsbeobachtungen von zweifelhaftem Nutzen gegen Entgelt durchführen – es sei denn, dass die für sie zuständige Ärztekammer die in der ärztlichen Berufsordnung untersagten Verhaltensweisen kontrolliert und ahndet. Strafrechtlich ist die Grenze zur Bestechlichkeit aber ziemlich hoch, denn bei der öffentlichen Anerkennung, die Ärzte genießen, sind zum Beispiel für „angemessene Geschenke“ zum 50. Geburtstag eines renommierten Facharztes recht hohe Werte anzusetzen. – Es ist auch zulässig, dass zum Beispiel die Ehefrau eines niedergelassenen Arztes einen Pflegedienst betreibt oder ein Pflegeheim besitzt. Dass hier problematische Interessenkonflikte walten könnten, wird nicht gesehen und auch nicht verhindert,

5. Ein äußerst problematisches Feld für korruptiv gesteuerte Vertriebsstrukturen ist das Sponsoring im Krankenhaus. Hier müssten extreme Transparenzfordernisse beachtet werden, wenn der Verdacht der Korruption von Anfang an ausgeräumt werden soll. Als Grundsatz gelten die Paragraphen 331 ff. StGB, die das Vertrauen der Allgemeinheit in die „Lauterkeit der Amtshandlungen“ unterstützen sollen. Es soll der Eindruck einer Makellosigkeit des Amtes nach außen geschützt werden. Tatsächlich ist die Interessenstruktur aber sehr intransparent.
6. Besonders undurchschaubar ist das Abrechnungswesen aber für die Versicherten. Gesetzlich versicherte Patienten können nicht kontrollieren, was der Arzt der Versicherung in Rechnung stellt, ob er tatsächlich alles und auch in der vorgeschriebenen Qualität geleistet hat, wie er es von der Kasse bezahlt haben will. Die kassenärztliche Vereinigung, bei der die Rechnungen einge-

hen, prüft sie elektronisch, lediglich „Ausreißer“ fallen dabei auf. Sie hat völlig unrealistische Zeitprofile für die ärztliche Arbeitszeit festgelegt, innerhalb derer Leistungen geltend gemacht werden können; rein zeitlich ist das Pensum im Extremfall gar nicht zu schaffen, zumal wenn man auch den nötigen Schriftverkehr einer Praxis und eventuelle Hausbesuche berücksichtigt. Da liegt der Missbrauch nahe

7. Die Kassenärztlichen Vereinigungen reichen die Arztrechnungen viermal im Jahr gebündelt weiter an die Kassen. Diese können mit ihren elektronischen Prüf- und Kontrollprogrammen ebenfalls nur „Ausreißer“ feststellen und müssen in Zweifelsfällen auf Auskünfte der KVen zurückgreifen. Die werden nicht immer gern und gründlich genug gegeben, zudem verhindern Argumente des Datenschutzes eine sachgemäße Verfolgung oder etwa gar die Prävention von Betrugsstrategien.

Privatversicherte Patienten erhalten eine Rechnung und können eine gewisse Kontrolle über das Verschreibungsverhalten ihrer Ärzte ausüben. Allerdings können auch sie die erforderlichen Maßnahmen zur Behandlung ihrer Krankheit von den übersteuerten oder überflüssigen meist nicht unterscheiden. Gerade kürzlich war in den Medien davon die Rede, dass zu viele Hüft- und Knieoperationen durchgeführt werden. Sogar der Bundesgesundheitsminister wurde mit warnenden Hinweisen zitiert. Es ist davon auszugehen, dass auch private Krankenversicherungen von betrügerisch arbeitenden Ärzten erheblich ausgenutzt werden. Die Zeche zahlen die Versicherten.

#### IV. Die Folgen der Intransparenz

Eine Reihe von Prozessen, in denen es um korruptive Netzwerke zwischen Ärzten, Apotheken, Pharmavertriebsunternehmen ging, weckte in den letzten Jahren die öffentliche Aufmerksamkeit ebenso wie eine zweitägige Anhörung des Bundeskriminalamtes zum Thema Abrechnungsbetrug. Zahlen machten zudem neugierig: So wurden in der polizeilichen Kriminalstatistik für das Jahr 1999 im Gesundheitsbereich 13 500 Fälle von Wirtschaftskriminalität mit einem Schaden von 20 Millionen DM registriert. Diese Zahlen sind jedoch nicht aussagekräftig, man muss sie daher auch nicht aktualisieren, weil die Dunkelziffer, wie das BKA auch jüngst wieder feststellte, so erheblich ist: neunzig bis fünfundneunzig Prozent aller Korruptionsdelikte werden nicht aufgedeckt. Vieles, was strafrechtlich relevant sei, werde gar nicht erst angezeigt, beziehungsweise von den Staatsanwaltschaften aus unterschiedlichen Gründen nicht aufgegriffen und verfolgt. An diesem Zustand hat sich seither wenig geändert, obgleich in der Zwischenzeit mehrere Schwerpunktstaatsanwaltschaften, darunter eine „zur Bekämpfung von Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen“ in Frankfurt/Main geschaffen wurden.

Ich möchte zum Abschluss nur noch auf wenige Punkte aufmerksam machen:

1. **Mangelnder Qualitätswettbewerb** führt in allen Branchen, so auch im Gesundheitsmarkt, zu einem undurchsichtigen Übermaß an Marketing und Lob-



bying. Weltweit führt der Abbau von Forschungsprojekten zur Kostensenkung zu einem Mangel an Innovationen, so dass dem Qualitätswettbewerb zwischen den Unternehmen die Grundlage entzogen wird. Das Marketing kann sich kaum noch auf qualitative Unterschiede der Produkte stützen, Mangel an Neuheiten zwingt auch zu Fusionen von international tätigen Großkonzernen, um dadurch Zugang zu den Entwicklungen des Partners zu erhalten und möglicherweise neue Marktsegmente zu erschließen. 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. Die Hersteller von Pharma- und Medizinprodukten dürfen rezeptpflichtige Produkte dem Patienten direkt weder anbieten noch durch Werbung anpreisen, sie konzentrieren ihre werblichen Anstrengungen für solche Produkte also auf die Fachkreise. Allerdings wird für Medizinprodukte auch in der Grauzone der Selbsthilfegruppen heftig geworben, wodurch einzelne dieser Gruppen in eine Abhängigkeit geraten und sich mitunter sogar als Marketingagenten ihres Sponsors betätigen.

Auch die Werberegeln für rezeptfreie Mittel 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.

**2. Die Unabhängigkeit von Sachverständigen ist gefährdet.** In allen Stadien der Entwicklung, des In-Verkehr-Bringens, des Marketings und des Vertriebs von Medizinprodukten sind medizinische Sachverständige innerhalb und außerhalb der Hersteller- oder Vertriebsunternehmen gefragt. Ihre Situation ist problematisch aus vielen Gründen:

- Schon ihre Ausbildung ist in vielen Fällen durch die Industrie gesponsert (Praktika, Forschungsaufträge, Artikel, Stellen, etc.). Ihre Fortbildung wird nahezu durchgängig überwiegend von der Industrie bezahlt.
- Sie sind beruflich von Aufträgen der Industrie abhängig.
- Wenn sie eine wissenschaftliche Karriere anstreben, sind sie auf Veröffentlichungen, Gutachten, das Einwerben von Drittmitteln angewiesen. Dies alles kann durch den Einfluss der anbietenden Wirtschaft befördert oder behindert werden.

Man kann sicher so weit gehen zu behaupten, dass die wissenschaftliche Forschung durch selektives Sponsoring von erwünschten Forschungsgegenständen und/oder klinischen Studien gesteuert wird, so dass möglichst nur genehme Forschungsdaten produziert werden. Leider sind zunehmend wissenschaftliche Fachzeitschriften von der Herstellerwerbung abhängig. Verlage haben oft Absprachen mit den Verbänden der pharmazeutischen Industrie, in denen sie sich verpflichten, Manuskripte vor der Entscheidung über die Veröffentlichung den Herstellern zur Verfügung zu stellen.



Bedenklich ist die Unsitte, dass Kongressmitteilungen, die zuvor keiner wissenschaftlichen Qualitätsprüfung und keinem Peer-Review-Verfahren unterworfen waren, lange vor der vollständigen Publikation der Daten Herstellern zu Werbung und Marketing zur Verfügung gestellt werden. Die wissenschaftliche Information wird oft zusätzlich gesteuert durch die Finanzierung von wissenschaftlichen Kongressen auf Gebieten, die für das Marketing interessant sind.

3. **Last but not least sind auch die Versicherten selbst zu nennen, die das System durch ihr Verhalten ausnutzen.** Ihr Denkfehler beruht vor allem darauf, dass sie ihre Krankenkassenbeiträge wie eine Geldanlage sehen, von der sie im Laufe der Jahre eine Art Verzinsung erwarten. Dass sie stattdessen eine Solidarleistung in Anspruch nehmen, die dafür geschaffen wurde, dass kein einzelner und keine Familie ein zu großes Gesundheitsrisiko tragen soll, wurde ihnen nicht beigebracht. Hier liegen große Aufgaben für die Politik. Statt um die plakative Kontroverse zwischen Kopfpauschalen und Bürgerversicherung geht es um Gerechtigkeit.