



Korruption im deutschen Gesundheitswesen - Risiken-Erscheinungsformen- Bekämpfung

Ein persönlicher Beitrag von Wolfgang Wodarg, Vorstandsmitglied

19. April 2016

Strukturelle Besonderheiten des deutschen Gesundheitswesens

Nach deutschem Recht ist jeder Einwohner verpflichtet eine Krankenversicherung abzuschließen, die alle notwendigen Dienstleistungen umfasst. Wenn Angestellte weniger als 56.250€ im Jahr verdienen (2016), müssen Sie sich für eine der 118 gesetzlichen Krankenkassen (GKV) entscheiden, die alle zur Aufnahme verpflichtet sind.

Freiberufler, Beschäftigte im öffentlichen Dienst, die eine Beihilfe oder freie Heilfürsorge erhalten oder Einwohner mit einem höheren Einkommen können sich in der gesetzlichen Krankenkasse freiwillig versichern oder eine entsprechende Privatversicherung abschließen. Das betrifft in etwa 10 Prozent der Bevölkerung.

In Deutschland gibt es keinen nationalen Gesundheitsdienst aber eine Rahmengesetzgebung für selbstverwaltete Solidarkassen, die einkommensabhängige Beiträge erheben, aber alle das gleiche gesetzliche Leistungsspektrum bieten müssen. 1990 gab es noch 1147 solcher GKV-Kassen, im Januar 2016 waren es 118, einige mit fast 10 Millionen Mitgliedern, andere mit um die 10.000 Mitglieder.

Das jährliche Budget des GKV-Systems (Beiträge und Steuern) summiert sich derzeit auf ca. 200 Milliarden Euro. Von Vertretern der Wirtschaft und deren Lobbyisten werden die selbstverwalteten öffentlichen 200 Milliarden als attraktiver Wachstumsmarkt gesehen. Diese überparteiliche, bis in die Gewerkschaften reichende Lobby prägt die bundesdeutsche Gesundheitspolitik der letzten dreißig Jahre.

Als wirksamstes Deregulierungsinstrument erwies sich dabei die Einführung eines Wettbewerbs zwischen den Solidarkassen. Seither führt ein Vertragswettbewerb der GKV-Kassen mehr zum Spiel um gute Risiken als um gute Versorgung. Durch undurchsichtige bürokratische Ausgleichsmechanismen wie den „morbidityorientierten Risikostrukturausgleich“ wird der die Versichertenseite schwächende Wettbewerb sozial verbrämt und zur Freude der Wirtschaft politisch am Leben gehalten.

Zu den unterschiedlichen Vertragspartnern der GKV gehören auch selbstorganisierte Körperschaften der Leistungserbringer nach Landes- oder Bundesrecht. So zum Beispiel die 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KV/KZV) mit ihren Vertretungen auf Bundesebene (KBV/KZBV). Krankenhäuser (öffentliche, gemeinnützige oder private) vertreten ihre Interessen je nach Bedarf auf Landes- oder Bundesebene (Deutsche Krankenhausgesellschaft, DKG). Für stationäre und ambulante Anbieter gibt es zahllose Möglichkeiten mit einzelnen oder mehreren Kassen Versorgungsverträge abzuschließen.

Die rechtliche Überwachung dieses verstrickten Vertragsgewirrs liegt in den Händen von 16 Landesgesundheitsministerien und einer Bundesbehörde, die aber nur für jene Kassen zuständig ist, die in mehr als 3 Ländern agieren.

Der Umfang der öffentlich finanzierten Gesundheitsdienstleistungen und ihre Standards und Regelungen werden bundeseinheitlich von einem öffentlich moderierten Gremium, dem gemeinsamen Bundesausschuss verhandelt und bestimmt. In ihm sitzen sich die selbstverwalteten Gremien der 118 Kassen und der Leistungserbringer gegenüber. Sie werden beobachtet und hinterfragt von Patientenvertretern, die jedoch kein Stimmrecht haben. Immer wieder werden auch Patientenverbände durch großzügige „Kooperationen“ von der einen oder der anderen Seite korrumpiert.

Mögliche Felder für Korruption im deutschen Gesundheitswesen

Im deutschen Gesundheitssystem besteht das Risiko für Korruption auf drei unterschiedlichen Systemebenen:

1. Auf der politischen Ebene, wo starke Lobbyorganisationen der Gesundheits- und Finanzindustrie versuchen die Gesetzgebung nach ihren Interessen zu beeinflussen.
2. Auf der institutionellen Ebene, wo gegeneinander um Marktanteile kämpfende öffentliche Körperschaften ihren primären Gemeinwohl-Auftrag aus den Augen verlieren.
3. Auf der Mikroebene, wo die Leistungserbringer der öffentlichen Krankenkassen direkt mit der Pharmaindustrie, Klinikkonzernen oder anderen Zweigen der Gesundheitsindustrie zum privaten Vorteil kooperieren.

Seit den neunziger Jahren wurden die GKV Kassen über privatwirtschaftliche Einflussnahme auf politische Entscheider zunehmend dereguliert. Eine unverschämte Rotation des Personals zwischen öffentlichem und privatem Bereich ist hier sprichwörtlich.

So schließen die GKV-Kassen im Wettbewerb geheim-gehaltene Verträge mit Ärzteverbänden, Arzneimittelfirmen, Klinik- und Reha-Unternehmen, Daten- und Rechenzentren, Beratungsfirmen, einzelnen gesundheitlichen Leistungserbringern und weiteren Anbietern auf dem wachsenden Gesundheitsmarkt ab. Dabei dürfen sie auch über den gesetzlichen Rahmen hinaus Leistungen anbieten, die ihre Attraktivität für bestimmte Versichertengruppen steigern. Käufliche Gesundheitsökonomien helfen ihnen bei der Entwicklung solcher „Mezzaninen Märkte“. Tausende solcher Verträge schaffen ein intransparentes Chaos, welches für Sekundärinteressen weiten Raum eröffnet.

Das Kassenmanagement wird sehr hoch dafür bezahlt, dass es der eigenen Kasse im Wettbewerb Vorteile verschafft. Das geschieht vor allem durch Minimierung der Krankheitslast der Kasse und durch Maximierung der Ausgleichszahlungen aus dem Risikostrukturausgleich des Globalbudgets. Dieses „Risk-Gaming“ ist der Hauptgrund für das Interesse der Beteiligten an Versichertendaten. Auch der Handel mit anvertrauten Patientendaten wird deshalb zum lukrativen Nebenerwerb im Gesundheitsmarkt.

Während Korruption, Betrug und Fehlverhalten meistens auf der Mikroebene, also bei den Leistungserbringern verfolgt, aufgedeckt und öffentlich diskutiert wird, gibt es ein hohes Risiko für Korruption auch auf der Ebene der selbstverwalteten Körperschaften, denen öffentliche Gelder, Daten und Schlüsselentscheidungen anvertraut sind. Diese nutzen sie im direkten Geschäftsverkehr mit Pharmafirmen, Klinikkonzernen, Datenfirmen und anderen Sektoren der wachsenden Gesundheitsindustrie.

Verantwortlichkeiten und Wege der Korruptionsbekämpfung

Angesichts der vielfältigen Möglichkeiten, die riesigen Mengen öffentlichen Geldes zu verwenden und angesichts des systemimmanenten Fehlens jeder Zuständigkeit für eine gute

regionale Gesamtversorgung, verwundert es kaum, dass es auch keine regionalen, gesetzlich ermächtigten Stellen zur Bekämpfung von Korruption, Betrug und Fehlverhalten im deutschen Gesundheitswesen gibt. Jede Kasse, jede Organisation soll das selbst erledigen und es gibt nur einen lockeren Erfahrungsaustausch.

Die Strafverfolgungsbehörden sind weitgehend auf direkte Hinweise aus der Bevölkerung oder auf die Meldung schwerer Fälle durch die Kassen angewiesen. Das Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen ist am 14. April 2016 im Deutschen Bundestag verabschiedet worden. Eine starke Lobby von Medizinern und deren Partner in der Industrie haben sich durchgesetzt und die Streichung des unter anderem von Transparency Deutschland geforderten Bezuges auf die berufsrechtlichen Pflichten durchgesetzt. Damit fehlt dem Gesetz ein wesentlicher Bestandteil um Korruption im Gesundheitswesen vorzubeugen.

Es gibt einige berufsrechtliche und sozialrechtliche Regelungen gegen Fehlverhalten und korruptives Verhalten im Gesundheitswesen. Seit 2004 erwartet der Gesetzgeber von allen selbstverwalteten GKV-Kassen und von den gesetzlichen Ärztekörperschaften, dass sie ihre Bemühungen zur Bekämpfung von Fehlverhalten institutionalisieren und dokumentieren. Daraus sollen dann alle zwei Jahre Berichte für die Selbstverwaltungsvorstände entstehen, die von den jeweiligen Aufsichtsbehörden und schließlich beim Gesundheitsminister gesammelt werden. Das SGB definiert aber weder, was als „Fehlverhalten“ gezählt werden soll noch sagt es etwas über dessen Bekämpfung. Die Berichte sind sehr allgemein gehalten und wurden in der Politik, in den Medien und der Öffentlichkeit bisher kaum wahrgenommen oder ernsthaft ausgewertet.

Entsprechend der regionalen Einzugsbereiche der Kassen sind deren Aufsichtsbehörden die jeweiligen Landesregierungen oder das Bundesversicherungsamt in Bonn. Die Zusammenarbeit dieser Aufsichtsgremien ist freiwillig und blendet viele Probleme aus. Der GKV-Spitzenverband versucht als Vertretung aller GKV-Kassen auf Bundesebene die Berichterstattung über Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu koordinieren, hat aber weder investigative noch exekutive Möglichkeiten und ist offenbar blind gegenüber Fehlverhalten auf der Ebene seiner eigenen Mitglieder. Auch der Bundesgesundheitsminister vertraut auf die „Selbstreinigungskräfte“ des Systems und berichtet dem Parlament meistens nur wenn die Opposition darauf besteht.

Wie es in Deutschland keine verantwortliche Stelle für die Sicherstellung einer guten und effizienten Versorgung in einer Region oder einem Bundesland oder gar auf Bundesebene gibt, so fehlen auch staatliche Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten und Korruption, die mit denen in nationalen Gesundheitssystemen anderer Länder vergleichbar wären. Im europäischen Netzwerk zur Bekämpfung von Betrug, Korruption und Verschwendung im Gesundheitswesen (EHFCN) treffen sich diese staatlichen Stellen regelmäßig zum Erfahrungsaustausch. Deutschland ist hier lediglich durch die NGO Transparency International Deutschland e.V. und eine der 118 GKV-Kassen vertreten.

Korruption ist der Missbrauch anvertrauter Macht zum privaten Vorteil oder Nutzen. Der private Vorteil ist das treibende Primärinteresse von Wettbewerbern im Gesundheitsmarkt. Das wertvolle deutsche Gesundheitswesen ist einer Selbstverwaltung anvertraut, die vor lauter Wettbewerb ihren Gemeinwohlauftrag zunehmend vergisst.

Dr. Wolfgang Wodarg (Jahrgang 1947) lebt in Flensburg und Berlin. Er ist Facharzt für Innere Medizin-Pneumologie, öffentliches Gesundheitswesen, Hygiene und Umweltmedizin und Sozialmedizin. Nach beruflichen Stationen in Klinik und Praxis, als Direktor eines öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie als Hochschullehrer war er von 1994 bis 2009 Mitglied des Deutschen Bundestages und von 1998 bis 2010 Mitglied der Parl. Versammlung des Europarates. Zudem war er Initiator und Sprecher der Bundestags-Enquetekommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“.