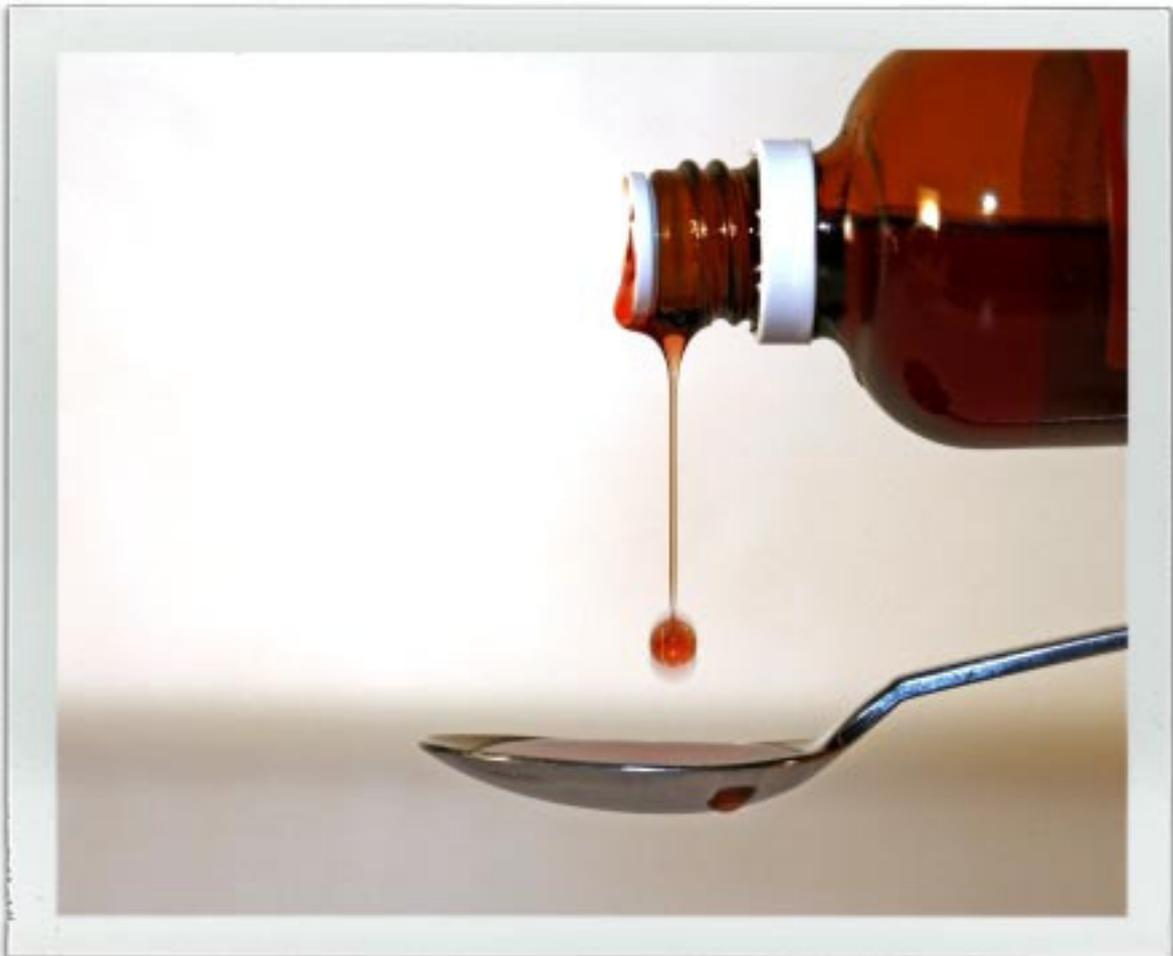




**TRANSPARENCY  
INTERNATIONAL**  
Deutschland e.V.



## **Transparenzmängel, Korruption und Betrug im deutschen Gesundheitswesen - Kontrolle und Prävention als gesellschaftliche Aufgabe**

Grundsatzpapier von Transparency Deutschland  
Stand Juni 2008 - 5. Auflage

## **Impressum**

Transparenzmängel, Korruption und Betrug im deutschen Gesundheitswesen -  
Kontrolle und Prävention als gesellschaftliche Aufgabe  
Grundsatzpapier von Transparency Deutschland

### **Herausgeber**

Transparency International - Deutschland e.V.  
Alte Schönhauser Str. 44  
10119 Berlin  
[www.transparency.de](http://www.transparency.de)

### **Konzeption**

Arbeitsgruppe Korruption im Gesundheitswesen  
Überarbeiteter Text vom November 2004. Stand Juni 2008

ISBN 978-3-9812154-2-7

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>I. Vorbemerkungen.....</b>	<b>3</b>
Ziele.....	3
Definition von Korruption .....	3
Zustandsbeschreibung .....	4
Vorgeschichte und Stand der Arbeit am Grundlagenpapier .....	5
<b>II. Die Rahmenbedingungen: Der Staat als Ordnungsinstanz .....</b>	<b>10</b>
<b>III. Der einzelne Mensch und das Gesundheitswesen: Patient, Versicherter, Kunde .....</b>	<b>12</b>
Missbrauchsmöglichkeiten .....	13
<b>IV. Krankenkassen .....</b>	<b>15</b>
Missbrauchsmöglichkeiten .....	17
<b>V. Arzt.....</b>	<b>19</b>
Missbrauchsmöglichkeiten .....	23
<b>VI. Die ärztliche Selbstverwaltung.....</b>	<b>24</b>
Missstände und Missbrauchsmöglichkeiten .....	27
Einfluss durch die EU .....	29
Mängel am System der Selbstverwaltung .....	29
<b>VII. Apotheker .....</b>	<b>30</b>
Missbrauchsmöglichkeiten .....	32
EU - Regelungen.....	33
<b>VIII. Die Pharma- und Medizinprodukteindustrie .....</b>	<b>34</b>
Wissenschaft und Forschung .....	36
Verhalten des Gesetzgebers.....	39
<b>IX. Medizinische Sachverständige.....</b>	<b>40</b>
Problematische Situation des medizinischen Sachverständigen .....	40
Methoden der Informationsbeeinflussung .....	40
Auswirkungen der Beeinflussung .....	41
<b>X. Korruptionsprävention.....</b>	<b>43</b>
bei den Ärzten und anderen Leistungserbringern und ihren Selbstverwaltungsorganen .....	43
bei den Apotheken .....	46
bei den Kassen und deren Verbänden .....	47

auf der Ebene der Versicherten und Patienten .....	48
bei den Herstellern von Arzneimitteln und Medizinprodukten .....	49
durch den Staat .....	50

**XI. Anhang: Beispiele ..... 53**

Korruption im Bereich der Selbsthilfeorganisationen.....	53
Korruption im Arztbereich .....	54
Korruption bei Auftragsvergaben in der Medizin .....	55
Korruption bei Zahnärzten .....	57
Allgemeine Informationen zu gesetzlichen zahnärztlichen Leistungen .....	58

**Wir brauchen Ihre Unterstützung!**

Unabhängigkeit macht uns stark. Stärken auch Sie die Koalition gegen Korruption durch Ihre einmalige Spende oder durch Ihren regelmäßigen Beitrag als Förderer.

Besuchen Sie unsere Internetseite [www.transparency.de](http://www.transparency.de), um regelmäßiger Förderer zu werden!

Oder überweisen Sie Ihre Spende auf unser Konto!

Spendenkonto  
 Transparency International Deutschland e.V.  
 HypoVereinsbank Berlin (BLZ 100 208 90)  
 Kto. Nr. 56 11 679

## I. Vorbemerkungen

### ZIELE

- Intransparenz durchsichtig machen
- Interessenverflechtungen offen legen
- Einfallstore für Korruption und Betrug beschreiben

Gesundheitssysteme sind auf der ganzen Welt äußerst komplex. Der einzelne Mensch in seiner Rolle als Patient, Versicherter, Arzt, Apotheker, Dienstleister in einem Medizinberuf oder Beschäftigter in einem Unternehmen der pharmazeutischen oder Medizingeräte-Industrie kann sie schwer durchschauen.

Transparency International Deutschland (Transparency Deutschland) will Einfallstore für Korruption und Betrug im Gesundheitswesen beschreiben, Notwendigkeiten wie auch Möglichkeiten für größere Transparenz aufzeigen und daraus Forderungen an die Akteure im Gesundheitswesen ableiten. Transparency Deutschland will nicht Einzelfällen nachgehen. Das ist die Aufgabe der Medien, anderer Teile der Öffentlichkeit oder der Staatsanwälte. Transparency Deutschland möchte die Intransparenz dadurch aufhellen, dass das komplizierte Wechselspiel im Gesundheitswesen allen Beteiligten deutlich wird. Wir wollen damit erreichen, dass kritische, leistungs- wie kostenbewusste Patienten, Ärzte, Apotheker, sonstige Leistungserbringer, Versicherer und die gesamte Öffentlichkeit wehrhafter den offensichtlichen Missständen begegnen können. Transparency Deutschland wäre überfordert und versteht es auch nicht als seine Aufgabe, ein kostengünstigeres, 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. Das ist Sache der Politik.

Transparency Deutschland hat als überparteiliche Nicht-Regierungsorganisation kein Eigeninteresse an der Durchführung einer wie auch immer gearteten Reform. Deshalb verfolgen wir nachdrücklich vor allen Detailüberlegungen den Ansatz, Licht in die Intransparenz zu bringen.

### DEFINITION VON KORRUPTION

Bei der Korruption handelt es sich um ein Phänomen, das sich von Anbeginn bis heute durch die Menschheitsgeschichte zieht. Der Begriff hat einen politisch-juristischen, einen wirtschaftlichen und einen moralischen Aspekt: Er bedeutet Bestechlichkeit, Bestechung und/oder das Verderben, Sittenverfall. Im Alltagsgebrauch werden unter „Korruption“ komplizierte Geflechte verstanden, deren Durchdringung aufgrund gegenseitiger Deckung und vorhandener Abhängigkeiten schwer aufzubrechen ist.

Korruption wird von Transparency International definiert als das **„Ausnutzen von anvertrauter Macht zum persönlichen Nutzen (Vorteil)“**.

Es gibt keine gesetzliche Begriffsbestimmung, auch sucht man das Wort Korruption vergeblich in Straf- oder anderen Gesetzbüchern. Eine als Korruption bezeichnete Handlung kann strafrechtliche Tatbestände wie Bestechung und

Bestechlichkeit, Vorteilsgewährung und Vorteilsannahme erfüllen. Es kann sich aber auch um Tatbestände handeln, die strafrechtlich nicht greifbar sind. Grundgedanke des Korruptionsstrafrechts ist dabei der Schutz der Sachlichkeit der Dienstausbübung.

Bei der Korruption gibt es einen Täter mit Entscheidungsmacht über öffentliche oder private Belange und einen Täter, der die Entscheidungsbefugnis beeinflussen will, um eine bestimmte Entscheidung in seinem Interesse herbeizuführen.<sup>1</sup> Geschädigte sind auf den ersten Blick oft schwer auszumachen.

Spontane (situative) Korruption ist das unmittelbare Anbieten z.B. einer Geldsumme, damit eine Amtshandlung unterbleibt oder erfolgt. Planmäßige (systematische) Korruption ist dagegen langfristig angelegt und bewusst geplant. Ihr geht oft eine „systematische Verstrickung“ voraus: Anfangs kleine Gefälligkeiten werden allmählich gesteigert, bis eine Abhängigkeitssituation entstanden ist.

Korruption als Missbrauch von anvertrauter Macht zum privaten Nutzen (Vorteil) ist als Definition auch im Gesundheitswesen anwendbar. Hier liegt der Kern des Problems vor allem in der starken **Intransparenz** des äußerst komplexen Gesamtsystems, das strafbare Delikte der Bestechung, Bestechlichkeit, Vorteilsgewährung und Vorteilsannahme von Amtsträgern oder im Geschäftsverkehr begünstigt.

Diese Intransparenz bietet die Einfallstore für missbräuchliches Verhalten der im System agierenden Gruppen, die das Gesamtsystem schädigen, indem sie den Einzelnutzen bedenkenlos vor den Gesamtnutzen stellen. Weil Intransparenz ein Charakteristikum des Gesundheitssystems ist, soll im Folgenden vor allem das System im Vordergrund der Betrachtung stehen, nicht der korruptive Missbrauch des Einzelnen und einzelner Gruppen, der Staatsanwälte und Gerichte beschäftigt. Wo Korruption im System angelegt ist, spricht Transparency International von **struktureller Korruption**.

## ZUSTANDSBESCHREIBUNG

Mehr als neunzig Prozent der deutschen Bevölkerung sind gesetzlich krankenversichert. Laut Ärztezeitung vom 15. Juli 2004 waren im Jahr 2002 4,2 Millionen Menschen im Gesundheitswesen beschäftigt: 705.000 als Krankenschwestern und Hebammen, 503.000 als HelferInnen in Arzt- und Zahnarztpraxen, 301.000 als ÄrztInnen, um nur die größten Gruppen zu nennen. Jeder neunte Arbeitsplatz in Deutschland (11,6 Prozent) wird in diesem Sektor angeboten, gibt das Statistische Bundesamt in Wiesbaden an. Davon sind 72 Prozent Frauen.

Mehr als zweihundert Milliarden Euro werden jährlich im Gesundheitssektor umgesetzt, das entspricht fast dem halben Bundeshaushalt. Gegenwärtig (April 2008) gibt es immer noch mehr als 200 Krankenkassen; sie sind allerdings durch das letzte Reformgesetz zum Zusammenschluss ab 1.1.2008 verpflichtet worden. Wieviele bis zur Einführung des Gesundheitsfonds übrig bleiben, ist derzeit nicht abzusehen. In jedem Bundesland arbeitet derzeit noch mindestens eine Kassenärztliche/ Kassenzahnärztliche Vereinigung, jeweils eine Kammer des jeweiligen

---

<sup>1</sup> Vgl. Michael H. Wiehen, Kontrollinstrumentarien der Korruptionsprävention und -bekämpfung in Deutschland in: Aus Politik und Zeitgeschichte B 32-33/2001, S.15 ff.

Heilberufs, und alle haben Dachverbände auf Bundesebene. Das Gleiche gilt für andere Gesundheitsberufe, z.B. die Apotheker, aber in vieler Hinsicht auch für berufsständische Organisationen der Psychologen, der Physiotherapeuten und der Pflegeberufe. Die Gesamtzahl der dort Beschäftigten geht in die Zehntausende, diejenige der in der Pharmaindustrie und in den medizinischen Heilberufen und den angegliederten Verwaltungstätigkeiten beschäftigten Menschen geht in die Millionen.

Diese wenigen groben Zahlen beschreiben die Dimension des Gesundheitssektors. Praktisch jeder in Deutschland lebende Mensch hat mit den Stärken und Schwächen des Systems direkte Berührung. Zu Missbrauch und Korruption führende Strukturmängel nützen nur wenigen, schaden aber der Mehrheit. Vor allem untergraben sie das Vertrauen in die moralische Integrität der Heilberufe und in die Leistungsfähigkeit des Systems.

Amerikanische und britische Gesundheitsexperten gehen davon aus, dass drei bis zehn Prozent der Ausgaben im Gesundheitssektor durch Betrug, Missbrauch und Korruption verschleudert werden.<sup>2</sup> Es besteht kein Grund zu der Annahme, dass dieser Anteil in Deutschland geringer ausfällt. Das bedeutet: Wir müssen bei uns von korruptionsbedingten Fehlsteuerungen in einer Größenordnung von sechs bis 20 Milliarden Euro jährlich ausgehen.

## VORGESCHICHTE UND STAND DER ARBEIT AM GRUNDLAGENPAPIER

Im April des Jahres 2000 legte Transparency Deutschland eine erste Untersuchung vor, die unter dem Titel „Transparenzmängel im Gesundheitswesen – Ressourcenverschwendung, Missbrauch, Betrug – Einfallstore zur Korruption“ die Strukturen untersuchte, auf die es zurückgeht, dass Millionen Euro von Versichertenbeiträgen in Deutschland einerseits verschwendet werden, andererseits in die falschen Taschen fließen. Der Schaden für die Versicherten ist enorm, der Vertrauensverlust bei den Patienten ist gleichfalls groß, lässt sich aber ebenso wenig messen wie die Image-Beschädigung der Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und aller übrigen Heilberufe. Allerdings schlägt er sich in den Medien deutlich nieder, denn es vergeht kein Tag, an dem nicht irgendwo Berichte über Abrechnungsbetrug, Skandale bei einer Kassenärztlichen Vereinigung und über fragwürdige Absatzstrategien von Arzneimitteln, Tierarzneimitteln oder Medizingeräten zu lesen, zu hören oder zu sehen sind.

Das damalige Papier hat sowohl in der Tagespresse wie in der Fachpresse ein breites Echo gefunden. Seine Ergebnisse werden immer wieder verwendet, wenn in den Medien von Abrechnungsbetrug, dubiosem Pharmavertrieb, Abhängigkeit von medizinischen Sachverständigen, Missständen bei einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen oder in der medizinischen Fortbildung die Rede ist.

Eine Reihe von Ärzten verschiedener Fachrichtungen, Apotheker, einschlägig tätige Juristen sowie Funktionäre der ärztlichen und der Apotheken-Selbstverwaltung wurden in den letzten Jahren Mitglieder bei Transparency Deutschland, um durch ihre aktive Mitarbeit rasch und wirkungsvoll zu einer

---

<sup>2</sup> Die Zahlen wurden auf der „European Healthcare Fraud & Corruption Conference“ am 18. und 19. Oktober 2004 in London genannt. Für die gesamte EU wurde der jährliche Schaden auf rund 100 Milliarden Euro jährlich beziffert, für die Vereinigten Staaten auf 192 Milliarden Dollar.

Veränderung der Strukturen beizutragen. Auch das Netz der Journalisten und Organisationen, die im Gesundheitsbereich arbeiten und Transparency Deutschland mit Informationen versorgen, hat sich stark ausgeweitet.

Eine Reihe von Prozessen, in denen es um korruptive Netzwerke zwischen Ärzten, Apotheken, Pharmavertriebsunternehmen ging, weckte 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 13.500 Fälle von Wirtschaftskriminalität im Gesundheitsbereich 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 immer wieder feststellt, so erheblich ist. 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.

### **Fortsetzung der Arbeit**

Schon im Herbst 2000 hatte sich eine neue Gruppe von TI-Mitgliedern aus medizinischen Fachberufen und fachlich ausgewiesenen Juristen zusammengefunden, um die begonnene Arbeit fortzusetzen. Das Ergebnis ihrer Beratungen war ein Thesenpapier mit dem Titel „Korruption und Betrug im deutschen Gesundheitswesen.“ Auch dieses Papier verfolgte nicht den Zweck, einzelne Missetäter zu enttarnen und persönlich „vorzuführen“ oder einzelne Fachgruppen im Gesundheitsmarkt zu diskreditieren. Vielmehr ging es den Verfassern darum, so sorgfältig wie möglich die Fehlsteuerungen im System zu analysieren und daraus Vorschläge für Veränderungen abzuleiten.

Im September 2001 führte Transparency Deutschland gemeinsam mit der Bundeszentrale für politische Bildung und dem Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) e.V. in Berlin eine Konferenz zum Thema „Transparenz und Verantwortung“ durch, um den Versicherten eine Stimme zu geben. Im Oktober des selben Jahres wurde die Studie auf der International Anti-Corruption-Conference (IACC) von Transparency International in Prag im Rahmen eines internationalen Workshops über „Corruption and Health“ vorgestellt und diskutiert. Sie ging in eine englische Broschüre mit verschiedenen Beiträgen über „Corruption and Health“ ein.

Mit Beginn des Jahres 2002 konzentrierte die Gruppe ihre Arbeit auf einen Fragenkatalog an die Sozialministerien der Bundesländer und an das Bundesgesundheitsministerium hinsichtlich der Aufsicht über die Körperschaften öffentlichen Rechts im Gesundheitswesen. Die Antworten fielen spärlich aus. Inhaltliche Beiträge kamen nur aus zwei Bundesländern – aus Bayern und Nordrhein-Westfalen. Die Länderaufsicht über die Körperschaften der Heilberufe ist nach Transparency-Überzeugung unzureichend, insbesondere was die Haushaltstransparenz der Körperschaften, die Minderheitenrepräsentanz innerhalb der Körperschaften und die Verhinderung eigenwirtschaftlicher Tätigkeiten sowie Klientel- und Interessenpolitik angeht. Es gibt keinerlei Transparenz, welche Art von Aufsicht die Länder eigentlich ausüben, nach welchen Kriterien sie Rechts- und Fachaufsicht abgrenzen, ob sie dies nach einem einheitlichen Maßstab oder je nach eigenem Gusto tun und welche Rechtsmittel sie bei Verstößen einsetzen.

2002/2003 machte ein Korruptionsskandal innerhalb der Zahnärzteschaft Schlagzeilen. Er bot Material für eine umfassende Untersuchung der Betrugs- und Korruptionsmöglichkeiten beim Zahnersatz.

Im Frühsommer 2003 erarbeitete die Gruppe eine Stellungnahme zu den von der Bundesregierung geplanten Reformvorhaben im Gesundheitsbereich.<sup>3</sup>

**DIE KERNFORDERUNGEN DES PAPIERS WAREN:**

**Auf der Ebene der Versicherten:**

1. Die Versicherten müssen über ärztliche Behandlungen verständliche Rechnungen erhalten – auch für Zahnplomben, auch für Medikamente, auch erstattungsfähige Hilfsmittel. Sie müssen lernen, ein Kostenbewusstsein zu entwickeln, das für Ärzte, Zahnärzte, Apotheken und die ärztlichen Hilfsberufe ein Faktor ist, mit dem sie rechnen. Eine Zuzahlung zum Arztbesuch könnte sinnvoll sein, wenn sie zu diesem Bewusstsein beiträgt.
2. Versicherte müssen Kriterien entwickeln können, um möglichst schon vor Beginn teurer Behandlungen die Qualität ärztlicher Leistungen bewerten zu lernen. Die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen oder die Krankenkassen sind darauf zu verpflichten, für die Versicherten entsprechende Informationen bereit zu stellen. Den „schwarzen Schafen“ muss auf diese Weise das Handwerk gelegt werden, und es muss zu einem sauberen Wettbewerb der ärztlichen Leistungen kommen.
3. Es sollen Chipkarten mit Foto eingeführt werden.
4. Betrügerisch arbeitende Versicherte sind auf Schadenersatz zu verpflichten.

**Auf der Ebene der Leistungserbringer:**

1. Die unrealistischen Zeitprofile und Sollzeiten müssen abgestellt werden. 16-Stunden-Tage sind keine realistische Norm und leisten dem Betrug Vorschub. Ein externes Gutachten muss den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen hierfür einen Rahmen setzen. In der Übergangszeit müssen auch rückwirkend Ausgleichszahlungen zwischen redlich und unredlich arbeitenden Leistungserbringern denkbar sein.
2. Die Strukturen im Vergütungsbereich müssen für jeden Arzt transparent und nachvollziehbar sein.
3. Kriminelles Verhalten muss auf allen Ebenen konsequent verfolgt werden.
4. Marktwirtschaftliche Anreize für günstiges Wirtschaften sollen greifen, z.B. bei der Nutzung von Dienstleistungen aus Niedrig-Lohn-Ländern oder verantwortungsbewusster Nutzung elektronischer Vermarktungsformen.

---

<sup>3</sup> Stellungnahme von Transparency International Deutschland zur anstehenden Gesundheitsreform, veröffentlicht am 11. Juni 2003

5. Beseitigung von Nomenklatura-Strukturen bei den öffentlich-rechtlichen Körperschaften und die Offenlegung sowie Überprüfung der Vergütungen der ehrenamtlich tätigen Vorstände ist ebenso notwendig wie eine deutliche Professionalisierung der Arbeit dieser Organisationen.
6. Geschäftsbeziehungen zwischen Ärzten/Zahnärzten und zuliefernden Diagnose-Fachleuten (Labors, Röntgeneinrichtungen, etc.) bzw. nachgeordneten Hilfsmittellieferanten (Zahntechniker, Orthopädie-Schuhmacher, etc.) müssen für die Kassen transparent sein. Ein konsequenter Verweis der Leistungserbringer auf die ethische Basis ihres Handelns ist erforderlich.
7. Eine Pharmaindustrie-unabhängige Aus- und Fortbildung der Ärzte muss in ausreichendem Umfang angeboten werden. Die Ärztekammern sollen weiterbildungsberechtigte Ärzte qualifizieren und die Kriterien für die Qualifikation öffentlich machen.
8. Medizinische Sachverständige müssen bei Gutachten, wissenschaftlichen Aufsätzen, Vorträgen auf Kongressen etc. Interessenkonflikte öffentlich machen.

#### **Auf der Ebene der Krankenkassen:**

1. Die Kassen müssen in den Stand versetzt werden, pseudonymisiert Arzt-Patienten-Beziehungen nachvollziehen zu können. Dadurch können sie das Risiko verschärfen, dass betrügerisch und/oder korruptiv handelnde Versicherte oder Leistungserbringer enttarnt werden, die systematisch das System schädigen.
2. Die Kassen müssen betrügerisch oder korruptiv handelnde Leistungserbringer dem Staatsanwalt melden. Es darf nicht geschehen, dass man sich bei Fehlverhalten auf dem Kulanzweg einigt, weil das System dadurch materiell geschädigt wird und der Missbrauch weiter um sich greift.
3. Die Kassen müssen wirkungsvoll mit dem Entzug der Zulassung arbeiten können.

#### **Auf der Ebene der Arzneimittel- und Hilfsmittelhersteller:**

1. Die Zulassungsverfahren für Arzneimittel sind für die Wissenschaft transparent zu machen.
2. Bei der Einführung und Vermarktung von Arznei- und Hilfsmitteln sind die Kosten der Hersteller für Werbung und Vertrieb nachzuweisen und gesetzlich zu limitieren. Marketingkosten und Kosten für pseudowissenschaftliche Produktpromotion dürfen nicht in die Produktpreise für die gesetzlichen Krankenkassen eingerechnet werden.
3. Für den Umgang der Hersteller im Außendienst mit Apotheken, Kliniken und niedergelassenen Ärzten ist von den Herstellern ein Verhaltenskodex zu erstellen. Er muss öffentlich überprüfbar sein und Sanktionen für Fehl-

verhalten enthalten. Um den grauen Arzneimittelmarkt zu bekämpfen und Arzneimittelfälschungen zu unterbinden, muss der Weg eines Arzneimittels von der Herstellung bis zum Endverbraucher lückenlos nachvollziehbar sein. Für Arznei- und Hilfsmittelhersteller muss eine uneingeschränkte Produkthaftung mit Umkehr der Beweislast auch in Deutschland gelten. Das Risiko eines Gesundheitsschadens durch ein Arznei- oder Hilfsmittel darf nicht länger allein beim Patienten liegen.

### **Auf der Ebene der Politik:**

1. Politische Führung gegenüber partieller Klientelpolitik der Betroffenenkreise ist notwendig. Die Versicherten und deren Interessen brauchen Unterstützung.
2. Die Politik hat die Rahmenbedingungen zu verändern, unter denen sich derzeit Verschwendung, Missbrauch und Korruption entfalten.
3. Ein Ombudsmann und ein Korruptionsbeauftragter als Anlaufstellen, um korruptive Vorfälle schnell und wirkungsvoll abzustellen, können sinnvolle Instrumente sein, wenn sie mit den entsprechenden Befugnissen ausgestattet sind. Sie wären am besten auf Länderebene zu errichten, denn die Aufsicht über die öffentlich-rechtlichen Körperschaften des Gesundheitswesens wird auf Länderebene ausgeübt.

Das Eckpunkte-Papier<sup>4</sup>, auf das sich die Verhandlungspartner von CDU/CSU und Bundesregierung im Jahr 2003 einigen konnten, erfüllt den größten Teil dieser Forderungen nicht. Entsprechend leistet auch das Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz (GMG), das zum 1.1.2004 in Kraft trat, wenig, um durch größere Transparenz Verschwendung und Korruption im Gesundheitswesen abzubauen. Es bürdet die Last erhöhter Kosten des deutschen Gesundheitswesens vor allem den Versicherten auf und trägt wenig zur Strukturverbesserung der Arbeit der öffentlich-rechtlichen Körperschaften bei, sondern schafft vor allem mehr Bürokratie.

Deswegen legte Transparency Deutschland mit diesem Papier im November 2004 eine revidierte Zusammenfassung der bisherigen Ausarbeitungen vor und machte Vorschläge für die Korruptionsprävention im Gesundheitssektor. An dem Papier haben über die Jahre hinweg etwa vierzig Experten aus allen Bereichen des Gesundheitssektors mitgewirkt: Ärzte verschiedener Fachrichtungen, Apotheker, Juristen, Fachleute aus den Krankenkassen, etc.

In der ersten Jahreshälfte 2005 wurde das Papier für eine Neuauflage in gedruckter Form erneut durchgesehen und aktualisiert. Eine erneute Überarbeitung erfolgte in den ersten Monaten 2008. Da bis zur Einführung des Gesundheitsfonds, dessen strukturelle Auswirkungen derzeit nicht abzusehen sind, möglicherweise kaum mehr als ein Jahr vergeht, wird aus Kostengründen auf eine neue Druckfassung verzichtet. Die aktualisierte Fassung findet sich nur im Internet auf der Website von Transparency Deutschland.

Auf das Gutachten 2005 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der

---

<sup>4</sup> Eckpunktepapier der Konsensverhandlungen zur Gesundheitsreform, veröffentlicht am 22. Juli 2003

Entwicklung im Gesundheitswesen mit dem Titel „Koordination und Qualität im Gesundheitswesen“ wird ausdrücklich hingewiesen. Das Gutachten ist über das Internet für jedermann zugänglich. Insbesondere folgende Seiten und Textstellen sind von Bedeutung, weil sie die Analysen dieses Papiers belegen:

Seite 569: Neue gesetzliche Regelungen  
Seite 583: Die größten Pharmakonzerne  
Seite 591: f. Verschreibungspraxis und Abbildung dazu  
Seite 593: Tabelle Verschreibungspraxis nach Arztgruppen  
Seite 604: Off-Label-Use  
Seite 635: sowie Seite 731 Einfluss der Pharma-Industrie  
Seite 644: Tabelle „Relation Forschung zu Vertrieb“  
Seite 645: Werbeausgaben  
Seite 651: f. Selbsthilfe  
Seite 705: Unabhängigkeit der wissenschaftlichen Politikberatung

## II. Die Rahmenbedingungen: Der Staat als Ordnungsinstanz

### DER STAND DER GESETZE UND GESETZESLÜCKEN

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 Rechts delegierten hoheitlichen Aufgaben, die sie eigenverantwortlich wahrnehmen können.

Da es immer auch private Krankenversicherungen gab, da die Ärzte über weitgehende Niederlassungsfreiheit verfügten und da auch die Produzenten von Arzneimitteln, Hilfsmitteln und Medizingeräten ihre Produkte immer schon im Wettbewerb entwickeln konnten, bestand in Deutschland seit jeher 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. Vermutlich leidet das deutsche Gesundheitswesen unter Fehlsteuerungen in beide Richtungen. Es ist im internationalen Vergleich bei nur mittelmäßigem Leistungsniveau nach den USA und der Schweiz das teuerste auf der Welt.

Die wichtigsten Organisationen der am Gesundheitssystem Beteiligten, nämlich die gesetzlichen Krankenkassen, die kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Kammern der Heilberufe sind Körperschaften öffentlichen

Rechts und unterliegen damit der Aufsicht durch Bund und Länder. 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 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 von allen Beteiligten die geringsten Steuerungsmöglichkeiten.

Einen Wettbewerb im herkömmlichen Sinn, bei dem Angebot und Nachfrage die Preise regeln, gibt es im Gesundheitswesen nicht. Hier stehen sich die Leistungsnutzer und die Leistungserbringer im Marktgeschehen nicht direkt, sondern vermittelt durch öffentlich-rechtliche Körperschaften gegenüber. Die Marktmacht der pharmazeutischen Industrie ist nicht auf die Masse der „Konsumenten“, sondern auf eine überschaubare Anzahl von Leistungserbringern ausgerichtet. Der Patient verfügt nicht über ausreichende Informationen über die Qualität, den Wert und den Nutzen von Leistungen oder über das Marktgeschehen. Er hat nur in Ansätzen eine eigene Interessenvertretung (Verbraucherzentrale Bundesverband, Patientenschutzorganisationen, etc.). Er verfügt also nicht über Marktmacht.

Der Arzt als Institution nimmt eine Schlüsselstellung ein: Er definiert die Nachfrage, bemisst den Umfang der geforderten Leistung und erbringt sie auch zusammen mit Therapeuten, Apotheken, der Pharmaindustrie und anderen Leistungserbringern.

Die gesetzlichen Krankenkassen, die mit Beiträgen von den Versicherten und den Arbeitgebern finanziert werden, tragen die anfallenden Kosten. Sie dürfen zwar seit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) mit Warenanbietern Rabatt- oder Direktverträge aushandeln, aber deren Kosten beziehungsweise Nutzen werden den Versicherten und Fachkreisen nicht bekannt gegeben, so dass weder die Versicherten noch die Fachkreise die realen Behandlungskosten kennen. Dadurch wird es den Fachkreisen unmöglich, die Wirtschaftlichkeit von Behandlungen als Auswahlkriterium zu überprüfen und zu berücksichtigen. Da auch die Krankenkassen untereinander die jeweiligen Rabattpreise nicht kennen, wird durch das GKV-WSG mit seinen klandestin ausgehandelten Rabattverträgen zwischen Warenanbietern und Krankenkassen ein Wettbewerb um wirtschaftliche Behandlungsmethoden effektiv verhindert. Die Krankenkassen haben im Einzelfall auch keine eigene Kontrollmöglichkeit gegenüber Irreführung durch geschulte Marketingagenten der Warenanbieter. Der Arzt reicht den Beleg über die jeweils erbrachte Leistung bei seiner Kassenärztlichen Vereinigung ein. Diese bündelt die Nachweise der von den Ärzten erbrachten Leistungen und reicht sie anonymisiert an die Kassen weiter. Ob der einzelne Arzt seine Verordnungen gemäß den Rabattverträgen der jeweiligen Krankenversicherung des Patienten ausgewählt hat oder nicht, bleibt dabei unberücksichtigt und kann deshalb nicht die Eröffnung von Regressverfahren durch die Beschwerdeausschüsse der kassenärztlichen Vereinigungen verhindern.

Dennoch stehen Leistungserbringer wie Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken und Sanitätshäuser, Krankenkassen und Hersteller direkt oder indirekt miteinander im Wettbewerb; sie bemühen sich, den Kunden/Versicherten/Patienten auf Dauer für sich zu gewinnen. Der Wettbewerb gegenüber den „Kostenträgern“, also den Versicherten, ist jedoch völlig unterentwickelt.

Die politisch Verantwortlichen auf allen Ebenen müssen darauf achten, das Gesamtsystem so auszutarieren, dass keine Gruppe sich missbräuchlich Vorteile zu Lasten des gesamten Systems verschaffen kann. Insbesondere die nicht in marktmächtigen Organisationen agierenden vereinzelt Patienten, die in ihrer Rolle als Versicherte den größten Anteil der verfügbaren Geldmittel des Gesundheitsmarktes aufbringen, bedürfen des Schutzes, der Unterstützung und der institutionellen Stärkung. Dem sind die politisch Verantwortlichen seit Jahrzehnten nur unzureichend gerecht geworden. Durch die massive Zunahme des Lobbyisteneinflusses auf die Regierungstätigkeit und auf das Parlament kommen überwiegend Regelungen zustande, die das System noch weniger transparent, noch anfälliger für Missbrauch, Betrug und Korruption und noch teurer machen. Das schädigt die Versicherten. Auswege sind nicht in Sicht.

### **III. Der einzelne Mensch und das Gesundheitswesen: Patient, Versicherter, Kunde**

Der **einzelne Mensch** ist über seine monatlichen Beiträge zur **Krankenversicherung** und über seinen **Arzt, Zahnarzt und Apotheker** 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. 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 Krankenversicherung ihn hinsichtlich von Kostenübernahmen gut, weniger gut oder schlecht bedient.

Der einzelne Mensch möchte als **Versicherter** möglichst niedrige **Krankenkassenbeiträge** bezahlen und mit seinen Beiträgen nach Möglichkeit auch Ehepartner/in und Kinder mit versichern. Den Wunsch nach niedrigen Beiträgen hat auch der Arbeitgeber, der ebenfalls einen Teil 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. Der Arbeitgeber muss die Kosten einer Aushilfskraft in seinem Budget berücksichtigen sowie für den ganzen Betrieb den voraussichtlichen Krankenstand 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.

Der einzelne Mensch hat als **Patient** nur geringen Einfluss auf die Maßnahmen, die zu seiner Gesundheit ergriffen werden; über die Einweisung ins Krankenhaus, die Wahl von Spezialisten, Behandlungsmethoden, Medikamenten entscheidet im wesentlichen der behandelnde Arzt – im besten Fall gemeinsam mit seinem Patienten. 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. Nachfragemacht kann ein Patient nur in Gebieten mit einer großen „Arztdichte“ ausüben, wo er sich nämlich Ärzte/ Ärztinnen suchen kann, die seinen Bedürfnissen entsprechen; nur dort herrscht ein Kräfteverhältnis, das Ärzte und Ärztinnen aus Sorge, Patienten und damit Einkünfte zu verlieren, zu willfährigen Partnern beim Verordnen überflüssiger oder unwirksamer Arzneien oder Maßnahmen macht.

Da der einzelne Patient sich, insbesondere bei sehr schweren Erkrankungen mit bleibenden Folgen oder bei chronischen Krankheiten, oft allein gelassen fühlt, haben sich für zahlreiche Krankheiten **Selbsthilfegruppen** gebildet, in denen sich Patienten über Behandlungsmethoden und deren Erfolgsaussichten austauschen. Diese Gruppen entwickeln dank Internet und anderer Kommunikationsmittel inzwischen eine beachtenswerte Marktmacht. Seit dem Beginn des Jahres 2004 haben Selbsthilfegruppen neben Verbraucherverbänden und Patientenberatungsstellen Mitspracherechte im Gemeinsamen Bundesausschuss von Ärzten und Krankenkassen. Insofern gewinnen sie für die Pharmaindustrie und für die Politik allmählich große Bedeutung. Das macht sie allerdings auch anfällig für Strategien der Industrie, zum Beispiel mittels Sponsoring über die entsprechenden Patientenorganisationen Einfluss auf gesundheitspolitische Entscheidungen zu nehmen. Nicht selten werden Funktionäre der Selbsthilfegruppen als Marketingagenten und politische „Pressure Group“ missbraucht, um maximale Irreführung zu erreichen. Deshalb gehört es zur Strategie der Anwälte solcher Sponsoren, die Offenlegung solcher Beziehungen durch gerichtliche Manöver zu verhindern, beziehungsweise zu unterdrücken (Beispiele siehe Anhang 1).

## MISSBRAUCHSMÖGLICHKEITEN

Die Intransparenz des Systems verführt Versicherte und Arbeitgeber in vielen Fällen zum Betrug. Folgendes geschieht:

1. durch die Versicherten:

- Verleihen und/oder Verkauf der Chipkarte gegen Bargeld
- Vortäuschung einer Krankheit
- Schein-Rechnungen aus dem Ausland
- Schwindel bei der Familienversicherung
- Rabatt-Erpressung von Apothekern (etwa 10 % der Kosten) bei Privatrezepten zum Schaden der Versicherung
- Nötigung von Ärzten mit Wünschen nach Verordnungen unwirtschaftlicher oder nutzloser (Life-Style-)Arzneimittel oder nach nicht begründeten ärztlichen oder nichtärztlichen Leistungen (Atteste, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Massagen, Kuren u.a.)
- Fälschung von Rezepten
- Verkauf von Rezepten in der Apotheke gegen Bargeld oder im Austausch gegen andere als die verordneten Produkte, z.B. auch Kosmetika

- Mehrfach-Verkauf von teuren Rezepten gegen Bargeld mittels Ersatz-Rezepten bei angeblichem Rezeptverlust, meist in Absprache mit den beteiligten Ärzten oder Apothekern
- Nötigung von Apothekern mit Verlangen nach Quittierung von Rezepten ohne Belieferung, um Kostenerstattung von Beihilfe oder Versicherung zu erschleichen
- Bei teuren Erkrankungen (Bluter, MS-Kranke u.a.) Absprache mit Firmenvertretern zur Verwendung (Verordnungsanforderung) von speziellen Firmenprodukten mit „Gewinnbeteiligung“ durch den Lieferanten

## 2. durch die Arbeitgeber:

- Fiktive Beschäftigung von Familienangehörigen
- Anmeldung von Phantomversicherten mit Missbrauchsmöglichkeiten bei Leistungsbezug oder Lohnfortzahlung
- Beitragshinterziehung
- Schwarzarbeit
- Aufsplitterung von Vollbeschäftigung in geringfügige Beschäftigungen
- Schaffung von Beschäftigung nur mit dem Ziel anschließender Sozialleistungen (Mutterschaftsgeld, Arbeitslosengeld)
- Ausstellung überhöhter Lohnbescheinigungen
- Unzulässige Beeinflussung des Kassenwahlrechts

## 3. durch Kooperationen von Versicherten und Leistungserbringern:

Missbrauchsmöglichkeiten des Systems durch die Versicherten, insbesondere in Kooperation mit einem Leistungserbringer (Arzt, Apotheker, Heil- und Hilfsberufe u.a.) sind ein ständiges großes Problem. Sie verteuern das System und erbringen für den Versicherten im Einzelfall durchaus Vorteile. Sie sind aber weit geringer als für die Leistungserbringer. Es hängt vom Vertrauensverhältnis des Patienten zu seinem Arzt ab, ob der Versicherte mit missbräuchlichem Verhalten Erfolg hat. Die seit dem 1.1.2004 geltende Praxisgebühr hat bereits bewirkt, dass die Zahl der Arztbesuche gesunken ist. Sie war in Deutschland dreimal so hoch wie in vergleichbaren Industriestaaten und ist gegenwärtig auf das Zweifache gesunken. Problematisch bleibt aber folgender Zusammenhang: Kassenmitglieder, die missbräuchlich Leistungen fordern, treffen in unserem System auf Ärzte, die solchen unsolidarischen Anliegen häufig nichts entgegensetzen, weil es sich mit ihren eigenen Interessen (evtl. ein neuer Patient, eine neue abrechenbare Leistung usw.) deckt. Mehrfachuntersuchungen und -behandlungen sind deshalb in Deutschland immer noch gang und gäbe.

Die nach wie vor existierende strikte Trennung zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern führt strukturell zu Doppelinvestitionen für kostenaufwändige Geräte mit der Folge, dass unkontrolliert aufwendige Doppeluntersuchungen durchgeführt werden, denn so wird die Auslastung der Geräte und damit deren Rentabilität erhöht.

Für das Aufdecken von Missbrauch auf der Arbeitgeberseite könnten die Arbeitsagenturen und die Finanzämter ihre Kenntnisse einsetzen, was gegenwärtig nicht geschieht.

Ab 2006 sollte die jetzige Krankenversicherungskarte – wie von Transparency Deutschland seit langem gefordert – durch eine elektronische Gesundheitskarte

abgelöst werden. Sie soll alle Versichertenangaben und alle Angaben zur Ausgabe eines elektronischen Rezepts enthalten und auf freiwilliger Basis auch alle Gesundheitsdaten speichern. Anfang 2008 ist das tatsächliche Einführungsdatum immer noch nicht festgelegt, und es mehren sich die Hinweise, dass die technischen Schwierigkeiten und damit Manipulationsmöglichkeiten auf die Software wachsen statt schwinden.

Seit Beginn des Jahres 2004 gibt es eine Patientenbeauftragte mit dem Auftrag, die Transparenz zu verbessern. Wer möchte, kann vom Arzt, Zahnarzt oder Krankenhaus eine Kosten- und Leistungsinformation in verständlicher Form erhalten, entweder als Tages- oder Quartalsquittung. Die wirtschaftlichen Auswirkungen dieser geplanten Maßnahmen kann derzeit niemand bewerten. Strukturell bringen sie nur geringe Verbesserungen, wenn sie so eingeführt werden, wie die Bundesregierung das vorsieht.

## IV. Krankenkassen

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 mit einem Einkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze – müssen seit April 2007 von den gesetzlichen oder ab 2009 auch von den privaten Krankenversicherungen aufgenommen werden. Oberhalb der Versicherungspflichtgrenze können sie sich entweder privat versichern oder bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung weiter versichert bleiben. Um diesen Personenkreis gibt es zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung einen erheblichen Konkurrenzkampf; dieser ist grundsätzlich zu begrüßen, er hat aber auch negative Auswüchse, zum Beispiel wenn Risikogruppen je nach wirtschaftlichem Interesse mal ausgegrenzt und mal umworben werden.

Seit die Wahl der Krankenkasse auch für die Pflichtversicherten frei ist, gibt es einen erweiterten **Risikostrukturausgleich** zwischen allen gesetzlichen Krankenkassen. Hierdurch sollen Unterschiede der Kassen hinsichtlich der Zusammensetzung des Versichertenbestandes bezüglich Alter, Geschlecht, mitversicherter Familienangehöriger und Grundlohnsumme ausgeglichen werden.

Ab 1. Januar 2008 muss nach dem GKV-WSG ein Spitzenverband der Krankenkassen gegründet werden.

Die **gesetzlichen Krankenkassen sind Körperschaften öffentlichen Rechts**. 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. Durch die Sozialwahlen wird ein Verwaltungsrat gebildet; dieser wählt auf sechs Jahre einen hauptamtlichen Vorstand als Exekutivorgan. Sofern die Listenträger insgesamt nicht mehr Kandidaten vorschlagen als Organmitglieder zu wählen sind, wird die Wahl mit der Einreichung des Wahlvorschlags abgeschlossen. Dies stellt die so-

genannte Friedenswahl dar. Das Interesse der Versicherten, durch ihre Beteiligung an den Sozialwahlen auf die Zusammensetzung der Verwaltungsräte Einfluss zu nehmen, ist sehr gering.

Die Kassen geben sich im Rahmen von Rechtsnormen eigene Satzungen. Geschäfts- und Rechnungsführung, Tätigkeit des Vorstandes, Stellenpläne und Besoldungen, Beteiligung an öffentlichen Einrichtungen sind darin geregelt. Alle Untergliederungen unterliegen dem Prüfungsrecht der Aufsichtsbehörde, die nach dem Territorialprinzip, also auf Länderebene bzw. Bundesebene, tätig wird. Prüfberichte werden nicht veröffentlicht. Über die Ergebnisse der Prüfungen werden bis auf wenige Eigendarstellungen von Krankenkassen die Mitglieder oder die Öffentlichkeit nicht informiert. Prüfungen durch die Aufsichtsbehörden finden im Regelfall auch nicht statt bei solchen Unternehmen, die mit Krankenkassen verbunden sind oder von diesen gegründet wurden, obwohl diese teilweise in erheblichem Maße durch Versicherten- und Arbeitgeberbeiträge alimentiert sind. Die Haushalte der gesetzlichen Krankenversicherung sind öffentlich. Die Öffentlichkeit wird dadurch hergestellt, dass die Verwaltungsratssitzung, auf der der Haushaltsplan festgestellt wird, öffentlich ist. Die Pflicht zur Veröffentlichung der Vorstandsgehälter (einschließlich Nebenleistungen mit den wesentlichen Versorgungsleistungen) ist seit dem 1. Januar 2004 gesetzlich geregelt. Sonstige Einkünfte der Vorstände (z.B. Aufsichtsratsstätigkeiten bei Sparkassen, Banken, Akademien oder Kuratorien, Nebentätigkeiten, Mandate) sind von der Veröffentlichungspflicht nicht betroffen. Im Regelfall wird ein Teil des Gehaltes erfolgsbezogen bezahlt; Grundlage für die Bemessung des Erfolges sind Zielvereinbarungen, die der Verwaltungsrat mit dem Vorstand trifft, wobei der Vorstand die Inhalte dieser Zielvereinbarungen selbst definiert oder von seinen Fachabteilungen definieren lässt.

Die Krankenkassen handeln mit den Leistungserbringern in ihrem Zuständigkeitsbereich auf der Grundlage bundes- und landesgesetzlicher Vorschriften die Vergütungen und seit 2008 nach dem GKV-WSG mit Warenanbietern Rabatt- und Direktverträge aus.

**Die privaten Krankenversicherer** können hier 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. Der freie Markt sollte Transparenz schaffen – durch verstärkten Druck der Verbraucher- und Patienten-Schutzorganisationen, in Problemfällen durch das Aufsichtsamt oder den Staatsanwalt.

Bedingt durch die Leistungseinschränkungen des GMG (Gesundheitssystem - Modernisierungsgesetz), z.B. bei Sehhilfen, Zahnersatz, Krankengeld etc., wurde es den gesetzlichen Krankenkassen ermöglicht, in Kooperationen mit privaten Krankenversicherungsunternehmen Zusatzversicherungen zu vermitteln. Hierbei fungieren die gesetzlichen Krankenkassen teilweise in einer Doppelrolle als Leistungsanbieter und als Vermittler. So werden Interessenkonflikte vorprogrammiert; es wird abzuwarten sein, ob sich hieraus Folgen für die Leistungsansprüche der Versicherten ergeben und neue Missbrauchspotentiale erschließen.

## MISSBRAUCHSMÖGLICHKEITEN

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 präzise genug. Die Haushalte werden zwar in öffentlicher Sitzung vom Verwaltungsrat verabschiedet, so dass theoretisch die Möglichkeit für kritische Fragen gegeben ist. Da die Versicherten diese Sitzungen aber nicht besuchen und niemand von den Betroffenen später in den Haushalt Einsicht nehmen und Mängel beanstanden kann, sind sie faktisch nicht öffentlich. Auf der lokalen und regionalen Ebene entsteht zwischen Kassenvorstand, Arbeitgebervertretern und Ärzteschaft, insbesondere den Chefärzten des jeweiligen örtlichen Krankenhauses 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, zu üppige und damit unwirtschaftliche Geräteausstattung, unzureichende Kontrollen bei den ärztlichen Abrechnungen.

Die Kontrolle der Kassen durch das zuständige Landesministerium geschieht oft nur halbherzig, denn bisher hat die Versicherten- und Arbeitgebergemeinschaft das Gesundheitssystem ja immer finanziert. Da es sich bei allen Beteiligten um Wähler handelt, denen man nicht zu nahe treten möchte (jedenfalls war dies in der Vergangenheit so), werden die Kassen von den politisch Verantwortlichen in den Aufsichtsbehörden und/oder Vorständen gerne instrumentalisiert, um Erwartungen der Wähler (Finanzierung modischer oder nicht bedarfsgerechter therapeutischer Maßnahmen) zu erfüllen.

Das Verhältnis zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Pflegekasse wurde bei der Finanzierung von Hilfsmitteln häufig missbräuchlich mit Billigung der Aufsichtsbehörde zu Lasten der Pflegekasse geregelt. Regelmäßige Prüfungen zur Verhinderung dieses Missbrauchs sind angeraten.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist als umfassender Gutachterdienst in der gesetzlichen Krankenversicherung tätig. Er ist in jedem Land als eine von den Krankenkassen gemeinsam getragene Arbeitsgemeinschaft errichtet und vielfach als Körperschaft öffentlichen Rechts verfasst. Daneben haben aber die Spitzenverbände der Krankenkassen eine Arbeitsgemeinschaft (MDS) gebildet, die eine wirksame Durchführung und Zusammenarbeit der Aufgaben des MDK sicherstellen soll. Zusätzlich arbeiten bei einzelnen Kassen weitere Beratungsärzte. Hierdurch werden Bemühungen des MDS, einheitliche Beurteilungskriterien für Abrechnungen zu schaffen, konterkariert, weil es immer wieder zur Tolerierung von modischen, wissenschaftlich nicht begründeten Therapien kommt, die nicht tolerable Kosten zur Folge haben.

Positionen für Ärzte im staatlichen Gesundheitsdienst und bei den gesetzlichen Krankenkassen waren durch ihr Tarifgefüge in den Wachstumsjahren nicht sehr begehrt. Deshalb wurden die Möglichkeiten, im Zusammenspiel der Kassen mit den Krankenhäusern und den niedergelassenen Ärzten auf lokaler oder regionaler Ebene kostenbewusste Qualitätskontrolle und Qualitätsmanagement bei der medizinischen Versorgung einzuführen, nicht so entwickelt, wie dies in der Wirtschaft üblich ist. Das Ergebnis sind häufig unwirtschaftliche Strukturen, die die Kassen nicht unterbunden, sondern tendenziell begünstigt haben; in Fällen, die gerichtsrelevant sind, konnten mit Deckung der Kassen bestimmte Mediziner

von solchen Dunkelzonen profitieren – zum Schaden der Allgemeinheit. Als problematisch wird auch bewertet, dass die Ärzte im öffentlichen Dienst innerhalb weniger Jahre den Praxisbezug verloren haben und bei Weiterbildungen vor allem auf Angebote der Pharma- und Medizintechnik-Industrie oder der Krankenhaus- und Reha-Träger angewiesen sind, die ihre medizinische Unabhängigkeit einschränken.

Die im Wettbewerb stehenden Krankenkassen umwerben den Leistungserbringer und versuchen, ihn als Meinungsbildner für sich zu gewinnen. Deshalb dulden sie mitunter Missstände, die sie eigentlich 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, der Globudent-Skandal – zeigen auch ein Versagen des Kassensystems.

Offenen Missbrauch betrieben die Kassen lange Zeit beim gesetzlich geregelten Risikostrukturausgleich, indem sie die Versichertenlisten nicht so bereinigten, wie dies sachlich geboten war. Ihr Ziel: mehr Geld aus dem Ausgleichsfonds zu erhalten, als ihnen tatsächlich zustand. Durch die Verknüpfung des Risikostrukturausgleichs (RSA) mit den Disease-Management-Programmen (DMP), die für bestimmte chronische Erkrankungen modellhafte Versorgungsketten in die Regelversorgung integrieren, hat sich dies geändert. Seither haben die Krankenkassen ein hohes Interesse, dass sich möglichst viele Versicherte in diese Programme einschreiben. Die Zahlungen aus dem RSA sind im Regelfall höher als die Aufwendungen der Kassen für den einzelnen Chroniker. Verschiedene Krankenkassenaktivitäten (z.B. Kopfprämien) deuten darauf hin, dass eine Chronifizierung von Patienten geradezu erwünscht ist: Patienten werden zu chronisch Kranken erklärt, damit Zahlungen aus dem RSA möglich werden.

Offener Missbrauch droht auch durch die Rabatt- und Direktverträge, die Krankenkassen seit dem GKV-WSG mit Warenanbietern im Gesundheitsbereich aushandeln dürfen, und zwar klandestin ohne jede Offenlegungspflicht. Da solche Verträge für die Hersteller Umsatzgarantien darstellen, während die Mitarbeiter von Krankenkassen nicht zwangsläufig Fachkenntnisse zu Behandlungsstrategien und deren Alternativen besitzen, bestehen Bedenken gegen solche Verträge. Transparency Deutschland beurteilt die Realisierungschancen optimaler wirtschaftlicher Therapie durch die Kassen bei Verhandlungen mit geschulten Marketingagenten der Pharmaindustrie als unzulänglich. Alle bisherigen Erfahrungen zeigen, dass die Warenanbieter ohne ein wirksames Kontrollinstrumentarium darin fortfahren, ihre Geschäftspartner durch Irreführung, Falschinformation oder Vorteilsgewährung zu übervorteilen und damit die Kosten des Gesundheitswesens in die Höhe zu treiben. Es ist zu erwarten, dass hier einer neuen Spielart von Korruption im Gesundheitswesen Tür und Tor geöffnet wird – auf Kosten der Versicherten und zum Schaden der Qualität der medizinischen Versorgung.

Um Fusionen und organisatorische Veränderungen bei den Krankenkassen vorzubereiten und professionell durchzuführen, wurden vielfach externe Unternehmensberater verpflichtet. Diese wurden nicht selten aus dem Kreis der Krankenkassenlobby ausgewählt. Die Gesamtaufwendungen für diese Beratungen sind nicht bekannt, dürften sich aber in den letzten acht Jahren insgesamt auf einen dreistelligen Millionenbetrag belaufen. Transparenz über diese Aufträge sollte – auch rückwirkend – hergestellt werden. Vier Arten von Missbrauch waren festzustellen und sind künftig auszuschließen. Dazu ist erforderlich, dass:

- alle Aufträge öffentlich ausgeschrieben werden; Interessenkonflikte sollten vermieden und wo sie unausweichlich sind, transparent gemacht werden;
- Verwaltungen, die sich aus Versichertenbeiträgen finanzieren, auf bezahlte Lobbyistentätigkeit verzichten;
- Berater, die für die Legislative tätig sind, nicht auch die Exekutive beraten dürfen;
- Berater, die mit dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung nicht vertraut sind und die nur über laienhafte medizinische Kenntnisse verfügen, nicht mit Beratungsaufgaben betraut werden dürfen.

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.

Das Bündel an Reformmaßnahmen im Gesundheitsbereich sieht für die Kassen künftig vor, dass sie jedes Jahr in ihrer Mitgliederzeitschrift ihr Budget einschließlich der Gehälter und der Versorgungsregelungen ihrer Vorstandsmitglieder offen legen müssen. Sie sollen auch Korruptionsbeauftragte einsetzen. Ob sich dadurch die Situation verbessert, bleibt abzuwarten.

## V. Arzt

Der Arzt/ die Ärztin sind jene Fachleute und Vertrauenspersonen, an die kranke Menschen sich wenden, wenn sie medizinische Hilfe brauchen. Ihre Maßnahmen – Diagnoseverfahren 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. Das medizinische Ethos, das die Ärzteschaft immer für sich in Anspruch nahm, wurde von den Patienten nicht in Frage gestellt.

- Die **wirtschaftliche Situation** ist bei den Ärzten derzeit generell durch drei Tendenzen bestimmt:
  1. Da sich in den vergangenen beiden Jahrzehnten immer mehr Ärzte niedergelassen haben, hat sich das Angebot an ärztlichen Leistungen vor allem in den Städten erheblich ausgeweitet.
  2. Durch die 1987 eingeführte Budgetierung ärztlicher Leistungen bei der gesetzlichen Krankenversicherung ist der so genannte Punktwert für die einzelne ärztliche Leistung kein stabiler Wert mehr, sondern

bestimmt sich nachträglich aus dem zur Verfügung stehenden Gesamtbudget, geteilt durch die Zahl der geltend gemachten Leistungen. Im langfristigen Trend sind die Punktwerte kontinuierlich abgesunken, was das ärztliche Einkommen schmälert.

3. Um ihren Lebensstandard zu sichern, fühlen sich viele Ärzte gezwungen, unwirtschaftliche Leistungen abzurechnen, die nicht budgetiert sind, oder bei den Privatpatienten ihr Einkommensdefizit auszugleichen. Die sogenannten „Individuellen Gesundheitsleistungen“ (IGEL) verstärken die Tendenz, Patienten finanziell zu Eigenleistungen heranzuziehen. Zusätzlich wächst bei den Ärzten auch die Neigung, durch leicht durchführbaren Abrechnungsbetrug die eigene schlechte Situation zu Lasten der Ärzte-Kollegen beziehungsweise der Kostenträger zu verbessern.

- Insgesamt kommt es zu einer **Fehlsteuerung des Abrechnungssystems**: Wichtige ärztliche Maßnahmen unterbleiben, da sie sich wegen der Budgetierung und des Punktwertes wirtschaftlich nicht lohnen; unwichtige oder überflüssige werden durchgeführt (zum Beispiel durch Selbstzuweisung). Besonders ungut ist die Verquickung zwischen ärztlichen Fachleistungen mit solchen der medizinischen Diagnostik, wenn Auftraggeber und Auftragnehmer eine Person oder wenn sie wirtschaftlich miteinander verflochten sind. Hier kommt es zu einer unvermeidbaren Steigerung an abrechenbaren Leistungen und damit Kosten. (Beispiele: siehe Anhang 2)

Diese Fehlsteuerung ist deswegen so problematisch, weil der Patient sie nicht durchschauen und schon gar nicht gegensteuern kann. Auch die Krankenkassen können hier nicht steuernd tätig werden, da sie die Daten der geltend gemachten Leistungen eines Arztes nicht pro Patienten aufschlüsseln können. Betrügerischen Abrechnungspraktiken einzelner Ärzte kommen sie daher kaum bei, da ihr Instrumentarium nicht ausreicht und mitunter auch die nötigen Fachkenntnisse bei den Prüfern fehlen.

- Die Zunahme der Arztdichte, der gewachsene Wohlstand in Deutschland und die höhere Lebenserwartung haben die Nachfrage nach gesundheitlichen Leistungen und damit die Kosten sehr ansteigen lassen. Neben der zunehmenden Zahl von Ärzten und Ärztinnen sind auch die ärztlichen Hilfsberufe zahlenmäßig sehr gewachsen. Bei steigendem Wohlstand konnten diese Kosten bisher problemlos getragen werden.
- Für den Patienten nachvollziehbare Kriterien zur fachlichen und kostengerechten Beurteilung ärztlicher Leistungen wurden in Deutschland aber bisher nur in Ansätzen entwickelt. Niemand kann einem Patienten sagen, was die Behandlung einer Mittelohrentzündung oder eines gebrochenen Arms oder was eine Blinddarmoperation kostet. Beim Patienten ist daher Kostenbewusstsein kaum vorzusetzen. Zudem fehlt es in Deutschland in allen Bereichen an einem Bewusstsein dafür, dass die notwendige ärztliche Maßnahme zur Gesundung eines Patienten dort erbracht werden soll, wo sie am effektivsten und kostengünstigsten zu leisten ist. Ambulante und klinisch-ärztliche Versorgung machen sich Konkurrenz, statt zu kooperieren; die Zusammenarbeit zwischen Allgemeinarzt und Facharzt ist ebenfalls meist un-

zureichend. Eine wichtige Ursache dafür ist das von den gesetzlichen Krankenkassen und den kassenärztlichen Vereinigungen unter der Aufsicht der Bundes- und Landesgesetzgeber ausgehandelte Vergütungssystem.

- Aktive und passive Bestechung bei der **Vergabe von Aufträgen** sind von jeher ein zentrales Korruptionsproblem. Wie bei der Vergabe von Rüstungsaufträgen, Bauvorhaben und wirtschaftlichen Dienstleistungen gibt es auch in der Medizin zahlreiche Entscheidungsträger (Ärzte vor allem), die zu Lasten Dritter (Patienten, Kostenträger) Aufträge an Zweite (Dienstleister, Ärzte) vergeben.

Typische Aufträge sind:

- Laboruntersuchungen aller Art (Blut-, Zell-, Gewebeuntersuchungen),
- bildgebende Verfahren (Röntgen, Ultraschall, MRT, PET, Szintigraphien),
- Gutachten,
- komplette Therapien (ambulant, stationär, Anschlusstherapien, Rehabilitation),
- technische Hilfsmittel für Patienten (Rollstühle, Herzklappen, Hörhilfen),
- Geräte, Ausrüstung für die ärztliche Praxis, soweit vom Arzt nicht selbst zu tragen.

Die genaue Anzahl aller medizinischen Aufträge in Deutschland (ohne Medikamenten-Verordnung) ist nicht zu ermitteln. Schätzungen beruhen auf der bekannten Zahl von 560 Millionen Arzt-Patienten-Kontakten im Jahr 2003 und veranschlagen weit über eine Milliarde Aufträge pro Jahr. Das System ist allein wegen der großen Zahl an Aufträgen anfällig für Korruption.

Beispielhaft sind die Probleme der methodisch definierten Fächer Radiologie, Nuklearmedizin und Laboratoriumsmedizin, weil die weitgehende Abhängigkeit dieser Ärzte von der Überweisung durch andere Ärzte, durch die Möglichkeit der Selbstbeauftragung (Selbstzuweisung) und durch die Möglichkeit des Weiterverkaufs der Leistung anderer besonders undurchsichtige Verhältnisse schafft. Die Initiative zur Korruption kann dabei sowohl von der Seite der Entscheidungsträger (Auftraggeber, überwiegend Ärzte), als auch von der Seite der Leistungserbringer (Auftragnehmer, ebenfalls überwiegend Ärzte) ausgehen. (Beispiele für Korruption bei Ärzten und ihre rechtliche Bewertung: siehe Anhang 3; Beispiele für Korruption bei Zahnärzten mit konkreten Empfehlungen: siehe Anhang 4)

- **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 waren bisher nirgendwo eindeutig festgelegt: Kein Arzt, keine Zahnärztin konnte – im Unterschied beispielsweise zu den USA – in die Pflicht genommen werden, 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

Ärzeschaft 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; im Jahr 2001 gab diese beispielsweise 1,5 Milliarden Euro für die ärztliche Fortbildung aus. Über die Gründe muss man nicht spekulieren. Insbesondere an der Erarbeitung von industriunabhängigen Therapieempfehlungen (Leitlinien) müsste die Ärzteschaft sich stärker selbst engagieren. Seit dem 1. Januar 2004 gelten neue Regelungen, und auch der Deutsche Ärztetag hat zur pharma-unabhängigen Fortbildung Beschlüsse gefasst. Entscheidende Verbesserungen sind nicht eingetreten. Sie werden nur erreicht, wenn die ärztliche Weiterbildung sich unabhängig von der Pharmaindustrie etabliert. Pharmagesponserte Weiterbildungsmaßnahmen dürfen von den Ärztekammern nicht mehr anerkannt („bepunktet“) werden.

- 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 bleiben aber zweifelhaft wegen der fehlenden Verbindungselemente zwischen behandelndem Arzt, Erscheinungsbild des Patienten und Qualität, Auswahl und Aussagekraft der chemischen Analyse. Außerdem führen lange Transportwege unter inadäquaten Bedingungen in nicht zu vernachlässigender Zahl zu falschen Ergebnissen, die Patienten schädigen.
- Im Mai 2004 hat der 107. Deutsche Ärztetag in Bremen eine neue **Musterberufsordnung** beschlossen. Neben der bisher bekannten Einzel- und Gemeinschaftspraxis gibt es folgende neue Möglichkeiten:
  - Bis zu zwei Zweigpraxen sind erlaubt.
  - Die bisherige strikte Regelung, nur einer einzigen Berufsausübungsgemeinschaft anzugehören, wird aufgegeben, zum Beispiel kann ein angestellter Krankenhausarzt gleichzeitig Partner in einer ambulanten Praxis sein oder selbstständiger Unternehmer in einer Ärztegesellschaft.
  - Gemeinschaftspraxen können überörtlich gebildet werden.
  - Es können Teilgemeinschaftspraxen und/oder Teilpartnerschaften gebildet werden.
  - Die Möglichkeiten, Ärzte in der eigenen Praxis anzustellen, werden erweitert, ohne dass die entsprechenden Schutzvorschriften (entsprechendes Entgelt, geregelte Fortbildung und anderes mehr) zugleich ausformuliert sind.
  - Kooperationen mit anderen Leistungserbringern werden ermöglicht.
  - Ärztegesellschaften (GmbH oder AG) werden zugelassen.

Bei diesen Neuregelungen kommt es entscheidend auf transparente und kontrollierbare Durchführung an, um Missbrauch gar nicht erst entstehen zu lassen.

## MISSBRAUCHSMÖGLICHKEITEN

- Abrechnung nicht erbrachter Leistungen (siehe Abschnitt VI)
- Erbringung und Abrechnung nicht indizierter Leistungen
- Abrechnung nicht persönlich erbrachter Leistungen (Chefärzte rechnen in unzulässiger Weise Leistungen ihrer nachgeordneten Fachärzte als eigenerbrachte, eigenverantwortlich beziehungsweise persönlich erbrachte Leistungen ab. Handel mit ärztlichen Leistungen Dritter durch leitende und niedergelassene Ärzte, zum Beispiel mit Laborleistungen, Röntgenleistungen, Zytologie)
- Falschabrechnung erbrachter Leistungen
- Extensiver Missbrauch der Patientenchipkarten und -daten
- Abrechnung von Leistungen aus finanzieller, nicht medizinischer Indikation: zum Beispiel Selbstzuweisung oder wechselseitige Überweisungen (engl.: self referral) oder Wiederbestellung aus nicht-medizinischen Gründen zur Fallzahlsteigerung
- Überweisung gegen Provision (z.B. „Kickback“ oder als „Normalwertstudien“ getarnte Rückvergütungen oder Subventionierung „beziehbarer“ Leistungen aus dem Gewinn teurerer Spezialleistungen)
- 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, EKGs etc. abrechenbar macht, statt eine gemeinsame Nutzung in Absprache unter den verschiedenen Leistungsträgern zu fördern. 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 dafür Ware geliefert wird. Das erstattete Geld teilen sich beteiligte Apotheker und Ärzte. Als Gegenstand findet sich häufig die Verordnung von Sprechstundenbedarf, Medikationen bei Privatpatienten, Verordnung von Arzneimitteln nach dem Tode des Patienten, Verordnung von Medizinprodukten wie Inkontinenzhilfen 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 Schadenssumme von rund einer halben Million Euro aufdeckt. Die kassenärztlichen Vereinigungen meinen, rund zehn Prozent der Abrechnungen seien fehlerhaft, zum Teil aber auch zu Lasten der Ärzte untereinander. Ursache sei das zu komplizierte Abrechnungssystem.
- Ärzte und Ärztinnen können durch Geschenke oder andere Vergünstigungen in eine schwer zu kontrollierende Abhängigkeit von der Pharmaindustrie und von

anderen Warenanbietern geraten. Dadurch werden oft der Preis- und Leistungswettbewerb der Warenanbieter beeinträchtigt, die optimale Therapieauswahl behindert und damit das gesamte System geschädigt. Vorteilsgewährung durch das Pharma-Marketing beeinträchtigt die Qualität der arzneitherapeutischen Versorgung.

- Ärzte und Ärztinnen schätzen oft falsch ein, dass die wissenschaftliche Information und die ärztliche Fortbildung sowohl bei Kongressen und Fortbildungsveranstaltungen als auch in der Fachpresse weitgehend von der anbietenden Wirtschaft bestimmt und manipuliert wird. Aus Gründen der Qualitätssicherung in der Therapie ist es notwendig, dass sie sich ein von den Anbietern unabhängiges transparentes und objektives Bild von den Therapiestrategien und von der Gesamtsituation des Gesundheitsmarktes machen.

## VI. Die ärztliche Selbstverwaltung

Weite Bereiche des Gesundheitswesens sind in Deutschland per Grundgesetz den Bundesländern zugeordnet. Seit den Zeiten Bismarcks unterliegen sie der Selbstverwaltung. Die beruflichen Belange der Ärzteschaft werden von den **Ärztekammern/Zahnärztekammern als Körperschaften öffentlichen Rechts** 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 Ärztekammern wachen über fachliche Qualität, Moral und Ethos der Ärzteschaft, ahnden nicht standesgemäßes Verhalten und kümmern sich um die ärztliche Fortbildung. Vertreter der Ärztekammer bleiben weiter in ihrem Beruf tätig und erhalten als Aufwandsentschädigung wenig zusätzliches Geld. In einigen Ländern arbeiten die Funktionsträger der Ärztekammer aber faktisch hauptamtlich, ihre Aufwandsentschädigungen sind beträchtlich. Eine wichtige Aufgabe der Ärztekammern ist es, Schaden vom Patienten durch eine unsachgemäße ärztliche Behandlung abzuwenden. Dies leisten sie durch eine möglichst gute Organisation der ärztlichen Anliegen und durch eine möglichst hochwertige Fort- und Weiterbildung. Außerdem unterhalten Ärztekammern/Zahnärztekammern Gutachter- und Schlichtungsstellen, die bei Streitfällen über Behandlungsfehler die Schädigung der Patienten beurteilen und Vorschläge zur Schadensregelung machen sollen. Diese können eine gerichtliche Klärung aber nicht ersetzen. Von Patientenschutzorganisationen wird die Objektivität und Unabhängigkeit dieser Einrichtungen oft angezweifelt, weil deren Besetzung und Verfahrensweisen nicht transparent genug sind.

Die **Bundesärztekammer** ist der Zusammenschluss aller Landesärztekammern mit der Aufgabe, Austausch und Vermittlung unter den 17 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. Dies ist nicht der Fall.

Die berufsständischen Organisationen der Ärzte sind neben den Ärztekammern die **kassenärztlichen Vereinigungen**, die – gleichfalls als Körperschaften öffentlichen Rechts – von der Länder bis zur Bundesebene durchorganisiert sind und in denen jeder Arzt Mitglied sein muss, der seine Leistungen über die gesetzlichen Krankenkassen abrechnet. Auch sie sind regional verankert, und auch hier besteht Pflichtmitgliedschaft. Zwischen drei und mehr als fünf Prozent seines Umsatzes hat ein niedergelassener Arzt an die kassenärztliche Vereinigung als Kostenbeitrag abzuführen. Diese Gelder bilden ein beträchtliches Machtpotential. Ihre Verwaltung sollte zumindest gegenüber den Mitgliedern, aber auch öffentlich transparent sein; dies ist nicht der Fall. Die kassenärztlichen Vereinigungen stellen den Zusammenschluss der Ärzte gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen dar. Sie sollen die Interessen der Ärzte gegenüber den Krankenkassen und anderen Vertragspartnern vertreten; aber im Grunde vertreten sie vor allem sich selbst und ihre eigenen Interessen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen laut Gesetz die vertragsärztliche Versorgung sicher. 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. Durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz wurden bei den Kassenärztlichen Vereinigungen hauptamtliche Vorstände verpflichtend, die im Laufe des Jahres 2004 eingeführt wurden. Die Einkünfte der Vorstände sollen im Haushalt ausgewiesen werden.

Organe der Kassenärztlichen Vereinigungen sind die Vertreterversammlung und der Vorstand, deren Mitglieder auf vier Jahre gewählt werden. Die Mitglieder der Vertreterversammlung sind ehrenamtlich tätig, der Vorstand muss seit in Kraft treten des Gesundheitsreformgesetzes hauptamtlich besetzt sein. Die Bezüge der Vorstandsmitglieder sind von Land zu Land sehr unterschiedlich. Sie wurden nach den Wahlen zum Teil stark angehoben und werden gemäß der neuen gesetzlichen Verpflichtung durch das GMG seit 2005 jährlich im Deutschen Ärzteblatt vollständig veröffentlicht.

Der organisatorische Zusammenschluss der Kassenärztlichen Vereinigungen – bis 2004 waren es 23 mit abnehmender Tendenz – ist auf der Bundesebene die **Kassenärztliche Bundesvereinigung**; sie vertritt die politischen Interessen der Vertragsärzte auf der Ebene des ganzen Landes, indem sie die ärztlichen Belange bei Gesetzgebungsverfahren einbringt. Außerdem schließt sie Verträge mit den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern ab. Ihre Organe sind der Vorstand, bestehend aus zwei Mitgliedern, und die sechzigköpfige Vertreterversammlung, in der neben Ärzten und Psychotherapeuten die Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder nach einem bestimmten Schlüssel vertreten sind. Die neueste Version der Satzung kann im Internet unter [www.kbv.de](http://www.kbv.de) nachgelesen werden. Auch die Mitglieder und der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung waren bis 2004 ehrenamtlich tätig und arbeiten jetzt hauptamtlich; sie erhalten zum Teil beträchtliche Aufwandsentschädigungen.

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 intransparente Vermischung zwischen Eigeninteressen der Berufsverbände und Interessen 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...“ erarbeitet, die die notwendigen Standards an Objektivität und Transparenz gewährleisten sollen, aber daneben gibt es immer noch viel Wildwuchs von Konsensus- und anderen Leitlinien, in denen statt therapeutischer Information blankes Marketing für fragwürdige Produkte unter dem Deckmantel professoraler Meinungsbildner veranstaltet wird. Nach wie vor ist die Offenlegung von Interessenkonflikten und von Strukturen, zum Beispiel die Verflechtungen dieser Verbände und Gesellschaften mit den Interessen der Warenanbieter oder Abhängigkeiten einzelner Mediziner von einzelnen Anbietern unzureichend, denn die nicht fachlich begründeten Einflussnahmen führen zu deutlichen Qualitätsverlusten in den Standards der medizinischen Versorgung in Deutschland.

Der Gesetzgeber hat den **Gemeinsamen Bundesausschuss** als neues Gremium der Selbstverwaltung zum 1. Januar 2004 errichtet. Dieser hat die Rechtsnachfolge der Bundesausschüsse der Ärzte/Zahnärzte und Krankenkassen, des Koordinierungsausschusses und des Ausschusses Krankenhaus angetreten. Ihm sind vom Gesetzgeber höchst unterschiedliche Aufgaben übertragen worden, die vor dem Hintergrund der bestehenden Unterschiede zwischen ambulanter und stationärer Versorgung für die verschiedenen Themenbereiche in unterschiedlichen Besetzungen entschieden werden. 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.

Der Gemeinsame Bundesausschuss besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, vier Vertretern der KBV, einem Vertreter der KZBV, vier Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft und neun Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen. Außerdem können an den Sitzungen des Ausschusses bis zu neun Patientenvertreter teilnehmen, die Antrags- und Mitberatungsrecht, jedoch kein Stimmrecht haben. Die Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses sind ehrenamtlich tätig. Die Dauer einer Amtsperiode beträgt vier Jahre.

Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt als sogenannter kleiner Gesetzgeber, was in der Kassenmedizin geschieht. Alle Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung sind von den Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses betroffen, denn er hat die Aufgabe zu konkretisieren, welche ambulanten oder stationären Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Die von ihm beschlossenen Richtlinien haben den Charakter untergesetzlicher Normen.

Für das Tätigwerden des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in seinen unterschiedlichen Besetzungen ist zu unterscheiden zwischen den Gremien nach § 91 Abs. 2 und 4 bis 7 SGB V, die Beschlüsse fassen, den Unteraus-

schüssen, in denen Beschlussempfehlungen vorbereitet werden und der Geschäftsführung, die für die administrativen Aufgaben zuständig ist.

Beschlüsse des G-BA werden in Unterausschüssen vorbereitet. Diese sind ebenso wie das Plenum mit Vertretern der Krankenkassen und der Leistungserbringer (KBV, KZBV, DKG) besetzt. Nach Abschluss der Beratungen gibt der Unterausschuss dem jeweiligen Beschlussgremium eine Beschlussempfehlung, über die dort abschließend beraten und beschlossen wird. Die Entscheidungen des G-BA werden mit einfacher Mehrheit der Stimmen getroffen. Die Beratungen und Beschlussfassungen sind nicht öffentlich. Eine wichtige Aufgabe des Bundesausschusses betrifft die Ausgestaltung des Anhörungsverfahrens vor Erlass der Änderung der Richtlinien. Diese ist in der Verfahrensordnung geregelt. Neben schriftlichen Anhörungen können auch mündliche Anhörungen durchgeführt werden.

Die Rechtsaufsicht über den G-BA führt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Der G-BA legt die von ihm beschlossenen Richtlinien dem Ministerium vor. Dieses hat das Recht, sie innerhalb von zwei Monaten zu beanstanden. Bei Nichtbeanstandung eines Beschlusses durch das BMG wird dieser im Bundesanzeiger veröffentlicht und tritt in der Regel einen Tag nach Veröffentlichung in Kraft.

Die Arbeitsweise des 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 Unterausschüssen 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.

## MISSTÄNDE UND MISSBRAUCHSMÖGLICHKEITEN

- 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. Es gibt aber Gründe, sich zu fragen, warum die Wahlbeteiligung bei den Gremienwahlen so schlecht ist und warum mit ganz wenigen Ausnahmen immer wieder reine Verbandsfunktionäre gewählt werden. Das hat etwas mit dem Ansehen von Standespolitik und Standespolitikern innerhalb der Ärzteschaft zu tun.
- Die Ärztinnen und Ärzte hatten in Zeiten guter Einnahmen kaum Interesse an ihrer Standesvertretung 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.
- Die Festsetzung der Aufwandsentschädigungen sowie die Kontrolle der Arbeit der Funktionäre genügen modernen demokratischen Anforderungen nicht. Angesichts der stetig wachsenden Zahl von Ärzten jeder Art besteht die Gefahr, dass die ärztliche Selbstverwaltung weniger das Wohl der Versicherten/Patienten als das Wohlergehen ihrer Mitglieder und Mandatsträger im Blick

hat. Einzelne Vorstände der Körperschaften, die den größeren Teil ihres Lebensunterhalts aus der berufspolitischen Tätigkeit bestreiten, sind kaum unabhängig genug, um zusätzlich zu den Sorgen um ihre Wiederwahl auch die Sorgen um die Finanzierbarkeit der gesamten staatlichen Gesundheitsversorgung angemessen zu verfolgen und in ihr Handeln einzubeziehen.

- Die Einflussnahme auf Gesetzgebungsverfahren – einerseits erwünscht und vom Gesetzgeber gewollt – ist auf der anderen Seite demokratisch nicht transparent genug und im Gesamtinteresse des Gesundheitswesens oft nur standespolitisch nachvollziehbar und daher nicht sachgerecht. Umgekehrt wird gesetzlichen Verpflichtungen der K(z)Ven häufig in großem Stil nicht Folge geleistet: Richtgrößenprüfungen, Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Zufälligkeitprüfungen, Plausibilitätsprüfungen bei den Mitgliedern finden zu selten statt (und haben oft keine adäquaten Konsequenzen zur Folge), so dass Missetäter nicht fürchten müssen, entdeckt zu werden.
- 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.
- Der Umgang der ärztlichen Selbstverwaltung mit gesetzlichen Vorschriften und gesetzlichen Aufsichtspflichten ist oft fahrlässig, unsauber und korrupt, wie sich am Verhalten der KBV bei der Sicherstellung der Werbefreiheit in der Praxissoftware der Ärzte gezeigt hat. Mit dem Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) beauftragte der Gesetzgeber die KBV, dafür Sorge zu tragen, dass nur noch solche Software in den Praxen verwendet werde, die keine Herstellerwerbung enthält. Laut Ärzteblatt vom 9. Mai 2006 wurde nach Kontakten zwischen dem stellvertretenden KBV-Chef und dem Anwalt der Hersteller dieser Software erklärt, eine völlig werbefreie Praxis sei eine Illusion und die KBV werde sich mit einer mit den Software-Anbietern ausgehandelten freiwilligen Vereinbarung zufrieden geben. Auf dieser Grundlage wolle die KBV die Software-Programme zertifizieren. So degenerierte ein Gesetzesauftrag zur Kontrolle der Werbung zu einer ineffektiven Selbstverpflichtungserklärung der bekannten Pharma-Werbeträger. Keine Aufsichtsbehörde des Bundes oder der Länder intervenierte gegen diesen offenen Verstoß gegen gesetzliche Vorgaben. Nur die Krankenkassen intervenierten und setzten eine lange Verhandlungsserie in Gang, die erst nach der Erstellung dieser Textversion am 11. Juni 2008 zur Unterzeichnung eines Anforderungskatalogs zum Arzneimittelwirtschaftlichkeitsgesetzes „Anforderungen an Datenbanken und Software für Vertragsarztpraxen“ führte. Ab dem 1. Juli 2008 dürfen Ärzte nur noch zertifizierte Software verwenden. Die Kontrolle über die Zertifizierung im Rahmen dieses Vertrages obliegt den Kassenärztlichen Vereinigungen, deren Qualität in Anbetracht der Vorgeschichte mit den zuvor zwischen der KBV und den Software-Anbietern ausgekungelten Konditionen fragwürdig erscheint. Verantwortungslosigkeiten dieser Art und herstellernahe Entscheidungen, die intransparentem Lobbyismus folgen, kennzeichnen nur zu oft die Selbstverwaltungen im Gesundheitswesen. Im Ausland wird diese deshalb oft als „die deutsche Spielart der Korruption“ apostrophiert.
- In der gesetzlichen Krankenversicherung wurde ein Abrechnungssystem geschaffen, das Betrug in hohem Maße begünstigt, statt ihn zu verhindern. Ein Grundübel liegt darin, dass der Patient nicht erfährt und damit auch nicht kontrollieren kann, was der Arzt bei der Kassenärztlichen Vereinigung in Rechnung stellt. So kann ein Arzt, sobald er die Chipkarte eines Patienten erhalten oder

sie in seinem Computer gespeichert hat, sämtliche Leistungen bei der KV abrechnen, die sein Budget erlaubt – oft ohne den Patienten auch nur gesehen zu haben. Beteuerungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, es werde konsequent gegen Betrüger vorgegangen, weil anhand von Zeitprofilen regelmäßig Plausibilitätsprüfungen durchgeführt und jeder Leistungsziffer realistische Minutenwerte zugeordnet würden, sind solange unglaubwürdig, wie die Plausibilitätsgrenze bei einer täglichen zwölfstündigen Regelarbeitszeit (ohne die Behandlung von Privatpatienten, ohne Notfälle, Hausbesuche, Bescheinigungen, Gutachten, Arztbriefe, Praxisorganisation etc.) liegt. Diese erst kürzlich etwas heruntergesetzte Grenze hat zu einer enormen „Mengenausweitung“ ärztlicher Leistungen geführt. Der Punktwertverfall im Rahmen der 1987 eingeführten Budgetierung ist damit programmiert und dem Abrechnungsbetrug Tür und Tor geöffnet.

- 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 den betreffenden Körperschaften, Delegiertenversammlungen und Vorständen bestimmt sein.

## EINFLÜSSE DURCH DIE EU

Beschlüsse und Regulationen der europäischen Einrichtungen beeinflussen zunehmend auch die nationalen Sozial- und Gesundheitssysteme. In Deutschland wird dies bis zum heutigen Tag nur eingeschränkt wahrgenommen, und das Desinteresse deutscher politischer Gremien des Sozialwesens an Europa führt infolgedessen zu einer inadäquaten und unzureichenden Vertretung deutscher Interessen und Bedürfnisse in der EU. In der europäischen Gesundheitspolitik dominieren die nationalen Gesundheitssysteme mit staatlicher Verantwortung und Politikgestaltung. Sie bestimmen die Grundsätze und Richtlinien einer wachsenden Harmonisierung der nationalen Sozial- und Gesundheitssysteme. Wirtschaftspolitische Erwägungen haben dabei oft größere Wirkung als gesundheitspolitische, was die Situation für Deutschland nicht einfacher macht. Denn das deutsche Prinzip der Selbstverwaltung im Gesundheitssystem wird im übrigen Europa nicht wahrgenommen. Im Gegenteil: die Selbstverwaltung durch die Körperschaften öffentlichen Rechts wird in der übrigen EU eher als eine Wettbewerbsverzerrung denn als zukunftsweisender Weg gesehen.

## MÄNGEL AM SYSTEM DER SELBSTVERWALTUNG

Schaut man kritisch auf die Wettbewerbsfähigkeit des deutschen Systems gegenüber den europäischen Partnern, stellt man folgendes fest:

- Das für das Selbstverwaltungssystem bei uns besonders notwendige Gemeinschaftsgefühl wird durch den geforderten Wettbewerb zunehmend entwertet. Derzeit scheinen weder das Parlament noch die Länder, noch die Selbstverwaltung dazu bereit, Verantwortung für das gesamte Gesundheitsversorgungssystem zu übernehmen. Jeder bedient seine Klientel, und gezielte gemeinsame administrative Problemlösungen unterbleiben. Deshalb rangiert das deutsche Gesundheitssystem mit dem weltweit dritthöchsten Kostenaufwand von mehr als 11 Prozent des Bruttosozialproduktes (Statistisches Bundesamt 2002) hinsichtlich seiner Effizienz nur im Mittelfeld vergleichbarer Industrieländer.

- Die Bedingungen und Limitationen des Systems der Selbstverwaltung beeinträchtigen im europäischen Vergleich die Funktionsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems und fungieren zugleich infolge Unübersichtlichkeit und fehlender Kontrollen unbestreitbar als Einfallstore der Korruption.
- Die Bundesregierung kann sich ihrer politischen Entscheidungs- und Gestaltungspflichten in Deutschland leicht entziehen, indem sie diese auf die Ebene der Länder oder der Selbstverwaltung verschiebt. Sie greift daher oft nicht rechtzeitig steuernd in die Problemlösung innerhalb der Gesundheitsversorgung ein. So werden gesundheitspolitisch notwendige Entscheidungen unzureichend, zu selten und zu spät getroffen. Dies wird oft auch dadurch bewirkt, dass auf Grund der zunehmenden internationalen Konzentration der pharmazeutischen Industrie und damit deren wachsender Macht Entscheidungen, die gesundheitspolitisch sinnvoll, von der Industrie wirtschaftlich aber unerwünscht sind, vor allem mit Arbeitsplatzargumenten des jeweiligen Bundeslandes, in dem die betroffenen Industrieunternehmen ihren Sitz haben, verhindert werden.
- Die Vielfalt der Entscheidungsebenen in der Selbstverwaltung verhindert durch Kompetenzgerangel, Interessenklüngel und Abschieben von Verantwortung auf den jeweils anderen Träger zielgerichtete und effiziente Problemlösungen und fördert ungehemmte Klientelwirtschaft.
- Das Europäische Kartellrecht, das keine Selbstverwaltung im Sinne des deutschen Sozialsystems kennt, gesteht dieser Selbstverwaltung keine regulatorischen und kostensteuernden Funktionen zu, weil es deren Gremien rechtlich als den Warenverkehr behindernde und deshalb ungesetzliche Kartelle begreift. Dies wird über kurz oder lang die Selbstverwaltung im deutschen Sozial- und Gesundheitswesen beenden.

## VII. Apotheker

Auch die Apothekerschaft in Deutschland verwaltet sich selbst und unterliegt der Landesaufsicht. Die Trennung zwischen Arzt als „Verordner“ und Offizinapotheker 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).
- Die berufsständischen Organisationen bemühen sich durch vielseitige Fortbildungsangebote, die Beratungsqualität zu verbessern. Durch das Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz (GMG) wird der Interessenkonflikt des Apothekers – sowohl gewinnorientierter Kaufmann als auch objektiver Arzneimittelberater zu sein – weitgehend eingedämmt. Denn jetzt beträgt das Abgabehonorar für den Apotheker höchstens 8,10 Euro für Privatversicherte, resp. 5,80 Euro für gesetzlich Versicherte pro Packung, unabhängig vom Endpreis des Produk-

tes. Zudem wurde die prozentuale Beteiligung des Apothekers am Abgabepreis generell auf 3 Prozent gesenkt. Die Preisbindung für frei verkäufliche Arzneimittel gilt nicht mehr. Die Abkoppelung des Apothekenhonorars vom Einkaufspreis des Medikamentes ist ein Schritt in die richtige Richtung, denn dadurch hat das „Verschieben“ von teuren Rezepten seinen Reiz verloren. Die Neuregelung hat allerdings nicht zu den gewünschten Ergebnissen geführt, weil Hersteller durch verschleierte Preisabsprachen und Naturalrabatte den Preiswettbewerb zu Lasten der Krankenkassen und der Versicherten weitgehend ausgeschaltet haben. Deshalb gilt ab 2006 die Regelung, dass Naturalrabatte an Apotheker verboten sind und entsprechende Rabatte direkt den Krankenkassen zufließen müssen.

- Die Berufsvertretung der Apotheker ist die Landesapothekerkammer; sie ist gemäß dem Heilberufsgesetz (HeilBG) 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 fünf 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.
- 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. Die Apothekerverbände sind auf Bundesebene im Deutschen Apothekerverband (DAV) organisiert. Durch Gründung neuer Wirtschaftsverbände in verschiedenen Sparten der Pharmazie wurde das Vertragsmonopol der Landesverbände teilweise aufgeweicht.
- Den Landesapothekerkammern und Landesapothekervereinen und -verbänden als Dachverband übergeordnet ist die Arbeitsgemeinschaft der Bundesvereinigungen Deutscher Apothekerverbände (ABDA). Sie repräsentiert 34 Mitgliedsorganisationen und stellt sich nach außen als Spitzenorganisation der ca. 53.000 deutschen Apotheker dar. Der ABDA obliegt laut Satzung die Wahrnehmung und Förderung der gemeinsamen Interessen der Apothekerkammern und -vereine/-verbände. Eine Öffnung für andere Verbände existiert satzungsgemäß nicht. Ziel der ABDA ist nach außen hin, „die Zusammengehörigkeit aller deutschen ApothekerInnen zu wahren und zu pflegen, einschließlich der Förderung der Interessen ihrer Mitglieder“.

Die Organisation der Apotheken auf Bundesebene erscheint problematisch. Die Landesapothekerkammern sind Körperschaften öffentlichen Rechts und bestehen aus Pflichtmitgliedern, nämlich den approbierten Apothekern, die ihren Beruf ausüben. Daneben stehen die Apothekerverbände auf Landesebene, in denen die niedergelassenen Apotheker freiwillig Mitglied sind. Die Landesapothekerkammern zahlen an die ABDA als Dachorganisation jährliche Beiträge bis

zu einem Viertel ihres eigenen Haushalts. Die Bundesapothekerkammer hat keinen eigenen Haushalt. Auch der Deutsche Apothekenverband DAV als bundesweiter Zusammenschluss der 17 Landesapothekerverbände und -vereine, in denen rund 90 Prozent der Apotheker organisiert sind, verfügt über keinen eigenen Haushalt. Der DAV ist aber einer der Träger der ABDA und versteht sich als Vertreter der ökonomischen Belange der Apothekerschaft. Die jährlichen Zahlungen der Mitglieder gehen direkt an die ABDA, die davon nicht nur die Aufgaben eines Bundesverbandes finanziert, sondern daneben eigene Wirtschaftsunternehmen wie beispielsweise den Govi-Verlag, die ABDATA oder die MGDA (Werbe- und Vertriebsgesellschaft Deutscher Apotheken) unterhält. Der Interessenkonflikt zwischen der hoheitlichen Aufgabe, ohne Klientelinteressen umfassend der Gesundheit der Versicherten zu dienen, und den freien Wirtschaftsinteressen des Dachverbandes ist dieser Konstruktion immanent. Problematisch erscheint auch aus demokratischer Sicht die Tatsache, dass innerhalb der ABDA der angestellte Apotheker eine Stimme hat, während der selbstständige Apotheker über zwei Stimmen verfügt.

In einigen Bundesländern haben wegen dieser Problematik Klagen einzelner Apotheker gegen ihre jeweilige Apothekerkammer auf Austritt aus der ABDA stattgefunden oder sind noch anhängig. Gerade im Hinblick auf EU-Recht erscheint eine haushalterische Trennung von Kammern und Wirtschaftsverbänden zwingend geboten. Die Tätigkeit der Kammern als mit hoheitlichen Aufgaben betrauten Organisationen muss zweifelsfrei von den wirtschaftlichen Interessen der Distribution von Arzneimitteln und deren Marketing abgegrenzt sein. Durch Vorstoß der Kammer Hessen wurde zumindest eine Haushalts- und Kassenordnung innerhalb der ABDA etabliert, was eine gewisse Transparenz ermöglicht.

- Besonders reformbedürftig ist die Organisation des Arzneimittelhandels. Hier muss dringend für Transparenz gesorgt werden. Der Weg eines Arzneimittels von der Produktion bis zum Patienten muss lückenlos dokumentiert werden und damit nachvollzogen werden können. Unterschiede im Preisniveau der EU-Länder müssen abgeschmolzen werden, um den Grauen Markt einzudämmen. Die entsprechenden Daten müssen über das Internet zugänglich sein.

## MISSBRAUCHSMÖGLICHKEITEN

- Apotheken können als Krankenhausapothekende oder krankenhausesorgende Apotheke mit den Herstellern Sonderkonditionen (Rabatte, kostenlose Zusatzartikel, persönliche Zuwendungen etc.) vereinbaren, die entweder ihnen persönlich zugute kommen oder aber die Kostenstrukturen des Krankenhauses zu Gunsten der Hersteller und zu Lasten der Versichertengemeinschaft verzerren. Preiswerte Arzneimittel können auf diese Weise teuer in den regulären Markt gelangen.
- 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, z.B.: Unerlaubte Zusammenarbeit zwischen Apotheker und Arzt, Tauschgeschäfte bei Verordnungen und Sprechstundenbedarf, Veränderungen auf dem Rezept ohne Rücksprache mit dem Arzt, Ab-

rechnung 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. Angemerkt sei, dass Krankenkassen selbst in offenkundigen Missbrauchsfällen häufig ohne Interesse an einer Aufklärung sind und ausschließlich ihre eigenen Ziele verfolgen.

- Die Bildung von kriminellen Netzwerken aus verordnenden Ärzten, abrechnenden Apothekern und vertreibenden Pharmahändlern hat direkten Betrug an den Krankenkassen zur Folge, wenn über Scheinabrechnungen für verordnete, aber nicht erbrachte Leistungen das System der Krankenversorgung ausgebeutet wird. Laut Ärztezeitung vom 30. Juli 2001 hat die „Untersuchungsgruppe Falschabrechnungen“ mehrerer niedersächsischer Krankenkassen für das erste Halbjahr 2001 in Niedersachsen ein Gesamtschadensvolumen von fünfzig Millionen D-Mark festgestellt. Hochgerechnet auf ganz Deutschland war damit die Milliardengrenze überschritten. Die tatsächlichen Schäden liegen dabei vermutlich deutlich höher, weil „die meisten Fälle unentdeckt bleiben. Vieles wird nur durch Zufall aufgedeckt“ (Klaus Tamberg, Chef der BKK Niedersachsen). Ob diese Zahlen sich auf Grund des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes ändern werden, kann derzeit niemand bewerten.
- Vor der Umstellung der Arzneimittelpreisverordnung, also vor dem 1.1.2004, wurden zunehmend Apotheker in organisierte kriminelle Aktivitäten involviert. Zum Beispiel: Rezepte von Drogenabhängigen oder HIV-Patienten wurden von Apothekern gegen geringes Entgelt aufgekauft und dann voll gegenüber den Kassen abgerechnet. Oder: mafiaartige Strukturen zwischen verordnenden Ärzten, versorgenden Pharmafirmen und Apothekern wurden genutzt, um teure Rezepte für Krebs-Medikamente, die langfristig auf verstorbene oder versterbende Patienten ausgestellt sind, ohne Warenlieferung gegenüber der Kasse geltend zu machen. Diese Praktiken haben sich trotzdem bis heute nicht geändert.
- In der Arzneimittelversorgung entstehen zunehmend Vertriebsstrukturen, die Therapieerfordernisse und Qualitätsfragen der Arzneimittelversorgung dem Absatzinteresse der Warenanbieter unterordnen. So hat sich bei Arzneimitteln ein „grauer Markt“ etabliert, der die Größenordnung von etwa 250 Millionen Euro (Hersteller-Abgabepreis) Warenwert besitzt und der sich aus nach Deutschland zurückgeleiteten Arzneimittelpenden oder in die Offizin (Apotheke) umgeleiteter Krankenhausware speist. Letzteren Weg nehmen etwa zehn Prozent der zu Sonderkonditionen erworbenen Krankenhausware. Dies verstößt gegen die Arzneimittelpreisverordnung und benachteiligt einseitig die legal arbeitenden Offizinapotheker.

## EU - REGELUNGEN

Problematisch sind auch die unterschiedlichen Regelungen in der Europäischen Union für Apotheken. Während die Niederlassungsfreiheit in den Nachbarstaaten Deutschlands an die Einwohnerzahl und die Entfernung zur nächsten Apotheke geknüpft ist, ist die Möglichkeit zur Niederlassung in Deutschland frei – mit der Folge eines teilweise ruinösen Wettbewerbs und der Entwicklung krimineller Machenschaften. Versandhandel und unterschiedliche Preisniveaus erlauben unausereibere Geschäfte bei grenzüberschreitendem Handel, der angesichts offener Grenzen nicht zu kontrollieren ist – zu Lasten der Arzneimittelsicherheit und des

Schutzes von Patienten und Versicherten. Unterschiedliche Sicherheitsstandards, gerade auch bei den neuen EU-Mitgliedsländern, erschweren Kontrollen und Patientenschutz.

## VIII. Die Pharma- und Medizinprodukteindustrie

Ein großer Teil der Kosten des Gesundheitssystems wird von der Entwicklung und Herstellung, dem Vertrieb und Verkauf von Medikamenten, Hilfsmitteln und Medizingeräten bestimmt. Dieser Gesundheitsmarkt ist hinsichtlich Entwicklung und Produktion frei, auch die Preise können frei festgesetzt werden, so dass der Gesetzgeber seit Jahren wenig erfolgreich versucht, durch 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. Der Abbau von Forschungsprojekten zur Kostensenkung bedingt einen Mangel an Innovationen, und dieser entzieht dem Qualitätswettbewerb zwischen den Unternehmen die Grundlage. 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. Auch die überwiegende Zahl traditioneller deutscher Konzerne ist inzwischen in multinationalen Unternehmen aufgegangen.

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. 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.

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 aber überwiegend wirkungslos, da es sowohl an der Verfolgung wie an Sanktionen mangelt.

Nur medizinisch sachkundige Mittler wie Ärzte oder Apotheker sind als Adressaten der Arzneimittelwerbung für rezeptpflichtige Arzneimittel zulässig. Entsprechend intensiv sind die Anstrengungen der Pharma- und Gerätehersteller, ihre Produkte den Fachkreisen gezielt nahe zu bringen: Gutachten, kostenlose Aus-

stattung mit Arzneimittelmustern oder Geräten, Sonderrabatte, die Fachpresse oder Kongresse mit Fachvorträgen, außerdem Fernsehauftritte und ähnliches werden als Werbemaßnahmen eingesetzt, um Ärzte und Apotheker über bestimmte Arzneimittel oder über medizinische Analyse- oder Therapiegeräte zu informieren und sie von deren Wert zu überzeugen. Ein wichtiger Multiplikator für die Verbreitung realer oder vermeintlicher medizinischer Fortschritte auf dem Gebiet der Arznei- und Hilfsmittel sind die **medizinischen Fakultäten und die Universitätskliniken** sowie die wissenschaftlichen Gesellschaften oder fachärztlichen Berufsverbände. 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 Klinikchefs. Niedergelassene Fachvertreter gelten als selbstständige Unternehmer und sind vom Verbot der Vorteilsannahme oder -gewährung nicht betroffen.

Das **Verbot der Laienwerbung für rezeptpflichtige Arzneimittel** steht gerade erneut im Fokus der Attacken der Pharmalobby, derzeit mit Hilfe des EU-Kommissars der Generaldirektion Enterprise als Handlanger. Er macht sich das Argument der Pharmaindustrie zu eigen, dass Informationsfreiheit auch für pharmazeutische Hersteller gelten müsse. Dass Werbung und Information unterschiedlich zu bewerten sind und dass die Pharmawerbung nachweislich desinformiert und Unwahrheiten verbreitet, muss offenbar in jedem Jahrzehnt erneut erstritten werden.

Weiterhin wird in der Praxis das Werbeverbot häufig und systematisch dadurch unterlaufen, dass Medizinjournalisten durch Zuwendungen und gesponserte luxuriöse Veranstaltungen zu positiven Berichten in Laien-Medien („advertorials“) motiviert werden. Sanktionen solcher Verstöße werden von den zuständigen Landesbehörden in Deutschland – im Gegensatz zu anderen Ländern – auch auf Anzeige hin selten und wenn, dann 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.

Problematisch wirkt sich das **Pharmamarketing in Ratgebersendungen** von Funk und Fernsehen und anderen Medien auf das Verhalten der Versicherten aus. Die anpreisende Darstellung von nutzlosen oder überflüssigen Therapien, die den Verdacht bezahlter PR-Arbeit nährt, verführt Versicherte und Kassen oft zu teuren Einzelfallentscheidungen, die in der Summe die Qualität der Arzneytherapien beeinträchtigen, weil für das Nötige dann kein Geld mehr da ist.

Die **Zulassung von Arzneimitteln** ist ein mehrstufiges Verfahren, das gesetzlich geregelt und sehr kostenaufwändig ist. Es ist nur für Insider transparent, insbesondere sind die Beziehungen zwischen Antragstellern, gutachtenden Experten und Behörden undurchsichtig, zumal keine Offenlegungspflicht der Interessenskonflikte besteht, die überprüfbar ist. Mit guten Argumenten sind Zweifel an der Objektivität und Unabhängigkeit der Zulassungsbehörden untermauert, zum Bei-

spiel weil unabhängige Wissenschaftler erst nach der Zulassung eines Arzneimittels einen – allerdings immer noch begrenzten – Einblick in die Unterlagen erhalten können, so dass sich Entscheidungen der Behörde selbst im Nachhinein meist nicht nachvollziehen lassen. Selbst Sicherheitsdaten zu Arzneimitteln und Informationen über laufende klinische Prüfungen werden mit dem Schleier des Amtsgeheimnisses überzogen, und zwar nicht nur in der deutschen Behörde, sondern ebenso in der europäischen Zulassungsagentur EMA. Letztere gehört nicht zur Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz, sondern zur Generaldirektion Enterprise und wird fast ausschließlich von der Pharmaindustrie finanziert. Folglich sind die Entscheidungen auf Industrieförderungen ausgerichtet, nicht auf Gesundheit und Sicherheit der Bevölkerung. Gefährdungen der Anwender durch ineffektive und/oder riskante Produktzulassungen werden offenbar billigend in Kauf genommen, während die Hersteller uneingeschränkten Schutz genießen. In der Entscheidungsphase fehlen nachvollziehbare Begründungen für regulatorische Entscheidungen völlig. Die nicht seltene und dann ausschließlich wirtschaftlich begründbare Beschleunigung der Zulassungsverfahren verhilft immer wieder Arzneimitteln auf den Markt, bevor überhaupt wissenschaftliche Daten über sie veröffentlicht wurden und ihre Wirkung damit kritisch bewertet werden kann. Auch die Publikation sicherheitsrelevanter Daten unterbleibt häufig. Bedenklich ist auch, dass etwa 70 Prozent des Budgets der deutschen Zulassungsbehörde aus den Geldern der antragstellenden Pharmaindustrie bestritten wird. Dadurch wird sowohl die nationale wie die europäische Behörde immer mehr zum Dienstleister für ihre Finanziere und verliert den Charakter einer Kontrollinstanz zum Schutze der Patienten, als die sie ursprünglich entwickelt wurde.

## WISSENSCHAFT UND FORSCHUNG

Der Abbau der staatlichen Forschungspolitik hat in Deutschland eine Entwicklung der Pharmaforschung bewirkt, bei der sich der Staat weitgehend aus der **klinisch-pharmakologischen Forschung** zurückgezogen hat. Infolgedessen gibt es praktisch nur noch Wirkstoffe, die in den chemischen Labors pharmaindustrieabhängiger Unternehmen und Institute entwickelt werden. Die medizinischen Gutachten, die sie bewerten und die vorgeschriebenen Untersuchungen, die der Zulassung eines Wirkstoffs oder eines Arzneimittels vorangehen, werden hingegen durch Hochschulexperten, Universitätskliniken und ähnliche Institutionen erstellt, wobei die antragstellende Firma diese Untersuchungen in Auftrag gibt und auch bezahlt. Klinische Studien werden häufig so konzipiert, dass nicht Erkenntnisgewinn, sondern Produktvorteile ermittelt werden. Das hat seit 1980 eine eklatante strukturelle Schwächung der innovativen klinischen Forschung in Deutschland bewirkt. Der enge Kontakt zwischen medizinischen Universitätsinstituten, niedergelassenen Ärzten und den Herstellerfirmen setzt sich auch in der Vermarktungsphase nach der Zulassung eines Arzneimittels fort, wo es im Rahmen der vorgeschriebenen medizinischen Begleitung des Arzneimittels oft zu bestellten Gutachten und klinischen Studien, Tendenzuntersuchungen und Fortbildungsveranstaltungen kommt, bei denen die Verflechtungen zwischen wissenschaftlichen und materiellen Interessen aller Beteiligten nicht transparent sind.

Infolge der engen **Interessenverflechtung zwischen Wissenschaft und Wirtschaft** ist der Standard der klinischen Zeitschriften in Deutschland so gesunken, dass keine einzige deutschsprachige klinische Zeitschrift mehr eine international anerkannte wissenschaftliche Bedeutung hat. Es gibt praktisch kaum noch klinische Publikationsorgane, die von der Pharmaindustrie so unabhängig sind, dass Publikationen mit kritischen Wertungen veröffentlicht werden.

Ein weiteres schwerwiegendes Problem ist die **Finanzierung von Forschung der Pharmaindustrie durch die Krankenkassen** und damit das Abwälzen von Forschungskosten vom Hersteller auf die Versicherten. Dies verstößt gegen mehrere Paragraphen im Sozialgesetzbuch V, denn:

- Klinische Studien zum Nachweis der Wirksamkeit von Arzneimitteln bei neuen noch nicht zugelassenen Indikationen (Anwendungsgebieten) müssen als Arzneimittelstudien für die Zulassung vom Hersteller finanziert werden. Um sich dieser finanziellen Verpflichtungen zu entziehen, veranlassen Hersteller über gesponserte Wissenschaftler beziehungsweise Fachgesellschaften häufig angeblich vom Hersteller unabhängige Therapie-Optimierungsprüfungen (TOP). Das behauptete Ziel lautet: die therapeutische Versorgung der Patienten zu verbessern. Die Hersteller argumentieren, dies sei Versorgungsauftrag der Kassen, weil die Schwere der Erkrankung Therapie-Optimierung erfordere und „Off-Label-Gebrauch“ rechtfertige.

Nach dem Urteil des Bundessozialgerichts von 19.03.2002 ist Off-Label-Gebrauch nur unter engen Voraussetzungen von den gesetzlichen Krankenkassen zu finanzieren. Es erscheint deshalb problematisch, wenn eine „Expertenkommission“ aus zum Teil herstellerabhängigen ärztlichen Interessenten festlegen soll, unter welchen Bedingungen die Krankenkassen Off-Label-Gebrauch finanzieren sollen. Eine eindeutige gesetzgeberische Regelung im Sozialgesetzbuch V wäre angemessen.

- Vom Pharmamarketing finanzierte Anwendungsbeobachtungen sind Interventionsstudien auf Kosten der Krankenkassen, die vom Pharma-Marketing zur Markteinführung neuer Produkte eingesetzt werden. Die meisten Anwendungsbeobachtungen werden von niedergelassenen Ärzten gemacht und dienen nicht der Forschung oder zukünftiger Arzneimittelsicherheit, sondern allein der Markteinführung „neuer“ Medikamente. Für den Arzt bedeuten solche Untersuchungen ein wesentliches Zubrot zu seinem Verdienst. Da er kein Amtsträger, sondern ein freiberuflich tätiger Mensch ist, sind Strafverfolgungen wegen Vorteilsannahme schwer möglich. Bei einer ordnungsgemäß durchgeführten regulären Anwendungsbeobachtung sollen keine erhöhten Behandlungskosten entstehen. Tatsächlich verteuern diese Beobachtungen die Therapie aber erheblich, da Patienten von Ärzten – gewöhnlich gegen ein Entgelt – auf eine neue teurere und hinsichtlich Wirksamkeit und Sicherheit weniger gesicherte Arzneimitteltherapie umgestellt werden.

- Ergebnisse öffentlich geförderter klinischer Studien, die vorgeblich durch unabhängige wissenschaftlich engagierte Ärzte erhoben werden, gelangen meist durch finanzielle Unterstützung der Forscher (Personal, Aufwendungen des Studienleiters, Erfassung und Auswertung von Studienergebnissen) direkt an den Hersteller, der die Erkenntnisse dann zur Zulassung oder Erweiterung der Anwendungsgebiete nutzen kann und nur einen Bruchteil der Studienkosten tragen muss. Den Nutzen haben allein die Herstellerfirmen.

Ein problematisches Feld für korruptiv gesteuerte Vertriebsstrukturen ist das **Sponsoring** im Krankenhaus. Hier müssen äußerste Transparenzerfordernisse 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. Dazu einige Vorschläge:

- Vereinbarungen eines pharmazeutischen Herstellers über die Durchführung von klinischen Studien und Anwendungsbeobachtungen sollen direkt mit der Klinik oder mit von den medizinischen Einrichtungen unabhängigen Gesellschaften abgeschlossen werden. Die medizinische Einrichtung soll auch die Mittel für die klinischen Prüfungen beziehungsweise die Honorare für die Anwendungsbeobachtungen verwalten und überwachen. Dabei muss klar sein, dass die medizinischen Einrichtungen nicht ausschließlich von der pharmazeutischen Industrie finanziert sind. Außerdem muss sichergestellt werden, dass die angeworbenen Mittel tatsächlich dem vereinbarten Zweck, nämlich der Studie, zugute kommen und nicht von der Verwaltung zweckfremd verwendet werden, um an anderer Stelle Kosten zu sparen.

- Sponsorenverträge sollen mit der medizinischen Einrichtung selbst abgeschlossen werden und nicht mit dem Arzt, der zum Beispiel eine Veranstaltung für die medizinische Einrichtung organisiert. Zahlungen sollen nur auf das Konto des Veranstalters/ Vertragspartners erfolgen.

- Im Rahmen von Umsatzgeschäften vereinbarte Leistungen und Gegenleistungen müssen von der medizinischen Einrichtung schriftlich festgehalten werden (**Dokumentationsprinzip**). Insbesondere müssen Beschaffungspreise einschließlich aller direkten oder indirekten Geld- und Naturalrabatte und sonstige Vergünstigungen auf der Rechnung ausgewiesen oder in sonstiger Weise von der medizinischen Einrichtung schriftlich dokumentiert werden. Die Rückgewährung von Rabatten an Beschäftigte in medizinischen Einrichtungen ist unzulässig. Preisnachlässe, Rabatte und dergleichen haben offen zu erfolgen und dürfen nicht über den Umweg von Unterstützungsleistungen gewährt werden. Die Dokumentation stellt sicher, dass jederzeit nachvollziehbar bleibt, weshalb Leistungen erbracht und wie diese vergütet wurden. Zahlungen per Scheck sind unzulässig, da diesem Zahlungsweg die notwendige Transparenz fehlt.

- Bei allen Dienstleistungsverträgen (Berater- und Referentenverträge) ist für deren Wirksamkeit die schriftliche Genehmigung des Dienstherrn/ Arbeitgebers und die Vorlage dieser Genehmigung erforderlich. Die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen erfordert ebenfalls die Genehmigung und Vorlage (**Transparenzprinzip**), die Trennung zwischen Verwaltung und Fachbereichen ist aufzuheben. Der/die Beschäftigte der medizinischen Einrichtung ist deshalb zu veranlassen, die Klinikleitung unter Offenlegung aller Tatsachen, die für das durch den Straftatbestand der Vorteilsnahme geschützte Rechtsgut von Bedeutung sind, umfassend zu informieren. Bloße Dienstreisegenehmigungen oder die Erteilung von Sonderurlaub reichen nicht aus, da diese Genehmigungen lediglich das Fernbleiben vom Dienst, nicht jedoch die Annahme eines geldwerten Vorteils betreffen. Nur wenn bei Beantragung von Urlaubs- und Dienstreisen diejenigen Tatsachen unterbreitet werden, die für die Beziehung zwischen Arzt und Unternehmen bedeutsam sind, kann in der einschränkungslosen Genehmigung zugleich auch die Genehmigung im Hinblick auf die Annahme der Unterstützung gesehen werden, die in den Fällen der Vorteilsannahme strafausschließende Wirkung hat (§331 Abs.3 StGB). Eine Genehmigungsfähigkeit scheidet aus, wenn auch nur der Anschein einer Käuflichkeit von Diensthandlungen besteht.

- Zuwendungen (Dienstleistungsverträge, Drittmittel, Spenden) an Beschäftigte medizinischer Einrichtungen dürfen nicht in Abhängigkeit von Umsatz-

geschäften mit dieser Einrichtung erfolgen. Sie dürfen nicht gewährt werden, um Einfluss auf Beschaffungsentscheidungen zu nehmen (**Trennungsprinzip**). Dies ist insbesondere bei Personen zu beachten, die Beschaffungsentscheidungen zu treffen haben, von denen auch Produkte des Auftraggebers betroffen sein können. In keinem Fall dürfen Preisnachlässe, Rabatte, etc. über den Umweg von Kooperationsverträgen gewährt werden. Das Trennungsprinzip setzt das strafrechtliche Postulat um, wonach Zuwendungen an Amtsträger zur Beeinflussung von Beschaffungsentscheidungen unzulässig sind. Hierbei darf nicht einmal der Eindruck entstehen, der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin in medizinischen Einrichtungen lege den Vorteil auf die Waagschale der Entscheidungen beziehungsweise die Zuwendung erfolge im Hinblick darauf.

- Besondere Transparenzfordernisse gelten auch beim Sponsoring von Selbsthilfegruppen. Einerseits dürfen sie nicht in die Abhängigkeit einer bestimmten Anbieterfirma von Medizinprodukten und Arzneimitteln geraten und Angaben zu Klienten an die Sponsoren weitergeben, andererseits dürfen sie nicht dazu angehalten werden, geltende Gesetze zu umgehen (zum Beispiel Tumorgewebe an die Industrie geben).

## VERHALTEN DES GESETZGEBERS

- An verschiedenen Punkten leistet der Gesetzgeber korruptivem Verhalten der anbietenden Wirtschaft Vorschub, beispielsweise mit zu großzügig erteilten **Nebentätigkeitserlaubnissen** von Hochschullehrern oder bei den Regelungen für das **Einwerben von Drittmitteln** an Universitätsinstituten.

- Ferner muss es Regeln über die Annahme von **Geschenken** oder geldwerten Leistungen geben, die für alle in gleicher Weise gelten. Strenge Bestimmungen gibt es in Deutschland für den öffentlichen Dienst. Ähnlich strikt sind die Vorschriften für die Medizinberufe nur in jenen Fällen, in denen es sich gleichfalls um öffentlich Bedienstete handelt; niedergelassene Ärzte und Angestellte in Kliniken privater Trägerschaft, sowie Apotheker usw. gehören nicht dazu.

- **Hinweisgeber** sind zu ermutigen und zu schützen durch anonyme elektronische Verfahren und unabhängige Ombudsleute.

- Außerhalb der Gesetzgebung wäre mit der Einführung von „**Schwarzen Listen**“ für Firmen oder Einzelpersonen viel geholfen.

- **Verhaltensrichtlinien der medizinischen Warenanbieter** sollten gesetzlich gefordert werden, die firmenintern und für den Außendienst verbindliche Verhaltensregeln formulieren, um Bestechung von Seiten der Anbieter moralisch zu diskreditieren und zu ahnden. Diese Richtlinien müssen firmenintern sanktionsbewehrt sein (beispielsweise Abmahnungen und in schweren Fällen die fristlose Kündigung zur Folge haben), und sie müssen allen Beschäftigten in regelmäßigen Schulungen nahegebracht werden. Die Arbeitnehmervertretung ist in die Erarbeitung der Richtlinien gleichberechtigt einzubeziehen.

- Zur Kontrolle der gesetzlichen Regelungen und zur Strafverfolgung bei Verstößen sind **Schwerpunktstaatsanwaltschaften** und besonders geschulte Beamte, aber auch die medizinischen Landesorganisationen aufge-

rufen. Kulanzregelungen bei Korruption und systematischem Betrug darf es nicht länger geben.

## **IX. Medizinische Sachverständige**

### **PROBLEMATISCHE SITUATION DES MEDIZINISCHEN SACHVERSTÄNDIGEN**

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.

### **METHODEN DER INFORMATIONSBEEINFLUSSUNG**

Die wissenschaftliche Forschung wird durch selektives Sponsern von erwünschten Forschungsgegenständen und/oder klinischen Studien gesteuert, so dass möglichst nur genehme Forschungsdaten produziert werden. Zudem schließen die Sponsorenverträge in der Regel ein Recht auf Publikation wissenschaftlicher Ergebnisse ohne Zustimmung des Sponsors aus oder der Sponsor behält sich das Recht vor, das wissenschaftliche Ergebnis kommentierend zu bewerten. Auf diese Weise kommt es zu einer Selektion erwünschter Forschungsergebnisse. Die Erfahrungen aus der Bewertung klinischer Studienprojekte in Ethikkommissionen und aus der Beurteilung von klinischen Daten zur Wirksamkeit von neuen Arzneimitteln im Rahmen der herstellerunabhängigen Arzneimittelinformation bestätigen die persönlichen Informationen aus den Zulassungsbehörden, dass mindestens 40 Prozent der zur Zulassung vorgelegten klinischen Daten geschönt oder gefälscht sind und dass Studien mit negativen Ergebnissen in der Regel unveröffentlicht bleiben, so dass – wie zuletzt bei der Zulassung des Antidepressivums PAROXETIN bei Kindern gezeigt – von 15 Studien nur eine Positivstudie und zwei mit manipuliert positivem Ergebnis veröffentlicht wurden, während zwölf Negativstudien einfach unterschlagen wurden.

Bedenklich ist auch 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.

Die wissenschaftliche Information wird ferner gesteuert durch die finanzielle Abhängigkeit wissenschaftlicher Fachzeitschriften von der Herstellerwerbung.

Verlage haben dabei 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. Zuletzt war 2006 der Thieme Verlag dadurch aufgefallen, dass er das August-Heft der Zeitschrift für Allgemeinmedizin heimlich ohne Information der Autoren hat einstampfen lassen, weil er fürchtete, dass ein Beitrag Werbeträgern missfallen könnte.

Problematisch ist die intransparente Einflussnahme auf den Medizinjournalismus und die Medienberichterstattung. Gesundheitsmagazine im Fernsehen, finanzierte Verlagsbeilagen, „gekaufte“ Journalisten – die Presseabteilungen der Konzerne sind findig in klandestinen Maßnahmen zur Absatzsteigerung.

Gleiche Mechanismen der Steuerung von Themen und Informationen werden nicht selten bei der ärztlichen Fort- und Weiterbildung wirksam. Überregionale, aber auch klinikeigene Veranstaltungen werden meist nur gesponsert, wenn Themen und Redner nach den Vorstellungen des Sponsors ausgewählt werden und kritische Darstellungen und Wertungen damit weitgehend ausgeschlossen sind. Die Sponsoren pflegen über spezielle Agenturen („Konzertveranstalter“) fertige Veranstaltungspakete anzubieten, die dann ein „geneigter“ Chefarzt oder Meinungsbildner vor Ort als seine Idee und Auswahl von Themen und Rednern anbieten darf.

## AUSWIRKUNGEN DER BEEINFLUSSUNG

**Wissenschaftler** werden durch die Finanzierung von Forschung oder klinischen Studien sowie durch die Honorierung für Leistungen wie Gutachten an Geld gebundene Stellen gebunden. Da Publikationen karrierefördernd sind, können auch qualitätslose Studien bei entsprechender Persönlichkeitsstruktur und entsprechenden finanziellen Angeboten in Auftrag gegeben und bearbeitet werden. Dabei kommt es auch zu kriminellen Handlungen wie Fälschungen von Ergebnissen oder Patientendaten, wobei oft persönlicher Ehrgeiz, Geldgier oder Karrierestreben die Triebkräfte sind. Mehr und mehr erscheinen in wissenschaftlichen Zeitschriften auch Publikationen, die als Verfasser den Namen eines bekannten Meinungsbildners tragen, aber in Wirklichkeit von Mitarbeitern der Hersteller oder speziellen Ghostwritern aus dem Journalismus oder aus Beratungsfirmen verfasst sind. Der objektiv gegebene Wettbewerbsdruck zwischen Wissenschaftlern sowie die zugesicherte Vertraulichkeit der finanziellen Verbindungen beeinflussen die Verhaltensweisen auf der Seite der Wissenschaftler; auf der Seite der jeweiligen Anbieter steht das Absatzinteresse für vielfach fast identische Präparate im Vordergrund.

**Meinungsbildner** und auch Fachgesellschaften werden durch Honorare und andere materielle Zuwendungen oder Finanzhilfen „angefüttert“, gebunden und auf Produkte und Interessen der Sponsoren verpflichtet. Hat ein Kandidat einmal angebissen, wird er vereinnahmt und unter Druck gesetzt, bis er jede selbstständige Urteilsbildung verloren hat. **Chefärzte** erhalten „Berater“-Verträge, in denen die bevorzugte Verwendung der Produkte des Sponsors/der Sponsoren als Gegenleistung für die Finanzierung der klinikeigenen Fortbildungsaktivitäten, der wissenschaftlichen Ambitionen oder privater Aufwendungen wie z.B. Kongressreisen vereinbart wird. **Klinikärzte** erhalten Honorare, wenn sie ein neues Produkt verordnen oder selektiv anfordern. **Niedergelassene Ärzte** erhalten für die Verordnung von speziellen Firmenprodukten Provisionen vom Pharmareferenten oder von der Apotheke, in die sie die Patienten schicken.

Wie **Strafprozesse** gezeigt haben, wurden Zuwendungen an Chefärzte umsatzbezogen gewährt. Die Zuwendungen erschienen jedoch nicht auf den Rechnungen und gelangten damit auch nicht in die Verfügungsgewalt der kaufmännischen Leitung einer Klinik. Teilweise gab es Bonuskonten bei den Firmen, die der – ärztliche – Empfänger nach seinem Gutdünken abrufen konnte. Abteilungsbezogene Förderkonten wurden zur Umwegfinanzierung benutzt. Es war sowohl von den Ärzten als auch von den Firmen als Geber gewollt, die empfangenen Vorteile dem Einfluss der Klinikverwaltung zu entziehen. Korruption, d.h. die Verknüpfung von Zuwendungen als „Vorteil“ mit der Produktauswahl und Kaufentscheidung als „Diensthandlung“ der Chefärzte war ein herausgehobenes Verkaufsinstrument, durchaus marktüblich und eine ebenso zielgerichtete wie flächendeckende Strategie der Lieferfirmen. Alle diese Geldflüsse sind vertraulich und werden nicht offen gelegt. Insbesondere sind finanzielle Abhängigkeiten und Verflechtungen mit Firmeninteressen dann bedenklich, wenn die genannten Berufsgruppen als vermeintlich unabhängige Sachverständige bei Behörden oder im Geschäftsleben tätig werden.

**In der ärztlichen Fortbildung** werden Kongresse und Tagungen von der Pharmaindustrie ganz oder teilweise finanziert, die auch die Vortragenden auswählt und bezahlt, ohne dass die durchführenden Ärztekammern und die Fortzubildenden Anstoß daran nehmen, dass die Fortbildungsveranstaltung der Absatzförderung bestimmter Produkte dienen soll. Selbst wenn die Ärztinnen und Ärzte sich für gefeit gegen offensichtliche Marketing-Methoden und damit für unbestechlich halten, zeigen Untersuchungen des Verschreibungsverhaltens der Ärzte, dass diese Art von Werbung Erfolg hat. Als „Fortbildung“ bezeichnete Marketingveranstaltungen dürfen deshalb nicht als Qualifizierungsnachweis in der ärztlichen Fortbildung gelten.

**Der Staat** sieht bisher der finanziellen Einflussnahme der Warenanbieter auf therapeutische Auswahlentscheidungen tatenlos zu und macht sich damit mitschuldig an der so hervorgerufenen strukturellen Korruption von Entscheidungsprozessen in der ärztlichen Selbstverwaltung. Er toleriert widerstandslos, dass die Verzerrung der Therapieauswahl durch Werbung und Marketing der Warenanbieter die Qualität der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung infrage stellt. Er bedient sich sogar der Finanzmittel der Pharmaindustrie, indem er die **Einwerbung von Drittmitteln** fördert. „Drittmittel sind vor allem in Zeiten knapper Haushaltsmittel ein unverzichtbarer Bestandteil der Forschungsfinanzierung geworden“ – so schrieb am 26.11.1999 der Justizminister des Landes Baden-Württemberg in seiner Funktion als Vorsitzender der Länderjustizministerkonferenz. Mit Hilfe solcher Mittel ist ein dicht gewobenes Netz von Technologieparks für medizinische und Biofirmen in der Umgebung nahezu jeder Universität, Fachhochschule und Technischen Akademie entstanden. Zugleich wurde die Fokussierung auf den Chef medizinischer Einrichtungen oder Abteilungen als Firmenpolitik bestens etabliert, was zu einer allgemeinen Herabsetzung der Hemmschwelle und zur Entstehung von Korruptionsmechanismen geführt hat. Verbunden damit sind vom Staat geduldete Abhängigkeitsverhältnisse der nachgeordneten Ärzte von ihrem Chef, die dem Bild einer unabhängigen und demokratischen Wissenschaftsorganisation der medizinischen Wissenschaften an den Hochschulen und Fortbildungseinrichtungen Hohn sprechen.

Die **Europäische Union** zeichnet sich in den letzten Jahren durch eine bemerkenswerte Intransparenz der Entscheidungen ihrer Arzneibehörde EMEA aus. Da diese Behörde ebenfalls von den Zulassungsanträgen der pharmazeutischen Industrie finanziert wird und eine Grundfinanzierung durch den EU-Haushalt fehlt,

scheint die finanzielle Abhängigkeit die gesundheits- und patientenorientierten Entscheidungen der EU leider erheblich zu beeinflussen, so dass die EMEA im Konzert der Aufsichtsbehörden als williger Handlanger der Interessen der Pharmaindustrie auffällt.

## **X. Korruptionsprävention**

Die notwendigen grundlegenden Reformen des Gesundheitswesens, wie sie täglich in den Medien diskutiert werden, sind nicht Gegenstand dieses Papiers. Sie sind Teil einer politischen Auseinandersetzung, an der sich TI nicht beteiligt. Unbestritten haben jedoch unterbleibende oder durchgeführte Reformen Auswirkungen auf die Korruptionsanfälligkeit des Gesundheitswesens. Wir haben das in unserer Stellungnahme zu dem am 1. Januar 2004 in Kraft getretenen Gesetz zum Ausdruck gebracht. Es soll Strukturverbesserungen und Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen bringen und enthält auch einige Elemente, die das Gesundheitssystem auf allen Ebenen leistungsfähiger und weniger korruptionsanfällig machen. Aber auch Regierung und Opposition sehen in dieser Reform nur einen ersten Schritt zur Umgestaltung des Gesundheitswesens. Das zeigt die nicht abreißende Debatte über Bürgerversicherung, Kopfpauschalen, Beitragserhöhungen und Finanzierungsalternativen.

Wenn in Deutschland trotz der Beharrungstendenzen einer ungewöhnlich mächtigen Pharma-Lobby und der verkrusteten Strukturen in den Körperschaften Reformen zustande kommen sollen, die ihren Namen verdienen, dann können gesetzliche Maßnahmen allein dies nicht leisten. Wir haben in Deutschland hinreichend taugliche Gesetze gegen Vorteilsannahme, Vorteilsgewährung, Bestechung und Bestechlichkeit, vielfältige Durchführungsverordnungen und andere staatliche Regelungen. Anstrengungen im Kampf gegen Korruption müssen weit über das hinaus gehen, was der Staat regeln kann und sollte. Das gilt gerade für ein Gebilde von der Komplexität des Gesundheitssystems. Für die zu leistende Arbeit auf den unterschiedlichen Ebenen des Gesundheitswesens macht Transparency International im Folgenden konkrete Vorschläge.

Wir betrachten es nicht als unsere Aufgabe, ein vollständiges direkt anwendbares Konzept vorzulegen. Nach unserer Überzeugung sollten zivilgesellschaftliche Organisationen wie Transparency Deutschland nach einer sorgfältigen Analyse der Missstände – wie durch dieses Papier – nicht mehr als Leitlinien und Empfehlungen vorlegen. Denn die eigentliche Arbeit zur Verbesserung der Situation hat ergänzend zum gesetzlichen Regelwerk durch die betroffenen Personen, Organisationen und Unternehmen, vor allem durch deren Leitungen und Vorstände und dann durch die Menschen an ihren Wirkungsorten zu geschehen.

### **KORRUPTIONSPRÄVENTION BEI DEN ÄRZTEN UND ANDEREN LEISTUNGSERBRINGERN UND IHREN SELBSTVERWALTUNGSORGANEN**

Ärzte stehen als einzelne den Anbietern von pharmazeutischen Produkten und Medizingeräten gegenüber. Sie stehen – ebenfalls als einzelne – Kliniken oder Lehrstühlen vor und leiten Universitätsinstitute. Ärzte arbeiten nicht nur in Privatpraxen und Krankenhäusern, sondern auch als Sachverständige und Gutachter im gesamten Gesundheitssystem. Sie sind als einzelne eingebunden in die Strukturen von Ärzte- und Zahnärztekammern und Kassen(zahn)ärztlichen Ver-

einigungen mit ihren Delegationssystemen, daneben in unübersehbar vielen Kommissionen, Fachgesellschaften und Beratungsgremien mit staatlichem oder öffentlichem Charakter. Viele Ärzte fungieren als Amtsträger, für die im Hinblick auf Korruption strenge Regelungen gelten. Ein großer Teil der Ärzteschaft unterliegt diesen strengen Regeln aber nicht. Hier müssen gesetzgeberische Maßnahmen für eine Gleichbehandlung sorgen und insbesondere die „ehrenamtlichen“ Funktionäre oder Entscheidungsträger der Selbstverwaltung denselben gesetzlichen Regelungen wie für Amtsträger unterwerfen.

85 bis 90 Prozent der Ausgaben im Gesundheitswesen werden durch Ärzte veranlasst. Diese Ausgaben bilden den Dreh- und Angelpunkt nicht nur für die Kosten, sondern vor allem für die Steuerung, die Qualität und die Transparenz im Gesundheitswesen. Es ist inzwischen erwiesen, dass die Milliardensummen an Beitragsgeldern, die regelmäßig bei den Krankenversicherungen eingehen, alle Anbieter von Waren und Dienstleistungen im Gesundheitsmarkt dazu verlocken, aus diesem Kuchen für sich ein möglichst großes Stück heraus zu schneiden.

Transparency Deutschland fordert deshalb Verhaltensrichtlinien für Menschen in Gesundheitsberufen.

Wir wollen nicht vorschreiben, wer sie erarbeitet, kontrolliert und sanktioniert. Sowohl die Kammern der Heilberufe und deren Aufsichtsgremien bei den Bundesländern als auch die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen in Zusammenarbeit mit den Kassen kommen in Frage, genauso aber die entsprechenden Gremien auf der Bundesebene.

Die Probleme sind bekannt. Dieses Papier fasst sie noch einmal zusammen.

Zu regeln, zu kontrollieren und zu sanktionieren sind in diesen Verhaltensrichtlinien – in alphabetischer Reihenfolge – die folgenden Bereiche:

- **Ärztliche Selbstverwaltung** (K(Z)Ven, Ärzte- und Zahnärztekammern, Eigenbetriebe). Hier muss es eigene Verhaltensregeln und Sanktionen geben, vor allem mit Regelungen zu:
  - Abrechnungspraktiken, Vorgehen gegen Betrug
  - anonyme Hotline
  - Budgettransparenz
  - externer Korruptionsbeauftragter
  - Geschenke und geldwerte Vorteile
  - Interessenkonflikte
  - Minderheitenschutz in den Gremien
  - transparente Binnenstrukturen
  - Trennung von Verbands- und Wirtschaftsinteressen
  - Verfolgung von Vorteilsannahmen bei Funktionären in der Selbstverwaltung wie bei Amtsträgern
  - Verfolgung von Veruntreuungen bei Abrechnungen und Vermögen der Einrichtungen
  - Whistleblower-Schutz
  - Zeitprofile, Plausibilitätsgrenzen
- **Gemeinsamer Bundesausschuss und andere Entscheidungsgremien**
  - Offenlegung aller beruflichen und berufsständischen Verbindungen für die Mitglieder der Bundesausschusses und der Unterausschüsse

- Offenlegung der Abstimmungsergebnisse sowie der Grundlagen der Beratungen und Beschlüsse
- Vermeidung von Interessenkonflikten
- **Fort- und Weiterbildung**
  - Industrieunabhängige Kongresse und Tagungen
  - Unabhängigkeit der Referierenden
  - Zertifizierung
- **Interessenkonflikte**
  - Deklarationspflicht und Offenlegung bei allen Tätigkeiten
- **Klinische Forschung, Studien, „Anwendungsbeobachtungen“ (AWB)**
  - Verbot der Therapie-Umstellung auf ein Produkt, für das bezahlt wird
  - Drittmittel
  - Probandenschutz
  - Qualitätsstandards
  - Registrierungs- und Publikationspflicht
- **Patienten-Selbsthilfe**
  - Budget-Transparenz
  - Unabhängigkeit von Leistungsanbietern und -erbringern
  - Verbot von Produktwerbung
  - Offenlegung von Interessenkonflikten bei Funktionären und Personal
- **Pharmaaußendienst**
  - Ärztemuster
  - Beraterverträge/ Anwendungsbeobachtungen
  - Geschenke und Sponsoring
  - Produktinformation/ Wahrheit und Klarheit
  - Provisionsregelungen
  - Standards für Werbemittel
  - Verbot von „Kick-backs“
- **Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie**
  - Ermöglichung wissenschaftlicher Datenauswertung
  - Transparenz
  - Unabhängigkeit von Leitlinien/ Konsensus-Empfehlungen
- **Überweisungen von Patienten**
  - Adressweitergabe
  - Selbstzuweisung
  - Transparenz
- **Verträge Ärzte – Kassen**
- **Veröffentlichungen**
  - Transparenz
  - Unabhängigkeit
  - Wissenschaftlicher Standard
- **Verordnungen bzw. Einkauf von Leistungen und Produkten, z.B.**
  - administrative Leistungen (z.B. für DMPs, aber auch Abrechnungssoft-

- ware)
  - Arzneimittel
  - Hilfsmittel (Hörhilfen, Kontaktlinsen, Kontrastmittel, etc.)
  - Laborüberweisungen
  - Medizinprodukte
  - Orthopädietechnik
  - Sprechstundenbedarf
  - Zahntechnische Leistungen
- **Whistleblower**
    - Anonyme Hotline
    - Schutz für Hinweisgeber

## KORRUPTIONSPRÄVENTION BEI DEN APOTHEKEN

Für Apothekerinnen und Apotheker und für die Geschäftspraxis der Apotheken gilt generell das gleiche wie für Ärzte und medizinische Heilberufe. Auf die voranstehenden Stichpunkte wird verwiesen. Drei Komplexe kommen allerdings hinzu und bedürfen der Regelung:

Bei der ABDA vermischen sich auf Grund ihrer Struktur in besonders problematischer Weise Kammer- und Verbandsinteressen. Die gesamte rechtliche Struktur der ABDA wird sich ändern müssen, wenn hier die nötige Transparenz einkehren und Interessenkonflikte vermieden werden sollen. Außerdem ist ein Verhaltenskodex für die ABDA zwingend erforderlich. Folgende Punkte zur Korruptionsprävention müssen geklärt werden:

- Abhängigkeiten/ Vertrieb
- Budget der ABDA
- Demokratische Prinzipien
- Interessenkonflikte der Funktionsträger
- Verhältnis zu den Herstellern von Pharmazeutika
- Wirtschaftsaktivitäten

Der **schwarze und der graue Arzneimittelmarkt**. Hier fordert Transparency Deutschland zur Eindämmung korrupter Strukturen:

- fälschungssichere Verpackungen
- eine Kennzeichnung der Produkte und Verpackungen, die es jederzeit möglich macht, ein irgendwo auf der Welt auftauchendes Arzneimittel bis zu seiner Herstellung zurück zu verfolgen. Dies würde den Handel mit verfälschten, unwirksamen, verbotenen Mitteln und Substanzen entscheidend erschweren und die Kanäle für Schwarzgeld und Korruption verstopfen.

**Apothekerkammern oder -vereine** müssen für sich und die in ihnen pflichtmäßig organisierten ApothekerInnen **Richtlinien** erarbeiten, kontrollieren und sanktionieren, in denen folgende Bereiche geregelt sind:

- anonyme Hotline
- Aus- und Fortbildung
- Einkauf und Verkauf von Waren und Medizinprodukten
- Geschenke und geldwerte Vorteile/ Sponsoring

- Grauer/ Schwarzer Arzneimittelmarkt
- Interessenkonflikte
- Kontakt mit der pharmazeutischen Industrie
- Ombudsman
- Selbstverwaltung
- Whistleblower und deren Schutz (Hotline, externer Ombudsman)

## KORRUPTIONSPRÄVENTION BEI DEN KASSEN UND DEREN VERBÄNDEN

Die gesetzlichen Krankenkassen und deren Verbände stellen den reibungslosen Kapitalfluss im Gesundheitswesen sicher. Sie sind inzwischen zu einer riesigen Clearing-Stelle angewachsen, die das ständig größer werdende Finanzvolumen der Versicherten sammelt und an die Leistungsanbieter verteilt. Die regelmäßig eingehenden Geldströme wecken dabei Begehrlichkeiten aller Art bei Leistungsanbietern wie Versicherten. Die Bewegung derartig unüberschaubarer Geldmengen auf dem unübersichtlichen Gesundheitsmarkt gebietet es, korruptives Verhalten schon im Entstehen zu bekämpfen und für absolute Transparenz zu sorgen. Professionalität und Integrität bei den Kassen müssen durch das Bundesversicherungsamt und die Landesprüfungsämter noch intensiver gefordert und überwacht werden. Um wirksam Korruptionsprävention zu betreiben, ist der Aufbau eines Präventionsprogramms nötig. Die zu regelnden Stichworte lauten in alphabetischer Reihenfolge:

- **Ausschreibungen:** Transparenz beim Einkauf von Waren und Dienstleistungen und bei Beratungsleistungen strikte Einhaltung der entsprechenden Vergabeordnungen
- **Budgettransparenz:** inklusive Stellenpläne und Ausweisung der Verwaltungskosten
- **Fort- und Weiterbildung:** Unabhängigkeit, Transparenz
- **Information der Versicherten** über Sinn und Zweck der Sozialwahlen, insbesondere über die Durchführung von Friedenswahlen
- **Interessenkonflikte:** Transparenz bei Beratungsleistungen, Offenlegung der Verbindungen und Abhängigkeiten der Interessengruppierungen, die die Kandidaten bei den Selbstverwaltungsgremien stellen
- **Keine Missstandsduldung durch Kassenverantwortliche:** Einschaltung der Aufsichtsbehörde und/oder des Staatsanwalts
- **Objektive Informationen:** Keine Vermischung von Werbung und Produktinformation gegenüber den Versicherten
- **Offenlegung des problematischen Wettbewerbs** um „gute Risiken“
- **Offenlegung der Rabatt- und Direktverträge** mit Warenanbietern einschließlich der Angaben zu den Kosten, Laufzeit und Volumen, damit die Wirtschaftlichkeit der Vereinbarungen kontrollierbar bleibt und korruptive Absprachen zum Nutzen der Beteiligten und zum Schaden der Versi-

cherten vermieden werden. Überwachung möglicher Interessenskonflikte an den Verhandlungen Beteiligter durch Innenrevision.

- **Schaffung einer transparenten Binnenstruktur** der Selbstverwaltungsgremien durch Offenlegung persönlicher, fachlicher oder anderweitiger Verbindungen und Abhängigkeiten aller gewählten Mitglieder und Kandidaten
- **Regressmöglichkeiten der Kassen** und ihrer Verbände gegenüber den KVen, KZVen
- **Regularien** für personenbezogene pseudonymisierte Auswertungen der Daten von KVen und KZVen zum Aufspüren von Missetätern unter den Leistungserbringern
- **Selbstständige Ermittlungseinheiten** gemäß §197 a SGB V (Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen)
- **Strafverfolgung:** Verfolgung von Vorteilsannahmen bei Vertretern der Selbstverwaltung wie bei Amtsträgern; bei begründetem Verdacht Ausschluss aus der Selbstverwaltung. Verbesserung der Strafverfolgung durch Gewinnabschöpfung
- **Verhaltenskodex** für alle Beschäftigten und für die Versicherten und Vertragspartner
- **Whistleblower** und ihr Schutz (Hotline, externer Ombudsmann)

## KORRUPTIONSPRÄVENTION AUF DER EBENE DER VERSICHERTEN UND PATIENTEN

Die gesetzlich Krankenversicherten sind sich nicht bewusst, dass auch die gesetzliche Krankenversicherung ein Versicherungsvertragsverhältnis darstellt, das erkrankten Patienten einerseits Leistungen gewährt, andererseits aber auch Bedingungen stellt. Dieses mangelnde Bewusstsein stellt eine der Hauptursachen dafür dar, dass Versicherte den Versicherungsschutz missbrauchen und das Solidarsystem schädigen. Korruptionsprävention auf der Ebene der Versicherten und Patienten hat also hier anzusetzen. Das bedeutet, **Verhaltensrichtlinien** für Versicherte müssen die Bedingungen festlegen, unter denen ein Patient den Schutz der Versicherung genießt, aber auch, dass er ihn verlieren kann. Wie bei der Autohaftpflicht oder einer Hausratsversicherung sind darin die relevanten Punkte des Vertragsverhältnisses zu regeln:

- Ahndung von Missbrauch
- Ansprüche des Versicherten
- Datenaustausch
- Kostennachweis der Behandlung
- Information über pharmazeutische Produkte und medizinische Hilfsmittel, objektiv und transparent
- Intelligente Chipkarte bzw. elektronische Patientenakte
- Mitarbeit des Patienten
- Missbrauch und Betrug transparent machen, verhindern, bestrafen

- Selbsthilfegruppen, Transparenz
- Sozialwahlen, Transparenz
- Whistleblower und ihr Schutz

## KORRUPTIONSPRÄVENTION BEI DEN HERSTELLERN VON ARZNEIMITTELN UND MEDIZINPRODUKTEN

Um die Einfallstore für Missbrauch und Korruption auf der Anbieterseite schließen zu helfen, hatte im Jahr 2003 die Bundesgesundheitsministerin einen Korruptionsbeauftragten auf der Ebene des Bundes mit staatsanwaltschaftlichen Befugnissen vorgeschlagen. Dazu ist es bei der gesetzlichen Neuregelung zum 1.1.2004 nicht gekommen. Stattdessen hat der Bundesverband der Forschenden Arzneimittelhersteller einen Verein gegründet, für dessen Mitglieder nach der Anerkennung durch das Bundeskartellamt im April 2004 neue Regeln eingeführt wurden. Sie sollen verhindern, dass korruptive Praktiken im Bereich des Marketings und der Werbung der pharmazeutischen Industrie weiter um sich greifen. Auch ein Sanktionskodex wurde verabschiedet. Diese Selbsthilfemaßnahme der Wirtschaft hat Mindeststandards gesetzt und inzwischen normbildend gewirkt. Allerdings ist ihr Einfluss begrenzt, zumal sich die nationale pharmazeutische Industrie (BPI) nicht zur Beteiligung durchringen konnte, sondern einen eigenen Verein gründete. Auch fehlt es dem FSA nach wie vor an Breitenwirkung.

Transparency Deutschland zieht aus Erfahrungen der Vergangenheit deshalb nach wie vor den Schluss, dass diese Selbsthilfemaßnahme der anbietenden Wirtschaft nicht das leistet, was geschehen muss, um die strukturelle Korruption im Pharmabereich zu unterbinden. Eine firmenübergreifende Institution muss deshalb durch Anstrengungen auf Firmenebene ergänzt werden. Dabei muss ein wirksamer Verhaltenskodex zwingend jene Elemente enthalten, die im Transparency-Papier „A-B-C der Korruptionsprävention. Leitfaden für Unternehmen“ angesprochen sind. Ein solcher Kodex hat auf einer auch für Außenstehende einsichtigen Schwachstellenanalyse des jeweiligen Unternehmens, gegebenenfalls auch der gesamten Branche zu beruhen. Er muss zusammen mit den Betriebsräten und Vertretern der Beschäftigten an den besonders korruptionsgefährdeten Arbeitsplätzen erarbeitet werden. Die Unternehmens- wie auch die jeweilige Branchenleitung müssen ihn wollen, ihn unterstützen und ihre ganze moralische Autorität einsetzen, um ihm zum Erfolg zu verhelfen.

Regelungsbedürftig sind vor allem folgende Stichpunkte - in alphabetischer Reihenfolge:

- **Ausschreibungen**, Marketing, „Integrity Pact“
- **Compliance Programme**, also Programme zur Schulung von Management und Personal im Umgang mit und zur Regulierung von Fällen von Wirtschaftskriminalität und Korruption
- **Dokumentation** von Zuwendungen
- **Einhaltung der geltenden Gesetze** (gegen Korruption und Bestechung, unlautere Werbung, Vorteilsannahme und -gewährung, Stellung von Amtsträgern, etc.)
- **Einsatz von Agenten, Beratern**, freien Mitarbeitern, Experten, Vertretern, deren Arbeitsverträge und Vertriebsmethoden; keine Kickbacks; keine intransparenten Provisionen
- **Ethikprogramm**
- **Beteiligungen**, Drittmittel, Kongresse, Fortbildung, etc.

- **Fort- und Weiterbildung**, deren Unabhängigkeit
- **Funktionstrennung**
- **Geschäftsreisen**
- **Geschenke**, „Aufmerksamkeiten“, „Anfüttern“, „Landschaftspflege“
- **Hinweisgeber** (Whistleblower), Schutz, Hotline, Ombudsman
- **Interessenkonflikte**, darunter auch: Angehörige. Ferner Beteiligungen an Veranstaltungen und Fördermaßnahmen jeder Art
- **Kontrollsystem**
- **Kundenveranstaltungen**
- **Lobbying**
- **Objektive Produktinformation**
- **Sanktionen**
- **Schmiergeld**, Facilitation Payment
- **Sponsoring**
- **Unternehmensgrundsätze**
- **Veröffentlichungspflichten** für medizinische Studien

## KORRUPTIONSPRÄVENTION DURCH DEN STAAT

Auf die Vorbemerkung zum Kapitel „Korruptionsprävention“ wird verwiesen. Hier konzentrieren wir uns auf Vorschläge, wie die staatliche Gesetzgebung beitragen kann, Fehlsteuerungen im Gesundheitssystem zu vermeiden und einzudämmen.

### **Professionalität und Integrität bei den öffentlich-rechtlichen Körperschaften des Gesundheitswesens steigern**

Dazu gehört an erster Stelle, dass die Landesregierungen und die Bundesregierung mit ihren Möglichkeiten bei den Spitzenorganisationen des Gesundheitssystems, sofern es sich um öffentlich-rechtliche Körperschaften handelt, Professionalität und Integrität steigern müssen. Die Länderparlamente als Kontrollorgane der Landesregierungen und diese selbst müssen in Zukunft sicherstellen, dass Prävention, Kontrolle und Strafverfolgung von Missbrauchs- und Korruptionsdelikten im Gesundheitsbereich verstärkt werden. Verdachtsmomenten auf Korruption muss akribisch nachgegangen werden. Missbrauchs- und Korruptionsfälle bei Ärzten, Apothekern, anderen Leistungserbringern gehören vor den Staatsanwalt. Regelungen der Kassen und der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen auf dem Kulanzweg sind abzustellen. Korruptionsbeauftragte können eine wichtige Schaltstelle sein. Die rasche Entwicklung missbrauchssicherer Chipkarten ist notwendig.

### **Hilfe beim Erfassen und bei der Verfolgung gesundheitlich bedenklicher Werbebehauptungen. Stattdessen objektive Produktinformation**

Wichtig sind auf der Länderebene auch verstärkte Anstrengungen, gesetzlich unzulässige (zum Beispiel Internetinformationen), unzutreffende, schädlich verharmlosende oder in anderer Weise gesundheitlich bedenkliche Werbebehauptungen der pharmazeutischen Industrie zu verfolgen und zu ahnden. Untersuchungen haben gezeigt, dass nur eine von zwölf Werbebehauptungen der Pharmaindustrie dem Kenntnisstand entspricht, alle anderen sind überzogen, unlauter, irreführend oder schlicht falsch. Die Körperschaften der Heilberufe und die gesetzlichen Krankenkassen müssen irreführende und unlautere Werbung der phar-

mazeutischen und Medizingeräteindustrie gegenüber den Leistungserbringern und/ oder den Versicherten erkennen, anzeigen und sicherstellen, dass sie ordnungsgemäß gehandelt werden. Ebenso müssen sie die interessengeleitete Beeinflussung innerhalb der ärztlichen Fortbildung erkennen können und an Gegenmaßnahmen beteiligt werden. Zugleich sind die Anstrengungen des Staates zu verstärken, Patienten, Versicherte und Ärzte in der Aus- und Fortbildung mit Hilfe der dafür zuständigen Organisationen objektiv über Behandlungsmethoden und Arznei- und Hilfsmittel zu informieren. Auch hier könnte die Stelle eines/einer Korruptionsbeauftragten notwendige Arbeit zum Interessenausgleich leisten.

### **Regelungen über Drittmittel und Sponsoring. Interessenkonflikte**

Bund und Länder sind auch in der Pflicht, den Amtsträgerbegriff klar zu definieren und eine bundeseinheitliche Regelung für das Einwerben und die Verwendung von Drittmitteln zu finden. Es geht nicht an, dass niedergelassene Ärzte und Apotheker gegenüber Angeboten der anbietenden Wirtschaft eine andere Haltung einnehmen dürfen als Krankenhausärzte und -apotheker und dass Krankenhausärzte, die nicht Amtsträger sind, sich anders verhalten dürfen als Universitätsprofessoren.

### **Datenzusammenführungen und Datenaustausch**

Bisher fehlen Regelungen, die den Kassen eine pseudonyme Datenauswertung über die Arzt-Patienten-Relation erlauben. Datenzusammenführungen (z.B. ärztliche Abrechnungsdaten, Krankenhausdaten, Arzneimittel- und Arbeitsunfähigkeitsdaten, Hilfsmitteldaten usw.) und deren Auswertungen nach standardisierten Mustern, die den Datenschutz nicht verletzen, könnten Transparenz schaffen, Missbrauch und Korruption verhindern und damit Kosten verringern helfen.

Die Beschwerdeausschüsse der Selbstverwaltung müssen die Inhalte von Rabatt- und Direktverträge zwischen Kassen und Warenanbietern kennen, um deren Wirtschaftlichkeit im Rahmen ihrer Aufgaben überprüfen zu können und um die Öffentlichkeit darüber zu informieren.

Bundesgesetzlich zu regeln wäre auch eine Regresspflicht der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen gegenüber den Kassen bei Korruptions- und Betrugsdelikten von Leistungserbringern, die sie hätten erkennen können. Missstände im Abrechnungswesen wären dadurch leicht abzustellen, weil dort Fehlverhalten schon heute datentechnisch routinemäßig erfasst werden kann.

### **Schwarzer und Grauer Arzneimittelmarkt**

Schließlich ist der Bundesgesetzgeber gefordert, den illegalen Arzneimittelhandel mit gesetzgeberischen Maßnahmen einzudämmen. Fälschungssichere Verpackungen und Registrierungspflichten von pharmazeutischen Produkten von der Herstellung bis zum Endabnehmer sind erforderlich.

## Verbesserung der Strafverfolgung

Bund und Länder sind gefordert, Landeskriminalämtern und Staatsanwaltschaften in regelmäßigen Zusammenkünften einen Informationsaustausch über korrupte Machenschaften im Gesundheitsbereich zu ermöglichen. Nur so lässt sich für Missetäter bundesweit das Risiko erhöhen, dass Straftaten aufgedeckt und geahndet werden. Bei der Bestrafung muss ebenso konsequent wie in Fällen der organisierten Kriminalität von den Möglichkeiten der Gewinnabschöpfung Gebrauch gemacht werden. Die abgeschöpften Mittel müssen der Gesundheitsversorgung wieder zugute kommen.

## Richtlinie des Bundes für Bund, Länder und nachgeordnete Behörden

Eine Richtlinie des Bundes sollte als Rahmenvereinbarung für Bund und Länder und die ihnen nachgeordneten Behörden im Gesundheitsbereich die folgenden Stichpunkte regeln:

- **Amtsträgereigenschaften und -pflichten**
- **Ärztliche Selbstverwaltung, Verhaltenskodex**
- **Datenaustausch**
- **Drittmittel**, Transparenz bei Einwerbung und Verwendung
- **Einkauf** von Leistungen und Produkten, transparente Ausschreibungen, Provisionen, Verbot von „Kickbacks“
- **Fort- und Weiterbildung**: Zertifizierung nur bei Unabhängigkeit
- **Geschenke**: Geldwerte Vorteile, Sponsoring
- **Grauer und schwarzer Arzneimittelmarkt**
- **Interessenkonflikte**
- **Korruptionsbeauftragte**
- **Objektive Informationen** über pharmazeutische Produkte, Hilfsmittel und Medizingeräte
- **Qualitätssicherung** in Diagnostik und Therapie: Objektive wissenschaftliche Datenauswertung, Transparenz, Unabhängigkeit von Leitlinien
- **Selbstständige Ermittlungseinheiten** zur Aufdeckung von Missbrauchs- und Korruptionsdelikten
- **Strafbarkeit von Wissenschaftsbetrug**
- **Verhaltenskodizes**
- **Whistleblower** und ihr Schutz

Transparency International hat vom Beginn seiner Arbeit an unterstrichen, dass Eigeninitiativen und Anstrengungen von Menschen in den von Korruption betroffenen Apparaten einen außerordentlich hohen Stellenwert haben. Wir glauben, dass die Mehrzahl der Akteure im Gesundheitssystem sich von Korruption distanzieren und dass diese Zahl noch wachsen wird, wenn das Bewusstsein für den Schaden steigt, den Korruption anrichtet. Wir sprechen vom konkreten materiellen und physischen Schaden für kranke Patienten, für ärztliche Kolleginnen und Kollegen, für einzelne Versicherte, für die Versichertengemeinschaft und den Staatshaushalt. Schlimmer noch als alles dies ist der Image-Schaden für den Gesundheitssektor insgesamt und damit für alle Beschäftigten in diesem System. Die Schädigung des guten Rufs ist im medizinischen Bereich besonders schlimm, weil hier der Erfolg ganz wesentlich vom Vertrauen der Menschen in die Medizin und in die Ärzte abhängt.

Transparency International hält es für einen entscheidenden Schritt zu effektiver Bekämpfung von Missbrauch und Korruption im Gesundheitswesen, wenn in Praxen und Kliniken, in den Unternehmen und Organisationen alles unternommen wird, um das Entstehen von Korruption an Ort und Stelle zu verhindern. Natürlich brauchen wir auch wirkungsvolle Kontrollen und abschreckende Sanktionen, aber die wichtigste Leistung hat im Kopf der Menschen zu geschehen: Versicherte, Patienten, Ärzte und andere Leistungserbringer, Professoren und Manager im Pharmasektor müssen endlich begreifen, dass Korruption allen schadet, auch denen, die kurzfristig einen finanziellen Nutzen durch sie haben.

## **XI. Anhang: Beispiele**

### BEISPIELE FÜR KORRUPTION IM BEREICH SELBSTHILFEORGANISATIONEN

Es ist eine der Hauptaufgaben der Selbsthilfe, sich auf unabhängige, nicht korruptierte Organisationen zu stützen. Es muss Distanz gewahrt werden zur Pharmaindustrie, zu ärztlichen Anbietern, zu Krankenkassen und zur Politik. Oft geraten Selbsthilfegruppen unwissentlich und unmerklich in die Abhängigkeit von Pharmaunternehmen, da sie finanzielle Unterstützung erfahren und darin keinen Interessenkonflikt wahrnehmen.<sup>5</sup> So wurde z.B. eine Selbsthilfeorganisation von einem Pharmaunternehmen gesponsert, das Medikamente gegen die entsprechende Krankheit herstellt und vertreibt. Anfänglich wurde die Organisation direkt mit Beteiligung des Unternehmens initiiert und seither als „unabhängige“ Stimme vermarktet. Langfristiges Ziel des Unternehmens war es, ein überregional aktives Netzwerk zu bilden, um überregionalen Einfluss ausüben zu können. In einer breiten Kampagne mit einer anderen, bundesweiten Selbsthilfegruppe betreibt dasselbe Unternehmen unter der Vorgabe, informieren zu wollen und der Patientengruppe die Angst vor der Krankheit zu nehmen, gezielte Werbung für eigene Produkte und die gesundheitspolitischen Ziele des Unternehmens. So tritt auch die zuerst genannte Selbsthilfeorganisation öffentlich für die Aufhebung des Werbeverbotes für rezeptpflichtige Arzneimittel ein und für den „Off-label-Gebrauch“ von Medikamenten, deren Wirksamkeit bei einer bestimmten Erkrankung (noch) nicht gesichert ist oder für so genannte innovative Medikamente.

Ein anderes Pharmaunternehmen hat mit anderen „kooperierenden Organisationen der forschenden Pharmaindustrie“ vor Jahren eine Aktion ins Leben gerufen, die sich als Allianz zur Förderung der Früherkennung eines bestimmten Krankheitsbildes ausgab. Der Vorsitzende ist ein Meinungsführer in der entsprechenden Fachwelt und gleichzeitig Chef einer Universitätsklinik für das entsprechende Fachgebiet. Der Geschäftsführer dieses Pharmaunternehmens trat vorübergehend auch als Geschäftsführer einer Selbsthilfegruppe der entsprechenden Krankheit auf. Beide, der Vorsitzende und der Geschäftsführer, waren Mitglieder der Expertengruppe bei der Abfassung der deutschen Leitlinie für die Krankheit.

Ein weiteres Beispiel: Eine bundesweite Selbsthilfeorganisation sah sich genötigt, gemeinsam mit einem Pharmaunternehmen eine Veranstaltung mit der Krankheit als Thema im Sommer 2002 durchzuführen, um das soeben beschlossene Dis-

---

<sup>5</sup> Erika Feyeraabend: Ungleiche Partner Geld, Wissen, Marketing – Wie Pharmaunternehmen und Selbsthilfegruppen zunehmend zusammenarbeiten [http://www.bioskop-forum.de/themen/menschen/versuche/pharmaunternehmen\\_selbsthilfegruppen.htm](http://www.bioskop-forum.de/themen/menschen/versuche/pharmaunternehmen_selbsthilfegruppen.htm)

ease Management Programm der Regierung zu desavouieren. Dabei wandte sich die Organisation insbesondere gegen die evidenzbasierte gesetzliche Grundlage des Programms, durch das Medikamente ohne nachweisbaren Nutzen nicht mehr von den Krankenkassen bezahlt werden dürfen. Gleiche Aktivitäten entfaltete die Organisation gegen die kritische Bewertung bestimmter Medikamente durch das IQWiG und den G-BA. Seit 2008 steht ein ehemaliger Pharmamitarbeiter an der Spitze der Selbsthilfeorganisation, der seit Jahren als Funktionär von Patientenverbänden gleichzeitig Werbung für Produkte seiner Firma betreibt.

## BEISPIELE FÜR KORRUPTION IM ARZTBEREICH

Außer der Plausibilitätsprüfung per Zeitprofil (wie bekannt äußerst fragwürdig!) gibt es - auch heute schon - insbesondere für Praxisgemeinschaften das Aufgreifkriterium „gemeinsame Patienten“. Die Erfahrung zeigt, dass es bei betrügerisch abrechnenden Ärzten vorgekommen ist, dass diese Patientendaten ihres Partners in ihr System übertragen haben oder dass unnötige gegenseitige Zuweisungen stattgefunden haben. Deshalb gilt die Überschreitung von 20% Patientenidentität bei versorgungsidentlichen Praxen als auffällig, bei versorgungsübergreifenden liegt der Satz bei 30 Prozent.<sup>6</sup>

Praktisch kann man diese zwanzig beziehungsweise 30 Prozent noch ein bisschen „legaler“ ausnützen. Das geht so: Von zum Beispiel zwei Kinderärzten A und B in einer Praxisgemeinschaft nimmt A am Montag frei; seine Patienten liest an diesem Tag Kollege B bei sich ein (er behandelt sie zwar auch, insofern ist es legal, aber er vermehrt so natürlich seine Fallzahl um bis zu 20 % (alle Patienten von A an diesem einen von 5 Wochentagen). B macht dafür am Donnerstag frei und macht das Gleiche mit den Patienten von A, die an diesem Tag erscheinen. Wenn man dann noch seine freien Tage nicht immer am gleichen Wochentag nimmt, können Patienten sich nicht darauf einstellen, wenn sie schon mal da sind, gehen sie halt zum Kollegen. Auf diese Weise haben sowohl A als auch B mit einem Aufwand von vier Wochentagen bis zu 20% mehr Fälle, als wenn sie an fünf Tagen arbeiten würden. Die Fallwerte werden dann natürlich jeweils ausgereizt und entsprechend abgerechnet.

Die Ärztezeitung berichtete am 14. Juni 2004 von folgendem Fall: ein 61-jähriger Neurologe hatte über drei Jahre hinweg die Patientendaten seiner 52-jährigen Partnerin, einer Augenärztin, zur Abrechnung in seiner Praxis genutzt. Der Schaden wurde mit etwa 108 000 Euro bemessen. Beide Ärzte wurden zu zwei Jahren Gefängnis auf Bewährung verurteilt und erhielten die Auflage, jeweils 25.000 Euro an die Landeskasse und an einen gemeinnützigen Verein zu zahlen. Die vorläufigen Berufsverbote gegen die Ärzte wurden aufgehoben, die Zulassung zur Vertragsarztstätigkeit wurde den Ärzten nach Auskunft der Gerichtsgeschäftsstelle entzogen.

### **Zwischen zwei Ärzten wurde folgendes ausgehandelt:**

Mit einem monatlichen (geringfügigen) Betrag stand die Gemahlin des einen auf der Gehaltsliste des anderen Mediziners. Aus zwei Hausfrauen wurden, auf dem Papier, zwei Bürohilfskräfte – gering gezahlt, aber mit Profit. Der ausgezahlte Lohn kann als Betriebsausgabe von beiden Ärzten steuerlich voll abgesetzt wer-

---

<sup>6</sup> Ärztezeitung vom 4.8.2004

den, der gleiche Betrag muss dagegen als Einnahme nur pauschal versteuert werden. Die Differenz bringt eine im Verhältnis zum Gehalt erhebliche Steuerersparnis. Die Vorsorge der Gattinnen in der Krankenversicherung wird niedriger, weil aus der Arztfrau plötzlich eine Arbeitnehmerin mit geringem Einkommen wird. Wenn die Mediziner noch ihr Einkommen unter die Jahresarbeitsverdienstgrenze drücken können, sind auch die Kinder kostenlos bei der Mutter mitversichert. Außerdem besteht die Möglichkeit, für die Ehefrau und die Kinder auch noch Leistungen abrechnen zu können, die höher als die gezahlten Beiträge sind.

#### **Busreisen:**

Bei einer mehrtägigen Busfahrt („Schönes Bayern“ oder so ähnlich) wurden bei der Ankunft im Hotel von einer jungen Frau Physiotherapieleistungen angeboten – nur die KV-Cards wären erforderlich. Von einem Arzt, der die Patienten überhaupt nicht gesehen hatte, wurden standardisierte Verordnungen (über Massagen, Fango, Krankengymnastik) ausgestellt, die dann mit den Kassen abgerechnet wurden. Wie genauere Prüfungen dann noch ergeben haben, wurden die abgerechneten Leistungen im verordneten Umfang nicht einmal vollständig erbracht, jedoch vollständig abgerechnet.

Nach Berichten vieler deutscher Medien Anfang Oktober 2004 – wir zitieren die Stuttgarter Zeitung vom 6. Oktober – stehen derzeit rund 500 Mediziner unter Verdacht, Geld und geldwerte Leistungen von einem südhessischen MedizinproduktHersteller angenommen zu haben. Für den Einsatz bestimmter Hilfsmittel für Gefäßchirurgie waren ihnen teure Reisen, Übernachtungen in Luxushotels, Golfnachmittage und ähnliches geboten worden. Ins Rollen gekommen waren die Ermittlungen durch die Angaben eines Firmenmitarbeiters.

#### **BEISPIELE FÜR KORRUPTION BEI AUFTRAGSVERGABEN IN DER MEDIZIN**

Der Außendienstmitarbeiter eines zytologischen Einsendelabors besucht zum Zweck der Anwerbung neuer Einsender einen Frauenarzt in dessen Praxis und erläutert die Vorteile seines Institutes auf dem Gebiet der Qualitätssicherung. Der Frauenarzt erwähnt, dass er bereits zu einem anderen Institut einsendet und damit auch sehr zufrieden sei. Dort gäbe es auch einen Service, der ihm eine Rückvergütung von einem Euro pro Abstrich gewähre bei 2000 Abstrichen pro Jahr. Die Zahlungen erfolgen persönlich/vertraulich in bar. Da er in wirtschaftlichen Schwierigkeiten sei, sei er darauf angewiesen. Das neue Labor müsse das überbieten, um ihn als neuen Auftraggeber zu gewinnen (passive Bestechung).

Der Außendienstmitarbeiter eines überregionalen medizinischen Untersuchungslabors für Blutuntersuchungen besucht einen Internisten in dessen Praxis und erläutert ihm die Vorteile, wenn er Einsender würde. Dazu gehören der Bezug von Analysen zu gesponserten Preisen, die er dann selbst den Krankenkassen oder auch den Privatpatienten als eigene Leistungen zum vollen Preis in Rechnung stellen könne, auch außerhalb des gesetzlich erlaubten Bereiches genehmigter Laborgemeinschaften. Besonders im Bereich der privat Versicherten seien vierstellige Eurobeträge als Zusatzeinkommen möglich. Wenn ihm das zu riskant sei, könne er auch Praxismaterialien und Verbrauchsgüter in Höhe von 10 Prozent des Auftragswertes privater Untersuchungen kostenlos beziehen. Es laufe dann so, dass er, wenn er eine Rechnung darüber erhalte, diese dann einfach zu bezahlen „vergesse“ (aktive Bestechung).

Der Mitarbeiter eines Sanitätshauses sucht den Chefarzt oder den Verwaltungsdirektor eines Krankenhauses auf und bietet ihm für einen Exklusiv-Vertrag Schwarzgeld in bar an. Es fließen vier- bis fünfstelligen Beträge.

Ein Apotheker besucht einen praktischen Arzt und bietet ihm einen „power-selling“-Vertrag über Nahrungsmittelzusätze an. Er solle in der ersten Stufe Patienten Lieferverträge bestimmter Produkte verkaufen, in der zweiten Stufe weitere Ärzte anwerben und so in einer Verkäuferhierarchie aufsteigen und von einem Bonus-System profitieren.

Die Ärztezeitung berichtete am 11. Oktober 2004 von einem Hildesheimer Gerichtsurteil. Ein Herzspezialist aus Hannover hatte über mehrere Jahre mit den Herstellern von Hilfsmitteln und Pharmazeutika Rabatte ausgehandelt, die er nicht an die Kassen weitergegeben hatte. Das Gericht bewertete die Höhe des angerichteten Schadens mit 2,42 Millionen Euro und verurteilte den Arzt zu einer Bewährungsstrafe von anderthalb Jahren. Die Verteidiger haben Revision angekündigt: der Arzt habe insgesamt 7,7 Millionen D-Mark an die Kassen zurückbezahlt.

#### **Rechtliche Bewertung:**

Die überwiegende Mehrzahl der Korruptionsfälle bei der Auftragsvergabe in der Medizin sind Verstöße gegen die Berufsordnung für Ärzte und gegen die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Die Berufsordnung ist von den einzelnen Ärztekammern (ÄK) beschlossen und für jeden ÄK-Bereich jeweils separat geregelt, aber weitgehend inhaltsgleich. Der Geltungsbereich der einzelnen Ärztekammern entspricht bis auf wenige Ausnahmen dem der einzelnen Bundesländer. Beispielhaft sei hier die Nordrheinische Berufsordnung für Ärzte zitiert, die folgenden Regelungen stehen jedoch inhaltsgleich auch in den übrigen Berufsordnungen aller deutschen ÄK. § 31 der Berufsordnung für die nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte vom 14.11.1998 in der Fassung vom 22.03.2003 legt fest:

„Ärztinnen und Ärzten ist es nicht gestattet, für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten oder Untersuchungsmaterial ein Entgelt oder andere Vorteile sich versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren.“

§ 32 derselben Berufsordnung legt fest:

„Es ist unzulässig, sich von Patientinnen und Patienten oder von Dritten Geschenke oder andere Vorteile, welche das übliche Maß kleiner Anerkennungen übersteigen, versprechen zu lassen oder anzunehmen, wenn hierdurch der Eindruck erweckt werden kann, dass die Ärztin oder der Arzt in der ärztlichen Entscheidung beeinflusst sein könnte.“

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gilt bundesweit und ist vom Bundestag 1996 zuletzt novelliert und beschlossen worden. Den einzelnen Leistungsbeschreibungen und Bewertungen ist eine Einführung vorangestellt, die verbindlich die Anwendung der GOÄ regelt. Für einen großen Teil der Korruptionsfälle bei der Auftragsvergabe in der Medizin ist der Abschnitt 2.4 „Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung (§4 Abs. 2 GOÄ)“ bedeutsam. Hier gilt unter anderem folgendes:

„... danach kann der Arzt Gebühren nur für selbständige ärztliche Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden...“

„...Eine schlichte Anordnung alleine reicht nicht aus, um an Mitarbeiter delegierte Leistungen als persönliche (eigene) Leistungen des Arztes abrechnen zu können“

Im Abschnitt 2.4.2 der Einführung der GOÄ werden die wenigen Ausnahmen einer Delegierbarkeit (Beziehbarkeit) labormedizinischer Leistungen erläutert, auszugsweise wie folgt:

„Ausschlaggebend für diese Auslegung ist die Rechtsprechung zu diesem Sachverhalt sowie die gebührenpolitische Zielsetzung des Verordnungsgebers, durch die Neuregelung ... eine Einschränkung der Beziehbarkeit bestimmter Laborleistungen aus Laborgemeinschaften zu erreichen.“

Für die Beurteilung und Sanktionierung von Verstößen sind die einzelnen Ärztekammern und/oder die Sozialgerichtsbarkeit und/oder die Strafrichterbarkeit zuständig. Sie werden jedoch wegen der hohen Dunkelziffer nur in einem Bruchteil der Fälle tätig.

An Ärztinnen und Ärzte werden höhere ethische Anforderungen gestellt als an Gewerbebetriebe. Sie haben den wirtschaftlichen Erfolg immer dem Patientenwohl unterzuordnen. Bei der Beschaffung finanzieller Mittel für ihre Praxis finden sie sich aber mit einer anderen Realität konfrontiert, in der nur betriebswirtschaftliche Fakten zählen. Kredite werden nur dem wirtschaftlich Erfolgreichen gewährt, Aspekte wie die medizinische Qualität oder gar Patientenzuwendung finden keine Beachtung.

Diese Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit wird immer größer. Es findet eine Selektion mit einer unglücklichen Tendenz statt: Zuwendungsorientierte Institutionen mit hohen Qualitätsansprüchen werden in die Insolvenz oder die Korruption getrieben, kühl kalkulierende oder korrumpierende überleben. Diese Entwicklung muss gestoppt werden.

## BEISPIELE FÜR KORRUPTION BEI ZAHNÄRZTEN

Im Jahr 2005 hat der Gesetzgeber ein völlig neues System bei Zahnersatz eingeführt, welches in noch viel stärkerem Maße als bisher dazu einlädt, Leistungen und Abrechnungen zu manipulieren. Die bisher wenigstens noch in Ansätzen vorhandene Transparenz ist nun vollständig beseitigt worden. Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz wurde nämlich der lang gehegte Wunsch der Zahnärzte umgesetzt, die Leistungen für Zahnersatz faktisch aus dem gesetzlichen Katalog auszugliedern und in das Privatrecht zu überführen. Der Patient hat nun nur noch einen Anspruch auf einen „befundbezogenen“ Kassenzuschuss, unabhängig davon, was der Zahnarzt tatsächlich tut. Der bisher auch als Nachweis für Behandlungsleistungen geltende „Heil- und Kostenplan“ dient nun nur noch als Berechnungsgrundlage für den Zuschuss der Krankenkasse. Wie hoch dieser Zuschuss dann tatsächlich ist, ergibt sich zum einen aus dem Befund – hierzu wurde ein spezieller Befundkatalog erarbeitet –, zum anderen aus der individuell festzulegenden Zuschusshöhe in Prozent der Gesamtkosten.

Hat die Krankenkasse einen Zuschuss festgesetzt, sind Zahnarzt und Patient nicht mehr an den geplanten Leistungsumfang gebunden, sondern können frei miteinander verabreden, was tatsächlich geleistet werden soll. Da der Patient sich fachlich nicht so auskennt wie der Zahnarzt, überlässt er sich seiner Kompetenz, die sich keiner fachlichen Kontrolle mehr zu unterwerfen hat. Die schon immer beklagte Intransparenz der Rechnungslegung bei Zahnärzten hat sich also noch einmal verschärft und dem Betrug, wenn er denn beabsichtigt ist, wurden Tür und Tor geöffnet. Die Krankenkassen als Korrektiv und als Vertreter von Patienteninteressen scheiden völlig aus, denn der Patient hat einen Privatvertrag geschlossen und muss bei streitigen Auseinandersetzungen selbst einen kostenintensiven Rechtsstreit vor den ordentlichen Gerichten führen. Der Gesetzgeber hat damit den Patienten den schlechtesten Dienst erwiesen, den er ihnen erweisen konnte.

Es erscheint für Patienten deshalb umso wichtiger, noch sorgfältiger zu sein als bisher, in jedem Fall vor einer teuren Zahnbehandlung eine zweite Meinung einzuholen und sich gegebenenfalls auch unmittelbar von einem zahntechnischen Labor über die Möglichkeiten und Kosten direkt beraten zu lassen. Man sollte eventuell sogar prüfen, den Arzt auf die Inanspruchnahme eines bestimmten Labors zu verpflichten.

## ALLGEMEINE INFORMATIONEN ZU GESETZLICHEN ZAHNÄRZTLICHEN LEISTUNGEN

Die regionalen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, organisiert als Körperschaften öffentlichen Rechts, verarbeiten gegenüber den Krankenkassen den Großteil der Leistungsdaten ohne Bezug zum Patienten/Versicherten ausschließlich fallbezogen (personenneutral). Eine Zuordnung zu einem bestimmten Patienten und damit mögliche Überprüfungen der erbrachten Leistungen ist somit systematisch ausgeschlossen. In dieser fehlenden Kontrollmöglichkeit liegt einer der Gründe für den seit Jahren bekannten ständig steigenden Missbrauch der Krankenversicherungskarten.

Wenn ein Patient zahnärztliche Leistungen erhält, müssen bei der Abrechnung zwei Bereiche unterschieden werden:

- **Naturalleistungen („Sachleistungen“)**  
Hier erhält der Patient gegen Entrichtung der Praxisgebühr (Ausnahme: regelmäßige Untersuchung) alle konservierend-chirurgischen Leistungen ohne weitere Zuzahlung, wie bisher. Ausnahmen sind die Füllungen, bei denen der Patient einen Zuschuss erhält, wenn er Material verwenden lässt, welches keine Kassenleistung ist.
- **Kostenerstattungsleistungen**  
Kostenerstattungsleistungen erhielt der Patient bis 2005 in den Bereichen Kieferorthopädie und Zahnersatz. Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz wurde das System beim Zahnersatz ab 2005 völlig neu strukturiert<sup>7</sup>. Zwar erstellt der Zahnarzt immer noch einen sogenannten „Heil-

<sup>7</sup> In das Sozialgesetzbuch wurden die Paragraphen 55 fortfolgend neu eingefügt und formuliert, die auf einen „befundbezogenen Festzuschuss“ abstellen.

und Kostenplan“ zusammen mit den voraussichtlichen Kosten für zahn-technische Leistungen im Eigen- und Fremdlabor. Diese Unterlagen werden auch noch der Krankenkasse übergeben, die daraufhin ihren Festzuschuss bestimmt<sup>8</sup>, dann aber ist der Patient allein gelassen. Welche Leistungen der Zahnarzt tatsächlich erbringt und wie er diese abrechnet, ist dem Innenverhältnis Patient (Auftraggeber) und Zahnarzt (Auftragnehmer) überlassen. Hier gilt nicht mehr der bisherige Leistungskatalog, sondern reines Privatrecht nach der Gebührenordnung für Zahnärzte.

Wenn die Abrechnung erfolgt, muss der Patient an den Zahnarzt den Gesamtbetrag bezahlen und erhält von der Kasse seinen befundbezogenen Festzuschuss.

Gerade bei den Kostenerstattungsleistungen ist es daher besonders einfach geworden, betrügerische Rechnungen zu erstellen. Dem Patienten bleiben kaum Möglichkeiten (außer nach §305 Sozialgesetzbuch SGB V<sup>9</sup>), die Richtigkeit der Rechnung zu prüfen.

### **Folgende Einfallstore für betrügerische und intransparente Abrechnungen sind mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz beispielhaft gegeben:**

- Planung und Abrechnung erfolgen mit Zusatzleistungen, diese wurden aber nicht erbracht (Beispiel: Vier Geschiebe wurden geplant und bezahlt, nur zwei wurden eingebaut);
- zahntechnische Leistungen sollen im Eigenlabor des ZA erbracht werden (Kosten nach BEL 2 abzgl. 5 %), tatsächlich wird aus dem Ausland (beispielsweise China) usw. importiert, aber nach deutschem Preis abrechnet. Der Patient kann das nicht prüfen, die Differenz ist Zusatzgewinn beim Zahnarzt (kann bis zu 60% der Laborkosten betragen),
- es wird ein fehlerhafter Befund ermittelt, so dass „im Nachhinein“ umfangreicher und kostenträchtiger versorgt werden muss, als zunächst als „notwendig“ dargestellt (hier könnte das Zweitmeinungsmodell helfen),
- es werden hochgoldhaltige Legierungen abgerechnet, aber nur minderwertige eingesetzt (Preisunterschiede bis zu 10,00 EUR/Gramm Material – bei den aktuellen Goldpreisen sind noch deutlichere Unterschiede möglich – auch wegen der Preisunterschiede in verschiedenen Ländern – und damit winken große Zusatzgewinne für den Zahnarzt),
- es wird viel weniger Edelmetall eingesetzt, als tatsächlich berechnet wird (Beispiel: 6,9 Gramm **DG 88®** von Degussa mit rund 97 % Gold/Platin werden vom Zahnarzt abgerechnet = ~260,00 EUR, aber tatsächlich werden nur 3,6 Gramm **Econolloy Ag®** mit rund 37% Gold verbraucht = ~38,00 EUR, Zusatzgewinn bei diesem einem Patienten: ~222,00 EUR)<sup>10</sup>,

<sup>8</sup> Zuschussmodell siehe unter [http://www.kzbv.de/rechtsgrund/FZ-Rili\\_080101.pdf](http://www.kzbv.de/rechtsgrund/FZ-Rili_080101.pdf)

<sup>9</sup> Nach § 305 Sozialgesetzbuch SGB V können Patienten sowohl vom behandelnden Arzt/Zahnarzt unmittelbar eine Kostenzusammenstellung abfordern (Absatz 1), als auch von der Krankenkasse eine jährliche Übersicht der für den Patient bezahlten Leistungen (Absatz 2) erhalten. Dies sind die einzigen Prüfmöglichkeiten für den Patienten, um festzustellen, **welche** Kosten er verursacht hat. Keine Klärung kann allerdings damit über die Qualität oder Wirtschaftlichkeit bzw. Notwendigkeit der medizinischen Behandlung erfolgen.

<sup>10</sup> Siehe: [http://www.degudent.de/Kommunikation\\_und\\_Service/](http://www.degudent.de/Kommunikation_und_Service/) - Stand 12.03.2008

- es wird galvanisch vergoldetes Nichtedelmetall eingesetzt, das wie Gold aussieht, tatsächlich aber kein Gold ist, dann aber zum hohen Goldpreis abgerechnet,
- der Zahnarzt kalkuliert einen höheren Gebührensatz nach GOZ (z.B. auch „freie Vereinbarung“), obwohl es nur eine einfache Leistung ist, für die der Einzelsatz (1,0) anzuwenden wäre,
- der Zahnarzt erhält von der Labortechnik Mengenrabatte (üblich sind fünf bis 30 Prozent), reicht diese aber nicht an den Patienten weiter, sondern behält sie selbst,
- der Zahnarzt berechnet bei verstorbenen Patienten (z.B., wenn er ein Pflege- oder Seniorenheim betreut) stets die volle Leistung nebst Laborkosten, obwohl gar nichts erbracht wurde, weil der Patient bei der Abrechnung meist schon beerdigt ist,
- der Zahnersatz soll im Fremdlabor erbracht werden, dafür wird ein künstlich niedriger Kostenvoranschlag vorgelegt, dann fertigt der Zahnarzt aber im Eigenlabor zu frei kalkulierten Gebührensätzen der „bundeseinheitlichen Benennungsliste BEL“ und nicht nach dem Verzeichnis für Kassenerleistungen BEL 2 und erhöht gleichzeitig die Abrechnung um rund 20 bis 30 Prozent.

**Transparency International** fordert Transparenz für die Patienten: sämtliche Verträge auf Bundes- und Länderebene nebst Anlagen und Protokollnotizen, Nachverträgen, rückwirkenden Vereinbarungen, Schiedsentscheidungen müssen veröffentlicht werden. Bisher sind weder Kassenärztliche/ Kassenzahnärztliche Vereinigungen noch Krankenkassen verpflichtet, Patienten und Beitragszahler (also Arbeitnehmer und Arbeitgeber) über die bestehenden Verträge auf Landes- bzw. Bundesebene in Kenntnis zu setzen. Die Versicherten sind zwar zur Beitragszahlung verpflichtet, es werden ihnen aber keinerlei Rechte bei der Entscheidung über deren Verwendung eingeräumt.

Um Betrug, Missbrauch und Korruption bei Zahnärzten und zahntechnischen Laboren aufdecken und damit bekämpfen zu können, fordert Transparency International Deutschland:

- Eine detaillierte Rechnung auch bei Füllungen und bei allen Kassenpatienten, die sie verstehen und damit überprüfen können.
- Teure Arbeiten sollten wegen der Unmöglichkeit der zerstörungsfreien Prüfung mit Fotos dokumentiert werden müssen. Sachgerechtigkeit und Qualität müssen von den Kassen und/oder unabhängigen Stellen für die Patienten kostenfrei überprüft werden können, um Betrug und Korruption zu unterbinden.
- Die Dokumente (sämtliche Leistungsunterlagen bei Zahnersatz und sämtliche Drittrechnungen der Zulieferer des Zahnarztes) sind patientenbezogen länger als zwei Jahre aufzubewahren, um in Verdachtsfällen eine Strafverfolgung zu ermöglichen (Mindestdauer bei Zahnersatz 20 Jahre).

Die Kassen und Patienten müssen die Geschäftsverbindungen zwischen Zahn-/Arzt und Labor nachvollziehen können. In jedem Fall ist im Interesse der Beitragszahler auf einer transparenten, getrennten Abrechnung von zahnärztlichen und Laborleistungen zu bestehen. Möglicherweise sollte sogar ein Wahlrecht des Patienten für die Laborleistung eingeführt werden, so dass der Patient selbstständig mit technischen Laboren seiner Wahl verhandeln kann.

# MACHT DER KORRUPTION EIN ENDE

## Wir brauchen Ihre Unterstützung!

Eine Vielzahl engagierter Mitglieder bildet seit fast 15 Jahren das Herz von Transparency Deutschland. In themenbezogenen Arbeitsgruppen setzen sie sich ein für Korruptionsprävention in der Wirtschaft, der öffentlichen Verwaltung, in der Politik, im Gesundheitswesen und vielen anderen Bereichen. In Regionalgruppen machen sie sich für Transparenz vor Ort stark. Vorträge, öffentliche Diskussionen, Stellungnahmen, Publikationen oder die Entwicklung wirksamer Instrumente sind ein wichtiger Teil unserer Arbeit.

Auch die vorliegende Publikation „Transparenzmängel, Korruption und Betrug im deutschen Gesundheitswesen - Kontrolle und Prävention als gesellschaftliche Aufgabe“ wäre ohne dieses Engagement nicht entstanden.

Um weiterhin so erfolgreich arbeiten zu können, ist Transparency Deutschland auf finanzielle Unterstützung angewiesen. Unabhängigkeit macht uns stark. Stärken auch Sie die Koalition gegen Korruption durch Ihre einmalige Spende oder durch Ihren regelmäßigen Beitrag als Förderer.

Besuchen Sie unsere Internetseite [www.transparency.de](http://www.transparency.de), um regelmäßiger Förderer zu werden!  
Oder überweisen Sie Ihre Spende auf unser Konto!

### Spendenkonto:

Transparency International Deutschland e.V.

HypoVereinsbank Berlin (BLZ 100 208 90)

Kto. Nr. 56 11 679



**TRANSPARENCY  
INTERNATIONAL**  
Deutschland e.V.



Transparency International Deutschland e.V.  
Geschäftsstelle  
Alte Schönhauser Straße 44  
10119 Berlin  
Tel: 030-549898-0  
Fax: 030-549898-22  
[office@transparency.de](mailto:office@transparency.de)  
[www.transparency.de](http://www.transparency.de)