

**Transparenzmängel, Korruption und Betrug
im deutschen Gesundheitswesen**

Kontrolle und Prävention als gesellschaftliche Aufgabe

Grundsatzpapier von Transparency Deutschland

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 Straße 44
10119 Berlin
www.transparency.de

Konzeption:

Arbeitsgruppe Korruption im Gesundheitswesen

Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkungen	5
Ziel.....	5
Definition	5
Zustandsbeschreibung.....	6
Vorgeschichte	7
II. Rahmenbedingungen: Der Staat als Ordnungsinstanz.....	12
Solidarische staatliche Gesundheitsversorgung.....	12
Mischsystem, regulierter und freier Markt	12
Organisationsformen.....	13
Beschränkter Wettbewerb.....	14
III. Der einzelne Mensch und das Gesundheitswesen.....	14
Der Einzelne und die Beziehung zu Arzt und Krankenkasse.....	14
Die Versicherten	14
Der Patient.....	15
Selbsthilfegruppen	15
Missbrauchsmöglichkeiten	15
IV. Krankenkassen	17
Pflicht zur gesetzlichen Krankenversicherung.....	17
Risikostrukturausgleich	18
Gesetzliche Krankenkassen - Körperschaften des öffentlichen Rechtes.....	18
Private Krankenversicherer.....	19
Missbrauchsmöglichkeiten	19
V. Arzt.....	22
Wirtschaftliche Situation.....	22
Fehlsteuerung des Abrechnungssystems	23
Nachfrage nach gesundheitlichen Leistungen.....	23
Vergütungssystem	24
Vergabe von Aufträgen	24
Ärztliche Fortbildung	25
Vernetzung der medizinischen Betreuung.....	25
Musterberufsordnung.....	25
Missbrauchsmöglichkeiten	26
VI. Ärztliche Selbstverwaltung	27
Ärztekammern	27
Bundesärztekammer.....	28
Kassenärztliche Vereinigungen.....	28
Kassenärztliche Bundesvereinigung	28
Berufsverbände	29

	Gemeinsamer Bundesausschuss.....	30
	Misstände und Missbrauchsmöglichkeiten	21
	Einflüsse durch die EU.....	33
	Mängel am System der Selbstverwaltung	33
VII.	Apotheker	34
	Die Rolle des Apothekers.....	34
	Apothekerkammern.....	35
	Apothekervereine und -verbände	35
	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände - ABDA.....	35
	Organisation des Arzneimittelhandels	36
	Missbrauchsmöglichkeiten	36
	EU-Regelungen	38
VIII.	Pharma- und Medizinprodukte-Industrie.....	38
	Werbung	39
	Zulassung von Arzneimitteln	40
	Wissenschaft und Forschung	40
	Sponsoring.....	42
	Verhalten des Gesetzgebers.....	44
IX.	Medizinische Sachverständige	45
	Problematische Situation der medizinischen Sachverständigen.....	45
	Methoden der Beeinflussung.....	45
	Auswirkungen der Beeinflussung	46
X.	Korruptionsprävention	48
	Korruptionsprävention bei den Ärzten und anderen Leistungserbringern	49
	Korruptionsprävention bei den Apotheken	52
	Korruptionsprävention bei den Kassen und ihren Verbänden.....	53
	Korruptionsprävention auf der Ebene der Versicherten und Patienten.....	54
	Korruptionsprävention bei den Herstellern von Pharmazeutika und Medizinprodukten.....	55
	Korruptionsprävention durch den Staat	57
XI.	Anhang: Quellen und Beispiele	61
	1.-4. Quellen	61
	5. Beispiele für Korruption im Bereich der Selbsthilfeorganisationen....	61
	6. Beispiele für Korruption im Arztbereich	62
	7. Beispiele für Korruption bei Auftragsvergaben in der Medizin	64
	8. Beispiele für Korruption bei Zahnärzten	66

I. Vorbemerkungen

- **Ziele:** - **Intransparenz durchsichtig machen**
- **Interessenverflechtung 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, Dienstleistender in einem Medizinberuf oder Beschäftigter in einem Unternehmen der pharmazeutischen oder Medizingeräte-Industrie kann sie schwer durchschauen.

TI 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. TI Deutschland will nicht Einzelfällen nachgehen. Das ist die Aufgabe der Medien, anderer Teile der Öffentlichkeit oder der Staatsanwälte. TI 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.

TI 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.

TI 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, 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 Dienstaussübung.

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 herbeizuführen¹. 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% Frauen.

Mehr als zweihundert Milliarden Euro werden jährlich im Gesundheitssektor umgesetzt, das entspricht fast dem halben Bundeshaushalt. Gegenwärtig (Juni 2004) gibt es knapp dreihundert gesetzliche Krankenkassen – mit abnehmender Tendenz. In jedem Bundesland arbeitet derzeit noch mindestens eine Kassenärztliche/ Kassenzahnärztliche Vereinigung, jeweils eine Kammer des jeweiligen 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 3-10 Prozent der Ausgaben im Gesundheitssektor durch Betrug, Missbrauch und Korruption verschleudert werden². 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 6 – 20 Milliarden Euro jährlich ausgehen.

• **Vorgeschichte und Stand der Arbeit am Grundlagenpapier**

Im April des Jahres 2000 legte *Transparency International Deutschland (TI-Deutschland)* eine 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 TI Deutschland, um durch ihre aktive Mitarbeit rasch und wirkungsvoll zu einer Veränderung der Strukturen beizutragen. Auch das Netz der Journalisten und Organisationen, die im Gesundheitsbereich arbeiten und TI 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 bzw. 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 TI 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 desselben 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 Rechtes 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 TI-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.³

Die Kernforderungen des Papiers waren:

I. Auf der Ebene der Versicherten:

1. Die Versicherten müssen über ärztliche Behandlungen verständliche Rechnungen erhalten – auch für Zahnplomben, auch für Medikamente, auch für 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 bereitzustellen. 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.

II. 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.
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.
7. Ein konsequenter Verweis der Leistungserbringer auf die ethische Basis ihres Handelns ist erforderlich.
8. 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.
9. Medizinische Sachverständige müssen bei Gutachten, wissenschaftlichen Aufsätzen, Vorträgen auf Kongressen etc. Interessenkonflikte öffentlich machen.

III. 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.

IV. Auf der Ebene der Arzneimittel- und Hilfsmittel-Hersteller:

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 Fehlverhalten enthalten.
4. Um den grauen Arzneimittelmarkt zu bekämpfen und Arzneimittelfälschungen zu unterbinden, muss der Weg eines Arzneimittels von der Herstellung bis zum Endverbraucher lückenlos nachvollziehbar sein.
5. 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.

V. 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-Papier⁴, 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 legt TI Deutschland mit diesem Papier eine revidierte Zusammenfassung der bisherigen Ausarbeitungen vor und macht 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..

II. Die Rahmenbedingungen: Der Staat als Ordnungsin- stanz

- Bei der Gründung der Bundesrepublik Deutschland war die **solidarische staatliche Gesundheitsversorgung** ein wichtiges Thema. Eine Klassenmedizin sollte es durch den für alle verbindlichen Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht geben, alle Menschen sollten den gleichen, demokratisch kontrollierten Zugang zu den Gesundheitsleistungen haben. Auf dieser Grundlage finanziert die Solidargemeinschaft entsprechend dem Subsidiaritätsprinzip Leistungen, die „notwendig sind, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern“. Diesem Ziel dient die staatliche Gesetzgebung in Bund und Ländern mit den an die Körperschaften öffentlichen Rechtes delegierten hoheitlichen Aufgaben, die sie eigenverantwortlich wahrnehmen können.
- 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 Medizin-

geräte, 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 Leistung Nachfragenden 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 Nutzen von Leistungen oder über das Marktgeschehen. Er hat nur in Ansätzen eine eigene Interessenvertretung (Verbraucherzentrale Bundesverband, Patientenschutzorganisationen...). 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 haben im Einzelfall keine eigene Kontrollmöglichkeit. Der Arzt reicht den Beleg über die jeweils erbrachte Leistung bei seiner Kassenärztlichen Vereinigung ein. Diese bündelt die von den Ärzten erbrachten Leistungen und reicht sie

anonymisiert an die Kassen weiter.

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 auszustatieren, dass keine Gruppe sich missbräuchlich Vorteile zulasten 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.

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 Beschäf-

tigter 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, z. B. mittels Sponsoring über die entsprechenden Patientenorganisationen Einfluss auf gesundheitspolitische Entscheidungen zu nehmen. (Beispiele siehe Anhang, 5)

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

Missbrauchsmöglichkeiten des Systems durch die Versicherten, insbesondere in Kooperation mit einem Leistungserbringer (Arzt, Apotheker, Heil- u. 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 immer noch gang und gäbe.

Die nach wie vor existierende strikte Trennung zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern führt zu Doppelinvestitionen für kostenaufwändige Geräte mit der Folge, dass mehr Untersuchungen als erforderlich gemacht 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 soll die jetzige Krankenversicherungskarte – wie von TI seit langem gefordert - durch eine elektronische Gesundheitskarte abgelöst werden. Sie soll dann alle Versichertenangaben und alle Angaben zur Ausgabe eines elektronischen Rezepts enthalten und auf freiwilliger Basis auch alle Gesundheitsdaten speichern. 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 oberhalb der Versicherungspflichtgrenze - können 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, z.B. 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, mitversicherte Familienangehörige und Grundlohnsumme ausgeglichen 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 sogenannte 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 Rahmen 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 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 durch das 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 Missbrauchspotenziale 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 genau genug. Die Haushalte werden zwar in öffentlicher Sitzung vom Verwaltungsrat verabschiedet, sodass theoretisch die Möglichkeit für kritische Fragen gegeben ist. Da die Versicherten diese Sitzung aber nicht besu-

chen 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 zulasten der Pflegekasse geregelt. Regelmäßige Prüfungen zur Verhinderung dieses Missbrauchs sind angeraten.
- Der medizinische Dienst der Krankenkassen (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 als Körperschaft öffentlichen Rechtes 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 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.
- 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 - Diagnose-Verfahren und Verordnungen, Überweisung und/oder Einlieferung ins Krankenhaus - werden von den Erkrankten häufig ohne Nachfragen akzeptiert. Der Status und die gesellschaftliche Geltung des Ärztestandes sind nach wie vor hoch. Bis heute waren die vergleichsweise hohen Einkünfte der Ärzteschaft nicht umstritten, weil jeder Mensch aus persönlicher Erfahrung beurteilen konnte, wie viel und wie schwer Ärzte und Ärztinnen arbeiten müssen. 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 sogenannte 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 bzw. 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 (z. B. 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 6).

Diese Fehlsteuerung ist deswegen so problematisch, weil der Patient sie nicht durchschauen und schon gar nicht steuern 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 vorauszusetzen. 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 klinische ärztliche Versorgung machen sich Konkurrenz, statt zu kooperieren; die Zusammenarbeit zwischen Allgemeinarzt und Facharzt ist ebenfalls meist unzureichend. Eine wichtige Ursache dafür ist das von den gesetzlichen Krankenkassen und den kassenärztlichen Vereinigungen unter der Aufsicht der Bundes- und Landesgesetzgeber ausgehandelte **Vergütungssystem**.
- 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-Kontakte 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 An-

hang 7; Beispiele für Korruption bei Zahnärzten mit konkreten Empfehlungen siehe Anhang 8)

- **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 Ärzteschaft sehr viel Geld für „interessenfreie“ Fortbildung aus. Nach Meinung der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, einem Ausschuss der Bundesärztekammer, wird aber ein zu großer Teil der Fortbildung der Industrie überlassen; 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 industrie-unabhängigen Therapie-Empfehlungen (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 werden nur erreicht werden können, wenn die ärztliche Weiterbildung sich unabhängig von der Pharma-Industrie 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, z.B. kann ein angestellter Kran-

kenhausarzt 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 u.a.m.) 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 bzw. persönlich erbrachte Leistungen ab. Handel mit ärztlichen Leistungen Dritter durch leitende und niedergelassene Ärzte, z. B. mit Laborleistungen, Röntgenleistungen, Zytologie)
- Falschabrechnung erbrachter Leistungen
- Extensiver Missbrauch der Patientenchipkarten und -daten
- Abrechnung von Leistungen aus finanzieller, nicht medizinischer Indikation: z. B. 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, EKG's etc möglich macht, statt auf eine Absprache unter den verschiedenen Leistungsträgern zu dringen. Außerdem wird in der Abrechnung der Einsatz von Apparaten und technischen Hilfsmitteln begünstigt, während eine gründliche Anamnese, für die nur der Faktor Zeit eine Rolle spielt, finanziell wenig belohnt wird.
- Bei den Krankenkassen liegen Erfahrungen mit vielen weiteren Betrugsmöglichkeiten vor, die auf dem Zusammenspiel zwischen verordnenden Ärzten und Apothekern beruhen. Dabei werden im Prinzip vom Arzt Rezepte ausgestellt,

die Apotheker gegenüber der Kasse abrechnen, ohne dass dabei Ware geliefert wird. Das erstattete Geld teilen sich beteiligte Apotheker und Ärzte. Als Methode findet sich häufig die Verordnung von Sprechstundenbedarf, Medikationen bei Privatpatienten, Verordnung von Arzneimitteln nach dem Tode des Patienten, Verordnung von Medizinprodukten wie Inkontinenzmitteln in Pflegeheimen an Patienten, die solcher Hilfen nicht bedürfen, etc.. Auch das Hinterlassen von Blankorezepten in Pflegeheimen und anderen Einrichtungen begünstigt solche unlauteren und betrügerischen Absprachen zwischen Ärzten, Pflegepersonal und Apothekern. Die Krankenkassen schätzen, dass jeder mit der Kontrolle der ärztlichen Abrechnungen beschäftigte Mitarbeiter im Jahr eine Schadenssumme von rund einer halben Million Euro aufdeckt. Die kassenärztlichen Vereinigungen meinen, rund zehn Prozent der Abrechnungen seien fehlerhaft, z. T. aber auch zu Lasten der Ärzte. Ursache sei das komplizierte Abrechnungssystem.

- Ärzte und Ärztinnen können durch Geschenke oder andere Vergünstigungen in eine schwer zu kontrollierende Abhängigkeit von der Pharmaindustrie und von anderen Warenanbietern gelangen. Dadurch wird oft der Preis- und Leistungswettbewerb der Warenanbieter beeinträchtigt, 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 unabhängig von der anbietenden Wirtschaft bleiben muss. 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 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. Ih-

re Funktionäre erhalten eine Aufwandsentschädigung, die sich je nach Bundesland teilweise erheblich unterscheidet. In den Stadtstaaten sind die Vertreter der Ärztekammer weiter in ihrem Beruf tätig und erhalten wenig zusätzliches Geld. In einigen Flächenländern arbeiten die Funktionsträger der Ärztekammer 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.

- Die **Bundesärztekammer** ist der Zusammenschluss aller Landesärztekammern mit der Aufgabe, Austausch und Vermittlung unter den siebzehn einzelnen Ärztekammern (in Nordrhein-Westfalen gibt es zwei Ärztekammern) zu organisieren. Sie schreibt sich die Funktion einer Arbeitsgemeinschaft mit überregional verbindlichem Charakter und normgebender Funktion zu. So hält sie den Kontakt zur Bundesregierung, zum Bundesrat und zu den politischen Parteien. Es ist wesentlich, dass bei einem Organ der Selbstverwaltung, das soviel Macht besitzt, transparente demokratische Binnenstrukturen eine funktionierende Kontrolle von innen und außen gewährleisten. Die vom Staat an die ärztliche Selbstverwaltung delegierte Aufgabe ist es nämlich, der Gesellschaft das Vertrauen zu geben, dass die Interessenvertretung, zu der man sich verpflichtet hat, im Gesundheitsinteresse der gesamten Gesellschaft und nicht lediglich im Eigeninteresse des Ärztestandes ausgeübt wird. Das heißt auf der anderen Seite, dass der Staat die Selbstverwaltung nicht mehr als unbedingt erforderlich gängeln darf. Dieser Prozess muss in beiden Richtungen transparent und öffentlich nachvollziehbar sein. 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 und der Vorstand sind ehrenamtlich tätig. Die Bezüge der Vorstandsmitglieder werden als Aufwandsentschädigung definiert und sind von Land zu Land sehr unterschiedlich. Sie werden bisher trotz der neuen gesetzlichen Verpflichtung durch das GMG nicht vollständig veröffentlicht und sind auch den Mitgliedern nicht bekannt.

- Der organisatorische Zusammenschluss der dreiundzwanzig Kassenärztlichen Vereinigungen 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. Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung setzt sich aus Delegierten der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen zusammen und wählt den Vorstand. Drittes Organ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist laut Satzung der Länderausschuss, der aus den Ersten Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigungen und zwei Vertretern der außerordentlichen Mitglieder besteht. Dieses Gremium wirkt bei der Beschlussfassung über Verträge und Richtlinien mit. Auch die Mitglieder und der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sind ehrenamtlich tätig und erhalten zum Teil beträchtliche Aufwandsentschädigungen, die den Mitgliedern verborgen bleiben. Die demokratische Legitimation des Länderausschusses ist juristisch strittig.
- 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. Nach wie vor ist die Offenlegung von Strukturen, zum Beispiel die Verflechtungen dieser Verbände und Gesellschaften mit den Interessen der

Warenanbieter oder Abhängigkeiten einzelner Mediziner von einzelnen Anbietern, ein nicht genügend bedachtes Problem, 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 Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Bundesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft und die Verbände der Ersatzkassen. Ob er demokratisch legitimiert ist, erscheint zumindest nicht unstrittig.

Der Gemeinsame Bundesausschuss besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, 2 weiteren unparteiischen Mitgliedern, 4 Vertretern der KBV, einem Vertreter der KZBV, 4 Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, 3 Vertretern der Ortskrankenkassen, 2 Vertretern der Ersatzkassen, je einem Vertreter der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkassen und der Knappschaftlichen Krankenversicherung. 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 Unterausschüssen, 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 e-

benso 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 und Soziale Sicherung (BMGS). 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 BMGS 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.

Missstände 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 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, 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.
- Es wurde ein Abrechnungssystem geschaffen, das Betrug in hohem Maße begünstigt statt ihn zu verhindern. 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 12stündigen Regelarbeitszeit an drei Tagen pro Woche (ohne die Behandlung von Privatpatienten, ohne Notfälle, Hausbesuche, Bescheinigungen, Gutachten, Arztbriefe, Praxisorganisation etc) liegt. Diese kürzlich etwas herabgesetzte Grenze von jetzt maximal 780 Arbeitsstunden im Quartal, die durchschnittlich 11,82 Arbeitsstunden am Werktag (bis vor kurzem noch 13 Stunden) ausmacht, 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. Deshalb verwundert es nicht, dass umgekehrt das deutsche Prinzip der Selbstverwaltung im Gesundheitssystem im übrigen Europa nicht wahrgenommen wird.

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. Jedenfalls wird die Selbstverwaltung durch die Körperschaften öffentlichen Rechtes 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 ist durch den geforderten Wettbewerb ausgehebelt. 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 rund 11% 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 pharma-

zeitischen 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 das Unternehmen seinen Sitz hat, 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 resp. 6,10 Euro pro Packung, unabhängig vom Endpreis des Produktes. Zudem wurde die prozentuale Beteiligung des Apothekers am Abgabepreis generell auf 3 % gesenkt. Die Preisbindung für frei verkäufliche Arzneimittel gilt nicht mehr. Die Abkoppelung des Apothe-

kenhonorars vom Einkaufspreis des Medikamentes ist ein Schritt in die richtige Richtung, denn dadurch hat das „Verschieben“ von teuren Rezepten seinen Reiz verloren.

- 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 verschiedene Sparten der Pharmazie wurde das Vertragsmonopol der Landesverbände teilweise aufgeweicht.

- Den Landesapothekerkammern und Landesapothekervereinen und -verbänden als Dachverband übergeordnet ist die **Arbeitsgemeinschaft der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände - ABDA**. Sie repräsentiert vierunddreißig 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 ih-

ren 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 siebzehn Landesapothekerverbände und –vereine, in denen rund 90 Prozent der Apotheker organisiert sind, verfügt über keinen eignen 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.

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 Krankenhausapotheke oder krankenhausesversorgende 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, zum Beispiel: Unerlaubte Zusammenarbeit zwischen Apotheker und Arzt, Tauschgeschäfte bei Verordnungen und Sprechstundenbedarf, Veränderungen auf dem Rezept ohne Rücksprache mit dem Arzt, Abrechnung von Beschaffungskosten, Telefon, Notdienst ohne Grund, Stempel auf Rezept „Import nicht lieferbar“, bewusst fehlerhafte Rezepturberechnung. Es ist sogar der Fall bekannt, dass ein Apotheker zugleich Besitzer eines Pflegeheims war und die Verordnungen auf diese Weise steuern konnte. 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: Mafia-artige 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. Ob sich solche Praktiken jetzt ändern, bleibt abzuwarten.
- In der Arzneimittel-Versorgung entstehen zunehmend Vertriebsstrukturen, die Therapie-Erfordernisse und Qualitätsfragen der Arzneimittel-Versorgung 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 Arzneimittelspenden oder in die Offizin (Apotheke) umge-

leiteter Krankenhausware speist. Letzteren Weg nehmen etwa 10 % der zu Sonderkonditionen erworbenen Krankenhausware. Dies verstößt gegen die Arzneimittel-Preisverordnung und benachteiligt einseitig die legal arbeitenden Offizin-Apotheker.

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 unsaubere 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 Mitgliedsländern, erschweren Kontrollen und Patientenschutz.

VIII. Die Pharma- und Medizinprodukte-Industrie

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, seit Jahren allerdings versuchen Kostendämpfungsgesetze für das Gesundheitswesen, die Preise der Produkte zu begrenzen. Der Vertrieb und Verkauf unterliegen einem medizinischen Zulassungsverfahren sowie werberechtlichen Beschränkungen.

Die **Hersteller von Pharmaprodukten und Medizingeräten** spüren weltweit starken Konkurrenzdruck. 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 mehrere deutsche Konzerne sind 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 hef-

tig, wie man am ausgeprägten Lobbyismus und den vielfältigen Bestrebungen, gesundheitspolitische Entscheidungen zu beeinflussen, sehen kann.

- Die Hersteller von Pharmaprodukten und Hilfsmitteln dürfen rezeptpflichtige Produkte dem Patienten direkt weder anbieten noch durch **Werbung** anpreisen, sie konzentrieren ihre werblichen Anstrengungen für solche Produkte also auf die **Fachberufe**. Allerdings wird für Medizinprodukte auch in der Grauzone der **Selbsthilfegruppen** heftig geworben, wodurch einzelne dieser Gruppen unwissend oder gewollt in eine Abhängigkeit geraten. 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 ganz überwiegend wirkungslos.

Nur medizinisch sachkundige Mittler wie Ärzte oder Apotheker sind als Adressaten der Arzneimittelwerbung für rezeptpflichtige Arzneimittel zulässig. Entsprechend sind die Anstrengungen der Pharma- und Gerätehersteller beschaffen, ihre Produkte diesen Mittlern nahe zu bringen: Gutachten, kostenlose Ausstattung mit Arzneimittelmustern oder Geräten, Sonderrabatte, die Fachpresse oder Kongresse mit Fachvorträgen, außerdem Fernsehauftritte u.ä. werden als Werbungsmaßnahmen 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 gar nicht betroffen.

Das **Verbot der Laienwerbung für rezeptpflichtige Arzneimittel** wird häufig und systematisch dadurch unterlaufen, dass Medizinjournalisten durch Zuwendungen und gesponserte luxuriöse Veranstaltungen zu positiven Berichten in Laien-Medien („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 **Pharma-Marketing in Ratgeber-Sendungen** 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 Kasse 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 langes, 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. Mit guten Argumenten sind Zweifel an der Objektivität und Unabhängigkeit der Zulassungsbehörden untermauert, z.B. 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 EMEA. Dadurch bedingte Gefährdungen der Anwender werden offenbar billigend in Kauf genommen, während die Hersteller uneingeschränkter 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 und damit kritisch zu bewerten sind. Auch die Publikation sicherheitsrelevanter Daten unterbleibt häufig. Bedenklich ist auch, dass etwa 70 % des Budgets der deutschen Zulassungsbehörde aus den Geldern der antragstellenden Pharmaindustrie bestritten wird. Dadurch wird die Behörde immer mehr zum Dienstleister für ihre Finanziere und verliert den Charakter einer Kontrollinstanz zum Schutze der Patienten.

- **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 Pharmaindustrie-abhängiger 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 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 internationale wissenschaftliche Bedeutung hat. Es gibt praktisch kaum noch klinische Publikationsorgane, die von der Pharmaindustrie so unabhängig sind, dass Publikationen mit kritischen Wertungen veröffentlicht werden.

- 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 bzw. 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 unzulässig, wenn eine „Expertenkommission“ aus z.T. 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. 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 einen gewährten Vorteil an den verordnenden Arzt - auf eine neue, teurere und hinsichtlich Wirksamkeit und Sicherheit weniger gesicherte Arzneimitteltherapie umgestellt werden.
- Ergebnisse solcher Studien, die vorgeblich durch unabhängige wissenschaftlich engagierte Ärzte erhoben werden, gelangen 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 und deren Anteilseigner, da der Shareholder-Value durch die Sozialisierung der Entwicklungskosten steigt.
- 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 bzw. 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 eingeworbenen 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 z.B. 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 Umsatzgeschäften 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, bzw. die Zuwendung erfolge im Hinblick darauf.

- Besondere Transparenzerfordernisse gelten auch beim Sponsoring von Selbsthilfegruppen. Einerseits dürfen sie nicht in die Abhängigkeit einer bestimmten Anbieterfirma von Medizinprodukten und Pharmazeutika geraten und Angaben zu Klienten an die Sponsoren weitergeben, andererseits dürfen sie nicht dazu angehalten werden, geltende Gesetze zu umgehen (z.B. 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 jeder Spezies, Privatkliniken, 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 Selbstverhaltensregeln 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 Arbeitnehmervvertretung 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 Standesorganisationen aufgerufen. 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...). 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 Beeinflussung

- 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% 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 eines Antidepressivums bei Kindern gezeigt – von 15 Studien nur eine Positivstudie und zwei mit manipuliert positivem Ergebnis veröffentlicht wurden, während 12 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.
- Problematisch ist die intransparente Einflussnahme auf den Medizinjournalismus und die Medienberichterstattung. Gesundheitsmagazine im Fernsehen, finanzierte Verlagsbeilagen, „gekaufte“ Journalisten, - die Presseabteilungen der Konzerne sind häufig in clandestinen 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 gebende 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 von 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.
- **Meinungsbildner** und auch Fachgesellschaften werden durch Honorare und andere materielle Zuwendungen oder Finanzhilfen „angefüttert“, gebunden und auf Produkte und Interessen der Sponsoren verpflichtet.
- **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 Klinik-Verwaltung 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 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 bedient sich 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.

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, Beitragshöhen 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 TI-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 Vereinigungen mit ihren Delegationssystemen, daneben in unübersehbar viele 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.

Fünfundachtzig bis neunzig 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.

TI 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- 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 Verbands- und Wirtschaftsinteressen
 - Verfolgung von Vorteilsannahmen bei Funktionären in der Selbstverwaltung wie bei Amtsträgern
 - 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**
 - Kongresse und Tagungen
 - Unabhängigkeit der Referierenden
 - Zertifizierung

- **Interessenkonflikte**
 - Deklarationspflicht und Offenlegung bei allen Tätigkeiten

- **Klinische Forschung, Studien, „Anwendungsbeobachtungen“**
 - Drittmittel
 - Probandenschutz
 - Qualitätsstandards
 - Registrierungs- und Publikationspflicht

- **Patienten-Selbsthilfe**
 - Budget-Transparenz
 - Unabhängigkeit von Leistungsanbietern und – erbringern
 - Verbot von Produktwerbung

- **Pharmaaußendienst**
 - Ärztemuster
 - Beraterverträge/ Anwendungsbeobachtungen
 - Geschenke und Sponsoring
 - Produktinformation/ Wahrheit und Klarheit
 - Provisionsregelungen
 - Standards für Werbemittel

- **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 Abrechnungssoftware)
- 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 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 TI 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 gewachsen, 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 Wettbewerbs um „gute Risiken“
- 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 Versicherungs-Vertragsverhältnis 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 Pharmazeutika 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 der pharmazeutischen Industrie weiter um sich greifen. Auch ein Sanktionskodex wurde verabschiedet. Ob diese Selbsthilfemaßnahme die erwünschte Wirkung erzielt, wird sich weisen.

TI Deutschland zieht aus Erfahrungen der Vergangenheit den vielleicht voreiligen Schluss, dass diese Selbsthilfemaßnahme der anbietenden Wirtschaft nicht das leistet, was geschehen muss, um die strukturelle Korruption im

Pharmabereich zu unterbinden, denn seit Anfang der siebziger Jahre existierte bereits ein derartiger „pharma-kodex“ des BPI, ohne dass zwischenzeitlich irgendein fassbarer Effekt festzustellen gewesen wäre. Eine firmenübergreifende Institution muss deshalb durch Anstrengungen auf Firmenebene ergänzt werden. Dabei muss ein wirksamer Verhaltenskodex zwingend jene Elemente enthalten, die im TI-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 muss ihn wollen, ihn unterstützen und ihre ganze moralische Autorität einsetzen, um ihm zum Erfolg zu verhelfen.

Regelungsbedürftig sind vor allem folgende etwas heterogen nebeneinander stehende 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**
- **Finanzielle 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 (z. B. Internet-Informationen), unzutreffende, schädlich verharmlosende oder in anderer Weise gesundheitlich bedenkliche **Werbebehauptungen** der pharmazeutischen Industrie zu verfolgen und zu ahnden. Die Körperschaften der Heilberufe und die gesetzlichen Krankenkassen müssen irreführende und unlautere Werbung der pharmazeutischen und Medizingeräte-Industrie gegenüber den Leistungserbringern und/ oder den Versicherten erkennen können, anzeigen und sicher sein, dass sie ordnungsgemäß geahndet 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, Arzneimitteldaten, 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.

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
- **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 distan-

ziert 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 effektiverer 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: Quellen und Beispiele

1. Vgl. Michael H. Wiehen, *Kontrollinstrumentarien der Korruptionsprävention und -bekämpfung in Deutschland* in: *Aus Politik und Zeitgeschichte B 32-33/2001*, S.15 ff
2. 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.
3. Stellungnahme von Transparency International Deutschland zur anstehenden Gesundheitsreform, veröffentlicht am 11. Juni 2003
4. Eckpunktepapier der Konsensverhandlungen zur Gesundheitsreform, veröffentlicht am 22. Juli 2003

5. 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 unwissend und unmerklich in die Abhängigkeit von Pharmaunternehmen, da sie finanzielle Unterstützung erfahren und darin keinen Interessenkonflikt wahrnehmen.¹

So werden z.B. Selbsthilfeorganisationen wie mamazone, eine Brustkrebs-Selbsthilfeorganisation, von einer Firma gesponsert, die Medikamente gegen Brustkrebs herstellt und vertreibt. Anfänglich wurde mamazone direkt mit Beteiligung der Firma Hoffman La Roche initiiert und seither als „unabhängige“ Stimme vermarktet². Langfristiges Ziel der Firma HLR war es, ein „überregional aktives Netzwerk zu bilden... um überregionalen Einfluss ausüben zu können“³. Das Motto dieser Zusammenarbeit lautet: „Hand in Hand mit Roche“. In einer breiten Kampagne mit der bundesweiten Frauenselbsthilfe nach Krebs „Durch die Brust

¹ Erika Feyerabend: Ungleiche Partner Geld, Wissen, Marketing - Wie Pharmaunternehmen und Selbsthilfegruppen zunehmend zusammenarbeiten, http://www.bioskop-forum.de/themen/menschenversuche/pharmaunternehmen_selbsthilfegruppen.htm.

² Ursula Goldmann-Posch: Wir und die Pharmaindustrie. Brustkrebspatientinnen zwischen Pharma und Politik, http://www.mamazone.de/01_mamazone/wiewirarbeiten/vortrag_gopo.html.

³ Dr. Erna Bathke-Grimm, Produktmanagerin Bondronat/Ostac, Marketing Onkologie, Hoffmann-La Roche AG/Deutschland. *Pharmasponsoring von Brustkrebs-Patientinnen-Selbsthilfegruppen; Eine Bestandsaufnahme. Beiträge einer Fachtagung der Theodor Springmann Stiftung, 1. Oktober 2003. Im Verlag der Theodor Springmann Stiftung, Berlin 2003.*

ins Herz“⁴ betreibt dieselbe Firma unter der Vorgabe, informieren zu wollen und Frauen die Angst vor Brustkrebs zu nehmen, gezielte Werbung für eigene Produkte und die gesundheitspolitischen Ziele des Unternehmens. So tritt auch Amazone öffentlich für die Aufhebung des Werbeverbotes ein und für den „Off-label-Gebrauch“ von Medikamenten, deren Wirksamkeit bei einer bestimmten Erkrankung (noch) nicht gesichert ist, oder für sogenannte innovative Medikamente. Die Firma Aventis hat mit anderen „kooperierenden Organisationen der forschenden Pharmaindustrie“ vor Jahren die „Aktion Bewusstsein für Brustkrebs“ offiziell als „Allianz zur Förderung der Brustkrebsfrüherkennung“ ins Leben gerufen. Der Vorsitzende ist ein wichtiger Meinungsführer in der gynäkologischen Fachwelt und gleichzeitig Chef einer Universitätsfrauenklinik. Als Geschäftsführer fungiert seit der Gründung im Jahr 1995 Herr Dr. Dieter Alt, bis 1997 Mitarbeiter der Firmen ICI und Zeneca, vorübergehend auch Geschäftsführer der Frauenselbsthilfe nach Krebs (!). Prof. Kaufmann und Dr. Alt waren Mitglieder der Expertengruppe bei der Verfassung der deutschen sogenannten „S3 Leitlinie Brustkrebs“.

Ein weiteres Beispiel: die Diabetiker Selbsthilfegruppen.⁵ Der Deutsche Diabetiker Bund sah sich genötigt, gemeinsam mit der Firma Bayer eine Veranstaltung mit dem Thema „Brennpunkt Diabetes“ im Sommer 2002 durchzuführen, um die soeben beschlossenen Disease Management Programmen der Regierung zu de-savouieren⁶. Dabei wandte sich der Diabetiker-Bund insbesondere gegen die evidenz-basierte gesetzliche Grundlage der Programme, durch die Medikamente ohne nachweisbaren Nutzen nicht mehr von den Krankenkassen bezahlt werden dürfen.

6. 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 versorgungsidentischen Praxen als auffällig, bei versorgungsübergreifenden liegt der Satz bei 30 Prozent.⁷ Praktisch kann man diese 20 bzw. 30% noch ein bisschen "legaler" ausnützen. Das geht so: Von z.B. zwei Kinderärzten A und B in einer Praxisgemeinschaft nimmt A am Montag frei; seine Patienten liest an diesem Tag Kollege B bei

⁴ <http://www.brustkresbzentrale.de> oder <http://www.roche.de>

⁵ Wenn die Pharmaindustrie Selbsthilfe unterstützt, <http://www.bukopharma.de/Pharma-Brief/PB-Archiv/1997/phbf9704.html>

⁶ Eine gemeinsame Initiative: Deutscher Diabetiker Bund und Bayer AG: Brennpunkt Diabetes; Auftaktveranstaltung 22. Juni 2002 Mercatorhalle Duisburg.

⁷ Ärztezeitung vom 4.8.2004

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 4 Wochentagen bis zu 20 % mehr Fälle, als wenn sie an 5 Tagen arbeiten würden. Die Fallwerte werden dann natürlich jeweils ausgereizt und entsprechend abgerechnet.

- Die Ärztezeitung berichtete am 14. Juni 2004 von folgendem Fall: ein 61jähriger Neurologe hatte über drei Jahre hinweg die Patientendaten seiner 52jährigen 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 Gerichts-Geschäftsstelle entzogen.
- Zwischen zwei Ärzten wurde folgendes ausgehandelt:
Mit einem monatlichen (geringfügigem) 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 gezahlte Lohn kann als Betriebsausgabe von beiden Ärzten steuerlich voll abgesetzt werden, 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.

7. 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 % 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 Nahrungsmittel-Zusätze an. Er solle in der ersten Stufe Patienten Lieferverträge bestimmter Produkte verkaufen, in der zweiten Stufe weitere Ärzte anwerben und so in einer Verkäufer-Hierarchie 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 Strafgerichtsbarkeit 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.

8. Beispiele für Korruption bei Zahnärzten

Am Ende des Jahres 2002 begannen staatsanwaltschaftliche Ermittlungen gegen eine Reihe von Zahnärzten und zahntechnischen Laboren wegen eines nach allem Anschein flächendeckenden Betrugsskandals. Über rechtswidrige Preisgestaltungen bzw. Preisabsprachen bei Laborleistungen bezüglich Kostendifferenzen Inland / Ausland sollen Beträge in mehrstelliger Millionenhöhe zu Unrecht von

Zahnärzten gegenüber Patienten und Krankenkassen gefordert und von diesen in Unkenntnis der Hintergründe bezahlt worden sein. Der bei Versicherten und Arbeitgebern angerichtete Schaden scheint sich nach den ersten vorsichtigen Hochrechnungen bundesweit im dreistelligen Millionenbereich anzusiedeln. Ein abschließendes Urteil in diesem sogenannten „Globudent-Skandal“ ist noch nicht gesprochen. Transparency International Deutschland greift diesen Fall beispielhaft auf, um die bestehenden Strukturen zu durchleuchten, die den öffentlich erhobenen Anschuldigungen zugrunde liegen.

○ **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 Krankenversichertenkarten.

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

Naturalleistungen („Sachleistungen“)

- Bei diesen erhält der Patient keine Rechnung, sondern die Leistungen werden direkt über seine „Chipkarte“ ohne jegliche Zuzahlung oder Rechnung bei seiner Krankenkasse abgerechnet. Typisch ist dies z.B. für Zahnfüllungen. Der Patient weiß in diesen Fällen nicht, was der Zahnarzt bei ihm tatsächlich abrechnet, auch nicht, ob die abgerechneten Leistungen tatsächlich erbracht wurden.
- Im Bereich der Sachleistungen findet man eines der größten Einfallstore für massiven und jahrelangen Betrug vermittelt Abrechnung nicht erbrachter Leistungen. Da dies unmerklich für den Patienten geschieht und weder regionale Medizinkörperschaften noch Krankenkassen eine Sachprüfung vornehmen, sind der Abrechnung sogenannter „Luftleistungen“ keine Schranken gesetzt. Fallen Zahnärzte durch übermäßige Ausdehnung solcher Abrechnungen einmal auf („Auffälligkeitsprüfung“), wird der Tatbestand des Betruges meist nicht untersucht, bzw. zielgerichtet von der Medizinkörperschaft unterdrückt, bzw. innerhalb der Körperschaften als „Unwirtschaftlichkeit“ umgedeutet. Hier spielen möglicherweise auch die Krankenkassen eine dubiose Rolle.

Kostenerstattungsleistungen

- Hier erhält der Patient eine formelle Rechnung, gegebenenfalls nebst Anlagen, bezahlt einen Eigenanteil (z.B. 50% bei Zahnersatz), die Differenz zu 100% rechnet der Zahnarzt über seine Kassenzahnärztliche

Vereinigung mit der Krankenkasse direkt ab.

Typisch hier: Zahnersatz, Zahnkronen, Kieferorthopädie. Trotz der formellen Rechnung kann der Patient zumeist nicht beurteilen, inwieweit diese Rechnung dem tatsächlichen Aufwand entspricht und ob die abgerechneten Leistungen tatsächlich erbracht wurden.

Auch bei den Kostenerstattungsleistungen ist es daher einfach, betrügerische Rechnungen bei den Kassen einzureichen, denn durch die grundsätzlich fehlende Transparenz bei der zahnärztlichen Abrechnung gegenüber Patient und Krankenkasse und die strenge Trennung in unterschiedliche Leistungsbereiche ist es weder den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, erst recht nicht den Krankenkassen möglich, die sachlich-inhaltliche Richtigkeit der Abrechnung zu prüfen. Dem Patienten bleiben kaum Möglichkeiten (außer nach §305 Sozialgesetzbuch SGB V⁸), die Richtigkeit der Rechnung zu prüfen. Dies kann er auch deshalb nicht, weil ihm einerseits die medizinischen Kenntnisse und damit auch ein Beurteilungsmodell für die Notwendigkeit medizinischen Tuns fehlen, andererseits gelangen kaum Informationen über die regionalen Verträge bzw. Bewertungen (Punktwerte) in die Öffentlichkeit.

Der Patient erhält im ersten Schritt bei Bedarf von Zahnersatz einen schriftlichen Heil- und Kostenplan (HKP) seines Zahnarztes. Hierzu wird ein bundeseinheitliches Formular verwendet. Diesen HKP reicht der Patient bei seiner Krankenkasse zur Genehmigung ein. Die Kasse prüft und genehmigt den Zuschuss (evtl. nach einem Gutachterverfahren) in einer bestimmten Höhe, meist 50% bis 60%, manchmal auch bis zu 100%, oder sie lehnt eine Kostenübernahme ab. Ist ein solcher HKP einmal genehmigt, findet keine weitere Prüfung mehr statt, insbesondere wird die Wirtschaftlichkeit nicht überprüft, ebenso wenig, ob die Leistung antragsgemäß erbracht wurde. Ob der Zahnzustand tatsächlich so vorliegt, wie ihn der HKP darstellt, wird nur in den Fällen tatsächlich geprüft, in denen ein Gutachter hinzu gezogen wird. Generell verlässt sich die Krankenkasse auf die Angaben des Zahnarztes. Die Krankenkassen haben interne Richtlinien erlassen, bei welchen HKP Gutachten eingeholt werden müssen („Pflichtgutachten“), bzw. wann sie eingeholt werden sollen („Kann-Gutachten“). Sehr teure Prothesen, meist ab Kassenzuschüssen von € 1.000 aufwärts, werden häufiger begutachtet als preiswerte Versorgungen. Allerdings scheint die Zahl der Gutachten im Vergleich zur Zahl der eingereichten Pläne verschwindend gering zu

⁸ 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.

sein. Außerdem gibt es keine Kontrollinstanz, die im Hochpreisbereich Gefälligkeitsgutachten aufdeckt und dadurch erschwert.

Wenn der HKP genehmigt ist, beginnt der Zahnarzt mit der Arbeit, nimmt einen genauen Abdruck, beauftragt ein zahntechnisches Labor, welches die technische Leistung fertigt (z.B. Goldgussarbeiten, Lötarbeiten, Verblendungen usw.). Danach gliedert der Zahnarzt die fertige Arbeit ein und rechnet mit dem Patienten (Eigenanteil) und seiner Kassenzahnärztlichen Vereinigung (Kassenanteil) ab.

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung prüft die Abrechnung auf rechnerische Richtigkeit (z.B. Additionsfehler) und Plausibilität (Stimmigkeit der medizinischen Gebühren mit den technischen Positionen). Danach fasst sie sämtliche Rechnungen der Zahnärzte ihres Bereiches zusammen und stellt an die unterschiedlichen Krankenkassen jeweils eine Gesamtabrechnung. Die Kassen bezahlen den Gesamtbetrag an die KZV, welche ihn wiederum an ihre Mitglieder, die Zahnärzte, verteilt.

Hat die Kasse einmal von der KZV die Rechnung erhalten (bei Zahnersatz/ Zahnkronen wird monatlich Rechnung gelegt, bei einer Gültigkeitsdauer des genehmigten HKP von 6 Monaten), erfolgt in aller Regel nur noch bei Reklamationen eine Überprüfung der Aufzeichnungen und auch dann nicht immer. Nach zwei Jahren vernichtet die jeweilige Kasse gewöhnlich die gesamten Unterlagen (Ablauf der Gewährleistungsfrist nach § 135 Abs. 4, Satz 3+4 Sozialgesetzbuch SGB V). Diese Frist zur Aktenvernichtung ist in Zahnmedizinkreisen allgemein bekannt. Sofern bei auftretenden Mängeln also neu versorgt werden muss, mit neuen Kosten für Kasse und Patient, hat der Zahnarzt nach der 2-jährigen Garantiefrist keine nachträgliche finanzielle Belastung zu befürchten, wohl aber werden Patient und Krankenkasse neu belastet.

Sollten sich innerhalb dieser zwei Jahre Ermittlungen von mutmaßlichen Straftaten ergeben, können diese schon nach zwei Jahren nicht mehr verfolgt werden, obgleich das Strafgesetzbuch eine dreijährige Strafverfolgungsfrist normiert.

Verschleiert wird dieses höchst intransparente System noch zusätzlich durch die vom Gesetzgeber initiierten Patientenwanderungen zwischen den einzelnen Krankenkassen, die insbesondere von den Betriebskrankenkassen stark gefördert wurden. Was vom Gesetzgeber als „große Freiheit“ bei der Wahl der Krankenkasse gesehen wurde (Mitgliedschaftswechsel bei Beitragsanpassungen oder bei persönlichem Bedarf), kann sich auch als Schutz bei betrügerischem Verhalten auf der Seite der Zahnärzte auswirken. Denn hat ein Patient seine Kasse gewechselt, so können mangels vorhandener Daten die Krankenkassen Missbräuche nicht aufdecken.

Transparency International fordert Transparenz für die Patienten: sämtliche Verträge nebst Anlagen und Protokollnotizen, Nachverträge, rückwirkende Vereinbarungen, Schiedsentscheidungen müssen eingesehen werden können. 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.

Abrechnungsverfahren bei Laborleistungen

Die durch den Globudent-Skandal angestoßene Debatte beschäftigt sich mit Preisdifferenzen bei Laborleistungen. Diese Differenzen entstehen z.B. dann, wenn zahntechnische Labore die inländischen Höchstpreise für zahntechnische Leistungen („BEL II“ – „Bundeseinheitliches Leistungsverzeichnis zahntechnischer Leistungen“) gegenüber den Patienten und Krankenkassen abrechnen, diese Leistungen aber irgendwo im Ausland zu niedrigeren Preisen einkaufen. Die Rechtslage verlangt, dass erzielte Preisvorteile bei zahntechnischen Leistungen in vollem Umfange an die Patienten und Krankenkassen weiterzugeben sind, denn dem Zahnarzt entstehen keine eigenen zusätzlichen Aufwendungen. Bei den jetzt aufgedeckten Fällen lautet der Vorwurf, dass der durch die Preisdifferenz erzielte Gewinn zwischen einem Großlabor als Lieferfirma und einer Vielzahl von Zahnärzten aufgeteilt wurde.

Der Patient merkt von solchen Absprachen nichts, denn er erhält eine korrekt erscheinende Rechnung eines inländischen zahntechnischen Labors. Auch die Kassenzahnärztliche Vereinigung oder die Krankenkasse kann formell keine Manipulation feststellen. Fraglich ist allerdings, inwieweit die regionalen Zahnärztereinigungen diesen (vermutlich seit Jahren bestehenden) Trend kennen, denn die Betrugsvarianten beim Zahnersatz sind keineswegs neu und unbekannt. Es wird auf die betreffenden Urteile aus dem Jahre 1998 verwiesen (Sozialgericht Köln S 19 KA 15/98 ER, bzw. Landessozialgericht NRW L 11 B 32/98 KA).

Hintergrund des sich gegenwärtig zeigenden Problemfeldes ist im wesentlichen, dass eine Sachprüfung („Qualität und Vollständigkeit der erbrachten Leistung“) gerade in Bezug auf zahntechnische Leistungen (Materialqualität, Materialmenge, Ausführungsqualität, Optik etc.) nur selten und unvollständig erfolgt. Dazu sind nämlich nur jene Krankenkassen in der Lage, die über ausreichende Fachkompetenz verfügen. Weder die Medizinkörperschaften noch die Krankenkassen sind derzeit gesetzlich verpflichtet, als Prüfinstanz tätig zu werden. Deshalb existiert kein objektiver Maßstab für

die Prüfung zahnmedizinischer Leistungen. Die Mängel im Prüf- und Kontrollsystem werden höchstens dann durchbrochen, wenn es innerhalb der zweijährigen Gewährleistungspflicht zu einer Reklamation gegen die erbrachte Leistung kommt. Das tritt aber nur in weniger als 1% der Fälle ein. Bundesweit wurden 1997 insgesamt rund 13 Millionen Zahnersatzfälle abgerechnet⁹. 1% davon wären rund 130.000 Gutachterfälle. Diese wurden in aller Stille intern geregelt, und über die Ursachen, Inhalte bzw. Ergebnisse solcher Begutachtungen werden Daten nicht veröffentlicht.

○ **Spezielle Betrugsmöglichkeiten nach Fallgestaltungen**

Im folgenden sollen einige Fallgestaltungen speziell für Zahnersatz / Zahnkronen bzw. zahntechnische Leistungen vorgestellt und analysiert werden. Die Aufzählung ist nicht abgeschlossen.

- **Betrugsmöglichkeiten über spezielle deutsche Labore mit Auslandsfertigung, aber nach deutschen Qualitätsvorschriften.**

Vorgehensweise: Der Zahnarzt schließt beispielsweise mit der inländischen Dependance eines Auslandslabors einen Rahmenvertrag über die Beauftragung. Er vereinbart hierin niedrigere Import-Preise, als sie die Höchstpreisliste („Bundeseinheitliches Leistungsverzeichnis BEL II“) erlaubt. Der deutsche Partner stellt dem Zahnarzt jedoch die vollen Höchstpreise in Rechnung, und der Zahnarzt rechnet gegenüber dem Patienten und der örtlichen KZV mit der Originalrechnung zu Höchstpreisen ab. Die Preisdifferenz wird auf verschlungenen Wegen zwischen dem Zahnarzt und dem Labor ausgeglichen. Musterbeispiele hierfür könnten Fertigungen in Ungarn, Polen, Tschechien sein. Die regionale KZV prüft nur die Plausibilität, nicht aber den Weg der technischen Leistung, die Kasse bezahlt aufgrund der Gesamtrechnung der regionalen KZV. Eine Materialprüfung (z.B. Legierungsqualität) findet in keinem einzigen Fall statt

Es ist aber auch die „ehrliche“ Variante bekannt (und diese wird nach unseren Informationen von einigen Kassen finanziell sogar gefördert), bei der im Ausland nach deutschen Qualitätsstandards gefertigt und nach Landespreisen abgerechnet wird. Den Preisvorteil gibt der Zahnarzt unmittelbar an Kasse und Patient voll weiter: gute Qualität, niedrigere Preise. Um der „ehrlichen Variante“ zum Durchbruch zu verhelfen, brauchen die Kassen und die Versicherten Kostentransparenz.

⁹ Alle Zahlenangaben wurden aus den von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung Köln herausgegebenen „Statistischen Jahrbüchern“ entnommen.

- **Deutscher Zahnarzt betreibt ein eigenes zahntechnisches Labor („Eigenlabor“)**

Hier ist dem Leistungsbetrug bei technischen Arbeiten Tür und Tor geöffnet. Die Fallkonstellation ginge für den Betrugsfall etwa so: Der Zahnarzt nimmt in der Praxis den Abdruck und fertigt in seinem Eigenlabor mit eigenem Techniker oder selbst die Modelle, Schnittmodelle usw., sowie die genaue Planung. Dann übergibt er persönlich die Arbeit einschließlich Planung einem Kurier oder organisiert den Transfer am Flughafen und sendet sie an einen Partner im Ausland (z.B. Hongkong). Wenige Tage später holt er die fertige Arbeit ab, bearbeitet sie in seinem Labor zu Ende und „verkauft“ sie dem Patienten als komplett „eigene Arbeit“ zu deutschen Eigenlaborhöchstpreisen (BEL II). Die interne Abrechnung mit dem Fremd-Labor erfolgt davon getrennt, auch über Konten im Ausland.

Eine erweiterte Variante ist denkbar: die Auslandslabore stellen keine Rechnung als „Leistung“, sondern bestätigen etwas völlig anderes, z.B. die Lieferung eines technischen Gerätes, eines Bohrer, Fräasers usw. Diese „Anschaffungen“ würden dann als Praxiskosten betriebswirtschaftlich in die GuV-Rechnung eingestellt, steuerlich geltend gemacht und senkten zusätzlich zum (Schwarz-)Gewinn aus technischer Leistung die individuelle Steuerlast der Praxis.

Die Gestaltungsmöglichkeiten sind hier so vielfältig, dass eine dezidierte Darstellung der verschiedenen Varianten und Spezialitäten den Rahmen dieser Gesamtschau sprengen würde. Da es äußerst schwierig ist, Materialmengen an Verbrauchsstoffen in einem zahntechnischen (Eigen)-Labor zu prüfen, ist die Auffälligkeitsrate und damit das Entdeckungsrisiko äußerst gering. In diesem Zusammenhang sind auch Verfahrensvarianten im Goldhandel interessant: Pro-forma-Einkauf von z.B. zur Abrechnung benötigter Edelmetalle, Weiter- oder Rückverkauf der nicht benötigten Mengen über diverse Aufkäufer, Geschäftsdislozierungen usw. Man kann davon ausgehen, dass Finanztransaktionen über Nummernkonten im Ausland abgewickelt werden und die betreffende Geschäftspost (Bestellungen usw.) über Internet in geschützten Chaträumen erledigt wird.

- **Deutsches Labor kooperiert mit Labor im Ausland**

Diese Variante nutzt statt des „Eigenlabors“ ein in Deutschland ansässiges Fremdlabor oder ein Fremdlabornetzwerk. Dieses Netzwerk betreibt z.B. größere lokale regionale Labore und fertigt nachweisbar auch selbst. Teile der Arbeiten, z.B. aufwändige Arbeiten (Geschiebe usw.), werden ins Ausland verschickt (mitunter auch wegen geringerer Materialpreise) und als eigene Arbeit verkauft.

Hier sind oft nicht einmal die Zahnärzte darüber informiert, welchen Weg ihre Arbeiten genommen haben. Der Gewinn aus Preisdifferenzen verbleibt dem Labornetzwerk.

Auslandslabor betreibt in Deutschland Annahme- und Ausgabestellen

Diese Variante entspricht in etwa dem Punkt 2.3. Hier befindet sich aber der Hauptsitz im Ausland, mit lediglich deutschen Annahme- und Ausgabestellen. Es erfolgt in Deutschland gegenüber dem Zahnarzt - und damit der Kasse und dem Patienten - eine genaue Rechnungsstellung nach deutscher Höchstpreisliste, tatsächlich wird zu ausländischen Preisen gearbeitet. Diese Variante ist gegenwärtig einer der Hauptansatzpunkte der öffentlichen Debatte und der Ermittlungsverfahren.

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 auch bei 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 überprüft werden können, um Betrug und Korruption zu unterbinden.
- Die Dokumente sind länger als zwei Jahre aufzubewahren, um in Verdachtsfällen eine Strafverfolgung zu ermöglichen.
- Die Kassen sollten die Geschäftsverbindungen zwischen Arzt und Labor nachvollziehen können. In jedem Fall ist im Interesse der Beitragszahler auf einer transparenten, getrennten Abrechnung von zahnärztlichen und Laborleistungen zu bestehen.