

# **Transparenz und Verantwortung**

Die Fehlentwicklungen im deutschen Gesundheitswesen  
kommen uns teuer zu stehen!

**Eine gemeinsame Veranstaltung von  
Transparency International - Deutsches Chapter e.V., München,  
vzbv Verbraucherzentrale Bundesverband e.V., Berlin und der  
Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn**

Tagung am 28. September 2001  
in der Akademie der Konrad-Adenauer-Stiftung  
Moderation: Dr. Anke Martiny, Transparency International,  
Dr. Birgit Dohlus, Medizinjournalistin

## **Tagungsbericht**

**Referenten:**

Jan Böcken	Bertelsmann Stiftung, Gütersloh	Das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Ergebnisse der internationalen Studie 2000
Dr. Ulrich Orłowski	Bundesministerium für Gesundheit, Berlin	Der Reformbedarf aus der Sicht von Regierung und Opposition
Dr. Annette Widmann-Mauz MdB	Arbeitsgruppe Gesundheit, CDU/CSU-Fraktion Berlin	
Thomas Isenberg	Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv), Berlin	Kunde Patient - armer Kranker? Der Reformbedarf aus der Sicht des gesundheitlichen Verbraucherschutzes
Prof. Dr. Peter Schönhöfer	Transparency Deutschland, Bremen	Missbrauch, Betrug und Verschwendung. Der undurchsichtige Wildwuchs im Gesundheitswesen spottet jeder Kontrolle. Die neuesten Erkenntnisse von TI-Deutschland.
Prof. Dr. Axel Azzola	Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern	Rechtsaufsicht, Abrechnungsverfahren und Abrechnungsbetrug. Fünf Thesen
Dr. Gabriele Bojunga	Präsidentin der Apothekerkammer Hessen, Frankfurt	Die Apothekerkammer Hessen - wir tun etwas gegen schwarze Schafe
Dr. Christian Thieme	Geschäftsführung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern, München	Die Kassenärztliche Vereinigung Bayern - aus Schaden wird man klug. Ärztliche Selbstverwaltung und Gemeinwohl
Dr. Günther Jonitz	Präsident der Ärztekammer, Berlin	Die Ärztekammer Berlin - Standesorganisation und Berufsethos. Für eine pharma-unabhängige ärztliche Fortbildung
Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig	Humboldt Universität Berlin	Die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft - die (Un)Abhängigkeit medizinischer Sachverständiger
Prof. Dr. Rolf Rosenbrock	Mitglied des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Leiter der Arbeitsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin	Handlungsfelder eines verbesserten Patienten- und Verbraucherschutzes im deutschen Gesundheitswesen
Christoph Nachtigäller	Geschäftsführer Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte (BAGH)	Notwendige Reformschritte aus Sicht der Selbsthilfe
Michaela Schwabe	Verbraucherzentrale Berlin	Erfahrungen aus der Beratung von Betroffenen aus juristischer Sicht
Eckhard Laufer	Patientenstelle im Gesundheitszentrum Göttingen	Erfahrungen aus der Beratung von PatientInnen und VerbraucherInnen

## Vorbemerkung

Liebe Leserinnen und Leser,

Die drei Veranstalter der Tagung „Transparenz und Verantwortung“ stimmten bei der Planung der Tagung darin überein, dass viel geschehen muss, um die mit hoheitlichen Befugnissen ausgestatteten Kammern des Gesundheitswesens und die zuständigen Landesministerien, aber auch die pharmazeutische Industrie und die Krankenversicherten und Patienten in einen fruchtbaren Dialog über mehr Transparenz und größere Verantwortung im Gesundheitswesen zu bringen. Die Tagung hatte vornehmlich den Zweck, diesen Dialog in Gang zu setzen und eine Basis zu finden, von der aus weiter gearbeitet werden kann.

Insbesondere die Krankenversicherten brauchen mehr aktive Beteiligungsmöglichkeiten, mehr Durchblick, aber auch mehr Schutz. Was wir derzeit vorfinden, ist ein Verschiebebahnhof von Verantwortlichkeiten: immer sind die anderen schuld an der Misere. Währenddessen wachsen die Gesundheitskosten weiter, und nicht einmal die Profiteure sind richtig froh darüber, denn sie müssen laufend weitere politische Vorgaben schlucken, die ihre Planungssicherheit beeinträchtigen. Um diese Situation zu verändern, müssen vor allem die Patienten aktiver werden und in ihren Rollen als Versicherte und Wähler/innen mehr Verantwortung übernehmen. Dafür muss sie ihnen aber zunächst einmal zugesprochen werden. Die übrigen im Gesundheitsmarkt aktiven Akteure müssen begreifen lernen und durch größere Transparenz ihres Handelns auch widerspiegeln, dass sie vornehmlich dem Gemeinwohl und nicht bestimmten Interessen verpflichtet sind.

Die drei Veranstalter sind überparteiliche Organisationen, die sich der Bildung und Aufklärung der Individuen im Rahmen der Gesellschaft verschrieben haben. Sie wollen sich mit diesem Papier nicht in Einzelkonflikte einmischen, sondern zu strukturellen Veränderungen im Gesundheitswesen beitragen, die sich nach Möglichkeit auch in politisches Handeln umsetzen sollten.

Zu unserem Bedauern hat der Vertreter einer gesetzlichen Krankenkasse, der über seine Erfahrungen mit Reformen berichten sollte, den Weg in die Veranstaltung nicht gefunden. Es ist keine Absicht, dass kein Kassenvertreter Rede und Antwort gestanden hat.

Ich wünsche diesem Text eine große Verbreitung.

*Anke Martiny*

## I. Begrüßung<sup>1</sup>

In ihrer Begrüßungsansprache gab **Dr. Astrid Wokalek** von der Bundeszentrale für Politische Bildung das Motto "Betrug ist Selbstbetrug" für die Veranstaltung aus. Transparenz und Verantwortung, so Wokalek, seien Verbindungsbegriffe zur Arbeit der Bundeszentrale für Politische Bildung, die die Bürger informiert und sie aktiviert, Verantwortung wahrzunehmen und sich zivilgesellschaftlich zu engagieren. Auch **Thomas Isenberg** von der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) knüpfte an den Transparenzbegriff an. Er begrüßte die Ansätze von Transparency Deutschland (TI-D), Transparenz nun auch ins Gesundheitswesen hineinzutragen, und forderte eine Gleichberechtigung der Verbraucher- und Patientenschutzinteressen sowohl im politischen Prozess als auch im Marktgeschehen. **Dr. Michael Wiehen** von Transparency Deutschland schließlich verwies auf die jetzige Intransparenz des Systems Gesundheitswesen, der TI-D mit seiner Studie entgegenwirken will. **Dr. Anke Martiny** (TI-D) ergänzte, dass im Gesundheitswesen Reformbedarf in vielerlei Hinsicht herrschen mag, Transparency Deutschland verantwortet aber nur den Gesichtspunkt Korruption.

## II. Der Ist-Zustand

### 1. Jan Böcken, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh: "Das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Ergebnisse der internationalen Studie 2000"

Rahmenbedingungen für das Auftreten von Korruption im Gesundheitswesen sind Ineffizienz, also ein überhöhter Input von Faktoren (z.B. Personal, Know-How), und Intransparenz. Während Ineffizienz die Grenzen zwischen Verschwendung und Korruption verschwimmen lässt, ist Intransparenz eine notwendige Voraussetzung für Korruption und Bestechung, da die Gefahr des Entdecktwerdens für die potentiellen Täter sinkt.

Wie ineffizient ist das deutsche System im internationalen Vergleich? Anhand von OECD-Vergleichszahlen lässt sich feststellen, dass die deutschen Gesundheitskosten im oberen Bereich rangieren. Ein Grund hierfür ist der Preis der medizinischen Leistungen; hierzu lässt sich aufgrund der Intransparenz wenig sagen. Ein anderer Grund ist der Mengenfaktor. Die Leistungsanbieterdichte ist in Deutschland recht hoch. Erwartungsgemäß müsste der Output dementsprechend ebenfalls hoch sein. Bei allen Indikatoren, wie etwa Mortalitäts- und Zufriedenheitsfaktoren, befindet sich Deutschland jedoch nur im Mittelfeld. Spitzenreiter sind hier die skandinavischen Länder und die Beneluxländer. Effizienzsteigerungspotenziale sind im deutschen Gesundheitssystem also ganz sicher vorhanden.

Auch die Transparenz im Gesundheitswesen lässt sich steigern. Die Niederlande und die USA haben entsprechende Instrumentarien entwickelt. So gibt es in den Niederlanden Leitlinien der evidenzbasierten Primärversorgung, die aus der Ärzteschaft heraus entwickelt wurden. Diese Leitlinien liegen in drei Versionen vor, von denen eine so formuliert ist, dass auch die Patienten sie verstehen können. In den USA wurde - wenn auch vor dem Hintergrund einer ganz anderen Organisation von Kostenerbringer- und Leistungsträgerseite - der "Dartmouth Atlas of

---

<sup>1</sup> Der Bericht fasst das Tagungsgeschehen zusammen, so dass es sich bei einigen Vorträgen und allen Redebeiträgen um verkürzte Wiedergaben handelt, die nicht immer dem genauen Wortlaut des Referenten oder Teilnehmers entsprechen.

Health Care" entwickelt, um die Datentransparenz zu erhöhen. Hier werden Leistungsdaten (Kostendaten und Qualitätsdaten) aus dem staatlichen Versorgungssystem der ganzen USA verglichen und - unter anderem - im Internet veröffentlicht. Die Daten sind um demographische Faktoren, Lebenshaltungsunterschiede usw. bereinigt. Dieses Instrumentarium schafft zumindest Erklärungsbedarf, wenn beispielsweise in Miami die letzten Monate eines Sterbenden viel mehr kosten als in Portland. Auch das Verhalten bei kritischen operativen Eingriffen hat sich hierdurch verändert. Viele Chirurgen, die von sich selbst glaubten, sie würden wenig operieren, stellten anhand der veröffentlichten Zahlen fest, dass sie im oberen Bereich der Operationshäufigkeit lagen, und änderten daraufhin ihr Operationsverhalten.

Welche Anstöße aus dem internationalen Vergleich kann man nun übernehmen, um etwas auf der systematischen Ebene in Deutschland zu verändern? Einen Denkanstoß gibt wieder ein Beispiel aus den USA, wo es finanziell gut ausgestattete Kontrollinstanzen gibt, die das Gesundheitswesen kontrollieren. Auch von den Niederlanden können wir lernen: Dort ist die fachärztliche Versorgung nicht in einen ambulanten und einen stationären Bereich unterteilt. Die Fachärzte sind an den Kliniken angesiedelt, wodurch sinnlose Doppeluntersuchungen seltener werden. In der Schweiz schließlich hat das KVG von 1996 einen gesetzlichen Rahmen eingeführt, der Wettbewerb ins System bringt, ohne den Solidaritätsgedanken zu verletzen. Man tendiert hier zum Kopfpauschalensystem, was den Anreiz zur Verschwendung und zur Korruption verringert. Auch Health Maintenance Organisations (HMOs) sind in geringem Maße bereits in der Schweiz eingeführt: Der Leistungsanbieter bekommt ein bestimmtes Budget, aus dem er die gesamte Behandlung in einem mehr oder weniger solidarischen Rahmen bestreiten muss.

Das Ergebnis dieser Ansätze mag nicht in allen Fällen gegen jede Kritik erhaben sein, die Zielsetzung der Prozesstransparenz ist es jedoch allemal.

## **2. Dr. Ulrich Orlowski, Bundesministerium für Gesundheit, Bereich Krankenversicherung: "Der Reformbedarf aus Sicht der Regierung"**

Fehlentwicklungen - und dabei auch Fehlentwicklungen, die die Grenze der Strafbarkeit überschreiten, gibt es im deutschen Gesundheitswesen genauso wie in jedem anderen Wirtschaftsbereich. Wie sollte das auch bei einem Wirtschaftsbereich, der insgesamt 500 Milliarden Mark und allein in der sozialen Krankenversicherung gut 260 Milliarden Mark umsetzt, anders sein. Von Interesse ist allerdings das Ausmaß, in dem derartige Entwicklungen festzustellen sind, und dieses Ausmaß hat wohl zunehmende Tendenz. So hat das Bundeskriminalamt 17.368 Unregelmäßigkeiten, wie etwa Abrechnungsbetrug (§ 263 StGB), im Jahr 2000 belegt. Gegenüber den 13.476 Fällen im Vorjahr ist das eine Steigerung um 20 Prozent. Der Missbrauch oder das "Ausnutzen" von Funktionen im System, wie zum Beispiel Verordnungsmöglichkeiten, bleibt allerdings ohne strafrechtliche Relevanz.

Diese Fehlentwicklungen sind aber - im Vergleich zu anderen Wirtschaftszweigen - für die soziale Krankenversicherung besonders problematisch, weil es hier um die Befriedigung einzelwirtschaftlicher Interessen zu Lasten der beitragsfinanzierten begrenzten Mittel der sozialen Krankenversicherung geht. Es geht also nicht nur um den Missbrauch von Beitragsgeldern der Arbeitgeber und Versicherten. Es geht vielmehr auch darum, dass diese zweckentfremdeten Gelder ihrem eigentlichen Zweck, nämlich der Versorgung kranker Patienten, entzogen werden.

Das Strafrecht stellt eine notwendige Antwort auf den Abrechnungsbetrug dar, wobei gerade

wegen der Verästelungen zum Beispiel des Vertragsärztlichen Abrechnungssystems in der strafrechtlichen Grenzziehung jeweils eine Fülle von Einzelfragen zu klären sind.

Mein Eindruck ist, dass gerade in den letzten Jahren die Krankenkassen zum Thema Abrechnungsbetrug sinnvolle Initiativen gestartet haben, die fortgesetzt werden sollen; und auch die tradierte Zurückhaltung der kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den so genannten "Schwarzen Schafen" in den eigenen Reihen sollte, soweit noch vorhanden, aufgegeben werden. Was die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen betrifft, so sind bereits mit der GKV-Reform 2000 die Vorgaben für die ärztlichen Selbstverwaltungen zur Kontrolle ärztlicher Abrechnungen von der Bundesregierung verbessert worden. Seit dem 1.1.2000 muss Gegenstand der Überprüfung der Plausibilität ärztlicher Abrechnungen auch die Überprüfung des Umfangs ärztlicher Abrechnungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand sein (§ 83 Abs. 2 SGB V). Ärztliche Abrechnungen, die das Zeitvolumen eines Arbeitstages überschreiten, werden damit automatisch erfasst. Die Kassenärztlichen Vereinigungen gehen dabei von einem Tagesvolumen von rund 16 Stunden aus. Allerdings liegt damit noch kein Beweis für eine Falschabrechnung vor, sondern nur ein Indiz für eine Unstimmigkeit, das die Überprüfung der Abrechnung zur Folge haben muss.

Neben dem Strafrecht sind auch Transparenz und Verantwortung denkbare und wesentliche Antworten auf die Fehlentwicklungen. Transparenz heißt, dass das Abrechnungsgeschehen in einer Sachleistungsversorgung, wie wir sie haben, für Arzt und Patienten durchsichtiger und nachvollziehbar werden muss. Es ist bekannt, dass das ärztliche Honorarsystem ein Paragraphenschlingel ist, den nur wenige eingeweihte Spezialisten noch durchschauen. In diesem Bereich gibt es Handlungsbedarf, aber auch schon Ansätze und Überlegungen zu einer breit angelegten Reform, die unter anderem größere Transparenz anstrebt.

Verantwortung bedeutet, dass die Anreize im System der sozialen Krankenversicherung so gesetzt werden müssen, dass verantwortungsvolles Handeln sich lohnt, als sinnvoll erfahren werden kann, und dass nicht derjenige, der verantwortungsvoll handelt, letztendlich der "Dumme" ist.

Zwei Beispiele mögen dies illustrieren: Im Zusammenhang mit der Lipobay-Affäre berichtete der *Spiegel* 34/2001, dass Pharmareferenten Ärzten eine Fahrt im Orientexpress angeboten hätten, wenn sie jeweils 25 Patienten auf das Mittel Lipobay eingestellt hätten. Unabhängig von der Frage, ob derartige Praktiken tatsächlich passieren, verdeutlicht das Zitat doch, worauf es in diesem Bereich ankommt. Das ärztliche Verordnungsmonopol kann auch insoweit missbraucht werden, als mit der Verordnung eines konkreten Präparates einer Firma - hier Lipobay - geldwerte Vorteile für den Arzt verbunden werden können. Dieses Missbrauchspotential beruht nach geltendem Krankenversicherungsrecht auch darauf, dass der Vertragsarzt in der Praxis im Regelfall ein konkretes Präparat verordnet und nicht nur den in diesem Präparat enthaltenen Wirkstoff. Wenn der Arzt hingegen nur einen Wirkstoff verordnen kann, dann muss er im anderen Fall seinen Wunsch auf dem Rezept ausdrücklich kenntlich machen. Nach der bisherigen Praxis kommt dieses ausdrückliche Kenntlichmachen nicht häufig vor. Eine Umkehr dieses Regel-Ausnahme-Verhältnisses könnte den Anreiz in diesem Bereich verändern. Die Bundesregierung schlägt daher in ihrem aktuell erarbeiteten Paket zur Einsparung im Bereich der Arzneimittel vor, dass die Arzneimittelverordnung bei wirkstoffidentischen Arzneimitteln künftig im Regelfall eine Wirkstoffverordnung sein wird, wobei der Arzt es ausnahmsweise auf dem Rezept kenntlich machen kann, wenn er nicht den Wirkstoff, sondern ein konkretes Präparat verordnen will. Dieses Prinzip führt allerdings zunächst nur dazu, dass das Potenzial von Fehlentwicklungen sich vom verordnenden Vertragsarzt auf den Apotheker verlagert, der ein konkretes Präparat abgibt. Denn - dies ist das zweite Beispiel - auf dem deutschen Arz-

neimittelmarkt gibt es eine Vielzahl von patentfreien, wirkstoffidentischen Arzneimitteln, die von den unterschiedlichsten Herstellern zu den unterschiedlichsten Preisen abgegeben werden. Wie bringt ein Hersteller von Generika die Apotheker nun dazu, sein Präparat und nicht das der Konkurrenz abzugeben? In der bisherigen Praxis erreicht er dies, indem er dem Apotheker über den Großhandel für sein Präparat einen Naturalrabatt einräumt. Dieser Rabatt wird im Verhältnis zum Patienten als Beratung demonstriert. Der Rabatt wird an den eigentlichen Kostenträger, die GKV, nicht weitergegeben. Die rechtliche Bewertung dieses Phänomens sei dahingestellt. Daraus resultiert aber, dass man, wenn man den Mechanismus Wirkstoffverordnung / Verordnung eines Präparates umstellt, auch den Anreizmechanismus für den Apotheker umgestalten muss. Auch das wird zurzeit diskutiert.

Auch Verantwortung kann missbraucht werden. Die Antwort auf den Missbrauch von Funktionen muss weniger im Strafrecht gesehen werden als darin, Anreize zu finden, mit denen es sich für Arzt oder Apotheker oder Anbieter von häuslicher Krankenpflege lohnt, verantwortungsvoll zu handeln.

Lassen Sie mich zum Schluss noch die Frage nach den Versicherten und Patienten in diesem Zusammenhang ansprechen. Ich persönlich gehe nicht davon aus, dass der Patient auf sich gestellt in der Lage ist, die hier kurz angerissenen Zusammenhänge zu durchschauen, geschweige denn Fehlverhalten zu verhindern. Ich gehe auch nicht davon aus, dass Transparenz allein (beispielsweise durch Überreichung von Arztrechnungen an den Patienten im Sachleistungssystem in den Praxen oder Information darüber, welche Leistungen der Versicherte in Anspruch genommen hat) für den Versicherten dazu führen kann, dass derartige Fehlentwicklungen zurückgedrängt werden. Derartige Fehlentwicklungen lassen sich nach meiner Auffassung daher nur dann kontrollieren, wenn im vernünftigen Rahmen der Verbraucherschutz ausgebaut wird und damit, insbesondere für chronisch kranke Versicherte, zunehmend auch Patientenberatungen gewährt werden.

### **3. Dr. Annette Widmann-Mauz, MdB, Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Fraktion Berlin, "Der Reformbedarf aus Sicht der Opposition"**

Die Bundesrepublik Deutschland hat ein leistungsfähiges Gesundheitswesen, das durchaus im internationalen Maßstab mithalten kann. Neben den OECD-Zahlen, wie sie Herr Böcken präsentiert hat, muss man sich immer auch die entsprechenden Details anschauen. Zunächst einmal haben wir auf Patientenseite ein hohes Vertrauen in das deutsche Gesundheitswesen.

Wir haben aber auch strukturelle Mängel, vor allem eine Überbetonung des kurativen Bereichs und eine unzureichende Gewichtung des präventiven Bereichs. Nachhaltigkeit bedeutet auch im Gesundheitswesen, dass der präventive Gedanke ein stärkeres Gewicht erhält. Die Fehlentwicklungen, die wir gerade in der letzten Zeit feststellen müssen, kommen nicht von ungefähr, denn die ökonomischen Grundbedingungen des Versicherungssystems haben gewaltige Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen. Es ist nicht zu verschweigen, dass die gesetzliche Krankenversicherung in den letzten Jahren finanziell stark unter Druck geraten ist. 1997, 1998 und 1999 gab es noch milliardenschwere Überschüsse mit einer zusätzlichen Rücklage von etwa fünf Milliarden Mark. Mittlerweile sind diese komplett aufgebraucht und die Defizitdiskussionen allein des ersten Halbjahrs zeigen sich bei der Budgetierung ebenso wie im Vertrauensgespräch zwischen Arzt und Patient.

Die Steigerung des Betrugs ist auch eine Folge des Gefühls der Leistungserbringer, ihr Einkommen nicht mehr über die erbrachte Leistung erwirtschaften zu können. Damit steigen na-

türlich die Tendenzen, es mit anderen Methoden zu versuchen. Deshalb ist es notwendig, Reformen grundlegend anzugehen. Wenn man den Versicherten auch in Zukunft medizinischen Fortschritt angedeihen lassen will bei den Grundrahmendaten - sie sind durch Demographie, medizinische Innovation und Entwicklung, durch die Tatsache, dass die älteren Menschen nicht nur mehr, sondern auch älter werden, gegeben -, dann muss man bereit sein, mehr vom Volkseinkommen für die Gesundheit aufzubringen. Eine wichtige Frage ist, wie dieses Mehr verantwortlich von Seiten der Versicherungserbringer und der Versicherten - durch Gesundheitsbewusstsein und gesunde Lebensführung - erbracht werden kann. Die Patienten müssen sich als Herren und Herrinnen ihrer eigenen Gesundheit begreifen und die Verantwortung für diese übernehmen. Ein solches Umdenken ist zumutbar, wenn die Verantwortlichkeiten auf Seiten der Leistungserbringer ebenfalls neu definiert werden. Letztere müssen mehr Qualität erbringen, sonst können sie keine Gegenleistung in Form einer Vergütung verlangen. Dann muss aber auch jede zureichende Leistung der Leistungserbringer adäquat abgegolten werden. Folgende Leitgedanken verfolgen wir in der Unionsfraktion im Deutschen Bundestag hinsichtlich des Kreises der Versicherten, der Leistungsverwaltung und der staatlichen Aufgaben:

An den Eckpfeilern der sozialen Krankenversicherung soll festgehalten werden: Sozialer Ausgleich, Zugang zu den Leistungen unabhängig von Einkommen und Alter, freie Arztwahl, das gegliederte, selbstverwaltete System mit einer Vielzahl von Trägern und Verbänden wollen wir beibehalten, aber mit einer stärkeren Betonung auf föderalen und dezentralen Strukturen. Damit ist für die Versicherten ein Handlungsauftrag verbunden. Die Rechte und Pflichten der Versicherten setzen eine größere Transparenz der Qualität und der Kosten medizinischer Leistungen, eine verbesserte Möglichkeit zur Mitwirkung von Versicherten und Versichertenverbänden an Steuerungsentscheidungen im Gesundheitswesen sowie die Schaffung einer größeren Auswahl unterschiedlicher Versicherungen und Versicherungsleistungen voraus. Patienten sollen eine aktivere Rolle spielen und sich nicht nur gemäß einer Chipkarten-Mentalität - "Ich habe bezahlt und ich nehme in Anspruch" - verhalten. Das Kostenbewusstsein auf der Versichertenseite soll vor allem durch Informationen darüber gestärkt werden, welche Leistungen der Arzt oder das Krankenhaus erbracht hat und welche Kosten diese Leistungen verursacht haben. Diese Informationen werden durchaus Steuerungseffekte erzielen, wie die Erfahrungen mit privaten Krankenversicherungen zeigen.

Man muss auch diskutieren, ob grob fahrlässig verletzte Pflichten auf Seiten der Versicherten zukünftig nicht stärker in Eigenverantwortung genommen werden sollen. Wenn Risikobehaftung monetär ausgedrückt wird, muss auf der anderen Seite auch gesundheitsbewusstes Verhalten honoriert werden. Hier kommt der Prävention eine wichtige Bedeutung zu, aber auch den Selbsthalten, die solches Verhalten belohnen können. Beitragsrückgewähr wäre ein weiteres Element der Steuerung. Die logische Konsequenz ist, dass Kostenerstattung nicht nur etwas für freiwillig Versicherte ist, sondern auch Pflichtversicherten möglich sein muss.

Auch bei den Leistungserbringern gibt es Defizite. Ein Problem in Verbindung mit Betrug ist die Budgetierung, die zur Qualitätssteuerung untauglich ist. Die Trennung zwischen Veranlassung der Leistung und Abgabe muss strikter gemacht werden, zum Beispiel bei Arzneimitteln. Die Umkehr des Mechanismus der Wirkstoffverordnung muss nicht nur für den ambulanten, sondern auch für den stationären Bereich gelten. Hier gibt es Verschiebeeffekte, die im ambulanten Bereich nach einer stationären Behandlung zu enormen Kosten führen. Versichertenkarte oder Arzneimittelpass hören sich ebenfalls vernünftig an, aber auch hier muss etwas tiefer geschaut werden: Wir haben bereits heute einen der höchsten Generikaverschreibungsanteile europaweit. Probleme liegen bei der Arzneimittelsicherheit und bei der Frage der ärztlichen Ausbildung im Bereich der Pharmakologie. Beide müssen verbessert werden. Bei Ne-



benwirkungen müssen die Meldeverfahren verschärft werden. Für Datentransparenz braucht man eine intelligente Chipkarte, die die Vernetzung zwischen Ärzten untereinander und zwischen den veranlassenden Leitungen gewährleistet. Außerdem treten wir für eine Fallpauschale ein, für eine Stärkung der Selbstverwaltung und dafür, dass Versicherte am Entscheidungsprozess beteiligt werden sollten. Tabak- und Alkoholsteuer sollten transparent in Präventionsmaßnahmen fließen und nicht im Steuersäckel verschwinden. Mehr Wettbewerb und mehr Vergleichbarkeit bei Beibehaltung von Solidarität machen das System zukunftssicher.

#### **4. Thomas Isenberg, , Leiter des Fachbereichs Gesundheit und Ernährung, Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv), Berlin: "Kunde Patient - armer Kranker? Der Reformbedarf aus der Sicht des gesundheitlichen Verbraucherschutzes"**

Aus Patienten- und Verbraucherschutzsicht gibt es neue Forderungen an die Rahmenbedingungen, in denen die einzelnen Akteure eine neue Verantwortung übernehmen können. Das boomende Wellnessbusiness, der Kur- und Bädertourismus, die Schönheitsoperationen im Gesundheitsmarkt, der Markt der Krankenzusatzversicherungen und die grundsätzliche Frage der mangelnden Transparenz im Gesundheitswesen, wie beispielsweise die mangelnde Transparenz der Bundesausschüsse für Ärzte und Krankenkassen, haben einen grundsätzlichen gemeinsamen Nenner. Dieser besteht in der fehlenden Patienteninformation und der fehlenden Markttransparenz, sowohl hinsichtlich der Preise als auch der Qualität der jeweiligen Gesundheitsdienstleister. Defizite in den Allgemeinen Geschäftsbedingungen sind Einfallstore für Missbrauch, wenn nicht gar für Korruption. Unübersichtliche Preisgestaltung resultiert aus dieser Intransparenz und nutzt auch die Handlungsfreiheiten im System häufig aus. Unlautere Werbung ist nicht selten, und die Frage des Umfangs der gesetzlichen Fürsorge und zusätzlicher – dann allerdings vollständig privat zu finanzierender Angebote - zieht sich durch alle Segmente.

Spätestens bei der Frage der privat zu finanzierenden Gesundheitsangebote oder der Zuzahlungen ist der Patient in einem extremen Wissensdefizit. Er kann in der Regel nicht souverän mit den Leistungsanbietern mitdiskutieren. Als Empfänger von Sachleistungen ist er darüber hinaus oft Objekt der Behandlungen und weniger aktives Subjekt in der Arzt-Patienten-Beziehung. Bürger sind also in ihrer Nachfrage- und Nutzerrolle von Gesundheitsdienstleistungen häufig in einer sehr unterlegenen Situation. Sozialrecht, Behandlungs- und Krankenhausaufnahmeverträge, Pflegeverträge und das einschlägige Verbraucherschutzrecht bieten sicherlich ein Minimum an rechtlicher Abfederung. Selbsthilfebewegungen im Internet, Patienten- und Verbraucherberatung sind neue Instrumente, um die Patientensouveränität zu stärken, um unabhängige Informationen zu geben und Unterstützung in der Interessenartikulation des Kunden/Patienten zu bieten. Denn diesen in seiner eigenverantwortlichen und gleichzeitig souveränen Handlung zu stärken, trotz Schmerzen und oft akutem Leiden, sollte eigentlich das Leitbild der Gesundheitspolitik sein, damit Patienten zukünftig eine rationale Güterabwägung treffen können. Gerade unter der politischen Fixierung der Kostensenkung und der Beitragsstabilität baut sich dieser zusätzliche Markt für neue Gesundheitsdienstleistungen, die privat zu finanzieren sind, aus. Die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten aus dem breiten Umfeld der Grauzone medizinischer Indikationen, auch im großen Segment der Lifestyle-Medizin, sprengen auch vor dem Hintergrund der explosionsartigen Entwicklung der Medizintechnik, der Biotechnologie und der Datenverarbeitungsmöglichkeiten sicherlich den Umfang der solidarischen Krankenversicherung schon heute.

Grundsätzliche Einigkeit besteht darüber, dass die Indikationsstellung für eine Diagnostik und Therapie nach den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin zu erfolgen hätte. Dennoch ist in jedem Einzelfall zu entscheiden, nicht nur im Einzelfall der Aufnahme von Leistungen in die gesetzliche Krankenversicherung oder beim Ausschluss, sondern auch beim Einzelfall der Behandlung, welche Parameter denn überhaupt angesetzt werden sollen von den unterschiedlichen Graden medizinischer Evidenz. Sind für die Arzt-Patienten-Leistungserbringer-Situation nur die Metaanalysen randomisierter, kontrollierter Studien relevant, oder auch die Ergebnisse von Konsensuskonferenzen oder quasiexperimenteller Studien? Auf jeder dieser Ebenen stellt sich aus Verbraucherschutzsicht wiederum die Frage, wer die Akteure sind, die dieses Wissen generieren, wie die Abhängigkeitsverhältnisse zur jeweiligen forschenden Industrie sind, wie die Gegenabhängigkeiten zur Krankenkasse und wie die Vertreter der Ärzteschaft und der Krankenkassen, die in den Bundesausschüssen sitzen, in ihrem Abstimmungsverhalten an die Partikularinteressen ihrer Institution gebunden sind. Die Krankenkasse handelt unter Kostenminimierungsstrategie und nicht ausschließlich unter Patientenschutzinteressen und auch die Vertreter der kassenärztlichen Vereinigung im Bundesausschuss sind bei ihren Entscheidungen von eigenen Einkommensinteressen nicht frei.

Daher ist die **erste zentrale Forderung** der vzbv eine kollektive Beteiligung von Patientenschutzorganisationen am Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und an entsprechenden Bundeskoordinierungsausschüssen, entweder durch eine dritte Bank oder durch ein Ombudsmannsystem, damit sichergestellt ist, dass die entsprechenden Selbsthilfe- und Verbraucherschutzorganisationen ihren jeweiligen Problemzugang in diesem Interessenmix artikulieren können. Diese Forderung wird hoffentlich auch von dieser Bundesregierung im Rahmen einer Gesetzgebung für ein Patienteninformations- und Schutzgesetz aufgegriffen.

In dieser verworrenen Situation einerseits kollektiver vertraglicher Regelungen und andererseits direkter Kunden/Patienten-Beziehungen in der Arztpraxis ist der Kunde/Patient nicht selten Opfer. Allzu leicht befangen in der Rolle eines konsumverblendeten Käufers oder Anspruchstellers an seine Krankenkasse ist er gleichzeitig oftmals nichts ahnendes Testobjekt der Umsatz- und Gewinninteressen der Leistungsanbieter. Individuelle Gesundheitsleistungen können sich auch in der Arztpraxis als Einfallstor für Scharlatanerie und Geschäftemacherei entpuppen. Blumige Worte wie Orthomolekular-Medizin, General-Checkup usw. setzen voraus, dass Patienten diese souverän hinterfragen und den Nutzen für sich entscheiden können, - das ist derzeit häufig nicht gegeben. So wird zwar das Kunde-Leistungsanbieter-Verhältnis vom Mythos des benevolenten Paternalismus entkleidet, gleichzeitig aber auch mit Zweifeln behaftet. Denn dem Patienten drängt sich immer mehr die Frage auf, ob sein Arzt der Gesundheit oder dem Interesse des Krankenhausträgers, beziehungsweise dem Gewinn der Arztpraxis dient. Bereits Millionen von Krankenversicherten haben in Deutschland mit diesen Zusatzgeschäften und Zusatzvereinbarungen Erfahrungen gemacht, die häufig „offensiv“ beworben, d.h. an den Grenzen der Unlauterkeit aufgedrängt werden.

Vielleicht wäre es allerdings seitens der Protagonisten eines zusätzlichen Gesundheitsmarktes auch an der Zeit, hinsichtlich der Ausweitung der gesellschaftlichen Ausgaben für Gesundheit über privat zu finanzierende Angebote Farbe zu bekennen. Umsatzanteile von 10 bis 30 Prozent an so genannten "zuzahlungsfähigen" oder auch "individuellen" Gesundheitsleistungen in einer Arztpraxis sollten die Politik veranlassen, den jetzt de facto gewerbetreibenden Arzt zur Gewerbesteuer zu veranlagern, damit hier auch klar ist, worüber wir reden. Und Krankenkassen sowie Verbraucherorganisationen sollten sich dieser neuen Realität stellen, denn ein Verbot dieser Gesundheitsdienstleistungen ist nicht realistisch und umsetzungsfähig. Deshalb ist es umso wichtiger, im Gesundheitssystem ein Korrektiv aufzubauen, nämlich die Rolle des

kritischen Patienten/Kunden zu stärken. Dazu gehört auch der weitere Ausbau unabhängiger Verbraucherinformation, -unterstützung und -beratung, die konsequente Anwendung eines Verbraucherschutzrechtes, auch im Falle der Arztpraxis als gewerbetreibendem Ort.

Die **zweite Forderung** der vzbv ist daher die nach einem Zukunftsfonds für eine unabhängige Patientenunterstützung und Patientenberatung in Deutschland. Die Ansätze der Bundesregierung in § 65b des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000, lediglich zehn Millionen Mark von einem Volumen von 260 Milliarden auszugeben, damit heterogene Modellprojekte einer unabhängigen Patientenberatung und -unterstützung gefördert werden können, kann nur der erste Funke sein. Wir brauchen einen Zukunftsfonds, in den auch steuerfinanzierte Gelder einfließen müssten. Ein geringer Eigenanteil bei den Beratungsentgelten wäre vorstellbar. Die Notwendigkeit besteht, wie sich am Beispiel der Zahnmedizin verdeutlichen lässt. Sie ist ein interessantes Segment, weil der Patient hier mit hohen Zuzahlungen belastet ist. Heil- und Kostenpläne sind für den Patienten auch in Hinblick auf die ausgewiesenen Mehrkosten derzeit selten zu verstehen. Diese Mehrkosten belaufen sich zusätzlich zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherungen von fünf Milliarden Mark auf über sechs Milliarden Mark allein durch den Zuzahlungsanteil plus darüber hinaus vereinbarter Mehrleistungen, die nicht kalkulatorisch erfasst sind. Leider haben die Versicherten derzeit auch in den Geschäftsstellen der Krankenkassen (und aufgrund des Mangels unabhängiger Beratungsstellen auch anderswo) selten die Möglichkeit, den Heil- und Kostenplan überprüfen zu lassen oder eine unabhängige Zweitmeinung darüber zu bekommen, ob denn die dort ausgewiesenen Kostenansätze überhaupt richtig sind. Studien zeigen, dass die Ärzte häufig genug nicht die jeweiligen Steigerungsfaktoren nennen, die dem Patienten in Rechnung gestellt werden und die dieser erst einmal nichts ahnend akzeptieren muss. Häufig genug nehmen sie Gebührensätze missbräuchlich in Anspruch. Eine Studie der Verbraucherzentrale und des AOK-Bundesverbandes hat untersucht, wie Markttransparenz beim ersten Schritt geschaffen werden kann und ob der Patient einen Heil- und Kostenplan überhaupt braucht. Ein und derselbe Patient erhielt für dieselbe zu erbringende Leistung, nämlich die Zähne in Ordnung zu bringen, bei zehn verschiedenen Zahnärzten mehr als fünf unterschiedliche Vorschläge für eine Therapieausführung. Es gab hier durchschnittlich Kostenvarianzen von 265 Prozent. Zähne, die noch in Ordnung waren, sollten überkront werden, andere sollten teilüberkront werden.

Die Befunderhebung ist also unzureichend. Patienten leben in der Sicherheitsillusion, die Krankenkassen würden die Qualität ausreichend sichern, und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen würden ausreichend Einfluss nehmen und zusammen mit der Landesorganisation eine seriöse Qualitätssicherung aufbauen. Das stimmt aber nicht.

Die **dritte zentrale Forderung** der vzbv ist die nach Qualitätsberichten und Qualitätsübersichten über die Leistungen der einzelnen Einrichtungen, eine Forderung, die auch schon die 72. Gesundheitsministerkonferenz der Länder in Trier 1999 (Punkt fünf und sechs) verabschiedet hat. Bisher sind Patientenorganisationen nicht am Prozess des Aufstellens dieser Qualitätskriterien beteiligt gewesen. Diese Defizite müssen beseitigt werden.

Die **vierte zentrale Forderung** der vzbv richtet sich auf ein Institut für Medizinschadensforschung in Deutschland. Eine koordinierte Medizinschadensforschung muss systematisch Fehler auswerten, Strategien der Fehlervermeidung erarbeiten und diese Erkenntnisse in eine Gesundheitsberichterstattung auf lokaler und bundesweiter Ebene einbeziehen. Die unterschiedlichen Verfahren, sei es bei den Gutachter- und Schlichtungsstellen, sei es bei den unterschiedlichen Beschwerdeprozeduren, müssen standardisiert und für Patienten transparenter gemacht werden.

Dies mündet in die **fünfte zentrale Forderung**, nämlich in eine Umkehr der Beweislast bezüglich der Kausalität bei Behandlungsfehlern. Jährlich gibt es über 15.000 Fälle von Patienten, die vor Zivilgerichten klagen, zigtausend Fälle von möglichen Behandlungsfehlern bei den Gutachter- und Schlichtungsstellen sowie eine riesige Dunkelziffer von "Near-misses" oder möglichen Behandlungsfehlern. Viele Behandlungsfehler sind schier nicht beweisbar aufgrund der Notwendigkeit, dass die Patienten erstens den Behandlungsfehler, zweitens die Kausalität des Fehlers für das Leiden und drittens das Verschulden des jeweiligen Operateurs beweisen müssen. Die entstehenden Kosten einer Umkehr der Beweislast werden sich dadurch wieder einspielen, dass weniger Behandlungsfehler gemacht werden und die Institutionen gezwungen sind, ein verbessertes Qualitätsmanagement zu institutionalisieren. Auch die Krankenkassen können dann mehr als bisher Regresse in Anspruch nehmen. Darüber hinaus braucht man eine Offenlegungspflicht für diese Behandlungsfehler. Momentan dürfen Ärzte einen Fehler aus Haftpflichtversicherungs-Gründen dem Patienten nicht mitteilen und auch missbräuchliche Arbeitszeiten nicht transparent machen. Das ist einer Qualitätsorientierung des Gesundheitswesens nicht dienlich.

**Sechste zentrale Forderung:** Der Markt für Apothekenprodukte ist schier unendlich. Die Apotheke ist angeblich ein Ort, der nicht nur Kasse macht, sondern auch ethisch handelt und die Patienten berät - glaubt man den Verlautbarungen der Standesorganisationen. Der ganze Arzneimittelbereich muss jedoch grundsätzlich hinterfragt werden. Im medizinischen Bereich bräuchte man einen unabhängigen Fonds für unabhängige Arzneimittelinformation und -evaluation inklusive einer Schulung der Ärzte. Ärzte dürfen bei ihren Fortbildungsbemühungen nicht von den Geldern der Industrie abhängig sein. Dies ist teilweise eine öffentliche Aufgabe, teilweise eine Aufgabe der Ärztekammern und der Institutionen zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Hier muss gesetzlich ein Fonds geschaffen werden, in den unter Umständen auch die Pharmaindustrie einzahlt. Wir brauchen Transparenz über die möglichen Nebenwirkungen von Präparaten, indem systematisch geforscht wird und die Forschungsergebnisse systematisch in die Entscheidung der Gesundheitsgremien zurückgekoppelt werden.

Außerdem, und dies ist die **siebte Forderung**, müssen Verbraucherorganisationen in die Risikokommissionen nach § 63 Arzneimittelgesetz einbezogen werden. Momentan können Empfehlungen über eventuelle Marktrücknahmen von Verbraucherschutzorganisationen dem BMG nicht zugeleitet werden. Wir brauchen Transparenz über die vom Anbieter bei der Zulassung von Medikamenten eingereichten Daten. Insbesondere in den Fällen, in denen auf amerikanischen oder anderen Märkten Nebenwirkungen bekannt geworden sind, müssen Verbraucherorganisationen in die Lage versetzt werden, unabhängige Wissenschaftler zu beauftragen, die Qualität der eingereichten Studien zu evaluieren und zu prüfen, ob vor dem Hintergrund der neu bekannt gewordenen Nebenwirkungen aus anderen Märkten die vorliegenden Erkenntnisse auch kritischer eingeschätzt werden könnten.

Die **letzte Forderung** der vzbv betrifft die Beweisführung bei der Arzneimittelhaftung. Hier reicht das Schadensersatzänderungsgesetz nicht aus. Man braucht ein koordiniertes Gesamtprogramm für den Patientenschutz in Deutschland. Damit sollte man nicht bis nach der nächsten Bundestagswahl warten.

**5. Prof. Dr. Peter S. Schönhöfer, Transparency International, Deutsches Chapter: "Missbrauch, Betrug und Verschwendung. Der undurchsichtige Wildwuchs im Gesundheitswesen spottet jeder Kontrolle. Die neuesten Erkenntnisse von TI-Deutschland"**

(Das ausführliche Papier ist im Internet zu finden unter [www.transparency.de](http://www.transparency.de). Es kann bei

TI-Deutschland gegen Ersatz der Portokosten auch angefordert werden)

Die Struktur des deutschen Gesundheitswesens bietet Einfallstore für Korruption. Beispiel kann ein Medizinprodukt namens CM 3 sein: Es handelt sich dabei um ein Schwämmchen, das im Magen aufquillt und so ein Sättigungsgefühl auslösen soll. Das Sättigungsgefühl entsteht aber nicht, deshalb ist es nicht als Arzneimittel zugelassen, sondern nur als Medizinprodukt. Aber das Schwämmchen quillt auf, dann verstopft es den Darm, die Patienten bekommen einen Darmverschluss und müssen operiert werden. Es ist also nicht nur nutzlos, sondern auch noch gefährlich. Dies ist der Grund, warum ein solches Produkt vom Markt entfernt werden muss, denn dem Risiko steht kein Nutzen gegenüber. Das Bundesinstitut für Arzneimittel warnt aber lediglich vor dem Produkt. Handeln müsste die Landesregierung von NRW. Diese handelt aber nicht, weil sie den Betrieb, der CM 3 herstellt, in der Vergangenheit mit einer zweistelligen Millionensumme gefördert hat. Solche Unterlassung kann man „korruptives Handeln“ nennen. Es führt auf diesem Weg zur Gefährdung von Patienten.

Klinische Forschung wird bei uns nicht von unabhängiger Stelle unterstützt. Deshalb ist Deutschland von Platz zwei oder drei in den 70er Jahren auf jetzt Platz acht in Europa abgesunken, weil eine unabhängige, auf wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn ausgerichtete klinische Forschung nicht mehr stattfinden kann. Ein anderes Problem sind die Behörden: Diese verstehen sich als Dienstleister für die Auftraggeber - das ist die Industrie - aber nicht als Einrichtung des Verbraucherschutzes. Insofern wird die Zulassung als Priorität gesehen, aber nicht die Risikoabwehr. Hinzu kommen Unsicherheit und Inkompetenz der Behörden. Sie verlassen sich auf das Prinzip BOBSAT: Das ist ein Kürzel aus der Sprache der evidenzbasierten Medizin. Es gibt GOBSAT, das heißt "Good old boys sitting around a table". Wenn diese Empfehlungen geben, dann ist das die niedrigste Stufe der Evidenz. Und dann gibt es die Variante BOBSAT, "Bad old boys sitting around a table", das sind die jeweiligen Beeinflussten oder festgelegten Propagatoren der einen oder anderen Interessengruppe, die sich über staatliche Institutionen ein Firmenschild abholen und mit diesem Firmenschild in betrügerischer Absicht schlechte Produkte gutreden.

Das beste Beispiel für BOBSAT in letzter Zeit war eine Veranstaltung des Herstellers von Thomapyrin N mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel Ende Juni 1999 im noblen Potsdamer Cäcilienhof. Dort wurde die Leitungsebene zwei Tage lang "eingeschmiert", um dann zu beschließen, dass erneut eine Kommission das Risiko von Thomapyrin untersuchen sollte, die aus handverlesenen Industriegutachtern bestand. Die Untersuchungsergebnisse wurden dann mit dem Firmenschild "beauftragt von der Bundesoberbehörde" vermarktet und stellten dem Produkt einen Persilschein aus, obwohl man nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis davon ausgehen muss, dass diese Schmerzmittel-Kombinationen bei uns jedes Jahr zu ungefähr 500 Fällen an terminalem Nierenversagen und Dialysepflichtigkeit führen, da es mit rund 20 Millionen Packungen pro Jahr das am häufigsten verkaufte Arzneimittel in Deutschland ist. Die Schädlichkeit dieser Schmerzmittel ist seit den 60er Jahren bekannt, aber nie von den Behörden in präventives Handeln in Form eines Verbots von Thomapyrin umgesetzt worden - jedenfalls nicht in Deutschland; in Schweden oder Kanada ist das längst schon geschehen. Hierzulande wird bei Kritik über BOBSAT ein entsprechendes Gremium von den Warenanbietern gebildet, das dann in der Werbung gezielt mit verharmlosenden und verfälschenden Daten die Risiken schönredet. Noch 1985 wurde Thomapyrin von Ärzten und Apothekern ungefähr gleich häufig verordnet oder abgegeben. Heute verordnen Ärzte dieses Produkt in einer Größenordnung von unter einem Prozent. Von den 20 Millionen Packungen sind 160.000 ärztlich verordnet, der Rest geht über den Apothekenverkauf. Die Diskussion des Risikos ist

an diesem Berufsstand völlig vorbeigegangen, während sie bei den Ärzten gegriffen hat. Deshalb sieht man die Reklame dafür auch nur noch in den Apothekerzeitungen. Das Prinzip BOBSAT ist also für den Warenanbieter die Methode, durch Mitteleinsatz offizielle Freibriefe zu erhalten und damit Desinformation zu verbreiten - eine Form des Missbrauchs von Marktmacht, der für den Verbraucher bedenklich ist.

Die nächste strukturell problematische Ebene ist die der Selbstverwaltung. Das Prinzip der Selbstverwaltung ist nun gut 100 Jahre alt, aber es hat sich in partikuläre Gruppeninteressen zerfasert und bringt kein solidarisches Handeln mehr zustande. Ganz verhängnisvoll war die Einführung des Wettbewerbs zwischen den Kassen, die dazu führte, dass diese sich untereinander nur noch um die Patienten streiten, aber nicht mehr Leistungswettbewerb betreiben. Bei gesundheitspolitisch erforderlichen belastenden Entscheidungen innerhalb des Systems stellen sich die Vertreter der Selbstverwalter im Kreis und zeigen immer auf den anderen. Und das Ministerium fügt sich in diesen Kreis ein. Wenn es entscheiden soll, zeigt es auf die Selbstverwaltung, die zeigt zurück - und damit ist das deutsche Gesundheitswesen weit entfernt von jeder Verantwortlichkeit. Dies alles ermöglicht unlautere Eingriffe.

Aber auch auf der Seite der Warenanbieter haben wir solche strukturellen Probleme. Hier haben wir eine ausgesprochene Innovationsschwäche, die auch durch das Geschwätz von Gentechnologie nur dürftig vernebelt wird. Wir haben keine therapeutischen Innovationen mehr. Jedes Jahr werden zwar rund 300 neue Stoffe auf den Markt gebracht, aber nur jedes zweite Jahr ist einer davon therapeutisch relevant, und vielleicht zwei weitere bei hochkomplizierten Klinikbehandlungen. Alles andere sind Scheininnovationen. Aber jede Scheininnovation steigert die Ausgaben für die Arzneimitteltherapie bis zum Zehnfachen. Scheininnovationen zu bekämpfen ist der entscheidende Ansatz, wenn man die Kostenentwicklung steuern will. Bei uns machen die Scheininnovationen zehn Prozent am Gesamtmarkt der Arzneimittel aus. Wenn man hier gegensteuern will, muss man die Verordnung von Scheininnovationen verhindern. So lassen sich jährlich etwa 5 Milliarden Mark einsparen ohne Verlust an Versorgungsqualität. Die bisherigen Vorschläge der Regierung werden ungefähr 0,5 Milliarden Mark bringen. Deshalb wird die Selbstverwaltung bei den Leistungsstrukturen, die unser derzeitiges System zur Verfügung stellt, die Kostensteigerung nicht in den Griff bekommen können.

Die Konsequenz ist, dass das deutsche Gesundheitssystem in der EU keine Zukunft mehr hat. Die EU bewertet ganz korrekt dieses System als nicht geeignet, durch den Staat in der Kostenentwicklung steuerbar zu sein. Deshalb passt es nicht in die konzertierten Vorstellungen der Europäischen Kommission, insbesondere der Generaldirektion Enterprise, bei der die Arzneimittelkontrolle angesiedelt ist. Weiterhin wird dem deutschen Gesundheitssystem von außen bescheinigt, dass es keine administrativen Problemlösungen erbringt. Die Konsequenz hiervon ist, dass wahrscheinlich unter EU-Gesichtspunkten bei der nicht vermeidbaren Harmonisierung auch der Gesundheitssysteme unser deutsches System dran glauben muss. Das muss man klar vor Augen haben, wenn man in Deutschland noch Gesundheitspolitik macht: Entweder bringen wir unser Selbstverwaltungssystem zur Effektivität, oder dieses System hat sich selbst erledigt.

Einfallstore für Korruption im deutschen Gesundheitswesen sind also die Undurchsichtigkeit der Entscheidungsebenen, durch die die Entscheider unkontrollierbar sind. Es gibt keine öffentliche Kontrolle innerhalb der Selbstverwaltungssysteme. Da nicht einsehbar und nachvollziehbar ist, wie die Systeme politische Forderungen reflektieren und beantworten, sind sie hierin mit unlauteren Mitteln steuerbar. Und das bedeutet, dass fehlende Gestaltung durch die Politik korrumpierende Einflussnahmen fördert. Ein solches System motiviert die Beteiligten nicht zur Kostenkontrolle. Es gilt das Prinzip des Gruppeninteresses - man muss sich die Strei-

tereien in der Selbstverwaltung nur einmal ansehen: Jeder will dafür sorgen, dass sein Teller voll ist, und was der andere auf dem Teller hat, interessiert nicht. Das ist eine Desolidarisierung des Systems, die es den Waren- oder Leistungsanbietern erlaubt hat, die Entscheider über Bedarf und Kosten im Gesundheitswesen vollständig in den Griff zu bekommen.

Die Korrumpierung der ärztlichen Experten ist das Hauptproblem der Qualitätsdefizite im Medizinbetrieb geworden. Der Arzt als Meinungsbildner gibt die Therapieempfehlungen und -richtlinien. Er hat einen von einer Firma ausgearbeiteten Vortrag, mit dem er dann quer durch Deutschland reist, was jedes mal ein sehr erträgliches Honorar bringt. Hinzu kommen die Gutachterstellungen gegen Geld und die Marketingveranstaltungen. In Risikofragen gibt es ganz eklatante Möglichkeiten zu verdienen. Wenn nämlich das möglicherweise gefährdende Produkt einen hohen Marktwert hat, wird viel Geld geboten, wenn man diese Gefahr verschweigt. Dabei springt schon mal ein Haus in Nizza heraus.

Das entscheidende Glied in diesem System der illegalen Einflussnahmen sind also die Medizinexperten. Die Offenlegung ihrer Verbindungen zur Industrie muss ein Hauptziel sein, wenn man die Qualität der medizinischen Versorgung tatsächlich beeinflussen will, denn wenn eine Therapieempfehlung, die die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen und Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) veröffentlicht, direkt von den Vertretern der Pharmaindustrie geschrieben und dann irgendein Name darunter gesetzt wird, dann ist das ein korrupter Prozess. Aber wir haben 700 solcher Richtlinien im Internet.

Man muss sich überlegen, mit welchen Strategien man dagegen angehen kann. Man kann zum Beispiel immer wieder Offenlegung fordern und bei Vorträgen, Richtlinien und Artikeln die Sponsoren nennen lassen, wie es in angelsächsischen Zeitungen längst gang und gäbe ist. In Deutschland ist dafür noch keine Bereitschaft entstanden, und sie wird wohl auch nur kommen, wenn die Staatsanwaltschaften sich entschließen, in besonders eklatanten Fällen exemplarisch zu handeln, damit sich über diesen Mechanismus die Abwehrfront des Wegschweigens dieses Problems endlich auflockert.

Es wäre natürlich theoretisch auch möglich, dass dieser Impuls von der staatlichen Administration kommt. Doch wie die Erfahrung mit der staatlichen Administration zeigt, darf man von ihr dergleichen eher nicht erwarten. Die letzte aktive Politik in dieser Richtung im Gesundheitssystem fand unter Norbert Blüm statt. Seitdem sind solche Eingriffe, die auf die Strukturen abzielen, in der deutschen Gesundheitspolitik nicht mehr üblich. Vielleicht dient die Diskussion, die heute angestoßen wird, dazu, dass das Wegschweigen des Problems auch in der Medizin und im Gesundheitswesen endlich aufhört.

## 6. Diskussion

Ergänzend zu Schönhöfers Vortrag erfolgten Beobachtungen aus der Sicht eines ehemaligen Vorprüfers für den Bundesrechnungshof und Verwaltungsberaters, der von seinen **Erfahrungen mit Misswirtschaft** in kommunalen Krankenhäusern berichtete:

Dort werden jährlich Aufträge im zwei- und dreistelligen Millionenbereich ohne Vergabedienstanweisung, beziehungsweise freihändig mit dem entsprechenden Sponsoring von medizinischer Seite vergeben. Ärzte wissen, wie man Leistungsverzeichnisse fälschen kann, indem man Griffe an Kernspintomographen erfindet und diese in den Ausschreibungstext einbringt, worauf dann nur die Firma eingehen kann, die das Krankenhaus bestochen hat - alle anderen fallen automatisch aus dem Rahmen heraus. Dabei können dann für den Verantwortlichen Wagen der Luxusklasse und Reisen mit Familie zu den Niagarafällen herausspringen. An den Universitätskliniken sind die entsprechenden Korruptionserlasse völlig unbekannt. In keiner

Klinik in Deutschland gibt es eine Vergabedienstleistungsanweisung, Vergleiche bei Ausschreibungen finden nicht statt. Diese Beobachtungen sind als Aufforderung an die Landesrechnungshöfe und die Kommunalbehörden zu verstehen.

**Jonitz:** Diese Beobachtungen kann ich bestätigen. Das bisherige Chefarztmodell und die öffentliche Trägerschaft sollten abgeschafft werden. Problematisch sind nicht nur die weltweiten **Verflechtungen** mit der Pharmaindustrie, sondern auch die Reichweite der Verflechtungen bis auf Bundesebene in höchste politische Kreise.

**Schönhöfer:** In Deutschland gibt es kein einziges klinisch bedeutsames **Journal** mehr. Man kann kritische Artikel nicht publizieren, ohne mit einer einstweiligen Verfügung des Herstellers rechnen zu müssen. Die Größenordnung des Betruges ist international: Die beiden erfolgreichsten Produkte, die vor zwei Jahren eingeführt wurden, waren Viox und Celebrex. Sie haben bisher einen Umsatz von 11 Milliarden Dollar gebracht. Das beruhte darauf, dass bei Viox die wesentlichen Störwirkungen in den Publikationen nicht genannt wurden. Die amerikanische Behörde, der sie die Störwirkungen melden mussten, hat diese Informationen nach dem "Freedom of Information Act" auch weitergegeben. In Deutschland sind sie nicht angekommen. Viox hat mehr bedrohliche Störwirkungen als die klassischen Antirheumatika, während die Werbung das Gegenteil behauptet. Bei Celebrex ist es ähnlich: Es hatte im ersten halben Anwendungsjahr weniger störende Nebenwirkungen, im zweiten Halbjahr mehr. Man hat also einfach die Ergebnisse des ersten Halbjahrs hochgerechnet, die des zweiten fallen gelassen und dann publiziert. Gegen so etwas haben sich zuerst die amerikanischen Massenmedien gewehrt, danach die Publikationsorgane.

Fazit: Betrüger müssen Betrüger genannt werden. Das *Arzneitelegramm* [dessen Mitherausgeber Schönhöfer ist] ist die einzige deutsche Publikation, die in Deutschland objektiv über neue Medikamente informiert. Es ist ein schlechtes Zeichen, dass immer wieder auf dem Weg der einstweiligen Verfügung oder Klage versucht wird, die Herausgeber des Arzneitelegramms mundtot zu machen.

**Orlowski:** 1992 ist in den Beratungen zum Gesundheitsstrukturgesetz eine Großgerätelösung festgelegt worden, die definiert, was **Großgeräte** sind und nach welchen Voraussetzungen sie aufgestellt werden. Diese Großgeräteverordnung ist flächendeckend gescheitert, mit der Folge, dass der gesamte Großgerätebereich ungeplant ins System kommt, was zu großen Kosten führt. Mit der Gesundheitsreform 2000 ist wieder eine Regelung zur veranlasserbezogenen Vergütung bei der Inanspruchnahme von Großgeräten in Kraft getreten. Dieser Auftrag an die Selbstverwaltung, die solche Vergütungen vereinbaren sollte, ist bis heute nicht erfüllt worden.

Kritik wurde an den **Zahlen** aus dem Vortrag von Orlowski geäußert. Bei den 17.000 Fällen von Abrechnungsbetrug handelt es sich um die Zahlen von Ermittlungsverfahren, nicht von tatsächlichen Verurteilungen. Die Zahl der Verurteilungen und Vergleiche liegt weit unter 1000.

Isenberg: Allein die Zunahme der Verfahren ist schon ein Indiz.

Spielt im Zusammenhang mit der **aut-idem-Regelung** neben dem Wirkstoff nicht auch die galenische Zubereitung des Medikaments eine Rolle?. In dem Fall wäre die aut-idem-Regelung möglicherweise gar nicht sinnvoll. Sinnvoller wäre zum Beispiel die Regelung, dass Medikamente international unter ihren internationalen Kurzbezeichnungen ("Generics") angeboten



werden. Intransparenz entsteht gerade durch die vielen Phantasienamen.

Schönhöfer: Meine seit 1985 durchgeführte Studie belegt keine Wirkung der Galenik. Außerdem gibt es oft nur zwei Hersteller eines Wirkstoffs, aber 50 Verkäufer: In diesem Fall ist die Galenik der verschiedenen benannten Produkte gleich.

Für junge Ärzte, die **Karriere** machen und daher zu Kongressen reisen wollen, besteht die große Versuchung, sich diese Reisen von Pharmafirmen bezahlen zu lassen, deren Lied sie dann singen.

Schönhöfer: Diese Kongresse sind nicht wirklich wichtig. Im Gegenteil: Man trifft dort ohnehin nur Pharmavertreter und gesponserte Redner. Es ist keine Wissenschaft mehr, wenn ein Redebeitrag nicht das Ergebnis einer unabhängigen Studie ist. Den Vorschlag, die Universitäten sollten solche Kongressbesuche zum Wohle der Karrieren ihrer Ärzte bezahlen, wies Schönhöfer daher als nicht akzeptabel zurück.

Ergänzung zum Vortrag Isenbergs: Neben der Stärkung der Patientenrechte muss auch bei deren Interessenvertretern **Transparenz durch Offenlegung von Finanzen und Verflechtungen** geschaffen werden. Auch bei der Beteiligung an Entscheidungsprozessen sollten die teilnehmenden Organisationen nach demokratischen Gesichtspunkten ausgewählt werden.

Isenberg: Richtig, allerdings wird dann wohl auch die Pharmaindustrie mit an den Entscheidungsprozessen teilnehmen wollen.

Schönhöfer: **Selbsthilfegruppen** werden bereits von der Pharmaindustrie instrumentalisiert, indem sie ihre Produkte den Betroffenen nahe bringen, so dass die Betroffenen sie wiederum bei den Ärzten und in der Politik propagieren. Die Industrie finanziert die Selbsthilfegruppen zudem. [Vgl. letzte Diskussionsrunde]

### III. Ansätze zur Reform

#### 1. Prof. Dr. Axel Azzola, Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern: "Rechtsaufsicht, Abrechnungsverfahren und Abrechnungsbetrug. Fünf Thesen"

Erste These: Es trifft zu, dass jedweder Abrechnungsbetrug von Leistungserbringern ebenso wie jede Leistungerschleichung einen Schaden bei Dritten verursacht und geeignet ist, die Legitimität und Funktionsfähigkeit eines auf der zwangsweisen Erhebung von Beiträgen fußenden Systems der Gewährung sozialer Leistungen nachhaltig in Frage zu stellen. Dabei hängt es von den Besonderheiten eines Abrechnungssystems ab, ob die Versicherungsgemeinschaft oder ob andere Leistungserbringer von einer Falschabrechnung oder einer Leistungerschleichung geschädigt werden. Soweit in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung die Honorare von den Kassen gegenüber den KVen auf der Grundlage von Kopfpauschalen (oder in anderer Weise budgetiert) vergütet werden, trifft ein ärztlicher Abrechnungsbetrug die Versicherungsgemeinschaft nicht, sondern die Gemeinschaft der Vertragsärzte.

Zweite These: Die Rechtsaufsicht kann gegenüber einer Kassenärztlichen Vereinigung eigene Vorstellungen bezüglich der Zweckmäßigkeit der Anzeige von Abrechnungsbetrug haben und äußern. Es steht einer Rechtsaufsicht jedoch nicht zu, von einer ihrer Rechtskontrolle unterstehenden Körperschaft zu verlangen, dass aufgedeckte oder vermutete Falschabrechnungen bei den Staatsanwaltschaften zur Anzeige gebracht werden. Die Anzeigepflicht ist gesetzlich abschließend geregelt und zwar auch für öffentliche Körperschaften. Wenn einzelne Staatsan-

waltschaften (und in deren Gefolge mindestens eine Rechtsaufsichtsbehörde) von einer über den Text des StGB hinausgehenden Anzeigepflicht öffentlich-rechtlicher Körperschaften ausgeht, so weckt dies Assoziationen an Rechtssysteme, von denen sonst angenommen wird, sie seien mit dem Normengehalt des Grundgesetzes nicht kompatibel.

Dritte These: Auch die Strafverfolgung und die Verurteilung von Ärzten wegen behaupteter vorsätzlicher Falschabrechnungen vermögen rechtlich nicht immer zu überzeugen. Als Beispiel aus der Vergangenheit sei nicht nur auf den so genannten "Herzklappenskandal" verwiesen, der in einer nicht geringen Zahl von Fällen eher eine Unfähigkeit der Kassen, Preise sachgerecht zu kalkulieren, als ein strafbares Verhalten von Ärzten zu Tage gefördert hat. Demgegenüber sind in den so genannten "Radionuklidverfahren" in vielen Fällen Ärzte wegen eines Abrechnungsbetruges verurteilt worden, obwohl als feststehend gelten kann, dass keine einzige KV zu einer sachgerechten Beratung der Ärzte in der Lage war. Nur die KV Pfalz hat das gegenüber der Staatsanwaltschaft unter Vorlage eines schriftlichen Beweisstückes eingeräumt, was zur sofortigen Einstellung aller Verfahren führte.

Als aktuelles Beispiel einer rechtsgrundlosen Rechtsverfolgung nenne ich den von den Kassen in vielen Fällen behaupteten Kontrastmittelabrechnungsbetrag. Solange es zwischen Ärzten und Kassen keine Rechtsbeziehungen gibt, fehlt es auch an einer Offenbarungspflicht der Ärzte gegenüber den Kassen in Bezug auf Geschenke oder andere von Lieferanten für den Bezug von Kontrastmitteln gewährte Vorteile. Dies gilt unabhängig von einer möglichen Berufswidrigkeit, und der Vorgang ist insgesamt umso peinlicher, als die Kassen und einige Staatsanwaltschaften längst auf die Unzulässigkeit der gemeinsamen und einheitlichen Preisverhandlungen unter Ausschluss der Ärzte hingewiesen wurden, ohne sich als lernfähig zu erweisen.

Weitere Beispiele einer fragwürdigen Rechtsverfolgung ergeben sich aus den Auseinandersetzungen um die berufsrechtlichen Anforderungen, die an Gemeinschaftspraxisverträge zu stellen sind. Die Vorgänge, die uns insoweit bekannt wurden, sprechen für eine Denkweise der beteiligten Amtsverwalter, die geeignet ist, das Vertrauen in die Berechenbarkeit von Recht nachhaltig in Frage zu stellen. Die Justiz darf nicht zur Durchsetzung bestimmter berufspolitischer Richtigkeitsvorstellungen missbraucht werden.

Vierte These: Weder im Bereich der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung noch im Bereich der stationären Leistungen gibt es zurzeit Abrechnungs- und Prüfsysteme, die zu überzeugen vermögen. Dies nicht zuletzt deshalb, weil auch bei einer vorsatzlos unwirtschaftlichen Leistungserbringung und damit nicht nur in den Fällen des Abrechnungsbetruges ein Vergütungsanspruch nicht besteht. Die insoweit bisher entwickelten statistischen Prüfmethode fußen sämtlich auf der Annahme der Rationalität von Durchschnittsleistungen, ohne dass diese Durchschnitte auf ihre medizinische Aussagekraft hin überprüft wurden. Weder bei der Behandlung chronisch Kranker noch bei der Arzneimittelversorgung und bei den anderen veranlassten Leistungen gibt es leitliniengestützte Entscheidungshilfen hinsichtlich der Angemessenheit einer ärztlichen Behandlung. Statistisch willkürliche Pauschalen fördern in allen Bereichen zu Recht den Unmut der Leistungserbringer und damit einhergehend die Motivation zur "Selbstjustiz", also zu einem rechtsfremden Verhalten. Zugleich ist es unzweckmäßig, Kontrollsysteme vorzusehen, die mehr Kosten verursachen als sie Einsparungen zu bewirken in der Lage sind. Ob zum Beispiel das Wissen und das Erinnerungsvermögen der Patienten geeignet ist, das ärztliche Leistungs- und Abrechnungsverhalten sachgerecht zu überprüfen, ist trotz der geltenden Rechtslage mindestens ungewiss und müsste zunächst in einem Modellversuch überprüft werden. Schließlich muss in jeder Massenverwaltung mit Fehlerquoten gerechnet werden, die mit angemessenen Mitteln nicht bekämpft werden können.

Fünfte These: Selbstverständlich kommt es in einer tendenziell prüfungsresistenten Massenverwaltung entscheidend darauf an, Abrechnungssysteme zur Anwendung zu bringen, die geeignet sind, sowohl einem individuellen als auch einem möglicherweise noch gefährlicheren kollektiven Abrechnungsbetrug entgegenzuwirken. Deshalb ist es wichtiger, sich für taugliche Abrechnungssysteme einzusetzen, als über den Missbrauch falsch konzipierter Systeme zu klagen.

Das bedeutet, dass der pauschalen Abrechnung von Leistungen, wie dies schon jetzt gesetzlich vorgesehen ist, immer dann der Vorzug gegenüber einer Einzelleistungsvergütung zu geben ist, wenn eine Pauschalierung statistisch zulässig ist. Die Selbstverwaltung hat den gesetzlichen Auftrag, für die Abrechnung von Leistungen in der ambulanten Versorgung so weit wie möglich zu einem pauschalierenden Abrechnungssystem, insbesondere zu Fallpauschalen, überzugehen, dies unverzüglich umzusetzen und dabei diagnosebezogene Pauschalen insbesondere für chronisch Kranke zu vereinbaren, da auf diese Weise der Versuchung entgegenge wirkt werden kann, die eigene Abrechnungsposition durch die Vereinnahmung so genannter "Verdünnerscheine" oder mit Hilfe anderer betrügerischer Manipulationen zu verbessern. Zugleich müsste auch für die Ärzte ein Abrechnungssystem nach festen Preisen in Geltung gesetzt werden, zumal anzunehmen ist, dass die mit einem Punktwertverfall einhergehende Ungewissheit über die Höhe eines ordnungsgemäß erzielten Honorars nicht geeignet ist, die Abrechnungsehrlichkeit von Ärzten auf Dauer zu fördern. Eine Honorierung ärztlicher Leistungen zu festen Preisen ist arztgruppenspezifisch als fixkostenorientiertes und damit mengenabhängiges Honorierungssystem auszugestalten, um auf diese Weise die Entstehung systemwidriger und damit ungerechtfertigter Gewinne zu vermeiden.

## **2. Dr. Gabriele Bojunga, Präsidentin der Apothekerkammer, Frankfurt/Main: "Die Apothekerkammer Hessen - wir tun etwas gegen schwarze Schafe"**

Der Beruf des Apothekers als freier Heilberuf unterliegt in rechtlicher Hinsicht vielfältigen Besonderheiten. Der Status des Freiberuflers ist kein Selbstzweck. Er dient weder bloßen Standesinteressen noch dem Schutz vor unliebsamer Konkurrenz. Er lässt sich nur rechtfertigen, so lange er nachweist, besser als andere berufsrechtliche Ausformungen die Gemeinwohlinteressen erfüllen zu können.

Entsprechendes gilt für die Rechte und Befugnisse von Apothekerkammern. Nur soweit sie öffentliche Aufgaben wahrnehmen und sich nicht auf die reine Interessenvertretung ihrer Mitglieder beschränken, lassen sich Pflichtmitgliedschaften in ihnen rechtfertigen. Das Satzungsrecht der Kammern ist an Verfassungsrecht gebunden. Dies gibt uns auch den Auftrag, Gesetzesverstöße innerhalb unserer Kammerbezirke zu ahnden. Die Umsetzung wird jedoch durch mangelnde Transparenz in unserem Gesundheitswesen stark erschwert.

Zunächst musste ich einige Überzeugungsarbeit in den eigenen Reihen leisten, dass die Einhaltung von Recht und Gesetz zu unseren ureigensten Aufgaben gehört und dem Berufsstand insgesamt mehr nutzt als schadet. Die Kammer Hessen hat als erste Apothekerkammer in der Bundesrepublik Deutschland Mittel im Haushalt bereitgestellt, um professionelle Ermittlungen zu ermöglichen. Staatsanwaltschaften müssen zunächst überzeugt werden, dass sie nicht instrumentalisiert werden sollen, um Pfründe zu schützen, sondern um kriminelle Verschiebepraktiken und Korruption zu ahnden. Der hohe Anteil der Schattenwirtschaft führt dazu, dass die Finanzierungsgrundlage für unser Krankenversicherungssystem unzureichend ist.

Wir haben in Hessen eine Arbeitsgruppe mit Vertretern vieler Krankenkassen installiert, in die

die Staatsanwaltschaft eingebunden werden soll. Unser größtes Problem bei der Aufklärung von Betrug und Korruption stellt jedoch der Datenschutz dar.

Beispielsweise werden in der Aidsambulanz einer Universitätsklinik die Patienten behandelt, werden ihnen Rezepte ausgestellt, sie erhalten aber ihre ärztliche Verordnung nicht ausgehändigt. Statt dessen werden ihnen die Arzneimittel direkt und anteilsfrei mitgegeben von Mitgliedern eines Vereins, der eigens zu diesem Zweck gegründet wurde. Dieser Verein arbeitet mit drei Apotheken zusammen, von denen eine in einer ganz anderen Stadt liegt. Eine großzügige, humane Geste, möchte man meinen. Sie müssen aber bedenken, dass es sich hierbei um Rezepte handelt, deren jeweiliger Wert mehrere tausend Mark beträgt. Der Verein streicht Räume in der Klinik, schmiert Brote für die Patienten und beschafft eben auch die Arzneimittel für die HIV-Positiven. Mitglied kann nur werden, wer selbst HIV-infiziert, Angehöriger einer solchen Person ist oder in der Aids-Ambulanz arbeitet. Mir wäre also der Beitritt verwehrt!

Die Klinikleitung vertritt die Ansicht, das gehe sie alles nichts an. Ein interessanter Standpunkt, wenn man bedenkt, dass in der Klinik angestelltes Personal hier tätig wird und die Verwaltung nicht einmal weiß, ob die Mitarbeiter ihre Vereinstätigkeit während der Arbeitszeit oder außerhalb ausüben. Und glauben Sie allen Ernstes, dies geschehe aus reinem Altruismus? Nein, rückfließende Wohltaten der drei Apotheken fließen über den Verein "Freunde der Ambulanz"; ein Drittmittelkonto existiert nicht.

Stellen Sie sich als nächstes Beispiel zwei Städte mitten in Deutschland, die ungefähr 150 Kilometer voneinander entfernt und ohne Autobahnverbindung zwischeneinander liegen. In der einen Stadt praktizieren Onkologen, die im Rahmen der Behandlung Arzneimittel an Patienten anwenden müssen. Normalerweise werden hierzu Rezepte ausgestellt, der Patient geht in die nächste Apotheke seiner Wahl und bringt das Medikament beim nächsten Arzttermin mit.

Es stellte sich jedoch heraus, dass die Verordnungen nahezu vollständig von einer Apotheke in der anderen Stadt eingelöst wurden, und das bei Rezepten von über 1000 Mark Abrechnungswert. Kein Patient würde diesen beschwerlichen Weg auf sich nehmen. Wir konnten die Absprachen in mühevoller Kleinarbeit aufzeigen und zunächst einmal wettbewerbsrechtlich dagegen vorgehen. In einem Parallelfall wurde ein Bußgeld von 70.000 Mark verhängt.

Unser Gesundheitssystem ist auf dem Grundsatz des Vertrauens aufgebaut, und dies birgt wieder ein riesiges Missbrauchspotenzial. Es können Rezepte ausgestellt werden, die niemals beliefert werden sollen, aber abgerechnet werden. Es können Zahlungen dafür fließen, dass gerade diese Apotheke ausgesucht wurde. Es gibt sehr viele Varianten des Missbrauchs, wir bemühen uns um Aufklärung.

Ein weiteres Problem bildet der so genannte "Graue Markt" mit Arzneimitteln. Hierzu müssen Sie als Hintergrundinformation wissen, dass Herstellerabgabepreise für Krankenhäuser und Offizinapotheken, beziehungsweise pharmazeutische Großhändler völlig unterschiedlich sind. Für die öffentlichen Apotheken gibt es ein Preisbindungssystem, die Arzneimittelpreisverordnung. Diese gilt für Krankenhäuser nicht; hier sind die Arzneimittelkosten Teil der Behandlungskosten. Nicht alle Krankenhäuser verfügen über eine eigene Krankenhausapotheke. Viele Krankenhäuser werden von öffentlichen Apotheken, den "Krankenhausversorgenden Apotheken", mit Arzneimitteln versorgt. Diese Apotheken können Arzneimittel auf zwei Wegen beziehen: zum einen auf dem klassischen Vertriebsweg aller öffentlichen Apotheken, zu dem diesbezüglichen Preis, und zum anderen gewissermaßen als Krankenhausapotheke. Hierbei kosten die Arzneimittel deutlich weniger oder manchmal auch nichts. Das wäre unproblematisch, wenn das geschenkte Arzneimittel ausschließlich im Krankenhaus eingesetzt würde. Aber wir müssen davon ausgehen, dass die günstig eingekauften und geschenkten Waren

rechtswidrig in öffentlichen Apotheken verkauft werden, den Kassen aber der normale Apothekenverkaufspreis in Rechnung gestellt wird. Der Gewinn wird eingesteckt.

Eine andere Variante ist der Verkauf dieser Ware an den Großhändler. Dieser bringt sie dann wieder in andere Apotheken und so an den Krankenversicherten. Der "Graue Markt" wird vorichtig auf 500 Millionen Mark Herstellerabgabepreis per anno geschätzt. Die Dunkelziffer liegt weitaus höher. Eine sehr verbreitete Variante dieses "Grauen Markts" ist, dass Arzneimittel in Krisengebiete gespendet werden. Mit Überraschung stellt man fest, dass es hier teilweise präzise Anforderungen aus diesen Gebieten gibt. Bei Licht betrachtet scheint es sich in manchen Teilen dieser Krisengebiete um eine unglaubliche Konzentration an Krankheiten zu handeln, für die hochpreisige Arzneimittel benötigt werden. Einmal dorthin gespendet (sie verlassen oft den Hafen in Hamburg nicht) tauchen diese Arzneimittel überraschend in Deutschland wieder auf. Hier müssen wir logischerweise davon ausgehen, dass die angeblich benötigten Arzneimittel niemals der Versorgung der Bevölkerung in irgendeinem Krisengebiet dienen sollten. Es scheint eher so, als ob diese gezielt angefordert wurden, weil eine konkrete Order in der Bundesrepublik oder Westeuropa vorlag. Dies ist mittlerweile so weit gegangen, dass sich Broker am Markt etablieren, die die Waren niemals sehen, sondern nur als Vermittler, schlimmstenfalls in Form von Warentermingeschäften tätig sind.

In Hessen haben wir uns einzelne Verdächtige vorgenommen, doch deren Vorsprung, eine umfassende Logistik aufzubauen, ist sehr groß. Die Kammer Hessen hat am vorletzten Wochenende auf dem Deutschen Apothekertag in München folgenden Antrag gestellt: "Der Bundesgesetzgeber wird aufgefordert, im Interesse der Arzneimittelsicherheit eine lückenlose Vertriebskette zwischen pharmazeutischem Unternehmer und Apotheke vorzuschreiben und hierbei den Großhandel zu verpflichten, Arzneimittel ausschließlich beim pharmazeutischen Unternehmer zu erwerben". Dieser Antrag ist durchgegangen, jetzt ist die Politik am Zug. Sollte diese gesetzliche Regelung erfolgen, kann illegaler Zwischenhandel ausgeschlossen werden.

Die Kammern haben sich in der Vergangenheit viel zu lange mit der Ahndung wettbewerbsrechtlicher Verstöße befasst und dabei die groß angelegten mafiosen Strukturen nicht erkannt. Als Vorreiter bei der Aufklärungsarbeit hatte ich mit erheblichen Widerständen zu kämpfen. Nach meinem Dafürhalten ist ausreichend Geld im System vorhanden, es müssen nur die kriminellen Löcher gestopft werden.

Wenn Rezepte wie Bankschecks benutzt werden, der Patient sich Geld vom Apotheker auszahlen lässt, der Apotheker das Rezept voll der Kasse in Rechnung stellt, so geschieht dies völlig unkontrolliert und relativ gefahrlos. Hier könnte schon eine Patientenkarte beziehungsweise die Kombination mit dem elektronischen Rezept, wie in jüngster Zeit vorgeschlagen, Einhalt gebieten. Es ist ja auch nicht einzusehen, dass private Kassen Patientendaten bündeln dürfen, die gesetzlichen jedoch am Datenschutz scheitern. Es muss möglich gemacht werden, dass die Solidargemeinschaft abgerechnete Arzneimittel bündeln und kontrollieren kann. Im Gegenzug muss der Patient die Möglichkeit haben, zum Beispiel über das Internet die für ihn abgerechneten Leistungen zu überprüfen. Die Kammer Hessen hat einigen Arzneimittelversendern und Betrügern mit empfindlichen Geldstrafen das Leben schwer gemacht. Nach dem Motto "Steter Tropfen höhlt den Stein" hoffen wir auf Abstellen der Praktiken.

Nun zur eigenen Standesorganisation. Was die Intransparenz der Verknüpfung hoheitlicher Aufgaben mit wirtschaftlichen Interessen innerhalb unserer bundesdeutschen Standesführung angeht, macht die hessische Kammer erneut Vorstöße zur Entflechtung. Das stößt bei einigen Amtsträgern auf erheblichen Widerspruch. Unser Ziel ist es, die Bundesapothekenkammer auch im Hinblick auf europäische Gesetze von Wirtschaftsverbänden abzukoppeln und einen eigenen Haushalt zu installieren. Ein schwieriger Weg, wenn man bedenkt, dass es mir bisher

nicht einmal gelungen ist, geheime Personenwahlen durchzusetzen oder die Mitgliederversammlung unserer Bundesvereinigung der Berufsöffentlichkeit zugänglich zu machen.

Wir sind auf dem richtigen Weg, in allen Bereichen Transparenz herzustellen. Schon allein durch Öffentlichmachung der Probleme erreicht man bei einigen Beteiligten ein Umdenken.

### **3. Dr. Christian Thieme, KVB-Geschäftsführung, München: "Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns - aus Schaden wird man klug. Ärztliche Selbstverwaltung und Gemeinwohl"**

Die KVB betreut mit über 1.500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ca. 20.000 Ärzte und Psychotherapeuten. Jährlich erhalten wir von den Krankenkassen ein Volumen von ca. sieben Milliarden DM, die so genannte Gesamtvergütung, zur Weiterleitung an die Ärzte nach individuellem Leistungsaufkommen. Für unsere Aufgaben steht uns ein Haushalt von etwa ¼ Milliarde DM pro Jahr zur Verfügung. Am 20. Januar 2001 wurde in der KVB ein neuer Vorstand gewählt.

Es gab eine Zeit ohne Probleme, mit üppigen Zuwachsraten. Der Bedarf nach Ordnungspolitik war klein, denn "im Schlaraffenland" braucht man keine Polizei und auch keine Gewerkschaft - wenn es gestattet ist, die Situation mit diesen im Kern natürlich unzutreffenden Metaphern zu charakterisieren. In den letzten 10 bis 15 Jahren hat sich das verändert. Kleinere Zuwachsraten, mehr Ärzte, mehr Druck im Kessel. Erstmals wurde die KV wirklich als Interessenvertreter benötigt. Die Erwartungen der Mitglieder an die KV stiegen. Mit dem Druck im Kessel stieg auch der Bedarf nach der ordnenden Hand, und parallel mit den Erwartungen der Mitglieder stiegen die Erwartungen einer kritischen Öffentlichkeit. Die Kassenärztlichen Vereinigungen befanden sich im Spagat: Interessenvertretung und Ordnungsfunktion schienen sich gegenseitig zu behindern und die Position der KVen sowohl gegenüber ihren Mitgliedern als auch gegenüber der Öffentlichkeit zu erschweren. Heute sind wir einen Schritt weiter. Wir haben gelernt, dass fachbezogene Interessenvertretung und ernst genommene Ordnungsfunktion überhaupt keinen Widerspruch darstellen, sondern sich gegenseitig bedingen und legitimieren. Parallel hierzu beschleunigte sich die Regelungsspirale beim Gesetzgeber. Taktfrequenz und Regelungstiefe stiegen, die Qualität der Normen sank. Umsetzungsprobleme und allgemeine Verunsicherung waren die Folge. Dies hat die Situation weiter verkompliziert. Unfreiwillig haben sich die KVen dieser Entwicklung "angepasst". Unter dem äußeren Druck stieg auch bei uns die Taktfrequenz der Normen, sank auch bei uns deren Qualität. Schlechte und teilweise als ungerecht empfundene Regelungen schaffen Distanz und Frustration und tragen tendenziell zur Unterminierung des Unrechtsbewusstseins bei.

Panikpolitik der KVen kommt dann als erschwerender Faktor hinzu. Mit sinkenden Zuwachsraten hat sich auch die Position der KVen im Vertragsgeschäft geschwächt. Stärker als früher müssen KVen auf Sonderwünsche von Vertragspartnern eingehen. Die geschlossenen Verträge werden komplizierter, die Umsetzung dauert länger, die Qualität sinkt weiter, und die Ärzte warten auf ihr Geld. Da dies mit einer Zunahme der Arztzahl einher geht, kommt bei all dem noch weniger Geld beim einzelnen Arzt an als früher. Die Glaubwürdigkeit des Systems leidet. Praxisnetze, Integrationsversorgung und Modellversuche schaffen zusätzliche Umsetzungsprobleme mit ähnlichen Folgen.

Für den Paradigmenwechsel von der Behörde zum Dienstleistungsunternehmen ist das eine schwierige Basis. Trotzdem muss diese Entwicklung gerade jetzt forciert werden. Es gibt Wege aus der Krise. Man braucht nur die Kraft und Beharrlichkeit, die Dinge anzupacken. Unter

ihrem neuen Vorstand hat sich die KVB unter anderem folgende Schwerpunkte vorgenommen.

Der erste Schritt ist ganz einfach und trotzdem nicht so leicht. Vergangenheit bereinigen und Zukunft gewinnen: Wir haben die Regelungswut heruntergebremst, die Taktfrequenz vermindert, um die Stabilität und Qualität zu erhöhen. Wir haben den Kampf gegen intransparente Regeln und bürokratische Monster noch nicht gewonnen, aber wir haben damit angefangen. Weil wir keinen Sinn darin sehen, Ärzte immer wieder für Verfehlungen zur Rechenschaft zu ziehen, die weithin das Produkt von insuffizienten oder intransparenten Regeln gewesen sind. Das Gebot der Rechtsstaatlichkeit heißt für uns: Eindeutige Handhabung von ebenso eindeutigen Regeln. Das meinen wir mit Zukunft gewinnen.

Das ist sozusagen der Leitstern für alle einzelnen Maßnahmen und Entscheidungen. Mit einer Reihe von eher konkreten Projekten wollen wir das untermauern. Gemeinsam mit einer renommierten Unternehmensberatung haben wir soeben ein viele Punkte umfassendes Programm zur Verbesserung unserer Kommunikation nach innen und außen aufgelegt. Es geht um einen neuen Stil, um neue Inhalte (z.B. zum Arzneimittelmanagement) und auch neue Formen und Medien. Die erste Ausbaustufe unseres Extranet wird im November übergeben. Anders als bisher soll sich das Spektrum der Interessen sichtbar artikulieren. Der notwendige Interessenausgleich zwischen den Versorgungsebenen und Gruppen soll nicht mehr im Verborgenen, sondern in offenen und transparenten Strukturen erfolgen. Das schafft nicht Zerwürfnis, sondern Stabilität durch Transparenz. Auf dieser Basis wollen wir insbesondere die Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden auf eine neue und intensivere Basis stellen. Besonders wichtig ist uns der Einstieg in eine intensive fachgruppen- und untergruppenspezifische Datenanalyse gemeinsam mit den Verbänden. Wir sehen darin die unabdingbare Voraussetzung für eine möglichst rationale, an der Patientenversorgung und in ökonomischen Prioritäten orientierte Vertragspolitik.

Am Ende bleibt das auch im Außenverhältnis, in unseren Beziehungen zu den Krankenkassen und der "Gesellschaft" nicht ohne Folgen. Setzt man das im Außenverhältnis fort, ergibt sich eine der Maximen der neuen Vertragspolitik: gutes Geld für gute Leistung. Trotz manchmal harter Eckpunkte, trotz der überkommenen Härte im Vertragsgeschäft, der wir auch in Zukunft nur bedingt werden entgegen gehen können, wollen wir die Vertragsbeziehung in Zukunft auf eine andere Basis stellen. Im Bereich der Versorgungsqualität werden wir besondere Anstrengungen unternehmen. Schwerpunktmäßig haben wir in den letzten Monaten die Bereiche Mammographie und Endoskopie in Angriff genommen. Für beide Themen haben wir innovative und aufwendige Modelle auf den Weg gebracht, die noch in diesem Jahr sichtbar umgesetzt werden. Auch im Arzneimittelmanagement möchten wir neue Wege gehen und dabei nicht nur ökonomische Zielkriterien, sondern gezielt auch die Versorgungsqualität im Auge behalten. Klugheit allein ist kein Garant dafür, zukünftigen Schaden abzuwenden. Aber unsere Chancen stehen gut. Wir haben den politischen Willen, das Know-how, die Motivation und - noch!- den Rückhalt einer erwartungsvollen Basis. Viel Zeit haben wir nicht.

#### **4. Dr. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer, Berlin: "Die Ärztekammer Berlin - Standesorganisation und Berufsethos. Für eine pharma-unabhängige ärztliche Fortbildung"**

Die Mitgliedschaft in einer Kammer ist Pflicht für alle Ärzte (§2 BerlKG). Nach §4 BerlKG haben die Kammern die Aufgabe, die beruflichen Belange ihrer Angehörigen unter Beachtung der Interessen der Allgemeinheit wahrzunehmen. Darüber hinaus sollen sie die Einhaltung der

Berufspflichten ihrer Mitglieder überwachen sowie die Qualität der Fort- und Weiterbildung fördern.

Hieraus wird bereits ersichtlich, weshalb die Mitgliedschaft in einer Kammer Pflicht für jeden Arzt ist. Denn der Beruf des Arztes verpflichtet den Ausübenden zu mehr als gewinnorientiertem Handeln. So sieht die Berufsordnung für Ärzte (§1 Abs.1) vor, dass der Arzt "der Gesundheit des Einzelnen und der Bevölkerung" dienen soll. Sie verpflichtet ihn außerdem, seinen "Beruf nach seinem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit" auszuüben (§2 Abs.1). Die Ärztekammern sollen die Einhaltung dieser Prinzipien überwachen und fördern, aber auch für die Qualität der Fortbildung sorgen, die den Arzt in die Lage versetzt, seine Aufgabe bis zu seinem Ausscheiden aus dem Berufsleben optimal zu erfüllen. Sie sind eine Dienstleistungseinrichtung, die gleichzeitig hoheitliche Aufgaben wahrnimmt. Man könnte auch formulieren: Der Stand, der von den Ärztekammern vertreten wird, ist der ärztliche Ver-Stand.

Betrachten wir die Überwachung der ärztlichen Fort- und Weiterbildung durch die Kammern etwas genauer. Wie in anderen Berufsgebieten auch ist die ärztliche Fortbildung ein lebenslanger, berufsbegleitender Prozess. Sie kann dem Einzelnen nicht aufgezwungen werden, sondern geschieht in der Regel freiwillig oder zumindest mit einem festen Eigenanteil des Lernenden. Eine gute Fortbildung bedient sich moderner Formen der Didaktik und findet ausschließlich in Form akkreditierter Veranstaltungen statt. Zudem sollten sich die Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen an den Bedürfnissen praktizierender Ärzte orientieren, damit die für den Wissenserwerb aufgewendete Zeit sich für den Arzt lohnt.

Eine gute ärztliche Fortbildung, die diesen Kriterien entspricht, wird durch verschiedene Faktoren gefährdet. Zunächst einmal muss der Arzt Zugang zu den Fortbildungsveranstaltungen finden. Dann können ihn berufliche Verpflichtungen daran hindern, an diesen Veranstaltungen überhaupt teilzunehmen. Auch eine schlechte Vermittlung der Informationen verhindert den Erfolg der Maßnahme. Zudem müssen die vermittelten Informationen für die Berufspraxis des Arztes relevant sein. Und schließlich kosten Fortbildungsveranstaltungen Geld. Dies kann entweder vom teilnehmenden Arzt oder vom Fortbilder aufgebracht werden. Letztere Möglichkeit scheint auf den ersten Blick befremdlich - wann zahlt schon ein Dienstleister dafür, seinen Dienst leisten zu dürfen? In der ärztlichen Fortbildung ist dies indes gang und gäbe. Die Pharmaunternehmen verfügen in der Regel über mehr Geld als die Ärzte oder Ärztekammern und haben großes Interesse daran, die Ärzte von der "Qualität" ihrer Produkte zu "überzeugen". Bei den von Pharmafirmen veranstalteten Fortbildungsmaßnahmen mangelt es daher an der Objektivität der Informationen.

Aus den genannten Beeinträchtigungen der ärztlichen Fortbildung ergeben sich folgende Leitlinien, die beachtet werden müssen, um eine qualitativ hochwertige und pharma-unabhängige Fortbildung zu gewährleisten:

Erstens muss die Relevanz der Lehrinhalte überprüft werden. Es müssen klare Prioritäten gesetzt werden, welche Informationen für die Ärzte praxistauglich sind und welche nicht. Zweitens muss eine gute Fortbildungsveranstaltung die Richtigkeit ihrer Erkenntnisse beweisen können, also den Regeln der Evidenzbasierten Medizin folgen. Drittens müssen die Fakten verständlich vermittelt werden: Den Arzt interessieren weniger theoretische Wahrscheinlichkeiten als praktische Häufigkeiten. Und schließlich muss der Fortbilder unabhängig von Profitinteressen einer Pharmafirma und keinem "Conflict of interests" unterworfen sein.

Um diesen Fortbildungsstandard zu erreichen, bedarf es einer gründlichen Aufklärung von Ärzten, Politikern und der Öffentlichkeit. Die Evidenzbasierte Medizin muss gefördert werden; Fortbildungsveranstaltungen müssen akkreditiert und zertifiziert werden. Es müssen Leit-



linien für eine gute ärztliche Fortbildung erstellt und umgesetzt werden. Schließlich ist auch eine Haftung des Arztes denkbar, der regelmäßig an Fortbildungsmaßnahmen teilnehmen sollte, die diesen Kriterien entsprechen.

Der Einfluss Dritter auf die medizinische Forschung stellt ein weiteres Hindernis auf dem Weg zur qualitativ hochwertigen Information der Ärzteschaft dar. So ist bekannt, dass Tests von Medikamenten oft an Patienten vorgenommen werden, die jünger sind als die Zielgruppe, für die das Medikament entwickelt wurde. Durch die entsprechend geringere Komorbidität können weniger Nebenwirkungen registriert werden. Die Testergebnisse bescheinigen dem Medikament dadurch einen höheren Nutzen, als es tatsächlich hat. Beschönigt wird die Medikamentenwirksamkeit auch, indem das Präparat mit einem Konkurrenzpräparat verglichen wird, das in zu niedriger Dosierung verabreicht wurde. Und auch Surrogatendpunkte und reine Laborkosmetik täuschen nicht vorhandene Erfolge vor.

Natürlich darf man auch keine objektiven Ergebnisse erwarten, wenn nicht der Autor, sondern der Finanzier der Studie deren Rohdaten auswertet. Im Falle eines ungünstigen Ergebnisses kann zudem die Publikation der Studie verzögert werden, und negative Ergebnisse können sogar gänzlich verschwiegen werden - Dr. Schönhofer hat bereits erklärt, wie diese vertuscht werden können. Lassen Sie mich abschließend zwei Beispiele dafür bringen, wie Ergebnisse durch tendenziöse Darstellung in die gewünschte Richtung verzerrt werden können.

Das erste Beispiel stellt die in den Medien groß aufgemachte Nachricht "Mammographiescreening senkt die Mortalität von Brustkrebs um 30%" dar. In der dieser Nachricht zugrunde liegenden Studie wurden zwei Gruppen von je 100.000 Frauen über zehn Jahren untersucht. In der Screeninggruppe starben im Untersuchungszeitraum 280 Patientinnen, in der Nichtscreeninggruppe 350. Das ergibt ein relatives Risiko von 30% oder 70 Frauen absolut, die in der Nichtscreeninggruppe mehr gestorben sind. Beachtet man jedoch nicht nur die Anzahl der tatsächlich gestorbenen Frauen, sondern die Gesamtzahl der untersuchten Frauen, so ergibt sich eine Senkung des absoluten Risikos des Brustkrebstodes um nur 0,07%. Hinzu kommt, dass die Falsch-positiv-Rate beim Screening in zehn Jahren bis zu 40% beträgt; auch dies muss in die Kosten-Nutzen-Analyse des Screenings einbezogen werden. Das realistische Ergebnis der Studie müsste also lauten: Ohne Screening sterben von 1000 Frauen in zehn Jahren vier an Brustkrebs. Mit Screening sterben von 1000 Frauen in zehn Jahren 3 an Brustkrebs. Und: Mit Screening erhalten von 1000 Frauen in zehn Jahren bis zu 400 die falsche Diagnose eines Krebsverdachts.

Das zweite Beispiel: Nach der West-of-Scotland-Studie beträgt das Fünf-Jahres-Risiko für Tod aus kardiovaskulärer Ursache unter Placebo 2,3%, unter Pravastatin 1,6%. Es kann aber auch Folgendes gelten: Pravastatin reduziert das Risiko für alle kardiovaskulär verursachten Todesfälle gegenüber einer Placebo-behandelten Kontrollgruppe um 30% (das 95%-Konfidenzintervall reicht nach Angabe der Autoren von 3 bis 53%). Werden 1000 Männer mit Hypercholesterinämie im Alter von 45 bis 64 Jahren über fünf Jahre mit Pravastatin behandelt, werden statt 23 (unter Placebo) 16 einen kardiovaskulär verursachten Tod sterben. Unter Pravastatin überleben 984, unter Placebo sind es 977. Um also einen solchen Todesfall zu verhindern, müssen 143 Personen behandelt werden. Nach Skolbekken (1998) erfordert dies die Einnahme von rund 350.000 Pravastatin-Tabletten.

## **5. Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig, Humboldt Universität, Berlin: "Die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft - die (Un)Abhängigkeit medizinischer Sachverständiger"**

Die Arzneimittelkommission berät seit 1952 als wissenschaftlicher Fachausschuss der Bundesärztekammer (BÄK) diese in allen Fragen der Arzneibehandlung und Arzneimittelsicherheit und dient in gleicher Funktion der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Die AkdÄ bestand im Jahre 2000 aus 40 ordentlichen und über 100 außerordentlichen Mitgliedern aus allen Disziplinen der praktischen, klinischen und theoretischen Medizin sowie einigen an Hochschulen und in der Praxis tätigen Pharmazeuten. Wirtschaftlicher Träger der Geschäftsstelle der AkdÄ ist der Arzneimittel-Informationsdienst (A.I.D. e.V.), dessen Mitglieder die KBV, Landesärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen (KV) sind. Der A.I.D. e.V. erhält keine laufenden Mittel aus der öffentlichen Hand und keinerlei Zuwendungen von der pharmazeutischen Industrie.

Aktivitäten der AkdÄ umfassen u.a. die Herausgabe des Bulletins "Arzneiverordnung in der Praxis", das sich besonders an die niedergelassenen Ärzte/-innen wendet und sie berät, ihre Patienten nach den Regeln der ärztlichen Kunst und dennoch wirtschaftlich zu behandeln; die Erstellung evidenzbasierter "Therapieempfehlungen"; die Erarbeitung von Patienteninformationen, die zum Teil auf den Grundlagen der Therapieempfehlungen basieren und zur Verbesserung des Arzt-Patienten-Dialogs beitragen sollen; die Erfassung sowie Bewertung unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW); die Weiterverarbeitung der gemeldeten UAW im Rahmen des deutschen Spontanerfassungssystems (gemeinsame Datenbank vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte/BfArM und AkdÄ); die Herausgabe der "Arzneiverordnungen" und des "Handbuchs der unerwünschten Arzneimittelwirkungen", die zusammen mit den "Therapieempfehlungen" alle wesentlichen Aspekte der Arzneimitteltherapie und -sicherheit abdecken und einen wichtigen Beitrag zur Transparenz des Arzneimittelmarktes in Deutschland leisten; die Ausrichtung verschiedener Symposien und Konsensuskonferenzen, u.a. zur aktuellen Arzneitherapie und Erfassung von UAW; die Initiierung des Pilotprojekts "Strukturierte Arzneimittelforschung (SamF)" in Zusammenarbeit mit der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz; die Beratung von KBV und KVen in Fragen wirtschaftlicher Arzneibehandlung.

Für die skizzierten Aktivitäten, insbesondere die Bereitstellung von pharmaanabhängigen Informationen, die niedergelassene Ärzte/-innen für die Verordnung einer rationalen, sicheren und rationellen Pharmakotherapie benötigen, ist die Unabhängigkeit der Mitglieder der AkdÄ unabdingbar.

Angesichts der in den vergangenen Jahren erfolgten Verlagerung von unabhängig finanzierter zu industriefinanzierter Forschung, zunehmender finanzieller Verflechtungen zwischen Industrie und Ärzteschaft, zum Teil erheblicher Defizite bei der Durchführung klinischer Studien zur Wirksamkeit und Verträglichkeit von Medikamenten sowie des zunehmenden Einflusses der pharmazeutischen Industrie auf ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung hat die Beachtung und Offenlegung von möglichem "Conflict of Interest" zunehmende Bedeutung gewonnen.

Die bisher gültige Erklärung der Unabhängigkeit für Mitglieder der AkdÄ schrieb vor, dass Vorstandsmitglieder und Mitglieder von Fachausschüssen der Kommissionen wegen der Möglichkeit der Befangenheit an der Beratung und Beschlussfassung über bestimmte Arzneimittel nicht teilnehmen, wenn sie

- im Zusammenhang mit dem Arzneimittel außerhalb der Tätigkeit für die AkdÄ ein Firmengutachten erstellt haben oder in vergleichbarer Weise tätig geworden sind,
- einen mit finanziellen Interessen verknüpften Beratervertrag mit dem betreffenden pharmazeutischen Unternehmen haben oder durch die Tätigkeit oder Entscheidung einen unmittelbaren oder mittelbaren persönlichen Vorteil bzw. Nachteil erfahren könnten.

Die Offenlegung (gegenüber dem Präsidenten der BÄK) arzneimittelbezogener Beraterverträge mit Dritten oder der Tätigkeit im wissenschaftlichen Beirat von pharmazeutischen Unternehmen war nur für den Fall vorgesehen, dass ein Mitglied des Vorstandes oder eines Fachausschusses der AkdÄ für befangen erklärt und mit dieser Entscheidung nicht einverstanden war.

Nach gründlicher Analyse derzeit gültiger Richtlinien bzw. Empfehlungen (z.B. "U.S. Food and Drug Administration"/FDA, "The European Agency for the Evaluation of Medicinal Products"/EMA, "International Committee of Medical Journal Editors"/ICMJE, Institut für die Arzneimittelverordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung) und Verfahrensweisen medizinischer Hochschulen in den USA hinsichtlich der Offenlegung von finanziellen und/oder persönlichen Beziehungen zur pharmazeutischen Industrie bzw. kommerziell-orientierten Auftragsinstituten ("contract-research organizations"/CRO, "site-management organizations"/SMO) hat der Vorstand der AkdÄ die Erklärung der Unabhängigkeit für Mitglieder der AkdÄ revidiert. Die aktuelle Fassung dieser Erklärung soll anlässlich der nächsten Vorstandssitzung der AkdÄ Ende Oktober 2001 diskutiert und auf der Mitgliederversammlung der AkdÄ Ende November 2001 verabschiedet werden.

Diese Erklärung bezieht sich grundsätzlich auf Mitglieder der AkdÄ und deren Ehefrau/-mann, Partner/Partnerin sowie unterhaltsberechtigter Kinder. Die im Folgenden gelisteten Beziehungen zu der Industrie (d.h. pharmazeutische Industrie, CRO/SMO, Biotechnologie-Unternehmen, geräteherstellende Industrie) sind nach ihrer Priorität gelistet und sollen die Transparenz hinsichtlich möglicher Abhängigkeiten bzw. Berührungsfelder mit der Industrie von Mitgliedern der AkdÄ verbessern. Konkrete Angaben werden im Einzelnen gefordert für:

- Eigentümerinteresse an Medikamenten/Medizinprodukten (z.B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz);
- Besitz von Geschäftsanteilen, Aktienkapital, Fonds;
- Beschäftigung in der Industrie bzw. bezahlte Werkstätigkeit während der letzten Jahre;
- Beratertätigkeit bzw. Gutachtertätigkeit für die Industrie, Mitarbeit in "advisory boards";
- "significant payments of other sorts" (z.B. Honorar für die Durchführung klinischer Studien, das sich nicht auf Kosten bezieht, die im Rahmen der Durchführung oder Dokumentation einer klinischen Studie entstehen);
- Erhalt von Forschungsstipendien, Finanzierung von wissenschaftlichen Studienprojekten bzw. Arzt im Praktikum- und/oder Assistenzarztstellen im Zusammenhang mit gesponserten klinischen Studien;
- Autoren-, Coautorenschaft bei Artikeln, die von professionellen medizinischen Schreibern verfasst wurden ("ghostwriter").

Für weitere Verbindungen zwischen Ärzteschaft und Industrie (z.B. Einnahmen anlässlich industriegesponserter Veranstaltungen, Annahme von Geld- und/oder Sachspenden, finanzielle Unterstützung von Kongressteilnahmen bzw. der Ausrichtung von medizinischen Fachkongressen) existieren bereits klar formulierte Vorgaben (vgl. "Gemeinsamer Standpunkt zur strafrechtlichen Bewertung der Zusammenarbeit zwischen Industrie, medizinischen Einrichtungen und deren Mitarbeitern" des Bundesfachverbandes Medizintechnologie e.V.), die jedoch in der Vergangenheit häufig unzureichend beachtet wurden.

Selbstverständlich ist die Offenlegung eines möglichen “Conflict of Interest” nur ein erster, wenn auch sehr wichtiger Schritt auf dem Weg zu einer verbesserten Transparenz des Arzneimittelmarktes in Deutschland. Weitere wichtige Aspekte betreffen zum Beispiel

- die Etablierung eines Zentralregisters klinischer Studien;
- die Verbesserung der Qualität klinischer Studien zur Wirksamkeit und Sicherheit neuer Arzneimittel sowie stärker an den Bedürfnissen der niedergelassenen Ärzte/-Innen orientierte klinische Studien zur Wirksamkeit und Sicherheit von Arzneimitteln sowie Kosten-Nutzen-Relation;
- den freien Zugang zu den Ergebnissen klinischer Studien, auch unveröffentlichter, um dem “publication bias” entgegenzuwirken;
- die sponsorenunabhängige Auswertung und Publikation von klinischen Studien; den unmittelbaren Zugang zu den verschiedenen Erfassungssystemen von UAW – im nationalen und europäischen Rahmen - sowie eine verbesserte Überwachung von Arzneimitteln in der Vermarktungsphase;
- die Offenlegung von “Conflicts of Interest” in “peer review” Verfahren anlässlich der Publikation von Studienergebnissen in medizinischen Fachzeitschriften;
- eine bessere Ausbildung in klinischer Pharmakologie und stärkere Verankerung dieses Faches in der klinischen Praxis;
- eine klare Definition der Aufgaben und bessere strukturelle sowie personelle Ausstattung von Ethikkommissionen; eine verbesserte Patienteninformation über Arzneimittel und deren UAW.

Beispiele aus der jüngsten Vergangenheit belegen eindrucksvoll, welche Gefahren für Patienten aus der fehlenden Unabhängigkeit medizinischer Forscher bzw. Sachverständiger, geschönten Arzneimittelstudien und fehlgedeuteten, unterdrückten bzw. verheimlichten Resultaten klinischer Studien resultieren. Eine verbesserte Transparenz klinischer Studien und pharmaanabhängige Informationen über Arzneimitteltherapie und –sicherheit sind unabdingbar für eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung der Patienten.

## 6. Diskussion

Sind die Rahmenbedingungen des deutschen **Arzneimittelgesetzes** §§ 40 ff nicht so gehalten, dass immer wieder Missbrauchsmöglichkeiten auftauchen? Wenn das Gesetz beispielsweise ausdrücklich erlaubt, dass eine Begutachtung der entsprechenden Ergebnisse einer klinischen Prüfung auch durch diejenigen erfolgt, die diese Gutachten vorgenommen haben, und dass der Leiter einer klinischen Prüfung relativ insuffiziente Voraussetzungen mitbringen darf - müssten da nicht konkrete Veränderungen und Forderungen an das deutsche Arzneimittelgesetz gestellt werden?

**Ludwig:** § 40, aber vor allem § 73 - das In-Verkehr-Bringen von Substanzen, die außerhalb von Deutschland durch eine obskure Organisation zugelassen wurden - müssten in der Tat verbessert werden.

Ist es so, dass die Tendenz, auch die **Unimedizin** in Berlin noch zu **privatisieren**, auf die Situation der Forschung verschlechternd wirkt?

**Ludwig:** Helios, der zweitgrößte private Träger, hat bei uns die Krankenversorgung, wenn auch nicht die Forschung übernommen. Ob die Privatisierung zu größerer Transparenz führen wird, lässt sich nach so kurzer Zeit noch nicht beurteilen.

Wie ist Ihr **Verhältnis zu den Kassen**?

**Thieme:** Die Kassen haben **Daten** über Sachverhalte und die kassenärztlichen Vereinigungen auch. Jeder hätte Vorteile von einem Datenaustausch. Bei der Steuerung der Arzneimittelverordnung könnte dies helfen. In Bayern versuchen wir zum wiederholten Mal, differenzierte Daten vom Rechenzentrum der Apotheken zu bekommen, wo fast alle Daten über Verordnungen zusammenlaufen. Das stößt bei den Kassen auf begrenzte Gegenliebe, vielleicht aus Wettbewerbsgründen.

**Jonitz:** In Berlin gibt es ein gemeinsames Projekt von der AOK und der KV, das eine gezielte Beratung einzelner Praxen durchführt. Auch Transparenz ist nicht frei von Möglichkeiten des Missbrauchs. Hier macht sich der Wettbewerb unter Kannibalen, wie er im Gesundheitswesen stattfindet, negativ bemerkbar.

**Bojunga:** Wir haben keine Probleme beim Datenaustausch mit den Kassen, nur der Datenschutz steht dem im Wege.

**Weiterer Teilnehmer:** Mir war es als Krankenhausarzt möglich herauszubekommen, wie viele Patienten in Berlin in einem Quartal Lipobay in der gefährlichen Kombination mit Gemfibrozil eingenommen haben. Es waren sieben. Das lässt sich sogar noch auf einige Praxen einschränken. Hier müsste man gezielt informieren bzw. mit dem Arzt reden und die Gründe aufklären.

**Azzola:** Rechtlich sieht es so aus, dass über patientenbezogene Daten nur der medizinische Dienst verfügt. Er darf diese nicht einmal den Kassen zur Verfügung stellen. Die Kassen haben also nur anonymisierte Daten, die man nicht mit anderen Daten zusammenführen kann. Das ginge nur an einer übergeordneten Stelle, die wir zurzeit nicht haben.

**Weiterer Teilnehmer:** Ich bin Techniker und habe auch einmal in einer Zulassungsbehörde gearbeitet. Bei uns gibt es die Grundregel, dass Leben und Gesundheit nicht beeinträchtigt werden dürfen. Davon habe ich hier nichts gehört. Warum müssen Arzneimittel nicht auch auf ihr Langzeitverhalten hin untersucht werden? Warum gibt es keine **Prüfanstalten**, die so etwas tun? Warum werden Zulassungen nicht für maximal fünf Jahre erteilt?

**Ludwig:** Die Medikamente, die auf den Markt kommen, sind allenfalls an ein paar tausend Menschen getestet worden. Das ist viel zu wenig, um unerwünschte Nebenwirkungen zu ermitteln. Diese Medikamente zu kennzeichnen und in den ersten fünf Jahren zu beobachten wäre wirklich sinnvoll, findet aber nicht statt. Auch wird nach fünf Jahren nicht noch einmal nachgefragt, was eine berechnete Forderung wäre. Es gibt in der Tat keinen unabhängigen Ausschuss dafür.

#### **IV. Patientenschutz und Patientenrechte**

##### **1. Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Mitglied des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Leiter der Arbeitsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin: "Handlungsfelder eines verbesserten Patienten- und Verbraucherschutzes im deutschen Gesundheitswesen"**

Der Rat hat sich in seinem Frühjahrsgutachten des Themas dieser Tagung aus dem Blickwinkel der Optimierung des Nutzerverhaltens durch Kompetenz und Partizipation angenommen. Ich äußere im Folgenden auch meine persönlichen Ansichten, nicht nur die des Rates.

Wir suchen ein neues Leitbild für das Zusammenwirken von Leistungserbringern und Patien-

ten sowie Finanzierung und Steuerung. Inwiefern muss das Leitbild erneuert werden? Früher einmal war der Umgang mit Gesundheit so geregelt, dass kein Bedarf an und keine Möglichkeit für die Artikulation und Durchsetzung eigener Interessen gegeben schienen. Ärztliche Untersuchungen und Impfungen im Säuglings- Kindes- und Jugendlichenalter waren gesetzlich vorgeschrieben und im Hinblick auf Prävention gaben Eltern, Lehrer, Ärzte, Pfarrer und öffentliche Gesundheitsdienste klare Verhaltensmaßregeln für Hygiene, Ernährung, Sport, Alkohol, Zigaretten und Sex, die nicht zu diskutieren, sondern zu befolgen waren. Mit 16 Jahren trat der Schulabsolvent dann in sein Arbeitsleben ein, und damit war automatisch auch die meist lebenslange Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse entschieden, in der dann bei Heirat die Ehefrau und der Nachwuchs mitversichert waren.

Fühlte sich ein Familienmitglied krank, war lediglich die Entscheidung zu treffen, ob die Gesundheitsstörung ärztlicher Behandlung, beziehungsweise Krankschreibung bedurfte oder informell mit Freunden, Nachbarn, Kräuterfrauen und dem Apotheker zu besprechen war. Führt diese Entscheidung zum Kassenarzt, so war dessen meist paternalistisch-autoritativen Verschreibungen, Verhaltensratschlägen und Überweisungen regelmäßig Folge zu leisten. Das nannte man "Compliance", was auch Willfährigkeit heißt. Erwies sich die medizinische Behandlung als nicht erfolgreich oder gar schädlich, bestand damals kaum eine Möglichkeit, den Halbgöttern in Weiß deshalb am Zeug zu flicken. Ganz am Ende gab es dann noch mit dem Sterbegeld eine Hilfe zur Beerdigung.

Diese Welt bot in der Tat kaum Raum für Artikulation und Durchsetzung der Interessen von Versicherten und Patienten. Ihnen wurde vom System ein allgemeines Interesse an der eigenen Gesundheit unterstellt, und die Obrigkeit wusste Wege und Mittel zu ihrer Erhaltung und Wiederherstellung. Vor allem vier säkulare Entwicklungen haben zum Untergang dieser Welt geführt.

**Erstens** wird der obrigkeitlich gewährende oder versagende Sozialstaat zur sozialen Demokratie. Teilhaberechte, Ausfallangebote und Möglichkeiten der Partizipation nehmen zu, und das nicht nur über formalisierte Verfahren wie Wahlen, sondern auch im Hinblick auf einzelne Akte der Inanspruchnahme und auch Aspekte der Leistungsqualität und der Kosten. Aus dem Untertanen soll der aktive Bürger des demokratischen Sozialstaats werden und damit verbessern sich die allgemeinen Voraussetzungen der Artikulation und Durchsetzung auch von Verbraucherinteressen. Dieser Prozess betrifft auch das Gesundheitswesen im weiteren Sinne und ist noch lange nicht abgeschlossen.

**Zweitens** finden wir eine Bedeutungsabnahme des - meist benevolent-paternalistischen Modells, und es wächst das Gewicht der Selbstverantwortung. Diese hat sowohl gute als auch schlechte Seiten. Oft genug erweist sich der Gebrauch dieser Vokabel beim näheren Hinsehen lediglich als Umschreibung von Strategien, dem Einzelnen immer mehr Verhaltenslasten und Kosten aufzubürden, und zwar unabhängig vom Verursacher und von Einfluss- und Handlungsmöglichkeiten, nach dem Motto: "Selbst schuld, selbst bezahlen, selbst anpassen". Schon in § 1 unseres Sozialgesetzbuch 5 heißt es: "Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich. Sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden." Wer sonst noch außer den Versicherten mitverantwortlich ist, darüber schweigt das Gesetz ebenso wie über die tatsächlichen Bedingungen, beziehungsweise Möglichkeiten, und auch über die Bedingungen der Möglichkeiten einer gesundheitsbewussten Lebensführung.

**Drittens** setzen sich in der Medizin und in den anderen Gesundheitswissenschaften neue Kon-

zepte durch. So werden zum einen die Notwendigkeiten und Möglichkeiten primärer Prävention erkannt. Gesundheitsgerechte, und das heißt primärpräventive Gestaltung von Arbeits- und Lebensverhältnissen scheitert noch immer regelmäßig an etablierten Machtpositionen und kommt deshalb nur langsam voran. Aber durch die gesellschaftlich Thematisierung entsteht eine Nachfrage nach einer Fülle von kommerziellen Angeboten von Dienstleistern und Waren zur Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung im Bezug auf Ernährung, Bewegung, Stressmanagement, Esoterik, Wellness usw. Diese Angebote unterliegen keiner nennenswerten Qualitätskontrolle, die Versprechungen sind oft wissenschaftlich überhaupt nicht haltbar und der Bedarf für Konsumentenschutz ist hier unübersehbar.

Es setzt sich auch in der Medizin selbst die Erkenntnis durch, dass auch der Patient in der Kassenbehandlung nicht einfach ein Empfänger von ärztlichen und sonstigen Versorgungsleistungen ist, sondern vielmehr der Mitproduzent seiner Gesundheit. Im Arzt-Patienten-Verhältnis kommt es daher zunehmend zu Aushandlungen, in denen auf möglichst partnerschaftliche Weise das Für und Wider verschiedener Handlungs- und Therapieoptionen gegeneinander abgewogen und gemeinsam entschieden wird. Trotz des uneinholbaren Wissensvorsprung des Arztes wächst dadurch der Bedarf an für Patienten verständlichen Informationen über Krankheitsentstehung, -verlauf und Therapiemöglichkeiten. Die Medizin, die Pharmaindustrie und andere Unternehmen haben sich bisher nur sehr zögerlich auf diese neue Lage eingestellt. Merkblätter, Videos, CDroms, Internetseiten und andere Materialien der Patientenaufklärung sind lückenhaft, weisen schwere Qualitätsmängel auf und sind meist immer noch von der paternalistischen Sichtweise geprägt, dass Patienten nicht mit schlechten Neuigkeiten umgehen können und daher unwissend wie Kinder gehalten werden müssen. Wenn allerdings die informationelle Grundlage für den Patienten gegeben ist, dann erweitern sich seine Optionen und die Chance für die Wirksamkeit der Behandlung steigt.

**Viertens:** Einen erheblichen Einfluss übt auch das beständige Vordringen von Marktbeziehungen und ökonomisch motivierter Konkurrenz im Gesundheitswesen aus. Seit 1993 überführt der Gesetzgeber Schritt für Schritt die Krankenkassen der GKV aus der Rolle der parastaatlichen Finanzierung und Leistungssteuerung in die Rolle miteinander ökonomisch konkurrierender Marktsubjekte. Das hat ambivalente Folgen. Einerseits müssen sich die Kassen durch stärkere Dienstleistungsorientierung, also durch einen werbenden Kassenservice um ihre Versicherten bemühen, der allerdings nichts über die Qualität der Versorgung aussagt.

Sie bemühen sich tendenziell eher und mehr um gute Risiken, also um jüngere und besser gebildete und wohlhabendere Versicherte. Diese Tendenz wird zwar durch den gesetzlich geregelten Kontrahierungszwang sowie durch den derzeit wieder umstrittenen Risikostrukturausgleich zwischen den Kassen gemildert, aber er wird nicht gebrochen. Für die Versicherten ergibt sich daraus vor allem die Möglichkeit der freien Kassenwahl. Da der Leistungskatalog aller gesetzlicher Krankenkassen aber aus sozialpolitisch zwingenden Gründen für alle Kassen bisher einheitlich ist, reduziert sich die Wahlentscheidung auf die Nutzung geringfügiger und meist vorübergehender Unterschiede im Beitragssatz. Das könnte sich freilich in dem Maße ändern, wie die Kassen mit unterschiedlichen Gruppen von Leistungsproduzenten (Hausärzte, Fachärzte, Krankenhäuser, Pflegedienste) etwa im Rahmen von Modellversuchen oder Strukturverträgen Verträge über unterschiedliche Versorgungsformen abschließen. In diesem Fall besteht ein erheblicher Bedarf an Information, damit die Patienten ihre Entscheidung für eine Kasse oder eine Versorgungsform innerhalb einer Kasse treffen können. In Kalifornien gibt es dafür eine eigene "Behörde" - "Managed Competition" -, die Informationen über den Inhalt verschiedener Versicherungsverträge unterschiedlicher Health Plans diffundiert.

Man sollte auch nicht vergessen, dass in Form von nicht verschreibungsfähigen Arzneimitteln

und nicht ärztlichen Therapien (Heilpraktiker) auch bisher schon ein erheblicher und wachsender Teil von Versorgungsleistungen über den Markt ausgewählt und erworben wird. In diesen Bereichen kann die Qualitätssicherung der Krankenkassen nicht greifen. Hier liegt ein großes Defizit des Verbraucherschutzes. Hinzuweisen ist schließlich auch auf den Markt der privaten Krankenversicherungen, zu deren Geschäftspolitik es durchweg gehört, ihre Tarife und Leistungen möglichst unübersichtlich und unvergleichbar zu gestalten, um informierte Wahlentscheidungen zumindest zu erschweren. Zur Kompensation dieser marktgenerierten Intransparenz hat sich nun wiederum ein eigener Markt gewinnwirtschaftlich orientierter Versicherungsberater etabliert, deren Unabhängigkeit und damit auch deren Verlässlichkeit häufig bezweifelt werden kann.

Insgesamt ergibt sich also aus dem Ergebnis dieser vier Entwicklungen einerseits eine Vermehrung der Chancen der Interessenartikulation. Auf der anderen Seite müssen für informierte Wahlentscheidungen eine ganze Reihe wichtiger und elementarer Voraussetzungen gegeben sein. Es muss ungefähr klar sein, welche Ziele angestrebt werden können, die Spannbreite der möglichen Entscheidungen muss bekannt sein, für jede dieser Optionen müssen die erwünschten und unerwünschten Wirkungen einschließlich der Aufwands- und Ertragsrelationen bekannt sein, die Optionen müssen real zur Verfügung stehen, und der Aufwand, die dafür notwendigen Informationen einzuholen und in Entscheidungen umzusetzen, darf nicht zu hoch liegen. Diese Voraussetzungen sind heute schon beim Kauf eines Telefons oder beim Buchen einer Urlaubsreise außerordentlich schwierig zu erfüllen. Aber wenigstens im Grundsatz kann man sie durch ein real verfügbares Informationsangebot erfüllen.

Im Hinblick auf Waren und Dienstleistungen für die Gesundheit treten jedoch einige Probleme hinzu, die die Anwendbarkeit dieses mikroökonomischen Kundenmodells auf die Gesundheitssicherung praktisch ausschließen und deshalb auch nach grundsätzlich anderen Strategien der Interessenartikulation verlangen. Erstens sind sowohl die Gesundheitsbelastungen als auch die Möglichkeiten, Gesundheitsbelastungen durch individuelles Verhalten zu begegnen, als auch das Risiko, zu erkranken und zu sterben oder sein Leben mit chronischen Krankheiten einzurichten, auch in reichen Ländern sozial sehr ungleich verteilt. Die Zugehörigkeit zu sozialen Schichten, ausgedrückt durch Bildung, Stellung im Beruf und Einkommen, begrenzt und eröffnet oft in entscheidendem Umfang die Chancen für ein längeres Leben mit weniger gesundheitlichen Einschränkungen. Teilt man die deutsche Bevölkerung nach den genannten Kriterien in fünf gleich große Teile ein, so haben Angehörige des untersten Fünftels in jedem Lebensalter ein etwa doppelt so hohe Risiko, ernsthaft zu erkranken oder vorzeitig zu sterben, wie Angehörige des obersten Fünftels.

Dessen muss man sich bewusst sein, wenn man über Patientenrechte diskutiert: Diejenigen, die das größte Risiko tragen zu erkranken, haben auch die geringsten Chancen der Kontrolle ihrer Lebensumstände und der Selbsthilfe zu Verfügung. Im Hinblick auf die Finanzierung der Krankenversicherung folgt daraus im Kern eine nicht marktliche Regulierung im Hinblick auf den Beitragssatz. Aber es folgt daraus auch, dass man sich Informationsstrategien nicht allein über das Internet vorstellen kann, da ansonsten wieder diejenigen ausgeschlossen werden, die sie am dringendsten brauchen.

Zwischenfazit: Einerseits haben Demokratisierung und Modernisierung in der Sozial- und Gesundheitspolitik, sowie Fortschritte in Theorie und Praxis des Umgangs mit Gesundheitsrisiken in Prävention und Krankenversorgung zu einer substanziellen Stärkung der Nachfrager geführt. Auf der anderen Seite sind aber keineswegs hinreichende Instrumente entwickelt worden, um dieser Notwendigkeit auch Handlungen folgen zu lassen. Auch die von mir ver-



treten, relativ junge Multidisziplin "Public Health" hat sich dieser Problematik bisher nur unzureichend gewidmet.

Es bedarf also qualifizierter Informationen über Aspekte der primären Prävention - was taugt davon, was ist Scharlatanerie und Humbug -, es bedarf der Informationen zu Auswahl und Wechsel der Versicherung, zu erwünschten und unerwünschten Wirkungen und Kosten und erwartbaren Ergebnisse unterschiedlicher Versorgungsvarianten, Informationen für die Arzt- und Krankenhauswahl, über unterschiedliche Interventionsvarianten (z.B. arztfreien Umgang mit Gesundheitsproblemen), über ärztliche Leitlinien, über Selbsthilfegruppen, über Arzneimittel, und es bedarf immer einer Rechtsberatung.

Institutionell ausgebaute Anknüpfungspunkte sind zum Beispiel die Selbsthilfegruppen. Dort liegt das medizinische und verfahrensmäßige Wissen vor, das die Betroffenen brauchen, um ihre Interessen durchzusetzen. Patienten, die in Selbsthilfegruppen arbeiten, sind auch empirischen Untersuchungen zufolge einfach durchsetzungsstärker. Dann gibt es natürlich eine Reihe von kommunalen, selbst organisierten Informationszentren, Patienteninitiativen und Ombudsleuten. Und wir haben natürlich auch noch die alten Gesundheitsläden, die trotz zum Teil äußerst widriger finanzieller und politischer Rahmenbedingungen positive wie negative Erfahrungen im Hinblick auf die Interessenartikulation im Gesundheitswesen sammeln. Und wir haben eine Reihe ausländischer Beispiele: Die Patientenanwälte in Österreich oder der niederländische Patientenverband mögen hier genannt sein. Allerdings können selbst diese Institutionen, wenn sie sich positiv weiterentwickeln, die offenen Flanken der Interessenartikulation in einem zunehmend gewinnwirtschaftlich strukturierten Gesundheitswesen wohl nicht schließen. Auch andere Akteure fallen aus oder sind nur begrenzt einsetzbar. Die Organisationen der Leistungsproduzenten (Ärzttekammern, Pharmaverbände usw.) fallen für diese Aufgabe aus, weil sie nicht nur an Qualität, sondern eben auch an Umsatz und an der Abwesenheit öffentlicher Skandale interessiert sind. Das Gleiche gilt auch für die Institutionen der GKV, die zwar einst nicht zuletzt als Interessenvertreter der Versicherten und Patienten gegründet worden sind und die im Hinblick auf die Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung heute auch einen ganz unverzichtbaren Beitrag leisten. Aber sie vertreten, weil sie eben auch Kostenträger sind, nicht immer die Interessen der Versicherten, und damit ist die Verlässlichkeit der Beratung in Frage gestellt. Dann gibt es die gewachsenen Institutionen des Verbraucherschutzes. Auch da haben wir eine gute Infrastruktur in Deutschland, wie die Stiftung Warentest oder die Verbraucherverbände, die sicherlich wichtige Aufgaben der Produktinformation übernehmen können. Aber gegen die vollständige Übernahme dieser Aufgaben durch diese Institutionen spricht aus meiner Sicht die Fülle der Spezifika, mit der wir es im Gesundheitsbereich zu tun haben. Also bedarf es über all diese Ansätze hinaus auch staatlicher Initiativen mit dem Ziel der Bürgerorientierung des Gesundheitswesens. Da ist immer noch in der Diskussion die Charta der Patientenrechte. Diese wäre auch ein guter Schritt zur Erhöhung von Transparenz und Selbstbestimmung, und auch der Aufbau von Bürgervertretungen im Gesundheitsbereich könnte auf diese Weise weitergetrieben werden.

Es gibt auch eine Reihe von Überlegungen gesetzgeberischer Art, solche Institutionen mitzuschaffen. Aus diesen Debatten lassen sich eine Reihe von Kriterien dazu entwickeln, welche Eigenschaften solche Institutionen haben müssten, um ihr Ziel möglichst gut zu erreichen. Es müssen natürlich Institutionen mit demokratischer Legitimation sein, sie müssen wirtschaftlich und politisch unabhängig und auch in der Interessenvertretung professionell versiert und standfest sein. Sie müssen räumlich, zeitlich und sozial niedrigschwellig erreichbar sein. Neben der Unterstützung im Einzelfall müssten sie auch die Möglichkeit und Anreize haben, zur gesundheitspolitischen Interessenvertretung im Versorgungssystem zu werden, um auch

strukturelle Aspekte zu thematisieren. Ihre Aufgabe können sie nur in professioneller und politischer Kooperation mit den bereits auf diesem Gebiet tätigen Institutionen erfüllen, und dazu gehören neben den selbst organisierten Patienteninitiativen und Selbsthilfeorganisationen auch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die Verbraucherverbände, die Stiftung Warentest und andere. Eine vorausschauende Verbraucherpolitik im Gesundheitswesen ist jedenfalls gut beraten, wenn sie auf die Entwicklung solcher Strukturen in diesen Kooperationsformen mit diesen Kooperationspartnern zielt.

## **2. Christoph Nachtigäller, Geschäftsführer Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte (BAGH): "Notwendige Reformschritte aus Sicht der Selbsthilfe"**

Der BAGH ist ein Dachverband von Behinderten- und Chronisch-Kranken-Verbänden. Die Chronisch-Kranken-Verbände haben erkannt, dass sie über die Bearbeitung ihrer persönlichen speziellen Probleme der MS oder der Muskelerkrankungen oder der chronischen Polyarthritiden hinaus eine globale Interessenvertretung brauchen, und haben sich zu diesem Zweck eine eigene Struktur gegeben. Wir organisieren diese durch einen Arbeitskreis, in dem die Verbände die Willensbildung betreiben. Hier wird die Gesundheitsreform diskutiert, in der Regel von selbst betroffenen Vertretern, aber auch von beauftragten Delegierten. Die Voten, die so entstehen, versuchen wir bestmöglich unter das Volk zu bringen und Politiker davon zu überzeugen, dass wir eine Patientenorientierung im Gesundheitswesen brauchen.

Wir kümmern uns in der Regel nicht um Einzelfälle, es sei denn, der Einzelverband ist dazu nicht mehr in der Lage. Unsere Organisation ist vom Ortsverband aufwärts demokratisch gewählt. Die Aufgaben sind so verteilt, dass die Einzelverbände sich um ihre Behinderungs- oder Chronisch-Kranken-Spezifika und der Dachverband sich um die globalen Fragen kümmert. Natürlich will der Einzelne im ersten Moment ganz praktische Hilfe. Wenn der Patient aber so mündig ist, wie wir hoffen, dann will er früher oder später auch seine globalen Fragen vertreten sehen. Ein Beispiel ist der Wunsch nach einem Diagnostischen Kompetenzzentrum, wie es an einigen Kliniken eingerichtet ist, das einem Kranken den Irrweg durch verschiedenste ambulante Behandlungen erspart.

Ein Problem der Arbeit ist, dass es kaum vergleichbare Situationen gibt: Jedesmal stellen sich den Betroffenen ganz unterschiedliche soziale Probleme. Generalisierungen sind aus unserer Sicht also sehr schwierig. Übrigens geht es uns auch sehr stark um die gesellschaftliche Komponente, nicht nur um die medizinische. Wir hoffen daher sehr, dass in diesem Zusammenhang das Gleichstellungsgesetz durchkommt.

Ein weiteres Problem, das wir wie alle Beratungsstellen haben, liegt darin, dass man heute geradezu noch Geld mitbringen muss, wenn man beraten will. Die Menschen, die sich hier engagieren, werden mit der Zeit ausgelaut, und daher ist es schwierig, jüngere Menschen zu finden, die sich freiwillig und ehrenamtlich engagieren - da hilft es auch nicht, dass wir gerade das Jahr des Ehrenamts haben. Die Rahmenbedingungen müssten stimmen, den Helfern müssten wenigstens ihre Kosten (Auto, Telefon) ersetzt werden.

Einwurf Rosenbrock: Es gibt ein Projekt, das Stellen wie Ihre mit 10 Millionen Mark insgesamt bundesweit unterstützt (§ 65b des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000). Das reicht natürlich nicht für alle, und natürlich kann man den Bereich nicht professionalisieren, denn zum einen würde das unbezahlbar teuer, zum anderen würden Sie einen Teil der Glaubwürdigkeit verlieren, die Sie als Ehrenamtliche haben.

Nachtigäller: Wir vernetzen uns untereinander und auch mit anderen Organisationen, etwa den Krankenkassen vor Ort, so gut wie möglich. Das erweitert unsere Beratungsmöglichkeiten. Bei Rechtsberatungen etwa müssen wir weiterverweisen, weil wir diese Kompetenz nicht haben. Wir vermitteln den Ratsuchenden, dass wir nur die Erstberatung machen, aber ihre Probleme nicht unbedingt abschließend lösen können, geben also Hilfe zur Selbsthilfe.

Wir wünschen uns wirkliche Mitwirkungsmöglichkeiten, die auch kodifiziert werden, das, was man "kollektive Partizipation" nennen würde, etwa der Patienten in den Entscheidungsprozessen im Gesundheitswesen.

### **3. Michaela Schwabe, vzbv, Berlin: "Erfahrungen aus der Beratung von Betroffenen aus juristischer Sicht"**

Die Patientenberatung gibt es seit 1988. Sie führt medizinisch-juristische Beratungen durch. Es kommen in erster Linie Patienten, die eine Rechtsberatung wünschen. Dies können neben wenigen Anwälten auch nur wir leisten, weil wir die Rechtsberatungskompetenz haben. Wegen des Rufes der Neutralität und ihrer sozialen Niederschwelligkeit kommen die Leute in die Verbraucherzentrale. Oft wollen sie erst einmal einen Rechtsrat haben, um zu entscheiden, ob sie einen teuren Anwalt aufsuchen sollen. Unsere Rechtsberatung kostet fünfzehn Mark unabhängig von ihrer Dauer. Patienten bekommen bei uns die Eingangsinformationen, um sich im Rechtssystem zurechtzufinden.

Die Hauptanwendungsfälle sind Behandlungsfehler. Momentan verschiebt sich das etwas, die Probleme mit den Krankenkassen werden aktueller. Es kommen Patienten zu uns, denen Leistungen gestrichen wurden, die sie früher problemlos erhalten haben. Dazu gehören auch Kranke mit lebensbedrohenden Krankheiten wie Multipler Sklerose und Krebs, die aus Gründen der Wirtschaftlichkeit lebensnotwendige Medikamente nicht mehr bekommen. Ein weiteres Argument der Kassen ist hier, dass diese Medikamente nicht durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen zugelassen seien. Die Patienten kennen aber weder den Bundesausschuss noch dessen Richtlinien. Hier klären wir juristisch über den Sinn solcher Richtlinien auf, auch mit der Forderung, dass Patienten in diesem Ausschuss mit an den Tisch gehören. Aber in dieser Hinsicht ist der Gesetzgeber gefordert.

Wir erklären auch, was die Krankenkasse unter Wirtschaftlichkeit versteht. Das heißt nicht, dass alles so billig wie möglich sein sollte. Der Patient soll die notwendigen Behandlungen bekommen. Da irrt die Kasse aber auch oft. Beispielsweise kann es vorkommen, dass bei einem Patienten die üblichen Medikamente nicht mehr wirken, dafür aber ein anderes, das eigentlich zur Behandlung einer anderen Krankheit dient. Wenn das so ist, dann müssen die Kassen auch dieses Medikament zahlen. Außer der rechtlichen Unterstützung helfen wir den Patienten in solchen Fällen auch, ihren außergerichtlichen Widerspruch zu formulieren.

Wenn wir Missstände entdecken - das prüfen wir zunächst, denn nicht jeder Behandlungsfehler ist im juristischen Sinne einer -, dann zeigen wir den Leuten den Weg eines Schlichtungsverfahrens auf. Die Schlichtungsstellen sind zwar bei der Ärztekammer angesiedelt, aber dennoch ein probates Verfahren. Ansonsten helfen wir dem Patienten, decken aber den Missstand nicht selber auf. Außerdem geben wir Merkblätter und Patientenverfügungen heraus, um den Patienten über seine Möglichkeiten zu informieren.

Wir wünschen uns, dass die Kooperationsbereitschaft zwischen den Beteiligten sich verbessert und es zu einer gleichberechtigten Arzt-Patienten-Beziehung kommt. Da helfen weniger neue

Gesetze als Aufklärung und Information. Wenn der Patient und der Arzt beispielsweise genau wissen, dass der Arzt dem Patienten Einsicht in seine Akte gewähren muss, dann müssen sie sich darum nicht lange streiten.

#### 4. Eckhard Laufer, Patientenstelle im Gesundheitszentrum Göttingen: "Erfahrungen aus der Beratung von PatientInnen und VerbraucherInnen"

Unsere Klientel ist eine ähnliche wie die der Verbraucherzentrale, mit dem Unterschied, dass wir nach dem Rechtsberatungsgesetz keine individuelle Rechtsberatung durchführen dürfen und daher nur allgemeine rechtliche Informationen geben können. Wir machen die Erfahrung, dass gerade die sozial Benachteiligten nicht so häufig kommen. Es kommen meist ältere Menschen und Frauen aus der Mittelschicht zu uns. Vielleicht deshalb, weil Gesundheit von jeher ein Frauenthema war und es den Frauen leichter fällt, darüber zu reden. Manchmal kommen sie sogar stellvertretend für ihre Männer. An letztere kommen wir direkt nur über Informations- oder Diskussionsveranstaltungen heran.

Bei den Behandlungsfehlern wünschen wir uns, dass wenigstens Elemente einer verschuldensunabhängigen Haftung ins Gesetz aufgenommen würden. Die Defizite dieses Gesetzes gehen zu Lasten des Geschädigten, die Prozesse laufen über zehn Jahre in allen Instanzen, und dann kommt für den Betroffenen schließlich doch nichts heraus. Man muss hier den Schwarzen Peter nicht den Ärzten zuschieben, sondern könnte einen Fonds für die Opfer einrichten.

#### 5. Diskussion

Welche Chancen haben die drei Vertreter, dass ihre abschließend geäußerten Wünsche erfüllt werden?

**Rosenbrock:** Die Wünsche der drei Vertreter zielen auf ein im Bundesgesundheitsministerium bereits laufendes Gesetzgebungsverfahren ab, nämlich die qualifizierte **Patientencharta** (im Sinne der Nomenklatur innerhalb des Bundesgesundheitsministeriums), in der die Rechte des Patienten gegenüber dem Leistungserbringer und den Kassen festgehalten sind. Verbindliche Rechte auf Auskunft, Akteneinsicht und kostenlose Inanspruchnahme einer zweiten Meinung gehören in einem Patientengesetz geregelt. Von diesem Gesetz wird seit zehn Jahren gesprochen, aber Politik braucht eben ihre Zeit.

**Schönhöfer:** Die Änderung des **Haftungsrechts** scheint nicht auf eine Beweislastumkehr hinauszulaufen. Ändert das neue Haftungsrecht tatsächlich etwas, oder ist es nur Kosmetik? Denn aus Vorfällen wie Contergan oder aisdverseuchten Blutkonserven haben wir ja auch nichts gelernt. Wer heute Präparate von zwei Herstellern konsumiert hat, kann schon nicht mehr beweisen, welches davon ihn infiziert hat, und fällt damit durch jede Haftung durch. In Belgien etwa haben sie diese Situation durch geeignete Maßnahmen entschärft und die Anzahl der Todesfälle unter Blutern unter 30 Prozent gedrückt, während bei uns 60 Prozent der Bluter durch verseuchte Konserven gestorben sind.

**Rosenbrock:** Die bisherigen Anläufe verschuldensunabhängiger Haftung durch Rückversicherungen, Fondsbildung usw. haben bisher eigentlich immer nur bei Arzneimittelkatastrophen ad hoc funktioniert.

Könnten nicht auch die **Krankenkassen** und wirtschaftliche Unternehmen die Bürger beraten?

**Lauffer:** Die Krankenversicherung kann kein Advokat der Interessen der Kranken sein, weil sie diese finanzieren muss. Wenn sie Geld sparen kann, ist sie im Interessenkonflikt. Ich habe auch Vorbehalte, wenn sich gewinnwirtschaftlich orientierte Firmen der **Beratung** und Interessenvertretung annehmen. Wenn Sie etwa im Internet [www.selbsthilfe.de](http://www.selbsthilfe.de) aufrufen, meldet sich der Bundesverband der pharmazeutischen Industrie: Das ist ein schlimmes Beispiel dafür.

**Nachtigäller:** Die Krankenkassen sehen das mit dem Interessenkonflikt zwar anders, haben aber Beratung immer nur nebenbei betrieben. Erst als sich nach dem letzten Regierungswechsel abzeichnete, dass die neue Gesundheitsministerin die Absicht hatte, unabhängige Beratungseinrichtungen auch finanziell zu stärken, entdeckten sie dieses Feld auch für sich. Die Gefahr ist, dass es dann scheinbar keine Notwendigkeit mehr für eine unabhängige Beratung außerhalb der Kassen gibt, die diese Funktion monopolisieren wollen. Hier ist eine Zusammenarbeit also immer nur auf der persönlichen Schiene möglich.

**Nachtigäller** zu Schönhöfers Bemerkung über die Beeinflussung der **Selbsthilfevereine** durch die pharmazeutischen Firmen (vgl. erste Diskussionsrunde): Viele Verbände haben Leitsätze zum Umgang mit der Pharmaindustrie verabschiedet, die Transparenz und Ausschluss von Einflussnahmen auf Inhalte umfassen. Man kann zwar nicht sagen, es würde kein Geld angenommen - man sieht auf Broschüren immer wieder den Hinweis: "Gedruckt mit freundlicher Unterstützung von..." -, aber das ist nicht zu beanstanden, wenn es nicht mit einer Beeinflussung einhergeht. Wir arbeiten an einem übergreifenden Kodex aller Verbände. Es gibt auch Verbände, die gar nicht von der Pharmaindustrie umworben werden, zum Beispiel die seltenen Krankheiten. Bei den anderen wird so etwas diskutiert und offen gelegt. Ich selbst kenne nur zwei schwarze Schafe, und von einem davon haben wir uns getrennt.

**Schönhöfer:** Bei einer Veranstaltung über Parkinson-Erkrankungen stellte der "Überwachungsbeamte" von der Pharmaindustrie Fragen und gab dann das Wort weiter an einen Herrn vom Bundesverband der Parkinsonkranken oder ähnlich. Der vertrat dann den Industriestandpunkt. Das Gleiche habe ich bei MS-Erkrankungen erlebt, allerdings im nahen Ausland, aber mit Leuten, die ich vom deutschen Verband kannte. Von diesem Verband wurden die Namen der Patienten, die keine teure Interferontherapie bekamen, dem entsprechenden interessierten Hersteller weitergegeben. Dann wurden Vertreter der Selbsthilfegruppe, die aber von der Pharmaindustrie finanziert wurden, zu diesem Patienten geschickt, um ihn zu überreden, doch endlich von der Interferontherapie "zu profitieren". Ich könnte weitere Beispiele nennen, den Diabetikerbund etwa. Hier fließen viele Gelder und Therapieempfehlungen. Die These, dass das sauber ist, kann nicht aufrecht erhalten werden. Sicherlich arbeiten die ehrenwerten Selbsthilfeverbände hiergegen an, aber der Auftritt nach außen sieht aus der Sicht derjenigen, die sich um Arzneimittelinformationen bemühen, sehr negativ für die Selbsthilfegruppen aus. Vielleicht schreien die Bestochenen ja auch lauter als die anderen.

**Nachtigäller:** Wir haben durch die Arzneimittelbudgetierung eine faktische Rationierung bekommen. Wenn jetzt der Krebsverband bestimmte Arzneimittel trotzdem haben will, dann decken sich seine Interessen erst einmal mit denen der Industrie. Aus dieser begrenzten Interessenübereinstimmung darf man sich nicht ins Fahrwasser der Industrie begeben, aber die Gefahr ist in solchen Rationierungssituationen groß.

**Rosenbrock:** Selbsthilfegruppen sind genauso korrupsionsanfällig wie Ärzte und die Industrie. Sie sind auch keine warmen, sozialen Einheiten, vielmehr gibt es auch hier autoritäre Strukturen und nicht legitimierte Gurus. Aber die Selbstreinigungsfähigkeiten dieser Bereiche

sind ebenfalls sehr groß, wenn man sie erst einmal anstößt.

**Martiny:** Ich möchte eine Schlussbemerkung machen. 1974 wurde in der sozialdemokratischen Bundestagsfraktion die erste Arbeitsgruppe zur Verbraucherpolitik gegründet, die anderen Parteien haben bald nachgezogen. In der ersten Hälfte der 70er Jahre ist es zu dem grundlegenden Verbraucherprogramm der EU gekommen, die Parteien legten verbraucherpolitische Grundsatzprogramme vor, und die grundlegenden Verbraucherschutzgesetze in Deutschland sind beschlossen worden. In der zweiten Hälfte der 70er Jahre begann ein Prozess, dies alles zu verlangsamen, später sukzessive wieder abzubauen. Zu einer verschuldensunabhängigen Haftung, dem notwendigen Ausbau der Verbraucherorganisationen, dem Aufbau der wirkungsvollen dritten Bank und einer Verstärkung der Beteiligung der Bürger ist es bis heute nicht gekommen.

Jetzt machen wir aufgrund der schrecklichen Skandale der letzten Zeit einen bescheidenen neuen Ansatz. Wir Veranstalter der heutigen Tagung, die wir nicht zur finanzkräftigen pharmazeutischen Industrie gehören, sollten in der Zukunft unsere Kräfte bündeln und den neuen Vorstoß von Renate Künast und auch von Ulla Schmidt für einen besseren Verbraucher- und Patientenschutz, sowie das Bemühen um mehr Transparenz unterstützen. Wir stehen jetzt da, wo wir Mitte der 70er Jahre schon einmal waren. Inzwischen hat aber ein neues Jahrhundert begonnen.