

Edda-Müller-Archiv

www.bayerischer-anwaltverband.de

**Zivilgesellschaftliche Ansprüche an eine glaubwürdige Interessenvertretung im Gesundheitswesen
(2011)**

Zivilgesellschaftliche Ansprüche an eine glaubwürdige Interessenvertretung im Gesundheitswesen

Prof. Dr. Edda Müller, Transparency International Deutschland

bei der Tagung „Lobbyismus im Gesundheitswesen – Verantwortliche Interessenpolitik – unverantwortliche Einflussnahme“ der Evangelischen Akademie zu Berlin und von Transparency International Deutschland, Französische Friedrichstadtkirche auf dem Gendarmenmarkt

Berlin 26./27. 9. 2011

Sehr geehrte Frau Ehm,

liebe Angela Spelsberg,

meine sehr geehrten Damen und Herren,

die deutschen Gesundheitsausgaben betragen 2010 rund 280 Mrd. Euro. Die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung – das sind nicht weniger als 90 Prozent aller Bürger und Bürgerinnen - tragen hierzu rund 165 Mrd. Euro insgesamt bzw. pro Kopf und Jahr durchschnittlich 3.200 Euro bei. Die **Gesundheitsbranche** ist damit ein wichtiger Wirtschaftszweig und Arbeitgeber. Medizintechnik und die Gesundheitswissenschaften im weitesten Sinne gelten als **Hoffnungsträger und Wachstumsmotoren**, wenn es um die Innovations- und die Zukunftsfähigkeit einzelner Standorte in Deutschland – nicht zuletzt auch der Region Berlin/Brandenburg – geht.

Soweit – so gut. Wirtschaftskraft, Innovationen und Wachstum sind jedoch keine Werte an sich. Sie sind dafür da, Zwecke zu erfüllen, und sie sollten dies im Geiste der **Gemeinwohlorientierung**, sozialer Gerechtigkeit und optimaler Leistungserbringung tun. Wie es hiermit im deutschen Gesundheitswesen bestellt ist, will ich im Folgenden erörtern. Dabei will ich versuchen, drei Fragen zu beantworten:

1. Welche Ansprüche hat die Zivilgesellschaft – d.h. die Versicherten und Patienten - an das Gesundheitswesen, und wie ist es um die politische Steuerung und Steuerbarkeit zur Befriedigung dieser Ansprüche bestellt?
2. Welche Rolle spielen im Verteilungskampf um das viele Geld die Akteure und Interessenvertretungen im Gesundheitswesen?
3. Welche Reformen sind notwendig, um die Glaubwürdigkeit der Akteure und Interessen im Gesundheitswesen zu erhöhen und zu einer besseren Berücksichtigung insbesondere der Patienteninteressen zu kommen?

1. Ansprüche an das Gesundheitswesen und Problemfelder

Bei der Debatte um die vom Gesundheitswesen zu erfüllenden Ansprüche geht es neben der bereits erwähnten wirtschaftlichen Dimension um drei allgemeine Ziele

- die Qualität der Gesundheitsversorgung inklusive der Vorsorge
- den Anspruch jedes Bürgers auf die notwendige Gesundheitsversorgung unabhängig vom sozialen Status und Einkommen sowie
- die Finanzierbarkeit der Gesundheitsausgaben.

Alle Ansätze zu politischen **Reformen im Gesundheitswesen**, die wir in schöner Regelmäßigkeit seit Ende der 1970er Jahre erleben, scheiterten mehr oder weniger an der Tatsache, dass eine gleichmäßige Befriedigung aller Ziele schwierig ist. Verantwortlich hierfür gemacht werden zum einen exogene Faktoren wie z.B. der medizinisch-technologische Fortschritt sowie die demografische Entwicklung der Bevölkerung. Zum anderen geht es um Probleme der Gesundheitsversorgung selbst wie z. B. das Phänomen der gleichzeitigen Über-, Unter- und Fehlversorgung, das Ungleichgewicht zwischen Prävention und Heilung, die mangelhafte Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung sowie generell die Dualität des Krankenversicherungssystems und nicht zuletzt die mangelnde Transparenz der Finanzierungs- und Vergütungssysteme.

Uns beschäftigen bei der heutigen Tagung nicht primär diese beachtlichen Einzelprobleme, es geht uns vielmehr um die **politische Steuerbarkeit** und die Frage nach den **Interessenkonstellationen** sowie deren Einflussnahme auf politische Entscheidungen bis hin zur Blockade notwendiger Veränderungen. Dabei kennzeichnet nach meinem Eindruck ein Phänomen die Wahrnehmung von Verantwortung und Steuerungskompetenz im Gesundheitswesen. Es ist das Phänomen, dass nicht nur die Bürger als Beitragszahler und Patienten die Gesundheitspolitik für alle Entscheidungen und Fehlleistungen verantwortlich machen bis hin zur Frage, welches Medikament von der Krankenkasse bezahlt wird, sondern dass auch viele Leistungserbringer – an erster Stelle die Ärzte – wenig Ahnung von den tatsächlichen Entscheidungsarenen haben, in denen über maßgebliche Aspekte ihrer Arbeit und Entlohnung entschieden wird. Das Phänomen einer Fehleinschätzung der Entscheidungskompetenzen der Politik wird m.E. auch durch das Verhalten der meisten Gesundheitspolitiker aller Couleur genährt. Selten habe ich ein Politikfeld erlebt, in dem die Fachpolitiker so wenig in der Lage – oder auch bereit - sind, den Menschen zu erklären was sie, warum entscheiden oder was sie nicht entscheiden wollen, sondern anderen nicht-staatlichen Entscheidungsgremien überlassen. Angela Merkel hat jedenfalls recht, wenn sie sagt: „Die Gesundheitspolitik ist ... sicherlich das schwierigste, konfliktreichste und zugleich emotionalste politische Thema“ (Interview mit A. Merkel im Kölner-Stadt-Anzeiger vom 6.3.2010).

2. Akteure und Rolle der Interessenvertretungen im Gesundheitswesen

Vorweg: die Artikulation und Vertretung von Interessen gegenüber der Politik ist in der Demokratie nicht nur legitim sondern im Hinblick auf die fachliche Qualität und praktische Umsetzung politischer Entscheidungen sachlich notwendig. Hinsichtlich der grundsätzlichen Legitimität der Interessenartikulation unterscheide ich daher nicht zwischen „guten“ und

„bösen“ Lobbyisten wohl aber zwischen **legitimen Formen des Lobbyismus** und **Formen der Einflussnahme, die als illegitim, verwerflich und gemeinwohlschädlich** zu werten sind.

Typisch für das deutsche Gesundheitswesen ist im historischen Rückblick nicht die Polarität staatlicher Entscheidungen und gesellschaftlicher Interessenwahrnehmung. Vorherrschend ist vielmehr eine Verantwortungsteilung sowie die Delegation von Entscheidungskompetenzen für die Qualitätssicherung und Ressourcenverteilung auf die Selbstverwaltung von Krankenkassen sowie die Zwangsverbände und Verbände der Ärzteschaft und Krankenhausträger. Politikwissenschaftler bezeichnen das deutsche Gesundheitswesen daher als Prototyp eines **neokorporatistischen Verhandlungssystems** (Lehmbruch, 1988). Es basiert auf dem „Mitregieren“ der Leistungsanbieter – Ärzte, Zahnärzte, Krankenhausträger und der Krankenkassenverbände. Nicht repräsentiert in diesem System waren klassischerweise sowohl die Interessen der Verbraucher, der Patienten und Behinderten als auch die Interessen der medizinischen Betreuungs- und Pflegeberufe. Die pharmazeutische Industrie gehörte interessanterweise ebenfalls nicht zum Kreis des korporatistischen Verhandlungssystems. Sie verfügte jedoch im Unterschied zu den Patienteninteressen in Gestalt der großen forschenden Arzneimittelunternehmen über finanzkräftige Lobbyisten und entwickelte ihre eigenen Wege und Formen der Interessenvermittlung. Ich werde hierauf zurückkommen.

Die Rolle der verschiedenen Akteure und Interessen und insbesondere die Arenen, in denen sie wirksam wurden, haben sich in den letzten Jahrzehnten im Zuge der verschiedenen Gesundheitsreformen verändert. **Primär verhandlungsbezogene Steuerungsinstrumente wurden durch marktbezogene Elemente ergänzt, die staatliche Steuerung wurde ausgedehnt.** Festzuhalten ist, dass die steuerungspolitischen Entscheidungen in Richtung mehr Wettbewerb oder mehr staatliche Entscheidungen im politischen Raum höchst kontrovers diskutiert werden, da ihnen jeweils unterschiedliche gesundheitspolitische Wertvorstellungen und Ordnungsentwürfe zugrunde liegen (Murswieck, 2003).

Vorherrschend war bis in die 1990er Jahre das **korporatistische Verhandlungssystem**. Es funktionierte aus Sicht der Politik klaglos solange es darum ging, dank einer prosperierenden Wirtschaft und hoher Beitragseinnahmen in den Zeiten der Vollbeschäftigung die Zuwächse im Gesundheitswesen zu verteilen. Mit der Notwendigkeit zur Kostendämpfung als Folge der Rezession in den 1970er Jahren änderte sich die Lage. Die Politik reagierte hierauf zwischen 1977 und 1992 mit Reformen, die eine noch stärkere Einbindung und Verantwortung der Leistungsanbieter und Krankenkassen in Kürzungsmaßnahmen vorsahen. Beispiel hierfür ist die 1977 eingesetzte **Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen** - unter Beteiligung übrigens auch der Bundesverbände der Pharmaindustrie. Gestärkt wurde 1989 der **Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen**. Er wurde nun zum wichtigsten Verhandlungsgremium bei der Ressourcenverteilung und erhielt erstmals auch Kompetenzen für Sparmaßnahmen im Arzneimittelbereich. Die gewünschten Erfolge blieben allerdings aus. Ab 1992 nahm daher die Politik vermehrt ihre Zuflucht zum Instrument des **Wettbewerbs**. So wurde der Einfluss der Kassenärztlichen

Vereinigungen durch eine verstärkte Konkurrenz zwischen verschiedenen Ärztegruppen geschwächt. Der 1996 eingeführte Kassenwettbewerb stärkte die Stellung der Versicherten, indem er die Möglichkeit zum Kassenwechsel eröffnete. Es folgten marktwirtschaftliche Regelungen, die auf das Verhalten der Patienten zielten wie die Zuzahlungen für den Arzneimittelbedarf sowie die Eigenbeteiligung beim erstmaligen Arztbesuch.

Die Reformen seit 2003 signalisieren zwei Trends: eine deutliche Verschiebung der Entscheidungsarenen hin zu mehr staatlichen Vorgaben sowie erste Ansätze für den Einbau von Beteiligungsmöglichkeiten bisher vernachlässigter Interessengruppen in die Gremien der Selbstverwaltung.

Eingeschränkt hat der Gesetzgeber den faktischen Entscheidungsspielraum der Selbstverwaltung vor allem durch die **Festlegung der Ausgabenobergrenzen** sowie die Festlegung eines **einheitlichen Beitragsregelsatzes** in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Per Rechtsverordnung wurden 2002 Fallpauschalen zur Krankenhausvergütung dekretiert sowie eine Reihe von Vorgaben zur Qualitätssicherung auf den Weg gebracht.

Staatlich verordnet wurde eine **Stärkung der Interessenvertretung der Patienten und Verbraucher**. 2004 erhielten im Zuge der Zusammenführung der verschiedenen Bundesausschüsse zum **Gemeinsamen Bundesausschuss** Vertreter von Behinderten-, Patienten- und Verbraucherverbänden die Möglichkeit zur Teilnahme an den Beratungen - allerdings ohne Stimmrecht. Im gleichen Jahr wurde die Institution der **Patientenbeauftragten der Bundesregierung** geschaffen. Bereits ab 2000 wurde – zunächst in Form eines zeitlich befristeten Modellvorhabens - die **Unabhängige Patientenberatung** finanziert aus Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen aufgebaut.

Im Mittelpunkt sowohl der gesundheitspolitischen Bemühungen um **Kostendämpfung** als auch der **Lobbyismuskritik** steht die **Pharmaindustrie**. Formell hat die Pharmaindustrie – wie bereits erwähnt - in den verschiedenen korporatistischen Entscheidungsgremien keine Mitwirkungs- und Entscheidungsbefugnisse. Sie entwickelte daher ihre eigenen Methoden, um Einfluss auf die gesundheitspolitische Entscheidungen sowie den Absatz und die Preisgestaltung ihrer Produkte zu nehmen.

Der wohl wichtigste und am schwierigsten zu kontrollierende Einfluss ist die Bereitstellung von **Sachverstand** in die verschiedenen Fachgremien und Foren bis hin zum „Kauf“ von Experten durch die Gewährung hoher Honorare und Forschungsmöglichkeiten im Bereich der Gesundheitsforschung. Aktiv sind offene oder „verdeckte“ Pharmalobbyisten auf allen Ebenen – auf Ebene der EU – wenn es z.B. um die Zulassung von Arzneimitteln geht, den Fachgremien auf Bundesebene, die u.a. für eine Minderung der Arzneimittelausgaben sorgen sollen. Erinnern werden sich viele an das Scheitern der bereit unter Helmut Kohl geschredderten und dann ein weiteres Mal von der rot-grünen Bundesregierung initiierten Positivliste für Arzneimittel am Widerstand der Pharma-Standortländer im Bundesrat. Ein anderes Beispiel ist die Zahlung von 200 Millionen Euro an die Staatskasse, mit der die

Pharmabranche Bemühungen der damaligen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt stoppen konnte, den Pharmakonzernen Preisabschläge zu verordnen.

Besonders undurchsichtig und schwer nachweisbar ist der Einfluss der Pharmaindustrie auf Entscheidungen der **Weltgesundheitsorganisation (WHO)**. Er beschäftigte die Gesundheitsexperten von Transparency in letzter Zeit vor allem im Zusammenhang mit der Pandemie-Entscheidung der WHO zur Schweinegrippe. Als problematisch befunden wird generell die zunehmende Abhängigkeit der WHO von einzelnen Mitgliedstaaten, multinationalen Pharmakonzernen sowie Unternehmensstiftungen wie die Gates-Stiftung. Sie stellen der WHO Zuwendungen als zweckgebundene Mittel zur Verfügung. Bill Gates unterstützt damit vor allem umfangreiche Impfprogramme, die gewollt oder ungewollt viel Geld in die Kassen der Impfstoffhersteller spülen (Thomas Gebauer, 2011).

Die **Erforschung und Entwicklung** immer besserer und **wirksamer Medikamente** durch die Pharmaindustrie ist sicherlich ein unbestrittener Wunsch und Anspruch der Zivilgesellschaft an die Pharmakologie. Intransparenzen bei der Zusammenarbeit der Pharmabranche mit Hochschulen und Medizinern erschweren hier eine klare Grenzziehung zwischen zulässiger Kooperation und Kooperationsformen, bei denen sich der Verdacht der Vorteilsnahme und Korruption aufdrängt. Ich will hier nur stichwortartig einige der praktizierten Kooperationsformen nennen: Zulassungsstudien für neue Arzneimittel an Universitätskliniken gegen Honorar und kostenlose Überlassung der Medikamente, Anwendungsbeobachtungen gegen Honorar durch niedergelassene Ärzte, die kostenlose Überlassung medizintechnischer Geräte gegen den Kauf von Medizinprodukten des „großzügigen Spenders“ (Ulmer Herzklappenskandal) sowie die „Förderung“ des wissenschaftlichen Nachwuchses z.B. durch die Finanzierung von Assessment Centers zur Rekrutierung von Mitarbeitern von Forschungsprojekten (vgl. Mertel, 2009).

Die Glaubwürdigkeit der Pharmabranche leidet vor allem aber auch an den Praktiken zum Hochhalten der Arzneimittelpreise durch das in den Verkehr bringen von **Scheininnovationen** und für die Therapie unnötige Analogprodukte. Beobachter dieser Praktiken hegen den Verdacht, dass solche Zulassungen von fragwürdigen Einflüssen der Pharmaindustrie auf die Entscheidungsinstanzen sowie „Gefälligkeiten“ für die Expertenkreise begleitet werden, die die Wirksamkeit zu beurteilen haben.

Ein besonderes Ärgernis sind die **Marketingmethoden** der Pharmaindustrie. Marketing soll Vertrauen schaffen. Im Fall der deutschen Pharmabranche hat es das Gegenteil bewirkt. Das gesetzliche Werbeverbot für rezeptpflichtige Arzneimittel gegenüber den Endverbrauchern hat die Pharmabranche zu großen Anstrengungen motiviert, ihre Produkte den Ärzten und dem sonstigen medizinischen Fachpersonal „schmackhaft“ zu machen. Eine Reihe der üblichen „Wohltaten“ gegenüber der Ärzteschaft wurde im Zuge der letzten Gesundheitsreform für unzulässig erklärt. Insbesondere sollte der Einfluss der Pharmaindustrie auf die Fortbildung und Qualifizierung von Ärzten zurückgedrängt werden. In der Praxis sind Kongresse und Fachveranstaltungen mit hohem „Freizeitwert“ sowie die

Pflege von Berufsverbänden sowie wissenschaftlichen Gesellschaften nach wie vor beliebte Methoden der Einflussnahme.

Das **Interesse vieler Menschen** an Gesundheitsthemen sowie die **Betroffenheit chronisch Kranker**, die sich in Selbsthilfegruppen und Patientenorganisationen zusammengeschlossen haben, machen diese zu einem wichtigen Adressaten des Pharmamarketing. Fernsehsendungen, Zeitschriftenbeiträge und Internetforen zu vermeintlichen Fortschritten bei den Heilungschancen bestimmter Krankheiten, das Vorstellen neuer Krankheitsbilder sowie die Bedarfsweckung für die Angebote der Pharma- und Hilfsmittelanbieter sind gängige Marketingmethoden. Auf das Lancieren und Platzieren solcher verdeckter Werbung haben sich inzwischen Pharmaagenturen spezialisiert (Walter/Kobylinski, 2010). Ihr Kapital ist nicht zuletzt die Vermittlung von Experten und Wissenschaftlern, die für die Glaubwürdigkeit der medialen Botschaften bürgen.

Lassen Sie mich an dieser Stelle ein kurzes **Zwischenfazit** ziehen.

Im Zuge der verschiedenen Gesundheitsreformen haben sich die Gewichte der Akteure und einzelnen Interessen verschoben. Es hat den Anschein als ob die bisher abgeschotteten korporatistischen Entscheidungsstrukturen durchbrochen wurden (Murswieck, 2003). Der Veränderungsdruck ist bei einigen Leistungsanbietern, insbesondere den Selbstverwaltungen der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen angekommen. Große Umstellungsprozesse finden im Bereich der stationären und ambulanten Versorgung statt. Es mehren sich die Anzeichen, dass durch Privatisierungen, Konzentrationen und neue Formen der Vertragsgestaltung zwischen Kassen und Anbietern das Gewicht der Pharmaindustrie sowie der Anbieter von Medizintechnik eher zunimmt statt abzunehmen. In einer mentalen Krise befindet sich nach meinem Eindruck die Ärzteschaft. Das Selbstbild des Arztes als selbstloser und fehlerfreier Helfer und „Halbgott in Weiß“, das insbesondere von den Standesorganisationen gepflegt wird, verkraftet nur mit Mühe die Anforderungen an die Managementqualitäten von Ärzten, die mit den stärkeren Kontrollen und Qualitätssicherungsanforderungen in die Arztpraxen eingezogen sind.

In der **Bevölkerung** ist die grundsätzliche Zustimmung zum System der Gesetzlichen Krankenversicherung als Solidargemeinschaft nach wie vor sehr hoch. Gleichzeitig schwindet jedoch das Vertrauen in eine ausreichende, bedarfsgerechte und für alle Bedürftige gleichermaßen qualitätsvolle Versorgung (Müller/Etgeton, 2005).

Mit der stärkeren Verlagerung von Entscheidungsbefugnissen auf Staat und Politik verändern sich nicht die Interessen der beteiligten Akteure, wohl aber die Wege und die Art und Weise des Lobbyismus. Die direkte Beeinflussung politischer und staatlicher Entscheidungen erhält ein noch größeres Gewicht - sei es durch die Einschleusung interessengeleiteten Sachverständigen in die Verfahren zur Entscheidungsvorbereitung, die Beeinflussung der öffentlichen Meinung oder den Einsatz wirtschaftlicher Macht. Neue Akteure prägen dabei zunehmend das gesundheitspolitische Lobbying. Es sind kommerzielle Agenturen, die im Auftrag der Unternehmen mit den modernsten Methoden des 'moral

suasion` die Interessen ihrer Auftraggeber platzieren. Das Gewicht der Verbände hat in dieser Lobbylandschaft deutlich abgenommen. Geschwächt wurde damit auch die wichtige Integrationsfunktion von Verbänden nach innen, d.h. im Hinblick auf unterschiedliche Interessen ihrer Mitgliedschaft sowie die mindestens so wichtige verbandliche Transmissions- und Umsetzungsfunktion von politischen Entscheidungen nach außen - in die jeweiligen Handlungsbereiche.

Im letzten Teil meines Vortrags geht es daher um notwendige Reformen. Was müsste getan werden, um den Einfluss partikularer Interessen in Schach zu halten, die Glaubwürdigkeit der Akteure des Gesundheitswesens zu verbessern und illegitime Formen des Lobbyismus zu bekämpfen und erkennbar zu machen?

4. Zum Reformbedarf

Festzuhalten ist: Die Gesundheitspolitik ist einerseits - wie kaum ein anderes Politikfeld - auf den Sachverstand von Experten – medizinische, pharmazeutische und sonstige Experten – angewiesen. „Politische Entscheidungsträger und die Öffentlichkeit müssen Experten vertrauen, deren Urteil oft widersprüchlich ist“ (Bandelow/Eckert/Rüsenberg, S. 7). Andererseits gibt es wegen unterschiedlicher Wertvorstellungen und verschiedener ideologischer Ordnungskonzepte nicht das wissenschaftlich legitimierte „richtige“ Konzept, mit dessen Hilfe politische Konflikte wissenschaftlich entschieden und gelöst werden können. (Bandelow u.a., S. 8)

Für mich folgt hieraus dreierlei:

- (1) Die Notwendigkeit der **Korrektur des bisherigen Machtungleichgewichts** zwischen den Interessen der Leistungserbringer sowie der Patienten und Kunden des Gesundheitswesens,
- (2) die Verpflichtung zur **Schaffung von Transparenz** sowohl hinsichtlich der Qualität der Leistungserbringung als auch der an Entscheidungsprozessen beteiligten Akteure und Interessen sowie
- (3) die Notwendigkeit zur Entwicklung und Durchsetzung von **Verhaltensregeln** vor allem im **Bereich der Wissenschaft und des Marketing** sowie die Durchsetzung klarer Verbote und Sanktionen wo nötig.

Bereits in der vergangenen Legislaturperiode stand das **Patientenrechtgesetz** auf der politischen Agenda. Die Verabschiedung ist dringlich und überfällig. Neben der Zusammenstellung der bereits in verschiedenen Gesetzen vorhandenen individuellen Patientenrechte, die Kodifizierung des Richterrechts sowie verbesserte Verfahren zur Fehlervermeidung in Krankenhäusern geht es um eine Erleichterung der Beweislast für Patienten und die Sicherung der Unparteilichkeit bei der Auswahl von Prozessgutachtern. Anders als nach den derzeitigen Überlegungen vorgesehen, bedarf es auch einer Verbesserung der kollektiven Rechte der Patienten und Verbraucher z. B. durch die Stärkung

der Mitwirkungsrechte und Beratungsaufgaben der Patienten- und Verbrauchervertretungen.

Die Verbesserung der **Transparenz** hinsichtlich der Qualität und Effizienz des Leistungsgeschehens im Gesundheitswesen ist nicht nur notwendig, um die Finanzierbarkeit der Versorgung zu gewährleisten, sie ist auch ein Mittel um illegitime Interesseneinflüsse und die „Selbstbedienung“ einzelner Akteure im System zu erschweren. In den letzten Jahren ist hier einiges in Bewegung gekommen. Ich erwähne die „Weisse Liste“ zu den Leistungen der Krankenhäuser, den Aufbau von Internetportalen über die Erfahrungen mit Arztpraxen, die Beratungsangebote der Verbraucherzentralen, der Stiftung Warentest und der UPD zum Vergleich der Krankenkassen. Positives ist auch aus dem Bereich der Pharmaunternehmen zu vermelden. So veröffentlicht der Verband Forschender Arzneimittelhersteller seit 2009 die Zuwendungen seiner Mitglieder an Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen.

Mehr ist noch zu tun. Hierzu gehören z. B. die Einführung eines öffentlich zugänglichen Melderegisters für Behandlungsfehler und die Herstellung von mehr Transparenz der Arbeit der „Stellen für Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ bei den Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen, um Abrechnungsbetrug und Vorteilsnahme bei der Vergabe von Labor- und anderen medizinischen Hilfsleistungen wirksamer begegnen zu können.

Wirksame Regelungen zur **Transparenz des Lobbyeinflusses auf Politik und Verwaltung** sind in allen Politikfeldern nötig - in der Gesundheitspolitik sind sie besonders dringlich. Vor der Sommerpause machte Bundesgesundheitsminister Bahr von sich reden. Er kündigte an, künftig Pharmedialobbyisten aus mehreren Beratungsgremien für Fragen des Arzneimittelrechts auszuschließen. Diesen Gremien sollen künftig nur noch medizinische oder pharmazeutische Wissenschaftler angehören. Bleibt zu hoffen, dass sie verpflichtet werden, mögliche Interessenkonflikte aufgrund von Aufträgen und Forschungsgeldern aus der Pharmabranche mitzuteilen. Insgesamt halte ich es eher für blauäugig, den Prozess der politischen Entscheidungsvorbereitung durch eine Art Bannmeile von Interesseneinflüssen frei zuhalten. Transparency Deutschland fordert die Einführung des „legislativen Fußabdrucks“ bei der Gesetzesvorbereitung der Bundesregierung. Dem Parlament und der Öffentlichkeit soll mit einem Gesetzentwurf vorgelegt werden, welche Interessen, in welcher Form und mit welchen Inhalten und Forderungen an der Vorbereitung beteiligt waren.

Klare **Regeln** sollte die Politik von den Universitäten und wissenschaftlichen Instituten zum Umgang mit Drittmitteln aus dem Bereich der Pharmaindustrie und Medizintechnik einfordern, um Korruptionsgefahren einzudämmen und eine Beeinträchtigung der Unabhängigkeit von Forschung und Lehre auszuschließen. Hierzu gehören die Pflicht zur Veröffentlichung von Kooperationsverträgen zwischen Hochschulen und Unternehmen sowie die bundesweite Einführung von Regeln wie sie in den Hochschulgesetzen von Rheinland-Pfalz, Bayern und Baden-Württemberg bereits enthalten sind. Bei der Annahme von Drittmitteln aus der Wirtschaft muss danach eine strikte Trennung von

Forschungsaufträgen und Beschaffungsvorgängen beachtet werden. Die konkrete Vereinbarung mit Leistung und Gegenleistung muss dokumentiert und gegenüber der Dienststelle transparent gemacht werden. Ergänzend zu diesen rechtlichen Vorgaben sollte die Wissenschaft selbst für Verhaltensregeln sorgen mit denen die Unabhängigkeit von Forschung und Lehre sowie der freie Zugang zu Forschungsergebnissen gewährleistet werden.

Eine Selbstbeschränkung sollte sich auch die Pharmaindustrie im Bereich ihres **Marketing** auferlegen. Ob die Verabschiedung und Einhaltung freiwilliger Verhaltenskodices von Pharmaunternehmen sowie Lobbyistenbüros und Beratungsunternehmen Aussicht auf Erfolg hat, wird davon abhängen wie glaubhaft die Politik auch die Pharmabranche in die Pflicht nimmt. Transparency Deutschland fordert ein Verbot der Anwendungsbeobachtungen in Arztpraxis. Die in Kliniken durchgeführten Zulassungsstudien sollten in einem öffentlich zugänglichen Register erfasst werden. Im Übrigen bleibt zu hoffen, dass in einem Patientenrechtegesetz wirksame Sanktionen auch gegen pharmazeutische Behandlungsfehler verankert werden.

Lassen Sie mich mit einer schlechten und einer guten Botschaft schließen. Ich habe beide bei Bandelow/Eckert/Rüsenberg gefunden. Die schlechte lautet:

„Gesundheitspolitik ist die Kunst, es keinem recht zu machen“

Die gute Botschaft ist eine `hommage´ an die Zivilgesellschaft:

„Der Einfluss der Öffentlichkeit wächst – und damit vor allem jener der Versicherten und Patienten. Zumindest Teile der Gesundheitspolitik verlassen die Hinterzimmer. Dabei geraten die gesundheitspolitischen Akteure unter öffentlichen Rechtfertigungsdruck, was Regelungen im Sinne einzelner (Partikular-)Interessen erschwert“.
(Bandelow/Eckert/Rüsenberg, S. 11).

Ich danke für ihre Aufmerksamkeit.

Literatur:

Nils C. Bandelow/Florian Eckert/Robin Rüsenberg (2010): Reform(un)möglichkeiten in der Gesundheitspolitik, in: Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ) Nr. 45, 2010, S. 6-1

Thomas Gebauer (2011): Die Macht des Geldes – Eine grundlegende Reform der WHO ist überfällig, in: Dr. med Marbuse 193, Sept./Okt. 2011, S. 46-48

Gerhard Lehbruch (1988) : Der Neokorporatismus der Bundesrepublik im internationalen Bereich und die `Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen`, in: Gäfgen, Gérard, (Hrsg) Neokorporatismus und Gesundheitswesen, Baden-Baden

Maresa Mertel (2009): Drittmittelinwerbung zwischen Kooperation und Korruption, Reihe Wissenschaftspolitik und Wissenschaftsrecht, Band 16, Bonn

Edda Müller/Stefan Etgeton (2005): Legitimation des Gesundheitswesens und Partizipation, in: Ursula Engelen-Kefer/Johannes Rau/Ulrich Schneider u.a. (Hrsg), Sozialpolitik mit Zukunft, Hamburg, S. 126-137

Axel Murswieck (2003): Gesundheitspolitik, in: Handwörterbuch des politischen Systems der Bundesrepublik, 2003

Caroline Walter/Alexander Kobylinski (2010): Patient im Visier. Die neue Strategie der Pharmakonzerne, Hamburg