

GESUNDHEIT braucht POLITIK

verein
demokratischer
ärztinnen und
ärzte



ZEITSCHRIFT FÜR EINE SOZIALE MEDIZIN

Nr. 2/2016 | Solibeitrag: 5 Euro



Wes Brot ich ess... Lobbyismus im Gesundheitswesen

Christina Deckwirth: Nicht Austausch, sondern Machtungleichgewicht. Lobbyismus im Gesundheitswesen

Angela Spelsberg: Schein-Fortschritt. Wo stehen wir nach der Verabschiedung des Gesetzes zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen?

Bernhard Winter: Sunshine and Mist. Gesetzlich verordnete Transparenz bei Zuwendungen der Pharmaindustrie in den USA

In dieser Ausgabe

- 3 Bernhard Winter: **Einträgliche Geschäfte in der Vorhalle**
- 4 Christina Deckwirth: **Nicht Austausch, sondern Machtungleichgewicht. Lobbyismus im Gesundheitswesen**
- 6 Christiane Fischer: **Wes Brot ich ess'. Zum alltäglichen Lobbyismus in der ärztlichen Praxis**
- 9 Wulf Dietrich: **Wann beginnt die Korruption? Wie die Berufsordnung mit der Beeinflussung durch die Industrie verfährt**
- 11 Angela Spelsberg: **Schein-Fortschritt. Wo stehen wir nach der Verabschiedung des Gesetzes zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen?**
- 13 David Lundy: **Zügel für Big Pharma. CEO fordert ein obligatorisches Lobbyregister für die EU**
- 15 Markus Grill: **Die Schein-Forscher. Das investigative Internetportal correctiv.org erforschte Anwendungsbeobachtung**
- 18 Winfried Beck: **So entsteht eine »Volkskrankheit«. Das Geschäft mit der Osteoporose**
- 20 Bernhard Winter: **Sunshine and Mist. Gesetzlich verordnete Transparenz bei Zuwendungen der Pharmaindustrie in den USA**
- 22 Günther Egidi: **Beispielhaft... Entstehungsgeschichte und politische Zusammenhänge der Nationalen Versorgungs-Leitlinie »Therapie des Typ-2-Diabetes«**
- 23 Pressemitteilung des vdää: **Ärzte sind keine Hilfspolizisten**
- 24 Wulf Dietrich: **Zwischen Geld und Moral – der 119. Deutsche Ärztetag in Hamburg**
- 26 Peter Hoffman: **PEPP wird bleiben in Psychiatrie und Psychosomatik. Eine Einschätzung des Referentenentwurf für das PsychVVG**
- 29 Claudia Krieg: **Utopie der Gesundheitsversorgung. Bericht von der Auftaktveranstaltung des Gesundheitskollektivs Berlin**

Termine

vdää on tour

21.–24. Juli 2016

Gedenkstätte »Führerschule der Deutschen Ärzteschaft« in Alt Rehse

Jahreshauptversammlung und 30-jähriges Jubiläum des vdää

Thema: **Zukunft des Gesundheitswesens**

11.–13. November in Frankfurt/Main

Vorstandssitzungen 2016

10. September

in: Fulda

verein
demokratischer
ärztinnen und
ärzte



Der vdää

ist bundesweit organisiert; er setzt sich für die Demokratisierung der Strukturen der ärztlichen Standesvertretung ein und versucht, Einfluss zu nehmen auf die Gesundheitspolitik.

Sollten Sie von uns informiert werden wollen, so setzen Sie sich bitte mit unserer Geschäftsstelle in Verbindung. Gerne können Sie sich auch online über den neuen vdää-Newsletter auf dem Laufenden halten. Die Zeitschrift »Gesundheit braucht Politik« ist die Vereinszeitung, die viermal jährlich erscheint. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Vereinsmeinung wieder.

Redaktion

Eva Pelz, Wulf Dietrich,
Thomas Kunkel, Nadja Rakowitz,
Bernhard Winter

Impressum

Gesundheit braucht Politik 2/2016

ISSN 2194-0258

Hrsg. vom Verein demokratischer
Ärztinnen und Ärzte

V.i.S.d.P. Wulf Dietrich

Geschäftsstelle:

Kantstraße 10, 63477 Maintal

Telefon 0 61 81 – 43 23 48

Mobil 01 72 – 1 85 80 23

Fax 0 61 81 – 49 19 35

Email info@vdaeae.de

Internet www.vdaeae.de

Bankverbindung: Postbank Frankfurt,

IBAN: DE97500100600013747603

BIC: PBNKDEFFXXX

Satz/Layout: Birgit Letsch

Druck: Druckerei Grube

Bilder dieser Ausgabe

Titelbild © Flickr_Neal-Patel

Flickr, Nadja Rakowitz



Editorial

»Einträgliche Geschäfte in der Vorhalle«

Am 10. Juni lehnte es der Bundestag mit den Stimmen der Regierungskoalition erneut ab, für seinen eigenen Bereich ein verpflichtendes öffentliches Lobbyregister einzuführen. Es sollte Namen, Kontaktdaten, Auftraggeber und -ziel sowie Angaben zur finanziellen Ausstattung der LobbyistInnen enthalten. Damit wurde der Öffentlichkeit zum wiederholten Male ein bescheidener Einblick in die im Bundestag wirkenden Lobbyeinflüsse verwehrt. Auch dies ist ein Grund mehr, sich mit dem Thema Lobbyismus im Gesundheitswesen zu beschäftigen, wie dies ausdrücklich von den LeserInnen unserer Zeitschrift gewünscht wurde.

Wertfrei betrachtet ist Lobbyismus der Versuch, politische Entscheidungen und insbesondere Gesetzgebungsverfahren zu beeinflussen. InteressensvertreterInnen unterschiedlichster gesellschaftlicher Gruppierungen können dabei versuchen, mit Argumenten und Sachinformationen auf politische Prozesse Einfluss zu nehmen. Ein Vorgehen das in unserer komplexen und differenzierten Gesellschaft ein sinnvoller Beitrag zur Meinungsbildung sein kann. Problematisch wird es, wenn sich Konzerne oder Wirtschaftsverbände – den öffentlichen Raum meidend – Geltung verschaffen und Druck ausüben und so ihre machtvollen Eigeninteressen durchzusetzen versuchen. Dies wirkt umso mächtiger, je früher dies im politischen Prozess geschieht; am besten dann, wenn ein Vorhaben noch nicht in die Öffentlichkeit gedrungen ist. Hochprofessionell wird dabei versucht, »seine Leute« unmittelbar in den Bereich des legislativen Prozesses zu platzieren. Lobbyismus geriert sich

dann als ein Transmissionsriemen von Konzerninteressen.

Die Rede von Hamburgs Erstem Bürgermeister Olaf Scholz auf der Eröffnungsveranstaltung des diesjährigen Deutschen Ärztetages in Hamburg gab ein schönes Beispiel dafür ab, wie man Gesundheitswesen als Gesundheitswirtschaft deklinieren kann. Traditionell sind bei der Gestaltung des Gesundheitswesens viele Lobbyisten unterwegs. In der Gesundheitswirtschaft wird dies wohl kaum abnehmen. Apropos Ärztetag: Wulf Dietrich berichtet vom Tanz der Delegierten um die Neufassung der GOÄ. Aber auch das Thema Lobbyismus war bei diesem Treffen präsent. Die Chieflobbyistin der pharmazeutischen Industrie in Deutschland, Birgit Fischer (ehemals SPD-Präsidium, ehemals Sozialministerin NRW) konnte allerdings in der Diskussion um Pharmapreise gegenüber Prof. Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, in keiner Weise bestehen.

Zahlreiche Akteure sind auf dem Feld des Lobbyismus im Gesundheitswesen aktiv. Allen voran natürlich die Pharma- und Medizingeräteindustrie. Neben Ärzteverbänden spielen insbesondere auch (private) Krankenkassen und private Krankenkassenketten eine Rolle. Christina Deckwirth von LobbyControl gibt einen Überblick über die Einflussstrategien und Machtstrukturen der verschiedenen Lobbyisten. David Lundy von der lobbykritischen Organisation Corporate Europe Observatory (CEO) beschreibt die Lobbyszene in Brüssel und zeigt auf, dass das Thema verpflichtendes Lobbyregister auch auf der EU-Ebene aktuell ist. Besonders anschaulich, wie Lobbyinteressen langfristig

international und national wirken, kann an der Umdefinition der Osteoporose zur Volkskrankheit demonstriert werden. Wir haben daher einen älteren Beitrag von Winfried Beck aus dem Jurassic Parc geholt.

Die Ärzteschaft ist vielfältigen Manipulationsversuchen der Pharmaindustrie ausgesetzt, steht diesen in großen Teilen unkritisch gegenüber bzw. beteiligt sich aktiv daran. Christiane Fischer (MEZIS) gibt einen Überblick über die tägliche Einflussnahme der Pharmaindustrie auf das ärztliche Tun. Markus Grill vom investigativen Internetportal correctiv.org wirft einen vertiefenden Blick auf die Anwendungsbeobachtungen. Spiegelbildlich dazu wird in einem weiteren Beitrag dargestellt, wie die ärztliche Berufsordnung Einflussnahme Dritter und Interessenskonflikte regelt. Günther Egidi stellt beispielhaft an der Entstehungsgeschichte der Versorgungsleitlinie Typ 2 Diabetes die unterschiedlichen Interessenlagen dar. In einem weiteren Beitrag gehen wir der Frage nach, ob der international viel gelobte »Physician Payment Sunshine Act« in den USA die Transparenz herstellt, die er verspricht.

Angelika Spelsberg widmet sich der Korruption als weiterer Strategie der Beeinflussung, insbesondere von Pharmafirmen. Sie stellt dar, wie sich ihrer Ansicht nach das Anliegen der Korruptionsbekämpfung im neuen Antikorruptionsgesetz im Gesundheitswesen durch Einfluss von Lobbyisten in das Gegenteil verkehrte.

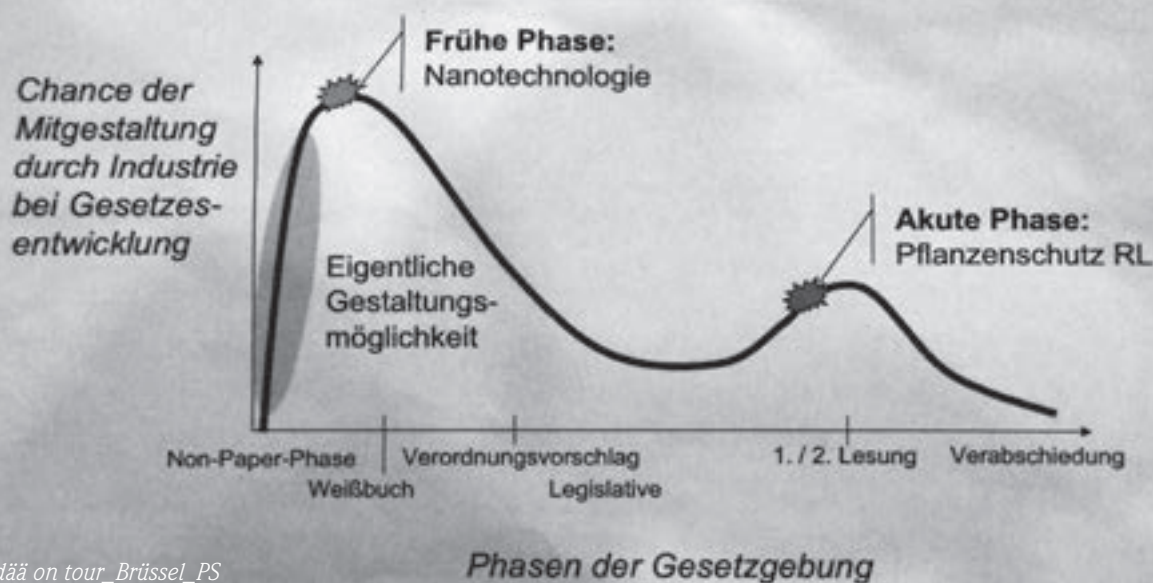
Nachdem wir uns mit Konzern- und Verbändelobbyismus befasst haben, stellt sich auch die Frage: Kann es so etwas wie eine linke Lobby geben? Vor 25 Jahren

diskutierte insbesondere die internationalistische Linke sehr grundsätzlich, ob Strategien wie Lobbying und Advocacy brauchbar für einen emanzipatorische Strategie sind. Die Gegner führten ins Feld, dass solche Vorgehensweisen von den entscheidenden gesellschaftlichen Auseinandersetzungen fortführten. Die Befürworter sahen darin eine Möglichkeit, neue Handlungsspielräume zu eröffnen. Letztlich setzte sich häufig, auch begründet durch die Schwäche der Linken, die zweite pragmatischere Haltung durch. Vielleicht ist es jetzt auch an der Zeit, über neue Utopien von Gesundheit nachzudenken und entsprechende Praxen zu entwickeln. Claudia Krieg berichtet über die sehr gelungene Auftaktveranstaltung des Gesundheitskollektivs Berlin, das ein Kiezgesundheitszentrum entwickelt.

Aus dem Rahmen dieses Themenheftes fällt der Beitrag von Peter Hoffmann zum Referententwurf für ein neues Entgeltssystem in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung. Nicht nur wegen der Aktualität ist er sehr lesenswert.

Es ist eher unwahrscheinlich, dass dieses Heft in einer der Hotlobbys gelesen wird, die in der Zeitschrift abgebildet sind. Dennoch hofft die Redaktion, dass es – wo auch immer – gelesen wird. Besonders freuen würden wir uns, wenn die Schilderungen der manipulativen und Demokratie unterlaufenden Praktiken, Eure Empörung hervorrufen und vielleicht auch die eine oder andere widerständische Aktivität befördern würde.

Bernhard Winter



© vdäa on tour_Brüssel_PS

Nicht Austausch, sondern Machtungleichgewicht

Christina Deckwirth* über Lobbyismus im Gesundheitswesen

Christina Deckwirth von LobbyControl erklärt uns grundsätzliches über Lobbyismus. LobbyControl ist ein gemeinnütziger Verein, der über Machtstrukturen und Einflussstrategien in Deutschland und der EU aufklären will und sich einsetzt für Transparenz, eine demokratische Kontrolle und klare Schranken der Einflussnahme auf Politik und Öffentlichkeit.

Im Gesundheitswesen gibt es viel Geld zu verdienen, aber auch zu verteilen. Die Gesundheitsausgaben summierten sich im Jahr 2014 auf 328 Mrd. Euro, was gut elf Prozent des Bruttoinlandsproduktes entspricht. Wer von diesem Geld wie viel abbekommt, hängt auch von politischen Entscheidungen ab.

Deswegen haben sich in Berlin zahlreiche Lobbyisten aus dem Gesundheitssektor angesiedelt. Doch nicht alle Interessen können sich gleichermaßen gegenüber der Politik durchsetzen. In den Auseinandersetzungen um Kostendämpfungen von Medikamenten oder Zulassungsvorschriften für Medizinprodukte geraten dabei die Interessen der schwächsten Personen im Gesundheitssektor, der Kranken, zuweilen unter die Räder.

Verbände, Unternehmen und Agenturen

Lobbyismus bezeichnet die Einfluss-

nahme verschiedener Interessengruppen auf politische Entscheidungsprozesse. Ziel von Lobbyarbeit ist es, Gesetzesinitiativen im Interesse der eigenen Klientel zu verändern, zu verhindern oder selbst in die Wege zu leiten. Zu den Methoden zählen klassischerweise Hinterzimmergespräche, Einladungen, das Verfassen von Stellungnahmen sowie hin zu Gesetzesentwürfen. Adressaten sind sowohl Ministerien als auch der Bundestag.

Zu den einflussreichen Verbänden im Gesundheitssektor zählen etwa der *Marburger Bund* für die KrankenhausärztInnen, der *Verband der forschenden Arzneimittelhersteller* (VfA) für die Pharmaunternehmen, ABDA für die ApothekerInnen, der *Verband der Privaten Krankenversicherungen* (PKV) oder der *Bundesverband Medizintechnologie* (BVMed).

Letzterer organisierte beispielsweise gemeinsam mit anderen europäischen Branchenverbänden eine

großangelegte Kampagne gegen eine europäische Richtlinie für strengere Sicherheitsvorschriften für die Zulassung von Medizinprodukten. Die Richtlinie, die insbesondere nach dem Skandal um gesundheitsgefährdende Brustimplantate die PatientInnen schützen sollte, brandmarkte der Verband als bürokratisch und innovationsfeindlich. Solches Umdeuten – meist noch verbunden mit Horrorwarnungen vor Arbeitsplatzverlusten – wird regelmäßig von Wirtschaftsverbänden eingesetzt, um Regulierungen im Interesse der VerbraucherInnen abzuwehren.

Neben der klassischen Interessenvertretung durch Verbände mischen auch zahlreiche Unternehmen direkt im Berliner Lobbygeschäft mit. Viele große Pharma- und Medizinprodukteunternehmen haben eigene Lobbyrepräsentanzen in der Hauptstadt, denn räumliche Nähe spielt auch in Zeiten des Internets im politischen Berlin noch immer eine große Rolle. So gleicht die

Hauptstadtrepräsentanz des Orthopädie-Unternehmens Otto Bock in ihrer Größe und Imposanz einem Botschaftsgebäude. In bester Lage haben sich auch die Pharmariesen Pfizer am Potsdamer Platz oder GlaxoSmithKline Unter den Linden angesiedelt. Möglicherweise profitierte GlaxoSmithKline von seiner Nähe zur Politik, als die Bundesregierung vor einigen Jahren aus Sorge vor einer Schweinegrippe-Epidemie Millionen Impfdosen bestellte. Der Großteil des Impfstoffes musste allerdings vernichtet werden, nachdem die Grippewelle nicht annähernd so schlimm verlief wie erwartet – ein Millionenschaden für den öffentlichen Haushalt, die in den Gremien, die die Notfallpläne für Epidemien ausarbeiten, zahlreiche Experten mit engen Geschäftsbeziehungen zu Pharmafirmen wie GlaxoSmithKline...

Auch Agenturen als Lobbydienstleister sind in der Hauptstadt im Bereich Gesundheit aktiv. Die Geschichte der PR- und Lobbyagentur Hill & Knowlton etwa ist eng mit der Tabakindustrie verbunden – Gründer John Hill war schon in den 1950er Jahren daran beteiligt, Zweifel an den Gesundheitsschäden des Rauchens zu sähen. Heute profitiert Hill & Knowlton von den Folgeschäden des Tabakkonsums: Die Agentur war im Auftrag des Pharmaunternehmens Boehringer Ingelheim daran beteiligt, ein Medikament gegen Raucherhusten bei Kostenträgern, Verordnern und PatientInnen zu bewerben.

Enge Verbindungen zu SpitzenpolitikerInnen: Seitenwechsel und Nebentätigkeiten

Besonders eng sind die Verbindungen zwischen Politik und Gesundheitslobby, wenn Ex-PolitikerInnen im eigenen Verband oder Unternehmen angestellt sind und gar LobbyistInnen im Bundestag sitzen. So zum Beispiel Rudolf Henke: Als der CDU-Politiker 2009 in den Bundestag gewählt wurde, behielt er seinen Posten als Vorsitzender des Marburger Bunds bei. Durch weitere bezahlte Nebentätigkeiten – etwa in der Ärztekammer Nordrhein – kommt der Parlamentarier auf einen stattlichen Zuverdienst zwischen 150 000 und 300 000 Euro pro Jahr. Ob Henke in seiner Funktion im Ge-

sundheitsausschuss tatsächlich unabhängig die verschiedenen Interessen im Gesundheitsbereich im Sinne des Gemeinwohls aushandeln kann, erscheint angesichts seiner Lobbyjobs fragwürdig. Solche Doppelrollen gefährden die Unabhängigkeit politischer Entscheidungsträger.

Ähnlich problematisch ist die Drehtür zwischen Politik und Gesundheitslobby. So arbeitet der frühere Gesundheitsminister Daniel Bahr heute für die Allianz Private Krankenversicherung. Die Geschäftsführerin des VfA, Birgit Fischer, war vor ihrer Lobbytätigkeit Gesundheitsministerin in Nordrhein-Westfalen und Mitglied des SPD-Präsidiums. In solchen Fällen kaufen sich Lobbyverbände und Unternehmen das Insiderwissen früherer EntscheidungsträgerInnen ein. Ihre Neuzugänge verfügen über gute Kontakte zu ihren ehemaligen PolitikerkollegInnen und kennen Abläufe, Vorlieben und Empfindlichkeiten aus eigener Erfahrung. Doch nicht jeder kann sich einen scheidenden Politiker anheuern. Es sind vor allem finanzstarke Akteure mit prestigeträchtigen und gut bezahlten Jobs, die von den Seitenwechslern profitieren. Machtstrukturen werden so verfestigt.

Indirektes Lobbying: Imagewerbung, um Kostendämpfung zu verhindern

Lobbyismus – im Gegensatz zu Produktwerbung und Marketing – zielt darauf ab, politische Entscheidungen zu beeinflussen. Daher sind politische Entscheidungsträger der wichtigste Adressat von Lobbyarbeit. Neben der direkten Lobbyarbeit, die sich unmittelbar an Politik und Verwaltung richtet, hat die indirekte Lobbyarbeit eine breitere Zielgruppe. Hier wird über Bands – das heißt über die breite Öffentlichkeit, die Medien, die Wissenschaft oder auch ÄrztInnen und PatientInnen – Einfluss genommen. Mit Imagekampagnen mit eingängigen Slogans, Schulungsmaterialien oder gut aufbereiteten Studien wird Meinungsmache betrieben, die indirekt auch PolitikerInnen erreichen soll. Schließlich kann ein gutes Image oder ein eingängiger Slogan dienlich sein, um die eigenen Interessen in der Politik durchsetzen zu können.

Der VfA wurde durch seine mil-

lionenschwere und mehrjährige Imagekampagne »Forschung ist die beste Medizin« bekannt. Der große Aufwand für Öffentlichkeitsarbeit mag auf den ersten Blick verwundern, denn ein wirklich innovatives Medikament sollte sich von allein verkaufen. Doch eine echte Innovation ist im Arzneimittel-sektor relativ selten und schwer planbar. Darum sehen sich die Hersteller dazu gezwungen, kleine Fortschritte zum großen Durchbruch zu stilisieren und Scheininnovationen auf den Markt zu bringen, die gegenüber herkömmlichen Präparaten keinen nennenswerten Vorteil bieten, oft aber wesentlich teurer sind. Weil das nur mit massivem Werbeaufwand funktioniert, geben die Pharmakonzerne regelmäßig mehr Geld für Marketing aus als für Forschung.

Bei neuen verschreibungspflichtigen Medikamenten ist den Herstellern wegen der geltenden Werbebeschränkungen der übliche Weg der Publikumswerbung versperrt. Sie nutzen daher verschiedene Schleichpfade, um ihre Verkaufsziele zu erreichen: Einer führt über die Förderung von Patienteninitiativen zu Marketingzwecken, ein anderer über die mehr oder weniger subtile Bestechung niedergelassener ÄrztInnen. Im engeren Sinne politisch werden solche Imagekampagnen, wenn auch gesetzgeberische Pläne zur Kostendämpfung bei Medikamenten abgewehrt oder zumindest verwässert werden. So erreichte es

»Ziel von Lobbyarbeit ist es, Gesetzesinitiativen im Interesse der eigenen Klientel zu verändern, zu verhindern oder selbst in die Wege zu leiten.«



© Flickr_Natalie Tsang

die Pharmalobby, bei der Aushandlung des Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetzes (AMNOG) eine Regelung zu streichen, nach der auch bereits zugelassene Medikamente einer Nutzenbewertung unterzogen werden sollten.

Lobbyismus braucht Regeln

Politische Interessenvertretung ist weder schlecht noch gut, sondern unabdingbar für demokratische politische Entscheidungsprozesse. Doch gilt es, genau hinzuschauen. LobbyistInnen reden gerne davon, Lobbyarbeit sei vor allem der Austausch von Informationen. Das klingt harmlos und verstellt den Blick auf problematische personelle und finanzielle Verflechtungen zwischen Politik und Lobby und den

Kampf um Zugänge zu politischen EntscheiderInnen und Informationen.

Die Rede vom Lobbyismus als reinem Informationsaustausch verschweigt ein zentrales Problem: das massive Machtungleichgewicht. Die strukturelle Ungleichheit der Gesellschaft spiegelt sich in der Lobbyszene: Es sind die ohnehin ökonomisch Starken und politisch Einflussreichen – wie etwa die großen Pharmakonzerne und deren Verbände –, die systematisch von Verflechtungen, Vorzugsbehandlungen und privilegierten Zugängen in die Politik oder von teuren Anzeigenkampagnen profitieren und damit ihre Position weiter stärken. Schwächere Interessengruppen wie Verbraucherinitiativen, kleinere Ärzterverbände oder selbst Gewerk-

schaften haben es schwerer, im politischen Geschäft mit ihren Anliegen durchzudringen. Deswegen brauchen wir klare Regeln für Lobbyismus – und zwar nicht nur im Gesundheitswesen. Ein verbindliches Lobbyregister, das Lobbyeinflüsse zumindest sichtbar macht, ist ein erster Schritt in diese Richtung.

Mehr zum Thema:

LobbyControl: »LobbyPlanet Berlin. Der Reiseführer durch den Lobbydschungel«, 324 Seiten, Mit einer speziellen Tour zur Gesundheitslobby; mehr unter: www.lobbycontrol.de/lobbyplanet-berlin

* Christina Deckwirth, Jahrgang 1978, ist promovierte Politikwissenschaftlerin, Mitarbeiterin im Berliner Büro von LobbyControl und Hauptautorin des LobbyPlanet Berlin.



© Flickr_Dez Creates

Wes Brot ich ess'

Christiane Fischer* zum alltäglichen Lobbyismus in der ärztlichen Praxis

Christiane Fischer, Ärztin und Geschäftsführerin von MEZIS erläutert die unterschiedlichen Formen der Einflussnahmeversuche der Pharmaindustrie in Praxen und Krankenhäusern.

Lobbyismus in der ärztlichen Praxis ist alltäglich und durchdringt sämtliche Bereiche unseres Berufes. Werbung für meist neue und teure aber nicht bessere Medikamente ersetzt seriöse unabhängige Information. Geld, geldwerte Leistungen, Honorare für Anwendungsbeobachtungen sowie massiv überhöhte ReferentInnenhonorare, »Passiveinladungen« (bezahlte Fortbildungs- und Reisekosten für TeilnehmerInnen) Geschenke, Essen und guter Wein beeinflussen ärztliches Verschrei-

bungsverhalten¹ hin zu teureren scheininnovativen Produkten, die PatientInnen nicht mehr nutzen als das rationale Vorgängerpräparat, manchmal sogar schaden. Von den knapp 1600 neuen chemischen Stoffen, die zwischen 1974 und 2004 weltweit auf den Markt kamen, boten nur 10 Prozent einen therapeutischen klinischen Fortschritt, weitere 15 Prozent vielleicht, die restlichen 75 Prozent waren im besten Fall nutzlose überteuerte Scheininnovationen².

Den finanziellen Nutzen an der vermehrten Verordnung haben allein die Unternehmen. Durch geschickte Werbung sind die verschreibenden ÄrztInnen oft vom Produkt, für dessen Überlegenheit es keinen wissenschaftlichen Beleg gibt überzeugt. Denn es gilt: *Wes Brot ich ess, des Lied ich sing...*

Interessenkonflikte in der Praxis

Ein zentraler Grund für schädliches

Verordnungsverhalten sind Interessenkonflikte³: »Risikosituation, in der die professionelle Urteilsfähigkeit im Hinblick auf primäre Interessen (z.B. Sorge um das PatientInnenwohl), durch sekundäre Interessen (z.B. finanzielle Interessen) unangemessen beeinflusst werden droht«⁴. Interessenkonflikte in der ärztlichen Praxis treten besonders oft auf bei folgenden Versuchen der Einflusnahme:

Einfluss durch PharmavertreterInnen: Jedes Jahr besuchen 15 000 PharmavertreterInnen 20 Millionen Mal Arztpraxen und Krankenhäuser. Scheininnovative Arzneimittel ohne Beleg für einen Zusatznutzen werden durch Scheininformation, Geschenke, Muster oder Anwendungsbeobachtungen beworben, das ärztliche Verordnungsverhalten wird nachhaltig beeinflusst: Ein Beispiel ist das Kombinationspräparat Ezetimib und Simvastatin (Inegy®). Wie Kasetlein aufzeigt, bietet das Kombinationspräparat weniger Sicherheit als Simvastatin allein, es fehlen nicht nur Endpunktstudien mit positivem Ausgang.

Zwischen 2004 und 2008 gab es mehr Meldungen zu Unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW), es traten mehr Karzinome und Gallenblasenerkrankungen auf und laut MSD-Fachinformation erfolgt durch die Therapie keine Senkung der Mortalität und Morbidität (Herzinfarkt und Apoplex) im Vergleich zu Simvastatin alleine.⁵

Der Preisunterschied ist allerdings gravierend. Während 100 Tabletten Inegy® 224,65 € kosten, sind 100 Tabletten generisches Simvastatin (20 mg) für 16,26 € erhältlich. Die Scheininnovation kostet also das 14-fache zu Lasten der GKV. Da »ältere« noch patentgeschützte Präparate durch das Arzneimittelneuordnungsgesetz (AMNOG) nicht geprüft werden, können Unternehmen bis zum Ablauf des 20-jährigen Patentschutzes jeden Phantasiepreis verlangen. Jane Williams beschreibt in ihrem Ausbildungsbuch für PharmavertreterInnen eine wichtige Ursache. Die Frage »How would you describe »selling«?, beantwortet sie mit dem aufschlussreichen Satz: »Selling is persuading someone to agree with you and to buy whatever your product happens to be.«⁶



© Flickr_Natalie Tsang

Einfluss auf ärztliche Fortbildungen: Die Unternehmen sponsern nach unserer Schätzung ca. 80 Prozent der ärztlichen Fortbildungen. Sie sorgen so für die »richtigen« Themen. Vortragende werden mit oft überzogenen Honoraren bezahlt und gleich noch mit den »richtigen« Präsentationen bestückt.

Beim diesjährigen Jahrestreffen der ÄrztInneninitiative MEZIS am 8. und 9. April 2016 in Hamm wurde auch ein System zur Erfassung von Verstößen bei Fortbildungen vorgestellt.⁷ Regelmäßig wird bei Fortbildungsveranstaltungen gegen die Forderung der wirtschaftlichen Unabhängigkeit nach Berufsordnung und SGB V verstoßen. Mit dem Online-Verstoßmelder (zu finden auf unserer Homepage unter: <https://www.mezis.de/mezis-melder-2-0/>) kann jeder Kollege und jede Kollegin der zuständigen Landesärztekammer Zuwiderhandlungen gegen die geltenden Regelungen melden. MEZIS will damit die Landesärztekammern für mangelnde Transparenz von Interessenkonflikten und die teilweise gravierend einseitigen Fortbildungsinhalte bei gesponserten Veranstaltungen sensibilisieren.

Einfluss auf medizinische Studien: Pharmaunternehmen üben auch Einfluss auf alle Phasen medizinischer Studien aus. Studien, die im Auftrag der pharmazeutischen Industrie durchgeführt werden, werden oft gar nicht oder nicht vollständig veröffentlicht. Führt eine

Pharmafirma eine Studie selbst durch, muss sie diese in der Datenbank der Weltgesundheitsorganisation (WHO) oder der amerikanischen Zulassungsbehörde FDA⁸ melden. Jedoch gilt dies nicht für eine Studie, die durch eine *Contract Research Organisation* (CRO) durchgeführt wird. Die gezielte Auslagerung von Studien in CROs oft in Schwellenländer macht es schwierig bis unmöglich, die Studien aufzufinden. Auch Planung und Auswertung geschehen nicht selten im Sinne eines erwünschten Ergebnisses durch die Firma. So sind Design, Studierendurchführung (Datenerhebung, Auswertung) Publikation, sowie Patent oft in Händen des Pharmaunternehmens.

Ein besonders gravierendes Problem sind »Anwendungsbeobachtungen« (AWBs), die von Pharmafirmen durchgeführt werden. Dies sind in der Regel Marketing-Instrumente zur Erhöhung der Umsätze bestimmter (meist hochpreisiger) Medikamente, aber keine Studien mit wissenschaftlicher Aussagekraft.

Einfluss auf Behandlungsleitlinien: ÄrztInnen benötigen Leitlinien, um ihre PatientInnen nach der besten wissenschaftlichen Evidenz zu behandeln. Daher dürfen diese nicht von den kommerziellen Motiven der Arzneimittelfirmen beeinflusst werden. Doch leider ist das

»Selling is persuading someone to agree with you and to buy whatever your product happens to be.«



Gegenteil oft der Fall: Ärztliche AutorInnen sind nicht selten durch BeraterInnenverträge, Vortragshonore und Industrie-finanzierte Studien mit der Industrie verflochten. Mit anderen Worten, sie haben bedeutende Interessenkonflikte. Diese Auswirkungen sind zum Schaden der PatientInnen wie ein Beispiel illustriert: 17 Fachgesellschaften unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Neurologie

haben eine neue Behandlungsleitlinie veröffentlicht mit dem Ziel, das Risiko eines wiederholten Schlaganfalls zu reduzieren. Doch in den Leitlinien finden sich hochproblematische Empfehlungen, wie etablierte Vitamin K Antagonisten durch neue Gerinnungshemmer (NOAKs) zu ersetzen. Dagegen wehrten sich in einem Appell über 1000 ÄrztInnen, mehrheitlich NeurologInnen. *NeurologyFirst* gründete sich daraufhin als Initiative deutscher NeurologInnen für pharmaunabhängige Kongresse und Leitlinien.⁹ Außerdem entstand 2015 www.leitlinien-watch.de als gemeinsames Transparenzportal für medizinische Behandlungsleitlinien von MEZIS, NeurologyFirst und TI Deutschland.

Transparenz, also auch Offenlegen von Interessenkonflikten ist der erste wichtige Schritt, doch Transparenz alleine genügt nicht, im Folgeschritt müssen Interessenkonflikte bekämpft werden. Eine wichtige

Forderung ist: Wer für einen Hersteller arbeitet, kann nicht dessen Produkte in einer Leitlinie bewerten.

Fazit

Nur fünf Prozent der ÄrztInnen halten sich selbst für bestechlich, 21 Prozent dagegen ihre KollegInnen.¹⁰ Doch wirken die beschriebenen Werbemaßnahmen des alltäglichen Lobbyismus und zahlen sich für in Industrie in barer Münze aus: Sie sorgen dafür, dass Pseudoinnovationen ohne therapeutischen Fortschritt verordnet werden. Eine Mischung aus Scheininformationen durch PharmavertreterInnen in Praxen und Kliniken gepaart mit Werbung auf gesponserten Kongressen lässt die Grenzen zwischen Werbung und Information mehr und mehr verschwimmen. Werbung und Information müssen klar unterschieden werden. Denn wie Claudill u.a. klar aufzeigen, führt der Gebrauch von »Informationen« der PharmavertreterInnen zu deutlich erhöhten Verschreibekosten¹¹. Der Grund ist simpel: Pharmaunternehmen sind Wirtschaftsunternehmen, die gewinnorientiert agieren, das primäre Interesse der Industrie ist Gewinnmaximierung und nicht das Wohl der PatientInnen.

MEZIS setzt dagegen

Doch es gibt Alternativen wie die Initiative unbestechlicher ÄrztInnen

und Ärzte MEZIS e.V. »Mein Essen zahl' ich selbst«:

- MEZIS wehrt sich gegen die allgegenwärtigen Beeinflussungen der Pharmaindustrie.
- MEZIS sensibilisiert ärztliche KollegInnen und Medizinstudierende: Wer sich Kulis, Essen, Studien, Reisespesen und Anwendungsbeobachtungen finanzieren lässt, wird in seinem Verschreibungsverhalten beeinflussbar.
- MEZIS fordert ein klares Verbot von Beeinflussungen und Bestechlichkeit im ärztlichen Berufsrecht.
- MEZIS engagiert sich für herstellerunabhängige Informationen und Fortbildungen sowie werbefreie Praxissoftware.
- MEZIS ist Teil des weltweiten No-free-lunch-Netzwerks.

Weitere Informationen gibt es auf www.mezis.de

** Dr. med. Christiane Fischer, MPH ist Ärztliche Geschäftsführerin von MEZIS e.V. – Mein Essen zahl' ich selbst, Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte und Mitglied des Deutschen Ethikrates*

»Nur fünf Prozent der ÄrztInnen halten sich selbst für bestechlich, 21 Prozent dagegen ihre KollegInnen.«

- 1 Adair RF, Holmgren LR.: »Do drug samples influence resident prescribing behavior? A randomized trial«, *Am J Med.* 2005 Aug; 118 (8): 881-884
- 2 Chirac P, Torreele E: »Global framework on essential health R&D«, in *Lancet* 2006 May 13; 367 (9522): 1560-1561
- 3 Campbell EG: »Public Disclosure of Conflicts of Interest«, *JAMA Archives of Int Med*, 2010; 170 (8): 667
- 4 Dennis F, Thompson: »Harvard Center for Ethics and the Profession«, *NEJM*, 1993
- 5 Kastelein et al: »Simvastatin with or without Ezetimibe in Familial Hypercholesterolemia«, *NEJM* (2008) 358 (14): 1431-1443
- 6 Williams J.: »Insiders Guide to the World of Pharmaceutical Sales«, 9th ed., Principle Publications, USA 2008., S. 88
- 7 www.mezis.de/mezis-melder-2-0/
- 8 <https://clinicaltrials.gov/> und www.who.int/ictrp/en/
- 9 www.neurologyfirst.de
- 10 Lieb K, Brandtönes S: »Eine Befragung 300 niedergelassener Fachärzte zum Umgang mit Vertreterbesuchen der Pharmazeutischen Industrie«, *DÄ Heft* 22, 04.06.2010
- 11 Caudill TS, Johnson MS, Rich EC, McKinney WP: »Physicians, pharmaceutical sales representatives, and the cost of prescribing«, *Arch of Fam Med.* 1996; 5: 201-6



© Flickr_Randy Heintz

Wann beginnt die Korruption?

Wie die Berufsordnung mit der Beeinflussung durch die Industrie verfährt

»Ärzte sind unbestechlich, allenfalls der Nachbar-Kollege nimmt Vorteile von der Industrie an. Ärztliches Handeln ist grundsätzlich am Wohle des Patienten ausgerichtet«. Diese Mär hält sich seit Jahren in der standespolitischen Diskussion und verhindert eine inhaltliche Diskussion über die Beeinflussbarkeit ärztlichen Handelns. Korruption beginnt aber nicht erst, wenn Geldscheine über den Tisch geschoben werden, Korruption setzt die Bereitschaft des Korruptierten voraus, sein medizinisches Handeln von wirtschaftlichen Vorteilen bestimmen zu lassen. Man kann diese Bereitschaft korruptives Bewusstsein nennen. Dieses Bewusstsein wird seit Jahren von der Industrie gefördert, ohne dass die Ärzteschaft, zumindest die organisierte, sich dagegen zur Wehr gesetzt hätte. Auf dem vergangenen 119. Ärztetag in Hamburg wurden die Delegierten mit Stoffteddybären und Gummienten von der Industrie beschenkt – Geschenke, die eigentlich das intellektuelle Niveau der Ärzteschaft beleidigen müssten, aber wohl trotzdem wirksam sind.

Ärztliches Handeln wird in den Berufsordnungen der Kammern geregelt. Der Deutsche Ärztetag be-

schließt eine *Musterberufsordnung* (MBO), die dann von den Kammern ratifiziert werden muss. Daher gibt es unterschiedliche Ordnungen in den einzelnen Kammern (Unterschiede zum Beispiel bei der Sterbehilfe oder der Bestechlichkeit). Die Regelungen der Berufsordnung befinden sich im vor-justiziablem Bereich, Verstöße werden durch die Standesgerichtsbarkeit geahndet, nicht durch öffentliche Gerichte.

Der § 32 der MBO soll unerlaubte Zuwendungen definieren. Hier heißt es: Dem Arzt (ist es) nicht gestattet, von Patienten oder anderen Personen Geschenke oder andere Vorteile für sich oder Dritte zu fordern oder sich oder Dritten versprechen zu lassen oder anzunehmen, wenn hierdurch **der Eindruck erweckt wird**, dass die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung beeinflusst wird«. Aber eine Beeinflussung (ist) dann nicht berufswidrig, wenn ... dem Arzt die Möglichkeit erhalten bleibt, aus medizinischen Gründen eine andere als die mit finanziellen Anreizen verbundene Entscheidung zu treffen.«

Eine windelweiche Formulierung: Denn wer beurteilt, ob **der Eindruck erweckt wird**, dass die

Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung beeinflusst wird? Darf man sich also bestechen lassen, wenn der Eindruck nicht entsteht? Soll der Patient das beurteilen, der gar nicht weiß, dass sein Arzt von der Industrie beeinflusst wurde? Und natürlich besteht immer die Möglichkeit, »eine andere Entscheidung zu treffen«, andernfalls wären doch finanzielle Anreize gar nicht notwendig. Völlig unsinnige Formulierungen, nach der bisher kaum ein Arzt oder eine Ärztin belangt wurde.

Der § 32,2 regelt geldwerte Vorteile im Zusammenhang mit Fortbildungsveranstaltungen. Die Annahme von geldwerten Vorteilen in angemessener Höhe ist nicht berufswidrig, sofern diese ausschließlich für berufsbezogene Fortbildung verwendet werden.« Es darf also auch die passive Kongressteilnahme durch die Pharmaindustrie gesponsert werden. Dabei ist schon lange klar, dass Geschenke, Zuwendungen und Fortbildungsfinanzierung von Seiten der Industrie als Mittel der Beeinflussung eingesetzt werden. Die Wirksamkeit dieser Beeinflussungsversuche ist durch eine Vielzahl von Studien belegt. Im Ergeb-

Wulf Dietrich erläutert, wie unkritisch die organisierte Ärzteschaft und deren diesbezüglich geradezu skandalöse Musterberufsordnung im Vergleich zu Initiativen wie MEZIS ist.



© Flickr_Steigenberger Hotels and Resorts

Für die niedergelassene ÄrztInnen gelten diese Regeln nicht, sie üben einen freien« Beruf aus, sie sind also frei, auch unter dem neuen Antikorruptionsgesetz Vorteile von der Industrie anzunehmen, sie dürfen es – mit dem neuen Gesetz- nur nicht zu weit treiben. Das ist aber zu wenig.

Dieser § 32 der MBO ist skandalös, denn er erlaubt Zahlungen der Industrie an die Ärzteschaft fast ohne Restriktionen. In der Industrie wäre so ein Zustand undenkbar. Die Compliance-Regeln verbieten die Annahme von Geld oder Geschenken, insbesondere für Personen, die im Einkauf oder der Beschaffung tätig sind. Auch der Arzt oder die Ärztin sind letztlich Einkäufer. Sie kaufen Medikamente oder Hilfsmittel von der Industrie zu Lasten der Krankenkassen und geben diese an die PatientInnen weiter. Da hier sicherlich ein noch größeres Vertrauensverhältnis als in der Industrie herrscht, ist es völlig unverständlich, warum mit diesem Problem so lasch umgegangen wird. In der Industrie wären die ärztlichen Verhaltensregeln völlig inakzeptabel, aber vielleicht läuft hier die Korruption auf einer ganz anderen Ebene (siehe Siemens). Es ist dringend an der Zeit, das Bewusstsein innerhalb der Ärzteschaft für die Beeinflussbarkeit ihrer ärztlichen Tätigkeit durch Dritte zu stärken. Fortbildung darf nicht mehr direkt von der Industrie finanziert, finanzielle Verflechtungen mit der Industrie müssen in einem öffentlichen Register dargelegt, CME-Punkte nicht mehr für Pharma-sponserte Veranstaltungen vergeben werden. Das sind einfache Regelungen, die jedem Versicherten einleuchten würden.

Wulf Dietrich

nis beurteilen Ärzte die Produkte der Zuwender verzerrt, d.h. sie überschätzen den Nutzen und unterschätzen den Schaden. Dies kann eine Gefahr für die Patienten bedeuten. Die Verzerrung des eigenen Urteils entgeht den betroffenen Ärztinnen und Ärzten zumeist – sie sehen die Gefahr lediglich bei den Kollegen.

Deshalb ist eine Null-Euro-Regelung zu fordern, weil damit eine klare Grenze gezogen wird. Auch die zunehmend kritische Öffentlichkeit ist mit einer Null-Euro-Regelung am ehesten von der Unabhängigkeit der ÄrztInnen zu überzeugen. Die Ver-

pflichtung zur Fortbildung ist ureigenste Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten. ÄrztInnen in der Weiterbildung muss die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen durch den Arbeitgeber ermöglicht werden. Die Ärztekammer Niedersachsen hat diesen Paragraphen (§32,2) schon vor Jahren gestrichen, der Hartmann Bund hatte dagegen geklagt, der freie Arzt sei in Gefahr, vergeblich.

Dabei gelten für Angestellte in kommunalen und staatliche Einrichtungen schon lange ganz andere Regeln: Geschenke im Wert über 10 oder 20 €(das hängt von der Region ab) dürfen nicht angenommen werden, Verträge mit der Industrie laufen nur über die Geschäftsleitungen.

»Es ist dringend an der Zeit, das Bewusstsein innerhalb der Ärzteschaft für die Beeinflussbarkeit ihrer ärztlichen Tätigkeit durch Dritte zu stärken.«

Errata 1/2016 zum Artikel von Winfried Beck: »Ärzteopposition in den 70er und 80er Jahren«

Im Kammerbezirk Bremen wurde das Verhältniswahlrecht nicht »durch Gerichtsbescheid« erzwungen, sondern durch parlamentarische Mehrheit eingeführt. Die SPD regierte damals alleine in Bremen und stellte den Gesundheitssenator Hebert Brückner. Sie folgte einem Beschluss der AG der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen auf Vorschlag der Gruppe oppositioneller Ärztinnen und Ärzte.

In dem Artikel wurde der Präsident der Bundesärztekammer und NSDAP-Mitglied »Erich Fromm« erwähnt (und extra noch mit einer

Fußnote versehen, dass dieser nicht zu verwechseln sei mit dem linken deutsch-us-amerikanischen Psychoanalytiker, Philosophen und Sozialpsychologen gleichen Namens. Dazu schrieb uns Udo Schagen: Liebe Nadja, lieber Winfried, zum Glück kann man den Psychoanalytiker und den Bundesärztekammerpräsidenten nicht so leicht verwechseln, wie in der Fußnote mitgeteilt – nicht nur wegen ihrer fachlichen und politischen Gegensätzlichkeit sondern auch, weil der Kammerstrategie nicht »Erich« sondern »Ernst« mit Vornamen hieß! Sonst sehr guter Artikel und auch wieder gutes Heft!«



© Hotel Adagio-SFrancisco_Jennifer Morrow

Schein-Fortschritt

Wo stehen wir nach der Verabschiedung des Gesetzes zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen? Fragt Angela Spelsberg*

Die Arbeitsgruppen Gesundheitswesen und Strafrecht von *Transparency Deutschland e.V.* haben sich viele Jahre dafür eingesetzt, dass Korruption im Gesundheitswesen ein Straftatbestand auch für nicht öffentlich angestellte ÄrztInnen und andere Gesundheitsfachberufe wird. So konnte bereits vor dem neuen Antikorruptionsgesetz im Gesundheitswesen ein im Krankenhaus tätiger Arzt wegen Korruption angeklagt und verurteilt werden, ein niedergelassener Arzt hingegen nicht. Die Gleichstellung der Vertragsärzte als Treuhänder öffentlicher Gelder mit Ärzten, die in einem öffentlich-rechtlichen Amtsverhältnis stehen, bleibt aus Sicht der Korruptionsbekämpfung ein ganz wesentliches Ziel. Die Einbeziehung des Berufsrechtes, gegen das weiterhin ohne strafrechtliche Konsequenzen verstoßen werden darf, stellt daher unseres Erachtens den Kern für ein tatsächlich effizientes Anti-Korruptionsgesetz dar. Denn die wirksame Bekämpfung der Korruption von im Gesundheitswesen tätigen Fachleuten setzt eine

verwaltungs- und berufsrechtliche Ausgestaltung der strafrechtlichen Regelung voraus, damit der Vielfalt der Möglichkeiten korruptiven Handelns in diesem besonders hierfür anfälligen Sektor¹ Rechnung getragen werden kann. Unter anderem geht es für Transparency dabei um die besondere Verantwortung der Vertragsärzte gegenüber ihren Patienten, aber auch gegenüber der Allgemeinheit.

Der *Bundesgerichtshof* (BGH) hatte mit seinem Grundsatzurteil aus dem Jahr 2012 klargestellt, dass bei der strafrechtlichen Verfolgung von Korruption im Gesundheitswesen eine Gesetzeslücke vorliegt und deren Schließung angemahnt.² Daraufhin leitete die schwarz-gelbe Koalition ein Gesetzgebungsverfahren ein. Die Anhörungen im Frühjahr 2013 im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages, zu denen Transparency eine Lösung über das Verpflichtungsgesetz vorschlug³, blieben ergebnislos. Bei Regierungsübernahme der schwarz-roten Koalition im Oktober 2013 wurde ein neues Gesetzgebungsverfahren auf

der Grundlage des Verstoßes gegen das Wettbewerbsrecht nach §299 (Bestechung und Bestechlichkeit im wirtschaftlichen Verkehr) eingeleitet. Diesmal schien sich ein breiter Konsens in Parteien, Interessengruppen und der Zivilgesellschaft zu ergeben. Kritik am Gesetzentwurf kam neben Transparency und MEZIS e.V. vom Deutschen Richterbund, der die Einordnung der Korruptionsstrafatbestände im Gesundheitswesen als Verstöße gegen den Wettbewerb im Gesundheitswesen hinterfragte. Nach Auffassung des Richterbundes wird im Antikorruptionsgesetz »rechtspolitisch zum Ausdruck gebracht, dass der Schutz der besonderen öffentlichen Aufgaben des Vertragsarztes bei der Gesundheitsfürsorge und des Vertrauensverhältnisses zwischen dem Arzt und dem Patienten, welches im Beschluss des Großen Senats vom 29.03.2012 (GSST 2/11) als prägend für die ärztliche Berufsausübung angesehen wurde, als zweit-rangig gegenüber dem Wettbewerb der Marktteilnehmer im Gesundheitswesen betrachtet wird«. Beson-

Angela Spelsberg von Transparency international gibt uns eine – ernüchternde – Einschätzung des gerade in Kraft getretenen Korruptionsbekämpfungsgesetz im Gesundheitswesen. Es ist ein weiteres Beispiel dafür, wie der Einfluss mächtiger Lobbyverbände gute Absichten ins Gegenteil verkehren kann. Statt eines Durchbruchs wurde nur ein Schein-Fortschritt erzielt.

ders bemängelt wurde, dass »die Berufsausübungspflichten in § 299a Absatz 1 Nr. 2 StGB n.F. nicht definiert sind oder zumindest hinreichend klar umschrieben werden... Eine klare Aussage, dass die MBO (Musterberufsordnung für Ärzte) die

Berufsausübungspflichten enthalte, deren Verletzung eine Strafbarkeit nach § 299a Absatz 1 Nr. 2 StGB auslösen könnte, trifft der Gesetzesentwurf jedoch nicht.«⁴

Diese Unterlassung des Gesetzgebers sollte sich als besonders günstiges Einfallstor für den erst kurz vor Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens sichtbar werdenden Einfluss mächtiger Lobbygruppen erweisen. Sie argumentierten, dass die berufsrechtlichen Regelungen in den Bundesländern zu unterschiedlich seien und ein »Flickenteppich« entstehen könne, der Rechtsunsicherheit für Ärztinnen und Ärzte nach sich zöge. Obwohl ernstzunehmende juristische Gegenargumente von namhaften Experten diese Argumentation als nicht stichhaltig zurückwiesen⁵ und gerade die Unabhängigkeit der heilberuflichen Entscheidungen davon abhängig machten, »dass die Strafvorschriften durch den Rückgriff auf gesundheitsrechtliche Normen konkretisiert werden müssen«⁵, wurde der Absatz der Strafbarkeit der Verletzung von »berufsrechtlichen Pflichten zur Wahrung der heilberuflichen Unabhängigkeit« im Gesetzesentwurf ohne weitere Debatte gestrichen.

Dass die Strafbarkeit der Verletzung der berufsrechtlichen Pflichten

der für den Schutz der Patienten wichtigste Bestandteil des Gesetzes war, soll am Beispiel der Anwendungsbeobachtungen (AWB), die das Korruptionsbekämpfungsgesetz ausdrücklich als notwendig und sinnvoll hervorhebt, verdeutlicht werden. TI Deutschland sieht AWB seit langem kritisch und hat ihr Verbot gefordert⁶. Die Arbeitsgruppen Gesundheitswesen und Informationsfreiheit haben in langjähriger Arbeit mit Hilfe des Informationsfreiheitsgesetzes aufgedeckt, dass die an AWB teilnehmenden Ärzte einen Geheimhaltungsvertrag über die erhobenen Daten unterzeichnen müssen, die vorschreiben, dass Nebenwirkungen nur an den Sponsor der AWB, nicht aber an die zuständige Arzneimittelbehörde gemeldet werden dürfen. Dies bedeutet einen klaren Verstoß gegen § 6 der MBO und die Gefahr, dass Meldungen von Nebenwirkungen durch Zahlungen der Pharmaindustrie manipuliert werden können. Auf einem internen Workshop mit Vertretern der *Bundesärztekammer*, der *Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft* und der *Kassenärztlichen Bundesvereinigung* haben wir diesen Zusammenhang zwischen den AWB-Verträgen und dem Verstoß gegen die Berufsordnung, der zumindest der für die AWB-Meldungen nach dem Arzneimittelgesetz zuständigen KBV bekannt sein musste, thematisiert. Reaktion: Die verfasste Ärzteschaft sah keinen Grund, diesen Verstößen nachzugehen. Ganz im Gegenteil: Sie bekräftigte ihre positive Haltung zu AWB auch im Hinblick auf das Korruptionsbekämpfungsgesetz gegenüber dem Gesetzgeber⁷. Die Strafbewehrung von Verstößen gegen die Berufsordnung hätte dieser für die Patienten-

und Arzneimittelsicherheit höchst gefährlichen und gängigen Praxis der AWB einen Riegel vorschieben können.

Wie aus Presseberichten zu entnehmen war, wurde die Streichung des Berufsordnungsabsatzes sowie die Herausnahme der Abgabe und des Bezugs von Arzneimitteln aus dem Gesetzesentwurf in allerletzter Minute von den Ausschussmitgliedern des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages »durchgepaukt«. Verbindungen von Ausschussmitgliedern zu Großkanzleien, deren Klientel u.a. aus Interessengruppen im Gesundheitssektor besteht, wurden damit in Zusammenhang gebracht.

Fazit: Das gerade in Kraft getretene Korruptionsbekämpfungsgesetz im Gesundheitswesen ist ein weiteres Beispiel dafür, wie der Einfluss mächtiger Lobbyverbände die gesetzgeberische Absicht und die demokratische Arbeit vieler Beteiligten für das Allgemeinwohl ins Gegenteil verkehren können. Statt eines Durchbruchs wurde ein Schein-Fortschritt erzielt und der wirksame Durchgriff auf die gängigsten korruptiven Praktiken im Gesundheitswesen – die mit Wettbewerbsverstößen gar nichts zu tun haben – massiv erschwert.

* Angela Spelsberg ist Ärztin und Epidemiologin und leitet bei Transparency international die Arbeitsgruppe Gesundheitswesen.

- 1 www.transparency.de/fileadmin/pdfs/Themen/Gesundheitspapier_Stand_2008_Auflage_5_08-08-18.pdf
- 2 Beschluss vom 29. März 2012, Az. GSSt 2/11, www.bundesgerichtshof.de
- 3 www.transparency.de/fileadmin/pdfs/Themen/Gesundheitswesen/Stellungnahme_Transparency_Deutschland_Anhoerung_Gesundheitsausschuss_13-04-17.pdf
- 4 Deutscher Richterbund: »Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen«, N3. 10/15, April 2015
- 5 http://kubiciel.jura.uni-koeln.de/sites/strafrecht_steinberg/4-2015_Stellungnahme-GesetzBekKorruptionGesundheitswesen.pdf
- 6 www.transparency.de/fileadmin/pdfs/Themen/Gesundheitswesen/Positionspapier_Anwendungsbeobachtungen_10-11-03.pdf
- 7 www.bundestag.de/presse/hib/201604/-/418494

»Diese Unterlassung des Gesetzgebers sollte sich als besonders günstiges Einfallstor für den erst kurz vor Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens sichtbar werdenden Einfluss mächtiger Lobbygruppen erweisen.«



© Flickr_smackfu



Zügel für Big Pharma

CEO fordert ein obligatorisches Lobbyregister für die EU – von David Lundy*

Die Pharmaindustrie mit ihren 176 Vollzeit-Lobbyisten gibt jedes Jahr mindestens 40 Millionen Euro für Lobbyarbeit in Brüssel aus. Wobei – diese Schätzung ist auf Informationen des freiwilligen Transparenz-Registers der EU gestützt – die wahren Ausgaben wahrscheinlich viel höher sind. Daher ist der Eindruck der Einflussnahme auf Arzneimittelkampagnen, Gesundheitsorganisationen Gesundheitsaktivisten und Patientenrechtgruppen zwar desolat, wahrscheinlich ist es aber noch viel schlimmer.

Das Transparenz-Register wurde 2011 von der europäischen Kommission und dem europäischen Parlament ins Leben gerufen. Kommissionsmitglied Maroš Šefčovič stellte damals das neue Register als Fortschritt für die Transparenz von Politik-Prozessen in Europa vor und machte einige gewagte Versprechungen. Das Register sollte »de facto« verpflichtend sein und jeden

mit einschließen, der an der politischen Debatte der EU teilhaben wollte. Heute zählt das Register tausende Einträge von Lobbyisten, die sich freiwillig eingetragen haben, um Informationen über ihre Aktivitäten zur Verfügung zu stellen. Doch es bleiben ernsthafte Schwachstellen bestehen und das *Corporate Europe Observatory* (CEO) hat immer wieder auf die großen Probleme und Defizite eines »opt-in«-Systems hingewiesen, zudem auf fehlende Sanktionen für Einträge mit falschen Informationen. Obwohl sich auch das EU-Parlament für ein verpflichtendes Register ausgesprochen hat, hat die EU-Kommission beharrlich die Finger von diesem Schritt gelassen. Das Register ist sicher nicht ideal, aber zusammen mit einigen anderen kleinen Schritten in Richtung Transparenz in Brüssel im Verlauf der letzten Dekade haben wir wenigstens eine leise Idee von der Macht und

dem Zugang zu Politikschaffenden großer Industriezweige wie den Pharmaunternehmen.

Zusätzlich zu geheimniskrämerischer Kaufkraft, hat »Big Pharma« ein außergewöhnliches Geschick, hochrangige Treffen mit Kommissions-Vertretern zu erreichen. Beispielsweise hatte die einflussreiche *European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations* (EFPIA) über 50 Treffen mit Mitgliedern der Juncker-Kommission in den ersten viereinhalb Monaten nach deren Amtsantritt (von November 2014 bis März 2015). Gemäß unserer letztes Jahr veröffentlichten Studie »Policy prescriptions: the firepower of the EU pharmaceutical lobby and implications for public health« (»Politische Rezepte: die Feuerkraft der europäischen Pharmedienlobby und Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit«) waren die immer noch anhaltenden Verhandlungen über ein EU-US-Freihandelsabkom-

Corporate Europe Observatory (CEO) ist eine lobbykritische Organisation in Brüssel, die Forschung und Kampagnen zum Lobbyismus in der EU macht. David Lundy erläutert uns, wie Lobbyismus auf EU-Ebene aussieht. Unbedingt zu empfehlen sind übrigens die lobbykritischen Stadtrundgänge von CEO durch Brüssel!

men – das *Transatlantic Trade and Investment Partnership* (TTIP) – ein Hauptaugenmerk der Pharmaindustrie bei Diskussionen mit hochrangigen Abgeordneten seit 2013.

TTIP ist dabei, die Handelshemmnisse für den Kapitalmarkt abzubauen. Die Verhandlungen wurden unter Geheimhaltung auf undemokratische Art und Weise geführt; fast alle Informationen kommen aus durchgesickerten Dokumenten und »Freedom of Information«-Anfragen. Umfangreiche Kontakte zwischen der Kommission und der Pharmaindustrie bezüglich TTIP in Kombination damit, dass die Pharma-Ansprüche eine schädliche Wirkung auf den Zugang zu Medikamenten und zum öffentlichen Gesundheitswesen haben, zeichnen ein besorgniserregendes Bild für Aktivisten und Bürger. Multinationale Konzerne im Medikamentengeschäft hoffen, im Verlauf der Verhandlungen ihre Geheimniskrämerei bezüglich der Ergebnisse klinischer Studien durchzubekommen, um Patienten, Ärzten und Forschern den Zugang zu Methoden und Ergebnissen der Medikamentenforschung vorzuenthalten.

Ein anderer heißbegehrter Verhandlungspunkt bei Treffen mit einflussreichen Kommissionsmitgliedern ist für Big Pharma die *Innovative Medicines Initiative* (IMI). Diese ist Europas größte Public Private Partnership, die angeblich darauf abzielt, die Entwicklung

besserer und sichererer Medikamente für Patienten zu beschleunigen und Innovation in Europa zu fördern. IMI wurde schon 2008 als Gemeinschaftsunternehmung der EU und der größten Pharma-Lobby-Gruppe ins Leben gerufen, um Forschungs-Engpässe im Medikamenten-Entwicklungs-Prozess zu beseitigen. Dabei ist der Hauptinhalt der Initiative, dass EU-Steuer Gelder an millionenschwere Konzerne für Medikamenten-Forschung und Entwicklung weitergegeben werden. Im Endeffekt werden dadurch Forschungskosten subventioniert und es wird durch ein selbst erstelltes intellektuelles Eigentumsrecht ermöglicht, alle Profite abzugreifen.

IMI ist ein gutes Beispiel für die intimen Vernetzungen zwischen der Industrie und den Entscheidungsträgern der Kommission, um Big Pharma zu stärken und ihren Wünschen entsprechend öffentliche Zuschüsse zu bekommen, mehr Profit zu machen und wirtschaftsfreundliche Politik durchzusetzen. Eine Untersuchung des deutschen Magazins *Der Spiegel* und der belgischen Tageszeitung *De Standaard* zeigte letztes Jahr, dass die bereits von der EU in IMI investierten Millionen eine gigantische Subvention des Pharmasektors sind – statt ein Fortschritt der Medikamentenforschung. Diese Episode der EU, die die Pharmaindustrie finanziert, erinnert an ähnliches Verhalten der EU in Bezug auf Gesundheitspolitik; die Intentionen und Beweggründe der Industrie werden durch die Abgeordneten nicht hinterfragt.

Das Online Transparenz-Portal der Kommission kratzt nur an der Oberfläche viel intensiverer Lobby- und Industrie-Kontakte: Unsere Forschungsarbeit deckte auf, dass die Kommission – anders als veröffentlicht – auf niedrigerer Ebene bis zu zehnmal mehr Treffen mit der Pharmaindustrie hatte als auf der höchsten Ebene der Generaldirektionen. Diese beinhaltete auch Treffen mit Industrielobbies, die sich nicht in das Transparenz-Register eingeschrieben hatten. Die online-Bekanntgabe von Treffen mit Kommissionsmitgliedern, deren Kabinetten und Generaldirektoren zeigt der Öffentlichkeit nur einen Ausschnitt der Wahrheit, wobei die Masse der Treffen immer noch heimlich und ohne Überwachung stattfindet.

Solch überbordender Einflussnahme muss im Interesse des öffentlichen Gesundheitswesens, des Zugangs zu Medikamenten und der Handels-Gerechtigkeit unbedingt Einhalt geboten werden. Trotz eines wachsenden Bewusstseins in der Öffentlichkeit, dass die Art des Politik-Machens in Brüssel allzu formbar in den Händen von Lobbyisten ist, scheint die Kommission diesen Kurs beibehalten zu wollen und schlafwandlerisch in den nächsten großen Lobby-Skandal zu steuern.

Der erste Schritt, um dies zu verhindern, sollte eine volle Transparenz der Lobbyarbeit über ein wirklich verpflichtendes, kontrolliertes und sanktioniertes EU-Lobbyregister sein. Komplette und automatische Bekanntgabe von Lobbyisten-Treffen mit Politikern sowie eine Neuverteilung der Interessen in Beratergruppen sind lange überfällig.

Als Kommissionspräsident Junker zu Beginn seiner Amtszeit versprach, Transparenz und Ausgleich voranzubringen, außerdem ein verpflichtendes Lobbyregister für alle drei Institutionen auf den Weg zu bringen, sah es nach einer Verbesserung für Bürger und Aktivisten aus. Unglücklicherweise scheint jedoch das big business seine Interessen in Brüssel mehr und mehr durchzusetzen – zum Nachteil der öffentlichen Hand. Dabei ist die Machtposition der Pharmaindustrie eins der traurigsten Beispiele.

Übersetzung: Eva Pelz

* David Lundy arbeitet für Corporate Europe Observatory (CEO) Brüssel.

»Die Treffen finden EU-Vertretern mit Lobbyisten finden immer noch vorwiegend heimlich und ohne Überwachung statt.«



© gimppully



© Julio Romero

Die Schein-Forscher

**Das investigative Internetportal correctiv.org erforschte Anwendungsbeobachtung
Von Markus Grill***

Seit langem stehen Anwendungsbeobachtungen im Verdacht, Ärzten mit Hilfe finanzieller Anreize dazu zu bringen, ein bestimmtes Präparat zu verordnen. Die Antikorruptionsorganisation *Transparency International* hat schon vor Jahren gefordert, AWBs zu verbieten, weil sie »legalisierte Korruption« seien, »eine Gefahr für Patientinnen und Patienten«. Doch passiert ist seither nichts. Die Schein-Studien erfreuen sich anhaltender Beliebtheit.

Starten Pharmaunternehmen eine Anwendungsbeobachtung, müssen sie dies unter anderem der Kassenzentralen Bundesvereinigung und den Krankenkassen melden. Dort werden die Meldungen zur Kenntnis genommen und archiviert. Mit anderen Worten: gelesen, gelacht, gelacht. Aus der Meldepflicht folgt – nichts.

Das Recherchezentrum CORRECTIV hat sich nun mit Hilfe des Presserechts die mehr als 14 000

Meldungen der Jahre 2009 bis 2014 besorgt, sie erstmals in eine computerlesbare Datenbank überführt und die Einträge gemeinsam mit Journalisten der *Süddeutschen Zeitung*, des NDR und des WDR ausgewertet.

Erstmals wird nun auch das Ausmaß dieser umstrittenen Studien deutlich:

- Allein im Jahr 2014 haben 16 952 Ärztinnen und Ärzte teilgenommen, darunter rund 12 000 niedergelassene. Nach Angaben der Kassenzentralen Bundesvereinigung haben damit zehn Prozent aller niedergelassenen Ärzte Geld von der Pharmaindustrie erhalten.
- Für jeden Patienten haben die Ärzte im Jahr 2014 im Schnitt 669 Euro Honorar erhalten. Betrachtet man den längeren Zeitraum 2009 bis 2014 beträgt das durchschnittliche Honorar 474 Euro pro Patient.

- Im gesamten Zeitraum 2009 bis 2014 wurden Anwendungsbeobachtungen an 1,7 Millionen Patientinnen und Patienten geplant.
- Insgesamt verteilte die Pharmaindustrie auf diese Weise rund 100 Millionen Euro an Deutschlands Ärzte – pro Jahr.

Wobei die Zahl der beteiligten Ärzte und der beobachteten Patienten dabei jeweils als Untergrenze zu verstehen sind. In vielen Fällen lassen Pharmaunternehmen die Angaben zu Ärzten und Patienten einfach weg.

Die meisten dieser umstrittenen Studien werden bei Krebspatienten gemacht. So hat zum Beispiel das Pharmaunternehmen Roche in den vergangenen Jahren mindestens zehn verschiedene Anwendungsbeobachtungen zu seinem Präparat Avastin gemacht. Den Ärzten hat Roche dafür bis zu 1260 Euro pro Patient bezahlt. »Als Avastin im Jahr

Pharmakonzerne bezahlen ÄrztInnen dafür, dass sie beobachten, wie gut ihre PatientInnen ein bestimmtes Medikament vertragen. Wissenschaftlich sind diese »Anwendungsbeobachtungen« wertlos. Eine Datenbank des Recherchezentrums correctiv.org zeigt erstmals, welches Ausmaß die umstrittenen Studien erreicht haben – und welche Präparate vor allem in den Markt gedrückt werden.



© Sam Howzit

2005 zugelassen wurde, haben alle Analysten gedacht, das wird ein Blockbuster, mit mehreren Milliarden Dollar Umsatz pro Jahr«, sagt Wolf-Dieter Ludwig, Onkologe am Helios Klinikum Berlin Buch und Vorsitzender der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft. »Heute sieht man die Sache nüchterner: Als einzige Indikation, bei der man Avastin mit einigermaßen gesicherten Erkenntnissen für einen

patientenrelevanten Zusatznutzen einsetzen kann, ist das kolorektale Karzinom geblieben.«

Doch schaut man in die Datenbank auf correctiv.org, macht Roche Anwendungsbeobachtungen für Avastin auch bei Brustkrebspatientinnen, bei Nierenkrebs und bei Lungenkrebs. »Bei diesen Tumoren ordnen nur wenige onkologische Kollegen, die ich kenne, Avastin«, sagt Prof. Ludwig. »Ich vermute, die ganzen Anwendungsbeobachtungen bei Avastin verfolgen vor allem den Zweck, die Ärzte zu motivieren, Avastin auch jenseits von Darmkrebs häufiger einzusetzen.« Und das, »obwohl die Ergebnisse aus medizinischen Studien bei diesen Anwendungsgebieten wenig überzeugend sind.«

Roche weist diese Kritik zurück.

Auch bei Lungen-, Brust- und Nierenkrebs habe Avastin einen Vorteil für Patienten. Die Anwendungsbeobachtungen und Honorarzahlungen an Ärzte streitet das Unternehmen nicht ab. Man habe damit »weitere Erkenntnisse zur Wirksamkeit und Sicherheit von Avastin unter Praxisbedingungen« gewinnen wollen.

Meist geht es so vonstatten: Ein Pharmareferent kommt in die Arztpraxis und fragt den Doktor, ob er an einer Anwendungsbeobachtung für Präparat X teilnehmen will. Das Präparat, das der Arzt dann seinen Patienten verordnet, bezahlt sowieso die Krankenkasse. Er füllt zusätzlich aber noch ein paar elektronische Formblätter aus, fragt den Patienten vielleicht, wie er das Medikament verträgt, schickt die Datei anschließend an das Pharmaunternehmen und bekommt im Gegenzug für eine Handvoll Patienten ein Honorar von oft mehreren tausend Euro.

Die Pharmaunternehmen verteidigen diese Beobachtungen unisono mit dem gleichen Argument wie auch Roche: Wir wollen Wirksamkeit und Nebenwirkungen von Medikamenten auch nach der Markteinführung überwachen. Doch dazu bräuchte es eigentlich keine Anwendungsbeobachtungen. Denn jeder Arzt ist auch so verpflichtet, Nebenwirkungen und son-

stige Auffälligkeiten bei Medikamenten dem *Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte* (BfArM) in Bonn zu melden.

Wozu braucht es diese Beobachtungen also? Deutschlands oberster Medizinprüfer zuckt mit den Schultern. Er weiß es auch nicht. Professor Dr. Jürgen Windeler leitet das *Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen* (IQWiG), im Jahr 2004 von der Bundesregierung eingerichtet, um die Qualität der Patientenversorgung in Deutschland zu verbessern. Windeler und sein Institut testen Medikamente nicht selbst, sondern werten alle öffentlich zugänglichen, wissenschaftlichen Studien aus; dazu Unterlagen, die ihnen die Pharmakonzerne zur Verfügung stellen. Anwendungsbeobachtungen gehören nicht dazu. »Diese Studien sind wissenschaftlich wertlos«, sagt Windeler. »Sie liefern uns keinerlei Informationen über den Nutzen und die Wirksamkeit eines Medikaments. Deshalb schauen wir sie uns auch nicht an.«

Als Windeler einen Blick in unsere Datenbank wirft und die Titel einiger Anwendungsbeobachtungen anschaut, kann er sich ein Schmunzeln nicht verkneifen – so sehr amüsiert ihn der pseudowissenschaftliche Unsinn. So hat die Firma Pascoe in den Jahren 2009 und 2010 beobachten lassen, wie ihr Vitamin C-Präparat »bei Patienten mit viralen Infektionskrankheiten« wirkt. »Es ist sicher schon tausend Mal untersucht worden, ob Vitamin C gegen virale Infektionskrankheiten wirkt«, sagt Windeler. »Und für Fragen, die bereits beantwortet sind, braucht man keine Studien mehr zu machen.« Dennoch konnten Ärzte, die an der Anwendungsbeobachtung für das Vitamin-C Präparat Pascorbin mitmachten, laut den Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bis zu 180 Euro pro Patient verdienen.

Bei Anwendungsbeobachtungen kommen nach Ansicht des IQWiG-Chefs drei Dinge zusammen, die jeden skeptisch machen sollten: »Erstens sind sie nicht gut zu begründen. Zweitens kann man mit den Ergebnissen nichts anfangen. Und drittens sind die Rahmenbedingungen merkwürdig, weil Ärzte relativ viel Geld bekommen für das, was sie da tun.«

»Am dubiosesten: Anwendungsbeobachtungen für Medikamente, die seit Jahren auf dem Markt sind.«

Der *Verband forschender Arzneimittelhersteller* (vfa) weist die Kritik an Anwendungsbeobachtungen zurück. Sie seien ein unverzichtbares Instrument für die Arzneimittelforschung. Anders als bei klinischen Studien würden hier Informationen über Arzneimittel unter Alltagsbedingungen gewonnen, also dann, wenn beispielsweise die Therapietreue wesentlich das Ergebnis mit beeinflusse.

Eine Auswertung der 50 größten Anwendungsbeobachtungen ergibt, dass darunter vor allem Analogpräparate zu finden sind, deren medizinischer Zusatznutzen fraglich ist. So finden sich in der Liste der 50 Anwendungsbeobachtungen mit den meisten Patienten in den Jahren 2009 bis 2014 nur acht Medikamente der Kategorie A (neuartiges Wirkprinzip mit therapeutischer Relevanz), aber mehr als doppelt so viele, genau 17 Präparate der Kategorie C (Analogpräparate mit keinen oder nur marginalen Unterschieden zu bereits eingeführten Präparaten). Auch dies legt den Verdacht nahe, dass mit Hilfe von Anwendungsbeobachtungen vor allem jene Medikamente in den Markt gedrückt werden, die im Verdacht stehen, Scheininnovationen zu sein.

Unter den Top-Präparaten finden sich auch einige, zu denen es günstigere Alternativen gibt. So sollten im Zeitraum 2009 bis 2014 mehr als 20 000 Patienten das Antidepressivum Valdoxan in Rahmen einer Anwendungsbeobachtung bekommen. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Valdoxan belie-

fen sich im Jahr 2013 auf 44,5 Millionen Euro. Hätten die Ärzte stattdessen das gleichwertige Venlafaxin AbZ verordnet, hätten die Krankenkassen 35,9 Millionen Euro sparen können.

Am dubiosesten aber: Anwendungsbeobachtungen für Medikamente, die seit Jahren auf dem Markt sind, deren Patentschutz abgelaufen ist und die als deutliche günstigere Generika erhältlich sind – als wirkstoffgleiche Kopien.

So hat zum Beispiel die Krebsmittelfirma Onkovis insgesamt 23 Anwendungsbeobachtungen an die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeldet mit jeweils 100 bis 400 Patienten. Unter anderem gab es Beobachtungen zu den hauseigenen Präparaten Docetaxel, Paclitaxel oder Epirubicin für die die Ärzte 500 Euro pro Krebspatient bekommen konnten.

In den Jahren 2012 bis 2015 hat Onkovis unter anderem eine Anwendungsbeobachtung beauftragt mit geplant 500 Patienten und einem Honorar von 340 Euro Patienten. In der Meldung heißt es: »Ziel dieser nicht-interventionellen Studien ist es, systematische Erkenntnisse über Risiken und Nebenwirkungen sowie die Wirksamkeit bei der Anwendung von Paclitaxel Onkovis im Alltagseinsatz unter Praxisbedingungen zu gewinnen.«

Für Prof. Dr. Jürgen Windeler ist so eine Anwendungsbeobachtung »schlichter Blödsinn«. »Zwanzig Jahre nach der Zulassung von Paclitaxel erhalte ich mit 500 Patienten keine neuen systematischen Er-



kenntnisse über Risiken und Nebenwirkungen. Da bin ich anschließend keinen Deut schlauer.«

** Markus Grill ist Redakteur des Recherchezentrums CORRECTIV. Die 16-köpfige Redaktion finanziert sich ausschließlich über Spenden. Ihr Anspruch: Gründlich recherchieren, Missstände aufdecken und unvoreingenommen darüber berichten. Wenn Sie Correctiv.org unterstützen wollen, werden Sie Fördermitglied. Informationen finden Sie unter: <https://correctiv.org/unterstuetzen>*

»Diese Studien sind wissenschaftlich wertlos.«

Die Pharmaunternehmen müssen Anwendungsbeobachtungen zwar der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), dem GKV-Spitzenverband, dem *Paul Ehrlich Institut* (PEI) und dem *Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte* (BfArM) melden, doch in welcher Form die Meldung erfolgt, bleibt den Unternehmen überlassen. Der Vorgang ist typisch fürs Gesundheitswesen: Man schafft eine Transparenzregel, doch die Durchführungsbestimmungen sind so lückenhaft, dass es zu einem Datenwildwuchs führt, der am Ende die Intransparenz nur fortführt. CORRECTIV hat auf Grundlage des Landespressgesetzes von der KBV alle AWB-Meldungen der Jahre 2009 bis 2014 angefordert. Die Daten kamen in elektronischer Form und umfassten mehr als 14 000 Einzelmeldungen. Aus diesem Datenwust haben die Datenjournalisten von CORRECTIV erst einzelne AWBs definiert (in der Regel über die Faktoren: Name des Präparats und Datum der Erstanzeige). Außerdem haben wir vom BfArM die Abschlussberichte mit Bezug auf das Informationsfreiheitsgesetz angefordert, weil nur aus diesen Berichten sichtbar ist, wie die genaue Fragestellung der jeweiligen AWB war. Das waren

31,4 Kilogramm Akten, die in mehreren Kartons in der Redaktion angeliefert wurden. Aber auch hier herrschte Wildwuchs. Manche umfassen nur wenige Seiten, andere sind mehrere hundert Seiten stark. Stichprobenweise haben wir auch die Daten der KBV mit denen des BfArM und des PEI abgeglichen und dabei festgestellt, dass allein in den letzten zweieinhalb Jahren mehrere Dutzend AWBs weder beim BfArM noch beim PEI gemeldet wurden. Auch die Krankenkassen verfahren beim Thema AWB nach dem Motto: Gelesen, gelacht, gelocht. Der GKV Spitzenverband mochte noch nicht mal verraten, wie viele Mitarbeiter sich mit AWBs beschäftigen. Die Daten analysieren? Missbräuche melden? Das sei offiziell nicht Aufgabe der Kassen, teilte GKV-Sprecher Florian Lanz mit. Auch die anderen Institutionen sehen ihre Aufgabe nur darin, die AWB-Meldungen zu »dokumentieren«, also abzuheften. CORRECTIV hat deshalb zum ersten Mal in Deutschland alle AWBs der letzten Jahre in einer Datenbank der Öffentlichkeit frei zugänglich gemacht unter: <https://correctiv.org/recherchen/euros-fuer-aerzte/datenbank/>



© Flickr_Steigenberger Hotels-Ocean Spa Entrance

So entsteht eine »Volkskrankheit«

Winfried Beck zum Geschäft mit der Osteoporose

Auch wenn einige wenige Details aus dem Beitrag von 2002 über Osteoporose nicht mehr aktuell sind, stellt er exemplarisch dar, wie unter Druck der Pharmakonzerne eine Erkrankung neu definiert und ein erweiterter Absatzmarkt für Medikamente und Medizingeräte geschaffen wurde. Obwohl eine Schädlichkeit einer unreflektiert breit angewandten Hormontherapie nachgewiesen wurde, wird diese mit entsprechender Unterstützung der pharmazeutischen Industrie weiterhin propagiert. Im Anhang finden Sie die Zusammenfassung eines lesenswerten Beitrags aus dem arzneitelegramm.

Beim Arztbesuch erleben PatientInnen immer häufiger die Anpreisungen vorbeugender Diagnostik über Broschüren, Plakate, aber auch durch die direkte Ansprache seitens der Arzthelferinnen oder durch den Arzt selbst. Bei diesen angepreisenen Leistungen handelt es sich fast ausschließlich um solche, die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden und deshalb individuell bezahlt werden müssen. Deren Sinn besteht in erster Linie darin, das Honorar der von Budgetierung gebeutelten ÄrztInnen mit Hilfe dieser so genannten individuellen Gesundheitsleistungen aufzubessern. Gynäkologen und Orthopäden bieten beispielweise Knochendichtemessungen an, weil von der GKV eine solche aufwändige Untersuchung nur noch dann übernommen wird, wenn bereits ein Knochenschwund mit Knochenbrüchen in der Wirbelsäule (osteoporotische Frakturen) eingetreten ist. Gerade die Osteoporosefrüherkennung zeigt exemplarisch, wie die Ärzteschaft von der Industrie benutzt wird, welche Folgen eine solche Maßnahme hat und welche Interessen dahinter stecken.

Osteoporose als Volkskrankheit?

Noch vor wenigen Jahren war die

Diagnose Osteoporose ein Ausnahmefall. Heute ist daraus eine Volkskrankheit geworden, von der überwiegend Frauen in den Wechseljahren, aber auch Männer befallen werden. Wie ist es dazu gekommen? Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat Anfang der 90er Jahre eine Konferenz zu den geltenden diagnostischen Kriterien der so genannten postmenopausalen Osteoporose (Knochenschwund in den Wechseljahren) durchgeführt und beschlossen, dass die für die Osteoporose typischen Knochenbrüche nicht zur Diagnostik erforderlich sind, und dass bereits eine Knochendichte von weniger als zweieinhalb Standardabweichungen von derjenigen junger Frauen als Osteoporose zu bezeichnen sind. Diese Konferenz wurde von den Pharmafirmen Rohrer, Sandoz und Smith Kline Beecham gefördert. Damit war der entscheidende Schritt für die Umwandlung der bisher seltenen Erkrankung zu einer Volkskrankheit gemacht.

Parallel dazu waren Medikamente entwickelt worden, die weiblichen Geschlechtshormone Östrogene und Gestagene, seit einigen Jahren auch die so genannten Bisphosphonate. Um die Notwendigkeit einer medikamentösen Behandlung in der Öffentlichkeit, aber vor

allem in der Ärzteschaft zu verankern – schließlich handelt es sich um verschreibungspflichtige Arzneimittel – wurden zahlreiche, zum Teil neuartige Wege beschritten. Selbsthilfegruppen wurden gegründet und großzügig gesponsert, Artikel in die Laienpresse lanciert und die Ärzteschaft mit einer Flut von wissenschaftlichen Artikeln in der Standespresse, Fortbildungsveranstaltungen, Werbefleien etc. überschwemmt. Die Folge war, dass kaum ein Besuch beim Frauenarzt ohne den Hinweis auf die gewissermaßen grundsätzlich in den Wechseljahren einzunehmenden Östrogene auch zur Vermeidung der Osteoporose erfolgte. Millionen von Frauen in den Wechseljahren wurde ein schlechtes Gewissen gemacht, wenn sie nicht auch Mitglied der Östrogen einnehmenden Frauenrunde würden und damit leichtfertig das Risiko nicht nur von Knochenschwund, sondern auch eines frühzeitigen Herzinfarktes, einer Alzheimer Krankheit, eines gestörten Sexuallebens, eines hohen Cholesterinspiegels usw. in Kauf nehmen wollten.

Und da sich mit einer Tabelle schwarz auf weiß besser argumentieren lässt, wurden mehr und mehr diagnostische Geräte zur Messung der Knochendichte in den Praxen

angeschafft und gegen privates Honorar eingesetzt. Dass es sich dabei um zum Teil äußerst unzuverlässige Methoden handelte, wie etwa die Ultraschalluntersuchung des Fersenbeins, wurde in der Öffentlichkeit nicht beachtet. Weder ÄrztInnen noch Industrie waren an einer Kostenübernahme durch die GKV interessiert, fielen doch dann diese Leistungen unter die Budgetierung und könnten nicht zusätzlich privat abgerechnet werden. Außerdem käme es dann zu lästigen Qualitätskontrollen mit möglicher Sanktionierung für ÄrztInnen und Hersteller.

Größter bekannter Menschenversuch

Dass es sich bei diesem wahrscheinlich größten bekannten Menschenversuch an der Hälfte der Frauen zum Schaden ihrer Gesundheit gehandelt hat, ist inzwischen belegt. Eine der weltweit größten Studien zur so genannten Hormonersatztherapie für Frauen nach den Wechseljahren in den USA, die *Women's Health Initiative*, bei der 16 000 Frauen im Durchschnitt über fünf Jahre eine kombinierte Östrogen/Gestagen-Mischung einnahmen, wie sie auch bei uns üblich ist, wurde von den Aufsichtsgremien in den USA vorzeitig gestoppt, weil sich die Risiken als größer erwiesen als der Nutzen. Die Zunahme des Brustkrebses betrug 26 Prozent, eine bereits erwartete Größe. Überraschender war, dass auch das Herzinfarkttrisiko nicht sank, sondern stieg. Von 10 000 Frauen müssen pro Jahr (im Vergleich zu Placebo) zusätzlich sieben mit einem Herzinfarkt, acht mit einem Schlaganfall und 18 mit Thrombosen rechnen. Die Vermeidung von sechs Darmkarzinomen und fünf Hüftgelenksfrakturen reichten nach Auffassung der Aufsichtsbehörde nicht aus, um die Risiken aufzuwiegen.

Publizistisches Feuerwerk

Wer in Deutschland mit einem Paradigmenwechsel in dem Umgang mit Wechseljahrbeschwerden gerechnet hätte, sah sich getäuscht. Die Pharmaindustrie und die von deren Werbung abhängigen Fachzeitschriften eröffneten sofort nach Bekanntwerden ein publizistisches Feuerwerk, um an der Östrogen/

Gestagen-Therapie zu retten, was zu retten ist. Schließlich nahmen täglich elf Millionen Frauen diese Medikamente ein, und allein das Unternehmen Wyeth – bekannt geworden durch den Nitrofenskanal – machte mit diesen Präparaten damals einen Umsatz von zwei Milliarden Dollar.

In einem so genannten Patienten-Informationsblatt des Arbeitskreises »Steroide in Kontrazeption und Substitution« des Berufsverbandes der Frauenärzte, das per Fax an alle 11 000 Mitglieder des Berufsverbandes versandt wurde, werden die Ergebnisse der Studie auf bizarre Weise verdreht, nicht einmal der Abbruch und die Begründung dazu erwähnt. Auch die dann durch die Bundesrepublik tourende »Mobile Osteoporose-Forschungsstation«, die eine eingehende Vorsorgeuntersuchung bot und von der Patientenorganisation *Kuratorium Knochengesundheit* und dem *Zentrum für Muskel- und Knochenforschung Berlin* initiiert wurde, ist keineswegs über jeden Zweifel erhaben, wurde diese Aktion doch durch 14 Pharma- und Medizinproduktehersteller und eine Stiftung gesponsert.

Veränderte Wahrnehmung von Krankheit

Das Beispiel der Hormonersatztherapie in den Wechseljahren wird

nicht das letzte sein. Die Pharmaindustrie setzt weltweit auf eine veränderte Wahrnehmung von Krankheit. Normale Lebensprozesse werden zunehmend zum medizinischen Problem erklärt milde Symptome eines gutartigen Leidens werden zu Vorboten einer schweren Erkrankung, Krankheitshäufigkeiten werden überzeichnet. Das große Geld wird also sowohl in der Industrie als auch innerhalb der Ärzteschaft zunehmend nicht mit der Heilung von Krankheiten, der Betreuung chronisch kranker und behinderter Menschen gesehen, sondern im Ausschachten von Befindlichkeitsstörungen verdient. Angesichts der geradezu grenzenlosen finanziellen und logistischen Möglichkeiten der großen Konzerne aus dem medizinisch-industriellen Komplex ist eine Gegenöffentlichkeit nur sehr schwer herzustellen. Entscheidend wird sein, das kritische Bewusstsein der Menschen wachzuhalten, Misstrauen gegenüber Anregungen in der Laienpresse oder beim Arztbesuch zu behalten und sich daran zu erinnern, dass in der Medizin fast immer mehr weniger ist, und dass eine gesunde Lebensweise mit einer ausgewogenen Ernährung, viel Bewegung und der Vermeidung von Genussgiften die

»Wer in Deutschland mit einem Paradigmenwechsel in dem Umgang mit Wechseljahrbeschwerden gerechnet hätte, sah sich getäuscht.«

Addendum

Unter der Überschrift »Postmenopausale Hormontherapie ... gynäkologische Fachgesellschaften setzen weiterhin auf Desinformation« berichtet die aktuelle Juni-Ausgabe des a+T, wie die Diskussion über die in Winfried Becke Beitrag zitierte bereits 2002 publizierte WHI-Studie gerade auch hierzulande noch nicht abgeflaut ist. Diese bisher größte randomisierte Studie zu dem Thema postmenopausale Hormontherapie mit Östrogen-/Gestagen Kombinationspräparaten ergab bei schwerwiegenden Ereignissen wie Mammakarzinome, apoplektische Insulte und Hüftfrakturen ein Überwiegen des Schadens gegenüber dem Nutzen, weshalb die Studie abgebrochen werden musste. Es wird nun angeführt, dass das Durchschnittsalter der Studienteilnehmerinnen an der WHI-Studie bei 63 Jahren lag. Für Frauen, die erst kurzzeitig in die Menopause eingetreten sind, sollen diese Studienergebnisse nicht gelten. Vorwiegend auf der Basis von Tierversuchstudien und Beobachtungsstudien wird für jüngere Frauen ein positiver Effekt postuliert, wenn frühzei-

tig mit der Therapie angefangen wird. Irritierenderweise wird diese sogenannte Timing-Hypothese auch vom NICE und einigen Autoren der WHI-Studie geteilt, was sofort von interessierten Fachgesellschaften freudig aufgenommen wurde. Allerdings zeigte eine 2013 vorgenommene Subgruppenanalyse der 5 520 Frauen, die an der WHI-Studie in einem Alter von 50-59 Jahren teilnahmen, dass auch hier die Risiken den Nutzen überwogen. Andere Studien zeigen, dass ca. 20 Prozent der invasiven Mammakarzinome auf eine postmenopausale Hormontherapie zurückgehen.

Das a+T kommt daher zu dem Schluss: »Wer die Nutzen-Risiko-Bilanz von Hormonen bei jüngeren Frauen pauschal für positiv erklärt, will nicht aufklären. Mit dieser Behauptung soll ein Terrain abgesteckt werden, in dem die Hormontherapie wieder bedenkenlos propagiert werden kann. Dies mag gynäkologische Meinungsbildner erleichtern, Frauen sicher nicht.«

(Siehe: *arznei-telegramm* 06/2016)

beste Vorbeugung für alle Krankheiten darstellt.

Die Ärzteschaft und ihre Standesorgane müssen Flagge zeigen. Wenn sie schweigen, unterstützen sie die Profitinteressen eines Teiles der Pharmaindustrie und verraten damit die Interessen der ihnen anvertrauten PatientInnen. Gerade an-

gesichts des Machtvorsprungs der Industrie in der Manipulation der öffentlichen Meinung ist es zwingend, dass die Ärzteschaft eine Gegenöffentlichkeit schafft, aufklärt und durch eine Fortbildungsoffensive dafür sorgt, dass die in ihrem Ausmaß historisch zu nennende Schädigung von Millionen von Frau-

en durch ein falsches Therapiekonzept beendet wird.

(Gekürzte, überarbeitete und aktualisierte Fassung aus Winfried Beck: »Nicht standesgemäß. Beiträge zur demokratischen Medizin, Frankfurt/M 2003; zuerst erschienen in Dr. med. Mabuse, Nr. 139, 9-10/2002)



© Hotel Nacional_Havanna-Byron Howes

Sunshine and Mist

Bernhard Winter über gesetzlich verordnete Transparenz bei Zuwendungen der Pharmaindustrie in den USA

Bernhard Winter stellt uns den »Physician Payment Sunshine Act« aus den USA vor. Mit diesem Gesetz wird versucht, Transparenz in die Beziehung von Pharmaindustrie und ÄrztInnen herzustellen. Auch wenn er nur Teile des Gesundheitssystems erhellt, ist die Regelung aber besser als die in Deutschland geltende freiwillige Selbstkontrolle...

Unzählige Arzneimittelskandale der letzten Jahrzehnte bezeugen die strukturelle Problematik einer einseitigen manipulativen Beeinflussung des Ordnungsverhaltens von Ärztinnen und Ärzten durch die pharmazeutische Industrie. Das ärztliche auf die Bedürfnisse von Kranken ausgerichtete Handeln wird dabei allzu oft überlagert von sekundären Interessen – meist materieller Natur. Durch Zuwendungen an Ärztinnen und Ärzte wird deren Verhalten im Sinne der pharmazeutischen Industrie beeinflusst. Dabei geht es nicht darum, ein paar Schuldige in der Ärzteschaft ausfindig zu machen, wie von Standesvertretern häufig geäußert – so z.B. Bundesärztekammerpräsident Montgomery zur Transparenzinitiative des *Verbandes der forschenden*

Arzneimittelhersteller (vfa): »Die übergroße Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte hat sich nichts zu Schulden kommen lassen ... Sie möchte auch nicht von den wenigen schwarzen Schafen in Misskredit gebracht werden« (Newsletter *Deutsches Ärzteblatt* 20.06.2016). Die Realität zeigt hingegen, dass es für Ärztinnen und Ärzte zunehmend schwieriger wird, pharmaanabhängige Fortbildungsveranstaltungen zu besuchen und dass weiterhin ein Heer von Pharmareferenten und Referentinnen die Ärzteschaft aufsucht, wobei manches Geschenk zurückgelassen wird. Correctiv.org recherchierte, dass allein im Jahr 2014 zehn Prozent aller Niedergelassenen an fragwürdigen Anwendungsbeobachtungen teilnahmen. Täglich erreichen Niedergelassene

Anfragen zu undurchsichtigen online-Befragungen. In diesen Tagen verschickt »emphasis« – Institut für Marktforschung im Gesundheitswesen GmbH eine Befragung zu »Erfahrungen mit VIEKIRAX und EXVIERA«, die für ein zehn-minütiges Interview 40 Euro bietet. Die durch das Gesundheitssystem bedingte strukturelle Nähe zwischen Ärzteschaft und pharmazeutischer Industrie beinhaltet grundsätzlich die Gefahr einseitiger Einflussnahme auf Therapie- und Diagnostikentscheidungen des ökonomisch übermächtigen Partners. Viele Ärztinnen und Ärzte sind dabei nicht nur Opfer der Strategien pharmazeutischer Unternehmen, sondern vielfach auch allzu willfährige Helfer.

Zumindest in der Öffentlichkeit der Industrienationen des Nordens

ist in den letzten Jahrzehnten das Unbehagen an den Formen dieser Kooperation gewachsen. Bücher wie »Der Pharma-Bluff« von Marcia Angell erreichten hohe Auflagen. In zahllosen Zeitschriften- und Fernsehbeiträgen oder auf Blogs wird die illegitime Beeinflussung von Therapieentscheidungen durch die pharmazeutische Industrie thematisiert. Ein Umstand den auch die Politikerinnen und Politiker nicht dauerhaft übergehen konnten. Transparenz der von Pharmaunternehmen an unterschiedliche Akteure des Gesundheitswesens geleisteten Zuwendungen könnte die Mechanismen von Manipulationen erhellen.

Nach mehreren gescheiterten Anläufen für ein Transparenzgesetz wurde 2012 in den USA der »Physician Payment Sunshine Act« verabschiedet. Dies schien auch überfällig. Unterhielten doch nach einer vom *New England Journal of Medicine* zitierten Studie 2007 94 Prozent aller Ärztinnen und Ärzte in den USA direkte Verbindungen zu Pharmaunternehmen. 83 Prozent erhielten Geschenke und 28 Prozent Zahlungen für Forschungs- oder Beratungsleistungen (N Engl J Med 2013; 368: 2054-57). Der »Sunshine-Act« verpflichtet alle Pharmaunternehmen, Medizinproduktehersteller, Biotechnologieunternehmen sowie Hersteller von medizinischem Zubehör, deren Produkte von den öffentlichen US-amerikanischen Krankenversicherungen erstattet werden, zur Meldung aller Zuwendungen von einem Wert ab 10 US-\$ an Ärzte (Ausnahme Assistenzärzte in Krankenhäuser), andere Gesundheitsberufe (Ausnahme: Pflegekräfte und Pharmazeuten) und an Lehrkrankenhäuser an die *Centers for Medicare and Medicaid Services* zu melden. Dies beinhaltet Berater- und Vortragshonorare, Bezahlung von Forschungs- und Lehrtätigkeit, Reise- und Bewirtungskosten, Geschenke, Aktien, Dividenden und Lizenzgebühren. Ausgenommen sind Zahlungen unter zehn US-\$, wenn sie in der Jahressumme nicht 100 US-\$ überschreiten, unverkäufliche Arzneimittelmuster und Fortbildungsmaterialien für Patienten. Unterlassene Meldungen können mit bis zu 150 000 US-\$ im Jahr sanktioniert werden, bei Vorsatz bis zu 1 000 000 US-\$ (*Arzneimittelbrief*,

11/2014). Die inzwischen übersichtlich gestaltete Datenbank, die auch die vollständigen Namen der Empfänger enthält, wird auf einer öffentlich frei zugänglichen Internetseite gespeichert (www.OpenPaymentsData.CMS.gov). In dem zuletzt veröffentlichten Jahr 2014 haben 1 442 pharmazeutische Firmen 607 000 Ärztinnen und Ärzten Zuwendungen in Höhe von 6,45 Milliarden US-\$ zukommen lassen. Ob diese Daten inzwischen lückenlos erfasst werden können, bleibt allerdings unklar.

Im Dunkeln bleiben sowieso solche Zuwendungen der Pharmakonzerne, die über eine *Consultingagentur* abgewickelt werden, die nicht einer Veröffentlichungspflicht unterliegen (*Pharma Brief*, 4-5/2013).

Das positive Echo, das der »Sunshine Act« international in der gesundheitspolitischen Diskussion hervorrief, hinterließ auch in Europa seine Spuren. Der europäische Verband forschender Arzneimittelhersteller kündigte 2012 an, im Rahmen seines Transparenzkodexes Zuwendungen an Ärzte und Ärztinnen, Apotheker und Apothekerinnen und Angehörige anderer Gesundheitsberufe sowie medizinische und wissenschaftliche Einrichtungen publizieren zu wollen. Die vfa-Mitglieder haben sich dabei mit einigen Generikaherstellern zusammengetan und den Verein *Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie* (FSA) gegründet. Nach eigenen Angaben repräsentiert er in Deutschland einen Marktanteil von 75 Prozent der verschreibungspflichtigen Medikamente. Bis zum 1. Juli 2016 sollen die erhobenen Daten über Zuwendungen der Pharmaindustrie an Ärztinnen und Ärzte im Jahr 2015 im Internet abrufbar sein. Ein Bericht über Zuwendungen an Patientenorganisationen war bereits früher erfolgt. Sie sollen im Jahr 2015 5,8 Millionen Euro betragen haben. Die gesammelten Daten werden kumuliert von der FSA zusammengefasst publiziert. Die begünstigten Ärztinnen und Ärzte werden gebeten, der Veröffentlichung ihrer Namen zuzustimmen. Die Namen sind dann dezentral auf den Homepages der einzelnen Pharmafirmen einzusehen. Bisher hat ein Drittel der Angefragten der Namensveröffentlichung zugestimmt. Die dezentrale Präsentation der Na-

men erschwert bereits eine wissenschaftliche oder journalistische Analyse.

In einer Vorabmeldung gab die FSA bekannt, dass in ihrem Bereich 2015 insgesamt 575 Millionen Euro an Ärztinnen und Ärzte ausbezahlt wurden. Von diesem Betrag wurden 64 Prozent der Zuwendungen für Forschung und Entwicklung ausgegeben, 21 Prozent für Fortbildungs- und Vortragshonorare sowie 15 Prozent für Veranstaltungssponsoring an Organisationen und Institutionen. Die Ausgaben für Anwendungsbeobachtungen oder Geschenke und dergleichen werden nicht genannt. Wenn auch das Gehabe der FSA als Walter der Transparenz über die Geldflüsse im Gesundheitswesen unerträglich ist, so werden zumindest einmal Zahlen genannt – deren Überprüfbarkeit allerdings weiter im Dunkeln bleibt.

In der Diskussion um den »Sunshine Act« wird häufig der Eindruck erweckt, durch die Veröffentlichung der Daten im Internet, können Patientin und Patient individuell ihren behandelnden Arzt oder Ärztin im Hinblick auf deren Verordnungsverhalten beurteilen. Dieses durch die neoliberale Vorstellung des Patienten als Kunden beförderte Bild geht an der Realität des Krankseins meist vorbei. Die eher geringen Aufrufzahlen von OpenPayment zeigen, dass entsprechende Recherchen nicht im Alltag etabliert sind.

Die Bedeutung der neugewonnenen Transparenz liegt eher darin, dass dies eine notwendige Voraussetzung ist, um zukünftig wirkungsvollere Abwehrstrategien zur Einflussnahme der Pharmakonzerne auf das ärztliche Verschreibungsverhalten zu entwickeln. Aber auch diese werden bei einem profitgetriebenen Pharmamarkt bestenfalls die schlimmsten Auswüchse in diesem Bereich einhegen können. Momentan bleibt zu bedenken, dass der Sonnenschein der gesetzlichen Regelung in den USA nur Teile des Gesundheitssystems erhellt. In Deutschland gibt man sich mit dem durch die freiwillige Selbstkontrolle der Pharmaindustrie produzierten Nebel zufrieden.

Bernhard Winter

»Viele Ärztinnen und Ärzte sind dabei nicht nur Opfer der Strategien pharmazeutischer Unternehmen, sondern vielfach auch allzu willfährige Helfer.«



© Flickr_Station Mont Tremblant

Beispielhaft...

Günther Egidi* zu Entstehungsgeschichte und politischen Zusammenhängen der Nationalen Versorgungs-Leitlinie »Therapie des Typ-2-Diabetes«

Das Beispiel der Nationalen Versorgungs-Leitlinie »Therapie des Typ-2-Diabetes« zeigt das Zustandekommen von Leitlinien und die Überlagerung von medizinischen mit andern Interessen bei den Akteuren.

Im Jahr 2002 wurde von einer *Fachkommission Diabetes Sachsen* eine Diabetes-Leitlinie veröffentlicht und nach mehr oder weniger ausführlicher Diskussion von etlichen Landesärztekammern übernommen. Zentrale Kritikpunkte an dieser Leitlinie waren u.a. die Aussage, einen milden Altersdiabetes gebe es nicht, die Forderung nach Blutzucker-Selbstkontrollen für alle Personen mit Diabetes, die Erhebung des oralen Glukose-Toleranztestes zum verbindlichen Goldstandard der Diagnostik, die gleichrangige Auflistung aller Blutzucker-senkenden Substanzen unabhängig davon, wie gut ihr Nutzen wissenschaftlich belegt war – und die Empfehlung, das inzwischen vom Markt verschwundene Sibutramin zur Gewichtsreduktion einzusetzen.

Ein Jahr zuvor wurden mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung *Disease-Management-Programme* (DMP) für die Behandlung chronischer Erkrankun-

gen beschlossen – zunächst für die Behandlung von PatientInnen mit Typ-2-Diabetes.

Seit 2002 entwickelte das 1995 gegründete *Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin* (ÄZQ) gemeinsam mit der *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften* (AWMF) ein Programm für Versorgungsleitlinien bei der Bundesärztekammer. Dieses Programm stellte einen Versuch dar, die Meinungsführung der Ärzteschaft bei der Entwicklung von Behandlungsleitlinien von Institutionen wie dem neu gegründeten *Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen* (IQWiG) sowie anderen Planern von DMP zurückzugewinnen.

Im Mai 2002 wurde die erste Auflage einer Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) Diabetes Typ 2 veröffentlicht – unter Mitarbeit der Fachkommission Diabetes Sachsen, der *Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin* sowie der *Arzneimit-*

telkommission der Deutschen Ärzteschaft (AKdÄ), aber primär ohne Beteiligung der *Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin* (DEGAM). Die DEGAM wurde zum Zeitpunkt der Fertigstellung der NVL dann doch noch eingeladen, lehnte aber nach zwei Sitzungen ab, weil ersichtlich wurde, dass eine Gestaltung von ihrer Seite nicht mehr möglich und wahrscheinlich auch nicht gewünscht war. Die Kritik der DEGAM richtete sich im Wesentlichen gegen nachfolgend aufgelistete Empfehlungen der 1. Auflage der NVL Diabetes:

- Gleichstellung der verwendeten Substanzen ohne Hierarchisierung nach Lage der Studien-Evidenz
- Kombination von Metformin u.a. mit Acarbose, Gliniden und Glitazonen bei HbA1c > 7,0 %
- Allgemeines Screening auf Mikroalbumin im Urin
- LDL-Ziel <100 mg/dl.

Der Rückzug der Fachgesellschaft der größten ärztlichen Versorgergruppe, der Hausärzte, führte bei Planung der Neuauflage der NVL zu verstärkten Bemühungen, die DEGAM nun von Beginn an und im zentralen Planungsgremium mit einzubinden. Von 2006–2011 wurden zunächst die eher weniger kontroversen Module zu Nephropathie, Netzhautkomplikationen, Fußkomplikationen sowie zur Neuropathie erarbeitet, bevor im August 2009 das zentrale Therapie-Kapitel begonnen und im März 2013 als Endversion verabschiedet wurde.

Die aktuell gültige 2. Version der Nationalen Versorgungs-Leitlinie Typ-2 Diabetes ist die erste, die von allen in der Versorgung relevanten Fachgesellschaften getragen wird. Dies setzte auf beiden Seiten Kompromisse voraus. Wo solche Kompromisse nicht gefunden werden konnten, wurden divergierende Empfehlungen transparent nebeneinander dargestellt. Ein Novum gegenüber zuvor existierenden Leitlinien stellt die Empfehlung eines Ziel-Korridors für das HbA1c (von 6,5-7,5 %) an Stelle eines definierten Höchstwertes dar. Diese Empfehlung bringt zum Ausdruck, dass das HbA1c einmal stärker gesenkt, ein anderes Mal relativ hoch toleriert werden kann. Maßgebend dafür waren die ernüchternden Ergebnisse der überwiegend in den Jahren 2008 und 2009 erschienenen, großen Diabetes-Studien (siehe Literaturverzeichnis), die offensichtlich

auch die *Deutsche Diabetes-Gesellschaft* (DDG) erschüttert hatten.

Dies zeigt sich besonders deutlich bei den Empfehlungen zum Vorgehen bei Versagen einer Metformin-Behandlung. Im Algorithmus von DEGAM und AkdÄ werden beim Fehlen einer eindeutigen, wissenschaftlich belegten Überlegenheit einer bestimmten Behandlung Vor- und Nachteile verschiedener möglicher Optionen nebeneinander aufgezeigt (z.B. die Kombinationen von Metformin mit Insulin, Sulfonylharnstoffen und DPP4-Hemmern). Auf der anderen Seite stellten Diabetologen (DDG) und Internisten (DGIM), denen man eine zu kritische Haltung gegenüber der Pharmaindustrie gewiss nicht nachsagen kann, sämtliche Blutglukose senkenden Substanzen ohne Priorisierung nebeneinander. Die alphabetische Reihenfolge beginnt scheinbar zufällig mit den zum Zeitpunkt des Erscheinens der Leitlinie neuen und damit teuren Substanzgruppe der DPP4-Hemmer.

Dieses Vorgehen der Diabetologen zieht sich wie ein roter Faden durch die Leitlinien der deutschen Diabetologen: Man empfiehlt alle Substanzen unabhängig davon, ob ihr Nutzen für die PatientInnen belegt werden konnte oder nicht. Als ausreichenden Grund für eine Empfehlung akzeptiert man die Fähigkeit eines Medikaments, die Blutglukose zu senken.

Immerhin konnte durch das Gentvotum der DEGAM und der AK-



dÄ verdeutlicht werden, dass es in der deutschen Ärzteschaft auch Kräfte gibt, die von neuen Substanzen den Nachweis ihres Nutzens hinsichtlich klinischer Endpunkte fordern.

** Günther Egidi ist Arzt für Allgemeinmedizin in Bremen und Sektionssprecher Fortbildung in der DEGAM.*

Literatur:

»The Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes«, NEJM 2008; 358: 2545–59

»The ADVANCE Collaborative Group. Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes«, NEJM 2008; 358: 2560–72

Duckworth W, Abraira C, Moritz T, et al.: »Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes«, NEJM 2009; 360: 129–139

Ärzte sind keine Hilfspolizisten

Maintal, 4. Februar 2015

Der Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (vdää) wehrt sich vehement gegen den Eingriff in die Autonomie ärztlicher Entscheidungen durch die jüngsten Aussagen des Bundesinnenminister Thomas de Maizière in einem Interview mit der Rheinischen Post: »Es werden immer noch zu viele Atteste von Ärzten ausgestellt, wo es keine echten gesundheitlichen Abschiebehindernisse gibt... Dagegen spricht jede Erfahrung«, so der Minister weiter.

Wessen Erfahrung? Hat er schon einmal mit einem Arzt oder einer Ärztin gesprochen, die Gutachten erstellt? Hat er je einen traumatisierten Flüchtling gesehen? In seiner Beamtenmentalität zählen nur Zahlen, Ab-

schiebezahlen. Dass hinter jeder dieser Zahlen auch ein Mensch, ein menschliches Schicksal steht, ist dem Minister unbekannt. Der Weg durch die Sahara und die Fahrt über das Mittelmeer sind keine Betriebsausflüge, es sind Wege, die schwere Traumata hinterlassen – zusätzlich zu den eigentlichen Fluchtursachen. 10 000 Flüchtlinge sind im Mittelmeer auf ihrer Flucht ertrunken, und das soll spurlos an den Überlebenden vorbeigehen?

De Maizière übt hier öffentlichen Druck auf die Ärzteschaft aus, damit diese zukünftig ihre medizinische Kompetenz seinen politischen Vorstellungen unterordnet. Warum dauert er nicht die große Zahl traumatisierter

Flüchtlinge? Deren persönliches Schicksal scheint ihm egal zu sein.

Das ärztliche Berufsrecht regelt die ärztliche Tätigkeit. Bisher gibt es kein Verfahren gegen Gutachter wegen falscher gutachterlicher Bescheinigungen. De Maizière sollte konkrete Beispiele nennen, bevor er pauschal alle gutachterlich tätigen Kolleginnen und Kollegen in der Öffentlichkeit diffamiert und unter Druck setzt.

Es muss, leider, klar und deutlich gesagt werden: Die Ärzteschaft ist nicht die Hilfspolizei der Politik.

*Prof. Dr. Wulf Dietrich,
Vorsitzender des vdää*



© Toshituki-IMAI

Zwischen Geld und Moral

119. Deutscher Ärztetag in Hamburg

*»Ihr, die euren Wanst und unsre Bravheit liebt
Das eine wisset ein für allemal:
Wie ihr es immer dreht und wie ihr's immer schiebt
Erst kommt das Fressen, dann kommt die Moral«
(B. Brecht)*

Erst kommt das Fressen...

Ärztinnen und Ärzte und das Geld – ein altes Thema. Wenn es ums Einkommen geht, sogar noch um das Einkommen aus der Privatversicherung, dann kennt die Ärzteschaft keinen Spaß. Schon im Januar auf dem Außerordentlichen Ärztetag in Berlin wurde der Vorstand der BÄK wegen seiner angeblich zu weichen Verhandlungsführung um die neue GOÄ scharf angegriffen. Nachdem dann im März die Verhandlungen endgültig gescheitert waren, brach ein Tsunami über den Vorstand herein. Und auf dem Ärztetag in Hamburg ging es weiter: Montgomery sollte als Vorsitzender abgewählt werden. Eineinhalb Stunden wurde nur darüber diskutiert, ob die Abwahl auf die Tagesordnung sollte oder nicht, eine Frage, die man in fünf Minuten hätte klären können. Diese beschämende Diskussion

fand, presserwirksam, gleich zu Beginn des Ärztetages statt. Auffällig war, wie argumentativ schwach die Vertreter von *Freien Ärzten* bis *Virchow Bund*, die im Vorfeld lauthals und sehr präsent in der Presse die Abwahl gefordert hatten, dann in der Diskussion auftraten. Nachdem diese Änderung der Tagesordnung mit großer Mehrheit vom Plenum abgelehnt worden war, wurde dann stundenlang über die Anforderungen an eine neue GOÄ diskutiert.

Ein Wunschkonzert

Mit der längsten Rednerliste des Ärztetages äußerten unzählige Redner ihre Anforderungen an eine neue GOÄ: keine Beteiligung der PKV oder Beihilfe, keine gemeinsame Kommission und, und, und... Dabei wurde nur eines vergessen: In absehbarer Zeit wird es keine neue GOÄ geben (siehe die Presseerklärung des vdää anlässlich des Ärztetages). Diese müsste als Rechtsverordnung durch den Bundesrat gehen und die SPD hat sich eindeutig dahingehend positioniert, dass sie keiner neuen GOÄ zustimmen wird. Vor 2018, also erst nach der

nächsten Bundestagswahl, wird es keine Diskussion um eine neue GOÄ geben, und selbst das ist fraglich. Aber anstatt schon jetzt über Alternativen nachzudenken – wie wäre es mit einer Angleichung von EBM und GOÄ? –, wurde völlig realitätsfremd und rückwärtsgerichtet über mögliche Wünsche der Ärzteschaft an eine neue GOÄ diskutiert. Drei Millionen Euro hat die Bundesärztekammer schon in das Projekt gesteckt, und sie will weiter für eine externe Beraterfirma zahlen. Und das für eine Rechtsverordnung, für die das Ministerium verantwortlich ist. Warum eigentlich soll die Ärzteschaft dafür zahlen?

Die Absurdität der GOÄ-Debatte wurde auch dadurch nicht geringer, dass sie in großen Teilen nach einem sehr erfrischenden Beitrag von Michael Marmot, dem Präsidenten des Weltärztebundes, zu sozialen Determinanten von Gesundheit, geführt wurde.

...und dann die Moral

Bei der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen gab es dann sehr

gute Beiträge. Der Vorstand der BÄK spricht sich, zum wiederholten Male, für die flächenhafte Einführung einer Gesundheitskarte für Geflüchtete aus. Insbesondere wurde die schlechte und völlig unzureichende personelle Ausstattung des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) kritisiert. Hier fordert die Bundesärztekammer eine deutliche personelle Aufstockung. Mit großer Mehrheit wurden die medizinischen Regelungen im Asylpaket II vom Ärztetag abgelehnt. Auch unsere Resolution wurde mit großer Mehrheit angenommen. Sie beinhaltet neben der Forderung nach einer Gesundheitskarte die Ablehnung der beschleunigten Abschließung von Folteropfern oder die Forderung nach Anerkennung einer PTBS als Abschiebehindernis. Bei diesen Forderungen gab es praktische keine ablehnenden Kommentare, auch nicht von der rechten Seite. Hinsichtlich der medizinischen Versorgung von Geflüchteten nahm also der Ärztetag eine sehr flüchtlingsfreundliche Haltung ein. Auch zu TTIP wurde wegen der Gefährdung der medizinischen Versorgung des Gesundheitssystems, eine eindeutig ablehnende Haltung eingenommen. (Beide Anträge finden sich auf der Homepage des vdää)

Sehr interessant waren dann die Vorträge und Diskussionen zum Thema Pharmapreise. Prof. Ludwig, als Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, belegte in einem sehr faktenreichen Vortrag, dass Pharmapreise, insbesondere bei sogenannten Innovationen – ein Ausdruck, vor dessen kritiklosen Anwendung er ausdrücklich warnte – teilweise »Mondpreise« sind. Sie haben nichts mit Herstellungs- und Entwicklungskosten zu tun und lassen sich meist auch nicht an der Effektivität ihrer Anwendung bemessen. Dann kam Birgit Fischer, die Hauptgeschäftsführerin des Verbandes der forschenden Arzneimittelhersteller: eine absolute Zumutung. Auf Ludwigs Argumentation hatte sie nichts zu entgegnen, verwendete gefühlte 35 Mal den Begriff Innovation und behauptete sogar, die Arzneimittelpreise seien in den letzten Jahren gar nicht gestiegen. Auch kein Wort zu Sovaldi oder anderen Skandal-Preisen. Fischer war früher Gesundheitsmi-

nisterin für die SPD in NRW und Geschäftsführerin der Barmer Ersatzkasse. Sie nahm mit diesem Vortrag auch dem letzten Gläubigen die Illusion, dass SPD-Mitgliedschaft und politische Käuflichkeit unvereinbar seien. Ihren Kurswechsel, den sie 2011 mit der Anstellung bei der Pharmaindustrie vorgenommen hatte, hat sie anscheinend aus ganzem Herzen vollzogen.

Es bleibt die Erkenntnis, dass die Pharmaindustrie eine ganz »normale« Industrie ist, die nach kapitalistischen Prinzipien funktioniert. Es muss Profit gemacht und maximiert werden. Irgendwelche sozialen Anwendungen sind hier nicht zu erwarten. Entsprechend sollte sich die Ärzteschaft zukünftig konsequent aus der Umarmung der Industrie lösen und auf härtere Preisverhandlungen im G-BA drängen. Es wurde sehr kritisch über die Rolle der Pharmaindustrie diskutiert, doch wurde unser Antrag, keine CME-Punkte mehr für Pharma gesponserte Veranstaltungen zu vergeben, nicht angenommen. Das ging dem Ärztetag dann doch zu weit.

Im TOP IVc ging es dann um die Ökonomisierung im Krankenhaus. Prof. Weiser, Vorsitzender des *Verbandes der leitenden Krankenhausärzte*, legte gleich zu Beginn seines Vortrages dar, dass die Unterordnung der Medizin unter die Ökonomie nicht nur die leitenden ÄrztInnen, sondern das gesamte Klinikpersonal betrifft. Zielvereinbarungen würden jetzt schon mit Assistenzärzten abgeschlossen und die Vorlage von Chefarztverträgen bei der Kammer ist ein stumpfes Schwert, da der Krankenhausträger nicht zu einer Vertragsänderung gezwungen werden kann. Und wenn der erste Bewerber den Vertrag nicht unterzeichnet, dann wird es eben der zweite tun. Auch qualitätsorientierte Zielvereinbarungen führten hier nicht weiter. Denn sie können sich auch nur an oberflächlichen, leicht zu beeinflussenden Kennzahlen messen (z.B. Mortalität nach Herzinfarkt, Einhaltung der oberen Grenzverweildauer u.ä.).

Unsere Forderung nach einem öffentlichen Symposium zur Problematik von Medizin und Ökonomie wurde an den Vorstand überwiesen. Mal sehen, was dabei herauskommt, in der Regel werden solche Anträge wegen Kostenrelevanz ab-

gelehnt.

Übrigens: Montgomery hat jetzt Ärger mit der Leitung der Hamburger Asklepios Kliniken. Der Geschäftsführer von Asklepios fühlt sich auf den Schlipps getreten durch Montgomerys Aussagen zu Zielvereinbarungen. Mal sehen, wie das ausgeht.

Ein sich selbst verwaltender Wasserkopf

Schließlich noch eine etwas absurde Diskussion über die zukünftige Gremienstruktur. Die Akademien für Allgemeinmedizin und die für die Gebietsärzte sollten als Ausschuss zusammengelegt werden.

Nun ist die Bezeichnung Akademie ein überaus hypertropher Begriff: Die Akademien bestehen aus etwas über 20 Personen, die sich ein bis zweimal jährlich zu einem Diskussionsvortrag treffen. Aber an diesem Modell sollte nicht gerüttelt werden, deshalb wurde die alte Struktur beibehalten. Unter den 14 Kandidaten befanden sich immerhin vier Frauen, ansonsten alles verdiente Altfunktionäre. Dabei wollte sich die BÄK mit dieser Reform verjüngen und nach außen öffnen. Aber wo kämen wir hin, wenn den verdienten Funktionären die Posten weggewählt werden?

Fazit

Ein sehr zwiespältiger Ärztetag. Wenn es um das Geld geht, dann verliert die Ärzteschaft jeden Realitätssinn. Stundenlang wird über eine GOÄ diskutiert, die in nächster (oder auch in ferner) Zukunft nicht kommen wird. Statt sich über neue Vergütungsformen Gedanken zu machen und innovative Vorschläge zu entwickeln, wird stur rückwärts-gewandt diskutiert. Hier ist auch genug Geld für weitere externe Unterstützung vorhanden, obwohl schon drei Millionen Euro in den Sand gesetzt wurden. Bei allen anderen Punkten, die zugegebenermaßen die Ärzteschaft nichts kosten, gab sich der Ärztetag liberal bis fortschrittlich. Gute Beschlüsse wurden zur Flüchtlingshilfe und zur Ökonomisierung getroffen. Aber wie Brecht schon sagte: »Erst kommt das Fressen, dann kommt die Moral.«

»Wenn es um das Geld geht, dann verliert die Ärzteschaft jeden Realitätssinn.«



© Flickr_Patrick

PEPP wird bleiben in Psychiatrie und Psychosomatik

Eine Einschätzung des Referentenentwurf für das PsychVVG

Peter Hoffmann erläutert den Gesetzentwurf zur Reform der Finanzierung von Psychiatrie und Psychosomatik, der reagiert auf große Proteste gegen PEPP durch die Fachgesellschaften und Gewerkschaften.

Es gibt keine richtige Versorgung im falschen Entgeltsystem

Der im Mai 2016 vorgelegte Referentenentwurf für das PsychVVG¹ ist eindeutig: Die große Koalition erzwingt die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Kliniken, ähnlich dem DRG-System an den somatischen Kliniken. Der Proteststurm der wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Verbände und von ver.di gegen das 2009 beschlossene pauschalierende Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, kurz PEPP genannt, hatte zunächst eine zweijährige Verlängerung der Optionsphase und einen Dialog zur Überarbeitung der PEPP-Finanzierungssystematik bewirkt.

Vor die Alternative »Krankenhaus oder Fabrik?« gestellt, haben sich CDU/CSU und SPD trotz nennenswerter Zugeständnisse bei Personalmindeststandards aber für den

Weg der Ökonomisierung mit einem pauschalierenden Entgeltsystem entschieden und damit gegen das Patientenwohl und die Bedürfnisse psychiatrisch und psychosomatisch Kranker. Die unerschütterliche Adhärenz der Parteiführungen der großen Koalition an ihre neoliberale Agenda ist wirklich bemerkenswert; insbesondere zu einem Zeitpunkt, an dem immer mehr Betroffene und Beobachter des analogen DRG-System mittlerweile Ökonomisierung und Patientenwohl als unvereinbare Gegensätze beschreiben. So und nicht anders sollte man die Beschlüsse des letzten deutschen Ärztetags zur Ökonomisierung² und die Stellungnahme des deutschen Ethikrats »Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus«³ verstehen.

Vielleicht hat die jahrelange europäische Austeritätspolitik den Ministerialbeamten und Politikern der großen Koalition geholfen – wie schon im Modellfall des griechischen Ge-

sundheitswesens – Politik und Moral mit leichter Hand zu trennen und Realpolitik mit Hartherzigkeit zu verwechseln. Vielleicht sind ja auch die fachkundige Anleitung durch Betriebswirte und die Nähe zu den Berliner Lobbyisten des Gesundheitsmarktes dabei behilflich, das geschäftsmäßige Ignorieren von Rechten und von schützenswerten Bedürfnissen psychosomatisch und psychiatrisch Kranker genauso mühe-los zu erlernen, wie die lässige Ignoranz für fachliche Expertise und Professionalität engagierter Beschäftigter in den Gesundheitsberufen.

Wie auch immer – jetzt gilt es nochmals Druck für Verbesserungen im Gesetzgebungsprozess aufzubauen. Insbesondere sollte der Regierungspartei SPD ihr BT-Fraktionsbeschluss vom Januar mit dem Titel: »PEPP muss endgültig weg« unter die Nase gehalten werden⁴, den die Autoren des PsychVVG-Referentenentwurfs scheinbar ignorieren durften. Ohne weitere Verbesserungen wird das PsychVVG das Feld bestel-

len für anhaltende politische Kämpfe, um eine Auslegung für oder gegen die Bedürfnisse kranker Kinder, Jugendlicher und Erwachsener in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Die Frage wird sich stellen, wie viel Richtiges im Falschen geht. Die Hoffnung der Herrschenden ist es wohl, die positiven Optionen schrittweise und über einen längeren Zeitraum wieder auszuhebeln. Aufklärungsarbeit, Öffentlichkeit und politischer Druck als Betroffene und ExpertInnen und als Verbände und Organisationen können das verhindern. Dafür müssen wir auch das Bündnis »Krankenhaus statt Fabrik« ausbauen.

Die Vorgeschichte

Bei der Einführung des DRG-Systems 2004 bestand noch Konsens, dass die Bereiche Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik von ihrer besonderen Struktur her für ein pauschalisierendes Entgeltsystem selbstverständlich ungeeignet seien. 2009 wurde dennoch die Einführung von PEPP beschlossen. Als es den Spitzenverbänden der Selbstverwaltung nicht gelang, sich auf ein Entgeltsystem zu einigen, setzte das BMG 2013 einen vom InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) vorgeschlagenen PEPP-Entgeltkatalog mit Abrechnungsbestimmungen für freiwillige Optionshäuser in Kraft. Dieser stieß auf erhebliche Kritik von Seiten der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbände dieses Bereichs. Sie legten im September 2015 als Gegenentwurf ein Konzept für ein »Budgetbasiertes Entgeltsystem«⁵ vor. Den Ablauf des strukturierten Dialogs mit dem BMG beschreibt ein Teilnehmer so: »Bei der ersten Sitzung hat die Politik den Auftrag erteilt, einen Gegenvorschlag zu machen, bei der zweiten Sitzung hat man das präsentiert, was man ohne jede Diskussion aus diesem Vorschlag gemacht hat und vor den verdutzten Gesichtern der Anwesenden am Ende der Öffentlichkeit erklärt, man habe sich geeinigt«. Die SPD-Bundestagsfraktion griff die Kritik auf und verabschiedete auf ihrer Klausurtagung vom 08.01.2016 den o.g. Beschluss unter dem Titel: »PEPP muss endgültig weg«. Nach einem Gespräch von CDU/CSU und SPD sowie Ländervertretern

stellten der Gesundheitsminister und die führenden Gesundheitspolitiker der Regierungskoalition am 18.02.2016 der Öffentlichkeit »Eckpunkte zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems«⁶ vor.

Die Eckpunkte wurden sehr unterschiedlich interpretiert. Ende Mai legte das BMG schließlich einen ersten Referentenentwurf für ein PsychVVG vor.⁷

Einige wichtige Aspekte des PsychVVG-Entwurfs⁸

- Budgetneutrale Einführungsphase

Wie 2003/2004 bei der Einführung des DRG-Systems sollen parallel zum Aufbau des neuen Vergütungssystems die bestehenden Hausbudgets für zwei Jahre unangetastet bleiben. Ab 01.01.2019 sind die krankenhausindividuellen Budgets und Entgelte dann schrittweise an im leistungsbezogenen Vergleich enthaltene Werte anzugleichen. Die Verwendung des Krankenhausvergleichs als Richtgröße für die Absenkung von Krankenhausbudgets ist nur bis Ende 2018 nicht zulässig, danach ist sie zwingend vorgeschrieben.

- Vorbereitung und Aufbau eines leistungsbezogenen Abrechnungssystems

Als zentrale Elemente des geplanten pauschalisierenden Entgeltsystems sollen erhalten bleiben: der bundesweit geltende Entgeltkatalog, die Bewertungsrelationen sowie die Kalkulation der Bewertungsrelationen durch das InEK auf Grundlage durchschnittlicher Ist-Kosten. Sowohl der Entgeltkatalog als auch die Bewertungsrelationen sollen weiterhin verbindlich von allen Krankenhäusern anzuwenden sein.

Zum Aufbau einer hausbezogenen Leistungsdokumentation wird – wie im DRG-System – die Behandlung detailliert in Einzelleistungen aufgespalten und gemessen. Laut SPD-Fraktionsbeschluss verschwenden die Behandelnden in den Optionskliniken derzeit 15 Prozent ihrer wertvollen pflegerischen und therapeutischen Zeit für Dokumentation. Die Modifikationen gegenüber dem DRG-System bemängeln lediglich ein im Kern unverändertes PEPP-System. Alle aus dem DRG-System bekannten Fehlanreize, die

eine bedarfsgerechte Krankenversorgung behindern, werden auch in der Psychiatrie und Psychosomatik gesetzt: Unnötige Behandlungen zur Steigerung der Leistungsmengen, Upcoding, Patientenselektion, verfrühte Entlassungen und Fallsplitting werden unweigerlich schrittweise Einzug halten – es handelt sich dabei ja um lernende Systeme...

- Hausindividuelle Budgets

Aus der Leistungsdokumentation (genauer: aus der Summe aller Bewertungsrelationen) und dem 2017 und 2018 fortgeschriebenen Budget wird in jeder Einrichtung ein hausbezogener Basisentgeltwert berechnet. Bei den jährlichen Verhandlungen des Hausbudgets zwischen Träger und Krankenkassen sollen hausspezifische Besonderheiten berücksichtigt werden, wie besondere Patientengruppen, die tatsächliche personelle Besetzung sowie tarifvertragliche Verpflichtungen. Bauliche Investitionsmängel werden in der Gesetzesbegründung als berücksichtigungsfähige Besonderheiten jedoch von vornherein ausgeschlossen.

Hauspezifische Besonderheiten sollen auch in den Kalkulationen detailliert berechnet werden, um zu möglichst aussagekräftigen Kalkulationen zu kommen. So wird der nächste Schritt vorbereitet, die Berechnung von Landesbasisentgeltwerten als Durchschnitt aller hausbezogenen Basisentgeltwerte. Er soll als Richtgröße eingesetzt werden, die Häuser aussagekräftig vergleichen zu können, um sie in Konkurrenz gegeneinander zu schicken.

- Krankenhausvergleich
Theoretisch könnten Hausbudgets bedarfsgerecht selbstkostendeckend sein. In der gegenwärtigen Politik der Kassen haben aber offensichtlich Kostensenkungen gegenüber Qualitätsverbesserungen Priorität. Qualität soll mit dem KHSG eher als Selektionsinstrument eingesetzt werden. In der Gesetzesbegründung des PsychVVG, die mitbeschlossen und damit relevant für die Auslegung des Gesetzestexts sein wird, heißt es, »der Krankenhausvergleich soll als Vergleichs- und Transparenz-

»Alle aus dem DRG-System bekannten Fehlanreize, die eine bedarfsgerechte Krankenversorgung behindern, werden auch in der Psychiatrie und Psychosomatik gesetzt.«

vdää on tour:

Alt Rehse

Erinnerungs- und Begegnungsstätte Alt Rehse »NS-Führerschule der Deutschen Ärzteschaft«

21.-24. Juli 2016

Mit folgenden ReferentInnen:

Dr. Rainer Stommer, Prof. Dr. Gerhard Baader, Prof. Dr. Gine Elsner, Dr. Viola Schubert-Lehnardt

Sonntag: Führung durch die Gedenkstätte Ravensbrück

zinstrument den Vertragsparteien vor Ort zur Orientierung in den Vertragsverhandlungen dienen, auch um eine Annäherung von Preisunterschieden zu erreichen, die nicht auf strukturelle Unterschiede zurückgehen. Von den Vertragsparteien vor Ort festgestellte Notwendigkeiten zur Erhöhung oder Senkung des Budgets werden krankenhausindividuell durch Anpassungsvereinbarungen berücksichtigt.« (RefE PsychVVG S.16f.).

Verweigern die Kassen ein bedarfsgerechtes hausindividuelles Budget, geht es zur Schiedsstelle. Dort kommt es nach aller Erfahrung zu Kompromissen statt zum Schulterrieg einer Seite. Der Kompromiss

wird real eine Kürzung sein – und schon fängt es an, die Kellertreppe hinab zu gehen. »Der vorgesehene Krankenhausvergleich wird dazu führen, dass die krankenhausindividuellen Budgets kontinuierlich abgesenkt werden«, kritisierte Michael Dieckmann, Ameos-Vorstandsmitglied, auf dem Bundeskongress

des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken (BDPK)⁹.

• Vorgaben zur Personalbesetzung Allerdings macht der Entwurf des PsychVVG in der Frage von Personalbesetzungsstandards relevante Zugeständnisse an die Forderungen des »WEG-MIT-PEPP«-Protests – anders als beim Krankenhausstrukturgesetz letztes Jahr mit seinem lächerlichen Pflegeförderprogramm.

Zum einen wird die Geltungsdauer der Psych-PV¹⁰ bis 2019 verlängert. Dabei wird die Frage entscheidend, ob im endgültigen Gesetzestext eine 100% Erfüllung der PPV gesetzlich und als von den Krankenkassen zu refinanzieren erzwungen wird, insbesondere an Häusern, die in die InEK-Kalkulation einbezogen werden. Dies wäre eine Verbesserung gegenüber der derzeitigen Situation. Ab 2020 sollen verbindliche Mindestvorgaben zur Personalausstattung durch den gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)¹¹ gelten, »... diese sollen möglichst evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen« (§ 136a Abs. 2 Satz 1). Ob der Referentenentwurf damit nur einzelne oder alle an der Be-

handlung beteiligten Berufsgruppen, ob damit nur einzelne in Leitlinien beschriebene Behandlungen oder stationäre psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Behandlungen im Allgemeinen erfasst werden, lässt sich bei an verschiedenen Stellen widersprüchlichen Formulierungen im Text des Referentenentwurfs nicht entscheiden. Da ein jeder Standard im Personalbereich für Qualität und Kosten gleichermaßen hochrelevant ist, sind hier gesetzlich zwingende, flächendeckend gültige und eindeutige Formulierungen unabdingbar. Zudem ist zu fordern, dass in die Erarbeitung dieser Personalvorgaben die Expertise der Betroffenen und Experten einzubeziehen ist und Transparenz geschaffen werden muss.

Ebenso ist die bislang im Gesetzesentwurf fehlende Verpflichtung zur Refinanzierung von Tarifsteigerungen zu fordern. Eine quasi gesetzliche Personalbemessung erfordert denklogisch eine auskömmliche Deckung der Personalkosten. Wird sie tatsächlich erreicht, wäre das ein Riesenerfolg für Alle, die sich für eine gemeinwohlorientierte Krankenhausfinanzierung einsetzen und ein qualitativer Schritt im Kampf um eine bedarfsgerechte Finanzierung stationärer Leistungen.

Allerdings steht eine verpflichtende Personalbemessung in einem diametralen Gegensatz zur Ideologie der Ökonomisierung und Marktordnung. Aufmerksamkeit und politischer Druck müssen sich deshalb besonders auf diesen Punkt konzentrieren.

- Hometreatment und der Horizont der aktuellen Gesundheitspolitik

Mit dem PsychVVG soll stationären Einrichtungen die Option eröffnet werden, fortschrittliche integrierte Konzepte wie das Hometreatment einzuführen, also die Behandlung intensiv betreuungsbedürftiger psychiatrisch Erkrankter in ihrem häuslichen Umfeld. So soll sich die Quote von Zwangsbehandlungen deutlich verringern lassen. Während die strukturellen Konturen einer solchen »stationsäquivalenten Versorgung« recht unscharf bleiben, wird der Gesetzesentwurf beim Geld sehr konkret. Die Finanzierung stationsäquivalenter Versorgung soll verpflichtend mit dem Abbau von stati-

onären Betten verknüpft werden.

Vielleicht ist dies symptomatisch für den geistigen Horizont gesundheitspolitischer Realpolitik: Es geht bei neuen Konzepten in erster Linie um deren kurzfristige Ausgabenwirksamkeit, wo gesellschaftlicher Bedarf, therapeutischer Fortschritt und Qualität zu diskutieren wären, um Daseinsvorsorge für die Zukunft zu entwerfen und zu gestalten.

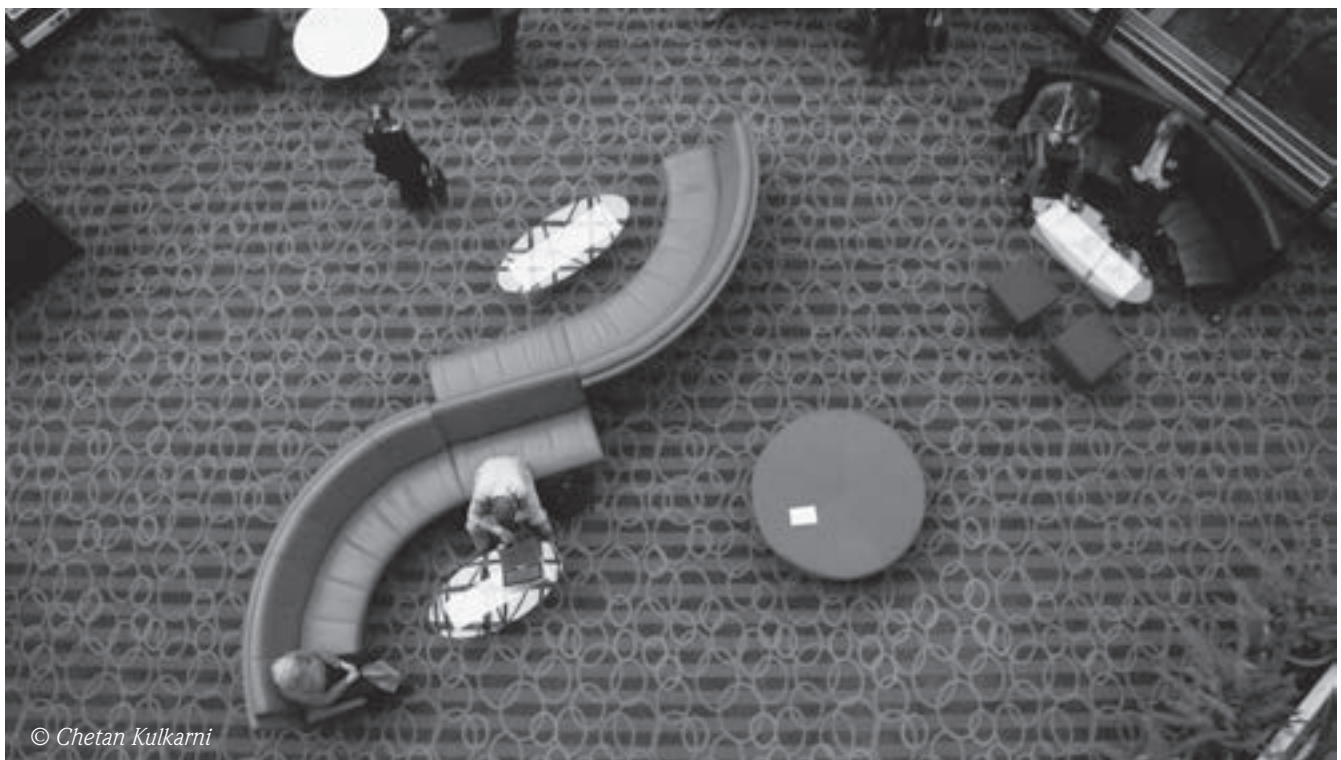
Das Geld steht so im Mittelpunkt des kleinräumigen Denkens unserer führenden Gesundheitspolitiker, dass es ihnen scheinbar auch nicht auffällt, wie sie dabei mit der geplanten Delegation der Entscheidung über die Bettenzahl an Krankenhausträger und Krankenkassen politische Gestaltungsmöglichkeiten aufgeben. Man hat den Eindruck die Politik würden sich gerne ihrer Pflichtaufgabe zur Bedarfsplanung entziehen und vor allem am liebsten: nichts bezahlen. Sollte es dann zu Versorgungslücken kommen, wird man halt die anderen Akteure der Nachlässigkeit beschuldigen.

Forderungen

- Was brauchen wir? Eine die Selbstkosten deckende Finanzierung für leistungsfähige Psych-Kliniken bzw. Hometreatment integrierende Versorgungsverbände, die sparsam mit regional verhandelten Budgets wirtschaften
- Eine Politik, die das Patientenwohl ins Zentrum stellt und sich Daseinsvorsorge und Bedarfsplanung traut.
- Allgemeinverbindliche, fundierte Regeln zur Personalbemessung zur Sicherung struktureller Qualität
- Und: ein Gewinnverbot, um Gemeinwohlorientierung an die Stelle von Profitinteressen zu stellen.
- Auf dem Weg zu dieser Utopie ist jede Änderung am Referentenentwurf des PsychVVG willkommen, durch wen, wo und wie auch immer.
- Das ist auch und besonders eine Einladung zur Mitwirkung im Bündnis »Krankenhaus statt Fabrik«.

1 Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psycho-

- somatische Leistungen (PsychVVG), www.bfkk.de/sites/default/files/doku/referenzenentwurf_psychvvg.pdf
- 2 www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/119-deutscher-aerzte-tag-2016/beschlussprotokoll/
 - 3 www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus.pdf
 - 4 www.spdfraktion.de/system/files/documents/beschluss_pepp.pdf
 - 5 [www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Psych-Entgeltgesetz/160218_Eckpunkte_Psych-EntgeltG.pdf](http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2015/2015-09-09_Plattform_Entgelt_Konzeptpapier_Budgetbasiertes_Entgeltsystem_FINAL.pdf)
 - 6 www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Psych-Entgeltgesetz/160218_Eckpunkte_Psych-EntgeltG.pdf
 - 7 f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon_michael/Simon_-_Einschaetzung_RefE_PsychVVG_2016_06_10_.pdf
 - 8 Ich folge im Weiteren weitgehend, teilweise wörtlich, der übersichtlich strukturierten Analyse von Prof. Michael Simon, die detailliert mit Zitaten aus Gesetzes- und Begründungstext des RefE PsychVVG belegt ist, a.a.O., sowie den Analysen von Thomas Böhm, ver.di und Manfred Fiedler, attac AG Soziale Sicherungssysteme
 - 9 www.aerzteblatt.de/nachrichten/69257/Bundesgesundheitsministerium-nimmt-Kritik-am-PsychVVG-ernst
 - 10 Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psychiatrie-Personalverordnung – Psych-PV), www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/psych-pv/gesamt.pdf
 - 11 www.g-ba.de



Utopie der Gesundheitsversorgung

Bericht von der Auftaktveranstaltung des GesundheitsKollektivs Berlin – von Claudia Krieg*

Etwa 170 Menschen waren der Einladung der Gruppe in das Jugendzentrum »Manege« in Berlin-Neukölln gefolgt und verfolgten interessiert die fast dreistündige, engagierte Diskussion. Als Einstieg in ihre Öffentlichkeitsarbeit für das Projekt hatten die KollektivistInnen das Motto »Recht auf Stadt, Recht auf Gesundheit« gewählt und damit direkt auf den gesellschaftspolitischen Zusammenhang verwiesen, in dem sie die Idee des Zentrums ansiedeln: Bei Gesundheit handelt es sich um mehr als medizinische Versorgung – entscheidend sind die ge-

ellschaftlichen Bedingungen, in denen wir leben, politische und soziale Faktoren wie Mietsteigerungen, geringes Einkommen, prekäre Beschäftigungsverhältnisse, Rassismus und Alltagsarmut. Für das Kollektiv ist die Gründung eines Kiez-Gesundheits-Zentrums insofern ein konkreter Schritt, um gemeinsam mit den Menschen im Stadtteil für ein gutes Leben einzutreten und so die Voraussetzungen für Gesundheit für Alle zu schaffen. Nun sollten die Chancen für ein solches Zentrum ausgelotet werden. Der Diskussion mit dem Publikum waren mehrere

Kurzvorträge vorangestellt, die verschiedene Aspekte des Zusammenhangs zwischen Stadtentwicklung und Gesundheit beleuchteten.

Da es derzeit sehr wahrscheinlich ist, dass das Kiez-Gesundheits-Zentrum auf dem Gelände einer ehemaligen Brauerei in Berlin Nord Neukölln zusammen mit anderen Sozialprojekten in einem Neubau angesiedelt sein wird, war einleitend der Stadtsoziologe Henrik Leuhn gebeten, eine kurze Analyse zur Entwicklung des Stadtteils im Hinblick auf soziale Faktoren von Gesundheit zu geben.

Was haben Recht auf Stadt und Recht auf Gesundheit miteinander zu tun? In einem Kiez-Gesundheits-Zentrum wollen Berliner KollektivistInnen die Gesundheitsversorgung politisieren. Claudia Krieg berichtet von der Auftaktveranstaltung am 26. April in Berlin.

Mieten essen Leben auf – schlechte Wohnbedingungen machen krank

Zur Situation im nördlichen Neukölln lässt sich aktuell besonders im Hinblick auf Gentrifizierung folgendes sagen: Hier leben überdurchschnittlich viele arme Menschen in einem Gebiet mit überdurchschnittlich hohen Ertragsersparungen der Immobilienwirtschaft und einer verschwindend geringen Anzahl bezahlbarer Wohnungsangebote – der Verdrängungsdruck ist enorm. Die sogenannte Wohnversorgungsquote sinkt: 167 000 Haushalte in Neukölln haben nur 162 000 Wohnungen zur Verfügung. Ein Zeichen für Überbelegung: Viele Menschen versuchen trotz steigender Mieten und wachsender Personenzahl im Haushalt ihre Wohnung zu halten, Henrik Lebuhn nennt es »immobilien-

wirtschaftlich ausgelöste Immobilität«. Die steigenden Wohnkosten werden dann durch mehr Arbeit, Einsparungen in anderen Lebensbereichen oder Untervermietungen kompensiert.

Schließlich: Steigende Mieten nehmen in einkommensschwachen Haushalten einen überproportional hohen Teil der Ressourcen in Anspruch und führen zu einer weiteren Absenkung des sozio-ökonomischen Status; in Berlin Kreuzberg und Neukölln gibt es mittlerweile viele einkommensschwache Haushalte, die bis zu 50 Prozent ihres eh schon knappen Monatseinkommens für die Miete aufwenden müssen.

Gesundheitsversorgung anders und vor allem auch politisch zu denken und zu leisten, und dies auf Stadtteilebene herunter zu brechen, ist möglich, so Henrik Lebuhn in ihrem Fazit. Dafür muss jedoch die Gesundheitsversorgung selbst politisiert werden, wie es beispielsweise in den Solidarischen Kliniken in Griechenland geschehen ist. Weiterhin müssen die beiden Felder zusammgeführt werden, die meist getrennt diskutiert werden – Mietenpolitik und Gesundheit. Dies sollte gemeinsam mit anderen lokalen Gruppen geschehen. Viel zu häufig, dies auch als Kritikpunkt am Programm Soziale Stadt, werden lokale

Initiativen nicht als Kooperationspartner ernst genommen. Genau in diese Falle könnte auch das Gesundheitskollektiv mit dem Gewicht einer »kleinen Institution« und der vorhandenen »ärztlichen Autorität« tappen.

Gesundheit: Politisches Kampffeld statt Wellness-Kur

Wie also kann das Kiez-Gesundheits-Zentrum im stadtpolitischen Kontext ein Ort von Intervention werden? Wie lässt sich in dem Zusammenhang der Begriff Gesundheit politisch einordnen?

Um diesen Aspekt zu vertiefen, stellt Nadja Rakowitz, Geschäftsführerin vom Verein der Demokratischen Ärztinnen und Ärzte noch einmal erfrischend und zeitlos wertkritisch voran, Gesundheit hat zum Ziel, die Ware Arbeitskraft zu erhalten, Zweck des Gesundheitssystems ist zunächst das Gesundhalten der LohnarbeiterInnen für die Kapitalvermehrung

Das System Gesundheit ist krank

Um zu verdeutlichen, wie das Gesundheitssystem zu diesem Spielfeld kapitalistischer Interessen geworden ist, charakterisiert Nadja Rakowitz dessen momentane Beschaffenheit anhand von drei Gesichtspunkten, beginnend mit einem positiven Aspekt: Noch gelte die Logik der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung – für alle die gesetzlich versichert sind. Man zahlt nach dem Einkommen und bekommt im Prinzip, was man braucht – mit Einschränkungen.

Ein Problem sei die Kopplung von medizinischen Entscheidungen an die Einkommenssituation des Arztes: Mache ich etwas, bekomme ich mehr Geld, mache ich nichts, bekomme ich nichts oder verliere etwas. Anstatt die Kopplung von Leistung und Geld aufzulösen, um Einkommen und medizinische Entscheidung so weit wie möglich auseinanderzuhalten, geht die Entwicklung in die gegensätzliche Richtung. ÄrztInnen hätten heute kein Interesse an Verhältnisprävention, denn nicht der Rat zur Vorsorge zahlt sich für sie aus, sondern die Behandlung.

Da all dies aber auch spürbar den Druck verstärkt, arbeiten mittler-

weile 40 Prozent der niedergelassenen ÄrztInnen in kooperativen Strukturen. Medizinische Versorgungszentren (MVZ) bieten die Möglichkeit, sich anstellen zu lassen – von 150 000 niedergelassenen Ärztinnen arbeiten ca. 30 000 angestellt. Vor allem viele junge ÄrztInnen, so Rakowitz, wollen den ärztlichen UnternehmerInnenstatus nicht mehr – ein Grund zur Hoffnung?! Im Anschluss an die politische Begriffsbestimmung lässt Kirsten Schubert vom Gesundheitskollektiv kurz die ausschlaggebenden Momente der Kollektivbildung Revue passieren.

Das Rad nicht neu erfinden – oder doch?

Im Gesundheitskollektiv Berlin sind über 20 Menschen mit beruflichen Hintergründen in Sozialarbeit, Pflege, Medizin, Gesundheitswissenschaften, Pädagogik, Psychotherapie und Recht aktiv. Sie sind Teil eines städteübergreifenden Netzwerks, das seine Anfänge vor einigen Jahren im Hamburger Medibüro hatte. Diskussionen über den systematischen Ausschluss von Menschen ohne Papiere und MigrantInnen ohne Krankenversicherung aus der regulären Gesundheitsversorgung gaben den Anstoß dazu, Gesundheitssysteme anders zu denken und konkrete Ideen für alternative Modellprojekte zu entwickeln, möglichst breit und netzwerkartig organisiert. Vor diesem Hintergrund ist vor etwa zwei Jahren die Gruppe in Berlin entstanden. In Hamburg wird aktuell im Stadtteil Veddel ein ähnliches Projekt aufgebaut. Das Rad einer alternativen Gesundheitsversorgung, so Schubert, wolle und müsse für beide Projekte nicht neu erfunden werden – vielmehr sollen bestehende Konzepte unmittelbar einbezogen werden. Die *Community Health Centers* (CHC) in Kanada betrachtet Schubert derzeit als besonders beeindruckende Umsetzung der Utopie einer alternativen Gesundheitsversorgung. Hier sei der Anspruch an soziale Gerechtigkeit, Anti-Rassismus und Stadtteilorientierung besonders explizit. Besonders zahlenmäßig sei die Umsetzung beeindruckend, bereits über 800 solcher CHC gibt es in Kanada. Allen der genannten Zentren gemeinsam – und somit die Referenz des geplanten

»Die Gründung eines Kiez-Gesundheits-Zentrums ist ein konkreter Schritt, um gemeinsam mit den Menschen im Stadtteil für ein gutes Leben einzutreten und die Voraussetzungen für Gesundheit für Alle zu schaffen.«

ten Kiez-Gesundheits-Zentrum – ist die Orientierung am Bedarf und der Teilhabe der PatientInnen, KlientInnen und AnwohnerInnen und das Konzept der Verhältnisprävention: Die gesellschaftlichen Verhältnisse müssen so gestaltet werden, dass sie Krankheit verhindern und psychisches, soziales und physisches Wohlergehen – also Gesundheit – ermöglichen. Schubert übergibt dann an ihren Mitkollektivistin Felix Hartung, der das konkrete Konzept für ein Kiez-Gesundheits-Zentrum in Berlin vorstellt.

Das Konzept des Kiez-Gesundheits-Zentrum stützt sich im wesentlichen auf vier Säulen:

Die erste Säule, **Primärmedizinische Versorgung und Pflege**, soll in einem dezentralen Ansatz gehandhabt werden: mit häufigen Hausbesuchen, einer intensiven Zusammenarbeit mit ambulanten Pflegediensten, pflegenden Angehörigen und anderen Versorgungsstrukturen im Stadtteil

Ziel sei eine nachhaltige Begleitung der PatientInnen, im besten Fall mit einer multiprofessionellen Fallberatung. Generell soll gelten: Pflegekräfte und ÄrztInnen, aber auch PädagogenInnen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, TherapeutInnen und andere Berufsgruppen aber auch die PatientInnen selbst arbeiten Hand in Hand. So kann beispielsweise eine Rechtsberatung und ein/e SozialarbeiterIn hinzugezogen werden, wenn es z.B. um Fälle wie Mieterhöhung oder Schimmelbefall gehen sollte. Hier findet sich der Bezug zur zweiten Säule, **Beratung und Selbsthilfe**. Ein umfangreiches Beratungsangebot soll im Kiez-Gesundheits-Zentrum Unterstützung in sozialen, rechtlichen und psychologischen Fragen bieten. Die BesucherInnen sollen befähigt werden, sich für ihre Interessen einzusetzen und dadurch Selbstwirksamkeit als gesundheitsfördernden Moment zu erfahren. Die dritte Säule betrifft die politische **Gemeinwesenarbeit**. Gemeinsam mit den AnwohnerInnen sollen Gesundheitsrisiken im Stadtteil reduziert und gesundheitsförderliche Verhältnisse geschaffen werden, und solidarische Strukturen als Gegengewicht zu krankmachenden Faktoren entstehen. So könne das Kiez-Gesundheits-Zentrum zu einem Ort im Stadtteil werden, an dem Menschen

sich austauschen, vernetzen oder sich schlichtweg einfach aufhalten sowie andere Angebote nutzen können. Mit der letzten Säule, **Partizipative Forschung und Evaluation**, soll versucht werden, eigene Forschungsprojekte auf lokaler Ebene – partizipativ mit den AnwohnerInnen und Akteuren – im Kiez zu entwickeln.

Wichtig sei dem Kollektiv, die zentrale Rolle von ÄrztInnen beim Blick auf Gesundheit und Krankheit aufzubrechen und die im Gesundheitssystem vorherrschenden starken Hierarchien zwischen den einzelnen Berufsgruppen zu verändern, z.B. auch, indem ein Bedarfslohn für alle Angestellten eingerichtet wird.

Die abschließende Diskussion mit dem Publikum spannt noch einmal der Bogen zwischen vielen positiven Kommentaren und andererseits sehr kritischen Bemerkungen, die sich vor allem auf die nicht ausreichend reflektierte Möglichkeit der Beteiligung am Gentrifizierungsprozess beziehen. Möglicherweise kann die von dem Kollektiv geplante Sozialstrukturanalyse hier in einiger Zeit Aufschluss geben. Andere Anmerkungen betreffen den Ansatz der egalitären Rollenverteilung zwischen den beteiligten Berufsgruppen. Wie genau die Position der beteiligten ÄrztInnen aufgebrochen werden soll, bleibe unklar – eine Ärztin kann in einem Café arbeiten, aber kann auch eine Tresenkraft eine medizinische Fallbesprechung durchführen? Die Diskussion inwiefern sich linke Projekte in potentielle Karrieresprungbretter verwandeln können, muss weiter geführt werden – auch im Gesundheitskollektiv Berlin.

Aktuell:

Zur Zeit wird das Konzept mit finanzieller Unterstützung der Robert-Bosch-Stif-

tung weiterentwickelt. Als konkreter Ort für das Zentrum ist ein Neubau auf dem Gelände der ehemaligen Kindl-Brauerei im Norden des Berliner Stadtteils Neukölln im Gespräch. Das Gelände wurde von der Edith-Maryon-Stiftung mit dem Ziel erworben, es langfristig für soziale, kreative und ökologische Nutzungen zu sichern. Beim Kiezfest auf dem Brauerei-Gelände und auf dem Kiezfest der Rollbergsiedlung waren Mitglieder des Gesundheitskollektivs mit Stand und Informationen vertreten, die Zukunft eines Kiez-Gesundheits-Zentrums hat also – hoffentlich – schon begonnen.

Siehe auch: <http://vollgut.berlin/> Informationen und Kontakt zum Gesundheitskollektiv: www.geko-berlin.de Kanadas Community Health Centers: <http://www.cachc.ca/> Sozial-medizinisches Zentrum Graz: <http://smz.at/>

** Claudia Krieg lebt und arbeitet in Berlin.*

»Die gesellschaftlichen Verhältnisse müssen so gestaltet werden, dass sie Krankheit verhindern und psychisches, soziales und physisches Wohlergehen ermöglichen.«

vdää #daet16 - BULLSHIT

BINGO

Punktwerterhöhung	Freiberuflichkeit	Politikversagen	Kosten-erstattung	Totengräber der ambulanten Versorgung
GOÄ auf den aktuellen Stand des Leistungsgeschehens bringen	Bürokratie-wahn	Mehr Eigen-verant-wortung	Freiberuflichkeit als Garant für Therapie-freiheit	Keine Einheits-ver-sicherung
Direkt-abrechnung mit Kosten-erstattung	Staats-medizin	FREE O FREE	Kosten-diktat und Budget-ierung	Verwaltung staatlich ver-ordneten Mangels
Mehr Selbst-gestaltung unseres Berufs-standes	An-passung des EBM	haus- und fachärztliche Versorgung auf höchstem Niveau	Frei-beruflich-keit	Punkt-wert-erhöhung
Ausverkauf der ambulanten Versorgung	Freiberuflichkeit als Garant für Therapie-freiheit	Politik-versagen	An-passung des EBM	Staats-medizin

www.vdaae.de

Jahreshauptversammlung und Gesundheitspolitisches Forum des vdä

11.–13. November 2016

im Studierendenhaus der Goethe-Universität Frankfurt/Main

30 Jahren vdä – die Zukunft des Gesundheitswesens?

PROGRAMM

Freitag 20:00 Uhr

Zukunft der Gesundheitsbewegung

Einführung: Uli Deppe

Pecha Kucha-Impulsvorträge von IPPNW, medico international, MEZIS, Patientenberatung, Medizin-
studierenden, ver.di. – Diskussion über Stand und Zukunft der Gesundheitsbewegung

Gesundheitspolitisches Forum des vdä – Zukunft des Gesundheitswesens

Samstagvormittag

Prof David Klemperer (Uni Regensburg) und **Dr. Helmut Hildebrandt** (Gesundes Kinzigtal):
Was ist gute Medizin?

Grit Wolf (ver.di Betriebsgruppe Charité/Berlin) und **Dr. Peter Hoffmann** (Vorstand vdä):
Nur Widerstand hilft. Zur Zukunft der Krankenhäuser

Prof. Gerd Glaeske (Universität Bremen) und **Jörg Schaaber** (BUKO Pharmakampagne):
Ist die Pharmaindustrie zu stoppen?

Samstagnachmittag

Und wie seht Ihr das? Wie stellen sich junge Mitglieder ärztliche Opposition vor?

Was ist die Aufgabe des vdä in Zukunft? (organisiert von jungen MedizinerInnen)

Workshops zu den Themen: Zukunft der medizinischen Versorgung, Alternative Finanzierung,
Opposition im Gesundheitswesen organisieren, Versorgung besonders vulnerabler Gruppen...

Samstagabend

30 Jahre vdä – eine nicht ganz ernste Revue

Anschließend: Musik, Tanz und Babbeln

Sonntag

Mitgliederversammlung des vdä (offen für alle)

Ergänzung des vdä-Programms um ein Kapitel »Flucht und Migration«

Anmeldung bei der Geschäftsstelle des vdä: info@vdaeae.de; Tel: 06181 432348