

WISO

Juli 2011

Diskurs

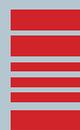
Expertisen und Dokumentationen
zur Wirtschafts- und Sozialpolitik



Zwischen Patientenwohl und Gewinnstreben

Die Interessen der Akteure des
Gesundheitswesens und ihre
Auswirkungen auf die Einführung
integrierter Versorgungsprogramme

Gesprächskreis
Sozialpolitik



Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts-
und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung

Zwischen Patientenwohl und Gewinnstreben

Die Interessen der Akteure des
Gesundheitswesens und ihre
Auswirkungen auf die Einführung
integrierter Versorgungsprogramme

Daniel Kopp

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Vorbemerkung | 3 |
| 1. Einleitung | 4 |
| 2. Die Interessengruppen im Gesundheitswesen und ihre Strategien zur Interessenwahrung | 6 |
| 2.1 Krankenkassen | 6 |
| 2.2 Niedergelassene Ärzte | 8 |
| 2.3 Krankenhäuser | 10 |
| 2.4 Arzneimittelhersteller | 14 |
| 2.5 Staatliche Akteure | 19 |
| 2.5.1 Bundesministerium für Gesundheit | 20 |
| 2.5.2 Länderregierungen | 20 |
| 2.6 Patientinnen und Patienten | 21 |
| 2.7 Entwicklungstendenzen der Interessenvertretung im Gesundheitswesen | 23 |
| 3. Widerstände und Anknüpfungspunkte für Programme der Integrierten Versorgung | 25 |
| 3.1 Die Integrierte Versorgung | 25 |
| 3.2 Die Interessen der Akteure des Gesundheitswesens und die Integrierte Versorgung | 26 |
| 3.3 Fazit | 29 |
| 4. Schlussbemerkung | 30 |
| Literaturverzeichnis | 31 |
| Der Autor | 35 |

Diese Expertise wird von der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung veröffentlicht. Die Ausführungen und Schlussfolgerungen sind vom Autor in eigener Verantwortung vorgenommen worden.

Vorbemerkung

Wer im Gesundheitswesen etwas zielgerichtet verändern will, dem wird dies am ehesten gelingen, wenn er/sie neben den Themen Leistung und Finanzierung auch darüber informiert ist, wie dieses System organisiert ist, welche Akteure eine entscheidende Rolle spielen, welche Interessen sie verfolgen und welche Ressourcen sie haben, um diese durchzusetzen.

Genau darum geht es in der vorliegenden Veröffentlichung. Sie entstand im Rahmen eines Projektes zur sozialen Gesundheitswirtschaft, einem Gemeinschaftsprojekt der Friedrich-Ebert-Stiftung und der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di. In diesem Projekt wird an einem Perspektivenwechsel gearbeitet.¹ Worin besteht er? Es soll eine generelle Umorientierung erfolgen, und zwar von der Anbieter- zur Patientenorientierung. Dies beinhaltet, von den zukünftigen medizinischen und nicht-medizinischen Bedarfen in der Bevölkerung auszugehen und danach zu fragen, welche Versorgungsstrukturen hierfür zu schaffen sind. Anders formuliert: Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken, Krankenkassen, Pharmaindustrie und Medizintechnologie, aber auch alle Akteure im nicht-medizinischen Bereich sollen sich zu allererst an den Bedarfen der Bevölkerung orientieren und nicht an der Aufrechterhaltung überkommener Strukturen und finanzieller Aussichten. Damit kein Missverständnis entsteht: Dadurch soll ihnen keineswegs die Aussicht auf Gewinne und

angemessene Einkommen abgesprochen werden. Aber deren Optimierung und auch das Verhalten der Akteure müssen sich am Patienten orientieren.

Der Markt alleine bringt diese Änderung allerdings nicht hervor. Im Gegenteil, die Anbieterorientierung würde sich nur weiter fortsetzen und eventuell auch noch verstärken. Zum Nachteil der Patienten und Versicherten. Also muss gegen- und umgesteuert werden. Die vorliegende Analyse von Daniel Kopp soll dazu beitragen, durch eine verbesserte Kenntnis über die Funktionsweise des Systems und die Rolle der Akteurinnen und Akteure den Perspektivenwechsel voranzutreiben. Konkretisiert wird diese Absicht im letzten Kapitel seiner Darstellung am Beispiel der integrierten Versorgung. Hier wird aufgezeigt, welche Widerstände und Anknüpfungspunkte bei Programmen dieser Art der Versorgung bestehen.

Wir bedanken uns bei Daniel Kopp für sein sehr konstruktives Engagement und seine Kooperationsbereitschaft und wir hoffen, dass sein Beitrag in der Öffentlichkeit die Debatte über einen Perspektivenwechsel intensiviert.

Peter König

Leiter Gesprächskreis Sozialpolitik
Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik
Friedrich-Ebert-Stiftung

¹ Vgl. Evans, Michaela; Hilbert, Josef; Mickley, Birgit 2011: Soziale Gesundheitswirtschaft – Mehr Gesundheit, gute Arbeit, Wachstum, Friedrich-Ebert-Stiftung.

1. Einleitung

„Das Gesundheitssystem ist irre“, so die aus langjähriger Erfahrung gespeiste Erkenntnis eines Mannes, der in verschiedensten Funktionen des deutschen Gesundheitswesens tätig war. Ein Grund für diese niederschmetternde psychopathologische Diagnose liegt in der komplexen und unübersichtlichen Gemengelage unterschiedlichster Interessen und den mannigfachen Entfaltungsmöglichkeiten, die ihnen das deutsche Gesundheitssystem bietet. Es geht um Macht, Einkommen, Gewinne und manchmal um das Wohlergehen der Patientinnen und Patienten.

Der Anspruch der vorliegenden Expertise besteht nicht darin, das Gesundheitssystem zur Raison zu bringen, wohl aber im *Irrsinn* eine gewisse Ordnung und Struktur kenntlich zu machen. Ziel ist es einerseits, das komplexe Interessengeflecht des Gesundheitswesens analytisch zu durchdringen und zu strukturieren und andererseits aufzuzeigen, wie sich daraus Schlussfolgerungen für die Umsetzung politischer Reformkonzepte ziehen lassen. Zu diesem Zweck werden die wichtigsten Akteure des deutschen Gesundheitswesens, ihre Interessen und ihre Strategien zu deren Durchsetzung vorgestellt und Veränderungen ihrer Einflussmöglichkeiten benannt (Kapitel 2).² In einem zweiten Schritt wird anhand eines konkreten Reformvorschlages – dem Ausbau integrierter Versorgungsprogramme – aufgezeigt, wie die vorangegangenen Ausführungen für die Analyse und Umsetzung konkreter politischer Gestaltungsvorschläge nutzbar gemacht werden können (Kapitel 3). Der Reformvorschlag ist ein wichtiger Bestandteil des noch laufenden Projekts *Soziale Gesund-*

heitswirtschaft, das die Friedrich-Ebert-Stiftung und die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di gemeinsam durchführen.

Zunächst jedoch ein paar Vorbemerkungen zum Gesundheitssystem und seinen Besonderheiten: 278,3 Milliarden Euro und damit 11,6 Prozent des Bruttoinlandsproduktes gaben die Deutschen im Jahr 2009 für ihre Gesundheit aus. 160 Milliarden wurden dabei von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) getragen (Statistisches Bundesamt 2011). In diesen Zahlen spiegelt sich zum einen die hohe Wertschätzung wider, die dem Gut Gesundheit in einer modernen Industriegesellschaft entgegengebracht wird, und zum anderen seine wirtschaftliche Bedeutung.

Eine Besonderheit des Gesundheitssystems besteht darin, dass es im Vergleich zu anderen sozialen Sicherungssystemen nicht allein monetäre Transfers, sondern insbesondere Dienstleistungen organisiert (vgl. Gerlinger 2009: 39). Es muss daher stets bedacht werden, dass die Dienstleistungserbringer auch eigene, nicht primär gesundheitsbezogene Interessen verfolgen. Eine besondere Brisanz erfährt dieser Umstand durch den hohen Wissensbedarf und die asymmetrisch verteilte Information im Gesundheitswesen, die dazu führen, dass Leistungserbringer meistens einen Wissens- und Informationsvorteil gegenüber ihren Kunden besitzen. Auf die daraus resultierenden Folgen wird im Text an verschiedenen Stellen eingegangen. Eine Besonderheit des GKV-finanzierten Gesundheitsmarktes liegt darin, dass Leistungsempfänger und Leistungszahler auseinanderfallen (zumindest in der subjektiven Wahr-

2 Die Analyse beschränkt sich auf die einflussreichsten Interessengruppen. Zum einen aus Gründen der Übersichtlichkeit, zum anderen weil sie das Gesundheitssystem stärker prägen als kleinere, weniger mächtige Gruppen. Diese Auswahl folgt keiner Wertung ihrer Anliegen, sondern dient einzig dem Ziel, ein besseres Verständnis der Funktionsweise des Gesundheitssystems zu erlangen.

nehmung desjenigen, der eine gesundheitsbezogene Leistung erhält, da nicht er alleine, sondern das Kollektiv der Versicherungsgemeinschaft für das Gros der Ausgaben aufkommt). Dadurch entfällt für die Patientinnen und Patienten ein in anderen Märkten bestehender Anreiz zur Kostenkontrolle der Leistungserbringer. Und selbst wenn der Anreiz partiell gegeben sein sollte (wie z. B. bei einem hohen Selbstbehalt), erschweren die bereits erwähnten Informationsasymmetrien eine solche Kontrolle.

Eine Eigenart des *deutschen* Gesundheitssystems besteht in der zentralen Rolle, die der sogenannten Selbstverwaltung zukommt. Darunter versteht man „die eigenverantwortliche Verwaltung bestimmter öffentlicher Angelegenheiten durch selbstständige öffentlich-rechtliche Organisationseinheiten mit Beteiligung der Betroffenen unter Rechtsaufsicht des Staates“ (Schroeder 2009: 190). Der Staat delegiert bestimmte hoheitliche Aufgaben an die betroffenen Akteure, in diesem Falle die Spitzenverbände von Krankenhäusern, Ärztinnen und Ärzte und Krankenkassen,³ die innerhalb der vorgegebenen Rahmenordnung die jeweiligen Aufgabenbereiche eigenverantwortlich zu regeln haben.

Die Interessendurchsetzung im Gesundheitsbereich erfolgt auf drei verschiedenen Ebenen: Erstens versuchen Interessengruppen auf den Gesetzgebungsprozess Einfluss zu nehmen – ein Vorgang, der auch in anderen Politikfeldern zu be-

obachten ist und gemeinhin als Lobbyismus bezeichnet wird.⁴ Den in die Selbstverwaltung eingebundenen Akteuren bietet sich zweitens die Möglichkeit, ihre Partikularinteressen in den jeweiligen Selbstverwaltungsgremien durchzusetzen. Drittens muss auch die gegenseitige Beeinflussung der relevanten Akteure abseits politischer und korporatistischer Arenen in den Blick genommen werden, um die ganze Dimension der Interessenverflechtung zu erkennen. Als Beispiel hierfür ist die Beeinflussung von Ärztinnen und Ärzten durch die Pharmaindustrie zu nennen. Alle drei Einflussachsen werden bei den folgenden Ausführungen berücksichtigt.

Ein weiteres Charakteristikum des Gesundheitswesens besteht in der ausgeprägten Vorliebe seiner Akteure, sich als Vertreter des Allgemeinwohls und Anwalt der Patienten- und Beitragszahlerinteressen zu inszenieren. Doch es reicht ein Blick auf die alltäglichen Konflikte im Gesundheitswesen, um zu erkennen, dass in aller Regel (häufig durchaus nachvollziehbare) Eigeninteressen verfolgt werden (vgl. auch: Wagner 2009: 13; Etgeton 2009: 223). Diese Grundannahme liegt auch der vorliegenden Expertise zu Grunde, ohne damit ethische Beweggründe gänzlich auszuschließen. Die Verfolgung eigener Interessen stellt solange kein Problem dar, wie sie transparent sind und Öffentlichkeit und Politik dementsprechend damit umgehen können. Der Schaffung einer solchen Transparenz dient dieser Beitrag.

3 Letztere setzen sich wiederum aus den Beitragszahlern – Arbeitgebern und Versicherten – zusammen.

4 Thomas Gerlinger definiert Lobbyismus als „jene Formen und Strukturen der Interessenvermittlung [...], mit denen private Interessengruppen oder deren Verbände auf politische Akteure einwirken, um deren Entscheidungen im eigenen Interesse zu beeinflussen“ (Gerlinger 2009: 34).

2. Die Interessengruppen im Gesundheitswesen und ihre Strategien zur Interessenwahrung

2.1 Krankenkassen

Die Krankenkassen gehören seit Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1883 zum festen Inventar der korporatistischen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Ihr Verwaltungsrat ist in der Regel paritätisch mit Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber besetzt. Sie gliedern sich in verschiedene Kassenarten mit eigenen Spitzenverbänden. Diese vertraten bis zur Gesundheitsreform 2007 die Krankenkassen gegenüber Öffentlichkeit und Politik sowie im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Dort schlossen sie mit den jeweiligen Leistungserbringern verbindliche Rahmenverträge und Vergütungsvereinbarungen für die stationäre, ambulante und zahnärztliche Versorgung ab. Mit der Gesundheitsreform 2007 übernahm jedoch der neu gegründete, alle Kassen umfassende *Spitzenverband Bund der Krankenkassen* die genannten Aufgaben. Diese politisch verordnete Entmachtung der Spitzenverbände der einzelnen Kassenarten folgte einer Entwicklung, die bereits zu Beginn der 1990er Jahre einsetzte. Denn die Bedeutung der Kassenarten hatte schon mit Einführung der freien Kassenwahl im Rahmen des 1993 in Kraft getretenen Gesundheitsstrukturgesetzes drastisch abgenommen. Seither wurden die Versicherten nicht mehr qua ihrer beruflichen Profession einer bestimmten Kasse zugeteilt, sondern konnten sich diese weitgehend selber aussuchen.

Die Kassen wurden dadurch zu Konkurrenten im Wettbewerb um Beitragszahlerinnen und Beitragszahler, weshalb der Bedeutungsverlust

der Kassenarten mit einer Ausdifferenzierung der Kasseninteressen einherging. Der Konkurrenzdruck förderte zudem einen Konzentrationsprozess: Während es Anfang der 1990er Jahre noch über 1.000 Kassen gab, waren es im Jahr 2010 nur noch 169. Der im letzten Jahrzehnt von der Politik forcierte Wettbewerb um Selektivverträge zwischen Kassen und einzelnen Leistungserbringern (z. B. im Bereich der integrierten Versorgung, bei Disease-Management-Programmen oder Hausarztverträgen) förderte die Konkurrenz zwischen den Einzelkassen zusätzlich.⁵ Die Krankenkassen wandelten sich im Zuge dessen mehr und mehr zu betriebswirtschaftlich denkenden Unternehmen (vgl. Hänlein 2009: 114). Ihr Ziel ist die Erlangung eines Wettbewerbsvorteils im Vergleich zu den Mitkonkurrenten und ihre Interessen bestimmen sich nicht zuletzt auf Grund der jeweiligen Marktposition. Ein Beispiel hierfür ist die unterschiedliche Haltung der Kassen gegenüber einem verstärkten Selektivvertragswettbewerb. Während der AOK Bundesverband grundsätzlich für einen solchen Wettbewerb eintritt, sind die anderen Kassen zurückhaltender. Robert Paquet sieht das offensive Vorgehen der AOKen in ihrer Marktführerschaft begründet, wodurch sie im Vergleich zu ihren Konkurrenten eine besonders günstige Ausgangsposition für wettbewerbliche Verträge haben (Paquet 2011: 40). Die unterschiedlichen Interessen der Einzelkassen zeigten sich ebenfalls bei Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs im Jahr 2009, der sich nicht mehr an einzelnen Ausgleichsfaktoren wie Alter und Geschlecht, sondern an einer direkten Be-

⁵ Im Gegensatz zu Kollektivverträgen, die zwischen den Verbänden (KVen und Spitzenverbänden der Kassen) abgeschlossen werden und für alle Mitglieder dieser Verbände gelten, geben Selektivverträge den einzelnen Akteuren (der einzelnen Kasse bzw. dem einzelnen Arzt/Arztgruppe) die Möglichkeit, unter Umgehung der Verbände Versorgungsverträge abzuschließen.

wertung des Morbiditätsrisikos der Versicherten orientiert. Krankenkassen mit einer *guten* Risikostruktur ihrer Mitglieder, d.h. solche, die mit geringer Wahrscheinlichkeit krank werden, wählten sich im Vergleich zum Status quo im Nachteil, da der daraus resultierende Wettbewerbsvorteil nun teilweise ausgeglichen wird. Sie leisteten daher erheblichen Widerstand gegen die Einführung des *Morbi-RSA* (vgl. Hajen et al. 2010: 282), während er von Kassen mit einer *schlechten* Risikostruktur der Mitglieder begrüßt wurde.

Die Konkurrenz der Einzelkassen untereinander und daraus resultierende Interessendifferenzen erschweren eine einheitliche Positionierung ihrer Verbände. Geschwächt wurde deren Position außerdem durch die politisch angeordnete Übertragung wichtiger Kompetenzen von den Spitzenverbänden der Kassenarten auf den neu gegründeten Spitzenverband Bund, da diese Zentralisierung gegenüber der bisherigen Organisationsstruktur eine engere Anbindung des Spitzenverbandes an das Gesundheitsministerium mit sich brachte (vgl. Paquet 2009a: 47). Die Bedeutung der Verbände (auch diejenige des neuen Spitzenverbandes) schwindet des Weiteren durch die zunehmenden selektivvertraglichen Kompetenzen der einzelnen Kassen und das dadurch induzierte Aufweichen des korporativen Kollektivvertragssystems. Dem Machtverlust der Verbände steht hierbei jedoch ein Gewinn an autonomer Gestaltungsmacht der Einzelkassen gegenüber.

Mit der Gesundheitsreform 2007 verloren allerdings auch sie wichtige Kompetenzen: Durch die Einführung des allgemeinen, staatlich festgesetzten Beitragssatzes büßten die Kassen einen großen Teil ihrer Finanzautonomie ein. Diese reduziert sich nunmehr auf die Festsetzung eines (in der Höhe begrenzten) Zusatzbeitrages.

Auch wenn sich die Verbände und Spitzenverbände als offizielle Vertreter der Einzelkassen deren Interessen zu eigen machen müssen, ver-

folgen sie auch Eigeninteressen. Grundsätzlich sind sie darauf aus, möglichst viele Kompetenzen anzuziehen, um die Gesundheitspolitik effektiv mitzugestalten und die eigene Existenz zu rechtfertigen. Neben dem Verbandsinteresse müssen jedoch stets auch die Interessen einzelner Verbandsfunktionäre beachtet werden. Diese versuchen ihre jeweilige Machtposition abzusichern und wehren sich gegen strukturelle Veränderungen, die ihre Machtstellung einschränken.⁶ Im Gegensatz zu diesem machtpolitischen Kalkül der Verbände stehen bei den einzelnen Kassen ökonomische Ziele im Vordergrund. Grundsätzlich hat jede Kasse ein Interesse, ihre Kosten möglichst gering zu halten. Dieses Interesse deckt sich mit demjenigen der Beitragszahler – mit demjenigen der Patienten hingegen nicht zwingend.⁷ Zudem möchte eine Kasse möglichst viele Mitglieder werben. Hierbei stehen sie in starker Konkurrenz zueinander. Als die Kassen ihre Beiträge noch selber festsetzen konnten, ging der Mitgliederwettbewerb so weit, dass sich einige Kassen stark verschuldeten, nur um durch niedrige Beiträge möglichst viele Mitglieder zu gewinnen. Teilweise wurden dafür die Kassenhaushalte mit äußerst fragwürdigen Finanzmethoden schöngerechnet (Hinrichs/Nowak 2005: 11). Nach wie vor sind – trotz morbiditätsorientiertem Risikostrukturausgleich – Versicherte mit einer *guten* Risikostruktur besonders attraktiv. Die Kassen der GKV sind zwar verpflichtet, jedes Mitglied aufzunehmen, durch entsprechendes Marketing versuchen sie aber, vor allem junge und gesunde Personen anzuwerben. Auch der *Morbi-RSA* vermochte diesen Anreiz zur Risikoselektion nicht gänzlich zu überwinden (vgl. Hajen et al. 2010: 122). Die Gefahr besteht dabei, dass die Kassen die Optimierung ihrer Kostenstruktur nicht über eine effizientere Gestaltung der Versorgungsstrukturen vorantreiben (die auch den Patienten und Beitragszahlern zu Gute käme), sondern lediglich über das Anwerben *guter*

6 So waren es die Verbandsfunktionäre der Krankenkassen, die am lautesten gegen die Ablösung der Spitzenverbände der Kassenarten durch den neuen Spitzenverband Bund protestierten (Reiners 2011: 201).

7 Nicht so sehr aus praktischen, wohl aber aus analytischen Gründen ist es sinnvoll, Patienteninteressen von Beitragszahlerinteressen zu unterscheiden. Zwar ist in der Regel kein Mensch im Laufe seines Lebens nur Patient oder nur Beitragszahler, doch in einzelnen Lebensphasen oder Situationen steht meist eine der beiden Interessendimensionen im Vordergrund. Während die Interessen der Patienten vor allem auf die Versorgungssituation zielen, konzentrieren sich die Interessen der Beitragszahler auf die Kosten. Es kommt öfter vor, dass sich die beiden Interessen widersprechen, was für politische Entscheidungsträger einen schwierigen Prozess des Abwägens zur Folge hat.

Risiken. Die Fixierung auf den Mitgliederwettbewerb kann dabei im intransparenten und durch asymmetrische Informationsverteilung geprägten Gesundheitsmarkt zu Verhaltensweisen führen, die den Interessen der Versicherten sogar entgegenlaufen: Ein Beispiel ist die öffentlichkeitswirksame Ankündigung zweier großer Krankenkassen im Dezember 2006, die Kosten für die HPV-Impfung (zum Schutz vor Gebärmutterhalskrebs) zu übernehmen, obwohl die Impfung von den staatlichen Stellen nicht empfohlen wurde und bis heute umstritten ist. Selbst aus den Daten des Herstellers geht hervor, dass die Impfung bei Mädchen und Frauen nach dem ersten Sexualkontakt wenig Sinn macht, trotzdem wird sie von einigen Krankenkassen auch für Frauen im fortgeschrittenen Alter bezahlt (vgl. Sieber 2010: 181-183). Die Medizinjournalistin Ursel Sieber erklärt das Handeln der Krankenkassen mit deren betriebswirtschaftlicher Sicht, die sie im Wettbewerb um (junge und gesunde) Kundinnen und Kunden an den Tag legen (Sieber 2010: 182).

Der Einfluss der Krankenkassen auf die Gesundheitspolitik vollzieht sich weniger durch klassisches Lobbying als vielmehr innerhalb der Selbstverwaltungskörperschaften. Im G-BA belegen die Kassenvertreter immerhin fünf von 13 Sitzen. Wenn sie dort Allianzen mit Teilen der Leistungserbringer eingehen können, kommt ihnen ein großes Gewicht zu.

Doch neben den korporatistischen Verhandlungen werden auch klassische Lobbystrategien zur Interessendurchsetzung gewählt: So setzen die Krankenkassen mitunter ihre Mitgliederzeitschriften ein, die mit einer Auflage in zweistelliger Millionenhöhe erscheinen, um ihre Anliegen und Argumente öffentlichkeitswirksam in zahlreichen Haushalten zu platzieren und dadurch Druck auf die Politik auszuüben. Zudem haben sie sich nicht davor gescheut, in einer bundesweiten Anzeigekampagne Stellung gegen die Gesundheitsreform 2007 zu beziehen – was ihnen einen heftigen Konflikt mit dem Bundesministerium für Gesundheit einbrachte (vgl. Gerlinger 2009: 48). Diese Ausführungen zeigen, dass die Krankenkassen nicht als verlängerter Arm der Politik agieren, sondern in erster Linie ihre eigenen Interessen verfolgen.

2.2 Niedergelassene Ärzte

Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sind in Ärztekammern, freien Verbänden und den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) organisiert. Letztere sind regional nach Bundesländern gegliedert (nur NRW besitzt zwei KVen) und als Körperschaften öffentlichen Rechts verfasst. Auf Bundesebene werden die KVen von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) repräsentiert. Die KBV vertritt die niedergelassenen Ärzte im Gemeinsamen Bundesausschuss. Zu den Hauptaufgaben der KVen gehört die Vertretung der Ärzte in den Verhandlungen mit den Krankenkassen über die Honorarverträge, die Verteilung der Honorare unter den Ärzten, die Überwachung der Pflichten der Vertragsärzte sowie die Sicherstellung der ambulanten Versorgung in ihrem jeweiligen Gebiet (Sicherstellungsauftrag). Für alle Vertragsärzte ist die Mitgliedschaft in einer KV obligatorisch. Sie sind zudem an die Verträge und Beschlüsse ihrer KV und der KBV gebunden.

Wie bei den Krankenkassen verlieren die großen, traditionellen Verbände, in diesem Fall die KVen, auch bei den Ärzten an Bedeutung, während kleinere, homogenere Gruppierungen wichtiger werden. Die Ursachen dieser Entwicklung sind annähernd dieselben wie bei den Krankenkassen:

Zum einen differenzierten sich innerhalb der Ärzteschaft die Interessen immer weiter aus. Die seit den 1990er Jahren durchgeführten Kostendämpfungsmaßnahmen, insbesondere das 1992 verabschiedete Gesundheitsstrukturgesetz, führten zu verstärkter Konkurrenz unter den Ärztinnen und Ärzten bzw. den verschiedenen Arztgruppen. Die mit dem Gesetz von 1992 eingeführte Budgetierung der Leistungsausgaben erschwerte die Durchsetzung von Honorarsteigerungen für die gesamte Ärzteschaft. Individuelle Einkommenszuwächse konnten nur noch auf Kosten anderer Ärzte erzielt werden, was die innerärztlichen Verteilungskonflikte anheizte. Die Konfliktlinien verlaufen dabei hauptsächlich entlang der Fachgruppenzugehörigkeit. Gerlinger sieht insbesondere das Verhältnis zwischen Hausärzten und Fachärzten von „tiefen Zerwürfnissen geprägt“ (Gerlinger 2009: 41f.). Ein Beispiel für

einen solchen Konflikt nennt der SPD-Gesundheitsexperte Karl Lauterbach: Bei Einführung der Praxisgebühr befürchteten die Fachärzte, dass mehr Geld an die Allgemeinärzte fließe und dadurch für sie weniger übrig bleibe, was einen handfesten Verteilungskampf innerhalb der Ärzteschaft zur Folge hatte (zitiert nach: Hinrichs/Nowak 2005: 59). Auch die tatsächliche Einkommensverteilung unter den Vertragsärzten spiegelt die fragmentierten Interessen niedergelassener Ärzte wider: So verdienen Hausärzte nach Abzug der Praxiskosten nur halb so viel wie fachärztliche Internisten oder Radiologen (Reiners 2011: 179). Diese Interessendifferenzierung führt dazu, dass einige Arztgruppen den KVen die Fähigkeit zur wirksamen Interessenvertretung ihrer Mitglieder absprechen (vgl. Stillfried von/Gräf 2009: 161).

Zum anderen sorgt die politisch forcierte Einführung wettbewerblicher Elemente für eine Aufweichung des Vertragsmonopols der KVen. Auf immer mehr Versorgungsgebieten können die Krankenkassen Verträge mit einzelnen Ärztinnen und Ärzten oder Arztgemeinschaften schließen (Selektivverträge) und sind nicht mehr auf eine Einigung mit den KVen angewiesen. Dadurch wird der Sicherstellungsauftrag der KVen im Bereich der ambulanten Versorgung ausgehöhlt und ihre Position nachhaltig geschwächt.

Nicht nur die KVen, sondern auch die großen freien Verbände wie der Hartmannbund und der NAV-Virchow-Bund leiden unter der zunehmenden Heterogenität ihrer Mitglieder. Nutznießer dieser Schwäche sind kleinere berufsgruppenspezifische Verbände. Sie sind eher in der Lage, die vergleichsweise homogenen Interessen ihrer Mitglieder zu bündeln (vgl. Gerlinger 2009: 42). An politischem Einfluss gewonnen hat in den letzten Jahren insbesondere der Hausärzteverband, der nach eigenen Angaben 32.000 Mitglieder zählt. Ihm stehen in der innerärztlichen Auseinandersetzung die Facharztverbände gegenüber, so z. B. die Berufsvereinigung Deutscher Internisten mit 25.000 Mitgliedern, der Berufsverband

Deutscher Chirurgen (15.000 Mitglieder) und der Bundesverband Deutscher Anästhesisten (16.000 Mitglieder) (vgl. Bandelow 2007: 277). Das Erstarren des Hausärzteverbandes wurde politisch forciert. So verpflichtete die Politik mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz aus dem Jahr 2007 alle Kassen, ihren Versicherten so genannte Hausarztmodelle anzubieten (§37b SGB V). Bei einem solchen Modell verzichten die Versicherten auf das Recht zur freien Arztwahl und verpflichten sich – außer in Notfällen – immer zuerst einen Hausarzt aufzusuchen. Falls erforderlich überweist dieser sie an Fachärzte. Um die Versicherten für solche Modelle zu gewinnen, bieten ihnen die Kassen finanzielle Anreize an. Die Hausarztverträge können direkt zwischen Krankenkassen und Hausärzten oder deren Gemeinschaften geschlossen werden. In vielen Fällen trat dadurch der Hausärzteverband als Vertragspartner der Krankenkassen an die Stelle der KVen.

Ein weiteres Beispiel für den Bedeutungsverlust der KVen und die Stärkung kleinerer Verbände ist die Entstehung des MEDI-Verbundes, eines Zusammenschlusses von mittlerweile 13.000 Ärzten, der 1999 explizit als „Parallelorganisation zur Kassenärztlichen Vereinigung“ gegründet wurde, da diese „die berufspolitischen Interessen der Mediziner immer weniger wahrnahmen“, wie es auf der Homepage heißt (MEDI-Verbund 2011). Auch der MEDI-Verbund schließt in bestimmten Bereichen wie der Integrationsversorgung oder der hausarztzentrierten Versorgung Verträge mit den Krankenkassen und ersetzt dort die KVen.

Die in der Gesundheitspolitik artikulierten Interessen der Ärztinnen und Ärzte sind vor allem ökonomischer Natur. Diese Feststellung spricht Ärzten berufsethische Motivationen nicht ab, sondern betont lediglich ihre vorrangigen, verhaltensleitenden Prioritäten, welche der Maximierung des eigenen Einkommens eine hohe Bedeutung beimessen. Auch statusbezogene Überlegungen spielen eine wichtige Rolle (vgl. Bandelow 2007: 272).⁸ Manche Gesundheitsexperten glauben jedoch, dass der zunehmende

⁸ Dies wird dadurch verstärkt, dass die Gesundheitspolitik der Ärzte vornehmlich von Funktionären gestaltet wird, die das Wohlergehen der Patientinnen und Patienten tendenziell schwächer gewichten als Ärzte, die in direktem Kontakt mit ihren Patienten stehen.

Frauenanteil unter den Medizinerinnen zu einer Prioritätenverschiebung bezüglich deren Interessen und Zielen führt.⁹ Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf würde demnach stärker in den Vordergrund treten, wodurch flexiblere, weniger zeitaufwändige (aber womöglich auch mit weniger Einkommen verbundene) Versorgungsstrukturen attraktiv werden könnten.¹⁰

Neben der Vertretung der Ziele ihrer Mitglieder verfolgen die Verbände auch eigene Interessen. Die freien Verbände streben nach möglichst vielen Mitgliedern, während bei den KVen, in denen alle Kassenärzte qua Gesetz Mitglieder sind, der Erhalt und Ausbau der Verbandskompetenzen eine wichtige Zielsetzung darstellt (vgl. Bandelow 2007: 288).

Ein Großteil der Interessenartikulation und -durchsetzung durch die Ärzteschaft findet über die KVen in der gemeinsamen Selbstverwaltung statt. Des Weiteren üben die Ärzte auch von außen Druck auf die Politik aus. Dabei stellt nicht zuletzt ihr täglicher Zugang zu hunderttausenden Patientinnen und Patienten eine wichtige Machtressource dar (vgl. Gerlinger 2009: 48).¹¹

Ein plastisches Beispiel für die Macht einzelner ärztlicher Berufsverbände ist die Einführung der verpflichtenden Hausarztverträge mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG). Im Herbst 2008 vor der bayrischen Landtagswahl setzte der bayrische Hausärzteverband die CSU so stark unter Druck, dass diese im GKV-OrgWG eine faktische Abschlussverpflichtung der Krankenkassen für Hausarztverträge mit dem Hausärzteverband durchsetzte. Denn dort wurde festgeschrieben, dass die Kassen nur dann mit der KV entsprechende Verträge ab-

schließen dürfen, wenn sie im Bezirk einer KV keinen Vertragspartner finden, der mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte vertritt. Da der deutsche Hausärzteverband diese Bedingung in der Regel erfüllt, wurde ihm bzw. seinen Landesverbänden in vielen Regionen ein Vertragsmonopol eingeräumt. Auch im Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung wurde diese Bestimmung auf Betreiben der CSU nicht angetastet, obwohl ihr die FDP skeptisch gegenübersteht (vgl. Paquet 2011: 35).

Um ihren Interessen Ausdruck und Legitimation zu verleihen, argumentieren insbesondere die Kassenärztlichen Vereinigungen gerne mit der Solidarität unter den Versicherten.¹² Die Gemeinwohrrhetorik mag in manchen Fällen auf ehrlicher Überzeugung beruhen, häufig dient sie jedoch als Instrument, um die eigenen Partikularinteressen öffentlichkeitswirksam zu legitimieren.

Um ihren Partikularinteressen auf einer weiteren Ebene Geltung zu verschaffen, lassen sich einige Ärzte auch auf enge Verbindungen mit der Pharmaindustrie ein. Dieses Beziehungsgeflecht wird in Kapitel 2.4 näher beleuchtet.

2.3 Krankenhäuser

Die Krankenhäuser stellen mit knapp 67 Milliarden Euro (2008) den größten Budgetposten innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung dar. Sie haben entweder öffentliche (Kommunen oder Länder), freigemeinnützige oder private Träger. Mittlerweile teilen sich die Krankenhäuser in Deutschland etwa zu je einem Drittel auf die drei Trägerarten auf. Der Anteil an privaten Kranken-

9 Der Frauenanteil an den niedergelassenen Ärzten ist von 33 Prozent im Jahr 2001 auf 36 Prozent im Jahr 2009 gestiegen. Da im Jahr 2008 rund 65 Prozent aller Medizinstudierenden im ersten Semester weiblich waren (vgl. KBV 2011), ist eine Fortschreibung dieses Trends sehr wahrscheinlich.

10 So zeigt eine Umfrage in den USA, dass Medizinerinnen flexible Arbeitszeiten, Möglichkeiten der Teilzeitarbeit sowie Möglichkeiten der Kinderbetreuung deutlich stärker gewichten als ihre männlichen Kollegen (Reiners 2011: 174).

11 Der Streik als Mittel, um die Öffentlichkeit auf seine Belange aufmerksam zu machen, steht den Vertragsärzten hingegen nicht zur Verfügung. Da sie den Sicherstellungsauftrag inne haben, sind ihnen Streiks verboten.

12 So verteidigen Stefan Gräf und Dominik Graf von Stillfried von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung das Kollektivvertragssystem gegen das Aushöhlen durch Selektivverträge mit folgender Argumentation: Das Kollektivvertragssystem liefere die Mechanik, um den sozialpolitischen Grundsatz der Solidarität in die Praxis umzusetzen, da es jedem gesetzlich Versicherten unabhängig von seiner Beitragsleistung oder seinem Einkommen uneingeschränkten und gleichartigen Zugang zum vollen Leistungsspektrum der ambulanten medizinischen Betreuung verschaffe (von Stillfried; Gräf 2009: 160).

häusern nimmt seit einigen Jahren jedoch stetig zu (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2011). Der Bund bestimmt zwar über Leistungen und Entgelte in der stationären Versorgung, die Länder haben jedoch den Sicherstellungsauftrag im stationären Bereich inne. Sie stellen zu diesem Zweck Krankenhauspläne auf und sind für die Finanzierung der Investitionskosten derjenigen Krankenhäuser verantwortlich, die in den Landeskrankenhausplan aufgenommen wurden. Die laufenden Betriebskosten werden über diagnosebezogene Fallpauschalen (sog. DRGs – Diagnosis Related Groups) von den Krankenkassen und über eine geringe Zuzahlung pro Tag von den Patientinnen und Patienten getragen.

In den 1990er Jahren hat sich der Wettbewerb unter den Krankenhäusern einerseits und zwischen ambulantem und stationärem Sektor andererseits verstärkt (Hajen et al. 2010: 168): Der mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 eingeläutete Übergang von Tagespauschalen auf landeseinheitliche, leistungsbezogene Fallpauschalen (der erst 2010 abgeschlossen wurde) erhöhte die Transparenz und die Vergleichbarkeit der Krankenhausleistungen untereinander und schuf damit die Voraussetzung für einen stärkeren Wettbewerb zwischen den einzelnen Häusern. Die politischen Kostensenkungsmaßnahmen im Gesundheitssystem taten ihr Übriges zu dessen weiterer Forcierung. Zudem erfolgte in den vergangenen Jahren eine vorsichtige Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung¹³ – begleitet vom Protest vieler niedergelassener Fachärzte, die dadurch neue Konkurrenz bekamen.

Die Interessenvertretung der deutschen Krankenhäuser vollzieht sich auf zwei Wegen. Zum einen sind sie Mitglieder in einer der 16 Landeskrankenhausgesellschaften, die auf Landesebene Vertragspartner der Krankenkassen sind, zum anderen sind sie trägerspezifisch organisiert. Landeskrankenhausgesellschaften und Spitzenverbände der Träger werden auf Bundesebene durch

die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) vertreten. Sie ist neben dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der KBV die dritte Partei im G-BA und schließt dort mit den Krankenkassen verbindliche Rahmenverträge ab. Eine wichtige Interessengruppe innerhalb des stationären Sektors stellen die Krankenhausärzte dar. Sie sind im Marburger Bund organisiert, der die Tarifverhandlungen mit den Krankenhausbetreibern führt, einen hohen Organisationsgrad besitzt und deshalb die einflussreichste Interessenvertretung unter den freien Ärzteverbänden ist. Weitere im stationären Bereich beschäftigte Berufsgruppen wie die im Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe organisierten Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger haben hingegen keinen starken Einfluss auf die Gesundheitspolitik.

Alle Krankenhäuser sind zunächst am Erhalt ihres Hauses interessiert. Dass dieser nicht zwingend gesichert ist, zeigt ein Blick auf die Entwicklung der Anzahl an Krankenhäusern: Während es 1999 in Deutschland 2.252 Krankenhäuser gab, waren es zehn Jahre später noch 2.082. Auch die Bettenanzahl ging zurück (vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft 2011). Da die Bettenauslastung von 1999-2009 ebenfalls um fünf Prozentpunkte auf 77,5 sank, wird die Vermutung genährt, dass noch mehr Einsparpotenzial vorhanden ist. Neben dem grundsätzlichen Interesse an ihrem Erhalt haben die Häuser ein ökonomisches Interesse an möglichst geringen Kosten und hohen Einnahmen. Weil Letztere auf den diagnoseorientierten Fallpauschalen basieren, versuchen die Krankenhäuser möglichst hohe Basisfallwerte mit den Krankenkassen auszuhandeln.¹⁴ Da mittlerweile in einem Bundesland ein einheitlicher Basisfallwert gilt, decken sich diesbezüglich die Interessen aller Krankenhäuser eines Bundeslandes. Entgegengesetzte Interessen verfolgen sie hingegen bezüglich ihrer Zielsetzung, möglichst viele Krankheitsfälle zu bekommen, weshalb sie in ständiger Konkurrenz um Patienten stehen. Schließlich ha-

13 Insbesondere durch Paragraph 116b des Sozialgesetzbuchs V (SGB V), demzufolge Krankenhäuser bei entsprechender Genehmigung durch das Land bei hoch spezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen zur ambulanten Behandlung berechtigt sind.

14 Die landesbezogenen Basisfallwerte werden zwischen den Landeskrankenhausgesellschaften und den Landesverbänden der GKV und der Privaten Krankenversicherung (PKV) vereinbart und mit der Punktzahl multipliziert, die dem jeweiligen Krankheitsfall auf Grund seiner Einordnung in den Fallpauschalenkatalog zugeschrieben wird. Daraus resultiert der Eurobetrag, den ein Krankenhaus für eine bestimmte Leistung erhält.

ben Krankenhäuser ein Interesse daran, die Behandlungskosten niedriger zu halten als die dem jeweiligen Fall zugeschriebene Fallpauschale. Dies kann ein Anreiz zur Optimierung der internen Abläufe im Behandlungsprozess sein (den ein System, das auf Tagespauschalen basiert, nicht bietet), allerdings besteht auch die Gefahr, dass Patienten vorzeitig entlassen werden oder die Behandlungsqualität leidet, sofern dadurch Kosten gespart werden können. Die Krankenhausärzte teilen die Interessen ihrer Arbeitgeber im Grundsatz, da auch sie langfristig von einer positiven Geschäftsentwicklung profitieren. Gleichzeitig sind sie aber bestrebt, möglichst hohe Tarifabschlüsse auszuhandeln, was den Interessen der Träger an möglichst niedrigen Kosten naturgemäß zuwiderläuft.

Deutliche Interessendifferenzen treten zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor auf. Da jeder Euro im Gesundheitssystem nur einmal ausgegeben werden kann, stehen die beiden Bereiche in einem Konkurrenzverhältnis. Folgender aufsehenerregender Betrugsfall im Sommer 2010 dient als plastisches Anschauungsbeispiel: In den medizinischen Versorgungszentren der Berliner DRK-Kliniken wurden niedergelassene Kassenärzte nur zum Schein angestellt, um über deren Zulassung Leistungen anderer Mediziner bei der KV abzurechnen. Dadurch gingen die Kosten nicht zu Lasten des Krankenhausbudgets, sondern zu Lasten der niedergelassenen Ärzte. Der finanzielle Schaden belief sich der KV zufolge auf 25 Millionen Euro. In einem gerichtlichen Vergleich bezahlten die DRK Kliniken Berlin der KV schließlich elf Millionen Euro zurück (vgl. Ärzte Zeitung 2010; Berliner Morgenpost 2010). Dies zeigt, wie die einzelnen Sektoren – mitunter mit illegalen Methoden – versuchen, sich auf Kosten des jeweils anderen Sektors zu bereichern. Die von Krankenhäusern betriebenen medizinischen Versorgungszentren scheinen dafür besonders anfällig, weil hier die strikten sektoralen Grenzen auf Seite der Versorgungsstrukturen aufgehoben wurden, die Finanzierungsquellen jedoch nach wie vor verschieden sind.

Doch auch innerhalb des ambulanten Sektors haben sich die Interessen auf Grund des verschärften Wettbewerbs ausdifferenziert. So drängen die aktiveren und effizienteren Häuser auf mehr Wettbewerb und würden sich auf Einzelverträge mit den Kassen einlassen, während vor allem schwächer positionierte Häuser die Entwicklung blockieren. Häufig sind privat getragene Krankenhäuser eher als die anderen Trägerarten für einen behutsamen Einstieg in den Selektivvertragswettbewerb (vgl. Paquet 2011: 41). Der Trend zu einer Ausdifferenzierung der Interessen im stationären Sektor wird durch große Unterschiede im Investitionsgebaren der Länder zusätzlich gefördert (vgl. Paquet 2009b: 150). Die Krankenhäuser im einen Bundesland erhalten dadurch mehr finanzielle Unterstützung als diejenigen in einem anderen. Diese unterschiedlichen Wettbewerbsvoraussetzungen schlagen sich in ihren Interessen nieder.

Trotzdem ziehen die Krankenhäuser in vielen Fragen an einem Strang und waren darin unter Führung der DKG in den letzten Jahren sehr erfolgreich, wie unter anderem die Gesundheitsreform 2007 zeigte: Ursprünglich sollten die Krankenhäuser einen jährlichen Sanierungsbeitrag in Höhe von einem Prozent der Ausgaben für stationäre Leistungen an die Kassen zahlen (d. h. rund 500 Millionen Euro). Sie konnten diesen jedoch auf 280 Millionen Euro im Jahr 2007 und jährlich 380 Millionen Euro ab 2008 reduzieren (vgl. Gerlinger 2009: 46). Ein weiterer Beispiel für den starken Einfluss der Krankenhäuser ist ihr Kampf um den Erhalt des sogenannten Verbotsvorbehaltes. Dieser besagt, dass neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Gegensatz zum ambulanten Sektor *ohne* vorherige Prüfung durch den G-BA zu Lasten der GKV erbracht werden können. Dies soll Innovationen fördern und alle Patientinnen und Patienten möglichst schnell am technischen Fortschritt teilhaben lassen. Allerdings können ungeprüfte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auch Schäden bei den Patienten anrichten.¹⁵ Im Jahr 2005 wollte der G-BA deshalb den Verbotsvorbehalt einschrän-

15 So war es z. B. beim Operationsroboter „Robodoc“, mit dem in Deutschland ohne ausführliche Nutzenprüfung Hüftgelenks- und Kniegelenksoperationen durchgeführt wurden. Erst Jahre nach seiner Einführung in der ersten Klinik wurden die Operationen eingestellt, da der Roboter ungewöhnlich häufig Nerven und Muskeln beschädigt hatte. 650 Geschädigte haben sich daraufhin zu einer Selbsthilfegruppe zusammengesetzt und führen seither Prozesse. Manche können nur noch an Krücken gehen oder sitzen im Rollstuhl (vgl. Sieber 2010: 160-161).

ken, indem neue Diagnose- und Operationsverfahren zunächst nur an ausgewählten Kliniken im Rahmen wissenschaftlicher Studien zugelassen worden wären. Erst wenn die Studien den Erfolg des Verfahrens belegt hätten, wäre das Verfahren in allen Kliniken und Praxen erlaubt worden. Die DKG opponierte gegen den Beschluss des G-BA und erreichte schließlich, dass Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt ihr Veto einlegte (vgl. Sieber 2010: 159-164). Den Verbotsvorbehalt im stationären Sektor gibt es somit weiterhin.

Die Macht der Krankenhäuser und deren Fixierung auf ökonomische Interessen werden auch am Streit um verschärfte Regelungen zur Entbindung Frühgeborener ersichtlich. Da mehrere wissenschaftliche Studien aufzeigen, dass Frühgeborene in darauf spezialisierten Kliniken eine deutlich höhere Überlebenschance haben als in Häusern, die selten früh geborene Kinder entbinden, wollte Ministerin Ulla Schmidt im Jahr 2003 Mindestzahlen einführen: Babys mit einem Gewicht von unter 1.500 Gramm sollten nur noch in Kliniken entbunden werden, die pro Jahr mindestens 50 solcher Fälle behandeln. In anderen Industrieländern gibt es schon längst ähnliche Regelungen. Doch die Entscheidung darüber trifft in Deutschland nicht die Politik, sondern der G-BA. Dort konnte die DKG entsprechende Regelungen bis heute erfolgreich blockieren. Ihr Motiv ist ein ökonomisches: Frühchen auf die Welt zu bringen ist ein lukratives Geschäft, von dem auch kleinere Krankenhäuser profitieren wollen (vgl. Kleinhubbert et al. 2007: 48-52). Diese Krankenhäuser konnten sich mit ihren Interessen innerhalb der DKG durchsetzen. Der Schaden der Patienten – in dem Fall der früh geborenen Kinder – wird billigend in Kauf genommen, was Ulla Schmidt noch zurückhaltend als „unverantwortlich“ bezeichnete (zitiert nach: Kleinhubbert et al. 2007: 52).

Der Grund für die Macht der Krankenhäuser liegt in ihrer regionalen Bedeutung. Mit einem Umsatzvolumen von rund 62 Milliarden Euro sind die aktuell etwa 2.100 Krankenhäuser mit ihren knapp einer Million Beschäftigten ein wichtiger Wirtschaftsfaktor. In vielen Städten und Gemeinden sind sie die wichtigsten Arbeitgeber so-

wie Abnehmer für Zulieferer und Dienstleistungsunternehmen (vgl. Heins 2009: 157). Jede Schließung eines Krankenhauses stellt somit einen politischen „Sprengsatz“ dar (Paquet 2011: 22). Den Krankenhäusern gelingt es daher häufig, Lokalpolitiker und vor allem die jeweiligen Bundesländer als Verbündete zu gewinnen, um Sparmaßnahmen zu ihren Lasten zu verhindern, selbst wenn dadurch unwirtschaftliche Strukturen aufrecht erhalten werden (vgl. Paquet 2011: 27). Die Blockademacht der Landesregierungen rührt daher, dass für strukturelle Veränderungen in der stationären Versorgung in der Regel die Zustimmung des Bundesrates notwendig ist.

Für die Lokalpolitiker liegt die Bedeutung der Krankenhäuser jedoch nicht nur in deren wirtschaftlicher Potenz. Häufig gibt es zwischen kommunalen Krankenhäusern und der (Lokal)Politik auch enge personelle Verflechtungen, die manchmal sogar unwirtschaftlich arbeitende Häuser vor einer Schließung oder Privatisierung bewahren. Neben möglichen personellen Verflechtungen zwischen Politik und Krankenhaussektor und dessen wirtschaftlicher Bedeutung stellt die hohe Sensibilität in der Bevölkerung bezüglich der Krankenhäuser deren größte Machtressource dar. Durch die Wahrnehmung existenzieller Aufgaben haben sie bei einer entsprechenden Dramatisierungsstrategie große Chancen, mit ihren Anliegen in der Öffentlichkeit Gehör zu finden und Druck auf die Politik auszuüben. Aus diesem Grund musste Ende 2010 der damalige Gesundheitsminister Phillip Rösler von seinen ursprünglichen Sparplänen im Krankenhausbereich abweichen, die vorsahen, dass die Klinikpreise bis 2012 nur um jeweils 0,25 Prozent pro Jahr ansteigen dürfen. Georg Baum, Hauptgeschäftsführer der DKG, warf Rösler daraufhin öffentlich vor, mit seinem Sparpaket die Fehlerquote in den Kliniken in die Höhe zu treiben. Ob er dabei eine tatsächliche Gefahr benannte oder die Angst in der Bevölkerung aus strategischen Gründen schürte, sei dahingestellt. Der öffentliche Druck veranlasste Rösler jedenfalls dazu, Änderungen zu Gunsten der Krankenhäuser vorzunehmen. Nun dürfen die Preise 2011 um 0,9 Prozent und 2012 gar um ein Prozent steigen (vgl. Baumann/Szent-Ivanyi 2010). Wegen des großen Einflusses

der Krankenhäuser auf die Gesundheitspolitik klagt Franz Knieps, ehemaliger Abteilungsleiter im Bundesministerium für Gesundheit: „Gegen die Macht der Deutschen Krankenhäuser unternimmt keiner was im Ministerium. Da hat man alle gegen sich: die Klinikchefs, die Gewerkschaften, die Pfarrer, die Chefärzte, die Abgeordneten, die Lokalpolitiker – da fallen einem sogar die Leute aus der eigenen Partei in den Rücken.“ (zitiert nach: Sieber 2010: 159)

Neben lobbyistischen Strategien politischer Einflussnahme nutzen einzelne Krankenhäuser auch das Beziehungsgeflecht mit niedergelassenen Ärzten, um die Anzahl ihrer Patienten zu erhöhen. Zu einer skurrilen Situation kam es im Sommer 2009, als die beteiligten Parteien durch gegenseitige Anschuldigungen selbst die eigenen korrupten Strukturen offen legten. Zunächst hatten Krankenhausvertreter den Ärzten vorgeworfen, sogenannte „Kopfgelder“ für die Einweisung eines Patienten in eine bestimmte Klinik zu verlangen. Dabei handelte es sich laut Rudolf Kösters, Präsident der DKG, um keine Einzelfälle. Die Ärzte stritten die Praxis gar nicht ab, schoben den schwarzen Peter allerdings den Krankenhäusern zu und sprachen von „Verführungen, die aus dem vertragsärztlichen Sektor kommen“ (Mihm 2009).¹⁶ Dieser Vorfall zeigt einmal mehr, wie groß das Missbrauchspotenzial der zahlreichen informellen Verbindungen zwischen den verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens ist.

2.4 Arzneimittelhersteller

Einst wurde Deutschland als *Apotheke der Welt* bezeichnet, heute bleiben die Umsätze der deutschen Pharmafirmen jedoch hinter denjenigen ihrer Konkurrenten aus den USA und Japan zurück (vgl. Hajen et al. 2010: 216). Trotzdem kommt dem deutschen Arzneimittelmarkt international nach

wie vor eine große Bedeutung zu, da er als Referenzmarkt gilt, an dessen Preisen sich viele Arzneimittelmärkte orientieren (vgl. Grill 2007: 40). Auch die Pharmaindustrie stellt weiterhin einen mächtigen Akteur in der deutschen Gesundheitspolitik dar. Sie ist zwar kein Teil der Selbstverwaltung, doch die Arzneimittelhersteller betreiben intensiven Lobbyismus und versuchen neben der Politik auch die weiteren Akteure im System zu ihren Gunsten zu beeinflussen.

Die Bedeutung des Arzneimittelsektors für die Gesundheitspolitik zeigt sich nicht zuletzt in den hohen GKV-Ausgaben für Arzneimittel: Mit einem Anteil von 18 Prozent (32,4 Milliarden Euro im Jahr 2009) bilden sie hinter der Krankenhausbehandlung den zweitgrößten Ausgabenblock, noch vor der vertragsärztlichen Versorgung (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2010a: 7).¹⁷ Zudem war der Arzneimittelsektor derjenige Ausgabenbereich, der in den letzten Jahren besonders stark gewachsen ist.¹⁸ Viele Experten sind sich einig, dass im Arzneimittelbereich noch große Effizienzreserven schlummern (vgl. Schwabe 2010: 30; Glaeske 2011: 44; Hajen et al. 2010: 223) und fordern entsprechende politische Reformen. Die Pharmaunternehmen sehen das naturgemäß anders und bekämpfen entsprechende politische Bestrebungen. Zu diesem Zwecke haben sie sich in Verbänden zusammengeschlossen. Im Zuge der Kostendämpfungsmaßnahmen und eines intensivierte Wettbewerbs kam es jedoch auch im Arzneimittelsektor seit den 1990er Jahren zu einer verbandlichen Differenzierung. Mittlerweile gibt es sieben bundesweite Verbände (vgl. Reiners 2011: 10). Die wichtigsten sind der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI), der vor allem aus mittelständischen Unternehmen besteht, der Verband forschender Arzneimittelhersteller (VfA), der sich 1993 vom BPI abgespaltete und die Interessen von 44 international tätigen Pharma-Unternehmen vertritt, sowie Pro Generi-

16 Laut Anke Martiny, Vorstandsmitglied von Transparency International Deutschland, gibt es solche „Kick-Back-Geschäfte“ nicht nur zwischen niedergelassenen Ärzten und Kliniken, sondern ebenfalls bei der Auftragsvergabe zwischen Internisten und Röntgenärzten, Dentisten und Zahnlaboren oder Orthopäden und Schuhmachern (zit. nach: Tagesspiegel 2009).

17 Und dies, obwohl die im stationären Sektor verwendeten Arzneimittel gar nicht mitgezählt werden.

18 Zwischen 1999 und 2009 stiegen die Arzneimittelausgaben mit Ausnahme des Jahres 2004 in jedem Jahr um durchschnittlich eine Milliarde Euro (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2010b: 137).

ka, in dem die großen Generikahersteller organisiert sind. Die Interessen der Arzneimittelhersteller unterscheiden sich je nach Produktpalette und Marktstellung stark voneinander. So stellt z. B. der Patentschutz eine wichtige Interessendifferenz zwischen Generikaherstellern und den forschenden Arzneimittelherstellern dar.¹⁹ Während Letztere einen solchen mit allen Mitteln erhalten bzw. ausbauen wollen, sind die Generikahersteller an einer Aufweichung des Patentschutzes interessiert, um ihre Produkte früher auf den Markt bringen zu können. Auch innerhalb der Verbände gibt es Interessensdifferenzen, so zum Beispiel innerhalb des VfA zwischen deutschen und ausländischen, insbesondere nordamerikanischen Unternehmen. Diese vermochten bisher jedoch die mächtige Stellung des VfA nicht nachhaltig zu schwächen.

Allen Arzneimittelherstellern gemein ist der Wunsch nach einer möglichst generösen Marktzulassung ihrer Medikamente. In Deutschland ist das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) die dafür zuständige Zulassungsbehörde. Dieses prüft allerdings nur, ob ein Medikament wirkt, nicht aber dessen Nutzen, geschweige denn seinen Zusatznutzen im Vergleich zu anderen Medikamenten.

Die Arzneimittelhersteller haben des Weiteren ein großes Interesse daran, dass ihre Medikamente von der GKV zu einem möglichst hohen Preis erstattet werden. Krankenkassen und Versicherte sind dagegen an möglichst niedrigen Preisen und dem Ausschluss von (teuren) Medikamenten ohne Zusatznutzen von der Erstattungspflicht der GKV interessiert. Das Zulassungsverfahren eines Medikamentes für den GKV-Markt läuft nach Inkrafttreten des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) am 1.1.2011 wie folgt ab: Die Pharmahersteller müssen zur Markteinführung eines Arzneimittels ein Dossier mit den Kosten und Nutzen dieses Arz-

neimittels vorlegen. Auf dieser Grundlage bewertet der G-BA innerhalb von drei Monaten dessen medizinischen Nutzen.²⁰ Hat die Überprüfung einen Zusatznutzen ergeben, muss das Pharmaunternehmen mit dem GKV-Spitzenverband innerhalb eines Jahres einen Preis aushandeln. Bis dahin darf der Hersteller den Preis für die neuen Medikamente wie zuvor selbst festlegen. Wenn sich die beiden Parteien nicht auf einen Preis einigen, entscheidet eine Schiedsstelle, wie viel das Medikament kosten darf. Wenn kein Zusatznutzen festgestellt wird, kann der G-BA weitere Studien zur Zweckmäßigkeit des Arzneimittels von den Pharmaunternehmen einfordern. Sollte anhand der Studien die Unzweckmäßigkeit des Arzneimittels nachgewiesen werden, wird selbiges von der Kostenerstattung durch die Krankenkassen ausgenommen. Wenn der Nachweis der Unzweckmäßigkeit nicht erfolgt, gleichwohl aber kein Zusatznutzen besteht, wird das Medikament in eine Festbetragsgruppe eingeteilt. Dabei handelt es sich um eine Gruppe von mehreren, therapeutisch vergleichbaren Medikamenten, der ein Höchstpreis zugeschrieben wird, den die Krankenkassen maximal bezahlen. Ist das Medikament teurer, muss der Patient für die Differenz aufkommen (wobei es sich die Arzneimittelhersteller in der Regel nicht leisten können, einen höheren Preis einzufordern).

Trotz der Kostendämpfungsmaßnahmen im Arzneimittelbereich finden die Pharmafirmen in Deutschland weiterhin sehr günstige Absatzbedingungen für ihre Produkte vor: Nicht nur müssen die Krankenkassen während eines Jahres jeden vom Unternehmen festgelegten Preis erstatten, auch im anschließenden Aushandlungsprozess mit den Krankenkassen haben die Arzneimittelhersteller gehörige Vorteile. Denn indem sie den Preis zunächst frei festlegen, bestimmen sie den Ausgangspunkt der Verhandlungen. Zudem basiert die Nutzenbewertung, auf deren Grundlage

19 Für ein neu entwickeltes Arzneimittel kann ein Hersteller Patentschutz beantragen. Die Laufzeit des Patentbesitzes beträgt 20 Jahre ab Patentanmeldung (nicht Markteinführung). Erst nach Ablauf des Patentschutzes dürfen andere Hersteller das Medikament produzieren und (unter einem neuen Namen) verkaufen. Solch ein Präparat wird als Generikum bezeichnet.

20 Unterstützt wird der G-BA dabei vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), das im Jahr 2004 gegründet wurde.

der Preis ausgehandelt wird, nicht auf Studien unabhängiger Wissenschaftler, sondern auf Studien der Hersteller. Es überrascht somit nicht, dass Deutschland im europäischen Vergleich sehr hohe Arzneimittelpreise aufweist (Coca et al. 2010: 196f.). Schließlich ist der Nachweis der Unzweckmäßigkeit seitens des G-BA wissenschaftlich sehr schwierig zu führen, weshalb der Ausschluss eines neuen Medikamentes von der Kostenerstattung durch die GKV schwer durchzusetzen ist. Strengere Regeln wie die Einführung einer in vielen anderen Ländern bereits bestehenden Positivliste²¹ für Arzneimittel wurden von der Pharmaindustrie immer wieder erfolgreich verhindert.

Diese günstigen Rahmenbedingungen sind unter anderem Resultat einer durchschlagskräftigen Lobbyarbeit seitens der Arzneimittelhersteller. Ein besonders häufig eingesetztes Druckmittel gegenüber der Politik besteht in der Drohung, bei unvorteilhafter Gesetzgebung Forschungs- und Produktionskapazitäten ins Ausland zu verlagern und Arbeitskräfte zu entlassen. Exemplarisch anführen lässt sich hierfür die Klage Cornelia Yzers, Hauptgeschäftsführerin des VfA, als im Jahr 2004 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) eingerichtet wurde: „Das ist so ein Institut, das Innovationen verhindert und sich insgesamt negativ auf den Forschungsstandort Deutschland auswirkt.“ (zitiert nach: Sieber 2010: 14) Zwar konnte der VfA die Gründung des Instituts nicht verhindern, doch sein Druck sorgte dafür, dass die Wirtschaftsministerkonferenz der Länder vom 18./19.6.2009 die „Bedeutung der Pharma- und Biotechnologiebranche“ hervorhob und anschließend festhielt, dass die vom IQWiG vorgeschlagene „Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln [...] weder dem Ziel

einer effizienten Versorgung mit innovativen Arzneimitteln“ gerecht werde, noch „volkswirtschaftlich hinnehmbar“ sei. Man sehe „mit Sorge, dass das bisherige Vorgehen des IQWiG zu erheblicher Verunsicherung in der pharmazeutischen Industrie geführt“ habe, so die damaligen Wirtschaftsminister der Länder (Wirtschaftsministerkonferenz 2009: Tagesordnungspunkt 5.2). Für Insider der Gesundheitspolitik wie Rainer Hess, Vorsitzender des G-BA, war klar, dass „diese politische Diskussion um das Institut mit der Kombination Standortfrage“ vor allem auf die effektive Lobbyarbeit des VfA zurückzuführen sei (zitiert nach: Sieber 2010: 62).²²

Besonders empfänglich für Standortargumente sind diejenigen Landesregierungen, in deren Länder Pharmaunternehmen ihre Niederlassungen haben. Um Arbeitsplätze zu retten, lassen sie sich häufig für die Interessen der Arzneimittelhersteller einspannen (vgl. Grill 2007: 70). Auch Peter Sawicki, ehemaliger Leiter des IQWiG hat das Argument des Arbeitsplatzverlustes als Folge verfehlter Standortpolitik häufig zu hören bekommen. So wurde er einst vom Vorsitzenden des Pharmakonzerns Sanofi-Aventis während eines Ganges über das Betriebsgelände darauf hingewiesen, dass einige hundert Arbeitsplätze in Gefahr seien, wenn das IQWiG bei seiner negativen Bewertung für die kurzwirksamen Kunstinsuline bliebe (vgl. Sieber 2010: 94). Auch wenn manche solcher Drohungen jeglicher realwirtschaftlichen Grundlage entbehren, so mögen einige doch tatsächliche Konsequenzen abbilden. Dann muss sich die Politik entscheiden, ob mit der Gesundheitspolitik arbeitsmarkt- und wirtschaftspolitische Zielsetzungen verfolgt werden sollen oder der Gesundheit der Bevölkerung Priorität einge-

21 Hierbei würde das Zulassungsverfahren für erstattungspflichtige Arzneimittel durch die GKV umgekehrt verlaufen. Während heute alle Arzneimittel, die nicht explizit von der Erstattungspflicht ausgeschlossen wurden, von der GKV bezahlt werden müssen, würden im Falle einer Positivliste nur diejenigen Medikamente erstattet, die auf einer solchen Liste explizit aufgeführt sind. Die Liste wiederum enthielte nur Medikamente, die erwiesenermaßen einen Zusatznutzen zu herkömmlichen Präparaten aufweisen. Dadurch würde die Anzahl erstattungspflichtiger Medikamente erfahrungsgemäß stark reduziert.

22 Auch in der Folge hatte das Institut mit heftigem Gegenwind zu kämpfen. Die Pharmalobby übte z. B. so starken Druck auf die Politik aus, dass im Jahr 2010 der Anstellungsvertrag des pharmakritischen IQWiG-Leiters Peter Sawicki nicht erneuert wurde. Offiziell wurden Unregelmäßigkeiten bei der Spesenabrechnung als Grund angeführt, doch nicht nur Rainer Hess weiß, dass dies eigentlich kein ausreichender Grund gewesen wäre, Sawicki abzulösen (zit. nach Sieber 2010: 32).

räumt wird (und die weiteren Ziele möglicherweise mit anderen – wirtschafts- oder beschäftigungspolitischen – Instrumenten angegangen werden).

Eine weitere Lobbystrategie besteht darin, gesetzlicher Regulierung durch das Angebot freiwilliger Selbstverpflichtungen zuvorzukommen. So geschehen im Jahr 2003, als Ulla Schmidt einen mit Prüfrechten ausgestatteten Korruptionsbeauftragten einsetzen wollte, der die Beziehungen zwischen der Pharmaindustrie und den Ärzten überwachen sollte. Um dies abzuwenden, schlug die Pharmaindustrie die Gründung des Vereins *Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie* vor. Ulla Schmidt ging auf den Vorschlag ein, obwohl der Verein fast keine personellen Ressourcen besitzt und sein Vorstand nur aus Vertretern der Pharmaindustrie besteht (vgl. Grill 2007: 71-74). Peter Sawicki vergleicht deshalb die gefundene Lösung mit einer Situation, in welcher dem ADAC die Kontrolle des Tempolimits für seine Mitglieder übertragen würde (zitiert nach: Grill 2006).

Obwohl es den Arzneimittelherstellern durch das Heilmittelwerbegesetz verboten ist, den Patientinnen und Patienten rezeptpflichtige Medikamente direkt oder in der Werbung anzupreisen, kommt dem Marketing in ihrem Geschäftsmodell eine herausragende Bedeutung zu: Untersuchungen zufolge investieren sie doppelt so viel Geld in Marketingbemühungen wie in die Forschung (vgl. Grill 2007: 15). Dabei wenden sie verschiedene Strategien an.

Eine sehr subtile Marketingstrategie besteht darin, die Definitionsmacht über Krankheiten zu gewinnen. So wird versucht, ganz normale Begleiterscheinungen des Alterns als behandlungsbedürftig zu vermarkten. Der Grenzwert für Bluthochdruck wird ebenso ständig verändert wie der Wert, ab dem ein Cholesterinsenker empfohlen wird. Die Gruppe derjenigen, die als krank gilt und medikamentöse Behandlung benötigt, wächst

dadurch immer mehr (vgl. Grill 2007: 174). Um die Sensibilität in der Bevölkerung für bestimmte Krankheiten und die entsprechenden Behandlungsmethoden zu stärken, werden von vielen Arzneimittelherstellern zudem Journalistenpreise vergeben. Nicht zufällig thematisiert der preisgekrönte Artikel meistens eine Krankheit, für welche das jeweilige Pharmaunternehmen ein Medikament anbietet (vgl. Grill 2007: 171-174). Selbst Schleichwerbung im Fernsehen ist kein Tabu. So hat die ARD-Clearingstelle im Jahr 2002 20 Fälle nachgewiesen, in denen der Bundesverband der Arzneimittelhersteller und die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände 147.000 Euro bezahlten, damit die Apotheken in der Vorabendserie *Marienhof* als fachkompetent beschrieben und Selbstmedikation propagiert wurde (ARD-Clearingstelle 2005a: 1). Außerdem investierten im gleichen Jahr nicht namentlich genannte Pharmafirmen 22.164 Euro, um in der Ärzteserie *In aller Freundschaft* Alzheimer- und Brustkrebsmedikamente zu platzieren, ohne dass dies dem Zuschauer als Werbung erkenntlich gemacht worden wäre (ARD-Clearingstelle 2005b: 1).

Neben der Ausübung von Lobbydruck auf die Politik und Beeinflussung der öffentlichen Meinung nutzen die Arzneimittelhersteller auch die komplexen Interaktionsbeziehungen zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen zu ihrem Vorteil. Die Ärzte stellen dabei die wichtigste Zielgruppe ihrer Marketingbemühungen dar, da deren Verschreibungsgewohnheiten über Erfolg oder Misserfolg eines Präparates entscheiden. Insbesondere wenn ein neues Medikament keinen deutlichen Zusatznutzen im Vergleich zu herkömmlichen Präparaten aufweist,²³ bekommt die Überzeugungsarbeit – mitunter auch in Form finanzieller Argumente – eine herausragende Bedeutung. Zu diesem Zweck gibt es in Deutschland etwa 200.000 Pharmareferenten (Grill 2007: 182), sog. Außendienstmitarbeiter, welche die Ärzte in

23 In Deutschland ist dies besonders häufig der Fall, wie die überdurchschnittlich hohe Anzahl an Analogpräparaten im deutschen Markt zeigt (Glaeske 2011: 48; Hajen et al. 2010: 216). Diese enthalten zwar neue Wirkstoffmoleküle, jedoch mit analogen pharmakologischen und klinischen Wirkungen wie bereits bestehende Arzneimittel und weisen demnach keine therapeutischen Vorteile auf (Schwabe 2010: 27). Die auch als „mee-too-Präparate“ bezeichneten Medikamente sind häufig patentgeschützt und darum teurer als vergleichbare Generika mit gleichem Nutzen. Der Pharmakologe Ulrich Schwabe beziffert das Einsparpotenzial bei Analogpräparaten in Deutschland im Jahr 2009 deshalb auf 2,2 Milliarden Euro bei einem Umsatzvolumen von 5,9 Milliarden (Schwabe 2010: 30f.).

ihren Praxen aufsuchen, um ihre Medikamente anzupreisen. Viele Ärzte beziehen einen Großteil ihres Wissens über Arzneimittel von Pharmareferenten (vgl. Kaiser et al. 2004: 21; Grill 2007: 182). Da deren Ausführungen jedoch stark interessen-geleitet sind, zeigt sich die Informationsasymmetrie im Gesundheitsbereich hier in einer höchst problematischen Facette, zumal die Qualität der Informationen nachgewiesenermaßen unter dem Interessenkonflikt leidet: Eine Untersuchung des Instituts für evidenzbasierte Medizin aus dem Jahre 2004, die in ärztlichen Praxen im Raum Nordrhein die Aussagen medizinischer Werbeprospekte der pharmazeutischen Industrie auf Transparenz und Wahrheitsgehalt überprüft hatte, stellte fest, dass insgesamt 58 Prozent aller Aussagen in den Prospekten mangels Literaturangaben nicht überprüfbar waren und 94 Prozent der Informationen durch keine valide wissenschaftliche Untersuchung nachvollziehbar belegt wurden (Kaiser et al. 2004: 21-23).

Doch die Ärzte werden nicht nur durch einseitige Informationsvermittlung beeinflusst, sondern auch durch materielle oder geldwerte Gegenleistungen für willfähriges Verschreibungsverhalten. Ein besonders beliebtes Mittel, wie Pharmaunternehmen die Ärzte für erwünschte Verschreibungen belohnen können, ohne dass es nach Bestechung aussieht, sind vergütete Anwendungsbeobachtungen (AWB). Dabei handelt es sich vordergründig um Studien, in deren Rahmen der Arzt für jeden Patienten, dem er das entsprechende Medikament verschrieben hat, einen Beobachtungsfragebogen ausfüllt. Als *Aufwandsentschädigung* bekommt er dafür Geld vom Pharmaunternehmen. Die Höhe der Entschädigung kann zwischen 50 und 1.000 Euro pro Patient liegen (Grill 2007: 216). Nach Berechnun-

gen des wissenschaftlichen Instituts der Techniker Krankenkasse werden für AWBs in Deutschland Jahr für Jahr 930 Millionen Euro ausgegeben (Techniker Krankenkasse 2006). Da die Kosten von Medikamenten, die mit Anwendungsbeobachtungen verordnet werden, fast zehnmal höher liegen als die durchschnittlichen Kosten der zu Lasten der GKV verordneten Arzneien (Techniker Krankenkasse 2006), kommt diese Praktik die Beitragszahler teuer zu stehen.

Eine andere Möglichkeit um Ärzten eine Belohnung zukommen zu lassen, besteht im Angebot großzügiger Fortbildungsreisen. So finden von der Pharmaindustrie finanzierte Tagungen auffällig oft an touristisch reizvollen Orten statt – Flugreise, Hotel und Rahmenprogramm werden dabei vom einladenden Konzern übernommen (vgl. Grill 2007: 231). Da 80 bis 90 Prozent der Fortbildungskurse von der Industrie finanziert werden, wie selbst Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, einräumt (Graupner 2002: 8), bietet sich den Pharmaunternehmen ein weites Feld, um Ärzte mit verlockenden Angeboten zu ködern.²⁴

Eine weitere Strategie um die Verkaufszahlen der eigenen Medikamente zu steigern, besteht in der Einflussnahme auf den wissenschaftlichen Diskurs. Dies geschieht zum einen durch Sponsoring einzelner Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler und zum anderen dadurch, dass Druck auf medizinische Fachzeitschriften und Forschungseinrichtungen ausgeübt wird. Eine Untersuchung kanadischer Wissenschaftler im Jahre 2002 zeigte, wie eng die Interessenverstrickung von Wissenschaft und der Pharmaindustrie ist. Demzufolge wurden etwa 60 Prozent der Autorinnen und Autoren medizinischer Leitlinien in ihrer Forschung von Pharmafirmen finanziell un-

24 Die *Süddeutsche Zeitung* dokumentierte im Jahr 2002 einen Fall, bei dem die Pharmafirma SmithKline Beecham Ärzte, die den Blutdrucksenker Teveten verschrieben, vom 10. bis 13. Juli 1998 an einen Workshop nach Paris einlud – ausgerechnet dann, als dort das Endspiel der Fußballweltmeisterschaft stattfand. In der Einladung hieß es dann auch, dass sich bestimmt eine Möglichkeit finden lasse, das sportliche Großereignis zu besuchen (Graupner 2002: 8). Ein weiteres Beispiel stammt sogar aus dem Jahresbericht 2009 des Vereins *Freiwillige Selbstverpflichtung für die Arzneimittelindustrie*: Ein nicht genanntes Pharmaunternehmen hatte ausgewählte Ärzte zu einer Fortbildung ins 5-Sterne-Luxus-Hotel Le Royal Méridien in Hamburg eingeladen. Die Ärzte reisten am Freitag an, die Fortbildung selber fand am Samstag statt. Dies erschien selbst den Kontrolleuren der Pharmaindustrie nicht plausibel. Sie befanden, dass die Unterbringung in „Zimmern mit Luxuscharakter“ und die „Möglichkeit der Nutzung des ausgedehnten Wellness-Bereichs“ für die Ärzte einen Anreizfaktor darstelle, der geeignet sei, sie in Therapie und Verordnungsentscheidungen unsachlich zu beeinflussen, und tadelte deshalb das Unternehmen (FS Arzneimittelindustrie 2009: 58-61).

terstützt. Knapp 40 Prozent waren sogar bei Pharmafirmen angestellt. Insgesamt hatten vier von fünf Autoren enge Kontakte zur Pharmaindustrie (Choudhry et al. 2002: 612).²⁵ Die Erfahrungen des ehemaligen Leiters des IQWiG, Peter Sawicki, zeigen, dass die Situation in Deutschland ähnlich ist. So habe er einst Sachverständige gesucht, die im Auftrag des IQWiG ein Gutachten zur Wirkung von Insulin-Analoga erstellten. Mehrere führende Vertreter der Deutschen Diabetes Gesellschaft habe er angefragt, doch keiner sei dazu bereit gewesen. Sawicki erklärt die Zurückhaltung damit, dass jeder Gutachter des IQWiG offen legen müsse, ob er Geld von Pharmafirmen erhalte. Offensichtlich sei dies bei den allermeisten wissenschaftlich tätigen Diabetologen in Deutschland der Fall (Grill 2006). Sie verzichteten lieber auf den Auftrag, als ihre Interessenverstrickung offen zu legen. In einem Interview mit der Frankfurter Rundschau beschränkte Sawicki seine diesbezüglichen Erfahrungen nicht nur auf die Diabetologen, sondern antwortete auf die Frage, wie viele Spitzenmediziner eng mit der Pharmaindustrie zusammenarbeiten, mit den Worten: „so gut wie alle“ (Wagner/Maier 2010).

Auch wissenschaftliche Fachzeitschriften und Forschungseinrichtungen werden von der Pharmaindustrie durch selektives Sponsoring beeinflusst (Martiny 2006: 229-230). Durch die Abhängigkeit vieler Zeitschriften von Anzeigegeldern hat die Industrie ein starkes Druckmittel in der Hand. Dies mussten im Jahr 2006 auch die Professoren Kochen und Niebling erfahren, die in einem Artikel sogenannte Protonenpumpenhemmer untersuchen sollten. Die Mittel, die bei Magengeschwüren und Sodbrennen helfen sollen, werden in Deutschland von mehr als einer Million Patienten eingenommen und stellen einen lukrativen Markt dar. Die Autorinnen und Autoren kamen zum Ergebnis, dass trotz gewaltiger Preisunterschiede die pharmakologische Wirkung der fünf in Deutschland zugelassenen Protonenpumpenhemmer identisch sei. Der Artikel

war für die August-Ausgabe der *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* geplant, schaffte es jedoch nur ins Inhaltverzeichnis. Im Heft selber war auf der angegebenen Seite lediglich Werbung zu finden. Der Grund dafür: Auf Druck der Unternehmen, die in dem vorgenommenen Preis-Leistungs-Vergleich nicht gut wegkamen, wurde die gesamte Ausgabe kurz vor Erscheinen eingestampft – man hatte lediglich vergessen, das Inhaltsverzeichnis zu ändern (vgl. Grill 2007: 139f.). Dass dies kein Einzelfall ist, zeigt eine bemerkenswerte Aktion der Herausgeber von zwölf der angesehensten Medizinzeitschriften der Welt. Im September 2001 veröffentlichten sie einen Aufruf zu mehr Transparenz und Unabhängigkeit in der medizinischen Forschung und wendeten sich explizit gegen den wachsenden Einfluss der Pharmaindustrie auf die wissenschaftlichen Publikationen (Davidoff et al. 2001: 825f.).

Eine weitere Strategie der Pharmaindustrie, ärztliche Verschreibungsgewohnheiten zu beeinflussen, besteht darin, auf Selbsthilfegruppen einzuwirken. Diese Praxis wird in Kapitel 2.6 näher beschrieben.

2.5 Staatliche Akteure

Auf Grund der komplexen Interaktionsbeziehungen der vielen Akteure im Gesundheitswesen (Leistungserbringer, Leistungszahler und Leistungsempfänger) sowie der starken Stellung der Selbstverwaltung stoßen die Einflussmöglichkeiten des Staates oft an Grenzen. Er schafft durch den Erlass von Gesetzen zwar einen juristischen Rahmen, doch die Umsetzung erfolgt in der Regel auf Grund von Aushandlungsprozessen innerhalb der Selbstverwaltung. Zudem sind staatliche Stellen auf Grund der mächtigen Akteure im Gesundheitswesen bei der Formulierung von Gesetzen mitunter heftigstem Druck ausgesetzt. Natürlich ist auch der Staat in sich nicht homogen. Zum einen existieren unterschiedliche politische und

²⁵ Medizinische Leitlinien werden in der Regel von anerkannten medizinischen Fachgesellschaften herausgegeben und dienen den Ärzten als Orientierung bei ihrem therapeutischen Vorgehen.

ideologische Vorstellungen, zum anderen gibt es Differenzen zwischen den verschiedenen föderalen Ebenen sowie zwischen Exekutive und Legislative. Im Folgenden sollen zwei zentrale Akteure bzw. Akteursgruppen der staatlichen Gesundheitspolitik näher betrachtet werden: Das Bundesministerium für Gesundheit und die Länderregierungen. Der Bundestag und die Parteien werden hingegen nicht explizit behandelt, da sie in ihrer Bedeutung hinter den beiden erstgenannten Akteuren zurückstehen.

2.5.1 Bundesministerium für Gesundheit

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nimmt innerhalb der staatlichen Akteure im Gesundheitswesen eine hervorgehobene Stellung ein, was unter anderem auf seine zentrale Rolle im Politikprozess zurückzuführen ist: Es ist für die Gestaltung der politischen Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems, für die Gesetzliche Krankenversicherung und für die Gesetzliche Pflegeversicherung zuständig. Das BMG ist zudem die Aufsichtsbehörde des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte, welches über die Zulassung von Arzneimitteln entscheidet. Im BMG werden die meisten Gesetze, Verordnungen und Verwaltungsvorschriften im Bereich der Gesundheitspolitik konzipiert und ausgearbeitet. Des Weiteren resultiert die große Bedeutung des BMG aus der Komplexität der Materie und dem daher erforderlichen hohen Maß an benötigter Fachkompetenz. Andere politische Akteure wie einzelne Abgeordnete oder auch die Parteien können mit dem etwa 1.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter umfassenden Apparat des Ministeriums diesbezüglich nicht konkurrieren. Eine gesundheitspolitische Steuerung gegen das Ministerium ist daher fast unmöglich (Bandelow et al. 2010: 8).

Mit der Gesundheitsreform 2007 konnte das BMG seine Machtposition weiter ausbauen. So weist der neue Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine engere Anbindung an das Minis-

terium auf als die bisherigen Bundesverbände. Auch der G-BA ist den steuernden Einflüssen des Ministeriums stärker ausgesetzt als zuvor (Paquet 2009a: 47f.).²⁶ Schließlich ging die Kompetenz der Festlegung des Allgemeinen Beitragssatzes mit der Gesundheitsreform 2007 an die Bundesregierung und damit ans BMG über, was dessen Einfluss auf die Gesundheitspolitik weiter verstärkte. In den letzten zehn Jahren war in der Gesundheitspolitik somit einerseits eine Tendenz zur vermehrten Einführung wettbewerblicher Elemente zu beobachten (insbesondere der forcierte Einsatz selektivvertraglicher Komponenten – siehe Kapitel 2.1 und 2.2), dies ging andererseits jedoch einher mit einer Ausweitung staatlicher Interventionen, um die Rahmenordnung des Wettbewerbs zu gestalten. Das BMG hat beide Entwicklungen maßgeblich vorangetrieben.

Zu den Interessen des Staates (und somit auch des BMG) in der Gesundheitspolitik zählen niedrige Beiträge, um die Lohnnebenkosten tief und das Beschäftigungsniveau hoch zu halten, sowie ein umfassender Zugang zu qualitativ hochwertigen Gesundheitsgütern für alle Versicherten (vgl. Schroeder 2008: 64f.). Außerdem gibt es innerhalb des BMG unabhängig von parteipolitischen Konstellationen eine gewisse Amtstradition, wozu unter anderem die Begrenzung der Spielräume der Selbstverwaltung gehört (Paquet 2009a: 32).

2.5.2 Länderregierungen

Während die Länder in der ambulanten Versorgung keine wirkliche Gestaltungsmacht besitzen, haben sie im stationären Bereich den Sicherstellungsauftrag inne. Dafür stellen sie nach dem jeweils festgestellten Bedarf in ihrem Land Krankenhauspläne auf. Die Aufnahme eines Hauses in den Landeskrankenhausplan ist Voraussetzung dafür, dass die Behandlungskosten der Patientinnen und Patienten von der GKV übernommen werden. Des Weiteren sind die Länder für die Fi-

26 Dies hängt u. a. damit zusammen, dass das BMG seine Rechtsaufsicht über den G-BA umfassender interpretiert (Bandelow et al. 2010: 8). Einmal wurde es deshalb sogar vom Bundessozialgericht gemaßregelt, weil es ohne rechtliche Grundlage in den Entscheidungsbereich des G-BA eingegriffen und dieser dagegen geklagt hatte (vgl. Bundessozialgericht 2010: 347).

nanzierung der Investitionskosten der im Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser verantwortlich, während Krankenkassen und Patienten für die laufenden Kosten aufkommen.

Allerdings scheinen die Länder mit der Investitionskostenfinanzierung auf Grund ihrer angespannten Haushaltslage mehr und mehr überfordert zu sein. So hat sich der Umfang der öffentlichen Förderung zwischen 1991 und 2007 insgesamt um rund 27 Prozent verringert. Der Investitionsstau beläuft sich Schätzungen zufolge auf 25-50 Milliarden Euro (vgl. Klauber et al. 2010: 8). Doch trotz der problematischen Haushaltslage und den offensichtlichen Defiziten bei den Krankenhausinvestitionen wehren sich die Länder bisher gegen die Abschaffung der staatlichen Investitionsfinanzierung und damit gegen eine monistische Krankenhausfinanzierung. Dieter Thomae, bis 1998 Vorsitzender des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestags, erklärt dies damit, dass die Mittelzuweisung an die Krankenhäuser für die Länder ein beliebtes Instrument der Strukturpolitik und der politischen Einflussnahme darstelle (zit. nach: Hinrichs/Nowak 2005: 104). Während die Länder im stationären Sektor somit ihre bestehenden Einflussmöglichkeiten verteidigen, versuchen sie im ambulanten Bereich, in dem sie bisher so gut wie kein Mitgestaltungsrecht haben, Kompetenzen an sich zu ziehen. So forderten sie auf der Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 1.7.2010, an den Beratungen des G-BA zu Fragen der Bedarfsplanung in der ambulanten Versorgung beteiligt zu werden und Einsicht in alle Verträge zwischen Kassen und Leistungserbringern mit Auswirkungen auf das landesbezogene Versorgungsgeschehen zu bekommen. Zudem forderten sie ein Recht zur Beanstandung dieser Verträge (vgl. Gesundheitsministerkonferenz 2010: TOP 5.1).

Das Interesse, neue Kompetenzen an sich zu ziehen und alte zu verteidigen, beruht zum einen darauf, dass jede Bürokratie ihre Existenz über ihre jeweiligen Kompetenzen zu rechtfertigen hat und folglich ein starkes Interesse besitzt, möglichst viele Kompetenzen anzuziehen. Zum anderen führen die Länder inhaltliche Argumente ins Feld. So sind es letztlich vor allem die politischen Repräsentanten (der Länder) und nicht die den

Sicherstellungsauftrag in der ambulanten Versorgung innehabenden KVen, die von den Bürgern für Mängel in der ambulanten Versorgung verantwortlich gemacht werden. Darum sei es nur konsequent, dass die Länder auch substantielle Möglichkeiten der Mitgestaltung im ambulanten Bereich bekommen, so deren Argumentation.

Wie bereits in Kapitel 2.3 dargelegt, vertreten die Länder neben ihren eigenen Interessen an einer möglichst umfassenden Gestaltungsmacht im Gesundheitsbereich oft auch diejenigen Interessen der in ihrem Land angesiedelten Krankenhäuser.

2.6 Patientinnen und Patienten

Die Patienteninteressen sollten eigentlich im Mittelpunkt des Gesundheitssystems stehen. Schließlich ist es dessen ureigenste Aufgabe, optimale Bedingungen zu deren bestmöglicher Gesundheit zu schaffen. Dass dies nicht immer gelingt, hängt in einem System, in dem die Eigeninteressen der verschiedenen Akteure vielfältige Entfaltungsmöglichkeiten vorfinden, vor allem mit fehlenden Machtressourcen sowie Schwierigkeiten der Interessensorganisation und -Artikulation zusammen.

Dass die Patienteninteressen hinsichtlich ihres Einflusses als eher „schwach“ gelten (Bandelow et al. 2010: 10; Martiny 2006: 224), liegt gewissermaßen in der Natur der Sache bzw. in der Logik kollektiven Handelns (vgl. Olson 2004). Die Organisationsfähigkeit großer Gruppen mit latenten und unspezifischen Interessen ist viel geringer als diejenige kleiner, homogener Gruppen mit ganz spezifischen Interessen. Daher wundert es nicht, dass diejenigen Patientengruppen, die sich als Interessenvertretung aller Patienten sehen, wie der Verband der Krankenversicherten Deutschlands oder die Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten, nie mehr als ein paar tausend Mitglieder hatten und als wenig durchsetzungstark gelten. Deutlich besser organisiert sind Selbsthilfegruppen, die aus Betroffenen einer bestimmten Krankheit bestehen und somit als homogene Gruppe mit starken, spezifischen Interessen auftreten können. Schätzungen zufolge gibt es heute in Deutschland an die 100.000 meist kleinere Selbsthilfegruppen, in denen sich mehr als drei

Millionen Patienten organisiert haben (vgl. Grill 2007: 245). Eine besonders mächtige Selbsthilfegruppe ist der Deutsche Diabetikerbund mit etwa 40.000 Mitgliedern.

Die Politik hat in den letzten Jahren versucht, Patienteninteressen zu stärken und vermehrt in die Gesundheitspolitik einzubinden. So wurde 2004 ein Patientenbeauftragter der Bundesregierung eingesetzt. Auch nehmen seitdem ausgewählte Patientenverbände an den Sitzungen des G-BA teil, wenngleich sie kein Stimmrecht besitzen. Trotzdem haben sich ihre Einflussmöglichkeiten dadurch erweitert, da sie nun in den Informationsfluss des G-BA einbezogen sind und als mitberatende Partei Einfluss auf den Diskussionsverlauf nehmen können (vgl. Etgeton 2009: 223). Zudem hat sich die Transparenz der Entscheidungen im G-BA durch die Präsenz der Patientenvertreter erhöht.

Die Interessen der Patientinnen und Patienten lassen sich nur auf einem sehr allgemeinen Niveau als gemeinsame Interessen benennen: Alle Patienten haben grundsätzlich den Wunsch nach einem umfassenden und barrierefreien Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung. Die Interessen von Selbsthilfegruppen sind dagegen viel stärker auf ein bestimmtes Krankheitsbild fixiert und beziehen sich zunächst darauf, die spezifischen Bedürfnisse ihrer Gruppe zu bedienen.

Die Artikulation ihrer Interessen stellt die Patienten jedoch vor ein ganz grundsätzliches Problem: Da es sich beim Gut *Gesundheit* um ein hochkomplexes und wissensintensives Gut handelt, sind die Patienten auf externen – in der Regel ärztlichen – Sachverstand angewiesen, um das Gut zu bewerten und Entscheidungen zu treffen. Deshalb ist das Arzt-Patient-Verhältnis asymmet-

risch zugunsten des Arztes ausgerichtet (Bandelow et al. 2010: 10), wobei auch dieser in bestimmten Fällen, z.B. bei der Beurteilung des Nutzens eines Medikamentes, auf Informationen Dritter (etwa von Arzneimittelherstellern) angewiesen ist. Problematisch sind diese Wissensasymmetrien deshalb, weil derjenige, der die Informationen und das Wissen besitzt und somit maßgeblich über Art und Umfang der Leistungen mitbestimmt, an eben diesen Leistungen verdient.²⁷

Das Problem der Informationsasymmetrie verbunden mit den meist bescheidenen finanziellen Ressourcen von Selbsthilfegruppen führt zu einem weiteren Problemkomplex: Vermehrt versuchen Pharmaunternehmen Einfluss auf Selbsthilfegruppen zu nehmen (vgl. Grill 2007: 241; Jantzer 2006: 248). Dies hat zur Folge, dass viele Selbsthilfegruppen von Arzneimittelherstellern gesponsert werden, eigene Homepages eingerichtet oder PR-Agenturen zur Verfügung gestellt bekommen. Gelegentlich haben Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Pharmafirmen sogar Führungsämter bei Selbsthilfegruppen inne (vgl. Grill 2007: 241). Im Gegenzug *informieren* die Arzneimittelhersteller die Selbsthilfegruppen über ihre Produkte.²⁸ Häufig verfolgen die unterstützenden Firmen damit jedoch ihre Eigeninteressen und machen sich die hohe Glaubwürdigkeit der Selbsthilfegruppen zunutze, um den Absatz ihrer Medikamente zu steigern.

Ein Beispiel für die Verflechtung zwischen Pharmaunternehmen und Selbsthilfegruppen deckte *der Spiegel* im Jahr 2008 auf: Die Selbsthilfegruppe für Brustkrebspatientinnen Mamazone erhielt vom Pharmariesen Roche pro Jahr mehr als 40.000 Euro. Es ist wahrscheinlich kein Zufall, dass auf der Homepage von Mamazone offensiv Erythropoetin- (kurz: Epo-)Medikamente bewor-

27 Um diese Probleme abzuschwächen, fordern Mickley, Hilbert und Glaeske patientenorientierte Qualitäts- und Informationsagenturen, die unabhängig von ökonomischen Interessen Beratung und Aufklärung anbieten (Mickley et al. 2010: 4).

28 Im Gegensatz zu Arzneimittelherstellern ist es Patientenorganisationen in Deutschland erlaubt, Medikamente mit Handelsnamen direkt dem Patienten zu empfehlen. Für die Bremer Gesundheitsökonominnen Glaeske und Schubert handelt es sich bei der Praxis der Pharmaunternehmen gleichwohl um eine Umgehung des Verbots, für rezeptpflichtige Arzneimittel in der Öffentlichkeit zu werben (Glaeske/Schubert 2006: 16).

ben wurden und Roche eben solche Medikamente produziert. Dabei sind diese Medikamente medizinisch höchst umstritten. Im Jahr 2003 musste eine Epo-Studie abgebrochen werden, weil sich die Sterblichkeit unter den mit dem Wirkstoff behandelten Krebspatienten deutlich erhöht hatte. Die Zulassungsbehörde der USA, FDA, forderte im Jahr 2007, die Medikamente nur innerhalb strenger Zulassungsgrenzen zu verschreiben. Diese Informationen waren auf der Mamazone-Homepage jedoch ebenso wenig zu finden wie Informationen über das finanzielle Engagement von Roche (vgl. Bonstein 2008: 98-100). Auch der Deutsche Diabetikerbund wird unter anderem von den Pharmakonzernen Novo Nordisk, Sanofi-Aventis und Lilly gesponsert, ihres Zeichens Hersteller von Kunst- (bzw. Analog-)Insulin. Als im Jahr 2006 der G-BA entschied, Kunstinsuline nicht mehr zum vollen Preis zu erstatten, weil sie keinen nachgewiesenen Zusatznutzen im Vergleich zum deutlich günstigeren Humaninsulin aufweisen, protestierten nicht nur die Kunstinsulin-Hersteller, sondern auch der Deutsche Diabetikerbund aufs Schärfste (vgl. Grill 2007: 242f.). Dass es sich bei den genannten Verflechtungen zwischen Selbsthilfegruppen und Pharmaindustrie um keine Einzelfälle handelt, zeigt eine Studie der Gesundheitsökonominnen Gerd Glaeske und Kirsten Schubert vom Zentrum für Sozialpolitik der Uni Bremen. Sie haben acht große Selbsthilfeorganisationen hinsichtlich ihrer Beziehungen zu Pharmaunternehmen untersucht. Die Autoren fanden bezahlte Anzeigen von Pharmaunternehmen in sechs der acht Mitgliederzeitschriften der Selbsthilfeverbände. Ebenfalls bei sechs Verbänden wurde auf deren Internetseite auf Pharmaprodukte hingewiesen, vier Seiten enthielten sogar direkte Links zu den Pharmaunternehmen. Zudem saßen in den medizinischen Beiräten von fünf der acht untersuchten Verbände Wissenschaftler mit nicht-deklarierten Sponsoring-Verbindungen zur Industrie (Glaeske/Schubert 2006: 35).

Für Selbsthilfegruppen besteht bei diesen Verbindungen die große Gefahr, dass sie mit ihrer Unabhängigkeit auch ihre wertvollste Machtres-

source verspielen: ihre Glaubwürdigkeit. Deshalb haben die Dachverbände der Selbsthilfegruppen das Problem mittlerweile eingestanden und bemühen sich laut eigenen Aussagen um mehr Transparenz (vgl. Bonstein 2008: 102).

Die Rolle der Patientenvertreter in der Gesundheitspolitik ist somit ambivalent. Dies hängt in hohem Maße mit der Informationsasymmetrie und den geringen finanziellen Ressourcen der Patientenverbände zusammen, die sie anfällig für Manipulationen machen. Auf Grund dieser Probleme in der Repräsentation von Patienteninteressen wird von manchem Experten die Ansicht vertreten, dass es im Wesentlichen Aufgabe der Politik sei, als Anwalt der Patienten und Versicherten aufzutreten (Wagner 2009: 13).

2.7 Entwicklungstendenzen der Interessenvertretung im Gesundheitswesen

Die vorausgegangenen Ausführungen haben gezeigt, dass sich die Machtverhältnisse auf dem Feld der Interessenvertretung im deutschen Gesundheitswesen in den letzten zwei Jahrzehnten verschoben haben, wenngleich viele traditionelle Strukturelemente weiterhin Bestand haben. Besonders einschneidend war das Gesundheitsstrukturgesetz 1993. Es bildete den Startschuss für eine Reihe politischer Reformen, die zu einer verschärften Konkurrenz der verschiedenen Akteure untereinander führten – sowohl auf Seiten der Leistungserbringer als auch auf Seiten der Krankenkassen. Diese Konkurrenzsituation erzeugte Verteilungskämpfe innerhalb ehemals homogener Interessengruppen und führte zu einer Binnendifferenzierung der Interessen. Eine Folge dieser Entwicklung ist der Bedeutungsverlust ehemals mächtiger Kollektivakteure wie der Spitzenverbände der Kassenarten oder der KVen zu Gunsten kleinerer, homogener Akteure wie einzelner Krankenkassen oder berufsgruppenspezifischer Ärzteverbände. Das Wissen um die heterogener gewordene Interessenlage innerhalb der verschiedenen Akteursgruppen ist essentiell für

das Verständnis des deutschen Gesundheitssystems und Grundlage für eine wirkungsvolle politische Gestaltung desselben.

Die Einflussmöglichkeiten von Patientengruppen wurden in den vergangenen Jahren erweitert, wenngleich einer wirkungsvollen Vertretung der Patienteninteressen nach wie vor große strukturelle Hürden im Weg stehen und die Forderung nach einer stellvertretenden Wahrung der Patienteninteressen durch die Politik weiterhin aktuell bleibt.

Diese wiederum hat in Gestalt des Bundesministeriums für Gesundheit in den vergangenen zehn Jahren verstärkte Anstrengungen unternom-

men, ihren Einfluss auf das Gesundheitssystem auszubauen. Doch die Möglichkeiten der politischen Steuerung des deutschen Gesundheitswesens durch den Staat hängen immer auch von den Reaktionen der weiteren Akteure ab, wie das folgende Kapitel exemplarisch vor Augen führt. Ein Grund hierfür ist das System der Selbstverwaltung, das den verschiedenen Lobbygruppen mannigfaltige Möglichkeiten gibt, ihre Partikularinteressen durchzusetzen. Da gerade die gemeinsame Selbstverwaltung besonders resistent gegenüber Veränderungen ist (Knieps 2009: 275), sind weit reichende Reformen vermutlich nur unter Inkaufnahme größerer Konflikte zu erreichen.

3. Widerstände und Anknüpfungspunkte für Programme der Integrierten Versorgung

Aufbauend auf den vorangegangenen Ausführungen können nun konkrete Reformvorschläge in den Blick genommen und nach möglichen Widerständen oder Anknüpfungspunkten an den im Gesundheitswesen vorherrschenden Interessen gesucht werden.

Im Folgenden wird aufgezeigt, wie die unterschiedlichen Interessen der verschiedenen Akteure dazu geführt haben, dass die vom Gesetzgeber geförderten Programme Integrierter Versorgung bisher so selten umgesetzt wurden. Zudem sollen Gedankenanstöße für zukünftige Bemühungen in diese Richtung geliefert werden, indem nicht nur auf das vorhandene Konfliktpotenzial, sondern auch auf sich bietende Anknüpfungspunkte hingewiesen wird.

3.1 Die Integrierte Versorgung

Die Integrierte Versorgung (IV) wurde als Demonstrationsobjekt ausgewählt, weil es sich dabei um ein vieldiskutiertes, hochaktuelles Reformkonzept handelt. So stellt die Forderung, Programme der Integrierten Versorgung zu fördern und auszubauen, einen der Eckpunkte des Projektes *Soziale Gesundheitswirtschaft* dar, welches die Friedrich-Ebert-Stiftung und die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di gemeinsam durchführen. In dem Projekt wird der Zusammenhang von Gesundheit, Wirtschaft, Beschäftigung und Qualifikation aus einer Perspektive heraus akzentuiert, die dem Bedarf der Patientinnen und Patienten Vorrang vor alternativen Zielen (z. B. Wirtschaftswachstum) einräumt.

Unter Integrierter Versorgung wird die koordinierte fach- und sektorenübergreifende Patientenversorgung verstanden. Durch vertraglich festgelegte Kooperationsarrangements (die in der

Regel leitlinienbasierte Diagnose- und Behandlungspläne sowie standardisierte Prozesse in der Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen umfassen) werden die strikten Grenzen zwischen ambulantem und stationärem Bereich sowie zwischen Hausärzten, Fachärzten und nichtärztlichen Berufen aufgeweicht. Der Forderung nach einem Ausbau integrierter, miteinander vernetzter Versorgungsangebote liegt die Analyse zugrunde, dass das Krankheitsgeschehen zunehmend durch chronische Krankheiten und Multimorbidität dominiert wird. Deshalb müsse eine patientenzentrierte Gesundheitsversorgung komplexe Versorgungsarrangements organisieren, wozu es der Kooperation und Abstimmung zwischen den unterschiedlichen Professionen und Einrichtungen bedürfe, so der Entwurf des Abschlussberichtes des Projektes *Soziale Gesundheitswirtschaft* (vgl. Evans/Hilbert/Mickley 2011).

Es lassen sich mindestens zwei Arten von Integrationsverträgen unterscheiden: Auf der einen Seite steht eine relativ eng gefasste, indikations-spezifische Kooperation, die sich nur auf ein Krankheitsbild beschränkt. Hierzu zählen zum Beispiel Programme für Rheumakranke, für Herzinsuffizienz, für Demenzerkrankungen, für diverse psychische Erkrankungen oder für Suchterkrankungen (vgl. Evans/Hilbert/Mickley 2011). Die meisten bisher umgesetzten IV-Programme gehören zu diesem Typ. Auf der anderen Seite steht die koordinierte, umfassende Versorgung der Bevölkerung in einer ganzen Region, wie sie im Projekt „Gesundes Kinzigtal“ der AOK Baden-Württemberg angestrebt wird (vgl. Paquet 2011: 31). Eine solche populationsbezogene Integrierte Versorgung umfasst grundsätzlich alle Leistungsbereiche, nicht nur solche in Bezug auf eine bestimmte Erkrankung. Diese Art der Integrierten Versorgung ist sehr voraussetzungsvoll, weshalb

bisher wenige solcher Vertragsabschlüsse zustande kamen. Ist im Folgenden von Integrierter Versorgung die Rede, wird daher in der Regel der indikationsspezifische Typ gemeint.

Seit gut zehn Jahren versucht der Gesetzgeber den Abschluss integrierter Versorgungsverträge zu forcieren: Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 wurde die Integrierte Versorgung ins fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V) aufgenommen. Die Krankenkassen wurden damit ermächtigt, Verträge mit den Leistungserbringern über eine verschiedene Sektoren umfassende Versorgung der Versicherten abzuschließen. Eine weitere Förderung erfuhr die Integrierte Versorgung durch das GKV-Modernisierungsgesetz des Jahres 2004: Der Gesetzgeber stellte den Krankenkassen von 2004-2008 Mittel in Höhe von insgesamt etwa 1,7 Milliarden Euro zur Verfügung, die ausschließlich für die Realisierung von Projekten der Integrierten Versorgung verwendet werden durften. Finanziert wurde diese Anschubfinanzierung durch einen einprozentigen Abschlag auf die Gesamtvergütung für die ambulante ärztliche Versorgung und die Krankenhausrechnungen (vgl. Greß 2010: 7).

Doch trotz der politischen Förderung wurde die Integrierte Versorgung von den beteiligten Akteuren bisher nicht im erhofften Maße umgesetzt (Paquet 2011: 32). Der Grund hierfür ist bei den Interessen wichtiger Akteure des Gesundheitswesens zu suchen, die diesen Bestrebungen entgegenlaufen. Auf Grundlage der in Kapitel 2 vorgenommenen Analyse dieser Interessen wird im Folgenden erläutert, welche Hürden einer forcierten Einführung von integrierten Versorgungsprogrammen im Wege stehen und gleichzeitig auf mögliche Anknüpfungspunkte für eine erfolgreiche Umsetzung dieses Reformkonzeptes hingewiesen.

3.2 Die Interessen der Akteure des Gesundheitswesens und die Integrierte Versorgung

- *Die Krankenkassen:* Ob Programme der Integrierten Versorgung umgesetzt werden, hängt maßgeblich von den Krankenkassen ab. Auch ihnen ist bewusst, dass integrierte Versorgungsprogramme in der Regel zu Qualitätssteigerungen und einer effizienteren Versorgung führen.²⁹ Doch für sie ist letztlich entscheidend, ob sie dadurch Kosten sparen. Dies ist trotz der effizienteren Strukturen nicht zwingend der Fall. Zwei Gründe sind hierfür besonders ausschlaggebend: Erstens sind integrierte Versorgungsprogramme für die Kassen in der Regel nur attraktiv, wenn sie deren Kosten von der ärztlichen Gesamtvergütung abziehen können. Ansonsten zahlen sie quasi doppelt für die in integrierten Versorgungsprogrammen behandelten Fälle, da mit der ausgehandelten Gesamtvergütung schon alle Behandlungsfälle abgedeckt sind. Zwar haben die Kassen die Möglichkeit, die Kosten für die Programme von der ambulanten Gesamtvergütung abzuziehen, doch um dies durchzusetzen, müssen sie einen Konflikt mit denjenigen Ärzten eingehen, die nicht an den Programmen mitwirken, da diese eine Reduktion *ihrer* Gesamtvergütung nicht widerstandslos hinnehmen. Im ambulanten Sektor zahlen die Kassen zwar grundsätzlich nur für tatsächlich in Anspruch genommene Leistungen (über die DRG's), doch wenn ein Krankenhaus das im Vornherein mit den Kassen vereinbarte Budget unterschreitet, wird ihm die zu wenig erbrachte Menge nur anteilig abgezogen (sog. Mindererlösausgleich). Bieten die Kassen nun Programme der Integrierten Versorgung an, werden sie für die da-

29 U.a. durch leitlinienorientierte Behandlungspfade, optimierte standardisierte Prozesse und vordefinierte Schnittstellen zwischen den beteiligten Leistungserbringern sowie der Koordination durch Case Manager bei komplexen Versorgungsprogrammen (vgl. Evans/Hilbert/Mickley 2011).

durch zurückgehenden Patientenzahlen in der Regelversorgung zumindest teilweise dennoch zur Kasse gebeten. Auch in diesem Fall zahlen sie somit (teilweise) doppelt für die in der Integrierten Versorgung erbrachten Leistungen. Ohne eine echte Bereinigung der kassenärztlichen Gesamtvergütung sowie der Krankenhauskosten um die Ausgaben für Programme der Integrierten Versorgung haben die Kassen jedoch nur dann einen finanziellen Anreiz, solche Programme einzuführen, wenn deren Zusatznutzen durch Qualitäts- und Effizienzverbesserungen größer als ihre *gesamten* Kosten sind. Dies scheint selten der Fall zu sein, wie die Zurückhaltung der Kassen bezüglich des Angebots von integrierten Versorgungsprogrammen zeigt. Im Falle einer Bereinigung würde sich die Einführung integrierter Versorgungsprogramme hingegen bereits bei einem geringen Zusatznutzen lohnen.

Zweitens steht einem Ausbau der Angebote an integrierten Versorgungsprogrammen durch die Kassen der trotz morbiditätsorientiertem Risikostrukturausgleich weiterhin bestehende Anreiz zur Risikoselektion entgegen. Denn Programme der Integrierten Versorgung richten sich in aller Regel an chronisch Kranke (zumindest die nach wie vor dominierenden indikationsspezifischen Programme). An genau dieser Klientel ist den Krankenkassen auf Grund wirtschaftlicher Erwägungen aber nicht gelegen (siehe Kapitel 2.1). Bieten sie nun öffentlichkeitswirksam IV-Programme an, besteht die *Gefahr*, dass sie damit ausgerechnet für die *schlechten* Risiken (Patienten mit hohen Krankheitskosten bei ungenügender Kostenerstattung durch den Risikostrukturausgleich) attraktiv werden.

Doch selbst wenn Programme der Integrierten Versorgung für die Krankenkassen finanziell attraktiv sein sollten, bleibt ein grundsätzlicher Konflikt innerhalb der Kassenlandschaft bestehen und stellt eine weitere Hürde für die forcierte Einführung der Programme dar: Aus Wettbewerbsgründen werden diejenigen Kas-

sen, die integrierte Versorgungsprogramme anbieten, die den Programmen zu Grunde liegenden selektivvertraglichen Regelungen (insbesondere betreffend der Honorare) nicht offen legen (vgl. Paquet 2011: 43). Diese Geheimhaltung weckt bei einigen Kassen jedoch Skepsis. Zwei Gründe sind dabei ausschlaggebend: Zum einen wird argumentiert, dass die wettbewerblich notwendige Geheimhaltung selektivvertraglicher Regelungen die Ungleichheit in der Patientenversorgung erhöht und dadurch der Grundsatz einer allen gleichermaßen offen stehenden medizinischen Versorgung in Gefahr ist. Zum anderen ist die ablehnende Haltung einiger Kassen auch auf die Befürchtung zurückzuführen, durch diese Art von Selektivverträge im Wettbewerb gegenüber Konkurrenten das Nachsehen zu haben, die auf Grund ihrer Marktmacht günstigere Verträge mit den Leistungserbringern aushandeln können (vgl. Kapitel 2.1). Dies ist natürlich in der Öffentlichkeit schwer zu vertreten, da sie selbst und alle anderen Kassen öffentlich Wettbewerb einfordern.

Programme der Integrierten Versorgung stoßen auf Seiten der Krankenkassen folglich auf einige Widerstände. Um sie dennoch als Partner für eine Ausweitung integrierter Versorgungsformen zu gewinnen, müssen entweder die Anreize mittels einer Änderung des gesetzlichen Rahmens neu gesetzt werden oder der Gesetzgeber muss verbindliche und sanktionsbewährte Regelungen einführen und die Kassen zur Umsetzung von integrierten Versorgungsprogrammen zwingen.

- Die *niedergelassenen Ärzte*: Sie haben im Gegensatz zu den Krankenkassen kein Interesse daran, dass Programme der Integrierten Versorgung aus der ambulanten Gesamtvergütung finanziert werden, da sich sonst ihr finanzieller Verteilungsspielraum verringern würde. Zudem bedeutet für sie ein indikationsbezogenes integriertes Versorgungsprogramm einen zusätzlichen bürokratischen Aufwand, da bei jedem Patienten geprüft werden muss, ob mit dessen

Krankenkasse zu der jeweiligen Krankheit ein integrierter Versorgungsvertrag existiert oder nicht.

Zu Gegnern integrierter Versorgungsprogramme gehören tendenziell diejenigen Ärzte, deren Fachgebiete von den Programmen abgedeckt werden, die aber selber nicht daran teilnehmen. Sie sehen in ihnen eine zusätzliche Konkurrenz und leisten dementsprechend Widerstand. Auch die KVen tun sich mit Programmen der Integrierten Versorgung schwer, weil sie bei solchen selektivvertraglichen Konstrukten kein Mitspracherecht haben und einen weiteren Machtverlust fürchten. Da Verträge der Integrierten Versorgung meistens zwischen einer Krankenkasse und einzelnen Ärzten abgeschlossen werden, gehören auch viele Berufsverbände zu deren Gegnern, weil sie wie die KVen umgangen werden und ebenfalls um ihren Einfluss bangen.

Ein weiteres Hindernis für die Integrierte Versorgung stellt das nach wie vor bei vielen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten vorherrschende Ideal einer Einzelpraxis dar. Allerdings könnte sich dies mit dem wachsenden Anteil weiblicher Ärzte ändern. Denn deren Bedürfnissen nach flexiblen Arbeitszeiten, Teilzeitarbeit und Kinderbetreuung können innerhalb kooperativer Versorgungsstrukturen leichter Rechnung getragen werden als unter den bestehenden Umständen. Unter der steigenden Zahl an Ärztinnen könnten sich somit Verbündete aus der Ärzteschaft finden, die einen Ausbau der Integrierten Versorgung befürworten. Doch auch finanzielle Anreize können einzelne Ärzte überzeugen, an der Integrierten Versorgung teilzunehmen. Denn wenn diese zu einer markanten Reduktion der Behandlungskosten beiträgt, sind die Kassen bereit, die teilnehmenden Ärzte auch dementsprechend zu vergüten. Nur geht dies zwangsläufig zu Lasten der nicht-teilnehmenden Ärzte, da die Kassen die Zusatzausgaben bei ihnen einzusparen versuchen. Die forcierte Einführung von Programmen der Integrierten Versorgung geht somit scheinbar unvermeidlich mit Verteilungskämpfen innerhalb der Ärzteschaft einher.

- *Die Krankenhäuser:* Viele integrierte Versorgungsprogramme stellen darauf ab, die im Vergleich zur ambulanten Versorgung in der Regel teurere stationäre Versorgung zu vermeiden. Würden Krankenhäuser als homogener Block handeln, stünden sie solchen Programmen daher skeptisch gegenüber. Doch die Häuser stehen in Konkurrenz zueinander (siehe Kapitel 2.3) und daher wird ein einzelnes Krankenhaus zu einem Fürsprecher Integrierter Versorgung, wenn es glaubt, durch seine Teilnahme mehr Patienten hinzuzugewinnen – zum Beispiel, indem es Patienten der Kooperationspartner (Hausärzte, Fachärzte, Therapeuten usw.) an sein Haus bindet. Dies impliziert jedoch, dass ein anderes Haus Patienten verliert. Einzig Programme der Integrierten Versorgung, bei denen die Krankenhäuser ambulante Dienste anbieten dürfen (unter bestimmten Voraussetzungen ist dies möglich), sind für den Krankenhaussektor als Ganzes attraktiv. Ansonsten gilt auch im stationären Bereich, dass diejenigen Häuser, die nicht an IV-Programmen teilnehmen, gegen die vermehrte Einführung solcher Programme opponieren. Auch hier ist ein Interessenkonflikt scheinbar unumgänglich. Ob ein Krankenhaus an einem integrierten Versorgungsprogramm teilnimmt, hängt stark von der Offenheit und Experimentierfreudigkeit des jeweiligen Hauses ab. Aktivere und effizientere Häuser sind im Wissen um ihre gute Verhandlungsposition prinzipiell eher für solche Selektivverträge mit den Krankenkassen zu gewinnen als ineffizient arbeitende Häuser.
- *Die Arzneimittelhersteller:* Die Interessen der Arzneimittelhersteller werden durch integrierte Versorgungsprogramme nur am Rande tangiert, da die Preisgestaltung der Arzneimittel und die Arzneimitteldistribution selten Gegenstand der Integrierten Versorgung sind – es sei denn, die Programme beinhalten Arzneimittel-Rabattverträge.³⁰ Diese werden von der Pharmaindustrie nicht besonders wohlwollend beurteilt, weil darin ein Instrument der Krankenkassen gesehen wird, den Preis der Medikamente zu drücken (vgl. Rücker 2007). Sind Programme der integrierten Versorgung an Ra-

30 Hierbei handelt es sich um einen Vertrag zwischen Arzneimittelhersteller und einzelner Krankenkassen, bei dem die Kasse eine bestimmte Menge an Präparaten zu einem eigens ausgehandelten Preis (in der Regel unter dem Normalpreis) einkauft.

battverträge gekoppelt, ist deshalb nicht mit der Unterstützung der Pharmaindustrie zu rechnen, ansonsten ist ihre Haltung gegenüber der Integrierten Versorgung weitgehend indifferent.

- *Der Staat:* Das Bundesministerium für Gesundheit hat in den letzten zehn Jahren die Integrierte Versorgung stark gefördert und wird diese Förderung mit dem Ziel, eine effizientere und qualitativ höherwertige medizinische Versorgung zu erreichen, vermutlich weiter fortsetzen.

Ein Großteil der Länder befürwortet Modelle der integrierten Versorgung aus denselben Gründen. Da sie ein starkes Interesse haben, auch im ambulanten Sektor über Mitspracherechte und Gestaltungsmöglichkeiten zu verfügen, könnten sie über Zugeständnisse entsprechender Kompetenzen womöglich noch stärker für die Ausweitung von IV-Projekten begeistert werden.

- *Die Patientinnen und Patienten:* Auch die Patienten, vor allem chronisch Kranke, haben an gut gestalteten Programmen der integrierten Versorgung ein starkes Interesse, da für sie die Verzahnung verschiedener medizinischer Angebote eine erhebliche Qualitätsverbesserung darstellt. Doch auf Grund ihrer mangelnden Fähigkeit zur Interessenorganisation und -Artikulation sind sie oftmals nicht in der Lage, diesem Interesse Ausdruck zu verleihen. Die jeweils von Programmen der Integrierten Versorgung betroffenen Selbsthilfegruppen könnten jedoch zu Verbündeten werden, da sie im Gegensatz zur Gesamtheit der Patienten durchaus über gewisse Machtressourcen verfügen.

3.3 Fazit

Die Haupthindernisse bei der Umsetzung von Integrierten Versorgungsprogrammen sind auf Seiten der Krankenkassen sowie der niedergelassenen Ärzte und der Krankenhäuser zu verorten.

Bei den Krankenkassen verhindern deren Schwierigkeiten, die Kosten der Integrierten Versorgung von der ärztlichen Gesamtvergütung und den Krankenhauskosten abzuziehen, sowie die nach wie vor bestehenden Anreize der Risiko-selektion eine konsequentere Umsetzung der IV-Programme. Auch unterschiedliche Positionen der Kassen in Bezug auf die Geheimhaltung der den Selektivverträgen zu Grunde liegenden Regelungen stellen eine Hürde dar, da einige Kassen einen Wettbewerbsnachteil fürchten und zudem eine zunehmende Ungleichheit in der Patientenversorgung monieren.

Erhöhter bürokratischer Aufwand und der Widerstand der KVen und Berufsverbände stellen auf Seiten der niedergelassenen Ärzte Hindernisse bei der Einführung von Integrierten Versorgungsprogrammen dar. Mögliche Verbündete könnten sich jedoch in der größer werdenden Gruppe weiblicher Mediziner finden. Sowohl bei den niedergelassenen Ärzten als auch innerhalb des Krankenhaussektors wird die Integrierte Versorgung von Ärzten bzw. Krankenhäusern, die nicht an den Programmen teilnehmen, als Konkurrenz gesehen und dementsprechend mit Widerstand bedacht, während die mitwirkenden Ärzte und Krankenhäuser in der Regel auch finanziell profitieren und zu den Unterstützern zählen. Es wird schwierig sein, eine Lösung zu finden, die diesen Interessenkonflikt umgeht.

Während Arzneimittelhersteller der Integrierten Versorgung mehrheitlich indifferent gegenüberstehen, gehört das Gesundheitsministerium zu ihren größten Förderern. Auch die Länder und Patienten sind mehrheitlich für die verstärkte Einführung Integrierter Versorgungsprogramme. Während Erstere durch stärkere Mitsprachemöglichkeiten im ambulanten Sektor zu einem noch größeren Engagement bewegt werden könnten, wären auf Seiten der Patientinnen und Patienten die jeweiligen Selbsthilfegruppen mögliche Partner bei der verstärkten Umsetzung von Programmen der Integrierten Versorgung.

4. Schlussbemerkung

Dem Patienten deutsches Gesundheitswesen den Irrsinn auszutreiben, dürfte ein schwieriges Unterfangen werden. Soll es jedoch gelingen, so ist die Kenntnis der komplexen Gemengelage unterschiedlichster Interessen eine Voraussetzung dafür, da die Politik wissen muss, wo sie mit Reformen ansetzen soll und welche Widerstände sie dabei erwarten.

Allerdings gibt es in der Regel keine wirkliche Reform ohne Verlierer – zu gegenläufig stehen sich viele Interessen gegenüber. Das bedeutet, dass die Politik Prioritäten setzen muss. Die zentrale und keineswegs triviale Frage lautet: Welchen Zielen und Interessen soll das Gesundheitswesen vorrangig dienen? Den Gewinninteressen der Leistungserbringer? Den Interessen der Beschäftigten an sicheren Arbeitsplätzen? Oder den vita-

len Interessen der Patientinnen und Patienten an einer qualitativ hochwertigen und allen zugänglichen Gesundheitsversorgung sowie den Interessen der Beitragszahler an niedrigen Beiträgen? Manchmal kann zwar ein Konsens erreicht werden, aber oft sind Konflikte nicht zu umgehen.

Dies gilt auch für die Integrierte Versorgung. Deren forcierte Einführung löst unweigerlich Widerstände bei den Verlierern dieser Reformmaßnahme aus. Nur wenn die Politik bereit ist, Konflikte einzugehen und durchzustehen, verbunden mit dem Setzen der richtigen Anreize und dem Werben um durchaus vorhandene Partner unter den Akteuren des Gesundheitswesens, hat die vermehrte Umsetzung integrierter Versorgungsprogramme Aussicht auf Erfolg.

Literaturverzeichnis

- ARD-Clearingstelle 2005a: Schleichwerbung. Aufklärung, Dokumentation, Konsequenzen, Anlage 1, Stuttgart, <http://www.dasganzewerk.de/pdf/20050913-ard-anlage-1.pdf> (12.04.2011).
- ARD-Clearingstelle 2005b: Schleichwerbung. Aufklärung, Dokumentation, Konsequenzen, Anlage 2, Stuttgart, <http://www.dasganzewerk.de/pdf/20050913-ard-anlage-2.pdf>, (12.04.2011).
- Ärzte Zeitung 2010: Staatsanwalt: Betrug an DRK-Kliniken war gut geplant. In: Ärzte Zeitung 01.10.2010, http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/klinikmanagement/article/621854/staatsanwalt-betrug-drk-kliniken-geplant.html (06.04.2011).
- Bandelow, Nils C. 2007: Ärzteverbände. Niedergang eines Erfolgsmodells? In: Winter, Thomas von; Willems, Ulrich (Hrsg.): Interessenverbände in Deutschland, Wiesbaden, S. 271-293.
- Bandelow, Nils C.; Eckert, Florian; Rüsenberg, Robin 2010: Reform(un)möglichkeiten in der Gesundheitspolitik. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 45/210, S. 6-11.
- Baumann, Daniel; Szent-Ivanyi, Timot 2010: Sieg der Lobbyisten. Klinikpreise gepusht. In: Frankfurter Rundschau 12.11.2010, <http://www.fr-online.de/politik/sieg-der-lobbyisten/-/1472596/4826538/-/index.html> (06.04.2011).
- Berliner Morgenpost 2010: Berliner DRK-Kliniken zahlen Honorare zurück. In: Berliner Morgenpost 01.12.2010, <http://www.morgenpost.de/berlin-aktuell/article1468174/Berliner-DRK-Kliniken-zahlen-Honorare-zurueck.html> (06.04.2011).
- Bonstein, Julia 2008: Kranke Geschäfte. In: Der Spiegel 2008/17: 98-102.
- Bundesministerium für Gesundheit 2010a: Pressemitteilung: Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung im Krisenjahr 2009 besser als erwartet, Berlin, 10. März 2010.
- Bundesministerium für Gesundheit 2010b: Daten des Gesundheitswesens 2010, Berlin, http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf_publicationen/Daten_des_Gesundheitswesens.pdf (07.04.2011).
- Bundessozialgericht 2010: Rechtsaufsicht statt Fachaufsicht des BMG gegenüber GBA. Protonentherapie beim Mammakarzinom kein Gegenstand der stationären Versorgung in der GKV. In: Medizinrecht 28(5), S. 347-359.
- Choudhry, Niteesh K.; Stelfox, Henry Thomas; Detsky, Allan S. 2002: Relationship Between Authors of Clinical Practice Guidelines and the Pharmaceutical Industry. In: The Journal of the American Medical Association 287 (5), S. 612-617.
- Coca, Valentina; Nink, Katrin; Schröder, Helmut 2010: Ökonomische Aspekte des deutschen Arzneimittelmarktes 2009. In: Schwabe, Ulrich; Paffrath, Dieter (Hrsg.): Arzneiverordnungsreport 2010, Berlin, S. 157-215.
- Davidoff, Frank et al. 2001: Sponsorship, authorship and accountability. In: The New England Journal of Medicine 345 (11), S. 825-827.

- Deutsche Krankenhausgesellschaft 2011: Eckdaten Krankenhausstatistik 2008/2009, <http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/5/title/Statistik> (06.04.2011).
- Etgeton, Stephan 2009: Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss. In: Schroeder, Wolfgang; Paquet, Robert (Hrsg.): Gesundheitsreform 2007. Nach der Reform ist vor der Reform, Wiesbaden, S. 222-228.
- Evans, Michaela; Hilbert, Josef; Mickley, Birgit 2011: Soziale Gesundheitswirtschaft. Mehr Gesundheit, gute Arbeit, qualifiziertes Wachstum. In: Friedrich-Ebert-Stiftung: WISO Diskurs, Bonn, i. E.
- FS Arzneimittelindustrie e. V. 2009: Jahresbericht, [http://www.fs-arzneimittelindustrie.de/FSA.nsf/0/3EC5D2F9C1C0262AC12576E9004FDD45/\\$file/FSA-Jahresbericht%202009.pdf](http://www.fs-arzneimittelindustrie.de/FSA.nsf/0/3EC5D2F9C1C0262AC12576E9004FDD45/$file/FSA-Jahresbericht%202009.pdf) (06.04.2011).
- Gerlinger, Thomas 2009: Der Wandel der Interessenvermittlung in der Gesundheitspolitik. In: Rehder, Britta; Winter, Thomas von; Willems, Ulrich (Hrsg.): Interessenvermittlung in Politikfeldern. Vergleichende Befunde der Policy- und Verbändeforschung, Wiesbaden, S. 33-51.
- Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2010: Beschluss der 83. Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 1.7.2010, TOP 5.1: Stärkung der Gestaltungsmöglichkeiten der Länder in der medizinischen Versorgung, http://www.gmkonline.de/?&nav=beschluesse_83&id=83_05.01 (06.04.2011).
- Glaeske, Gerd; Schubert, Kirsten 2006: Werkstattbericht zur Studie „Einfluss des pharmazeutisch-industriellen Komplexes auf die Selbsthilfe“, November 2006, http://www.vdek.com/vertragspartner/Selbsthilfe/selbsthilfe_werkstattbericht_01_2007.pdf (06.04.2011).
- Glaeske, Gerd 2011: Patientenorientierung in der medizinischen Versorgung. Vorschläge zur notwendigen Weiterentwicklung und Umgestaltung unseres Gesundheitswesens. In: Friedrich-Ebert-Stiftung: WISO Diskurs, Januar 2011, Bonn.
- Graupner, Heidrun 2002: Mit dem Blutdrucksenker zum Fußball-Endspiel. In: Süddeutsche Zeitung Nr. 63, 15.3.2002: 8.
- Greß, Stefan 2010: Investitionsförderung für eine soziale und innovative Gesundheitswirtschaft. Bewertung unterschiedlicher Optionen. In: Friedrich-Ebert-Stiftung: WISO Diskurs, Dezember 2010, Bonn.
- Grill, Markus 2006: „Warum sagen Sie nichts zur Korruption?“. In: Stern 26.8.2006, <http://www.stern.de/gesundheit/gesundheitsnews/medikamente-warum-sagen-sie-nichts-zur-korruption-567842.html> (06.04.2011).
- Grill, Markus 2007: Kranke Geschäfte. Wie die Pharmaindustrie uns manipuliert, Reinbek bei Hamburg.
- Hajen, Leonhard; Paetow, Holger; Schumacher, Harald 2010: Gesundheitsökonomie. Strukturen – Methoden – Praxis, Stuttgart.
- Hänlein, Andreas 2009: Zur Verfasstheit gesetzlicher und privater Krankenversicherungsunternehmen nach der Gesundheitsreform 2007. In: Schroeder, Wolfgang; Paquet, Robert (Hrsg.): Gesundheitsreform 2007. Nach der Reform ist vor der Reform, Wiesbaden, S. 112-117.
- Heins, Detlev 2009: Die Krankenhäuser und die Gesundheitsreform 2007. In: Schroeder, Wolfgang; Paquet, Robert (Hrsg.): Gesundheitsreform 2007. Nach der Reform ist vor der Reform, Wiesbaden, S. 152-158.
- Hinrichs, Ulrike; Nowak, Dana 2005: Auf dem Rücken der Patienten. Selbstbedienungsladen Gesundheitssystem, Berlin.
- Jantzer, Markus 2006: Pharmabranche und Funktionäre bestimmen die Gesundheitspolitik. In: Leif, Thomas; Speth, Rudolf (Hrsg.): Die fünfte Gewalt. Lobbyismus in Deutschland, Bonn, S. 236-251.

- Kaiser, T.; Ewers, H.; Waltering, A.; Beckwermert, D.; Jennen, C.; Sawicki, P.T. 2004: Sind die Aussagen medizinischer Werbeprospekte korrekt? In: *arznei-telegramm* 35 (2), S. 21-23.
- KBV 2011: Arztzahlen, <http://www.kbv.de/24854.html> (06.04.2011).
- Klauber, Jürgen; Geraedts, Max; Friedrich, Jörg 2010: Krankenhaus-Report 2010. Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart.
- Kleinhubbert, Guido; Ludwig, Udo; Schmid, Barbara 2007: Geboren am falschen Ort. In: *Spiegel* 44/2007: 48-52.
- Knieps, Franz 2009: Evidence Based Health Policy oder wissenschaftlich verbrämter Lobbyismus – Die Verwertung wissenschaftlicher Erkenntnisse in der Gesundheitspolitik. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 103 (5), S. 273-280.
- Martiny, Anke 2006: Wer steuert Deutschlands Gesundheitswesen? In: Leif, Thomas; Speth, Rudolf (Hrsg.): *Die fünfte Gewalt. Lobbyismus in Deutschland*, Bonn, S. 221-235.
- MEDI Verbund 2011: Wir über uns, <http://www.medi-deutschland.de/seite.php?hauptmenu=42> (06.04.2011).
- Mickley, Birgit; Hilbert, Josef; Glaeske, Gerd 2010: Gesundheit in Deutschland. Innovationen im Gesundheitssystem unter der Berücksichtigung von Bedarf und Patientennutzen (unv. Ms.).
- Mihm, Andreas 2009: Immer mehr Ärzte „verkaufen“ ihre Patienten. In: *Frankfurter Allgemeine Zeitung* 31.8.2009, <http://www.faz.net/-00mlht> (06.04.2011).
- Olson, Mancur 2004 (1968): *Die Logik des kollektiven Handelns*, Tübingen.
- Paquet, Robert 2009a: Motor der Reform und Schaltzentrale: Die Rolle des Bundesministeriums für Gesundheit in der Gesundheitsreform 2007. In: Schroeder, Wolfgang/Paquet, Robert (Hrsg.): *Gesundheitsreform 2007. Nach der Reform ist vor der Reform*, Wiesbaden, S. 32-49.
- Paquet, Robert 2009b: Herausforderungen für die Leistungserbringer: Von Kollektiv- zu Einzelverträgen. In: Schroeder, Wolfgang; Paquet, Robert (Hrsg.): *Gesundheitsreform 2007. Nach der Reform ist vor der Reform*, Wiesbaden, S. 147-151.
- Paquet, Robert 2011: Vertragswettbewerb in der GKV und die Rolle der Selektivverträge. Nutzen und Informationsbedarf aus der Patientenperspektive. In: Friedrich-Ebert-Stiftung: *WISO Diskurs*, März 2011, Bonn.
- Reiners, Hartmut 2011: *Mythen der Gesundheitspolitik*, Bern.
- Rücker, Daniel 2007: Die Industrie zeigt sich reserviert. In: *Pharmazeutische Zeitung online* 06/2007, <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=2578> (08.04.2011).
- Schroeder, Wolfgang 2008: Zur Reform der sozialen Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Kasseler Konzept, Düsseldorf.
- Schroeder, Wolfgang 2009: Soziale Selbstverwaltung: Von der klassischen Beteiligungs- zur professionalisierten Effizienzinstitution? In: Schroeder, Wolfgang; Paquet, Robert (Hrsg.): *Gesundheitsreform 2007. Nach der Reform ist vor der Reform*, Wiesbaden, S. 188-197.
- Schwabe, Ulrich 2010: *Arzneiverordnungen 2009 im Überblick*. In: Schwabe, Ulrich; Paffrath, Dieter (Hrsg.): *Arzneiverordnungsreport 2010*, Berlin, S. 3-45.
- Sieber, Ursel 2010: *Gesunder Zweifel. Einsichten eines Pharmakritikers – Peter Sawicki und sein Kampf für eine unabhängige Medizin*, Berlin.

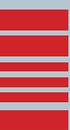
- Statistisches Bundesamt 2011: Gesundheitsausgaben, <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Statistiken/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Gesundheitsausgaben.psml> (06.04.2011).
- Stillfried von, Dominik; Gräf, Stefan 2009: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Gesundheitsreform 2007. In: Schroeder, Wolfgang; Paquet, Robert (Hrsg.): Gesundheitsreform 2007. Nach der Reform ist vor der Reform, Wiesbaden, S. 159-174.
- Tagesspiegel 2009: Streit über „Fangprämien“ für Ärzte. In: Tagesspiegel 4.9.2009, <http://www.tagesspiegel.de/politik/deutschland/streit-ueber-fangpraemien-fuer-aerzte/1593748.html> (06.04.2011).
- Techniker Krankenkasse 2006: Millionenaufwand und kaum Nutzen, Pressemitteilung der Techniker Krankenkasse vom 29.10.2006, <https://www.tk.de/tk/pressemitteilungen/153724> (06.04.2011).
- Wagner, Wolfgang 2009: Der missbrauchte Patient. In: Frankfurter Rundschau, 19.5.2009: 13.
- Wagner, Wolfgang; Maier, Jutta 2010: Das Rezept der Profiteure. In: Frankfurter Rundschau, 5.2.2010, <http://www.fr-online.de/home/das-rezept-der-profiteure/-/1472778/3176806/-/index.html> (06.04.2011).
- Wirtschaftsministerkonferenz 2009: Beschlussammlung der Wirtschaftsministerkonferenz am 18./19. Juni 2009 in Potsdam, Berlin.

Der Autor

Daniel Kopp

Wissenschaftlicher Assistent

Schweizerischer Gewerkschaftsbund, Bern



Neuere Veröffentlichungen der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik

Wirtschaftspolitik

Der Fortschritt ist bezahlbar

WISO direkt

Wirtschaftspolitik

Die Weltwirtschaft im Ungleichgewicht – Ursachen, Gefahren, Korrekturen

WISO Diskurs

Nachhaltige Strukturpolitik

Exporte um jeden Preis? Zur Diskussion um das deutsche Wachstumsmodell

WISO direkt

Europäische Wirtschafts- und Sozialpolitik

Staatsgläubigerpanik ist keine Eurokrise!

WISO direkt

Steuerpolitik

Progressive Sozialversicherungsbeiträge – Entlastung der Beschäftigten oder Verfestigung des Niedriglohnssektors?

WISO Diskurs

Arbeitskreis Mittelstand

Soloselbstständige in der Insolvenz – Zwischen Stigmatisierung und Neustart

WISO direkt

Gesprächskreis Verbraucherpolitik

Was die Verbraucherpolitik von der Verhaltensökonomie lernen kann

WISO direkt

Gesprächskreis Verbraucherpolitik

Nanotechnik im Lebensmittelsektor – Entwicklungen nicht dem Zufall überlassen!

WISO direkt

Arbeitskreis Innovative Verkehrspolitik

Reform des Personenbeförderungsgesetzes – Perspektiven für ein nachhaltiges und integriertes Nahverkehrsangebot

WISO Diskurs

Arbeitskreis Stadtentwicklung, Bau und Wohnen

Das Programm Soziale Stadt – Kluge Städtebauförderung für die Zukunft der Städte

WISO Diskurs

Gesprächskreis Sozialpolitik

Rente mit 67? Argumente und Gegenargumente

WISO Diskurs

Gesprächskreis Sozialpolitik

Erwerbsminderungsrente – Reformnotwendigkeit und Reformoptionen

WISO Diskurs

Gesprächskreis Sozialpolitik

Soziale Gesundheitswirtschaft: mehr Gesundheit, gute Arbeit und qualitatives Wachstum

WISO direkt

Gesprächskreis Arbeit und Qualifizierung

Fiskalische Effekte eines gesetzlichen Mindestlohns

WISO Diskurs

Arbeitskreis Arbeit-Betrieb-Politik

Perspektiven der Unternehmensmitbestimmung in Deutschland – ungerechtfertigter Stillstand auf der politischen Baustelle?

WISO Diskurs

Arbeitskreis Dienstleistungen

Dienstleistungen in der Zukunftsverantwortung – Ein Plädoyer für eine (neue) Dienstleistungspolitik

WISO Diskurs

Gesprächskreis Migration und Integration

Prekäre Übergänge vermeiden – Potenziale nutzen Junge Frauen und Männer mit Migrationshintergrund an der Schwelle von der Schule zur Ausbildung

WISO Diskurs

Frauen- und Geschlechterforschung

Geschlechterpolitik zu Pflege/Care Anregungen aus europäischen Ländern

WISO Diskurs

Volltexte dieser Veröffentlichungen finden Sie bei uns im Internet unter

www.fes.de/wiso