

Christian Hans

---

## Korruption im Gesundheitswesen

In der Öffentlichkeit ist das Gesundheitswesen momentan vor allem unter Kostengesichtspunkten in der Diskussion. Der Arbeitgeberseite seien angeblich keine höheren Krankenversicherungsbeiträge zuzumuten, so dass den Versicherten wohl oder übel ein immer höherer Anteil an den Gesundheitskosten aufzuerlegen sei. Inwieweit diese Argumentation tatsächlich stichhaltig ist, sei einmal dahingestellt. Auffällig ist zumindest dass ein kostensteigerndes Moment bei allen diesen Debatten weitgehend ausgeblendet bleibt: die im Gesundheitssystem existierende Korruption. Dabei handelt es sich nicht um Patienten, die sich eine Vorzugsbehandlung erkaufen möchten, sondern um Pharmaunternehmen und Unternehmen der medizinisch-technischen Industrie, die durch korruptives Handeln Absatz und Profite steigern wollen.

Zu Beginn der 1980er Jahre ließ sich Takeshi Abe, damaliger Abteilungsleiter des japanischen Gesundheitsministeriums, von Vertretern der Bayer AG und vier weiteren Pharmaunternehmen mit über 400.000 US-Dollar bestechen. Abe erteilte eine Genehmigung, so dass potenziell HIV-infizierte Blutprodukte für Bluterkrankte für weitere zwei Jahre und vier Monate auf dem japanischen Markt vertrieben werden konnten. Bis 1996 infizierten sich mindestens 1.800 der insgesamt 4.000 japanischen Hämophilie-Patienten mit HIV und/oder erkrankten an AIDS, also 45%. Mehrere hundert dieser Patienten sind bis heute an der Infektion gestorben (TI-D 2000a).

Dieses vielleicht extreme Beispiel für Korruption im Gesundheitswesen zeigt ein grundsätzliches Muster: Das ökonomische Profitstreben schaltete hier die moralische Verantwortung für Menschen einfach aus. Der Anspruch, Gesundheit zu erhalten und zu fördern, wurde in sein Gegenteil verkehrt. Die Korruption funktionierte hier zudem transnational. Dies ist kein Einzelfall. Man muss ihn als Teil einer weitläufigen Korruptionslandschaft begreifen. M.J. Mwaffisi (2002), Vertreter des Gesundheitsministeriums in Tansania, beschreibt das Problem recht drastisch: „Corruption has spread like a cancer into our society and finally reached domains that were free of it [...]“

Der Bribe Payers Index (BPI), von Transparency International (TI) auf Basis von Umfragen erstellt, liefert ein ungefähres Maß für die Bereitschaft in den

21 führenden Exportnationen, Bestechungsgelder an ranghohe Amtsträger in den 15 zentralen Schwellenländern zu zahlen. Für das Jahr 2002 wird im BPI die Korruptionswahrscheinlichkeit in Pharmaindustrie und Gesundheitswesen mit einem Wert von 4,3 beziffert, wobei 10 keiner, 0 der maximalen Korruption entspricht (TI 2002: 2). Damit liegen diese beiden Branchen zwar „nur“ im Mittelfeld, angesichts der möglichen Auswirkungen ist dieses Ergebnis aber keineswegs beruhigend.

In Deutschland stiegen von 1999 zu 2000 die aufgedeckten „Unregelmäßigkeiten“ im Gesundheitswesen, z.B. Abrechnungsbetrug, um ca. 20% (Orlowski 2001: 5). TI Deutschland (TI-D) hat in den letzten Jahren ausführliche Problemanalysen zu Betrug, Missbrauch und Korruption im deutschen Gesundheitswesen vorgelegt (Ti-D 2000b, 2001). Die geschätzten volkswirtschaftlichen Schäden gehen in die Milliarden (TI-D 2000a). Die zentrale Erkenntnis, die sich aus diesen Analysen ergibt, ist aber:

„[...] Bestechung und Bestechlichkeit [...] bilden nicht den Kern des Problems. Dieser liegt vielmehr in der starken Intransparenz des äußerst komplexen Systems ‚Gesundheitswesen‘. [...] Diese Intransparenz bietet die Einfallstore für missbräuchliches Verhalten aller im System agierenden Gruppen [...]“ (TI-D 2000b: 2)

Diese Feststellung führt zu einer sehr weiten Definition von Korruption:

„Im Gesundheitswesen soll ein Verhalten also dann ‚korruptiv‘ genannt werden, wenn zugunsten einer bestimmten Gruppe der im Gesundheitsmarkt Agierenden missbräuchlich Vorteile zu Lasten anderer Gruppen, beziehungsweise der Allgemeinheit bewirkt werden.“ (TI-D 2000b: 2)

In dieser intransparenten Struktur, in der korruptive Strategien schlicht besser „verborgen“ werden können (Abschnitt 1), findet man meines Erachtens das stärkste Ausmaß der Korruption dort vor, wo Akteure des freien Marktes in Beziehung zu anderen Akteuren des Gesundheitswesens treten. Die Abschnitte 2 bis 5 werden zeigen, dass insbesondere die Beziehungen zwischen Industrie<sup>1</sup> und Wissenschaft höchst korruptiv geprägt sind – mit gefährlichen Folgen für das Wohl der Allgemeinheit. In Abschnitt 3 werden allgemeine korruptive „Werbe“-Strategien von Unternehmen erörtert. Thema des vierten Abschnitts ist die Beeinflussung von wissenschaftlichen Sachverständigengutachten, die für Unternehmen notwendig sind, um etwa in Zulassungsverfahren oder Schadensersatzfällen die Wirksamkeit oder Unbedenklichkeit eines Produktes belegen zu können. Am Beispiel der komplexen Zulassungsverfahren wird deutlich, inwiefern auch staatliche Behörden Teil dieser korruptiven Beziehungen sind (Abschnitt 5). In Abschnitt 6 werden dann in kurzer Form mögliche politische Maßnahmen auf nationaler und internationaler Ebene vorgestellt.

1 Wenn ich im Rahmen dieser Arbeit von „Industrie“ spreche, so sind Pharma- und Medizinergüter-Unternehmen gemeint. In Abschnitt 4 jedoch muss man sicherlich noch die Chemische Industrie hinzunehmen, deren Erzeugnisse zweifelsfrei Einfluss auf die menschliche Gesundheit nehmen.

## 1. Bedingungen der Korruption im deutschen Gesundheitswesen

Die Intransparenz des deutschen Gesundheitswesens begründet sich durch seine Interessen- und Akteursvielfalt. In das solidarische, beitragsfinanzierte Versicherungssystem, das jedem Menschen den gleichen Zugang zu gesundheitlichen Leistungen zusichert, kann der Staat lediglich per Rahmengesetzgebung steuernd eingreifen. Charakteristisch ist die dezentrale Gliederung des Systems: Länder und Kommunen können nach föderalistischem Prinzip verschiedene Politiken verfolgen. Die Trägerschaft der Einrichtungen des Gesundheitswesens ist pluralistisch differenziert in öffentliche, freigemeinnützige und private. Die Versorgung ist sektoralisiert (ambulant, stationär). Außerdem gilt das - in der EU einmalige - Selbstverwaltungsprinzip, das heißt zwischen Krankenkassen, Ärzteverbänden und Krankenhäusern kommt es zu korporatistischen Aushandlungsprozessen, in die der Staat nur als Kontrollorgan eingreifen kann. Die Folge ist ein komplexes System, das mit all seinen partikularen Interessen kaum zu durchschauen und kaum zu regulieren ist (Weber/Leienbach 2000: 30ff.; Geene 2000: 50; TI-D 2000b: 2ff.).

Mit 10% des Bruttosozialproduktes wendet Deutschland nach den USA weltweit die höchsten Kosten für das Gesundheitswesen auf. Qualitativ liegt es lediglich im internationalen Mittelfeld, das heißt es handelt sich um ein relativ ineffizientes System (TI-D 2001: 15). Eine Ursache der Ineffizienz, die für das Thema Korruption relevant ist, liegt in der - allerdings für die ganze westliche Welt charakteristischen - unverhältnismäßigen Überbetonung der kurativen Medizin. Tatsächlich sind gegenwärtig 75% aller Erkrankungen chronisch-degenerativer Art und können von der modernen Medizin nicht geheilt werden (Rosenbrock 1998: 16ff.). Dennoch beobachtet man ein Überangebot medizinischer Leistungen und Angebote, die häufig an wenig wirksame oder gar wirkungslose Produkte der Industrie (Arzneien, medizintechnische Geräte) gebunden sind. Besonders teuer sind dabei die Produkte, die verschreibungspflichtig sind. Während die Industrie als marktmächtigste Akteursgruppe dem Interesse folgt, ihre Produkte möglichst gewinnträchtig zu verkaufen, stehen auf der anderen Seite nicht direkt die zahlenden Kunden, also die Patienten. Das Produkt durchläuft mehrere Zwischenstationen: Über die Zulassungsbehörde, den Arzt, der das Produkt anwendet oder verschreibt, den Apotheker, der es empfiehlt und verkauft, die gesetzliche Krankenkasse, über die es abgerechnet wird, bis hin zum Patienten, der die Versicherungsbeiträge zahlt. Die Patienten repräsentieren also nicht die eigentliche Nachfrageseite. Sie können nicht preiselastisch reagieren, denn das hieße z.B. auch, eine lebensnotwendige Arznei nicht mehr zu verwenden, weil sie zu teuer ist. Sie können auch nicht wirklich autonom entscheiden und beurteilen, welches Produkt sie möchten. Sie sind auf Arzt und Apotheker angewiesen, die als Schaltstelle zwischen Industrie und Patient fungieren (TI-D 2000b: 2ff., Widmann-Mauz

2001: 7). An eben dieser Schaltstelle setzt die Einflussnahme der Industrie an. Peter Schönhöfer (2001: 15) beurteilt die Folgen als verheerend: „Das ist eine Desolidarisierung des Systems, die es den Waren- oder Leistungsanbietern erlaubt hat, die Entscheider über Bedarf und Kosten im Gesundheitswesen vollständig in den Griff zu bekommen.“ Die Intransparenz des Gesundheitswesens lässt dabei kaum einen Einblick zu, wie diese „Machtübernahme“ vor sich geht. In den folgenden Abschnitten wird versucht, dies zu beleuchten.

## 2. Der korruptive Einfluss der Industrie auf die medizinische Wissenschaft

*„Es geht nicht um einzelne schwarze Schafe, sondern um die Unkultur im Umgang mit den Segnungen der Pharmaindustrie.“ (Huber 2002)*

Die Möglichkeiten der Industrie, auf Wissenschaft und Forschung außerhalb der eigenen Unternehmen Einfluss zu nehmen, sind vielfältig. Dieser Einfluss ist in aller Regel an Geld gebunden, führt zu massiven Abhängigkeitsverhältnissen und ist in vielen Fällen eindeutig korruptiv geprägt.

Bei der Etablierung eines Produktes auf dem Markt braucht die Pharmaindustrie die „Hilfe“ von Wissenschaftlern. Bei diesen handelt es sich meist um hochrangige, angesehene Angehörige von Hochschulen oder Universitätskliniken (TI-D 2001: 16ff., 2000: 20). Als Sachverständige, die von den Herstellern beauftragt und bezahlt werden, erstellen sie erstens die notwendigen (Unbedenklichkeits-)Gutachten, die für die Zulassung des Präparates sowie für die vorgeschriebene wissenschaftliche Begleitung nach der Zulassung und für die Verteidigung in Schadensersatzfällen unerlässlich sind (vgl. Abschnitt 4). Zweitens treten diese Sachverständigen als Experten (*opinion leaders*) bei Fachkongressen auf, um die schon in den Gutachten verbürgte „Qualität“ vor einem breiten Fachpublikum zu bestätigen (vgl. Abschnitt 3). Drittens sind sie häufig die Autoren von lancierten Artikeln in der Fach- und Laienpresse, um auch über diesen Weg das Produkt (pseudo-)wissenschaftlich zu bewerben (TI-D 2001: 16ff., 2000: 20; Wassermann 1994: 203). Für all diese Tätigkeiten werden die wissenschaftlichen Sachverständigen von der Industrie beauftragt und bezahlt. Es braucht kaum darauf hingewiesen zu werden, dass die Hersteller nur solche Wissenschaftler verpflichten, von denen sie eine positive Beurteilung sicher erwarten können. Ellis Huber, ehemals Präsident der Berliner Ärztekammer, spricht es klar aus (2002):

*„Insbesondere bei Professoren der Medizin herrscht ein zu hohes Maß an Willfährigkeit und Abhängigkeit gegenüber dem medizinisch-industriellen Komplex.“*

An zwei weiteren Punkten wird der Einfluss der Herstellerfirmen auf Wissenschaft und Forschung deutlich. Der erste Punkt besteht im „selektiven Sponsoring“. Mit der Vergabe von Drittmittelaufträgen an öffentliche Forschungsinstitutionen, deren Einwerbung der Staat ausdrücklich begrüßt, wird eine mehr oder weniger große finanzielle Abhängigkeit geschaffen:

„Mit Hilfe solcher Mittel ist ein dicht gewobenes Netz von Technologieparks für medizinische und Biofirmen in der Umgebung nahezu jeder Universität, Fachhochschule und Technischen Akademie entstanden. Zugleich wurde die Focussierung auf den Chef medizinischer Einrichtungen oder Abteilungen [...] bestens etabliert, was zu einer Herabsetzung der Hemmschwelle und zur Entstehung von Korruptionsmechanismen geführt hat. Verbunden damit sind vom Staat geduldete Abhängigkeitsverhältnisse [...], die dem Bild einer demokratischen Wissenschaftsorganisation [...] Hohn sprechen“ (TI-D 2001: 19)

Außerdem behalten sich die Unternehmen vor, direkten Einfluss auf die Forschung selbst zu nehmen, das heißt sie selektieren auch die Forschungsinhalte und -ergebnisse. Zudem haben die Forschenden in der Regel kein Recht, ihre Ergebnisse ohne Zustimmung des Sponsors zu publizieren (ebd.: 17, 19).

Der zweite Punkt betrifft den Einfluss auf die Fach- und Laienpresse. Wissenschaftliche Magazine sind finanziell abhängig von der Herstellerwerbung. Häufig gibt es daher Absprachen zwischen Verlagen und Herstellern, letzteren Einsicht in Manuskripte vor ihrer Veröffentlichung zu gewähren und auf deren „Änderungswünsche“ einzugehen (ebd.: 17). Das hat zur Folge, dass die Industrie in der Lage ist, den Ruf von Wissenschaftlern durch solche Zensurmechanismen gezielt zu beschädigen, indem die Publikation ihrer Artikel verhindert wird oder indem Gegenartikel lanciert werden. Schönhöfer bemerkt dazu (2001: 16): „Man kann kritische Artikel nicht publizieren, ohne mit einer einstweiligen Verfügung des Herstellers rechnen zu müssen.“ Und TI-Deutschland stellt für die deutschsprachigen Zeitschriften fest: „Es gibt praktisch kaum noch klinische Publikationsorgane, die von der Pharmaindustrie so unabhängig sind, dass Publikationen mit kritischen Wertungen veröffentlicht werden“ (TI-D 2000b: 20). Im TI-D-Bericht von 2001 wird diese Aussage erweitert, in dem auch der Wert ausländischer Fachzeitschriften als „oft fragwürdig“ bezeichnet wird (2001: 17). Es handelt sich also nicht um ein rein bundesdeutsches Problem. Von unabhängiger Wissenschaft und objektiver Meinungsbildung kann hier jedenfalls kaum noch die Rede sein.

### 3. Korruption als „Verführung“

Soll ein bereits für den Markt zugelassenes Medikament erfolgreich sein, muss der Hersteller erreichen, dass es bei möglichst vielen Patienten in möglichst großem Umfang bzw. hoher Dosierung zur Anwendung kommt. Im – weltweit – harten Konkurrenzkampf auf dem Pharmamarkt ist zudem in vielen Bereichen ein Überangebot wirkungsgleicher Arzneien beobachtbar. Dies führt zu massiven Versuchen der Industrie, nicht nur gesundheitspolitische Entscheidungsträger, sondern auch das Verschreibungs- und Kaufverhalten von Ärzten und Apothekern zu beeinflussen (TI-D 2000b: 19).

Bei nicht rezeptpflichtigen Medikamenten setzen die Werbestrategien entweder direkt beim Endverbraucher an oder beim Vertrieb, in der Regel den Apotheken, um auf deren Empfehlungsverhalten Einfluss zu nehmen. Bei rezeptpflichtigen Medikamenten, die häufig gewinnträchtiger sind, werden Ärzte

und Apotheker benötigt, um den Weg zum Verbraucher zu ebnen. Hier kommen vielfältige, mehr oder weniger korruptive Strategien zum Tragen. Cornelia Krause-Girth bezeichnet sie als „Die alltägliche Verführung“ (1992).

In der Startphase eines Medikaments spielt die individuelle Beratung des Arztes durch Pharmareferenten eine wichtige Rolle. Wichtig ist, dass dies flächendeckend in einer Region oder einer ganzen Klinik geschieht. Im Gespräch mit Kollegen soll der Arzt sich möglichst viel und positiv über das Präparat äußern (ebd.: 172). „Werben“ bedeutet aber auch, Geschenke zu machen, um den „Geschäftspartner“ für sich zu gewinnen. So stellen die Pharmareferenten zum Beispiel kostenlose Muster des Produktes zur Verfügung, um den Arzt später vertraglich daran zu binden, zur Anwendung am Patienten zu überzeugen und diese im besten Falle daran zu gewöhnen oder aber um ein vergleichbares, vielleicht sogar besseres Konkurrenzpräparat „auszustechen“ (TI-D 2000b: 20).

Apotheker können mit Sonderkonditionen gelockt werden, z.B. mit großzügigen Rabatten oder kostenlosen Zusatzartikeln. Rechnen sie die Artikel voll gegenüber dem Versicherten bzw. der Krankenversicherung ab, ist ihnen auf illegale Weise ein geldwerter Vorteil entstanden. Bekannt sind auch Fälle von Honorar- oder Provisionszahlungen an Apotheker und Ärzte, damit sie ein Medikament besonders häufig verschreiben bzw. herausgeben oder gar Rezepte fälschen. Hier handelt es sich nicht nur um Abrechnungsbetrug, sondern um korrupte Netzwerke (TI-D 2000b: 18).

Eine weitere Strategie, auf die auch TI-D verstärkt hinweist (2001: 16ff.), ist die Organisation und – häufig verborgene – Finanzierung von Zusammenkünften von zu Bewerbenden durch die Industrie. Meist sind dies „Fortbildungen“ oder „Fachkongresse“, die bevorzugt an exklusiven Orten, z.B. im südlichen Ausland, abgehalten werden und lediglich dazu dienen, vom eigenen Produkt zu überzeugen. Der wissenschaftliche Wert dieser Zusammenkünfte, im Sinne einer objektiven und kontroversen Analyse der Vor- und Nachteile von Produkten bzw. Diagnose- oder Therapieverfahren, ist äußerst fragwürdig: „Diese Kongresse sind nicht wirklich wichtig. Im Gegenteil: Man trifft dort ohnehin nur Pharmavertreter und gesponserte Redner.“ (Schönhöfer 2001: 17)

Hier greift ein anderer Mechanismus: Die Organisatoren, d.h. die Hersteller wissen, dass ärztliche Entscheidungen wesentlich beeinflusst werden von „[...] kollegialen Gepflogenheiten, Gruppennormen und dem Verhalten persönlich bedeutsamer Leitfiguren (opinion leaders)“ (Krause-Girth 1992: 176). Gelingt es also, einen Großteil der Anwesenden zu überzeugen, werden sich die Anderen bald dem positiven Urteil anschließen – durch Pausengespräche, Berichte an andere Kollegen nach dem Kongress usw. Die so genannten *opinion leaders* sind zumeist gesponserte Wissenschaftler, mit oftmals hohem Ansehen, die einen entsprechenden meinungsbildenden Einfluss auf die Teilnehmer ausüben (TI-D 2001: 17). Außerdem ist festzustellen: „Zugleich steigern ‚diese Geschenke‘ paradoxerweise oft die Glaubwürdigkeit der Pharmaindustrie, weil

keine Gegenleistung verlangt wird, die kommt später – wie von selbst“ (Krause-Girth 1992: 176).

Die Vokabel der „Verführung“ soll hier keineswegs eine Verharmlosung von korruptiven Strategien darstellen oder gar Ärzte und Apotheker als „Opfer“ entlasten. Sie deutet vielmehr an, wie leicht sich vermeintlich unabhängige Wissenschaftler überzeugen, missbrauchen und abhängig machen lassen.

#### 4. Bestellte Gutachten: Verkauf der wissenschaftlichen Unabhängigkeit an die Industrie

Es gibt mindestens zwei riskante Situationen, in denen die Industrie auf eine positive Begutachtung ihrer Produkte nicht verzichten kann. Das ist zum einen das Zulassungsverfahren, in dem darüber entschieden wird, ob das Produkt (z.B. ein Medikament) vertrieben werden darf (vgl. dazu den nächsten Abschnitt). Zum anderen ist es die Schadensersatzklage, in der einem Produkt gesundheitsschädigende Auswirkungen vorgeworfen werden (siehe unten).

Am Problem der Gutachten lässt sich exemplarisch die Abhängigkeit der Wissenschaft von der Industrie aufzeigen. Pathetisch formuliert ist es der Punkt, an dem Gutachter und Unternehmen sich zwischen „Wahrheit“ und „Lüge“ zu entscheiden haben. Zudem stellen bestellte Gutachten ein internationales Problem dar, wofür Antje Bultmann und Friedemann Schmithals (1994) zahlreiche Beispiele anführen. Einige Analysen, wie z.B. von TI-D (2000b: 18ff., 2001: 16ff.) oder Ottmar Wassermann (1994: 196ff.), weisen eindringlich darauf hin, dass Betrug, Fälschung und Korruption im medizinischen Gutachterwesen zur Normalität geworden sind.

Dies ist nur möglich, weil Unternehmen problemlos diese Gutachten bei Forschungsinstituten oder Hochschulen in Auftrag geben können. Natürlich kann man dies als ihr gutes Recht betrachten. Es gibt aber für diese Aufträge keine wirklichen Kontrollinstanzen oder Auflagen, die z.B. ein staatlich finanziertes Zweitgutachten oder die Überprüfung der ökonomischen Beziehungen der Auftragspartner erfordern. In der Regel sind diese Aufträge in der BRD mit Drittmittelverträgen verbunden. Das bedeutet: Fällt ein Gutachten nicht so aus, wie es sich der Hersteller wünscht, besteht die Gefahr dass der Drittmittelvertrag gelöst wird bzw. gar nicht erst zustande kommt (TI-D 2000b: 19ff., 2001: 16ff.).

Ein weiterer Grund, warum die Gutachten häufig den Erwartungen der Industrie entsprechen, ist die attraktive, oft unangemessen hohe Bezahlung der Gutachter. Ottmar Wassermann berichtet in diesem Zusammenhang von folgendem Fall: Die US-amerikanische Firma Syntex zahlte 1991 im Schadensersatzverfahren gegen Alvin Overmann rund 500.000 US-Dollar an insgesamt 14 Gutachter. Die Stundenlöhne lagen dabei zwischen 140 und 500 US-Dollar. Alvin Overmann, ein Lkw-Fahrer, hatte das Unternehmen auf Schadensersatz

verklagt, weil er bei dem Konzern über Jahre hochtoxischen Dioxinen ausgesetzt gewesen und an Krebs erkrankt war. *Alle* Gutachter bescheinigten den Dioxin-Dosen Unbedenklichkeit. Später stellte sich heraus, dass einige der Gutachter noch nie zu Dioxinen geforscht hatten (Wassermann 1994: 214ff.). Gutachten dienen mehreren Zwecken. Sie sollen dem Produkt in erster Linie ein positives Image verschaffen, das heißt entweder seine positiven Eigenschaften hervorheben bzw. erfinden oder seine negativen Eigenschaften verharmlosen. Sie sollen zugleich möglichst den Stellenwert von theoretischen Grundlagenwerken erlangen und so weite Verbreitung in der Fachwelt finden. Schreibt ein hoch angesehenen Wissenschaftler ein solches „Jubiläum“-Gutachten, unterdrückt er damit zudem de facto kritische Stimmen (ebd.: 200f.).

Ein „Musterbeispiel“ für die manipulative Verwendung von Gutachten ist der Fall des US-Chemiekonzerns Monsanto in West-Virginia, ebenfalls von Wassermann geschildert. Bei Monsanto hatte der Arbeitsmediziner Raimond R. Suskind bereits in den 1940ern schwere gesundheitliche Schäden bei Arbeitern durch Dioxine diagnostiziert. 1980 schließlich erstellten Suskind, inzwischen an der Universität von Cincinnati, und Judith Zack, Angestellte bei Monsanto, ein Unbedenklichkeitsgutachten, in dem den Dioxinen bescheinigt wurde, nicht krebserregend zu sein. Das Gutachten wurde weltweit verbreitet, und sein Ergebnis beeinflusste wesentlich die Diskussion um die (angeblich nicht) gesundheitsschädigende Wirkung von Dioxinen. 1984 gaben Suskind und Zack in einem Gerichtsverfahren zu, die Studie gefälscht zu haben. Weder wurden sie angeklagt, noch zogen sie ihr Gutachten zurück. Der deutsche Toxikologe Helmut Greim, Leiter der Gesellschaft für Strahlenforschung, einer Forschungseinrichtung der Bundesregierung, zitierte die Studie noch 1989 in einem Gutachten, in dem er die Gefahren von Dioxinen leugnete, so Wassermann (ebd.: 209ff., 243).

Ein letzter Punkt soll der „Gutachter-Karriere“ gewidmet sein. Unternehmen greifen gerne auf Sachverständige zurück, mit denen sie gute Erfahrungen gemacht oder von deren „guten Ruf“ sie Kenntnis haben. Das führt dazu, dass bestimmte Sachverständige sehr häufig beauftragt werden. Gerhard Triebig etwa, Arbeitsmediziner an der Universität Heidelberg, verfasste zwischen 1990 und 1991 insgesamt 1.260 Gutachten für die Chemische Industrie, das heißt durchschnittlich zwei pro Tag (ebd.: 231)! Auch Plagiate, das heißt die Wiederverwendung von Gutachten, kommen vor (ebd.: 238ff.). Es entstehen so regelrechte Netzwerke zwischen den Beteiligten, man empfiehlt einander, fälscht Literatur und beeinflusst damit womöglich ganze Forschergenerationen, verleiht Gutachten, die andere als Vorlage benutzen können und vieles mehr. Meist hat dies nicht einmal rechtliche Folgen, selbst wenn die Gutachter der Fälschung, des Plagiats oder der Korruption überführt werden. Überwiegend handelt es sich um Hochschullehrer, die ihren Studenten und Mitarbeitern diese Auffassung von Ethos und Moral auch noch weiter vermitteln.

## 5. Beispiel Zulassungsverfahren: Das korruptive Zusammenspiel von Industrie, Wissenschaft und Behörden

Eine unabhängige, staatliche oder staatlich finanzierte Forschung etwa auf dem Gebiet der Pharmakologie findet seit Jahrzehnten in Deutschland kaum noch statt. Neue Wirkstoffe werden überwiegend in den Industrielabors entwickelt. Die Zulassungen werden heute meist auf europäischer Ebene, das heißt von der Zulassungsbehörde EMEA vergeben (TI-D 2001: 16, 20). Die rein bundesdeutsche Ebene wird hier also verlassen, was die Internationalität des Problems unterstreicht.

In Deutschland gehört die Arznei Acetylcystein, z.B. bekannt als ACC<sup>®</sup>, zu den absoluten Bestsellern auf dem Markt. Eine Wirksamkeit dieser Substanz ist nicht erwiesen (Kuschinsky/Lüllmann 1989: 281ff.). Obwohl das mindestens seit den 1980er Jahren bekannt ist, hat dieses Präparat weiterhin eine Zulassung. Pro Jahr werden rund 300 neue Medikamente auf den Pharmamarkt gebracht. Im Durchschnitt kann man alle zwei Jahre eines davon als therapeutisch relevant bezeichnen. Inzwischen machen solche „Scheininnovationen“ mindestens 10% am Gesamtmarkt der Arzneien aus. Die Kosten für die Arzneimitteltherapie werden durch sie bis zum Zehnfachen gesteigert (Schönhöfer 2001: 14f.).

Thomapyrin<sup>®</sup>, mit 20 Millionen Packungen pro Jahr das in Deutschland meistverkaufte, in seiner Wirksamkeit ebenfalls umstrittene Schmerzmittel, führt pro Jahr zu etwa 500 Fällen von terminalen Nierenschäden. Obwohl das mindestens seit den 1960er Jahren bekannt ist, hat auch dieses Medikament weiterhin eine Zulassung (ebd.: 14). Pro Jahr werden 200.000 Menschen wegen unerwünschter Nebenwirkungen von Medikamenten in ein Krankenhaus eingewiesen. Davon versterben 5.000 bis 8.000 Menschen (TI-D/vzbv 2001).

Dass bestimmte Medikamente eine Zulassung erhalten, obwohl sie entweder unwirksam sind oder unerwünschte Nebenwirkungen haben, ist ohne die korruptiven Beziehungen zwischen Industrie und Wissenschaft nicht erklärbar. Ohne das bestellte Gutachten eines wissenschaftlichen Sachverständigen kann der Hersteller keine Zulassung für sein Produkt erlangen. Gutachten müssen durch medizinische Sachverständige, z.B. auf Basis von klinischen Studien, erstellt werden. Nicht aber die Zulassungsbehörde, sondern der Hersteller selbst gibt das Gutachten bei Chefärzten von Universitätskliniken oder Hochschulexperten in Auftrag. Überträgt man die Aspekte des Gutachterwesens, die im voran gegangenen Abschnitt beschrieben wurden, auf die Zulassungsverfahren, wird klar, welche Auswirkungen dies darauf haben kann. Es lässt sich tatsächlich feststellen, dass etwa 40% aller zur Zulassung vorgelegten klinischen Daten lückenhaft, geschönt oder gar gefälscht sind (TI-D 2001: 17): „Das Ausmaß der Fälschungen scheint im umgekehrten Verhältnis zur Stärke der therapeutischen Wirksamkeit des Arzneimittels zu stehen.“ (ebd.) Wie weit diese

Fälschungen gehen, beurteilt Peter Schönhöfer wie folgt (2001: 15): „[...] wenn eine Therapieempfehlung [...] direkt von den Vertretern der Pharmaindustrie geschrieben und dann irgendein Name darunter gesetzt wird, dann ist das ein korrupter Prozess.“

Neben der Tatsache, dass im Zulassungsverfahren für die Industrie sozusagen „freie Gutachterauswahl“ besteht, handelt es sich hierbei um ein äußerst kompliziertes und vor allem nicht öffentliches Verfahren. Es dauert sehr lange, läuft in mehreren, gesetzlich geregelten Schritten ab und ist sehr teuer. Aus rein ökonomischer Sicht kann sich ein Antragsteller (Pharmaunternehmen) eine Verweigerung der Zulassung kaum leisten. Erstaunlich ist, dass man diesen Befindlichkeiten der Industrie sehr entgegen kommt: Es werden in aller Regel keine unabhängigen, staatlich beauftragten Gutachter einbezogen. Durch die Geheimhaltung der Unterlagen sind die Beziehungen zwischen Gutachter und Antragsteller, aber auch zwischen Behörden und Antragsteller kaum nachvollziehbar. Selbst nach der Zulassung eines Medikaments wird nur ein geringer Teil der Unterlagen veröffentlicht, was eine kritische Untersuchung der Entscheidung fast unmöglich macht. Oftmals gelangen Arzneien auf den Markt, ohne dass zuvor wissenschaftliche Daten darüber veröffentlicht wurden (TI-D 2000b: 19f.).

Diese massive Intransparenz des Verfahrens lässt sich im Übrigen auch in den USA feststellen. Die amerikanische Zulassungsbehörde, die *Food and Drug Administration* (FDA), hält wie die EMEA die Dokumente, die vom Hersteller mit dem Zulassungsantrag eingereicht werden, unter Verschluss und veröffentlicht nach dem Verfahren lediglich eine Zusammenfassung. Teilweise bleiben dabei sicherheitsrelevante Daten unveröffentlicht (ebd.: 20).

Auch der in Abschnitt 2 bereits beschriebene Einfluss der Industrie auf die Fachpresse sollte hier nicht vergessen werden. So werden in der Fachpresse gefälschte Daten weiter verbreitet oder kritische Artikel gezielt, z.B. durch einstweilige Verfügungen, verhindert.

Die Varianten der Korruption enden hier nicht. Soll etwa eine bereits erteilte Zulassung auf neue Indikationen erweitert werden, muss der Hersteller eigentlich wie zur Erstzulassung Arzneimittelstudien in Auftrag geben und diese selbst finanzieren. Um diese Kosten zu umgehen, werden stattdessen – natürlich im Geheimen – Wissenschaftler dafür bezahlt, so genannte Therapie-Optimierungsprüfungen (TOP) oder Anwendungsbeobachtungen (AB) durchzuführen. Die TOP und AB haben eigentlich den rein wissenschaftlichen Zweck, die Arzneimitteltherapie von Patienten zu beobachten und zu verbessern. Sie *müssen* herstellerunabhängig erfolgen, denn sie werden von der GKV, das heißt letztlich den Versicherten finanziert. Die Ergebnisse der TOP/AB, die direkt der GKV mitgeteilt werden müssten, gehen in diesem Falle den Umweg über den Hersteller, damit dieser die Ergebnisse „absegnen“ kann. Es handelt sich hier nicht nur um Korruption, sondern auch um einen klaren

Verstoß gegen Bestimmungen des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V). Der Hersteller hat indes mehrere Ziele erreicht: Er spart die Kosten für die Studie, die wesentlich teurer wäre als der inoffizielle Auftrag an den „Gutachter“. Darüber hinaus kann man, nach den oben beschriebenen Zuständen, davon ausgehen, dass die Pseudo-TOP/AB positiv für den Hersteller ausfallen wird. Außerdem tritt er offiziell gar nicht in Erscheinung, bleibt im Verborgenen (TI-D 2001: 10f.).

Die finanziellen und gesundheitlichen Kosten tragen auch hier diejenigen, die am wenigsten in die Verfahren eingebunden sind, nämlich die Patienten. Sie werden im Falle der Scheininnovationen mit falschen Heilversprechen und um ihr Geld betrogen. Greift man auf das Eingangsbeispiel Thomapyrin<sup>®</sup> zurück, so wird deutlich, dass es hier aber vielmehr noch um gesundheitliche Kosten geht. Warum darf dieses Medikament weiterhin aggressiv beworben werden, z.B. auf jedem Fahrschein-Kuvert der Deutschen Bahn mit dem Slogan „Kopf frei für eine gute Fahrt“? Und vor allem: Warum behält Thomapyrin<sup>®</sup> weiterhin eine Zulassung als nicht verschreibungspflichtige Arznei? Peter Schönhöfer (2001: 13f.) kritisiert anhand des Beispiels Thomapyrin<sup>®</sup> insbesondere die Rolle staatlicher Behörden. Anstatt die Zulassung angesichts der Kenntnisse über die potenziellen Risiken zu entziehen, habe man sich auf einer Veranstaltung des Herstellers im Juni 1999 solange „überzeugen“ lassen, bis man sich auf eine erneute Untersuchung über die Risiken verständigte. Die Untersuchungskommission freilich bestand nur aus Gutachtern, die der Hersteller frei wählen konnte. Schönhöfer (ebd.: 13) spricht hier vom Prinzip „BOBSAT = *Bad Old Boys Sitting Around A Table*“. Das bedeutet, dass die Teilnehmer einer solchen Zusammenkunft von vornherein an der vernünftigsten Lösung, in diesem Falle einer unabhängig erstellten Risikoanalyse, gar nicht interessiert sind. Man wählt den Weg des geringsten Widerstandes. Die staatliche Zulassungsbehörde hat hier also scheinbar ihrer Pflicht genüge getan und sich andererseits nicht mit einem mächtigen Konzern angelegt. Außerdem, so Schönhöfer (ebd.) verstehen sich die Behörden „als Dienstleister für die Auftraggeber – das ist die Industrie – aber nicht als Einrichtung des Verbraucherschutzes. Insofern wird die Zulassung als Priorität gesehen, aber nicht die Risikoabwehr.“ Die Unterlassung, die man den Behörden hier vorwerfen muss, wird von Schönhöfer (ebd.) zu Recht als korruptives Handeln bezeichnet.

## 6. Politische Lösungsansätze auf nationaler und internationaler Ebene

*„Zunächst musste ich einige Überzeugungsarbeit in den eigenen Reihen leisten, dass die Einhaltung von Recht und Gesetz zu unseren ureigensten Aufgaben gehört und dem Berufsstand insgesamt mehr nutzt als schadet.“*

(G. Bojunga, Präsidentin der Apotheker-Kammer Hessen, Bojunga 2001: 20)

Wenn M. J. Mwaffisi (2002) die Korruption als sich ausbreitenden „Krebs“ bezeichnet, so ist dies bezogen auf das Gesundheitswesen nicht nur ein ziemlich passendes Bild. Es suggeriert zugleich, dass es eine Heilungschance zwar gibt, diese aber äußerst gering ist. Bei den geschilderten Beziehungen zwischen Industrie, Wissenschaft und staatlichen Behörden hat man es offensichtlich mit einem sehr grundsätzlichen und folgenreichen Problem zu tun, das massive Reformen und Sanktionen verlangt. So fasst Transparency International Deutschland zusammen:

*„Die politischen Verantwortlichen auf allen Ebenen müssen darauf achten, das Gesamtsystem so auszutarieren, dass keine Gruppe sich missbräuchlich Vorteile zu Lasten des gesamten Systems verschaffen kann. Insbesondere die nicht in marktmächtigen Organisationen agierenden vereinzelt Patienten, die den größten Anteil der verfügbaren Geldmittel des Gesundheitsmarktes aufbringen, bedürfen des Schutzes, der Unterstützung und der institutionellen Stärkung.“* (TI-D 2000b: 3)

Im Folgenden werden stichpunktartig die im wesentlichen von TI-D formulierten Reformvorschläge skizziert.

### *Gutachterwesen*

Schaffung transparenter Zulassungsverfahren durch die europäische Behörde EMEA und die US-amerikanische FDA das heißt

- vollständige Einsehbarkeit der Unterlagen bereits während, zwingend aber nach dem Verfahren,
- parallele Zweit- oder gar Drittzulassungsverfahren durch unabhängige Gutachter ohne Einfluss der Unternehmen auf deren Auswahl,
- Einschränkung oder gar ein Verbot der Gutachterausswahl durch die Unternehmen,
- Begrenzung der Zahl der Gutachten, die einem Sachverständigen pro Jahr erlaubt sind.

### *Wirtschaftliche Abhängigkeit zwischen Industrie und Wissenschaft*

- Verpflichtung zur Offenlegung von Drittmittelverträgen, aber auch des Sponsoring von Kongressen oder so genannten Fortbildungsmaßnahmen,
- Ermöglichung einer freien und unabhängigen Fachpresse (Widmann-Mauz 2001: 9).

### *Verordnungs- und Verschreibungspraktiken*

- Verordnungsverbot für „Scheininnovationen“, sobald sie als solche identifiziert sind (Schönhöfer 2001: 14),

- Ahndung von Verstößen gegen die im Februar 2002 in Kraft getretene aut-idem-Regelung (Hoffritz 2002), welche einen Apotheker verpflichtet, ein vom Arzt verordnetes Medikament gegen, ein vorhandenes, wirkstoffgleiches, kostengünstigeres Arzneimittel auszutauschen und dem Patienten auszuhändigen.
- Verbot von Honoraren, Provisionen oder Naturalrabatten,
- Schaffung einer Arzneimittel-Positivliste und verbindlicher, vergleichbarer Behandlungsleitlinien und Qualitätsstandards zur Unterbindung fragwürdiger Therapien und Einschränkung korruptiver Beeinflussungsversuche.

#### *Stärkung der Rolle der Patienten*

- Beteiligung von Selbsthilfe- oder Verbraucherschutzorganisationen an Zulassungsverfahren (TI-D/vzbv 2001),
- Schaffung und Unterstützung von Patienten-Netzwerken, in denen objektive Informationen zur Verfügung stehen (ebd.).

Es gibt noch viele weitere Empfehlungen, die hier nicht alle angeführt werden können. Die Konsequenz all dessen ist, dass staatliche Organe wieder sehr viel stärker regulierend in das Gesundheitswesen eingreifen und selbst initiativ werden müssen, z.B. indem der Staat pharmakologische Forschung selbst aufbaut und finanziert. Für Deutschland bedeutete das eine teilweise Zentralisierung des Systems. Ohne klare gesetzliche Bestimmungen, Kontrollen und Sanktionen ist das Problem der Korruption meines Erachtens nicht lösbar. Ein weiterer wichtiger Anstoß von TI-D (2001: 20f.) verlangt die Formulierung von verbindlichen „Codes of Conduct“, also Verhaltensregeln für alle Bereiche des Gesundheitswesens, vor allem aber für die Industrie.

Im Entwurf des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes (GMG) der rot-grünen Koalition vom Juni 2003 ist vorgesehen, das Amt eines Korruptionsbeauftragten zu schaffen sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen zu verpflichten, Prüf- und Ermittlungseinheiten zur Bekämpfung der Korruption einzurichten. Das Vorhaben ist insbesondere bei den Kassenärztlichen Vereinigungen umstritten, da diese befürchten, dass ihre Mitglieder nun womöglich unter den Generalverdacht der Korruption geraten. Der Entwurf zeigt aber immerhin, dass das Problem auch von der Politik zumindest erkannt wird.

## 7. Zusammenfassung und Ausblick

Im Mittelpunkt dieses Artikels stand die Rolle industrieller Unternehmen, die mit korrupten Mitteln das Prinzip unabhängiger Wissenschaft permanent untergraben. Dies reicht von der „Verführung“ von Ärzten und Apotheker mit Geschenken, Reisen, Rabatten oder Provisionen bis hin zur absoluten Instrumentalisierung von Wissenschaftlern für die eigenen Zwecke, in dem man sie für gefälschte Gutachten in Zulassungsverfahren und Schadensersatzklagen

bezahlt. Die staatlichen Behörden schöpfen dabei ihre ohnehin geringen Regulations- und Kontrollmöglichkeiten nicht aus, sind unter Umständen sogar Teil dieser korruptiven Beziehungen.

Wesentlich befördert wird dies in Deutschland durch die strukturell bedingte Intransparenz des Gesundheitswesens. Als Erklärung für Korruption reicht der Verweis auf die Intransparenz allein allerdings nicht aus. Der korruptive Einfluss gerade der Industrie reicht über Ländergrenzen hinaus, wie die angeführten Beispiele aus Japan und den USA gezeigt haben. Die Muster, etwa in der Beeinflussung des Gutachterwesens, sind dabei ähnlich.

Von daher sind die politischen Lösungsvorschläge auch international von Belang. Sie laufen im Wesentlichen darauf hinaus, Transparenz in allen Bereichen des Gesundheitswesens zu schaffen, den Staat als Regulativ und die Ressourcen der Patienten hinsichtlich Information und Mitbestimmung zu stärken. Diese Vorschläge, die vor allem von TI-D formuliert wurden, sind dem Problem durchaus angemessen. Man wird nicht umhin kommen, die verhängnisvollen Beziehungen zwischen Industrie und Wissenschaft, aber auch zwischen Industrie und staatlichen Behörden zu prüfen, aufzubrechen, regulatorisch in sie einzugreifen und das gesamte Gesundheitswesen zu „remoralisieren“. Insgesamt ist, so vernünftig und dringend diese Maßnahmen auch sind, dennoch Skepsis geboten, was den Nutzen solcher Regelungen angeht. Der weltweite Einfluss der Industrie, durch alle möglichen, differenten Gesundheitssysteme hindurch, macht deutlich, wie schwierig die Bekämpfung der Korruption ist.

Angenommen, der Gutachter für ein Zulassungsverfahren würde durch die Zulassungsbehörde ausgewählt. Warum sollte es einem Unternehmen nicht möglich sein, auch auf diese Entscheidung korruptiv einzuwirken? Wieso sollten sich Akteure, die sich tendenziell seit Jahrzehnten ihren Weg mit Bestechung und Bestechlichkeit bahnen, die bewusst das Leben von Menschen gefährden, plötzlich Prinzipien verpflichtet fühlen, die gerade im Gesundheitswesen eine Selbstverständlichkeit sein sollten? Zu befürchten ist, dass sich wieder Mittel und Wege finden werden, auch neue, schärfere Bestimmungen zu unterlaufen. Nichts desto trotz sollten diese Maßnahmen ergriffen werden. Und weiterhin muss Korruption skandalisiert und verurteilt werden.

## Literatur

- Böcken, Jan (2001): Das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Ergebnisse der internationalen Studie 2000, in: *vzbv (2001)*, 4f.
- Bojunga, Gabriele (2001): Die Apothekerkammer Hessen – wir tun etwas gegen schwarze Schafe, in: *vzbv (2001)*, 20ff.
- Bultmann, Antje; Schmithals, Friedemann (Hrsg.) (1994): *Käufliche Wissenschaft. Experten im Dienst von Industrie und Politik*, München.
- Gene, Raimund (2000): Ziele für die Gesundheitspolitik, in: ders.; Luber, Eva (Hg.): *Gesundheitsziele. Planung in der Gesundheitspolitik*, Frankfurt a.M., 49ff.

- Hoffritz, Jutta (2002): Kampf der Preis-Guerilla. Sparzwang, Forschungspressen und öffentliche Kritik setzen den Pharmakonzernen zu, in: *Die Zeit* 13/2002.
- Huber, Ellis (2002): *Wir haben eine Systemkrankheit. Interview vom 17.03.2002*, [www.pnn.de/archiv/2002/03/ak-po-in-4419395.html](http://www.pnn.de/archiv/2002/03/ak-po-in-4419395.html) (Download 17.05.2002)
- Krause-Girth, Cornelia (1992): Die alltägliche Verführung – Zum Einfluß von Pharmaindustrie und Patient auf ärztliches Handeln, in: *Argument-Sonderband 198: Wer oder was ist „Public Health“? Jahrbuch für kritische Medizin. Band 18*, Hamburg, 169ff.
- Kuschinsky, Gustav; Lüllmann, Heinz (1989): *Kurzes Lehrbuch der Pharmakologie und Toxikologie*, unter Mitwirkung von Klaus Mohr, 12. Auflage, Stuttgart/New York.
- Mwaffisi, M.J. (2002): *Corruption In The Health Sector. The 9th International Anti-Corruption Conference (IACC) – The Papers*, [www.transparency.org/iacc/9th\\_iacc/papers/day4/ws7/d4ws7\\_mjmwaffisi.html](http://www.transparency.org/iacc/9th_iacc/papers/day4/ws7/d4ws7_mjmwaffisi.html) (Download 09.05.2002).
- Orlowski, Ulrich (2001): Der Reformbedarf aus Sicht der Regierung, in: *vzbv (2001)*, 5ff.
- Rosenbrock, Rolf (1998): *Gesundheitspolitik – Einführung und Überblick*. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Working Paper P98-203, Berlin.
- Schönhöfer, Peter S. (2001): Missbrauch, Betrug und Verschwendung. Der undurchsichtige Wildwuchs im Gesundheitswesen spottet jeder Kontrolle. Die neuesten Erkenntnisse von TI-Deutschland, in: *vzbv (2001)*, 13ff.
- TI (Transparency International) (2002): *Transparency International Bribe Payers Index 2002. Erläuterungen und Tabellen*, Berlin 14.05.2002. ([www.transparency.org](http://www.transparency.org))
- TI-D (Transparency International – Deutschland) (Hg.) (2000a): *Intransparenz und Korruption im Gesundheitswesen. Aktuelle Falldarstellungen*, [www.transparency.de/html/themen/Gesundheit/Fallbeispiele\\_4\\_00.html](http://www.transparency.de/html/themen/Gesundheit/Fallbeispiele_4_00.html) (Download 09.05.2002).
- TI-D (Transparency International – Deutschland) (Hg.) (2000b): *Transparenzmängel im Gesundheitswesen. Ressourcenverschwendung, Missbrauch, Betrug – Einfallstore zur Korruption*, München.
- TI-D (Transparency International – Deutschland) (Hg.) (2001): *Korruption und Betrug im deutschen Gesundheitswesen. Fehlsteuerungen fördern Missbrauch, Abhängigkeiten und Bestechlichkeit. Ein Thesenpapier zur aktuellen Situation mit Lösungsvorschlägen*, München.
- TI-D (Transparency International – Deutschland) und vzbv (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.) (2000): *Gesundheitspolitik: Mehr Transparenz, weniger Käuflichkeit. Presseerklärung von TI-Deutschland und vzbv vom 28.09.2001*, [www.transparency.de/html/presse/Gesundheit\\_09\\_01.html](http://www.transparency.de/html/presse/Gesundheit_09_01.html) (Download 09.05.2001).
- vzbv (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.) (Hg.) (2001): *Transparenz und Verantwortung. Die Fehlentwicklungen im deutschen Gesundheitswesen kommen uns teuer zu stehen*. Tagungsbericht, Berlin.
- Weber, A.; Leienbach, J. (2000): *Die Systeme der Sozialen Sicherung in der Europäischen Union*, 4. Auflage, Baden-Baden.
- Widmann-Mauz, Annette (2001): Der Reformbedarf aus Sicht der Opposition, in: *vzbv (2001)*, 7ff.
- Wassermann, Ottmar (1994): Fälschung und Korruption in der Wissenschaft, in: Bultmann, Antje; Schmithals, Friedemann (Hrsg.): *Käufliche Wissenschaft. Experten im Dienst von Industrie und Politik*, München, 196ff.