

Transparenzmängel im Gesundheitswesen: Einfallstore zur Korruption

Grundsatzpapier

Impressum:

Herausgeber: Transparency International – Austrian Chapter

Konzeption: Arbeitsgruppe Gesundheitswesen

Dezember 2007, Version: 1. Änderung Jänner 2008

Vorwort

Eine Arbeitsgruppe von Expertinnen und Experten hat eine Übersicht von Transparenzmängeln im österreichischen Gesundheitswesen erstellt und daraus einen Forderungskatalog abgeleitet. Das Grundsatzpapier versteht sich als „work in progress“ und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die genannten Beispiele wurden demonstrativ (nicht taxativ) als Hinweise auf dahinter liegende systemische Probleme angeführt. Die Reihenfolge und Länge der einzelnen Beispiele stellen keine Gewichtung dar, sondern sind lediglich Ausdruck der Verfügbarkeit überprüfbarer Informationen. Hinweise auf nicht im Papier enthaltene Transparenzmängel im Sinne der Definition, die dieser Arbeit zugrunde liegt, werden von TI-AC gerne entgegen genommen (kontakt: office@ti-austria.at).

Die in diesem Dokument verwendeten Bezeichnungen beziehen sich auf Männer und Frauen gleichermaßen.

Transparency International – Austrian Chapter
ZVR-Zahl: 656549523

Vorstand:
Prof. Mag. Eva Geiblinger (Vorsitzende)
Mag. Ruth Bachmayer
Dr. Armin Dallmann
Beiratspräsidium:
Dr. Franz Fiedler (Vorsitzender)
o. Univ.-Prof. DDr. Heinz Mayer
DDr. Hubert Sickinger

Operngasse 20B/9
A-1040 Wien
office@ti-austria.at
www.ti-austria.at
Erste Bank
Konto 283-477-244/00 | BLZ 20111

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Vorwort | 1 |
| Inhaltsverzeichnis | 2 |
| 1 Einleitung..... | 3 |
| 2 Definitionen | 4 |
| 3 Problemfelder | 5 |
| 3.1 Ebene der Leistungserbringer (Ärzte, Spitäler, Gesundheitsberufe,...)..... | 5 |
| 3.1.1 Informal Payments..... | 5 |
| 3.1.2 Wartelisten | 5 |
| 3.1.3 Abrechnungsbetrug | 6 |
| 3.1.4 Rabatte und Kickback Zahlungen | 7 |
| 3.1.5 Nebenbeschäftigungen..... | 8 |
| 3.1.6 Intransparente Aufteilung von Sonderklasse-Honoraren..... | 9 |
| 3.1.7 Auftragsvergabe..... | 10 |
| 3.1.8 Gesetzeswidrige Verträge..... | 11 |
| 3.1.9 Apotheken und Großhandel..... | 11 |
| 3.2 Ebene der Industrie und andere Zulieferer | 12 |
| 3.2.1 Zusammenarbeit zwischen Industrie und Gesundheitsberufen..... | 12 |
| 3.2.1.1 Marketingmethoden | 13 |
| 3.2.1.2 Fortbildung..... | 14 |
| 3.2.1.4 Forschung | 14 |
| 3.2.1.5 Als Forschung getarnte Marketingmaßnahmen | 15 |
| 3.2.1.6 Konsensusberichte | 15 |
| 3.2.1.7 Sponsoring im Krankenhaus | 16 |
| 3.2.2 Patientenwerbung und -information | 16 |
| 3.2.2.1 Umgehung der Werbeverbote | 17 |
| 3.2.2.2 Awareness Kampagnen und Astroturfing | 17 |
| 3.2.2.3 Direct to Consumer Information..... | 18 |
| 3.3 Ebene der Leistungsempfänger (Versicherte, Patienten, Selbsthilfegruppen,...) | 18 |
| 3.3.1 Missbrauch der E-Card | 18 |
| 3.3.2 Patientenbegehrlichkeit..... | 19 |
| 3.3.3 Instrumentalisierung von Selbsthilfegruppen..... | 19 |
| 3.4 Ebene der Verwaltung (Krankenkassen, Versicherungen, Bund Länder,..) | 20 |
| 3.4.1 Krankenanstaltenfinanzierung..... | 21 |
| 3.4.2 Beratungsgremien | 21 |
| 3.5 Medien | 22 |
| 4 Forderungen | 23 |

1 Einleitung

Das Gesundheitswesen gilt international als besonders anfälliges Gebiet für Betrug und Korruption. Das liegt einerseits an den enormen Geldmitteln, die weltweit darin umgesetzt werden. Weitere Ursachen sind die Komplexität, der hohe Grad an Intransparenz und die Vielzahl der Akteure, die in diesen Bereich involviert sind. Auch die Trennung zwischen Patienten (Konsumenten), Leistungserbringern und auszahlenden Stellen macht das System anfälliger für Missbrauch auf Kosten Dritter.

Das Ergebnis: Viele Millionen Euro versickern in dunklen Kanälen und kommen nicht den Patienten zugute. Das Geld fehlt in der Gesundheitsversorgung - einem Bereich, in dem die erforderlichen Finanzmittel dringend benötigt werden.

Transparency International sieht fehlende Transparenz als Hauptursache für Verschwendung, Missbrauch und Betrug. Eine Voraussetzung für den Kampf gegen Korruption ist die Schaffung eines öffentlichen Bewusstseins. Österreich gilt hier (noch) als Insel der Seligen. Besonders im Gesundheitswesen wird die Existenz von Missbrauch, Betrug und Korruption tabuisiert¹. Internationale Publikationen² zeigen, dass diesem Thema in anderen Ländern bereits mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird. In Österreich gibt es derzeit keine Institution, die sich professionell und spezialisiert dem Kampf gegen Betrug, Missbrauch und Korruption im Gesundheitswesen widmet.

Ziel dieses Grundsatzpapiers von Transparency International - Austrian Chapter (TI-AC) ist es, Transparenzmängel als Einfallstore für korruptes bzw. missbräuchliches Verhalten bei allen am Gesundheitssystem Beteiligten aufzuzeigen und auf eine Änderung zu dringen. Wir wollen erreichen, dass kritische und ehrliche Patienten und Leistungserbringer den Missständen wehrhafter begegnen können.

TI-AC geht es explizit nicht darum, Einzelfälle zu beschreiben oder einzelne Missetäter zu enttarnen. Das ist Aufgabe anderer (teils noch zu schaffender) Institutionen. TI-AC geht es um Systemfragen und präventive Ansätze. Die im folgenden Text demonstrativ (nicht taxativ) angeführten konkreten Beispiele sind in diesem Sinne als Hinweise auf dahinter liegende systemische Probleme zu sehen.

¹ Parlamentarische Anfrage 2845/J, XXII. GP.-NR

² Global Corruption Report 2006, Transparency International

2 Definitionen

Transparency International bezeichnet als Korruption den **Missbrauch von (anvertrauter) Macht zum persönlichen Nutzen.**

Der Begriff der Korruption umfasst somit u.a. politische, juristische, wirtschaftliche und moralische Aspekte. Wo Korruption im System angelegt ist, spricht TI von struktureller Korruption. Es handelt sich dabei nicht nur um strafbare Delikte der Bestechung oder Vorteilsgewährung von Amtsträgern oder Bestechung und Bestechlichkeit im Geschäftsverkehr.

„Im Gesundheitswesen soll ein Verhalten dann „korruptiv“ genannt werden, wenn zugunsten eines Einzelnen bzw. einer bestimmten Gruppe der im Gesundheitsmarkt Agierenden missbräuchlich Vorteile zu Lasten anderer Gruppen, beziehungsweise der Allgemeinheit bewirkt werden.“*

Vgl. Definition TI Deutschland, 2000

Im Gesundheitswesen liegt der Kern des Problems in der hohen Intransparenz des äußerst komplexen Systems: Diese Intransparenz bietet die Einfallstore für missbräuchliches Verhalten aller im System agierenden Gruppen, die den Eigennutzen über den des Systems stellen und dieses dadurch schädigen.

Es gibt Hinweise darauf, dass das Gesundheitssystem auf allen Ebenen (Patienten, Ärzte, Industrie, Verwaltung, etc....) zum Vorteil Einzelner missbraucht wird. Im Einzelfall mag es sich dabei um Bagatellfälle handeln – in Summe schädigt es das System aber erheblich. Vor allem aber schafft es eine Kultur der Intransparenz, die Gefahr läuft, den Missbrauch im System als „Normalzustand“ zu deklarieren und zu akzeptieren. .

Transparenzmängel werden im vorliegenden Grundsatzpapier insbesondere folgenden Ebenen zugeordnet:

- Leistungserbringer (z.B.: Ärzte, Spitäler, Gesundheitsberufe, ...)
- Industrie und sonstige Zulieferer (z.B.: Pharma, Medizinprodukte, Technik, IT, Bauwirtschaft,...)
- Leistungsempfänger (z.B.: Patienten, Selbsthilfegruppen,...)
- Verwaltung (z.B.: Versicherungen, Krankenkassen, Behörden, Ministerien, ...)
- Medien

3 Problemfelder

Beispiele für Transparenzmängel und Empfehlungen

3.1 Ebene der Leistungserbringer (Ärzte, Spitäler, Gesundheitsberufe,...)

3.1.1 Informal Payments

Informal Payments – also Zahlungen für Leistungen, die für Sozialversicherte (Bevölkerung) kostenfrei sein sollten – ist international im Gesundheitswesen ein ernst zu nehmendes Problem. Auch in Österreich werden immer wieder Fälle bekannt, in denen Patienten zur Kasse gebeten wurden, obwohl ihnen die Leistung ohne zusätzliche Zahlung zustehen würde (Kuvertmedizin). In nahezu allen Fällen wollen die Betroffenen allerdings ihre Anonymität wahren, weil sie sonst Nachteile bei der zukünftigen Betreuung befürchten.

Erst jüngst³ wurde der Fall eines Arztes bekannt, der als Konsulararzt in einem Landeskrankenhaus von einer Patientin 60 Euro Extrahonorar pro Tag verlangte, obwohl die Krankenhauskosten zur Gänze gedeckt waren. Es gibt Hinweise darauf, dass es sich bei diesem Fall um keinen Einzelfall handelt.

Die Patientenanwaltschaften werden immer wieder mit Fällen konfrontiert, bei denen Patienten zur Vor- bzw. Nachbetreuung bei operativen Eingriffen in Spitälern mit allgemeiner Gebührenklasse von den Ärzten in deren Privatpraxen (und damit zur Privatzahlung) „gebeten“ werden. In manchen Fällen werden damit auch frühere OP-Termine in Aussicht gestellt. Patienten berichten auch von „größeren“ Geldsummen (die die Honorare einer Konsultation überschreiten), die sie dabei den Ärzten übergeben. Sie berichten auch über den psychischen Druck, der auf sie ausgeübt wird und der dazu führt, dass die betroffenen Patienten „freiwillig“ solche privat zu bezahlenden Sonderleistungen annehmen.

3.1.2 Wartelisten

In den meisten österreichischen Spitalsabteilungen ist es für die Patienten nicht nachvollziehbar, wie lange sie auf einen Operationstermin warten müssen und warum. Patienten berichten den Patientenanwälten, dass ihnen als Privatpatienten kürzere Wartezeiten in Aussicht gestellt werden. Insider bestätigen diese Praxis.

Im Herbst 2006 wandte sich eine Gruppe AKH-Mitarbeiter aus dem medizinisch-technischen Bereich zu diesem Thema an die Wiener Zeitung⁴: Um nicht wochenlang auf einen Termin in einer AKH-Ambulanz warten zu müssen, wenden sich Patienten an die Privatordinationen bzw. -kassen der Primär- und Oberärzte – und werden dann binnen kurzer Zeit im AKH als Ambulanzpatienten „eingeschoben“. „Chefeinschub“ heiße das im Jargon. AKH-Betriebsrat Josef Zellhofer sagte damals zur Wiener Zeitung: „Man kann es nicht beweisen, aber im ambulanten Bereich gibt es Anzeichen von Bevorzugungen.“ Mitarbeiter, die sich dagegen wehren, stünden „massiv unter dem Druck des Klinikchefs“.

³ Kurier, 4.10.2007

⁴ Wiener Zeitung, 23.9.2006

Im Sommer 2007 hat die Gesundheitssprecherin der Wiener ÖVP, Ingrid Korosec, eine Patienten-Hotline zum Thema Wartezeiten eingerichtet und sammelte dazu rund 300 Erfahrungsberichte von Bürgerinnen und Bürgern aber auch Angehörigen von Gesundheitsberufen, die über bestehende Wartelisten bei zum Teil akuten Eingriffen und über Vorreihungen von Privatpatienten, Pflichtversicherten bei bestimmten Krankenkassen (BVA, KFA) sowie über Fälle von Kuvertmedizin berichteten.

Von der Politik wird dennoch weiterhin der Mythos aufrechterhalten, dass es keine Vorreihungen gibt, die nicht mit der medizinischen Dringlichkeit begründbar sind.

3.1.3 Abrechnungsbetrug

Die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland haben in den vergangenen Jahren etwa 15.300 Fälle von Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen verfolgt. Rund 300 Vorgänge wurden an Staatsanwälte übergeben. Insgesamt erhielten die Kassen mehr als 32 Millionen Euro an Schadenersatz. Neben Medizinern waren auch Angehörige anderer Heilberufe wie Hebammen, Physiotherapeuten oder Apotheker betroffen. So habe etwa ein Apotheker in großem Umfang Rezepte gefälscht, indem er auf den Verordnungen teure Medikamente zusätzlich einfügte und gegenüber der Kasse abrechnete⁵.

In Österreich sind dazu keine offiziellen Zahlen bekannt. Die Krankenkassen geben an, dass rund fünf Prozent der Abrechnungen der Vertragsärzte falsch seien. Ob irrtümlich oder absichtlich ist nicht eruierbar. Von Vertretern der Krankenkassen wurde wiederholt erklärt, dass man Fehler bei der Abrechnung intern mit den Vertragspartnern (Ärzte und andere Gesundheitsberufe) regle und das nicht publik machen möchte. Die Zahlen aus Deutschland seien nicht mit jenen in Österreich vergleichbar, da hier jeder Arzt einzeln mit der Kasse abrechne und die Honorarabrechnungen elektronisch auf Auffälligkeiten gescreent werde, die bei so genannten „amikalen Gesprächen“ geklärt würden.

Nur in sehr seltenen Fällen wurde in Österreich bisher die Staatsanwaltschaft aktiv. Einer der krassesten Fälle war wohl der eines Kärntner Gynäkologen, der Tausende Krebs-Abstriche seiner Patientinnen nicht an die Labors weitergeleitet hatte, sie aber mit den Krankenkassen verrechnete⁶.

Seit einigen Jahren erhalten die Versicherten ein Mal pro Jahr eine Aufstellung ihrer Leistungen (Persönliche Leistungsinformation). TI-AC begrüßt diese Maßnahme, die Transparenz schafft, das sie den Patienten und Patientinnen Kontrolle ermöglicht und eine präventive Wirkung hat.

Die Kontrolle durch die Patienten reicht allerdings nicht aus, um Missbrauch zu verhindern. Vor allem dann nicht, wenn Patienten und Ärzte zum Schaden der Versichertengemeinschaft „zusammenarbeiten“. Der Verein für Konsumenteninformation (VKI) beispielsweise wies mehrfach im Rahmen von Ärztetests⁷ auf Unregelmäßigkeiten bei der Abrechnung hin (z.B.

⁵ Süddeutsche Zeitung, o.D.

⁶ Salzburger Nachrichten, 8.6.2002

⁷ Konsument, 3/2006, 9/2006

Ausstellung mehrere Honorarnoten für eine Konsultation eines Wahlarztes, um höhere Rückvergütung bei der Krankenkasse zu bekommen oder Abrechnung von Privatleistungen als Kassenleistungen).

Besonders schwer nachzuweisen sind Fälle, in denen Anbieter von Gesundheitsleistungen medizinisch überflüssige Leistungen mit dem Ziel der eigenen Einkommensmaximierung erbringen. Aufgrund der Informationsasymmetrie sind Patienten hier nur selten in der Lage die medizinische Notwendigkeit zu beurteilen (siehe auch Punkt „Patientenbegehrlichkeit“).

3.1.4 Rabatte und Kickback Zahlungen

Pharma- und Medizinproduktfirmen, aber auch Krankenhäuser, Laborärzte und -institute, Radiologische Praxen und Institute, Physikalische Institute und Therapeuten, Bandagisten, Hörgerätehersteller, Optiker, Zahntechniker, Diagnosezentren und andere Gesundheitsdiensteanbieter haben ein großes Interesse an guten Beziehungen zu verordnenden Ärzten und wollen sie motivieren, ihre Produkte und Dienstleistungen zu verschreiben bzw. ihre Patienten an sie zu überweisen.

Von „Zahlungen im Graubereich“ zwischen Hörgeräte-Technikern und HNO-Ärzten berichtete der Standard⁸. „Es ist mehr als bedauerlich, dass Sie weiterhin eine Kooperation ablehnen. Anhand der Verkaufszahlen der Hörgeräte werden Sie ja selber merken, ob ihr Weg der richtige ist“, schrieb ein oberösterreichischer HNO-Arzt in einem dem Standard vorliegenden Brief an ein Fachgeschäft für Augenoptik und Hörgeräteakustik.

Dabei ging es um so genannten „Aufwandsentschädigungen“, die der Arzt vom Hörgeräte-Techniker begehrte. Diese seien durchaus üblich, erklärte ein Direktor der Burgenländischen Gebietskrankenkasse gegenüber dem Standard. Rund 60 bis 70 Euro erhalte ein HNO-Arzt pro Hörgeräteverschreibung für „angebliche Zusatzberatungen und Feineinstellungen“. Für diese medizinische Beratung bekommen die Kassenärzte aber bereits ein Honorar von den Krankenkassen. Die „Aufwandsentschädigungen“ erhöhen die Preise für die Hörgeräte, die von der Sozialversicherung bezahlt werden. Dadurch entstünden Zusatzkosten in der Höhe von rund 4,2 Millionen Euro, meinte der Kassen-Direktor laut Standard-Bericht.

Ein weiteres Beispiel zitierte das Nachrichtenmagazin Profil⁹ aus internen Schulungsunterlagen einer Pharmafirma. Demnach sollen Ärzte mit folgenden Sätzen zur Verschreibung eines bestimmten Medikamentes motiviert werden: „Wenn Sie mir fünf Patienten einstellen oder umstellen, habe ich für sie etwas Ansprechendes in Vorbereitung: ein Kilo Wildlachs und eine Flasche exklusiven Champagner Moet Chandon. Natürlich können Sie auch zehn Patienten ein- oder umstellen, die Vergütung verdoppelt sich natürlich.“

Im Sommer 2005 sorgte eine Liste von Naturalrabatten, die Pharmafirmen an hausapothekenführende Ärzte gewährten, für öffentliche Aufregung. In einzelnen Fällen wurden dem Arzt für zehn bezahlte Medikamentenpackung 15 Gratispackungen überlassen. Im Oktober 2005 wurden in einer Änderung des Arzneimittelgesetzes (§ 55 b) Naturalrabatte

⁸ Der Standard, 4.8.2005

⁹ Profil, 6.12.2004

bei niedergelassenen Ärzten verboten. Geldrabatte im gleichen Ausmaß sind aber weiterhin erlaubt, ebenso wie Naturalrabatte für Spitäler. Wie die Kleine Zeitung¹⁰ im Jänner 2007 berichtet, soll eine Firma hausapothekenführenden Ärzten in Sonderaktionen bis zu 40 Prozent Rabatt angeboten haben. In Deutschland ermittelt die Staatsanwaltschaft gegen genau diese Firma wegen des Verdachtes in großem Umfang Ärzte „zur missbräuchlichen Verschreibung von Arzneimitteln“ gebracht zu haben.

In einer Parlamentarischen Anfrage¹¹ wurde von der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend geantwortet, dass es in bei diesem Fall keinen Zusammenhang mit Österreich gebe. Ebenso wenig wie zu den Ermittlungen der Münchner Justiz, die mehr als 3000 Fälle (darunter auch gegen Ärzte von 850 Kliniken) wegen Vorteilsnahme untersucht¹².

Laut Gesetz sind Vorteilsnahmen verboten. So regelt das Ärztegesetz in § 53 (2): „Der Arzt darf keine Vergütung für die Zuweisung von Kranken an ihn oder durch ihn sich oder einem anderen versprechen, geben, nehmen oder zusichern lassen.“

Das Arzneimittelgesetz (§ 55a (1) AMG) legt u.a. klar, dass „im Rahmen der Verkaufsförderung für Arzneimittel bei den zur Verschreibung oder Abgabe berechtigten Personen verboten ist, diesen eine Prämie, finanzielle oder materielle Vorteile zu gewähren, anzubieten oder zu versprechen, es sei denn, diese sind von geringem Wert und für die medizinische oder pharmazeutische Praxis von Belang.“

In den Kommentaren zu diesem Paragraphen werden Ausnahmen angeführt, zu denen es unterschiedliche Rechtsansichten gibt. Eine Klarstellung per ministerielle Verordnung steht aus.

Empfehlung:

Patienten müssen sich darauf verlassen können, dass bei der Empfehlung ihrer Ärzte und auch anderer Vertreter von Heilberufen - sei es nun etwa für Medikamente, Heilbehelfe oder diagnostische Leistungen - ausschließlich medizinische Kriterien eine Rolle spielt und nicht Einkommensinteressen der Verordner. Besonders problematisch wird es dort, wo es wirtschaftliche Verflechtung zwischen Behandlungs- und Diagnostikeinrichtungen gibt. Rabatte, Provisionen, Kick-Back Zahlungen, Geschenke und sonstige Zuwendungen von Lieferanten oder nachgeordneten Dienstleistern an verschreibende oder zuweisende Ärzte sind abzulehnen. Es bedarf dazu klarer Regelungen, einer Bewusstmachung und einer konsequenten Verfolgung von Verstößen.

3.1.5 Nebenbeschäftigungen

Wenn Vertreter von Gesundheitsberufen Nebenbeschäftigungen nachgehen, dann können dadurch Conflicts of Interest entstehen. Das betrifft vor allem Beschäftigte im öffentlichen Dienst und ist unter anderem dann der Fall, wenn die Nebenbeschäftigungen in Konkurrenz zur Hauptbeschäftigung stehen, (z.B. wenn angestellte Ärzte Patienten aus öffentlichen Krankenhäusern in die eigene Privatordination oder in Privatspitäler „schicken“) oder die Tätigkeiten zeitlich oder bezüglich der Ressourcenverwendung nicht eindeutig abgrenzbar

¹⁰ Kleine Zeitung, 10.1.2007

¹¹ Parlamentarische Anfrage, 220/J, XXIII. GP.-NR

¹² Süddeutsche Zeitung, 19.12.2006

sind. Im Handbuch zur Korruptionsbekämpfung der Stadt Wien¹³ wird dazu explizit festgehalten: „Keine Nebenbeschäftigungen mit kritischer Nähe zur dienstlichen Tätigkeit.“

Auch der Rechnungshof¹⁴ beschäftigte sich bereits mehrfach mit solchen Fällen. Am Klinischen Institut für Pathologie des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Wien-Universitätskliniken führte etwa der Institutsleiter im Rahmen einer Nebenbeschäftigung eine Facharztordination, in der rund drei Viertel der Fachärzte des Institutes eine Nebenbeschäftigung ausübten. Dies hatte laut RH eine Kollision mit dienstlichen Interessen zur Folge. Einen Teil der Untersuchungen der Facharztordination ließ der Institutsleiter durch das Institut erbringen. Dies manifestierte sich in finanziellen Nachteilen für das AKH, die der RH für die Jahre 2000 bis 2004 auf rund 50.000 Euro schätzt.

Einen weiteren Fall von Missbrauch öffentlicher Gelder ortete der Rechnungshof am Institut für Gerichtliche Medizin der Medizinischen Universität Wien. Das Institut war neben seinen universitären Aufgaben vor allem mit der Erstellung von Gutachten im Auftrag von Gerichten und Sicherheitsbehörden befasst. Für die Sachverständigentätigkeit erhielten die wissenschaftlichen Mitarbeiter neben ihren monatlichen Bezügen als Universitätslehrer zusätzliche Gebühren. Das Ausmaß der Zuzahlung an zu Sachverständigen bestellte Mitarbeiter überstieg häufig den jeweiligen Monatsbezug aus ihrem Dienstverhältnis. Für die in der Dienstzeit erfolgte Sachverständigentätigkeit wären der Universität die Kosten für das in Anspruch genommene Personal sowie der eingesetzten Sachmittel in voller Höhe zu ersetzen gewesen. Der an die Universität entrichtete Kostenersatz erschien dem RH als zu niedrig¹⁵.

Empfehlung:

Es bedarf in ganz Österreich (in einigen Bundesländern bzw. Bereichen gibt es sie schon) klarer Regelungen für Nebenbeschäftigungen von (angestellten) Ärzten und Vertretern anderer Heilberufe. Es ist auszuschließen, dass sie sich in kritischer Nähe zur dienstlichen Tätigkeit befinden, und dass dabei öffentliche Ressourcen missbraucht werden. Verstöße müssen verfolgt werden. Seitens der öffentlichen Hand ist Schadenersatz einzuklagen. Additiv könnten bereits im Vorfeld Selbstbindungsklauseln und Konventionalstrafen vereinbart werden.

3.1.6 Intransparente Aufteilung von Sonderklasse-Honoraren

Für Patienten mit einer Spitals-Zusatzversicherung zahlen die privaten Krankenversicherungen im Fall eines Spitalsaufenthaltes Anstaltsgebühr an das Spital und zusätzlich ein Honorar an die behandelnden Ärzte.

Ende 2006 beanstandete der Rechnungshof¹⁶ die Abrechnung der Sonderklassehonorare am Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien-Universitätskliniken (AKH Wien) und am Landeskrankenhaus-Universitätskliniken Innsbruck (LKH Innsbruck). Er kritisierte, dass

¹³ Stadt Wien/MA 53 PID, Eine Frage der Ethik - Handbuch zur Korruptionsbekämpfung

¹⁴ Rechnungshof, Bund 2006/12, Wien 2006/04

¹⁵ Rechnungshof, Wien 2005/01

¹⁶ Rechnungshof, Bund 2006/12

dem Dienstgeber die Höhe der Arzthonorare aus der Sonderklasse nicht bekannt war, und die Abrechnung der öffentlichen Finanzkontrolle entzogen war. Auch wurde zum widereholten Male beanstandet, dass Nebenbeschäftigungen von Ärzten geeignet seien, die öffentlichen Dienstgeber zu konkurrenzieren.

3.1.7 Auftragsvergabe

Krankenhäuser sind große Wirtschaftsbetriebe, die in vielen Fällen der öffentlichen Hand gehören bzw. von ihr finanziert werden. Insbesondere die Vergabe öffentlicher Bauten ist dabei ein besonders anfälliger Bereich für Korruption. Die Einhaltung der Vergaberegeln ist wegen der Komplexität und der Involviertheit vieler Firmen/Personen, verschlungener Auftragswege und nachträglicher Änderungen schwer zu kontrollieren.

Der Bau des Wiener AKH ist in diesem Zusammenhang legendär. Ein Beispiel aus der jüngeren Vergangenheit ist der Neubau des Landeskrankenhauses West in Graz. Mehrere Rechnungshofberichte¹⁷ und ein Untersuchungsausschuss beförderten zahlreiche Mängel, Versäumnisse und Schlamereien im Vergabeverfahren ans Tageslicht. Ein Korruptionsvorwurf wurde jedoch nicht erhoben.

Doch nicht nur Bauaufträge können problematisch sein. Krankenanstalten verfügen über sehr unterschiedliche und aufgesplittete Einkaufskompetenzen. Viele Entscheidungen (z.B. über medizinische Geräte und Produkte, Medikamente, Wäsche, IT,...) werden auf Expertenebene getroffen und sind dadurch für die Einkaufsverantwortlichen in der Verwaltung nur schwer überprüfbar.

Rechnungshof und Kontrollämter haben wiederholt Verstöße gegen das Vergaberecht und unwirtschaftliche Beschaffungsvorgänge beanstandet. So beanstandete u.a. das Wiener Kontrollamt¹⁸, dass die Beschaffung von EDV-Komponenten in einem großen Krankenhaus weitgehend im Weg von Verhandlungsverfahren ohne vorherige Bekanntmachung durchgeführt wurden.

Der Steirische Landesrechnungshof untersuchte exemplarisch den Einkauf von Röntgenkontrastmitteln und Röntgenfilmen¹⁹ in der Steirischen Krankenanstaltengesellschaft (KAGes). Er stellte fest, dass der Einkauf von Röntgenkontrastmitteln dezentral in den einzelnen Spitälern des Spitalsverbundes erfolgte, und es keine zentrale gesetzeskonforme Vorgaben für Koordination und Preisgestaltung gab. Zitat: "Aufgrund des festgestellten möglichen Einsparpotentials bei nichtionisch monomeren und paramagnetischen Kontrastmitteln in Höhe von € 1.999.000,- ist die Einkaufspolitik zu hinterfragen." Eine zentrale Beschaffung bzw. Ausschreibung für verschiedene medizinische Verbrauchsgüter wurde angeregt. Die Steirische Krankenanstaltengesellschaft (KAGes) hat zwischenzeitlich entsprechende Richtlinien erstellt.

Ein Prüfung des Rechnungshofes im Krankenhaus St. Pölten deckte im Jahr 2005 Unregelmäßigkeiten im Einkaufs- und Vergabebereich auf, die in der Folge zu einer

¹⁷ Rechnungshof, Steiermark 2004/07

¹⁸ KAV-WKAV-1/05

¹⁹ Rechnungshof, Steiermark 2005/09

strafrechtlichen Verurteilung führten. Der RH forderte die Implementierung einer klaren Ablauforganisation, die Einhaltung des 4-Augen-Prinzips sowie die Trennung von Beschaffung und Verwendung.

In einer Überprüfung der Gebarung der Kärntner Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft (KABEG) beanstandete der Rechnungshof²⁰ u.a., dass Dienstreisen von Auftragnehmern bezahlt wurden, verrechnete Beraterhonorare überdurchschnittlich hoch (4.000 Euro pro Tag) bzw. die erbrachten Leistungen nicht nachvollziehbar waren und Einnahmen von klinischen Studien nicht nachvollziehbar verbucht wurden.

Im Unfallkrankenhaus Salzburg wurde im Februar 2007 ein Fall bekannt, bei dem der nicht ärztliche Leiter des Operationsteams laut Medienberichten²¹ seinen Arbeitgeber mittels Scheingeschäften mit der eigenen Firma um zwei Millionen Euro geschädigt hatte. Die Kooperation mit der eigenen Firma hatte bereits über einige Jahre bestanden.

Empfehlung:

Die Einkaufsentscheidungen in den Krankenhäusern sind transparent zu machen. Gefordert sind klare Provisionsregelungen, die Wahrung des Vier-Augen- Prinzips sowie die Trennung von Beschaffer und Anwender.

3.1.8 Gesetzeswidrige Verträge

Am 18. Oktober 2007 präsentierte Konsumentenschutzminister Erwin Buchinger das Ergebnis einer Überprüfung von 25 Pflegeheimverträgen (9 Bundesländer, öffentliche und private Betreiber). Es fanden sich in den Verträgen insgesamt 305 gesetzeswidrige Klauseln und 45 Verstöße gegen bestehende Informationsvorschriften. In jedem Heimvertrag befanden sich im Durchschnitt 13 Gesetzesverstöße.

So wurden zum Beispiel in 96 % der Fälle bei Abwesenheit des Pflegebedürftigen keine Entgeltminderungen gewährt. Leistungsänderungen durch den Heimbetreiber wurden zu 62 % gesetzeswidrig einseitig durchgeführt. Selbst nach dem Tod des Pflegebedürftigen wurden in 35 % der Verträge Zahlungen vom Verstorbenen abverlangt, in 58 % der Fälle fanden sich unzulässige Kündigungsklauseln.

3.1.9 Apotheken und Großhandel

Das Grundsatzpapier „Transparenzmängel, Korruption und Betrug im deutschen Gesundheitswesen“ von Transparency Deutschland listet eine Reihe betrügerischer und missbräuchlicher Tatbestände im Apothekenbereich auf. Der Arbeitsgruppe von TI-AC lagen zum aktuellen Zeitpunkt (Dezember 2007) zu wenige Informationen zur Beurteilung der Situation in Österreich vor.

Gerichtsanhängig wurden einzelne Fälle, in denen Krankenhausmedikamente und unverkäufliche Ärztemuster in Apotheken verkauft wurden. Nicht jedes Mal erfolgte auch

²⁰ Rechnungshof, Kärnten 2007/04

²¹ ORF online, 8.2.2007

eine Verurteilung. So wurde zum Beispiel ein angeklagter Arzt freigesprochen, der einer Apothekerin im Zeitraum von 1973 bis 1983 Ärztemustern lieferte. Diese wiederum entfernte oder überklebte den Aufdruck „Ärztemuster“ und gab diese Medikamente aufgrund der vorgelegten Rezepte vorwiegend an Kassenpatienten ab. Danach verrechnete die Apothekerin die Medikamente mit der Sozialversicherung. Der Oberste Gerichtshof²² entschied, dass eine Vermögensschädigung nicht eingetreten sei, da die betroffenen Medikamente qualitativ und quantitativ Originalpackungen entsprachen. Die Patienten hätten nur die Medikamente erhalten, deren Kosten von den Sozialversicherungsträgern grundsätzlich übernommen wurden. Eine Vermögensschädigung sei daher nicht eingetreten.

3.2 Ebene der Industrie und andere Zulieferer (z.B. Pharmaindustrie, Medizinprodukte, Informationstechnologie, Technik, ...)

Die Industrie hat eine wichtige Funktion im Gesundheitswesen. Innovative Medikamente und Medizingeräte bzw. -produkte tragen zur Lebensverlängerung bzw. zur Verbesserung der Lebensqualität kranker Menschen bei.

Der Gesundheitsmarkt dient allerdings nicht nur dem Wohle der Menschen, sondern ist auch ein lukratives Geschäftsfeld. Der Zielkonflikt zwischen diesen Profitinteressen und dem gesamtgesellschaftlichen Interesse geht nicht selten zu Lasten der Bevölkerung.

Dass unter diesem Punkt des Grundsatzpapiers in erster Linie Beispiele aus der pharmazeutischen Industrie dargestellt werden, heißt nicht, dass andere Zulieferer transparenter agieren. Der Grund dafür ist, dass in den letzten Jahren die Verkaufspraktiken der pharmazeutischen Industrie zunehmend in den Fokus der Öffentlichkeit gelangten und daher auch zitierbar sind.

Transparenzmängel können dabei in allen Produkt-Phasen auftreten: Produkte können gefälscht oder auf dem Distributionsweg abgezweigt werden, Behörden (Zoll, Zulassung, etc.), Verordner oder Distributeure können beeinflusst werden, Studien können manipuliert werden, Nebenwirkungsmeldungen unterschlagen, etc...

3.2.1 Zusammenarbeit zwischen Industrie und Gesundheitsberufen

Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten sowie Vertretern anderer Gesundheitsberufe und der Industrie hat eine lange Tradition und viele Facetten. Besonders eng ist die Zusammenarbeit im Bereich der klinischen Forschung und der Weiterbildung. Es gilt in der Branche weithin als akzeptiert, dass diese beiden Bereiche ohne Industriegelder angeblich „nicht finanzierbar sind“. Das hat zu einem nahezu unauflösbaren System von Interessenskonflikten und gegenseitigen Abhängigkeiten geführt. Dabei geht es in erster Linie nicht um Fragen des Rechts, sondern um Fragen der Berufsethik.

²² OGH 22.5.1986, 12 Os 136/85

3.2.1.1 Marketingmethoden

Die Hersteller von Pharma- und Medizinprodukten bzw. -geräten verwenden Marketingmethoden, die weltweit zunehmend unter Kritik²³ geraten sind. Im Fokus standen dabei vor allem die Aktivitäten der pharmazeutischen Industrie. Andere Branchen wurden bisher erst wenig beleuchtet.

Für Arzneimittel gibt es zum Schutz der Konsumenten sehr strenge Werberegulungen, die allerdings vielfach umgangen werden und weitgehend ineffektiv sind, weil sie nicht kontrolliert und sanktioniert werden.

So dürfen verschreibungspflichtige Arzneimitteln (derzeit noch – siehe EU-Regelung weiter unten) den Patienten weder direkt verkauft noch durch Werbung angepriesen werden. Aus diesem Grund konzentrieren die Firmen ihr Marketing direkt auf die Fachberufe (Ärzte, Pflege, Therapeuten,...) und auf einen Graubereich.

Neben Pharmareferenten und Medien gibt es eine Vielzahl von Möglichkeiten, einzelne Produkte bei den Health Professionals zu „bewerben“. Dazu zählen:

- Kostenlose Ausstattung der Ordination
- Produktwerbung in Ärzte-Software
- Arzneimittelmuster (Anzahl gesetzlich geregelt)
- Provisionen
- Essenseinladungen, Geschenke, Reisen
- Einladung zu Kongressen
- Hochbezahlte Vortragstätigkeiten
- Sponsoring
- Beauftragung von Gutachten
- Forschungsaufträge
- als Forschung getarnte Marketingmaßnahmen (z.B.: Anwendungsbeobachtungen),

etc...

Es ist festzuhalten, dass hier in den letzten Jahren – nicht zuletzt aufgrund der Transparenzmachung dieser Praktiken durch Insider – die Industrie zurückhaltender geworden ist. War es vor einigen Jahren noch durchaus üblich, Ärzte mit der ganzen Familie zu Kongressen in ferne Länder einzuladen, sind die Firmen in der Zwischenzeit mit solchen Incentives zurückhaltender – in anderen Bereichen dafür umso kreativer – geworden.

Sowohl die pharmazeutische Industrie als auch die Standesvertretungen der Ärzte haben international das Problem erkannt und Codes of Conduct veröffentlicht. Das ist auch in Österreich geschehen, was aus Sicht von TI-AC positiv zu werten ist. Diese Ethik-Kodices sind allerdings nur dann effektiv, wenn es auch Kontrollen und Sanktionen gibt. Diese fehlen in Österreich weitgehend. Bei der Pharmig, der Vereinigung pharmazeutischer

²³ Z.B. Angell, M., The Truth About the Drug Companies, 2005 oder Grill, M., Kranke Geschäfte, 2007

Unternehmen, werden pro Jahr durchschnittlich 8 bis 10 Beschwerden²⁴ registriert. Die Zahl und Art der Fälle, die der Ehrenrat der Österreichischen Ärztekammer bzw. die Disziplinarkommissionen der Ärztekammern jährlich behandeln, wird nicht veröffentlicht.

3.2.1.2 Fortbildung

Die Weiter- und Fortbildung ist für Angehörige von Gesundheitsberufen gesetzlich verpflichtend. Sie sollte objektive und ausgewogene, für die Betreuung der Patienten nützliche und notwendige Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten vermitteln. Ein bedeutender Teil der Weiter- und vor allem der Fortbildungsveranstaltungen wird international wie auch in Österreich von der Industrie (Pharma, Medizinprodukte,..) finanziell unterstützt („gesponsert“) bzw. organisiert. Die öffentliche Hand (Dienstgeber der Ärzte, Sozialversicherungen, etc..) ist damit nicht unzufrieden, da sie die Fortbildung nicht bezahlen muss. Die Kehrseite der Medaille ist eine massive Beeinflussung durch von der Industrie gesteuerte Information.

Empfehlungen:

Die Aufgabe der Weiter- und Fortbildung der Ärzte und anderen Health Professionals sollte grundsätzlich nicht von der Industrie wahrgenommen werden. Falls es Unterstützungsbeiträge der Industrie gibt, sollen diese auf ein zentrales, speziell dafür bestimmtes Konto des Veranstalters zur transparenten Verwaltung und Dokumentation überwiesen werden. Eine externe Kontrolle der Finanzen muss gewährleistet werden. Referenten sollen verpflichtet sein, ihre Interessenbindungen dem Veranstalter und den Teilnehmern gegenüber offen zu legen. Das ist international auf hochwertigen Kongressen bereits der Fall, aber noch lange nicht bei allen Fortbildungsveranstaltungen Routine.

3.2.1.4 Forschung

Ärzte beklagen, dass es so gut wie keine medizinische Forschung mehr ohne Industriegelder gibt. Jungärzte (vor allem an den Universitätskliniken) werden sehr früh aufgefordert, Kooperationen mit Firmen einzugehen und möglichst viele Drittmittel zu lukrieren. An vielen Abteilungen ist das bereits ein wesentlicher Punkt bei Verlängerungen und Bestellungen.

Eine sehr umfassende Empfehlung über den Umgang mit Drittmitteln hat etwa die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften im Jahr 2002 publiziert. Einige Punkte daraus:

- Alle klinischen Versuche sind in einem zentralen öffentlich zugänglichen Register zu erfassen (va. um nachträgliche Veränderungen am Versuchsprotokoll auszuschließen und eine Veröffentlichung der Ergebnisse zu gewährleisten) .
- Der verantwortliche Prüfer und seine Mitarbeiter dürfen kein finanzielles Interesse am Versuch und dessen Ergebnis haben.

²⁴ Pharmig Jahresbericht, 2006

- Die Bezahlung der Versuche muss an institutionelle Drittmittelkonten (mit externer Kontrolle!) gehen.
- Forscher sollen nicht beim Marketing von Produkten mitwirken, an deren Prüfung sie beteiligt waren.

Auch der Verhaltenskodex der Österreichischen Ärztekammer sieht einige dieser Punkte vor – so zum Beispiel: „Ärzten, die an klinischen Prüfungen oder an von der Pharmaindustrie unterstützten Forschungsprojekten teilnehmen, ist u.a. eine erfolgsabhängige Honorargestaltung nicht erlaubt. Die Ergebnisse dieser Forschungstätigkeit sind unter Angabe des Sponsors zu veröffentlichen. (...) Ärzte (Familienmitglieder), die finanziell signifikant an Pharmaunternehmen beteiligt sind, haben bei der Durchführung von Studien möglicherweise einen Interessenskonflikt und sollten sich nicht an Studien ihrer Firmen beteiligen.“

Über die Effektivität der Kontrolle wird keine Information publiziert.

3.2.1.5 Als Forschung getarnte Marketingmaßnahmen

Anwendungsbeobachtungen (AWB) sind prinzipiell wissenschaftliche Instrumente zur Gewinnung von Erkenntnissen über die Wirksamkeit und Nebenwirkungen von Medikamenten nach der Marktzulassung. Sie sind allerdings in den letzten Jahren in Verruf geraten, weil sie oft als reine Marketinginstrumente missbraucht werden. Ärzte erhalten dabei von den Firmen Geld für jeden Patienten, den sie auf ein bestimmtes Medikament einstellen oder umstellen. Dazu füllen sie Beobachtungsbögen aus, die oft die Anforderungen an ein Projekt zur medizinischen Erkenntnisgewinnung nicht im Mindesten erfüllen. Augenscheinlich alleiniges Ziel ist dabei die Intensivierung der Kontakte von Arzneimittelherstellern und Ärzten. Pro Patient erhalten Ärzte in Deutschland zwischen 50 und 75 Euro, bei besonders teuren Medikamenten auch bis zu 1000 Euro²⁵.

In Deutschland hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte Empfehlungen für wissenschaftliche Mindeststandards von AWB herausgegeben. Hier gibt es auch eine Meldepflicht (Registrierung) für AWB. In Österreich arbeiten das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen und die AGES PharmMed derzeit an solchen Leitlinien. Für eine Registrierung wäre eine Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend erforderlich.

3.2.1.6 Konsensusberichte

Konsensusverfahren sind Methoden, die in der medizinischen Fachwelt vor allem dann zum Einsatz kommen, wenn divergierende Meinungen hinsichtlich medizinischer Verfahren vorliegen. Berichte und Empfehlungen von Konsensuskonferenzen behandeln zumeist Sicherheits- und Wirksamkeitsfragen von medizinischen Interventionen. (Therapie, Diagnostik, Prävention). Sie können aber etwa auch ökonomische, soziale, rechtliche und ethische Fragen behandeln, die damit in Verbindung stehen.

Auch hier ist es dazu gekommen, dass die Industrie dieses wissenschaftliche Instrument – oft auch in Kooperation mit Fachgesellschaften – zunehmend zu Marketingzwecken

²⁵ Grill, M., *Kranke Geschäfte*, 2007

missbraucht. Um den Produktlebenszyklus positiv zu beeinflussen, werden „Consensus Papers“ und „Meetings“ strategisch von der Industrie initiiert. Oft verfügen die Fachgesellschaften nicht über die nötigen Ressourcen um solche Meetings zu veranstalten und sind über das Angebot der Industrie hier zu „helfen“ dankbar. In kritischen Produktlebenszyklen (kurz vor Launch eines neuen Konkurrenzproduktes, kurz vor Auslauf des Produktschutzes, bei Markteinführung) werden Statements von Fachgesellschaften benötigt, um sich von der Konkurrenz abzuheben. Dies geht soweit, dass Pharmawerbe- und Kommunikationsagenturen ihren Kunden die entgeltliche Erstellung von Consensuspapers durch die Fachgesellschaften anbieten und u.a. auch die Auswahl der Experten beeinflussen.

Empfehlung:

Die Erstellung von Konsensuspapieren durch die medizinischen Fachgesellschaften sind zu kontrollieren. Die Zusammensetzung der Gruppe, die Finanzierung der Meetings und der Publikationen sind offen zu legen. Eine Begründung über die Wahl des Zeitpunktes des neuen Konsensusberichtes hat zu erfolgen.

3.2.1.7 Sponsoring im Krankenhaus

Budgetmängel im Gesundheitswesen und großzügige Angebote von Firmen führen dazu, dass Sponsoringangebote von Spitälern und Vertretern von Gesundheitsberufen gerne angenommen werden: Sponsoring von Kongressen, Buffets, PCs, Kongressteilnahmen, Bibliotheken, etc.. Das wird von Krankenhausträgern vielfach nicht nur toleriert, sondern sogar gut geheißen. Hier geht es in der Regel nicht um persönliche Bereicherung, sondern um „gemeinnützige“ Vorteile.

Im März 2006 machte ein Fall an der Innsbrucker Universitätsklinik für Unfallchirurgie und Sporttraumatologie Schlagzeilen²⁶. Dem Klinikvorstand wurde vorgeworfen, von einem Prothesenlieferanten im Gegenzug zu wissenschaftlich ausgearbeiteten Operationsergebnissen zur Produktverbesserung Provisionen erhalten zu haben. 57.000 Euro seien auf das Konto seines „Vereins zur Förderung der unfallchirurgischen Forschung in Tirol“ überwiesen worden. Der Klinikvorstand beteuerte, dass das gesamte Geld der Forschung zugute gekommen sei. Das Geld wurde dem Krankenanstaltenträger überwiesen und die Vorerhebungen der Staatsanwaltschaft wurden eingestellt. Die Krankenhausleitung hat angeordnet, dass Spenden und Sponsorgelder künftig auf ein Sonderkonto des Hauses überwiesen werden müssen. Die Klinikvorstände wurden aufgerufen, sich bei der Annahme von Drittmitteln an die Grundprinzipien Trennung, Transparenz und Dokumentation zu halten.

3.2.2 Patientenwerbung und -information

Eine gängige PR-Methode von Pharmafirmen ist es, den hohen sozialen Status und die Glaubwürdigkeit von Angehörigen von Heilberufen zu verwenden, um ihre Produkte in ein positives Licht zu rücken. Das führt dazu, dass vor allem Ärzte in Fach- und zunehmend auch in Laienmedien die Vorzüge einzelner Produkte (nicht selten mit Nennung des Markennamens) loben.

²⁶ Clinicum, 5/2006

3.2.2.1 Umgehung der Werbeverbote

Laut Arzneimittelgesetz ist es in Österreich verboten, für verschreibungspflichtige Medikamente in Laienmedien zu werben. Immer öfter versuchen Pharmafirmen dieses Verbot auf mehr oder minder gesetzeskonformem Weg zu umgehen.

Von der Industrie wird argumentiert, dass Patienten ein Recht auf Information über Medikamente haben. Seit das Internet Einzug gehalten hat, sind so genannte „Informationsseiten“ zu Erkrankungen bzw. Vorsorgemaßnahmen in großer Fülle entstanden. Problematisch ist dabei, dass oft weder der „Absender“ der Information erkennbar ist, noch die Seriosität der Information geprüft wird.

Eine besonders beliebte Methode, die Bedürfnisse von Patienten zu wecken, ist es, einen Experten oder eine Expertin das Produkt in den Medien loben zu lassen. Hier wird die unabsprechbare Fachexpertise dazu verwendet, den Patienten besondere Seriosität zu suggerieren. Ob dieser Fachexperte direkte (Geld für Artikel, Aktienbeteiligung an Unternehmen) oder indirekte (etwa Teilnahme an Studien, Kongressen, Expertenboards, Steigerung des persönlichen Ansehens) Vorteile durch diese Art der Promotion hat, bleibt dem Laien verborgen. Da der Arzt nur seine persönliche Meinung wiedergibt (freie Meinungsäußerung), kann dieser ungeniert Produktnamen, Hersteller, (angebliche) medizinische Vorteile, Kostenfaktoren etc. nennen. Werben kann laut Definition nur der Hersteller – weshalb diese „Information“ nicht unter das Laienwerbeverbot fällt. Rechtliche Schritte gegen diese Art der Laienwerbung wären nur dann möglich, wenn bewiesen werden kann, dass das Medium und der Experte eine geldwerte Gegenleistung für diesen Artikel vereinbart haben.

3.2.2.2 Awareness Kampagnen und Astroturfing

Es gibt pharmazeutische Produkte, die für große Bevölkerungsgruppen in Frage kommen. Dabei handelt es sich oft um „Vorsorgemaßnahmen“ (z.B.: Vogelgrippe) oder Impfungen (aktuell z.B. HPV-Impfung). Hier laufen internationale Marketing-Kampagnen mit Etats der Herstellerfirmen, die begleitet von intensivem Lobbying auf internationaler und nationaler Ebene die Mobilisierung der Bevölkerung zum Ziel haben. Dadurch soll Druck auf die Regierungen zum kollektiven Einkauf dieser Produkte ausgeübt werden. Diese Kampagnen „verstecken“ sich gerne hinter prominenten Befürwortern und Institutionen – die Firmen treten so gut wie nicht mehr in Erscheinung. Dabei kommt es zu einer Vermischung von Information und Werbung, die für Außenstehende nicht mehr erkennbar ist.

„Astroturfing“ („Graswurzelbewegung“) ist eine besondere Ausformung dieser Kampagnen. Der Begriff bezeichnet Public-Relations- und kommerzielle Werbeprojekte, die darauf abzielen, den Eindruck einer spontanen Initiative der Bevölkerung von der Basis her vorzutäuschen. Ziel ist dabei, den Anschein einer unabhängigen öffentlichen Meinungsäußerung zu erwecken, indem das Verhalten vieler verschiedener und geographisch getrennter Einzelpersonen zentral gesteuert wird. Wie die meisten Formen von Propaganda versucht kommerzielles Astroturfing, die Emotionen der Öffentlichkeit gezielt zu beeinflussen. Sie verschaffen sich Aufmerksamkeit, indem sie beispielsweise Leserbriefe und E-Mails schreiben, und im Internet Blogbeiträge verfassen und Crossposts verbreiten.

3.2.2.3 Direct to Consumer Information

Obwohl der Gesundheitsbereich prinzipiell nicht in den Aufgabenbereich der EU fällt, werden gewisse Themenbereiche, wie etwa die „Kommunikation mit Laien“ durch EU-Gremien behandelt. Dabei werden zwei Fachbegriffe unterschieden: DTCI (Direct To Consumer Information) und DTCA (Direct To Consumer Advertising). EU-Kommissar Günter Verheugen spricht sich stark für eine Liberalisierung der DTCI, also der Information über Medikamente, aus. Nur die Industrie hätte detaillierte Daten aus der Forschung und könne daher den Laien exakte Angaben über ihre Produkte machen. Er meint, eine Selbstregulation dieser DTCI der Industrie sei ausreichend. Der Antrag wurde zuletzt vom Europäischen Parlament abgelehnt. Beobachter erwarten jedoch, dass beim nächsten Anlauf ein Beschluss auf Lockerung der Laienwerbeinformation auf EU-Ebene erfolgen wird.

Empfehlung:

Da nach Expertenmeinung eine klare Trennung zwischen Information und Werbung nahezu unmöglich sei, ist die Arbeitsgruppe der Überzeugung, dass eine Liberalisierung des Laienwerbeverbots abzulehnen ist. Erfahrungen zeigen, dass auch bisher die Kontrolle des Werbeverbots von keiner unabhängigen Stelle in ausreichendem Maße wahrgenommen wurde. Die Kontrolle durch Mitbewerber beschränkt sich auf wenige – extrem profitable – Medikamentengruppen.

Sollte seitens der EU eine Lockerung der Laieninformation erfolgen, dann müsste aus Sicht der Arbeitsgruppe die Bewilligung durch eine zentrale Stelle verpflichtend werden. Es müssten auch ausreichend Ressourcen für die lückenlose Überprüfung und Verfolgung von Vergehen zur Verfügung gestellt werden.

3.3 Ebene der Leistungsempfänger (Versicherte, Patienten, Selbsthilfegruppen,...)

3.3.1 Missbrauch der E-Card

Die Arbeitsgruppe würdigt unmissverständlich den Umstand, dass in Österreich Menschen, die akute medizinische Hilfe brauchen, diese auch erhalten, unabhängig ob und wo sie versichert sind.

International wird allerdings das Problem, dass Nicht-Versicherte gezielt in ein Land mit hohem medizinischen Standard einreisen, um sich behandeln zu lassen, als relevant eingestuft. Es ist auch davon auszugehen, dass der grenzüberschreitende Gesundheitstourismus in den nächsten Jahren weiter zunehmen wird.

In Österreich gibt es sehr unterschiedliche Einschätzungen über die Relevanz des Problems der missbräuchlichen Verwendung (etwa unberechtigtes Beziehen von Leistungen auf

Krankenkassenkosten durch eine nichtversicherte Person) der E-Card²⁷. In Salzburg beschäftigte ein Fall bereits die Gerichte²⁸.

3.3.2 Patientenbegehrlichkeit

Patienten wird oft der Eindruck vermittelt, ein „Mehr“ an Diagnose und Therapie bedeutet zwangsläufig auch ein „Mehr“ an Gesundheit. Dabei wird oft außer Acht gelassen, dass jede Diagnostik auch falsche Befunde erzeugt, dass jedes zusätzliche Medikament nicht nur Wirksamkeit, sondern auch Nebenwirkungen und Interaktionen auslöst und dass sorgfältig abgewogen werden muss, ob Nutzen oder Schaden für den konkreten Patienten überwiegen. Ärzte klagen darüber, dass Patienten sie mit Wünschen nach Verordnung unwirtschaftlicher oder nutzloser Arzneimittel oder nicht begründeter medizinischer Leistungen ohne medizinische Notwendigkeit (z.B. Wellness, kosmetische Behandlungen, Medikamente für nicht versicherte oder nicht rezeptgebührenbefreite Verwandte oder Haustiere) unter Druck setzen. Werden sie verweigert, wechseln sie den Arzt.

3.3.3 Instrumentalisierung von Selbsthilfegruppen

Aufgabe der Selbsthilfe ist es, Betroffenen unabhängige Information und Hilfestellung zu geben. Dazu ist eine Distanz zu den ärztlichen und therapeutischen Leistungserbringern, den Financiers (Länder, Gemeinden, Sozialversicherungen), zur Industrie sowie zur Politik notwendig.

Selbsthilfegruppen geraten – oft unwissend und unmerklich – in die Abhängigkeit von Pharmaunternehmen, wenn sie finanzielle Unterstützung erfahren. Die verdeckte Beeinflussung von Patientengruppen begünstigt falsche, unnötige oder zu teure Medikation. Das führt zur Verschwendung wertvoller Ressourcen und beeinträchtigt die Glaubwürdigkeit der Selbsthilfebewegung.

International ist zu beobachten²⁹, dass medizinische Warenanbieter ihre Marketingkonzepte umstellen und vermehrt über die Selbsthilfe anstelle der Ärzte an die Endverbraucher herantreten, um Einfluss auf die Verschreibep Praxis der Ärzte auszuüben. Prof. Dr. Ludwig von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft präsentierte³⁰ Zahlen aus den USA: Demnach rechnen Pharmafirmen, dass sie für einen Dollar Unterstützung an die Selbsthilfe eine Umsatzsteigerung von bis zu 4,20 Dollar erzielen können.

Aber auch die (finanzielle) Abhängigkeit von anderen Sponsoren (Krankenkassen, Ministerien,..) kann die Ziele der Selbsthilfebewegung beeinträchtigen.

Empfehlung:

Die Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Geldgebern (Industrie, Krankenkassen, öffentliche Hand) braucht eine besonders hohe Transparenz. Ein erster wichtiger Schritt wären Sponsoring-Richtlinien für beide Seiten.

²⁷ Parlamentarische Anfrage, PA 277/J, XXIII G.-NR

²⁸ Salzburger Nachrichten, 22. 12. 2006

²⁹ The Sunday Times, 3.12.2006

³⁰ Berliner Zeitung, 26.1.2007

3.4 Ebene der Verwaltung (Krankenkassen, Versicherungen, Bund Länder,..)

Das österreichische Gesundheitswesen verfügt über geschätzte 4.000 Finanzierungsströme. Die Zahl der Akteure ist groß: Länder, Gemeinden, Bund, Sozialversicherungen, Standesvertretungen, Sozialpartner und privater Sektor spielen eine gewichtige Rolle. Sie entscheiden über das Leistungsspektrum sowie über die Zahl, Qualität und Finanzierung der Leistungsanbieter (Spitäler, Kassenpraxen, Ambulatorien, Ambulanzen, Rettungsorganisationen,). Nur Teile davon unterliegen der öffentlichen Kontrolle. Die Transparenz lässt in vielen Bereichen massiv zu wünschen übrig.

Das Gebiet ist sehr breit und wird von der TI-AC-Arbeitsgruppe Gesundheitswesen noch detaillierter aufbereitet werden. In der Folge sollen einige belegbare Beispiele aus diesem Bereich exemplarisch dargestellt werden. Das soll allerdings nicht den Schluss zulassen, dass hier nicht genannte Organisationen und Institutionen keine Transparenzmängel aufweisen.

So übte der Rechnungshof³¹ etwa Kritik am chef- und kontrollärztlichen Dienst einiger Krankenversicherungsträger. Er beanstandete zu kurze Dienstzeiten, ungerechtfertigte Zulagen und Gleitzeitvereinbarungen sowie umfangreiche Nebenbeschäftigungen, welche die „Ausübung der dienstlichen Pflichten beeinträchtigen können.“ In einigen Fällen erkannte der RH auch Interessenkollisionen.

Bei der Ausschreibung von Großprojekten besteht auch auf Verwaltungsebene das Problem der Vergaberechtskonformität. So hat die Einführung der E-Card durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Sozialversicherungs-Chipkarten Betriebs- und Errichtungsgesellschaft m.b.H. den Rechnungshof³² mehrmals beschäftigt. Bemängelt wurden unter anderem die Beauftragung von Beratern ohne schriftliche Vertragsgrundlage, erhöhte Stundensätze sowie Honorarzahungen während Phasen des Projektstillstands.

Im Zusammenhang mit den Entschädigungszahlungen an Blutspender, die Opfer einer Hepatitis-C-Infektion geworden waren, kritisierte der ehemalige Wiener Pfllegeanwalt Dr. Werner Vogt³³, dass die Gesamtsumme der Entschädigungszahlungen nicht erhöht wurden, als sich herausstellte, dass die Zahl der Betroffenen größer war als ursprünglich angenommen. Weiters übte er Kritik an den Sozialversicherungen, weil diese die Infektionsverursacher nicht auf Ersatz der erhöhten Behandlungskosten für die Opfer geklagt hätten. Diese zusätzlichen Kosten würden zu Lasten des Sozialversicherungssystems und damit der Solidargemeinschaft gehen, argumentierte er.

³¹ Rechnungshof Bund 2006/9

³² Rechnungshof Bund 2007/4, 2006/1, 2006/3, 2006/5

³³ Kurier, 20.8.2007

3.4.1 Krankenanstaltenfinanzierung

In den letzten 20 Jahren wurden in den Gesundheitssystemen der reichen entwickelten Länder Punktesysteme (sogenannte DRG-Systeme) zum Nachweis und zur Abrechnung von Spitalsleistungen eingeführt. Viele Länder haben dazu international kompatible und vergleichbare Systeme gewählt. Österreich hat im Jahre 1997 mit der Einführung des LKF-Systems in weiten Bereichen einen Alleingang gemacht, was zur Folge hat, dass die Kosten der Spitäler tendenziell unvergleichbar sind. Die LKF-Punkte werden zudem in allen 9 Bundesländern in unterschiedlicher Weise zu Finanzierung der Spitäler herangezogen. Dies beeinträchtigt sogar die Vergleichbarkeit innerhalb Österreichs.

Das wirkt sich vor allem in Qualitäts- und Effizienzfragen aus. So ist zum Beispiel unklar, was sich in Österreich hinter dem Phänomen der so genannten Punkte-Inflation (international als DRG-Creeping bekannt und gut untersucht) – also dem ständigen Wachstum des Aufwandes pro durchschnittlichen Fall – verbirgt. Werden hier unter Umständen unnötige Leistungen erbracht, oder ist es „nur“ ein Buchhaltertrick, um mehr LKF-Punkte zu lukrieren? Besonderes Augenmerk sollte auf die in Österreich gerade im Gang befindliche Einführung eines Punktesystems im ambulanten Bereich (niedergelassene Ärzte und Spitalsambulanzen) gelegt werden.

3.4.2 Beratungsgremien

Entscheidungen über Leistungen im Gesundheitswesen werden in Österreich auf der Ebene des Bundes (Ministerium), des Landes, der Gemeinden und der Sozialversicherungen getroffen. Hier gibt es sowohl auf Bundes- als auch Länder- und Sozialversicherungsebene Beratungsgremien, die Empfehlungen erstellen (z.B. Pandemieplan, Aufnahme von Impfungen in den Impfplan, Versorgungsstrukturen,...). Dazu zählen zum Beispiel der Oberste Sanitätsrat, der Impfausschuss, die Gesundheit Österreich GmbH, die Heilmittelvaluierungskommission (HEK), die Landessanitätsräte, etc... Hier fehlt es in vielen Fällen an Transparenz bei der Entscheidungsfindung und an Conflicts of Interest-Regelungen. Es ist anzumerken, dass das Problembewusstsein hier in letzter Zeit gestiegen. Laut Angaben des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger haben die Mitglieder der HEK bereits Conflicts of Interest Erklärungen abgegeben. Im Obersten Sanitätsrat soll laut Auskunft des Ministeriums das Thema im Jahr 2008 auf der Agenda stehen.

Empfehlung:

In den Beratungs- und Entscheidungsgremien des österreichischen Gesundheitswesens ist Transparenz zu schaffen. Dazu gehören Conflicts of Interest Regelungen, Transparenz über die Auftragserteilung, Methodik und Ergebnisse (alles muss publiziert werden).

3.5 Medien

Seit einigen Jahren wird international der wirtschaftliche Einfluss auf medizinische Fachzeitschriften kritisch diskutiert. Dabei ging es vor allem um „renommierte“ Journale mit hohen Impactfaktoren (ein Maß für die Häufigkeit der Zitierung). Es wurde das Fehlen von Conflicts of Interest-Erklärungen beanstandet. Kritik gab es vor allem an so genannten „Commercial Supplements“ (von Pharmafirmen finanzierte Beilagen, deren wissenschaftlicher Standard niedriger war, als in der Haupt-Zeitschrift) und an „Marketing Reprints“ (Nachdrucke von einzelnen Artikeln, für die Firmen bereit sind hohe Summen zu zahlen)³⁴.

☉ Im August 2006 stampfte der deutsche Thieme Verlag eine ganze Ausgabe der „Zeitschrift für Allgemeinmedizin“ (ZFA) ein, weil ein kritischer Beitrag über Magenmittel aufgrund der Intervention der Arzneimittelfirma nicht erscheinen sollte. Aufgeflogen ist die Sache, weil der Beitrag aus Versehen noch im Inhaltsverzeichnis angekündigt war^{35 36}.

Das Problem gibt es nicht nur im Medizinbereich. Es ist hier allerdings die Zahl der Gratismedien an Ärzte und andere Entscheider im Gesundheitsbereich, die nur von Inseraten leben, sehr groß. In letzter Zeit ist in Österreich auch ein zunehmender Einfluss der – vor allem pharmazeutischen – Industrie auf die Gesundheitsberichterstattung in den so genannten „Laienmedien“ (Monats-, Wochen-, Tageszeitungen, Fernsehsendungen) zu bemerken.

Empfehlungen:

- **Verhaltenskodex für Medien,**
- **Unabhängiges Kontroll-Gremium**

³⁴ BMJ 2006; 332:1444-1447

³⁵ Süddeutsche Zeitung, 19.9.2006

³⁶ Arznei-Telegramm, 11/2006

4 Forderungen

Diese Ist-Analyse stellt eine Sammlung von dokumentierten Transparenzmängeln zum aktuellen Zeitpunkt dar, die nach Ansicht der Arbeitsgruppe Hinweise auf systemische Schwachstellen sind, die Missbrauch, Betrug oder Korruption begünstigen könnten. Vorrangiges Ziel war es, in einem ersten Schritt die Existenz des Problems und seine Vielschichtigkeit aufzuzeigen und damit das Problembewusstsein zu stärken. Daneben ergeben sich aus der Analyse auch sehr konkrete Maßnahmen, die aus Sicht von TI-AC umzusetzen sind, um durch Prävention, Kontrolle und Sanktion dem österreichischen Gesundheitswesen den Nährboden für Korruption zu entziehen.

9-Punkte Forderungs-Programm:

- 1. Einrichtung einer weisungsfreien, unabhängigen Antikorruptionsstelle im Gesundheitswesen zur Prävention und Kontrolle.**
- 2. Transparenz über Besetzung, Conflicts of Interest, Entscheidungsprozesse und Ergebnisse in den Beratungsgremien der öffentlichen Entscheidungsträger.**
- 3. Strenge Regelungen und konsequente Kontrolle von Nebenbeschäftigungen sowie transparente Abrechnung und Verteilung von Sonderklassehonoraren.**
- 4. Transparente Wartelisten für Operationen und konservative Therapien.**
- 5. Strenge Kontrollen der Einhaltung von Vergabevorschriften für Einkauf und Großaufträge in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen.** Siehe dazu auch den allgemeinen Forderungskatalog von TI-AC (www.ti-austria.at)
- 6. Verbindliche Vorgaben zur Vermeidung von Interessenskonflikten zwischen Leistungserbringern und Industrie sowie die konsequente Verfolgung von Übertretungen.** Besonderes Augenmerk ist dabei den Bereichen der medizinischen Forschung sowie der Fort- und Weiterbildung zu schenken .
- 7. Keine Lockerung des Laienwerbverbots für rezeptpflichtige Medikamente.**
- 8. Maßnahmen zur Verhinderung von Missbrauch des Systems durch Versicherte und Unternehmen.**
- 9. Aufbau eines anonymen Meldesystems für Korruptionsfälle im Gesundheitswesen.**