

# **Transparenzmängel im Gesundheitswesen: Einfallstore zur Korruption**

Grundsatzpapier

## **Impressum:**

Herausgeber: Transparency International – Austrian Chapter

Konzeption: Arbeitsgruppe Gesundheitswesen

1. Ausgabe Dezember 2007; 2. Ausgabe März 2010

## **Vorwort zur 2. Ausgabe**

Als Transparency International – Austrian Chapter im Dezember 2007 das Grundsatzpapier „Transparenzmängel im österreichischen Gesundheitswesen“ bei einer Pressekonferenz in Wien präsentierte, löste der Verein zur Korruptionsbekämpfung damit ein überwältigendes Medienecho aus. Besonders die Frage, ob sich Patienten/Patientinnen in Österreich mit Geld, Beziehungen oder anderen Mitteln eine bessere und schnellere Behandlung „erkaufen“ können („Mehrklassenmedizin“), stand dabei im Zentrum der öffentlichen Diskussion. Die Empörung der Bevölkerung in Medienberichten, Leserbriefen, Internetforen und direkten Rückmeldungen war unüberhörbar.

Hochrangige Politiker/Politikerinnen und Entscheidungsträger/Entscheidungsträgerinnen im Gesundheitswesen mussten sich aufgrund der medialen Berichterstattung mit dem Grundsatzpapier von TI-AC auseinandersetzen. Viele – unter anderem die damals amtierende Gesundheitsministerin Dr. Andrea Kdolsky<sup>1</sup> – attestierten dem Papier dabei hohe Seriosität. Offiziell räumten allerdings weder die Ministerin noch andere wichtige Entscheidungsträger Handlungsbedarf ein. Sie vertraten die Meinung, dass es sich bei den aufgezeigten Transparenzmängeln lediglich um „einige bedauernswerte Einzelfälle“ und keine Systemprobleme handle. Vertreter der Ärztekammer kritisierten die in ihren Augen stattgefundenene „Pauschalverurteilung“ und reduzierten die von TI aufgezeigten Fälle auf Vergehen einzelner schwarzer Schaf innerhalb ihrer Berufsgruppe.

In der Folge kam es im österreichischen Gesundheitswesen dennoch zu einigen Aktivitäten, die durchaus als Indizien dafür zu werten sind, dass TI-AC tatsächlich den ersten Schritt,

---

<sup>1</sup> ORF, Im Zentrum, 16. 12. 2007

den es mit der Publikation des Grundsatzpapiers verfolgt hatte, erreicht hat: Nämlich die Enttabuisierung des Themas „Korruption im Gesundheitswesen“ und die Schaffung eines ersten Problembewusstseins.

Das lässt sich anhand einiger Beispiele belegen: Wenige Tage nach der Veröffentlichung des Grundsatzpapiers stellte die Grüne Partei im Wiener Gemeinderat einen Antrag, in dem mit explizitem Hinweis auf das Grundsatzpapier von TI-AC die Prüfung aller Wiener Gemeindespitäler durch das Kontrollamt in Bezug auf Transparenz und Antikorruptionsmaßnahmen gefordert wurde. Der Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) verstärkte daraufhin sichtbar seine Bemühungen zur Korruptionsbekämpfung, mit der Neureglung von Dienstreisen, Fortbildungen und Drittmitteln und der Implementierung elektronischer Anmeldesysteme zur Kontrolle von Wartelisten. Der Kontrollamtsbericht<sup>2</sup>, der Ende Jänner 2010 veröffentlicht wurde, attestiert dem Wiener KAV sichtbare Erfolge bei der Umsetzung von Anti-Korruptionsmaßnahmen. Allerdings wurde von den Prüfern Nachholbedarf unter anderem bei der Einhaltung von Vergabevorschriften beim Einkauf von Implantaten und Arzneimitteln, bei der Meldung von Nebenbeschäftigungen und bei der Transparenz im Umgang mit Sponsormitteln geortet.

Im Jahr 2008 kam es zu einer Verschärfung der österreichischen Korruptionsgesetzgebung (die 2009 wieder etwas zurückgenommen wurde), die zu großer Aufregung in der Pharmazeutischen Industrie und in der Ärzteschaft führte. Auch die Medizinische Universität Wien fühlte sich dadurch zu einer Klarstellung veranlasst, wie mit Einladungen zu Fortbildungen seitens der Industrie sowie mit Sponsorgeldern, Geschenken und Drittmitteln umzugehen ist.

2008 kommt es in Österreich zur Gründung von MEZIS („Mein Essen zahl ich selbst“), einer bereits in Deutschland und den USA („No Free Lunch“) etablierten Initiative kritischer Ärzte und Ärztinnen ([www.mezis.at](http://www.mezis.at)).

Im Dezember 2008 fand das Thema „Transparenz im Gesundheitswesen“ einen prominenten Platz im Regierungsprogramms der neu gewählten SPÖ-ÖVP- Koalition, wobei explizit auf das Grundsatzpapier von TI-AC hingewiesen wird. Auch im „Kassenkonsolidierungsprogramm“, das vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger in Abstimmung mit den Krankenkassen und Ärztekammern Ende Juni 2009 erstellt wurde, nimmt das Thema einen gewichtigen Part ein und verweist auf zahlreiche Passagen des Grundsatzpapiers.

Durch kontinuierliche Kontakte der Arbeitsgruppe Gesundheit von TI-AC mit Medien, Opinionleader/Opinionleaderinnen und Entscheidungsträgern/Entscheidungsträgerinnen – sowohl auf nationaler als auch internationaler Ebene – sowie der Durchführung von Veranstaltungen, Beauftragung von wissenschaftlichen Arbeiten und Stellungnahmen zu Gesetzesentwürfen und Rechtsgutachten, gelang es, ein Problembewusstsein zu schaffen. Das gilt es nun nachhaltig weiterzuentwickeln und in konkrete Maßnahmen, sowohl zur Prävention als auch zur Verfolgung von Korruption im Gesundheitswesen, umzusetzen.

---

<sup>2</sup> KA-K-19/07

Das Grundsatzpapier „Transparenzmängel im österreichischen Gesundheitswesen“ ist ein „work in progress“. In der zweiten, aktualisierten Auflage enthält es neue Fälle von Transparenzmängeln, die geeignet sind, als Einfallstore für Korruption zu dienen. Transparency International selbst sieht es nicht als seine Aufgabe, Einzelfälle zu behandeln und selbst aufzudecken. Unser Ziel ist es, auf der Systemebene Transparenzmängel und Korruption zu benennen und auf ihre Beseitigung zu drängen.

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](mailto:office@ti-austria.at)).

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

# Inhaltsverzeichnis

Vorwort zur 2. Ausgabe .....	1
Inhaltsverzeichnis.....	4
1 Einleitung .....	5
2 Definitionen.....	6
3 Problemfelder.....	7
3.1 Ebene der Leistungserbringer/Leistungserbringerinnen (Ärzte/Ärztinnen, Spitäler, Gesundheitsberufe,...).....	7
3.1.1 Informal Payments .....	7
3.1.2 Wartelisten.....	7
3.1.3 Abrechnungsbetrug .....	8
3.1.4 Rabatte und Kickback Zahlungen.....	10
3.1.5 Nebenbeschäftigungen .....	12
3.1.6 Intransparente Aufteilung von Sonderklasse-Honoraren.....	13
3.1.7 Auftragsvergabe .....	13
3.1.8 Gesetzeswidrige Verträge .....	15
3.1.9 Apotheken und Großhandel.....	15
3.2 Ebene der Industrie und andere Zulieferer (z.B. Pharmaindustrie, Medizinprodukte, Informationstechnologie, Technik, ...).....	15
3.2.1 Zusammenarbeit zwischen Industrie und Gesundheitsberufen .....	16
3.2.1.1 Marketingmethoden.....	16
3.2.1.2 Fortbildung.....	17
3.2.1.3 Als Forschung getarnte Marketingmaßnahmen .....	18
3.2.1.4 Konsensusberichte.....	18
3.2.1.5 Sponsoring im Krankenhaus .....	19
3.2.2 Patientenwerbung und -information .....	19
3.2.2.1 Umgehung der Werbeverbote .....	19
3.2.2.2 Awareness Kampagnen und Astrourfing.....	20
3.2.2.3 Direct to Consumer Information .....	21
3.2.3 Arzneimittelfälschungen .....	21
3.3. Ebene der Wissenschaft.....	22
3.3.1 Wissenschaftsbetrug .....	22
3.4 Ebene der Leistungsempfänger (Versicherte, Patienten, Selbsthilfegruppen,...) .....	23
3.4.1 Missbrauch der E-Card.....	23
3.4.2 Patientenbegehrlichkeit .....	24
3.4.3 Instrumentalisierung von Selbsthilfegruppen .....	24
3.5 Ebene der Verwaltung (Krankenkassen, Versicherungen, Bund Länder,..) .....	25
3.5.1 Krankenanstaltenfinanzierung.....	26
3.5.2 Beratungsgremien .....	26
3.6 Medien .....	28
4 Forderungen.....	29

# 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 und andererseits an der Komplexität, dem hohen Grad an Intransparenz und der Vielzahl der Akteure, die in diesen Bereich involviert sind. Auch die Trennung zwischen Patienten/Patientinnen (Konsumenten/Konsumentinnen), Leistungserbringern/Leistungserbringerinnen 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/Patientinnen 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 tabuisiert<sup>3</sup>. Internationale Publikationen<sup>4</sup> zeigen, dass diesem Thema in anderen Ländern bereits mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird. In Österreich gibt es derzeit keine Einrichtung, 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 drängen. Wir wollen erreichen, dass kritische und ehrliche Patienten/Patientinnen und Leistungserbringer/Leistungserbringerinnen 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.

---

<sup>3</sup> Parlamentarische Anfrage 2845/J, XXII. GP.-NR

<sup>4</sup> 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, wie Bestechung oder Vorteilsgewährung von Amtsträgern bzw. 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/Patientinnen, Ärzte/Ärztinnen, Industrie, Verwaltung, etc....) zum Vorteil Einzelner missbraucht wird. Im Einzelfall mag es sich dabei um Bagatellfälle handeln – in Summe schädigt es das System jedoch 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/Leistungserbringerinnen (z.B.: Ärzte/Ärztinnen, Spitäler, Gesundheitsberufe, ...)
- Industrie und sonstige Zulieferer (z.B.: Pharma, Medizinprodukte, Technik, IT, Bauwirtschaft,...)
- Wissenschaft
- Leistungsempfänger/Leistungsempfängerinnen (z.B.: Patienten/Patientinnen, Selbsthilfegruppen,...)
- Verwaltung (z.B.: Versicherungen, Krankenkassen, Behörden, Ministerien, ...)
- Medien

## 3 Problemfelder

Beispiele für Transparenzmängel und Empfehlungen

### 3.1 Ebene der Leistungserbringer/Leistungserbringerinnen (Ärzte/Ärztinnen, Spitäler, Gesundheitsberufe,...)

#### 3.1.1 Informal Payments

Informal Payments – also Zahlungen für Leistungen, die für sozialversicherte Patienten/Patientinnen kostenfrei sein sollten – ist international im Gesundheitswesen ein ernst zu nehmendes Problem. Auch in Österreich werden immer wieder Fälle bekannt, in denen Patienten/Patientinnen 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.

Im Jahr 2007<sup>5</sup> wurde der Fall eines Arztes bekannt, der als Konsulararzt in einem Landeskrankenhaus von einer Patientin 60 Euro Extrahonorar pro Tag für die Visite verlangt haben soll, obwohl die Krankenhauskosten zur Gänze gedeckt waren. Es gibt Hinweise darauf, dass es sich bei diesem Fall um keinen Einzelfall handelt.

Vor allem die Patientenanwaltschaften werden immer wieder mit Fällen konfrontiert, bei denen Patienten/Patientinnen zur Vor- bzw. Nachbetreuung bei operativen Eingriffen in Spitälern mit allgemeiner Gebührenklasse von den Ärzten/Ärztinnen in deren Privatpraxen (und damit zur Privatzahlung) „gebeten“ werden. Patienten/Patientinnen berichten auch über den psychischen Druck, der auf sie ausgeübt wird und der dazu führt, dass sie „freiwillig“ privat zu bezahlenden Sonderleistungen annehmen. In einzelnen Fällen werden dabei auch frühere OP-Termine in Aussicht gestellt, wenn eine „größere“ Geldsumme (die die Honorare einer Konsultation überschreiten), dem Arzt/der Ärztin übergeben wird. Der ORF<sup>6</sup> berichtete über einen Spitalsarzt in Gmunden, der seinen Patienten/Patientinnen gegen eine Geldsumme in der Höhe von 300 bis 500 Euro einen vorgezogenen Operationstermin angeboten haben soll. Der Arzt wies den Vorwurf zurück. Die Ermittlungen der Staatsanwaltschaft wurden eingestellt.

Der Journalist Kurt Langbein berichtete<sup>7</sup> über den Fall einer jungen Patientin, die ihrem Arzt 1500 Euro ohne Beleg für eine Nasenoperation in einem öffentlichen Krankenhaus bezahlt hat. Der Arzt argumentierte, dass es sich dabei um ein Pauschalhonorar für die Nachbehandlung in der Privatordination gehandelt habe.

#### 3.1.2 Wartelisten

In den meisten österreichischen Spitalsabteilungen ist es für die Patienten/Patientinnen nicht nachvollziehbar, wie lange sie auf einen Operationstermin warten müssen und warum.

---

<sup>5</sup> Kurier, 4.10.2007

<sup>6</sup>ORF online, 31.1.2009

<sup>7</sup> Langbein, K.: Verschlussache Medizin, 2009

Patienten/Patientinnen berichten u.a. den Patientenanwälten, dass ihnen kürzere Wartezeiten in Aussicht gestellt werden, wenn sie als Privatzahler auftreten.

Im Herbst 2006 wandte sich eine Gruppe AKH-Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen aus dem medizinisch-technischen Bereich zu diesem Thema an die Wiener Zeitung<sup>8</sup>: Um nicht wochenlang auf einen Termin in einer AKH-Ambulanz warten zu müssen, wenden sich Patienten/Patientinnen an die Privatordinationen bzw. -kliniken der Primar- und Oberärzte – und werden dann binnen kurzer Zeit im AKH als Ambulanzpatienten „eingeschoben“. „Chefeinschub“ heiße das im Jargon. Ein AKH-Betriebsrat sagte damals zur Wiener Zeitung: „Man kann es nicht beweisen, aber im ambulanten Bereich gibt es Anzeichen von Bevorzugungen.“ Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen, die sich dagegen wehren, stünden „massiv unter dem Druck des Klinikchefs“.

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 sowie 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 gebe, die nicht mit der medizinischen Dringlichkeit begründbar sind.

Im Wiener Krankenanstaltenverbund (mit Ausnahme des AKH) wurde in den Jahren 2008/2009 ein EDV-gestütztes Anmeldesystem („OPERA“) in Betrieb genommen, das für mehr Transparenz bei den Wartelisten sorgen soll. Demnach sollen Operationstermine ausschließlich in Abhängigkeit vom Datum der Anmeldung/Erstkonsultation, der medizinischen Dringlichkeit und bestimmten sozialen Kriterien vergeben werden. Jede Änderung wird vom System automatisch und unlöschar dokumentiert. Über die praktische Umsetzung sind der AG zum aktuellen Zeitpunkt keine Informationen bekannt.

### **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/Medizinerinnen waren auch Angehörige anderer Heilberufe wie Hebammen, Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen und Apotheker/Apothekerinnen betroffen. So habe etwa ein Apotheker in großem Umfang Rezepte gefälscht, indem er auf den Verordnungen teure Medikamente zusätzlich einfügte und gegenüber der Kasse abrechnete<sup>9</sup>.

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,

---

<sup>8</sup> Wiener Zeitung, 23.9.2006

<sup>9</sup> Süddeutsche Zeitung, o.D.



dass man Fehler bei der Abrechnung intern mit den Vertragspartnern (Ärzte und andere Gesundheitsberufe) regle und nicht publik machen möchte. Die Zahlen aus Deutschland seien mit jenen in Österreich nicht vergleichbar, da hierzulande jeder Arzt/jede Ärztin einzeln mit der Kasse abrechne, und die Honorarabrechnungen elektronisch nach Auffälligkeiten gescreent werden, die bei so genannten „amikalen Gesprächen“ geklärt würden.

Im Jahr 2009 wurde allerdings von der Kärntner Gebietskrankenkasse ein brisanter Fall bei der Staatsanwaltschaft angezeigt<sup>10</sup>: Ein ehemaliger österreichischer Gesundheitsminister und Landesrat soll in seiner internistischen Kassenpraxis in rund 1,5 Jahren um 200.000 Euro zu viel an Honorar abgerechnet haben. Während ein durchschnittlicher Arzt/Ärztin unter 10.000 Leistungsstunden in Rechnung stellt, sollen es bei ihm mehr als 23.000 gewesen sein. Schuld daran sei ein fehlerhaftes Computerprogramm gewesen, sagte der ehemalige Gesundheitsminister, der die Summe der Krankenkasse zurückerstattete.

Einem HNO-Arzt, der später zum Sektionsleiter im Gesundheitsministerium avancierte, wurde vorgeworfen<sup>11</sup>, zwei Patienten Hörgeräte verordnet zu haben, als diese bereits seit Monaten tot waren. Zu dieser Verordnung dürfte es gekommen sein, weil der Arzt sich nicht an die vertraglichen Regelungen gehalten habe, die besagt, dass HNO-Ärzte eine Verordnung schreiben müssen, **bevor** dem Patienten ein Hörgerät angepasst wird und nicht erst danach. Offensichtlich hatte der Arzt die Hörgeräte auf Probe verschrieben und nach Ablauf der vorgesehenen Probezeit die Verordnung ausgestellt, ohne die Patienten nochmals zu untersuchen. Seine Vorgangsweise begründete er damit, dass er die Regeln der Krankenkasse „persönlich für falsch“ halte (siehe auch Provisonen für Hörgeräte im Kapitel „Kick Back Zahlungen“).

Allerdings wurde die Staatsanwaltschaft bisher nur in wenigen Fällen aktiv. Einer der krassesten Fälle war der eines Kärntner Gynäkologen, der Tausende Krebs-Abstriche seiner Patientinnen nicht an Labors weitergeleitet hatte, sie aber trotzdem mit den Krankenkassen verrechnete<sup>12</sup>.

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

Die Kontrolle durch die Patienten/Patientinnen reicht allerdings nicht aus, um Missbrauch zu verhindern. Vor allem dann nicht, wenn Patienten/Patientinnen und Ärzte/Ärztinnen zum Schaden der Versichertengemeinschaft „zusammenarbeiten“. Der Verein für Konsumenteninformation (VKI) beispielsweise wies mehrfach im Rahmen von Ärztetests<sup>13</sup> auf Unregelmäßigkeiten bei der Abrechnung hin (z.B. Ausstellung mehrere Honorarnoten

---

<sup>10</sup> APA/OTS 0228, 27.2.2009

<sup>11</sup> ORF online, 15.9.2003

<sup>12</sup> Salzburger Nachrichten, 8.6.2002

<sup>13</sup> Konsument, 3/2006, 9/2006

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/Anbieterinnen von Gesundheitsleistungen medizinisch überflüssige Leistungen mit dem Ziel der eigenen Einkommensmaximierung erbringen. Aufgrund der Informationsasymmetrie, die im Gesundheitswesen herrscht, sind Patienten/Patientinnen 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/Laborärztinnen 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/Ärztinnen und wollen sie motivieren, ihre Produkte und Dienstleistungen zu verschreiben bzw. ihre Patienten/Patientinnen an sie zu überweisen.

Von „Zahlungen im Graubereich“ zwischen Hörgeräte-Technikern und HNO-Ärzten/Ärztinnen berichtete der Standard<sup>14</sup>. „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/Ärztin 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.

Inzwischen wurde diese Praxis durch einen Vertrag unterbunden, der es den Akustikern/Akustikerinnen unmissverständlich verbietet, Provisionen an Ärzte/Ärztinnen zu zahlen. Um die guten Beziehungen zu Ärzten/Ärztinnen zu erhalten müssen die Hörgeräteanbieter nun – so berichtet das Nachrichtenmagazin Profil<sup>15</sup> – ausgeklügeltere Systeme anwenden. Anstelle der Aufwandsentschädigungen würden nunmehr Honorare für „Atteste“ ausbezahlt, die beurteilen sollen, ob das Gerät auch richtig im Ohr des Patienten/der Patientin sitzt. Das heißt, dass jedesmal, wenn der Patient/die Patientin mit dem Hörgerät einer bestimmten Firma zur Abschlussuntersuchung zum Arzt/zur Ärztin zurückkommt, füllt dieser einen Fragebogen aus, schickt diesen an die Handelskette zurück und kassiert dafür ein Honorar. Der Arzt/die Ärztin hat also ein finanzielles Interesse daran,

---

<sup>14</sup> Der Standard, 4.8.2005

<sup>15</sup> Profil, 25.8.2008

dass die Patienten/Patientinnen ihre Hörgeräte nach der Diagnose bei diesem gewissen Anbieter kaufen.

Laut Gesetz sind solche Vorteilsnahmen in Österreich 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.“

Dass es dennoch passiert, zeigt ein weiteres Beispiel, bei dem das Nachrichtenmagazin Profil<sup>16</sup> interne Schulungsunterlagen einer Pharmafirma zitierte. 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 Moët 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 Medikamentenpackungen 15 Gratispackungen überlassen. Im Oktober 2005 wurden in einer Änderung des Arzneimittelgesetzes (§ 55 b) Naturalrabatte bei niedergelassenen Ärzten verboten. Geldrabatte im gleichen Ausmaß sind aber weiterhin erlaubt, ebenso wie Naturalrabatte für Spitäler. Wie die Kleine Zeitung<sup>17</sup> im Jänner 2007 berichtet, soll eine Firma hausapothekenführenden Ärzten in Sonderaktionen bis zu 40 Prozent Rabatt angeboten haben.

In seinem Buch „Korrupte Medizin“<sup>18</sup> beschreibt der Journalist Hans Weiss zahlreiche Marketingpraktiken der Industrie, die darauf abzielen, das Verschreibeverhalten der Ärztinnen und Ärzte zu beeinflussen.

In Deutschland ermittelten die Staatsanwaltschaften in rund 3000 Ermittlungsverfahren gegen genau diese Firma wegen des Verdachtes, in großem Umfang Ärzte „zur missbräuchlichen Verschreibung von Arzneimitteln“ gebracht zu haben. Demnach konnten Ärzte eine Beteiligung in Höhe von fünf Prozent des Medikamentenpreises erhalten, wenn sie sich bereit erklärten, ihren Patienten künftig bevorzugt die Präparate der Firma zu verschreiben. Wie der Spiegel<sup>19</sup> berichtet, wurden die Verfahren nun eingestellt. Die Begründung: Der Korruptionsparagraf 331 des deutschen Strafgesetzes ist an den „Amtsträgerbegriff“ gebunden, der bei niedergelassenen Ärzten keine Anwendung findet. Der Paragraf 299 (Bestechlichkeit im geschäftlichen Verkehr) würde laut einem Gutachten nur dann zur Anwendung kommen, wenn man den Arzt/die Ärztin als Beauftragte/Beauftragten der Krankenkassen ansehe. Hochrangige Juristen/Juristinnen erheben die Forderung nach einer klaren rechtlichen Definition zwischen erlaubtem und strafbarem Handeln.

---

<sup>16</sup> Profil, 6.12.2004

<sup>17</sup> Kleine Zeitung, 10.1.2007

<sup>18</sup> Weiss, H., Korrupte Medizin, 2008

<sup>19</sup> Der Spiegel, 38/2009

In Österreich legt das Arzneimittelgesetz (§ 55a (1) AMG) 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 steht auch in Österreich noch aus.

### **Empfehlung:**

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

### **3.1.5 Nebenbeschäftigungen**

Wenn Vertreter/Vertreterinnen 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/Ärztinnen Patienten/Patientinnen aus öffentlichen Krankenhäusern in die eigene Privatordination oder in Privatspitäler „schicken“) oder die Tätigkeiten zeitlich oder bezüglich der Ressourcenverwendung nicht eindeutig abgrenzbar sind. Im Handbuch zur Korruptionsbekämpfung der Stadt Wien<sup>20</sup> wird dazu explizit festgehalten: „Keine Nebenbeschäftigungen mit kritischer Nähe zur dienstlichen Tätigkeit.“

Auch der Rechnungshof<sup>21</sup> beschäftigte sich bereits mehrfach mit Nebenbeschäftigungen. 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

---

<sup>20</sup> Stadt Wien/MA 53 PID, Eine Frage der Ethik - Handbuch zur Korruptionsbekämpfung

<sup>21</sup> Rechnungshof, Bund 2006/12, Wien 2006/04

wissenschaftlichen Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen neben ihren monatlichen Bezügen als Universitätslehrer zusätzliche Gebühren. Das Ausmaß der Zuzahlung an zu Sachverständigen bestellte Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen 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 niedrig<sup>22</sup>.

### **Empfehlung:**

**Es bedarf in ganz Österreich (in einigen Bundesländern bzw. Bereichen gibt es sie schon) klarer Regelungen für Nebenbeschäftigungen von (angestellten) Ärzten/Ärztinnen und Vertretern/Vertreterinnen anderer Heilberufe. Es ist auszuschließen, dass sie sich in kritischer Nähe zur dienstlichen Tätigkeit befinden und 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/Patientinnen mit einer Spitals-Zusatzversicherung zahlen die privaten Krankenversicherungen im Fall eines Spitalsaufenthaltes Anstaltsgebühr an das Spital und zusätzliche Honorare an die behandelnden Ärzte/Ärztinnen.

Ende 2006 beanstandete der Rechnungshof<sup>23</sup> die Abrechnung der Sonderklassehonorare am Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien-Universitätskliniken (AKH Wien) und am Landeskrankenhaus-Universitätskliniken Innsbruck (LKH Innsbruck). Er kritisierte, dass dem Dienstgeber die Höhe der Arzthonorare aus der Sonderklasse nicht bekannt war, und die Abrechnung der öffentlichen Finanzkontrolle entzogen war. Auch wurde zum wiederholten Male beanstandet, dass Nebenbeschäftigungen von Ärzten/Ärztinnen in privaten Spitälern dazu führen können, die öffentlichen Dienstgeber zu konkurrenzieren.

### **3.1.7 Auftragsvergabe**

Krankenhäuser sind große Wirtschaftsbetriebe, die zumeist 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 Landeskrankenhaus West in Graz. Mehrere Rechnungshofberichte<sup>24</sup> und ein Untersuchungsausschuss beförderten zahlreiche Mängel, Versäumnisse und Schlampereien im Vergabeverfahren ans Tageslicht. Ein Korruptionsvorwurf konnte jedoch nicht ausreichend begründet werden.

---

<sup>22</sup> Rechnungshof, Wien 2005/01

<sup>23</sup> Rechnungshof, Bund 2006/12

<sup>24</sup> Rechnungshof, Steiermark 2004/07

Doch nicht nur Bauaufträge können problematisch sein. Krankenanstalten verfügen über sehr unterschiedliche und aufgesplitterte Einkaufskompetenzen. Viele Kaufentscheidungen (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 Kontrollamt<sup>25</sup>, 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 Röntgenfilmen<sup>26</sup> 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 Vorgabe 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 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 Rechnungshof<sup>27</sup> u.a., dass Dienstreisen von Auftragnehmern/Auftragnehmerinnen bezahlt wurden, verrechnete Beraterhonorare überdurchschnittlich hoch (4.000 Euro pro Tag) bzw. die erbrachten Leistungen nicht nachvollziehbar waren und Einnahmen von klinischen Studien nicht transparent verbucht wurden.

Im Unfallkrankenhaus Salzburg wurde im Februar 2007 ein Fall bekannt, bei dem der nicht ärztliche Leiter des Operationsteams laut Medienberichten<sup>28</sup> 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.

---

<sup>25</sup> KAV-WKAV-1/05

<sup>26</sup> Rechnungshof, Steiermark 2005/09

<sup>27</sup> Rechnungshof, Kärnten 2007/04

<sup>28</sup> ORF online, 8.2.2007

### **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 Prozent der Fälle bei Abwesenheit des Pflegebedürftigen keine Entgeltminderungen gewährt. Leistungsänderungen durch den Heimbetreiber wurden zu 62 Prozent gesetzeswidrig einseitig durchgeführt. Selbst nach dem Tod des Pflegebedürftigen wurden in 35 Prozent der Verträge Zahlungen vom Verstorbenen abverlangt, in 58 Prozent 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 liegen zum aktuellen Zeitpunkt keine 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 eine Verurteilung. So wurde zum Beispiel ein angeklagter Arzt freigesprochen, der einer Apothekerin im Zeitraum von 1973 bis 1983 Ärztemustern geliefert hatte. Diese überklebte den Aufdruck „Ärztemuster“ und gab die Medikamente auf Kosten der Krankenkasse an Patienten/Patientinnen ab. Die Apothekerin wurde freigesprochen. Der Oberste Gerichtshof<sup>29</sup> entschied, dass keine Vermögensschädigung eingetreten sei, da die betroffenen Medikamente qualitativ und quantitativ den Originalpackungen entsprachen. Die Patienten/Patientinnen hätten nur die Medikamente erhalten, deren Kosten von den Sozialversicherungsträgern grundsätzlich übernommen wurden.

### **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.

---

<sup>29</sup> OGH 22.5.1986, 12 Os 136/85

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 treten dabei in allen Produkt-Phasen auf: 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/Ärztinnen sowie Vertretern/Vertreterinnen 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.

#### **3.2.1.1 Marketingmethoden**

Die Hersteller von Pharma- und Medizinprodukten bzw. -geräten verwenden Marketingmethoden, die weltweit zunehmend unter Kritik<sup>30</sup> 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/Konsumentinnen 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/Pharmareferentinnen und Medien gibt es eine Vielzahl von Möglichkeiten, einzelne Produkte bei den Health Professionals zu „bewerben“. Dazu zählen u.a.:

- Kostenlose Ausstattung der Ordination
- Produktwerbung in Ärzte-Software

---

<sup>30</sup> Z.B. Angell, M., *The Truth About the Drug Companies*, 2005 oder Grill, M., *Kranke Geschäfte*, 2007



- 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 Transparentmachung 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 Ärzteschaft 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 können allerdings nur dann effektiv sein, wenn es auch Kontrollen und Sanktionen gibt. Diese fehlen in Österreich weitgehend. Bei der Pharmig, der Vereinigung pharmazeutischer Unternehmen, werden pro Jahr rund 16 Beschwerden<sup>31</sup> registriert. Die Zahl und Art der Fälle, die der Ehrenrat der Österreichischen Ärztekammer bzw. die Disziplinarkommissionen der Ärztekammern jährlich behandeln, sind 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/Patientinnen nützliche und notwendige Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten vermitteln. Ein bedeutender Teil (rund 50 Prozent) der Weiter- und vor allem der Fortbildungsveranstaltungen wird international von der Industrie (Pharma, Medizinprodukte,..) finanziell unterstützt („gesponsert“) bzw. organisiert. Die öffentliche Hand (Spitäler, Bund, Länder, Gemeinden, Sozialversicherungen, etc..) ist damit nicht unzufrieden, da sie dadurch Geld spart. Die Kehrseite der Medaille ist eine massive Beeinflussung durch die von der Industrie gesteuerten Informationen und Experten/Expertinnen.

### **Empfehlungen:**

**Die Aufgabe der Weiter- und Fortbildung der Ärzte/Ärztinnen und anderer Health Professionals sollte grundsätzlich nicht von der Industrie wahrgenommen werden. Falls es Unterstützungsbeiträge der Industrie gibt, sollen diese auf ein zentrales, speziell dafür**

---

<sup>31</sup> Pharmig Jahresbericht, 2008

**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.**

### ***3.2.1.3 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 dem letzten Jahren in Verruf geraten, weil sie oft als reine Marketinginstrumenten missbraucht werden. Ärzte erhalten dabei von den Firmen Geld für alle Patienten/Patientinnen, die 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 mindestens erfüllen. Augenscheinlich alleiniges Ziel ist dabei die Intensivierung der Kontakte von Arzneimittelherstellern und Ärzten/Ärztinnen. Pro Patient erhalten Ärzte in Deutschland zwischen 50 und 75 Euro, bei besonders teuren Medikamenten auch bis zu 1000 Euro<sup>32</sup>.

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 wurden solche Leitlinien vom Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen und der AGES PharmMed erarbeitet. Für eine Registrierung ist eine Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend erforderlich. Eine solche befindet zum aktuellen Zeitpunkt in Vorbereitung.

### ***3.2.1.4 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 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 Konsensuspapers

---

<sup>32</sup> Grill, M., *Kranke Geschäfte*, 2007

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.**

#### ***3.2.1.5 Sponsoring im Krankenhaus***

Budgetmängel im Gesundheitswesen und großzügige Angebote von Firmen führen dazu, dass Sponsoringangebote von Spitälern und Vertretern/Vertreterinnen 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 Schlagzeilen<sup>33</sup>. Dem Klinikvorstand wurde vorgeworfen, von einem Prothesenlieferanten als Gegenleistung für wissenschaftlich ausgearbeitete Operationsergebnisse 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. Der Arzt überwies dem Krankenanstaltenträger die Geldsumme und die Vorerhebungen der Staatsanwaltschaft wurden eingestellt. Die Krankenhausleitung hat in der Folge 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 zu bewerben. Das führt dazu, dass immer häufiger Ärzte in Fach- und zunehmend auch in Laienmedien die Vorzüge einzelner Produkte (nicht selten mit Nennung des Markennamens) loben.

##### ***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/Patientinnen ein Recht auf Information über Medikamente haben. Seit das Internet eine weite Verbreitung genießt, sind so genannte „Informationsseiten“ zu Erkrankungen bzw. Vorsorgemaßnahmen in großer Fülle

---

<sup>33</sup> Clinicum, 5/2006

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/Patientinnen zu wecken, ist es, einen Experten oder eine Expertin das Produkt in einem redaktionellen Beitrag loben zu lassen. Hier wird die unabsprechbare Fachexpertise dazu verwendet, den Patienten/Patientinnen besondere Seriosität zu suggerieren. Ob dieser Experte / diese Expertin 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 / die Expertin eine geldwerte Gegenleistung für diesen Artikel vereinbart haben.

In jüngster Vergangenheit gab es zahlreiche „Empfehlungen“ von Experten für virale Medikamente und Impfschutz zur Vorbeugung von Grippeerkrankungen (saisonale Grippe, Vogel-, Schwiegrippe). Besonders auffallend war dabei die Art der Aufbereitung der Information (Panikmache, Einseitigkeit, mangelnde wissenschaftliche Faktenlage, keine Erwähnung von Risiken und Nebenwirkungen..) der Werbebotschaften<sup>34</sup>.

Interessant ist, dass die Ärzteschaft selbst ein solches Vorgehen offiziell ablehnt. So hat etwa die Ärztekammer für Wien im Jahr 2003 eine Richtlinie gemäß § 53 Abs. 4 Ärztegesetz zur (Selbst-)Darstellung von Ärzten/Ärztinnen in der Öffentlichkeit erlassen. In Artikel 3 d) steht hier geschrieben: „Eine das Ansehen der Ärzteschaft beeinträchtigende Information liegt vor bei (...) Werbung für Arzneimittel, Heilbehelfe und sonstige medizinische Produkte sowie für deren Hersteller oder Verkäufer.“

### **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.

„Grassroot Marketing“ (dt. „Graswurzelbewegung“) bzw. Astroturfing sind 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

---

<sup>34</sup> ORF, Ö1 Morgenjournal, 18.6.2009

unabhängigen öffentlichen Meinungsäußerung zu erwecken, indem das Verhalten vieler verschiedener und geographisch getrennter Einzelpersonen zentral gesteuert wird. Wie es bei den meisten Formen von Propaganda der Fall ist, versucht auch kommerzielles Grassrooting, die Emotionen der Öffentlichkeit gezielt zu beeinflussen. So verschafft man sich Aufmerksamkeit, indem man beispielsweise Leserbriefe und E-Mails schreibt und im Internet Blogbeiträge verfasst, Twitter und Facebook nutzt und Crossposts verbreitet.

### ***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.

#### **Empfehlung:**

**Da nach Expertenmeinung eine klare Trennung zwischen Information und Werbung nahezu unmöglich sei, kommt die Arbeitsgruppe zu 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 und ist damit nicht ausreichend.**

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

### **3.2.3 Arzneimittelfälschungen**

Laut Produktpirateriebericht 2008<sup>35</sup> waren 45 Prozent aller vom österreichischen Zoll beschlagnahmten Fälschungen Medikamentenplagiate. Sie sind damit auch der Bereich mit den höchsten Steigerungszahlen. Der Wert der Originalwaren belief sich auf 1,152.826 Euro.

Die gefälschten Medikamente werden unter Bedingungen produziert, gelagert und transportiert, die nicht den geltenden Standards der Pharmaindustrie entsprechen. Das Ergebnis sind dann oft mit Schadstoffen verunreinigte Medikamente, Medikamente, die über- oder unterdosiert sind, oder solche, die überhaupt wirkungslos sind. Angeführt wird die Hitliste der gefälschten Arzneimittel von Lifestylepräparaten, wie Potenzmitteln oder Diätpillen. Neu für den Zoll war im Jahr 2008, dass erstmals auch Antibiotika, Antidepressiva sowie Mittel zur Behandlung von Krebs entdeckt wurden. Diese gefälschten

---

<sup>35</sup> [www.bmf.gv.at](http://www.bmf.gv.at), 3.8.2009

Medikamente wurden in Österreich bisher fast ausschließlich über das Internet vertrieben<sup>36</sup>. In anderen Ländern (z.B. UK) wurden Arzneimittelfälschungen bereits in Apotheken-Vertriebsschienen und in Krankenhäuser gefunden.

### 3.3. Ebene der Wissenschaft

Ärzte/Ärztinnen beklagen, dass es so gut wie keine medizinische Forschung mehr ohne Industriegelder gibt. Jungärzte/Jungärztinnen (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 Schweizer 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.
- 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 und Verstöße gegen den Verhaltenskodex gibt es keine Transparenz.

#### 3.3.1 Wissenschaftsbetrug

Mehrer Fälle von Wissenschaftsbetrug erschütterten in den vergangenen Jahren Österreich: An der Urologischen Universitätsklinik Innsbruck sollen zwischen 2004 und 2006 ohne Genehmigung der Ethikkommission sowie ohne Wissen der ärztlichen Direktion, 260 Kinder und zum Teil Erwachsene mit einem in Österreich nicht zugelassenen Medikament "hormonell und operativ" behandelt worden sein.

---

<sup>36</sup> APA/OTS0228, 9.6.2009

Weiters gab es auch mit zwei Studien zur Innsbrucker Stammzellentherapie, die in "The Lancet" sowie "World Journal of Urology" veröffentlicht wurden, größere Probleme. Die AGES (Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH) vermutete in einem Prüfbericht, dass es sich dabei um Fälschungen handle - und empfahl, die Studien "unverzüglich zurückzuziehen"<sup>37</sup>.

An der Medizinischen Universität Wien wurde ein Fall bekannt, bei dem es bei Untersuchungen über die schädlichen Auswirkungen von Mobilfunkstrahlung zu Manipulationen gekommen sein soll<sup>38</sup>. Eine Veröffentlichung wurde zurückgezogen. Sechs weitere Studien wurden in der Folge noch überprüft.

### **3.4 Ebene der Leistungsempfänger (Versicherte, Patienten, Selbsthilfegruppen,...)**

#### **3.4.1 Missbrauch der E-Card**

Die Arbeitsgruppe möchte unmissverständlich den Umstand würdigen, dass in Österreich Menschen, die akute medizinische Hilfe brauchen, diese in der Regel auch erhalten, unabhängig davon, 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 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-Card<sup>39</sup>. Einige Fälle beschäftigten bereits die Gerichte<sup>40</sup>.

Nicht nur im Bezug auf Leistungen für nichtversicherte Personen kann es zu Missbrauch der E-Card kommen. So wurde der Fall eines Mannes bekannt, der sich während seiner monatelangen Krankmeldung ins Ausland begab. Ein Kollege absolvierte in der Zwischenzeit mit seiner E-Card die Arztkontrollen in Österreich<sup>41</sup>.

Die Zahl der Missbräuche hält sich nach offiziellen Angaben in Österreich in Grenzen. Laut Beantwortung einer Parlamentarische Anfrage vom März 2009<sup>42</sup>, seien im Jahr 2008 insgesamt sechs Fälle bekannt geworden, bei denen mit gestohlenen bzw. unterdrückten E-

---

<sup>37</sup> ORF online, 5.9.2008

<sup>38</sup> Langbein, K.: Verschlussache Medizin, 2009

<sup>39</sup> Parlamentarische Anfrage, PA 277/J, XXIII G.-NR

<sup>40</sup> Salzburger Nachrichten, 22. 12. 2006

<sup>41</sup> APA/OTS 0128, 17.2.2009

<sup>42</sup> Parlamentarische Anfrage, 1191/AB XXIV. GP.-NR

Cards Leistungen aus dem Gesundheitssystem erschlichen wurden. In drei Fällen seien die E-Cards vom rechtmäßigen Karteninhaber/Karteninhaberin einer anderen Person zur missbräuchlichen Verwendung übergeben worden. Die Zahl der gestohlenen bzw. verlorenen E-Cards sei zwar sehr hoch, doch würden die Karten in der Regel nach der Verlustmeldung gesperrt und könnten somit nicht im großen Stil missbräuchlich verwendet werden.

### **3.4.2 Patientenbegehrlichkeit**

Patienten/Patientinnen 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/Patientin überwiegen. Ärzte/Ärztinnen klagen darüber, dass Patienten/Patientinnen 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/die Ärztin.

### **3.4.3 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 Finanziers (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 beobachten<sup>43</sup>, dass medizinische Warenanbieter ihre Marketingkonzepte umstellen und vermehrt über die Selbsthilfe anstelle der Ärzte an die Endverbraucher herantreten, um Einfluss auf die Verschreibepaxis der Ärzte auszuüben. Prof. Dr. Ludwig von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft präsentierte<sup>44</sup> 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.

Im Jahr 2009 hat die Pharmig, der Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs, in Anlehnung an den „Code of Practice“ der europäischen Vereinigung der pharmazeutischen

---

<sup>43</sup> The Sunday Times, 3.12.2006

<sup>44</sup> Berliner Zeitung, 26.1.2007



Industrie (EFPIA) einen neuen Verhaltenskodex beschlossen. Darin wurde festgehalten, dass die Mitgliedsfirmen alle von ihnen unterstützten Patientengruppen namentlich nennen, sowie Art und Umfang der jeweiligen Unterstützung öffentlich zugänglich machen müssen.

### **Empfehlung:**

**Die Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Geldgebern (Industrie, Krankenkassen, öffentliche Hand) bedarf einer besonders hohen Transparenz. Ein erster wichtiger Schritt sind Sponsoring-Richtlinien für beide Seiten.**

## **3.5 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, Landesvertretungen, 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 Rechnungshof<sup>45</sup> 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.

Der ehemalige Obmann einer Gebietskrankenkasse wurde bei der Staatsanwaltschaft angezeigt, weil er seinen Dienstwagen jahrelang zu Unrecht auch am Wochenende und im Urlaub privat genutzt haben soll. Die Fahrtenbücher seien unvollständig gewesen. Laut Medienberichten zahlte der Obmann 7.000 Euro zurück<sup>46</sup>.

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

---

<sup>45</sup> Rechnungshof Bund 2006/9

<sup>46</sup> Der Standard, 28.5.2008

Betriebs- und Errichtungsgesellschaft m.b.H. den Rechnungshof<sup>47</sup> 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 Pflgeanwalt Dr. Werner Vogt<sup>48</sup>, 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.

### **3.5.1 Krankenanstaltenfinanzierung**

In den vergangenen 20 Jahren wurden in den meisten 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 geblieben sind.

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.

### **3.5.2 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 Heilmittel-evaluierungskommission (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 ist. Laut Angaben des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger haben die Mitglieder der HEK bereits Conflict of Interest Erklärungen abgegeben. Auch die Mitglieder des Obersten Sanitätsrats sollen bereits Conflict of Interest Erklärungen – nicht

---

<sup>47</sup> Rechnungshof Bund 2007/4, 2006/1, 2006/3, 2006/5

<sup>48</sup> Kurier, 20.8.2007

zuletzt wegen einzelner fragwürdiger Empfehlungen im Rahmen der Pandemieplanung – abgegeben haben. Diese sind allerdings nicht veröffentlicht.

Es werden immer wieder Entscheidungen von Organisationen, die öffentliche Gelder verwalten, publik, die nicht nachvollziehbar sind. Das Nachrichtenmagazin Profil<sup>49</sup> berichtete zuletzt über eine Entscheidung der „Heilmittlevaluierungskommission“ (HEK) im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Dieses Gremium entscheidet darüber, welche Arzneimittel in Österreich auf Kosten der sozialen Krankenversicherung verschrieben und abgegeben werden dürfen. Zu den Mitgliedern zählen drei Vertreter der Medizinischen Universitäten, neun (Chef-) Ärzte der Sozialversicherungsträger, je zwei Mitglieder der Wirtschaftskammer, der Arbeiterkammer und der Ärztekammer sowie ein Mitglied der Apothekerkammer. Die Sitzungen der HEK werden im Hauptverband vorbereitet. Ihnen gehen beratende und abstimmende Sitzungen der Sozialversicherungsärzte voraus.

Im Spätsommer 2008 schaltete die Initiative „Der Österreichische Patient“ gemeinsam mit der Selbsthilfevereinigung „Österreichische Rheumaliga“ in einer groß angelegten Werbekampagne eine Inseratenserie in den wichtigsten überregionalen Medien, in der prominente Entscheidungsträger/Entscheidungsträgerinnen der Gesundheitspolitik Stimmung für den frühzeitigen Einsatz „moderner Medikamente“ bei rheumatischen Beschwerden machen sollten. Einer von ihnen war der damalige Obmann der Wiener Gebietskrankenkasse, der zu dieser Zeit auch ein hoher Funktionär des Hauptverbandes war.

TI-AC deckte auf, dass die Kampagne nicht von Patienteninitiativen, sondern von einem amerikanischen Pharmakonzern finanziert wurde, der zufällig auch das passende Präparat – ein Biological (TNF-Alpha) – parat hatte. Bei der Initiative „Österreichischer Patient“ handelt es sich um ein PR-Konstrukt einer Werbeagentur, die die Erzeugerfirma zu ihren Kunden zählt.

Wenige Monate später beschloss die Heilmittlevaluierungskommission im Hauptverband, die Verschreiberestriktionen für dieses eine Medikament zu lockern. Die Verschreibemodalitäten für die beiden Konkurrenzprodukte blieben unverändert restriktiv. Das Medikament ist fast 100-mal teurer als die herkömmliche Therapien und wegen seines Nebenwirkungsprofils nicht unumstritten.<sup>50</sup> Etwa zur gleichen Zeit wechselte der oben genannte Obmann der Wiener Gebietskrankenkasse innerhalb der laufenden Funktionsperioden in die „Privatwirtschaft“ und gründet gemeinsam mit dem Inhaber der Werbeagentur eine Firma.

### **Empfehlung:**

**In den Beratungs- und Entscheidungsgremien des österreichischen Gesundheitswesens ist Transparenz zu schaffen. Dazu gehören u. a. Conflict of Interests-Regelungen sowie Transparenz über die Auftragserteilung, Methodik und Ergebnisse.**

---

<sup>49</sup> Profil, 22.6.2009;

<sup>50</sup> <http://med.blogger.de/stories/1387145/>, 22.04.2009

## 3.6 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 vielfach das Fehlen von Conflict of Interests-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)<sup>51</sup>. Im August 2006 musste der deutsche Thieme Verlag eine ganze Ausgabe der „Zeitschrift für Allgemeinmedizin“ (ZFA) einstampfen, 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<sup>52 53</sup>.

Das Problem der Beeinflussung der redaktionellen Berichterstattung gibt es nicht nur im Medizinbereich. Es ist hier allerdings die Zahl der Gratismedien an Ärzte/Ärztinnen und andere Entscheider im Gesundheitsbereich, die ausschließlich durch Inserate finanziert werden, 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**

---

<sup>51</sup> BMJ 2006; 332:1444-1447

<sup>52</sup> Süddeutsche Zeitung, 19.9.2006

<sup>53</sup> 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](http://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.**