



GESUNDHEITS WISSENSCHAFTEN paper

32

Dimensionen der Intransparenz und Beeinflussung im Gesundheitswesen ausleuchten

Ingrid Kern-Homolka, Anna Labek und Heide Said

Erhältlich bei:

Oberösterreichische Gebietskrankenkasse

Referat für Gesundheitsstrategie und Wissenschaftskooperation

E-Mail: sekretariat.dgw@oegkk.at

Linz 2011

Inhaltsverzeichnis

1	Intransparenz und Korruption im Gesundheitswesen	7
2	Begriffsklärung	8
2.1	Intransparenz	8
2.2	Korruption	8
2.3	Adressaten des Korruptionsstrafrechts	8
2.3.1	<i>Öffentlicher Sektor</i>	8
2.3.2	<i>Privater Sektor</i>	9
3	Besonderheiten des Gesundheitsmarktes	10
3.1	Einfallstore für missbräuchliches Verhalten	10
3.1.1	<i>Asymmetrische Information</i>	10
3.1.2	<i>Leidensdruck und Ungewissheit des Patienten</i>	10
3.1.3	<i>Mögliche Rollenkonflikte</i>	10
3.1.4	<i>Leistungsabhängige Honorierungssysteme</i>	10
3.1.5	<i>Komplexität der Strukturen und Finanzierung</i>	11
3.1.6	<i>Dreiecksverhältnis Arzt – Patient – Zahler (Träger)</i>	11
3.1.7	<i>Moral hazard</i>	12
3.2	Akteure im Gesundheitswesen	12
3.2.1	<i>Gesundheitsdiensteanbieter (GDA)</i>	12
3.2.2	<i>Leistungsempfänger</i>	13
3.2.3	<i>Industrie und Zulieferer</i>	13
3.2.4	<i>Verwaltung</i>	13
3.2.5	<i>Medien</i>	13
4	Dimensionen von Intransparenz und Korruption	14
4.1	Industrie	14
4.1.1	<i>Vertuschen, Verschweigen, Verzerren: Manipulation in der Pharmaforschung</i>	15
4.1.2	<i>Forschungsaufträge durch die Pharmaindustrie</i>	16

4.1.3	<i>Als Forschung getarnte Marketingmaßnahmen</i>	17
4.1.3.1	Nicht-interventionelle Studien NIS (Anwendungsbeobachtungen)	17
4.1.3.2	Konsensusberichte	18
4.1.4	<i>Beeinflusste Meinungsbildner</i>	18
4.1.5	<i>Fortbildung</i>	19
4.1.6	<i>Marketingmethoden</i>	20
4.1.7	<i>Patientenwerbung und –information: Direct to consumer information</i>	20
4.1.8	<i>Patientenwerbung und –information: Awarenesskampagnen und Astroturfing</i>	21
4.1.9	<i>Patientenwerbung und –information: Disease Mongering</i>	22
4.1.10	<i>Profitorientierte Zulassungen</i>	23
4.1.11	<i>Packages in Krankenhäusern</i>	24
4.2	Ärzte und andere Leistungserbringer des Gesundheitswesens	24
4.2.1	<i>Versteckte Provisionen – Informal Payments</i>	25
4.2.1.1	Kuvertmedizin	25
4.2.1.2	Umweg über Privatpraxen	25
4.2.1.3	Frühere OP-Termine - Wartelisten	25
4.2.1.4	Verordnung von Medizinprodukten (Hörgeräte)	25
4.2.1.5	Verordnung von bestimmten Medikamenten	26
4.2.1.6	Nicht-interventionelle-Studien, NIS (Anwendungsbeobachtungen)	26
4.2.2	<i>Nebenbeschäftigungen</i>	26
4.2.3	<i>Rabatte und Kick-Back-Zahlungen</i>	27
4.2.3.1	Apotheken und Hausapotheken	27
4.2.3.2	Krankenanstalten	27
4.2.4	<i>Abrechnungsbetrug</i>	27
4.3	Leistungsempfänger	28
4.3.1	<i>Transparenz für Patienten</i>	28
4.3.2	<i>Missbrauch der E-Card</i>	29
4.3.3	<i>Patientenbegehrlichkeit</i>	30
4.3.4	<i>Instrumentalisierung von Selbsthilfegruppen</i>	30

4.4	Medien.	31
4.5	Verwaltung.	32
4.5.1	<i>Krankenanstaltenfinanzierung.</i>	32
4.5.2	<i>Beratungsgremien.</i>	33
4.5.3	<i>Auftragsvergabe</i>	33
4.6	Betroffenheit der Sozialen Krankenversicherung	33
4.6.1	<i>Transparenzmängel in der SV.</i>	34
4.6.2	<i>Beeinflussung durch Kunden</i>	34
5	Rechtsquellen	35
5.1	Bundesgesetze	35
5.1.1	<i>§ 168c StGB Geschenkkannahme unter Privaten</i>	35
5.1.2	<i>§ 168d StGB Bestechung unter Privaten</i>	35
5.1.3	<i>§ 304 StGB Geschenkkannahme durch Amtsträger.</i>	35
5.1.4	<i>§ 307 StGB Bestechung von Amtsträgern</i>	35
5.1.5	<i>Ärztegesetz</i>	36
5.1.6	<i>Arzneimittelgesetz.</i>	36
5.1.7	<i>Medizinproduktegesetz</i>	36
5.2	Verhaltenskodizes (Codes of Conduct).	36
5.2.1	<i>Österreichische Ärztekammer.</i>	37
5.2.2	<i>Pharmig.</i>	37
5.2.3	<i>Krankenanstalten</i>	39
5.2.4	<i>Patientenorganisationen</i>	39
5.2.5	<i>Direktionsweisung der OÖGKK.</i>	39
5.2.6	<i>Andere Verhaltenskodizes</i>	40
6	Gegenbewegungen	41
6.1	Transparency International – Austrian Chapter.	41
6.2	Wissenschaftliche Einrichtungen zur objektiven Beurteilung klinischer Studien	42
6.2.1	<i>Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG)</i>	42
6.2.2	<i>Ludwig-Boltzmann-Institut für Health Technology Assessment (LBI-HTA)</i>	42

6.2.3	<i>Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)</i> . . .	43
6.3	MEZIS Mein Essen zahle ich selbst	43
6.4	Deutsch / österreichische Expertengespräche	46
6.4.1	<i>Projekt „Steganos“, AOK Die Gesundheitskasse Bayern</i>	46
6.4.2	<i>Fehlverhaltensbekämpfung bei der KVB Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns</i>	46
6.4.3	<i>„Whistle Blower“</i>	47
6.5	Aktionsplan 2009 Fehlverhalten im Gesundheitswesen, OÖGKK	47
6.6	Linzer Forum 2009: (In)Transparenz – Ein-Blick in das Gesundheitswesen .	48
7	Empfehlungen für Gegenmaßnahmen	49
7.1	Schaffung von rechtlichen Voraussetzungen	49
7.2	Strukturelle, organisatorische, sonstige Vorschläge	50
7.3	Bereits umgesetzte Forderungen	50
7.3.1	<i>Mehr Transparenz auf Ebene der Industrie, Gesundheitsdienstleister und Verwaltung</i>	50
7.3.2	<i>Mehr Transparenz für Patienten</i>	51
8	Zusammenfassung	52
	Inhaltsverzeichnis	54
	Autorinnen	58

Abkürzungsverzeichnis

bzw.	beziehungsweise
etc	et cetera
EU	Europäische Union
Hauptverband	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
HTA	Health Technology Assessment
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
NIS	Nicht-interventionelle Studien (Anwendungsbeobachtungen)
Pharmig	Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs
StGB	Strafgesetzbuch
vH	Von Hundert (Prozent)
z.B.	Zum Beispiel

Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird auf die geschlechtsneutrale Differenzierung, beispielsweise Ärzte/ÄrztInnen, verzichtet. Sämtliche Rollenbezeichnungen gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für beide Geschlechter.

1 Intransparenz und Korruption im Gesundheitswesen

International gilt das Gesundheitswesen als besonders anfällig für Betrug und Korruption. Dieses Phänomen ist noch relativ jung, entstand es doch erst mit der Einführung der Sozialversicherung. Während früher die Leistungen der Ärzte vorwiegend dem Adel, Klerus und etwas später dem Bürgertum vorbehalten waren, führte die Bismarcksche Sozialversicherung zu einer Expansion des Marktes. Zur Versorgung der zahlungskräftigen und -willigen Massenkundschaft erweiterte sich das Gesundheitswesen um Versicherungsanstalten, politische Behörden und neue Industriezweige¹: die Pharmaindustrie zur Herstellung von Medikamentenspezialitäten, Firmen für Medizinprodukte (z.B. Stents, Hüftgelenksprothesen, ...) und Medizintechnik (z.B. für Operationen oder Therapiegeräte für die Rehabilitation).

Die Ursachen für die aktuelle Intransparenz sind vielfältig: Enorme Umsätze (mehr als 10 % des Bruttoinlandsprodukts werden erwirtschaftet), die Komplexität des Systems und die Vielzahl der Akteure. Mehrere Ebenen (Leistungserbringer, Leistungsempfänger, Zahler) sind getrennt voneinander tätig, es mangelt deutlich an Transparenz. Dies macht das Gesundheitswesen anfällig für Missbrauch auf Kosten des Gesamtsystems.

Ziel dieses Papiers ist es, die Dimensionen und Problemfelder für Korruption im Gesundheitswesen aufzuzeigen. Weiters sollen Handlungsfelder erarbeitet werden, in denen die Sozialversicherung im Allgemeinen beziehungsweise die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (OÖGKK) im Speziellen Transparenzmängel beseitigen kann, um Korruption vorzubeugen oder zu beseitigen.

Als Basis dient das Grundsatzpapier von Transparency International – Austrian Chapter aus dem Jahr 2008², dessen Erkenntnisse Mag. Franz Kiesl beim Linzer Forum 09 zum Thema „Intransparenz und Korruption – Betroffenheit der Sozialen Krankenversicherung“³ um wesentliche Aspekte erweitert hat. Eingearbeitet werden auch Beiträge aus anderen einschlägigen Vorträgen und Seminaren. Ergänzt werden die Ausführungen um Inputs aus den Medien, die sich in den letzten Monaten verstärkt mit dem Thema Intransparenz im Gesundheitswesen beschäftigten. In der medizinischen Fachliteratur sind an dieser Stelle vor allem unabhängige Medien wie das Arznei-Telegramm oder Der Arzneimittelbrief zu nennen. Das deutsche Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) veröffentlicht immer wieder Berichte, die sich mit Problemen, die sich aus der Intransparenz ergeben, beschäftigen. Nicht zuletzt dienen Berichte aus (ober-) österreichischen Tages- und Wochenzeitungen dazu, die Sensibilisierung der Öffentlichkeit für dieses Thema darzustellen.

1 Rupp, 2009, S.3

2 TI, 2008

3 Kiesl, 2009

2 Begriffsklärung

2.1 Intransparenz

Intransparenz leitet sich ab von trans (lat. „durch“) und parere (lat. „sich zeigen, scheinen“). Intransparenz in diesem Kontext steht für undurchsichtige Vorgänge und Entscheidungen sowie mangelnde Information in Politik, Verwaltung und Wirtschaft.

2.2 Korruption

Korruption leitet sich ab von corruptus (lat. „bestochen“). Im juristischen Sinne ist das Kernelement von Korruption das Ausnutzen einer „Machtposition“ für den persönlichen Vorteil unter Missachtung von Verhaltensnormen. Im politischen Sinne wird auch von Korruption gesprochen, wenn eine Verletzung eines allgemeinen Interesses zu Gunsten eines speziellen Vorteils vorliegt (Harold Dwight Lasswell). Für Transparency International umfasst der Begriff Korruption „u.a. politische, juristische, wirtschaftliche und moralische Aspekte“.⁴ Strukturelle Korruption bezeichnet Korruption, die im System angelegt ist.

„Im Gesundheitswesen soll ein Verhalten dann ‚korruptiv‘ genannt werden, wenn zugunsten eines Einzelnen beziehungsweise einer bestimmten Gruppe der im Gesundheitsmarkt Agierenden missbräuchlich Vorteile zu Lasten anderer Gruppen, beziehungsweise der Allgemeinheit bewirkt werden.“ (Definition TI Deutschland, 2000)⁵

2.3 Adressaten des Korruptionsstrafrechts

Adressaten des Korruptionsstrafrechts sind der öffentliche und der private Sektor.

2.3.1 Öffentlicher Sektor

Adressaten des Korruptionsstrafrechts im öffentlichen Sektor sind vor allem Amtsträger. Amtsträger ist unter anderem jeder, der mit öffentlichen Aufgaben – einschließlich in öffentlichen Unternehmen lt. § 306a Abs 3 StGB – betraut ist. § 306a Abs 3 StGB besagt: „Als öffentliches Unternehmen gilt jedes Unternehmen, das von einer oder mehreren Gebietskörperschaften selbst betrieben wird oder an dem eine oder mehrere Gebietskörperschaften unmittelbar oder mittelbar mit mindestens 50 vH des Stamm-, Grund- oder Eigenkapitals beteiligt sind, jedenfalls aber jedes Unternehmen, dessen Gebarung der Überprüfung durch den Rechnungshof unterliegt.“

⁴ TI, 2008, S. 4

⁵ TI, 2008, S. 4

Die Gebietskrankenkasse ist eine Gebietskörperschaft. Folglich sind Dienstnehmer in Krankenanstalten der GKK Amtsträger (z.B. Hanuschkrankenhaus der Wiener GKK). Dienstnehmer privater Krankenanstalten sind dagegen keine Amtsträger (z.B. Ordensspitäler). Auch die niedergelassenen Vertragsärzte sind nicht als Amtsträger zu bezeichnen.⁶

Eine Empfehlung, die zu einer verbesserten Transparenz im Gesundheitswesen beiträgt, ist die Schaffung von rechtlichen Voraussetzungen zur Gleichstellung der Dienstnehmer aller Krankenanstalten hinsichtlich der Amtsträgerkorruption.

Macht sich ein Amtsträger der Korruption schuldig, können folgende Delikte vorliegen:

- Bestechung nach § 307 StGB
- Bestechlichkeit § 304 StGB
- Vorteilszuwendung nach § 307a StGB
- Vorteilsannahme nach § 305 StGB
- Vorbereitungsdelikte nach §§ 306 und 307b StGB
- Verbotene Intervention nach § 308 StGB⁷

2.3.2 Privater Sektor

Darunter fällt beispielsweise die Geschenkkannahme durch Machthaber nach § 153a StGB.⁸ Kann auch ein niedergelassener Arzt als Machthaber gelten? Laut § 21 des Ärzte-Gesamtvertrages haben niedergelassene Ärzte die Befugnis, über fremdes Vermögen zu verfügen oder andere zu verpflichten. Es wird dort festgestellt, dass eine Geschenkkannahme eine Pflichtwidrigkeit der Vorteilsannahme darstellt, die im § 53 (2) Ärztegesetz hinsichtlich Zuweisungen und Punkt 2 des Ärztlichen Verhaltenskodex der ÖAK vorliegt.

6 Gepart, 2009, S. 5

7 Kiesel, 2009

8 Gepart, 2009, S. 7

3 Besonderheiten des Gesundheitsmarktes

Der Kern des Intransparenz-Problems des Gesundheitswesens liegt in der hohen Intransparenz des außerordentlich vielschichtigen Systems. Dadurch bilden sich Einfallstore für Korruption und abweichendes Verhalten bei allen Systembeteiligten. Sie schädigen das System, indem sie den Eigennutzen über den Nutzen des Systems stellen.

3.1 Einfallstore für missbräuchliches Verhalten

Folgende Einfallstore für missbräuchliches Verhalten können auftreten:⁹

3.1.1 *Asymmetrische Information*

In der Regel weiß nur der behandelnde Arzt, was medizinisch notwendig ist. Der Patient kann die Notwendigkeit einer empfohlenen Therapie nicht beurteilen, es fehlt das entsprechende Fachwissen. Es sind zwar vielfältige Informationen beispielsweise über das Internet einholbar, doch diese sind unvollständig, verwirrend, selten unabhängig, die Seriosität ist nur schwierig festzustellen und zudem sind sie nicht auf den individuellen Gesundheitszustand des Patienten abgestellt. Letztendlich muss der Patient den Ärzten vertrauen.

3.1.2 *Leidensdruck und Ungewissheit des Patienten*

Je größer der Leidensdruck und die Ungewissheit der Patienten wird, je höher die Dringlichkeit einer Intervention, desto höher ist die Empfänglichkeit, jedes auch noch so teure Angebot anzunehmen.

3.1.3 *Mögliche Rollenkonflikte*

Der Arzt hat mehrere Rollen mit möglichen Rollenkonflikten. Er tritt auf als Vertrauensperson, Leistungserbringer und –verkäufer, sowie Veranlasser von Folgeleistungen. Außerdem ist die Tätigkeit als Arzt seine Erwerbsarbeit, das heißt sein Verhalten ist direkt verbunden mit seinem wirtschaftlichen Auskommen.

3.1.4 *Leistungsabhängige Honorierungssysteme*

Leistungsabhängige Honorierungssysteme bieten den Anreiz, die Einnahmen zu optimieren, beispielsweise über Einzelleistungsvergütungen, Sonderklassehonorare, Preisspannen bei Medikamenten und Medizinprodukten, etc.

9 Kiesl, 2009

3.1.5 Komplexität der Strukturen und Finanzierung

Das österreichische Gesundheitswesen ist überaus komplex strukturiert und für einen Laien kaum durchschaubar. Das System ist nicht transparent, es ist beispielsweise nicht nachvollziehbar, wohin die Beiträge zur Krankenversicherung fließen und wie die Krankenanstalten finanziert werden. Für den Patienten ist der direkte Zusammenhang zwischen seinen geleisteten Beiträgen und der Honorierung der Vertragsärzte oder der Krankenhausfinanzierung nicht sichtbar. Diese Sachlage führt dazu, dass Patienten und Beitragszahler ihre Marktmacht als eigentliche Finanziere des Gesundheitssystems nicht ausüben können. Die Anbieter/Nachfrager-Konstellation ist nicht marktauglich.

Aus Sicht des Patienten ist eine Verbesserung der Transparenz hinsichtlich der gewährten Leistungen aus dem Gesundheitswesen zu beobachten. Mit LIVE, dem Leistungsinformationssystem für Versicherte, werden einmal jährlich die Leistungen der Krankenkassen und die dafür angefallenen Kosten des letzten Jahres aufgelistet und an die Patienten verschickt. Auch wenn dabei die Leistungen der Krankenhäuser nicht aufscheinen, ist es doch ein erster Schritt hin zu mehr Transparenz. Die Elektronische Gesundheitsakte, die sich zurzeit in Planung befindet, ermöglicht dem Patienten über Internet einen aktuellen Überblick über Untersuchungen, Befunde und andere medizinische Unterlagen.

3.1.6 Dreiecksverhältnis Arzt – Patient – Zahler (Träger)

Üblicherweise stellt sich die Anbieter/Nachfrager-Konstellation als „Paarbeziehung“ dar. Rupp spricht von einer marktverzerrenden „Dreiecksbeziehung“¹⁰. Entgegen der Theorie des freien Marktes, wo der Nachfrager gleichzeitig Konsument, Einkäufer und Zahler ist, teilen sich in Wahrheit diese Rollen im Gesundheitssystem in Patient, Arzt und Krankenversicherungs- oder Krankenhausträger auf. Das Marktregulativ der Preisobergrenze für den Nachfrager (in diesem Fall der zahlende Träger) entfällt, was zu einem Preisanstieg führt, die Nachfrage jedoch nicht bremst. Aus der Sicht des Patienten/Versicherten ist der Preis einer Behandlung, eines Medikaments kein Entscheidungskriterium. In der Regel erfährt der Patient die Kosten der Behandlung nicht (bzw. erst spät über LIVE, siehe Punkt 4.3.1) und damit sind sie nicht marktwirksam. Das Bewusstsein, dass der Patient in seiner Rolle als Beitragszahler im Endeffekt für die Behandlungskosten aufkommt, ist noch zu wenig verbreitet. Die Sozialversicherungsträger versuchen dieser Spirale durch Verträge, Regelungen, Satzungen und dergleichen entgegenzuwirken.

Speziell bei einer Krankenhausbehandlung kennt der Patient die echten Kosten nicht, ein Informationssystem wie LIVE fehlt. Die komplexen Finanzierungsstrukturen der Krankenanstalten tragen zudem nicht zur Transparenz bei.

Ein Schritt zu mehr Transparenz wäre die verpflichtende Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich. Mit diesen Daten versorgt hätten die Krankenversicherungsträger zumindest die Möglichkeit, die Gesundheitsentwicklung der Bevölkerung früher zu erkennen und gesundheitspolitische Akzente zu setzen. Das Bewusstsein der Beitragszahler als Marktteilnehmer im Gesundheitswesen sollte gestärkt werden.

¹⁰ Rupp, 2009, S. 3

3.1.7 Moral hazard

„Moral hazard“ beschreibt das Ansteigen der Wahrscheinlichkeit eines Schadenseintrittes beziehungsweise einer Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen durch das Bestehen eines Versicherungsschutzes. Moral hazard vonseiten der Patienten kann bereits vor oder nach Krankheitseintritt entstehen, beispielsweise durch eine erhöhte Risikobereitschaft oder mangelnder Gesundheitsvorsorge beziehungsweise wenn Patienten Leistungen in Anspruch nehmen wollen, die über die medizinische Angemessenheit hinausgehen. Manche Gesundheitspolitiker meinen, über Selbstbehalte und Risikozuschläge ein Rezept gegen Moral hazard gefunden zu haben. Moral hazard kann jedoch auch vonseiten der Anbieter entstehen, beispielsweise in Form der Tendenz zur überhöhten Abrechnung durch Ärzte bei Privatversicherungen.¹¹ Hier sind Selbstbehalte für Patienten wirkungslos.

3.2 Akteure im Gesundheitswesen

Transparenzmängel können den verschiedenen Akteuren auf mehreren Ebenen zugeordnet werden.¹²

3.2.1 Gesundheitsdienstleister (GDA)

Als Gesundheitsdienstleister gelten Leistungserbringer wie Ärzte, Spitäler, Angehörige von Gesundheitsberufen und dergleichen. Ärzte und Spitäler sind meist Adressaten „unmoralischer Angebote“ vonseiten der Industrie oder Privatwirtschaft oder stellen selbst Forderungen.

Das Unrechtsbewusstsein ist meist nicht ausgeprägt. Korruption gilt in diesen Kreisen oft noch als Kavaliersdelikt und (zu unrecht) erworbene Vorteile werden als Ausgleich für das zu gering empfundene Einkommen angesehen. Manche Ärzte sehen in der Beeinflussung einen Vorteil für die Patienten. Restriktionen würden die Patienten schädigen und nur den Krankenkassen nützen.¹³ Der Kontext zwischen Patient und Krankenkasse wird nicht hergestellt (Geld der Krankenkassen ist das Geld des Patienten) oder sogar bewusst ausgeblendet. Volkswirtschaftliche Zusammenhänge werden nicht erkannt. Gesundheitsdienstleister stehen nicht nur in ihrer Rolle als Kunden beziehungsweise Vermittler (beispielsweise von Medizingeräten oder Medikamente) sondern auch als Auftraggeber von Nebenleistungen wie beispielsweise Facility Management (Gebäudereinigung, Wäscheservice, etc.) im Fokus der Korruptionsbekämpfung.

Rechtliche Voraussetzungen auf Gesetzesebene, im Gesamtvertrag oder Berufsrecht müssen geschaffen werden, die ein klares Provisionsverbot für Gesundheitsdienstleister vorsehen. Bei der Verletzung dieser Bestimmungen sind berufs- und vertragsrechtliche Konsequenzen zu setzen.

¹¹ Said, 2006, S. 35

¹² TI, 2008, S. 4

¹³ Hawliczek, 2009, 90 ff

3.2.2 Leistungsempfänger

Patienten sind Leistungsempfänger im Gesundheitssystem. Sie stellen neben den Gesundheitsdiensteanbietern die Akteure erster Priorität dar, da sie offensichtlich am Gesundheitssystem partizipieren. Industrie und Zulieferer, Verwaltung und Medien beeinflussen indirekt das System, in dem sie auf das Verhalten der Gesundheitsdiensteanbieter und/oder der Leistungsempfänger mehr oder weniger offen oder ganz verdeckt einwirken.

3.2.3 Industrie und Zulieferer

Zweifelloos hat die Industrie eine wichtige Rolle in unserem Gesundheitssystem: Neue Medikamente, medizinische Geräte, medizinische Produkte und Behandlungsmethoden tragen dazu bei, dass sich die Lebensdauer und/oder die Lebensqualität der Menschen erhöht. Ob Pharmafirmen, Medizingeräte- oder Produkthersteller, Anbieter branchenspezifischer IT-Lösungen oder Gebäudereinigungsfirmen: Es handelt sich um gewinnorientierte Unternehmen, die neben dem Geschäftszweck der Produktherstellung oder Dienstleistung auch – oder vor allem – das Ziel der Gewinnmaximierung verfolgen. In der Regel geht das Profitinteresse der Eigentümer (Aktionäre) zu Lasten des gesamtwirtschaftlichen Interesses. Für die Krankenversicherungsträger stehen hier vor allem die Pharmafirmen im Fokus des Interesses. Andere Branchen wurde aber bisher erst wenig beleuchtet.

3.2.4 Verwaltung

Krankenversicherungsträger, private (Kranken-) Versicherungsanstalten, Behörden und Ministerien übernehmen Verwaltungsaufgaben. Sie gestalten die Rahmenbedingungen über gesetzliche Vorgaben, geben über Satzungen, Gesetze und andere Regelwerke die Ober- und Untergrenzen für die Leistungen vor. Sie lenken die Zahlungsströme und sorgen für einen reibungslosen administrativen Ablauf der Leistungen im Gesundheitssystem.

3.2.5 Medien

Medien stellen als Informationsverbreiter einen wichtigen Akteur im Gesundheitssystem dar. Sie sind Informationsquelle für Patienten und werden in verschiedenen Formen von anderen Akteuren des Gesundheitswesens gerne „genutzt“, um bestimmte Informationen an die Patienten zu transportieren.

Inwieweit die Akteure des Gesundheitswesens in Zusammenhang mit Intransparenz und Korruption gebracht werden können, wird auf den nächsten Seiten erläutert.

4 Dimensionen von Intransparenz und Korruption

Beispiele für Intransparenz und Korruption kommen in allen Ebenen vor und wirken auch auf allen Ebenen. Unterm Strich gilt: Für die korrupten Teilnehmer liegt der Vorteil dieses Systems letztendlich immer in deren Nutzen bei gleichzeitiger Schädigung des gesamten Systems.

4.1 Industrie

Die Unternehmen der Medizinindustrie (Pharma-, Medizinprodukte- und Medizintechnikhersteller) sind in der neueren Geschichte zumeist als Aktiengesellschaften organisiert und oft sind sie untereinander verflochten. Erstes Unternehmensziel von privaten Unternehmen ist die Erwirtschaftung von Gewinn, insbesondere für Aktiengesellschaften sind kräftige Gewinne „lebensnotwendig“. Nicht verwunderlich ist es, wenn hier das Geschäft vor Transparenz von Information und Patientenschutz geht.¹⁴

Traditionell ist die Zusammenarbeit zwischen der Industrie und den Gesundheitsanbietern sehr eng, insbesondere bei klinischen Forschungen und der Weiterbildung. „Das System ist ohne die finanzielle Unterstützung der Industrie nicht finanzierbar“, hört man immer wieder und diese Aussage wird oft unreflektiert akzeptiert. Aus der einfachen finanziellen Unterstützung hat sich jedoch ein „unauflösbares System von Interessenskonflikten und gegenseitigen Abhängigkeiten“¹⁵ entwickelt. Übersehen wird dabei oft, dass es hier weniger um juristische Fragen geht, als um Fragen der Berufsethik. Da hilft es auch wenig, wenn eine Mehrzahl der Ärzte davon ausgeht, selbst durch Pharmasponsoring nicht beeinflusst zu werden. Ihre Kollegen halten sie dagegen für weniger immun gegen die Marketingmethoden der Industrie.¹⁶

In den so genannten Codes of Conduct wurde von der Pharmig, dem Verband der pharmazeutischen Industrie Österreich, ein Verhaltenskodex¹⁷ veröffentlicht. Die Pharmig schreibt dabei im Vorwort¹⁸ von der „freiwilligen Selbstbeschränkung durch den Pharmig-Verhaltenscodex...“, der „von großem Verantwortungsbewusstsein und vom klaren Willen unserer Mitglieder, eine hohe Branchenkultur zu leben...“ zeugt. Außerdem, „Es ist eine soziale Verantwortung, ja sogar Verpflichtung der Pharmawirtschaft, relevante Information über Arzneimittel den Patienten und Angehörigen von Gesundheitsberufen zu vermitteln. Dabei ist auf das Prinzip der Genauigkeit, Objektivität und Fairness besonders Rücksicht zu nehmen, um die sichere Anwendung von Arzneimitteln durch Arzt und Patienten zu gewährleisten. Neben der wissenschaftlichen Information über Arzneimittel ist Werbung als wesentliches Element der Marktwirtschaft Ausdruck intensiven Wettbewerbs. Dabei sind neben dem Pharmig-Verhaltenscodex auch die wettbewerbsrechtlichen Bestimmungen einzuhalten...“

14 Glaeske, 2009, S. 9

15 TI, 2008, S. 12

16 Schneider / Lückmann, 2008, S. 517

17 Pharmig 2009/2, http://www.pharmig.at/upload/Publikationen/VHC%202009_Deutsch.pdf

18 Pharmig, 2009/2, S. 5

Dieser Kodex ist durchaus positiv zu bewerten, jedoch fehlen Kontrollen und Sanktionsmöglichkeiten. Die Einhaltung beziehungsweise Durchsetzung der Regeln, die sich Organisationen mit eigenen Verhaltenskodizes auferlegen, erfordert strukturelle Voraussetzungen, die in vielen Fällen erst geschaffen werden oder so adaptiert werden müssen, dass ihr Wirken nicht zahlos bleibt. Die Nichteinhaltung der bestehenden Werberegulungen muss beharrlich aufgezeigt und sanktioniert werden.

Die Einrichtung eines anonymen Meldesystems für Korruptionfälle („Whistle Blower“, siehe Punkt 6.4.3) wird empfohlen.

Die folgenden Punkte zeigen genug Beispiele, die die Anwendung des Verhaltens-Kodex vermissen lassen. Mehr zu den Codes of Conduct unter Punkt 6.5.

4.1.1 Vertuschen, Verschweigen, Verzerren: Manipulation in der Pharmaforschung

Mit der Strategie der selektiven Informationen wird der Absatz und Umsatz von Medikamenten gesteuert. Es werden die Vorteile bestimmter Medikamente in den Vordergrund gerückt, unerwünschte Wirkungen, Zweifel an der Wirksamkeit oder Risiken werden dagegen ‚klein‘ geredet.¹⁹ Meinungsbildner werden beeinflusst, indem ihnen lediglich selektierte Informationen zur Verfügung gestellt werden. Eine durchaus gängige Form der Informationssteuerung ist der so genannte Publikations-Bias in der medizinischen und pharmakologischen Fachliteratur. Dabei werden negative Studien, also Studien, die nicht die erwünschte Wirksamkeit oder Überlegenheit eines Medikaments nachweisen können, teilweise, gar nicht oder erst mit Verzögerung veröffentlicht. Die Ärzte und Patienten erhalten ein geschöntes Bild und es ist keine zuverlässige Einschätzung des Nutzens und der Gefahr eines Arzneimittels möglich. Ein Beispiel dafür ist der Konflikt des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Firma Pfizer zu einer Studie über das Antidepressivum Reboxetin (Edronax®). Trotz mehrfacher Aufforderung fehlten zu neun von 16 Studien mit Depressionskranken Schlüsselinformationen zur Beurteilung von Reboxetin, dem IQWiG wurden nur Daten von ca. 1.600 von 4.600 Probanden zur Verfügung gestellt.²⁰ Erst auf Druck gab die Firma Pfizer alle erhobenen Daten frei. Das Ausmaß der durch den Publikationsbias (Verzerrung durch Datenunterdrückung) verursachten einseitigen Darstellung ist beachtlich: Die Zusammenfassung der veröffentlichten und ursprünglich nicht freigegebenen Daten ergab schließlich keinen Nutzen von Reboxetin, während die Daten aus den veröffentlichten Studien einen Nutzen suggerierten.^{21 22}

Als weitere Beispiele können angeführt werden:

- Inegy: Ein Blockbuster bei den Cholesterinsenkern, ein so genanntes „Me-Too-Präparat“. Durch die Kombination von zwei bekannten Wirkstoffen (Ezetimib, Simvastatin) wurde eine Scheininnovation auf den Markt gebracht. Das Mittel ist vor allem teuer und es bestehen Risiken und Zweifel an der Wirksamkeit. Offenbar sind die Ärzte nicht richtig von der Firma MSD informiert worden.²³

19 Glaeske, 2009, S. 9

20 Holst, 2009, <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=1576>

21 IQWiG, 2009, <http://www.iqwig.de/index.981.html>

22 Arznei-Telegramm, 2010/2, S. 111. Zit.n.: Eyding, D. et al.: BMJ 2010; 341:C4737

23 Glaeske, 2009, S 9 ff

- Das Neuroleptikum Zyprexa wurde von der Pharmafirma Eli Lilly für die Behandlung von Demenz, Depression und Schlafstörungen öffentlich beworben, obwohl dieses Mittel für diese Indikationen nicht zugelassen ist. So genannte Off-Label-Use-Kampagnen sind immer beliebter und werden oft kurz vor Ablauf eines Patentschutzes gestartet, um den Umsatz trotz Generikakonkurrenz stabil zu halten. Eli Lilly wurde dafür zu einer Strafzahlung von 1,4 Mrd. Dollar verurteilt.²⁴

Aus Sicht der Pharmafirmen erscheint die Motivation zur Unterdrückung von (negativen) Informationen zu einem Medikament durchaus nachvollziehbar. Erst im Herbst 2010 wurde der Wirkstoff Rosiglitazon (Avandia®, Avandamet®, Avaglim®), ein Antidiabetikum, vom Markt genommen. Eine Bewertung aller vorliegenden Daten hat ein insgesamt ungünstiges gesundheitliches Nutzen-Risiko-Verhältnis ergeben.²⁵ Nicht zuletzt wurde die Bewertung durch Hinweise von anonymen Tippgebern (Whistle Blower) angestoßen.²⁶ Die Verordnungszahlen für Rosiglitazon-Präparate waren seit Markteinführung unverständlich hoch, die Marktrücknahme hat daher für die Hersteller deutliche finanzielle Einbußen zur Folge. Wohl deshalb wurde im Vorfeld mit allen Mitteln versucht, Berichte über unerwünschte Wirkungen zu unterdrücken.²⁷

Nur eine transparente, für jeden zugängliche Veröffentlichung aller Studien, auch bei negativen Ergebnissen, kann eine ausgewogene, die Realität widerspiegelnde Informationslage schaffen. Die öffentliche Finanzierung anbieterunabhängiger Studien muss forciert werden und die Publikationspflicht für alle klinischen Studien muss in Europa eingeführt werden.

Während in den USA die Publikationspflicht für alle klinischen Studien für dort zugelassene Medikamente im Studienregister ClinicalTrials.gov seit 2008 Wirklichkeit ist, ist die europäische Kommission noch in den Vorbereitungen für einen öffentlich verfügbaren Zugang zu Daten und Ergebnissen aus klinischen Arzneimittelüberprüfungen. Der Zeitpunkt der Einführung oder grundsätzliche Informationen zur Standardisierung der zu publizierenden Berichte sind noch nicht bekannt.²⁸

4.1.2 Forschungsaufträge durch die Pharmaindustrie

Drittmittelbeschaffung ist ein Schlagwort, das auch das Problem der Intransparenz birgt: Der öffentliche Bereich ist dazu angehalten, nicht nur ausgabenseitig zu sparen, sondern über Drittmittel neue Einnahmensquellen zu erschließen. Im Gesundheitsbereich klagen viele Ärzte darüber, dass Forschung nicht mehr ohne die Beteiligung der Industrie durchgeführt werden kann, Jungärzte an (Universitäts-) Kliniken werden bald darauf konditioniert, in der Forschung Kooperationen mit Firmen einzugehen um Drittmittel zu lukrieren. Diese Kontakte sind mittlerweile auch ein wesentlicher Punkt für die Bestellungen und Verlängerungen, somit für die Karriereplanung der Ärzte geworden.²⁹ Dabei ist festzustellen, dass die Arzneimittelstudien der letzten dreißig Jahre, bei denen der Autor finanzielle Interessenskonflikte hat (oder Studien der Pharmaindustrie selbst)

²⁴ Glaeske, 2009, S 9 ff

²⁵ AMB, 2010/2, S. 78

²⁶ AMB, 2010/1, S. 47

²⁷ AMB, 2010/2, S. 78

²⁸ A.T.I. Arzneimittelinformation, 2010/2, S. 112

²⁹ TI, 2008, S. 14

durch Manipulationen häufiger zu positiven Ergebnissen kommt als anders finanzierte Studien.³⁰ Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften hat dazu eine umfassende Empfehlung ausgearbeitet, die sich auf folgende wesentliche Punkte zusammenfassen lässt:

- „Alle klinischen Versuche sind in einem zentralen öffentlich zugänglichen Register zu erfassen (vor allem 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.“³¹

Darüber hinaus ist die öffentliche Finanzierung anbieterunabhängiger Studien zu forcieren und Investitionen in Health Technology Assessments und Versorgungsforschungen zu verstärken sowie deren Ergebnisse in die Gesundheitspolitik einfließen zu lassen.

Die Österreichische Ärztekammer hat einige dieser Punkte in ihrem Code of Conduct (siehe Punkt 6.5.) berücksichtigt.

4.1.3 Als Forschung getarnte Marketingmaßnahmen

Die Arzneimittelforschung befindet sich in einer Schiefelage. Die wahre Wirkung von Medikamenten bleibt den Patienten und Ärzten oft vorenthalten, denn die Wissensgrundlage ist häufig verfälscht. Große Pharmaunternehmen hätten die Evidenz gut dokumentierter Fälle so angepasst, dass damit gutes Marketing zu machen war. Dies ist das Ergebnis einer systematischen Übersichtsarbeit, die Studienergebnisse zu Arzneimittelwirkungen überprüft.³² Eine Reihe von Methoden wird angewendet, um das bestehende Werbeverbot für rezeptpflichtige Medikamente zu umgehen beziehungsweise um Marketingmaßnahmen zu verschleiern.

4.1.3.1 Nicht-interventionelle Studien NIS (Anwendungsbeobachtungen)

Nicht-interventionelle Studien (siehe auch Punkt 4.2.1.6) sind im Grunde Marketingmaßnahmen, die auf die Kundenbindung zwischen Arzneimittelherstellern und Ärzten abzielen. Ärzte, zumeist aus dem niedergelassenen Bereich, beobachten und dokumentieren die Behandlung des Patienten, den sie auf dieses Medikament ein- oder umgestellt haben. Sie erhalten dafür von der Pharmafirma ein Honorar von 50 bis 75 Euro pro Patient. Vereinzelt wurde schon von Honoraren bis 1.000 Euro berichtet.³³ Problematisch sind Nicht-interventionelle Studien deshalb, weil der Arzt das zum Einsatz kommenden Medikament nicht mehr unvoreingenommen auswählt. Es besteht der Verdacht, dass die Durchführung dieser „Studie“ nur ein Vorwand für versteckte Provisionen

30 Klemperer, 2010/1, <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=1799>

31 TI, 2008, S. 14

32 Klemperer, 2010/1, <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=1799>

33 TI, 2010, S. 18

für die Verordnung meist neuer teurer Medikamente ist. Nicht zuletzt werden oftmals die einfachsten wissenschaftlichen Kriterien bei diesen „Anwendungsbeobachtungen“ nicht angewendet und die Studien nicht publiziert.

Eine wichtige Forderung zu NIS wurde kürzlich umgesetzt. Seit Juni 2010 ist ein Gesetz in Kraft, das die Meldepflicht von Nicht-interventionelle-Studien festlegt. Über eine Internetplattform müssen das beobachtete Medikament, die Struktur und Anzahl der Teilnehmer, die teilnehmenden Ärzte, die Honorare und andere Informationen veröffentlicht werden. Zudem ist ein Abschlussbericht verpflichtend zu veröffentlichen.

4.1.3.2 Konsensusberichte

Konsensuskonferenzen werden abgehalten, wenn es unterschiedliche Meinungen zu medizinischen Verfahren gibt (z.B. Sicherheits- und Wirksamkeitsfragen von medizinischen Interventionen: Therapie, Diagnostik, Prävention). Es gibt Beispiele für den Missbrauch dieses Instruments durch die Industrie, über Kooperation mit Fachgesellschaften, die sich solche Meetings oft finanzieren lassen. Mit strategisch eingesetzten „consensus papers“ und „meetings“ werden Produktlebenszyklen positiv beeinflusst (z.B. kurz vor Auslaufen eines Patentschutzes oder zur Markteinführung). Es werden Statements von Fachgesellschaften benötigt, um sich von der Konkurrenz abzuheben. Das geht bis zur entgeltlichen Erstellung von Consensuspapers durch Fachgesellschaften, die Sponsoren (Pharmaindustrie) geben dabei sogar die Experten vor.

Es wird empfohlen, die Erstellung von Konsensuspapieren durch medizinische Fachgesellschaften zu kontrollieren. Anbieterunabhängige Experten sollen eingebunden, die Finanzierung muss transparent sein und die Publikationen sind offen zu legen. Es muss auch der Veröffentlichungszeitpunkt des Konsensuspapiers begründet werden.³⁴

4.1.4 Beeinflusste Meinungsbildner

Meinungsbildner sind in der Regel Menschen mit Fachkompetenz, die sich zu einem Thema des öffentlichen Interesses äußern. Die Öffentlichkeit vertraut auf den Wahrheitsgehalt dieser Aussagen und verhält sich folglich entsprechend den Empfehlungen der Experten. Doch kann das Vertrauen in die Meinungsbildner leiden, wenn sie durch Korruption oder Intransparenz beeinflusst werden.

„Ghostwriting“ und „ghost authorship“ sind bekannte und vermutlich weit verbreitete Phänomene. Sie sind schwer nachzuweisen, weil sich die Beteiligten naturgemäß in Schweigen hüllen. Pharmazeutische Firmen versuchen auf diese Weise, selbst erstellten Studien einen neutralen Anstrich zu geben, in dem eine Studie durchgeführt und ein Manuskript geschrieben wird, jedoch der tatsächliche Autor nicht genannt wird. Stattdessen werden renommierte Wissenschaftler (gegen Bezahlung) gewonnen, den Artikel unter ihrem Namen zu veröffentlichen. Eine Gruppe von dänischen, britischen und kanadischen Wissenschaftlern konnten in einer Studie aus dem Jahr

³⁴ TI, 2008 S. 16

2007 bei drei Viertel der 44 von ihnen untersuchten Studien Belege für Ghostwriting finden.³⁵ Ghostwriting konnte in zwei Gerichtsverfahren gegen die Firma Merck zum Wirkstoff Rofecoxib (Vioxx®) nachgewiesen werden.³⁶ Vioxx® ist ein Medikament zur Behandlung rheumatischer Erkrankungen und Schmerzen, das 2004 wegen Erhöhung des Herzinfarkttrisikos vom Markt genommen werden musste.

Interessensgeleitete Berater können überdies die öffentliche Meinung beeinflussen und öffentliche Entscheidungsträger unter Zugzwang bringen. Es besteht zumindest der Verdacht, dass dies im Zuge der Diskussion um die Gefährlichkeit der „Schweinegrippe“ geschehen ist. Die DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin) sagt, „Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat bei der Ausrufung der Pandemie für die Neue Influenza (H1N1 09) die seit Jahren bestehende Definition des Begriffs geändert und den entscheidenden Satz, dass „weltweit eine enorme Zahl von Erkrankungen und Toten“ aufgetreten sein müssen, weggelassen. Bei dieser Vorgehensweise, welche die Unterschiede zwischen pandemischer und saisonaler Grippe verwischt, haben möglicherweise interessensgeleitete Berater eine wesentliche Rolle gespielt.“³⁷

Um mehr Transparenz zu schaffen, sind die Offenlegung von Interessenskonflikten und nachvollziehbare Entscheidungsprozesse von Beratungsgremien und Meinungsbildnern unbedingte Voraussetzung.

4.1.5 Fortbildung

Angehörige von Gesundheitsberufen sind gesetzlich zur Fortbildung verpflichtet. Das Ziel dabei ist, die Patienten objektiv und ausgewogen zu betreuen und sich die dafür notwendigen Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten anzueignen. Insbesondere die Fortbildung ist international und in Österreich jedoch in der Hand der Industrie, das heißt sie wird von der Pharmaindustrie organisiert, gesponsert und inhaltlich gestaltet. Hier ist auch die gesponserte Teilnahme an Kongressen einzuordnen, die oft mit Einladungen zum Essen, Geschenken, Reisekosten und/oder von der Pharmafirma bezahlte Vortragende einhergehen. Die meist öffentlichen Dienstgeber der Gesundheitsdienstleister sind nicht unglücklich damit, wenn sie die Kosten für die Fortbildungen nicht übernehmen müssen. Der Preis dafür ist jedoch eine massive Beeinflussung der Ärzte und anderer Angehöriger von Gesundheitsberufen durch gesteuerte Informationsweitergabe³⁸. Es gilt zu bedenken, dass diese gesteuerte Information das Gesamtsystem zwangsläufig verteuert: Die Industrie investiert in das Marketing (im Sinne der gesteuerten Informationsweitergabe) zum Zweck der Profitoptimierung.

TI empfiehlt,³⁹ dass die Weiter- und Fortbildung der Ärzte und anderer Gesundheitsdienstleister grundsätzlich nicht der Industrie überlassen werden sollte. Sponsorings durch die Wirtschaft sollen auf ein zentrales, eigens dafür eingerichtetes Konto gehen, damit diese Unterstützung dokumentiert und damit transparent wird. Referenten sollten verpflichtet werden, ihre Verbindungen

35 Marstedt, 2009, <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=1620>

36 Klemperer, 2008, <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=1207>

37 Braun, 2009, <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=1644>

38 TI, 2008, S. 14

39 TI, 2008, S. 14

zur Industrie dem Veranstalter und den Teilnehmern darzulegen. International ist das bei hochkarätigen Kongressen bereits Usus, jedoch noch lange nicht bei allen Fortbildungsveranstaltungen.

Schneider/Lückmann⁴⁰ fassen die Ziele für ein akzeptables Nebeneinander von Fortbildung und Pharmaindustrie auf drei Punkte zusammen:

- Die Abhängigkeit der Weiter- und Fortbildung vom Pharmasponsoring reduzieren
- Verbindliche Regeln anwenden, wo Pharmasponsoring stattfindet
- Die Sensibilität und Kompetenz von Ärzten für den Umgang mit der Pharmaindustrie erhöhen

Öffentliche Gelder sollten des Weiteren für die unabhängige Fortbildung von Ärzten zur Verfügung gestellt werden.

4.1.6 Marketingmethoden

Zum Schutz von Konsumenten gibt es strenge Werberegeln. Verschreibungspflichtige Arzneimittel dürfen laut EU-Regelung weder beworben noch direkt verkauft werden. Diese Regelung wird aber oft umgangen, es gibt keine Kontrollen und Sanktionen. Die Firmen konzentrieren sich vor allem auf Ärzte aber auch andere Gesundheitsdienstleister. Sie nutzen einen Graubereich, in dem sie kreative Marketingmethoden anwenden, um den Verkauf ihrer Produkte anzukurbeln. Im Jargon wird das „Anfüttern“ genannt.⁴¹ Als Zielgruppen kommen aber auch Patientenorganisationen (Selbsthilfegruppen) und die Patienten selbst in Frage, die durch folgende Marketinginstrumente geködert werden:⁴²

- Mitfinanzierung der Ausstattung der Ordination, beispielsweise medizinisch-diagnostischer Gerätschaften
- 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. Nicht-interventionelle Studien)
- Selbsthilfegruppen
- Medien

4.1.7 Patientenwerbung und –information: Direct to consumer information

Beim Thema „Kommunikation mit Laien“ wird zwischen DTCI (Direct to consumer information)

40 Schneider / Lückmann, 2008, S. 522

41 Grill, 2009, <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-66886614.html>

42 TI, 2008, S. 13

und DTCA (Direct to consumer advertising) unterschieden. Der damalige EU-Kommissar für Unternehmen und Industrie, Günter Verheugen, setzte sich noch 2009 für eine Liberalisierung der DTCA ein und vertrat die Meinung, dass nur die Industrie detaillierte Informationen und Daten aus der Forschung hätte, die der Bevölkerung zur Verfügung gestellt werden müsse. DTCA würde durch die Industrie selbst reguliert werden. Der Antrag wurde zuletzt vom Europäischen Parlament abgelehnt.⁴³ In den USA hat die Aufhebung des Werbeverbots in den USA innerhalb eines Jahres zu einem Medikamentenkostenanstieg von circa zwölf Prozent geführt.⁴⁴ Der Anstieg ist wohl weniger durch einen Anstieg der Morbidität zu erklären, als durch die Beeinflussung der Bürger durch Werbung.

*TI empfiehlt eine klare Trennung zwischen Information und Werbung, die jedoch nahezu unmöglich sei. Die Kontrolle des Werbeverbots wird außerdem nicht ausreichend wahrgenommen. Die Kontrolle durch Mitbewerber beschränkt sich auf wenige, extrem profitable Medikamentengruppen. Sollten DTCA liberalisiert werden, müsste eine Verpflichtung zur Bewilligung eingeführt werden und eine lückenlose Überprüfung und Verfolgung der Vergehen erfolgen.*⁴⁵

4.1.8 Patientenwerbung und –information: Awarenesskampagnen und Astroturfing

Gerne bedient sich die Pharmawirtschaft des hohen sozialen Status der Gesundheitsberufe, um ihre Produkte zu bewerben. Auf diese Art wird das Werbeverbot für verschreibungspflichtige Medikamente laut Arzneimittelgesetz umgangen. Welche „Entschädigung“ der Arzt für seine öffentliche Empfehlung beziehungsweise seine „Meinungsäußerung“ erhält, bleibt verborgen. Das Argument für die Umgehung des Werbeverbots für verschreibungspflichtige Medikamente lautet „Recht auf Information“. Über „Informationsseiten“ im Internet wird für Medikamente geworben, meist ist der Informationsabsender nicht sichtbar, die Seriosität der Informationen ungeprüft. Patienten und Patientengruppen (z.B. Selbsthilfeorganisationen) sind hier Zielgruppe, können aber auch Distributoren sein.⁴⁶

Awarenesskampagnen werden eingesetzt für Medikamente, die für große Personengruppen in Frage kommen, beispielsweise Arzneimittel für Vorsorgemaßnahmen.⁴⁷ Internationale Marketingkampagnen, intensives (inter)nationales Lobbying, das Schüren von Ängsten und prominente Befürworter sollen die Bevölkerung mobilisieren und eine „Vorsorge für alle!“ erreichen. Es kommt zu einer Vermischung von Information und Werbung, die nicht mehr durchschaubar ist. Der Öffentlichkeit ist zweifellos die Kampagne zur Schweinegrippeimpfung in guter Erinnerung, die vor allem darauf gerichtet war, politische Entscheidungsträger und Krankenkassen unter Zugzwang zu setzen. Nicht umsonst wird der „Schweinegrippe-Hype“ als „die größte Marketingkampagne der letzten 100 Jahre“⁴⁸ bezeichnet. Denn die A/H1N1-Schweinegrippe 2009/2010 ist milde verlaufen, es gibt weniger Todesfälle als in früheren Grippezeiten. Dennoch ist diese Saison für viele Nationen vielfach teurer gekommen, weil auf medialen Druck Unmengen an Impfstoffen eingekauft

43 TI, 2010, S. 21

44 Spelsberg, 2009, S. 7

45 TI, 2010, S. 21

46 TI, 2010, S. 19

47 TI, 2010, S. 19

48 A.T.I. Arzneimittelinformation, 2010/1, S. 1

werden mussten. Dabei rückt die WHO verstärkt in die Kritik, da intransparente, möglicherweise beeinflusste Entscheidungen weltweit zur Verwendung öffentlicher Gelder beigetragen haben.⁴⁹

Ein anderes Beispiel ist die Werbestrategie zur HPV-Vorsorge (humane Papillomviren). Hier wird in Fernsehspots verstärkt auf das Verantwortungsbewusstsein der Eltern gesetzt. Die Wirkung zeigt sich in angstvollen Fragen wie, „Bin ich eine schlechte Mutter, wenn ich meine Tochter nicht impfen lasse?“. Eine deutsche „Allianz gegen Fehlinformation und Manipulation“⁵⁰ - die Berliner Ärztekammer und neun weitere Gesundheitsorganisationen - sahen sich daher veranlasst, die aufgeheizte Diskussion auf den Boden zurückzuholen und unabhängige Informationen in Schulen und Beratungszentren zu bringen, denn bis dahin stammten die Informationen zur HPV-Impfung fast ausschließlich von den Pharmafirmen.⁵¹

Astroturfing ist eine besondere Ausformung von Awarenesskampagnen. Der Begriff kommt aus dem Amerikanischen, der Ursprung geht auf einen Markennamen für Kunstrasen („AstroTurf“) zurück; Astroturfing ist ein Wortspiel für eine vorgetäuschte Graswurzelbewegung. Es bezeichnet Public Relations- und kommerzielle Werbeprojekte mit dem Ziel, den Eindruck von unabhängigen, öffentlichen Meinungsäußerungen zu erwecken, indem das Verhalten vieler verschiedener Personen an verschiedenen Orten zentral gesteuert wird.⁵² Es wird also vorgetäuscht, eine Initiative geht spontan von der Basis aus (also von der Bevölkerung selbst). Astroturfing arbeitet mit Leserbriefen, E-Mails, Internet-Blog-Einträgen und dergleichen um Emotionen zu beeinflussen.

Eine ausdrückliche Selbstbeschränkung der Pharmaindustrie auf die Umgehung des Werbeverbots für rezeptpflichtige Medikamente zu verzichten ist erforderlich - und damit auf Marketingstrategien im Sinne von Awarenesskampagnen, Astroturfing et cetera. Der bestehende Verhaltenskodex der Pharmig reicht nicht aus, es müssen klare Regeln aufgestellt und Regelverstöße müssen darüber hinaus sanktioniert werden.

4.1.9 Patientenwerbung und –information: Disease Mongering

Als „Disease Mongering“ wird das Erfinden und Verkaufen von Krankheiten bezeichnet. Der englische Begriff „mongering“ bedeutet handeln, schachern und dabei einschüchtern. Dr. Werner Bartens⁵³ beschreibt unter dem Titel „Die Krankheitsverkäufer“ in der Süddeutschen Zeitung, wie Patienten von der „Befindlichkeitsindustrie aus Ärzte, Pharmafirmen und anderen Profiteuren im Gesundheitsmarkt krankgeredet“ werden. Es wird versucht, gesunde Menschen zu überzeugen, dass sie krank sind und leicht Kranke, dass sie schwer krank sind – und medikamentös behandelt werden müssen. Normale Körpererfahrungen werden zu Krankheiten (z.B. sinkender Testosteronspiegel bei alternden Männern⁵⁴, niedriger Blutdruck bei jungen Frauen) oder die Definition einer Krankheit so erweitert, dass milde oder beschwerdefreie Verläufe als „Prä-Erkrankung“ gelten (z.B. leicht erhöhter Blutzucker wird als „Prä-Diabetes“ bezeichnet).

49 A.T.I. Arzneimittelinformation, 2010/1, S. 1

50 Barthélémy, 2009, <http://www.welt.de/gesundheit/article3603256/Aerzte-reden-Klartext-ueber-HPV-Impfung.html>

51 Barthélémy, 2009, <http://www.welt.de/gesundheit/article3603256/Aerzte-reden-Klartext-ueber-HPV-Impfung.html>

52 Wikipedia, 2010, <http://de.wikipedia.org/wiki/Astroturfing>

53 Braun, 2008, <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=1259>; Bartens, 2008, <http://www.symptome.ch/vbboard/krankheitsbilder-allgemein/69238-krankheitsverkaeuffer-sz-31-05-2008-dr-werner-bartens.html>

54 Euler, 2010, <http://hta.lbg.ac.at/de/newsletter.php?iMenuID=63>

Ein Bericht der Los Angeles Times⁵⁵ beschreibt die Strategie von Pharmafirmen, eine Truppe aus hochangesehenen Universitätsexperten aufzubauen, Stiftungen, Forschungsprogramme, Lehrstühle zu finanzieren und medizinische Zentren zur Durchführung klinischer Studien zu bezahlen mit einem eindeutigen Zweck. Neun von elf Experten, die 2003 die Leitlinien zur Behandlung des Bluthochdrucks neu definierten, gaben finanzielle Beziehungen zu Firmen, die von der neuen Leitlinie profitieren, an. Als zweites Beispiel wird die Leitlinien-Revision zur Diagnose und Behandlung hoher Cholesterinwerte bei Erwachsenen angeführt. Mit einem Schlag wurden mit den neuen Leitlinien acht Millionen US-Amerikaner zu zusätzlichen potenziellen Konsumenten cholesterinsenkender Arzneimittel. Laborwerte, wie zum Beispiel der Cholesterinwert, werden zur Krankheit selbst hochstilisiert. Cholesterin gilt als Auslöser für Herz-Kreislaufkrankungen und es wird ignoriert, dass mehr als die Hälfte der Herzinfarkttopfer normale Blutfettwerte haben.

Das Restless-Leg-Syndrom ist ebenfalls ein typischer Fall von Disease Mongering. Seit 2003 bemüht sich GlaxoSmithKline um mehr Aufmerksamkeit für dieses Leiden und hat auch bereits die entsprechende medikamentöse Therapieempfehlung: Der Wirkstoff Ropinorol, der gegen die Parkinson-Krankheit eingesetzt wird soll gegen „die Krankheit, die Amerika nachts wach hält“ helfen. In der Öffentlichkeit wird die Häufigkeit übertrieben und für die medikamentöse Behandlung geworben. Über den fragwürdigen Nutzen und die Nebenwirkungen der Arznei (38 % der Patienten leiden unter Übelkeit) wird hingegen kaum berichtet.⁵⁶

Auch hier lautet die Forderung, rechtliche Voraussetzungen zur Verhinderung von Disease Mongering zu schaffen, beispielsweise über eine ausdrückliche Selbstbeschränkung und -kontrolle der Pharmaindustrie.

4.1.10 Profitorientierte Zulassungen

Die verschiedenen Pharmafirmen sind auch untereinander eng verflochten. Dies unterbindet Konkurrenz unter den Pharmafirmen, die die Selbstregulierung des Marktes bewirken sollte. Ein Ergebnis dieser Verflechtungen zeigt sich am Beispiel Avastin – Lucentis. Avastin (Roche) ist ein Krebsmedikament, das auch sehr gut gegen die feuchte Makuladegeneration, eine heimtückische Form der Altersblindheit (AMD), hilft. Es gibt aber keine Zulassung für die Behandlung von AMD. Das einzige Medikament, das für die Behandlung dieser Krankheit zugelassen ist, ist Lucentis (Novartis). Avastin kostet pro Spritze rund € 50,--, Lucentis in der gleichen Dosis etwa € 1.500,--. Roche weigert sich, eine Zulassung für Avastin für die Makuladegeneration-Behandlung zu beantragen.

Das erscheint auf den ersten Blick unverständlich, da hohe Umsätze zu erwarten wären: In Deutschland leiden 4,5 Millionen Menschen an einer Makuladegeneration. Die Vorgehensweise erklärt sich durch Interessenskonflikte aufgrund von Firmenverflechtungen: Die Firma Genentech entwickelte Avastin und Lucentis und vertreibt diese Medikamente in Amerika. In Europa wird Avastin von der Firma Roche vertrieben, Lucentis von der Firma Novartis. Die Firma Roche hält einen Großteil der Aktien von Genentech, Novartis hält 30 % der Aktien von Roche. Keine

55 Marstedt, 2007, <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=0845>

56 Bartens, 2008, <http://www.sueddeutsche.de/wissen/48/443786/text/>

der beteiligten Firmen hat folglich Interesse daran, den hohen Preis von Lucentis durch die Zulassung von Avastin für AMD zu drücken.⁵⁷

Die Abgabe (also die Verordnung) von Medikamenten für Off-Label-Use auf Kosten der Krankenversicherungsträger ist in Österreich nicht erlaubt. Aber: Der Off-Label-Einsatz ist möglich, sofern das Medikament grundsätzlich zugelassen ist und die Anwendung dem wissenschaftlichen Standard entspricht. Die Zulassung der Medikamente für die jeweiligen Indikationen geschieht nur auf Antrag der Pharmafirmen.

Die Herstellung einer gesetzlichen Grundlage für eine Zwangszulassung (dh. ohne einen Antrag der vertreibenden Pharmafirma selbst) sollte im Sinne der Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen überlegt werden.

4.1.11 Packages in Krankenhäusern

Aus Gesprächen mit Krankenhausapothekern ist bekannt, dass es zum üblichen Angebot von Pharmafirmen zählt, bestimmte häufig eingesetzte Medikamente dem Krankenhaus (größtenteils) kostenfrei überlassen. Dieses Angebot gilt jedoch nur dann, wenn dafür ein ganzes Paket bestimmter anderer Medikamenten dazu eingekauft wird. Freilich kann davon ausgegangen werden, dass diese Packages so sortiert sind, dass sie langfristig zu einer Optimierung der Unternehmensgewinne der Pharmafirmen führen; beispielsweise wenn Patienten einer schweren Erkrankung, die eine langfristige medikamentöse Therapie erfordert, im Krankenhaus auf ein teures Präparat eingestellt werden, obwohl es eine ökonomische Alternative mit gleichwertiger Wirkung gibt. Auch wenn das Krankenhaus kurzfristig Geld einspart, hat am Ende die extramuralen Mehrkosten die Krankenversicherung zu zahlen – und es entsteht ein ökonomischer Schaden für das öffentliche Gesundheitssystem. Eine Umstellung durch die niedergelassenen Ärzte auf eine ökonomische Alternative ist jedes Mal mit hohem Beratungsaufwand verbunden.

Der wirtschaftliche Druck der Krankenhausträger, der an die Krankenhausapotheker weitergegeben wird, unterstützt die Praxis der Packages. Naturalrabatte sind laut § 55 Arzneimittelgesetz zwar nicht verboten, sie widersprechen jedoch dem Verhaltenskodex der Pharmaindustrie, denn Artikel 9.2. lautet: „Im geschäftlichen Verkehr dürfen pharmazeutische Unternehmen und deren Mitarbeiter das Einkaufs-, Verkaufs-, Verschreibungs- oder Abgabeverhalten nicht durch das Gewähren, Anbieten oder Versprechen von Sach- oder Geldgeschenken beeinflussen.“⁵⁸ (Siehe auch: 4.2.3 Rabatte und Kick-Back-Zahlungen.)

4.2 Ärzte und andere Leistungserbringer des Gesundheitswesens

Leistungserbringer – in erster Linie Ärzte – sind von Intransparenz und Korruption von mehreren Seiten betroffen. Einerseits sind sie der Beeinflussung durch Pharmafirmen ausgesetzt, andererseits sind sie selbst aktiv daran beteiligt.

⁵⁷ Kuhrt, 2008, <http://www.zeit.de/2008/20/M-Makuladegeneration?page=all>

⁵⁸ Pharmig, 2009/2, S. 22

4.2.1 Versteckte Provisionen – Informal Payments

Informal Payments sind Zahlungen für Leistungen, die für die Versichertengemeinschaft der Sozialversicherung, also die Bevölkerung, eigentlich kostenfrei sind. Es wird von den Leistungserbringern also Geld für Leistungen verrechnet, die über die Abrechnung mit der Krankenkasse eigentlich abgegolten wären. Der psychische Druck, der auf die Patienten ausgeübt wird, ist in jedem Fall groß. In den meisten Fällen möchten die Patienten anonym bleiben, weil sie sonst Nachteile bei der Nachbetreuung befürchten.⁵⁹

4.2.1.1 Kuvertmedizin

Patienten müssen für Leistungen zahlen, die für sie kostenfrei sein sollten. Zum Beispiel wurde von einer Patientin von einem Konsulararzt in einem Landeskrankenhaus € 60,-- Extrahonorar für die Visite verlangt, obwohl die Krankenhauskosten zur Gänze gedeckt waren.⁶⁰

4.2.1.2 Umweg über Privatpraxen

Patienten werden für die Vor- und Nachbetreuung bei operativen Eingriffen in Spitälern in deren Privatpraxen „gebeten“. Obwohl die Vor- und Nachbetreuung ambulant im Spital erfolgen könnte, werden die Patienten in die Privatpraxis bestellt und teilweise saftige Privathonorare verrechnet.⁶¹

4.2.1.3 Frühere OP-Termine - Wartelisten

Es kommt vor, dass frühere OP-Termine beim Umweg über Privatpraxen in Aussicht gestellt werden. Binnen kurzer Zeit werden diese Patienten dann als Ambulanzpatienten eingeschoben. „Chefeinschub“ wird das im Jargon genannt. Berichtet wird auch über die Honorare überschreitende Geldbeträge, die bei dieser Gelegenheit den Besitzer wechseln.⁶²

Es sind die Voraussetzungen für transparente, für jeden zugängliche Wartelisten für OP-Termine zu schaffen.

4.2.1.4 Verordnung von Medizinprodukten (Hörgeräte)

Im Jahr 2005 (Der Standard, 4.8.2005) wurde bekannt, dass HNO-Ärzte € 60,-- bis 70,-- Euro „Aufwandsentschädigung“ pro Hörgeräteverordnung von Hörgeräteakustikern fordern würden. In einem weiteren Standardbericht vom 25.2.2010 ist ein Spitzenbeamter aus dem Gesundheitsministerium, ein früherer niedergelassener Vertragsarzt, mit ähnlichen Vorwürfen konfrontiert. Die versteckte Provision erhöht letztendlich den Preis für die Hörgeräte, den wiederum die Krankenkassen zu tragen haben.⁶³

59 TI, 2010, S. 7

60 TI, 2010, S. 7

61 TI, 2010, S. 7

62 TI, 2010, S. 8

63 TI, 2010, S. 9

4.2.1.5 *Verordnung von bestimmten Medikamenten*

Durch gezielte Werbung wird versucht, Ärzte zur Verordnung bestimmter Arzneimittel zu bringen. Beworben werden neu am Markt erschienene Produkte, aber der Konkurrenzkampf dreht sich vermehrt auch um die Marktanteile von Originalpräparaten und Generika (wirkstoffgleiche Arzneimittel, die nach Ablauf des Patentschutzes von anderen Erzeugern hergestellt werden dürfen). So kommt es vor, dass niedergelassene Ärzte „Schmiergelder“ für die Verordnung von Medikamenten der zahlenden Pharmafirma erhalten. Das berichtet das Magazin „Der Spiegel“ (38/2009) in einem Artikel mit dem Titel „Legale Korruption“⁶⁴.

Im Arzneimittelgesetz (siehe Punkt 5.1.6) ist eindeutig geregelt, dass der zur Verschreibung berechtigte Arzt/Ärztin keine Vorteile aus dieser Berechtigung ziehen darf. Hinweisen auf solche Praktiken ist nachzugehen und Tatbestände strafrechtlich zu verfolgen. Eine zentrale Stelle, beispielsweise die Korruptionsstaatsanwaltschaft, an die Hinweise gerichtet werden können, ist bekannt zu machen.

4.2.1.6 *Nicht-interventionelle-Studien, NIS (Anwendungsbeobachtungen)*

Grundsätzlich sind Anwendungsbeobachtungen wissenschaftliche Instrumente zur Informationsgewinnung über die Wirksamkeit und Nebenwirkungen von Medikamenten nach der Marktzulassung. Im Grunde handelt es sich bei Nicht-interventionellen Studien jedoch um reine Marketinginstrumente, um den Kontakt von Medikamentenherstellern und Ärzten zu intensivieren und die Ärzte für die breite Markteinführung zu instrumentalisieren. Siehe dazu Punkt 4.1.3.1.

Für alle angeführten Punkte wird als Gegenmaßnahme empfohlen, die bestehenden vertragsrechtlichen Konsequenzen bei Verdacht auf Unökonomie (Schadenersatz, Vertragskündigung) um die Beweislastumkehr zu verschärfen.

4.2.2 Nebenbeschäftigungen

Nebenbeschäftigungen von Vertretern von Gesundheitsberufen sind manchmal mit Interessenskonflikten verbunden. Das ist der Fall, wenn die Nebenbeschäftigung in Konkurrenz zur Hauptbeschäftigung steht, beispielsweise bei Spitalsärzten die Krankenhauspatienten in ihre Privatpraxis bestellen. Oder aber, wenn die Tätigkeiten zeitlich oder bezüglich anderer Ressourcen nicht eindeutig abgrenzbar sind. Vor allem trifft dies bei Beschäftigten im öffentlichen Bereich zu.

Die Empfehlung dazu lautet, dass es in ganz Österreich klare Regelungen für Nebenbeschäftigungen geben soll. In manchen Bundesländern wurde dies bereits umgesetzt. Nebenbeschäftigungen sollen keine kritische Nähe zum Hauptberuf haben und die Möglichkeit ausgeschlossen werden, öffentliche Ressourcen zu missbrauchen. Verstöße müssen verfolgt und Schadenersatz (von der öffentlichen Hand) eingeklagt werden. Zusätzlich können im Vorfeld Selbstbindungs-

⁶⁴ Grill, 2009, <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-66886614.html>

*klauseln und Konventionalstrafen vereinbart werden.*⁶⁵

4.2.3 Rabatte und Kick-Back-Zahlungen

Im Arzneimittelgesetz 2005 § 55a Abs. 1 ist festgehalten, 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.“

4.2.3.1 Apotheken und Hausapotheken

Apotheken oder Ärzte mit Hausapotheken erhalten Rabatte für bestimmte Medikamente. Die Gewinnspanne steigt, da bei der Abrechnung mit dem Krankenversicherungsträger diese Rabatte nicht weitergegeben werden. Dies erfolgt auch in Form von Naturalrabatten: beispielsweise für zehn bezahlte Medikamentenpackungen gibt es 15 Gratispackungen. In § 55b AMG werden allerdings Naturalrabatte für niedergelassene Ärzte verboten. Meist betrifft das Medikamente, für die es ökonomischere Alternativen gäbe. Die zusätzlichen Kosten gehen zu Lasten der Krankenversicherungsträger.

Apotheken sollen ihre Einkaufskonditionen offen legen. Bei Preis- und Tarifverhandlungen mit den Versicherungsträgern sollen diese Konditionen berücksichtigt werden.

4.2.3.2 Krankenanstalten

Krankenhausapotheken erhalten Rabatte auf (meist teurere) Medikamente. Als Gegenleistung wird vom Krankenhaus erwartet, dieses Medikament für die weitere Therapie zu verordnen oder im Arztbrief zu empfehlen (siehe 4.1.12 Packages in Krankenhäusern). Für die Patienten ist es wichtig, dass sie sich bei den Empfehlungen der Ärzte oder Apotheker darauf verlassen können, dass es sich um das für sie am besten geeignete Medikament handelt und dass diese Entscheidung rein auf medizinischen Erkenntnissen und nicht aufgrund anderer Interessen getroffen wurde.

Die Empfehlung von TI⁶⁶ lautet, dass dazu klare Regelungen aufgestellt werden sollen und Verstöße geahndet werden müssen. Darüber hinaus ist es notwendig, dass Krankenhäuser (Krankenhausapotheken) ihre Einkaufskonditionen offen legen und andere geschäftliche Verbindungen zu Pharmafirmen (Fortbildung, Studien etc.) transparent gemacht werden.

4.2.4 Abrechnungsbetrug

Wie in anderen Branchen auch werden von manchen Leistungserbringern die erbrachten Leis-

⁶⁵ TI, 2008, S. 9

⁶⁶ TI, 2008, S. 8

tungen nicht korrekt mit den Kostenträgern abgerechnet. Möglichkeiten beim Abrechnungsbe-
trug gibt es mehrere:

- Abrechnung von nicht erbrachten Leistungen
- Der Umfang der erbrachten und abgerechneten Leistung stimmt nicht überein
- Abrechnungsvoraussetzungen wurden nicht eingehalten
- Qualität der Leistung entspricht nicht den Kriterien (v.a. Zahnbehandler)
- Qualität und Ausführungsbestimmungen entsprechen nicht den Kriterien (z.B. bei Bandagisten, Orthopädieschuhmacher)
- Unerlaubte private Zuzahlungen werden von Patienten verlangt
- Grauiporte: In Deutschland wurde bekannt, dass nicht zugelassene billige Arzneimittel (Wirkstoffe und Substanzen zur Zytostatikaherstellung) importiert, den Patienten verabreicht und mit den Kostenträgern zu höheren deutschen Vertragspreisen abgerechnet wurden⁶⁷

Die OÖGKK hat diese Problemfelder erkannt und prüft die Abrechnungen der Vertragspartner.⁶⁸

Ein Ansatz in der Gesundheitsreform, die Patientenquittung⁶⁹, könnte eine Verbesserung bringen. Inwieweit die Effekte einer Patientenquittung durch die jährliche Leistungsinformation für Versicherte (LIVE) erfüllt wird, muss diskutiert werden.

Eine Empfehlung, die für alle aufgezeigten Dimensionen für Intransparenz im Bereich der Ärzte und anderen Gesundheitsdienstleistern gilt, ist die Einrichtung eines anonymen Meldesystems für Korruptionfälle („Whistle Blower“, siehe Punkte 6.4.3).

Eine Idee aus den USA könnte auch in Österreich für mehr Transparenz sorgen: Dort ist eine Datenbank in Aufbau, über die man erfahren kann, von welchem pharmazeutischen Unternehmen ein Arzt Honorare für Vorträge, Beratung, Studien etc. erhalten hat. Vorerst speisen wenige, aber dafür große Firmen diese Datenbank, beispielsweise Pfizer, Eli Lilly, AstraZeneca und GlaxoSmithKline (<http://projects.propublica.org/docdollars>).⁷⁰

4.3 Leistungsempfänger

4.3.1 Transparenz für Patienten

Ein erster Schritt zu mehr Transparenz ist zweifellos LIVE, das Leistungsinformationssystem für Versicherte. Die Leistungsinformation wird jährlich für jeden Patienten erstellt und zugestellt, und enthält Informationen über die in Anspruch genommenen Leistungen des abgelaufenen Jahres. LIVE gibt es auch online.⁷¹ Mit den Leistungen werden auch die entstandenen Kosten für den Krankenversicherungsträger angezeigt. Als Nachteil erweist sich, dass die Zeit zwischen tatsäch-

67 Brum, 2008, S. 36

68 Said/Vorbach, 2008, S. 20 ff

69 Rupp, 2009, S. 5

70 GPSP, 2010, S. 8f

71 OÖGKK, 2010, www.oegkk.at

licher Inanspruchnahme und Informationsfluss sehr lange – bis zu 20 Monaten – ist.

Ein weiterer Aspekt zur Förderung der Transparenz für Patienten ist zweifellos die Elektronische Gesundheitsakte. Diese umfasst die multimedialen und gesundheitsbezogenen Daten und Informationen von Versicherten. Die Inhalte stammen von verschiedenen Gesundheitsdiensteanbietern oder vom Patienten selbst und sind in einem oder mehreren unterschiedlichen Informationssystemen gespeichert. Das in diesem Zusammenhang häufig angeführte Datenschutzproblem wird gelöst, in dem der Versicherte selbst entscheidet, wer welche Daten einsehen darf. Eine grundsätzliche eindeutige Identifikation der Nutzer ist dabei selbstverständlich.⁷² Das Projekt befindet sich zurzeit in der Errichtungsphase und wird voraussichtlich 2011/2012 in den Regelbetrieb übernommen⁷³.

4.3.2 Missbrauch der E-Card

Wiederholt wird in den Medien berichtet, dass die E-Card von vielen Patienten missbräuchlich verwendet werden soll. Im Februar 2007⁷⁴ und im April 2008⁷⁵ spricht der Hauptverband von einer „völlig unnötigen und unangebrachten Panikmache“. Verlorene, gestohlene oder defekte E-Cards werden sofort nach Einlangen der Meldung gesperrt und neue E-Card an die Versicherten verschickt. Diese Karten können daher für den behaupteten Missbrauch nicht mehr verwendet werden. Ein Missbrauch ist demnach nur möglich, wenn die rechtmäßigen Besitzer ihre E-Card wissentlich an andere Personen weitergeben, die sie zum Nachweis eines unrechtmäßigen Versicherungsanspruchs verwenden. Das erfüllt den Tatbestand des Sozialbetrugs und ist strafbar. Allerdings kennen Vertragsärzte im Regelfall ihre Patienten persönlich, für neue oder unbekannte Patienten sieht § 15 des Gesamtvertrages vor, dass die Ärzte die Identität des Patienten zu überprüfen haben. Die Identitätsprüfung betrifft neben den niedergelassenen Ärzten nun auch den intramuralen Bereich.

Eine Sozialrechtsnovelle⁷⁶ gültig mit 1.1.2010 sieht vor, dass in Spitalsambulanzen neben der E-Card auch ein Ausweis vorgezeigt werden muss. Die rechtlichen Voraussetzungen zur Verhinderung des E-Card-Missbrauchs sind folglich gegeben.

Die Krankenversicherungsträger müssen sich darauf beschränken, auf die Einhaltung dieser Regeln hinzuweisen, da eine nachträgliche Kontrolle des rechtmäßigen Einsatzes der E-Card praktisch nicht möglich ist. Ein Rundschreiben⁷⁷ der OÖGKK erging Anfang 2010 an die Vertragsärzte, das Tipps zur Vermeidung der missbräuchlichen Verwendung der E-Card zum Thema hat. Das Schreiben beinhaltet Verhaltensvorschläge und Rechtsinformationen, wie zum Beispiel eine Identitätsprüfung von unbekanntem Personen (Abgleich mit der E-Card) und der Hinweis, dass Aufforderungen oder Bitten nicht nachgegeben werden darf, Patienten ohne Rezeptgebührenbefreiung Medikamente auf den Namen rezeptgebührenbefreiter Personen „mitverschreiben“ zu lassen.

72 Arge Elga, 2010, <http://www.arge-elga.at/index.php?id=2>

73 Herbek, 2010

74 Hauptverband, 2007, www.sozialversicherung.at

75 Hauptverband, 2008, www.sozialversicherung.at

76 Baldinger, 2009, <http://www.salzburg.com/online/nachrichten/>

77 Kiesel, 2010

4.3.3 Patientenbegehrlichkeit

Patienten wird oft der Eindruck vermittelt, ein „Mehr“ an Diagnose und Therapie führt zu einem „Mehr“ an Gesundheit.⁷⁸ Die Risiken, die mit Überdiagnostik, -therapie und Übermedikation einhergehen, bleiben dabei unerwähnt. Ärzte beklagen, dass sie mit Patientenbegehrlichkeiten unter Druck gesetzt werden: Werden Wünsche nach (unwirtschaftlichen) Verordnungen oder nutzlosen Arzneimitteln oder Behandlungen nicht erfüllt, würden Patienten den Arzt wechseln.

4.3.4 Instrumentalisierung von Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen sollen Betroffenen unabhängige Informationen und Hilfestellungen zur Verfügung stellen. Die dafür notwendige Distanz zu ärztlichen und therapeutischen Leistungserbringern, der Industrie (Pharmawirtschaft, Medizingerätehersteller), Zahlern (Länder, Gemeinden, Sozialversicherungen) und Politik wird dabei manchmal nicht gewahrt.

Oft geraten Selbsthilfegruppen unwissentlich und unmerklich in die Abhängigkeit von Pharmaunternehmen, wenn sie finanzielle Unterstützung erhalten. So werden Patientengruppen beeinflusst, falsche, unnötige oder zu teure Medikation einzunehmen und damit Patientenbegehrlichkeiten erzeugt. Das führt zur Verschwendung wertvoller Ressourcen und beeinträchtigt die Glaubwürdigkeit der Selbsthilfegruppen. International ist zu beobachten, dass Pharmaunternehmen sich mit ihren Marketingmaßnahmen immer öfter Selbsthilfegruppen zuwenden. Sie wollen über die Patienten die Verschreibungspraxis der Ärzte beeinflussen.

Abhängigkeiten können aber auch über andere Sponsoren entstehen (z.B. auch SV-Träger). Hier braucht es eine besonders hohe Transparenz bei der Zusammenarbeit. Die Pharmig⁷⁹ schreibt in ihrem Verhaltenskodex vor, dass pharmazeutische Unternehmen auf ihrer Homepage alle von ihnen unterstützten Patientenorganisationen anzuführen haben.

Schubert/Glaeske⁸⁰ nennen eine Reihe von Beispielen über die Einflussnahme der Pharmaindustrie auf Selbsthilfegruppen:

- Arzneimittel-Produktwerbung im Rahmen von Vorträgen und Kongressen (Bsp: Methylphenidat bei Kindern unter sechs Jahren bei ADHS).
- Arzneimittel-Publikationen in Verbandszeitschriften, Internet, auf Vorträgen über den wissenschaftlichen Beirat (Bsp: Bisphosphonate bei Osteoporose, Calcineurin-Antagonisten bei Neurodermitis, Biologika bei Psoriasis).
- Prä-Marketing von Arzneimitteln um Bedürfnisse nach neuen Produkten zu wecken.
- Rekrutierung von Selbsthilfe-Mitgliedern für wissenschaftliche Studien und die Verbreitung von Erfolgsmeldungen über Mitgliederzeitschriften (Bsp: dPV-Nachrichten der deutschen Parkinson-Vereinigung, die regelmäßig Aufrufe zur Studienteilnahme schalten).
- Adresslisten beispielsweise bei Vortragsveranstaltungen, um sich direkten Zugang zu Mitglieder- und Besucherdaten zu verschaffen. Gründung von Förderkreisen von Selbsthilfeorganisationen und Pharmaindustrie, beispielsweise Deutscher Psoriasis Bund.

78 TI, 2008, S. 19

79 Pharmig, 2009/2, S. 21

80 Schubert/Glaeske, 2006, S. 18 ff

- Gründung, Beratung, Leitung von Selbsthilfegruppen durch die Pharmaindustrie, beispielsweise die „Koalition Brustkrebs“, gegründet von Fa. Roche oder die Selbsthilfegruppe für Darmkrebs von BMS, Pfizer, Janssen-Cilag und Lilly.
- Initiation von Web-Sites beispielsweise www.selbsthilfe.de (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie), www.leben-mit-MS.de (Serono), www.ms-life.de (Biogen Idec GmbH), www.selbsthilfegruppen.de (BASF AG).
- Industriefreundliche Ergebnisdarstellung von wissenschaftlichen Studien beispielsweise MSD (Vioxx), Pfizer (Lorzaar).
- Pharmagesponserte Leitlinienerstellung durch medizinische Fachgesellschaften.
- Organisation der Medienentwicklung und Öffentlichkeitsarbeit durch pharmagesponserte PR-Agenturen beispielsweise Fa. Roche organisiert über diese Agenturen die Pressearbeit für Selbsthilfegruppen.
- Pathologisierung physiologischer Vorgänge also Disease Awareness Campaigns, Disease Mongering.
- Offene (z.B. HPV-Kampagne) oder verdeckte Arzneimittelwerbung über Prominente („Trojanisches Pferd“). Es werden Werbebotschaften in journalistische Berichterstattung verpackt. Zum Beispiel das Firmen-Logo „AstraZeneca“ auf dem Paddel der asthmakranken Kanutin Birgit Fischer.
- Kommunikations- und Strukturanalyse von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen über Meinungsforschungsinstitute. Die Ergebnisse erleichtern die optimale Rekrutierung potentieller „Partner“.
- Marketing als Gesundheitsaufklärung getarnt, beispielsweise über pharmagesponsertes Patientenfernsehen und –radio in Krankenhäusern, Diskussionsrunden zum Thema „Werbeverbot“.
- Internet-Foren. Pharmamitarbeiter tarnen sich als Betroffene, beteiligen sich an Diskussionen und geben „Therapieempfehlungen“.
- Entwicklung und Ausführung von Patientenschulungen an Selbsthilfegruppen, Corporate Citizenship – Profit mit Non-Profit. Betapharm entwickelte eine Strategie des sozialen Engagements als 3-Stufen-Modell: Sponsoring, Corporate Social Responsibility, Corporate Citizenship. Damit rückte Betapharm vom 15. Platz auf den 4. Platz der deutschen Generikahersteller auf.

Sponsoring-Richtlinien für beide Seiten wären ein erster Schritt in die richtige Richtung.⁸¹ Darüber hinaus die Einbindung anbieterunabhängiger Experten in die Beratungsgremien forcieren und Conflict-of-Interest-Erklärungen von allen Mitgliedern der Gremien einfordern. Der deutsche Verein Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e.V. hat Leitlinien für Patientenorganisationen⁸² ausgearbeitet.

4.4 Medien

Medizinische Fachzeitschriften, insbesondere renommierte Journale mit hohen Impactfaktoren

⁸¹ TI, 2008, S. 19

⁸² FSA, 2008/1, <http://www.fs-arzneimittelindustrie.de/verhaltenskodex-patientenorganisation.html>

(ein Maß für die Häufigkeit der Zitierung) sind seit einigen Jahren in die Kritik geraten. Über den Anstieg des Impact Factors und über die Einnahmen aus Sonderdrucken können Fachzeitschriften von der Veröffentlichung von Studien profitieren.⁸³ Vor allem wurden „Commercial Supplements“ (von Pharmafirmen beigelegte Informationen mit geringerem wissenschaftlicher Standard) und „Marketing Reprints“ (Nachdrucke von einzelnen Artikeln, für die Pharmafirmen viel Geld auszugeben bereit sind) kritisiert. Eine Ausgabe der „Zeitschrift für Allgemeinmedizin“ (ZFA) wurde im August 2006 auf Initiative einer Medikamentenfirma sogar eingestampft, um einen kritischen Beitrag über ein Magenmittel zurückzuhalten. Die Sache flog nur durch einen Zufall auf: Das ursprüngliche Inhaltsverzeichnis wurde irrtümlich nicht geändert. Dieses Problem gibt es nicht nur im Medizinbereich, doch ist hier die Zahl der unterfinanzierten Medien für Ärzte und andere Beteiligte im Gesundheitsbereich sehr groß, die von bezahlten Inseraten abhängig sind. Zu beobachten ist auch der zunehmende Einfluss der Pharmaindustrie auf „Laienmedien“ (Tages-, Wochen-, Monatszeitschriften, Fernsehen, ...).⁸⁴

TI empfiehlt einen Verhaltenskodex für Medien und ein unabhängiges Kontroll-Gremium.⁸⁵ Interessenskonflikte müssen offen gelegt werden.

4.5 Verwaltung

Die Zahl der Akteure bei der Finanzierung im österreichischen Gesundheitswesen ist groß: Länder, Gemeinden, Bund, Sozialversicherungen, Standesvertretungen, Sozialpartner und der private Sektor spielen eine Rolle. Hier fallen Entscheidungen zum Leistungsspektrum und zu den Leistungsanbietern (Anzahl, Qualität, Finanzierung). Nur teilweise werden sie öffentlich kontrolliert, dementsprechend schlecht ist die Transparenz in vielen Bereichen.⁸⁶

4.5.1 Krankenanstaltenfinanzierung

TI kritisiert die Abrechnung der Krankenanstalten mit dem LKF-System. Im Gegensatz zu anderen Punktesystemen in anderen Ländern lässt das LKF-System keine Vergleichbarkeit mit anderen Staaten, ja nicht einmal mit anderen Bundesländern wirklich zu. Diese Intransparenz ist auch dafür verantwortlich, dass das (international bekannte) Phänomen der Punkte-Inflation in Österreich nicht gut untersucht werden kann. Anders, als dies in anderen Ländern geschieht. Es bleibt verborgen, ob das ständige Anwachsen des Aufwandes pro durchschnittlichem Fall auf unnötige Leistungen oder buchhalterische „Tricks“ zurückzuführen ist.⁸⁷

Das Abrechnungssystem der Krankenanstalten muss überarbeitet und transparent gestaltet werden. Internationale Vergleiche müssen möglich sein. Das dient einerseits der Kostentransparenz, andererseits können gesundheitssoziologische und gesundheitspolitische Erkenntnisse gewonnen werden.

83 Klemperer, 2010/2, <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=1869>

84 TI, 2008, S. 22

85 TI, 2008, S. 22

86 TI, 2010, S. 25

87 TI, 2010, S. 26

4.5.2 Beratungsgremien

Entscheidungen im österreichischen Gesundheitswesen werden auf Bundesebene, Landesebene, in Gemeinden und der Sozialversicherung getroffen. Es gibt eine Reihe von Beratungsgremien, die Empfehlungen ausgeben oder Entscheidungen treffen. Als Beispiele seien hier angeführt: Oberster Sanitätsrat, Impfausschuss, Gesundheit Österreich GmbH, Heilmittlevaluierungskommission, Landessanitätsräte, ...

In vielen Fällen ist die Entscheidungsfindung nicht transparent und es fehlen Conflicts-of-Interest-Erklärungen. Das Problembewusstsein ist zwar schon gestiegen, es gibt aber noch genug Verbesserungspotenzial.

Die Empfehlung von TI geht dahin, dass mehr Transparenz geschaffen werden muss. Die Einbindung anbieterunabhängiger Experten muss forciert und Conflicts-of-Interest-Erklärungen müssen von allen Mitgliedern der Gremien eingefordert werden. Die Wege zu Entscheidungen, Methodik und Ergebnissen sollen publik gemacht werden.⁸⁸

4.5.3 Auftragsvergabe

Ob Krankenhäuser, Sozialversicherungen oder andere öffentliche Gesundheitseinrichtungen: Es handelt sich hier um große Wirtschaftsbetriebe, die mit öffentlichen Geldern beziehungsweise Beitragsgeldern finanziert werden. Insbesondere die Vergabe öffentlicher Bauten ist ein korruptionsanfälliger Bereich. Schlechte Beispiele hinsichtlich Kostentransparenz liegen in erster Linie beim Bau von Krankenhäusern vor, beispielsweise AKH Wien oder der Neubau des Landeskrankenhauses West in Graz.⁸⁹ Sensibel sind aber alle (Dienstleistungs-) Bereiche, für die Einkaufskompetenz besteht, beispielsweise die Vergabe von Reinigungsdienstleistungen. Erst im Oktober 2010 stand das AKH Wien stark unter Beschuss, als Zweifel über die Transparenz des Vergabeverfahrens für die Unterhaltsreinigung aufgekommen waren.⁹⁰

TI empfiehlt⁹¹, die Einkaufsentscheidungen in öffentlichen Organisationen wie Krankenhäusern oder Sozialversicherungen transparent zu machen. Das Vier-Augen-Prinzip ist zu wahren, die Trennung von Beschaffer und Anwender einzuhalten und klare Provisionsregelungen zu schaffen.

4.6 Betroffenheit der Sozialen Krankenversicherung

Der Auftrag der Sozialen Krankenversicherung ist es, ihre Leistungen qualitativ hochwertig und ökonomisch zu erbringen nach dem Prinzip: „ausreichend, zweckmäßig und das Maß des Notwendigen nicht übersteigend“.

88 TI, 2008, S. 21

89 TI, 2010, S. 13

90 Der Standard, 2010, <http://derstandard.at/1287099957148/Wiener-AKH-Wechsel-der-Putzfirmen-sorgt-fuer-Wirbel>

91 TI, 2010, S. 15

Alle beschriebenen Fallkonstellationen verletzen dieses Prinzip, sie bewirken

- Unnötige Leistungsmengen
- Überhöhte Preise
- Verringerte Qualität (arg. primum nihil nocere)

Korruption und Intransparenz führt zu einer Schädigung der Solidargemeinschaft zugunsten der speziellen (ökonomischen) Vorteile der beauftragten Leistungserbringer.

4.6.1 *Transparenzmängel in der SV*

TI⁹² führt als Kritik an der Sozialversicherung Beispiele an, die weniger auf Transparenzprobleme aufgrund von Strukturen des Gesundheitswesens hindeuten: Ein Obmann einer Gebietskrankenkasse, der den Dienstwagen zu Unrecht privat nutzte und die Kritik des Rechnungshofes am chef- und kontrollärztlichen Dienst hinsichtlich dienstrechtlicher Vereinbarungen. Wohl wurde hier auch auf Nebenbeschäftigungen und mögliche Interessenkonflikte mancher Chefärzte hingewiesen, und die sind in der Sozialversicherung gleich wie im Krankenhaus oder im niedergelassenen Bereich zu bewerten. Der Fokus sollte diesbezüglich auch auf die eigenen Einrichtungen (Heime, Ambulatorien) ausgeweitet werden.

4.6.2 *Beeinflussung durch Kunden*

Als mögliche Dimensionen von Korruption wurde innerhalb der OÖGKK ein weiterer Bereich identifiziert: Kontakte mit Kunden, die nicht gesetzeskonform abgewickelt werden. In diesem Zusammenhang gibt es Direktionsweisungen⁹³, die die Annahme von Geschenken und mögliche andere Formen von Korruption und Beeinflussung verbieten.

92 TI, 2010, S. 25f

93 Popper, 2009

5 Rechtsquellen

Seit 1. 1. 2008 gilt ein neues Korruptionsstrafrecht. Die Delikte des Korruptionsstrafrechts sind im Strafgesetzbuch angeführt. Mit dem Korruptionsstrafrechtsänderungsgesetz KorrSträg 2009 wurde auch ein Korruptionsstaatsanwalt installiert.⁹⁴

5.1 Bundesgesetze

Format hat in der Ausgabe 27/2008 die vier relevanten Paragraphen aus dem StGB laientauglich zusammengefasst⁹⁵. Anschließend sind Gesetze und andere Rechtsquellen angeführt, die im Zusammenhang mit Korruption im Gesundheitswesen stehen.

5.1.1 § 168c StGB Geschenkkannahme unter Privaten

Wer eine Person im geschäftlichen Verkehr beschenkt, um sich für jetzt oder in der Zukunft einen Vorteil zu verschaffen, der muss mit bis zu zwei Jahren Haft rechnen. Grundsätzlich gibt es keine gesetzlich definierte allgemeine Geringfügigkeitsgrenze im Korruptionsstrafrecht. Üblicherweise wird sie bei einem Wert von etwa € 70,-- angesetzt. Eine Ausnahme bildet § 168 c StGB, der eindeutige Geringfügigkeitsgrenzen festlegt. Straffällig wird man ab einer Geringfügigkeitsgrenze von rund 100,-- Euro. Ab 5.000,-- Euro ist es als Officialdelikt ein Fall für den Staatsanwalt. Es drohen drei Jahre Haft. Darunter reagiert die Justiz nur bei Privatanklage. Wichtig ist dabei: Die Vornahme oder Unterlassung der Rechtshandlung muss pflichtwidrig erfolgen.

5.1.2 § 168d StGB Bestechung unter Privaten

Wer einen anderen besticht, eine Handlung pflichtwidrig vorzunehmen oder zu unterlassen, muss mit bis zu zwei Jahren Haft rechnen.

5.1.3 § 304 StGB Geschenkkannahme durch Amtsträger

Amtsträger, die einen Vorteil fordern, annehmen oder versprechen, müssen mit bis zu drei Jahren Freiheitsstrafe rechnen. Nicht nur Beamte, sondern auch Manager und Aufsichtsräte von rechenhofgeprüften Unternehmen [...] sind betroffen. Hier ist wichtig: Ob sie pflichtwidrig oder pflichtgemäß handeln, ist irrelevant. Eine Geringfügigkeitsgrenze gibt es nicht.

5.1.4 § 307 StGB Bestechung von Amtsträgern

Wer Vorteile anbietet, verspricht oder gewährt, um eine Handlung zu erwirken, muss mit bis zu drei Jahren Haft rechnen. Wer Beamte über Jahre mit kleinen Gefälligkeiten „anfüttert“, dem dro-

⁹⁴ Krakow, 2009, S. 4

⁹⁵ Wilke, 2009, S. 73

hen bis zu sechs Monate Haft oder eine Geldstrafe von bis zu 360 Tagessätzen.

5.1.5 Ärztegesetz

Der § 53 Ärztegesetz sieht eine Werbeeinschränkung und Provisionsverbot vor. Das Gesetz sieht vor, dass der Arzt (sic!) keine unwahren, unsachlichen oder unstandesgemäße Äußerungen im Zusammenhang mit der Ausübung seines Berufes machen dürfen. Vergütungen für Zuweisungen sind in jeglicher Form verboten, egal ob der Arzt sie annimmt, vergibt, verspricht, zusichern lässt oder ähnliches. Rechtsgeschäfte, die gegen dieses Verbot verstoßen, sind nichtig, Leistungen aus solchen Rechtsgeschäften können zurückgefordert werden. Das Verbot gilt gleichermaßen für Gruppenpraxen und sonstige physische oder juristische Personen.

5.1.6 Arzneimittelgesetz

Das Arzneimittelgesetz untersagt materielle Vorteile im Zusammenhang mit der Verschreibung oder Abgabe von Arzneimitteln. Wird gegen dieses Verbot gehandelt, droht eine Verwaltungsstrafe. § 55a AMG beschreibt das Verbot, den zur Verschreibung oder Abgabe berechtigten Personen eine Prämie, finanzielle oder materielle Vorteile zu gewähren, anzubieten oder zu versprechen. Es werden jedoch gleich Ausnahmen formuliert, nämlich materielle Vorteile von geringem Wert und wenn sie für die medizinische oder pharmazeutische Praxis von Belang sind. § 55b AMG regelt das Verbot des Gewährens, Anbietens und Versprechens von Naturalrabatten an zur Verschreibung oder Abgabe berechnigte Personen betreffend im Erstattungskodex enthaltene Arzneimittel.⁹⁶

5.1.7 Medizinproduktegesetz

Die Formulierung des Medizinproduktegesetzes deckt sich weitgehend mit dem Arzneimittelgesetz, bezieht sich jedoch auf die Verkaufsförderung für Medizinprodukte: § 108 MPG regelt das Verbot, im Rahmen der Verkaufsförderung für Medizinprodukte bei den Personen, denen im Rahmen der Verschreibung, Abgabe, Beschaffung für Einrichtungen des Gesundheitswesens, Errichtung, Inbetriebnahme oder Anwendung Aufgaben zukommen, diesen eine Prämie, finanzielle oder materielle Vorteile zu gewähren, anzubieten oder zu versprechen, es sei denn, sie sind von geringem Wert und für die medizinische oder medizintechnische Praxis von Belang. Auch hier drohen widrigenfalls Verwaltungsstrafen.⁹⁷

5.2 Verhaltenskodizes (Codes of Conduct)

Verhaltenskodizes stehen im Stufenbau der Rechtsordnung weit unter den Bundesgesetzen. Sie sind jedoch eine Willensbekundung der jeweiligen Organisationen, sich der Verantwortlichkeit von Transparenz und Korruptionsbekämpfung zu stellen. Von verschiedenen Organisationen wurden bereits Verhaltensrichtlinien gegen Intransparenz und Korruption zusammengestellt. Diese Ent-

⁹⁶ Gepart, 2009, S. 12

⁹⁷ Gepart, 2009, S. 12

wicklung ist grundsätzlich positiv zu werten, wenn auch das alleinige Festschreiben der Codes of Conduct nicht ausreicht, die Transparenz zu verbessern; sie müssen auch eingehalten werden und dafür fehlen durchwegs notwendige Kontrollmechanismen.

Im Folgenden sind die Codes of Conducts verschiedener Organisationen im Gesundheitswesen exemplarisch angeführt und kurz umrissen. Diese Aufzählung erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit.

5.2.1 Österreichische Ärztekammer

Der Ärztliche Verhaltenskodex der Österreichischen Ärztekammer⁹⁸ betont die Notwendigkeit der ärztlichen Unabhängigkeit gegenüber der Pharma- und Medizintechnikindustrie. Die Richtlinien regeln unter anderem die Modalitäten für die Verbreitung von wissenschaftlichen Informationen, mit besonderem Augenmerk auf pharmakologische Veröffentlichungen. Sechs Hauptregelungsbereiche werden knapp auf drei Seiten angeführt:

- Fortbildungsveranstaltungen (Teilnahme an medizinisch-wissenschaftlichen Veranstaltungen wie Kongresse, Workshops, Seminare, Tagungen)
- Geschenkkannahme
- Annahme von Ärztemustern
- Klinische Prüfungen und Forschung
- Verschreibung von Medikamenten und Anwendungsbeobachtungen
- Formvorschriften (z.B. Abschluss von „Scheinverträgen“)

Wird eine Bestimmung des Ärztlichen Verhaltenskodex verletzt, stellt dies ein Disziplinarvergehen dar und wird nach § 136 Ärztegesetz geahndet.⁹⁹

5.2.2 Pharmig

Die Novelle des Strafrechts 2008 wurde von der Pharmig grundsätzlich positiv aufgenommen. Es wird aber darauf hingewiesen, dass sich die Pharmig im Justizministerium um „Rechtssicherheit“ zu folgenden Punkten bemüht: Medizinisch/wissenschaftliche Fortbildung gilt nicht als verbotene Geschenkkannahme im Sinne des StGB. Und: Niedergelassene Ärzte sind keine Amtsträger¹⁰⁰.

Damit wird deutlich, wie wichtig der Marketingkanal „Fortbildung“ und die Distributoren „niedergelassene Ärzte“ für die Pharmaindustrie sind. Zweitens zielt wohl § 307 StGB auf Bestechung von Amtsträgern ab: Wenn niedergelassene Ärzte keine Amtsträger sind, können sie weiterhin ungestraft „angefüttert“ werden. Grill¹⁰¹ beschreibt das Problem der deutschen Korruptionsgesetzgebung im Herbst 2009 im „Spiegel“, das auch auf Österreich umzulegen ist.

Dennoch hat die Pharmig einen „Verhaltenscodex“¹⁰² entwickelt. Die Verhaltensrichtlinien der

98 ÖÄK, 2008, <http://www.aerztekammer.at/kundmachungen>

99 Chlan, 2009, S. 4, http://www.aekooe.or.at/cms/uploads/media/AV_Antikorruptionsgesetz_Chlan_01.pdf

100 Wilke, 2009, S. 8

101 Grill, 2009

102 Pharmig, 2009/2

Pharmig werden laut eigener Aussage laufend weiterentwickelt. Es wird betont, dass die Pharmig-Verhaltensrichtlinien meist lockerer gestaltet sind, als interne Konzernanforderungen. Im Vorwort¹⁰³ wird betont, dass der Verhaltenskodex eine „Selbstbeschränkung“ der Pharmaindustrie darstellt, der „das Verantwortungsbewusstsein“ und den „klaren Willen“ der Mitglieder zeugt, eine „hohe Branchenkultur“ zu leben.

Weiters ist dem Vorwort zu entnehmen, dass der Pharmaindustrie eine objektive Informationspolitik ein wichtiges Anliegen zu sein scheint: „Neben der Erforschung und Vermarktung von Arzneimitteln ist der Pharmawirtschaft auch die Unterstützung eines qualitativ hoch stehenden Gesundheitssystems durch Verfügbarmachen von zutreffender, ausgewogener Information über Medikamente ein Anliegen. Das Aufzeigen von Nutzen und möglichen Risiken von Medikamenten ist eine unverzichtbare und notwendige Aufgabe der pharmazeutischen Unternehmen. Es ist eine soziale Verantwortung, ja sogar Verpflichtung der Pharmawirtschaft, relevante Information über Arzneimittel den Patienten und Angehörigen von Gesundheitsberufen zu vermitteln. Dabei ist auf das Prinzip der Genauigkeit, Objektivität und Fairness besonders Rücksicht zu nehmen, um die sichere Anwendung von Arzneimitteln durch Arzt und Patienten zu gewährleisten.“

Folgender Satz lässt auf den hohen Stellenwert rückschließen, den Marketing für die Pharmaunternehmen einnimmt: „Neben der wissenschaftlichen Information über Arzneimittel ist Werbung als wesentliches Element der Marktwirtschaft Ausdruck intensiven Wettbewerbs. Dabei sind neben dem Pharmig-Verhaltenscodex auch die wettbewerbsrechtlichen Bestimmungen einzuhalten.“

Der Schlusssatz des Vorwortes legt den Konflikt zwischen der Pharmaindustrie und den Krankenversicherungsträgern offen: Das Ziel der Pharmig „bleibt weiterhin, allen Patienten in Österreich das jeweils beste Medikament zur Verfügung zu stellen ...“. Der gesetzliche Auftrag der ASVG-Krankenversicherungsträger ist dagegen eine Krankenbehandlung zu gewähren, die „ausreichend und zweckmäßig“ ist. Worin liegt bei einer Krankenbehandlung der Unterschied zwischen „ausreichend und zweckmäßig“ und dem „jeweils besten Medikament“? Aus Sicht der Krankenversicherungsträger liegt er in einer vernünftigen Kosten-Nutzen-Abwägung: Wenn die Einnahme von zwei Tabletten den gleichen Nutzen bringt wie die Einnahme von einer Tablette, dafür aber deutlich günstiger ist, ist der Therapie mit zwei Tabletten der Vorzug zu geben. Nicht jede pharmakologische Neuentwicklung erfüllt diese Ansprüche. Die Sicherung einer hohen Behandlungsqualität muss bei jeder Therapieentscheidung im Vordergrund stehen.

Der Pharmig-Verhaltenskodex wurde mit dem neuen Korruptionsrecht novelliert, Wilke¹⁰⁴ zählt die wesentlichen Änderungen auf:

- Kongresse mit Mehrzahl österreichischer Ärzte müssen in Österreich stattfinden. Die entsprechende Regelung in Deutschland hatte bereits negative Auswirkungen auf den österreichischen Tourismus: Ein großer deutscher Ärztekongress musste deshalb von Wien nach Berlin verlegt werden.
- Begleitpersonen von Ärzten, Apothekern oder Diplomkrankenschwestern werden nicht eingeladen („participant in their own right“).

¹⁰³ Pharmig, 2009/2, S. 5

¹⁰⁴ Wilke, 2009, S. 71

- Höhere Anforderungen an Werbematerial, beispielsweise keine Verlosungen und kein Verschenken von Dingen des täglichen Gebrauchs.
- Bessere Trennung zwischen Werbung und Information. Information soll reine Fachinformation sein.
- Es wird ein Pharmig-Schiedsgericht eingerichtet. Die Entscheidungssammlung wird im Internet anonymisiert veröffentlicht.
- Das Schiedsgericht steht vor allem Mitbewerbern zur Verfügung, jedoch kann „jedermann“ als Beschwerdeführer auftreten. Für Verstöße gegen die Artikel sind Sanktionen vorgesehen.
- Auf Transparenz in der Zusammenarbeit mit Patientengruppen soll verstärkt geachtet werden.

Die Praxis wird zeigen, ob tatsächlich Verfahren gegen Mitglieder der Pharmig wegen des Verstoßes von Regeln aus dem Verhaltenskodex eingeleitet werden und wie diese Verfahren entschieden werden. Skepsis erscheint angebracht, denn TI erwähnt die mangelnde Selbstkontrolle der Industrie bei Werbemaßnahmen, die sich auf einige wenige lukrative Medikamentengruppen beschränkt¹⁰⁵ (siehe dazu Punkt 4.1.10 Direct to consumer information). Es erübrigt sich die Feststellung, dass ein Verfahren vor der Pharmig keinen Einfluss auf ein strafrechtliches Verfahren hat.

5.2.3 Krankenanstalten

Der Wiener Krankenanstaltenverbund hat Richtlinien erstellt, die sich unter anderem diesen Themen widmen:¹⁰⁶

- Finanzierung von Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen
- Umgang mit Drittmitteln
- Sponsoring und Spenden
- Nachvollziehbarer Einkauf von Medikamenten
- Verhaltenskodex im Medizinbereich

Die Basis bildet die Dienstordnung der Stadt Wien. Bei Dienstpflichtverletzungen sind disziplinarische Maßnahmen notwendig.

5.2.4 Patientenorganisationen

Der deutsche Verein Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e.V. hat Leitlinien für Patientenorganisationen ausgearbeitet. Ein österreichisches Äquivalent ist den Autorinnen derzeit nicht bekannt.

5.2.5 Direktionsweisung der OÖGKK

Eine Direktionsweisung der OÖGKK¹⁰⁷ sieht vor, dass Geschenke im Zusammenhang mit einer konkreten dienstlichen Angelegenheit verboten sind (keine Geringfügigkeitsklausel). Auch wenn

¹⁰⁵ TI, 2010, S. 21

¹⁰⁶ Gaber, 2009, S. 31 ff; APA-OTS, 19.1.2010

¹⁰⁷ Popper, 2009

die damit verbundene Tätigkeit gesetzeskonform und korrekt durchgeführt wird, dürfen Geschenke nicht angenommen werden. Die Geschenkkannahme ist vor, während und nach einer Amtshandlung verboten.¹⁰⁸ Beispiel: Tätigkeiten im Rahmen eines Antrages auf Rezeptgebührenbefreiung.

5.2.6 Andere Verhaltenskodizes

Es gibt weitere Verhaltenskodizes, die für die Zusammenarbeit von Organisationen aus dem Gesundheitswesen untereinander vereinbart wurden:

- Die ÖGPB Österreichische Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie¹⁰⁹ hat ein Konsensus-Statement für die Zusammenarbeit mit der Pharmaindustrie zusammengestellt. Es soll als „mögliche Richtlinie für die reibungslose und gesetzeskonforme Zusammenarbeit zwischen medizinischer Forschung und Pharmaindustrie“ dienen. Sie lehnt sich dabei nach eigener Aussage eng an bestehende Richtlinien (z.B. der Medizinischen Universität Wien) an. Der kritische Leser dieser Sonderausgabe wird aufmerksam auf die „freundliche Unterstützung der Firmen AstraZeneca, BMS, CSC, Lundbeck, Servier“ sowie auf einen Literaturhinweis „Has the hunt for conflicts of interests gone too far? Yes.“ (Stossel, T., BMJ 1March 2008; 336:476).
- Die Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit veröffentlichte im September 2009 einen Verhaltenskodex¹¹⁰. Er ist integraler Bestandteil der Unternehmenskultur der österreichischen Arzneimittelbehörde und gilt für alle PharmMed-Mitarbeiter und externe Fachexperten in vollem Umfang.

108 Huber, 2009, S. 26

109 Bach et al., 2009

110 Müllner, 2009

6 Gegenbewegungen

Ansatzpunkte zur Stärkung der Sozialversicherungen als Finanziere sind bereits vielerorts diskutiert und in der Literatur abgehandelt. Ansatzpunkte innerhalb der Behörden und SV-Träger oder Krankenhausträger blieben bisher weitgehend unbearbeitet.¹¹¹ Das Thema Transparenz hat – wie erwähnt – in den letzten Jahren großes Aufsehen erregt und Gegenbewegungen in Gang gebracht, die an der System- bis zur Individualebene ansetzen.

6.1 Transparency International – Austrian Chapter

Transparency International – Austrian Chapter ist ein Verein und „nationaler Ableger“ einer internationalen Organisation, der sich der Korruptionsbekämpfung auf Systemebene widmet. Die Arbeitsgruppe Gesundheitswesen brachte bereits im Dezember 2007 ein Grundsatzpapier „Transparenzmängel im österreichischen Gesundheitswesen“¹¹² heraus. Damit wurde ein bemerkenswertes Medienecho hervorgerufen: Kuvertmedizin, Mehrklassenmedizin wurden nun öffentlich diskutiert. Die offiziellen Stellen – zuletzt die damalige Gesundheitsministerin Dr. Andrea Kdolsky¹¹³ – sahen damals keinen Handlungsbedarf, handle es sich aus ihrer Sicht nur um Einzelfälle und um kein Systemproblem. In diesen Ton stimmte auch die Ärztekammer ein, es handle sich um einzelne „schwarze Schafe“ in der Ärzteschaft, die eine „Pauschalverurteilung“¹¹⁴ nicht rechtfertigen würden. Zumindest wurde mit diesem Bericht aber ein Problembewusstsein geschaffen und das Thema „Korruption im Gesundheitswesen“ enttabuisiert.

Der Wiener Krankenanstaltenverbund wurde auf Transparenzmängel geprüft und setzte eine Reihe von Maßnahmen um. Die Korruptionsgesetzgebung wurde 2008 verschärft und – aufgrund großer Aufregung vonseiten der Ärzte und Pharmawirtschaft – 2009 wieder etwas entschärft. „Transparenz im Gesundheitswesen“ fand auch Eingang in das Regierungsprogramm der SPÖ-ÖVP-Koalition 2008 und das „Kassenkonsolidierungsprogramm“ des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger vom Juni 2009 nimmt sich dieses Themas an.

Im November 2010 veröffentlichte das Bundesministerium für Gesundheit den „Masterplan Gesundheit“¹¹⁵. Das Thema „Transparenz“ scheint hier unter folgenden Aspekten auf:

- Informationsverlust als Folge von Intransparenz der Strukturen des Gesundheitswesens
- Transparente Finanzierungsströme (insbesondere im intramuralen Bereich)
- Transparenz und Patientenbeteiligung als Unterstützung für zielorientiertes Vorgehen für das Erreichen von Gesundheitszielen
- Transparenz für Patienten: Zeitnahe Information der Versicherten über konsumierte Leistungen, Zusammenarbeit mit professionellen Konsumentenschutzinstitutionen
- Öffentliche Basisfinanzierung von Selbsthilfegruppen

111 Rupp, 2009, S. 5

112 TI, 2010, S. 1

113 TI, 2010, S. 1: ORF, Im Zentrum, 16. 12. 2007

114 TI, 2010, S. 1

115 HVB, 2010, http://www.hauptverband.at/mediaDB/730577_Masterplan%20Gesundheit_Langfassung.pdf

- Transparenz bei der Bedarfsplanung: Planung ohne Anbieter
- Transparenz und Objektivität als entscheidende Kriterien für Qualitätsmessung

Transparency International – Austrian Chapter arbeitet weiterhin daran, Systemmängel hinsichtlich Transparenz und Korruption im Gesundheitswesen aufzuzeigen und auf ihre Beseitigung zu drängen. Aktualisierte Auflagen zu „Transparenzmängel im österreichischen Gesundheitswesen“ werden regelmäßig veröffentlicht.

6.2 Wissenschaftliche Einrichtungen zur objektiven Beurteilung klinischer Studien

Für Entscheidungsträger im Gesundheitswesen und für Ärzte ist es sehr schwierig und aufwendig, ihre Entscheidungen auf unbeeinflusste Informationen abzustellen. Für Patienten ist es nahezu unmöglich, zwischen gesteuertem und evidenzbasiertem Wissen zu unterscheiden. Es braucht vertrauenswürdige Institutionen, die Ordnung bringen in den Überfluss an Informationen und für Klarheit sorgen.

6.2.1 Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG)

Das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen¹¹⁶ ist ein Teil der Gesundheit Österreich Gesellschaft (GÖG) und evaluiert im Auftrag des Bundes die Entwicklung und Umsetzung eines gesamtösterreichischen Qualitätssystems nach den Prinzipien Patientenorientierung, Transparenz, Effektivität und Effizienz. Ein Bereich widmet sich speziell dem Thema Qualität und Wirtschaftlichkeit über die Health Technology Assessment-Methode (HTA). Hier wurde die nationale HTA-Strategie¹¹⁷ entwickelt und es werden HTA-Berichte und Quick-Assessments als Entscheidungsgrundlage (z.B. für das Bundesministerium für Gesundheit) erstellt.

Unter HTA wird die systematische Evaluierung und Bewertung bestehender oder neuer medizinischer Technologien verstanden, beispielsweise Medikamente, Medizinprodukte oder Strukturen. Untersucht werden Aspekte der Medizin, Ökonomie, Ethik, Soziales, Recht und Organisation.¹¹⁸

6.2.2 Ludwig-Boltzmann-Institut für Health Technology Assessment (LBI-HTA)

Ein ähnliches Service bietet das Ludwig-Boltzmann-Institut für HTA an. Es versteht sich als unabhängige Instanz der wissenschaftlichen Entscheidungsunterstützung im Gesundheitswesen. Das Ziel ist, eine wissenschaftliche Entscheidungsgrundlage für einen effizienten und angemessenen Ressourceneinsatz im Gesundheitswesen zu bieten. Ein Schwerpunkt liegt in der Transparenz, durch die Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse, systematisches Arbeiten, das Offenlegen der Methoden und die Weiterentwicklung der Health-Technology-Assessments-Methodik. Dabei wird auf die Distanz zu Interessensgruppen – egal ob es sich um Kostenträger oder Marktan-

¹¹⁶ <http://www.goeg.at/>

¹¹⁷ <http://www.goeg.at/de/Bereich/Nationale-HTA-Strategie.html>

¹¹⁸ GÖG, 2010, <http://www.goeg.at/de/QWi>

bieter handelt – Wert gelegt. Das Ludwig-Boltzmann-Institut für HTA wurde im Jahr 2006 auf die Dauer von sieben Jahren gegründet.¹¹⁹

6.2.3 *Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)*

Mit dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)¹²⁰ gibt es in Deutschland eine unabhängige Institution, die sich mit der Methode des Health Technology Assessments darum bemüht, Nutzen und Schaden medizinischer Maßnahmen für Patienten zu untersuchen. Auf ihrer Homepage <https://www.iqwig.de/> wird laufend über Vor- und Nachteile verschiedener Therapien und Diagnoseverfahren berichtet.

Es wäre ein wertvoller Beitrag zur Transparenz im Gesundheitswesen, wenn Institutionen wie BIQG, das Ludwig-Boltzmann-Institut für HTA und IQWiG ihre Aufgaben weiterhin kritisch und unabhängig erledigen können und ihr Fortbestand gesichert ist.

6.3 MEZIS Mein Essen zahle ich selbst



„MEZIS Mein Essen zahle ich selbst“¹²¹ ist eine „Initiative unbestechlicher ÄrztInnen und Ärzte“ und setzt auf der Individualebene an. Der Verein steht allen Ärzten offen, die ihre Verordnungen nur am Wohl ihrer Patienten ausrichten wollen. MEZIS möchte intelligente Strategien erarbeiten, um den Beeinflussungen durch die Pharmafirmen etwas entgegensetzen zu können. Es geht um

die Bewusstseinsbildung, dass man nicht mehr unbeeinflussbar ist, wenn man sich mit Kugelschreiber, Essen und Anwendungsstudien finanzieren lässt. Der Verein möchte dafür sorgen, dass das Fortbildungsengagement und die Patientenorientierung kommuniziert werden und MEZIS-Ärzte nicht als Verweigerer abgestempelt werden. MEZIS ist Teil des No-free-lunch-Netzwerks (aus den USA). MEZIS Deutschland startete im Jänner 2007, in Österreich wurde MEZIS im Herbst 2008 gegründet.

Als Basis für weiterführende Diskussionen schlagen die MEZIS-Gründungsmitglieder folgende Maßnahmen vor, um sich der Umklammerung der Pharma- und Medizinindustrie zu entziehen:

- Keine Besuche von Pharmavertretern mehr
- Keine Arzneimittelmuster und Geschenke mehr
- Zurückhaltung bei der Verordnung jüngst zugelassener Arzneimittel, über deren Risiken in den ersten Jahren des Gebrauchs nur wenig bekannt ist
- Auf Fortbildungsveranstaltungen zahlen MEZIS-Ärzte ihr Essen selbst
- Keine Durchführung von Anwendungsbeobachtungen mehr
- Abschaffung der pharmagesponserten Praxissoftware
- Besuch herstellerunabhängiger Fortbildungsveranstaltungen
- Fortbildungspunkte nur aus herstellerunabhängigen Veranstaltungen und Fachzeitschriften

119 <http://hta.lbg.ac.at/de/content.php?iMenuID=11>

120 <https://www.iqwig.de/>

121 <http://www.mezis.at>, <http://www.mezis.de>

In der Praxis arbeitet MEZIS dezentral. Sie nutzen elektronische Medien (Internet, E-Mail, Internetforen), da Ärzte nur wenig Zeit haben. Über diese Kanäle werden Informationen, Literaturhinweise, Argumentationshilfen ausgetauscht. MEZIS-Regionalgruppen sollen gegründet werden, damit unabhängige Fortbildungen besucht werden können. Über Öffentlichkeitsarbeit, Plakate und Flyer sollen die Grundsätze von MEZIS bekannt gemacht werden.

MEZIS Österreich befindet sich noch im Aufbau. Die Homepage www.mezis.at ist noch unübersichtlich und steht dem deutschen Pendant in vielem nach. Die Aktivitäten beschränken sich auf seltene Treffen und Literaturempfehlungen. Im Februar 2010 wurde eine Studie präsentiert: „From Evidence-based Medicine to Marketing-based Medicine: Evidence from Internal Industry Documents“.¹²²

MEZIS stellt eine im Sinne der Transparenz im Gesundheitswesen begrüßenswerte Initiative dar und sollte verstärkt forciert werden.

122 Spielmans/Parry, 2009

Abbildung 1: MEZIS Plakat - Entwurf, <http://www.mezis.de> (2. März 2010)



Liebe Patientin, lieber Patient,

hier bekommen Sie keine Rezepte der Pharmaindustrie!

Diese Praxis will, dass Sie die richtigen Medikamente verordnet bekommen. Sie sagen vielleicht: das ist doch die selbstverständlichste Sache der Welt!

Leider sieht die Realität anders aus: Pharmareferentinnen und -referenten werben zu Zehntausenden in Krankenhäusern und Praxen für ihre Produkte, bezahlen Essen auf Fortbildungen für Ärzte und Ärztinnen, laden zu Vorträgen in große Hotels ein oder bezahlen Reisen in Urlaubsdomizile. Dass dies Wirkung zeigt, beweisen viele Untersuchungen und zeigen die ungebremst steigenden Ausgaben für Arzneimittel.

Ihre Praxis ist davon überzeugt, dass die derzeitigen Praktiken der Arzneimittelhersteller nicht nur den Krankenkassenbeitrag in die Höhe treiben, sondern die medizinisch beste Arzneimittelversorgung aller Patientinnen und Patienten – d.h. auch von Ihnen – in Frage stellen. Hiervon hat sich ihre Praxis distanziert, ist **MEZIS**, der Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte beigetreten **und hat sich zum Ziel gesetzt:**

- **keine Pharmavertreter und -vertreterinnen** mehr zu empfangen und von Pharmaherstellern keine Geschenke – auch keine Muster – mehr annehmen.
- **Ihnen sichere und bewährte Medikamente zu empfehlen** und Zurückhaltung in der Vorordnung jüngst zugelassener Arzneimittel¹ zu üben, über deren Risiken in den ersten Jahren ihres Gebrauchs wenig bekannt ist.
- **keine Computerprogramme einzusetzen, die von Arzneimittelherstellern finanziert werden²** und auch darauf verzichten, Rezeptdaten aus dem Praxiscomputer zu verkaufen
- **sich aus herstellerunabhängigen Veranstaltungen und Fachzeitschriften weiterzubilden** und die Teilnahme an Veranstaltungen zu meiden, deren Finanzierung nicht offengelegt wird. Dies bedeutet auch, dass dieses Wartezimmer frei von pharmaabhängigen Zeitschriften ist.

Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte 

¹ Näheres siehe www.mezis.de
² soweit verfügbar

6.4 Deutsch / österreichische Expertengespräche

Gemeinsam mit der AOK Bayern fand im Februar 2008 das 2. deutsch / österreichische Expertengespräch zum Thema „Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ statt. Dabei wurde der jeweilige Status Quo vorgestellt, die juristische Komponente beleuchtet und Ansätze zur Korruptionsbekämpfung präsentiert. Im Wesentlichen entsprachen die dort besprochenen Punkte den Inhalten dieses Papiers. Ein neuer Ansatz besteht in der EDV-unterstützten Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen.

6.4.1 *Projekt „Steganos“, AOK Die Gesundheitskasse Bayern*

Die AOK Die Gesundheitskasse Bayern hat das Projekt „Steganos“ ins Leben gerufen: ‚Strukturierte Ermittlung bei Hinweisen von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch die AOK Bayern nach organisatorischen und systemischen Regularien‘.

Das Hauptziel des Projekts liegt in der Bekämpfung des Fehlverhaltens im Gesundheitswesen und die Schaffung der dafür notwendigen Strukturen. Unter anderem ist eine zentrale Stelle vorgesehen und Softwareunterstützung durch Datenbanken.¹²³

6.4.2 *Fehlverhaltensbekämpfung bei der KVB Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns*

Das Gesundheitswesen in Deutschland und Österreich ist unterschiedlich organisiert. In beiden Ländern gibt es den gesetzlichen Auftrag zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung. In Deutschland übernimmt die Kassenärztliche Vereinigung diesen Auftrag für die ambulante und psychotherapeutische Versorgung mithilfe von Vertragsärzten. Sie organisiert die Abrechnung zwischen ihren Mitgliedern und den Krankenkassen und zahlt die Honorare aus. Die KVB berät ihre Mitglieder in allen Bereichen der vertragsärztlichen Tätigkeit, beispielsweise Fragen der Abrechnung, Verordnungen, Wirtschaftlichkeit und Praxisführung. Sie tritt auch als Interessenvertretung der Kassenärzte bei Tarifverhandlungen mit den Krankenkassen und anderen berufspolitischen Interessen auf. Die Krankenversicherungen zahlen die Honorare gesammelt an die Kassenärztliche Vereinigung aus. Sie haben damit keine direkte Steuerungsmöglichkeit, es besteht aber eine Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung beispielsweise beim Austausch von Daten.

In Österreich sorgen die Krankenversicherungsträger - ebenfalls mithilfe von Vertragsärzten - für die extramurale medizinische Versorgung. Die Krankenversicherungsträger heben die Beiträge der Versicherten ein und zahlen die Honorare an die Ärzte aus. Die Träger übernehmen auch die Beratung zu Themen der Abrechnung, Wirtschaftlichkeit, Verordnungen et cetera. Die Ärztekammer übernimmt die Interessensvertretung der Ärzte und führt Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen.

¹²³ Brum, 2008, S. 45 ff

Die Kassenärztliche Vertretung Bayern¹²⁴ zeigt im Zuge der länderübergreifenden Expertengespräche Möglichkeiten von Fehlverhalten auf und legt Maßnahmen dagegen vor:¹²⁵

- Prüfung auf Einhaltung der Geschäftsordnung
- Prüfung der Plausibilität nach Zeit und Auffälligkeiten
- Information der Ärzte über Probleme
- Einrichtung einer Antikorruptionsstelle
- Industriefreie Pharmainformation
- Zusammenarbeit mit Transparency International
- Informationsaustausch mit den Staatsanwaltschaften

Die meisten dieser Maßnahmen werden in der OÖGKK bereits umgesetzt. Nicht umgesetzt sind die Einrichtung einer Antikorruptionsstelle sowie ein strukturierter Informationsaustausch mit der Staatsanwaltschaft in Korruptionsverdachtsfällen.

6.4.3 „Whistle Blower“

Als „Whistle Blower“ werden Informanten bezeichnet, die Missstände oder illegales Handeln – beispielsweise Korruption, Betrug, Fehlverhalten – an die Öffentlichkeit bringen. Whistle Blower handeln aus ethischer Verantwortung, aus Gewissensgründen und ziehen keine persönlichen Vorteile aus der Aufdeckung des Missstandes. Deutlich muss festgehalten werden: Eine Person, die andere wider besseren Wissens denunziert, ist kein Whistle Blower!¹²⁶

Die AOK setzt ein internetbasiertes Verfahren ein, namentliche und anonyme Meldungen zu erfassen und zu bearbeiten. Im BKMS® (Standard Keeper Monitoring System) werden die Nachteile eines herkömmlichen Hinweisgebersystems über Telefon, Email oder Ombudsleute vermieden: Es wird die Anonymität des Hinweisgebers gesichert, die Kommunikation mit dem Hinweisgeber trotzdem ermöglicht. Das System ist seit 1.1.2008 bei der AOK Bayern in Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns im Einsatz. Jeder Bürger hat nun die Möglichkeit, Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu melden – anonym.¹²⁷

6.5 Aktionsplan 2009 Fehlverhalten im Gesundheitswesen, OÖGKK

Die Abteilung VP-I hat 2009 einen Aktionsplan für Fehlverhalten im Gesundheitswesen erstellt, der als Basis für „Dimensionen der Intransparenz und Beeinflussung im Gesundheitswesen“ gesehen werden kann.¹²⁸

124 <http://www.kvb.at>

125 Einhell, 2008, S. 5

126 Ledermann, 2008, S. 2f

127 Ledermann, 2008, S. 6f

128 Aigner, 2009, S. 1 ff

6.6 Linzer Forum 2009: (In)Transparenz – Ein-Blick in das Gesundheitswesen

Im Oktober 2009 fand zum zweiten Mal das „Linzer Forum“ statt, das in Kooperation der OÖGKK, des AKH Linz und der Johannes-Kepler-Universität Linz veranstaltet wird. Jährlich werden Themen zu aktuellen gesundheits- und gesellschaftspolitischen Themen aufgearbeitet und diskutiert, im Jahre 2009 zum Thema „(In)Transparenz – Ein-Blick in das Gesundheitswesen“. Aus den Blickwinkeln des Rechts, der Ethik, Patientensicherheit und Auswirkungen auf das Solidarsystem der Sozialversicherung wurde das Thema beleuchtet und die Abstracts zusammengefasst.¹²⁹

129 Labek/Weidenholzer, 2010

7 Empfehlungen für Gegenmaßnahmen

Empfehlungen für Gegenmaßnahmen zielen auf die Förderung der Transparenz im Gesundheitswesen ab. Das Mehr an Transparenz trägt zur Eindämmung von Korruption und Mittelverschwendung bei. Die zu erwartenden Effekte liegen in einer höheren Behandlungsqualität und mehr Kostenbewusstsein, was wiederum den Krankenversicherungsträgern – und damit der Gesellschaft – zugute kommt. Mehr Transparenz ist somit ein Beitrag zur Erhaltung der Finanzierbarkeit unseres Gesundheitssystems.

Gegenmaßnahmen lassen sich nahezu bei allen angeführten Dimensionen von Intransparenz im Gesundheitswesen formulieren. Die hier angeführten Forderungen sind einerseits dem vielfach zitierten Bericht von Transparency International Austrian Chapter entnommen, andererseits handelt es sich um Anregungen der Autorinnen. Die Vorschläge können in zwei Kategorien eingeteilt werden: Die Schaffung von rechtlichen Voraussetzungen und Vorschläge, die die Strukturen oder die Organisation betreffen. Einige wenige Forderungen von Transparency International wurden bereits umgesetzt und sind in einem eigenen Punkt angeführt.

7.1 Schaffung von rechtlichen Voraussetzungen

Für folgende Bereiche wird gefordert, Voraussetzungen rechtlicher Natur (in Gesetzen, Verträgen, Abkommen) zu schaffen:

- Gleichstellung der Dienstnehmer aller Krankenanstalten hinsichtlich der „Amtsträgerkorruption“
- Klares Provisionsverbot für Gesundheitsdienstleister (GDA); Festschreibung dieses Verbots in Berufsrecht / ASVG / Gesamtvertrag, bei Verletzung berufs- und vertragsrechtliche Konsequenzen;
- Aufbau einer Datenbank mit einer Übersicht der Honorare von pharmazeutischen Unternehmen an Ärzte für deren Vorträge, Beratungen, Studien (<http://projects.propublica.org/doc-dollars/>)
- Verpflichtende Transparenz über die Einkaufskonditionen von Krankenhäusern, Apotheken, sonstigen Vertragspartnern; Berücksichtigung bei Preis- und Tarifverhandlungen
- Beweislastumkehr bei Verdacht auf Unökonomie. Die festgeschriebenen vertragsrechtlichen Konsequenzen bei Unökonomie sind in der derzeitigen Form nicht durchsetzbar.
- Transparenz über Krankheitsgeschehen beispielsweise Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich flächendeckend einführen
- Einbindung anbieterunabhängiger Experten in Beratungsgremien (z.B. Konsensusgremien, Selbsthilfegruppen, Oberster Sanitätsrat)
- Transparenz über Besetzung, Conflicts of Interest, Entscheidungsprozesse und Ergebnisse in den Beratungsgremien der öffentlichen Entscheidungsträger
- Strenge Regelungen und konsequente Kontrolle von Nebenbeschäftigungen und transparente Honorarabrechnung (Interessenskonflikte)

7.2 Strukturelle, organisatorische, sonstige Vorschläge

Strukturelle, organisatorische oder andere Maßnahmen können zur Verbesserung der Transparenz in folgenden Bereichen beitragen:

- Transparente Wartelisten für OP-Termine
- Transparente, für jeden zugängliche Veröffentlichung aller Studien, auch bei negativen Ergebnissen
- Forcierung und (öffentliche) Finanzierung von anbieterunabhängigen Studien
- Forcierung von HTA's und Versorgungsforschung
- Forcierung und (öffentliche) Finanzierung unabhängiger Fortbildungen
- Einhaltung beziehungsweise Durchsetzung der Verhaltenskodizes (Pharmig, Selbsthilfegruppen, etc.)
- Forcierung der Initiative MEZIS („Mein Essen zahle ich selbst!“)
- Einhaltung von bestehenden Werberegelungen. Sanktionierung von Verstößen
- Sponsoring-Richtlinien für Selbsthilfegruppen
- Strenge Kontrollen der Einhaltung von Vergabevorschriften für Einkauf von Leistungen und Dienstleistungen in Gesundheitseinrichtungen
- Aufbau eines anonymen Meldesystems für Korruptionsfälle im Gesundheitswesen (Whistle Blower)
- Das Abrechnungssystem der Krankenanstalten muss überarbeitet und transparent gestaltet werden; internationale Vergleiche müssen möglich sein
- Der Fortbestand der Arbeit unabhängiger Organisationen wie Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG), Ludwig-Boltzmann-Institut für HTA und Institut für Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG, Deutschland) muss gesichert werden

7.3 Bereits umgesetzte Forderungen

Im Grundsatzpapier zu Transparenzmängeln im Gesundheitswesen¹³⁰ formuliert Transparency International Forderungen auf Ebene der Industrie und Gesundheitsdienstleister, die mittlerweile teilweise oder vollständig umgesetzt wurden.

7.3.1 *Mehr Transparenz auf Ebene der Industrie, Gesundheitsdienstleister und Verwaltung*

Bereits umgesetzt wurden folgende Forderungen auf Ebene der Industrie, Gesundheitsdienstleister und Verwaltung:

- Neuregelung für Nicht-interventionelle Studien: Meldepflicht, Festlegung wissenschaftlicher Mindeststandards, Publikationspflicht
- Leitlinien zur Leitlinienerstellung: Metaleitlinien der Gesundheit Österreich Gesellschaft (GÖG)
- Verhinderung von direct-to-consumer advertising in der EU
- Einrichtung einer weisungsfreien, unabhängigen Antikorruptionsstelle (Korruptionsstaatsanwaltschaft)

¹³⁰ TI, 2010

7.3.2 Mehr Transparenz für Patienten

Eingangs wurde unter den Einfallstoren für missbräuchliches Verhalten geschildert, wie asymmetrische Information, die Komplexität der Strukturen und Finanzierung und das Dreiecksverhältnis Arzt - Patient - Krankenversicherungsträger zu Intransparenz führt und in der Folge zu erheblichen Mehrkosten. In einem ersten Schritt wurde die Leistungsinformation für Versicherte eingeführt, die elektronische Gesundheitsakte (siehe Punkt 4.3.1) wird in nächster Zeit weiter für mehr Transparenz sorgen.

8 Zusammenfassung

Die Menschen werden immer älter und benötigen mehr Medizinprodukte und Behandlungen, um die Lebensqualität möglichst hoch zu halten. Die Pharmaindustrie betreibt ausgiebige Forschung und entwickelt Medikamente zum Nutzen der Bevölkerung. Den Ärzten werden alle Informationen weitergegeben, die sie zur optimalen Behandlung – nicht zuviel und nicht zuwenig – brauchen. Die Patienten nehmen diese Leistungen gerne in Anspruch, die Kosten übernimmt dafür die gesetzliche Sozialversicherung. Das ist das Idealbild einer optimalen Gesundheitsversorgung, die völlig auf den Patientennutzen ausgerichtet ist. Man gewinnt schnell den Eindruck, dass es in diesem System nur Gewinner gibt. Leider entspricht dieses Bild nicht der Realität und das Gesundheitswesen unterscheidet sich hier nicht von anderen Wirtschaftszweigen. Der Störfaktor liegt darin, dass es neben dem Patientennutzen noch eine Reihe anderer, meist materielle Interessen gibt, die im Rahmen der Gesundheitsindustrie befriedigt werden. Einige sind nicht populär und werden deshalb verschleiert – die Folge sind vielfältige Konstellationen von Intransparenz und Korruption im Gesundheitswesen. Von einem freien Markt für Medikamente und andere Gesundheitsleistungen und -produkte kann derzeit nicht gesprochen werden. Oft erinnern die Verflechtungen der Pharmariesen und das Zusammenspiel der Marktteilnehmer mehr an ein Kartell als an freie Marktwirtschaft.

Intransparenz führt zu einer Schädigung des Gesamtsystems. Gemeint ist damit jeder einzelne Bürger, der als Patient von mangelnder Qualität aufgrund Übertherapie betroffen sein kann, der vor allem aber als Beitragszahler der Sozialversicherung geschädigt wird, wenn die Krankenversicherung unnötige Kosten zu tragen hat.

Das Austrian Chapter von Transparency International hat sich in einem Grundsatzpapier¹³¹ mit Transparenzmängeln im Gesundheitswesen beschäftigt. Die Erkenntnisse dieses Grundsatzpapiers sind Basis dieser Arbeit, ergänzt um eine Reihe anderer Quellen zu diesem Thema.

Intransparenz zeigt sich für die Industrie, Gesundheitsdienstleister, Leistungsempfänger, Verwaltung und Medien in einer Reihe von Dimensionen. Sie reichen von irreführenden Marketingstrategien über offene oder verdeckte (verbotene) Provisionszahlungen bis hin zu Interessenskonflikten. Die Struktur unseres Gesundheitswesens ist schwer durchschaubar und öffnet manches Einfallstor für missbräuchliches Verhalten. Die meisten Entscheidungen, ob medizinischer oder finanzieller Natur, werden von anderen Menschen als den Betroffenen, den Patienten, getroffen. Die Sensibilität dafür, diese vielfach historisch gewachsenen, zur Selbstverständlichkeit gewordenen Sachverhalte als Korruption oder zumindest als unsaubere Vorgehensweise im Sinne von Intransparenz zu erkennen, ist bei allen Beteiligten zumindest ausbaufähig. Zu eng sind die meist langjährigen Verbindungen zur den Herstellern. Und häufig fehlen Strukturen, um beispielsweise eine adäquate Fortbildung sicherzustellen, wenn großzügiges Pharmasponsoring für Medizinkongresse ausfällt. Jedoch bilden sich schon Gegenbewegungen, wie die Initiative MEZIS („Mein Essen zahle ich selbst“), in der sich kritische Ärzte organisieren und sich um objektive, unabhängige Fortbildung und Informationen zum Thema Gesundheit und Medizin bemühen.

¹³¹ TI, 2010

Auf rechtlicher Ebene hat vor allem die Korruptionsgesetzgebung in den letzten beiden Jahren große Öffentlichkeit erfahren, Verordnungen, beispielsweise die Meldepflicht für Nicht-interventi- onelle Studien, wurden wirksam. In vielen Organisationen wurden bereits Maßnahmen für mehr Transparenz gesetzt, beispielsweise entwickelten die Pharmig und die Österreichische Ärztekammer Verhaltenskodizes. In der Praxis wird jedoch oft scharf an den Grenzen dieser Regelungen agiert, beziehungsweise werden Abweichungen nicht sanktioniert. „Wo kein Kläger, da kein Richter“, die Mitbewerber sehen meist von einer Anzeige ab und nutzen die so gewonnenen Frei- räume für eigene Marketingmaßnahmen.

Eine Reihe von Empfehlungen für Gegenmaßnahmen wurde formuliert: Es handelt sich dabei um Vorschläge, die rechtliche, strukturelle und organisatorische Maßnahmen umfassen. Abseits dieser Gegenmaßnahmen ist „mehr Mut“ von Ärzten notwendig, „sich nicht vor den Marketing- wagen spannen zu lassen“, wie es Dr. Christian Euler, der Präsident des österreichischen Haus- ärzteverbandes im Zusammenhang mit Disease-Mongering bei Testosteronmangel bei alternden Männern¹³² fordert. „Es bleibt uns Medizinern der ersten Linie überlassen, solchen Bestrebungen entgegenzutreten. Solide fachgerechte Ausbildung und selbstbewusste Fortbildung im Fach All- gemeinmedizin könnten uns darin bestärken, unsere Patienten vor solchen Designerkrankhei- ten und deren Therapien zu bewahren.“

132 Euler, 2010, S. 1

Literatur

- A.T.I. Arzneimittelinformation (Hrsg) (2010/1): „Im Blickpunkt. Die gesponserte Pandemie – die WHO und die Schweinegrippe“. In: Arznei-Telegramm 6/10, 41. Jahrgang, 18. Juni 2010. S. 59-60. Berlin.
- A.T.I. Arzneimittelinformation (Hrsg) (2010/2): „Im Blickpunkt. Beispiel Reboxetin (Edronax, Solvex). Publikationsbias führt Ärzte in die Irre“. In: Arznei-Telegramm 11/10, 41. Jahrgang, S. 111-112. Berlin.
- Aigner, Iris (2009): Aktionsplan 2009. Fehlverhalten im Gesundheitswesen. OÖGKK, Linz.
- AMB Arzneimittelbrief (2010/1): Ein Ausschuss des US-Senats verurteilt die Art der Vermarktung von Avandia® durch die Herstellerfirma GlaxoSmithKline (GSK). In: Arzneimittelbrief, Jahrgang 44, Juni 2010, S. 47. Salzburg.
- AMB Arzneimittelbrief (2010/2): Endlich: Rosiglitazon wird vom Markt genommen. In: Arzneimittelbrief, Jahrgang 44, Oktober 2010, S. 78. Salzburg.
- APA-OTS (2010): Gesundheit – SP-Wagner: „Kontrollamt würdigt Transparenz im Gesundheitswesen“. <http://www.ots.at/pressemappe/198> (Download 19.1.2010)
- Arge ELGA (2010): <http://www.arge-elga.at> (Download 15.11.2010)
- Bach, Michael et. al (2009): Code of Conduct – Ethik der Gesellschaft und Zusammenarbeit von ÄrztInnen mit der Pharmaindustrie – Richtlinien der ÖGPB. In: CliniCum NeuroPsy. Das Medium für Psychiatrie und Neurologie. Sonderausgabe November 2009.
- Baldinger, Inge (2009): E-Card stecken, Ausweis zeigen. In: Salzburger Nachrichten, 1. Dezember 2009. <http://www.salzburg.com/online/nachrichten/newsletter/E-Card-stecken-Ausweis-zeigen.html?article=eGMmOI8VdykOrVff08ScOKzkWspolYUHF2ahut&img=&text=&mode=&> (Download 5.10.2010).
- Bartens, Werner (2008): Die Krankheitsverkäufer. In: Süddeutsche Zeitung vom 31.5.2008. <http://www.symptome.ch/vbboard/krankheitsbilder-allgemein/69238-krankheitsverkaeufersz-31-05-2008-dr-werner-bartens.html>
- Barthélémy, Andrea (2009): „Ärzte reden Klartext über HPV-Impfung“. <http://www.welt.de/gesundheit/article3603256/Aerzte-reden-Klartext-ueber-HPV-Impfung.html> (Download 12. 11. 2010)
- Braun, Bernhard (2008): „Medikament sucht Krankheit“: Die Bedeutung von Krankheitserfindung, Medikalisierung oder „disease mongering“ im Gesundheitswesen. <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=1259> (Download 14. April 2010)
- Braun, Bernhard (2009): Sachlichkeit statt „Pandemie-Hype“: Allgemeinarztverband und Arzneimittelkommission zum ob, wer, wie und wie oft der Grippeimpfung. <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=1644> (Download 14. April 2010)
- Brum, Ralf (2008): Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei der AOK Bayern; Status quo und Zielsetzung. Vortrag beim 2. Deutsch/Österreichischen Expertengespräch „Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“, 27. 2. 2008, AOK Bayern.
- Chlan (2009): Antikorruptionsgesetz. http://www.aekoee.or.at/cms/uploads/media/AV_Antikorruptionsgesetz_Chlan_01.pdf
- Der Standard (2010): Wechsel der Putzfirma sorgt für Wirbel. <http://derstandard.at/1287099957148/Wiener-AKH-Wechsel-der-Putzfirmen-sorgt-fuer-Wirbel> (Download 16. 11. 2010)
- Einhell, Peter (2008): Fehlverhaltensbekämpfung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Vortrag beim 2. Deutsch/Österreichischen Expertengespräch „Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“, 27. 2. 2008, AOK Bayern.
- Euler, Christian (2010): Testosteronmangel (bei alternden Männern). Das „Climacterium virile“: ein Paradebeispiel für Disease Mongering. In: HTA-Newsletter. Evaluation medizinischer Intervention. November 2010, Nr. 92, S. 1. <http://hta.lbg.ac.at/de/newsletter.php?iMenuID=63> (Download 19. 11.2010).

- FSA Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e.V. (2008/1): FSA-Kodex zur Zusammenarbeit mit PatientInnenorganisationen. <http://www.fs-arzneimittelindustrie.de/verhaltenskodex-patientenorganisation.html> (Download 23. März 2010)
- Gaber, Bernhard (2009): „Transparenzrichtlinien im Wiener KAV“. In: Anti-Korruption im Gesundheitswesen – Fachtagung Business Circle, 2. Juli 2009, Wien, S. 30 ff.
- Gepart, Christian (2009): „Korruptionsstrafrecht“. In: Anti-Korruption im Gesundheitswesen – Fachtagung Business Circle, 2. Juli 2009, Wien, S. 2 ff.
- Glaeske, Gerd (2009): Vertuschen, Verschweigen, Verzerren: Gesunde Geschäfte mit Bitteren Pillen. In: Labek / Weidenholzer (Hrsg.) (2010): (IN)Transparenz Ein-Blick in das Gesundheitswesen. Gesundheitswissenschaften Dokument 24, S. 9 - 11. Linz.
- GÖG Gesundheit Österreich Gesellschaft (2010): Qualität und Wirtschaftlichkeit / Health Technology Assessment <http://www.goeg.at/de/QWi> (Download 15. 12. 2010)
- Grill, Markus (2009): Legale Korruption. In: Der Spiegel, 38/2009. <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-66886614.html> (Download 18. 2. 2010)
- GPSP Gemeinnützige Gesellschaft für unabhängige Gesundheitsinformation mbH (Hrsg., 2010): Transparenz. Welche Firma bezahlt den Doktor. In: Gute Pillen – Schlechte Pillen Nr. 6 Nov/Dez 2010, S. 8 f. Berlin.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2007): e-card-System ist vor Missbrauch viel sicherer als der frühere „Krankenschein“. Presseaussendung Nr. 6 vom 2. April 2008. http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/channel_content/cmsWindow?p_pubid=127675&action=2&p_menuid=65771&p_tabid=2 (Download 15. 11. 2010)
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2008): Hauptverband: Verlorene oder gestohlene e-cards werden gesperrt und können nicht mehr verwendet werden. Presseaussendung Nr. 3, 7. Februar 2007. http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=2745&p_tabid=2&p_pubid=641967 (Download 15. 11. 2010)
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2010): Masterplan Gesundheit. Einladung zum Dialog. http://www.hauptverband.at/mediaDB/730577_Masterplan%20Gesundheit_Langfassung.pdf (Download: 13.12.2010)
- Hawliczek, Robert - ÄK Österreich: „Anti-Korruptionsmaßnahmen aus Sicht der Österreichischen Ärztekammer“. In: Anti-Korruption im Gesundheitswesen – Fachtagung Business Circle, 2. Juli 2009, Wien, S. 85 ff.
- Herbek, Susanne (2010): ELGA Status quo. eHealth-Symposium am 13. Oktober 2010, UKH Linz. Mitschrift Ingrid Kern-Homolka.
- Holst, Jens (2009): Arzneimittelhersteller behindert die bestmögliche Behandlung von Patienten mit Depression. <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=1576> (Download 14. April 2010)
- Huber, Johann (2009): Anti-Korruption im Gesundheitswesen. In: Anti-Korruption im Gesundheitswesen – Fachtagung Business Circle, 2. Juli 2009, Wien, S. 21 ff.
- IQWiG Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2009): Antidepressiva: Nutzen von Reboxetin ist nicht belegt. <http://www.iqwig.de/index.981.html> (Download 8.11.2010)
- Kiesl, Franz (2009): Intransparenz und Korruption – Betroffenheit der Sozialen Krankenversicherung. Vortrag im Rahmen des Linzer Forum 09.
- Kiesl, Franz (2010): Missbräuchliche Verwendung der e-card. Verordnung von Heilmittel nur für eigene PatientInnen. Rundschreiben 1155/2010.
- Klemperer, David (2008): Ghost writing für Vioxx – Merck forscht und schreibt, Wissenschaftler geben ihren Namen. <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=1207> (Download 14. April 2010)

- Klemperer, David (2010/1): Transparenz ist notwendig, damit die Industrie nicht auch in den nächsten drei Jahrzehnten manipuliert. <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=1799> (Download 12. November 2010)
- Klemperer, David (2010/2): Industriegesponserte Studien sind einträglicher – Interessenskonflikte bei Herausgebern von Fachzeitschriften. <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=1869> (Download 12.11. 2010)
- Krakow, Georg (2009): Amtsträger Korruption Strafrecht. ARS-Vortrag 22. 9. 2009.
- Kuhr, Nicola (2008): Schuss ins Auge. In: Die Zeit, 8.5.2008, Nr. 20 <http://www.zeit.de/2008/20/M-Makuladegeneration?page=all> (Download 17.2.2010)
- Labek, Anna / Weidenholzer Josef (Hrsg., 2010): (IN)TRANSPARENZ Ein-Blick in das Gesundheitswesen. Abstract-Sammlung des Linzer Forums 09 am 29. Oktober 2009. Linz.
- Ledermann, Frank (2008): Einsatz des Hinweisgebersystems BKMS bei der Fehlverhaltensbekämpfung. Vortrag beim 2. Deutsch/Österreichischen Expertengespräch „Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“, 27. 2. 2008, AOK Bayern.
- Marstedt, Gerd (2007): Bericht der „Los Angeles Times“ dokumentiert die Tricks und Erfolge der Pharma-Industrie im Gesundheitswesen. <http://forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=0845>
- Marstedt, Gerd (2009): Erneuter Fall von Ghostwriting durch die Pharma-Industrie von der New York Times enthüllt. <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=1620> (Download 14. April 2010)
- Müllner, Markus / AGES Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (Hrsg) (2009): Verhaltenskodex Codes of Conduct AGES PharmMed. <http://www.basg.at/news-center/publikationen/> (Download 23. März 2010)
- ÖÄK, Österreichische Ärztekammer (2008): Ärztlicher Verhaltenskodex. <http://www.aerztekammer.at/kundmachungen>
- OÖGKK (2010): LIVE ONLINE. http://www.ooegkk.at/portal27/portal/ooegkkportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=64005&p_tabid=5 (Download 15.11.2010)
- Pharmig – Verband der pharmazeutischen Industrie Österreich, Hrsg. (2009/2): Verhaltenskodex. Pharmig-Verhaltenskodex und Verfahrensordnung der Fachausschüsse VHC I. und II. Instanz. http://www.pharmig.at/upload/Publikationen/VHC%202009_Deutsch.pdf (Download: 23. September 2010)
- Popper, Hans (2009): Korruptionsprävention und Geschenkannahme. Direktionsweisung Nr. 8, 2009.
- RIS Rechtsinformationssystem (2010): Gesamte Rechtsvorschrift für Arzneimittelgesetz, Fassung vom 16.2.2010. <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010441> (Download: 16.2.2010)
- Rupp, Bernhard (2009): Überlegungen zum Thema Intransparenz und Korruption im Gesundheitswesen im polygonalen Spannungsfeld. In: Labek / Weidenholzer (Hrsg.) (2010): (IN)Transparenz Ein-Blick in das Gesundheitswesen. Gesundheitswissenschaften Dokumente 24, S. 3 – 6. Linz.
- Said, Heide / Vorbach, Madeleine (2008): Bekämpfung von Fehlverhalten in der OÖGKK. Vortrag beim 2. Deutsch/Österreichischen Expertengespräch „Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“, 27. 2. 2008, AOK Bayern.
- Said, Heide (2006): Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Versorgungskosten – Konsequenzen für Finanzierung und Steuerung des österreichischen Gesundheitswesens. Bedeutet mehr Geld auch mehr Gesundheit?
- Schneider N. / Lückmann S. (2008): Pharmasponsoring in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung. In: Zeitung für Allgemeinmedizin ZFA, Dezember 2008, Jahrgang 84, S. 516 – 524
- Schubert, Kirsten / Glaeske, Gerd (2006): Entwicklung und Förderung des internen Diskurses zwischen Krankenkassen und Selbsthilfegruppen. Einfluss des pharmazeutisch-industriellen Komplexes auf die Selbsthilfe. Universität Bremen.

- Spelsberg, Angela (2009): Interessenskonflikte im Gesundheitswesen – wo und wie wirken sie und was muss zu ihrer Bekämpfung getan werden? In: Labek / Weidenholzer (Hrsg.) (2010): (IN)Transparenz Ein-Blick in das Gesundheitswesen. Gesundheitswissenschaften Dokumente 24, S. 7 - 8. Linz.
- Spielmanns, Glen I. / Parry Peter I. (2009): From Evidence-based Medicine to Marketing-based Medicine: Evidence from Internal Industry Documents. In: Bioethical Inquiry. <http://freepdfhosting.com/ebaef-05bfe.pdf> oder <http://philpapers.org/rec/SPIFEM> (Download 2. 3. 2010)
- TI Transparency International – Austrian Chapter (2010): Transparenzmängel im Gesundheitswesen: Einfallstore zur Korruption. Grundsatzpapier. 2. Auflage März 2010.
- TI Transparency International – Austrian Chapter, Hrsg (2008): Transparenzmängel im Gesundheitswesen: Einfallstore zur Korruption. Grundsatzpapier, 1. Änderung Jänner 2008. Wien.
- Wikipedia, <http://de.wikipedia.org/wiki/Astrourfing> (Download: 5.10.2010)
- Wilke, Boris – AstraZeneca (2009): „Compliance Maßnahmen in Pharmaunternehmen“. In: Anti-Korruption im Gesundheitswesen – Fachtagung Business Circle, 2. Juli 2009, Wien, S. 69 ff.

Autorinnen

Kern-Homolka Ingrid, Mag., Sozialwirtin in der Abteilung Behandlungsökonomie, Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Gruberstraße 77, 4010 Linz

Labek Anna, Dr. Med Univ., Ärztin der Abteilung Behandlungsökonomie, Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Gruberstraße 77, 4010 Linz

Said Heide, Dr. Med Univ., Ärztin und Abteilungsleiterstellvertreterin der Abteilung Behandlungsökonomie, Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Gruberstraße 77, 4010 Linz

