



**Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit**

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0399(19)
gel. ESV zur öAnhörung am 17.04.
13_Korruption
12.04.2013

Prof. Dr. Kai-D. Bussmann

Tel. (*49)0345.55.23116
e-mail kai.bussmann@jura.uni-halle.de
Internet http://bussmann.jura-halle.de

12. April 2013

Stellungnahme zur Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 17.04.2013 und den eingereichten Anträgen der

Fraktion der SPD, BT-Drucksache 17/12213

Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, BT-Drucksache 17/12693

Fraktion DIE LINKE, BT-Drucksache 17/12451

These 1: Ökonomisierung des Gesundheitssystems

Im Zuge der dynamisch wachsenden Ökonomisierung des gesamten Gesundheitssystems besteht die Gefahr, dass sich wie auch in der übrigen Wirtschaft Korruption zu einem typischen Geschäftsmodell entwickelt. Dieser Wandel betrifft die stationären Einrichtungen, die nicht-ärztlichen Leistungserbringer, aber auch die gesamte Ärzteschaft und insbesondere niedergelassene Ärzte.

Die Ergebnisse aus meiner Studie im Auftrag des GKV Spitzenverbands zur unzulässigen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen durch „Zuweisung gegen Entgelt“ (2012) sprechen für diese besorgniserregende Entwicklung.

Korruption und andere Wettbewerbsdelikte sind ein normales Risiko in der Wirtschaft und daher zunehmend auch im Gesundheitssystem. Dies ist die prekäre Ausgangslage.

These 2: Drohende Erosion des ethischen Werts der Unbestechlichkeit der ärztlichen Heilkunst

Der Beruf des niedergelassenen Arztes befindet sich in einem wirtschaftlichen Umfeld wachsenden Wettbewerbsdrucks. Hierzu gehören neben den nicht-ärztlichen Leistungserbringern, die Pharmaindustrie, aber zunehmend auch die stationären Einrichtungen, insbesondere durch die Privatisierung der Krankenhäuser.

In diesem Umfeld droht sich auch das Selbstbild von Ärzten in Richtung eines Gesundheitsunternehmers zu verschieben. Besonders schnell scheint sich dieser Wandel in der jungen Ärztegeneration zu vollziehen. Der ethische Wert der Unbestechlichkeit der ärztlichen Heilkunst droht zu erodieren.



MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT
HALLE-WITTENBERG

Unzulässige Zusammenarbeit im Gesundheitswesen durch „Zuweisung gegen Entgelt“

Ergebnisse einer empirischen Studie im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes

Prof. Dr. Kai-D. Bussmann
Economy & Crime Research Center
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Impressum

Herausgeber:
GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51
10117 Berlin

Verantwortlich:
Dr. Stephan Meseke, Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im
Gesundheitswesen gem. §§ 197 a SGB V, 47 a SGB XI

Gestaltung:
BBGK Berliner Botschaft Gesellschaft für Kommunikation mbH, Berlin

Fotonachweis:
Steffen Kugler (S. 3)

Druck:
SpreeBoPrint GmbH, Berlin

Auflage: 1.000

Stand: September 2012

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, vorbehalten.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde in dieser Studie immer die männliche Form der Berufsbezeichnungen gewählt. Selbstverständlich sind hiermit auch Ärztinnen und weibliche Angehörige nicht-ärztlicher Berufsgruppen gemeint, soweit nicht anders vermerkt.

Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 217a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Er ist zugleich der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI. Der GKV-Spitzenverband ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

Sehr geehrte Damen und Herren,

vor drei Jahren erhitzte sich eine öffentliche Debatte um die Zahlung sogenannter Kopfprämien oder Zuweiserpauschalen, die von Krankenhäusern für die gezielte Zuweisung von Patienten an niedergelassene Vertragsärzte gewährt werden. Ausgelöst wurde diese Debatte aus der Mitte der Ärzteschaft, der Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V. Doch nach den offiziellen Verlautbarungen der Funktionäre von Ärzteschaft und Krankenhausgesellschaft handelte es sich dabei allenfalls um Einzelfälle, wenige schwarze Schafe. Daher dürfte es die hier vorliegenden empirischen Studienergebnisse eigentlich gar nicht geben.

Der GKV-Spitzenverband hat mit Professor Bussmann von der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg einen in der Bundesrepublik anerkannten Kriminologen beauftragt, diejenigen zu befragen, die aus eigenem Erleben berichten können: niedergelassene Ärzte, nicht-ärztliche Leistungserbringer und leitende Mitarbeiter von stationären Einrichtungen.

Das erklärte Ziel der Studie war es, empirisch zu erheben, in welchem Umfang „Zuwendungen“ zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren und -beteiligten eine Rolle spielen. Die Einschätzungen und Erfahrungen der Befragten verdeutlichen, dass es ein hohes Maß an Unkenntnis über die einschlägigen Normen gibt. Sie lassen auch die Vermutung zu, dass rechtswidrige Zuwendungen – vorsichtig formuliert – nicht die absoluten Ausnahmen sind. Es gilt aber auch – und soll ausdrücklich hervorgehoben werden –, dass die weit überwiegende Mehrheit der verschiedenen medizinischen Leistungserbringer korrekt arbeitet.

Eine zwischenzeitliche Grundsatzentscheidung des Großen Strafsenats des Bundesgerichtshofs (BGH) bringt weitere Dynamik in das Thema. Zwar hat der BGH nach einem langen Rechtsstreit beschlossen, dass sich ein niedergelassener, für die vertragsärztliche Versorgung zugelassener Arzt bei der Wahrnehmung der ihm in diesem Rahmen übertragenen Aufgaben, also z. B. der Verordnung von Krankenhausbehandlung, von Hilfs- oder Arzneimitteln, nach der geltenden Rechtslage weder als Amtsträger im Sinne der §§ 331 ff. StGB noch als „Beauftragter der gesetzlichen Krankenkassen“ im Sinne des § 299 StGB strafbar macht. Aber zugleich betonte der BGH die grundsätzliche Berechtigung des Anliegens, „korruptivem Verhalten im Gesundheitswesen“ und „Missständen, die gravierende finanzielle Belastungen des Gesundheitssystems zur Folge haben, auch mit den Mitteln des Strafrechts effektiv entgegenzutreten“.

Die Bundesregierung hat inzwischen angekündigt, die Frage, welche Konsequenzen aus dieser BGH-Entscheidung gezogen werden müssen, gründlich zu prüfen. Es spricht viel dafür, Fehlverhalten von einzelnen Vertragsärzten und anderen Heilberuflern durch eine eigenständige Strafnorm zu sanktionieren.



Gernot Kiefer

Berlin, im September 2012

Gernot Kiefer
Vorstand des GKV-Spitzenverbandes

Inhaltsübersicht

Zusammenfassung	6
1. Die Relevanz der Norm	14
1.1 Normkenntnis	14
1.1.1 „Law in the Books“	14
1.1.2 Einschätzung des Kenntnisstands	18
1.2. „Law in Action“	20
1.2.1 Relevanz der Regelungen im beruflichen Alltag	20
1.2.2 Relevanz in den Medien und Vermittlung in Weiterbildung	22
1.2.3 Information durch berufsbezogene Organisationen	23
1.3. Einstellungen zu den Regelungen	25
1.3.1 Gängige Praxis	25
1.3.2 Beurteilung der rechtlichen Regelung	25
2. Die Praxis aus Sicht der Befragten	27
2.1. Verstöße gegen Wettbewerbsrecht	27
2.1.1 Aus Sicht der niedergelassenen Ärzte	27
2.1.2 Aus Sicht der Krankenhäuser und anderen stationären Einrichtungen	29
2.1.3 Aus Sicht der nicht-ärztlichen Leistungserbringer	29
2.2. Bedeutung wirtschaftlicher Vorteile	32
2.2.1 Aus Sicht der niedergelassenen Ärzte	32
2.2.2 Aus Sicht der Krankenhäuser und anderen stationären Einrichtungen	34
2.2.3 Aus Sicht der nicht-ärztlichen Leistungserbringer	35
2.2.4 Erstes Resümee	37
2.3. Art der wirtschaftlichen Vorteile	38
2.3.1 Aus Sicht der niedergelassenen Ärzte	38
2.3.2 Aus Sicht der stationären Einrichtungen	39
2.3.3 Aus Sicht der nicht-ärztlichen Leistungserbringer	40
2.3.4 Direkte und indirekte Schäden auf Seiten nicht-ärztlicher Leistungserbringer	41

3. Fallstudien	44
3.1. Verbreitung	44
3.1.1. Anzahl konkreter Fallberichte	44
3.1.2. Relevanz des Problembewusstseins	45
3.1.3. Erfahrungen der niedergelassenen Ärzte	46
3.1.4. Relevanz von wirtschaftlicher Situation, Berufsalter und Stadt-Land	47
3.1.5. Geber der Zuwendungsangebote an Ärzte	49
3.1.6. Erfahrungen der stationären Einrichtungen in einer „Gebersituation“	50
3.1.7. Erfahrungen der Krankenhäuser in einer „Angebotsituation“	51
3.1.8. Erfahrungen der nicht-ärztlichen Leistungserbringer	52
3.2. Art der wirtschaftlichen Vorteile	55
3.3. Ökonomische Einstellungen gegenüber Zuwendungserwartungen	56
3.4. Ethische Bewertung durch die Befragten und Risikoeinschätzungen	57
3.5. Reaktionen der Betroffenen	59
3.6. Häufigkeit und Absicherung von Vereinbarungen	60
4. Bewältigungspraxis der nicht-ärztlichen Leistungserbringer	62
4.1. Ansprechpartner bzw. Informationsquellen	62
4.2. Bedenken bei der Thematisierung rechtlicher Fragen zur Beteiligungspraxis	64
5. Kriminalpolitische Schlussfolgerungen	66
Methodisches Vorgehen	68
1. Konstruktion des Fragebogens	68
2. Größe und Zusammensetzung der Stichproben	69
3. Durchführung der Erhebung	74
Anhang	75
„Law in the books“	75
Durchführung der Studie	78

Zusammenfassung

Untersuchungsgegenstand

Im Zusammenhang mit der seit dem Jahr 2009 anhaltenden öffentlichen Debatte um sogenannte „Zuweiserrprämien“ wurde immer wieder vermutet, dass niedergelassene Ärzte für die Zuweisung von Patienten oder von Untersuchungsmaterial an andere Ärzte ein Entgelt oder andere wirtschaftliche Vorteile entgegennehmen oder gewähren. Auch die Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten mit Krankenhäusern oder mit nicht-ärztlichen Leistungserbringern könnte von solchen illegalen Praktiken durchzogen sein. Hier wird ein beachtliches Dunkelfeld vermutet.

Allerdings fehlte bislang eine repräsentative Untersuchung, ob gezielte Patientenzuweisungen gegen wirtschaftliche Vorteile in der Versorgungspraxis tatsächlich üblich sind und wie häufig und in welcher Form sie vorkommen. Der GKV-Spitzenverband hat deshalb das Economy & Crime Research Center der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, unter Leitung von Prof. Dr. Kai-D. Bussmann, mit der Durchführung einer empirischen Studie zu Verbreitung, Ausmaß und Ursachen unzulässiger Zusammenarbeit im Gesundheitswesen am Beispiel von „Zuweisungen gegen Entgelt“ beauftragt.

Methode

Im Auftrag des Economy & Crime Research Center der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg hat die TNS Emnid Medien- und Sozialforschung GmbH, Bielefeld, dazu im Herbst 2011 bundesweit 1.141 niedergelassene Ärzte, leitende Angestellte von stationären Einrichtungen sowie nicht-ärztliche Leistungserbringer telefonisch interviewt.

Dabei wurden insgesamt 600 niedergelassene Ärzte innerhalb von zehn (Fach-)Ärztgruppen mit jeweils 60 Ärzten befragt. Des Weiteren wurde nach der Wahrnehmung von 361 nicht-ärztlichen Leistungserbringern (z. B. Apotheken, Sanitätshäuser, Hörgeräteakustiker, Orthopädieschuhmacher oder Physiotherapeuten) sowie von 180 leitenden Mitarbeitern stationärer Einrichtungen (Krankenhäuser, Reha- und Kureinrichtungen sowie Pflegeheime) gefragt. Die Ergebnisse der Studie basieren auf einer Selbsteinschätzung und branchenbezogenen Einschätzung medizinischer Leistungserbringer in Bezug auf Wissen und Einstellung zu berufs- und sozialrechtlichen Rechtsnormen sowie zur Zuweisungspraxis.

Ergänzt wurde die Befragung der drei Berufsgruppen durch Fallstudien zu eigenem Verhalten und damit verbundenen Einstellungen. Die niedergelassenen Ärzte und stationären Einrichtungen wurden nach einer konkreten Situation befragt, in der diesen ein Angebot wirtschaftlicher Vorteile für die Zuweisung unterbreitet wurde („Angebotssituation“). Darüber hinaus wurden alle Befragten nach einer konkreten Situation gefragt, in der von diesen wirtschaftliche Vorteile für die Zuweisung erwartet wurden („Erwartungshaltung“).

Die Befragung erfüllt alle Kriterien, die an eine repräsentative Studie gestellt werden. Die Auswahl der Interviewpersonen erfolgte innerhalb der gebildeten Gruppen nach dem Zufallsprinzip.

Wesentliche Ergebnisse der empirischen Studie sind:

Relevanz der Normen

Für die Wirkung einer gesetzlichen Regelung ist Voraussetzung, dass die Normadressaten sie überhaupt kennen. Im Rahmen der Studie wurden die niedergelassenen Ärzte daher nach der Regelung der Zuweisung von Patienten und Untersuchungsmaterial gegen wirtschaftliche Vorteile in der Berufsordnung für Ärzte gefragt. Nach der berufsrechtlichen Regelung des § 31 der (Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärzte (MBO-Ä) ist es Ärzten verboten, sich für die Zuweisung von Patienten oder Untersuchungsmaterial an andere Ärzte oder nicht-ärztliche Leistungserbringer ein Entgelt oder andere Vorteile versprechen oder gewähren zu lassen bzw. selbst zu versprechen oder zu gewähren. Der § 31 MBO-Ä wurde in alle Berufsordnungen der Landesärztekammern übernommen und besitzt somit Bindungswirkung für alle Ärzte. Trotzdem antworteten 19 % der befragten niedergelassenen Ärzte, dass sie die Regelung in § 31 MBO-Ä entweder nicht kennen oder sich nie für sie interessiert haben. 35 % fühlen sich zudem nicht ausreichend darüber informiert.

Ein vergleichbares sozialrechtliches Verbot für nicht-ärztliche Leistungserbringer bzw. Krankenhäuser und andere stationäre Einrichtungen findet sich in § 128 Abs. 2 und 6 SGB V. Danach ist es nicht-ärztlichen Leistungserbringern verboten, Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen, aber auch Krankenhausträger selbst gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfs- oder Arzneimitteln zu beteiligen oder solche Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfs- oder Arzneimitteln zu gewähren. Mit der Normkenntnis sieht es auch in diesen beiden Gruppen kaum besser aus. 17 % der stationären Einrichtungen äußerten Unkenntnis bzw. Desinteresse. Bei den nicht-ärztlichen Leistungserbringern beträgt diese Quote sogar 21 %.

Angesichts der Bedeutung beider berufsständischer Regelungen ist diese Quote mangelnder Normkenntnis in allen drei Berufsgruppen erschreckend hoch.

Einstellungen zu den Regelungen

Die große Mehrheit der drei Berufsgruppen ist der Auffassung, dass eine Zuweisung bzw. Beteiligung an der medizinischen Versorgung gegen wirtschaftliche Vorteile klar verboten ist, aber sie wird von ca. 40 % als bloße Handlungsorientierung angesehen. Dies lässt bereits auf eine gewisse Verbreitung dieser Praxis schließen. Als praxisferne Regelung bewerteten sie gar 39 % der Ärzte, 40 % der nicht-ärztlichen Leistungserbringer und 26 % der stationären Einrichtungen. Auch neigte ein großer Teil der Befragten in allen Gruppen dazu, die Rechtslage als unübersichtlich einzustufen. Dieser Ansicht waren insbesondere niedergelassene Ärzte und nicht-ärztliche Leistungserbringer; mehr als jeder zweite von ihnen stimmte hier zu. Mit dieser Beurteilung korrespondiert die Wahrnehmung vieler rechtlicher Ausnahmen. Am häufigsten bestätigten nicht-ärztliche Leistungserbringer und Vertreter stationärer Einrichtungen diese Sicht, bei den niedergelassenen Ärzten war es jeder vierte.

Häufigkeit der Zuweisungspraxis gegen wirtschaftliche Vorteile

Nach den bisherigen Ergebnissen überrascht es kaum, dass die rechtlichen Regelungen auch nach Einschätzung vieler Befragter in der eigenen Branche kaum beachtet werden. In der Wahrnehmung der Befragten finden häufig gezielte Zuweisungen statt. Noch gravierender ist, dass in vielen Fällen durchaus auch wirtschaftliche Vorteile gewährt werden und es sich dabei keinesfalls um reine Ausnahmen handelt.

Auf die Frage nach einer Bewertung der berufs- bzw. sozialrechtlichen Regelung zur Zuweisung gegen wirtschaftliche Vorteile gaben 14 % der niedergelassenen Ärzte an, dass es sich um eine gängige Praxis handele, 35 % stimmten zumindest teilweise zu.

Aus Sicht der beiden anderen Gruppen sind Zuweisungen gegen wirtschaftliche Vorteile jedoch noch weiter verbreitet. Etwa ein Viertel (24 %) der stationären Einrichtungen und fast jeder zweite (46 %) nicht-ärztliche Leistungserbringer bezeichneten diese Praxis als durchaus gängig.

Nach der Häufigkeit gezielter Zuweisungen gegen wirtschaftliche Vorteile gefragt, schätzt jeder fünfte niedergelassene Arzt ein, dass die Zuweisungspraxis gegenüber anderen Ärzten und nicht-ärztlichen Leistungserbringern gelegentlich oder gar häufig (ca. 20 %) erfolgt. Gegenüber Krankenhäusern beurteilten 17 % der niedergelassenen Ärzte diese Praxis als gelegentlich oder häufig.

Befragt man hingegen Vertreter von Krankenhäusern, dann scheint diese Praxis weiter verbreitet zu sein, als niedergelassene Ärzte dies wahrnehmen. 40 % der befragten Krankenhäuser schätzen Zuweisungen gegen wirtschaftliche Vorteile als gelegentlich oder sogar häufig ein.

Noch etablierter ist diese Zuweisungspraxis nach Einschätzung der nicht-ärztlichen Leistungserbringer. Etwa zwei Drittel (65 %) der nicht-ärztlichen Leistungserbringer meinten, dass niedergelassenen Ärzten gelegentlich oder häufig wirtschaftliche Vorteile für Zuweisungen gewährt würden. So berichtete beispielsweise jeder dritte Hörgeräteakustiker über häufige Vergütungen an Ärzte, 43 % bezeichneten diese Praxis zumindest als gelegentlich.

Ergebnisse der Fallstudie

Die zusätzliche Fallstudie zu konkret erlebten Angeboten und Erwartungen bestätigt im Wesentlichen die Häufigkeit der Zuweisungspraxis. Hiernach berichtete über ein Viertel der niedergelassenen Ärzte und Krankenhäuser darüber, dass man ihnen in den letzten zwei Jahren mindestens einmal derartige Zuwendungen angeboten hat. Auf der anderen Seite berichteten 15 % der niedergelassenen Ärzte über mindestens eine Situation, in der Zuwendungen für Patientenzuweisungen von ihnen erwartet wurden. Bei den stationären Einrichtungen berichtete jede vierte über entsprechende Erwartungen der zuweisenden niedergelassenen Ärzte und fast jeder zweite nicht-ärztliche Leistungserbringer hat ähnliche Erfahrungen gemacht. Nach den konkreten Fallberichten der nicht-ärztlichen Leistungserbringer zu urteilen, erwarten niedergelassene Ärzte und stationäre Einrichtungen von ihnen weitaus häufiger wirtschaftliche Vorteile. Die Fallberichte der nicht-ärztlichen Leistungserbringer bestätigen damit den zuvor gewonnenen Eindruck, dass sie am häufigsten zusätzliche Vergütungen gewähren müssen. Folgt man ihren konkreten Fallberichten, so erwarten vor allem niedergelassene Ärzte wirtschaftliche Vorteile für die Beteiligung an der Arznei- oder Hilfsmittelversorgung.

Die Ergebnisse der Fallstudie zeigen, dass Zuweisungen gegen Entgelt vielfach lebendige Praxis sind. Insgesamt nannten 1.141 Befragte 317 Situationen, in denen ihnen wirtschaftliche Vorteile für Zuweisungen angeboten, und 174 Situationen, in denen von ihnen solche Vorteile erwartet wurden – somit insgesamt 491 Fälle. Dabei ist der relativ kurze Bezugsrahmen von nur zwei Jahren zu berücksichtigen, länger zurückliegende „Anbahnungsversuche“ wurden nicht erhoben. Ferner befanden sich einige von ihnen mehrmals in derartigen Situationen. Die relativ hohe Zahl der genannten Situationen belegt, dass es sich nicht um Einzelfälle, sondern um eine gelebte Praxis handelt, auch wenn in den Interviews nur wenige konkrete Vereinbarungen einräumten.

Denn bei allem muss man bedenken, dass Angebote und Erwartungen, die in der Regel enttäuscht werden, kaum weiter versucht bzw. geäußert werden dürften. Eine solche „Anbahnungspraxis“ müsste aufgrund ihrer Chancenlosigkeit „absterben“. Gemessen hieran wurde über zu viele derartige Situationen berichtet. Es ist daher davon auszugehen, dass in vielen Fällen die Angebote angenommen und die Erwartungen nicht enttäuscht werden.

Zusammenhänge

Im Rahmen der Fallstudie zeigte sich bei niedergelassenen Ärzten, dass vor allem junge Ärzte mit entsprechend jungen Praxen deutlich häufiger über Angebotssituationen berichten als diejenigen, die bereits seit mehr als 20 Jahren niedergelassen sind. Die Gründe hierfür ließen sich nicht aufklären. Es beunruhigt indes, wenn jüngere Ärzte häufiger über derartige Angebote berichten. Überdies zeigte sich bei nicht-ärztlichen Leistungserbringern ein ähnliches Phänomen. Jüngere Unternehmen sehen sich häufiger entsprechenden Vergütungserwartungen ausgesetzt. Dies spricht für eine Erwartung der anderen Marktteilnehmer, dass sich Berufsstarter quasi erst in den Markt einkaufen müssen. Allerdings können wir auch nicht ausschließen, dass Berufsstarter von sich aus versuchen, auf diese Weise ihren Eintritt in den Markt zu erleichtern.

Stationäre Einrichtungen, die sich in einer schlechten wirtschaftlichen Situation befanden, berichteten öfter davon, wirtschaftliche Vorteile für die Zuweisung von Patienten zu gewähren. Ein Stadt-Land-Gefälle konnte in dieser Studie allerdings für keine Gruppe nachgewiesen werden.

Des Weiteren stellt die Fallanalyse heraus, dass sich ein großer Teil der Befragten in der konkreten Situation der mangelnden Kontrollen und Sanktionen durch die jeweiligen berufsständischen Verantwortlichen bewusst war. Dies betrifft vor allem die Gruppe der niedergelassenen Ärzte (52 %) und nicht-ärztlichen Leistungserbringer (53 %). Die von den Befragten wahrgenommene gängige Praxis der Zuweisungs- bzw. Beteiligungsvergütung lebt somit in vielen Fällen davon, dass die Entdeckungsrisiken für die Akteure relativ gering und die Nachteile für den Berufsstand sowie für das Gesundheitssystem insgesamt weit entfernt sind. Zugleich äußert eine Mehrheit der Befragten aber auch ein Problembewusstsein und sieht durchaus negative Seiten dieser Praxis.

Art der wirtschaftlichen Vorteile

Sowohl im Rahmen einer allgemeinen Einschätzung zur Häufigkeit als auch im Rahmen der konkreten Fallstudien wurde nach der Art der angebotenen bzw. erwarteten wirtschaftlichen Vorteile gefragt. Insbesondere im Ergebnis der Fallanalysen wurde deutlich, dass es grundsätzlich keine dominierende Form der wirtschaftlichen Vorteile gibt.

In unseren Fallanalysen berichteten alle drei Gruppen übereinstimmend über finanzielle Zuwendungs-erwartungen (über 50 % der Fälle). Relativ häufig wurde die Übernahme von Tagungskosten oder die Vereinbarung prä-/post-operativer Betreuungsleistungen zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern erwartet. Nach Angaben von nicht-ärztlichen Leistungserbringern wurden neben finanziellen Zuwendungen (58 %) überwiegend Vergünstigungen erwartet, wie eine Übernahme der Kosten für Tagungen (30 %) oder Sachleistungen, z. B. eine kostenlose Überlassung von Geräten (46 %). Erwartet wurde dies überwiegend von Ärzten (75 %).

Schäden durch Zuweisungen gegen Entgelt

Drei Viertel der nicht-ärztlichen Leistungserbringer gaben an, dass ihnen durch die wettbewerbswidrige Praxis von Wettbewerbern in den zurückliegenden zwei Jahren ein finanzieller Schaden beispielsweise durch Umsatzeinbußen entstanden ist.

Nur 28 % bezeichneten diesen Schaden als gering, aber 32 % berichteten über mittelschwere und 15 % sogar über gravierende wirtschaftliche Nachteile. Im Durchschnitt schätzten sie ihren Wettbewerbsscha- den auf 14 % ihres Jahresumsatzes. Vor allem Hörgeräteakustiker, Orthopädieschuhtechniker, -schuh- macher und Sanitätshäuser/Orthopädietechniker sind hiernach überdurchschnittlich stark betroffen.

Bewältigungspraxis

Offenbar sind sich die meisten befragten Betroffenen der rechtlich heiklen Situation bewusst. In der realen Situation ist die Neigung hoch, die Art und Höhe der erwarteten Gegenleistung und insbesondere die rechtlichen Möglichkeiten und Grenzen mit dem Gegenüber zu besprechen. Insbesondere stationäre Einrichtungen sichern sich sehr viel stärker rechtlich ab. In jedem zweiten Fall wurde von ihnen ein Rechtsrat aus dem eigenen Haus eingeholt.

Niedergelassene Ärzte tendieren eher dazu, die rechtlichen und wirtschaftlichen Bedingungen nur mit dem Fordernden zu erörtern und generell diese Form der Geschäftsbeziehung nicht nach außen dringen zu lassen. Nur 11 % der betroffenen niedergelassenen Ärzte haben sich an ihre Ärztekammer gewandt. Die sogenannten „Clearingstellen“, die im Ergebnis der öffentlichen Debatte um die sogenannten „Zuweiserprämien“ seit dem Jahr 2009 von der Ärzte- und Krankenhausvertretung bei allen Landes- ärztekammern eingerichtet wurden, scheinen für sie eine geringe Rolle zu spielen. Nur 3 % wandten sich an eine solche Clearingstelle. Aber auch für die betroffenen stationären Einrichtungen scheinen die vorgesehenen Clearingstellen keine Alternative zu sein; nur wenige (16 %) suchen hier Rat und Hilfe. Ganz anders die nicht-ärztlichen Leistungserbringer: Über ein Drittel (36 %) informierten ihren Berufs- verband über diesen konkreten Fall von erwarteten Zuwendungen.

Fazit und Empfehlung präventiver Maßnahmen

Die Studie verfolgt einen rechtssoziologischen Ansatz. Sie untersuchte das Normbewusstsein und die Rechtswirklichkeit. Die Aussagen der Befragten zu den hier einschlägigen berufsrechtlichen und sozial- gesetzlichen Regelungen zeigen einen erschreckend großen Mangel an Normkenntnis.

Rechtstatsächlich belegen die Selbsteinschätzungen niedergelassener Ärzte, leitender Mitarbeiter stationärer Einrichtungen und nicht-ärztlicher Leistungserbringer, dass Patientenzuweisungen gegen Entgelt und andere wirtschaftliche Vorteile im deutschen Gesundheitswesen keine Einzelfälle, sondern eine verbreitete Praxis sind. Auch die relativ hohe Zahl der konkret genannten Situationen, in denen entweder eine Zuwendung erwartet oder angeboten wurde, lässt vermuten, dass es sich im gegenwärtigen Gesundheitssystem um ein lebendiges Phänomen handelt, welches sich quer durch alle Berufsgruppen zieht.

Finanzielle Zuwendungen und Sachleistungen, wie die unentgeltliche Überlassung von Geräten, werden dabei nach Meinung vieler Befragter als gängige Art der wirtschaftlichen Vorteile gewährt bzw. entgegengenommen. Niedergelassene Ärzte und stationäre Einrichtungen können dabei sowohl als Geber als auch als Nehmer auftreten. Im Gegensatz dazu fungieren nicht-ärztliche Leistungserbringer nach Wahrnehmung der Studienteilnehmer in der Regel nur als Geber. Für nicht wenige unter ihnen dürfte sich diese Praxis, niedergelassenen Ärzten oder stationären Einrichtungen wirtschaftliche Vorteile zu gewähren, zu einem Geschäftsmodell verfestigt haben. Auch in der Beziehung zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten bestehen Anzeichen für bedenkliche merkantile Entwicklungen.

Die Studie kann aufgrund nur eines Erhebungszeitpunkts keine Aussagen über die Entwicklung treffen, dennoch alarmiert, dass vor allem jüngere niedergelassene Ärzte und jüngere nicht-ärztliche Leistungserbringer über derartige Praktiken berichten. Dies lässt einen womöglich systemischen Wandel unseres Gesundheitssystems befürchten. Gehandelt wird vielfach in dem Bewusstsein, dass wirksame Kontrollen und Sanktionen nicht zu befürchten sind. Auch hieran zeigt sich, dass die Ärztekammern schon jetzt über kaum wirksame Kontrollmechanismen verfügen. Das subjektive Entdeckungsrisiko ist zu niedrig, um überhaupt eine Abschreckungswirkung entfalten zu können. Das Dunkelfeld dürfte daher sehr viel größer sein, als die Ergebnisse dieser Studie bereits vermuten lassen.

Durch die jüngste Entwicklung in der Rechtsprechung¹ werden sich die Kontrolldefizite noch weiter verstärken. Zum einen entfällt nunmehr für niedergelassene Ärzte das Risiko einer Strafbarkeit wegen Bestechlichkeit. Zum anderen verfügen Ärztekammern nicht über die Ermittlungskompetenzen einer Staatsanwaltschaft, sodass das subjektive Entdeckungsrisiko weiter abnehmen dürfte. Hieraus leitet sich ein konkreter Handlungsbedarf des Gesetzgebers ab. Die Strafbarkeitslücken sollten geschlossen werden, auch um die normativen Dissonanzen zwischen niedergelassenen und angestellten Ärzten aufzuheben. Diese schwächen den normativen Appell der Unbestechlichkeit.

Die Ergebnisse der Studie legen nahe, Maßnahmen zur Erhöhung des Problembewusstseins und zur Schärfung des ethischen Bewusstseins in allen Berufsgruppen einzuführen. Hierzu bedarf es auch der Unterstützung durch das Strafrecht, um das Unrechtsbewusstsein zu fördern und die Geltung der berufs- und sozialrechtlichen Verbote gegen zu beobachtende Auflösungstendenzen zu schützen. Denn es besteht in der gegenwärtigen faktischen und rechtlichen Situation mehr denn je die Gefahr, dass im Zuge der wachsenden Ökonomisierung des Gesundheitssystems die ethische Bedeutung des berufs- und sozialrechtlichen Verbots jeglicher Bestechlichkeit erodiert. Die Studie zeigt zwar, dass es immer noch ein ethisches Bewusstsein insbesondere in der Ärzteschaft hierüber gibt, aber Kosten-Nutzen-Überlegungen auch auf Seiten der Krankenhäuser und nicht-ärztlichen Leistungserbringer drohen eine nachhaltige, ethisch ausgerichtete berufliche Sozialisation zu verhindern und zu verdrängen.

1 BGH, Beschluss vom 29.03.2012 - GSSt 2/11.

Das Strafrecht kann und sollte diesem Prozess entgegenwirken. Die ethische Sozialisationsleistung muss jedoch überdies dort erfolgen, wo diese Verhaltensformen als rationale Handlungsalternative tatsächlich erwogen werden.² Hier scheint es derzeit auf allen Ebenen des Gesundheitssystems ebenfalls Handlungsbedarf zu geben.

Ein zentrales Handlungsfeld für die berufsständischen Organisationen der drei befragten Gruppen ist ein umfassendes Integritätsprogramm mit folgenden Zielen:

- Enttabuisierung der Diskussion über Fehlentwicklungen
- Ausbau der Maßnahmen zur Sensibilisierung und rechtlichen Beratung der Betroffenen
- Verstärkung des ethischen Problembewusstseins in den betroffenen Berufsgruppen
- Intensivierung von Kontrollmaßnahmen bspw. durch Einführung von Hinweisgebersystemen für Ärzte, stationäre Einrichtungen und nicht-ärztliche Leistungserbringer
- Entwicklung von wirksamen Kontrollmaßnahmen insbesondere aufseiten der Ärztekammern und Krankenhausgesellschaften
- Abstimmung der Präventions- und Kontrollmaßnahmen zwischen Ärztekammern, Krankenhausgesellschaften, Berufsverbänden sowie mit den Krankenkassen
- Evaluation der implementierten Präventionsmaßnahmen und der weiteren Entwicklung.

² Siehe auch die Parallelen zur Wirtschaftskriminalität und im Wirtschaftsstrafrecht, Bussmann, Sozialisation in Unternehmen durch Compliance, in: Uwe Hellmann, Christian Schröder (Hrsg.), Festschrift für Hans Achenbach, 2011, S. 57-82.

1. Die Relevanz der Norm

1.1 Normkenntnis

1.1.1 „Law in the Books“

Für die Wirkung einer gesetzlichen Regelung ist Voraussetzung, dass die Normadressaten sie überhaupt kennen, ob es sich überhaupt um gelebtes Recht handelt, um „law in action“ oder doch nur um „law in the books“.

Im Rahmen dieser Studie wurden die niedergelassenen Ärzte nach der Regelung der Zuweisung von Patienten oder Untersuchungsmaterial gegen wirtschaftliche Vorteile in der Berufsordnung für Ärzte gefragt. Nach der berufsrechtlichen Regelung des § 31 der (Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärzte (MBO-Ä) ist es Ärzten³ verboten, sich für die Zuweisung von Patienten oder Untersuchungsmaterial ein Entgelt oder andere Vorteile versprechen oder gewähren zu lassen bzw. selbst zu versprechen oder zu gewähren (vgl. Anhang). Das Verbot gilt dabei nicht nur, wenn ein Arzt einem anderen Arzt Patienten zuweist, sondern auch für Patientenzuführungen an nicht-ärztliche Leistungserbringer.⁴ Der § 31 MBO-Ä wurde in alle Berufsordnungen der Landesärztekammern übernommen und besitzt somit Bindungswirkung für alle niedergelassenen Ärzte.

Das Verbot der Zuweisung von Patienten gegen Entgelt dient dem Patientenschutz.⁵ Schutzzweck der Norm ist, dass sich der behandelnde Arzt in seiner Entscheidung über die Zuweisung seiner Patienten nicht von vornherein für ein Entgelt oder andere Vorteile bindet, sondern diese Entscheidung unabhängig, allein aufgrund medizinischer Erwägungen im Interesse des Patienten trifft. Die Vorschrift soll darüber hinaus verhindern, dass sich Ärzte durch Vorteilsgewährung ungerechtfertigte Wettbewerbsvorteile gegenüber ihren Fachkollegen verschaffen. Die Verbotsnorm ist damit eine besondere Ausgestaltung des Gebots zum fairen Wettbewerb und zur Wahrung der Freiberuflichkeit.⁶

Für die Gruppe der niedergelassenen Ärzte befindet sich das Verbot der Zuweisung von Patienten oder Untersuchungsmaterial gegen wirtschaftliche Vorteile somit keinesfalls an randständiger Stelle. Auch handelt es sich in ihrer Grundaussage weder um eine schwer zu verstehende Regelung noch um eine „bürokratische Feinheit“, sondern sie sollte zumindest allen freiberuflich tätigen Ärzten bekannt sein.

Gleichwohl antworteten 13 % der befragten niedergelassenen Ärzte auf die Frage, wie sie diese Regelung zur Zuweisung von Patienten und Untersuchungsmaterial gegen wirtschaftliche Vorteile bewerten,⁷ dass sie diese Regelung nicht kennen bzw. noch nie davon gehört haben – somit mehr als jeder zehnte niedergelassene Arzt. Dies ist angesichts der Bedeutung dieses berufsrechtlichen Verbots ein erstaunlich hoher Anteil. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Antwort: „kenne ich gar nicht, habe noch nie davon gehört“, im Interview nicht vorgegeben wurde, sondern von den Befragten selbst so beantwortet wurde.⁸

3 Siehe auch die entsprechende berufsrechtliche Regelung für Zahnärzte in § 2 Abs. 7 und 8 MBO-Zahnärzte (MBO-Z) vom 19.05.2010.

4 Vgl. BGH, Urteil vom 13.01.2011 – I ZR 111/08 -, NJW 2011, 2211-2217; MedR 2011, 500-507.

5 So ausdrücklich Scholz, in: Spickhoff (Hrsg.), Medizinrecht, 2011, § 31 MBO, Rn. 1.

6 Ratzel, in: Ratzel/Lippert, Kommentar zur Musterberufsordnung der deutschen Ärzte (MBO), 5. Auflage, 2010, § 31 Rn. 2 f.

7 Originalfrage für niedergelassene Ärzte: „Die Berufsordnung für Ärzte regelt die Frage der Zuweisung von Patienten und Untersuchungsmaterial gegen wirtschaftliche Vorteile. Wie ist diese Regelung aus Ihrer Sicht zu bewerten?“

8 Die Antwortalternative „kenne ich gar nicht, habe nie davon gehört“ wurde im Unterschied zu den anderen Statements nicht vorgelesen, sondern die Befragten hatten sinngemäß diese Antwort gegeben.

Das vergleichbare sozialrechtliche Verbot für nicht-ärztliche Leistungserbringer bzw. Krankenhäuser und andere stationäre Einrichtungen findet sich in § 128 Abs. 2 und 6 SGB V. Danach ist es nicht-ärztlichen Leistungserbringern verboten, Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen, aber auch Krankenhausträger selbst, gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfs- oder Arzneimitteln zu beteiligen oder solche Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfs- oder Arzneimitteln zu gewähren.

Dieses gesetzliche Verbot der Zuwendung wirtschaftlicher Vorteile dient nach der Gesetzesbegründung dem Zweck, dass Vertrags- und Krankenhausärzte bei Verordnungsentscheidungen und Empfehlungen von nicht-ärztlichen Leistungserbringern unbeeinflusst von eigenen finanziellen Interessen bleiben und so die Wahlfreiheit des Versicherten wahren. Es soll die Konfliktsituation verhindert werden, in der Vertragsärzte von der Ausstellung einer Verordnung oder der Steuerung von Patienten profitieren.⁹

Mit der Normkenntnis sieht es in den Gruppen der nicht-ärztlichen Leistungserbringer¹⁰ und stationären Einrichtungen¹¹ aber nicht besser aus, eher schlechter. 19 % der Verantwortlichen in stationären Einrichtungen sowie 16 % der nicht-ärztlichen Leistungserbringer gaben bei der Frage nach der Bewertung der entsprechenden Regelung im SGB V an, dass ihnen diese unbekannt sei.

Auf die weitere Frage, wie gut sich die Befragten über die im Interview explizit genannte Regelung informiert fühlen,¹² antworteten 6 % der niedergelassenen Ärzte, dass sie sich selbst nie für diese Regelung interessiert haben. Addieren wir die Anteile derjenigen hinzu, die entweder das Verbot in der ärztlichen Berufsordnung nicht kennen oder sich noch nie dafür interessiert haben, so äußerten 19 % der niedergelassenen Ärzte Unkenntnis bzw. Desinteresse. Bei den stationären Einrichtungen beträgt diese Quote 17 %, bei den nicht-ärztlichen Leistungserbringern 21 %.

Somit gab etwa jeder fünfte Befragte im Gesundheitswesen an, seine berufsspezifischen Regelungen bezüglich des Verbots von Zuweisungen gegen wirtschaftliche Vorteile entweder nicht zu kennen bzw. sich dafür nicht zu interessieren. Dies erscheint angesichts der Bedeutung dieser Verbotsnormen ein relativ hoher Wert.

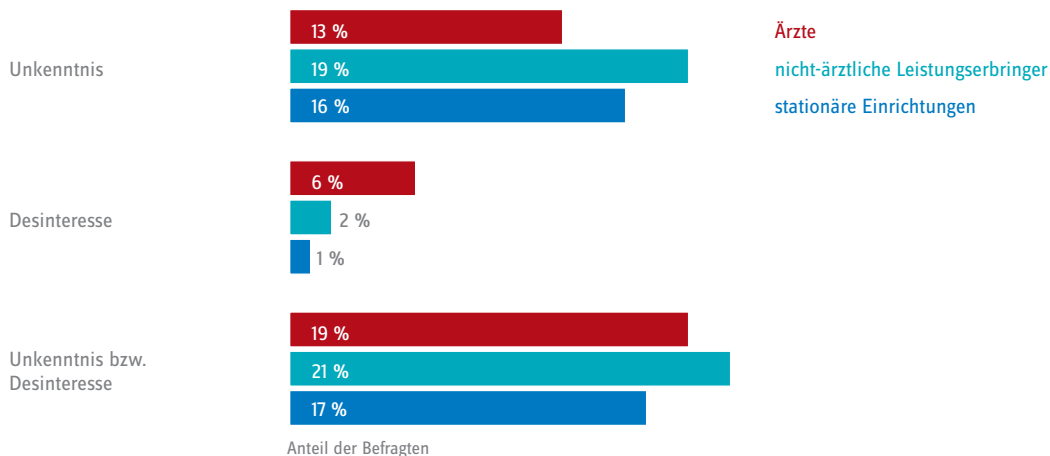
9 Vgl. BT-Drs. 16/10609, S. 73 zu § 128 Abs. 2 SGB V; vgl. zum Zweck der Norm auch Flasbarth, in: Orlowski/Rau/Wasem/Zipperer (Hrsg.), GKV Kommentar, SGB V, 26. Aktualisierung 2012, § 128 Rn. 7 ff.

10 Originalfrage für nicht-ärztliche Leistungserbringer: „Das SGB V und Verträge mit Krankenkassen regeln die Beteiligung von Ärzten an der Arznei- bzw. Hilfsmittelversorgung von Patienten gegen wirtschaftliche Vorteile. Wie ist diese Regelung aus Ihrer Sicht zu bewerten?“

11 Originalfrage für stationäre Einrichtungen: „Das SGB V und die Verträge mit den Krankenkassen regeln die Zuweisung von Patienten und die Arznei- bzw. Hilfsmittelversorgung gegen Entgelt bzw. sonstige wirtschaftliche Vorteile. Wie sind diese Regelungen aus Ihrer Sicht zu bewerten?“

12 Originalfrage: „Wie gut fühlen Sie sich über die genannte Regelung informiert?“

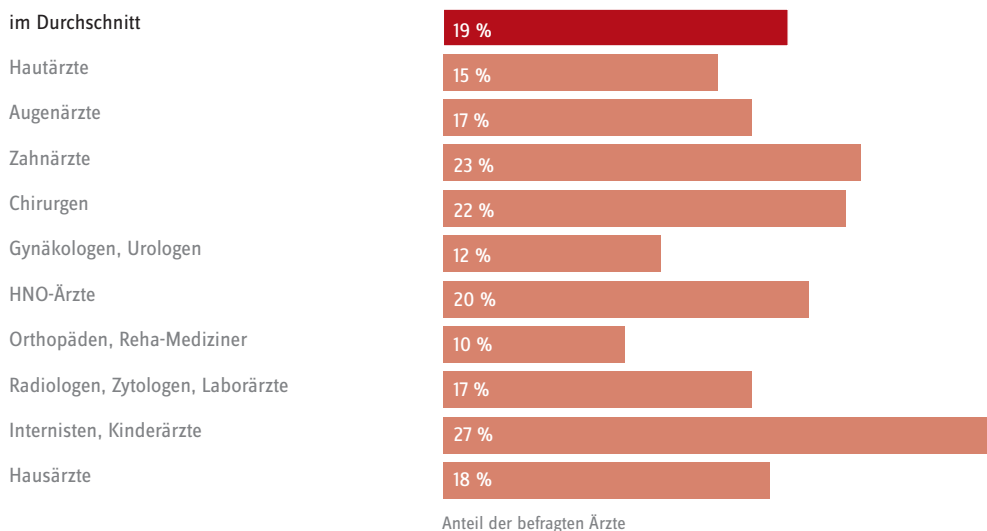
Abb. 1: Kenntnis der berufsrechtlichen bzw. sozialgesetzlichen Regelung zum Verbot der Zuweisung von Patienten gegen wirtschaftliche Vorteile



Innerhalb der drei Gruppen streut der Anteil der Unkenntnis bzw. des Desinteresses relativ gleichmäßig. Die meisten kleineren Abweichungen vom Mittelwert sind zu gering, um statistisch signifikant zu sein¹³. Gleichwohl gibt es innerhalb der drei Gruppen Auffälligkeiten.

Innerhalb der Gruppe der niedergelassenen Ärzte gaben Gynäkologen, Urologen sowie Orthopäden überdurchschnittlich selten an, dass ihnen diese berufsrechtliche Regelung unbekannt sei bzw. sie desinteressiert seien. Eine Differenzierung hinsichtlich der Praxistypen zeigte sich nicht. Auffallend häufig hingegen äußerte die Gruppe der Internisten und Kinderärzte Unkenntnis bzw. Desinteresse.

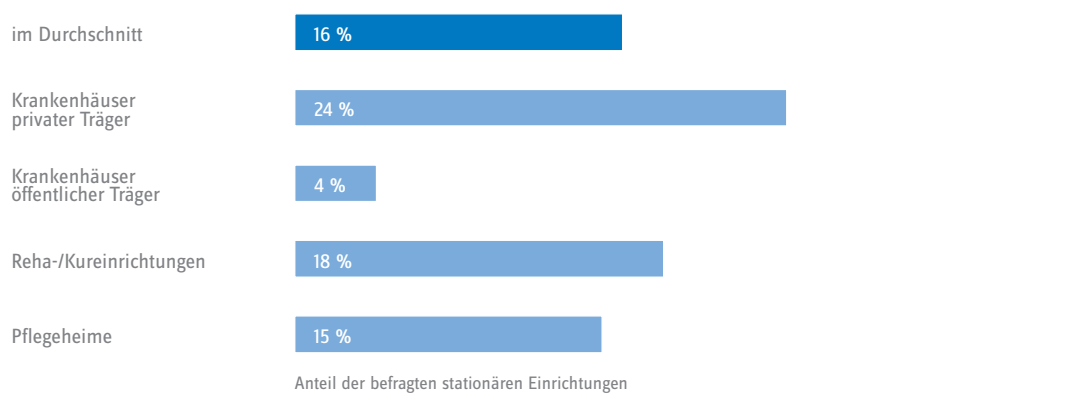
Abb. 2: Unkenntnis und Desinteressierte an der Regelung des § 31 MBO-Ä bzw. § 2 MBO-Z in den (Fach-)Ärztegruppen



13 Überdies zeigten sich diesbezüglich keine interpretierbaren Unterschiede zwischen den Praxistypen, der wirtschaftlichen Situation sowie der Ortsgröße und den Bundesländern.

Innerhalb der stationären Einrichtungen fällt auf, dass Krankenhäuser mit öffentlichen Trägern ein überdurchschnittlich hohes Interesse an diesen Regelungen zeigen. Der Anteil derjenigen, die über keine Kenntnis verfügen bzw. desinteressiert sind, ist mit 4 % unterdurchschnittlich. Im Übrigen sind die Unterschiede nicht signifikant. Die deutlich bessere Normkenntnis bei Krankenhäusern mit öffentlichen Trägern dürfte auch darauf zurückzuführen sein, dass angestellte Ärzte im öffentlichen Krankenhaus „Amtsträger“ im Sinne der §§ 331 ff StGB sind.

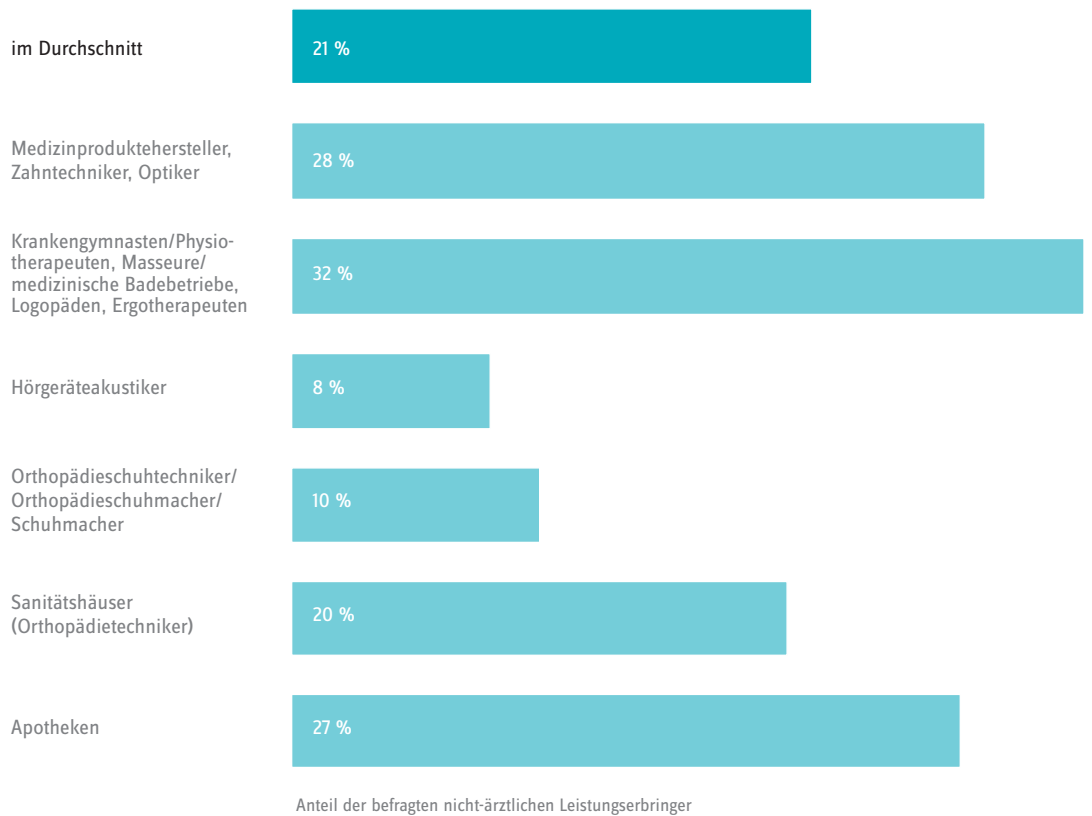
Abb. 3: Unkenntnis und Desinteressierte an der Regelung des § 128 SGB V



Bei den nicht-ärztlichen Leistungserbringern ist das Bild am wenigsten homogen. So zeigen sich Hörgeräteakustiker und die Gruppe der Orthopädieschuhtechniker bzw. -schuhmacher besonders informiert (8 % bzw. 10 %), während in der Gruppe der Apotheken (27 %) und der MedizinproduktHersteller, Zahntechniker und Optiker (28 %) überdurchschnittlich viele angaben, dass sie sich für die Regelung in § 128 Abs. 2, 6 SGB V nicht interessieren bzw. sie nicht kennen.

Eine überdurchschnittlich häufige Unkenntnis bzw. ein häufiges Desinteresse zeigt sich auch in unserer Gruppe der Krankengymnasten, Physiotherapeuten, Masseur, medizinische Badebetriebe, Logopäden und Ergotherapeuten (32 %). Dies könnte darauf zurückgeführt werden, dass die Versorgung mit Heilmitteln zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht vom Regelungsgehalt der Norm umfasst war. Erst durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurde zum 01.01.2012 insoweit ein neuer § 128 Abs. 5 b SGB V eingefügt (vgl. Anhang).

Abb. 4: Unkenntnis und Desinteressierte an der Regelung des § 128 SGB V



1.1.2 Einschätzung des Kenntnisstands

Nach den Selbsteinschätzungen der befragten niedergelassenen Ärzte fühlen sich überdies 34 % kaum über die betreffende berufsrechtliche Regelung informiert.¹⁴ Nur 60 % betrachten sich als gut bzw. ausreichend informiert. Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese Frage nur bei denen gestellt wurde, die angaben, diese Regelung überhaupt zu kennen, bei 13 % war dies ja nicht der Fall (s. o.).

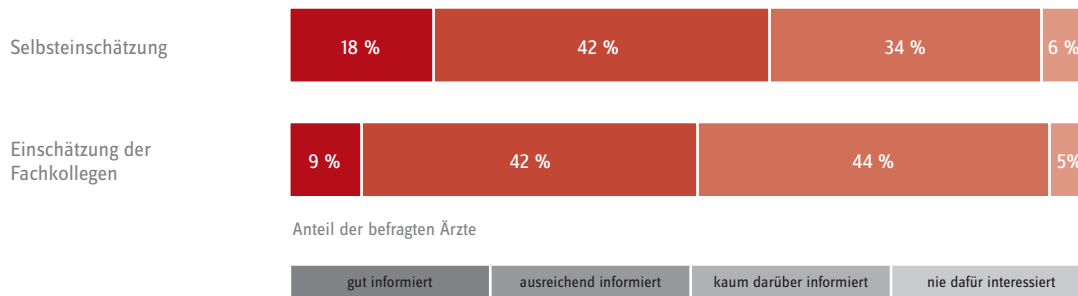
Bemerkenswert ist auch, dass die Einschätzung der Normkenntnis gegenüber den ärztlichen Fachkollegen skeptischer ausfällt.¹⁵ Bei den meisten Fachkollegen vermuteten 44 % der Befragten nur eine geringe Normkenntnis. Auch sinkt der Anteil derer, die eine gute bzw. ausreichende Kenntnis ihrer Fachkollegen annehmen, auf insgesamt 51 %.

Mit anderen Worten: Innerhalb der freiberuflich tätigen ärztlichen Community nimmt nur jeder Zweite an, dass die meisten Fachkollegen über den Regelungsgehalt des Verbots der Zuweisung gegen Entgelt gut bzw. ausreichend informiert sind. Die andere Hälfte vermutet bei ihren ärztlichen Fachkollegen ein nur geringes Interesse. Diese großenteils eher skeptischen Selbsteinschätzungen sprechen bereits dafür, dass dieser Regelung nicht der Stellenwert beigemessen wird, der ihr innerhalb des Berufsstandes eigentlich zukommen sollte.

¹⁴ Originalfrage: „Wie gut fühlen Sie sich über die genannte Regelung informiert?“

¹⁵ Originalfrage: „Und wie schätzen Sie dies bei Ihren Fachkollegen im Allgemeinen ein?“

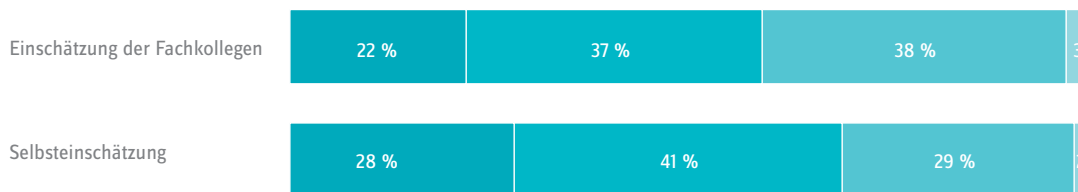
Abb. 5: Kenntnis der berufsrechtlichen Regelung zur Zuweisung gegen Entgelt bei Ärzten



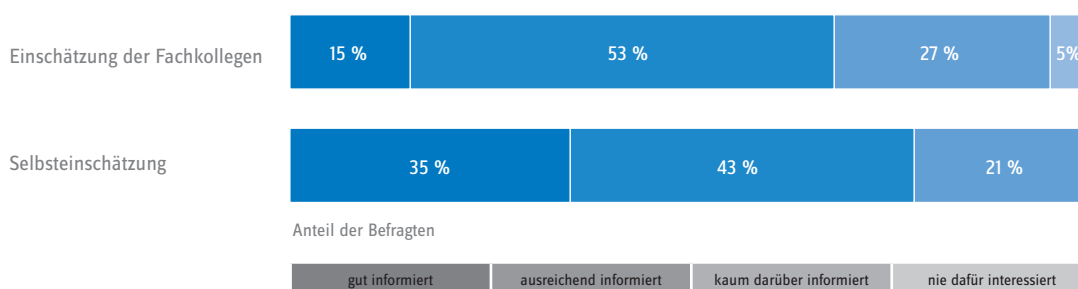
Für die beiden anderen Befragtengruppen ergibt sich demgegenüber ein positiveres Bild. Nach den Selbsteinschätzungen der befragten stationären Einrichtungen fühlen sich 78 % gut bzw. ausreichend informiert. Bei den nicht-ärztlichen Leistungserbringern liegt diese Quote bei 69 %. Allerdings ist hier ebenfalls zu berücksichtigen, dass diese Frage nur bei denen gestellt wurde, die angaben, diese Regelung überhaupt zu kennen, viele verneinten dies (s. o.). Außerdem wird die Normkenntnis für die eigene Community ebenfalls deutlich kritischer gesehen. So meinten nur 59 % der Befragten in der Gruppe der nicht-ärztlichen Leistungserbringer, dass die meisten von ihnen ausreichend oder gut informiert sind.

Abb. 6: Kenntnis der Regelung des § 128 SGB V bei stationären Einrichtungen und nicht-ärztlichen Leistungserbringern

Nicht-ärztliche Leistungserbringer

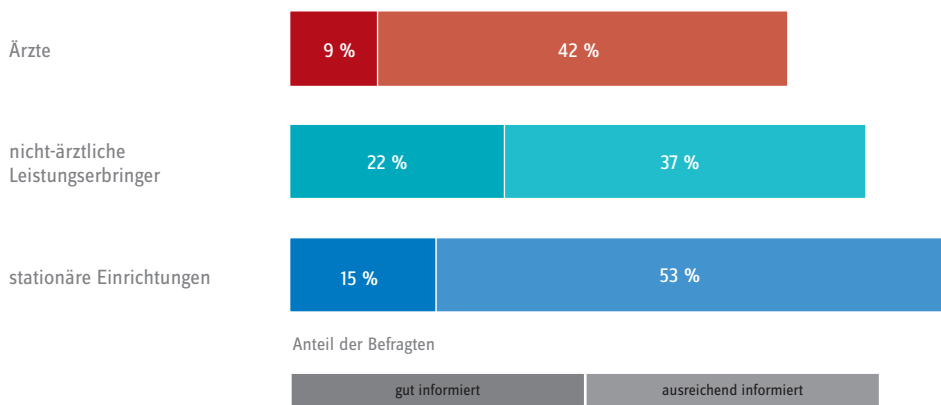


Stationäre Einrichtungen



Vergleichen wir alle drei Berufsgruppen bezüglich ihrer Wahrnehmung der Kenntnis der Zuweisungsregelung unter den Fachkollegen miteinander, so schneidet die Gruppe der niedergelassenen Ärzte am schlechtesten ab, wie die folgende Grafik veranschaulicht. Als gut informiert erachten nur 9 % der niedergelassenen Ärzte ihre Fachkollegen, gegenüber 15 % der Verantwortlichen in den stationären Einrichtungen sowie 22 % der nicht-ärztlichen Leistungserbringer.

Abb. 7: Bei Fachkollegen eingeschätzte Kenntnis der für sie relevanten Regelung (§ 31 MBO-Ä/§ 128 SGB V)



1.2. „Law in Action“

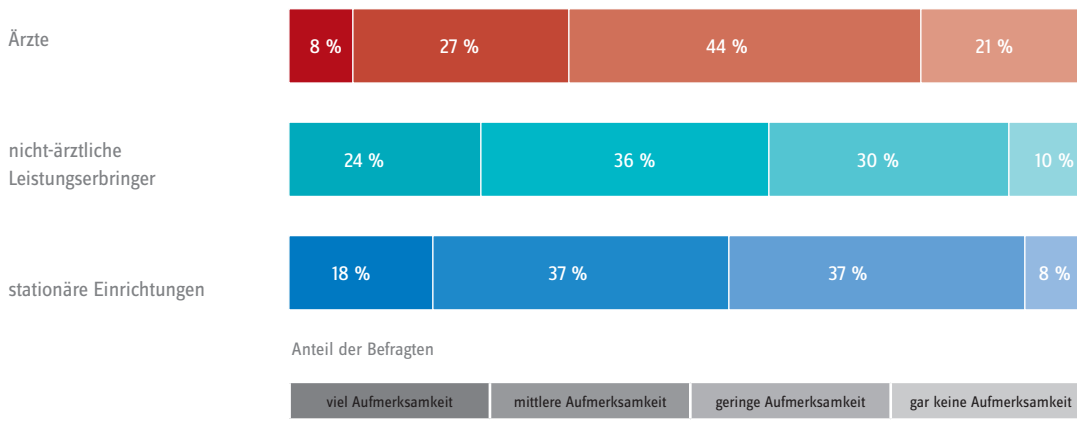
1.2.1 Relevanz der Regelungen im beruflichen Alltag

Als zweites Kriterium für die Frage, ob es sich um gelebtes Recht handelt, kommt es auf seine Relevanz in der Praxis an. Nur 8 % der befragten niedergelassenen Ärzte antworteten,¹⁶ dass im Gespräch mit ihren Fachkollegen dieser Regelung in ihrer Berufsordnung viel Aufmerksamkeit zukam, soweit Anlass hierfür bestand. Demgegenüber meinten fast zwei Drittel der befragten niedergelassenen Ärzte, dass dieser Regelung keine Aufmerksamkeit zukam (21 %) bzw. nur eine geringe Aufmerksamkeit (44 %). Obwohl der Kontext eine Thematisierung nahelegte, wurde diese Regelung vielfach nicht thematisiert.

Auch bei dieser Frage zeigten sich die anderen Berufsgruppen deutlich normorientierter. 18 % der Verantwortlichen in Krankenhäusern und anderen stationären Einrichtungen gaben an, dass sie im Gespräch mit ihren Fachkollegen der Regelung im § 128 SGB V viel Aufmerksamkeit zumessen, wenn der Anlass es verlangte. Die Quote liegt bei den nicht-ärztlichen Leistungserbringern mit 24 % sogar noch ein wenig höher. Entsprechend niedrig ist auch bei diesen beiden Gruppen der Anteil derjenigen, die im Gespräch mit ihren jeweiligen Fachkollegen dieser Regelung keine bzw. nur eine geringe Bedeutung zugemessen haben, wie aus der folgenden Grafik entnommen werden kann.

16 Originalfrage bspw. für Ärzte: „Wie viel Aufmerksamkeit kommt dieser Regelung in der Berufsordnung in Ihrem Berufsalltag zu?“ Item: „im Gespräch mit Fachkollegen, soweit Anlass hierfür bestand.“

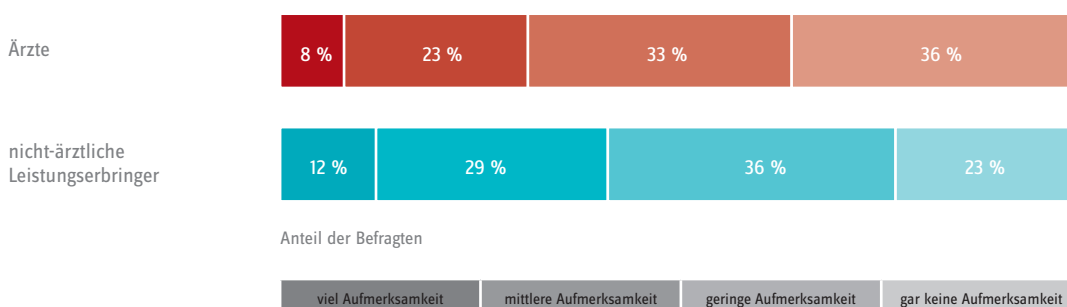
Abb. 8: Aufmerksamkeit gegenüber den betreffenden berufs- und sozialrechtlichen Regelungen im Gespräch mit Fachkollegen, soweit Anlass hierfür bestand



In einer weiteren Frage wurde die Bedeutung des Verbots der Zuweisung gegen Entgelt in der Beziehung zum jeweils relevanten Kooperationspartner erhoben. 8 % der niedergelassenen Ärzte gaben an, dass sie in der Zusammenarbeit mit nicht-ärztlichen Leistungserbringern dieser Regelung viel bzw. 23 % eine mittlere Aufmerksamkeit widmen, soweit der Anlass es verlangte. Aber auch hier zeigte sich, dass mehr als zwei Drittel der niedergelassenen Ärzte diese Regelungen trotzdem nicht thematisierten: gar nicht 36 % und wenig 33 %.

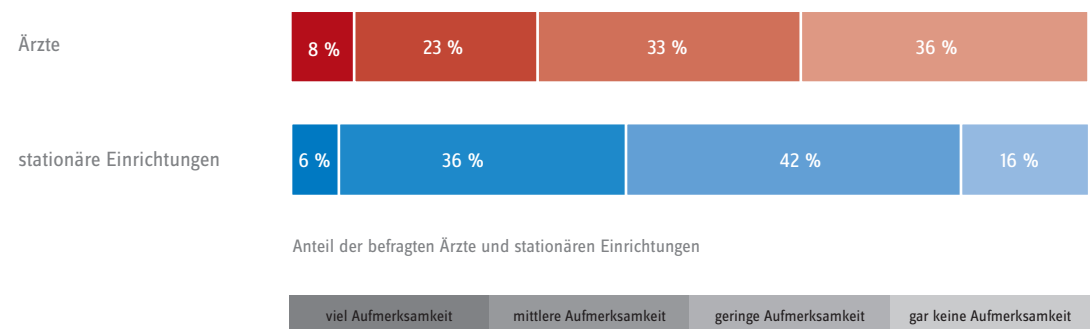
Aus Sicht der nicht-ärztlichen Kooperationspartner kam diesem Verbot in der Zusammenarbeit mit Ärzten hingegen eine größere Rolle zu, 12 % maßen der Norm viel bzw. 29 % eine mittlere Aufmerksamkeit zu, gar nicht 23 % und wenig 36 %. Es verwundert daher, wenn aus Sicht der niedergelassenen Ärzte in ihrer Beziehung zu nicht-ärztlichen Leistungserbringern dieser Regelung trotz gegebenem Anlass deutlich häufiger keine Bedeutung zukam. In der Tendenz zeigt sich somit die Gruppe der niedergelassenen Ärzte gegenüber dem Verbot von Zuweisungen gegen Entgelt indifferenter als die Gruppe der nicht-ärztlichen Leistungserbringer.

Abb. 9: Aufmerksamkeit gegenüber den für sie relevanten Regelungen (§ 31 MBO-Ä/§ 128 SGB V)



Gleiches gilt im Vergleich zwischen niedergelassenen Ärzten und stationären Einrichtungen. In der Gruppe der Krankenhäuser und anderen stationären Einrichtungen haben die Regelungen in der Beziehung zu nicht-ärztlichen Leistungserbringern eine größere Bedeutung als bei den niedergelassenen Ärzten. 16 % der Krankenhäuser und anderen stationären Einrichtungen gaben an, dass sie in der Zusammenarbeit mit nicht-ärztlichen Leistungserbringern der Regelung im § 128 SGB V keine Aufmerksamkeit zumessen, obwohl ein Anlass hierfür bestanden hat, während in der Gruppe der niedergelassenen Ärzte die vergleichbare Regelung in der ärztlichen Berufsordnung sehr viel seltener relevant war.

Abb. 10: Aufmerksamkeit gegenüber den für sie relevanten Regelungen (§ 31 MBO-Ä/§ 128 SGB V)



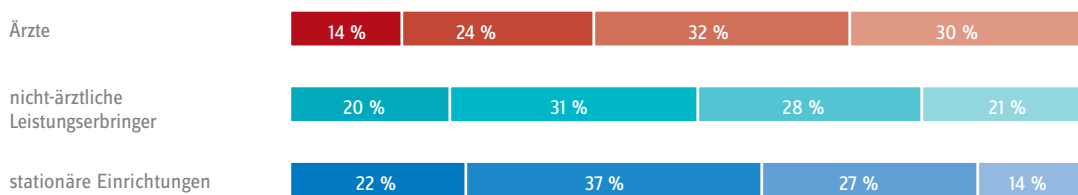
1.2.2 Relevanz in den Medien und Vermittlung in Weiterbildung

Die drei Gruppen unterscheiden sich auch bei der Frage nach der Wahrnehmung von Informationen über diese Regelungen in Fachzeitschriften und in der allgemeinen Presse. Es findet sich die gleiche Tendenz. Niedergelassene Ärzte berichteten seltener über derartige Artikel. 40 % antworteten, dass diesem Thema in ihren Fachzeitschriften und in der Presse nur geringe Aufmerksamkeit geschenkt wird, gegenüber 31 % der stationären Einrichtungen sowie nicht-ärztlichen Leistungserbringern.

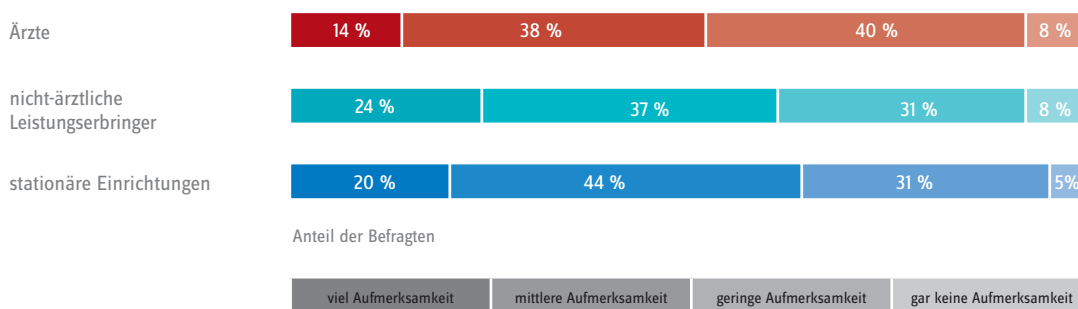
Des Weiteren berichteten niedergelassene Ärzte seltener über entsprechende Inhalte in Weiterbildungen. Fast zwei Drittel gaben an, dass auf derartigen Veranstaltungen dieses Thema für niedergelassene Ärzte nicht (30 %) bzw. nur wenig (32 %) angesprochen wurde. Demgegenüber berichteten die beiden anderen Gruppen häufiger über derartige Inhalte auf ihren Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen, wie die folgende Grafik zeigt.

Abb. 11: Aufmerksamkeit gegenüber den für sie relevanten Regelungen (§ 31 MBO-Ä/§ 128 SGB V)

bei Aus- und Weiterbildungen



in Fachzeitschriften, Presseberichten etc.



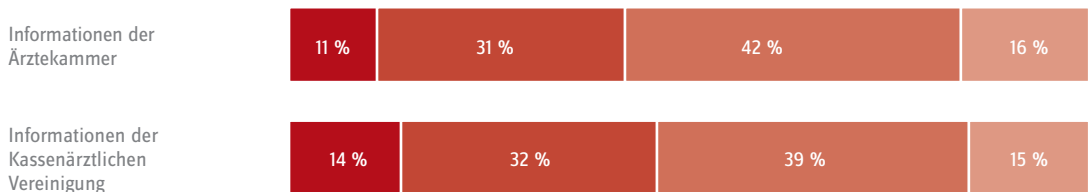
1.2.3 Information durch berufsbezogene Organisationen

Ein ähnliches Bild ergibt sich, wenn man nach Informationen über diese Thematik durch verschiedene berufliche Organisationen fragt. 42 % der niedergelassenen Ärzte antworteten, dass sie kaum durch ihre Ärztekammer informiert wurden, 16 % fühlten sich durch sie überhaupt nicht informiert. Ähnliches gilt für die Kassenärztlichen Vereinigungen. Auch aus Sicht der Krankenhäuser und anderen stationären Einrichtungen erscheint der Informationsfluss durch die Ärztekammer nicht besser, sondern eher schlechter. 40 % antworteten, dass sie durch die Ärztekammer kaum, und sogar 30 % meinten, dass sie überhaupt nicht informiert werden. Dies dürfte jedoch darauf zurückzuführen sein, dass die Ärztekammern nur für die Musterberufsordnung der Ärzte zuständig sind, aber nicht für Krankenhausträger.

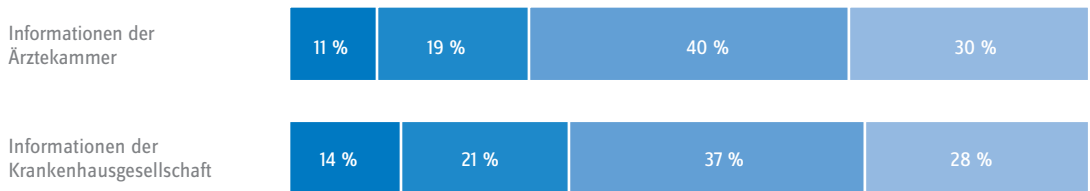
Bemerkenswert ist, dass dieses Thema offenbar auch zu selten von den zuständigen Krankenhausgesellschaften aufgegriffen wird: 28 % berichteten über keine und 37 % nur über wenige Informationen durch die Krankenhausgesellschaften.

Abb. 12: Aufmerksamkeit gegenüber den für sie relevanten Regelungen (§ 31 MBO-Ä/§ 128 SGB V)

Ärzte



stationäre Einrichtungen



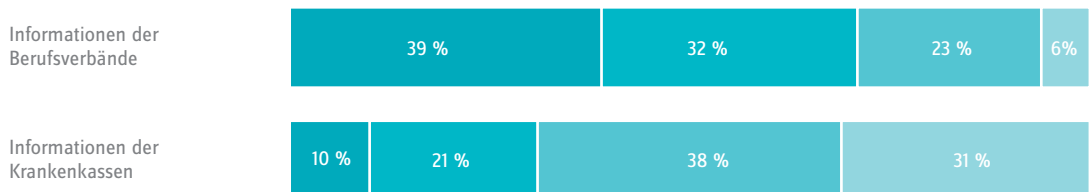
Anteil der befragten Ärzte und stationären Einrichtungen



Im Vergleich der von uns abgefragten berufsständischen Organisationen scheinen die Berufsverbände (auch Innungen und Kammern) der nicht-ärztlichen Leistungserbringer ihre Adressatengruppen am häufigsten über diese Thematik zu informieren. Nur 6 % berichteten über keine und 23 % über wenige Informationen durch ihre Berufsverbände. 39 % antworteten, dass diesem Thema sogar viel und 32 % zumindest eine mittlere Aufmerksamkeit gewidmet wird. Allerdings nehmen nicht-ärztliche Leistungserbringer seltener entsprechende Informationen von den Krankenkassen wahr. Dabei ist sicherlich zu berücksichtigen, dass es sich um keine berufsständischen Organisationen handelt, so dass die Wahrnehmung der nicht-ärztlichen Leistungserbringer stärker auf die eigenen Berufsverbände gerichtet ist.

Abb. 13: Aufmerksamkeit bei nicht-ärztlichen Leistungserbringern für die Regelung im § 128 SGB V

Nicht-ärztliche Leistungserbringer



Anteil der befragten nicht-ärztlichen Leistungserbringer



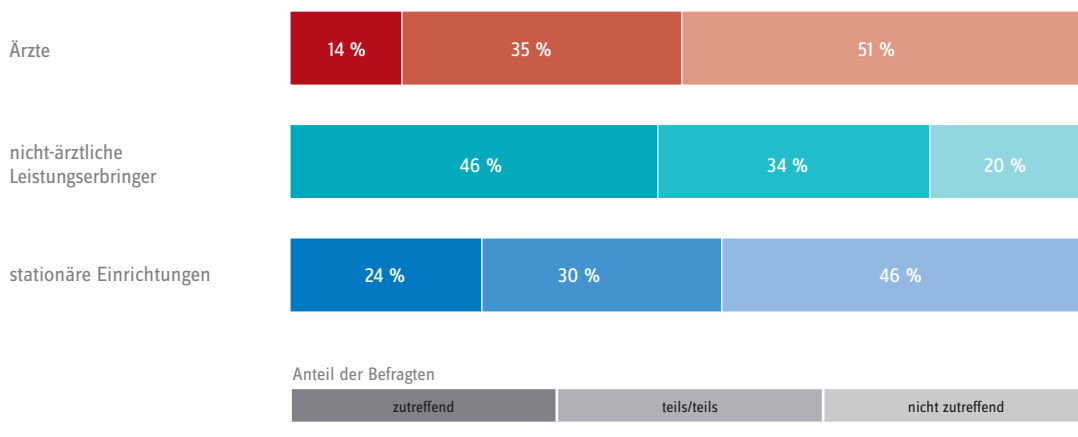
1.3. Einstellungen zu den Regelungen

1.3.1 Gängige Praxis

In einer der ersten Fragen haben wir die niedergelassenen Ärzte einschätzen lassen, ob es sich bei Zuweisungen von Patienten und Untersuchungsmaterial gegen wirtschaftliche Vorteile um eine gängige Praxis handelt.¹⁷ Die Hälfte der Befragten verneinte dies (51 %), 14 % stimmte zu und 35 % zumindest teilweise. Dabei haben wir den Anteil der Ärzte (13 %) nicht berücksichtigt, die von selbst angaben, diese Regelung nicht zu kennen (s. o., 1.1.1).

Bereits die erste Einschätzung im Interview zeigt, dass es sich aus Sicht der niedergelassenen Ärzte bei dieser Praxis keinesfalls um reine Ausnahmen handelt. 14 % stimmten dem Statement zu, dass es sich um eine gängige Praxis handelte, dies ist mehr als jeder Zehnte. Jeder Dritte stimmte dem zumindest teilweise zu. Bemerkenswert ist überdies, dass diese Zuweisungspraxis aus Sicht der beiden anderen Gruppen sehr viel verbreiteter ist: Fast jeder zweite (46 %) nicht-ärztliche Leistungserbringer und etwa ein Viertel (24 %) der stationären Einrichtungen hält dies für eine gängige Praxis. Etwa jeweils ein Drittel waren zumindest teilweise der gleichen Auffassung.

Abb. 14: Zuweisungen von Patienten gegen wirtschaftliche Vorteile „sind gängige Praxis“



1.3.2 Beurteilung der rechtlichen Regelung

In der gleichen Frage wurden weitere Einstellungen der Befragten zur für sie geltenden Regelung erhoben. Hier zeigte sich eine Spannung zwischen der Bewertung der Rechtslage und Klarheit der Norm. Zwar war die große Mehrheit aller Berufsgruppen der Auffassung (etwa 80 %), dass eine Zuweisung gegen wirtschaftliche Vorteile klar verboten ist,¹⁸ aber sie wird von vielen (etwa 40 %) als bloße Handlungsorientierung angesehen. Als praxisferne Regelung betrachteten sie gar 39 % der niedergelassenen Ärzte, 40 % der nicht-ärztlichen Leistungserbringer und 26 % der stationären Einrichtungen. Es gibt somit innerhalb der niedergelassenen Ärzte offensichtlich eine relativ große Gruppe, die zu einer eher

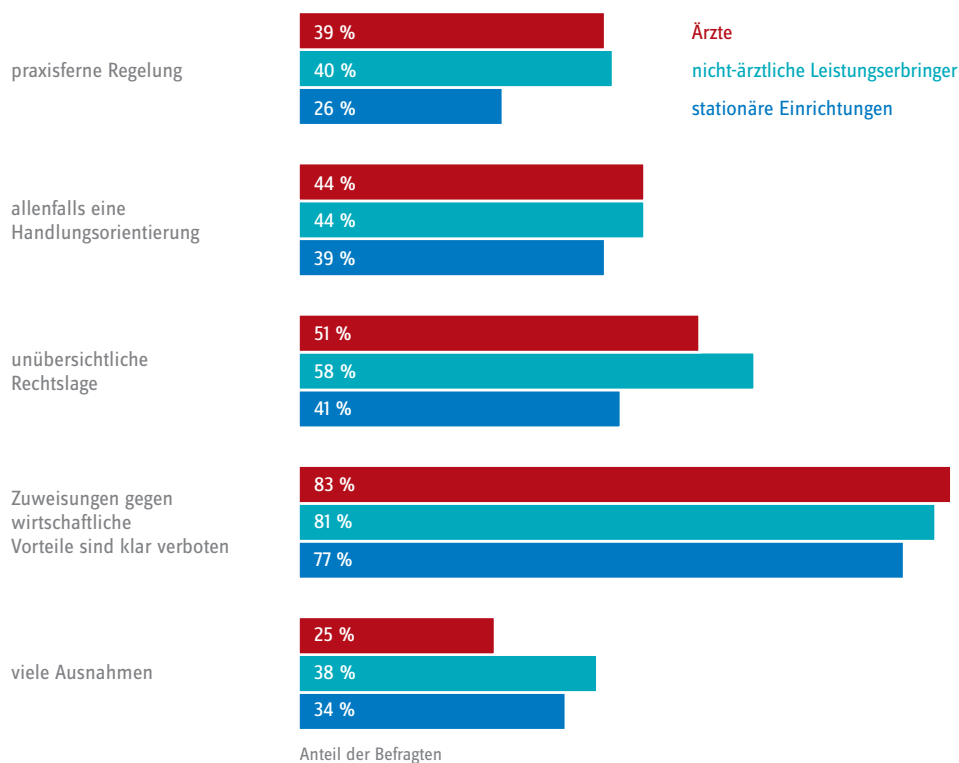
¹⁷ Originalfrage für niedergelassene Ärzte: „Die Berufsordnung für Ärzte regelt die Frage der Zuweisung von Patienten und Untersuchungsmaterial gegen wirtschaftliche Vorteile. Wie ist diese Regelung aus Ihrer Sicht zu bewerten?“ Für die anderen Berufsgruppen wurde die Frage angepasst, siehe oben Abschnitt 1.1.1.

¹⁸ Auch hier haben wir die Gruppe der Nicht-Kenner der entsprechenden Regelungen nicht mehr einbezogen (s. o.).

kreativen und flexiblen Auslegung des berufsrechtlichen Verbots neigt.¹⁹ Ihre Verbindlichkeit wird zumindest von einem Teil zur Disposition gestellt, indem sie nur als eine bloße Handlungsorientierung betrachtet wird.

Auch neigte ein großer Teil der Befragten in allen drei Gruppen dazu, die Rechtslage als unübersichtlich einzustufen. Dies gilt insbesondere aus Sicht der Gruppe der niedergelassenen Ärzte und nicht-ärztlichen Leistungserbringer, von ihnen stimmte mehr als jeder Zweite darin zu. Mit dieser Beurteilung korrespondiert die Wahrnehmung vieler rechtlicher Ausnahmen. Am häufigsten wurde dies von nicht-ärztlichen Leistungserbringern und Vertretern der stationären Einrichtungen geäußert, mehr als ein Drittel war dieser Auffassung, bei den niedergelassenen Ärzten jeder Vierte.

Abb. 15: Bewertung des berufsrechtlichen Verbots der Zuweisung von Patienten gegen wirtschaftliche Vorteile



Die Ergebnisse der Umfrage zeigen, der Grundwert des Verbots ist allgemein bekannt. Zuweisungen gegen wirtschaftliche Vorteile sind aus Sicht der großen Mehrheit unzulässig. Die Ergebnisse legen aber auch den Schluss nahe, dass die Praxis sich nicht auf dem Boden dieses Verbots zu gestalten scheint. Zum einen wird dies offen eingeräumt. Fast jeder zweite befragte nicht-ärztliche Leistungserbringer bezeichnet diese Praxis als üblich, jeder vierte Vertreter der stationären Einrichtungen und bemerkenswerterweise nur 14 % der niedergelassenen Ärzte. Zum anderen wird das rechtliche Verbot von vielen nur als Handlungsorientierung verstanden und als praxisfern angesehen. Aus kriminologischer Sicht kann es sich hierbei auch um Rechtfertigungs- und Neutralisierungstechniken handeln, die eine gängige Praxis trotz ihres Verbots legitimieren.

19 Diese These vertritt bereits Ratzel, in: Ratzel/Lippert, Kommentar zur Musterberufsordnung der deutschen Ärzte (MBO), 5. Auflage, 2010, § 31, Rn. 4

2. Die Praxis aus Sicht der Befragten

2.1. Verstöße gegen Wettbewerbsrecht

2.1.1 Aus Sicht der niedergelassenen Ärzte

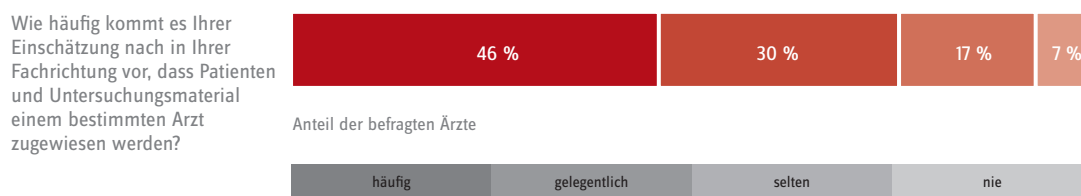
Das Verbot der Zuweisung gegen Entgelt gem. § 31 MBO-Ä (a. F.) findet sich mit dem gleichen Wortlaut in allen Berufsordnungen der Landesärztekammern wieder (vgl. Anhang). Unmittelbar vor Beginn der Befragung im Herbst 2011 erfuhr dieses berufsrechtliche Verbot durch die Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages vom 03.06.2011 eine Neufassung. Die Neufassung des Verbots wurde dazu in einem ersten Absatz um den Regelungsgehalt der bisherigen §§ 33 Abs. 3 und 34 Abs. 1 MBO-Ä (a. F.) erweitert. Ein neuer Absatz 2 übernimmt zusätzlich den Regelungsgehalt des bisherigen § 34 Abs. 5 MBO-Ä (a. F.). Damit kodifiziert die Neufassung im Ergebnis die Auslegung des § 31 MBO-Ä (a. F.) durch die Rechtsprechung des BGH.²⁰

Die insoweit geänderte Neufassung der (Muster-)Berufsordnung entfaltet ihre Rechtswirkung erst dann, wenn sie durch die Kammerversammlungen der Landesärztekammern als Satzung beschlossen und von den Aufsichtsbehörden genehmigt wurde. Dieser Prozess war zum Zeitpunkt der Befragung im Herbst 2011 noch nicht abgeschlossen.

Ziel der Neufassung ist sowohl die Verbesserung des Patientenschutzes als auch der Schutz des fairen Wettbewerbs. Der im § 31 Abs. 2 MBO-Ä (n. F.) erfasste Sachverhalt stellt gem. § 4 Nr. 11 UWG eine unlautere geschäftliche Handlung dar, die nach § 3 Abs. 1 UWG unzulässig ist, da sie geeignet ist, die Interessen von Mitbewerbern bzw. anderen Marktteilnehmern spürbar zu beeinträchtigen.

Dennoch antworteten knapp 93 % der befragten niedergelassenen Ärzte, dass es aus ihrer Sicht in ihrer Fachrichtung durchaus Zuweisungen an einen bestimmten Fachkollegen gebe, ohne Alternativen anzubieten.²¹ Fast jeder zweite Befragte (46 %) hält diese Praxis sogar für häufig.

Abb. 16: Eingeschätzte Häufigkeit von Patientenzuweisungen an einen bestimmten Arzt



20 BGH, Urteil vom 13.01.2011 - I ZR 111/08 -, NJW 2011, 2211-2217; MedR 2011, 500-507.

21 Originalfrage für niedergelassene Ärzte: „Wie häufig kommt es Ihrer Einschätzung nach in Ihrer Fachrichtung vor, dass Patienten und Untersuchungsmaterial einem bestimmten Arzt zugewiesen werden?“

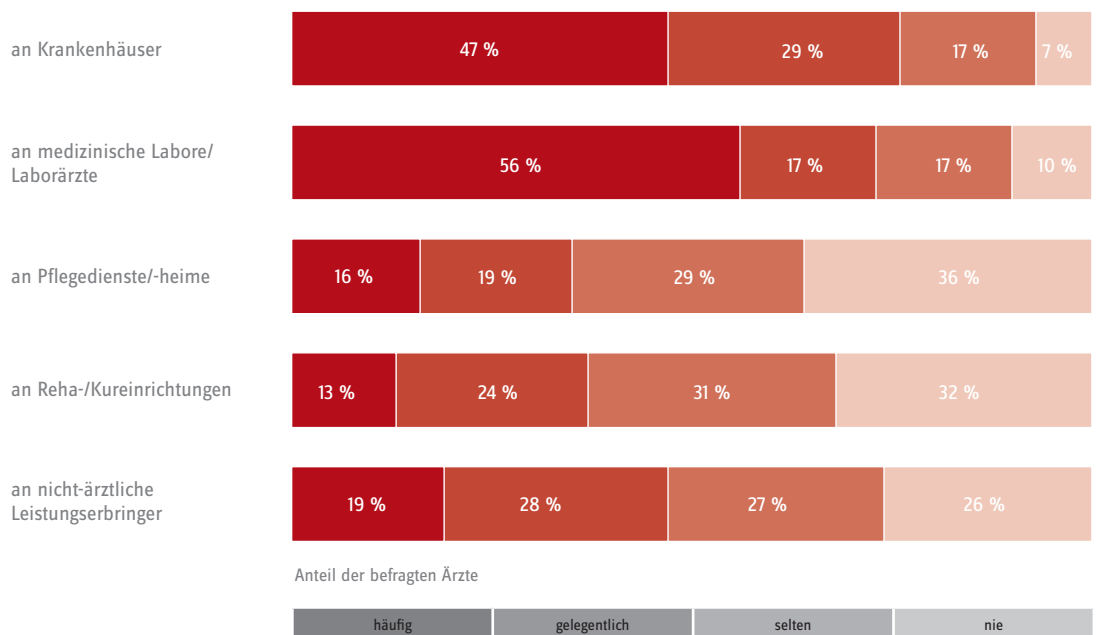
Zwischen den befragten (Fach-)Ärztegruppen bestehen erhebliche Unterschiede. 70 % der Chirurgen und 57 % der Orthopäden und Reha-Mediziner berichteten von häufigen konkreten Zuweisungen. Dies liegt deutlich über dem Durchschnitt. Bei den Zahnärzten gaben zwar lediglich 20 % an, dass dies häufig vorkäme, aber 49 % wählten die Antwortkategorie „gelegentlich“.

Des Weiteren spiegeln die Antworten der niedergelassenen Ärzte das Bild wider, welches sich bei der Recherche von öffentlich bekannt gewordenen und von der Justiz bearbeiteten Fällen ergibt. Medizinische Labore und Laborärzte erscheinen für unter Wettbewerbsgesichtspunkten fragliche Kooperationen äußerst attraktiv. 90 % der Befragten meinten, dass derartige konkrete Zuweisungen an Labore vorkommen, über die Hälfte (56 %) meinte sogar, dass dies häufig in Ihrem Fachgebiet erfolge. In der Beziehung zu stationären Einrichtungen handelt es sich nach Selbsteinschätzung der niedergelassenen Ärzte ebenfalls nicht um Ausnahmen. Über ein Drittel berichtete über eine gelegentliche bis häufige Praxis konkreter Zuweisungen.

Gegenüber Krankenhäusern und anderen stationären Einrichtungen berichteten 47 % der niedergelassenen Ärzte über eine häufige Praxis konkreter Zuweisungen.

§ 31 MBO-Ä stellt klar, dass Ärzte ihre Patienten „nicht ohne hinreichenden Grund“ an bestimmte Ärzte oder nicht-ärztliche Leistungserbringer verweisen dürfen. Einschränkend muss auf die rechtlichen Voraussetzungen bei einer Verordnung von Krankenhausbehandlung hingewiesen werden. Für die notwendige begründete Verordnung von Krankenhausbehandlung gilt gem. § 73 Abs. 4 SGB V der Grundsatz, dass in den geeigneten Fällen auch die beiden nächsterreichbaren, für die vorgesehene Krankenhausbehandlung geeigneten Krankenhäuser anzugeben sind. Im Einklang mit § 5 Krankenhausbehandlungs-Richtlinien haben niedergelassene Vertragsärzte bei der Beratung ihrer Patienten alle zugänglichen Informationen über geeignete Krankenhäuser einzubeziehen und jedenfalls nicht ohne hinreichenden Grund in ein ganz bestimmtes Krankenhaus einzuweisen.

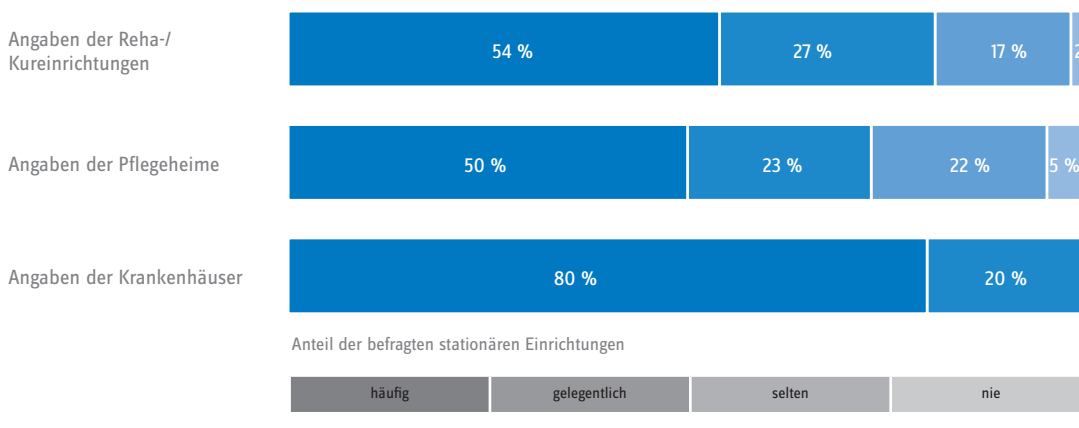
Abb. 17: Eingeschätzte Häufigkeit von Patientenzuweisungen an bestimmte stationäre Einrichtungen bzw. nicht-ärztliche Leistungserbringer



2.1.2 Aus Sicht der Krankenhäuser und anderen stationären Einrichtungen

Fast alle Krankenhäuser und andere stationäre Einrichtungen gaben an, dass es konkrete Zuweisungen durch Ärzte gäbe.²² Bemerkenswert ist, dass die Häufigkeitsschätzungen der Ärzte, bezogen auf Krankenhäuser und andere stationäre Einrichtungen, deutlich niedriger ausfallen. Zwar meinten 93 % der niedergelassenen Ärzte, dass Zuweisungen auch an ein bestimmtes Krankenhaus erfolgen, aber nur knapp die Hälfte (47 %) hielt diese Praxis für häufig, gegenüber 80 % der Krankenhäuser. In Bezug auf Pflegeeinrichtungen nahmen lediglich 16 % der befragten Ärzte an, dass konkrete Zuweisungen häufig vorkommen. Von den Pflegeeinrichtungen selbst meinten dagegen 50 %, dass dies häufig vorkäme. Ebenfalls war jede zweite Reha- und Kureinrichtung der Auffassung (54 %), dass es sich um eine häufige Praxis handele.

Abb. 18: Von stationären Einrichtungen eingeschätzte Häufigkeit von konkreten Patientenzuweisungen durch Ärzte



2.1.3 Aus Sicht der nicht-ärztlichen Leistungserbringer

Für andere medizinische Leistungserbringer gilt bei der Arznei- bzw. Hilfsmittelversorgung der Grundsatz des uneingeschränkten Wahlrechts des Patienten. Soweit Patienten den behandelnden Arzt nach Anbietern fragen, sollten zumindest Alternativen genannt werden, um Wettbewerbsverzerrungen zu begegnen. Die Praxis ist vielfach anders. Bekannt wurden Kooperationen von Hörgeräteakustikern mit HNO-Ärzten, die auch ins Blickfeld der Justiz rückten.²³

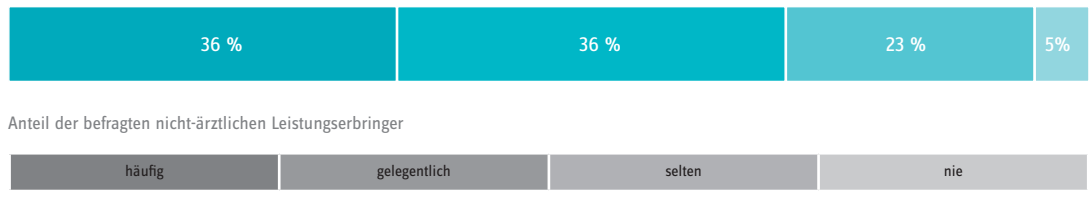
Unsere Ergebnisse zeigen eine Praxis, die im Widerspruch zu einem freien Wettbewerb steht. Nur 5 % waren der Auffassung, dass es diese Praxis nicht gebe, und 23 % bezeichneten sie als selten.²⁴ Demgegenüber berichteten etwa drei Viertel (72 %) der nicht-ärztlichen Leistungserbringer, dass Patienten gelegentlich oder sogar häufig an einen bestimmten nicht-ärztlichen Leistungserbringer zur Arznei- oder Hilfsmittelversorgung verwiesen werden.

22 Originalfrage für stationäre Einrichtungen: „Wie häufig kommt es Ihrer Einschätzung nach vor, dass niedergelassene Ärzte ihre Patienten einer bestimmten <Klinik bzw. Pflegeeinrichtung> zuweisen?“

23 BGH, Urteil vom 13.01.2011 – I ZR 111/08-, NJW 2011, 2211-2217; MedR 2011, 500-507.

24 Originalfrage für nicht-ärztliche Leistungserbringer: „Wie häufig kommt es Ihrer Einschätzung nach in Ihrer Branche vor, dass Patienten an einen bestimmten nicht-ärztlichen Leistungserbringer zur Arznei- und Hilfsmittelversorgung verwiesen werden?“

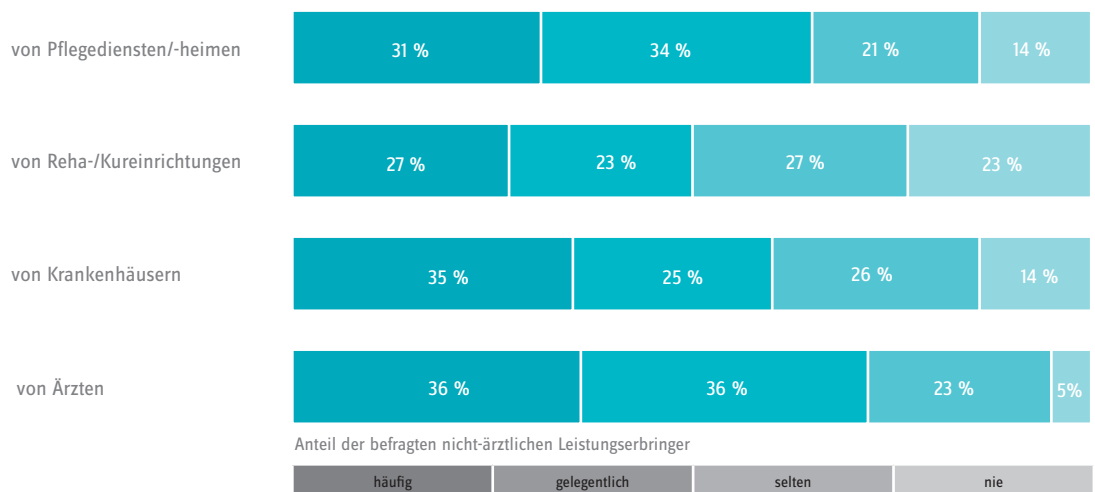
Abb. 19: Von nicht-ärztlichen Leistungserbringern eingeschätzte Häufigkeit von Patientenzuweisungen



Grundsätzlich handelt es sich allerdings um eine Praxis, die von niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern und anderen stationären Einrichtungen gegenüber nicht-ärztlichen Leistungserbringern gleichermaßen ausgeübt wird, wobei jedoch graduelle Unterschiede bestehen. Nicht-ärztliche Leistungserbringer erhalten aus ihrer Sicht wettbewerbswidrige Zuweisungen vor allem von niedergelassenen Ärzten, fast drei Viertel (72 %) bezeichneten diese Zuweisungspraxis durch Ärzte als gelegentlich oder gar häufig. Relativ häufig scheint diese Praxis auch durch Pflegeheime und Krankenhäuser ausgeübt zu werden, fast zwei Drittel (65 % bzw. 60 %) der nicht-ärztlichen Leistungserbringern bezeichneten diese Zuweisungspraxis ihnen gegenüber als gelegentlich oder gar häufig.

Vergleicht man die Einschätzungen der nicht-ärztlichen Leistungserbringer mit denen der niedergelassenen Ärzte so liegen diese indes relativ weit auseinander. Lediglich 74 % der niedergelassenen Ärzte glauben, dass es spezifische Zuweisungen an nicht-ärztliche Leistungserbringer gibt (s. o. Abb. 17), während innerhalb der Gruppe der nicht-ärztlichen Leistungserbringer über die Verbreitung dieser Praxis praktisch Konsens besteht (95 %). Nur jeder fünfte (19 %) befragte niedergelassene Arzt geht davon aus, dass diese Praxis häufig ist, während dies mehr als jeder dritte (36 %) nicht-ärztliche Leistungserbringer so sieht.

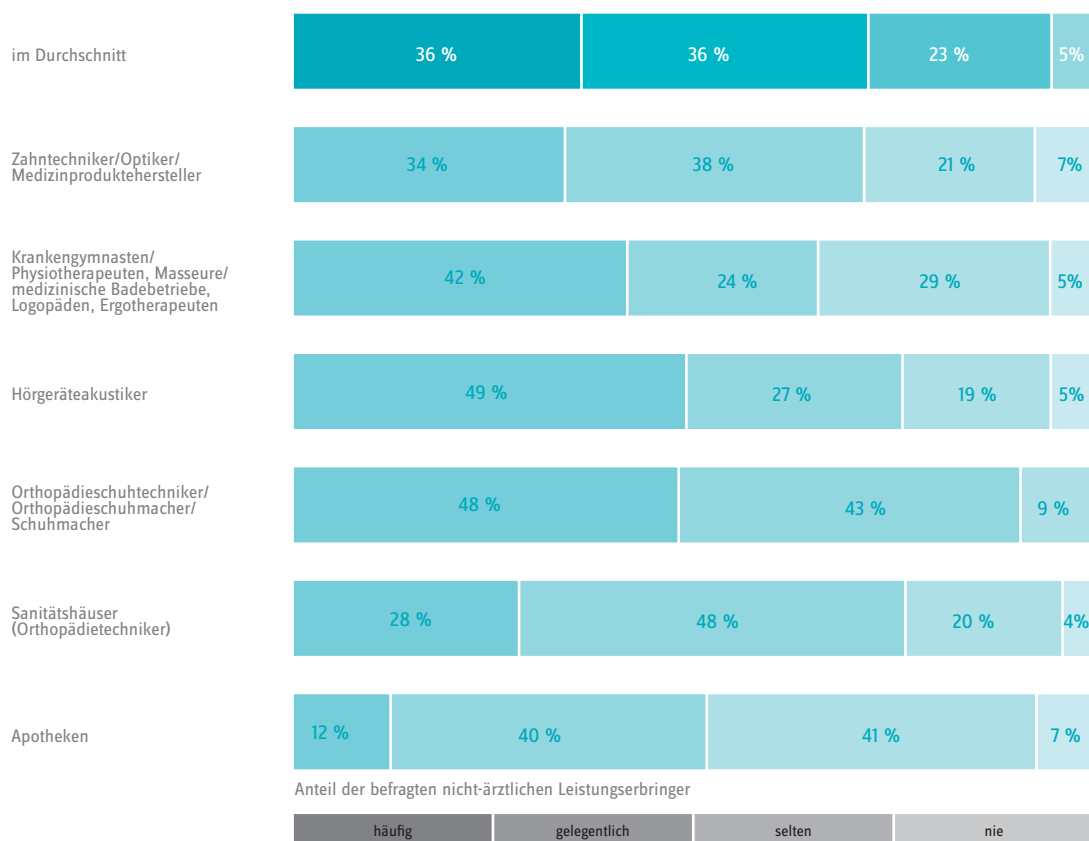
Abb. 20: Eingeschätzte Häufigkeit von Patientenzuweisungen durch Ärzte und stationäre Einrichtungen an bestimmte nicht-ärztliche Leistungserbringer



Für diese Diskrepanz sind verschiedene Ursachen denkbar. Zum einen könnten niedergelassene Ärzte das Problem aufgrund mangelnder Sensibilität unterschätzen. Immerhin gibt es in dieser Gruppe eine nicht unerhebliche Zahl von rechtlich nicht Informierten bzw. Desinteressierten. Zum anderen ist zu berücksichtigen, dass für einige Facharztgruppen diese Zuweisungspraxis bspw. aus medizinischen Gründen weniger in Betracht kommt, sodass hierdurch die durchschnittliche Verbreitung aus Sicht der gesamten Gruppe der niedergelassenen Ärzte im Vergleich zu den nicht-ärztlichen Leistungserbringern etwas geringer ausfällt (s. o.).

Zwischen den einzelnen Subgruppen der nicht-ärztlichen Leistungserbringer bestehen zudem erhebliche Unterschiede (siehe Abb. 21). So meinte jeder zweite Hörgeräteakustiker (49 %) und Orthopädieschuh-techniker bzw. Orthopädieschuhmacher (48 %), dass Zuweisungen an einen bestimmten Anbieter häufig seien. Kaum seltener verbreitet ist diese Praxis aus Sicht der befragten Krankengymnasten, Physiotherapeuten, Masseuren, Badebetriebe, Logopäden und Ergotherapeuten (42 %). Demgegenüber berichteten nur 28 % der Sanitätshäuser und 34 % der Zahntechniker, Optiker und Medizinprodukt-hersteller über eine häufige Praxis. Einzig aus Sicht der Apotheken scheint diese Zuweisungspraxis im Vergleich zu den anderen Branchen weniger verbreitet zu sein. Nur 12 % der Apotheker bezeichneten sie als häufig.

Abb. 21: Eingeschätzte Häufigkeit von Patientenzuweisungen an bestimmte nicht-ärztliche Leistungserbringer



Auffällig ist die Übereinstimmung zur Einschätzung der Orthopäden, die ebenfalls über eine überdurchschnittliche Zuweisungspraxis allgemein zu nicht-ärztlichen Leistungserbringern berichteten (s. o.)²⁵ Vergleicht man des Weiteren die Angaben der Hörgeräteakustiker und der HNO-Ärzte miteinander, so decken sie sich annähernd. 72 % der HNO-Ärzte gaben an, dass spezifische Zuweisungen seitens der niedergelassenen Ärzte gelegentlich bis häufig erfolgen, bei den Hörgeräteakustikern meinten dies 76 %. Allerdings haben beide Gruppen ihre Angaben ohne Unterscheidung der Fachgruppen gemacht, somit nicht auf die jeweilige Subgruppe der niedergelassenen Ärzte bzw. nicht-ärztlichen Leistungserbringer bezogen.

Generell können wir feststellen: Für die meisten Gruppen besteht nur ein eingeschränkter freier Wettbewerb.

2.2. Bedeutung wirtschaftlicher Vorteile

2.2.1 Aus Sicht der niedergelassenen Ärzte

Von besonderer Brisanz ist die weitere Frage, wie häufig Zuweisungen mit einem wirtschaftlichen Vorteil für den Zuweisenden verbunden werden. Zu betonen ist, dass die Ergebnisse dieser Studie immer nur auf den Selbst- und Fremdeinschätzungen der Befragten beruhen, wir somit Erwünschtheitseffekte nicht ausschließen können. Berücksichtigen wir, dass es sich hier um Verhaltensweisen handelt, die die große Mehrheit der Befragten entsprechend den berufsrechtlichen Regelungen grundsätzlich als unzulässig ansieht, am häufigsten die niedergelassenen Ärzte (83 %, siehe oben Abschnitt 1.3.2), spricht viel dafür, dass die vorliegenden Befunde eher Unterschätzungen, aber keinesfalls Überschätzungen darstellen.

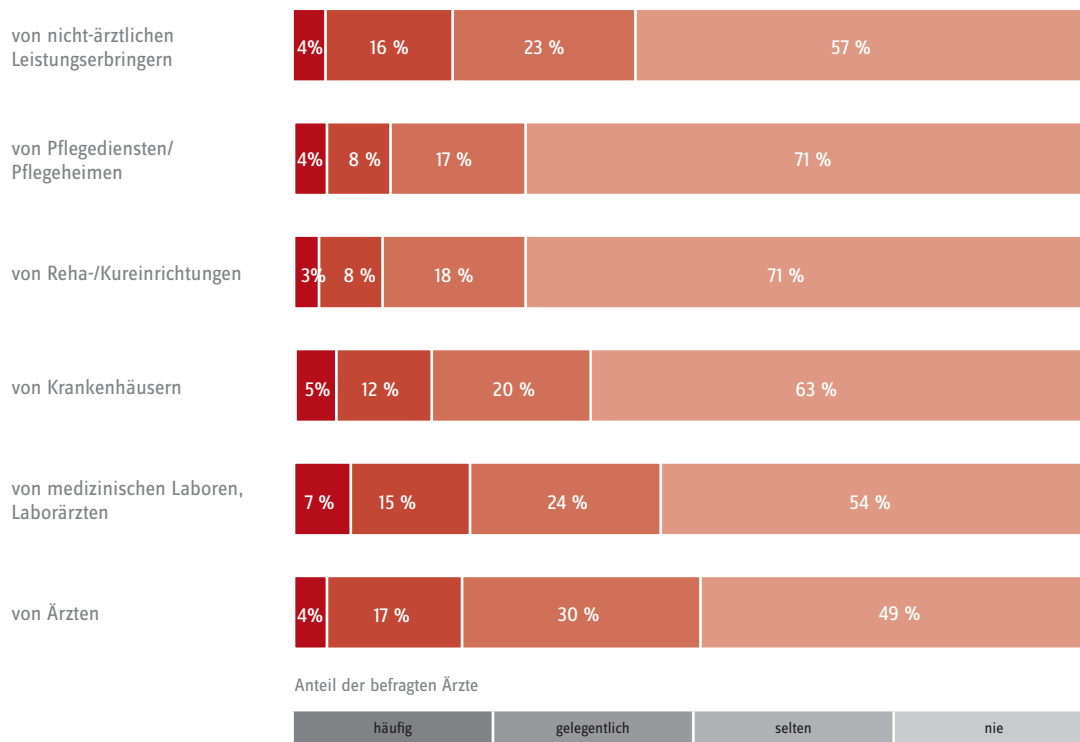
Trotz der eher zu vermutenden Unterschätzungen meinte nur die Hälfte (49 %) der befragten niedergelassenen Ärzte, dass es Zuweisungen gegen Gewährung wirtschaftlicher Vorteile auch innerhalb der Ärzteschaft nicht gebe.²⁶ Jeder zweite niedergelassene Arzt kennt eine solche Zuweisungspraxis in der eigenen Fachrichtung. Jeder fünfte (21 %) niedergelassene Arzt hält diese Praxis sogar für gelegentlich oder häufig. Ein knappes Drittel (30 %) bestritt ebenfalls nicht ihre Existenz und stufte diese als zumindest selten ein. Um Ausnahmen oder Einzelfälle scheint es sich aus Sicht vieler Ärzte somit nicht zu handeln, wenn auch über das Ob und Ausmaß ihrer Verbreitung kein Konsens besteht.

Folgt man den Einschätzungen niedergelassener Ärzte, so handelt es sich um eine Zuwendungspraxis, die zudem quer durch das gesamte Gesundheitssystem verläuft. Zwar kennt etwa die Hälfte der befragten Ärzte eine solche Praxis gegenüber diesen Gruppen nicht, aber nicht wenige sehen dies vollkommen anders. Etwa jeder fünfte niedergelassene Arzt bezeichnete diese Praxis nicht nur gegenüber niedergelassenen Ärzten, sondern auch gegenüber medizinischen Laboren und nicht-ärztlichen Leistungserbringern als gelegentlich oder gar als häufig (20-22 %).

25 Die Beteiligung an der Arznei- bzw. Hilfsmittelversorgung durch Ärzte an bestimmte Subgruppen innerhalb der nicht-ärztlichen Leistungserbringer wurde nicht erhoben.

26 Originalfrage für niedergelassene Ärzte: „Und wie häufig kommt es vor, dass die zuweisenden Kollegen hierfür wirtschaftliche Vorteile erhalten?“ Die Frage schloss an die Vorfrage an, die sich auf Einschätzungen zur Zuweisungspraxis in der eigenen ärztlichen Fachrichtung bezog, siehe Fußnote 21.

Abb. 22: Von Ärzten eingeschätzte Häufigkeit von Patientenzuweisungen gegen wirtschaftliche Vorteile

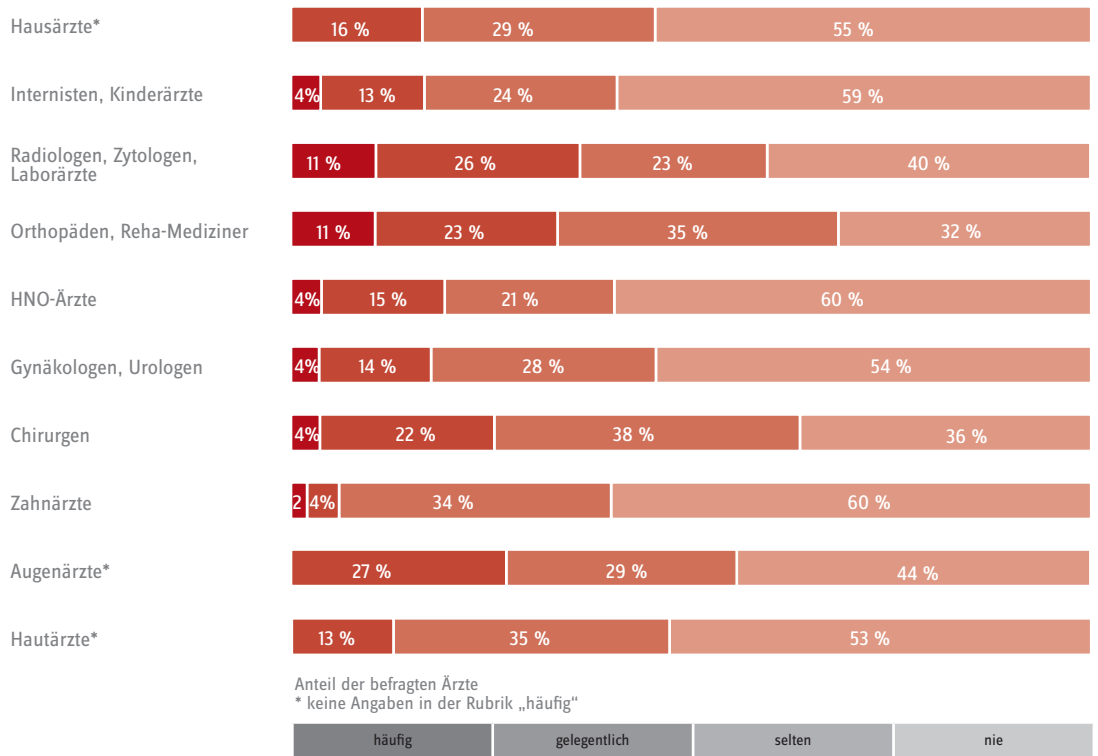


Gegenüber stationären Einrichtungen und nicht-ärztlichen Leistungserbringern kennen knapp drei Viertel der niedergelassenen Ärzte eine solche Zuwendungspraxis nicht, aber auch hier beurteilen dies nicht wenige anders. 17 % meinten, dass niedergelassene Ärzte von Krankenhäusern gelegentlich oder häufig Zuwendungen für Patientenzuweisungen erhalten, weitere 20 % stufen diese Praxis zumindest als selten ein. Gleiches gilt auch, wenn auch weniger häufig, für Reha- und Kureinrichtungen sowie Pflegedienste und Pflegeheime. Auch hier scheinen Zuwendungen zumindest keine Ausnahmen zu sein.

In der Gesamtschau der Ergebnisse offenbart sich ein Phänomen, das sich zudem quer durch alle niedergelassenen (Fach-)Arztgruppen zu ziehen scheint. Relativ selten scheinen nur Zahnärzte für Patientenzuweisungen Zuwendungen gewähren zu müssen (gelegentlich oder häufig 6 %). Innerhalb der anderen (Fach-)Ärztgruppen gibt es jedoch andere Erfahrungen. So berichteten vor allem Radiologen, Zytologen, Laborärzte (37 %) sowie Orthopäden und Reha-Mediziner (34 %) von gelegentlichen oder sogar häufigen wirtschaftlichen Vorteilen an ärztliche Fachkollegen.²⁷ Nur etwa jeder dritte niedergelassene Arzt war der Meinung, dass diese Praxis bei diesen Fachärzten nicht besteht. Relativ häufig scheinen auch Augenärzte und Chirurgen dem zuweisenden Arzt wirtschaftliche Vorteile zu gewähren, als zumindest gelegentlich oder häufig bezeichneten dies 27 % bzw. 26 %.

27 Diese beiden Gruppen spielen auch eine bedeutsame Rolle bei wirtschaftlichen Zuwendungen seitens medizinischer Labore u. ä. In der Gruppe der Radiologen räumten 53 % und bei den Orthopäden und Reha-Mediziner sogar 60 % ein, dass Vorteile gewährt werden. Insoweit sind auch gynäkologische Praxen auffällig, insgesamt berichteten hierüber 58 %.

Abb. 23: Eingeschätzte Häufigkeit von Patientenzuweisungen gegen wirtschaftliche Vorteile von verschiedenen (Fach-)Arztgruppen



2.2.2 Aus Sicht der Krankenhäuser und anderen stationären Einrichtungen

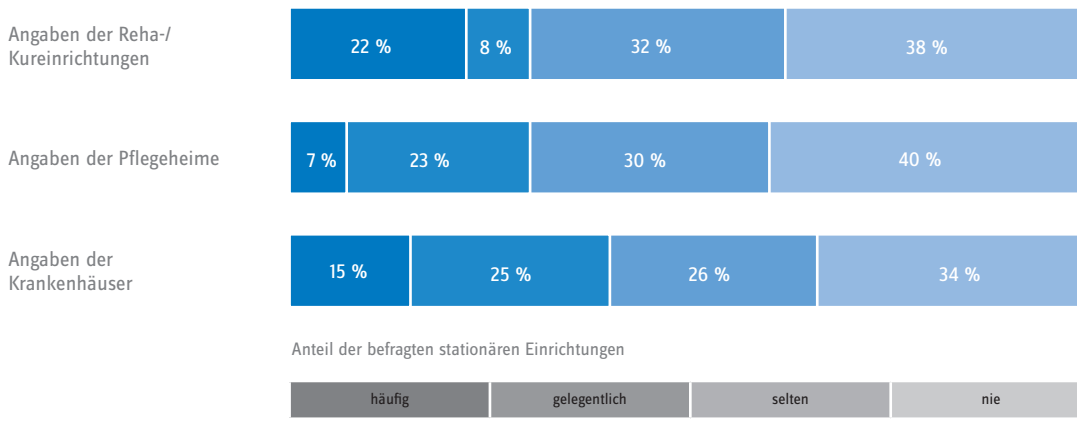
Allerdings wird das Ausmaß der problematischen Praxis größer, wenn man die Angaben der beiden anderen befragten Gruppen einbezieht. Nur ein Drittel der Krankenhäuser war der Auffassung, dass es eine solche Zuwendungspraxis an niedergelassene Ärzte überhaupt nicht gebe (34 %).²⁸ Als selten bezeichnete diese Praxis ein Viertel (26 %), während 40 % der Krankenhäuser meinten, dass sie gelegentlich oder sogar häufig niedergelassenen Ärzten wirtschaftliche Vorteile für Patientenzuweisungen gewähren. Dies deckt sich in der Tendenz mit eigenen Erhebungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG).²⁹

Vergleicht man diese Einschätzungen mit denen der Ärzte, so zeigen sich erhebliche Abweichungen. Nur 17 % der niedergelassenen Ärzte stuften diese Zuwendungspraxis gegenüber Krankenhäusern als gelegentlich oder häufig ein, gegenüber 40 % der Krankenhäuser (s. o.). Die anderen stationären Einrichtungen gehen ebenfalls von einer sehr viel verbreiteteren Praxis aus als niedergelassene Ärzte. Auch hier berichteten 30 % der Reha- und Kureinrichtungen sowie der Pflegeheime über eine gelegentliche bzw. häufige Vergütung der niedergelassenen Ärzte für ihre Patientenzuweisungen.

28 Originalfrage für stationäre Einrichtungen: „Und wie häufig kommt es vor, dass <Kliniken bzw. Pflegeeinrichtungen> niedergelassenen Ärzten für Zuweisungen wirtschaftliche Vorteile gewähren?“

29 Nach einer von der DKG veranlassten internen Umfrage aus dem Jahre 2008 haben von den 314 teilnehmenden Krankenhäusern 31,85 % angegeben, niedergelassene Ärzte anteilig am Erlös der DRG-Fallpauschale zu beteiligen; vgl. DKG, Rundschreiben Nr. 163/2008 vom 20.06.2008, zitiert nach Schneider/Gottschaldt, wistra 2009, S. 133, dort Fußnote 4.

Abb. 24: Von stationären Einrichtungen eingeschätzte Häufigkeit von Patientenzuweisungen gegen Zuwendungen an Ärzte.



2.2.3 Aus Sicht der nicht-ärztlichen Leistungserbringer

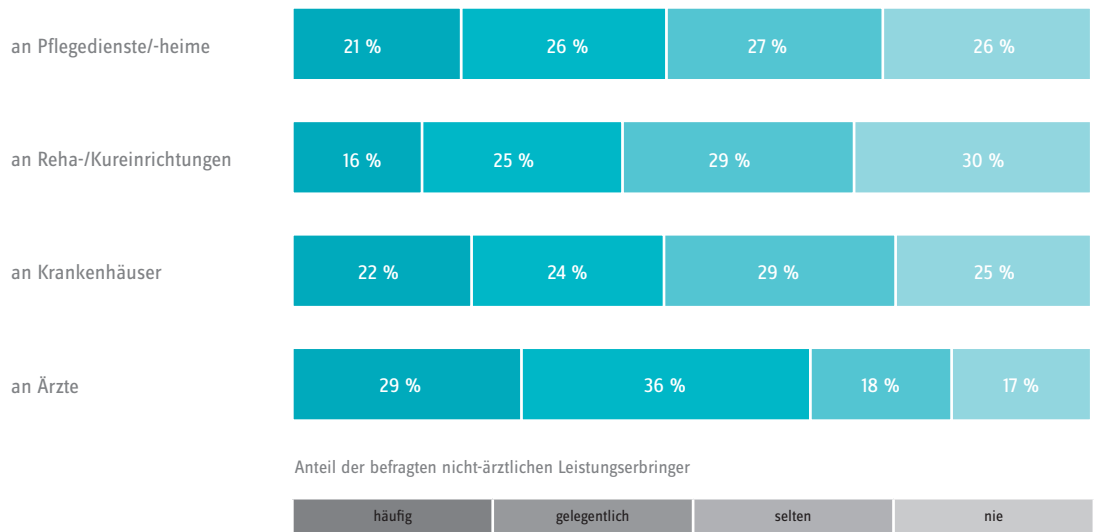
Die Einschätzung der nicht-ärztlichen Leistungserbringer vervollständigt das Bild der Verbreitung der Patientenzuweisung. Aus ihrer Sicht handelt es sich um eine gängige Zuwendungspraxis. Ihre Häufigkeitsangaben sind deutlich höher als bei den befragten Krankenhäusern und anderen stationären Einrichtungen. 83 % der Befragten gaben an, dass es eine Praxis gebe, zuweisenden niedergelassenen Ärzten wirtschaftliche Vorteile für die Beteiligung an der Arznei- oder Hilfsmittelversorgung zu gewähren, zwei Drittel (65 %) hielten Vergütungen gegenüber zuweisenden Ärzten für gelegentlich oder gar für häufig.³⁰

Im Vergleich zu den anderen Gruppen werden zwar niedergelassenen Ärzten am häufigsten Zuwendungen gewährt, aber nicht-ärztliche Leistungserbringer kehren Zuwendungen im beträchtlichen Umfang auch an Krankenhäuser und andere stationäre Einrichtungen aus, die sich damit innerhalb des Gesundheitssystems sowohl auf der Seite der Anbietenden wie Fordernden befinden. Die Studie hat dabei nicht erhoben, ob es sich um – wie zuweilen unterstellt – Forderungen der Empfänger handelt oder um ein gängiges Wettbewerbsmodell zur Pflege von Geschäftsbeziehungen.

Gegenüber Krankenhäusern, schätzten 75 % der nicht-ärztlichen Leistungserbringer, käme es immer wieder zur Gewährung wirtschaftlicher Vorteile, bezüglich Reha- und Kureinrichtungen meinten dies 70 % und hinsichtlich Pflegediensten und -heimen 74 %. Knapp die Hälfte meinte, dass diese Praxis gegenüber Krankenhäusern und Pflegediensten/-heimen gelegentlich oder sogar häufig erfolge. Folgende Abbildung zeigt die Verteilung im Detail.

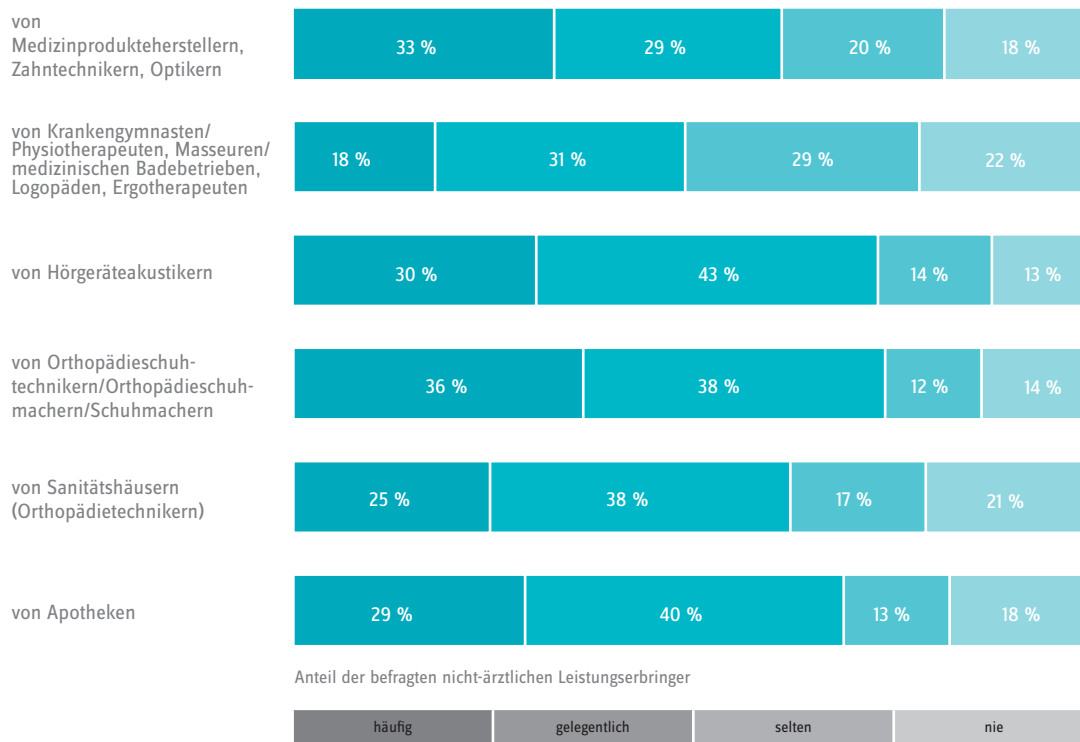
30 Originalfrage für nicht-ärztliche Leistungserbringer: „Und wie häufig kommt es vor, dass hierfür wirtschaftliche Vorteile gewährt werden?“ Die Frage schloss an die Vorfrage an, die sich auf Einschätzungen zur Zuweisungspraxis in der eigenen Branche bezog, siehe Fußnote 23.

Abb. 25: Eingeschätzte Häufigkeit von Zuwendungen an verschiedene Gruppen für Beteiligungen an der Arznei- bzw. Hilfsmittelversorgung aus Sicht der nicht-ärztlichen Leistungserbringer



Betrachtet man die Beziehung zwischen niedergelassenen Ärzten und nicht-ärztlichen Leistungserbringern im Detail, so weisen wiederum die nicht-ärztlichen Leistungserbringer in der Orthopädiebranche ebenso wie die Hörgeräteakustiker die höchste Verbreitung unzulässiger Zuweisungskonditionen auf. Drei Viertel der Orthopädienschuhtechniker und -schuhmacher sowie Hörgeräteakustiker gaben an, dass sie niedergelassenen Ärzten „gelegentlich bis häufig“ wirtschaftliche Vorteile gewähren. Ebenfalls relativ häufig gewähren Apotheken (69 %; häufig und gelegentlich) und Zahntechniker (62 %) den zuweisenden niedergelassenen Ärzten „Vergütungen“. Bemerkenswert ist, dass auch im Verhältnis zu den Krankenhäusern die Orthopädiebranche und die Zahntechniker häufiger über entsprechende Zuwendungen berichteten (s. o.).

Abb. 26: Eingeschätzte Häufigkeit von Zuwendungen an Ärzte für Beteiligungen an der Arznei- bzw. Hilfsmittelversorgung aus Sicht verschiedener nicht-ärztlicher Leistungserbringer



2.2.4 Erstes Resümee

Insgesamt zeigt die Studie, dass diese Zuwendungspraxis nicht nur gegenüber Krankenhäusern oder nicht-ärztlichen Leistungserbringern besteht, sondern im gesamten Gesundheitssystem auftritt. Sie besteht auch zwischen niedergelassenen Ärzten in einem durchaus erheblichen Umfang, wenn man das eindeutige berufsrechtliche Verbot als Maßstab zugrunde legt. Sicher ist, es kann sich bereits nach den Berichten aus der Ärzteschaft nicht um Einzelfälle handeln. Die Mehrheit der Ärzte scheint hiernach zwar nicht betroffen zu sein, aber die Praxis mancher niedergelassener Ärzte hat sich offenbar vom berufsrechtlichen Verbot zu weit entfernt.

Beziehen wir die Beurteilungen der anderen Gruppen mit ein, so nimmt das Ausmaß der Verbreitung deutlich zu. Die Einschätzungen der Ärzteschaft werden sowohl durch die Berichte der stationären Einrichtungen als auch der nicht-ärztlichen Leistungserbringer übertroffen. Aus Sicht der befragten niedergelassenen Ärzte ist diese Praxis jedoch nicht nur seltener, sondern es ergibt sich auch eine andere Verteilung. Nach ihrer Beurteilung werden wirtschaftliche Vorteile vor allem anderen niedergelassenen Ärzten gewährt, um Zuweisungen von Patienten zu erhalten. Dies ist bemerkenswert. Nicht wenige Ärzte scheinen daher einen durchaus kritischen Blick auf manche Vertreter des eigenen Berufsstands zu werfen.

Folgt man den Beurteilungen der stationären Einrichtungen und insbesondere der nicht-ärztlichen Leistungserbringer, so handelt es sich um eine erheblich häufigere Praxis, als es sich aus Sicht der

niedergelassenen Ärzte darstellt. Während weit über die Hälfte bis drei Viertel (57 % bis 71 %) der Ärzte meinten, dass keine Zuwendungen für Patientenzuweisungen an diese Gruppen erfolgen, sahen dies nur ein gutes Drittel (34 % bis 40 %) der stationären Einrichtungen und weniger als ein Fünftel der nicht-ärztlichen Leistungserbringer (gegenüber Ärzten 17 %) ähnlich. Eine Entscheidung über den tatsächlichen Umfang der Verbreitung kann diese Studie jedoch nicht treffen, denn die Gründe für diese Unterschiede lassen sich nicht eindeutig aufklären.

Dennoch einige Hinweise für mögliche Erklärungen: Zuerst ist alles eine Frage der Perspektive. Krankenhäuser und andere stationäre Einrichtungen sowie nicht-ärztliche Leistungserbringer treffen ihre Häufigkeitsschätzungen aufgrund der tatsächlich bestehenden Verbindungen zu einigen niedergelassenen Ärzten, während die Gruppe der niedergelassenen Ärzte auch viele Fachkollegen wahrnimmt, die sich an dieser Praxis nicht beteiligen. Stationäre Einrichtungen und nicht-ärztliche Leistungserbringer könnten daher den Umfang der Verbreitung aufgrund der Effekte einer selektiven Wahrnehmung durchaus überschätzen, zumindest lassen sich hieraus nur bedingt Aussagen über die Verbreitung in der Gruppe der niedergelassenen Ärzte treffen.

Auf der anderen Seite können sich auf Seiten der Ärzteschaft aufgrund des für sie eindeutig geltenden berufsrechtlichen Verbots auch Effekte der Neutralisierung oder Leugnung auswirken. Ferner kann nicht ausgeschlossen werden, dass die zahlenden Einrichtungen, anders als niedergelassene Ärzte, möglicherweise ein geringeres Interesse haben, Zuweisungen gegen Entgelt zu verschweigen. Denn man darf nicht übersehen, dass die Krankenhäuser selbst bislang ganz überwiegend keinem ausdrücklichen gesetzlichen Verbot der Zuweisung gegen Entgelt unterliegen.³¹

Vermutlich liegt die Wahrheit, so unsere Einschätzung, irgendwo in der Mitte zwischen den Einschätzungen der Befragten, ohne die wahre Verbreitung unzulässiger Zuwendungen für Patientenzuweisungen exakt bestimmen zu können. Die sich hiernach abzeichnende Verbreitung liegt jedenfalls über dem, was man noch als Einzelfälle bezeichnen könnte. Vielmehr scheinen, sowohl in der Zuweisungspraxis zwischen Ärzten als auch zu stationären Einrichtungen und nicht-ärztlichen Leistungserbringern, von vielen wahrgenommene Missstände zu bestehen.

2.3. Art der wirtschaftlichen Vorteile

2.3.1 Aus Sicht der niedergelassenen Ärzte

Im öffentlichen Diskurs, auch auf Seiten der niedergelassenen Ärzte und nicht nur der Rechtswissenschaften und Justiz, wird kaum bestritten, dass die Gewährung eines direkten finanziellen Vorteils für die Zuweisung von Patienten anrücklich ist. Betrachtet man jedoch beispielhaft nur die jüngst veröffentlichte Rechtsprechung³², zeigen sich ausgeklügelte Vorgehensweisen und Umgehungsstrategien, bspw. in Form von Kick-Back-Geschäften, Apparategemeinschaften oder Gewinnbeteiligungen an einer GmbH. Im Rahmen der vorliegenden Erhebung konnten aus zeitlichen Gründen lediglich vier Vorteilsarten abgefragt werden. Insbesondere mit Blick auf § 128 Abs. 2 Satz 3 SGB V wurde erhoben, ob und wie häufig finanzielle Zuwendungen, Kostenübernahmen bspw. für Schulungen und Einrichtung³³ sowie

31 Ein landesgesetzliches Verbot besteht nur gem. § 31a KHGG NRW sowie § 33 Bremisches KHG.

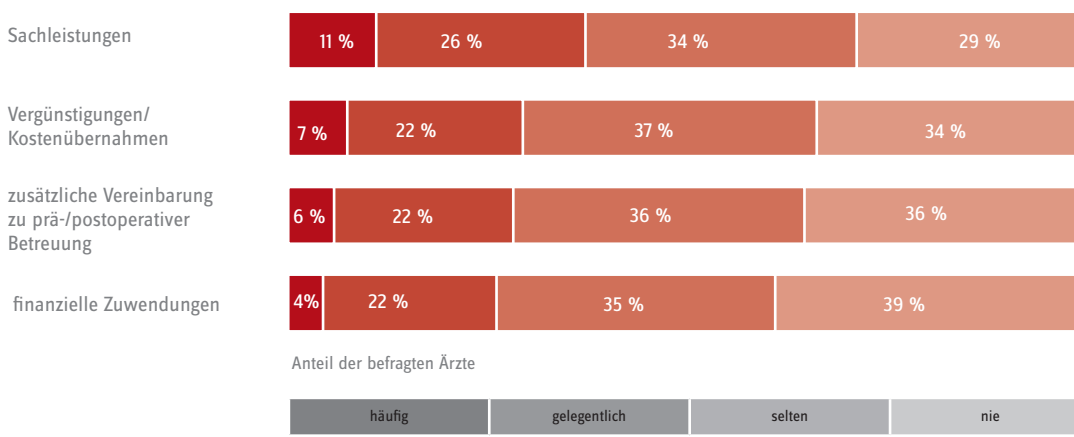
32 Vgl. Ärztl. BerufsG Niedersachsen, Urteil v. 11.08.2010 - BG 10/09 -, MedR 2011, 197-199; BGH, Urteil v. 13.01.2011 - I ZR 111/08 -, MedR 2011, 500-507; LandesberufsG für Heilberufe bei dem OVG NRW, Urteil v. 06.07.2011 - 6 t A 1816/09.T., MedR 2012, 70-75.

33 Im Interview wurden für Vergünstigungen folgende Beispiele genannt: Übernahme der Kosten für Tagungen, Schulungen, Praxiseinrichtungen und Praxismiete.

Sachleistungen wie Geräteüberlassung³⁴ erfolgen. In Bezug auf mögliche Vereinbarungen für eine prä-/post-operative Betreuung wurde jedoch die ausdrückliche Einschränkung vorgenommen, dass „gesetzlich zulässige Vereinbarungen von Krankenkassen“ hier nicht erfasst werden sollten, vgl. etwa § 128 Abs. 6 Satz 2 SGB V bzw. § 140b Abs. 4 SGB V.³⁵

Die Angaben der niedergelassenen Ärzte entsprechen dem Bild, welches sich aus den Gerichtsakten ergibt. Finanzielle Zuwendungen treten hinter sachlichen zurück, machen aber nach Angabe von 61 % der Befragten noch einen wichtigen Teil aus. Sachleistungen wie bspw. die Geräteüberlassung oder Präsente sind am weitesten verbreitet. 11 % meinten, dass dies häufig geschehe, und 26 % meinten, dies passiere gelegentlich. Im Detail sehen die Verteilungen wie folgt aus:

Abb. 27: Arten der Zuwendungen an Ärzte aus Sicht der Ärzte



Zwischen den einzelnen Facharztgruppen bestehen nur graduelle Unterschiede. Orthopäden und Reha-Mediziner berichteten tendenziell vermehrt von finanziellen Zuwendungen (insgesamt 76 % der Subgruppe), aber auch zusätzliche Vereinbarungen für eine prä-/post-operative Betreuung sind hier besonders häufig (insgesamt 84 % der Subgruppe).

Dagegen berichten Radiologen, Zytologen und Laborärzte tendenziell häufiger von Gewährung sonstiger Vergünstigungen wie Kostenübernahmen für Tagungen und von Sachleistungen (77 % der Subgruppe). Bei Entgegennahme von Sachleistungen spielen aber wiederum auch die Orthopäden und Reha-Mediziner (86 % der Subgruppe) ebenso wie die Zahnärzte (79 % der Subgruppe) keine unerhebliche Rolle.

2.3.2 Aus Sicht der stationären Einrichtungen

Als der strukturell einfachste Weg für Krankenhäuser, einen Anreiz für niedergelassene Ärzte für eine gezielte Zuweisung zu geben, erscheinen „Vereinbarungen zur prä-/post-operativen Betreuung“, z. B. zur vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus (§ 115a SGB V) bzw. im Rahmen des ambulanten Operierens im Krankenhaus (§ 115b SGB V). Die enge Kooperation von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten wird außerdem durch gesetzliche Vorschriften zur integrierten Versorgung, wie z. B.

34 Im Interview wörtlich: „Sachleistungen wie kostenlose Überlassung von Geräten und Präsenten“

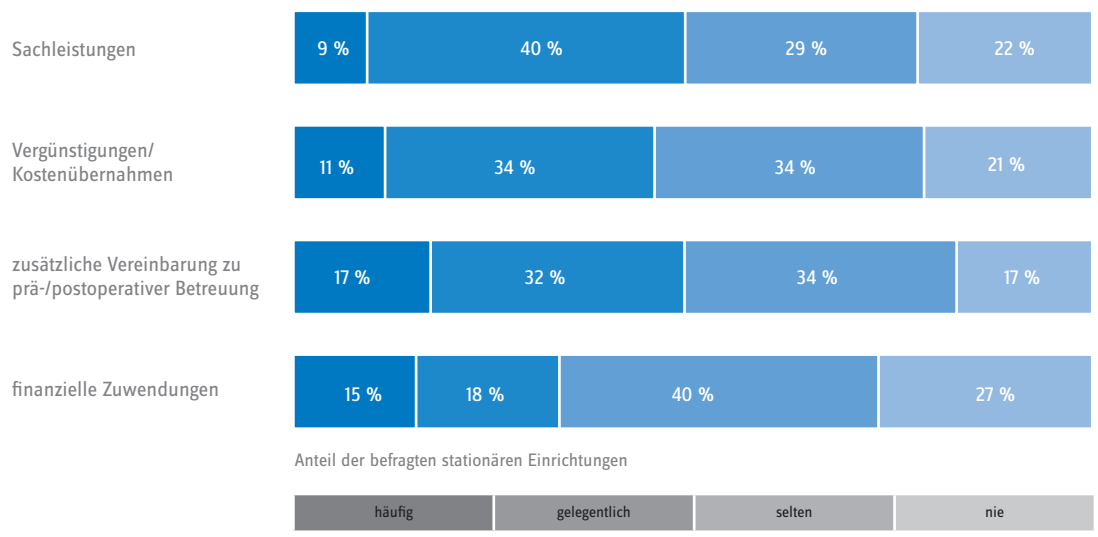
35 Im Interview wörtlich: „Zusätzliche Vereinbarungen für eine prä-/post-operative Betreuung ohne Beteiligung einer Krankenkasse und außerhalb medizinischer Versorgungszentren.“

§§ 140a ff SGB V gefördert. Allerdings müssen die Krankenkassen im letzteren Fall notwendiger Vertragspartner sein, was einer verdeckten Zuweisung gegen Entgelt entgegenwirken dürfte.³⁶

Im Wettbewerb um Marktanteile, Patientenzahlen und günstige Abrechnungsschlüssel ist es für viele aufgrund der gesetzlich zulässigen Kooperationsmöglichkeiten nur noch ein kleiner Schritt zu einer verdeckten Privilegierung auch auf Seiten der Zahlenden gegenüber den zuweisenden Ärzten. Durch entsprechende Abrechnungsmanipulationen der Verantwortlichen in den Krankenhäusern könnten die entstehenden Kosten für „Zuweiserprämien“ an niedergelassene Ärzte auf die Krankenkassen abgewälzt werden.³⁷

So antworteten knapp 83 % der Krankenhäuser und anderen stationären Einrichtungen, dass wirtschaftliche Vorteile an zuweisende Ärzte in Form von zusätzlichen Vereinbarungen für prä-/postoperative Betreuungen erfolgen. 49 % meinten, dies geschehe gelegentlich bis häufig. Vergünstigungen, wie die Kostenübernahme von Schulungen, erfolgen jedoch kaum seltener. Insgesamt gesehen streuen die Arten der gewährten wirtschaftlichen Vorteile relativ gleichmäßig, allerdings mit einer leichten Tendenz zu unbaren Vorteilen, wie Sachleistungen oder Vereinbarungen zur prä-/post-operativen Betreuung.

Abb. 28: Arten der Zuwendungen an Ärzte seitens der Krankenhäuser und anderer stationärer Einrichtungen



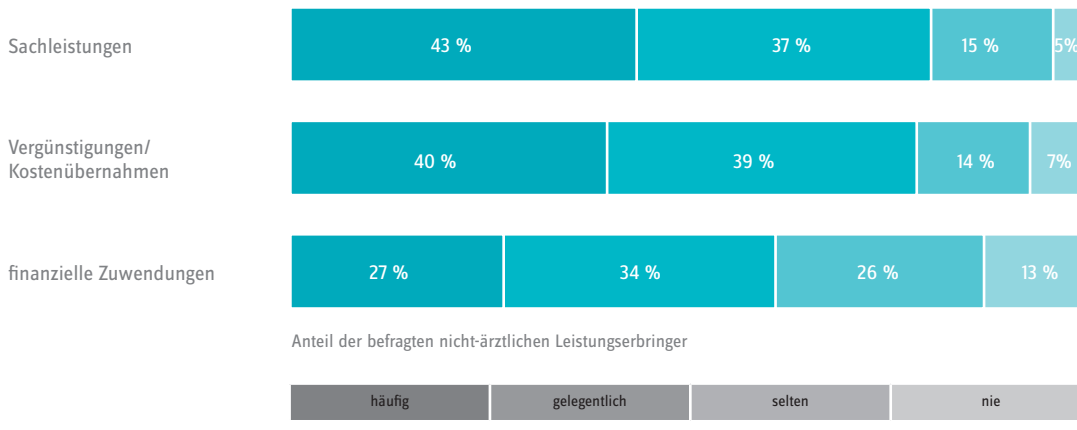
2.3.3 Aus Sicht der nicht-ärztlichen Leistungserbringer

Ein ähnliches Bild zeichneten die Angaben der nicht-ärztlichen Leistungserbringer. In dieser Frage wurde nicht mehr zwischen den einzelnen Gruppen auf der Seite der Fordernden differenziert. Sie beziehen sich somit auf niedergelassene Ärzte und stationäre Einrichtungen. 95 % der Befragten gaben an, dass Sachzuwendungen an die Zuweisenden ergehen, rund 93 % sprachen von Vergünstigungen und Kostenübernahmen. Aber immerhin rund 87 % räumten auch finanzielle Vorteile ein.

36 Aus diesem Grund wurde im Interview die Einschränkung vorgenommen: „Zusätzliche Vereinbarungen für eine prä-/postoperative Betreuung ohne Beteiligung einer Krankenkasse und außerhalb medizinischer Versorgungszentren.“

37 Zur Strafbarkeit wegen Abrechnungsbetruges bei getarnten „Kopfprämien“ vgl. Schneider, HRRS 2009, 484, 487; auch Kölbel, Strafbarkeitsnahe vertragsärztliche Kooperationsformen, NStZ 2011, 195, 198 f.

Abb. 29: Arten der Zuwendungen an Ärzte und stationäre Einrichtungen seitens nicht-ärztlicher Leistungserbringer



2.3.4 Direkte und indirekte Schäden auf Seiten nicht-ärztlicher Leistungserbringer

Nicht-ärztliche Leistungserbringer berichteten in unserer Studie besonders häufig über eine weitverbreitete Praxis der Gewährung finanzieller bzw. geldwerter Vorteile an zuweisende niedergelassene Ärzte und stationäre Einrichtungen. Dieses wettbewerbswidrige Verhalten ist vor allem schädlich für diejenigen, die sich hieran nicht beteiligen. Die Gruppe der nicht-ärztlichen Leistungserbringer wurde daher in unserer Studie zusätzlich danach gefragt, wie hoch sie ihren sowohl finanziellen als auch immateriellen Schaden durch die zusätzliche Vergütung von Wettbewerbern für die Beteiligung an der Arznei- oder Hilfsmittelversorgung schätzen.³⁸

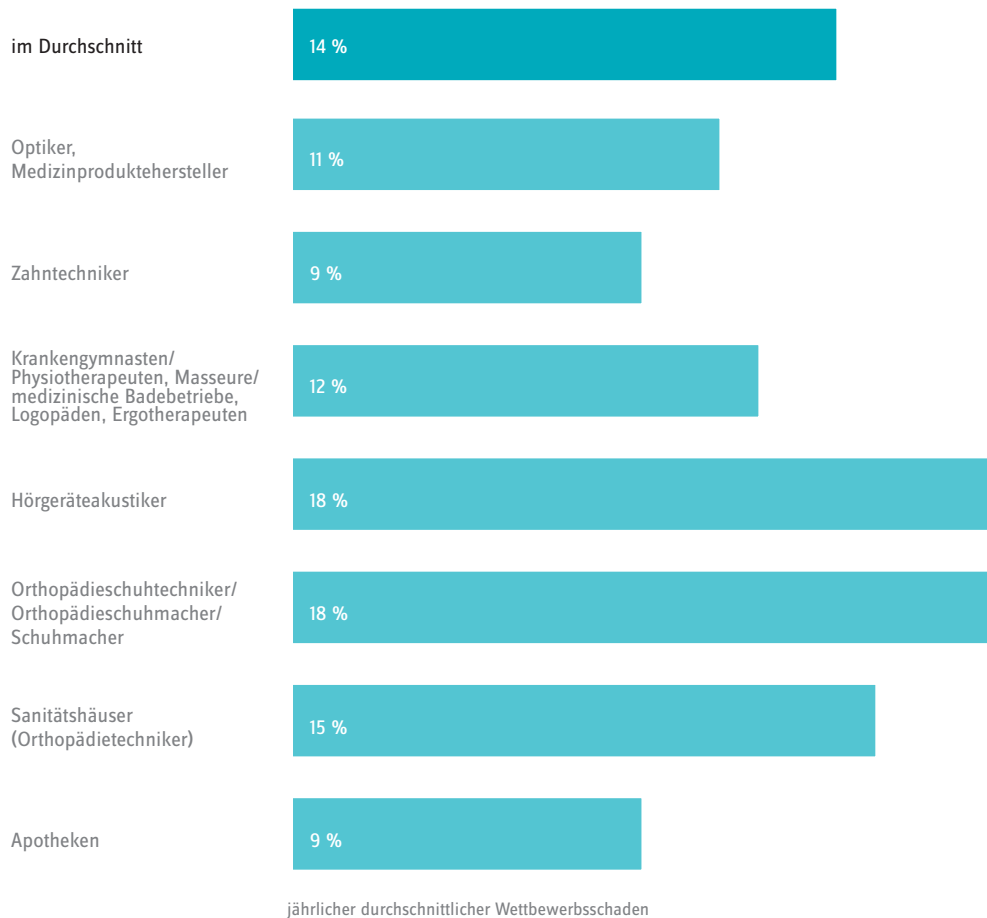
Der größte Anteil der Befragten gab mit 76 % an, dass ihnen durch die wettbewerbswidrige Praxis von Wettbewerbern in den zurückliegenden zwei Jahren ein finanzieller Schaden beispielsweise durch Umsatzeinbußen entstanden ist. Nur 28 % bezeichneten diesen Schaden als gering, aber 32 % berichteten über mittelschwere und 15 % sogar über gravierende wirtschaftliche Nachteile.

In einer weiteren Frage haben wir alle nicht-ärztlichen Leistungserbringer gebeten, ihren finanziellen Wettbewerbsschaden gemessen an ihrem Jahresumsatz zu beziffern.³⁹ Im Durchschnitt schätzten die Befragten diesen auf 14 % ihres Jahresumsatzes. Besorgniserregend ist die Tatsache, dass 14 % der Befragten einen Schaden von 26-50 % gemessen am Jahresumsatz konstatierten. Dies kann zumindest für einige Firmen existenzgefährdend sein. Betrachtet man die Schäden unterschieden nach Branche zeigt sich, dass vor allem Hörgeräteakustiker, Orthopädieschuhtechniker und -schuhmacher und Sanitätshäuser (Orthopädietechniker) überdurchschnittlich stark betroffen sind. Dies deckt sich mit unseren vorherigen Ergebnissen zur Verbreitung dieser Praktiken in dieser Gruppe.

38 Originalfrage für nicht-ärztliche Leistungserbringer: „Wie groß ist der Anteil der Versorgung aufgrund dieser Vereinbarung innerhalb eines Geschäftsjahres - gemessen an Ihrem Gesamtumsatz?“

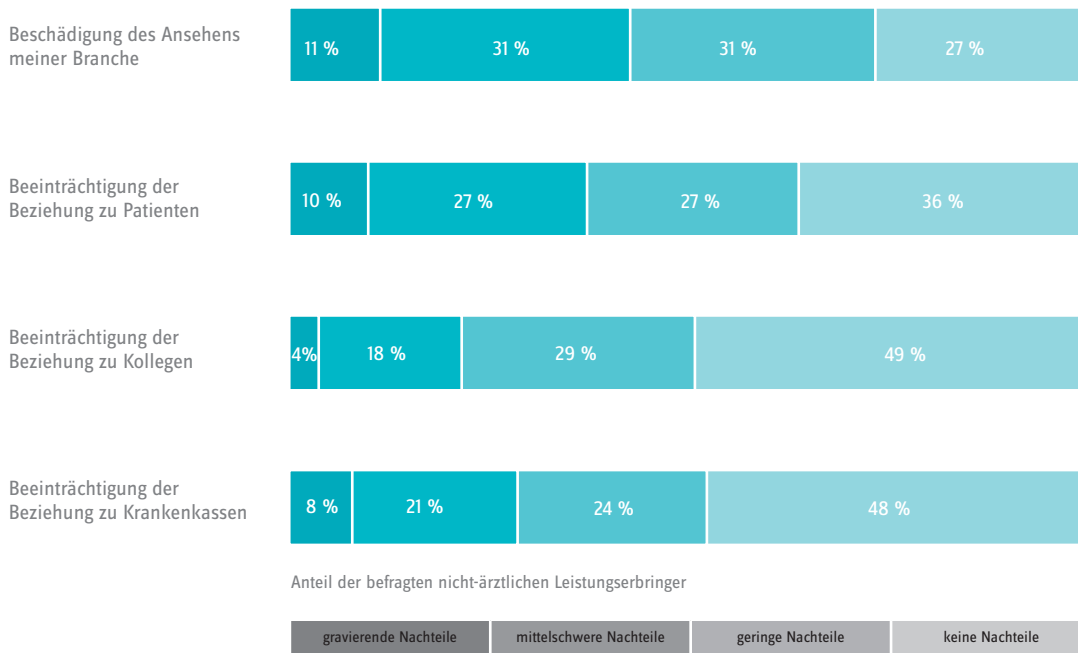
39 Originalfrage für nicht-ärztliche Leistungserbringer: „Können Sie ungefähr in Prozent schätzen, wie hoch dieser Wettbewerbsschaden gemessen an Ihrem Jahresumsatz ist?“

Abb. 30: Durchschnittlicher Wettbewerbsschaden nicht-ärztlicher Leistungserbringer gemessen an ihrem Jahresumsatz



Des Weiteren wurden auch die mittelbaren Schäden für die eigene Branche erhoben. Am häufigsten wurde der Imageverlust der Branche genannt. Nur etwa ein Viertel (27 %) nehmen keine Beeinträchtigungen der Reputation an, aber 42 % befürchten mittelschwere oder sogar gravierende Auswirkungen auf das Ansehen der eigenen Branche. Relativ häufig wurde auch eine Beeinträchtigung der Beziehung zu Patienten angenommen (64 %). Rund die Hälfte der Befragten sieht eine Beeinträchtigung der Beziehung zu Kollegen wie auch Krankenkassen. Im Vergleich zu den anderen indirekten Auswirkungen wurde diese jedoch deutlich seltener genannt. Dies erstaunt angesichts der Brisanz und der öffentlichen Präsenz der Thematik in den Medien.

Abb. 31: Indirekte Nachteile für Leistungserbringer aufgrund der Praxis von Wettbewerbern in den letzten zwei Jahren



Eine Beschädigung des Ansehens ihrer Branche sehen vor allem Apotheker (91 %) und die Hörgeräteakustiker (95 %). Auch befürchten Apotheker zu 89 % eine Beeinträchtigung der Beziehung zu Patienten und 78 % der Orthopädieschuhtechniker und -schuhmacher. Auch in Bezug auf die Krankenkassen sehen vor allem die Apotheken eine Verschlechterung der Beziehungen. In Bezug zu den Kollegen berichteten dies vermehrt die Orthopädieschuhtechniker und -schuhmacher.

3. Fallstudien

3.1. Verbreitung

3.1.1 Anzahl konkreter Fallberichte

Nachdem zuvor drei Gruppen - niedergelassene Ärzte, stationäre Einrichtungen sowie nicht-ärztliche Leistungserbringer - zu ihren Einschätzungen insbesondere zur Verbreitung und Art der wirtschaftliche Vorteile befragt wurden, erhoben wir in weiteren Fragen ihre eigenen konkreten Erfahrungen. Auf diese Weise sollen die vorherigen Einschätzungen anhand von konkreten Fallberichten objektiviert werden. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass es angesichts der rechtlichen Lage und der eigenen Bewertung der Praxis als unzulässig (siehe Abschnitt 1.3.2) einen Unterschied macht, ob man die Verbreitung in der eigenen Fach- bzw. Berufsgruppe einschätzt oder über konkrete eigene Situationen berichtet, in denen Zuwendungen angeboten oder erwartet wurden. Daher dürfte die Nennung konkreter Situationen noch stärkeren Erwünschtheitseffekten unterliegen.

Wir beschränkten unsere Frage auf den Zeitraum von zwei Jahren⁴⁰ und differenzierten zwischen den an die Befragten gerichteten Angeboten⁴¹ und Erwartungen von Zuwendungen⁴². Jeweils über ein Viertel der befragten niedergelassenen Ärzte und Krankenhäuser berichtete, dass man ihnen in den letzten zwei Jahren mindestens einmal derartige Zuwendungen angeboten hat.

In den letzten zwei Jahren mind. eine Situation genannt:	Ärzte (n=600)	Nicht-ärztliche Leistungserbringer (n=361)	Stationäre Einrichtungen (n=180)**	Insgesamt (mindestens eine Situation)
Angebot von Zuwendungen	157 Situationen (26 %)	---	17 Situationen (29 % nur Krankhäuser)*	174 Situationen (26 %)
Erwartung von Zuwendungen	88 Situationen (15 %)	176 Situationen (49 %)	Erwartung von Ärzten: 42 Situationen (25 %) Angebot an Ärzte: 11 Situationen (6 %)	317 Situationen (28 %)

* Zusätzliche Differenzierung nur für Krankenhäuser erhoben (n=60); **nur n=170 Antworten

- 40 Dies ist ein übliches Verfahren, um die Vergleichbarkeit zu gewährleisten und Erinnerungseffekte auszuschließen.
- 41 Originalfrage für Ärzte: „Wie oft haben Sie sich in den letzten zwei Jahren in der Situation befunden, dass man Ihnen wirtschaftliche Vorteile für die Zuweisung von Patienten angeboten hat?“ (Angebotssituation) Originalfrage für stationäre Einrichtungen: „Wie oft haben Sie sich in den letzten zwei Jahren in der Situation befunden, dass man Ihnen wirtschaftliche Vorteile für die Beteiligung an der Arznei- bzw. Hilfsmittelversorgung angeboten hat?“ (Angebotssituation)
- 42 Originalfrage für Ärzte: „Waren Sie schon einmal in der Situation, dass man von Ihnen wirtschaftliche Vorteile für die Zuweisung erwartet hat, sei es eines Patienten oder von Untersuchungsmaterial?“ (Gebersituation) Originalfrage für stationäre Einrichtungen: „Wie häufig wurden von Ihrer Klinik bzw. Pflegeeinrichtung von niedergelassenen Ärzten wirtschaftliche Vorteile für die Zuweisung von Patienten erwartet, und wie häufig haben Sie es von sich aus angeboten?“ (Gebersituation) Originalfrage für nicht-ärztliche Leistungserbringer: „Wie oft haben Sie sich in den letzten zwei Jahren in der Situation befunden, dass man von Ihnen wirtschaftliche Vorteile für die Beteiligung an der Arznei- bzw. Hilfsmittelversorgung erwartet hat?“ (Gebersituation)

Auf der anderen Seite berichteten 15 % der niedergelassenen Ärzte über mindestens eine Situation, in der Zuwendungen für Patientenzuweisungen von ihnen erwartet wurden. Bei den stationären Einrichtungen berichteten jede Vierte (25 %) über entsprechende Erwartungen der zuweisenden niedergelassenen Ärzte, während jeder zweite (49 %) nicht-ärztliche Leistungserbringer ähnliche Erfahrungen gemacht hat. Relativ selten haben stationäre Einrichtungen von sich aus niedergelassenen Ärzten entsprechende Angebote unterbreitet (6 %).

Insgesamt wurden von den 1.141 Befragten von 317 Situationen berichtet, in denen ihnen wirtschaftliche Vorteile für Zuweisungen angeboten, und von 174 Situationen, in denen von ihnen solche Vorteile erwartet wurden – zusammen somit 491 „Anbahnungsversuche“. Dabei ist der relativ kurze Zeitraum von zwei Jahren zu berücksichtigen, länger zurückliegende „Anbahnungsversuche“ wurden nicht erhoben. Ferner befanden sich einige der Befragten mehrmals in derartigen Situationen.

3.1.2 Relevanz des Problembewusstseins

In weiteren Analysen zeigte sich überdies, dass die Antworten auch vom Problembewusstsein abhängen. Aus den ersten Fragen im Fragebogen ergab sich eine Gruppe von Befragten, die angab, die für sie relevante rechtliche Regelung entweder nicht zu kennen oder aber sich dafür nicht zu interessieren. Es lag daher die These nahe, dass bereits die Wahrnehmung von Situationen, in denen wirtschaftliche Vorteile für Zuweisungen angeboten oder erwartet wurden, von der Sensibilität der Befragten abhängt (siehe Abschnitt 1.1.1).

	Ärzte		Nicht-ärztliche Leistungserbringer		Stationäre Einrichtungen	
	Unkenntnis/Desinteresse (18 % aller Befragten)	Andere	Unkenntnis/Desinteresse (28 % aller Befragten)	Andere	Unkenntnis/Desinteresse (16 % aller Befragten)	Andere
mind. eine Situation genannt:						
Angebot von Zuwendungen	13 %	29 % **			11 %	32 %
Erwartung von Zuwendungen	5 %	17 % **	28 %	55 % **	7 %	28 % *

Chi² nach Pearson: **p<.001, *p<.05. Im Fall von stationären Einrichtungen und dem Angebot von Zuwendungen handelt es sich um zu geringe Fallzahlen, um signifikante Ergebnisse zu erhalten.

Bei allen drei Gruppen bestätigte sich diese These. Die erheblichen Differenzen erwiesen sich zudem als fast ausnahmslos statistisch signifikant. Bei den zuvor genannten Fällen (siehe oben Abschnitt 3.1.1) handelt es sich auch aus diesem Grund um Unterschätzungen. Eine Verstärkung der Aufklärungsmaßnahmen in allen drei hier befragten Gruppen und Bereichen dürfte daher insgesamt das Problembewusstsein und auf diese Weise zugleich auch die wahrgenommene Zahl der Fälle erhöhen.

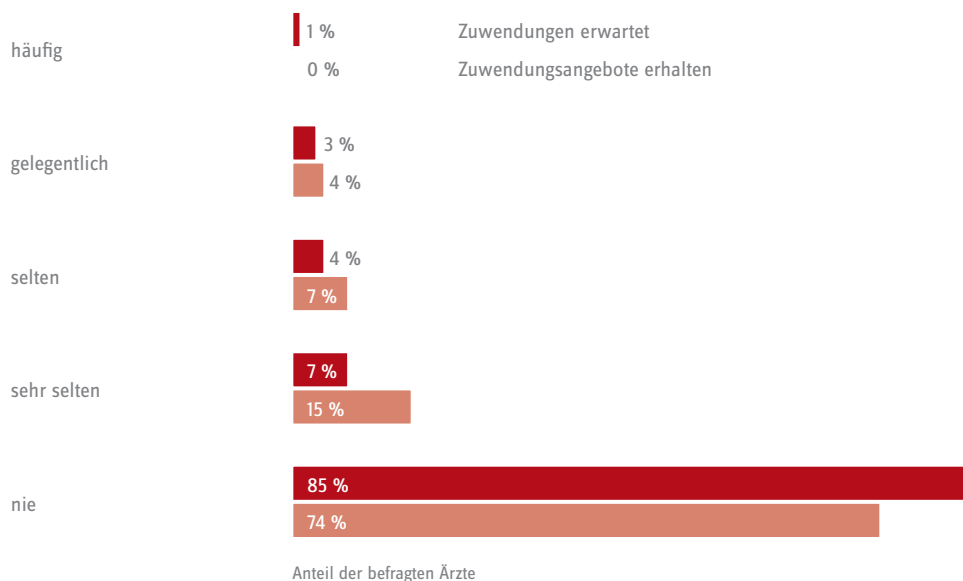
3.1.3 Erfahrungen der niedergelassenen Ärzte

Des Weiteren wurde nicht nur danach gefragt, ob sich niedergelassene Ärzte in den letzten zwei Jahren in einer Situation befunden haben, in der man ihnen wirtschaftliche Vorteile für die Zuweisung von Patienten oder Untersuchungsmaterial angeboten oder von ihnen erwartet hat, sondern auch wie häufig. Aus der folgenden Grafik kann entnommen werden, dass nur ein kleiner Teil der niedergelassenen Ärzteschaft sich mehr als nur sehr selten⁴³ in derartigen Situationen befunden hat.

Vergleichen wir dieses Ergebnis mit den Berichten von niedergelassenen Ärzten, denen man Zuwendungen angeboten hat, so berichteten niedergelassene Ärzte seltener über entsprechende Situationen, in denen man von ihnen wirtschaftliche Vorteile für die Zuweisung von Patienten erwartet hat. Folgt man den Berichten der niedergelassenen Ärzte, so werden ihnen häufiger entsprechende Vorteile angeboten, als man von ihnen erwartet.

Nicht alle Fachärzte scheinen gleichermaßen mit Situationen konfrontiert zu werden, in denen die Zuweisung von Patienten gegen Entgelt zur Sprache gebracht wird. Besonders häufig berichten Orthopäden, HNO-Ärzte, Gynäkologen bzw. Urologen und Augenärzte davon, wirtschaftliche Vorteile angeboten bekommen zu haben.⁴⁴ Trotz dieser erkennbaren Unterschiede zeigen die Fallberichte, dass sich dieses Phänomen durch alle niedergelassenen (Fach-)Ärztegruppen zieht.

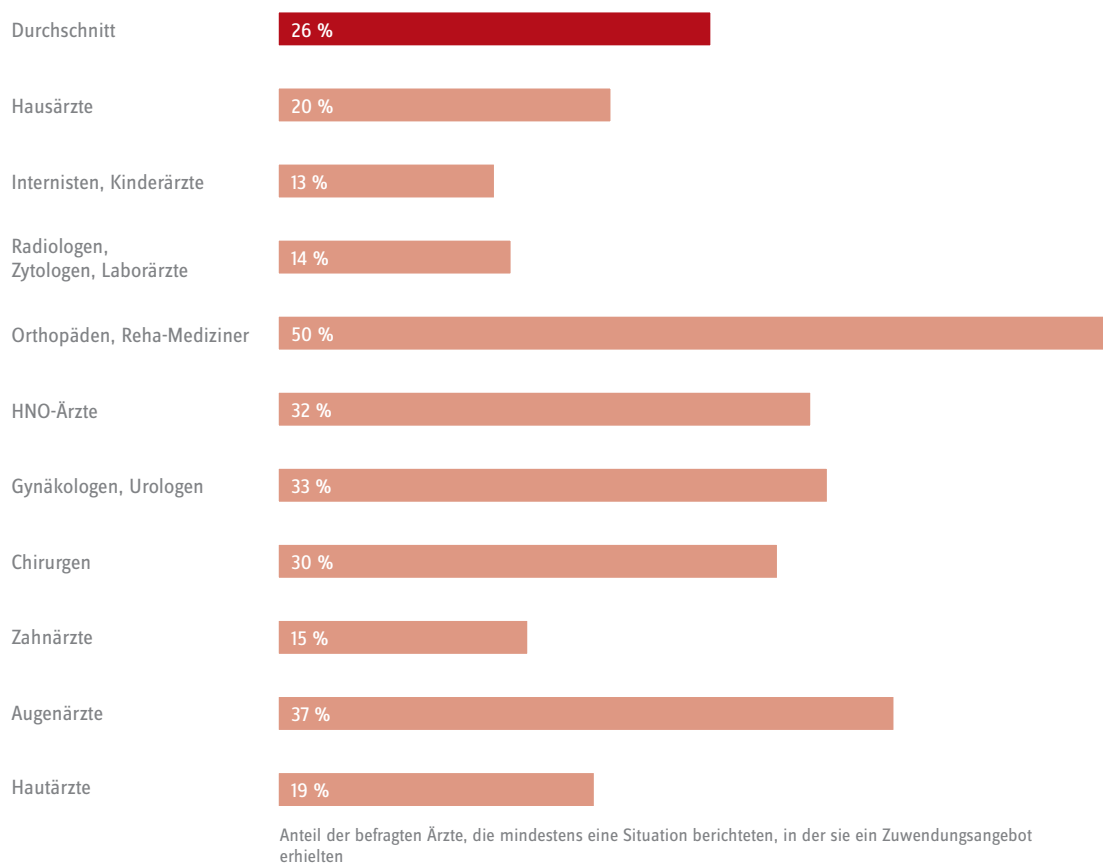
Abb. 32: Häufigkeit von Situationen, in denen Ärzten für die Zuweisung von Patienten wirtschaftliche Vorteile angeboten oder von ihnen erwartet wurden.



43 Im Fragebogen wurde nach „1-2mal“ (=sehr selten) gefragt.

44 Angaben zur facharztspezifischen Verteilung auf der „Geberseite“ (Zuwendungen erwartet) sind aufgrund der zu geringen Fallzahlen nicht möglich.

Abb. 33: Anteil der berichteten Situationen in der jeweiligen Fachärztesgruppe, in denen für die Zuweisung von Patienten wirtschaftliche Vorteile angeboten wurden



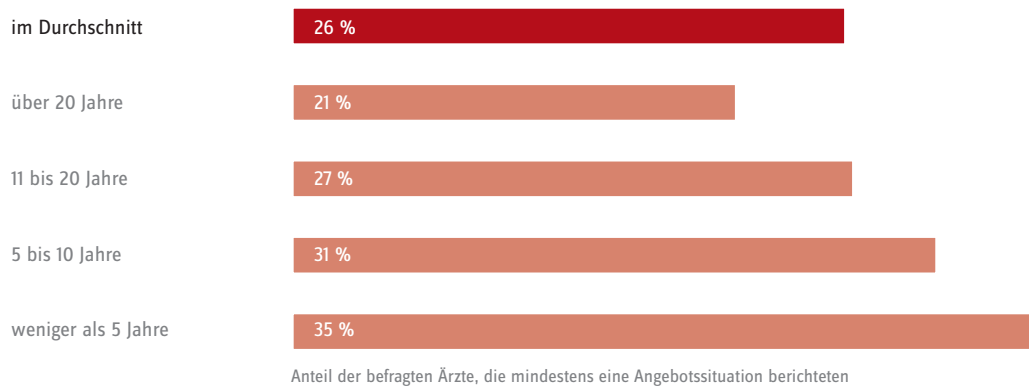
3.1.4 Relevanz von wirtschaftlicher Situation, Berufsalter und Stadt-Land

Die wirtschaftliche Situation der Praxis, zumindest soweit dies durch die Selbsteinschätzung der Befragten erhoben werden konnte, scheint keinen Einfluss darauf zu haben, wie häufig niedergelassene Ärzte mit illegalen Erwartungen von Zuwendungen für Patientenzuweisungen konfrontiert werden.

Auffällig ist, dass vor allem junge Ärzte mit entsprechend jungen Praxen über deutlich mehr Angebots-situationen berichten als diejenigen, die bereits seit mehr als 20 Jahren niedergelassen sind. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Erhebung lediglich nach Angeboten in den letzten zwei Jahren gefragt hat. Hierfür sind mehrere Erklärungen denkbar. Eine könnte sein, dass etablierte Praxen leichter in einem System festgesteckter Absatzmärkte und Netzwerke positioniert sein können. Wohingegen junge Praxen für andere (Fach-)Ärzte und nicht-ärztliche Leistungserbringer einen neuen noch zu erobernden Markt darstellen. Eine andere wäre, dass sich hinter diesen Schilderungen auch Erwartungshaltungen verbergen und junge Ärzte derartige Leistungen, womöglich aufgrund ihrer noch schwächeren wirtschaftlichen Situation, häufiger fordern. Des Weiteren wissen wir nicht, ob jüngere Ärzte nur schlicht ehrlicher hierüber berichtet haben. Eine Entscheidung hierüber kann anhand der Ergebnisse nicht getroffen werden.

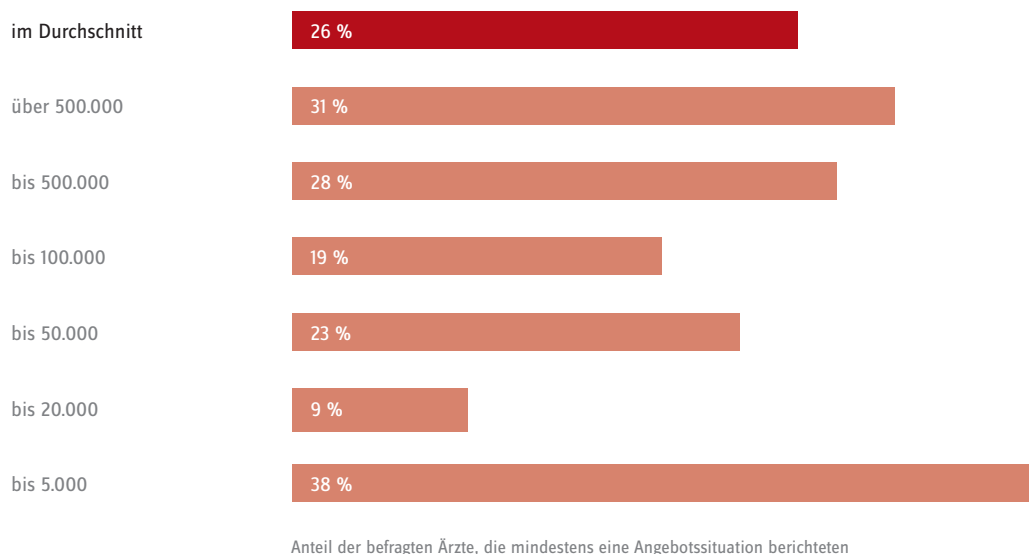
Wie auch immer dieser Zusammenhang zu interpretieren ist, unter dem Gesichtspunkt der Zukunft des Gesundheitssystems beunruhigt es, dass jüngere Ärzte häufiger über derartige Angebote berichtet haben.

Abb. 34: Häufigkeit von Situationen in denen Ärzten wirtschaftliche Vorteile angeboten wurden, differenziert nach Berufsjahren



Des Weiteren zeigt sich in diesem Zusammenhang kein eindeutiges Stadt-Land-Gefälle. Eine eindeutig stärkere Belastung von niedergelassenen Ärzten in urbanen Gebieten ist nicht nachweisbar. Allerdings fällt auf, dass es eine Häufung von berichteten Fällen in eher ländlichen Gebieten mit weniger als 5.000 Einwohnern gibt (38 %). Dies könnte darauf zurückgeführt werden, dass in ländlichen Regionen die Facharztichte geringer ist und sich stationäre Einrichtungen und nicht-ärztliche Leistungserbringer aus den größeren Orten vor allem in ländlichen Regionen um Patientenzuweisungen bemühen. Hierfür spricht, dass umgekehrt Ärzte aus ländlichen Regionen über keine an sie gerichteten Erwartungen, Zuwendungen zu gewähren, berichtet haben (bis 5.000 Einwohner = 0 %).

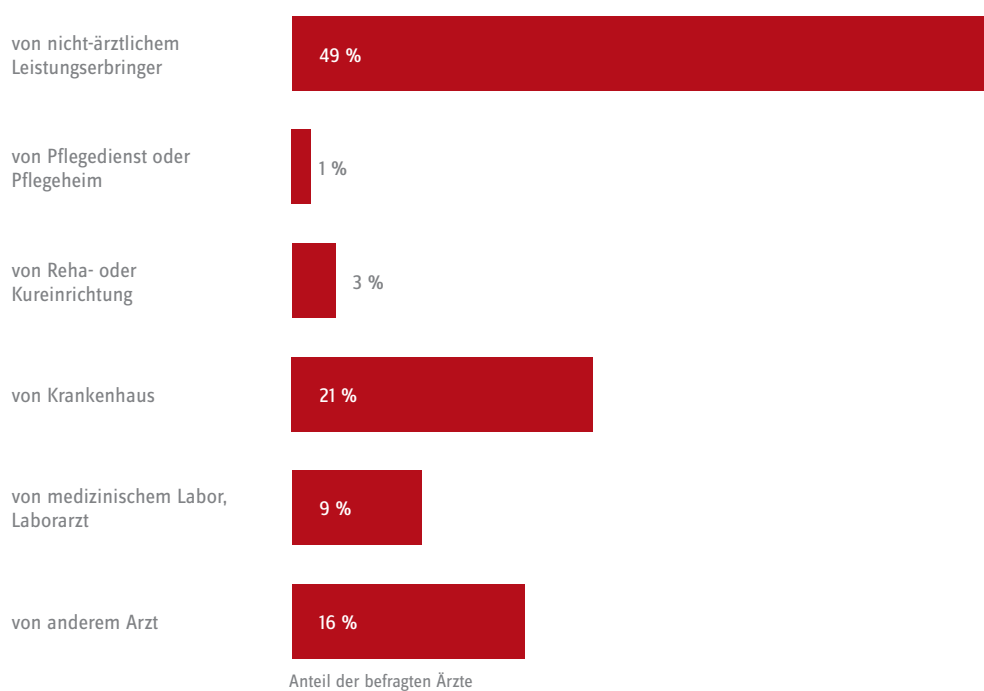
Abb. 35: Häufigkeit von Situationen in denen Ärzten wirtschaftliche Vorteile angeboten wurden, differenziert nach Stadt-Land-Gefälle.



3.1.5 Geber der Zuwendungsangebote an Ärzte

Zur letzten konkreten Situation gaben fast die Hälfte (49 %) der niedergelassenen Ärzte an, dass der wirtschaftliche Vorteil von einem nicht-ärztlichen Leistungserbringer angeboten wurde. Bei einem Fünftel (21 %) der Anbieter handelte es sich um Krankenhäuser. Bemerkenswert ist, dass die konkrete Erfahrung sich nicht mit ihrer Einschätzung deckt, wonach zuweisende Ärzte wirtschaftliche Vorteile eher von anderen Ärzten erhalten (siehe Abschnitt 2.2.1). Allerdings bewegt sie sich in der Größenordnung ihrer eigenen Einschätzung. Etwa jeder fünfte niedergelassene Arzt (20 %) bezeichnete diese Praxis gegenüber einem anderen Arzt als gelegentlich oder gar als häufig, und 16 % berichteten tatsächlich über eine konkrete Situation aus den letzten zwei Jahren.

Abb. 36: Von wem wurde in der letzten konkreten Situation das Angebot an Ärzte unterbreitet?



Die Berichte der niedergelassenen Ärzte über tatsächliche Angebotssituationen bestätigen jedoch die Einschätzungen der befragten nicht-ärztlichen Leistungserbringer, wonach niedergelassene Ärzte wirtschaftliche Vorteile für Zuweisungen vor allem von ihnen erhalten. Zwei Drittel (65 %) der nicht-ärztlichen Leistungserbringer hielten dies für eine gelegentliche oder gar häufige Praxis (siehe Abschnitt 2.2.3). Allerdings zeigt sich hier, dass niedergelassene Ärzte bei ihren vorhergehenden Häufigkeitseinschätzungen vor allem gegenüber der Gruppe der nicht-ärztlichen Leistungserbringer diese Praxis unterschätzt haben (siehe Abschnitt 2.2.1).

Greifen wir die am dritthäufigsten genannte Gruppe der Krankenhäuser heraus, so entspricht die tatsächliche genannte Fallzahl der vorhergehenden Einschätzung der niedergelassenen Ärzte. 17 % hielten dies gegenüber Krankenhäusern für eine gelegentliche oder gar häufige Praxis (siehe Abschnitt 2.2.1), und 21 % der niedergelassenen Ärzte konnten zumindest über eine konkrete Angebotsituation berichten.

3.1.6 Erfahrungen der stationären Einrichtungen in einer „Gebersituation“

Betrachtet man die Angaben der stationären Einrichtungen zu diesen Situationen, so fällt auf, dass stationäre Einrichtungen weitaus seltener berichteten, von sich aus niedergelassenen Ärzten wirtschaftliche Vorteile für die Zuweisung von Patienten angeboten zu haben. Die Berichte von niedergelassenen Ärzten und stationären Einrichtungen decken sich somit nicht, jede Seite sieht eher die andere als diejenige, von der die Angebote ausgehen. So befand sich den Angaben der stationären Einrichtungen zufolge jede vierte (25 %) von ihnen in den letzten zwei Jahren mindestens einmal in der Situation, in der niedergelassene Ärzte von ihnen Zuwendungen erwartet haben.⁴⁵ 7 % berichteten sogar über gelegentliche oder häufige Erwartungen.

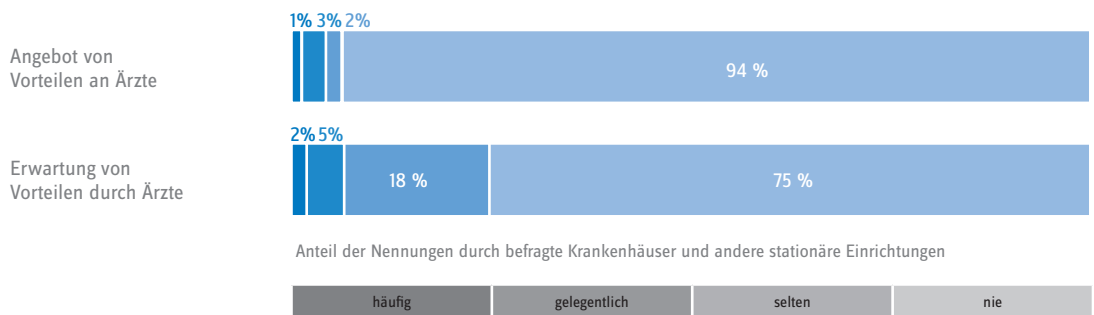
In weiteren Analysen zeigte sich, dass besonders stationäre Einrichtungen, die die eigene wirtschaftliche Situation als schlecht beurteilen, über Situationen berichteten, in denen von ihnen die Gewährung eines wirtschaftlichen Vorteils erwartet wurde.

Versucht man die Zahl der Fallberichte der stationären Einrichtungen mit ihren vorherigen Häufigkeitseinschätzungen in Deckung zu bringen, so hatten die Befragten über eine deutlich verbreitetere Praxis berichtet. Denn ein knappes Drittel (30 %) der Reha- und Kureinrichtungen sowie der Pflegeheime war der Auffassung, dass diese Praxis gegenüber niedergelassenen Ärzten gelegentlich oder häufig vorkomme, bei den Krankenhäusern waren es sogar 40 % (siehe Abschnitt 2.2.2). Dies lässt vermuten, dass weniger freimütig über die eigene Betroffenheit berichtet wurde.

In der Gruppe der stationären Einrichtungen berichteten bezeichnenderweise am häufigsten private und öffentliche Krankenhäuser (39 %) von Situationen, in denen von ihnen ein wirtschaftlicher Vorteil erwartet wurde. Dies deckt sich zumindest teilweise mit eigenen Erhebungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)⁴⁶

Zwar besteht inzwischen in NRW und in Bremen für Krankenhäuser sogar ein landesgesetzliches Verbot der Zuweisung gegen Entgelt.⁴⁷ Beschränken wir uns wegen der Größe auf das Bundesland NRW, so

Abb. 37: Häufigkeit von Angebots- und Erwartungssituationen aus Sicht von stationären Einrichtungen

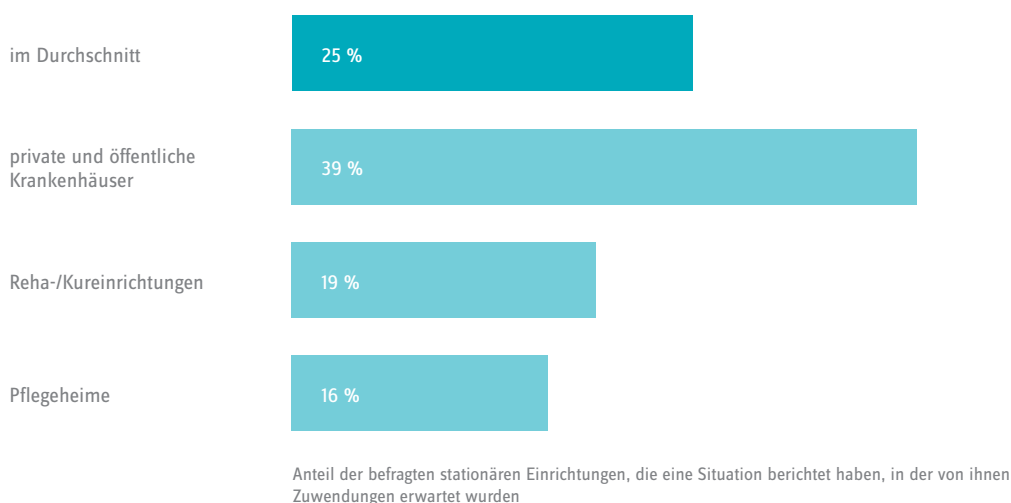


45 Die Ausprägungen selten und sehr selten (1-2 mal) wurden im Fragebogen getrennt erhoben und hier zusammengefasst.
 46 Nach einer von der DKG veranlassten internen Umfrage aus dem Jahre 2008 haben von den 314 teilnehmenden Krankenhäusern 18,14 % angegeben, insoweit von niedergelassenen Ärzten (insbesondere Hausärzten, HNO-Ärzten und Orthopäden) oder Ärzteverbänden unter Druck gesetzt worden zu sein; vgl. DKG, Rundschreiben Nr. 163/2008 vom 20.06.2008, zitiert nach Schneider/Gottschaldt, wistra 2009, 133, dort Fußnoten 4, 10.
 47 Siehe § 31a KHGG NRW sowie § 33 Bremisches KHG.

konnten auch hier die Auswirkungen dieser Regelung aufgrund zu geringer Fallzahlen (n=13) nur eher qualitativ beurteilt werden. So berichteten für den vergangenen Zeitraum von zwei Jahren 54 % der Krankenhäuser in NRW über an sie gerichtete Erwartungen von niedergelassenen Ärzten, der Bundesdurchschnitt ohne NRW liegt bei 36 %. Bedenklicher ist angesichts der eindeutigen Rechtslage in NRW, dass 17 % trotzdem über eigene Angebote berichteten, für Krankenhäuser betrug der Bundesdurchschnitt ohne NRW 4 %.

Die Fallzahlen sind wie gesagt zu gering, um hieraus belastbare Schlüsse zu ziehen. Dies war auch nicht das Ziel dieser Pilotstudie. Gleichwohl zeigt sich zumindest im ersten Zugriff keine empirische Wirkung der Landesgesetzgebung in NRW. Diese kann daher nur in einer separaten Studie mit entsprechendem Evaluationsdesign untersucht werden.

Abb. 38: Anteil der berichteten Fälle in der jeweiligen Gruppe der stationären Einrichtungen

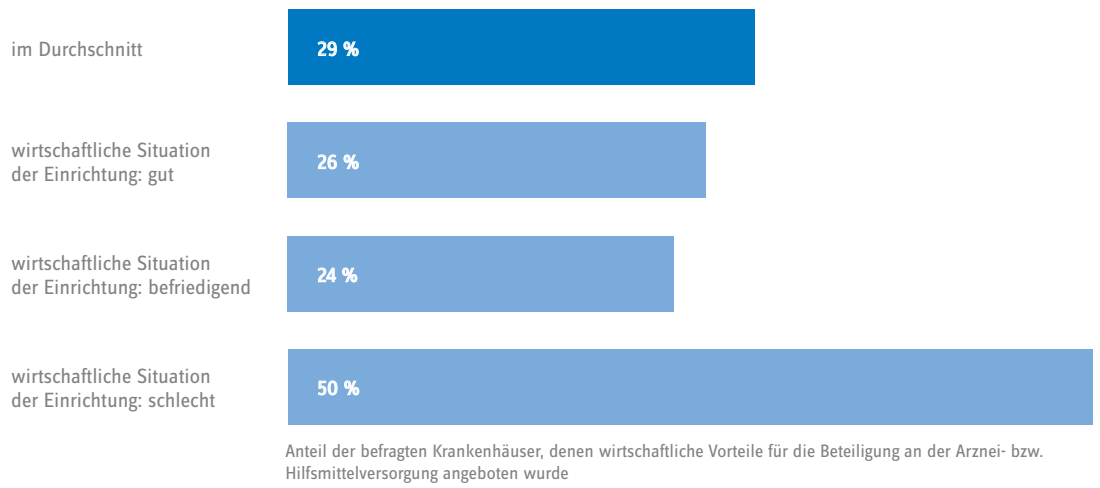


3.1.7 Erfahrungen der Krankenhäuser in einer „Angebotssituation“

Von dem Vorwurf, auch mit Prämienzahlungen für die Einweisung von Patienten zu arbeiten, sind auch Krankenhäuser betroffen (n=60). Sie sind jedoch nicht nur auf der Seite derjenigen zu finden, die sich Zuwendungserwartungen zuweisender Ärzte ausgesetzt sehen, sondern sind in einigen Fällen auch Nutznießer. So gaben 29 % der Krankenhäuser an, sich in den letzten zwei Jahren in der Situation befunden zu haben, dass ihnen wirtschaftliche Vorteile für die Beteiligung an der Arznei- bzw. Hilfsmittelversorgung angeboten wurden. Die Angebote wurden größtenteils (93 %) von nicht-ärztlichen Leistungserbringern unterbreitet, in 7 % der Fälle waren andere die Anbieter.

Im Unterschied zu der Gruppe der niedergelassenen Ärzte korreliert die Häufigkeit mit der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser, die Fallzahl (n= 17) ist jedoch klein. Diejenigen, die ihre wirtschaftliche Situation als schlecht einschätzen, berichteten häufiger von derartigen Angeboten. Ein eindeutiger Zusammenhang mit der Lage der Krankenhäuser (Stadt vs. Land) ergab sich hingegen nicht.

Abb. 39: Häufigkeit des Angebotes wirtschaftlicher Vorteile für die Beteiligung an der Arznei- oder Hilfsmittelversorgung in Abhängigkeit von der Einschätzung der wirtschaftlichen Situation des Krankenhauses



3.1.8 Erfahrungen der nicht-ärztlichen Leistungserbringer

Betrachtet man spiegelbildlich die Angaben der nicht-ärztlichen Leistungserbringer, so zeigt sich im Vergleich zu den anderen Gruppen, dass sie sehr viel häufiger über eine Erwartung von niedergelassenen Ärzten und stationären Einrichtungen berichteten, gegen die Gewährung wirtschaftlicher Vorteile an der Arznei- oder Hilfsmittelversorgung beteiligt zu werden. Jeder zweite Befragte (49 %) konnte über mindestens eine Situation berichten, aus Sicht von 13 % geschieht dies immerhin gelegentlich, und 7 % erlebten dies sogar häufig.⁴⁸

Auf Seiten der nicht-ärztlichen Leistungserbringer wird vor allem von Orthopädieschuhmachern, Sanitätshäusern, Apothekern sowie Zahntechnikern, Medizinproduktherstellern und Optikern die Leistung einer Vergütung erwartet. Neben diesen besonders belasteten Branchen bei den nicht-ärztlichen Leistungserbringern berichten außerdem vor allem größere Unternehmen (durchschnittlich 52 Beschäftigte) von Situationen, in denen eine Entgeltzahlung von ihnen erwartet wurde.

Abb. 40: Häufigkeit von Situationen in denen eine Entgeltzahlung von nicht-ärztlichen Leistungserbringern erwartet wurde

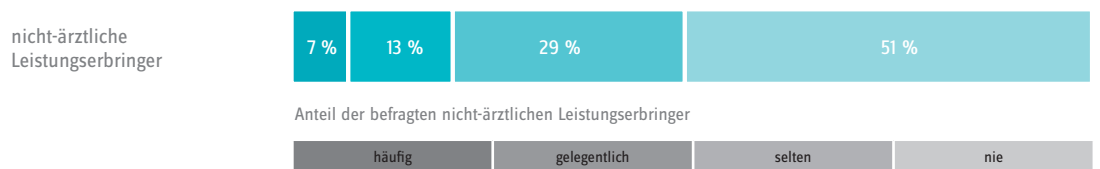
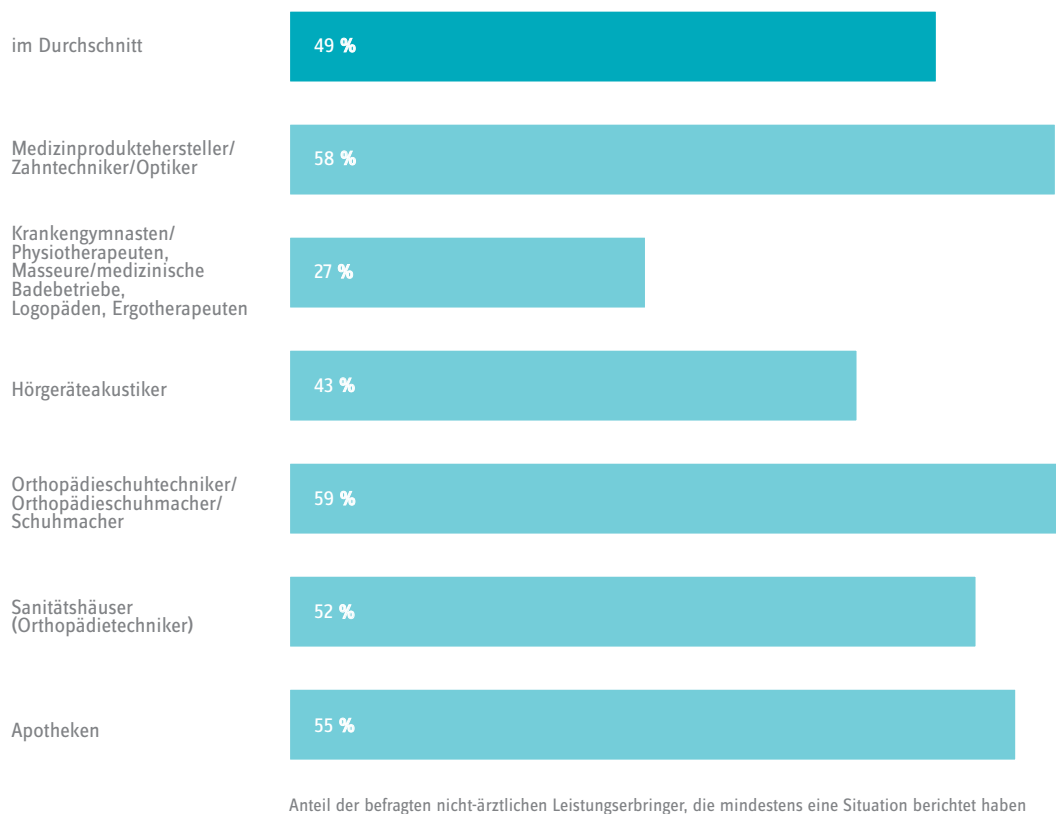
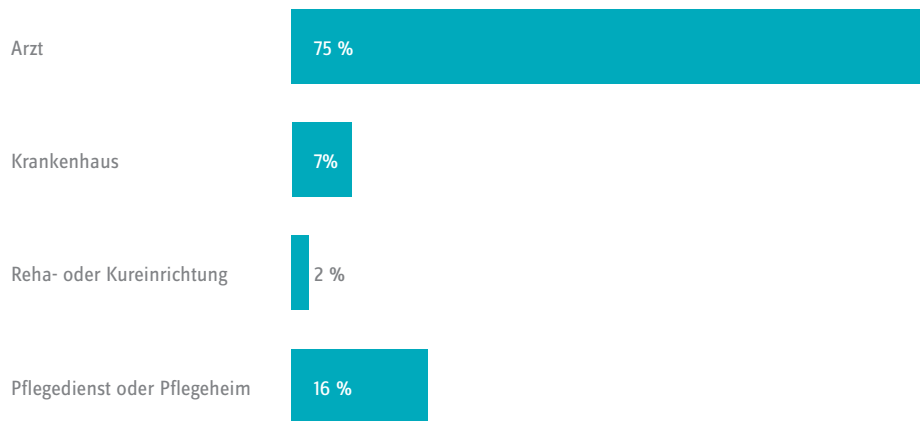


Abb. 41: Anteil der berichteten Fälle in der jeweiligen Branche der nicht-ärztlichen Leistungserbringer



Zum überwiegenden Anteil (75 %) wurden diese Entgelte von niedergelassenen Ärzten erwartet, in 16 % der Fälle handelte es sich um Pflegedienste oder -heime. Diese konkreten Fallberichte decken sich nicht mit den Häufigkeitseinschätzungen der nicht-ärztlichen Leistungserbringer. Hiernach streuen die Vergütungen stärker über die einzelnen Gruppen: niedergelassene Ärzte, stationäre Einrichtungen (s. o.). Niedergelassene Ärzte unterschätzen ihrerseits die Häufigkeit derartiger Situationen erheblich. Nur 20 % der Befragten meinten, derartige Leistungen durch nicht-ärztliche Leistungserbringer erfolgen gelegentlich bis häufig (siehe Abschnitt 2.2.1). Folgt man dagegen den konkreten Fallberichten der nicht-ärztlichen Leistungserbringer, so richten vor allem niedergelassene Ärzte entsprechende Erwartungen an sie. Hier scheint eher der Schwerpunkt zu liegen.

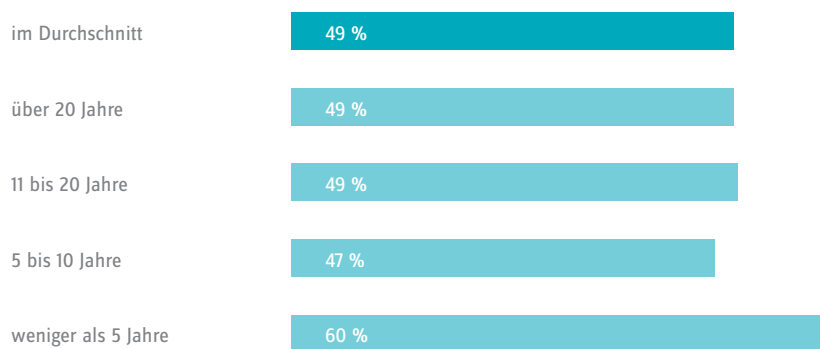
Abb. 42: Aus Sicht von nicht-ärztlichen Leistungserbringern wurde die Zahlung eines Entgeltes erwartet durch...



Anteil der Nennungen durch befragte nicht-ärztliche Leistungserbringer

Hinsichtlich der Verteilung über urbane und ländliche Regionen zeichnet sich ein Bild ab, wie es bei den befragten niedergelassenen Ärzten der Fall ist. Man kann nicht davon sprechen, dass nicht-ärztliche Leistungserbringer in Ballungsgebieten mehr belastet sind. Aufschlussreich ist allerdings, dass nicht-ärztliche Leistungserbringer, die erst seit wenigen Jahren auf dem Markt agieren, häufiger von Situationen berichten, in denen ein wirtschaftlicher Vorteil von ihnen für die Beteiligung an der Arznei- oder Hilfsmittelversorgung erwartet wurde. Dies spricht für eine Erwartung der anderen Marktteilnehmer, dass sich Starter erst in den Markt quasi einkaufen müssen. Wir können auch nicht ausschließen, dass junge medizinische Anbieter von sich aus versuchen, auf diese Weise ihren Eintritt in den Markt zu erleichtern.

Abb. 43: Häufigkeit von Situationen, in denen von nicht-ärztlichen Leistungserbringern Zuwendungen erwartet wurden, differenziert nach Berufsjahren

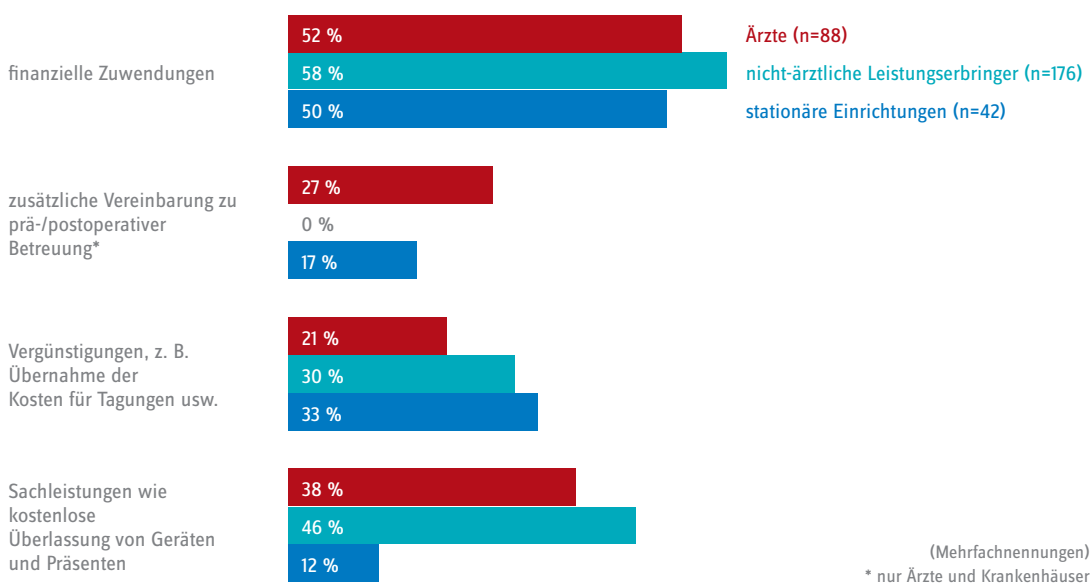


Anteil der befragten nicht-ärztlichen Leistungserbringer, die mindestens eine Situation berichteten

3.2. Art der wirtschaftlichen Vorteile

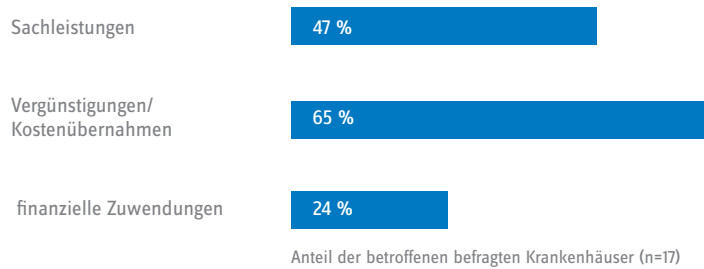
Grundsätzlich gibt es keine dominierende Form der wirtschaftlichen Vorteile, obwohl einige deutlich häufiger genannt wurden. Alle drei befragten Gruppen berichteten übereinstimmend vor allem über finanzielle Zuwendungserwartungen. Dies deckt sich allerdings nicht ganz mit den zuvor genannten Einschätzungen der befragten niedergelassenen Ärzte, stationären Einrichtungen sowie nicht-ärztlichen Leistungserbringern. Nach ihrer Einschätzung würden eher Sachleistungen vorherrschen, die hier nur am zweithäufigsten genannt wurden. Relativ häufig sollen wirtschaftliche Vorteile auch in Form einer Übernahme von Tagungskosten gewährt werden oder in der Arzt-Krankenhaus-Beziehung in Form von Vereinbarungen zur prä-/postoperativen Betreuung.

Abb. 44: Art der Zuwendungserwartungen für Zuweisungen (Fallberichte)



Betrachten wir die Praxis der Angebote an Krankenhäuser, die überwiegend von nicht-ärztlichen Leistungserbringern (93 %) erfolgten, so wurden ihnen überwiegend Vergünstigungen (65 %) wie eine Übernahme der Kosten für Tagungen angeboten. Angebote zu Sachleistungen wie kostenlose Überlassung von Geräten oder Präsenten wurden von fast der Hälfte (47 %) und finanzielle Zuwendungen von knapp einem Viertel (24 %) der betroffenen Krankenhäuser genannt.

Abb. 45: Art der Krankenhäusern angebotenen Vorteile



3.3. Ökonomische Einstellungen gegenüber Zuwendungserwartungen

Eine weitere Frage erfasst, wie die letzte Situation empfunden wurde, in der ein wirtschaftlicher Vorteil für die Zuweisung von Patienten erwartet wurde, die Befragten sich somit in einer „Gebersituation“ befinden.⁴⁹ Im Unterschied zur Eingangsfrage bezieht sich diese weniger auf die rechtliche Regelung, sondern auf darüber hinausgehende Aspekte. In der Gesamtschau überwiegen bei allen Gruppen, wenn auch mit unterschiedlichen Akzenten, die Nachteile. Am kritischsten zeigte sich vor allem die Gruppe der Befragten, an die diese Frage mangels eigener Erfahrungen nur hypothetisch gestellt werden konnte. Dies ist plausibel, die konkrete praktische Erfahrung moderiert die kritische Beurteilung. Es besteht dann eine Tendenz zur Rechtfertigung und Neutralisierung negativer Konsequenzen. Insbesondere Krankenhäuser äußerten sich zum konkreten Fall deutlich weniger kritisch.

Zwischen den Gruppen zeigten sich ebenfalls Unterschiede. Am wenigsten kritisch äußerten sich stationäre Einrichtungen, wenn entsprechende Erwartungen an sie gerichtet wurden, während niedergelassene Ärzte dieser Praxis besonders kritisch gegenüberstanden.

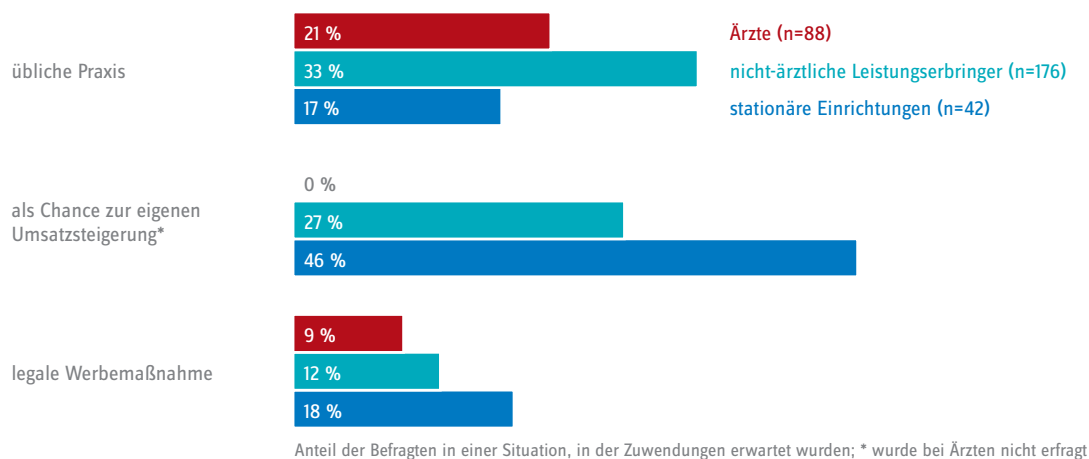
Als legale Werbemaßnahme empfand dies nur eine Minderheit, besonders ablehnend äußerten sich die betroffenen niedergelassenen Ärzte (9 %). Allerdings sahen diejenigen Befragten, an die diese Frage nur hypothetisch gestellt werden konnte, diesen Aspekt noch kritischer. Man könnte in dieser Form der Geschäftsbeziehung durchaus auch eine Win-win-Situation für beide Seiten sehen, aber eine solche zweifellos kurzsichtige Sicht teilten nur wenige Betroffene. Der Großteil der nicht-ärztlichen Leistungserbringer sah hierin auch keine Chance zur Umsatzsteigerung, nur 27 % sahen dies anders. Für die Gruppe der stationären Einrichtungen scheint diese Praxis jedoch den Charakter eines Geschäftsmodells zu besitzen, wenn auch aus ihrer Sicht mit zahlreichen Nachteilen. Fast jede zweite stationäre Einrichtung (46 %) vermochte hierin durchaus eine Chance zur Umsatzsteigerung zu sehen.

Des Weiteren fragten wir, wie üblich diese Praxis gesehen wird, wenn man sich mit entsprechenden Erwartungen konfrontiert sieht. Es bestätigt sich im Wesentlichen das Bild, das wir bereits durch unsere Eingangsfrage erhalten haben (siehe Abschnitt 1.3.1).⁵⁰ Entsprechend ihrer Erfahrung beurteilten am häufigsten nicht-ärztliche Leistungserbringer diese Praxis als üblich (33 %), wenn sie mit Vergütungserwartungen konfrontiert wurden. Am wenigsten waren niedergelassene Ärzte und stationäre Einrichtungen dieser Auffassung (21 % bzw. 17 %).

49 Für alle Gruppen die gleiche Formulierung: „Wenn Sie an die letzte Situation denken, wie empfanden Sie diese?“ Die Frage bezog sich immer auf die letzte Situation, in der Zuwendungen erwartet wurden.

50 Gegenüber der Eingangsfrage stimmten die Befragten hier allerdings generell etwas seltener der Aussage zu, dass es sich um eine übliche Praxis handelt.

Abb. 46: Zustimmende Bewertung der konkreten Entgeltforderung



3.4. Ethische Bewertung durch die Befragten und Risikoeinschätzungen

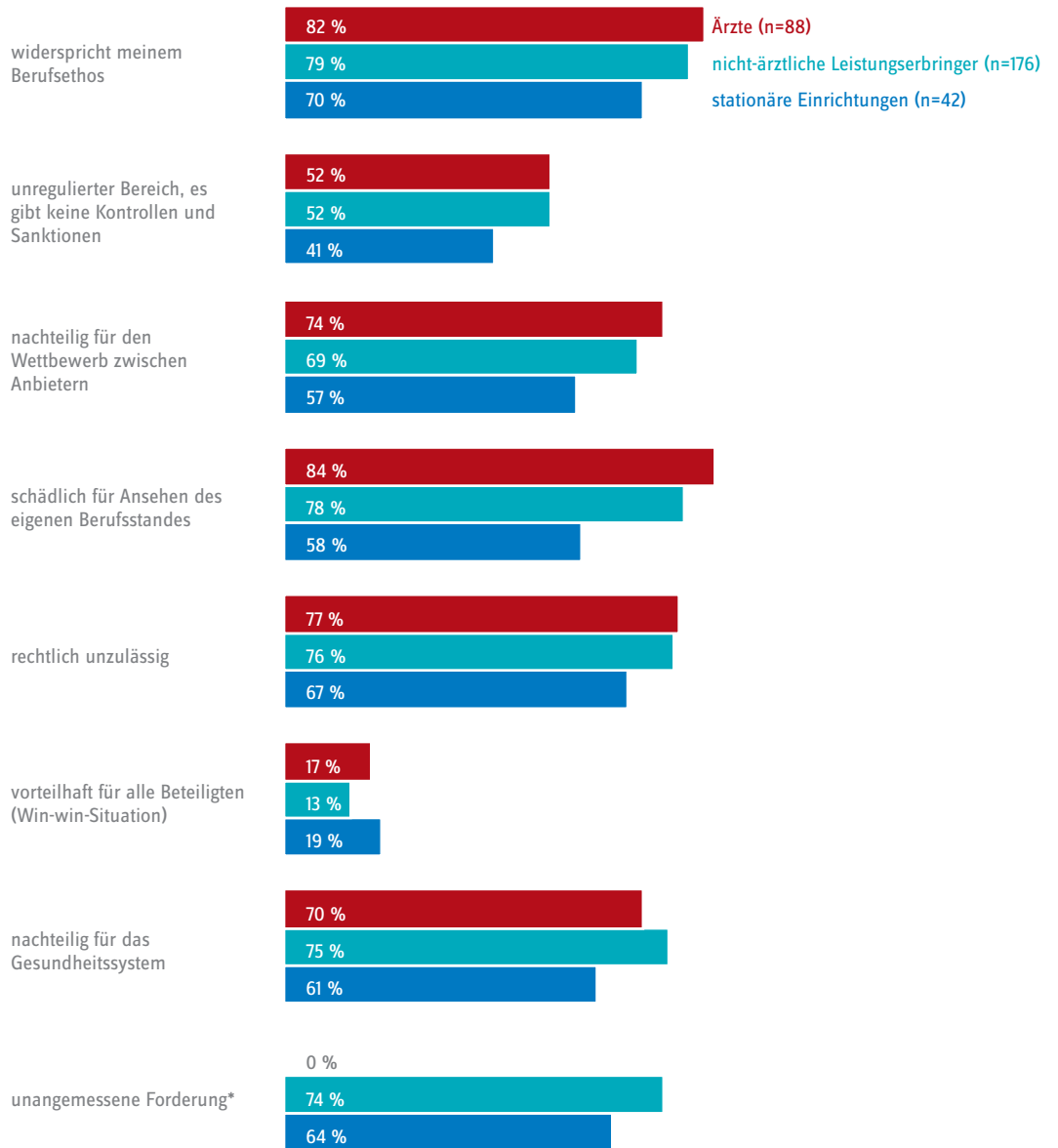
Wesentlich größer ist bei allen Gruppen der Anteil derjenigen, die die Erwartung, eine Zuweisung von Patienten bzw. Beteiligung an der Arznei- oder Hilfsmittelversorgung wirtschaftlich zu vergüten, als unangemessene Forderung empfanden und sie als eindeutig rechtlich unzulässig verurteilten. Die Mehrheit sieht auch die Nachteile dieser Praxis für den Wettbewerb und für das Gesundheitssystem insgesamt. Auch beklagt die Mehrheit eine Beeinträchtigung des Berufsethos und des Ansehens des eigenen Berufsstandes, insbesondere niedergelassene Ärzte empfanden diese Erwartung als sehr problematisch. Über alle Gruppen hinweg zeichnet sich zumindest insoweit ein Konsens ab, dass die Nachteile dieser Praxis eigentlich überwiegen.

Aufschlussreich ist in diesem Zusammenhang, dass ein großer Teil der Befragten in der konkreten Situation daran gedacht hat, dass es weder Kontrollen noch Sanktionen gibt, es sich somit um einen faktisch unregulierten Bereich handelt. Dies betrifft vor allem die Gruppe der niedergelassenen Ärzte (52 %) und nicht-ärztlichen Leistungserbringer (52 %). Demgegenüber steht dieser Aspekt zumindest bei niedergelassenen Ärzten und nicht-ärztlichen Leistungserbringern, die nur hypothetisch geantwortet haben, weniger im Vordergrund.⁵¹

Diese Praxis lebt somit in vielen Fällen davon, dass die Kosten in Form von Entdeckungsrisiken für die Akteure relativ gering sind, während die Kosten für den Berufsstand und das Gesundheitssystem in relativ weiter Ferne sind. Eine Sensibilität für die negativen Seiten dieser Praxis ist grundsätzlich bei vielen vorhanden, es gibt ein ethisches Bewusstsein, aber dies reicht angesichts der niedrigen Entdeckungsrisiken für eine Zurückdrängung dieser Praxis nicht.

⁵¹ Zustimmend zu dem Statement, „es gibt weder Kontrollen noch Sanktionen“, für den Fall einer hypothetischen Situation in der eine Zuwendung von ihnen erwartet werden würde: Ärzte 33 %, nicht-ärztliche Leistungserbringer 45 %.

Abb. 47: Zustimmungende Bewertung der Für und Wider der konkreten Entgeltforderung



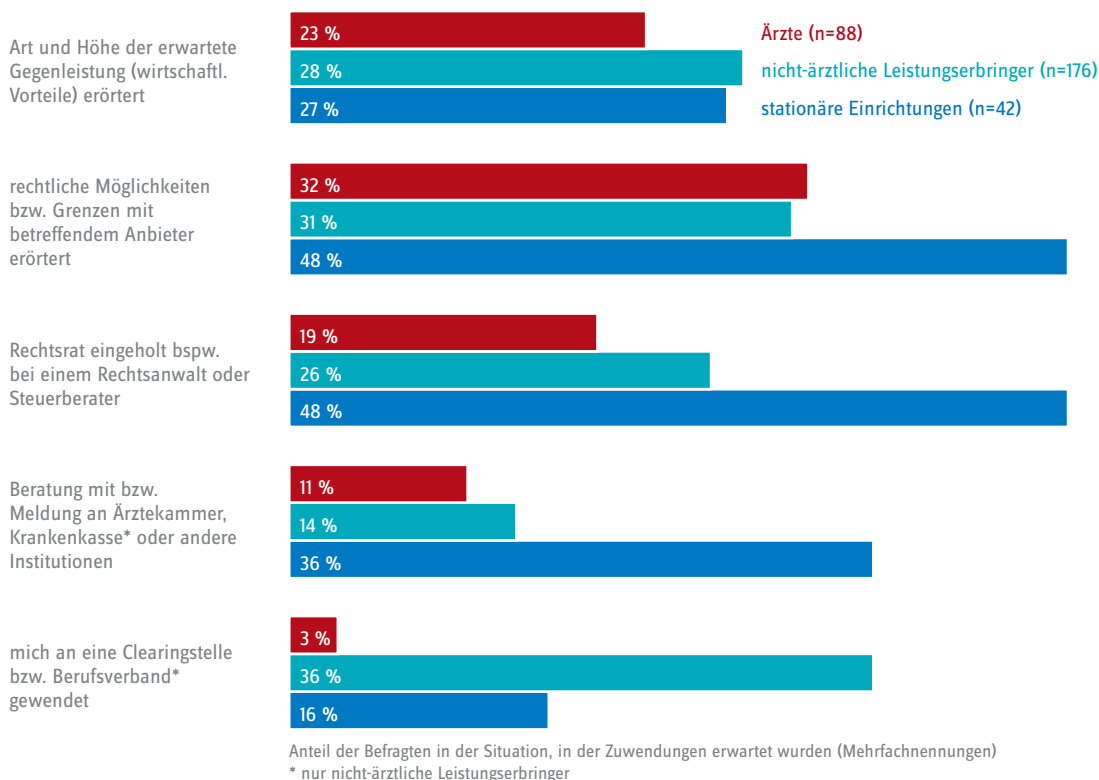
Anteil der Befragten in der Situation, in der Zuwendungen erwartet wurden
 * wurde bei Ärzten nicht erfragt

3.5. Reaktionen der Betroffenen

In einer weiteren Frage wollten wir wissen, wie die Betroffenen mit der an sie gestellten Erwartung umgehen, Zuweisungen von Patienten bzw. ihre Beteiligung an der Arznei- oder Hilfsmittelversorgung zu vergüten. Für alle diejenigen, die keinen entsprechenden Fall berichtet haben, wurde diese Frage auch hypothetisch gestellt. Dabei zeigt sich, dass bei allen Gruppen die Bereitschaft, sich an die zuständige Ärztekammer, den Berufsverband oder auch an eine sog. Clearingstelle zu wenden, sehr viel höher ist als in der realen Situation. Sie geben sich sehr viel unbefangener, als es dann in der Realität der Fall ist. Ein Grund hierfür könnte sein, dass die Hemmungen sich an externe Institutionen zu wenden angesichts der Rechtslage zu hoch sind.

Demgegenüber ist in der realen Situation die Neigung größer, die Art und Höhe der erwarteten Gegenleistung und insbesondere die rechtlichen Möglichkeiten und Grenzen mit dem Gegenüber zu besprechen. Hieran zeigt sich, dass man sich vielfach der bestehenden rechtlichen Restriktionen durchaus bewusst ist. Insbesondere stationäre Einrichtungen sichern sich sehr viel stärker rechtlich ab. In jedem zweiten Fall wurde von ihnen ein Rechtsrat aus dem eigenen Haus eingeholt.⁵² Dieser Schritt liegt in dieser Gruppe auch näher, da der Rechtsberater im Unterschied zu den meisten niedergelassenen Ärzten und nicht-ärztlichen Leistungserbringern im eigenen Haus ist.

Abb. 48: Reaktion auf Entgeltforderung



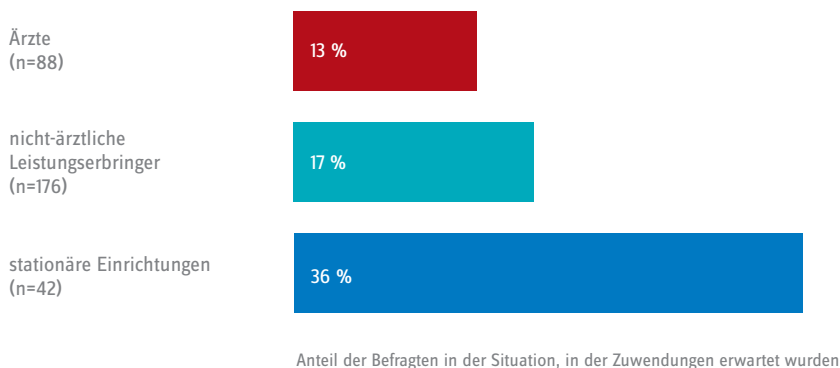
52 Die vorgegebenen Ansprechpartner variierten. Stationäre Einrichtungen: „Rechtsrat im eigenen Haus eingeholt.“ Niedergelassene Ärzte und nicht-ärztliche Leistungserbringer: „Rechtsrat eingeholt bspw. bei einem Rechtsanwalt oder Steuerberater.“

Niedergelassene Ärzte tendieren eher dazu, die rechtlichen und wirtschaftlichen Bedingungen nur mit dem Fordernden zu erörtern und generell diese Form der Geschäftsbeziehung nicht nach außen dringen zu lassen. Nur 11 % der betroffenen niedergelassenen Ärzte haben sich an die zuständige Ärztekammer oder eine andere Institution gewandt. Die eigens neu eingerichteten Clearingstellen spielen dabei eine noch geringere Rolle, nur 3 % wandten sich dorthin. Aber auch die betroffenen Krankenhäuser und anderen stationären Einrichtungen wandten sich nur selten an die neu eingerichteten Clearingstellen (16 %). Demgegenüber haben über ein Drittel (36 %) der nicht-ärztlichen Leistungserbringer diesen konkreten Fall ihrem Berufsverband zur Kenntnis gebracht oder aber einer Krankenkasse gemeldet (14 %). Für nicht-ärztliche Leistungserbringer sind diese Clearingstellen nicht zuständig.

3.6. Häufigkeit und Absicherung von Vereinbarungen

Nachdem wir danach gefragt hatten, wie oft sich die Befragten in den letzten zwei Jahren in einer Situation befunden haben, in der man ihnen wirtschaftliche Vorteile für die Zuweisung von Patienten oder Untersuchungsmaterial angeboten hat, stellten wir die Frage nach dem Ausgang der letzten Situation. Nach den Angaben der Befragten kam es in vielen Fällen zu keiner Vereinbarung, am seltensten bei entsprechenden Angeboten.⁵³ Nur in jedem dritten Fall (36 %) entwickelte sich aus der Situation, in der von einer stationären Einrichtung eine Vergütung für Zuweisungen erwartet wurde, eine entsprechende Vereinbarung. Bei 17 % der nicht-ärztlichen Leistungserbringer und 13 % der niedergelassenen Ärzte war dies ebenfalls der Fall.⁵⁴

Abb. 49: Häufigkeit von Vereinbarungen aufgrund einer Erwartung.



53 Vereinbarungen aufgrund eines Angebots bei Ärzten 6 % und bei Krankenhäusern 12 %.

54 Wir haben den weiteren Verlauf der gescheiterten Offerten bzw. Erwartungen nicht erhoben. Allerdings wissen wir aus einer Zusatzfrage, dass zumeist eine rechtliche Absicherung bspw. unter Einbeziehung eines Rechtsanwalts oder eines anderen Beraters erfolgte. Allein die Gruppe der nicht-ärztlichen Leistungserbringer hat selten eine Rechtsberatung in Anspruch genommen (21 %).

Da es sich um eine berufsrechtlich bzw. sozialgesetzlich verbotene Praxis handelt, ist gegenüber der niedrigen Zahl tatsächlich getroffener Vereinbarungen große Skepsis angebracht. Die Bereitschaft, sich selbst zu belasten, dürfte gering sein, wie dieses Ergebnis dokumentiert. Auf diese Weise erklärt sich auch, dass Ärztekammern oder den sog. Clearingstellen nur sehr wenige Fälle mitgeteilt wurden. Selbst in einer anonymen Interviewsituation, wie in dieser Studie, ist die Befürchtung der Betroffenen, sich zu belasten, noch zu hoch.

Wir halten daher die Häufigkeitseinschätzungen der Berufsgruppen für am zuverlässigsten, gefolgt von den Berichten über tatsächliche Erwartungs- bzw. Angebotssituationen. Zu den stärksten Unterschätzungen würde demgegenüber die relativ geringe Zahl der Berichte über tatsächliche Vereinbarungen führen, auch wenn nicht zu bestreiten ist, dass entsprechende Angebote auch zurückgewiesen werden bzw. Erwartungen nicht entsprochen wird.

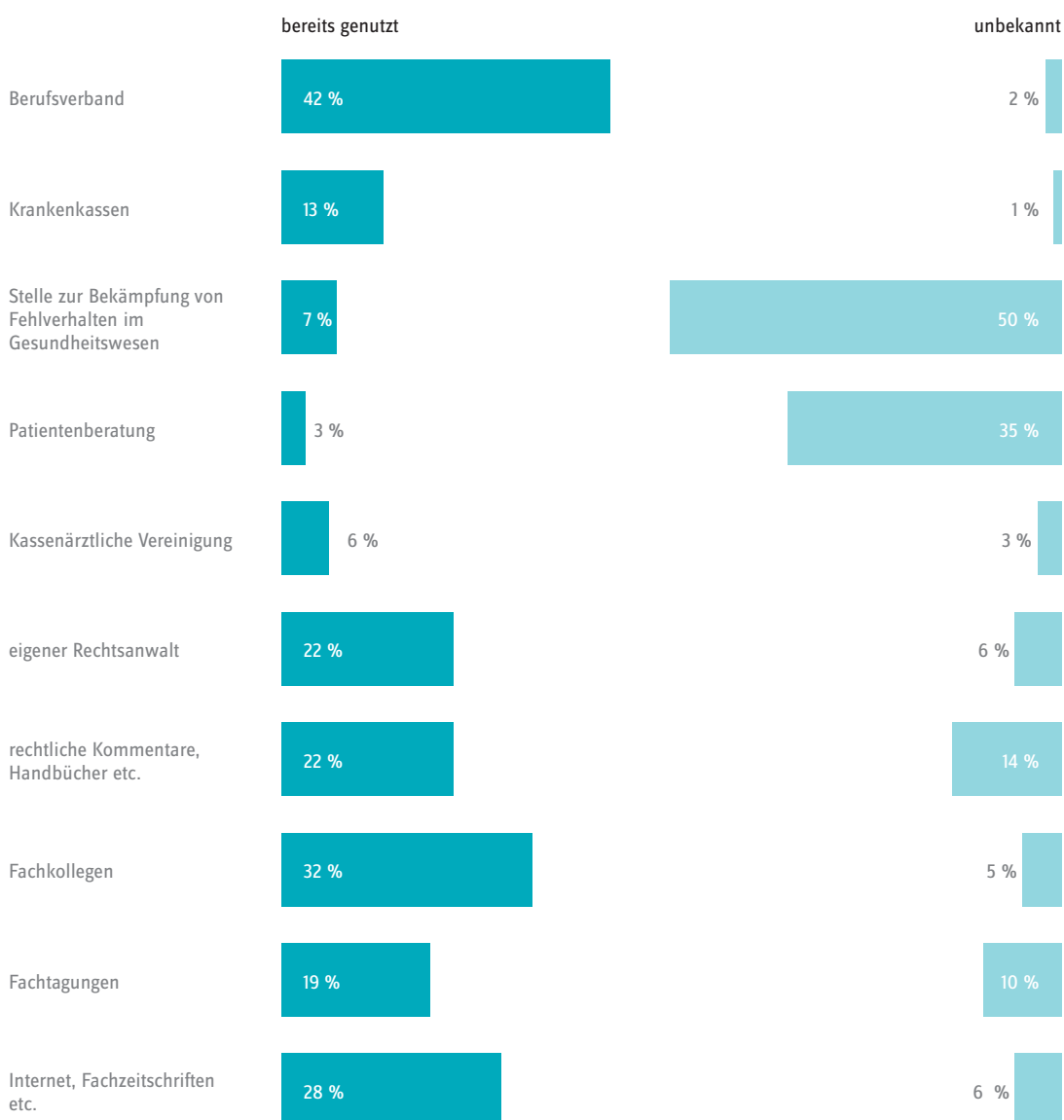
Denn bei allem muss man bedenken, dass Angebote und Erwartungen, die in der Regel enttäuscht werden, kaum weiter versucht bzw. geäußert werden dürften. Eine solche „Anbahnungspraxis“ müsste aufgrund ihrer Chancenlosigkeit „absterben“ und könnte daher nur in Einzelfällen noch vorkommen. Gemessen hieran wurde über zu viele derartige Situationen berichtet, offenbar werden in vielen Fällen die Angebote angenommen und die Erwartungen nicht enttäuscht. Die Einschätzungen der Gruppen zur Häufigkeit dieser Praxis innerhalb ihrer Fachrichtung bzw. Berufsgruppe bestätigen dies.

4. Bewältigungspraxis der nicht-ärztlichen Leistungserbringer

4.1. Ansprechpartner bzw. Informationsquellen

Die Gruppe der nicht-ärztlichen Leistungserbringer wurde zusätzlich danach gefragt, an wen sich die Betroffenen im Falle von Fragen zur wirtschaftlichen Beteiligung von niedergelassenen Ärzten an der Arznei- oder Hilfsmittelversorgung wenden würden bzw. wie sie sich informieren. Die meisten haben sich an den eigenen Berufsverband (42 %) oder an Fachkollegen (32 %) gewandt. Viele holen sich ihre Informationen aber auch aus dem Internet bzw. informieren sich über Fachzeitschriften (28 %). Fachtagungen besitzen demgegenüber eine geringere Bedeutung (19 %).

Abb. 50: Ansprechpartner bei rechtlichen Fragen zur Zuwendung von Ärzten für die Beteiligung an der Arznei- oder Hilfsmittelversorgung



Für die Beratung spielen dagegen Kassenärztliche Vereinigungen (6 %), Krankenkassen (13 %) bzw. die bei diesen Institutionen eingerichteten Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (7 %) nur eine verschwindend geringe Rolle. Dies führen wir darauf zurück, dass insbesondere die letztgenannten Institutionen u. a. auch allen Hinweisen auf Verstöße gegen § 128 Abs. 2, 6 SGB V nachgehen müssen, so dass ggf. Nachteile befürchtet werden. Darüber hinaus besteht das Risiko, sich vertraglichen Sanktionen auszusetzen, vgl. § 128 Abs. 3 SGB V.

Auch 64 % der nicht-ärztlichen Leistungserbringer meinten, sie würden sich mit Fragen wahrscheinlich nicht an eine Kassenärztliche Vereinigung wenden. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen primär für die Vertragsärzte zuständig sind.

Sehr zurückhaltend äußerten sich die meisten nicht-ärztlichen Leistungserbringer auch gegenüber den Krankenkassen und der Patientenberatung. Jeder zweite (52 % bzw. 50 %) würde auch künftig nicht deren Beratungsangebote in Anspruch nehmen. Gegenüber den anderen Einrichtungen und Beratungsangeboten zeigten sich die Befragten aufgeschlossener.

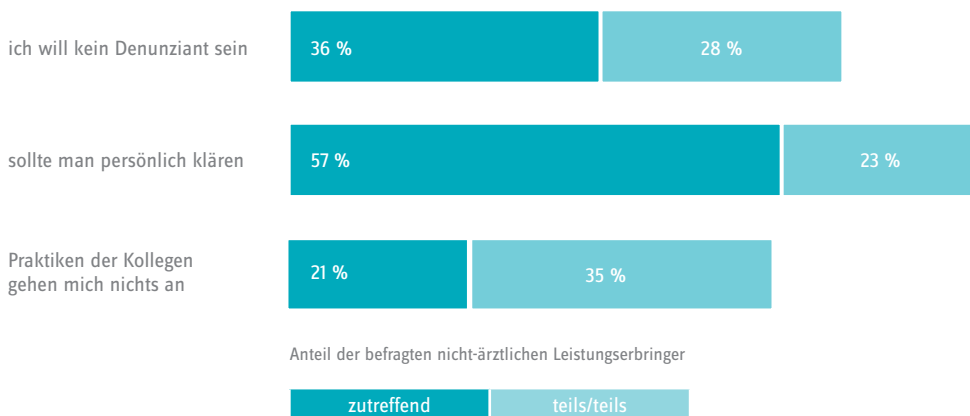
Abb. 51: Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme von Beratung bzw. Information



4.2. Bedenken bei der Thematisierung rechtlicher Fragen zur Beteiligungspraxis

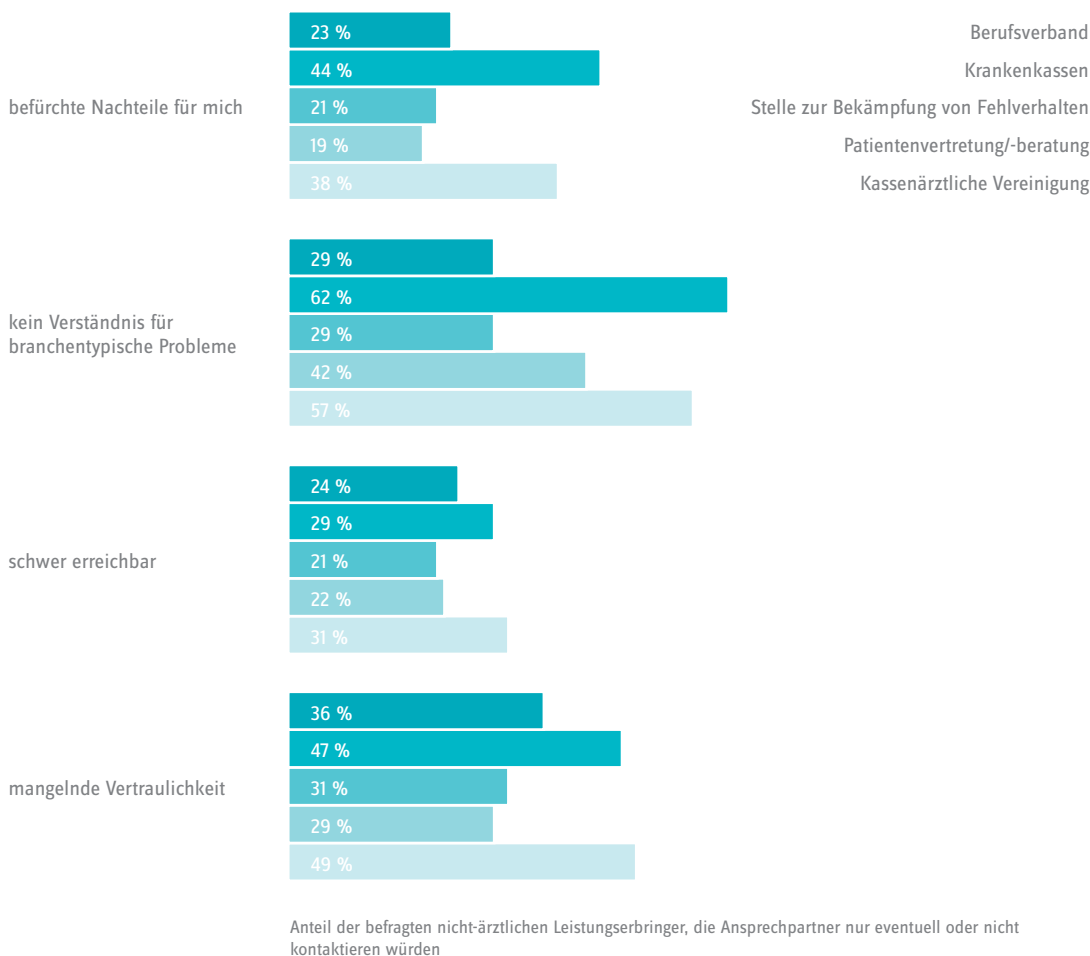
Die Sorge, als Denunziant diffamiert zu werden, wenn man sich mit diesem Anliegen an einen der o. g. Ansprechpartner wendet, spielt immerhin bei jedem dritten befragten nicht-ärztlichen Leistungserbringer (36 %) eine große Rolle, bei vielen schwingen derartige Bedenken zumindest mit (teils/teils 28 %). Dies deckt sich mit dem weiteren Ergebnis, dass die Mehrheit der befragten nicht-ärztlichen Leistungserbringer grundsätzlich der Auffassung ist, man sollte dieses Thema persönlich klären (57 %). Jeder vierte Befragte äußerte daher auch, dass ihn die Praktiken der Kollegen nichts angehen (21 %), entsprechend viele stimmen dem zumindest teilweise zu (35 %). Es fällt somit vielen Befragten nicht leicht, rechtliche Fragen zur Zuweisungspraxis überhaupt anzusprechen. Vielen ist es offenkundig unangenehm.

Abb. 52: Grundsätzliche Bedenken bei der Kontaktierung



In einer weiteren Frage wurden die spezifischen Gründe der befragten nicht-ärztlichen Leistungserbringer gegenüber den Ansprechpartnern erhoben, warum sie diese allenfalls eventuell oder nicht kontaktieren würden. Angesichts der Marktkonstellation im Gesundheitswesen überrascht es nicht, dass gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen als Befürchtungen am häufigsten fehlendes Verständnis für die branchenspezifischen Probleme (57 %), mangelnde Vertraulichkeit (49 %) und Nachteile (38 %) genannt wurden. Ein ähnlich skeptisches Bild ergibt sich gegenüber den Krankenkassen. In der hypothetischen Frage wurden allerdings deutlich geringere Vorbehalte gegenüber den Patientenberatungen und den Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen geäußert, obwohl sie diese tatsächlich kaum kontaktieren.

Abb. 53: Gründe gegen eine Kontaktierung der Ansprechpartner



5. Kriminalpolitische Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse zeigen: Gehandelt wird vielfach in dem Bewusstsein, dass wirksame Kontrollen und Sanktionen nicht zu befürchten sind. Auch hieran zeigt sich, dass die Ärztekammern schon jetzt über kaum wirksame Kontrollmechanismen verfügen. Das subjektive Entdeckungsrisiko ist zu niedrig, um überhaupt eine Abschreckungswirkung entfalten zu können. Das Dunkelfeld dürfte daher sehr viel größer sein, als die Ergebnisse dieser Studie bereits vermuten lassen. Die Kontrollmaßnahmen müssen daher intensiviert werden, um das subjektive Entdeckungsrisiko zu erhöhen. Hierzu empfiehlt sich insbesondere die Einführung von Hinweisgebersystemen, denn anonymen Hinweisen kommt eine große Bedeutung zu, wie sich auch bei der Befragung der nicht-ärztlichen Leistungserbringer gezeigt hat. Dabei steht bei der Schaffung von vertraulichen Kommunikationskanälen weniger ihre investigative Funktion im Vordergrund als ihre präventive Funktion. Denn aus kriminologischen Studien ist bekannt, dass der Erhöhung des subjektiven Entdeckungsrisikos eine starke präventive Wirkung zukommt.

Es besteht sowohl auf Seiten der berufsständischen Organisationen als auch des Gesetzgebers erheblicher Handlungsbedarf. Durch die jüngste Entwicklung in der Rechtsprechung⁵⁵ werden sich die Kontrolldefizite noch weiter verstärken. Zum einen entfällt nunmehr für niedergelassene Ärzte das Risiko einer Strafbarkeit wegen Bestechlichkeit. Zum anderen verfügen die Ärztekammern nicht über die Ermittlungskompetenzen einer Staatsanwaltschaft, so dass das subjektive Entdeckungsrisiko weiter abnehmen dürfte. Hieraus leitet sich ein konkreter Handlungsbedarf des Gesetzgebers ab. Die Strafbarkeitslücken sollten geschlossen werden, auch um die normativen Dissonanzen zwischen niedergelassenen und angestellten Ärzten zu vermeiden. Diese schwächen den normativen Appell der Unbestechlichkeit.

Die Ergebnisse der Studie legen nahe, Maßnahmen zur Erhöhung des Problembewusstseins und zur Schärfung des ethischen Bewusstseins in allen Berufsgruppen einzuführen. Hierzu bedarf es auch der Unterstützung durch das Strafrecht, um das Unrechtsbewusstsein zu fördern und die Geltung der berufs- und sozialrechtlichen Verbote gegen zu beobachtende Auflösungstendenzen zu schützen. Denn es besteht in der gegenwärtigen faktischen und rechtlichen Situation mehr denn je die Gefahr, dass im Zuge der wachsenden Ökonomisierung des Gesundheitssystems die ethische Bedeutung des berufs- und sozialrechtlichen Verbots jeglicher Bestechlichkeit erodiert. Die Studie zeigt zwar, dass es immer noch ein ethisches Bewusstsein, insbesondere in der Ärzteschaft, hierüber gibt, aber Kosten-Nutzen-Überlegungen auch auf Seiten der Krankenhäuser und nicht-ärztlichen Leistungserbringer drohen eine nachhaltige, ethisch ausgerichtete berufliche Sozialisation zu verhindern und zu verdrängen.

Das Strafrecht kann und sollte diesem Prozess entgegenwirken. Die ethische Sozialisationsleistung muss jedoch überdies dort erfolgen, wo diese Verhaltensformen als rationale Handlungsalternative tatsächlich erwogen werden.⁵⁶ Hier scheint es derzeit auf allen Ebenen des Gesundheitssystems ebenfalls Handlungsbedarf zu geben.

55 BGH, Beschluss vom 29.03.2012 - GSSt 2/11.

56 Siehe auch die Parallelen zur Wirtschaftskriminalität und im Wirtschaftsstrafrecht, Bussmann: Sozialisation in Unternehmen durch Compliance. In: Uwe Hellmann, Christian Schröder (Hrsg.), Festschrift für Hans Achenbach, 2011, S. 57-82.

Ein zentrales Handlungsfeld für die berufsständischen Organisationen der drei befragten Gruppen ist ein umfassendes Integritätsprogramm mit folgenden Zielen:

- Enttabuisierung der Diskussion über Fehlentwicklungen
- Ausbau der Maßnahmen zur Sensibilisierung und rechtlichen Beratung der Betroffenen
- Verstärkung des ethischen Problembewusstseins in den betroffenen Berufsgruppen
- Intensivierung von Kontrollmaßnahmen bspw. durch Einführung von Hinweisgebersystemen für Ärzte, stationäre Einrichtungen und nicht-ärztliche Leistungserbringer
- Entwicklung von wirksamen Kontrollmaßnahmen insbesondere auf Seiten der Ärztekammern und Krankenhausgesellschaften
- Abstimmung der Präventions- und Kontrollmaßnahmen zwischen Ärztekammern, Krankenhausgesellschaften, Berufsverbänden sowie mit den Krankenkassen
- Evaluation der implementierten Präventionsmaßnahmen und der weiteren Entwicklung.

Methodisches Vorgehen

1. Konstruktion des Fragebogens

Das Konzept des Fragebogens verfolgt einen rechtssoziologischen Ansatz, da im Kern die Relevanz einer berufsständischen bzw. gesetzlichen Regelung im Alltag verschiedener Berufsgruppen bzw. Einrichtungen im Gesundheitssystem untersucht werden sollte. Aus diesem Grund wurden zu Beginn der Interviews nach der Bewertung der jeweils von uns kurz skizzierten zentralen Norm gefragt (§ 31 MBO-Ä bzw. § 128 Abs. 2 und 6 SGB V).⁵⁷ Es folgten Selbsteinschätzungen zur eigenen Kenntnis und zur Einschätzung der Kenntnis in der jeweiligen eigenen Fachgruppe sowie zur Relevanz im beruflichen Alltag.

Eine zweite Gruppe von Fragen konzentrierte sich auf die Einschätzung der Häufigkeit derartiger Praktiken. Der Fragebogen enthielt außerdem zwei Fallstudien, die sowohl die „Geber-“ als auch „Nehmersituation“ beleuchten. Auf diese Weise erhielten wir eine konkrete Zahl von Situationen, in denen entweder wirtschaftliche Vorteile für Zuweisungen von Patienten oder Beteiligung an der Arznei- oder Hilfsmittelversorgung erwartet bzw. angeboten wurden. Es wurden insgesamt 491 Situationen berichtet, in denen entweder wirtschaftliche Vorteile für Zuweisungen angeboten oder in denen von den Befragten solche Vorteile erwartet wurden.

Die größte Herausforderung bei der Durchführung dieser Studie bestand darin, der Heterogenität des „Gesundheitsmarktes“ gerecht zu werden. Das erforderte bei der Konstruktion des Fragebogens das Zusammenwirken verschiedener Experten in einem Beirat. Hier wurden unter anderem die praktischen Erfahrungen des ehemaligen Vorstandsvorsitzenden einer Kassenärztlichen Vereinigung, Vertreterinnen und Vertreter einer Landesärztekammer, der Bundesverbraucherzentrale, Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen einer Krankenkasse und des GKV-Spitzenverbandes sowie einer Arbeitsgemeinschaft von Transparency International einbezogen, in der sich u. a. niedergelassene Ärzte engagieren. Um das Zusammenspiel von niedergelassenen Ärzten, nicht-ärztlichen Leistungserbringern und stationären Einrichtungen abbilden zu können, wurden drei an die Spezifika der Gruppen angepasste standardisierte Fragebogenversionen mit jeweils einer Interviewdauer von circa 20 Minuten eingesetzt. Es wurden Fragen zur Häufigkeit dieser Praxis, zur Kenntnis der Rechtslage, zu ihren Einstellungen und Motivationen bzw. Rechtfertigungen gestellt.

Zum besseren Verständnis der Interpretation wurde der Originalfragetext – sofern erforderlich – in den Fußnoten wiedergeben. Die einzelnen Antwortalternativen wurden wörtlich im Text und in den Grafiken wiedergegeben.⁵⁸

57 Originalfrage für niedergelassene Ärzte: „Die Berufsordnung für Ärzte regelt die Frage der Zuweisung von Patienten und Untersuchungsmaterial gegen wirtschaftliche Vorteile. Wie ist diese Regelung aus Ihrer Sicht zu bewerten?“

Originalfrage für stationäre Einrichtungen: „Das SGB V und die Verträge mit den Krankenkassen regeln die Zuweisung von Patienten und die Arznei- bzw. Hilfsmittelversorgung gegen Entgelt bzw. sonstigen wirtschaftlichen Vorteilen. Wie sind diese Regelungen aus Ihrer Sicht zu bewerten?“

Originalfrage für nicht-ärztliche Leistungserbringer: „Das SGB V und Verträge mit Krankenkassen regeln die Beteiligung von Ärzten an der Arznei- bzw. Hilfsmittelversorgung von Patienten gegen wirtschaftliche Vorteile. Wie ist diese Regelung aus Ihrer Sicht zu bewerten?“

58 Bei Häufigkeitsangaben können Summenwerte über 100 % aufgrund von Rundungsdifferenzen auftreten.

2. Größe und Zusammensetzung der Stichproben

Bei der Studie handelt es sich um eine repräsentative Erhebung mit einer Gesamtfallzahl von 1.141 Befragten. Die Daten wurden an einer quotierten und randomisierten Stichprobe erhoben. Es war das Anliegen der Studie, erstmals einen Überblick über die bundesweite Verbreitung der Praxis zu erhalten. Ein Vergleich zwischen den 16 Bundesländern war hingegen nicht beabsichtigt, hierfür hätte die Stichprobe erheblich größer sein müssen.

Um einen ersten Vergleich zwischen den Berufsgruppen zu ermöglichen, wurde die Stichprobe entsprechend quotiert. Die Auswahl der Interviewpersonen erfolgte innerhalb der gebildeten Gruppen nach dem Zufallsprinzip. Es wurden insgesamt 600 niedergelassene Ärzte sowie 180 stationäre Einrichtungen und 361 nicht-ärztliche Leistungserbringer interviewt.

Der überwiegende Teil der interviewten niedergelassenen Ärzte praktiziert in einer Einzelpraxis (71 %), circa 30 % sind in einer Praxisgemeinschaft oder einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig.

	Ärzte (n=600) je Gruppe 60 Interviews	Stationäre Einrichtungen (n=180) je Gruppe 60 Interviews	Nicht-ärztliche Leistungserbringer (n=361) je Gruppe 60 Interviews
1.	Hausärzte	Krankenhäuser	Apotheken
2.	Internisten, Kinderärzte	Reha- und Kurheime	Sanitätshäuser (Orthopädietechniker)
3.	Radiologen, Zytologen, Laborärzte	Pflegeheime	Orthopädieschuhtechniker/ Orthopädieschuhmacher/ Schuhmacher
4.	Orthopäden, Reha-Mediziner		Hörgeräteakustiker (n=61)
5.	HNO-Ärzte		Medizinproduktherstelle, Zahntechniker, Optiker
6.	Gynäkologen, Urologen		Krankengymnasten/ Physiotherapeu- ten, Masseure/medizinische Badebe- triebe, Logopäden, Ergotherapeuten
7.	Chirurgen		
8.	Zahnärzte		
9.	Augenärzte		
10.	Hautärzte		

Abb. 54: Praxistyp der befragten niedergelassenen Ärzte

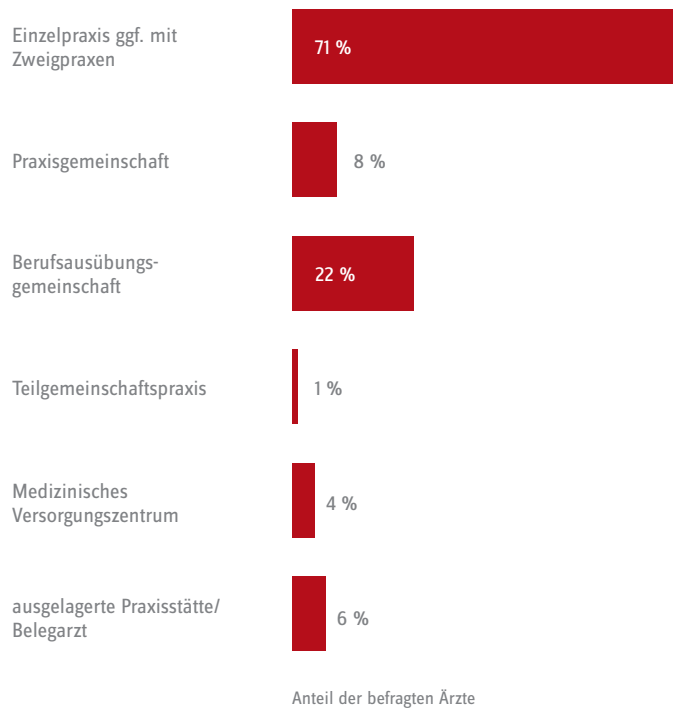


Abb. 55: Art der befragten 180 stationären Einrichtungen

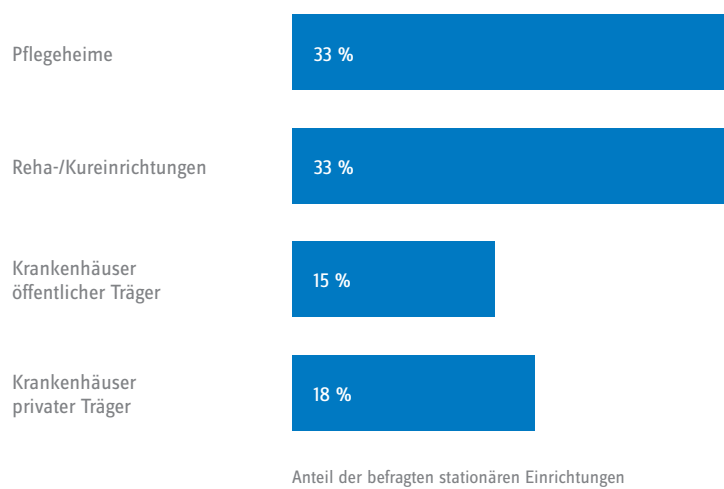
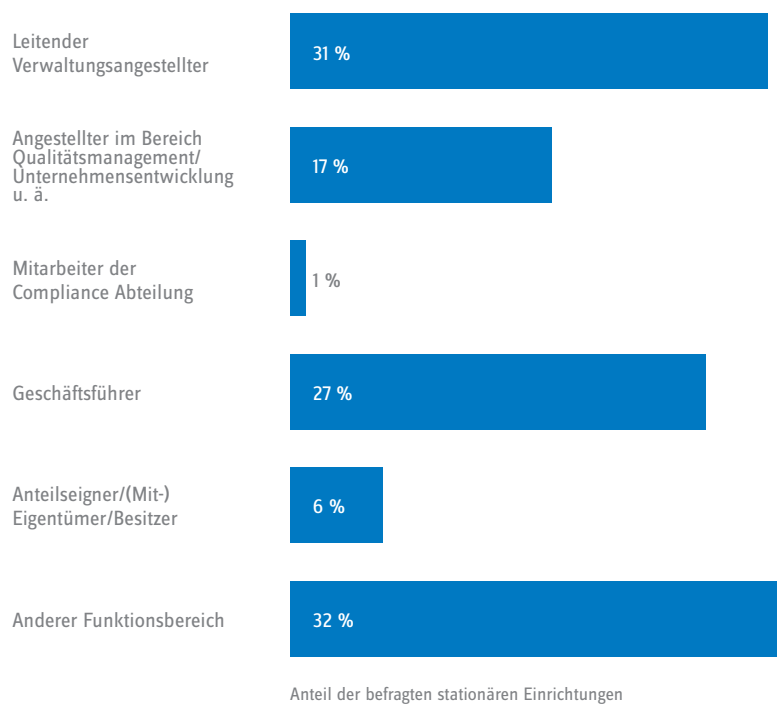
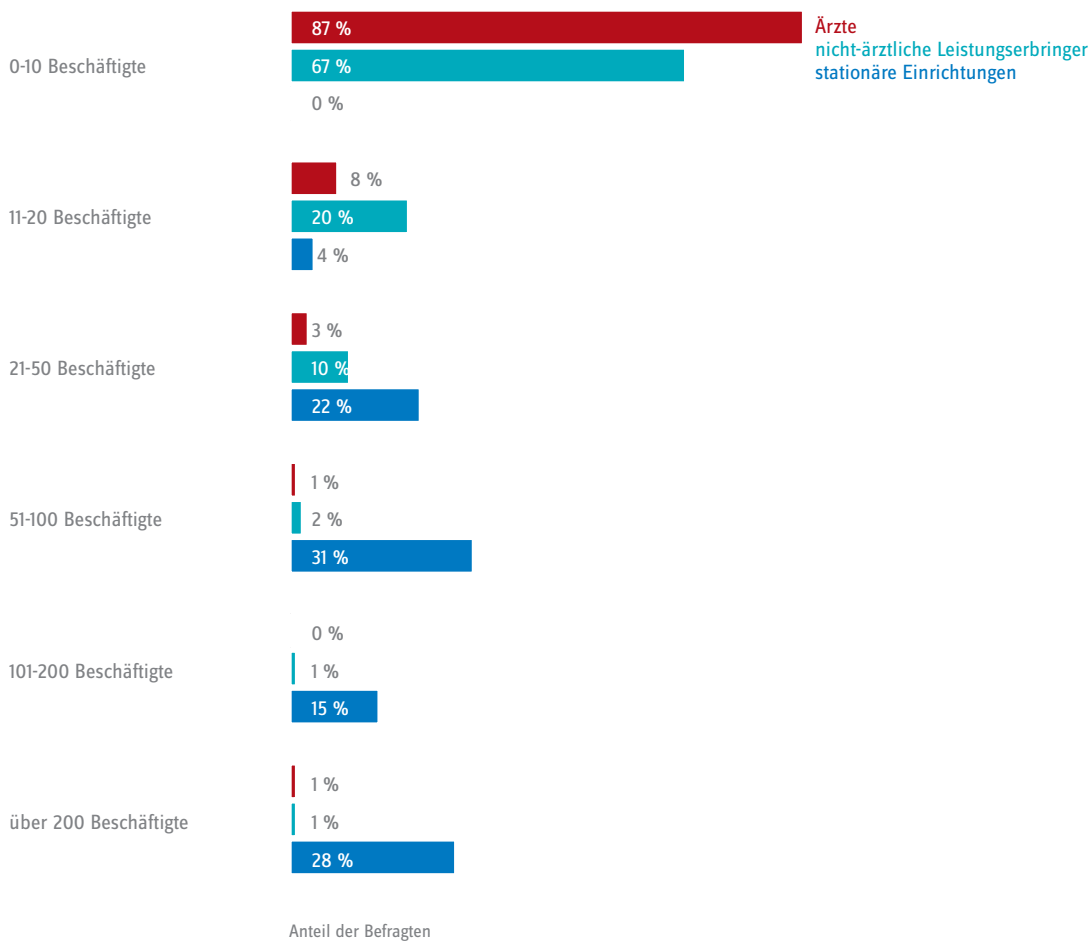


Abb. 56 Funktion der Interviewpartner in den stationären Einrichtungen



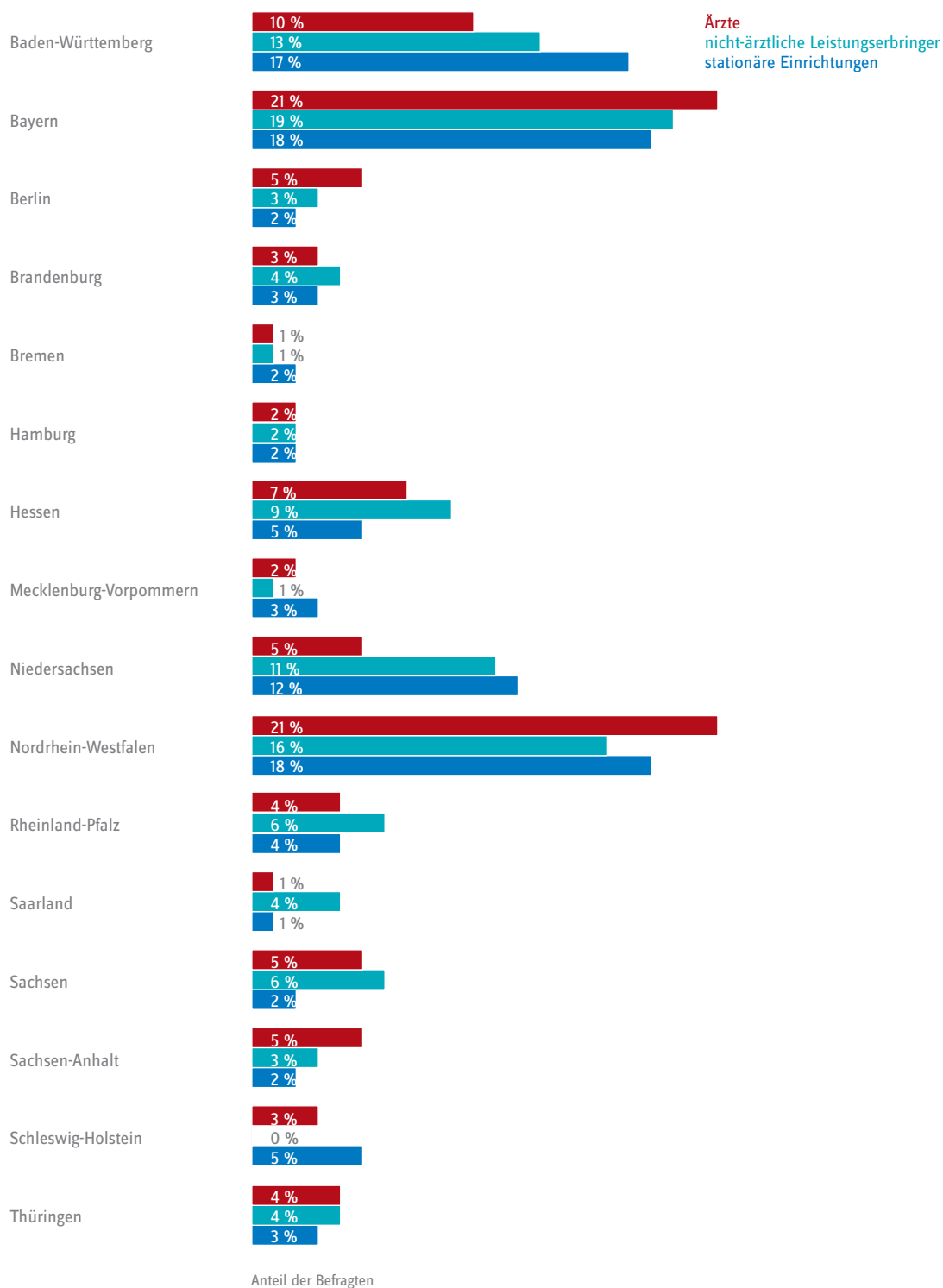
In etwa der Hälfte der Fälle konnte das Interview mit einem Geschäftsführer der stationären Einrichtung realisiert werden, etwa ein Drittel der Befragten sind mit Tätigkeiten im Qualitätsmanagement oder mit Aufgaben der Unternehmensentwicklung betraut.

Abb. 57: Anzahl der Beschäftigten



Bei den befragten Arztpraxen handelt es sich zum Großteil (87 %) um Praxen mit bis zu zehn Beschäftigten. Die nicht-ärztlichen Leistungserbringer der Studie haben im Mittel 32 Beschäftigte. Die Gruppe der befragten stationären Einrichtungen besteht aus deutlich größeren Unternehmen, 42 % geben an, mehr als 100 Beschäftigte zu haben.

Abb. 58: Verteilung der Befragten über Bundesländer



3. Durchführung der Erhebung

Die Erhebung wurde im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes und der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg von der TNS Emnid Markt- und Sozialforschung GmbH Bielefeld durchgeführt. Im Zeitraum von Mitte Oktober bis Ende November 2011 wurden deutschlandweit insgesamt 1.141 Verantwortliche aus Arztpraxen, stationären Einrichtungen sowie nicht-ärztlichen Leistungserbringer telefonisch interviewt.

Bevor mit der Feldphase der Untersuchung begonnen werden konnte, wurde zunächst die Funktionalität des Fragebogeninstruments innerhalb der Untersuchungsgruppe der niedergelassenen Ärzte überprüft. Im Rahmen dieses Pretests stellte sich heraus, dass eine Realisierung der angestrebten Fallzahlen nicht möglich sein würde, ohne den niedergelassenen Ärzten einen Anreiz zur Teilnahme anbieten zu können. Bei vergleichbarem Aufwand konnten ohne Incentivierung nur bei etwa einem Viertel (28 %) der Kontakte Interviews realisiert werden.

Aus diesen Gründen wurde für die Teilgruppe der niedergelassenen Ärzte mit einer für diese Gruppe üblichen Incentivierung gearbeitet. Die Beträge der Incentivierung schwankten je nach Facharztgruppe zwischen 25,- bis 35,- Euro. Alle Interviewteilnehmer erhielten einen Betrag, der aufgrund der Erfahrungen von TNS Emnid in der jeweiligen Berufsgruppe als üblich gilt. Die Auswahl der Teilnehmer folgte jedoch strikt dem Zufallsprinzip, allen niedergelassenen Ärzten (n=600) wurde ein entsprechender Betrag bei der ersten Kontaktaufnahme angeboten.

Aus methodischen Gründen gab es keine Alternative, da andernfalls eine Verzerrung in der Stichprobe der Ärzte zu befürchten war. Die Studie musste so durchgeführt werden, wie es auch in anderen Zusammenhängen bei Ärzten üblich ist. Eine höhere Verweigerung der Teilnahme an den Interviews hätte die Repräsentativität gefährdet.

Diese Besonderheiten bei niedergelassenen Ärzten gegenüber stationären Einrichtungen und nicht-ärztlichen Leistungserbringern lassen sich u. a. mit der hohen Zahl von Anwendungsbeobachtungen erklären, die von der pharmazeutischen Industrie in Auftrag gegeben werden, vgl. § 67 Abs. 6 AMG. Hierdurch dürfte sich die Erwartung innerhalb der Ärzteschaft entwickelt haben, eine angemessene - wenn auch kleine - Entschädigung für den mit einer Teilnahme verbundenen Zeitaufwand zu erhalten. Bei anderen Studien im business-to-business-Bereich sind Incentivierungen eher unüblich und nicht erforderlich, wie auch die Befragung der anderen Gruppen in der Studie gezeigt hat.

Nachdem bei einer ersten Kontaktaufnahme Inhalt und Ziel der Studie geschildert wurden, wurde mit den niedergelassenen Ärzten ein gesonderter Termin zur Durchführung des Interviews vereinbart. In den Gruppen der stationären Einrichtungen sowie nicht-ärztlichen Leistungserbringer wurden die Interviews mit dem Geschäftsführer oder einem Mitarbeiter in einer vergleichbaren Position durchgeführt.

Anhang

„Law in the books“

1. Das berufsrechtliche Verbot der „Zuweisung gegen Entgelt“ oder andere Vorteile

<p>(Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte - MBO-Ä 1997 -</p>	<p>(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte - MBO-Ä 1997 - in der Fassung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011</p>
<p>§ 31 Unerlaubte Zuweisung von Patientinnen und Patienten gegen Entgelt</p>	<p>§ 31 Unerlaubte Zuweisung</p>
<p>Ärztinnen und Ärzten ist es nicht gestattet, für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten oder Untersuchungsmaterial ein Entgelt oder andere Vorteile sich versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren.</p>	<p>(1) Ärztinnen und Ärzten ist es nicht gestattet, für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten oder Untersuchungsmaterial oder für die Verordnung oder den Bezug von Arznei- oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten ein Entgelt oder andere Vorteile zu fordern, sich oder Dritten versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren.</p> <p>(2) Sie dürfen ihren Patientinnen und Patienten nicht ohne hinreichenden Grund bestimmte Ärztinnen oder Ärzte, Apotheken, Heil- und Hilfsmittelerbringer oder sonstige Anbieter gesundheitlicher Leistungen empfehlen oder an diese verweisen.</p>

2. Das sozialgesetzliche Verbot der „Zuweisung gegen Entgelt“ oder wirtschaftliche Vorteile

<p>§ 73 Abs. 7 SGB V, in der Fassung des GKV-VStG vom 22.12.2011 (01.01.2012)</p>
<p>Es ist Vertragsärzten nicht gestattet, für die Zuweisung von Versicherten ein Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile sich versprechen oder sich gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren. § 128 Absatz 2 Satz 3 [SGB V] gilt entsprechend.</p>
<p>Gesetzesbegründung (BT-Drs. 17/6906): (...) Die Vorschrift orientiert sich an den entsprechenden berufsrechtlichen Regelungen (vgl. § 31 der Musterberufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte vor der Änderung beim 114. Deutschen Ärztetag mit Beschluss vom 3. Juni 2011). Das in der Neufassung des § 31 Absatz 1 Musterberufsordnung zusätzlich enthaltene Verbot der Verordnung oder des Bezuges von Arznei- oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten gegen Entgelt ist Gegenstand des § 128 SGB V. (...) Nicht erfasst werden gesetzlich zulässige Vereinbarungen mit Krankenkassen über finanzielle Anreize für die Mitwirkung an der Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven und die Verbesserung der Qualität der Versorgung bei der Erbringung vertragsärztlicher Leistungen.</p>

3. Das sozialgesetzliche Zuwendungsverbot wirtschaftlicher Vorteile bei der Verordnung von Arznei- oder Hilfsmitteln

SGB V	SGB V, in der Fassung des GKV-VStG vom 22.12.2011 (ab 01.01.2012)
<p>§ 128 Unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten</p>	
<p>(2) Leistungserbringer dürfen Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen nicht gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln beteiligen oder solche Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln gewähren. Unzulässig ist ferner die Zahlung einer Vergütung für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden, durch Leistungserbringer.</p> <p>Wirtschaftliche Vorteile im Sinne des Satzes 1 sind auch die unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien und Durchführung von Schulungsmaßnahmen, die Gestellung von Räumlichkeiten oder Personal oder die Beteiligung an den Kosten hierfür.</p>	<p>(2) Leistungserbringer dürfen Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen nicht gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln beteiligen oder solche Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln gewähren. Unzulässig ist ferner die Zahlung einer Vergütung für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden, durch Leistungserbringer.</p> <p>Unzulässige Zuwendungen im Sinne des Satzes 1 sind auch die unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien und Durchführung von Schulungsmaßnahmen, die Gestellung von Räumlichkeiten oder Personal oder die Beteiligung an den Kosten hierfür sowie Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern, die Vertragsärzte durch ihr Ordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen.</p>
	<p>(5b) Die Absätze 2, 3, 5 und 5a gelten für die Versorgung mit Heilmitteln entsprechend.</p>

<p>(6) Ist gesetzlich nichts anderes bestimmt, gelten bei der Erbringung von Leistungen nach den §§ 31 und 116b Absatz 7 die Absätze 1 bis 3 sowohl zwischen pharmazeutischen Unternehmen, Apotheken, pharmazeutischen Großhändlern und sonstigen Anbietern von Gesundheitsleistungen als auch jeweils gegenüber Vertragsärzten, Ärzten in Krankenhäusern und Krankenhausträgern entsprechend. Hiervon unberührt bleiben gesetzlich zulässige Vereinbarungen von Krankenkassen mit Leistungserbringern über finanzielle Anreize für die Mitwirkung an der Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven und die Verbesserung der Qualität der Versorgung bei der Versorgung von Leistungen nach den §§ 31 und 116b Absatz 7.</p>	<p>(6) Ist gesetzlich nichts anderes bestimmt, gelten bei der Erbringung von Leistungen nach den §§ 31 und 116b Absatz 7 die Absätze 1 bis 3 sowohl zwischen pharmazeutischen Unternehmen, Apotheken, pharmazeutischen Großhändlern und sonstigen Anbietern von Gesundheitsleistungen als auch jeweils gegenüber Vertragsärzten, Ärzten in Krankenhäusern und Krankenhausträgern entsprechend. Hiervon unberührt bleiben gesetzlich zulässige Vereinbarungen von Krankenkassen mit Leistungserbringern über finanzielle Anreize für die Mitwirkung an der Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven und die Verbesserung der Qualität der Versorgung bei der Versorgung von Leistungen nach den §§ 31 und 116b Absatz 7.</p>
---	---

Durchführung der Studie

Wissenschaftliche Leitung

Prof. Dr. iur. Kai-D. Bussmann, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Juristische und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, Lehrstuhl für Strafrecht und Kriminologie, Halle (Saale),
kai.bussmann@jura.uni-halle, Tel.: 0345 552 3115

Projektteam

Dr. iur. Daniela Trunk, Economy & Crime Research Center, Halle (Saale),
daniela.trunk@jura.uni-halle.de, Tel.: 0345 552 3179

Dipl. Psych. Anja Niemeczek, Economy & Crime Research Center, Halle (Saale),
anja.niemeczek@jura.uni-halle.de, Tel.: 0345 552 3108

Dipl. Psych. Kathrin Richter, Economy & Crime Research Center, Halle (Saale),
kathrin.richter@jura.uni-halle.de, Tel.: 0345 552 3107

Oliver Krieg, Director Social & Opinion, TNS Emnid Medien- und Sozialforschung GmbH (Bielefeld),
oliver.krieg@tns.emnid.com, Tel.: 0521 9257376

Auftraggeber

GKV-Spitzenverband, Mittelstraße 51, 10117 Berlin

These 3: Stärkung des Unrechtsbewusstseins durch Strafrecht

Der Gesetzgeber hat zur Bekämpfung der Wirtschaftskriminalität Straftatbestände gegen Korruption und Wettbewerbsabsprachen (Submissionsbetrug), die ursprünglich sich im UWG (Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb) befanden, in das StGB überführt und dort auch weiter verschärft. Der Hauptgrund damals wie heute ist, dass nur vom Kernstrafrecht, dem StGB die besondere Signalwirkung ausgeht. Korruption und Submissionsabsprachen sollten nicht nur im Nebenstrafrecht verboten sein, sondern neben anderen klassischen Straftatbeständen als echte Kriminalität erkennbar eingereiht sein.

Nur durch ein gesetzliches Verbot im Kernstrafrecht des StGB kann dem drohenden Werteverfall im Gesundheitssystem konsequent begegnet werden.

Seitdem bekämpfen Unternehmen Wirtschaftskriminalität in den eigenen Reihen, wobei man wissen muss, dass jeder zweite Wirtschaftsstraftäter aus dem eigenen Unternehmen stammt und auch ansonsten vollkommen unauffällig ist. Mittlerweile ist es vor allem für börsennotierte Großunternehmen wie Siemens oder Daimler und vielen anderen Unternehmen selbstverständlich ein wirksames Compliance-Management-System aufzubauen. Ohne das Strafrecht würde es dies nicht geben.

These 4: Konsistente Ächtung jeglicher Bestechlichkeit im Gesundheitssystem

Von einem entsprechenden Verbot im Sozialgesetzbuch (SGB) geht kein vergleichbarer Werteappell aus. Die berufsständischen Regelungen haben die in Teilen der Ärzteschaft zu beobachtende Normerosion offenkundig nicht aufhalten können. Dieses Defizit beruht nicht nur auf der unzureichenden Präventions- und Überwachungsarbeit der Berufsverbände, sondern auch auf der zu geringen Strahlkraft des Berufsrechts.

Im Übrigen würden von einem Verbot nur im SGB sog. Privatärzte ausgenommen sein. Es ist unerträglich, wenn nur Kassenärzte dem Verbot unterliegen würden. Nur das StGB vermag den ethischen Wert der Unbestechlichkeit konsistent für alle ärztlichen Gruppen zu kommunizieren. Jede Inkonsistenz würde zu einer Relativierung dieses zentralen Werts im Gesundheitswesen führen.

These 5: Maßnahmen zur Transparenz und Stärkung der Sozialkontrolle

Weitere Maßnahmen zur Transparenz wie bereits vielfach vorgeschlagen sind zur Flankierung einzuführen. Hierzu gehört auch die Einführung von Hinweisgebersystemen bei den Krankenkassen und Berufsverbänden, insbesondere den Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen.

Nicht die Schwere der Strafe schreckt ab, sondern das subjektive Entdeckungsrisiko, wie wir aus der kriminologischen Forschung wissen. Das Entdeckungsrisiko ist typischerweise bei Delikten wie Korruption außerordentlich gering, da es weder Zeugen noch Opfer im klassischen Sinne gibt. Daher sind alle Organisationen auf Hinweise zu Verdachtsmomenten geradezu angewiesen.

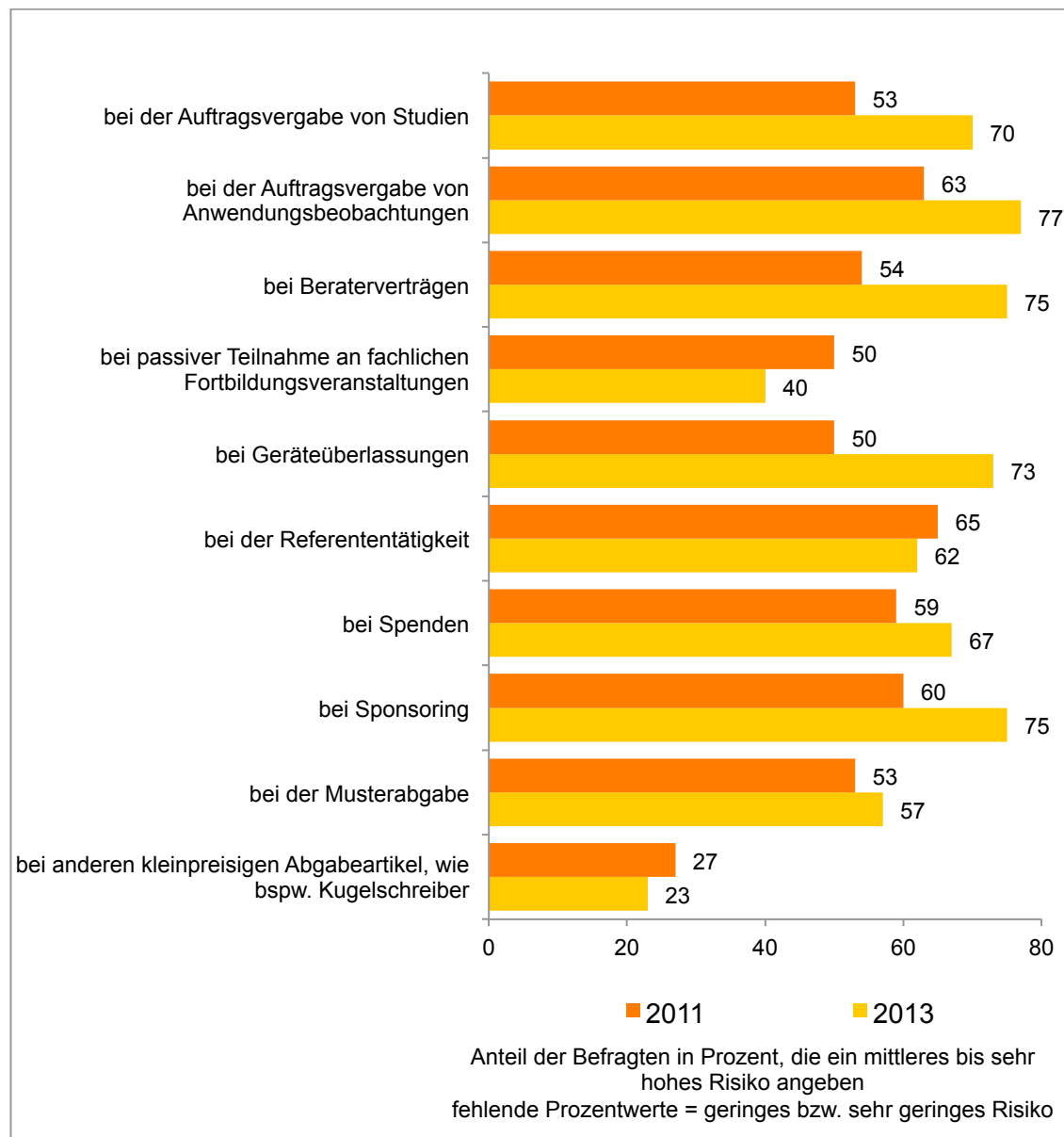
Derzeit sind im Gesundheitssystem die Voraussetzungen für eine wirksame Sozialkontrolle sehr viel schlechter als in der übrigen Wirtschaft, da dort vor allem Großunternehmen bereits wirksame Hinweisgeber-Management-Systeme eingeführt haben. Das subjektive Entdeckungsrisiko ist zu niedrig und das zu vermutende Dunkelfeld im Gesundheitssystem daher noch viel zu hoch.

6. These: Pharmaindustrie sieht hohe Korruptionsrisiken und fordert Strafbarkeit

Der Verfasser führt regelmäßig Studien zur Wirtschaftskriminalität durch. In der jüngsten repräsentativen Studie im Auftrag von PricewaterhouseCoopers, Frankfurt (PwC) wurden 2011 36 Unternehmen aus der Pharmaindustrie befragt und in einer Folgestudie im März 2013 erneut 50 Pharmaunternehmen.

Das alarmierende Ergebnis der Studie ist: Obwohl aus rechtlicher Sicht niedergelassene Ärzte derzeit keine strafbare Korruption begehen können, die befragten Pharmaunternehmen bei fast allen geschäftlichen Aktivitäten, in die Ärzte involviert sind, von noch höheren Korruptionsrisiken ausgehen als vor zwei Jahren. Offenbar antworteten die Befragten unter dem Eindruck der zwischenzeitlich erheblich angestiegenen öffentlichen Diskussion über verschiedenste Fälle von Korruption und Fehlverhalten im Gesundheitswesen, zuletzt im Rahmen der Transplantationsmedizin.

Abb. 1 Aus Sicht der Pharmaunternehmen: Höhe des Risikos in der geschäftlichen Beziehung mit Ärzten mit Korruptionsregelungen in Konflikt zu geraten



Ferner zeigen die Umfragen, dass nur jedes dritte Pharmaunternehmen nach eigenen Angaben in 2011 über ein Antikorruptionsprogramm verfügte. Dennoch hält die große Mehrheit der Unternehmen (70 %) in der Folgestudie 2013 die eigenen Präventionsmaßnahmen zur Selbstkontrolle für vollkommen ausreichend. Allerdings wünschen sich fast zwei Drittel der Befragten (63 %) vom Gesetzgeber, dass zum Schutz gegen „schwarze Schafe“ eine Regelung zur Strafbarkeit niedergelassener Ärzte eingeführt wird. Nur 14 % lehnen dies ab. Ein Schließen der im Zuge der BGH Rechtsprechung entstandenen Strafbarkeitslücke wird demnach von der Mehrheit der Pharmaunternehmen ausdrücklich befürwortet.

Abb. 2 Konsequenzen aus der „ratiopharm-Entscheidung“ des BGH für Ihr Pharma-Unternehmen in der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten (n=50 Pharmaunternehmen)

