

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0399(14)
gel. VB zur öAnhörung am 17.04.
13_Korruption
11.04.2013



Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte e.V.
Dr. med. Christiane Fischer, MPH
Ärztliche Geschäftsführerin
Mitglied des Deutschen Ethikrates
Fangstr. 118, 59077 Hamm
+49 (0)162 5641513
(Mo, Di, Do, Fr: 10-13 Uhr)
fischer@mezis.de www.mezis.de

Stellungnahme MEZIS Korruption im Gesundheitswesen **(Anhörung 17.4.2013)**

Korruption ist der Missbrauch anvertrauter Macht zum eigenen Vorteil!

Der Schaden für das Gesundheitswesen

Wichtigstes Ziel im Gesundheitswesen ist die Steigerung der Lebensqualität und die Senkung der Sterblichkeit (Mortalität) der PatientInnen. In Therapie- und Diagnostikentscheidungen besteht in der Regel ein Informations- und Kompetenzunterschied zwischen PatientInnen auf der einen und ärztlichen und nicht ärztlichen LeistungserbringerInnen auf der anderen Seite. Entscheidungen über Therapie und Diagnostik dürfen sich nur am Wohl der PatientInnen orientieren. Sie müssen sich an deren Bedarf ausrichten und ausschließlich aus medizinischen Gründen und unbeeinflusst von monetären Interessen der ÄrztInnen und nicht ärztlichen LeistungserbringerInnen getroffen werden.

Schon der Verdacht von Korruption höhlt das besondere Vertrauensverhältnis zwischen ÄrztIn / nicht ärztlicher LeistungserbringerIn und PatientIn aus und schadet somit nicht nur allen Beteiligten, sondern auch dem Ruf des gesamten Gesundheitswesens. Transparency International schätzt, dass jedes Jahr durch Korruption ein Schaden für das deutsche Gesundheitssystem von 5 bis 17 Milliarden Euro entsteht. Korruption und Bestechlichkeit ist kein Mehrheitsphänomen, aber auch nicht auf Einzelfälle beschränkt, wie eine repräsentative Studie des GKV Spitzenverbandes belegt.ⁱⁱ

Dringender Handlungsbedarf ist somit geboten, um den PatientInnen das Vertrauen zurückzugeben und um den guten Ruf der ÄrztInnenschaft sowie des gesamten Gesundheitswesens wieder herzustellen. Die meisten ÄrztInnen und LeistungserbringerInnen sind nicht bestechlich, sie müssen vor der Minderheit korruptiver KollegInnen geschützt werden.

Korruption im Gesundheitswesen hat viele Gesichter

- Beeinflussung und Veränderung des (zahn-)ärztlichen Verhaltens durch Werbemaßnahmen
 - durch von der Pharmaindustrie gesponserte Fortbildungen
 - durch Werbesbesuche von PharmareferentInnen in Praxen und Kliniken, da PharmareferentInnen nicht informieren, sondern für ihre Produkte werben.
 - durch werbegesteuerte Software oder Anwendungsbeobachtungen
 - sowie durch andere Werbemaßnahmen, die gezielt Werbung und Information vermischen.

Diese Werbemaßnahmen haben alle das Ziel, nicht medikamentöse Therapien weniger bzw. nicht zu beachten und den Umsatz von Medikamenten und anderen Medizinprodukten zu erhöhen, selbst wenn diese keinen Nutzen-/Kosten-Beleg im Rahmen der Evidence Based Medicine aufweisen.
- Direkte Zahlungen der Pharmaindustrie für das unwirtschaftliche Verordnen bestimmter irrationaler Arzneimittel ohne den Nachweis eines therapeutischen Fortschritts zum Schaden des Kostenträgers und des Solidarsystems.
- Zahlungen oder geldwerte Vorteile für die Überweisung von PatientInnen (Fangprämien / Kopfpauschalen) an Krankenhäuser, FachärztInnen und nicht ärztliche LeistungserbringerInnen.
- Überhöhte Vortrags- oder Beratungshonorare an ÄrztInnen und nicht ärztliche LeistungserbringerInnen von Pharmafirmen.
- Ausnutzung des Informationsgefälles, um gesetzlich Versicherte PatientInnen aus monetären Gründen zur Übernahme privatärztlicher Leistungen (IGEL) zu überreden, die keinen erwiesenen medizinischen Nutzen haben.
- Sponsoring von Selbsthilfegruppen durch Pharmaunternehmen mit dem Ziel, die Verordnungszahlen bestimmter Medikamentengruppen zu erhöhen.
- Änderungen medizinischer Grenzwerte mit dem Ziel, die Verordnungszahlen für bestimmte Krankheiten zu erhöhen.

Sachlage

Der Bundesgerichtshofs (BGH) hat am 29. März 2012 (Az.: GSSt 2/11) festgestellt, dass niedergelassene VertragsärztInnen nach der gegenwärtigen Gesetzeslage bei korruptivem Verhalten wie der Annahme von Bestechungsgeldern strafrechtlich nicht verfolgt werden können, im Gegensatz zu angestellten ÄrztInnen, die in diesen Fällen strafrechtlich belangt werden können. Ebenso gehen die VertreterInnen der Pharmaunternehmen bei Bestechungsvereinbarungen straffrei aus. Die Paragraphen §§ 299 und 331 ff. StGB hält der BGH für freiberufliche ÄrztInnen für nicht anwendbar, da diese weder als AmtsträgerInnen im Sinne des § 11 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe c StGB noch als Beauftragte der gesetzlichen Krankenkassen im Sinne des § 299 StGB handeln. Der BGH weist aber gleichzeitig auf dieses Gesetzeslücke hin, hält Korruption also für **strafwürdig** und fordert den Gesetzgeber auf, diese Regelungslücke zu schließen und Korruption und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen (ÄrztInnen, LeistungserbringerInnen, Pharmaindustrie) mit Mitteln des Strafrechts effektiv zu bekämpfen: *„Vor dem Hintergrund der seit längerem im strafrechtlichen Schrifttum geführten Diskussion sowie im Hinblick auf gesetzgeberische Initiativen zur Bekämpfung korruptiven Verhaltens im Gesundheitswesen verkennt der Große Senat für Strafsachen nicht die grundsätzliche Berechtigung des Anliegens, Missständen, die – allem Anschein nach – gravierende finanzielle Belastungen des Gesundheitssystems zur Folge haben, mit Mitteln des Strafrechts effektiv entgegenzutreten.“*

Welche **Maßnahmen** zur Korruptionsbekämpfung im Gesundheitswesen kommen in Frage und wie sind diese zu bewerten?

1. Appelle und Selbstkontrollen

Analyse der Selbstkontrollen: Diese sind weitgehend ineffektiv, da positive Veränderungen und Sanktionen unterbleiben und die eigenen Institutionen der Selbstverwaltung und die Selbstüberwachung der ÄrztInnenschaft für die Überwachung zuständig sind. Appelle und Selbstkontrollen haben in den letzten Jahrzehnten zu keiner Verbesserung der Situation geführt.

2. Berufs- und standesrechtliche Regelungen

Die Bundesärztekammer und andere vertraten lange die Position, diese seien ausreichend, Änderungen im Strafrecht seien nicht erforderlich, inzwischen hat ein Umdenken eingesetzt. Das Berufsrecht ist in der Musterberufsordnung (MBO) ⁱⁱⁱ, welche für ÄrztInnen bindend ist und von den Landesärztekammern übernommen wurde. Sie verbietet ÄrztInnen, Geschenke oder andere Vorteile (MBO, §§ 31 und 32) anzunehmen.

Analyse des Berufsrechts: Im Falle der Vorteilsannahme sind theoretisch Sanktionen bis hin zum Widerruf der Approbation durch die zuständigen Landesbehörden möglich, in der Realität werden sie aber kaum angewandt oder treffen die Betroffenen nicht empfindlich genug. Außerdem bleiben diejenigen, die die Bestechung anbieten (Industrie, nicht ärztliche LeistungserbringerInnen), verschont, da die MBO für sie nicht gilt. Das Berufsrecht ist als Regelung somit nicht ausreichend.

Nach dem BGH-Urteil wurden tausende Ermittlungen wegen fehlender Strafbarkeit eingestellt, wodurch in der Regel auch berufsrechtliche Sanktionen unterbleiben.

Berufs- und Standesrecht wurden de facto somit weiter geschwächt.

Die vom Präsident der Bundesärztekammer geforderten polizeiähnlichen Ermittlungsbefugnisse sind auf große und berechtigte Kritik gestoßen.

3. Berichtspflicht

Gemäß § 81a Absatz 5 bzw. § 197a Absatz 5 SGB V besteht seit 2004 alle zwei Jahre **Berichtspflicht** über die Tätigkeiten der „Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“. Diese bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVn) und den Krankenkassen angesiedelten Clearingstellen haben das Ziel, Schäden durch Abrechnungsbetrug zu beobachten, zu dokumentieren und zu verhindern, indem Verstöße schneller entdeckt und verfolgt werden können.

Analyse der Berichtspflicht: Es liegen bisher kaum belastbare Daten vor, die einer effektiven Korruptionsbekämpfung dienen könnten. Die Berichtspflicht muss dazu zumindest nach Berufsgruppen differenziert werden. ArbeitnehmerInnen, die Daten an die zuständigen Stellen melden, müssen vor negativen arbeitsrechtlichen Konsequenzen geschützt werden (InformantInnenschutz).

4. Sozialrecht

Die Musterberufsordnung verbietet in § 31 ÄrztInnen die Zuweisung von PatientInnen gegen Entgelt, umgekehrt ist dies in §128 Abs. 2 und 6 SGB V sowie § 73 Absatz 7 SGB V ^{iv} auch nicht-ärztlichen LeistungserbringerInnen, VertragsärztInnen und Krankenhäusern untersagt. Das Verbot umfasst Entgelte und die Annahme sonstiger wirtschaftlicher Vorteile, die durch das Zuweisungsverhalten gewährt wurden.

Sozialgesetzbuches durch Einfügen einer Strafvorschrift im SGB V, die sich am Strafgesetzbuch orientiert.

Durch dieses Nebenstrafrecht sollen besonders schwere Verstöße von Korruption aller Berufsgruppen im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen (Vorteilsnahme und Vorteilsgewährung von KassenärztInnen, Pharmafirmen, Herstellern von Medizintechnik, nicht ärztlichen LeistungserbringerInnen u.a.) im Gesundheitswesen künftig mit Geldstrafen und mit bis zu drei Jahren Haft bestraft werden können.

Analyse der Verankerung im Sozialrecht: Sowohl im Berufs- wie im Sozialrecht bestehen mangelhafte Ermittlungs- und Sanktionsmöglichkeiten, sodass es bisher zu keiner Verbesserung der Situation kam. Ein Grund hierfür ist, dass die eigenen Institutionen der Selbstverwaltung und die Selbstüberwachung für die Überwachung zuständig sind.

Das vom Gesundheitsminister vorgeschlagene Gesetz^v mit Verankerung im SGB V hat gravierende Nachteile:

- Es soll nur für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung gelten, der gesamte Bereich der Privatversicherung (PrivatärztInnen, Privatversicherte etc.) bleibt außen vor.
- Korruptionsfälle und andere Bestechungsdelikte sollen nur auf Antrag verfolgt werden. Nur Gesetzliche Krankenkassen, KVn, berufsständische Kammern, Verbände des jeweiligen Leistungsanbieters sowie von korruptivem Verhalten betroffene gesetzlich Versicherte sollen einen Strafantrag stellen können, dem dann die Staatsanwaltschaft nachgeht. Diese hohe Hürde würde eine Abschreckungswirkung für Korrupte massiv reduzieren.
- Es können nur besonders schwere Verstöße gegen das Verbot von Zuwendungen geahndet werden. Wie Gernot Kiefer, Vorstand des Kassen-Spitzenverbands ausführte, ist die Beschränkung auf besonders schwere Verstöße hochproblematisch: «Ein bisschen korrupt gibt es ebenso wenig wie ein bisschen schwanger.»

Das geplante Gesetz fokussiert nur den Schaden für die Krankenkassen, der Schaden für PatientInnen durch die Gesetzesinitiative findet dagegen zu wenig Beachtung. Daher ist keine Verbesserung der Situation zu erwarten.

5. Strafrecht

Ein neues Strafgesetz muss gleichzeitig das Verhalten aller ÄrztInnen, ZahnärztInnen (selbstständig und angestellt), nicht ärztlichen LeistungserbringerInnen und anderen Beteiligten im Gesundheitswesen unter Strafe stellen und daher auch eine Haftung der Unternehmen enthalten, um zu gewährleisten, dass diese korruptives Verhalten ihrer Beschäftigten wirksam unterbinden. Das Gesetz muss sowohl für Vorteilsannahme und Vorteilsgewährung aller Berufsgruppen gelten, unabhängig von der Frage, ob es sich um eine gesetzliche oder private Krankenkasse handelt. Ziel des Gesetzes muss der explizite PatientInnenschutz sein.

Das Gesetz muss folgende Regelungen enthalten:

- Straftat macht sich (oder begeht eine Ordnungswidrigkeit), wer mehr als geringfügigen Vorteil (wobei dieser genau zu definieren ist) annimmt oder eine Person, die einen solchen Vorteil gewährt.
- Honorare für Fachgutachten und Vorträge müssen auf einen angemessenen Rahmen (der ebenfalls genau zu definieren ist) begrenzt werden, um zu gewährleisten, dass dadurch keine Schlupflöcher für korruptives Verhalten geschaffen werden.
- Die Zuweisung von PatientInnen an Krankenhäuser gegen Entgelt ist verboten. § 31a des Krankenhausgestaltungsgesetz NRW zum Verbot der unerlaubten Zuweisung gegen Entgelt kann als Vorbild dienen.

- Korrupten müssen empfindlichen Sanktionen wie der Entzug der Zulassung drohen.
- Geschädigte PatientInnen müssen auf Schadensersatz klagen können.

Analyse der Verankerung im Strafrecht: Um Bestechung, Bestechlichkeit und Korruption nachhaltig zu bekämpfen, kommt einzig eine Verankerung im **Strafrecht** infrage, das für alle LeistungserbringerInnen im Gesundheitswesen gilt. Um die Effektivität des neuen Gesetzes zu gewährleisten, müssen die Strafen und Sanktionsmöglichkeiten empfindlich sein. Sie müssen nicht nur auf Wirkung (Effektivität), sondern auf Wirksamkeit (Effizienz) hin ausgelegt sein. In die einmalige Situation PatientIn / ÄrztIn dürfen möglichst wenig fremde Interessen hineinspielen. Darauf haben die PatientInnen ein Recht. Da das ÄrztIn-PatientIn-Verhältnis eine besondere Pflicht beinhaltet und somit einen besonderen Schutz verdient, kann diese außergewöhnliche Situation auch strafrechtlich "besonders" gefasst werden.

- 6. Transparenz:** Es müssen Regelungen geschaffen werden, die eine Transparenz über die ökonomischen Verflechtungen aller Beteiligten offenlegt und wirksame Sanktionen bei Nichtbeachtung enthält. Als Vorbild kann der amerikanische „Physician Payment Sunshine Act“ dienen. Dieser verpflichtet GeberInnen und NehmerInnen (LeistungserbringerInnen, Hersteller von Medikamenten, Diagnostika, medizinischen Geräten, Medizinprodukten, Software sowie Hilfsmittelerbringer) zur regelmäßigen Veröffentlichung standardisierter Berichte an eine zentrale Stelle von Daten über die Zahlung von Zuwendungen aller Art (Transparenz aller Finanzströme). In Deutschland kämen hier als zentrale Stellen z.B. das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) oder das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) infrage. Diese Daten müssen an einer zentralen Stelle gemeldet werden und öffentlich zugänglich sein. Insbesondere müssen für PatientInnen Daten zugänglich sein, welche ÄrztInnen (GKV und privat) sich an welchen Studien und Anwendungsbeobachtungen beteiligen und welche Gelder sie dafür beziehen.

Transparenzanalyse: Ein Äquivalent zum „Physician Payment Sunshine Act“ ergänzt sinnvoll die strafrechtliche Regelung.

- i Definition von Transparency International
- ii Bussman KD (2012) Unzulässige Zusammenarbeit im Gesundheitswesen durch „Zuweisung gegen Entgelt“. Halle-Wittenberg: Economy Crime and Research Centre im Auftrag des GKV Spitzenverbandes Berlin
- iii (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte - MBO-Ä 1997 - in der Fassung der Beschlüsse des SGB V in der Fassung des BKV-VStG vom 22.12.2011. Für ZahnärztInnen sind Zuwendungen in der MBO für ZahnärztInnen § 2 Absatz 7 und 8 ebenso untersagt.
- iv 114. Deutscher Ärztetag 2011 in Kiel, www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/40merkblaetter/20recht/05kammerrecht/bo.pdf [Zugriff: 28.3.2013]
- v Bundesministerium für Gesundheit, 3. April 2013