



Interessenkonflikte, Korruption und Compliance im Gesundheitswesen – Umgang von Akteur*innen im Gesundheitswesen mit Zielkonflikten

Sophie Föbleitner¹

Zusammenfassung

Das mögliche Vorliegen von Interessenkonflikten und Korruption im Gesundheitswesen bedingt entsprechende Compliance-Regelungen, um das Vertrauen der Allgemeinheit in die Vorgänge zu stärken und Zielkonflikte zu regeln. Daher wurden in den letzten Jahren national und international entsprechende Bestimmungen sowie Compliance-Management-Systeme implementiert. Generell ist ein Interessenkonflikt als Risikosituation zunächst ein wertneutraler Zustand, der dann eintritt, wenn sekundäre Interessen der Leistungserbringer*innen, insbesondere materielle oder soziale Vorteile, in Konkurrenz zu primär medizinisch-ethischen Zielen stehen. Wenn jedoch Interessenkonflikte zu einer verzerrten Wahrnehmung führen, können diese korrupte Verhaltensweisen auslösen und schädlich sowohl für Einzelne als auch für die Allgemeinheit sein. Korruption kann auf mehreren Ebenen des Gesundheitssystems stattfinden und bei verschiedenen Akteur*innen (Leistungserbringer*innen, Leistungsempfänger*innen, Industrie etc.) auftreten. Aus diesem Grund gibt es eine Reihe von Maßnahmen („Compliance“), die präventiv an solchen Risikosituationen ansetzen und dafür sorgen, dass sich ein potenzieller Interessenkonflikt nicht in Korruption manifestiert. Dabei gibt es sowohl allgemeine als auch spezielle Maßnahmen zur Vermeidung von Interessenkonflikten und Korruption im Gesundheitswesen, beispielsweise die Offenlegung von Bonusvereinbarungen, die Meldung und Genehmigung von Nebentätigkeiten oder die Abschaffung von Industrieausstellungen bei Kongressen. Darüber hinaus besteht insbesondere im Bereich der Krankenhaus(-träger) auch die Möglichkeit, ein Compliance-Management-System einzuführen.

Einleitung

In vielen Wirtschaftsbereichen sowie in der öffentlichen Verwaltung hat der Begriff der „Compliance“, also das Einhalten der gesetzlichen Vorschriften sowie spezifischer Verhaltensregeln, seinen festen Platz, um das Vertrauen in Vorgänge zu stärken und Zielkonflikte zu regeln.² Der Begriff „Compliance“ stammt ursprünglich aus der Betriebswirtschaftslehre und beschreibt die Regel-treue bzw. Regelkonformität innerhalb eines Unternehmens oder eines Systems, insbesondere in Situationen, in denen Interessenkonflikte auftreten (JuraForum 2020). Auch im Gesundheitswesen besteht eine Vielzahl an Interessenkonflikten, für die jedoch oftmals Compliance-Regeln fehlen oder erst entwickelt werden. Dies ist aus gesundheitspolitischer Perspektive insofern von Relevanz, da das Fehlen solcher Verhaltensregeln unerwünschte Auswirkungen auf die

Zusammenfassung

Einleitung

¹ Institut für Höhere Studien; Josefstädter Straße 39, A-1080 Wien, Telefon: +43/1/599 91-231, E-Mail: foessleitner@ihs.ac.at. Frühere Ausgaben von Health System Watch sind im Internet unter www.ihs.ac.at abrufbar.

Besonderer Dank geht an Susanne Drexler für die Unterstützung bei der Literaturrecherche zur Berichterstellung.

² Zielkonflikte treten immer dann auf, wenn mehrere Ziele verfolgt werden, die nicht alle in demselben Ausmaß und Umfang zu erreichen sind, wodurch eine Priorisierung der Ziele notwendig wird. Geschieht dies transparent und nach objektiven Regeln, so kann das Vertrauen in die Vorgänge des dahinterliegenden Systems gewahrt werden.



Interessenkonflikte

Leistungsempfänger*innen haben kann. Interessenkonflikte aufseiten der Leistungserbringer*innen erhöhen das Risiko, originäre berufliche Aufgaben zu vernachlässigen; sie lauern vor allem in den Beziehungen zur Industrie (pharmazeutische Unternehmen oder Hersteller von Medizinprodukten), z. B. wenn sich Ärzt*innen die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen von der Industrie finanzieren lassen, Geschenke annehmen oder gut bezahlte Vorträge halten (Lieb et al. 2018). Darüber hinaus bestehen aber auch an vielen anderen Stellen des medizinischen Alltags sekundäre Interessen, die dem primären Interesse des Patient*innenwohls entgegenstehen. Zu diesen zählen beispielsweise die eigene Überzeugung von der Überlegenheit einer angebotenen Therapie, finanzielle Anreize des Vergütungssystems oder Fehlanreize zur Erbringung medizinisch nicht indizierter Leistungen (Lieb et al. 2018). Interessenkonflikte können, müssen aber nicht, zu einer verzerrten Wahrnehmung und in weiterer Folge zu Korruption führen (Jörg 2015a). Da jedoch viele der Interessenkonflikte im Gesundheitswesen systeminhärent und dadurch unvermeidbar sind, ist es essenziell, stets dem Patient*innenwohl den Vorrang zu geben und so zur Vermeidung von Abhängigkeiten und zum bewussten Umgang mit Interessenkonflikten, u. a. durch entsprechende Compliance-Regeln, beizutragen (ibid). Im Folgenden soll daher einerseits geklärt werden, was man unter Interessenkonflikten und Korruption im Gesundheitswesen versteht und wie diese einzuordnen und zu bewerten sind. Andererseits soll auch der Frage nachgegangen werden, wie diesen Verhaltensweisen durch entsprechende Compliance-Regeln begegnet bzw. vorgebeugt werden kann. Dazu werden präventive Maßnahmen im Bereich der Korruptionsbekämpfung, die oftmals an den zugrundeliegenden Interessenkonflikten ansetzen, dargestellt sowie ein Compliance-Management-System am Beispiel der deutschen Helios-Kliniken-Gruppe näher beleuchtet.

Interessenkonflikte

Generell spricht man von einem Interessenkonflikt, wenn zwei oder mehr Interessen in Konkurrenz oder im Widerspruch zueinanderstehen (Klemperer und Lieb 2018). Interessenkonflikte können daher auch als „Gegebenheiten“ oder Situationen, die ein erhöhtes Risiko für ein verzerrtes Urteil aufweisen, bezeichnet werden (ibid.). In diesem Zusammenhang halten Klemperer und Lieb (2018) zudem fest, dass „[...] entgegen einem verbreiteten Missverständnis ein Interessenkonflikt nicht in der Person verortet und keinesfalls als Makel, Charakterschwäche oder intellektuelle Fehlleistung zu verstehen ist“. Auch in der Medizin gibt es eine Vielzahl von Interessenkonflikten, die sich auf den Ebenen der unterschiedlichen Akteur*innen, zu denen Leistungserbringer*innen ebenso zählen wie andere Stakeholder*innen im Gesundheitswesen (Leistungsempfänger*innen, Verwaltung, Industrie etc.), manifestieren können.

Im Folgenden werden exemplarisch die Interessenkonflikte von Ärzt*innen näher erläutert, dabei darf allerdings nicht außer Acht gelassen werden, dass diese nicht die einzigen Interessenkonflikte im Gesundheitswesen sind. Im Bereich der ärztlichen Interessenkonflikte unterscheidet man zwischen dem individuellen Interesse der Ärzt*innen und jenem der Allgemeinheit, wobei letzteres darin besteht, jederzeit darauf vertrauen zu können, dass die Berufsgruppe der Ärzt*innen insgesamt und einzelne Ärzt*innen Gesundheitsprobleme auf Grundlage spezialisierten Wissens bestmöglich im Sinne der Patient*innen lösen (Klemperer und Lieb 2018). Unter dem individuellen Interesse der Ärzt*innen kann eine Sache verstanden werden, die Beachtung findet, der ein subjektiver Wert zugeschrieben wird und die eine Bedeutung für die persönlichen Bedürfnisse hat, zum Beispiel ein finanzielles Einkommen oder soziale Anerkennung (Wirtz 2019). Die Interessen der Allgemeinheit werden dabei als *primäre Interessen* und die Eigeninteressen der einzelnen Ärzt*innen und ihrer Fachgruppen als *sekundäre Interessen* bezeichnet (Klemperer und Lieb 2018).

Die Problematik von Interessenkonflikten besteht insbesondere darin, dass sie das Urteilsvermögen beeinträchtigen können, was in weiterer Folge zu einem verzerrten Urteil führen kann (Klemperer und Lieb 2018). Ein solches Urteil, das systematisch von der Wahrheit abweicht, wird auch als *Bias* (Verzerrung) bezeichnet und führt im ärztlichen Alltag zu einer systematischen Fehleinschätzung in der Erkennung und Lösung von Gesundheitsproblemen, wodurch Patient*innen oftmals nicht die bestmögliche Versorgung erhalten (Klemperer 2008; Klemperer und Lieb 2018). Das eigentliche Problem liegt somit im Bias und in den damit verbundenen





unerwünschten Folgen und nicht im Interessenkonflikt selbst – da der Interessenkonflikt jedoch der Auslöser für diese Verzerrung ist, gilt es, diese Risikosituation mithilfe von entsprechenden präventiven Compliance-Regeln zu verhindern bzw. abzuschwächen.

Primäre und sekundäre Interessen

Primäres und sekundäres Interesse bezeichnen, wie oben bereits erwähnt, Interessen, die in einer gegebenen Situation gleichzeitig vorhanden sein können und somit auch in Konkurrenz zueinanderstehen können. So sind zum Beispiel Ärzt*innen damit konfrontiert, dass sie gleichzeitig den eigenen Nutzen und den der Patient*innen zu maximieren haben. Ein Interessenkonflikt liegt dann vor, wenn das Risiko besteht, dass sich das sekundäre Interesse negativ auf das primäre auswirkt (Klemperer und Lieb 2018).

Als **primäres Interesse** gilt das originäre Anliegen der Berufsausübung – in der ärztlichen Profession also das Wohl der Patient*innen (Klemperer 2009; Klemperer und Lieb 2018). Die Aufgabe der Ärzt*innen ist es, alle Patient*innen entsprechend den „Regeln der ärztlichen Kunst“ zu behandeln, d. h. die bestmögliche Lösung für ein bestimmtes Gesundheitsproblem zu finden und diese umzusetzen (Klemperer und Lieb 2018). Dementsprechend werden primäre Interessen häufig in Grundsatzpapieren, Programmen, Leitbildern und auch in Gesetzen dargelegt, so dass sich das Patient*innenwohl als oberstes Ziel ärztlichen Handelns beispielsweise im hippokratischen Eid oder in der ärztlichen Berufsordnung findet (ibid.).

Sekundäre Interessen sind Interessen, die neben den primären Interessen bestehen und diese unangemessen beeinflussen können (Klemperer 2009). Die sekundären Interessen können sowohl materieller als auch nicht materieller Natur sein: Materielle Interessen ergeben sich durch den Umstand, dass die Berufsausübung stets auch dem Erzielen eines Einkommens dient – wenn also die bestmögliche Behandlung der Patient*innen geringer vergütet wird als eine weniger gute Behandlungsform, besteht das Risiko, dass die Ärztin oder der Arzt eine höher vergütete, aber weniger geeignete Behandlung durchführt, um das eigene Einkommen zu maximieren (Klemperer und Lieb 2018). In der Literatur (siehe u. a. Klemperer 2008, 2009; Klemperer und Lieb 2018) wird zudem darauf hingewiesen, dass ärztliche Vergütungssysteme stets finanzielle Anreize für das Erbringen oder Unterlassen von Leistungen setzen, wodurch der Konflikt zwischen ökonomischen Eigeninteressen und dem Patient*innenwohl Teil des ärztlichen Alltags ist. Sekundäre Interessen können zudem auch in Form von nicht-materiellen Interessen auftreten, welche sich als psychologische, soziale oder intellektuelle Vorteile (z. B. Streben nach Status und Anerkennung, Aufnahme oder Verbleib in einer Gruppe, Wohlwollen von einflussreichen Personen oder Unterstützung bzw. Förderung von Familienangehörigen und Freund*innen) manifestieren können (Klemperer und Lieb 2018). Bei allen sekundären Interessen gilt jedoch, dass diese nur dann als problematisch zu bewerten sind, wenn ein Risiko besteht, dass das sekundäre Interesse über das primäre dominiert.

Beurteilung von Interessenkonflikten

Die Beurteilung von Interessenkonflikten erfolgt über zwei Kriterien: Einerseits wird die Wahrscheinlichkeit von unangemessener Beeinflussung und andererseits die Schwere eines möglichen Konflikts herangezogen (Thompson 1993).

Die **Wahrscheinlichkeit unangemessener Beeinflussung** kann laut Klemperer und Lieb (2018) bzw. Thompson (1993) anhand von folgenden Kriterien beurteilt werden: (1) Wert des Sekundärinteresses, (2) Ausmaß des Konflikts und (3) Ausmaß der Entscheidungs- und Ermessensfreiheit. Die Wahrscheinlichkeit einer unangemessenen Beeinflussung ist dabei umso höher, je höher der Wert des Sekundärinteresses (z. B. in Form von finanziellen Zuwendungen) ist, je tiefer und länger die Beziehung, die den Konflikt hervorbringt, ist und je mehr Entscheidungs- und Ermessensfreiheit die Person, die in einem Interessenkonflikt steht, hat.

Die **Schwere eines möglichen Konflikts** hingegen ist laut Klemperer und Lieb (2018) bzw. Thompson (1993) anhand folgender Kriterien beurteilbar: (1) Wert des Primärinteresses, (2) Ausmaß der Konsequenzen und (3) Ausmaß der Rechenschaftspflicht. Ein möglicher Konflikt wiegt demnach umso schwerer, je höher die direkten und indirekten Auswirkungen auf das Wohlergehen der Patient*innen sind, je größer das Ausmaß der Konsequenzen (z. B. Reichweite von Ärzt*innen, die unter dem Einfluss einer Pharmafirma stehen) ist und je geringer die Rechenschaftspflicht bzw. die Überprüfbarkeit und Transparenz der Handlungen von Ärzt*innen ist.



Nachstehende Tabelle 1 zeigt einige Beispiele von Interessenkonflikt-Konstellationen im Gesundheitswesen, anhand derer die unterschiedliche Bedeutung und Schwere der Konflikte sichtbar werden. Dabei wird mittels des Umfelds, in dem es zu Interessenkonflikten kommen kann, beschrieben, bei welcher professionellen Rolle das Primär- und das Sekundärinteresse in einem Konflikt zueinander stehen können und was die Folgen davon sind, also welche Handlungen beeinträchtigt werden können und wer die direkt Betroffenen sind. So können beispielsweise in der ärztlichen Praxis die Aufklärung und Therapieentscheidung durch die Primärinteressen der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes beeinflusst werden, was sich in weiterer Folge direkt auf die Patient*innen und deren Angehörige auswirkt.

TABELLE 1: BEISPIELE VON INTERESSENKONFLIKT-KONSTELLATIONEN IM GESUNDHEITSWESEN

| Umfeld | Professionelle Rolle, die das Primärinteresse definiert | Handlung, die durch sekundäres Interesse beeinträchtigt werden kann | Direkt Betroffene*r |
|---------------------------------------|---|---|---------------------------------------|
| Praxis/Klinik | Behandelnde Ärztin oder behandelnder Arzt | Aufklärung, Therapieentscheidung | Patient*in, Angehörige |
| Fort- und Weiterbildung | Referent*in | Therapieempfehlung | Ärztin oder Arzt, Patient*in |
| Zeitschriften und Kongresse | Meinungsbildner*in (z. B. Autor*in eines Leitartikels) | Empfehlung für bestimmte Therapie | (Fach-) Öffentlichkeit |
| Medizinisch-wissenschaftliche Gremien | Entscheidungssträger*innen in Berufsverbänden/ Fachgesellschaften | Empfehlung, Kongressausrichtung, Leitlinien | Patient*innen, Gesellschaft |
| Politisch-gesellschaftliche Gremien | Akteur*innen in Interessenverbänden im Gesundheitswesen/in Organen der Selbstverwaltung | Empfehlung für bestimmte Therapie | (Fach-) Öffentlichkeit, Patient*innen |

Quelle: IHS (2020), angelehnt an Klemperer und Lieb (2018).

In Bezug auf den **Umgang mit Interessenkonflikten** kann festgehalten werden, dass bestimmte Formen von Interessenkonflikten im Gesundheitswesen unvermeidbar sind, da beispielsweise alleine durch das Vergütungssystem Ärzt*innen ständig in einem Spannungsfeld zwischen Eigen- und Patient*inneninteressen stehen (Klemperer 2009). Aus diesem Grund ist einerseits eine fortlaufende kritische Reflexion des eigenen Handelns und andererseits eine primäre Prävention von Interessenkonflikten, also die Vermeidung von Situationen, die mit Interessenkonflikten einhergehen, erforderlich (ibid.). Dafür braucht es neben kompletter Transparenz auch entsprechende Compliance-Regeln.

Interessenkonflikte und die damit verbundenen Verzerrungen des ärztlichen Urteils können zudem mit erheblichen Schäden für Patient*innen, Vertreter*innen der unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen und die Gesellschaft einhergehen (Schildmann et al. 2018). Dabei ist die Unterscheidung von primären und sekundären Interessen und der damit assoziierten Bewertungen nicht immer trennscharf und unmittelbar einleuchtend, weswegen bei der Analyse eines Interessenkonfliktes auch eine kontextrelevante Einschätzung der Fakten und Werte vorgenommen werden sollte (ibid.). Sollte es in diesem Zusammenhang jedoch zu einem Missbrauch von Privilegien der ärztlichen Profession kommen, z. B. wenn Ärzt*innen medizinisch nicht indizierte, aber lukrative Behandlungen aus eigenem Nutzen durchführen, so liegt korruptes Verhalten vor (Schildmann et al. 2018).

Korruption

Korruption

Das Gesundheitswesen gilt gemeinhin als besonders anfällig für Betrug und Korruption, da in diesem Bereich einerseits enorme Geldmittel umgesetzt werden und andererseits ein hoher Grad an Komplexität und Intransparenz vorliegt sowie eine Vielzahl an Akteur*innen (Leistungserbringer*innen, Leistungsempfänger*innen, Zahlerorganisationen/Verwaltung, Industrie, Wissenschaft, Medien) involviert sind (Kern-Homolka et al. 2011; Transparency International 2010).

Generell bezeichnet Korruption den „[...] Missbrauch von (anvertrauter) Macht zum persönlichen Vorteil unter Missachtung von bestehenden Verhaltensnormen“ (Kern-Homolka et al. 2011;





Transparency International 2010). Für das Gesundheitswesen bedeutet dies, dass ein Verhalten dann als korrupt einzustufen ist, wenn dadurch Vorteile zugunsten von Einzelnen bzw. einer bestimmten Gruppe der im Gesundheitsmarkt Agierenden zulasten anderer Gruppen bzw. der Allgemeinheit bewirkt werden (Transparency International 2010).

Neben möglichen Interessenkonflikten auf individueller Ebene können sich zudem folgende Einfallstore für missbräuchliches Verhalten auftun: (1) asymmetrische Informationslage zwischen Leistungserbringer*innen und Leistungsempfänger*innen, (2) hoher Leidensdruck sowie hohe Ungewissheit der Patient*innen, (3) hohe Komplexität der Strukturen und der Finanzierung, (4) marktverzerrende Dreiecksbeziehung zwischen Ärzt*innen, Patient*innen und Zahlerorganisationen, die zu Kostenintransparenz führt, und (5) Fehlanreize innerhalb des Systems aufgrund von sogenanntem „moral hazard“³ (dt.: moralisches Risiko) (Kern-Homolka et al. 2011).

Dimensionen der Korruption

Korruption kann auf mehreren Ebenen des Gesundheitssystems stattfinden und bei verschiedenen Akteur*innen auftreten. Allen Dimensionen ist gemein, dass das Gesundheitssystem zum Vorteil Einzelner missbraucht wird und die daraus entstehenden Kosten von den Betroffenen selbst oder von der Allgemeinheit getragen werden müssen (Transparency International 2010). Eine Übersicht über die verschiedenen Dimensionen der Korruption im österreichischen Gesundheitswesen, einschließlich einschlägiger Beispiele, ist in nachstehender Tabelle 2 zu finden.

TABELLE 2: DIMENSIONEN DER KORRUPTION

| Ebene der Korruption | Beispiele |
|---------------------------------|---|
| Leistungserbringer*innen | Versteckte Provisionen („informal payments“), Nebenbeschäftigungen, Rabatte/Kick-Back-Zahlungen, Abrechnungsbetrug, Auftragsvergabe in Krankenanstalten, Aufteilung von Sonderklassehonoraren, gesetzeswidrige Verträge, Verkauf von unverkäuflichen Mustermedikamenten |
| Leistungsempfänger*innen | Missbrauch der e-card, Patient*innenbegehrlichkeit |
| Zahlerorganisationen/Verwaltung | Krankenanstaltenfinanzierung, Beratungsgremien, Auftragsvergabe |
| Industrie | Zusammenarbeit zw. Industrie und Gesundheitsberufen, selektive Informationen, Marketing, Fortbildung, Sponsoring, Arzneimittelfälschungen |
| Wissenschaft | Wissenschaftsbetrug, Einfluss der Industrie |
| Medien | Sonderdrucke („commercial supplements“ und „marketing reprints“), Einfluss der Industrie |

Quelle: IHS (2020).

Auf der Ebene der **Leistungserbringer*innen**, zu denen Ärzt*innen, Angehörige anderer Gesundheitsberufe sowie Krankenhäuser und ähnliche Einrichtungen zählen, gibt es eine Reihe von Situationen, in denen Korruption immer wieder auftritt. So spielen insbesondere **versteckte Provisionen**, welche auch unter dem Begriff „informal payments“ bekannt sind, eine wichtige Rolle. Diese können in verschiedenen Formen auftreten, allen gemein ist jedoch, dass dabei Zahlungen für Leistungen, die für sozialversicherte Patient*innen eigentlich kostenfrei sein sollten, involviert sind (Transparency International 2010). Diese Praxis wird gemeinhin als „Kuvertmedizin“ bezeichnet; oft wird auch der Umweg über private Ordinationen genommen, bei dem Patient*innen suggeriert wird, dass eine Vor- und Nachbehandlung von operativen Eingriffen nur in einer Privatpraxis unter Zahlung eines Privathonorars möglich sei (Kern-Homolka et al. 2011). Dieselbe Logik wird auch bei Wartezeiten auf OP-Termine angewandt, wenn Patient*innen ein früherer OP-Termin über den Umweg über Privatpraxen in Aussicht gestellt wird (ibid.). Darüber hinaus bieten auch **Nebenbeschäftigungen** von Leistungserbringer*innen ein hohes Potenzial für Korruption im Gesundheitswesen, vor allem dann, wenn diese mit Interessenkonflikten verbunden sind. Ein solcher Interessenkonflikt besteht, wenn die Nebenbeschäftigung in Kon-

³ Unter dem Begriff „moral hazard“ versteht man ökonomische Fehlanreize innerhalb eines Systems, die dazu führen, dass sich Individuen verantwortungslos oder fahrlässig verhalten. Im Bereich der Gesundheitsökonomie bedeutet dies, dass die Wahrscheinlichkeit einer Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen durch das Bestehen eines Versicherungsschutzes steigt (Kern-Homolka et al. 2011).



kurrenz zur Hauptbeschäftigung steht (z. B. wenn angestellte Ärzt*innen Patient*innen aus öffentlichen Krankenhäusern in eigene Privatordinationen oder in Privatspitäler schicken) oder wenn die Tätigkeiten zeitlich bzw. bezüglich der Ressourcenverwendung nicht eindeutig abgrenzbar sind (Transparency International 2010). Weitere Beispiele für Korruption auf Ebene der Leistungserbringer*innen stellen Abrechnungsbetrug, Rabatte bzw. Kick-Back-Zahlungen sowie Intransparenz bei Auftragsvergaben oder bei der Verteilung von Sonderklassehonoraren dar: **Abrechnungsbetrug** liegt vor, wenn erbrachte Leistungen nicht korrekt mit den Kostenträger*innen abgerechnet werden, beispielsweise bei der Abrechnung von nicht erbrachten Leistungen, wenn der Umfang der erbrachten und der abgerechneten Leistungen nicht übereinstimmt oder wenn Abrechnungsvoraussetzungen nicht eingehalten werden (Kern-Homolka et al. 2011). **Rabatte und Kick-Back-Zahlungen** werden sowohl für (Haus-)Apotheken als auch Krankenhäuser für bestimmte Medikamente in Form von monetären oder Naturalrabatten gewährt. Für die Leistungserbringer*innen steigt dadurch die Gewinnspanne, da bei der Abrechnung mit dem Krankenversicherungsträger diese Rabatte nicht weitergegeben werden (ibid.). Für die Allgemeinheit und die Patient*innen kann diese Praxis jedoch nachteilig sein, da es sich dabei einerseits oft um Medikamente handelt, für die es ökonomischere Alternativen gäbe, weswegen die zusätzlichen Kosten zulasten der Krankenversicherungsträger gehen, und andererseits Therapieentscheidungen dadurch auf Grundlage von anderen Interessen getroffen werden und somit nicht auf rein medizinischen Erkenntnissen beruhen (Kern-Homolka et al. 2011). Schließlich ist auch die **intransparente Aufteilung von Sonderklassehonoraren** sowie **Intransparenz bei der Auftragsvergabe in Krankenhäusern**, beispielsweise von Bauaufträgen und Kaufentscheidungen in den verschiedenen Bereichen (z. B. medizinische Geräte und Produkte, IT, Medikamente), eine mögliche Quelle von Korruption (Transparency International 2010). Darüber hinaus kann es auch bei anderen Leistungserbringer*innen im Gesundheitswesen zu korruptem Verhalten kommen, beispielsweise in Pflegeheimen (z. B. **gesetzeswidrige Verträge**, die unzulässige Kündigungsklauseln enthalten) oder bei Apotheken und dem Großhandel (z. B. **Verkauf von unverkäuflichen Ärzt*innenmustern**) (ibid.).

Umgekehrt kann es aber auch aufseiten der **Leistungsempfänger*innen** zum Ausnutzen des Gesundheitssystems zum eigenen Vorteil und somit zur Korruption kommen. Hierbei sind insbesondere der **Missbrauch der e-card** sowie die **Patient*innenbegehrlichkeit** festzuhalten: Während sich Ersterer auf den Umstand erschlichener Leistungen aus dem Gesundheitssystem bezieht, beschreibt Letztere Situationen, in denen Patient*innen mit Wünschen nach Verordnung unwirtschaftlicher oder nutzloser Arzneimittel bzw. nicht begründeter medizinischer Leistungen ohne medizinische Notwendigkeit (z. B. kosmetische Behandlungen, Medikamente für nicht versicherte Verwandte) an die Leistungserbringer*innen herantreten und sie unter Druck setzen (Transparency International 2010).

Auf der den Leistungserbringer*innen und Leistungsempfänger*innen übergeordneten Ebene, nämlich jene der **Zahlerorganisationen** bzw. der **Verwaltung**, können ebenfalls Interessenkonflikte und dadurch Anreize zu korruptem Verhalten bestehen. Dies ergibt sich vor allem aus der Vielzahl an Akteur*innen bei der Finanzierung im Gesundheitswesen und der daraus verstärkte resultierenden Intransparenz (Kern-Homolka et al. 2011). Dies betrifft sowohl die **Krankenanstaltenfinanzierung** und die **Auftragsvergabe** in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen als auch die Tätigkeit in diversen **Beratungsgremien** (Kern-Homolka et al. 2011; Transparency International 2010). Neben der oftmals fehlenden Transparenz in Bezug auf die Entscheidungsfindung in diesen Bereichen besteht auch die Problematik von zugrunde liegenden Interessenkonflikten zwischen der Verwaltung und der Allgemeinheit, insbesondere, wenn finanzielle Eigeninteressen, wie zum Beispiel von einzelnen Mitgliedern in der Verwaltung, in den Vordergrund treten.

Eine weitere Dimension der Korruption ist missbräuchliches Verhalten in der **Industrie**, die im Gesundheitswesen aufgrund der Tatsache, dass (innovative) Medikamente und Medizinprodukte unter anderem zu einer Lebensverlängerung bzw. zu einer Verbesserung der Lebensqualität von Patient*innen beitragen, eine wichtige Funktion innehat (Transparency International 2010). Da jedoch der Gesundheitsmarkt auch ein profitabler Wirtschaftszweig ist, besteht zwischen verschiedenen Stakeholder*innen des Gesundheitswesens und der Industrie eine Reihe von Interessenskonflikten, die im Bereich der Industrie in weiterer Folge eine Vielzahl an Anreizen für korruptes Verhalten schaffen. Dies betrifft insbesondere die Pharmaindustrie, aber auch Hersteller von Medizinprodukten, die Medizintechnik sowie gesundheitspezifische





IT-Lösungen. Als eine von vielen möglichen Dimensionen der Korruption in diesem Bereich ist die **Zusammenarbeit bzw. Schnittstelle zwischen der Industrie und den Leistungserbringer*innen** zu nennen – besonders eng ist diese im Bereich der klinischen Forschung und der Weiterbildung (Transparency International 2010). So wird beispielsweise ein bedeutender Teil (rund 50 Prozent) der verpflichtenden **Weiter- und Fortbildung** international von der Industrie unterstützt („gesponsert“) bzw. organisiert, was jedoch eine massive Beeinflussung der Leistungserbringer*innen durch die Industrie zur Folge haben kann (ibid.). Darüber hinaus gibt es auch im Bereich des **Marketings** eine enge Kooperation zwischen Leistungserbringer*innen und der Industrie, so dass einerseits einzelne Produkte direkt bei den Angehörigen der Gesundheitsberufe beworben werden und andererseits als Forschung getarnte Marketingmaßnahmen eingesetzt werden. Dazu zählen z. B. Produktwerbung in ärztlichen Softwarelösungen, Arzneimittelmuster, Einladungen zu Kongressen oder Essen, hochbezahlte Vortragstätigkeiten und die Beauftragung von Gutachten, aber auch sogenannte Anwendungsbeobachtungen, in deren Zuge Ärzt*innen gegen Bezahlung die Behandlung von Patient*innen, die auf ein neues Medikament ein- oder umgestellt werden, beobachten und dokumentieren (Kern-Homolka et al. 2011; Transparency International 2010). Ähnliches lässt sich auch auf Ebene der Krankenhäuser feststellen, wo oftmals von der Industrie gezieltes **Sponsoring** (z. B. von Kongressen, Bibliotheken oder technischer Ausstattung wie PCs) betrieben wird. All diesen Marketingmethoden ist gemein, dass sie zu einer (unbewussten) Beeinflussung der Leistungserbringer*innen führen und somit deren Objektivität gefährden. Eine weitere Strategie, die ebenfalls in diesem Zusammenhang von der Industrie verfolgt wird, ist das gezielte Vertuschen, Verschweigen und Verzerrern von Information in der Pharmaforschung mit dem Ziel, Absatz und Umsatz von Medikamenten zu steuern (Kern-Homolka et al. 2011). So werden z. B. die Vorteile bestimmter Medikamente in den Vordergrund gerückt, während unerwünschte Wirkungen, Zweifel an der Wirksamkeit oder Risiken absichtlich klein gehalten werden (ibid.). Da jedoch auch nur diese **selektive Information**, und somit ein geschöntes Bild, an die Leistungserbringer*innen und Patient*innen weitergegeben wird, ist eine zuverlässige Einschätzung des Nutzens und der Gefahr eines Arzneimittels nicht möglich (ibid.). Schließlich kann korruptes Verhalten auf Ebene der Industrie auch in Form von **Arzneimittelfälschungen** auftreten. Dabei werden die gefälschten (und somit billigeren) Medikamente unter Bedingungen produziert, gelagert und transportiert, die nicht den geltenden Standards der Pharmaindustrie entsprechen, was mit Schadstoffen verunreinigte, wirkungslose oder falsch dosierte Medikamente – und damit auch weitreichende Konsequenzen für die Patient*innen – zur Folge hat (Transparency International 2010). Korruption gibt es zudem auch auf der Ebene der **Wissenschaft** und, in ähnlicher Form, auch in den **Medien**. In beiden Bereichen fehlt es sehr oft an finanziellen Mitteln, weswegen ethisch fragwürdige **Kooperationen mit der Industrie** eingegangen werden und Forschung bzw. deren mediale Darstellung nur mithilfe von Drittmitteln möglich ist (Kern-Homolka et al. 2011; Transparency International 2010). Dies führt jedoch, wie bereits erwähnt, oftmals zu verzerrten Ergebnissen und Interessenkonflikten – und damit zu einer Beeinträchtigung der wissenschaftlichen Objektivität. Darüber hinaus besteht vor allem in der Forschung die Gefahr des **Wissenschaftsbetrugs**, zu dem beispielsweise die Durchführung von Studien ohne Genehmigung der Ethikkommission bzw. ohne Wissen der ärztlichen Direktion sowie die Fälschung bzw. Manipulation von Ergebnissen zählen (Transparency International 2010). In den Medien hingegen sind vor allem **Sonderdrucke** als problematisch zu nennen. Zu diesen zählen u. a. sogenannte „commercial supplements“ (dt.: kommerzielle Beilagen), also von Pharmafirmen beigesteuerte Informationen mit geringerem wissenschaftlichen Standard, sowie von Pharmafirmen finanzierte Nachdrucke von einzelnen Artikeln („marketing reprints“, dt.: zu Marketingzwecken verwendete Nachdrucke), wobei in beiden Fällen die Pharmafirmen das Ziel verfolgen, die Leser*innenschaft durch vorhandene Informationsasymmetrien in ihrer Kaufentscheidung zu beeinflussen (Kern-Homolka et al. 2011).

Maßnahmen zur Korruptionsbekämpfung

In der Literatur (u. a. London School of Economics 2017; Vian 2008) werden sechs institutionelle Faktoren, die das Ausmaß von und die Möglichkeit zur Korruption im Gesundheitswesen bestimmen, identifiziert und angeführt. Dazu zählen (1) Vorliegen von Monopolmacht von Leistungserbringer*innen, (2) Ausmaß des Ermessensspielraums von staatlichen Akteur*innen, (3) Grad der



Rechenschaftspflicht, an die Leistungserbringer*innen gebunden sind, (4) Grad des Mitspracherechtes von Bürger*innen in der Gesundheitsplanung und -versorgung, (5) Maß an Transparenz in Entscheidungsfindungen und in der Leistungsabgeltung sowie (6) Wahrscheinlichkeit der Aufdeckung und Strafverfolgung von Betrugsfällen (Vian 2008). Die Maßnahmen zur Korruptionsbekämpfung sollten daher an diesen institutionellen Faktoren ansetzen, um effektiv wirken zu können. In Tabelle 3 finden sich Beispiele für einige solcher spezifischer Maßnahmen, die unter anderem die Stärkung von standardisierten Abläufen für Leistungserbringer*innen sowie die Etablierung einer regionalen Anlauf- und Beschwerdestelle für Patient*innen beinhalten.

TABELLE 3: MAßNAHMEN ZUR KORRUPTIONSBEKÄMPFUNG

| Institutionelle Faktoren | Spezifische Maßnahmen zur Korruptionsbekämpfung |
|--|---|
| Monopolmacht | Trennung von Anbieter*innen und Zahlerorganisation, Privatisierung |
| Ermessensspielraum | (Laufende) gegenseitige Kontrolle, Stärkung von Informationssystemen, Leitlinien und standardisierte Abläufe für Leistungserbringer*innen |
| Rechenschaftspflicht | Anreizsysteme sowohl für gute als auch für schlechte Leistungen, strapazierfähiges Informationssystem |
| Mitspracherecht von Bürger*innen | Regionale Anlaufstellen und Beschwerdestellen für Patient*innen, Patient*innenbefragungen |
| Transparenz | Öffentlich zugängliche Information zu Leistungen, gesetzliche Verpflichtung zur Weitergabe von Informationen |
| Aufdeckung und Strafverfolgung von Betrugsfällen | Überwachung, interne Sicherheit, Ermittlungen, anonyme Korruptionsanlaufstellen |

Quelle: IHS (2020), angelehnt an London School of Economics (2017).

Auch im österreichischen Gesundheitswesen wurden bereits und werden auch laufend Maßnahmen in diese Richtung gesetzt, insbesondere im Bereich des Ermessensspielraums, der Transparenz sowie der Aufdeckung und Strafverfolgung von Betrugsfällen. So wurden beispielsweise die Transparenz im Bereich der Wartezeiten in den letzten Jahren stark verbessert (siehe z. B. Cypionka et al. 2020), Leitlinien und standardisierte Ablaufprotokolle für bestimmte Krankheitsbilder geschaffen sowie dem Missbrauch der e-card unter anderem durch die Anbringung eines Fotos auf dem Ausweis entgegengewirkt (London School of Economics 2017). Darüber hinaus wurden auch vonseiten der Sozialversicherung einige Maßnahmen ergriffen, um Missbrauch und Betrugsfällen entgegenzuwirken bzw. vorzubeugen, z. B. durch die Einführung der elektronischen Gesundheitsakte ELGA, welche durch die Bereitstellung von Informationen Transparenz in der Leistungsabrechnung ermöglicht, oder durch die Prüfung der Leistungsansprüche der Leistungserbringer*innen (ibid.).

Ähnlich wie beim Umgang mit Interessenkonflikten gilt jedoch auch im Umgang mit Korruption, dass die effektivste Maßnahme dagegen darin besteht, für Stakeholder*innen im Gesundheitswesen die Anreize zu korruptem Verhalten möglichst gering zu halten. Dies kann unter anderem durch die Einführung und Einhaltung von Compliance-Regeln erreicht werden.

Compliance

Compliance

Wie schon angeführt, bezieht sich Compliance auf das regelkonforme Verhalten von Akteur*innen sowie die grundsätzliche Einhaltung von Gesetzen und Regeln im Gesundheitswesen (Von Beitz 2020). Dazu zählen neben den gesetzlichen Bestimmungen auch freiwillige Verhaltenskodizes und selbst auferlegte Normensysteme. Die Gesamtheit der Grundsätze und Maßnahmen zur Einhaltung bestimmter Regeln und somit zur Vermeidung von Regelverstößen wird als Compliance-Management-System bezeichnet (Ärztelkammer für Wien 2017). Entsprechende Compliance-Regeln zielen daher darauf ab, Verhaltensweisen, die sich aus Interessenkonflikten ergeben und im schlimmsten Fall zu Korruption führen können, vorzubeugen und entgegenzuwirken. Compliance-Richtlinien beschreiben demnach ganz allgemein das Management von Interessenkonflikten und Korruption im Gesundheitswesen und werden oft im Sinne von Präventionsmaßnahmen formuliert und implementiert.

Compliance-Regeln dienen in erster Linie der Steigerung der Transparenz von sämtlichen Vorgängen im Gesundheitswesen sowie der Risikovorbeugung und bestmöglichen Schadensab-





wehr von nachteiligem Verhalten (Ärzttekammer für Wien 2017). Daher soll Compliance als Basis für sämtliche Entscheidungen, die im Gesundheitswesen getroffen werden, dienen und somit etwaigen Urteilsverzerrungen vorbeugen helfen (ibid.).

Compliance-Maßnahmen zur Vermeidung von Interessenkonflikten und Korruption

Allgemeine Maßnahmen zur Vermeidung von Interessenkonflikten und Korruption umfassen (1) rechtliche Vorgaben zur Zusammenarbeit mit der Industrie (pharmazeutische Unternehmen oder Hersteller von Medizinprodukten), (2) Fragebögen zur Offenlegung von Interessenkonflikten, sogenannte Transparenzerklärungen, die beispielsweise von den Leistungserbringer*innen unterschrieben werden müssen, und (3) die kontextuelle Bewertung von Interessenkonflikten durch eine objektive Clearingstelle, beispielsweise eine Compliance-Managerin oder einen Compliance-Manager (Jörg 2015a). Im Bereich der rechtlichen Vorgaben kann zudem mithilfe von vier Prinzipien eine unangemessene Einflussnahme durch die Industrie verhindert werden. Zu diesen Prinzipien zählen das Trennungsprinzip (Unabhängigkeit von Zuwendungen und Entscheidungen/Beschaffungen), das Transparenzprinzip (Offenlegung von entgeltlichen und unentgeltlichen Zuwendungen), das Äquivalenzprinzip (Angemessenheit von Leistung und Gegenleistung) sowie das Dokumentationsprinzip (schriftliches Festhalten aller Zuwendungen) (Jörg 2015a).

Darüber hinaus gibt es auch **spezielle Maßnahmen bzw. Ansatzpunkte** zur Vermeidung von Interessenkonflikten und Korruption in der Medizin, die sich auf die Versorgung von Patient*innen, Nebentätigkeiten von Leistungserbringer*innen, die Wissenschaft (Forschung, Kongresse, Beratungstätigkeit) sowie die Aus-, Weiter- und Fortbildung beziehen. In Tabelle 4 sind diese überblicksmäßig dargestellt.

TABELLE 4: ANSATZPUNKTE ZUR VERMEIDUNG VON INTERESSENKONFLIKTEN UND KORRUPTION

| Bereich | Maßnahmen |
|--|---|
| Patient*innenversorgung | Gesetzliche Regelung der Besuche von Pharmareferent*innen bei Leistungserbringer*innen, Priorisierung des Patient*innennutzens gegenüber den ökonomischen Zielen, Offenlegung von Bonusvereinbarungen, Abschaffung von dualen Krankenversicherungssystemen, ⁴ Abschaffung von Diagnostik zu Ausbildungszwecken, Unabhängigkeit von Honorierung und Operationszahlen. |
| Nebentätigkeiten | Meldung, Erklärung und Genehmigung von Nebentätigkeiten sowie von Beteiligungen an Personen- und Kapitalgesellschaften bzw. von Ein-Personen-Unternehmen. |
| Forschung, Kongresse, Beratungstätigkeit | Offenlegung von Interessenkonflikten und des Einflusses der Industrie bei Expert*innenmeetings, Abschaffung von „Satellitensymposien“ ⁵ , Offenlegung von Spenden der Industrie, interdisziplinäre Zusammensetzung von Leitlinien erstellenden Gremien, Abschaffung von Industrieausstellungen bei Kongressen. |
| Aus-, Weiter- und Fortbildung | Kontrolle der Einhaltung des Äquivalenzprinzips bei der Honorierung von Fachvorträgen, Förderung von industrieunabhängigen Fort- und Weiterbildungen sowie Fortbildungsreisen, Offenlegung von Interessenkonflikten von Herausgeber*innen und Autor*innen von Fachzeitschriften und Büchern. |

Quelle: IHS (2020), angelehnt an Jörg (2015a).

In den letzten Jahren haben viele von diesen Ansatzpunkten bereits Eingang in die Praxis gefunden und wurden entweder als Richtlinien formuliert oder gesetzlich verankert. Dementsprechend standen auch in Österreich Compliance-Regeln im Fokus sowohl des Gesetzgebers als auch anderer Stakeholder*innen im Gesundheitswesen, wie der Ärztekammer oder der Sozialversicherung. Im Zuge dessen wurden einerseits die gesetzlichen Rahmenbedingungen und selbst-aufgelegte Normensysteme nachgeschärft, indem das Sozialbetrugsbekämpfungsgesetz, eine

4 In dualen Krankenversicherungssystemen, zu denen allen voran das deutsche Gesundheitssystem zählt, existieren gesetzliche und private Krankenversicherungen in Konkurrenz zueinander (Breyer 2018). Dies ist insofern problematisch, da private Krankenversicherungssysteme die gleiche ärztliche Leistung deutlich höher honorieren als die gesetzlichen Krankenversicherungen, wodurch es quasi automatisch zu einem Interessenkonflikt auf ärztlicher Seite kommt (Jörg 2015a).

5 „Satellitensymposien“ sind produktbezogene Fortbildungsveranstaltungen, die als stark meinungsbildend eingestuft werden und als solche sowohl das Äquivalenz- als auch das Transparenzprinzip verletzen (Jörg 2015a).



Compliance-Richtlinie der Ärztekammer für Wien sowie die „Richtlinie für die Durchführung, Dokumentation und Qualitätssicherung von Kontrollen im Vertragspartnerbereich“ erlassen wurde (Ärztekammer für Wien 2017; London School of Economics 2017). Dabei konstatiert beispielsweise die Compliance-Richtlinie der Ärztekammer für Wien, dass die Einhaltung zwingender und selbst auferlegter Normensysteme im Vordergrund zu stehen hat, weswegen sie die Einführung von sogenannten „Compliance-Officern“ vorsieht, welche für die Erfüllung der Richtlinie zuständig sind und als Anlauf- und Dokumentationsstelle für Compliance-Verstöße und etwaiges korruptes Verhalten fungieren (Ärztekammer für Wien 2017). Darüber hinaus bestehen im österreichischen Gesundheitswesen zudem Bestimmungen, die die Patient*innenversorgung und die Regelung von Nebentätigkeiten betreffen (Ärztekammer für Wien 2020). Andererseits wurden aber auch vonseiten der Sozialversicherung Maßnahmen etabliert, die die Compliance in der Praxis erhöhen sollen, beispielsweise durch die (vorübergehende) Einführung des sogenannten „Mystery Shopping“, bei dem Testpatient*innen von den Krankenkassen eingesetzt wurden, um den korrekten Ablauf im niedergelassen Bereich zu kontrollieren (London School of Economics 2017). Neben Österreich wurden auch in anderen Ländern entsprechende Schritte in Bezug auf verstärkte Compliance gesetzt, sodass zum Beispiel in Großbritannien ein Regulierungsausschuss im Bereich der Hausärzt*innen eingerichtet (NHS England 2020) und in Deutschland eine Verschärfung des Korruptiongesetzes vorgenommen wurde (Szesny und Görtz 2015). Darüber hinaus haben auch (private) Krankenhaus(-träger) eigene Compliance-Management-Systeme, die den korrekten Umgang mit Interessenkonflikten und Korruption gewährleisten sollen, ausgearbeitet und implementiert. Ein solches wird exemplarisch anhand des Compliance-Management-Systems der Helios Kliniken in Deutschland näher beschrieben, da dieses als besonders etabliert und Vorzeigemodell gilt.

Fallbeispiel: Compliance-Management der Helios-Kliniken-Gruppe

Die Helios-Kliniken-Gruppe ist einer der größten Privatklinikbetreiber Europas und besitzt als solche seit dem Jahr 2013 auch ein eigenes Compliance-Management-System (CMS). Das **Compliance-Management-System der Helios Kliniken** besteht im Wesentlichen aus drei Elementen: Vorbeugen, Erkennen und Handeln (siehe Abbildung 1).

Der präventive Ansatz des Helios CMS verfolgt das Ziel, durch die Erfassung aller relevanten Compliance-Risiken und entsprechende vorbeugende Maßnahmen das Eintreten eines spezifischen Risikos zu verhindern (Schünemann-Glier 2018). Das Element „**Vorbeugen**“ beinhaltet somit die Gesamtheit aller präventiven Maßnahmen, die die Einhaltung aller gesetzlichen und selbst auferlegten Regelungen sicherstellen sollen (ibid.). Hierzu gehört die Compliance-Kultur in Form von Verhaltenskodizes für alle Mitarbeiter*innen, welche neben den gesetzlichen Regeln auch den erlaubten Handlungsspielraum bezüglich eines bestimmten Sachverhalts durch interne Bestimmungen regeln (Schünemann-Glier 2018). Darüber hinaus finden eine regelmäßige

ABBILDUNG 1: COMPLIANCE-MANAGEMENT-SYSTEM DER HELIOS KLINIKEN



Quelle: Helios Kliniken (2018).





Risikoanalyse und Risikobewertung aller relevanten Compliance-Risiken sowie Trainingsveranstaltungen und Compliance-Beratungen für alle Mitarbeiter*innen statt (ibid.). Da es jedoch für die Beurteilung der Wirksamkeit von Compliance-Maßnahmen nicht ausreichend ist, lediglich Regeln zu implementieren und die Mitarbeiter*innen zu sensibilisieren, wird im Bereich des „**Erkennens**“ eine offene Fehlerkultur praktiziert (Schünemann-Glier 2018). Diese wird von einem System zur Meldung von Regelverstößen unterstützt, das schnelle Untersuchungen und ein Vorfallsmanagement ermöglicht (Helios Kliniken 2018). Darauf aufbauend werden in einem dritten Schritt, dem „**Reagieren**“, bestehende Compliance-Vorfälle aufgegriffen und in standardisierte Vorfallsmanagement-Prozesse eingearbeitet, wodurch ein einheitliches Vorgehen in der Zukunft sichergestellt werden kann (Schünemann-Glier 2018). Der Prozess definiert dabei klar und eindeutig, was ein Compliance-Vorfall ist, in welche Kategorie (nach Schweregrad) der Vorfall einzuordnen ist und welche Maßnahmen zu ergreifen sind (ibid.). Schließlich tragen diese Vorfälle auch zur Weiterentwicklung des CMS bei, dazu werden sowohl die aus Reviews und der Berichterstattung gewonnenen Erkenntnisse als auch informelle bzw. anonyme Hinweise berücksichtigt (Helios Kliniken 2018).

Diese Elemente des Compliance-Management-Systems werden auch auf die Prävention von Interessenkonflikten und Korruption im Gesundheitswesen angewandt. So gilt es in einem ersten Schritt, dem Vorbeugen, alle relevanten Kooperationen mit (externen) Partner*innen in einer Transparenzerklärung offenzulegen, wobei diese gegebenenfalls auch genehmigt werden müssen (Schünemann-Glier 2018). Zu diesen zählen beispielsweise Berater*innen-/Referent*innen-/Autor*innentätigkeiten, Studien- und Forschungsprojekte, wesentliche Unternehmensbeteiligungen und Patente sowie aktiv gestaltende Funktionen in Berufsverbänden (ibid.). Im Bereich des Erkennens werden im Rahmen von Revisionen, bei denen vor allem die Zulässigkeit der Kooperationen und die Transparenz auf allen Ebenen im Mittelpunkt stehen, die Einhaltung der Vorgaben geprüft und sichergestellt (Schünemann-Glier 2018). Der dritte Baustein des CMS der Helios-Kliniken-Gruppe, das Handeln, zielt schließlich darauf ab, die aus den Reviews gewonnenen Erkenntnisse (z. B. Mängel im Hinblick auf die Vertragsgestaltung oder Verstöße gegen die Zulässigkeit bestimmter Arten von Kooperationen) sowie sich ändernde regulatorische Rahmenbedingungen aufzugreifen und das Compliance-Management-System dahingehend weiterzuentwickeln sowie Verstöße gegen die Compliance-Regeln zu ahnden (ibid.).

Fazit

Gemeinhin kann davon ausgegangen werden, dass Ärzt*innen bei der Behandlung von Patient*innen deren gesundheitlichen Interessen den Vorrang vor möglichen Eigeninteressen geben (Lieb et al. 2018). Dieser Grundsatz gilt schon seit dem antiken hippokratischen Eid, der „Goldenen Regel der Medizin“, der als Kern des ärztlichen Selbstverständnisses, den Patient*innen nicht zu schaden und sich vorrangig an den Bedürfnissen der Patient*innen zu orientieren, sieht (ibid.). Durch die zunehmende Ökonomisierung der Medizin ergeben sich heutzutage jedoch zwangsläufig Interessenkonflikte, da eine ärztliche Entscheidungs- und Therapiefreiheit mit primärer Ausrichtung auf das Patient*innenwohl wegen des hohen Anspruchs auf Qualität und Wirtschaftlichkeit kaum noch realisierbar ist (Jörg 2015b). Die Beeinträchtigung des professionellen Urteilens und Handelns durch Interessenkonflikte ist dabei durch empirische Forschung gut belegt, weswegen in den letzten Jahren zunehmend Compliance-Regeln sowie Compliance-Management-Systeme im Gesundheitswesen etabliert wurden (Lieb et al. 2018). Diese zielen darauf ab, Interessenkonflikte und sich daraus ergebende etwaige korrupte Verhaltensweisen ex ante zu beurteilen und somit entsprechenden Risikosituationen präventiv entgegenzutreten.

In diesem Artikel konnte anhand eines Fallbeispiels (CMS der Helios-Kliniken-Gruppe) gezeigt werden, dass ein gut implementiertes und wirksames Compliance-Management-System einen wichtigen Beitrag zum korrekten Umgang mit Interessenkonflikten und Korruption, die im Gesundheitswesen oftmals unvermeidbar sind, leisten kann. Da das hier exemplarisch vorgestellte CMS jedoch recht spezifisch für den privaten Krankenhaussektor ist, sind jedenfalls weitere, auch länderübergreifende, Analysen, die ebenso den Sozialversicherungsbereich einbeziehen, notwendig, um Empfehlungen für Österreich ableiten zu können.

Generell besteht jedoch auch im österreichischen Gesundheitswesen die Problematik von Interessenkonflikten und daher das Potenzial für korruptes Verhalten, weswegen in den letzten

Fazit



Jahren zunehmend Compliance-Regeln und Compliance-Management-Systeme etabliert wurden. So hat beispielsweise die Ärztekammer für Wien entsprechende Compliance-Richtlinien veröffentlicht und auch die Sozialversicherung setzt entsprechende Maßnahmen, z. B. durch die Regelung von Nebentätigkeiten der Vertagsärzt*innen, durch die Erhöhung der Transparenz im Bereich der Wartezeiten sowie durch die Einführung eines Fotos auf der e-card, um deren Missbrauch entgegenzuwirken. Dies sind wichtige Schritte, um das Vertrauen der Allgemeinheit in Vorgänge zu stärken und Zielkonflikte zu regeln – und um die hohe Qualität des österreichischen Gesundheitssystems zu erhalten.

LITERATURVERZEICHNIS

- Ärzttekammer für Wien (2017): Compliance-Richtlinie für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Ärztekammer für Wien.
- Ärzttekammer für Wien (2020): Meldung gem. FSVG von ärztlicher Nebentätigkeit bzw. Sondergebühren im eigenen KH.
- Breyer, F. (2018): Was spricht gegen Zwei-Klassen-Medizin? Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 67 (1), 30–41. <https://doi.org/10.1515/zfw-2018-0005>.
- Czypionka, T., Kraus, M., Föbleitner, S., Stacherl, B. (2020): Wartezeiten auf elektive Operationen – Beschreibung der aktuellen Lage in Österreich. Health System Watch, 1.
- Helios Kliniken (2018): Nachhaltigkeitsbericht Helios Kliniken: Compliance.
- Jörg, J. (2015a): Interessenkonflikte und Transparenz. In Berufsethos kontra Ökonomie. Haben wir in der Medizin zu viel Ökonomie und zu wenig Ethik? Springer.
- Jörg, J. (2015b): Berufsethos kontra Ökonomie: Haben wir in der Medizin zu viel Ökonomie und zu wenig Ethik? Springer.
- JuraForum (2020): Compliance: Definition, Begriff und Erklärung. Lexikon. <https://www.juraforum.de/lexikon/compliance>. Zugegriffen: 27. Oktober 2020.
- Kern-Homolka, I., Labek, A., Said, H. (2011): Dimensionen der Intransparenz und Beeinflussung im Gesundheitswesen ausleuchten. ÖÖ Gebietskrankenkasse.
- Klemperer, D. (2008): Interessenkonflikte: Gefahr für das ärztliche Urteilsvermögen. Deutsches Ärzteblatt, 105 (40). <https://www.aerzteblatt.de/archiv/61694/Interessenkonflikte-Gefahr-fuer-das-aerztliche-Urteilsvermoegen>; Zugegriffen: 28. Oktober 2020.
- Klemperer, D. (2009): Interessenkonflikte der Selbsthilfe durch Pharma-Sponsoring. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 52 (1), 71–76. <https://doi.org/10.1007/s00103-009-0750-7>.
- Klemperer, D., Lieb, K. (2018): Was sind Interessen und Interessenkonflikte? In K. Lieb, D. Klemperer, R. Kölbl, W.-D. Ludwig (Hrsg.): Interessenkonflikte, Korruption und Compliance im Gesundheitswesen. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Lieb, K., Klemperer, D., Kölbl, R., Ludwig, W.-D. (Hrsg.), (2018): Interessenkonflikte, Korruption und Compliance im Gesundheitswesen. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- London School of Economics (2017): Efficiency Review of Austria's Social Insurance and Healthcare System. Volume 1 – International Comparisons and Policy Options.
- NHS England (2020): Regulation of General Practice Programme Board (RGPPB). General Practice Forward View. <https://www.england.nhs.uk/gp/gpiv/workload/rgppb/>. Zugegriffen: 9. November 2020.
- Schildmann, J., Vollmann, J., Sandow, V. (2018): Interessenkonflikte und Korruption und ihr Bezug zu ethischen Grundprinzipien der Medizin. In K. Lieb, D. Klemperer, R. Kölbl, & W.-D. Ludwig (Hrsg.): Interessenkonflikte, Korruption und Compliance im Gesundheitswesen. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Schünemann-Glier, S. (2018): Compliance-Management am Beispiel der Helios Kliniken Gruppe. In K. Lieb, D. Klemperer, R. Kölbl, W.-D. Ludwig (Hrsg.): Interessenkonflikte, Korruption und Compliance im Gesundheitswesen. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Szesny, A., Görtz, L. (2015): Ärzten und Akteuren drohen strengere Regeln. Korruption im Gesundheitswesen. <https://www.compliance-manager.net/fachartikel/aerzten-und-akteuren-drohen-strengere-regeln-022015>. Zugegriffen: 9. November 2020.
- Thompson, D. (1993): Understanding Financial Conflicts of Interest. New England Journal of Medicine, 329 (8), 573–576.
- Transparency International (2010): Transparenzmängel im Gesundheitswesen: Einfallstore zur Korruption (Grundsatzpapier No. Austrian Chapter).
- Vian, T. (2008): Review of corruption in the health sector: theory, methods and interventions. Health Policy and Planning, 23 (2), 83–94. <https://doi.org/10.1093/heapol/czm048>.
- Von Beitz, N. N. (2020, Februar 11): Compliance Management Systeme im Krankenhaus. Blog – Klinik-Wissen-Managen. <https://blog.klinik-wissen-managen.de/compliance-management-systeme-im-krankenhaus/>. Zugegriffen: 8. November 2020.
- Wirtz, M. A. (2019): Interesse. Dorsch – Lexikon der Psychologie. Hogrefe Verlag. <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/interesse>. Zugegriffen: 27. Oktober 2020.

