

Rudolf Anschober
Bundesminister

Herrn
Mag. Wolfgang Sobotka
Präsident des Nationalrates
Parlament
1017 Wien

Geschäftszahl: 2020-0.591.093

Wien, 9.11.2020

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 3332/J des Abgeordneten Mag. Drobits betreffend Korruption im Gesundheitswesen ab dem Jahr 2012** wie folgt:

Frage 1: *Welche konkreten Maßnahmen zur Korruptionsbekämpfung im österreichischen Gesundheitswesen wurden durch das Ressort in den Jahren 2012 - 2019 ergriffen? Welche weiteren Maßnahmen zur Verhinderung und Bekämpfung der Korruption innerhalb des Gesundheitssystems sind geplant?*

Wie bereits in den Beantwortungen 12589/AB (XXIV.GP) und 13919/AB (XXIV.GP) meines Amtsvorgängers ausgeführt, wurden in der Vergangenheit immer wieder Befürchtungen geäußert, dass von Patient/inn/en Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung erschlichen werden. Vielfach wurde und wird diese ungerechtfertigte Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen unter dem Schlagwort „e-card-Missbrauch“ zusammengefasst. Wenngleich derartige Machenschaften nach Auskunft des ehemaligen Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger in ihren finanziellen Auswirkungen in Relation zum gesamten Gebarungsvolumen der gesetzlichen Krankenversicherung als marginal zu bezeichnen sind, wurde und wird doch alles darangesetzt, solchen Malversationen weiter entgegenzutreten.

Im Sinne der Solidarität aller am Sozialversicherungssystem Beteiligten war die Beobachtung des Leistungsgeschehens seit jeher integrativer Bestandteil des auf privatrechtlichen Verträgen basierenden Vertragsregimes mit entsprechend ausgestalteten Instrumentarien, wie etwa dem amikalen Gespräch zwischen Versicherungsträger und Vertragspartner/in bis hin – als letzter Konsequenz – zur Vertragskündigung. Durch das Sozialbetrugsbekämpfungsgesetz – SBBG, BGBl. I Nr. 113/2015, in dessen Zuge auch eine Reihe sozialversicherungsrechtlicher Vorschriften geändert wurde, wurden ganz allgemein die grundsätzlich ohnedies aus dem Vertragsrecht erwachsenden Kontrollmöglichkeiten sichtbar gemacht und damit verstärkt ins Bewusstsein gebracht. Den Versicherungsträgern obliegt damit im Sinne der sparsamen und rechtmäßigen Verwendung der Versichertengelder nicht nur die Kontrolle der Versicherten im Krankheitsfall, wie dies die Krankenordnungen vorsehen, sondern auch die Kontrolle der Vertragspartner/innen. Die Versicherungsträger wurden insbesondere ermächtigt, eigens hierfür ausgestellte e-cards durch die Prüforgane des Versicherungsträgers einzusetzen. Dieser letztgenannte Prüfschwerpunkt soll die unter dem Begriff „Abrechnungsbetrug“ zusammenfassbaren Malversationen hintanhaltend, bei denen Leistungen abgerechnet werden, die nicht oder nicht im angegebenen Ausmaß verrechnet werden. Neben den Vertragspartner/innen wird dabei auch auf den wahlärztlichen Bereich eingegangen, zumal auch dieser Bereich Möglichkeiten der Manipulation zu Lasten des Versicherungsträgers bietet und dem/der Wahlbehandler/in auch keine Verpflichtungen aus dem Vertrag mit dem Versicherungsträger obliegen bzw. keine Konsequenzen daraus zu befürchten sind. Daher kann auch die Abrechnung von Leistungen, für die der versicherten Person Kostenerstattung, Kostenersatz oder ein Kostenzuschuss gewährt wurde, bei Leistungserbringer/innen, die in keinem Vertragsverhältnis zum Versicherungsträger stehen, überprüft werden.

Als weitere Maßnahme zur Korruptionsbekämpfung ist ab 1. Jänner 2020 auf allen neu ausgegebenen oder ausgetauschten e-cards für Personen ab 14 Jahren ein Lichtbild anzubringen, das den Karteninhaber/die Karteninhaberin erkennbar zeigt (§ 31a Abs. 8 ASVG). Daher erhalten nunmehr alle in Österreich sozialversicherten Personen (dazu zählen auch Personen, die als Angehörige eines/einer Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung anspruchsberechtigt sind) eine e-card mit Lichtbild.

Eine Ausnahme von der Verpflichtung, ein Foto beizubringen, besteht nur für Personen, die im Jahr der Ausstellung der neuen e-card das 70. Lebensjahr vollenden oder bereits vollendet haben bzw. in Pflegestufe 4 oder höher eingestuft sind. Diese Personen sind per Verordnung von der Verpflichtung zur Beibringung eines Lichtbildes ausgenommen (was allerdings das freiwillige Beibringen eines Lichtbildes nicht ausschließt).

Frage 2: *Welche konkreten Maßnahmen zur Korruptionsbekämpfung im österreichischen Gesundheitswesen wurden durch die österreichischen Krankenversicherungsträger und den Hauptverband der Sozialversicherung in den Jahren 2012-2019 ergriffen? Gab es dabei jeweils eine Abstimmung mit dem Ressort? Welche weiteren Maßnahmen sind geplant?*

Vorweg verweise ich auf die nachfolgenden Ausführungen meines Amtsvorgängers in den Beantwortungen 12589/AB (XXIV.GP) und 13919/AB (XXIV.GP), zumal diese – nach Mitteilung des Dachverbandes – nach wie vor Gültigkeit haben. Die in den genannten Anfragebeantwortungen geschilderten Maßnahmen der seinerzeitigen Krankenversicherungsträger werden von den nunmehrigen Krankenversicherungsträgern weitergeführt und weiterentwickelt. Es werden auch nach wie vor Vertragspartnerkontrollen durchgeführt.

„Generell gibt es seit Jahren Regelungen und Maßnahmen, die der Korruptionsbekämpfung im österreichischen Gesundheitswesen dienen. Anzuführen sind neben den verschiedenen Prüfsystemen (Rechnungshof, Aufsichtsbehörden; interne Innenrevision und „Vier-Augen-Prinzip“) insbesondere folgende Maßnahmen:

MitarbeiterInnen der Sozialversicherungsträger ist die Geschenkkannahme ausdrücklich untersagt (vgl. § 8 Abs. 4 DO.A, avsv Nr. 94/2005 i.d.g.F. und Parallelbestimmungen in DO.B und DO.C).

Um Korruption im Bereich der Vertragspartner zu verhindern, wurden in Gesamtverträgen Regelungen aufgenommen, welche Provisionszahlungen im Zusammenhang mit Zuweisungen verbieten (z. B. Hörgerätegesamtvertrag). Mitglieder der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission müssen vor ihrer Bestellung eine conflict of interests-Erklärung abgeben [vgl. § 5 Abs. 2 Geschäftsordnung der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission (GO HEK), avsv Nr. 66/2004 i.d.g.F].

Weiters hat die Sozialversicherung im Rahmen des Balanced Scorecard-Zieles „Transparenz und Reduktion von Korruption und sachfremden Einflüssen im Gesundheitswesen“ einen Maßnahmenkatalog entwickelt. Seit 2012 laufen die ersten Umsetzungsschritte. Eine der ersten Maßnahmen ist die Erarbeitung eines Ethik-Verhaltenskodex. Die dabei durchgeführten Mitarbeiterbefragungen sollen einerseits Inputs für die Erstellung des Verhaltenskodex liefern und andererseits Aufmerksamkeit und Akzeptanz für diese Thematik schaffen. Als weitere Maßnahmen sind die Implementierung des Verhaltenskodex und Schulungen für die Mitarbeiter (mittels e-learning-Tools) vorgesehen.

Besonderes Augenmerk wird auf eine aktive Korruptionsprävention gelegt: Essenseinladungen, die Annahme von kleinen Geschenken sowie die kostenlose Teilnahme an Kongressen, die z. B. von der Industrie gesponsert werden, sollen kritisch hinterfragt werden. Der Verhaltenskodex soll sich auch auf die Vertragspartner auswirken.

Diese Maßnahmen spiegeln die Bemühungen der Sozialversicherung wider, Bestechung und andere Formen der Korruption in keinem ihrer Geschäftsfelder und bei keinem ihrer Geschäfts- bzw. Vertragspartner zu tolerieren.

Seitens einzelner Träger werden beispielsweise ergänzend folgende Maßnahmen gesetzt:

Die WGKK hat sich bereits vor geraumer Zeit das Ziel gesetzt, wirksame Maßnahmen gegen jede Form eines allfälligen Missbrauchs der ihr anvertrauten Gelder zu ergreifen. Schon 2008 wurde vom Vorstand die Einrichtung eines Teams beschlossen, das sich mit der Missbrauchsentscheidung und -prävention (MEP) im Leistungsbereich beschäftigt. Die WGKK ist auch bestrebt, entsprechende Bestimmungen in den ärztlichen Gesamtverträgen sowie in den Verträgen mit Gesundheitsdiensteanbietern aufzunehmen.

Die NÖGKK hat im Jahr 2008 einen Verhaltenskodex implementiert, der eine zusammenfassende und verbindliche Leitlinie von Dienstordnungen und gesetzlichen Grundlagen darstellt. Ein Teil davon ist dem Thema „Vermeidung von Interessenskonflikten und Korruption“ gewidmet; beispielsweise sollen Bedienstete keine Handlungen vornehmen, die sie in Interessenskonflikte bringen. Weiters sieht der Verhaltenskodex vor, dass Mitarbeiter grundsätzlich keine Geschenke i. Z. m. der Erledigung von Aufgaben annehmen dürfen. Zur Bewusstseins-schaffung bzw. zur Festlegung der Compliance werden Informationsveranstaltungen für neu eintretende Bedienstete und für Führungskräfte zu den Schwerpunktbereichen des Verhaltenskodex durchgeführt. Zur Erstellung von Grundsätzen und Maßnahmen ist ein Compliance Management-Team eingesetzt. Die NÖGKK bringt ihre im Rahmen der Erstellung des hausinternen Verhaltenskodex gewonnenen Erfahrungen in den beabsichtigten sozialversicherungsweit geltenden Ethik-Verhaltenskodex (siehe oben) ein.

Die OÖGKK hat 2009 das neue Korruptionsstrafgesetz in Form einer Dienstanweisung „Korruptionsprävention und Geschenkkannahme“ umgesetzt. Weiters gibt es einen internen Compliance-Manager und ein Compliance-Team, das für Fragen zur Verfügung steht. Weiters wurden einige Tagungen und Fortbildungen zum Thema abgehalten (z. B. DeutschÖsterreichische Expertengespräche 2008 „Fehlverhalten im Gesundheitswesen“, Linzer Forum 2009 „Intransparenz im Gesundheitswesen“) und auch Publikationen zum

Thema verfasst (z. B. „Dimensionen der Intransparenz und Beeinflussung im Gesundheitswesen“, „Interessenskonflikt“ in der Reihe Gesundheitswissenschaften). Gemeinsam mit der Ärztekammer OÖ werden industrieunabhängige evidenzbasierte Fortbildungen für Ärzte angeboten. Dafür wurde ein eigener Fortbildungstopf geschaffen mit dem Ziel die Beeinflussung durch (Pharma-)Industrie zu vermindern. Mit Wirksamkeit 1. Oktober 2011 wurde in den OÖ Ärzte-Gesamtvertrag ein „Provisionsverbot“ eingefügt (31. Zusatzprotokoll zum Ärzte-Gesamtvertrag, siehe avsv Nr. 13/2012).

Die STGKK unterzieht Vertragspartner regelmäßigen Kontrollen hinsichtlich Einhaltung rechtlicher Rahmenbedingungen. In diesem Zusammenhang wurden keine Korruptionsfälle im Sinne der Anfrage festgestellt.

Die KGKK führt schon seit jeher Vertragspartnerkontrollen durch, wenn sich z. B. statistische oder sonstige Auffälligkeiten zeigen. Weiters wurden Dienstanweisungen für alle Dienstnehmer zum Thema „Antikorruption“ erstellt. Darin werden den Bediensteten nicht nur die bestehenden Bestimmungen der Dienstordnungen und der Büroordnung in Erinnerung gebracht, sondern auch die gesetzlichen Antikorruptionsbestimmungen näher erläutert.

Seitens der VA für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) erfolgt zusätzlich zur ständigen Kontrolle der Vertragspartner-Abrechnungen bei Vernetzungstreffen mit anderen österreichischen Krankenversicherungsträgern eine Koordinierung gebotener Maßnahmen. Neben anlassbezogenen Schwerpunktaktionen – beispielsweise in den Leistungssegmenten Heilmittel und Hörgeräte – beteiligt sich die VAEB an einschlägigen BSC-Zielen wie „SVSystem vor Missbrauch schützen“.

Bei der VA öffentlich Bediensteter (BVA) befasst sich die Innenrevision immer wieder im Rahmen eines internen Kontrollsystems mit einer Risikominimierung in Sachen Korruption. Weiters wurden Regelungen betreffend Verhalten der Ärzte gegenüber Einladungen durch Firmen erlassen, um Transparenz und Unabhängigkeit zu gewährleisten. Im Bereich der eigenen Einrichtungen wurde die Annahme von Gratismustern von Medikamenten von der Pharmawirtschaft eingestellt, obwohl das einen finanziellen Nachteil bedeutet.

Bei der SVA der gewerblichen Wirtschaft (SVA) wurden nach Inkrafttreten des Korruptionsstrafrechtsänderungsgesetzes 2012 (BGBl. I Nr. 61/2012) die Mitarbeiter über die sie betreffenden Regelungen in Form einer verbindlichen Dienstanweisung betreffend Korruptionsstrafrecht und strafbare Geschenkkannahme informiert. Darüber hinaus erarbeitet die SVA gemeinsam mit dem Hauptverband einen Verhaltenskodex zur

Eindämmung bzw. Verhinderung von Korruption. Um Unregelmäßigkeiten bei Vertragspartnern feststellen oder verifizieren zu können, werden Patientenbefragungen durchgeführt (Schuheinlagen, Hörgeräte, CPAPGeräte).

Von der SVA der Bauern (SVB) wurde intern anlässlich diverser Sitzungen vor allem über die strafrechtlichen Aspekte und die wesentlichen Inhalte der Hauptverbandsarbeitsgruppe informiert.“

Zur Frage der Abstimmung mit dem Ressort möchte ich festhalten, dass – da das Thema die interne Geschäftsführung der Sozialversicherungsträger bzw. des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger betrifft – keine allgemeinen, formalisierten Abstimmungen bestehen, im Einzelfall erfolgt bei Bedarf jedoch eine Zusammenarbeit. Weiters berichtet der Dachverband dazu Folgendes:

„Mit dem ab 01.01.2016 in Kraft getretenen Sozialbetrugsbekämpfungsgesetz (SBBG, BGBl. I Nr. 113/2015) wurden die Versicherungsträger gemäß § 32a ASVG verpflichtet, die rechtskonforme sowie die gesamt- und einzelvertragskonforme Vorgehensweise der Vertragspartner zu überprüfen. Dementsprechend wurden vom Dachverband in Abstimmung mit den Versicherungsträgern mit Geltungsbeginn 01.01.2016 die Richtlinien für die Durchführung, Dokumentation und Qualitätssicherung von Kontrollen im Vertragspartnerbereich gemäß § 31 Abs. 5 Z 12 ASVG erlassen (RLVPK, veröffentlicht: RIS/Sonstige Kundmachungen, Erlässe/avsv Nr. 61/2016; Rechtsgrundlage zur Erlassung der Richtlinien nunmehr § 30a Abs. 1 Z 11 ASVG).

Außerdem trifft der Dachverband in seiner Rolle als Verbindungs- und Zugangsstelle im internationalen Sozialversicherungsrecht einschlägige Maßnahmen im Bereich der Betrugsbekämpfung. Dabei setzt er verstärkt auf internationale Kooperation. Seine Mitgliedschaft in diversen europäischen und internationalen Foren und Plattformen ermöglicht raschen, effizienten Austausch mit internationalen Institutionen. Auch innerstaatlich findet ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch zwischen den Trägern und dem Dachverband statt. Durch diese etablierten Netzwerke und Gremien entsteht ein besserer Zugang zu den notwendigen Informationen im Kampf gegen Missbrauch und Korruption. Zusätzlich ist die Entwicklung von Instrumenten gegen Betrug und Missbrauch ein wichtiges Anliegen, unter anderem im Bereich Entsendung. Um eine effiziente elektronisch abrufbare Möglichkeit zu schaffen, wurde EGDA.AZUR errichtet. Dabei handelt es sich um ein Webinterface für die Verwaltung der Entsendebescheinigungen. Diese Datenbank ermöglicht allen Sozialversicherungsträgern spezifische Recherchen zum anzuwendenden Recht, damit Betrug und Missbrauch bei Kontrollen schneller und einfacher aufgedeckt werden können.

Maßnahmen der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) werden nachfolgend im Detail angeführt.

Die Vorgangsweisen, die bei den Gebietskrankenkassen bestanden, werden von der ÖGK weiterverfolgt und ausgebaut. Es ist geplant, die einschlägigen Abläufe in den nächsten Monaten in einem Compliance-Handbuch und darauf basierenden Unterlagen in einer einheitlichen für die ÖGK bundesweit geltenden Unterlage zusammenzufassen. Abstimmungen mit der Aufsichtsbehörde sind bei Bedarf im Einzelfall vorgesehen.

In Zusammenarbeit von Behandlungsökonomie und Vertragspartnerabrechnung werden die Leistungsabrechnungen durchgesehen und Kontrollen bzw. Beratungen durchgeführt. Für Bedienstete stehen Informationen zum Thema Korruptionsbekämpfung zur Verfügung, ein internes Kontrollsystem ist aufgestellt. Das Thema „Korruption und sachfremde Einflüsse im Gesundheits- und Sozialsystem verhindern und für mehr Transparenz sorgen“ war Gegenstand des Zielsteuerungssystems. Ein Ethik- und Verhaltenskodex als Verhaltensleitfaden für alle Mitarbeiter war auf GKK-Ebene bereits erstellt und seine Überarbeitung ist im Gange.

Für die Schaffung eines Compliance-Handbuches werden einschlägige Informationen und Broschüren (z. B. jene aus dem Justizministerium) verwendet. Im Zuge der Vorstellung werden Präsentationen vorgesehen bzw. abgehalten, in denen die Mitarbeiter über den Inhalt informiert werden, aber auch eine generelle Sensibilisierung und Aufklärung zum Thema stattfindet. Im Bereich des Vertragspartnerrechts sind Mittel dem Zweck der Unterstützung einer finanziell von Anbietern von Lieferungen und Leistungen unabhängigen Fortbildung für Ärzten gewidmet.

Neben Maßnahmen anderer Bereiche (wie der Risikoanalyse Dienstgeber RAD, internen Dienstanweisungen der früheren Gebietskrankenkassen und der ÖGK zu den Mindeststandards Internes Kontrollsystem; Grenzwerten für Zahlungsfreigaben, etc.) ist zu erwähnen:

- *Zuzahlungsverbot im OÖ Ärzte-Gesamtvertrag seit 1999: Vertragsärzte dürfen für Leistungen, die ihrer Art nach eine Krankenbehandlung darstellen, keine direkten Zahlungen von Anspruchsberechtigten oder Dritten (z. B. Privatversicherungen) verlangen oder entgegennehmen.*
- *In den Wiener Gesamtverträgen wurden – wie 2012 angekündigt – Bestimmungen zum Provisionsverbot aufgenommen, soweit möglich wurden diese auch in Einzelverträge hineinverhandelt.*

- *Strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement in OÖ*
- *Ökonomie- und Beratungsgespräche durch Ärzte der Behandlungsökonomie mit Schwerpunkt Heilmittelverschreibung; Themen bei Auffälligkeiten sind auch Krankmeldungen, Überweisungen, Transporte*
- *Seit 1996 ist eine ständige Arbeitsgruppe (inkl. Zahnmedizinischer Ressource) eingerichtet, die aufgrund statistischer Auffälligkeiten bzw. diverser Hinweise die Abrechnungen der Vertragspartner überprüft. Diese Vertragspartnerkontrolle umfasst insbesondere: Einzelfallprüfung bei statistischen Auffälligkeiten und aufgrund von Hinweisen, Beschwerden, etc., z.B. durch: Patientenbefragungen, Anforderung von Befunden, Anforderung von Stellungnahmen, Aufmerksammachen von Vertragspartnern bei Auffälligkeiten in der Verrechnung oder Nachbegutachtungen*
- *Nach Hinweisen im Jahr 2017, wonach Vertragsärzte angeblich von einem Pharmaunternehmen zur Vermarktung eines Produkts über ein Gutscheinsystem eine finanzielle Zuwendung u.a. für eine kurzfristige Terminvergabe an Patienten angeboten worden wäre, wurde ein Rundschreiben an die Vertragsärzte mit Information über die Unzulässigkeit einer solchen Vorgehensweise (Provisionsverbot) versendet, um derartige Verstöße zu verhindern.“*

Frage 3: *Welche konkreten Maßnahmen zur Korruptionsbekämpfung im österreichischen Gesundheitswesen wurden durch die österreichische Ärztekammer in den Jahren 2012 - 2019 ergriffen? Gab es dabei jeweils eine Abstimmung mit dem Ressort? Welche weiteren Maßnahmen sind geplant?*

Neben den allgemeinen Regelungen im Korruptionsstrafrecht, welche grundsätzlich auch im Gesundheitswesen Anwendung finden, kann als Maßnahme der Österreichischen Ärztekammer zur Korruptionsbekämpfung insbesondere auf die aktuelle Fassung der Verordnung der Österreichischen Ärztekammer über den Ärztlichen Verhaltenskodex (Ärztlicher Verhaltenskodex 2014) verwiesen werden. Definiertes Ziel der vorgesehenen Regelungen und damit Grundvoraussetzung der ärztlichen Tätigkeit ist, dass die gewissenhafte Beratung und Behandlung von Patientinnen und Patienten stets unter Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit gegenüber der Pharma- und Medizinprodukteindustrie zu erfolgen hat.

Explizit dürfen die Bestimmungen der §§ 4, 5 und 7 erwähnt werden: Hier enthalten sind Regelungen zur Annahme von Geschenken, Arztmustern und anderen Vorteilen sowie zur Verschreibung von Medikamenten und zum Vorgehen bei nicht-interventionellen Studien.

Für weitere Details wird der **Ärztliche Verhaltenskodex 2014** in der Anlage übermittelt.

Neben den Regelungen des ärztlichen Verhaltenskodex werden weiters vorgesehene Maßnahmen zur Korruptionsbekämpfung im Bereich der ärztlichen Fortbildung angeführt. Vorauszuschicken ist, dass organisatorisch die Österreichische Akademie der Ärzte GmbH, als Tochterunternehmen der Österreichischen Ärztekammer, mit der Durchführung des Diplom-Fortbildungs-Programms (in weiterer Folge: DFP) und mit diesbezüglichen Fortbildungen betraut ist.

Die Kooperationen zwischen ärztlichem Fortbildungsanbieter und Sponsoren sowie die von den Fortbildungsanbietern und Vortragenden einzuhaltenden Grundsätze sind in der **Verordnung über ärztliche Fortbildung** (siehe Anlage) präzise geregelt (vgl. dazu insb. § 3). Exemplarisch darf erwähnt werden, dass jedes Sponsoring bereits im Approbationsantrag transparent zu machen ist. Der Sponsor darf den Inhalt der Fortbildung nicht beeinflussen, da dieser unabhängig von wirtschaftlichen Interessen Dritter zu halten ist. Zudem wird explizit festgehalten, dass Produktschulungen keine DFP-anerkannte Fortbildungsart sind.

Unternehmen, die Medizinprodukte, Arzneimittel, Nahrungsergänzungsmittel und/oder Lebensmittel herstellen oder vertreiben, können unter Einhaltung der Vorgaben am DFP als Sponsor mitwirken, sind jedoch per Verordnung nicht als Anbieter von DFP-Fortbildung anerkannt.

Laut genannter Verordnung ist zudem vom ärztlichen Fortbildungsanbieter Sorge zu tragen, dass potentielle Interessenskonflikte, wie insbesondere ein persönliches oder wirtschaftliches Verhältnis zu einem kommerziellen Unternehmen im Zusammenhang mit dem Inhalt der jeweiligen Fortbildung, offenzulegen sind. Bei Nichteinhaltung sieht die Verordnung vor, dass die DFP-Approbation für die Fortbildung entzogen und/oder die DFP-Approbation weiterer Fortbildungen verweigert werden kann.

Weiters zu erwähnen wäre die stichprobenartige oder anlassbezogene Überprüfung auf Basis einer Online-Befragung im Rahmen der jährlichen Qualitätsevaluierung.

Als weitere Maßnahme im Bereich der Landesärztekammern wird auf die von der Ärztekammer für Wien 2017 beschlossene und in Kraft getretene Compliance-Richtlinie für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hingewiesen.

Frage 4: *Wie viele Fälle von Abrechnungsbetrug und Falschabrechnungen durch Krankenhäuser, Ärzte, Angehörige von Gesundheitsberufen oder Mitarbeiterinnen im*

Gesundheitswesen sind dem Ressort bzw. den Krankenversicherungsträgern in den Jahren 2012-2019 bekannt geworden? Um welche Gesamtschadenssumme ging es in diesen Jahren? Wie viele Personen wurden strafrechtlich verfolgt? Wie wurden diese Fälle von den Gerichten bzw. von den beruflichen Interessensvertretungen erledigt? (bitte jeweils auf einzelne Jahre aufschlüsseln)

Gemäß § 117f Abs. 2 ÄrzteG 1998 ist die Österreichische Ärztekammer seitens der Staatsanwaltschaften und Strafgerichte über die Einleitung von Strafverfahren gegen Ärztinnen und Ärzte bzw. über deren Ausgang zu informieren. Aufgrund dieser gesetzlichen Mitteilungspflicht erlangt die Österreichische Ärztekammer grundsätzlich Kenntnis von Strafverfahren gegen Ärztinnen und Ärzte im Bereich der Korruption, wobei angemerkt wird, dass nicht jede Staatsanwaltschaft/jedes Strafgericht dieser Mitteilungspflicht lückenlos nachkommt. Über diese Mitteilungen wird der Disziplinaranwalt der Österreichischen Ärztekammer iSd der oben genannten Bestimmung unverzüglich informiert.

Weiters kann von der Österreichischen Ärztekammer bei Kenntnis einer strafgerichtlichen Verurteilung einer Ärztin/eines Arztes von Amts wegen ein Verwaltungsverfahren gemäß § 117c Abs. 1 Z 6 iVm § 59 ÄrzteG 1998 eingeleitet werden, sofern Zweifel am Vorliegen der zur Erfüllung der Berufspflichten erforderlichen Vertrauenswürdigkeit der betroffenen Ärztin/des betroffenen Arztes, welche ein Erfordernis zur ärztlichen Berufsausübung iSd § 4 ÄrzteG 1998 darstellt, bestehen.

Im Zeitraum 2012-2019 sind bei der Österreichischen Ärztekammer 10 rechtskräftige Urteile von Strafgerichten zu Betrugshandlungen gemäß §§ 146 und 147 StGB durch eine Ärztin/einen Arzt eingelangt. Davon standen nur fünf Verurteilungen im Zusammenhang mit dem Gesundheitssystem. Die restlichen fünf Verurteilungen betrafen Betrugs- bzw. Täuschungshandlungen gegenüber Patientinnen/Patienten.

Die Verurteilungen wegen „Abrechnungsbetrug oder Falschabrechnungen“, gelistet nach dem Rechtskraftdatum des Urteils, lassen sich wie folgt darstellen:

- 2014 eine Verurteilung wegen Betrugs des AMS sowie
- 2014 eine Verurteilung wegen Betrugs gegen die WGKK.
- 2015 eine Verurteilung wegen Betrugs der Sozialversicherungsanstalten und
- 2015 eine Verurteilung wegen Versicherungsbetrugs gegen die Generali AG.
- 2020 liegt eine Verurteilung wegen Betrugs der Deutschen Krankenversicherung AG vor.

Zu den eingangs genannten 10 Strafverfahren, von denen die Österreichische Ärztekammer Kenntnis erlangt hat, wurde in sieben Verwaltungsverfahren die Vertrauenswürdigkeit der betroffenen Ärztinnen/Ärzte geprüft. Im Disziplinarbereich wurden, wenn Verfahren eingeleitet wurden, schriftliche Verweise oder Geldstrafen als Strafe verhängt.

Zu den übrigen Berufsgruppen bzw. Vertragspartnern merkt der Dachverband an, dass es in der zur Verfügung stehenden Zeit nicht möglich war, eine detaillierte bundesweite Zusammenstellung nach der gefragten Gliederung auszuarbeiten.

Falschabrechnungen sind jedoch auch auf Auslegungsdifferenzen und Fehlinterpretationen von Bestimmungen der Honorarordnung bzw. des Gesamtvertrags zurückzuführen. Die aus diesen Gründen ungerechtfertigt erfolgten Zahlungen werden in der Regel nach Kontaktaufnahme mit den betroffenen Vertragspartner/inne/n von künftigen Honorarzahungen in Abzug gebracht, sodass dadurch keine dauerhaften finanziellen Schäden entstehen.

Nach Mitteilung des Dachverbandes wurden bei der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) die Verfahren größtenteils eingestellt, in einem Fall kam es zu einer Diversion. Über die Vorgangsweisen der Interessenvertretungen liegen keine detaillierten Informationen vor. Bei Ärzt/inn/en, Instituten, Bandagist/inn/en, Orthopädienschuhmacher/inn/en, Transportunternehmen und sonstigen Vertragspartner/inn/en (Therapeut/inn/en, Hebammen etc.) wurden einige Fälle von Falschabrechnung bearbeitet. Der Gesamtschaden wurde von den betroffenen Vertragspartnern rückgefordert. In den Jahren 2012 bis 2019 wurden keine Personen strafrechtlich verfolgt. Aus Auffälligkeiten des Jahres 2019 sind derzeit im Ärztebereich zwei Verfahren anhängig, aus denen sich eventuell noch strafrechtliche Konsequenzen ergeben könnten.

Bei der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB) gab es im betreffenden Zeitraum zwei Fälle von Abrechnungsbetrug, in denen von Vorsatz auszugehen ist und die strafrechtlich verfolgt werden. Die betroffenen Vertragspartner wurden gekündigt. Beide Verfahren sind noch nicht abgeschlossen.

Bei der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS) wurden betreffend Vertragspartner/innen seitens der bis 31. Dezember 2019 bestehenden Vorgängerinstitutionen Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA) und Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB) jene Beträge, die aus der Beilage 3 ersichtlich

sind, rückgefordert, wobei von der SVS angemerkt wird, dass diese Fälle in keinem Zusammenhang mit Korruption stehen.

Krankenanstalten werden weitgehend über Pauschalbeträge finanziert (System der leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung), sodass diesbezüglich von mir keine Aussage getroffen werden kann (vgl. auch die Beantwortungen zu den gleichlautenden Fragen in den parlamentarischen Anfragen Nr. 12924/J [Frage 6] und Nr. 14228/J [Frage 4] aus der XXIV. GP).

Die Abrechnung stationärer Aufenthalte in fondsfinanzierten Krankenanstalten wird durch die Landesgesundheitsfonds bzw. den Privatkanneanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF) geprüft.

Unter anderem werden die Daten nach Übermittlung an den jeweils zuständigen Fonds einer vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz zur Verfügung gestellten elektronischen Plausibilitätsprüfung unterzogen. Unplausible Datensätze, etwa mit nicht zulässigen Diagnosen und Leistungskombinationen oder anderen Auffälligkeiten werden in Rücksprache mit den Leistungserbringern einer intensiveren Prüfung unterzogen und nötigenfalls korrigiert. Mit diesem System sollen Fehlcodierungen, die z.B. zu einer nicht korrekten Verrechnung führen könnten, unterbunden werden.

Frage 5: *Wie viele Fälle von Schmiergeldzahlungen, der Gewährung sonstiger Bonifikationen o.ä. durch Pharmafirmen, Medizinproduktfirmen o.ä. als Gegenleistung (z.B. für die Verordnung von Arzneimitteln oder Verwendung bestimmter Medizinprodukte) an Ärzte, Angehörige von Gesundheitsberufen oder Mitarbeiterinnen im Gesundheitswesen sind dem Ressort bzw. den Krankenversicherungsträgern in den Jahren 2012 bis 2019 bekannt geworden? Welche Zahlungen wurden jeweils geleistet? Wie viele Personen wurden strafrechtlich verfolgt? Wie wurden diese Fälle von den Gerichten bzw. von den beruflichen Interessensvertretungen erledigt? (bitte jeweils auf einzelne Jahre aufschlüsseln)*

Der Dachverband verweist diesbezüglich auf seine nachfolgenden Ausführungen zu den parlamentarischen Anfragen Nr. 12924/J und Nr. 14228/J (jeweils XXIV. GP), welche nach wie vor Gültigkeit haben:

„Hörgeräte: Im Bereich der Hörgeräteversorgung gab und gibt es Hinweise und Verdachtsmomente, dass seitens der Hörgeräteakustiker – und hier vornehmlich große

Anbieter – Provisionszahlungen an HNO-Fachärzte für die „Zuweisung“ eines Patienten für eine Hörgeräteversorgung geleistet werden.

Die HNO-Ärzte, denen die ärztliche Diagnostik obliegt, händigen in solchen Fällen den Patienten die ärztliche Verordnung für Hörgeräte erst nach der erfolgten Anpassung der Hörgeräte durch den Hörgeräteakustiker und nochmaliger Konsultation ihrer selbst aus.

Somit haben die HNO-Ärzte Einfluss, welchen Hörgeräteakustiker der Patient in Anspruch nimmt, womit dem Patienten die Wahlfreiheit des Vertragspartners genommen wird und die Patienten bestimmten („provisionszahlenden“) Hörgeräteakustikern „zugewiesen“ werden. Oftmals fließen vom versorgenden Vertragsakustiker finanzielle Zuwendungen unter verschiedensten Rechtstiteln (z. B. für ein Gutachten, Fragebogen, Passform der Otoplastik) an den zuweisenden HNO-Arzt.

Die beschriebene Vorgehensweise ist für viele Vertragsakustiker, vor allem für die Kleinbetriebe, extrem geschäftsbehindernd, weil diese nicht im großflächigen Stil Werbung betreiben (können) und demzufolge der Zugang zu den verordnenden HNO-Ärzten nicht gegeben ist. Auch für die Versicherten ist es teilweise eine zusätzliche Belastung, weil sie weitere Anfahrtswege zu einem nicht wohnortnahen Hörgeräteakustiker in Kauf nehmen müssen.

In § 9 Abs. 2 Hörgeräte-Gesamtvertrag, avsv Nr. 79/2010 wurde folgende Regelung aufgenommen: „Im Zusammenhang mit der Verordnung von Hörgeräten dürfen keinerlei Provisionen in Form von Geld oder Sachwerten in vergleichbarer Höhe an die verordnenden Ärzte bzw. an deren Personal versprochen oder geleistet werden.“ Der Verdacht besteht, dass sie, in welcher Form auch immer, weiterhin geleistet werden, besteht.

Auch in den Medien wurde dieser Graubereich wiederholt thematisiert. Aufgrund der Medienberichterstattung, durch die allgemeine Aktualität des Themas und die geschilderten Maßnahmen sind die Provisionszahlungen im Bereich der Hörgeräte zurückgegangen.“

Darüber hinaus weist der Dachverband auch auf die zu Frage 2 von der ÖGK genannten Gutscheinkaktion hin. Weitere einschlägige Fälle sind weder der Sozialversicherung noch mir selbst bekannt.

Von Seiten des Dachverbandes wird ergänzend angemerkt, dass es vorrangiges Ziel einschlägiger Maßnahmen ist, präventiv zu wirken, sodass es erst gar nicht zu den geschilderten Konsequenzen kommen muss.

Darüber hinaus darf festgehalten werden, dass keine Strafverfahren bekannt sind, in denen Ärztinnen/Ärzte „Schmiergeldzahlungen“ durch Pharmafirmen oder Ähnliches als Gegenleistung erhalten haben sollen.

Frage 6: *Wie viele Fälle von manipulierter Ausschreibung und Vergabe von Leistungen durch Ärzte, Angehörige von Gesundheitsberufen oder Mitarbeiterinnen im Gesundheitswesen sind dem Ressort bzw. den Krankenversicherungsträgern in den Jahren 2012 bis 2019 bekannt geworden? Wie viele Personen wurden strafrechtlich verfolgt? Wie wurden diese Fälle von den Gerichten bzw. von den beruflichen Interessensvertretungen erledigt? (bitte jeweils auf einzelne Jahre aufschlüsseln)*

Ärztinnen und Ärzte sowie andere Anbieter/innen von Gesundheitsdiensten sind in Formen des Privatrechts tätig, für welche die Regeln des öffentlich-rechtlichen Vergabewesens nicht bzw. nur eingeschränkt gelten. Dementsprechend sind weder der Sozialversicherung noch mir selbst einschlägige Fälle bekannt.

Frage 7: *Experten des Europarates hatten Mitte April 2020 angesichts der Corona-Pandemie von einem erhöhten Korruptionsrisiko insbesondere im Gesundheitssektor gesprochen. Welche Korruptionsfälle im Gesundheitssektor sind Ihnen im Zusammenhang mit der Coronakrise bislang bekannt geworden? (bitte um Aufschlüsselung auf die Bundesländer)*

Der Dachverband berichtet dazu, dass es bei der ÖGK im Zusammenhang mit den erlassenen Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Sachleistungsversorgung während der Pandemie vereinzelt Anhaltspunkte für missbräuchliche Abrechnungsvorgänge gebe. Dies betreffe in erster Linie Honorarpositionen, deren Limitierung durch die flächendeckende Versorgung mittels Telemedizin im März 2020 ausgesetzt wurde. Die konkreten Verdachtsfälle werden derzeit geprüft.

Weitere einschlägige Fälle sind weder der Sozialversicherung noch mir selbst bekannt.

3 Beilagen

Mit freundlichen Grüßen

Rudolf Anschober

