

K. Lieb | D. Klemperer

R. Kölbl | W.-D. Ludwig (Hrsg.)

Interessenkonflikte, Korruption und Compliance im Gesundheitswesen



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

K. Lieb | D. Klemperer | R. Köbel | W.-D. Ludwig (Hrsg.)

Interessenkonflikte, Korruption und Compliance
im Gesundheitswesen



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Klaus Lieb | David Klemperer | Ralf Kölbel | Wolf-Dieter Ludwig (Hrsg.)

Interessenkonflikte, Korruption und Compliance

im Gesundheitswesen

mit Beiträgen von

C. Baethge | G. Egidi | G. Felser | C. Fischer | A. Ganser | G. Glaeske
U. Helms | N. Herold | G. Jonitz | H. Kahress | M. Keller | D. Klemperer
C. Koch | M.M. Kochen | R. Kölbel | I.B. Kopp | M. Kubiciel | T. Lempert
K. Lieb | W.-D. Ludwig | W.-B. Niebling | M. Nothacker | V. Sandow
J. Schaaber | J. Schildmann | N. Schneider | K. Scholz | G. Schott
S. Schünemann-Glier | D. Strech | J. Vollmann



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Die Herausgeber

Prof. Dr. med. Klaus Lieb
Universitätsmedizin Mainz
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Untere Zahlbacher Straße 8
55131 Mainz

Prof. Dr. med. David Klemperer
Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg
Fakultät Angewandte Sozial- und
Gesundheitswissenschaften
Seybothstraße 2
93053 Regensburg

Prof. Dr. jur. Ralf Kölbel
Ludwig-Maximilians-Universität München
Lehrstuhl für Strafrecht und Kriminologie
Veterinärstraße 1
80539 München

Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig
Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Unterbaumstraße 4
10117 Berlin
www.mwv-berlin.de

ISBN 978-3-95466-389-7 (eBook: PDF)

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Informationen sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, 2018

Dieses Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften. In vorliegendem Werk wird nur die männliche Form verwendet, gemeint sind immer beide Geschlechter, sofern nicht anders angegeben.

Die Verfasser haben große Mühe darauf verwandt, die fachlichen Inhalte auf den Stand der Wissenschaft bei Drucklegung zu bringen. Dennoch sind Irrtümer oder Druckfehler nie auszuschließen. Der Verlag kann insbesondere bei medizinischen Beiträgen keine Gewähr übernehmen für Empfehlungen zum diagnostischen oder therapeutischen Vorgehen, für Dosierungsanweisungen oder Applikationsformen. Derartige Angaben müssen vom Leser im Einzelfall anhand der Produktinformation der jeweiligen Hersteller und anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Eventuelle Errata zum Download finden Sie jederzeit aktuell auf der Verlags-Website.

Produkt-/Projektmanagement: Laura Krause, Berlin
Lektorat: Monika Laut-Zimmermann, Berlin
Layout, Satz, Herstellung: zweiband.media, Agentur für Mediengestaltung und -produktion GmbH, Berlin

Zuschriften und Kritik an:

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Unterbaumstr. 4, 10117 Berlin, lektorat@mwv-berlin.de

Vorwort

„Ärzte und deren Organisationen haben viele Gelegenheiten, durch Erzielung privaten Gewinns oder persönlicher Vorteile ihre ethische Verantwortung zu kompromittieren. Solche Kompromittierungen sind besonders bedrohlich bei persönlicher oder institutioneller Verflechtung mit einer gewinnorientierten Industrie, [...]. Ärzte haben die Verpflichtung, Interessenkonflikte, die im Laufe ihres Berufslebens und sonstiger Aktivitäten auftreten, zu erkennen, diese gegenüber der Öffentlichkeit kundzutun und in angemessener Weise beizulegen.“¹

Die Öffentlichkeit darf zu Recht erwarten, dass Ärzte bei der Behandlung von Patienten deren gesundheitlichen Interessen den Vorrang vor möglichen Eigeninteressen geben. Seit dem hippokratischen Eid, „der Goldenen Regel der Medizin“ in der Antike, gehört es zum Kern des ärztlichen Selbstverständnisses, den Patienten nicht zu schaden und sich vorrangig an den Bedürfnissen der Patienten zu orientieren. Aber auch von Ärzten in ihrer Funktion als Wissenschaftler kann die Öffentlichkeit zu Recht erwarten, dass sie ihre Zeit und ihr Wissen der Untersuchung von Fragen widmen, die den Wissensfundus der Medizin bereichern und damit auch den Patienten nutzen. Ein solches ärztliches Selbstverständnis bildet die Grundlage für das hohe Vertrauen der Öffentlichkeit in die Ärzteschaft sowie deren hohe Reputation und Autonomie.

Viele Kapitel dieses Buches belegen eindrücklich, dass zwischen diesen berechtigten Erwartungen der Öffentlichkeit und der Realität bisweilen eine erhebliche Kluft besteht. Interessenkonflikte erhöhen das Risiko, originäre berufliche Aufgaben zu vernachlässigen – mit teilweise gravierenden Folgen für die Patienten. Die Gefahren von Interessenkonflikten lauern vor allem in Beziehungen zur Industrie (vor allem zu pharmazeutischen Unternehmern und Herstellern von Medizinprodukten), beispielsweise wenn sich Ärzte die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen von der Industrie finanzieren lassen, Geschenke annehmen, gut bezahlte Vorträge halten oder für Beratertätigkeiten großzügig entlohnt werden. An vielen anderen Stellen des medizinischen Alltags gibt es sekundäre Interessen, die dem primären Interesse, dem Patientenwohl, entgegenstehen – etwa die eigene Überzeugung von der Überlegenheit einer angebotenen Therapie, finanzielle Anreize des Vergütungssystems, Fehlanreize zum Erbringen medizinisch nicht indizierter Leistungen u. v. m.

Dieses Buch schließt an eine Publikation an, die 2011 im Springer-Verlag unter dem Titel „Interessenkonflikte in der Medizin“ erschienen ist. Im vorliegenden Buch haben wir die Themen deutlich erweitert und gehen v. a. auf Korruption und Compliance in eigenen Kapiteln ein. Insbesondere die Verabschiedung der Strafrechtsparagrafen zur Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen (§§ 299a ff. StGB) im Jahr 2016 hat das Interesse an den damit zusammenhängenden Fragen erhöht.

Neben theoretischen Erörterungen zielt das Buch auf die *Vermittlung praktischer und lösungsorientierter Handlungsempfehlungen*. Angesprochen sind dabei nicht nur Ärzte in Praxen oder Kliniken sowie Wissenschaftler in der Grundlagenforschung und Ärzte in der klinischen Forschung, sondern auch Ärztliche Direktoren, Geschäftsführer und anderes Leitungspersonal von Kliniken, Mitarbeiter der öffentlichen Verwaltung

1 Lancet (2002) Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter. 359:520–522

und von Ministerien, Leiter von Pflegeeinrichtungen, Patientenvertreter, Angehörige der gesundheitlichen Selbsthilfe sowie interessierte Laien.

Das Buch behandelt in Teil I Grundlagen zu Interessenkonflikten und Korruption. Es geht vor allem um die Erklärung der Begriffe, ihre Abgrenzung voneinander und um den Bezug zu ethischen Grundprinzipien der Medizin. Diese Hintergrundinformationen sollen es den Lesern erleichtern, die jeweiligen Problembereiche zu erkennen, einzuordnen und zu reflektieren.

In Teil II wird anhand konkreter Beispiele erläutert, in welchem Kontext Interessenkonflikte und Korruption eine Rolle spielen, etwa in der ambulanten und stationären Patientenversorgung, in der Kooperation von Leistungserbringern, in der Forschung, bei Selbsthilfeorganisationen oder im Medizinjournalismus. Hier können sich die Leser einen schnellen Überblick über die vielfältigen Facetten von Interessenkonflikten und Korruption und deren Auswirkungen verschaffen.

Teil III beleuchtet schließlich das Management von Interessenkonflikten, beispielsweise in der Gremienarbeit zur Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln, bei der Organisation von Fort- und Weiterbildungen sowie Kongressen, bei der Erstellung von Leitlinien und in medizinischen Fachzeitschriften. In diesen Kapiteln finden die Leserinnen und Leser konkrete und praxisnahe Empfehlungen für ihre Arbeit in Praxis und Klinik sowie in Institutionen und Organisationen im Gesundheitswesen. Darüber hinaus stellen wir Compliance-Projekte aus Kliniken vor und berichten über unabhängige Fachzeitschriften sowie unabhängige Informationsquellen für Ärzte. Dabei werden auch immer internationale Lösungsvorschläge erwähnt.

Unser Buch will nicht nur zum Nachdenken, sondern auch zum konkreten Handeln anregen. Wir wünschen uns, dass es allen im Gesundheitswesen Tätigen dabei hilft, bei häufig unvermeidlichen Interessenkonflikten stets dem Patientenwohl den Vorrang zu geben, und dass es so zur Vermeidung von Abhängigkeiten und zum bewussten Umgang mit Interessenkonflikten beitragen kann. Die Beeinträchtigung des professionellen Urteilens und Handelns durch Interessenkonflikte ist durch empirische Forschung gut belegt. Durch die Vermeidung von Interessenkonflikten wird die Professionalität des Arztes ebenso gestärkt wie das Vertrauen der Öffentlichkeit in die Ärzteschaft und in alle Gesundheitsberufe.

Klaus Lieb, David Klemperer, Ralf Kölbl und Wolf-Dieter Ludwig
Mainz, Regensburg, München und Berlin im April 2018

Die Autorinnen und Autoren

Prof. Dr. med. Christopher Baethge
Deutsches Ärzteblatt
Medizinisch-Wissenschaftliche Redaktion
Dieselstraße 2
50589 Köln

Dr. med. Günther Egidi
Sektion Fortbildung der Deutschen Gesellschaft
für Allgemeinmedizin
Huchtinger Heerstraße 24
28259 Bremen

Prof. Dr. Georg Felser
Hochschule-Harz
Hochschule für angewandte Wissenschaften
(FH) Fachbereich Wirtschaftswissenschaften
Wirtschaftspsychologie
Friedrichstraße 57–59
38855 Wernigerode

Dr. med. Christiane Fischer
MEZIS e.V. – Mein Essen zähl ich selbst
Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte
Mitglied des Deutschen Ethikrates
Hohegasse 1
69181 Leimen

Prof. Dr. med. Arnold Ganser
Medizinische Hochschule Hannover
Zentrum Innere Medizin
Carl-Neuberg Straße 1
30625 Hannover

Prof. Dr. rer. nat. Gerd Glaeske
Universität Bremen
SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und
Sozialpolitik
Mary-Somerville-Straße 5
28359 Bremen

Ursula Helms
Nationale Kontakt- und Informationsstelle
zur Anregung und Unterstützung von
Selbsthilfegruppen (NAKOS)
Otto-Suhr-Allee 115
10585 Berlin

Dr. jur. Nico Herold
Ludwig-Maximilians-Universität München
Lehrstuhl für Strafrecht und Kriminologie
Veterinärstraße 1
80539 München

Dr. med. Günther Jonitz
Ärztekammer Berlin
Friedrichstraße 16
10969 Berlin

Dr. PH Hannes Kahress
Medizinische Hochschule Hannover
Institut für Geschichte, Ethik und Philosophie
der Medizin
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover

Martina Keller
coMedia
Lagerstraße 32
20357 Hamburg

Prof. Dr. med. David Klemperer
Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg
Fakultät Angewandte Sozial- und
Gesundheitswissenschaften
Seybothstraße 2
93053 Regensburg

Dr. med. Cora Koch
Universitätsmedizin Mainz
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Untere Zahlbacher Straße 8
55131 Mainz

Prof. Dr. med. Michael M. Kochen, MPH, FRCGP
Universitätsklinikum Freiburg
Lehrbereich Allgemeinmedizin
Elsässer Straße 2m
79110 Freiburg

Prof. Dr. jur. Ralf Kölbl
Ludwig-Maximilians-Universität München
Lehrstuhl für Strafrecht und Kriminologie
Veterinärstraße 1
80539 München

Prof. Dr. med. Ina B. Kopp
AWMF-Institut für Medizinisches
Wissensmanagement (AWMF-IMWi)
c/o Philipps-Universität
Karl-von-Frisch-Straße 1
35043 Marburg

Prof. Dr. jur. Dr. h.c. Michael Kubiciel
Universität Augsburg
Juristische Fakultät
Lehrstuhl für Deutsches, Europäisches und
Internationales Strafrecht, Strafprozessrecht,
Medizin- und Wirtschaftsstrafrecht
Universitätsstraße 24
86159 Augsburg

Prof. Dr. med. Thomas Lempert
Schlosspark-Klinik
Abteilung für Neurologie
Heubnerweg 2
14059 Berlin

Prof. Dr. med. Klaus Lieb
Universitätsmedizin Mainz
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Untere Zahlbacher Straße 8
55131 Mainz

Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig
Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Prof. Dr. med. Wilhelm-Bernhard Niebling
Universitätsklinikum Freiburg
Lehrbereich Allgemeinmedizin
Elsässer Straße 2m
79110 Freiburg

Dr. med. Monika Nothacker, MPH
AWMF-Institut für Medizinisches
Wissensmanagement (AWMF-IMWi)
c/o Philipps-Universität
Karl-von-Frisch-Straße 1
35043 Marburg

Verena Sandow, M.A.
Ruhr-Universität Bochum
Institut für Medizinische Ethik und Geschichte
der Medizin
Malakowturm, Markstraße 258a
44799 Bochum

Jörg Schaaber, Dipl.-Soz., MPH
BUKO Pharma-Kampagne
August-Bebel-Straße 62
33602 Bielefeld

Prof. Dr. med. Jan Schildmann, M.A.
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Institut für Geschichte und Ethik der Medizin
Magdeburger Straße 8
06112 Halle

Prof. Dr. med. Nils Schneider, MPH
Medizinische Hochschule Hannover
Institut für Allgemeinmedizin
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover

Honorarprofessor Dr. iur. Karsten Scholz
Ärztchamber Niedersachsen
Karl-Wiechert-Allee 18–22
30625 Hannover

Dr. med. Gisela Schott, MPH
Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Silke Schünemann-Glier
Helios Kliniken GmbH
Zentraler Dienst Compliance
Friedrichstraße 136
10117 Berlin

Prof. Dr. med. Dr. phil. Daniel Strech
Berliner Institut für Gesundheitsforschung (BIG)
Berlin Institute of Health (BIH)
QUEST – Quality | Ethics | Open Science | Translation
BIH Center for Transforming Biomedical Research
Anna-Louisa-Karsch-Straße 2
10178 Berlin

Prof. Dr. med. Dr. phil. Jochen Vollmann
Ruhr-Universität Bochum
Institut für Medizinische Ethik und Geschichte
der Medizin
Malakowturm, Markstraße 258a
44799 Bochum

Inhalt

I Grundlagen zu Interessenkonflikten und Korruption _____	1
1 Was sind Interessen und Interessenkonflikte? _____	3
<i>David Klempner und Klaus Lieb</i>	
2 Psychologische Aspekte von Interessenkonflikten _____	13
<i>Georg Felser und David Klempner</i>	
3 Was ist Korruption? _____	27
<i>Ralf Köbel</i>	
4 Interessenkonflikte und Korruption und ihr Bezug zu ethischen Grundprinzipien der Medizin _____	35
<i>Jan Schildmann, Jochen Vollmann und Verena Sandow</i>	
5 Strafbarkeit von Interessenkonflikten nach den §§ 299a, 299b StGB ____	45
<i>Michael Kubiciel</i>	
6 Außerstrafrechtliche Regulierung von Korruption im Gesundheitswesen _____	53
<i>Karsten Scholz</i>	
7 Grundlegende ökonomische Aspekte im Arznei- und Hilfsmittelmarkt _____	63
<i>Gerd Glaeske</i>	
II Kontexte, in denen Interessenkonflikte und Korruption eine Rolle spielen _____	79
1 Interessenkonflikte durch Interaktionen mit pharmazeutischen Unternehmen und Medizintechnikherstellern in der Krankenversorgung _____	81
<i>Cora Koch und Klaus Lieb</i>	
2 Interessenkonflikte und Korruption in der Kooperation von Leistungserbringern _____	91
<i>Nico Herold</i>	
3 Interessenkonflikte in der medizinischen Forschung und Vorschläge für deren Minimierung _____	99
<i>Arnold Ganser</i>	
4 Auswirkungen von Interessenkonflikten auf Arzneimittelstudien ____	111
<i>Gisela Schott, Klaus Lieb und Wolf-Dieter Ludwig</i>	

5	Gesundheitsbezogene Selbsthilfe – Beteiligung, Interessenkonflikte und Transparenz _____	123
	<i>Ursula Helms</i>	
6	Interessenkonflikte und Medizinjournalismus _____	129
	<i>Martina Keller</i>	
III Management von Interessenkonflikten und Korruption _____		139
1	Offenlegung von Interessenkonflikten _____	141
	<i>Cora Koch, David Klempner und Klaus Lieb</i>	
2	Nationale und internationale Initiativen zur Herstellung von Transparenz über Beziehungen von Ärzten zu pharmazeutischen Unternehmern _____	151
	<i>Daniel Strech und Hannes Kahrass</i>	
3	Umgang mit Interessenkonflikten bei der Bewertung von Arzneimitteln _____	159
	<i>Gisela Schott, Klaus Lieb und Wolf-Dieter Ludwig</i>	
4	Management von Interessenkonflikten in medizinischen Fachzeitschriften _____	167
	<i>Christopher Baethge</i>	
5	Management von Interessenkonflikten in Leitlinien _____	177
	<i>Ina B. Kopp, Monika Nothacker und David Klempner</i>	
6	Management von Interessenkonflikten bei medizinischen Fachgesellschaften _____	187
	<i>Thomas Lempert</i>	
7	Compliance Management am Beispiel der Helios Kliniken Gruppe ____	197
	<i>Silke Schünemann-Glier</i>	
8	MEZIS und die „No Free Lunch“-Bewegungen _____	209
	<i>Christiane Fischer</i>	
9	Warum unabhängige Arzneimittelzeitschriften und Fortbildungsveranstaltungen wichtig sind _____	215
	<i>Jörg Schaaber, Michael M. Kochen und Wilhelm-Bernhard Niebling</i>	
10	Pharmaindustrieunabhängige Aus-, Weiter- und Fortbildung _____	229
	<i>Nils Schneider, Günther Egidi und Günther Jonitz</i>	
	Die Herausgeber _____	237
	Sachwortverzeichnis _____	239



Grundlagen zu Interessenkonflikten und Korruption

1 Was sind Interessen und Interessenkonflikte?

David Klemperer und Klaus Lieb

1.1 Einleitung

1.1.1 Ärztlicher Beruf und Interessenkonflikte

Von einem Interessenkonflikt spricht man, wenn zwei oder mehr als zwei Interessen in Konkurrenz oder im Widerspruch zueinander stehen. In der Medizin können zwei Ebenen unterschieden werden, auf der Interessenkonflikte zur Geltung kommen: die individuelle Ebene des berufsausübenden Arztes oder Wissenschaftlers und die kollektive Ebene der Berufsgruppe, die als Profession ihre Berufspflichten definiert und selbst über die Einhaltung zu wachen hat.

Auf der **individuellen Ebene** kann unter Interesse ein Gegenstand verstanden werden, der Beachtung findet, dem ein subjektiver Wert zugeschrieben wird und der eine Bedeutung für die persönlichen Bedürfnisse hat, wobei der Gegenstand, dem das Interesse gilt, positives emotionales Erleben auslöst und positive Wertschätzung erfährt (Wirtz 2017). Dabei kann es sich z.B. um soziale Anerkennung oder um ein finanzielles Einkommen handeln.

Auf der **kollektiven Ebene** sind drei Formen von Zusammenschlüssen zu unterscheiden, die unterschiedliche Interessen verfolgen:

- **Berufspolitische Zusammenschlüsse**, wie der Berufsverband Deutscher Internisten, der Berufsverband der Deutschen Chirurgen, der Hartmannbund oder der Marburger Bund. Sie vertreten in erster Linie kollektive Interessen in einem gewerkschaftlichen Sinne.

- **Medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaften:** Sie verfolgen satzungsgemäß das Ziel, die Wissenschaft und Forschung und die Anwendung der Forschungsergebnisse zu fördern. Sie sind in der Regel als frei-gemeinnützig anerkannt.
- **Ärztckammern und Kassenärztliche Vereinigungen:** Sie nehmen staatliche Aufgaben auf gesetzlicher Grundlage wahr und unterscheiden sich daher grundlegend von Berufsverbänden und Fachgesellschaften. Im Vordergrund steht bei den Kammern die Sicherstellung der Einhaltung der selbst verordneten Berufspflichten, daneben auch die Wahrnehmung der beruflichen Belange. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die Aufgabe, die ambulante haus- und fachärztliche sowie die psychotherapeutische Versorgung sicherzustellen und die ordnungsgemäße Erbringung zu gewährleisten. Sie dienen damit primär dem Allgemeinwohl.

Das Interesse der Allgemeinheit besteht darin, der Berufsgruppe der Ärzte insgesamt und jedem einzelnen Arzt im Speziellen jederzeit darin vertrauen zu können, die Gesundheitsprobleme auf Grundlage der spezialisierten Wissensbasis bestmöglich im Sinne der Patienten zu lösen. Damit ist die Ärzteschaft Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge, sie ist in „den Staatskörper einbezogen“ (Rudzio 2015, 89) und Teil eines Phänomens, das als Korporatismus bezeichnet wird. Damit einher geht der für alle Ärzte geltende Zwang zur Mitgliedschaft in einer Ärztekammer bzw. der Zwang für ambulant im GKV-System tätige Ärzte zur Mitgliedschaft in einer Kassenärztlichen Vereinigung. Im Gegenzug gewährt der Gesetzgeber den Ärzten ein hohes Maß an Autonomie in der Regelung der beruflichen Belange innerhalb des gesetzlichen Rahmens. Die Bundesärzteordnung als gesetzliche Grundlage wie auch die von der verfassten Ärzteschaft erstellte Berufsordnung legen als Prinzipien fest, dass der Arzt der Gesundheit des einzelnen Menschen als auch der Bevölkerung dient, der ärztliche Beruf kein Gewerbe ist, Ärzte unabhängig von externen Interessen handeln und die Interessen des Patienten vor konkurrierende Interessen stehen.

Die Interessen der Allgemeinheit sind in diesem Zusammenhang als *primäre Interessen*, die Eigeninteressen der einzelnen Ärzte und ihrer Fachgruppen als *sekundäre Interessen* zu bezeichnen. Die korporatistischen Strukturen, also die Ärztekammern und die Kassenärztlichen Vereinigungen, sollen gewährleisten, dass die primären Interessen stets gewahrt bleiben, also nicht unangemessen von sekundären Interessen beeinträchtigt werden.

Das Konzept des Interessenkonflikts dürfte bereits im Hippokratischen Eid angelegt sein (Diller 1994, 8ff.), einem mehr als 2000 Jahre alten historischen Text unbekannter Autorenschaft (Diller 1994, 326-337). In der darin enthaltenen Aussage „Ich werde ärztliche Verordnungen treffen zum Nutzen der Kranken nach meiner Fähigkeit und meinem Urteil“ dürfte bereits die Einsicht enthalten sein, dass ein Spannungsfeld zwischen dem Nutzen ärztlichen Handelns für den Patienten und dem Nutzen für den Arzt selbst bestehen kann. In der Deklaration von Genf der World Medical Association (2006) lautet die entsprechende Aussage: „Die Gesundheit meines Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein“. Ähnlich heißt es in der Berufsordnung für deutsche Ärztinnen und Ärzte: „Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patientinnen und Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein“ (Bundesärztekammer 2015). Die Benennung des Patientenwohls als „oberstes Gebot“ weist ebenfalls auf Einflüsse hin, über die sich ärztliches Handeln sozusagen erheben soll.

Der Hippokratische Eid ist ein früher Hinweis darauf, dass der Arztberuf als ein „höherer“ Beruf gilt. Berufssoziologisch wird er als *Profession* bezeichnet (Freidson 2001). Dies geht damit einher, dass die Gesellschaft Erwartungen an die Vertrauenswürdigkeit der Berufsgruppe stellt und ihr im Gegenzug einen hohen sozialen Status, vergleichsweise hohe Einkommen und eine hohe Autonomie gewährt. Für die Ärzteschaft bedeutet dies, dass es in ihrem eigenen Interesse liegt, die Interessen und das Vertrauen der Allgemeinheit zu wahren, weil sie nur dadurch ihren privilegierten Status aufrecht erhalten kann.

Rodwin sieht den Arzt in seiner Beziehung zum Patienten als Treuhänder, dem der Patient sein Gesundheitsproblem zur (gemeinsamen) Lösung anvertraut. Der Arzt in seiner Rolle als Treuhänder verpflichtet sich zur Loyalität und zu einer Arbeit allein zum Wohle und Nutzen des Patienten. Situationen, welche die so beschaffene Verpflichtung und Loyalität des Arztes als Treuhänder kompromittieren, stellen Interessenkonflikte dar (Rodwin 2011, 15).

Der Arzt kann als Treuhänder angesehen werden, dem der Patient sein Gesundheitsproblem wegen dessen Vertrauenswürdigkeit, Sachkunde und Uneigennützigkeit überträgt.

1.1.2 Bedeutung von Interessenkonflikten

Die Bedeutung von Interessenkonflikten liegt darin, dass sie die Integrität des Urteilsvermögens beeinträchtigen können. Die Folge kann ein verzerrtes Urteil sein, also ein Urteil, das von der Wahrheit systematisch abweicht (Klemperer 2008). Diese systematische Abweichung wird als *Bias* (*Verzerrung*) bezeichnet. Im ärztlichen Alltag führt Bias zu einer systematischen Fehleinschätzung in der Erkennung und Lösung von Gesundheitsproblemen. Dies verhindert die bestmögliche Versorgung der Patienten und kann die Gesundheit und das Leben von Patienten gefährden. Das eigentliche Problem ist somit der Bias und die damit verbundenen Folgen. Der Interessenkonflikt ist als Auslöser von Bias und der damit verbundenen potenziellen Nachteile für die Patienten zu betrachten (Lo u. Ott 2013). Von Interessenkonflikten können Individuen, Gruppen und Institutionen betroffen sein. Die durch Interessenkonflikte ausgelöste Beeinflussung kognitiver Prozesse nehmen die betroffenen Individuen, Gruppen und Institutionen zumeist nicht wahr (s. Kap. I.2).

Der Begriff *Interessenkonflikt* wurde Anfang der 1980er-Jahre in die Medizin eingeführt. Arnold Relman, der damalige Herausgeber des *New England Journal of Medicine*, benannte den problematischen Einfluss ökonomischer Erwägungen auf die Medizin (Relman 1980) und führte für die Autoren des Journals die Erklärung von Interessenkonflikten ein (Relman 1984). Dabei ging es ihm in erster Linie um die finanzielle Unterstützung der Forscher durch Firmen, die ein unmittelbares Interesse an positiven Forschungsergebnissen haben, sowie um finanzielle Beteiligungen der Forscher an Firmen und um finanziell vorteilhafte Arrangements für die Forscher, wie z.B. eine bezahlte Beratungstätigkeit für Firmen. Ausdrücklich erkannte er die Bedeutung nicht-materieller Interessenkonflikte an, wie z.B. die Konkurrenz unter Wissenschaftlern und das Karrierestreben. Mit der Erklärung der finanziellen Interessenkonflikte ging es ihm in erster Linie um die Aufrechterhaltung der Glaubwürdigkeit,

um die Reputation der Forscher und um die Möglichkeit für den Leser, die Informationen im Wissen um die Interessenkonflikte des Autors zu beurteilen.

Der Begriff Interessenkonflikt wurde in den 1980er-Jahren von Relman eingeführt. Die Veröffentlichung der Interessenkonflikte sollte in erster Linie die Glaubwürdigkeit der Forscher und die Informiertheit der Leser fördern.

Dem Konzept Interessenkonflikt entspricht im juristischen Bereich die „*Besorgnis der Befangenheit*“, die dann besteht, wenn „ein Grund vorliegt, der geeignet ist, Misstrauen gegen die Unparteilichkeit eines Richters zu rechtfertigen“ (§ 24 Abs. 2 Strafprozessordnung). Der Bundesgerichtshof hat dazu in einem Urteil ausgeführt, dass das Misstrauen gerechtfertigt ist, wenn bei vernünftiger Würdigung aller Umstände Anlass zum Zweifel an der Unvoreingenommenheit besteht, wobei die Beurteilung stets im Hinblick auf das konkrete Verfahren und den konkreten Verfahrensgegenstand zu erfolgen hat und es keine verfahrensübergreifenden Generalablehnung geben darf (Bundesgerichtshof 2012). Weitere Details finden sich dazu in Kapitel I.3.

1.2 Grundbegriffe und Definitionen

Wie oben bereits erwähnt, ist der Kern des Problems die Beeinträchtigung des Urteilsvermögens mit der Folge verzerrter oder fehlerhafter medizinischer Entscheidungen und Empfehlungen (s. Kap. I.2). Die Definition von Interessenkonflikt sollte diesen Umstand berücksichtigen. Als zielführend hat sich ein Konzept erwiesen, das der Sozialwissenschaftler Dennis Thompson erstmals 1993 im *New England Journal of Medicine* dargelegt hat. Diese Definition hat sich in der Medizin weitgehend durchgesetzt, sie liegt beispielsweise dem wegweisenden Report des Institute of Medicine (2009) zugrunde, ebenso einem Schwerpunktheft des *Journal of the American Medical Association* vom 2.5.2017, den Empfehlungen des Guideline International (Schünemann et al. 2015) und wurde auch vom Sachverständigenrat Gesundheit und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) übernommen.

Die Definition des Institute of Medicine lautet (Institute of Medicine 2009, 6): „Conflicts of interest are defined as circumstances that create a risk that professional judgments or actions regarding a primary interest will be unduly influenced by a secondary interest.“

Die AWMF hat dies folgendermaßen übersetzt:

! „Interessenkonflikte sind definiert als Gegebenheiten, die ein Risiko dafür schaffen, dass professionelles Urteilsvermögen oder Handeln, welche sich auf ein primäres Interesse beziehen, durch ein sekundäres Interesse unangemessen beeinflusst werden.“ (AWMF 2010)

Interessenkonflikte sind dieser Definition zufolge „Gegebenheiten“ oder auch Situationen, die dadurch gekennzeichnet sind, dass sie ein erhöhtes *Risiko für ein verzerrtes*

Urteil auslösen. Interessenkonflikt bedeutet somit eine Risikosituation. Entgegen einem verbreiteten Missverständnis ist Interessenkonflikt also nicht in der Person verortet und auch keinesfalls als Makel, Charakterschwäche oder intellektuelle Fehlleistung zu verstehen. Die Betonung liegt auf „Risiko“, denn für das Vorhandensein eines Interessenkonfliktes ist es unerheblich, ob und in welchem Ausmaß das sekundäre Interesse über das primäre Interesse obsiegt. Das Urteil darüber, ob ein Interessenkonflikt vorliegt oder nicht, wird also ex ante getroffen. Ob das Urteilen oder Handeln tatsächlich unangemessen beeinflusst wurde, ist nicht Gegenstand der Beurteilung. Dies macht Sinn, weil der Nachweis ex post nicht möglich ist. Die kognitiven Prozesse, die Urteilen und Handlungen zugrunde liegen, bleiben selbst den Betroffenen häufig unbewusst und entziehen sich der Beweisbarkeit. Die Motive, die menschliches Urteilen und Handeln auslösen, können nur vermutet, aber nicht bewiesen werden. Die Beurteilung ex-ante ermöglicht insbesondere durch Vermeidung entsprechender Risikosituationen wirksame Strategien der Prävention.

Dem Konzept „potentieller Interessenkonflikt“ liegt die Annahme zugrunde, dass sekundäre Interessen allein keinen Interessenkonflikt ausmachen, sondern erst dann als Interessenkonflikt gelten, wenn sie zu verzerrtem Urteil und daraus folgendem Handeln führen. Auf dieser Grundlage gaben im Jahr 2009 alle Autoren der S3-Leitlinie Demenzen an, keine Interessenkonflikte zu haben, obwohl viele von ihnen finanzielle Beziehungen zu pharmazeutischen Unternehmen pflegten. Die AWMF hat im Jahr 2010 das Konzept der potenziellen Interessenkonflikte abgelegt und das Thompson-Konzept übernommen. Als Folge sind im Methodenreport der aktuellen Version der S3-Leitlinie Demenzen die Interessenkonflikte aller Autoren aufgeführt (Deuschl 2016, 107ff.). Dies verdeutlicht, dass „potentieller Interessenkonflikt“ ein untaugliches, nicht zielführendes Konzept darstellt.

1.2.1 Primäre und sekundäre Interessen

Primäres und sekundäres Interesse bezeichnen Interessen, die in einer gegebenen Situation gleichzeitig gegeben sein können. Wenn die Interessen miteinander konkurrieren und ein Risiko dafür besteht, dass das sekundäre Interesse sich negativ auf das primäre auswirkt, liegt ein Interessenkonflikt vor.

Primäres Interesse

Das primäre Interesse der ärztlichen Profession ist das Patientenwohl. Aufgabe des Arztes ist es, alle Patienten entsprechend den Regeln der ärztlichen Kunst zu behandeln, kurz gesagt, „das Richtige richtig zu machen“. Der Patient hat ein Gesundheitsproblem und der Arzt soll die bestmögliche Lösung im Sinne des Patienten finden und durchführen. Bei mehreren Behandlungsoptionen soll der Arzt den Patienten bei der Präferenzklärung unterstützen und eine einvernehmliche Lösung herbeiführen.

Primäre Interessen werden häufig in Grundsatzpapieren, Programmen, Leitbildern und auch in Gesetzen dargelegt. Das Patientenwohl als oberstes Ziel ärztlichen Handelns findet sich z.B. im Hippokratischen Eid, in der ärztlichen Berufsordnung (Bundesärztekammer 2015), in der Bundesärztleitung, in den Heilberufe-Kammergesetzen der Länder, für englische Ärzte in „Good medical practice“, für amerikanische Ärzte im Code of Medical Ethics der American Medical Association, weltweit in der

Genfer Deklaration des Weltärztebundes, in der Physician-Charter der ABIM-Foundation und im deutschen Patientenrechtegesetz.

Das **primäre Interesse des wissenschaftlich Forschenden** ist es, Forschungsfragen zu entwickeln, die relevant sind und eine Weiterentwicklung des medizinischen Wissensbestandes bzw. der Handlungs- und Behandlungsmöglichkeiten versprechen. Er muss Studien sorgfältig planen und durchführen, um valide Ergebnisse zu erzielen, die er in angemessener und geeigneter Form bewertet und kommuniziert. Das primäre Interesse besteht also im Erzielen valider und relevanter Forschungsergebnisse für einen Wissensfortschritt zum Wohle und Nutzen von Patienten und Bevölkerung.

Auch für die medizinische Forschung gibt es Erklärungen grundsätzlicher Art, wie z.B. die „Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ der Deutschen Forschungsgemeinschaft, die rechtsverbindliche „Verordnung über die Anwendung der Guten Klinischen Praxis bei der Durchführung von klinischen Prüfungen mit Arzneimitteln zur Anwendung am Menschen“ sowie die „Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung von Guter Epidemiologischer Praxis“. Primäres Interesse medizinischer Forschung sollte das Wohl der Patienten und der Bevölkerung sein, das durch entsprechende Forschung und ihre Ergebnisse gefördert wird.

Sekundäre Interessen

Sekundäre Interessen sind Interessen, die neben den primären Interessen bestehen. Neben dem Patientenwohl als primärem Interesse des Berufsstandes bestehen unvermeidlich auch persönliche Interessen des Arztes. Diese sekundären Interessen werden üblicherweise in materielle und nicht-materielle Interessen unterteilt. So dient die Berufsausübung stets auch der Erzielung eines Einkommens. Wenn die bestmögliche Behandlung eines Patienten geringer vergütet wird als eine weniger gute Behandlungsform, besteht ein Risiko dafür, dass der Arzt die höher vergütete aber weniger geeignete Behandlung durchführt, dass er also dem sekundären Interesse Vorrang vor dem primären Interesse gibt. Dieser Konflikt wird dadurch verschärft, dass zumeist die Durchführung einer Behandlung vergütet wird, auch wenn sie nicht die beste Lösung darstellt, während die Unterlassung einer überflüssigen Behandlung nicht vergütet wird.

Sekundäre Interessen sind Interessen, die neben den primären Interessen bestehen. Sie werden üblicherweise in materielle und nicht-materielle Interessen unterteilt.

Sekundäre Interessen können mit materiellen, aber auch psychologischen und sozialen Vorteilen einhergehen – eine trennscharfe Unterscheidung ist nicht immer möglich. Konflikte aufgrund nicht-materieller sekundärer Interessen treten in vielen Formen auf und können ganz natürlich sein, wie z.B. Ehrgeiz, Streben nach Status und Anerkennung, Aufnahme oder Verbleib in einer Gruppe, Konkurrenz zu anderen Ärzten oder Wissenschaftlern, Wohlwollen von einflussreichen Personen, Unterstützung und Förderung von Familienangehörigen und Freunden.

Sekundäre Interessen können die primären Interessen gefährden, aber auch befördern. Letzteres ist beispielsweise der Fall, wenn das Streben nach höherem Einkom-

men den Arzt dazu motiviert, eine höhere Zahl von Patienten gut zu behandeln. Auch dürfte eine wissenschaftliche Karriere ohne Ehrgeiz und Wunsch nach Statusverbesserung schwerlich gelingen. Als problematisch ist das Nebeneinander von primären und sekundären Interessen nur dann zu bewerten, wenn ein Risiko besteht, dass das sekundäre Interesse überhand gewinnt.

Die Unterteilung in direkte finanzielle Interessenkonflikte und indirekte Interessenkonflikte stellt eine Modifikation dar, wobei letztere sich auf Bereiche beziehen wie wissenschaftliche Karriere und Status innerhalb einer Gemeinschaft – was indirekt auch zu erhöhtem Einkommen führen kann. In diesem Zusammenhang wird auch von intellektuellen Interessenkonflikten gesprochen. Marshall (1992) hat auf die Schwierigkeit hingewiesen, als Forscher einerseits mit Leidenschaft an wissenschaftlichen Fragen zu arbeiten, sich dabei aber andererseits eine leidenschaftslose Betrachtungsweise zu bewahren. Fehlende Offenheit für Informationen, die den eigenen Annahmen widersprechen, scheint auch unter Wissenschaftlern ein verbreitetes Phänomen zu sein (Nuzzo 2015). Eine einheitliche Definition liegt nicht vor, soll hier aber angeregt werden:

Intellektueller Interessenkonflikt bezeichnet das erhöhte Risiko, im Rahmen der eigenen akademischen Aktivitäten spezifische Standpunkte zu entwickeln und beizubehalten, die bei angemessener Würdigung aller relevanten Informationen als fragwürdig oder widerlegt anzusehen sind; intellektuelle Interessenkonflikte stehen in enger Verbindung zum Bestätigungsbias (s. Kap. 1.2).

Auf die besondere Bedeutung von sekundären Interessen für die Psychotherapie weist u.a. Lieb (2016) hin. Die Herausforderung besteht darin, dass Psychotherapeuten in der Regel eine bestimmte Therapiemethode erlernt haben, ihre Berufsausübung, ihren Status, ihr Selbstbild und auch ihr Einkommen darauf gründen. Dies bedingt ein erhöhtes Risiko, die eigene Methode für nützlicher anzusehen als sie ist und Vorteile gegenüber anderen Methoden anzunehmen, die möglicherweise nicht vorliegen.

1.2.2 Die Beurteilung der Wahrscheinlichkeit von unangemessener Beeinflussung und der Größe des möglichen Schadens

Die Beurteilung von Interessenkonflikten erfolgt über Kriterien, die ihn mehr oder weniger wahrscheinlich oder problematisch erscheinen lassen (Thompson 1993).

Die Wahrscheinlichkeit von unangemessener Beeinflussung ist laut Thompson (1993) anhand folgender Kriterien beurteilbar:

- Wert des Sekundärinteresses („value of the secondary interest“): Ein höherer Wert geht mit einer höheren Wahrscheinlichkeit der unangemessenen Beeinflussung einher, wobei die Relation zum Einkommen zu berücksichtigen ist. Eine untere Grenze, unterhalb derer keine Beeinflussung stattfindet, scheint es nicht zu geben, vielmehr wurde eine Beeinflussung schon in Verbindung mit Geschenken ohne nennenswerten materiellen Wert nachgewiesen (z.B.: Lieb u. Scheurich 2014).

Tab. 1 Beispiele von Interessenkonflikt-Konstellationen im Gesundheitswesen (aus Lieb et al. 2011, 257, mit freundlicher Genehmigung des Deutschen Ärzteblatts)

Umfeld	Professionelle Rolle, die das primäre Interesse definiert	Handlung, die durch sekundäres Interesse beeinträchtigt werden kann	Direkt Betroffene/r
Praxis/Klinik	behandelnder Arzt	Aufklärung, Therapieentscheidung	Patient, Angehörige
	Arzt/Wissenschaftler in einer klinischen Studie	Aufklärung, Therapieentscheidung	Studienteilnehmer
Fort- und Weiterbildung	Referent	Therapieempfehlung	Arzt, Patient
Zeitschriften und Kongresse	publizierender Arzt/Wissenschaftler	Publikation: ja/nein; ergebnisabhängige Publikation	(Fach-)Öffentlichkeit
	Gutachter	Empfehlung	Autor
	Meinungsbildner (z.B. Autor eines Leitartikels)	Empfehlung	(Fach-)Öffentlichkeit
medizinisch-wissenschaftliche Gremien	Entscheidungsträger in Berufsverbänden, Fachgesellschaften	Empfehlung, Kongressausrichtung, Leitlinien	Patienten, Gesellschaft
	Leitlinienautor	Empfehlung	Fachöffentlichkeit
	Mitglied einer Ethikkommission	Votum	Wissenschaftler
politisch-gesellschaftliche Gremien	Sachverständiger für staatliche Institutionen oder Institutionen der Selbstverwaltung Bundesoberbehörden, G-BA, IQWiG	Empfehlung	(Fach-)Öffentlichkeit, Patienten
	Akteure in Interessenverbänden im Gesundheitswesen, in Organen der ärztlichen Selbstverwaltung	Empfehlung	(Fach-)Öffentlichkeit, Patienten

- **Ausmaß des Konfliktes („scope of conflict“):** Die Wahrscheinlichkeit der unangemessenen Beeinflussung steigt mit dem Ausmaß, also der Dauer und Tiefe der Beziehung, die den Konflikt hervorbringt. Die langjährige Verbundenheit als Berater einer pharmazeutischen Firma erhöht die Wahrscheinlichkeit der Beeinflussung stärker als ein einmaliges Geschenk, wie z. B. ein Lehrbuch.
- **Ausmaß der Entscheidungs- und Ermessensfreiheit („extent of discretion“):** Der Leiter einer Studie, der über Planung Design und Durchführung bestimmt, ist stärker gefährdet als ein Assistent, der keine nennenswerten Entscheidungen zu treffen hat.

1 Was sind Interessen und Interessenkonflikte?

Die Schwere eines möglichen Konfliktes ist anhand der folgenden Kriterien zu beurteilen:

- **Wert des Primärinteresses („value of the primary interest“):** Die direkten Auswirkungen auf das Wohlergehen des Patienten bzw. auf die Integrität der Forschung sowie die indirekten Folgen wie Verlust des Vertrauens in Ärzte bzw. in die medizinische Forschung.
- **Ausmaß der Konsequenzen („scope of consequences“):** Der Interessenkonflikt eines niedergelassenen Arztes, der Geschenke eines Pharmavertreters annimmt und dadurch in seinem Verschreibungsverhalten negativ beeinflusst wird, ist bei der überschaubaren Zahl seiner Patienten geringer als bei einem „Key Opinion Leader“, der unter dem Einfluss einer Firma eine große Zahl von Kollegen negativ in ihrem Verschreibungsverhalten beeinflusst.
- **Ausmaß an Rechenschaftspflicht („extent of accountability“):** Je geringer die Rechenschaftspflicht ist, desto schwerer ist der Interessenkonflikt. Überprüfbarkeit und Transparenz der Handlungen von Ärzten und Forschern mindern die Schwere.

Die Tabelle 1 (aus Lieb et al. 2011) zeigt einige Beispiele von Interessenkonflikt-Konstellationen im Gesundheitswesen, an denen sich die unterschiedliche Schwere und Bedeutung der Konflikte leicht verdeutlicht.

Ein Beispiel für die Prüfung und Bewertung der Relevanz materieller und immaterieller Interessenkonflikte bietet die AWMF, die als Bestandteil ihrer Methodologie der Leitlinienentwicklung die von den Mitgliedern der Leitliniengruppe deklarierten Interessenkonflikte auf einer Skala von gering über moderat bis gravierend einordnet und die Möglichkeiten der Beteiligung an der Leitlinienentwicklung mit dem Ziel der Biasvermeidung entsprechend einschränkt (s. Kap. III.5).

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2010) Empfehlungen der AWMF zum Umgang mit Interessenkonflikten bei Fachgesellschaften. GMS Mitteilungen aus der AWMF 7:Doc8
- Bundesärztekammer (2015) (Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte
- Bundesgerichtshof (2012) Besorgnis der Befangenheit von Richtern, BGH 2 StR 25/12 – Beschluss vom 9. Mai 2012
- Deuschl G, Maier W et al. (2016) S3-Leitlinie Demenzen. Leitlinienreport.
- Diller H (1994) Hippokrates. Ausgewählte Schriften. Reclam Stuttgart
- Freidson E (2001) Professionalism, the Third Logic: On the Practice of Knowledge (Kindle edition). Polity Cambridge
- Institute of Medicine (2009) Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice. The National Academies Press Washington DC
- Klemperer D (2008) Interessenkonflikte: Gefahr für das ärztliche Urteilsvermögen. Dtsch Arztebl 105, 2098–2100
- Lieb K (2016) Interessenkonflikte in der Psychotherapie. In: Herpertz S, Caspar F, Lieb K (Hrsg.) Psychotherapie. Funktions- und störungsorientiertes Vorgehen. 645–651. Urban & Fischer, Elsevier München
- Lieb K, Klemperer D, Koch K, Baethge C, Ollenschläger G, Ludwig WD (2011) Interessenkonflikte in der Medizin. Mit Transparenz Vertrauen stärken. Deutsches Ärzteblatt 108, A256–61
- Lieb K, Scheurich A (2014) Contact between doctors and the pharmaceutical industry, their perceptions, and the effects on prescribing habits. PLoS One. 9:e110130
- Lo B, Ott C (2013) What is the Enemy in CME, Conflicts of Interest or Bias? JAMA 310, 1019–1020
- Marshall E (1992) When does intellectual passion become conflict of interest? Science 257, 620–623

- Nuzzo R (2015) How scientists fool themselves – and how they can stop. *Nature* 526, 182–185
- Relman AS (1980) The New Medical-Industrial Complex. *New England Journal of Medicine* 303, 963–970
- Relman AS (1984) Dealing with Conflicts of Interest. *New England Journal of Medicine* 310, 1182–83
- Rodwin MA (2011) *Conflicts of Interest and the Future of Medicine: The United States, France, and Japan* (Kindle edition). Oxford University Press New York
- Rudzio W (2015) *Das politische System der Bundesrepublik Deutschland*. Springer VS Wiesbaden
- Schünemann HJ, Al-Ansary LA, Forland F, Kersten S, Komulainen J, Kopp IB, Macbeth F, Phillips SM, Robbins C, van der Wees P, Qaseem A (2015) Guidelines International Network: Principles for Disclosure of Interests and Management of Conflicts in Guidelines. *Annals of Internal Medicine* 163, 548–553
- Thompson DF (1993) Understanding Financial Conflicts of Interest. *N Engl J Med* 329, 573–576
- Wirtz MA (2017) Interesse. Dorsch – Lexikon der Psychologie. URL: <https://portal.hogrefe.com/dorsch/interesse/> (abgerufen am 21.03.2018)

2 Psychologische Aspekte von Interessenkonflikten

Georg Felser und David Klemperer

2.1 Einleitung

Die ärztliche Tätigkeit stellt hohe Anforderungen an das Denkvermögen und die Urteilskraft. Klinisches Denken bedeutet, eine Vielzahl von Beobachtungen am Patienten sowie klinische Daten und Informationen zu verarbeiten, daraus diagnostische Hypothesen und Behandlungsvorschläge zu entwickeln, denen eine Abwägung von Nutzen und Schäden zugrunde liegt. Fundiertes Fachwissen, klinische Erfahrung, Integrität des Denkens und Urteilens unter Primat des Patientenwohls sind Kernelemente ärztlicher Professionalität und Voraussetzung für Entscheidungen zur bestmöglichen Lösung des Patientenproblems. Die menschliche Kognition ist jedoch grundlegend leicht beeinflussbar und störanfällig, auch ohne dass Interessenkonflikte oder Beeinflussungsversuche vorliegen. Bestehen aber Interessenkonflikte oder Beeinflussungsversuche, wirken diese verschärfend und erhöhen das Risiko für kognitiven Bias.

In diesem Kapitel sollen vier Sachverhalte verdeutlicht werden:

1. Menschliches Verhalten folgt häufig vorhersehbaren Mustern. Bestimmte Auslösemerkmale führen oft zu automatischen Reaktionen, die zumeist sinnvoll sind. Verhalten folgt somit häufig einem Reiz-Reaktions-Schema.
2. Die Ergebnisse kognitiver Prozesse können bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen, wie z.B. Interessenkonflikten, regelhaft verzerrt und falsch sein, ohne dass die betroffene Person es wahrnimmt.

3. Haltungen, Meinungen, Urteile und Entscheidungen können durch definierte psychologische Strategien in eine bestimmte Richtung gelenkt werden, ohne dass der Adressat dies wahrnimmt.
4. Intelligenz, Erfahrung oder hohe berufliche Qualifikation schützen nicht vor verzerrtem Urteilen und vor Beeinflussung.

2.1.1 Automatisches versus kontrolliertes Verhalten

Automatische Denk- und Entscheidungsprozesse tragen wesentlich dazu bei, den Alltag zu bewältigen. Würden wir alle Situationen, Ereignisse und Menschen erst gründlich analysieren, bevor wir handeln, könnten wir die zahlreichen Entscheidungen, die der Alltag fordert, nicht meistern. Daher fokussieren wir häufig auf einige Schlüsselmerkmale und reagieren ohne weiteres Nachdenken. Im Sinne des Reiz-Reaktions-Mechanismus führen bestimmte Auslösemerkmale zu bestimmten Reaktionen. Diese verkürzten Entscheidungswege, auch *Heuristiken* genannt, sind häufig effizient und zielführend. Natürlich macht das automatische Verhalten („automatic responding“) nur einen Teil des menschlichen Verhaltensrepertoires aus. Den Gegenpol bildet das kontrollierte Verhalten, die Reaktion nach gründlicher Analyse aller verfügbaren Informationen (Cialdini 2013, 29). Auf der Ebene der Kognition wird analog zwischen dem schnellen, automatischen und mühelosen (System 1) bzw. dem langsamen, prüfenden und dem anstrengenden Denken (System 2) unterschieden (Kahneman 2012, 25).

2.1.2 Automatismen als „Waffen der Einflussnahme“

Trotz ihrer Verbreitung sind uns die Automatismen menschlichen Denkens und Verhaltens zumeist wenig bewusst. Die Reflexion ist jedoch sinnvoll, nicht nur, weil automatisches Verhalten zwar häufig, aber nicht immer zielführend ist, sondern auch weil diese Automatismen gezielt als „Waffen der Einflussnahme“ („weapons of influence“) genutzt werden können, um unser Verhalten zu manipulieren. Das Wissen um diese Waffen hilft dabei, diese zu erkennen und abzuwehren, wenn sie auf uns gerichtet sind.

Die Untersuchung der Gesetzmäßigkeiten kognitiver Prozesse ist seit den 1980er-Jahren ein Forschungsschwerpunkt der Psychologie, der in Verbindung mit Namen wie Kahneman (Nobelpreisträger 2002), Tversky, Gilovich, Cialdini und Gigerenzer sowie Thaler (Nobelpreisträger 2017) steht.

Aus dieser Forschung stellen wir im Folgenden sowohl Effekte der sozialen Beeinflussung vor als auch Urteilverzerrungen, die beim Individuum allein ansetzen, sog. *Biases*. Der Begriff des Bias bezeichnet einen Urteilsfehler. Das Besondere an einem Bias, ist, dass er stets eine bestimmte Richtung hat, also ein systematischer Fehler ist, in der Medizin also eine Fehleinschätzung von Nutzen und Schaden von Therapiemaßnahmen bedeutet. Das unterscheidet ihn von den ebenfalls üblichen (aber weniger gefährlichen) unsystematischen Fehlern, den „*Errors*“.

Eine zentrale Folgerung aus der Forschung zu sozialer Beeinflussung und zu Urteilsfehlern können wir bereits zu Beginn unserer Darstellung ziehen.

! Psychologisches Fachwissen bzw. Einsicht in den Mechanismus der Beeinflussung reicht in der Mehrzahl der Fälle nicht aus, um die verzerrenden Effekte zu lindern oder gar abzustellen.

Wir stellen Effekte und Einflussgrößen dar, die selbst dann auf unser Verhalten, unsere Urteile und Bewertungen wirken, wenn wir sie kennen und durchschauen, wie z.B. die Reziprozitätsregel (s. Kap. 1.2.5.2) oder die soziale Bewährtheit. Vor solchen Einflussgrößen schützt man sich am besten, wenn man sich ihnen gar nicht erst aussetzt. Leider jedoch ist dies eine Einsicht, die nur selten erreicht wird. Daher müssen wir hier als zweite vorweggenommene Folgerung resümieren.

! Eines der größten Probleme der verzerrten Urteilsbildung ist die Zuversicht des Urteilenden, von der Verzerrung nicht betroffen zu sein.

Die Psychologie beschreibt eine Vielzahl von Einflusskonzepten, aus denen wir sieben herausgreifen, die zum einen exemplarischen Charakter haben und zum anderen für den Gesundheitsbereich besonders relevant erscheinen: Motivierte Evaluation, Bestätigungs-Bias, Framing, Reziprozität, Sympathie, Soziale Bewährtheit, Commitment und Konsistenz. Die Konzepte überschneiden und ergänzen sich und sollen verdeutlichen, dass es zu den Grundeigenschaften der Menschen gehört, beeinflussbar zu sein. Darüber hinaus soll es ermöglichen, mit unangemessenen Beeinflussungsversuchen angemessen umzugehen.

2.2 Motivierte Evaluation

Das Ergebnis der Prüfung von Sachverhalten ist uns häufig nicht egal. Ein Therapeut, der ein bestimmtes Verfahren erlernt und möglicherweise über viele Jahre ausgeübt und damit seinen Lebensunterhalt verdient hat, sieht durch Studien, welche dieses Verfahren infrage stellen, sowohl sein Einkommen als auch sein Selbstwertgefühl infrage gestellt. Er ist mit einer Tatsache konfrontiert, die seiner bisherigen Kognition widerspricht, ein Gefühl von Unbehagen auslöst und sein Selbstbild als kompetenter, angesehener Therapeut infrage stellt. Es besteht eine „kognitive Dissonanz“ (Aronson et al. 2014, 184f.). In solchen Situationen „hilft“ uns die Kognition, die Informationen oder die Quelle so - verzerrt - wahrzunehmen und zu bewerten, dass wir zu den Ergebnissen gelangen, die uns psychologisch, materiell und sozial angenehm sind. So kann die Prüfung einer gegebenen Studienlage zu unterschiedlicher bis hin zu gegensätzlicher Beurteilung führen. So bewerten viele Autoren das jeweilige selbst ausgeübte Psychotherapieverfahren in ihren Studien günstiger als die konkurrierenden Verfahren (s. Kap. 1.1).

Wang et al. (2010) konnten zeigen, dass die Bewertung einer Studie, die auf die Mortalitätssteigerung durch das Diabetes-Medikament Avandia® (Rosiglitazon) hinwies, in Abhängigkeit von finanziellen Interessenkonflikten gegensätzlich ausfiel: Autoren ohne Interessenkonflikte rieten von der weiteren Verordnung ab, die meisten Auto-