

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)