

## *Editorial*

### *Interessenskonflikte – ein Thema auch für die Berufs- dermatologie?*

Interessenskonflikte sind beileibe nichts Neues. Bereits die Bibel thematisiert sie in der Bergpredigt: „Niemand kann zwei Herren dienen: entweder er wird den einen hasen und den andern lieben, oder er wird dem einen anhangen und den andern verachten. Ihr könnt nicht Gott dienen und dem Mammon“ (*Matthäus 6, 24*).

Jeder Mensch, zumindest im philosophischen Verständnis der jüdisch-christlichen abendländischen Tradition und der Aufklärung, steht aufgrund der anthropologischen Offenheit seiner Existenz zwangsläufig im Interessenskonflikt zwischen individuellem Interesse und sozialer Verpflichtung, zwischen Selbstverwirklichung und Altruismus, zwischen Zivilcourage und Anpassung. Interessenskonflikte sind also per se nicht ungewöhnlich oder anrühlich, es gilt jedoch, entsprechend dem Motto der Aufklärung als Ausgang aus der selbstverschuldeten Unmündigkeit sich ihrer bewußt zu werden und sie auch anderen, die von unserer Entscheidung abhängig sind, offenzulegen, um ihnen die Möglichkeit einer kritischen Einschätzung unseres sie betreffenden Verhaltens zu geben.

Interessenskonflikte werden in der kognitiven Psychologie definiert als „Situationen, die ein Risiko dafür schaffen, dass professionelles Urteilsvermögen oder Han-

deln, welches sich auf ein primäres Interesse bezieht, durch ein sekundäres Interesse unangemessen beeinflusst wird“ [1]. Sie betreffen alle Berufe. Wer möchte schon von einem Rechtsanwalt vertreten werden, der von der Gegenseite bezahlt wird, oder vor einem Richter stehen, der einen Bonus erhält, wenn er möglichst viele Gefängnisstrafen ausspricht. In besonderer Weise ist der Arztberuf von Interessenskonflikten betroffen, da Patienten oft nicht über das erforderliche Wissen verfügen, um ärztliche Entscheidungen kritisch zu hinterfragen und daher auf die Unabhängigkeit des ärztlichen Urteils in besonderer Weise angewiesen sind.

Wenn Interessenskonflikte auch alltäglich sind: Die psychologische Forschung legt die vertrackte Selbsttäuschung offen, mit der wir uns ihrer Einsicht verweigern: „Eines der größten Probleme der verzerrten Urteilsbildung ist die Zuversicht des Urteilenden, von der Verzerrung nicht betroffen zu sein.“ [2] – man spricht in diesem Zusammenhang auch vom „bias blind spot“ [3].

Berufsdermatologen – zumindest die wissenschaftlich tätigen – kennen seit langem die „Erklärung zu Interessenskonflikten“, die heutzutage von allen medizinischen Fachzeitschriften gefordert wird. Dadurch sollen Konflikte offengelegt werden, die die Ergebnisse wissenschaftlicher Studien beeinflussen können, sei es bewusst oder unterbewusst. Dabei wird primär an die Finanzierung von Studien, aber auch an Berater- und Vortragshonorare durch die Pharmaindustrie gedacht. Dass die Befürchtungen, Interessenskonflikte könnten die Ergebnisse klinischer Studien verzerren, ernstzunehmen sind, haben zahlreiche Untersuchungen gezeigt, zuletzt eine kürzliche Metaanalyse der Cochrane-Collaboration. In ihr wurden 48 Studien ausgewertet, die den Einfluss des Industrie-Sponsoring auf Studienergebnisse untersucht hatten. Es ergab sich, wenig überraschend, dass Studien, die durch Hersteller von Arzneimitteln und Medizinprodukten unterstützt worden waren, signifikant günstigere Ergebnisse und Schlussfolgerungen

aufwiesen als Studien, die aus anderen Quellen finanziert waren [4].

An der Zusammenarbeit mit der Industrie und an der Mitarbeit an industriefinanzierten Studien führt für die Kliniker an den Universitäten allerdings zumindest solange kein Weg vorbei, als wissenschaftliche Drittmiteleinwerbung Dienstaufgabe ist und eine wichtige Rolle in Berufungsverfahren spielt. Alternativen wie die industrieunabhängige klinische Forschung, fristen in Deutschland nach wie vor ein Schattendasein. Eine Studie des Büros für Technikfolgenabschätzung beim Deutschen Bundestag belegt, dass das gemeinsam von BMBF und DFG getragene Förderprogramm für nichtkommerzielle klinische Studien bei weitem nicht ausreicht, um den Bedarf an wissenschaftlicher Evidenz zu decken [5]. Interessanterweise, so dieser Bericht, wird selbst die Mehrzahl der „nichtkommerziellen“ klinischen Studien in Deutschland von der Industrie gefördert.

Die Diskussion um Interessenskonflikte hat inzwischen aber auch die niedergelassenen Ärzte erreicht, nachdem der Bundesgerichtshof 2012 geurteilt hatte, dass ein niedergelassener, für die vertragsärztliche Versorgung zugelassener Arzt, weder als Amtsträger noch als Beauftragter der gesetzlichen Krankenkassen handelt und daher weder das Delikt der Bestechlichkeit im geschäftlichen Verkehr (§ 299 StGB) noch die Amtsdelikte (§§ 330 ff. StGB) auf ihn zutreffen, wenn er von dritter Seite (z.B. Pharmaferenten) unzulässige finanzielle Zuwendungen für die medizinische Behandlung der Versicherten annimmt (Az. GSt 2/11). Diese Gesetzeslücke, von den Medien als „Ärztelkorrumpion“ geißelt, soll nunmehr durch eine strafbewehrte Vorschrift im SGB V geschlossen werden.

Wesentlich milder allerdings geht die Politik mit einem von ihr selbst geschaffenen gravierenden Interessenskonflikt um, der nicht minder auf Kosten der Patienten gehen dürfte. Mit der Abschaffung der Privatliquidation vor über 10 Jahren wurden in den Kliniken Chefarztverträge eingeführt, die von der Erfüllung ökonomischer Zielgrößen, etwa der Durchführung einer bestimmten Zahl von Operationen, abhängige

Bonuszahlungen vorsehen. Bereits seinerzeit hatte nicht zuletzt der Deutsche Hochschulverband (DHV) als Interessensvertretung der Hochschullehrer in Deutschland gegen diese Praxis protestiert. In einer Resolution der „Arbeitsgemeinschaft Hochschulmedizin“, der neben dem DHV die Bundesärztekammer, die AWMF, der Medizinische Fakultätentag, der Marburger Bund und die Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht angehören, wurde diese Kritik Ende 2012 wiederholt: „Fallzahlorientierte Bonus- oder Malusregelungen sind ethisch nicht verantwortbar. Sie gefährden die berufsrechtlich gebotene ärztliche Unabhängigkeit und zerstören das Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Arzt“ [6]. Obgleich sich der Bundesgesundheitsminister höchstpersönlich gegen Bonuszahlungen für besonders viele Operationen ausgesprochen hat und diese nur für eine besondere Leistung oder Qualität begründet sieht [7], wurde durch die jüngste Novellierung des SGB V lediglich eine abstrakte Informationspflicht der Krankenhäuser in Qualitätsberichten eingeführt, für welche Leistungen „leistungsbezogene Zielvereinbarungen“ geschlossen wurden. Welcher Patient liest schon Qualitätsberichte und wie soll er diesen entnehmen, ob sein Arzt einen Bonus erhält, wenn er besonders viele neue Hüften einbaut?

Die AG „Interessenskonflikte in der Medizin“ hat in einer schönen Übersicht im Deutschen Ärzteblatt allerdings darauf hingewiesen, dass mit den genannten Beispielen das Spektrum möglicher Konstellationen, in denen sich Interessenskonflikte ergeben können, auf verschiedenen Ebenen des Gesundheitssystems keineswegs erschöpft ist [1]. Ausdrücklich werden in diesem Beitrag Gutachter genannt, die in Abhängigkeiten geraten können – ein Vorwurf, der auch den Autoren der „Bamberger Empfehlungen“ gemacht wurde, bei denen Kritiker eine übergroße Nähe zu den Unfallversicherungsträgern vermuteten [8]. Diese Debatte zeigt, dass auch in der Berufsdermatologie Sensibilität bezüglich Interessenskonflikten angebracht ist.

Auch Entscheidungsträger in Berufsverbänden und Fachgesellschaften sowie

Sachverständige für staatliche Institutionen können in Interessenskonflikte geraten. Die sekundären Interessen, die zu Konflikten mit den primären Verpflichtungen führen können, sind keineswegs nur materielle Abhängigkeiten von der Pharmaindustrie, sondern auch besondere Loyalitätspflichten gegenüber einem bestimmten Arbeitgeber oder Kooperationspartner oder der Erhalt von Forschungsmitteln Dritter (auch ausserhalb der Industrie), die damit naturgemäß bestimmte Interessen verknüpfen. Auch immaterielle Interessenskonflikte sind zu berücksichtigen, wie die Zugehörigkeit zu besonderen Therapieschulen [1].

Für Gremien wie medizinische Fachgesellschaften oder Leitlinienkommissionen und damit auch die ABD und ihre Arbeitsgruppen gilt gemäß den Empfehlungen der AG „Interessenskonflikte in der Medizin“, dass Interessenskonflikte transparent gemacht werden müssen, dass im Einzelfall aber auch entschieden werden muss, ob diese in bestimmten Funktionen toleriert werden können. „Je enger die einem Interessenkonflikt zugrundeliegende Beziehung ist, je größer die Entscheidungsbefugnis einer Person ist, und je weitreichendere Konsequenzen eine Entscheidung haben kann, desto strikter muss der Umgang mit Interessenkonflikten sein“ [1].

Die wesentliche Botschaft aber bleibt seit biblischen Zeiten dieselbe: Interessenskonflikte sind per se nichts Ehrenrühriges, sondern eine menschliche Grundbefindlichkeit – es kommt darauf an, wie wir damit umgehen: „Wer unter euch ohne Sünde ist, der werfe den ersten Stein“ (*Johannes 8,7*).

*Peter Elsner, Jena, und  
Thomas L. Diepgen, Heidelberg*

## Literatur

- [1] Interessenskonflikte in der Medizin: Mit Transparenz Vertrauen stärken. Deutsches Ärzteblatt 11.02.2011.
- [2] *Felser G, Klemperer D.* Interessenskonflikte in der Medizin. Springer: Berlin; 2011.
- [3] *Pronin E.* Perception and misperception of bias in human judgment. *Trends Cogn Sci.* 2007; *11*: 37-43. [CrossRef PubMed](#)
- [4] *Lundh A, Sismondo S, Lexchin J, Busuioac OA, and Bero L.* Industry sponsorship and research outcome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; 12MR000033.
- [5] *Bühren B, Georgieff P, Vollmar HC.* Stand und Bedingungen klinischer Forschung in Deutschland und im Vergleich zu anderen Ländern unter besonderer Berücksichtigung nichtkommerzieller Studien. [www.tab-beim-bundestag.de/de/pdf/publikationen/berichte/TAB-Arbeitsbericht-ab135.pdf](http://www.tab-beim-bundestag.de/de/pdf/publikationen/berichte/TAB-Arbeitsbericht-ab135.pdf).
- [6] Resolution der Arbeitsgemeinschaft Hochschulmedizin. 2012.
- [7] *INTERVIEW mit Daniel Bahr.* Bundesgesundheitsminister. *Deutsches Ärzteblatt.* 2013; *110*: 161-163.
- [8] *Breit R, Orgler M, Plewig G, Ring J, Stolz W, Przybilla B.* Begutachtung von Berufskrankheiten der Haut: Eine Münchner Stellungnahme zum Bamberger Merkblatt. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2007; *5*: 305-311, discussion 312-315. [CrossRef PubMed](#)