Einleitung und Hintergründe

Kapitel 1 **Einleitung – 3**
Klaus Lieb, David Klemperer und Wolf-Dieter Ludwig

Kapitel 2 **Was ist ein Interessenkonflikt und wie stellt man ihn fest? – 11**
David Klemperer

Kapitel 3 **Psychologische Aspekte von Interessenkonflikten – 27**
Georg Felser und David Klemperer

Kapitel 4 **Interessenkonflikte in der Medizin: Ein Beitrag aus medizinethischer Perspektive – 47**
Jan Schildmann, Verena Sandow und Jochen Vollmann

Kapitel 5 **Offenlegung von Interessenkonflikten – 61**
Klaus Lieb, Ulrich Limbach und David Klemperer

Kapitel 6 **Zur Abgrenzung zwischen Interessenkonflikten, Fehlverhalten und professioneller Integrität – 81**
Klaus Koch und Daniel Strech

Kapitel 7 **Internationale Empfehlungen zum Umgang mit Interessenkonflikten – 89**
Daniel Strech und Klaus Koch

Kapitel 8 **Interessenkonflikte und Medizinrecht – 107**
Dieter Hart und Stefanie Hubig

Kapitel 9 **Korruption im Gesundheitswesen – 127**
Felix Herzog

Kapitel 10 **Die Entwicklung der Arzneimittelausgaben im deutschen Gesundheitssystem – 139**
Gerd Glaeske

1

Einleitung

Klaus Lieb, David Klemperer und Wolf-Dieter Ludwig

1.1 Hinführung zum Thema – 4

1.2 Gliederung und Aufbau des Buches – 6

1.2.1 Allgemeiner Teil – 6

1.2.2 Spezieller Teil – 7

Literatur – 9

1

Dieses Kapitel führt den Leser in das Thema »Interessenkonflikte in der Medizin« ein und gibt einen kurzen Überblick über die Inhalte der einzelnen Kapitel des Buches.

1.1 Hinführung zum Thema

Wer sich als Arzt oder Wissenschaftler mit dem Thema »Interessenkonflikte« beschäftigt, wer seine Interessenkonflikte konsequent offenlegt und/oder deutlich reduziert, wird heute, zumindest in Deutschland, häufig belächelt oder im besten Fall als Außenseiter respektiert. Denn meist wird dieses Thema als nicht relevant erachtet oder sogar als schädlich für den wissenschaftlichen Fortschritt bzw. die notwendige Kooperation mit pharmazeutischen Unternehmen oder Herstellern von Medizinprodukten (Stossel u. Stell 2011). Tatsächlich sind die Probleme, die durch Interessenkonflikte entstehen können, in den Köpfen der meisten Ärzte in Deutschland noch nicht angekommen. Anders ist die Situation in den USA: Hier lässt ab 2012 der Gesetzgeber mit dem **Physician Payments Sunshine Act** Licht in die Beziehungen zwischen Ärzten und Industrieunternehmen scheinen. Die Kooperation von Ärzten und Industrie war und ist häufig so eng, dass der gesamte ärztliche Berufsstand in Misskredit geraten ist. Als Folge werden heute Interessenkonflikte und der Umgang mit ihnen in den USA viel offensiver und ernsthafter diskutiert. Die meisten US-amerikanischen Universitäten haben Regelungen zur Offenlegung und Reduzierung von Interessenkonflikten erstellt, und viele der in Deutschland unverändert praktizierten engen Formen der Kooperation von Ärzten mit Industrieunternehmen sind in den USA nicht mehr möglich. Die Ernsthaftigkeit, mit der sich die USA diesem Thema widmen, wird durch die von den **National Institutes of Health** finanzierte Studie des »Institute of Medicine« unterstrichen, in der eine umfangreiche Literaturanalyse zu Interessenkonflikten vorgelegt und konkrete Empfehlungen zur Offenlegung, zum Umgang und zur Vermeidung von Interessenkonflikten in Forschung, Lehre und Krankenversorgung abgegeben wurden (Lo u. Field 2009). Der Blick in die internationale Literatur des 1. Halbjahres 2011, die für die Buchbeiträge nicht mehr vollständig ausgewertet werden konnte, zeigt, dass die Auseinandersetzung mit Interessenkonflikten nicht nachlässt. Genannt seien als Beispiele die Publikationen zur mangelnden Offenlegung von Interessenkonflikten in Metaanalysen (Rosemann et al. 2011) und kardiovaskulären Leitlinien (Mendelson et al. 2011), zu einer verzerrten Arzneimittelbewertung in kostenlosen Fachzeitschriften, die von der Industrie durch Werbung unterstützt werden (Becker et al. 2011), zur Internetidentifizierung aller Ärzte und Wissenschaftler in den USA mit Industriekontakten (Carpenter u. Joffe 2011) und zur Bedeutung von Interessenkonflikten von Fachgesellschaften und Fachvertretern für die Ausweitung von Krankheitsdefinitionen z. B. im geplanten DSM V (Godlee 2011, Moynihan 2011).

Mit dem hier vorgelegten Buch werden der **aktuelle Stand der internationalen Diskussion** und der **Situation in Deutschland** zusammengefasst, Hintergründe erläutert und Lösungsmöglichkeiten zum Umgang mit Interessenkonflikten vorgeschlagen. Das Buch greift damit die sehr vielseitigen Facetten auf, die Interessenkonflikte haben können, und lässt neben medizinischen Wissenschaftlern auch Vertreter anderer Fachrichtungen wie Medizinrecht, Medizinjournalismus, Medizinethik, Soziologie und Psychologie sowie die pharmazeutischen Unternehmen zu Wort kommen. Ziel dieses interdisziplinären Ansatzes ist es, das Thema nicht einseitig oder voreingenommen zu beleuchten, sondern möglichst viele Aspekte aufzuzeigen, um **mit Augenmaß** eine sinnvolle und angemessene Regelung von Interessenkonflikten entwickeln zu können. Dabei ist es insbesondere wichtig, das »**Kind nicht mit dem Bade auszuschütten**«, etwa durch eine Beendigung aller Beziehungen zwischen Ärzten bzw. Wissenschaftlern und der Industrie. Wissenschaftliche Beziehungen von akademischen Zentren mit der Industrie können, eingebettet in einen transparenten Rahmen der Zusammenarbeit, zweifelsfrei zu wichtigen therapeutischen Neuentwicklungen führen, die dem Patientenwohl dienen (Johnston et al. 2011).

Die Autoren dieses Buches verwenden eine **Definition von Interessenkonflikten**, die das Institute of Medicine (Lo u. Field 2009) vorgeschlagen hat,

und die sich an Thompson (1993; 2009) orientiert (Lieb et al. 2011):

» Interessenkonflikte sind definiert als Situationen, die ein Risiko dafür schaffen, dass professionelles Urteilsvermögen oder Handeln, welches sich auf ein primäres Interesse bezieht, durch ein sekundäres Interesse unangemessen beeinflusst wird. «

Unter dem **primären Interesse** von Ärzten und Wissenschaftlern ist dabei das Wohlergehen der Patienten durch eine bestmögliche Behandlung und eine Weiterentwicklung des medizinischen Wissens zu verstehen, während **sekundäre Interessen** nicht nur materieller, sondern auch immaterieller Natur sein können. Beispiele für materielle Interessenkonflikte sind die Annahme von Geschenken oder anderen Vergünstigungen von pharmazeutischen Unternehmen, die Annahme von Vortragshonoraren oder der Erhalt von Honoraren für die Durchführung wissenschaftlicher Studien. Immaterielle Interessenkonflikte können z. B. der Wunsch nach Anerkennung oder beruflicher Karriere bzw. der Einsatz für eine bestimmte therapeutische Überzeugung oder Schule (Homöopathie oder Psychotherapie) sein, wobei immaterielle Interessenkonflikte häufig mit materiellen einhergehen. Entscheidend ist, dass Interessenkonflikte durch das Nebeneinander von sekundären und primären Interessen entstehen und das Vorhandensein eines Interessenkonfliktes zunächst einmal **wertneutral** und **nicht grundsätzlich negativ belastet** ist. Mit anderen Worten: Interessenkonflikte beeinflussen nicht zwangsläufig das Urteilsvermögen oder Handeln einer Person, sondern stellen (»nur«) einen Risikofaktor für die Entstehung eines verzerrten Urteils oder Handelns dar (Klemperer 2008; Lieb et al. 2011).

Interessenkonflikte entstehen durch das Nebeneinander von sekundären und primären Interessen. Das Vorhandensein eines Interessenkonflikts ist damit zunächst einmal wertneutral und nicht grundsätzlich negativ belastet.

Mit dieser Definition wird der Geist deutlich, den dieses Buch atmet, und der für eine **Versachlichung der Diskussion** des Themas wichtig ist:

- Interessenkonflikte sind in der Medizin allgegenwärtig. Niemand ist ohne Interessenkonflikte.
- Interessenkonflikte entstehen zwar typischerweise, aber nicht ausschließlich durch Kontakte mit Industrieunternehmen. So schafft beispielsweise jedes Vergütungssystem zwangsläufig sekundäre Interessen, die unvermeidlich mit Primärinteressen in Konflikt geraten.
- Interessenkonflikte, wie z. B. Karriereehrgeiz, können sogar förderlich für gute Arbeit sein; sie werden allerdings dann problematisch, wenn sie ein Übergewicht über die primären Interessen erlangen und dadurch das Risiko für verzerrte Urteile und Handlungen erhöhen.
- Interessenkonflikte können förderlich sein, wenn in enger Kooperation zwischen akademischer Forschung und Industrie neue Medikamente oder Medizinprodukte zum Wohle der Patienten entwickelt werden. Sie werden aber dann problematisch, wenn die Verantwortlichen das primäre Interesse an valider Evidenz dem Marketing nachordnen.
- Eine Gleichsetzung von Interessenkonflikten mit Bestechlichkeit und Korruption ist nicht nur falsch, sondern auch schädlich für einen angemessenen Umgang mit Interessenkonflikten.
- Verzerrte Urteile und Handlungen aufgrund von Interessenkonflikten entgehen häufig der eigenen Wahrnehmung, so dass der Vermeidung bzw. Offenlegung von Interessenkonflikten eine besondere Bedeutung zukommt
- Diese Offenlegung ist zwar ein notwendiger, aber kein hinreichender Schritt für einen professionellen Umgang mit Interessenkonflikten. Schritte zur Reduktion und Vermeidung von Interessenkonflikten bzw. zur Vermeidung ihrer schädlichen Konsequenzen müssen folgen.

Eine Gleichsetzung von Interessenkonflikten mit Bestechlichkeit und Korruption ist nicht nur falsch, sondern auch schädlich für einen angemessenen Umgang mit Interessenkonflikten.

Mit diesem Buch sollen Interessenkonflikte aus der »Schmuddelecke« herausgeholt und einer sachlichen und kritischen Diskussion zugeführt werden. In der öffentlichen Berichterstattung und Diskussion standen Fälle von Bestechlichkeit und **Korruption** unter Ärzten häufig im Vordergrund (Grill 2007; Weiss 2008), was die Abwehrhaltung mancher Ärzte, sich mit den allgegenwärtigen und damit letztendlich viel problematischeren Interessenkonflikten auseinanderzusetzen, erhöht haben dürfte. Dennoch haben Berichte über Korruption im Gesundheitswesen viele Probleme ins Bewusstsein der Öffentlichkeit gerückt und maßgeblich dazu beigetragen, dass sich manches bereits geändert hat. Dass es in Deutschland auch im Jahr 2011 noch keinen Kodex der Ärzte zum Umgang mit Interessenkonflikten gibt, sollte allerdings zu denken geben.

1.2 Gliederung und Aufbau des Buches

Das Buch gliedert sich in einen allgemeinen und einen speziellen Teil. Im **allgemeinen Teil** werden in 9 Kapiteln wichtige Hintergrundinformationen zu Interessenkonflikten gegeben, die eine Grundlage für das Verständnis der Ausführungen im speziellen Teil liefern. Im **speziellen Teil** werden dann Interessenkonflikte und deren Auswirkungen in 3 Teilbereichen bearbeitet: in der Patientenversorgung, in der Aus-, Weiter- und Fortbildung und in der Forschung. Es soll damit ein weiter Bogen gespannt werden, wobei dem Leser schnell auffallen wird, dass Interessenkonflikten aufgrund materieller sekundärer Interessen mehr Platz eingeräumt wird als den immateriellen Interessenkonflikten. Auch wenn man berücksichtigt, dass vieles in diesem Kontext nicht evidenzbasiert ist, stehen materielle Interessenkonflikte häufig im Vordergrund der Betrachtung, weil sie leichter zu messen und in ihren Auswirkungen häufig weniger komplex sind. Zudem ist die Aufarbeitung immaterieller Interessen in der Literatur noch unzureichend.

1.2.1 Allgemeiner Teil

In ► **Kap. 2** geht es um die Definition und die Bedeutung von Interessenkonflikten. Es wird deutlich, dass ein Interessenkonflikt als eine Situation verstanden werden kann, in der das Risiko besteht, dass sekundäre Interessen persönlicher oder institutioneller Art die primären Interessen, also die eigentlichen Ziele ärztlicher oder wissenschaftlicher Tätigkeit, gefährden. In diesem Kapitel wird auch deutlich, warum der Begriff »potentieller Interessenkonflikt« nicht hilfreich, sondern verwirrend ist und daher vermieden werden sollte. Der Autor des Kapitels plädiert für eine möglichst weitgehende Vermeidung von Interessenkonflikten, weist jedoch realistischerweise auch darauf hin, dass dies häufig nicht möglich ist, weil Interessenkonflikte oft systemimmanent sind. Letztendlich werden professionelle und glaubwürdige Vorgehensweisen empfohlen, um die Risiken zu minimieren, dass Patienten Schaden nehmen.

In ► **Kap. 3** widmen sich die Autoren den psychologischen Aspekten von Interessenkonflikten. Sie führen den Leser in die zahlreichen psychologischen Mechanismen ein, die Entscheidungen beeinflussen und das Urteilsvermögen beeinträchtigen. Beispiele für solche psychologischen Mechanismen sind die motivierte Evaluation (»Wenn unsere Erwartung nur stark genug ist, dann investieren wir unsere Energie nicht etwa in die unvoreingenommene Prüfung der Daten, sondern vielmehr in die selektive Bestätigung dessen, was wir ohnehin erwarten«) oder die Reziprozitätsregel (»Wir haben eine starke Tendenz, ungeschuldete Gefälligkeiten zu erwidern, selbst wenn das Entgegenkommen nicht erbeten oder erwünscht ist, oder wir die Person, die uns die Gefälligkeit erweist, nicht mögen«).

In ► **Kap. 4** werden Interessenkonflikte und Strategien zu ihrer Regulierung aus medizinethischer Perspektive untersucht. Die Autoren beleuchten unterschiedliche Konzeptionen von Interessenkonflikten unter ethisch-normativen Gesichtspunkten und untersuchen die ethischen Prinzipien, die für die Handhabung und Bewertung von

Interessenkonflikten von Bedeutung sind. Sie machen deutlich, dass die vier ethischen Prinzipien der modernen Medizin – Autonomie, Wohltun, Nichtschaden und Gerechtigkeit – gemeinsam mit dem Transparenzprinzip einen Ansatz bilden, Interessenkonflikte bzw. die damit assoziierten Werte systematisch zu analysieren und Strategien zur Handhabung von Interessenkonflikten abzuleiten.

In ► **Kap. 5** werden grundlegende Aspekte zur Offenlegung von Interessenkonflikten dargelegt. Dabei machen die Autoren deutlich, dass die Offenlegung von Interessenkonflikten ein zwar notwendiger, aber niemals hinreichender Schritt für einen professionellen Umgang mit Interessenkonflikten ist. Die Offenlegung muss von Regeln zum Umgang mit vorhandenen Interessenkonflikten und Maßnahmen zu deren Reduktion begleitet werden. Darüber hinaus verdeutlichen die Autoren, dass der Umfang der Offenlegung je nach Institution, der gegenüber Interessenkonflikte offengelegt werden müssen (z. B. gegenüber dem Herausgeber einer wissenschaftlichen Zeitschrift oder einer Leitlinienkommission), unterschiedlich ist. Zum Abschluss des Kapitels wird ein Konsensvorschlag einer deutschen Arbeitsgruppe zur Dokumentation und Offenlegung von Interessenkonflikten vorgestellt.

In ► **Kap. 6** grenzen die Autoren Interessenkonflikte und die ebenfalls meist mit finanziellen Beziehungen in Zusammenhang stehenden Formen von professionellem Fehlverhalten im Sinne von Korruption (Bestechlichkeit) voneinander ab und beleuchten die Beziehung zwischen Interessenkonflikten und professioneller Integrität.

In ► **Kap. 7** widmen sich die Autoren internationalen Vorschlägen zum Umgang mit Interessenkonflikten. Das Ziel der Regulierung von Interessenkonflikten besteht in erster Linie darin, Bias zu minimieren und somit die Risiken für nicht sachgerechte Entscheidungen. Kriterien für die Beurteilung der Schwere von Interessenkonflikten werden dargelegt und darauf aufbauend Maßnahmen wie Offenlegung, Ausschluss von bestimmten Tätigkeitsbereichen und Verbot der Annahme von Geschenken.

In ► **Kap. 8** stellen die Autoren medizinrechtliche Hintergründe zu Interessenkonflikten dar. Dabei wird deutlich, dass sich in keinem der Normkomplexe des Medizin- oder Gesundheitsrechts eine Definition des Begriffs Interessenkonflikt findet und daher der Begriff durch Interpretation der jeweils einschlägigen Normen erst bestimmt werden muss.

► **Kap. 9** widmet sich der Abgrenzung von Interessenkonflikten zu Bestechlichkeit/Korruption. Ausgehend von allgemeinen Erläuterungen zur Korruptionsbekämpfung werden diese Erkenntnisse auf das Gesundheitssystem übertragen. An zwei exemplarischen Konstellationen stellt der Autor dar, wie sich scheinbar professionsadäquate Verhaltensweisen im Lichte einer »extensiven Ausdehnung der Straftatbestände« als kriminelles Verhalten darstellen können. Schließlich wird pragmatisch eine Gefährdungsanalyse vorgeschlagen und zu bestimmten Regeln einer Risikovermeidung geraten.

In ► **Kap. 10** werden die Entwicklungen der Arzneimittelausgaben im deutschen Gesundheitswesen dargestellt. Sie stellen innerhalb der Gesetzlichen Krankenkassen den zweitgrößten Ausgabenanteil aller Leistungsbereiche dar und sind in den letzten 10 Jahren um ca. 5% pro Jahr gestiegen, wobei die Kostensteigerungen durch Arzneimittel v. a. darauf zurück zu führen sind, dass bewährte und preisgünstige Arzneimittel durch neue, teure patentgeschützte Analogpräparate verdrängt werden. Die Autoren machen deutlich, dass eine angemessene Versorgung der Versicherten nur mit Hilfe eines rationalen Arzneimitteleinsatzes durch Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung möglich ist und dass durch eine konsequente Vermeidung der Verordnung von Arzneimitteln ohne Zusatznutzen Mittel freigesetzt werden könnten, um echte Innovationen zu finanzieren.

1.2.2 Spezieller Teil

In ► **Kap. 11** widmen sich die Autoren der Art und dem Umfang von Arzt-Industrie-Kontakten. Solche werden in Deutschland von mindestens 80% der Ärzte unterhalten, wobei zu den häufigsten angenommenen Geschenken Arzneimittelmuster, Essenseinladungen und Schreibwaren gehören. Es wird deutlich, dass viele Ärzte darin kein Problem für sich selbst sehen, wohl aber für ihre Kollegen;

sie halten sich selbst kaum für beeinflussbar, sehen für diese jedoch die Gefahr der Beeinflussung. In diesem Kapitel werden auch Organisationen wie »No Free Lunch« und »MEZIS« vorgestellt, die sich für eine evidenzbasierte, rationale Arzneimitteltherapie einsetzen und mit diesem Ziel die Interessenkonflikte durch Arzt-Industrie-Kontakte zu minimieren versuchen.

Ein weiteres Beispiel für die Umsetzung von Regeln im Umgang mit Interessenkonflikten wird in ► **Kap. 12** gegeben. Hier beschreiben die Autoren Handlungsempfehlungen der HELIOS Kliniken, die bereits 2001 mit der »Konzernregelung Sponsoring« und seit 2009 in Form der »Konzernregelung Transparenz« wichtige Handlungsgrundsätze für Interaktionen zwischen HELIOS-Mitarbeitern und Industrie aufgestellt haben.

Im Anschluss daran wird in ► **Kap. 13** die Sichtweise des Vereins der forschenden Arzneimittelhersteller (VfA) zur Thematik der Interessenkonflikte dargelegt. Um Kontroll- und Strafmechanismen zu etablieren, wurde im Jahr 2004 der Verein »Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e. V.« (FSA) gegründet, der einen »FSA-Kodex Ärzte« und einen »FSA-Kodex Patientenorganisationen« herausgegeben hat. Beide Kodices sollen die Zusammenarbeit zwischen Ärzte bzw. Patientenorganisationen und der Pharmazeutischen Industrie regeln und Korruption vermeiden.

In ► **Kap. 14** werden die Bedeutung von Interessenkonflikten in der Aus-, Weiter- und Fortbildung anhand der internationalen Literatur diskutiert und Lösungsansätze vorgestellt. Basierend auf der berufsrechtlichen Verpflichtung von niedergelassenen Ärzten und Klinikärzten zu einer kontinuierlichen Fortbildung ergibt sich ein hohes Angebot an Fortbildungsmöglichkeiten, bei denen die Kosten (z. B. für Veranstaltungsorte, Bewirtung oder Referentenhonorare) in nicht unerheblichem Umfang von pharmazeutischen Unternehmen und medizintechnischer Industrie getragen werden. Daraus können Interessenkonflikte resultieren, die den Zielen einer objektiven, unabhängigen ärztlichen Fortbildung entgegen stehen. Die Autoren machen deutlich, dass nicht nur in der Fortbildung, sondern auch in den frühen Phasen ärztlicher Qualifizierung (Medizinstudium, Facharztweiterbildung) Interessenkonflikte eine Rolle spielen, die bislang unzureichend reflektiert wurden.

In ► **Kap. 15** widmet sich die Autorin Interessenkonflikten, die im Rahmen der Tätigkeit von Medizinjournalisten entstehen können, z. B. bei Einladungen zu Pressereisen oder von pharmazeutischen Unternehmen bezahlten Moderationen bzw. gesponserten Journalistenpreisen. Interessenkonflikte ergeben sich auch aus der Versorgung von Redakteuren mit immer besser ausgearbeiteten Themenangeboten von pharmagesponserten Medienagenturen, mit denen sich Seiten schnell und kostengünstig füllen lassen. Manche der Praktiken verstoßen dabei klar gegen die Berufsregeln, etwa die »gekaufte Redaktion«, eine redaktionell gestaltete Seite, die in Wirklichkeit Werbung ist. Die Offenlegung von Interessenkonflikten wird kaum praktiziert. Journalistenverbände versuchen durch Richtlinien Orientierung zu geben, setzen die Grenzen aber unterschiedlich eng bzw. weit.

In ► **Kap. 16** stellen die Autoren anhand konkreter Beispiele die Möglichkeiten dar, wie sich Ärzte unabhängig fortbilden und informieren können. Hier wird deutlich, dass kostenlos verteilte medizinische Zeitschriften, die durch Werbeanzeigen der Industrie finanziert werden, aufgrund ihrer mannigfaltigen verzerrten Urteile in der Regel eine entbehrliche (Des-)Informationsquelle darstellen. Als unabhängige Zeitschriften werden etwa *DER ARZNEIMITTELBRIEF*, das *arznei-telegramm*, die *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* oder die *Arzneiverordnungen in der Praxis* empfohlen.

In ► **Kap. 17** macht der Autor deutlich, dass biomedizinische Forschung zumeist eine Kooperation mit Industrieunternehmen erfordert und zwar umso mehr, je näher sich die Projekte dem Bereich der Anwendung nähern. Daraus ergeben sich zwangsläufig Interessenkonflikte auf allen Stufen der Forschung, deren Regulierungsvorschläge der Autor kritisch diskutiert. Er sieht in der möglichst weitgehenden Einschränkung der Einflussnahme der Industrie auf Erhebung und Publikation von Forschungsergebnissen an öffentlich geförderten Institutionen den größten Regulationsbedarf.

► **Kap. 18** legt ausführlich dar, dass Kooperationen zwischen Ärzten bzw. Wissenschaftlern und pharmazeutischen Unternehmen bei der Durchführung von Arzneimittelstudien Risiken bergen,

die die Integrität der Wissenschaft gefährden, wie z. B. das Zurückhalten negativer Ergebnisse oder das Verschweigen von unerwünschten Arzneimittelwirkungen. In diesem Kapitel beschreiben die Autoren die Verbreitung von Interessenkonflikten in der klinischen Arzneimittelforschung und stellen dar, wie sie Ergebnisse von Arzneimittelstudien beeinflussen können. Nachgewiesene Beispiele sind Einflüsse auf das Studienprotokoll, Beschränkungen in den Publikationsrechten von Studiendaten sowie der Einsatz von Ghostautoren, Ghostwritern oder Gastautoren durch pharmazeutische Unternehmen. Außerdem diskutieren sie verschiedene Strategien, die vor dem Einfluss von Interessenkonflikten schützen sollen.

In ► **Kap. 19** stellt der Autor allgegenwärtige Interessenkonflikte im Zusammenhang mit medizinischen Fachzeitschriften vor, die sich daraus ergeben, dass die Medizin eine »Zeitschriftenwissenschaft« ist: Nahezu alle wissenschaftlichen Ergebnisse, aber auch ein Großteil der zur Fortbildung verfassten Texte erscheinen in Journalen. Es werden Varianten, Ausmaß und Folgen von Interessenkollisionen im Bereich der Medizinpublizistik beschrieben, wobei der Autor nicht nur auf Interessenkonflikte von Autoren eingeht, sondern auch institutionelle Interessenkonflikte (z. B. von Zeitschriften) erläutert und offene Fragen bzw. Unsicherheiten anspricht. Anhand konkreter Beispiele wird am Schluss des Kapitels ein Überblick über den Umgang von Fachzeitschriften mit Interessenkonflikten gegeben.

Literatur

Becker A, Dörter F, Eckhardt K et al (2011) The association between a journal's source of revenue and the drug recommendations made in the articles it publishes. CMAJ 183: 544–548

Carpenter D, Joffe S (2011) A unique researcher identifier for the Physician Payments Sunshine Act. JAMA 305: 2007–2008

Godlee F (2011) Who should define disease? BMJ 342:d2974 doi: 10.1136/bmj.d2974

Grill M (2007) Kranke Geschäfte: Wie die Pharmaindustrie uns manipuliert. Rowohlt Verlag

Johnston SC, Hauser SL, Hellmann SD (2011) Enhancing ties between academia and industry to improve health. Nature Med 17: 434–436

Klemperer D (2008) Interessenkonflikte: Gefahr für das ärztliche Urteilsvermögen. Dtsch Arztebl 105: 2098–2100

Lieb K, Klemperer D, Koch K et al (2011) Interessenkonflikte in der Medizin: Mit Transparenz Vertrauen stärken. Dtsch Arztebl 108:A-256–59 / B-04 / C-04

Lo B, Field MJ (Hrsg) (2009) Conflict of interest in medical research, education, and practice. 1. Aufl. National Academies Press, Washington DC

Mendelson TB, Meltzer M, Campbell EG et al (2011) Conflicts of interest in cardiovascular clinical practice guidelines. Arch Intern Med 171: 577–584

Moynihan R (2011) A new deal on disease definition. BMJ 342:d2548 doi: 10.1136/bmj.d2548

Roseman M, Milette K, Bero LA et al (2011) Reporting of conflicts of interest in meta-analyses of trials of pharmacological treatments. JAMA 305: 1008–1017

Stossel TP, Stell LK (2011) Time to »walk the walk« about industry ties to enhance health. Nature Med 17: 437–438

Thompson DF (1993) Understanding financial conflicts of interest. N Engl J Med 329: 573–576

Thompson DF (2009) The challenge of conflict of interest in medicine. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 103: 136–140

Weiss H (2008) Korrupte Medizin – Ärzte als Komplizen der Konzerne. Kiepenheuer & Witsch, Köln

http://www.springer.com/978-3-642-19841-0

Interessenkonflikte in der Medizin
Hintergründe und Lösungsmöglichkeiten
Lieb, K.; Klemperer, D.; Ludwig, W.-D. (Hrsg.)
2011, VIII, 300 S. 13 Abb., 1 Abb. in Farbe., Hardcover
ISBN: 978-3-642-19841-0