

Erhältlich bei:

Oberösterreichische Gebietskrankenkasse

Referat für Wissenschaftskooperation

E-Mail: sekretariat.dwi@oegkk.at

Linz 2010

Inhaltsverzeichnis

1	Problemstellung	4
	1.1 Hintergrund	4
2	Forschungsfrage	6
3	Methode	7
4	Drittmittelfinanzierung und -finanzierungsarten	8
	4.1 Sponsoring	8
	4.2 Mäzenatentum	9
	4.3 Spenden	9
	4.4 Public Private Partnership	10
	4.5 Stiftungen	10
	4.6 Diskussion – Drittmittelfinanzierung	11
5	Drittmittelfinanzierung im Gesundheitswesen	12
	5.1 Selbsthilfegruppen / PatientInnenorganisationen	12
	5.2 Klinische Forschung / Studien	14
	5.3 Sponsoring von / bei ÄrztInnen	18
	5.3.1 <i>Ärztliche Fortbildung</i>	18
	5.3.2 <i>Geschenke mit / ohne Wert für PatientInnen</i>	20
	5.3.3 <i>Fachzeitschriften</i>	22
	5.4 Konsequenzen zu den Auswirkungen der Drittmittelfinanzierung	23
6	Interessenskonflikte und Drittmittelfinanzierung	24
	6.1 Korruption und Betrug	26
7	Schlussfolgerungen	29
8	Ausblick	31
	Literatur	32
	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	37

Abkürzungsverzeichnis

AMA	American Medical Association
CME	Continuing Medical Education
CPD	Continuing Professional Development
DFP	Diplom-Fortbildungs-Programm der österreichischen Ärztekammer
DTCA	Direct to Consumer Advertising
DTP	Direct to Patient
EACCME	European Accreditation Council for Continuing Medical Education
EBM	Evidenz basierte Medizin
EstG	Einkommenssteuergesetz
EU	European Union
FSA	Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e.V.
GRECO	Group of states against Corruption
ICMJE	International Committee of Medical Journal Editors
KWT	Kammer der Wirtschaftstreuhänder
ÖAW	Österreichische Akademie der Wissenschaft
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
PPP	Public Private Partnerships
TI	Transparency International
TI-AC	Transparency International - Austrian Chapter
TI-DC	Transparency International - German Chapter
UEMS	European Union of Medical Specialists
WMA	World Medical Association (Weltärztebund)

1 Problemstellung

Gesundheit hat einen sehr hohen Stellenwert in unserer Gesellschaft. Zuständig für die Sicherung und Gewährleistung der gesundheitlichen Versorgung ist das öffentliche Gesundheitswesen bestehend aus Bundesministerium für Gesundheit, den Ländern und Gemeinden, den Sozialversicherungen und den selbstverwaltenden Körperschaften. Wesentlich für diese flächendeckende Versorgung ist ein System, welches über ausreichend Ressourcen, Infrastruktur, Personal und Finanzmittel verfügt. Charakteristisch für Österreich ist ein dezentralisiertes Versorgungsmodell mit strikter Trennung zwischen intramuraler und extramuraler Versorgung.

Ziel des öffentlichen Gesundheitswesens ist die solidarische Versorgung, die auf qualitativ hochwertiger Leistungserbringung basiert und für alle gleich zugänglich sein muss. Durch die demographische Entwicklung einerseits und durch die ständige Neu- und Weiterentwicklung medizinischer Technologien andererseits entsteht Druck auf die Finanzierung des Gesundheitswesens. Durch diese Entwicklung steht Vokabular wie Rationalisierung, Rationierung und rationale Allokation auf dem Tagesplan der Gesundheitspolitik. Es geht also darum, mit den vorhandenen Mitteln eine bestmögliche Versorgung zu gewährleisten. Wichtig im Umgang mit den begrenzten Ressourcen und im Prozess der Qualitätssicherung sind Forschung und Entwicklung medizinischer Technologien, sowie eine patientenorientierte aber auch ökonomische Leistungserbringung (Fozouni und Güntert 2000). Zur Gewährleistung dieser ist unter Anderem kontinuierliche Fortbildung der Leistungserbringer von großer Bedeutung, um einerseits „State-of-the-Art“ Versorgung und andererseits den bewussten und effizienten Umgang mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen zu ermöglichen.

Wie oben bereits erwähnt, sind die Mittel knapp, deshalb greift man im Gesundheitswesen in manchen Bereichen wie Forschung, Fort- und Weiterbildung in Gesundheitsberufen zur Drittmittelfinanzierung (Fenger und Göben 2004). Gerade in den vergangenen Jahren ist die Drittmittelfinanzierung und ihre „Uneigennützigkeit“ in öffentliche Diskussion geraten. Kernpunkte dieser Diskussion waren zum Einen die intransparente Vergabe der Drittmittel und zum Anderen die damit einhergehenden Einflüsse auf Forschungs- und Ausbildungsinhalte.

1.1 Hintergrund

Die seit kurzem heftig geführte Diskussion in internationalen Medien in Bezug auf finanzielle Abhängigkeiten zur Industrie beschäftigt sich mit folgenden drei Kernthemen:

- Abhängigkeiten der Forschungsfinanzierung und den dadurch entstandenen Einfluss auf Forschungsinhalte in der Biomedizin (Davidoff, DeAngelis et al. 2001; Bekelman, Li et al. 2003; Royal College of Physicians 2009)
- Abhängigkeiten bei ärztlicher Fort- und Weiterbildung und den dadurch entstandenen Einfluss auf Ausbildungsinhalte. Man geht davon aus, dass mehr als 50 Prozent der Fortbildungsangebote von der Industrie bereitgestellt und finanziell ermöglicht werden (Fletcher 2007; Geppert 2007; Krumholz und Ross 2009).

- Abhängigkeiten von PatientInnengruppen und Selbsthilfegruppen, die zum Teil für Lobbyzwecke instrumentalisiert werden (Ball, Tisocki et al. 2006; Merten und Rabbata 2007; Walke 2007; Englert 2008).

Die Datenlage zu diesen drei Bereichen ist in Österreich nicht vollständig zugänglich. Aufgrund der beschränkt zugänglichen Informationen zur Lage der ärztlichen Fortbildung Österreich wurde die Arbeit auf Ergebnisse und Erkenntnisse internationaler Forschung und Literatur aufgebaut. Da auch in Österreich Drittmittelfinanzierung in den oben genannten Bereichen gang und gäbe ist, besteht kein Grund, warum Erkenntnisse internationaler Studien nicht für Österreich gültig sind (Egger 2007; Österreichische Ärztezeitung 2008).

2 Forschungsfrage

Die Arbeit „Drittmittelfinanzierung im Gesundheitswesen“ beschäftigt sich mit der Frage zu „Formen der Drittmittelfinanzierung und der Einflüsse auf das Gesundheitswesen“. Aus dem Thema der Arbeit, der Fragestellung und dem Hintergrund ergeben sich folgende Forschungsfragen:

1. Welche Drittmittelfinanzierungen sind allgemein in öffentlichen Sektoren möglich und welche speziell im Gesundheitsbereich?
2. Welche Formen der Drittmittelfinanzierung gibt es?
3. Welchen Einfluss hat Drittmittelfinanzierung im Gesundheitswesen?
4. Welche Rolle spielt Drittmittelfinanzierung in der Fort- und Weiterbildung?

3 Methode

Anhand der Verfolgung der öffentlichen Diskussion in internationalen Medien rund um das Thema Drittmittelfinanzierung im Gesundheitswesen, insbesondere bei Fort- und Weiterbildungen und einer nicht systematischen Literatursuche zu Drittmittelfinanzierung im Gesundheitswesen, Fort- und Weiterbildung von MedizinerInnen, biomedizinische Forschung und PatientInnengruppen in PubMed, Google und auf Interessensvertretungshomepages wurden Titel und Forschungsfrage festgelegt. Die Schlagworte der Suche waren „Sponsorship“, „Sponsoring“, „Drittmittel“, „Drittmittelfinanzierung“ einerseits kombiniert mit „continuing medical education“, „ärztliche Fortbildung“, „Ärztefortbildung“ andererseits verbunden mit „klinische Forschung“, „(bio)medizinische Forschung“ und „PatientInnenorganisationen“. Auf Basis der Forschungsfragen wurde die Gliederung der Arbeit erstellt. Eingangs wird das Thema Drittmittelfinanzierung im Kontext des Gesundheitswesens dargestellt, dann werden Abgrenzungen zwischen Drittmittelfinanzierungsarten mittels Begriffsdefinitionen gemacht, um klarzustellen, wovon gesprochen wird. Anschließend wird Drittmittelfinanzierung im Gesundheitswesen in den drei Bereichen Forschung, Fort- und Weiterbildung und PatientInnenorganisationen erläutert.

4 Drittmittelfinanzierung und -finanzierungsarten

Die Drittmittelfinanzierung im universitären Bereich in Österreich ist in §§ 26 und 27 des Universitätsgesetzes 2002 geregelt. Auf Basis dieser Rechtslage haben die österreichischen Universitäten unterschiedliche Definitionen zu Drittmittel formuliert. Die Medizinische Universität Innsbruck spricht von Drittmittelprojekten wenn „*Forschungs- und Entwicklungsvorhaben [...] nicht aus Mitteln der Universität selbst (z.B. Globalbudget), sondern mit Beiträgen Dritter finanziert werden.*“ (Medizinische Universität Innsbruck 2009, S. 117)

Unter Drittmittel versteht man nicht nur finanzielle Unterstützung, sondern auch Sachleistungen oder sonstige geldwerte Vorteile, die man aus Verträgen zieht. Wie die oben genannte Definition zeigt, werden Drittmittel oft für bestimmte Zwecke, also Auftragsforschung und/oder Forschungsförderung, zur Verfügung gestellt (Leopold Franzens Universität Innsbruck 2006). Dass diese zweckbestimmte Mittelvergabe teilweise nicht unproblematisch ist, zeigen die derzeitige öffentliche Diskussion über Drittmittelfinanzierung und internationale Studien. Wie die Drittmittelfinanzierung im Gesundheitswesen aussieht, was sie bewirken kann und in welchen Formen es diese gibt, wird in den nächsten Kapiteln aufbereitet.

Ist bei ärztlicher Fort- und Weiterbildung, Forschungsfinanzierung und PatientInnenorganisationen von Drittmittelfinanzierung die Rede, wird häufig der Begriff Sponsoring verwendet. Betrachtet man die einzelnen Begriffsdefinitionen unterschiedlicher Drittmittelfinanzierungsformen, wird deutlich, dass der Begriff Sponsoring für sehr unterschiedliche Tatbestände eingesetzt wird (Fenger und Göben 2004). Bevor in Kapitel 5 auf die Bereiche im Gesundheitswesen eingegangen wird, in denen Drittmittelfinanzierung zur Aufrechterhaltung der Arbeit beiträgt, werden die einzelnen Formen der Drittmittelförderung abgegrenzt.

4.1 Sponsoring

Unter Sponsoring versteht man die Unterstützung mittels Geld, Sachmitteln und Dienstleistungen von Dritten für bestimmte Zwecke. Es hat sich aus dem Mäzenatentum (vgl. 4.2) entwickelt, welches auf eine lange Tradition zurückgreift und sich im Laufe der Jahrhunderte stark verändert und in unterschiedliche Richtungen entwickelt hat (Bruhn 1991).

Sponsoring an sich stellt ein komplexes Konstrukt, wofür es unterschiedliche Definitionen und Ausprägungen in der Literatur gibt, dar. Je nach Absicht, Umfang und Art des Sponsorings nimmt es unterschiedliche Formen an. Aufgrund der relativ häufigen Literaturverweise auf Bruhn (1991) wird in dieser Arbeit dessen Definition verwendet.

Im Unterschied zum Mäzenatentum geht man beim Sponsoring von einer Beziehung aus, die auf dem Prinzip der Leistung und Gegenleistung beruht. Grenzt man die Begriffe Sponsoring, Mäzenatentum und Spenden voneinander ab, bekommt man folgende Definition für den Begriff „Sponsoring“ (Bruhn 1991, S. 20):

„Sponsoring bedeutet die Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle sämtlicher Aktivitäten, die mit der Bereitstellung von Geld, Sachmitteln oder Dienstleistungen durch Unternehmen zur Förderung von Personen und/oder Organisationen im

sportlichen, kulturellen und/oder sozialen Bereich verbunden sind, um damit gleichzeitig Ziele der Unternehmenskommunikation zu erreichen.“

Wie diese Definition zeigt, ist Sponsoring in der Unternehmensführung dem Marketing zu zuordnen. Als „Below-the-line“-Instrument¹ der Kommunikationspolitik ermöglicht es neben der Beschaffung von Drittmitteln differenzierbare und gut modellierbare Kommunikationsmöglichkeiten mit unterschiedlichen Stakeholdern auf verschiedenen Ebenen – je nach Zielsetzung und Anwendung. Trotz dieser Möglichkeiten ist Sponsoring lediglich ein Bestandteil im Kontext des Marketingmixes der „4 Ps“² und kann nur in Abstimmung und Anpassung an jegliche Marketingaktivitäten des Unternehmens erfolgreich sein (Bruhn 1990; Leuteritz, Wünschmann et al. 2008). So vielversprechend dieses Marketing- und Mittelaufbringungstool auch ist, so bedacht muss es verwendet werden, da es aufgrund von willkürlichem Einsatz, Fehlkonzeption und/oder mangelnder Abstimmung auf die Unternehmens- und Marketingziele unerwünschte Wirkungen erzielen kann (Bruhn 1990). Es ist also essentiell, Sponsoring in den strategischen Planungs- und Entscheidungsprozess einzulagern.

4.2 Mäzenatentum

Hinter dem Mäzenatentum stehen Privatpersonen und Stiftungen, die aus rein altruistischen Gründen, sprich ohne eigene wirtschaftliche Interessen, Personen oder Organisationen beispielsweise Künstler/Kunst oder Sportler/Sport, finanziell fördern (Bruhn und Mehlinger 1995). Vergleicht man die Beschreibung des Mäzenatentums mit jener der Spenden, wird es schwer, Unterschiede festzustellen. Man geht aber davon aus, dass Mäzen grundsätzlich längerfristiger und enger mit den Empfängern in Kontakt sind, als Spender und Spendennehmer (Leuteritz, Wünschmann et al. 2008). In der Praxis findet man auch Mischformen zwischen Mäzenatentum und Sponsoring. Man spricht dabei vom mäzenatischen Sponsoring, was dadurch gekennzeichnet ist, dass sich der/die DrittmittelgeberIn zwar als Mäzen ausgibt, aber öffentlich über seine/ihre Unterstützung spricht und somit die Förderung dem Sponsoring ähnlich ist.

4.3 Spenden

Die österreichische Kammer der Wirtschaftstreuhandler (KWT) definiert in ihrem Schwerpunkt „Spendengütesiegel“ eine Spende als *„Leistungen, [...] welche an NPOs erfolgen und die keinerlei Anspruch auf Gegenleistung beim Spender begründen“* (Wirtschaftstreuhandler 2008, online).

1 „Below-the-line“ werden den nicht-klassischen Kommunikationsinstrumenten zu geordnet. Solche sind zum Beispiel Sponsoring, Event-Marketing, Product Placement und Direktmarketing (Matthes 2002)

2 Die „4 Ps“ stellen den Marketingmix dar und sind die Anfangsbuchstaben der englischen Begriffe für Produktpolitik („product“), Preispolitik („price“), Distributionspolitik („place“) und Kommunikationspolitik („promotion“) (Leuteritz et al. 2008).

Spender sind vorwiegend Privatpersonen und nicht Unternehmen (Leuteritz, Wünschmann et al. 2008). Da es sich hierbei um einseitig und freiwillig erbrachte Zuwendungen handelt, dürfen SpendenehmerInnen für den Erhalt der Unterstützung keine Gegenleistungen erbringen. Wenn doch Gegenleistung(en) erbracht werden, wäre das wirtschaftliche Interesse des Sponsors offensichtlich und die Zuwendung wäre nicht mehr steuerlich absetzbar (Fenger und Göben 2004). Ein Grund warum Mäzenatentum und Spendenwesen für Unternehmen eher uninteressant sind, ist die steuerliche Absetzbarkeit. Diese beiden Formen der Förderung stellen steuerlich keine dem Unternehmenszweck dienende Aufwendung dar und können also nicht als Aufwendung verbucht werden, sondern es müssen dafür anteilig Steuern abgegeben werden. Anders ist es, wenn es sich bei dem/der Geförderten um eine begünstigte Einrichtung³ laut § 4 Abs 4 Z 5 und 6 EstG 1988 handelt. Wenn dies der Fall ist, kann der/die GeldgeberIn die Zuwendung als Betriebsausgabe (wenn aus Betriebsvermögen) oder als Sonderausgabe (wenn aus Privatvermögen) steuerlich absetzen (Bundesministerium für Finanzen 2008).

4.4 Public Private Partnership

Public Private Partnerships (PPP oder auch öffentlich-private Partnerschaften) werden in Österreich hauptsächlich bei Infrastrukturprojekten eingesetzt, können aber theoretisch in jedem anderen Bereich eingegangen werden. Ziel dabei ist, dass sich Staat und Unternehmen aus der Privatwirtschaft Risiko und Chancen teilen und gegenseitig voneinander profitieren. Laut Ergebnisbericht 2008 zu den PPPs in Österreich sind die einzelnen Projekte sehr unterschiedlich angelegt. Aus diesem Grund gibt es auch keine einheitliche Definition. Im Endeffekt kommt es auf Vereinbarung und Vertragsgestaltung sowie Absicht hinter der PPP an, wie diese aussieht (Bundesministerium für Verkehr Innovation und Technologie und Bundesministerium für Finanzen 2008). Charakteristisch für PPPs ist, dass die jeweiligen Partner eine freiwillige Zusammenarbeit eingehen und sich Chancen und Risiken teilen. Die Formen von PPPs sind sehr unterschiedlich und reichen von informeller Zusammenarbeit bis hin zu gemeinsamen Unternehmen des öffentlichen und des privaten Sektors (Leuteritz, Wünschmann et al. 2008).

4.5 Stiftungen

Stiftungen sind laut österreichischem Bundes-, Stiftungs- und Fondsgesetz 1975 § 2 Abs 1 „... durch eine Anordnung des Stifters dauernd gewidmetes Vermögen mit Rechtspersönlichkeit, deren Erträge der Erfüllung gemeinnütziger oder mildtätiger Zwecke dienen“ (Bundesministerium für Finanzen 1975, § 2 Abs 1). Durch ihr gemeinnütziges Engagement für gesellschaftliche Interessen sind sie zu unverzichtbaren Partnern des Staates zur Bewältigung der Staatsaufgaben geworden. Sie funktionieren grundsätzlich so, dass der/die StifterIn ein bestimmtes Vermögen für einen definierten Zweck einbringt. Während das Vermögen in seinem ursprünglichen Ausmaß erhalten bleibt, wird der Ertrag darauf für den Stiftungszweck verwendet. Steuerliche Begünstigungen gibt es für Stiftungen nur dann, wenn sie nachweisen können, einen ge-

3 Welche Einrichtungen in Österreich diesen Begünstigtenstatus haben, ist in einer jährlich aktualisierten Liste auf der Homepage des Bundesministeriums für Finanzen unter der Rubrik „absetzbare Spenden“ (www.bmf.gv.at) ersichtlich.

meinnützigen Zweck zu verfolgen. Mit dieser Begünstigung soll ihr Dienst an der Allgemeinheit honoriert werden (Fenger und Göben 2004).

4.6 Diskussion – Drittmittelfinanzierung

Die in Kapitel 4 in Kurzform dargestellten Finanzierungsarten durch Dritte eignen sich bedingt für Drittmittelfinanzierung im Gesundheitswesen. Auf der einen Seite gibt es Drittmittel wie Spenden, Mäzenatentum und teilweise Stiftungen, die aus uneigennütigen Beweggründen Unterstützung anbieten beziehungsweise geben. Auf der anderen Seite sind jene, hauptsächlich Sponsoring und Public Privat Partnerships, die mit klaren vertraglichen Regelungen bezüglich Leistung und Gegenleistung mit ihren Partnern in Verbindung stehen. Beide Arten, jene mit altruistischen und jene ohne altruistischen Motive, sind im Gesundheitswesen zu finden (Fenger und Göben 2004; Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2005; Österreichische Ärztezeitung 2008). Grund für die in der Problemstellung erwähnten internationalen Diskussionen rund um die Drittmittelfinanzierung im Gesundheitswesen sind vor allem die Formen, die auf Gegenleistung abzielen, wodurch Abhängigkeiten und Einfluss entstehen können. Meist wird dabei von Sponsoring, dem Kommunikationsinstrument gesprochen. Aus diesem Grund wurde der Schwerpunkt dieser Arbeit auf Sponsoring im Gesundheitswesen gelegt. Die nachfolgenden Ausführungen zur Drittmittelfinanzierung, vor allem in Kapitel 5, beziehen sich auf das Sponsoring.

5 Drittmittelfinanzierung im Gesundheitswesen

Bevor die Bereiche des Gesundheitswesens dargestellt werden, in denen Drittmittelfinanzierung eine bedeutende Rolle spielt, werden noch kurz die Charakteristika des Sponsorings dargestellt. Die Literatur beschäftigt sich hauptsächlich mit den vier Sponsoringarten Sportsponsoring, Kunst- und Kultursponsoring, Ökosponsoring und Soziosponsoring. In den letzten Jahren wird auch vermehrt über Bildungs- und Mediensponsoring geschrieben. Das Gesundheitswesen ist dem Soziosponsoring zuzuordnen (Bruhn 1990; Hermanns und Marwitz 2008).

Während die Sponsoringarten in ihrer Anwendung, Möglichkeiten und Verbreitung sehr unterschiedlich sind, haben sie dennoch einige Gemeinsamkeiten (Bruhn und Mehlinger 1995; Hermanns und Marwitz 2008; Leuteritz, Wünschmann et al. 2008):

- Sie beruhen auf einem Leistungsaustauschverhältnis.
- Jede einzelne Sponsoringaktivität ist individuell und muss eigens geplant werden.
- Differenzierte Möglichkeiten hinsichtlich der Art und des Umfangs der Leistungserbringung beiderseits.
- Differenzierte Möglichkeiten bezüglich Zielgruppe und Sponsorpartner (Einzelpersonen, Personengruppen, Organisationen, Veranstaltungen, ...).
- Das Verfolgen von konkreten Zielen durch beide Partner. Die Ziele des Sponsors und die des Sponsornehmers müssen nicht unbedingt identisch sein.

Auch im Gesundheitswesen gibt es davon differenzierte Anwendungsmöglichkeiten. Die Palette des Sponsorings ist sehr breit und reicht von der finanziellen Unterstützung von PatientInnenorganisationen über die Finanzierung, Organisation und Bereitstellung von Equipment für Fortbildungen im Gesundheitsbereich bis hin zur Finanzierung von Forschungsprojekten. Sponsoren im Gesundheitsbereich sind zum überwiegenden Teil Unternehmen aus der Privatwirtschaft und dabei vor allem jene der Pharma- und Medizinprodukteindustrie, deren primäres wirtschaftliches Interesse nicht unbedingt mit dem solidarischen Versorgungsinteresse des Gesundheitswesens Hand in Hand geht (Fletcher 2007). Nachfolgend werden die genannten Bereiche hinsichtlich Hintergrund, Ausmaß, soweit es dafür Daten gibt, und Konsequenzen für die unmittelbar und mittelbar Betroffenen aufgezeigt.

5.1 Selbsthilfegruppen / PatientInnenorganisationen

Obwohl bereits Mitte des 20. Jahrhunderts die ersten Selbsthilfegruppen entstanden sind, wurde erst in den 70er Jahren öffentlich darüber diskutiert (Merten und Rabbata 2007). Ziel dieser Gruppen beziehungsweise Organisationen ist es, Informations- und Auskunftsmöglichkeiten für Interessierte und Betroffene anzubieten. Wesentlich ist, dass viele „NutzerInnen“ dieser Organisationen von deren Glaubwürdigkeit überzeugt sind und großes Vertrauen in die dort präsentierten Informationen und Aussagen haben (Ball, Tissocki et al. 2006).

Meist sind Selbsthilfegruppen/PatientInnenorganisationen als Verein organisiert und finanzieren sich zu einem beträchtlichen Teil aus Drittmitteln (öffentliche Gelder, Spenden, Sponsoring, ...), da die eigenen Einnahmen beispielsweise aus Mitgliedsbeiträgen nicht für eine strategische und

längerfristige Planung und Durchführung der Mission ausreichen (Englert 2008). Wie hoch der Anteil an Drittmitteln ist, lässt sich nicht pauschal sagen, da die Landschaft der PatientInnenorganisationen und Selbsthilfegruppen sehr unterschiedlich ist.

Wie bereits erwähnt, verfolgt die Pharmaindustrie nicht unbedingt die gleichen Interessen wie Organisationen und Institutionen im Gesundheitswesen. Für ihre finanzielle Unterstützung erwartet sie sich konkrete Gegenleistungen von ihrem Sponsoringpartner. Man geht davon aus, dass bei einer Unterstützung von über 20 Prozent der/die SponsorIn erheblich in die Selbsthilfegruppe oder PatientInnenorganisation eingreift (Herxheimer 2003). Dabei läuft die Organisation – sowie die Firma – Gefahr, die Glaubwürdigkeit in der Bevölkerung und ihren Unabhängigkeitscharakter zu verlieren. Die Absicht der Pharmafirmen hinter diesen Sponsoringaktivitäten ist nicht immer nur in ihrem Statement zur „Corporate Social Responsibility“ zu finden, sondern auch als wesentlicher Bestandteil ihrer Marketingstrategie. Da „Direct to Consumer Advertising (DTCA)“ weitgehend verboten beziehungsweise limitiert ist, und es sehr viel Aufwand braucht, ÄrztInnen zu instrumentalisieren, bieten Selbsthilfegruppen und PatientInnenorganisationen gute Möglichkeiten, um „verstecktes“ Lobbying zu betreiben. Ziel dieses Interessengruppen-Lobbyings ist, Druck auf Entscheidungsgremien und –behörden auszuüben, um unter anderem die Zulassung von Medikamenten oder die Erstattung von Arzneimitteln durch die Versicherungen zu forcieren (Burton 2005; Englert 2008). Eines der Ziele der österreichischen Pharmaindustrie unter dem Schlagwort „Patient Empowerment“ ist die „Entsendung von PatientInnen in die Heilmittel-Evaluierungskommission“ (Pharmig und Fopi 2008, Folie 8).

Dass diese Maßnahmen ihre Wirkung nicht verfehlen, zeigen Zahlen aus den USA, die angeben, dass jeder eingesetzte Dollar bei Selbsthilfeorganisationen ein Plus von vier Dollar Umsatz einbringt (Braeuninger 2008). Eine weitere Marketingstrategie der Pharmaindustrie, um das DTCA-Verbot zu umgehen ist der so genannte „Direct to Patient (DTP)“ Ansatz, dessen kleinste Erscheinungsform der „Gesundheitslotse“⁴ ist. Umfangreicheres Ziel des DTP ist allerdings „den Patienten durch Massenmarketing zu identifizieren, zu klassifizieren und ihn dann personalisiert in ein Kommunikationssystem zu bringen, das ihm Tailor-made Informationen bringt und ihn dabei auch über Problemstellungen aufklärt, die er mangels Wissen selber nicht abrufen würde“ (Walke 2007). Dabei wurde – aufgrund der gesetzlichen Situation in Europa – mit Vereinen, Initiativen und bekannten Testimonials zusammen gearbeitet, die dabei helfen sollten, bestimmte Wertvorstellungen in der Bevölkerung zu verändern (Walke 2007).

4 Gesundheitslotse: ist ein Call-Center als Wissenszentrum bei dem Adressen von Fachärzten und Kliniken, Terminvermittlungen, Erläuterungen zu Erkrankungen und Diagnosen, Auskünfte zu alternativen Heilmethoden oder psychologischen Themen, Fragen zum Beipackzettel, zu Impfungen und Reisemedizin, sowie zu Fitness, Ernährung und Sport gegeben werden. (Walke 2007)

5.2 Klinische Forschung / Studien

Die klinische Forschung ist durch ihre Innovationskraft und ihr Weiterentwicklungspotential einer der wesentlichsten Bereiche im Gesundheitswesen. Spricht man von Evidenzbasierter Medizin (EBM⁵), so meint man damit medizinisches Verhalten, das sich nach den Ergebnissen qualitativ hochwertiger Studien richtet, die bestimmte Standards und Voraussetzungen erfüllen. Im Gegensatz zur Eminenz⁶-basierten Medizin werden dabei Behandlungsentscheidungen aufgrund von Studienergebnissen – vor allem Studien, die in peer-reviewed Journals veröffentlicht wurden – getroffen (Sackett, Rosenberg et al. 1996; Isaacs und Fitzgerald 1999; Davidoff, DeAngelis et al. 2001). Würde es also keine Studien geben, beziehungsweise nur sehr wenige, dann würde auch die Innovationskraft und Weiterentwicklung der Medizin stark eingedämmt werden. Klinische Studien sind sehr starke Instrumente im medizinischen Alltag und bilden die Basis für unzählige Entscheidungen, die für den einzelnen – betroffenen – Menschen von großer Bedeutung sind. Bedenkt man außerdem, dass Studien es erlauben, unterschiedliche Hypothesen zu prüfen und mit Standardtherapien zu vergleichen, wird klar, dass man diese sehr sorgfältig einsetzen muss (Davidoff, DeAngelis et al. 2001).

Für die Zwecke dieser Arbeit wird zwischen drittmittel-finanzierter Forschung und nicht-drittmittelfinanzierter Forschung unterschieden. Wichtig ist zu erwähnen, dass drittmittelfinanziert nicht mit Sponsoring gleich zu setzen ist, sondern lediglich einen Hinweis darauf gibt, woher die Forschungsgelder kommen. Abbildung 1 gibt einen Gesamtüberblick über Ausgaben bei Forschung & Entwicklung in Österreich zwischen 2004 und 2008.

Die drei bedeutendsten Geldquellen der österreichischen Forschung (nicht nur biomedizinische Forschung) sind Unternehmen (48,6 %), der öffentliche Sektor (35,5 % → wobei hier der Bund mit 29,6 % der bedeutendste Geldgeber ist) und das Ausland (15,5 %). Zu den Geldquellen „Ausland“ zählen nicht nur EU-Gelder, sondern der überwiegende Teil kommt von ausländischen Unternehmen, die mit österreichischen Firmen verbunden sind und in Österreich ihren Forschungsschwerpunkt gewählt haben (Statistik Austria 2008).

5 Definition von Evidenz basierter Medizin: "Evidence based medicine is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research" (Sackett 1996, S. 71).

6 Definition von Eminenz basierter Medizin: „*The more senior the colleague, the less importance he or she placed on the need for anything as mundane as evidence. Experience, it seems, is worth any amount of evidence. These colleagues have a touching faith in clinical experience, which has been defined as 'making the same mistakes with increasing confidence over an impressive number of years.'*” *The eminent physician's white hair and balding pate are called the "halo" effect* (Isaacs 1999, S. 1618)

Abbildung 1: Ausgaben für Forschung und Entwicklung in Österreich (Statistik Austria 2008, S. 115)

Forschung & Entwicklung in Österreich					
Finanzierungssektoren	2004	2005	2006	2007	2008
Bruttoinlandsausgaben für F&E (in Mio. EUR)	5.249,6	5.972,1	6.423,2	6.946,2	7.512,2
Davon finanziert durch:					
Bund	1.462,0	1.764,9	1.882,0	2.039,2	2.221,7
Bundesländer	207,9	330,2	362,4	361,7	371,7
Unternehmenssektor	2.475,6	2.727,8	2.981,5	3.312,2	3.649,7
Ausland	1.016,6	1.058,4	1.101,8	1.132,1	1.163,2
Sonstige	87,5	90,9	95,5	101,0	105,9
BIP nominell (in Mrd. EUR)	236,2	245,3	257,9	272,8	285,8
Bruttoinlandsausgaben für F&E (in % des BIP)	2,22	2,43	2,49	2,55	2,63

Q: STATISTIK AUSTRIA, Globalschätzung 2008 (Stand: April 2008); WIFO (BIP 2008).

Genaue Zahlen für den gesamten österreichischen Gesundheitssektor sind nicht verfügbar. Im Jahr 2008 hat der Bund (ohne Bundesländer und sonstige öffentliche Einrichtungen) 22,4 Prozent (von 2,2 Mrd. Euro) seiner Ausgaben für Forschung und Forschungsförderung dem Gesundheitswesen gewidmet (Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung, Bundesministerium für Verkehr Innovation und Technologie et al. 2008, Seite 154). Für die Höhe der unternehmensfinanzierten Drittmittelforschung im Gesundheitswesen gibt es keine offiziellen Zahlen, trotzdem versucht man mit anderen Möglichkeiten einen Eindruck dieser Beträge zu bekommen (Österreichische Ärztezeitung 2008). Der österreichische Technologie- und Forschungsbericht 2008 zeigt, dass im Jahr 2004 771.000 Euro (vgl. 2002: 4,12 Mio Euro) für Forschung und Entwicklung von pharmazeutischen Erzeugnissen an Universitäten – also im extramuralen Bereich – von Unternehmen ausgegeben wurden (Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung, Bundesministerium für Verkehr Innovation und Technologie et al. 2008). Obwohl vereinzelt Zahlen zugänglich sind, ist es nicht legitim, diese Zahlen und Daten zu summieren, um auf die gesamten Ausgaben für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen zu schließen. Gründe dafür sind unter anderem, dass zum Einen firmeninterne Forschungsbudgets nicht gesammelt veröffentlicht werden und/oder Pharmafirmen nicht ausschließlich an Medizinprodukten und Arzneimitteln forschen und zum Anderen, dass Zahlen oft aus statistischer Geheimhaltungspflicht nicht veröffentlicht werden können (Österreichische Ärztezeitung 2008). Die Forschung im österreichischen Gesundheitswesen wird in universitäre medizinische Forschung, die an den drei Medizinischen Universitäten Graz, Innsbruck und Wien erfolgt und in außeruniversitäre Forschung, welche von unterschiedlichen Forschungsfonds und Forschungsstellen betrieben wird, unterteilt. Die vier wichtigsten außeruniversitären Forschungseinrichtungen sind der Fonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung⁷ (bezog 2004 17,4 % des gesamten Budgets im Bereich der Humanmedizin), die Österreichische Akademie der Wissenschaften (ÖAW), die Ludwig Boltzmann Gesellschaft (derzeit

⁷ Der Wissenschaftsfonds ist die zentrale Einrichtung für Grundlagenforschung in Österreich.

129 Institute, 73 davon im Bereich der Humanmedizin) und das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2005).

Diese Zahlen zeigen, dass Unternehmen in der österreichischen Forschung – vor allem in der Spitzenforschung – nicht unbedeutend sind, da die öffentliche Hand ihr Hauptaugenmerk der Unterstützung auf Grundlagenforschungsprojekte legt (Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung, Bundesministerium für Verkehr Innovation und Technologie et al. 2008; Österreichische Ärztezeitung 2008).

Da das Zur-Verfügungstellen von finanziellen Mitteln beziehungsweise Sach- oder Dienstleistungen nicht immer aus rein altruistischer Motivation hervorgeht (siehe Kapitel 4), muss gerade im Forschungsbereich die ethische und gesellschaftspolitische Diskussion geführt werden, welche Gegenleistung vom Sponsornehmer erwartet und gefordert werden kann und welche nicht gefordert werden darf. Dass firmen-finanzierte oder gesponserte Studien tatsächlich nicht immer frei von Interessenskonflikten sind, zeigen Studien und systematische Reviews der vergangenen Jahre (Yaphe, Edman et al. 2001; Baumgartner, Schimetta et al. 2003; Lexchin, Bero et al. 2003; Bhandari, Busse et al. 2004). Untersucht wurde dabei unter anderem der Zusammenhang zwischen Finanzierung durch Unternehmen mit den Ergebnissen der industrie-finanzierten Studien. Bezugnehmend auf die Methoden der klinischen Studien konnte keine Minderung der Qualität von industrie-finanzierter Forschung festgestellt werden. Im Gegenteil, vereinzelt wurde eine höhere Qualität in den Methoden der Studien der Pharmaindustrie festgestellt, als in jenen Untersuchungen, die von Anderen finanziert wurden. Nichts desto trotz ist die Datenlage eindeutig, dass die Ergebnisse jener Studien, die von der Pharmaindustrie finanziert werden (68 % der klinischen Studien), eher positiv (für den Sponsor) ausfallen, als bei anderen Sponsoren (odds ratio 4,05; 95 % confidence intervall 2,98 – 5,51; 18 Vergleiche) (vgl. Abbildung 2) (Yaphe, Edman et al. 2001; Lexchin, Bero et al. 2003).

Abbildung 2: Odds ratios von Metaanalysen zur Beziehung industriefinanzierter Forschung und deren Ergebnissen (Bhandari, Busse et al. 2004, S. 479)

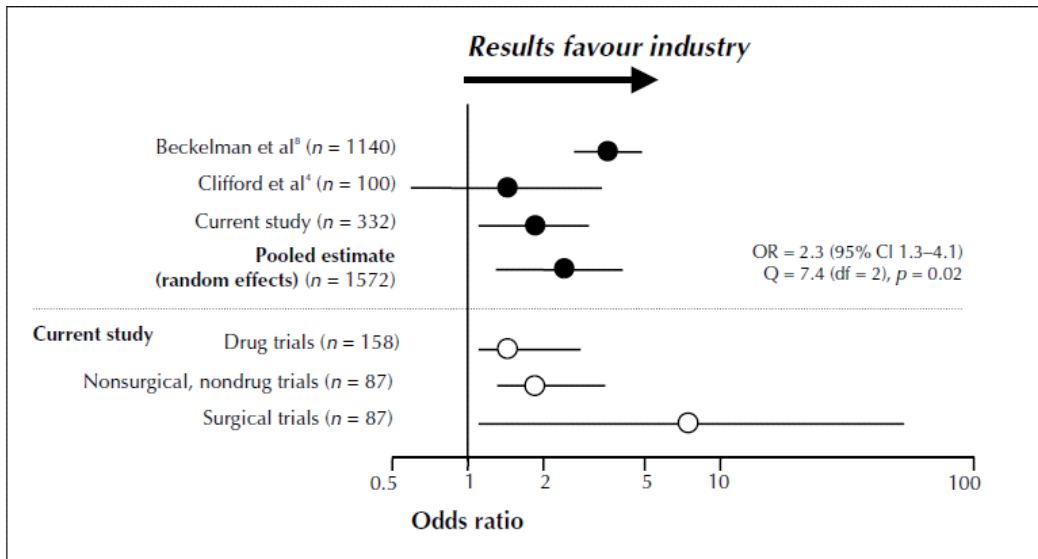


Fig. 1: Comparison of current results with a meta-analysis of 1140 medical trials and a recent study of 100 trials. Point estimates from our current sample of 158 drug trials and 87 nonsurgical, nondrug trials support previous estimates from the meta-analysis. Point estimates of the odds of pro-industry conclusions from 87 surgical trials are greater than those of drug trials and nonsurgical, nondrug trials. OR = odds ratio, CI = confidence interval, Q = quotient, df = degrees of freedom.

Ein weiterer wichtiger Punkt betrifft die Publikationen. Auch hier zeichnet sich die Tendenz ab, dass von der Pharmaindustrie gesponserte Studien – insbesondere solche mit negativen Ergebnissen – seltener veröffentlicht werden als Andere (Lexchin, Bero et al. 2003). Eine mögliche Erklärung dafür stellen folgende vier Punkte dar:

- Die Pharmaindustrie selektiert die Studien, die sie finanziell unterstützt bereits im Vorhinein, indem sie versucht abzuschätzen, welches Produkt bessere Ergebnisse erzielt und ob dieses für sie von Nutzen ist/sein wird.
- Positive Outcomes sind die Resultate einer minderen Studienqualität.
- Einer der wesentlichsten Punkte ist das Wählen eines adäquaten Vergleichs der untersuchten Technologie. Wird hier bei Arzneimittelstudien eine ungleichwertige Dosierung der zu vergleichenden Medikamente verwendet, kann dies zu bedeutenden Unterschieden in den Ergebnissen führen.
- Resultate von Reviews deuten darauf hin, dass auch der Publikationsbias einen wesentlichen Einfluss auf industrie-pro Ergebnisse hat.

Auch diese Entwicklungen haben zur derzeit aktuellen gesellschaftspolitischen Diskussion über die Ethik von Drittmittelfinanzierung im Gesundheitswesen beigetragen. Obwohl mehrere Primärstudien und Reviews Zusammenhänge zwischen Drittmittelfinanzierung und positiven Studienergebnissen nachweisen konnten, wurde bisher davon Abstand gehalten, Kausalitäten daraus zu ziehen. Grund dafür ist, dass die unterschiedlichen Arbeiten einerseits zu schmal angelegt waren, um eventuelle andere Einflüsse berücksichtigen zu können (siehe oben) und dass teilweise

Material wie nicht publizierte Studien der Industrie nicht vollständig berücksichtigt werden konnten (Yaphe, Edman et al. 2001; Bhandari, Busse et al. 2004)

5.3 Sponsoring von / bei ÄrztInnen

Durch finanzielle und materielle Unterstützung von medizinischem Personal betreiben Unternehmen der Pharma- und Medizinprodukteindustrie gezielt Marketing, wodurch sie vor allem auf MedizinerInnen gezielt Einfluss ausüben (Geppert 2007). Die Größenordnung dieses Einflusses, also Kosten und Nach- beziehungsweise auch Vorteile, die dadurch im Gesundheitssystem entstehen, sind aufgrund von Intransparenz und mangelnder Erhebung nicht eindeutig zu beziffern. Die vorliegende Evidenz allerdings zeigt, dass ÄrztInnen gezielt beeinflusst werden, dass sich die Firmen dadurch Vorteile erhoffen und dass sie einen bestimmten Nutzen daraus ziehen können – auch auf Kosten des solidarischen Versorgungssystems (Royal College of Physicians 2009). Zu den Interaktionen zwischen MedizinerInnen und der Industrie zählen zum Einen die in Österreich gesetzlich verpflichtende medizinische Fortbildung von praktizierenden ÄrztInnen, das Zur-Verfügungstellen von Informationen beispielsweise mittels Fachzeitschriften und zum Anderen die Besuche von PharmareferentInnen in Arztpraxen und das Geben von Probepackungen und kleinen/großen Geschenken.

“Interactions with pharmaceutical representatives were also found to impact the prescribing practice of residents and physicians in terms of prescribing cost, nonrational prescribing, awareness, preference and rapid prescribing of new drugs, and decreased prescribing of generic drugs” (Wazana 2000, S. 375).

5.3.1 Ärztliche Fortbildung

Die kontinuierliche medizinische Fortbildung (continuing medical education: CME) zählt neben der ordnungsgemäßen Erbringung der ärztlichen Leistungen zu den wichtigsten Berufspflichten eines Arztes/einer Ärztin. Wie diese Pflicht zu erfüllen ist, ist von Land zu Land unterschiedlich und sorgt für Diskussionen und Meinungsverschiedenheiten. Auf der einen Seite gibt es eine Debatte darüber, wer die Fortbildungen organisieren kann, darf und/oder muss. Auf der anderen Seite stellt sich die Frage, wer die Kosten dieser Fortbildungsangebote zu tragen hat (UEMS 1994; Podolsky und Greene 2008).

Fakt ist, dass in den Budgets von Krankenhäusern, Arztpraxen und Kliniken keine bis nicht ausreichend hohe Beträge für CME vorgesehen sind und österreichische ÄrztInnen gewohnt sind, sehr wenig bis nichts für die verpflichtende Fortbildung bezahlen zu müssen (Egger 2007).

Wichtig ist auch zu bedenken, dass bei Fortbildungen (v.a. bei Veranstaltungen und Kongressen) nicht nur Kosten für die Organisation der Veranstaltung entstehen, sondern auch der/die teilnehmende ÄrztIn indirekte (Urlaub, Urlaubsvertretung, Verdienstentgang) und direkte (Teilnahmegebühr, Reisekosten) Kosten zu tragen hat (Drack, Kuhn et al. 2003). Um den finanziellen Aufwand für ÄrztInnen so gering wie möglich zu halten, suchen die OrganisatorInnen der Fortbildungsaktivitäten SponsorInnen, die die Kosten für beispielsweise Raummiete, Buffet, Un-

terlagen, Anreise usw. übernehmen. Podolsky und Greene (2008) haben sich mit den Wurzeln der Beziehung Pharmazeutische Industrie und CME beschäftigt. Begonnen hat diese Zusammenarbeit nach der Zulassung und vermehrten Forschung an den so genannten „Wunderpillen“ Antibiotika und Antipsychotika Mitte des 20. Jahrhunderts. Ein weiterer Grund für die damalige Zusammenarbeit war die Zulassung von insgesamt 4562 neuen verschreibungspflichtigen Medikamenten in den 60er Jahren. Um diese Informationsflut bewältigen zu können, nutzten viele MedizinerInnen die PharmareferentInnen als wichtigste Informationsquelle, was daraufhin die Industrie darin bestärkte, ihr Marketing in diese Richtung zu lenken (Podolsky und Greene 2008). Heute schätzt man, dass die Pharmaindustrie die Hälfte aller Fortbildungsaktivitäten unterstützt (Wilson 2003; Pisacane 2008; Podolsky und Greene 2008). Bei dieser Unterstützung ist es wesentlich zu unterscheiden, ob es sich dabei um eine rein finanzielle Unterstützung handelt – kein Einfluss auf Inhalt und Organisation – oder ob es sich um organisatorische und finanzielle Unterstützung handelt.

Wenn das Ziel der Pharmaindustrie durch diese Zusammenarbeit das medizinische Wissen der Ärzteschaft auf dem neuesten Stand zu halten ist, wäre es sinnvoller, das Geld in einen unabhängigen Topf einzuzahlen, von dem aus die Mittel dann nach objektiven Kriterien an die Organisatoren von CME verteilt werden könnten, als dass eine einzelne Firma einen bestimmten Betrag einer konkreten Veranstaltung / Kongress / usw. zuwendet (Lexchin 2005). Berücksichtigt man die Definitionen und Abgrenzungen in Kapitel 4, wäre es nicht richtig, den Begriff „Sponsoring“ in diesem Zusammenhang zu verwenden.

Findet die finanzielle Unterstützung allerdings nicht aus rein altruistischen Motiven, sondern aus Marketingabsichten statt, stellt sich eine ganz andere Diskussion in den Raum, derer man sich bereits seit Beginn dieser Zusammenarbeit bewusst ist, wie Podolsky & Greene (2008, S. 832) in ihrem Artikel ein JAMA-Editorial aus dem Jahre 1963 zitieren:

„The principal source of financial support must come from within the medical profession. Financing often determines control, and control must remain in the hands of the profession“.

Die Verknüpfung von medizinischem Fachpersonal und der Industrie ist deshalb so kritisch, weil dabei die Tendenz zu negativen Einflussmaßnahmen vorhanden ist. Diese negativen Effekte sind beispielsweise:

- Beeinflussung des Verschreibe-Verhaltens von MedizinerInnen beispielsweise weniger Verschreibungen von Generika
- Verzerrung von professioneller, medizinischer Beurteilung
- Das Entstehen von Interessenskonflikten
- Abwertung des Berufes
- Das Forcieren eines Anspruchsverhalten von MedizinstudentInnen und JungmedizinerInnen
- Verlust des Vertrauens der PatientInnen und des Respekts der Bevölkerung (Wazana, Garnich et al. 2004; Lichter 2008)

Jetzt stellt sich allerdings die Frage, warum gerade ÄrztInnen Zielscheibe dieses Marketings – obwohl nicht die direkten Verbraucher – sind. Einer der Gründe für dieses Verhalten ist, dass in Europa das „direct to consumer advertising“ (DTCA) weitgehend verboten ist und die Firmen in den ÄrztInnen die Möglichkeit sehen, indirekt ihre Produkte an die Zielgruppe zu bringen. Da der Arzt/die Ärztin als VerschreiberIn und MittlerIn zwischen PatientIn und Industrie gilt, wird er/sie immer mehr als „Mittel zum Zweck“ der Marketinginstrumente der Pharma- und Medizinprodukteindustrie (Carroll, Vreeman et al. 2007). Für die oben genannten Effekte der Zusammenarbeit werden aber nicht nur die Unternehmen, sondern auch die ÄrztInnen kritisiert. Codes of conducts und diverse Regelwerke verlangen, dass die Verantwortung über Fortbildung in den Händen der Ärzteschaft liegt (Royal College of Physicians 2009). Fiona Godlee schreibt im Februar 2009 Editorial vom British Medical Journal, dass es zwei Seiten braucht, damit dieses System, wie es jetzt ist, funktionieren kann.

“... it takes two to tango. It's time for the profession to take a lead. This means saying no to gifts and hospitality, ensuring that research and clinical collaborations are transparent and unbiased in their design and reporting, refusing to be a guest or ghost author, declining the role of paid opinion leader, paying our way for information and education, and refusing industry support unless it is entirely transparent and in patients' or the public's best interests” (Godlee 2009, S. 308).

Es geht also um Bewusstseinsbildung innerhalb der medizinischen Fachgruppen und um die gezielte Schulung zur Identifikation von marketingbeeinflusster und objektiver Information. Maßnahmen zur Minderung des Risikos dieser verzerrenden Einflussnahme sollen bereits bei StudentInnen und ÄrztInnen in Ausbildung angewandt werden, um die Wahrnehmung und Filtration von Werbebotschaften in „Information“ zu erkennen und von objektiver Information trennen zu können (Schneider und Lückmann 2008).

Das gesellschaftspolitische Problem, welches dadurch entsteht, bedarf einer strukturellen Veränderung, denn die Kosten, die den Firmen durch ihren zusätzlichen Marketingaufwand entstehen, fließen in die Medikamentenpreise ein, die dann von den PatientInnen selbst oder vom solidarisch finanzierten Gesundheitssystem durch die Versicherungen bezahlt werden müssen (Lichter 2008).

5.3.2 Geschenke mit / ohne Wert für PatientInnen

Die häufigsten und üblichsten „Zahlungen“ der Industrie an die ÄrztInnen sind Geschenke wie Essenseinladungen, Tickets für Kultur- und Sportereignisse, Büroartikel (Stifte, Notepads, ...) und viele andere „Kleinigkeiten“, die Namen von medizinischen Präparaten oder Logos der Firmen tragen. Obwohl diese Dinge als Geschenke gelten, sind sie nicht wirklich geschenkt – zumindest nicht ohne Absicht (Steinbrook 2009). Schon alleine das tägliche unbewusste Wahrnehmen des Logos einer Firma oder eines Produktnamens prägt sich in das Gedächtnis eines Menschen ein (Brett, Burr et al. 2003).

Aufgrund der Diskussion über Medizinindustriemarketing haben Brett et al. (2003) eine Studie an ÄrztInnen durchgeführt, welche erfassen sollte, in welchem Ausmaß diese Geschenke der Industrie von MedizinerInnen als ethisch problematisch eingestuft werden. Dabei wurden den Medi-

zinerInnen 21 unterschiedliche Szenarien gestellt, welche auf einer vierstufigen Skala bewertet wurden. Grundsätzlich galten berufsbezogene oder bildende Geschenke als weniger problematisch als nicht-berufsbezogene Geschenke. In Bezug auf den Wert der Geschenke konnte festgestellt werden, dass je höher der monetäre Wert des Geschenkes war, desto eher wurde es als ethisch problematisch eingestuft. Interessant ist die in Abbildung 3 gezeigte Unterscheidung zwischen niedergelassenen und angestellten ÄrztInnen.

Abbildung 3: Medianauswertung der Befragung zur ethischen Problematik von Geschenken der Industrie (Brett, Burr et al. 2003, S. 2215)

Table 1. Mean Responses*

Item	Mean Responses		P Value
	Resident	Faculty	
1. Pencil and pad gifts	0.41	0.55	.39
2. \$40 textbook	0.45	0.78	.08
3. \$40 golf balls	1.26	1.76	.04
4. \$500 textbooks for a practicing physician	0.87	1.50	<.01
5. \$500 textbooks for a resident physician	0.87	1.28	.10
6. Dinner speaker with product mentioned favorably	1.51	1.30	.32
7. Dinner speaker with product not mentioned	0.38	0.51	.40
8. Grand Rounds speaker with product mentioned favorably	1.36	1.16	.36
9. Grand Rounds speaker with product not mentioned	0.44	0.36	.63
10. Trip to resort	1.79	1.72	.75
11. Free drug samples for office	0.32	0.54	.16
12. Free lunch for resident conference, formal presentation by drug representative	0.44	0.80	.05
13. Free lunch for resident conference, informal discussion with drug representative	0.28	0.53	.09
14. Free lunch for resident conference, drug representative not present	0.29	0.31	.88
15. \$1000 unrestricted gift to department	0.62	0.34	.13
16. Drug representative present during clinic hours	0.46	1.08	<.01
17. "Happy hour," drug representative present	0.92	1.30	.10
18. "Happy hour," drug representative not present	0.74	0.95	.34

*0 indicates not problematic; 1, mildly problematic; 2, moderately problematic; and 3, very problematic.

Man weiß, dass die Anzahl der Geschenke und das Akzeptieren von Produktproben mit einer positiven Einstellung zu PharmareferentInnen korrelieren (Wazana 2000).

5.3.3 *Fachzeitschriften*

Fachzeitschriften sind wichtige Medien beziehungsweise Mittel der CME. Die Präsentation neuer Studienergebnissen erfolgt meist auf Kongressen beziehungsweise Tagungen und in Fachzeitschriften. Damit sind sie neben den Kongressen eine gute Möglichkeit für MedizinerInnen, Informationen über die neuesten Erkenntnisse der medizinischen Forschung zu bekommen. Auch bieten internationale und nationale Fachzeitschriften Fortbildung an, indem sie Artikel, die ein bestimmtes Begutachtungsverfahren durchlaufen haben und über eine Evaluierungsfunktion – meist Fragen zum Text – verfügen, bereitstellen (Davidoff, DeAngelis et al. 2001). Diese Form der Fortbildung ist online, in Papierform, oder auf beide Arten möglich. Der Vorteil von Fortbildung mittels Fachzeitschriften ist die zeitliche und örtliche Unabhängigkeit. Die Erstellung und Wartung dieser Form der Fortbildung ist, genau wie die Produktion der Zeitschriften, mit finanziellem Aufwand verbunden. Um die Kosten bestreiten zu können, wird neben dem Zeitschriftenverkauf Platz für Werbung und für Artikel verkauft (Dente 2006). Unternehmen der Pharma- und Medizinprodukteindustrie haben wirtschaftliches Interesse daran, Werbung für ihre Produkte zu machen. Da aber DTCA verboten ist, stellen medizinische Fachzeitschriften Marketingmöglichkeiten für Produkte dar. Nimmt die Zahl der Werbeinsetrate und vor allem jene der „gekauften“ Artikel, die dann nicht explizit als solche deklariert sind, zu, führt das zu immer stärker industriegefärbten Inhalten. Medizinische Fachzeitschriften kosten Geld (Dente 2006). Auf der einen Seite ist ihr Erhalt mit einem kostenpflichtigen Abonnement oder mit einer Mitgliedschaft bei Fachgesellschaften, die ebenfalls Geld kosten, verbunden (Braun 2007). Auf der anderen Seite gibt es Gratis-Zeitschriften, die man ohne finanziellen und organisatorischen Aufwand von der Industrie bekommt (Brezinka 2008). Im Endeffekt liegt es im persönlichen Ermessen des/der ÄrztIn, welche Zeitschrift er/sie liest: jene, die Geld kostet und deren Artikel auf hohem wissenschaftlichen Niveau geschrieben sind, oder jene, die gratis sind und leicht verdauliche Texte beinhalten (Dente 2006; Braun 2007).

Auch hier wurde wie im Bereich der klinischen Forschung die Diskussion über die Objektivität der Inhalte und die ethische Problematik des Industrieinflusses geführt. Viele Fachjournale verlangen, wie die OrganisatorInnen von CME-Veranstaltungen, die Offenlegung der Interessenskonflikte beziehungsweise Beziehungen zur Industrie und Dritten von den AutorInnen, die Artikel in ihrer Fachzeitschrift veröffentlichen (Schneider, Linger et al. 2007). Dass die Suche nach AutorInnen ohne Interessenskonflikte oder finanzielle Beziehungen mit der Industrie sehr schwierig ist, bestätigen EditorInnen von renommierten medizinischen Fachjournalen (Royal College of Physicians 2009).

Die Beeinflussungsfaktoren bei Fachjournalen sind einerseits die legitimen Werbeinsetrate und andererseits jene Artikel, für die Platz gekauft wurde und/oder Artikel von AutorInnen mit Interessenskonflikten. Eine Untersuchung von deutschsprachigen Zeitschriften zeigt, dass von 31 Eingeschlossenen bei 18 die Angabe von Interessenskonflikten verlangt wird. Von diesen 18 fordern zwei Fachzeitschriften die Erklärung von Interessenskonflikten nach internationalen Standards, den ICMJE-Kriterien (siehe Kaptitel 6) und die anderen 16 haben unterschiedliche Anforderungen an die Offenlegung der Interessenskonflikte. Selbst die Abfrage von Interessenskonflikten muss kritisch betrachtet werden, da oft nur finanzielle Verbindungen, nicht aber nicht-finanzielle, wie zum Beispiel persönliche Interessen berücksichtigt werden (Schneider, Linger et al. 2007).

5.4 Konsequenzen zu den Auswirkungen der Drittmittelfinanzierung

Durch die in den vorangegangenen Unterkapiteln (5.1 - 5.3) skizzierten Auswirkungen und Problemen der Drittmittelfinanzierung entstand die eingangs erwähnte öffentliche Diskussion rund um Sponsoring im Gesundheitswesen. Dadurch ist Handlungsbedarf für Fachgesellschaften, Berufsvertretungen, Unternehmen und Interessensvertretungen entstanden. Die daraus resultierenden Ergebnisse sind Verhaltensrichtlinien und „Codes of Conducts“ wie zum Beispiel die DFP-Richtlinie der Österreichischen Ärztekammer oder „Ethik im Geschäft“ von Roche, einem internationalen Pharmakonzern. Außerdem haben sich in Österreich und Deutschland Firmen der Pharma- und Medizinprodukteindustrie zusammengeschlossen und gemeinsam für alle Mitglieder verpflichtende Verhaltensleitlinien erstellt. In Österreich ist dieser Verein die „Pharmig⁸“ und in Deutschland „Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e.V.“⁹ Beide Vereine haben jeweils einen Verhaltenskodex hinsichtlich Zusammenarbeit mit PatientInnenorganisationen und für die Zusammenarbeit mit medizinischen Fachkreisen (MedizinerInnen, Pflegepersonal, Fachgesellschaften, etc.).

Problematisch bei diesen selbstaufgelegten Richtlinien ist zum Einen die Kontrolle der Einhaltung und die Sanktionen bei Verstößen und zum Anderen die unklaren und schwammigen Formulierungen wie „in adäquatem Ausmaß“, „angemessen“, „ortsüblich entsprechend“ etc., die Platz für Interpretationen lassen (Merten und Rabbata 2007; Steinbrook 2009).

8 Zusätzliche Information über die „Pharmig“ (Verband der pharmazeutischen Industrie Österreich) unter: www.pharmig.at

9 Mehr Information zum „Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e.V.“ unter: www.fs-arzneimittelindustrie.de

6 Interessenskonflikte und Drittmittelfinanzierung

Interessenskonflikte sind oft Auslöser für Angst und Misstrauen zu den Ergebnissen der biomedizinischen Forschung in der Bevölkerung und bei PatientInnen. Um das Vertrauen wieder herzustellen, bedarf es klarer Regeln und Transparenz in den Vorgängen (Klemperer 2009). Allumfassend würde das bedeuten, dass in jeder gesponserten Präsentation – auch Handouts und Werbung – Publikationen, in Mailinglisten, bei Kontakt mit an der Forschung beteiligten Personen oder bei der Richtlinienerstellung alle finanziellen und persönlichen Interessenskonflikte der Beteiligten aufgezeigt werden müssten (Antonuccio und Danton 2003).

Man schätzt, dass 23-28 Prozent der ForscherInnen von biomedizinischen Studien Forschungsfinanzierung durch die Industrie bekommen, zusätzlich dazu erhalten 43 Prozent der WissenschaftlerInnen forschungsbezogene Geschenke. 7,6 Prozent der biomedizinischen ForscherInnen haben finanzielle Beziehungen wie Anteile am Stammkapital der Firma (14 %) oder bezahlte Tätigkeiten wie Vortragstätigkeiten (34 %), Beraterfunktion (33 %) und Sitz in Entscheidungsgremien (32 %) zu den SponsorInnen ihrer Forschungsarbeit (Bekelman, Li et al. 2003). Aufgrund dessen und dem Bekanntwerden der Auswirkungen von Interessenskonflikten wurden von unterschiedlichen Seiten – Industrie, Fachgesellschaften, Interessensvertretungen etc. – Richtlinien und Regelungen für den Umgang mit diesen Spannungen erarbeitet (vgl. Kapitel 5.4.1). Auswirkungen von Interessenskonflikten sind zum Beispiel die Tendenz zu industrie-pro Ergebnissen bei gesponserten Studien und/oder bei ForscherInnen mit finanziellem und/oder persönlichem Bezug zum Unternehmen, die Verweigerung des Einblicks von akademischen ForscherInnen in Studiendaten (12-34 %) und auch, dass Fakultätsmitglieder mit Verbindung zu Unternehmen der Privatwirtschaft häufiger wirtschaftliche Interessen bei der Wahl ihres Forschungsthemas einfließen lassen, als andere (35 % vs. 14 %; $P < 0,001$) (Bekelman, Li et al. 2003).

Interessenskonflikte im Kontext des Gesundheitswesens werden folgendermaßen definiert:

„Conflicts of interest are a set of conditions in which professional judgement concerning a primary interest (such as patient's welfare or the validity of research) tends to be unduly influenced by a secondary interest (such as financial gain)” (Thomson 1993, S. 573).

Mit anderen Worten bedeutet dies, dass bei dem Zusammenwirken unterschiedlicher Parteien oder InteressensvertreterInnen klare Regeln und Transparenz gefordert sind, damit die Ergebnisse nicht mehr zu Gunsten der einen und weniger der anderen Beteiligten ausfallen. Kennzeichnend für das Sponsoring ist das Prinzip der Gegenleistung – wie soll diese Gegenleistung also im Gesundheitswesen aussehen?

Spricht man von Interessenskonflikten, meint man in erster Linie finanzielle Verknüpfungen zu Dritten, die ebenfalls – aber nicht unbedingt das gleiche – Interesse an der Sache haben (Angell 2009). Neben den finanziellen Verknüpfungen zu Dritten gibt es andere Formen/Bereiche der Interessenskonflikte, bei welchen finanzielle Verflechtungen leichter nachzuweisen sind. Diese anderen Bereiche sind folgende: persönliche und familiäre Beziehungen, akademischer Wettbewerb, zum Beispiel bei der Akquirierung von Drittmitteln für Forschungsprojekte, oder auch

Anerkennung im Beruf (Davidoff, DeAngelis et al. 2001; Bekelman, Li et al. 2003; International Committee of Medical Journal Editors 2008). Jetzt stellt sich die Frage, für wen es Sinn macht, Interessenskonflikte offen zu legen und vor allem welche, in welcher Form und in welchem Ausmaß. Grundsätzlich soll bei Drittmittelfinanzierung durch Industrie, Private Stiftungen oder Öffentliche Hand immer explizit angeführt werden, in welcher Beziehung (persönlich und/oder finanziell) die AutorInnen, StudienleiterInnen und ForscherInnen, EditorenInnen und GutachterInnen der Artikel mit den Drittmittelfinanciers stehen (Davidoff, DeAngelis et al. 2001). Vor allem sollte man sich bereits vor der Wahl der Personen (ForscherInnen, AutorenInnen, GutachterInnen, etc.) Gedanken darüber machen, ob sie objektiv und unvoreingenommen zur aktuellen Themenstellung sind. So kann es von vorn herein vermieden werden, einen Gutachter für eine Studie zu rekrutieren, der zum Beispiel in der gleichen Institution wie einer der Autoren arbeitet. Außerdem wird empfohlen Regelungen zu führen, die das dezidierte Anführen ob Interessenskonflikte bestehen oder nicht, fordern. (Davidoff, DeAngelis et al. 2001).

Ein Beispiel für definierten Umgang mit Interessenskonflikten ist die Internationale Vereinigung der EditorInnen von Medizinjournalen (ICMJE – International Committee of Medical Journal Editors), welche bereits 1978 als „Vancouver Group“ damit begonnen hat, Richtlinien zur qualitativen Erstellung und Herausgabe von medizinischen Journalen, welche sich im Laufe der Zeit verändert und erweitert haben, zu erarbeiten. Die ICMJE sind eine informelle Gruppe von EditorInnen von international renommierten Journalen, die andere EditorInnen dazu einladen, die von ihnen erarbeiteten „Uniform Requirements“ anzuwenden und auch aus Gründen der Verbreitung offen darüber zu sprechen, ohne dabei Verbindlichkeiten einzugehen. Diese „Uniform Requirements“ erfüllen die Zwecke der Qualitätssicherung im Herausgeben von Journalen. Sie verlangen zum Einen volle Offenlegung aller Interessenskonflikte, bei gesponserten oder drittmittelfinanzierten Studien die Erläuterung der Rolle des/der SponsorIn und/oder Financiers usw. Zum Anderen fordern sie bei der Erklärung von Interessenskonflikten, nicht nur AutorInnen sondern all jene, die einen wesentlichen Beitrag zur Publikation, Studie, etc. geleistet haben im Statement zu den Interessenskonflikten zu berücksichtigen (International Committee of Medical Journal Editors 2008). Die Liste aller medizinischen Journale, die die „Uniform Requirements“ der ICMJE anwenden, sind unter diesem Link zu finden: <http://www.icmje.org/jrnlist.html>. In Kapitel 5.3.3 war von zwei deutschsprachigen Journale, die die ICMJE-Kriterien verwenden die Rede. Diese sind „Psychiatrische Praxis“ und „Wiener Klinische Wochenschrift“ (Schneider, Linger et al. 2007).

Das Management der Interessenkonflikte entwickelt sich immer weiter und setzt jetzt als oberste Priorität Transparenz über persönliche und finanzielle Beziehungen zu dritten Beteiligten oder Interessierten (Krumholz und Ross 2009). Obwohl die Auswirkungen und dadurch entstehenden Probleme von Interessenskonflikten bekannt sind, wird nur in knapp mehr als 50 Prozent der Fälle eine Offenlegung gefordert. Würde man generelle Offenlegung einführen, könnte dies zu mehr Transparenz und Verständnis bei den Beteiligten wie AutorInnen, EditorInnen, ForscherInnen etc. hinsichtlich der Offenlegung potentieller Interessenskonflikte führen. Vor allem muss verständlich werden, dass finanzielle Verbindungen nicht zwangsläufig zur Beeinflussung von Entscheidungen oder professionellen Beurteilungsvermögen führen, sondern dass es ein Qualitätsmaßstab dahingehend ist, dass Stakeholder sehen können welche Beziehungen bestehen und dadurch einschätzen können welche Hintergründe eine Rolle spielen (Schneider, Linger et al. 2007; International Committee of Medical Journal Editors 2008).

Grundsätzlich gilt die Regel, dass ALLE finanziellen Beziehungen zu Dritten – nicht nur der Industrie, sondern auch zu Versicherungsanstalten, politischen und öffentlichen Einrichtungen, Lobbygruppen – kritisch beleuchtet und bei dem Statement zu den Interessenskonflikten vollständig angeführt werden sollen, so dass im Endeffekt die EditorInnen darüber entscheiden, welche mit dem Beitrag im Fachjournal abgedruckt werden und welche nicht (Schneider, Linger et al. 2007). Der große Vorteil davon ist, dass die Glaubwürdigkeit der Validität der verfügbaren Information zum Großteil belegbar wird, andererseits stellt sich die Frage, ob der dahinter liegende Aufwand sinnvoll und praktikabel ist, oder ob der Platz in Journalen, der für das Anführen der Interessenkonflikte gebraucht wird, nicht für medizinische Information sinnvoller genutzt werden kann. Da beides für den medizinischen Alltag und Fortschritt essentiell ist, muss ein Weg gefunden werden, wie beide Erfordernisse sinnvoll erfüllt werden können. Ein Vorschlag ist, dass in der Fachzeitschrift angeführt wird, ob Interessenskonflikte bestehen und dann auf eine allgemein zugängliche Homepage verwiesen wird, wo diese detailliert aufgelistet sind (Antonuccio und Danton 2003).

6.1 Korruption und Betrug

*„Missbrauch von (anvertrauter) Macht zum privaten Nutzen oder Vorteil“
(Transparency International a 2008)*

Korruption und Betrug entstehen vor allem aufgrund von Transparenzmängeln im System. ExpertInnen schätzen den monetären Schaden von Korruption und Betrug im Gesundheitswesen auf drei bis zehn Prozent. Martin Kreutner, ein österreichischer Korruptionsexperte vermutet, dass jährlich zwischen 500 Millionen bis 1,7 Milliarden Euro durch Korruption und Betrug im Österreichischen Gesundheitswesen verloren gehen (Initiative Transparenz im Gesundheitswesen n.a). Somit zählt das Gesundheitswesen neben der Rüstungsindustrie, dem Baugewerbe und der Erdölindustrie zu den Top-4 der korruptionsanfälligen Bereiche (Poznanski 2005).

In welcher Form und wo der Großteil der Korruption in Österreich angesiedelt ist, kann man aufgrund fehlender Erhebungen nicht sagen (Bundesministerium für Justiz a 2009). Betrug und Korruption finden im Gesundheitsbereich auf den unterschiedlichsten Ebenen in den verschiedensten Formen statt. Nicht nur finanzielle Vorteile, sondern auch unangebrachte Geschenke, Vorteilsgewährung und Gefallen sind Bestandteil der Debatte um ethisch korrektes Verhalten. Transparency International-Austrian Chapter weist in ihrem Grundsatzpapier zu Transparenzmängeln im Gesundheitswesen auf unterschiedliche Probleme der einzelnen Ebenen hin. Tabelle 1 gibt einen Überblick über diese Probleme in Bezug auf Transparenz und ethischem Verhalten der unterschiedlichen Stakeholder des Gesundheitswesens.

Tabelle 1: Transparenzmängel im Gesundheitswesen (Transparency International - Austrian Chapter 2007)

Ebene	Transparenzmängel und Probleme
LeistungserbringerInnen	<ul style="list-style-type: none"> • Informal payments • Wartelisten, • Abrechnungsbetrug, • Rabatte und Kickback Zahlungen, • Nebengeschäfte, • intransparente Aufteilung von Sonderklasse-Honoraren, • Auftragsvergabe, • gesetzeswidrige Verträge, • Apotheken und Großhandel (Ärztemuster)
Industrie und sonstige Zulieferer (Zusammenarbeit zwischen Industrie und Gesundheitsberufen)	<ul style="list-style-type: none"> • Marketingmethoden, • Fortbildungen, • Forschung, als Forschung getarnte Marketingmaßnahme, • Konsensusberichte, • Sponsoring im Krankenhaus, • PatientInneninformation und –werbung (Umgehung von Werbeverboten, Awarenesskampagnen, Direct to consumer Information)
LeistungsempfängerInnen	<ul style="list-style-type: none"> • Missbrauch der E-Card, PatientInnenbegehrlichkeit, • Instrumentalisierung von Selbsthilfegruppen
Verwaltung	<ul style="list-style-type: none"> • Krankenanstaltenfinanzierung, • Beratungsgremien

Österreich hat im Kampf gegen Korruption außer dem Strafrechtsänderungsgesetz und einigen gezielten Initiativen keine nationale Antikorruptionsstrategie (GRECO 2008). Mit dem Beitritt zur Staatengruppe gegen Korruption „GRECO¹⁰“ hat Österreich einen Schritt in Richtung Korruptionsbekämpfung gemacht. Jeder Mitgliedsstaat dieser Gruppe wird nach einem definierten Verfahren evaluiert, was in Österreich 2007/08 passiert ist. Ergebnisse dieser Evaluation sind 24 Empfehlungen an Österreich, beginnend mit der Forderung nach einer umfassenden Erhebung zu Umfang, Form und Bereichen von Betrug und Korruption im Land, um dann bis Ende 2009 einen Maßnahmenplan für die weitere Vorgehensweise erstellen zu können (GRECO 2008). Ministerin Bandion-Ortner sieht den Kampf gegen Korruption als wesentlichen Bestandteil in ihrer Arbeit als Justizministerin. Ihre Botschaft zur Bekämpfung von Korruption ist: *„Korruption ist schleichendes Gift für den Rechtsstaat. Es kann andererseits aber nicht sein, dass jede Sponsoring-Leistung kriminalisiert wird“* (Bundesministerium für Justiz c 2009, online).

10 GRECO ist eine europäische Staatengruppe, die gegen Korruption kämpft und beim Europarat angesiedelt ist. Weitere Infos unter: http://www.coe.int/t/dg1/greco/default_en.asp

7 Schlussfolgerungen

In Anbetracht dieser Tatsachen steht die Forderung nach Unabhängigkeit und Transparenz im Vordergrund. Um Interessenskonflikte und Betrug in den Griff zu bekommen muss ein System geschaffen werden, welches finanzielle und inhaltliche Unabhängigkeit von Dritten ermöglicht (Davis 2004). Gerade in Bereichen wo unterschiedliche, oder gar gegensätzliche Interessen wie die Profitorientierung und die Orientierung am PatientInnenwohl aufeinander treffen sind völlige Transparenz und klare Regeln notwendig. Unter klaren Regeln darf man nicht Formulierungen wie „angemessen“, „das Ausmaß nicht übersteigend“, „adäquat“ oder „mäßig“ verstehen, die offen für Interpretation in ungewissen Rahmen sind.

Durch diese unklaren Formulierungen in den Richtlinien der öffentlichen Einrichtungen, Fachgesellschaften und in der Freiwilligen Selbstkontrolle der Industrie entstehen Graubereiche, die für Außenstehende und teilweise für jene im System nicht abgrenzbar und definierbar sind.

Nehmen wir das Beispiel der finanziellen Unterstützung von ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen. Die Industrie verbucht diese Ausgaben als Sponsoring – sprich Marketingausgaben. Bedenkt man, dass Marketingausgaben als Aufwand auf die Medikamentenpreise geschlagen werden und diese 40-60 Prozent des Medikamentenpreises ausmachen, muss man sich die Frage stellen, ob es für die Bevölkerung nicht günstiger wäre, wenn die Fortbildungskosten von einem Fond, der durch öffentliche Gelder gespeist wird, finanziert werden und komplett auf Drittmittel aus der Industrie verzichtet (Lichter 2008).

Des Weiteren stellt sich die Frage, inwieweit die biomedizinische Forschung noch frei von wirtschaftlichen Interessen sein kann und ob es überhaupt noch industrie-freie Forschung gibt. Knapp 50 Prozent der österreichischen Forschungsmittel kommen aus der Industrie und Studien zeigen, dass industriefinanzierte Forschung eher zu industrie-freundlichen Ergebnissen tendiert und dass solche mit negativen Ergebnissen signifikant weniger häufig veröffentlicht werden als nicht industriefinanzierte Studien.

Früher war der/die PharmavertreterIn eine der wichtigsten Informationsquellen für die MedizinerInnen, heute sind es Journale, Fachzeitschriften und Fortbildungsveranstaltungen. Es ist also fraglich, ob trotz Offenlegung von Interessenskonflikten und Finanzierung die vorhandene Information in Fachjournalen rein wissenschaftlich oder von wirtschaftlichen Interessen gefärbt ist.

Studien und Berichte zeigen, dass wirtschaftliche Überlegungen eine immer bedeutendere Rolle in der Forschung und Entwicklung von medizinischen Produkten spielen und dann auch noch aus wirtschaftlichen Gründen über Publikation oder nicht entschieden wird. Dies führt dazu, dass die Leistungserbringung im Gesundheitswesen immer mehr auf wirtschaftlicher als auf wissenschaftlicher Basis erfolgt (Davis 2004).

Mehr denn je ist es jetzt notwendig Bewusstsein, sowohl bei MitarbeiterInnen von Gesundheitsberufen, als auch bei allen anderen Stakeholdern, in Richtung kritischer Auseinandersetzung mit den derzeitigen Strukturen zu schaffen. Um wieder auf das Beispiel ärztliche Fortbildung zurück zu kommen, bedeutet das hier, dass nicht erst bei praktizierenden ÄrztInnen in der Bewusstseinsbildung angesetzt wird, sondern schon viel früher, nämlich im Studium, wo auch die ersten Kontakte zur Industrie stattfinden. Außerdem wird gefordert, dass ÄrztInnen selbst mehr finanzielle Verantwortung für ihre Fort- und Weiterbildung übernehmen und/oder dass deren Wissen

öffentliches Gut ist und somit nicht in der alleinigen Verantwortung des Berufsstandes liegt (Davis 2004), (Relman 2008).

Auf der anderen Seite stehen die Erfolge der Zusammenarbeit zwischen Industrie, MedizinerInnen und ForscherInnen, die einen großen Beitrag zur Verbesserung der Diagnose- und Behandlungsmethoden von Krankheiten geleistet hat. Es ist also nicht legitim die Industrie als Ungeheuer darzustellen, gegen das man nichts ausrichten kann. Im Endeffekt sind uneingeschränkte Transparenz und klare Regeln in der Zusammenarbeit gefordert, um Fortschritt, Innovation und Ethik zu gewährleisten.

*“Finally the appeal for honesty remains the elementary component of good science”
(Schneider, Linger et al. 2007, S. 5).*

8 Ausblick

In der weiteren Folge wäre es interessant zu erheben, ob ärztliche Fort- und Weiterbildung ohne Drittmittel aus der Industrie machbar ist und welche Rahmenbedingungen es dafür bräuchte. Auf der anderen Seite steht die Entwicklung von Modellen, die die Kompetenzen von ÄrztInnen für den Umgang mit SponsorInnen schulen und sensibilisieren sollen.

Neben dem Management von Fort- und Weiterbildung und Drittmittelfinanzierung stellt die Erhebung von inadäquaten und zu vielen Verschreibungen von Medikamenten aufgrund der Beeinflussung der Industrie auf die ÄrztInnen ein spannendes Forschungsfeld dar. Weiters wäre eine Kausalitätsüberprüfung von gesponserten Studien und deren industrie-freundlichen Ergebnissen ein interessantes Thema für eine groß angelegte Studie.

Literatur

- Angell, M. (2009). „The former medical editor: There should be no relationship with prescribers or patients.“ *BMJ* 2009;338:b222.
- Antonuccio, O. D. und G. W. Danton (2003). „Psychology in the Prescription Era: Building a Firewall Between Marketing and Science.“ *American Psychologist* 2003;58(12):1028-1043.
- Ball, E. D., K. Tisocki, et al. (2006). „Advertising and disclosure of funding on patient organisation websites: a cross-sectional survey.“ *BMC Public Health* 2006, 6:201.
- Baumgartner, H., W. Schimetta, et al. (2003). „Nicht-kommerzielle klinische Forschung - ärztliches Hobby oder zwingende Notwendigkeit für eine Evidenz-gestützte Versorgungsmedizin?“ *Biometrie und Medizin* 2003, 3: 10-22.
- Bekelman, E. J., Y. Li, et al. (2003). „Scope and Impact of Financial Conflicts of Interest in Biomedical Research: A Systematic Review.“ *JAMA* 2003;289(4):454-465.
- Bhandari, M., W. J. Busse, et al. (2004). „Association between industry funding and statistically significant pro-industry findings in medical and surgical randomized trials.“ *CMAJ* 2004;170(4).
- Braeuninger, I. (2008). *Lobbyarbeit: Pharnasponsoring von Selbsthilfegruppen*. Stuttgart, SWR Fernsehen.
- Braun, B. (2007). „Autorenlisten wissenschaftlicher Aufsätze als vierte Stufe der Lüge? Arzneimittelstudien zwischen Geist und Ghostwritern.“ *Forum Gesundheitspolitik* Retrieved 20.02.2009, from <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=0492>.
- Brett, S. A., W. Burr, et al. (2003). «Are gifts from pharmaceutical companies ethically problematic? A survey of Physicians.» *JAMA* 2003;163:2213-2218.
- Brezinka, C. (2008). «Medizin und Industrie.» *Mitteilung der Ärztekammer für Tirol* 4/08.
- Bruhn, M. (1990). *Sozio- und Umweltsponsoring: Engagements von Unternehmen für soziale und ökologische Aufgaben*. Muenchen, Verlag Franz Vahlen.
- Bruhn, M. (1991). *Sponsoring: Unternehmen als Mäzene und Sponsoren*. Wiesbaden, Frankfurter Allgemeine.
- Bruhn, M. und R. Mehlinger (1995). *Rechtliche Gestaltung des Sponsoring*. Muenchen, Beck.
- Bundesministerium für Finanzen (1975). *Bundes-, Stiftungs- und Fondsgesetz*, Wiener Zeitung.
- Bundesministerium für Finanzen. (2008, 2008). „Absetzbare Spenden.“ Retrieved 18.12.2008, 2008, from https://www.bmf.gv.at/MeinFinanzamt/Fachinformation/Einkommensteuer/AbsetzbareSpenden/_start.htm.
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2005). *Das Gesundheitswesen in Österreich*. Wien, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- Bundesministerium für Justiz a. (2009). „Veröffentlichung des Österreich-Evaluierungsberichtes der Staatengruppe des Europarates gegen Korruption (GRECO).“ Retrieved 15.01.2009, 2009, from http://www.justiz.gv.at/_cms_upload/_docs/Textbaustein.pdf.
- Bundesministerium für Justiz c. (2009). „Vorstellung der neuen Justizministerin im Plenum des Nationalrats.“ Retrieved 26.01.2009, from <http://www.justiz.gv.at/service/content.php?nav=66&id=479>.
- Bundesministerium für Verkehr Innovation und Technologie and Bundesministerium für Finanzen. (2008). „Ergebnisbericht über die PPP-Projekte der Bundesministerien sowie der ausgegliederten Bundesgesellschaften.“ Retrieved 24.03.2009, from <http://www.bmvit.gv.at/ministerium/downloads/pppbericht.pdf>.
- Bundsmministerium für Wissenschaft und Forschung, Bundesministerium für Verkehr Innovation und Technologie, et al. (2008). *Österreichischer Forschungs- und Technologiebericht 2008. Lagebericht gem. § 8 (1) FOG über die aus Bundesmitteln geförderte Forschung, Technologie und Innovation in Österreich*. Wien.

- Burton, B. (2005). "Drug companies told how to benefit from helping patients' groups." *BMJ* 331.
- Carroll, A. E., R. C. Vreeman, et al. (2007). "To what extent do educational interventions impact medical trainees' attitudes and behaviours regarding industry-trainee and industry-physician relationships?" *Pediatrics* 120: e1528-e1535.
- Davidoff, F., D. C. DeAngelis, et al. (2001). "Sponsorship, Authorship and Accountability." *JAMA* 2001; 286: 1232-1234.
- Davis, A. D. (2004). "CME and the pharmaceutical industry: two worlds, three views, four steps." *CMAJ* 20: 171 (2).
- Dente, K. (2006). "Big Pharma is watching you." Retrieved 20.02.2009, from http://pdf.zeit.de/2006/15/Pharma_2fUSA.pdf.
- Drack, G., H. P. Kuhn, et al. (2003). «Ärztliche Fortbildung unter Korruptionsverdacht.» *Gynäkologische Geburtshilfe Rundschau* 2003;43:111-117.
- Egger, A. (2007). «Stiefkind Fortbildung.» *CliniCum* 4/07.
- Englert, G. (2008). Selbsthilfegruppen: unabhängig trotz Industriesponsoring? Interview mit Professor Englert, Vorsitzender der Deutschen ILCO. D. K. e.V. Bonn.
- Fenger, H. und J. Göben (2004). *Sponsoring im Gesundheitswesen: Zulässige Formen der Kooperation zwischen medizinischen Einrichtungen und der Industrie.* München, Verlag C. H. Beck.
- Fletcher, W. S. (2007). *Chairman's summary of the conference: Continuing Education in the Health Professions: Improving Health Care through lifelong learning.* New York, Joshia Macy, Jr. Foundation: 486-2424.
- Fozouni, B. und B. Güntert (2000). „Prioritätensetzung im deutschen Gesundheitswesen.“ *Gesundheitswesen* 62(11): 559-67.
- Geppert, M. A. C. (2007). „Medical Education and the Pharmaceutical Industry: A Review of ethical Guidelines and their Implications for Psychiatric Training.“ *Academic Psychiatry* 2007;31:32-29.
- Godlee, F. (2009). „Doctors, patients and the drug industry „ *BMJ* 2009;338:b463.
- GRECO. (2008). „Joint First and Second Evaluation Round: Evaluation Report on Austria.“ Retrieved 12.2.2009, from [http://www.coe.int/t/dg1/greco/evaluations/round2/GrecoEval1-2\(2007\)2_Austria_EN.pdf](http://www.coe.int/t/dg1/greco/evaluations/round2/GrecoEval1-2(2007)2_Austria_EN.pdf).
- Hermanns, A. und C. Marwitz (2008). *Sponsoring: Grundlagen, Wirkungen, Management, Markenführung.* München, Verlag Franz Vahlen.
- Herxheimer, A. (2003). „Relationships between the pharmaceutical industry and patients' organisations.“ *BMJ* 2003;326:1208–10.
- Initiative Transparenz im Gesundheitswesen. (n.a). „Netzwerk Transparenz im Gesundheitswesen.“ Retrieved 16.01.2009, from <http://www.gesundheit-transparenz.de/forum/best-practices/oesterreich/>.
- International Committee of Medical Journal Editors. (2008). „Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication.“ Retrieved 18.03.2009, from <http://www.icmje.org/index.html>.
- Isaacs, D. und D. Fitzgerald (1999). Seven alternatives to evidence based medicine. 319: 1618-.
- Klemperer, D. (2009). "Offenlegung ärztlicher Interessenskonflikte fördert Vertrauen der Patienten." Retrieved 21.02.2009, from <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=1487>
- Krumholz, H. M. und J. S. Ross (2009). Relationships with the drug industry: More regulation, greater transparency. 338: b211-.
- Leopold Franzens Universität Innsbruck. (2006). "Problematik der Drittmitteldefinition." Retrieved 17.03.2009, from http://209.85.229.132/custom?q=cache:QDWESPydHplJ:www.uibk.ac.at/fakten/leitung/rektor/sim/wissensbilanz/061003_drittmitteldefinition_lfu.doc+Drittmittel&cd=3&hl=de&ct=clk&client=google-coop-np.

- Leuteritz, A., S. Wünschmann, et al. (2008). Erfolgsfaktoren des Sponsoring: Messansatz - Empirische Studie - Praxisleitfaden. Göttingen, Cuvillier.
- Lexchin, J. (2005). "Does the C in CME stand for "Continuing" or "Commercial"?" *CMAJ* 2005;172(2):160-161.
- Lexchin, J., A. L. Bero, et al. (2003). "Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review." *BMJ* 2003;326;1167-1170.
- Lichter, R. P. (2008). "Continuing Medical Education, Physicians and Pavlov: can we change what happens, when industry rings the bell?" *JAMA* 2008;126(11):1593-1597.
- Medizinische Universität Innsbruck. (2009). "Drittmittelrichtlinie der Medizinischen Universität Innsbruck." Retrieved 17.03.2009, from <http://www.i-med.ac.at/mitteilungsblatt/2008/22.pdf>.
- Medizinische Universität Wien. (2008). "Richtlinien zur Vermeidung von Strafbarkeit bei Geschenkannahme." Retrieved 15.01.2009, from http://www.meduniwien.ac.at/homepage/fileadmin/HP-Re-launch/pdf/Richtlinien_Antikorruptionsgesetz.pdf.
- Merten, M. und S. Rabbata (2007). "Selbsthilfe und Pharmaindustrie: Nicht mit und nicht ohne einander." *Deutsches Ärzteblatt* Heft 46.
- Österreichische Ärztezeitung (2008). "Drittmittel für die Forschung: Es geht nicht ohne." *Österreichische Ärztekammer* 7/2008.
- Pharmig und Fopi. (2008). "Daten & Fakten kompakt." Retrieved 23.03.2009, from http://www.pharmig.at/upload/Daten%20und%20Fakten%20kompakt%202008_Endversion.pdf.
- Pisacane, A. (2008). "Rethinking continuing medical education." *BMJ* 2008;337:a973.
- Podolsky, H. S. und A. J. Greene (2008). "A Historical Perspective of Pharmaceutical Promotion and Physician Education." *JAMA* 2008;300(7):831-833.
- Poznanski, U. (2005). "Gesundheitswesen: Betrug und Korruption verursachen Milliardenverluste." *Clinicum* 10/2005.
- Relman, A. S. (2008). "Industry Support of Medical Education." *JAMA* 300(9): 1071-1073.
- Royal College of Physicians (2009). *Innovating for Health: Patients, Physicians, Pharmaceutical Industry and the NHS*. London.
- Sackett, D. L., W. M. C. Rosenberg, et al. (1996). *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*. 312: 71-72.
- Schneider, N., H. Linger, et al. (2007). "Disclosing conflicts of interest in German publications concerning health services research." *Bio Med Central* 2007;7:78.
- Schneider, N. und S. L. Lückmann (2008). *Pharmasponsoring in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung*. Stuttgart, Georg Thieme Verlag.
- Statistik Austria. (2008). "Österreich. Zahlen. Daten. Fakten." 4. from http://www.statistik.at/web_de/services/oesterreich_zahlen_daten_fakten/index.html.
- Steinbrook, R. (2009). "Physician - Industry Relations - Will fewer gifts make a difference?" *N Engl J Med* 2009;360:557-559.
- Thomson, D. (1993). "Understanding financial conflicts of interest." *N Engl J Med* 1993;329:573-576.
- Transparency International - Austrian Chapter. (2007). "Transparenzmängel im Gesundheitswesen: Einfallstore zur Korruption." Retrieved 12.11.2008, from http://www.ti-austria.at/uploads/media/Grundsatzpapier_Gesundheits_wesen_01.pdf.
- Transparency International a. (2008). "How do you define corruption?" Retrieved 13.01.2009, from http://www.transparency.org/news_room/faq/corruption_faq#faqcorr1.
- UEMS. (1994). "Charter on CME." Retrieved 28.10.2008, from <http://admin.uems.net/uploadedfiles/174.pdf>.
- Walke, W. M. (2007). „Direct to Patient - wie die Pharmaindustrie mit Patienten kommuniziert.“ *Marketingjournal* 5/2007.

- Wazana, A. (2000). „Physicians and the Pharmaceutical Industry: Is a gift ever just a gift?“ JAMA 2000;283(3):373-380.
- Wazana, A., A. Garnich, et al. (2004). „Using the literature in developing McGill's Guidelines for Interactions between Residents and the Pharmaceutical Industry.“ Academic Medicine 79 (11).
- Wilson, S. F. (2003). „Continuing Medical Education: Ethical Collaboration Between Sponsor and Industry.“ Clinical Orthopaedics and Related Research 2003;412:33-37.
- Wirtschaftstreuhänder, K. d. (2008). „Kriterienkatalog 1.1.2008.“ Retrieved 09.12.2008, from <http://www.osgs.at/>.
- Yaphe, J., R. Edman, et al. (2001). „The association between funding by commercial interests and study outcome in randomized controlled trials.“ Family Practice 2001;18:565-568.

Autorin

Katharina Hintringer BA, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Kooperation zwischen folgenden zwei Instituten: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment, Wien, Österreich
Institut für Public Health, Decision Science und Health Technology Assessment, Department für Public Health, Informationssysteme und Health Technology Assessment, UMIT – Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik, Hall in Tirol, Österreich

Abbildungen

Abbildung 1: Ausgaben für Forschung und Entwicklung in Österreich (Statistik Austria 2008, S. 115)	15
Abbildung 2: Odds ratios von Metaanalysen zur Beziehung industriefinanzierter Forschung und deren Ergebnissen (Bhandari, Busse et al. 2004, S. 479)	17
Abbildung 3: Medianauswertung der Befragung zur ethischen Problematik von Geschenken der Industrie (Brett, Burr et al. 2003, S. 2215)	21

Tabellen

Tabelle 1: Transparenzmängel im Gesundheitswesen	27
--	----