

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

# **Interessenkonflikte, Korruption und Compliance**

## **im Gesundheitswesen**

mit Beiträgen von

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



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

## 2 Psychologische Aspekte von Interessenkonflikten

Georg Felser und David Klemperer

### 2.1 Einleitung

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

In diesem Kapitel sollen vier Sachverhalte verdeutlicht werden:

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

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

### 2.1.1 Automatisches versus kontrolliertes Verhalten

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

### 2.1.2 Automatismen als „Waffen der Einflussnahme“

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

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

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

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

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

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

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

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

### 2.2 Motivierte Evaluation

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

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

ren mit Interessenkonflikten bezweifelten die Gefährlichkeit und empfahlen den weiteren Gebrauch (dem Medikament wurde in Europa zum 1.1.2010 wegen seiner Risiken die Zulassung entzogen).

Welche Strategie wir im Umgang mit kognitiven Dissonanzen anwenden, hängt vom Aufwand ab, den wir betreiben müssen, um entweder die neue Information in unseren bestehenden kognitiven Kontext einzubauen oder diese durch – zumeist unbewusste – Strategien abzuwehren (zum Überblick s. Kunda 1990). So unterscheidet sich die Sorgfalt und Gründlichkeit der Prüfung von Informationen. Vorteilhaft erscheinende Informationen akzeptieren wir zumeist „motiviert optimistisch“ rasch und ohne strenge Prüfung. Informationen, die unseren Interessen widersprechen und eine kognitive Dissonanz auslösen, prüfen wir dagegen „motiviert skeptisch“ sehr genau auf Gründe, die es uns erlauben, sie abzulehnen – bildhaft gesprochen suchen wir das Haar in der Suppe bzw. legen die Messlatte so hoch, dass sie nicht zu überwinden ist. Dies wird auch als „motivierter Skeptizismus“ bezeichnet (Ditto u. Lopez 1992).

Pronin et al. (2002) haben ein in diesem Zusammenhang grundlegendes und für die Selbstwahrnehmung hochrelevantes Phänomen beschrieben: diese verzerrte Informationsverarbeitung entgeht regelhaft unserer Wahrnehmung; uns fehlt sozusagen ein Sinnesorgan für die Wahrnehmung der eigenen verzerrten Wahrnehmung. Pronin et al. haben dafür den Begriff „blinder Fleck“ aus der Physiologie des Sehens übernommen und den Begriff „bias blind spot“ geprägt. Eine Reihe von Studien haben dieses Phänomen auch speziell für den medizinischen Bereich nachgewiesen (s. Kap. II.1).

 **Das Gefühl der Objektivität aufseiten des Betroffenen (bias blind spot) ist ein wesentliches Merkmal der motivierten Evaluation.**

Im Alltag kann motivierte Informationsverarbeitung sinnvoll sein. Die Betonung positiver und Verdrängen negativer Informationen dürfte wesentlich für die Lebenszufriedenheit sein im Sinne von „Always look on the bright side of life“. Für die Wissenschaft stellt jedoch die Ergebnisoffenheit, die „Leidenschaftslosigkeit“ im Hinblick auf Forschungsergebnisse eine Notwendigkeit für die Generierung und Verbreitung valider Erkenntnisse dar.

### 2.3 Bestätigungs-Bias

Die vorherigen Ausführungen betonen den Fall, dass uns eine Information oder Folgerung lieber wäre, wir sie deshalb motiviert evaluieren und dies unser Urteil verzerrt. Allerdings sind Urteilsfehler und Biases keineswegs auf solche Fälle beschränkt. Selbst wenn gar keine Motive im Spiel sind, verzerren wir unsere Wahrnehmung in die Richtung, die wir erwarten. Dies zeigten Billmann et al. (1992). Sie konfrontierten Probanden mit Daten, von denen die Teilnehmer entscheiden sollten, ob aus diesen Daten ein statistischer Zusammenhang hervorgeht oder nicht. Die Ergebnisse zeigen deutlich: Die geschätzten Zusammenhänge hängen in erster Linie von den Erwartungen, nicht von den Daten ab. Wenn Probanden einen positiven Zusammen-

hang erwarteten, dann sahen sie den in den Daten selbst dann, wenn keiner bestand. Ein negativer Zusammenhang wurde komplett übersehen.

**!** Urteilsverzerrungen gehen keineswegs immer darauf zurück, dass dem Urteiler das verzerre Urteil in irgendeiner Hinsicht lieber wäre.

Diese Ergebnisse zeigen zwei Spielarten des oben angedeuteten „confirmation bias“. Zum einen verhindert eine starke Vorerwartung an die Daten, dass man ihre tatsächliche Struktur erkennt und zum anderen sieht man entsprechend seiner Erwartung in den Daten Zusammenhänge, die objektiv gar nicht vorhanden sind.

### 2.3.1 Vorerwartung als entscheidender Faktor

Der entscheidende Faktor hierbei ist nicht etwa, dass wir außerstande wären, ein unverfälschtes Urteil zu erlangen, sondern die Vorerwartung. Die tatsächlichen Muster in den Daten wurden nämlich durchaus erkannt, aber nur dann, wenn die Probanden keinerlei Vorerwartung hatten (Billmann et al. 1992).

Menschliche Neugier und der Drang, Beobachtungen Sinn zu geben und Regeln hinter den alltäglichen Erfahrungen zu entdecken, ist demnach also nicht nur Segen, sondern auch Fluch: Wo wir starke Erwartungen aufgebaut haben, werden wir resistent gegenüber widersprechenden Erfahrungen. Und das geschieht nicht nur deshalb, weil wir unsere bisherigen Erklärungen bevorzugen und in irgendeiner Hinsicht lieber mögen. Es geschieht auch dort, wo wir ohne alle Interessen rein sachlich urteilen. Es geschieht selbst dann, wenn wir die Erfahrungen nicht mühsam aus dem Gedächtnis zusammentragen müssen – ein Prozess, der seinerseits ja wieder fehleranfällig ist. Wir verschätzen uns auch dort, wo uns eigentlich alle Daten vorliegen.

**!** Urteilsverzerrungen sind keineswegs immer die Folge einer wenig sorgfältigen oder oberflächlichen, sondern einer selektiven Prüfung der Fakten.

## 2.4 Framing

Der Wortlaut, in dem etwas ausgedrückt wird, spannt sozusagen den gedanklichen Rahmen auf, in dem die dargestellte Sache gesehen wird. Dieses Bild liegt der Terminologie von Tversky und Kahneman (1981) zugrunde, die Effekte der sprachlichen Darstellung auf Bewertungen und Entscheidungen als „Framing-Effekte“ bezeichnen. Betrachten wir hierzu folgendes Beispiel.

Sterben von 10.000 Erkrankten 2.000 ohne Behandlung und 1.000 mit Behandlung, handelt es sich um eine sehr effektive Therapie – das Sterberisiko wird halbiert. Sterben von 10.000 Erkrankten ohne Behandlung zwei und mit Behandlung einer, liegt ebenfalls eine Halbierung des Sterberisikos vor. Hinter der 50%igen Minderung des

Sterberisikos verbirgt sich hier also eine absolute Minderung der Mortalität 10% (1.000 von 10.000) bzw. von 0,1% (1 von 1.000). *Relative* und *absolute Risikoreduktion* unterscheiden sich in diesem Beispiel erheblich, wobei erstere eine Behandlung sehr viel attraktiver erscheinen lassen dürfte. Die Form, in der medizinische Informationen vorgegeben werden, ist somit für deren Bewertung und die darauf aufbauenden Entscheidungen von allergrößter Bedeutung (Reyna et al. 2009, 943). Dies gilt nicht nur für Patienten, sondern auch für Ärzte (Gigerenzer et al. 2008). Viele medizinisch relevante Informationen werden als statistische Daten berichtet, so die Erfolgsaussichten einer Krebsbehandlung, die unerwünschten Wirkungen von Medikamenten oder die Auswirkungen der Lebensführung auf das Herzinfarktrisiko (Reyna et al. 2009). Informationen können selbst vorgebildete Betrachter überfordern, etwa wenn man bei den Daten die Bezugsgrößen aus dem Auge verliert: Die *Überlebensraten* z. B. von Krebspatienten werden häufig als Anteil der Personen bestimmt, die fünf Jahre nach einer Krebsdiagnose noch leben. Dagegen hat die *Mortalitätsrate* für die gleiche Krebserkrankung eine ganz andere Bezugsgröße: Sie bezieht sich auf die Gesamtbevölkerung und nicht auf diagnostizierte Fälle – entgegen einer verbreiteten Intuition sind diese beiden Werte also nicht vergleichbar (Gigerenzer et al. 2008).

Das Beispiel zeigt ein generelles Problem beim Umgang mit *bedingten Wahrscheinlichkeiten*, das sich sehr prägnant in der Interpretation der Daten von Screeningtests zeigt, wie Gigerenzer et al. (2008) anhand des Brustkrebscreenings durch Mammografie zeigten. Ärzte sollten die Frage beantworten, wie hoch die Wahrscheinlichkeit ist, dass bei einer Frau mit positivem Ergebnis im Screeningtest tatsächlich Brustkrebs vorliegt. Vorgegeben war eine Brustkrebsprävalenz von 1%, eine 90%ige Sensitivität der Mammografie und eine falsch-positive Rate von 9%. Die aus diesen Angaben ableitbare richtige Antwort lautet, dass die diagnostische Abklärung bei einer von 10 Frauen mit positivem Screeningtest tatsächlich Brustkrebs vorliegt. Die Multiple Choice-Frage mit 4 Antwortmöglichkeiten beantworteten nur 21% korrekt, was etwa der Zufallswahrscheinlichkeit entspricht, die meisten Ärzte kreuzten 90% bzw. 81% an und einige 1%. Die Ärzte waren also wenig dazu in der Lage, ihren Patienten eine zutreffende Antwort zu geben. Dies dürfte im Wesentlichen daran liegen, dass Menschen keine statistische Intuition besitzen. Erfreulich ist, dass sich das Zahlenverständnis der genannten Ärzte durch ein wenig Training in Statistik und eine anschaulichere Darstellung der Daten deutlich verbesserte (Gigerenzer et al. 2008).

Allerdings gibt es andere Facetten dieser *Urteilsfehler*, die nicht so einfach wegtrainiert werden können. Menschen sind grundsätzlich stärker zu motivieren, wenn man ihnen eine Sache als einen Verlust darstellt, den es zu verhindern gilt (z. B.: „Sie verspielen 10% der Zuzahlung Ihrer Krankenkasse zu Ihrer prothetischen Versorgung, wenn Sie nicht regelmäßig zum Zahnarzt gehen.“), als wenn der selbe Sachverhalt als ein möglicher Gewinn dargestellt wird (z. B.: „Sie erhöhen die Zuzahlung Ihrer Krankenkasse zu Ihrer prothetischen Versorgung um 10%, wenn Sie regelmäßig zum Zahnarzt gehen.“) (Felser 2015, 190). Die unterschiedlichen Bewertungen dieser beiden Formulierungen haben ihre Wurzeln in einem sehr grundlegenden motivationalen Faktor, nämlich der *Verlustaversion* des Menschen (Tversky u. Kahneman 1981), die für einen Großteil der Framing-Effekte verantwortlich ist. So verwundert es nicht, dass Probanden einem Eingriff am Herzen eher zustimmen, wenn ihnen gesagt wird, in 99% der Fälle gehe es gut, als wenn ihnen gesagt wird, bei 1% gebe es Komplikationen (Gurm u. Litaker 2000).

### 2.5 Reziprozität

Die Reziprozitätsregel besagt, dass man Geschenke, Einladungen und Hilfeleistungen, die man von anderen erhält, erwidern muss. Es handelt sich um eine in allen bekannten Kulturen anzutreffende, zumeist tief verankerte soziale Regel. Im Ergebnis lösen Geschenke ein Gefühl der Verpflichtung zur Erwidrung aus. Dieses Gefühl lässt andere Faktoren, die das Verhalten beeinflussen, in den Hintergrund treten. Verstöße gegen die Regel kommen psychologisch und sozial teuer zu stehen. Das Gefühl, jemandem etwas schuldig zu sein, ist unangenehm – der psychologische Preis für die Nichterwidrung ist also ein Missgefühl. Wer ständig nimmt, ohne zu geben, sinkt im Ansehen der Mitmenschen und zahlt damit einen hohen sozialen Preis.

Reziprozität im Sinne der Gegenseitigkeit der Interaktion gilt soziologisch als dasjenige Element, das dem sozialen Leben Struktur, Ordnung und Vorhersagbarkeit gibt (Joas 2007, 116), das Vertrauen für Kooperation und Arbeitsteilung schafft und damit sozialen und ökonomischen Fortschritt ermöglicht.

Die Stärke und Wirksamkeit der Norm ist durch psychologische Experimente gut belegt (Cialdini 2013, 45ff.), und selbstverständlich wirkt sie auch im medizinischen Bereich. Zum Beispiel haben Grande et al. (2009) in einer randomisierten kontrollierten Studie mit einer ausgeklügelten Versuchsanordnung zeigen können, dass kleine, praktisch wertlose Werbegeschenke mit dem Schriftzug eines Medikamentes die Bewertung dieses Medikamentes veränderten.

Für die Beeinflussungswirkung von Geschenken gibt es keine untere Grenze – und selbst wenn es sie gäbe, müsste sie psychologisch und nicht ökonomisch definiert werden.

Ein weiteres Merkmal der Reziprozität ist die Tendenz, kleine Geschenke mit größeren zu erwidern. Die Regel wirkt auch bei Geschenken von Personen, die dem Beschenkten unsympathisch sind und auch bei Gefälligkeiten, um die man nicht gebeten hat.

Es gibt keinerlei Hinweise darauf, dass die Regel bei Politikern, Wissenschaftlern oder Ärzten weniger wirksam wäre als bei anderen Mitgliedern der Gesellschaft. Politiker, die behaupten, durch Spenden nicht beeinflusst zu werden, offenbaren damit eher fehlendes Wissen um die Macht der Reziprozität und den oben erwähnten Bias blind spot. Ebenso verhält es sich mit Ärzten und Wissenschaftlern, die glauben, dass sie aufgrund ihres Intellekts und ihres Urteilsvermögens immun gegen Beeinflussungsversuche seien (s. Kap. 1.2.6).

Die Reziprozitäts-Regel kann systematisch zur Beeinflussung genutzt werden. Die Regel greift praktisch immer, wenn eine ungeschuldete Gefälligkeit erwiesen wird. Cialdini (2013, 83ff.) beschreibt einige Strategien, Beeinflussungsversuche abzuwehren. Dazu zählt die Vermeidung von Situationen, die mit der Annahme von Geschenken oder anderen Formen ungeschuldeter Gefälligkeiten einhergehen. Wo dies misslingt, kann immer noch die Gefälligkeit zurückgewiesen werden. Allerdings gilt das Zurückweisen eines Geschenkes oder einer Hilfeleistung meist als unhöflich. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, die Gefälligkeit mental umzuinterpretieren, sie als Beeinflussungsversuch statt als Gefälligkeit wahrzunehmen und dadurch den Reziprozitätsimpuls zu mindern.

**!** Wir haben eine starke Tendenz, ungeschuldete Gefälligkeiten zu erwidern, selbst wenn das Entgegenkommen nicht erbeten oder erwünscht ist oder wir die Person, die uns eine Gefälligkeit erweist, nicht mögen.

### 2.5.1 Sympathie

*„During training, I was told, when you're out to dinner with a doctor, 'The physician is eating with a friend. You are eating with a client.'“ (Fugh-Berman u. Ahari 2007)*

Menschen, die wir mögen, haben es bei uns erheblich besser als unsympathische Zeitgenossen. Sicherlich hat dieser Bias in vielen Fällen einen sinnvollen, rationalen Kern: Dass wir eine Person sympathisch finden, kann sie sich ja geradezu verdient haben, etwa indem sie bewiesen hat, dass wir ihr vertrauen können. Die Mechanismen allerdings, die Menschen sympathisch machen, wirken meist subtiler und vielfach unbewusst. Mit Menschen, die uns sympathisch sind, kooperieren wir eher. Wir tun dann auch Dinge, von denen wir nicht restlos überzeugt sind, nur einem Freund zuliebe.

Das Marketing nutzt diese Mechanismen, indem es auf „Beziehungsvertriebswege“ setzt: Wenn etwa die Freundin zur Tupper-Party einlädt, genügt schon eine halbherzige Sympathie zu Tupperware – die Freundschaft zur Gastgeberin besorgt den Rest (Felser 2015, 256f.).

Auch die Marketingabteilungen der pharmazeutischen Industrie arbeiten mit diesem Mechanismus. Ihre Vertreter sind darin geschult, die Beziehung zum Arzt systematisch zu gestalten – den Ärzten präsentieren sich Vertreter als Freund, während sie selbst die Ärzte ausdrücklich als Kunden betrachten (Fugh-Berman u. Ahari 2007). Wie intensiv sich der Vertreter um eine freundschaftliche Beziehung bemüht, hängt vom „Verschreibungswert“ des Arztes ab, d. h. der Gelegenheit und der Bereitschaft, die vom Vertreter beworbenen Medikamente zu verschreiben. Ärzte, die häufig und viel und bevorzugt auch neue, teure Medikamente verschreiben, werden von den Pharmaver tretern vorrangig besucht und umworben; Niedrigverschreiber – „low value“ in der Sprache des Pharmamarketing – werden ignoriert. Besonders wertvoll für die Industrie sind Ärzte, die aufgrund ihrer hervorgehobenen Stellung das Verschreibungsverhalten ihrer Kollegen beeinflussen, die sog. Meinungsführer („key opinion leader“).

### 2.5.2 Soziale Bewährtheit

Will man Hausbesitzer dazu bewegen, Strom zu sparen, kann man erstaunliche Erfolge mit der Information erzielen, dass dies die Nachbarn auch machen. Will man Hotelgäste dazu bewegen, beim Umweltschutz mitzumachen und ihre Handtücher wiederzuverwenden, lässt sich die Befolgung durch den Hinweis, die Mehrheit würde diese bereits tun, deutlicher steigern als durch den einfachen Hinweis auf Umweltschutz (Goldstein et al. 2008).

Beide Beispiele illustrieren das Prinzip der sozialen Bewährtheit („social proof“): die Orientierung des eigenen Verhaltens am Verhalten vieler anderer Menschen in derselben Entscheidungssituation (Cialdini 2013, 151ff.). Insbesondere in unsicheren Situationen beurteilen wir, ob etwas richtig oder falsch ist daran, was andere für richtig oder falsch halten. Soziale Bewährtheit (social proof) ist vermutlich einer der am meisten unterschätzten Einflussfaktoren unseres Handelns. Immerhin erscheint es nicht gerade als der Gipfel der Rationalität, dass wir bei unseren Entscheidungen vor allem einmal schauen, was andere machen und dem dann folgen. Gerade wenn alternativ so schwerwiegende Argumente wirken können wie unser persönlicher Nutzen oder der Schutz der Umwelt, erscheint die Bestätigung über das, was andere tun, als recht oberflächlicher Gesichtspunkt. Und trotzdem ist diese Information in der sozialen Beeinflussung erfolgreicher als z.B. das Argument der Nutzenmaximierung.

In manchen Situationen wird der Wunsch, nicht negativ aufzufallen, im Vordergrund stehen, wenn Menschen dem Verhalten anderer folgen. Die oben genannten Beispiele aus den Experimenten von Goldstein et al. (2008) betonen vor allem den normstiftenden Charakter der sozialen Bewährtheit. Was andere tun, gilt als Norm, an der man sich orientiert. In diesem Sinne kann dann auch das Phänomen gedeutet werden, dass wir dazu neigen, etwas richtig zu finden, was viele richtig finden und etwas zu ignorieren, was viele andere ebenfalls ignorieren. Sozial Bewährtheit im Sinne von „die Anderen tun es auch“ dürfte dem ansonsten nur schwer zu erklärende Phänomen zugrunde liegen, dass viele Ärzte materielle und immaterielle Zuwendungen von pharmazeutische Unternehmen annehmen, sich auf gesponserten Fortbildungsveranstaltungen mit Speisen und Getränken verwöhnen lassen und sog. Anwendungsbeobachtungen durchführen, von denen sie selbst wissen dürften, dass sie wissenschaftlich zumeist nutzlos sind.

**! Das, was andere tun, übt einen starken Einfluss auf die eigene Verhaltensbereitschaft aus. Das Verhalten anderer stiftet Normen, setzt andere Normen außer Kraft und dient so zur Rechtfertigung für richtiges wie falsches Verhalten.**

### 2.5.3 Commitment und Konsistenz

Wenn wir einen Standpunkt annehmen und öffentlich vertreten, entsteht in uns ein Drang, diesen auch künftig zu vertreten. Die Gründe hierfür sind vielfältig, einer davon ist, dass wir befürchten, andernfalls von unseren Mitmenschen als inkonsistent, wankelmütig und unzuverlässig wahrgenommen zu werden. Behalten wir einen einmal geäußerten Standpunkt bei, werden wir eher als zuverlässig, vernünftig und charakterfest angesehen. Zur Konsistenz sind wir vor allem dann motiviert, wenn wir uns aktiv auf etwas festgelegt haben, also ein „Commitment“ eingegangen sind und uns dadurch verstärkt an ein vorangegangenes Verhalten gebunden fühlen. Der sog. Konsistenzdruck wird intrapsychisch durch den Drang befördert, unser Selbstbild mit unseren Handlungen in Einklang zu bringen. Auch neigen wir dazu, unser Selbstbild der Sicht anzupassen, die andere von uns haben (Cialdini 2013, 120ff.).

**! Menschen ändern die Richtung eines Verhaltens nicht ohne guten Grund. Für die Beibehaltung der Verhaltensrichtung braucht es dagegen keine eigenen Gründe.**

Wo wir Commitments eingegangen sind, bleiben wir also dabei und werden regelrecht zu Überzeugungstätern. Zum Problem wird das Prinzip, wenn es dazu beiträgt, falsche Entscheidungen oder Standpunkte beizubehalten. Insbesondere bei höheren Graden der Festlegung, bei starkem Commitment also, kann sich das Streben nach Konsistenz als Ignoranz oder Immunisierung gegen stichhaltige Argumente erweisen. Wo dies geschieht, spricht man von „eskalierendem Commitment“ (z.B. Staw 1976).

### **Commitment im medizinischen Alltag**

Eine Neubewertung kann eine etablierte und verbreitete Behandlungsweise erfahren, wenn sie sich in neuen Studien als weniger gut erweist als bis dahin angenommen oder wenn mit anderen Behandlungsweisen bessere Ergebnisse erzielt werden. Dies war in 146 Studien der Fall, die zwischen 2001 und 2010 im New England Journal of Medicine erschienen sind. Dies reicht von der antibiotischen Behandlung der asymptomatischen Bakterienausscheidung im Urin bei Frauen mit Diabetes über den Schutz vor Milbenallergenen durch spezielle Matratzenüberzügen für Erwachsene mit Asthma bis zur intensiven Blutzuckersenkung bei Patienten mit Diabetes Typ 2 (Prasad et al. 2013). Weitere Beispiele sind die sog. Hormonersatztherapie in der Menopause der Frau zur Prävention u. a. der koronaren Herzkrankheit, die endoskopische Knorpelglättung bei Kniegelenksarthrose und Stents bei der chronischen koronaren Herzkrankheit zur Prognoseverbesserung.

Wer nun meint, Ärzte würden ihre Behandlungen den neuen Erkenntnissen unverzüglich anpassen, irrt. Häufig behalten Ärzte eingeübte Verhaltensweisen bei, was kritische Autoren zu der Frage veranlasste „Why do doctors use treatments that do not work?“ (Doust u. Del Mar 2004). Das Aufgeben überholter Behandlungsweisen, im englischen als „undiffusion“ und „disinvestment“ bezeichnet, ist bisher wenig untersucht. Medizinisch und ethisch ist die Anpassung der medizinischen Praxis an die Evidenzlage als zwingend zu betrachten. Commitment und Konsistenz dürften jedoch eine wesentliche Barriere für die Fortführung überholter Behandlungsweisen sein. Als weitere Barrieren nennt Davidoff (2015) den Hang beim Gewohnten zu verbleiben, Trägheit, Scham eine diskreditierte Behandlungsweise durchgeführt zu haben, Bedauern über die bisherigen Investitionen in Ausbildung und Ausrüstung sowie Verlust von Einkommen.

**! Oft halten wir an überholten, unsinnigen und nicht mehr zielführenden Verhaltensweisen fest, nur um unsere bisherigen Investitionen von Zeit, Energie und Geld durch eine Änderung des Verhaltens nicht infrage zu stellen.**

## 2.6 Kognitive Biases – Kontrollierbarkeit und Resistenzillusion

„Geld beeinflusst mein Urteil nicht.“ Dieser Ausspruch stammt von einem früheren Vorsitzenden der Ständigen Impfkommission (Berndt 2008). So wie er denken viele Ärzte, wenn sie Honorare, Geschenke oder andere Zuwendungen der pharmazeutischen Industrie annehmen. Grundsätzlich besteht zwar aufseiten der Ärzte eine gewisse Skepsis, was die Annahme von Geschenken der Industrie angeht. Sah und Loewenstein (2010) befragten in einer randomisierten kontrollierten Studie Kinderärzte und Allgemeinmediziner, ob es in Ordnung sei, von der Industrie Geschenke anzunehmen oder sich dafür bezahlen zu lassen, Patientendaten für Studien zu liefern. Anhand von Fragen erinnerten sie dann an die geringe Bezahlung und hohe Belastung während der Ausbildung. Im Gruppenvergleich zeigte sich, dass die Reihenfolge, in der die Fragen gestellt wurden, einen Unterschied machte. Wurde erst nach der Akzeptanz von Geschenken und danach nach den Entbehrungen in der Ausbildung gefragt, beurteilten 21,7% die Geschenke als akzeptabel. Wurde erst nach den Entbehrungen und dann nach der Akzeptanz gefragt, hielten bereits 47,5% Geschenke für akzeptabel. Wurde nach den Entbehrungen gefragt und vorgeschlagen, diese als Rechtfertigung für die Annahme von Geschenken gelten zu lassen, erachteten 60,3% die Geschenke für akzeptabel. Dies zeigt, dass viele Probanden die angebotene *Rationalisierung* für eine eigentlich als inakzeptabel erachtete Verhaltensweise gern annahmen.

Wie auch in Kapitel II.1 angesprochen, hat ein Großteil der Ärzte keine Illusionen darüber, dass der Pharmavertreter sie mit seinen Bemühungen beeinflussen will. Sie sehen ihre Kollegen diesbezüglich als gefährdet an. Sie sind aber der Überzeugung, selber den Beeinflussungsversuchen widerstehen zu können. Diese *Resistenzillusion* ist bemerkenswerterweise umso stärker, je häufiger ein Arzt Pharmavertreter empfängt – mit der Zahl der Besuche wächst sowohl die Wahrscheinlichkeit, dass er die beworbenen Medikamente verschreibt als auch die Überzeugung, im Verschreibungsverhalten nicht beeinflusst zu sein.

Ein Bias kann auch unabhängig davon entstehen, ob Eigeninteressen oder Interessen Dritter ins Spiel kommen. Interessenkonflikte kommen häufig bei ohnehin anfälliger Urteilsfähigkeit nur erschwerend hinzu. Dabei ist zu betonen: Kognitive Biases sind in aller Regel keine Frage der Unwissenheit, und sie lassen sich nur selten durch Training abmildern. Das gilt übrigens auch für die Darstellung statistischer Daten: Wenn man etwa die Erfolgsaussichten einer Behandlungsmethode als „Mortalitätsrate von 1/3“ darstellt, erzeugt man stets und unabhängig von statistischer Expertise eine höhere Risikobereitschaft als wenn man von derselben Methode behauptet, bei ihrer Anwendung werden voraussichtlich „2/3 der Behandelten überleben“ (das sog. Asian-Disease-Szenario, Tversky u. Kahneman 1981). Auch wenn wir wissen, dass mit „halbvoll“ und „halbleer“ dasselbe Volumen an Flüssigkeit beschrieben wird, nehmen wir die Information automatisch unterschiedlich wahr. Framingeffekte haben ihre Wurzeln in motivationalen Prozessen – hier vor allem in der Ungleichbewertung gleichwertiger Verluste und Gewinne – und sie lassen sich nicht einfach wegtrainieren.

## 2.7 Fazit und Ausblick

Die Psychologie hat einen Fundus an Erkenntnissen hervorgebracht, der die Abhängigkeit und Beeinflussbarkeit menschlicher Kognition und menschlichen Verhaltens

durch zahlreiche innere und äußere Einflüsse beschreibt und erklärt. Viele dieser Einflüsse wirken automatisch, viele sind sinnvoll. In diesem Kapitel wurden Einflussfaktoren beschrieben, die im klinischen Alltag kognitive Biases bewirken können, insbesondere im Zusammenhang mit Eigeninteressen oder Fremdinteressen. Ein kognitiver Bias im klinischen Denken kann letztlich zur Gefährdung von Patienten durch Fehlbewertungen in Diagnostik und Therapie führen. Daher sollte jeder Arzt aktiv und fortlaufend an der Integrität seines Denkens arbeiten.

In Deutschland haben diese Erkenntnisse erfreulicherweise in den letzten Jahren Eingang in Strategien zur Vermeidung von Interessenkonflikten und in Strategien zur Vermeidung des Biasrisikos infolge von Interessenkonflikten gefunden. Dies gilt z. B. für die Leitlinienentwicklung der AWMF (s. Kap. III.5) und für die Anforderungen an die Mitglieder der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (s. Kap. III.3). Letztlich sollte jeder einzelne Arzt dazu in der Lage sein, unangemessene Beeinflussungsversuche zu erkennen und zu vermeiden bzw. abzuwehren.

### Literatur

- Aronson E, Wilson TD, Akert RM (2014) Sozialpsychologie. 8. umfassend aktualisierte Auflage. Pearson München
- Berndt C (2008) „Geld beeinflusst mein Urteil nicht“. Der neue Vorsitzende der Ständigen Impfkommision, Friedrich Hofmann, zur Unabhängigkeit seines Gremiums. Süddeutsche Zeitung, 26.1.2008, 22
- Billman D, Bornstein B, Richards J (1992) Effects of expectancy on assessing covariation in data: “prior belief” versus “meaning”. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 53: 74–88
- Cialdini RB (2013) Die Psychologie des Überzeugens. 7. Aufl. Verlag Hans Huber, Bern
- Davidoff F (2015) On the undiffusion of established practices. *JAMA Internal Medicine*. 175: 809–811
- Ditto PH, Lopez DF (1992) Motivated skepticism: Use of differential decision criteria for preferred and nonpreferred conclusions. *J Pers Soc Psychol* 63: 568–584
- Doust J, Del Mar C (2004) Why do doctors use treatments that do not work? *BMJ*, 328: 474–475
- Felser G (2015) Werbe- und Konsumentenpsychologie. 4. Aufl. Springer Heidelberg
- Fugh-Berman A, Ahari S (2007) Following the script. How drug reps make friends and influence Doctors. *PLoS Med* 4: e150
- Gigerenzer G, Gaissmaier W, Kurz-Milcke E et al. (2008) Helping doctors and patients make sense of health statistics. *Psychol Sci Public Interest* 8: 53–96
- Goldstein NJ, Cialdini RB, Griskevicius V (2008) A room with a viewpoint: Using social norms to motivate environmental conservation in hotels. *J Consumer Res* 35: 472–482
- Grande D, Frosch DL, Perkins AW, Kahn BE (2009) Effect of exposure to small pharmaceutical promotional items on treatment preferences. *Arch Intern Med*; 169: 887–93
- Gurm HS, Litaker DG (2000) Framing procedural risks to patients: is 99% safe the same as a risk of 1 in 100? *Acad. Med.* 75: 840–842
- Joas HH (2007) Lehrbuch der Soziologie. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. Campus New York/Heidelberg
- Kahnemann D (2012) Schnelles Denken, langsames Denken. Siedler Verlag München
- Kunda Z (1990) The case for motivated reasoning. *Psychol Bull* 108: 480–498
- Lieb K, Osten-Sacken Jvd, Stoffers-Winterling J, Reiss N, Barth J (2016) Conflicts of interest and spin in reviews of psychological therapies: a systematic review. *BMJ Open* 2016;6:e010606
- Prasad V, Vandross A, Toomey C, Cheung M, Rho J, Quinn S, Cifu A et al. (2013) A Decade of Reversal: An Analysis of 146 Contradicted Medical Practices. *Mayo Clinic Proceedings*, 88: 790–798
- Pronin E, Lin DY, Ross L (2002) The bias blind spot: perceptions of bias in self versus others. *Pers Soc Psychol Bull* 28: 369–381

- Reyna VF, Nelson WL, Han PK, Dieckmann NF (2009) How numeracy influences risk comprehension and medical decision making. *Psychol Bull* 135: 943–973
- Sah S, Loewenstein G (2010) Effect of reminders of personal sacrifice and suggested rationalizations on residents' self-reported willingness to accept gifts: A randomized trial. *JAMA* 304: 1204–1211
- Staw BM (1976) Knee-deep in the big muddy: a study of escalating commitment to a chosen course of action. *Organ Behav Hum Perform* 16: 27–44
- Tversky A, Kahneman D (1981) The framing of decisions and the psychology of choice. *Sci* 211: 453–458
- Wang AT, McCoy CP, Murad MH, Montori VM (2010) Association between industry affiliation and position on cardiovascular risk with rosiglitazone: cross sectional systematic review. *BMJ* 340: c1344