

# (Begrenzte) Unternehmerische Anpassung an Regulierungsverläufe

*Ralf Kölbel*

## Gliederung

1. Einordnung
2. Fragestellung und Methode
3. Erste Beobachtungen
- 3.1 Formale Konformität in der Direktbeeinflussung von Ärzten
- 3.2 Persistenz und Zuwachs funktionaler Äquivalente
4. Zwischenbilanz

## 1. Einordnung

Der Gegenstand des Forschungsprojektes, über dessen Zwischenergebnisse dieser Beitrag informieren will,<sup>1</sup> steht in zeitlichem Zusammenhang mit der aktuellen Einführung eines „Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen“ (BT-Drs. 18/6446). Sachlich liegt er im Schnittpunkt von drei konvergierenden Forschungslinien: Die erste Linie ist mit der Untersuchung von Unternehmenskriminalität im Bereich der Arzneimittelinindustrie befasst,<sup>2</sup> wobei die bisherige Befundlage hierzu vorwiegend auf gesundheitsökonomischen Analysen zu ärztlichen Interessenkonflikten durch das sog. Pharmamarketing beruht. Der Arzneimittelvertrieb schließt hiernach problematische Spielarten ein, wobei sich die Diskussion zumindest in Deutschland auf die Direktinteraktion zwischen Pharmareferenten und niedergelassenen Ärzten konzentriert. Neben der nicht unwichtigen Informationsfunktion geht es den Herstellern hier um den systematischen Aufbau eines Verpflichtungsgefühls (sei es durch Anerkennung, Aufmerksamkeit oder auch materielle Annehmlichkeiten), um darüber auf das Verschrei-

---

1 DFG-Projekt „Compliance in Practice. Unternehmerische Anpassungsprozesse an Kriminalisierungsverläufe am Beispiel des sog. Pharmamarketings“.

2 Klassisch hierzu *Braithwaite* (1984); für einen kriminologischen Überblick *Kölbel* (2015) m. w. N.

bungsverhalten zugunsten der eigenen Produkte einzuwirken.<sup>3</sup> Da es sich dabei trotz der (bisherigen) Massenhaftigkeit nur um einen Ausschnitt eines deutlich weiteren Problemfeldes handelt (unten 3.2), wird der Pharmavertrieb vielfach als hochgradig korruptionsbelasteter Bereich eingestuft.<sup>4</sup>

Wegen der offensichtlichen Brisanz, die der potenziell-sachwidrigen Beeinflussung medizinischer Entscheidungen innewohnt, ist es in der Bundesrepublik nicht nur zu einer Reihe von regulatorischen Interventionen,<sup>5</sup> sondern nunmehr auch zu dem eingangs erwähnten, pönalisierenden Zuwendungsverbot (§§ 299a f. StGB) gekommen. Die hierfür grundlegende Erwartung, unternehmerische Marketingaktivitäten auf diese Weise effektiv eindämmen zu können,<sup>6</sup> unterstellt eine Abschreckungs- und Steuerungswirkung von Sanktionsnormen und zielt damit auf den zweiten hier einschlägigen Forschungsstrang. Der Bestand an insofern vorliegenden Studien weist (speziell im Wirtschaftssektor) sowohl für management- als auch unternehmensgerichtete Sanktionsdrohungen durchaus auf gewisse Abschreckungseffekte hin, dies aber lediglich als eine Tendenz.<sup>7</sup>

Die Regulierungsliteratur als die dritte projekteinschlägige Forschungslinie steht einer sanktionsgetragenen Unternehmenssteuerung meist skeptisch gegenüber.<sup>8</sup> Da sich die meisten Unternehmen weniger an simplen Entdeckungs- und Strafkosten sondern eher an komplexeren Bedingungen (Geschäftsmöglichkeiten, Regulierungslagen, Mediendiskursen, Reputationsfragen, Stakeholder-Verhalten usw.) orientieren,<sup>9</sup> sei es zweckmäßiger, mit „weichen“ Maßnahmen auf eine selbstregulative Konformitätssicherung hinzuwirken und Sanktionen gleichsam nur für den deliktischen „Notfall“ vorzuhalten.<sup>10</sup> Ganz in diesem Sinne ist es in den letzten Jahrzehnten – auch im

---

3 Vgl. zu Häufigkeit, Modi und Wirksamkeit der Beeinflussungstechniken im pharmazeutischen Außendienst den bei Kölbel (2016) und Kölbel u. a. (2016) (jeweils m. w. N.) aufbereiteten Forschungsstand.

4 Vgl. bspw. Göttsche (2013); Dukes u. a. (2014).

5 §§ 73 Abs. 5; 129 Abs. 1 SGB V (aut idem); § 128 Abs. 6 SGB V (Zuwendungsverbote); § 67 AMG (Meldepflichten bei Anwendungsbeobachtungen); § 47 Abs. 4 AMG (Beschränkungen der Arzneimittelmusterabgabe); § 7 HWG (Verbot zuwendungsgetragener Heilmittelwerbung).

6 BT-Drs. 18/6446, S. 10 ff.; Kubiciel/Tsambikakis (2015), S. 12; international etwa Davis/Abraham (2013).

7 Vgl. den Review von Simpson u. a. (2014) sowie aus dort noch nicht berücksichtigten neueren Arbeiten etwa Ariel (2012); Simpson u. a. (2013).

8 Für Ausnahmen vgl. m. w. N. etwa Tombs/White (2013).

9 Gunningham (2010); vgl. auch May/Winter (2011).

10 Grundlegend Ayres/Braithwaite (1992); vgl. ferner Nielsen/Parker (2008), S. 378 ff.

Pharmasektor – zu einem kontinuierlichen Ausbau selbstregulativer Strukturen gekommen, und zwar in organisationseigenen Varianten (Compliance-Organisation in den Unternehmen) ebenso wie in kollektiven Spielarten (Verbandsordnungen, Kodizes usw.).<sup>11</sup> Auch in dieser Hinsicht sind die Funktionalitätsannahmen hoch,<sup>12</sup> was angesichts der vorliegenden Befunde aber nicht ohne weiteres als gerechtfertigt erscheint. So führen bspw. Compliance-Maßnahmen nur bedingt zu Konformitätsgewinnen,<sup>13</sup> d. h. nur unter voraussetzungsreichen und so keineswegs regelhaft gegebenen Begleitbedingungen.<sup>14</sup>

## 2. Fragestellung und Methode

Nach allem bleibt es also offen, inwieweit sich die korruptionsnahen Varianten des Pharmamarketings durch die besagten außen- und binnenregulatorischen Rahmenseetzungen eindämmen lassen. Zugleich ist es möglich, dass sich die Umstellungen der unternehmerischen Praxis auf ein „looking compliant behavior“ beschränken<sup>15</sup> und / oder dass zunehmend andere, funktional äquivalente Spielarten auftreten, die allenfalls in juristischer, nicht aber in medizinischer Hinsicht akzeptabel sind. Angesichts solcher Fragen konzentriert sich das Projekt (anders als die traditionelle Compliance-Forschung) nicht auf die formale Implementierung von Korruptionsvorsorgen und deren Bewertung durch das Unternehmensmanagement; es interessiert sich stattdessen für die tatsächlichen Umstellungen in der Vertriebspraxis – seien sie durch die Unternehmensführungen initiiert und / oder durch die unteren Hierarchieebenen „on the job“ und „vor Ort“ produziert.<sup>16</sup> Eben dieses adaptierende „Gebrauchsfertigmachen“ normativer Rahmenvorgaben verschließt sich allerdings einem methodischen Zugriff, der sich der ge-

---

11 Bestandsaufnahmen bspw. bei *Kuhlen* (2010); *PWC* (2013); *Schneider/Kißling* (2012); zur regulierungstheoretischen Rekonstruktion *Kölbel* (2013).

12 Stellvertretend *Bussmann* (2011), S. 67 ff.; *Bussmann/Niemeczek/Vockrodt* (2016).

13 Vgl. dazu den Review bei *Kölbel* (2014) sowie zu Kodizes der Pharmaunternehmen *Zetterquist u. a.* (2015) und speziell zur Effektivität von corporate ethics den Review von *Trevino u. a.* (2014).

14 Dazu sekundäranalytisch *Kaptein/Schwartz* (2008), S. 117 ff.; *Kölbel* (2014), S. 1439 ff.: unterstützendes Verhalten der Führungskräfte; Integration der Codes/Programme in die betriebliche Lebenswirklichkeit; Verbreitung code-konformer Werte im Unternehmen usw. (vgl. *Bussmann/Niemeczek/Vockrodt* 2016).

15 *Gray/Silbey* (2014), S. 116 ff.; vgl. auch *Krawiec* (2003), S. 510 ff.

16 Zu Übersetzungs- und Umdeutungsprozessen, ggf. auch Relativierungen und Neutralisierungen durch „frontline worker“ vgl. *Gray/Silbey* (2014).

bräuchlichen standardisierten Befragungen und faktoriellen Surveys bedient. Vielmehr kann das Projekt gar nicht anders, als seinem Gegenstand mit einer Reihe von mit qualitativen Methoden nachzugehen. Im Mittelpunkt stehen dabei offene leitfadengestützte Interviews mit Personen, die in unterschiedlichen Funktionen in die Vertriebsprozesse eingebunden sind und zu ihren berufsbezogenen Alltagspraktiken und Weltansichten befragt werden.<sup>17</sup>

### 3. Erste Beobachtungen

#### 3.1 Formale Konformität in der Direktbeeinflussung von Ärzten

Mit den früheren, korruptionsnahen Anreizen (d.h. den diversen Goodies usw.) zu operieren, kommt für Pharmareferenten heute kaum noch in Betracht. Unternehmensinterne Richtlinien und teilweise auch die Branchenkodizes werden bei ihnen tatsächlich verhaltenswirksam (nicht indes die im Feld wenig bekannten straf-/rechtlichen Regelungen).<sup>18</sup> Die betreffenden Vorgaben reichen oft bis in den Bereich von Kleinigkeiten hinein und werden dann bisweilen von den Mitarbeitern/innen als unsinnige oder formalistische Ärgernisse erlebt.<sup>19</sup> Gegenüber der normativen Grundrichtung zeigt man jedoch eine achselzuckende Haltung<sup>20</sup> oder gewinnt ihr durchaus Positives<sup>21</sup> und geradezu entlastende Seiten ab.<sup>22</sup> Wenn überhaupt, dann werden

---

17 Näher zur methodischen Konzeption Kölbel (2016) und Kölbel u. a. (2016).

18 „Für, für mich ist in dem Moment natürlich unsere Compliance-Richtlinie, hmm, das Ausschlaggebende (...) Ja. So, hmm, dass es dann noch zusätzlich strafrechtliche Dinge gibt. Na, hmm, die, ich sag jetzt mal aus meinem vagen Wissen heraus etwas, ich sag jetzt mal höher angesiedelt sind, sprich dahingehend, also dann muss die Schwelle schon noch ein bisschen, hmm, hmm, hmm anders überschritten werden, hmm, das ist mir bekannt.“

19 Anhand der Online-Compliance-Schulung: „Wenn Sie sich innerhalb von, äh, ich glaube, es war jeweils, es war ne Stunde in der Woche vorgesehen, da 40 Folien anschauen sollen, auf denen jeweils 20 Zeilen mit Paragraphen und Absatzziffern stehen, Sie, Sie lesen sich nich an, zumal Ihre intrinsische Motivation gleich null is. Natürlich hat jeder Mitarbeiter die allein blitzschnell durchgeklickt, die, das Kunststück war, wer hat sich da schneller durchgeklickt (...).“

20 „Da gibt's ja wahrscheinlich oder gab's dann ja auch Widerstand einfach, dass der Arzt sagt, Mensch, meine Frau hat doch eigentlich immer den Douglas-Gutschein bekommen von Ihnen? – Ja, dann geht's jetzt nicht mehr. Ende. Die Regelungen sind jetzt so (...).“

21 „Ja, vor allem mein, mein Keller ist deutlich leerer. - IE: lacht - Was ich vorher an, an Werbematerial unten im Keller hatte.. hmm..“

22 „I: Hmm, finden Sie das relativ anstrengend, jetzt dass es diese ganzen Regeln gibt und ... - IE: Nee, ich find's einfacher. - I: Einfacher? - IE: Ja, weil, ich krieg genau gesagt,

die weggefallenen Optionen durch „kreative Privatinitiativen“ kompensiert (gelegentliche Blumensträuße, Essenseinladungen oder Dienste auf eigene Rechnung).<sup>23</sup> Insgesamt aber scheint der bestechungsartige Aspekt der Außendienst-Zuwendung im Arzt-Industrie-Kontakt vielfach weggefallen zu sein.<sup>24</sup> Dies ist eingebunden in einen deutlichen Rückgang der Vertreter-einsätze, einem Abbau des Beraterpersonals sowie einem verbreiteten Outsourcing des Vertriebssystems. Ursächlich für all diese Umstellungen waren v. a. ökonomische Gründe - namentlich die erheblichen Kosten des bisherigen Außendienstes, dessen Wirksamkeit man zudem bei nicht wenigen Adressaten schwinden sieht.<sup>25</sup> Eine erhebliche Rolle spielte auch die öffentliche Skandalisierung, die nicht nur zu dieser wachsenden Skepsis der Ärzte beigetragen hat, sondern in der Branche als Belastung wahrgenommen wird. Die Umstellungen (straf-)rechtlicher Art waren für die Unternehmen dagegen allenfalls indirekt über die vorgenannten Faktoren relevant.

Zugleich behält die Industrie jene korruptionsnahen Marketingformen bei, die (im Unterschied zum Außendienst) wirtschaftlich als weiterhin vorteilhaft gelten. Mit Blick auf die normativen Rahmenseetzungen werden dabei die Bereiche des Machbaren vielfach bis an die Grenzen und auch in den Grauzonen genutzt. Zum Ausdruck kommt dies in den vielfältigen Spielarten der sog. Landschaftspflege, die das ärztliche Wohlwollen sichern soll.<sup>26</sup> Formal sind jene Vorgehensweisen allerdings durchweg compliant, insofern

---

*was, was ich darf und was ich nicht darf und wenn der Arzt irgendwas von mir haben will, kann ich ihm genau sagen: „Aufgrund der Gesetzeslage darf ich das nicht.“*

- 23 *„Sie tun auch was fürn Doktor, Sie tun mal den ein oder anderen kleinen Gefallen. Also ich hab auch schon irgendwelche Computer aufgeräumt und so wat in der Praxis, wenn der Arzt's nich konnte. Ähm, die sind einem ewig dankbar, das kostet mich nix.“*
- 24 Eine ebenfalls wohl deutlich schwindende (Rest-)Relevanz haben andere Spielarten des klassischen Anreizmodells (Einbindung der adressierten Ärzte in Beteiligungsgesellschaften; Apotheker- oder Ärzte-Kickbacks; Ankauf und Verwertung von Verschreibungsdaten).
- 25 *„Das heißt, äh, das waren so, äh, massive Sparmaßnahmen, die wir machen mussten. Diesen Sparmaßnahmen unterliegen auch sämtliche anderen großen Firmen. (...) Und das hat, äh, vielfach natürlich auch etliche Stellen im Außendienst gekostet. (...) Funktioniert heute nicht mehr so, na? Das is vielfach so, dass die Ärzte sagen, also erstmal, 30, 40 % der Ärzte empfangen überhaupt keine Außendienstler mehr. Die sagen grundsätzlich will ich keinen sehen.“*
- 26 Beispiele: „Educational visits“ (d.h. Einladungen zu Betriebsbesichtigungsreisen), Kurse für das Praxispersonal, Computerschulungen, DVDs mit Kodier- und Verschlüsselungshilfen, Seminare zur betriebswirtschaftlichen Praxisführung und zur Gestaltung von Praxisseiten im Internet. Die sog. Transparenzoffensive der Industrie (<http://transparency.efpia.eu/the-efpia-code-2>) bezieht sich allein auf eine (bedingte) Publikation der hier verwendeten Mittel – bei Beibehaltung der Praxis selbst.

sie eine unspezifische Beziehung und keinen direkten Austausch von Zuwendung und Verschreibung herstellen, was – unabhängig von der psychologischen Wirksamkeit – die Einhaltung der (straf-)rechtlichen Regelungen und Branchenkodizes sicherstellt. Ähnlich verhält es sich beim sog. Fortbildungssponsoring. Da dieses mit einem relativ günstigen Kosten-Nutzen-Verhältnis nachweislich verschreibungsstimulierend wirkt,<sup>27</sup> werden ärztliche Fortbildungen zu beträchtlichen Anteilen von Arzneimittelherstellern finanziert, organisiert und inhaltlich gestaltet – und zwar regelmäßig so, dass dabei die jeweils eigenen Produkte in den Vordergrund rücken.<sup>28</sup> Zugleich übernehmen die Unternehmen für niedergelassene Ärzte nicht selten die Teilnahme- und Reisekosten. Doch im Regelfall ist all dies legal. Und bei der Gestaltung des äußeren Veranstaltungsrahmens (Örtlichkeit, Verpflegung u. a. Eventaspekte), entwickeln sie bzgl. der (engen) regulatorischen Vorgaben (namentlich in § 32 MBO und den Branchenkodizes) das, was *McBarnett* (2006) als „Creative Compliance“ beschreibt: Sie versuchen, die bestehenden Spielräume maximal zu nutzen, die Toleranzgrenzen in einem „Legal Engineering“ auszuforschen<sup>29</sup> und auszutesten.<sup>30</sup>

### 3.2 Persistenz und Zuwachs funktionaler Äquivalente

Daneben sind jene Marketingformen, die das ärztliche Verschreibungsverhalten „auf Umwegen“ und nicht durch Direkteinwirkung beeinflussen sollen, von fortwährendem und teilweise sogar steigendem Gewicht. Die Grundlage hierfür besteht in Besonderheiten des Arzt-Patientenverhältnisses,

---

27 Zur Wirksamkeit dieses Kanals vgl. *Lieb/Scheurich* (2014).

28 Dies geschieht bisweilen auch durch Einsatz (unerlaubter) Werbung, meist aber „nur“ mittels fachlicher Positiv-Präsentation durch eigenes Personal oder kooperierende Fachexperten. *„Die suchen sich die Mietmäuler, die das Ganze für sie verbreiten und liefern denen Slidesets, das is in der Medizin das übliche, Powerpoint-Präsentationen mit 20 Diagrammen. Und schlagen denen natürlich auch Redetexte vor.“*

29 Nach Einführung einer regionalen Sonderregelung, die die Bedingungen der Fortbildungsveranstaltungen verschärft, nimmt die Industrie zu den hierfür Verantwortlichen Kontakt auf, um das Machbare auszuloten: *„(...) passive Teilnahme an Fortbildungen geht nicht in XXX. Und dieser eine Satz hat dann die Welle ausgelöst. Den Tsunami sozusagen. Dann wurde nämlich die Pharmaindustrie wieder aktiv (...) Ähm, und dann kam eben halt die Überlegung auf der Seite, welche, sag ich mal, Umgehungsstrategien kann man da möglicherweise fahren.“*

30 Das schließt ein, es bei der Fortbildungsgestaltung auch einfach „darauf ankommen zu lassen“. Dies zeigt sich sowohl in teilnehmenden Beobachtungen einer mit uns kooperierenden Ärztin als auch in unserer Analyse der nicht abreißen Folge von Überprüfungen, die durch die Schiedsgerichte deutscher und britischer Branchenverbände in eben dieser Sache durchgeführt werden (angestoßen nicht selten übrigens durch die Wettbewerber).

das einerseits seinen asymmetrisch-paternalistischen Charakter zunehmend zugunsten einer Dienstleistungs- und Kundenbeziehung verliert, in dem sich aber andererseits das diagnostisch-therapeutische Vorgehen (zumindest legitimatorisch) an wissenschaftlichen Kriterien orientiert.<sup>31</sup> Wegen des zweitgenannten Aspekts ist das ärztliche Entscheidungsverhalten prinzipiell durch Zurverfügungstellung fachlicher Information und Autorität ansprechbar. Folglich bemühen sich die Hersteller, im wissenschaftlichen Bereich produkt-/absatzdienliche Botschaften (Studienlage und Behandlungsleitlinien) zu evozieren – für deren Verbreitung (Vorträge, Publikationen usw.) und Herstellung man die Scientific Community einzubinden versucht (mittels Forschungssponsoring und v. a. Verpflichtung der Key Opinion Leader durch Honorarverträge, Berufung in Advisory Boards und institutionelle Förderung),<sup>32</sup> und zwar ungeachtet des wachsenden regulatorischen Drucks.<sup>33</sup>

Auf den erstgenannten Aspekt, d. h. die neue Patientenrolle reagieren die Hersteller wiederum mit dem Versuch, einen Bedarf an ihren Produkten zu generieren und durch die „mündigen Patienten“ an die Ärzte herantragen zu lassen. Dabei erfährt die hierfür traditionell eingesetzte Methodik (offenes/verstecktes Direct-to-Consumer-Marketing; mediale Disease-Mongering-Kampagnen; Beeinflussung von Patientenorganisationen) momentan einen enormen Zusatzimpuls. Mit Blick auf die Informationssuche der Patienten im Internet<sup>34</sup> etablieren sich zahlreiche neue Wege des Product Placements – sei es durch Verbreitung vertriebsförderlich gestalteter Informationsdienstleistungen (Beratungs- und Lifestyle-Seiten mit Marketinginhalten) oder durch die Beeinflussung der nutzergenerierten Inhalte in sozialen Netzwerken, Frage-Antwort-Portalen und Gesundheitsforen (per Einsatz scheinbarer Privater für Einträge, Meinungen, Tipps usw.).<sup>35</sup>

---

31 Hierzu m. w. N. Köbel (2015).

32 Auch wegen der Anfälligkeit des Wissenschaftssystems (dazu etwa *Kliche* 2011), S. 268 ff.). Vgl. für einen Überblick über die Befunde zur Wissenschaftsverstrickung, die aber zugleich eine indirekte Industrie-Arzt-Beziehung begründet, vgl. ferner Köbel (2016); Köbel u. a. (2016).

33 Namentlich durch Einführung von Drittmittelrichtlinien der Forschungsinstitutionen, Offenlegungspflichten bei Interessenkonflikten und Studienregistern sowie durch eine geänderte Publikationspolitik vieler Fachzeitschriften (vgl. etwa die Beiträge in *Lieb u. a.* 2011, S. 215 ff., 261 ff., 291 ff.).

34 Zur außerordentlichen Verbreitung von Gesundheitsanfragen im Netz vgl. *Baumann/Czerwinski* (2015).

35 Vgl. *Glaeske/Thürmann* (2015), S. 30 ff.; näher zum gesamten Bereich, der nicht nur ein Werbungsproblem begründet, sondern ebenfalls eines der mittelbaren Industrie-Arzt-Beziehungen, vgl. Köbel (2016); Köbel u. a. (2016).

## 4. Zwischenbilanz

Jede Form von Pharmamarketing, die den Einsatz konkreter Arzneimittel fördern soll und sich dabei nicht auf sachliche Informationen über das Produkt und dessen Eigenschaften beschränkt, zielt auf die Herstellung von Verschreibungsmotiven bzw. Nutzungsgründen, die jenseits der medizinischen Sachgerechtigkeit liegen. Es handelt sich hierbei also stets um problematische Einwirkungsformen – ganz unabhängig von ihrer in-/direkten Wirkung und ihrer formalen Il-/Legalität. Da derartige Marketingverfahren in großer Breite fortexistieren, ändert der Konformitätszuwachs im Segment des Außendienstes wenig daran, die Marketingpraxis insgesamt als eine Variante der „Institutional Corruption“ untersuchen zu können.<sup>36</sup> Kennzeichnend für eine solche Einordnung sind (finanzielle und andere) Einflussnahmen auf Entscheidungsträger, die oft gerade keine direkten Bestechungsaktivitäten darstellen und in der Regel sogar zulässig sind. Indem sie aber auf Dauer gestellte subtile Abhängigkeiten erzeugen, unterminieren sie die Aufgabenerfüllung der Adressaten, was wiederum deren Integrität und gesellschaftliche Akzeptanz erodieren lässt (hier: durch Interessenkonflikte der Forschung, Ausbildung und Praxis im medizinischen Feld). Zugleich bilden sie einen immanenten Bestandteil der beteiligten Organisations- und Professionspraxis, der durch das alltägliche Agieren normalisiert und fortwährend reproduziert wird – und zwar deshalb, weil sich dieses Vorgehen aus strukturellen (Anreiz-)Bedingungen speist und gleichsam funktionslogisch ist.<sup>37</sup> Gemessen an dieser Grundproblematik ist derzeit also wenig gewonnen. Auch wirkt der aktuelle (Straf-)Rechtsdiskurs in seiner Fokussierung auf die bestechungsförmige Austauschbeziehung (sog. Unrechtsvereinbarung) aus der Warte der Korruptionsforschung merkwürdig verengt.

## Literatur

Ariel, B. (2012): Deterrence and moral persuasion effects on corporate tax compliance. *Criminology* 50, S. 27–69.

---

36 Zu dieser Kategorie vgl. zusammenfassend *Gray* (2103), S. 536 f.; zur dahingehenden Einordnung des Pharmamarketings vgl. *Gagnon* (2013); *Sah/Fugh-Berman* (2013).

37 Hier konkret: Ärzte haben eine weitgehend kontrollfreie Entscheidungsgewalt und bestimmen dadurch über den Umsatz der Arzneimittelunternehmen wesentlich mit. Sie anzusprechen und zu gewinnen, ist für die Hersteller daher zentral. Wenn dies – auf welche Weise auch immer – gelingt, stellt sich der wirtschaftliche Erfolg allerdings auch ganz unabhängig von der jeweiligen Produktinnovation ein.

- Ayres, I./Braithwaite, J.* (1992): Responsive regulation, transcending the deregulation debate. New York: Oxford University Press.
- Baumann, E./Czerwinski, F.* (2015): Erst mal Doktor Google fragen? In: Böcken, J./Braun, B./Meierjürgen, R. (Hg.): Gesundheitsmonitor (2015). Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, S. 57–79.
- Braithwaite, J.* (1984): Corporate crime in the pharmaceutical industry. London: Routledge Chapman & Hall.
- Bussmann, K.-D.* (2011): Sozialisation in Unternehmen durch Compliance. In: Hellmann, U./Schröder, C. (Hg.): Festschrift für Achenbach. Heidelberg u. a.: C.F. Müller, S. 57-82.
- Bussmann, K.-D./Niemeczek, A./Vockrodt, M.* (2016): Korruption und Unternehmenskultur – Forschungsergebnisse. In: Kubiciel, M./Hoven, E. (Hg.): Das Verbot der Auslandsbesprechung. Baden-Baden: Nomos, S. 205-224.
- Davis, C./Abraham, J.* (2013): Is there a cure for corporate crime in the drug industry? *British Medical Journal*, Vol. 346, No. 7894, 755, 06.02.2013, p. N/A.
- Dukes, G./Braithwaite, J./Moloney, J.* (2014): Pharmaceuticals, corporate crime and public health. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Gagnon, M.-A.* (2013): Corruption of pharmaceutical markets. *Journal of Law, Medicine & Ethics* 41, S. 571-580.
- Glaeske, G./Thürmann, P.* (2015): Pillenreport. Hamburg: Techniker Krankenkasse.
- Göttsche, P.* (2013): Deadly medicines and organized crime. London: Radcliffe Publishing.
- Gray, G.* (2013): Insider accounts of institutional corruption. *British Journal of Criminology* 53, S. 533–551.
- Gray, G./Silbey, S.* (2014): Governing inside the organization. *American Journal of Sociology* 120, S. 96–145.
- Gunningham, N.* (2010): Enforcement and compliance strategies. In: Baldwin, R./Cave, M./Lodge, M. (Hg.): Oxford handbook of regulation. New York: Oxford Universal Press, S. 120-145.
- Kaptein, M./Schwartz, M. S.* (2008): The effectiveness of business codes. *Journal of Business Ethics* 77, S. 111–127.
- Kliche, T.* (2011): Von Selbstvermarktung zu Korporativer Korruption. In: Kliche, T./Thiel, S. (Hg.): Korruption. Lengerich: Pabst, S. 265-305.
- Kölbel, R.* (2013): Criminal Compliance – ein Missverständnis des Strafrechts? *Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft* 125, S. 499–535.
- Kölbel, R.* (2015a): Korruption im Gesundheitswesen. In: AG Medizinrecht im DAV/IMR (Hg.): Aktuelle Entwicklungen im Medizinstrafrecht. Baden-Baden: Nomos, S. 54–74.
- Kölbel, R.* (2015b): Wirksamkeit und Funktionsbedingungen von Compliance aus wirtschaftskriminologischer Sicht. In: Rotsch, T. (Hg.): Handbuch Criminal Compliance, Baden-Baden: Nomos.
- Kölbel, R.* (2016): Strafrecht und Pharmamarketing, *ZIS* (i.E.).
- Kölbel, R./Herold, N./Lubner, S.* (2016): Institutionelle Korruption im Pharmavertrieb. In: Kubiciel, M./Hoven, E. (Hg.): Korruption im Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos (i.E.).
- Krawiec, K.* (2003): Cosmetic compliance and the failure of negotiated governance. *Washington University Law Quarterly* 81, S. 487–544.
- Kubiciel, M./Tsambikakis, M.* (2015): Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen (§ 299a StGB). *medstra* 1, S. 11–15.
- Kuhlen, L.* (2010): Strafrecht und freiwillige Selbstkontrolle der Wirtschaft. In: Herzog, F./Neumann, U. (Hg.): Festschrift für Hassemer. Heidelberg: C.F. Müller, S. 875-889.

- Lieb, K./Klemperer, D./Ludwig, W.-D.* (Hg.) (2011): *Interessenkonflikte in der Medizin*. Springer: Berlin.
- Lieb K./Scheurich A.* (2014): Contact between Doctors and the Pharmaceutical Industry, Their Perceptions, and the Effects on Prescribing Habits. *PLoS ONE* 9(10): e110130. doi:10.1371/journal.pone.
- May, P./Winter, S.* (2011): Regulatory enforcement styles and compliance. In: Parker, C./Nielsen, V.-L. (Hg.): *Explaining compliance*. Cheltenham: Elgar, S. 222–244.
- McBarnett, D.* (2006): After Enron will „whiter than white collar crime“ still wash? *British Journal of Criminology* 46, S. 1091-1109.
- Nielsen, V./Parker, C.* (2008): To what extent do third parties influence business compliance? *Journal of Law and Society* 35, S. 309–340.
- PricewaterhouseCoopers* (2013): *Wirtschaftskriminalität – Pharmaindustrie*. Frankfurt/M.: Eigenverlag.
- Sah, S./Fugh-Berman, A.* (2013): Physicians under the influence. *Journal of Law, Medicine & Ethics* 41, S. 665–672.
- Schneider, H./Kißling, K.* (2012): Compliance im Unternehmen – Wo steht die Pharmaindustrie? *Arzneimittel & Recht* 6, S. 261–266.
- Simpson, S./Rorie, M./Alper, M./Schell-Busey, N.* (2013): An empirical assessment of corporate environmental crime-control strategies. *Journal of Criminal Law and Criminology* 103, S. 231–278.
- Simpson S./Rorie M./Alper M./Schell-Busey N.* (2014): Corporate Crime Deterrence: A Systematic Review. *Campbell Systematic Reviews* 2014:4 DOI: 10.4073/csr.2014.
- Tombs, S./Whyte, D.* (2013): The myths and realities of deterrence in workplace safety regulation. *British Journal of Criminology* 53(5), S. 746-763.
- Trevino, L./den Nieuwenboer, N./Kish-Gephart, J.* (2014): (Un)Ethical behavior in organizations. *Annual Review of Psychology* 65, S. 635–660.
- Zetterqvist A.-V./Merlo J./Mulinari S.* (2015): Complaints, Complainants, and Rulings Regarding Drug Promotion in the United Kingdom and Sweden 2004–2012: A Quantitative and Qualitative Study of Pharmaceutical Industry Self-Regulation. *PLoS Med* 12(2): e1001785. doi:10.1371/journal.pmed.1001785.