



Home
 Patienten
 Gesundheitssystem
 International
 GKV
 Prävention
 Epidemiologie
 Meilensteine
 Websites
 Impressum
 8.7.2007

Gesundheitsversorgung: Analysen, Vergleiche
Arzneimittel, Medikamente
Einflussnahme der Pharma-Industrie
Arzneimittel-Informationen
Hausärztliche und ambulante Versorgung
Krankenhaus, stationäre Versorgung
Diagnosebezogene Fallgruppen DRG
Rehabilitation, Kuren
Kranken- und Altenpflege, ältere Patienten
Umfragen zur Pflege, Bevölkerungsmeinungen
Schnittstellen, Integrierte Versorgung
Disease Management (DMP), Qualitätssicherung
Leitlinien, Evidenzbasierte Medizin (EBM)
Steuerung des Arzt- und Patientenverhaltens
Arztberuf, ärztliche Aus- und Fortbildung

IGeL Individuelle Gesundheitsleistungen
Alternative Medizin, Komplementärmedizin
Patienteninformation, Arzt-Kommunikation
Shared Decision Making, Partizip. Entscheidung
Klinikführer, Ärzte-Wegweiser
Internet, Callcenter, Beratungsstellen
Patienteninteressen
Patientensicherheit, Behandlungsfehler
Versorgungsforschung: Übergreifende Studien
Versorgungsforschung: Diabetes, Bluthochdruck
Versorgungsforschung: Krebs
Versorgungsforschung: Psych. Erkrankungen
Versorgungsforschung: Andere Erkrankungen
Sonstige Themen

Berufszufriedenheit von Ärzten und Pflegekräften: Unterstützung durch Vorgesetzte ist ein zentraler Einflussfaktor



Die Arbeits- und Berufszufriedenheit von angestellten Ärzten und Pflegerinnen ist nicht nur ein Faktor, der für das subjektive Wohlbefinden dieser Beschäftigten und die Verweildauer im Beruf von Bedeutung ist. Als Hintergrund für Motivation und Engagement bei der Arbeit wirkt sich die Zufriedenheit auch unmittelbar auf die Versorgungsqualität aus. Welche Rahmenbedingungen in einem Krankenhaus oder Versorgungszentrum nun für eine höhere oder niedrigere Berufszufriedenheit maßgeblich sind, wurde in einer fünfjährigen spanischen Verlaufsstudie näher untersucht. Es zeigte sich: Ganz entscheidend ist neben dem Ausmaß an Stress und Belastungen vor allem die von Vorgesetzten während der Umstellungen realisierte Hilfe und soziale Unterstützung.

Hintergrund der Studie waren umfassende Dezentralisierungsprozesse in einem großen medizinischen Versorgungszentrum in Madrid mit rund 1.500 Mitarbeitern und knapp 800.000 Patienten im Jahr. Man ging davon aus, dass die Umverteilung der Kompetenzen zugunsten untergeordneter Hierarchieebenen für die Beschäftigten eine Reihe von Problemen und Belastungen mit sich bringt. Daher wurde der Prozess auch wissenschaftlich begleitet. Dazu wurden unter anderem zu drei Zeitpunkten (zu Beginn 2001, in der Mitte 2003 und am Ende der Dezentralisierung 2005) die betroffenen Mitarbeiter befragt. Themen der Umfragen waren die allgemeine Berufszufriedenheit ("professional quality of life"), im Rahmen der Arbeit erlebte Belastungen und Anforderungen, die von Vorgesetzten gewährte Hilfe und Unterstützung und die Arbeitsmotivation. Ferner wurden auch sozialstatistische Merkmale (wie Alter und Geschlecht) sowie spezifische Aspekte der Arbeitstätigkeit (Überstunden, Schichtarbeit, Art des Arbeitsvertrages usw.) erhoben.

Insgesamt nahmen an den Befragung rund 1.500 Mitarbeiter teil, die man in drei Gruppen aufteilte: Eine Gruppe, in der hauptsächlich Ärzte vertreten waren (neben einigen Apothekern, Psychologen), eine zweite Gruppe nur mit Pflegepersonal und eine dritte Gruppe mit Verwaltungsangestellten.

Als Ergebnisse heben die Wissenschaftler in ihrer Veröffentlichung in der Zeitschrift "BMC Health Services Research" hervor:

- Die Berufszufriedenheit ist insgesamt im Rahmen der Dezentralisierungsprozesse und der damit auf unteren Hierarchie-Ebenen gewachsenen Entscheidungsspielräume und -kompetenzen ebenfalls angestiegen - trotz der Neuanforderungen und Umgewöhnungsprozesse im Gefolge der Umstrukturierung.
- Nach Beendigung der Dezentralisierung und Organisationsveränderung ist die Berufszufriedenheit der Pflegekräfte am höchsten und liegt deutlich über der von Ärzten und Verwaltungspersonal.
- Sowohl Arbeitsbelastungen als auch soziale Unterstützung durch Vorgesetzte beeinflussen nachhaltig die Berufszufriedenheit, wobei der durch Vorgesetzte ausgelöste Effekt größer ist.
- Beschäftigte, die in Spät- oder Nachtschichten arbeiten müssen, zeigen sich deutlich unzufriedener.
- Die übrigen untersuchten Faktoren wie z.B. Alter oder Geschlecht haben keinen Einfluss.

Hier ist ein **Abstract der Studie**

Hier ist eine PDF mit dem Volltext zu finden: **Professional quality of life and organizational changes: a five-year observational study in primary care**
 (BMC Health Services Research 2007, 7:101 doi:10.1186/1472-6963-7-101)

gm 5.7.07

Allgemeinmedizin in den USA= Schlechtbezahlte "Frauenarbeit" oder der Exodus männlicher Ärzte in die Facharztwelt!?



Bestimmte Tätigkeiten gelten als fast natürliche Domänen von Männern oder Frauen, Alten oder Jungen oder verteilen sich auf andere klar unterscheidbare Gruppen. Zu den Prototypen unter den Berufen mit akademischer oder vergleichbar hoher Qualifikation gehören in Deutschland und vielen anderen Ländern etwa die "typisch weiblichen" Berufe der Grundschullehrerin oder auch der Krankenschwester. Männer gehen gar nicht in diese Berufe, sind dort eine Minderheit und fühlen sich aus den verschiedensten Gründen "unwohl". Sie verlassen solche Tätigkeiten auch bei der erstbesten Gelegenheit.

Zwar galt in einigen Ländern bereits in der Vergangenheit der an sich hoch angesehene Arztberuf als überwiegend Frauenberuf. So war deren Anteil in den staatlichen Gesundheitseinrichtungen der meisten ehemals sozialistischen Länder weit überdurchschnittlich. Dies hing vor allem mit der in diesen

Ländern lange Zeit verbreiteten sozialen Minderschätzung von Akademikern gegenüber Arbeitern und Bauern zusammen, die sich u.a. auch in einem relativ niedrigen Einkommen niederschlug.

Dass aber heute und in einem erzkapitalistischen Land wie den USA bestimmte Tätigkeitszweige Ärztinnen im wahrsten Sinne des Wortes von ihren "flüchtenden" männlichen Kollegen "übriggelassen" werden, zeigt überraschenderweise ein Blick auf die jüngste Statistik der beruflichen Mobilität der dortigen Ärztinnen. Dabei handelt es sich um Ergebnisse des vom "[Center for Studying Health System Change \(HSC\)](#)" durchgeführten "[Community Tracking Study Physician Survey](#)", einer USA-weiten repräsentativen Telefonbefragung von Ärzten, die mindestens 20 Stunden in der Woche direkt in der Patientenversorgung tätig sind. Der 1996-97 Survey sowie der über den Zeitraum 2000-01 umfassten zusammen rund 12.000 befragte Ärzte und 2004-05 waren mehr als 6.000. Der Antwortrate schwankte reichte von 52 bis 65 %.

In dem gesamten Untersuchungszeitraum vollzog sich einer der bemerkenswertesten Arbeitskraftrends für die amerikanischen Ärzte:

Zunächst nimmt der Anteil von Ärztinnen jeglicher Fachrichtung von 1996 bis 2005 von 18 auf 25,2 % zu. Schaut man sich die Veränderungen genauer an, bedeutet dies aber keineswegs eine durchgängige Erhöhung des Anteils von Ärztinnen. Deren Anteil wuchs nämlich besonders stark bei den Allgemeinärzten, nämlich von 23,6 % auf 34 %, während der Anstieg bei den Fachärzten von 18,5 % auf 22,3 % wesentlich geringer war. Auch noch einen Zuwachs weiblicher Ärzte, aber auf niedrigem Niveau, gab es bei den Chirurgen, bei denen der Frauenanteil von 9,8 % auf 16,8 % stieg. Diese und andere Teilentwicklungen trugen dazu bei, dass 2005 der relativ größte Teil, nämlich 39 % aller männlichen Ärzte Fachärzte waren. 1996/97 lagen noch die Allgemeinärzte mit einem Anteil von 36,3 % aller männlicher Ärzte an der Spitze. Bei den Frauen waren in sämtlichen Untersuchungsjahren etwas mehr oder weniger als die Hälfte (z. B. 1996/97: 51,1 % und 2004/05: 49,5 %) Allgemeinärzte. Unter den Fachärzten waren Ärztinnen dann aber in den "allgemeinärztlichen" Fachdisziplinen Pädiatrie und Gynäkologie wesentlich stärker vertreten als Ärzte. Generell stieg die Zahl von Ärztinnen und Ärzten bezogen auf 100.000 Einwohner von 131,9 im Jahre 1996/97 leicht auf 136,2 im Jahre 2004/05 an. Die Zahl der Allgemeinärzte fiel im selben Zeitraum von 39,3 auf 33 und wäre ohne die wachsende Anzahl von allgemeinärztlich tätigen Ärztinnen noch wesentlich stärker gefallen. Interessant ist außerdem, dass rund ein Viertel aller Ärzte in den USA aus dem Ausland stammen.

Diese Trends gehen mit einer geschlechtsspezifischen Entwicklung der Einkommen der meist angestellten Ärzte und Ärztinnen einher:

- Zuletzt in 2003 erhoben, fielen die inflationsbereinigten Netto-Einkommen aller Ärzte seit Mitte der 1990er Jahre in den USA um rund 10 %.
- Davon waren besonders Allgemeinärzte betroffen, während vor allem die Fachärzte noch am besten dastanden.
- Der Einkommensunterschied zwischen allgemeinmedizinisch tätigen Ärztinnen und Ärzten belief sich 2003 selbst nach der Kontrolle von persönlichen und Praxisbesonderheiten und unterschiedlichen Arbeitsstunden auf 22 %. 1995 betrug dieser "gender gap" dagegen "nur" 16 %. Dem steht in der gleichen Zeit ein sich verringernder Einkommensunterschied von Ärztinnen und Ärzten bei den Fachärzten gegenüber.

Eine der versorgungspolitischen Schlussfolgerung ist, dass bei weiter sinkendem oder niedrigeren Einkommen sowohl noch mehr Ärzte die Allgemeinmedizin verlassen und auch Ärztinnen vermeiden, dort tätig zu werden. Dies könnte also zu einer unerwünschten Verschlechterung der allgemeinärztlichen Versorgung und einer Verschiebung vieler Beschwerden in den teureren und qualitativ häufig überforderten Facharztbereich führen.

Eine sechsseitige Darstellung der Befragungsdaten durch Ha T. Tu und Ann S. O'Malley findet sich **kostenlos hier** unter der Überschrift "[Exodus of Male Physicians from Primary Care Drives Shift to Specialty Practice](#)" im Tracking Report No. 17 von HSC vom Juni 2007. Einen flexiblen Zugang zu eigenen Auswertungen der Ärzte-Surveydaten mit dem Web-basierten und interaktiven System "[CTSONline](#)" erhält man über die **Homepage von HSC**.

bb 3.7.07

Arbeitszufriedenheit, Gesundheit und Arbeitsqualität von Ärzten - Wichtige Zusammenhänge für Ärzte und Patienten



Auch wenn die Autoren - sämtlich Mitarbeiter des privaten Berliner "Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES)" - dazu raten, "Ergebnisse der vorliegenden Übersicht in ihrer Übertragbarkeit auf Deutschland mit Vorsicht zu interpretieren", liefert ihre im Rahmen der Förderinitiative "Versorgungsforschung" der Bundesärztekammer entstandene Übersicht der internationalen Literatur über die "Arbeits- und Berufszufriedenheit von Ärzten einige beachtenswerte Ergebnisse.

Zum einen ist das die Erkenntnis des auch hier erkennbaren Mangels an Studien, die sich mit dem Einfluss des komplexen Bündels von Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit mit der Berufs- und Arbeitssituation und der ernsthaften Auswirkungen auf die Arzt- und Patientenseite beschäftigen. Angesichts der gesundheitlichen, ökonomischen, kulturellen und politischen Bedeutung der gesundheitlichen Versorgung oder sogar der rein quantitativen Bedeutung der allein in Deutschland jährlich stattfindenden vielen Hundertmillionen Arzt-Patientkontakten eigentlich unvorstellbar. Einige der jüngeren journalistischen Zusammenfassungen von Fallstudien über die Auswirkungen ihrer Arbeitsbedingungen auf die psychische und somatische Gesundheit von Ärzten in Deutschland (z.B. der am 25.1. 2007 in der **Wochenzeitung "Die Zeit"** erschienene Artikel "**Guter Arzt, kranker Arzt**") belegen nur die dringende Notwendigkeit systematischer und repräsentativer Untersuchungen. Zu recht konstatieren die Autoren aber auch, dass der "Einfluss, den die Veränderung von Arbeitsbedingungen und professionellem Selbstverständnis von Ärzten auf die gesundheitliche Versorgung der Patienten und die Attraktivität des Arztberufes ausübt" auch schon vor der Durchführung von Studien wenig beachtet wird.

Zum anderen trägt der IGES-Review dann aber doch eine Reihe gesicherter Erkenntnisse über die vielschichtige Relevanz der Arbeitsunzufriedenheit der Ärzte zusammen. Ihrer Recherche liegt ein so genanntes "Physician-Factor"-Modell zugrunde, das die folgenden 9 Einflussfaktoren umfasst: ökonomische Anreize und Einkommen sowie Arrangements der Risikoteilung, Organisationsform/Betriebstyp, Steuerung klinisch-ärztlicher Entscheidungen/Kooperation Medizin-Management, administrative Aufgaben, Autonomie versus Erfahrung externer Kontrolle, ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung, ärztliches Berufsprestige/gesellschaftliche Anerkennung und soziodemografische und psychosoziale Aspekte. Bei den Ergebnisparametern unterscheiden die Berliner Reviewer arzt-, versorgungs- und patientenbezogene Resultate, die von "weichen" Faktoren wie der Zufriedenheit mit Familie und Freizeit" bis zu den "harten" Indikatoren der Kosten und Inanspruchnahmefrequenz reichen.

Die Resultate der Sichtung von letztlich 77 Publikationen, die allerdings überwiegend aus dem angloamerikanischen Gesundheitssystem stammen, lassen sich so zusammenfassen:

- Im Mittelpunkt der Studien standen vor allem die Auswirkungen neuer Organisationsformen ärztlicher Tätigkeit rings um die Managed Care-Umstrukturierung und von speziellen ökonomischen Anreizen in der Vergütung. Dabei zeigt sich z. B. eine hohe Assoziation von restriktiven Kopfpauschalen mit niedriger Arbeitszufriedenheit.
- In 44 % der berücksichtigten Studien wurden explizit Auswirkungen niedrigerer Arbeitszufriedenheit auf die medizinische Versorgung untersucht und auch gefunden. Dabei handelt es sich um Behandlungsfehler, Fehler bei der Arzneimitteltherapie und Nachlässigkeiten beim aufwändigen Herstellen eines für den Behandlungserfolg wichtigen Arzt-Patient-Zusammenhalts und der ebenfalls wichtigen Patienten-Compliance.
- Eine Reihe von Untersuchungen zeigen auch negative Auswirkungen individueller, beruflicher und organisationaler Faktoren auf die Prävalenz psychischer Erkrankungen von Ärzten (27 % der befragten Ärzte einer Studie hatten in einem standardisierten und validierten Fragebogen Werte, die auf eine psychische Erkrankung hinwiesen) auf gehäuftes Auftreten von Angstsymptomen und Depressionen und eine deutlich erhöhte Selbstmordrate.

Der Aufsatz über die wesentlichen Ergebnisse des Reviews endet mit einer Reihe methodischer Überlegungen für die Messung von Zufriedenheit, den Methodentyp (weg von der Dominanz von Querschnittsanalysen) und eine stärker ergebnisorientierte Forschung (z. B. durch Einbeziehung von Routinedaten der GKV) in der künftigen, evtl. ja auch mal in Deutschland stattfindenden, Forschung. Vorbildlich ist die komplette bibliografische Dokumentation der 77 reviewten Studien im Anhang des Aufsatzes.

Der Aufsatz von [Gothe, Köster, Storz, Nolting und Häussler "Arbeits- und Berufszufriedenheit von Ärzten. Eine Übersicht der internationalen Literatur"](#) ist am 18. Mai 2007 im "Deutschen Ärzteblatt" (Jg. 104, Heft 20: A 1394-1399 mit bibliografischem Anhang A1 bis A3) veröffentlicht und **hier u.a. als PDF-Datei herunterladbar**.

bb 29.5.07

Patienten mit psychosozialen Problemen rufen bei vielen Ärzten Stress, Frustration und Unzufriedenheit hervor



Forschungsstudien, die Probleme im Arzt-Patienten-Verhältnis untersucht haben, konzentrierten sich bislang vor allem auf "schwierige Patienten". Eine neue Untersuchung US-amerikanischer Wissenschaftler hat jetzt einmal den "schwierigen Arzt" näher unter die Lupe genommen. Herausgekommen ist ein überraschendes Ergebnis. Ärzte, deren Patienten schwerwiegende psychosoziale Probleme haben, sei es im Arbeitsleben oder in der Familie, sind sehr viel häufiger frustriert und mit ihrer ärztlichen Tätigkeit unzufrieden, fühlen sich häufiger gestresst und sind auch depressiver. Entscheidend ist dabei, dass Ärzte offensichtlich auf nicht-medizinische, eher "seelsorgerische" und psychologische Anforderungen in der Arztpraxis im Rahmen ihrer Ausbildung nur sehr unzureichend vorbereitet sind. Bei Ärzten nämlich, die häufig Patienten mit sehr schwerwiegenden körperlichen Beschwerden und komplizierten Krankheitsbildern behandeln, zeigen sich vergleichbare Anzeichen von Stress und Unzufriedenheit nicht.

Die Daten der Studie stammen aus dem "Physician Worklife Survey", einer Befragung amerikanischer Ärzte über ihre berufliche Tätigkeit, ihre Ausbildung und aktuelle Praxis sowie ihre Arbeitszufriedenheit, aber auch Stress und Negativerfahrungen im Rahmen ihrer medizinischen Tätigkeit. Nach Ausschluss sehr spezieller Disziplinen und Tätigkeitsschwerpunkte wurden rund 1.400 Allgemein und Fachärzte in die Analyse einbezogen.

Als "schwierige Ärzte" oder "Problemärzte" wurden dann jene praktizierenden Mediziner eingestuft, die angaben, dass sie bei mehr als 15% ihrer Patienten den Kontakt immer als sehr frustrierend erleben würden. Dies traf auf rund 25 Prozent der Ärzte zu. In einer differenzierteren statistischen Analyse, in die eine Vielzahl weiterer Merkmale der Ärzte und ihrer Tätigkeit einbezogen wurden, zeigte sich dann, dass die "Problemärzte" im Durchschnitt

- sehr viel jünger waren (unter 40 Jahren),
- sehr viel länger arbeiteten (über 55 Wochenstunden) und
- sehr viel stärker über beruflichen Stress berichteten.

Am aufschlussreichsten war dann jedoch das Ergebnis, dass diese Gruppe nach eigener Aussage auch sehr viel häufiger mit Patienten zu tun hatte, die in der Sprechstunde auch über psychosoziale Probleme klagten oder mit Drogenproblemen zu tun hatten. Die Wissenschaftler fassen ihre Ergebnisse so zusammen: "Sind die hochfrustrierten Ärzte, die wir gefunden haben, tatsächlich 'schwierige Ärzte'? Wir vermuten eher, dass es sich um eine sehr gemischte Gruppe handelt, und dass sich darunter Ärzte befinden, die nur sehr unzureichend vorbereitet sind auf die psychosozialen Bedürfnisse und Erwartungen ihrer Patienten."

Die Studie ist hier im Volltext nachzulesen: **The difficult doctor? Characteristics of physicians who report frustration with patients: an analysis of survey data** (BMC Health Services Research 2006, 6:128)

Die Ergebnisse der Studie sind mit hoher Wahrscheinlichkeit auch auf deutsche Verhältnisse übertragbar. Auch in der deutschen Mediziner-Ausbildung kommen Inhalte wie Kommunikationstraining und Gesprächsführung kaum vor. Mediziner sind deshalb auf eine Reihe von Situationen in der Arztpraxis, in denen weniger medizinisches Fachwissen gefragt ist als eher psychologisches Feingefühl und Empathie, kaum vorbereitet - dies haben auch deutsche Befragungen gezeigt. vgl. etwa:

- **Klemperer D, Rosenwirth M. Shared Decision Making: Konzept, Voraussetzungen und politische Implikationen**
- **Hintergrundpapier 1 zum SDM-Chartbook: Was ist Shared Decision Making?**
- **Hintergrundpapier 2 zum SDM-Chartbook: Die Sicht der Patienten**
- **Hintergrundpapier 3 zum SDM-Chartbook: Die Sicht der Ärzte**

gm 5.3.07

MEZIS (Mein Essen zahle ich selbst) - Initiative unbestechlicher und unabhängiger Ärzte gegründet



Das Marketing von Pharmaunternehmen für ihre im Vergleich zu Generika oft teureren Medikamente ist ihnen ein Dorn im Auge, insbesondere aber die Tätigkeit der rund 15.000 Pharma-Referenten in Deutschland, die täglich ärztliche Praxen besuchen und direkt oder indirekt versuchen, auf das Verschreibungsverhalten der Ärzte Einfluss zu nehmen. Die Initiative MEZIS wurde jetzt von Medizinerinnen gegründet, die sich schon zuvor gegen die Abhängigkeit der Ärzteschaft von der Pharmaindustrie engagiert hatten, innerhalb der Organisation **Transparency International Deutschland** oder der **BUKO-Pharmakampagne**. Bislang sind es nur wenige Mitglieder, die Gründer hoffen jedoch, eines Tages dreistellige Mitgliederzahlen vorweisen zu können.

Die Ziele der Initiative sind recht ehrgeizig, man will auf das Verordnungsverhalten der Ärzte Einfluss nehmen, aber auch Forschungsbemühungen unterstützen, die mehr Licht werfen auf die Marketingstrategien der Pharmaindustrie. In einem **Interview in der Tageszeitung "Neues Deutschland" (ND)** erklärte Dr. med. Christine Fischer, Gründungsmitglied von MEZIS dazu: "Ärztinnen und Ärzte sollen sich selbst verpflichten, unabhängig und unbestechlich zu agieren, sich nicht von einer Pseudoinformation der Pharmaindustrie abhängig zu machen, sondern ihr Verschreiberverhalten entsprechend den Methoden einer rationalen Arzneimittelpolitik zu gestalten. Neben dem Aufbau einer Internet-Plattform will Mezis noch in diesem Jahr in Workshops die Erarbeitung eines Kodex für Ärztinnen und Ärzte anstoßen, die interessiert sind, ihr Verordnungsverhalten ausschließlich am Wohl ihrer Patientinnen und Patienten auszurichten, und bereit sind, auf die Zuwendungen von Arzneimittel-Herstellern zu verzichten. Schließlich soll auch die wissenschaftliche Untersuchung der Auswirkungen des Pharmamarketings auf das ärztliche Verordnungsverhalten gefördert werden, die im deutschen Sprachraum bisher kaum Beachtung gefunden hat."

Beklagt wird von der Initiative, dass Pharmareferenten (vgl. unseren Artikel "**Pharmareferenten: Die meisten Ärzte würden ihr Fehlen vermissen**") Ärzten die Verschreibung teurerer Medikamente nahelegen versuchen und damit im Gesundheitssystem unnötige Kosten entstehen, die zu Einsparungen wichtiger Therapiemöglichkeiten an anderer Stelle führen. Fischer im Interview im ND: "Ein Beispiel. Für einen Patienten mit einem Magengeschwür oder einer Magenschleimhautentzündung gibt es ein Mittel mit echtem therapeutischen Fortschritt, Omeprazol. Als das Patent für dieses Mittel abgelaufen war, wurden neue Mittel mit neuem Patent auf den Markt gebracht, beispielsweise Esomeprazol. Das ist im Durchschnitt ein Drittel teurer, bringt aber keinen zusätzlichen Nutzen. (...) Doch Tausende Pharmavertreter versuchen Ärzte zu überzeugen, die teureren Mittel zu verschreiben. Das Geld fehlt aber woanders, so bekommen Patienten nach einem Schlaganfall keine Physio- oder Ergotherapie."

MEZIS hat einige durchaus prominente Gründungsmitglieder. "Die Kassenärztliche Vereinigung Bayern unterstützt diese wichtige Initiative als Gründungsmitglied", sagt deren Vorsitzender Dr. med. Axel Munte, der sich schon seit längerem für eine unabhängige Pharmaberatung der Ärzteschaft engagiert. In einem Bericht der Frankfurter Rundschau wird seine Position so zusammengefasst: "Wir haben recherchiert, dass Ärzte, die keine Pharmareferenten empfangen, wesentlich kostensparender und auch effektiver behandeln, erklärt der KVB-Chef. Allein in Bayern seien nach Berechnungen seiner Organisation Einsparungen von 130 Millionen Euro jährlich möglich, wenn Scheininnovationen konsequent durch günstigere Alternativen ersetzt würden. Sein Fazit: Die Pharmareferenten müssen raus aus den Praxen." (vgl.: **KVB-Impuls (2/2006) "Plädoyer für mehr soziale Verantwortung der Pharmaindustrie"**, S. 4)

Bei MEZIS mit dabei ist weiter Prof. Dr. med. Bruno Müller-Oerlinghausen, bis vor kurzem Vorsitzender der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, der betont, "dass den einseitigen Werbeanstrengungen der Arzneimittelhersteller etwas entgegengesetzt werden muss". Neben dem Aufbau einer Internet-Plattform will MEZIS noch in diesem Jahr in Workshops die Erarbeitung eines Kodex für Ärztinnen und Ärzte anstoßen, die interessiert sind, ihr Verordnungsverhalten ausschließlich am Wohl ihrer Patienten auszurichten und bereit sind, auf Zuwendungen von Arzneimittel-Herstellern zu verzichten. "Ein besonderes Augenmerk wird dabei darauf liegen, auch die medizinischen Fachverbände und Universitätskassen mit einzubeziehen", sagt Prof. Dr. med. Klaus Lieb, zukünftiger Ordinarius für Psychiatrie der Universität Mainz und weiteres Gründungsmitglied von MEZIS.

Die Initiative "Mein Essen zahle ich selbst" lehnt sich auch vom Namen her an Vorbilder im Ausland an. In Italien, Großbritannien und den USA arbeiten Initiativen unter dem Motto und dem Namen "**No Free Lunch**" bereits überaus erfolgreich.

gm 7.2.07

Hier finden Sie die **Website von MEZIS - "Mein Essen zahle ich selbst"**

Bürokratie-Nebeneffekte: In vielen Patientenakten fehlen wichtige Informationen



Der im "Wettbewerbsmodernisierungsgesetz" in Aussicht gestellte Bürokratieabbau in Arztpraxen kommt nach Aussagen aus dem Gesundheitsministerium gut voran. In den vergangenen Monaten sei vielerorts überflüssiger Verwaltungsaufwand eingedämmt worden, sagte Gesundheitsstaatssekretärin Marion Caspers-Merk (SPD) nach einem Treffen mit der Arbeitsgruppe Bürokratieabbau. Erst vor kurzem