

# Mein Essen zahl ich selbst

Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte

Lassen Sie sich gerne zum Essen einladen? Wir auch – doch wir wissen, dass wir selten etwas ohne Gegenleistung geschenkt bekommen!



ruedi spöndlin

“

Ich empfangе beispielsweise keine Pharmareferenten oder Ärztebesucher, wie man in der Schweiz sagt. Wenn sich ein Pharmareferent oder eine –referentin anmeldet, teilt ihm meine Arzthelferin mit, er oder sie solle mir schriftliche Unterlagen zur Verfügung stellen. Thomas Lindner

suchen Sie deshalb, Ihr Produkt in den Krankenhausapotheken unterzubringen. Wenn die Patienten dann aus dem Krankenhaus entlassen werden, wird das betreffende Arzneimittel im Austrittsbericht festgehalten und der Hausarzt verschreibt es in vielen Fällen weiter. Der geringere Gewinn durch die niedrigeren Preise für die Krankenhausapothekę wird so um ein Vielfaches kompensiert. Die Verordnungen von Fachärzten werden auch häufig von den Hausärzten fortgeführt. Wegen dieser Multiplikatorfunktion hat die Pharma-

industrie die Spezialisten besonders im Visier.

**Spöndlin:** Kommt es vor, dass die Pharmaindustrie Ärztinnen und Ärzten einen Bonus bezahlt, wenn sie grosse Mengen eines bestimmten Medikaments umsetzen?

**Lindner:** Nein, so plump läuft die Beeinflussung meist nicht. Es ist auch schwierig, festzustellen, welchen Umsatz eine einzelne Arztpraxis verursacht hat, wenn diese nicht selbst Auskunft darüber gibt.

**Spöndlin:** Dürfen die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland selbst Medikamente verkaufen? In der Schweiz ist dies in einigen Kantonen erlaubt, in anderen nicht.

**Lindner:** Nein, in Deutschland ist das verboten. Aber es gibt Umgehungsmöglichkeiten: Etwa dass die Ehefrau des Arztes eine Firma z.B. im Wellness-Bereich gründet. In den Räumen der neuen Firma werden Kurse angeboten, die der Arzt in seiner Sprechstunde empfiehlt. Im Rahmen des Kursprogramms können jetzt (von der Ehefrau) z.B. Nahrungsergänzungstoffe verkauft werden. Auf diesem Wege kann das Vertrauen der Patienten zu ihrem Arzt in der Zweigstelle verkaufsfördernd wirken

**Spöndlin:** Mit welchen Methoden beeinflusst die Pharmaindustrie die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte?

**Lindner:** Einerseits durch die Pharmareferenten oder Ärztebesucher, von welchen wir schon gesprochen haben. Aber beispielsweise auch durch die so

genannten Anwendungsbeobachtungen, die gewisse Ärzte im Auftrag der Pharmaindustrie gegen Bezahlung durchführen. Dabei beobachten diese in ihrer Praxis, welche Wirkungen ein bestimmtes Arzneimittel hat und protokollieren das. Wissenschaftlichen Kriterien genügt diese Form von Beobachtung nicht und deswegen folgen daraus in den allermeisten Fällen keine Publikation in wissenschaftlichen Zeitschriften. Wissenschaftlichkeit spielt dabei keine Rolle. Denn in Wirklichkeit wollen die Pharmahersteller damit nur erreichen, dass sich die beteiligten Ärzten Namen des betreffenden Medikaments gut einprägen. Dieses Marketinginstrument wird bevorzugt bei älteren Medikamenten eingesetzt, die Marktanteile verloren haben, und es wird Ärztinnen und Ärzten angeboten, die dieses Medikament in letzter Zeit eher selten oder gar nicht verordnet haben. Dänische Wissenschaftler haben untersucht, dass noch zwei Jahre nach Abschluss der Anwendungsbeobachtung die beteiligten Ärzte die betreffende Substanz sehr viel häufiger einsetzen als vergleichbare Ärzte, die an der Anwendungsbeobachtung nicht teilgenommen haben. Die Rechnung der Industrie ist offensichtlich aufgegangen.

Ein weiteres Marketinginstrument sind so genannte Berater-Workshops. Dazu werden Fachärztinnen und -ärzte eingeladen, die den Managern einer Pharmafirma Tipps geben sollen, wie man deren Produkte besser auf den Markt bringen könnte. «Welchen Werbeslogan würden Sie wählen, wenn Sie in der Marketingabteilung säßen?» oder «Welche Vorzüge der Substanz X würden Sie im Kollegengespräch besonders herausstreichen?» Da sitzen dann die eingeladenen Ärztinnen und Ärzte – Professoren und erfahrene Fachärzte, jedenfalls keine Anfänger –, fühlen sich geehrt, im Spiel Top-Manager zu beraten, finden ihre Aufgabe spannend und geben sich alle Mühe. Dabei geht es in Wirklichkeit gar nicht um eine Beratung der Firma, sondern darum, die Marke des betreffenden Medikaments in die Köpfe der teilnehmenden Ärzte einzupflanzen, so dass sie es in ihrem Alltag häufiger verordnen. Dabei werden vor allem erfahrene Ärzte und Spezialisten eingeladen, die eine Multiplikatorwirkung haben.

**Spöndlin:** Kann es sich ein Arzt leisten, nicht an solchen Workshops teilzunehmen? Oder ist er dann vom fachlichen Austausch abgeschnitten?

Lindner: Ich war auch schon bei solchen Workshops, um diese selbst kennenzulernen. Diese finden in erstklassigen Hotels statt, man sitzt bequem, wird gut bewirtet und die Atmosphäre ist ganz relaxt. Als Arzt bekommen Sie noch eine Menge Geld (ich sollte 100 € pro Stunde erhalten) dafür, denn Sie «beraten» ja die Manager. Aus fachlicher Sicht ist es allerdings kein Nachteil, nicht an solchen Veranstaltungen teilzunehmen.

**Spöndlin:** Kommt es nicht vor, dass Pharmahersteller sogar die Ehepartner von Ärztinnen und Ärzten zu Kongressen in teuren Hotels einladen, was

Druck gewisse Einschränkungen auferlegt. Sie hat einen Kodex geschaffen, den die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft allerdings als zu lasch einstuft. Jedenfalls ist die Einladung der Ehepartner laut diesem Kodex verpönt. Auch wenn die plumpsten Tricks heute raus sind, ist aber immer noch genug Luft für wirkungsvolle Beeinflussungsversuche drin. Nach wie vor akzeptiert wird es, Ärztinnen und Ärzten für die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen Geld zu zahlen. Auch eine Bewirtung im Rahmen von Fortbildungen ist erlaubt. Bei den «kleinen» Fortbildungen überall in Deutschland ist die Industrie oft ganz wesentlich beteiligt: Sie mietet die Räume, sorgt für Getränke, Snacks oder auch für das große Mahl nach dem Vortrag und – das ist das Wesentliche – organisiert und be-



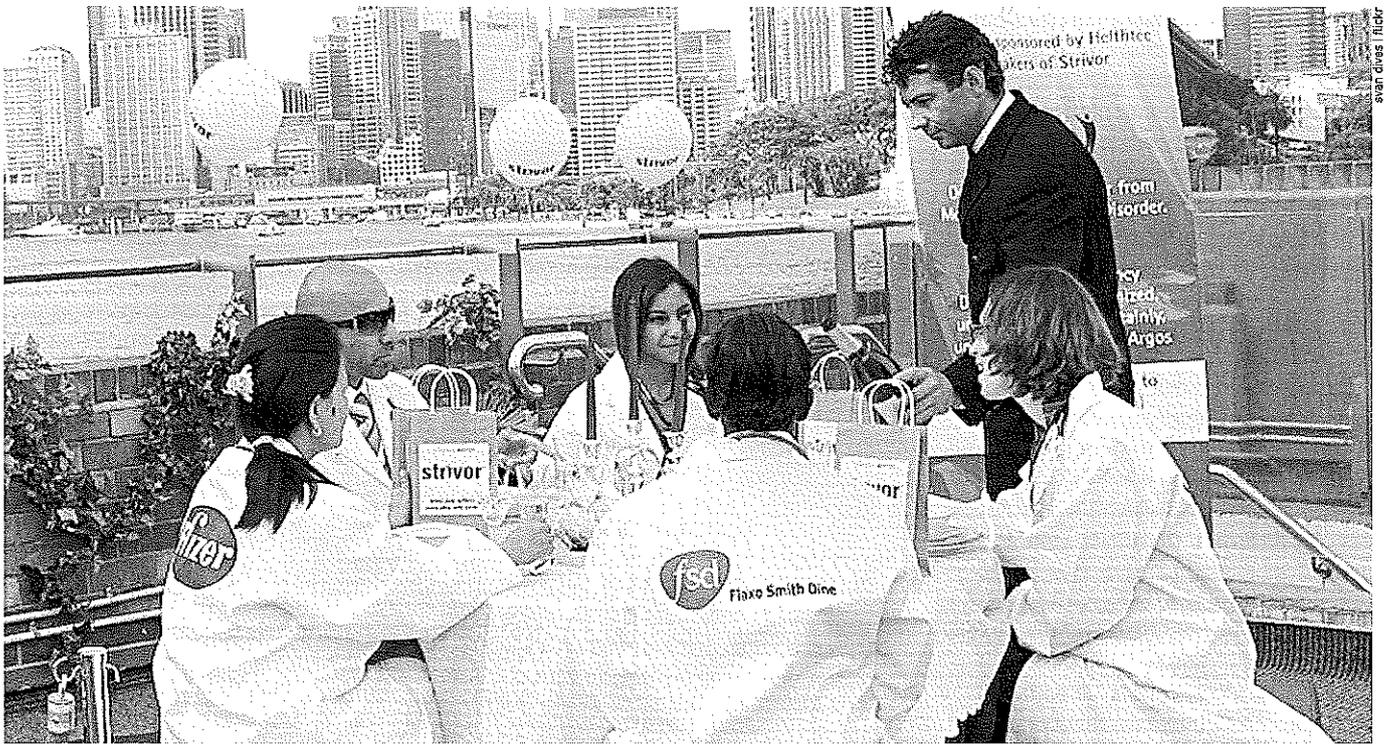
**Auch wenn die plumpsten Tricks heute raus sind, ist aber immer noch genug Luft für wirkungsvolle Beeinflussungsversuche drin. Nach wie vor akzeptiert wird es, Ärztinnen und Ärzten für die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen Geld zu zahlen. Thomas Lindner**

auf einen gesponserten Urlaub für die ganze Familie hinausläuft?

Lindner: In den ersten zwei Jahren meiner Praxistätigkeit – ich habe 1997 als niedergelassener Arzt angefangen – habe ich das erlebt. Das Argument der Pharmavertreter lautete: «Ihr armen Ärzte arbeitet ja soviel, dass ihr gar keine Zeit für eure Familie habt. Deshalb ist es nichts als recht, dass auch der Ehepartner oder die Ehepartnerin mit zum Kongress kommt und Sie es sich gemeinsam gut gehen lassen.» Zur Zeit, als ich meine Praxis eröffnete, konnte mich ein Pharmareferent übrigens auch fragen: «Brauchen Sie etwa einen neuen Computer?» Der wäre dann wohl bezahlt worden.

Inzwischen hat sich die Pharmaindustrie jedoch unter öffentlichem

zahlt die Referentinnen und Referenten. Selbst wenn das keine Angestellten der Pharmafirmen sind, so sind es keine Kritiker der Industrie oder der bevorzugten pharmakologischen Interventionen. Ein Beispiel: Das Thema ist «Antidepressiva in der Allgemeinpraxis». Es gibt weltweit viele kritische Stimmen zu den anwachsenden Verordnungszahlen dieser Substanzen. Der Einsatz bei leichten bis mittelschweren Depressionen ist höchst umstritten, und nun hat der Hersteller eines der neueren (teuren) Antidepressiva einen Referenten ausgewählt, der niedergelassene Hausärzte fortbilden soll. Dreimal dürfen Sie raten, welchen Schwerpunkt der im Vortrag legt. Es läuft nicht so, dass der Blödsinn erzählt, aber er betont den Nutzen der Substanzen und spielt die kritischen



Die Internationale Konsumentenorganisation «Consumer International» (CI) lancierte an ihrem Kongress 2007 die Kampagne «Drugs, Doctors and Dinners» gegen missbräuchliche Medikamenten Promotion. Infos: [www.consumersinternational.org](http://www.consumersinternational.org)

Stimmen runter. Die Zuhörerschaft liest nicht die Originalliteratur, nimmt aber dennoch eine Botschaft mit.

Ziltener: Dass sich die Pharmaindustrie im Laufe der Zeit in Sachen Beeinflussung etwas gemässigt hat, kann ich bestätigen. Als ich noch am Unispital in der Pflege arbeitete, wurden ganze Teams zu Weekends eingeladen, die vollständig von Pharmaunternehmen bezahlt waren, inklusive Drinks an der Bar. Damit war es Mitte der neunziger Jahre aber vorbei. Aber es ist richtig, dass nach wie vor eine wirkungsvolle Beeinflussung stattfindet.

**Spöndlin: Warum hat die Pharmaindustrie ihre Beeinflussungsversuche eingeschränkt?**

Lindner: Sie befindet sich eindeutig in einer Vertrauenskrise. Das geben aufgeschlossene Vertreter der Pharmabranche auch unumwunden zu. Um aus dieser Krise heraus zu kommen, bieten die Unternehmen jetzt neue Dinge an, beispielsweise unterstützten sie Patientenselbsthilfe.

Ziltener: Auch wir stellen fest, dass die Pharmaindustrie viel stärker an die Pa-

tientinnen und Patienten gelangt, vor allem an solche mit bestimmten Krankheiten. Es gibt inzwischen sehr gute Informationsbroschüren für Patienten, die von der Pharmaindustrie heraus gegeben oder zumindest gesponsert werden. Das ist nicht unproblematisch. Auch kann es die Patientenvertretungen in ein Dilemma bringen. Sie haben immer zu wenig Geld. Auch uns von den Patientenstellen geht es so. Trotzdem nehmen wir prinzipiell kein Geld von der Pharmaindustrie an. Die Gefahr, durch eine solche Unterstützung instrumentalisiert zu werden und die Unabhängigkeit zu verlieren, ist viel zu gross. Dafür müssen wir uns mit einem etwas bescheideneren Informationsangebot begnügen. Denn gute Informationsmaterialien sind teuer. Wir haben beispielsweise ein sehr informatives Merkblatt zum Human Papilloma Virus herausgegeben. Das kostet uns viel Geld und Ressourcen. Kleinere Patientinnen- und Patientenvertretungen haben sich entschieden, von der Pharmaindustrie Geld anzunehmen. Ich finde das falsch. Sie sollten sich überlegen, ob sie sich nicht zu Gunsten ihrer Unabhängigkeit einer grösseren Vertretung anschliessen wollen. Auch wenn es einfach wäre, die

Geldnot über Pharmagelder zu lindern, tun wir es nicht. Und ich bin überzeugt, dass das richtig ist.

**Spöndlin: Ist es heutzutage nicht so, dass sich viele Patienten im Internet informieren und dann entsprechende Forderungen an den Arzt stellen?**

Lindner: In den ländlichen Gebieten von Brandenburg, wo ich praktiziere, habe ich viele ältere Patientinnen und Patienten, die das Internet kaum nutzen. Es gibt allerdings einen Trend in diese Richtung bei jüngeren Patienten. Vertreter der Pharmaindustrie pflegen deshalb zu sagen: Wir bewerben die Patienten ja nicht, diese holen sich die Werbung selbst.

**Spöndlin: Sind die Inhalte des Internets zu Gesundheitsthemen auch von der Pharmaindustrie gesponsert?**

Lindner: Das ist ganz unterschiedlich. Es gibt beispielsweise Internetauftritte von Menschen, die an einer chronischen Krankheit leiden und das Gefühl haben, irgendetwas habe ihnen gut getan oder sie sogar geheilt. Und nun schalten sie eine Website auf und preisen darauf das an, was ihnen nach ihrer Ansicht geholfen hat. Ein Beispiel ist das

Trinken von Urin, das gewisse Leute propagieren. Wir als Ärztinnen und Ärzte betrachten diese Heilerfolge eher als zufällige Phänomene. Jedenfalls gibt es im Internet Informationen unterschiedlichster Qualität, von der klaren Falschinformation über den wohltuenden Erfahrungsaustausch unter Betroffenen bis zur wissenschaftlichen Fachpublikation. Einflüsse der Pharmaindustrie können dabei auf verschiedene Weise einfließen. Zum Beispiel wirbt die Industrie bei den jungen Frauen für die HPV-Impfung auf Websites mit Informationen zu gesundem Leben und Sexualität. Auf den ersten Blick erkennen Sie nicht, dass es sich um eine Website der Industrie handelt. Es geht um gesundes Leben und.....um die Empfehlung, sich impfen zu lassen, obwohl der Nutzen der Impfung keinesfalls als gesichert gelten kann.

**Spöndlin:** Die Pharmaindustrie wirbt ja mit enormem Aufwand für zahlreiche so genannte Mee-too-Medikamente, die neu lanciert werden, obwohl sie gegenüber den bisher verfügbaren Arzneimitteln kaum einen Zusatznutzen bringen. Der Grund für deren Lancierung ist oft, trotz Ablauf des Patentschutzes eines bisherigen Mittels weiterhin von einer Monopolstellung zu profitieren. Andererseits scheint es Medikamente mit ganz neuen Wirkungsmechanismen zu geben, für welche die Hersteller ebenfalls sehr viel Publizität betreiben. Auch ich als Journalist werde fast täglich mit Mitteilungen über Studien eingedeckt, die einen zusätzlichen Nutzen bestimmter Krebsmedikamente zeigen sollen. Wenn ich richtig informiert bin, handelt es sich tatsächlich um phantastische Heilmittel, die aber extrem teuer sind.

Lindner: Ein Problem der Pharmaindustrie ist, dass die so genannten Blockbuster immer seltener werden. Blockbuster sind Medikamente, mit welchen sich in einem Jahr mindestens eine Milliarde Umsatz machen lässt. Das waren beispielweise gewisse Medikamente für den Magen oder Mittel zur Senkung der Blutfettwerte. Solche Medikamente werden aber immer seltener. Wirklich neue Medikamente werden heute meistens nur von relativ wenigen Leuten benötigt. Auf unserer Mitgliederversammlung hat Professor Wolf-

## MEZIS – Mein Essen zahl ich selbst

„Mein Essen zahl ich selbst“, abgekürzt MEZIS, ist der Name einer Ärzteinitiative, die 2007 in Deutschland gegründet worden ist. Sie reiht sich ein in die internationale „No free lunch“-Bewegung mit Ursprung in den USA. Der Anstoss zur Gründung von MEZIS kam einerseits von der BUKO-Pharmakampagne (die regelmässig in der Sozialen Medizin die Rubrik „PharmAlarm“ publiziert) und von Transparency International. Zurzeit hat MEZIS in ganz Deutschland 140 Mitglieder, ein Promille der 140.000 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Vorerst hat sich die Vereinigung zum Ziel gesetzt, die Ärzteschaft für das Problem der Abhängigkeit von der Pharmaindustrie zu sensibilisieren. Die Vereinigung konnte sich im letzten Jahr bei Ringvorlesungen an deutschen Universitäten den angehenden Medizintern erstmals selbst vorstellen.



Christian Jordi, VUA, an der Medienkonferenz mit Thomas Lindner

Am 6. Mai dieses Jahres hat die Vereinigung unabhängiger Ärztinnen und Ärzte (VUA) Thomas Lindner als Vertreter der MEZIS zu einer Veranstaltung in Zürich eingeladen. Am Nachmittag des 6. Mai lud die VUA auch zu einer Medienkonferenz mit Thomas Lindner ein, die auf ein beachtliches Interesse stiess.

Informationen: [www.mezis.de](http://www.mezis.de)

Dieter Ludwig, Onkologe und Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, über Medikamente gegen Krebs gesprochen (kleiner Absatzmarkt, sehr hohe Preise). Er sagte, die Meinungsbildung zu diesen neuen

onkologischen Arzneimitteln sei deshalb so schwierig, weil Studien beispielsweise zeigten, dass jemand dank ihnen im Durchschnitt wenige Wochen länger lebt. Welche Bedeutung dies für den einzelnen betroffenen Menschen hat (Lebensqualität, Schmerzfreiheit usw.), ist jedoch sehr schwer zu beurteilen. Was Krebs betrifft, sind natürlich alle höchst sensibilisiert. Wer betroffen ist, klammert sich manchmal an jeden Strohalm und möchte alles haben. Die Betroffenen selbst haben bei solchen Entscheidungen sicher ein Rationalitätsdefizit, was man akzeptieren muss. Von den Herstellern kann diese Rationalität natürlich – aus anderen Gründen – auch nicht erwartet werden.

**Spöndlin:** In welchen Bereichen hat die Pharmaindustrie noch Entwicklungschancen?

Lindner: Dass neue Blockbuster auf den Markt kommen, wird immer unwahrscheinlicher. Eine Zukunft haben vielmehr Medikamente, die nur relativ wenige Menschen benötigen, etwa gegen HIV, gegen Autoimmunerkrankungen oder eben im Bereich der Onkologie.

**Spöndlin:** Oft hört man, Blutdrucksenker seien Blockbuster?

Lindner: Auch das sind keine Blockbuster mehr. Es gibt schon jetzt ein breites Sortiment von Blutdrucksenkern, von denen viele als Generika zur Verfügung stehen. Ein weiterer kann sich zwar möglicherweise behaupten, aber er räumt den Markt nicht ab. Voraussetzung für einen Blockbuster ist, dass man sagen muss: Vergiss alles Bisherige und nimm nur noch das neue Mittel! Und das ist beim Bluthochdruck nicht mehr zu erwarten. Es fehlt nicht an brauchbaren Medikamenten zur Behandlung des hohen Blutdrucks. Die wirklichen Probleme sind vielmehr, dass die Behandlungen oft nicht optimal verlaufen, dass die Betroffenen nichts von ihrer Krankheit wissen oder dass die Patienten die Medikamente nicht einnehmen. Da hilft ein weiteres Medikament eher weniger und kann sogar Verwirrung stiften.

**Spöndlin:** Und Diabetes?

Lindner: Da ist im Moment tatsächlich eine ganze Menge los. Aber um



**Mir sagen viele Ärztinnen und Ärzte, sie hätten nur wenig Zeit für Weiterbildung. Deshalb seien sie auf die Informationen der Pharmaindustrie angewiesen. Erika Ziltener**

Blockbuster handelt es sich bei den neuen Medikamenten auch nicht. Diese machen die Therapien jedoch sehr viel teurer, ohne dass wir beim Langzeitzuckerwert HbA1c echte Fortschritte beobachten könnten. Diabetes ist für die Pharmaindustrie ein Wachstumsmarkt, da die Menschen im Durchschnitt immer dicker werden und sich damit das Diabetesrisiko erhöht.

**Spöndlin: Somit handelt es sich hier also um so genannte Me-too-Medikamente?**

Lindner: Ja, zumindest im Zeitpunkt der Zulassung. Ob sich in 10 Jahren herausstellen wird, dass eines dieser neuen Medikamente einen grossen Fortschritt gebracht hat, kann ich natürlich nicht voraussagen. Trotzdem müssen die Krankenkassen ab dem Zeitpunkt der Zulassung dafür aufkommen. Die neuen Diabetesmedikamente machen die Therapie um ein Vielfaches teurer, ohne dass heute ein Zusatznutzen zu erkennen ist.

**Spöndlin: Ein wichtiges Thema sind zurzeit ja Generika. Die Erwartung ist weit verbreitet, die vermehrte Verschreibung von Generika senke die Gesundheitskosten. Generikahersteller genießen entsprechend viel Goodwill, sie sind wohl weniger von der erwähnten Vertrauenskrise betroffen. Ist deren Werbung auch zurückhaltender?**

Lindner: Nein, die Generikahersteller bearbeiten die Ärzteschaft auf ähnliche Weise. Oft sind es ja dieselben Unternehmen, die Originalpräparate und Generika anbieten. Es stimmt aber, dass die Anbieter von Generika sich als die Besseren darzustellen versuchen. Da gab es zum Beispiel eine Werbekampagne, in welcher ein Generika-Anbieter seine Verdienste in der Dritten Welt hervorhob.

Neben dem Bewerben einzelner Produkte wird heute vom Pharmahersteller oft eine «Marke» in den Mittelpunkt des Marketings gestellt. Das kann sein: Wir unterstützen Patienten mit Infomaterial zu ihrer Krankheit oder Firma XY

aus Verantwortung für die Menschen. Das Ziel ist es, der Marke ein gutes Image zu verschaffen, indem sie so oft wie möglich in einem positiv besetzten Zusammenhang erwähnt wird.

Ziltener: Weil die Forschung entfällt, fallen bei der Herstellung von Generika geringere Kosten an und die Preise sind niedriger. Das kann dazu führen, dass ein Hersteller weniger Geld in die Vermarktung investiert, weil sich höhere Summen im Vergleich zu den Gesamtkosten nicht lohnen würden.

**Spöndlin: Die forschende Pharmaindustrie streicht ihre hohen Forschungskosten hingegen gross heraus, um Akzeptanz für ihre hohen Preise zu finden. Manchmal werden die Generikahersteller geradezu als Trittbrettfahrer hingestellt.**

Lindner: Um aus der erwähnten Vertrauenskrise heraus zu kommen, lässt sich die Pharmaindustrie manchmal eben sehr phantasievolle Verkaufsargumente einfallen. Kürzlich wurde ein biologisch produziertes Medikament damit angepriesen, es werde ausschliesslich in Deutschland hergestellt. Da wird also die nationale Karte gezogen, so im Stil: Nicht China, sondern «unser» Deutschland stellt das her.

**Ziltener: Ich möchte noch auf das Bewusstsein der Ärzteschaft zu sprechen kommen. Mir sagen viele Ärztinnen und Ärzte, sie hätten nur wenig Zeit für Weiterbildung. Deshalb seien sie auf die Informationen der Pharmaindustrie angewiesen. Und sie sähen sich ausserstande, eine Alternative zu einem Medikament anzubieten.**

Lindner: Wir Ärzte meinen ja oft, wir hätten für alles eine Lösung und ein Medikament. Und mit dieser Haltung arbeiten sich Ärzteschaft und Pharmaindustrie in die Hand. Alle möglichen Probleme werden medikalisiert und es gibt ein Medikament dafür. So entstehen dann relativ fragwürdige Diagnosen wie etwa das so genannte Shy-Syndrom, die krankhafte Schüchternheit. Kürzlich nahm ich zusammen mit einer Journalistin ‚under cover‘ an einer Schulung teil, wo Ärztinnen und Ärzte lernen sollen, wie man privatärztliche Leistungen besser verkaufen kann. Die Referentin sagte uns, es kämen ja immer mehr gesunde

Menschen in unsere Praxis und es sei unsere Aufgabe, bei diesen Bedürfnisse zu wecken. Mir blieb fast die Spucke weg: Das man so etwas so offen ausspricht!

Ziltener: Das satirische Theaterstück ‚Dr. Knock‘ von Jules Romains, das später auch verfilmt wurde, ist also aktueller denn je, obwohl es schon 1923 uraufgeführt wurde! Der Arzt Dr. Knock lässt sich in einem Dorf nieder und überzeugt die anfänglich gesunde Bevölkerung samt und sonders davon, krank zu sein. Die vom Autor dargestellte Problematik hat sich später sogar noch massiv verschärft. Ein Stück weit ist dieser Dr.

Ärzte den Weg des geringsten Widerstands und zücken den Rezeptblock. Das führt bisweilen zu ganz unsinnigen Medikationen, etwa zum Einsatz von Antibiotika gegen virale Infekte. Aber der Patient fühlt sich dabei sehr ernst genommen. Der Umgang mit diesem Problem ist schwierig. Aber wir Ärzte können uns da nicht einfach hinausreden, solange wir das Spiel unhinterfragt mitmachen. Wir sind die Fachleute und stehen deshalb viel stärker in der Pflicht als die Laien, die wegen einer viralen Erkältung ein Penicillin verlangen.

Ziltener: Je seltener die Ärztinnen und Ärzte einem solchen Wunsch widerspre-

sondern aufzeigen, dass eine solche Anspruchshaltung einen Ursprung hat, der von vielen Leistungserbringern im Gesundheitswesen gefördert wird, weil sie daran verdienen. Denn nochmals: Als medizinischer Laie hätte der Mann nicht aus eigenem Wissen ein CT verlangen können. Es muss ihm im Laufe der Zeit immer wieder eingetrichtert worden sein, dass ohne CT keine Diagnose gestellt werden kann.

Lindner: Sie haben recht, die Anspruchshaltung der Patienten ist keine Ausrede für die Ärzte. Wir als Fachleute tragen eine erhöhte Verantwortung.

Ziltener: Ja, die Ärztinnen und Ärzte müssen die Definitionsmacht der medizinischen Leistungen wieder übernehmen. Dazu gehört meines Erachtens auch, dass sie sich kritischer mit den Kolleginnen und Kollegen auseinandersetzen müssen.

Spöndlin: Treibt die Pharmaindustrie durch ihre Einflussnahme auf die Ärzteschaft die Gesundheitskosten in die Höhe?

Lindner: Das ist so. Die Pharmakosten steigen Jahr für Jahr überproportional und drohen das Budget der gesetzlichen Krankenversicherung zu sprengen. Paradoxerweise kommt es aber vor, dass man sich als Arzt bei Patientinnen und Patienten rechtfertigen muss, wenn man ihnen nicht jedes von der Pharmaindustrie empfohlene Medikament verschreibt. Sie befürchten, Opfer einer Sparsamkeitsmedizin zu werden. Meine Hauptmotivation, mich gegen die Einflussnahme der Pharmaindustrie zu wehren, ist die Sorge um die Qualität der Medizin. Eine von wirtschaftlichen Interessen der Pharmaindustrie beeinflusste Medizin ist oft eine falsche Medizin, die zu Fehlbehandlungen führen und sich negativ auf die Gesundheit der Betroffenen auswirken kann.

Spöndlin: Thoma Lindner, Erika Ziltener, ganz herzlichen Dank für dieses Gespräch.



## ...die Ärztinnen und Ärzte müssen die Definitionsmacht der medizinischen Leistungen wieder übernehmen. Erika Ziltener

Knock-Effekt natürlich nicht zu vermeiden. Ich hätte aber sehr viel weniger dagegen einzuwenden, wenn offen darüber gesprochen würde. Es ärgert mich auch, dass neue Krankheiten konstruiert oder medizinische Leistungen angeboten werden, um nachher den Patientinnen und Patienten vorzuwerfen, sie hätten halt hohe Ansprüche und würden Gesundheitsleistungen konsumieren. Dabei sind sie – zumeist als Laien – Teil eines komplexen Netzes, in welchem es verschiedene Akteurinnen und Akteure sehr gut verstehen, mit mehr oder weniger subtilen Methoden Bedürfnisse zu wecken.

Spöndlin: Ist die Verschreibung von Medikamenten für die Ärztinnen und Ärzte nicht auch praktisch? Die Patienten erwarten das und sind rasch zufrieden. Man muss sich weniger Zeit für sie nehmen.

Lindner: Das ist richtig. Zudem muss man befürchten, dass eine Patientin oder ein Patient zu einem anderen Arzt geht, wenn man kein Medikament verschreibt. Also gehen viele Ärztinnen und

Arztinnen und Ärzte, desto selbstverständlicher wird es, dass die Patientinnen und Patienten bei jedem Arztbesuch ein Medikament erwarten. Damit kommt ein verhängnisvoller Teufelskreis in Gang. Auch wir an den Patientenstellen haben manchmal Mühe mit dieser Anspruchshaltung. Kürzlich kam beispielsweise ein Mann zu mir in die Beratung, der sich beklagte, seine Frau habe notfallmässig ein Spital aufsuchen müssen. Dort habe man sich aber geweigert, eine CT zu machen. Da fragte ich den Mann, weshalb ein CT hätte gemacht werden sollen, ob die Diagnose nicht gestellt worden sei? Da antwortete er, doch, die Diagnose sei richtig gestellt worden, aber ein CT gehöre einfach dazu. Abgesehen von seiner Antwort war mir klar, dass bei der betreffenden Diagnose eine CT völlig unnötig ist. Das versuchte ich dem Mann zu erklären. Er ging aber verärgert hinaus und wird wohl nie mehr zu uns kommen. Er sucht eher für «sein» CT einen anderen Arzt oder ein anderes Spital. Damit will ich aber nicht einfach ins Klagegeld über die angebliche Unersättlichkeit der Patientinnen und Patienten einstimmen,