

Blick auf die langjährigen und wiederholten Versuche, die Selbstdispensation abzuschliessen!

Kritische Fragen zur schmutzigen (Studien-)Munition

Im Rahmen der ordentlichen Revision des Heilmittelgesetzes (HMG) wird die Selbstdispensation infrage gestellt, oder klarer ausgedrückt: Sie soll verboten werden! Cui bono? Was läge näher, als zu dieser Frage Fragen zu stellen? Gibt es gute Gründe für ein Verbot der Selbstdispensation? Zweifel sind angebracht. Lesen Sie, weshalb unser Kollege an den angeblich guten Gründen mit guten Gründen so seine Zweifel hat.

Herbert Widmer

Ausgangslage

In einigen Studien (Andreas Dummermuth (1), 1993; Konstantin Beck/Wite Kunze/Willy Oggier (2), 2004), welche von Pascal Couchepin, Thomas Zeltner, den Apothekern und anderen «rezidivierend» zitiert werden, wird immer wieder behauptet, die Selbstdispensation sei teurer als die Rezeptur. Im Gutachten von Prof. Dr. oec. HSG Tilman Slembeck (3), erstattet zuhanden des Apothekerverbands des Kantons Zürich im Jahr 2008, werden Gründe aufgelistet, weshalb die Selbstdispensation verboten werden sollte. Das hat dazu geführt, dass «man» sich fragt, was nun effektiv zutrifft. Gerne beantworten wir hier einige Fragen von «Kollege Zweifler». Die Antworten basieren absolut auf neutralen Zahlen der santésuisse und der Bundesämter für Statistik und für Gesundheit.

«Kollege Zweifler: Pascal Couchepin, Thomas Zeltner und andere haben doch mehrmals öffentlich ausgesagt, dass die Medikamentenkosten in den SD-Kantonen höher seien als in den Rezepturkantonen, und zwar um Fr. 242.70 pro Versicherten! Stimmt dies?»

Diese Feststellungen stützen sich auf Aussagen in einer Arbeit von Konstantin Beck, Ute Kunze und Willy Oggier aus dem Jahr 2004, dass im Jahr 1997 die Medikamentenkosten pro Versicherten in den SD-Kantonen Fr. 268.20, in den Rezepturkantonen aber Fr. 454.– betragen hätten. Unter Berücksichtigung aller gesundheits- und sozioökonomischer Aspekte sei die SD aber trotzdem Fr. 242.70 teurer gewesen.

«Kollege Zweifler: Auf was stützen denn die Autoren diese Behauptung ab? Sie weisen verschiedenen Faktoren eine kostensenkende oder kostensteigernde Wirkung mit einem entsprechenden Betrag zu. So berechnen sie pro zusätzliche Apotheke auf 10000 Versicherte in einem Kanton eine kostensenkende Wirkung auf die Medikamentenkosten pro

Kopf von Fr. 33.28. Dass die Anzahl Apotheken in ihrem Modell die Kosten dämpften, sei nicht unlogisch, denn in Regionen mit SD gäbe es wahrscheinlich aus Gründen der gegenseitigen Konkurrenz dort weniger Fachärzte, welche teure Medikamente abgeben, wo es viele Apotheken gäbe, und umgekehrt. Also berechnen sie pro zusätzlichen Facharzt pro 1000 Versicherte eine Kostensteigerung von Fr. 50.74. Für einen um 1 Prozent höheren Anteil romanischsprachiger Einwohner (F, I) setzen sie Fr. 4.30 ein, das heisst, die 92 Prozent mehr Französisch sprechenden Versicherten im Kanton Waadt gegenüber dem Kanton Luzern würden bereits einen Unterschied von Fr. 400.– erklären!

«Kollege Zweifler: Sind diese Kriterien glaubhaft?»

Nein! Es dürfte kaum zutreffen, dass sich auch nur ein Facharzt von einer Praxiseröffnung abhalten lassen würde, weil eine Apotheke in der Nähe des gewählten Standorts betrieben würde. Sicher ist es so, dass das Verhalten gegenüber der Medikamenteneinnahme in der Westschweiz ein wenig anders ist als in der Deutschschweiz. Der oben erwähnte von den Autoren der Studie berechnete Unterschied ist aber massiv übertrieben. Berechnet man die Kriterien im Vergleich der sehr oft als gleich oder zumindest ähnlich genannten Kantone Aargau (Rezeptur) und Luzern (Selbstdispensation), müsste die Medikamentenabgabe pro Versicherten im Kanton Aargau Fr. 55.– kostengünstiger sein. Effektiv liegen die Kosten im Jahr 2008 um Fr. 105.– höher!

«Kollege Zweifler: Ich habe gehört, dass Beck, Kunze und Oggier eine Studie von A. Dummermuth aus dem Jahr 1993 stützen. Was sagt denn dieser aus?»

1. A. Dummermuth: «In den Kantonen mit Selbstdispensation (SD-Kantone) sind die Gesamtkosten pro Patient höher als in den Rezepturkantonen.» Dabei berücksichtigte er aber bei den Medikamentenkosten nur die vom Arzt direkt abgegebenen Medikamente, nicht aber die rezeptierten. So wurden im Kanton Genf 2 Prozent der insgesamt abgegebenen Medikamente, im Kanton Aargau 14,3 Prozent und zum Beispiel im Kanton Luzern 89,2 Prozent einbezogen. Dies führte zu einer grotesken Verzerrung der Wirklichkeit. Unter Berücksichtigung der gesamten Medikamentenkosten waren die SD-Kantone im Durchschnitt deutlich kostengünstiger als die Rezepturkantone. Der Autor schreibt denn auch in seiner Arbeit: «Was überdies fehlt, sind die Kosten der von den Ärzten rezeptierten Medikamente... Ein aussagekräftiger Vergleich der Medikamentenkosten kann jedoch ohne die Zahlen der Apotheken nicht realisiert werden.» Da diese Zahlen aber in der Arbeit fehlen, sind die entsprechenden «Aussagen» wertlos.

2. «Die Totalkosten der ambulanten Behandlung pro Erkrankten sind im SD-

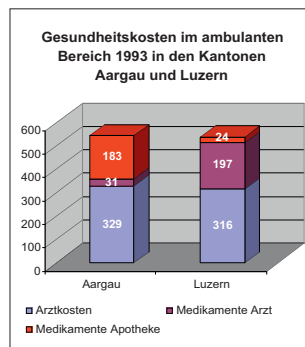


Abbildung 1: Dummermuth berücksichtigt die Medikamente aus der Apotheke (hier rot) nicht, was zu einer deutlichen Verzerrung führt! Die Kosten sind praktisch ausgeglichen.

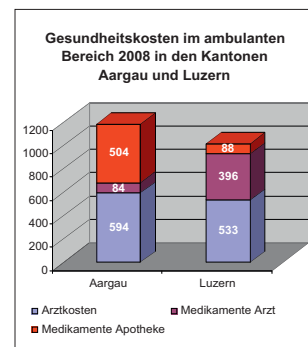


Abbildung 2: Die Gesundheitskosten liegen nun im SD-Kanton Luzern signifikant tiefer, die Zunahme der Medikamentenkosten im Arztkanal ist geringer als im rezeptierten Bereich!

Kanton Luzern deutlich höher als im Rezepturkanton Aargau.» Der Autor kommt zum Schluss, «dass die ärztliche Versorgung pro Einwohner im Kanton Aargau insgesamt etwas billiger ist. Die Medikamentenkosten pro Einwohner sind im Kanton Aargau in den Jahren 1987 bis 1992 tiefer als im Kanton Luzern. Pro Einwohner schwankt die Differenz zwischen 29 und 52 Franken pro Jahr.» Diese Behauptung traf Anfang der Neunzigerjahre noch in geringem Masse zu, war aber bereits im Jahr 1994, als die Arbeit Dummermuth erschien, nicht mehr richtig (1989 im Kanton Luzern um Fr. 48.– höhere Medikamentenkosten, 1993 noch Fr. 7.– höher, 2008 im Kanton Luzern Fr. 105.– tiefere Medikamentenkosten); siehe Abbildung 1 und 2.

Trotz dieses schwerwiegenden Systemfehlers berief sich das Bundesgericht im Jahr 2001 auf diese Studie. Nach Erscheinen der an alle Bundesparlamentarierinnen und -parlamentarier versandten Studie wurden übrigens in vielen Kantonsparlamenten Vorstösse zwecks Verbot der SD eingereicht, da diese ja zu einer Kostensteigerung führen würde!

«Kollege Zweifler: Wir haben gehört, dass Prof. Tilman Slembeck im Juli 2008 ein Gutachten zuhanden des Apothekerverbands des Kantons Zürich verfasst hat. Was sind dessen Aussagen? Wie beurteilen Sie diese?»

Tilman Slembeck baut sein Gutachten auf zwei Studien (Dummermuth; Beck et al.) auf, deren Hauptaussagen man klar widerlegen kann. Weiter schreibt er: «In verschiedenen Studien wurden die Determinanten der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen für die Schweiz untersucht. Die ökonomischen Studien betreffen sowohl die Analyse der kantonalen Kostenunterschiede (vgl. Vatter/Rüefli (4), 2001; Crivelli et al., 2006) als auch der kantonalen Mengenunterschiede (Schleiniger/Slembeck, 2007). Trotz einiger Unterschiede ist allen Studien gemeinsam, dass die Faktoren Angebotsdichte, Arbeitslosigkeit, Armut und Invalidität tendenziell zu einer er-

höhten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen. Schleiniger/Slembeck finden, dass die Dichte von Ärzten und Apotheken gemeinsam einen mengensteigernden Effekt hat, während die Selbstdispensation einen leicht abschwächenden Effekt aufweist, der aber durch eine grössere Konsultationshäufigkeit kompensiert wird und anhand der verfügbaren Daten ohne zusätzliche Beobachtung nicht erklärt werden kann.» Tilman Slembeck schreibt so in seinem Gutachten zuhanden des Apothekerverbands des Kantons Zürich vom 30. Mai 2008, dass in gewissen Regionen der Ostschweiz bis zu 5,7-mal mehr Konsultationen beim Arzt beansprucht würden als in den Westschweizer Kantonen. Die Zahlen der santésuisse strafen diese Aussagen Lügen (Tabelle 1).

Tabelle 1:
Anzahl Konsultationen pro Versicherten pro Jahr

	Rezepturkantone	Kantone mit Mischsystemen	Selbstdispensationskantone
2004	5,05	5,95	5,1
2008	5,4	6,05	5,4

«Kollege Zweifler: Tilman Slembeck zitiert Studien von Crivelli et al. und von Rüefli und Vatter. Geben diese ihm recht? Nein! Luca Crivelli et al. von der Universität Lugano und die bereits oben erwähnten Christian Rüefli und Adrian Vatter stellten in ihren Studien fest, dass die Selbstdispensation einen kostensenkenden Effekt hätte. In beiden Arbeiten werden verschiedene kostensteigernde und -senkende Faktoren analysiert. Tilman Slembeck hat in seiner Arbeit beide Studien erwähnt, allerdings nicht darauf hingewiesen, dass sie sich für die kostengünstige SD ausgesprochen haben.»

«Kollege Zweifler: Trifft es denn effektiv zu, dass die SD-Kantone eine grössere Konsultationshäufigkeit aufweisen als die Rezepturkantone?»

Blick auf die langjährigen und wiederholten Versuche, die Selbstdispensation abzuschliessen!

Nein! Tilman Slembeck schreibt zwar, dass in gewissen Ostschweizer Regionen bis zu 5,7-mal mehr Konsultationen konsumiert würden als in der Westschweiz. Dies trifft keineswegs zu! Die Zahlen der santésuisse für das Jahr 2008 zeigen sowohl für die Rezeptur- als auch für die SD-Kantone je 5,4 Konsultationen beim Arzt pro Jahr. Eine Arbeit der santésuisse zeigt auf, dass im Jahr 2005 die Westschweizer Kantone leicht weniger Konsultationen beim Arzt aufwiesen, dass dort pro Konsultation aber deutlich höhere Kosten anfielen.

«Kollege Zweifelner»: Felix Schneuwly, Leiter Politik und Kommunikation der santésuisse, sagte in einem Mail aus, dass man aus den absoluten Zahlen nicht den Schluss ziehen dürfe, dass die Medikamentenkosten in den meisten SD-Kantonen allein wegen der Selbstdispensation tiefer liegen würden.

Er hat insgesamt recht, da auch andere gesundheits- und sozioökonomische Faktoren eine Rolle spielen. Interessant ist es aber, dass seit der Studie von A. Dummermuth immer wieder das Gegenteil gemacht wird. Bereits oben haben wir erwähnt, dass beim Vergleich der beiden bezüglich dieser Faktoren sehr ähnlichen Kantone Aargau (Rezeptur) und Luzern (Selbstdispensation) die Medikamentenkosten im SD-Kanton heute deutlich tiefer liegen und damit der Nachweis erbracht ist, dass die Selbstdispensation kostensenkend wirkt!

«Kollege Zweifelner»: In einer Studie von Dr. Josef Hunkeler aus dem Büro des Preisüberwachers vom März 2008 ist zu lesen, dass der durchschnittliche Luzerner Grundversorger ein OKP-Einkommen von Fr. 403 000 erzielen würde. Grossartig! Was sagen Sie dazu?

Josef Hunkeler (5) hat in seiner Analyse zur SL-Logistikmarge in der Grafik 5 den durchschnittlichen Umsatz aus den Arztleistungen (Kanton Luzern Fr. 273 000) und den von ihm wohl etwas zu hoch berechneten Gewinn des Luzerner Arztes aus der Medikamentenabgabe (Fr. 130 000) zusammengezählt und daraus ein OKP-Gesamteinkommen von Fr. 403 000 für den SD-Arzt im Kanton Luzern berechnet. Allerdings hat er vergessen, dass der praktizierende Arzt Unkosten von etwa Fr. 270 000 bis 350 000 (ohne Medikamentenkosten) zu tragen hat. Sowohl Pascal Couchepin als auch Thomas Zeltner haben sich auf diese Analyse, die sich durch den oben aufgezeigten Fehler selbst disqualifiziert, gestützt und sie oftmals in der Öffentlichkeit zitiert.

«Kollege Zweifelner»: P. Couchepin, T. Zeltner, R. Strahm, die Erläuterungen zur Re-

vision des HMG und andere sagen immer wieder aus, dass die Ärztinnen und Ärzte den Anreizen des «materiellen Vorteils» erliegen würden und dass ihr Anteil an der Medikamentenabgabe immer grösser werde? Stimmt dies?

Wie wir dies schon mehrmals aufgezeigt haben, stimmt dies überhaupt nicht, wie eine Tabelle aus der Nr. 80 des «Luzerner Arztes» klar aufzeigt. Die Zahlen stammen übrigens alle von santésuisse (siehe Tabelle 2).

Berechnet man die Kostensteigerung in beiden Abgabekanälen (Index 1998 je = 100), stieg dieser Index im Kanton Aargau auf 180,3, im Kanton Luzern auf 168,7! Es stimmt also absolut nicht, dass die SD-Ärztinnen und -Ärzte den «Anreizen des materiellen Vorteils» erliegen würden!

Leider haben alt Bundesrat Pascal Couchepin, Thomas Zeltner und andere diese Falschaussage übernommen und mehrmals öffentlich zitiert, was dazu geführt hat, dass sie sich in den Köpfen der Politiker festgesetzt hat!

«Kollege Zweifelner»: Auf den 1. März werden die Margen für die Medikamente von 15 auf 12 Prozent gesenkt. Welches sind die Konsequenzen?

Je nach Umfang der Medikamentenabgabe wird das Einkommen des Arztes um Fr. 5000 bis 25 000 sinken. Dies wird aber praktisch nur die SD-Ärzte, also vorwiegend diejenigen der meisten Deutschschweizer Kantone, treffen.

«Kollege Zweifelner»: Öfters hört man, die Ärzte sollten weiterhin Medikamente abgeben dürfen, aber nur zu kostendeckenden Preisen, das heisst, sie sollten nichts mehr daran verdienen dürfen. Was würde dies bedeuten?

Vergessen geht hierbei, dass durch die Einführung von Tarmed die kostengünstig arbeitenden (Deutschschweizer) Kantone durch die Festlegung deutlich tieferer Taxpunktwerte als in anderen Kantonen massiv abgestraft wurden. Es wurde dabei auf die Kosten im Jahr 2001 abgestellt, weshalb zum Beispiel der Versicherte im Kanton Luzern im Jahr 2004 durchschnittlich Fr. 407.– kosten durfte, im anderen Extrem in Basel-Stadt aber Fr. 1055. Da die Luzerner Ärzte in Gottes Namen nicht so billig arbeiten konnten, wurde ihr Taxpunktwert von 86 auf 80 Rappen gesenkt, derjenige der Tessiner aber, welche nicht so teuer sein konnten, wie man ihnen erlauben wollte, von 91 auf 97 Rappen angehoben. Heute hat unter anderem der Kanton Luzern mit 80 Rappen den tiefsten Taxpunktwert, die Kantone Jura und Waadt mit 99 Rappen haben den höchsten.

Dies bedeutet, dass ich mit 400 000 bis 450 000 im Jahr «erzielten» Taxpunkten in den Kantonen Jura und Waadt für die genau gleiche Arbeit Fr. 76 000 bis 85 000 mehr erzielen würde (Einkommen, nicht Umsatz). Dabei ist aber zu beachten, dass die Kolleginnen und Kollegen in den Kantonen Waadt und Jura kaum Medikamente abgeben dürfen. Dies zeigt auf, dass die Einnahmen aus einer vernünftigen Medikamentenabgabe zum Grundeinkommen des SD-Grundversorgers und wohl auch der SD-Spezialisten gehören. Gerade weil wir wie bewiesen den «Anreizen des materiellen Vorteils» nicht erliegen sind, ist die SD mit Verdienst für den Arzt nicht nur als sehr erwünschte Dienstleistung für den Patienten, sondern auch als Einkommensgrundlage des SD-Arztes zu erhalten. Wenn die Medikamentenabgabe nur noch kostendeckend sein dürfte, müsste der Taxpunktwert in den SD-Kantonen auf das Niveau der Rezepturkantone angehoben werden. Dies dürfte insgesamt Zusatzkosten in der ganzen Schweiz von einigen 100 Millionen Franken bedeuten. Dass dies auf den Widerstand der Politik und der Versicherer stossen würde, ist ebenfalls anzunehmen. Sollte man aber darauf verzichten, würde dies zum sehr raschen Tod der Grundversorgung in den betroffenen SD-Kantonen, zu einer zusätzlichen Verlagerung der Behandlung in die Spitäler und damit zu einer deutlichen Kostensteigerung führen. Gemäss den Erfahrungen des oben geschilderten Vergleichs aus den Kantonen Aargau und Luzern dürften auch die Medikamentenkosten in den bisherigen SD-Kantonen nach dem Übergang zur Rezeptur ansteigen! Es ist für mich beeindruckend, dass ein Treuhänder aus der Region des oberen Zürichsees (Kanton St. Gallen) mir gegenüber ausgesagt hat, dass mehr als die Hälfte der von ihm betreuten Ärztinnen und Ärzte erhebliche finanzielle Schwierigkeiten hätten. Die Schwierigkeit oder beinahe Ummöglichkeit, Nachfolger für Praxen zu finden, lässt grüssen.

«Kollege Zweifelner»: Könnte denn dieser massive Einkommensausfall nicht durch eine Erhöhung des Taxpunktvalues in den betroffenen Kantonen kompensiert werden?

Gestatten Sie als Antwort ein Zitat aus dem Munde von Pascal Couchepin: «Weshalb soll dies kompensiert werden? Es ist nicht Aufgabe des Gesundheitswesens, das Einkommen gewisser Berufsgruppen zu verbessern!»

«Kollege Zweifelner»: Was spricht denn für die Erhaltung der Selbstdispensation?

- Die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten, wo sie die Medikamente beziehen wollen.
- Die Patientenfreundlichkeit der SD.
- Der in verschiedenen Abstimmungen und Umfragen bezugte Wille der Patienten, die Medikamente auch beim Arzt beziehen zu können.
- Die niedrigeren Kosten der Selbstdispensation.
- Die Diagnosekompetenz der Ärztinnen und Ärzte.
- Das Ausbleiben negativer Auswirkungen der SD auf die Patienten.
- Und vieles mehr!

«Kollege Zweifelner»: Also, setzen wir uns ein für die Selbstdispensation beziehungsweise für die Medikamentenabgabe durch den Arzt!

Dr. med. Herbert Widmer
Innere Medizin FMH
Luzern

Quellen:

1. Andreas Dummermuth: «Selbstdispensation: Der Medikamentenverkauf durch Ärzte: Vergleiche und Auswirkungen unter besonderer Berücksichtigung der Kantone Aargau und Luzern», Cahiers de l'IDEHEAP, Nr. 114, 1993.
2. Konstantin Beck, Ute Kunze, Willy Oggier: «Selbstdispensation: kostentreibender oder kostendämpfender Faktor?», Managed Care 6, 2004.
3. Prof. Dr. oec. HSG Tilman Slembeck: «Gesundheitsökonomische Analyse von Abgabe und Verkauf kassenzulässiger Medikamente durch niedergelassene Ärzte», Gutachten zuhanden des Apothekerverbands des Kt. Zürich, 30. Mai 2008.
4. Christian Rüefli, Adrian Vatter: «Kostendifferenzen im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen», Juli 2001.
5. Dr. Josef Hunkeler: «SL-Logistikmarge – Probleme und Reformansätze im SD-Markt», Büro des Preisüberwachers, März 2008.

Tabelle 2:
Anteil SD-Kanal an den gesamten Medikamentenkosten 1998–2008

	Total in Mio.	Apotheker in Mio.	SD-Kanal	Anteil SD
1998	2722	1788	934	34,3%
2000	3241	2098	1143	35,3%
2002	3786	2525	1261	33,3%
2004	4149	2750	1399	33,7%
2005	4370	2956	1414	32,4%
2006	4313	2869	1444	33,5%
2007	4407	2888	1519	34,3%
2008	4800	3224	1576	32,8%