

Wenn Ärzte auch Medikamente verkaufen



Zielkonflikte bei der ärztlichen Selbstdispensation und Lösungen aus ökonomischer Sicht

Von Tilman Slembeck*

Der direkte Verkauf von Medikamenten durch die Ärzteschaft wird in der Schweiz seit Jahren kontrovers diskutiert. Der Autor des folgenden Beitrags beleuchtet die wirtschaftlichen, rechtlichen und standespolitischen Aspekte der Debatte und schlägt eine marktorientierte Regelung als Alternative zu Verbots- oder Überwachungsansätzen vor. (Red.)

Der Verkauf rezept- und kassenpflichtiger Medikamente ist in der Schweiz stark reguliert. Neben der Marktzulassung obliegt dem Bund auch die Festsetzung von Höchstpreisen. Während die Qualitäten staatlich reglementiert sind, besteht ein gewisser Preiswettbewerb vor allem dort, wo Originalpräparate nach Ablauf des Patentschutzes in Konkurrenz zu Generika stehen. Die Verschreibung erfolgt immer durch einen Arzt oder eine Ärztin, wobei in der Schweiz die Besonderheit besteht, dass der Ärzteschaft in dreizehn Kantonen der Direktverkauf an die Patienten, die sogenannte Selbstdispensation (SD), gestattet ist. In neun Kantonen ist diese untersagt oder stark eingeschränkt, so dass da in aller Regel ein Rezept ausgestellt werden muss und der Bezug via Apotheke erfolgt. Vier Kantone kennen ein Mischsystem.

Heikles Verhältnis Arzt - Patient

Der Direktvergleich der beiden Absatzkanäle ergibt, dass schweizweit rund ein Drittel aller kassenpflichtigen Medikamente über den Ärztekanal und nicht via Apotheken verkauft wird. In den SD-Kantonen beläuft sich dieser Anteil auf bis zu 90%. Im internationalen Vergleich ist diese Situation einzigartig. In allen OECD-Staaten gilt die Trennung von Verschreibung und Verkauf nach dem Kontravalenz-Prinzip: Ein medizinischer Leistungserbringer soll weder Einkommen noch andere geldwerte Vorteile aus Leistungen erzielen, deren Nachfrage er massgeblich selbst beeinflussen kann. Hintergrund ist das Verhältnis

zwischen Arzt und Patient, das durch eine deutliche Informations-Asymmetrie geprägt ist.

Der Patient als Nachfrager ist nämlich in hohem Masse auf das Wissen und die Empfehlung des Arztes als Experte und Anbieter medizinischer Leistungen angewiesen. Deshalb ist es wichtig, dass das Verhalten und die Empfehlungen des Arztes frei von problematischen ökonomischen Interessen sind. Verdient ein Arzt am Verkauf von Medikamenten mit, entstehen Anreize in Richtung der Verschreibung unnötiger und/oder zu teurer Medikamente. Dies hat beispielsweise die Kommission für Konjunkturfragen im Jahresgutachten 2006 festgehalten, und dies entspricht auch dem breiten Konsens in der Gesundheitsökonomie. Selbst jene asiatischen OECD-Länder, die eine lange Tradition im ärztlichen Medikamentenverkauf aufweisen, sind zu seiner Abschaffung übergegangen. Und obwohl die Schweiz für ihr Festhalten an der Selbstdispensation seit Jahren von OECD und WHO kritisiert wird, strebt die Ärzteschaft im Kanton Zürich sogar deren Ausweitung an.

Das Interesse der Ärzteschaft am Direktverkauf lässt sich anhand der Marktdaten des Branchenverbandes Pharmasuisse aufzeigen.

– Im Zeitraum 2000–2006 wuchs der mengenmässige Absatz mit 33% im Ärzte-Kanal gut dreimal schneller als im Apotheken-Kanal (10% Wachstum). Frankenmässig wuchs der Umsatz mit einem Plus von 45% bei den Ärzten gut doppelt so schnell wie bei den Apotheken, so dass sich eine deutliche Ausweitung des ärztlichen Marktanteils ergab. Gleichzeitig ging der Anteil der nicht kassenpflichtigen Medikamente zurück, wodurch die Grundversicherung einen grösseren Teil der Belastung zu tragen hatte.

– Durch die Mengen- und Umsatzsteigerung konnten die SD-Ärzte den vom Bund 2001 verfügbaren Margenrückgang mehr als kompensieren. Während der Distributionsertrag (Differenz zwischen Umsatz zu Fabrikpreisen und Umsatz zu Patientenpreisen) bei den Apotheken um 7% nachgab, stieg er bei den Ärzten um 13%.

Somit zeigt sich, dass die SD-Ärzteschaft in der Lage ist, den Medikamentenabsatz massgeblich

zu beeinflussen und so einem drohenden Einkommensverlust entgegenzuwirken. Dass die Zusatzeinkommen bei Ärzten aus Selbstdispensation ganz erheblich sind, zeigen neueste Studien.

– Der jährliche Nettoertrag des Medikamentenverkaufs, als Differenz zwischen Verkaufserlös und Beschaffungskosten, wurde vom Preisüberwacher jüngst mit 106 000 Fr. bei Grundversorgern und 42 000 Fr. bei Spezialärzten berechnet. Allerdings sind vom Nettoertrag noch Logistik- und Zinskosten zu subtrahieren, um zum effektiven Zusatzeinkommen zu gelangen.

– Anhand eines Betriebsmodells hat deshalb die Helsana-Gruppe errechnet, dass von den durchschnittlich rund 300 000 Fr. Medikamenten-Umsatz eines SD-Arztes nach Abzug aller Kosten sowie einer angemessenen Entschädigung noch ein Reingewinn von 57 000 Fr. pro Jahr und Arzt verbleibt.

Für die gut 4000 Selbstdispensations-Ärzte in der Schweiz errechnet sich somit insgesamt ein Reingewinn von etwa 230 Mio. Fr., der jedes Jahr zu lasten der Grundversicherung geht. Der Einwand, besagter Nettoertrag lasse sich durch die tendenziell tieferen Taxpunktwerte in den SD-Kantonen rechtfertigen, wird durch Berechnungen des Preisüberwachers widerlegt. Zur Kompensation des Einkommensverlustes aus dem Wegfall der Selbstdispensation müsste der Taxpunktwert bei den betreffenden Ärzten von gegenwärtig Fr. 0.85 auf etwa Fr. 1.20 erhöht werden, und dieser Ansatz liegt weit über dem derzeitigen Wert der Kantone ohne Selbstdispensation.

Unergiebige Margen-Diskussion

Brisant ist zudem, dass der Direktverkauf das Verschreibungsverhalten der SD-Ärzte beeinflusst, indem sie höhere Dosierungen und kleinere Packungen verschreiben als die Kollegen, die keine Selbstdispensation betreiben. Ersteres ist ein Hinweis auf die erwähnte Mengenausweitung, und Letzteres ist ein geeignetes Mittel, die Patienten zu zusätzlichen Konsultationen in der Arztpraxis zu veranlassen. Beides führt zu einer Einkommenssteigerung, aber auch zu zusätzlichen Gesundheitskosten. Der Preisüberwacher schlägt nun eine Reduktion der Absatzmarge für Medika-

mente auf ein betriebswirtschaftlich gerechtfertigtes Niveau vor. Dieser Vorstoss ist typisch für die grassierenden Reregulierungen im Gesundheitswesen, es handelt sich um eine Symptombekämpfung, die in eine langwierige, anderes blockierende Debatte über die angemessene Marge mündet.

Aus gesundheitsökonomischer Sicht gibt es bessere Lösungen. Die eine liegt in der generellen Abschaffung der Selbstdispensation, wobei an einer Direktabgabe in Notfällen bzw. zur Erstversorgung aus praktischen Gründen festzuhalten wäre. Die Schweiz ist derart dicht besiedelt und auch über Versandapotheken erschlossen, dass die Versorgungssicherheit flächendeckend gegeben ist. Die zweite Variante betrifft Ärztenetze bzw. Gesundheitsorganisationen (HMO), die im Rahmen ihrer Verträge mit den Krankenversicherern eine Budgetverantwortung vereinbart haben. Weil diese Leistungserbringer nicht den genannten finanziellen Fehlanreizen unterliegen, ist der Direktverkauf hier unproblematisch.

Den Markt befragen

Sofern aus politischen Gründen am heutigen System festgehalten werden soll und solange HMO mit Budgetverantwortung noch schwach verbreitet sind, besteht ein praktikabler Weg zur Lösung des Problems im Einfügen einer zusätzlichen Option für den Direktbezug im Rahmen der Krankenversicherung. Hierdurch ergibt sich ein doppelter Markttest: Einerseits kalkulieren die Versicherer die Kosten, die durch den Direktbezug entstehen, und geben dieser Option damit einen Preis. Andererseits entscheiden die Versicherten gemäss ihrer Zahlungsbereitschaft, ob ihnen die Bequemlichkeit des Direktbezugs diesen Preis wert ist. Während eine Ausweitung der Selbstdispensation, wie sie etwa im Kanton Zürich debattiert wird, aus gesundheitsökonomischer Sicht strikt abzulehnen ist und der Vorschlag des Preisüberwachers zu weiterer staatlicher Regulierung beiträgt, setzt die Optionslösung also auf marktliche Anreize und ist verursachergerecht. Sie bietet die Chance, auf dem Markt beobachten zu können, zu welchem Preis und in welchem Umfang der Direktbezug überhaupt gewünscht wird.

Vgl. weiteren Artikel im Zürich-Teil

* Der Autor ist Professor für Volkswirtschaft an der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften und Dozent an der Universität St. Gallen.