

Zusammenfassung

**Gesundheitsökonomische Analyse  
von Abgabe und Verkauf kassen-  
zulässiger Medikamente durch  
niedergelassene Ärzte**

Gutachten von

Prof. Dr. oec. HSG Tilman Slembeck

erstattet zuhanden des

Apothekerverbands des Kantons Zürich (AVKZ)

## Zusammenfassung

Das vorliegende Gutachten untersucht die Abgabe und den Verkauf von kassenpflichtigen Medikamenten durch niedergelassene Ärzte zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) aus gesundheitsökonomischer Sicht.

In Abschnitt 2 (S. 8ff) werden die theoretischen Grundlagen erörtert sowie die Vor- und Nachteile des Verkaufs durch die Ärzteschaft im Vergleich zum Apothekenverkauf diskutiert. Im Zentrum stehen Fragen der Anreize, der anbieterinduzierten Nachfrage, des Wettbewerbs sowie des Patientennutzens der beiden Regime «Selbstdispensation» und «Rezeptur». Die zentralen Aspekte dieses Abschnitts lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Der Verkauf von rezeptpflichtigen Medikamenten wird in der Schweiz durch ein System geregelt, bei welchem aufgrund behördlich festgelegter Preise und Qualitäten ein *Preis-Leistungs-Wettbewerb* verhindert wird. Der hohe Versicherungsschutz schwächt zudem das Kostenbewusstsein von Arzt und Patient und setzt Anreize zugunsten eines erhöhten Medikamentenkonsums. Eine Ausweitung der Selbstdispensation führt in diesem Kontext weder zu einer vermeintlichen Marktöffnung, noch zu einem qualitätssteigernden oder preissenkenden Wettbewerb, und kann auch nicht als Schritt zur Liberalisierung interpretiert werden (vgl. Abs. 2.4).
- Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient ist durch eine deutliche Informationsasymmetrie geprägt. Der Patient als Nachfrager ist in hohem Masse auf das Wissen und die Empfehlung des Arztes als Experte und Anbieter medizinischer Leistungen angewiesen. Aus diesem Grund ist es besonders wichtig, dass das Verhalten und die Empfehlungen des Arztes frei von ökonomischem Interesse sind.
- Markant ist die Problematik des ökonomischen Interesses im Falle des ärztlichen Verkaufs von Medikamenten, weil klare Anreize bestehen, zu viele und/oder zu teure Medikamente zu verschreiben. Diese Anreizproblematik der so genannten *anbieterinduzierten Nachfrage* ist in der gesundheitsökonomischen Literatur seit langem bekannt und wurde mit Bezug auf die Schweiz von nationalen wie internationalen Experten immer wieder hervorgehoben (Abs. 2.2).<sup>1</sup> Besonders ausgeprägt ist die Nachfrageinduzierung bei Drittleistungen, welche nicht vom Arzt selbst erbracht werden (z.B. auch Labor, Röntgen, Physiotherapie), bei denen er aber ein ökonomisches Interesse hat (vgl. auch Abs. 3.1c zur diesbezüglichen Empirie).
- Im Bewusstsein dieser Problematik untersagen die nationalen und internationalen ärztlichen Standesregeln – wie auch das Schweizer Heilmittelgesetz – dem Arzt, aus seiner besonderen Position und dem Abhängigkeitsverhältnis des Patienten einen materiellen Vorteil zu ziehen (Abs. 2.3).
- Mit Blick auf die Nachfrageinduzierung bei Drittleistungen ist in gesundheitsökonomischer Perspektive auf das *Kontravalenz-Prinzip* zu verweisen.

---

<sup>1</sup> Siehe etwa: Kommission für Konjunkturfragen (2006), Widmer et al. (2007), OECD/WHO (2006 und 2007).

Dieses stipuliert, dass ein medizinischer Leistungserbringer weder Einkommen noch andere geldwerte Vorteile aus Leistungen erzielen soll, deren Nachfrage er massgeblich selbst beeinflussen kann.

- Bezüglich des Medikamentenverkaufs bedeutet dies, dass es einer *strikten Trennung zwischen Verschreibung und Verkauf* bedarf, weil ansonsten starke Anreize zu einer Mengen- und Kostenausweitung bestehen.
- Problematische Anreize bestehen bei ärztlichem Verkauf zudem, weil eine verstärkte *Tendenz zu medikamentöser Behandlung* besteht, eher solche Medikamente verschrieben werden, die gerade in der Praxis vorrätig sind (*Verfügbarkeitseffekt*) und die Gefahr besteht, dass *zusätzliches Einkommen aus Konsultationen* generiert wird, indem Patienten im Zusammenhang mit der Abgabe von Medikamenten öfter als nötig gesehen werden. Entsprechend ist mit negativen Kostenfolgen zu rechnen.
- Der Bequemlichkeit eines direkten Verkaufs von Medikamenten in der Arztpraxis stehen weitere Nachteile gegenüber (vgl. Tabelle in Abs. 2.5 f).
  - Bei ärztlichen Privatapotheken besteht nur ein zeitlich limitierter Zugang im Rahmen der Öffnungszeiten der Praxis, wobei der Arzt persönlich zugegen sein muss. Bei Abwesenheit des Arztes (Feiertage, Ferien, Militärdienst, Weiterbildung etc.) darf das nichtärztliche Personal von Gesetzes wegen keine Medikamente abgeben.
  - Ärztliche Privatapotheken stehen nur den eigenen Patienten offen und sind für die Allgemeinheit nicht zugänglich. Dies ist insbesondere bedeutsam, wenn aufgrund einer Ausweitung der Selbstdispensation die Zahl der Apotheken sinkt, wovon klarerweise auszugehen ist.
  - Die Sortimentsbreite und –tiefe ärztlicher Privatapotheken ist im Vergleich zu Offizinapotheken in aller Regel geringer, weil sie sich im Rahmen der Spezialisierung der Praxis auf gängige Produkte konzentrieren. Bei sinkender Apothekenzahl reduziert sich insbesondere der Zugang zu nicht-gängigen Medikamenten.
  - Logistik und Organisation von Notfalldiensten und Hauslieferungen sind bei einem System von Offizinapotheken kostengünstiger als bei einer grösseren Zahl ärztlicher Praxen.
  - Wo aufgrund einer Ausweitung der Selbstdispensation die Apothekenzahl sinkt, ist aufgrund der vorgenannten vier Punkte mit einem Rückgang der Zugänglichkeit, des Patientennutzens bzw. des Service-niveaus zu rechnen.

Weitere Unterschiede ergeben sich bezüglich Nutzen und Autonomie der Patienten:

- Beim Rezepturregime erhalten die Patienten die Möglichkeit, sich zusätzlich beraten zu lassen und eine Zweitmeinung einzuholen. Auch können negative Wechselwirkungen zwischen verschiedenen einzunehmenden Medikamenten erkannt werden, wodurch sich die Sicherheit bzw. der Patientennutzen erhöht.
- Die Patientenautonomie wird beim Rezepturregime insofern gestärkt, als es möglich ist, ausgestellte Rezepte nicht, nur teilweise oder verzögert einzulösen. Vorhandene Bestände in der persönlichen Heimpothek können

so aufgebraucht werden. Vom Arzt verkaufte, aber nicht eingenommene Medikamente sind die teuersten.

Abschnitt 3 (S. 19ff) behandelt die Praxis des Verkaufs rezeptpflichtiger Medikamente auf nationaler und internationaler Ebene und stellt die empirische Evidenz dar.

- Die Trennung von Verschreibung und Verkauf von Medikamenten nach dem Kontravalenz-Prinzip bildet den *internationalen Standard* der OECD-Länder.
- Mit einem Anteil von über 25% SD-Ärzten und einem Verkaufsanteil von über einem Drittel aller rezeptpflichtigen Medikamente via Selbstdispensation nimmt die Schweiz die internationale Spitzenposition ein. Dies wird seit Jahren von der OECD und jüngst auch der WHO als kostentreibend kritisiert.
- Internationale Studien zur anbieterinduzierten Nachfrage weisen darauf hin, dass die Ärzteschaft zusätzliche Einkommen durch Mengenausweitung zu generieren vermag. Dies gilt hinsichtlich selbst erbrachter Leistungen, aber in besonderem Masse auch für Drittleistungen und Medikamente.
- Die asiatischen OECD-Staaten (Japan, Korea und Taiwan) sind aufgrund der massiven Fehlanreize der Selbstdispensation zu deren Abschaffung übergegangen (vgl. Abs. 3.1d).
- Für die Schweiz haben verschiedene neue Studien gezeigt, dass die Ärzteschaft die Nachfrage massgeblich beeinflussen und dadurch zusätzliche Einkommen generieren kann. Insbesondere die Studie von Beck et al. (2004) liefert klare Hinweise auf eine kostensteigernde Wirkung der Selbstdispensation.
- Die Schweizer Ärzteschaft kann heute durch den Verkauf von Medikamenten in der Hälfte der Kantone substantielle Einkommensanteile erzielen. Der durchschnittliche Medikamentenumsatz eines SD-Arztes beträgt ca. 300'000 CHF und es wird nach Abzug aller Kosten ein durchschnittlicher Reingewinn von mindestens 57'000 CHF pro SD-Arzt für das Jahr 2006 geschätzt (Abs. 3.2a).
- Eine Analyse der Entwicklung im Markt für rezeptpflichtige und zugleich kassenzulässige Medikamente ergibt, dass die Schweizer SD-Ärzte durch ihr Verschreibungsverhalten den Medikamentenabsatz in den letzten Jahren massgeblich zu ihren eigenen Gunsten beeinflussen konnten und selbst einen drohenden Einkommensverlust (aufgrund der vom BAG im Jahre 2001 vorgenommenen Margenreduktion) durch eine Mengenausweitung bei den Medikamenten mehr als nur zu kompensieren vermochten (Abs. 3.2b).
- Die statistische Korrelation zwischen den Medikamentenkosten pro Kopf und dem Abgaberegime verleitet manche Beobachter zum Fehlschluss, dass das SD-Regime der deutschschweizer Kantone ursächlich für deren tiefe Medikamentenkosten sei. Weil in diesen Kantonen aber auch die übrigen Kosten der Grundversicherung tiefer sind, müssen andere Faktoren (wie etwa die Angebotsdichte und sozio-demographische Charakteristika) ursächlich für die kantonalen Kostenunterschiede sein (vgl. ausführlicher in Abs. 3.2c).

Im vierten Abschnitt (S. 34ff) werden die Ergebnisse rekapituliert, und es wird ein Fazit aus gesundheitsökonomischer Perspektive gezogen.

### **Fazit 1:** Gesundheitsökonomische Beurteilung der Selbstdispensation

Der Verkauf von Medikamenten durch Ärzte ist aus gesundheitsökonomischer Sicht strikt abzulehnen. Die Selbstdispensation setzt klare Fehlanreize zu einer kostentreibenden Überversorgung mit Medikamenten und zugunsten zusätzlicher Konsultationen. Die Bequemlichkeit des Verkaufs in der Arztpraxis wird durch eine Reihe von deutlichen Nachteilen für die Patienten erkauft.

### **Fazit 2:** Gesundheitsökonomische Beurteilung der Ausweitung der Selbstdispensation im Kanton Zürich

Bei einer Ausweitung der Selbstdispensation auf die Städte Zürich und Winterthur ist mit mehreren Effekten zu rechnen:

- *Induzierungseffekte:* Wird bis zu 1'900 zusätzlichen Ärzten der Medikamentenverkauf erlaubt, muss von einem Anstieg der Verkaufsmengen und der Konsultationen ausgegangen werden, was eine kostensteigernde Wirkung hat.
- *Umverteilungseffekte:* Die Zunahme des ärztlichen Verkaufs führt bei den städtischen und ländlichen Apotheken zu teilweise deutlichen Umsatzrückgängen, weshalb mit Schliessungen zu rechnen ist. Auch bei SD-Landärzten muss von Umsatzverlusten ausgegangen werden, was die Attraktivität der Tätigkeit als Landarzt mindert.
- *Nutzeneffekte:* Aufgrund des zu erwartenden Rückgangs der Apothekenzahl und der Limitierung des Zugangs in der Arztpraxis (Öffnungszeiten, nur für eigene Patienten, Anwesenheit des Arztes, beschränktes Sortiment, i.d.R. kein Hauslieferdienst etc.) werden die effektive Wahlfreiheit und der Patientennutzen per Saldo reduziert statt erweitert.

Von einem Schritt in Richtung "Liberalisierung", "Marktöffnung" oder "erhöhter Wahlfreiheit" kann im Zusammenhang mit einer allfälligen Erweiterung der Selbstdispensation nicht gesprochen werden.