

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)

©2008 beim Verfasser

Fassung vom 30. Mai 2008

Tilman Slembeck
Sonnenbergstr. 66
9030 Abtwil / SG

E-Mail: tilman@slembeck.ch

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).¹ 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.

¹ 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.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	7
2. Theoretische Grundlagen der Abgabe von Medikamenten.....	8
2.1. Rahmenbedingungen im Schweizer Gesundheitssystem	8
2.2. Anbieterinduzierte Nachfrage	9
2.3. Standesregeln und Kontravalenz-Prinzip	11
2.4. Schafft Selbstdispensation Wettbewerb?.....	13
2.5. Versorgung, Anreize, Nutzen und Kosten der Abgabe	14
3. Praxis und empirische Befunde.....	19
3.1. Internationale Evidenz und Trends.....	19
3.2. Situation in der Schweiz	24
3.3. Kanton Zürich	33
4. Gesundheitsökonomische Schlussfolgerungen und Beantwortung der Fragen...	34
Literatur	38
Anhang	40

1. Einleitung

Die vorliegende Analyse befasst sich aus gesundheitsökonomischer Sicht mit der Abgabe von Medikamenten durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte an ihre Patientinnen und Patienten.² In der Schweiz wird diese so genannte Selbstdispensation (SD) in einer Reihe von alemannischen Kantonen praktiziert, während die Medikamente in anderen Kantonen – vornehmlich der Westschweiz und im Tessin – ausschliesslich von Apotheken verkauft werden dürfen. Zudem existieren Kantone mit eingeschränkter SD und solche mit Mischformen. Hervorzuheben ist hier insbesondere der Kanton Zürich, wo die Ärzteschaft in den Städten Zürich und Winterthur keine ärztliche Privatapotheke führen dürfen, während dies im übrigen Kantonsgebiet erlaubt und der Fall ist.

Vor diesem Hintergrund besteht im Kanton Zürich seit einigen Jahren eine Diskussion um die Ausweitung der SD auf das gesamte Kantonsgebiet, was zusätzlichen Ärzten die Führung einer Privatapotheke erlauben würde.³ Die hierbei angesprochene Thematik umfasst sowohl gesundheitspolitische, standespolitische und juristische als auch wirtschaftliche Aspekte.

Der Apothekerverband des Kantons Zürich (AVKZ) gab in diesem Zusammenhang den Auftrag für ein gesundheitsökonomisches Gutachten, das insbesondere zu folgenden Fragen Stellung nimmt:

- Frage 1: Wie ist die Selbstdispensation aus gesundheitsökonomischer Sicht theoretisch, empirisch und vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen zu beurteilen?
- Frage 2: Wie ist eine allfällige Ausweitung der Selbstdispensation im Kanton Zürich aufgrund der Antwort auf Frage 1 aus gesundheitsökonomischer Sicht zu beurteilen?

Im Fokus der Analyse steht die Abgabe von kassenzulässigen Medikamenten zulasten der Grundversicherung (OKP) im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung. Spitalapotheken werden als Teil der stationären oder teilstationären Versorgung nicht betrachtet. Ebenso wird die Abgabe von Medikamenten an Selbstzahler, zulasten der Zusatzversicherungen oder in Notfällen nicht thematisiert.

² Aus Gründen der Lesbarkeit wird forthin die männliche Form verwendet, wobei jeweils beide Geschlechter gleichermassen gemeint sind.

³ Der Regierungsrat des Kantons Zürich geht in seinem Antrag vom 31.10.07 davon aus, dass etwa 1'900 Ärzte zusätzlich eine Privatapotheke führen könnten.

2. Theoretische Grundlagen der Abgabe von Medikamenten

Die folgende Analyse geht von der üblichen Praxis aus, dass die Diagnose einer medizinischen Indikation und die Verschreibung von Medikamenten ausschliesslich durch ein Mitglied der Ärzteschaft erfolgt. Das ärztliche «Verschreibungsmonopol» wird also als gegeben betrachtet und hier nicht hinterfragt.

Die Abgabe bzw. der eigentliche Verkauf von Medikamenten kann aber über unterschiedliche Kanäle erfolgen: Der Arzt kann Medikamente direkt an seine Patienten verkaufen, oder diese gelangen mit einem vom Arzt ausgestellten Rezept an eine öffentlich zugängliche Apotheke (so genannte Offizinapotheke), welche den Medikamentenverkauf übernimmt.

In diesem Zusammenhang lässt sich von zwei unterschiedlichen Abgaberegimen sprechen: Selbstdispensation oder Rezeptur. Im Hinblick auf die Beantwortung der ersten Frage werden nachfolgend die Wirkungen sowie die Vor- und Nachteile dieser beiden Regime aus gesundheitsökonomischer Perspektive diskutiert und in einen breiteren analytischen Kontext gestellt.

Grundsätzlich interessieren in dieser Perspektive die Anreizwirkungen, welche vom Abgaberegime ausgehen, sowie mögliche Folgen für die Patienten und allfällige Wirkungen auf den Medikamentenkonsum.

2.1. Rahmenbedingungen im Schweizer Gesundheitssystem

Die theoretische Analyse erfolgt im institutionellen Rahmen des Schweizer Gesundheitssystems. Neben dem bereits erwähnten Umstand, dass nur zugelassene Ärzte Medikamente zulasten der Grundversicherung verschreiben dürfen, sind folgende Rahmenbedingungen bedeutsam.

Es besteht für die Patienten ein relativ umfassender und obligatorischer Versicherungsschutz im Rahmen der Grundversicherung (OKP). Dies hat zur Folge, dass die Patienten die Kosten der Medikamente nur im Rahmen der Franchise sowie der prozentualen Selbstbeteiligung direkt selbst zu tragen haben.

Für die Krankenversicherer besteht ein Vertragszwang mit sämtlichen zugelassenen Ärzten (sog. Kontrahierungszwang). Dies hat unter anderem zur Folge, dass die Kosten aller ärztlich verschriebenen Medikamente von den Versicherern übernommen werden müssen, sofern ein Medikament auf der so genannten Spezialitätenliste aufgeführt ist. Die Preise der kassenzulässigen Medikamente werden im Rahmen der Medikamentenzulassung als Höchstpreise behördlich festgelegt.

Diese Merkmale führen zu einer Situation, die sich massgeblich von den Verhältnissen eines Wettbewerbsmarkts unterscheiden. Einerseits unterliegen die Ärzte bei kassenzulässigen Medikamenten keinem Konkurrenz- oder Preisdruck. Im Gegensatz zu anderen Gütern macht es nämlich für die Patienten als Nachfrager von solchen Medikamenten keinen Sinn, den Anbieter (Arzt) aus Kostengründen zu wechseln. In einem normalen Markt hätten die Nachfrager die Möglichkeit, ein günstigeres Angebot zu suchen und somit einen Wettbewerbsdruck zu bewirken. Dies wird bei kassenzulässigen Medikamenten durch eine Kombination aus Kontrahierungszwang und staatlicher Preisfestsetzung im Sinne eines Preiskartells

verhindert. Einzig die Möglichkeit zur Generikasubstitution ermöglicht nach Ablauf des Patentschutzes einen gewissen Preisdruck auf Originalpräparate. Andererseits ist die Nachfrage der Patienten aufgrund der Zwangsversicherung mit beschränkter Selbstbeteiligung deutlich weniger preiselastisch als dies ohne Versicherung der Fall wäre. Dies führt tendenziell dazu, dass höhere Mengen nachgefragt werden und reduziert zugleich den Anreiz für die Patienten, aktiv nach günstigeren Angeboten kassenpflichtiger Medikamente zu suchen.

Diese Wirkungen der heutigen institutionellen Rahmenbedingungen sind insbesondere dort zu berücksichtigen, wo es um die Beurteilung des Abgaberegimes geht.

2.2. Anbieterinduzierte Nachfrage

Neben den beschriebenen institutionellen Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems ist für die Analyse ein weiteres Phänomen zu berücksichtigen, welches für Gesundheitsleistungen charakteristisch ist und diese von vielen anderen Gütern und Dienstleistungen unterscheidet.

Es handelt sich um das Phänomen der so genannten *anbieterinduzierten Nachfrage*. Diese entsteht dadurch, dass der Arzt als medizinischer Experte einen naturgemässen Informationsvorsprung gegenüber seinem Patienten hat und damit die Nachfrage nach medizinischen Leistungen zu seinen Gunsten beeinflussen bzw. induzieren kann:

«Da der Patient in aller Regel nicht in der Lage ist, darüber zu entscheiden, was die angemessene Therapie ist, entscheidet im Wesentlichen der Anbieter, d.h. der Arzt. Er bestimmt, in welchem Ausmass medizinische Leistungen nachgefragt werden. Nun hat dieser ein eigenes ökonomisches Interesse daran, dass von ihm selbst möglichst viele Leistungen nachgefragt werden. Dies führt dazu, dass er im Zweifelsfall eher eine Untersuchung bzw. Behandlung zu viel anordnet. [...] Ist er gleichzeitig derjenige, der die Medikamente nicht nur verschreibt, sondern auch verkauft, hat er zudem einen Anreiz, zu viele und/oder zu teure Medikamente zu verschreiben.» (Kommission für Konjunkturfragen, 2006, 34)⁴. Insbesondere bezüglich der letzten Aussage besteht unter Gesundheitsökonomien breiter Konsens (vgl. z.B. jüngst Widmer et al., 2007, 41).

In diesen Ausführungen wird erstens deutlich, dass einem nachfrageinduzierenden Verhalten der Leistungserbringer ein grosses Potential zur Kostensteigerung innewohnt.⁵ Entsprechend hat die Anbieterinduzierung in der gesundheitsökonomischen Literatur grosse Beachtung gefunden und zu einer Vielzahl von empirischen Studien geführt.⁶

⁴ Die Kommission für Konjunkturfragen (KfK) ist ein hochkarätiges, unabhängiges Beratergremium des Schweizer Bundesrats; analog zum deutschen Sachverständigenrat und dem Council of Economic Advisors in den USA. Die KfK widmete ihren Jahresbericht 2006 einer umfassenden Analyse des Schweizer Gesundheitswesens.

⁵ Nach Breyer et al. (2005, 334) kann unterschieden werden zwischen anbieterdeterminierter und anbieterinduzierter Nachfrage. Erstere liegt in aller Regel vor, weil die Nachfrageentscheidungen in überwiegender Masse durch den Anbieter / Arzt getroffen werden. Letztere bezieht sich darauf, dass Anbieter ihre Informationen gegenüber dem Patienten im Hinblick auf Auslastungs- oder Einkommensziele variieren können. Insbesondere dieses Verhalten führt zu einer kostentreibenden Mengenausweitung der Leistungen bzw. Medikamente.

⁶ Die Theorie der anbieterinduzierten Nachfrage geht auf die Arbeiten von Milton Roemer (Shain / Roemer, 1959; Roemer, 1961) und Studien von Evans (1974) zurück, und hat in die

Zweitens ist offenbar, dass die ärztliche SD die Tür für eine bestimmte Form der Nachfrageinduzierung öffnet. Aus systematischer Sicht lassen sich nämlich verschiedene Möglichkeiten der Nachfrageinduzierung unterscheiden.

- a) Induzierung von Leistungen, welche vom Leistungserbringer selbst erbracht werden.

Aufgrund seines Informationsvorsprungs hat der Leistungserbringer die Möglichkeit, Leistungen zu verordnen, die er selbst erbringt und sich dadurch einen ökonomischen Vorteil zu verschaffen. Oft erbringen Ärzte nicht nur diagnostische Leistungen, sondern mindestens auch einen Teil der auf ihrer Diagnose beruhenden therapeutischen, kurativen Leistungen selbst.

- b) Induzierung von *Drittleistungen*, bei welchen ein Leistungserbringer ein Eigeninteresse hat.

Unter Drittleistungen werden hier alle Leistungen verstanden, die ein Leistungserbringer bzw. Arzt nicht selbst erbringt, die aber von ihm verordnet oder veranlasst werden. Hierunter fallen beispielsweise Laboruntersuchungen, Röntgenaufnahmen, Physiotherapie und Medikamente.⁷ Leistungserbringer haben hier ein finanzielles Eigeninteresse, wenn sie Eigentümer oder Teilhaber der entsprechenden Einrichtungen sind (z.B. eines Labors oder einer Apotheke⁸) oder entsprechende Vergütungen von diesen Einrichtungen bzw. deren Betreibern für Zuweisungen von Patienten erhalten (sog. self-referral).⁹

Bei der Selbstdispensation von Medikamenten verdient der verschreibende Arzt an jeder abgegebenen Packung direkt mit, sodass das das Eigeninteresse unmittelbar ersichtlich ist.

Aus der Möglichkeit zur Nachfrageinduzierung ergibt sich in allen Fällen ein *unmittelbarer Konflikt* zwischen den Interessen des Arztes und den Interessen seiner Patienten. Dieser Interessenkonflikt hat neben einer medizinischen und ethischen auch eine ökonomische Dimension, indem zusätzliche Kosten zulasten der Patienten bzw. Sozialversicherten entstehen können.

gesundheitsökonomische Standardwerke Eingang gefunden, vgl. z.B. Breyer et al. (2005), Henderson (2005), Phelps (2003), Santerre / Neun (2004). Auf die entsprechende empirische Evidenz wird in Abschnitt 3 eingegangen; vgl. hierzu auch Slembeck (2006).

⁷ Während Diagnose und Verschreibung als ärztliche Leistungen gelten, sind die Medikamente selbst als Drittleistung zu klassifizieren.

⁸ vgl. z.B. in der Schweiz die Apotheke "zur Rose", welche als Teilhaber ausschliesslich Ärzte zulässt und 2007 einen Betriebsgewinn (EBIT) von 9 Millionen Franken erzielte.

⁹ In der gesundheitsökonomischen Literatur wird die Zunahme dieser so genannten Self-Referrals überaus kritisch beurteilt; vgl. z.B. Henderson (2005, 145), der insbesondere auch das Fee-Splitting und die Referral-Fees (Überweisungsgutschriften, z.B. von Spitälern an Spezialisten) als Mechanismus der Nachfrageinduzierung kritisiert.

2.3. Standesregeln und Kontravalenz-Prinzip

Dass die hier diskutierte Situation grundsätzlich problematisch ist, scheint in der Medizin seit jeher bekannt. Der *hippokratische Eid* lässt sich nicht nur als Schutz vor Quacksalberei verstehen, sondern insbesondere als Korrektur der Anreizproblematik interpretieren, indem er die Ärzteschaft dazu verpflichtet, ihre Interessen mit jenen der Patienten ein Einklang zu bringen. Es handelt sich um die vermutlich älteste Standesregel zum Schutz der Nachfrager, deren Bedeutung für den ärztlichen Berufsstand durch die Formalisierung als Eid in aller Deutlichkeit hervorgehoben wird.

Die Gefahr der ökonomischen Übervorteilung des Patienten durch den Arzt wird auch heute noch erkannt. So beinhaltet die verbindliche *Standesordnung* der Verbindung Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) in Artikel 4, Absatz 2 unter anderem ein explizites Verbot der materiellen Ausnützung. Zudem legt Artikel 3, Absatz 2 fest, dass ärztliches Handeln im Bereich der obligatorischen Sozialversicherung dem Gebot kosteneffektiver Medizin folgen solle.¹⁰ Dies zeigt, dass offenbar auch die ärztliche Standesorganisation der Schweiz Regeln zum Schutz vor Nachfrageinduzierung als notwendig erachtet.

Neben derartigen Standesregeln sind aus gesundheitsökonomischer Sicht aber auch *anreizkompatible institutionelle Rahmenbedingungen* notwendig, um die Möglichkeit zur Nachfrageinduzierung zu begrenzen. Rahmenbedingungen sind insbesondere derart auszugestalten, dass sie folgendem Grundsatz entsprechen:

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

Dieser Grundsatz lässt sich als *Kontravalenz-Prinzip* bezeichnen und verlangt die personelle und finanzielle Trennung medizinischer Leistungen zwecks Verhinderung anbieterinduzierter Nachfrage nach diesen Leistungen.¹¹ Das Prinzip lässt sich insbesondere auch mit der Problematik der Sachwalterbeziehung zwischen Arzt und Patienten begründen, wenn aufgrund der Anreizstruktur davon auszugehen ist, dass der Arzt kein perfekter Sachwalter des Patienten ist.¹²

Im Lichte des Kontravalenz-Prinzips sollen beispielsweise Diagnose und Therapie nicht *bei einem*, sondern *bei unterschiedlichen* Leistungserbringern zu Einkommen führen. Wird ein Arzt für seine Diagnoseleistung entschädigt, nicht aber für die darauf beruhende, nachfolgende Therapie, hat der Diagnosesteller keinen Anreiz, besonders teure oder gar unnötige Therapien

¹⁰ Standesordnung FMH; Art.3, Abs. 2: *Arzt und Ärztin setzen ihre Mittel in Prävention, Diagnostik und Therapie sowie Rehabilitation zum Wohle der Patienten und Patientinnen ein. Sie beachten dabei im Bereich der obligatorischen Sozialversicherung das Gebot kosteneffektiver Medizin.* Art.4, Abs. 2: *Arzt und Ärztin dürfen ein sich aus der ärztlichen Tätigkeit ergebendes Abhängigkeitsverhältnis nicht missbrauchen, insbesondere darf das Verhältnis weder emotionell oder sexuell, noch materiell ausgenützt werden.* – SD-Medikamente sind hier zweifellos eingeschlossen. Aus ökonomischer Warte ist allerdings zu fragen, warum eine kosteneffektive Medizin nur im Bereich der obligatorischen Sozialversicherung verlangt wird.

¹¹ *Kontravalenz* bedeutet im Sinne der ausschliessenden Disjunktion eine gegenseitige Ausschlusslichkeit, entsprechend dem ausschliessenden Oder der Aussagenlogik.

¹² Zur Sachwalterproblematik vgl. z.B. Breyer et al, 2005, 435ff.

zu verschreiben und zusätzliche Konsultationen zu veranlassen.¹³ Hausarztmodelle, bei denen der Hausarzt die Rolle eines «diagnostischen Gatekeepers» übernimmt, der nur einfache Behandlungen selbst durchführt und die Fälle ansonsten an Spezialisten überweist, setzen effizientere Anreize, indem die Aufteilung zwischen (Erst)Diagnose und Therapie verstärkt wird. Die zunehmende Spezialisierung der Medizin erscheint in dieser Perspektive als wünschenswert, weil sie die Möglichkeiten der Leistungserbringer zur Nachfrageinduzierung einschränkt (vgl. Werblow, 2004, 70).¹⁴

Bezogen auf die Induzierung von Drittleistungen (inkl. Medikamente) verlangt das Kontravalenz-Prinzip eine strikte Trennung der Einkommensströme diagnostizierender bzw. verschreibender Ärzte einerseits sowie den Erbringern der Drittleistungen andererseits. Für die Medikamentenabgabe gilt, dass der verschreibende Arzt ausschliesslich im Rahmen seiner diagnostischen und beratenden Leistung Einkommen oder andere Vorteile erlangen, aber nicht am Medikament selbst verdienen darf. Entwicklung, Herstellung und Vertrieb von Medikamenten sind demnach nicht als ärztliche Leistungen zu qualifizieren.

Neben diesen grundsätzlichen Aspekten sind weitere Faktoren zu berücksichtigen, welche insbesondere in der Schweiz die Nachfrageinduzierung im Rahmen der SD begünstigen.

- Aufgrund des Kontrahierungszwangs besteht eine geringe Wettbewerbsintensität unter den Anbietern, sodass der Markt seine korrigierende Wirkung weitgehend verliert (vgl. auch Abs. 2.4).
- Der umfangreiche Versicherungsschutz der Nachfrager reduziert deutlich deren Anreize, sich der Induzierung zu widersetzen oder nach Alternativen zu suchen (vgl. in diesem Sinne Breyer et al. 2005, 336).
- Neben dem Vorliegen asymmetrischer Informationen besteht gemäss Breyer et al. (2005, 349) eine wichtige Voraussetzung für die Nachfrageinduzierung darin, dass das ärztliche Honorar oder Einkommen mit der erbrachten Leistungsmenge proportional zunimmt. Diese Voraussetzung ist in der Schweiz durch den Einzelleistungstarif (Tarmed) und ebenso hinsichtlich des ärztlichen Medikamentenverkaufs vollständig erfüllt und liefert damit die Basis für die Nachfrageinduzierung im Bereich der Medikamente.¹⁵

Zusammenfassend lässt sich aus gesundheitsökonomischer Sicht festhalten, dass in der Schweiz die Anreize für eine Nachfrageinduzierung im Rahmen

¹³ Allerdings müssen hier ausreichende Anreize für eine bestmögliche Diagnose gesetzt werden, und zwar unabhängig vom Therapieerfolg (vgl. hierzu Fussnote 15).

¹⁴ Ökonomisch vorteilhaft ist die Spezialisierung insbesondere auch dann, wenn sie das Ergebnis von Wettbewerb unter den Anbietern ist und für diese Anreize zu besserer Qualität setzt sowie den Nachfragern grössere Wahlfreiheiten eröffnet. Zudem erlaubt die Spezialisierung die Realisierung von Skalenerträgen, welche allerdings im heutigen System aufgrund mangelnden Wettbewerbs nur begrenzt an die Nachfrager weiter gegeben werden.

¹⁵ Abhilfe liesse sich allenfalls über eine Änderung des Honorierungssystems schaffen. Dies ist etwa im Rahmen von so genannten Capitation-Modellen möglich, bei denen Leistungserbringer für einen Pool von Personen einen fixen Betrag pro Kopf erhalten, und zwar unabhängig vom Gesundheitszustand der betreuten Personen. Weil Behandlungen Kosten verursachen, ist das Einkommen der Leistungserbringer umso höher, je besser der Gesundheitszustand der Personen im betreuten Pool. Damit entfällt in diesen Modellen der Anreiz, unnötige oder besonders teure Medikamente zu verschreiben bzw. zu verkaufen.

der SD eindeutig gegeben sind und die Rahmenbedingungen ein solches Verhalten unmittelbar begünstigen.

Bevor im nächsten Abschnitt auf die vermeintlichen Wettbewerbswirkungen der SD bzw. deren Ausweitung eingegangen wird, sei das Kontravalenz-Prinzip *bezüglich SD* nochmals auf den Punkt gebracht. Wer verschreibt, verdient nicht am Verkauf – insbesondere, wenn er nicht im Wettbewerb steht und ein Dritter bezahlt.

2.4. Schafft Selbstdispensation Wettbewerb?

Ein Aspekt, der für die Beurteilung der SD zentral erscheint, betrifft die Frage, ob SD ein geeignetes Mittel ist, um unter den Anbietern Wettbewerb zu schaffen. In der Diskussion um eine allfällige Erweiterung (oder Abschaffung) der SD wird nämlich von den Proponenten der SD betont, dass sich mit deren Ausweitung eine «Marktöffnung» oder «Liberalisierung» zum Wohle der Patienten realisieren lasse. Damit wird suggeriert, dass sich für die Patienten massgebliche Vorteile ergeben würden.

Aus ökonomischer Sicht ist zunächst festzuhalten, dass Wettbewerb unter den Anbietern in einem freien Markt für die Nachfrager grundsätzlich positiv zu beurteilen ist, weil Konkurrenz die Anbietermacht reduziert, zu alloka-tionseffizienter Verteilung führt und zudem die Produktvielfalt erhöht. In einem solchen Markt entsteht durch Produktdifferenzierung oft ein Preis-Leistungs-Wettbewerb, bei welchem sich Anbieter über den Preis oder die Leistung bzw. deren Qualität oder eine entsprechende Kombination profilieren können.

Vereinfacht ausgedrückt, stehen Discountangebote mit tiefen Preisen und geringerer Qualität Premiumangeboten mit hohem Preis und hoher Qualität gegenüber. Neue Anbieter können, bei gegebener Leistung oder Qualität, nur dann in den Markt eindringen, wenn sie preisgünstiger sind bzw. wenn sie zu einem gegebenen Preis eine höhere Leistung oder Qualität anbieten. Damit sinken (für eine gegebene Qualität) durch das Auftreten neuer Anbieter die Preise und die Konsumausgaben reduzieren sich, falls die Nachfrage preisunelastisch ist – was für die allermeisten rezeptpflichtigen Medikamente zweifellos realistisch ist.¹⁶ Dadurch steigt die Konsumentenrente und der Wettbewerb entfaltet seine disziplinierende Wirkung.

Diese allgemeine Wettbewerbslogik ist allerdings nicht auf den regulierten Markt für rezeptpflichtige Medikamente übertragbar. Zunächst kann nicht von einem Preis-Leistungs-Wettbewerb gesprochen werden. Die Preise der Medikamente auf der Spezialitätenliste (Abgabekategorien A und B) sind administrativ festgelegt und die Qualität ist ebenfalls reglementiert. Nur die wenigsten Patienten würden ein qualitativ schlechteres Medikament¹⁷ akzeptieren, nur weil es preislich günstiger ist. Dies gilt insbesondere, wenn der Patient versichert ist und deshalb die Kosten nur im Rahmen seiner Selbstbeteiligung zu tragen hat. Im ausgeprägten Versicherungsschutz

¹⁶ Dies bedeutet insbesondere, dass beispielsweise nur wenige Patienten freiwillig zusätzliche Medikamente konsumieren werden, nur weil diese billiger werden. Die Medikamentennachfrage richtet sich mit anderen Worten im Wesentlichen nach der Dringlichkeit oder Notwendigkeit eines Medikaments und weniger nach seinem Preis.

¹⁷ "Schlechter" würde bei einem Medikament insbesondere eine geringere Wirksamkeit oder grössere Nebenwirkungen bedeuten.

besteht der zweite wesentliche Unterschied zum freien Markt, auf welchem die Nachfrager den Kaufpreis selber tragen.

Der dritte wichtige Unterschied liegt im bereits erwähnten Phänomen der anbieterinduzierten Nachfrage. Zusätzliche Anbieter bzw. Verschreiber von Medikamenten führen zu einer Erhöhung der angebotenen und im Rahmen der Induzierung auch nachgefragten Menge, ohne dass es zu einem Preisdruck kommt. Damit wachsen die Konsumausgaben bzw. Gesundheitskosten, statt dass sie sinken würden, wie dies in einem freien Markt zu erwarten wäre.¹⁸

Durch die SD lässt sich folglich kein Wettbewerb auslösen, der die Preise senken, die Qualitäten erhöhen bzw. differenzieren oder gar die Kosten senken würde. Wenn im Zusammenhang mit einer Ausweitung der SD von «Marktöffnung» oder «Liberalisierung» gesprochen wird, handelt es sich aus ökonomischer Sicht um nicht nachvollziehbare Scheinargumente.

Aus Sicht der Effizienz wichtiger ist der Wettbewerb zwischen den Apotheken. Im vorliegenden Marktsegment der rezeptpflichtigen Medikamente spielt sich dieser Wettbewerb traditionell weniger auf der Ebene der Preise oder Produktqualität ab, sondern läuft über Service, Beratungsqualität, Standort und zeitliche Verfügbarkeit. Die Bezugsmöglichkeiten über das Internet haben die Konkurrenzsituation unter den Apotheken zweifellos verschärft, auch in preislicher Hinsicht, sodass es auch unabhängig von der Frage der SD zu einer Strukturbereinigung kommen dürfte.

2.5. Versorgung, Anreize, Nutzen und Kosten der Abgabe

Bei der Beurteilung der beiden Abgaberegime gilt es einige Unterschiede zu berücksichtigen, die direkt oder indirekt mit den jeweiligen Anreizen verbunden sind.

a) *Medikamentenversorgung: Zugang und Sortiment*

Ein oft diskutierter Aspekt betrifft die Versorgung der Bevölkerung mit Medikamenten. Unter dem Begriff der *Versorgungssicherheit*¹⁹ kann hiermit einerseits die generelle Verfügbarkeit gemeint sein. Für die Schweiz ist aufgrund der dichten Besiedlung und der postalischen Versandmöglichkeiten davon auszugehen, dass diese generelle Verfügbarkeit durch Apotheken vollständig gesichert werden kann.

Andererseits stellt sich die Frage nach den zeitlichen und räumlichen *Zugangsmöglichkeiten*. Ärztliche Privatapotheken haben den Vorteil, dass Patienten verschriebene Medikamente unmittelbar beim Arztbesuch ausgehändigt werden können. Diesem Vorteil der Bequemlichkeit stehen aber auch einige Nachteile gegenüber.

Aufgrund der beschränkten Lagerhaltung steht in Privatapotheken nur eine begrenzte Auswahl an (gängigen) Medikamenten zur Verfügung. Nachfrage-

¹⁸ Für ein Marktmodell mit versicherten Nachfragern und Preissetzung durch Dritte, siehe McGuire (2000). In diesem Kontext lässt sich zeigen, dass Ärzte die Menge an Behandlungen bzw. Verordnungen über das effiziente Mass hinaus ausweiten und damit einen Wohlfahrtsverlust verursachen, sowie dass sie auf Reduktionen des administrierten Preises mit Mengenausweitungen reagieren.

¹⁹ Vgl. die Medienmitteilung des Zürcher Regierungsrats vom 15. November 2007.

schwankungen können weniger gut ausgeglichen werden, sodass Patienten gegebenenfalls den Arzt nochmals aufsuchen oder in eine Apotheke gehen müssen. Bei nicht-gängigen Medikamenten, welche in der Privatapotheke üblicherweise nicht an Lager gehalten werden, entfällt der Vorteil der Sofortabgabe mittels SD vollständig.

Ein gewichtiger Nachteil besteht auch darin, dass die ärztliche Privatapotheke ausschliesslich den Patienten des Arztes zu den üblichen Öffnungszeiten und unter unmittelbarer Aufsicht des Arztes zugänglich ist. Benötigt ein Patient beispielsweise Medikamente, die von mehreren Ärzten verschrieben wurden (z.B. Hausarzt und Spezialist), muss er diese einzeln aufsuchen. Dabei beschränkt sich der zeitliche Zugang auf die Praxiszeiten, sodass die Abgabe zu Rand- und Nachtzeiten, an Wochenenden und Feiertagen, sowie bei temporärer Praxisschliessung aufgrund von Ferien, Militärdienst und Weiterbildung des Arztes, stark eingeschränkt oder unmöglich sein kann.

Inbesondere kann eine *Notfallversorgung*, welche auch eine Vielzahl von nicht-gängigen Medikamenten einschliessen muss, meistens wesentlich umfassender und effizienter bzw. kostengünstiger über Offizinapotheken organisiert werden, als über eine grössere Zahl ärztlicher Privatapotheken, welche notwendigerweise über ein limitiertes Sortiment und begrenzte Öffnungszeiten verfügen. Ähnliches gilt für den von vielen Offizinapotheken angebotenen *Hauslieferdienst* für Medikamente, der eine Zusatzleistung darstellt, die in aller Regel von der Ärzteschaft nicht, oder nur in Verbindung mit einer hausärztlichen Heimkonsultation, angeboten wird.

b) *Ärztliches Verschreibungsverhalten*

Neben dem erwähnten Fehlanreiz, unnötige und teure Medikamente abzugeben, hat die SD weitere negative Anreize für das ärztliche Verschreibungsverhalten.

Ein Grund für die internationale Ächtung der SD (vgl. nachfolgend Abs. 3.1) liegt in einem Anreiz zu medikamentöser Behandlung, statt anderen, oftmals kostengünstigeren Möglichkeiten wie Abwarten, Beratung, Hausmittel, Ernährungsumstellung usw. Es ist gerade die sofortige Verfügbarkeit von Medikamenten, welche für Arzt und Patient kostenträchtige Fehlanreize setzt.

Die Beschränkung des Sortiments in Privatapotheken auf gängige Medikamente setzt zudem Anreize, solche Medikamente zu verschreiben, welche unmittelbar verfügbar sind, selbst wenn es aus medizinischer Sicht optimalere Präparate gibt. Dieser Verfügbarkeitseffekt (*availability bias*) kann die Qualität der Behandlung systematisch negativ beeinflussen.

Schliesslich ist auf die Gefahr hinzuweisen, dass durch die SD zusätzliche Konsultationen induziert werden. So besteht bei SD-Ärzten ein Anreiz dazu, zusätzliches Einkommen aus Konsultationen zu generieren, indem Patienten im Zusammenhang mit der Abgabe von Medikamenten öfter als nötig gesehen werden.

c) *Patientennutzen und Kosten der Abgabe*

Wie bereits erwähnt, ist die Breite und Tiefe des Medikamentenangebots in Offizinapotheken durchwegs erheblich grösser als in ärztlichen Privatapotheken, welche sich auf gängige Präparate gemäss jeweiliger Spezialisierung der Praxis konzentrieren. Zusammen mit der grösseren Verfügbarkeit bieten Offizinapotheken diesbezüglich somit Nutzensvorteile für den Patienten.

Ein weiterer Nutzenaspekt ergibt sich dadurch, dass bei der Abgabe mittels Rezept der Apotheker dieses zusätzlich überprüft und er allfällige Fehler oder Unstimmigkeiten korrigieren oder abklären kann. Gegebenenfalls kann er Alternativen vorschlagen. Bedeutsam ist dies insbesondere auch hinsichtlich der Identifikation möglicher Wechselwirkungen, wenn einem Patienten mehrere Medikamente (von verschiedenen Ärzten) verschrieben werden. Beim SD-Regime fällt dieser Mehrwert weg.

Die Logistik bzw. Distribution und Lagerhaltung von Medikamenten lässt sich über Apotheken zweifellos wesentlich effizienter organisieren, als dies über eine mehrfach grössere Zahl von Privatapotheken möglich ist. Aus Sicht der Distributions- und Lagerkosten sind Offizinapotheken klar vorzuziehen.

Bei der Beurteilung der Kosten der Medikamentenabgabe selbst ist zu berücksichtigen, dass diese heute intransparent sind. Während die Beratungsleistungen im Zusammenhang mit der Abgabe beim Arzt im Rahmen der Konsultationen implizit über den ärztlichen Leistungskatalog (Tarmed) abgegolten werden, besteht seitens der Apotheker eine explizite Kostenvereinbarung (sog. Medikamenten- und Bezugs-Check).²⁰ So lange die ärztlichen Kosten der Abgabe nicht separat ausgewiesen werden, ist unklar, welcher Abgabekanal höhere bzw. tiefere Kosten *pro Abgabe* aufweist.

d) *Autonomie der Patienten*

Ein wichtiger qualitativer Aspekt betrifft die *Autonomie* der Patienten als Nachfrager, denn der Nutzen für das Individuum steigt mit seiner Entscheidungsfreiheit. Bei der Medikamentenabgabe betrifft Patientenautonomie insbesondere die Freiheit, verschriebene Medikamente tatsächlich zu beziehen bzw. den Bezug zu unterlassen oder zeitlich zu verzögern – die Frage der Wahlfreiheit der Bezugsquelle wird nachfolgend unter e) diskutiert.

In der Praxis ist festzustellen, dass ausgestellte Rezepte nicht oder nur teilweise eingelöst werden, wenn Patienten der Meinung sind, dass ein verschriebenes Medikament unnötig ist oder wenn entsprechende Bestände noch daheim verfügbar sind. Zudem warten Patienten mit dem Bezug, wenn sie ein Abklingen des Leidens ohne Medikamenteneinnahme erwarten und verzichten dann auf den Bezug, wenn sich ihre Erwartung erfüllt.

Diese Verhaltensweisen sind nicht nur Teil der Patientenautonomie, sondern auch kostensparend. Letzteres allerdings nicht, wenn die Medikamente dem

²⁰ Der Medikamenten-Check beinhaltet die Entschädigung für die Rezeptkontrolle, Interaktionskontrollen (Verträglichkeit mit anderen Medikamenten), Anschreiben der Einnahmenvorschriften und Informationen wie Aufbewahrung, Anwendung, Einnahme, Vorsichtsmassnahmen (Missbrauchkontrolle). Er wird pro Rezeptzeile verrechnet, d.h. für jedes einzelne Medikament pro Abgabedatum. Für den Medikamenten-Check werden immer CHF 4.30 (inkl. 2.4% MWSt) in Rechnung gestellt.

Patienten in der Praxis direkt ausgehändigt werden. In diesem Falle fällt die Entscheidung, ein Rezept einzulösen oder nicht weg, und es entstehen zusätzliche Bestände an nicht eingenommenen Medikamenten in der Hausapotheke der Patienten, welche nach Ablauf der Haltbarkeit entsorgt werden müssen.

Das Rezepturregime erhöht zudem die Autonomie der Patienten, indem sie mit dem Apotheker im Sinne einer Zweitmeinung Rücksprache halten und mögliche Alternativen ansprechen können.

Somit erweist sich sowohl hinsichtlich des Nutzens aus der Patientenautonomie als auch bezüglich Kosten das Rezepturregime als vorteilhaft. Denn abgegebene und abgerechnete, aber nicht eingenommene Medikamente sind die teuersten Medikamente.

e) Wahlfreiheit beim Bezug

Die *effektive* Wahlfreiheit der Medikamentenbezüger ist eng mit der Frage des Wettbewerbs und der Angebotsstruktur verknüpft. Einerseits werden im SD-Regime viele Patienten den Direktbezug in der Arztpraxis wählen, sofern das Medikament unmittelbar verfügbar ist, sodass der Apothekenbezug hier eine eher theoretische Option ist.

Andererseits hängt die Verfügbarkeit von Apotheken bzw. deren Dichte vom Abgaberegime ab. Bei einem SD-Regime ist die Apothekendichte deutlich geringer, weil die Apotheken die umsatzstarken, gängigen Medikamente an die selbst dispensierenden Ärzte verlieren (vgl. Marty, 2007). Damit ergibt sich in einem reinen SD-Regime in extremis die Situation, dass sich die vermeintliche Wahlfreiheit auf den Bezug beim behandelnden Arzt beschränkt.

Insbesondere in ländlichen Gegenden, aber teilweise auch in den Städten, weist das SD-Regime aufgrund der Beschränkung des Bezugs auf den behandelnden Arzt weniger Apotheken auf, was im Vergleich zum Rezepturregime zu einer geringeren effektiven Wahlfreiheit beim Bezug führt.

f) Gegenüberstellung der qualitativen Aspekte

	SD-Regime	Rezepturregime
Versorgungssicherheit	+	+
unmittelbarer Zugang in der Arztpraxis	+	-
	(falls aktuell vorrätig und Arzt anwesend)	
zeitlicher Zugang	(+)	+
	(Öffnungszeiten der Praxis; nur eigene Patienten zugänglich)	(Öffnungszeiten der Apotheke; bis zu 24h)
räumliche Verfügbarkeit	-	+
	(nur für eigene Patienten)	(für alle verfügbar; Apothekendichte in Abhängigkeit des Regimes)

	SD-Regime	Rezepturregime
Sortimentsbreite/ -tiefe	– (i.d.R. nur gängige Medikamente gemäss Spezialisierung des Arztes)	+
Ausgleich Nachfrageschwankungen	–	+
Induzierung zusätzlicher Konsultationen	–	+ (kein Anreiz)
Verfügbarkeitseffekt	–	+ (kein Anreiz)
Zusatznutzen bei der Abgabe	–	+ (Beratung, Zweitmeinung, etc.)
Anreiz für medikamentöse Behandlung	–	+ (kein Anreiz)
Notfallversorgung, Hauslieferung	?	bereits bestehend
Kosten pro Abgabe	unklar, weil implizit via Tarmed	explizit geregelt (Verhandlungspreis)
Patientenautonomie	–	+
effektive Wahlfreiheit	–	+

In dieser Gegenüberstellung wird deutlich, dass das Rezeptur- gegenüber dem SD-Regime für die Patienten eine Reihe von Vorteilen aufweist.

Deren Quantifizierung kann aber letztlich nur über einen *Markttest* erfolgen. Dieser liesse sich etwa über eine zusätzliche Option in der OKP erreichen, bei welcher die Versicherten den Bezugskanal (Rezept, Direktbezug beim Arzt oder freie Wahl) selbst wählen. Die Versicherer legen einen Zu- oder Abschlag für jede Option aufgrund der risikobereinigten Zusatz- oder Minderkosten fest. Somit können die Versicherten ihre Präferenzen, z.B. zugunsten der Bequemlichkeit des Direktbezugs, unmittelbar zum Ausdruck bringen, tragen aber zugleich die entstehenden Kosten. Das Ergebnis dieser Optionslösung besteht in einer Marktlösung, welche nicht nur die Effizienz des Abgaberegimes erhöht, sondern als liberaler Ansatz auch gewährleistet, dass alle Versicherten ihren Präferenzen unabhängig von politischen Mehrheiten nachleben können.

3. Praxis und empirische Befunde

Nachdem im vorherigen Abschnitt die theoretischen Grundlagen dargelegt wurden, wird nachfolgend der Bezug zu den entsprechenden empirischen Befunden hergestellt. Dabei werden sowohl internationale Studien und Standards wie auch die schweizerische Situation berücksichtigt.

3.1. Internationale Evidenz und Trends

«No doctors should be allowed to dispense drugs, as this is likely to create incentives for them to prescribe excessively...» (OECD, 2007, 76)

a) Internationaler Standard

Der internationale Standard bezüglich SD lässt sich anhand obigen Zitats trefflich zusammenfassen. Dieses stammt aus dem jüngsten Country Report zur Schweiz und wiederholt eine langjährige Kritik der OECD an der SD im Schweizer Gesundheitswesen. Die Trennung von Verschreibung und Verkauf gemäss Kontravalenz-Prinzip gilt bei Medikamenten seit Jahrzehnten als Standard im OECD-Raum. Deutliche Abweichungen bilden einige asiatische Länder, worauf unter Ziff. d) eingegangen wird.

Die folgende Graphik zeigt den relativen Anteil der selbstdispensierenden Ärzte an der gesamten Ärzteschaft für die Schweiz und die EU-Länder.

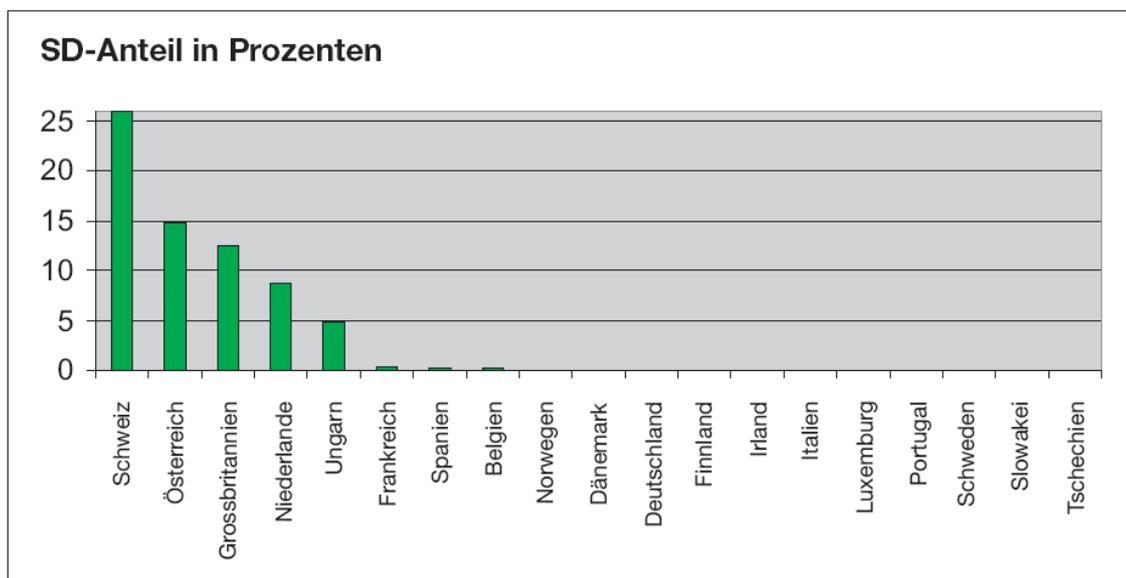


Abbildung 1: Anteil selbstdispensierender Ärzte an den Allgemeinmedizinern, EU und Schweiz, 2005; Quelle: Pharmaceutical Group of the European Union.

Im europäischen Vergleich nimmt die Schweiz beim SD-Anteil mit 26% eine klare Spitzenposition ein und weicht damit massiv vom internationalen Standard ab.

Die weitgehende Abwesenheit der SD in den entwickelten Ländern erklärt, warum es in der internationalen Fachliteratur kaum empirische Studien zur Nachfrageinduzierung im Rahmen der ärztlichen SD gibt. Hingegen ist die

Nachfrageinduzierung bei ärztlichen Leistungen sowie bei Dritteleistungen empirisch gut untersucht.

b) Nachfrageinduzierung bei ärztlichen Leistungen

Die empirische Analyse der Nachfrageinduzierung ist methodisch anspruchsvoll und führt deshalb zu leicht unterschiedlichen Ergebnissen. Breyer et al. (2005, 349) fassen die Evidenz für die USA und Deutschland dahingehend zusammen, dass zwischen der Ärztedichte und den Pro-Kopf-Ausgaben für ärztliche Leistungen ein positiver, statistisch gesicherter Zusammenhang besteht. Dies weist darauf hin, dass Ärzte die Nachfrage nach ihren Leistungen tatsächlich in ihrem eigenen Interesse beeinflussen können.

Für die Schweiz findet die Kommission für Konjunkturfragen (2006, 68) deutliche Evidenz für eine Nachfrageinduktion, insbesondere seitens der Spezialisten:

«Die Fachärzte können rund die Hälfte der durch stärkere Konkurrenz bedingten Leistungseinbussen kompensieren, indem sie mehr Patienten empfangen und (oder) teurere Behandlungen durchführen. Dass das Verhältnis zwischen Elastizität der ärztlichen Leistungen und Ärztedichte sehr weit von -1 entfernt ist, spricht sehr stark dafür, dass ein Verhalten existiert, welches eine angebotsinduzierte Nachfrage auslöst.»

Die empirische Analyse der KfK (2006) zeigt den Zusammenhang zwischen Ärztedichte und Behandlungskosten pro Versicherten (vgl. Abbildung 2).

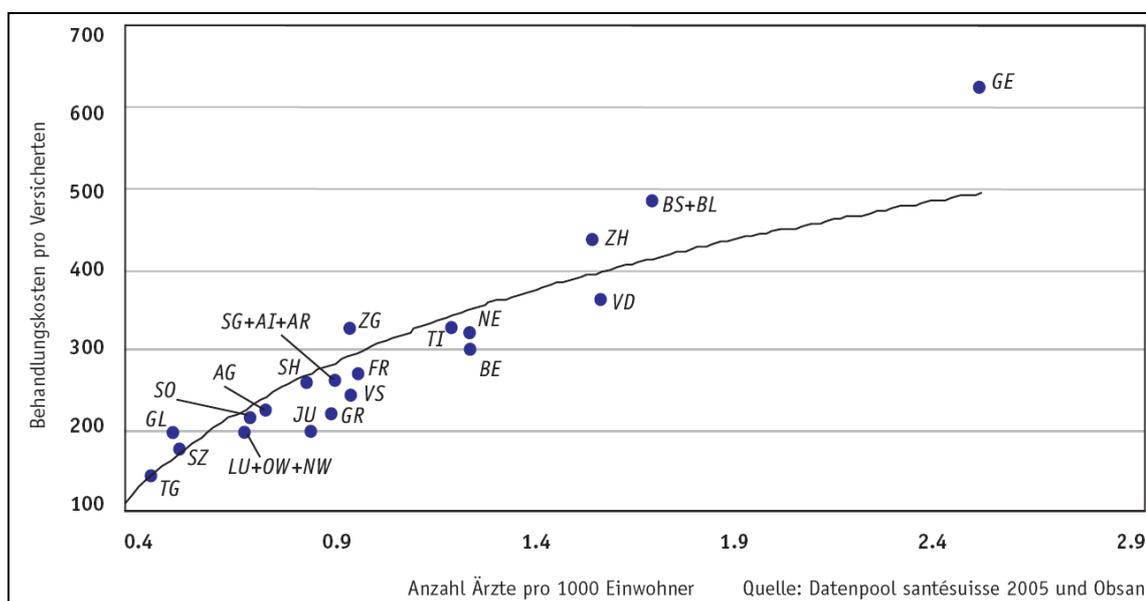


Abbildung 2: Ärztedichte und jährliche Behandlungskosten pro Versicherten (bezogen auf den Standort des Arztes): Fachärztinnen und Fachärzte, 2004; Quelle: KfK, 2006, 68.

Damit ergibt sich ein erster, starker Hinweis darauf, dass Schweizer Ärzte tatsächlich die Nachfrage nach ihren Leistungen massgeblich im Sinne einer Mengenausweitung beeinflussen können.²¹

²¹ Der Vollständigkeit halber sei angemerkt, dass Santerre / Neun (2004, 348f.) für die USA anhand verschiedener Studien feststellen, dass die Nachfrageinduzierung tendenziell abgenommen habe. Der Grund hierfür liegt gemäss den Autoren in einem verstärkten Wettbewerb unter den Leistungserbringern und einer weiteren Verbreitung von Managed-Care-Organisationen (HMOs), welche die Möglichkeiten zur Nachfrageinduzierung begrenzen. Diese Entwicklung entspricht dem, was aufgrund der Theorie erwartet werden kann. Für die

c) Nachfrageinduzierung bei Drittleistungen

Wie im Theorieteil erörtert (vgl. Abs. 2.2), ist aus gesundheitsökonomischer Sicht mit Bezug auf die SD insbesondere auch die Nachfrageinduzierung bei Drittleistungen kritisch zu betrachten. Phelps (2003) diskutiert diese Frage anhand einer Reihe empirischer Studien zur Mengenausweitung bei Drittleistungen. Er kommt (S. 244) zu folgendem Schluss:

«Perhaps most importantly, these studies all show the potential importance of induced demand in settings in which the doctor both has the informational power to recommend treatment of patients and a direct financial reward from doing so. These outlets for demand inducement may prove more important measures of induced demand than simple measures such as the amount of surgery performed.»²²

Im Lichte der verfügbaren empirischen Evidenz scheinen also insbesondere die Drittleistungen besonders anfällig für Nachfrageinduzierungen zu sein. Mit Bezug auf die Medikamentenabgabe zitiert Phelps (2003, 564f.) das Beispiel Japans, dessen hoher Medikamentenkonsum (20 Verschreibungen pro Person und Jahr im Vergleich zu 6 Verschreibungen in den USA) unmittelbar in Verbindung mit den ökonomischen Anreizen der dortigen Selbstdispensation zu sehen ist. Im selben Sinne betont z.B. auch Henderson (2005, 145) die zunehmende ökonomische Bedeutung der Nachfrageinduzierung bei nicht selbst erbrachten Leistungen: *«... the potential for abuse is substantial. [...] Self-referral is emerging as an important economic issue.»²³*

Zusammenfassend kommt Phelps (2003, 248) zu einem unzweideutigen Urteil: *«...numerous studies have shown that physician ownership of medical service facilities (X ray, lab tests, physical therapy etc.) markedly increases the rate at which doctors prescribe these services to their patients, as well as at least sometimes increases the price and lowers the apparent quality of care.»*

Somit lässt sich aus der internationalen Literatur zusammenfassend schliessen, dass insbesondere bei Drittleistungen die Tendenz zur Nachfrageinduzierung ausgeprägt ist. Auch wenn die SD aufgrund ihrer internationalen Ächtung bislang kaum gesondert untersucht werden konnte, muss auch diesbezüglich von einer induzierten Mengenausweitung ausgegangen werden. Dies wird nicht zuletzt durch die Trends der letzten Jahre in den industrialisierten asiatischen Ländern untermauert, welche im nächsten Abschnitt diskutiert werden.

Schweiz ist aufgrund der rigiden Rahmenbedingungen (geringe Wettbewerbsintensität, hoher / umfassender Versicherungsschutz) und bislang vergleichsweise wenigen HMOs mit Budgetverantwortung eine solche Entwicklung allerdings nicht zu erwarten.

²² Die Nachfrageinduzierung bei verschiedenen Drittleistungen wurde in einer Vielzahl von Studien untersucht (vgl. z.B. Mitchell / Sass (1995) bezüglich Physiotherapieleistungen, welche bis zu 50% zunehmen, wenn die überweisende Ärzteschaft ein Zusatzeinkommen generieren kann); siehe in diesem Sinne auch Mitchell / Scott (1992) und Hillman et al. (1992). Für weitere Diskussion siehe z.B. Phelps (2003, 243ff.) oder Henderson (2005, 144ff.).

²³ Deshalb besteht etwa in den USA ein entsprechendes Verbot: *«The physician self-referral law is set forth in section 1877 of the Social Security Act. The law prohibits physicians from referring Medicare patients ... to an entity with which the physician or a member of the physician's immediate family has a financial relationship.»* (US Department of Health & Human Services; www.cms.hhs.gov; access 21.01.2008).

d) Internationale Trends

Wie erwähnt, bestehen unter den entwickelten Nationen nur in einigen asiatischen Ländern systematische Abweichungen von der üblicherweise strikten Trennung zwischen der Verschreibung und dem Verkauf rezeptpflichtiger Medikamente. Bemerkenswert ist nun aber, dass diese Trennung mit fortschreitender wirtschaftlicher Entwicklung der Länder auch in Asien eingeführt wurde. So haben sich die Regierungen in Japan, Südkorea und Taiwan für die *Abschaffung der SD* entschieden.

In allen diesen Fällen ist die Politik zur Einsicht gelangt, dass der Medikamentenverkauf durch die Ärzteschaft falsche Anreize setzt. Beispielhaft ist hier *Südkorea*, wo die Ärzte bis gegen 50% ihres Einkommens aus dem Verkauf von Medikamenten erzielten, was Anlass für eine grundlegende Reform war:

«Until recently, physicians and pharmacists were allowed to both prescribe and dispense drugs, and their behaviour was driven by economic incentives, which resulted in the overuse of drugs and high pharmaceutical expenditure. [...] In July 1, 2000, the Korean government implemented a reform that mandated the separation of drug prescribing from dispensing. The reform aimed to fundamentally change the inefficient pattern of the provision and consumption of pharmaceuticals, to reduce the resultant overuse and misuse of drugs and to contain pharmaceutical expenditure.» (Kwon, 2003, 529)

In *Japan* war man ursprünglich davon ausgegangen, dass sich eine Kommerzialisierung der Medizin dadurch vermeiden lasse, dass die Ärzteschaft Eigentümerin von Spitälern ist und Medikamente selbst verkauft. Diese Annahme hat sich als Trugschluss erwiesen und einen entsprechenden Politikwechsel ausgelöst.²⁴

Für *Taiwan* stellen Chou et al. (2003) fest, dass die Häufigkeit der Verschreibung und die Medikamentenkosten bei SD-Ärzten im Vergleich zu Rezepturärzten pro Konsultation bis zu 36% höher lagen. Die Autoren begründen die Abschaffung der SD in Taiwan insbesondere damit, dass andere Massnahmen zur Reduktion der Medikamentenkosten – wie etwa Budgetbeschränkungen, Guidelines, oder verbesserte Informationen für Ärzte und Patienten – sich als wenig zweckmässig erwiesen haben (siehe Chou et al., 2003, 316).

In den *USA* verkaufen gemäss McCormack (2006) ca. 7% der Ärzte rezeptpflichtige Medikamente. Die Regulierung des Verkaufs ist Sache der einzelnen Bundesstaaten, und die meisten Staaten kennen ein generelles SD-Verbot. Einzelne Staaten lassen SD für Ärzte vor allem in abgelegenen Gegenden zu. Unter dem Begriff "Point of Care Medication Dispensing" wirbt die Pharmaindustrie in jüngerer Zeit aktiv für die SD. Grosshändler versprechen den Ärzten *«additional revenue without additional work or patients»* und zusätzliche Gewinne von bis zu 50'000 US\$ pro Arzt und Jahr.

Diese Tendenz wird von der American Medical Association (AMA) allerdings sehr kritisch beurteilt: *«The AMA and others worry it can lead to physicians*

²⁴ Bezüglich der Situation in Japan vgl. z.B. Iizuka, (2007) sowie Rodwin / Okamoto (2000): *«Physician dispensing of drugs and ownership of hospitals and clinics were justified in Japan as ways to avoid commercialization of medicine. Instead, they create physicians' conflicts and fuel patient overuse of services.»*

exploiting their patients.»²⁵ Die grösste Standesorganisation ihrer Art hält es nämlich für unethisch, wenn Ärzte aus der Abgabe von Medikamenten Einkommen oder andere Formen der Kompensation erzielen. Die AMA (2005) legt in ihrem „Code of Medical Ethics“ das Kontravalenz-Prinzip fest, indem es Ärzten untersagt ist, irgendwelche Vorteile aus der Medikamentenabgabe zu erzielen und sie ihre Patienten auch nicht an eine Apotheke verweisen dürfen, an welcher sie beteiligt sind.²⁶

e) *Fazit International*

Im Lichte der internationalen Situation und bestehender Entwicklungen in Asien lässt sich folgendes Zwischenfazit ziehen:

- Das Kontravalenz-Prinzip gilt in fast allen OECD-Staaten beim Medikamentenverkauf als Standard.
- Dieser Standard wird als SD-Verbot auch in den entsprechenden Berufsregeln festgehalten.
- Die Schweiz stellt mit über 25% SD-Ärzten im internationalen Vergleich eine markante Ausnahme dar und wird hierfür seit Jahren von der OECD und jüngst auch der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gerügt.²⁷
- 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.
- Auch die am weitesten entwickelten asiatischen Staaten sind aufgrund der massiven Fehlanreize der SD zu deren Abschaffung übergegangen.

²⁵ McCormack, 2006.

²⁶ Code of Medical Ethics #E-8.06: Prescribing and Dispensing Drugs and Devices (AMA, 2005).

²⁷ Vgl. OECD / WHO Bericht zur Schweiz, 2006.

3.2. Situation in der Schweiz

Wie aus der Diskussion im vorherigen Abschnitt ersichtlich ist, stellt die Schweiz im internationalen Vergleich bezüglich SD einen deutlichen Ausnahmefall dar. Im Rahmen eines föderalistischen Gesundheitswesens kommt den Kantonen die Kompetenz zu, den ärztlichen Medikamentenverkauf zu bewilligen oder zu untersagen. Die Kantone haben von dieser Möglichkeit unterschiedlichen Gebrauch gemacht, wie folgende Tabelle zeigt.

Rezeptur oder eingeschränkte SD	9 Kantone	AG, BS, FR, GE, JU, NE, TI, VD, VS
Mischform Rezeptur und SD	4 Kantone	BE, GR, SH, ZH
SD	13 Kantone	AI, AR, BL, GL, LU, OW, NW, SG, SO, SZ, TG, UR, ZG

Quelle: PharmaSuisse, 2007.

a) Arztkosten und SD

Betrachtet man die Kosten einer durchschnittlichen Arztpraxis, zeigt sich, dass ein erheblicher Teil der direkten Kosten auf SD-Medikamente entfällt (Abbildung 3).

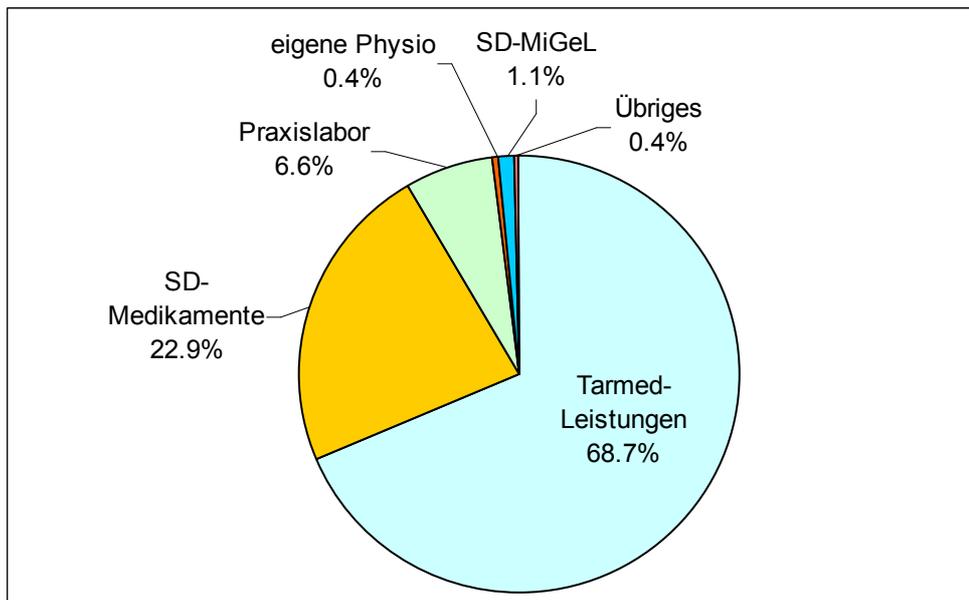


Abbildung 3: Direkte Kosten in der Arztpraxis, 2006; Quelle: Santésuisse Datenpool, 2007

Die Schweizer Ärzteschaft kann also durch die SD substantielle Einkommensanteile erzielen. Gyger (2007) hat anhand der Daten der Helsana-Gruppe berechnet, dass ein durchschnittlicher SD-Arzt jährlich Medikamente im Werte von 300'000 CHF verkauft, was ca. 6'500 Packungen entspricht. Einzelne Ärzte setzen sogar bis zu 800'000 CHF jährlich allein mit Medikamenten um. Anhand eines Betriebskostenmodells schätzt Gyger, dass bei den SD-Ärzten nach Abzug der Kosten ein Reingewinn von mindestens 220 Millionen CHF bzw. 57'000 CHF pro Arzt aus dem

Medikamentenverkauf entsteht.²⁸ Somit wird deutlich, dass seitens der Ärzteschaft ein deutliches ökonomisches Interesse an einer Beibehaltung oder Ausdehnung der SD besteht.

b) Analyse Schweizer RX-Markt

Dieses ökonomische Interesse der selbst dispensierenden Ärzteschaft wird insbesondere deutlich, wenn man den Medikamentenmarkt und seine Entwicklung in den letzten Jahren betrachtet. Nachfolgend wird aus dem Gesamtmarkt nur der Teilmarkt für rezeptpflichtige und zugleich kassenzulässige Medikamente (so genannter RX-Markt) nach den beiden Absatzkanälen «Ärzte» und «Apotheken» analysiert. Zu beachten ist, dass es sich beim Ärztekanal um selbstdispensierte Medikamente handelt, während die Medikamente im Apothekenkanal mittels Rezepten verschrieben wurden, wobei in beiden Kanälen die verkauften Medikamente immer auf einer ärztlichen Verordnung beruhen.

Betrachtet man in folgender Tabelle zunächst den relativen Marktanteil, so beträgt dieser für die SD-Ärzte rund ein Drittel, sowohl bezogen auf die Anzahl Packungen, als auch hinsichtlich des Umsatzes zu ex-factory und Patientenpreisen (PP).²⁹ Ein derart hoher Anteil liess sich früher nur in asiatischen Ländern finden und hat die dortigen Regierungen zum Einschreiten veranlasst (vgl. Abs. 3.1.d).

	Kanal	RX kassenzulässig 2000	RX Marktanteil 2000	RX kassenzulässig 2006	RX Marktanteil 2006	Veränderung 2000-2006	Veränderung in %
Absatz Packungen	Ärzte	17'149'937	32.3%	22'817'926	36.5%	5'667'989	33.0%
	Apotheken	35'949'919	67.7%	39'667'190	63.5%	3'717'271	10.3%
Umsatz zu ex-factory Preisen	Ärzte	508'759'046	30.1%	851'802'446	33.9%	343'043'400	67.4%
	Apotheken	1'179'027'312	69.9%	1'661'122'617	66.1%	482'095'305	40.9%
Umsatz zu Patientenpreisen	Ärzte	876'354'274	30.5%	1'267'419'067	34.4%	391'064'793	44.6%
	Apotheken	1'996'780'817	69.5%	2'420'938'847	65.6%	424'158'030	21.2%
Distributionsertrag	Ärzte	367'595'228	31.0%	415'616'621	35.4%	48'021'393	13.1%
	Apotheken	817'753'505	69.0%	759'816'230	64.6%	-57'937'275	-7.1%
"Marge" in %	Ärzte	41.9%		32.8%		-9.2%	<%-Punkte
	Apotheken	41.0%		31.4%		-9.6%	<%-Punkte
ex factory pro Packung	Ärzte	29.67		37.33		7.67	25.8%
	Apotheken	32.80		41.88		9.08	27.7%
Patientenpreis pro Packung	Ärzte	51.10		55.54		4.45	8.7%
	Apotheken	55.54		61.03		5.49	9.9%
Marge pro Packung	Ärzte	21.43		18.21		-3.22	-15.0%
	Apotheken	22.75		19.15		-3.59	-15.8%

Quelle: PharmaSuisse / Daten IMS 2007.

Weiter fällt auf, dass die Ärzte ihren Marktanteil von 2000 bis 2006 zu Lasten der Apotheken ausweiten konnten (vgl. auch Cueni, 2004). Während

²⁸ Diese Schätzung erscheint aufgrund der Vergleichszahlen aus den USA durchaus realistisch (vgl. Abs. 3.1 d).

²⁹ Bezogen auf den Gesamtmarkt ergeben sich etwa folgende Anteile: Apotheken 55%, Ärzte 23%, Spitäler 19%, Drogerien 3% (OECD/WHO, 2006, 54).

in diesem Zeitraum bei den Ärzten der mengenmässige Absatz um 33% und der wertmässige Umsatz um 67.4% (ex-factory) bzw. 44.6% (PP) zunahm, stieg der Absatz bei den Apotheken nur um 10.3% und der Umsatz um 40.9% (ex-factory) bzw. 21.2% (PP); vgl. letzte Spalte in obiger Tabelle. – Mit anderen Worten konnten jene Ärzte, welche selbst am Verkauf der Medikamente verdienen, ihren Umsatz (zu PP) etwa doppelt so stark erhöhen wie die Apotheken. Das reine Mengenwachstum (Absatz in Anzahl Packungen) war bei den Ärzten mit 33.0% sogar etwa dreimal so hoch wie bei den Apotheken mit 10.3%.

Betrachtet man den *Distributionsertrag* als Differenz zwischen ex-factory Umsatz und Umsatz zu Patientenpreisen, ergibt sich bei den Ärzten ebenfalls ein relativer Zuwachs zu Lasten der Apotheken. Bei letzteren hat der Distributionsertrag um etwa 58 Millionen CHF (bzw. -7.1%) abgenommen, während er bei den Ärzten um 48 Millionen CHF (bzw. +13.1%) zugenommen hat. Hierbei handelt es sich um eine Verlagerung von Mengen und Umsätzen zu Gunsten des Ärztekansals, welche auf einer Veränderung des ärztlichen Verschreibungsverhaltens beruht, also anbieterinduziert ist.

Bemerkenswert ist nämlich die Veränderung der "Marge" (definiert als Distributionsertrag in Prozent des Umsatzes zu Patientenpreisen). Diese Marge war im Jahre 2000 bei Ärzten und Apotheken fast identisch (41.9% bzw. 41.0%; vgl. Tabelle). Aufgrund eines neuen Preisfestsetzungsmodells für Medikamente durch das Bundesamt für Gesundheit im Jahre 2001 sank die Marge in beiden Kanälen um gut 9 Prozentpunkte auf 32.8% bei den Ärzten und 31.4% bei den Apotheken. Auffällig ist nun, dass die Ärzte ihren Distributionsertrag um besagte 13.1% steigern konnten, obwohl ihre Marge im gleichen Mass wie jene der Apotheken gesunken ist. Dies erklärt sich mit der starken Mengenausweitung (+ 33%) bzw. Umsatzsteigerung (+44.6%) im Ärztekansal. Mit anderen Worten konnten die SD-Ärzte den Margenrückgang durch eine Mengenausweitung mehr als kompensieren, während der annähernd gleiche Margenrückgang bei den Apotheken zu einem Rückgang des Distributionsertrages von -7.1% führte.

Insgesamt zeigt die Analyse der beiden Absatzkanäle «Ärzte» und «Apotheken» auf empirischer Basis, dass die Schweizer SD-Ärzte durch ihr Verschreibungsverhalten den Medikamentenabsatz massgeblich zugunsten ihres Einkommens beeinflussen können und selbst einen drohenden Einkommensverlust durch eine Mengenausweitung mehr als nur zu kompensieren vermögen.

c) Nachfrageinduzierung und Kosten

Die im vorigen Abschnitt gezeigte Evidenz für nachfrageinduzierendes Verhalten ist nicht überraschend. Für die Schweiz ist die Nachfrageinduzierung bei den ärztlichen Leistungen (KfK, 2006)³⁰ und die Rolle der Angebotsdichte bezüglich der kantonalen Mengenunterschiede (Schleingiger / Slembeck, 2007) durch aktuelle Studien gut belegt.³¹

³⁰ vgl. Abschnitt 3.1 b) für eine ausführlichere Darstellung der Analyse der KfK.

³¹ Ebenso findet die Studie von Crivelli et al. (2006) einen signifikanten Zusammenhang zwischen Ärztedichte und kantonalen Gesundheitskosten, was auf ein nachfrageinduzierendes Verhalten dieser Leistungserbringer schliessen lässt.

Bezüglich der Kostenwirkung der SD wird von verschiedener Seite immer wieder darauf verwiesen, dass die Medikamentenkosten pro Patient gerade in SD-Kantonen besonders tief seien:

«Bekanntlich sind die Medikamentenkosten in den Kantonen mit Selbstdispensation deutlich tiefer als in den anderen Kantonen, was an sich ein starkes und überzeugendes Argument für dieses System ist.» (Haller, 2007).

Diese Aussage beruht auf einem *Trugschluss*, indem eine falsche Kausalität unterstellt wird.³² Insbesondere wird unterstellt, dass das Abgaberegime unmittelbar kausal für die Höhe der Medikamentenkosten sei. Übersehen werden dabei weitere Faktoren, welche für den Medikamentenkonsum (mit)bestimmend sind.

Dass solche Faktoren bestehen müssen, lässt sich anhand eines Vergleichs zwischen den gesamten kantonalen Grundversicherungskosten und den Medikamentenkosten zeigen. Die folgende Graphik zeigt, dass eine sehr hohe Korrelation zwischen Gesamtkosten (ohne Medikamente) und den Medikamentenkosten besteht.³³

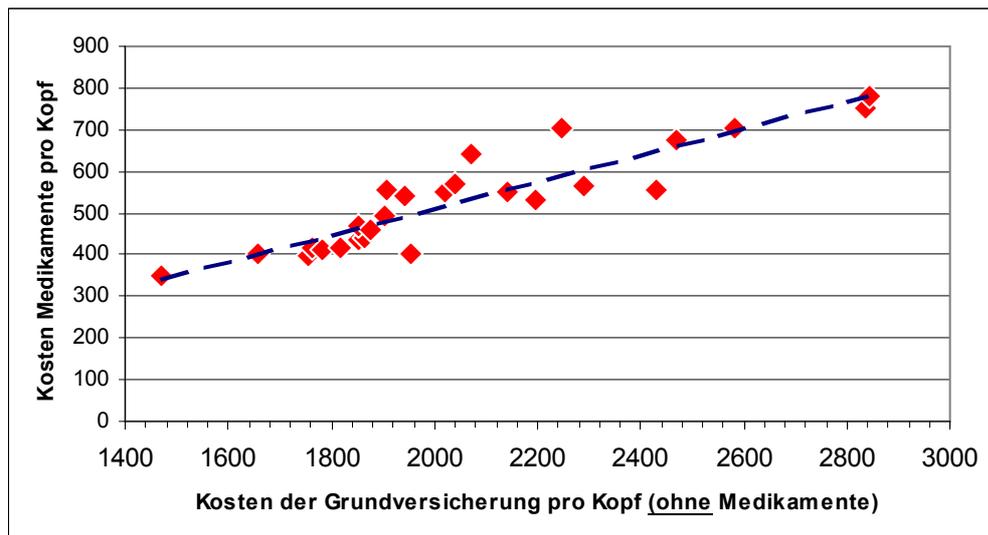


Abbildung 4: OKP-Kosten pro Versicherten in den 26 Kantonen: Gesamtkosten und Medikamentenkosten in Franken pro Versicherten, 2006; Quelle: Santésuisse 2007

Dies bedeutet, dass in SD-Kantonen nicht nur die Medikamentenkosten tiefer sind als in den Rezepturkantonen, sondern auch die übrigen OKP-Kosten. Der vermeintliche Zusammenhang zwischen Abgaberegime und Medikamentenkosten beruht also auf einer Scheinkorrelation, und es ist nahe liegend, dass neben dem Abgaberegime weitere Einflüsse bestehen, die sowohl auf die Medikamentenkosten als auch auf die übrigen Kosten gemeinsam wirken.

In verschiedenen Studien wurden deshalb die Determinanten der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen für die Schweiz untersucht; vgl. Guggisberg / Spycher (2005, 3) für eine Übersicht der Determinanten.

³² Dass dieser Trugschluss weit verbreitet ist, zeigt sich etwa im Antrag des Zürcher Regierungsrats (31.10.2007, S. 8f.) und bei Kull (2007), der ihn als Präsident der Vereinigung der Ärzte mit Privatapotheke (APA) für die Propagierung der SD nutzt.

³³ Das entsprechende Bestimmtheitsmass (R^2) beträgt 0.824.

Die ökonomischen Studien betreffen sowohl die Analyse der kantonalen Kostenunterschiede (vgl. Vatter / Rüefli, 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 erhöhten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen. Schleiniger / Slembeck (2007) 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 werden und anhand der verfügbaren Daten ohne zusätzliche Beobachtungen nicht erklärt werden kann.

Die Studie von Beck et al. (2004) bezieht sich explizit auf die Frage der Kostenwirkung der Selbstdispensation. Die Autoren bauen auf der Arbeit von Dummermuth (1993) auf und berücksichtigen die methodische Kritik von Schips / Sohre (1995). Im Rahmen einer ökonomischen Schätzung, welche für sozio-ökonomische Unterschiede zwischen den Kantonen kontrolliert, ergeben sich für SD-Kantone signifikant höhere Medikamentenkosten.³⁴ Damit liefert die Studie von Beck et al. (2004) den klarsten und direktesten Hinweis auf die kostensteigernde Wirkung der SD.

d) Kantonale Unterschiede der Ärzteteinkommen und Selbstdispensation

Vor dem Hintergrund der in Abschnitt 2 diskutierten theoretischen Argumente sowie der in diesem Abschnitt unter Lit. a-c präsentierten empirischen Evidenz stellt sich die Frage, inwiefern die Ärzteschaft in der Lage ist, mittels SD Einkommensverbesserungen zu erzielen. Diese Frage lässt sich anhand der von der FMH (vgl. z.B. Hasler, 2006; Hasler / Reichert, 2008) publizierten Einkommensdaten der freien Ärzteschaft untersuchen. Die folgende Abbildung 5 zeigt die AHV-pflichtigen Einkommen aller in freier Praxis tätigen Ärzte unter 66 Jahren in den publizierten Jahren, gegliedert nach Abgaberegime.

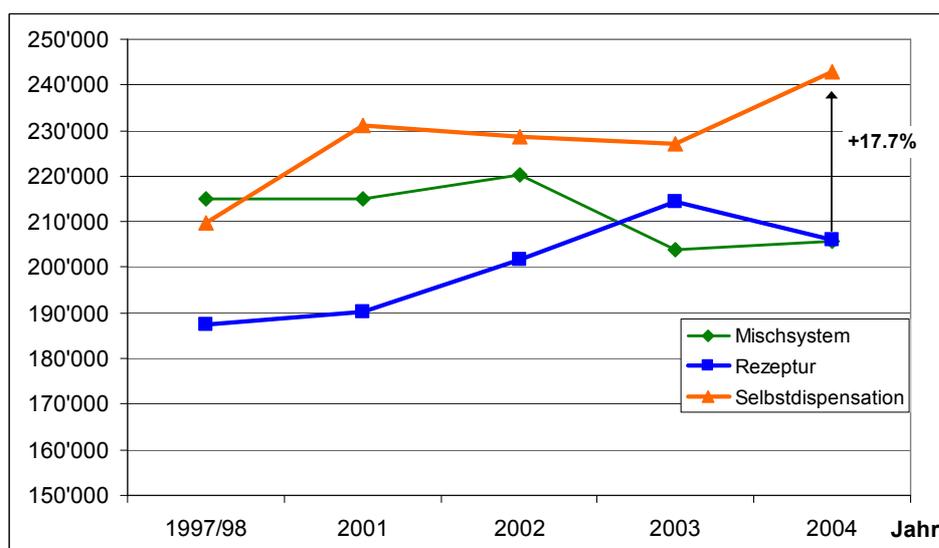


Abbildung 5: AHV-pflichtige Einkommen der freien Ärzteschaft; Mittelwerte nach Abgaberegime der Kantone; gemäss FMH (Hasler in Schweiz. Ärztezeitung, div. Jahrgänge).

³⁴ Der Unterschied zwischen SD- und Rezepturkantonen wird mit 242.7 CHF pro Kopf und Jahr angegeben (Effekt der Rezeptur -64.4 CHF, Effekt der SD +178.3 CHF).

Es zeigt sich, dass die durchschnittlichen Einkommen in den SD-Kantonen systematisch, d.h. zu allen Betrachtungszeitpunkten, deutlich höher liegen als in den Rezepturkantonen. Im Durchschnitt des Betrachtungszeitraums verdienten die Ärzte in SD-Kantonen pro Jahr knapp 30'000 CHF bzw. 14% mehr als ihre Kollegen in den Rezepturkantonen. Im letzten publizierten Jahr 2004 lag der durchschnittliche Einkommensvorteil der Ärzte in den SD-Kantonen bei gut 36'500 CHF bzw. 17.7%.³⁵

Einkommensunterschiede lassen sich nicht nur bezüglich des Mittelwerts der Kantone nach Abgaberegime, sondern auch auf Ebene der einzelnen Kantone feststellen. So lagen in 7 von 9 Rezepturkantonen die mittleren Einkommen der Ärzteschaft im genannten Zeitraum unter dem Schweizer Durchschnitt, in 11 von 13 SD-Kantonen lagen sie hingegen darüber (vgl. Tabelle in Anhang 1).

Diese Einkommensunterschiede können grundsätzlich auf einer Reihe von Faktoren beruhen, insbesondere auf unterschiedlichen Taxpunktwerten, Facharztdichten und Behandlungsmengen.

Betrachtet man diesbezüglich einzelne, vergleichbare Kantone, ergibt sich ein ähnliches Bild wie bereits beschrieben. Abbildung 6 zeigt, dass die ärztlichen Einkommen im SD-Kanton Luzern im gesamten Zeitraum um durchschnittlich 10.6% bzw. 22'000 CHF pro Jahr über jenen im strukturell vergleichbaren Rezepturkanton Aargau lagen.³⁶

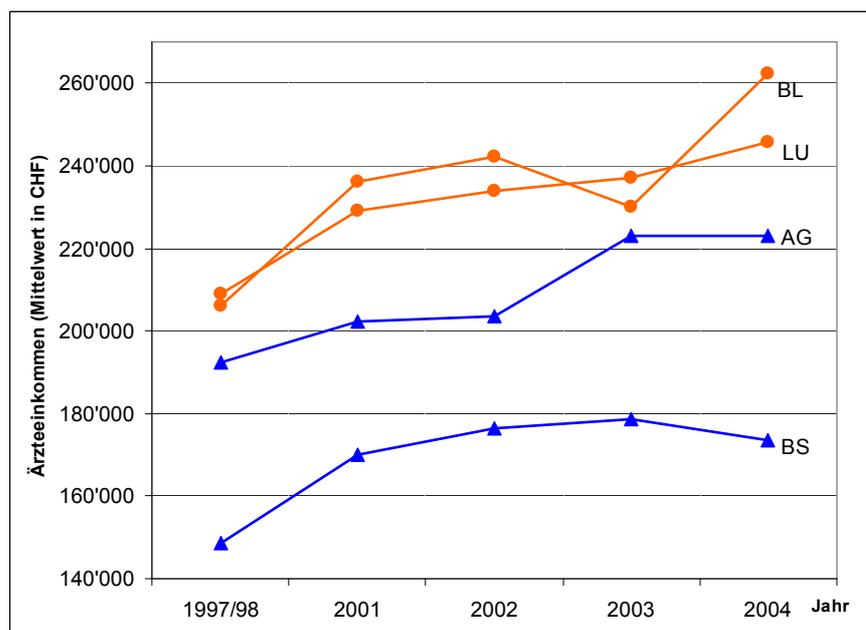


Abbildung 6: Ärzteeinkommen ausgewählter Kantone im Vergleich; gemäss FMH (Hasler in Schweiz. Ärztezeitung, div. Jahrgänge).

Dies ist umso erstaunlicher, als der Taxpunktwert (TPW) im Aargau im langfristigen Mittelwert um knapp 10% höher liegt als der TPW im Kanton

³⁵ Bei einem Vergleich der für die Jahre 2003 und 2004 erstmals publizierten Zentralwerte der ärztlichen Einkommen (vgl. Hasler / Reichert, 2008, Tab. 13) ergibt sich frankenmässig eine sehr ähnliche Differenz zugunsten der SD-Kantone, wobei die prozentuale Abweichung nun deutlich höher ist und +26.2% (2003) bzw. +21.0% (2004) beträgt.

³⁶ Vergleicht man statt des Mittelwerts den Zentralwert des Einkommens, lag jener des Kantons Luzern im Jahre 2004 um 31'900 CHF bzw. gut 17% über jenem des Kantons Aargau.

Luzern. Somit lässt sich das höhere Luzerner Einkommen schwerlich mit einem höheren TPW erklären. Weil zudem die Ärztedichte in beiden Kantonen sehr ähnlich ist, kann ein unterschiedlicher Anteil an Fachärzten kaum für eine Erklärung der Einkommensunterschiede herangezogen werden.³⁷ Ebenso zeigt die Studie von Schleiniger / Slembeck (2007), dass sich die Mengen bezogener medizinischer Leistungen pro Kopf in beiden Kantonen nur geringfügig unterscheiden und sie auch in dieser Hinsicht sehr ähnlich sind.

Noch deutlichere Unterschiede zeigen sich im Vergleich der beiden Basler Halbkantone (vgl. oben Abbildung 6). Während die Einkommen im Rezepturkanton Basel Stadt gemäss den Daten der FMH auf tieferem Niveau stagnieren, entwickelten sich die Einkommen im SD-Kanton Basel Land deutlich stärker und befanden sich im Beobachtungszeitraum auf einem durchschnittlich 39% höheren Niveau.³⁸ Der mittlere Einkommensunterschied der Ärzteschaft der beiden Basler Halbkantone betrug 66'000 CHF pro Jahr zugunsten der SD-Ärzte in Basel Land. Auch in diesem Falle lassen sich solche Unterschiede nicht einfach auf Differenzen im Taxpunktwert zurückführen. Dieser liegt in Basel Land im langfristigen Durchschnitt lediglich um 4.2% höher als in Basel Stadt und vermag damit den massiven Einkommensunterschied von fast 40% kaum zu erklären. Vielmehr mag die hohe Dichte an Fachärzten in Basel Stadt dazu beitragen, dass das Einkommen pro Arzt trotz überdurchschnittlichen Behandlungsmengen (Schleiniger / Slembeck, 2007) vergleichsweise geringer ist.³⁹

Insgesamt ergeben sich sowohl aus der Gesamtanalyse ärztlicher Einkommen als auch aus den gezeigten Beispielen einige Hinweise darauf, dass SD-Ärzte ihr Einkommen im Vergleich zu Rezepturärzten deutlich verbessern können. Wie im Theorieteil (Abs. 2) dargelegt und anhand der Analyse der Arztkosten (Abs. 3.2 a) sowie des Medikamentenmarktes (Abs. 3.2 b) aufgezeigt wurde, dürfte das Einkommen aus dem Medikamentenverkauf zusammen mit der Möglichkeit zur Generierung zusätzlicher Konsultationen (Abs. 2.5 b⁴⁰) hierzu massgeblich beigetragen haben.

e) Schutz vor ökonomischer Übervorteilung

Dass die Ärzteschaft bei der Verschreibung und Abgabe von Medikamenten erhebliche Spielräume und somit unstatthafte ökonomische Vorteile erlangen kann, ist auch dem Schweizer Gesetzgeber bewusst. So verbietet das Heilmittelgesetz in Artikel 33 das Anbieten und die Entgegennahme geldwerter Vorteile im Zusammenhang mit der Verschreibung und Abgabe

³⁷ Allgemeinpraktiker pro 1'000 Einwohner: LU: 0.57; AG: 0.51 / Fachärzte pro 1'000 Einwohner: LU: 0.81; AG: 0.82 (langjährige Mittelwerte; Obsan Indikatoren 5.1.2 und 5.1.3., November 2007).

³⁸ Vergleicht man statt des Mittelwerts den Zentralwert des Einkommens, lag jener des Kt. Basel Land im Jahre 2004 um 39'300 CHF bzw. 29.5% über jenem des Kt. Basel Stadt.

³⁹ Allgemeinpraktiker pro 1'000 Einwohner: BL: 0.65; BS: 0.61 / Fachärzte pro 1'000 Einwohner: BL: 1.15; BS: 2.76 (langjährige Mittelwerte; Obsan Indikatoren 5.1.2 und 5.1.3., November 2007).

⁴⁰ Die Obsan-Studie (Jaccard Ruedin et al., 2007, 26) weist ein deutliches «Ost-West-Gefälle» der Konsultationshäufigkeit aus, indem diese in einigen Regionen der Ostschweizer SD-Kantone bis zu 5.7 mal grösser ist als in einigen Westschweizer Rezepturkantonen, was die Autoren zumindest teilweise auf die unterschiedliche Handhabung des Medikamentenverkaufs bzw. die SD zurückführen.

von Medikamenten.⁴¹ Gemäss der nationalrätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit soll damit «*verhindert werden, dass Pharmaunternehmen auf Ärzte und Spitäler hinsichtlich der Verschreibung und Abgabe von Medikamenten Druck ausüben.*»⁴²

Hierbei sind verschiedene Arten von Druck oder Einflussnahme betroffen. Einerseits geht es darum, dass einem Arzt geldwerte Vorteile entstehen können, wenn er ein bestimmtes Produkt gegenüber anderen, vergleichbaren Produkten bevorzugt verschreibt oder verkauft.

Andererseits geht es aber auch darum, einer Mengenausweitung im Rahmen der SD vorzubeugen. Pharmafirmen betreiben einen erheblichen Aufwand, um ihren Produkten zum Durchbruch zu verhelfen. Die Marketing- und Vertriebskosten können bei manchen Firmen das Doppelte des Aufwands für Forschung und Entwicklung ausmachen (Widmer et al., 2007, 49; Angell, 2004). Die damit verbundene Gefahr der anbieterinduzierten Mengenausweitung wird auch von der zuständigen nationalrätlichen Kommission erkannt, wenn sie sich in ihren Erwägungen explizit auf die Problematik der SD und die entsprechende Kritik der OECD bezieht.⁴³

Im selben Sinne lässt sich auch Artikel 40, lit. e) des Medizinalberufegesetzes (MedBG) als Schutz des Patienten vor ökonomischer Übervorteilung verstehen. Gemäss diesem Artikel müssen sich Ärzte (als Personen, welche einen universitären Medizinalberuf ausüben) an die Berufspflicht der Wahrung der Interessen der Patienten halten und unabhängig von finanziellen Vorteilen handeln.

Somit zeigt sich, dass sowohl im Heilmittelgesetz als auch im Medizinalberufegesetz die Gefahr der ökonomischen Übervorteilung der Patienten durch Leistungserbringer erkannt wird. Um die von der SD ausgehenden Fehlanreize zu korrigieren, wäre eine formelle Verankerung des Kontravalenz-Prinzips aus gesundheitsökonomischer Sicht sicherlich angezeigt.

f) Zusammenfassung Schweiz

Die Schweizer Ärzteschaft kann heute durch den Verkauf von Medikamenten in der Hälfte der Kantone substantielle Einkommensanteile erzielen. Der durchschnittliche Umsatz eines SD-Arztes beträgt 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 (vgl. Abs. 3.2. a).⁴⁴

Gemäss den im Auftrag der Schweizer Ärztevereinigung (FMH) analysierten Einkommensdaten verdienten die Ärzte in SD-Kantonen im Zeitraum 1997/98 und 2001-2004 jährlich knapp 30'000 CHF bzw. 14% mehr als ihre Kollegen in den Rezepturkantonen. Im letzten publizierten Jahr 2004 lag der Einkommensvorteil der SD-Ärzte bei gut 36'500 CHF bzw. 17.7%. In 7 von

⁴¹ Heilmittelgesetz Art. 33 Versprechen und Annehmen geldwerter Vorteile

1) Personen, die Arzneimittel verschreiben oder abgeben, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen, dürfen für die Verschreibung oder die Abgabe eines Arzneimittels geldwerte Vorteile weder gewährt noch angeboten noch versprochen werden.

2) Personen, die Arzneimittel verschreiben oder abgeben, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen, dürfen für die Verschreibung oder die Abgabe von Arzneimitteln geldwerte Vorteile weder fordern noch annehmen.

⁴² Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 14. September 2007.

⁴³ vgl. Ziff. 4 der Erwägungen im Bericht der SGK-NR vom 14. September 2007.

⁴⁴ Für vollzeitlich tätige Ärzte liegt dieser Wert deutlich höher.

9 Rezepturkantone liegen die mittleren Einkommen der Ärzteschaft im genannten Zeitraum unter dem Schweizer Durchschnitt, in 11 von 13 SD-Kantonen liegen sie darüber.

Vor dem Hintergrund der massiven Fehlanreize und der kostentreibenden Wirkung, welche von der SD ausgehen, ist aus gesundheitsökonomischer Perspektive nicht einsichtig, womit sich solche Zusatzgewinne aus nicht-ärztlicher Tätigkeit und Zusatzeinkommen rechtfertigen lassen.

Die Schweizer Ärzteschaft konnte ihren Marktanteil im RX-Markt in den letzten Jahren zulasten des Apothekenverkaufs erheblich ausweiten. Sie war in der Lage, den Margenrückgang durch eine Mengenausweitung mehr als nur zu kompensieren, was ein deutlicher Hinweis auf eine anbieterinduzierte Nachfrageerhöhung ist (vgl. Abs. 3.2. b). Dieses Phänomen ist auch für die übrigen ärztlichen Leistungen in der Schweiz gut belegt und wirkt kostentreibend (vgl. Abs. 3.2. c).

Eine Reihe aktueller Studien belegt, dass verschiedene Faktoren für die kantonalen Unterschiede der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sowie der entsprechenden Konsummengen und Kosten pro Kopf verantwortlich sind. In allen Studien hat insbesondere die kantonale Angebotsdichte bzw. Ärztedichte allein betrachtet einen zentralen Einfluss auf die Konsummengen sowie auf die Kosten pro Kopf. Untersucht man die isolierte Wirkung des Abgaberegimes, indem weitere mögliche sozio-ökonomische Einflussgrössen kontrolliert werden, zeigt sich gemäss Beck et al. (2004) eine deutlich kostensteigernde Wirkung des SD-Regimes. Eine ursächliche Verknüpfung der kantonalen Medikamentenkosten pro Kopf mit dem jeweiligen Abgaberegime allein führt also deshalb zu Fehlschlüssen, weil verschiedene andere Faktoren, welche unabhängig vom Abgaberegime existieren, massgeblich für die kantonalen Kostenunterschiede sind (vgl. Abs. 3.2. c).

Die Betrachtung des Schweizer Heilmittelgesetzes sowie des Medizinalberufegesetzes ergibt, dass sich der Gesetzgeber der Gefahr der ökonomischen Übervorteilung der Patienten durch Leistungserbringer im Prinzip bewusst ist. Um die von der SD ausgehenden Fehlanreize zu korrigieren, wäre eine formelle Verankerung des Kontravalenz-Prinzips aus gesundheitsökonomischer Sicht sicherlich angezeigt.

Zusammenfassend sieht die Kommission für Konjunkturfragen (KfK, 2006, 49) ein grundsätzliches Problem des schweizerischen Gesundheitswesens darin, *«dass sich die Ärzte in 13 Kantonen der Schweiz gleichzeitig auch als Apotheker betätigen. Sie verkaufen knapp ein Viertel aller Medikamente. Selbstverständlich müssen sie darüber entscheiden, welche Medikamente sie den Patienten empfehlen. Dieser Aspekt der anbieterinduzierten Nachfrage ist nicht vermeidbar. Wenn Ärzte die Medikamente jedoch auch selbst verkaufen, haben sie einen finanziellen Anreiz, möglichst teure Medikamente und/oder mehr Arzneimittel als notwendig zu verschreiben.*

Dieser Interessenkonflikt führt in der Tendenz zu überhöhten Kosten. Dies könnte vermieden werden, wenn auch in der Schweiz Arzt und Apotheke generell strikt getrennt werden, wie dies in anderen Ländern üblich ist.»

3.3. Kanton Zürich

Bezüglich SD verfügt der Kanton Zürich über ein gemischtes System. In den Städten Zürich und Winterthur dürfen Ärzte keine Medikamente selbst abgeben bzw. nur im Notfall. Die Abgabe erfolgt ausschliesslich über Apotheken. Für das übrige Kantonsgebiet gilt ein SD-Regime.

Diese Mischform führte der Kanton in den fünfziger Jahren des letzten Jahrhunderts ein, 1951 im Medizinalgesetz und 1962 im Gesetz über das Gesundheitswesen. Ausserhalb von Winterthur und Zürich war die Apothekendichte damals gering, weshalb die Zugänglichkeit für die Bevölkerung als ungenügend betrachtet und die Medikamentenversorgung durch selbst-dispensierende Ärzte ermöglicht wurde. In den Städten hielt man hingegen bewusst am Rezepturregime fest, weil aufgrund der zahlreichen Apotheken die Medikamentenversorgung flächendeckend sicher gestellt werden konnte.

Gemäss Angaben des Zürcher Regierungsrats von 2007 umfasst das Rezepturregime etwa 1'900 Ärzte, die in den beiden Städten praktizieren.⁴⁵ Demgegenüber sind rund 800 Landärzte im Besitz einer Bewilligung zur Führung einer ärztlichen Privatapotheke. Aus den Zahlen des Datenpools von Santésuisse geht hervor, dass die Landärzte von der Möglichkeit zur SD regen Gebrauch machen. Der Umsatz der kassenpflichtigen Medikamente zulasten der Grundversicherung der SD-Ärzte und der öffentlichen Apotheken hält sich in etwa die Waage.

Aus dieser Mischform ergeben sich im Kanton Zürich gegenwärtig zwei Besonderheiten:

Einerseits lösen Patienten aus den Landgemeinden ihre Rezepte nach dem Besuch beim Spezialarzt in Winterthur oder Zürich nicht in den Städten ein, sondern beim ortsansässigen Apotheker in ihrer Wohngemeinde. Diese Rezept-Exporte vom Rezeptur- ins SD-Gebiet führt dazu, dass auch Landapotheken einen ansehnlichen Rezeptanteil von gegen 70% erzielen können. In manchen Apotheken ländlicher Nachbargemeinde von Winterthur stammt beispielsweise nur etwa jedes 10. Rezept von einem ortsansässigen SD-Arzt. 90% der Rezepte stammen hier aus den Rezepturstädten und aus Spitälern.⁴⁶

Auf der anderen Seite werden die von den Fachärzten in den Städten verschriebenen Medikamente teilweise von den SD-Grundversorgern in den Regionen an ihre Patienten abgegeben, wodurch diese SD-Grundversorger zusätzliche Einkommen erzielen. Damit ergibt sich ein zusätzlicher Anreiz, als Grundversorger in ländlichen Kantonsgebieten tätig zu sein.

⁴⁵ vgl. Antrag des Regierungsrats des Kantons Zürich vom 31.10.07.

⁴⁶ Umfrage Apothekerverband des Kantons Zürich, 2004.

4. Gesundheitsökonomische Schlussfolgerungen und Beantwortung der Fragen

Auf Grund der vorgängigen Analyse lassen sich die eingangs gestellten Fragen zusammenfassend wie folgt beantworten.

Frage 1: Wie ist die Selbstdispensation (SD) aus gesundheitsökonomischer Sicht theoretisch, empirisch und vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen zu beurteilen?

Der Verkauf von Medikamenten durch die Ärzteschaft ist aus gesundheitsökonomischer Sicht strikt abzulehnen. Die negativen Folgen aufgrund der Fehlanreize, welche sich durch die Möglichkeit zur anbieterinduzierten Nachfrageausweitung ergeben, sind unzweifelhaft. Diese Fehlanreize betreffen nicht nur die unmittelbare Mengenausweitung bei den Medikamenten, sondern auch die Induzierung zusätzlicher Konsultationen in der Arztpraxis sowie Verzerrungen zugunsten gerade verfügbarer Produkte (Verfügbarkeitseffekt) und zugunsten medikamentöser Behandlungen insgesamt.

Der Aspekt des Patientennutzens durch den Direktverkauf von Medikamenten in der Arztpraxis ist stark zu relativieren. Die räumliche Verfügbarkeit beschränkt sich auf den behandelnden Arzt sowie dessen an Lager gehaltenes, im Vergleich zur Apotheke reduziertes Sortiment und ist auch in zeitlicher Hinsicht auf die Öffnungszeiten und Anwesenheiten dieses Arztes limitiert. Dies ist insbesondere dort von Bedeutung, wo die Apothekendichte als Folge des SD-Regimes gering ist und deshalb weniger Verkaufsstellen verfügbar sind, was in allen Schweizer SD-Kantonen im Vergleich zu den Rezepturkantonen festzustellen ist. Die effektive Wahlfreiheit ist somit beim SD-Regime oftmals geringer.

Auch bezüglich weiterer Aspekte ergeben sich beim Rezepturregime Nutzenvorteile für die Patienten. So eröffnet diesen der Apothekenbezug die Möglichkeit zusätzlicher Beratung und der Einholung einer Zweitmeinung. Zudem können negative Wechselwirkungen zwischen einzunehmenden Medikamenten, insbesondere wenn sie von verschiedenen Ärzten verschrieben werden, erkannt werden. Schliesslich erhöht sich die Patientenautonomie, indem ausgestellte Rezepte nicht, teilweise oder verzögert eingelöst werden, wenn der Patient eine Besserung erwartet oder Bestände in der Heimapotheke aufgebraucht werden. Dies wirkt nicht zuletzt kostensparend, weil verkaufte, aber nicht eingenommene Medikamente die teuersten sind.

Die strikte Trennung von Verschreibung und Verkauf von Medikamenten nach dem Kontravalenz-Prinzip entspricht als Massnahme zum Schutz der Patienten vor ökonomischer Übervorteilung nicht nur der an vielen Stellen des Gesundheitsrechts erkennbaren Absicht des Schweizer Gesetzgebers und dem Geist ärztlicher Standesregeln, sondern ist auch internationaler Standard. Aufgrund der international belegten Kostenfolgen der SD sind auch die asiatischen OECD-Länder systematisch zur Abschaffung der SD übergegangen.

Aus Sicht des Patientennutzens und der Kosten lässt sich die SD einzig in abgelegenen, ländlichen Gebieten vertreten, was in der Schweiz allenfalls gewisse Bergtäler betreffen könnte.

Der einzige Aspekt, welcher zugunsten der SD vorgebracht werden kann, betrifft die Bequemlichkeit des Patienten, falls das passende Medikament in der Arztpraxis an Lager und der Arzt anwesend ist. Sämtliche übrigen nutzen- und kostenseitigen Aspekte – wie auch die internationalen Standards – sprechen klar gegen den ärztlichen Medikamentenverkauf. Aus gesundheitsökonomischer Sicht lässt sich somit ein eindeutiges Fazit gegen die Selbstdispensation ziehen.

Frage 2: Wie ist eine allfällige Ausweitung der Selbstdispensation (SD) im Kanton Zürich aufgrund der Antwort auf Frage 1 aus gesundheitsökonomischer Sicht zu beurteilen?

Wie in Abschnitt 2.4 ausgeführt, muss zunächst festgehalten werden, dass eine Ausweitung der SD auf das gesamte Kantonsgebiet ein völlig untaugliches Mittel ist, um zusätzlichen Wettbewerb zu schaffen oder gar Kosten zu senken. Aufgrund der staatlichen Regulierung von Leistungen und Preisen im Medikamentenmarkt kann eine Ausweitung der SD weder zu einer Zählung der Macht der Anbieter beitragen, noch kann der Wettbewerb seine Innovationskraft im Rahmen der Differenzierung von Leistungen und Preisen entfalten. Von einer Verbesserung des Zugangs zu Medikamenten aufgrund einer so genannten «Marktöffnung» durch vermehrte SD kann ebenfalls keine Rede sein. Bei der Ausweitung der SD von «Liberalisierung» zu sprechen, wäre geradezu irreführend.

Von der Schaffung neuer, zusätzlicher ärztlicher Verkaufsstellen für Medikamente in den beiden Städten Zürich und Winterthur sind aufgrund der beschriebenen Fehlanreize der SD folgende Effekte zu erwarten:

a) Kosteneffekte durch anbieterinduzierte Nachfrage

Zunächst ist auf die zu erwartenden kostenseitigen Folgen einer Ausweitung der SD im Kanton Zürich zu verweisen. Die von einer Verletzung des Kontravalenz-Prinzips ausgehenden Fehlanreize wurden in Abschnitt 2.2 ausführlich beschrieben und in Abschnitt 3 empirisch fundiert. Dass bei einer Ausweitung der SD mit höheren Kosten zu rechnen ist, erscheint aus gesundheitsökonomischer Sicht unstrittig. Auch der Zürcher Regierungsrat ist sich der Problematik falscher Anreize und entsprechender Kostenfolgen im Prinzip bewusst, wenn er schreibt: «*Sollte die Liberalisierung im Bereich der obligatorischen Grundversicherung...einen Kostenschub auslösen, wird es Aufgabe des Bundes sein, die falschen Anreizsysteme zu analysieren und Gegenmassnahmen zu ergreifen...* » (Antrag des Regierungsrats des Kantons Zürich vom 31.10.07, Seite 9).

b) Umverteilung- und Nutzeneffekte

Erstens würde die ohnehin bestehende Anbietermacht der Ärzteschaft bei der Verschreibung und dem Verkauf von Medikamenten weiter gestärkt. Weil davon auszugehen ist, dass bei einer Ausweitung der SD die

Apothekenzahl in den Städten – aber teilweise auch auf dem Land – sinkt, wird nicht nur der bestehende Wettbewerb unter den Apotheken geschwächt, sondern es kommt auch zu einer Reduktion der effektiven Wahlfreiheit. Der Grund liegt in der Konzentration der ärztlichen Privatapotheken auf wenige, aber umsatzstarke Medikamente. Diese Konzentration bewirkt einerseits deutliche Umsatzeinbussen bei den Offizinapotheken, was zu deren Schliessung führen kann und auch vom Zürcher Regierungsrat grundsätzlich erwartet wird (Umverteilungseffekt zwischen Anbietern).⁴⁷ Andererseits kommt es zu einer Reduktion des tatsächlich verfügbaren Medikamentensortiments, insbesondere hinsichtlich nicht-gängiger Medikamente (negativer Nutzeneffekt für Patienten).

Zweitens ist zu beachten, dass in der heutigen Situation die von den städtischen Rezepturärzten verschriebenen Medikamente nicht nur durch die Stadtapotheken, sondern auch von den Landapotheken verkauft werden und für letztere einen wichtigen Umsatzanteil ausmachen (Umverteilungseffekt; vgl. Abs. 3.3).

Die entsprechenden Rezepte stammen vor allem von städtischen Fachärzten, welche an die Landbevölkerung Medikamente verschreiben. Das Ausführen von Rezepten ist gemäss Heilmittelverordnung den Apothekern vorbehalten, doch hat der Hausarzt auf dem Land in der Regel Kenntnis von den anderweitig verordneten Medikamenten und wird die Therapie mit seinen Heilmitteln fortsetzen, was ihm zusätzliche Einkommen ermöglicht.

Eine Verlagerung dieses Verkaufs in die beiden Städte lässt zwei Wirkungen erwarten. Einerseits ist aufgrund des Rückgangs der Apothekenzahl mit der bereits für die Städte beschriebenen Reduktion des effektiven Angebots (Anzahl Verkaufsstellen, Sortimentsbreite und -tiefe) tendenziell auch auf dem Land zu rechnen (negativer Nutzeneffekt). Besonders unter Druck geraten kleinere Landapotheken mit hohem Rezeptanteil aus den Städten.

Andererseits kommen auch die Einkommen aus Medikamentenverkauf der heute bereits selbst dispensierenden Landärzte unter Druck, wenn die Medikamente direkt beim städtischen (Fach)Arzt bezogen werden können (Umverteilungseffekt). – Insgesamt ergibt sich aus ökonomischer Warte eine Reduktion der Attraktivität der Tätigkeit als Grundversorger in den ländlichen Regionen des Kantons, während die ärztliche Tätigkeit in den beiden Städten ökonomisch klar attraktiver würde. Die Frage der gesundheitspolitischen Wünschbarkeit einer solchen Entwicklung sei an dieser Stelle nicht diskutiert.

Eine Verbesserung des Zugangs zu Medikamenten aufgrund einer Ausweitung der SD im Kanton Zürich lässt sich insgesamt also weder für die ländlichen Gebiete, noch für die beiden Städte erwarten. Auch ist nicht davon auszugehen, dass sich die Versorgung punkto zeitlichem Zugang oder Notfallversorgung verbessern würde. Die Bereitstellung eines 24-Stunden-Zugangs, eines Notfall- oder Hauslieferdienstes liesse sich bei sinkender Apothekenzahl über die Ärzteschaft kaum einfacher und kostengünstiger organisieren, als dies heute der Fall ist.

⁴⁷ Vgl. Antrag des Regierungsrats des Kantons Zürich vom 31.10.07, Seite 9.

Als zusammenfassendes Fazit sei abschliessend nochmals auf die Experten der OECD und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hingewiesen, welche die Situation der Schweiz auch in den internationalen Kontext stellen.

«Die kantonale Praxis, Ärztinnen und Ärzten die Abgabe von Medikamenten zu erlauben, lässt sich nicht mit Argumenten der Zugänglichkeit oder der öffentlichen Gesundheit rechtfertigen. Die Erlaubnis zur Selbstdispensation schafft für Ärztinnen und Ärzte den Anreiz zur Über-Verschreibung und fördert die Abgabe von billigeren Generika in keiner Weise. Die Schweiz nimmt hier im Vergleich mit anderen OECD-Ländern eine einzigartige Stellung ein: Anderswo ist Ärztinnen und Ärzten die Selbstdispensation nicht erlaubt – mit Ausnahme einiger weniger abgelegener Gebiete, in denen Apotheken nur äusserst schwer erreichbar sind – , was zu Kosteneinsparungen geführt und sich für Patientinnen und Patienten nicht nachteilig ausgewirkt hat.» (OECD/WHO, 2006, 169⁴⁸)

⁴⁸ Der Expertenbericht zum Schweizer Gesundheitssystem wurde vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) bei der OECD und WHO in Auftrag gegeben.

5. Literatur

American Medical Association (2005): Code of Medical Ethics 2004-2005: E-8.06 Prescribing and Dispensing Drugs and Devices, Chicago.

Angell, M. (2004): The Truth about the Drug Companies - How They Deceive Us and What to Do about It, Random House.

Beck, K. / Kunze, U. / Oggier, W. (2004): Selbstdispensation: Kosten treibender oder Kosten dämpfender Faktor? Managed Care 6/2004.

Breyer, F. / Zweifel, P. / Kifmann M. (2005): Gesundheitsökonomik, Springer, Berlin etc., 5. Auflage.

Chou, YJ et al. (2003): Impact of separating drug prescribing and dispensing on provider behaviour: Taiwan's experience, Health Policy and Planning, Vol. 18(3), 316–329, Oxford University Press.

Crivelli, L., / Filippini, M. / Mosca, I. (2006): Federalism and Regional Health Care Expenditures: An Empirical Analysis for the Swiss Cantons, Health Economics 15, 2006, p. 535-541.

Cueni, T.B. (2004): Pharmaindustrie, in G. Kocher und W. Oggier (Hrsg.), Gesundheitswesen Schweiz 2004-2006. Eine aktuelle Übersicht, Verlag Hans Huber, Bern, 183-189.

Dummermuth, A. (1993): Selbstdispensation: Der Medikamentenverkauf durch Ärzte: Vergleiche und Auswirkungen unter besonderer Berücksichtigung der Kantone Aargau und Luzern. Propharmacie, Cahiers de l'IDHEAP, Nr. 114, August 1993.

Evans, R.G. (1974): Supplier-induced demand: some empirical evidence and implications. In: Perlman, M. (Ed.), The Economics of Health and Medical Care. Macmillan, Edinburgh, 162–173.

Garau M. / Mestre-Ferrandiz, J. (2007): European Medicines Pricing and Reimbursement - Now and the Future, Radcliffe Publishing, ISBN 184619184X

Guggisberg, J. / Spycher, S. (2005): Nachfrage, Inanspruchnahme, Bedarf und Angebotsinduzierung in der ambulanten medizinischen Versorgung, Forschungsprotokoll des Obsan Nr. 3, Neuenburg.

Gyger, P. (2007): Ärzte: Gewinne aus Medikamentenverkauf zu hoch, in: Helsana - Unser Standpunkt (4/07), S. 8-9.

Haller, J. (2007): Selbstdispensation, Editorial SAEZ Nr. 06/2007.

Hasler, N. (2006): Einkommensverhältnisse der freien Ärzteschaft der Schweiz in den Jahren 2001 und 2002, SAEZ 87(3), 87-93.

Hasler, N. / Reichert, M. (2008): Einkommensverhältnisse der freien Ärzteschaft der Schweiz in den Jahren 2004 (neu) und 2003 (Re-Evaluation), SAEZ 89(6), 208-219.

Henderson, J.W. (2005): Health Economics & Policy, Thomson/South-Western, 3rd Edition.

Hillman, B.J. et al. (1992): Physicians' Utilization and Charges for Outpatient Diagnostic Imaging in a Medicare Population, JAMA, 268(15), 2050-2054.

Iizuka, T. (2007): Experts' Agency Problems: Evidence from the Prescription Drug Market in Japan, RAND Journal of Economics, Vol. 38 (3), 844–862.

Jaccard Ruedin, H. et al. (2007): Angebot und Inanspruchnahme an ambulanten medizinischen Leistungen in der Schweiz, Arbeitsdokument 22, Zusammenfassung Obsan (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium), Neuenburg.

- Kommission für Konjunkturfragen (2006): Reform des Gesundheitswesens, Jahresbericht 2006, 385. Mitteilung der KfK, Bericht vom 8. September 2006.
- Kull, H.-U. (2007): Ärzte mit Praxisapotheke, Die Selbstdispensation in der Schweiz, MMW-Fortschr. Med. Originalien I/2007, 149. Jg., S. 41 – 43.
- Lee, Y.-C. / Huang, K.-H. / Huang, Y.-T. (2007): Adverse pharmaceutical payment incentives and providers' behaviour: the emergence of GP-owned gateway pharmacies in Taiwan, forthcoming, Health Policy and Planning, Oxford University Press.
- Lundin, D. (2000): Moral Hazard in Physician Prescription Behavior, Journal of Health Economics, Vol. 19(3), 639-662.
- Marty, F. (2007): Medikamente, in G. Kocher und W. Oggier (Hrsg.), Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009. Eine aktuelle Übersicht, Verlag Hans Huber, Bern, 181-192.
- McCormack, J. (2006): The pros and cons of selling prescriptions in the office, Physicians Practice, June 06.
- McGuire, Th. (2000): Physician Agency, in: Handbook of Health Economics (Culyer / Newhouse, Eds.), Vol. 1A, Elsevier Science, Amsterdam.
- Mitchell, J.M. / Sass, T.R. (1995): Physician ownership of ancillary services: Indirect demand inducement or quality assurance? Journal of Health Economics, Vol. 14, 263-289.
- Mitchell, J.M. / Scott, E. (1992): Physician Ownership of Physical Therapy Services, JAMA 268(15), 2055-2059.
- OECD Economic Survey Switzerland, Volume 2007/19, Paris, November 2007.
- OECD/WHO (2006): OECD-Berichte über Gesundheitssysteme: Schweiz, OECD Publishing, Paris; deutschsprachige Fassung durch das BAG, Bern, 2006.
- Phelps, C.E. (2003): Health Economics, Addison Wesley, Boston etc., 3rd Edition.
- Rodwin, M.A. / Okamoto, A. (2000): Physicians' Conflicts of Interest in Japan and the United States: Lessons for the United States, Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 25(2), 343-376.
- Santerre, R.E. / Neun, S.P. (2004): Health Economics, Thomson/South-Western, 3rd Edition.
- Schips, B. / Sohre, P. (1995): SD oder Rezeptur? Eine wissenschaftliche Analyse. Schweizer Apothekerzeitung, Nr. 24, 30. November 1995, S. 604-605.
- Schleiniger, R. / Slembeck, T. (2007): Bestimmung und Erklärung der kantonalen Mengenindizes der OKP-Leistungen, Zentrum für Wirtschaftspolitik, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Slembeck, T. (2006): Kostentreiber im Schweizer Gesundheitswesen – Eine Auslegeordnung, Solothurn.
- Vatter, A. / Rüefli, Chr. (2001): Kostendifferenzen im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen, Bundesamt für Sozialversicherung, Bern.
- Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (2007): Standesordnung FMH, http://www.fmh.ch/de/data/pdf/stao_2007_d.pdf.
- Werblow, A. (2004): Managed Care in der Schweiz: Eine empirische Analyse des Verhaltens von Allgemeinmediziner, Dissertation, Fakultät für Wirtschaftswissenschaft der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg.
- Widmer, W. et al. (2007): Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität - Analyse und Reform der finanziellen Anreize im Gesundheitswesen, Band 91, Schriftenreihe der SGGP, Zürich.

Anhang

AHV-pflichtiges Einkommen aller in freier Praxis tätigen Ärzte, jährliche Mittelwerte nach Kantonen, Ärzte unter 66 Jahren, geordnet nach dem Mittelwert über alle genannten Jahre (Quelle: N. Hasler, Schweizerische Ärztezeitung, div. Jahrgänge).

Regime	Kanton	1997/98	2001	2002	2003	2004	Mittelwert
RZ	JU	139'901	141'574	148'044	139'329	156'533	145'076
RZ	NE	139'259	143'656	144'313	156'370	164'225	149'565
RZ	VS	148'478	161'247	176'448	167'885	182'338	167'279
RZ	BS	148'520	170'012	176'348	178'663	173'386	169'386
RZ	GE	170'178	163'734	181'056	187'741	199'429	180'428
gemischt	GR	178'447	205'088	199'872	187'627	199'380	194'083
gemischt	SH	165'286	198'933	199'583	198'417	210'450	194'534
SD	UR	210'613	203'565	187'142	232'920	197'991	206'446
RZ	VD	198'771	195'247	212'952	212'172	217'383	207'305
SD	SO	190'386	210'676	212'984	210'016	219'950	208'802
RZ	AG	192'337	202'233	203'455	223'148	222'888	208'812
gemischt	BE	209'137	204'008	221'106	204'831	209'953	209'807
	Schweiz	204'624	210'723	215'071	208'940	215'662	211'004
SD	OW/NW	210'493	210'765	214'224	215'057	211'077	212'323
SD	AI/AR	191'558	212'124	210'319	220'799	241'986	215'357
RZ	FR	199'655	206'695	227'791	221'298	226'281	216'344
gemischt	ZH	227'236	225'092	223'248	205'482	201'863	216'584
SD	ZG	221'737	229'936	235'740	217'571	226'917	226'380
SD	SG	205'341	237'025	221'620	223'480	247'636	227'020
SD	LU	208'963	229'073	233'867	237'016	245'757	230'935
SD	TG	234'475	238'948	233'993	224'440	233'212	233'014
SD	BL	206'156	236'004	242'112	230'027	262'412	235'342
SD	SZ	249'153	257'363	226'608	268'276	280'218	256'324
RZ	TI	254'018	241'260	251'712	322'941	224'007	258'788
SD	GL	198'560	304'498	280'213	253'405	268'707	261'077