



### Öffnung mit klaren Auflagen.

#### Medikamentenabgabe im Kanton Zürich

Ich beziehe mich auf die Reaktion von Dr. Thumm [1] in der Schweizerischen Ärztezeitung Nr. 32/33 auf meinen Artikel [2] betreffend Medikamentenabgabe im Kanton Zürich. Dabei erlaube ich mir, auf die Bemerkungen zu den Geldflüssen bei den Verwaltungsräten nicht einzugehen, da sie mit der Sachfrage des erwähnten Artikels nichts zu tun haben. Auf die übrigen Fragen gehe ich der Reihenfolge nach ein.

#### *Äpfel mit Birnen in der Statistik*

Es werden Tariferträge und Medikamentenumsätze dividiert durch Anzahl Ärzte dargestellt. Die Gewinne aus den Medikamentenumsätzen entsprechen den Umsätzen abzüglich der Einstandskosten und der betrieblichen Kosten für die Führung der Patientenapotheke. Die Gewinne sind in der Statistik (besser Grafik) nicht dargestellt.

#### *Gewinne aus Medikamentenabgabe*

Die Preisregulierung auf Bundesebene operiert bekanntlich mit prozentualen Zuschlägen auf dem Fabrikabgabepreis und Zuschlägen pro Packung. Daraus resultiert der SL-Preis. Der Prozentschlag liegt über den kapitalabhängigen Kosten der Verteilung (Grossisten und Abgabestelle). Das führt dazu, dass die seit Jahren beobachtbaren Erhöhungen der durchschnittlichen Herstellerpreise automatisch zu höheren Gewinnen bei der ärztlichen Abgabe führen, ohne dass eine ärztliche Mehrleistung erfolgt wäre. Diese Dynamik ist aus unserer Sicht nicht gerechtfertigt.

Es steht damit ohne Zweifel fest, dass durch die Preisregulierung im Medikamentenbereich ein – systembedingter – finanzieller Anreiz besteht, Medikamente abzugeben. Aus unserer Sicht dürfte die Medikamentenabgabe aber keinem solchen Anreiz unterliegen. Dieser politische Wille kommt auch in Art. 33 des Heilmittelgesetzes zum Ausdruck, wonach finanzielle Elemente die Medikamentenabgabe nicht beeinflussen dürfen. Ob und allenfalls in welchem Ausmass die Ärzte in der Praxis dem finanziellen Anreiz letztlich unterliegen, ist allerdings in der Tat eine offene Frage. Einerseits bin ich der Überzeugung, dass für die Ärzte generell die optimale Therapie im Vordergrund steht. Ich würde andererseits soweit gehen zu behaupten, dass verein-

zelt doch – wahrscheinlich eher in medizinisch unbedenklichen Fällen – diesem Anreiz nachgegeben wird. Leider bleiben diese Aussagen The- sen, da das entsprechende Verhalten bisher aufgrund mangelnder Detaildaten nicht beobachtbar ist. Ich bin überzeugt davon, dass die meisten medikamentenabgebenden Ärzte in keiner Art und Weise etwas dagegen hätten, wenn dieser systembedingte Anreiz durch eine entsprechende Systemänderung eliminiert würde.

Mit anderen Worten bin ich nicht der Ansicht, dass «Ihr Ärzte» nur aus «niederen gewinnorientierten Motiven» heraus ihre Tätigkeit vollbringen würden. Mit welchen Aussagen in meinem Artikel ich dies zu suggerieren scheine, ist mir nicht ganz klar. Und der Anmerkung, dass der Patient ja auch dazugehört, kann ich nur zustimmen.

Der Vollständigkeit halber möchte ich darauf hinweisen, dass die Krankenversicherer im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine Gewinne erwirtschaften dürfen und dass dies vom Bundesamt für Gesundheit entsprechend überprüft wird.

#### *Aufwand der Führung einer Apotheke in der Arztpraxis*

Dass die Führung einer Apotheke Betriebskosten verursacht, leuchtet jedem ein. Diese Kosten können einigermaßen gut geschätzt werden. Je nach Fachrichtung, Sortiment usw. sind diese Kosten unterschiedlich. Gesamtschweizerisch betrachtet, ist aber auch nach «grosszügiger» Einschätzung klar, dass dabei ein beträchtlicher Gewinn entsteht. Das wird weder die FMH noch die APA abstreiten.

#### *Umsetzung Qualitätssicherung*

Es ist nun einmal so, dass Art. 58 KVG und Art. 77 KVV die Umsetzung qualitätssichernder Massnahmen durch die Vertragspartner vorsehen, wobei die Leistungserbringer oder deren Verbände entsprechende Konzepte erarbeiten müssen. Mit anderen Worten ist es – aus meiner Sicht durchaus berechtigter – politischer Wille, dass das so geschieht, und nicht etwa ein «Hirngespinnst» von santésuisse.

#### *Vertrag Zürcher Apotheken*

Diesen Vertrag gibt es nicht. Es gibt aber einen gesamtschweizerischen Vertrag (LOA-Vertrag). Man kann diesem Vertragswerk durchaus auch einige administrative Vorteile (einheitliches Rechnungsformular, elektronische Rechnungsstellung, «tiers payant» usw.) entnehmen.

*Kosten im Apothekenkanal vs. Kosten im SD-Kanal*  
 Es gibt eine Vielzahl von Studien – teilweise auch solche mit einem «Interessenbias» – über die Frage, ob die Selbstdispensation im Vergleich zur Rezepturregelung kausal zu höheren oder tieferen Gesamtkosten führt. Zu dieser Frage gibt es trotzdem keine empirisch einwandfrei belegte Evidenz. Auch die Studie von Christian Rüefli und Adrian Vatter [3] überzeugt in dieser Hinsicht nicht. Aus diesen Gründen bleibt die Frage unbeantwortet, ob die SD direkt und kausal zu höheren oder tieferen Kosten führt. Zu viele andere erklärende Parameter stehen dazu im Wirkungsverhältnis. Ob die in der Ausgabe Cash vom 12. August 2004 erwähnte, noch nicht veröffentlichte Studie, wonach die Pillenkosten in SD-Gebieten um 243 Franken pro Einwohner höher sind als in Rezepturkantonen, in dieser Frage zuverlässiger ist, kann ich leider noch nicht beurteilen.

Letztlich bedanke ich mich für die Entschuldigung, und es tut mir leid, dass die Ausführungen als Verunglimpfungen und dilettantische Rundumschläge aufgefasst wurden. Ich bin überzeugt davon und erlebe es regelmässig mit anderen Vertretern der Ärzteschaft, dass wir durchaus sachlich diskutieren könnten.

*Pius Gyger, Helsana, Zürich*

- 1 Thumm D. Öffnung mit klaren Auflagen. Medikamentenabgabe im Kanton Zürich. Schweiz Ärztzeitung 2004;85(32/33):1686-7.
- 2 Gyger P. Öffnung mit klaren Auflagen. Medikamentenabgabe im Kanton Zürich. Schweiz Ärztzeitung 2004;85(26):1375-7.
- 3 Rüefli C, Vatter A. Wirkungsanalyse KVG: Kostendifferenzen im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen. Statistische Analyse kantonaler Indikatoren. Forschungsbericht Nr. 14/01. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung; 2001.



### Gefährliche Flaschenpost

Sensibilisiert durch die Abschiedsvorlesung von Prof. Urs Haller («Von der Schuldfrage zur Fehlerkultur in der Medizin. Risiken, Fehler und Patientensicherheit»), habe ich bemerkt, dass die nun weissen Sauerstoffflaschen mit einem grossen «N», dem Symbol für das Element Stickstoff, gekennzeichnet sind. Die Nachfrage bei einem Anästhesisten ergab, dass die Lieferfirma mit dem «N» darauf aufmerksam machen wolle, dass es sich bei der weissen Farbe um eine neue Farbe handelt.

Ich führte daraufhin eine kurze Umfrage bei Kollegen und Kolleginnen (Nichtanästhesisten) durch:

- nur jeder 4. der Befragten wusste, dass in der Schweiz die Sauerstoffflaschen nach einer Übergangsfrist von 10 Jahren nun nach der ISO-Norm nicht mehr blau, sondern weiss sind;
- alle der Befragten sagten, dass «N» Stickstoff bedeute;
- alle, die nicht wussten, dass die Sauerstoffflaschen nun weiss sind, waren der Ansicht, dass es sich bei den weissen Flaschen mit dem «N» um Flaschen mit Stickstoff handelt;
- keiner der Befragten konnte erklären, was «N» auf einer Sauerstoffflasche bedeute.

Die Flaschen können heute zwar nicht mehr falsch angeschlossen werden. Es ist aber klar, dass alle Kollegen, die annahmen, dass es sich um Flaschen mit Stickstoff handelt, damit im Notfall nicht beatmet hätten, obwohl die Flaschen richtig angeschlossen waren.

*Prof. Dr. med. Renzo Brun del Re, Bern*



Wer stellt diesen Unsinn ab?

### Replik

N steht für NEW oder NEU. Tatsächlich kann das grosse «N» auf der Schulter von Gasflaschen stutzig machen und vermuten lassen, beim Flascheninhalt könnte es sich um «N<sub>2</sub>» oder eine andere Stickstoffverbindung handeln. Die auf dem Zylinder angebrachte Etikette gibt als einzig verbindliche Beschriftung aber über den genauen Inhalt eindeutig Auskunft.

Die Aufschrift «N» ist vorgeschrieben: Gemäss der schweizerisch-europäisch harmonisierten Norm (SN/EN 1089-3) müssen alle Gasflaschen bis zum Jahr 2006 auf international einheitlich gehandhabte Farben gewechselt werden. Infolge dieser Vorgabe muss Sauerstoff neu von blau auf weiss (in der Schweiz bisher blau) und Lachgas neu auf blau(!) gewechselt werden (bisher grün/silber/grün). Gasflaschen mit der neuen Farbcodierung müssen gemäss Absatz 5 der SN/EN-Norm auf ihrer Schulter mit dem Buchstaben N gekennzeichnet werden. Zur weiteren Verminderung der Verwechslungsgefahr hatte der Industriegaseverband Schweiz IGS bereits vor Jahren beschlossen, stufenweise vorzugehen und erst den gesamten Sauerstoffflaschenpark umzuspritzen, bevor die Farbänderung beim Lachgas vorgenommen wird. Zudem wurde die neue Norm durch Publikationen in entsprechenden Verbandsorganen und durch Öffentlichkeitsarbeit bekanntgemacht. Der IGS und ihre Partnerfirmen haben bereits 1998 eine farbig gestaltete Broschüre herausgegeben, die über die neue Farbkodierung an den Stahlflaschen für Gase umfassend orientiert. Die Broschüre eignet sich gut für die Schulung und kann bei den Gaslieferanten oder beim IGS angefordert werden.

Eine Änderung dieser Aufschrift ist daher kaum möglich und unseres Erachtens in der jetzigen Situation auch nicht zweckmässig, da sie letztlich die Verwechslungsgefahr sogar steigern könnte. Wichtig ist aber eine umfassende Orientierung möglichst aller betroffenen Kreise, wozu auch diese Replik beitragen soll.

*Swissmedic und die Arbeitsgruppe  
«Technik und Sicherheit»  
des Industriegaseverbands Schweiz (IGS)*