

Tarife und Verträge

Mythen und Fakten zur ärztlichen Medikamentenabgabe



Ernst Gähler^a, Irène Marty^b

a Verantwortlicher
Tarife und Verträge

b Bereichsleiterin
Tarife und Verträge

Ärztliche Medikamentenabgabe

Die Sonntagspresse vom 23. Mai 2010, «Info santé-suisse» und «Standpunkte» der Helsana, kommentiert die Kurzstudie zur ärztlichen Medikamentenabgabe des grössten Schweizer Krankenversicherers einseitig und tendenziös; sie unterstellt der Ärzteschaft zu hohe Verdienste mit Pillen. Diese Publikationen, die Studien der Helsana vom 30. Dezember 2009 und dem Preisüberwacher (PüW) 2008 lassen zentrale Aspekte ausser Acht, die für eine korrekte Wertung der Selbstdispensation (SD) entscheidend sind, wie die zehn Fakten zur ärztlichen Medikamentenabgabe zeigen:

1. Die ärztliche Medikamentenabgabe ist patientenfreundlich.
2. Deckungsbeiträge aus der Selbstdispensation sind zulässig und gewünscht.
3. Die Unkosten sind nicht im TARMED eingerechnet.
4. Bei Vergleichen mit dem Apothekerkanal fehlt die leistungsorientierte Abgeltung (LOA).
5. Die Medikamentenkosten sind tiefer über die SD im Vergleich zum Absatz über die Apotheke.
6. Die Kostensteigerung bei den Arzneimitteln resultiert nicht aus der SD.
7. Die in den Studien aufgeführten SD-Umsätze in den NICHT-SD-Kantonen TI, GE und VD sind mehr als erstaunlich und hätten jeden sorgfältigen Verfasser zu einer Prüfung der Grundlagen veranlassen müssen.
8. Impfungen sowie systemische Anti-Rheumatika haben nichts mit der SD zu tun und müssen ausgeschrieben werden.
9. In den verschiedenen Abgabekanälen gelten unterschiedliche Massstäbe.
10. Die Medikamentenabgabe ist keine ausschliessliche Spezialität der freien Ärzteschaft, sie ist in Spitälern ebenso verbreitet.

Die SD ist definiert als Medikamentenabgabe durch den Arzt. Sie existiert bereits vor der Einführung des TARMED und ist wie das Praxislabor immer schon Bestandteil der ärztlichen Leistung und des Einkommens gewesen. Die kantonalen Taxpunktwerte waren schon vor dem TARMED in SD-Kantonen tiefer als in Kantonen ohne SD. Die vom Bundesrat geforderte Kostenneutralität bei der Einführung des neuen Tarifs hat diese Vorgaben zementiert – auch heute sind Tax-

punktwerte in Kantonen mit SD tiefer als in den übrigen Kantonen. Die ärztliche Medikamentenabgabe und die Laborleistungen bleiben somit bis heute Bestandteil des ärztlichen Einkommens.

Entgegen anderslautenden Behauptungen ist die ärztliche Medikamentenabgabe auch in zahlreichen anderen Ländern Realität, so etwa in Liechtenstein, Österreich, England, den USA, Japan, Neuseeland, China und Indien. Mehr als die Hälfte der Weltbevölkerung lebt in Ländern mit ärztlicher Medikamentenabgabe. In der Schweiz haben die Ärzte in 13 Kantonen die Möglichkeit zur ärztlichen Medikamentenabgabe, zusätzlich kennen vier Kantone eine Mischform. Nur neun Kantone kennen keine SD. Die kantonalen Gesundheitsgesetze regeln die ärztliche Medikamentenabgabe und gewährleisten die Medikamentenversorgung in den ländlichen Kantonen. Weil die ärztliche Medikamentenabgabe sicher, kosteneffizient und in Notfällen unabdingbar ist, muss sie erhalten bleiben.

Der Generalvorwurf der Versicherer gegen die SD lautet, der Arzt solle sein Einkommen einzig aus ärztlicher Leistung generieren. Der Grundversorger kann aber sein Einkommen nur aus der Breite – mit Konsultation, Hausbesuch, Beratung, Röntgen, EKG, Ultraschall, ärztlicher Medikamentenabgabe und Praxislabor – und nicht aus der Tiefe des TARMED erzielen. Im Gegensatz zu den Aussagen der Helsana-Studie ist die ärztliche Medikamentenabgabe im TARMED nicht inbegriffen und somit nicht Bestandteil des Tarifs. Ebenso sind die Sitzungszeiten in den SD-Kantonen entgegen der Ansicht des Preisüberwachers, wonach die Aufwände der SD dem Arzt ja bereits über die Konsultation entschädigt würden, tiefer als in den Kantonen ohne SD.

Überproportionaler Anstieg der Kosten in SD-Kantonen

Die Presse schrieb von einem Kostenanstieg von über 16% in den SD-Kantonen. Die IMS-Zahlen, welche die Basis für die beiden Studien bilden, zeigen auf, dass bei einem Medikamentenvolumen von 100% rund ein Viertel bzw. 23,7% auf parenterale applizierte Medikamente entfallen. Wie erklärt sich der Anstieg der Medikamentenkosten der Ärzte von 16% innert vier Jahren? Die Zuwachsrate der parenteralen Medikamentenapplikation von 2005 bis 2009 beträgt bei Impfungen 45,8%, bei den Rheumamitteln 286% und bei den Krebsmedikamenten 31%, bei den echten SD-Medikamenten aber weniger als 1%.

Wenn man den Apothekerkanal mit abgegebenen Medikamenten und den Ärztekanal mit abgegebenen und applizierten Medikamenten vergleicht, so vergleicht man Äpfel mit Birnen! Der spitalambulante Bereich wird auch hier wieder einmal ausgeklammert und nicht kommentiert.

Studien

Neben der Helsana- und der PüW-Studie wird vor allem immer wieder die Oggier-Studie bemüht, die beweisen

fasst sich seit 2007 eine breitabgestützte Arbeitsgruppe der FMH mit Lösungen einer margenunabhängigen Abgeltung. Zusammen mit Anton Prantl (Direktionspräsident Ärztekasse) hat sie ein margenfreies Modell entwickelt.

Zum margenunabhängigen Abgabemodell wurden bereits mit santésuisse und Vertretern von Versicherern explorative Gespräche geführt. Der Verwaltungsrat der santésuisse wird einen Grundsatzentscheid fällen.

Mit der margenunabhängigen Abgeltungsform lassen sich alle ungerechtfertigten Vorwürfe an die Ärzteschaft entkräften

soll, dass die Medikamentenkosten in SD-Kantonen höher seien als in Kantonen mit reiner Rezeptur. In einem kürzlich publizierten Interview kam Willy Oggier zum Schluss: «Bei der Zuweisung zum Wohnkanton (...) ändert das Ergebnis das Vorzeichen, was bedeutet, dass in diesem Fall *die Selbstdispensation niedrigere Kosten verursachen würde.*» Zudem ist die heutige LOA in der Studie nicht berücksichtigt.

Margenunabhängige Abgeltung

Wegen des stetigen Vorwurfs des falschen Anreizes durch die margenabhängige Abgeltung bei der SD be-

Mit der margenunabhängigen Abgeltungsform lassen sich alle ungerechtfertigten Vorwürfe an die Ärzteschaft entkräften. Die Aufwendungen werden über eine ärztliche und technische Leistung und über den TARMED abgehandelt werden. Die Variante II ermöglicht gar, den Handel mit Medikamenten auszulagern. Somit wäre der Fortbestand der patientenfreundlichen und effizienten SD ohne alle Negativpunkte weiterhin gewährleistet.

Revision der Analysenliste: Monitoring

Die Auswirkungen der Revision Analysenliste zeigen auch nach zehn Monaten immer noch das gleiche Bild und sind ein Desaster für die Grundversorgung.

Eindrücklicher als in der Abbildung 1 dargestellt lassen sich die Aussagen einzelner Vertreter von santésuisse und die Behauptungen des BAG im Vorfeld der Tarifrevision nicht widerlegen. Im Gegensatz zu santésuisse (sie wertet ihre Daten nach Verarbeitungsdatum aus) haben wir unsere Daten nach Sitzungsdatum ausgewertet und erhalten so einen einmaligen Blick auf die Entwicklung. Seit der Absenkung im Jahr 2006 sind die Kosten der Grundversorger pro Laborsitzung absolut konstant. Die Auswirkungen der neuen Analysenliste sind verheerend, es sind keine Kompensationsmechanismen festzustellen!

Tarifdelegiertentag am 20. Oktober 2010

Der Zentralvorstand und die Delegierten der FMH haben beschlossen, die Revision der Tarifstruktur TARMED unabhängig vom Entscheid von santésuisse in die Hand zu nehmen. Am 20. Oktober 2010 findet ein ganztägiger Tarifdelegiertentag statt, der als Kickoff zur Tarifrevision dient.

Abbildung 1
Umsatz Laborsitzung über die Zeit.

