



Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,
liebe Kolleginnen und Kollegen



So wie das lokale und globale Wetter mit Stürmen und Hurricanes den Wechsel von ruhigen und sonnigen Tagen bringt, so bringt der Herbst auch uns Hausärztinnen und Hausärzten beides.

Da stehen die neuen Krankenkassenprämien und allfällige Kassenwechsel für unsere Patienten an, von der *santé-suisse* werden Rückforderungsbegehren wegen Überarztung gestellt, und viele Patienten möchten in der bereits angebrauchten Franchise noch möglichst viele notwendige und auch unnötige Abklärungen und Eingriffe unterbringen.

Auch die standespolitischen Aufgaben der VHBB beinhalten zurzeit einige turbulente Themen. Dazu gehören: das Engagement für eine flächendeckende Selbstdispensation (siehe Schwerpunkt in diesen News), der enge Kontakt mit MFE bei den Vernehmlassungen zu den bundesrätlichen Tarifeingriffen, eine dezidierte Stellungnahme der VHBB und der MEDGES BS an die *Sympany* betreffend deren fragwürdige und unverhältnismässige Rückforderungen der Injektionsposition 00.0750 an einige Kolleginnen und Kollegen, ein Mahnbrief an diverse Heimleitungen, dass die freie Arztwahl gerade auch in den Pflegeheimen gesetzlich verankert ist, und ein Brief an die Sozialhilfe BS, in welchem für ärztliche Zeugnisse ein kostendeckender Tarif (200.-/Std.) vorgeschlagen wird.

Dazu kommen die Teilnahme des VHBB-Vorstandes und einzelner engagierter Mitglieder an diversen Veranstaltungen wie dem Workshop «Medizinische Versorgung von gefährdeten Randgruppen» von Regierungsrat Engelberger oder dem von Chefarzt und Spitalapotheker initiierten «Forum für Interprofessionalität» des Felix Platter-Spitals.

Eine Verstärkung resp. Aufstockung auf den Normalbestand des Vorstandes durch zwei Kolleginnen und Kollegen wäre also nicht nur wünschenswert, sondern bald dringlich und unabdingbar.

Im Hinblick auf die grossen Neuerungen im *TAR-MED* hat der Vorstand eine spezielle Fortbildung im Rahmen der nächsten Jahresversammlung oder an einem separaten Nachmittag Anfang 2018 geplant.

Nun bleibt mir, Euch allen zu wünschen, dass neben all diesen Turbulenzen auch ruhige, sonnige und erfreuliche Tage die Praxisarbeit prägen und die für eine engagierte Hausarztmedizin notwendige Freude und Energie spenden.

Dr. med. Stefan Kradolfer, Präsident VHBB

Fragen an Sarah Wyss

«Bislang spürte ich weder das Bedürfnis noch einen Druck nach einer politischen Veränderung des Status quo»

VHBB-News: In 17 von 19 Deutschschweizer Kantonen ist die Abgabe von Medikamenten durch den behandelnden Arzt (Selbstdispensation) zulässig, nicht aber in Basel-Stadt. Warum hat Ihrer Meinung nach Basel-Stadt diesbezüglich eine Sonderstellung in der Deutschschweiz?

Sarah Wyss: Basel-Stadt ist als einziger Deutschschweizer Kanton ein Stadtkanton. Sowohl die Apotheken wie auch die Spitaldichte sind sehr hoch. Dies könnten Faktoren sein, die diesen historisch gewachsenen politischen Entscheid mitbeeinflusst haben.

Wie beurteilen Sie generell – als Präsidentin der Gesundheits- und Sozialkommission des Grossen Rates BS – die gesundheitspolitische Lobbyarbeit von Apothekern und Ärzten? Wie stark ist deren Einfluss auf Ihre Arbeit?

Die Politik hat die Aufgabe, Rahmenbedingungen festzulegen. Und diese müssen im Dienste der Bevölkerung sein – dazu gehört auch eine bezahlbare Gesundheitsversorgung. Als Präsidentin ist es meine Pflicht und auch persönlich ein grosses Anliegen, mit allen Akteuren des Gesundheitswesens im Dialog zu bleiben. Denn alle Akteure tragen zur ausgezeichneten Gesundheitsversorgung bei.

Da das Gesundheitswesen aber nicht zuletzt auch ein milliardenschwerer Wirtschaftszweig geworden ist, gibt es eine Lobbyarbeit, bei der wohl nicht immer die Gesundheit des Menschen im Vordergrund steht. Dies ist eine Realität, die ich nicht bewerten möchte. Mein Ansatz ist es, die Anliegen aller Akteure anzuhören, abzuwägen und am Schluss auf Grundlage von Fakten mit der Kommission die bestmögliche und auch mehrheitsfähige Lösung zu erarbeiten. Diese muss unbedingt zum Wohle des Patienten bzw. der Patientin sein.

Welches ist Ihre persönliche Haltung zur ärztlichen Selbstdispensation?

Ich selbst bin im Baselbiet gross geworden, die Selbstdispensation war für mich eine Selbstverständlichkeit, und ich erlebte sie nicht als problematisch. So gibt es beispielsweise die digitalen Interaktionskontrollen, das Vier-Augen-Prinzip durch die Bereitstellung der Medikamente durch eine MPA wie auch das Nordwestschweizer Heilmittelinspektorat zur wiederkehrenden Qualitätskontrolle.

In der Stadt ist es wiederum selbstverständlich, dass es keine Selbstdispensation gibt, und bis anhin spürte ich auch keinen Druck, dies zu ändern.

Wie verträgt sich die ungleiche Situation der ärztlichen Selbstdispensation von Basel-Stadt (nicht erlaubt) und Baselland (erlaubt) – vor allem im Hinblick auf eine einheitliche Gesundheitsregion Basel/Nordwestschweiz?

Wir leben in einem sehr föderalistischen Staat. Die Bevölkerung hat mit der Ablehnung der Fusionsinitiative dieses Prinzip klar unterstützt. Natürlich bringt diese Kleinräumigkeit auch Herausforderungen mit sich. Beim Grossprojekt der Gesundheitsregion geht es jedoch erstmals um eine gemeinsame Spitalliste und eine Spitalgruppe. Davon ist die SD nicht betroffen.

Die vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) 2015 veröffentlichte Studie über die Kosten der Selbstdispensation von Arzneimitteln («Auswirkungen der Medikamentenabgabe durch die Ärzteschaft auf den Arzneimittelkonsum» – sog. Polynomics-Studie) hat ergeben, dass die ärztliche Medikamentenabgabe günstiger ist als die Rezeptur in der Apotheke. Was sagen Sie dazu?

Ich habe unterschiedlichste Studien zu diesem Thema gelesen. Die Ergebnisse der BAG-Studie kann ich nachvollziehen. So fallen bei der Abgabe der Medikamente durch die Ärzteschaft keine LoA-Kosten an. Und auch ein Generikum kann sowohl in der Apotheke wie in der Arztpraxis abgegeben werden.

Wäre die von Ihnen präsierte Gesundheitskommission bereit, bei einem Besuch einer VHBB-Delegation die Argumente der Hausärzte zum Thema Selbstdispensation anzuhören?

Die politischen Entscheidungen werden vom gesamten Parlament getroffen. Bislang spürte ich weder das Bedürfnis noch einen Druck nach einer politischen Veränderung des Status quo. Prinzipiell bin ich aber interessiert, mit allen Akteuren im Austausch zu bleiben.



Sarah Wyss ist Präsidentin der Gesundheits- und Sozialkommission des Grossen Rates des Kantons Basel-Stadt

«Ein kostenbewusster Umgang mit der Gesundheit bedeutet, dass man sich zuerst in einer Drogerie beraten lässt»

VHBB-News: Am 22. September 2013 lehnte das Aargauer Stimmvolk die Volksinitiative «Ja zur ärztlichen Medikamentenabgabe» ab. Sie waren damals als Regierungsrätin Vorsteherin des Departements Gesundheit und Soziales. Was hat Ihrer Meinung nach zur Ablehnung der ärztlichen Medikamentenabgabe im Kanton Aargau geführt?

Susanne Hochuli: Nicht nur die ärztliche Medikamentenabgabe wurde vom Aargauer Stimmvolk abgelehnt, sondern auch die Forderung der Apotheker, die das Verbot der Medikamentenabgabe durch die Ärzte in der Kantonsverfassung verankern wollten. Anscheinend kann die Aargauer Bevölkerung gut damit leben, dass es nur eine Ausnahmebewilligung für die ärztliche Medikamentenabgabe gibt, wenn es keine Apotheke in vertretbarer Distanz zu einer Arztpraxis gibt.

In 17 von 19 Deutschschweizer Kantonen ist die Abgabe von Medikamenten durch den behandelnden Arzt (Selbstdispensation) zulässig, nicht aber im Kanton Aargau. Warum nimmt der Kanton Aargau Ihrer Meinung nach diesbezüglich in der Deutschschweiz eine Sonderstellung ein?

Das Gesundheitsgesetz des Kantons Aargau vom 20.1.2009 hält das Selbstdispensationsverbot fest. Gab es damals, bei der Beratung dieser Vorlage im Kantonsparlament, eine stärkere Lobby der Apotheker im Grossen Rat? Wurde einfach legifertiert, was zur Zufriedenheit der meisten bisher angewendet wurde? Tatsache ist, dass der Aargau im Vergleich mit SD-Kantonen eine sehr grosse Dichte an Apotheken aufweist. Bisher scheint die Versorgung auch der ländlichen Bevölkerung zu funktionieren.

Welches ist Ihre persönliche Haltung zur ärztlichen Medikamentenabgabe?

Ich habe es früher sehr geschätzt, dass der Hausarzt in meiner abgelegenen Landgemeinde die Medikamente selber abgeben durfte und mir dadurch die Busfahrt in die Apotheke erspart geblieben ist. Heute bin ich Kundin in einer modernen Hausarztpraxis; unter dem gleichen Dach befindet sich auch eine Apotheke, was eine sinnvolle qualitative Zusammenarbeit ermöglicht. Nun fehlt nur noch die Drogerie: Ich bin der Meinung, ein selbstverantwortlicher und kostenbewusster Umgang mit der Gesundheit bedeutet, dass man sich zuerst in einer Drogerie beraten lässt. Vielfach werden dort bereits gute Lösungen gefunden – oder man wird weiter verwiesen. Ganz nach dem immer wieder zitierten Subsidiaritätsprinzip, das die Schweiz ausmacht.

Die vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) 2015 veröffentlichte Studie über die Kosten der Selbstdispensation von Arzneimitteln («Auswirkungen der Medikamentenabgabe durch die Ärzteschaft auf den Arzneimittelkonsum» – sog. Polynomics-Studie) hat ergeben, dass die ärztliche Medikamentenabgabe günstiger ist als die Rezeptur in der Apotheke. Was sagen Sie dazu?

Die Studie zeigt auf, dass SD-Patientinnen und -Patienten zwar um 13% tiefere Medikamentenkosten (unter Berücksichtigung der LoA) aufweisen als Kranke, die ihre Medikamente in der Apotheke beziehen. Gleichzeitig weist die Studie – ohne Erklärung – darauf hin, dass SD-Patientinnen und -Patienten rund 8% höhere Ausgaben für ärztliche Leistungen aufweisen. Ich frage mich, ob es Sinn macht, über solche, entschuldigen Sie den Ausdruck, «Peanuts» zu diskutieren, wenn es doch darum ginge, sich grundlegend Gedanken über die Medikamentenkosten, über die Integrierte Versorgung der Patientinnen und Patienten und über neue Versorgungsmodelle, über all die unnötigen Behandlungen und Eingriffe und über die dringende Einführung des elektronischen Patientendossiers zu machen.

Ab Anfang 2018 stehen Sie an der Spitze der Stiftung Patientenschutz (SPO). Was heisst das in Bezug auf die ärztliche Selbstdispensation?

Die von Ihnen erwähnte BAG-Studie macht leider keine Aussagen zur Qualität der medizinischen Behandlung oder zur Zufriedenheit der SD-Patientinnen und -Patienten. Gut vorstellbar ist, dass es für Patientinnen und Patienten «bequemer» ist, wenn sie ihre Medikamente in der Arztpraxis erhalten.

Welche Positionen vertritt die SPO zur Selbstdispensation?

Im Grundsatz sollte diejenige Person, die ein Medikament verschreibt, finanziell nicht davon profitieren können. Diese «Gewaltenteilung» vermeidet eine Interessenkollision. Denn bei vielen Hausärzten machen die Einnahmen über den Medikamentenverkauf einen beträchtlichen Anteil aus. Dieser Grundsatz sollte eigentlich auch bei der Stellung der Indikationen für Operationen mehr greifen: Wer die Indikation für den Eingriff stellt, soll nicht operieren. Unnötige Eingriffe würden sich damit wohl verringern lassen. Der Service und die Qualität beim Medikamentenbezug von Apotheken scheinen mir auf hohem Niveau zu sein. So sind m.E. in der Regel folgende Leistungen bei Apotheken besser als bei Ärzten:

- Lagerhaltung der Medikamente (bessere Auswahl verschiedener Präparate oder höherer Mengenbezug möglich)
- Aufklärung über Medikamente (bessere Kenntnisse über Präparate und Interaktionen zwischen den Präparaten)
- ein Medikamentenbezug erfordert keine TAR-MED-wirksame Konsultation
- Medikamentenabgabe erfolgt fast immer via 4-Augen-Prinzip
- mehr Zeit und Ruhe zum Klären der Fragen.

Aus dem SPO-Praxisalltag ergibt sich, dass beim Medikamentenbezug deutlich mehr Reklamationen über Ärzte eingehen als über Apotheken. So verschreiben beispielsweise Ärzte nicht diejenigen Präparate, welche die Patientinnen wollen, oder es werden den Patienten Medikamente in die Hände gedrückt, die sie nie einnehmen werden. Die Schwelle mit dem Weg zum Apotheker ist zwar effektiv unbequem, jedoch in einigen Fällen eine sinnvolle Hürde zur Vermeidung des unnötigen Medikamentenbezugs.

Welche Position haben Sie generell zur Hausarztmedizin? Für wie gravierend halten Sie den möglichen Hausärztemangel?

Für mich ist der Hausarzt die Anlaufstelle, wenn ich mit meinem Wissen über meine Gesundheit oder mit dem Rat aus einer Drogerie oder Apotheke nicht mehr weiterkomme. Mein Hausarzt, der mich und meine Bedürfnisse kennt, ist für mich die Vertrauensperson, die mir hilft, die für mich richtige Behandlung zu wählen. Als ehemalige Gesundheitsdirektorin des Kantons Aargau habe ich mich vehement für die Integrierte Versorgung eingesetzt. In dieser spielt der Hausarzt eine sehr wichtige Rolle. Deshalb war mir wichtig, dass der Kanton Aargau die Praxisassistenten-Stellen sowie das Hausarzt-Curriculum an den beiden Kantonsspitalern forciert und unterstützt. Ein grösserer Mangel an Hausärzten wird das Gesundheitswesen noch mehr verteuern.



Susanne Hochuli, ehemalige Aargauer Regierungsrätin (2009–2016), ist zur neuen Präsidentin der Schweizerischen Stiftung Patientenschutz (SPO) gewählt worden. Sie tritt ihre neue Stelle am 1.1.2018 an

Kommentar zu den Interviews

«Muss man auch in Basel-Stadt warten, bis aus dem latenten ein manifester Hausärztemangel geworden ist?»

Die beiden Interviews mit den Protagonisten aus Politik und Patientenschutz bestätigen uns darin, dass die Selbstdispensation (SD) einerseits bei den Patienten sehr beliebt, andererseits bei den Politikern sehr unbeliebt ist. Wo-

mit lässt sich diese «Therapieresistenz» bei den Politikern erklären?

Zum einen ist da das – zugegebenermassen erfolgreiche – Lobbying der Apotheker als möglicherweise entscheidender Faktor, andererseits

werden die immer gleichen, nicht überzeugenden Argumente vorgebracht (aufseiten des Arztes angeblich fehlendes «Vier-Augen-Prinzip», Interessenkonflikte etc.), die angesichts des ausufernden Betätigungsfeldes der Apotheken nicht

mehr gültig sind. Konkrete eigene Vorstellungen existieren bei den Politikern nicht, dafür der Wille, sich «grundlegende Gedanken über die Medikamentenkosten» zu machen. Man fragt sich, was denn das für Gedanken sein sollen, die zielführender wären als etwa die vorliegende, vom Bund in Auftrag gegebene, gross angelegte (Polynomics-)Studie, deren für die Auftraggeber offenbar unerwarteten Ergebnisse monatelang unter Verschluss gehalten wurden und aus denen bis heute keine Konsequenzen gezogen wurden? (Siehe separater Artikel S. 4.) Tiefere Medikamentenkosten in der Arztpraxis werden als «Peanuts» bezeichnet. Dies mag für das einzelne Medikament zutreffen, in der Summe reden wir hier aber von Millionen von Franken. Eine solche Aussage wirkt höchst unseriös und lässt Zweifel daran aufkommen, ob das Thema überhaupt richtig verstanden wurde und ob die Patientenvorteile der Praxisapotheke überhaupt wahrgenommen und richtig eingeordnet werden möchten.

Frau Hochulis Statements zu den angeblich besseren Leistungen in der Apotheke lassen doch eine sehr verzerrte Perspektive vermuten, lässt sich doch jede einzelne Aussage klar widerlegen: Die Lagerhaltung mit 5000 verschiedenen Arzneimitteln hat auch eindeutige Nachteile; auch in der Arztpraxis ist im Bedarfsfall jedes einzelne, und v.a. das für den Patienten richtige, Medikament am Folgetag verfügbar; die Aufklärung über Medikamente erfolgt bei der eigentlichen Konsultation mit genügend Zeit und Ruhe zum Klären der Fragen; der Medikamentenbezug erfordert dann auch in der Arztpraxis **keine** TARMED-wirksame Konsultation etc. Es liegt auch

auf der Hand, dass es in der Arztpraxis nicht 30 verschiedene ACE-Hemmer und 40 verschiedene Statine braucht, um dem Patientenwohl gerecht zu werden. Der Vorwurf, dass der Haus- oder Kinderarzt quasi als Sklave seiner Habgier unnötig (teure) Medikamente abgibt, wird durch wissenschaftliche Studien zumindest relativiert, welche bei den abgegebenen Medikamenten in der Hausarztpraxis einen höheren Generika-Anteil ausmachen als in der Apotheke ...

Frau Wyss kann keine Notwendigkeit für die Einführung der SD in Basel-Stadt erkennen. Abgesehen von den bereits erwähnten Patientenvorteilen, wie wäre es denn mit einer daraus folgenden Aufwertung der Hausarztmedizin mit dem Ziel der Attraktivitätssteigerung und Sicherung der hohen Qualität in der schweizerischen Grundversorgung?

Muss man auch in Basel-Stadt warten, bis aus dem latenten ein manifester Hausarztmangel geworden ist? Sie gibt zu Recht zu bedenken, dass das Gesundheitswesen ein milliarden schwerer Wirtschaftszweig geworden ist, bei dessen Lobbyarbeit wohl nicht immer die Gesundheit des Menschen im Vordergrund steht. Umso wichtiger ist es denn auch, dass mal differenziert und unterschieden wird, wo für das eigene Wohl und wo für die Patienteninteressen lobbyiert wird. Uns Hausärzten geht es nicht um unseren Geldbeutel, auch wenn wir in den letzten Jahrzehnten mit wenigen Ausnahmen eine permanente Abwärtsentwicklung unserer Einkommen haben hinnehmen müssen. Wir Hausärzte sind hingegen stolz auf die hohe Qualität der Grundversorgung, die im internationalen Vergleich ihrerseits sucht, und wir wehren uns dagegen,

diese durch Pseudoverbesserungen und **angebliche, aber nirgends tatsächlich demonstrierte** Einsparungen mittels Behandlungen in Drogerien, Apotheken (mitsamt ihrer telemedizinischen Auswüchse) aufs Spiel zu setzen.

Last, but not least propagiert Frau Hochuli eine Stufenberatung Drogerie-Apotheke-Arzt und setzt bei den dabei Beteiligten (Drogerieangestellte und Patienten) scheinbar auf eine Kenntnis der Bedeutung von Symptomen und deren Dringlichkeit. In Anbetracht der Tatsache, dass der eine Teil der Bevölkerung im Google-Zeitalter umgehend wegen einer Lappalie die nächstgelegene Notfallstation aufsuchen muss und der andere Teil seinen Herzinfarkt zu Hause auszusitzen versucht, scheint dies doch sehr vermessend – insbesondere vor dem Hintergrund, dass Prävention und Gesundheitsaufklärung bei manchen Politikern immer noch ein Schimpfwort zu sein scheint. Die Triage ist nicht die leichteste, sondern eine der anspruchsvollsten Aufgaben in der Grundversorgung. Nicht umsonst wird diese Funktion auf der Notfallstation des USB seit einiger Zeit kaderärztlich besetzt. Und nicht umsonst setzt auch Frau Hochuli auf die integrierte Versorgung!

Ob das Patientengeheimnis in dieser ganzen Hierarchietreppe von der telemedizinischen Algorithmen-Triage über Drogerie und Apotheke gewahrt bleibt, bis der Patient dann doch noch in der Arztpraxis landet, ist noch mal eine andere Frage ...

Die Redaktion VHBB-News: Dr. med. Stefan Kradolfer, Dr. med. Philipp Zinsser, Dr. med. Christoph Hollenstein

Unterschiedliche kantonale Wege zur Selbstdispensation

Beispiel Schaffhausen

Am 25.11.2012 nahm die Bevölkerung des Kantons Schaffhausen ein neues Gesundheitsgesetz an: Mit 72% Ja-Stimmen wurde das gebietsweise Monopol der Apotheker abgeschafft, Medikamente abgeben zu können. Und zwar explizit – wurde doch die Frage nach der Selbstdispensation in einer Variante separat zur Abstimmung gebracht. Gleichzeitig wurde eine (überlange, auf Initiative der Apotheker in den Gesetzestext aufgenommene) Übergangsfrist von fünf Jahren beschlossen, welche nun ausläuft. Es wäre deshalb besonders spannend zu erfahren, was im nördlichsten Teil der Schweiz im Hintergrund am Laufen ist. Paul Bösch, damaliger Präsident des Hausarztvereins Schaffhausen, kennt zwar einige Aktivitäten wie SD-Seminare, welche bereits stattgefunden haben und wohl weiter stattfinden werden, kann aber nicht beziffern, wie viele Kollegen und Kolleginnen effektiv eine Praxisapotheke einrichten werden. Dies bestätigt auch Richard Altorfer, ein weiterer Wegbereiter der SD (u.a. als Hausarzt im SH-Parlament). Er erwähnt immerhin, dass ein grosses, wenn auch plausibles Interesse der Pharma-Logistiker besteht, sich in die laufenden Vorbereitungen einzumischen. Selbstredend ist auch der Verein APA (Ärzte mit Patientenapotheke; wozu auch die VHBB gehört) in Schaffhausen mit von der

Partie, wenn es um Beratung und konkrete Unterstützung bei der Umsetzung der SD-Zulassung geht. A suivre ...

Beispiel Zürich

Im Kanton Zürich waren insgesamt drei Abstimmungen nötig, bis die SD flächendeckend eingeführt wurde. Grund dafür waren die Einsprachen der Apotheker gegen das Abstimmungsverfahren, welche dann beim dritten Mal beim Bundesgericht scheiterten und aufgeben mussten. Das von dieser Seite angedrohte Szenario mit massenhaften Offizin-Schliessungen ist nicht eingetroffen, im Gegenteil: Die grossen Ketten expandieren weiter. Doch haben auch längst nicht alle (Haus- und Kinderarzt-)Praxen die SD eingeführt (naheliegenderweise haben dies v.a. langjährig bestehende Praxen zu einem grossen Teil nicht getan). Dr. med. Josef Wydler, Präsident der Ärztesellschaft Zürich, stellt fest: «Die Patienten sind häufig ob der hohen Medikamentenpreise erstaunt, wenn sie die Medikamente bis anhin in einer Apotheke bezogen haben. Die Apotheken stellen den Kassen direkt Rechnung und diese fordern vom Patienten [nur] den Selbstbehalt zurück. Den Rückforderungen kann der Patient leider nicht entnehmen, welches Medikament wie viel kostet und welche Apothekertaxen angefallen sind.» Bei polymorbiden

Patienten summieren sich diese Taxen zu ansehnlichen Beträgen, welche in der Arztpraxis entfielen. Wydler weiter: «In den Städten Winterthur und Zürich verfügen heute etwa ein Drittel der Praxen über eine Patientenapotheke, im übrigen Kanton bieten fast alle Praxen ihren Patienten die Möglichkeit, die Medikamente direkt bei der Ärztin oder dem Arzt zu beziehen. Ein intaktes, partnerschaftliches Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Ärzten ist Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung. Das Medikament aus der Hand des Arztes fördert die Compliance des Patienten. Die Ärztin wird ihrer Patientin jenes Medikament verschreiben oder abgeben, welches die beste Aussicht auf eine gute Wirkung hat, welches möglichst geringe Nebenwirkungen erwarten lässt und dessen Kosten-Nutzen-Verhältnis vertretbar ist. Sie wird das langjährige Vertrauen ihrer Patientin nicht durch kurzfristiges Gewinndenken aufs Spiel setzen und sie mit unnötigen und teuren Medikamenten eindecken. Die Patientin schätzt die Diskretion in der Arztpraxis. Sie möchte in der Regel nicht in der Apotheke in Gegenwart von zehn anderen Kunden von der Pharmaassistentin erfahren, wie sie das vaginalen Zäpfchen anwenden muss oder dass man mit dem Einsatz von Antidepressiva und Schlafmitteln vorsichtig sein muss, und dafür noch eine Beratungstaxe entrichten.

Jene Patientinnen und Patienten, die die direkte Medikamentenabgabe kennen, möchten sie nicht mehr missen. Alle schätzen die Möglichkeit, selber zu entscheiden, ob sie ihr Medikament über die Versandapotheke, in der Apotheke oder direkt bei ihrem Arzt beziehen.»

Beispiel Graubünden

Anders als in den oben erwähnten Kantonen sind es im Kanton Graubünden nicht die Ärzte, die eine Initiative lancierten, die Selbstdispensation von Medikamenten einzuführen. Hier war es das Kantonsparlament selbst, welches die Exekutive

beauftragt hat, die heute bestehenden Einschränkungen zu überprüfen. Interessanterweise wird hier aber nicht mit den Vorteilen für die Patienten argumentiert, sondern die Attraktivität für den ärztlichen (Grundversorger-)Nachwuchs im Bergkanton in den Vordergrund gestellt. (CH)

«Polynomics-Studie»: Selbstdispensation führt zu tieferen Medikamentenkosten!

Die ärztliche Medikamentenabgabe (Selbstdispensation, SD) ist in der Schweiz kantonal geregelt, wobei die Kantone verschiedene Systeme gewählt haben. Während in 17 von 19 Deutschschweizer Kantonen die Abgabe von Medikamenten durch den behandelnden Arzt zulässig ist, ist sie in der Westschweiz, im Tessin, in Basel-Stadt und im Aargau verboten oder nur in Ausnahmefällen zugelassen.

Im Rahmen der Strategie Gesundheit 2020 des Bundesrates hat das BAG im Sommer 2013 ein Forschungsprojekt in Auftrag gegeben mit dem Ziel, die Auswirkungen der Selbstdispensation auf die Medikamentenwahl sowie auf die Kosten der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) zu untersuchen und zu analysieren. Das Forschungsprojekt wurde durch die Firma «Polynomics» zusammen mit der Abteilung Gesundheitswissenschaften der Helsana-Gruppe durchgeführt.

Die Resultate

Nachdem das Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Resultate der Studie mehr als ein Jahr unter Verschluss hielt, wurden sie 2015 endlich veröffentlicht. Sie bestätigten, dass die ärztliche Medikamentenabgabe von den Patienten nicht nur geschätzt wird, sondern auch günstiger ist.

Die breit angelegte Polynomics-Studie vergleicht die effektiven Medikamentenkosten von SD-Patienten mit solchen, die ihre Arzneimittel mit einem Rezept in einer Apotheke beziehen. Die Analyse basiert auf zwei verschiedenen Datensätzen der Helsana-Gruppe. Der eine Satz vergleicht Zahlen des klassischen SD-Kantons Luzern mit jenen des Rezepturkantons Aargau. Der andere Datensatz umfasst Versicherte aus den Kantonen Freiburg (SD nur im Ausnahmefall), Thurgau (SD die Regel) sowie Schaffhausen, Zürich und Bern (allesamt gemischte Systeme). Insgesamt stützt sich die Studie somit auf rund 338 000 Datensätze.

Der Vergleich der Medikamentenkosten zwischen dem SD- und dem Apothekenkanal liefert insbesondere unter Berücksichtigung der leistungsorientierten Abgeltung (LoA) ein eindeutiges Ergebnis. Er zeigt, dass SD-Patienten rund 13% niedrigere Medikamentenausgaben haben als solche, die ihre Arzneimittel in Apotheken beziehen. Ohne LoA liegen die Kosten des SD-Kanals immer noch 6% unter dem Apothekenkanal. In beiden Schätzungen ist der Einfluss der SD statistisch signifikant und negativ. Darüber hinaus belegt die Studie einmal mehr, dass SD-Ärzte häufiger Generika verschreiben.

Auch die Wahrscheinlichkeit, dass eine besonders preisgünstige Alternative gewählt wird, ist bei SD-Patienten höher. Bei bestimmten Wirkstoffgruppen, namentlich Säureblockern, verabreichen Ärzte mit eigener Praxisapotheke zudem geringere Dosierungen als ihre Kolleginnen und Kollegen, die keine Medikamente abgeben.

Leicht höhere Behandlungskosten?

Die Untersuchung brachte allerdings auch zum Vorschein, dass SD-Patienten im Mittel rund 8% höhere Ausgaben für ärztliche Leistungen aufweisen. Woran das liegen mag, kann die Studie nicht erklären. Denkbar wären Dauerrezepte, die verschreibende Ärzte verabreichen, oder eine umfassendere Betreuung von SD-Patienten. Weitere Erklärungen könnten auch eine bessere Compliance oder eine spätere Überweisung in Spitäler sein. Die Vereinigung Ärzte mit Patientenapotheke (APA) wird dieser Fragestellung eine verstärkte Aufmerksamkeit widmen. Zu beachten gilt zudem auch, dass die SD-Kantone in der Regel tiefere Taxtpunktwerte als die Nicht-SD-Kantone aufweisen. Folglich dürften sich leicht höhere ärztliche Leistungen so wieder ausgleichen. (BS)

Verschiedenes

Sammelrückforderungen einer Krankenkasse zur TARMED-Position 00.0715

Es kommt immer wieder vor, dass Krankenkassen unsere Rechnungen aufgrund von (angeblichen) Fehlern zurückweisen. Dass dies aber nicht direkt, sondern erst Jahre später geschieht, indem die betroffenen Ärzte mit den über die Jahre angesammelten Rückforderungen in Höhe von dann mehreren tausend Franken konfrontiert werden, ist doch sehr eigenartig.

Konkret geht es darum, ob die o.g. Position (Injektion/Infusion durch nicht-ärztliches Personal) in 2. Sitzung am gleichen Tag wie eine bereits stattgefunden ärztliche Konsultation verrechnet werden kann. Unsere Erkundigungen beim Tarifdienst der FMH und der Juristin der MedGes haben dazu geführt, dass wir den Rechtsanspruch der betreffenden Krankenkasse bezüglich Rückforderungen ablehnen. Dies wurde auch ent-

sprechend kommuniziert. Unseren Mitgliedern empfehlen wir daher, die entsprechenden Rückforderungen **nicht** zu begleichen, sondern diese Aktion ggf. noch als Mahnung zu verstehen, dies der betreffenden Versicherung – allenfalls unter Hinweis auf das Prinzip von Treu und Glauben – mitzuteilen und ihr gleichzeitig Gesprächsbereitschaft zu signalisieren. Für Fragen steht die VHBB selbstverständlich zur Verfügung. (CH)

Schnittstelle Hausarzt–Spital

Die ausufernde Praxis der Selbstalimentierung der spitaleigenen Ambulatorien und Polikliniken stösst uns Hausärzten zunehmend sauer auf. Die früher reibungslos funktionierende Schnittstelle Hausarzt–Spital kann oftmals nicht mehr als solche bezeichnet werden, da die Patienten nach einer Hospitalisierung immer öfters in die eigenen Institutionen statt in die früher so geschätzte hausärztliche Betreuung weiter verwiesen werden.

Wir möchten daher nochmals dazu **aufrufen**, uns solche Fälle an sekretariat@vhbb.ch zu **melden**, damit wir gezielt auf die Spitaldirektoren und Abteilungsleitungen zugehen können.

Termine

- Herbstbummel 26.10.2017
- GV VHBB 1.2.2018

Herausgeber

Vereinigung der Hausärzte beider Basel (VHBB), Sekretariat, Freie Str. 3/5, 4001 Basel, Tel. 061 560 15 18, E-Mail: sekretariat@vhbb.ch, www.vhbb.ch