

**Thomas Bergmair**

wissenschaftlicher Mitarbeiter am Linzer Institut  
für Gesundheitssystem-Forschung

# Selbstdispensation in der Schweiz

*Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird in diesem Beitrag die männliche oder weibliche Form verwendet, auch wenn alle Geschlechter gemeint sind.*

<b>1. Einleitung</b>	<b>100</b>
<b>2. Vorzüge der direkten Medikamentenabgabe</b>	<b>102</b>
<b>3. Selbstdispensation in der Schweiz</b>	<b>105</b>
<b>4. Studienlage</b>	<b>109</b>
<b>5. Auswirkungen auf die Apothekenanzahl</b>	<b>112</b>
<b>6. Fazit</b>	<b>113</b>

*In der Schweiz ist die Heilmittelabgabe durch den Arzt – auch als Patientenapotheke oder Selbstdispensation bezeichnet – besonders eng mit dem ärztlichen Beruf verknüpft. Zumindest in der überwiegenden Mehrzahl der deutschsprachigen Kantone gehört sie zum medizinischen Alltag in der Arztpraxis. Die Argumente für und gegen ärztliche Hausapotheken unterscheiden sich zwischen Österreich und der Schweiz kaum. Die Furcht vor angebotsinduzierter Nachfrage und explodierenden Medikamentenkosten steht dem Patientennutzen und einer größeren Compliance gegenüber. Eine Vielzahl an Studien kommt zu „bemerkenswert unterschiedlichen“ Ergebnissen. Selbst nachdem eine vom BMG in Auftrag gegebene unabhängige Studie die Auswirkungen der Selbstdispensation abschließend aufklären sollte, wird der wissenschaftliche Diskurs fortgesetzt. Die heterogene Preispolitik im Arzneimittelmarkt verleiht der Situation zusätzliche Brisanz. Der vorliegende Beitrag beleuchtet die Schweizer Situation, zieht Parallelen zu Österreich und betrachtet die Auswirkungen der Selbstdispensation auf den Schweizer Arzneimittelmarkt.*

# 1. Einleitung

In Österreich hat sich in den vergangenen Wochen und Monaten die Diskussion um die Regelung der ärztlichen Hausapotheken einmal mehr zugespitzt. In einem Umfeld zunehmender Nachbesetzungsschwierigkeiten bei vakanten Landarztstellen wurde schließlich eine Gesetzesänderung zugunsten der Hausapotheken herbeigeführt. Während dieser Schritt vielfach als Entgegenkommen gegenüber der Ärzteschaft betrachtet wird, vergisst man in der Argumentation mitunter auf die Berücksichtigung des Patientenwunsches und vernachlässigt die Bedrohung durch eine lückenhafte ärztliche Versorgung.

Im Musterland der direkten Demokratie, der Schweiz, wurde die ärztliche Medikamentenabgabe als ergänzender Vertriebsweg für Arzneimittel in der Vergangenheit wiederholt von der Bevölkerung befürwortet und gefordert. Heute gelten kantonal unterschiedliche Regelungen zur Medikamentenabgabe – doch die Zahl der Hausapotheken-Kantone steigt. Natürlich wird auch in der Eidgenossenschaft heftig darüber debattiert, aber die grundsätzliche Ausgangslage ist eine gänzlich andere als in Österreich. Die ärztliche Hausapotheke, in der Schweiz als Recht zur ärztlichen Selbstdispensation bezeichnet, ist kantonal geregelt und in vielen Kantonen generell erlaubt – unabhängig von Kilometerregelungen oder anderen patientenunfreundlichen Parametern. So ist es Ärzten heute selbst in der 400.000-Einwohner-Stadt Zürich erlaubt, Medikamente an die Patienten abzugeben. Die tatsächliche Konsumententscheidung treffen schlussendlich die Patienten selbst.

Die grundsätzlichen Fragestellungen hinsichtlich der Vor- und Nachteile der ärztlichen Medikamentenabgabe im Vergleich zur reinen Abgabe in Apotheken unterscheiden sich trotz unterschiedlicher Ausgangslagen in beiden Ländern nicht. Die Auswirkungen einer angebotsinduzierten Nachfrage, des Wettbewerbs im Arzneimittelmarkt und die Abwägung des Nutzens für die Patienten sind sowohl in der Schweiz als auch in Österreich die zentralen Streitpunkte.<sup>1</sup> Aufgrund der Informationsasymmetrie zwischen Arzt und Patient hinsichtlich der optimalen medikamentösen Behandlung ist es die Aufgabe des Arztes, dem Patienten eine Behandlungsempfehlung auszusprechen. Was der Arzt verschreibt, wird in der Regel auch gekauft und eingenommen. Es wäre daher grundsätzlich denkbar, dass Ärzte dabei ihre eigenen unternehmerischen Interessen stärker berücksichtigen als die Interessen ihrer Patienten. Die Selbstdispensation könnte somit eine Anreizwirkung haben, die den Arzt dazu veranlasst, Medikamente zu verschreiben,

---

1 Slembeck (2008)

um damit seinen Profit aus dem Medikamentenverkauf anzukurbeln und dadurch die Medikamentenausgaben in die Höhe zu schrauben. Im Gesundheitsbereich findet aus diesem Grund im Allgemeinen das Kontravalenz-Prinzip Anwendung. Es besagt, dass prinzipiell medizinische Leistungserbringer kein Einkommen oder sonstige geldwerte Vorteile aus Leistungen beziehen dürfen, deren Nachfrage sie selbst beeinflussen können. Nur eine strikte Trennung von Verschreibung und Verkauf von Medikamenten kann diesem Prinzip entsprechen.<sup>2</sup> Über einen Vorzug der Selbstdispensation herrscht hingegen selbst unter Kritikern weitgehend Einigkeit. Für die Patienten ist es eine sehr vorteilhafte und bequeme Regelung. Es erspart Wege und erhöht die Therapietreue (Compliance).<sup>3</sup>

Oftmals aufgrund der topographischen Lage als Schweizer (und österreichische) Eigenheit dargestellt, gibt es die ärztliche Selbstdispensation sehr wohl auch andernorts. In Europa werden neben der Schweiz und Österreich auch in Liechtenstein, den Niederlanden, Großbritannien, Ungarn und vereinzelt auch in Griechenland, Frankreich, Spanien und Belgien Medikamente von Ärzten direkt abgegeben. Aber auch außerhalb Europas erfolgt die Medikamentenabgabe keineswegs ausschließlich in Apotheken. In den USA, in Neuseeland und in Südafrika gibt es ein ärztliches Dispensierrecht. In Kanada und Australien ist die Selbstdispensation zumindest mit Einzelgenehmigungen gestattet. Auch in zahlreichen weiteren Ländern in Afrika und Asien geben Ärzte Medikamente direkt an die Patienten ab – oft wäre es in den Entwicklungs- und Schwellenländern aufgrund der schlechten medizinischen Infrastruktur auch gar nicht anders möglich.<sup>4</sup>

---

2 Slembeck (2008)

3 z.B.: Slembeck (2008)

4 Müller (2010)

## 2. Vorzüge der direkten Medikamentenabgabe

Immer wieder wird betont, dass die Medikamentenabgabe durch den Arzt der patientenfreundlichste und kostengünstigste Abgabekanal sei. Diese Aussage allein ist durchaus kritisch zu hinterfragen. Als Beleg dafür dient eine von der santésuisse veröffentlichte Statistik, nach der die Medikamentenausgaben pro Kopf in Kantonen ohne Selbstdispensation deutlich über jenen der Kantone mit Selbstdispensation liegen.<sup>5</sup> Ähnliche Ergebnisse finden sich auch aus Österreich.<sup>6</sup> Diese nackten Zahlen allein rechtfertigen jedoch eine solche Schlussfolgerung noch keineswegs. Um die ursächliche Begründung für den Kostenunterschied einzugrenzen, ist es notwendig, beispielsweise sozioökonomische Faktoren oder regionale Unterschiede zu berücksichtigen. Entsprechende Ergebnisse werden in Abschnitt 4 diskutiert.

Neben dem Kostenaspekt und der Patientenfreundlichkeit stellt der potentielle medizinische Zusatznutzen den großen Vorteil einer Medikamentenabgabe durch den Arzt dar. Wer eine Patientenapotheke führt, kennt die Namen, Logos, Preise und Wirkstoffe seiner Präparate und weiß über Wirkungen und Nebenwirkungen noch besser Bescheid. Dadurch können Beratungsgespräche detaillierter geführt werden – und die Compliance wird erhöht.<sup>7</sup> Ein derartiges Patientenverhalten schildern hausapothekenführende Ärzte anhand ihrer eigenen Erfahrungen aus der Praxis:

„Die Persönliche Abgabe an den Patienten bewirkt einen Placebo-Effekt und eine höhere Compliance, außerdem hat der Arzt Kontrolle darüber, ob der Patient ein Medikament auch wirklich einnimmt und welche Medikamente der Patient zusätzlich nimmt. Und beide erfahren, welche Kosten die Medikamente verursachen.“

*Dr. Urs Stoffel, Präsident der AerzteGesellschaft  
des Kantons Zürich, 2014<sup>8</sup>*

5 [http://www.fmh.ch/files/pdf9/2012-02-27\\_Positionspapier\\_DMA.pdf](http://www.fmh.ch/files/pdf9/2012-02-27_Positionspapier_DMA.pdf)

6 <https://medonline.at/2014/dispensierrecht/>

7 Bradke (2009)

8 <https://medonline.at/2014/dispensierrecht/>

„Die direkte Medikamentenabgabe in der Praxis erlebe ich als sehr sinnvoll. Die Patienten halten sich viel eher an die Therapie, weil ich Ihnen [sic!] die Medikamenteneinnahme direkt erklären kann. Zudem ist es für viele Patientinnen, besonders wenn sie Kinder haben oder ‚schlecht auf den Beinen sind‘, sehr praktisch, wenn sie die Medikamente gleich mitnehmen können. Ein finanzielles Interesse besteht für mich nicht.“

*Dr. Lukas Wagner, Präsident der Ärztesgesellschaft Baselland  
zitiert eine junge Kollegin, einige Zeit als angestellte Ärztin  
in einer Hausarztpraxis tätig, 2003<sup>9</sup>*

Obwohl die Selbstdispensation aufgrund der Möglichkeit zur direkten Mengenausweitung und deren Einfluss auf die Gesundheit der Patienten sowie die Ausgaben für die Gesundheitssysteme nach wie vor umstritten ist, wird sie von der Bevölkerung hoch geschätzt und wurde im direkt-demokratischen Gesetzgebungsprozess mehrmals bestätigt.<sup>10</sup> Eine Studie der Sanitätsdirektion Zürich belegt, dass den Patienten die Selbstdispensation am Herzen liegt.<sup>11</sup> 90 % der Bevölkerung empfinden einer repräsentativen Befragung zufolge eine Medikamentenabgabe durch den Arzt als bequem – 79 % sprechen sich für eine generelle Wahlfreiheit beim Medikamentenbezug aus.<sup>12</sup>

Am Beispiel der Stadt Zürich wurde dieser Patientenwunsch besonders eindrucksvoll zum Ausdruck gebracht. Dort forderten die Patienten das Recht, Medikamente beim Arzt beziehen zu können, vehement ein und wurden schlussendlich für ihre Mühen belohnt.

### **Beispiel: Zürich**

Auf eine besonders bewegte Vergangenheit blickt die Selbstdispensation im Kanton Zürich zurück. Dort war die Selbstdispensation seit den 1950er Jahren zumindest in den Städten Zürich und Winterthur nicht gestattet, um Apotheken finanziell zu entlasten. Die anfangs freiwillige Beschränkung wurde schließlich per Gesetz zur Vorschrift.<sup>13</sup> Ab 2001 wurde jedoch von der Bevölkerung die Wiedereinführung von Hausapotheken per Volksentscheid gefordert. Zuerst wurden in zwei Volksabstimmungen die geltenden

9 Wagner (2003)

10 WHO, HiT Switzerland (2015)

11 santésuisse (2004)

12 Kull (2011)

13 [http://www.fmh.ch/files/pdf9/2012-02-27\\_Positionspapier\\_DMA.pdf](http://www.fmh.ch/files/pdf9/2012-02-27_Positionspapier_DMA.pdf)

Gesetze unter dem Motto „Ja zur Wahlfreiheit beim Medikamentenbezug“ ausgehebelt, bevor in einer dritten Abstimmung („Ärzte und Apotheken sollen Medikamente abgeben dürfen“<sup>14</sup>) einer von Ärzten ausgearbeiteten Gesetzesinitiative zugestimmt wurde. Immer wieder wurde gegen die Entscheidungen von Apothekerseite Einspruch erhoben und es wurden weitere Fristen gefordert – diese wurden aber stets abgewiesen.<sup>15</sup> Seit Mai 2012 können nun Ärzte in den Städten wieder Medikamente abgeben. Jedoch nehmen bei weitem nicht alle Ärzte diese Möglichkeit auch in Anspruch. Per 31. Dezember 2013 betrug in der Stadt Zürich der Anteil der Ärzte mit Berufsausübungsbewilligung, der über eine Detailhandelsbewilligung verfügte, also der Anteil der Ärzte, die tatsächlich die Genehmigung zur Selbstdispensation hatten, rund 20 %. Zwar stieg dieser Anteil weiter an, ein Angleichen an den Selbstdispensationsanteil im übrigen Kantonsgebiet (46 %) scheint jedoch unwahrscheinlich.<sup>16</sup> Rund zwei Drittel der Züricher Ärzteschaft verzichten auf die Führung einer Hausapotheke, da sie den damit verbundenen beträchtlichen Aufwand nicht auf sich nehmen wollen.<sup>17</sup> Beim verbleibenden Drittel überlässt man die Wahl des Medikamentenbezuges den Patienten. Der Züricher Arzt Dr. Widler berichtet, dass etwa 80 % seiner Patienten die Medikamente von ihm beziehen würden.<sup>18</sup>

Slembeck (2008) erwartete im Kanton Zürich zahlreiche negative Folgen durch die Wiedereinführung der Selbstdispensation. Ein Induzierungseffekt würde die Nachfrage und somit die Kosten erhöhen, ein Umverteilungseffekt würde Apothekenschließungen verursachen und auch ländliche Arztpraxen in Bedrängnis bringen. Und ein Nutzeneffekt würde schließlich den effektiven Patientennutzen durch ein ausgedünntes Apothekenangebot verringern.<sup>19</sup> Vermehrte Schließungen öffentlicher Apotheken konnten zumindest bisher nicht beobachtet werden.<sup>20</sup> Vorerst scheinen sich Slembecks Erwartungen nicht zu bewahrheiten. Trotz Hausapotheken haben in der Stadt Zürich mittlerweile zusätzliche Apotheken eröffnet, ein respektvolles Nebeneinander scheint also sehr wohl möglich.<sup>21</sup>

14 Bradke (2009)

15 Kantonale Heilmittelkontrolle (2014)

16 Kantonale Heilmittelkontrolle (2014)

17 <https://medonline.at/2014/dispensierrecht/>

18 <https://medonline.at/2014/dispensierrecht/>

19 Slembeck (2008)

20 Kantonale Heilmittelkontrolle (2014)

21 <https://medonline.at/2014/dispensierrecht/>

### 3. Selbstdispensation in der Schweiz

Der pharmazeutischen Branche in der Schweiz ist ein besonderer Stellenwert zuzuschreiben. Zwei der zehn größten pharmazeutischen Unternehmen der Welt haben ihren Sitz in der Schweiz. Das Land zählt somit zu den größten pharmazeutischen Exporteuren überhaupt.<sup>22</sup> Die absoluten Ausgaben für pharmazeutische Wirkstoffe sind die höchsten in ganz Europa. Berücksichtigt man jedoch die Kaufkraftparitäten, liegen die Durchschnittsausgaben für Medikamente pro Person unter dem Niveau der Nachbarländer. In der Vergangenheit wurden durchaus erfolgreich einige Versuche unternommen, die vergleichsweise hohen Preise für Medikamente zu senken – beispielsweise durch eine Erhöhung des Generika-Anteils. So stieg dieser in der Vergangenheit zwar stark an, lag jedoch im Jahr 2013 mit 23,9 % immer noch deutlich unter Deutschland (fast 80 %) und Österreich (etwa 50 %).<sup>23</sup>

„Die Abgabe von Medikamenten gehört zum ärztlichen Instrumentarium wie das Stethoskop.“

*Dr. Urs Stoffel, Präsident der AerzteGesellschaft  
des Kantons Zürich<sup>24</sup>*

Die Abgabe von Medikamenten ist seit jeher Teil des Arztberufes. Sowohl in Notfällen als auch im Spital und in vielen alltäglichen Situationen ist es nicht ein Apotheker, der die Gesundheit der Patienten wiederherstellt, indem er ein Medikament verabreicht oder verschreibt, sondern es sind Ärzte.<sup>25</sup> Grundsätzlich sind alle Schweizer Ärzte berechtigt, ihren Patienten im Notfall Medikamente abzugeben. Somit ist jede Arztpraxis mit einem ordnungsgemäßen Medikamentenlager und Arzneimitteln zum direkten Gebrauch in der Praxis und zur Notfallabgabe ausgestattet. Je nach kantonaler Regelung kann das Recht zur Medikamentenabgabe aber auch über diese Fälle hinaus gewährt sein. Laut Angaben des Verbandes der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz (interpharmaph) lag die Zahl der Schweizer Ärzte mit Hausapotheke im Jahr 2014 bei 5.800. Sie machte da-

<sup>22</sup> WHO, HiT Switzerland (2015)

<sup>23</sup> WHO, HiT Switzerland (2015)

<sup>24</sup> <https://medonline.at/2014/dispensierrecht/>

<sup>25</sup> Bradke (2009)

mit 40 % der praktizierenden niedergelassenen Ärzteschaft aus und betrifft Ärzte sämtlicher Fachrichtungen. Aufgrund der kantonal unterschiedlichen Regelungen zur Selbstdispensation ergeben sich dabei jedoch große Unterschiede in der Verteilung. Neun Kantone schließen die Selbstdispensation durch Ärzte komplett aus, in drei Kantonen herrschen Mischsysteme vor. In 14 Kantonen, die vorwiegend im deutschsprachigen Teil der Schweiz liegen, sind Ärzte uneingeschränkt dazu berechtigt, Medikamente selbst abzugeben. Zusätzlich wird ab 2018 in Schaffhausen, wo derzeit noch das Misch-System vorherrscht, die flächendeckende Medikamentenabgabe durch den Arzt freigegeben werden. Etwa 24 % der in der Schweiz abgegebenen Arzneimittel werden von Ärzten in Hausapotheken verkauft, 53 % in Apotheken.<sup>26,27,28,29,30</sup>

Somit können selbstdispensierende Mediziner die Medikamentenausgaben tatsächlich maßgeblich beeinflussen – und werden daher besonders kritisch beäugt. Rund 22 % der Kosten der Grundversicherung fließen in der Schweiz in die ambulante Medikamentenabgabe.<sup>31</sup> Die Medikamentenkosten pro Kopf unterscheiden sich kantonal um bis zu 100 %. Gründe dafür gibt es viele. Neben demographischen Unterschieden spielen auch der Grad der Urbanisierung, die Dichte der medizinischen Versorgung und die kulturellen Wurzeln der Bevölkerung eine entscheidende Rolle für den unterschiedlichen Medikamentenkonsum. So wird etwa im deutschsprachigen Teil der Schweiz typischerweise seltener auf Medikamenten zurückgegriffen als im restlichen Teil des Landes.<sup>32</sup>

Als Ausgleich für die zusätzlichen Einnahmen aus der Medikamentenabgabe werden in den selbstdispensierenden Kantonen niedrigere Tarife für ärztliche Leistungen angewandt als in den Kantonen ohne Selbstdispensation.<sup>33</sup> Ärzte mit Hausapotheken geben die Arzneimittel zum staatlich vorgeschriebenen Preis gemäß Spezialitätenliste (SL-Preis)<sup>34</sup> ab, der eine Profitmarge umfasst und so die damit verbundenen Kosten abdecken soll. Verhandlungen über die Einführung einer kostenneutralen und margunenabhängigen Kompensation der Medikamentenabgabe wurden zwischen der Schweizer Ärzteschaft und der Krankenversicherung ge-

26 <http://www.interpharma.ch/fakten-statistiken/1897-kantonal-unterschiedliche-dichte-von-sd-aerzten-und-apotheken>

27 WHO, HiT Switzerland (2015)

28 <http://medizin-management.ch/glossar/selbstdispensation-sd-was-bedeutet-das-konkret/>

29 WHO, HiT Switzerland (2015) zitieren Schiesser (2015)

30 <https://medonline.at/2014/dispensierrecht/>

31 Ziegler (2010)

32 Ziegler (2010)

33 [http://www.hausaerzteschweiz.ch/fileadmin/Kundendaten/Sekretariat/Unterlagen\\_HACH/MF\\_Kurzform\\_Stellungnahme\\_HMG.pdf](http://www.hausaerzteschweiz.ch/fileadmin/Kundendaten/Sekretariat/Unterlagen_HACH/MF_Kurzform_Stellungnahme_HMG.pdf)

34 [http://www.fmh.ch/files/pdf9/2012-02-27\\_Positionspapier\\_DMA.pdf](http://www.fmh.ch/files/pdf9/2012-02-27_Positionspapier_DMA.pdf)

führt, sind aber bisher gescheitert.<sup>35</sup> Für Apotheken wurde der SL-Preis um 2,5 % abgesenkt – dafür wird seit dem Jahr 2001 die Leistungsorientierte Abgeltung (LOA) zusätzlich verrechnet.<sup>36</sup> Generierten Apotheken ihre Erträge bis dahin aus proportionalen Preisaufschlägen, wurde 2001 auf ein Mischsystem umgestellt. Seitdem werden bei rezeptpflichtigen Medikamenten die Serviceleistungen der Apotheke in Form der LOA separat in Rechnung gestellt. Diese Abgeltung soll die Leistungen der Fachkompetenz und Beratung der Apotheker abdecken. Dazu zählt etwa eine Grundgebühr pro Patientenkontakt sowie eine Gebühr pro abgegebenem verschreibungspflichtigem Medikament. Zusätzlich werden Gebühren für Polymedikations-Checks, für überwachte Medikamenteneinnahme oder für den Ersatz eines verschriebenen Originalpräparats durch ein Generikum verrechnet. Dadurch sollte die Kosten-Effizienz von Medikamenten erhöht und die direkte Verknüpfung der Apothekeneinnahmen mit dem Finanzvolumen der abgegebenen Arzneimittel aufgelockert werden. 2010 wurde das System aktualisiert.<sup>37,38</sup>

Faktisch führt diese Kostenaufspaltung vor allem dazu, dass Medikamente in den Apotheken teurer erworben werden als in den Praxen der dispensierenden Mediziner. Oft herrscht bei Patienten dafür Unverständnis. Beim Apotheker kommt das Medikament teurer, da die Beratungsgebühr bezahlt werden muss. Also kaufen sie beim Arzt. Dadurch kommt es zu einer verstärkten Nachfrage der Arzt-Medikamente – die in der Debatte über das Für und Wider von Hausapotheken dann gerne als Argument der Mengenausweitung durch die Ärzte ausgelegt wird.<sup>39</sup>

Aufgrund der niedrigeren Medikamentenkosten ohne leistungsorientierte Abgeltung und eines häufigeren Einsatzes von Generika ist Selbstdispensation neben der Versandapotheke der deutlich günstigere Abgabekanal, beteuert die FMH, der ärztliche Berufsverband in der Schweiz.<sup>40</sup> Die Branchenorganisation der Schweizer Krankenversicherer santésuisse beteuert, der Selbstdispensation gegenüber keine Vorbehalte zu haben. Sie spricht sich aber für klare Bedingungen für Ärzte und Apotheker aus und will individuelle Genehmigungen erteilen.

Von Apothekerseite kommt häufig die Kritik, dass die Bedingungen für die Dispensation von Medikamenten nicht einheitlich seien. Während laut Apothekerverband pharmaSuisse eine Apotheke über ein Sortiment von bis zu 10.000 Medikamenten verfügt – mit unterschiedlichen Packungsgrößen und Generika-Varianten – umfasst die Patientenapotheke eines Arztes im Durchschnitt 50 bis 200

35 [http://www.fmh.ch/files/pdf9/2012-02-27\\_Positionspapier\\_DMA.pdf](http://www.fmh.ch/files/pdf9/2012-02-27_Positionspapier_DMA.pdf)

36 WHO, HiT Switzerland (2015)

37 WHO, HiT Switzerland (2015)

38 <https://www.kpt.ch/de/services/faq/Seiten/medikamente-generika.asp>

39 Wagner (2003)

40 [http://www.fmh.ch/files/pdf9/2012-02-27\\_Positionspapier\\_DMA.pdf](http://www.fmh.ch/files/pdf9/2012-02-27_Positionspapier_DMA.pdf)

Produkte.<sup>41</sup> Die strikten Bestimmungen zur Sortimentsbreite, den Öffnungszeiten und der Einrichtung gelten für dispensierende Arztpraxen gar nicht oder nur in abgeschwächter Form. Dadurch seien die Infrastrukturkosten der Ärzte im Vergleich zu denen der Apotheker niedriger – was wiederum dazu führt, dass bei gleichen Preisen die Gewinnmargen ungleich groß sind. Zwar soll die LOA diesem Kostennachteil Rechnung tragen, doch bewirkt sie durch eine Erhöhung der Gesamtpreise gleichzeitig einen Wettbewerbsnachteil und somit einen Nachfragerückgang. Außerdem, so das Argument der Apothekerseite, könne nur durch eine Medikamentenabgabe in der Apotheke das Vier-Augen-Prinzip der doppelten Überprüfung von Arzt und Apotheker gewährleistet werden.<sup>42</sup>

Als weitere Nachteile der Selbstdispensation in der Schweiz werden der limitierte Zugang während der Praxisöffnungszeiten, die Beschränkung des Zuganges für Patienten des Arztes, die geringe Sortimentsbreite sowie der befürchtete Rückgang regulärer Apotheken genannt. Die größten gesundheitspolitischen Befürchtungen betreffen jedoch die Auswirkung auf die Gesundheitsausgaben. Diese wurden in zahlreichen theoretischen und empirischen Studien untersucht.

---

41 pharmaSuisse (2013)

42 santésuisse (2004)

## 4. Studienlage

Um das Thema der Vor- und Nachteile der ärztlichen Selbstdispensation in der Schweiz herrscht ein reger akademischer Diskurs. Gegner und Befürworter bekämpften sich regelrecht mit Studien, um ihre Argumente bzw. Gegenargumente zu untermauern. Erst im Jahr 2014 sollte eine umfassende Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit für Klarheit sorgen – doch nach wie vor wird die Debatte fortgesetzt.

Dummermuth (1993) sowie Gröflin und Zuellig (1995) finden Kostenvorteile in den Kantonen ohne Selbstdispensation<sup>43,44</sup>, werden aber von Schips und Sohre (1995) sowie Widmer (2001) methodisch in Frage gestellt. Nach Berücksichtigung sozioökonomischer Faktoren habe eine Unterscheidung der Form der Medikamentenabgabe keinen signifikanten statistischen Einfluss auf die Ausgaben.<sup>45</sup> Widmer (2001) verwendet Dummermuths Datengrundlage und findet geringere Medikamentenausgaben pro Kopf, wenn Ärzte dispensieren dürfen.<sup>46</sup> Ähnliche Ergebnisse bringen auch Beck et al. (2004) zutage.<sup>47</sup>

Zahlreiche Untersuchungen beschäftigen sich mit der ärztlichen Medikamentenabgabe in entfernteren Regionen der Welt. Chou et al. (2003) erforschen die Auswirkungen einer Policy-Änderung in Taiwan. Dort wurde die Möglichkeit zur Medikamentendispensation durch Ärzte abgeschafft. Die Autoren zeigen, dass dadurch zwar die Medikamentenausgaben und die Verschreibungshäufigkeit gesenkt werden konnten, aber aufgrund einer dadurch notwendigen Erhöhung der Arzt- und Apotheker-Honorare zur Kompensation des Einkommensausfalls die totalen Gesundheitsausgaben insgesamt nicht beeinflusst wurden.<sup>48</sup>

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit untersuchen Trottmann et al. (2014) in der umfassenden Polynomics-Studie die Auswirkungen der Selbstdispensation anhand der Medikamentenausgaben, der Wahl von Generika und der Gesamtausgaben für Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Es handelt sich dabei um die wahrscheinlich ausführlichste und umfangreichste Arbeit zu diesem Thema. Die Studie kommt zu dem Schluss, dass Selbstdispensations-Patienten niedrigere Medikamentenausgaben aufweisen sowie eine höhere

43 Beck, Kunze, Oggier (2004) zitieren Dummermuth (1993)

44 Beck, Kunze, Oggier (2004) zitieren Gröflin und Zuellig (1995)

45 Beck, Kunze, Oggier (2004) zitieren Schips und Sohre (1995)

46 Beck, Kunze, Oggier (2004) zitieren Widmer(2001)

47 Beck, Kunze, Oggier (2004)

48 Chou et al. (2003)

Wahrscheinlichkeit besteht, dass Generika zur Anwendung kommen. Die Ausgaben für ärztliche Leistungen sind jedoch höher, auch die Zahl der Konsultationen steigt. Es kann kein statistisch signifikanter Einfluss der Selbstdispensation auf die Gesamtausgaben für OKP-Leistungen nachgewiesen werden.<sup>49</sup>

Auch weiterhin beschäftigt sich eine Vielzahl wissenschaftlicher Arbeiten mit dem Thema der Selbstdispensation in der Schweiz. Burkhard et al. (2015) kommen zu dem Schluss, dass die Selbstdispensation zu häufigeren Verschreibungen, nicht aber zur Verschreibung von teureren Arzneimitteln führt, ihre Ergebnisse sind jedoch von großer Heterogenität geprägt. Ein Einfluss auf Gesundheitsparameter abseits der Medikamentenausgaben wird nicht überprüft. Als zentrale Schlussfolgerung aus der Arbeit ziehen die Autoren das Ergebnis, dass eine Mengenregulierung sinnvoller als eine Preisregulierung sei.<sup>50</sup>

Rischatsch (2014) negiert in seiner Arbeit eine angebotsinduzierte Nachfrage und beschränkt den Einfluss des selbstdispensierenden Arztes auf die abgegebene Packungsgröße. Durch die Abgabe kleinerer Packungsgrößen wird die Gewinnspanne bei der Medikamentenabgabe maximiert, so dass insgesamt höhere Medikamentenkosten im Ausmaß von 3 bis 5 % pro Dosis entstehen. Eine Anpassung der Preis- und Gewinngestaltung bei Medikamentenpreisen könnte das Problem der kleinen Abgabegrößen verringern. Rischatsch betont jedoch, dass seine Ergebnisse keinen Schluss auf die Kosteneffizienz der ärztlichen Selbstdispensation zulassen. Es sei denkbar, dass an anderer Stelle eine Kostenersparnis bewirkt werde – und somit die Selbstdispensation die günstigere Abgabeschiene für das Gesundheitswesen sei.<sup>51</sup> Kaiser und Schmid (2016) untersuchen die Auswirkung der Selbstdispensation auf die Schweizer Medikamentenausgaben und finden in Selbstdispensationskantonen sowohl einen Anstieg der Medikamentenkosten als auch der Arztkosten. Anzumerken ist jedoch, dass sie sich in ihrer Untersuchung nur auf Fachärzte beschränken und keine Allgemeinmediziner inkludieren.<sup>52</sup> In der Zeitschrift *doXmedical* (herausgegeben von einer der größten ärztlichen Einkaufsgemeinschaften in der Schweiz) werden die Studien von Kaiser und Schmid sowie Burkhard et al. mit der Polynomics-Studie verglichen und deren Glaubwürdigkeit angezweifelt. Kritisiert werden Stichprobengröße, mangelnde Berücksichtigung der gesundheitspolitischen Relevanz sowie eine nachträgliche Änderung der genauen Ergebnisse.<sup>53</sup> Schon 2010 wurden in dieser Zeitschrift vom selben Autor einige Studien angezweifelt und widerlegt.<sup>54</sup>

49 Trottmann et al. (2014)

50 Burkhard et al. (2015)

51 Rischatsch (2014)

52 Kaiser, Schmid (2016)

53 Widmer (2016)

54 Widmer (2010)

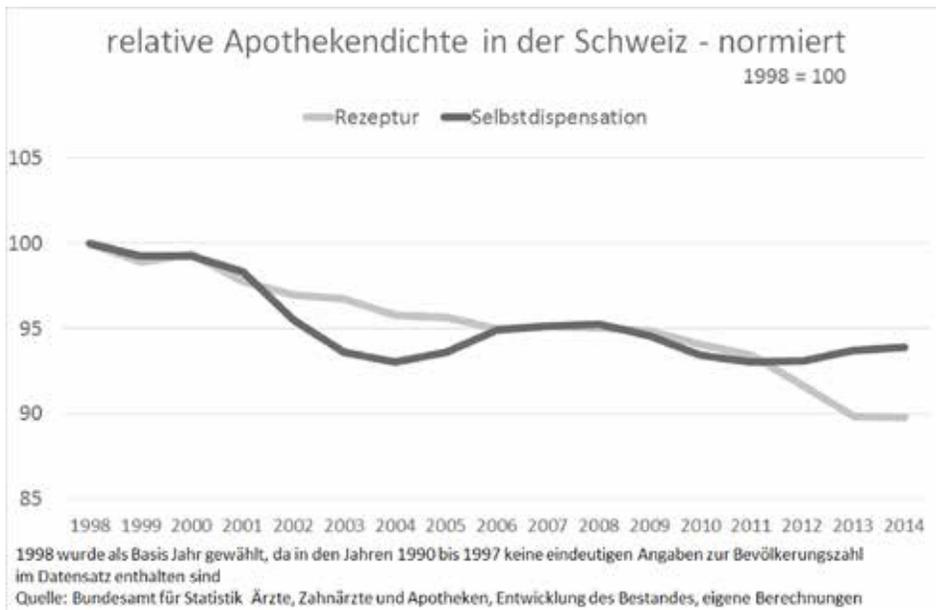
Eine wirklich seriöse abschließende Beurteilung der Selbstdispensation anhand der existierenden Literatur scheint kaum möglich zu sein. Ein Einfluss auf die Medikamentenkosten ist aus ökonomischer Sicht durchaus plausibel, aus ethischer Sicht jedoch äußerst fragwürdig. Messbare Effekte liegen möglicherweise in der geringeren Sortimentsbreite begründet, werden aber durch heterogene Preissetzungsmodelle verzerrt. Die damit verbundenen höheren Medikamentenkosten im Ausmaß von 3 bis 5 % je Dosis ließen sich bestimmt noch regulieren. Die analysierte Literatur weist generell auf die unvorteilhafte Preis- und Margengestaltung im Schweizer Arzneimittelwesen hin und suggeriert ein breites Optimierungspotential zur Verminderung etwaiger wirtschaftlicher Anreize. Zudem beschränken sich die meisten Analysen auf einzelne Aspekte der Gesundheitsausgaben oder vernachlässigen den entgegengebrachten Nutzen gegenüber den Patienten. Eine Vielzahl der Argumente – sowohl jene der Befürworter als auch der Gegner der Selbstdispensation – lässt sich mit bestehenden Studien untermauern. Aus Sicht des Autors muss daher der finanzielle Effekt der Selbstdispensation auf die Gesundheitsausgaben auf Basis einer umfangreichen Literaturrecherche generell in Frage gestellt werden.

Ohne Zweifel besteht in den Schweizer Selbstdispensations-Kantonen eine Konkurrenzsituation zwischen den unterschiedlichen Anbietern von Medikamenten. Die geringere Apothekendichte in diesen Kantonen ist jedoch nicht ausschließlich durch diese Wettbewerbssituation zu begründen. Sowohl topographische Gegebenheiten als auch kulturelle Unterschiede beeinflussen neben zahlreichen anderen Faktoren die Apothekendichte. Der folgende Abschnitt zeigt, wie sich die Apothekendichte in der Schweiz unter dem Einfluss der Selbstdispensation entwickelt.

## 5. Auswirkungen auf die Apothekenanzahl

Für die Darstellung der Apothekenzahlen wurden öffentlich verfügbare Daten zur Zahl der Apotheken in Rezeptur-Kantonen und Selbstdispensations-Kantonen in der Schweiz ausgewertet und in Relation zur jeweiligen Bevölkerung gesetzt. Die relativen Apothekenzahlen wurden dann zum Ausgangsjahr der Analyse, 1998, mit dem Wert 100 normiert, um eine vergleichbare Entwicklung abzubilden. Es zeigt sich ein genereller Trend zur Abnahme der Apothekenzahl im Verhältnis zur Einwohnerzahl. Ursächlich dafür könnte beispielsweise die zunehmende Bedeutung weiterer Vertriebswege, wie etwa der bequeme Onlineversand von Medikamenten, sein.

Der Verlauf der vergangenen 16 Jahre zeigt jedoch vor allem eines: Der Unterschied zwischen Rezeptur-Kantonen und Selbstdispensations-Kantonen entspricht keineswegs den Befürchtungen der Apothekervertreter. Während die Zahl der Apotheken in Rezepturkantonen im Vergleich zum Ausgangswert kontinuierlich sinkt, stagniert die Apothekenzahl in den Selbstdispensationskantonen seit einigen Jahren und konnte zuletzt sogar leichte Steigerungen verzeichnen.



Daraus lässt sich der Schluss ziehen, dass die Selbstdispensation, zumindest im von den Daten erfassten Zeitraum, kein überproportionales Apothekensterben bewirkt. Sowohl in den Rezepturkantonen als auch in den Selbstdispensationskantonen ist die Apothekendichte zur Bevölkerung seit 1998 rückläufig – der anteilmäßige Rückgang in den Rezeptur-Kantonen ist sogar stärker als in den Selbstdispensations-Kantonen. Am Beispiel der Stadt Zürich (das in dieser Darstellung über den gesamten Beobachtungszeitraum den SD-Kantonen zugerechnet wird) zeigt sich, dass trotz einer Ausweitung des Selbstdispensations-Rechts die Apothekenzahl ansteigen kann.

## 6. Fazit

Die existierende Literatur lässt keine wirklich seriöse abschließende Beurteilung der Selbstdispensation zu. Ein Einfluss auf die Medikamentenkosten scheint aus ökonomischer Sicht durchaus plausibel, aus ethischer Sicht jedoch äußerst fragwürdig. Messbare Effekte liegen möglicherweise in der geringeren Sortimentsbreite begründet, werden aber verzerrt durch heterogene Preisgestaltungsmodelle. Die Wertschätzung durch die profitierenden Patienten, medizinische Auswirkungen und Therapieeffekte werden in empirischen Arbeiten kaum erhoben. Tatsächlich sollten die Auswirkungen der Selbstdispensation aber vor allem daran gemessen werden.

Oftmals stellt die direkte Medikamentenabgabe durch den Arzt schon allein aus topographischen Gründen die einzig mögliche Form einer breiten Versorgung dar. In der Schweiz geht man einen Schritt weiter und erlaubt die Selbstdispensation mitunter ohne Einschränkungen. Die Entscheidung, wo Medikamente bezogen werden, liegt schließlich einzig und allein beim Patienten.

Die unterschiedlichen Apothekenzahlen in Rezeptur- und Selbstdispensations-Kantonen lassen sich entgegen anders lautender Behauptungen keineswegs ausschließlich auf die Konkurrenzsituation zurückführen. Ganz im Gegenteil, denn es konnte in einer eigenen Analyse aufgezeigt werden, dass die Entwicklung der Apotheken in der gesamten Schweiz rückläufig ist. Die Apothekendichte in Selbstdispensations-Kantonen ist sogar vergleichsweise weniger stark vom Rückgang betroffen als in den Kantonen ohne Selbstdispensation.

## Quellen:

- Beck, K.; Kunze, U.; Oggier, W. (2004): Selbstdispensation: Kosten treibender oder Kosten dämpfender Faktor? *Managed Care* 6/2014 S. 5-8
- Zitieren:
- Dummermuth, A.; (1993): Selbstdispensation: Der Medikamentenverkauf durch Ärzte: Vergleiche und Auswirkungen unter besonderer Berücksichtigung der Kantone Aargau und Luzern; *Pro-pharmacie, Cahiers de l'IDHEAP*, Nr. 114
- Gröflin, R.; Zuellig, C.; (1995): SWISSCARE unterstützt die günstige Medikamentenabgabe durch Ärzte. *Schweizerische Ärztezeitung*, Nr. 41; S. 1652-1654
- Schips, B.; Sohre, P.; (1995): SD oder Rezeptur? Eine wissenschaftliche Analyse. *Schweizer Apothekerzeitung*, Nr. 24; S. 604-605
- Widmer, H.; (2001): Selbstdispensation versus Rezeptur – die Diskussion geht weiter. *Ars Medici*; Nr. 7; S. 328-338
- Bradke, S. (2009): Patientenapotheke Ja oder Nein?; *Schweizerische Ärztezeitung*; 2009;90:40 S. 1543
- Burkhard, D.; Schmid, C.; Wüthrich, K.; (2015): Financial incentives and physician prescription behavior: Evidence from dispensing regulations; Discussion Paper; HYPERLINK „<http://www.vwl.unibe.ch/papers/dp/dp1511.pdf>“ 20.5.2016  
<http://www.vwl.unibe.ch/papers/dp/dp1511.pdf> abgerufen am 24.5.2016
- Chou, Y.; Yip, W. C.; Lee, C.-H.; Huang, N.; Sun, Y-P.; Chang, H.-J.; (2003): Impact of separating drug prescribing and dispensing on provider behaviour: Taiwan's experience; *Health Policy and Planning*; Vol. 18, Nr. 3; S. 316-329
- Czypionka, T.; (2016): Zur aktuellen Diskussion zu ärztlichen Hausapotheken; *Presseaus-sendung IHS HealthEcon*; 15. April 2016
- Kaiser, B.; Schmid, Ch.; (2016): Does physician dispensing increase drug expenditures? Empirical evidence from Switzerland; *Health Economics*; Vol. 25; S. 71-90
- Kantonale Heilmittelkontrolle des Kanton Zürich – Regionale Fachstelle der Ost- und Zentralschweiz; (2014); *Erfahrungsbericht – Inkraftsetzung von § 25a des Gesundheitsgesetzes per 1. Mai 2012*
- Kull, H.-U.; (2011): Die fast unendliche Geschichte der Selbstdispensation in Zürich; *Sprechstunde* 4/11; S. 6-7
- Müller, P. H.; (2010): Weltweite ärztliche Medikamentenabgabe 2010 – Versuch einer globalen Standortbestimmung; *DoXMedical* Nr. 1; Februar/März 2010; S. 1-3
- pharmaSuisse (2013): *Medienmitteilung vom 14. Februar 2013*
- Rischatsch, M.; (2014): Lead me not into temptation: drug price regulation and dispensing physicians in Switzerland; *European Journal of Health Economics*; Vol. 15; S.697-708
- Santésuisse (2004): *Positionspapier – Selbstdispensation (Medikamentenabgabe der Ärzte): Fassung vom 26.5.2004*
- Slembeck, T.; (2008): *Zusammenfassung – Gesundheitsökonomische Analyse von Abgabe und Verkauf kassenzulässiger Medikamente durch niedergelassene Ärzte; Gutacht erstattet zuhanden des Apothekerverbands des Kantons Zürich (AVKZ)*

- Slembeck, T.;(2008b) Wenn Ärzte auch Medikamente verkaufen – Zielkonflikt bei der ärztlichen Selbstdispensation und Lösungen aus ökonomischer Sicht; Neue Zürcher Zeitung, 16.10.2008
- Spranger A, Wittenbecher F, Quentin W. Switzerland: Health system review.
- Trottmann, M.; Früh, M.; Reich, O.; Telsler, H.; (2014): Auswirkungen der Medikamentenabgabe durch die Ärzteschaft (Selbstdispensation) auf den Arzneimittelkonsum und die Kosten zu Lasten der OKP; Schlussbericht; Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit; POLYNOMICS; 10. Februar 2014
- Wagner, L.;(2003): Vertrauen in die Selbstdispensation; PrimaryCare 3/2003 S.219
- WHO, HiT Switzerland (2015): De Pietro C, Camenzind P, Sturmy I, Crivelli L, Edwards-Garavoglia S, Health Systems in Transition (2015); 17(4):1–288  
Zitieren:  
Schuesser A. (2015). Medikamente. In: Oggier W, ed. Gesundheitswesen Schweiz 2015–2017. Bern, Verlag Hans Huber.
- Widmer, H.; (2010): Blick auf die langjährigen und wiederholten Versuche, die Selbstdispensation abzuschliessen[sic!]; doXmedical; 1/2010; S. 4-5
- Widmer, H.; (2016): Selbstdispensation: Studien als gesundheitspolitisches Instrument; doXmedical; 2/2016; S. 4-6
- Ziegler, M.; (2010): Die Selbstdispensation muss auf Tapet; santésuisse; infosantésuisse; Solothurn; 2010, Nr. 4, S. 6

## Internetquellen:

- Bundesamt für Statistik BFS: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/03/key/01.html> abgerufen am 27.4.2016; Ärzte, Zahnärzte und Apotheken, Entwicklung des Bestandes (je-d-14.04.05.01),
- Bundesamt für Statistik BFS <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/03/key/01.Document.21519.xls> abgerufen am 27.4.2016
- <http://medizin-management.ch/glossar/selbstdispensation-sd-was-bedeutet-das-konkret/> abgerufen am 27.4.2016
- [http://www.fmh.ch/files/pdf9/2012-02-27\\_Positionspapier\\_DMA.pdf](http://www.fmh.ch/files/pdf9/2012-02-27_Positionspapier_DMA.pdf) abgerufen am 27.4.2016
- [http://www.hausaerzteschweiz.ch/fileadmin/Kundendaten/Sekretariat/Unterlagen\\_HACH/MF\\_Kurzform\\_Stellungnahme\\_HMG.pdf](http://www.hausaerzteschweiz.ch/fileadmin/Kundendaten/Sekretariat/Unterlagen_HACH/MF_Kurzform_Stellungnahme_HMG.pdf) abgerufen am 27.4.2016
- <http://www.interpharma.ch/fakten-statistiken/1897-kantonal-unterschiedliche-dichte-von-sd-aerzten-und-apotheken> abgerufen am 19.5.2016
- <https://medonline.at/2014/dispensierrecht/> abgerufen am 20.4.2016
- <https://www.kpt.ch/de/services/faq/Seiten/medikamente-generika.aspx> abgerufen am 20.4.2016