



Arzneimittel-Informationen und Tipps für Sie und Ihre Praxis

Eine Dienstleistung von DoXMart – Einkauf, Praxisapotheker, Innovationen, Preise, Studien

Editorial



Richard Altorfer

Peter H. Müller

Liebe Kollegin, lieber Kollege

Der letzte Gruss aus dem Schattenreich: Kurz vor seinem Abgang bat der ehemalige Gesundheitsminister – wie hiess er doch, Couchepin...? – sich und uns noch ein letztes Ei gelegt. Seinen geliebten Hausärzten (er wollte sie einmal gar durch Krankenschwestern ersetzen) will er nun auch noch die Selbstdispensation wegnehmen, und zwar auf Bundesebene. Nach Praxislabor-Kahlschlag und Margensenkung bei den Medikamenten wollte der grosse Macher aus dem Wallis nun gleich auf Bundesebene ein Verbot der Selbstdispensation diktieren. Man versucht, die direkte ärztliche Medikamentenabgabe in die Schmutzdecke zu stellen. Selbstdispensation klingt ja auch schon so wie Selbstbereicherung, wenn nicht gar Selbstbefriedigung für Ärzte! Dieser falsche Anreiz gehört endlich ausgerottet. Und um das zu erreichen, sind alle Mittel recht. Studien (selbstbestellte natürlich) werden beispielsweise nur auszugsweise zitiert. Kollege Widmer setzt sich damit in seinem Beitrag auf Seite 4 auseinander. Aber auch andere Argumente werden an den Haaren herbeigezogen: Weltweit sei die Selbstdispensation kaum mehr vertreten und in Europa als Auslaufmodell abzuschaffen. Dass letztere Aussage dann noch mit einer OECD-Studie belegt werden soll, deren Autoren von Schweizer Interessenvertretern mit «Fakten» beliefert wurden, macht die Sache noch schlimmer. Unser Versuch einer globalen Standortbestimmung (Seiten 1–3) ist für jeden SD-Arzt hoffentlich bei künftigen Diskussionen hilfreich. Nun ist Bundesrat Couchepin weg vom Fenster, und mit ihm sind auch seine willigen Vollstrecker Zellner und Indra aus dem BAG verschwunden. Bleibt zu hoffen, dass ein Neuanfang möglich ist und sachliche Argumente und ungetürkte Statistiken unvoreingenommen berücksichtigt werden. Dass die Sünden der Vergangenheit (Labortarif) dank einem neutralen Monitoring korrigiert werden, ist ebenso zu hoffen. Dass die direkte Medikamentenabgabe in der Schweiz von Bundesbern abgeschossen wird, muss aber schon jetzt mit allen Mitteln verhindert werden.

Ihr DoXMart-Team

Dr. med. Peter H. Müller
 Dr. med. Richard Altorfer

Weltweite ärztliche Medikamentenabgabe 2010

Versuch einer globalen Standortbestimmung

Die Gegner der direkten ärztlichen Medikamentenabgabe argumentieren immer wieder, die Schweiz sei ein Unikum und praktisch das einzige Land der Welt, in dem die Selbstdispensation erlaubt sei. DoXMart hat nachgefragt. Und siehe da: Die direkte ärztliche Medikamentenabgabe ist in zahlreichen Staaten zwar nicht der ausschliessliche, aber ein wichtiger Medikamentenabgabekanal. Die Schweiz steht bei weitem nicht allein.

Peter H. Müller

Einführung

Unermüdtlich versuchen Apothekerkreise, die direkte ärztliche Medikamentenabgabe als helvetischen Anachronismus darzustellen, der nun ein für alle Mal – da nicht EU-konform – ausgerottet werden müsse. Dass weltweit diese vernünftige und kostensparende direkte Medikamentenabgabe an Patienten verbreitet und geschätzt ist, wird eigennützig ausgeklam-

ert. Ist es nicht vielmehr der heutige Umweg über die Apotheke, der einen Anachronismus darstellt? Was sucht ein Heizer auf einer Elektrolokomotive? – das fragte schon vor Jahren ein britischer Arzt und spielte darauf an, dass noch viele Jahre nach der Elektrifizierung der Bahnen in England ein zweiter Mann auf der Lok mitfahren musste. Die Gewerkschaften beharrten darauf, aus Sicherheitsgründen natürlich (Vieraugenprinzip)! Dieser Vergleich will nichts anderes ausdrücken, als dass die eigentliche Aufgabe des Apothekers, nämlich das Zubereiten von Arzneien in der Offizin, den Pharmazeuten abhanden gekommen ist. Die Pharmaindustrie besorgt das zuverlässiger und billiger, und zum Verteilen braucht es wirklich keinen zusätzlichen Akademiker (mit entsprechenden Lohnansprüchen). Wie aber sieht es heute weltweit aus?

Europa

Neben den als bekannt vorausgesetzten Verhältnissen in der Schweiz kennen folgende Länder in Europa die direkte ärztliche Medikamentenabgabe: **Österreich, Liechtenstein, Niederlande, Grossbritannien (England, Schottland, Wales, Irland), Ungarn und in Einzelfällen Griechenland, Frankreich, Spanien und Belgien.** **Grossbritannien:** Allein in England hat trotz (oder wegen?) anderslautenden EU-Empfehlungen die Zahl der dispensieren-



Inhalt

Kurzbeiträge	
Die Rettung der Spermien: Mehr Kinder dank Folsäure?	12
Pharma News	
Sauerstoff ist nicht gleich Sauerstoff	11
Rubriken	
DoXPrax: Weltweite ärztliche Medikamentenabgabe 2010	1
Blick auf die langjährigen und wiederholten Versuche, die Selbstdispensation abzuschliessen!	4
DoXTravel: Aktuelles aus der Reise- und Tropenmedizin	6
DoXMedTech: Galecoline Cooler Medika 140 – medizinische Kühlschränke für höchste Ansprüche	8
DoXWeltweit: Ungarische Landärztin mit drei Praxen	9
DoXEthik: Welche Aufgabe haben Ethikkommissionen eigentlich?	13
DoXNatur: Die zweitgrösste Eisskulptur der Welt	23
Die DoXMart-Angebote	
Pharma	14
Non-Pharma	21
GenerX – ein generischer Röntgenfilm	22
Impressum	5

Weltweite ärztliche Medikamentenabgabe 2010

Direkte ärztliche Medikamentenabgabe kennen:

- 10 Länder in Europa
- die meisten US-Bundesstaaten
- Japan
- Indien, Pakistan, Bangladesch
- China
- Hongkong, Singapur, Malaysia, Brunei
- Neuseeland
- Südafrika, Namibia, Kenia, Nigeria

(Liste nicht abschliessend)

den Ärzte¹ von 4842 im Jahr 2002 auf 5731 (März 2009) zugenommen. Seit 1998 haben sich die Allgemeinpraxen mit direkter ärztlicher Medikamentenabgabe von 12,9 auf 13,9 Prozent vermehrt.

In den **Niederlanden** existiert die Selbstdispensation seit jeher, ist aber rückläufig. Vor 20 Jahren haben noch über 1500 Ärzte ihre Patienten direkt mit Medikamenten versorgt; heute sind es nur noch rund 400. Grund dafür ist eine zunehmend restriktivere Bewilligungspraxis.

Das Gleiche gilt für **Österreich**: Auch hier ist die Zahl der «ärztlichen Hausapotheken», wie Praxisapotheken dort genannt werden, wegen zunehmenden, Regulationen rückläufig. Aktuell verfügen noch 935 Praxen über das Recht zur direkten Medikamentenabgabe.

In **Liechtenstein** haben alle der gegen 90 Ärzte das uneingeschränkte Recht, ihren Patienten Medikamente direkt abzugeben.

Auch in **Ungarn** findet sich unter den Allgemeinmedizinern ein 5-Prozent-Anteil selbstdispensierender Ärzte.

Nur der Vollständigkeit halber sei angefügt, dass auch in Griechenland, Frankreich, Spanien und Belgien vereinzelt Ärzte ihre Patienten direkt mit Arzneimitteln versorgen.

Amerika

Hier verdienen vor allem die **Vereinigten Staaten** (übrigens auch ein OECD-Mitglied) unsere Aufmerksamkeit. In den USA ist die Gesetzgebung von Staat zu Staat verschieden.

Von den 50 Bundesstaaten kennen nur 5 ein absolutes Verbot der direkten ärztlichen Medikamentenabgabe. Einer davon ist **Utah**. Hier ist die direkte Abgabe von rezeptpflichtigen Arzneimitteln verboten. Wie der Vizepräsident der Ärztesellschaft von Utah verlauten liess, wäre die Abgabe aller anderen Medikamente mög-

lich (OTC-Präparate decken in den USA einen weit grösseren Bereich ab als bei uns; beispielsweise ist seit 2006 unter der Bezeichnung Plan B für Frauen über 17 Jahre eine «Pille danach» zur Antikonzeption frei erhältlich). Trotzdem geben die Ärzte im Mormonenstaat keine OTC-Präparate ab, weil sie dies erstens als unethisch betrachten und zweitens die Abgabe nicht profitabel gestalten könnten. Sie könnten nämlich nur geringe Mengen einkaufen und wären deshalb preislich gegen grosse Ketten wie Wal-Mart nicht konkurrenzfähig.

In den anderen 45 US-Staaten regeln unterschiedlichste Gesetze die direkte ärztliche Medikamentenabgabe. Ein Versuch der Zentralregierung, diese abzuschaffen und eine einheitliche Regelung für das ganze Staatsgebiet der USA einzuführen, scheiterte 1988, und Washington wies darauf die einzelnen Staaten an, von ähnlichen Gesetzen zur generellen Einschränkung der ärztlichen Medikamentenabgabe abzusehen.

Die Vorschriften in den einzelnen US-Bundesstaaten variieren beträchtlich: während in **Massachusetts** nur eine Erstabgabe für 48 Stunden und in **New Jersey** eine solche für 8 Tage erlaubt ist, kennen beispielsweise **New Mexico** und **Oklahoma** keine Einschränkungen. Dies sind zugegebenermassen ländliche Staaten; aber auch in **Virginia** (7,6 Mio. Einwohner) und im benachbarten **Maryland** kann jeder Praktiker eine Lizenz zur Abgabe von Medikamenten beantragen, sobald er eine gültige Praxisbewilligung hat. Und **Maryland** ist nun wirklich kein Hinterwälderstaat. Die rund 5,6 Millionen Einwohner leben im Herzen der USA. Neben der Metropole Baltimore mit 650 000 Einwohnern gehört auch etwa die Hälfte des umfangreichen Grossraums von Washington D.C. zu Maryland, die andere zu Virginia.

Die American Medical Association steht hinter der ärztlichen Medikamentenabgabe, solange ihr Ethikcode eingehalten wird. Und der beinhaltet im Wesentlichen, dass die Patienten nicht ausgebeutet («exploited») werden und ein schriftliches Rezept erhalten, das sie auch anderswo einlösen können. Mit anderen Worten: Die Wahlfreiheit muss gewährleistet sein.

Ärztliche Medikamentenabgabe in den USA im Aufwind!

In den USA ist die direkte ärztliche Medikamentenabgabe historisch stark verwurzelt. Bis zum Zweiten Weltkrieg gaben viele Hausärzte ihren Patienten die Medikamente selbst ab. In den Fünfzigerjahren änderte sich das: Eine Flut neuer

Pharmaprodukte und vor allem eine erdrückende Vielfalt von gesetzlichen Abgabevorschriften sowie zunehmende Haftpflichtprobleme bei Interaktionen veranlassten viele Praktiker zum Verzicht auf die Medikamentenabgabe. Hier muss erwähnt werden, dass in den USA Medikamente meist individuell für den Patienten in kleine Plastikdosen abgefüllt und beschriftet werden müssen. Auf Druck der Apotheker wurden in vielen Staaten derart hohe Anforderungen an die Praxisapothekengestellte, dass viele Ärzte auf das Dispensieren verzichteten. In den Neunzigerjahren änderte sich die Situation aber grundlegend. Neue IT-Lösungen mit benutzerfreundlicher und erschwinglicher Software machten es jetzt möglich, den hohen Dispensationsanforderungen zu genügen und das Konzept des «point-of-service dispensing» wieder aufblühen zu lassen (analog zur Point-of-Care-Laboranalytik). Mehrere Firmen bieten vorgefertigte Patientenpackungen an, die allen gesetzlichen Vorgaben genügen. Für Privatkliniken und Ärztehäuser (die meisten US-Kollegen praktizieren in teilweise sehr grossen Praxisgemeinschaften) werden sogar Umpackautomaten zur Verfügung gestellt.

In kurzer Zeit ist so der Anteil an dispensierenden Ärzten wieder angestiegen und erfreut sich grosser Beliebtheit, geben doch 2008 in einer Umfrage 3 von 4 US-Amerikanern an, sie würden es vorziehen, die Medikamente direkt vom Hausarzt zu bekommen, statt das Rezept in der Apotheke einzulösen.

In **Kanada** ging die Entwicklung in eine andere Richtung. Nachdem die kanadische Zentralregierung auf Druck der frankophonen Minderheit nach dem Zweiten Weltkrieg ein Verbot der direkten ärztlichen Medikamentenabgabe durchsetzen konnte, haben Kliniken und grosse Gemeinschaftspraxen meist eine eige-

ne Apotheke angegliedert, die zwar separat lizenziert, aber im gleichen Besitz ist. In abgelegenen Gegenden gibt es aber immer noch Ärzte, die über eine Spezialbewilligung für die direkte ärztliche Medikamentenabgabe verfügen. Die genaue Zahl ist der Canadian Medical Association aber nicht bekannt, da das auf Provinzebene geregelt ist.

Wenig zu berichten gibt es über **Mittel- und Südamerika**. Obschon immer wieder von einer weiten Verbreitung der ärztlichen Medikamentenabgabe in **Mexiko** berichtet wird, sind genaue Angaben nicht erhältlich. In Lateinamerika ist traditionell die Apotheke fest verwurzelt, wobei es sich allerdings in vielen Fällen nicht um eine «akademisch» geführte Abgabestelle handelt. Oft deckt sich die Bevölkerung auch ganz einfach auf dem Schwarzmarkt mit den nötigen Arzneien ein.

Afrika

Spärlich sind auch verlässliche Angaben zur direkten ärztlichen Medikamentenabgabe in Afrika: Die WHO empfiehlt zwar die Trennung von Behandlung und Medikamentenabgabe, muss aber selbst eingestehen, dass beispielsweise in **Nigeria** über 90 Prozent der Medikamente direkt abgegeben werden.

In **Äthiopien** werden Medikamente zwar auch in privaten Apotheken angeboten, der überwiegende Teil aber wird in staatlichen Gesundheitsposten oder in NGO-Abgabestellen (z.B. Rotes Kreuz) verteilt. Anders ausgedrückt: nicht durch Apotheker.

In **Kenia** (40 Mio. Einwohner) haben 95 Prozent aller praktizierenden Ärzte das Recht, Medikamente direkt abzugeben. Das Beispiel **Ghana** zeigt, dass unsere Fragestellung nach einer direkten ärztlichen Medikamentenabgabe für die meisten afrikanischen Staaten gar nicht anwendbar ist. Die medizinische Versorgung dieses westafrikanischen Landes mit 24 Millionen Einwohnern erfolgt durch staatliche Gesundheitszentren und Missionsstationen. Der Grossteil der Spitäler wird ebenfalls von Missionen geführt. Überall werden die Medikamente direkt vor Ort abgegeben. Nennenswerte private Gesundheitsanbieter existieren ausserhalb der Hauptstadt nicht.

Ganz anders die Situation im südlichen Afrika: In **Südafrika** ist für 50 Millionen Einwohner die direkte ärztliche Medikamentenabgabe seit jeher die Grundlage der pharmazeutischen Versorgung. Heute geben rund 11 000 Ärzte direkt Medikamente ab. Die knapp 3350 Apotheken in diesem riesigen Land (30-fache Fläche der Schweiz) wären dazu nie in der Lage. Seit dem Regierungswechsel 1994 (Machtübergabe an den ANC) gab es zahlreiche Anläufe der Regierung zur Einschränkung der ärztlichen Medikamentenabgabe. Ein generelles Verbot kam aber nie zustande. Dazu beigetragen hat eine südafrikanische Studie, die zeigte, dass die Arzneimittelkosten bei direkter Medikamentenabgabe gegenüber der Rezeptur rund 15 Prozent tiefer waren. Der jüngste Konflikt betraf die Margen für dispensierende Ärzte und konnte Mitte 2009 beigelegt werden. Neu sollen für Arzneien unter 65 Rand (ca. Fr. 9.-) nur noch ein Zuschlag von 30 Prozent und für höherpreisige Medikamente ein fixer

Direkte ärztliche Medikamentenabgabe global

- Mehr als die Hälfte der Weltbevölkerung lebt in Ländern, welche die direkte Medikamentenabgabe kennen.
- Die direkte Medikamentenabgabe ist sowohl in Industriestaaten als auch in Schwellen- und Entwicklungsländern verbreitet.
- Das Ziel (vorab der WHO) in Entwicklungsländern ist eine ökonomische Verteilung; möglichst hohe Verfügbarkeit erschwinglicher Medikamente für die Bevölkerung.
- Das Ziel in den Industrieländern ist vorwiegend marktpolitisch gesteuert: Verbot der direkten ärztlichen Medikamentenabgabe soll ein Monopol für den Apothekerkanal bewirken.

1. Zur besseren Lesbarkeit wird in diesem Text der männliche Begriff «Arzt» verwendet; er umfasst strebend alle Ärztinnen und Ärzte.

ASS Cardio Spirig®
Neues Verpackungs-Design für mehr Identifikationssicherheit

Z: Acetylsalicylsäure 100mg, Liste B.
Weiterführende Informationen entnehmen Sie dem Arzneimittelkompendium der Schweiz, 0809



Gut schweizerisch.
www.spirig.ch

spirig

Weltweite ärztliche Medikamentenabgabe 2010

Zuschlag von 20 Rand (Fr. 2.75) gestattet sein.

Auch im Nachbarstaat **Namibia** ist die Selbstdispensation weit verbreitet. Margen und Lizenzierungsvorschriften haben auch hier, wie beim grossen Nachbarn Südafrika, zu Reibereien zwischen Regierung und Ärzteschaft geführt. Das grundsätzliche Recht auf die direkte Abgabe von Medikamenten blieb aber unangetastet.

Australien und Neuseeland

Ein Sprung auf einen anderen Kontinent: In **Australien** ist die ärztliche Medikamentenabgabe gesetzlich stark eingeschränkt. Weniger als hundert Ärzte haben hier noch das Recht, ihren Patienten Medikamente direkt abzugeben. Alternative Möglichkeiten wie elektronische Medikamentenbestellung über Internet (Versandhandel) oder die rund 4000 Medical Chests (Arzneimittelkisten), die von den Flying Doctors im Outback stationiert wurden und den Zugriff auf lebensnotwendige Arzneien nach fernmündlichen ärztlichen Anweisungen erlauben, lindern hier Versorgungslücken in der Medikamentenversorgung.

Anders in **Neuseeland**, wo die direkte Medikamentenabgabe grundsätzlich allen 3500 Hausärzten gestattet ist. In welchem Ausmass sie davon Gebrauch machen, ist allerdings der nationalen Ärztesgesellschaft nicht bekannt.

Asien

Wie sieht es in Asien aus, im bevölkerungsreichsten Teil der Erde?

In **Indien** (mit einer Bevölkerung von 1,2 Mia.) haben alle Hausärzte (es gibt deren mehr als 200 000) das uneingeschränkte Recht auf direkte Medikamentenabgabe. Aus Kostengründen werden vornehmlich Generika abgegeben. Eigentlich logisch, ist Indien doch deren weltweit grösster Produzent.

Sowohl **Pakistan** (175 Mio. Einwohner) wie auch **Bangladesch** (155 Mio. Einwohner) kennen die direkte Medikamentenabgabe. In diesen Ländern werden in ländlichen Gegenden Medikamente (oft gratis) vorwiegend in Gesundheitsstationen abgegeben, sei es vom Staat oder von NGO.

Im bevölkerungsreichsten Land der Welt, in der **Volksrepublik China** (1,33 Mia. Einwohner), geben die Ärzte ebenso wie die Apotheker frei Arzneimittel an die Patienten ab. Darüber hinaus ist auch eine grosse Zahl von «Gesundheitsarbeitern» (als Barfussärzte bekannt) dazu berechtigt. Es wird zwar immer wieder darüber diskutiert, Rezeptur und Abgabe von Medikamenten in China zu trennen, doch hat man vorerst davon abgesehen, nachdem in (Süd-)Korea diese im Jahr 2000 staatlich verordnete Aufteilung statt der versprochenen Kostensenkung einen deutlichen Anstieg der Medikamentenkosten zulasten der Sozialversicherung ausgelöst hat.

In **Hongkong, Singapur** wie auch in **Malaysia** und **Brunei** (zusammen rund 85 Mio. Einwohner) ist seit jeher etabliert, dass die Patienten ihre Medikamente direkt vom Arzt erhalten.

In **Japan** (ebenfalls ein OECD-Land) hat seit Jahrhunderten die direkte Abgabe von Arzneimitteln an den Patienten durch den behandelnden Arzt Tradition. Aufgeschreckt durch die hohen Arznei-

mittelkosten (Mitte der Neunzigerjahre über 20% der Gesundheitskosten), versuchte sich die Regierung in verschiedenen Reformen. Tagespauschalen für medizinische Betreuung einschliesslich Arzneimittel, Distanzregelungen und Lizenzierungshindernisse für Ärzte sollten den Medikamentenbezug zu den Apothekern umleiten, die markante Einsparungen versprochen. Diese sind aber ausgeblieben, und der Anteil der Medikamentenkosten an den Gesundheitsausgaben ist seit 2003 wieder gegen 20 Prozent angestiegen. Dass auch 2007 weiterhin fast die Hälfte der Medikamente von den Ärzten direkt abgegeben wird, hat einen weiteren Kostenschub wahrscheinlich abgefedert. Ein anderer Effekt ist aber eingetreten: Auf dem Lande fehlen nun zunehmend die Hausärzte. Dafür haben sich in den Ballungszentren private Kliniken (Ärztzentren) explosiv vermehrt und eigene Apotheken angeschlossen. Hausbesuche sind heute so gut wie unbekannt; mit (aus Steuergeldern finanzierten) Ambulanzfahrzeugen lassen sich die Patienten nun auch bei geringfügigen Leiden über weite Strecken in die nächste Klinik chauffieren.

Schlussbetrachtungen

Im Zuge dieser Recherchen hat sich immer deutlicher herausgestellt, dass die Fragestellung «direkte ärztliche Medikamentenabgabe erlaubt oder nicht» global so gar nicht gestellt werden kann. Während es in Entwicklungsländern und teilweise auch in Schwellenländern darum geht, der Bevölkerung den Zugang zu erschwinglichen Medikamenten überhaupt zu ermöglichen (Hauptziel der WHO), ist besonders in den Industriestaaten die Aufteilung der Vertriebskanäle ein ökonomischer Zankapfel zwischen Ärzten und Apothekern. Dass bei diesem Vertei-

lungskampf recht unzweifelhaft vorgegangen wird, müssen wir leider auch in der Schweiz erfahren.

Hintergründe zum OECD-Bericht

Im erläuternden Bericht zur Revision des Bundesgesetzes über Arzneimittel und Medizinalprodukte vom Oktober 2009 wird die Abschaffung der Selbstdispensation vorgeschlagen und dabei unverfroren auf einen 2006 erschienenen OECD-Bericht (OECD Health Working Paper No. 27) über das Schweizerische Gesundheitswesen hingewiesen. Wer sich die Mühe nimmt, diesen Bericht etwas näher unter die Lupe zu nehmen, stellt als Erstes mit Erstaunen fest, dass es sich gar nicht (wie man die Öffentlichkeit glauben machen will) um die Arbeit eines internationalen Expertengremiums handelt. Mithilfe des BAG wurden Informationen zahlreicher schweizerischer Interessenvertreter zusammengetragen, fast ausschliesslich Personen aus der Pharmaindustrie, der Verwaltung und den Versicherungskreisen wie auch der Apothekerschaft. Da in diesem vielköpfigen Gremium nur gerade mal ein Arzt als Vertreter der FMH auftaucht, erstaunt das Ergebnis nicht. So wird denn auch in diesem OECD-Bericht unverfroren wieder einmal die Behauptung übernommen, es sei wohl bekannt, dass die direkte ärztliche Medikamentenabgabe abartige Anreize für eine «Überschreibung» (Originaltext: perverse incentives for over-prescription) und damit höhere Kosten schaffe. Deren Ausmass könne allerdings nicht genau angegeben werden. Studien dazu wären laut OECD für künftige Diskussionen nützlich!

Unwahrheiten werden nicht wahr, indem man sie unentwegt wiederholt: Die Erhebungen von santésuisse belegen seit Jahren, dass in den Kantonen mit Selbstdis-

ensation die Medikamentenkosten tiefer sind als in den Rezepturkantonen. Darüber hinaus publiziert die OECD selbst seit Jahren eine Zusammenstellung der Medikamentenkosten pro Kopf. Diese belegt, dass für das Jahr 2007 die Medikamentenausgaben in der Schweiz pro Kopf 454 US-Dollar betragen. Zum Vergleich die Ausgaben unserer Nachbarländer (in US-Dollar): Österreich 500, Italien 518, Deutschland 542, Frankreich 588. Welches «perverse Anreizsystem» hat denn hier dafür gesorgt, dass die Medikamentenkosten bei Rezeptur 10 bis 30 Prozent höher sind?

Reden wir doch Klartext: Aus rein finanziellen Gründen sollen Herr und Frau Schweizer den Umweg über die Apotheke und zusätzlich höhere Kosten in Kauf nehmen. Die bewährte direkte Medikamentenabgabe in der Schweiz soll auf dem Altar der Apotheker geopfert werden (da angeblich exotisch und nicht OECD-konform). Auch die direkte Demokratie, wie wir sie in der Schweiz noch kennen, ist im restlichen Europa in dieser Ausprägung nicht bekannt. Diese abzuschaffen, da nicht europakonform, würde aber niemandem einfallen. ♦

Dr. med. Peter H. Müller

Quellen dieser Übersichtsarbeit

- Umfrage November 2009 bei 90 Ländern und 50 US-Bundesstaaten
- Internetrecherchen weltweit
- WHO- und OECD-Publikationen
- persönliche Mitteilungen und Erfahrungen

Dies ist keine wissenschaftliche Arbeit im engeren Sinn, da vielfach Sekundär- und Tertiärquellen nach Angaben im Internet beigezogen werden mussten.



Über die medizinische Analyse hinaus...

...Unilabs bietet Service: Zuverlässigkeit, Qualität, Kundennähe, persönlicher Kontakt und von unseren wissenschaftlichen Teams ausgewertete Analysenergebnisse. Für den Mediziner und seine Patienten da zu sein, weit über die medizinische Analyse hinaus, das ist unsere tägliche Mission.



Blick auf die langjährigen und wiederholten Versuche, die Selbstdispensation abzuschliessen!

Kritische Fragen zur schmutzigen (Studien-)Munition

Im Rahmen der ordentlichen Revision des Heilmittelgesetzes (HMG) wird die Selbstdispensation infrage gestellt, oder klarer ausgedrückt: Sie soll verboten werden! Cui bono? Was läge näher, als zu dieser Frage Fragen zu stellen? Gibt es gute Gründe für ein Verbot der Selbstdispensation? Zweifel sind angebracht. Lesen Sie, weshalb unser Kollege an den angeblich guten Gründen mit guten Gründen so seine Zweifel hat.

Herbert Widmer

Ausgangslage

In einigen Studien (Andreas Dummermuth (1), 1993; Konstantin Beck/Wite Kunze/Willy Oggier (2), 2004), welche von Pascal Couchepin, Thomas Zeltner, den Apothekern und anderen «rezidivierend» zitiert werden, wird immer wieder behauptet, die Selbstdispensation sei teurer als die Rezeptur. Im Gutachten von Prof. Dr. oec. HSG Tilman Slembeck (3), erstattet zuhanden des Apothekerverbands des Kantons Zürich im Jahr 2008, werden Gründe aufgelistet, weshalb die Selbstdispensation verboten werden sollte. Das hat dazu geführt, dass «man» sich fragt, was nun effektiv zutrifft. Gerne beantworten wir hier einige Fragen von «Kollege Zweifler». Die Antworten basieren absolut auf neutralen Zahlen der santésuisse und der Bundesämter für Statistik und für Gesundheit.

«Kollege Zweifler: Pascal Couchepin, Thomas Zeltner und andere haben doch mehrmals öffentlich ausgesagt, dass die Medikamentenkosten in den SD-Kantonen höher seien als in den Rezepturkantonen, und zwar um Fr. 242.70 pro Versicherten! Stimmt dies?

Diese Feststellungen stützen sich auf Aussagen in einer Arbeit von Konstantin Beck, Ute Kunze und Willy Oggier aus dem Jahr 2004, dass im Jahr 1997 die Medikamentenkosten pro Versicherten in den SD-Kantonen Fr. 268.20, in den Rezepturkantonen aber Fr. 454.– betragen hätten. Unter Berücksichtigung aller gesundheits- und sozioökonomischer Aspekte sei die SD aber trotzdem Fr. 242.70 teurer gewesen.

«Kollege Zweifler: Auf was stützen denn die Autoren diese Behauptung ab? Sie weisen verschiedenen Faktoren eine kostensenkende oder kostensteigernde Wirkung mit einem entsprechenden Betrag zu. So berechnen sie pro zusätzliche Apotheke auf 10000 Versicherte in einem Kanton eine kostensenkende Wirkung auf die Medikamentenkosten pro

Kopf von Fr. 33.28. Dass die Anzahl Apotheken in ihrem Modell die Kosten dämpften, sei nicht unlogisch, denn in Regionen mit SD gäbe es wahrscheinlich aus Gründen der gegenseitigen Konkurrenz dort weniger Fachärzte, welche teure Medikamente abgeben, wo es viele Apotheken gäbe, und umgekehrt. Also berechnen sie pro zusätzlichen Facharzt pro 1000 Versicherte eine Kostensteigerung von Fr. 50.74. Für einen um 1 Prozent höheren Anteil romanischsprachiger Einwohner (F, I) setzen sie Fr. 4.30 ein, das heisst, die 92 Prozent mehr Französisch sprechenden Versicherten im Kanton Waadt gegenüber dem Kanton Luzern würden bereits einen Unterschied von Fr. 400.– erklären!

«Kollege Zweifler: Sind diese Kriterien glaubhaft?

Nein! Es dürfte kaum zutreffen, dass sich auch nur ein Facharzt von einer Praxiseröffnung abhalten lassen würde, weil eine Apotheke in der Nähe des gewählten Standorts betrieben würde. Sicher ist es so, dass das Verhalten gegenüber der Medikamenteneinnahme in der Westschweiz ein wenig anders ist als in der Deutschschweiz. Der oben erwähnte von den Autoren der Studie berechnete Unterschied ist aber massiv übertrieben. Berechnet man die Kriterien im Vergleich der sehr oft als gleich oder zumindest ähnlich genannten Kantone Aargau (Rezeptur) und Luzern (Selbstdispensation), müsste die Medikamentenabgabe pro Versicherten im Kanton Aargau Fr. 55.– kostengünstiger sein. Effektiv liegen die Kosten im Jahr 2008 um Fr. 105.– höher!

«Kollege Zweifler: Ich habe gehört, dass Beck, Kunze und Oggier eine Studie von A. Dummermuth aus dem Jahr 1993 stützen. Was sagt denn dieser aus?

1. A. Dummermuth: «In den Kantonen mit Selbstdispensation (SD-Kantone) sind die Gesamtkosten pro Patient höher als in den Rezepturkantonen.» Dabei berücksichtigte er aber bei den Medikamentenkosten nur die vom Arzt direkt abgegebenen Medikamente, nicht aber die rezeptierten. So wurden im Kanton Genf 2 Prozent der insgesamt abgegebenen Medikamente, im Kanton Aargau 14,3 Prozent und zum Beispiel im Kanton Luzern 89,2 Prozent einbezogen. Dies führte zu einer grotesken Verzerrung der Wirklichkeit. Unter Berücksichtigung der gesamten Medikamentenkosten waren die SD-Kantone im Durchschnitt deutlich kostengünstiger als die Rezepturkantone. Der Autor schreibt denn auch in seiner Arbeit: «Was überdies fehlt, sind die Kosten der von den Ärzten rezeptierten Medikamente... Ein aussagekräftiger Vergleich der Medikamentenkosten kann jedoch ohne die Zahlen der Apotheken nicht realisiert werden.» Da diese Zahlen aber in der Arbeit fehlen, sind die entsprechenden «Aussagen» wertlos.

2. «Die Totalkosten der ambulanten Behandlung pro Erkrankten sind im SD-

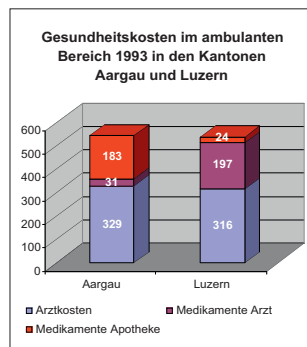


Abbildung 1: Dummermuth berücksichtigt die Medikamente aus der Apotheke (hier rot) nicht, was zu einer deutlichen Verzerrung führt! Die Kosten sind praktisch ausgeglichen.

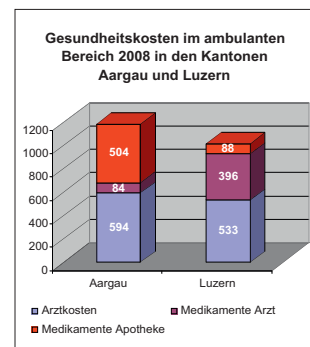


Abbildung 2: Die Gesundheitskosten liegen nun im SD-Kanton Luzern signifikant tiefer, die Zunahme der Medikamentenkosten im Arztkanal ist geringer als im rezeptierten Bereich!

Kanton Luzern deutlich höher als im Rezepturkanton Aargau.» Der Autor kommt zum Schluss, «dass die ärztliche Versorgung pro Einwohner im Kanton Aargau insgesamt etwas billiger ist. Die Medikamentenkosten pro Einwohner sind im Kanton Aargau in den Jahren 1987 bis 1992 tiefer als im Kanton Luzern. Pro Einwohner schwankt die Differenz zwischen 29 und 52 Franken pro Jahr.» Diese Behauptung traf Anfang der Neunzigerjahre noch in geringem Masse zu, war aber bereits im Jahr 1994, als die Arbeit Dummermuth erschien, nicht mehr richtig (1989 im Kanton Luzern um Fr. 48.– höhere Medikamentenkosten, 1993 noch Fr. 7.– höher, 2008 im Kanton Luzern Fr. 105.– tiefere Medikamentenkosten); siehe Abbildung 1 und 2.

Trotz dieses schwerwiegenden Systemfehlers berief sich das Bundesgericht im Jahr 2001 auf diese Studie. Nach Erscheinen der an alle Bundesparlamentarierinnen und -parlamentarier versandten Studie wurden übrigens in vielen Kantonsparlamenten Vorstösse zwecks Verbot der SD eingereicht, da diese ja zu einer Kostensteigerung führen würde!

«Kollege Zweifler: Wir haben gehört, dass Prof. Tilman Slembeck im Juli 2008 ein Gutachten zuhanden des Apothekerverbands des Kantons Zürich verfasst hat. Was sind dessen Aussagen? Wie beurteilen Sie diese?

Tilman Slembeck baut sein Gutachten auf zwei Studien (Dummermuth; Beck et al.) auf, deren Hauptaussagen man klar widerlegen kann. Weiter schreibt er: «In verschiedenen Studien wurden die Determinanten der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen für die Schweiz untersucht. Die ökonomischen Studien betreffen sowohl die Analyse der kantonalen Kostenunterschiede (vgl. Vatter/Rüefli (4), 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 er-

höhten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen. Schleiniger/Slembeck 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 wird und anhand der verfügbaren Daten ohne zusätzliche Beobachtung nicht erklärt werden kann.» Tilman Slembeck schreibt so in seinem Gutachten zuhanden des Apothekerverbands des Kantons Zürich vom 30. Mai 2008, dass in gewissen Regionen der Ostschweiz bis zu 5,7-mal mehr Konsultationen beim Arzt beansprucht würden als in den Westschweizer Kantonen. Die Zahlen der santésuisse strafen diese Aussagen Lügen (Tabelle 1).

Tabelle 1:
Anzahl Konsultationen pro Versicherten pro Jahr

	Rezepturkantone	Kantone mit Mischsystemen	Selbstdispensationskantone
2004	5,05	5,95	5,1
2008	5,4	6,05	5,4

«Kollege Zweifler: Tilman Slembeck zitiert Studien von Crivelli et al. und von Rüefli und Vatter. Geben diese ihm recht? Nein! Luca Crivelli et al. von der Universität Lugano und die bereits oben erwähnten Christian Rüefli und Adrian Vatter stellten in ihren Studien fest, dass die Selbstdispensation einen kostensenkenden Effekt hätte. In beiden Arbeiten werden verschiedene kostensteigernde und -senkende Faktoren analysiert. Tilman Slembeck hat in seiner Arbeit beide Studien erwähnt, allerdings nicht darauf hingewiesen, dass sie sich für die kostengünstige SD ausgesprochen haben.

«Kollege Zweifler: Trifft es denn effektiv zu, dass die SD-Kantone eine grössere Konsultationshäufigkeit aufweisen als die Rezepturkantone?

Blick auf die langjährigen und wiederholten Versuche, die Selbstdispensation abzuschliessen!

Nein! Tilman Slembeck schreibt zwar, dass in gewissen Ostschweizer Regionen bis zu 5,7-mal mehr Konsultationen konsumiert würden als in der Westschweiz. Dies trifft keineswegs zu! Die Zahlen der santésuisse für das Jahr 2008 zeigen sowohl für die Rezeptur- als auch für die SD-Kantone je 5,4 Konsultationen beim Arzt pro Jahr. Eine Arbeit der santésuisse zeigt auf, dass im Jahr 2005 die Westschweizer Kantone leicht weniger Konsultationen beim Arzt aufwiesen, dass dort pro Konsultation aber deutlich höhere Kosten anfielen.

«Kollege Zweifelner»: Felix Schneuwly, Leiter Politik und Kommunikation der santésuisse, sagte in einem Mail aus, dass man aus den absoluten Zahlen nicht den Schluss ziehen dürfe, dass die Medikamentenkosten in den meisten SD-Kantonen allein wegen der Selbstdispensation tiefer liegen würden.

Er hat insgesamt recht, da auch andere gesundheits- und sozioökonomische Faktoren eine Rolle spielen. Interessant ist es aber, dass seit der Studie von A. Dummermuth immer wieder das Gegenteil gemacht wird. Bereits oben haben wir erwähnt, dass beim Vergleich der beiden bezüglich dieser Faktoren sehr ähnlichen Kantone Aargau (Rezeptur) und Luzern (Selbstdispensation) die Medikamentenkosten im SD-Kanton heute deutlich tiefer liegen und damit der Nachweis erbracht ist, dass die Selbstdispensation kostensenkend wirkt!

«Kollege Zweifelner»: In einer Studie von Dr. Josef Hunkeler aus dem Büro des Preisüberwachers vom März 2008 ist zu lesen, dass der durchschnittliche Luzerner Grundversorger ein OKP-Einkommen von Fr. 403 000 erzielen würde. Grossartig! Was sagen Sie dazu?

Josef Hunkeler (5) hat in seiner Analyse zur SL-Logistikmarge in der Grafik 5 den durchschnittlichen Umsatz aus den Arztleistungen (Kanton Luzern Fr. 273 000) und den von ihm wohl etwas zu hoch berechneten Gewinn des Luzerner Arztes aus der Medikamentenabgabe (Fr. 130 000) zusammengezählt und daraus ein OKP-Gesamteinkommen von Fr. 403 000 für den SD-Kanton Luzern berechnet. Allerdings hat er vergessen, dass der praktizierende Arzt Unkosten von etwa Fr. 270 000 bis 350 000 (ohne Medikamentenkosten) zu tragen hat. Sowohl Pascal Couchevin als auch Thomas Zeltner haben sich auf diese Analyse, die sich durch den oben aufgezeigten Fehler selbst disqualifiziert, gestützt und sie oftmals in der Öffentlichkeit zitiert.

«Kollege Zweifelner»: P. Couchevin, T. Zeltner, R. Strahm, die Erläuterungen zu Revision des HMG und andere sagen immer wieder aus, dass die Ärztinnen und Ärzte den Anreizen des «materiellen Vorteils» erliegen würden und dass ihr Anteil an der Medikamentenabgabe immer grösser werde? Stimmt dies?

Wie wir dies schon mehrmals aufgezeigt haben, stimmt dies überhaupt nicht, wie eine Tabelle aus der Nr. 80 des «Luzerner Arztes» klar aufzeigt. Die Zahlen stammen übrigens alle von santésuisse (siehe Tabelle 2).

Berechnet man die Kostensteigerung in beiden Abgabekanälen (Index 1998 je = 100), stieg dieser Index im Kanton Aargau auf 180,3, im Kanton Luzern auf 168,7! Es stimmt also absolut nicht, dass die SD-Ärztinnen und -Ärzte den «Anreizen des materiellen Vorteils» erliegen wären!

Leider haben alt Bundesrat Pascal Couchevin, Thomas Zeltner und andere diese Falschaussage übernommen und mehrmals öffentlich zitiert, was dazu geführt hat, dass sie sich in den Köpfen der Politiker festgesetzt hat!

«Kollege Zweifelner»: Auf den 1. März werden die Margen für die Medikamente von

15 auf 12 Prozent gesenkt. Welches sind die Konsequenzen?

Je nach Umfang der Medikamentenabgabe wird das Einkommen des Arztes um Fr. 5000 bis 25 000 sinken. Dies wird aber praktisch nur die SD-Ärzte, also vorwiegend diejenigen der meisten Deutschschweizer Kantone, treffen.

«Kollege Zweifelner»: Öfters hört man, die Ärzte sollten weiterhin Medikamente abgeben dürfen, aber nur zu kostendeckenden Preisen, das heisst, sie sollten nichts mehr daran verdienen dürfen. Was würde dies bedeuten?

Vergessen geht hierbei, dass durch die Einführung von Tarmed die kostengünstig arbeitenden (Deutschschweizer) Kantone durch die Festlegung deutlich tieferer Taxpunktwerte als in anderen Kantonen massiv abgestraft wurden. Es wurde dabei auf die Kosten im Jahr 2001 abgestellt, weshalb zum Beispiel der Versicherte im Kanton Luzern im Jahr 2004 durchschnittlich Fr. 407.- kosten durfte, im anderen Extrem in Basel-Stadt aber Fr. 1055. Da die Luzerner Ärzte in Gottes Namen nicht so billig arbeiten konnten, wurde ihr Taxpunktwert von 86 auf 80 Rappen gesenkt, derjenige der Tessiner aber, welche nicht so teuer sein konnten, wie man ihnen erlauben wollte, von 91 auf 97 Rappen angehoben. Heute hat unter anderem der Kanton Luzern mit 80 Rappen den tiefsten Taxpunktwert, die Kantone Jura und Waadt mit 99 Rappen haben den höchsten.

Dies bedeutet, dass ich mit 400 000 bis 450 000 im Jahr «erzielten» Taxpunkten in den Kantonen Jura und Waadt für die genau gleiche Arbeit Fr. 76 000 bis 85 000 mehr erzielen würde (Einkommen, nicht Umsatz). Dabei ist aber zu beachten, dass die Kolleginnen und Kollegen in den Kantonen Waadt und Jura kaum Medikamente abgeben dürfen. Dies zeigt auf, dass die Einnahmen aus einer vernünftigen Medikamentenabgabe zum Grundeinkommen des SD-Grundversorgers und wohl auch der SD-Spezialisten gehören. Gerade weil wir wie bewiesen den «Anreizen des materiellen Vorteils» nicht erliegen sind, ist die SD mit Verdienst für den Arzt nicht nur als sehr erwünschte Dienstleistung für den Patienten, sondern auch als Einkommensgrundlage des SD-Arztes zu erhalten.

Wenn die Medikamentenabgabe nur noch kostendeckend sein dürfte, müsste der Taxpunktwert in den SD-Kantonen auf das Niveau der Rezepturkantone angehoben werden. Dies dürfte insgesamt Zusatzkosten in der ganzen Schweiz von einigen 100 Millionen Franken bedeuten. Dass dies auf den Widerstand der Politik

und der Versicherer stossen würde, ist ebenfalls anzunehmen. Sollte man aber darauf verzichten, würde dies zum sehr raschen Tod der Grundversorgung in den betroffenen SD-Kantonen, zu einer zusätzlichen Verlagerung der Behandlung in die Spitäler und damit zu einer deutlichen Kostensteigerung führen. Gemäss den Erfahrungen des oben geschilderten Vergleichs aus den Kantonen Aargau und Luzern dürften auch die Medikamentenkosten in den bisherigen SD-Kantonen nach dem Übergang zur Rezeptur ansteigen! Es ist für mich beeindruckend, dass ein Treuhänder aus der Region des oberen Zürichsees (Kanton St. Gallen) mir gegenüber ausgesagt hat, dass mehr als die Hälfte der von ihm betreuten Ärztinnen und Ärzte erhebliche finanzielle Schwierigkeiten hätten. Die Schwierigkeit oder beinahe Unmöglichkeit, Nachfolger für Praxen zu finden, lässt grüssen.

«Kollege Zweifelner»: Könnte denn dieser massive Einkommensausfall nicht durch eine Erhöhung des Taxpunktvalues in den betroffenen Kantonen kompensiert werden?

Gestatten Sie als Antwort ein Zitat aus dem Munde von Pascal Couchevin: «Weshalb soll dies kompensiert werden? Es ist nicht Aufgabe des Gesundheitswesens, das Einkommen gewisser Berufsgruppen zu verbessern!»

«Kollege Zweifelner»: Was spricht denn für die Erhaltung der Selbstdispensation?

- Die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten, wo sie die Medikamente beziehen wollen.
- Die Patientenfreundlichkeit der SD.
- Der in verschiedenen Abstimmungen und Umfragen bezugte Wille der Patienten, die Medikamente auch beim Arzt beziehen zu können.
- Die niedrigeren Kosten der Selbstdispensation.
- Die Diagnosekompetenz der Ärztinnen und Ärzte.
- Das Ausbleiben negativer Auswirkungen der SD auf die Patienten.
- Und vieles mehr!

«Kollege Zweifelner»: Also, setzen wir uns ein für die Selbstdispensation beziehungsweise für die Medikamentenabgabe durch den Arzt!

Dr. med. Herbert Widmer
Innere Medizin FMH
Luzern

Quellen:

1. Andreas Dummermuth: «Selbstdispensation: Der Medikamentenverkauf durch Ärzte: Vergleich und Auswirkungen unter besonderer Berücksichtigung der Kantone Aargau und Luzern», Cahiers de l'IDEHEAP, Nr. 114, 1993.
2. Konstantin Beck, Ute Kunze, Willy Oggier: «Selbstdispensation: kostentreibender oder kostendämpfender Faktor?», Managed Care 6, 2004.
3. Prof. Dr. oec. HSG Tilman Slembeck: «Gesundheitsökonomische Analyse von Abgabe und Verkauf kasenzulässiger Medikamente durch niedergelassene Ärzte», Gutachten zuhanden des Apothekerverbands des Kt. Zürich, 30. Mai 2008.
4. Christian Rüefli, Adrian Vatter: «Kostendifferenzen im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen», Juli 2001.
5. Dr. Josef Hunkeler: «SL-Logistikmarge – Probleme und Reformansätze im SD-Markt», Büro des Preisüberwachers, März 2008.

Impressum

DoXMedical ist das Publikationsorgan von DoXMart

Erscheinungsweise:
4-mal jährlich
Auflage: ca. 6000 Expl.

Herausgeber

DoXMart
Schaffhauserstrasse 13, 8212 Neuhausen
E-Mail: info@doxmart.ch, Internet: www.doxmart.ch

Verlag

Rosenfluh Publikationen AG
Schaffhauserstrasse 13, 8212 Neuhausen
Tel. 052-675 50 60, Fax 052-675 50 61
E-Mail: info@rosenfluh.ch

Redaktion

Dr. med. Richard Altorfer
Dr. med. Peter H. Müller
lic. phil. Karin Dioda

Verantwortlich für die Rubrik DoXMobil

Dipl. Ing. Beat Winterflood, 8222 Beringen
E-Mail: office@engineering-communication.com

Redaktionssekretariat

Rosenfluh Publikationen AG
Bjanka Coric
Schaffhauserstrasse 13, 8212 Neuhausen
Tel. 052-675 50 60, Fax 052-675 50 61
E-Mail: info@rosenfluh.ch

Anzeigenverkauf

Rosenfluh Media AG
Doris Meier
Dorfstrasse 16, 8556 Illhart
Tel. 052-770 01 54, Fax 052-770 01 53
Mobil: 079-621 96 12
E-Mail: doris.meier@rosenfluh.ch
Anzeigenleitung: Manuela Bleiker

Druck, Ausrüstung, Versand

Luzerner Druckzentrum
Maihofstrasse 76, 6002 Luzern

Abonnementsdienst

DoXMart
EDP Services AG
Ebenaustrasse 10/Postfach, 6048 Horw
Tel. 041-349 17 60, Fax 041-349 17 18

Copyright

© by Rosenfluh Publikationen AG. Alle Rechte beim Verlag. Nachdruck und Kopien von Beiträgen und Abbildungen in jeglicher Form, wie auch Wiedergaben auf elektronischem Weg und übers Internet, auch auszugsweise, sind verboten bzw. bedürfen der schriftlichen Genehmigung des Verlags.

6. Jahrgang
ISSN 1660-8186

Hinweise

Der Verlag übernimmt keine Garantie oder Haftung für Preisangaben oder Angaben zu Diagnose und Therapie, im Speziellen für Dosierungsanweisungen.

Mit der Einsendung oder anderweitigen Überlassung eines Manuskripts oder einer Abbildung zur Publikation erklärt sich der Autor/die Autorin damit einverstanden, dass der entsprechende Beitrag oder die entsprechende Abbildung ganz oder teilweise in allen Publikationen und elektronischen Medien der Verlagsgruppe veröffentlicht werden kann. Bei einer Zweitveröffentlichung werden der Autor informiert und die Quelle der Erstpublikation angegeben.

Für unaufgefordert eingehende Manuskripte übernimmt der Verlag keine Verantwortung.

Bezahlte Texte sind entsprechend gekennzeichnet.

Tabelle 2:

Anteil SD-Kanal an den gesamten Medikamentenkosten 1998–2008

	Total in Mio.	Apothekes in Mio.	SD-Kanal	Anteil SD
1998	2722	1788	934	34,3%
2000	3241	2098	1143	35,3%
2002	3786	2525	1261	33,3%
2004	4149	2750	1399	33,7%
2005	4370	2956	1414	32,4%
2006	4313	2869	1444	33,5%
2007	4407	2888	1519	34,3%
2008	4800	3224	1576	32,8%