

Dieser Artikel wurde von Dr. Christoph Reisner für das Consilium 12/2006 verfasst. In der Redaktionssitzung veranlasste die Kurie der Niedergelassenen Ärzte, den Artikel nicht zu drucken und zu zensurieren.

Dispensierrecht für alle Ärzte – neue Form der Hausapotheke

Ein Blick in die Vergangenheit

Die Ärztekammern haben in den letzten Jahrzehnten vereinzelt Versuche unternommen, ein Dispensierrecht für alle Ärzte zu erwirken. Über die Forderung ist dieser Versuch bislang nicht hinausgegangen, neue Konzepte wurden nicht erarbeitet. Ziel war immer, die bisherige Form der Hausapotheken beizubehalten und sich gegen Veränderungen zu wehren.

Die Realität hat uns gezeigt, dass die Entwicklung völlig gegensätzlich läuft. Einige Hausapotheken mussten in den letzten Monaten auf Grund der Änderungen des Apothekengesetzes geschlossen werden, weitere Schließungen werden im Rahmen von Praxisübergaben folgen.

Neues Konzept vorgelegt

Ich habe daher gemeinsam mit anderen Ärzten und Wirtschaftsberatern ein neues Konzept entwickelt, das als Diskussionsgrundlage dienen könnte und somit Bewegung in diese Thematik bringen wird. Dieser Vorschlag ist unter www.wahlarzt.at downloadbar. Ziel der Veröffentlichung des Konzeptes war und ist nicht eine 1:1-Umsetzung. Vielmehr geht es darum, im Sinne der Patienten, die mir als Wahlarzt besonders am Herzen liegen, Bewegung in die Diskussion zu bringen und auf sachlicher Ebene neue Ideen vorzulegen.

Probleme des derzeitigen Systems

Das derzeitige System der „Spanne“ beim Verkauf löst berechtigte Bedenken aus. Daher kommt auch oft die Forderung, dass die Medikamentenabgabe nicht mit Einfluss auf die Finanzen des Abgebers gekoppelt sein dürfte. Diese Argument wird berechtigterweise immer im Konnex mit Hausapotheken verwendet wird, da hier Interessenskonflikte im Zusammenhang der Verschreibungsgewohnheiten mit allfälligen Rabatten oder Handelsspannen nicht auszuschließen sind.

Medikamentenmanagement

Eine Lösung, die alle angesprochenen Probleme auf einfache Weise beseitigen kann, ist eine neue Form der Hausapotheke, also ein Dispensierrecht für alle Ärzte. Jedoch nicht auf die derzeit in Hausapotheken und öffentlichen Apotheken angewendete Weise, dass der Unternehmer Arzt oder Apotheker die Medikamente einkauft und mit Handelsspanne an die jeweilige Sozialversicherung verkauft und damit berechtigte finanzielle Interessen am Verkauf hat. Vielmehr sollte angedacht werden, dass den niedergelassenen Ärzten (und zwar sowohl Wahlärzten und Kassenärzten, wie Fachärzten und Ärzten für Allgemeinmedizin) die Erbringung der ärztlichen Dienstleistung „Medikamentenmanagement“ ermöglicht wird. Ausgenommen vom Medikamentenmanagement sind die „technischen“ Fächer wie Radiologie oder Labormedizin. Die Dienstleistung „Medikamentenmanagement“ umfasst hierbei die gesamte Abwicklung der Medikamentenabgabe. Dies gilt jedoch nur für die selbst verschriebenen Medikamente.

Reaktionen

Während für mich die negativen Reaktionen der Apothekerkammern vorhersehbar waren, kommt die Distanzierung der Ärztekammer für NÖ in einer Presseaussendung vom 23.11.2006 für mich doch überraschend.

Derzeit gibt es österreichweit etwa 1.000 Hausapotheken, in Niederösterreich etwa 300. Die neue Form der Hausapotheken würde es etwa 15.000 Ärzten in Österreich und etwa 2800 Ärzten in Niederösterreich (ca. 1600 Wahlärzte und ca. 1200 Ärzte mit Kassenvertrag) zumindest theoretisch ermöglichen, Medikamente direkt an die Patienten abzugeben. Auf Grund der Erfahrungen ist davon auszugehen, dass etwa ein Drittel der Ärzteschaft das neue Modell aufgreifen würde.

Unzählige Rückmeldungen überwiegend positiver Art zeugen davon, dass sich die Ärzteschaft durchaus für neue Ansätze dieser Art interessiert. Groß war auch die Zahl derer, die genauere Hintergründe über die dem Konzept zugrunde liegenden Berechnungen haben wollten.

Dieser Artikel wurde von Dr. Christoph Reisner für das Consilium 12/2006 verfasst. In der Redaktionssitzung veranlasst die Kurie der Niedergelassenen Ärzte, den Artikel nicht zu drucken und zu zensurieren.

Recherchen

Seit Anfang 2006 habe ich gemeinsam mit meinem Co-Autor Michel Dihlmann im Rahmen der Recherchen zu meinem Buch [Wahl]Arzt in Österreich begonnen, umfangreiches Datenmaterial über unser Gesundheitssystem zu sammeln.

Bewertungsmodelle

So wurde für das Buchprojekt eine Methode zur Bewertung medizinischer Leistungen angewendet, mit der die Honorierung von Leistungen der verschiedenen Krankenkassen miteinander verglichen werden kann und für deren Gewichtung dann lediglich noch die aufgewendete Zeit von Arzt und Personal beziffert werden muss. Damals wurden jeweils zehn Ärzte befragt, mit zwei „Streichresultaten“ wurde dann der Schnitt ermittelt und so nahm die Berechnung ihren Lauf.

Diese Modellierung war im Wesentlichen die Grundlage für die Berechnung der 12,80 Euro netto, die im Konzept als Pauschalhonorar gefordert werden. Wie oben beschrieben wurde ebenfalls in Form einer Umfrage mit Streichresultaten hierbei der durchschnittliche Zeitaufwand von Arzt und Personal pro Medikation für die im Konzept beschriebene Dienstleistung ermittelt und mit den Stundensätzen 70 Euro Arzthonorar und 20 Euro Lohnkosten inklusive Lohnnebenkosten multipliziert. Über die Packungsanzahl pro Jahr kann problemlos eine Umrechnung auf die Scheinzahl erfolgen. Die 70 Euro sind deshalb so niedrig angesetzt, da Kosten für Infrastruktur extra in die Kalkulation einfließen.

Typische Ordination als Ausgangswert

So wurde anhand von Durchschnittswerten einer typischen „1.000-Scheine-Praxis“ der Anteil der nicht-medizinischen Infrastruktur abgeschätzt, danach der Anteil der Medikation am gesamten Verwaltungsaufwand. Dieser Wert wurde durch die Scheinzahl geteilt, wodurch ein „Infrastrukturanteil“ entstand. Die 12,80 Euro entstehen durch eben den Infrastrukturanteil Medikamentenabgabe pro Schein, Zeitanteil Arzt und Zeitanteil Assistenz und betragen jeweils etwa ein Drittel der Gesamtsumme.

Zusätzliche Investitionen würden übrigens mit der Begründung NICHT miteinbezogen, da ohnehin eine ausreichende Lagermöglichkeit als Grundlage vorhanden sein muss und die eventuell zusätzlich benötigten Regale kostenmäßig nicht ins Gewicht fallen. Weitere Investitionen sind nicht zu berücksichtigen, da eine Überarbeitung der Vorschriften für Lagerhaltung im Rahmen dieses Konzepts erforderlich ist.

Umsatzsteuer noch nicht geklärt

Die kolportierte Summe von 70 Millionen Euro Einsparpotenzial durch das Konzept ist einfach zu begründen. Zunächst muss das berechnet werden, was die öffentlichen Apotheken als „Wertschöpfung“ bezeichnen. Von dieser Handesspanne muss der Betrag abgezogen werden, der sich als Honorar rein theoretisch bei vollständiger Umstellung der Ärzteschaft auf dieses System ergeben würde.

Hierbei sind positive Effekte eines Anreizes auf ökonomischere Verordnung noch nicht miteinbezogen. Weiters noch nicht mit einbezogen ist eine gegebenenfalls vorhandene Umsatzsteuerbefreiung dieser Honorierung. Sollte dies der Fall sein, sind weitere massive Einsparmöglichkeiten drin. Eine Anfrage beim Finanzministerium diesbezüglich läuft, leider ist trotz Zusage bis dato noch kein Ergebnis bekannt.

Scheinäquivalente und andere Faktoren

Einziger Knackpunkt bei der Berechnung sind die Scheine der kleinen Kassen, die als „Scheinäquivalent“ in die Überlegungen mit einbezogen werden müssen. Auch hierbei kamen die bereits für das Buch getätigten Recherchen und Berechnungen zu Hilfe: Durch die Kassenvergleiche in Kombination mit zahlreichen volkswirtschaftlichen Eckdaten konnte unter der Prämisse, dass Behandlungs- und Verschreibeverhalten nicht von der für den Patienten zuständigen Sozialversicherung abhängt, ein „Faktor“ entwickelt werden.

Dieser Faktor sagt aus, um welchen Prozentsatz die Honorare der §2-Kassen gegenüber den kleinen Kassen im Schnitt aller Fachrichtungen zu gering sind. Mit diesem Faktor lässt sich

Dieser Artikel wurde von Dr. Christoph Reisner für das Consilium 12/2006 verfasst. In der Redaktionssitzung veranlasst die Kurie der Niedergelassenen Ärzte, den Artikel nicht zu drucken und zu zensurieren.

aufgrund des Honorarvolumens dann leicht ein „Scheinäquivalent“ berechnen. Die Größenordnung der Wahlarztstätigkeit wurde anhand der umfangreichen Daten ebenfalls so ermittelt.

Wie wurde berechnet

Ärzte mit Hausapotheke stellen sich die berechtigte Frage, wie sich eine Umstellung auf ihre Ordination auswirken würde. Dieser Frage wurde bereits bei der Entwicklung des Konzeptes Rechnung getragen. Bereits vorhandenes Datenmaterial wurde aktualisiert, zusätzliche anonyme Daten wurden eingeholt und einige Hausapotheker haben sogar spontan und unaufgefordert ihre Einnahmen-/Ausgabenrechnung zur Verfügung gestellt, sodass letztendlich Daten aus etwa 50 Hausapotheken verschiedener Größenordnung und aus verschiedenen Bundesländern zur Verfügung standen.

Über die Scheinschnitte der §-2 Kassen und den „Minderverdienst-Faktor“ (dies ist die Differenz des Durchschnittshonorars der „kleinen Kassen“ und der Gebietskrankenkassen österreichweit über alle Fächer) kann eine recht genaue Berechnung des „Scheinäquivalentes“ erfolgen. Die Rohdaten des Nettomedikamentenein- und verkaufs müssen um den individuellen „OTC- und Privat-Faktor“ bereinigt werden, da das Konzept durchaus vorsieht, dass in diesem Bereich eine Tätigkeit stattfinden darf.

Weitere Details

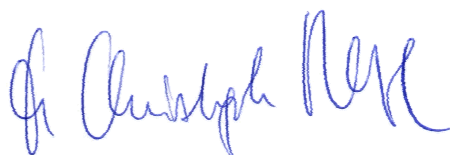
Zieht man nun von der errechneten Spanne einen realistischen Prozentsatz für die Schlechterstellung durch die Änderung der Rabattregelung auf 2006 ab, kann man leicht für jede Hausapotheke die Auswirkung bei Umstellung berechnen. Die detaillierten Auswirkungen dieser Schlechterstellung beim Einkauf werden erst Mitte 2007 wirklich bekannt sein, werden aber von vielen Hausapothekern bereits heute finanziell verspürt.

Das Ergebnis der Analyse war für alle Rechner anfänglich überraschend: In Sachen Bundesland oder Ordinationsgröße ließ sich jedenfalls keine Schlechterstellung durch die neue Regelung ableiten. Kleinere Ordinationen würden sogar eher davon profitieren, da die schlechtere Einkaufssituation aufgrund des mangelnden Umsatzes wegfallen würde. Das einzige wesentliche Kriterium ist das Verschreiberverhalten an sich. Einige nur noch ganz selten vorhandene „offensive Verschreiber“ haben sicherlich einen leichten Nachteil, allerdings auf nach wie vor sehr hohem Gesamtniveau.

Rechtssicherheit verhindert Hausapothekensterben

Bei der Vorbereitung des Konzeptes waren mehr als 100 Personen aus der Ärzteschaft mit und ohne Hausapotheke, teilweise hohe Kammerfunktionäre, Mitarbeiter aus Pharmaindustrie und Großhandel sowie Steuer- und Unternehmensberater in unterschiedlichem Ausmaß beteiligt.

Aufgrund der vorliegenden Berechnungen und Ergebnisse ist es unverständlich, dass man dieses Konzept als „Tötung“ der Hausapotheken darstellt. Ganz im Gegenteil: Eine Umsetzung würde Rechtssicherheit für alle bestehenden Hausapotheken sowie die Entstehung zahlreicher neuer Hausapotheken speziell auf dem Land im Sinne der Patienten bedeuten.



Dr. Christoph Reisner
www.wahlarzt.at