

Einsparpotenziale in der GKV-Arzneimittelversorgung durch mehr Subsidiarität und Eigenverantwortung

von Uwe May und Jürgen Wasem*

ABSTRACT

Die Arzneimittelversorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) steht seit mehr als einem Jahrzehnt im besonderen Fokus staatlicher Gesundheitspolitik. Eine Reihe pharmapolitischer Eingriffe in der Vergangenheit zielte darauf ab, bestimmte Arzneimittel oder Arzneimittelgruppen insbesondere im Bereich geringfügiger Gesundheitsstörungen aus der Erstattung der GKV auszugrenzen und der Eigenverantwortung der Versicherten zu überlassen. Trotz der damit einhergehenden Ausgabenreduzierungen für das Solidarsystem wird der Selbstmedikation nur selten ein eigener gesundheitsökonomischer Stellenwert beigemessen. Zudem ist die finanzielle Belastung der Versicherten mit Arzneimittelkosten im Hinblick auf das Solidaritätsprinzip der GKV umstritten.

Die gesundheitsökonomisch relevanten Effekte der Selbstmedikation leiten sich u. a. daraus ab, dass sie zu Einsparungen im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung, der Arzneimittelausgaben und mithin zu einer Entlastung des GKV-Beitragsatzes führen können. Eine modelltheoretische Analyse zeigt den Entlastungseffekt für die GKV und die direkten sowie indirekten finanziellen Auswirkungen für die Versicherten auf. Die Ergebnisse werden auch unter sozial- und verteilungspolitischen Gesichtspunkten diskutiert.

Schlüsselworte: Selbstmedikation, Eigenverantwortung, Entlastung der GKV, effiziente Arzneimittelversorgung, Ambulante ärztliche Versorgung, Pareto-Prinzip, Sozialverträglichkeit

For more than a decade, the supply of medicines in Statutory Health Insurance (SHI) has been one of the main issues of the German Government's health policy. A series of drug policy measures in the past were intended to exclude certain pharmaceuticals, especially in the field of minor diseases, from reimbursement by the SHI and to leave them to the self-responsibility of the patients. Despite the fact that the SHI drug bill could be reduced by these measures, self-medication is hardly regarded as being of health-economic importance in its own right. Moreover, it has been controversially discussed whether burdening part of the drug costs on the insurees is compatible with the SHI's solidarity principle.

The most important effects of self-medication in relation to health economy are cost reductions in the field of outpatient medical care and drug costs and in consequence a relief effect on the SHI contribution rates. A theoretical analysis based on an economic model shows the relief effect for the SHI as well as direct and indirect financial effects on SHI insurees. The results are also discussed from the angle of distribution and social policy.

Keywords: Self-medication, self-responsibility, SHI cost relief, efficient supply of medicines, outpatient medical care, Pareto principle, social acceptability

1. Ausgangssituation und Hintergrund

Der Arzneimittelmarkt kann nach dem Abgabestatus der Präparate einerseits in rezeptfreie Arzneimittel differenziert werden, die

von den Verbrauchern ohne vorhergehende Arztkonsultation bzw. ohne Verschreibung selbst erworben werden können und andererseits in rezeptpflichtige Präparate, die in der Apotheke nur nach Vorlage eines ärztlichen Rezepts abgegeben werden.

*Dr. Uwe May
Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e. V. (BAH)

*Prof. Dr. Jürgen Wasem
Alfred-Krupp-von-Bohlen-und-Halbach-Stiftungsprofessur
für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen

Ubiestraße 71-73, 53173 Bonn · Tel.: (0228) 95 74 549
Fax: (0228) 95 74 590 · E-Mail: May@bah-bonn.de

Standort Essen · 45117 Essen
Tel.: (0201) 18 30
E-Mail: juergen.wasem@uni-essen.de

Betrachtet man den deutschen Arzneimittelmarkt auf Basis seiner Mengenverhältnisse, so kommt den rezeptfreien Präparaten und als Teilsegment davon der Selbstmedikation ein bei weitem größerer Marktanteil als den rezeptpflichtigen Präparaten zu. Nach den für das Jahr 2002 publizierten Statistiken werden in Deutschland pro Jahr rund eine Milliarde Packungen rezeptfreier Arzneimittel im Wert von rund 7,3 Milliarden Euro abgesetzt. Damit entfallen rund 60 Prozent aller in Deutschland abgegebenen Arzneimittelpackungen und rund ein Viertel des gesamten Pharmaumsatzes auf dieses Marktsegment. Soweit nicht durch Ausnahmen (z.B. die Negativliste nach § 34 SGB V) etwas anderes bestimmt ist, sind rezeptfreie Arzneimittel grundsätzlich zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnungs- und erstattungsfähig. In der Praxis wird heute etwa die Hälfte des Umsatzes rezeptfreier Arzneimittel über ärztliche Verordnungen zu Lasten der GKV erzielt (so genannte OTX-Markt), während die zweite Hälfte dem Selbstkauf rezeptfreier Präparate, der so genannten Selbstmedikation zuzurechnen ist (siehe Tabelle 1). Nicht nur wegen der Medikamentenkosten, sondern mehr noch im Hinblick auf die mit den Verordnungen einhergehenden Arztkonsultationen stellt die Versorgung mit rezeptfreien Arzneimitteln somit im Ausgabensektor der ambulanten Versorgung für die GKV eine nicht zu vernachlässigende Größe dar.

TABELLE 1

Rezeptfreier Arzneimittelmarkt 2002

	Umsatz Endverbraucherpreise (Mrd. Euro)	Absatz (Mio. Packungen)
Selbstmedikation	4,205	643,652
Verordnungen (OTX)	2,927	277,654
Rezeptfreier Markt (Summe)	7,132	921,306

Quelle: IMS HEALTH, 2003

Die Fortschreibung retrospektiver Marktanalysen ebenso wie prognostische Szenarien lassen erkennen, dass sich zukünftig der Bedarf an Arzneimitteln insgesamt wie auch an rezeptfreien Arzneimitteln ausweiten wird. Diesem absehbaren Trend liegen allen voran Veränderungen der Alters- und Morbiditätsstruktur sowie der medizinisch-pharmazeutische Fortschritt zugrunde. Die mit dem demographischen Alterungsprozess verbundene Erhöhung der Morbidität und Multimorbidität wird in Zukunft durch die Einflüsse des medizinisch-pharmazeutischen Fortschritts noch potenziert werden.¹

Den absehbaren Bedarfs- und Ausgabenzuwächsen bei Medikamenten steht der erklärte politische Wille gegenüber, dieser Entwicklung entschlossen entgegenzutreten. Es besteht offenbar ein politischer Konsens und eine hohe gesellschaftliche Akzeptanz da-

hingehend, dass die solidarisch finanzierten Gesundheitsausgaben und mit ihnen die Arzneimittelausgaben nicht allein bedürfnisorientiert und damit nach oben völlig offen, sondern an bestimmte Höchstgrenzen gebunden sein sollten. Wenn aber rasch zunehmende und immer teurer werdende medizinische Möglichkeiten auf ein allenfalls langsam wachsendes Gesundheitsbudget treffen, so ergibt sich daraus nach Ausschöpfung aller realisierbaren Wirtschaftlichkeitsreserven unausweichlich der Zwang zu weiteren Maßnahmen, die den GKV-Leistungsumfang real begrenzen oder einschränken. Insbesondere bei der Konkretisierung des sozialrechtlichen Wirtschaftlichkeitsgebots mit Bezug auf die Arzneimittelversorgung finden Überlegungen, bestimmte Bereiche aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen zu entlassen und damit der Eigenverantwortung der Versicherten zuzuführen, verstärkt Beachtung. So wird in Politik und Wissenschaft z. T. die Auffassung vertreten, dass eine Stärkung der Eigenverantwortung zumindest zur Entschärfung der Problematik um die Rationierung medizinischer Leistungen in der GKV beitragen kann. Konkret bezogen auf die rezeptfreien Arzneimittel läuft dieser Denkansatz auf die Frage hinaus, ob und in welchem Umfang die solidarisch finanzierten Ausgaben für verordnete rezeptfreie Arzneimittel die effizienteste Verwendung dieser Mittel darstellen, bzw. ob und in welchen Indikationsbereichen die Selbstmedikation als Alternative zur Behandlung geringfügiger Gesundheitsstörungen gefördert werden sollte. Empirische Erfahrungen in diesem Zusammenhang belegen, dass eine wechselseitige Abhängigkeit zwischen dem Umfang ärztlicher Verordnungen und dem Selbstkauf rezeptfreier Arzneimittel durch die Patienten besteht.² Bei restriktiven pharmapolitischen Eingriffen in den Verordnungsbereich war dieser Effekt z.T. beabsichtigt, wurde aber zumindest bewusst in Kauf genommen.

Wenngleich die Versicherten einer Ausweitung finanzieller Eigenleistungen auch in diesem Bereich naturgemäß eher ablehnend gegenüberstehen, so werden diese immerhin bei Arzneimitteln zur Behandlung geringfügiger Gesundheitsstörungen sehr viel eher akzeptiert als in allen anderen Leistungsbereichen der GKV³. Insbesondere die Selbstmedikation wird von der großen Mehrheit der GKV-Versicherten als eine prädestinierte Möglichkeit angesehen, um in der solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung Ressourcen für die Behandlung ernsthafter Erkrankungen einzusparen (BAH 2000, 39 und VFA 2000, 11).

Das Für und Wider der Selbstmedikation wird in Fachkreisen ebenso kontrovers diskutiert wie die Kriterien, nach denen eine entsprechende Beurteilung zu erfolgen hat. Während Gegner der Selbstmedikation trotz ihrer meist medizinisch begründeten Einwände auch gewisse ökonomische Vorteile bei dem eigenverantwortlichen Arzneimittelkauf anerkennen (Maynard/Richardson 1996), räumen selbst konsequente Befürworter dieses Konzepts ein, dass eine falsch verstandene Selbstmedikation gesundheitliche Risiken

KASTEN 1

Zur Qualität und Transparenz der Modellrechnungen – Methodik und Vorgehensweise**Fragestellungen und Alternativenwahl**

Zu beantworten ist die Frage, welche direkten und indirekten Kosten bei der Behandlung leichterer Gesundheitsstörungen entstehen, wenn diese im Wege der Selbstmedikation oder alternativ durch die Arztmedikation mit rezeptfreien Arzneimitteln behandelt werden. Bei der Wahl der Alternative ist es nicht entscheidend, dass in den Vergleich identische Präparate einbezogen werden. Als vergleichbar sind hier, in Anlehnung an die Definition des § 35 (1) SGB V, vielmehr solche Gruppen von Arzneimitteln anzusehen, die denselben Wirkstoff, pharmakologisch-therapeutisch vergleichbare Wirkstoffe oder eine therapeutisch vergleichbare Wirkung aufweisen. Die Alternativenwahl in dieser Weise zweckorientiert vorzunehmen entspricht der maßgeblichen Perspektive des Verbrauchers bzw. Patienten, dessen Interesse ebenfalls vornehmlich zweckgerichtet ist, indem es auf die „kostengünstige“ Beseitigung der Beschwerde, gleich mit welchem konkreten Mittel, abzielt.

Perspektivenwahl

Die hier dargestellten Ergebnisse beschränken sich auf die Perspektiven der GKV, ihrer Versicherten sowie auf gesamtwirtschaftliche Aspekte. Grundsätzlich sollen alle direkten und indirekten Kosten und Nutzen, welche eine der genannten Perspektiven betreffen, in die Evaluation einbezogen werden. Distributive und ethische Fragestellungen, deren Einbeziehung die Hannover-Guidelines fordern, werden im Rahmen der Diskussion ebenfalls berücksichtigt

Messung von Nutzen und Kosten**a) Datenquellen**

Die Basisdaten, die den Modellrechnungen zugrunde liegen, sind jeweils den aktuellen amtlichen Statistiken, Daten und Statistiken der Verbände sowie wissenschaftlichen Studien entnommen. Schätzungen werden, sofern sie notwendig sind, äußerst konservativ vorgenommen und immer auch in ihrer Höhe begründet. Zudem wurde der Einfluss von Parametern, die mit Unsicherheit behaftet sind anhand von Sensitivitätsanalysen überprüft.

b) Klinische Ergebnisparameter

In Bezug auf das klinische Ergebnis ist hier eine Annahme zu treffen, die für die dargestellte Vorgehensweise von zentraler Bedeutung ist. Diese Annahme lautet, dass die Anwendung vergleichbarer Präparate (im Sinne der o.g. Definition) im Wege der Selbstmedikation oder der Verordnung zu einem vergleichbaren klinischen Ergebnis in Bezug auf die pharmakologischen Wirkungen und Nebenwirkungen führt. Unter dieser wichtigen Prämisse kann sowohl die schwierige Bewertung des medizinischen Nutzens als auch der Kosten durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen bei dem ökonomischen Vergleich der beiden Alternativen zunächst außen vor bleiben. Die getroffene Annahme erscheint gerechtfertigt, da die pharmakologische Wirkung bestimmter vergleichbarer oder sogar identischer Präparate, die auf eine jeweils gleiche Weise angewendet werden, unzweifelhaft nicht von dem Bezugsweg dieser Präparate abhängig ist. Dies trifft sowohl für die erwünschten als auch die unerwünschten Arzneimittelwirkungen zu.

Für die Verordnung wie für die Selbstmedikation steht ein identisches Präparatespektrum zur Verfügung. Dass jedes der verfügbaren Präparate ein ausgewogenes Verhältnis von Nutzen und Risiken aufweist, ist durch dessen Zulassung amtlich verbrieft. Stellt man die oben stehende Annahme in Frage, dann bedeutet dies, von der Hypothese auszugehen, dass der Bezugsweg selber, d. h. die Selbstmedikation oder die Verordnung, Risiken mit sich bringt, die bei anderweitigem Bezug durch das Arzneimittel selbst nicht gegeben wären. Ob dies tatsächlich so ist und insbesondere die Frage, ob Selbstmedikation an und für sich ein über die Arzneimittelanwendung im Allgemeinen hinausgehendes Risiko mit sich bringt bleibt zunächst außer Betracht und wird erst im Anschluss an die Modellrechnungen diskutiert. Bei den nachfolgenden Berechnungen wird demnach unterstellt, dass dies nicht der Fall ist.

Wahl der Analyseart

Maßgeblich für die Wahl der Analyseart ist hier die oben getroffene Annahme gleichwertiger Ergebnisse der beiden Therapiealternativen. Sofern sich Arzt- und Selbstmedikation aus Sicht der Patienten und der GKV bei gleichem Behandlungserfolg allein durch die entstehenden Kosten unterscheiden, ist eine Kosten-Minimierungs-Analyse bzw. eine Kosten-Kosten-Analyse ausreichend für den ökonomischen Vergleich. Sofern man für die beiden Therapiealternativen, abweichend von der zentralen Annahme gleichwertiger Ergebnisse, unterschiedliche Nutzen-Risiko-Konstellationen unterstellen würde, oder wenn man intangible nutzenrelevante Effekte in die Betrachtung einbezieht, gewinnt die Untersuchung den Charakter einer Kosten-Effektivitäts-Analyse.

Untersuchungspopulation und zeitliche Dimension

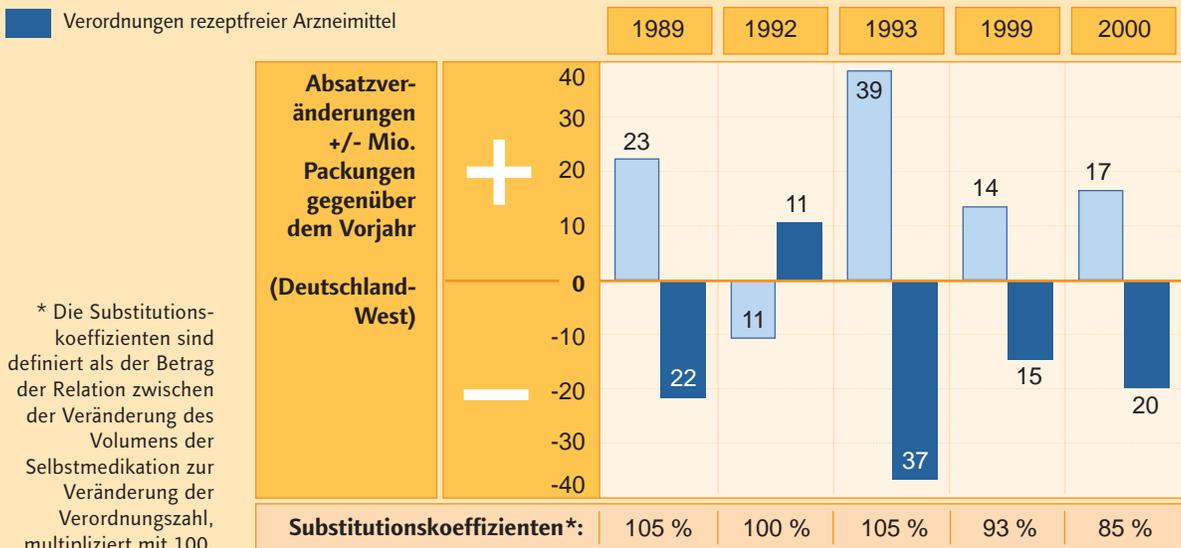
Erklärter Gegenstand des vorliegenden Berechnungsansatzes ist die Untersuchung der Selbstmedikation im Vergleich zu einer ärztlichen Arzneimittelverordnung im Rahmen des deutschen GKV-Systems. Als Untersuchungspopulation leitet sich daraus der Kreis der GKV-Versicherten ab. Die getroffenen Aussagen beziehen sich – soweit nichts anderes gesagt wird – auf die Zeitperiode von einem Jahr. Die verwendeten Ausgangsdaten entsprechen jeweils dem Datenstand amtlicher oder sonstiger Statistiken für das Jahr 1998.

ABBILDUNG 2

Die Substitutionsbeziehungen zwischen ärztlichen Verordnungen und der Selbstmedikation

■ Selbstmedikation in Apotheken
■ Verordnungen rezeptfreier Arzneimittel

Beispielhaft dargestellt an den Jahren



Quelle: Eigene Berechnungen und eigene Darstellung auf Basis von IMS Health-Marktdaten

Bereits die Marktanalyse anhand statistischer Daten liefert eine Reihe von Indizien dafür, dass der Selbstkauf und ärztliche Verordnungen rezeptfreier Arzneimittel in einem substitutiven Verhältnis zueinander stehen. Durch die Untersuchung der Entscheidungssituation des Patienten, seiner Verhaltensalternativen sowie empirischer Zusammenhänge konnte diese Substitutionsbeziehung validiert und in Bezug auf die Gesamtgröße des deutschen Marktes quantitativ eingeordnet werden.

Abbildung 2 zeigt die Substitutionsbeziehung exemplarisch anhand von Absatzveränderungen des deutschen Arzneimittelmarktes in fünf von pharmapolitischen Maßnahmen beeinflussten Jahren auf.

Die Graphik zeigt, dass Verordnungsrückgängen rezeptfreier Arzneimittel nach restriktiven Markteingriffen oder budgetären Engpässen (1989, 1993, 1999, 2000) jeweils Mehrverkäufe an Selbstmedikationspräparaten in fast identischer Packungszahl gegenüber standen. Im Jahre 1992 fand eine gegenläufige Entwicklung statt, die auf einen Vorzieheffekt ärztlicher Verschreibungen in Anbetracht der drohenden Sparmaßnahmen des so genannten Gesundheitsstrukturgesetzes (1993) zurückzuführen ist. Die Verordnungen nahmen zu und lösten ein reziprokes Verhalten der Selbstmedikationsabsätze aus. Die beispielhaft genannten Jahre weisen eine ausgeprägte statistische Korrelation zwischen den

Marktsegmenten auf⁴. Die Zunahme bzw. Abnahme in einem der beiden Segmente entspricht jeweils zu annähernd 100 Prozent der Abnahme bzw. Zunahme in dem anderen Segment. Diese ausgeprägte Substitutionsbeziehung berechtigt, die ärztliche Therapie und die Selbstmedikation zur Behandlung leichter Gesundheitsstörungen direkt in einer Kosten-Nutzen-Analyse einander gegenüberzustellen.

Modellrechnung

In der nachfolgenden Tabelle 2 sind die Ergebnisse einer Modellrechnung wiedergegeben, die aufzeigt, welche Effekte von einer Substitution verordneter rezeptfreier Arzneimittel durch die Selbstmedikation in der Größenordnung von 100 Millionen Packungen OTC-Präparate ausgehen. Das Rechenbeispiel von 100 Millionen Arzneimittelpackungen entspricht der Annahme, dass ca. 10 Prozent des rezeptfreien Arzneimittelmarktes (siehe Tabelle 1) durch entsprechende Steuerungselemente und Anreizsysteme bzw. allgemein durch die Gestaltung der pharmapolitischen Rahmenbedingungen aus dem Verordnungsbereich in die Selbstmedikation oder vice versa verlagert werden kann. Bisherige Erfahrungen mit Instrumenten wie Negativlisten, Positivlisten, Zuzahlungen, Budgets u.ä. im In- und Ausland zeigen, dass die damit angenommene Größenordnung des Marktsteuerungspotentials als sehr konservativ zu betrachten ist. Die Verwendung eines konservativen Rechenbeispiels von 100 Millionen Arzneimittelpackungen

trägt auch dem Einwand von Kritikern Rechnung, dass nicht alle Indikationsbereiche in denen rezeptfreie Arzneimittel zur Verfügung stehen, sinnvoller Weise und verantwortungsvoll von Patienten im Rahmen der Selbstmedikation therapiert werden können.

Die in *Tabelle 2* ausgewiesenen Arztkosten basieren auf der Berechnung durchschnittlicher Verordnungen pro Arztkontakt und den durchschnittlichen Kosten einer Arztkonsultation bei leichten Gesundheitsstörungen. Der weiter unten in der Tabelle mit rund 19 Millionen Stunden per anno angegebene Zeitbedarf der Ärzte resultiert aus dem Verhältnis von Arztkontakten, durchschnittlicher Konsultationsdauer und der Zahl der konsultierten (Haus)ärzte. Die Kosten für die Arzneimittelversorgung ergeben sich aus dem Substitutionsvolumen und den Arzneimittelpreisen, wobei zur Ermittlung der GKV-Entlastung der sozialgesetzliche Krankenkassenrabatt und die Höhe der anfallenden bzw. wegfallenden Rezeptgebühren einzubeziehen ist. Die ausgewiesenen Zeit- und Wegekosten (Transaktionskosten) berücksichtigen sowohl Wegzeiten für Arzt- und Apothekenbesuche als auch die Verweildauer in Apotheken und Arztpraxen durch Wartezeiten bzw. Beratungs- und Behandlungszeiten. Der Teil der Zeit- und Wegekosten, der statistisch auf Fälle entfällt, bei denen sich die Patienten während ihrer Arbeitszeit in Behandlung begeben, werden als therapiebedingte Arbeitsausfälle gesondert ausgewiesen. Die in der Tabelle als krankenschreibungs- und krankheitsbedingte Arbeitsausfälle bezeichneten AU-Tage beziehen sich auf Arbeitsausfälle, die z.T. unmittelbar durch die Selbstmedikation vermieden werden können bzw. auf eine verminderte Zahl von

Krankenschreibungen, die aus einer Verringerung der Arztkontakte durch Selbstmedikation resultieren könnten⁵.

Tabelle 2 ist so aufgebaut, dass in der linken Spalte die relevanten Kosteneinflussfaktoren bezeichnet sind. In der benachbarten Spalte sind die jeweils durch eine Kostenart betroffenen Hauptakteure benannt. Hinter jedem Hauptakteur ist jeweils in Klammern durch Plus- oder Minuszeichen vermerkt, wie sich eine Ausweitung der Selbstmedikation auf diesen Akteur im Hinblick auf das jeweilige Kriterium ökonomisch auswirkt. Ein Pluszeichen bedeutet dabei, dass die Substitution von Verordnungen durch Selbstmedikation für den betroffenen Kreis einen positiven Effekt, d. h. eine Entlastung bei den entsprechenden Kosten mit sich bringt, während ein Minuszeichen einen negativen Effekt im Sinne einer finanziellen oder immateriellen Belastung der Betroffenen anzeigt. In der zweiten Spalte von rechts wird die Kostenverursachung in physischen Einheiten festgehalten, die dann wiederum, soweit sie einer Bewertung zugänglich ist, in der rechten Spalte als Kosten in Euro ausgedrückt wird.

Einsparungen für die Patienten und die Krankenversicherung

Für die gesetzliche Krankenversicherung ergibt sich nach Berücksichtigung von Zuzahlungen und Rezeptgebühren in der Arzneimittelversorgung ein Nettoeinspareffekt von ca. 490 Millionen Euro. In der ambulanten ärztlichen Versorgung können durch die verringerte Inanspruchnahme Krankenversicherungs-Leistun-

TABELLE 2

Kostenvergleich Arztmedikation versus Selbstmedikation

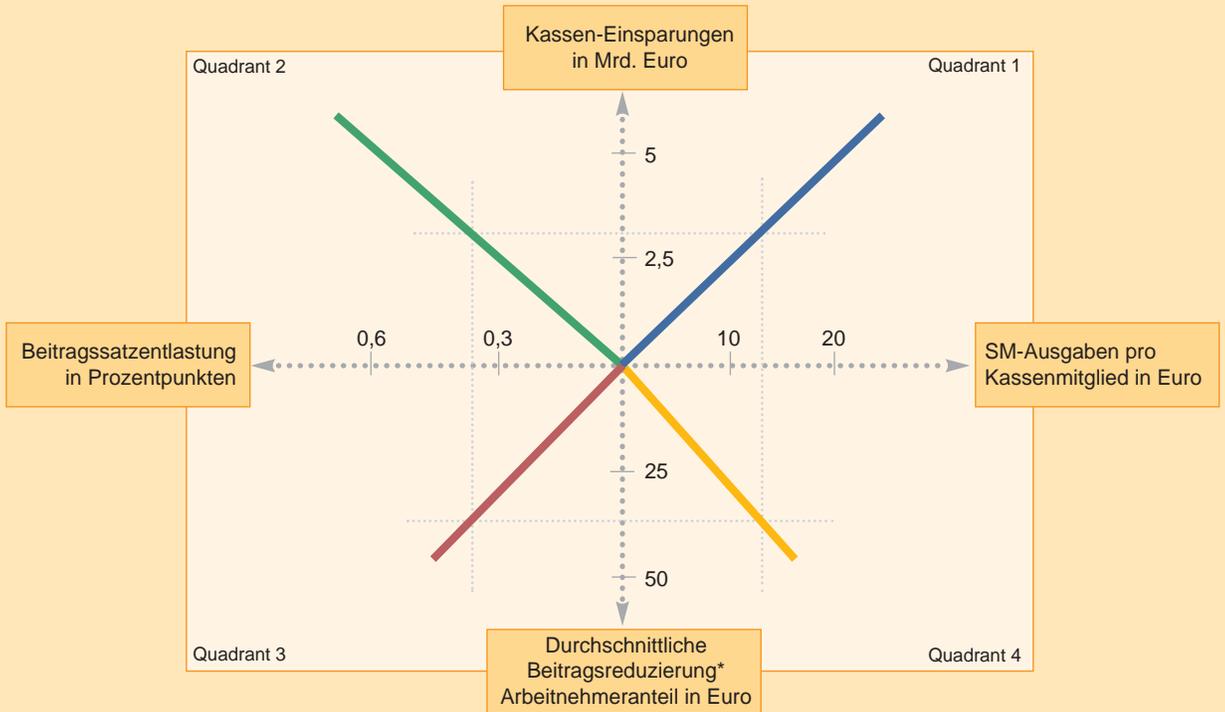
(Substitutionsvolumen: 100 Mio. Arzneipackungen)

Kostenart	Betroffene Hauptakteure	Kostenverursachung in phys./zeitl. Einheiten	Kosten in Mio. Euro
Ärztliche Versorgung	Ärzte (-)	77 Mio. Arztkonsultationen	1.968
	GKV (+)		
Arzneimittelversorgung	Patienten (-)	100 Mio. Arzneimittelpackungen	844
	GKV (+)		
GKV-Rabatt	Apotheken (+)	5 Prozent GKV-Rabatt	42,2
	GKV (-)		
Rezeptgebühren	Patienten (+)	62 Mio. Zuzahlungsfälle	312
	GKV (-)		
Opportunitätskosten ärztl. Inanspruchnahme	Patienten (+)	19,25 Mio. Arztstunden	---
	Ärzte (+)		
Krankenschreibungs- u. krankheitsbedingte Arbeitsausfälle	Volkswirtschaft (+)	2,5 Mio. AU-Tage	767
	Arbeitgeber (+)		
Transaktionskosten a) Zeitkosten b) Wegekosten	a) Patienten (+)	a) 63,2 Mio. Stunden b) 77 Mio. Hin- u. Rückwege	a) ---
	b) Patienten (+)		b) 42,5
therapiebedingte Arbeitsausfälle	Volkswirtschaft (+) Arbeitgeber (+)	2,1 Mio. AU-Tage	429,3

Quelle: Eigene Berechnungen

ABBILDUNG 3

Finanzierungseffekte der Selbstmedikation (SM) auf die gesetzliche Krankenkasse und ihre Mitglieder



* Die Reduzierung der Beitragszahlung bezieht sich auf das durchschnittliche beitragspflichtige Einkommen der GKV-Mitglieder sowie den allgemeinen Beitragssatz.

Quelle: May U, 2002

gen im Wert von 1,97 Mrd. Euro eingespart werden⁶. Insgesamt können somit in den Leistungsbereichen der GKV Ressourcen im Wert von knapp 2,46 Milliarden Euro freigesetzt werden (siehe Tabelle 2). Mit diesem Einsparvolumen lässt sich eine Reduzierung des allgemeinen Kassen-Beitragssatzes in Höhe von 0,27 Prozentpunkten realisieren. Bezogen auf das durchschnittliche beitragspflichtige Einkommen eines Kassenmitglieds entspricht dies einer Verringerung des Arbeitnehmeranteils der Beitragszahlung um 28,6 Euro per anno. Der im Durchschnitt erforderliche Pro-Kopf-Aufwand für Selbstmedikation liegt demgegenüber bei wenig über 10 Euro, so dass im Modellrechnungsfall pro Kassenmitglied ein positiver finanzieller Nettoeffekt von knapp 18 Euro verbleibt. Die aggregierten Kosten der Selbstmedikation in Höhe von einer halben Milliarde Euro werden somit durch die positiven indirekten finanziellen Effekte überkompensiert, so dass aus wohlfahrtstheoretischer Sicht das Kriterium der potentiellen Pareto-Verbesserung erfüllt ist⁷.

Die Abbildung 3 mit der Darstellung der wechselseitigen finanziellen Abhängigkeiten zwischen der Höhe der Selbstmedikationsausgaben, der dadurch bedingten GKV-Einsparungen und Beitragssatz-

entlastungen sowie der individuellen finanziellen Belastung der GKV-Mitglieder durch Selbstmedikationsausgaben und Beitragszahlungen basiert auf den zusammengefassten Berechnungsergebnissen. Erweitert um die Verknüpfung zwischen Ausgabenhöhe und Beitragssätzen der GKV und ferner die Identität von Beitragszahlern und Selbstmedikationskäufern berücksichtigend, lassen sich die Zusammenhänge anhand des gezeigten Quadrantenmodells aufzeigen (siehe Abbildung 3).

Im Quadranten I (rechts oben) sind auf der horizontalen Achse die Selbstmedikationsausgaben pro GKV-Mitglied in Euro abgetragen. Auf der vertikalen Achse im ersten Quadranten sind die GKV-Einsparungen, die sich durch reduzierte Medikamenten- und Arztkosten ergeben, abgetragen. Die Steigung der blauen Geraden im ersten Quadranten ergibt sich demnach unmittelbar aus den in Tabelle 2 zusammengefassten Berechnungen, in denen der Kauf von (z.B.) 100 Millionen Arzneimittelpackungen pro Kopf auf die Kassen-Mitglieder heruntergebrochen und andererseits die Kostenersparnis für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) abgetragen wird. Da sich die in den Modellrechnungen abgeleitete Höhe der GKV-Ersparnis proportional zum Substitutionsumfang der Selbstmedikation verhält,

zeigt die blaue Kurve einen linearen Verlauf. Aus der in der Krankenversicherung angewendeten Beitragssatzarithmetik folgt unmittelbar, dass sich hieraus auch für die in den drei anderen Quadranten dargestellten Kurven ein linearer Verlauf ergibt⁸.

Im zweiten Quadranten (links oben) sind die GKV-Einsparungen in Euro zu der erzielbaren Entlastung des allgemeinen Beitragssatzes in Prozentpunkten ins Verhältnis gesetzt. Die Steigung der grün dargestellten Kurve im Quadranten II ergibt sich dabei arithmetisch unmittelbar aus der Formel zur Berechnung der Beitragssätze in der GKV.

Die Prämisse, dass Einsparungen bei den Leistungsausgaben der Krankenversicherung in Form einer Beitragssatzentlastung an die Kassen-Mitglieder weitergegeben werden, ist durch den in Sozialversicherungssystemen geltenden Grundsatz der Globaläquivalenz im Umlageverfahren gerechtfertigt. Dieser Grundsatz gibt den Krankenversicherungen vor, ihre Beiträge so zu bemessen, dass sie die Ausgaben decken, und insbesondere dann die Beitragssätze zu ermäßigen, wenn die Einnahmen die Ausgaben übersteigen. Wohlfahrtstheoretisch betrachtet ist es dabei für die Versicherten unerheblich, ob es tatsächlich zu einer Beitragssenkung kommt oder ob eine anderenfalls notwendige Anhebung der Beiträge vermieden wird.

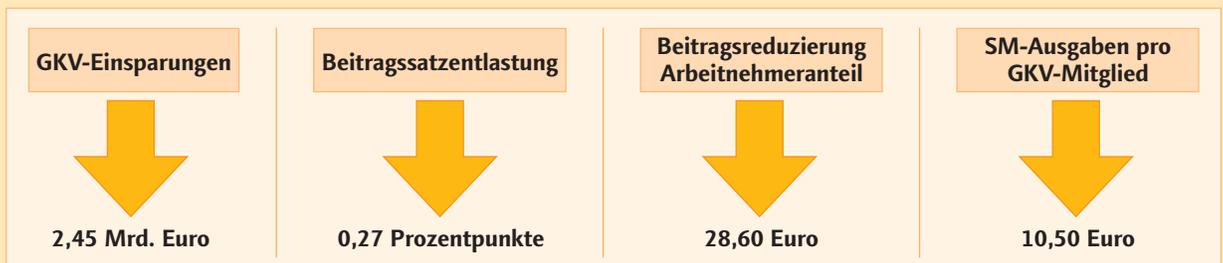
Die rote Kurve im dritten Quadranten (links unten) stellt das Verhältnis zwischen der Beitragssatzentlastung in Prozentpunkten und der sich daraus ergebenden vertikal abgetragenen Reduzierung des durchschnittlichen Arbeitnehmeranteils der Beitragszahlung in Euro dar. Die Beitragsreduzierung wurde bemessen an der Höhe eines durchschnittlichen beitragspflichtigen Einkommens der GKV-Mitglieder per anno

multipliziert mit der potentiellen Reduzierung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes, wie sie sich aus dem zweiten Quadranten (II) ergibt. Für die Kalkulation des individuellen finanziellen Vorteils der GKV-Mitglieder durch die Beitragssatzentlastung wurde gemäß der obigen Darstellung allein auf den Arbeitnehmeranteil des GKV-Beitrags und nicht auf den Gesamtbeitrag abgestellt. Aus der Tatsache, dass die GKV-Beitragszahlungen paritätisch von Arbeitnehmer und Arbeitgeberseite abgeführt werden, leitet sich diese Vorgehensweise jedoch nicht zwingend ab. Vielmehr erschiene es gleichfalls nicht unplausibel anzunehmen, dass die formale Beitragsinzidenz von der ökonomischen Inzidenz, d.h. der endgültigen Lastverteilung nach Abschluss aller Anpassungsprozesse, in der Weise abweicht, dass zumindest ein Teil des Arbeitgeberbeitrags über die Lohnhöhe auf die Arbeitnehmer überwälzt wird⁹. Soweit dies zutrifft, stellt die oben stehende Darstellung eine Unterschätzung des individuellen finanziellen Vorteils für die GKV-Mitglieder durch die Selbstmedikation dar, die im Extremfall, d.h. wenn der Arbeitgeberbeitrag komplett auf die Arbeitnehmer überwälzt werden könnte, bis zu 100 Prozent betragen kann. Trotz dieser Einschränkung sollte in der obigen Darstellung auf den unmittelbaren und für die GKV-Mitglieder direkt spürbaren finanziellen Vorteil durch die selbstmedikationsbedingten Einsparungen Bezug genommen werden. Im Fall der Modellrechnung mit 100 Millionen Arzneimittelpackungen liegt die Reduzierung des Arbeitnehmerbeitrags bei knapp 29 Euro.

Im Quadranten IV schließt sich die Betrachtung, indem die im vorangegangenen Quadranten abgeleitete individuelle Beitragsreduzierung der Kassen-Mitglieder zu deren jeweiligen Selbstmedikationsausgaben pro Kopf in Relation gesetzt wird. Die gelbe Kurve, die sich daraus ergibt, weist eine Steigung

TABELLE 3

Finanzierungseffekte der Selbstmedikation (SM) auf die GKV und ihre Mitglieder
(Substitutionsvolumen: 100 Millionen Arzneimittelpackungen)



Quelle: Eigene Berechnungen

von -2,7 auf, was bedeutet, dass die selbstmedikationsbedingten Einsparungen den Wert der Selbstmedikationsausgaben pro Mitglied um das 2,7fache übersteigen. Der positive finanzielle Nettoeffekt, der sich daraus pro Kassenmitglied ergibt, liegt im Modellrechnungsfall von 100 Millionen substituierten Arzneimittelpackungen bei 17,96 Euro.

Das Diagramm erlaubt es, verschiedene andere Konstellationen von Selbstmedikationsausgaben und die sich daraus ergebenden finanziellen Konsequenzen durchzuspielen, indem jeweils ein Punkt auf der blauen Kurve gewählt wird, um dann, wie es durch die gestrichelten Linien angedeutet ist, jeweils horizontal bzw. vertikal auf die Kurven in den drei anderen Quadranten zu „loten“, um so alle zu einer bestimmten Konstellation gehörigen Werte zu ermitteln. Diese mathematische und graphische Systematik bezieht sich explizit auf die ökonomischen, rechtlichen und institutionellen Rahmenbedingungen der GKV, ist aber prinzipiell auch auf andere Kostenträger und Systeme analog anwendbar.¹⁰

Die entsprechenden Funktionswerte für den Berechnungsfall von 100 Millionen Arzneimittelpackungen sind in *Tabelle 3* nochmals zusammengefasst.

■ 4. Sozial- und verteilungspolitische Aspekte

Zur Interpretation des obigen Modells ist im Hinblick auf Sozialverträglichkeit und distributive Effekte anzumerken, dass eine Übertragbarkeit der quantitativen wie der qualitativen Aussagen auf den Individualfall dadurch nicht gegeben ist, dass auf Durchschnittswerte für die Selbstmedikationsausgaben pro Kopf sowie die Grundlohnsumme pro Kopf Bezug genommen wurde. Im Einzelfall werden GKV-Mitglieder mit einem geringeren Arzneimittelbedarf und/oder einem höheren beitragspflichtigen Einkommen überproportional von einer Substitution der Verordnungen durch Selbstmedikation profitieren, wobei allerdings der Möglichkeit, von Beitragsatzreduzierungen überproportional zu profitieren, durch die Höhe der Beitragsbemessungsgrenzen bestimmte Maximalwerte vorgegeben sind. GKV-Mitglieder mit überdurchschnittlich hohen Ausgaben in der Selbstmedikation und/oder einem unterdurchschnittlich hohen beitragspflichtigen Einkommen profitieren unterproportional von der Entlastung der Solidargemeinschaft durch die Selbstmedikation. Der Break-Even-Punkt, bei dem das GKV-Mitglied durch die Beitragsreduzierung für seine Selbstmedikationsaufwendungen keine Kompensation mehr erhält, ist erreicht, wenn das jährliche beitragspflichtige Einkommen unter einen Betrag von rund 7.670 Euro sinkt bzw. jeweils dann, wenn die individuellen Selbstmedikationsausgaben die durch das kollektive Verhalten verursachte Beitragsreduzierung übersteigen.

Falls ein GKV-Mitglied individuell nicht durch Beitragsreduzierungen für seine Selbstmedikationsausgaben entschädigt wird, bedeutet dies noch nicht, dass dieses GKV-Mitglied sich durch die in der Solidargemeinschaft praktizierte Selbstmedikation nicht ebenfalls finanziell oder zumindest in seinem Nutzen verbessert. Diesbezüglich sei hier auf die Reduzierung der Zeit- und Wegekosten sowie die verschiedenen intangiblen Nutzeffekte der Selbstmedikation für die Patienten (z.B. mehr Selbstbestimmung, verkürzte Beschwerdezeit) verwiesen.

Überdies kann für die gesetzliche Krankenversicherung aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive und wohlfahrtsökonomischer Sicht eine Versorgungsform dann nicht als optimal angesehen werden, wenn sie zu einer allokativen Ineffizienz in der Weise führt, dass im Durchschnitt für alle Beteiligten eine Verbesserung erzielbar wäre. Ineffizienzen dieser Art sind mit dem ökonomischen Prinzip und dem damit eng verwandten Kriterium der Pareto-Optimalität jedenfalls dann nicht mehr vereinbar, wenn auf eine potentielle Pareto-Verbesserung (*Hicks 1939, 696-712*) abgestellt wird. Nach der letztgenannten Kondition, die auch als Kaldor-Hicks-Kriterium bezeichnet wird, sind politische Maßnahmen dann zu befürworten, wenn sie zu einem Ergebnis führen, bei dem die „Gewinner“ (theoretisch) in der Lage wären, die „Verlierer“ in der Weise zu entschädigen, dass sich alle verbessert haben. Wenn diesem Kriterium folgend ein sozialökonomisches Optimum erreicht wird, sind stets auch Umverteilungsmechanismen implementierbar, die eine Kompensation der benachteiligten Gruppe, d.h. der „Verlierer“ real bewirken.

Gerade bei sozialpolitischen Fragestellungen wie der Versorgung im Krankheitsfall darf dieser Verteilungsaspekt, der bei ökonomischen Effizienzkriterien wie dem Pareto-Kriterium unberücksichtigt bleibt, nicht außer Acht gelassen werden. Distributive Ziele und Verteilungswirkungen, die als ungerecht empfunden werden, können konkret im vorliegenden Zusammenhang durch Sozial- und Härtefallklauseln, wie sie in der Arzneimittelversorgung schon im Zusammenhang mit der Zuzahlung (Rezeptgebühr) Anwendung finden, realisiert werden. Denkbar sind hier auch z.B. Modelle der Rückerstattung von Selbstmedikationsaufwendungen durch die GKV (sog. Selbstmedikationsbudget)¹¹, die einkommensunabhängig oder auch nach der Einkommenshöhe gestaffelt bis zu einer definierten Höchstgrenze gewährt werden. Durch ein solches Modell, das auch auf bestimmte Indikations- oder Präparatgruppen beschränkt sein könnte, wäre es möglich, die Belastung einkommensschwacher oder kranker Menschen dort sozial abzufedern, wo der Schutz durch die Solidargemeinschaft gesundheitspolitisch gewünscht ist. Die beschriebene Idee ist nur eine von vielen Möglichkeiten, Effizienz-Zie-

le, die durch eine Stärkung der Eigenverantwortung realisiert werden können, mit distributiven Zielen, insbesondere dem Solidargedanken der gesetzlichen Krankenversicherung in Einklang zu bringen.

Vor dem Hintergrund sozialverträglicher Gestaltungsmöglichkeiten ist dem Ausbau der Selbstmedikation nicht zuletzt auch aus ordnungs- und verteilungspolitischer Sicht gegenüber einer Reihe staatlich-dirigistischer Kostendämpfungsinstrumente im GKV-Leistungsbereich der Vorzug zu geben. Das Bestreben, die Konsumentensouveränität und -partizipation zu stärken, entspricht nicht nur dem Wesen der Marktwirtschaft und fördert den Prozess der Demokratisierung des Gesundheitssystems¹². Die Einsparungen bei der Arzneimitteltherapie leichter Gesundheitsstörungen setzen zudem Mittel frei, die dann für die Behandlung schwerwiegender Erkrankungen zur Verfügung stehen. Die mit letztgenannten Erkrankungen einhergehenden Risiken können die Patienten – anders als bei leichten Gesundheitsstörungen – weder in finanzieller noch in medizinischer Hinsicht eigenverantwortlich tragen. Der sozialen Komponente wird bei diesem Prozess in hohem Maße Rechnung getragen, indem durch die Stärkung der Subsidiarität ein Beitrag dazu geleistet wird, die Finanzierbarkeit eines im Kern solidarischen Gesundheitssystems zu erhalten.

■ 5. Gesundheitsökonomisches Fazit

Das primäre Ziel des vorliegenden Ansatzes ist es, das Therapieprinzip der Selbstmedikation gesundheitsökonomisch zu untersuchen und zu beurteilen. Einem Grundgedanken der Gesundheitsökonomie folgend soll auf diese Weise ein Beitrag zur Bestimmung der optimalen Allokation vorhandener Ressourcen bzw. politisch gewollter Gesundheitsbudgets geleistet werden. Das explizite Beurteilungskriterium ist somit letztlich ein rein ökonomisches, nämlich das Effizienzprinzip, mit gegebenen Mitteln einen möglichst hohen Nutzen zu erzielen. Implizit liegt diesem Kriterium aber zugrunde, dass der medizinische Erfolg die unmittelbare Voraussetzung für die ökonomische Sinnhaftigkeit eines Therapieprinzips, hier der Selbstmedikation, ist. Die aufzuwendenden Mittel in der Selbstmedikation im Vergleich zur Arztmedikation zu bestimmen, war Aufgabe dieser Untersuchung. Um im Sinne des oben formulierten Ziels zu einer vergleichenden Gesamtbeurteilung der beiden Therapiealternativen zu kommen, sind die Ergebnisse dieser Untersuchung mit den Studien zur Anwendungssicherheit bzw. mit Anwendungsbeobachtungen bewertend zusammenzuführen.

Die ökonomischen Überlegungen, insbesondere die durchgeführten Modellrechnungen, standen unter dem Vorbehalt der Hypothese, dass die Selbstmedikation bei der Behandlung geringfügiger Gesundheitsstörungen hinsichtlich ihres therapeutischen Effekts, d.h. ihres Nutzens, der Arzttherapie

ebenbürtig ist. Unter dieser Prämisse ist es als erwiesen anzusehen, dass die Selbstmedikation die medizinisch adäquate und ökonomisch effizienteste Form der medikamentösen Therapie leichter Gesundheitsstörungen darstellt. Insbesondere bietet diese Therapieform individuelle ökonomische Vorteile für die Patienten, leistet einen wesentlichen Beitrag zur finanziellen Entlastung der Solidargemeinschaft und trägt infolgedessen auch zu einer gesamtwirtschaftlich wünschenswerten Beitragssatzstabilität der Krankenversicherung bzw. einer Begrenzung der Sozialquote bei.

Diskussion der Ergebnisse

Eine Metaanalyse vorliegender Studien sowie theoretische und empirische Ansätze zur Bewertung der Anwendungssicherheit der Selbstmedikation bei leichten Gesundheitsstörungen liefern keine Hinweise dafür, dass hierbei Zusatzrisiken gegenüber der ärztlichen Verordnung von OTC-Präparaten auftreten (*May/Wasem 2003* und *May 2002*). Dies gilt jedenfalls unter den in Deutschland gegebenen Rahmenbedingungen der Arzneimittelsicherheit im Hinblick auf die Marktzugangs- und Vertriebsregulierungen. Diese tragen offensichtlich dem Informationsstand und den Verhaltensrisiken der Patienten hinreichend Rechnung. Sofern sich dennoch bezogen auf einzelne Indikationsbereiche oder Präparatgruppen ein erhöhtes Risiko der Selbstmedikation gegenüber der Verordnungsmedikation nachweisen lassen sollte und mithin die Hypothese der therapeutischen Äquivalenz keine Gültigkeit mehr besitzt, sind die ökonomischen Vorteile der Selbstmedikation zu relativieren. Solange allerdings die Einspareffekte nicht vollständig von diesen Risikofolgen aufgezehrt werden und solange im Gesundheitswesen ein Mangel zu verwalten ist, wäre es voreilig, demzufolge die Einschränkung der Selbstmedikation zu fordern.

In Anbetracht der Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen ist es trivial festzustellen, dass nicht alles, was medizinisch machbar ist, sei es auch, dass damit ein nachweislicher Nutzen verbunden ist, geleistet bzw. finanziert werden kann. Konkret bedeutet dies, dass nicht die Frage im Vordergrund steht, ob eine ärztliche Überwachung der Therapie mit rezeptfreien Arzneimitteln aus medizinischer Sicht einen möglicherweise marginalen Zusatznutzen liefert, sondern vielmehr die Frage, ob dieser eventuell entstehende Nutzen in einem angemessenen Verhältnis zu den dadurch verursachten Kosten steht. Diese Frage ist vor dem Hintergrund äußerst knapper Ressourcen und einer Vielzahl alternativer Verwendungsmöglichkeiten von Mitteln im Gesundheitswesen zu beurteilen. Selbst wenn man die höchsten Schätzungen des finanziellen Schadens zugrunde legt, den einzelne

Kritiker der Selbstmedikation anlasten (z. B. *Glaeske 1996*), erscheint es in Anbetracht der berechneten Einsparpotenziale realitätsfern, die kosteneffektivste und effizienteste Verwendung knapper Mittel darin zu sehen, diese Folgeschäden zu vermeiden, indem jegliche auftretenden Gesundheitsstörungen ärztlich untersucht und behandelt werden. Die medizinisch wie ökonomisch logische Konsequenz aus einer als unbefriedigend empfundenen Nutzen-Risiko-Relation in der Selbstmedikation liegt vielmehr darin, durch zusätzliche Investitionen in die Risikoabwehr und durch geeignete gesundheitspolitische Maßnahmen die Anwendungssicherheit der Selbstmedikation weiter zu optimieren.

Die apothekengestützte Selbstmedikation hat heute in Deutschland bereits ein Absatzvolumen erreicht, das um ein Mehrfaches höher liegt als das in den Modellrechnungen verwendete Substitutionsvolumen von 100 Millionen Packungen. Die damit bereits realisierten ökonomischen Vorteile betragen demzufolge ebenfalls ein Mehrfaches der oben ausgewiesenen Werte. Für die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland z. B. entspricht dies Einsparungen in Höhe von fast 15 Milliarden Euro pro Jahr. Durch den gezielten Einsatz gesundheitspolitischer Steuerungsinstrumente ließen sich weitere relevante Einspareffekte durch die Selbstmedikation realisieren. Potentiale bieten sich dabei zum einen in dem zurzeit noch 41prozentigen Umsatzanteil der Verordnungen rezeptfreier Arzneimittel im deutschen Markt (*siehe Tabelle 1*), zum anderen aber auch in der Möglichkeit, das Spektrum rezeptfreier Substanzen und selbstmedikationsfähiger Indikationen zu erweitern. Gesundheitsökonomisch rational sind entsprechende Maßnahmen so lange, wie dabei eine ausgewogene Nutzen-Risiko-Balance sichergestellt werden kann.

■ 6. Gesundheitspolitische Schlussfolgerungen

Der Stellenwert gesundheitsökonomischer Erkenntnisse für die Gesundheitspolitik ergibt sich unmittelbar aus dem sozialgesetzlich verankerten Wirtschaftlichkeitsgebot, mittelbar aber auch aus politischen Vorgaben, wie dem Ziel der Beitragssatzstabilität. Das Wirtschaftlichkeitsgebot der Sozial- und Krankenversicherungssysteme legitimiert den Gesetzgeber nicht nur, sondern verpflichtet ihn gleichzeitig auch, u.a. die Zweckmäßigkeit, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der bewirkten Leistungen im Krankenversicherungssystem sicherzustellen. In Anbetracht knapper Ressourcen kann nur ein Höchstmaß an Effizienz dem berechtigten Interesse der Bürger an einer bestmöglichen Gesundheitsversorgung Rechnung tragen.

Da die Selbstmedikation, wie gezeigt, der Verordnung rezeptfreier Arzneimittel im Sinne einer inkrementellen Kosten-Effekt-Relation eindeutig überlegen ist, ist daher die theoretisch wünschenswerte Zielrichtung gesundheitspolitischer Interventionen in diesem Bereich klar vorgegeben.

Mehr Selbstkompetenz durch Information

Von mündigen und gut informierten Patienten sind einerseits mehr eigenverantwortliche Arzneimittelkäufe zu erwarten, andererseits kann durch eine hohe Kompetenz und Selbstbehandlungsfähigkeit auch die positive Nutzen-Risiko-Relation in der Selbstmedikation gewahrt bleiben. Sowohl im Hinblick auf die quantitative Ausweitung der Selbstmedikation wie auch zur Realisierung eines Maximums gesundheitsökonomischer Einspareffekte sind daher Maßnahmen, die auf die Stärkung der Selbstbehandlungs- und Selbstmedikationsfähigkeit abzielen, in besonderem Maße geeignet und den Kostenträgern wie der Politik zu empfehlen.

Konkret könnten entsprechende Aufklärungs- und Informationsmaßnahmen bereits in der Gesundheitserziehung z.B. an Schulen und der Erwachsenenbildung einsetzen und stärker auch in entsprechende Informationen durch Massenmedien einfließen. So hat sich beispielsweise die Wirksamkeit einer Krankenkassen-Kampagne in Deutschland bereits am Beispiel der GEK-Versicherteninitiative zur Nasenspülung gezeigt. Die Inanspruchnahme des solidarischen Versorgungssystems bei Erkältungskrankheiten konnte durch diese edukatorische Maßnahme deutlich reduziert werden (*SVR-KAiG 2001, 277*). Nicht zuletzt Versichertenmagazine der Krankenkassen, Apothekenkundenzeitschriften und qualitätsgesicherte Internetportale könnten in diesem Sinne stärker genutzt werden. Die publizierten Informationen sollten schwerpunktmäßig darauf abzielen, die Sensibilisierung der Verbraucher für Nutzen und Chancen, aber auch für Risiken und Grenzen der Selbstmedikation weiter zu erhöhen. ♦

Fußnoten

- 1 Vgl. zu den Auswirkungen der sog. Innovationskomponente z.B.: *Erbsland et al. 2000*, 169ff.
- 2 Vgl. unten Abschnitt 3.
- 3 Eine Auswertung entsprechender Studienergebnisse findet sich bei: *Wasem 1999* und *Wasem/Nolting 2002*.
- 4 Nach dem Bravais-Pearsonschen linearen Korrelationskoeffizient, der Werte zwischen -1 und +1 annehmen kann, beträgt die Korrelation im vorliegenden Fall -0,99.
- 5 In Ermangelung einer exakten Datengrundlage wurde für diese letztgenannten krankschreibungs- und krankheitsbedingten Arbeitsausfälle mit der wohlbegründeten Hypothese gerechnet, dass sich durch eine gezielte und sinnvolle Selbstmedikation 10 Prozent der Fehltagel bei amtlich gewordenen Kurzzeiterkrankungen mit einer Dauer von ein bis drei Tagen vermeiden ließen.
- 6 Auf Basis einer ökonomischen Argumentation lässt sich zeigen, dass die Einsparpotentiale im Bereich der Arztkosten auch im einem System der Einzelleistungsvergütung mit fixer Gesamtvergütung realisierbar sind (*May 2002*, 210-212).
- 7 Vgl. dazu unten Abschnitt 4.
- 8 Quelle der verwendeten Basisdaten zur GKV: BKK-Bundesverband 2000.
- 9 Vgl. zu den Effekten einer Beitragssatzreduzierung auf Arbeitskosten und Löhne z. B.: *Buscher 2001*, 455-474.
- 10 Für eine ausführliche Darstellung des Quadrantenmodells und der Prämissen vgl.: *May 2002*, 239ff.
- 11 Vgl. zur Idee des Selbstmedikationsbudgets: *Hüsgen/May 2002*, 18-21.
- 12 Vgl. zu den ordnungspolitischen Aspekten der Selbstmedikation: *Reibnitz/Litz 1999*, 15-16 sowie *May/Oberender 2001*, 1-23.

Literatur

BAH (Hrsg.) (2000): Gesundheits- und Arzneimittelversorgung in Deutschland: Akzeptanz von Reformvorschlägen in der Bevölkerung, Bonn.

BKK-Bundesverband (2000): Daten aus Gesundheitswesen und Sozialpolitik, CD-Rom, Essen.

Buscher H S/Buslei H/Göggelmann K/Koschel H/Schmidt F N T/Steiner V/Winker P (2001): Empirical macro models under test. A comparative simulation study of the employment effects of a revenue neutral cut in social security contributions, *Economic Modelling*, Elsevier Science; Vol.18, 3/2001, 455-474.

Drummond M F/O'Brien B J/Stoddart G L/Torrance G W (1997): *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, 2. Aufl.; Oxford, 28 ff.

Erbsland M/Ulrich V/Wille E (2000): Ökonomische Bewertung von Arzneimittelinnovationen, in: Klauber, J. et al. (Hrsg.), *Innovationen im Arzneimittelmarkt*, Berlin u. Heidelberg, 169-192.

Glaeske G (1996): Wieviel Mißbrauch? Anwendung von Schmerz- und Mißgremitteln in Zahlen, in: *Münchner Medizinische Wochenschrift*, 138, 522.

Hannoveraner Konsensgruppe (1996): Deutsche Empfehlungen zur gesundheitsökonomischen Evaluation, in: *Klinische Pharmakologie* 7 (1), 53-56.

Hicks J R (1939): The Foundation of Welfare Economics, in: *Economic Journal*, 696-712.

Hüsgen U/May U (2002): Gesetzliche Krankenversicherung: Selbstmedikationsbudget als Steuerungsinstrument; in: *Pharmazeutische Zeitung*, 41/2002, 18-21.

May U/Wasem J (2003): Medizinische Risiken versus ökonomische Chancen der gesundheitlichen Eigenverantwortung, Eine modelltheoretische Analyse am Beispiel der Therapie mit rezeptfreien Arzneimitteln; in: *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 1/2003; 8, 31-38.

May U (2002): Selbstmedikation in Deutschland, Eine ökonomische und gesundheitspolitische Analyse, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart.

May U/Oberender P (2001): The regulatory environment of the German OTC-market with regard to individual and social aspects, *European Policy Forum*, London.

Maynard A/Richardson G (1996): Over-the-Counter-Medicines: Do they enhance efficiency or cost control?, *The Social Market Foundation*, Occasional Paper No. 13, Wallington, Surrey.

Queen's Health Policy, Queen's University Kingston (1995): *The Economics of Self-medication*, Ontario / Canada.

Reibnitz C/Litz D (1999): **Konsumentenstärkung im Gesundheitswesen:** Ein großer Schritt zu mehr Demokratie und Effizienz, in: *Pharmazeutische Zeitung*, 144. Jg., 7/1999, 15 – 16.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG) (2001): **Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band 1:** Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation, Gutachten 2000 / 2001, Bonn.

VFA (Hrsg.) (2000): **Ergebnisse der EMNID-Umfrage:** Auswirkungen der Budgetierung auf die Arzneimittelversorgung und das Vertrauen in das Gesundheitssystem, Berlin .

Wasem J (1999): **Das Gesundheitswesen in Deutschland:** Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung, Eine Bestandsaufnahme, Neuss.

Wasem J/Nolting H-D (2002): **Der Patient vor der Wahl:** Durch mehr Wissen zu mehr Verantwortung, Neuss.

DIE AUTOREN



Dr. Uwe May, geb. am 18. September 1967 in Bad Neuenahr, absolvierte das Studium der Volkswirtschaftslehre an der Universität Bonn mit Studienschwerpunkten im Bereich wirtschafts- und gesundheitspolitischer Fragestellungen. Seit Februar 1995 ist er Referent für Gesundheitsökonomie und Statistik des Bundesverbandes der Arzneimittel-Hersteller e.V. in Bonn. In dieser Funktion befasst er sich mit der Analyse der Gesundheits- und Arzneimittelversorgung sowie gesundheitsökonomischen Aspekten der Selbstmedikation. Im April 2002 Abschluss einer Promotion an der Universität Greifswald, die sich mit dem gesundheitsökonomischen Nutzen und den medizinischen Risiken der eigenverantwortlichen Arzneimittelanwendung befasst.



Prof. Dr. Jürgen Wasem
 VWL-Studium (1978-83) an: Pennsylvania State University, University of Sussex, Universität Köln. Promotion (86), Habilitation (96)
 Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Köln (83-85), Referent im BMA, Abteilung Krankenversicherung (85-89), Projektleiter am MPI für Gesellschaftsforschung (91-94), Prof. an der Fachhochschule Köln (89-91 u. 94-97), Prof. Universität München (97-99), Universität Greifswald (99-03), seit April 2003 Stiftungsprofessur an der Universität Duisburg-Essen.