

occupe une place importante en Suisse. Les pharmaciens ont relevé le défi et intensifient leur formation dans le domaine de l'automédication.

#### Literatur

- [1] Schär M. et al., Selbstmedikation – Ergebnisse einer Repräsentativerhebung im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms Nr. 8. Erster Forschungsbericht, Zürich, 1984.
- [2] Schär M. et al., Selbstmedikation. Zweiter Forschungsbericht, Zürich, 1985.
- [3] Rüegg A., Selbstmedikation, Schweizer Apotheker-Zeitung 1984, 122: 1101–1107.
- [4] Sticher O., Selbstmedikation und die Bedeutung der Information für die Arzneimittelsicherheit. Schweizer Apotheker-Zeitung 1984, 122: 1057–1063.
- [5] Untersuchung der Stiftung Warentest über die Arzneimittelberatung in bundesdeutschen Apotheken, Deutsche Apotheker-Zeitung 1984, 124: 1486. Zit. nach 4.

## Fördert die Selbstbeteiligung die Selbstmedikation?

### Eine Vergleichsstudie in sechs Ländern der Europäischen Gemeinschaft

F. G. van Andel

Ciba Geigy AG, 4002 Basel

#### Problemstellung

Gegen Ende der Siebziger Jahre wurden sowohl in allen westeuropäischen Ländern als auch in Nordamerika Initiativen entfaltet, die eine Dämpfung oder möglichst sogar ein Stagnieren des Kostenwachstums in der Gesundheitsversorgung zum Ziel hatten. Der Grund für derartige Sparmassnahmen war u.a. die Wirtschaftsrezession, deren Auswirkungen bis heute spürbar sind, ausserdem die Kostenexplosion im Gesundheitswesen. Der Gesetzgeber stellte dabei auch Überlegungen an, in welcher Form Arzt und Patient an diesem Sparprogramm beteiligt werden könnten: Da dies die beiden letzten Glieder im Verteilersystem von Arzneimitteln sind, wurden gesetzliche Massnahmen zur Reduzierung der Medikamentenkosten beschlossen (1). Dieses Vorgehen hatte in einigen Ländern die Einführung sogenannter «Listen» zur Folge. Sie bezwecken eine Einflussnahme auf die Verschreibungsgewohnheiten des Arztes, indem gewisse Arzneimittel von der Erstattungspflicht der Kassen ausgeschlossen werden. Zusätzlich wurde eine Regelung zur Selbstbeteiligung des Patienten an Medikamentenkosten eingeführt oder - wo bereits vorhanden - verschärft. Kurzfristig werden hierdurch verminderte Arzneimittelausgaben für die Krankenkassen bezweckt. Längerfristig verspricht sich der Gesetzgeber jedoch zusätzlich auch eine Abnahme des Arzneimittelverbrauchs.

Da gegenwärtig in der Schweiz ähnliche Massnahmen diskutiert werden, beschreibt dieser Artikel die zur Zeit gültige Regelung der Selbstbeteiligung in 6 Ländern der Europäischen Gemeinschaft. Im Mittelpunkt steht die Beziehung zwischen Selbstbeteiligung an Arzneimittelkosten, welche von den Krankenkassen vergütet werden, und Selbstmedikation, dh Medikamenten, welche vom Patienten auf eigene Kosten direkt in der Apotheke bezogen werden (2). Untersucht wird, ob der Patient von einer gewissen Höhe des Selbstbehaltes an zur Selbstmedikation übergeht.

#### Selbstbeteiligungsmodelle

Abel-Smith (3) unterscheidet grundsätzlich die «absolute» sowie die «prozentuale» Selbstbeteiligung als denkbare Möglichkeit zur direkten Kostenbeteiligung der Krankenkassenversicherten bei der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens. Hinzu kommen Mischformen, wie zB der Ausschluss bestimmter Leistungen aus dem Erstattungsangebot der Krankenkassen, was letztendlich einer indirekten Selbstbeteiligung gleichkommt.

In der Europäischen Gemeinschaft (EG) kommen betreffend Arzneimittelkosten diese beiden Alternative sowie Mischformen vor. Sie werden von Münnich (4) wie folgt beschrieben:

Bei einer absoluten Selbstbeteiligung, d.h. der Erhebung eines festgesetzten Betrages pro Medikament oder Rezept als Selbstbehalt, ist ihre Höhe nicht vom Medikamentenpreis abhängig; bei einer prozentualen Selbstbeteiligung jedoch steht der vom Patienten zu leistende Betrag in einem proportionalen Verhältnis zum Preis. Die Krankenkasse erstattet bei pauschaler und prozentualer Selbstbeteiligung nur die Kosten für rezeptpflichtige Medikamente. Freiverkäuflich Präparate bezahlt der Patient demnach selber.

#### Belgien

Das INAMI (Institut National Assurance Maladie Invalidité), bei welchem mehr als 85% der Bevölkerung versichert sind, vergütet Arzneimittel, die nicht in Spitälern verschrieben oder abgegeben werden, mit einem Selbstbehalt. Arzneimittel, die im Rahmen einer stationären Behandlung im Spital abgegeben werden, sind für den Patienten kostenfrei. Das INAMI hat damit seit 1970 ca. 75–78% der Auslagen des Patienten für alle verschriebenen Präparate zurückerstattet.

Die Regelung zur Selbstbeteiligung wurde 1980 grundlegend modifiziert. Seither ist der durch die Krankenkassen zurückzuerstattende Anteil von der Therapie-

klasse, der ein bestimmtes Präparat zugerechnet wird, abhängig.

Man unterscheidet hierbei drei Hauptkategorien:

- Unentbehrliche Arzneimittel, wie Insulin und Antikrebsmittel werden 100%-ig vergütet.
- Für «notwendige» Medikamente - Antibiotika, Antirheumatika etc. - werden 75% zurückerstattet (85% für Invalide, Betagte, Witwen)
- Für «weniger wichtige» Präparate, z.B. Kalzium-Antagonisten, werden 50% bezahlt.

Im März 1982 wurde der Selbstbehalt von BFr 35.00 für Magistral-Zubereitungen erhöht und beträgt seither BFr 50.00 (etwa Sfr 2.00). Für eine anzahlmässig bedeutende Gruppe rezeptfreier Mittel - u.a. Appetithemmer und Vitaminpräparate, welche nicht erstattungspflichtig sind, wird in den Medien direkte Publikumswerbung betrieben. Die Arzneimittelbehörde kontrolliert jedoch Inhalt und Auflage solcher Werbung streng (5).

Der ambulante und der stationäre Sektor bedienen sich ebenfalls des Instrumentariums einer Selbstbeteiligung, um so zu einer Kostenbekämpfung zu gelangen. (Tabelle I)

### England

Eine Rückerstattung für rezeptfreie Medikamente, der sogenannten «non-ethical» oder «proprietary drugs», für die medienmässig Publikumswerbung betrieben werden darf, kommt für das National Health Service (NHS) in England nicht in Betracht. Grundsätzlich hat

das NHS eine absolute Monopolstellung für verschreibungspflichtige Arzneimittel; in den letzten Jahren bieten sich allerdings vermehrt auch einige Privat-Versicherer als Ausweichmöglichkeit für das als «träge» geltende NHS an. Die Regelung zur Selbstbeteiligung wurde im Rahmen des NHS verschiedentlich modifiziert. Dabei wurde der Selbstbehalt pro verschriebenem Medikament stets erhöht. Zur Zeit trägt der Patient durchschnittlich £ 2.00 (immerhin etwa SFr 6.00) pro verordnete Arznei (6). Im Jahr 1981 wurden die Gesamtausgaben der NHS für Arzneimittel durch die Selbstbeteiligung zu 38% abgedeckt. Der Selbstbehalt betrug damals durchschnittlich £ 1.30 pro Produkt.

Der hohe Selbstbehalt hat zur Folge, dass in England die Selbstmedikation zur häufig angewandten und beliebten Therapieform wurde. Ihr Anteil wurde bereits im Jahr 1980 auf ca. 20% des Gesamtumsatzes an Medikamenten geschätzt und beträgt inzwischen 25% (5). Allerdings kennt Grossbritannien eine relativ hohe Anzahl von Ausnahmen zum gesetzlichen Selbstbeteiligungsmodell. Für ca. 69% aller auf Verordnung bezogenen Arzneimittel muss der Versicherte keinen Eigenbeitrag leisten.

### Frankreich

Bereits im Jahr 1928 wurde in Frankreich die Selbstbeteiligung per «Ticket modérateur» eingeführt. Zwar wurde das System der «Tickets» im Laufe der Jahre bedeutend erweitert (7), die damals durch das französische Parlament genehmigten Grundsätze haben jedoch nichts von ihrer Gültigkeit verloren und dienen heute noch als Richtlinien für die Krankenkassen. Der zu leistende Selbstbehalt sieht einen prozentualen Ersatz der Ausgaben für ambulante, stationäre und medikamentöse Versorgung vor und bezweckt in erster Linie eine Kostenbekämpfung. Hierbei geht es nicht nur um kurzfristige Mehreinnahmen; das Modell bezweckt langfristig Einsparungen durch gezieltere und vernünftiger Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch die Bevölkerung. Die französische Regierung betrachtet die Selbstbeteiligung als ein sinnvolles Instrumentarium, um die Nachfrage nach bestimmten Gesundheitsgütern einzuschränken. Die Höhe des durch den Patienten zu leistenden Beitrages spielt hierbei eine entscheidende Rolle. Dieser Prozentsatz wird gesetzlich verankert und regelmässig der jeweils gültigen Kostenstruktur im Gesundheitswesen angeglichen (8). (Tabelle I)

Für Arzneimittel gelten seit November 1982 die nachfolgenden Vorschriften:

- 70 Spezialitäten werden durch die Kassen zu 100% rückvergütet. Es handelt sich hierbei u.a. um Präparate zur Krebsbekämpfung sowie für Herz- und Gefässerkrankungen.
- Eine Erstattungspflicht von 70% gilt für die in der Apotheke hergestellten Magistral-Zubereitungen und für einen «Restposten», der weder der 100%- noch der 40%-Gruppe zugeordnet ist.

Tabelle I: Der Kassenpatient und die Selbstbeteiligung in einigen Ländern der EG

	ambulant	stationär	Arzneimittel
BELGIEN	25 % Hausarzt	Taggeld bis 40 Tage nach Aufnahme	0, 25 oder 50 %
ENGLAND			nil oder £ 2.00 pro Arzneimittel
FRANKREICH	35 % - mit Ausnahmen	20 % mit Ausnahmen	0; 30 oder 60 %
ITALIEN			0 15 % + Lit 1000 Lit 1000
NIEDERLANDE			Hfl 2.50 pro Medikament höchstens Hfl 125.00 jährlich
BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND		DM 5.00 pro Pfllegetag die ersten 14 Tage Obergrenze DM 70.00	DM 2.00 pro Medikament

– 40% zahlen die Kassen für die sogenannten «Médicaments de confort», wie z.B. Abführmittel und Vitaminpräparate. Generell ist eine Verschiebung erkennbar in den Kategorien, denen bestimmte Medikamente - und nicht nur solche, die schon lange am Markt sind - zugeordnet sind. So verloren im November 1982 1225 Präparate ihren «70%-Status» und werden nur noch zu 40% vergütet.

Somit trägt der französische Patient für alle vom Arzt verschriebenen Arzneimittel, mit Ausnahme der oben erwähnten 70 Spezialitäten, eine relativ hohe Selbstbeteiligung.

### Italien

In Italien wurde die Regelung betreffend der Kassenerstattungspflicht für Arzneien während einer relativ kurzen Zeitspanne verschiedentlich modifiziert. Dies mag mit dem häufigen Regierungswechsel zusammenhängen. Dem jetzigen Parlament - seit April 1984 (9) im Amt - diente als Ausgangsbasis, dass lediglich diejenigen Arzneimittel rückerstattet werden, welche auf dem «Prontuario Terapeutico Nazionale», einer sogenannten «Positiv-Liste», figurieren. Der Prontuario umfasst drei Kategorien erstattungspflichtiger Präparate:

- Unentbehrliche («Life-saving») Arzneimittel werden 100%ig vergütet. Es handelt sich hierbei um 112 Präparate in 180 Darreichungsformen.
- Ein Selbstbehalt von 15% plus Lit 1000 (etwa SFr 1.30) fällt an für Antibiotika, Chemotherapeutika und bestimmte andere Produkte, z.B. Kontrazeptiva.
- Der Verbrauch von Generics wird gefördert, indem für diese lediglich Lit 1000 zu bezahlen sind.

Ähnlich wie in Frankreich lässt sich auch in Italien eine laufende Verschärfung der Regelung für die Kassenersatzpflicht feststellen, was sich besonders auf «ältere» Präparate auswirkt, indem diese stets weniger vergütet werden. So haben z.B. 1350 Arzneien aufgrund einer im April 1984 erlassenen Verordnung ihren «life-saving-status» verloren, wodurch für diese seither 15% plus Lit 1000 vom Patienten zu übernehmen sind. Auch bei dieser getroffenen Massnahme stand/steht eine Kostenverminderung im Vordergrund. Das Gesundheitsministerium rechnet mit Einsparungen in Höhe von 400 Milliarden Lire (etwa 500 Mio SFr). In Anbetracht der Tatsache, dass im ersten Quartal 1984 ca. 5000 Milliarden Lire mehr für das Gesundheitswesen aufgewendet wurden als während der gleichen Periode des Vorjahres, erscheint dies allerdings wie ein Tropfen auf den heißen Stein (10).

### Niederlande

Eine Rechtsverordnung zur Einführung eines Selbstbehaltes für Arzneimittel datiert vom Februar 1983, obwohl diese Massnahme schon lange als notwendig erachtet und darüber diskutiert worden war. Seither muss der Versicherte Hfl 2.50 (etwa SFr 2.00) pro

verordneter Arznei selbst bezahlen. Dabei gilt aber eine Höchstgrenze des Selbstbehaltes von insgesamt Hfl 125.00 pro Person und Kalenderjahr. Darüberhinausgehende Arzneimittelausgaben des Patienten werden von der Kasse voll erstattet. Die Selbstbehalt-Gebühr von Hfl 2.50 ist vom Apotheker oder vom dispensierenden Arzt einzuziehen.

Die Rechtsverordnung betreffend Selbstbeteiligung muss als Ergänzung zum «1. Oktober-Erlass» betrachtet werden, durch welchen 4 Präparatgruppen ihren Rückerstattungs-Status verloren (11). Beide Massnahmen bezwecken eine Verminderung des Arzneimittel-Verbrauchs, wodurch die Finanzen der Kassen weniger strapaziert würden.

Einer durch die «Vereinigung Holländischer Krankenkassen» (VNZ) durchgeführten Erhebung zufolge sollen die Verordnungen zur Selbstbeteiligung bereits 70 Millionen Gulden an Einsparungen erbracht haben (12). Das «Gesundheitsministerium» erwägt inzwischen auch die Selbstbeteiligung für die ambulante und stationäre Krankenversorgung (13).

### Bundesrepublik Deutschland

Aus der Notwendigkeit zu Einsparungen im Gesundheitswesen erliess die Bundesregierung bereits im Jahre 1977 das «Kostendämpfungsgesetz». Das Instrument Selbstbeteiligung für Medikamente findet bis heute jedoch nur in sehr beschränktem Masse Anwendung. Von 1970 bis 1979 galt ein Selbstbehalt von 20%, höchstens jedoch DM 2.50 (etwa SFr 2.10) pro abgegebene Arznei (5). Von 1979 bis 1983 wurde eine Rezeptgebühr von DM 1.00, später DM 1.50, dann DM 2.00 erhoben. Im April 1983 wurde die sogenannte «Negativ-Liste» (14) eingeführt, welche vier seither von der Kassenerstattungspflicht ausgeschlossene Arzneimittelgruppen enthält. Es sind dies: Arzneimittel gegen Reisekrankheit, Abführmittel, Mittel gegen Erkältungskrankheiten und Grippale Infekte sowie Mund- und Rachentherapeutika. Von dieser Massnahme erhoffte sich der Gesetzgeber namhafte Auswirkungen (Einsparungen in Höhe von 500 bis 600 Mio DM pro Jahr), indem eine Weiterverordnung seitens der Ärzte eine «indirekte Selbstbeteiligung» zur Folge gehabt hätte. Heute steht jedoch fest, dass sich diese Erwartungen mitnichten erfüllt haben, da die Ärzteschaft auf weiterhin erstattungspflichtige Präparate ausgewichen ist (15). Auch die Kassen geben heute realistischere Einsparungshöhen von etwa 200 Mio DM pro Jahr an.

### Absolute und/oder prozentuale Selbstbeteiligung

Tabelle II zeigt die Entwicklungen um die Selbstbeteiligung für Arzneimittel in der EG auf. Hierbei wird klar ersichtlich, dass sich in einigen Ländern eine deutliche Tendenz in Richtung des Systems der prozentualen Selbstbeteiligung, in anderen in Richtung absoluter Betrag herauskristallisiert. Wie angesprochen, haben fast alle europäischen Länder im Rahmen des Sozialstaatsprinzips auch im Falle eines prozentualen Selbst-

Tabelle II: Selbstbeteiligung für Arzneimittel

	Festbetrag	Proporzsystem	Höchstbetrag
BELGIEN			
ENGLAND			
FRANKREICH			
ITALIEN			
NIEDERLANDE			
BUNDES- REPUBLIK DEUTSCHLAND			

Tabelle III: Selbstmedikation - Anteil dieser Präparatengruppe am Gesamtumsatz der Apotheken

USA	35 %
ENGLAND	25 %
BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND	18 %
JAPAN	15 %
BELGIEN	10 - 15 %
NIEDERLANDE	8 %
FRANKREICH	7 %
ITALIEN	5 %

behaltes eine Ausnahmeregelung für den Patienten festgelegt.

### Selbstmedikation und Selbstbeteiligung

Die Selbstmedikation als Eigenversorgung hatte ihren Ursprung in den angelsächsischen Ländern («self-medication» in den USA und «home-medication» in England). Sie wurde jedoch erst in den Siebzigerjahren durch die Ärztevereinigungen verschiedener europäischer Länder anerkannt (16). Diese befürchteten, dass eine hohe Anzahl Versicherter die Selbstmedikation vorzöge, auch wenn der Schweregrad der Krankheit eine Konsultation beim Mediziner erfordern würde.

In letzter Zeit wird die Selbstmedikation immer häufiger in direkten Zusammenhang mit dem Selbstbehalt gebracht; bei einer Progression der Selbstbeteiligung wird vermehrt zur Selbstmedikation übergegangen. Dies umsomehr, als künftig in vermehrtem Masse nicht nur für Arzneimittel, sondern auch für die stationäre und die ambulante Versorgung eine gewisse Summe durch den Versicherten selbst zu zahlen ist. Für belgische Patienten z.B. kann heute die Selbstmedikation schon weitaus günstiger sein als eine Arztkonsultation, weil für diese 25% und für die eventuell verordneten Präparate maximal bis zu 50% selbst bezahlt werden müssen.

Tabelle III zeigt, wieviel Prozent die Selbstmedikationspräparate am Apotheker-Gesamtumsatz ausmachen.

In Grossbritannien geht ein zunehmend grösserer Personenkreis zur Selbstmedikation über, was einerseits sicherlich mit der Höhe des Selbstbehaltes - gegenwärtig

£2.00 - zusammenhängt; zum anderen hat jedoch das britische Gesundheitsministerium bereits seit Bestehen des NHS, also seit Ende der Vierzigerjahre, diese Therapieform aktiv propagiert und unterstützt. Dies ist auch der Grund dafür, dass in den englischen Medien für die «proprietary drugs» geworben werden darf.

Obwohl Frankreich eigentlich auf die längste Zeit seit der Einführung einer ersten Form der Selbstbeteiligungs-Regelung zurückblickt, schlägt sich dies nicht in einem hohen Prozentsatz am Arzneimittelumsatz nieder. Dies ist vermutlich zurückzuführen auf die strengen Kontrollen, denen die Werbung für freiverkäufliche Arzneimittel unterworfen ist. Überdies ist die Registrierung dieser «over-the-counter» oder «OTC»-Präparate kompliziert und zeitaufwendig.

In Italien existieren für OTC-Mittel keine Preisbindungen, weshalb sie relativ teuer sind. Diese Tatsache ist für den geringen Umsatz-Anteil verantwortlich. Ausserdem werden im Gegensatz zu anderen Ländern auch die in diese Kategorie gehörenden Arzneien durch die Krankenkasse vergütet.

In der Bundesrepublik Deutschland kann die relativ hohe Selbstmedikationsrate als Folge der 1983 eingeführten Liste gewertet werden.

In den Niederlanden wurde - ähnlich der deutschen Negativ-Liste - ein Papier eingeführt, wodurch sämtliche freiverkäuflichen Mittel von der Kassenerstattungspflicht ausgeschlossen wurden. Eine genaue Bewertung der Verhältnismässigkeit zwischen Selbstbeteiligung und Selbstmedikation wird hierdurch erschwert.

In Belgien schliesslich hängt der relativ hohe Anteil der Selbstmedikation damit zusammen, dass für ca 300

rezeptfreie Mittel freie Medienwerbung betrieben werden darf.

### Rezeptpflichtig – rezeptfrei

Auffallend ist, dass auf dem europäischen Festland der prozentuale Umsatzanteil der Selbstmedikation immer noch verhältnismässig gering ist. Einer der Gründe hierfür liegt sicherlich in der Arzneimittelgesetzgebung der meisten Länder, die zwischen «rezeptpflichtigen» und «rezeptfreien» Arzneimitteln unterscheidet. Rezeptpflichtig sind all jene Präparate, die «bei laienhafter Anwendung Gesundheitsschäden verursachen können» (17). Da jedoch die meisten Medikamente (in Holland z. B.  $\pm 90\%$ ) nur gegen Verschreibung erhältlich sind, bedeutet dies, dass die Selbstmedikation auf die sogenannten Bagatellkrankheiten, die mit «harmlosen» Arzneien kurierbar sind, beschränkt bleibt. Es handelt sich hierbei um Mittel gegen Erkältung, Husten, Reisekrankheit, grippale Infekte etc.

### Höhe der Selbstbeteiligung

Das Beispiel Grossbritannien lässt am ehesten den Rückschluss zu, dass die Höhe der Selbstbeteiligung einen direkten Einfluss auf die graduelle Anwendung der Selbstmedikation hat. Da in Europa vergleichende Studien über das Zusammenwirken von Selbstbeteiligung und Selbstmedikation noch nicht abgeschlossen vorliegen, wird im folgenden kurz auf eine in den USA durchgeführte empirische Studie (18) zurückgegriffen. Zwar weicht das amerikanische System der Krankenversicherungen deutlich von dem europäischen ab, sodass die nachfolgend aufgeführten Daten nur mit Vorsicht interpretiert werden dürfen. Da in Europa noch keine Daten vorliegen, ist dieses Vorgehen durchaus zu rechtfertigen.

In den Vereinigten Staaten wurde kürzlich eine Erhebung abgeschlossen, die mehr Klarheit in die Zusammenhänge zwischen der Höhe der Selbstbeteiligung und dem Mass der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung bringen sollte. Zu diesem Zweck wurden vier Personengruppen gebildet, die an den Kosten für ambulante, stationäre und medizinische Leistungen mit je 0, 25, 50 oder 95% beteiligt wurden, wobei die 95%-Gruppe einen niedrigen Höchstsatz hatte, bei dessen Überschreitung der Selbstbehalt verfällt. Ein erstes Resultat dieser Studie wies aus, dass die 0%-Gruppe eine 50% höhere «bill for medical services» hatte als die 95%-Gruppe. Letztere verzeichnete deutlich weniger Konsultationen und bezog auch weniger Arzneimittel, obgleich alle vier Gruppen möglichst identisch zusammengestellt worden waren. Hier hatte ein Substitutionsprozess stattgefunden, indem die Patienten vA zur Selbstmedikation hinübergewechselt hatten.

Eine erhöhte Selbstbeteiligung hat verschiedene Dimensionen. Zunächst muss daran festgehalten werden, dass der Patient bei seiner Wahl zur Selbstmedikation eine subjektive Diagnose stellt, welche durch persönliche Erfahrungen und Bildungsgrad beeinflusst

wird. Obwohl er durchaus in der Lage ist, leichte Befindlichkeitsstörungen wie z. B. Unwohlsein selber zu diagnostizieren, muss daran gezweifelt werden, ob eine erhöhte Selbstmedikation nicht dazu führen könnte, dass gewisse Krankheiten zu spät erkannt werden, was längerfristig erhebliche Kosten verursachen würde. Solche Kosten könnten auch die kurzfristigen Einsparungen, welche darin bestehen, dass weniger Arztkonsultationen stattfinden, weitgehend übersteigen. Eine Abnahme der Arztkonsultationen setzt eine erhöhte Verantwortung des Apothekers voraus. In den USA hat man diese Verantwortung in verschiedenen Bundesstaaten so gegliedert, dass dem Apotheker unter Umständen gewisse Freiheiten hinsichtlich der Verschreibung zustehen (19). Andererseits ist es denkbar, dass der Patient aufgrund der erhöhten Selbstbeteiligung nicht noch mehr Geld für Arzneimittel insgesamt ausgeben möchte. Er lässt sich daher möglichst viele erstattungsfähige Arzneimittel verschreiben, damit wenigstens ein Teil seines gesamten Arzneimittelverbrauches vergütet wird. Eine verringerte Selbstmedikation ist die Folge.

Schliesslich sei erwähnt, dass nicht nur eine Selbstbeteiligung die Selbstmedikation fördern kann, sondern auch die Tatsache, dass, wie oben erläutert, ein Medikament rezeptfrei ist.

### Zusammenfassung

Gegenwärtig wird in der Schweiz eine Änderung der Selbstbeteiligungsregelung zur direkten Kostenbeteiligung der Krankenversicherungen bei der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens heftig diskutiert. Ebenso werden im Arzneimittelmarkt Anstrengungen unternommen, durch eine Modifizierung der Selbstbeteiligungsregelung für erstattungsfähige Präparate die Ausgaben der Krankenkassen zu vermindern.

Der nachfolgende Artikel erläutert die Handhabung der Selbstbeteiligung für Arzneimittel in 6 Ländern der Europäischen Gemeinschaft. Untersucht wird, ob in diesen Ländern eine Einführung beziehungsweise Verschärfung der heute gültigen Bestimmungen derartiger Regelungen zu einer vermehrten Selbstmedikation führt. Das Beispiel Grossbritannien lässt am ehesten den Rückschluss zu, dass die Höhe der Selbstbeteiligung einen direkten Einfluss auf die graduelle Anwendung der Selbstmedikation hat. Jedoch sei erwähnt, dass auch andere Faktoren bei der Förderung der Selbstmedikation eine gewichtige Rolle spielen – wie z. B. die Tatsache ob ein Medikament rezeptpflichtig oder rezeptfrei ist –, und somit die Darstellung eine deutliche Korrelation zwischen Selbstbeteiligung und Selbstmedikation erschweren.

### Summary

#### Patient part-payment for drugs and self-medication

Discussing cost-sharing in health care as a means to arrive at certain cost retrenchments is nowadays a popular topic in Switzerland. This also holds true for patient part-payment of medicines, through which the level of reimbursement of prescription medicines by sick-funds may be decreased.

This paper reviews recent changes in the patient part-payment system for drugs in 6 countries of the European Community. It is investigated whether the rate of self-medication increases, when patient part-payment systems for drugs are intensified. Especially the English situation seems to prove the validity of this correlation. However, one should be cautious, because many other factors - such as whether a medicine has a prescription-only status or not - may also play a prominent role.

**Résumé**

**Le tiers-payement favorise-t-il l'automédication?**

Une modification du règlement sur la participation des assurés aux frais de santé fait actuellement l'objet de vives discussions en Suisse. Dans le domaine des médicaments la possibilité de diminuer les dépenses des Caisses-maladie moyennant une révision du règlement sur les produits remboursables est également à l'étude.

L'article suivant explique le mécanisme de participation des assurés aux frais des médicaments tel qu'il existe dans six pays de la Communauté Européenne. L'auteur cherche déterminer si l'introduction voire un renforcement de tels règlements déjà existants dans ces pays conduisent à une auto-médication accrue. Prenant la Grande-Bretagne comme exemple on pourrait admettre que le degré de participation des assurés aux frais des médicaments influence directement le recours graduel à l'auto-médication. Cependant, il convient de préciser que d'autres facteurs – p. ex. le fait qu'un médicament soit soumis à la prescription médicale ou pas – favorisent également l'auto-médication. Il n'est donc pas aisé d'établir une corrélation claire et nette à cet égard.

**Literatur:**

- [1] Christensen, D.B., Bush P.J.: Drug prescribing; patterns, problems and proposal Soc Sci Med 1981 15A: 343-355;
- [2] Beske, F., Cranz, H.: Auswirkungen gesetzgeberischer Massnahmen auf die Selbstmedikation Pharm Zeit 1983; 128-7

- [3] Abel-Smith, E.: The rising cost of health care in: Brandt, A., et al (eds) Springer Verlag Berlin 1980; 17
- [4] Münnich, F.E.: Modelle der Selbstbeteiligung in: Int. Ges. für Gesök. Gustav Fischer Verlag Stuttgart 1980; 9
- [5] Röper, B.: Publikumswerbung für Arzneimittel Aachener Ökonomische Studien 5 Frankfurt 1980; 63
- [6] Brandt, A., et al: Eurocare Health Econ, Basel 1985; 55
- [7] Beer, F.J., Beer-Poittevin, F.: Die Selbstbeteiligung in der französischen Krankenversicherung. Int Ges für Gesök, Gustav Fischer Verlag, Stuttgart 1980, 75
- [8] Civeyrel, F.: Les systèmes de santé en Europe 30, jours d'Europe 1982; 290: 28 (1982)
- [9] Scrip 1984; 897: 6
- [10] IMS Pharmaceutical Market Letter 1984; 3
- [11] Besluit farmaceutische hulp ziekenfondsverzekering, 22 Juli 1982, Nr 123794 und 17 Sept. 1982, Nr 125261
- [12] De Klein, J.J.M., Collaris, N.M.: Patient krijgt steeds grotere hoeveelheden medicijnen 1983; 11: 4-6
- [13] IMS Pharmaceutical Market Letter 1983; 4
- [14] Schenk, H.: Die Negativ-Liste Pharm Ind 1983; 45/6: 553
- [15] Trendmeldung der Kassen: umstrittene Arzneimittel-Negativliste «greift» Deu Ar Blatt 1983; 37
- [16] Herder-Dorneich, P.: Zur Ökonomik der Selbstmedikation, Bundesfachverband der Heilmittelindustrie, Köln 1977; 2
- [17] Arzneimittelgesetz vom 24. August 1976 (BGBl. I S. 1252)
- [18] Newhouse, N.P., et al: Some interim results from a controlled trial of cost sharing in health insurance New Eng J of Med 1981; 305: 25
- [19] Covington T.R.: Toward a rational approach to the issue of prescribing authority for pharmacists Drug Int and Clin Pharm 1983; 17: 660-666

## Zum Stand der Selbstmedikation in der Bundesrepublik Deutschland

Fritz Beske und Reinhard Hanpft

Institut für Gesundheits-System-Forschung, Beselerallee 41, D-2300 Kiel 1

### Politik und Gesetzgebung

In der Antwort der Bundesregierung vom 24. Februar 1982 auf die Grosse Anfrage der CDU/CSU zum Thema «Gesundheit und Eigenverantwortung» heisst es: «In der Arzneimittelgesetzgebung und im Gesetzesvollzug ist die Bundesregierung bemüht, bei Wahrung grösstmöglicher Sicherheit, der Selbstmedikation einen angemessenen Platz im Versorgungssystem zu belassen, was sich bisher bewährte.» [1]. Diese grundsätzlich befürwortende Einstellung zur Selbstmedikation gilt fort. So sagte der Bundeswirtschaftsminister bei der Jahreshauptversammlung des Bundesfachverbandes der Arzneimittel-Hersteller (BAH) 1985: «Selbstmedikation ist nach meiner Überzeugung der Ausdruck eigenverantwortlichen Gesundheitsverhaltens des mündigen Bürgers». Er fügte hinzu: «Selbstmedikation muss dort ihre Grenzen finden, wo der

einzelne unvertretbar gefährdet würde und Schäden für die Volksgesundheit entstehen könnten.» [2].

Die gesundheitspolitische Diskussion in der Bundesrepublik Deutschland beschäftigt sich also nicht mit der grundsätzlichen Frage «Selbstmedikation – ja oder nein?», sondern zum einen mit dem Problem der verantwortbaren und praktikablen Grenzziehung zwischen Selbstmedikation und ärztlicher Arzneimittelverordnung, zum anderen mit Regelungen innerhalb des Bereiches nichtverschreibungspflichtiger Arzneimittel.

Nach dem derzeit gültigen Arzneimittelgesetz (AMG) von 1976 werden die nach § 2 AMG definierten Fertigarzneimittel in die Gruppe der verschreibungspflichtigen Arzneimittel (§§ 48, 49 AMG) und die Gruppe der nichtverschreibungspflichtigen Arzneimittel eingeteilt. Zu den nichtverschreibungspflichtigen Arzneimitteln