

Persönliche PDF-Datei für

Göbel H., Braun J., Petersen-Braun M., Gessner U.

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

www.thieme.de

Pharmakoökonomischer Nutzen
der Selbstmedikation in
Deutschland – Empirische Un-
tersuchung am Beispiel von Mi-
gräne und Kopfschmerzen

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1553042>

Nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt.
Keine kommerzielle Nutzung, keine Einstellung
in Repositorien.

Verlag und Copyright:

© 2015 by
Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14
70469 Stuttgart
ISSN 1432-2625

Nachdruck nur
mit Genehmigung
des Verlags

 **Thieme**

Pharmakoökonomischer Nutzen der Selbstmedikation in Deutschland – Empirische Untersuchung am Beispiel von Migräne und Kopfschmerzen

Pharmacoeconomical Benefit of OTC-medicines in Germany – Empirical Study on Migraine and Headaches

Autoren

H. Göbel¹, J. Braun², M. Petersen-Braun², U. Gessner³

Institute

¹ Neurologisch-verhaltensmedizinische Schmerzambulanz Kiel, Migräne- und Kopfschmerzzentrum, Kiel, Deutschland

² Zur Mühle 13, Königswinter, Deutschland

³ Bayer Vital GmbH, Scientific Affairs Consumer Care, Leverkusen, Deutschland

Schlüsselwörter

- Kopfschmerzen
- Migräne
- Selbstmedikation
- Nutzen
- Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Key words

- headaches
- migraine
- self-medication
- benefit
- statutory healthcare insurance

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1553042>
 Online-Publikation: 11.6.2015
 Gesundh ökon Qual manag
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York ·
 ISSN 1432-2625

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Hartmut Göbel
 Neurologisch-verhaltensmedizinische Schmerzambulanz Kiel
 Heikendorfer Weg 9–27
 24149 Kiel
hg@schmerzambulanz.de

Zusammenfassung

Zielsetzung: Migräne und andere Kopfschmerzformen zählen epidemiologisch zu den häufigsten und nach Demenz und Schlaganfall zu den dritt-teuersten Erkrankungen des Nervensystems. Diese empirische Untersuchung analysiert den pharmakoökonomischen Nutzen der Selbstmedikation bei Migräne und Kopfschmerzen für die Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) in Deutschland.

Methodik: Die Analyse basiert auf einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung an GKV-Versicherten zu Häufigkeit, Symptomatik und Verhalten bei Migräne und Kopfschmerzen. Es werden das durch Arztbesuche aufgrund von Kopfschmerzen und Migräne zusätzlich ausgelöste Pauschalen-Volumen sowie die zu erwartenden Verordnungskosten bei Wegfall der Selbstmedikation ermittelt. Dabei werden die im Jahr 2013/2014 gültigen Bedingungen für die Abrechnung von ärztlichen Leistungen und Arzneimittelverordnungen berücksichtigt.

Ergebnisse: Bei Wegfall der Selbstmedikation ergeben sich jährliche Mehrkosten für Arztbesuche ohne Gesprächspauschalen von bis zu 696,8 Mio. Euro, mit Ansatz der Gesprächspauschale bis zu 832,9 Mio. Euro. Unter Berücksichtigung wegfallender Kosten errechnen sich Nettomehrkosten für Arzthonorare von bis zu 707,8 Mio. Euro. Hinzu kommen jährliche Arzneimittel-Verordnungskosten in Höhe von bis zu 393,2 Mio. Euro.

Schlussfolgerung: Die Selbstmedikation von Migräne und Kopfschmerzen führt zu jährlichen maximalen Einsparungen für die GKV zwischen 964,9 Mio. und 1101,0 Mio. Euro aufgrund nicht verordneter Medikamente und vermiedener Arztbesuche. Selbstmedikation von Migräne und Kopfschmerzen bedingt damit einen erheblichen gesundheitsökonomischen Nutzen für die Versichertengemeinschaft.

Abstract

Aim: Migraine and other headache disorders epidemiologically are the most frequent and, after dementia and stroke, the third most expensive diseases of the nervous system. The objective of this empirical study is to analyze the pharmacoeconomical benefit of self-treatment of migraine and headache for the German statutory health-care insurance (GKV).

Methods: The analysis is based on a representative population survey among GKV-insured persons on headache symptoms, frequency, severity and treatment behavior. In addition, legal conditions valid in 2013/2014 for physicians' fees and prescribed medicinal products were taken into account. Using the example of the statutory health insurance, the expenses incurred by consultations due to headache and migraine are analyzed.

Results: The elimination of OTC medication would result in additional consultation costs between 696.8 and 832.9 million Euros. Considering any eliminated costs, the net extra costs for fees of medical consultations amount to 707.8 million Euros. To this, 393.2 million Euros prescription costs should be added.

Conclusion: OTC medicines for migraine and headaches lead to an annual saving for the GKV of between 964.9 million and 1101.0 million Euros due to less prescribed medicines and consultations avoided. OTC medicines for migraine and headaches therefore result in a significant pharmacoeconomical benefit for the community of the insured.

Einleitung

Migräne und andere Kopfschmerzformen zählen epidemiologisch zu den häufigsten und nach Demenz und Schlaganfall zu den drittteuersten Erkrankungen des Nervensystems [1, 2]. Sie sind einer der häufigsten Gründe für Arztbesuche, stationäre Notfallaufnahmen und führen zu schwerwiegenden Behinderungen und Komplikationen [3]. Weltweit leiden im Erwachsenenalter mehr als 46% der Bevölkerung an einer aktiven Kopfschmerzerkrankung, 11% an Migräne, 42% an Kopfschmerzen vom Spannungstyp und 3% an täglich auftretenden Dauerkopfschmerzen [2]. Kopfschmerzen vom Spannungstyp bewirken dabei weltweit eine noch höhere Behinderung als Migräne. Auf der Rangliste der Weltgesundheitsorganisation (WHO) der am meisten behindernden Erkrankungen nehmen Kopfschmerzen für beide Geschlechter den 10. Platz und für Frauen den 5. Platz ein [2].

Fasst man die Daten zur Einjahresprävalenz von Kopfschmerzen im Erwachsenenalter in Europa zusammen, leiden 51% an Kopfschmerzen, 14% an Migräne und 4% an chronischen (d.h. an mehr als 15 Tagen pro Monat bestehenden) Kopfschmerzen [4]. Kopfschmerzen belasten besonders die produktiven Zeitspannen des Lebens zwischen dem 20. und 60. Lebensjahr. Gesundheitsökonomische Studien zeigen, dass mehr als 15% der Erwachsenen infolge Kopfschmerzen im vergangenen Jahr arbeitsunfähig waren [4]. In der Europäischen Union verursachen Kopfschmerzen im Erwachsenenalter zwischen 18 und 65 Jahren jährliche Kosten von 173 Milliarden Euro [5]. Für Deutschland finden sich vergleichbare epidemiologische Daten [5–7].

Es werden heute über 363 verschiedene Hauptdiagnosen von Kopfschmerzen unterschieden [8]. Die Kopfschmerzerkrankungen können dabei sehr unterschiedliche Schweregrade erreichen [4, 6, 7, 9, 10]. Eine ursächliche Behandlung der meisten Kopfschmerzformen ist derzeit nicht möglich, es stehen jedoch unterschiedliche symptomatische Therapien zur Verfügung [9, 11]. Diese schließen die vorbeugende und die akute Behandlung von Kopfschmerzanfällen ein. Als Mittel der Wahl für die Akutbehandlung der Migräne stehen heute sieben verschiedene Triptane zur Verfügung. Nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR) einschließlich Acetylsalicylsäure und anderer Non-Opioid-Analgetika werden in der Akuttherapie sowohl der Migräne als auch der Kopfschmerzen vom Spannungstyp eingesetzt [9]. Die Selbstmedikation von Kopfschmerzen stellt die häufigste Akutbehandlungsform dar [12]. Rund 91% der Migränepatienten und 90% der Patienten mit Kopfschmerz vom Spannungstyp nutzen Schmerzmittel im Rahmen der Selbstmedikation, häufig ohne weitere Behandlung und ärztliche Beratung [12]. Kopfschmerzen als Volkskrankheit mit gravierenden direkten und indirekten Kosten sind nicht nur für den einzelnen Betroffenen, sondern auch für die Gesellschaft und die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) von hoher Relevanz. Welche Rolle die Selbstmedikation bei der Einsparung von Kosten für das Gesundheitssystem spielen kann, ist bisher nicht untersucht worden, obwohl gerade bei Kopfschmerzen Selbstmedikation weltweit etabliert ist und die Zufriedenheit mit der Therapie mit verschreibungsfreien Arzneimitteln groß ist [13–16].

Der Zugang der Bevölkerung zu verschreibungsfreien Arzneimitteln im Rahmen der Selbstmedikation wird allgemein als ein wichtiger Bestandteil des Gesundheitssystems beschrieben, da er den Patienten ermöglicht, bekannte episodisch auftretende Beschwerden oder leichtere Erkrankungen selbst zu behandeln, ohne den Arzt zu konsultieren, um ein Rezept zu bekommen. Dieses Therapieprinzip ist in den meisten Ländern etabliert, und zwar unabhängig davon, wie die übrigen Bestimmungen zur Fi-

nanzierung des jeweiligen Gesundheitssystems ausformuliert sind. Es wird dabei davon ausgegangen, dass Selbstmedikation geeignet ist, die Kosten für das jeweilige Gesundheitssystem zu reduzieren. Empirische Daten dazu liegen jedoch bisher nicht vor. Gegenstand der hier vorliegenden Untersuchung ist es deshalb, den ökonomischen Nutzen der Selbstmedikation für die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland am Beispiel von Migräne und Kopfschmerzen zu analysieren. Die Untersuchung der ökonomischen Aspekte wird dabei auf die direkten Kosten beschränkt, d.h. die Kosten der ärztlichen Behandlung und die Kosten durch Arzneiverordnungen.

Methodik

Institutionelle Rahmenbedingungen

Die Frage, ob Selbstmedikation in diesem Sinn (überhaupt) einen ökonomischen Nutzen hat und, wenn ja, in welchem Umfang, kann nur im Rahmen der institutionellen Gegebenheiten des Krankenversicherungssystems in Deutschland behandelt werden. Daher werden im Folgenden zunächst die Grundzüge der für das Projekt wesentlichen Abrechnungsregelungen in der GKV skizziert.

Gesetzliche Grundlage der Abrechnung ärztlicher Leistungen im Rahmen der GKV ist in Deutschland der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung [17], der abschließend alle zulasten der GKV berechnungsfähigen Leistungen aufführt (§ 87 Sozialgesetzbuch V, SGB V). Kennzeichnend für den EBM ist eine Mischung aus Einzelleistungsprinzip und pauschalen Abgeltungen von Leistungen. Die Abrechnung erfolgt fallweise. Ein Behandlungsfall ist definiert als Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis in einem Kalendervierteljahr zulasten derselben Krankenkasse.

Ein intuitiv naheliegender Ansatz zur Berechnung des Nutzens der Selbstmedikation besteht in folgender Überlegung: Wenn gesetzlich Versicherte Selbstmedikation nutzen, fallen die dabei entstehenden Kosten im privaten Bereich an. Würden diese Personen zu ihrem Arzt gehen, so entstünden zulasten der GKV Kosten für die ärztliche Behandlung und gegebenenfalls für zulasten der GKV verschriebene Medikamente. Unterstellt man zusätzlich, dass die Ärzteschaft nach Anzahl und Struktur unverändert bleibt, bestünde der ökonomische Nutzen in den nicht anfallenden Kosten für Arztbesuch und Verschreibung von Medikamenten und Hilfsmitteln.

Die Abrechnungssystematik in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung ist jedoch so konstruiert, dass sich mit dieser Argumentation eine ökonomische Auswirkung der Selbstmedikation für die GKV nicht nachweisen lässt, unabhängig davon, ob die Versicherten überhaupt bereit wären, ihr Verhalten zu ändern.

Die wesentlichen Gründe dafür sind:

- ▶ die weitgehende Pauschalierung ärztlicher Leistungen in Form sogenannter „Versichertenpauschalen“ für die hausärztlichen Leistungen (§ 87 Abs. 2b SGB V) und die „Grund- und Zusatzpauschalen“ für die fachärztlichen Leistungen (§ 87 Abs. 2c SGB V),
- ▶ die Abstufung des Honorarvolumens (§ 87 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 2 g SGB V), wodurch die Steigerung des abrechenbaren Honorars eines Arztes nicht linear mit der erbrachten Leistung, sondern mit steigender Leistungsmenge flacher verläuft,
- ▶ Beschränkungen für die von den Ärzten abrechenbare Arbeitszeit (§ 106a SGB V und die darauf fußenden Richtlinien) sowie

- ▶ die Verhinderung einer beliebigen Ausweitung von Verordnungen durch die vom gemeinsamen Bundesausschuss festgelegte Arzneimittelrichtlinie (§92 SGB V).

Leistungsausweitungen allein führen daher im System der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung nicht zwangsläufig zu einem Kostenanstieg für die Krankenkassen, die Überschreitung des für die einzelnen ärztlichen Leistungen zulässigen Zeitaufwands (die sogenannte „Prüfzeit“) kann darüber hinaus zu Honorarkürzungen führen.

Zum Nachweis eines ökonomischen Nutzens der Selbstmedikation ist daher ein anderer Ansatz erforderlich, der im Folgenden dargestellt wird.

Ermittlung des relevanten Versichertenkollektivs

Wenn Kopfschmerzen auftreten, wünschen sich die Betroffenen rasche Abhilfe. Der Gang in die Apotheke und der Kauf eines rezeptfreien Kopfschmerzmittels bieten eine unkomplizierte Möglichkeit, dies zu erreichen. Versicherte werden nur bereit sein, die Selbstmedikation aufzugeben und stattdessen zum Arzt zu gehen, wenn ihnen dadurch vergleichbar schnell und einfach geholfen werden kann. Es gibt jedoch immer wieder Berichte über Untersuchungen, in denen insbesondere GKV-Patienten schon unter den gegenwärtigen Bedingungen über lange Wartezeiten beim Arzt klagen [18]. Im Fall von akuten Kopfschmerzen würde selbst ein Termin „in ein paar Tagen“ kaum helfen. Verzicht auf Selbstmedikation und die vom Versicherten empfundene Notwendigkeit einer Behandlung würden unter sonst gleichen Bedingungen zu einem zusätzlichen Druck auf die Arztpraxen führen, der angesichts der oben beschriebenen Beschränkungen nicht aufgefangen werden könnte und folglich zu einem Verlust an Versorgungsqualität führen würde.

Ein Ansatz zur quantitativen Abschätzung der gesundheitsökonomischen Bedeutung der Selbstmedikation bei Kopfschmerzen besteht unter den gegebenen Umständen deshalb darin, die Voraussetzung fester Arztszahlen aufzugeben und stattdessen ein Szenario zu betrachten, in dem das vorhandene Potenzial von Arztbesuchen auf mehr Ärzte verteilt wird. Dieser modellhafte Ansatz wird in der vorliegenden Untersuchung verwendet.

Der Nutzen der Selbstmedikation besteht in diesem Szenario in der Vermeidung der für eine ausreichende Versorgung zusätzlich erforderlichen Arztstellen. Ohne oder mit eingeschränkter Selbstmedikation werden bei gleichbleibender Versorgungsqualität mehr Ärzte benötigt als in einem Szenario mit Selbstmedikation. Da es sich in dem betrachteten Szenario um neue Arztstellen handelt, sind die Grund- und Versichertenpauschalen in vollem Umfang anzusetzen.

Der Betrieb einer Arztpraxis verursacht weitere Kosten (z. B. Einrichtung und Unterhalt der Praxis, Personalkosten etc.), die hier jedoch nicht betrachtet werden. Die vorliegende Untersuchung beschränkt sich hinsichtlich der Arztkosten auf das durch Arztbesuche bei Kopfschmerz und Migräne ausgelöste Pauschalen-Volumen. Voraussetzung für den hier verwendeten Ansatz ist, dass es GKV-Versicherte gibt, die bei ungehindertem Arztzugang bereit sind, die Selbstmedikation aufzugeben und stattdessen zum Arzt zu gehen.

Datenerhebung

Wir führten im Herbst 2013 eine populationsbezogene, repräsentative GKV-basierte Umfrage zur Verbreitung und Häufigkeit von Kopfschmerzen sowie dem Verhalten der Versicherten beim Auftreten von Kopfschmerzen durch. Die Erhebung erfolgte im Auftrag der Bayer Vital GmbH, Consumer Care über TNS Infratest

GmbH, München. Die Befragung umfasste 1403 GKV-Versicherte im Alter von 18 bis 70 Jahren. Die Teilnehmer wurden in Anlehnung an den „Kieler Kopfschmerzfragebogen“ [9] auf der Basis der internationalen Kopfschmerzklassifikation [8] zu den Merkmalen ihrer Kopfschmerzen befragt.

Dabei gaben knapp 10% der Versicherten an, dass sie

- ▶ regelmäßig unter Kopfschmerzen leiden (mindestens einmal im Monat),
- ▶ wegen Kopfschmerzen noch nie einen Arzt aufgesucht haben (u. a. wegen zu langer Wartezeiten, zu weiten Wegs, weil es zu umständlich war oder weil ein Arztbesuch zu langwierig gewesen wäre),
- ▶ jedoch beim Wegfall dieser Hindernisse einen Arzt aufsuchen würden.

Die Erhebung lieferte somit eine empirische Absicherung des obigen Ansatzes. **Tab. 1** enthält eine differenzierte Darstellung von Umfang und Struktur der Versichertengruppe, die zu einem Wechsel von Selbstmedikation zum Arztbesuch bereit wäre. Als wechselwillig werden diejenigen Versicherten definiert, die alle in der Tabelle aufgeführten sieben Bedingungen erfüllten. Die Definition erfolgt dabei stufenweise: Jede Stufe besteht aus allen vorangehenden Bedingungen und einer neu hinzukommenden.

Tab. 1 Die bei Kopfschmerzen oder Migräne für einen Wechsel von der Selbstmedikation zum Arztbesuch potenziell bestehende Zahl von Versicherten. Hochrechnungen wurden mit Standardverfahren der Stichprobentheorie für einfache Zufallsstichproben (s. hierzu [20] Kap. V) durchgeführt.

Stufe	Bedingung	Anzahl Versicherte Mio. ¹
1	GKV-versichert	47,6
2	Stufe 1 + – mindestens 1 Mal Kopfschmerzen in den letzten 12 Monaten	36,6
3	Stufe 2 + – regelmäßig mindestens 1 Mal Kopfschmerzen pro Monat	26,5
4	Stufe 3 + – kein Arztbesuch wegen Kopfschmerzen in den letzten 12 Monaten	23,3
5	Stufe 4 + – noch nie Arztbesuch wegen Kopfschmerzen, aber Besuch geplant oder – noch nie Arztbesuch wegen Kopfschmerzen und kein Besuch geplant	15,4
6	Stufe 5 + – zu lange Wartezeit beim Arzt oder – zu weiter Weg zum Arzt oder – Arztbesuch zu umständlich oder – keine Zeit für Arztbesuch	4,9
7	Stufe 6 + Arztbesuch erfolgt bei Vorliegen von mindestens einer der folgenden Bedingungen: – leichte oder mittlere Kopfschmerzen – Kopfschmerzverstärkung infolge körperlicher Aktivitäten – Übelkeit während der Kopfschmerzen – erhebliche Behinderung der üblichen Tätigkeiten durch Kopfschmerzen – Krankschreibung wird gewünscht – Ausstellung eines Rezepts wird gewünscht	4,6

¹ Versicherte im Inland im Alter 18 bis 70 Jahre, GKV-Statistik KM6, Stand 01.07.2013, und eigene Berechnungen

Die rechte Spalte enthält die jeweilige Zahl der GKV-Versicherten im Alter von 18 bis 70 Jahre. Die letzte Zeile enthält somit das für einen Wechsel vorhandene Potenzial. Es beläuft sich auf fast 4,6 Mio. Versicherte im Alter von 18 bis 70 Jahren oder knapp 10% aller Versicherten dieser Altersgruppe.

Die TNS-Stichprobe bildet zusammen mit den im EBM, Stand 4. Quartal 2014, festgelegten Werten für die Pauschalen und den im Arzneiverordnungsreport (AVR) 2014 veröffentlichten Verordnungsdaten [19], die das Verordnungsgeschehen des Jahres 2013 mit den Preisen von 2013 beschreiben, die Datenbasis für die vorliegende repräsentative Untersuchung.

Zu beachten ist, dass die Untersuchung sich auf einen einzelnen, klar abgegrenzten Selbstmedikationsbereich bezieht. Die Einbeziehung weiterer Bereiche der Selbstmedikation durch einfache Addition etwaiger separater Bereichseffekte ist ohne Weiteres nicht möglich, u.a. weil unterschiedliche Selbstmedikationsbereiche eine gemeinsame Pauschalen-Basis haben können. Für eine zusammengefasste Betrachtung mehrerer Indikationsbereiche der Selbstmedikation wäre daher ein modifizierter Ansatz erforderlich.

Grundlagen zur Berechnung der Kosten der ärztlichen Versorgung

Für die Berechnungen in dieser Untersuchung werden für die ärztlichen Leistungen nur die Pauschalen gemäß EBM in der für das 4. Quartal 2014 gültigen Fassung verwendet. Etwaige darüber hinausgehende Leistungen bei Kopfschmerzen werden nicht berücksichtigt. Die Berechnungen für die ärztliche Behandlung geben somit eine Untergrenze der durch Arztbesuche bei Kopfschmerzen ausgelösten Kosten an.

Die Höhe der Pauschalen hängt von der Arztgruppe ab. Wenn bei Kopfschmerzproblemen ein Arzt aufgesucht wird, so gehen 80% der Betroffenen zu ihrem Hausarzt, 26% suchen einen Facharzt für Innere Medizin auf [9]. Da dies in der Summe mehr als 100% ergibt, geht ein Teil der Patienten offensichtlich zu mehr als einer Arztgruppe. Solche Fälle werden in dieser Analyse nicht berücksichtigt. Für die Berechnungen in dieser Untersuchung wird davon ausgegangen, dass 80% der betroffenen Kopfschmerzpatienten zu ihrem Hausarzt gehen und die restlichen 20% zu einem Facharzt für Innere Medizin. Bei den Berechnungen in der vorliegenden Untersuchung erfolgte die Zuordnung der Versicherten zu den Arztgruppen mit einem Zufallsverfahren gemäß den angegebenen Wahrscheinlichkeiten.

Im Bereich der hausärztlichen Versorgung gibt es insgesamt vier Pauschalen:

1. Versichertenpauschale

Mit der Versichertenpauschale werden die gesamten im Abrechnungszeitraum regelmäßig oder sehr selten und zugleich mit geringem Aufwand im Rahmen der hausärztlichen Versorgung eines Versicherten erbrachten Leistungen vergütet. Sie ist in fünf Altersgruppen eingeteilt. Die Bewertung der drei hier relevanten Altersgruppen ist **Tab. 2** zu entnehmen.

2. Vorhaltepauschale

Dabei handelt es sich um eine Zusatzpauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags. Sie wird der Abrechnung des Arztes von der Kassenärztlichen Vereinigung automatisch zugesetzt. Sie beträgt 14,59 Euro je Fall.

3. Chronikerzuschlag

Durch den Chronikerzuschlag soll der höhere Aufwand bei der Behandlung chronisch Kranker berücksichtigt werden. Voraussetzung ist, dass wenigstens eine lang andauernde und lebensverändernde Erkrankung und die Notwendigkeit einer kontinu-

Tab. 2 Ausgewählte Versichertenpauschalen (Hausarztbereich).

Altersgruppe	Euro je Fall
5 bis 18 Jahre	15,20
19 bis 54 Jahre	12,36
55 bis 75 Jahre	15,90

Tab. 3 Ausgewählte Grundpauschalen (Innere Medizin).

Altersgruppe	Euro je Fall
6 bis 59 Jahre	12,56
60 Jahre oder älter	21,88

ierlichen ärztlichen Behandlung und Betreuung vorliegen. Eine solche besteht dann, wenn im Zeitraum der letzten vier Quartale in mindestens drei Quartalen wegen derselben gesicherten chronischen Erkrankung(en) jeweils mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt pro Quartal in derselben Praxis stattgefunden hat. Die Höhe der Pauschale beträgt bei einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt 13,17 Euro, bei zwei persönlichen Arzt-Patienten-Kontakten zusätzlich 4,05 Euro.

4. Zusatzpauschale für das ausführliche ärztliche Gespräch
Leistungsinhalt gemäß Beschreibung im EBM: Beratung und Erörterung zu den therapeutischen, familiären, sozialen oder beruflichen Auswirkungen und deren Bewältigung im Zusammenhang mit der/den lebensverändernden Erkrankung(en). Die Abrechnung erfolgt je vollendete 10 Minuten mit 9,12 Euro.

Im Bereich der Inneren Medizin gibt es zwei Pauschalen:

Die Pauschale zur fachärztlichen Grundversorgung, die im 4. Quartal 2014 mit 4,15 Euro je Fall bewertet war, sowie die altersabhängige Grundpauschale. **Tab. 3** enthält die für diese Untersuchung relevanten Werte dieser Pauschale im 4. Quartal 2014.

Grundlagen zur Berechnung der Verordnungskosten

In dieser Untersuchung werden die Arzneiverordnungskosten auf der Basis von definierten Tagesdosen (defined daily dosis, DDD) berechnet. Verwendet werden die im Arzneiverordnungsreport 2014 [19] veröffentlichten Nettokosten pro DDD in Preisen des Jahres 2013. Die DDD-Angaben sind Durchschnittsgrößen, die nicht notwendigerweise die im Einzelfall angewendete Dosierung eines Arzneimittels wiedergeben, sie sind jedoch eine standardisierte und rechtssichere Grundlage (§ 73 Abs. 8 SGB V) für die Bestimmung von Tagestherapiekosten, durch die dem Arzt der Vergleich von Arzneimittelkosten erleichtert wird und die daher eine wirtschaftliche Ordnungsweise ermöglichen. DDD-Angaben werden auch international verwendet und ermöglichen daher auch länderübergreifende Vergleiche des Arzneimittelverbrauchs. Eine ausführliche Darstellung findet sich im AVR 2014, insbesondere Kap. 2.1 und 48.2 [19].

Die Versicherten waren gefragt worden, wie sich Kopfschmerzen bei ihnen auswirken. Von besonderer Relevanz waren dabei die Beschwerden

- ▶ Kopfschmerzverstärkung durch körperliche Aktivitäten,
- ▶ Übelkeit während der Kopfschmerzen,
- ▶ erhebliche Behinderung der üblichen Tätigkeiten durch Kopfschmerzen,

(siehe dazu auch **Tab. 1**). Anhand des Kopfschmerzphänotyps wurde eine Einteilung in Personen mit Migräne oder Spannungs-

Tab. 4 Verordnungen 2013 in Preisen von 2013 gemäß Arzneiverordnungsreport 2014 [19].

Triptane				
Substanz	DDD in Mio.	DDD-Nettokosten Euro	Quelle	
Triptane	23,1	2,46	AVR Tab. 32.1	
Ausgewählte nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR)				
Substanz	DDD in Mio.	DDD-Nettokosten Euro	Anteil in %	Quelle
Diclofenac	356,2	0,35	40,6	AVR Tab. 16.1
Ibuprofen	498,0	0,52	56,8	AVR Tab. 16.1
Naproxen	23,1	0,42	2,6	AVR Tab. 16.1
Ausgewählte NSAR insgesamt	877,3		100,0	

kopfschmerzen und daraus folgender Medikation nach folgenden Kriterien vorgenommen:

- ▶ Sind alle drei Merkmale vorhanden, so wird von einer schweren Migräne ausgegangen und es wird die Verordnung eines Triptans angenommen (100% Wahrscheinlichkeit),
- ▶ sind zwei der drei Merkmale vorhanden, so wird eine Triptan-Verordnung mit 80% Wahrscheinlichkeit angenommen,
- ▶ ist eines der Merkmale vorhanden, wird eine Triptan-Verordnung mit 50% Wahrscheinlichkeit angenommen,
- ▶ ist keines der Merkmale vorhanden, wird eine Triptan-Verordnung mit 0% angenommen und davon ausgegangen, dass ein Schmerzmittel (NSAR) verordnet wird.

Da es in der Untersuchung um den Wechsel von Selbstmedikation zum Arztbesuch und sich daraus ergebender Verordnung geht, kommen für die Berechnungen nur erstattungsfähige Arzneimittel infrage. Für Migräne sind dies Triptane, für Kopfschmerzen wurden Diclofenac, Ibuprofen und Naproxen berücksichtigt. Im Arzneimittelreport 2014 [19] werden die Verordnungsdaten zu Triptanen gesondert ausgewiesen (da migränespezifisch), zu Diclofenac, Ibuprofen und Naproxen werden nur die Gesamtverordnungsdaten veröffentlicht. Bei den Berechnungen für das Projekt wird mangels anderer Informationen unterstellt, dass die sich daraus ergebenden relativen Anteile der drei Substanzen untereinander auch bei der Verordnung von Kopfschmerzen gelten. Insgesamt ergeben sich die in **Tab. 4** zusammengefassten Werte. Die Zuordnung der Versicherten zu den Substanzen erfolgte auch hier mit einem Zufallsverfahren gemäß den angegebenen Wahrscheinlichkeiten.

Ergebnisse

Kosten für Arztbesuche

Etwa 45% der Versicherten, die erklärt hatten, zu einer Aufgabe der Selbstmedikation bereit zu sein und stattdessen einen Arzt aufzusuchen (=Wechselpotenzial), litten nach den Kriterien des Kieler Kopfschmerzfragebogens unter Migräne, bei weiteren 35% traten Beschwerden auf, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Behandlung mit Triptanen führen würden. Alle Versicherten mit Wechselpotenzial hatten jeden Monat an mindestens einem Tag Kopfschmerzen, gut die Hälfte von ihnen (53%) an zwei oder mehr Tagen. Die von den Versicherten angegebene Kopfschmerzhäufigkeit trat somit kontinuierlich in 12 Monaten im Jahr auf, so dass man davon ausgehen kann, dass es sich dabei

um chronische Fälle handelt. Für die nachfolgenden Berechnungen wird deshalb unterstellt, dass die Betroffenen regelmäßig zum Arzt gehen und damit in jedem Quartal zu einem Behandlungsfall werden würden.

Zur Berechnung der jährlichen Kosten von Arztbesuchen wurden daher die Versichertenpauschale, die Vorhaltepauschale und der Chronikerzuschlag für jedes Quartal angesetzt. Hinsichtlich der Zusatzpauschale für das ausführliche ärztliche Gespräch wurden zwei Alternativen betrachtet: In der einen Rechnung wurde diese Zusatzpauschale überhaupt nicht berücksichtigt, in der anderen für jedes Quartal. Dadurch entstand ein Korridor möglicher Kosten.

Als jährliche Kosten für Arztbesuche ergaben sich unter diesen Annahmen die folgenden Werte:

Ohne Gesprächspauschale: 696,8 Mio. Euro

Mit Ansatz der Gesprächspauschale: 832,9 Mio. Euro

Bei diesen Kosten handelt es sich um Zusatzkosten für die GKV. Wenn Versicherte wegen Kopfschmerzen zu einem „neuen“ Arzt gehen, fallen möglicherweise bei dem von ihnen bisher besuchten Arzt Kosten weg. Die hier betrachteten Versicherten litten unter episodisch regelmäßig auftretender Migräne oder Kopfschmerzen, waren jedoch trotzdem in dem Jahr vor der Befragung deswegen nicht beim Arzt gewesen. Es erscheint deshalb plausibel, davon auszugehen, dass dieses Kollektiv generell mit Arztbesuchen zurückhaltend ist. Zur Abschätzung etwaiger wegfallender Kosten unterstellen wir deshalb, dass sie ihren bisherigen Arzt in einem Quartal wegen anderer Beschwerden als Kopfschmerzen aufgesucht haben und dass sie hinsichtlich dieser Beschwerden nicht chronisch krank sind. Setzt man für diese Personen pro Jahr für Hausarztbesuche eine Versichertenpauschale und eine Vorhaltepauschale bzw. im Bereich der Inneren Medizin eine Grundpauschale und eine Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung an, so ergeben sich pro Jahr

Minderausgaben bei den bisher besuchten Ärzten: 125,1 Mio. Euro,

und daher

Nettomehrkosten für Arzthonorare: 571,7 – 707,8 Mio. Euro.

Verordnungskosten

Bei den Verordnungskosten wurde für jeden Versicherten mit Wechselpotenzial in Abhängigkeit von der Art der Beschwerden die Anzahl der Tage mit Kopfschmerzen im Jahr mit den Nettokosten einer definierten Tagesdosis entweder von Triptanen oder von Diclofenac, Ibuprofen oder Naproxen multipliziert. Als jährliche Verordnungskosten ergaben sich 393,2 Mio. Euro, davon entfielen 380,4 Mio. auf Triptane, 3,7 Mio. auf Diclofenac, 8,7 Mio. auf Ibuprofen und 0,3 Mio. auf Naproxen.

Der hohe Anteil an Verordnungskosten bei Triptanen liegt zum einen an den deutlich höheren Tagestherapiekosten, zum anderen spiegelt sich in diesen Werten wider, dass die Patienten, die erklärten, einen Arztbesuch in Erwägung zu ziehen, überwiegend an Migräne litten.

Zusammenfassend ergaben die Berechnungen zu den gesundheitsökonomischen Auswirkungen der Selbstmedikation bei den definierten Voraussetzungen bei Kopfschmerzen oder Migräne jährliche Einsparungen für die GKV zwischen 964,9 Mio. und 1101,0 Mio. Euro aufgrund nicht verordneter Medikamente und vermiedener Arztbesuche.

Diskussion

Verschreibungsfreie Arzneimittel sind eine sichere und wirksame Option für den Patienten, Krankheiten und Beschwerden ohne Arztbesuch und Verordnung selbst zu behandeln. Das Prinzip der Verfügbarkeit verschreibungsfreier Arzneimittel ist daher weltweit verankert. Auch der Umfang der in Deutschland getätigten Käufe von rezeptfreien Arzneimitteln bestätigt den Nutzen für den Patienten. Dass verschreibungsfreie Arzneimittel auch für die gesetzlichen Krankenversicherungen einen ökonomischen Nutzen haben, ist nur wenig offensichtlich und bisher auch weder empirisch belegt noch quantitativ erfasst.

Wegen des Wegfalls der Verschreibungs- und Erstattungsfähigkeit der meisten rezeptfreien Arzneimittel im Jahre 2004 konnte nicht der intuitive Ansatz verfolgt werden, dass der ökonomische Nutzen der Selbstmedikation für die GKV in der Einsparung von Verordnungskosten der Selbstmedikationsarzneimittel liegt. Zudem wurde in den Folgejahren mit der Pauschalierung und Abstufung der ärztlichen Leistungen ein weiteres Instrument zur Eindämmung der direkten Kosten für die GKV etabliert.

Die gesetzlichen Vorgaben implizieren zugleich, dass aufgrund der Pauschalierung auch bei multiplen Besuchen bei ein und demselben Arzt pro Quartal nur einmal eine Pauschale abgerechnet werden kann. Andererseits kann ein Arzt die Zahl der von ihm behandelten Fälle nicht beliebig erhöhen, da dadurch seine zulässige Arbeitszeit überschritten würde. Hinzu kommt, dass die vom gemeinsamen Bundesausschuss festgelegte Arzneimittel-Richtlinie eine beliebige Ausweitung von Verordnungen verhindert. Die Folge ist, dass das Gesundheitssystem mehr ärztliche Leistungserbringer für eine ausreichende Versorgung benötigt.

Nimmt man an, dass die Arztbesuche pro Quartal ohne ausführliches ärztliches Gespräch abgerechnet werden, so ergeben sich jährliche Kosten in Höhe von gut 570 Mio. Euro, unterstellt man hingegen, dass in jedem Quartal ein ausführliches ärztliches Gespräch stattfindet, so belaufen sich die jährlichen Kosten auf gut 700 Mio. Euro, eine Differenz von 130 Mio. Euro. Konstant bleiben, unabhängig von den in Ansatz gebrachten Pauschalen, die Kosten für die Verordnung erstattungsfähiger Arzneimittel, die eine angemessene therapeutische Versorgung gewährleisten, in Höhe von knapp 400 Mio. Euro. Der Nutzen der Selbstmedikation bei Migräne und Kopfschmerzen durch Nichtverordnung von Migräne- und Kopfschmerzmitteln und Wegfall von Arztbesuchen lässt sich unter Berücksichtigung der Unwägbarkeiten bei der Abrechnung der möglichen Pauschalen für die GKV auf einen Betrag zwischen 0,96 und 1,1 Mrd. Euro beziffern.

Grundsätzlich lässt sich der hier verwendete Ansatz auch auf andere Bereiche der Selbstmedikation übertragen. Es bedarf dabei jedoch valider epidemiologischer Daten und Erkenntnisse zum Patientenverhalten und zu den Verordnungs- und Abrechnungsoptionen im Rahmen der GKV, ehe das Konzept auf andere Bereiche der Selbstmedikation übertragen werden kann. Dies gilt insbesondere dann, wenn mehrere Selbstmedikationsbereiche gemeinsam betrachtet werden sollen.

Kopfschmerzen stellen ein großes Segment im Rahmen der Selbstmedikation dar. Der Umfang der Selbstmedikation bei Migräne und Kopfschmerzen ist ein Hinweis dafür, dass die Erwartungen der Patienten an Wirksamkeit und Verbesserung der Funktionsfähigkeit im Alltag erfüllt werden. Für die vorliegende Untersuchung bot sich die Indikation deshalb an, weil ausreichend epidemiologische Daten als Ausgangspunkt vorlagen und die Erkrankung der einbezogenen Patienten über lange Abschnitte des Lebens auftritt. Darüber hinaus ist die Zahl der für eine

Verordnung infrage kommenden Arzneimittel begrenzt, wodurch die Aussagekraft zu den Kosten eingesparter Verordnungen gestärkt wird.

Selbstmedikation kann bei Fehl- oder Übergebrauch auch Komplikationen und zusätzliche Kosten bedingen. Fehl-, Übergebrauch und Komplikationen können jedoch auch bei Verordnung der Arzneimittel auftreten [20]. Die häufigsten Medikamentenklassen, die Übergebrauchskopfschmerzen verursachen, sind nach einer aktuellen Analyse Opioide, Analgetika mit psychotropen Kombinationspartnern, Triptane, Ergotalkaloide und einfache Analgetika (mit Ausnahme von Acetylsalicylsäure als Monosubstanz) [20]. Im Rahmen des hier gewählten Szenarios wurde angenommen, dass diese Kosten sich gegenseitig aufheben. Da jedoch gerade verschreibungspflichtige Medikamentenklassen häufig diese Komplikation bedingen, könnte der Wegfall der Selbstmedikation weitere Kosten durch Fehl- und Übergebrauch bewirken.

Die ökonomischen Auswirkungen eines Wechsels von der Verschreibungspflicht zur Selbstmedikation und vice versa wurden bisher noch nicht detailliert untersucht. Ein aktueller Überblick zeigt, dass weltweit nur zwölf empirische Arbeiten in Journalen mit Peer Review publiziert wurden, zehn davon untersuchten die Veränderungen in den USA, zwei in Europa [21]. Die Analysen legen in der Zusammenschau nahe, dass der Wechsel von der Verschreibungspflicht zur Selbstmedikation sowohl für Kostenträger als auch für Patienten zu Kosteneinsparungen führt.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Migräne und andere Kopfschmerzformen epidemiologisch zu den häufigsten und nach Demenz und Schlaganfall zu den drittteuersten Erkrankungen des Nervensystems zählen. Ein großer Teil der Betroffenen behandelt diese Beschwerden außerhalb der GKV mit rezeptfreien Arzneimitteln. Die Studie untersuchte erstmals die gesundheitsökonomischen Auswirkungen der Selbstmedikation in der Behandlung von Migräne und Kopfschmerzen. Unter den definierten Voraussetzungen führt dabei die Selbstmedikation von Migräne und Kopfschmerzen zu einer jährlichen Ersparnis für die GKV von rund 1 Milliarde Euro, spart Zeit und Wege seitens der Betroffenen durch Vermeidung von Arztbesuchen und stabilisiert die Versorgung anderer Erkrankungen durch Entlastung der ärztlichen Praxen in erheblichem Ausmaß.

Autorenerklärung

H. Göbel erhielt Honorare für Beratungs- oder Vortragstätigkeit von Allergan, Amgen, Bayer Vital, Berlin-Chemie, Bionorica, Grünenthal, Hormosan, Ipsen-Pharma, Janssen-Cilag, Johnson & Johnson, Klosterfrau, Menarini Pharma, Mundipharma, MSD, St. Jude Medical, Teva.

J. Braun und M. Petersen-Braun erhielten ein Beratungshonorar von Bayer Vital.

U. Gessner ist Mitarbeiter der Firma Bayer Vital GmbH, Scientific, Affairs Consumer Care, Leverkusen, Deutschland.

Interessenkonflikt: Die Arbeit wurde durch Bayer Vital GmbH, Consumer Care unterstützt.

Literatur

- 1 Olesen J, Gustavsson A, Svensson M et al. The economic cost of brain disorders in Europe. *European journal of neurology* 2012; 19: 155–162
- 2 Stovner L, Hagen K, Jensen R et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia* 2007; 27: 193–210

- 3 Burch RC, Loder S, Loder E et al. The prevalence and burden of migraine and severe headache in the United States: updated statistics from government health surveillance studies. *Headache* 2015; 55: 21 – 34
- 4 Stovner LJ, Zwart JA, Hagen K et al. Epidemiology of headache in Europe. *European journal of neurology* 2006; 13: 333 – 345
- 5 Linde M, Gustavsson A, Stovner LJ et al. The cost of headache disorders in Europe: the EuroLight project. *European journal of neurology* 2012; 19: 703 – 711
- 6 Göbel H, Petersen-Braun M, Soyka D. The epidemiology of headache in Germany: a nationwide survey of a representative sample on the basis of the headache classification of the International Headache Society. *Cephalalgia* 1994; 14: 97 – 106
- 7 Radtke A, Neuhauser H. Prevalence and burden of headache and migraine in Germany. *Headache* 2009; 49: 79 – 89
- 8 Headache Classification Committee. The International Classification of Headache Disorders. 3rd edition beta. *Cephalalgia* 2013; 33: 629 – 808
- 9 Göbel H. Die Kopfschmerzen. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest: Springer; 2012
- 10 Göbel H, Heinze-Kuhn K, Petersen I et al. Sektorenübergreifende schmerzmedizinische Versorgung. *Schmerz* 2013; 27: 149 – 165
- 11 Straube A, Gaul C, Forderreuther S et al. Therapie und Versorgung bei chronischer Migräne: Expertenempfehlung der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft/Deutsche Gesellschaft für Neurologie sowie der Österreichischen Kopfschmerzgesellschaft/Schweizerischen Kopfweggesellschaft. *Der Nervenarzt* 2012; 83: 1600 – 1608
- 12 Forward SP, McGrath PJ, MacKinnon D et al. Medication patterns of recurrent headache sufferers: a community study. *Cephalalgia* 1998; 18: 146 – 151
- 13 Göbel H, Gessner U, Petersen-Braun M et al. Acetylsalicylsäure bei der Selbstmedikation von Migränekopfschmerzen. Eine apothekenbasierte Analyse. *Schmerz* 2007; 21: 49 – 54, 56
- 14 Göbel H, Petersen-Braun M. Self-treatment of migraine by the affected persons. Results of population based study. *New Advances in Headache Research* 1994; 4: 248
- 15 Göbel H, Petersen-Braun M. Why patients with primary headache illnesses do not consult a doctor. In: Olesen J Hrsg *Epidemiology and Classification of Headache*. New York: Raven Press; 1994: 267 – 272
- 16 Petersen-Braun M, Göbel H. Names and classification patients with primary headache illnesses find for their headaches. In: Olesen J Hrsg *Epidemiology and Classification of Headache*. New York: Raven Press; 1994: 51 – 54
- 17 Bundesvereinigung KK. Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) Stand: 1. Quartal 2015. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung; 2010
- 18 Nienhaus L. Kassenpatienten müssen lange auf einen Termin warten. In: *Frankfurter Allgemeine Zeitung*. 9.6.2014
- 19 Schwabe U, Paffrath D. *Arzneiverordnungsreport 2014*. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest: Springer; 2014
- 20 Saper JR, Da Silva AN. Medication overuse headache: history, features, prevention and management strategies. *CNS Drugs* 2013; 27: 867 – 877
- 21 Cohen J, Millier A, Karray S et al. Assessing the economic impact of Rx-to-OTC switches: systematic review and guidelines for future development. *J Med Econ* 2013; 16: 835 – 844
- 22 Hartung J. *Statistik*. München: Oldenbourg; 1998