

Gesundheitspolitik und Arzneimittelversorgung

August 2002

INHALTSVERZEICHNIS

VORBEMERKUNG

DIE WICHTIGSTEN ERGEBNISSE IM ÜBERBLICK

1. Vertrauen in das Gesundheitssystem	4
2. Bewertung von Maßnahmen zur Sanierung des Gesundheitssystems	10
3. Qualität der Arzneimittelversorgung	20
4. Ablehnung von Arzneimittelverordnungen	25
FAZIT	33

METHODISCHE ANLAGE DER UNTERSUCHUNG

VORBEMERKUNG

TNS EMNID, Institut für Markt- und Meinungsforschung, Bielefeld legt mit diesem Auswertungsbericht die Ergebnisse einer Repräsentativ-Befragung vor, die im Auftrag vom

Verband Forschender Arzneimittelhersteller, Berlin

durchgeführt wurde. Gegenstand dieser Folgeerhebung ist das Vertrauen der Bevölkerung in die Gesundheitspolitik und die Bewertung von Reformvorschlägen zur Gesundheitspolitik. In diesem Kontext wird auch ermittelt, in welchem Umfang bei den gesetzlich Versicherten Arzneimittelverordnungen abgelehnt werden, aus welchen Gründen dies geschieht, und ob sich dies auf das Vertrauen in das deutsche Gesundheitssystem auswirkt. Diese Unterlagen stehen ausschließlich dem Auftraggeber zur Verfügung.

Die Ergebnisse, die in diesem Bericht niedergelegt sind, beruhen auf Spezialfragen, die für den Auftraggeber in den EMNID-CATI-Bus, einer repräsentativen telefonischen Mehrthemenumfrage eingeschaltet waren.

Einzelheiten zur Grundgesamtheit, Stichprobe, Durchführung der Interviews sowie der Darstellung der Ergebnisse sind im Abschnitt "Methodische Anlage der Untersuchung" im Anschluss an den Tabellenteil ausführlich dargelegt.

Bielefeld,
August 2002

T N S E M N I D

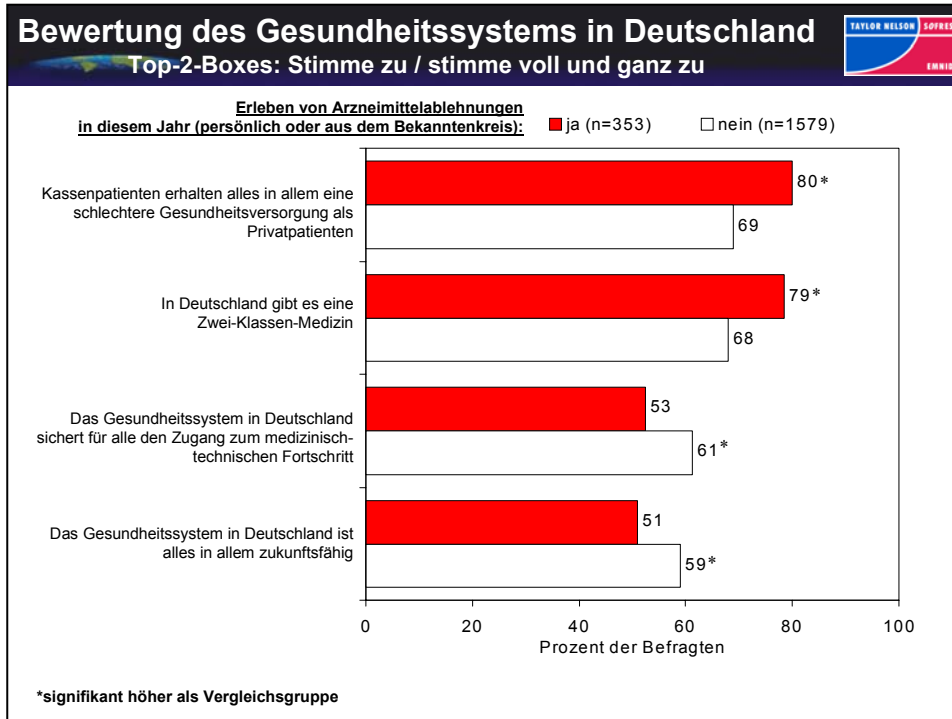
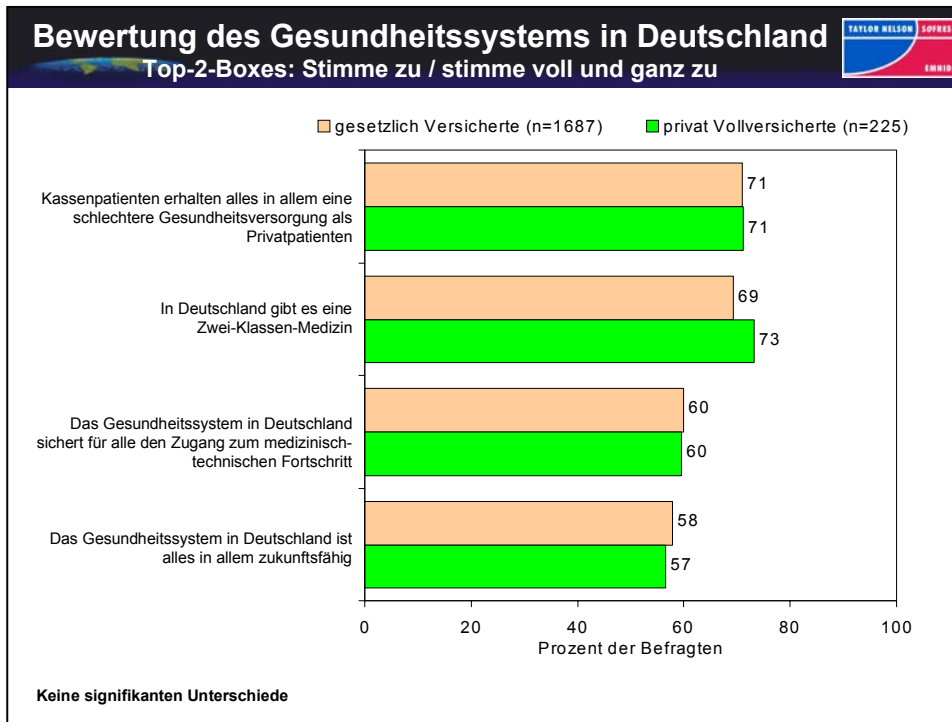
DIE WICHTIGSTEN ERGEBNISSE IM ÜBERBLICK

Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf die Einschaltung von Spezialfragen in eine bevölkerungsrepräsentative Mehrthemenumfrage von TNS EMNID. Im Rahmen dieser Untersuchung wurden vom 2.8. bis 6.8.2002 insgesamt 1932 Personen ab 18 Jahren telefonisch befragt. 87% der Befragten sind gesetzlich krankenversichert (78% ohne private Zusatzversicherung, 9% mit privater Zusatzversicherung). 12% sind privatversichert (Vollversicherung).

1. Vertrauen in das Gesundheitssystem

Zur Klärung der Frage, wie das Gesundheitssystem in Deutschland bewertet wird und ob ein Vertrauen in das Gesundheitssystem besteht, werden im folgenden die Einstellungen der gesetzlich Versicherten mit denen der Privatversicherten verglichen. Um auch die Ursachen eines möglichen Vertrauensverlustes einschätzen zu können, werden darüber hinaus die Einstellungen jener Personen gesondert untersucht, die in diesem Jahr (Januar bis Juli 2002) mit Arzneimittelablehnungen konfrontiert wurden. Hierzu gehören alle Personen, die entweder persönlich von Arzneimittelablehnungen betroffen waren oder eine hiervon betroffene Person kennen.

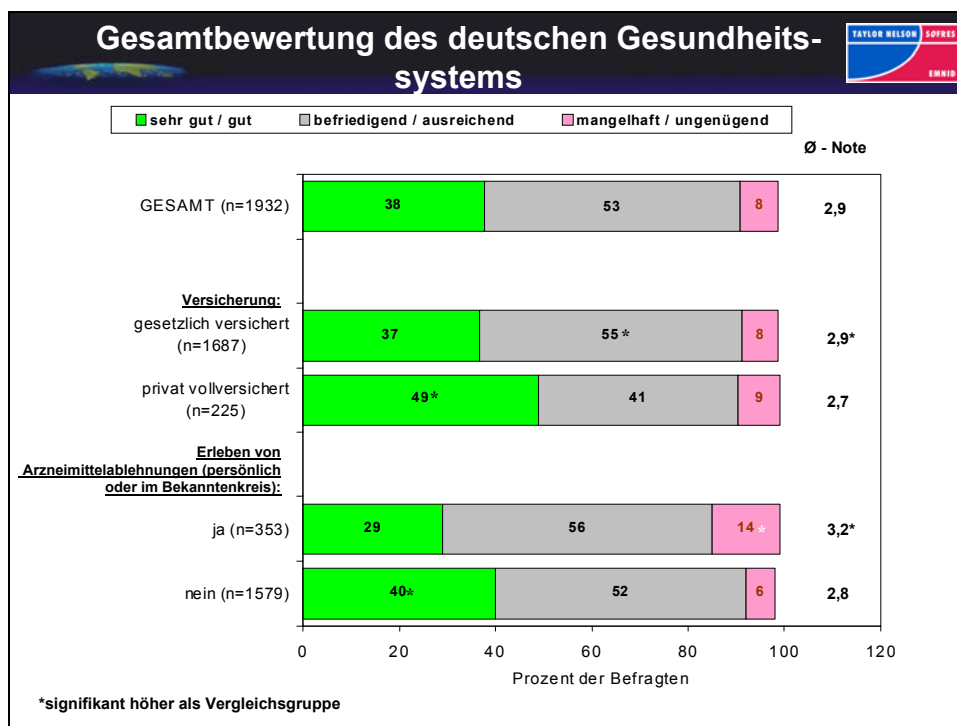
Das Vertrauen in das Gesundheitssystem ist erheblich eingeschränkt: 69% der gesetzlich Versicherten und fast drei Viertel (73%) der Privatversicherten schließen sich der Auffassung an, in Deutschland gebe es eine Zwei-Klassen-Medizin. 71% aller Befragten glauben, dass Kassenpatienten alles in allem eine schlechtere Gesundheitsversorgung erhalten. Lediglich 58% der gesetzlich Versicherten stimmen der Auffassung zu, dass das Gesundheitssystem in Deutschland alles in allem zukunftsfähig ist, und 60% meinen, dass der Zugang zum medizinisch-technischen Fortschritt für alle gesichert ist.



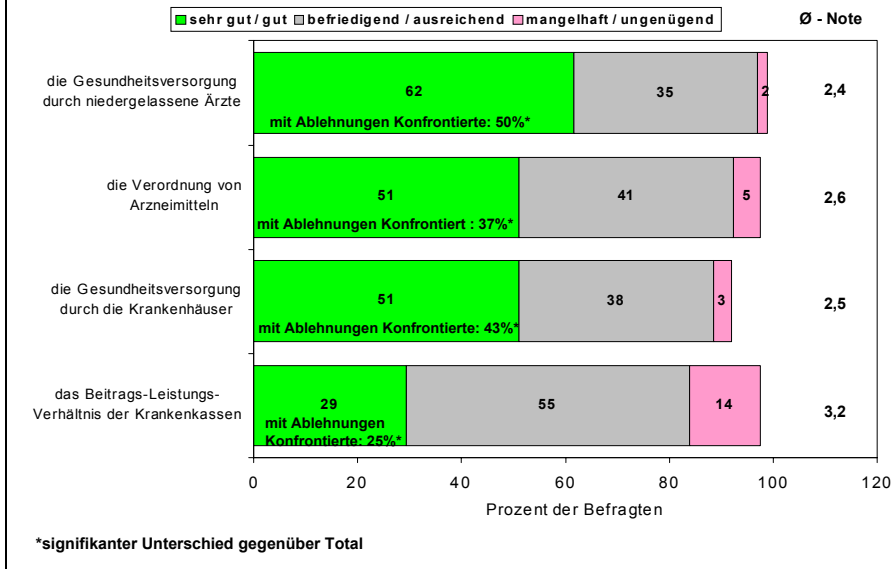
Die Bewertung des Gesundheitssystems in Deutschland ist in allen abgefragten Punkten signifikant schlechter, wenn die Patienten mit Leistungseinschränkungen, wie z.B. der Ablehnung von Arzneimittelverordnungen (s. Kap. 4), konfrontiert sind.

Nur 53% der Personen, die Arzneimittelablehnungen erlebt haben, sehen den medizinisch-technischen Fortschritt für alle gesichert, und 79% betonen die Zwei-Klassen-Medizin zur Kennzeichnung des deutschen Gesundheitssystems. Unter den mit Arzneimittelablehnungen Konfrontierten meint nur jeder Zweite (51%), dass das Gesundheitssystem in Deutschland alles in allem zukunftsfähig ist. Insgesamt belegen diese Befunde einen klaren Vertrauensschwund, wenn Arzneimittel abgelehnt werden.

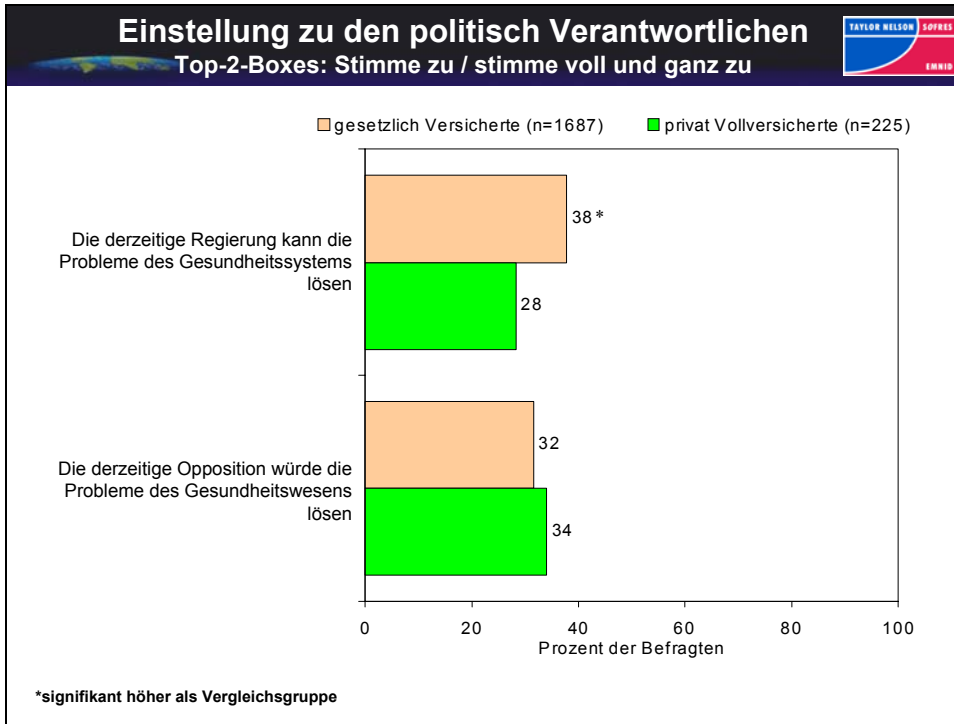
Eine kritische Einstellung der Bevölkerung zum deutschen Gesundheitssystem wird auch in der Schulnotenbewertung deutlich. Nur 37% der gesetzlich Versicherten geben unserem Gesundheitssystem die Noten *sehr gut* oder *gut* (Notendurchschnitt: 2,9; Vorjahr: 2,8). Bei den Privatversicherten ist die Bewertung signifikant besser (49% der Urteile sind *sehr gut* oder *gut*; Durchschnitt: 2,7; Vorjahr: 2,5).



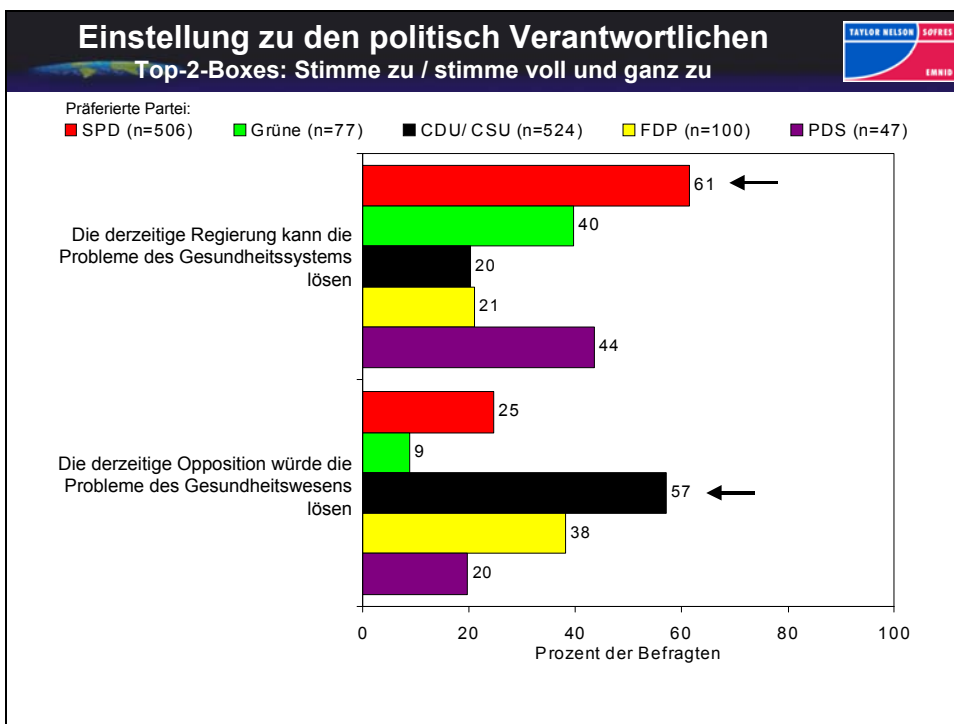
Bewertung verschiedener Teilbereiche des deutschen Gesundheitssystems



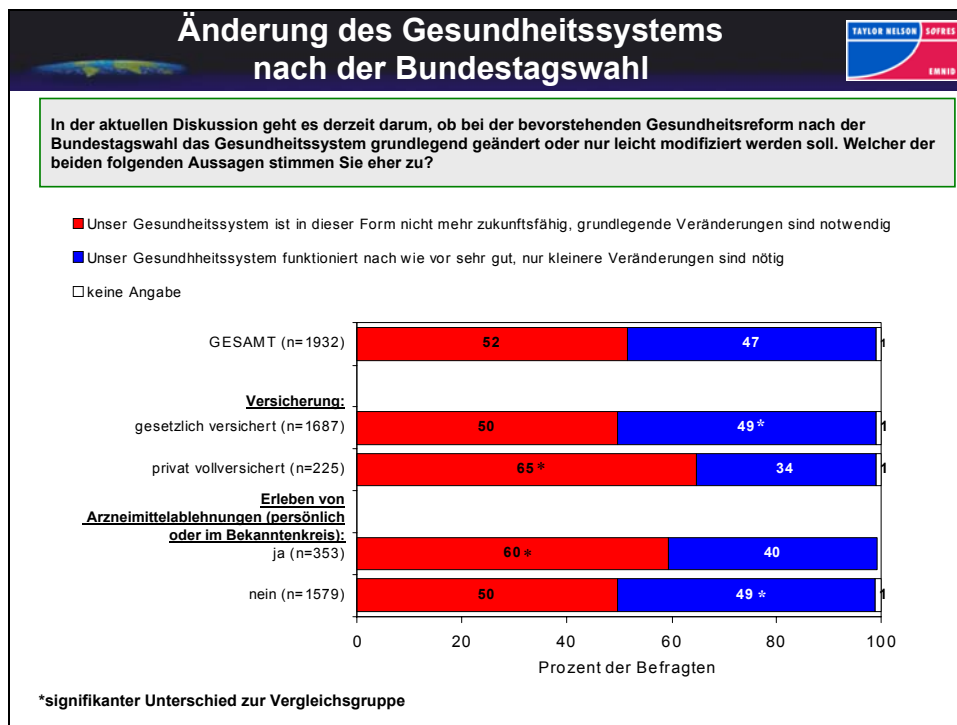
Ein wichtiger Aspekt der relativ geringen Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem ist das Beitrags-Leistungs-Verhältnis der Krankenkassen. Nur 29% der Befragten geben diesem Aspekt unseres Gesundheitssystems gute bis sehr gute Noten (Durchschnitt: 3,2). Die Gesundheitsversorgung durch niedergelassene Ärzte (62% gut / sehr gut) und in den Krankenhäusern (51%) wird dagegen signifikant häufiger positiv bewertet. Die Verordnung von Arzneimitteln wird von knapp der Hälfte der Befragten als gut eingestuft (51% gut / sehr gut). Darüber hinaus zeigt sich ein klares Gefälle zwischen Personen, die in diesem Jahr mit Arzneimittelablehnungen konfrontiert wurden, und den übrigen Personen. Die mit Ablehnungen konfrontierten Personen bewerten alle Teilbereiche des Gesundheitssystems signifikant schlechter als jene, die bei sich selbst oder im Bekanntenkreis in diesem Jahr noch keine Ablehnungen erlebt haben.



Eine starke Skepsis zeigt sich in der Einstellung zu den politisch Verantwortlichen. Nur 38% der gesetzlich Versicherten glauben, dass die derzeitige Regierung die Probleme des Gesundheitssystems lösen kann. Aber auch der Opposition wird hierbei kein stärkeres Engagement zugetraut (32%).



52% der Deutschen plädieren nach der Bundestagswahl für grundlegende Veränderungen in unserem Gesundheitswesen. Personen, die von Arzneimittelablehnungen persönlich oder durch Erfahrungen im Bekanntenkreis konfrontiert wurden sowie Privatversicherte schließen sich dieser Meinung signifikant häufiger an.



2. Bewertung von Maßnahmen zur Sanierung des Gesundheitssystems

Welchen Zuspruch haben die verschiedenen Maßnahmen zur Sanierung des deutschen Gesundheitssystems, die derzeit diskutiert werden? Nach der Zustimmung zu einzelnen Vorschlägen weisen wie im Vorjahr vier Aspekte eine besonders hohe Akzeptanz auf:

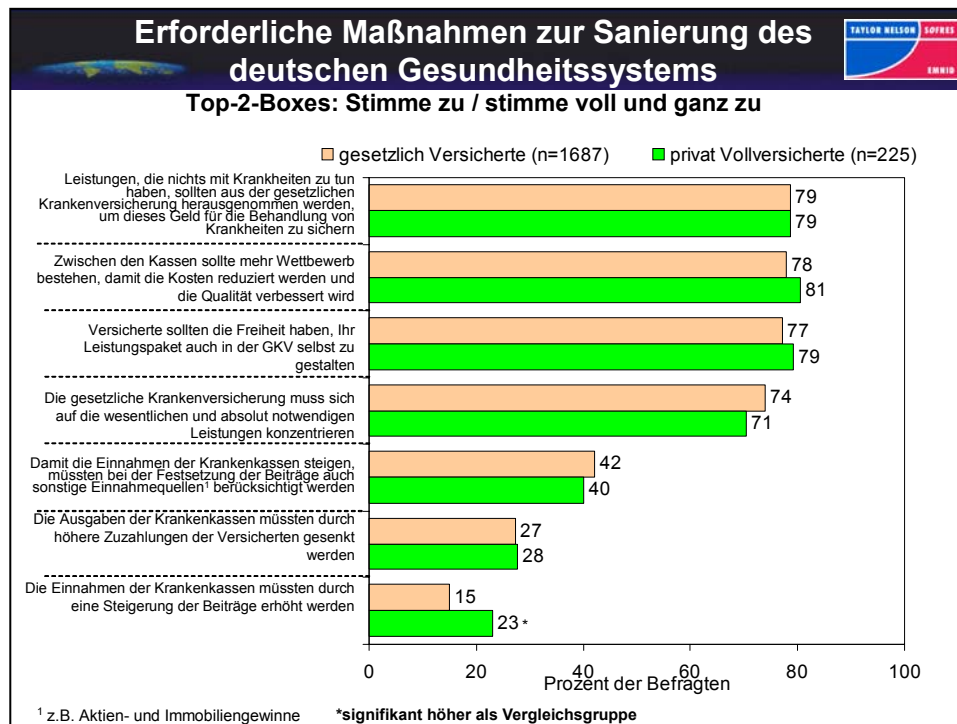
- (1) Die gesetzliche Krankenversicherung muss sich auf die wesentlichen und absolut notwendigen Leistungen konzentrieren (74% Zustimmung).
- (2) Leistungen, die nichts mit Krankheiten zu tun haben, sollen aus der gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen werden, um dieses Geld für die Behandlung von Krankheiten zu sichern (79 % Zustimmung).
- (3) Versicherte sollten die Freiheit haben, ihr Leistungspaket auch in der gesetzlichen Krankenversicherung selbst zu gestalten (77%).
- (4) Zwischen den Kassen sollte mehr Wettbewerb bestehen, damit die Kosten reduziert werden und die Qualität verbessert wird (78% Zustimmung).

Die ersten beiden Punkte weisen darauf hin, dass die Patienten im Prinzip mit Einschränkungen im Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung einverstanden sind, sofern hiervon die "wesentlichen und absolut notwendigen Leistungen" nicht berührt sind und die Krankenversicherung in ihrer Kernfunktion, der Absicherung des Krankheitsrisikos, gestärkt wird.

Punkt Drei zeigt: Die Versicherten wollen nicht durch die Kassen oder durch den Gesetzgeber bevormundet werden, sondern ihren Versicherungsumfang weitgehend selbst bestimmen.

Die hohe Zustimmung zum vierten Punkt spiegelt die Erwartung wieder, dass in einem System miteinander konkurrierender Versicherungen Qualitätsverbesserungen und Effizienzgewinne in der Patientenversorgung

erzielt werden können. In diesem Punkt ist bei der Zustimmung gegenüber dem Vorjahresergebnis (69%) sogar ein signifikanter Anstieg zu verzeichnen.

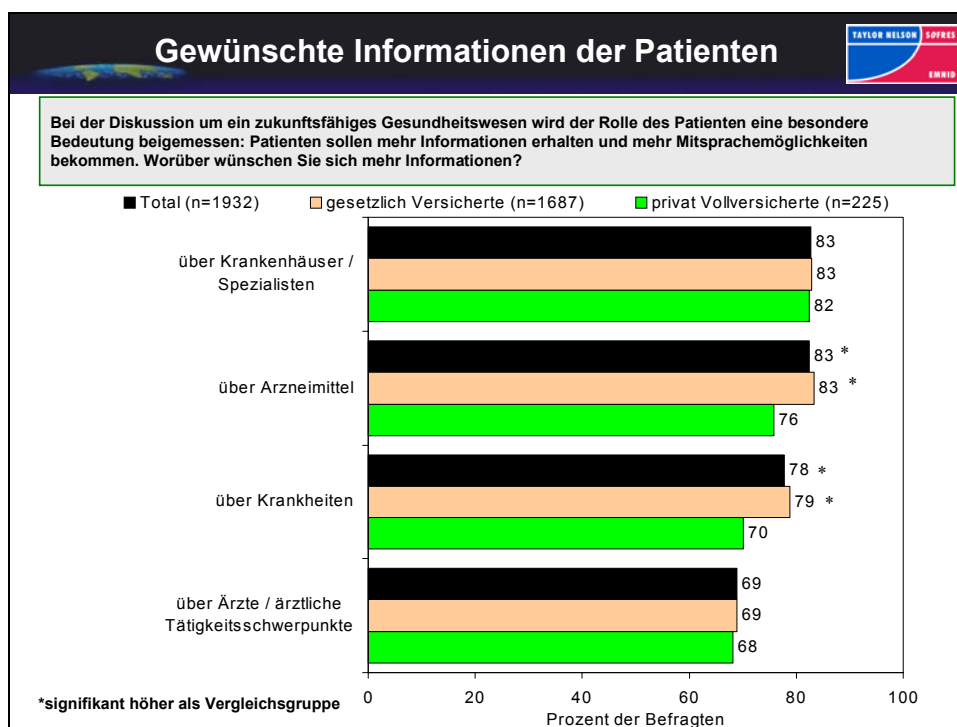


Den geringsten Zuspruch finden bei den gesetzlich Versicherten Beitragssteigerungen der Krankenkassen (15%) und höhere Zuzahlungen der Versicherten (27%). Höher liegen die Akzeptanzwerte für den Vorschlag, die Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung durch eine Erweiterung des Begriffs der beitragspflichtigen Einnahmen zu verbessern (42%).

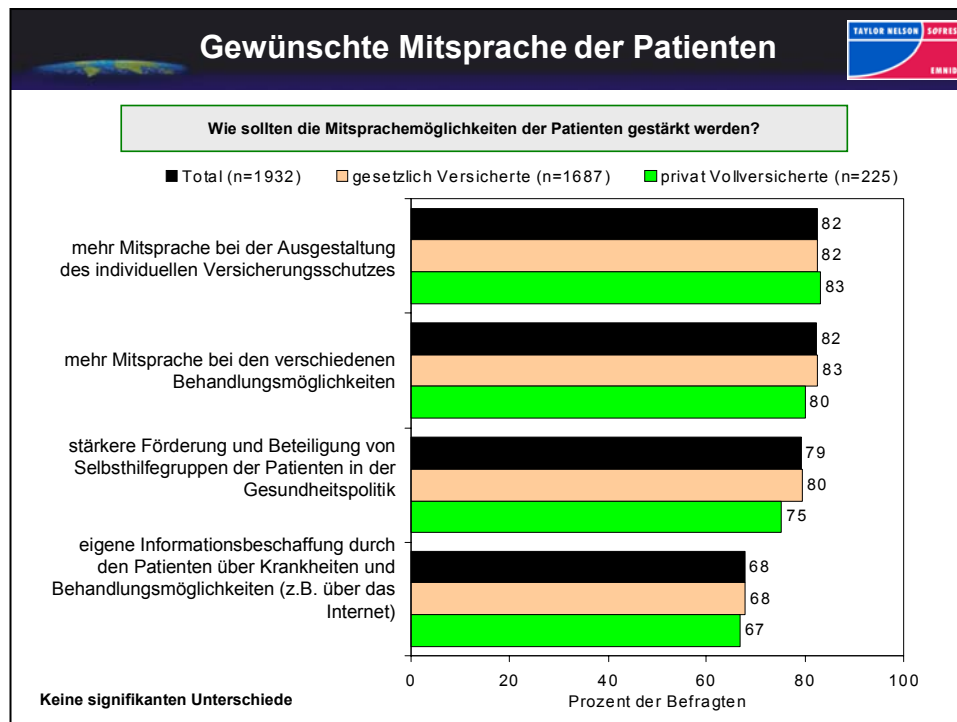
Als Zwischenbilanz kann festgehalten werden:

- Maßnahmen, die zu pauschalen finanziellen Belastungen der Patienten führen (z.B. Beitragssteigerungen, Zuzahlungen), werden in der Bevölkerung abgelehnt.
- Maßnahmen zur Kosteneinsparung werden begrüßt, wenn die Qualität der medizinischen Versorgung nicht leidet.
- Die Versicherten begrüßen mehr Mitsprachemöglichkeiten hinsichtlich der Gestaltung ihres Leistungspakets in der GKV.

Insbesondere im letzten Punkt wird der Rolle des Patienten eine stärkere Bedeutung beigemessen als es bislang der Fall ist. Die vorliegenden Studienergebnisse belegen, dass die Patienten tatsächlich mehr Informationen erhalten und ihr Mitspracherecht stärken wollen. 83% der gesetzlich Versicherten wünschen mehr Informationen über Krankenhäuser und Spezialisten, 83% über Arzneimittel und 79% über Krankheiten.

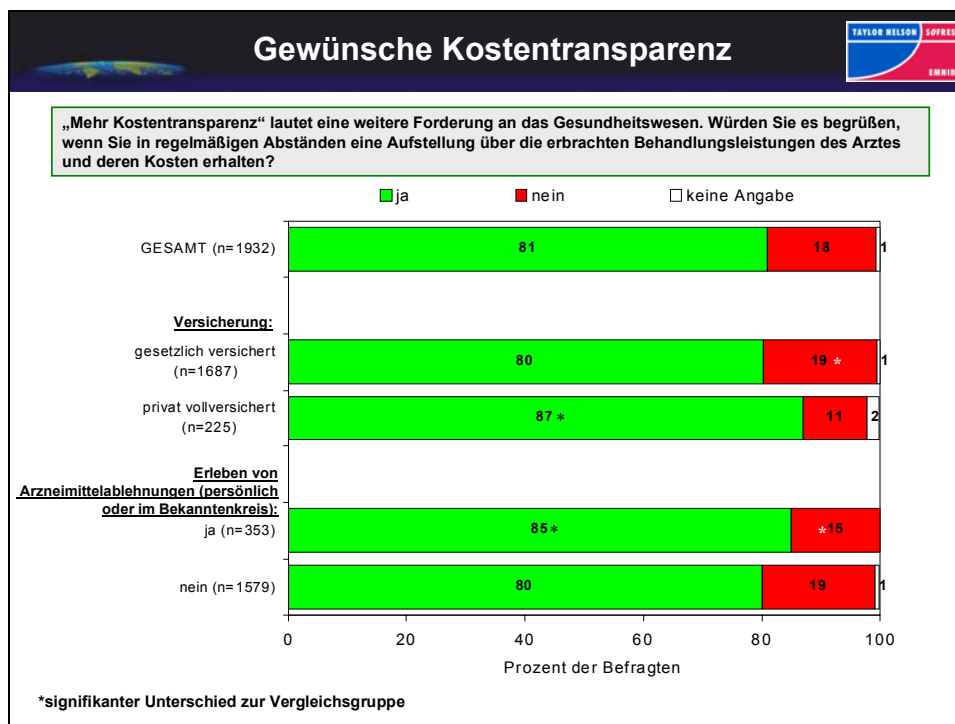


Bei den Mitsprachemöglichkeiten dominiert der Wunsch nach mehr Mitsprache bei der Ausgestaltung des individuellen Versicherungsschutzes (82% der gesetzlich Versicherten wünschen dies) und bei den verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten (83%). 80% wünschen eine stärkere Förderung und Beteiligung von Selbsthilfegruppen der Patienten in der Gesundheitspolitik. 80% wünschen eine stärkere Förderung und Beteiligung von Selbsthilfegruppen der Patienten in der Gesundheitspolitik. 80% wünschen eine stärkere Förderung und Beteiligung von Selbsthilfegruppen der Patienten in der Gesundheitspolitik.



Ein besonderer Aspekt der Patienteninformation ist die Kostentransparenz. Die überwiegende Mehrheit der gesetzlich Versicherten (80%) begrüßt es, wenn sie in regelmäßigen Abständen eine Aufstellung über die erbrachten Behandlungsleistungen des Arztes erhalten.

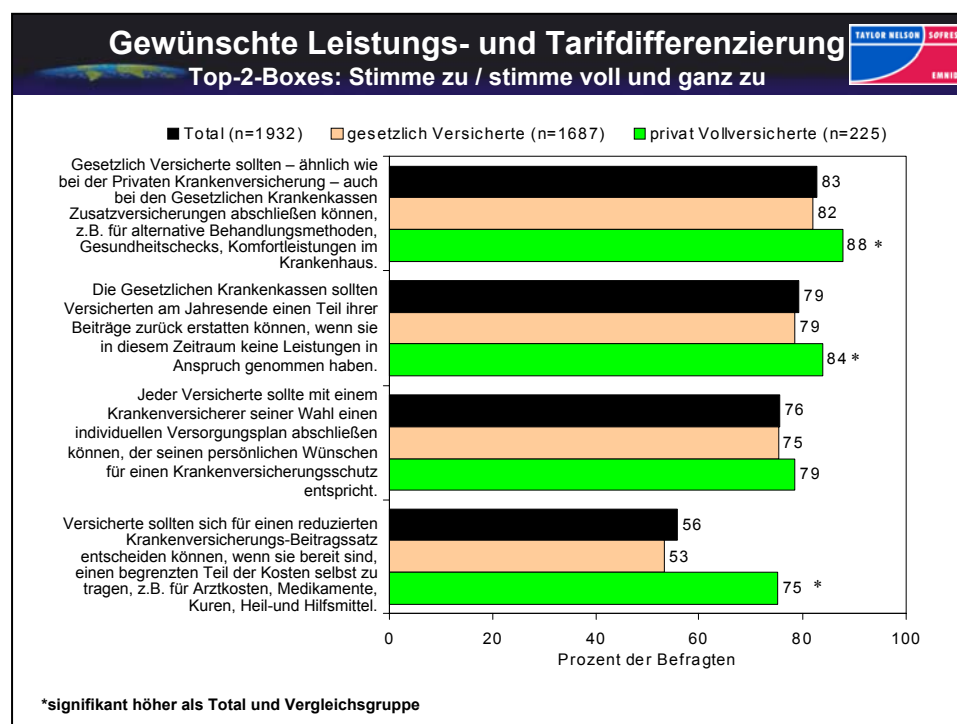
Bei den mit Arzneimittelablehnungen konfrontierten Personen ist der Wunsch nach mehr Kostentransparenz (85%) besonders ausgeprägt. Zumal die Arzneimittelablehnungen in den meisten Fällen durch Kosteneinsparungen begründet sind, signalisiert dieses Ergebnis ein wachsendes Bewusstsein für Behandlungskosten unter den ökonomischen Zwängen unseres Gesundheitssystems.



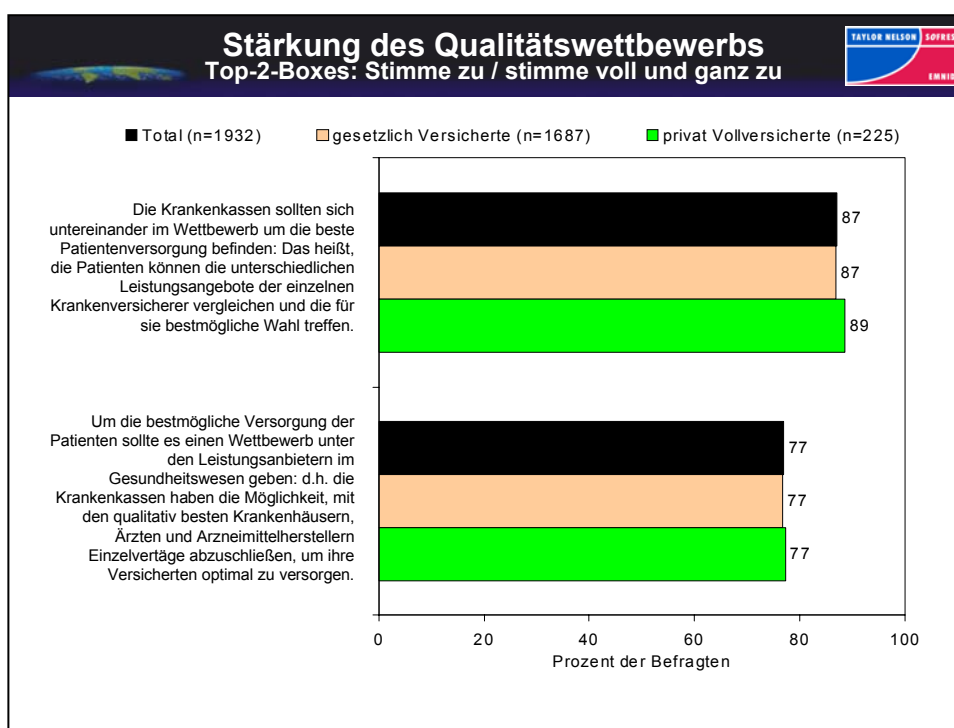
Bei der Bewertung von Reformvorschlägen zur Flexibilisierung der Leistungs- und Tarifgestaltung der Krankenversicherung ist die Bevölkerung eindeutig zu einer individuelleren Ausgestaltung des Versicherungsschutzes angelehnt an die von privaten Versicherungen bekannten Lösungen bereit. Jeweils mehr als drei Viertel der gesetzlich Versicherten stimmen hierbei folgenden Reformvorschlägen zu:

- Abschluss von Zusatzversicherungen, zum Beispiel für alternative Behandlungsmöglichkeiten, Gesundheitschecks, Komfortleistungen im Krankenhaus (82% Zustimmung durch gesetzlich Versicherte),
- Beitragsrückerstattung am Jahresende, wenn in diesem Zeitraum keine Leistungen in Anspruch genommen wurden (79%),
- Abschluss eines individuellen Versorgungsplans, der den persönlichen Wünschen des Versicherten für seinen Krankenversicherungsschutz entspricht (75%).

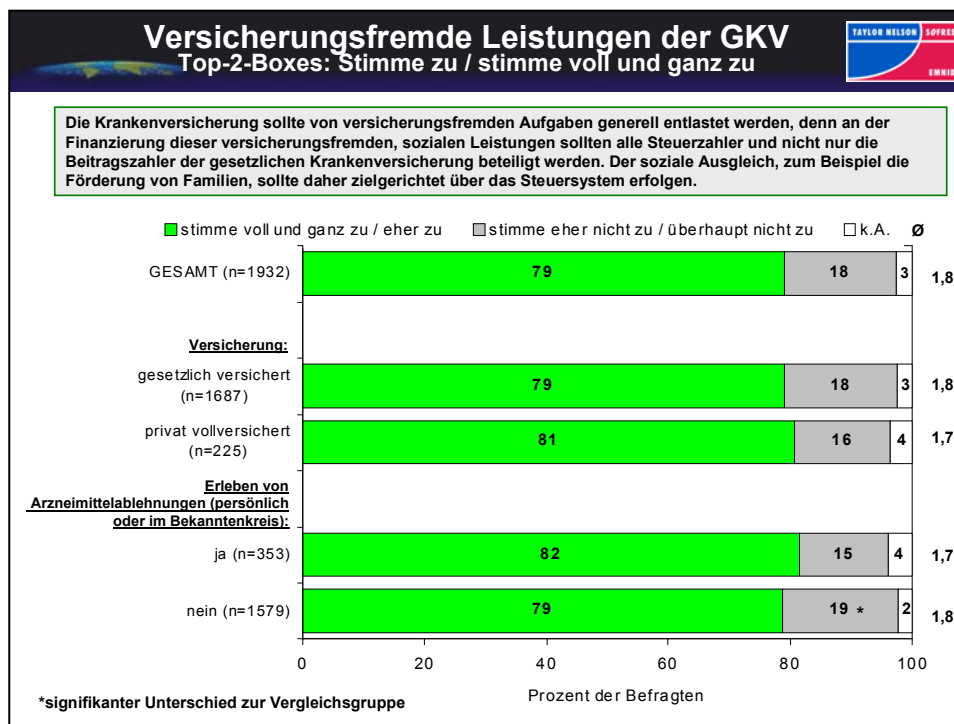
Auf relativ wenig Zustimmung (56% der gesetzlich Versicherten) trifft lediglich die Einführung von Selbstbehalttarifen als Wahlmöglichkeit.



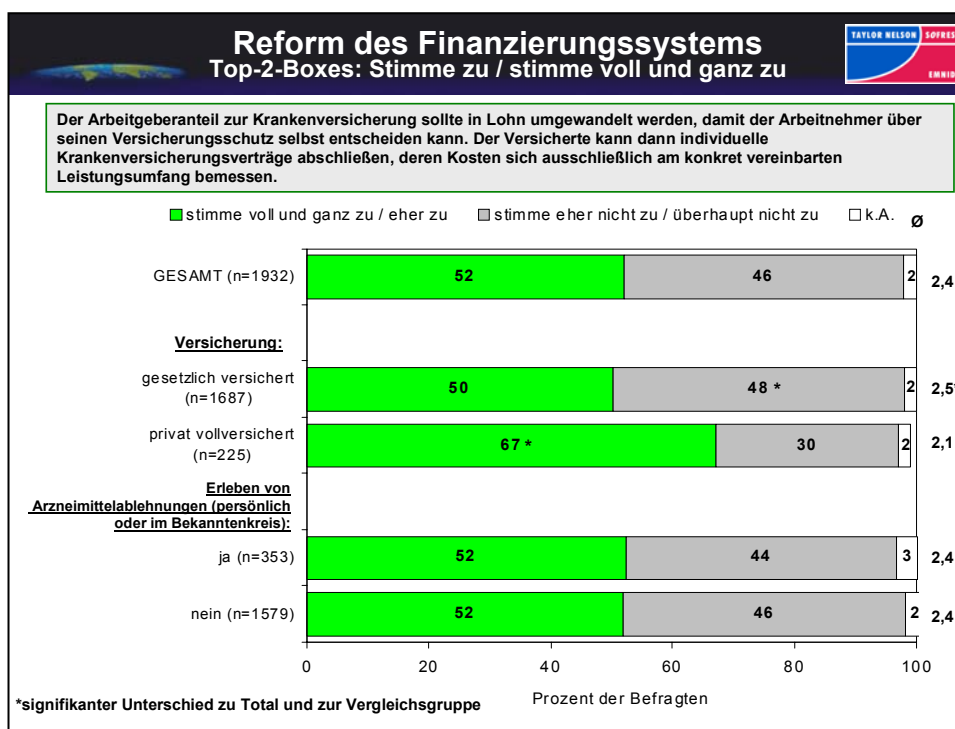
Neben der Differenzierung des Versicherungsschutzes werden auch Maßnahmen positiv bewertet, die einen stärkeren Wettbewerb der Krankenversicherer und Leistungsanbieter fördern. 87% der gesetzlich Versicherten stimmen hierbei dem Vorschlag zu, den Krankenkassenwettbewerb zu intensivieren und den Versicherten damit die Möglichkeit zu geben, die unterschiedlichen Leistungsangebote der Krankenversicherer zu vergleichen und die für sie bestmögliche Wahl zu treffen. Und 77% meinen, dass die Krankenkassen die Möglichkeit haben sollten, mit den qualitativ besten Krankenhäusern, Ärzten und Arzneimittelherstellern Einzelverträge abzuschließen, um ihre Versicherten optimal zu versorgen.



Ein weiterer Aspekt zur Verbesserung des Gesundheitssystems ist die Entlastung der Krankenversicherung von versicherungsfremden Aufgaben, damit die Finanzierung dieser Leistungen nicht nur von den gesetzlichen Versicherten getragen werden muss. 79% der Befragten stimmen der Forderung zu, dass der soziale Ausgleich (z.B. die Förderung von Familien) zielgerichtet über das Steuersystem erfolgen soll.



Auf geteilte Zustimmung trifft der Vorschlag, das Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung umfassend zu reformieren. 50% der gesetzlich Versicherten können sich vorstellen, den Arbeitgeberanteil zur Krankenversicherung in Lohn umzuwandeln, um individuelle Krankenversicherungsverträge abschließen zu können, deren Kosten sich ausschließlich am konkret vereinbarten Leistungsumfang bemessen. Privatversicherte, die an einen derartigen Weg der individuellen Leistungsvereinbarung gewöhnt sind, können sich sogar signifikant häufiger mit einem solchen Reformschritt anfreunden (67%).

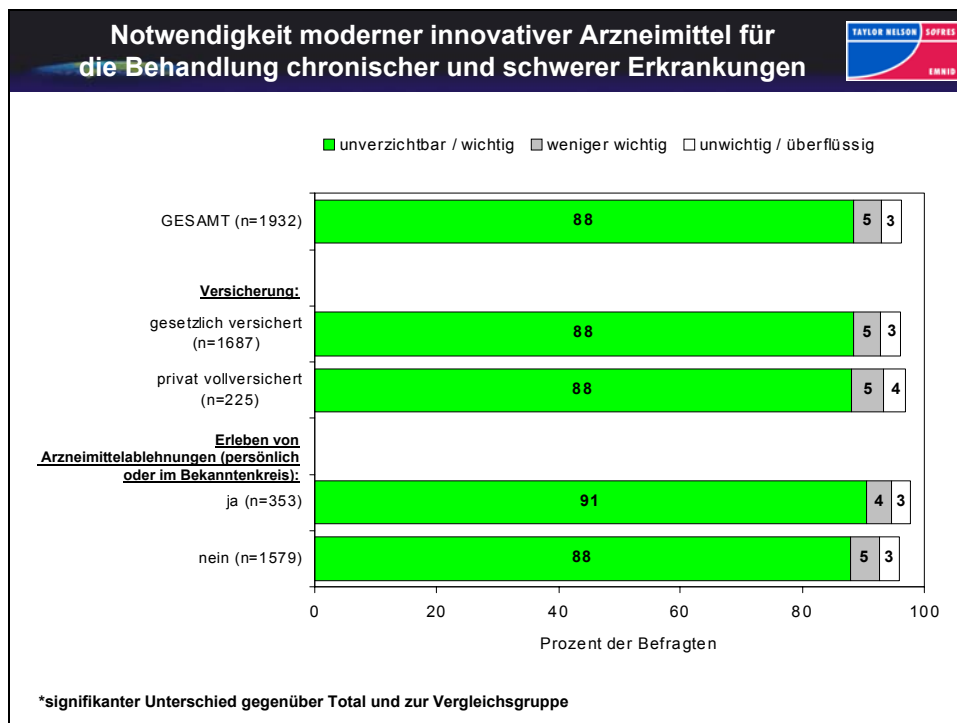


Resümee

- Insgesamt belegen die Einstellungen der gesetzlich Versicherten zu den unterschiedlichen Gesundheitsreformvorschlägen eine hohe Bereitschaft, weitreichende Änderungen am bestehenden System mit zu tragen.
- Durchgängig zeigen die Antworten eine starke Präferenz für eine individuellere Gestaltung von Versicherungsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen. Nur bei der Reform des Systems der Beitragsbemessung ist die Zustimmung geteilt.
- Klare Mehrheiten findet auch die Forderung, dass zwischen Krankenversicherern und Leistungsanbietern ein stärkerer Wettbewerb um die beste Patientenversorgung angestrebt werden sollte.
- Im zukünftigen Gesundheitswesen wird der Patient größere Bedeutung als bislang haben: Die Patienten wünschen mehr Informationen (z.B. über Krankenhäuser, über Arzneimittel und über Krankheiten), sie wünschen mehr Kostentransparenz durch Aufstellungen über die erbrachten Behandlungsleistungen, und sie wünschen auch eine stärkeres Mitsprache im Versorgungsalltag und in der Gesundheitspolitik.
- Versicherungsfremde, soziale Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sollten aus dem Leistungskatalog herausgenommen und über das Steuersystem finanziert werden. Entscheidend ist die Absicherung der wesentlichen und absolut notwendigen Leistungen durch die Krankenversicherung, wobei die Qualität der medizinischen Versorgung im Vordergrund stehen sollte.

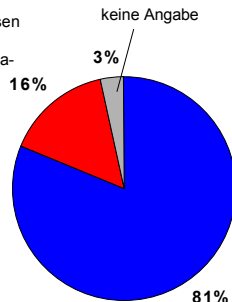
3. Qualität der Arzneimittelversorgung

Zur Gewährleistung einer optimalen Qualität der medizinischen Versorgung gehört auch der Einsatz von modernen innovativen Arzneimitteln für alle Versicherten, insbesondere für die Behandlung chronischer und schwerer Erkrankungen. 88% der Befragten halten dies für unverzichtbar oder wichtig, und zwar unabhängig vom Versicherungsstatus, unabhängig vom Gesundheitszustand, und unabhängig von der Parteienpräferenz. Nur 16% würden die Einsparung von modernen und innovativen Arzneimitteln in Kauf nehmen, um die Finanzlage der Krankenkassen zu verbessern. Die Finanzlage der Krankenkassen darf nicht dazu führen, dass die Versorgung mit modernen / innovativen Arzneimitteln gefährdet ist. Dieser Aussage stimmen 81% der Bevölkerung zu.



Standpunkt zu Einsparungen bei modernen und innovativen Arzneimitteln

Um die Finanzlage der Krankenkassen zu verbessern, kann man die Einsparungen von modernen und innovativen Arzneimitteln in Kauf nehmen



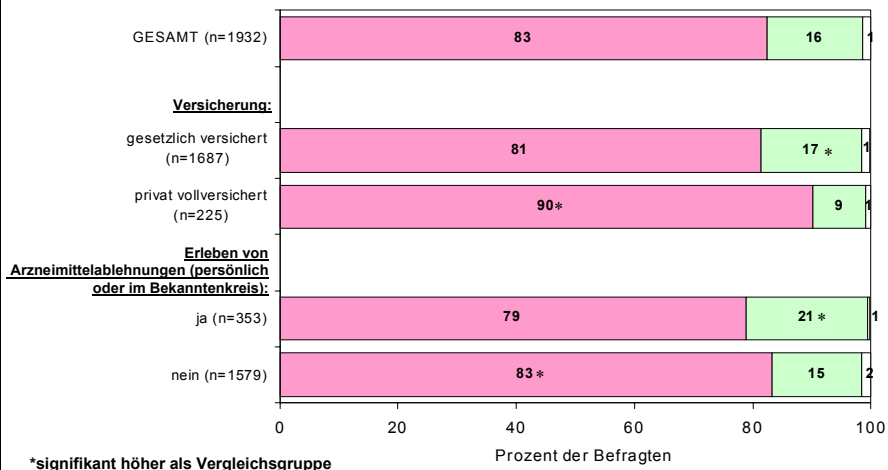
Die Finanzlage der Krankenkassen darf nicht dazu führen, dass die Versorgung mit modernen/ innovativen Arzneimitteln gefährdet ist

Die Notwendigkeit moderner und qualitativ hochwertiger Arzneimittel zeigt sich auch in der hohen Bereitschaft bei 81% der gesetzlich Versicherten, bei geringfügigen Erkrankungen die Kosten für Arzneimittel selbst zu tragen, wenn im Gegenzug bei schwerwiegenden Erkrankungen alle Medikamente erstattet werden, die einer modernen und qualitativ hochwertigen Medizin entsprechen. Wo es tragbar ist, d.h. bei den Medikamenten für geringfügige Erkrankungen, sind die Patienten durchaus zu Selbstzahlungen bereit.

Bereitschaft zur Selbstbezahlung von Arzneimitteln bei geringfügigen Erkrankungen

Wären Sie bereit, bei geringfügigen Erkrankungen die Kosten für Arzneimittel selbst zu tragen, wenn Sie dafür im Gegenzug bei schwerwiegenden Erkrankungen alle Medikamente erstattet bekommen, die einer modernen und qualitativ hochwertigen Medizin entsprechen?

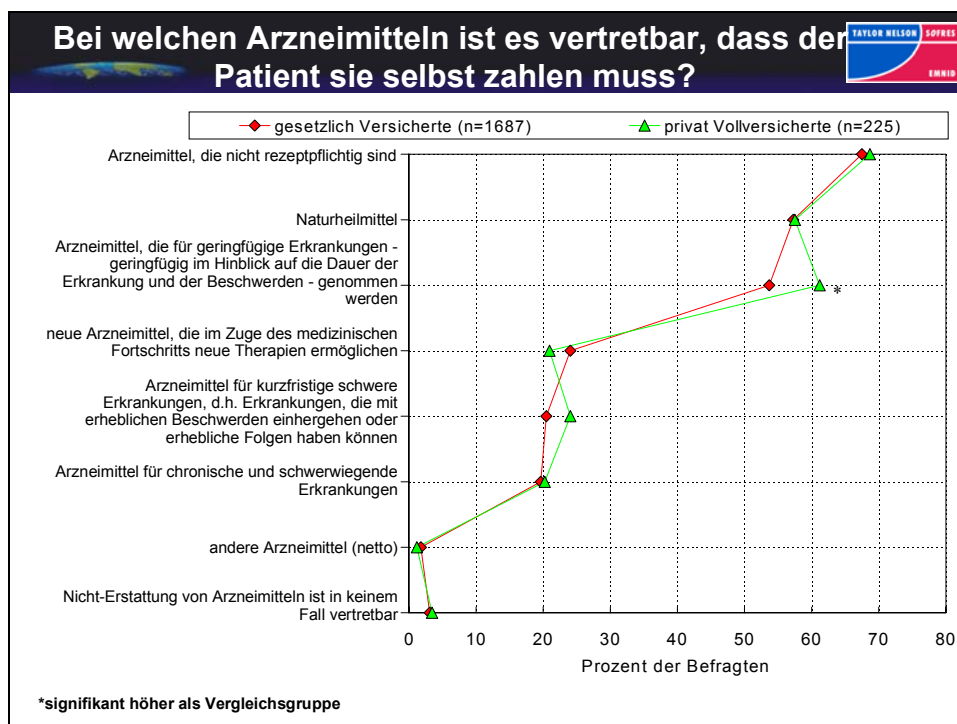
■ Ja ■ Nein □ keine Angabe



*signifikant höher als Vergleichsgruppe

Direkt danach gefragt, für welche Arzneimittel eine Selbstzahlung hinnehmbar ist, würde es die Mehrheit der gesetzlich Versicherten für folgende Arzneimittel vertretbar halten, dass sie von den Krankenkassen nicht mehr erstattet werden:

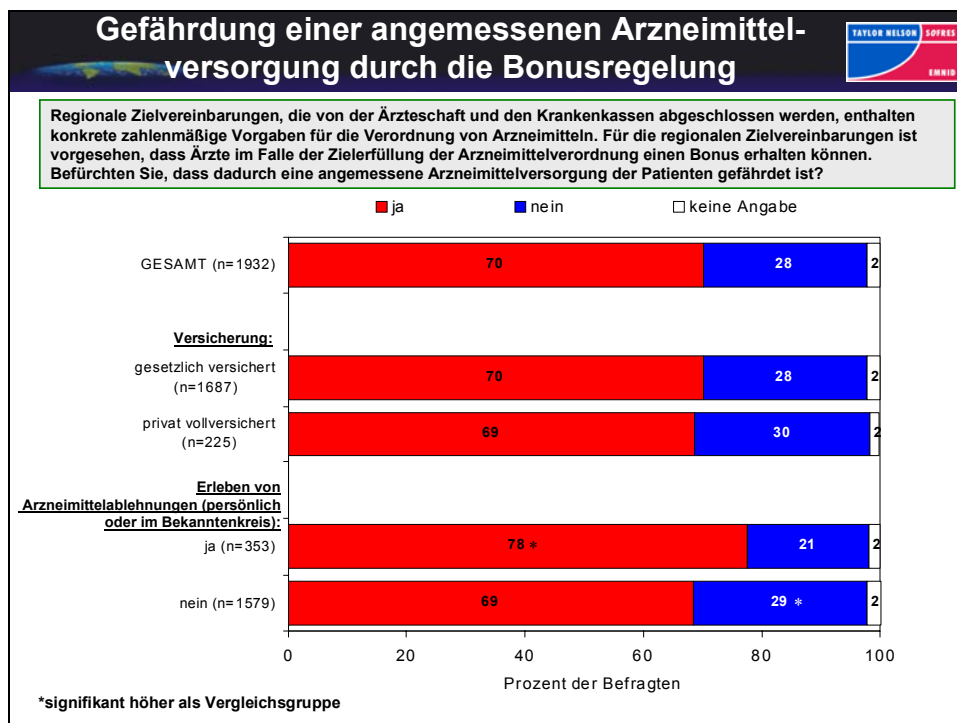
- nicht rezeptpflichtige Arzneimittel,
- Naturheilmittel,
- Arzneimittel für geringfügige Erkrankungen (geringfügig im Hinblick auf die Dauer der Erkrankung und der Beschwerden).



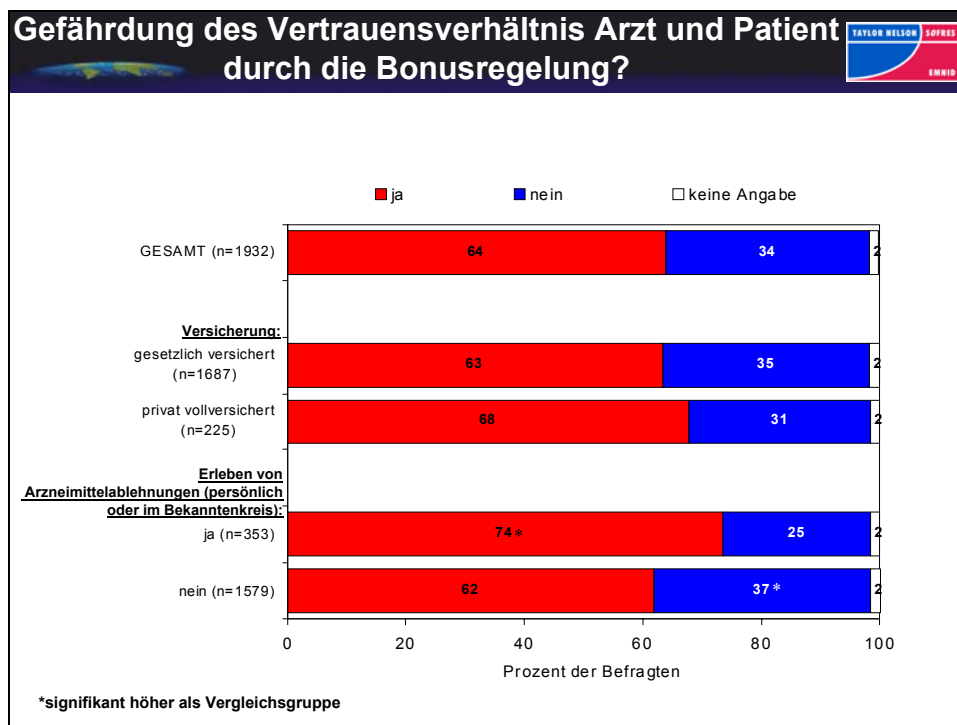
Bezieht man diese Ergebnisse auf die klare Ablehnung in der Bevölkerung, auf moderne / innovative Arzneimittel aus Kostengründen zu verzichten, kann geschlossen werden: Die Patienten sind eher dazu bereit, nicht rezeptpflichtige Arzneimittel, Naturheilmittel und Arzneimittel für geringfügige Erkrankungen selbst zu zahlen als durch Einsparungen von Seiten der Kassen auf eine qualitativ hochwertige, moderne und innovative Medizin zu verzichten.

Der von der derzeitigen Regierung eingeschlagene Weg durch regionale Zielvereinbarungen mit Bonusregelung die Arzneimittelausgaben zu steuern, wird von den Versicherten kritisch gesehen. In der vorliegenden Studie wurde die Einstellung hierzu gesondert ermittelt. Zur Gewährleistung eines einheitlichen Vorwissens wurden jedem Befragten folgende Informationen gegeben:

"Regionale Zielvereinbarungen, die von der Ärzteschaft und den Krankenkassen abgeschlossen werden, enthalten konkrete zahlenmäßige Vorgaben für die Verordnung von Arzneimitteln. Für die regionalen Zielvereinbarungen ist vorgesehen, dass Ärzte im Falle der Zielerfüllung der Arzneimittelverordnung einen Bonus erhalten können."



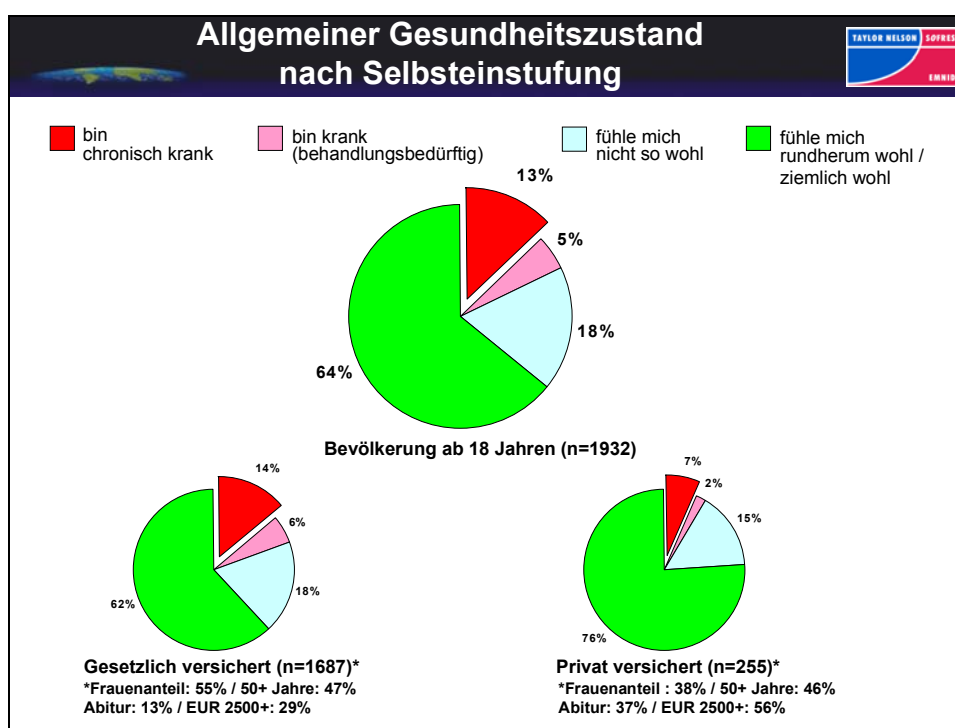
Die Bonusregelung für Ärzte, die bei Erfüllung der Verordnungsziele belohnt werden sollen, wird in der Bevölkerung überwiegend negativ bewertet. 70% der Befragten befürchten, dass durch die Bonusregelung eine angemessene Arzneimittelversorgung der Patienten gefährdet ist (Personen, die in diesem Jahr von Arzneimittelablehnungen betroffen waren oder hiervon Betroffene kennen: 78%). 64% sehen hierin sogar eine Gefährdung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient.



4. Ablehnung von Arzneimittelverordnungen

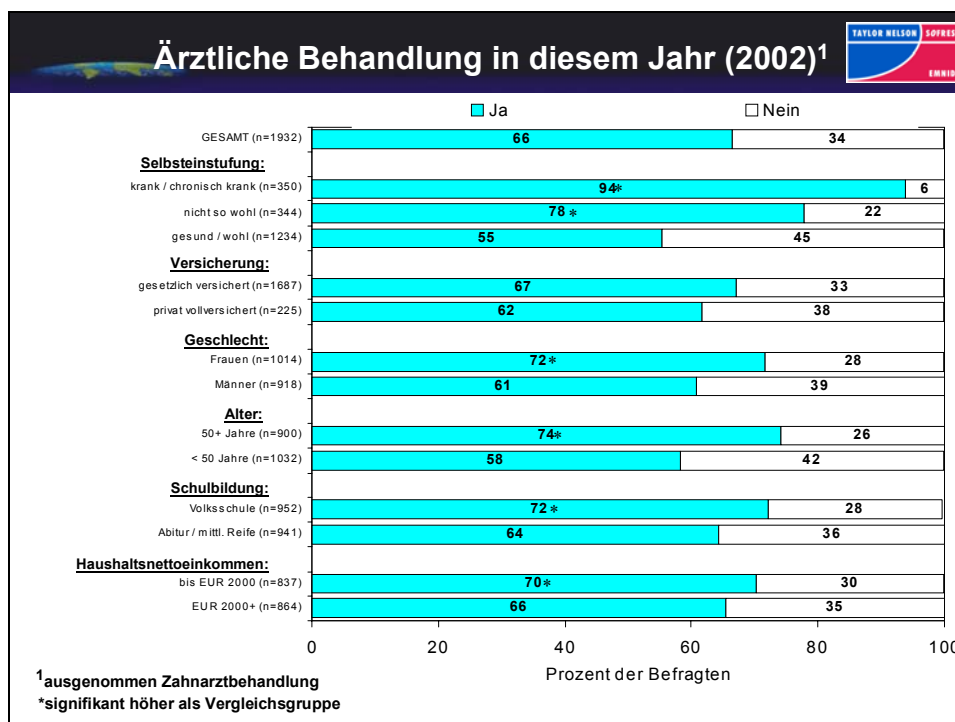
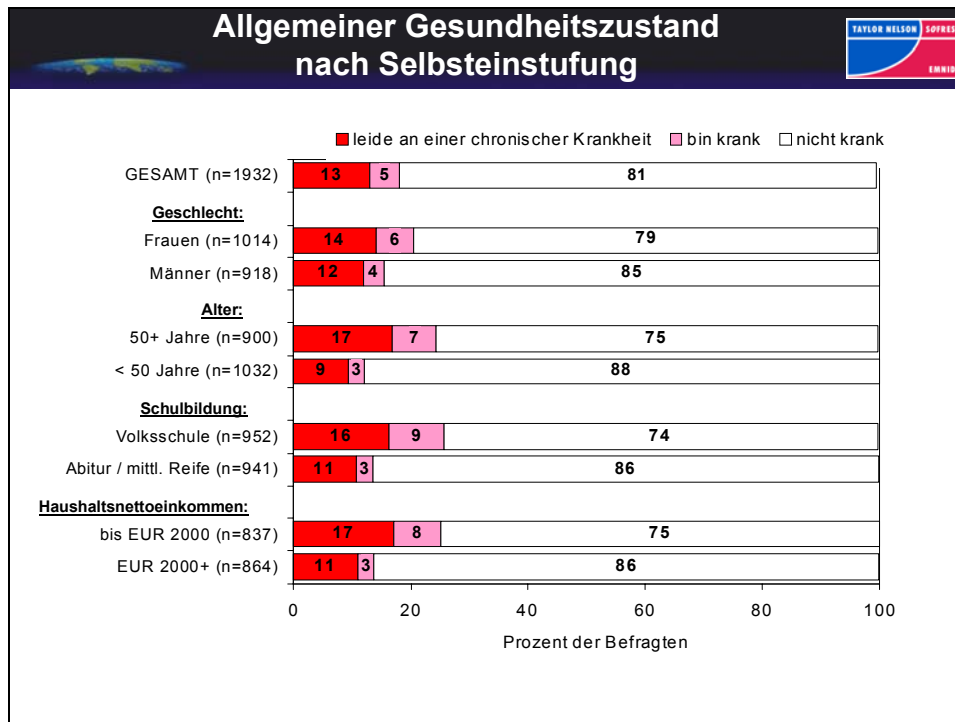
Allgemeiner Gesundheitszustand

Der Gesundheitszustand der Befragten wurde auf zwei Wegen ermittelt. Zunächst sollte jede Person ihr allgemeines Befinden auf einer Skala mit sechs Antwortvorgaben einstufen ("fühle mich rundherum wohl", "ziemlich wohl", "gelegentlich nicht so wohl", "häufiger nicht so wohl", "bin krank", "leide an einer chronischen Krankheit"). Zusätzlich wurde jede Person gefragt, ob sie in diesem Jahr ärztlich behandelt wurde.



Nach der **Selbsteinstufung** sind 18% der Befragten krank (5%) oder leiden an einer chronischen Erkrankung (13%, z.B. Hypertonie, chronische Bronchitis, Asthma, Rheuma, Diabetes). Bei den gesetzlich Versicherten ist der Anteil der Kranken und chronisch Kranken mit 20% signifikant höher als bei den Privatversicherten (9%). Für die Interpretation dieses Unterschiedes ist zu berücksichtigen, dass unter den Privatversicherten mehr Männer, mehr Besserverdienende und mehr Personen mit höherer Ausbildung sind als unter den gesetzlich Versicherten. Wie die folgende Abbildung zeigt, stufen sich diese Personengruppen generell als gesünder ein. Der geringere

Krankenanteil bei den Privatversicherten beruht jedoch nicht nur auf dem höheren Anteil von Personen mit gesunder Lebensführung bei den höher Ausgebildeten und bei den Besserverdienenden, sondern auch auf der selektiven Aufnahme von relativ gesunden Personen in die Privatversicherung.

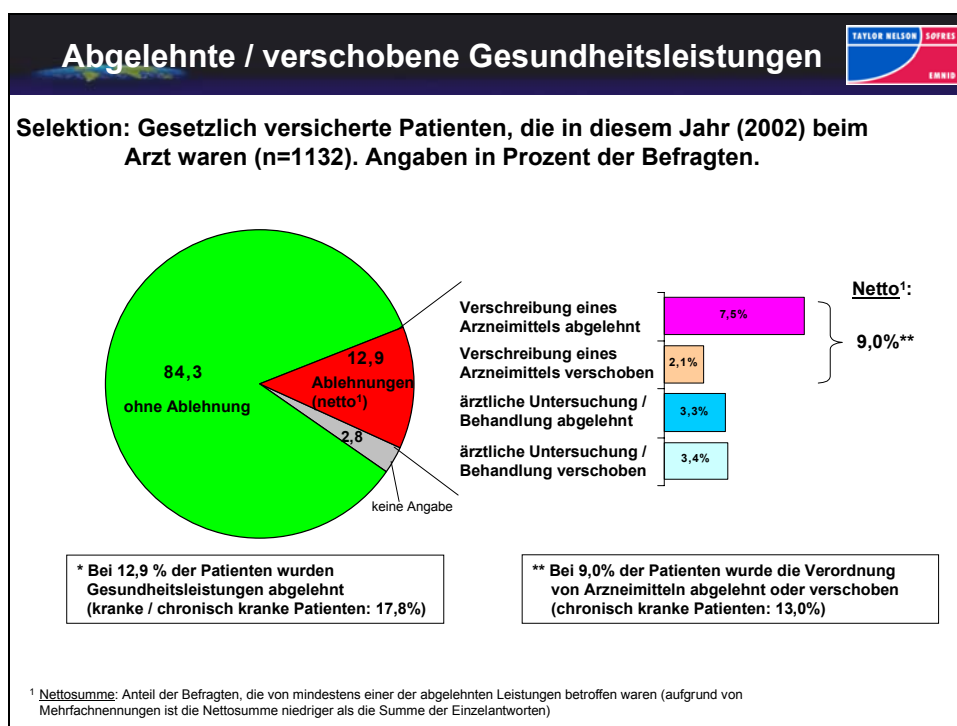


Zwei Drittel der Befragten (66%) waren in diesem Jahr (2002) in ärztlicher Behandlung (Zahnarzt ausgenommen). Personen der 50+ Generation,

Frauen und Personen mit einem Haushaltsnettoeinkommen unter 2000 Euro sind signifikant häufiger in ärztlicher Behandlung als jüngere Personen, Männer und Personen mit höheren Nettoeinkommen. Da Frauen und weniger gut verdienende Personen in den gesetzlichen Krankenversicherungen besonders stark vertreten sind, weist die Gruppe der gesetzlich Versicherten gegenüber den privat Versicherten auch einen erhöhten Anteil von Personen auf, die in diesem Jahr beim Arzt waren.

Ablehnung und Verschiebung von Gesundheitsleistungen

Um das Ausmaß möglicher Einschränkungen der medizinischen Versorgung **quantitativ** abschätzen zu können, wird mit der vorliegenden Patientenbefragung auch ermittelt, in welchem Umfang Gesundheitsleistungen abgelehnt oder verschoben werden, aus welchen Gründen dies geschieht, und welche Folgen dies für die Befragten hat. Die Ergebnisse beruhen nur auf der Befragung jener Personen, die in diesem Jahr in ärztlicher Behandlung waren (d.h. im Zeitraum Januar bis Juli 2002).



Von den gesetzlich Versicherten, die in diesem Jahr in ärztlicher Behandlung waren (n=1132), kam es bei 9,0% in dieser Zeit vor, dass die Verordnung eines Arzneimittel abgelehnt oder verschoben wurde.¹

14,2% aller Befragten kennen Angehörige oder Bekannte, bei denen es in diesem Jahr schon einmal vorgekommen ist, dass die Verschreibung eines Arzneimittels vom Arzt abgelehnt oder verschoben wurde. Berücksichtigt man beide Möglichkeiten, dass jemand beim Arztbesuch entweder persönlich von Arzneimittelablehnungen betroffen war oder eine hiervon betroffene Person kennt, so wurden in diesem Jahr 18,3% der Bevölkerung im persönlichen Umfeld mit Arzneimittelablehnungen konfrontiert.

Da die vorliegenden Daten auf einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe beruhen, lässt sich das Ausmaß der Arzneimittleinschränkungen bei den gesetzlich Versicherten durch eine Hochrechnung genauer abschätzen. Hiernach wurden in Deutschland in diesem Jahr bei ca. 3,45 Millionen der gesetzlich Versicherten ab 18 Jahren Arzneimittelverordnungen abgelehnt oder verschoben (58 Mio. gesetzlich Versicherte ab 18 Jahren x 66% mit Arztbesuch x 9,0% Ablehnung oder Verschiebung von Arzneimittelverordnungen).

Besonders hoch ist die Wahrscheinlichkeit von Arzneimittelablehnungen bei den chronisch Kranken: 13% der chronisch kranken Patienten haben in diesem Jahr erlebt, dass der Arzt ein Arzneimittel ablehnte oder die Verordnung aufschob.

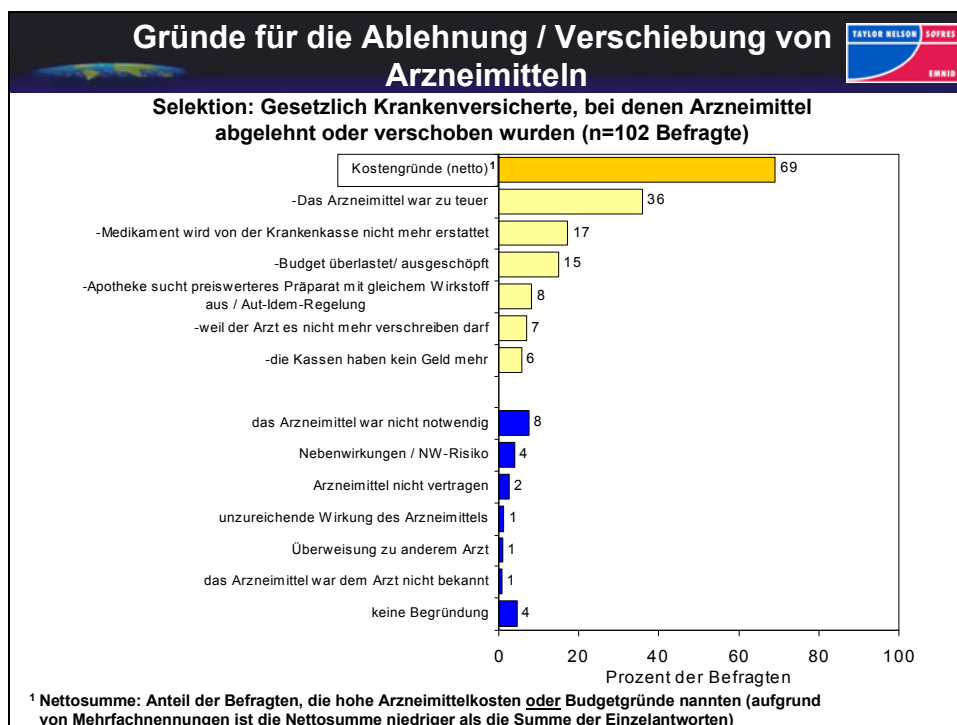
Darüber hinaus kam es bei 3,9% der gesetzlich versicherten Patienten vor, dass ärztliche Untersuchungen oder Behandlungen abgelehnt oder verschoben wurden. Insgesamt ist es bei netto 12,9% der gesetzlich versicherten Patienten mit Arztbesuch in diesem Jahr schon einmal oder mehrmals vorgekommen, dass Gesundheitsleistungen

¹ Vorjahreswert: 8,6% (bezogen auf Januar bis August 2001)

(Arzneimittelverordnungen, Untersuchungen, ärztliche Behandlungen) abgelehnt oder verschoben wurden. Bei den chronisch Kranken beträgt der Anteil abgelehnter Gesundheitsleistungen sogar 17,8% der Patienten.

Gründe für die Ablehnung von Arzneimitteln

69% der Befragten (gesetzlich Versicherte) nennen Kostengründe als Grund für die Ablehnung (z.B. "Arzneimittel war zu teuer"; "Die Kasse zahlt es nicht mehr").



Die Originaläußerungen der Personen auf die offen abgefragten Gründe zeigen, dass die Ärzte ihre Patienten über die Sparmaßnahmen informieren und die Kostengründe direkt ansprechen:

"Von der Krankenkasse würden Sie es nicht bezahlt kriegen, unser Budget ist ziemlich angefüllt und es darf nicht überzogen werden."

"Weil die Kasse das nicht mehr bezahlen kann, bei gleichen Wirkstoffen soll das preiswertere Mittel verschrieben werden."

"Er hat gesagt, es ist das gleiche Präparat, nur günstiger und von einem anderen Hersteller."

"Weil die in der Apotheke preisgünstigere Arzneimittel rausrücken müssten."

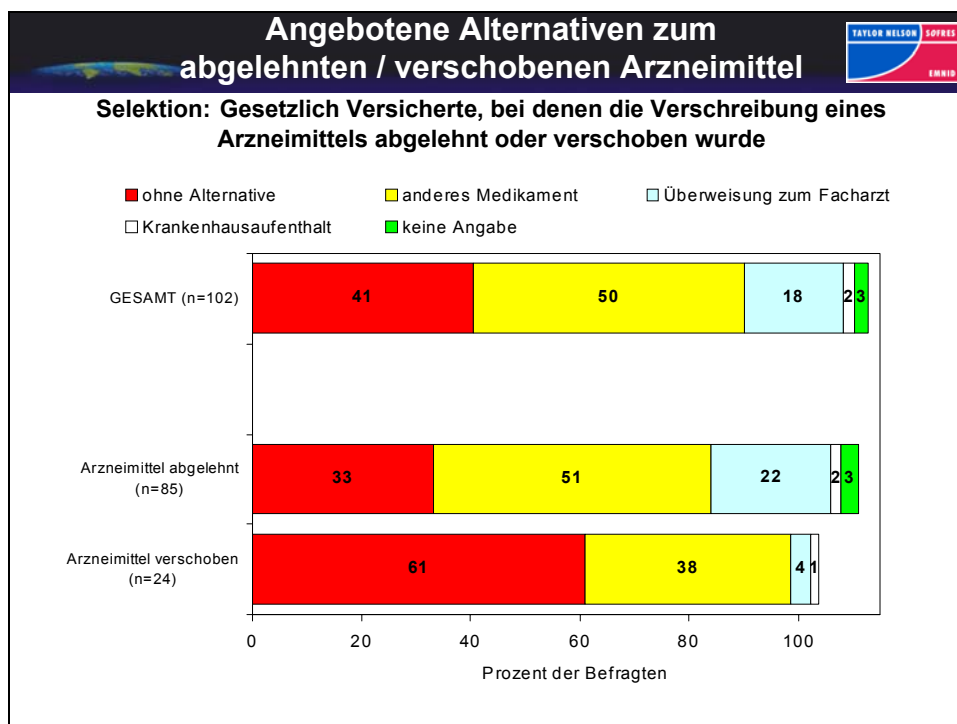
"Er darf das Medikament nur auf Privatrezept verschreiben."

"Es sei nicht lebenswichtig, deshalb solle man es selber bezahlen. Es war doch lebenswichtig."

Weitaus seltener werden die fehlende medizinische Notwendigkeit (5%), das Nebenwirkungsrisiko (4%), die schlechtere Verträglichkeit (2%) oder die unzureichende Wirkung (1%) des abgelehnten Arzneimittels genannt. Die hier untersuchten Ablehnungen haben somit primär ökonomische Gründe.

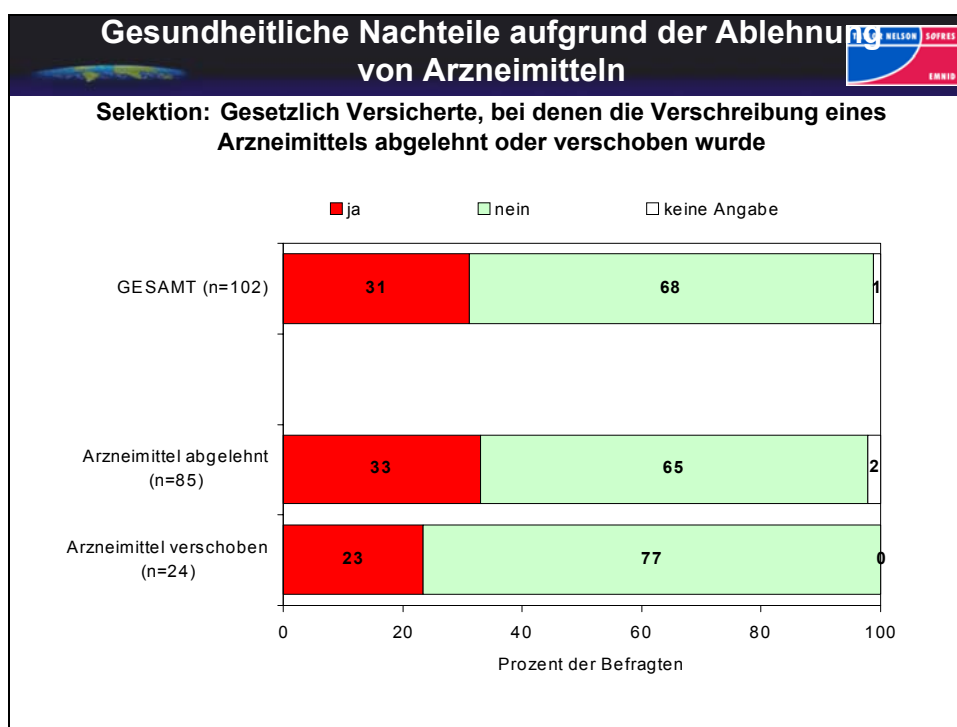
Alternativen zum abgelehnten Arzneimittel

Nur 50% der von Ablehnungen Betroffenen erhielten alternativ zum abgelehnten Produkt ein anderes Medikament (Vorjahreswert: 40%). Bei 41% der Personen wurde das Medikament ohne Alternative abgelehnt, d.h. die Betroffenen waren gezwungen, zum Erhalt des Medikaments einen anderen Arzt aufzusuchen oder es selbst zu zahlen.



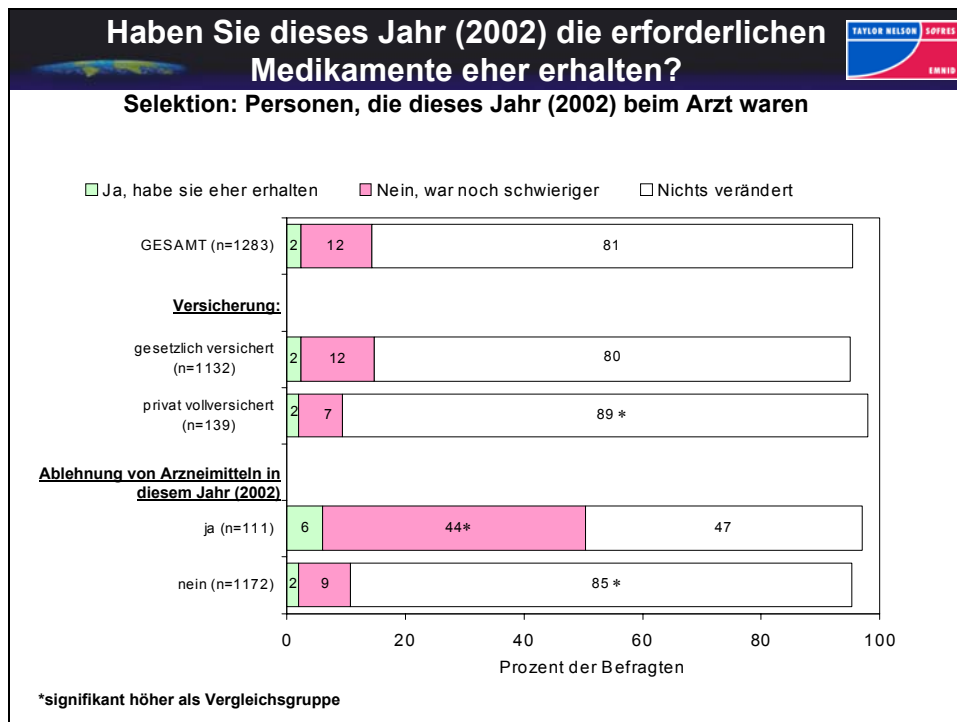
Folgen von Arzneimittelablehnungen

Für die von Arzneimittelablehnungen Betroffenen können nicht nur finanzielle Aufwendungen (z.B. bei Selbstzahlung), sondern auch gesundheitliche Nachteile entstehen. Um das Ausmaß dieser Nachteile abschätzen zu können, wurden die betroffenen Patienten gefragt, ob sie ihrer Meinung nach gesundheitliche Nachteile hatten, weil die Verschreibung des Arzneimittels abgelehnt wurde. 31% der Betroffenen bejahten diese Frage (Vorjahreswert: 44%). 68% erlebten keine gesundheitlichen Nachteile.



Veränderungen gegenüber dem Vorjahr

Verglichen mit den Vorjahresergebnissen weist der Befund, dass allein in den ersten 7 Monaten des Jahres 2002 9,0% der Patienten von Arzneimittelablehnungen betroffen waren, auf eine unverändert schlechte Verordnungssituation hin (Vergleichswert 2001: 8,6% Betroffene für den retrospektiv erfragten Zeitraum Januar bis August 2001). Dies entspricht der subjektiven Einschätzung der Lage aus Patientensicht.



80% der gesetzlich versicherten Patienten meinen auf die Frage, ob sie in diesem Jahr bei einer Erkrankung vom Arzt die erforderlichen Medikamente eher erhalten haben, dass sich gegenüber dem Vorjahr nichts verändert hat. 12% haben den Eindruck, dass es in diesem Jahr noch schwieriger war, die erforderlichen Medikamente zu erhalten. Signifikant niedriger ist der Anteil jener, die den Eindruck haben, die erforderlichen Medikamente in diesem Jahr eher erhalten zu haben (2%). Bei den von Arzneimittelablehnungen Betroffenen glauben sogar 44%, dass sich die Situation verschlechtert hat.

FAZIT

Das Vertrauen in das deutsche Gesundheitssystem ist bei den Versicherten nach wie vor eingeschränkt. 69% der gesetzlich Versicherten stimmen der Auffassung zu, dass es in Deutschland eine Zwei-Klassen-Medizin gibt. 71% meinen, dass Kassenpatienten alles in allem eine schlechtere Gesundheitsversorgung als Privatpatienten erhalten. Patienten, die in diesem Jahr persönlich von Arzneimittelablehnungen betroffen waren oder hiervon im Bekanntenkreis erfahren haben, schließen sich dieser Auffassung signifikant häufiger an als die übrigen Patienten.

52% der Deutschen fordern grundlegende Veränderungen im deutschen Gesundheitswesen.

Auf Innovationen nicht verzichten

Bei den gesetzlich Versicherten besteht eine hohe Bereitschaft (83%), bei geringfügigen Erkrankungen die Kosten für Arzneimittel selbst zu tragen, wenn im Gegenzug alle Medikamente erstattet werden, die einer modernen und qualitativ hochwertigen Medizin entsprechen. Nur 16% würden die Einsparung von modernen und innovativen Arzneimitteln in Kauf nehmen, um die Finanzlage der Krankenkassen zu verbessern. Nach den Wünschen der gesetzlich Versicherten darf die Finanzlage der Krankenkassen nicht dazu führen, dass die Versorgung mit modernen / innovativen Arzneimitteln gefährdet ist.

Die Mehrheit der gesetzlich Versicherten hält es für vertretbar, dass neben nicht rezeptpflichtigen Arzneimitteln und Naturheilmitteln auch Arzneimittel für geringfügige Erkrankungen von den Krankenkassen nicht erstattet bzw. selbst gezahlt werden. Bezieht man diese Ergebnisse auf die klare Ablehnung in der Bevölkerung, innovative Arzneimittel zur Kostensenkung einzusparen, kann geschlossen werden: Die Patienten sind eher dazu bereit, die oben genannten Produkte selbst zu zahlen als durch Einsparungen von Seiten der Kassen auf eine qualitativ hochwertige, moderne und innovative Medizin zu verzichten.

Versicherte wollen ihr Leistungspaket selbst gestalten

Die überwiegende Mehrheit der gesetzlich Versicherten (77%) möchte die Freiheit haben, ihr Leistungspaket auch in der gesetzlichen Krankenversicherung selbst zu gestalten, z.B. durch

- Abschluss von Zusatzversicherungen, zum Beispiel für alternative Behandlungsmöglichkeiten, Gesundheitschecks, Komfortleistungen im Krankenhaus (82% Zustimmung durch gesetzlich Versicherte),
- Beitragsrückerstattung am Jahresende, wenn in diesem Zeitraum keine Leistungen in Anspruch genommen wurden (79%),
- Abschluss eines individuellen Versorgungsplans, der den persönlichen Wünschen des Versicherten für seinen Krankenversicherungsschutz entspricht (75%).

Mehr Wettbewerb um die beste Versorgung

Klare Mehrheiten in der Bevölkerung findet die Forderung, dass zwischen den Krankenkassen und den Leistungsanbietern ein stärkerer Wettbewerb um die beste Patientenversorgung angestrebt werden sollte.

Im zukünftigen Gesundheitswesen will der Patient größere Bedeutung als bislang haben: Die Bevölkerung wünscht mehr Informationen (z.B. über Krankenhäuser / Spezialisten, über Arzneimittel und über Krankheiten), sie spricht sich für mehr Kostentransparenz durch Aufstellungen über die erbrachten Behandlungsleistungen aus, und sie fordert auch ein stärkeres Mitspracherecht bei der Ausgestaltung des Versicherungsschutzes und in der Gesundheitspolitik (z.B. durch Förderung und Beteiligung von Selbsthilfegruppen).

Versicherungsfremde, soziale Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sollten nach Meinung von 79% der Versicherten aus dem Leistungskatalog herausgenommen und nicht nur von den Beitragszahlern, sondern von allen Steuerzahlern finanziert werden. Entscheidend ist die Absicherung der wesentlichen und absolut notwendigen

Leistungen durch die Krankenversicherung, wobei die Qualität der medizinischen Versorgung im Vordergrund stehen sollte.

Ca. 3,45 Millionen sind von Arzneimittelablehnungen betroffen

9,0% der gesetzlich Versicherten, die in diesem Jahr ärztlich behandelt wurden, berichten von abgelehnten oder verschobenen Arzneimittelverordnungen. Bei chronisch kranken Patienten ist dieser Anteil mit 13,0% besonders hoch. 18,3% aller Befragten sind in diesem Jahr entweder persönlich von Arzneimittelablehnungen betroffen gewesen oder kennen jemanden, der davon betroffen ist.

Hochgerechnet auf die Gesamtzahl der gesetzlich Versicherten ab 18 Jahren, die im Laufe eines Jahres ärztlich behandelt werden, ergibt sich für die ersten 7 Monate dieses Jahres ein Volumen von etwa 3,45 Millionen Patienten, die von Arzneimittelablehnungen betroffen sind. Die Mehrzahl der Ablehnungen (69%) beruht nach der Selbstauskunft der Patienten auf Kostengründen. 31% der von Arzneimittelablehnungen betroffenen Patienten sind der Meinung, dass sie durch die Ablehnung auch gesundheitliche Nachteile hatten.

ZUR METHODE

METHODISCHE ANLAGE DER UNTERSUCHUNG

- GRUNDGESAMTHEIT:** Deutsche Personen in Privathaushalten in der Bundesrepublik Deutschland (alte und neue Bundesländer) im Alter von 18 und mehr Jahren.
- STICHPROBE:** Für diese Untersuchung war eine Stichprobe von 2000 Interviews geplant. Die vorliegende Auswertung basiert auf insgesamt 1932 Fällen.
- STREUUNG:** Die Interviews wurden über
West: 210 Sample Points des ADM Master-samples und damit über alle Bundesländer einschließlich Berlin (West) und Ortsgrößen gestreut.
Ost: 210 Sample Points des ADM-Mastersamples und damit über alle Bundesländer einschließlich Berlin (Ost) und Ortsgrößen gestreut.
- DURCHFÜHRUNG:** Die Befragung erfolgte in telefonischer Form. Es handelt sich dabei um computergestützte Interviews (C.A.T.I.). Die allgemeinen Arbeitsanweisungen, nach denen alle Interviewer des EMNID-Instituts verfahren, regelten die einheitliche Durchführung der Interviews. Der Fragebogen war als Protokollgrundlage in bezug auf Reihenfolge und Wortlaut der Fragen für die Interviewer verbindlich.
- BEFRAGUNGSZEITRAUM:** Die Interviews zu dieser Untersuchung wurden in der Zeit vom 02.08.2002 bis 06.08.2002 durchgeführt.

NOCH METHODISCHE ANLAGE DER UNTERSUCHUNG

GEWICHTUNG:

Das Random-Verfahren führt zu einer haushaltsrepräsentativen Stichprobe. Das bedeutet, dass mit zunehmender Haushaltsgröße die Auswahlchance der einzelnen Haushaltsmitglieder umgekehrt proportional sinkt. Durch ein Gewichtungsprogramm wird im Stadium der Datenverarbeitung diese Disproportionalität aufgehoben (Transformation). Gleichzeitig werden Abweichungen von der Soll-Struktur, die durch randombedingte Interviewausfälle entstehen, ausgeglichen (Redressement). Es ist Aufgabe der Gewichtung, aus der haushaltsrepräsentativen Stichprobe eine bevölkerungsrepräsentative Stichprobe zu erstellen. Nach der Gewichtung ist die Stichprobe repräsentativ für Personen im Alter von 14 und mehr Jahren, d.h. die erhobenen Daten sind im Rahmen der statistischen Fehlertoleranzen auf die Grundgesamtheit hoch-rechenbar. Vergleiche dazu Fehlertoleranztabelle. Die gesamtdeutsche Auswertung ist entsprechend der Einwohnerzahl in den alten und neuen Bundesländern faktoriell gewichtet. Die erhobene disproportionale Stichprobe für die alten und neuen Bundesländer wurde durch eine faktorielle Gewichtung in eine proportionale Stichprobe transformiert, die repräsentativ für Gesamtdeutschland ist (im Verhältnis 0.79 (West) zu 0.21 (Ost)).

DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE:

Der Tabellenteil enthält die Ergebnisse dieser Untersuchungen in detaillierter Form mit den für das Untersuchungsziel wesentlich erscheinenden Aufgliederungen nach soziodemographischen und sachlich bestimmten Personengruppen.

Der Wortlaut der Fragen ist jeweils bei einer Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen. Zu unterscheiden sind Fragen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten, bei denen der Befragte aus vorgegebenen Antwortmöglichkeiten die am meisten zutreffende Antwort bzw. mehrere Antworten zu wählen hat, und offene Fragen, auf die der Befragte frei antwortet. Die Antworten auf offene Fragen wurden sinngemäß zu homogenen Klassen zusammengefaßt.

DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE:

Die Prozentuierung erfolgte - wenn im Tabellenkopf nicht anders vermerkt - auf der Basis aller Befragten bzw. der Befragten in den soziodemographischen Untergruppen. Die absolute Basis, die 100 % entspricht, ist mit im Bericht aufgeführt, um eine Beurteilung der Genauigkeit zu erleichtern.

Die Prozentzahlen sind auf ganze Zahlen gerundet. Die Summe der Prozentzahlen ergibt infolge der Auf- und Abrundungen nicht immer genau 100 %.

Die absolute Zahl 0 (Null) ist als - dargestellt. Prozentzahlen auf der Basis von weniger als 70 Absoluten sind wegen zu geringer Befragtenzahl nur begrenzt aussagefähig (siehe Tabelle Schwankungsbreite).

Die in der Zeile 'Summe' ausgewiesenen Werte zeigen, ob und in welchem Maße in den Ergebnissen der entsprechenden Tabelle Mehrfachnennungen enthalten sind. Mehrfachnennungen bedeutet, dass zu der der Tabelle zugrunde liegenden Frage von manchen Befragten mehrere Antworten gegeben wurden bzw. dass komplexe Antworten in ihre Elemente zerlegt und sinngemäß mehreren betroffenen Antwortkategorien zugeordnet wurden.

