

Medikamente für die Lebensqualität, gegen Alters-Krankheiten und wegen der Lebensführung nur noch für Selbstzahler?

Am Beispiel der Hormon-Ersatz-Therapie

Autoren: Klaus Günterberg, Lothar Moltz und Moina Bayer-Jupe

Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) hat zum 01.01.2004 die Kostenübernahme zahlreicher Medikamente neu geregelt, der „Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen“, höchstes Organ der Selbstverwaltung, hat die Arzneimittelrichtlinien verändert. Unverändert sind einige Medikamente (z.B. bei Erkältungskrankheiten, Abführmittel, Appetitzügler, zur Verbesserung des Haarwuchses) Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, weiterhin nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähig.

Neu ist aber (§34, Abs.1, Satz 7, SGB V): „Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht, sind von der Versorgung ausgeschlossen.“

Nun wird die Lebensqualität durch Krankheit fast immer beeinträchtigt, soll durch Behandlung verbessert werden. Es ist diese Definition „Erhöhung der Lebensqualität“ zunächst so weitreichend, dass selbst die Kostenübernahme für Arzneimittel bei schweren Krankheiten in Frage zu stellen wäre. So hat sich der Gemeinsame Bundesausschuss bemüht, diese Bestimmung des SGB V durch Änderung der Arzneimittelrichtlinien (Beschluss vom 16.3.2004) umzusetzen. Er hat zu definierten Gesundheitsstörungen und Krankheiten (Nikotin-Abhängigkeit, Alopezie, Adipositas, erektile Dysfunktion) Wirkstoffe und Medikamente gelistet, die als Lifestyle-Arzneimittel von der Kostenübernahme durch die GKV ausgeschlossen sind.

Nun könnte man streiten, bei welchem Ausmaß und unter welchen Umständen z. B. ein Übergewicht oder ein mangelnder Haarwuchs nur die Lebensqualität beeinträchtigen, wann ein Krankheitswert vorliegt. Ob die Lebensqualität vordergründig oder nachrangig erhöht wird – die Antwort kann wohl im Einzelfall nur der Psychiater geben.

Dass der erektilen Dysfunktion (e.D.) nach Tumorbehandlung erheblichen Krankheitswert zukommt, dass der Versicherte in solchen Fällen einen Anspruch auf Kostenübernahme für die Medikamente hat, ist inzwischen schon gerichtlich entschieden. In der Richtlinie finden solche Ausnahmen jedoch keine Berücksichtigung. Der Arzt steht nun im Konflikt, bei seinen Verordnungen entweder der Rechtssprechung oder der Richtlinie zu folgen. Schließt sich dazu evtl. ein rechtliches Verfahren an, werden Gerichte festlegen, welche rechtliche Sichtweise verbindlich ist; obsiegen wird letztlich, wer die Rechtssprechung auf seiner Seite hat.

Nach den Richtlinien sind auch Arzneimittel von der Kostenübernahme ausgeschlossen, die (Abschnitt E, Punkt 18.1.) „zur Behandlung von Befunden (??? gemeint sind wohl Beschwerden oder Krankheiten, d. V.) angewandt werden, die lediglich Folge natürlicher Alterungsprozesse sind und deren Behandlung medizinisch nicht notwendig ist“. Diese Formulierung ist wiederum so allgemein, so umfassend und von so weitreichender Bedeutung, dieser Problembereich „lediglich Folge natürlicher Alterungsprozesse ... Behandlung ... nicht notwendig“ enthält derart viel juristische und soziale Sprengkraft, dass der Arzt in seinen Verordnungen und in seinen Beziehungen zum Patienten und zum Kostenträger, der Krankenkasse, unbedingt Rechtssicherheit braucht. Den natürlichen Alterungsprozessen ließen sich aus der Richtlinie evtl. noch die e.D. und der Haarausfall zuordnen; weitere Ausführungen (z.B. zur Therapie klimakterischer Veränderungen, zu vielen orthopädischen Verschleißerscheinungen oder zu geriatrischen Erkrankungen) lässt die Richtlinie vermissen.

Nun sind Pubertät, Klimakterium und Senium per se unstrittig keine Krankheiten sondern Etappen eines natürlichen Alterungsprozesses. Also sind folglich die mit dem Klimakterium und Senium verbundenen Veränderungen und Beschwerden die Folgen eines natürlichen Alterungsprozesses. Dass diese Alterungsprozesse individuell, in verschiedenem Alter und mit verschiedener Geschwindigkeit ablaufen und dass die eintretenden Veränderungen auch eigene Krankheitsbilder mit eigenen Diagnosen haben ist für die Frage einer Kostenübernahme zunächst nicht von Bedeutung.

Ist die hormonelle Behandlung der mit dem Klimakterium verbundenen Beschwerden medizinisch notwendig oder steht die Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund? Zahlreiche Frauen mit zum Teil erheblichen Wechseljahresbeschwerden, die aus verschiedenen Gründen eine Hormonsubstitution ablehnen und ihre Beschwerden akzeptieren, beweisen uns, dass die Hormonsubstitution nicht zwingend notwendig ist.

Andere Frauen, die sich nach gleichen Beschwerden unter der Hormonsubstitution wieder deutlich besser, leistungsfähig und gesünder fühlen, bezeugen den Wert dieser Behandlung für ihre Lebensqualität.

Die Hormonsubstitution kann mehr als nur Hitzewallungen und Schweißausbrüche beseitigen: Sachkundig und richtig eingesetzt, abhängig auch von der Art des Östrogens und des Gestagens, abhängig von den Beschwerden und somatischen Veränderungen, lässt sich auch oft

- der Schlaf verbessern,
- die kognitive Funktion verbessern,
- die Stimmung aufhellen und depressiven Verstimmungen begegnen,
- ein hormonell verursachter Haarausfall vermindern oder beseitigen,
- die Alterung (den Kollagenverlust) der Haut verzögern,
- eine hormonell verursachte Akne verringern oder beseitigen,
- die Blasenfunktion verbessern,
- eine dünne und trockene Vaginalschleimhaut wieder aufbauen, die Gleitfähigkeit verbessern, damit die Sexualität wieder ermöglichen und erhalten,
- die Libido wieder herstellen,
- bei primärer Prävention der Osteoporose, kardiovaskulären Krankheiten, der Makuladegeneration, der Alzheimer-Erkrankung und weiteren Krankheiten entgegenwirken.

Im Vordergrund der Beschwerden und der Behandlung steht immer die Lebensqualität der betroffenen Frauen. Es erfüllen die zur klimakterischen Substitution eingesetzten Hormone damit alle Kriterien, die in §34, Abs.1, Satz 7, SGB V genannt sind. Eigentlich sind sie ein Musterbeispiel für Lifestyle-Präparate, eigentlich ist die klimakterische Hormonsubstitution praktizierte Prävention: Besseres Aussehen, Verbesserung der natürlichen Funktionen, Wohlbefinden, Erhalt der Leistungsfähigkeit, Vermeidung von Krankheiten, Verlangsamung des Alterns und Gesundheit im Alter – die Lebensqualität der Frau lässt sich nachhaltig verbessern, ein Wunsch vieler Frauen und ein elementares ärztliches Anliegen lassen sich erfüllen.

Das erlaubt aber nicht die Schlussfolgerung, dass jeder Wunsch eines Patienten und jede Möglichkeit des Arztes von der Solidargemeinschaft finanziert werden müssten. Nicht alles, was medizinisch machbar und wünschenswert ist, wird von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen.

Selbstverständlich muss der Hormonsubstitution, wie jeder Arzneiverordnung, eine sorgfältige Abwägung auch der Risiken vorausgehen. Unsere Ausführungen sollen keine Stellungnahme zur gegenwärtigen Diskussion um die Risiken einer Hormonsubstitution im Klimakterium sein; diese Frage muss wissenschaftlich entschieden werden. Erst danach kann eine noch bessere Abwägung von Nutzen und Risiken erfolgen als dies gegenwärtig möglich ist. Es soll aber nicht verschwiegen werden, dass die Autoren, soweit Frauenärzte, mit den Beschwerden der Frauen im Klimakterium täglich konfrontiert sind, dass sie täglich indiziert Hormone verordnen.

Sie haben aber, wie viele Vertragsärzte, die Gepflogenheiten der Krankenkassen, ihrer Vertragspartner, selbst erlebt: In anderen Fällen und bei anderen Medikamenten wurden Verordnungen von den Krankenkassen zunächst akzeptiert; die Rezepte wurden von ihnen jahrelang gesammelt, bis dann gegen die verordnenden Ärzte wegen eines vorgeblichen Verstoßes gegen die Arzneimittelrichtlinien, wegen eines „sonstigen Schadens“, erhebliche Regressansprüche erhoben wurden.

Auch wenn die veränderten Richtlinien zur Kostenübernahme einer klimakterischen Hormonsubstitution nicht explizit Stellung nehmen, auch wenn von der Kostenübernahme ausgenommene Medikamente vom Gemeinsamen Bundesausschuss mit Wirkstoff und Namen der Fertigarzneimittel benannt sind, - die Richtlinie bringt u. E. für die mit der Hormonverordnung (und vielen orthopädischen und geriatrischen Erkrankungen) befassten Ärzte keine Rechtssicherheit. Die Formulierung des § 34 Abs. 1 Satz 7 SGB V, Ausschluss der Kostenübernahme, trifft für die Hormonsubstitution im Klimakterium in vollem Umfang zu; es ist das SGB dabei das den Richtlinien übergeordnete Recht.

So lässt die Behandlung klimakterischer Beschwerden zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung, per Kassen-Rezept, einen Regressanspruch der Krankenkassen wegen „eines sonstigen Schadens“ befürchten. Sollte ein solcher Anspruch der Krankenkassen bestehen, würde ein Regress die betroffenen Frauenärzte in ihrer wirtschaftlichen Existenz gefährden.

Der Gesetzgeber trägt mit dem Ausschluss zahlreicher Arzneimittel (s.o.) von der Kostenerstattung durch die GKV der Tatsache Rechnung, dass die Leistungsfähigkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt ist und dass die vorhandenen Mittel vor allem zur Behandlung schwerer und lebensbedrohlicher Erkrankungen eingesetzt werden müssen. Er nimmt dafür in Kauf, dass Erwachsene die Kosten ihrer Kontrazeptiva, der Medikamente, die nicht ausschließlich der Behandlung von Krankheiten dienen, der Medikamente gegen geringfügige Gesundheitsstörungen sowie zur Behandlung natürlicher Alterungsprozesse selbst tragen müssen.

Sollten im Ergebnis eines Klärungsprozesses evtl. auch die Kosten einer klimakterischen Hormonsubstitution von den Versicherten selbst zu tragen sein, so wäre u. E. damit andererseits wohl eine Gleichbehandlung mit entsprechenden pflanzlichen Arzneimitteln, die ja bereits selbst getragen werden müssen, mit anderen Arzneimitteln bei geringfügigen Gesundheitsstörungen sowie mit bereits definierten Lifestyle-Arzneimitteln hergestellt. Für die Frauenärzte bestände in dieser Frage endlich Rechtssicherheit.

Es hat der Gemeinsame Bundesausschuss, in dem auch die Krankenkassen vertreten sind, in seinem Beschluss (Abschnitt E, Punkt 18.1.) auch die Arzneimittel von der Erstattung ausgenommen, deren Einsatz im Wesentlichen durch die private Lebensführung erforderlich werden. Auch in dieser Formulierung stecken für den Arzt und den Patienten viel Rechtsunsicherheit und Konfliktpotential, steckt auch ungeheurer sozialer Sprengstoff.

In die private Lebensführung ließen sich aus den vom Gemeinsamen Bundesausschuss genannten Indikationen evtl. noch die Nikotinabhängigkeit und die Adipositas einordnen; weitere Ausführungen lässt die Richtlinie wiederum vermissen.

Zweifellos gehören zur privaten Lebensführung z.B. aber durchaus auch die Tätigkeiten im Haushalt, der Freizeitsport, das Einsetzen von Piercing, der private Fahrzeug-Gebrauch, der Alkoholmissbrauch oder bei einem Diabetiker etwa die Missachtung jeglicher Diät, gehören auch andere selbst zu beeinflussende Lebensumstände. Wollen die Krankenkassen tatsächlich die durch die private Lebensführung verursachten Arzneimittelkosten von der Erstattung ausnehmen?

Hier hat der Bundesausschuss eine Regelung beschlossen, die weit über die Formulierungen des GMG hinausgeht, lässt die betroffenen Ärzte und Versicherten dabei aber in einer rechtsunklaren Situation.

Fragen der Finanzierung der GKV und der steigenden Behandlungskosten sind den Autoren nicht gleichgültig, waren aber nicht die Beweggründe, auf die genannten Probleme aufmerksam zu machen. Es liegt aber in allen drei genannten Problemkreisen viel Rechtsunsicherheit, damit ein erhebliches Konfliktpotential für das Verhältnis der Ärzte zu ihren Patienten und zu den Krankenkassen und auch teilweise eine enorme soziale Komponente. Darum besteht u. E. für den Gesetzgeber und den Gemeinsamen Bundesausschuss nochmals dringender Regelungsbedarf.

Unser Anliegen ist es vor allem, die sich aus dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zu erwartenden Konflikte zu verhindern.

Autoren:

Dr. Klaus Günterberg
Facharzt für Frauenheilkunde
Hönower Str. 214, 12623 Berlin
(Korrespondenz-Anschrift)

Prof. Dr. Lothar Moltz
Facharzt für Frauenheilkunde
Uhlandstr. 20-25, 10623 Berlin

Moina Bayer-Jupe
Rechtsanwältin
Goethestr. 47, 10625 Berlin

Dieser Beitrag wurde veröffentlicht in: Der Arzt/Zahnarzt und sein Recht, Jahrg. 17 (2005), Heft 2, Seiten 38-4