

Kein Verhütungsmittel jenseits von 20 zu Lasten der Krankenkasse

Über die Hinterhältigkeit der Krankenkassen

Nichts ist so intim, so vertraulich und so persönlich wie Verhütung. Da wundert man sich schon, dass die ärztliche Beratung und Untersuchung zur Verhütung Bestandteil der Gesetzlichen Krankenversicherung sind. Die Verhütungsmittel sind jenseits von 20 allerdings privat zu tragen, auch wenn es bei den verschiedenen Kontrazeptiva auch manche positive Effekte gibt, die über Verhütung hinausgehen.

Wie reagieren die Krankenkassen, wenn die Frau dort nachfragt: „Natürlich kann Ihr Arzt Ihnen das aufschreiben, er muss es nur begründen.“ Oder: „Wenn das Mittel auch zur Behandlung zugelassen ist, kann Ihr Arzt Ihnen das auch aufschreiben.“ Schriftlich allerdings geben sie eine solche Auskunft nie.

Und wie reagiert der Apotheker, wenn die Frau ein Rezept über ein Verhütungsmittel vorlegt? Er freut sich über den seinen Umsatz und gibt das Mittel heraus.

Und wie reagiert die Krankenkasse, wenn ihr dann später das Rezept vorliegt? Sie stellt bei der KV einen Regress-Antrag wegen eines „Sonstigen Schadens“. Wir haben das hier in Berlin mehrfach erlebt. Dann kann der Arzt natürlich in Widerspruch gehen, der von den Kassen geforderte Betrag wird ihm aber erst einmal vom Konto abgebucht (Nebenbei: Eine Strafe, bevor die Forderung Rechtskraft hat.). Gegen die Entscheidung kann der Arzt dann den Beschwerdeausschuss anrufen, dann weitere Rechtsmittel einlegen, den Anwalt beauftragen, seine Rechtsschutzversicherung zu Hilfe nehmen, und sich dann, nach Jahren, vor Gericht verteidigen. Bei den mir bekannten, hier in Berlin verhandelten Fällen wurde immer zu Lasten der Ärzte entschieden, die dann letztlich so die Verhütungsmittel für ihre Patientin tragen mussten.

Bemerkenswert ist übrigens, dass evtl. kompensatorische Einsparungen (Bspw. die Kosten nicht notwendiger Operation oder die Kosten anderer Medikamente, die sonst nötig gewesen und anstandslos von den Kassen getragen worden wären) da nicht gegen gerechnet wurden. Bemerkenswert ist auch der bei solchen Verfahren gebräuchliche Begriff „Regress“: Ein Regress ist die Rückzahlung eines zu Unrecht erhaltenen Betrages. Weil aber der Arzt (anders als z. B. der Apotheker oder die Patientin) aus der Verordnung des Verhütungsmittels keinen Vermögensvorteil gezogen hat, handelt es sich vom Wesen her um eine Strafzahlung.

Aber der Arzt bezahlt das Verhütungsmittel u. U. sogar doppelt: Wo das Verhütungsmittel besonders teuer ist (Mirena, Implanon) belastet es auch noch das Arzneimittelbudget des Arztes sehr, mit gleichen Folgen (Widerspruch, Beschwerdeausschuss, Gericht, Strafzahlung... s. oben).

Man lasse sich, wenn nichts passiert, nicht täuschen: Die Krankenkassen haben Jahre Zeit, ihre Forderungen geltend zu machen. Und sie nutzen das auch aus. Mir sind Forderungen bekannt, die viele Jahre zurückliegen und die die Verordnungen vieler Jahre umfassen. Da geht es dann gleich um stattliche Beträge.

Nachdem ich das ein paar mal durchgemacht habe, gibt es in meiner Praxis seit etwa zehn Jahren jenseits des 20. Lebensjahres kein, aber auch wirklich kein, Verhütungsmittel auf ein rosa Rezept, zu Lasten der Krankenkassen. Wo evtl. auch soziale Bedürftigkeit besteht, verweise ich auf den Sozialmedizinischen Dienst. Wo eine Patientin bei mir nachfragt, weil sie ihre Verhütungsmittel selbst bezahlen muss, verweise ich auch auf Kosten, die sie anderenfalls hätte (Schmerzmittel, Zuzahlungen beim Arzt und Apotheker, Hautpflegemittel, Kosmetik).

Vielleicht hat sich die eine oder andere Patientin einen anderen Arzt gesucht – ich habe es nie gespürt. Ich glaube aber, dass meine Kollegen im Umfeld sich genau so verhalten, wie ich.

Und das Ergebnis? Keine Diskussionen mit Patienten („Meine Kollegin hat bei Ihnen doch Mirena auf Kasse bekommen.“) mehr. Und auch keine Forderungen der Kassen wegen eines „Sonstigen Schadens“. Und auch keine Arzneimittelregresse mehr. Seitdem kann ich ungestört arbeiten.