

Klinik St. Georg, Dr. med. Douwes, Rosenheimer Straße 6-8, 83043 Bad Aibling

Informationen für gesetzlich versicherte Patienten zur Kostenerstattung sog. „Unkonventioneller Therapieverfahren“

Liebe Patientinnen und Patienten,

die gesetzlichen Krankenkassen, in die der größte Teil der deutschen Bevölkerung versichert ist, unterliegen strengen Regeln zur Leistungserstattung durch die Politik. Dabei sind die Erstattungen eindeutig auf die Verfahren der „wissenschaftlich anerkannten Medizin“, also der Schulmedizin, reduziert. Die Krankenkassen unterliegen in ihrem Erstattungsverhalten dabei einer strengen Kontrolle durch das Bundesversicherungsamt. Sind aus dem Topf der Versichertengemeinschaft naturheilkundliche Leistungen erstattet worden, wird der Geschäftsführer der jeweiligen Geschäftsstelle persönlich dafür haftbar gemacht.

Wiederholt haben Patienten, deren Beschwerden oder Erkrankungen durch die alleinige Anwendung von Schulmedizin nicht heilbar waren und denen ein ganzheitlicher Therapieansatz Hilfe oder Heilung gebracht hatte, gegen diese Einseitigkeit geklagt.

Um Sie bei der Durchsetzung Ihrer berechtigten Ansprüche gegenüber ihrer Krankenversicherung zu unterstützen geben wir Ihnen im Folgenden einige **Hinweise zur hierzu vorliegenden Rechtsprechung**. Dies soll wohlgemerkt nicht als eine individuelle juristische Beratung verstanden werden, dazu sind wir nicht befugt. Im Bedarfsfall sollten Sie sich an einen entsprechenden Rechtsanwalt für Medizinrecht wenden.

Am 6.12.2005, am Nikolaustag also, hat das Bundesverfassungsgericht diese Einseitigkeit für verfassungswidrig erklärt. Nach diesem Urteil (AZ: 1 BvR 347/98), das auch als „**Nikolausurteil**“ bezeichnet wird, ist eine gesetzliche Krankenversicherung zur Kostenübernahme für nicht-schulmedizinische Leistungen verpflichtet, wenn:

1. Eine **lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung** vorliegt und
2. bei dieser Krankheit eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende **Behandlung nicht** (oder wegen unzumutbarer Nebenwirkungen etc. nicht mehr) **zur Verfügung** steht und
3. bei der beim Versicherten ärztlich angewandten (neuen, nicht allgemein anerkannten) Behandlung eine „auf Indizien gestützte“ nicht ganz fern liegende **Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf** anzunehmen ist.

Hat der **Gemeinsame Bundesausschuss** Methoden negativ beurteilt, ist nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 7.11.2006, AZ: B I KR 24/06 R) die dritte Voraussetzung des Bundesverfassungsgerichtes nicht anzunehmen, es sei denn, die Prüfung des Gemeinsamen Bundesausschusses ist zu beanstanden.

Dazu muss man wissen, dass in der Vergangenheit die meisten Verfahren der Nicht-Schulmedizin durch ein durch die Politik eingesetztes Gremium, den sog. *Gemeinsamen Bundesausschuss*, hinsichtlich ihrer nach den Kriterien der Schulmedizin gesicherten Wirkungen beurteilt, und sämtlich als unwirksam und damit nicht erstattungsfähig deklariert worden sind. Meiner Ansicht nach ließen sich einige der Beurteilungen des Gemeinsamen Bundesausschusses infrage stellen, hier jedoch den Gegenbeweis anzutreten wäre eine Herkulesaufgabe, zumal nicht von einer Objektivität des Ausschusses auszugehen ist. Diese Aussage des BSG bedeutet also grob gesagt, dass bei den durch den Gemeinsamen Bundesausschuss bewerteten Verfahren eine Wirksamkeit nicht anzunehmen ist und damit auch keine Erstattung durchgeführt werden dürfte.

Diese Beurteilung gilt nach dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 6.12.05 jedoch dann nicht, wenn es sich um eine **lebensbedrohende Erkrankung** handelt, für die eine schulmedizinische Standardmethode mit gesicherter Wirksamkeit nicht zur Verfügung steht. Dies ist insbesondere immer dann der Fall, wenn eine vorausgegangene schulmedizinische Behandlung erfolglos war oder der Patient gar als „austherapiert“ eingestuft wurde. Begründung des Bundesverfassungsgerichtes:

Die Pflichtmitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung sei nur dann mit dem Grundrecht der allgemeinen Handlungsfreiheit (Art. 2 Satz 1 Grundgesetz) und dem Sozialstaatsprinzip vereinbar, wenn dem Versicherten bei ernsthaften Erkrankungen Behandlungsoptionen bleiben und er diese nicht privat finanzieren muss.

Hier ergibt sich für die jeweilige Krankenkasse ein Bewegungsspielraum, der ihr in entsprechenden Fällen eine Kostenerstattung für nicht-schulmedizinische Leistungen ermöglicht. Dabei ist jeweils eine Prüfung des Einzelfalles mit entsprechendem **Antrag**, den wir gern für Sie stellen, erforderlich, denn der Versicherte hat nachzuweisen, dass die vom Bundesverfassungsgericht aufgestellten Voraussetzungen in seinem Fall erfüllt sind. Dabei ist der Antrag vor Beginn der Behandlung zu stellen und um schnelle Bearbeitung zu bitten.

Sollte nach Ablauf von 2 oder 3 Wochen noch keine Stellungnahme vorliegen, sollte zur Vermeidung des Fortschreitens der Erkrankung mit der Therapie begonnen werden. Unseres .Erachtens dürfte das dem Patienten später nicht zur Last gelegt werden.

Die Krankenkassen legen diese Anträge in der Regel angestellten Ärzten ihres Hauses, dem sog. **Medizinischen Dienst**, vor. Diese Ärzte haben die Aufgabe, die Kassen zu beraten, haben jedoch keine Entscheidungsbefugnis. Die Krankenkasse ist an das Urteil des Medizinischen Dienstes nicht gebunden. Den Ärzten des Medizinischen Dienstes, es handelt sich im Allgemeinen um Ärzte, die eine lediglich schulmedizinische Ausbildung haben und denen somit die Kompetenz, über Verfahren außerhalb der Schulmedizin zu urteilen, abgesprochen werden muss, ist es untersagt, für einen bestimmten Patienten, den sie weder gesehen noch untersucht haben, Therapieempfehlungen oder –ablehnungen auszusprechen (§ 7 Abs. 3 der Musterberufsordnung für Ärzte). Die Ärztliche Berufsordnung legt fest, dass die ärztliche **Therapiefreiheit unantastbar** ist und dem Arzt das Recht gibt, die für ihn unter Wertung aller Faktoren und im Zusammenarbeit mit dem Patienten Erfolg versprechendste, medizinisch notwendige und wirtschaftlich sinnvolle Therapie und Diagnostik durchzuführen. Versicherte haben das Recht, gegen einen ablehnenden Bescheid der Krankenkasse Widerspruch einzulegen. Wir empfehlen, sich in dieser Frage vorher mit Ihrem behandelnden Arzt zu beraten.

Gerade Patienten, die Leistungen der Naturheilkunde in Anspruch nehmen möchten, empfehlen wir den **Abschluss einer Zusatzversicherung** für solche Leistungen, wie sie z.B. für wenig Geld über die Barmenia Krankenversicherung angeboten wird. Dieser Weg steht jedoch nur Patienten offen, die noch nicht schwergradig erkrankt sind.

Aufmerksam machen möchten wir auf einen anderen Weg, der allen Kassenpatienten offensteht. **Sie haben das Recht, sich als Privatpatienten behandeln zu lassen** und die Rechnungen ihrer gesetzlichen Versicherung zur Kostenerstattung vorzulegen (§ 13 SGB V).

Der Wunsch, sich **per Kostenerstattung** behandeln zu lassen, muss vorher bei der Kasse angemeldet werden. Dabei verpflichtet sich der Patient, wenigstens für ein Jahr bei dieser Regelung zu bleiben, und zwar bei allen Ärzten, die er ambulant aufsucht. Von der Kostenerstattung können stationäre Behandlungen und Zahnarztbehandlungen ausgenommen werden. Die Abrechnung erfolgt bei der Kostenerstattung dann nicht nach den sehr engen Regularien der Kassengesetzgebung, dem sog. Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), sondern nach der Privatgebührenordnung, die z.B. Abrechnungsziffern für die Hyperthermie, Akupunktur etc. enthält.

Die Kassen erstatten dann einen bestimmten Satz der Rechnung, der je nach abgerechnetem Steigerungsfaktor der GOÄ (Privatärztliche Gebührenordnung) bei etwa 60-80% des Rechnungsbetrages liegen dürfte. Auch hier ist es jedoch möglich, dass die Kassen Leistungen aus der Erstattung herausnehmen, die über den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurden. Erfahrungsgemäß sind die Kürzungen, besonders bei Patienten mit schwerwiegenden Erkrankungen, jedoch recht moderat. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass die meisten Mitarbeiter der Kassen Verständnis für die Situation ihrer Versicherten haben und ihnen so gut sie können und vor allem auch dürfen helfen möchten.

Ein weiterer Vorteil dieses Vorgehens, z.B. bei einer Krebserkrankung, besteht darin, dass Sie nicht mit dem Beginn der Behandlung auf den Bescheid Ihrer Krankenkasse warten müssen, was oft mehrere Wochen dauern kann.

Auch ist es so, dass wir bei Patienten, die wir über die Versichertenkarte abrechnen müssen, nur in sehr eingeschränktem Umfang Laborleistungen erbringen können, da diese in der pro Quartal abzurechnenden Pauschale von etwa 35 € enthalten sind. Hier haben wir bei der Kostenerstattung die Möglichkeit, Ihnen **eine deutlich genauere Diagnostik** und damit eine deutlich **höhere Sicherheit** anbieten zu können.

Inzwischen ist es bei manchen unserer Kollegen leider auch so, dass Sie als Nicht-Privatpatient Probleme haben, **Termine** zu bekommen, was bei einer ernsthaften Erkrankung problematisch sein kann und bei der Abrechnung über die Kostenerstattung entfällt. Möglicherweise haben Sie, besonders wenn Sie **Medikamente** aus der Biologischen Medizin bevorzugen, auch die Chance, das eine oder andere dieser Mittel mit entsprechender Begründung erstattet zu bekommen.

Für Patienten, die in großem Umfang naturheilkundliche Leistungen in Anspruch nehmen (müssen), könnte die Lösung, sich bei Ihrer Kasse als Kostenerstattungspatient registrieren zu lassen, günstiger sein, als alle diese Leistungen komplett selbst zahlen zu müssen. Bitte lassen Sie sich bei Ihrer Kasse informieren. Manchmal versuchen viele Kassen (verständlicherweise) jedoch, Patienten diesen Weg auszureden.

Als ultima ratio haben Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung die Möglichkeit, die Krankenkasse zu wechseln. Dieser Weg steht selbst schwerstkranken Patienten offen. Die Kassen sind zur Aufnahme verpflichtet. Vor einem Kassenwechsel ist es jedoch ratsam, schriftliche Informationen über das Erstattungsverhalten der „neuen“ Kasse geben zu lassen.