

Alternative Heilmethoden / Besondere Therapierichtungen

Welche Leistungen bezahlen alle Kassen und welche Leistungen darf keine Kasse übernehmen?

Alle Kassen bezahlen pflanzliche, homöopathische und anthroposophische Arzneimittel, wenn sie von einem Kassenarzt auf Kassenrezept verordnet werden. Viele dieser Mittel sind in der Tat zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig. Unterschiede zwischen den Kassen bestehen hierbei nicht.

Alle Kassen bezahlen Verfahren, die mittlerweile einen festen Platz im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung gefunden haben und von Kassenärzten erbracht oder verordnet werden. Hierzu zählen bestimmte Formen der physikalisch-medizinischen Therapien wie bestimmte Verfahren der Lichttherapie, Lymphdrainage, bestimmte Formen der Hydrotherapie (Wassermanipulationen, z.B. Kneipp-Therapie), Thermotherapie (Wärmanwendung), Elektrotherapie oder auch chirotherapeutische Behandlung durch besonders qualifizierte Vertragsärzte. Diese Therapien werden nicht mehr als „Alternative Verfahren“ betrachtet und von allen Kassen bezahlt.

Alle Kassen bezahlen Verfahren, die im Rahmen der BUB-Richtlinien (früher NUB-Richtlinien) durch den Bundesausschuss positiv beurteilt wurden. Schaut man jedoch genau hin, stellt man fest, dass noch kein Verfahren der „Alternativen Heilmethoden/ Besonderen Therapierichtungen“ diese Hürde geschafft hat. Eine ganze Reihe von Verfahren hat jedoch eine negative Bewertung in dem Sinne erfahren, dass der Bundesausschuss diese Methoden nicht als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden anerkannt hat bzw. diese Methoden nicht zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen. Hierzu zählen momentan (Februar 2003) beispielsweise die Bioresonanzdiagnostik und -therapie, verschiedene Sauerstofftherapien, verschiedene Behandlungen mit autologen Arzneimitteln in der Krebstherapie (Mittel, die aus körpereigenen Materialien wie beispielsweise Eigenblut oder Eigenharn zubereitet werden), die Colon-Hydrotherapie (bestimmte Form der Darmspülung), Behandlungen mit niederenergetischem Laser oder auch bestimmte Formen der Balneo-Fototherapie, um hier nur einige zu nennen.

Des Weiteren werden zur Zeit einige Verfahren beim Bundesausschuss diskutiert (Februar 2003). Dazu zählen beispielsweise die „Klassische Homöopathische Erstanamnese“, die Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe und verschiedene Verfahren der Hyperthermie.

Hintergrund (rechtlicher Rahmen)

Die Grundregeln

Als erste Regel gilt: Die Kostenübernahme für alternative Verfahren kann immer nur dann erfolgen, wenn die Leistung durch einen Vertragsarzt erbracht wird. Erfolgt die Behandlung durch einen Arzt, der nicht für die Behandlung von Kassenpatienten zugelassen ist oder auch einen Heilpraktiker, kann keine Kasse die Kosten übernehmen.

Als zweite Regel gilt: Grundsätzlich bietet der rechtliche Rahmen wenig Spielräume für eine Kostenübernahme bei alternativen Heilmethoden durch die Krankenkassen. Dabei zählen alternative Verfahren nach dem Sozialgesetzbuch durchaus zu den „Kassenleistungen“. In § 2 Abs. 1 Satz 2, SGB V steht nämlich: „Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen.“ Der nachfolgende Satz besagt jedoch, dass Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen haben. Welche Verfahren diese Kriterien erfüllen und ob hierbei bestimmte Bedingungen erfüllt werden müssen, wird von einem speziellen Ausschuss, dem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, beurteilt. Der Ausschuss legt seine Bewertung in Richtlinien nieder, den so genannten BUB-Richtlinien (Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden). Ist ein alternatives Heilverfahren nach diesen Richtlinien positiv oder negativ beurteilt worden, ist das die verbindliche Rechtsgrundlage für die Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenkasse. Liegt noch keine Beurteilung vor, bleibt die Frage der Kostenübernahme eine Einzelfallentscheidung der Kasse. Einige Entscheidungen des Bundessozialgerichts unterstützen darüber hinaus entsprechende Vorgaben im SGB V, dass neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden erst dann im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden dürfen, wenn eine positive Bewertung durch den Bundesausschuss vorliegt. Einen rechtlichen Anspruch können Sie daher bei bisher nicht bewerteten Verfahren nur herleiten, wenn es sich um eine bereits bekannte und verbreitete Methode handelt und Sie darüber hinaus nachweisen können, dass der Bundesausschuss über das Verfahren noch nicht entschieden hat, obwohl eine Entscheidung möglich gewesen wäre.