

# Naturheilkunde auf Versichertenkarte – Was zahlt die Krankenversicherung?

Nur wenige naturheilkundliche Methoden sind vorgeschriebene Kassenleistungen oder gehören zu den Standardtarifen der privaten Krankenversicherer. Stattdessen gibt es Wahltarife, Verträge der „Integrierten Versorgung“, Ermessensleistungen, IGeL-Leistungen und Kleingedrucktes in privaten Zusatzversicherungen. Unsere Experten geben Ihnen eine Orientierungshilfe durch den Angebotsdschungel.

**D**ie Sache scheint klar: Wer zu einem Arzt mit Zulassung der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) geht, kann sich auf Chipkarte behandeln lassen, auch wenn dieser Arzt mit homöopathischen oder anthroposophischen Behandlungsmethoden und Arzneien arbeitet. Im Jargon des Gesundheitssystems spricht man vom „Sachleistungsprinzip“: Der Arzt stellt dem Patienten keine Rechnung, sondern wird durch die Kasse nach einem festgelegten System bezahlt.

## Hürden bei den „Kassen“

Doch da fangen die Probleme schon an. Der Arzt kann für einen Kassenpatienten, der ihn zum ersten Mal aufsucht, in der Regel 10 bis 15 Euro für die Erhebung der Krankengeschichte abrechnen. Ein naturheilkundlich orientierter Arzt benötigt jedoch oft anderthalb bis zwei Stunden für diese Erstanamnese – ohne dem Patienten die Zusatzkosten privat in Rechnung zu stellen, wäre wirtschaftliches Arbeiten kaum möglich.

Ebenso schwierig sieht die Lage bei den verordneten Arzneimitteln aus.

„Laut Sozialgesetzbuch – also der Rechtsgrundlage für die GKV – sind Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen nicht ausgeschlossen, und es gilt der Grundsatz, dass alle nach dem Arzneimittelgesetz verkehrsfähigen, apothekenpflichtigen Arzneimittel auch von der GKV bezahlt werden müssen“, sagt Jan Matthias Hesse, Fachanwalt für Medizinrecht aus Stuttgart. „Doch weil es zahlreiche Ausnahmen gibt, hat sich dieser Grundsatz faktisch umgekehrt.“

So gehören seit 2004 sogenannte OTC-Präparate für Patienten über 12 Jahre nicht mehr zum gesetzlichen Versicherungsschutz. Die Abkürzung steht für „Over the Counter“ (zu Deutsch: „Über den Ladentisch“) und umfasst alle Mittel, die ohne Rezept zu bekommen sind. „Dazu gehören neben Arzneien gegen Bagatell-Erkrankungen, wie etwa Hustensaft, auch fast alle homöopathischen und anthroposophischen Medikamente“, sagt Michael Förstermann, Sprecher der Innungskrankenkasse (IKK) Hamburg, die sich für eine Aufnahme naturheilkundlicher Behandlungen in den Leistungskatalog der GKV ein-



**Jan Matthias Hesse**

Unser Experte ist Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht bei der Kanzlei Keller & Kollegen in Stuttgart.

**Michael Förstermann**

leitet die Abteilung Marketing und Kommunikation und ist außerdem Pressesprecher der IKK in Hamburg.

setzt. Ausnahmen gestattet das Gesetz nur bei schweren Erkrankungen. Hesse: „Dann dürfen auch nicht verschreibungspflichtige homöopathische und anthroposophische Arzneimittel auf Kassenrezept verordnet werden.“ Das gilt auch, wie mehrere sozialgerichtliche Urteile bestätigen, für Mistelpräparate. „Doch dass immer wieder Gerichte bemüht werden müssen, zeigt die Diskrepanz zwischen gültiger Rechtslage und Erstattungspraxis“, kritisiert Hesse.

## Wahltarife

Schon deshalb können die Wahltarife (siehe Tabelle Seite 19), die einige Kassen inzwischen für Arzneimittel

der besonderen Therapierichtungen anbieten, eine interessante Option sein. Michael Förstermann erläutert das Angebot der IKK Hamburg: „Wer den Tarif ‘IKK-Initiativ’ wählt, dem erstatten wir 75 Prozent der Kosten für verordnete anthroposophische oder homöopathische Arzneimittel, insgesamt bis 612 Euro jährlich. Erwachsene zahlen dafür 17 Euro monatlich, Jugendliche die Hälfte, und bei Kindern unter 12 Jahren trägt die IKK die Kosten allein.“

### Behandlungen schwierig

Doch damit sind nur die Arzneikosten abgedeckt, nicht aber die Behandlung. „Unter naturheilkundlichen Behandlungen ist allein die von einem Kassenarzt ausgeführte Akupunktur Pflichtleistung der GKV“, erläutert Förstermann. „Und auch das nur bei genau zwei Indikationen: Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule sowie in den Knien aufgrund von Arthrose.“ Daneben gelten viele Verfahren als sogenannten „Kann-Leistungen“, die eine Krankenkasse unter bestimmten Voraussetzungen übernehmen kann – aber eben nicht muss.

Schwer verständlich ist für Patienten, wenn sie Behandlungen ambulant selbst bezahlen müssen, die in naturheilkundlich orientierten Akut- und Rehakliniken ganz selbstverständlich eingesetzt und auch übernommen werden. Förstermann erläutert die Gründe: „In der ambulanten Behandlung darf nur erstattet werden, was der gemeinsame Bundesausschuss (GBA) aus Vertretern von Ärzten, Krankenkassen und Krankenhäusern ausdrücklich erlaubt hat, während es in der stationären Behandlung angewendet werden darf, solange es der der GBA nicht ausdrücklich verboten hat.“ Hat der GBA dieses Urteil jedoch gefällt, ist es den Kassen gar nicht mehr erlaubt, die Kosten zu übernehmen.

### Integrierte Versorgung

In den Genuss homöopathischer oder anthroposophischer ärztlicher Behandlungen können jedoch auch gesetzlich Versicherte kommen. Bei der „Integrierten Versorgung“ schließen Krankenkassen mit den Fachorganisationen dieser Ärzte und Therapeuten Verträge und gewähren ihren Patienten vollen Versicherungsschutz, sofern sie sich in einer der teilnehmenden Praxen behandeln lassen. „Damit haben wir uns ganz bewusst von den Ermessensentscheidungen verabschiedet“, sagt Förstermann. „Den Behandlern wiederum garantieren wir so eine Vergütung, die ihrem Aufwand auch gerecht wird.“ Wer als Patient die integrierte Versorgung nutzen will, muss nur beim ersten



Besuch eines Arztes oder Therapeuten eine Teilnahmeerklärung ausfüllen und bei allen weiteren Besuchen nur noch seine Versichertenkarte vorlegen. Zusatzbeiträge müssen die Versicherten nicht zahlen. Auf der Internetseite des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte ([www.dzvhae.de](http://www.dzvhae.de)) und des Dachverbands Anthroposophische Medizin in Deutschland ([www.damid.de](http://www.damid.de)) finden Sie jeweils unter der Rubrik „Integrierte Versorgung“ Listen der teilnehmenden Krankenkassen und Ärzte.

### IGeL-Leistungen

„Individuelle Gesundheitsleistungen“ können Kassenärzte im ambulanten Bereich anbieten und direkt mit dem Pa-

tienten abrechnen. Für die meisten der sogenannten IGeL-Leistungen hat der gemeinsame Bundesausschuss (GBA) bisher keine oder sogar eine negative Bewertung abgegeben. Auch viele naturheilkundliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gehören dazu, wie etwa die Eigenblut- oder die Magnetfeldtherapie. Doch sowohl die medizinischen Inhalte der Angebote als auch die Preise können in verschiedenen Praxen sehr unterschiedlich sein. Wenn Sie nicht ein ausgesprochen vertrauensvolles Verhältnis zu Ihrem Arzt haben, sollten Sie sich daher zu nichts überreden lassen, sondern das Angebot zunächst prüfen. Wollen Sie darauf eingehen, sollte schriftlich festgelegt werden, was zu welchem Preis gemacht werden soll. Das liegt auch im Interesse des Arztes, denn ohne Ihre Unterschrift auf einem solchen Vertrag müssen Sie die Rechnung nicht bezahlen.

### Und der Gesundheitsfonds?

An Debatten zum Gesundheitsfonds mangelt es nicht, und doch können selbst Experten nicht voraussagen, wie sich die jüngste Gesundheitsreform auswirken wird. Die Bundesregierung hat einen einheitlichen Beitragssatz von 15,5 Prozent festgelegt, und alle Beiträge fließen künftig in einen großen Topf, aus dem das Bundesversicherungsamt jeder Kasse Geld zuteilt. „Damit zieht der Staat die Finanzhoheit in der GKV an sich; die Politik greift also stark in die finanziellen Spielräume der Kassen ein“, sagt Michael Förstermann von der IKK Hamburg. „Da komplementärmedizinische Angebote meist freiwillige Leistungen sind, birgt diese Neuordnung Risiken für alternative Versorgungskonzepte.“

Aus seiner Sicht sind zwei Szenarien möglich. „Sofern genug Mittel zur Verfügung stehen, könnte die Komplen-

tärmedizin durch den Gesundheitsfonds sogar profitieren, denn angesichts gleicher Beiträge wäre es attraktiv für viele Kassen, sich mit Extraleistungen am Markt zu profilieren“, so Förstermann. „Reichen die Finanzmittel jedoch nicht aus, um die Kosten der Kassen zu decken, könnte das Gegenteil eintreten. Um die gefürchteten Zusatzbeiträge nicht erheben zu müssen, würden dann sicher einige ihre freiwilligen Leistungen zurückfahren.“

## Private Versicherungen (PKV)

Viele naturheilkundlich ausgerichtete Ärzte haben jedoch gar keine Kassenzulassung, beim Zentralverein homöopathischer Ärzte betrifft das zum Beispiel ein Drittel der Mitglieder. Wer als gesetzlich Versicherter privatärztlich behandelt werden möchte, ohne die Rechnungen selbst zahlen zu müssen, sollte über eine private Zusatzversicherung nachdenken. Je jünger ein Antragsteller ist und je unauffälliger seine Krankengeschichte, desto günstiger sind die Beiträge. Doch selbst unter den gleichen Voraussetzungen sind Beiträge und Leistungskataloge der verschiedenen Anbieter so unterschiedlich, dass Sie vor der Unterschrift unter einen Vertrag sehr genau hinschauen sollten. Achten Sie bei Zusatzversicherungen

vor allem darauf, dass nicht nur die Kosten für Heilpraktikerbehandlungen übernommen werden, sondern auch Privatarztrechnungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), über die sämtliche ärztlichen Leistungen jenseits der GKV abgerechnet werden.

Auch wer sich komplett privatkrankenversichern möchte, braucht für naturheilkundliche Behandlungen den richtigen Tarif. Die Bandbreite erstreckt sich von günstigen Standardtarifen, die zum Beispiel Heilpraktikerleistungen überhaupt nicht erstatten, bis hin zu einer Vollversorgung – und alle Varianten dazwischen. Doch auch bei den Top-Tarifen werden nicht bei allen Versicherern alle Behandlungsmethoden erstattet. Vergleichen Sie daher unbedingt das Kleingedruckte, bevor Sie einen Vertrag unterschreiben. Für die Orientierung im Tarifdschungel vermittelt der Zentralverein der homöopathischen Ärzte ([www.dzvh.de](http://www.dzvh.de)) den Kontakt zu einem unabhängigen Versicherungsmakler.

Ob voll privat oder Zusatzversicherter: Dem Patient wird nach der Behandlung eine Rechnung zugeschickt, in der die einzelnen ärztlichen Leistungen und ihre Kosten aufgelistet sind. Zu-

dem tragen sie eine Ziffer und einen Faktor, mit dem der Eurowert der Ziffer je nach Schwierigkeit und Zeitaufwand der Behandlung multipliziert wird. Üblich sind Faktoren von 1 und 2,3, mitunter stellen Behandler aber auch höhere Faktoren in Rechnung. Versicherer weigern sich jedoch häufig, Faktoren von mehr als 3,5 zu bezahlen, so dass der Versicherte dann auf den Kosten sitzen bleibt. Deshalb müssen Sie vorher von Ihrem Arzt darüber informiert werden und schriftlich Ihre Einwilligung erteilen. Dann können Sie sich auch rechtzeitig von Ihrer Versicherung bestätigen lassen, ob die Kosten in voller Höhe übernommen werden.

Die Rechnungen werden dann zuerst bei der Krankenkasse eingereicht, die dem Behandler ihren Anteil erstattet und die Höhe dieser Summe quittiert. Je nach Tarif übernimmt dann die private Zusatzversicherung ganz oder teilweise den Rest. Voll privat Versicherte müssen die Arztrechnung zunächst selbst bezahlen und reichen die Rechnung komplett bei ihrer PKV ein. Im Idealfall erstatten die privaten Versicherungen schnell und problemlos die angefallenen Kosten – aber manchmal gibt es eben auch Ärger. „Wenn private Versicherungen eine Leistung verweigern, sollte man Widerspruch einlegen und hartnäckig bleiben, nicht selten übernehmen die Versicherungen dann zumindest Teilbeträge auf Kulanzbasis“, rät Medizinrechtler Jan Matthias Hesse. „Wer rechtsschutzversichert ist, muss aber auch das Risiko eines Rechtsstreits nicht scheuen.“/ds-ks ●

## Wahltarife Arzneimittel der gesetzlichen Krankenkassen

Kasse	Beitrag/Jahr (Euro) <sup>4)</sup>	Max. Erstattung/Rezept (Prozent)	Max. Erstattung/Jahr (Euro)
AOK Rheinland/Hamburg	58–259 <sup>1)</sup>	90	340
AOK Schleswig-Holstein	54–174 <sup>1)</sup>	90	234 <sup>2)</sup>
AOK Westfalen-Lippe	54–174 <sup>1)</sup>	90	234 <sup>2)</sup>
IKK Hamburg	102/204 <sup>1)</sup>	75	306/612 <sup>1)</sup>
IKK Niedersachsen	144	80	200
IKK Nord	132	80	200
Knappschaft	229	100	350
TK – Techniker KK	59–179 <sup>1) 3)</sup>	90	140–280 <sup>1)</sup>
Vereinigte IKK	120	80	200 <sup>2)</sup>

Gegen einen Extrabeitrag bezahlen einige der gesetzlichen Krankenkassen bei einer Verordnung auf Privatrezept für homöopathische, anthroposophische oder pflanzliche Arzneimittel.

- 1) Staffelfung nach Alter.
- 2) Bonus bei Nichtinanspruchnahme oder höhere Erstattung im Folgejahr.
- 3) Nachlass bei halbjährlicher oder jährlicher Beitragszahlung.
- 4) Zahlung monatlich.

Quelle: Finanztest 6/2008 [www.test.de](http://www.test.de), Link Versicherung und Vorsorge

**Hinweis** Das Dossier der nächsten Ausgabe beschäftigt sich mit ganzheitlicher Zahnmedizin.