

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

Informationen zur Kostenerstattung sog. „Unkonventioneller Therapieverfahren“ durch Private Versicherungsgesellschaften

Liebe Patientinnen und Patienten,

Versicherungsgesellschaften haben das verständliche Bedürfnis, ihre Gewinne zu steigern. Dazu versuchen sie nicht selten, ihren Versicherten die Erstattung von Leistungen vor zu enthalten und nutzen dazu die Unkenntnis der Rechtsprechung ihrer Mitglieder. Über die Infragestellung der medizinischen Notwendigkeit von Behandlungen versuchen sie, die Entscheidungskompetenz der Ärzte und Patienten zu beschneiden und ärztliche Therapieentscheidungen durch eigene, meist preisgünstigere Behandlungsvorstellungen zu ersetzen.

Vielen Patienten ist jedoch nicht bekannt, dass in zunehmendem Ausmaß die zur Streitklärung im medizinischen Bereich angerufenen Gerichte die ärztliche Therapiefreiheit und das ungestörte Arzt-Patientenverhältnis für schützenswerte Güter halten und dem Arzt auch außerhalb der Schulmedizin und ihren wissenschaftlichen Foren einen therapeutischen Ermessensfreiraum sichern.

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 wohlgermerkt 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.

Sollte in Ihrem Versicherungsvertrag die **Kostenerstattung für Heilpraktikerleistungen** vereinbart sein und erbringt diese Leistungen ein Arzt, so ist die Verweigerung der Kostenübernahme für diese Leistungen rechtlich nicht zulässig (Verstoß gegen das Gleichstellungsprinzip).

Als uneingeschränkt erstattungsfähig sind alle Leistungen zu werten, die sich in der amtlichen GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) befinden. Diese Leistungen (wie z.B. die **Lokale Tiefenhyperthermie, die Akupunktur zur Schmerzbehandlung** etc.) sind durch die Aufnahme in die GOÄ als in die moderne westliche Medizin integrierte Therapieverfahren anzusehen und ihre Wirksamkeit durch zahlreiche Studien und langjährige praktische Anwendung von einer Vielzahl qualifizierter Ärzte nachgewiesen.

In manchen Verträgen der privaten Krankenversicherung findet sich noch die Formulierung, es bestehe „keine Leistungspflicht für **wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte“ Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel.** (In den Ablehnungsschreiben der Versicherungen wird hier auch oft der Terminus verwendet: „... handelt es sich um eine medizinisch nicht allgemein anerkannte Behandlungsmethode, sodass eine Kostenerstattung nicht möglich ist...“oder aber auch ... „die Leistung erfolgt für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind“)

Diese sogenannte Wissenschaftlichkeitsklausel hat der Bundesgerichtshof in seinem Urteil vom 23.06.1993 für unwirksam erklärt, weil sie wesentliche Rechte des Versicherungsnehmers so sehr einschränke, dass sie den Vertragszweck gefährde und deshalb unter anderem gegen § 9 AGBG verstoße.

Gleichzeitig machte der BGH jedoch folgende Vorgaben für die Leistungspflicht:

1. Das Vorliegen einer medizinischen Notwendigkeit.

Die Versicherungen formulieren daher z.B.: „...kommt unser Beratungsarzt zu dem Ergebnis, dass die durchgeführte Maßnahme das medizinisch notwendige Maß übersteigt“ oder „...dass es sich um keine notwendige Therapiemaßnahme handelte“.

Dazu stellte der BGH in seinem Grundsatzurteil vom 10.07.1996 (AZ: IV ZR 133/95) fest: „Eine Behandlungsmaßnahme ist medizinisch notwendig, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung vertretbar war, sie als medizinisch notwendig anzusehen.“

Die für die Beurteilung der Eignung maßgeblichen medizinischen Erkenntnisse müssen nicht solche der sog. Schulmedizin sein, wie sie überwiegend an den Hochschulen gelehrt wird. Nach dem Urteil des BGH sind Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der Besonderen Therapierichtungen und auch „Außenseitermethoden“ nicht a priori aus der Kostenerstattung ausgeschlossen.

So formuliert das Gericht: „Bei der Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit einer Heilbehandlung sind auch solche medizinischen Erkenntnisse zu berücksichtigen, die sich im Bereich der sogenannten alternativen Medizin ergeben haben oder sich als das Ergebnis der Anwendung von so genannten Außenseitermethoden darstellen.“

Aufgrund der langjährigen Rechtsprechung wiederum ist als medizinisch notwendig anzuerkennen, was unter medizinischen Gesichtspunkten zumindest vertretbar ist. Die medizinische Notwendigkeit kann selbst dann zu bejahen sein, wenn der Erfolg der Behandlung nicht sicher vorhersehbar ist, kostengünstigere

Behandlungsalternativen zur Verfügung stehen oder lediglich die Verhinderung einer Verschlimmerung der Krankheit bewirkt werden kann.

Dabei kann die medizinische Notwendigkeit einer Behandlung der „Besonderen Therapierichtungen“ sinnvoll nur vom Standpunkt der jeweiligen Therapierichtung aus beurteilt werden. Angestellten „**Beratungsärzten**“ **der Versicherungen** fehlt dazu im Allgemeinen die Kompetenz. Darüberhinaus werden sie dafür bezahlt, ihrem Arbeitgeber Kosten zu sparen und sind nicht als neutrale Gutachter anzusehen. Da diese Ärzte die betreffenden Patienten weder gesehen noch untersucht haben, ist es ihnen nicht gestattet, Therapieempfehlungen oder –ablehnungen auszusprechen (§ 7 Abs. 3 Musterberufsordnung der Ärzte). Das gilt auch für die beratenden Ärzte des Medizinischen Dienstes der gesetzlichen Krankenkassen.

Das OLG Koblenz äußerte sich kürzlich zur Frage der medizinischen Notwendigkeit folgendermaßen: Für die Annahme der medizinischen Vertretbarkeit einer neuen Methode sei lediglich zu prüfen, „ob diese zur Heilung, Linderung und Verhinderung der Ausbreitung der in Rede stehenden Erkrankung geeignet ist“. Der Annahme der medizinischen Notwendigkeit einer Therapie stehe nicht entgegen, dass eine Behandlungsmethode noch nicht in der wissenschaftlichen Literatur nach wissenschaftlichem Standard dokumentiert und bewertet worden sei. **Die Wahl der Behandlungsmethode sei dabei „grundsätzlich vom Versicherungsnehmer und seinem behandelnden Arzt zu treffen“.**

Damit tritt das Gericht auch der Formulierung in manchen Ablehnungsbescheiden entgegen, in denen es heißt: Die Versicherung leistet für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als erfolgversprechend bewährt haben und die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen...“

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.

Die Medizinische Notwendigkeit bei unheilbaren Erkrankungen

Das Amtsgericht Bamberg (AZ: SC 1494/02) bestätigte den Anspruch einer Patientin mit Brustkrebs auf die Übernahme der Medikamentenkosten für **Enzympräparate und Medikamente der Orthomolekularen Medizin** durch ihre Versicherung. Lediglich Nahrungsergänzungsmittel wurden nicht erstattet.

Hierbei betonte das Gericht, dass bei unheilbaren Erkrankungen der Begriff der medizinischen Notwendigkeit (noch) großzügiger auszulegen sei. Hierbei zählt das Gericht alle Erkrankungen mit einem Metastasierungsrisiko zu den unheilbaren Erkrankungen, da zu Beginn einer Brustkrebserkrankung nicht vorhersehbar sei, welche Patientin zu den Fällen gehören würde, die nicht heilbar seien.

Geht man von einer unheilbaren Erkrankung aus, reiche es für die Anerkennung der Notwendigkeit einer Behandlung aus, „wenn die Behandlung mit nicht nur ganz geringer Erfolgsaussicht die Erreichung des Behandlungszieles als möglich erscheinen lässt.“

Eine weitere Voraussetzung für die Bejahung der medizinischen Notwendigkeit sei, „dass die gewählte Behandlungsmethode auf einem nach medizinischen Erkenntnissen nachvollziehbaren Ansatz beruht, der die prognostizierte Wirkweise der Behandlung aus das prognostizierte Behandlungsziel zu erklären vermag, diese Wirkweise zumindest wahrscheinlich macht, wobei es nicht darauf ankommt, ob die gewählte Behandlungsmethode und die sie tragenden medizinischen Erwägungen von schulmedizinischen Erkenntnissen bestimmt werden, oder ob sie auf Erkenntnissen aufbauen, die in der alternativen Medizin entwickelt worden sind.“

In ähnlicher Weise hatte bereits der BGH 1996 im oben bereits zitierten Urteil entschieden und formuliert: „Die objektive Vertretbarkeit der Behandlung ist (jedenfalls bei schweren, lebensbedrohenden oder lebenszerstörenden Erkrankungen) bereits dann anzunehmen, wenn die Behandlung nach medizinischen Erkenntnissen zum Zeitpunkt ihrer Vornahme als wahrscheinlich geeignet angesehen werden konnte. Erforderlich ist nicht, dass eine Behandlungsmethode in der

wissenschaftlichen Literatur nach wissenschaftlichem Standard bereits dokumentiert und bewertet worden ist.“

In 2001 entschied der Bundesgerichtshof: **Bei unheilbaren und nicht erforschten Krankheiten stehen beide Behandlungsansätze gleichrangig nebeneinander und müssen deshalb – vorausgesetzt, sie sind medizinisch notwendig – von den privaten Kassen entsprechend erstattet werden (AZ: IV ZR 60/01 und 119/01).**

Unabhängig davon machte das Landgericht München I (am 20.11.03) auch deutlich, dass auch der Erfolg einer Behandlung die Zahlungspflicht der Versicherung auslöst (...“Hat eine Behandlungsmethode jedoch Erfolg, ist sie vom Versicherer zu bezahlen, auch wenn es sich bei der Behandlungsmethode um eine so genannte Außenseitermethode gehandelt hat.“). Die Versicherung wurde verurteilt, die durchgeführte **Ozontherapie und eine Magnetfeldtherapie** zu bezahlen.

- 2. Die Anwendung von Therapien der Naturheilverfahren, die sich als erfolgversprechend bewährt haben**
- 3. Die Therapien sollen erprobt sein und mindestens die Wirksamkeit wie die Schulmedizin erreichen**
- 4. Durch die Anwendung der Naturheilverfahren sollen keine höheren Kosten als bei der entsprechenden Schulmedizin entstehen.**

Alle in unserem Haus eingesetzten Diagnose- und Therapieverfahren sind bewährte und erfolgversprechende Methoden (ansonsten wäre es auch unklug von uns, sie anzubieten).

Sie wirken nicht wie die Schulmedizin, d.h. im Sinne einer Symptomunterdrückung, sondern streben eher die Beseitigung der Ursachen der Erkrankung an. Daher sehen wir auch in den hier eingesetzten Verfahren keine Alternative zur Schulmedizin,

sondern eine Ergänzung und Erweiterung, wo die Schulmedizin nicht zum erwünschten Erfolg führt. Im langfristigen Ergebnis jedoch sind die hier eingesetzten Verfahren einer alleinigen schulmedizinischen Behandlung überlegen.

Da mit schulmedizinischen Mitteln sehr oft eine Heilung nicht erreicht wird, sondern häufig eine Dauertherapie über Jahre oder bis zum Lebensende betrieben wird, ohne das Ziel einer Ausheilung zu verfolgen, wie es die Naturheilkunde anstrebt, ist die letztgenannte Methode die kostengünstigere.

Aus diesen durch den BGH aufgestellten Forderungen an die Erstattung ergaben sich Unsicherheiten über die Auslegungsmöglichkeiten. Um hier für Patienten, Ärzte und Leistungserstatter Klarheit zu schaffen, hat die Dachgesellschaft aller naturheilkundlichen Vereinigungen in Deutschland, die **Hufelandgesellschaft**, zusammen mit einer im Bereich der biologischen Medizin besonders engagierten Versicherungsgesellschaft, der **Mannheimer Krankenversicherung**, ein Leistungsverzeichnis zusammengestellt, in dem die Therapierichtungen der biologischen Medizin genannt sind, die den Vorgaben der BGH-Richtlinien entsprechen. Dieses so genannte Hufelandverzeichnis weist naturheilkundliche Therapieverfahren aus, die sich als erfolgversprechend bewährt haben und in ihrer Wirksamkeit erprobt sind. Das Verzeichnis erhebt jedoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Die amtliche Gebührenordnung GOÄ enthält keine eigenen Ziffern für die verschiedenen Methoden der Biologischen Medizin. Sie sieht jedoch vor, dass Leistungen, die nicht im Gebührenverzeichnis aufgeführt sind, nach § 6 Abs. 2 analog von im Verzeichnis enthaltenen Ziffern, die der entsprechenden Leistung gleichwertig sind, abzurechnen sind. Kostenträger, die eine solche Analogbewertung nicht anerkennen, handeln rechtswidrig, da solchen Entscheidungen jegliche Rechtsgrundlage fehlt. Vorschläge für diese sog. **Analogleistungen** sind ebenfalls im Hufelandverzeichnis aufgeführt und sollen als unverbindliche Orientierungshilfe dienen.

Die gesetzlichen Krankenversicherungen, in die die meisten Menschen in unserem Land hineingezwungen werden, sehen alle diese Regelungen und Erstattungen biologischer Therapieverfahren nicht vor. Im Einzelfall und besonders bei schwerwiegenden Erkrankungen bestehen jedoch gute Aussichten, Erstattungen den Kassen gegenüber durchzusetzen. Ich werde dazu eine separate Übersicht erstellen. Für gesetzlich versicherte Patienten empfiehlt sich der Abschluss einer Zusatzversicherung gegen einen geringen Monatsbeitrag, z.B. bei der Barmenia Krankenversicherung.