

Sachleistungs- und Kostenerstattungsanspruch in der Gesetzlichen Krankenversicherung



In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind einige ganzheitliche und naturheilkundliche Behandlungsmethoden und Arzneimittel im Leistungskatalog enthalten und können daher ohne Weiteres per Versichertenkarte in Anspruch genommen werden (*siehe 1.*). Andere Methoden wurden bereits aus dem Leistungsumfang ausgeschlossen (*siehe 2.*). Ein Großteil der Verfahren wurde überhaupt noch nicht bewertet (*siehe 3.*).

1. Anerkannte besondere Therapierichtungen

Ausdrücklich einbezogen in den Leistungsbereich der GKV sind die Behandlungsmethoden und Arzneimittel der so genannten besonderen Therapierichtungen. Eine eindeutige Definition, welche Methoden zu den besonderen Therapierichtungen zählen, enthält das Gesetz nicht. Ausdrücklich genannt werden jedoch:

- Homöopathie
- Phytotherapie
- Anthroposophische Medizin

Verschreibungspflichtige Arzneimittel dieser Therapierichtungen können wie alle anderen Medikamente verordnet und erstattet werden. Nur in Ausnahmefällen darf das abgelehnt werden. **Nichtverschreibungspflichtige** Mittel dieser Therapierichtungen (wie z.B. die **Misteltherapie**) können unter bestimmten Voraussetzungen weiterhin erstattet werden. Die Ausnahmeliste des GBA regelt, unter welchen Voraussetzungen nicht verschreibungspflichtige Präparate weiterhin von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden können (s. Anhang 2 auf S. 4). Ein gesonderter Antrag auf Kostenübernahme ist nicht notwendig. Eine Verordnung erfolgt per Kassenrezept.

2. Ausgeschlossene Methoden

Bevor eine Methode oder Therapie in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen wird, erfolgt eine Bewertung durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. Einige Mittel und Methoden sind durch den Bundesausschuss bereits bewertet und ausdrücklich von der Verordnungsfähigkeit ausgeschlossen worden (s. Anhang 1). Diese dürfen nur in Ausnahmefällen nach den Grundsätzen der „Nikolaus“-Rechtsprechung von den Krankenkassen erstattet werden (s. Anhang 1).

3. Neue Behandlungsmethoden

Für Mittel und Methoden, die (noch) nicht Bestandteil des Leistungskataloges der GKV sind und die auch noch nicht durch den Ausschuss der Ärzte und Krankenkassen bewertet wurden, sind die Krankenkassen dazu verpflichtet, in einer so genannten Einzelfallprüfung zu entscheiden, ob sie die Kosten der Verordnung übernehmen. Im Rahmen der Einzelfallprüfung überprüfen Krankenkassen, ob der Patient die gewünschte Leistung erhält. Folgende Voraussetzungen müssen unbedingt vorliegen, um ihren Kostenanspruch geltend zu machen:

- Die Kostenerstattung ist grundsätzlich nur möglich bei Behandlung durch Vertragsärzte (kassenärztliche Zulassung!), ein Anspruch bei Behandlung durch Privatpraxen oder -kliniken besteht nur in besonderen Ausnahmefällen.
- Der Entscheidung der Krankenversicherung über den Antrag muss **vor** Behandlungsbeginn erfolgen. Beginnt die Behandlung vor dem ablehnenden Bescheid, besteht nur bei besonderer Eilbedürftigkeit ein Anspruch auf rückwirkende Erstattung.

Bei folgenden Methoden und Präparaten ist es notwendig, **vor Beginn der Behandlung** einen Kostenübernahmeantrag bei der Krankenkasse zu stellen:

- Selen (Präparate mit dem Inhaltsstoff Natriumselenit)
- Hyperthermie u. ä. Verfahren (*siehe GfBK-Info „Hyperthermie“*)

Mit dem Antrag auf Kostenübernahme sollten Sie gleichzeitig folgende Bescheinigungen einreichen:

- die Verordnung (Rezept) und ein individuelles, ausführliches Attest des Arztes
- einen Kostenvoranschlag des behandelnden Therapeuten

Eine adäquate Patientenaufklärung ist natürlich wichtig, *siehe GfBK-Info „Patientenaufklärung in der Praxis“*.

4. Dialog mit der Krankenkasse

Bei vielen Krankenkassen endet die Einzelfallprüfung zunächst mit einer pauschalen Ablehnung der Kostenübernahme. In dem Ablehnungsschreiben räumt Ihnen die Krankenkasse eine Frist ein, innerhalb derer Sie Stellung beziehen können. Verlangen Sie zunächst eine Anhörung nach § 24 SGB X und tragen Sie (schriftlich) Ihre Argumente vor. Bei der Ablehnung stützen sich Krankenkassen oftmals auf ein Gutachten des „Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung“ (MDK). Bezieht sich die Krankenkasse auf ein solches Gutachten, so machen Sie von Ihrem Recht auf Akteneinsicht (gem. § 25 Abs. 5 SGB X) Gebrauch und bitten Sie um Zusendung des Gutachtens, evtl. an Ihren Arzt. So können Sie direkt auf die Argumentation des MDK eingehen.

Bevor Sie in den Widerspruch gehen, sollten Sie folgende **Alternative zum Antrag auf Kostenübernahme, bzw. Kostenerstattung in Erwägung ziehen:**

Eine völlig neue Verhandlungsposition gegenüber der Krankenkasse ist gegeben, wenn statt eines „**Antrags auf Kostenerstattung bzw. Kostenübernahme**“ ein Antrag auf „**Kostenbeteiligung per Einzelfallentscheidung**“ gestellt wird. Damit hat die Krankenkasse einen gesetzlichen Freiraum für eine positive Einzelfallentscheidung, ohne ihren MDK (= Medizinischer Dienst) einzuschalten. Der MDK aller Krankenkassen ist a) nur beratend tätig und somit nicht weisungsbefugt und b) nur schulmedizinisch besetzt. Eine kompetente Bewertung biologischer

Diagnose- bzw. Therapieverfahren bei Tumorerkrankungen erscheint daher zweifelhaft.

Folgendes Vorgehen hat sich bewährt: Bei einem möglichst persönlichen Termin wird der Krankenkasse eine detaillierte Aufstellung der geplanten biologischen Gesamtstrategie in Diagnostik und Therapie für einen Zeitraum von 3–6 Monaten mit den entsprechenden Gesamtkosten vorgelegt. Eine kurz gefasste ärztliche Begründung (z. B. zur Verminderung der Nebenwirkungen von Chemo-, Strahlentherapie, zur Verbesserung der Lebensqualität und der Gesamtprognose) ist zusätzlich notwendig. Gelingt es auf diesem Wege, eine Kostenbeteiligung zu erreichen, sollte der Versuch in regelmäßigen Abständen wiederholt werden.

4.1 Widerspruch

Führt der direkte Dialog mit der Krankenkasse nicht zu dem gewünschten Ziel und haben Sie einen rechtsmittelfähigen, ablehnenden Bescheid der Krankenkasse erhalten, können Sie innerhalb einer Frist von einem Monat Widerspruch einlegen. Enthält der Bescheid keine Rechtsbehelfsbelehrung, beträgt die Frist ein Jahr. Der Widerspruch bei der Krankenkasse muss vom Patienten eingelegt werden, weil er deren Vertragspartner ist. Der Arzt sollte den Widerspruch durch ein Attest medizinisch begründen. Nach einem ablehnenden Widerspruchsbescheid der Krankenkasse können Sie eine Klage vor dem zuständigen Sozialgericht einreichen. Der Kläger kann sich beim Sozialgericht selbst vertreten und ist nicht verpflichtet, einen Rechtsbeistand hinzuzuziehen. Die Verfahren vor dem Sozialgericht sind grundsätzlich kostenfrei.

4.2 Einige Ratschläge

- Bitten Sie Ihren Arzt um ein aussagefähiges, individuell angefertigtes Attest. Dieses sollte insbesondere auch auf zu erwartende oder bereits aufgetretene Unverträglichkeiten der konventionellen Therapie eingehen, denn (ausgeprägte) Unverträglichkeiten eröffnen die Möglichkeit von Therapieoptionen jenseits des Leistungskataloges der Gesetzlichen Krankenversicherung.
- Verlangen Sie bei Ablehnung durch die Krankenkasse grundsätzlich einen schriftlichen, rechtsmittelfähigen Bescheid. Lassen Sie sich nicht mit mündlichen Aussagen abspeisen.
- Nehmen Sie Kontakt zur Herstellerfirma des beanstandeten Präparats auf. Sie kann häufig durch ihre Rechtsabteilung und durch Hinweise auf medizinische Literatur helfen, die die Erfolgsaussicht im Einzelfall belegt.
- Legen Sie dem Widerspruch die jeweiligen GfBK-Infos zum Thema Kostenerstattung bei einzelnen Therapien bei (Hyperthermie, Thymustherapie nur für private Kassen) oder verweisen Sie auf bestimmte Veröffentlichungen, um der Krankenkasse oder dem Medizinischen Dienst Hinweise über die Wirksamkeit und die Zweckmäßigkeit der verordneten Mittel zu geben.

4.3 Die häufigsten Ablehnungsgründe – und was sich dagegen sagen lässt

Nach der Rechtsprechung sind zwar viele unkonventionelle Krebstherapien ordnungs- und erstattungsfähig, die Gerichte knüpfen die Kostenerstattung jedoch an Voraussetzungen:

- Die Mittel der Schulmedizin sollen „ausgeschöpft“ oder zumindest versucht worden sein.
- Schulmedizinische Mittel sollen im Einzelfall ungeeignet sein, z. B. wegen Unverträglichkeit, Wirkungslosigkeit oder einer bestehenden Gegenindikation.

- Die gewählte unkonventionelle Behandlungsmethode muss von einer größeren Zahl von Ärzten angewandt werden. Sie soll die Chance für einen Behandlungserfolg bieten.

Von den Medizinischen Diensten werden vor allem folgende Ablehnungsgründe angeführt:

1. Konventionelle Therapien sind nicht ausgeschöpft,
2. die Behandlung ist nicht notwendig und nicht zweckmäßig,
3. die angewandte Therapie ist nicht wirksam.

Was lässt sich dagegen sagen?

ad 1.: Ablehnungsgrund: nicht ausgeschöpft

- Die schulmedizinischen Therapien sind angewandt worden.
- Die schulmedizinischen Behandlungen (z. B. Chemotherapie oder Bestrahlung) sind in diesem Fall nicht geeignet, einen Erfolg herbeizuführen.
- Die Mittel der Schulmedizin sind unverträglich oder kontraindiziert.

Je nach Einzelfall lässt sich weiter einwenden:

- Die Behandlung wird als adjuvante, begleitende Therapie durchgeführt, um Nebenwirkungen der Chemo- oder Strahlenbehandlung zu mindern und deren Wirksamkeit zu unterstützen.
- Die Behandlung soll das durch vorangegangene Therapien geschädigte Immunsystem wieder aufbauen und kräftigen.
- Die Behandlung wird durchgeführt, um einem Rückfall vorzubeugen. Konventionelle Therapien alleine können die Krankheit nicht sicher zum Stillstand bringen.
- Die Behandlung wird auch von anderen Ärzten sowie (größeren) Kliniken angewandt.
- Die Behandlung soll Krankheitsfolgen und Beschwerden lindern und zu einer besseren Lebensqualität führen.

Weisen Sie bei einem Widerspruch auch auf folgende Gegebenheiten hin, um dem Einwand „nicht ausgeschöpft“ zu begegnen:

Bei fortschreitenden organbezogenen Tumorleiden lassen sich mit konventionellen Mitteln meist nur beschränkte und befristete Erfolge erzielen. Das trifft besonders für Chemotherapien zu. Die Anwendung dieser Therapien ist oft ebenso experimentell wie die sog. „unkonventionellen“ Methoden; sie sind also ebenfalls Therapien mit ungesicherter Wirksamkeit.

ad 2.: Ablehnungsgrund: nicht zweckmäßig, nicht notwendig

Diese Begründung für eine Ablehnung der Kostenerstattung wird in letzter Zeit häufiger angeführt. Das geschieht vor allem dann, wenn unkonventionelle Therapien adjuvant oder supportiv (ergänzend) zu laufenden konventionellen Behandlungen oder danach zur Verhütung von Rückfällen eingesetzt werden. In solchen Fällen sollen ebenfalls die bereits aufgeführten Argumente vorgebracht werden.

ad 3.: Ablehnungsgrund: Wirksamkeit nicht belegt, nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Leistungen

Grundsätzlich (oder je nach Fall) lässt sich dagegen einwenden:

- Die Erstattung ist auch für nicht vertragsärztliche Leistungen möglich, sofern Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit gegeben sind. Das ist bei diesen Verordnungen der Fall (SGB V, § 27 ff).

- Ein Leistungsanspruch ist nicht deshalb ausgeschlossen, weil die Gremien der vertrags- und kassenärztlichen Versorgung sich bisher nicht für die Behandlung mit diesem Medikament ausgesprochen haben.
- Auch in der konventionellen Krebstherapie werden Mittel angewandt und von den Kassen erstattet, deren Wirksamkeit nicht wissenschaftlich gesichert ist und die deshalb zu den unkonventionellen Therapiemethoden gerechnet werden müssen.
- Das Mittel/die Therapie wird auch von vielen anderen Ärzten angewandt.

5. Musterbrief für einen Widerspruch

Mit diesem Musterbrief möchten wir Ihnen helfen, gegenüber der Kasse die richtigen Argumente zu finden. Das kann natürlich nur sehr allgemein geschehen, Ihnen aber Hinweise geben, wie Sie vorgehen können.

Briefmuster: für Präparate/Therapie der Gruppen „Anerkannte besondere Therapierichtung“ und „Neue Behandlungsmethoden“

An die Krankenkasse XYZ

Absatz 1

Mit einem Bescheid vom ... lehnen Sie die Kosten-erstattung für das mir von Dr. XYZ verordnete Präparat (Name des Medikaments) ab. Sie begründen das damit, dass die Möglichkeiten der konventionellen Therapie noch nicht ausgeschöpft seien (*oder: dass das Mittel nicht zweckmäßig bzw. seine Wirksamkeit nicht bewiesen sei*).

Ich halte die Ablehnung aus medizinischen und kassenrechtlichen Gründen für nicht berechtigt und erhebe dagegen Widerspruch. (*weiter mit 1a*)

Absatz 1a

Ich bin nach der Diagnose klinisch-konventionell behandelt worden, ich wurde operiert (*gegebenenfalls: Es wurde zusätzlich eine Chemo-/Strahlentherapie durchgeführt*). In der Klinik sagte man mir, dass weitere Therapien vorläufig nicht zur Verfügung stünden und dass man jetzt abwarten müsse. Damit sind die klinisch/konventionellen Möglichkeiten einer kurativen Behandlung weitgehend erschöpft. Falls meine Krankheit fortschreitet, bleiben auch der Schulmedizin meist nur noch palliative, lindernde Behandlungsmöglichkeiten. Das wird auch in zahlreichen wissenschaftlichen Veröffentlichungen, so in der Studie von Abel bestätigt (*s.a. Literaturhinweis*).

Die mir verordnete Therapie wird von vielen anderen Ärzten auch angewandt. (*weiter je nach Fall 1b, 1c oder 1d*)

oder 1b

Die Behandlung wird nicht alternativ, also statt einer konventionellen Therapie angewandt, sondern zusätzlich (adjuvant, supportiv). Dadurch soll mein Immunsystem wieder gestärkt und mein durch die vorausgegangenen Therapien und seelischen Stress gestörtes Wohlbefinden verbessert werden. Außerdem soll der Erfolg der klinischen Behandlung gesichert und dem Auftreten von Rückfällen vorgebeugt werden.

oder 1c (gegebenenfalls anstelle von Abs. 1b)

Mit der Behandlung sollen die Nebenwirkungen einer bevorstehenden (laufenden) Chemo- oder Strahlentherapie gemildert und eine zu große Schädigung meiner Abwehrkräfte verhindert werden. Die Wirksamkeit der klinischen Behandlung soll verbessert und gesichert werden. Die Wirksamkeit der mir verordneten Medika-

mente ist in klinischen Studien belegt worden und sie werden auch von anderen Ärzten angewandt.

oder 1d (gegebenenfalls anstelle von Abs. 1b oder 1c)
Meine Erkrankung befindet sich in einem fortschreitenden Stadium. Von konventionell therapierenden Ärzten konnten mir nur Therapien angeboten werden, die in ihrer Wirksamkeit fraglich und dazu noch belastend sind. Mit der von meinem Arzt vorgeschlagenen Therapie soll erreicht werden, dass Beschwerden gelindert und mein Wohlbefinden aufrechterhalten wird. Für möglich hält er es auch, das Fortschreiten der Krankheit zu verlangsamten oder zumindest für einige Zeit zu stoppen.

Schlussabsatz 2

Die Behandlung mit diesem Mittel ist nach Auskunft (beiliegender Erklärung) meines Arztes nicht nur wirtschaftlich und zweckmäßig, sondern auch erfolgversprechend. Diese Therapie wird bereits vielfach angewendet.

Für den Brief ergeben sich je nach Einzelfall folgende Absatz-Folgen: 1, 1a, 1b, 2 oder 1, 1a, 1c, 2 oder 1, 1a, 1d, 2

6. Wichtige Urteile

Die Richtlinien des Sozialgesetzbuches werden in Streitfragen durch Gerichte ausgelegt. Jedes Urteil gilt immer nur für den Einzelfall. So können untere Gerichte in ähnlich gelagerten Fällen durchaus zu unterschiedlichen Urteilen kommen. Die oberste Instanz für den Bereich der gesetzlichen Krankenkassen ist das Bundessozialgericht. Seine Grundsatzurteile werden von den unteren Gerichten weitgehend beachtet.

Bundessozialgericht (BSG) 16.9.97, AZ: 1 RK 28/95
Dieses Gericht hat am 16.9.1997 zu Fragen der Wirksamkeit und Kostenerstattung von unkonventionellen Therapien Stellung genommen und grundsätzlich entschieden:

- Für die Kostenerstattung kann kein strenger Wirksamkeitsnachweis verlangt werden, wenn die Ursache der Krankheit weitgehend unerforscht ist. Das trifft für Krebserkrankungen zu.
- Die angewendete Therapie muss sich in der Praxis durchgesetzt haben und von einer nennenswerten Anzahl von Ärzten angewendet werden. Das trifft für fast alle unter 1.1 und 1.2 genannten Heilmittel und Methoden zu. In der Praxis bedeutet es, dass sich ein Patient nicht darauf berufen kann, dass sein Arzt diese Behandlung entwickelt hat und sie erfolgreich auch bei ihm, dem Patienten, durchführt. Die Therapie muss außerdem eine gewisse Verbreitung unter Ärzten gefunden haben.

Diese durchaus liberalen Ansätze wurden in der Folge durch das BSG teilweise wieder eingeschränkt; zum Teil erfolgten aber auch vielversprechende, für die „besonderen Therapierichtungen“ positive Korrekturen durch das BVerfG.

Im Grundsatz wird die Erstattung von neuen bzw. „unkonventionellen“ Methoden außerhalb des Leistungskataloges der GKV stets durch zwei Aspekte bestimmt

- Inwiefern steht (noch) eine leitliniengerechte Therapie zur Verfügung?
- Welche Erfolgsaussicht bietet die begehrte Methode?

Je weniger hierbei – auch aufgrund von (zu erwartenden) Unverträglichkeiten – eine „schulmedizinische“ Therapie in Anspruch genommen werden kann und je größer im Gegenzug die Erfolgsaussichten der begehrten Therapie sind, desto eher ist eine Kostenbeteiligung möglich.

Wichtig zu wissen ist, dass entgegen früherer BSG-Entscheidungen weder das schlichte Fehlen einer positiven GBA-Bewertung noch die ausdrückliche Bewertung als „nicht anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethode“ die Kostenerstattung ausschließt (vgl. hierzu Anhang 1). Es ist stets eine individuelle Einzelfallprüfung für die konkrete Erkrankungssituation vorzunehmen!

7. Das Verfahren vor dem Sozialgericht

Ein Verfahren vor dem Sozialgericht ist für den Kläger grundsätzlich kostenfrei. Ein Vertretungszwang durch einen Rechtsanwalt besteht nicht. Da die Entscheidungen der Sozialgerichte weitreichende Auswirkungen für alle Patienten haben, bitten wir Sie vor Prozessbeginn, ihr Vorgehen mit uns abzusprechen. Hierzu bieten wir unseren Mitgliedern eine kostenlose Erstberatung an.

8. Wer hilft weiter?

Folgende Informationen der Gesellschaft für Biologische Krebsabwehr können für Sie hilfreich sein:

GfBK-Infos: Kostenerstattung einzelner Therapien z. Zt. erhältlich für Hyperthermie, Selen und Thymus (Info Thymus nur für private Kassen).

Medizinrechts-Beratung

Sie können eine kostenlose juristische Erstberatung in Medizinrechtsfragen durch das Medizin-Beratungsnetz der Stiftung Gesundheit erhalten. Dazu müssen Sie unter der Service-Rufnummer 0800 0732483 einen kostenlosen Beratungsschein anfordern. Mit diesem Beratungsschein können Sie dann bei einem wohnortnahen Anwalt der Ihnen genannt wird, ein Orientierungsgespräch führen, in dem der Anwalt Ihnen eine Einschätzung der rechtlichen Dimension gibt.

Einige **Verbraucherzentralen** bieten auch eine (kostenpflichtige) rechtliche Patientenberatung an.

Kostenaufklärung

Eine Aufklärung über die Kosten alternativer Behandlungsmethoden ist unabhängig von der möglichen Erstattung durch die Krankenkassen Pflicht. Wird eine Kostenaufklärung verweigert, verstößt dies gegen die Berufsordnung der Ärzte § 12 Absatz 4. PatientInnen sind schriftlich über die Höhe des nach der GOÄ zu berechnenden voraussichtlichen Honorars sowie darüber zu informieren, dass ein Anspruch auf Übernahme der Kosten durch eine Krankenversicherung oder einen anderen Kostenträger nicht gegeben oder nicht sicher ist. Für innovative Verfahren der konventionellen Medizin wie z. B. TACE, SIRT und LITT wie auch viele Verfahren der komplementären Medizin (z. B. Hyperthermie) gibt es noch keine entsprechenden Abrechnungspositionen. Nach ärztlichem Gebührenrecht sind hier Ziffern aus der GOÄ zu verwenden, die in Art, Schwierigkeit und Umfang der neuen Leistung ähnlich sind (Analogabrechnung – gekennzeichnet mit dem Buchstaben A bei der entsprechenden Ziffer). Mit wenig konkreten Kostenaussagen sollte man sich nicht zufrieden geben – immer nach einer Honorarvereinbarung fragen. Ärzte sind laut ihrer Berufsordnung an bestimmte Grenzen gebunden. Die Honorarforderung muss angemessen sein und der Arzt hat bei Abschluss des Behandlungsvertrages Rücksicht auf die Einkommens- und Vermögensverhältnisse der PatientInnen zu nehmen. Ohne umfassende wirtschaftliche Aufklärung im Vorfeld und einen wirksamen Behandlungsvertrag hat der Arzt (trotz durchgeführter Behandlung) keinen Anspruch auf Honorar.

Anhang 1

Von der Kostenerstattung **ausgeschlossen sind sog. Nähr- und Stärkungsmittel, zu denen insbesondere** Nahrungsergänzungsmittel zählen, wie z.B. Vitamin-, Enzym- und Mineralstoffpräparate.

Ein noch immer verbreiteter Irrtum ist der verbindliche „Ausschluss“ bestimmter Methoden durch die sog. „NUB“-Richtlinie: Nach früherer BSG-Rechtsprechung sollte der Nachweis einer hinreichenden Erfolgsaussicht für die in Anlage II der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ genannten Behandlungen grundsätzlich nicht (mehr) möglich sein, so dass diese Methoden niemals – auch nicht nach den sog. „Nikolaus“-Grundsätzen – zu Lasten der GKV erbracht werden könnten. Diese Auffassung ist aus verschiedenen Gründen nicht haltbar; sie wurde durch eine Entscheidung des BVerfG vom 29.11.2007 ausdrücklich als unzutreffend eingestuft. Mittlerweile hat sogar der GBA selbst klargestellt, dass eine Erstattung nach den „Nikolaus“-Grundsätzen selbstverständlich auch bei den durch Anlage II „ausgeschlossenen“ Methoden möglich ist, wie etwa bei diesen Behandlungen (*es sind nur die für eine Krebserkrankung relevanten Methoden aufgeführt*):

- Aktiv-spezifische Immuntherapie (ASI) mit autologer Tumorzellvakzine
- Behandlung mit ionisiertem Sauerstoff
- CO₂-Insufflation (Quellgasbehandlung)
- Hämatogene Oxidationstherapie (HOT)
- Oxivenierungstherapie nach Regelsberger, Sauerstoff-Infusions-Therapie, Ozon-Eigenbluttherapie, Sauerstoff-Ozon-Eigenbluttherapie, Oxyontherapie, Hyperbare Ozontherapie, Behandlung mit ionisiertem Sauerstoff
- Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie nach Ardenne
- UVA1-Therapie, Ultraviolettbestrahlung des Blutes
- Magnetfeldtherapie ohne implantierte Spulen
- Autohomologe Immuntherapie nach Kief
- Ambulante Hyperthermiebehandlungen
- Bioresonanztherapie, -diagnostik, Mora-Therapie und vergleichbare Verfahren
- Autologe Target Cytokine Behandlung n. Klehr (ATC)
- Thermotherapie der Prostata (transurethrale Mikrowellentherapie der Prostata, ZUMT)
- Colon-Hydro-Therapie und ihre Modifikationen
- PET (23.05.2002)

Wird in einem solchen Fall unter dem pauschalen Hinweis auf den angeblich verbindlichen Ausschluss der Methode die Erstattung abgelehnt, sollte auf die Entscheidung des BVerfG vom 29.11.2007 sowie die Presseerklärung des GBA vom 20.01.2011, abrufbar über die Internetseiten des Instituts, verwiesen werden.

Anhang 2

Mistelpräparate sind nicht verschreibungspflichtig und daher nicht Bestandteil des Leistungskataloges der GKV. Denn der Sachleistungsanspruch für gesetzlich Versicherte ist auf verschreibungspflichtige Arzneimittel begrenzt. Eine Ausnahme gilt, wenn das nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung eingesetzt wird, dort als Therapiestandard gilt und eine ausnahmsweise Verordnungsmöglichkeit durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt wurde (§ 34 Abs. 1 S. 2 SGB V).

Für auf Mistellektin normierte Präparate hat der GBA in der sog. „OTC-Übersicht“ festgelegt, dass diese nur dann zu Lasten der GKV verordnungsfähig sind, wenn sie in der palliativen Tumortherapie zur Verbesserung der Lebensqualität eingesetzt werden. Eine Erstattung im adjuvanten Bereich scheidet damit aus.

Weigert sich Ihr Arzt, die Misteltherapie auf Kassenrezept zu verordnen:

- Zeigen Sie Ihrem Arzt diese Informationen und weisen Sie ihn darauf hin, dass die Misteltherapie unter bestimmten Voraussetzungen auch weiterhin auf ein Kassenrezept verordnet werden kann.
- Wenden Sie sich an die Herstellerfirma.
- Wenden Sie sich an Ihre Krankenkasse.
- Wenden Sie sich an die Patientenbeauftragte des Ministerium für Gesundheit. Tel.: 030 18441-3420



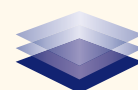
Gesellschaft für Biologische Krebsabwehr e.V.
Voßstr. 3, 69115 Heidelberg
Tel.: 06221 138020
Fax: 06221 1380220
information@biokrebs.de

Verantwortlich für den Inhalt:
Dr. György Irmey

© Oktober 2019

Die Gesellschaft für Biologische Krebsabwehr ist ein eingetragener Verein zur Förderung ganzheitlicher Therapien.

Ihre Spende kommt an. Mit der Selbstverpflichtungserklärung leistet die GfBK einen Beitrag zur Stärkung der Transparenz im gemeinnützigen Sektor.



**Initiative
Transparente
Zivilgesellschaft**