

Dr. jur. Anette Oberhauser
Michael Martin

Abrechnung und Erstattung von Laborleistungen

in der Heilpraktikerpraxis



Inhalt

1. Einführung	4
2. Erstattung von Laborkosten	5
2.1 Erstattung durch die PKV	5
2.2 Die medizinische Notwendigkeit wird an vermeidlich objektiven Kriterien gemessen.....	7
2.3 Besonderheit Labordiagnostik	7
2.4 Die Laborrechnung unter Berücksichtigung der GebüH.....	8
2.5 Erstattung durch die Beihilfestellen	9
2.6 Typische Argumentationsweisen der Versicherer bei ablehnenden Entscheidungen	10
2.6.1 Wie eine rechtswidrige Ablehnung erkennen?	11
2.6.2 Wann ist eine Ablehnungsentscheidung rechtmäßig?.....	11
2.6.3 Der Rechtsstreit	11
3. Erstattung von Laborkosten und deren Ablehnung durch die Versicherer aus formalen Gründen	12
3.1 Individualvereinbarung über Laborkosten ratsam	13
3.1.2 Wie vorgehen?	13
3.1.3 Welche konkreten Vereinbarungen treffen?.....	13
3.1.4 Die laborunabhängige Honorarvereinbarung	15
3.2 Probleme bei der Abrechnung nach GebüH und GOÄ.....	17
4. Musteranschreiben und Musterhonorarvereinbarungen.....	18
5. Beispiele einschlägiger Gerichtsurteile	21
6. Literaturangaben.....	23

1. Einführung

Die Klagen von privat versicherten Patienten über eine rigide Leistungsverweigerung ihrer Krankenversicherung gegenüber naturheilkundlichen und komplementärmedizinischen Untersuchungs- und Behandlungsverfahren haben in den letzten Jahren erheblich zugenommen, wobei hier die Abrechnungen von Ärzten und Heilpraktikern gleichermaßen betroffen sind. Unter dem Aspekt, dass die Versicherungen unter dem Einfluss der Finanzkrise wirtschaftlich zunehmend in Bedrängnis geraten, scheinen die Ablehnungen der Kostenübernahme ein einträgliches Geschäft in Millionenhöhe zu sein: Viele Patienten verzichten darauf, ihre Rechte durchzusetzen. Zurück bleibt meist allerdings ein getrübt Verhältnis zwischen Patient und Praxis.

Die vorliegende Informationsbroschüre bietet einen Überblick über die aktuelle Rechtslage im Hinblick auf die Liquidation und Erstattung von Laborleistungen, die im Rahmen einer Heilpraktiker-Behandlung fällig werden. Schwerpunktmäßig wird auf die Erstattungspraxis der Krankenversicherer eingegangen, insbesondere im Falle individueller Patientenvereinbarungen.

Neben der Aberkennung der **medizinischen Notwendigkeit** versuchen Krankenversicherungen immer häufiger auch formale Kriterien der Abrechnung zu verwenden, um eine Rechnung nicht erstatten zu müssen. Gibt es nämlich einen formalen Fehler in der Heilpraktiker-Rechnung, tritt keine

Leistungspflicht ein und der Versicherer verweigert schon deshalb die Zahlung. Die aufwändige Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit erübrigt sich dann aus der Sicht der Versicherungen.

Überraschender Weise ähneln sich die rechtlichen Vorgaben für die Liquidation und Erstattung von Laborleistungen, die im Rahmen einer Heilbehandlung angefallen sind, bei Arzt und Heilpraktiker sehr. Schon manch einem Heilpraktiker ist es bereits zum Verhängnis geworden, dass er beispielsweise ein neues Gesetz oder Urteil zur Abrechnung von Laborleistungen durch Ärzte für unbeachtlich hielt¹.

Leser, die sich nur einen schnellen Überblick über die Thematik verschaffen möchten, seien auf die fettgedruckten Schlüsselbegriffe in der Broschüre hingewiesen sowie auf die Zusammenfassung am Ende eines jeden Kapitels. **An dieser Stelle noch ein Hinweis:** Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde in der Regel die männliche Schreibweise verwendet. Wir weisen an dieser Stelle ausdrücklich darauf hin, dass sowohl die männliche als auch die weibliche Schreibweise für die entsprechenden Beiträge gemeint ist.

2. Erstattung von Laborkosten

Spätestens, wenn alle erforderlichen Laboruntersuchungen erbracht worden sind und der Patient die Rechnungen seiner Versicherung vorgelegt hat, offenbart sich, ob eine Kostenerstattung voll, teilweise oder gar nicht erfolgt.

Da allein der Patient im Vertragsverhältnis mit der PKV steht, muss er seinen Anspruch dieser gegenüber auch selbst geltend machen. Der Heilpraktiker kann seinen Patient hierbei jedoch entscheidend unterstützen, beginnend mit der korrekten Rechnungsstellung bis hin zur Aushändigung von

Behandlungsunterlagen². Doch selbst wenn Patient und Heilpraktiker „alles richtig gemacht haben“, kann es zu negativen Entscheidungen des Kostenträgers kommen. Um realistisch einschätzen zu können, wann eine solche Ablehnung durch den Kostenträger gerechtfertigt ist und wann nicht, ist es notwendig, sich mit der geltenden Rechtslage auseinanderzusetzen. Da die gesetzlichen Krankenkassen Kosten für heilpraktische Behandlungen so gut wie nie übernehmen, geht es im Folgenden um die Erstattung von Laborkosten durch die PKV und die Beihilfestellen.

2.1 Erstattung durch die PKV

In der PKV ist die Übernahme von Kosten für naturheilkundliche oder alternativmedizinische Behandlungsmethoden durch den Heilpraktiker natürlich nur dann zu erwarten, wenn ein entsprechender Versicherungstarif abgeschlossen wurde. Da sich somit der Umfang des Leistungsanspruchs maßgeblich am jeweiligen Versicherungsvertrag orientiert, sind generelle Aussagen zu der Frage, was private Krankenversicherungen in welchem Umfang erstatten müssen, nicht möglich. Daher sollten sich die Patienten im Zweifelsfall prinzipiell vergewissern, ob die geplanten Untersuchungen (und Behandlungen) im Versicherungstarif auch tatsächlich abgedeckt sind. Was dieser alles umfasst, steht im Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen und den Tarifbedingungen (allgemeine Versicherungsbedingungen).

In einigen Tarifen wird die Leistungshöhe für Heilpraktiker-Behandlungen begrenzt, etwa auf einen bestimmten Be-

trag oder Prozentsatz, teilweise wird Kostenerstattung sogar gänzlich aus dem Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Grundsätzlich muss die PKV dem Patienten aber auch im naturheilkundlichen und alternativmedizinischen Bereich Aufwendungen für eine **medizinisch notwendige Heilbehandlung** erstatten.

Unter den Begriff der **Heilbehandlung** fallen auch labormedizinische Untersuchungen. Die Rechtsprechung³ hat mehrmals klargestellt, dass unter „Heilbehandlung“ nicht nur die unmittelbare Heiltätigkeit zu verstehen ist, sondern auch schon die erste Untersuchung, die auf die Erkennung des Leidens abzielt, ohne Rücksicht darauf, ob sofort oder erst nach weiteren Untersuchungen eine endgültige und richtige Diagnose gestellt und mit den eigentlichen Heilmaßnahmen begonnen worden ist.

Begründung Nr. 1 für eine Leistungsverweigerung: die fehlende medizinische Notwendigkeit

Weitaus schwieriger gestaltet sich die Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit einer Heilbehandlung. Nach Wortlaut und Sinn zielt das Erfordernis der medizinischen Notwendigkeit darauf ab, in das versicherte Risiko nur Leistungen für Maßnahmen einzubeziehen, die aus medizinischer Sicht geeignet sind, einen qualifizierten Behandlungserfolg für eine tatsächlich vorliegende Erkrankung zu erzielen, also je nach Art des Leidens dieses zu beseitigen, zu bessern oder zu lindern.

☛ **Es ist nicht Zweck der Krankenversicherung, Leistungen für subjektiv wünschenswerte, objektiv zur Behandlung einer Krankheit, aber nicht erforderliche Maßnahmen zu erbringen.**⁴

Diese von versicherungswirtschaftlichen Erwägungen getragene Sichtweise lässt sich natürlich nicht uneingeschränkt aufrechterhalten. Denn aufgrund der Komplexität und Unwägbarkeit der Abläufe im menschlichen Körper ist es dem Behandelnden meist gar nicht möglich, Maßnahmen zu ergreifen, die einen Behandlungserfolg garantieren. Der – ohnehin immer erst nachträglich festzustellende – Erfolg der Behandlung kann damit kein maßgebliches Kriterium für die Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit sein. In der Rechtsprechung wurde stets versucht, dieses Spannungsverhältnis zu lösen, wobei sich im Laufe der Zeit folgende Beurteilungsformel entwickelt hat⁵:

*Eine Heilbehandlung ist medizinisch notwendig, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung vertretbar war, sie als medizinisch notwendig anzusehen. Vertretbar ist die medizinische Notwendigkeit einer Heilbehandlung, wenn sie sowohl in begründeter und nachvollziehbarer als auch in fundierter Vorgehensweise das zugrunde liegende Leiden diagnostisch hinreichend erfasst und eine ihm adäquate, geeignete Therapie anwendet.*⁶

Ob eine bestimmte Maßnahme medizinisch notwendig ist, kann sich also nur an den Umständen des Einzelfalls orientieren. Gerade in der Naturheilpraxis ist seitens des Patientenklintels eine starke Abweichung von „Standardfällen“ üblich, so dass der persönlichen Entscheidung des Behandelnden umso mehr Gewicht einzuräumen ist.

Info

Wann ist eine Behandlung im Sinne der Krankenversicherungen „medizinisch notwendig“?

1. Es muss objektiv eine Erkrankung vorliegen.
2. Die diagnostischen Maßnahmen müssen objektiv geeignet sein, die Krankheit zu erkennen.
3. Die aus der Diagnostik abgeleiteten Maßnahmen müssen Behandlungsmöglichkeiten aufzeigen können, die geeignet sind, wahrscheinlich zu einer Heilung oder Linderung der Erkrankung zu führen oder ihre Verschlimmerung zu verhindern. Die Behandlung muss also zur Diagnostik sowie der Erkrankung passen und sie muss darüber hinaus von der Fachwelt (auch der naturheilkundlichen) als erfolgversprechend angesehen sein.

2.2 Die medizinische Notwendigkeit wird an vermeidlich objektiven Kriterien gemessen

Bei der Interpretation dieser Beurteilungsformel kommt es allerdings nicht auf die alleinige Sichtweise des Heilpraktikers an; hängt doch seine Überzeugung, dass ein Vergütungsanspruch vorliegt, naturgemäß von der Bejahung einer medizinischen Notwendigkeit ab. Verlangt wird hier vielmehr eine **objektive Bewertung**, d.h. es kommt im Streitfall auf die Meinung eines Sachverständigen an.⁷ Vor dieser Phase der Auseinandersetzung sind es in der Regel die Sachbearbeiter, die inzwischen mittels EDV-Systemen die Belege elektronisch erfassen und auf die fehlende Einhaltung von Richtlinien bzw. auf Unstimmigkeiten durchleuchten, die eine Ablehnung der Leistungsübernahme rechtfertigen könnten.

Da es sich bei der auf Seite 6 zitierten Beurteilungsformel letztlich aber um keinen eindeutigen Rechtsbegriff han-

delt, sollte man sich nicht abschrecken lassen, gegen die Ablehnung der Kostenübernahme direkt Einspruch zu erheben. Das Landgericht Köln hat beispielsweise im Jahre 1991 entschieden: „Ein Versicherer kann im Allgemeinen davon ausgehen, dass die von einem niedergelassenen Arzt/Zahnarzt gewährte Heilbehandlung kunstgerecht ist, zur Diagnose und/oder Therapie geeignet und damit in aller Regel medizinisch notwendig ist.“^{7a}

Ergänzend soll an dieser Stelle noch darauf hingewiesen werden, dass im Hinblick auf kostentechnische Gesichtspunkte der Versicherte geschützt ist, da bei der Anwendung der Beurteilungsformel ausschließlich die oben dargestellten medizinischen Kriterien berücksichtigt werden. Somit ist der Patient nicht auf die kostengünstigste Behandlung beschränkt.⁸

2.3 Besonderheit Labordiagnostik. Auf Stufendiagnostik achten

Auch wenn die Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit konsequenterweise nicht ausschließlich auf schulmedizinischer Sichtweise beruhen darf, sondern der Einsatz naturheilkundlicher Vorgehensweisen - auch in der Diagnostik - einbeziehbar sein muss⁹, achten die Versicherungen insbesondere bei Einsatz von labordiagnostischen Untersuchungen streng auf die Einhaltung allgemein definierter Regeln.

So richtet sich der Blick der Sachverständigen und Gerichte gerade in den Fällen, in denen labormedizinische Leistungen in Streit stehen, verstärkt auf die Einhaltung und Durchführung üblicher Stufenschemata¹⁰. Für diese ist die

in der Medizin anerkannte Reihenfolge von **Basis-, Aufbau- und - nur in besonderen Fällen - Spezialdiagnostik** einzuhalten.

Wichtig: Dies gilt auch bei seltenen Krankheiten oder solchen mit diffusem Beschwerdebild.

So rechtfertigt nach Ansicht der Rechtsprechung¹¹ bspw. die Verdachtsdiagnose „Chronisches Müdigkeitssyndrom“ keine umfassende Labordiagnostik, auch wenn die Beschwerden sich auf ganz verschiedene Organbereiche erstrecken. In dieser Leitentscheidung kritisierte das Gericht insbesondere, dass eine sehr große Menge der in Streit ste-

henden Laboruntersuchungen sich auf mögliche Infektionen bzw. das Immunsystem bezogen, obwohl bereits die Befragung der Patientin keine schwerwiegende Infektion ergeben habe, die einen gravierenden Immundefekt hätte vermuten lassen. Die Diagnose einer Immundysfunktion basiere jedoch in erster Linie auf das Vorkommen gehäufter und schwerer Infektionen, nicht auf Laboruntersuchungen als solche. Es fehle daher an Anhaltspunkten dafür, dass eine Aufbau- oder gar Spezialdiagnostik angezeigt war und damit auch an der medizinischen Notwendigkeit der Untersuchungen.

Zudem sind nach Ansicht der Rechtsprechung Laboruntersuchungen nur dann medizinisch notwendig, wenn entweder in der Abfolge der Laboruntersuchungen selbst oder aus den dokumentierten Befunden **ein auf den Patienten bezogenes Behandlungs- und Therapiekonzept** erkennbar ist.¹²

☛ **An dieser Stelle wird schnell ersichtlich, dass die Vorstellungen über eine sinnvolle und zielführende Labordiagnostik zwischen Heilpraktiker und Leistungsträger in vielen Fällen erheblich auseinanderdriften. Die aus der Vorgabe der Stufendiagnostik resultierenden diagnostischen und therapeutischen Einschränkungen werden von den meisten Behandlern als inakzeptables Hemmnis der Berufsausübung empfunden, während die Versicherungen entsprechend umfangreiche Laborprofile der Heilpraktiker als nicht indiziert und ziellos interpretieren.**

Schlussendlich besteht der Behandlungsvertrag aber immer zwischen Heilpraktiker und Patient und nicht zwischen Heilpraktiker und Versicherung. Somit ist und bleibt der Heilpraktiker prinzipiell frei in seinem Vorgehen und seinen Entscheidungen. Der Patient muss letztlich mit seiner Versicherung klären, welche Kosten übernommen werden. Dies sollte aber mit den Patienten stets vor jeder Behandlung ausführlich besprochen werden und letztlich in Form einer individuellen Patientenvereinbarung schriftlich festgehalten werden (siehe hierzu 3.1).

2.4 Die Laborrechnung unter Berücksichtigung des GebüH

Im **GebüH** sind die Laborleistungen unter **Ziff. 12** angeführt. Es handelt sich hierbei um verschiedenste Untersuchungen, etwa die des Harns (Ziff. 12.1 - 12.4), des Blutes (Ziff. 12.7. - 12.12) sowie anderer Körperflüssigkeiten als aufwendiges Chemogramm (Ziff. 12.12 - 12.14). Es handelt

sich hierbei jedoch um eine geringe Auswahl an Untersuchungsverfahren. Auch fallen mehrere Parameter unter ein und dieselbe Ziffer (bspw.: Ziff. 12.2 Harnuntersuchungen quantitativ - Zucker, Eiweiß, pH-Wert).¹³

Basierend auf der aktuellen Rechtslage stellt sich das Erstattungsverhalten der privaten Krankenversicherungen im Hinblick auf einzelne Laborleistungen nach dem GebüH wie folgt dar:¹⁴

- Die Laboruntersuchungen von Ziff. 12.1 – 12.4 sowie von 12.7 – 12.15 GebüH werden in der Regel problemlos erstattet. (Dies gilt auch für die Beihilfe.)
- Die Carzinochrom-Reaktion (CCR) nach Ziff. 12.5 ist nicht allgemein anerkannt, weshalb ihre Erstattung nicht gesichert ist.
- Gleiches gilt für die Dunkelfeld-Mikroskopie (Ziff. 13.1), insbesondere im Kontext mit der Enderlein'schen Endobionentheorie.

Merke!

Die Erstattung von Laborleistungen im Rahmen einer Heilpraktiker-Behandlung erscheint damit zunächst wenig problematisch. Die medizinische Notwendigkeit wird eher selten in Frage gestellt,¹⁵ wenn die durchgeführten Untersuchungen

- den Anforderungen der Stufendiagnostik gerecht werden,
- die angegebene(n) Diagnose(n) in der Heilpraktiker-Liquidation die Sinnhaftigkeit der angeforderten Laborparameter erkennen lassen
- und in ein schlüssiges Behandlungskonzept eingebunden sind.

Eine Ablehnung der Kostenübernahme **trotz medizinischer Notwendigkeit der Untersuchung** ist zu erwarten, wenn die Laborleistung nicht korrekt liquidiert wurde oder wenn sie in Zusammenhang mit einer Behandlungsmethode erfolgte, an deren schulmedizinischer Anerkennung es nach Ansicht des Versicherers fehlt (zur entsprechenden Gegenargumentation vgl. Punkt 2.6).

2.5 Erstattung durch die Beihilfestellen

Werden Laborleistungen gegenüber einem beihilfeberechtigten Patienten erbracht, richtet sich deren Kostenübernahme in Abhängigkeit seiner Anstellung entweder nach der Bundes- oder einer Landesbeihilfeverordnung. In der Regel wird nach dem unteren GebüH-Satz erstattet.

Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für wissenschaftlich nicht anerkannte Untersuchungen und Behandlungen

ist nach § 6 Abs. 2 Bundesbeihilfeverordnung teils begrenzt und teils ganz ausgeschlossen worden. Allerdings gilt auch hier das oben Gesagte:

Problematisch im Hinblick auf die Erstattungsfähigkeit sind hier in erster Linie Behandlungs- und nicht Diagnosemethoden!

2.6 Typische Argumentationsweisen der Versicherer bei ablehnenden Entscheidungen

In dem Fall, in dem Laborkosten deshalb nicht erstattet werden, weil sie im Rahmen einer schulmedizinisch nicht anerkannten, zumeist **naturheilkundlichen Behandlung** angefallen sind, muss der Patient eine pauschale Begründung des Kostenträgers nicht akzeptieren. Der Gebrauch von vorformulierten Textbausteinen in dem Ablehnungsschreiben deutet darauf hin, dass sich der Sachbearbeiter nicht gründlich mit der Sache auseinandergesetzt hat, sondern die Zensur beispielsweise automatisiert via Computerprogramm zustande kam. Möglicherweise ist aber auch die Sichtweise des Sachbearbeiters veraltet und die allgemeine medizinische Anerkennung der in Rede stehenden Behandlung mittlerweile gegeben. Doch selbst wenn dem nicht so ist, kann unter Umständen ein Erstattungsanspruch vorliegen. So ist etwa gem. § 4 Abs. 6 MB/KK ausdrücklich geregelt, dass die Versicherung über die Schulme-

dizin hinaus für *Methoden und Arzneimittel aufkommen muss, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen*. Möchte die Versicherung die medizinische Notwendigkeit alternativer Diagnostik- und Therapie-Formen in Abrede stellen, muss sie **plausibel und therapie-immanent argumentieren, wobei dies nicht aus rein schulmedizinischer Sicht erfolgen darf** (vgl. Punkt 2.1). Kommt in einem Rechtsstreit die Versicherung diesen Anforderungen nicht nach, muss gar nicht erst ein Sachverständigengutachten über die medizinische Notwendigkeit erhoben werden. Denn hier wäre das Vorliegen der medizinischen Notwendigkeit dann schon gar nicht wirksam bestritten worden.¹⁶

Muster KV
Musterstraße 2
12345 Musterstadt

MUSTER KV

Herrn
Max Mustermann
Musterweg 5
54321 Musterdorf

17.06.2014

Betreff: Leistungsmitteilung

Sehr geehrter Herr Mustermann,
Ihren Leistungsantrag speicherten wir am 13.06.2014.

Kostenart	Rechnungs- betrag	Behandlungs-/ Bezugsdatum	Leistungs- betrag	Tarif	Kürzung (EUR)	Hinweis
sonst. Belege						
keine Erstattung	102,80	11.03.2014				1.
	82,25	05.05.2014				2.
	74,20	23.05.2014				2.

Erläuterung der Hinweise:

- Gemäß § 1 Abs. 2 MB/KK leisten wir für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Medizinisch notwendig ist eine Behandlungsmethode bzw. eine diagnostische Methode dann, wenn durch kontrolliert durchgeführte klinische Studien bewiesen ist, dass sie generell geeignet ist, das Leiden zu beseitigen, zu bessern oder zu lindern bzw. das Leiden diagnostisch hinreichend zu erfassen.
Diese Voraussetzung ist hier nicht erfüllt.
- Bitte beachten Sie unseren vorherigen Hinweis.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Muster KV

2.6.1 Wie eine rechtswidrige Ablehnung erkennen?

Grundsätzlich setzt eine Ablehnung der Kostenerstattung voraus, dass sich die Versicherung mit den medizinischen Aspekten der Behandlung bzw. Laboruntersuchung auseinandergesetzt hat. Daher kann eine schnelle, d.h. ohne vorherige Einholung medizinischer Behandlungsunterlagen ergangene Negativentscheidung des Kostenträgers Anhaltspunkte für deren Rechtswidrigkeit geben (siehe Beispiel S. 9 unten). Der Kostenträger sollte ein weiteres Mal, unter Setzung einer angemessenen Fristsetzung zur Kostenerstattung aufgefordert werden. Umgekehrt stellt das **Anfordern von weiteren Behandlungsunterlagen** eine beliebte Verzögerungstaktik der Kostenträger dar. Dennoch sollte der Patient hierauf entsprechend reagieren. Der Heilpraktiker ist ihm gegenüber verpflichtet, hierfür

alle Behandlungsunterlagen und Informationen zur Verfügung zu stellen bzw. nach Entbindung der Schweigepflicht die gewünschten Informationen direkt dem Kostenträger zukommen zu lassen. Den Aufwand hierfür kann der Heilpraktiker sich vom Patienten bzw. seiner Versicherung erstatten lassen.

Info

Der erste Schritt bei Ablehnungsbescheiden der Krankenversicherung besteht in der Anforderung einer konkreten Begründung, ggf. eines qualifizierten Gutachtens, welches dem Patienten offen zu legen ist. (Siehe dazu auch unter 4. „Musteranschreiben“.)

2.6.2 Wann ist eine Ablehnungsentscheidung rechtmäßig?

Hat sich der Kostenträger im Zuge seiner Ablehnungsentscheidung mit der Sache auseinander gesetzt, etwa indem er ein **externes Gutachten** über die medizinische Notwendigkeit der streitigen Behandlung- oder Diagnosemethode eingeholt hat, ist dies nur dann rechtmäßig, wenn es von einem **unbefangenen und fachlich geeigneten Sachverständigen** erstellt wurde. Dies wiederum kann nur durch Einsichtnahme in das Gutachten überprüft werden. Daher

ist der Kostenträger in solchen Fällen verpflichtet, das Gutachten an den Patienten herauszugeben. Dies gilt selbst dann, wenn dem Gutachten keine körperliche Untersuchung des Patienten zu Grunde liegt. Denn anderenfalls würde ihm die Prüfung der Kompetenz und Unbefangenheit des Gutachters und damit letzten Endes die Frage, ob der Anspruch auf Kostenerstattung Aussicht auf Erfolg habe, verwehrt bleiben.¹⁷

2.6.3 Der Rechtsstreit

Die üblicherweise für die Stellungnahmen beratenden Ärzte der Versicherungen sind für eine sehr restriktive Auslegung des Begriffs der medizinischen Notwendigkeit bekannt. Zumeist wird daher die ablehnende Haltung bis zu einer Gerichtsentscheidung beibehalten.

Bleibt der Kostenträger daher auch nach längerem Schriftwechsel bei seiner Entscheidung und hält der Patient diese weiter für unberechtigt, besteht zunächst die Möglichkeit, sich an den **Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung** zu wenden (<https://www.pkv-ombudsmann.de/>). Der Ombudsmann ist ein außergerichtlicher Streit-schlichter für die private Kranken- und Pflegeversicherung. Er nimmt zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Versicherten und ihren Versicherungsunternehmen Stellung

und soll eine gerichtliche Auseinandersetzung vermeiden helfen. **Aber:** Die Institution wurde vom Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. gegründet, so dass hier nicht unbedingt von absoluter Neutralität ausgegangen werden kann. Daher sollte sich der Patient bei erfolglosen Bemühungen des Ombudsmann an einen Fachanwalt zur Überprüfung der Angelegenheit wenden. Da der Heilpraktiker selbst als Zeuge ungeeignet ist, wird es im Streitfall vor Gericht dann letztlich auf die Meinung eines **medizinischen Sachverständigen** über die medizinische Notwendigkeit der eingeklagten heilpraktischen Leistungen ankommen.¹⁸ Sollte das Gericht zu Gunsten des Patienten entscheiden, sind seine durch den Rechtsstreit entstandenen Kosten von der Versicherung zu tragen.

Zusammenfassung

- Damit das Erfordernis der medizinischen Notwendigkeit erfüllt ist, muss die Einleitung und Durchführung labormedizinischer Maßnahmen nach dem sog. Stufenschema erfolgen. Des Weiteren muss den Untersuchungen ein auf den Patienten bezogenes Behandlungs- und Therapiekonzept zugrunde liegen.
- Im Rahmen einer Heilpraktiker-Behandlung darf die Bewertung der medizinischen Notwendigkeit nicht allein aus schulmedizinischer Sichtweise erfolgen.
- Die Ablehnung der medizinischen Notwendigkeit einer Behandlung bzw. Laboruntersuchung muss der Kostenträger auf eine gründliche Argumentation stützen. Dabei müssen Ergebnisse eines von der Versicherung in Auftrag gegebenen Gutachtens über diese Streitfrage nicht prinzipiell akzeptiert werden.
- Auch im Gerichtsprozess muss der Kostenträger die medizinische Notwendigkeit der streitgegenständlichen Behandlung widerlegen, d.h. substantiiert bestreiten. Erst wenn dies gelingt, zieht das Gericht einen Sachverständigen heran.

3. Erstattung von Laborkosten und deren Ablehnung durch die Versicherer aus formalen Gründen

Ein weiterer Ablehnungsgrund für die Übernahme von Laborkosten ist die **formell fehlerhafte Liquidation**. Zumeist wird seitens der PKV und der Beihilfestellen bemängelt, dass behandlungsbezogene Angaben, wie etwa Diagnose, verwendete Materialien und Präparate oder konkreter Text der angeführten Leistungsziffer, fehlen. Dass die in der Liquidation angegebene Diagnose nachvollziehbar und mit der in durchgeführten Laborleistung korrelieren muss, wurde unter 2.1 bereits ausgeführt. Im Gegensatz zu den

obigen Ablehnungsgründen lassen sich Probleme in diesem Bereich jedoch einfach und bereits im Vorfeld vermeiden. Der Heilpraktiker sollte sich also ausreichend Zeit für eine korrekte und stimmige Rechnungsstellung nehmen. Eine ordnungsgemäß gestellte Rechnung erleichtert dem Patienten die Durchsetzung seines Erstattungsanspruchs erheblich, was zu einer erhöhten Patientenzufriedenheit führt und mithin auch als **Marketinginstrument** zu sehen ist!

3.1 Individualvereinbarung über Laborkosten ratsam

In der Regel finden zwischen Heilpraktiker und Patienten **konkrete Absprachen über den Umfang der Untersuchungen** statt, mit denen das Fremdlabor beauftragt werden soll. Im Idealfall wird dies sogar schriftlich festgehalten, etwa indem der Patient selbst das Laborformular unterzeichnet. Unterzeichnet der Patient nichts, darf der Heilpraktiker nur solche Leistungen in Auftrag geben, die den Behandlungszweck fördern.¹⁹ Der Privatpatient geht in der Regel davon aus, dass nur diejenigen (medizinisch notwendigen) Untersuchungen in Auftrag gegeben werden, die von der Krankenversicherung erstattet werden. Jedenfalls darf der Heilpraktiker nicht wahllos irgendwelche Laboruntersuchungen in Auftrag geben, die sich nur ganz entfernt zur Diagnosestellung oder Kontrolle des Therapieverlaufs eignen.

Im Hinblick auf die zu erwartenden Laborkosten ist eine **Individualvereinbarung** nach der heutigen Rechtslage daher empfehlenswert, da Versicherungsgesellschaften immer mehr dazu übergehen, scheinbar einfache Ablehnungsgründe für Heilpraktiker-Liquidationen zu finden, ohne die medizinische Notwendigkeit intern aufwendig prüfen zu müssen. Erfahrungsgemäß sind in der Praxis folgende Ablehnungsgründe verbreitet:

- Die Versicherung hält die Individualvereinbarung für unwirksam.
- Das GebüH ist nicht richtig angewandt.
- Der Heilpraktiker hat eine fremde Leistung als eigene abgerechnet.
- Dem Heilpraktiker sind Fehler bei der Beauftragung des Fremdlabors unterlaufen.

3.1.2 Wie vorgehen?

Eine individuelle Honorarvereinbarung zwischen Patient und Heilpraktiker sollte schon allein aus Beweisgründen **immer schriftlich** erfolgen. Sie macht im Hinblick auf die Labordiagnostik insbesondere dann Sinn, wenn eine aufwendige Laboruntersuchung geplant ist oder entgegen der Prinzipien der Stufendiagnostik (siehe Seite 7) direkt

Spezialparameter gewählt werden. Ebenso ist bei besonders aufwendigen oder langwierigen Therapieverfahren oder solchen, die in keinem der einschlägigen Leistungsverzeichnisse angeführt werden, zu einer Honorarvereinbarung zu raten. **Auch für Selbstzahler** bietet sie sich an.²⁰

3.1.3 Welche konkreten Vereinbarungen treffen?

Bei der Liquidation von Laborleistungen sollten spezifische Vereinbarungen getroffen werden, da umfangreiche Abrechnungseinschränkungen auch für den Heilpraktiker entstanden sind. Es gibt nämlich einen Trend in der Rechtsprechung, die für Ärzte ergangenen Entscheidungen im

Einzelfall dem Heilpraktiker undifferenziert überzustülpen. Es ist daher anzuraten, vorsorglich eine umfassende Honorarvereinbarung zu nutzen, auch wenn noch keine direkte Rechtsprechung zur Laborabrechnung des Heilpraktikers besteht.

Es ist empfehlenswert, bei anstehenden Laboruntersuchungen in die Honorarvereinbarung folgende Punkte aufzunehmen und den Patienten wie folgt aufzuklären:

■ **ob es sich bei der geplanten Laboruntersuchung um einfache Basis- oder komplexe Spezialparameter handeln wird**

Dies dient der Erklärung des Patienten, um welche Testverfahren es sich handelt und welche technische Ausstattung das Labor hat.

■ **ob es sich um eine Fremdleistung oder eine Eigenleistung handelt**

Der Patient hat ein Recht darauf, für ihn nachvollziehbar zu erfahren, wer die Leistungen für ihn erbracht hat. (sog. Transparenzgebot, mehr dazu unten)

■ **wie der Gestehungspreis im Falle von Fremdleistungen ausfällt, da nur dieser berechnet werden darf**

■ **in welcher Höhe Eigenleistungen in Verbindung mit der Laboruntersuchung des Fremdlabors anfallen.**

Hier wäre beispielsweise zu nennen:

- weitere Befundung und Interpretation der Laborwerte
- Ausarbeitung eines therapeutischen Konzepts auf Basis der Laborergebnisse
- ausführliche Beratung des Patienten
- diätetische Empfehlungen
- Empfehlungen zu dessen Lebensführung

In der Berufsordnung für Heilpraktiker (BOH) ist zwar nicht ausdrücklich geregelt, dass Fremdleistungen nicht an den Patienten gewinnbringend „weiterverkauft“ werden dürfen, doch wird bereits in den allgemeinen Grundsätzen der GebÜH erwähnt, dass **Fremdleistungen sowie sonstige Materialien und Auslagen** nur zu deren **tatsächlichem Gestehungspreis** zur Berechnung kommen können.²¹

Hieraus leiten sich obige Empfehlungen ab und die Versicherungen beziehen sich in der Regel auf diese allgemeinen Grundsätze.

Zusammenfassend besteht also bei Laborleistungen eine Einschränkung der grundsätzlichen Honorarfreiheit der Heilpraktiker. Jedwede Sondervereinbarung (wie oben skizziert) sollte sicherheitshalber nur die eigene therapeutische Leistung betreffen, nicht aber Fremdleistungen, Auslagen und Materialien. Auch im Eigenlabor müssen daher Teststreifen für Urinkontrollen ohne Gewinn an den Patienten weitergereicht werden.

☛ **siehe Muster "Honorar- und Kostenvereinbarung" (Seite 23)**

3.1.4 Die laborunabhängige Honorarvereinbarung

Es ist sinnvoll, auch unabhängig von einer geplanten Laboruntersuchung eine Honorarvereinbarung für die eigenen Leistungen zu vereinbaren.

Die Honorarvereinbarung sollte folgende Merkmale aufweisen:

- eine Aufklärung darüber, ob sich die Abrechnung auf ein Gebührenverzeichnis (GebüH, Hufeland*) bezieht oder unabhängig von einer solchen kalkuliert wird (beispielsweise Abrechnung nach einem Stundensatz)
* siehe unten: Exkurs: Hufeland-Leistungsverzeichnis
- einen Kostenrahmen der einzelnen Praxisleistungen
- eine Belehrung des Patienten darüber
 - dass nicht mit vollständiger Bezahlung von naturheilkundlichen Leistungen durch die Krankenversicherung gerechnet werden kann
 - dass auf jeden Fall das volle vereinbarte Honorar bezahlt werden muss, auch wenn die Versicherung nicht (alles) zahlt
- einen sog. Heil- und Kostenplan, der den Patienten über Art und Umfang seiner Behandlung aufklärt (auch kann er im Vorfeld bei Versicherungen vorgelegt werden und der Patient hat eine Verhandlungshilfe für die Erstattung); anders als bei einer zahnärztlichen Behandlung ist ein solcher Plan jedoch nicht gesetzlich vorgeschrieben, sondern eben nur praktisch

Je nach Situation können die Empfehlungen für die laborabhängige und die laborunabhängige Vereinbarung selbstverständlich auch in einer Vereinbarung kombiniert werden.

↳ Exkurs: Hufeland-Leistungsverzeichnis (siehe Abb. auf der nächsten Seite)

Mittlerweile binden immer mehr Krankenversicherungen ihre Leistungszusage an das Hufeland-Verzeichnis, das sich in erster Linie an Ärzte richtet, die in der Naturheilkunde tätig sind. Da dort Verfahren genannt sind, die in dem GebüH nicht genannt werden, lohnt sich bei bestimmten Diagnose- und Therapieverfahren auch ein Blick in dieses Verzeichnis. Die Abrechnung der dort angeführten Leistungspositionen wird erleichtert, indem sie mit passenden analogen GOÄ-Ziffern versehen sind.²² Auch die Abrechnung nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis muss man mit dem Patienten vorher vereinbaren, was ganz konkret geschehen muss. Eine allgemeine Bezugnahme „*ich richte mich nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis*“ genügt nicht. Heilpraktiker, die das Hufeland-Leistungsverzeichnis anwenden möchten, sollten sich daher mit

den Regeln zur Analog-Abrechnung der Ärzte auseinandersetzen und mit dem oben skizzierten Heil- und Kostenplan arbeiten, indem die ganz konkreten Abrechnungsvorschläge benannt werden. Gegenüber den Versicherungen sollte dann darauf verwiesen werden, dass man in der Praxis nur Verfahren anbietet, die Eingang in das Hufeland-Leistungsverzeichnis gefunden haben. Es ist satzungsmäßige Aufgabe der Hufeland-Gesellschaft, in deren Verzeichnis erwähnte Methoden auf Verbreitung, Sicherheit und naturheilkundliche Wirksamkeit zu prüfen. Man kann also davon ausgehen, dass eine im Verzeichnis erwähnte Methode zumindest keine Außenseitermethode darstellt, die seitens der Versicherung als „*ablehnungswürdig*“ eingestuft wird.

Abb.: Hufeland-Leistungsverzeichnis



Zusammenfassung

Den Heilpraktiker trifft gegenüber dem Patienten eine wirtschaftliche Aufklärungspflicht, die Kosten und auch die Erforderlichkeit der geplanten Untersuchung betrifft. Möchte der Patient Laborleistungen in Anspruch nehmen, die über die medizinische Notwendigkeit hinausgehen, ist dies am besten in einer Honorarvereinbarung oder zumindest schriftlichen Auftragserteilung festzuhalten, wobei missverständliche Formulierungen zu vermeiden sind.

In Erstattungsstreitigkeiten schützt eine Individualvereinbarung juristisch gesehen davor, vom Patienten schlussendlich gar kein Geld für die Behandlung und die eigenen Auslagen zu bekommen. Sie dient darüber hinaus der Transparenz des Therapiekonzepts und des Abrechnungsverhaltens, beugt also Betrugsvorwürfen vor und unterstreicht die Kompetenz des Heilpraktikers. Weiter schafft sie Abhilfe, wenn die Versicherung einwendet, dass eine Leistung gar nicht abgerechnet werden kann, weil gegen die Berufsordnung oder Gesetze verstoßen wurde.

3.2 Probleme bei der Abrechnung nach GebüH und GOÄ

Kommt **keine** Individualvereinbarung mit dem Patienten zustande, gilt üblicherweise bei Heilpraktikern das, was für eine naturheilkundliche Dienstleistung **branchen- und ortsüblich** ist. Auch hierüber muss der Heilpraktiker wirtschaftlich aufklären (s.o.). Viele Gerichte sehen in Erstattungsstreitigkeiten das GebüH als branchen- und ortsüblich an. Für etwas anderes ist der Heilpraktiker beweisbelastet.

Im GebüH sind die Laborleistungen unter **Ziff. 12** angeführt (siehe Seite 8). Es handelt sich hierbei jedoch um eine geringe Auswahl an Untersuchungsverfahren. Auch fallen mehrere Parameter unter ein und dieselbe Ziffer.²³

Demgegenüber enthält die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in **Kapitel M** eine viel detailliertere Aufstellung der Laborleistungen. Es besteht hier für jeden einzelnen Untersuchungsparameter eine eigene Gebührenziffer, was die Abrechnung viel leichter macht.²⁴ Der Leistungskatalog ist jedoch nicht nur detaillierter, sondern auch umfangreicher.

Es scheint daher im Einzelfall durchaus sinnvoll zu sein, dass der Heilpraktiker sich bei der Abrechnung von Laboruntersuchungen an der GOÄ orientiert und deren Ziffern (ggf. analog) in Rechnung stellt. Auch von den Krankenversicherern wird das meist akzeptiert, da die Leistungsziffern im GebüH keinen konkreten Anfangswert, sondern nur „Bis zu-Beträge“ nennen.²⁵ Erbringt er die Laborleistung nicht selbst, sondern gibt sie einem Fremdlabor in Auftrag, wird dies in aller Regel ohnehin nach GOÄ abgerechnet.

Vorsicht Falle

So interessant die Abrechnung nach GOÄ für den Heilpraktiker auch sein mag, sie führt dazu, dass sich der Heilpraktiker an die GOÄ-Regeln halten muss und ihm kein Abrechnungsfehler unterlaufen darf. Dies gilt ganz besonders dann, wenn der Heilpraktiker Laborleistungen in Auftrag gibt, die in GOÄ-Kapitel M-III und M-IV erwähnt sind. In solchen Fällen handelt der Heilpraktiker nach außen wie ein Arzt und muss sich auch an dessen rechtlichen Rahmenbedingungen messen lassen. Er zieht also alle Probleme, die Ärzte mit der GOÄ haben, auf sich. Er darf sich nicht darauf verlassen, dass für ihn als Heilpraktiker die für Ärzte geltenden Regeln nicht anwendbar sind. Um Streitigkeiten mit den Versicherern vorzubeugen, sollte der Heilpraktiker also immer Fremdleistungen als solche kennzeichnen und zum Gestehungspreis an den Patienten weiterleiten. Rechnet er nach dem GebüH ab, sollte er in diesem Fall nicht die Ziff. 12.14 verwenden, da dies den Eindruck erweckt, dass neben der Fremdleistung auch eine eigene Laborleistung durch den Heilpraktiker erbracht worden sei (Ausnahme: Es sind tatsächlich Untersuchungen in der eigenen Praxis durchgeführt worden). Es sollte in diesen Fällen besser versucht werden, mit anderen Gebühren-Ziffern zusätzliche therapeutische Leistungen abzubilden (Interpretation der Laborwerte, Erstellung eines therapeutischen Konzepts, Beratung betreffend die Lebensführung des Patienten).

Letztlich ist es immer der einfachste und sicherste Weg, die Rechnung direkt vom Labor an den Patienten senden zu lassen.

4. Musteranschreiben

Anschreiben an den Patienten zur Hilfestellung gegenüber der Krankenversicherung

Für den Fall, dass sich Ihr Patient aufgrund eines Ablehnungsbescheides seiner Krankenversicherung an Sie wendet und um Unterstützung bittet, finden Sie hier ein Musteranschreiben, dessen Inhalt Sie gerne übernehmen können. Der erste Schritt bei Ablehnungsbescheiden der Krankenversicherung besteht immer in der Anforderung einer konkreten Begründung, ggf. eines qualifizierten Gutachtens, welches dem Patienten offen zu legen ist. Das Musteranschreiben geht hierauf ein.



Naturheilpraxis
Max Mustermann
 Heilpraktiker

Ablehnung der Kostenabrechnung Ihrer Krankenversicherung

Sehr geehrte Frau ,

Sie baten um Stellungnahme hinsichtlich der Ablehnung der Kostenübernahme meiner Behandlung / der von mir durchgeführten / der von mir beauftragten Laboruntersuchung.

Immer mehr private Krankenversicherungen berufen sich bei Ablehnungen von Leistungsansprüchen darauf, dass eine konkrete Untersuchung oder Behandlung medizinisch nicht notwendig gewesen sei. Nach der aktuellen Rechtsprechung ist von einer medizinischen Notwendigkeit dann auszugehen, wenn eine Behandlungsmethode angewandt worden ist, die geeignet ist, eine Krankheit zu heilen, zu lindern oder Verschlimmerungen entgegenzuwirken.

Die Ablehnung der Leistungsansprüche fußt meist auf pauschalen Textbausteinen, denen keine individuelle gutachterliche Beurteilung zu Grund liegt. Mit allgemeinen Aussagen wie beispielsweise „nach Beratung mit sachverständigen Ärzten“ müssen Sie sich nicht zufrieden geben.

Möchte Ihre Versicherung die medizinische Notwendigkeit alternativer Diagnostik- und Therapieformen in Abrede stellen, muss sie plausible und therapie-immanente Argumente vorbringen, wobei dies **nicht** aus rein schulmedizinischer Sicht erfolgen darf! Kommt Ihre Versicherungen diesen Anforderungen nicht nach, kann sie auch das Vorliegen der medizinischen Notwendigkeit nicht rechtswirksam bestreiten.

Für den Fall, dass eine gutachterliche Beurteilung als Begründung für den Ablehnungsbescheid vorgetragen wurde, ist dies nur dann rechtmäßig, wenn das Gutachten von einem unbefangenen und fachlich geeigneten Sachverständigen erstellt wurde. Dies wiederum kann nur durch Einsichtnahme in das Gutachten überprüft werden. Daher ist Ihre Versicherung verpflichtet, Ihnen das Gutachten auszuhändigen. Aus diesem Grund sollten Sie zunächst ein qualifiziertes Gutachten anfordern. So kann entschieden werden, wie hier weiter verfahren werden sollte.

Mit freundlichen Grüßen

Max Mustermann

Anschreiben Ihres Patienten an die Krankenversicherung

Für Ihre Patienten finden Sie hier ein Musteranschreiben an die Versicherung, mit dem Ihr Patient im Falle einer pauschalen Ablehnung des Leistungsanspruchs Einspruch erheben kann:

Maria Muster
Musterstraße 1
54321 Musterdorf

Versicherungsnummer 1234 5678
Leistungsmitteilung vom 10.09.14

Sehr geehrte Damen und Herren,

enttäuscht muss ich feststellen, dass Sie eine Kostenübernahme

für die Behandlung meines Heilpraktikers entsprechend GebÜH _____ (hier die abgelehnte Leistung einsetzen) vom 10.07.14 mit der pauschalen Begründung einer fehlenden medizinischen Notwendigkeit ablehnen.

oder

für die labormedizinische Untersuchung entsprechend der Liquidation vom xx.xx.xx, ausgestellt vom Labor xy, mit der Begründung einer fehlenden medizinischen Notwendigkeit ablehnen.

Ihre Ablehnung fußt auf pauschalen Aussagen, die keine für meinen speziellen Fall plausiblen und nachvollziehbaren Argumente enthalten. Ohnehin kann laut aktueller Rechtsprechung ein Versicherer im Allgemeinen davon ausgehen, dass die von einem niedergelassenen Heilpraktiker gewährte Heilbehandlung kunstgerecht ist, zur Diagnose und/oder Therapie geeignet und damit in aller Regel medizinisch notwendig ist (LG Köln, Urteil vom 2. April 1991 – 25 O 281/90).

Ich erhebe hiermit Einspruch gegen die Ablehnung

meiner Leistungsansprüche und bitte um eine erneute Überprüfung unter Berücksichtigung meiner individuellen gesundheitlichen Problematik. [Hinweis: Für den Fall, dass aufgrund der durchgeführten Maßnahmen eine Linderung/Besserung der Beschwerden eingetreten sind, kann hier darauf verwiesen werden.]

Mit freundlichen Grüßen

Maria Muster

Für den Fall, dass der negativen Leistungsmitteilung zu entnehmen ist, dass die Entscheidung durch ein Gutachten begründet ist, kann folgendermaßen argumentiert werden:

Maria Muster
Musterstraße 1
54321 Musterdorf

Versicherungsnummer 1234 5678
Leistungsmitteilung vom 10. 09.14

Sehr geehrte Damen und Herren,

enttäuscht muss ich feststellen, dass Sie eine Kostenübernahme

für die Behandlung meines Heilpraktikers entsprechend GebÜH _____ (hier die abgelehnte Leistung einsetzen) vom 10.07.14 mit der Begründung einer negativen gutachterlichen Beurteilung hinsichtlich einer medizinischen Notwendigkeit ablehnen.

oder

für die labormedizinische Untersuchung entsprechend der Liquidation vom xx.xx.xx, ausgestellt vom Labor xy, mit der Begründung einer negativen gutachterlichen Beurteilung hinsichtlich einer medizinischen Notwendigkeit ablehnen.

Gegen Ihre Entscheidung erhebe ich hiermit Einspruch. [Hinweis: Für den Fall, dass aufgrund der durchgeführten Maßnahmen bereits eine Linderung/Besserung von Beschwerden eingetreten sind, kann hier darauf verwiesen werden.]

Um die Argumentation Ihres Gutachters beurteilen zu können und um feststellen zu können, ob meine individuelle gesundheitliche Problematik berücksichtigt wurde, bitte ich Sie, mir das Gutachten zur Verfügung zu stellen.

Mit freundlichen Grüßen

Maria Muster

5. Beispiele einschlägiger Gerichtsurteile

Nachfolgend sind zwei Gerichtsurteile aufgeführt, die exemplarisch aufzeigen, wie hartnäckig die Versicherungsnehmer ihr Recht durchsetzen müssen. Die Urteile des ersten hier dargestellten Falles, die vom Landgericht sowie Oberlandesgericht gefällt wurden, wurden erst in der dritten Instanz vom Bundesgerichtshof aufgehoben. Der zweite Fall setzt sich mit der ungerechtfertigten Ablehnung einer Heilpraktikerrechnung auseinander.

5.1 Anspruch auf Versicherungsschutz bei Anwendung einer alternativen Behandlungsmethode bei unheilbarer Krankheit

Wahrscheinlicher Erfolg einer alternativen Behandlung genügt zur Annahme einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung

Eine medizinisch notwendige Heilbehandlung im Sinne der Versicherungsbedingungen kann auch dann vorliegen, wenn eine alternative noch im Versuchsstadium befindliche Behandlungsmethode einen wahrscheinlichen Erfolg verspricht. Ist dies der Fall, hat der Versicherungsnehmer Anspruch auf Leistung seiner Krankenversicherung. Dies hat der Bundesgerichtshof entschieden.

Dem Fall lag folgender Sachverhalt zugrunde: Ein an Prostatakrebs erkrankter Mann wollte sich einer alternativen Behandlungsmethode unterziehen. Seine private Krankenversicherung lehnte jedoch eine Kostenübernahme mit Hinweis auf ihre Versicherungsbedingungen ab. Nach diesen lag ein Versicherungsfall nämlich nur dann vor, wenn eine medizinisch notwendige Heilbehandlung vorgenommen wird. Eine solche sei aber in der beabsichtigten Immuntherapie mit autologen Tumor-Antigen-geprägten dendritischen Zellen (sogenannter Kieler Impfstoff) nicht zu sehen gewesen. Da sich die Krankenversicherung weigerte zu zahlen, erhob der Versicherungsnehmer Klage.

Landgericht und Oberlandesgericht wiesen Klage ab

Sowohl das Landgericht Bremen als auch das Oberlandesgericht Bremen wiesen die Klage ab. Das Oberlandesgericht führte zur Begründung aus, dass die gewünschte Behandlungsmethode medizinisch nicht notwendig gewesen sei, da sie medizinisch bisher nicht belegt gewesen sei. Nunmehr musste sich der Bundesgerichtshof mit dem Fall beschäftigen.

Medizinische Notwendigkeit besteht bei Eignung der Behandlung zur Heilung oder Linderung

Der Bundesgerichtshof führte zu dem Fall aus, dass es für die Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit der Heilbehandlung nicht auf die Auffassung des Versicherungsnehmers oder des behandelnden Arztes ankomme. Vielmehr sei allein auf die objektiv medizinischen Befunde und

Erkenntnisse zum Zeitpunkt der Vornahme der Behandlung abzustellen. Demnach liege eine medizinische Notwendigkeit einer Behandlung vor, wenn sie dazu geeignet ist, die Krankheit zu heilen, zu lindern oder ihre Verschlimmerung zu verhindern.

Behandlungsmethoden mit Versuchscharakter können ebenfalls medizinisch notwendig sein

Gebe es hingegen keine in der Praxis angewandte Behandlungsmethode, die sich nach medizinischen Erkenntnissen zur Herbeiführung eines Behandlungsziels eignet, befinde sich die Behandlungsmethode also noch im Versuchsstadium, so könne dennoch nach Ansicht des Bundesgerichtshofs von einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung ausgegangen werden. Voraussetzung dafür sei, dass die Behandlung auf eine schwere, lebensbedrohliche oder lebenszerstörende Krankheit zielt. In einem solchen Fall genüge es, wenn die alternative Behandlung Aussicht auf Heilung oder Linderung verspricht, das Erreichen eines solchen Behandlungsziels also wahrscheinlich ist. Sie müsse sich demgegenüber nicht tatsächlich dazu eignen.

Alternative Behandlungsmethode muss auf medizinischen Ansatz beruhen

Die alternative Behandlungsmethode müsse aber auf einem nach medizinischen Erkenntnissen nachvollziehbaren Ansatz beruhen, so der Bundesgerichtshof weiter, der die in Aussicht gestellte Wirkung auf das angestrebte Behandlungsziel zu erklären vermag. In diesem Zusammenhang

sei es unerheblich, dass die Behandlungsmethode in der medizinischen Literatur noch nicht nach wissenschaftlichem Standard dokumentiert und bewertet worden ist. Es könne vielmehr genügen, dass die Behandlung bereits in einer solchen Anzahl angewandt wurde, die Aussagen über das angestrebte für wahrscheinlich erachtete Behandlungsziel hergibt.

Aufhebung des Urteils des Oberlandesgerichts

Da das Oberlandesgericht keine Feststellungen zu den oben genannten Punkten gemacht hat, hob der Bundesgerichtshof das Berufungsurteil auf und wies die Sache zur Neuverhandlung zurück.

Quelle: kostenlose-urteile.de (ra-online GmbH), Berlin 29.01.2014

5.2 Private Krankenversicherung muss Kosten für Behandlung beim Heilpraktiker übernehmen

Behandlungsmethode muss aus naturheilkundlicher Sicht anerkannt sein

Sofern bei einem Patienten eine medizinische Notwendigkeit für eine Behandlung durch einen Heilpraktiker vorliegt, müssen diese Kosten von der privaten Krankenversicherung übernommen werden. Dies hat das Landgericht Münster entschieden.

Im zugrunde liegenden Fall litt eine Privatpatientin unter starker Neurodermitis mit Rötungen und Schwellungen der Gesichtspartie um beide Augen mit starkem Juckreiz. Daraufhin wurden ihr schulmedizinisch diverse Antibiotika, Kortison, Salben und Tabletten verschrieben, die jedoch keine Besserung bewirkten. Auch eine Behandlung in der Hautklinik der Uniklinik blieb erfolglos. Die Patientin wandte sich an eine Heilpraktikerin, deren Orthomolekular-Therapie bzw. Colon-Hydro-Therapie eine Besserung des Zustandes herbeiführte.

Heilpraktikerabrechnungen sollten zu 60% erstattungsfähig sein

Da in den Bedingungen der Krankenzusatzversicherung festgelegt war, dass auch Aufwendungen für Heilbehandlungen durch Heilpraktiker zu 60% erstattungsfähig seien, reichte die Patientin die Rechnung entsprechend ein.

Die Versicherung lehnte die Zahlung jedoch mit der Begründung ab, dass die Behandlung nicht medizinisch notwendig und wissenschaftlich unbegründet gewesen sei. Das Landgericht sah dies anders und sprach der Klägerin die Kosten für die Behandlung zu.

Naturheilkundeverfahren in der Regel nicht wissenschaftlich begründet

Es läge bei Naturheilkundeverfahren in der Natur der Sache, dass die Verfahren nicht wissenschaftlich begründet seien, da es sich gerade nicht um schulmedizinische Behandlungen handle, die auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen. Entscheidend sei vielmehr, ob aus naturheilkundlicher Sicht die gewählte Behandlungsmethode anerkannt und nach den für die Naturheilkunde geltenden Grundsätzen als medizinisch notwendig anzusehen sei.


Kostenerstattung gerechtfertigt, da Schulmedizin nicht helfen konnte

Auch vor dem Hintergrund der Ausführungen eines Sachverständigen sei die medizinische Notwendigkeit der Behandlung zu bejahen. Eine behandlungsbedürftige Neurodermitis habe eindeutig vorgelegen. Da die Schulmedizin zur erfolgreichen Behandlung der Klägerin nicht imstande gewesen sei, könne die Klägerin die unstreitig angefallenen Behandlungskosten zu 60% erstattet verlangen.

Quelle: kostenlose-urteile.de (ra-online GmbH), Berlin 02.09.2009

Muster einer Honorarvereinbarung

In der nachfolgend dargestellten Muster-Honorarvereinbarung können die individuell zutreffenden Punkte einfach angekreuzt und handschriftlich ergänzt werden:



Naturheilpraxis
Max Mustermann
Heilpraktiker

Honorar- und Kostenvereinbarung vom _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

- aufgrund Ihres Beschwerdebildes und Ihrer anamnestischen Angaben empfehle ich Ihnen zur Diagnosefindung eine labordiagnostische Untersuchung.
- unter Berücksichtigung Ihrer Wünsche hinsichtlich Gesunderhaltung und Krankheitsvorbeugung empfehle ich Ihnen eine labordiagnostische Untersuchung.

Sie sind von mir darüber aufgeklärt worden, dass die hierfür anfallenden Kosten

- bei gesetzlicher Krankenversicherung von Ihrer Krankenkasse nicht übernommen werden.
- bei privater Krankenversicherung möglicherweise nicht vollständig übernommen werden.

Folgende Untersuchungen werden von mir für Sie im Labor GANZIMMUN Diagnostics AG angefordert:

- Klinisch chemische Untersuchungsparameter im Sinne einer klassischen Basisdiagnostik. Es entstehen Kosten in Höhe von €_____
- Spezielle Untersuchungsparameter: _____

Es entstehen Kosten in Höhe von €_____

- Für die Vorbereitung der Laboruntersuchung/Probennahme berechne ich Ihnen €_____
- Für die von mir durchgeführte Befundung, Interpretation und Erörterung der Laborergebnisse berechne ich Ihnen €_____
- Für die Ausarbeitung eines Therapieplans auf Basis der Laborergebnisse berechne ich Ihnen €_____
- Für die Ausarbeitung eines Diätplanes auf Basis der Laborergebnisse berechne ich Ihnen €_____

Unterschrift Patient: _____

Max Mustermann

Literaturangaben

- 1 beispielhaft: BGH, Beschluss v. 25.01.2012, Az.: 1 StR 45/11
- 2 Kämper, Praxishandbuch für Heilpraktiker, S. 277
- 3 etwa LG Dortmund, Urteil vom 27. 9. 2007 – Az: 2 S 12/07
- 4 Bach/Moser, Private Krankenversicherung, 4. Auflage 2009, § 1 MB/KK/Rdnr. 29
- 5 Bach/Moser, Private Krankenversicherung, 4. Auflage 2009, § 1 MB/KK/Rdnr. 29
- 6 etwa BGH, Urteil vom 12.03.2003 – Az: IV ZR 278/01
- 7 Münchner Kommentar zum VVG, 1. Auflage 2009, § 192/Rdnr. 19; OLG Köln, Urteil vom 14. 1. 2004 – Az: 5 U 211/01
- 7a LG Köln, Urteil vom 2. April 1991 – 25 O 281/90
- 8 BGH, Urteil vom 12. März 2003 – Az: IV ZR 278/01
- 9 Kämper, Praxishandbuch für Heilpraktiker, S. 277
- 10 Münchner Kommentar zum VVG, 1. Auflage 2009, § 192/Rdnr. 19
- 11 OLG Hamm, Urteil vom 12.06.1996 – Az: 20 U 220/95
- 12 OLG Hamm, Urteil vom 12. 12. 2003 – Az: 20 U 71/03
- 13 Kämper, Praxishandbuch für Heilpraktiker, S. 321
- 14 Kämper, Praxishandbuch für Heilpraktiker, S.318 ff.
- 15 Kämper, Praxishandbuch für Heilpraktiker, S.321
- 16 AG Dachau, Urteil vom 01.07.1997 – Az: 2 C 1844/96
- 17 BGH, Urteil vom 11.06.200 – Az: IV ZR 418/02
- 18 Bach/Moser, Private Krankenversicherung, 4. Auflage 2009, § 1 MB/KK/Rdnr.30
- 19 BGH, Urteil vom 14.10.2010 – Az: III ZR 188/09
- 20 Kämper, Praxishandbuch für Heilpraktiker, S. 275
- 21 Mühleisen, Abrechnungspraxis der Heilpraktiker im Zusammenhang mit Laborleistungen
(URL: <http://www.akodh.de/Fachartikel/abrechnung.htm>) zitiert nach König, Kommentar zum GebüH, S. 20
- 22 Kämper, Praxishandbuch für Heilpraktiker, S. 292 f.
- 23 Kämper, Praxishandbuch für Heilpraktiker, S. 321
- 24 Kämper, Praxishandbuch für Heilpraktiker, S. 321
- 25 Kämper, Praxishandbuch für Heilpraktiker, S. 321

Impressum

Autoren:

Dr. jur. Anette Oberhauser
Rechtsanwältin für
Gesundheitsrecht und Mediation
Sturmstraße 10
90478 Nürnberg

Michael Martin
Heilpraktiker
Mainstraße 12
65232 Taunusstein

Bildnachweis:

shutterstock