



Schreiben an Ihre Krankenkasse

Viele Kranke beklagen, daß ihre Krankenversicherung die homöopathische Behandlung bei den Therapeuten ihrer Wahl nicht bezahlt. Sehr wenige unternehmen jedoch etwas für eine nachhaltige Veränderung dieses Zustandes. Hier finden Sie Hinweise und Argumente, wie Sie erreichen können, daß sich die Situation entsprechend Ihrer Wünsche ändert.

Fast alle Rechte und demokratischen Errungenschaften, die uns heute selbstverständlich scheinen (Wahlrecht für Frauen, Rentenversicherung für alte Menschen, Abschaffung der Feuerwehrrabgabe, Ehe für Homosexuelle, Recht auf Informationsfreiheit ...) sind erst nach jahre- oder jahrzehntelangem Engagement bewußter Bürger und meist im Ringen gegen große Widerstände etablierter Politik- und Verwaltungsstrukturen zustande gekommen.

In dieser Generation sind verkrustete und aggressive Institutionen wie die DDR, die Wehrpflicht, die Impfpflicht, die Energiegewinnung aus Atomkraft und viele andere Dinge abgeschafft worden, die vorher viele von uns für ewig und unveränderbar gehalten und mit denen sich viele achselzuckend abgefunden hatten.

Demokratie funktioniert nur, wenn Bürger ihre **Wünsche und Bedürfnisse den jeweils Verantwortlichen aktiv wahrnehmbar machen und die ihnen zustehenden Rechte auch einfordern**. Dazu möchte ich Sie ausdrücklich ermuntern.

Der untenstehende Text ist als pdf-Datei kopierbar, so daß Sie Argumentationen daraus nach Ihrem Empfinden zusammenstellen können:

• Verweis auf ein positives Beispiel

Bereits seit 2014 erstattet die IKK Südwest als gesetzliche Krankenversicherung homöopathische Leistungen, die von Mitgliedern des Berufsverbandes Klassische Homöopathie (VKHD) erbracht und nach dem Leistungsverzeichnis für Klassische Homöopathie (LVKH) abgerechnet werden, teilweise (bis zu 180,- € pro Versichertem und Jahr). Der Leistungsumfang ist für die Behandlungskosten, die bei chronischen Krankheiten anfallen, zu gering bemessen, die Erstattungsbereitschaft an sich ist jedoch hervorzuheben.

Andere Versicherer sollten sich an der IKK Südwest ein Beispiel nehmen.

• Verweis auf gesetzliche Bestimmungen und Gerichtsbeschlüsse

Als gesetzlich Versicherte haben Sie Anspruch auf Erstattung von Behandlungsleistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuß (G-BA) eigentlich ausgeschlossen wurden (gemäß „Nikolausbeschuß“ des Bundesverfassungsgerichts). D.h. wenn Ihre Behandlung durch pauschal erstattungsfähige Maßnahmen (Antibiotika bei Borreliose, Cortisonsalbe bei Neurodermitis, Schmerzmittel bei chronischen Kopfschmerzen usw. ...) erfolglos war oder wegen der Nebenwirkungen nicht mehr zumutbar ist, sowie ein Nachweis einer Erfolgsaussicht durch die angestrebte alternative Therapie vorliegt (z.B. aus Fachzeitschriften, Büchern), haben Sie Anspruch auf **Erstattung sogar durch die gesetzliche Krankenversicherung** (bestätigt auf der Sitzung des G-BA im Januar 2011). Das bedeutet, wenn Sie beispielsweise an einer der folgenden Beschwerden leiden, die chemisch/antibiotisch nicht geheilt werden konnten bzw. von Schulmedizinern als „unheilbar“ attestiert werden, können Sie die vollumfängliche Erstattung von privatärztlichen oder Heilpraktiker-Leistungen verlangen:

- Chronische Borreliose / Post Lyme Syndrome
- Migräne, Fibromyalgie und andere chronische Schmerzleiden
- Bluthochdruck
- Chronische Ekzeme / Neurodermitis
- Krebs
- Reizblase / Inkontinenz
- Traumafolgen / Angststörungen / Depressionen

Dabei ist es unerheblich, „ob es für das entsprechende Vorgehen einen wissenschaftlichen Nachweis gibt. Vielmehr muß die Behandlung medizinisch nachvollziehbar und geeignet sein.“ (Urteil des Amtsgerichtes Stade vom 23.7.2011; G-Nr. 61C801/10).

Manche Krankenversicherungen haben bei der Erstattung von Heilpraktikerleistungen im Kleingedruckten noch Passagen wie: „Erstattung von 80% der Leistungen nach **GebÜH** (Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker)“ stehen. **Das GebÜH wurde 1984 als unverbindliche [!] Richtlinie von einem Heilpraktikerverband [keinem Homöopathen-Verband!] für dessen Preisgestaltung erstellt. Es beruht auf dem Preisgefüge von 1977 und besaß nie eine Rechtsverbindlichkeit.**

Mit dem Urteil BVerwG 2 C 61.08 vom 12.11.09 bezeichnete das Bundesverwaltungsgericht die im **GebÜH** aufgeführten (und nach heutigem Ermessen für die Existenz eines Heilpraktikers völlig unzureichenden) Gebührensätze als nicht akzeptabel und daher **rechtswidrig. Versicherer müssen im Zweifelsfall also die heute üblichen Honorare erstatten**, die etwa um den Faktor 5 - 10 höher liegen als 1977 (was auch für die meisten Preise für andere therapeutische Leistungen zutrifft).

Solche Beschränkungen sind unseriös und verstoßen gegen die geltende Rechtsprechung. Dennoch verweisen Kostenträger gern darauf, um so den Schwarzen Peter den Versicherten bzw. Beihilfeberechtigten zuzuschieben.

Sie haben also einen de facto ungültigen Passus in Ihrem Versicherungsvertrag, sofern er sich auf das GebÜH bezieht.

Auf diese Weise wird versucht, einen Keil zwischen HomöopathInnen und ihre PatientInnen zu treiben. Uns HomöopathInnen stehen keine Scharen von Lobbyisten zur Verfügung, die analog zur pharmazeutischen Industrie bei Regierungs- und Krankenkassenvertretern in unserem Sinne Druck auf Entscheidungsträger ausüben.

Um diesem Zustand abzuhelpen, engagierte sich der Berufsverband Klassischer Homöopathen Deutschlands (**VKHD**) für die Einführung des Leistungsverzeichnisses Klassische Homöopathie (**LVKH**) [<https://www.vkhd.de/0-dokumente-oeffentlich/534-lvkh-3-auflage/file>].

Das LVKH liegt seit Oktober 2011 allen Krankenversicherern (gesetzlichen wie privaten) und auch allen Solidargemeinschaften vor. Es ist nun an den Vorständen dieser Institutionen, über eine angemessene Erstattungspraxis zu entscheiden. Im Zweifelsfall d.h. wenn Sie mit den Erstattungsleistungen Ihres Krankenversicherers bzw. Ihrer Solidargemeinschaft nicht zufrieden sind, **wenden Sie sich bitte unter Hinweis auf das LVKH an den Vorstand Ihrer Versicherung bzw. verlangen Sie die Aktualisierung Ihres Versicherungsvertrages entsprechend der aktuellen Rechtslage. Auch ein Schreiben an den Bundestagsabgeordneten Ihres Wahlkreises wird hilfreich sein, um das Thema endlich auf die politische Tagesordnung zu bringen.**

Prinzipiell können alle Behandlungsleistungen, die nicht von Ihrer Krankenkasse erstattet wurden (also auch Zahnarzt-, Brillen- und Heilpraktiker-Rechnungen) am Jahresende als „besondere Gesundheitsausgaben“ bei der Einkommensteuer-Erklärung steuerlich geltend gemacht werden. Üblicherweise werden diese zu 100% anerkannt (was natürlich nur jenen nützt, die Einkommensteuer entrichten).

• **Wahl des Kassenvorstandes**

Gesetzliche Krankenkassen sind dem Gesetz nach freiwillige, demokratische Zusammenschlüsse ihrer Mitglieder. Die Vorstände, die darüber entscheiden, welche Leistungen die Kasse bezahlt, werden in der Regel alle 4 Jahre von ihren Mitgliedern [also von Ihnen!] gewählt. Da wie in der Politik nach der Wahl gleich vor der Wahl ist, haben Sie jederzeit die Möglichkeit, den Vorständen Ihrer Krankenversicherung Forderungen zu stellen. Immerhin werden deren Gehälter aus Ihren Krankenkassen-Beiträgen bestritten. Sie sind der Arbeitgeber Ihres Krankenkassenvorstandes; entsprechend sollten Sie auftreten: nicht als Bittsteller gegenüber einem Vorgesetzten, sondern als Arbeitgeber eines von Ihnen (wenn auch indirekt) beauftragten Mitarbeiters.

Sie müssen die Entscheidungen Ihres Beauftragten mittragen und bezahlen, daher müssen Sie den Auftrag an ihn deutlich formulieren, mit dem gebotenen Nachdruck vertreten, damit er möglichst zeitnah umgesetzt wird und die Umsetzung regelmäßig kontrollieren. Im Fall von Osteopathie gelang es binnen weniger Jahre, daß die meisten Krankenversicherer diese therapeutische Leistung angemessen erstatten, ebenso ist es mit Homöopathie möglich.

Die Adresse Ihres Krankenkassen-Vorstandes finden Sie auf Ihrem Versicherungsschein bzw. im Internet. Damit er nicht im Spamfilter verschwindet, geben Sie Ihr Schreiben als Brief in Papierform auf. Der Vorstand ist in jedem Fall verpflichtet, Ihnen zu antworten. Setzen Sie eine Frist zur Umsetzung Ihres Wunsches und weisen Sie höflich darauf hin, daß Sie sich ggf. an eine kulantere, verständnisvollere Versicherung wenden können, wenn Ihre berechtigten Wünsche in absehbarer Zeit keine angemessene Beachtung finden.

• **Verweis auf kritiklose Bezahlung nutzloser und weitaus teurerer Leistungen durch die Krankenversicherung**

Aufgrund der starken und weitgehend unregulierten Einflußnahme von Lobbyisten auf die deutsche Politik wirkt der Gemeinsame Bundesausschuß, der eigentlich über die Sinnhaftigkeit und Durchführbarkeit der Bezahlung therapeutischer Leistungen zu befinden hat, heute zu wenig im Sinne der Beitragszahler der Krankenkassen.

Obwohl es seit Jahrzehnten Bestrebungen seitens gewissenhafter Ärzte gibt, die herrschende Medizin auf rationale Grundlagen zu stellen (die "evidenz-basierte Medizin"-kontrolliert und publiziert durch die sogenannten Cochrane- Zentren), wird die fachliche Inkompetenz der meisten G-BA-Mitglieder ausgenutzt. Durch die gut bezahlten Lobbyisten der pharmazeutischen Hersteller werden Unmengen pseudowissenschaftlicher Literatur produziert, die in den ebenfalls pharmazeutischen Herstellern gehörenden "wissenschaftlichen Fachzeitschriften" veröffentlicht werden. Durch "Datenmassage" werden mittels herstellerfinanzierten Studien "neue Produkte" zum "Durchbruch in der xyz-Therapie" hochstilisiert, die ohne Zusatznutzen eine Zulassung erhalten und das Medikament so alle paar Jahre auf das Mehrfache verteuern. Von lobbyhörigen Medien und Politikern wird von einer "Kostenexplosion im Gesundheitswesen" gesprochen, als handle es sich um eine Naturkatastrophe ohne die Möglichkeit der Einflußnahme.

Dabei ist es bekannt, daß

- mindestens 50% aller neu zugelassenen/teureren Medikamente keinen Zusatznutzen gegenüber den herkömmlichen, preiswerteren Medikamenten haben (dpa, 15.9.2016)
- 80% aller chemischen Medikamente für die Kranken, denen sie verordnet wurden, nicht den Nutzen haben, der vom Arzt gedacht war (nach Aussage des Vertriebsdirektors von Glaxo, dem größten Pharmahersteller der Welt, 2009)
- der Nutzen der Impfprogramme für Deutschland aus den vorliegenden Daten nicht erkennbar ist (Dr. Annette Siedler, Abteilungsleiterin beim Robert- Koch- Institut 2015)
- die Millionen € kostenden „Vorsorge- Untersuchungen“ für Prostatakrebs und Mammographie-Screenings keine einzige Krebserkrankung verhindern, wie Studien belegen (Prof. Gigerenzer; Risiko), verunsichern aber Millionen Versicherte und schüren unnötige Ängste, hunderte Menschen jährlich werden wegen falschpositiver Befunde sinnlos mit Operationen geschädigt
- die sehr teuren Chemotherapien bei 97% aller Krebfälle das Leben der Kranken nicht nur nicht verlängern, sondern die Lebensqualität schlechter ist als ohne Behandlung (Lothar Hirneise; Chemotherapie heilt Krebs...)
- in westlichen Industrieländern ca. 90% der "Gesundheitsausgaben" nicht zur Erhöhung der Lebenserwartung führen, sondern nur zur Gewinnerhöhung der "Gesundheitswirtschaft" (Wilkinson/ Pickett; The Spirit Level, 2009)
- in westlichen Industrieländern "medizinische Behandlung" neben Krebs und Herz-Kreislauf-Krankheiten die häufigste Todesursache ist (Journal of the American Medical Association, 2006)