Helsanisches Diktat im Normierungswahn

Wo die Grundversicherung eine klare Reglementierung hat, kann in den Zusatzversicherungen für Komplementärmedizin jede Krankenkasse selbst bestimmen wen sie wie versichern will. Das führt manchmal zu merkwürdigen Auswüchsen. Wo die Concordia – zumindest in ihrer Werbung – die Individualität des Menschen hervorhebt, und in Form einer versteckten Leistungskürzung zum Beispiel die Bioresonanztherapie aus der Liste anerkannter Therapien streicht, macht es die Assura gerade umgekehrt. Sie übernimmt diese Therapiemethode, auch wenn sie nicht spezifisch unter ihren anerkannten Therapien aufgeführt ist. Die Helsana geht noch einen Schritt weiter. In einer Broschüre für Ärzte und Therapeuten standardisiert sie ihre Patienten und deren Behandler auf fragwürdige Art und Weise. Die Grundidee mag gut sein. Doch im Gespräch mit zahlreichen Naturärzten und Therapeuten stiess dies auf Ärger, Schmunzeln, zumal gar Lachen und dann wieder nur Kopf schütteln. Lesen Sie selber!

Abhängigkeit von einem privaten Register

In Ziffer 2 der genannten Broschüre weist die Helsana auf die Doktrin für alle ihrer Gruppe angehörigen Firmen, wie auch sansan, progrès etc hin: Eine Rückvergütung an die Patienten erfolgt ausschliesslich, wenn die Behandlung durch FMH oder EMR anerkannte Ärzte und Therapeuten erfolgt. Dies obschon das Vorgehen seitens des Wettbewerbsrechts aufgrund der Monopolstellung der privaten EMR-Registrierungsstelle sehr umstritten ist. Gibt es doch Leistungserbringer mit grösserer fachlicher Kompetenz als die EMR-registrierten. Doch wer nicht fleissig seine Beiträge bezahlt, wird nicht anerkannt und damit verweigert die Kasse ihre vertraglichen Leistungen an die Versicherten. Der lukrative Goldesel EMR hat allerdings seine Tücken.
Fragen werden in der Regel nur beantwortet, wenn ein Therapeut oder Arzt zuerst über 500 Franken bezahlt. Das gleiche gilt, wenn ein „Urteil“ nicht nachvollziehbar ist. Erst nochmals 500 Franken für Regressgebühren bezahlen, bevor überhaupt auf Fragen eingegangen wird. Die meisten mir bekannten Ärzte und Therapeuten bezeichnen das als skrupellose Abzockerei oder gar als mafiöse Praktiken. Denn Alternativen zum EMR gibt es keine. Die fragwürdige Monopolstellung verleitet zu arroganter Willkür. Ein Beispiel: Wurde im Dezember 2013 eine Therapeutin mit der Ausbildung als eidg. dipl. biomed. Analytikerin abgelehnt, da sie die geforderten 150 Stunden schulmedizinischer Ausbildung nicht erfüllen würde, so werden ihr ab 1.1.2014 nun sogar 600 Stunden anerkannt, obschon sich an der Ausbildung selbst nichts geändert hat. Natürlich muss sie für eine Neubewertung nochmals den gleichen Antrag stellen wie zuvor und nochmals 500 Franken für genau das gleiche berappen!

Fragwürde Handhabung von Methodentiteln

Dies zeigt sich zum Beispiel darin, dass bei einigen Kassen für die Übernahme von isopatischen Präparaten, Dr. Schüssler Mineralsalzen, Komplexhomöopathika der Homotoxikologie, homöopathischen Urtinkturen etc eine EMR-Registrierung in Phytotherapie benötigt wird. Dabei werden solche Präparate in dieser Ausbildung nicht behandelt. Das ist nicht verwunderlich, hat es damit ja auch nichts zu tun. Es führt aber dazu, dass entweder die Ziffer 12 in der Helsana-Broschüre in Frage gestellt werden müsste („Wir sind Spezialisten für Komplementär- und Alternativmedizin“), oder aber – was wohl eher zutreffen dürfte – die Fachpersonen selbst einer unsinnigen Normierung zum Opfer gefallen sind. Denn ob ein Arzt oder Heilpraktiker die entsprechende Ausbildung absolviert hat, um die zuvor erwähnten Mittel verordnen zu können, wird in keinster Weise beachtet.

Selbst die Visana hatte sich während einer gewissen Zeit zu einer unverständlichen Regelung hinreissen lassen: Die seit jeher übernommenen homöopathischen Urtinkturen werden nur noch auf ärztliche Verordnung durch die Grundversicherung vergütet. An den Pflanzenpräparaten hat sich nichts geändert, bloss dass sie jetzt auf der sogenannten „Spezialitätenliste" aufgeführt sind. Das heisst, der Patient musste nach der Konsultation beim Heilpraktiker noch zusätzlich einen Arzt konsultieren. Nur durch dessen Rezeptur wurden die Präparate vergütet – obschon diese pflanzlichen Mittel gar nicht rezeptpflichtig sind! Eine unsinnige Kostensteigerung.

Wunder gelten als Voraussetzung

Eine wunderbare Stelle ist die Ziffer 3 der Helsana-Broschüre wonach die Komplementärmedizin wahre Wunder vollbringen soll. Nach 3-4 Behandlungen soll eine deutliche Verbesserung und nach 9-12 Behandlungen eine Heilung erzielt werden. Das wäre fantastisch – es käme gar nie zu chronischen Beschwerden und der Nachsatz, dass die Behandlung solcher länger dauern könnte, kann man sich getrost sparen. Wieso braucht es dann die klassische Medizin noch?!
Wenn dem so wäre, müsste das System komplett umgestellt werden. Die Alternativmedizin wird in die Grundversicherung verschoben und die Schulmedizin in die komplementäre Zusatzversicherung verbannt. So könnten Abermilliarden an Franken eingespart und auf eine gesunde Schweizer Bevölkerung geblickt werden.

Kostensenkung bei der Schulmedizin unerwünscht

In diesem Zusammenhang stellt sich eine grundlegende Frage: Worin unterscheiden sich einfache von komplexen Erkrankungen? Diese Antwort bleibt die Helsana schuldig. Dass die Behandlungen von Kopfschmerzen, essentieller Hypertonie, Diabetes Typ 2, rezidivierender Cystitis etc mit naturheilkundlichen Massnahmen und der Veränderung des Lebensstils im Normalfall nach ein paar Monaten mit Erfolg abgeschlossen sein sollten, versteht sich von selbst. Doch wieso sind hier die Ansprüche an die Komplementärmedizin so viel höher als die an die Schuldmedizin? Denn würde mit gleicher Latte gemessen, dann müsste die Übernahme zum Beispiel der Blutdruckmedikamente oder des Insulins nach ein paar Monaten auch eingestellt werden. Das wäre Gleichberechtigung! Unter Einbezug der Folgeschäden durch eine Dauermedikation könnten Kosten gespart werden, die um ein vielfaches höher sind, als die Behandlungen sämtlicher Krankheiten mit komplementärmedizinischen Methoden im gleichen Zeitraum zusammen.

Eine Pflicht ohne Kür, zu Lasten der Kunden

Unter Ziffer 6 der Helsana-Broschüre wird deutlich gemacht, dass medizinische Berichte verlangt werden können. Die Praxis zeigt aber, dass ein paar Krankenkassen nicht bereit sind, diese angemessen zu honorieren. Natürlich ist eine Zusammenarbeit wichtig. Doch sollte diese fair sein und der Zeitaufwand für das Erstellen von Berichten mit eventuellen Rücksprachen beim Patienten nicht einer willkürlichen Vergütung unterstehen – zumal in der Zusatzversicherung nicht über Taxpunkte abgerechnet wird. Wo die Assura keinen einzigen Franken bereit ist zu vergüten, gewährt die Helsana noch einen moderaten Beitrag. Nach durchschnittlichem Honorar von Schweizer Heilpraktikern reicht das für 17 Minuten. Doch wie kann in dieser Zeit ein seriöser Bericht erstellt werden? Leider hat es die Helsana in ihren Versicherungsbestimmungen versäumt zu erwähnen, dass ihre Kunden möglicherweise eine Differenz für von ihnen in Auftrag gegebene Berichte selber tragen müssen. Deshalb macht sie es über die Patienten.

Missachtung des Arztgeheimnisses

Abgesehen davon, werden diese Berichte nicht vom Vertrauensarzt begutachtet, sondern von verschiedenen Sachbearbeitern. Wie kann hier das Arztgeheimnis gewahrt werden? Der Patient müsste eine Entbindung vom Arztgeheimnis unterzeichnen – doch keine der Kassen legt dies dem entsprechenden Leistungserbringer vor. Dafür hat die Helsana einen schelmischen Umweg entdeckt. Sie beauftragt die Kunden selbst, den Bericht einzufordern. Wenn dieser keinen Erfolg damit hat – oder nicht will dass ein x-beliebiger Mitarbeiter über die Erkrankung Bescheid weiss, werden die Rechnungen des entsprechenden Arztes oder Therapeuten nicht mehr vergütet. Der Kunde wird für etwas bestraft, wo er kaum Einfluss nehmen kann.

Der normierte Mensch

Die Helsana versucht aber nicht nur die Therapien, sondern den Menschen selbst zu „normieren". Sie verlangt bei jeder Rechnungsstellung eine Angabe, wie viele Behandlungen bis zur vollständigen Heilung noch nötig sind. Jeder Arzt oder Therapeut kann aus Erfahrung sagen, dass die Dauer einer Behandlung nur schwer abzuschätzen ist und in einem Bericht nie der ganze Mensch erfasst werden kann. Es scheint so, als mangle es hier dem Vertrauen dem Leistungserbringer gegenüber, dessen Ziel ja einzig das Wohlbefinden seiner Patienten sein sollte. Bei einem mir bekannten Heilpraktiker ist ein austherapierter Morbus Crohn Patient schon nach zwei Sitzungen genesen, ein über zehn Jahre schulmedizinisch erfolglos behandelter Psoriasispatient nach fünf Behandlungen, aber es gab auch eine Patientin mit schwersten Ekzemen und chronischem Asthma, wo eine Behandlung zwei Jahre in Anspruch nahm, bis die Patientin als „geheilt" (und damit frei von jeglichen Medikamenten, die früher pro Jahr tausende von Franken verschlungen hatten) entlassen werden konnte. Der Mensch ist ein Individuum und eine exakte Behandlungsdauer selten abschätzbar. Das kleinste Fünkchen Verstand müsste begreifen: Menschen sind keine Roboter.

Willkürliche Doktrin

Unter Ziffer 7 werden bei der Helsana die Leistungserbringer dazu genötigt, deren Tarife zu akzeptieren. Ob das als Form verbotener Preisabsprachen ausgelegt werden könnte, müsste geklärt werden. Denn wenn sich Therapeuten nicht daran halten, bekommen sie eine Abmahnung, in der ihnen gedroht wird, dass man sie komplett von der Liste anerkannter Ärzte oder Therapeuten streicht – auch wenn der „Verstoss" gegen die willkürlichen internen Vorgaben nur eine einzelne Behandlungsmethode betrifft. Stellen Sie sich vor: Weil bei einem Patienten aus bestimmten Gründen der Tarif mit seinem Einverständnis höher ausfällt, werden die Kosten künftig bei allen anderen Patienten, die zum vorgeschriebenen Tarif behandelt wurden, auch nicht mehr übernommen. Wie widersprüchlich diese Handhabung ist, zeigt sich erst bei genauerer Betrachtung. So schreibt der stellvertretende Leiter der Gruppe Komplementärmedizin der Helsana, Oliver M. Bassler: „Die meisten naturärztlichen Leistungen belaufen sich üblicherweise in der Schweiz auf ca. 130.- bis 160.- CHF pro Behandlungsstunde". Andererseits fordert die Helsana von den Leistungserbringern zum Teil einen Maximaltarif. Bei der Bioresonantzerapie sind das zum Beispiel Fr. 132.- pro Behandlungsstunde. Eine Berechnungsgrundlage für diese Zahl kann die Helsana nicht liefern. Das Argument: „Dies deshalb, weil da für eine EMR-Registrierung lediglich 350 schulmedizinische Basisstunden und 150 Bioresonanz-Ausbildungsstunden benötig werden". Doch das stimmt so nicht! Gemäss EMR wird eine Registrierung dieser Behandlungsform nur dann anerkannt, wenn sie von Ärzten, Medizinalpersonen und Heilpraktikern mit einer umfassenden und langjährigen Ausbildung ausgeübt wird.

Unnötige Verwaltungsblase zu Lasten der Kunden

Der Aufwand für diesen Kleinkrieg, den die Helsana mit den Leistungserbringern führt, ist unangemessen. Zudem beraubt sie ihre Kunden in ihrer Wahlfreiheit. Es könnte nämlich durchaus kostensparender sein, wenn ein Patient eine kompetente Behandlung wählt, die etwas teurer, dafür aber nur halb so lange dauert.
Unzählige Franken administrativer Kosten könnte die Helsana einsparen, wenn sie ihren Maximaltarif in ihren Versicherungsbedingungen erwähnt und nur noch diesen vergütet. Andere Kassen handhaben dies schon lange so. Der Kunde kann dann selbst entscheiden, ob er einen Arzt oder Therapeuten wählt, bei dem er einen etwas höheren Anteil selber trägt. Vielleicht braucht die Helsana ja eine kleine anatomische Nachhilfe: Der Kunde hat ein Gehirn und muss nicht hinterrücks bevormundet werden.

Hellseherische Fähigkeiten gefordert

Gemäss Ziffer 8 erreicht die helsanische Normierung einen weiteren Höhepunkt. Eine Behandlung hat zwischen 45-60 Minuten zu dauern, sonst muss „vorgängig eine schriftliche Begründung eingereicht werden, um die medizinische Ausnahme prüfen zu können". Für eine standardisierte Wellnessmassage, die eh nicht kassenanerkannt ist, mag das ja passen. Aber jetzt soll das auch für komplementärmedizinische Verfahren gelten. Es gibt nun mal Behandlungen, bei denen im Vorfeld die Zeitspanne nur schwer eingeschätzt werden kann. Muss nun die 15 minütige Nachkontrolle sinnlos in die Länge gezogen werden? Oder soll der empathische Arzt oder Therapeut künftig einer weinenden Patientin erklären, er dürfe sie jetzt nicht mehr betreuen, da die Zeit abgelaufen sei? Sie müsse nun augenblicklich den Raum verlassen, da die Helsana ansonsten die gesamte Behandlung nicht bezahlt oder er von ihrer „Liste" gestrichen wird? Ach ja, er könnten ja im Vorfeld ein Ausnahmegesuch einreichen, er ist ja Hellseher und weiss genau, wann welcher Patient wie reagiert. Die Helsana hat ja ausschliesslich genormte Kundschaft.
Wie viele Köpfe könnten wohl eingespart werden, wenn die Helsana in ihren Versicherungsbestimmungen erwähnen würde, dass sie nur Behandlungen bis 60 Minuten vergütet und ihre Kunden die Differenz für längere Konsultationen selber zu tragen haben? So viel Klarheit und Ehrlichkeit gegenüber der Kunden sollte schon sein!

Eine genormte Rasse für die Helsana

Um dies weiter zu Standardisieren müsste die Helsana folgerichtig die embryonale Diagnostik fördern. So braucht sie nur noch die ihrer Norm entsprechenden Personen in die Zusatzversicherung aufzunehmen – oder noch besser, die Zeugung von geklonten Supermenschen unterstützen, die gar nicht krank werden sollen. Der Versuch eine solche Rasse zu schaffen wurde ja schon in den vierziger Jahren unternommen – und scheiterte zum Glück. Aber der Normierungswahn scheint vielerorts weiter zu gehen.

Einseitige Effizienzsteigerung

Unter Ziffer 9 weist die Helsana auf eine effiziente Leistungsabwicklung hin. Scheinbar hat sie vergessen, dass das auch ein Ziel der Ärzte und Therapeuten ist. Im Sinne der „Wirtschaftlichkeit" hat eine funktionierende Praxis eine professionelle Patientenverwaltung und Buchhaltung mit einem Debitorenprogramm, das den Druck von lesbaren und nach Verbandsvorgaben(!) entsprechenden Rechnungen ermöglicht. Die Helsana verlangt aber *zusätzlich* ein genormtes Formular, das kaum weitere Aussagekraft besitzt. Diesem Missstand war schon die Sanitas zum Opfer gefallen und musste das Vorhaben wieder aufgeben. Der Aufwand zum handschriftlichen Ausfüllen des zusätzlich verlangten Formulars *bei jeder Rechnungsstellung* beträgt je nach Anzahl Positionen 5-10 Minuten. Leider lässt die Helsana offen, wie dieser Zusatzaufwand abgerechnet werden soll. Wieder sind die Ärzte und Therapeuten die Dummen. Wie wäre es,

wenn die Helsana eine Praxissoftware zur Verfügung stellt, mit der alle ihre Wünsche abgedeckt werden? Allerdings müsste sie so entwickelt sein, dass auch andere Kassen diese akzeptieren. Es gibt ja unterschiedliche Normen!

Sich beugen oder fliegen

Solange dies nicht der Fall ist, halten sich viele Ärzte und Therapeuten an die Vorgaben des Berufsverbandes für Naturärzte. Wieso die Helsana dann eine korrekt ausgestellte Honorarforderung nicht akzeptiert, muss sie mit ihren Kunden klären. Oder den entsprechenden Leistungserbringern wegen ihrem „Verstoss" gegen die Helsananorm wieder drohen, von der Liste gestrichen zu werden. Sie hat ja sicher auch dazu schon genormte Briefvorlagen.

Realität geworden

Eigentlich wäre das mein polemischer Schlusssatz gewesen. Doch dann hatte ich noch ein Gespräch mit einem alteingesessenen Drogisten und Heilpraktiker, der mir leider genau das bestätigt hat. Seine kritische Meinungsäusserung führte trotz seines stets korrekten Verhaltens dazu, dass er von der Helsana kurzerhand von der Liste anerkannter Therapeuten gestrichen wurde. Es lebe die helsanische Diktatur.

gez. Klara Unbissig (ausser wenn ihr auf den Schwanz getreten wird)

Der Fonds proHumanitas publiziert sporadisch kritische Denkschriften, hilfreiche Essays und leicht umsetzbare Workshopskripts. Bereits erschienen: Das FIL-Syndrom, C12H22O11, Fastenbrevier, Die kleinen Leute von Swabedoo, Humortraining, Leben im Einklang mit der Natur, Die erfolgreiche Beziehung, Geldregen, und mehr.