

## **Merkblatt: Anerkennung der komplementärmedizinischen Leistungen durch die Krankenversicherer**

Zahlreiche Krankenversicherer vergüten im Rahmen der Krankenpflege-Zusatzversicherungen die vollständigen oder anteilmässigen Behandlungskosten für komplementär- und alternativmedizinische Therapiemethoden.

Dabei gilt es jedoch Punkte zu beachten:

### **Medizinische Notwendigkeit oder Prävention?**

Voraussetzung für die Kostenübernahme der Leistungen gemäss zusätzlichen Versicherungsbedingungen ist die medizinische Notwendigkeit, d.h. wenn Beschwerden mit Krankheitsverlauf ausgewiesen sind.

Behandlungen mit präventivem und gesundheitsförderndem Charakter werden von den meisten Krankenversicherern nicht vergütet.

### **Aktuelle Versicherungsbedingungen sind massgebend**

Jeder Krankenversicherer ist in der Gestaltung seiner Versicherungsbedingungen bei den Zusatzversicherungen und den daraus resultierenden Vergütungen der Behandlungskosten vollständig frei. Die Vergütungspraxis kann von den Krankenversicherern jederzeit geändert werden. Erfahrungsgemäss nehmen die Krankenversicherer solche Änderungen in der Regel zum Jahreswechsel vor.

### **Festgelegte Anzahl von Therapiesitzungen**

Einige Krankenversicherer leisten nur Vergütungen für eine festgelegte Anzahl von Therapiesitzungen. Die Helsana und ihre Partnerkrankensversicherer (Progrès, sansan, avanex, KLuG, Krankenkasse Stoffel und Krankenkasse Birchmeier) erwarten nach 9 Therapiesitzungen einen Abschluss der Behandlung. Andere Krankenversicherer (u.a. Sanitas, Assura, Supra, Rhenusana sowie die Unternehmen der Groupe Mutuel) verlangen eine Abrechnung nach 10-12 Therapiesitzungen.

Für eine Verlängerung der Anzahl von Therapiesitzungen muss beim jeweiligen Krankenversicherer (u.a. Sanitas, Wincare, Assura und die Unternehmen der Groupe Mutuel) eine Bewilligung eingeholt werden bzw. beim Vertrauensarzt des entsprechenden Krankenversicherers ein Therapiebericht und/oder eine ärztliche Therapieverordnung eingereicht werden, welche die medizinische Notwendigkeit und die Dauer der Weiterbehandlung dokumentiert.

### **WICHTIG:**

**Eine Kostenvergütung bzw. die Beantragung einer Kostengutsprache liegt in der persönlichen Verantwortung der Klienten. Daher sollten sich die Klienten möglichst vor Beginn einer komplementär- und alternativmedizinischen Behandlung an ihren Krankenversicherer wenden und sich über die Rahmenbedingungen (z.B. Höhe der Kostenbeteiligung, Franchise/Selbstbehalt, max. Anzahl Therapiesitzungen, Notwendigkeit einer ärztlichen Therapieverordnung, allfällige Leistungen für Prävention, Anerkennung des Therapeuten/der Therapeutin und der Behandlungsmethode) informieren. Es empfiehlt sich, eine Kostengutsprache in schriftlicher Form beim Krankenversicherer einzufordern.**