



Ärztliche Komplementärmedizin in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) / Prozesse und Kriterien

Vorbemerkung

Artikel 118a der Bundesverfassung verpflichtet den Bund, im Rahmen seiner Zuständigkeiten für die Berücksichtigung der Komplementärmedizin zu sorgen. Dieser Artikel (vorgeschlagen vom Parlament als Gegenvorschlag zu einer Volksinitiative, die anschliessend zurückgezogen wurde) wurde 2009 neu in die Bundesverfassung aufgenommen. Das klare Ergebnis der Volksabstimmung unterstreicht den Wunsch der Bevölkerung, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) Leistungen der Komplementärmedizin in gewissen Grenzen übernehmen soll. Die Öffnung gegenüber der Komplementärmedizin soll dabei aber nicht mit Mehrkosten verbunden sein, sofern nicht gleichzeitig ein Mehrwert für die Versorgung resultiert.

Komplementärmedizinische Leistungen werden heute sowohl von Ärztinnen und Ärzten, als auch von nichtärztlichen Therapeutinnen und Therapeuten¹ angeboten. Die ärztliche Komplementärmedizin wird hauptsächlich in fünf Fachrichtungen praktiziert, die seit mehr als 20 Jahren an den universitären Instituten vertreten und deren Organisationen die Union der komplementärmedizinischen Ärzteorganisationen gegründet haben. Es sind dies: anthroposophische Medizin, Homöopathie, Neuraltherapie nach Huneke², Phytotherapie, Arzneitherapie der traditionellen chinesischen Medizin und Akupunktur. Ärztinnen und Ärzte, welche in der Schweiz praktizieren, unterstehen der allgemeinen ärztlichen Sorgfaltspflicht gemäss den in Artikel 40 des Bundesgesetzes vom 23. Juni 2006 über die universitären Medizinalberufe (MedBG, SR 811.11) aufgelisteten Berufspflichten. Als hochgradig individualisierte Medizin legt die ärztliche Komplementärmedizin, wie sie an den universitären Instituten gepflegt und weiterentwickelt wird, zudem grossen Wert auf eine Orientierung an individuellen Therapiezielen und auf eine Integration von komplementärmedizinischen und konventionellen Methoden zur Diagnose und Behandlung der Beschwerden ihrer Patienten.

Im Allgemeinen gilt im Hinblick auf die Rückerstattung durch die OKP für Leistungen der Ärztinnen und Ärzte zur Diagnose und Behandlung von Krankheit die „Pflichtleistungsvermutung“. Das heisst es wird angenommen, dass die Leistungen, welche Ärztinnen und Ärzte zur Diagnose und Behandlung von Krankheit zu Lasten der OKP erbringen, den Vorgaben im Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) entsprechen. Diese Vorgaben sind in Artikel 32 KVG (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit [WZW], 36 KVG (Zulassungsvoraussetzungen: Aus- und Weiterbildung) und in Artikel 56 KVG (Wirtschaftlichkeit, Erforderlichkeit) vorgegeben.

Die ärztlichen Leistungen in den Fachrichtungen anthroposophische Medizin, Homöopathie, Phytotherapie sowie die Arzneitherapie der traditionellen chinesischen Medizin sind aktuell nur unter der Auflage der Evaluation und befristet bis Ende 2017 leistungspflichtig (die Leistungen der Akupunktur sind ohne Auflage und ohne Befristung leistungspflichtig). Voraussetzung ist zudem ein Fähigkeitsausweis des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF), der seinerseits einen

¹ Für einen Teil der nichtärztlichen Therapeutinnen und Therapeuten hat das Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation im Verlauf des Jahres 2015 höhere Fachprüfungen genehmigt und damit geschützte Titel mit eidg. Diplomen geschaffen. Eine Leistungspflicht der OKP für deren Leistungen steht nicht zur Diskussion, Organisationen der Therapeuten als auch die Versicherer und die politischen Instanzen haben dies immer ausgeschlossen.

² Neuraltherapie nach Huneke wird vor allem in der Zahnmedizin angewandt, die Frage der Leistungspflicht der OKP stellt sich für sie nicht, und sie ist auch nicht mehr in der Union der komplementärmedizinischen Ärzteorganisationen vertreten. Die in den 90er-Jahren der Komplementärmedizin zugeordnete lokale und segmentale Neuraltherapie gilt mittlerweile als konventionelle Medizin.

Facharzttitle voraussetzt. Angesichts des vom KVG und MedBG vorgegebenen Rahmens einerseits und des Ergebnisses der Volksabstimmung andererseits ist vorgesehen, die Leistungen der ärztlichen Komplementärmedizin und der konventionellen Medizin grundsätzlich gleich zu behandeln.

Bei allen Gemeinsamkeiten (Aus- und Weiterbildung, Berufspflichten laut MedBG) lassen sich aber auch Unterschiede zwischen vielen Fachbereichen der Komplementärmedizin und der konventionellen Medizin, insbesondere im Wissenschaftsverständnis ausmachen. Zudem ist auch die Komplementärmedizin in Weiterentwicklung begriffen, und es ist nicht ausgeschlossen, dass von den zahllosen weiteren komplementären Richtungen weitere Fachrichtungen in die ärztliche Komplementärmedizin finden werden (z.B. Ayurveda-Medizin, orthomolekulare Medizin). Aus diesen Gründen sind Prozesse und Kriterien nötig um

- a) für weitere komplementärmedizinische Fachrichtungen die Frage der Pflichtleistungsvermutung zu klären,
- b) Leistungen bei Verdacht der Nichterfüllung der WZW-Kriterien einer vertieften WZW-Prüfung zuzuführen (Umstrittenheitsabklärung), und
- c) die Erfüllung der WZW-Kriterien von umstrittenen Leistungen zu prüfen.

Das Dokument wurde unter Beizug einer Arbeitsgruppe, in welcher die Union der komplementärmedizinischen Ärzteorganisationen, die Versicherer, die Konsumenten/innen, die FMH, die universitären Einrichtungen der Komplementärmedizin und die Akademie der Medizinischen Wissenschaften vertreten waren, im Verlaufe von vier Sitzungen zwischen November 2014 und März 2015 erarbeitet, in der Eidg. Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (ELGK) im Mai und August 2015 beraten und im Oktober 2015 mit der Arbeitsgruppe und unter Beizug des SIWF bereinigt. Das vorliegende Dokument wurde am 26. November 2015 von der ELGK verabschiedet.

1. Kriterien und Prozess "Fachrichtungen"

1.1. Skizze für Artikel 35a KVV

Ein neuer Artikel in der KVV soll die Kriterien in nicht abschliessender Weise wie folgt umreissen:

Bei der Beurteilung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit komplementärmedizinischer Leistungen stehen insbesondere folgende Kriterien im Vordergrund:

- a. die Anwendungs- und Forschungstradition der Fachrichtung, in der die Leistungen erbracht werden;
- b. das Basieren der Leistungen auf wissenschaftlicher Evidenz und ärztlicher Erfahrung;
- c. die Vermittlung der für das Erbringen der Leistungen notwendigen Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten in einer spezifischen ergänzenden Weiterbildung

1.2. Operationalisierung

Erfüllt eine Fachrichtung eines oder mehrere der in Artikel 35a KVV genannten Kriterien a., b. und c. nicht, sind die Voraussetzungen nicht gegeben, dass für die Leistungen dieser Fachrichtung das Vertrauensprinzip gilt.

Die Anwendungs- und Forschungstradition der Fachrichtung, in der die Leistungen erbracht werden:

- Die Fachrichtung ist in fachlich-inhaltlicher Hinsicht konsolidiert und eine Anwendung in der Schweiz resp. in Europa ist über einen ausreichend langen Zeitraum dokumentiert. Als Richtgrösse für die Dauer der Anwendung gelten in Anlehnung an die Europäische Richtlinie 2004/24/EG mindestens 30 Jahre, davon 15 Jahre in Ländern der EU oder der EFTA
- Es bestehen Forschungsaktivitäten, die schweizerischen Standards gleichwertig sind. Als Merkmale der schweizerischen Standards gelten insbesondere Transparenz über Finanzierung, etablierte Forschungsmethodik und Publikation in wissenschaftlichen Zeitschriften mit

peer Review.

Das Basieren der Leistungen auf wissenschaftlicher Evidenz und ärztlicher Erfahrung;

- Klinische Studien zu klinischen Anwendungen aus dem ganzen Spektrum der Fachrichtung liegen vor
- Der Nutzen der Vorgehensweise nach der betreffenden Fachrichtung ist anhand von Studien in beispielhaften Indikationsgebieten nachgewiesen. Der Nutzen kann im Sinne der klinischen Wirksamkeit anhand von klinischen Studien und/oder im Sinne einer "Managementänderung" zum Vorteil des Versorgungssystems anhand von klinischen oder Versorgungsstudien nachgewiesen sein. Die Art der Outcomes, die in klinischen Studien dokumentiert werden, ist nicht a priori eingeschränkt.
- Die Ergebnisse der klinischen Studien stehen den Anbietern zur Verfügung (systematische Reviews o.ä. werden regelmässig erstellt) und werden aktiv verbreitet (Fachzeitschriften, Fortbildung)
- Die Erfahrung wird systematisch gesammelt, kritisch hinterfragt und weitergegeben (Ausbildung, Weiterbildung, peer teaching, Qualitätszirkel, Fortbildung, etc.)

Die Vermittlung der für das Erbringen der Leistungen notwendigen Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten in einer spezifischen ergänzenden Weiterbildung;

- Obschon aktuell die FMH bzw. das SIWF die wichtigste Organisation darstellt, die Weiterbildungsgänge in der ärztlichen Komplementärmedizin anerkennt, sind theoretisch auch Weiterbildungsgänge denkbar, die nicht vom SIWF anerkannt worden sind.
- Als Standard für die Weiterbildungen gelten die durch die FMH bzw. das SIWF anerkannten Fähigkeitsprogramme. Orientierungsgrösse ist Artikel 53 der Weiterbildungsordnung FMH/SIWF.

Im Übrigen gelten die Bestimmungen von Artikel 36 KVG i.V.m. Art. 38 KVV (eidgenössisches Arztdiplom sowie Weiterbildungstitel nach MedBG).

1.3. Prozess "Fachrichtungen"

Siehe auch separate Dokumente "Ablauf KM-Prüfung" (Beilage 1, Prozessschritt IVb "Fachrichtungen")

Der Prozess dient der Feststellung, ob Leistungen, die einer bestimmten komplementärmedizinischen Fachrichtung zugeordnet werden, dem Vertrauensprinzip unterstellt werden können. Der Prozess betrifft die Ebene der Fachrichtungen, nicht die der einzelnen Leistungen.

Eine Beurteilung einer Fachrichtung kann z. B. von Anbietern von Leistungen dieser Fachrichtung initiiert werden (Ziel: Rechtssicherheit) oder aber von weiteren Organisationen und Verbänden wie FMH, Fachgesellschaften, Versicherer, Patientenorganisationen, etc. (Ziel: "Bestreiten" der Leistungspflicht). Das Begehren um Prüfung muss begründet und die Begründung muss dokumentiert werden. Konkret muss im Begehren dargelegt werden, dass wissenschaftlich begründete Zweifel bestehen, ob die Leistungen in der bestrittenen Fachrichtung die WZW-Kriterien erfüllen. Nicht oder nicht ausreichend begründete Begehren werden vom BAG zur Vervollständigung zurückgewiesen.

Die Anbieter der Leistungen in der Fachrichtung erstellen ein Dossier. Dieses muss die Informationen enthalten, die eine Beurteilung anhand der unter 1.2. skizzierten Kriterien erlauben. Zusätzlich sind Angaben über das Spektrum der behandelten Gesundheitsprobleme und über das Spektrum der mit klinischen Studien geprüften Indikationen (inkl. Synthese der Resultate dieser Studien) erforderlich. Des Weiteren muss das Dossier die für eine Schätzung der Kostenfolgen nötigen Angaben über Anzahl Anbieter sowie über Nachfrage bzw. Nutzung der Leistungen enthalten.

Das BAG prüft das Dossier auf Vollständigkeit, validiert die darin enthaltenen Angaben und ergänzt sie soweit nötig.

Das Dossier und der ergänzende Bericht des BAG wird folgenden Institutionen³ zur Stellungnahme unterbreitet:

- FMH
- SIWF
- Universitäre Einrichtungen der Komplementärmedizin
- Versicherer-Verbände (santésuisse und curafutura)

Für Fachgebiete, zu welchen an den Schweizer Universitäten keine Expertise vorhanden ist, schlagen die universitären Einrichtungen der Komplementärmedizin Universitätsinstitute im Ausland vor, die konsultiert werden und geben diesen die nötigen Informationen (Kontext, in der Schweiz verwendete Terminologie, etc.).

Dossier und Stellungnahmen gehen an die ELGK. Bei divergierenden Stellungnahmen muss die ELGK die Argumente gewichten und in den ökonomischen (z.B. Kostenfolgen), rechtlichen (Gleich- bzw. Ungleichbehandlung), gesellschaftlichen (z.B. Bedarf von ethnischen Minderheiten) und ethischen Kontext stellen. In der Bewertung der wissenschaftlichen Basis (Abdeckungsgrad der Indikationen mit nachgewiesenem Nutzen, Relevanz der in klinischen Studien dokumentierten Outcomes) und weiterer Kriterien besteht ein gewisser Ermessensspielraum. Die ELGK muss deshalb ihre Empfehlung begründen.

Die Empfehlung der ELGK geht an das EDI, das über den künftigen Status der Leistungen dieser Fachrichtung entscheidet und die entsprechende Anpassung von Anhang 1 KLV vornimmt. Werden für Ärztinnen und Ärzte, die Leistungen dieser Fachrichtungen zu Lasten der OKP erbringen wollen, Auflagen betreffend der Weiterbildung beschlossen, werden diese im neuen Artikel 4b KLV und nicht mehr wie bisher in Anhang 1 KLV festgehalten, wo neu auch die Voraussetzungen für die Anbieter der bereits vergüteten Leistungen in den Fachrichtungen Akupunktur, anthroposophische Medizin, Arzneitherapie der traditionellen chinesischen Medizin, Homöopathie, Phytotherapie aufgeführt werden.

2. Prozess "Umstrittenheitsabklärung" Leistungen

Siehe auch separates Dokument "Prozess" (Beilage 1, Prozessschritt IVa "Umstrittenheitsabklärung").

Gleicher Prozess wie für alle übrigen bestrittenen Leistungen (kein spezifischer Prozess für komplementärmedizinische Leistungen)⁴.

Der Prozess dient der Feststellung, ob eine Leistung aus einem komplementärmedizinischen Fachgebiet die WZW-Kriterien wahrscheinlich erfüllt oder ob eine Prüfung der Erfüllung der WZW-Kriterien erforderlich ist. Kommt die Prüfung zum Schluss, dass die WZW-Kriterien wahrscheinlich erfüllt sind, verbleibt die Leistung leistungspflichtig (in der Regel erfolgt ein Eintrag in Anhang 1 KLV), andernfalls ist ein Antragsdossier im Hinblick auf eine WZW-Prüfung erforderlich. Es handelt sich somit um einen Triageprozess mit reduzierter Bearbeitungstiefe.

Eine derartige Abklärung einer komplementärmedizinischen Leistung kann von Organisationen und Verbänden (FMH, Fachgesellschaften, Versicherer, Patientenorganisationen, etc.) initiiert werden ("Bestreiten" der Leistungspflicht). Das Begehren um Prüfung muss begründet und die Begründung muss dokumentiert werden. Konkret muss im Begehren dargelegt werden, dass wissenschaftlich begründete Zweifel bestehen, ob die Leistung die WZW-Kriterien erfüllt. Nicht oder nicht ausreichend begründete Begehren werden vom BAG zur Vervollständigung zurückgewiesen.

Die "Bestreiter" oder die Anbieter der Leistungen reichen anhand des Meldeformulars (aktuelle Version bzw. neue Version nach Aktualisierung der Arbeits- und Prozessdokumente der ELGK) die "key

³ Von Komplementärmedizin - und Patienten-bzw. Versichertenseite war gefordert worden, auch Patienten- und Versicherten-Organisationen zu konsultieren. Von Versicherer-Seite war gefordert worden, eine Institution mit Methodenkompetenz zu konsultieren.

⁴ Im Rahmen der Aktualisierung der Arbeits- und Prozessdokumente der ELGK werden auch die Prozesse und Formulare zur Umstrittenheitsabklärung überarbeitet

facts" zur Leistung ein.

Wird das Meldeformular durch den "Bestreiter" und nicht durch die Anbieter selber eingereicht, verlangt das BAG bei den Anbietern eine Stellungnahme zum eingereichten Meldeformular. Das BAG validiert das Dossier (allenfalls Ergänzung mit einer orientierenden Literatur-Kurz-Review oder mit einer Stellungnahme durch ein Institut mit ausgewiesener Methodenkompetenz) und konsultiert die FMH und die Dachorganisationen der Versicherer zu den Dokumenten der bestreitenden Organisation und der Anbieter.

Als Leitfaden zur Einschätzung der Wirksamkeit gilt die für die Leistung zutreffende Operationalisierung in den relevanten Dokumenten des BAG.⁵

Die Stellungnahmen der konsultierten Organisationen werden der ELGK im Hinblick auf die Empfehlung an das EDI (Entscheidungsinstanz) vorgelegt. Entscheidungsoptionen des EDI:

- Falls die Stellungnahmen einheitlich "pro Leistungspflicht" (=unbestritten) ausfallen: Leistung wird als leistungspflichtig bezeichnet, mit Eintrag in Anhang 1 KLV
- Falls die Stellungnahmen divergieren: Vollständige Antragsdokumentation wird angefordert; die Leistung bleibt bis zur WZW-Prüfung (anhand der vollständigen Antragsdokumentation) vorderhand weiter im Vertrauensprinzip (kein Eintrag in Anhang 1 KLV; Entscheid im Einzelfall durch zuständigen Versicherer). Falls der Anbieter innert nützlicher Frist (noch zu definieren, siehe Fussnote 5) keinen Antrag einreicht, kann die ELGK empfehlen, die Leistungspflicht auszusetzen («nein» in Anhang 1 KLV)
- Falls die Stellungnahmen einhellig im Sinn von "umstritten" ausfallen: Leistung wird mit «Leistungspflicht: nein» in Anhang 1 KLV aufgeführt; zur Wiedererlangung der Leistungspflicht ist ein vollständiges Antragsdossier erforderlich (allenfalls wird die KLV-Änderung aufgeschoben, um dem Anbieter Gelegenheit zu geben, einen vollständigen Antrag einzureichen).

3. WZW-Prüfung

3.1. Grundsätze

a) Kein spezifischer Prozess

Gleicher Prozess wie für alle übrigen bestrittenen Leistungen (kein spezifischer Prozess für komplementärmedizinische Leistungen)

b) Komparativer Ansatz

d.h. Vergleich mit Diagnostik und/oder Behandlung ohne Einsatz der komplementärmedizinischen Leistung(en). Für die Komparatorleistungen ist WZW zu beschreiben.

Der komparative Ansatz erfordert i.d.R. eine Klärung und Beschreibung der Leistung nach dem PICO-Schema: P=Person/Population, I= Intervention, C=Comparator, O=Outcome.

Zum Vergleich der komplementärmedizinischen und der konventionellen Leistung ist eine genaue Beschreibung der Leistung / des Vorgehens erforderlich. Aus dieser Beschreibung muss hervorgehen, ob eine Leistung "alternativ", "komplementär" und/oder "integrativ" zu bzw. mit konventionellen Leistungen erbracht wird (allenfalls differenziert nach Indikationen)⁶.

c) Fachliche Grundlagen (existierende Dokumente)⁷

⁵ Im Rahmen der Aktualisierung der Arbeits- und Prozessdokumente der ELGK wird WZW für Diagnostik, Prävention, Behandlungsprogramme etc. operationalisiert (bisher liegt die detaillierte Operationalisierung erst für therapeutische Leistungen vor). Die hier skizzierten Grundsätze zur Operationalisierung der Wirksamkeit von komplementärmedizinischen Leistungen werden später in das Handbuch ELGK übernommen.

⁶ Für die Begriffe "komplementär", "alternativ", "integrativ" fehlen aktuell noch akzeptierte Definitionen.

⁷ Die Dokumente sind zu finden unter

<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00263/00264/04853/index.html?lang=de>

- Operationalisierung der Begriffe Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit; Arbeitspapier vom 21. Juli 2011
- Antragsformular Medizinische Leistungen "Antrag auf Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)"
- Erläuterungen zum Antragsformular, Juni 2009

Diese allgemeinen Dokumente sind in Überarbeitung begriffen. Im Rahmen dieser Überarbeitung werden die nachfolgend dargelegten Grundsätze in die künftigen Dokumente, die in ihrer Gesamtheit das Handbuch der ELGK darstellen, integriert.

3.2. Ergänzung zum Dokument "Operationalisierung ... " (2011) im Hinblick auf die Anwendung auf komplementärmedizinische Leistungen

a) Wirksamkeit

Erweiterung gegenüber dem Dokument "Operationalisierung der Begriffe Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit":

- "Black Box Modell": Bei komplexen Leistungen kann die Wirksamkeit für die gesamte Leistung dokumentiert werden, ein Wirksamkeitsnachweis für die einzelnen Teile der Leistung ist nicht erforderlich (in Analogie z.B. zu Behandlungsprogrammen in der Rehabilitation)
- Alternative Outcomes: Der Nutzen kann im Sinne der klinischen Wirksamkeit anhand von klinischen Studien und/oder im Sinne einer "Managementänderung" zum Vorteil des Versorgungssystems anhand von klinischen oder Versorgungsstudien belegt werden.

Im Übrigen gelten die Grundsätze im Dokument "Operationalisierung der Begriffe Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit". Ein wichtiges Element darin ist die Bewertung der eingereichten Studien nach dem Ausmass, mit welchem Studiendesign und -qualität das "risk of bias" minimieren.

b) Zweckmässigkeit:

Laut dem Dokument "Operationalisierung der Begriffe Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit" ist die Zweckmässigkeit unterteilt in die Unterkriterien "Relevanz / Erforderlichkeit", "Eignung / Zumutbarkeit unter Berücksichtigung von Nutzen und Schaden" und "Verhältnismässigkeit / Angemessenheit". In Zusammenhang mit dem Unterkriterium "Relevanz / Erforderlichkeit" kann die Wahlfreiheit bzw. die Präferenzen der Patienten ein Kriterium sein, das in die Gesamtbewertung einfließen kann. Für die Beurteilung der Zweckmässigkeit ist eine exakte Beschreibung, wie die Leistung erbracht wird, erforderlich.

c) Wirtschaftlichkeit:

Im Vordergrund steht die möglichst genaue Ermittlung der Kostenfolgen.

Für Leistungen, welche mit einem dokumentierten gesundheitlichen Nutzen einhergehen, sind zusätzliche Kosten und der zusätzliche Nutzen auszuweisen.

Für Leistungen, für welche als Nutzen nur Auswirkungen im Sinne von "Managementänderung" zum Vorteil des Versorgungssystems ausgewiesen sind, und für die keine weiteren zusätzlichen Vorteile oder stichhaltigen Gründe für eine Leistungspflicht dargelegt werden können, ist eine Kostensenkung für eine Leistungspflicht erforderlich.

3.3. Prozess "WZW-Prüfung"

Der Prozess der WZW-Prüfung von Leistungen der ärztlichen Komplementärmedizin unterscheidet sich nicht von demjenigen zur Prüfung der übrigen Leistungen (Bringschuld des Antragstellers, Antragsformular als Basis für den Antrag, gegebenenfalls Einholen von zusätzlichen Informationen durch das BAG, Erstellen einer Zusammenfassung durch das BAG, Beratung in der ELGK, Empfehlung an das EDI).

Empfehlungsoptionen und Verordnungsänderung abhängig vom Status der Fachrichtung, aus der die Leistung stammt (siehe Beilage 1, unter "Konsequenz / Umsetzung in KLV und Anhang 1").

Beilagen

1. Prüfung von Leistungen der Komplementärmedizin, Ablauf
2. Prüfung von Leistungen der Komplementärmedizin, Prozess
3. Glossar