An die Krankenkasse:

Antrag auf Kostenübernahme des Mistelpräparates Helixor® zur Behandlung schwerwiegender Nebenwirkungen nach § 12 Abs. 8 AM-RL

Ihr/e Versicherte/r:
geboren am:

Vers.-Nr.:

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ihr/e Versicherte/r ist bei mir in ärztlicher Behandlung. Er/Sie ist an einem malignen Tumor erkrankt, nämlich einem , ED .

Er/Sie bekommt seit eine Chemotherapie nach dem Schema . Diese Chemotherapie hat bei Ihrem/Ihrer

Versicherten schwerwiegende Nebenwirkungen hervorgerufen, die über das durchschnittlich zu erwartende Maß deutlich hinausgehen und seine/ihre Lebensqualität nachhaltig beeinträchtigen. Folgende Nebenwirkungen belasten Ihren/Ihre Versicherte/n besonders stark:

Aus den genannten Gründen halte ich die Verordnung des anthroposophischen Mistelpräparates Helixor® zur Reduktion der Nebenwirkungen der Chemotherapie für indiziert. Wirksamkeit und Nutzen von Helixor® sind zur Verbesserung der Lebensqualität sowie zur Behandlung der Nebenwirkungen der Chemotherapie in aktuellen Studien valide belegt

(vgl. den aktuellen Überblick zu Studien über anthroposophische Mistelpräparate auf der wissenschaftlichen Seite [https://www.mistel-therapie.de/wissenschaftliche-informationen).](http://www.mistel-therapie.de/wissenschaftliche-informationen%29)

Auch die Fachgesellschaft für die Therapierichtung der Anthroposophischen Medizin, die Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland (GAÄD), hat in ihren Verlautbarungen zur Verordnungsfähigkeit nicht verschreibungspflichtiger anthroposophischer Arzneimittel das Präparat Helixor® als verordnungsfähig nach § 12 Abs. 8 AM-RL zur Behandlung schwerwiegender Nebenwirkungen von Chemotherapie bei malignen Tumoren klassifiziert.

Da es sich im konkreten Fall zweifellos um eine schwerwiegende Erkrankung handelt, gepaart mit schwerwiegenden Nebenwirkungen der Chemotherapie, die die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigen, halte ich die Verordnungsvoraussetzungen des § 12 Abs. 8 AM-RL für gegeben.

Ich bitte um Bestätigung seitens Ihrer Krankenkasse, dass auch Sie beim o. g. Krankheitsbild und dem hier geschilderten Schweregrad der Nebenwirkungen die Verordnungsvoraussetzungen nach § 12 Abs. 8 AM-RL als erfüllt ansehen. Alternativ bitte ich Sie um eine generelle schriftliche Aussage, unter welchen Voraussetzungen die Verordnungsfähigkeit des Mistelpräparates Helixor® auf der Grundlage von § 12 Abs. 8 AM-RL aus Sicht Ihrer Kasse gegeben ist.

Aus meinem Verständnis hat Ihr/e o. g. Versicherte/r in seiner/ihrer Situation einen Leistungsanspruch auf das Arzneimittel Helixor® . Ohne eine schriftliche Einzelfallzusage oder eine generelle Auskunft Ihrer Kasse sehe ich mich angesichts fehlender Verlautbarungen der Kassen oder Kassenärztlichen Vereinigungen zur Konkretisierung des

§ 12 Abs. 8 AM-RL und angesichts fehlender Präzedenzfälle jedoch nicht in der Lage, Helixor® auf Kassenrezept zu verordnen und den Patienten/die Patientin entsprechend zu unterstützen. Es ist nicht zumutbar, als Arzt ohne Aussage Ihrer Kasse persönlich ins Regressrisiko zu gehen. Bitte bestätigen Sie mir deshalb bis zum , dass Sie den Leistungsanspruch meines Patienten/meiner Patientin auf das Arzneimittel Helixor® anerkennen.

Mein Schreiben erfolgt in Absprache und mit Zustimmung Ihres/Ihrer Versicherten. Er/Sie hat eine Kopie dieses Schreibens bekommen. Selbstverständlich werde ich ihn/sie über Ihre Antwort informieren.

Mit freundlichen Grüßen