

**Gesellschaft Anthroposophischer Ärztinnen
und Ärzte in Deutschland e.V.**

Herzog-Heinrich-Straße 18 · 80336 München

An das
Bundesministerium für Gesundheit
Abteilung 2 – Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung
- zuständiges Referat für GKV-Finanzierung / Beitragsstabilität
Friedrichstraße 108
10117 Berlin

München, den 20. April 2026

Stellungnahme der Gesellschaft Anthroposophischer Ärztinnen und Ärzte in Deutschland e.V. (GAÄD)

Geplante Einschränkung der Erstattungsfähigkeit anthroposophischer
Arzneimittel und Leistungen in der GKV

Zusammenfassung

Die GAÄD unterstützt generell das aktuelle Vorhaben zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen, lehnt jedoch die in diesem Kontext geplante Einschränkung der Erstattungsfähigkeit anthroposophischer Arzneimittel und Leistungen in der GKV ab. Drei Einwände stehen im Mittelpunkt:

1. Die Begründung fehlender wissenschaftlicher Evidenz ist sachlich unzutreffend – für die Anthroposophische Medizin liegen Health-Technology-Assessments, Versorgungsforschungsdaten und Leitlinienintegrationen (S3-Leitlinie Onkologie) vor; anthroposophische Arzneimittel verfügen über eine reguläre AMG-Zulassung des BfArM.
2. Die geplante Maßnahme ist gesundheitsökonomisch nicht relevant: Das zu erwartende Einsparpotenzial von rund 40 Mio. Euro jährlich – bezogen auf alle Besonderen Therapierichtungen (SGB V) – entspricht lediglich einem einstelligen Promilleanteil des GKV-Budgets; Kostenverlagerungen auf konventionelle Leistungen und Substitutionseffekte sind nicht berücksichtigt.
3. Die Streichung ist verfassungsrechtlich problematisch, da sie den im SGB V verankerten Methodenpluralismus einschränkt und in die Wissenschaftsfreiheit nach Art. 5 Abs. 3 GG eingreift.

**Die konkreten Forderungen der GAÄD sind am Ende dieser Stellungnahme
zusammengefasst.**

Evidenzlage

Die Anthroposophische Medizin ist als multimodales Versorgungssystem (Whole Medical System) zu verstehen. Eine Bewertung ausschließlich anhand isolierter randomisierter Einzelstudien wird diesem Ansatz methodisch nicht gerecht.

Kienle et al. (2006, 2011) haben in zwei umfangreichen HTA-Berichten mehrere hundert klinische Studien ausgewertet und konsistent positive Effekte auf Symptome, Lebensqualität und Krankheitsverläufe bei chronischen Erkrankungen und in der Onkologie dokumentiert.¹² Kohortenstudien und Registerdaten belegen die Alltagssicherheit und Effektivität unter Routineversorgungsbedingungen sowie eine Reduktion konventionellen Arzneimitteleinsatzes (Antibiotika, Analgetika).³

Die S3-Leitlinie „Komplementärmedizin in der Behandlung onkologischer Patientinnen und Patienten“ (AWMF 032-055OL) führt die Misteltherapie als Option zur Verbesserung der Lebensqualität auf.⁶ Anthroposophische Arzneimittel sind zugelassene Arzneimittel im Sinne des AMG; das BfArM-Verzeichnis „Besondere Therapierichtungen und Traditionelle Arzneimittel“ weist hunderte Präparate mit regulärer Zulassung aus – verbunden mit der behördlichen Feststellung der Wirksamkeit für die jeweiligen Anwendungsgebiete.⁵

Entgegen anderslautenden Aussagen existieren eine Vielzahl von lege artis durchgeführten klinischen Studien, die eine Wirksamkeit von homöopathischen Medikamenten über einen Placeboeffekt hinaus annehmen lassen.^{1,2} Auch die vorliegenden klinischen Studien zur Anthroposophischen Medizin wurden nach den Maßstäben der evidenzbasierten Medizin konzipiert und dokumentiert; eine pauschale Ablehnung aufgrund vermeintlich fehlender Evidenz ist sachlich nicht haltbar.

Gesundheitsökonomische Bewertung

Das im Gesetzgebungskontext genannte Einsparpotenzial von rund 40 Mio. Euro jährlich bezieht sich auf alle besonderen Therapierichtungen im Sinne des SGB V und entspricht lediglich einem einstelligen Promilleanteil des GKV-Gesamtbudgets. Für anthroposophische Arzneimittel und Leistungen liegt kein eigenständiger Kostenschätzungsansatz vor; der Anteil am GKV-Gesamtarzneimittelbudget liegt deutlich unter 0,1 %.⁴

Erfahrungen aus der Versorgungsforschung zeigen, dass der Bedarf chronisch kranker Patientinnen und Patienten bei Wegfall eines Therapieangebots nicht entfällt, sondern sich auf andere erstattungsfähige Leistungen verlagert.

Wiederholte Umfragen der vergangenen Jahre zeigen, dass etwa zwei Drittel der Bevölkerung Deutschlands komplementärmedizinische Angebote nutzen und die Erstattung integrativmedizinischer Leistungen im Rahmen der GKV wünschen. Gesundheitsökonomische Analysen integrativer Behandlungsmodelle – u. a. die niederländische Sechs-Jahres-Kohortenstudie von Baars und Kooreman (BMJ Open 2014) – belegen eine mindestens gleichwertige Kosteneffektivität bei vergleichbarem oder besserem klinischen Outcome.⁸ Das Schweizer Bundesamt für Gesundheit betont in seiner Einschätzung, dass ein Ausschluss komplementärer Verfahren voraussichtlich keine relevanten Einsparungen erbringen würde, da Versicherte auf andere Leistungen ausweichen.¹¹

Erfahrungen aus vergleichbaren Reformvorhaben belegen, dass ein Teil der betroffenen Patientinnen und Patienten bei fehlenden GKV-Angeboten auf nicht-ärztliche Versorgungsangebote außerhalb der Regelversorgung ausweicht – mit dem Risiko von Therapieverzögerungen und höheren Folgekosten in späteren Krankheitsstadien.

Rechtliche Bewertung

Die geplante Streichung aus § 2, § 11 und § 34 SGB V betrifft Normen, die den Methodenpluralismus und die Anerkennung besonderer Therapierichtungen im GKV-Recht konkretisieren. Nach einer in der Literatur vertretenen Auffassung (Rixen 2025; Estelmann/Eicher 1991; Kirsten 1991) sind diese Bestimmungen einfachgesetzliche Konkretisierungen der Wissenschaftsfreiheit nach Art. 5 Abs. 3 GG.⁷⁻⁹⁻¹⁰

Nach dieser Rechtsauffassung ist es dem Staat verwehrt, Therapierichtungen allein aufgrund ihres wissenschaftstheoretischen Ansatzes von der solidarisch finanzierten Versorgung auszuschließen, solange diese sich innerhalb anerkannter arzneimittel- und sozialrechtlicher Rahmenbedingungen bewegen. Die Streichung des gesetzlichen Gebots, „der therapeutischen Vielfalt Rechnung zu tragen“, würde den Methodenpluralismus des SGB V strukturell einschränken.

Angesichts des marginalen Einsparpotenzials und der zu erwartenden Kosteneffekte an anderer Stelle erscheint die Maßnahme zudem als unverhältnismäßig im Sinne des Übermaßverbots (fehlende Geeignetheit und Erforderlichkeit).⁷⁻⁹⁻¹⁰

Internationale Einordnung

Die WHO-Strategie „Global traditional medicine strategy 2025–2034“ fordert explizit die strukturierte Integration traditioneller und komplementärer Medizinsysteme in nationale Gesundheitssysteme. Die Schweiz hat nach Durchführung eines HTA komplementäre Verfahren – einschließlich anthroposophisch geprägter Methoden – dauerhaft in die obligatorische Krankenpflegeversicherung aufgenommen. Beide Entwicklungen stehen in deutlichem Widerspruch zur Stoßrichtung des vorliegenden Referentenentwurfs.

Forderungen der GAÄD

1. Vollständige Rücknahme der geplanten Ausschlüsse anthroposophischer Arzneimittel und Leistungen aus § 2, § 11 und § 34 SGB V.
2. Erhalt des im SGB V verankerten Methodenpluralismus und des Gebots, der therapeutischen Vielfalt Rechnung zu tragen.
3. Wahrung der Satzungsautonomie der Krankenkassen; keine pauschalen Ausschlüsse, die differenzierte Einzelentscheidungen ersetzen.
4. Förderung von Versorgungsforschung und gesundheitsökonomischer Evaluation nach therapierichtungsadäquaten Kriterien.
5. Strukturelle Stärkung integrierter Versorgungskonzepte in Bereichen mit besonderem Bedarf (Onkologie, Chronic-Care, Pädiatrie, Psychiatrie).
6. Stärkere Förderung präventiver Ansätze im Gesundheitswesen einschließlich der Förderung von Selbstverantwortung und Patientenautonomie.

Die GAÄD steht dem Ausschuss als Gesprächspartnerin für den weiteren parlamentarischen Beratungsprozess zur Verfügung und bietet ihre klinische und wissenschaftliche Expertise an.

Der Vorstand der GAÄD

Literatur

1. Kienle GS, Kiene H, Albonico HU. Anthroposophische Medizin: Health Technology Assessment-Bericht. Forsch Komplementmed. 2006;13(Suppl 2):7–26.
2. Kienle GS, Kiene H, Albonico HU et al. Anthroposophische Medizin: Update Health Technology Assessment-Bericht. Forsch Komplementmed. 2011;18(Suppl 1):1–27.
3. Baars EW, Hamre HJ, Kienle GS et al. Anthroposophic Medicinal Products: A Comprehensive Literature Review of Clinical Evidence and Safety. Glob Adv Health Med. 2022;11:2164957X221083807.
4. Referentenentwurf GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz; Diskussionsunterlagen zu besonderen Therapierichtungen.
5. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Verzeichnis „Besondere Therapierichtungen und Traditionelle Arzneimittel“. Stand: Dezember 2025.
6. Leitlinienprogramm Onkologie (AWMF, DKG, DKH). S3-Leitlinie „Komplementärmedizin in der Behandlung von onkologischen Patientinnen und Patienten“. AWMF-Nr. 032-055OL.
7. Rixen S. Evidenzbasierte Medizin und besondere Therapierichtungen. SGB. 2025;72(8):433–438.
8. Baars EW, Kooreman P. A 6-year comparative economic evaluation of healthcare costs and mortality rates of Dutch patients from conventional and CAM GPs. BMJ Open. 2014;4:e005332.
9. Estelmann/Eicher. Zur Unzulässigkeit eines a-priori-Ausschlusses besonderer Therapierichtungen. Sozialgerichtsbarkeit. 1991;247–252.
10. Kirsten. Therapieimmanente Kriterien nach § 2 Abs. 1 S. 2 SGB V. Sozialgerichtsbarkeit. 1991;257–258.
11. Schweizer Bundesamt für Gesundheit (BAG). Schreiben vom 16.04.2026, Az. 734.22-58/6.
12. Schweizer HTA-Berichte und politische Beschlüsse zur Integration komplementärer Verfahren in die obligatorische Krankenpflegeversicherung.
13. Kommentierungen zu § 2, § 11, § 34 SGB V in Hauck/Noftz und anderen sozialrechtlichen Standardwerken.
14. WHO. Global traditional medicine strategy 2025–2034. World Health Organization, 2025.
15. Ostermann T, Burkart J, De Jaegere S et al. Overview and quality assessment of health economic evaluations for homeopathic therapy: updated systematic review. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res. 2024;24:117–142.