



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg  
Hamburg University of Applied Sciences

# Bachelor-Thesis

---

**Einzelfall-Erstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung in  
Deutschland**

**Am Beispiel der Institut TakeCare-Hotline für die Beantragung der  
Einzelfall-Kostenerstattung vom NEO-Plus Test**

**Eine Explorative Studie**

**vorgelegt von**

**Stefanie Bließ**

Matrikel-Nr.: 2140033

Studiengang: Gesundheitswissenschaften

Fakultät: Life Science

Erstgutachter: Prof. Dr. Dr. h.c. Walter Leal

Zweitgutachter: Dr. Klaus-Jürgen Preuß

Abgabedatum: 25.02.2015

## Abstract

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben Anspruch auf Leistungen, die zweckmäßig, wirtschaftlich und ausreichend sind. Außervertragliche Leistungen können in Form von Einzelfall-Anträgen zur Kostenübernahme bei den Krankenkassen gestellt werden.

In der vorliegenden Bachelorarbeit wird über eine explorative Studie zum Thema Kostenerstattungen von außervertraglichen Leistungen in der GKV berichtet, da bisher zu diesem Thema eine Intransparenz und eine eher geringe Datenlage herrscht. Sie soll zur Hypothesengewinnung für weitere Untersuchungen dienen. Dazu wurde eine quantitative Erhebung mit gesetzlichen Krankenkassen zu den bestehenden, gesetzlich geregelten Entscheidungsgrundlagen von Kostenerstattungsanträgen im Einzelfall durchgeführt. Daten wurden über den Umfang der Anträge, den Mehraufwand und die Kosten erhoben.

Die Studie gibt einen Überblick zur Kostenerstattung am Beispiel der TakeCare-Hotline, die Patienten bei dem Prozess der Beantragung einer Kostenübernahme unterstützt. Die Ergebnisse zeigen, dass hinter den Anträgen ein hoher Kostenbetrag steht, über den Krankenkassen entscheiden müssen. Das verdeutlicht, dass die Kostenerstattung von außervertraglichen Leistungen als kleiner Bereich der GKV, einen Einfluss auf die Kosten im Gesundheitswesen haben kann. Außerdem zeigen die Ergebnisse, dass eine ausführliche Dokumentation der Fälle sinnvoll ist.

# Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis .....	IV
Tabellenverzeichnis .....	V
Abkürzungsverzeichnis.....	VI
1. Einleitung .....	1
2. Einführung in das Gesundheitssystem.....	3
2.1. Gesetzeslage für eine Leistungsgewährung in der GKV .....	4
2.2. Leistungskatalog.....	7
2.3. Sach- und Dienstleistungsprinzip.....	8
3. Außervertragliche Leistungen.....	10
3.1. Antrag auf Kostenerstattung im Einzelfall in der GKV .....	10
3.2. Zeitrahmen der Entscheidungsfindung .....	13
3.3. Neue Behandlungs- und Untersuchungsmethoden (NUB).....	14
3.3.1. Entscheidungsgremium G-BA .....	15
3.3.2. Der Weg von NUB .....	16
3.4. Nikolausurteil.....	18
4. Präzedenzfall eines Einzelfall-Antrags nach § 13 Abs. 3 SGB V .....	20
4.1. Prozess vom Arztbesuch bis zur Beantragung der Einzelfall-.....	20
Erstattung am Beispiel eines New Oncology Patienten .....	20
4.2. Einsatz von Experten-Teams: Die Hotline des Institut TakeCare.....	22
5. Methodisches Vorgehen bei der explorativen Studie .....	24
5.1. Auswahl des Messinstruments .....	24
5.2. Aufbau des Fragebogens .....	25
5.3. Zeitpunkt und Durchführung der Datenerhebung .....	26
6. Ergebnisse der Studie.....	27
7. Auswertung und Diskussion der Studie .....	37
7.1. Beurteilung der Ergebnisse.....	37

7.2. Volumenberechnung der Kostenerstattungsanträge von außer .....	43
vertraglichen Leistungen in der GKV.....	43
8. Limitationen .....	47
9. Fazit .....	48
Literaturverzeichnis .....	50
Eidesstattliche Erklärung.....	54
Anhang.....	55
a) Fragebogen mit Einführungstext .....	55
b) E-Mail Anfrage zur Teilnahme an der Studie bei Krankenkasse .....	64
c) E-Mail Anfrage beim Bundesversicherungsamt über Vorliegen von Statistiken .....	65
d) Auswertung/Rohdaten Online-Befragung .....	66
e) GKV Statistik über Fristüberschreitung und Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3a SGB V (Quelle: BMG 2015).....	70

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:Anteile des Krankenversicherungsschutzes der Bevölkerung in Deutschland (Quelle: Vdek 2016) .....	4
Abbildung 2: Sachleistungsprinzip: Dreiecksverhältnis im Gesundheitssystem. (Quelle: Simon, M. 2013, S. 111).....	8
Abbildung 3: Gebiete der Beurteilung (Quelle: Luther et al. 2006, S. 412) .....	13
Abbildung 4: Timeline Bearbeitungsfristen der Einzelfall-Anträge nach § 13 Abs. 3a SGB V, (Quelle: eigene Darstellung) .....	14
Abbildung 5: Voraussetzung für eine Kostenübernahme im Einzelfall nach § 2 Abs. 1a SGB V und dem Nikolausurteil (Quelle: eigene Darstellung nach § 2 Abs. 1a SGB V).....	21
Abbildung 6: Prozesskette der ITC-Hotline bei der Beantragung des Einzelfall-Antrags (Quelle: eigene Darstellung) .....	23
Abbildung 7:Auswertung Frage 3 quantitative Erhebung: Anzahl Einzelfall-Anträge in der GKV pro Jahr (Quelle: Frage 3, Eigene Darstellung) .....	28
Abbildung 8: Wo werden die Leistungsausgaben der Einzelfall-Erstattungen in der GKV gelistet? (Quelle: Frage 8, eigene Darstellung) .....	30
Abbildung 9: prozentuale Häufigkeit von durchschnittlichen Kostenerstattungsbeträge bei Einzelfall-Anträgen in der GKV (Quelle: Ergebnisse der Frage 15,eigene Darstellung) ....	32
Abbildung 10: Häufigkeit einer Entscheidung des MDK für eine Kostenübernahme bei Einzelfall-Anträgen (Quelle: Frage 18, eigene Darstellung) .....	33
Abbildung 11: Häufigkeit von Ablehnungen bei Einzelfall-Anträgen in der GKV, (Quelle: Frage 20, eigene Darstellung).....	34
Abbildung 12: Entstehender Mehraufwand durch Einzelfall-Anträge (Quelle: Frage 28, eigene Darstellung) .....	35
Abbildung 13: Unterstützung bei der Beantragung von Einzelfall-Anträgen durch Experten (unabhängige Patientenberatung, Rechtsanwälte u.ä.) (Quelle: Frage 32, eigene Darstellung) .....	36

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gesetzliche Grundlagen, auf die sich die Studienteilnehmer bei der Prüfung von Einzelfall-Kostenerstattungsanträgen beziehen, (Quelle: Ergebnisse Frage 9, eigene Darstellung) .....	30
Tabelle 2: Gründe für eine Kostenübernahme, die die befragten Krankenkassen angegeben haben, (Quelle: eigene Darstellung, Frage 12).....	31
Tabelle 3: Beispiele für eine Ablehnung der Einzelfall-Anträge, (Quelle: Frage 21, Eigene Darstellung) .....	34
Tabelle 4: Aussagen zu der Thematik Einzelfall-Anträge in der GKV (Quelle: Ergebnisse der Frage 34 aus dem Fragebogen, eigene Darstellung) .....	37
Tabelle 5: GKV-Statistik (Stand: 14. August 2015). Fristüberschreitung und Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3a SGB V, (Quelle: BMG 2015, eigene Darstellung)....	42
Tabelle 6: Ergebnisse der Frage 3 und 35: Anzahl der Fälle den Größen der Krankenkassen gegenübergestellt, (Quelle Ergebnisse Frage 3 + 35, eigene Darstellung) .....	43
Tabelle 7: Übersicht der Ergebnisse aus Frage 3 und 4 sowie 35, mit den weiteren Rechenergebnissen des prozentualen Anteils der Fälle in Verhältnis zur Kassengröße, Quelle: Frage 3,4 und 35, eigene Darstellung).....	44

## Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
Art.	Artikel
BÄK	Bundesärztekammer
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BKK	Betriebskrankenkasse
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
Hrsg.	Herausgeber
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistung
IKK	Innungskrankenkassen
ITC	Institut TakeCare
KBS	Knappschaft-Bahn-See
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LKK	Landwirtschaftliche Krankenkasse
MDK	Medizinischer Dienst
MW	Mittelwert
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
o.J.	ohne Jahr
PKV	Private Krankenversicherung
SGB V	Sozialgesetzbuch fünftes Buch, gesetzliche Krankenversicherung
Vdek	Verband der deutschen Ersatzkassen

# 1. Einleitung

In Deutschland ist die Bevölkerung gegen bestimmte Gefahren abgesichert. So auch gegen Krankheit, durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Die gesetzliche Krankenversicherung ist eine Solidargemeinschaft, jeder<sup>1</sup> steht für den anderen ein, das bedeutet die Jungen für die Älteren und die Gesunden für die Kranken. Sollte es zu einem Risikofall kommen, bekommt derjenige die Leistung die er braucht, unabhängig von den bereits eingezahlten Beiträgen und der Kostenintensität der Behandlung. Die Beiträge werden im Allgemeinen nach dem Einkommen der jeweiligen Versicherten berechnet und nicht nach dem individuellen Risiko einer möglicherweise eintretenden Erkrankung. Anspruch haben die gesetzlich Versicherten auf Leistungen, die das Sozialgesetzbuch (SGB) V vorsieht.

Doch was ist mit Leistungen die neu sind und Leistungen, die nicht durch die Krankenkasse abgedeckt werden? Sind diese Behandlungen wirklich notwendig, sodass sie zusätzlich zu der bestehenden Regelversorgung in der GKV verordnet werden können? Kann das wiederum zu einer nicht gewollten Kostensteigerung in der GKV führen?

Die folgende Arbeit beschäftigt sich mit dem Themengebiet der Beantragung von außervertraglichen Leistungen im Einzelfall nach § 13 Abs. 3 SGB V, die nicht in der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenkasse vorgesehen bzw. nicht im Leistungskatalog enthalten sind. Bei der Literaturrecherche und Datensammlung zu diesem Thema ist schnell deutlich geworden, dass es hier einen großen Bedarf an Forschung und Literaturerweiterung gibt. Die Einzelfall-Erstattung in der GKV ist ein wenig transparentes Gebiet, zu dem es kaum Literatur und nur wenige öffentlich zugängliche Daten gibt. Doch sind Einzelfall-Anträge in der GKV eine Seltenheit? Bisher ist nicht bekannt, wie viele gesetzlich, versicherten Patienten die Möglichkeit der Einzelfall-Kostenerstattung in Anspruch nehmen und aufgrund welcher Indikationen und Therapieverfahren sie diese Anträge stellen. Daten oder Statistiken über die Kosten und Ausgaben, die Einzelfall-Kostenerstattungen verursachen könnten, konnte keine bekannte Studie hervorbringen (vgl. Hübner 2013, S. 2).

Beim Akquirieren von Studienteilnehmern stellte sich heraus, dass es sich als schwierig erweist, von Einrichtungen des Gesundheitswesens zu diesem Themenkomplex Informationen zu erhalten. Die Anfrage beim Bundesversicherungsamt ergab, dass dieses keine

---

<sup>1</sup> Genderhinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden für Personenbezeichnungen die maskuline Form verwendet. Es wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass diese Verwendung geschlechtsunabhängig verstanden werden soll und somit die weibliche Form mit einschließt.

Statistiken oder Daten über Anträge dieser Art in der gesetzlichen Krankenversicherung haben (s. Anhang c, S. 65).

Deshalb stellt diese Arbeit eine explorative Studie dar, die zur Suche nach neuen Hypothesen dienen kann und Transparenz in den Bereich bringen soll (vgl. Bortz & Döring 2015, S.50). Durch eine Analyse der Prozesse der GKV sollen Verbesserungspotentiale hervorgebracht und das Volumen der Einzelfall-Anträge in der GKV ermittelt werden.

In der Arbeit wird nur auf die Einzelfall-Erstattung in der gesetzlichen Krankenkassen eingegangen. Genauso gibt es dieses Vorgehen in der privaten Krankenversicherung (PKV). Dort ist die Kostenerstattung eine gängige Methode, da in der PKV das Kostenerstattungsprinzip herrscht. So zu sehen ist in der PKV jede Entscheidung eine Einzelfall-Entscheidung, weil privat Versicherte in der Regel in Vorleistung gehen und die Kosten im Nachhinein erstattet bekommen. In der GKV sind die Leistungen durch den Leistungskatalog begrenzt, dadurch nimmt die Einzelfall-Erstattung nur einen kleineren Bereich ein (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2016). In der PKV entspricht der Leistungsanspruch eines Privatversicherten die im Versicherungsvertrag vereinbarten Leistungen gemäß § 192 VVG. Leistungen können in der PKV, wie auch in der GKV, demzufolge nur erstattet werden, wenn ein Nachweis über den medizinischen Nutzen vorhanden ist und eine Behandlung bzw. Diagnostik nach schulmedizinischen Leitlinien vorgenommen wird (vgl. Verband der privaten Krankenversicherungen o.J.).

Um das Thema der Kostenerstattung von außervertraglichen Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung näher beleuchten zu können, wird zu Beginn der vorliegenden Arbeit in das Gesundheitssystem von Deutschland eingeführt und dabei wichtige Begrifflichkeiten erklärt. Zusätzlich werden die gesetzlichen Bestimmungen der Leistungsgewährung sowie das Sach- und Dienstleistungsprinzip, nachdem die GKV agiert, genauer erläutert.

Darauf aufbauend werden in dem folgenden Kapitel die außervertraglichen Leistungen in der GKV definiert. Dazu wird dem Leser der Antrag auf Kostenerstattung im Einzelfall dargestellt sowie der Weg von neuen Behandlungsmethoden zur Regelversorgung und der Nikolausbeschluss näher gebracht. Anschließend umfasst das Kapitel ein Präzedenzfall eines Einzelfall-Antrags, um den Prozess der Beantragung zu veranschaulichen und eine mögliche Unterstützung von Experten-Teams aufzuzeigen.

Danach wird das methodische Vorgehen beschrieben und im Anschluss die Ergebnisse präsentiert. Zum Schluss sollen die Ergebnisse, sowie die Erhebung, in der Auswertung kritisch reflektiert und abschließend ein Fazit der Arbeit gezogen werden.

## 2. Einführung in das Gesundheitssystem

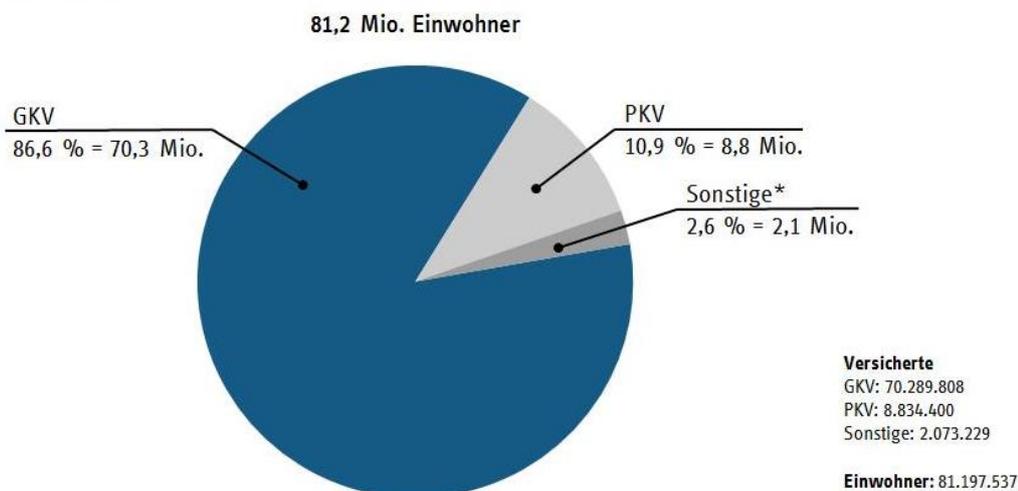
Um genauer erklären zu können, was Einzelfallanträge sind und welche Bedeutung diese für das Gesundheitssystem haben, ist es von Wichtigkeit, vorerst die Gesetzeslage und einige Begriffe zu erläutern.

In dem folgenden Abschnitt wird dargestellt, nach welchem Recht die GKV handelt und welche Leistungen einer gesetzlich, krankenversicherten Person zusteht.

Zur sozialen Absicherung im Krankheitsfall, ist die Bevölkerung in Deutschland durch die Krankenversicherung abgesichert. Im deutschen Grundgesetz ist festgehalten, dass jeder Mensch ein Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit besitzt. So hat sich der Staat gegenüber den Bürgern das Recht auf Gesundheit verpflichtet (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen 2013, S. 6).

In Deutschland herrschen zwei verschiedene Gesundheitssysteme, die gesetzliche und private Krankenversicherung. Im Jahre 2014 waren 86,6 Prozent der Bürger in der gesetzlichen Krankenkasse versichert und 10,9 Prozent hatten eine private Krankenvollversicherung (s. Abb. 1) (vgl. Vdek 2016). Die gesetzlichen Krankenkassen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und übernehmen in Auftrag des Staates Aufgaben gemäß der Sozialgesetzgebung. Deshalb stehen diese unter staatlicher Aufsicht (vgl. Simon 2013, S. 163). Die unmittelbare Staatsverwaltung zeigt sich an den Rechtsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und den versicherten Personen. Es werden zum Beispiel von den Krankenkassen Verwaltungsakte mit Rechtsbehelfsbelehrung gegenüber den Versicherten erlassen. Das bedeutet, die Krankenkassen werden als juristische Person gesehen und die Versicherten können Widerspruch gegen Entscheidungen der Kassen einlegen. Als weiteren Schritt, können Versicherte der GKV vor dem Sozialgericht gegen den Bescheid der Krankenkassen klagen, wenn dem Widerspruch nicht abgeholfen wird (vgl. Simon 2013, S. 169).

## Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung in Prozent und Millionen 2014 - Bundesgebiet



\*Sonstige: Anspruch auf Krankenversorgung als Sozialhilfeempfänger, Kriegsschadenrentner, Empfänger von Unterhaltshilfe aus dem Lastenausgleich, freie Heilfürsorge der Polizei und Bundeswehr, nicht krankenversicherte Personen, ohne Angabe zum Vorhandensein einer Krankenversicherung.

Abbildung 1: Anteile des Krankenversicherungsschutzes der Bevölkerung in Deutschland (Quelle: Vdek 2016)

Zur sozialen Sicherung im Krankheitsfall herrscht in der GKV das Solidaritätsprinzip. Das bedeutet konkret, dass sich eine Mitgliedergemeinschaft gegen das Risiko Krankheit abgesichert hat. Versicherte aus der Solidargemeinschaft haben somit Ansprüche auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem SGB V. Bei dem Solidaritätsprinzip entsteht die Hilfeleistung nicht unter einzelnen Personen, sondern durch die gemeinsame Finanzierung aus allen Beiträgen der Mitglieder. Unabhängig von der Höhe der zu zahlenden Beiträge, erhalten alle Versicherten die gleichen Leistungen. Außerdem ist der Beitrag, anders als in der privaten Krankenversicherung, unabhängig vom Gesundheitsstand, Alter und Geschlecht (vgl. Simon 2013, S. 104-105). Ferner steht das Prinzip dafür, dass die Krankenkassenbeiträge der Versicherten nur für Behandlungen eingesetzt werden, die einen nachweislichen Nutzen haben. Andernfalls würden die Finanzmittel bei unnötigen Behandlungen wiederum an anderer Stelle fehlen (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2015). Die gesetzlichen Grundlagen für eine Leistungsgewährung werden im folgenden Kapitel dargelegt.

### 2.1. Gesetzeslage für eine Leistungsgewährung in der GKV

In dem für die Krankenkassen geltenden fünften Sozialgesetzbuch ist der Leistungsumfang für die Versicherten geregelt (vgl. Simon 2013, S. 190). Die allgemein geltenden Regelungen der Leistungserbringung regelt der § 2 SGB V:

*„Die Krankenkassen stellen den Versicherten die im Dritten Kapitel genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12) zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen“ (§ 2 Abs. 1 SGB V).*

Das bedeutet, dass Krankenkassen und Leistungserbringer, unter Beachtung des **Wirtschaftlichkeitsgebots** (§ 12 SGB V), Leistungen, soweit sie den allgemeinen medizinischen Stand der Forschung entsprechen, erbringen können. Unter dem Begriff Wirtschaftlichkeit ist zu verstehen, dass „der Ertrag mit dem einzusetzenden Aufwand in Bezug zu setzen ist“ (Fastabend und Schneider 2004, S. 39). Leistungen können zu Lasten der Krankenkassen abgerechnet werden, wenn diese **ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich** sind. Der § 12 Abs. 1 SGB V führt dazu an:

*„Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen“ (§ 12 Abs.1 SGB V).*

Somit agiert die GKV nach dem Bedarfsdeckungsprinzip, denn es erfolgt ausschließlich eine Leistungsgewährung bei notwendigem Bedarf. Die im § 12 SGB V genannten Voraussetzungen müssen dafür erfüllt sein (vgl. Simon 2013, S. 188). Zudem kann eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse nur erfolgen, wenn die Leistung das Maß des Notwendigen nicht übersteigt und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit entspricht (§ 12 SGB V). Sollten diese Kriterien nicht erfüllt sein, dürfen laut dem Gesetz, Leistungen von Leistungserbringer nicht zu Lasten der Krankenkasse erbracht werden. Demnach wird zum einen die notwendige Versorgung der Versicherten sichergestellt, aber Leistungen im überflüssigen Maße begrenzt. Als notwendig ist eine Leistung dann zu erachten, wenn sie zum Erkennen oder Heilen einer Krankheit, zur Verhinderung einer Verschlimmerung bzw. zur Linderung der Krankheitsbeschwerden erforderlich ist (§ 27 Abs. 1 SGB V).

Auch § 70 SGB V setzt ergänzend die Maßstäbe für eine Versorgung der Versicherten im Hinblick auf Qualität und Wirtschaftlichkeit; die Krankenkassen und Leistungserbringer zu berücksichtigen haben:

*„Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muß[sic] ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muß[sic] in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden“ (§ 70 Abs. 1 SGB V).*

Weiter ist in dem Gesetz § 2 SGB V der Rahmen des Leistungsumfangs gegeben. Leistungen sind genehmigungs- und erstattungsfähig, wenn die erforderliche Leistung dem **allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse erfüllt** (§ 2 Abs. 1 SGB V).

Somit werden grundsätzlich Leistungen ausgeschlossen, die nicht mit anerkannten wissenschaftlichen Methoden durchgeführt werden. Das Krankheitsbild kann bereits Anerkennung in der medizinischen Wissenschaft erlangt haben, dennoch muss die Wirksamkeit der Methode als erwiesen gelten, um eine Leistungspflicht der Krankenkasse zu erzeugen. Es müssen also genügend Fälle vorhanden sein, die einen Erfolg der Therapie bestätigen. Damit ist die Beurteilung objektiv und erfolgt nach dem anerkannten Stand der Medizin (vgl. Fastabend & Schneider 2004, S. 25). So ist es nicht von großer Bedeutung, ob die Behandlung in der Vergangenheit erfolgreich war, noch ob es erhebliche Einsparung für die Krankenversicherung nach sich ziehen würde. Viel mehr ist die Nachweisbarkeit der Wirksamkeit der Behandlung, durch Statistiken aus vielen Fällen, entscheidend. Grundsätzlich treffen die Krankenkassen die Entscheidung ausschließlich auf Grundlage einer evidenzbasierten Medizin (vgl. Fastabend & Schneider 2004, S. 41). Es besteht aber keine Pflicht von Seiten der Krankenkassen die medizinische Forschung zu finanzieren, um so neue Methoden in das Gesundheitssystem zu integrieren. Vielmehr hat der § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V lediglich drauf verwiesen, dass der medizinische Fortschritt berücksichtigt werden muss (§ 2 Abs. 1 SGB V). Das kann folglich eine optimale Versorgung verhindern, da Behandlungsmethoden mit einem möglichen medizinischen Nutzen ausgeschlossen werden. Der § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB V erwähnt die „besonderen Therapierichtungen“, womit die zum Beispiel homöopathischen Therapien gemeint sind. Auch bei diesen Behandlungsmethoden muss die Einhaltung der Wirtschaftlichkeit sowie der Wirksamkeit nach schulmedizinischen anerkannten medizinischen Wissensstand nachgewiesen werden, um eine Erstattung zu rechtfertigen (vgl. Fastabend & Schneider 2004, S. 41-42).

Kann eine Behandlung der anerkannten Wissenschaft zugeordnet werden, muss weiter die Wirtschaftlichkeit geprüft werden. Dadurch kann die zu erwartende Heilungsaussicht durch das Wirtschaftlichkeitsgebot beschränkt werden, da die Krankenkassen das Recht zur Prüfung von Mittel im Verhältnis zum Zweck der Behandlungsmethode haben. Denn es muss nicht nur bei gleichwertigen Behandlungen die Preisgünstige angewandt werden, sondern genauso der Nutzen muss zu den eingesetzten Mitteln im Verhältnis stehen. Sollte das nicht gegeben sein, kann eine Leistungspflicht ausgeschlossen werden (vgl. Fastabend & Schneider 2004, S.43).

## 2.2. Leistungskatalog

Wenn die Leistungen bzw. Therapiemethoden die oben genannten Voraussetzungen erfüllen, demzufolge ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind sowie dem anerkannten Stand der Wissenschaft entsprechen, sind sie umgangssprachlich im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten. Doch das ist kein sinngemäßer Katalog indem die Leistungen gelistet sind, sondern viel mehr gibt das Sozialgesetzbuch V (SGB V) den gesetzlichen Rahmen, welche Behandlungs- und Untersuchungsmethoden von der Krankenversicherung getragen werden können (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2015a). Welche Behandlungen und Therapien von den Krankenkassen übernommen werden, ändert sich in dem heutigen Gesundheitswesen oft schnell. Ein Grund dafür ist der ständige Fortschritt des medizinischen Wissenstandes. Ein anderer Grund kann die Entstehung neuer Erkenntnisse über bessere Versorgungs- oder Honorierungsmodelle sein, die eine effizientere Versorgung der Patienten sicherstellen (vgl. Wendt 2013, S. 13).

Die Leistungen sind für alle Krankenkassen gemäß SGB V gleich und bindend. Darüber hinaus können Krankenkassen über die gesetzlich festgesetzten Leistungen, Zusatzleistungen in ihren Satzungen festlegen. Dennoch ist der Umfang dieser Satzungsleistungen wieder im SGB V geregelt und begrenzt (vgl. Simon 2013, S. 190). Demzufolge besteht eine Leistungspflicht durch die Krankenkassen bei notwendigen Behandlungen, um Krankheiten zu erkennen, zu heilen, Verschlimmerung zu verhüten oder Krankenbeschwerden zu lindern. Diese umfasst ärztliche und psychotherapeutische, zahnärztliche Behandlung und die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln (§ 27 Abs. 1 SGB V). Grundsätzlich werden diese Leistungen in der gesetzlichen Krankenkasse in Dienst- oder Sachleistungen erbracht (vgl. Vdek o.J.), dass das folgende Kapitel genauer umschreibt.

### 2.3. Sach- und Dienstleistungsprinzip

In der GKV herrscht das Sach- und Dienstleistungsprinzip (§ 2 Abs. 2 SGB V). Das bedeutet, dass gesetzlich Versicherte im Regelfall Leistungen als Sach- oder Dienstleistung durch die Krankenkassen bzw. zugelassene Leistungserbringer zur Verfügung gestellt bekommen, bei denen die Versicherten nicht in Vorauszahlung treten müssen. Nach § 2 Abs. 2 Satz 3 SGB V schließen die Krankenkassen Verträge mit Leistungserbringern, um die Dienst- und Sachleistungen bereit zu stellen. So entsteht in der GKV ein Dreiecksverhältnis (s. Abb. 2)(vgl. Brandts 2009, S.100).

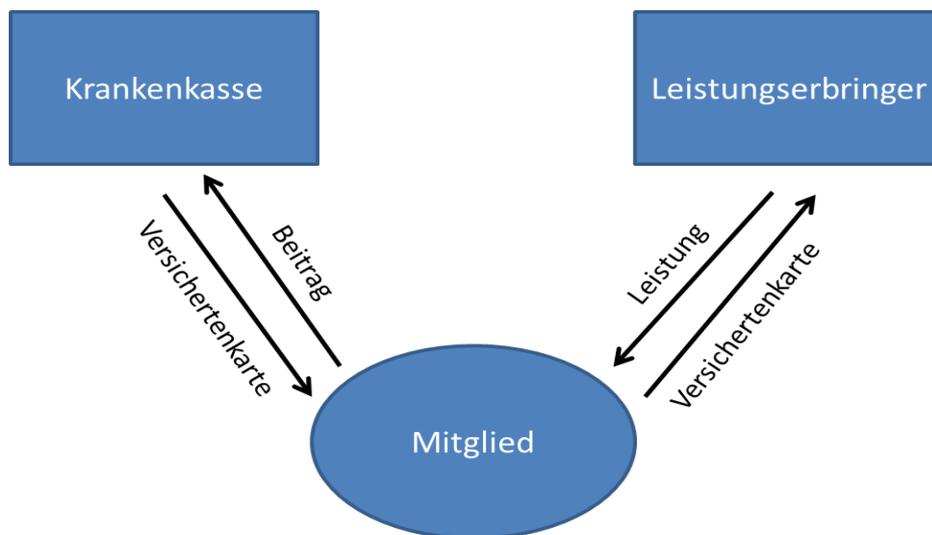


Abbildung 2: Sachleistungsprinzip: Dreiecksverhältnis im Gesundheitssystem. (Quelle: Simon, M. 2013, S. 111)

Es bestehen demzufolge Vereinbarungen über die Versorgung und Behandlung von Seiten der Leistungserbringer und im Gegenzug haben die Krankenkassen sich zur Zahlung der vereinbarten Vergütung verpflichtet. Dadurch kann der Versicherte mit der Vorlage der Krankenversicherungskarte Regelleistungen ohne Vorauszahlung in Anspruch nehmen und die Vertragsärzte, -krankenhäuser, Apotheken usw. stellen die erbrachten Leistungen den Krankenkassen in Rechnung (vgl. Simon 2013, S. 111). Auf Sonderformen der Geldleistungen des SGB V, die sich aus einem Sachleistungsanspruch umgewandelt haben, soll in dieser Arbeit nicht weiter eingegangen werden.

Viele Leistungen kann sich der Patient ebenfalls auf dem freien Gesundheitsmarkt erwerben. Ein Versicherter könnte diese Leistung in Anspruch nehmen und die vorgestreckten Kosten nach gesetzlichen Vorgaben von den Krankenkassen zurückverlangen, was als selbstbeschaffte Leistung gilt. Dennoch kann eine Krankenkasse diese nur erstatten, wenn

bestimmte Voraussetzungen gegeben sind. Zum Beispiel muss der Versicherte dem Versicherungsträger die Möglichkeit geben, die entsprechende Leistung rechtzeitig bereit zu stellen. Genauer bedeutet das, die entsprechende Leistung muss vorher beantragt und der Krankenkasse Zeit für eine Entscheidung eingeräumt werden. Sind die Voraussetzungen nicht gegeben, kann die Krankenkasse eine Kostenerstattung, aufgrund der eigenmächtig besorgten Leistung, ablehnen. Angesichts der Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit, stellt die GKV zum einen die Sach- und Dienstleistungen vor den selbstbeschafften Leistungen. Denn die Qualitätsanforderungen sind bei den zugelassenen Leistungserbringern sichergestellt, was bei den ungeprüften, auf dem freien Markt tätigen Leistungserbringern nicht der Fall sein könnte (vgl. Brandts 2009, S. 98f).

Zum anderen sind für die Krankenkassen die einzelnen Leistungen „innerhalb des Systems [...] meist kostengünstiger“ als selbstbeschaffte Leistungen (Brandts 2009, S. 99). Auch zum Schutz der Versicherten, die aus finanzieller Lage nicht in Vorleistung treten können, sieht die GKV eine Erbringung von Sach- und Dienstleistungen vor.

Gemäß § 13 Abs. 1 SGB V dürfen Krankenkassen statt Sach- und Dienstleistungen auch Kosten erstatten, wenn diese trotzdem dem SGB V entsprechen (vgl. Bundesverfassungsgericht 2005). Doering-Striening führt den § 13 Abs. 3 SGB V als gesetzliche Regelung einer Kostenerstattung bei selbstbeschafften Leistungen auf. Weiter erläutert er, dass es dem Grunde nach ein gesetzlicher Geldleistungsanspruch ist, der an die Stelle des Anspruchs auf Sachleistung getreten ist, da der Leistungsträger seinen Pflichten nicht rechtzeitig erfüllt bzw. nicht über das Versäumen seiner Pflichten informiert hat (vgl. BSGE 53, 149 zitiert nach Doering-Striening 2009, S. 52-53). Somit ist die Selbstbeschaffung von Leistungen durch den Versicherten eine spezielle Form des Leistungsbezugs. Im Regelfall dürfen Leistungen nicht selbstbeschafft und die Kosten im Nachhinein zurückgefordert werden, sondern gesetzlich Versicherte erhalten deshalb Sach- bzw. Dienstleistungen, bei denen sie nicht in Vorleistung treten (vgl. Brandts 2009, S.97).

Eine weitere Ausnahme bildet der § 13 Abs. 2 SGB V. Demnach ist Versicherten eingeräumt worden, dass sie anstatt des Dienst- und Sachleistungsprinzips, die Kostenerstattung wählen können. Dann können Leistungen immer selbstbeschafft werden und anschließend erstatten die Krankenkassen die Kosten in Höhe der Kassensätze. Bei einer über den Kassensätzen liegende Rechnung, muss der Versicherte die Differenz selber tragen (vgl. Brandts 2009, S. 100-101).

Festzustellen ist, dass das in der GKV herrschende Prinzip der Dienst- und Sachleistung verstärkt an seine Grenzen kommt. Die Zahl der neuen Behandlungs- und Untersuchungsmethoden, die bisher nicht im limitierten Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkasse aufgenommen wurden, nehmen kontinuierlich zu. Dementsprechend wird zunehmend das Sachleistungsprinzip durch die Kostenübernahme im Einzelfall ausgehebelt (vgl. Kassenärztliche Vereinigung Bayern 2014, S. 3).

### 3. Außervertragliche Leistungen

Versicherte der GKV stehen Leistungen zu, die nach dem Sozialgesetzbuch vorgesehen sind. Somit stehen sie nicht unbegrenzt zur Verfügung. Sind Leistungen nicht in der Regelversorgung enthalten, demzufolge besteht zunächst keine Leistungspflicht seitens der GKV. In diesem Fall wird von außervertraglichen Leistungen gesprochen. Folglich Leistungen, die im Regelfall nicht erstattet werden können, da sie gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V) verstoßen und nicht laut SGB V **ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich, notwendig** sind. Außerdem ist für den Leistungsanspruch im ambulanten vertragsärztlichen Gebiet entscheidend, ob die Therapieform nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abrechenbar ist. Liegt dieser Tatbestand nicht vor, wird die Leistung auch als außervertraglich bezeichnet (vgl. Luther et al. 2006, S. 412). Der EBM regelt inhaltlich die abrechnungsfähigen vertragsärztlichen Leistungen (vgl. Bundesministerium für Arbeit 2015c).

Bei außervertraglichen Leistungen hat der Gesetzgeber die Möglichkeit gewährt, einen Antrag auf Kostenerstattung im Einzelfall bei den gesetzlichen Krankenkassen zu stellen, um so Leistungen bekommen zu können, die notwendig aber nicht zu der Regelversorgung der GKV gehören (§ 13 Abs. 3 SGB V). Dieses soll der folgende Abschnitt darstellen.

#### 3.1. Antrag auf Kostenerstattung im Einzelfall in der GKV

Wie im zuvor stehenden Abschnitt erwähnt, können nur die Kosten von Heilbehandlungen übernommen werden, wenn sie die Voraussetzungen für eine Leistungspflicht der Krankenkasse auslösen. Die Entscheidungsmacht über die entsprechende notwendige Behandlung hat der behandelnde Arzt. Die Krankenkassen haben in der Regel kein Entscheidungsrecht. Das trifft aber nur bei Leistungen der Regelversorgung zu. Außervertragliche Leistungen werden in der Regel nicht erstattet. Dennoch können durch Anträge auf Einzelfall-Erstat-

tungen eine Prüfung der Kostenübernahme bei der jeweiligen Krankenkasse gestellt werden. In diesem Fall würde die alleinige Entscheidung des Arztes nicht ausreichen, da eine Genehmigung der Krankenkasse notwendig ist (vgl. Fastabend & Schneider 2004, S. 63). Eine genaue, allgemeingültige Definition von Einzelfallanträgen konnte bei der Literaturrecherche nicht aufgefunden werden.

Anträge auf Einzelfall-Kostenerstattung von außervertraglichen Leistungen können in den verschiedensten medizinischen Bereichen vorkommen, wie zum Beispiel Arzneimittel außerhalb zugelassener Indikationen, kosmetische Eingriffe oder auch Auslandsbehandlungen. Wichtige Regelungen für den Einzelfall-Antrag gibt § 13 Abs. 3 SGB V.

*„Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.“ (§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V)*

Somit kann es aus zwei Gründen zu einer Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V kommen. Zum einen, weil die Krankenkasse die unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder zum anderen diese zu Unrecht abgelehnt hatte, dass eine Rechtswidrigkeit mit sich führt (vgl. Brandts, R. 2009, S. 106; § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V).

Als unaufschiebbar gilt, wenn die bestimmte Leistung dringend aus medizinischen Gründen erbracht werden musste und es so nicht möglich war, die Entscheidung der Krankenkassen abzuwarten. Nicht rechtzeitig bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Krankenkasse die Leistung nicht in einer dem Krankheitsbild entsprechenden Zeit zur Verfügung gestellt hat, vorausgesetzt der Versicherte hat alle erforderlichen Schritte getan, um die Sachleistung in Anspruch zu nehmen. Das heißt, der Versicherte muss seine Krankenkasse über sein Anliegen informiert und ihr die Möglichkeit gegeben haben, die Leistung zu erbringen (vgl. Brandts, R. 2009, S. 107-108). Dann kann die Kostenerstattung anstatt der Sachleistung in Kraft treten (vgl. Fastabend & Schneider 2004, S. 34).

Die gesetzliche Grundlage des § 13 Abs. 3 SGB V soll sicherstellen, dass Versicherte der GKV einen entsprechenden Versicherungsschutz haben, wenn sie durch das Netz des Sachleistungssystems fallen, das dem Systemversagen der GKV geschuldet ist (vgl. Brandts, R. 2009, S. 106). In diesem Fall kann das Sachleistungsprinzip umgangen und die

für den Versicherten entstandenen Kosten erstattet werden (vgl. Bundesverfassungsgericht und Senat 2005).

Das Recht einen Antrag zu stellen, steht jedem Versicherten einer gesetzlichen Krankenversicherung zu. Ein formales Antragsverfahren existiert nicht. Der Antrag auf Einzelfall-Kostenerstattung muss vom Versicherten bei der entsprechenden Krankenkasse beantragt werden und das sollte möglichst vor der Leistungsanspruchnahme erfolgen. Eine vom behandelnden Arzt erstellte medizinische Begründung sollte dem Antrag beigelegt sein. Dadurch kann die Krankenkasse den bestehenden Bedarf und die Notwendigkeit der Leistung überprüfen. Bestenfalls enthält eine medizinische Begründung Angaben über die Diagnose und den Krankheitsverlauf, eine ausführliche sowie nachvollziehbare Begründung für die entsprechende Therapie (vgl. Fastabend & Schneider 2004, S. 64).

Bei Einzelfallentscheidungen, die nicht durch die Krankenkasse entschieden werden können, muss der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) zur objektiven Fallbegutachtung zur Rate gezogen werden. Dieser prüft, ob die Kriterien der GKV, Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit, gegeben sind (vgl. MDK o.J. b). Der MDK ist eine Gemeinschaftseinrichtung der Landesverbände der GKV, die für die Krankenkassen beratend tätig sind (vgl. Simon 2013, S. 179). Probleme können darin bestehen, dass es kaum Gutachter des MDK geben kann, die bei fragwürdigen neuen Behandlungsformen über ein hohes Maß an Expertenwissen im Bereich der Schulmedizin und gleichzeitig der alternativen Therapieformen verfügen (vgl. Hübner et. al 2013, S. 2). Der MDK trifft konkret keine Leistungsentscheidungen, sondern gibt mit Hilfe seiner Gutachten eine medizinische Grundlage für eine Entscheidung über den Leistungsanspruch, der MDK steht somit nur als Berater der Krankenkasse zur Seite (vgl. Luther et al. 2006, S. 411f). Mögliche Einsatzgebiete des MDK sind in der Abb. 3 zu sehen. In diesen verschiedenen Bereichen kann es auch zu Anträgen auf Einzelfall-Kostenerstattung kommen, wenn es sich um außervertragliche Leistungen handelt:

Tab. 1 Begutachtungs- und Beratungsfelder des MDK in der Dermatologie (Auswahl)
Neue (außervertragliche) Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB): z. B. Laserverfahren, Liposuktion, photodynamische Therapie
Verordnung von Arzneimitteln außerhalb zugelassener Indikationen: z. B. intravenöse Immunglobuline, topische und interne Immunmodulatoren, Hochpreisarzneimittel
Notwendigkeit und Dauer stationärer Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V), Beurteilung der DRG-Kodierung
Dermatologische Rehabilitation
Auslandsbehandlung (§ 18 SGB V), z. B. Totes Meer
Dermatologische Hilfsmittel: z. B. UV-Heimbestrahlungsgeräte, Heimgeräte zur Leitungswasseriontophorese, Kompressions-/Verbandsysteme bei Ulcus cruris
Vermutete Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht/"Behandlungsfehler" (§ 66 SGB V)
Arbeitsunfähigkeit
Heilmittelverordnungen: z. B. manuelle Lymphdrainage
Abgrenzung medizinisch notwendiger Maßnahmen von rein kosmetischen Maßnahmen

Abbildung 3: Gebiete der Beurteilung (Quelle: Luther et al. 2006, S. 412)

Der Kostenerstattung nach § 13 SGB V ist einer immer größeren Bedeutung zuzusprechen. Das ist an der ständigen Gesetzesüberarbeitung deutlich zu sehen. Der § 13 Abs. 2 SGB V wurde mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) (vgl. Gesetz vom 14.11.2003 BGBl. I) und dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) (vgl. Gesetz vom 26.03.2007 BGBl. I) geändert und Absatz 4 bis 6 wurden durch das GMG am 01.01.2004 hinzugefügt (vgl. Brandts 2009, S. 101). Und so wurde auch der Paragraph mit Absatz 3a durch das Patientenrechtegesetz erweitert (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2013 und § 13 Abs. 3a SGB V).

### 3.2. Zeitrahmen der Entscheidungsfindung

In dem § 13 Abs. 3a SGB V hat der Gesetzgeber eine zusätzliche Regelung eingeführt, die die Krankenkassen mit einer Frist für die Entscheidung über Anträge auf Kostenerstattung zeitlich begrenzen soll. Ein Grund kann die Tatsache sein, dass Patienten mit lebensbedrohlichen Erkrankungen, eine Kostenübernahme bestimmter, notwendigen Therapiemethoden beantragen müssen, wenn keine in der Regelversorgung vorhandene Methode eine Heilung verspricht. Die Krankheit lässt dann eine lange Bearbeitungszeit nicht zu. Zudem soll das Bewilligungsverfahren durch die gesetzliche Änderung beschleunigt werden sowie transparent und nachvollziehbar sein (vgl. Noftz 2015, S. 7).

Die gesetzlichen Krankenkassen haben eine Frist von **drei Wochen**, um über den Antrag auf Einzelfall-Erstattung zu entscheiden. Muss für eine Entscheidung der MDK zur Fallbegutachtung herangezogen werden, verlängert sich die Frist um weitere zwei Wochen auf insgesamt **fünf Wochen**. Über diesen Vorgang muss der Versicherte informiert werden. Die folgende Abb. 4 veranschaulicht bildlich den gesetzlich geregelten Zeitrahmen.

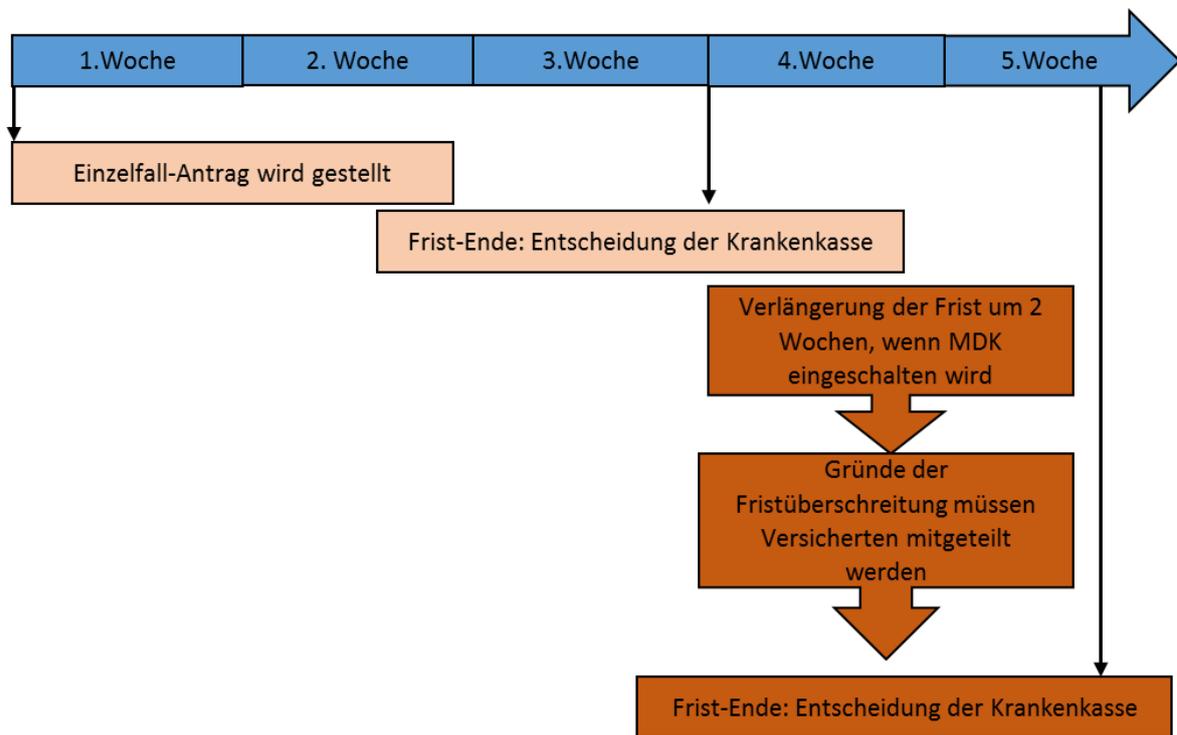


Abbildung 4: Timeline Bearbeitungsfristen der Einzelfall-Anträge nach § 13 Abs. 3a SGB V, (Quelle: eigene Darstellung)

Sollte die Krankenkasse die gesetzlich vorgegebenen Fristen nicht einhalten können, muss die GKV den Versicherten mit einer entsprechenden Begründung über die Fristverlängerung in Kenntnis setzen. Erfolgte eine schriftliche Kenntnisnahme mit angemessenen Gründen einer Fristüberschreitung nicht, besteht die beantragte Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt (§ 13 Abs. 3a SGB V).

Die Gesetzesänderung erfolgte mit der Einführung des Patientenrechtegesetzes und diese soll bewirken, dass Anträge zügiger von den Krankenkassen bearbeitet werden. So soll vermieden werden, dass Krankenkassen auf Zeit spielen und die Entscheidung extra lange hinauszögern. Darüber hinaus sollten durch die Gesetzesänderung die Rechte der Patienten verbessert werden (vgl. Hackstein 2013).

### 3.3. Neue Behandlungs- und Untersuchungsmethoden (NUB)

Der wissenschaftliche Fortschritt und die medizinischen Möglichkeiten entwickeln sich heutzutage oft schnell und das ist auch notwendig. Dennoch dauert es oft eine längere Zeit bis

eine neue Behandlungs- oder Untersuchungsmethode (NUB) ausreichend geprüft, der Nutzen bewertet und eine Entscheidung über die Aufnahme in der Regelversorgung der GKV getroffen werden kann. Bis eine neu entwickelte Therapieform vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) positiv bewertet wird, ist es ein langer Weg (vgl. Schneider 2010 S. 22). In der Regel sind diese neuen Methoden nicht im Leistungskatalog enthalten und durch Einzelfall-Anträge kann eine Kostenübernahme bei den Krankenkassen beantragt werden, solange sie noch nicht vom G-BA bewertet worden sind. Der folgende Abschnitt erläutert genauer, wie der Weg einer NUB von der Einführung zur Aufnahme in die Regelerstattung der GKV sein kann.

### 3.3.1. Entscheidungsgremium G-BA

Der Leistungsanspruch der GKV-Versicherten an vertragsärztlichen Versorgung wird nicht ausschließlich im Sozialgesetzbuch geregelt. Das Sozialgesetzbuch gibt eher die gesetzliche Grundlage für eine Behandlung der Patienten. Aber ob eine Methode zur Leistungspflicht der Krankenkassen führt, bestimmt der G-BA in entsprechenden Richtlinien. Der Gesetzgeber hat dem G-BA, als oberstes Beschlussgremium, im Rahmen der Selbstverwaltung diesen Auftrag gegeben (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2010, S. 98). Selbstverwaltung bedeutet, dass der Staat im öffentlichen Interesse bestimmte Aufgaben an anderen Institutionen delegiert (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss o.J.).

Der G-BA besteht aus Vertretern von Krankenkassen, Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten und Krankenhäusern (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2010, S. 98). Dadurch sollen die Interessen von allen Gruppen im G-BA vertreten sein, um eine bestmögliche Versorgung für die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung sicher zu stellen, sowie den Leistungskatalog weiterentwickeln zu können (vgl. Pfeiffer, D 2009, S. 42). Auch Patientenvertreter sind im G-BA eingebunden, die ein Mitberatungs- und Antragsrecht haben. Demgemäß können sie Einfluss nehmen, über welche neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden entschieden werden sollen und welche als notwendig erachtet werden (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2015b). Der G-BA beurteilt, ob die neuen Methoden die Anforderungen der gesetzlichen Krankenversicherung erfüllen. Auf die Art und Weise soll eine im SGB V beschriebene **ausreichende, notwendige und wirtschaftliche** vertragsärztliche Versorgung sichergestellt werden. Sind die Voraussetzungen gegeben, werden die neuen Therapiemethoden als Leistungspflicht der Krankenkassen integriert (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2015a). Neue Methode bedeutet in diesem Sinne nicht, dass diese vor einer gewissen Zeit entwickelt wurde, sondern vielmehr, ob es ein

„systematisch-wissenschaftlicher Ansatz zugrunde liegt“, der bisher keine Leistungspflicht der Krankenkasse auslöst (Felix 2014, S. 284).

Die durch den G-BA festgelegten Richtlinien sind für alle Akteure der GKV maßgebend. Darüber hinaus untersucht der G-BA den Nutzen einer medizinischen Leistung auf Grundlage der evidenzbasierten Medizin. Das bedeutet, wissenschaftliche Studien können einen Nutzen der neuen Methode nachweisen. Somit ist es nicht Aufgabe des G-BA, die Wirksamkeit eines neuen Behandlungsverfahrens zu beweisen, sondern einen therapeutischen bzw. diagnostischen Nutzen mit Hilfe von aktuellen und medizinischen Erkenntnissen festzustellen. Die Aufgabe der Methodenbewertung kann als wichtig erachtet werden, da eine Regulation der begrenzten Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem aktuellsten Stand der Medizin erfolgt (vgl. Pfeiffer, D. 2009, S. 42). Ergänzend legt der G-BA Maßnahmen zur Qualitätssicherung für den stationären und ambulanten Leistungsbereich fest (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss o.J.).

### 3.3.2. Der Weg von NUB

Die Zulassung neuer Therapiemöglichkeiten ist kompliziert und nimmt im Regelfall einen gewissen Zeitraum in Anspruch. Es wird in der Zulassung zwischen ambulanten und stationären Leistungen unterschieden (vgl. Brenner 2014). Nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V soll der G-BA Richtlinien über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden beschließen. Im § 135 Abs. 1 SGB V ist das genaue Verfahren geregelt.

*„Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürfen in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur erbracht werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss auf Antrag eines Unparteiischen nach § 91 Abs. 2 Satz 1, einer Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer Kassenärztlichen Vereinigung oder des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 Empfehlungen abgegeben hat über*

*1. die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit - auch im Vergleich zu bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachte Methoden - nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse in der jeweiligen Therapierichtung“ (§ 135 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V)*

Gemäß Satz 1 dieses Gesetzes dürfen neue Therapiemöglichkeiten nur dann als vertragsärztliche Versorgung von der Krankenkasse übernommen werden, wenn der G-BA Empfehlungen über die Anerkennung des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit, auch im Vergleich zu den bereits anerkannten medizinischen Verfahren, abgegeben hat (vgl. Hölz 2013, S. 3).

Der § 135 SGB V ist als wichtig für den Erhalt der innovativen Medizin anzusehen (vgl. Felix 2014, S. 284). Der G-BA prüft neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V, auf Antrag einer Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer Kassenärztlichen Vereinigung oder des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (§ 135 Abs. 1 SGB V).

Methoden im ambulanten Bereich werden darauf geprüft, ob die entsprechende Leistung wirtschaftlich, zweckmäßig und auch erforderlich ist. Gibt der G-BA ein positives Votum für die neue Methode, kann sie in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen werden. Vorher darf ein Leistungserbringer, wie zum Beispiel ein Arzt, die Methode nicht erbringen und mit der jeweiligen Krankenkasse abrechnen. Das wird als **Erlaubnisvorbehalt** bezeichnet (vgl. Eggert et al. 2010). Der G-BA kann in speziellen Fällen bestimmen, dass eine Methode in einer klinischen Studie erst geprüft werden soll. Danach entscheidet der G-BA nochmals, ob die Methode erlaubt wird (vgl. AOK 2012).

Im stationären Bereich hingegen herrscht das entgegengesetzte Prinzip, das **Verbotsvorbehalt**. Gemäß § 137c Abs. 1 SGB V, sind neue Methoden im Krankenhaus erlaubt, solange diese nicht speziell vom G-BA ausgeschlossen sind (vgl. Brenner 2014). Die Prüfung erfolgt auf Antrag des GKV-Spitzenverbandes, eines Bundesverbandes der Krankenhausträger oder der deutschen Krankenhausgesellschaft. Der G-BA hat, wie bei der Prüfung von ambulanten neuen NUB, die Wirtschaftlichkeit, Notwendigkeit und Angemessenheit der Methoden zu überprüfen. Stellt der G-BA fest, dass keine ausreichende Zweckmäßigkeit dieser Leistung gegeben ist bzw. diese nicht ausreichend belegt ist, sowie der Nutzen nicht überwiegt, kann der G-BA die überprüfte Methode aus der Leistungspflicht der Krankenkassen ausschließen (§137c Abs. 1 SGB V).

Die vom G-BA beschlossenen Richtlinien sind verbindlich, dennoch gibt es in bestimmten Einzelfällen auch die Möglichkeit von dem G-BA ausgeschlossene NUB zu Lasten der GKV abzurechnen (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2013). Demnach muss eine Bewertung des G-BA keinen Einfluss auf die Leistungspflicht der Krankenkassen im Einzelfall haben

(vgl. Breitzkreutz 2012, S. 57). Der G-BA trifft keine Einzelfallentscheidungen, seine Bewertung soll die Gesamtheit abdecken. Die Prüfung der neuen Methoden erfolgt deshalb nur auf Grundlage von evidenzbasierten und validen Studien (vgl. Pfeiffer 2009, S. 42).

### 3.4. Nikolausurteil

Neue Untersuchungsmethoden aus der Forschung, aber auch neue Therapiemöglichkeiten, die noch nicht vom G-BA genehmigt bzw. in die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen wurden, können seit dem 06.12.2005 in Ausnahmefällen durchgeführt werden. Das hat folglich einen großen Einfluss auf die Einzelfallerstattung in der GKV (vgl. Grünhagen 2009, S. 12).

Am 06.12.2005 hat das Bundesverfassungsgericht mit dem sogenannten Nikolausbeschluss (oder auch Nikolausurteil) weitere Einschränkungen und Voraussetzungen für eine Kostenübernahme bei Leistungen außerhalb der Leistungspflicht der GKV getroffen (vgl. Keil 2015, S.103).

In einem Fall hatte ein an Duchenn'scher Muskeldystrophie erkrankter Patient ohne eine geeignete Therapie nur eine geringe Überlebenschance. Für diese Erkrankung konnte der Arzt keine anerkannte Standardtherapie anwenden, es blieb nur eine nicht im Leistungskatalog medizinisch anerkannte Behandlungsmethode. Da die Methode vom G-BA nicht erlaubt wurde, verlor der Patient die eingereichte Klage vor dem Bundessozialgericht. Daraufhin erhob er eine Verfassungsbeschwerde vor dem BVerfG (vgl. Keil 2015, S. 103). Das BVerfG stellte fest, dass die Ablehnung der Kostenübernahme nicht vereinbar mit den Grundrechten aus Art. 2 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG sei. Ein Versicherter erhält nur deshalb keine lebensnotwendige Leistung, weil sie nicht in der Regelversorgung der Krankenkassen enthalten ist (vgl. Bundesgesetzblatt Teil 1; Nr. 55). Die Richter führten als Begründung der Gesetzesänderung die bisherige Nichtvereinbarkeit der Grundrechte an. Das Grundgesetz sagt aus, dass der Staat in Form der GKV Verantwortung für Leben und körperliche Unversehrtheit hat, die Verantwortung vor allem in lebensbedrohlichen Erkrankungen zu übernehmen, auch wenn die entsprechende Behandlung außerhalb des Leistungskatalogs liegt. Behandlungen außerhalb des Leistungssystems der GKV fanden bis zum Beschluss keine Berücksichtigung bei der Kostenerstattung. Das führte zum Nikolausbeschluss (vgl. Hess 2006, S.9).

Folglich kann eine erforderliche Behandlung eine Leistungspflicht der Krankenkassen im Einzelfall auslösen, wenn ein Versicherter an einer **lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung leidet**, die zum Tod oder zu einer Behinderung ohne diese jeweilige Behandlung führen kann (vgl. Grünhagen 2009, S.12). Zweite Voraussetzung ist, dass es keine weitere medizinisch anerkannte Standardmethode zur Verfügung steht und die Behandlungsmethode eine **nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung** verspricht bzw. positive Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf hat (vgl. Grünhagen 2009, S. 12 f.).

Seit dem Beschluss des G-BA vom 20. Januar 2011 wirkt der Nikolausbeschluss auch bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die vom G-BA bereits ausgeschlossen wurden (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2011). Darüber hinaus ist seit dem 01.01.2012 der Nikolausbeschluss mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz in das Gesetzbuch verankert worden.

*„Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, können auch eine von Absatz 1 Satz 3 abweichende Leistung beanspruchen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.“ (§ 2 Abs. 1a Satz 1 SGB V)*

Nach dem Gesetz haben Patienten mit lebensbedrohlichen bzw. tödlichen Erkrankungen in bestimmten Fällen einen Anspruch auf Kostenübernahme ihrer Behandlung gegenüber ihrer Krankenkasse (vgl. Hübner et. al 2013, S. 1).

Das erweiterte Gesetz umfasst weitestgehend die gleichen Voraussetzungen, wie zuvor das Nikolausurteil. Wenn keine anerkannte Therapieoption zur Verfügung steht und die Behandlung eine positive Wirkung auf den Krankheitsverlauf bzw. eine Heilung bewirkt, haben Versicherte auch Anspruch auf eine außerhalb der Regelversorgung liegende Leistung (§ 2 Abs. 1a SGB V). Die Aussicht auf eine Verbesserung durch die Therapie sollten durch Evidenzen oder Studien belegt werden. Eine große Bedeutung hat die Gesetzesänderung für Tumorpatienten, die mit den bisher zugelassenen Möglichkeiten, keinen Erfolg auf Heilung bzw. Aussicht auf ein Überleben haben. Durch die Einzelfall-Erstattung sollen diese Patienten eine Chance auf eine Kostenübernahme durch ihre Krankenkasse bekommen.

## 4. Präzedenzfall eines Einzelfall-Antrags nach § 13 Abs. 3 SGB V

Durch die Gesetzeserweiterung des § 2 Abs. 1a SGB V, können besonders Krebspatienten von den Einzelfall-Erstattungen profitieren, wenn es keine geeignete Methode gibt, die dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht. Durch die Einzelfall-Kostenerstattungen können neuartige, noch nicht in der Regelversorgung aufgenommene, Therapie- oder Behandlungsmethoden angewandt werden, wenn eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse bewilligt wird.

In dem folgenden Beispiel soll in Abschnitt 4.1 und 4.2 anhand eines New Oncology-Patienten verdeutlicht werden, wie es zu einem Einzelfall-Antrag kommen kann und wie Experten-Teams bei der Beantragung des Einzelfall-Antrags den Patienten unterstützen können. Das Beispiel kann auf andere Fälle der Einzelfall-Kostenerstattung von außervertraglichen Leistungen übertragen werden.

### 4.1. Prozess vom Arztbesuch bis zur Beantragung der Einzelfall-Erstattung am Beispiel eines New Oncology Patienten

Die Firma New Oncology hat ein molekularpathologisches Testverfahren (NEOPlus®) für Patienten mit einem nichtkleinzelligem Bronchialkarzinom und Patienten, bei denen Standardverfahren keinen Primärtumor identifizieren können, entwickelt. Eine Studie mit 5.000 Bronchialkarzinom-Probanden hat gezeigt, dass Patienten von der neuen Neo-Methode profitieren. Genveränderungen werden durch den Test identifiziert und bieten den Ärzten eine Basis für die Therapieentscheidung. Die richtige Therapieentscheidung führt statistisch eher zu einer höheren Überlebenschance (vgl. New Oncology 2015, S. 3-4).

Diese Methode ist bisher nicht in der Regelversorgung der GKV aufgenommen, somit besteht keine Leistungspflicht seitens der Krankenkassen. Die einzige Möglichkeit, die molekularpathologische Diagnostik mittels NEOPlus-Test auf Kosten der GKV durchführen zu lassen, besteht darin, einen Antrag auf Einzelfall-Erstattung bei den Krankenkassen zu stellen. Andernfalls müssten die Kosten der Behandlung durch den Patienten selbst getragen werden. Die Patienten, die von dem Testverfahren mittels NEO-Plus-Test profitieren würden, leiden an einer schwerwiegenden Erkrankung, die lebensbedrohlich ist bzw. zum Tode führen kann. Die bisher angewandten Standardtherapien zeigten keinen Erfolg und es gibt

keine weitere Methode, die dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht (§ 2 Abs. 1 SGB V). Der Patient hat demzufolge alle in der Regelversorgung der GKV bestehenden Behandlungen ausgeschöpft. Grundsätzlich spricht der behandelnde Vertragsarzt die Empfehlung für den NEOPlus-Test aus, da es die einzige Möglichkeit ist, eine Heilung bzw. Verbesserung des Krankheitsverlaufs zu erzielen. Bezieht man sich auf das Nikolausurteil und somit auf den § 2 Abs. 1a SGB V sind die Voraussetzungen gegeben, um eine Kostenübernahme im Einzelfall zu erzielen:

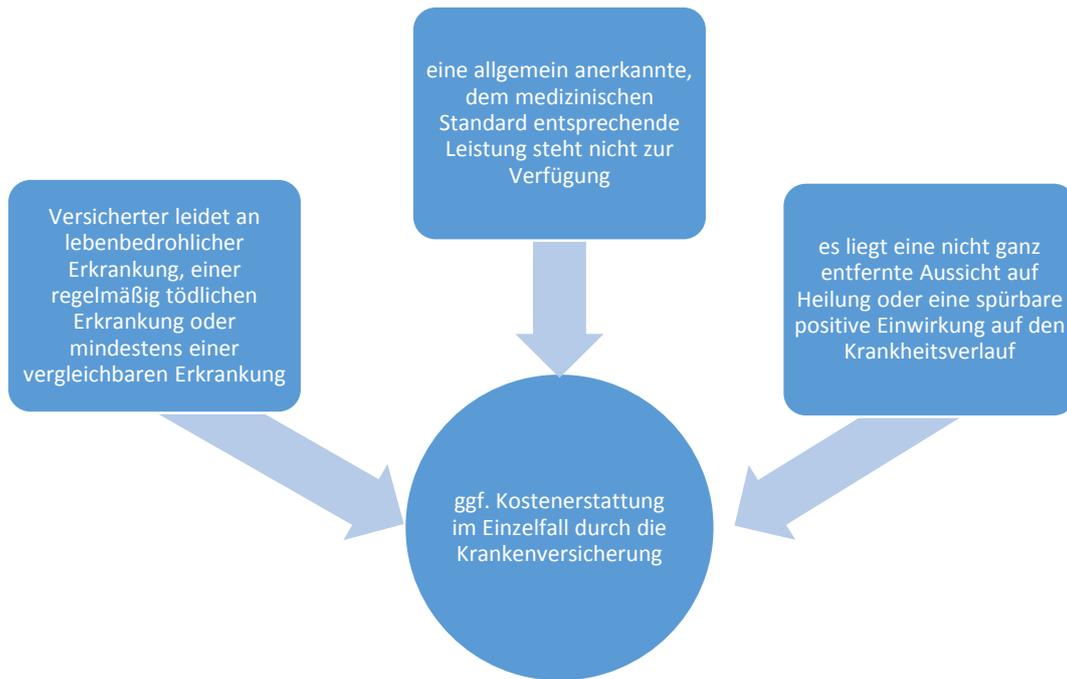


Abbildung 5: Voraussetzung für eine Kostenübernahme im Einzelfall nach § 2 Abs. 1a SGB V und dem Nikolausurteil (Quelle: eigene Darstellung nach § 2 Abs. 1a SGB V)

Der behandelnde Arzt hat gemäß § 630 e BGB den Patienten über den Leistungsanspruch aufzuklären und dementsprechend auch zu behandeln. Dieser muss über Art, Umfang und Ablauf der Behandlung, sowie über bestehende Risiken und Folgen informieren. Darüber hinaus besteht die Aufklärungspflicht in Form der Mitteilung von Notwendigkeit und Erfolgsaussicht der Behandlungsmethode und gegebenenfalls auch über mögliche Alternativen (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen 2013, S. 11-12). Außerdem ist der Arzt verpflichtet, über die Höhe der möglichen anfallenden Kosten aufzuklären. Im Vorfeld muss ein Vertrag über die Individuelle Gesundheitsleistung, kurz IGeL-Vertrag, mit dem Patienten geschlossen werden. IGeL-Leistungen sind Leistungen, die allgemein oder im Einzelfall nicht zu Lasten der GKV abgerechnet werden können, aber vom Patienten gewünscht und vom Arzt zum Teil empfohlen und geeignet sind (vgl. MDS o.J.). Der Patient muss im Falle einer Ablehnung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse, die Kosten

selber tragen. Da das Kostenrisiko somit beim Patienten liegt, muss vor Behandlungsbeginn der Patient der Behandlung zustimmen (vgl. Kassenärztliche Vereinigung Bayern 2014, S. 8-9). Dem Arzt kommt in diesen Fällen eine Aufklärungspflicht zu (vgl. Kassenärztliche Vereinigung Bayern 2014, S. 15).

#### 4.2. Einsatz von Experten-Teams: Die Hotline des Institut TakeCare

Damit die Wahrscheinlichkeit einer Kostenübernahme im Einzelfall erhöht werden kann, gibt es die Möglichkeit, Unterstützung von Expertenteams zu bekommen. Bei dem Beantragungsverfahren des NEOPlus-Tests bieten die Experten des Institut TakeCare GmbH (ITC) den Patienten fachliche Expertise und Unterstützung an. Das Institut hat sich zur Aufgabe gemacht, die Patienten professionell bei der Beantragung der Kostenerstattung gegenüber der Krankenkasse zu vertreten. Die dafür eingerichtete ITC-Hotline steht bei Fragen den Patienten, Ärzten und Krankenkassen zur Verfügung. Dem Patienten und behandelnden Arzt soll von der Antragstellung bis zur Entscheidung der Krankenkasse möglichst viel Aufwand abgenommen werden. Außerdem soll der Bearbeitungsprozess der Krankenkassen durch die regelmäßigen Sachstandabfragen der ITC-Hotline beschleunigt werden, damit die Behandlung rechtzeitig erfolgen kann.

Das Expertenteam tritt dann ein, wenn der Patient sich entscheidet, die neue Methode zur Krankheitsbekämpfung einzusetzen. Durch eine Vertretungserklärung kann das ITC für den Patienten tätig werden. Der erste Schritt der ITC-Hotline ist, den Patienten genau über die Therapiemöglichkeiten, entstehende Kosten und das Kostenrisiko zu informieren. Sollte der Patient der Therapie zustimmen, kann der Einzelfall-Antrag bei der entsprechenden Krankenversicherung gestellt werden. Der Antrag auf Einzelfall-Kostenerstattung muss vor der Inanspruchnahme gestellt werden. Es kann von Vorteil sein, wenn der Versicherte persönlich bei der Krankenkasse erscheint und sein Anliegen schildert.

Dem Arzt kommt eine besondere Rolle bei der Einzelfall-Erstattung zu. Damit die Krankenkassen eine Notwendigkeit der Behandlung/ Therapie erkennen kann, ist eine medizinische Begründung unerlässlich. Die Stellungnahme des Arztes sollte eine ausführliche Dokumentation des bisherigen Behandlungsverlaufs beinhalten, um darzustellen, dass alle Standardtherapien ausgeschöpft wurden. Ebenfalls sollte ein individueller Behandlungsplan der entsprechenden Methode, mit den voraussichtlichen Kosten, enthalten sein. Je besser die medizinische Begründung, umso eher könnte eine Kostenübernahme im Einzelfall erreicht werden.

Bei neuen Behandlungs- und Therapiemethoden können die Krankenkassen nur aufgrund evidenzbasierten Studien entscheiden. Deshalb sollten möglichst viele detaillierte Studien, den Erfolg der Therapie belegen. Hinzukommend kann es von Vorteil sein, die Kosten der entsprechenden Therapie, den anderen zur Verfügung stehenden Leistungen gegenüber zu stellen, um so den Mehrgewinn zu verdeutlichen.

Wird der Antrag von der Krankenkasse abgelehnt, hat der Patient das Recht, Widerspruch gegen den Ablehnungsbescheid innerhalb von vier Wochen einzulegen. Konnte dem Widerspruch nicht abgeholfen werden und es kann keine andere außergerichtliche Einigung gefunden werden, ist die nächste Instanz das Sozialgericht.

In der folgenden Abb. 6 ist die Prozesskette der ITC-Hotline dargestellt.

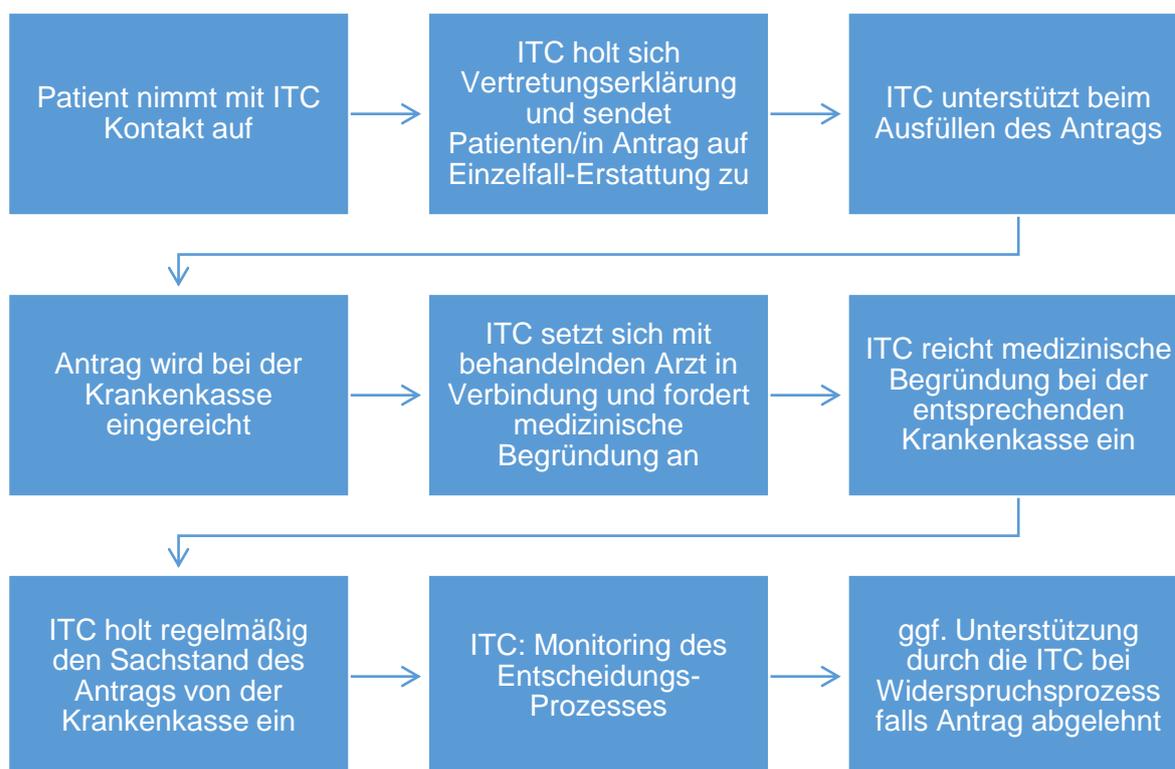


Abbildung 6: Prozesskette der ITC-Hotline bei der Beantragung des Einzelfall-Antrags (Quelle: eigene Darstellung)

## 5. Methodisches Vorgehen bei der explorativen Studie

In diesem Teil der Arbeit wird die Forschungsmethodik der quantitativen Erhebung beschrieben. Zuerst wird die Auswahl des Messinstruments erläutert, daraufhin der Aufbau des Fragebogens genauer erklärt sowie die Datenerhebung dargestellt.

### 5.1. Auswahl des Messinstruments

Der Entscheidung des Messinstruments, ging eine ausführliche Literaturrecherche voraus. Aus der Literaturrecherche ist hervorgegangen, dass es eher keine passenden Studien und wenig Daten zu dem Themengebiet der Einzelfall-Erstattung in der gesetzlichen Krankenkasse gibt.

Deshalb wurde sich bei der Datenerhebung für eine quantitative Befragung in Form eines standardisierten Fragebogens (s. Anhang a, S. 55-63) entschieden. Diese Auswahl fand statt, da eine quantitative Befragung zum einen vergleichsweise schnell durchzuführen ist. Zum anderen können viele Daten sowie Fakten mit einer Erhebung erfasst werden, weil viele Probanden zugleich befragt werden. Bei der explorativen Studie sollten viele Mengenangaben und Zahlenwerte abgefragt werden, wofür sich die quantitative Befragung optimal eignet (vgl. Büttner 2008, S. 283). Zudem sind bisher wenige Daten über den Umfang von Einzelfall-Erstattungen vorhanden.

Ein weiterer Aspekt der bei der Auswahl des passenden Messinstruments beachtet werden sollte, ist die Anonymität. Die Online-Befragung ist eine geeignete Methode, um die Anonymität strikt zu wahren. Außerdem werden die Probanden durch eine quantitative Erhebung weniger beeinflusst und dadurch können eher valide Daten erreicht werden.

Den Zuganglink haben die Krankenkassen mit einem standardisierten ausführlichen Anschreiben per E-Mail erhalten. Der standardisierte Fragebogen wurde mit Hilfe einer online Umfrageplattform erstellt, durchgeführt und anschließend ausgewertet. So werden die Ergebnisse in einem Datenpool angezeigt und es können keine Rückschlüsse auf einzelne Krankenkassen gezogen werden.

## 5.2. Aufbau des Fragebogens

Wie bereits in dem vorherigen Abschnitt erwähnt, existiert es zu dem Themengebiet wenig bis gar keine aussagekräftige Datenlage und Literatur. Deshalb ist es unausweichlich den Fragebogen ausführlich zu konzipieren und somit umfasst der Fragebogen 35 Items. Der Fragebogen gliedert sich in fünf Teilbereichen:

1. Bedeutung von Einzelfall-Anträgen für außervertragliche Leistungen
2. Erstattung
3. Einbeziehung MDK
4. Ablehnung und Probleme
5. Erfahrungen und Einschätzungen.

In dem Fragebogen sind 11 offene und 24 geschlossene Fragen enthalten. Bei offenen Fragen muss mit eigenen Worten bzw. Zahlenwerten geantwortet werden, wohingegen bei geschlossenen Fragen Antwortkategorien vorgegeben sind und der Proband sich für eine Antwortmöglichkeit entscheiden muss. Es wurden zum Teil offene Fragen gewählt, damit spezifische Information erfragt werden können, wie bei Frage 12 und 21 (s. Anhang a, S. 58 u. 61), wo Gründe für eine mögliche Kostenerstattung bzw. gegen eine solche ermittelt werden. Auf diese Weise wird der Proband nicht durch Antwortkategorien beeinflusst und es können neue Erkenntnisse gewonnen werden. Dennoch sind geschlossene Fragen von Wichtigkeit, um eine Standardisierung zu erreichen. Das heißt, sie haben die gleichen Items, die gleiche Abfolge und die Ergebnisse sind vergleichbarer (vgl. Büttner 2008, S. 283).

In dem Fragebogen wurden neben Fragen auch Aussagen abgeprüft (s. Frage 34.), zum Beispiel ob der Proband mit dem entsprechenden Statement übereinstimmt, dass eine andere Möglichkeit der Item-Formulierung darstellt (vgl. Mummendey 2003, S. 54). Der Befragte muss auf einer Skala entscheiden, von „stimme voll zu“ bis „stimme überhaupt nicht zu“. Die Kategorie „nicht bekannt“ bzw. „nicht beurteilbar“ wurde mit aufgenommen, damit auch bei nicht bestehenden Daten eine Aussage von den Probanden getroffen werden kann.

Die letzte Frage, Nummer 35, ist die Abfrage der Größe der teilnehmenden Krankenkasse. Damit keine konkreten Rückschlüsse gezogen werden können, wurden die Mitgliedergrößen in Kategorien dargestellt.

Vor dem Start der Befragung wurde der Fragebogen auf Fehler kontrolliert. Bei dem Pretest wurde der Fragebogen auf die Validität (Gültigkeit), Objektivität und Zuverlässigkeit (Reliabilität) geprüft (vgl. Schell et al. 2011, S. 7). Das sind die sogenannten Gütekriterien, die bei einer Erhebung erfüllt sein sollten, um empirisch gesicherte Daten bekommen zu können. Der Fragebogen ist valide, wenn er durch seine Fragen und Antwortkategorien das misst, was gemessen werden soll. Die Reliabilität des Messinstruments wird dadurch erreicht, dass der Fragebogen ausführlich auf Messfehler untersucht wird. Wichtig ist, dass jeder Proband eine Frage gleich versteht, sodass zuverlässige Ergebnisse erzielt werden können (vgl. Przyborski und Wohlrab-Sahr 2014, S. 21 ff.). Damit eine Erhebung das Gütekriterium Objektivität erfüllt, müssen die Ergebnisse nachvollziehbar und gleich sein. Das bedeutet, die erzielten Ergebnisse sind unabhängig von der Person, die die Studie durchgeführt hat. Um das erreichen zu können, wurde bei der Studie die Abläufe und der Fragebogen standardisiert (vgl. Hussy et al. 2010, S. 22).

Da die Zielpopulation Krankenkassen-Experten sind, wurden auch in dem Bereich gängige Fachwörter verwendet, dennoch eine gute und einfache Verständlichkeit stets beachtet. Zur Entwicklung des Fragebogens wurde als Experte ein Kassenmitarbeiter herangezogen, der an einer Vorab-Befragung teilnahm. Dieser prüfte die Verständlichkeit der Fragen, die bestehende Möglichkeit der Beantwortung sowie die Prüfung der korrekten Antwortkategorien. Damit eine möglichst gute Abbildung der Ergebnisse erfolgen kann, ist es von Bedeutung die passenden Antwortkategorien zu wählen.

### 5.3. Zeitpunkt und Durchführung der Datenerhebung

Am 14.12.2015 startete die Online-Befragung. Bis zum 15.01.2016 konnte an der Befragung teilgenommen werden. Die Auswahl der Krankenkassen fand willkürlich statt, aus den 100 größten Krankenkassen wurden 70 beliebig gewählt. Es fand eine Auswahl aus allen Ersatzkassen, IKKn, AOKn und den größten BKKn statt.

Die Gesamtstichprobe wurde dann in zwei Gruppen geteilt. Um möglichst viele Krankenkassen für die quantitative Erhebung zu generieren, wurden 43 gesetzliche Krankenkassen vorab telefonisch über die Absicht einer Befragung informiert, um mehr Krankenkassen zu einer Teilnahme zu bewegen. Zum anderen wurden die kleineren bzw. die telefonisch nicht

erreichbaren Krankenkassen ohne vorherige Ankündigung angeschrieben. 27 Kassen wurden angeschrieben ohne vorher telefonisch über die Befragung informiert worden zu sein. Somit wurden insgesamt 70 Krankenkassen per E-Mail angeschrieben.

In der E-Mail befand sich der Zugangslink zur Befragung sowie der Fragebogen im pdf-Format, um ihn sich vorab anschauen zu können. Das kann die Gefahr mit sich bringen, dass die Befragten nicht mehr spontan antworten und beeinflusst werden. Da aber viele Angaben über Werte, Zahlen, Auswertungen und Statistiken der Krankenkasse getätigt werden müssen und es ausdrücklich von den meisten Krankenkassen gewünscht wurde, hat sich die Autorin für diese Möglichkeit entschieden.

In dem standardisierten E-Mail-Anschreiben (s. Anhang a, S. 55) wurde die Vorgehensweise der Befragung genauer erläutert und nochmals auf die strikte Wahrung des Datenschutzes und der Anonymität aufmerksam gemacht.

Nach Schließung des Links und somit der Befragung und Erhalt aller Daten, wurden diese auf Plausibilität und Auffälligkeiten geprüft um einer Verzerrung der Ergebnisse zu verhindern.

## 6. Ergebnisse der Studie

Insgesamt haben von den 70 versendeten Fragebögen, 7 Teilnehmer an der Studie teilgenommen. Die Rücklauf-Quote (Responserate) beträgt somit 10 %:

$$(7 \text{ beantwortete Fragebögen} : 70 \text{ versendete Fragebögen}) * 100 = 10 \%$$

Dabei ist zu erwähnen, dass nicht alle Teilnehmer den Fragebogen vollständig bis zum Ende ausgefüllt haben. Einige Fragen wurden nicht beantwortet (Missings).

Mehr als die Hälfte der Teilnehmer ( $\frac{3}{5}$ ), waren Krankenkassen mit einer Mitgliederzahl von < 500.000. Die anderen hatten jeweils eine Mitgliedergröße von > 1Mio.-1,5Mio. und über > 2 Mio. Zwei Teilnehmer haben keine Angaben getätigt.

Die Mehrheit (<sup>6</sup>/7) gibt an, über keine *Abteilung* zu verfügen, die ausschließlich für die Bearbeitung von Einzelfall-Anträgen zuständig ist. Auf die Frage, ob Statistiken über den Eingang von Kosterstattungsanträgen von außervertraglichen Leistungen getätigt werden, antworteten ebenfalls sechs von sieben mit „nein“.

Die Anzahl der eingehenden Anträge auf Einzelfall-Kostenerstattung pro Jahr ist bei den befragten Krankenkassen unterschiedlich (s. Abb. 7). Während drei der Befragten *weniger als 500 Anträge* zu verzeichnen haben, hat eine Krankenkasse *500-900* und die andere *2.000 oder mehr Anträge*. Zwei Teilnehmern war eine Anzahl der eingehenden Anträge pro Jahr gar nicht bekannt.

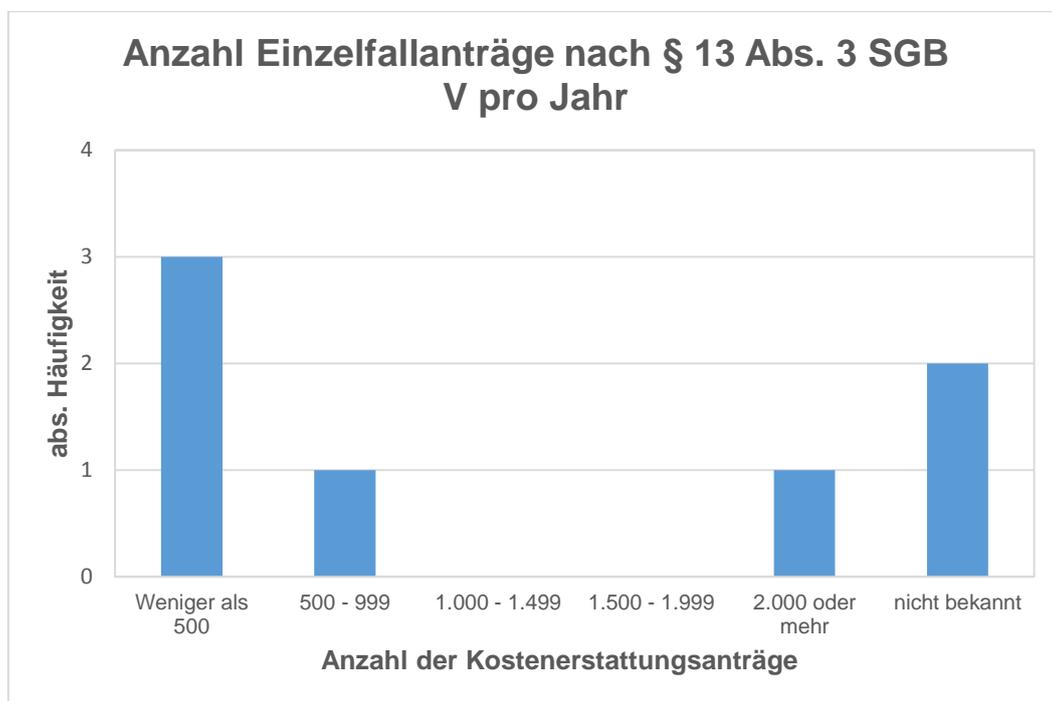


Abbildung 7: Auswertung Frage 3 quantitative Erhebung: Anzahl Einzelfall-Anträge in der GKV pro Jahr (Quelle: Frage 3, Eigene Darstellung)

Die folgende offene Frage aus dem Fragebogen bezieht sich auf die vorherige Frage 3. Dort wird nach einer konkreten Anzahl der Einzelfall-Anträgen gefragt. Ausschließlich ein Befragter gab an, *3.352 Einzelfall-Anträge* pro Jahr zu erhalten. Da lediglich einer antwortete, kann vermutet werden, dass dieser auch eine Statistik über den Eingang führt (s. Frage 2).

In Frage 5 wurden die bei der Antragstellung am häufigsten vorkommenden Indikationen ermittelt. Folgende Bereiche wurden von den Studienteilnehmern genannt:

- *Krebserkrankung, Gendiagnostik und neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden*
- *Rückenbeschwerden, psychische Erkrankungen, Schmerzen*
- *kein einheitliches Bild*
- *nicht bekannt*
- *Schwangerschaft, Zahnerkrankung*

Die häufigsten Therapien bzw. Methoden, die bei den befragten Krankenkassen bei der Einzelfallkostenerstattung beantragt werden, sind folgende:

- *Pränataltest (Gendiagnostik von Ungeborenen), PET - CT (Diagnostik der Krebserkrankung außerhalb der durch den GBA zugelassen Diagnostika), Arzneimittel,*
- *kann pauschal nicht benannt werden. Das ganze Spektrum von individuellen Gesundheitsleistungen (iGeL-Leistungen) wird beantragt,*
- *kein einheitliches Bild,*
- *nicht bekannt,*
- *Pranea-Test, Biomarker-Test.*

Zudem sollten die Befragten in der Frage 7 den prozentualen Anteil an Einzelfall-Anträgen für die jeweiligen Bereiche ambulant, teilstationär und stationär angeben. Bildet man ein Durchschnitt aller getätigten Antworten der Befragten von den jeweiligen Bereichen, ergibt sich, dass 75 % der gesamten Einzelfall-Anträge im *ambulantem Bereich*, 10,8 % im *teilstationären* und 14,2 % im *stationären* Bereich vorkommen.

Bezogen auf die Frage, wo die Leistungsausgaben für die Kostenerstattungen im Einzelfall gelistet werden, fallen die Antworten verschieden aus (s. Abb. 8). Drei von sieben der Befragten listen die *Ausgaben gesondert*, zwei von sieben mit *allgemeinen Leistungsausgaben* und ebenfalls zwei von sieben *teils, teils*.

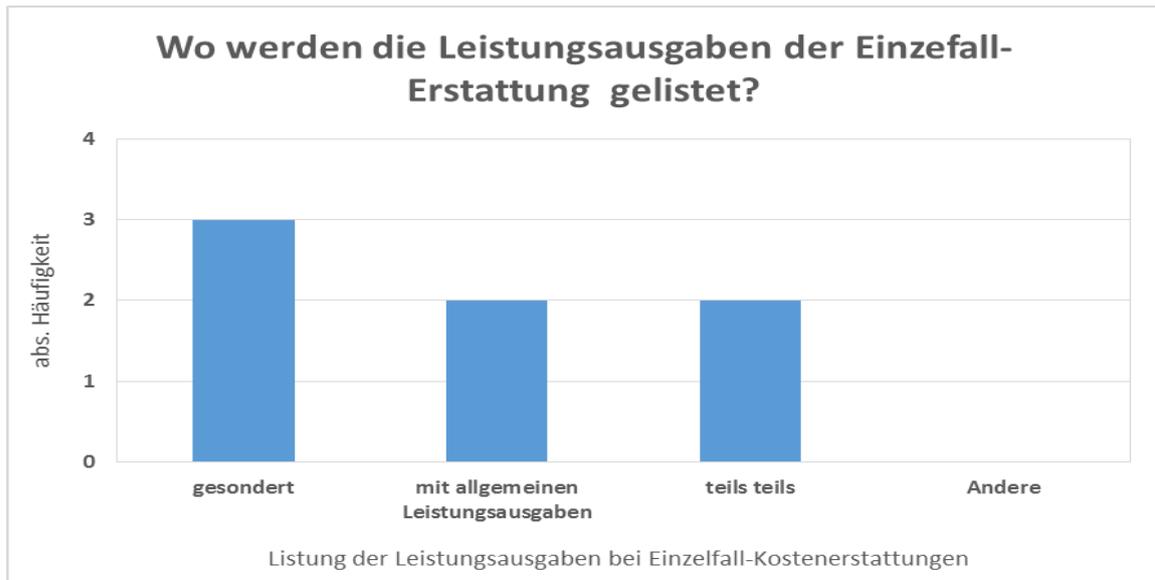


Abbildung 8: Wo werden die Leistungsausgaben der Einzelfall-Erstattungen in der GKV gelistet? (Quelle: Frage 8, eigene Darstellung)

Als gesetzliche Grundlage, auf die sich die Befragten bei der Prüfung eines Einzelfall-Kostenerstattungsantrags in der Regel beziehen, wurden folgende Aussagen getätigt:

Tabelle 1: Gesetzliche Grundlagen, auf die sich die Studienteilnehmer bei der Prüfung von Einzelfall-Kostenerstattungsanträgen beziehen, (Quelle: Ergebnisse Frage 9, eigene Darstellung)

Krankenkassen-ID	Genannten Antworten
<b>001</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• § der Satzung, § 2 SGB V, Nikolausurteil, § 12 SGB V</li> </ul>
<b>002</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satzungsleistung, Einzelfallentscheidung nach Abwägung Nutzen, Wirtschaftlichkeit etc.</li> </ul>
<b>003</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• § 13 Abs. 3 SGB V, BverfG "Nikolausbeschluss"</li> </ul>
<b>004</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• § 13 Abs. 2 SGB V (Wahl der Kostenerstattung),</li> <li>• § 13 Abs. 3 SGB V (Systemversagen bzw. zu Unrecht abgelehnte Leistung),</li> <li>• § 2 Abs. 1a SGB V (Lebensbedrohliche Erkrankungen)</li> </ul>

<b>005</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• § 12 SGB V</li> <li>• § 13 SGB V</li> </ul>
------------	--

Darüber hinaus sollten die Befragten bei Frage 10 angeben, wie viel Prozent der eingehenden Einzelfall-Anträgen sie durchschnittlich genehmigen. Laut Angaben der befragten Krankenkassen, werden bei zwei von fünf Befragten weniger als 20 % der eingehenden Anträge auf Einzelfall-Erstattung *genehmigt*. Einer von fünf gab an, dass 60-79 % genehmigt werden und zwei Teilnehmern sind diese Angaben nicht bekannt. Nur einer der Befragten konnte mit 76 % genehmigter Einzelfälle pro Jahr einen konkreten prozentualen Umfang nennen, der in der darauffolgenden Frage angegeben werden konnte.

Bei Frage 12 konnten die Befragten drei mögliche Entscheidungsgründe nennen, die eine Kostenübernahme von außervertraglichen Leistungen im Einzelfall ermöglichen. In der folgenden Tabelle sind die angegebenen Gründe sowie die jeweilige Häufigkeit der Nennung unter den Befragten dargestellt. Nicht alle Befragten haben drei Gründe genannt:

*Tabelle 2: Gründe für eine Kostenübernahme, die die befragten Krankenkassen angegeben haben, (Quelle: eigene Darstellung, Frage 12)*

Genannte Gründe	Anzahl der Nennungen
Lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankungen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht (§ 2 SGB V)	4/5 der Befragten
Kassenleistungen, für die noch keine Abrechnungsziffern festgelegt wurde (Systemversagen nach § 13 Abs. 3 SGB V)	3/5 der Befragten
Sozialversicherungsrechtlich regelwidriger Körperzustand, der behandlungsbedürftig ist	1/5 der Befragten
Entscheidung des KBs aufgrund der Kundensituation	1/5 der Befragten
Medizinische Notwendigkeit wird vom MDK gesehen	1/5 der Befragten

Neue Behandlungsmethode im Krankenhaus	1/5 der Befragten
Wirtschaftlichkeitsgebot	1/5 der Befragten

Weiterhin geht aus Frage 13 hervor, dass der größte Teil der befragten Krankenkassen ( $\frac{3}{5}$ ) über keine genauen Angaben, bei wie viel Prozent der Einzelfällen eine *Vollkostenerstattung* vorgenommen werden, verfügt. Zwei von fünf der Befragten gaben an, in 80 % (und mehr) der Kostenerstattungen im Einzelfall eine Vollkostenerstattung vorzunehmen.

Bei der folgenden Frage sollten die Krankenkassen die prozentuale Häufigkeit der jeweiligen Kostenerstattungsbeträge angeben, die bei den eingehenden Einzelfall-Anträgen vorkommen. Wird aus den angegebenen Häufigkeiten der jeweiligen Antwortkategorien ein Durchschnitt gebildet, ergeben sich folgende Ergebnisse. Die Abbildung 9 zeigt, dass durchschnittlich in 37,5 % der Einzelfall-Erstattungen *Kostenerstattungsbeträge* in Höhe von 1.000 bis 9.999 € vorkommen. Gefolgt mit 28,75 % der Fälle, werden über Kostenerstattungsbeträge in Höhe von 100 bis 999 € entschieden. Danach folgt die Kategorie weniger als 100 € mit einer durchschnittlichen Häufigkeit von 22,5 %. Beträge von 10.000 bis 99.999 € kommen zu 4,75 % vor und mit einer Häufigkeit von weniger als 2 %, kommen Fälle mit Erstattungsbeträge über 100.000 € vor.

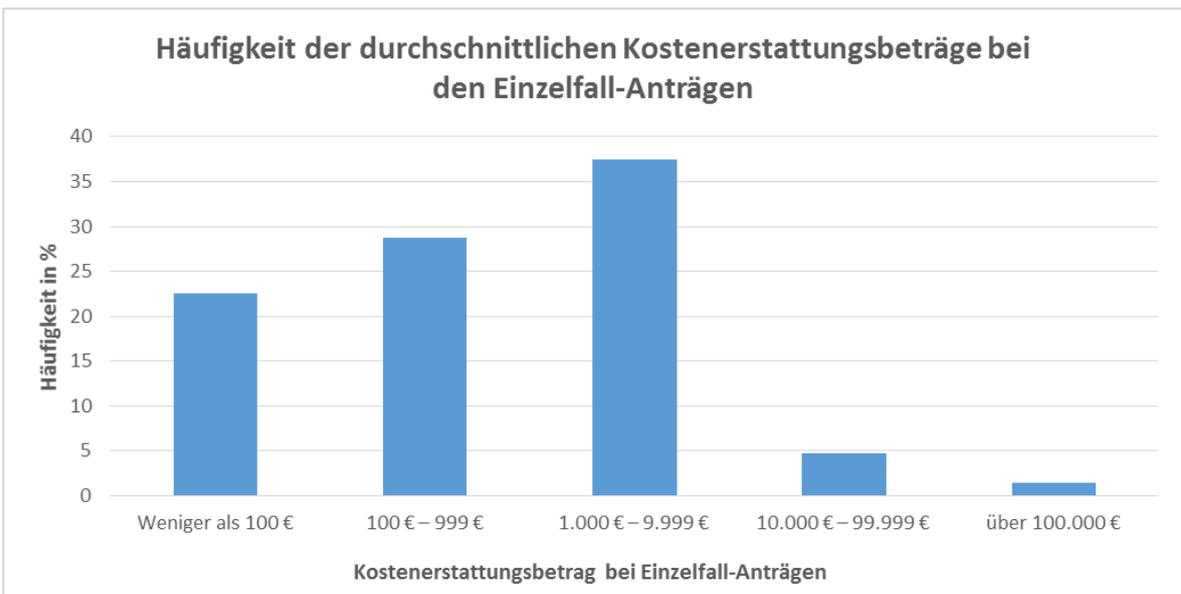


Abbildung 9: prozentuale Häufigkeit von durchschnittlichen Kostenerstattungsbeträge bei Einzelfall-Anträgen in der GKV (Quelle: Ergebnisse der Frage 15, eigene Darstellung)

Die Frage Nummer 17 lautete: „Wie viel Prozent der eingehenden Anträge auf Einzelfall-Erstattung werden zu einer sozialmedizinischen Fallberatung an den MDK gegeben?“ (s. Anhang a, S. 61). Zwei von fünf der Befragten geben an, bei 20-39 % der eingehenden Einzelfall-Anträge den MDK zur Fallbegutachtung heranzuziehen. Einer gibt an, 80 % (und mehr) der Anträge auf Einzelfall-Erstattung an den MDK zur medizinischen Begutachtung zu geben. Weiteren zwei Befragten war ein genauer Wert nicht bekannt. Außerdem zeigen die Ergebnisse, wenn die befragten Krankenkassen den MDK zur Rate ziehen, ist der Kostenerstattungsbetrag des Einzelfall-Antrags bei dem Großteil ( $\frac{4}{5}$ ) nicht entscheidend. Nur eine Krankenkasse gab an, ab einen Geldwert von 100 € den MDK zu beauftragen.

Auf die Frage 18, bei wie viel Prozent der durch den MDK begutachteten Anträge auf Einzelfall-Erstattung durchschnittlich eine positive Rückmeldung erfolgt, beantworteten die Befragten unterschiedlich. Eine Krankenkasse gab an, bei 60 % der Fallbegutachtungen durch den MDK eine positive Rückmeldung zu erhalten, die andere Krankenkasse nur 5 % der Fälle und eine weitere 20 %. Die restlichen Befragten beantworteten diese Frage nicht (s. Abb. 10).

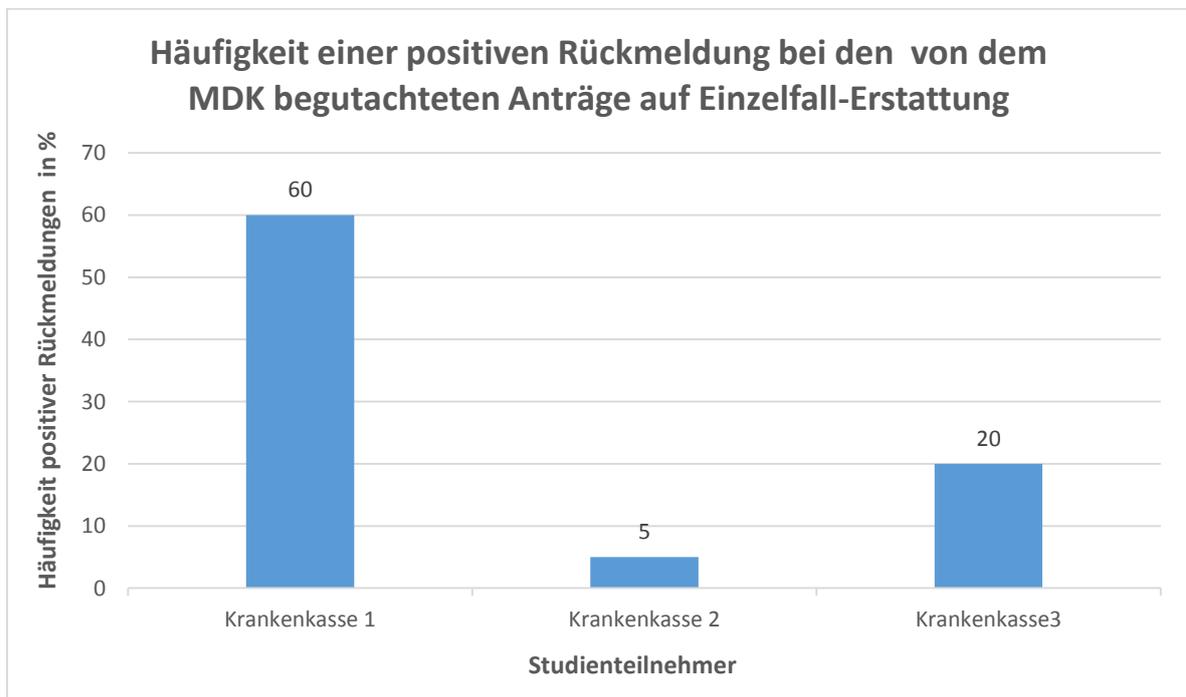


Abbildung 10: Häufigkeit einer Entscheidung des MDK für eine Kostenübernahme bei Einzelfall-Anträgen (Quelle: Frage 18, eigene Darstellung)

In der Umfrage wurde die folgende Frage gestellt: „Bei wie viel Prozent der eingehenden Anträgen auf Einzelfall-Erstattung erfolgt durchschnittlich eine Ablehnung?“ (s. Anhang a,

S. 61). Die Abbildung 11 zeigt, dass eine Krankenkasse bei 20-39 % der eingehenden Anträge auf Kostenerstattung eine Ablehnung vornehmen muss. Eine weitere gibt an, 60-79 % der Einzelfall-Kostenerstattungen abzulehnen und eine andere 80 % und mehr der Anträge. Zwei Teilnehmern sind Abgaben darüber nicht bekannt.

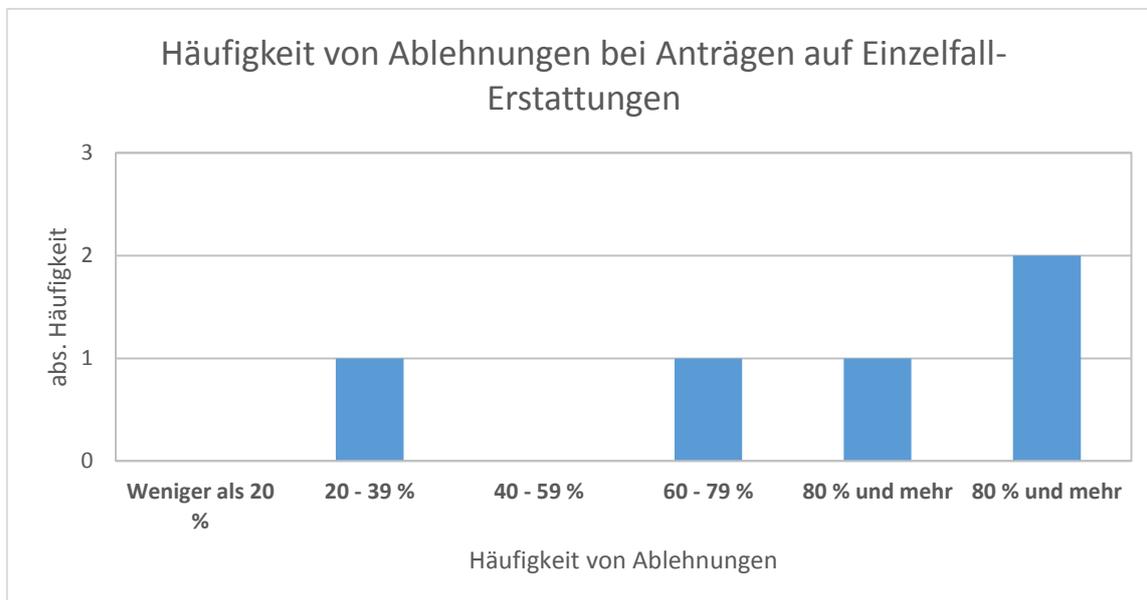


Abbildung 11: Häufigkeit von Ablehnungen bei Einzelfall-Anträgen in der GKV, (Quelle: Frage 20, eigene Darstellung)

In der folgenden Tabelle sind die Angaben der Befragten zu Frage 21 aufgeführt, sowie die jeweilige Häufigkeit der Nennung unter den Befragten. Vier Studienteilnehmer gaben mögliche Ablehnungsgründe, die bei den Kostenerstattungen von außervertraglichen Leistungen vorkommen können, an. Drei beantworteten diese Frage nicht.

Tabelle 3: Beispiele für eine Ablehnung der Einzelfall-Anträge, (Quelle: Frage 21, Eigene Darstellung)

Genannte Gründe	Anzahl der Nennungen
medizinisch zugelassene Alternative Behandlung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich	$\frac{3}{4}$ der Befragten
keine medizinische Notwendigkeit	$\frac{1}{2}$ der Befragten
Leistung von vornherein ausgeschlossen / negative Listung durch den GBA	Alle der Befragten

Behandlung wurde vor dem Antrag selbst beschafft	1/4 der Befragten
--	-------------------

Sollte eine Krankenkasse eine Kostenerstattung im Einzelfall ablehnen, besteht für Versicherte die Möglichkeit, gegen den Ablehnungsbescheid einer Krankenkasse in *Widerspruch* zu gehen. Bei einen von fünf der befragten Krankenkassen kommt es bei weniger als 20 % der Kostenerstattungsfälle vor, dass ein Widerspruch bei einem Ablehnungsbescheid eingelegt wird. Zwei von fünf gaben an, einen Widerspruch in 20-39 % der abgelehnten Einzelfall-Entscheidungen zu bekommen. 2/5 der Krankenkassen sind die genaueren Daten nicht bekannt.

Widersprüche werden bei drei von fünf der Befragten nur in weniger als 20 % der Fälle stattgegeben. Zwei von fünf Studienteilnehmer konnten keine Angaben zu der Frage tätigen. Die gleichen Ergebnisse erzielt die Frage 24, drei von fünf der Befragten teilten mit, dass es bei weniger als 20 % der Fälle zu einem *Sozialgerichtsverfahren* kommt.

Eine andere Frage bezog sich auf die Entwicklung des Umfangs von Einzelfall-Erstattungen. Einer von fünf der Befragten sieht den *Umfang* der Einzelfall-Anträge in den letzten Jahren als *leicht gestiegen* an. Drei von fünf finden, dass der Umfang *stark gestiegen* ist. Eine konnte es nicht beurteilen.

Weiterhin ergab die Befragung, dass die Mehrzahl der Krankenkassen einen *Mehraufwand* durch die Einzelfall-Anträge sehen (s. Abb. 12).

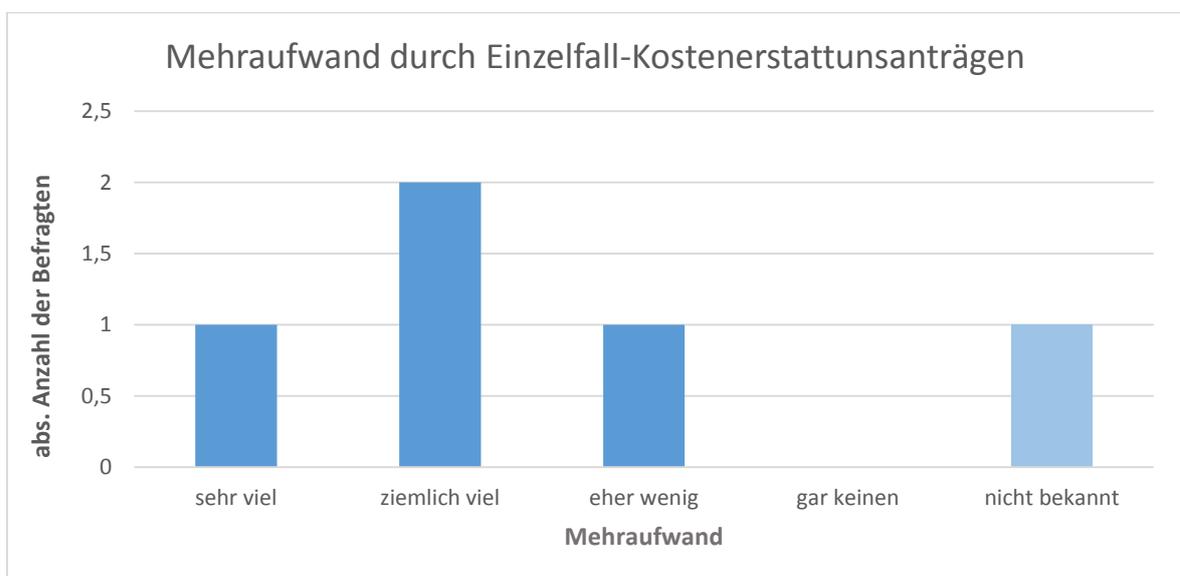


Abbildung 12: Entstehender Mehraufwand durch Einzelfall-Anträge (Quelle: Frage 28, eigene Darstellung)

Die Häufigkeit von Vertragsabschlüssen mit Leistungserbringer aus Einzelfall-Anträgen wird in Frage 29 ermittelt. Bei der Mehrzahl ( $\frac{3}{5}$ ) der Studienteilnehmer entstehen *manchmal* *Versorgungsverträge* und zwei von fünf ist es nicht bekannt. Wenn Verträge geschlossen wurden, dann laut Angaben der Befragten in den Bereichen „ambulantes Operationen“, „integrierte Versorgungsverträge im Bereich Rücken“ und „endoluminale Lasertherapie der Venen“.

Ein weiteres Themengebiet in der Umfrage war die Häufigkeit der Unterstützung bei dem Beantragungsprozess durch Experten, wie zum Beispiel die unabhängige Patientenberatung, Rechtsanwälte oder bestimmte Institutionen wie das Institut TakeCare GmbH. Die Erfahrungen mit *unterstützenden Experten* bei der Antragstellung der Versicherten sehen bei den befragten Krankenkassen verschieden aus. Bei einer Krankenkasse kommt es „*nie*“ vor, hingegen bei einer anderen Krankenkasse „*oft*“. Aber bei zwei von fünf Befragten unterstützen bestimmte Experten die Patienten „*manchmal*“ (s. Abb. 13).

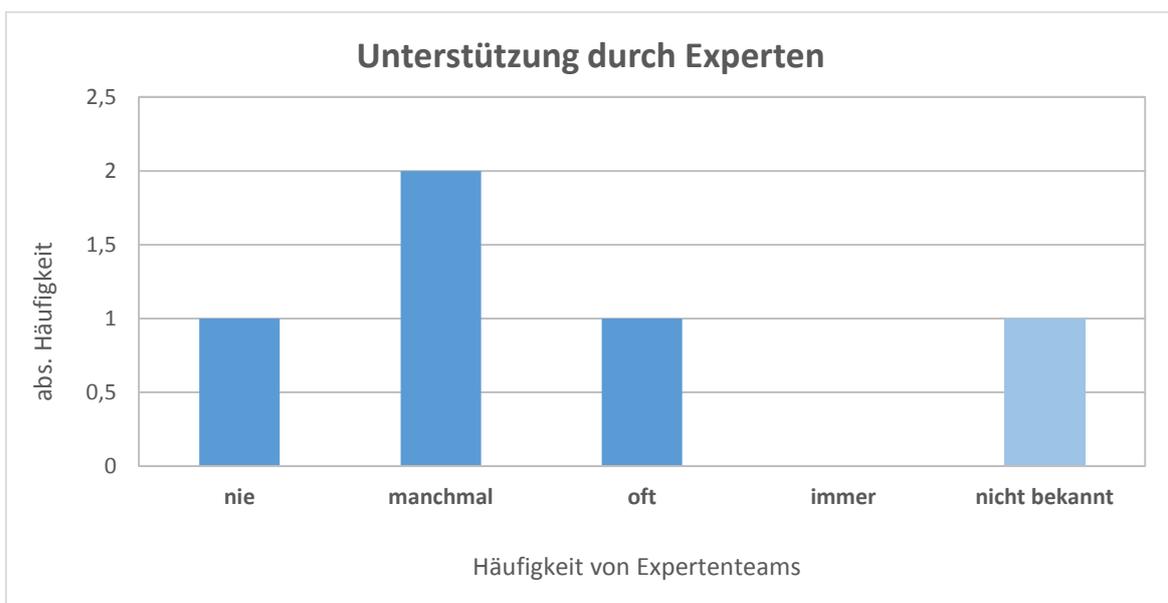


Abbildung 13: Unterstützung bei der Beantragung von Einzelfall-Anträgen durch Experten (unabhängige Patientenberatung, Rechtsanwälte u.ä.) (Quelle: Frage 32, eigene Darstellung)

Auf die Frage der *Zufriedenheit* der teilnehmende Kassen mit der Gesetzeslage, stimmten drei von fünf mit *etwas zufrieden* und zwei von fünf mit *eher unzufrieden*.

Darüber hinaus wurden die Studienteilnehmer nach Ihrer Meinung zu bestimmten Aussagen gefragt. Folgende Tabelle 4 zeigt die Bewertungen der Befragten zu den jeweiligen Aussagen. Fünf Teilnehmer haben die Frage beantwortet.

Tabelle 4: Aussagen zu der Thematik Einzelfall-Anträge in der GKV (Quelle: Ergebnisse der Frage 34 aus dem Fragebogen, eigene Darstellung)

<b>Aussagen</b>	<b>Stimme voll und ganz zu</b>	<b>Stimme eher zu</b>	<b>Stimme eher nicht zu</b>	<b>Stimme überhaupt nicht zu</b>
<b>Kostenerstattungen im Einzelfall bedeuten für die gesetzlichen Krankenkassen eine Kostensteigerung.</b>	2/5 der Befragten	3/5 der Befragten	keiner	keiner
<b>Es müsste eine Regelung geben, damit viele unnötige Anträge auf Einzelfall-Erstattungen gar nicht erst gestellt werden</b>	3/5 der Befragten	1/5 der Befragten	1/5 der Befragten	Keiner
<b>Es sollte ein besseres Prüfverfahren geben, damit die Beurteilungen der Fälle noch objektiver erfolgen können.</b>	3/5 der Befragten	keiner	1/5 der Befragten	1/5 der Befragten
<b>Es sollten mehr Studien von neuen Behandlungs- und Untersuchungsmethoden durchgeführt werden, damit eine Genehmigung eher erfolgen kann.</b>	keiner	4/5 der Befragten	1/5 der Befragten	keiner

Der Tabelle 4 lässt sich entnehmen, dass laut der Studienteilnehmer sich eine Kostensteigerung durch die Einzelfall-Anträge ergibt. Genauso stimmen sie der Aussage zu, dass es eine Regelung geben sollte, damit unnötige Anträge gar nicht erst gestellt werden.

## 7. Auswertung und Diskussion der Studie

Mit der explorativen Studie wurde die Kostenerstattung von außervertraglichen Leistungen im Einzelfall nach § 13 Abs. 3 SGB V genauer beleuchtet. In dem folgenden Absatz sollen die Ergebnisse der Studie ausgewertet und kritisch betrachtet werden. Im dem Abschnitt 7.2. wird ein Rechenbeispiel das Volumen der Einzelfall-Anträge in der GKV in Deutschland darstellen.

### 7.1. Beurteilung der Ergebnisse

Aus den 70 versendeten Fragebögen konnte nur eine Rücklaufquote von 7 erreicht werden. Das lässt auf eine Intransparenz der Krankenkassen zu diesem Themengebiet schließen.

Bereits in der Vorphase der Befragung haben Krankenkassen mitgeteilt, dass sie an der Studie nicht teilnehmen können, da sie über keine genauen Daten und Angaben verfügen. Statistiken über die Einzelfall-Erstattung wurden auf Nachfrage ebenfalls nicht geführt (vgl. Anhang b, S. 64)

Die Mehrheit der Krankenkassen hat angegeben, dass sie über keine Abteilung verfügen, die sich ausschließlich mit Kostenerstattungen im Einzelfall beschäftigen. Das kann darauf zurückgeführt werden, dass solche Fälle in den verschiedensten Bereichen vorkommen können und daher immer in der entsprechenden Fachabteilung bearbeitet werden müssen, um das entsprechende Spezialwissen der Mitarbeiter nutzen zu können.

Die Mehrheit der teilnehmenden Krankenkassen sammeln die Angaben und das Vorkommen von Anträgen auf Kostenerstattung im Einzelfall nicht in Statistiken. Somit kann angenommen werden, dass sich die angegebenen Antworten auf Schätzungen beziehen. In Anbetracht der Anzahl von eingehenden Einzelfall-Anträgen könnte eine ausführliche Dokumentation von Fällen sinnvoll sein. Angaben über Anzahl der Anträge, beantragte Methoden bzw. Behandlungen, Diagnosen und Kostenerstattungsbeträge könnten dabei ausführlich in Statistiken festgehalten werden. Außerdem ist den Krankenkassen durch gesetzliche Regelungen die Möglichkeit gegeben worden, Selektivverträge mit Leistungserbringern zu schließen, um außervertraglich Leistungen und neue wirksame Methoden integrieren zu können. Das bedeutet, dass bei den in den Verträgen geschlossen Leistungen keine Einzelfall-Anträge mehr erforderlich sind, sondern die Erstattungen über Kassenrezepte erfolgen (vgl. Deutscher Ärzte-Verlag GmbH und Ärzteblatt 2008). Als Voraussetzung gilt, dass eine ausreichende Datenlage über die Leistung vorhanden ist, die die Wirksamkeit, aber auch die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit aufzeigt. Es können dennoch nur Behandlungsmethoden in Form von Modellvorhaben von den Krankenkassen übernommen werden, die nicht bereits von dem G-BA ausgeschlossen wurden (vgl. Fastabend & Schneider 2004, S. 109).

Außerdem könnte durch eine verbesserte Datenlage, Prozessoptimierungen leichter vorgenommen werden. Denn auch die Ergebnisse der Frage 28 zeigen, die Anträge auf Einzelfall-Kostenerstattung bereiten den Krankenkassen einen entscheidenden Mehraufwand. Weiterhin legen die Stellungnahmen der Befragten zu der Aussage, ob es eine Regelung geben sollte, damit viele unnötige Anträge auf Einzelfall-Erstattungen gar nicht erst gestellt werden, nahe, dass die Krankenkassen einen Mehraufwand durch die Anträge verzeichnen und sie die Beantragung von Kostenerstattungen im Einzelfall sehr kritisch sehen. Zudem könnten die Krankenkassen von einer Datenbank dahingehend profitieren, dass sie bei

ähnlich vorkommenden Einzelfällen auf alte Kostenerstattungsfälle zurückgreifen. Dadurch kann eine schnellere Bearbeitungszeit und somit auch eine schnellere Entscheidung für den Versicherten erreicht werden. Zum anderen könnten die Krankenkassen bei häufig vorkommenden Therapiemethode oder einer bestimmten Diagnose schneller auf eine bestehende Notwendigkeit in diesem Bereich eingehen.

Folglich könnten Dokumentationen und das Führen von Statistiken der Einzelfall-Erstattungen ebenfalls einen positiven Einfluss auf eine mögliche Kostensteigerung durch Einzelfall-Anträge haben. Um eine Entwicklung und Tendenz sowie Kosten/ Ausgabenanalyse der Einzelfall-Erstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung fest zu stellen, wäre eine größere Stichprobe von Krankenkassen notwendig gewesen. Da es bisher eine eher intransparente Datenlage zu diesem Themengebiet herrscht und wenig Wissen über den Umfang und den dahinterstehenden Ausgaben des Einzelfall-Antrags gibt, ist es erforderlich die Datenlage zu verbessern. Nur so kann auf eine mögliche Kostensteigerung oder ein bestehenden Bedarf an einer noch nicht in der Regelversorgung enthaltenen Therapie reagiert werden.

Ein weiterer Aspekt, der für eine bessere Datenlage spricht, ist, dass es nicht bekannt ist, ob bei ähnlichen Einzelfällen bei unterschiedlichen Kassen verschiedene Entscheidungen getroffen werden. Da Einzelfall-Erstattungen immer individuelle Fälle sind und jeder andere Voraussetzungen und Gegebenheiten hat, ist es schwierig Fälle miteinander zu vergleichen. Dennoch sollte die Entscheidung über eine Kostenübernahme auf Grundlage der durch das SGB V vorgegebenen Voraussetzungen erfolgen. Allerdings spielt der prüfende Mitarbeiter ebenfalls eine Rolle. Denn bei Einzelfall-Anträgen kann es zu einem ethischen Konflikt des Kassenmitarbeiters kommen, der dann einen Einfluss auf den Entscheidungsprozess hat. Eine befragte Krankenkasse gab an, dass der Kundenbetreuer aufgrund der Kundensituation positiv über einen Fall entscheiden kann, wenn es der gesetzliche Rahmen zulässt. Da es kein vom Gesetzgeber vorgeschriebenes Prüfverfahren gibt und die bestehende Gesetzeslage den Krankenkassen einen Spielraum in der Entscheidungsfindung bietet, kann es dazu kommen, dass ähnliche Fälle unterschiedlich betrachtet und entschieden werden.

Bei vielen Krankenkassen müssen die Fälle dennoch von dem Vorstand abgesichert werden. Denn laut § 12 Abs. 3 SGB V müssen Mitglieder des Vorstands für Leistungen haften, die ohne entsprechende Rechtsgrundlage bzw. aufgrund nicht geltenden Rechtsgrundlagen gewährt wurden und diese in Kenntnis darüber waren. Demzufolge kann der Vorstand zur Rechenschaft gezogen werden, wenn der Wirtschaftlichkeitsgrundsatz verletzt wird oder dieser gegen Vorgaben des SGB V verstößt. Da grundsätzlich nur Leistungen des

SGB V erstattet werden dürfen, müssen Einzelfallentscheidungen sensible behandelt und gründlich geprüft werden (vgl. Rau 2008, S. 49).

Oft können Einzelfall-Kostenerstattungen aber erst durch langjährige Gerichtsprozesse endgültig entschieden werden, das für viele Patienten aufgrund ihrer schwerwiegenden Erkrankung zu spät ist. Dem entgegen steht immer das Prinzip der Solidarität, kranke Menschen sollen die medizinische Hilfe bekommen, die sie benötigen und dennoch wirtschaftlich ist.

Darüber hinaus machten die Befragten bei Frage 8 unterschiedliche Aussagen, wo die Ausgaben der Kostenerstattungen im Einzelfall gelistet werden. Grundsätzlich wäre anzunehmen, dass es eine allgemeingültige Regelung dazu gibt, an die sich alle Krankenkassen halten müssen. Dennoch teilten einige mit, dass solche Leistungen gesondert und andere, dass diese mit den allgemeinen Leistungsausgaben gelistet werden.

Ergänzend zeigen die Angaben der Frage 9, dass die gesetzlichen Grundlagen bei der Entscheidungsfindung nicht bei allen Krankenkassen gleich aussehen. Drei von vier Befragten erwähnten den Nikolausbeschluss und den § 2 SGB V als gesetzliche Grundlage zur Bewertung eines Einzelfall-Antrags. Der § 13 SGB V wurde nur von zwei Teilnehmern angegeben. Ebenfalls finden bei den Befragten die Satzungen zur Entscheidung über einen Einzelfall Anwendung.

Zudem wird weiterhin das Problem bestehen, dass Kassenmitarbeiter in der Regel nicht über ein medizinisches Fachwissen verfügen, aber Entscheidungen treffen müssen, die für einige Patienten über die Chance einer Heilung oder Tod entscheiden können. Auch der MDK kann nicht immer über ein breites Fachwissen der Schulmedizin bis zur alternativen Medizin sowie an neuen Behandlungsmethoden verfügen.

Erwähnenswert ist, dass die Kostenerstattung von außervertraglichen Leistungen im Einzelfall an einer immer größer werdenden Bedeutung dazugewinnt. Die Ergebnisse der Frage 27 bestätigt diese Annahme. Denn laut Angaben der Befragten ist der Umfang der Einzelfall-Anträge in den letzten Jahren stark gestiegen.

Ein weiterer Aspekt, der bei der Beantragung einer Kostenerstattung im Einzelfall eine Rolle spielen kann, ist die Unterstützung der Expertenteams. Ob Expertenteams, wie die Take-Care-Hotline, für Versicherte eine höhere Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Kostenerstattung mit sich bringt, konnte durch die fehlende Datenlage nicht genau gezeigt werden. Dennoch ist es eine gute Möglichkeit den Versicherten bei dem Beantragungsprozess zu

unterstützen und neue Behandlungstherapien schneller zu den Versicherten zu bringen. Das ist eine Möglichkeit, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden schneller über Kassenverträge in die Regelversorgung der Krankenkassen zu bekommen.

Ferner ist zu erwähnen, dass aus den Ergebnissen der Studie deutlich geworden ist, dass die meisten befragten Krankenkassen keine Statistiken bzw. genaue Daten über die Anzahl von Kostenerstattungsfällen haben. Dennoch ist gemäß § 13 Abs. 3a Satz 8 SGB V explizit geregelt:

*„Die Krankenkasse berichtet dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich über die Anzahl der Fälle, in denen Fristen nicht eingehalten oder Kostenerstattungen vorgenommen wurden.“ (§ 13 Abs. 3a Satz 8 SGB V)*

Das bedeutet, dass den Krankenkassen sowie dem GKV-Spitzenverband Daten über den jährlichen Umfang der Anträge vorliegen müssten. Bereits mit dem Gemeinsamen Rundschreiben vom 15.03.2013 hat der GKV-Spitzenverband versucht, genauere Regelungen zu diesem Gesetzestext vorzunehmen. Dort heißt es, dass sich Vertreter der Krankenkassen, das BMG und der GKV-Spitzenverband geeinigt haben, die Meldungen in den Prozess der amtlichen Statistik zu integrieren (vgl. SV-LEX 2013). Ergänzend ist dort erwähnt, dass weitere gesonderte Informationen erfolgen werden (vgl. Gemeinsames Rundschreiben zur leistungsrechtlichen Vorschrift des § 13 Abs. 3a SGB V).

Dem Kommentar von Noftz zu dem § 13 SGB V kann entnommen werden, dass Satz 8 dazu dient, die Auswirkungen der gesetzlichen Vorgabe auf das Verwaltungsgeschehen zu evaluieren. Es soll dadurch analysiert werden, ob der Beschleunigungsprozess, den § 13 Abs. 3a SGB V vorsieht, wirklich stattfindet. Darüber hinaus soll durch die Berichtspflicht den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben werden, über Organisations- und Prozessverbesserungen nachzudenken. Ebenfalls kann der Spitzenverband analysieren, ob die Krankenkassen Unterstützung benötigen. Besondere Feststellungen aus den Berichten werden dem Bundesministerium für Gesundheit weitergeleitet (vgl. Noftz 2015, S. 8).

Um weitere Informationen zu bekommen, wurde eine offizielle Anfrage an den GKV-Spitzenverband zu der § 13 Abs. 3a Satz 8 SGB V-Regelung durch das Institut TakeCare gestellt. Dieser teilte mit, dass die Daten öffentlich über die Internetseite des Bundesministerium für Gesundheit zugänglich sind (s. Anhang e, S. 70). Dort sind die Fälle gelistet, bei denen es zu einer Fristüberschreitung kam sowie Fälle der Kostenerstattung. Die Daten sind wie folgt:

Tabelle 5: GKV-Statistik (Stand: 14. August 2015). Fristüberschreitung und Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3a SGB V, (Quelle: BMG 2015, eigene Darstellung).

	Bund	AOK	BKK	IKK	LKK	KBS	vdek
<b>Fristüberschreitung</b>	254.581	240.143	11.149	2.145	397	12	735
<b>Kostenerstattung</b>	76	15	26	17	4	8	6

Der Tabelle ist zu entnehmen, dass bei insgesamt 254.581 Kostenerstattungsfällen die gesetzlich vorgeschriebene Frist überschritten wurde und somit galt die Leistung als genehmigt (§ 13 Abs. 3a SGB V). Das heißt, dass die GKV bei 254.581 Fällen die beantragten Kosten für eine bestimmte Leistung übernehmen musste. Diese Statistik zeigt, dass die Kostenerstattung hohe Kosten verursachen kann. Zudem ist auffällig, dass die AOK ca. 94 % aller Fristüberschreitungsfälle zu verzeichnen hat. Der Marktanteil der AOK beläuft sich auf 35 % (vgl. AOK-Bundesverband 2014). Der Marktanteil der vdek beträgt 37,7 % (vgl. vdek 2016). Somit erschließt sich nicht, weshalb die AOK eine so hohe Anzahl an Fristüberschreitungen hat. Demnach ergibt sich die Frage, ob die Meldungen nach § 13 Abs. 3a Satz 8 SGB V ordnungsgemäß erfolgten und ob die Zahl der AOK der Wirklichkeit entspricht. Eine weitere Möglichkeit ist, dass die anderen Krankenkassen die Meldungen nicht vorschriftsmäßig vorgenommen haben. Dennoch ist es denkbar, dass alle Zahlen korrekt gemeldet wurden. Dann sollten die Gegebenheiten möglichst gründlich überprüft und unter Umständen reguliert werden. Denn der § 13 Abs. 3a SGB V wurde vom Gesetzgeber eingeführt, damit Krankenkassen den Entscheidungsprozess beschleunigen und Fristen wahren.

Fraglich ist, weshalb den Aussagen der Krankenkassen in der Befragung diese Regelung, zur Meldung der Kostenerstattungsfälle, nicht zu entnehmen ist. Es geht dort nicht hervor, dass die Krankenkassen ihre Fälle zum GKV-Spitzenverband melden.

Auch eine Anfrage beim Bundesversicherungsamt ergab, dass der Einrichtung keine Daten und Statistiken über Kostenerstattungen im Einzelfall vorliegen (vgl. Anhang c, S. 65).

Zusammengefasst hat die explorative Studie gezeigt, dass ein Bedarf an Forschung zu diesem Themengebiet besteht, um auch weiterhin den Versicherten, mit möglichst geringen Kosten, eine bestmögliche und notwendige Versorgung zu garantieren.

## 7.2. Volumenberechnung der Kostenerstattungsanträge von außer vertraglichen Leistungen in der GKV

Der Umfang an Einzelfallanträgen ist bei den befragten Krankenkassen sehr verschieden, das auch auf die entsprechende Größe der Krankenkasse zurückzuführen ist. Um das Volumen der Kostenerstattungsanträge von außervertraglichen Leistungen in allen gesetzlichen Krankenkassen ermitteln zu können, ist es erforderlich, über repräsentative Ergebnisse zu verfügen. Die Bereitschaft der Krankenkassen an der Studie teilzunehmen war gering. Die Teilnehmerzahl ist deshalb sehr klein und folglich können die Ergebnisse der Studie nicht auf die Grundgesamtheit übertragen werden. Aus diesem Grund stellt die folgende Rechnung lediglich eine fiktive Rechnung des Umfangs von Kostenerstattungsanträgen im Einzelfall dar. Dennoch verdeutlicht die Rechnung, wie der wirkliche Umfang von Einzelfall-Anträgen in der GKV aussehen kann, wenn die wirklichen Werte, den Ergebnissen dieser Studie ähneln.

Folgende Daten liegen durch die Befragung der Krankenkassen vor:

*Tabelle 6: Ergebnisse der Frage 3 und 35: Anzahl der Fälle den Größen der Krankenkassen gegenübergestellt, (Quelle Ergebnisse Frage 3 + 35, eigene Darstellung)*

Teilnehmer-ID	Anzahl der Fälle (in Kategorien)	Größe der Krankenkassen (in Kategorien)
001	3352	> 1 Mio. bis 1,5 Mio.
002	500-999	< 500.000
003	Weniger als 500	< 500.000
004	Weniger als 500	Keine Angabe
005	Weniger als 500	Keine Angabe

Bei Krankenkasse 001 ist im Gegensatz zu den anderen Krankenkassen keine Antwortkategorie, sondern ein konkreter Wert vorhanden. Diese Krankenkasse konnte als einzige eine bestimmte Anzahl nennen.

Damit eine Berechnung erfolgen kann, werden zuerst die Mittelwerte (MW) aus den Antwortkategorien der Krankenkassengrößen gebildet. Auch in der Annahme, dass der wirkliche MW anders ausfallen könnte. Da die Antwortkategorien der Frage 3 (Anzahl der Fälle) eine breite spanne möglicher Zahlenwerte entsprechen, wird die Anzahl der Fälle mit dem möglichen Minimum und Maximum berechnet. Folglich kann der prozentuale Anteil der

Fälle berechnet werden, um das im weiteren Vorgang auf die gesamte GKV zu übertragen. Die anzuwendende Formel im ersten Schritt ist folgende:

$$\text{Anzahl der Fälle}_{\min/\max} : \text{MW Größe Krankenkasse} \times 100 \\ = \text{prozentualer Anteil Fälle}$$

In der folgenden Tabelle werden die ermittelten Ergebnisse dargestellt. Es wurde jeweils mit dem Minimum und Maximum gerechnet. Demzufolge gibt es zwei Ergebnisspalten (Ergebnis min und max.). Anschließend wurden von diesen Ergebnissen jeweils die Durchschnitte des Minimums und des Maximums gebildet (doppelt unterstrichen):

Tabelle 7: Übersicht der Ergebnisse aus Frage 3 und 4 sowie 35, mit den weiteren Rechenergebnissen des prozentualen Anteils der Fälle in Verhältnis zur Kassengröße, Quelle: Frage 3,4 und 35, eigene Darstellung)

ID	Anzahl der Fälle	Größe der Krankenkasse	Anzahl der Fälle		Größe MW	Ergebnis in %	
			min.	max.		min.	max.
001	3352	> 1 Mio. bis 1,5 Mio.	3352	3352	1250000	<b>0,27</b>	<b>0,27</b>
002	500-999	< 500.000	500	999	250000	<b>0,20</b>	<b>0,36</b>
003	weniger als 500	< 500.000	1	499	250000	<b>0,0004</b>	<b>0,20</b>
004	weniger als 500	k.A.	1	499	k.A.	k.A.	k.A.
005	weniger als 500	k.A.	1	499	k.A.	k.A.	k.A.
						<u><b>Ø 0,16</b></u>	<u><b>Ø 0,28</b></u>

Es wurden nur die ersten drei Daten der Krankenkassen (ID 001,002, 003) zur Berechnung genutzt, da zwei der befragten Krankenkassen (004 und 005) keine Angabe (k.A.) zur Größe ihrer Krankenkasse getätigt haben. Die Tabelle zeigt, dass der Durchschnitt des kleinsten prozentualen Anteils der Einzelfälle (Minimum) bei den Befragten 0,16 % und der Durchschnitt des maximalen prozentualen Anteils 0,28 % ist.

In Deutschland sind 70,3 Millionen Menschen in der GKV versichert (vgl. Vdek 2016). Um die Rechnung auf die gesamte GKV in Deutschland anwenden zu können, werden die oben erzielten Ergebnisse des prozentualen Anteils der Fälle auf alle gesetzlich Versicherten

hochgerechnet. Somit könnte, unter Annahme der gegebenen Daten, der Umfang der Kostenerstattungsanträge im Einzelfall in Deutschland wie folgt aussehen:

$$\underline{\textit{Minimum:}} \ 70,3 \text{ Mio.} \times 0,16 \% = 112.480 \text{ Anträge}$$

$$\underline{\textit{Maximum:}} \ 70,3 \text{ Mio.} \times 0,28 \% = 196.840 \text{ Anträge}$$

Aus dieser Rechnung geht hervor, dass mit den vorhandenen Daten ein Minimum von 112.480 Anträgen und ein Maximum von 196.840 Einzelfallanträgen in der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland vorkommen könnten.

Außerdem haben die Studienteilnehmer bei der Frage 34 der Aussage zugestimmt, dass Kostenerstattungen im Einzelfall eine Kostensteigerung für die Krankenkassen bedeuten. Um zu veranschaulichen, über welche Höhe an beantragten Kostenerstattungsbeträgen die GKV zu entscheiden hat, werden die Ergebnisse aus Frage 15 (Kostenerstattungsbeträge) der Studie mit einbezogen. Die Frage 15 ermittelte den Durchschnitt der jeweiligen Häufigkeiten von Kostenerstattungsbeträgen bei den Krankenkassen. Die Werte waren wie folgt. Die Kostenkategorie 1.000 € bis 9.999 € kommt laut Befragten am häufigsten (Ø 37,5 %) vor. Damit eine Berechnung erfolgen kann, wird mit dem Minimum 1.000 € und das Maximum 9.999 € der Antwortkategorie gerechnet:

*Beim Minimum von Anträgen:*

$$112.480 \text{ Anträge} \times 1.000 \text{ €} = 112.480.000 \text{ €}$$

$$112.480 \text{ Anträge} \times 9.999 \text{ €} = 1.124.687.520 \text{ €}$$

*Beim Maximum von Anträgen:*

$$196.840 \text{ Anträge} \times 1.000 \text{ €} = 196.840.000 \text{ €}$$

$$196.840 \text{ Anträge} \times 9.999 \text{ €} = 1.968.203.160 \text{ €}$$

Diese fiktive Rechnung zeigt deutlich, dass die Kostenerstattungen von außervertraglichen Leistungen hohe Kosten verursachen können, auch wenn diese einen kleinen Bereich in der GKV ausmachen. Folglich könnten in der GKV über Einzelfall-Erstattungen in Höhe von insgesamt 112.480.000 € bis 1.968.203.160 € entschieden werden, wenn die häufigste Kostenkategorie wirklich 1.000 € bis 9.999 € wäre. Das verdeutlicht, dass die Krankenkassen über große Beträge in diesem Bereich entscheiden müssen.

Wenn die Annahmen, die in der Rechnung verwendet wurden, nur annähernd mit den wirklichen Daten übereinstimmen, ist die Kostenerstattung von außervertraglichen Leistungen ein bedeutender Leistungsbereich, bei dem Regulierungen notwendig sind.

Dass die vorangegangene Volumenberechnung ungefähr mit den wirklichen Daten übereinstimmt, zeigt die GKV-Statistik des BMG (s. Anhang e, S. 70). Lediglich die Kostenerstattungsfälle, bei denen es zu einer Fristüberschreitung kam, können immense Kosten für das Gesundheitssystem verursachen. Insgesamt wurden im Jahr 2014 laut GKV-Statistik 254.581 Fristüberschreitungsfälle gemeldet. Die Volumen-Berechnung erfolgte mit 112.480 (Minimum) und 196.840 Fällen (Maximum). Das verdeutlicht, dass die Kostenerstattung von außervertraglichen Leistungen in der GKV ein wichtiges zu beleuchtendes Themengebiet ist.

## 8. Limitationen

Die Ergebnisse der Studie können durch Limitationen beeinflusst sein, die bei der Auswertung der Ergebnisse nicht außer Acht gelassen werden dürfen.

Eine starke Beeinflussung der Ergebnisse, ist die Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie. Die Krankenkassen waren schwer für eine Beteiligung an der Studie zu überzeugen. Deshalb ist die Teilnehmerzahl sehr gering.

Ein weiterer Punkt, der einen Einfluss auf die Studie haben kann, ist der Zeitpunkt der Erhebung. Die Online-Befragung startete am 14.12.2015 und endete am 15.01.2016. Somit lag die Weihnachtszeit in dem Befragungszeitraum. Durch einen erhöhten Anteil an Feiertagen kann ebenso ein hoher Urlaubsbestand der Krankenkassenmitarbeiter angenommen werden. Das führt dazu, dass keine Kapazitäten für eine Studienteilnahme vorhanden sind.

Außerdem kann die Anzahl der Teilnehmer durch zwei weitere Aspekte beeinflusst worden sein. Zum einen ist es die Länge des Fragebogens und zum anderen das Thema. Da bisher wenige Daten und Studien vorhanden sind, war ein ausführlicher Fragebogen bei der explorativen Studie unerlässlich. Außerdem ist das Themengebiet der Einzelfall-Erstattung ein sensibles Thema, da es individuelle Fälle sind. Das teilten die Krankenkassen bereits bei der Telefonakquirierung mit. Darüber hinaus hat die Erhebung gezeigt, dass Krankenkassen die Gesetze unterschiedlich auslegen und die Entscheidungsfindung über diese Anträge sehr schwammig sind.

Es wäre eine höhere Stichprobe von Nöten gewesen, um repräsentative Ergebnisse zu erzielen. Die ermittelten Ergebnisse können nicht auf die Grundgesamtheit übertragen werden. Deshalb ist die Studie als explorative Studie zu sehen, die nicht als Hypothesenverifizierung gedacht ist, sondern zur Aufdeckung erster Erkenntnisse.

Darüber hinaus können die Ergebnisse verzerrt sein, da die Angaben in der Erhebung sich ausschließlich auf Schätzungen beruhen könnten und es keine genauen Daten vorhanden waren.

Ein weiterer systematischer Fehler der Studie könnte ein Selektions-Bias sein. Demzufolge könnten die Ergebnisse verzerrt sein, da nicht alle gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland angeschrieben wurden und an der Studie teilnehmen konnten.

Als weitere Limitation kann gesehen werden, dass der Fragebogen, vertretend für die entsprechende Krankenkasse, von nur einem Mitarbeiter ausgefüllt wurde. Oft betreffen die Einzelfall-Erstattungen mehrere Abteilungen bzw. Bereiche in den Krankenkassen. Es ist möglich, dass abweichende Ergebnisse bei anderen Mitarbeitern erfolgt wären, wenn nicht alle Angaben konkret aus Statistiken entnommen wurden.

## 9. Fazit

In der vorliegenden Arbeit wurde sich mit der Thematik der Kostenerstattung im Einzelfall in der gesetzlichen Krankenversicherung auseinander gesetzt. Dabei wurde der Aspekt des Mehraufwands, der Kostensteigerung sowie die Gesetzeslage näher beleuchtet. Die bisherige Intransparenz zu diesem Themengebiet sowie die geringe Datenlage, sollte durch die explorative Studie mit Hilfe einer Befragung der Krankenkassen verbessert werden.

Da die Bereitschaft der Krankenkassen, zu diesem Thema Auskünfte und Angaben zu tätigen, verhalten war, konnten keine repräsentativen Ergebnisse erzielt werden. Dennoch wurde festgestellt, dass die Einzelfall-Erstattung, bei der bestehenden Gesetzeslage, weiterhin eine Rolle in der GKV spielen wird. Zudem müssen Krankenkassen in Deutschland insgesamt bei der Einzelfall-Kostenerstattung über einen hohen Betrag entscheiden.

Im Hinblick auf die Finanzierbarkeit der GKV, hat der Gesetzgeber bestimmte Leistungen ausgeschlossen und die Leistungspflicht der Krankenkassen begrenzt. Leistungen müssen auch im Sinne der Versicherten begrenzt werden. Dennoch entsteht durch die Begrenzung auch eine Nachfrage nach Leistungen außerhalb des Leistungskatalogs. Deshalb sollte es sorgfältig geprüft werden, ob ausgeschlossene bzw. abgelehnte Leistungen wirklich nicht den entsprechenden Nutzen für den Erkrankten bringen würde. Nur so kann eine Beitragsstabilität und die Sorgfalt der GKV gegenüber ihren Versicherten erreicht werden.

Bei den Ergebnissen der Erhebung ist zu beachten, dass es von Schwierigkeit ist, allgemeingültige Aussagen über die Kostenerstattung im Einzelfall in der GKV zu treffen, da jede Fallkonstellation individuell ausfällt. Dennoch ist es von großer Bedeutung, dass die Kostenerstattungsanträge im Einzelfall nach gleichen gesetzlichen Voraussetzungen entschieden werden, damit alle gesetzlich Krankenversicherten das gleiche Recht auf eine notwendige und ausreichende medizinische Versorgung haben.

Da sich die Fälle der Kostenerstattung im Einzelfall sehr individuell gestalten und bei einigen Fällen neuartige Behandlungsmethoden beantragt werden, nehmen verschiedene Faktoren Einfluss. Es sind zum einen die ethischen und sozialen Seiten des Themas aber genauso spielen die ökonomischen Aspekte eine Rolle, die die Kassenmitarbeiter bei der Entscheidungsfindung beeinflussen können.

Die vorliegende Arbeit zeigt, dass es zu diesem Themengebiet ein weiterer Forschungsbedarf besteht. Für weitere Forschungsansätze wird empfohlen Schwerpunkte zu setzen, um Themenmäßig noch weiter in die Tiefe zu gehen, da die Einzelfall-Erstattung ein sehr breites Feld ist und viele verschiedene Leistungsbereiche der GKV betreffen kann.

Vom Vorteil wäre es für die Krankenkassen Statistiken zu führen, so wie es auch das Gesetz es vorsieht. Eine bessere Datenlage wäre erforderlich, um mehr Aussagekraft über dieses Themengebiet zu bekommen. Dementsprechend könnte analysiert werden, in welchen Bereichen eine Häufung von Anträgen vorkommt und ob es in diesem Bereich Handlungsbedarf gibt. Dort könnten neue Versorgungsmodelle entstehen, um Kosten zu sparen und eine gute Versorgung der Versicherten zu garantieren. Das kann allerdings nur bei gesicherten Fällen passieren.

Außerdem sollten Regulierungen und Prüfungen zu den gemeldeten Fällen der Fristüberschreitung erfolgen. Die Gesetzeserweiterung des § 13 Abs. 3a Satz 8 SGB V zeigt, dass der Gesetzgeber auf die bestehende Situation eingegangen ist und versucht durch die Meldungen den Bereich der Kostenerstattung evaluieren zu können und transparenter zu machen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Einsatz neuer Behandlungs- und Diagnosemethoden innovativ ist und Vorteile sowie Nachteile für das Gesundheitssystem bringen kann. Methoden, die bisher nicht anerkannt sind, können Patienten, die mit den Standardtherapien eine geringe Lebenserwartung haben, immens verhelfen. Für das Gesundheitswesen hingegen können die Einzelfall-Entscheidungen von neuen Diagnose- und Therapiemöglichkeiten auch eine deutliche Kostensteigerung bedeuten (vgl. Felix 2014, S. 283). Die Einzelfall-Kostenerstattung in der GKV ist ein Gebiet, das transparenter werden sollte, da viele Kosten für das Gesundheitswesen entstehen können. Deshalb sollte dieser Leistungsbereich auch reguliert werden, um eine Kostensteigerung zu verhindern, aber eine optimale Versorgung der Versicherten sicherzustellen.

## Literaturverzeichnis

AOK-Bundesverband (2012): Erlaubnisvorbehalt. URL: [http://www.aok-bv.de/lexikon/e/index\\_06410.html](http://www.aok-bv.de/lexikon/e/index_06410.html) (Zugriff: 21.09.2015, 15:44).

AOK-Bundesverband - Zahlen - Zur AOK. URL: <http://aok-bv.de/zahlen/aok/index.html>, (Zugriff: 24.02.2016, 13:10).

Bortz, Jürgen; Döring, Nicola (2015): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 4., überarb. Aufl., limitierte Sonderausg. Berlin: Springer (Springer-Lehrbuch).

Brandts, Dr. Ricarda (2009): § 3 Die selbst beschaffte Leistung und der sozialrechtliche Herstellungsanspruch. In: Richter, Ronald; Doering-Striening, Dr. Gudrun: Grundlagen des Sozialrechts. Leistungsrecht, Leistungserbringungsrecht, Verwaltungsverfahren, Versicherungsrecht. 1. Auflage. Baden-Baden: Nomos.

Breitkreutz, Dr. Frank (2012): Regionale Elektrohthermie: Ordnungsgemäße Abrechnung und Erstattungsfähigkeit. *Oncothermia-Journal*, 2012 (6), 55-66.

Brenner, Gerhard (2014): Ein langer Weg und unnötiges Leid. URL: [http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/anzneimittelpolitik/nutzenbewertung/article/855455/gendiagnostik-warteschlange-langer-weg-unnoetiges-leid.html](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/anzneimittelpolitik/nutzenbewertung/article/855455/gendiagnostik-warteschlange-langer-weg-unnoetiges-leid.html) (Zugriff: 11.09.2015, 13:32).

Büttner, Gerhard (2008): Fragebögen und Ratingskalen. In: Schneider, Wolfgang; Hasselhorn, Marcus (Hrsg.): *Handbuch der pädagogischen Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.

Bundesärztekammer und Kassenärztlichen Bundesvereinigung (2012): *Selbst zahlen? Ein Ratgeber zu Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) für Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte*. 2. Auflage, Berlin: ÄZQ.

Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (2013): *Patientenrechte – Ärztepfllichten*, Andechs: Ulenspiegel Druck GmbH.

Bundesgesetzblatt Teil 1; Nr. 11. URL: [http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/media/EB7ADA27F84031CC57C4E2FF30DC4ED3/bgbl107s0378\\_68982.pdf](http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/media/EB7ADA27F84031CC57C4E2FF30DC4ED3/bgbl107s0378_68982.pdf) (Zugriff: 01.12.2015, 17:13).

Bundesgesetzblatt Teil 1; Nr. 55. URL: [http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/media/EB7ADA27F84031CC57C4E2FF30DC4ED3/bgbl103s2190\\_62964.pdf](http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/media/EB7ADA27F84031CC57C4E2FF30DC4ED3/bgbl103s2190_62964.pdf) (Zugriff: 01.12.2015, 17:11).

Bundesministerium für Gesundheit (2010): *Ratgeber zur gesetzlichen Krankenversicherung. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)*. URL: [http://www.bmg.bund.de/uploads/publications/BMG-P-07031-Ratgeber-Zur-Gesetzlichen-Krankenversicherung\\_201008.pdf](http://www.bmg.bund.de/uploads/publications/BMG-P-07031-Ratgeber-Zur-Gesetzlichen-Krankenversicherung_201008.pdf) (Zugriff: 17.09.2015, 16:17).

Bundesministerium für Gesundheit (2013): *Patientenrechtegesetz. Rechtsberatung bei der Bundesärztekammer*. URL: [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/Patientenrecht\\_Nellen\\_BMG.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Patientenrecht_Nellen_BMG.pdf) (Zugriff: 01.12.2015, 17:22 Uhr).

Bundesministerium für Gesundheit (2015a): *Leistungskatalog der Krankenversicherung*, URL: <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/leistungen/leistungskatalog.html> (Zugriff: 10.09.2015, 12:19).

Bundesministerium für Gesundheit (2015b): Patientenrechte. URL: <http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/patientenrechte/patientenrechte.html> (Zugriff: 23.09.2015, 16:33).

Bundesministerium für Gesundheit (2015c): Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). URL: <http://www.bmg.bund.de/glossar-begriffe/e/einheitlicher-bewertungsmaassstab-ebm.html> (Zugriff: 06.10.2015, 12:13).

Bundesministerium für Gesundheit (2015d): Gesetzliche Krankenversicherung. Leistungsfälle und –tage 2014. Ergebnisse der GKV-Statistik KG2/ 2014. Stand: 14. August 2015. URL: <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/geschaeftergebnisse.html> (Zugriff: 24.02.2016, 12:04).

Bundesministerium für Gesundheit (2016): Private Krankenversicherung. URL: <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/versicherte/private-krankenversicherung.html> (Zugriff: 12.02.2016, 13:10).

Bundesverfassungsgericht; Senat, 1. (2005): Bundesverfassungsgericht - Entscheidungen - Zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für so genannte neue Behandlungsmethoden in Fällen einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung im Hinblick auf das Grundrecht der allgemeinen Handlungsfreiheit iVm dem grundgesetzlichen Sozialstaatsprinzip und im Blick auf das Grundrecht auf Leben. Bundesverfassungsgericht; BVerfG. URL: [https://www.bundesverfassungsgericht.de/Shared-Docs/Entscheidungen/DE/2005/12/rs20051206\\_1bvr034798.html](https://www.bundesverfassungsgericht.de/Shared-Docs/Entscheidungen/DE/2005/12/rs20051206_1bvr034798.html) (Zugriff: 25.01.2016, 15:45).

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH; Ärzteblatt, Redaktion Deutsches: Makuladegeneration: AOK schließt Rahmenvertrag zu Lucentis. URL: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/32768/Makuladegeneration-AOK-schliesst-Rahmenvertrag-zu-Lucentis> (Zugriff: 15.01.2016, 15:27).

Doering-Striening, Dr. Gudrun (2009): § 1 Das Sozialleistungsverhältnis oder: Zurück zu den Grundlagen. In: Richter, Ronald & Doering-Striening, Dr. Gudrun (Hrsg.): Grundlagen des Sozialrechts. Leistungsrecht, Leistungserbringungsrecht, Verwaltungsverfahren, Versicherungsrecht. 1. Auflage. Baden-Baden: Nomos.

Eggert, Bernhard; Rheinberger, Paul; Schmedders, Mechtild; Pritzbuier, Ekkehard von (2010): Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden: Innovationsbewertung muss die Sektorengrenzen überschreiten. Deutsches Ärzteblatt 2010 107 (30): A 1444–6 URL: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/77731/Neue-Untersuchungs-und-Behandlungsmethoden-Innovationsbewertung-muss-die-Sektorengrenzen-ueberschreiten> (Zugriff: 14.09.2015, 12:13).

Fastabend, Katrin; Schneider, Egbert (2004): Das Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung. Berlin: Schmidt.

Felix, Prof. Dr. iur. Dagmar (2014): Innovation im Krankenhaus – wer entscheidet? Medizinrecht. 2014 5 (32), 283-290.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2011): G-BA regelt nicht den Einzelfall – Nikolausbeschluss des Bundesverfassungsgerichts gilt auch bei ausgeschlossenen Methoden. URL: <https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/379/> (Zugriff: 16.09.2015, 15:41).

Gemeinsamer Bundesausschuss (2013): Aufgabe des G-BA. URL: <https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/methodenbewertung/aufgabe/> (Zugriff: 17.09.2015, 10:41).

Gemeinsamer Bundesausschuss (2015): Führen die Entscheidungen des G-BA immer nur zu Leistungseinschränkungen in der GKV? URL: <https://www.g-ba.de/institution/aufgabe/aufgabe/leistungskatalog/> (Zugriff: 21.09.2015, 11:30).

Gemeinsamer Bundesausschuss (o.J.): Gemeinsamer Bundesausschuss, URL: <https://www.g-ba.de/> (Zugriff: 28.09.2015, 16:27).

GKV-Spitzenverband (2014): Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB), URL: [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/drg\\_system/neue\\_untersuchungs\\_und\\_behandlungsmethoden\\_nub/neue\\_untersuchungs\\_und\\_behandlungsmethoden\\_nub.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/drg_system/neue_untersuchungs_und_behandlungsmethoden_nub/neue_untersuchungs_und_behandlungsmethoden_nub.jsp) (Zugriff: 10.09.2015, 11:56).

Grünhagen, Elke (2009): NUB-Begutachtung. Neue Begutachtungsanleitung schafft Klarheit. MDK-Forum. 2009 13. Jahrgang (1), 2-32.

Hackstein, Jörg (2013): Die Beschleunigung des Verfahrens bei den Krankenkassen. Der neue § 13 Abs. 3 a SGB V. URL: [http://hartmann-rechtsanwaelte.de/wp-content/uploads/2013/05/Beschleunigung\\_Bewilligungsverfahren\\_%C2%A7-13-Abs-3a-SGB-V.pdf](http://hartmann-rechtsanwaelte.de/wp-content/uploads/2013/05/Beschleunigung_Bewilligungsverfahren_%C2%A7-13-Abs-3a-SGB-V.pdf) (Zugriff: 11.09.2015, 13:23).

Hess, Dr. jur. Rainer (2006): Alternative Behandlungsmethoden bei lebensbedrohlichen Erkrankungen. Auseinandersetzung mit dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 6. Dezember 2005. GGW. 2006 (6), 7-14.

Hölz, Martina (2013): Stellungnahme zur Abrechenbarkeit von Leistungen im Rahmen von Musiktherapie/Tanztherapie/künstlerischer Therapie. URL: <http://www.parietaet-alsop-fleg.de/index.php/downloadsnew/pflegerische-versorgung/fachinformationen-pflege-oeffentlich/5483-stellungnahme/file> (Zugriff: 11.09.2015, 10:31).

Hübner, Dr. J; Schulte-Bosse, B. (2013): Der „Nikolausbeschluss“ und das GKV-Versorgungsstrukturgesetz. Was bedeuten sie im Kontext der komplementären und insbesondere alternativen Medizin? Der Onkologe. 2013 (19), 402-407.

Hussy, Walter; Schreier, Margit; Echterhoff, Gerald (2010): Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften - für Bachelor. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.

Kassenärztliche Vereinigung Bayern (2014): Informationen zur Privatliquidation bei GKV-Versicherten mit IGeL-Liste. URL: <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Infomaterial/AbrechnungHonorar/KVB-Broschuere-Privatliquidation-bei-GKV-Versicherten.pdf> (Zugriff: 21.09.2015, 13:06).

Keil, Miriam (2015): Rechtsfragen der individualisierten Medizin. In: Katzenmeier, Christian (Hrsg.): Kölner Schriften zum Medizinrecht. Berlin: Springer-Verlag.

Kompetenz-Centren der MDK Gemeinschaft (2013): Jahresbericht der Kompetenz-Centren der MDK-Gemeinschaft, URL: [http://www.mdk.de/media/pdf/KC-Bericht\\_2012-13\\_Lesezeichen.pdf](http://www.mdk.de/media/pdf/KC-Bericht_2012-13_Lesezeichen.pdf) (Zugriff: 22.09.2015, 16:46).

Luther, Dr. B.; Grimmel, M.; von Mittelstaedt, G. (2006): Aufgaben und Funktion des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK). Der Hautarzt. 2006 (57), 411 – 422.

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (o.J. a): Die Medizinischen Dienste in Zahlen, URL: <http://www.mdk.de/314.htm> (Zugriff: 08.09.2015, 11:39).

Medizinischer Dienst der Krankenkassen (o.J b): Die Rolle des MDK im Gesundheitswesen, URL: <http://www.mdk.de/313.htm> (Zugriff: 14.09.2015, 15:42).

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (o.J): Was sind IGeL? URL: <http://www.igel-monitor.de/94.htm> (Zugriff: 04.11.2015, 12:20).

Mummendey, Hans Dieter (2003): Die Fragebogen-Methode. Grundlagen und Anwendungen in Persönlichkeits-, Einstellungs- und Selbstkonzeptforschung. 4., unveränd. Aufl. Göttingen: Hogrefe Verl. für Psychologie.

New Oncology (2015): Informationen zur molekularpathologischen Diagnostik solider Tumoren mit NEOplus.

Noftz (2015): § 13 SGB V, In: Hauck/Noftz SGB V. Berlin: Erich Schmidt Verlag GmbH & CO KG.

Pfeiffer, Dr. Doris (2009): Verantwortung für Leistungskatalog und Versorgungsqualität. Aufgaben der GKV im Gemeinsamen Bundesausschuss. Gesellschaftspolitische Kommentare. 2009 (2), 42-44.

Przyborski, Aglaja; Wohlrab-Sahr, Monika (2014): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. 4. erweiterte Aufl. Oldenbourg: De Gruyter (Lehr- Und Handbuecher Der Soziologie).

Rau, Ferdinand (2008): Der Sozialstaat: Prinzipien, Konstitutionen und Aufgaben im Gesundheitsbereich. In: Hensen, Gregor; Hensen, Peter (Hrsg.): Gesundheitswesen und Sozialstaat: Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Schnell, Rainer; Hill, Paul B.; Esser, Elke (2011): Methoden der empirischen Sozialforschung. 9., aktualisierte Aufl. München: Oldenbourg.

Schneider, Lena (2010): Neue Behandlungsmethoden im Arzthaftungsrecht: Behandlungsfehler - Aufklärungsfehler – Versicherung. Heidelberg: Springer Verlag.

Simon, Michael (2013): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 4. Aufl. s.l. Bern: Verlag Hans Huber.

SV-LEX (2013): Gemeinsames Rundschreiben zur Leistungsentscheidung bei Krankenkassen veröffentlicht. URL: [http://www.sv-lex.de/aktuelles/nachrichten/?user\\_aktuelles\\_pi1\[aid\]=270889&cHash=f7c7b9f40e2725f0e77a459283dfff8a](http://www.sv-lex.de/aktuelles/nachrichten/?user_aktuelles_pi1[aid]=270889&cHash=f7c7b9f40e2725f0e77a459283dfff8a) (Zugriff: 08.02.2016, 17:12).

Verband der Privaten Krankenversicherungen o.J.: Darf mein Versicherer die Erstattung meiner Behandlungskosten ablehnen? URL: <https://www.pkv.de/themen/krankenversicherung/so-funktioniert-die-pkv/darf-mein-versicherer-die-erstattung-meiner-behandlungskosten-ablehnen/> (Zugriff: 24.09.2015, 14:00).

Vdek (2016): Daten zum Gesundheitswesen: Versicherte, URL: [http://www.vdek.com/presse/daten/b\\_versicherte.html](http://www.vdek.com/presse/daten/b_versicherte.html) (Zugriff: 17.02.2016, 13:20).

Vdek (o.J.): Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), URL: <http://www.vdek.com/vertragspartner/leistungen.html> (Zugriff: 28.09.2015, 12:34).

Wendt, Claus (2013): Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? Gesundheitssysteme im Vergleich. 3., überarbeitet Aufl. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

## Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die Hausarbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe, alle Ausführungen, die anderen Schriften wörtlich oder sinngemäß entnommen wurden, kenntlich gemacht sind und die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Fassung noch nicht Bestandteil einer Studien- oder Prüfungsleistung war.

Hamburg, den 25.02.2016



Stefanie Bliß

# Anhang

## a) Fragebogen mit Einführungstext

### **Befragung zu Einzelfall-Anträgen von außervertraglichen Leistungen in der GKV**

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Institut TakeCare hat sich zusammen mit der Studentin Stefanie Bliß dazu entschlossen, die Datenlage zu außervertraglichen Leistungen, die im Einzelfall beantragt werden, zu verbessern. Als wissenschaftliches Institut sieht das Institut TakeCare seinen Schwerpunkt in der Versorgungsforschung und hat sich deshalb zur Aufgabe gemacht, dieses Themengebiet genauer zu beleuchten. Die Befragung finde im Rahmen der Bachelorarbeit von Stefanie Bliß statt. Sie ist Studentin der Gesundheitswissenschaften an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW).

Anträge auf Einzelfall-Erstattung sind heutzutage in der GKV keine Seltenheit mehr. Dennoch sind Kostenerstattungen von außervertraglichen Leistungen eine Thematik, zu der es noch keine aussagekräftige Datenlage gibt. Es herrscht eher Intransparenz über den Umfang der Anträge, den Mehraufwand sowie Kosten, die den Krankenkassen und dem Gesundheitssystem dadurch entstehen.

Deshalb ist es von großer Bedeutung, einen Überblick über das Themenfeld zu erlangen. Mit der Teilnahme an dieser Befragung leisten Sie einen wichtigen Beitrag, um die Datenlage zu Einzelfall-Anträgen nach § 13 SGB V zu optimieren und bisher nichtentdeckte Verbesserungsbedarfe aufzudecken.

Die Richtlinien des Datenschutzes werden strikt gewahrt. Alle Angaben werden anonym und vertraulich behandelt. Es werden keine identifizierenden Daten erhoben, sodass die Angaben bei der Auswertung nicht auf Ihre Krankenkasse bzw. auf Ihre Versicherten zurückgeführt werden können. Gerne stellen wir Ihnen die Ergebnisse nach der Auswertung der Befragung zur Verfügung.

Sollten Sie über keine genauen Werte/Statistiken verfügen, geben Sie bitte Schätzungen an. Bitte beantworten Sie möglichst jede Frage, denn nur so kann eine aussagefähige Auswertung erfolgen.

Auf der letzten Seite der Online-Befragung befindet sich das Feld "Fertig". Mit dem Klicken beenden Sie die Befragung und die Antworten werden mir automatisch übermittelt. Es gibt die Möglichkeit, dass Sie sich vorerst die Fragen anschauen und später beantworten. Sollte dies der Fall sein, klicken Sie zum Schluss der Befragung nicht auf „Fertig“, denn dann ist die Befragung beendet und kann nicht wiederholt werden.

Bei Fragen oder weiteren Auskünften stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung unter folgenden Kontaktdaten:

Mobil: 0174 18 45 27 8

Büro TakeCare: 040 85 40 29 107

E-Mail: [s.bliess@institut-takecare.de](mailto:s.bliess@institut-takecare.de) / [stefanie.bliess@gmail.com](mailto:stefanie.bliess@gmail.com)

Die Befragung ist ab sofort bis zum 15.01.2016 für Sie geöffnet. Eine spätere Teilnahme ist nicht möglich.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Ihr Umfrage-Team,

Stefanie Bliß (Studentin der HAW), Dr. rer. pol. habil. Christoph von Rothkirch (Wissenschaftlicher Direktor Take Care Institut), Dr. Klaus Jürgen Preuss (Geschäftsführer Take Care Institut)

## 1. Bedeutung von Einzelfall-Anträgen von außervertraglichen Leistungen

1. Gibt es bei Ihrer Krankenkasse eine Abteilung bzw. eine/n Mitarbeiter/in in einer Abteilung, der/die ausschließlich zuständig für alle Anträge auf Einzelfall-Erstattungen ist?

- ja  
 nein

2. Führt Ihre Krankenkasse Statistiken über den Eingang von Anträgen auf Einzelfall-Erstattung für außervertragliche Leistungen nach §13 SGB V?

- ja  
 nein

3. Wie viele Einzelfallanträge nach §13 SGB V erhalten Sie durchschnittlich pro Jahr?

- Weniger als 500  
 500 - 999  
 1.000 - 1.499  
 1.500 - 1.999  
 2.000 oder mehr  
 nicht bekannt

4. Bezogen auf die vorherige Frage 3: Sollten Ihnen eine konkrete Anzahl von Einzelfallanträgen nach §13 SGB V vorliegen, teilen Sie uns diese bitte mit.

Anzahl gesamter Einzelfall-Anträgen von außervertraglichen Leistungen

5. Aufgrund welcher Indikationen werden am häufigsten Anträge auf Einzelfall-Erstattung gestellt? Geben Sie bitte möglichst 3 Beispiele der häufigsten Indikationen bei einer Antragstellung an.

6. Aufgrund welcher Therapien, Verfahren bzw. Methoden werden am häufigsten Anträge auf Einzelfall-Erstattungen gestellt. Bitte geben Sie möglichst 3 Beispiele der häufigsten Gründe einer Antragstellung an.

7. Bitte schätzen Sie den prozentualen Anteil an Anträgen auf Einzelfall-Erstattung für die jeweiligen Bereiche (ambulant, teilstationär, stationär).  Insgesamt sind es 100 %.

Die 100 % müssen auf die drei Leistungsbereiche nach Vorkommen von Einzelfall-Anträgen aufgeteilt werden.

	Ambulant	Teilstationär	Stationär
prozentualer Umfang	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

8. Wo werden die Leistungsausgaben für die Kostenerstattungen im Einzelfall gelistet? Werden diese gesondert aufgeführt oder fließen sie in die Leistungsausgaben, bei denen eine Leistungspflicht der GKV besteht, mit ein? Bitte kreuzen Sie die entsprechende Antwort an.

gesondert

mit allgemeinen Leistungsausgaben

teils teils

sonstiges

## 2. Erstattungen

9. Auf welcher Grundlage von Paragraphen, Rechtsprechungen und/oder kasseninternen Richtlinien kann eine Kostenerstattung im Einzelfall bewilligt werden? Bitte nennen Sie die 3 wichtigsten Grundlagen.

10. Wie viel Prozent der eingehenden Anträge auf Einzelfall-Erstattung werden jährlich genehmigt?

Weniger als 20 %

20 - 39 %

40 - 59 %

60 - 79 %

80 % und mehr

nicht bekannt

11. Bezogen auf die vorherige Frage: Sollte Ihnen eine genaue prozentuale Anzahl von genehmigten Anträgen auf Einzelfall-Erstattung pro Jahr vorliegen, geben Sie diese bitte an.

Prozentuale Anzahl genehmigter Einzelfall-Anträgen pro Jahr  %

12. Was können Gründe für eine Kostenübernahme sein? Nennen Sie bitte 3 mögliche Entscheidungsgründe.

13. Bei wie viel Prozent der genehmigten Anträgen auf Einzelfall-Erstattung erfolgt jährlich eine Vollkostenerstattung? Als Vollkostenerstattung ist die komplette Erstattung der beantragten Kosten gemeint, somit keine Teilkostenerstattung.

Weniger als 20 %

20 - 39 %

40 - 59 %

60 - 79 %

80 % und mehr

nicht bekannt

14. Wie hoch ist der durchschnittliche prozentuale Anteil der Erstattung bei einer Teilkostenerstattung von Einzelfall-Anträgen?

- Weniger als 20 %
- 20 % - 39 %
- 40 % - 59 %
- 60 % - 79 %
- 80 % und mehr
- nicht bekannt

15. Wie hoch sind durchschnittlich die Kostenerstattungsbeträge bei den Einzelfall-Anträgen? Bitte geben Sie jeweils die Häufigkeit der genehmigten Erstattungsbeträge an.

Insgesamt müssen es 100 % ergeben.

	Häufigkeit in %
Weniger als 100 €	<input type="text"/>
100 € - 999 €	<input type="text"/>
1.000 € - 9.999 €	<input type="text"/>
10.000 € - 99.999 €	<input type="text"/>
über 100.000 €	<input type="text"/>

### 3. Einbeziehung des MDK

16. Ab welcher beantragten Kostenerstattungshöhe wird der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) im Durchschnitt zur Fallberatung bei Einzelfall-Anträgen herangezogen?

- Weniger als 100 €
- 100 € - 999 €
- 1.000 € - 9.999 €
- 10.000 € - 99.999 €
- über 100.000 €
- Geldwert nicht entscheidend

17. Wie viel Prozent der eingehenden Anträge auf Einzelfall-Erstattung werden zu einer sozialmedizinischen Fallberatung an den MDK gegeben?

- Weniger als 20 %
- 20 - 39 %
- 40 - 59 %
- 60 - 79 %
- 80 % und mehr
- nicht bekannt

18. Bei wie viel Prozent der durch den MDK begutachteten Anträge auf Einzelfall-Erstattung erfolgt durchschnittlich eine positive Rückmeldung?

Als positive Rückmeldung ist die Argumentation durch den MDK für eine Kostenübernahme gemeint.

Prozentualer Anteil positiv bewerteter Anträge  %

19. Wie oft wird dem MDK widersprochen, das heißt, wie oft kommt es vor, dass der MDK eine Ablehnung empfiehlt und es trotzdem genehmigt wird bzw. andersherum?

	Nie	Manchmal	Oft	Immer	Nicht bekannt
Andere Entscheidung als MDK	<input type="radio"/>				

#### 4. Ablehnungen und Probleme

20. Bei wie viel Prozent der eingehenden Anträgen auf Einzelfall-Erstattung erfolgt durchschnittlich eine Ablehnung?

- Weniger als 20 %
- 20 - 39 %
- 40 - 59 %
- 60 - 79 %
- 80 % und mehr
- nicht bekannt

21. Führen Sie Beispiele auf, weshalb eine Einzelfallerstattung durch die Krankenkasse nicht erfolgen kann. Welche Ablehnungsgründe treten häufiger auf? Bitte nennen Sie 3 mögliche Beispiele.

22. Bei wie viel Prozent der abgelehnten Anträge auf Einzelfall-Erstattung kommt es zu einem Widerspruch?

- Weniger als 20 %
- 20 - 39 %
- 40 - 59 %
- 60 - 79 %
- 80 % und mehr
- nicht bekannt

23. Bei wie viel Prozent der Widerspruchsfälle wird dem Widerspruch stattgegeben und es erfolgt eine Kostenübernahme?

- Weniger als 20 %
- 20 - 39 %
- 40 - 59 %
- 60 - 79 %
- 80 % und mehr
- nicht bekannt

24. In wie viel Prozent der abgelehnten Widerspruchsfälle kommt es zum Klageverfahren vor dem Sozialgericht?

- Weniger als 20 %
- 20 - 39 %
- 40 - 59 %
- 60 - 79 %
- 80 % und mehr
- nicht bekannt

## 5. Erfahrungen und Einschätzungen

25. Wie oft kommt es vor, dass Sie eine Fristverlängerung beantragen müssen?

nie                      manchmal                      oft                      immer                      nicht bekannt

Fristverlängerung                                                                                             

26. Wie oft kommt es vor, dass eine Leistungspflicht der Kostenerstattung zustande kommt, da die Krankenkasse die Fristen nicht eingehalten hat und eine Verlängerung nicht begründet hat? (vgl. § 13 Abs. 3a SGB V) ⓘ

nie                      manchmal                      oft                      immer                      nicht bekannt

Fristversäumnis                                                                                             

27. Geben Sie bitte an, wie sich der Umfang der Einzelfall-Anträge in den letzten Jahren entwickelt hat.

stark gefallen                      leicht gefallen                      gleich geblieben                      leicht gestiegen                      stark gestiegen                      nicht beurteilbar

Entwicklung des Umfangs                                                                                                                   

28. Bewerten Sie bitte, wie viel Mehraufwand die Anträge auf Einzelfall-Entscheidung Ihrer Krankenkasse bereiten.

sehr viel                      ziemlich viel                      eher wenig                      gar keinen                      nicht bekannt

Mehraufwand                                                                                             

29. Wie oft sind aus Einzelfall-Anträgen Verträge mit Leistungserbringern entstanden?

nie                      manchmal                      oft                      immer                      nicht bekannt

Versorgungsverträge                                                                                             

30. Bezogen auf Frage 29: Wenn bereits Verträge mit Leistungserbringer entstanden sind, nennen Sie bitte die Bereiche in denen sie geschlossen wurden?

31. Bewerten Sie bitte, wie oft es vorkommt, dass Ärzte den Patienten bei der Antragstellung von Einzelfall-Anträgen unterstützen?

	nie	manchmal	oft	immer	nicht bekannt
Unterstützung durch Ärzte	<input type="radio"/>				

32. Bewerten Sie bitte, wie oft es vorkommt, dass Experten (unabhängige Patientenberatungen, Rechtsanwälte u.ä.) den Patienten bei der Antragstellung von Einzelfall-Anträgen unterstützen?

	nie	manchmal	oft	immer	nicht bekannt
Unterstützung durch Experten	<input type="radio"/>				

33. Wie zufrieden sind Sie mit der Gesetzeslage bezüglich der Einzelfall-Entscheidungen von außervertraglichen Leistungen?

	sehr zufrieden	etwas zufrieden	eher unzufrieden	sehr unzufrieden
Zufriedenheit Gesetzeslage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

34. Bewerten Sie bitte folgende Aussagen:

	stimme voll und ganz zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu	nicht beurteilbar
Kostenerstattungen im Einzelfall bedeuten für die gesetzlichen Krankenkassen eine Kostensteigerung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es müsste eine Regelung geben, damit viele unnötige Anträge auf Einzelfall-Erstattungen gar nicht erst gestellt werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es sollte ein besseres Prüfverfahren geben, damit die Beurteilungen der Fälle noch objektiver erfolgen können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es sollten mehr Studien von neuen Behandlungs- und Untersuchungsmethoden durchgeführt werden, damit eine Genehmigung eher erfolgen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

35. Wie groß ist Ihre Krankenkasse? Bitte kreuzen Sie die Kategorie an, die Ihrer Mitgliederanzahl entspricht.

<input type="radio"/> < 500.000
<input type="radio"/> 500.000 - 1 Mio.
<input type="radio"/> > 1 Mio. - 1,5 Mio.
<input type="radio"/> > 1,5 Mio. - 2 Mio.
<input type="radio"/> > 2 Mio.

## b) E-Mail Anfrage zur Teilnahme an der Studie bei Kranken-

**Stefanie Bließ**

---

**Von:** Philipps, Katrin <Katrin.Philipps@nva.aok.de>  
**Gesendet:** Mittwoch, 25. November 2015 09:58  
**An:** 's.bliess@institut-takecare.de'  
**Betreff:** Befragung zum Thema außervertragliche Leistungen

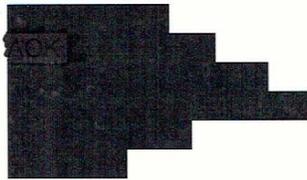
**Vertraulichkeit:** Privat

Sehr geehrte Frau Bließ,

vielen Dank für Ihre Anfrage. Da (abgelehnte) Anträge für außervertragliche Leistungen nicht in unserem System gespeichert werden, können wir Ihnen über Antragsmengen bzw. Informationen welche Leistungen beantragt wurden keine fundierten Aussagen bzw. Informationen zur Verfügung stellen. Sollte eine außervertragliche Leistung doch einmal übernommen werden, sind diese zwar im System gespeichert, aber nicht als „außervertragliche Leistung“ erkennbar, so dass auch hier keine Auswertung möglich ist. Daher würden wir auf eine Teilnahme an Ihrer Befragung verzichten.

Wir wünschen Ihnen dennoch viel Erfolg mit Ihrer Bachelorarbeit.

Mit freundlichen Grüßen



Telefon 







## c) E-Mail Anfrage beim Bundesversicherungsamt über Vorliegen von Statistiken

**Stefanie Bliëß**

---

**Von:** Tobias Schmidt <Tobias.Schmidt@bundesversicherungsamt.bund.de>  
**Gesendet:** Montag, 28. September 2015 13:51  
**An:** Stefanie Bliëß  
**Betreff:** Antw: Befragung zu Einzelfall-Anträge bei den gesetzlichen Krankenkasse

Sehr geehrte Frau Bliëß,

nach Auskunft unserer Fachabteilung liegen uns leider keine entsprechenden Daten bzw. Statistiken vor. Vielleicht kann Ihnen aber das Bundesministerium für Gesundheit weiterhelfen.

Mit freundlichen Grüßen

-----  
Bundesversicherungsamt  
Referat 813  
(Haushalt, Zentrale Vergabestelle, Presse und Öffentlichkeitsarbeit)

Friedrich-Ebert-Allee 38  
53113 Bonn

Tel.: +49 (0)228/ 619-1945  
Fax.: +

E-Mail  
Internet: [www.bva.de](http://www.bva.de)

>>> Stefanie Bliëß<[s.bliess@institut-takecare.de](mailto:s.bliess@institut-takecare.de)> 24.09.2015 10:46 >>>  
Sehr geehrte Damen und Herren,

ich habe heute mit einem Kollegen von Ihnen gesprochen und dieser hatte mir mitgeteilt, dass ich mich mit meiner Anfrage am besten an Sie wenden sollte.

Ich bin Studentin der HAW Hamburg und plane im Rahmen meiner Bachelorarbeit zusammen mit dem Institut Take Care eine Befragung zum Thema Einzelfallanträge durchzuführen. Als alte Krankenkassenmitarbeiterin kenne ich die Datenschutzbestimmungen. Deshalb werde ich mit allen Daten der Befragung sorgfältig umgehen, die Datenschutzrichtlinien und Anonymität werden durchgehend gewahrt und es können keine Rückschlüsse auf eine bestimmte Krankenkasse, noch auf bestimmte Fälle gezogen werden.

Da es sich für sehr schwierig erweist, eine Erlaubnis für eine Befragung zu bekommen, sowie an allgemeine Daten zu gelangen, richte ich mich nun an Sie. Hat das Bundesverwaltungsamt Angaben, Daten oder Statistiken über die Anzahl, Ablehnungen oder Widersprüche der Einzelfallentscheidungen in der gesetzlichen Krankenkasse? Ist es möglich Ihnen einen Fragebogen zukommen zu lassen oder können Sie mir Angaben zu dem Thema Einzelfallanträge in der gesetzlichen Krankenkassen machen? Gerne erkläre ich Ihnen mein Vorhaben auch telefonisch. Telefonisch erreichen Sie mich unter: 0174 1845278 oder unter der Firmen-Nummer Take Care: 040 - 85 40 291-00.

Ich würde mich über eine positive Nachricht freuen.

Mit freundlichen Grüßen

Stefanie Bliëß

## d) Auswertung/Rohdaten Online-Befragung

Antwort-ID	Resume-Code	Start	Datum und Zeit	Teilnahmestatus	1. Gibt es bei Ihrer Krankenkasse eine Abteilung bzw. eine/n Mitarbeiter/in in einer Abteilung, der/die ausschließlich zuständig für alle Anträge auf Einzelfall-Erstattungen ist?
22478151	1ba80ae	15.12.2015 07:57	15.12.2015 08:23	teilgenommen und beendet	ja
22478683	57a88f4	15.12.2015 08:26	15.12.2015 08:40	teilgenommen und beendet	nein
22490686	dd8683c	15.12.2015 16:11	15.12.2015 16:28	teilgenommen und beendet	nein
22729420	93ce1dd	04.01.2016 10 02	04.01.2016 10 09	teilgenommen und beendet	nein
22735321	1bf799e	04.01.2016 14:26	04.01.2016 14:29	teilgenommen, aber noch nicht beendet	nein
22760571	89480bb	05.01.2016 13 06	05.01.2016 13:21	teilgenommen, aber noch nicht beendet	nein
23092470	e7dc469	20.01.2016 15:51	20.01.2016 15:55	teilgenommen und beendet	nein

2. Führt Ihre Krankenkasse Statistiken über den Eingang von Anträgen auf Einzelfall-Erstattung für außervertragliche Leistungen nach §13 SGB V?	3. Wie viele Einzelfallanträge nach §13 SGB V erhalten Sie durchschnittlich pro Jahr?	4. Bezogen auf die vorherige Frage 3: Sollten Ihnen eine konkrete Anzahl von Einzelfallanträgen nach §13 SGB V vorliegen, teilen Sie uns diese bitte mit.
nein	2.000 oder mehr	3352
nein	'500 - 999	
nein	Weniger als 500	
nein	nicht bekannt	
nein	Weniger als 500	
ja	Weniger als 500	
nein	nicht bekannt	

5. Aufgrund welcher Indikationen werden am häufigsten Anträge auf Einzelfall-Erstattung gestellt? Geben Sie bitte möglichst 3 Beispiele der häufigsten Indikationen bei einer Antragstellung an.	6. Aufgrund welcher Therapien, Verfahren bzw. Methoden werden am häufigsten Anträge auf Einzelfall-Erstattungen gestellt. Bitte geben Sie möglichst 3 Beispiele der häufigsten Gründe einer Antragstellung an.	7. Bitte schätzen Sie den prozentualen Anteil an Anträgen auf Einzelfall-Erstattung für die jeweiligen Bereiche (ambulant, teilstationär, stationär). Insgesamt sind es 100 %.	prozentualer Umfang	Ambulant	Teilstationär	Stationär
Krebserkrankung, Gendiagnostik und neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Pränattest (Gendiagnostik von Ungeborenen), PET - CT (Diagnostik der Krebserkrankung außerhalb der GBA zugelassen Diagnosen), Arzneimittel			80	5	15
Rückenbeschwerden, psychische Erkrankungen, Schmerzen	Kann pauschal nicht benannt werden. Das ganze Spektrum von individuellen Gesundheitleistungen (iGel-Leistungen) wird beantragt.			80	19	1
kein einheitliches Bild	kein einheitliches Bild			80	0	20
Nicht bekannt	Nicht bekannt					
Schwangerschaft, onkologische Erkrankung, Zahnkrankung	Pranea-Test, Biomarker-Test			70	20	10
				65	10	25

8. Wo werden die Leistungsausgaben für die Kostenerstattungen im Einzelfall gelistet? Werden diese gesondert aufgeführt oder fließen sie in die Leistungsausgaben, bei denen eine Leistungspflicht der GKV besteht, mit ein? Bitte kreuzen Sie die entsprechende Antwort an.	9. Auf welcher Grundlage von Paragraphen, Rechtsprechungen und/oder kasseninternen Richtlinien kann eine Kostenerstattung im Einzelfall bewilligt werden? Bitte nennen Sie die 3 wichtigsten Grundlagen.	10. Wie viel Prozent der eingehenden Anträge auf Einzelfall-Erstattung werden jährlich genehmigt?	11. Bezogen auf die vorherige Frage: Sollte Ihnen eine genaue prozentuale Anzahl von genehmigten Anträgen auf Einzelfall-Erstattung pro Jahr vorliegen, geben Sie diese bitte an.
teils teils	§ der Satzung, § 2 SGB V, Nikolausurteil, § 12 SGB V	60 - 79 %	76
mit allgemeinen Leistungsausgaben	Satzungsleistung; Einzelfallentscheidung nach Abwägung Nutzen, Wirtschaftlichkeit etc.	Weniger als 20 %	
gesondert	§ 13 Abs. 3 SGB V; BverfG "Nikolausbeschluss"	Weniger als 20 %	
teils teils	§ 13 Abs. 2 SGB V (Wahl der Kostenerstattung); § 13 Abs. 3 SGB V (Systemversagen bzw. zu Unrecht abgelehnte Leistung); § 2 Abs. 1a SGB V (Lebensbedrohliche Erkrankungen)	nicht bekannt	
mit allgemeinen Leistungsausgaben			
gesondert			
gesondert	§ 12 SGB V; § 13 SGB V	nicht bekannt	

12. Was können Gründe für eine Kostenübernahme sein? Nennen Sie bitte 3 mögliche Entscheidungsgründe.	13. Bei wie viel Prozent der genehmigten Anträgen auf Einzelfall-Erstattung erfolgt jährlich eine Vollkostenerstattung? Als Vollkostenerstattung ist die komplette Erstattung der beantragten Kosten gemeint, somit keine Teilkostenerstattung.	14. Wie hoch ist der durchschnittliche prozentuale Anteil der Erstattung bei einer Teilkostenerstattung von Einzelfall-Anträgen?	15. Wie hoch sind durchschnittlich die Kostenerstattungsbeträge bei den Einzelfall-Anträgen? Bitte geben Sie jeweils die Häufigkeit der genehmigten Erstattungsbeträge an.	Weniger als 100 €	100 € - 999 €	1 000 € - 9.999 €	10.000 € - 99.999 €	über 100.000 €
•Lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankungen wenn eine nicht ganz entfernte liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht (§ 2 SGB V); •Kassenleistungen für die noch keine Abrechnungsscheine festgelegt wurde (Systemversagen nach § 13/3 SGB V); •Sozialversicherungsrechtlich regelwidriger Körperzustand der behandlungsbedürftig ist; •Entscheidung des KBs aufgrund der Kundensituation	80 % und mehr	80 % und mehr		15	50	0	4	1
Medizinische Notwendigkeit wird vom MDK gesehen	nicht bekannt	nicht bekannt		15	55	25	5	0
"Systemversagen" lebensbedrohliche Situation	80 % und mehr	nicht bekannt		0	10	85	5	0
Systemversagen lebensbedrohliche Erkrankungen Neue Behandlungsmethode im Krankenhaus	nicht bekannt	nicht bekannt						
Keine Alternativen zu der Behandlung vorhanden; Wirtschaftlichkeitsgebot.	nicht bekannt	nicht bekannt		60		0	5	5

16. Ab welcher beantragten Kostenerstattungshöhe wird der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) im Durchschnitt zur Fallberatung bei Einzelfall-Anträgen herangezogen?	17. Wie viel Prozent der eingehenden Anträge auf Einzelfall-Erstattung werden zu einer sozialmedizinischen Fallberatung an den MDK gegeben?	18. Bei wie viel Prozent der durch den MDK begutachteten Anträge auf Einzelfall-Erstattung erfolgt durchschnittlich eine positive Rückmeldung?	19. Wie oft wird dem MDK widersprochen, das heißt, wie oft kommt es vor, dass der MDK eine Ablehnung empfiehlt und es trotzdem genehmigt wird bzw. andersherum?	Andere Entscheidung als MDK
Geldwert nicht entscheidend	20 - 39 %	60		2
Geldwert nicht entscheidend	20 - 39 %	5		2
100 € - 999 €	80 % und mehr	20		2
Geldwert nicht entscheidend	nicht bekannt			5
Geldwert nicht entscheidend	nicht bekannt			2

20. Bei wie viel Prozent der eingehenden Anträgen auf Einzelfall-Erstattung erfolgt durchschnittlich eine Ablehnung?	21. Führen Sie Beispiele auf, weshalb eine Einzelfallerstattung durch die Krankenkasse nicht erfolgen kann. Welche Ablehnungsgründe treten häufiger auf? Bitte nennen Sie 3 mögliche Beispiele.	22. Bei wie viel Prozent der abgelehnten Anträge auf Einzelfall-Erstattung kommt es zu einem Widerspruch?	23. Bei wie viel Prozent der Widerspruchsfälle wird dem Widerspruch stattgegeben und es erfolgt eine Kostenübernahme?
20 - 39 %	medizinisch zugelassene Alternative Behandlung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ; Individuelle Gesundheitsleistung	Weniger als 20 %	Weniger als 20 %
60 - 79 %	keine medizinische Notwendigkeit, es stehen alternativen zur Verfügung, Leistung von vornherein ausgeschlossen	20 - 39 %	Weniger als 20 %
80 % und mehr	Vertragsmedizin nicht ausgeschöpft; negative Leistung durch den GBA; Behandlung wurde vor dem Antrag selbst beschafft	20 - 39 %	Weniger als 20 %
nicht bekannt	- Es ist eine individuelle Gesundheitsleistung; - es liegen die Voraussetzungen des § 2. Abs. 1a SGB V nicht vor; - die Kostenerstattung wurde nicht gewählt	nicht bekannt	nicht bekannt
nicht bekannt		nicht bekannt	nicht bekannt

24. In wie viel Prozent der abgelehnten Widerspruchsfälle kommt es zum Klageverfahren vor dem Sozialgericht?	25. Wie oft kommt es vor, dass Sie eine Fristverlängerung beantragen müssen?	Fristverlängerung	26. Wie oft kommt es vor, dass eine Leistungspflicht der Kostenerstattung zustande kommt, da die Krankenkasse die Fristen nicht eingehalten hat und eine Verlängerung nicht begründet hat? (vgl. § 13 Abs. 3a SGB V)	Fristversäumnis
Weniger als 20 %		2		1
Weniger als 20 %		1		1
Weniger als 20 %		2		1
nicht bekannt		5		5
nicht bekannt		5		1

27. Geben Sie bitte an, wie sich der Umfang der Einzelfall-Anträge in den letzten Jahren entwickelt hat.	Entwicklung des Umfangs	28. Bewerten Sie bitte, wie viel Mehraufwand die Anträge auf Einzelfall-Entscheidung Ihrer Krankenkasse bereiten.	Mehraufwand	29. Wie oft sind aus Einzelfall-Anträgen Verträge mit Leistungserbringern entstanden?	Versorgungsverträge	30. Bezogen auf Frage 29: Wenn bereits Verträge mit Leistungserbringern entstanden sind, nennen Sie bitte die Bereiche in denen sie geschlossen wurden?
	5		1		2	ambulante Operationen
	5		2		2	integrierte Versorgungsverträge im Bereich Rücken
	5		3		2	endoluminale Lasertherapie der Venen
	6		5		5	
	4		2		5	

31. Bewerten Sie bitte, wie oft es vorkommt, dass Ärzte den Patienten bei der Antragstellung von Einzelfall-Anträgen unterstützen?	Unterstützung durch Ärzte	32. Bewerten Sie bitte, wie oft es vorkommt, dass Experten (unabhängige Patientenerberatungen, Rechtsanwälte u.ä.) den Patienten bei der Antragstellung von Einzelfall-Anträgen unterstützen?	Unterstützung durch Experten	33. Wie zufrieden sind Sie mit der Gesetzeslage bezüglich der Einzelfall-Entscheidungen von außervertraglichen Leistungen?	Zufriedenheit Gesetzeslage
	3		2		2
	3		2		3
	2		1		2
	5		5		2
	3		3		3

34. Bewerten Sie bitte folgende Aussagen:	Kostenerstattungen im Einzelfall bedeuten für die gesetzlichen Krankenkassen eine Kostensteigerung.	Es müsste eine Regelung geben, damit viele unnötige Anträge auf Einzelfall-Erstattungen gar nicht erst gestellt werden	Es sollte ein besseres Prüfverfahren geben, damit die Beurteilungen der Fälle noch objektiver erfolgen können.	Es sollten mehr Studien von neuen Behandlungs- und Untersuchungsmethoden durchgeführt werden, damit eine Genehmigung eher erfolgen kann.	35. Wie groß ist Ihre Krankenkasse? Bitte kreuzen Sie die Kategorie an, die Ihrer Mitgliederanzahl entspricht.
	1	2	3		2 > 1 Mio. - 1,5 Mio.
	2	1	1		< 500.000
	2	1	1		2 < 500.000
	2	3	4		2 > 2 Mio.
	1	1	1		2 < 500.000

e) GKV Statistik über Fristüberschreitung und Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3a SGB V (Quelle: BMG 2015)

Leistungsfälle und -tage 2014	BUND	AOK	BKK	IKK	LKK	KBS	vdek
29. Behandlungsfälle in Hochschulambulanzen gemäß § 117 SGB V							
	Tw 19.906	7.218	2.141	346	24	0	10.177
	TZ 36.703	14.868	4.109	610	128	0	16.988
Behandlungsfälle in Hochschulambulanzen Allgemeine Krankenversicherung	38100						
	Fm 1.071.509	419.863	152.860	37.499	7.567	8.749	444.971
	Fw 1.339.849	473.843	184.959	44.573	5.197	9.870	621.407
	FZ 2.411.358	893.706	337.819	82.072	12.764	18.619	1.066.378
	FE 819.012	85.939	211.590	60.726	2.242	14.654	443.861
	FK 600.044	238.613	86.736	21.346	3.380	3.965	246.004
Behandlungsfälle in Hochschulambulanzen Rentner	38300						
	Fm 569.943	223.329	56.256	12.595	8.438	11.082	258.243
	Fw 763.322	271.839	59.629	12.328	8.370	10.805	400.351
	FZ 1.333.265	495.168	115.885	24.923	16.808	21.887	658.594
	FE 641.043	29.582	100.406	24.569	615	21.604	464.267
	FK 15.654	5.965	1.551	354	93	283	7.408
Behandlungsfälle in Hochschulambulanzen zusammen	38999						
	Fm 1.641.452	643.192	209.116	50.094	16.005	19.831	703.214
	Fw 2.103.171	745.682	244.588	56.901	13.567	20.675	1.021.758
	FZ 3.744.623	1.388.874	453.704	106.995	29.572	40.506	1.724.972
	FE 1.460.055	115.521	311.996	85.295	2.857	36.258	908.128
	FK 615.698	244.578	88.287	21.700	3.473	4.248	253.412
30. Fristüberschreitungen und Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 3a SGB V							
Fristüberschreitung	39100	240.143	11.149	2.145	397	12	735
Kostenerstattung	39200	254.581	26	17	4	8	6