

# Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)

## Normen

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) , i.d.F. vom 17.01.2006, zuletzt geändert am 17.02.2022 (BAnz AT 19.05.2022 B1), in Kraft getreten am 20.05.2022

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus (Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung - KHMe-RL) vom 21.03.2006, zuletzt geändert am 18.08.2022, BAnz AT 09.11.2022 B5, in Kraft getreten am 10.11.2022

## Information

In § 2 Abs. 1a SGB V ist klargestellt, dass Versicherte mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, dann auch eine dem Standard nicht entsprechende Leistung beanspruchen können. Voraussetzung ist, dass eine Aussicht auf Heilung oder eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.

Dadurch wird die bereits länger angewendete Kassenpraxis hinsichtlich der Umsetzung der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG, 06.12.2005 - 1 BvR 347/98) , der auch als sog. "Nikolausbeschluss" bezeichnet wird, legitimiert. Nach dem Leitsatz dieses Beschlusses ist es mit dem Grundgesetz nicht vereinbar, einen gesetzlich Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, von der Leistung einer von ihm gewählten, ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen.

Für den Leistungsanspruch muss eine lebensbedrohliche oder eine regelmäßig tödliche Erkrankung oder eine entsprechende wertungsmäßig vergleichbare Erkrankung in einer notstandsähnlichen Situation vorliegen. Dies kann der Fall sein, wenn nach den konkreten Umständen des Einzelfalls droht, dass sich der tödliche Krankheitsverlauf bzw. der nicht kompensierbare Verlust eines wichtigen Sinnesorgans oder einer herausgehobenen Körperfunktion innerhalb eines kürzeren, überschaubaren Zeitraums wahrscheinlich verwirklichen wird. Die begehrte Leistung kann nur übernommen werden, wenn eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht oder im konkreten Fall nicht angewendet werden kann. Sofern es sich bei der beanspruchten Leistung um ein Arzneimittel handelt, gehört dazu z.B. auch, dass der Patient nicht in eine klinische Prüfung zu diesem Arzneimittel eingeschlossen werden kann. Die weitere Voraussetzung der Heilungsaussicht ist so zu bewerten, dass die Anforderung an die Chance der Besserung umso geringer ausreichend sind, je schwerwiegender die Erkrankung und hoffnungsloser die Situation des Betroffenen im konkreten Einzelfall ist.

Sofern Versicherte oder Leistungserbringer vor Behandlungsbeginn eine Kostenübernahmeerklärung beantragen, ist diese zu bewilligen, wenn eine medizinisch ausreichende Begründung i.S.d. § 2 Abs. 1a SGB V vorliegt. Die Abrechnungsmöglichkeit der bisher nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthaltenen Leistungen wird damit festgestellt. Antrag und Kostenübernahmeerklärungen können formlos sein.

## Inhaltsübersicht

1. Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände (MDS) wirkt an Begutachtungs-Richtlinien mit
2. Wer entscheidet darüber, was die Krankenkassen bezahlen?

### 1. Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände (MDS) wirkt an Begutachtungs-Richtlinien mit

Ob im Einzelfall - z.B. bei einer lebensbedrohlichen Erkrankung - eine außervertragliche Methode eingesetzt werden darf, kann durch ein sozialmedizinisches Gutachten des MDK festgestellt werden. In einem solchen Fall beauftragt die Krankenkasse des Patienten oder der Patientin den Medizinischen Dienst mit der Begutachtung. Die Gutachterinnen und Gutachter des MDK richten sich bei ihrer Entscheidungsfindung nach

den Regelungen der Begutachtungs-Anleitung "Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden".

Diese Richtlinien hat der MDS gemeinsam mit den Medizinischen Diensten und den Kassenverbänden auf Bundesebene erarbeitet. Die Begutachtung orientiert sich insbesondere an der Rechtsprechung des Bundesverfassungs- und des Bundessozialgerichts. Das Bundesverfassungsgericht hatte im Dezember 2005 ein viel beachtetes Urteil zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen bei lebensbedrohlichen Krankheiten gesprochen (Nikolausbeschluss).

## **2. Wer entscheidet darüber, was die Krankenkassen bezahlen?**

Über die Aufnahme neuer medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Der Ausschuss setzt sich aus Vertretern der Krankenkassen und der Leistungserbringer (Ärzte, Zahnärzte, Psychologische Psychotherapeuten, Krankenhäuser) zusammen. So ist gewährleistet, dass das Fachwissen der Beteiligten vertreten ist. Außerdem nehmen an den Sitzungen des G-BA Patientenvertreter teil, die aber nicht stimmberechtigt sind.

Damit ein Thema im G-BA beraten und entschieden werden kann, muss zunächst ein Antrag gestellt werden. Antragsberechtigt sind die Spitzenorganisationen der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Patientenvertreter. Außerdem können alle kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Bundesverbände der Krankenhausträger entsprechende Anträge stellen. Den wissenschaftlichen Sachverhalt für viele Entscheidungen des G-BA bereitet das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vor.