

Leistungsbewilligungen und -ablehnungen durch Krankenkassen

STUDIEN
BERICHT

Leistungsbewilligungen und -ablehnungen durch Krankenkassen

IGES Institut in Zusammenarbeit mit Gerhard Igl

Monika Sander
Martin Albrecht
Verena Stengel
Meilin Möllenkamp
Stefan Loos
Gerhard Igl

Studie

für den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen
und Patienten sowie Bevollmächtigten für Pflege

Berlin, Juni 2017

Autoren

Dr. Martin Albrecht
Dr. Stefan Loos
Meilin Möllenkamp
Dr. Monika Sander
Verena Stengel

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

Prof. Dr. Gerhard Igl
Universitätsprofessor a.D

Inhalt

1.	Einleitung	14
1.1	Hintergrund	14
1.2	Ziel und Fragestellungen	15
1.3	Struktur des Berichts	16
2.	Methodisches Vorgehen	17
2.1	Literaturanalyse	18
2.2	Analyse von Sekundärdaten	18
2.2.1	Amtliche Statistiken	18
2.2.2	Daten des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen	20
2.2.3	Daten der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland	20
2.3	Rechtsprechungsanalyse	21
2.4	Primärdatenerhebungen	22
2.4.1	Befragung von Patientenorganisationen	22
2.4.2	Befragung der Krankenkassen	24
2.4.3	Befragung der gesetzlich Versicherten	26
3.	Spezifizierung des Untersuchungsgegenstands	28
3.1	Abgrenzung der zu untersuchenden Leistungen	28
3.1.1	Abgrenzung von Antragsleistungen in der GKV	28
3.1.2	Antragsleistungen in den einzelnen Leistungsbereichen	29
3.2	Leistungsantrags- und Widerspruchsverfahren in der gesetzlichen Krankenversicherung	36
3.2.1	Ablauf des Leistungsantrags- und Widerspruchverfahrens	36
3.2.2	Begutachtung durch den MDK	38
4.	Rechtsgrundlagen, Daten der Sozialgerichtsbarkeit und Rechtsprechungsanalyse	40
4.1	Rechtliche Rahmenbedingungen	40
4.1.1	Leistungsanspruch der Versicherten	40
4.1.2	Sachleistungsprinzip und Kostenerstattung	41
4.2	Auswertungen von Daten der Sozialgerichtsbarkeit	43
4.2.1	Widerspruchsverfahren in der Krankenversicherung und ihre Ergebnisse	44
4.2.2	Verfahren an den Sozialgerichten im Bereich Krankenversicherung und ihre Ergebnisse	47
4.3	Durchführung einer Rechtsprechungsanalyse	51
4.3.1	Ergebnisse nach höchster Entscheidungsinstanz	51
4.3.2	Ergebnisse nach Leistungsbereich	52
4.3.3	Auswertung nach Urteils-/Beschlussresultaten	53
4.3.4	Ergebnisse der Auswertung zur Zulassung der Revision	55
4.3.5	Detailanalyse ausgewählter Leistungsbereiche	56
4.3.6	Fazit der Rechtsprechungsanalyse	64

5.	Auswertungen der Informationen der Patientenorganisationen	65
5.1	Themen und Leistungsbereiche der Anfragen der Versicherten an die Patientenorganisationen	65
5.1.1	Auswertungen der Befragung der Patientenorganisationen	65
5.1.2	Auswertungen der Tätigkeitsberichte der UPD	66
5.2	Informationsverhalten der Krankenkassen im Hinblick auf Leistungsablehnungen aus Sicht der Patientenorganisationen	69
6.	Diskussion der Problemlagen bezüglich der Leistungsbewilligung und -ablehnung in den einzelnen Leistungsbereichen	71
6.1	Fahrkosten	71
6.2	Häusliche Krankenpflege	72
6.3	Haushaltshilfen	73
6.4	Heilmittel	73
6.5	Hilfsmittel	74
6.6	Krankengeld	76
6.7	Psychotherapie	78
6.8	Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen	78
6.9	Zahnersatz	79
7.	Rahmendaten in den ausgewählten Leistungsbereichen	80
7.1	Auswertungen der KG 5-Statistik – Leistungsbereich Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen	80
7.1.1	Entwicklung der Anzahl der Anträge, Ablehnungen und Bewilligungen insgesamt im Beobachtungszeitraum	80
7.1.2	Anzahl der Anträge, Ablehnungen und Bewilligungen im Bereich Vorsorge und Rehabilitation nach einzelnen Leistungen im Jahr 2015	84
7.1.3	Anzahl der Anträge, Ablehnungen und Bewilligungen nach Krankenkassenart im Jahr 2015	87
7.2	Auswertungen der Krankenkassenbefragung	88
7.2.1	Ablehnungs- und Widerspruchsquoten insgesamt	88
7.2.2	Ablehnungs- und Widerspruchsquoten nach Leistungsbereichen	89
7.2.3	Krankengeld und Krankengeldfallmanagement	98
7.3	Anzahl der Begutachtungen durch den MDK und ihrer Ergebnisse nach Leistungsbereich	101
8.	Erfahrungen und Kenntnisse der gesetzlich Versicherten im Bereich Leistungsanträge	111
8.1	Soziodemographische Merkmale der befragten gesetzlich Versicherten	111
8.2	Erfahrungen der befragten gesetzlich Versicherten mit Leistungsanträgen	113
8.2.1	Subjektive Beurteilung der Informiertheit und Informationsverhalten	115

8.2.2	Hilfe und Unterstützung bei der Antragstellung	117
8.2.3	Prozess der Antragstellung und Bearbeitung durch die Krankenkasse	118
8.2.4	Informationen über die Entscheidung des Leistungsantrags	121
8.2.5	Zufriedenheit mit der Kommunikation mit der Krankenkasse	124
8.2.6	Vorgehen nach Erhalt eines Ablehnungsbescheids	125
8.2.7	Erfahrungen im Bereich Krankengeld bzw. mit dem Krankengeldfallmanagement	126
8.3	Kenntnisse über die Beantragung von Leistungen und das Widerspruchsverfahren	129
9.	Fristüberschreitungen und Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 3a SGB V – Datenauswertungen und Befragungsergebnisse	131
9.1	Auswertungen der KG 2-Statistik	131
9.2	Gründe für Fristüberschreitungen und geringe Anzahl an Kostenerstattungen aus Sicht der Krankenkassen	132
9.2.1	Gründe für Fristüberschreitungen aus Sicht der Krankenkassen	132
9.2.2	Erklärungsansätze für eine geringe Anzahl an Kostenerstattungen aus Sicht der Krankenkassen	133
9.2.3	Information der Versicherten über § 13 Abs. 3a SGB V durch die Krankenkassen	134
9.3	Auswirkungen des § 13 Abs. 3a SGB V aus Sicht der Patientenorganisationen	135
9.4	Kenntnisse der Versicherten über die Regelungen des § 13 Abs. 3a SGB V	137
10.	Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen	141
10.1	Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse	141
10.1.1	Häufigkeit von Leistungsbewilligungen bzw. -ablehnungen	141
10.1.2	Information der Versicherten	142
10.1.3	Bearbeitungsdauer und Fristüberschreitungen nach § 13 Abs. 3a SGB V	143
10.1.4	Häufigkeit von Widersprüchen und Klagen	145
10.2	Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen	146
	Literaturverzeichnis	150
	Abbildungen	6
	Tabellen	10
	Abkürzungsverzeichnis	12

Abbildungen

Abbildung 1:	Untersuchungsdesign	18
Abbildung 2:	Anteil der Mitglieder in Bezug auf alle durch die teilnehmenden Krankenkassen abgedeckten Mitglieder nach Krankenkassenart, 2017	25
Abbildung 3:	Abgrenzung und Kategorisierung von Antragsleistungen der GKV	29
Abbildung 4:	Genehmigungsverfahren bei Heilmitteln	32
Abbildung 5:	Verteilung der Krankenkassen nach Verzicht auf Genehmigungsverfahren für Verordnungen außerhalb des Regelfalls (§ 8 Abs. 4 HeilM-RL), 2017	33
Abbildung 6:	Ablauf des Antrags- und Widerspruchverfahrens	38
Abbildung 7:	Anzahl und Entwicklung der erhobenen Widersprüche im Bereich Krankenversicherung (inkl. Kassenarztfragen), 2010-2015	44
Abbildung 8:	Verteilung der im Berichtszeitraum erledigten Widersprüche nach Art der Erledigung in der Krankenversicherung, 2010-2015	45
Abbildung 9:	Verteilung der durch einen Widerspruchsbescheid erledigten Widerspruchsverfahren nach dem weiteren Verlauf, 2010-2015	46
Abbildung 10:	Verteilung der durch Urteile oder Beschlüsse erledigter Klagen (SG) bzw. Berufungen (LSG) bzw. Revisionen (BSG) nach Erfolg, 2015	49
Abbildung 11:	Verteilung der Klagefälle nach höchster Entscheidungsinstanz, 2011-2016	52
Abbildung 12:	Verteilung der Klagefälle nach Leistungsbereichen, 2011-2016	53
Abbildung 13:	Verteilung der Klagefälle nach Urteils-/Beschlussergebnis, 2011-2016	54
Abbildung 14:	Verteilung der Entscheidungen des LSG zur Revision, 2011-2016	55
Abbildung 15:	Verteilung der befragten Patientenorganisationen nach der Häufigkeit von Anfragethemen der Versicherten (in %), 2016	65
Abbildung 16:	Verteilung der befragten Patientenorganisationen nach der Häufigkeit von Versichertenanfragen zu	

	Leistungsablehnungen in einzelnen Leistungsbereichen (in %), 2016	66
Abbildung 17:	Verteilung der befragten Patientenorganisationen nach ihrer Zustimmung zu verschiedenen Aussagen über das Informationsverhalten der Krankenkassen bei Leistungsablehnungen (in %), 2017	69
Abbildung 18:	Anteil von Produktgruppen an der Gesamtzahl von Anträgen für Hilfsmittel (Auswahl der 15 antragsstärksten), 2015	95
Abbildung 19:	Häufigkeit der Nennung verschiedener Merkmale, anhand derer über die Kontaktaufnahme zu Versicherten im Rahmen des Krankengeldfallmanagements entschieden wird, 2016	100
Abbildung 20:	Häufigkeit der Anlässe zur Einholung einer versichertenbezogenen Stellungnahme bei Arbeitsunfähigkeit (in %), 2015	101
Abbildung 21:	Verteilung der personenbezogenen Stellungnahmen des MDK zur Arbeitsunfähigkeit nach Anlass und dem weiteren AU-Verlauf aus medizinischer Sicht (in %), 2015	102
Abbildung 22:	Verteilung der personenbezogenen Stellungnahmen des MDK im Leistungsbereich häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfen nach Erfüllung der medizinischen Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung (in %), 2015	103
Abbildung 23:	Verteilung der personenbezogenen Stellungnahmen des MDK im Leistungsbereich Heilmittel nach Erfüllung der medizinischen Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung (in %), 2015	104
Abbildung 24:	Häufigkeit der Einholung einer versichertenbezogenen Stellungnahme nach Produktgruppe im Bereich Hilfsmittel (in %), 2015	105
Abbildung 25:	Verteilung der personenbezogenen Stellungnahmen des MDK im Leistungsbereich Hilfsmittel nach Produktgruppe und nach Erfüllung der medizinischen Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung (in %), 2015	106
Abbildung 26:	Verteilung der personenbezogenen Stellungnahmen des MDK in den Bereichen Psychotherapie und Soziotherapie nach Erfüllung der medizinischen Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung (in %), 2015	107

Abbildung 27:	Häufigkeit der Einholung einer versichertenbezogenen Stellungnahme nach Untergruppe im Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen (in %), 2015	108
Abbildung 28:	Verteilung der personenbezogenen Stellungnahmen des MDK in den Bereichen Vorsorge und Rehabilitationsleistungen nach Erfüllung der medizinischen Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung (in %), 2015	109
Abbildung 29:	Verteilung der personenbezogenen Stellungnahmen des MDK im Bereich der zahnärztlichen Versorgung nach Erfüllung der medizinischen Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung (in %), 2015	110
Abbildung 30:	Verteilung der befragten gesetzlich Versicherten nach Alter, 2017	111
Abbildung 31:	Verteilung der befragten gesetzlich Versicherten nach dem höchsten Bildungsabschluss, 2017	112
Abbildung 32:	Verteilung der befragten gesetzlichen Versicherten nach der Selbsteinschätzung ihres gegenwärtigen Gesundheitszustandes, 2017	113
Abbildung 33:	Häufigkeit der Leistungsanträge der befragten gesetzlich Versicherten nach Leistungsbereich, 2017	114
Abbildung 34:	Verteilung der Fälle nach der subjektiven Beurteilung der Informiertheit, 2017	115
Abbildung 35:	Häufigkeiten der Beschaffung von Informationen über Leistungsanträge nach Informationsquellen, 2017	116
Abbildung 36:	Verteilung der Fälle mit Beschaffung von Informationen über Leistungsanträge nach Einschätzung der Qualität der Informationsbeschaffung, 2017	117
Abbildung 37:	Häufigkeiten der Unterstützung bei einem Leistungsantrag nach Quellen der Unterstützung, 2017	118
Abbildung 38:	Verteilung der Antragsstellungen nach Art der Beantragung, 2017	119
Abbildung 39:	Verteilung der Antragstellung nach Dauer der Bearbeitung des Leistungsantrags durch die Krankenkasse, 2017	120
Abbildung 40:	Verteilung der Antragstellung nach Information durch die Krankenkasse über Fristüberschreitungen, 2017	121
Abbildung 41:	Verteilung der Antragstellungen nach Art der Information über die Leistungsentscheidung der Krankenkasse, 2017	122

Abbildung 42:	Verteilung der Ablehnungsfälle nach Angaben der Krankenkassen über Gründe der Ablehnung, 2017	123
Abbildung 43:	Verteilung der Ablehnungsfälle nach Beurteilung der begleitenden Kommunikation der Krankenkasse (in %), 2017	124
Abbildung 44:	Verteilung der Antragsstellungen nach der Zufriedenheit der befragten Versicherten mit der Kommunikation mit der Krankenkasse (in %), 2017	125
Abbildung 45:	Verteilung der befragten Versicherten nach dem Zeitpunkt einer Kontaktaufnahme durch die Krankenkasse während der Zeit der Arbeitsunfähigkeit (in %), 2017	126
Abbildung 46:	Verteilung der befragten Versicherten nach Art der ersten Kontaktaufnahme durch die Krankenkasse während der Zeit einer Arbeitsunfähigkeit (in %), 2017	127
Abbildung 47:	Verteilung der befragten Versicherten organisatorischen Aspekten des Krankengeldfallmanagements (in %), 2017	128
Abbildung 48:	Verteilung der befragten Versicherten, die im Rahmen des Krankengeldfallmanagements von ihrer Krankenkasse kontaktiert wurden, nach Zufriedenheit mit der Kommunikation (in %), 2017	129
Abbildung 49:	Verteilung der befragten Versicherten nach Kenntnissen über die Möglichkeit, Widerspruch gegen einen Ablehnungsbescheid der Krankenkasse einzulegen (in %), 2017	130
Abbildung 50:	Häufigkeit des von den Krankenkassen verwendeten Informationsmittels seit Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes und im Jahr 2016 (in %)	135
Abbildung 51:	Verteilung der teilnehmenden Patientenorganisationen nach ihrer Zustimmung zu verschiedenen Aussagen bezüglich der Information der Krankenkassen im Hinblick auf Fristüberschreitungen (in %), 2017	136
Abbildung 52:	Verteilung der teilnehmenden Patientenorganisationen nach ihrer Einschätzung der Informiertheit der Versicherten über die Möglichkeiten der Kostenerstattung bei einer Fristüberschreitung (in %), 2017	137
Abbildung 53:	Verteilung der befragten gesetzlich Versicherten nach der Einschätzung, ob es eine konkrete zeitliche Frist für die Krankenkassen für die Bearbeitung der Leistungsanträge gibt (in %), 2017	138

- Abbildung 54: Verteilung der befragten gesetzlich Versicherten nach der Einschätzung der Konsequenz einer Fristüberschreitung für die Krankenkassen (in %), 2017 139
- Abbildung 55: Verteilung der befragten gesetzlich Versicherten nach Entscheidung einer Selbstbeschaffung einer Leistung nach Eintritt der Genehmigungsfiktion (in %), 2017 140

Tabellen

- Tabelle 1: Erledigte Verfahren und Erledigungsart an den Sozialgerichten zu Klagefällen im Sachgebiet Krankenversicherung (ohne Vertragsarztangelegenheiten), 2015 48
- Tabelle 2: Verfahrensdauer der Klagefälle im Sachgebiet Krankenversicherung (ohne Vertragsarztangelegenheiten) nach Instanz, 2015 50
- Tabelle 3: Anzahl der Beratungen insgesamt und nach Leistungsbereich zum Thema „Anspruch gegenüber Kostenträger“ der UPD, 2014-2017 68
- Tabelle 4: Anzahl der Leistungsanträge und Widersprüche sowie Ablehnungs- und Widerspruchsquoten für alle Leistungen im Bereich Vorsorge und Rehabilitation, 2008-2015 82
- Tabelle 5: Anzahl der Leistungsanträge und Widersprüche sowie Ablehnungs- und Widerspruchsquoten im Leistungsbereich Vorsorge und Rehabilitation nach einzelnen Leistungen, 2015 85
- Tabelle 6: Anzahl der Leistungsanträge und Widersprüche sowie Ablehnungs- und Widerspruchsquoten im Leistungsbereich Vorsorge und Rehabilitation nach Krankenkassenart, 2015 87
- Tabelle 7: Ablehnungsquoten der teilnehmenden Krankenkassen, Leistungsbereiche insgesamt, 2015 89
- Tabelle 8: Ablehnungs- und Widerspruchsquoten der teilnehmenden Krankenkassen für den Bereich Fahrkosten, 2015 90
- Tabelle 9: Ablehnungsquoten der teilnehmenden Krankenkassen für den Bereich häusliche Krankenpflege, 2015 91
- Tabelle 10: Ablehnungs- und Widerspruchsquoten der teilnehmenden Krankenkassen Quoten für den Bereich Haushaltshilfen, 2015 92
-

Tabelle 11:	Ablehnungs- und Widerspruchsquoten der teilnehmenden Krankenkassen für den Bereich Hilfsmittel, 2015	94
Tabelle 12:	Ablehnungsquoten für die einzelnen Produktgruppen im Bereich Hilfsmittel, 2015	96
Tabelle 13:	Ablehnungsquoten der teilnehmenden Krankenkassen für den Bereich Psychotherapie, 2015	97
Tabelle 14:	Ausgewählte Kennzahlen zum Krankengeld bei den teilnehmenden Krankenkassen, 2016	98
Tabelle 15:	Anzahl der Fristüberschreitungen und Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 3a SGB V, 2014 und 2015	132

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
ALG II	Arbeitslosengeld II
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AQUA	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen
AU	Arbeitsunfähigkeit
BKK	Betriebskrankenkasse
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Body-Mass-Index
BMV-Z	Bundesmantelvertrag-Zahnärzte
BRH	Bundesrechnungshof
BSG	Bundessozialgericht
BVA	Bundesversicherungsamt
BVerfGE	Bundesverfassungsgericht
BVerwGE	Bundesverwaltungsgericht
EKVZ	Ersatzkassenvertrag-Zahnärzte
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-VSG	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz
GKV-SV	Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung
HeilM-RL	Heilmittel-Richtlinie
HHVG	Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz
Hilfsm-RL	Hilfsmittel-Richtlinie
HKP-RL	Häusliche Krankenpflege-Richtlinie

Abkürzung	Erläuterung
ICD	International Classification of Diseases [Internationale Klassifikation der Krankheiten]
IKK	Innungskrankenkasse
KBS	Knappschaft-Bahn-See
KG	Krankengeld
KHEntG	Krankenhausentgeltgesetz
KrTRL	Krankentransport-Richtlinie
LITT	Laserinduzierte Thermotheapie
LKK	Landwirtschaftliche Krankenkasse
LSG	Landessozialgericht
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
Morbi-RSA	morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
SG	Sozialgericht
SGB I	Sozialgesetzbuch Erstes Buch – Allgemeiner Teil
SGB IV	Sozialgesetzbuch Viertes Buch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung
SGB IX	Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
SGB X	Sozialgesetzbuch Zehntes Buch – Sozialverfahren und Sozialdatenschutz
SGB XI	Sozialgesetzbuch Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung
SGG	Sozialgerichtsgesetz
UPD	Unabhängige Patientenberatung Deutschland
vdek	Verband der Ersatzkassen e. V.

1. Einleitung

1.1 Hintergrund

Das Thema Leistungsbewilligungen und -ablehnungen durch gesetzliche Krankenkassen steht immer wieder im Fokus der öffentlichen Diskussion. Aus den Beschwerden von Versicherten bei der Geschäftsstelle des Patientenbeauftragten für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie des Bevollmächtigten für Pflege geht hervor, dass viele Betroffene eine Leistungsablehnung oftmals nicht nachvollziehen können, auch wenn sich die Entscheidungen der Krankenkassen im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften des SGB V begründen lassen. Des Weiteren wird vielfach – insbesondere von Seiten der Patientenorganisationen – kritisiert, dass Krankenkassen die beantragten Leistungen von Patientinnen und Patienten verspätet, pauschal und ohne Einzelfallprüfung ablehnen würden.

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz), das am 26. Februar 2013 in Kraft trat, wurden u. a. die Rechte der Patientinnen und Patienten gegenüber den Krankenkassen gestärkt. So wurden mit der Neuregelung des § 13 Abs. 3a SGB V die Krankenkassen verpflichtet, bei der Bearbeitung von Leistungsanträgen bestimmte Entscheidungsfristen einzuhalten. Können die Krankenkassen die Fristen nicht einhalten und teilen sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung eines hinreichenden Grundes nicht schriftlich mit, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt und die Krankenkassen sind zu einer Kostenerstattung verpflichtet, wenn sich die Leistungsberechtigten die Leistung nach Fristablauf beschaffen. Die Auswirkungen der Neuregelung des § 13 Abs. 3a SGB V werden bislang kontrovers diskutiert. Im Rahmen dieser Neuregelung wurde auch eine Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes eingeführt; gemeldet werden seit dem Jahr 2015 die Anzahl der Fristüberschreitungen und der Kostenerstattungen.

Des Weiteren existieren bezüglich der Anzahl der Leistungsbewilligungen und -ablehnungen – mit der Ausnahme der sog. KG 5-Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für den Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen – keine amtlichen Statistiken. Eine neutrale und sachliche Beurteilung der Entscheidungen der Krankenkassen über Leistungsanträge ist aufgrund der unzureichenden Datenlage daher derzeit nur eingeschränkt möglich.

Die Geschäftsstelle des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigten für Pflege hat vor diesem Hintergrund die vorliegende Studie in Auftrag gegeben. Die Studie knüpft dabei auch an die Evaluation der Wirkungen des Patientenrechtegesetzes an, die ebenfalls im Auftrag des Patientenbeauftragten der Bundesregierung durch das IGES Institut durchgeführt wurde (Loos et al. 2016). Gegenstand dieser vorangegangenen Studie war u. a. die Verpflichtung von Krankenkassen zur Einhaltung von Bearbeitungsfristen bei Leistungsanträgen der Versicherten gemäß § 13 Abs. 3a SGB V. Nach mehrheitlicher Einschätzung der hierfür befragten Krankenkassen-, Patien-

ten- und Wohlfahrtsverbände sind diesbezüglich neue rechtliche Probleme entstanden. Hierzu zählten sie vor allem Unklarheiten bzgl. des Geltungsbereichs des Kostenerstattungsanspruchs, des unbestimmten Rechtsbegriffs „hinreichende Gründe“ sowie Unklarheiten über den Zeitpunkt des jeweiligen Fristbeginns.

1.2 Ziel und Fragestellungen

Die Studie verfolgt das Ziel, anhand einer empirischen Analyse einen neutralen und sachlichen Überblick über die Leistungsbewilligungen und -ablehnungen der gesetzlichen Krankenkassen zu schaffen.

Die Studie geht insbesondere auf folgende Fragestellungen ein:

- ◆ Wie häufig werden Leistungsanträge von den Krankenkassen bewilligt bzw. abgelehnt?
- ◆ Wie unterscheidet sich das Verhältnis der bewilligten bzw. abgelehnten Leistungsanträge zur Gesamtanzahl der Leistungsanträge nach Leistungsbereichen? Welche Leistungsbereiche sind besonders häufig von Ablehnungen betroffen?
- ◆ Wie und in welchem Umfang werden die Versicherten über die Gründe für eine Bewilligung oder Ablehnung eines Leistungsantrags informiert, und wie verständlich sind diese Informationen für die Versicherten?
- ◆ Wie lange benötigen die Krankenkassen durchschnittlich für die Bearbeitung bzw. Entscheidung über einen Leistungsantrag?
- ◆ Wie häufig kommt es zu Fristüberschreitungen nach § 13 Abs. 3a SGB V? Welche Gründe gibt es dafür, dass eine solche Fristüberschreitung nicht zu einer Kostenerstattung führt? Wie sind die Versicherten über diese Regelungen informiert?
- ◆ Wie häufig kommt es – insgesamt und differenziert nach Leistungsbereichen – zu Widersprüchen oder Klagen?
- ◆ Wie erfolgreich sind Widersprüche und Klagen? Was sind die Gründe für den Erfolg?
- ◆ Sind bestimmte Personengruppen besonders häufig von Leistungsablehnungen betroffen?
- ◆ Hat die Regelung des § 13 Abs. 3a SGB V zu Änderungen bezüglich der Bearbeitung bzw. der Bewilligung oder Ablehnung von Leistungsanträgen durch die Krankenkassen geführt?

Aus den Ergebnissen der Studie werden Handlungsempfehlungen für Versicherte und Krankenkassen abgeleitet. Des Weiteren dienen die Ergebnisse der Studie dem Gesetzgeber als Grundlage für mögliche künftige Entscheidungen, auch über die Ausgestaltung von Patientenrechten.

1.3 Struktur des Berichts

Der vorliegende Bericht gliedert sich in zehn Hauptkapitel. Neben der Einleitung sind dies die folgenden:

- ◆ Kapitel 2 gibt einen Überblick über das Vorgehen sowie über die verwendeten Methoden. Insbesondere werden die für das Gutachten verwendeten Sekundärdaten näher beschrieben. Des Weiteren wird das methodische Vorgehen bei den Primärdatenerhebungen ausführlich dargestellt.
 - ◆ In Kapitel 3 wird der Untersuchungsgegenstand abgegrenzt. Dabei wird ein Überblick über Antragsleistungen in der GKV gegeben und dann als Hintergrundinformation das Leistungsantrags- und Widerspruchsverfahren in der GKV dargestellt
 - ◆ In Kapitel 4 werden die rechtlichen Rahmenbedingungen dargestellt und die verfügbaren Daten der Sozialgerichtsbarkeit ausgewertet. Schließlich werden die Ergebnisse einer Rechtsprechungsanalyse detailliert beschrieben.
 - ◆ Kapitel 5 geht auf die Auswertungen von Informationen der Patientenorganisationen ein. Dargestellt werden die Themen- bzw. Leistungsbereiche, die hauptsächlich im Fokus der Patientenberatungen stehen.
 - ◆ Das Kapitel 6 geht ausführlich auf die einzelnen Leistungsbereiche ein. Dargestellt werden insbesondere die spezifischen Problemlagen in den einzelnen Bereichen.
 - ◆ Kapitel 7 hat die Darstellung der verfügbaren Daten zur Anzahl der Leistungsanträge, der Ablehnungen und Widersprüche in den einzelnen Leistungsbereichen auf Grundlage der amtlichen KG 5-Statistik sowie einer Befragung der Krankenkassen zum Gegenstand. Des Weiteren werden in diesem Kapitel die Anzahl und Ergebnisse der Begutachtungen des Medizinischen Diensts der Krankenkassen dargestellt.
 - ◆ Kapitel 8 umfasst die Auswertungen einer Befragung der Bevölkerung zu den Kenntnissen und Erfahrungen im Bereich Leistungsanträge.
 - ◆ Das Kapitel 9 konzentriert sich auf die Neuregelung des § 13 Abs. 3a SGB V. Es werden die Anzahl der Fristüberschreitungen und der Kostenerstattung sowie die Gründe für Fristüberschreitungen aus Sicht der Krankenkassen dargestellt. Zusätzlich werden die Bewertung der Auswirkungen dieses Paragraphen aus Sicht der Patientenorganisationen sowie die Kenntnisse der Patientinnen und Patienten über die Regelungen beschrieben.
 - ◆ In Kapitel 10 werden die wesentlichen Ergebnisse zusammenfassend dargestellt und Handlungsempfehlungen formuliert.
-

2. Methodisches Vorgehen

Die vorliegende Studie basierte auf einem Methodenmix, bestehend aus:

- ◆ Literatur- und Sekundärdatenanalysen,
- ◆ einer Rechtsprechungsanalyse sowie
- ◆ qualitativen und quantitativen Primärdatenerhebungen.

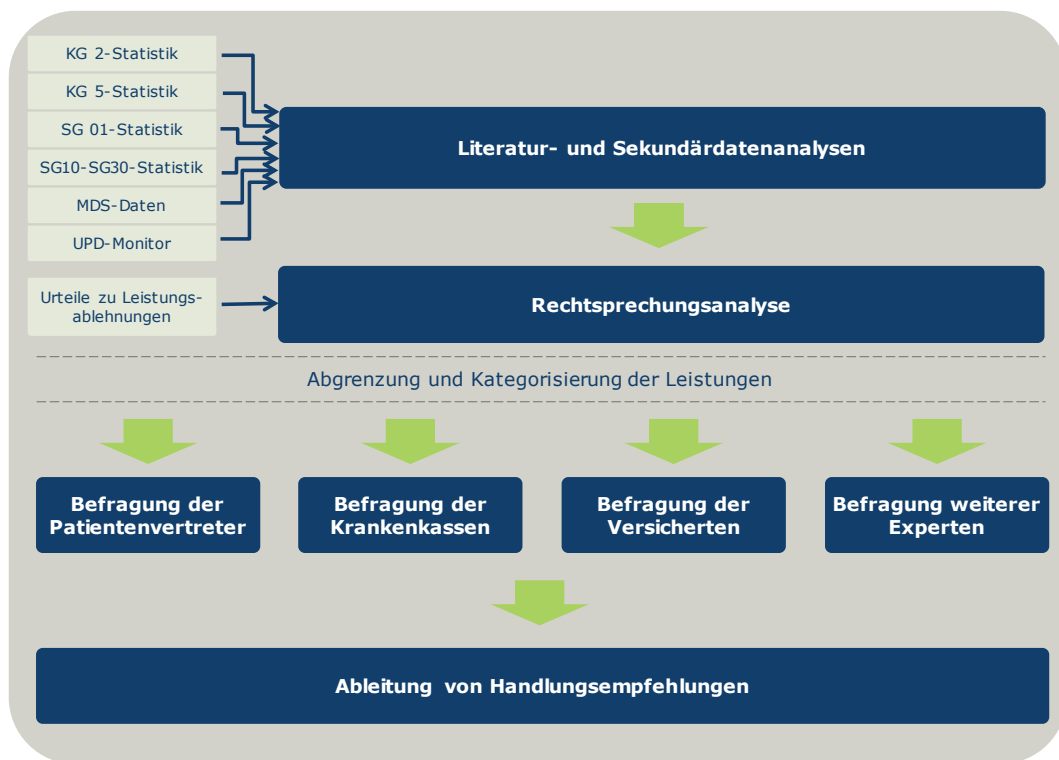
Auf der Grundlage der ersten Ergebnisse der Literatur- und Sekundärdatenanalyse sowie der Rechtsprechungsanalyse wurde eine Abgrenzung und Kategorisierung der Leistungen vorgenommen, die auf Basis von Anträgen der Versicherten durch die Krankenkassen individuell bewilligt werden müssen.

Die Primärdatenerhebung bestand aus vier verschiedenen Befragungen. Befragt wurden

- ◆ Patientenorganisationen,
- ◆ Krankenkassen,
- ◆ gesetzlich Versicherte sowie
- ◆ ausgewählte Expertinnen und Experten.

Die Ergebnisse aus allen Datenquellen wurden zusammengeführt und bewertet, um aus ihnen Handlungsempfehlungen abzuleiten (Abbildung 1).

Abbildung 1: Untersuchungsdesign



Quelle: IGES

2.1 Literaturanalyse

Zu Beginn der Studie wurde eine Literaturrecherche und -analyse zum Thema Leistungsbewilligungen bzw. -ablehnungen durchgeführt. Die Literaturanalyse umfasste dabei u. a. wissenschaftliche Veröffentlichungen, Rechtsgrundlagen, Stellungnahmen und Berichte von Organisationen (z. B. Jahresberichte der Unabhängigen Patientenberatung (UPD), Tätigkeitsberichte des Bundesversicherungsamtes (BVA), Berichte des Bundesrechnungshofs (BRH), Veröffentlichungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)).

2.2 Analyse von Sekundärdaten

2.2.1 Amtliche Statistiken

Zunächst wurden die verfügbaren amtlichen Statistiken mit Relevanz für Leistungsbewilligungen und -ablehnungen recherchiert und aufbereitet. Dabei handelte es sich um die folgenden amtlichen Statistiken:

- ◆ KG 2-Statistik des BMG zur Anzahl der Fristüberschreitungen und der Kostenerstattungen,

- ◆ KG 5-Statistik des BMG zu Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen,
- ◆ SG 01-Statistik des BMAS zur Tätigkeit der Widerspruchsstellen der Sozialversicherung und der Kriegsopferversorgung,
- ◆ SG 10-Statistik der Sozialgerichte, SG 20-Statistik der Landessozialgerichte und SG 30-Statistik des Bundessozialgerichts.

KG 2-Statistik zur Anzahl der Fristüberschreitungen und Kostenerstattungen

Die KG 2-Statistik enthält Daten zur Anzahl der Fristüberschreitungen und der Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 3a SGB V, gegliedert nach Art der Krankenkasse. Aufgrund der erstmaligen Einführung der Berichtspflicht für das Jahr 2014 lagen zum Zeitpunkt der Berichtserstellung lediglich die Daten für die Jahre 2014 und 2015 vor.

KG 5-Statistik zu Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen

Die KG 5-Statistik enthält u. a. Daten zur Anzahl der Anträge, der Genehmigungen und Ablehnungen sowie der Widersprüche in Bezug auf Anträge auf Leistungen nach §§ 23 und 24 SGB V sowie §§ 40 und 41 SGB V (Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen). Die Daten der KG 5-Statistik wurden für alle vorliegenden Jahre (2008 bis 2015) umfassend aufbereitet und ausgewertet. Im Rahmen der Auswertungen der KG 5-Statistik wurden für die ausgewiesenen Einzelleistungsbereiche verschiedene Quoten berechnet (z. B. Ablehnungsquoten, Widerspruchsquoten, Erfolgsquote bei Widersprüchen). Weiterhin wurden Veränderungen dieser Kennzahlen über die Zeit je Einzelleistungsbereich analysiert sowie Unterschiede nach Kassenarten aufgezeigt.

Detailfragen zur genauen Abgrenzung und Vergleichbarkeit der Konten im Beobachtungszeitraum wurden mit dem BMG bzw. mit dem GKV-Spitzenverband geklärt.

SG 01-Statistik zur Tätigkeit der Widerspruchsstellen

Die SG 01-Statistik zur Tätigkeit der Widerspruchsstellen enthält u. a. Informationen zur Anzahl der Widersprüche sowie zur Art der Erledigung und zum Erfolg der Widerspruchsverfahren für die verschiedenen Bereiche der Sozialversicherung. Die Statistik wurde dem IGES Institut vom Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) zur Verfügung gestellt. Zusätzlich wurden dem IGES für den Zeitraum 2010 bis 2015 auch Auswertungen nach Krankenkassenart vom BMG zur Verfügung gestellt. Die Daten liegen jedoch lediglich für den Bereich „Krankenversicherung“ insgesamt vor und beinhalten daher auch Verfahren, die nicht dem Bereich „Leistungsablehnungen“ zuzuordnen sind.¹

¹ Neben dem BMAS und dem BMG wurde auch der GKV-Spitzenverband angefragt, ob die Daten dort weiter untergliedert vorliegen, da die Krankenkassen die Daten an den GKV-Spitzenverband melden. Der GKV-SV verfügt jedoch nicht über detaillierter gegliederte Daten.

SG 10-Statistik der Sozialgerichte, SG 20-Statistik der Landessozialgerichte und SG 30-Statistik des Bundessozialgerichts

In den amtlichen und öffentlich verfügbaren Statistiken der Sozialgerichte (SG 10), der Landessozialgerichte (SG 20) sowie des Bundessozialgerichts (SG 30) sind u. a. Daten zu der Anzahl der Verfahren sowie ihrer Art der Erledigung und ihres Erfolgs enthalten. Die Daten liegen hier jedoch ebenfalls lediglich für den Bereich „Krankenversicherung“ insgesamt vor und beinhalten daher auch Verfahren, die nicht dem Bereich „Leistungsablehnungen“ zuzuordnen sind.

2.2.2 Daten des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) veröffentlicht die Anzahl der für die Krankenkassen durchgeführten versichertenbezogenen Begutachten bzw. Beratungen nach Leistungsbereichen. Diese Veröffentlichung enthält allerdings auch Begutachtungen, die nicht der Entscheidung über einen Leistungsantrag dienen. Daher wurde beim MDS eine Sonderauswertung der Begutachtungen für das Jahr 2015 angefragt, bei denen es ausschließlich um Leistungsanträge ging. Des Weiteren wurden vom MDS die Ergebnisse der versichertenbezogenen Begutachtungen zur Verfügung gestellt sowie eine detailliertere Aufgliederung in die folgenden Bereiche:

- ◆ Arbeitsunfähigkeit,
- ◆ Haushaltshilfen nach § 38 SGB V,
- ◆ Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V,
- ◆ Heilmittel,
- ◆ Hilfsmittel (separat für einzelne Hilfsmittelgruppen),
- ◆ Leistungen zur Zahnmedizin,
- ◆ Psychotherapie nach § 27 Abs. 1 SGB V,
- ◆ Soziotherapie nach § 37a SGB V,
- ◆ Spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37b SGB V sowie
- ◆ Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen.

2.2.3 Daten der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland

Des Weiteren wurden die Statistiken des „Monitor Patientenberatung“ der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) für die Jahre 2014 und 2015 ausgewertet. Diese enthalten u. a. Angaben zu

- ◆ der Anzahl der Beratungen zu Leistungsansprüchen gegenüber Kostenträgern,

- ◆ der Anzahl der Beratungen mit Hinweis auf Problemlagen bzw. mit Beschwerden,
- ◆ der Anzahl der Beratungen nach Leistungsbereichen,
- ◆ den häufigsten Problemfeldern in den einzelnen Leistungsbereichen sowie
- ◆ der Anzahl der Fälle mit begründeter Vermutung, dass Versorgungsleistungen durch Kostenträger unberechtigt verweigert wurden.

Darüber hinaus wurde von der UPD für die vorliegende Studie eine Sonderauswertung für das Jahr 2016 und das erste Quartal 2017 zur Verfügung gestellt. Diese beinhaltet insbesondere die Anzahl der Beratungen – auch differenziert nach Leistungsbereichen.

2.3 Rechtsprechungsanalyse

Die Rechtsprechungsanalyse zielte darauf ab, Erkenntnisse zur Anzahl und zum Hintergrund der Rechtsstreitigkeiten über Leistungsablehnungen zu gewinnen. Fragestellungen waren u. a.:

- ◆ Welche Leistungsbereiche sind insbesondere Gegenstand von Klagen?
- ◆ Wie häufig führen Klagen zum Erfolg?
- ◆ Welche Rolle spielt § 13 Abs. 3a SGB V in diesen Klagen?

Die Rechtsprechungsanalyse umfasste die Recherche und Aufbereitung von Entscheidungen in den letzten fünf Jahren (2011-2016). Die Recherche wurde mit Hilfe der Rechtsportale sozialgerichtsbarkeit.de und juris.de durchgeführt.²

Die Recherche erfolgte mit den folgenden Schlagworten bzw. Suchkombinationen

- ◆ „Leistungsablehnung“ und „§ 13 Abs. 3a SGB V“
- ◆ „Leistungsablehnung“ und „SGB V“
- ◆ „Leistungsablehnung“ oder „§ 13 Abs. 3a SGB V“

² Die Plattform sozialgerichtsbarkeit.de ist eine gemeinsame Initiative der Präsidentinnen und Präsidenten der Landessozialgerichte der Bundesländer. Herausgeber ist das Bayerische Landessozialgericht. juris ist einer der führenden Online-Anbieter von Rechtsinformationen in Deutschland. Das Unternehmen gehört anteilig dem Bund (50,01 %), dem niederländischen Verlag Sdu, dem Saarland, der Bundesrechtsanwaltskammer und weiteren Verlagen.

Die Ergebnisse der beiden Datenbanken wurden abgeglichen und alle relevanten Fälle beider Datenbanken wurden zur weiteren Analyse herangezogen.³ Da allerdings keine Veröffentlichungspflicht für Entscheidungen besteht, sind die Daten aus diesen Rechtsportalen u. U. nicht vollständig.⁴

Bei der Durchführung der Rechtsprechungsanalyse wurde das IGES Institut durch Prof. Dr. iur. Gerhard Igl unterstützt.

2.4 Primärdatenerhebungen

Bei den befragten Akteuren handelte es sich um

- ◆ die gesetzlich Versicherten als diejenigen, die die Leistungen beantragen,
- ◆ die Krankenkassen als diejenigen, die die Leistungsanträge bewilligen oder ablehnen,
- ◆ Akteure, die zwischen diesen beiden Seiten vermitteln, also die Patientenberatungsstellen (inklusive der UPD) und Patientenverbände bzw. -organisationen sowie Verbände der freien Wohlfahrtspflege (im Folgenden „Patientenorganisationen“ genannt) sowie
- ◆ weitere Expertinnen und Experten verschiedener Organisationen (u. a. GKV-Spitzenverband, MDS, Krankenkassen).

Im Wesentlichen bezogen sich die Befragungen auf die aktuelle Situation im Bereich Leistungsbewilligungen oder -ablehnungen durch gesetzliche Krankenkassen. Um darüber hinaus eine Aussage zur Entwicklung über die letzten Jahre treffen zu können, wurden den Patientenorganisationen auch retrospektive Fragen gestellt, d. h., die Befragten sollten Aussagen darüber treffen, ob sie im Hinblick auf die Bewilligung und Ablehnung von Leistungen durch gesetzliche Krankenkassen in den letzten Jahren Veränderungen beobachten konnten.

2.4.1 Befragung von Patientenorganisationen

Qualitative Experteninterviews

Das IGES Institut entwickelte auf Basis der Literatur- und Sekundärdatenanalyse sowie der Rechtsprechungsanalyse einen semi-strukturierten Interviewleitfaden

³ Nicht berücksichtigt wurden beispielsweise Fälle, bei denen ein anderer Sozialversicherungsträger als die GKV betroffen war.

⁴ Grundsätzlich besteht laut einem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 26. Februar 1997 (BVerwG, 6 C 3/96 –, BVerwGE 104, 105-115) ein Veröffentlichungsgebot für Gerichtsentscheidungen. Da jedoch keine Pflicht zur Veröffentlichung besteht, kann keine Vollständigkeit der Datenbanken deklariert werden. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Urteile des Bundessozialgerichts vollständig veröffentlicht werden (hierzu wird auch eine eigenständige Datenbank gepflegt: <http://juris.bundessozialgericht.de>). Bei den Landessozialgerichten entscheiden die vorsitzenden Richterinnen und Richter, welche Urteile auf sozialgerichtsbarkeit.de oder juris.de veröffentlicht werden.

für explorative telefonische Interviews mit Experten und Expertinnen von Patientenorganisationen. Diese Gespräche dienten dazu, detaillierte Hintergrundinformationen zum Untersuchungsgegenstand zu erhalten sowie zur Vorbereitung der Entwicklung möglichst standardisierter schriftlicher Erhebungsinstrumente.

Mit vier ausgewählten Organisationen wurde im Zeitraum von November 2016 bis Januar 2017 jeweils ein exploratives telefonisches Interview durchgeführt.⁵ Die Organisationen wurden vom IGES zunächst per E-Mail kontaktiert, über Hintergrund und Ziele der Untersuchung informiert und darum gebeten, dem IGES Institut eine geeignete Expertin bzw. einen geeigneten Experten der Organisation für das telefonische Gespräch zu benennen. Für die Interviews erhielten die Expertinnen und Experten nach Terminvereinbarung auf Wunsch vorab einen Interviewleitfaden.

Von allen Gesprächen wurden Mitschriften angefertigt. Diese wurden von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des IGES Instituts ausgewertet und für die weiteren Analysen sowie die Entwicklung der quantitativen Erhebungsinstrumente verwendet.

Schriftliche Befragung

Für die schriftliche Befragung der Patientenorganisationen wurde ein standardisierter Fragebogen auf Basis der Auswertungen der Experteninterviews erstellt. Es wurde eine Kombination aus offenen und geschlossenen Fragen gewählt. Mit dieser Erhebungsmethodik wurde es den Befragten einerseits ermöglicht, die Fragen mit geringem Aufwand zu beantworten; andererseits stand es ihnen offen, ausführlich zu den einzelnen Fragen Stellung zu nehmen. Der Fragebogen wurde mit dem Auftraggeber abgestimmt.

Für die schriftliche Befragung wurden in Abstimmung mit dem Auftraggeber 39 Organisationen ausgewählt. Die Erhebungsunterlagen (Fragebogen, Anschreiben, adressierter und frankierter Rückumschlag („Porto zahlt Empfänger“)) wurden per Post versandt. Auf Wunsch einiger Organisationen wurde der Fragebogen zusätzlich auch elektronisch versandt.

Insgesamt war ein Befragungszeitraum von vier Wochen vorgesehen, um den Patientenorganisationen ausreichend Zeit zur Beantwortung einzuräumen. Nach Ablauf der Frist wurde bei den nichtteilnehmenden Organisationen telefonisch und/oder per E-Mail nachgehakt und erneut um Teilnahme gebeten.

Insgesamt haben sich 22 Organisationen an der Befragung beteiligt.⁶ Die schriftlich ausgefüllten Fragebögen wurden nach einem standardisierten Auswertungsschema erfasst und strukturiert ausgewertet.

⁵ Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e.V., UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH, Sozialverband VdK Deutschland e.V., Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.

⁶ Zusätzlich haben sich 19 regionale Diakonie-Stellen an der Befragung beteiligt. Diese wurden bei den qualitativen Auswertungen der Befragung berücksichtigt. Da der Fragebogen von einigen Organisationen an Landes- bzw. Kreisverbände weitergereicht wurde, ist eine Berechnung der Rücklaufquote nicht möglich.

2.4.2 Befragung der Krankenkassen

Auswahl der zu befragenden Krankenkassen

Das IGES Institut hat in Abstimmung mit dem Auftraggeber für die Befragung die 39 mitgliederstärksten Krankenkassen ausgewählt. Diese Auswahl repräsentiert mehr als 90 % aller GKV-Mitglieder.

Die entsprechenden Kontaktdaten der Krankenkassenvorstände wurden vom IGES Institut recherchiert und dem Auftraggeber zur Verfügung gestellt.

Anschreiben an die Krankenkassen

Um eine Teilnahme an der Befragung zu befördern, wurde vom Auftraggeber ein offizielles Anschreiben mit der Bitte um Teilnahme an der Befragung im Namen des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigten für Pflege, Staatssekretär Karl-Josef Laumann, an die Vorstände der Krankenkassen versandt.

Ein zusätzliches Anschreiben im Namen des IGES Instituts – das Bezug auf das vorangegangene offizielle Schreiben nahm – wurde vom IGES erstellt, mit dem Auftraggeber abgestimmt und zusammen mit den Erhebungsunterlagen per E-Mail an die ausgewählten Krankenkassen gesendet. Das Anschreiben enthielt weitere Informationen zum Ablauf der Befragung und zur Konkretisierung des Untersuchungsgegenstands sowie die Kontaktdaten der IGES-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter für Rückfragen oder Anmerkungen zur Befragung.

Entwicklung der Erhebungsinstrumente für die Befragung der Krankenkassen

Das IGES Institut entwickelte eine standardisierte Vorlage zur Datenabfrage bei den Krankenkassen in Bezug auf Leistungsbewilligungen und -ablehnungen in ausgewählten Leistungsbereichen. Gegenstand der Befragung waren u. a. folgende Themen:

- ◆ Anzahl der Leistungsanträge,
- ◆ Anzahl der Genehmigungen bzw. Ablehnungen,
- ◆ Anzahl abgewiesener bzw. stattgebener Widersprüche,
- ◆ Anzahl der Klagen,
- ◆ Anzahl der MDK-Begutachtungen,
- ◆ durchschnittliche Dauer der Bearbeitung von Anträgen.

Des Weiteren wurde für den Bereich Krankengeld ein gesonderter Fragebogen entwickelt, der neben den Krankengeld- bzw. Arbeitsunfähigkeitsfällen insbesondere Fragen zum Krankengeldfallmanagement enthielt. Außerdem wurde ein kurzer Fragebogen zu den Fristüberschreitungen bzw. Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 3a SGB V entwickelt. In diesem wurde beispielsweise nach den Gründen für eine Fristüberschreitung gefragt.

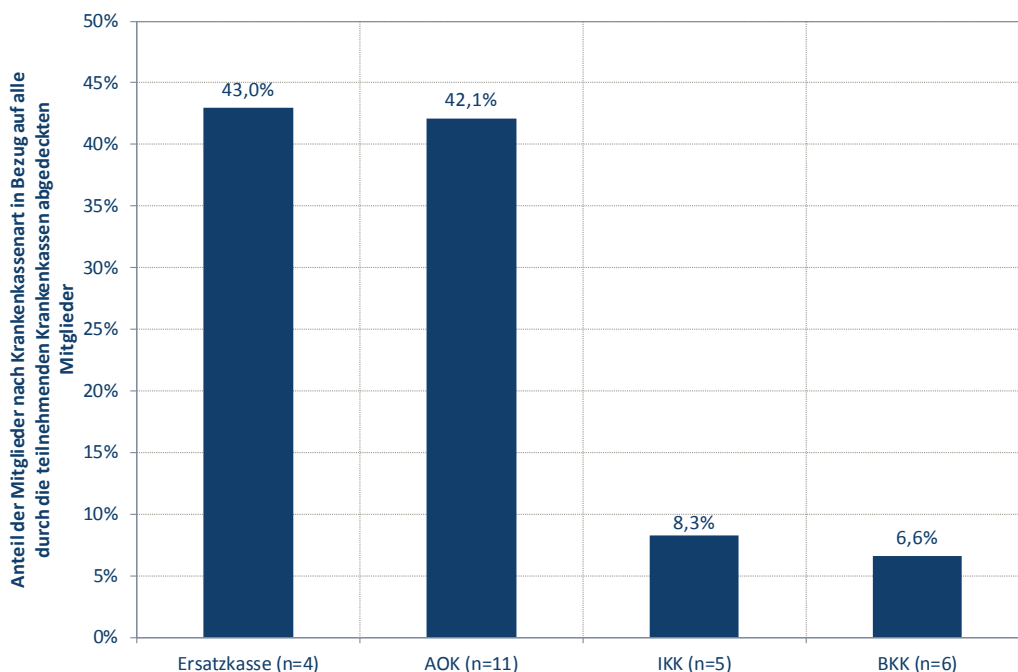
Die Vorlage für die Datenabfrage wurde im Rahmen von mehreren Telefongesprächen mit verschiedenen Experten von insgesamt drei Krankenkassen diskutiert. Die Experten haben dabei auf spezifische Aspekte der Begriffsdefinition und -abgrenzung hingewiesen. Die Experten der unterschiedlichen Krankenkassen waren dabei teilweise gegenteiliger Auffassung im Hinblick auf die Realisierbarkeit der Datenabfrage sowie die potenziellen Herausforderungen bezüglich der Vergleichbarkeit bzw. Abgrenzung der Daten. Auf der Grundlage der Gespräche und in Abstimmung mit dem Auftraggeber wurde die Datenanforderung überarbeitet.

Das Anschreiben vom IGES wurde zusammen mit der Datenanforderung und den Fragebögen Anfang Februar per E-Mail an die Krankenkassen versandt. Der Rücklauf erfolgte bis April 2017.

Rücklauf und Auswertung der Befragung der Krankenkassen

Insgesamt haben sich 26 Krankenkassen an der Befragung beteiligt. Dies entspricht einer Rücklaufquote von rd. 67 %. Mit den teilnehmenden Krankenkassen werden rd. 46,5 Millionen und damit rund 83,4 % der GKV-Mitglieder erfasst. Unter den teilnehmenden Krankenkassen waren mit Ausnahme der Knappschaft-Bahn-See alle Krankenkassenarten vertreten (Abbildung 2).

Abbildung 2: Anteil der Mitglieder in Bezug auf alle durch die teilnehmenden Krankenkassen abgedeckten Mitglieder nach Krankenkassenart, 2017



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenkassen

Die ausgefüllten Datenanforderungen und Fragebögen wurden strukturiert erfasst und in einem ersten Schritt auf Plausibilität überprüft. Die gelieferten Daten waren teilweise lückenhaft. Eine teilnehmende Krankenkasse hat lediglich die Fragebögen zum Krankengeld und zur Kostenerstattung ausgefüllt. Zwei Krankenkassen haben den Fragebogen zur Kostenerstattung nicht beantwortet. Die Datenanforderung konnte von den teilnehmenden Krankenkassen teilweise nicht vollständig ausgefüllt werden. Dies betraf insbesondere die Frage, ob eine Leistung „nach Antrag“ oder „mit anderer Leistung“ genehmigt wurde, die Gründe für eine Ablehnung, die Anzahl der MDK-Begutachtungen sowie die durchschnittlichen Bearbeitungsdauern. Des Weiteren konnte die Mehrheit der teilnehmenden Krankenkassen die Anzahl der Widersprüche bzw. Klagen nicht differenziert für die einzelnen Leistungsbereiche angeben. Rund die Hälfte der teilnehmenden Krankenkassen konnte bei der Datenauswertung keine Differenzierung nach Altersgruppen vornehmen.

Im Rahmen der Auswertung wurde für jeden der ausgewählten Leistungsbereiche die durchschnittliche Genehmigungs- bzw. Ablehnungsquote, die Widerspruchsquote sowie die Erfolgsquote bei Widersprüchen berechnet.

Da die Daten bei den einzelnen Krankenkassen in unterschiedlicher Form und ggf. auch Abgrenzung vorliegen, ist die Vergleichbarkeit der berechneten Kennzahlen zwischen den Krankenkassen möglicherweise eingeschränkt. Dies ist bei der Interpretation der Ergebnisse grundsätzlich zu berücksichtigen, da dies die Aussagekraft der Daten einschränken kann (vgl. dazu auch die Ausführungen in Kapitel 7.2).

2.4.3 Befragung der gesetzlich Versicherten

Die Befragung der gesetzlich Versicherten diente dazu herauszufinden, welche Erfahrungen die Versicherten mit Leistungsanträgen bei Krankenkassen gemacht haben und inwieweit sie sich über den Prozess und Ablauf einer Antragstellung informiert fühlen. Des Weiteren wurden die Versicherten zu ihren Kenntnissen über Entscheidungsfristen und die Folgen bei einer Fristüberschreitung gemäß § 13 Abs. 3a SGB V befragt.

Die Befragung wurde als repräsentative Online-Befragung von 1.000 gesetzlich Versicherten konzipiert und von der Krämer Marktforschung GmbH durchgeführt. Die Befragten sind grundsätzlich Teil eines aktiv verwalteten Online-Panels des Marktforschungsinstituts. Die Stichprobenziehung erfolgte geschichtet nach Alter, Geschlecht und Bundesland.

Entwicklung der Erhebungsinstrumente

Der Fragebogen für die Versichertenbefragung wurde durch das IGES Institut entwickelt und nach einem internen Expertenreview mit dem Auftraggeber abgestimmt. Der Fragebogen wurde anschließend von der Krämer Marktforschung GmbH online programmiert. Das IGES Institut erhielt einen Testzugang zu dem programmierten Fragebogen und testete diesen ausführlich im Hinblick auf die korrekte Umsetzung (insbesondere Filterführungen).

Die qualitätsgesicherte Online-Befragung wurde in einer Pilotierung mit zehn Personen unterschiedlicher Altersgruppen getestet, um die Verständlichkeit der Fragen sicherzustellen und mögliche missverständliche Fragen oder unvollständige Antwortmöglichkeiten im Vorfeld aufzudecken. Der Fragebogen wurde auf Grundlage des Pretests in Abstimmung mit dem Auftraggeber finalisiert.

Datenaufbereitung und -analyse

Die Befragungsdaten wurden dem IGES Institut durch das Markforschungsinstitut als SPSS-Datei zur Verfügung gestellt, durch das IGES Institut auf Plausibilität geprüft, anschließend ausgewertet und tabellarisch, graphisch sowie textlich aufbereitet.

3. Spezifizierung des Untersuchungsgegenstands

In diesem Kapitel erfolgt eine Abgrenzung der im Rahmen der Studie zu untersuchenden Leistungen (Kapitel 3.1). Dabei wird zunächst ein Überblick über Antragsleistungen in der GKV gegeben und dann detailliert auf die für die vorliegende Studie relevanten Antragsleistungen eingegangen. Im Kapitel 3.2 wird das Verfahren einer Antragstellung kurz erläutert.

3.1 Abgrenzung der zu untersuchenden Leistungen

3.1.1 Abgrenzung von Antragsleistungen in der GKV

Für die gesetzlich krankenversicherten Personen sind die Leistungsansprüche im SGB V festgeschrieben und umfassen gemäß § 11 SGB V Leistungen

- ◆ bei Schwangerschaft und Mutterschaft,
- ◆ zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch,
- ◆ zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten,
- ◆ zur Behandlung von Krankheiten sowie
- ◆ des Persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX.

Diese Leistungen werden durch Verträge zwischen den Verbänden der Krankenkassen und Leistungserbringern sowie durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gemäß § 92 SGB V konkretisiert.

Die Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung werden auf Antrag erbracht, soweit sich aus den Vorschriften des SGB V nichts Abweichendes ergibt (§ 19 S. 1 SGB IV, § 16 Abs. 1 S. 1 SGB I). Aufgrund der Vielzahl an Behandlungsfällen und der häufigen Dringlichkeit der Behandlung in der gesetzlichen Krankenversicherung wäre eine „vorherige Leistungsbewilligung durch einen Verwaltungsakt“ für alle Leistungen nicht praktikabel (Just & Schneider 2016: 75). Daher entfällt bei den meisten Leistungen das Antragsverfahren kraft spezifischer Vereinbarungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern. Beispielsweise ist die Kostenübernahmeerklärung bei einer Krankenhausbehandlung in den zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen geschlossenen Verträgen geregelt (Just & Schneider 2016: 59).

Die antragspflichtigen Leistungen lassen sich unterscheiden (Abbildung 3)

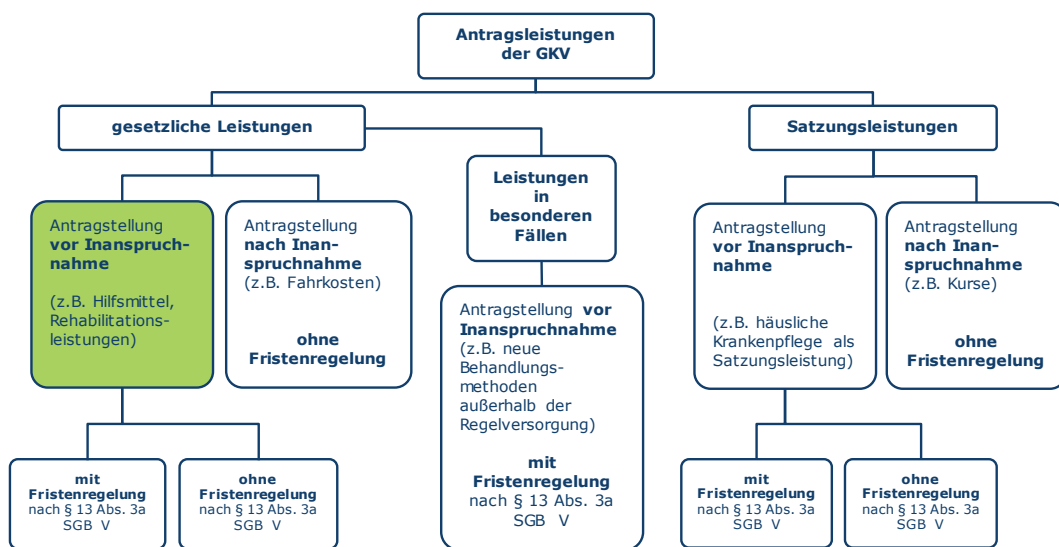
- ◆ nach ihrer Rechtsgrundlage (gesetzlich festgelegte Leistungen vs. Satzungsleistungen);
 - ◆ nach dem Zeitpunkt der Antragstellung (vor vs. nach der Inanspruchnahme).
-

Nur Leistungen, die vor Inanspruchnahme genehmigt werden müssen, unterliegen den Fristen nach § 13 Abs. 3a SGB V. Daher konzentriert sich die vorliegende Untersuchung auf die vergleichsweise begrenzte Zahl der gesetzlichen Leistungen, die vor der Inanspruchnahme beantragt werden müssen. Zu diesen gehören in erster Linie Leistungen im Bereich der Fahrkosten, Haushaltshilfen, häuslichen Krankenpflege, Heilmittel, Hilfsmittel, Psychotherapie, Vorsorge und Rehabilitationsleistungen sowie Zahnersatzleistungen, die i. d. R. in Form einer Sachleistung bewilligt werden. Zusätzlich wurde auch der Leistungsbereich Krankengeld betrachtet (vgl. dazu auch nachfolgendes Kapitel 3.1.2)

Im Rahmen der Rechtsprechungsanalyse wurden auch antragspflichtige gesetzliche Leistungen in besonderen Fällen untersucht (z. B. neue Behandlungsmethoden außerhalb der Regelversorgung), da diese bei den analysierten Urteilen eine vergleichsweise große Rolle spielen.

Satzungsleistungen sowie Leistungen, die im Ausland in Anspruch genommen werden, wurden von der Analyse ausgenommen.

Abbildung 3: Abgrenzung und Kategorisierung von Antragsleistungen der GKV



Quelle: IGES

Anmerkung: Schwerpunkt der Analyse bildeten gesetzliche Leistungen, die vor Inanspruchnahme beantragt werden müssen (grüne Markierung)

3.1.2 Antragsleistungen in den einzelnen Leistungsbereichen

Im Folgenden werden die wesentlichen Leistungen, die vor ihrer Durchführung einer Genehmigung durch die Krankenkassen unterliegen bzw. der Krankenkasse zur

Genehmigung vorgelegt werden, kurz dargestellt. Diese Leistungen bilden den Schwerpunkt der vorliegenden Studie.⁷

Fahrkosten

Für die Übernahme von Fahrkosten durch die Krankenkasse ist in bestimmten Fällen eine vorherige Genehmigung der Krankenkasse erforderlich. Dies sind gemäß § 60 Abs. 1 S. 4 SGB V

- ◆ Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung in besonderen Ausnahmefällen, die der Gemeinsame Bundesausschuss in der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 12 f (KrTRL)⁸ festgelegt hat (§ 60 Abs. 1 S. 3 SGB V) sowie
- ◆ bei anderen Fahrten von Versicherten, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies auf Grund ihres Zustandes zu erwarten ist (Krankentransport) (§ 60 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB V).

Die in der Krankentransport-Richtlinie genannten Ausnahmefälle, in denen Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung übernommen werden können, sind i. d. R. Dialysebehandlung, onkologische Strahlentherapie sowie parenterale anti-neoplastische Arzneimitteltherapie/parenterale onkologische Chemotherapie (vgl. Anhang 2 der KrTRL).

Für Notfalltransporte ist allein aufgrund der Dringlichkeit kein Genehmigungsverfahren vorgesehen.

Häusliche Krankenpflege

Die häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V muss bei der Krankenkasse vor der Inanspruchnahme genehmigt werden (§ 6 Abs. 1 HKP-RL). Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die vom Arzt verordneten und vom Pflegedienst erbrachten Leistungen, wenn die Verordnung spätestens am dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag bei der Krankenkasse vorgelegt wird (§ 6 Abs. 6 HKP-RL).⁹

Die häusliche Krankenpflege wird grundsätzlich als Sachleistung durch einen von der Krankenkasse gestellten oder vorgeschlagenen Pflegedienst erbracht. Versicherte haben aufgrund des sehr persönlichen Charakters der Dienstleistung Pflege grundsätzlich einen Anspruch darauf, ihre Pflegekraft selbst auszuwählen und zu beschaffen (§ 33 S. 2 SGB I). Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche

⁷ Diese Darstellung ist nicht abschließend, so sind beispielsweise auch Leistungen der Soziotherapie nach § 37a SGB V oder der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 37b SGB V antragspflichtig.

⁸ Krankentransport-Richtlinie des G-BA, https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1357/KrTRL_2016-12-15_iK-2017-03-08.pdf (Abruf am 24.04.2017).

⁹ Häusliche Krankenpflege-Richtlinie des G-BA, https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1141/HKP-RL_2015-12-17_iK-2016-03-19.pdf (Abruf am 24.04.2017).

Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten (§ 37 Abs. 4 SGB V). Mit dieser Regelung hat der Gesetzgeber im Falle der häuslichen Krankenpflege den Kostenerstattungsanspruch mit dem auf Sachleistung annähernd gleichgestellt. Auf Basis der Rechtsprechung des BSG¹⁰ sieht die Kommentarliteratur Möglichkeiten der Kostenerstattung, die über § 13 Abs. 3 SGB V hinausgehen. Demnach sei kein vorheriger Antrag bei der Krankenkasse notwendig, „wenn offensichtlich ist, dass der Versicherte einen Grund dafür gehabt hat, die häusliche Krankenpflege nicht als Sachleistung der Krankenkassen zu beziehen“ (KassKomm-Nolte, § 37 SGB V Rn 26. zitiert nach Just & Schneider 2016: 241).

Haushaltshilfe

Für die Gewährung einer Haushaltshilfe nach § 38 SGB V bzw. § 24h SGB V ist eine Antragstellung bei der Krankenkasse erforderlich. Diese prüft den Leistungsanspruch; eine ärztliche Verordnung ist nicht notwendig (Just & Schneider 2016: 252).

Bei Bewilligung stellt die Krankenkasse eine geeignete Haushaltshilfe zur Verfügung (Sachleistungsprinzip). Kann die Krankenkasse keine Haushaltshilfe stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Haushaltshilfe in angemessener Höhe zu erstatten (§ 38 Abs. 4 S. 1 SGB V).

Heilmittel

Bei Heilmitteln gemäß § 32 SGB V wird nach der Richtlinie des G-BA über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (HeilM-RL)¹¹ unterschieden zwischen

- ◆ Verordnungen innerhalb des Regelfalls (Erst- sowie Folgeverordnungen) (§ 7 HeilM-RL),
- ◆ Verordnungen außerhalb des Regelfalls (§ 8 HeilM-RL) sowie
- ◆ Einzelanträgen auf langfristigen Heilmittelbedarf (§ 32 Abs. 1a SGB V i. V. m. § 8a Abs. 3 ff. HeilM-RL).

Heilmittel-Verordnungen innerhalb des – im Heilmittelkatalog (HeilM-RL 2. Teil)¹² definierten – Regelfalls bedürfen keiner Genehmigung durch die Krankenkassen

¹⁰ BSG, Urteil vom 25. Juni 2002, B 1 KR 22/01 R=SozR 3-2500 § 38 Nr 1.

¹¹ Die Heilmittel-Richtlinie wurde überarbeitet und die Neuerungen traten zum 1.1.2017 in Kraft, https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1283/HeilM-RL_2016-05-19_iK-2017-01-01.pdf (Abruf am 24.04.2017).

¹² Heilmittel-Richtlinie (zweiter Teil) Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen nach § 92 Abs. 6 S. 1 Nr. 2 SGB V (Heilmittelkatalog) https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/heilmittel_richtlinie/HeilM-RL_2016-05-19_iK-2017-01-01_Heilmittelkatalog.pdf (Abruf am 24.04.2017).

(Abbildung 4). Der Leistungsberechtigte kann diese Leistungen direkt bei allen zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch nehmen.

Heilmittel-Verordnungen außerhalb des Regelfalls (§ 8 Abs. 4 HeilM-RL)¹³ sowie Einzelanträgen auf langfristigen Heilmittelbedarf (§ 32 Abs. 1a SGB V i. V. m. § 8a Abs. 3 ff. HeilM-RL) müssen dagegen i. d. R. bei der Krankenkasse vor der Inanspruchnahme genehmigt werden. Bestimmten Diagnosekombinationen können allerdings dazu führen, dass keine Genehmigung der Krankenkasse eingeholt werden muss (Anlage 2 HeilM-RL, vgl. dazu auch Abbildung 4).

Des Weiteren haben Krankenkassen die Möglichkeit, auf ein Genehmigungsverfahren auch für Verordnungen außerhalb des Regelfalls zu verzichten. Damit gelten ärztliche Verordnungen automatisch als genehmigt (§ 8 Abs. 4 HeilM-RL). Von den 122 Krankenkassen mit einer Angabe zum Genehmigungsverfahren außerhalb des Regelfalls verzichten 87,5 % auf das Genehmigungsverfahren; 6,3 % verzichten bei bestimmten Behandlungen (Abbildung 5). Nur 6,3 % der Krankenkassen führen außerhalb des Regelfalls immer ein Genehmigungsverfahren durch.

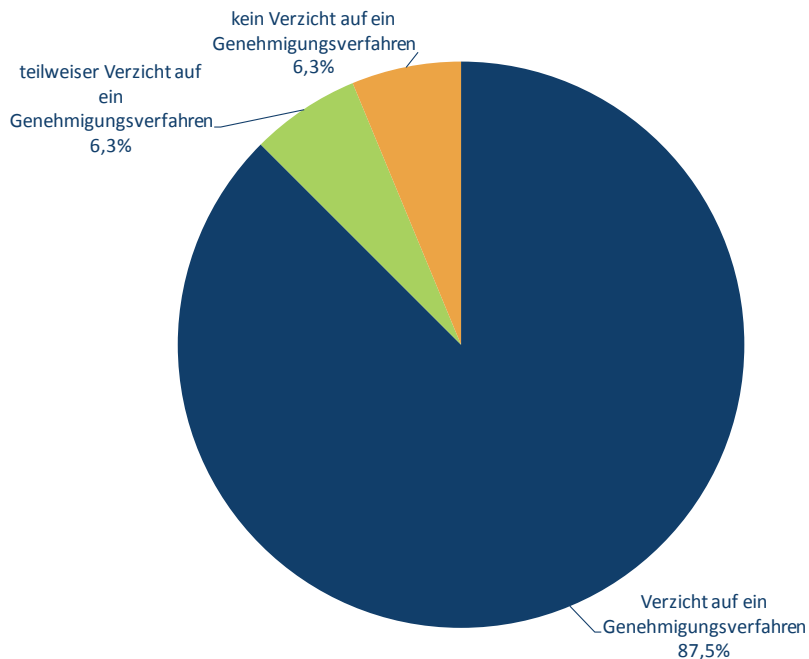
Abbildung 4: Genehmigungsverfahren bei Heilmitteln

	ICD–10–Code in Kombination mit Diagnosegruppe stimmt mit keiner der beiden Diagnoselisten überein	ICD–10–Code in Kombination mit Diagnosegruppe stimmt mit Diagnoseliste über besondere Versorgungsbedarfe (BvB) überein <i>(Anhang 1 der Anlage 2 der Rahmenvorgabe nach § 106 SGB V)</i>	ICD–10–Code in Kombination mit Diagnosegruppe stimmt mit Anlage 2 Heilmittel-Richtlinie (Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf) überein	aufgrund vergleichbarer Schwere im Einzelfall genehmigter langfristiger Heilmittelbedarf <i>(§ 32 (1a) SGB V i.V.m. § 8a (3) ff. HeilM-RL)</i>
Verordnung innerhalb des Regelfalls (Erst- und Folgeverordnungen) <i>(§ 7 HeilM-RL)</i>	immer genehmigungsfrei – keine Vorlage bei der Krankenkasse erforderlich			
Verordnung außerhalb des Regelfalls <i>(§ 8 HeilM-RL)</i>	Vorlage nur bei Krankenkassen mit Genehmigungsverfahren nach § 8 (4) HeilM-RL erforderlich	Vorlage nur bei Krankenkassen mit Genehmigungsverfahren nach § 8 (4) HeilM-RL erforderlich	Genehmigung gilt stets als erteilt – keine Vorlage bei der Krankenkasse erforderlich <i>(vgl. § 8a (8) HeilM-RL)</i>	mit der Genehmigung des langfristigen Heilmittelbedarfs sind im Genehmigungszeitraum alle entsprechenden Verordnungen außerhalb des Regelfalls genehmigt – keine Vorlage bei der Krankenkasse erforderlich <i>(vgl. § 8a (8) HeilM-RL)</i>
Einzelantrag auf langfristigen Heilmittelbedarf (§32 (1a) SGB V i.V.m. § 8a (3) ff. HeilM-RL)	Antrags-/Genehmigungsverfahren möglich, sofern sich (ggf. aus der Summe mehrerer Schädigungen) eine Vergleichbarkeit zu Diagnosen der Anlage 2 der HeilM-RL (langfristiger Heilmittelbedarf) ergibt <i>(vgl. § 8a (3) und (5) HeilM-RL)</i>	Antrags-/Genehmigungsverfahren möglich, sofern sich (ggf. aus der Summe mehrerer Schädigungen) eine Vergleichbarkeit zu Diagnosen der Anlage 2 der HeilM-RL (langfristiger Heilmittelbedarf) ergibt <i>(vgl. § 8a (3) und (5) HeilM-RL)</i>	ein Antrags-/Genehmigungsverfahren findet nicht statt <i>(vgl. § 8a (2) HeilM-RL)</i>	

Quelle: GKV-Spitzenverband (Stand 01/2017)

¹³ Eine Heilmittel-Verordnung wird als Verordnung außerhalb des Regelfalls bezeichnet, wenn die Frequenz und Dauer der Verordnung von den vorgesehenen Regelfällen abweicht oder bei einer anderen Indikation als den in der Richtlinie gelisteten eingesetzt werden soll.

Abbildung 5: Verteilung der Krankenkassen nach Verzicht auf Genehmigungsverfahren für Verordnungen außerhalb des Regelfalls (§ 8 Abs. 4 HeilM-RL), 2017



Quelle: IGES auf Basis von Daten des GKV-Spitzenverbands (Stand 1.04.2017)
Anmerkung: n = 112 Krankenkassen mit Angaben zum Genehmigungsverfahren

Hilfsmittel

Hilfsmittel-Verordnungen nach § 33 SGB V sind grundsätzlich vor der Inanspruchnahme bei der Krankenkasse zu beantragen.¹⁴ Allerdings kann die Krankenkasse gemäß § 33 Abs. 5b SGB V auf eine Genehmigung der beantragten Hilfsmittelverordnung verzichten. Dies ist insbesondere bei bestimmten Produkten (z. B. Bandagen, Kompressionsstrümpfen) der Fall, bei denen i. d. R. bei den Krankenkassen Genehmigungsfreigrenzen bestehen. Das heißt, die Krankenkassen verzichten gemäß entsprechender vertraglicher Vereinbarungen auf eine vorherige Leistungsbewilligung.

Verzichtet eine Krankenkasse nicht auf eine Genehmigung einer beantragten Hilfsmittelverordnung, so hat sie den Antrag auf Bewilligung eines Hilfsmittels gemäß § 33 Abs. 5b SGB V mit eigenem weisungsgebundenen Personal zu prüfen.

¹⁴ Der GKV-SV erstellt gemäß § 139 SGB V ein systematisch strukturiertes Hilfsmittelverzeichnis, in dem von der Leistungspflicht umfasste Hilfsmittel aufgeführt sind. Dieses ist jedoch nicht abschließend. Der Vertragsarzt hat bei der Verordnung, v. a. auch von Hilfsmitteln außerhalb der Richtlinie, den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Versorgung sowie die Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Hilfsmittelversorgung zu berücksichtigen und den Patienten darüber zu informieren (§§ 6, 10 HilfsM-RL).

Die Krankenkasse kann Verträge nach § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln schließen; in diesen Fällen werden die Leistungsberechtigten durch einen Vertragspartner versorgt, der ihnen von der Krankenkasse zu benennen ist. Die Kassen übernehmen die Kosten i. d. R. bis maximal zur Höhe des vertraglich vereinbarten Preises. Wählen die Leistungsberechtigten einen anderen Leistungserbringer haben sie entstandene Mehrkosten selbst zu tragen (§ 33 Abs. 6 SGB V).

Des Weiteren bestimmt der GKV-Spitzenverband gemäß § 36 SGB V Hilfsmittel, für die Festbeträge festgesetzt werden¹⁵ sowie deren einheitlichen Festbetrag. Eine Erstattung über den Festbetrag hinaus kann bei der Krankenkassen beantragt werden (vgl. hierzu für das Beispiel Hörhilfen Kapitel 4.3.5.1).

Krankengeld

Arbeitnehmende, die länger als sechs Wochen arbeitsunfähig sind oder auf Kosten der Krankenkasse in einem Krankenhaus, in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung stationär behandelt werden, haben nach Ablauf der Lohnfortzahlung Anspruch auf Krankengeld nach den gesetzlichen Bestimmungen (§ 44 Abs. 1 SGB V). Der Anspruch auf Krankengeld entsteht an dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit oder bei Krankenhausbehandlung oder Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung von ihrem Beginn an (vgl. § 46 SGB V). Für eine Auszahlung des Krankengeldes, muss die Arbeitsunfähigkeit bei der Krankenkasse innerhalb einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit gemeldet werden, da ansonsten der Anspruch auf Krankengeld ruht (§ 49 Abs. 1 Nr. 5 SGB V). Die Krankenkasse entscheidet über eine Bewilligung des Krankengeldes. Bestehen Zweifel an einer Arbeitsunfähigkeit einer versicherten Person, ist die Krankenkasse verpflichtet, eine gutachterliche Stellungnahme des MDK einzuholen (§ 275 Abs. 1 Nr. 3 SGB V). Bei einer Bewilligung von Krankengeld bezieht sich diese auf den ärztlich bescheinigten Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit. Wird nach Ablauf der Bescheinigung keine weitere Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung mehr vorgelegt, endet die Bewilligung des Krankengeldes automatisch.

Psychotherapie

Für die Aufnahme einer Behandlung können sich die Versicherten direkt an die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wenden. Diese können jedoch zunächst nur im Umfang von maximal fünf bis sechs sogenannten probatorischen Sitzungen behandeln. In den probatorischen Sitzungen werden die Diagnose und

¹⁵ Festbeträge gelten derzeit für Einlagen, Hörhilfen, Inkontinenzhilfen, Hilfsmittel zur Kompressionstherapie, Sehhilfen und Stomaartikel. https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hilfsmittel/festbeträge_3/festbeträge.jsp (Abruf am 02.05.2017).

die entsprechende Therapie durch die Therapeuten bestimmt (§ 23a Psychotherapie-Richtlinie)¹⁶. Im Anschluss an die probatorischen Sitzungen erfolgt erst die eigentliche Therapie, die vorab von der Krankenkasse auf Antrag genehmigt werden muss.¹⁷ Der Umfang der Therapie, d. h. die Anzahl der genehmigten Sitzungen, wird je nach Behandlungsform bzw. psychotherapeutischem Verfahren in sog. Bewilligungsschritten genehmigt. Nach Inanspruchnahme genehmigter Therapiesitzungen, muss die weitere Behandlung erneut beantragt werden.

Im Jahr 2016 wurde eine Strukturreform für den Bereich der ambulanten Psychotherapie beschlossen, die neue Psychotherapie-Richtlinie des G-BA trat im Februar 2017 in Kraft. Mit dieser Reform wurden die Bewilligungsschritte für psychotherapeutische Leistungen vereinfacht und durch Vorgaben einer zu bewilligenden Stundenzahl je nach Therapierichtung geregelt.

Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen

Für alle Leistungen im Bereich der Vorsorge und Rehabilitation nach §§ 23 und 24 SGB V sowie §§ 40 und 41 SGB V ist eine Antragstellung vor der Inanspruchnahme erforderlich. Zur Antragstellung ist auch eine ärztliche Bescheinigung der Notwendigkeit erforderlich. Die Beantragung einer Anschlussrehabilitation nach einer stationären Behandlung im Krankenhaus wird i. d. R. im Rahmen des Entlassungsmanagements gemäß § 39 Abs. 1a SGB V organisiert. Bei geplanten stationären Aufenthalten wird die Rehabilitation ggf. bereits vor der stationären Aufnahme ärztlich verordnet und beantragt (AQUA 2015).

Zahnersatz

Der Festzuschuss für Zahnersatz nach § 55 SGB V muss – bis auf wenige Ausnahmen - vor der Inanspruchnahme genehmigt werden.¹⁸ Bei medizinischer Notwendigkeit eines Zahnersatzes erstellt der Zahnarzt bzw. die Zahnärztin einen Heil- und Kostenplan, der als Kostenvoranschlag das ärztliche Honorar sowie die Material- und Laborkosten umfasst. Diesen müssen die Leistungsberechtigten zusammen mit dem Nachweis über zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen bei der Krankenkasse einreichen. Nach Erhalt des genehmigten Heil- und Kostenplans haben Versicherte ein halbes Jahr Zeit, die Zahnersatzleistung in Anspruch zu nehmen.

¹⁶ Psychotherapie-Richtlinie des G-BA, in Kraft getreten am 16.02.2017, online unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1266/PT-RL_2016-11-24_iK-2017-02-16.pdf (Abruf am 24.04.2017).

¹⁷ Der Antrag muss begründet sein. Zusätzlich ist eine ärztliche Bescheinigung notwendig, die bestätigt, dass keine Kontraindikation besteht oder die Erkrankung eine organische Ursache hat.

¹⁸ Ausnahmen und nicht bewilligungsbedürftig sind beispielsweise Wiederherstellungen und Erweiterungen nach den Befunden 6.0, 6.1-6.10 und 7.3, 7.4 und 7.7 der Festzuschuss-Richtlinie (Anlage 3 zum BMV-Z bzw. Anlage 4 zum EKVZ sowie § 1 Abs. 2 der Anlage 12 des BMV-Z bzw. § 25 EKVZ, § 1 Abs. 2 der Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen).

3.2 Leistungsantrags- und Widerspruchsverfahren in der gesetzlichen Krankenversicherung

3.2.1 Ablauf des Leistungsantrags- und Widerspruchverfahrens

Gemäß § 16 Abs. 1 SGB I sind Anträge auf Sozialleistungen beim zuständigen Leistungsträger zu stellen. Die Antragstellung ist grundsätzlich nicht an eine bestimmte Form gebunden, d. h., der Antrag kann sowohl in schriftlicher als auch mündlicher Form oder durch konkludentes Verhalten gestellt werden. Für die meisten Leistungen ist zusätzlich zum Leistungsantrag eine ärztliche Verordnung (z. B. bei Heil- und Hilfsmitteln oder häuslicher Krankenpflege, Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen) bzw. eine Bescheinigung (z. B. beim Krankengeld) erforderlich.

Nach Eingang des Antrags bei der Krankenkasse muss diese i. d. R. innerhalb von drei Wochen über den Antrag entscheiden und den Versicherten über die Entscheidung informieren (§ 13 Abs. 3a SGB V).¹⁹ Die Entscheidungsfrist verlängert sich von drei auf bis zu fünf²⁰ Wochen, wenn eine Begutachtung durch den MDK erforderlich ist (vgl. hierzu Kapitel 3.2.2).

Verzögert sich die Entscheidung der Krankenkasse, so muss den Versicherten rechtzeitig schriftlich ein hinreichender Grund dafür mitgeteilt werden. Als hinreichender Grund werden folgende Umstände anerkannt (Haufe 2016):

- ◆ fehlende oder ergänzungsbedürftige Angaben von Tatsachen durch Leistungsberechtigte oder Dritte (z. B. Leistungserbringer), die für die Leistungsentscheidung erheblich sind,
- ◆ fehlende oder mangelhafte Mitwirkung der Leistungsberechtigten bei erforderlicher körperlicher Befunderhebung durch die Gutachter,
- ◆ fehlende Zustimmung der Leistungsberechtigten, dass die Krankenkasse zur Bearbeitung des Antrags Auskünfte von Dritten (z. B. dem behandelnden Arzt) einholen darf,
- ◆ bei einem Persönlichen Budget die Durchführung eines Bedarfsfeststellungsverfahrens und die Verhandlungen zur Zielvereinbarung sowie
- ◆ bei anderen (nicht zuständigen) Leistungsträgern eingehende Anträge, die nicht so rechtzeitig an die (zuständige) Krankenkasse weitergeleitet werden, dass eine Leistungsentscheidung noch rechtzeitig erfolgen kann.

Wird von den Krankenkassen die Entscheidungsfrist überschritten, ohne dass den Versicherten ein hinreichender Grund mitgeteilt wurde, gilt der Leistungsantrag gemäß § 13 Abs. 3a SGB V als genehmigt. Beschaffen sich die Versicherten eine

¹⁹ Das Krankengeld wird nicht von den Regelungen des § 13 Abs. 3a SGB V erfasst.

²⁰ Wird ein zahnärztliches Gutachten des MDK benötigt, hat die Krankenkasse ab Antragstellung sechs Wochen Zeit für die Entscheidung (§ 13 Abs. 3a SGB V).

erforderliche Leistung nach Fristablauf selbst, müssen die Krankenkassen ihnen die Kosten dafür erstatten.²¹

Lehnen die Krankenkassen einen Leistungsantrag ab und erkennen die Versicherten den Ablehnungsbescheid nicht an, kann innerhalb einer i. d. R. einmonatigen Rechtsbehelfsfrist²² gegen den Ablehnungsbescheid Widerspruch eingelegt werden (Abbildung 6).²³ Der bei der Krankenkasse eingehende Widerspruch wird i. d. R. von der erstmalig mit dem Leistungsantrag befassten Stelle, der sog. Ausgangsbehörde, nochmals geprüft (§§ 84, 85 SGG).

Entscheidet die Ausgangsbehörde zugunsten der Versicherten, erhalten diese einen Abhilfebescheid mit Leistungsbewilligung. Hält die Ausgangsbehörde den Widerspruch für nicht begründet, wird der Fall an den Widerspruchsausschuss²⁴ weitergeleitet. Der Widerspruchsausschuss prüft den Fall erneut. Bei der Entscheidung soll sich dieser an den Verfahrensregeln der Sozialgerichte (z. B. eigenständige Bewertung medizinischer Gutachten oder persönliche Anhörung) orientieren (Güner & Beier 2015: 306).

Wird die Leistung vom Widerspruchsausschuss vollständig bewilligt, erhalten die Versicherten einen stattgebenden Widerspruchsbescheid. Lehnt auch der Widerspruchsausschuss den Antrag vollständig oder teilweise ab, ergeht ein ablehnender Widerspruchsbescheid an die Versicherten. Gegen einen ablehnenden Widerspruchsbescheid können Versicherte beim zuständigen Sozialgericht klagen.

Das Widerspruchsverfahren soll den Versicherten Rechtsschutz bieten, die eine Entscheidung der Krankenkasse als ungerechtfertigt empfinden. Außerdem dient es der Selbstkontrolle der Verwaltung und entlastet als obligatorisches Verfahren vor einer Klage die Sozialgerichte (Welti & Fischer 2016: 445f).

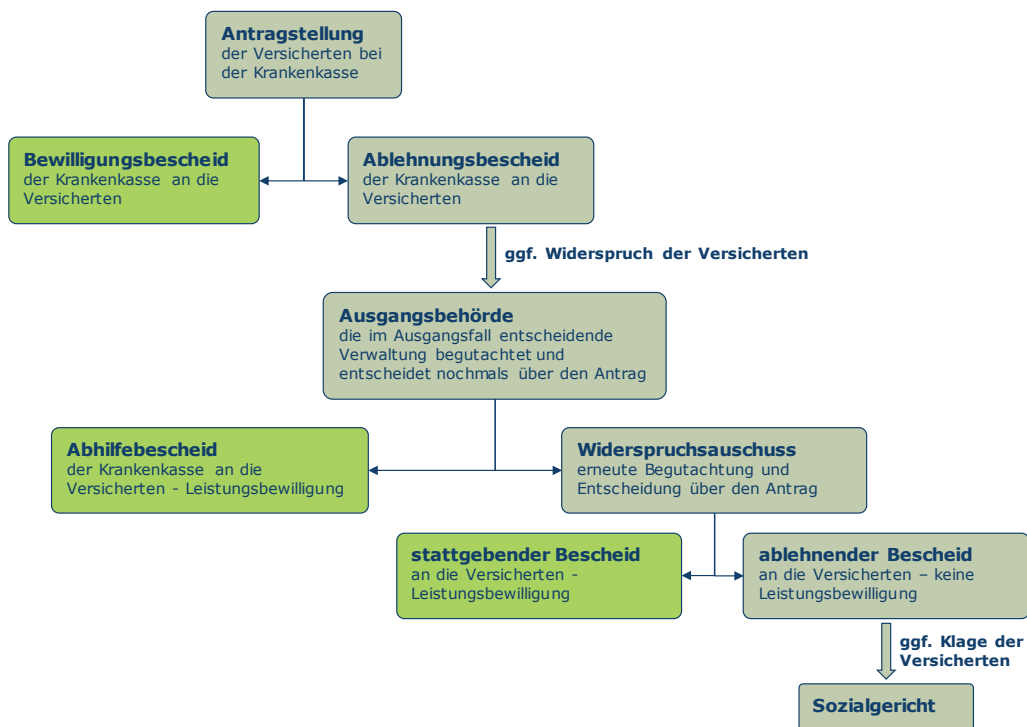
²¹ Eine Diskussion der Fristüberschreitung und Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 3a SGB V findet sich in Kapitel 9.

²² Ist keine Rechtsbehelfsbelehrung erfolgt, verlängert sich die Frist auf ein Jahr.

²³ Die Rechtsgrundlagen des Widerspruchsverfahrens finden sich im Sozialgerichtsgesetz (§§ 77 – 86b SGG) und im SGB X (§§ 62, 63 SGB X).

²⁴ Der Widerspruchsausschuss ist ein besonderer Ausschuss der Selbstverwaltungsorgane. Bei Krankenkassen wird die Widerspruchsstelle vom Verwaltungsrat bestimmt. Der Widerspruchsausschuss kann allein durch ehrenamtliche Mitglieder oder auch teilweise durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Versicherungsträgers besetzt werden. Auch eine vollständige Besetzung mit hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist möglich, widerspricht aber gemäß Güner & Beier (2015: 305) der Aufgabe des Ausschusses, der die Versicherten vertreten und innerorganisatorische Schwachstellen identifizieren soll. Die Widerspruchsausschüsse treffen abschließende Einzelfallentscheidungen über eingereichte Widersprüche der Versicherten, die verbindlich sind.

Abbildung 6: Ablauf des Antrags- und Widerspruchverfahrens



Quelle: IGES, angelehnt an Höland & Welti 2014

3.2.2 Begutachtung durch den MDK

Bezüglich der Einholung einer gutachterlichen Stellungnahme des MDK durch die Krankenkassen lassen sich grundsätzlich Fälle unterscheiden, in denen eine Begutachtung durch den MDK obligatorisch ist (§ 275 Abs. 1 und 2 SGB V), und solche, in denen die Krankenkassen in geeigneten Fällen ein Gutachten einholen können (§ 275 Abs. 3 SGB V).

Gesetzlich verpflichtend ist eine Überprüfung durch den MDK

- ◆ bei Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation nach den §§ 23, 24, 40 und 41 SGB V (§ 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V),²⁵

²⁵ Die Überprüfung erfolgt bei Erstbegutachtungen jedoch nur stichprobenhaft (jeder vierte Fall) und lediglich bei beantragten Verlängerungen regelmäßig. Der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) regelt in Richtlinien den Umfang und die Auswahl der Stichprobe und kann Ausnahmen zulassen, wenn Prüfungen nach Indikation und Personenkreis nicht notwendig erscheinen. Dies gilt insbesondere für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung (Anschlussheilbehandlung) oder bei Verlängerungsanträgen (Richtlinie MDK-Stichprobenprüfung vom 02.07.2008, online verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/richtlinien_und_vereinbarungen/mdk_stichprobenpruefung/Reha_MDK-Richtlinie_02072008.pdf (Abruf am 07.03.2017).

- ◆ bei Kostenübernahme einer Behandlung im Ausland nach § 18 SGB V (§ 275 Abs. 2 Nr. 3 SGB V),
- ◆ bei Beantragung von häuslicher Krankenpflege für einen Zeitraum von länger als vier Wochen (§ 37 Abs. 1 SGB V) (§ 275 Abs. 2 Nr. 4 SGB V) und
- ◆ bei Unaufschiebbarkeit einer Versorgung mit Zahnersatz aus medizinischen Gründen (§ 27 Abs. 2 SGB V) (§ 275 Abs. 2 Nr. 5 SGB V).

Die Krankenkassen sind bei Arbeitsunfähigkeit zum einen zur Sicherung des Behandlungserfolgs (insbesondere zur Einleitung von Maßnahmen der Leistungsträger für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit) und zum anderen zur Beseitigung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit verpflichtet, eine gutachterliche Stellungnahme des MDK einzuholen (§ 275 Abs. 1 Nr. 3 SGB V). Eine Krankenkasse kann allerdings von einer Beauftragung des MDK absehen, wenn sich die medizinischen Voraussetzungen der Arbeitsunfähigkeit eindeutig aus den vorliegenden Unterlagen ergeben (§ 275 Abs. 1a S. 4 SGB V).

Gemäß § 275 Abs. 3 SGB V kann „in geeigneten Fällen“ eine gutachterliche Stellungnahme des MDK von den Krankenkassen angefordert werden. Dies betrifft beispielsweise vor der Bewilligung eines Hilfsmittels die Prüfung, ob das Hilfsmittel erforderlich ist (§ 275 Abs. 3 Nr. 1 SGB V).

Der MDK prüft anhand der Aktenlage und ggf. auch durch persönliche Untersuchung die medizinische Notwendigkeit einer beantragten Leistung. Als Grundlage für eine Begutachtung existieren für bestimmte Leistungsbereiche Begutachtungs-Richtlinien oder -Leitfäden des MDS (z. B. bei Arbeitsunfähigkeit oder stationären Leistungen). Die Gutachter des MDK sind in ihrer medizinischen und pflegerischen Bewertung unabhängig und an den aktuellen Stand der Wissenschaft und sozialrechtliche Vorgaben gebunden. Die endgültige Entscheidung über den Leistungsantrag liegt bei der zuständigen Stelle der Krankenversicherung.

4. Rechtsgrundlagen, Daten der Sozialgerichtsbarkeit und Rechtsprechungsanalyse

4.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

4.1.1 Leistungsanspruch der Versicherten

Die gesetzliche Krankenversicherung gewährt im Wesentlichen Leistungen zur Krankenbehandlung (vgl. dazu auch Kapitel 3.1).²⁶ Ein Anspruch auf Krankenbehandlung besteht dann, wenn die Behandlung notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (§ 27 Abs. 1 S. 1 SGB V). Der Krankheitsbegriff wird im SGB V nicht definiert, da sich sein Inhalt ständig verändert (Deutscher Bundestag, Drucksache 11/2237: 170). Das BSG definiert in ständiger Rechtsprechung Krankheit als „regelmäßigen körperlichen oder geistigen Zustand, der Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat“ (Just & Schneider 2016: 4).

Bei allgemein fehlender Anerkennung als Erkrankung (z. B. bei kosmetischen Störungen, wie Fehlstellungen der Zähne, störende Haare oder Muttermale) zählt eine Behandlung nicht zum Leistungsbereich der GKV. Die Rechtsprechung lässt allerdings Ausnahmen zu, z. B. bei einer auffälligen Entstellung, welche die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft gefährdet²⁷, etwa eine Lippen-Kiefer-Gaumenspalte²⁸ oder Haarlosigkeit bei Frauen²⁹. Bei der objektiven Bewertung, ob eine grob entstellende Normabweichung vorliegt, spielt eine Rolle, ob die Normabweichung von medizinischer Seite als krankhaft eingestuft wird und ob eine Funktionseinschränkung vorliegt, Empfindungen der Betroffenen sind dabei irrelevant.³⁰ Es gibt jedoch auch Fälle, in denen ein Zustand aufgrund des subjektiven Leidensdrucks als Krankheit anerkannt wird (z. B. Transsexualität)³¹ und deswegen ein Leistungsanspruch besteht.

Als problematisch bei der Bestimmung des Leistungsanspruchs werden u. a. Fälle von Anträgen auf Magenbandoperationen (bariatrische Operationen) zur Behandlung einer Adipositas eingestuft. Einerseits wird hier geprüft, ob eine Funktionsstörung vorliegt und andererseits, ob die Eigenverantwortung der Versicherten zur

²⁶ Zu den weiteren Leistungsbereichen der GKV zählen etwa Vorsorge-, Präventions- und Früherkennungsleistungen, das Krankengeld und der Zahnersatz.

²⁷ BSG, Urteil vom 28.02.2008 – B 1 KR 19/07 R=SozR 4-2500 § 27 Nr 14.

²⁸ BSG SozR 2200 § 182 Nr 11.

²⁹ Vgl. BSG SozR 2200 § 182b Nr 18.

³⁰ BSG, Urteil vom 22.04.2015 – B 3 KR 3/14 R.

³¹ BSGE 62, 83, 84 = SozR 2200 § 182 Nr 106. Vgl. zur Abgrenzung der Leistungspflicht der Krankenkassen zur Transsexualität auch BSG, Urteil vom 04.03.2014 – B 1 KR 69/12 R= SozR 4-2500 § 27 Nr 24; Urteil vom 11.09.2012 – B 1 KR 3/12 R= SozR 4-2500 § 27 Nr 23=BSGE 111, 289, Urteil vom 28.09.2010 – B 1 KR 5/10 R= SozR 4-2500 § 27 Nr 20.

Verringerung des Körpergewichts Vorrang hat. Unter engen Voraussetzungen besteht bei Adipositas Anspruch auf eine Magenbandoperation im Krankenhaus,³² das Vorliegen einer psychischen Beeinträchtigung mit Krankheitswert reicht nach Ansicht der Rechtsprechung als Indikation jedoch nicht aus.³³ In diesen Fällen soll eine psychotherapeutische Behandlungsleistung erbracht werden. Im Rahmen der Analyse der Klagefälle der letzten Jahre hat sich die Adipositaschirurgie als Schwerpunktbereich gezeigt (vgl. dazu eingehend Kapitel 4.3.5.3).³⁴

Die Krankenkassen haben grundsätzlich die Aufgabe, die von den Vertragsärztinnen und -ärzten getroffenen Entscheidungen auf ihre medizinische Vertretbarkeit hin zu überprüfen. Für die entsprechende Sachkenntnis müssen bzw. können die Krankenkassen nach § 275 SGB V auf den MDK zurückgreifen (vgl. hierzu auch Kapitel 3.2.2).

Die Krankenkasse muss bei der Genehmigungsentscheidung die ärztliche Therapiefreiheit respektieren. Sie darf ihr Ermessen (oder das ärztliche Ermessen des MDK) nicht an die Stelle der durch den Vertragsarzt/die Vertragsärztin zu verantwortenden Behandlungsentscheidung setzen, sondern darf die Genehmigung nur verweigern, wenn die Grenzen der Therapiefreiheit oder des Leistungskatalogs der GKV überschritten sind. Bei einer Leistung, die ärztlich verordnet werden muss, hängt der Leistungsanspruch der Versicherten nicht davon ab, ob die Ärztin bzw. der Arzt die vertragsärztlich vorgeschriebene Verfahrensweise eingehalten hat, z. B. die Verwendung der vorgesehenen Formulare. Für den Leistungsanspruch ist nur erforderlich, dass überhaupt eine Verordnung vorliegt.

Allgemeiner Leistungsgrundsatz und damit eine gemeinsame Verpflichtung von Krankenkassen, Leistungserbringern und Versicherten ist, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht werden und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden (§ 2 Abs. 4 SGB V). Die Leistungen müssen dabei in Qualität und Wirksamkeit dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den Fortschritt der Medizin berücksichtigen (§ 2 Abs. 1 S. 3 SGB V). Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind dabei nicht ausgeschlossen (§ 2 Abs. 1 S. 2 SGB V).

4.1.2 Sachleistungsprinzip und Kostenerstattung

Die Leistungen der GKV werden grundsätzlich als Sachleistungen durch den jeweiligen Leistungserbringer erbracht. Der Versicherte kann grundsätzlich nicht selbst

³² BSG, Urteil vom 16.12.2008 – B 1 KR 2/08 R= SozR 4-2500 § 13 Nr 20; BSG, Urteil vom 19.02.2003 – B 1 KR 1/02 R= SozR 4-2500 § 137c Nr 1= BSGE 90, 289.

³³ BSG, Urteil vom 19.10.2004 – B 1 KR 3/03 R = SozR 4-2500 § 27 Nr. 3, BSGE 82, 158, 163 = SozR 3-2500 § 39 Nr. 5.

³⁴ Die Möglichkeiten zu Leistungsbeschränkung bzw. -ausschluss bei Versicherten der GKV sind rechtlich eng begrenzt auf das vorsätzliche Herbeiführen einer Krankheit oder das Zuziehen der Erkrankung bei einer vorsätzlich begangenen Straftat (§ 52 Abs. 1 SGB V).

eine Leistung in Anspruch nehmen und für diese nach Inanspruchnahme die Übernahme der Kosten bei der GKV beantragen.³⁵

Eine Kostenerstattung durch die GKV nach Inanspruchnahme der Leistung ist vom Gesetzgeber nur in drei Ausnahmefällen vorgesehen:

- ◆ Wahlentscheidung nach § 13 Abs. 2 SGB V,
- ◆ Systemversagen nach § 13 Abs. 3 SGB V,
- ◆ Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V.

Für die Rechtsprechung im Zusammenhang mit Leistungsablehnungen spielen das Systemversagen und die Genehmigungsfiktion eine bedeutende Rolle.³⁶

Systemversagen nach § 13 Abs. 3 SGB V

Ein Systemversagen liegt vor, wenn die Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht ablehnt oder eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringt. Unaufschiebbarkeit bedeutet, dass aus medizinischen Gründen vor der Behandlung zeitlich nicht die Möglichkeit besteht, eine Entscheidung der Krankenkasse einzuholen. Die Kostenerstattung im Falle eines Systemversagens verändert dabei nicht den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung; sie erfolgt nur, wenn die Leistung dem Grunde nach von der Krankenkasse zu erbringen gewesen wäre (Just & Schneider 2016: 21).

Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V

Nach § 13 Abs. 3a SGB V müssen die Krankenkassen innerhalb bestimmter Fristen (maximal sechs Wochen³⁷) nach Eingang über einen Antrag auf Leistungen entscheiden. Kann eine Krankenkasse diese Frist nicht einhalten, muss sie dies dem

³⁵ Das Sachleistungsprinzip bedingt auch die Unteilbarkeit einer Behandlungsleistung. Es ist damit ausgeschlossen, dass medizinisch indizierte und nicht indizierte Behandlungen (z. B. zusätzliche kosmetische Operation bei einer medizinisch notwendigen Operation) miteinander verbunden werden und anteilig (hier die indizierte Operation sowie die Anästhesie) von der GKV finanziert werden. Die Sachleistung als Ganzes wird dann als nicht medizinisch indiziert bewertet. Eine Mischfinanzierung bzw. Teilkostenerstattung sieht der Gesetzgeber nur in bestimmten, gesetzlich definierten Fällen vor, wie bei der Inanspruchnahme von Wahlleistungen bei stationärem Krankenhausaufenthalt (§ 17 KHEntG) oder im Rahmen der Festbeträge für Hilfs-, Arznei- und Verbandmittel (§§ 33, 34, 35 SGB V). Wollen Versicherte ein Mittel in Anspruch nehmen, dessen Kosten den Festbetrag übersteigen, so können sie die Erstattung des Festbetrags beantragen.

³⁶ Die Wahlentscheidung nach § 13 Abs. 2 SGB V wird daher im Folgenden nicht näher betrachtet.

³⁷ Die Entscheidung über den Antrag muss innerhalb von drei Wochen nach Eingang erfolgen. Wird vom MDK eine Stellungnahme eingeholt, beträgt die Entscheidungsdauer maximal fünf Wochen. Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung (§ 13 Abs. 3a SGB V).

Versicherten rechtzeitig schriftlich mitteilen und begründen. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung mit Ablauf der entsprechenden Frist als genehmigt. Die Krankenkasse ist dann zur Erstattung der Kosten verpflichtet, die den Leistungsberechtigten durch die Beschaffung der erforderlichen Leistung entstanden sind („Genehmigungsfiktion“). Diese Neuregelung sollte zur Beschleunigung der Bewilligungsverfahren bei den Krankenkassen führen und eine Gesetzeslücke im System der Kostenerstattung bei selbstbeschafften Leistungen schließen (Deutscher Bundestag, Drucksache 17/10488: 32).

Bereits im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens war die Reichweite der Genehmigungsfiktion strittig. Einerseits kann das Gesetz so ausgelegt werden, dass nur ohnehin genehmigungsfähige Leistungen erfasst werden, die also erforderlich und gemäß § 12 Abs. 1 SGB V ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und von zur Versorgung zugelassenen Leistungserbringern erbracht werden. Demgegenüber steht die Auffassung, dass der Leistungs- und Kostenerstattungsanspruch des Versicherten nicht auf Leistungen beschränkt ist, die zum Leistungskatalog der GKV gehören, da die Regelung nur so einen generalpräventiven Charakter hat (Loos et al.: 69).

Neben dem Kriterium der erforderlichen und materiell rechtmäßigen Leistung wird auch diskutiert, dass für den Eintritt der Genehmigungsfiktion auch die medizinische Dringlichkeit eine Rolle spielen sollte, was bisher nicht der Fall ist (Koppenfels-Spies 2016).

In der Rechtsprechung zeigte sich im zeitlichen Verlauf seit der Einführung, nach einer überwiegend breiten Auslegung des Leistungs- und Kostenerstattungsanspruchs in erster Instanz, eine zunehmende Begrenzung auf erforderliche Leistungen und eine Beschränkung auf subjektiv für den Berechtigten erforderliche Leistungen, die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegen. Das BSG führt dazu in seinem Urteil vom 8.3.2016³⁸ aus, dass die Regelung nicht zu Missbrauch einladen solle, indem sie Leistungsgrenzen des GKV-Leistungskatalogs überwinde, die jedem Versicherten klar sein müssten. Die Betonung lag in diesem Fall darauf, dass es sich um eine erforderliche Leistung handeln muss, damit sich ein Kostenerstattungsanspruch aufgrund der Genehmigungsfiktion ergibt.³⁹

4.2 Auswertungen von Daten der Sozialgerichtsbarkeit

Die im Folgenden dargestellten Auswertungen basieren auf den amtlich verfügbaren Statistiken zu Widerspruchsverfahren und Klagen im Bereich der Krankenversicherung. Diese Statistik liegt allerdings nicht differenziert nach Themenbereich vor, so dass in den Daten nicht nur Widersprüche zu Leistungsablehnungen enthalten sind, sondern auch beispielsweise Widersprüche bezüglich zu zahlender Beiträge

³⁸ BSG, Urteil vom 8.3.2016 - B 1 KR 25/15 R= SozR 4-2500 § 13 Nr 33.

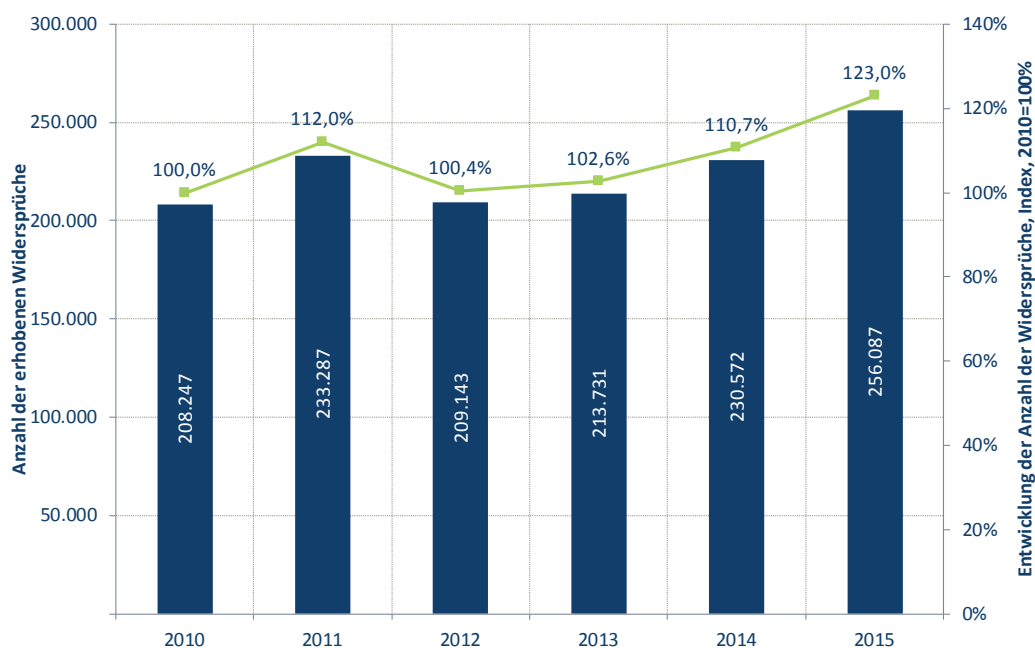
³⁹ Des Weiteren machte das BSG in diese Urteil deutlich, dass den Versicherten auch ein Naturalleistungsanspruch zusteht (vgl. dazu auch Kapitel 9).

oder Kassenarztfragen. Auf Basis der vorliegenden Daten können daher nicht eindeutig Rückschlüsse auf den Bereich der Leistungsablehnungen gezogen werden. Die Daten können daher nur erste Anhaltspunkte liefern.

4.2.1 Widerspruchsverfahren in der Krankenversicherung und ihre Ergebnisse

Im Jahr 2015 gab es insgesamt 252.087 Widersprüche gemäß §§ 83, 84 SGG im Bereich der Krankenversicherung (Abbildung 7).⁴⁰ Die Anzahl der Widersprüche in der Krankenversicherung stieg im Zeitraum von 2010 bis 2015 um 23,0 % (n = 47.840).

Abbildung 7: Anzahl und Entwicklung der erhobenen Widersprüche im Bereich Krankenversicherung (inkl. Kassenarztfragen), 2010-2015



Quelle: Statistik der Sozialgerichtsbarkeit - Widerspruchsverfahren (SG 01), 2010-2015 (Stand 15.12.2016)

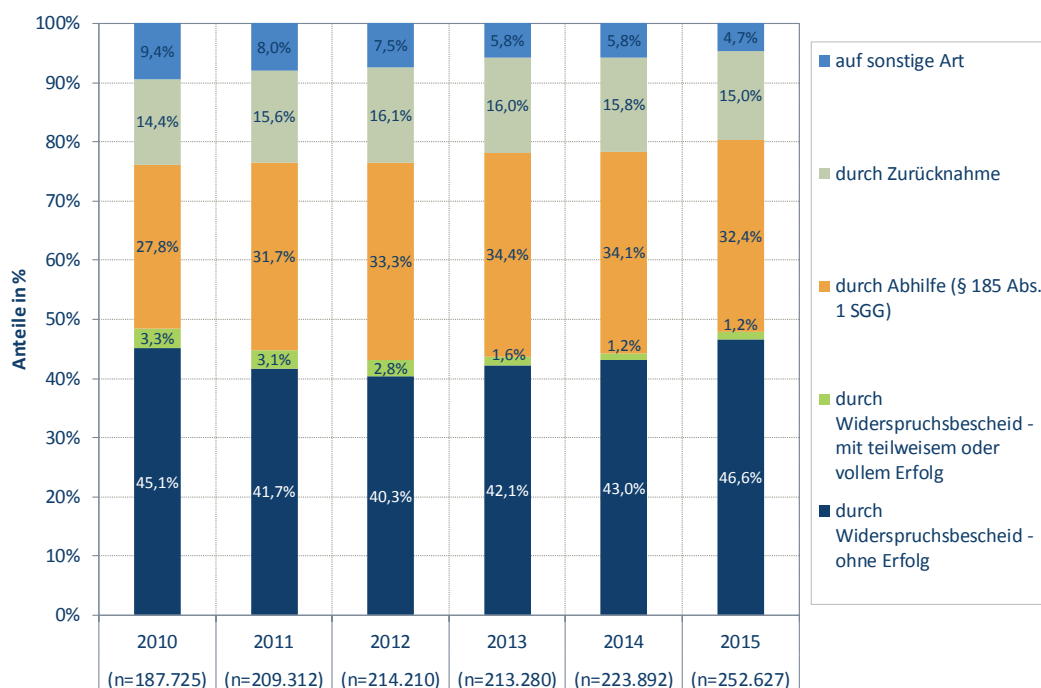
Knapp ein Drittel der bearbeiteten Widersprüche im Jahr 2015 stellte sich als begründet heraus und wurde durch Abhilfe (§ 85 Abs. 1 SGG) erledigt (Abbildung 8). Mehr als ein Sechstel der Widersprüche wurde von den Versicherten zurückgenommen (2015: 15 %). In der Literatur wird dies dahingehend interpretiert, dass in diesen Fällen mit den Versicherten kommuniziert wurde und sie ihre Leistungserwartung korrigiert haben (Güner & Beier 2015: 308).

⁴⁰ Enthalten sind alle Widersprüche im Bereich Krankenversicherung, auch beispielsweise Kassenarztfragen. Eine separate Darstellung einzelner Bereiche der Krankenversicherung war auf der Grundlage der Datenbasis nicht möglich.

Im Jahr 2015 wurden in knapp der Hälfte der Fälle (47,9 %) die Widerspruchsausschüsse mit der Entscheidung befasst. Diese entschieden zum weit überwiegenden Anteil der Fälle gegen eine Leistungsgenehmigung, davon zu ca. 90 % aus materiellen Gründen (z. B. kein medizinischer Bedarf) und zu ca. 2 % aus formalen Gründen.

Bereits im Jahr 2010 lag der Anteil der Widersprüche, die durch einen Widerspruchsbescheid mit vollem oder teilweisem Erfolg erledigt wurden, bei lediglich 3,3 % (n = 6.178). Dieser Anteil hat sich bis zum Jahr 2015 mehr als halbiert und lag nur noch bei lediglich rd. 1,2 % (n = 3.116).

Abbildung 8: Verteilung der im Berichtszeitraum erledigten Widersprüche nach Art der Erledigung in der Krankenversicherung, 2010-2015



Quelle: Statistik der Sozialgerichtsbarkeit - Widerspruchsverfahren (SG 01), 2010-2015 (Stand 15.12.2016)

Anmerkungen: Die Widerspruchsbescheide mit teilweisem Erfolg werden hier den Erfolgen zugerechnet. Der Erfolg wird hier stets aus Sicht des Versicherten betrachtet. Bei einem teilweisen Erfolg wird beispielsweise eine andere Leistung als die beantragte genehmigt.

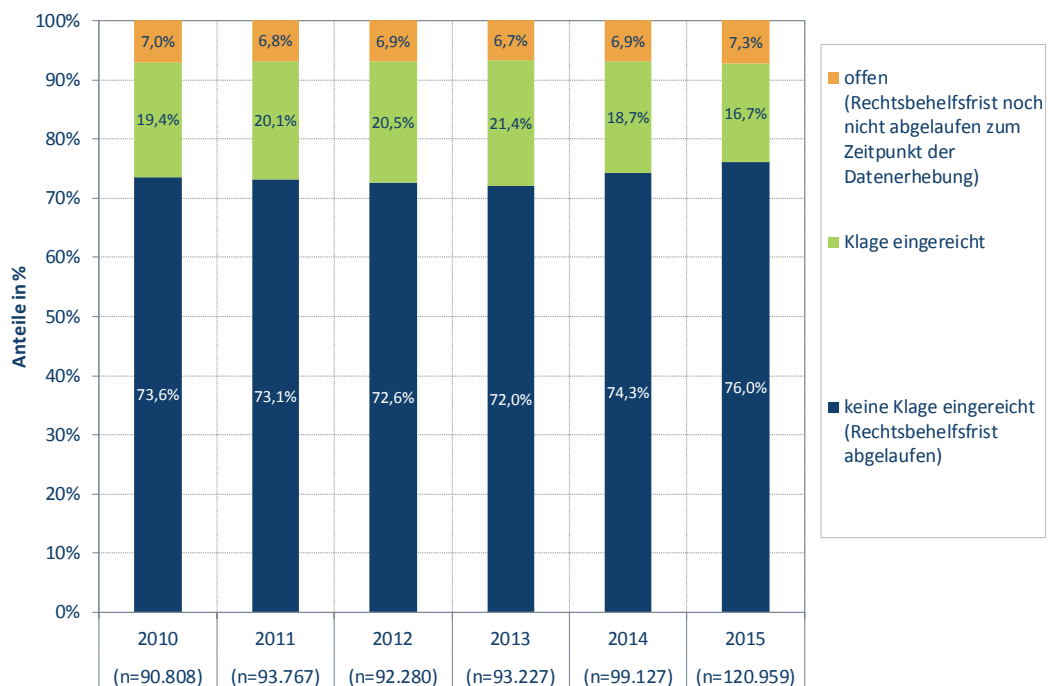
Der Anteil der durch Abhilfe (§ 85 Abs. 1 SGG) erledigten Widersprüche unterschied sich zwischen den Krankenkassenarten: Während bei der Knappschaft-Bahn-See im Jahr 2015 rd. 15 % (n = 3.881) der Widersprüche durch Abhilfe erledigt wurden, betrug der entsprechende Anteil bei der AOK rd. 43 % (n = 41.941).⁴¹

⁴¹ Eigene Berechnungen auf Basis der SG 01-Statistik für das Jahr 2015.

Gegen einen ablehnenden Bescheid des Widerspruchsausschusses wurden in rd. drei Viertel der Fälle von den Versicherten keine weiteren Rechtsmittel (d. h. Klage) eingelegt (Abbildung 9). In 16,7 % (n = 20.190) der Fälle haben die Versicherten im Jahr 2015 die Entscheidung des Widerspruchsausschusses mit einer Klage beim Sozialgericht angefochten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass zum Zeitpunkt der Datenerhebung in 7,3 % (n = 8.834) der Fälle die Rechtsbehelfsfrist noch nicht abgelaufen war.

Nachdem der Anteil der Widerspruchsbescheide, die mit einer Klage angefochten wurden, zwischen den Jahren 2010 und 2013 um zwei Prozentpunkte gestiegen war (von 19,4 % auf 21,4 %), sank er in den letzten beiden Berichtsjahren um 4,7 Prozentpunkte.

Abbildung 9: Verteilung der durch einen Widerspruchsbescheid erledigten Widerspruchsverfahren nach dem weiteren Verlauf, 2010-2015



Quelle: Statistik der Sozialgerichtsbarkeit - Widerspruchsverfahren (SG 01), 2010-2015 (Stand 15.12.2016)

Zusammenfassend gesehen hat also – gemäß der SG 01-Statistik – die Anzahl der Widersprüche im Bereich Krankenversicherung seit dem Jahr 2010 um rd. 23 % zugenommen. Gleichzeitig hat sich auch der Anteil der durch Abhilfe erledigten Widersprüche um 4,6 Prozentpunkte erhöht. Die Anzahl der Fälle, in denen ein Widerspruchsausschuss zugunsten der Versicherten entschieden hat, ist im Beobachtungszeitraum jedoch gesunken. Gegen die ablehnenden Bescheide der Widerspruchsausschüsse reichte im Jahr 2015 ca. ein Sechstel der Versicherten

Klage ein – auch dieser Anteil hat sich im Zeitraum von 2010 bis 2015 leicht verringert.

Für eine Beurteilung der Entwicklung der Widerspruchsquote insgesamt müsste die Anzahl der Widersprüche ins Verhältnis gesetzt werden zu den beantragten Leistungen insgesamt. Diese Daten liegen jedoch – mit Ausnahme der Anträge für Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen (vgl. dazu auch Kapitel 7.1) nicht vor.

4.2.2 Verfahren an den Sozialgerichten im Bereich Krankenversicherung und ihre Ergebnisse

Insgesamt wurden im Jahr 2015 an den Sozialgerichten über alle Instanzen 45.730 Verfahren im Sachgebiet Krankenversicherung (ohne Vertragsarztangelegenheiten) erledigt (Tabelle 1).⁴² Von den erledigten Verfahren entfielen rd. 92,7 % (n = 42.379) auf die Sozialgerichte (SG), rd. 7,1 % (n = 3.257) auf die Landessozialgerichte (LSG) und rd. 0,2 % (n = 94) auf das Bundessozialgericht (BSG).

Knapp jedes fünfte Verfahren am SG (19,3 %, n = 8.160) wurde durch eine Entscheidung (Urteil oder instanzbeendender Gerichtsbescheid) erledigt. Am LSG waren dies 83,3 % (n = 1.087) und am BSG 75,4 % (n = 52) der erledigten Verfahren bzw. Revisionen (durch Urteil oder Beschluss). Insgesamt wurden damit über alle drei Instanzen 20,8 % (n = 9.534) der Verfahren durch ein richterliches Urteil oder einen Bescheid / Beschluss erledigt.

Rund 79,2 % (n = 36.196) der Verfahren insgesamt wurden auf andere Weise erledigt, der größte Anteil davon in Form einer Rücknahme durch die Versicherten (insgesamt über alle drei Instanzen: 34,5 % (n = 15.773)). Des Weiteren erkannte in insgesamt 15,2 % (n = 6.933) der Verfahren die Krankenkasse ohne (weitere) Entscheidung des Gerichts die Leistungspflicht an (angenommenes Anerkenntnis). In jeweils rund 9 % der Fälle wurde das Verfahren durch einen gerichtlichen Vergleich oder eine übereinstimmende Erledigungserklärung beendet.

⁴² In der Statistik der Sozialgerichte SG 10-30, innerhalb der Fachserie „Rechtspflege“, werden vom Statistischen Bundesamt jährlich die aktuellen Ergebnisse aus der Verfahrenserhebung über die Tätigkeit der Sozialgerichte veröffentlicht. Ziel ist eine Vollerhebung aller Fälle (Statistisches Bundesamt 2015).

Tabelle 1: Erledigte Verfahren und Erledigungsart an den Sozialgerichten zu Klagefällen im Sachgebiet Krankenversicherung (ohne Vertragsarztangelegenheiten), 2015

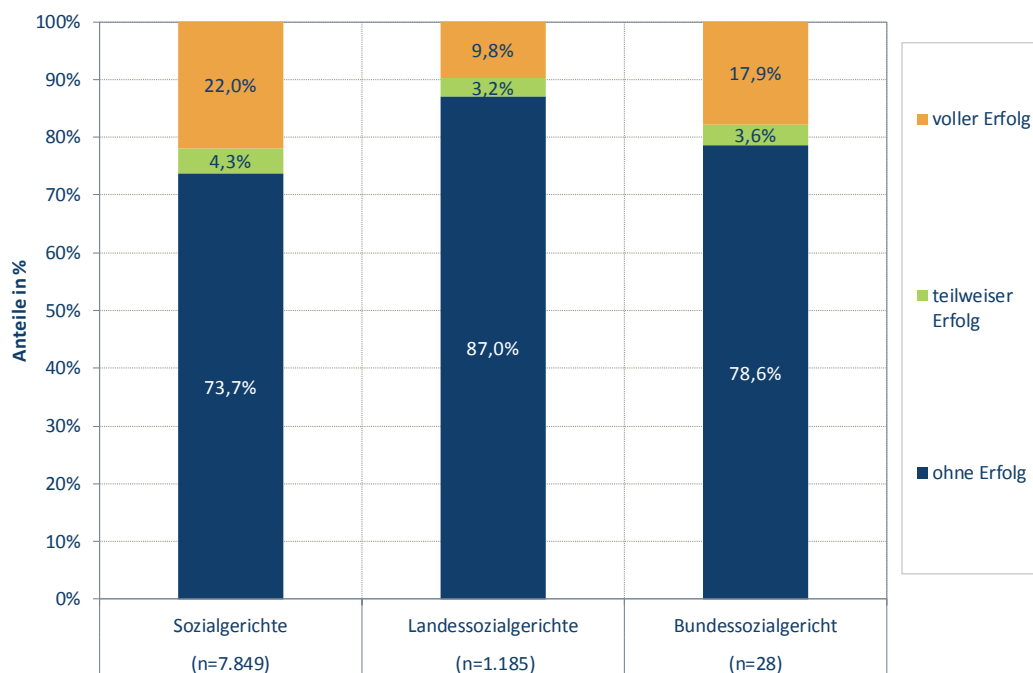
Beschreibung	SG	LSG (Berufungen)	BSG (Revisionen)
Erledigte Verfahren	42.379	3.257	94
Entscheidungen	8.160 (19,3 %)	1.305 (40,1 %)	69 (73,4 %)
davon durch			
(End-)Urteil (bezogen auf die Entscheidungen)	5.501 (67,4 %)	1.087 (83,3%)	52 (75,4%)
darunter (End-)Urteile			
- mit vom SG zugelassener Berufung	155 (2,8 %)		
- vom LSG zugelassener Revision		73 (6,7 %)	
- Urteil mit Zurückweisung (BSG)			14 (26,9 %)
instanzbeendende Gerichtsbescheide (SG) (bezogen auf die Entscheidungen)	2.659 (32,6 %)		
Beschluss (LSG/BSG) (bezogen auf die Entscheidungen)		218 (16,7%)	3 (5,8%)
außer durch Entscheidungen, Erledigung des Verfahrens durch			
gerichtlicher Vergleich	3.851 (9,1 %)	364 (11,2 %)	1 (1,1 %)
übereinstimmende Erledigungserklärung	3.927 (9,3 %)	127 (3,9 %)	
angenommenes Anerkenntnis	6.839 (16,1 %)	93 (2,9 %)	1 (1,1 %)
Zurücknahme	14.586 (34,4 %)	1.172 (36,0 %)	15 (16,0 %)
Verweisung an andere Sozialgerichte	651 (1,5 %)	-	-
Unterbrechung, Ruhen, Aussetzung d. Verf.	3.430 (8,1 %)	159 (4,9 %)	-
sonstige Erledigungsart	935 (2,2 %)	37 (1,1 %)	8 (8,5 %)

Quelle: IGES nach SG 10-30 des Statistischen Bundesamtes (2015), Stand 28.09.2016

Anmerkungen: In der SG-Statistik gibt es keine laufenden Revisionen, weil die Verfahrenserledigung eines abgeschlossenen Berichtszeitraums dargestellt wird. Sollte sich nachträglich der Verfahrensbestand einer Erhebungseinheit als nicht zutreffend herausstellen, wird die Bestandskorrektur im laufenden Berichtszeitraum durchgeführt und entsprechend ausgewiesen.
Die Position "sonstige Erledigungsart" ist eine Sammelposition in der Verfahren erfasst werden, welche den regulären Erledigungsarten nicht zuzuordnen sind.

Von den durch Urteil oder Beschluss erledigten Klagen (SG) und Berufungen (LSG) sowie durch Endurteil erledigten Revisionen (BSG), bei denen Versicherte oder Leistungsberechtigte beteiligt waren, führten im Jahr 2015 insgesamt 20,4 % (n = 1.848) zum Erfolg für den Kläger (Abbildung 10). In 75,4 % (n = 6.837) blieb der Kläger ohne Erfolg. Die geringste Erfolgsquote hatten Klagen bei einer Entscheidung an den LSG mit 9,8 % (n = 116), die höchste an den SG mit 22,0 % (n = 1.727).

Abbildung 10: Verteilung der durch Urteile oder Beschlüsse erledigter Klagen (SG) bzw. Berufungen (LSG) bzw. Revisionen (BSG) nach Erfolg, 2015



Quelle: IGES nach SG 10-30 des Statistischen Bundesamtes (2015), Stand 28.09.2016

Anmerkung: Ausschließliche Betrachtung der Fälle, in denen Versicherte und Leistungsberechtigte beteiligt waren.

Rechnet man das angenommene Anerkenntnis zum Erfolg der Klagen hinzu, da das Ergebnis in beiden Fällen für die Versicherten zur vollständigen Leistungsgewährung führt, so ergab sich im Jahr 2015 eine Erfolgsquote von insgesamt 35,6 % für

die Versicherten. Zählt man den teilweisen Erfolg bei einer Klage, die übereinstimmende Erledigungserklärung und den gerichtlichen Vergleich aufgrund der vergleichbaren Bewertung für den Versicherten zusammen, zeigt sich ein teilweiser Erfolg von 22,3 % (vgl. Tabelle 1).

Die durchschnittliche Verfahrensdauer bei Klagefällen im Sachgebiet Krankenversicherung (ohne Vertragsarztangelegenheiten) unterschied sich im Jahr 2015 zwischen den Instanzen. Während sie bei den Sozialgerichten durchschnittlich 14,3 Monate betrug, waren dies bei den Landessozialgerichten 16,6 Monate (Tabelle 2). Zum BSG gab es diesbezüglich keine Angaben. Die meisten Verfahren an den Sozialgerichten dauerten weniger als sechs Monate (34,9 %), ein Fünftel hatte jedoch eine Verfahrensdauer von einem Jahr und mehr. An den LSG hatte jeweils ein Viertel der Verfahren eine Dauer von unter sechs Monaten oder einem Jahr und länger, die andere Hälfte der Verfahren dauerte zwischen sechs und 23 Monate. Am BSG haben die meisten Verfahren eine Dauer zwischen sechs und 17 Monaten (61,7 %).

Betrachtet man die Verfahrensdauer seit der Klageerhebung bis zur zweiten Instanz, so betrug diese im Jahr 2015 durchschnittlich 41,1 Monate bzw. 3 Jahre und 5 Monate.

Tabelle 2: Verfahrensdauer der Klagefälle im Sachgebiet Krankenversicherung (ohne Vertragsarztangelegenheiten) nach Instanz, 2015

Verfahrensdauer	SG		LSG		BSG	
unter 6 Monate	14.791	34,9%	802	24,6%	12	12,8%
6 Monate bis unter 12 Monate	8.684	20,5%	714	21,9%	26	27,7%
12 Monate bis unter 18 Monate	5.468	12,9%	507	15,6%	32	34,0%
18 Monate bis unter 24 Monate	4.589	10,8%	401	12,3%	13	13,8%
24 Monate und mehr	8.847	20,9%	833	25,6%	11	11,7%
Durchschnittliche Dauer der Verfahren in Monaten	14,3		16,6		k. A.	
Verfahrensdauer seit Klageerhebung						
unter 1 Jahr			233	7,2%		
1 Jahr bis unter 2 Jahre			580	17,8%	12	12,8%
2 Jahre bis unter 3 Jahre			702	21,6%	3	3,2%
3 Jahre bis unter 4 Jahre			660	20,3%	14	14,9%
4 Jahre und mehr			1.082	33,2%	65	69,1%
Durchschnittliche Dauer der Verfahren in Monaten			41,1		k. A.	

Quelle: IGES nach SG 10-30 des Statistischen Bundesamtes (2015), Stand 28.09.2016

Anmerkung: Die Prozentangaben beziehen sich auf die erledigten Verfahren in der jeweiligen Instanz.

Da die dargestellten Statistiken (SG 10-30) keine differenzierten Informationen zu Art und Gegenstand der Streitigkeiten sowie den betroffenen Leistungsbereichen innerhalb der Krankenversicherung enthalten, wurde im Rahmen dieser Studie die im Folgenden beschriebene Rechtsprechungsanalyse durchgeführt.

4.3 Durchführung einer Rechtsprechungsanalyse

Mit Hilfe einer Suche in den Datenbanken juris.de und sozialgerichtsbarkeit.de nach relevanten Fällen im Zeitraum der Jahre 2011 bis 2016⁴³ wurden 179 Fälle, davon 157 Urteile und 22 Bescheide / Beschlüsse zu Leistungsablehnungen durch Krankenkassen im gewählten Zeitraum identifiziert⁴⁴ (vgl. hierzu Kapitel 2.3).

4.3.1 Ergebnisse nach höchster Entscheidungsinstanz

Der weit überwiegende Anteil der Entscheidungen fiel in dieser Analyse in zweiter Instanz an den LSG (70,9 %), nur knapp ein Viertel in erster Instanz auf Ebene der SG. Lediglich in sieben Fällen wurde eine Entscheidung in dritter Instanz am BSG gefällt⁴⁵ (Abbildung 11).

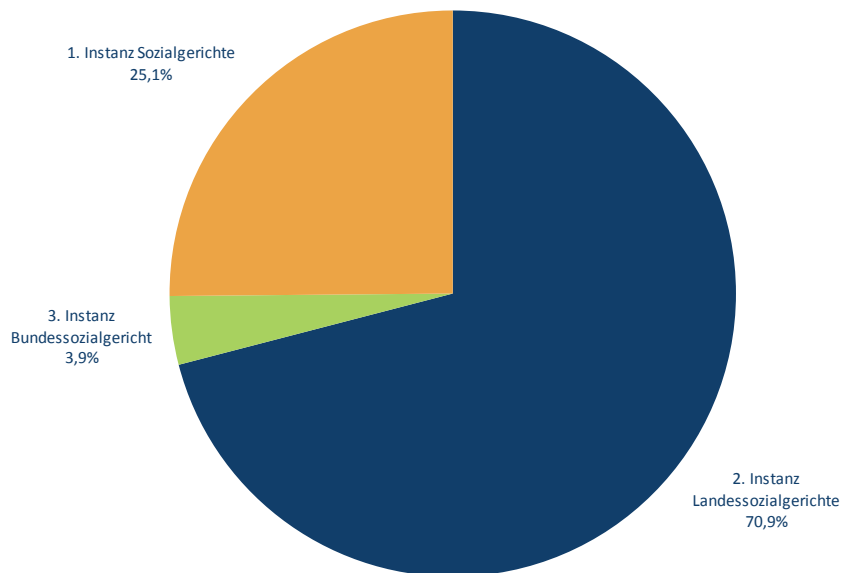
Das Verhältnis der Entscheidungen in den verschiedenen Instanzen in der Rechtspflegestatistik der Sozialgerichte zeigt hingegen einen weit überwiegenden Anteil der Entscheidungen in erster Instanz. Insgesamt ist daher zu vermuten, dass die Fälle in erster Instanz den Portalen nicht gemeldet und damit in dieser Untersuchung unterschätzt werden (vgl. Kapitel 4.2).

⁴³ Der Abruf der Ergebnisse in den Datenbanken erfolgte zuletzt am 21.10.2016.

⁴⁴ Dieses Ergebnis deckt sich mit der Analyse von Koppenfels-Spies (2016), die innerhalb der ersten drei Jahre nach Einführung des § 13 Abs. 3a SGB V mehr als 50 sozialgerichtliche Entscheidungen identifizierte, knapp 40 an den SG, 13 an den LSG und zwei am BSG.

⁴⁵ Insgesamt war das BSG in 22 weitere Fälle involviert, beispielsweise wurde in sieben Fällen die Revision zugelassen und zur erneuten Entscheidung an das LSG/SG zurückverwiesen, in elf Fällen wurde die Revision zurückgewiesen.

Abbildung 11: Verteilung der Klagefälle nach höchster Entscheidungsinstanz, 2011-2016



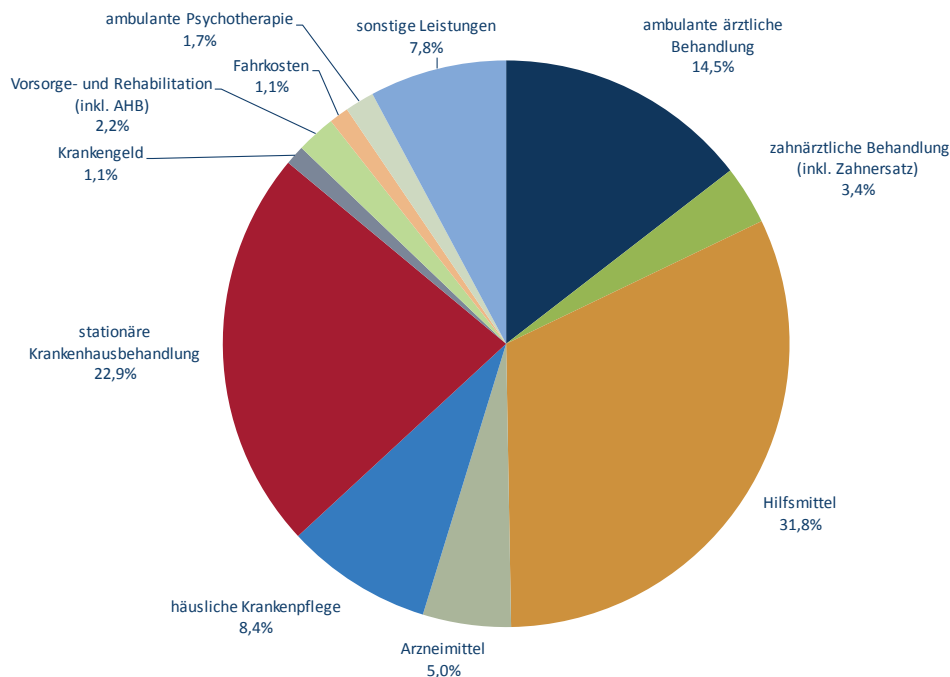
Quelle: IGES auf Basis von juris.de und sozialgerichtsbarkeit.de am 21.10.2016

4.3.2 Ergebnisse nach Leistungsbereich

Die Fälle wurden jeweils verschiedenen Leistungsbereichen zugeordnet. Überwiegend betroffen von Klagen bei Ablehnung eines Leistungsantrages durch die Krankenkassen waren die Bereiche Hilfsmittel (31,8 %, n = 57), stationäre Krankenhausbehandlung (22,9 %, n = 41) und ambulante ärztliche Behandlung (in einer Praxis oder im Krankenhaus) (14,5 %, n = 26) (Abbildung 12).

Unter den „sonstigen Leistungen“ (7,8 %, n = 14) wurden vereinzelt vorkommende Leistungen zusammengefasst, darunter beispielsweise Haushaltshilfen, Betriebshilfen in landwirtschaftlichen Betrieben, ambulante nicht-ärztliche Behandlungen sowie künstliche Befruchtung.

Abbildung 12: Verteilung der Klagefälle nach Leistungsbereichen, 2011-2016



Quelle: IGES auf Basis von juris.de und sozialgerichtsbarkeit.de am 21.10.2016

Im Bereich der Hilfsmittelversorgung kam es häufig zu Klagen, weil die Krankenkasse eine Kostenerstattung über den Festbetrag hinaus (v. a. Hörgeräteversorgung) abgelehnt hatte und weil eine Versorgung außerhalb der Hilfsmittel-Richtlinie (z. B. Sehhilfe ohne in der Richtlinie enthaltene Indikation) nicht genehmigt wurde. Bei Klagen im Bereich der ambulanten ärztlichen Behandlung – und abgeschwächt auch im Bereich der Krankenhausversorgung – ging es häufig darum, dass die Kasse die Behandlung durch einen nicht zur Versorgung zugelassenen Leistungserbringer und die Behandlung mit einer nicht vom G-BA anerkannten Therapieform abgelehnt hatte.

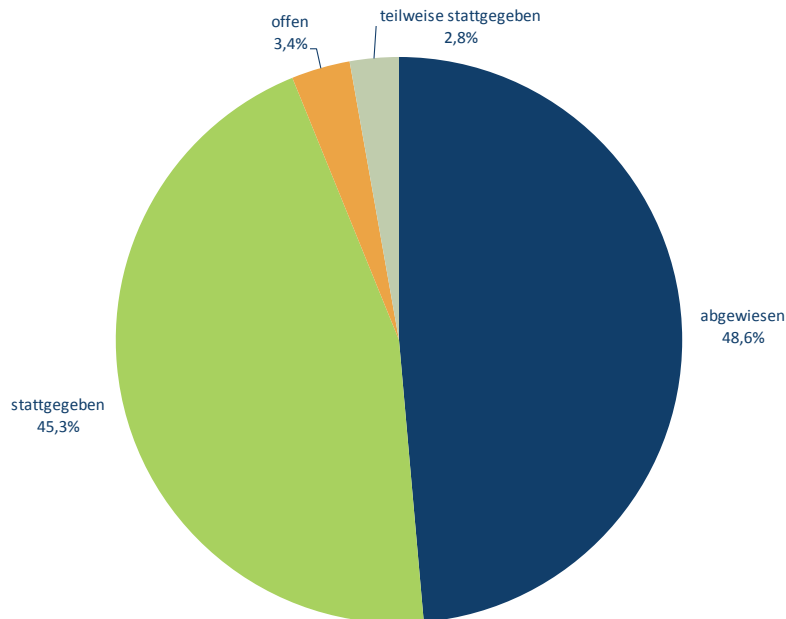
Im Bereich der Hilfsmittel war in 38,6 % (n = 22) der Fälle die Versorgung mit Hörgeräten Gegenstand der Klage. Bei den stationären Krankenhausbehandlungen ging es in mehr als der Hälfte der Fälle (53,7 %, n = 22) um (post)bariatrische Operationen (inkl. Liposuktion) bzw. Adipositaschirurgie. Im Bereich der ambulanten ärztlichen Behandlung spielten alternative Therapien bei Krebs die weitaus bedeutendste Rolle (46,2 %, n = 12). Diese drei Schwerpunktbereiche werden im Kapitel 4.3.5 eingehender betrachtet.

4.3.3 Auswertung nach Urteils-/Beschluss Ergebnissen

Knapp die Hälfte der Klagen gegen Leistungsablehnungen durch die Krankenkassen wurden gerichtlich abgewiesen (48,6 %, n = 87). Fast ebenso vielen Klagen wurde

umfassend (45,3 %, n = 81) bzw. teilweise stattgegeben (2,8 %, n = 5) (Abbildung 13).

Abbildung 13: Verteilung der Klagefälle nach Urteils-/Beschlussergebnis, 2011-2016



Quelle: IGES auf Basis von juris.de und sozialgerichtsbarkeit.de am 21.10.2016

Die Klageergebnisse unterscheiden sich zwischen den Leistungsbereichen – allerdings ist dabei zu berücksichtigen, dass den Berechnungen vergleichsweise geringe Fallzahlen zugrunde liegen. Während im Bereich der häuslichen Krankenpflege zu 60 % (neun von 15), der Krankenhausbehandlung zu 56 % (23 von 41) und der Hilfsmittel zu 51 % (29 von 57) den Klagen stattgegeben wurde, waren dies bei der ambulanten ärztlichen Behandlung nur 27 % (sieben von 26).⁴⁶

Ein Abgleich mit der Rechtspflegestatistik der Sozialgerichte deutet darauf hin, dass diese Ergebnisse nicht für die Gesamtheit der Klagen im Bereich der Krankenversicherung (ohne Vertragsarztangelegenheiten) repräsentativ sind. Im Jahr 2015 waren gemäß der Rechtspflegestatistik insgesamt über alle Instanzen nur 20,4 % der Klagen mit einem Erfolg für die klagenden Versicherten bzw. Leistungsberechtigten verbunden. Entscheidungen an den SG waren in dieser Analyse zu ca. 70 % erfolgreich für die Kläger, während dies an den LSG und am BSG rund 30 % waren (vgl. Kapitel 4.2). Dies deutet darauf hin, dass in allen Instanzen, vor allem aber bei

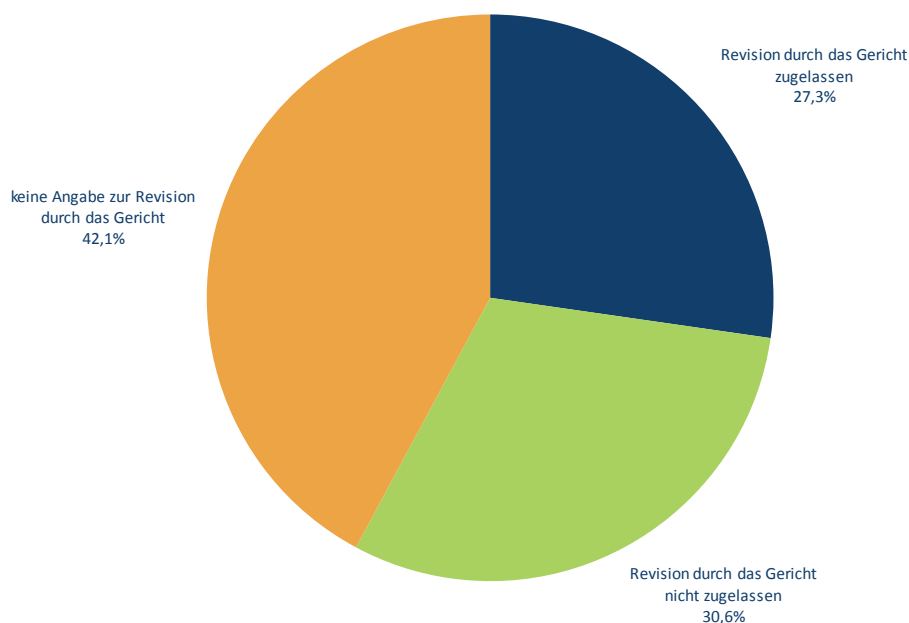
⁴⁶ Der Anteil erfolgreicher Klagen wurden in den anderen Leistungsbereichen aufgrund der geringen Fallzahl nicht berechnet.

den SG, die Fälle abgewiesener Klagen in den Datenbanken untererfasst und damit in dieser Analyse unterrepräsentiert sind.

4.3.4 Ergebnisse der Auswertung zur Zulassung der Revision

Die Zulassung der Revision durch das entscheidende Gericht zeigt, dass dieses selbst die Frage für grundsätzlich hält (§ 160 Abs. 2 SGG). Nur in zwei Fällen wurde bereits an den SG die Entscheidung zur Sprungrevision gefällt. In der Regel entscheidet ein LSG über die Zulassung der Revision. Bezogen auf alle Entscheidungen an den LSG (n = 121) wurde dort in 27,3 % der Fälle die Revision zugelassen und in 30,6 % der Fälle die Revision nicht zugelassen (Abbildung 14).

Abbildung 14: Verteilung der Entscheidungen des LSG zur Revision, 2011-2016



Quelle: IGES

Anmerkungen: Die Anteile beziehen sich auf die Anzahl der Fälle, in denen am LSG eine Entscheidung gefällt wurde.

Die zur Revision zugelassenen Entscheidungen beziehen sich auf alle Leistungsbe-
reiche außer Krankengeld. In fünf der 33 Fälle war das Ergebnis noch offen, in 13
Fällen wurde der Klage vollständig oder teilweise stattgegeben und in 15 Fällen die
Klage abgewiesen. Insgesamt lassen sich die zur Revision zugelassenen Fällen nicht
typisieren.

4.3.5 Detailanalyse ausgewählter Leistungsbereiche

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den drei identifizierten Schwerpunktbereichen mit zusätzlichen Hintergrundinformationen zum Rechtsstand dargestellt.

4.3.5.1 Schwerpunkt Hörgeräteversorgung

Krankenversicherungsrechtliche Grundlage des Leistungsanspruchs auf Hörgeräte ist § 33 Abs. 1 S. 1 SGB V. Hiernach haben Versicherte Anspruch auf eine Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, wenn sie nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens aus der GKV-Versorgung ausgeschlossen (§ 34 Abs. 4 SGB V) und im Einzelfall erforderlich sind, um entweder den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Demgemäß besteht ein Anspruch auf Hörhilfen, die nur von hörbehinderten Menschen benutzt werden und deshalb kein Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens sind, soweit sie im Rahmen des Notwendigen und Wirtschaftlichen (§ 12 Abs. 1 SGB V) für den von der Krankenkasse geschuldeten Behinderungsausgleich erforderlich sind.

Von den 179 identifizierten Klagefällen betrafen 22 (12,3 %) die Hörgeräteversorgung. In allen 22 Fällen ging es um eine Erstattung über den Festbetrag hinaus. In einer Klage war zusätzlich die unterschiedliche Beurteilung des Bedarfs bei der Hörgeräteversorgung von Kindern und Erwachsenen strittig.⁴⁷ In diesem Fall ging es um eine spezielle Hörhilfe für eine Erwachsene, die in der Regel nur für hörgeschädigte Kinder, die eine normale Schule besuchen können, zu Lasten der GKV verordnungsfähig ist.

Insgesamt wurde in 15 Fällen der Klage stattgegeben, nur in sieben Fällen wurde die Klage des Versicherten abgewiesen. Für die Abweisung der Klage war in allen Fällen die Nichteinhaltung des Beschaffungsweges ausschlaggebend.

In neun der 22 Fälle bestand hauptsächlich oder zusätzlich Uneinigkeit zwischen Renten- und Krankenversicherung über die Zuständigkeit für die eventuelle Erstattung. In sechs dieser neun Fälle wurde die Krankenversicherung zur vollständigen Übernahme verpflichtet, in nur einem Fall die Rentenversicherung,⁴⁸ in zwei Fällen wurde die Klage abgewiesen.

Erstattung über den Festbetrag hinaus

Hauptargument der Krankenkassen, die Erstattung über den Festbetrag hinaus abzulehnen, war in der Regel, dass eine Hörgeräteversorgung im Rahmen des Festbetrages als ausreichend erachtet wurde bzw. keine Notwendigkeit einer höherwertigen Versorgung im Preisbereich über der Höhe des Festbetrags gesehen wurde. Als weiteren Grund gaben Krankenkassen an, dass der Gesetzgeber eine

⁴⁷ LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 05.06.2007 - L 9 KR 453/07.

⁴⁸ SG Köln, Urteil vom 21.09.2012 - S 33 R 1128/11.

Erstattung oberhalb des Festbetrags nicht vorsehe. Auch kam es vor, dass eine Krankenkasse den Antrag auf Erstattung der höherwertigen Hörhilfe ignorierte und kommentarlos den Festbetrag erstattete.

Zuständigkeit der Krankenversicherung vs. Rentenversicherung

Hilfsmittel wie Hörhilfen, die zum Behinderungsausgleich und generell für die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben erforderlich sind, fallen in den Zuständigkeitsbereich der Krankenversicherung. Die Zuständigkeit der Rentenversicherung besteht dann, wenn die Gebrauchsvorteile des Hilfsmittels ausschließlich beruflich und arbeitsplatzspezifisch sind. Umgekehrt kann ein Hilfsmittelanspruch gegen die GKV nicht auf ausschließlich berufliche Nutzungsvorteile gestützt werden, wenn das Hilfsmittel ansonsten keine allgemeinen Grundbedürfnisse betrifft und seine Nutzung die Auswirkungen der Behinderung nicht im gesamten täglichen Leben beseitigt oder mildert.

Vollständiger Ausgleich der Behinderung

Die Versorgung mit Hörgeräten dient dem unmittelbaren Behinderungsausgleich. Bei diesem unmittelbaren Behinderungsausgleich gilt das Gebot eines möglichst weitgehenden Ausgleichs des Funktionsdefizits – hier einer Hörschwäche – im Sinne des Gleichziehens mit einem gesunden Menschen, und zwar unter Berücksichtigung des aktuellen Stands des medizinischen und technischen Fortschritts. Dabei kann die Versorgung mit einem fortschrittlichen, technisch weiterentwickelten Hilfsmittel nicht mit der Begründung abgelehnt werden, der bisher erreichte Versorgungsstandard sei ausreichend, solange ein Ausgleich der Behinderung nicht vollständig im Sinne des Gleichziehens mit einem nicht behinderten Menschen erreicht ist.⁴⁹

Wurde der Klage stattgegeben, erkannte das Gericht in der Regel an, dass im betreffenden Fall eine höherwertige Versorgung notwendig war, da ein möglichst vollständiger Ausgleich der Behinderung anzustreben ist und nicht ein bestimmter vorgegebener Versorgungsstandard. Die Krankenkasse hatte damit den Leistungsantrag zu Unrecht abgewiesen (Systemversagen) und es bestand Anspruch auf Kostenerstattung der selbstbeschafften Hörgeräte (§ 13 Abs. 3 S. 1 SGB V).⁵⁰

Einhalten des Beschaffungsweges

Bei allen abgewiesenen Klagen auf Bewilligung von Hörhilfen wurde der Beschaffungsweg in verschiedener Form nicht eingehalten. Entweder stimmten die Versicherten gegenüber dem Hörgeräteakustiker schriftlich der Übernahme eines Eigenanteils vor Antragsbewilligung durch die Krankenkasse zu⁵¹ oder sie testeten

⁴⁹ Vgl. ständige Rechtsprechung, z. B. BSG, Urteil vom 17.12.2009 - B 3 KR 20/08= SozR 4-2500 § 36 Nr 2=BSGE 105, 170; BSG, Urteil vom 18.05.2011 - B 3 KR 12/10 R.

⁵⁰ Vgl. z. B. BSG, Urteil vom 7.05.2013 – B 1 KR 44/12 R= SozR 4-2500 § 13 Nr 29=BSGE 113, 241.

⁵¹ Vgl. z. B. LSG Bayern, Urteil vom 04.10.2011 – L 5 KR 311/14.

trotz Aufklärung durch den Hörgeräteakustiker über die erstattungsfähigen Beiträge ausschließlich Geräte, deren Preis über dem Festbetrag lag bzw. entschieden sich, trotz getestetem vergleichbarem Hörgewinn durch ein aufzahlungsfreies Gerät für ein über dem Festbetrag liegendes Gerät.⁵²

In Fällen, in denen der Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung bekannt war, dass der Versicherte nur Geräte getestet hatte, deren Preis über dem Festbetrag lagen bzw. bei denen der Hörgeräteakustiker nachweislich nicht über die Erstattungsregelungen aufgeklärt hatte, wurde der Klage des Versicherten stattgegeben. Die Krankenkasse kann in diesen Fällen juristisch gegen den Leistungsanbieter vorgehen.

4.3.5.2 Schwerpunkt alternative Behandlungsmethoden bei Krebserkrankungen im Rahmen ambulanter ärztlicher Behandlung

Von insgesamt 26 Klagefällen aufgrund einer Ablehnung einer ambulanten ärztlichen Behandlung handelte es sich in 16 Fällen um eine neue bzw. alternative Behandlungsmethode. In 12 der 16 Fälle sollte die Methode der Behandlung einer Krebserkrankung dienen.⁵³

In zehn der 12 Fälle, in denen die Kostenerstattung einer neuen/alternativen Behandlungsmethode bei einer Krebserkrankung Gegenstand der Klage war, wurde diese abgewiesen. Dabei war einmal die Genehmigungsfiktion in der Klagebegründung enthalten. In fünf dieser Fälle wurde die Revision nicht zugelassen, ebenso oft gab es keine Angabe zur Revision. Nur in einem Fall wurde der Klage aufgrund von Systemversagen stattgegeben, in einem Fall stand die Entscheidung noch offen.

Erlaubnisvorbehalt

Bei der Versorgung der Versicherten mit ambulanter ärztlicher Heilbehandlung ist hinsichtlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden das in § 135 Abs. 1 S. 1 SGB V festgelegte Verbot mit Erlaubnisvorbehalt zu beachten. Danach dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkasse nur erbracht werden und gehören auch nur dann zu den von den Krankenkassen erstattungspflichtigen Leistungen,⁵⁴ wenn der G-BA in Richtlinien (nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 5 SGB V) Empfehlungen u. a. über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit abgegeben hat. An

⁵² Vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 09.06.2011 - L 5 KR 89/09.

⁵³ In keinem der 12 Fälle wurde eine Entscheidung am BSG getroffen, lediglich einmal die Revision zugelassen und die Entscheidung an das LSG zurückverwiesen. Dieser eine Fall war zum Zeitpunkt der Analyse noch offen. Streitpunkt ist die Erstattung einer Protonentherapie.

⁵⁴ Vgl. BSG, Urteil vom 04.04.2006 - B 1 KR 12/05 R= SozR 4-2500 § 27 Nr 8.

die Entscheidungen des Bundesausschusses sind Krankenkassen und Gerichte gebunden. Ohne befürwortende Entscheidung des G-BA kommt eine Leistungspflicht der Krankenkassen nicht in Betracht.⁵⁵

Neue und alternative Behandlungsmethoden

Neu ist eine Methode, die bisher nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung war (Just & Schneider 2016: 102). Eine Behandlungsmethode kann auch dann als "neu" zu beurteilen und deshalb der besonderen krankenversicherungsrechtlichen Qualitätskontrolle zu unterwerfen sein, wenn sie sich aus einer neuartigen Kombination verschiedener, für sich jeweils anerkannter oder zugelassener Maßnahmen zusammensetzt.⁵⁶ Synonym zum Begriff der neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wird oft auch von alternativen Heilmethoden, Außenseitermethoden oder unkonventionellen Heilmethoden gesprochen (Just & Schneider 2016: 103).

Für eine eventuelle Kostenübernahme müssen die Versicherten auch in diesen Fällen vor der Inanspruchnahme die Leistung durch die Krankenkasse bewilligen lassen, unabhängig von der Auskunft durch den Arzt. Sie können sich nicht auf Vertrauen berufen, wenn sie sich auf eigene Kosten eine Leistung selbst beschaffen, nachdem ein Vertragsarzt mitgeteilt hat, dass die Krankenkasse hierfür einzustehen hat (Just & Schneider 2016: 76).

Lebensbedrohliche Erkrankungen

Der mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz neu eingeführte § 2 Abs. 1a SGB V sieht eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen auch dann vor, wenn bei einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung keine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung zur Verfügung steht.⁵⁷ Voraussetzung für die Bewilligung der neuen Untersuchungs- bzw. Behandlungsmethode ist, dass eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder eine spürbare Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Die Behandlung muss dabei auf die lebensbedrohliche Erkrankung selbst einwirken und darf nicht „nur“ zu einer Verbesserung der Lebensqualität führen.⁵⁸

⁵⁵ Vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 30.8.2006 - L 5 KR 281/06.

⁵⁶ Vgl. BSG, Urteil vom 19.10.2004 - B 1 KR 27/02 R= SozR 4-2500 § 27 Nr 1=BSGE 93, 236.

⁵⁷ Kodifizierung der Rechtsprechung des BVerfGE, sog. Nikolaus-Beschluss vom 6.12.2005, BVerfGE 115, 25 =SozR 4-2500 § 27 Nr. 5.

⁵⁸ BSG, Urteil vom 13.10.2010, B 6 KA 48/09 R=SozR 4-2500 § 106 Nr.30 Rn. 32.

Bei Krebserkrankungen ist der Schweregrad der Erkrankung relevant und damit die Folgen für Leben bzw. Lebenserwartung und Gesundheit, die im Einzelfall des Versicherten zu erwarten sind, wenn eine weitere Behandlung unterbleibt.⁵⁹ Abgelehnt wurde die Anwendung des § 2 Abs. 1a SGB V bei Prostatakarzinom im Anfangsstadium.⁶⁰

Systemversagen bei neuen Behandlungsmethoden

Nach der Rechtsprechung des BSG kann ungeachtet des in § 135 Abs. 1 SGB V statuierten Verbots mit Erlaubnisvorbehalt und des Fehlens einer Empfehlung des G-BA eine Leistungspflicht der Krankenkasse ausnahmsweise dann bestehen, wenn die fehlende Anerkennung einer neuen Behandlungsmethode darauf zurückzuführen ist, dass das Verfahren im G-BA trotz Erfüllung der für eine Überprüfung notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen nicht oder nicht zeitgerecht durchgeführt wurde und damit ein Systemversagen vorliegt. Dann ist die in § 135 Abs. 1 SGB V vorausgesetzte Aktualisierung der Richtlinien rechtswidrig unterblieben, weshalb die Möglichkeit bestehen muss, das Anwendungsverbot erforderlichenfalls auf andere Weise zu überwinden.⁶¹ Auch bei Krankheiten, die wegen ihrer Seltenheit praktisch nicht systematisch erforschbar sind, muss die Behandlung als Leistung der GKV nicht schon mangels entsprechender Empfehlung des G-BA ausscheiden.⁶²

Neue Behandlungsmethoden bei Krebserkrankungen

Die Versicherten, deren Klagen abgewiesen wurden, waren an unterschiedlichen Formen von Krebs erkrankt und hatten z. T. unterschiedliche Behandlungsmethoden erhalten, darunter (Elektro-)Hyperthermie, dendritische Zell-Immuntherapie, Behandlung mit onkolytischen Viren (im Ausland), Vitamin-C-Infusionen, Galvanotherapie sowie unterschiedliche Kombinationen dieser Therapieformen, auch mit Chemotherapie.

Die Klagen wurden dann abgewiesen, wenn aus Sicht der Gerichte die gesetzlichen Anforderungen für eine Leistungsbewilligung nicht erfüllt waren. In den Begründungen wurde u. a. genannt: das Vorhandensein einer vertraglich zugelassenen Therapie, das Fehlen von mehr als bloß ganz entfernt liegenden Aussichten auf eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf durch die streitige Therapie, das Fehlen eines Systemversagens sowie die fehlende Kausalität zwischen Leistungsablehnung und Kostenbelastung in den Fällen, in denen der Beschaffungsweg nicht eingehalten wurde und die Kassen vor Inanspruchnahme der Behandlung mit dem Leistungsbegehren nicht befasst wurde, obwohl dies möglich gewesen wäre.

⁵⁹ BSGE 97, 190 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 12 Rn. 29 (LITT – Laserinduzierte Thermotherapie).

⁶⁰ BSG SozR 4-2500 § 27 Nr. 8 (Seed-Implantation).

⁶¹ Vgl. BSGE 81, 54 sowie BSG, Urteil vom 04.04.2006 - B 1 KR 12/05 R.

⁶² Vgl. BSGE 93,236.

Nur in einem Fall wurde der Klage stattgegeben. Die Revision wurde nicht zugelassen. Die Versicherte begehrte in diesem Fall die Erstattung der Behandlung ihrer Krebserkrankung (malignes anorektales Melanom) mit dendritischen Zellen. Die Krankenkasse lehnte die Bewilligung der Leistung mit der Begründung ab, die Therapie mit dendritischen Zellen stelle eine neue Behandlungsmethode dar, für die es keine (positive) Empfehlung des G-BAs gebe. Systemversagen liege nicht vor, da für die Krebsbehandlung mit dendritischen Zellen ein (Anerkennungs-)Antrag von den zuständigen Stellen nicht gestellt worden und dies offensichtlich auch nicht beabsichtigt sei. Das Gericht entschied hingegen, dass die Krankenkasse die Leistung zu Unrecht abgelehnt hatte, da bei dieser Form der Erkrankung keine anerkannte Therapiealternative zur Verfügung stand. Die Klägerin hat den vorgesehenen Beschaffungsweg eingehalten. Auch die übrigen Voraussetzungen des geltend gemachten Erstattungsanspruchs (§ 13 Abs. 3 S. 1 SGB V) waren erfüllt.⁶³

4.3.5.3 Schwerpunkt Adipositaschirurgie

Bei insgesamt 24 von 179 Fällen war der Klagegegenstand eine Operation im Zusammenhang mit einer Adipositas. In zwei Fällen ging es um ambulante Liposuktionen, in allen anderen Fällen erfolgte die Operation als stationäre Krankenhausbehandlung. Von den 22 Krankenhausbehandlungen waren 14 Magenoperationen zur Gewichtsreduktion (z. B. Schlauchmagen oder Magenbypass), vier waren postbariatrische Behandlungen und vier Liposuktionen (Fettabsaugungen).

Klagen im Zusammenhang mit stationärer Adipositaschirurgie waren in 15 von 22 Fällen für den Versicherten erfolgreich. Bei postbariatrischen Wiederherstellungsoperationen (z. B. Hautstraffung, rekonstruktive Plastiken) wurde in allen Fällen (vier von vier) der Klage stattgegeben, dabei war die Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V bei allen relevant für den Erfolg.⁶⁴ In einem Fall stellte das Gericht auch die grundsätzliche Leistungspflicht der Kasse fest. Die Krankenkasse ist in diesem Fall in Revision gegangen, das Urteil steht noch aus.⁶⁵

Von den insgesamt 14 Klagen wegen einer Magenoperationen zur Gewichtsreduktion wurde die Krankenkasse in elf Fällen zur Kostenerstattung verpflichtet; davon fünfmal, weil die medizinischen Voraussetzungen aus Sicht des Gerichts entgegen der Darstellung der Krankenkasse erfüllt waren⁶⁶ (Systemversagen) und sechsmal aufgrund der Genehmigungsfiktion.⁶⁷

⁶³ Vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 19.03.2014 – L 5 KR 1496/13.

⁶⁴ SG Düsseldorf, Urteil vom 02.03.2015 - S 9 KR 903/14, SG Köln, Urteil vom 28.06.2016 - S 34 KR 515/15, SG Münster, Urteil vom 18.04.2016 - S 9 KR 518/14.

⁶⁵ LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 01.03.2016 - L 11 KR 279/16.

⁶⁶ Vgl. z. B. SG Trier, Urteil vom 16.01.2014 - S 5 KR 149/13.

⁶⁷ Vgl. z. B. SG Duisburg, Urteil vom 31.08.2016 - S 9 KR 8/15.

In einem Fall von Liposuktion und Hautstraffung wurde der Klage aufgrund der Genehmigungsfiktion teilweise stattgegeben. Die Klagen der beiden Fälle der ambulanten Liposuktionen waren allein aufgrund der Genehmigungsfiktion erfolgreich.

In sieben Fällen wurde die Klage abgewiesen. In den drei Fällen, in denen die Magenverkleinernde Operation nicht erstattet wurde, entschied das Gericht einmal, dass die Klägerin vorrangige anderweitige Behandlungsmöglichkeiten noch nicht ausgeschöpft hatte, zweimal wies das Gericht die Klage ab, weil die Leistung vor Ablauf der Entscheidungsfrist der Krankenkasse in Anspruch genommen wurde und die Leistung nach Ansicht des Richters nicht Bestandteil des Leistungskatalogs der GKV ist.⁶⁸ Bei den vier weiteren abgewiesenen Klagen, in denen die Versicherten u. a. mit dem Eintreten der Genehmigungsfiktion argumentierten, war diese durch unterschiedliche Auslegung des § 13 Abs. 3a SGB V nach Ansicht der Richter nicht eingetreten.

Ausschöpfen der konservativen Therapiemöglichkeiten

In den Fällen der Magenoperationen argumentierten die Krankenkassen in der Regel, dass die medizinischen Voraussetzungen für die beantragte Leistungsgewährung nicht erfüllt seien. Eine bariatrische Operation komme nur als Ultima Ratio in Betracht. Alle konventionellen und konservativen Methoden zur Gewichtsreduzierung müssten zuerst durchgeführt werden.

Für ein Vorabvotum vor einem geplanten adipositaschirurgischen Eingriff im Einzelfall, inkl. möglicherweise notwendiger Revisionsoperationen sowie für die Einzelfallprüfung nach erfolgtem bariatrischem Eingriff (z. B. bei selbstbeschaffter Leistung), verwendet der MDK einen offiziellen Begutachtungsleitfaden zur Sicherung der einheitlichen Begutachtung (MDS 2009). Bestandteil des Prüfalgorithmus sind u. a. das Vorliegen einer Adipositas Grad II (BMI $\geq 35\text{kg/m}^2$) mit schwerwiegenden Begleiterkrankungen oder Grad III (BMI $\geq 40\text{kg/m}^2$), der Ausschluss einer anderweitig behandelbaren, adipositasverursachenden Erkrankung sowie das erfolglose Ausschöpfen der konservativen Maßnahmen zur Behandlung der Adipositas (MDS 2009:68). Sind alle Bedingungen erfüllt, erfolgt die sozialmedizinische Empfehlung des operativen Eingriffes durch den MDK.

Richterliche Auslegung der Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V im Bereich der (post)bariatrischen Operationen

In der richterlichen Auslegung zeigte sich eine unterschiedliche Auffassung davon, welche Leistungen durch die Genehmigungsfiktion erfasst werden.

In einigen Fällen entschieden die Gerichte, dass bei Eintritt der Genehmigungsfiktion nicht mehr relevant sei, ob es sich um eine „erforderliche Leistung“ handelt, die im Katalog des SGB V enthalten ist und auf die ein grundsätzlicher Anspruch

⁶⁸ In einem dieser Fälle legte die Krankenversicherung, nachdem das SG der Klage des Versicherten stattgegeben hatte, Berufung ein und obsiegte in zweiter Instanz (LSG Bayern, Urteil vom 07.09.2016 - L 20 KR 597/15). Der Fall ist jetzt anhängig beim BSG, Az: B 1 KR 26/16 R.

bestanden hätte. Das Wirksamwerden der Genehmigungsfiktion hängt dieser Auslegung nach ausschließlich von der Nichteinhaltung der Entscheidungsfrist durch die Krankenkasse oder der fehlenden schriftlichen Mitteilung der Nichteinhaltung dieser Frist ab, nicht dagegen von der Einhaltung des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebots dem tatsächliche Anspruch auf die Sachleistung.⁶⁹

Diese Auslegung wird mit dem beabsichtigten Sanktionscharakter der Genehmigungsfiktion begründet. Bei einer Beschränkung auf die den sonstigen Leistungsvoraussetzungen des SGB V genügenden Leistungen brächte das Gesetz keine Neuerung, da Prüfungsumfang und Zeitdauer des Verfahrens durch eine nachträgliche Überprüfung praktisch wieder identisch mit den Verfahren vor Inkrafttreten der Regelung wären. Somit hätte die Neuregelung in der Praxis keine spürbar positiven Effekte für den Schutz der Patientenrechte.⁷⁰

Der Sanktionscharakter kam beispielsweise auch in den Fällen der ambulanten Liposuktionen zum Tragen. In beiden Fällen wurde die Krankenkasse zur Kostenerstattung einer nicht im SGB V enthaltenden Leistung verpflichtet, die von einem nicht zur Versorgung zugelassenen Leistungserbringer durchgeführt worden war.

Im Gegensatz zu den ambulanten Liposuktionen wurden alle drei Klagen zu stationär durchgeführten Liposuktionen abgewiesen. In einem Fall hatte die erste Instanz der Klage stattgegeben, die Krankenkasse ging in Berufung und bekam Recht, weil die Leistung, wie in beiden anderen abgewiesenen Fällen, in einer Privatklinik und damit nicht von einem zugelassenen Leistungserbringer erbracht wurde.⁷¹

In wenigen Urteilen im Bereich der Adipositaschirurgie, die im Rahmen dieser Analysen ausgewertet wurden, führte die Auslegung der Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V zur Abweisung der Klage (vier Fälle zu unterschiedlichen Eingriffen). In diesen Fällen entschieden die Richter, dass eine selbstbeschaffte Behandlung zum Leistungsspektrum der Krankenkassen gehören muss, die diese als Sachleistung zu erbringen hat, damit bei einer Fristüberschreitung ein Kostenerstattungsanspruch besteht. Hätte der Gesetzgeber von dieser Systematik im Rahmen von § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V abweichen wollen, hätte es zumindest entsprechender Hinweise in der Gesetzesbegründung bedurft, so das Gericht.⁷²

⁶⁹ Vgl. SG Detmold, Urteil vom 09.07.2015 – S 24 KR 254/14; SG Detmold, Urteil vom 18.06.2015 – S 3 KR 493/14; LSG Saarland, Urteil vom 17.06.2015 – L 2 KR 180/14; SG Speyer, Urteil vom 09.07.2015 – S 17 KR 327/14; SG Koblenz, Urteil vom 23.03.2015 – S 13 KR 977/14; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 23.05.2014 - L 5 KR 222/14 B ER; aber LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 26.05.2014 - L 16 KR 154/14 B ER.

⁷⁰ Vgl. LSG Saarland, Urteil vom 17.06.2015 – L 2 KR 180/14; SG Heilbronn, Urteil vom 10.03.2015 – S 11 KR 2425/14.

⁷¹ Vgl. z. B. BSG, Urteil vom 07.11.2006 - B 1 KR 24/06 R = BSGE 97, 190-203.

⁷² Vgl. SG Gelsenkirchen, Urteil vom 05.02.2015 S 17 KR 524/14 und SG Düsseldorf, Urteil vom 03.12.2015 - S 27 KR 371/15.

4.3.6 Fazit der Rechtsprechungsanalyse

Es gibt deutliche Unterschiede bei der Häufigkeit von Klagen zwischen den Leistungsbereichen, die sich nur teilweise durch die Häufigkeit der Inanspruchnahme erklären (z. B. Hilfsmittel).

Schwerpunktbereiche waren bislang die Hörgeräteversorgung, neue Behandlungsformen bei Krebs in der ambulanten ärztlichen Versorgung sowie (post)bariatrische Operationen. Im Bereich der Hörhilfen entschieden die Gerichte in aller Regel zugunsten eines möglichst vollständigen Ausgleichs der Hörbehinderung der Versicherten und damit für die Erstattung der Kosten durch die Krankenkasse über den Festbetrag hinaus. Dagegen gab es nur in Ausnahmefällen Entscheidungen zugunsten der Erstattung einer neuen Heilmethode zur Krebstherapie aufgrund des Fehlens einer Alternativbehandlung. Im Bereich der Adipositaschirurgie war die Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V von großer Bedeutung und führte in der Mehrheit der Fälle zur Kostenerstattung.

Die Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V spielte dabei seit ihrer Einführung eine erhebliche Rolle in den Urteilen, ebenso das Systemversagen in Bezug auf § 135 Abs. 1 SGB V (z. B. in der Hörgeräteversorgung).

Bisher scheint es im Rahmen der Rechtsprechung nach wie vor noch keine einheitliche Auslegung der Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V zu geben.

Insgesamt zeigt sich bei der Rechtsprechungsanalyse, die schon bei der Diskussion der rechtlichen Rahmenbedingungen (Kapitel 3.1) berichtete Tendenz zu einer engeren Auslegung der Genehmigungsfiktion auf Leistungen, die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung liegen. Diese Beobachtung ist jedoch nicht durchgängig. So gab es auch nach dem entsprechenden BSG-Urteil vom 8.03.2016⁷³ eine weite Auslegung des § 13 Abs. 3a SGB V in der Rechtsprechung zur Adipositaschirurgie. Außerdem ist zu beobachten, dass die Urteile, die die unter die Genehmigungsfiktion fallenden Leistungen einschränken, überwiegend aus den höheren Instanzen stammen. Die weite Auslegung findet sich hauptsächlich bei den Gerichten erster Instanz.

⁷³ BSG, Urteil vom 08.03.2016 - B 1 KR 25/15= SozR 4-2500 § 13 Nr 33(Psychotherapie).

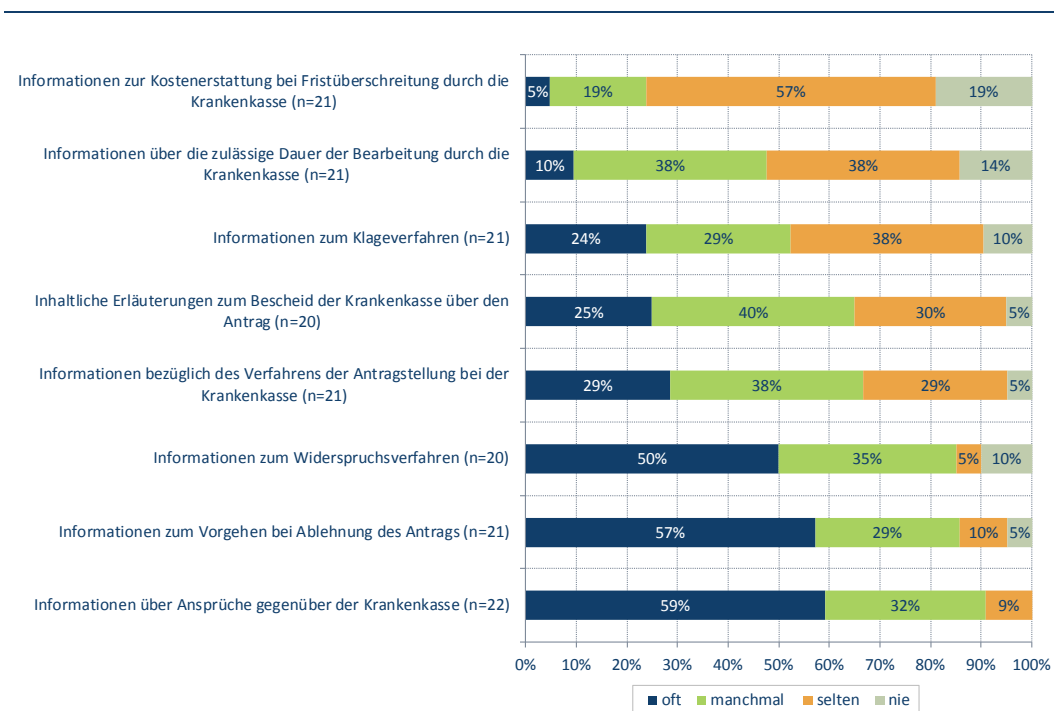
5. Auswertungen der Informationen der Patientenorganisationen

5.1 Themen und Leistungsbereiche der Anfragen der Versicherten an die Patientenorganisationen

5.1.1 Auswertungen der Befragung der Patientenorganisationen

Aus der Befragung der Patientenorganisationen für die vorliegende Untersuchung⁷⁴ ging hervor, dass diese im Jahr 2016 oftmals Anfragen zu Ansprüchen gegen der Krankenkassen, zum Vorgehen bei einer Ablehnung des Leistungsantrags sowie zum Widerspruchsverfahren erhielten (Abbildung 15). Die meisten Patientenorganisationen wurden dagegen selten oder nie bezüglich Informationen zur Kostenerstattung bei Fristüberschreitung durch die Krankenkasse oder zur zulässigen Dauer der Bearbeitung durch die Krankenkassen kontaktiert.

Abbildung 15: Verteilung der befragten Patientenorganisationen nach der Häufigkeit von Anfragethemen der Versicherten (in %), 2016



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Patientenorganisationen

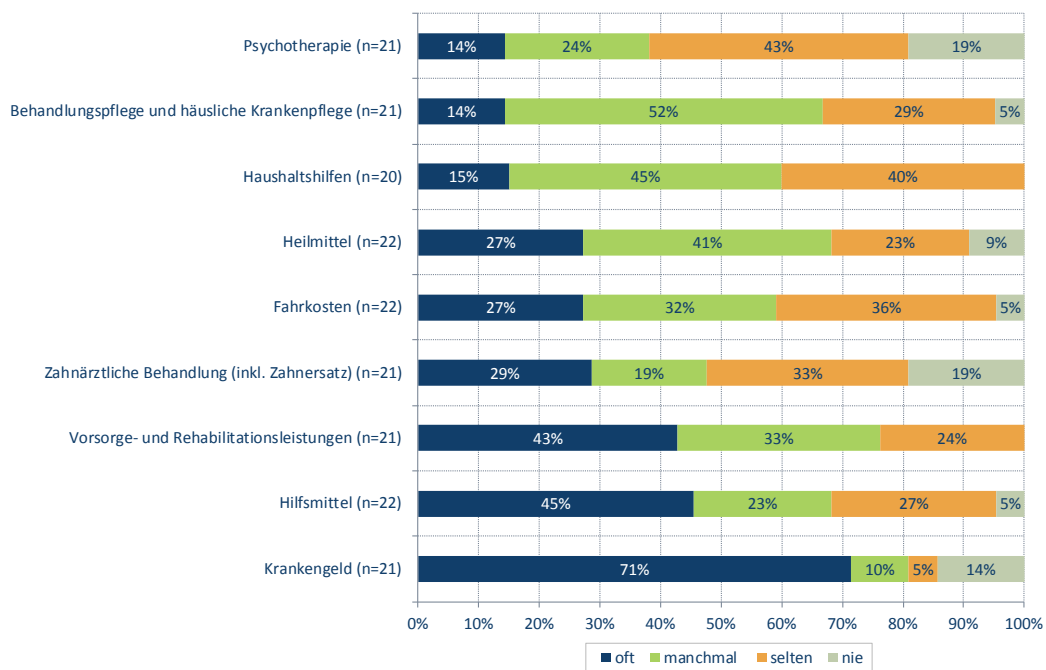
Am häufigsten wurden die befragten Patientenorganisationen von den Versicherten mit Beratungsbedarf bei Leistungsablehnungen im Bereich Krankengeld kon-

⁷⁴ Vgl. zur Vorgehensweise bei der Befragung der Patientenorganisationen auch Kapitel 2.4.1.

taktiert; danach folgten die Bereiche Hilfsmittel sowie Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen (Abbildung 16). Im Bereich der Hilfsmittel wurden häufig die Produktgruppen Hörhilfen, Inkontinenzhilfen sowie Kranken- und Behindertenfahrzeuge (insbesondere Rollstühle) genannt.

Vergleichsweise selten wurden die Patientenorganisationen zu Leistungsablehnungen im Bereich zahnärztlicher Behandlung (inkl. Zahnersatz) sowie Psychotherapie um Beratungsleistungen gebeten.

Abbildung 16: Verteilung der befragten Patientenorganisationen nach der Häufigkeit von Versichertenanfragen zu Leistungsablehnungen in einzelnen Leistungsbereichen (in %), 2016



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Patientenorganisationen

5.1.2 Auswertungen der Tätigkeitsberichte der UPD

Die UPD fasst seit dem Jahr 2013 ihre Beratungsschwerpunkte der jeweiligen Berichtsjahre in einem Monitor zusammen.⁷⁵ In den Jahren 2013-2015 wurde zwischen fünf Beratungsschwerpunkten unterschieden:

- ◆ Patientenrechte,

⁷⁵ Aufgrund des Trägerwechsels der UPD zum 1. Januar 2016 wurde im Jahr 2016 kein Monitor veröffentlicht. Eine Veröffentlichung der Daten ist für Jahresmitte 2017 vorgesehen. Die UPD hat dem IGES Institut für die vorliegende Studie jedoch vorab eine Sonderauswertung für das Berichtsjahr 2016 sowie das erste Quartal 2017 zur Verfügung gestellt.

- ◆ Geldforderungen und Zuzahlungen,
- ◆ Ansprüche gegenüber Kostenträgern,
- ◆ Behandlungsfehler sowie
- ◆ Probleme im sozialen und beruflichen Umfeld.

Für die vorliegende Studie sind insbesondere die Beratungen zum Thema „Ansprüche gegenüber Kostenträgern“ von Relevanz. Dies war im Jahr 2015 das häufigste Thema im Beratungsgeschehen der UPD (UPD 2015: 4). Es umfasste Erläuterung von Umfang und Anspruchsvoraussetzungen, aber auch die Prüfung der Erfolgsaussichten zur Durchsetzung von Ansprüchen gegenüber Kostenträgern. Die Häufigkeit der Beratungen liefert damit erste Hinweise auf eine Problemwahrnehmung bei den Versicherten.

Im Jahr 2016 wurden 27.236 Beratungen zum Thema „Anspruch gegenüber Kostenträger“ durchgeführt (Tabelle 3). Im Vergleich zum Vorjahr war damit ein leichter Rückgang der Anzahl der Beratungsgespräche zu verzeichnen, was jedoch mit dem Wechsel der Trägerschaft zum 1. Januar 2016 verbunden sein dürfte. Bei einer Hochrechnung der Anzahl der Beratungsgespräche im ersten Quartal 2017 auf das Gesamtjahr ergibt sich für das Jahr 2017 ein starker Anstieg im Vergleich zum Jahr 2015 (+69 %).

Das Krankengeld war im Jahr 2016 – wie auch in den Vorjahren – der Leistungsbereich, zu dem am häufigsten eine Beratung nachgefragt wurde. Insgesamt bezogen sich rd. 37,4 % (n = 10.193) auf diesen Leistungsbereich. Weitere wesentliche Leistungsbereiche für das Beratungsgeschehen im Jahr 2016 waren die pflegerische Versorgung (SGB XI) sowie die stationäre medizinische Rehabilitation.⁷⁶

⁷⁶ Auf die benannten Problemlagen wird im Kapitel 6 detailliert eingegangen.

Tabelle 3: Anzahl der Beratungen insgesamt und nach Leistungsbereich zum Thema „Anspruch gegenüber Kostenträger“ der UPD, 2014-2017

	2014	2015	2016	1.1.2017- 31.3.2017	2017 (Hoch- rechnung)
Anzahl Beratungen	27.740	29.131	27.236	12.334	49.336
Krankengeld	6.979 (25,2%)	9.223 (31,7%)	10.193 (37,4%)	3.812 (30,9%)	15.248 (30,9%)
pflegerische Versorgung (SGB XI)	1.781 (6,4%)	1.723 (5,9%)	2.153 (7,9%)	1.710 (13,9%)	6.840 (13,9%)
stationäre med. Rehabilitation	3.237 (11,7%)	3.300 (11,3%)	1.893 (7,0%)	992 (8,0%)	3.968 (8,0%)
Hilfsmittel	1.734 (6,3%)	1.737 (6,0%)	943 (3,5%)	791 (6,4%)	3.164 (6,4%)
ambulante ärztliche Versorgung	1.805 (6,5%)	1.513 (5,2%)	1.192 (4,4%)	762 (6,2%)	3.048 (6,2%)
Entgeltersatzleistung (ohne Kranken- u. Verletztengeld)	n/a	1.801 (6,2%)	350 (1,3%)	174 (1,4%)	696 (1,4%)
ambulante zahnärztliche Versorgung	1.825 (6,6%)	1.583 (5,4%)	n/a	n/a	n/a

Quelle: IGES auf Basis der UPD „Monitor Patientenberatung“ 2014-2015 sowie einer Sonderauswertung der UPD für die Jahre 2016 sowie für das erste Quartal 2017

Anmerkung: Aufgrund der unterschiedlichen Datenquellen ist die Vergleichbarkeit der Berichtsjahre eingeschränkt. Auch für die veröffentlichten Daten des Monitor Patientenberatung wurde aufgrund einer kontinuierlichen Anpassung des Dokumentationssystems auf eine beschränkte Vergleichbarkeit im Zeitverlauf hingewiesen (UPD 2015).

Die Berater der UPD haben die Möglichkeit, einen Fall mit „Hinweis auf eine Problemlage“ zu dokumentieren. Diese Dokumentation gibt die fachliche Einschätzung der Berater wieder, um die Darstellung der Patienten zu objektivieren (Loos et al. 2016: 37). Im Jahr 2015 nutzten die Berater diese Möglichkeit in 15,4 % (n = 4.486) der Beratungsgespräche. Überproportional häufig wurden Problemlagen im Bereich Hilfsmittel (18,4 %, n = 319) und Krankengeld (16,8 %, n = 1.549) dokumentiert (UPD 2015). In 9,1 % aller Beratungsgespräche mit einer Problemlage im Jahr 2015 dokumentierten die Berater die begründete Vermutung, dass Versorgungsleistungen durch Kostenträger unberechtigt verweigert werden (UPD 2015: 22).

Des Weiteren haben die Ratsuchenden auch die Möglichkeit, sich explizit zu beschweren, was als „Beratung mit Beschwerde“ dokumentiert wird. Im Jahr 2015

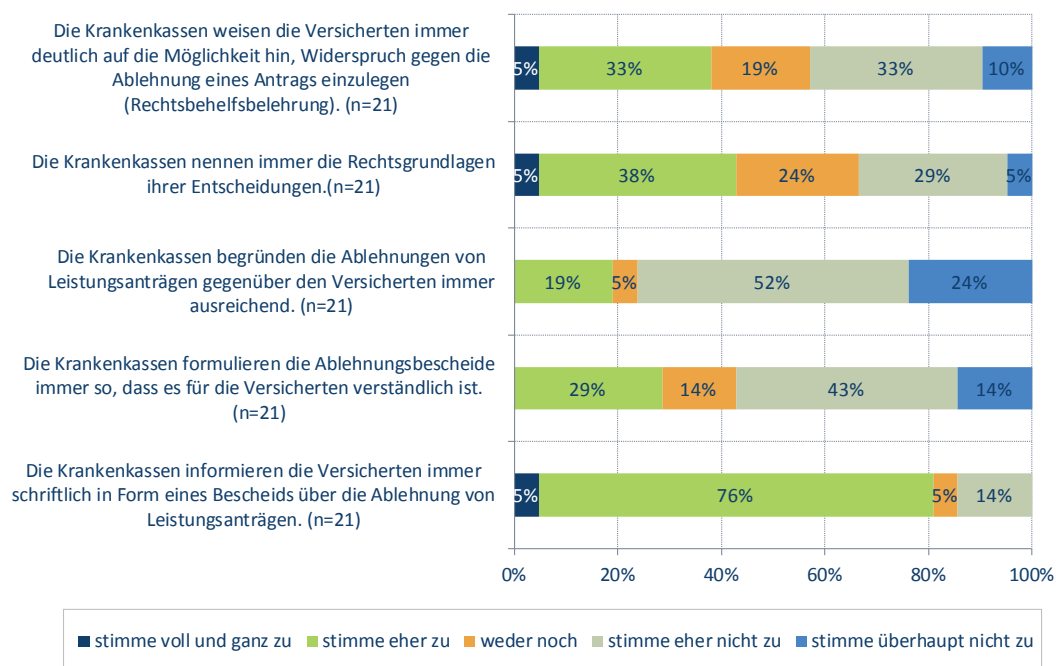
formulierten die Ratsuchenden in 12,5 % (n = 3.609) der Gespräche eine Beschwerde. Auch hier waren die Leistungsbereiche Hilfsmittel (15,4 %, n = 268) und Krankengeld (13,4 %, n = 1.232) überproportional häufig betroffen.

Der Leistungsbereich der stationären medizinischen Rehabilitation“ war sowohl bei den Gesprächen mit „Hinweis auf eine Problemlage“ als auch mit „Beschwerde“ an dritter Stelle.

5.2 Informationsverhalten der Krankenkassen im Hinblick auf Leistungsablehnungen aus Sicht der Patientenorganisationen

Die meisten der befragten Patientenorganisationen stimmten der Aussage voll und ganz bzw. eher zu, dass die Krankenkassen die Versicherten schriftlich in Form eines Bescheides über die Leistungsablehnungen informieren (Abbildung 17). Die Aussagen, dass die Krankenkassen die Ablehnung von Leistungsanträgen immer ausreichend begründen sowie den Ablehnungsbescheid immer verständlich formulieren, fand dagegen mehrheitlich keine Zustimmung.

Abbildung 17: Verteilung der befragten Patientenorganisationen nach ihrer Zustimmung zu verschiedenen Aussagen über das Informationsverhalten der Krankenkassen bei Leistungsablehnungen (in %), 2017



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Patientenorganisationen

Gemäß den befragten Patientenorganisationen werden von den Krankenkassen hauptsächlich medizinische Gründe (medizinische Notwendigkeit) für eine Ableh-

nung angegeben, etwas weniger häufiger juristische Gründe (Leistungsrecht). Dabei wurde von den Patientenorganisationen darauf hingewiesen, dass die Grenze zwischen medizinischen und juristischen Gründen nicht eindeutig sei. Zusätzlich wurde mehrfach erwähnt, dass die Begründung in der Regel nicht auf den jeweiligen Fall eingehe, sondern lediglich darauf hingewiesen würde, dass die Leistung „medizinisch nicht notwendig“ oder „nicht im Leistungskatalog der GKV“ enthalten sei.

Gemäß den Patientenorganisationen sind insbesondere folgende Personen in besonderem Maße von Leistungsablehnungen betroffen:

- ◆ ältere Personen und chronisch Kranke,
- ◆ bildungsbenachteiligte Personen sowie
- ◆ Personen mit bestimmten Erkrankungen sowie schwerbehinderte Menschen.

Bei älteren sowie chronisch kranken Personen würden Leistungsanträge teilweise mit der Begründung abgelehnt, dass keine Besserung möglich sei. So muss beispielsweise im Bereich der Vorsorgemaßnahmen als Leistungsvoraussetzung zusätzlich zur medizinischen Notwendigkeit auch eine positive Prognose vorhanden sein, dass die Vorsorgemaßnahmen zu einer Verbesserung führen können (MDS 2016).

Bildungsbenachteiligte Personen oder Personen mit Sprachschwierigkeiten seien oftmals von dem Prozess der Antragsstellung sowie dem weiteren Vorgehen bei Leistungsablehnungen überfordert. Insbesondere diese Personengruppe hat oftmals Schwierigkeiten, die Bescheide der Krankenkassen zu verstehen.

Personen mit bestimmten Erkrankungen (z. B. seltenen Erkrankungen, Rheuma, Multiple Sklerose) sind insbesondere betroffen, wenn lediglich aufgrund der Aktenlage entschieden wird. Insbesondere für diese Personengruppe ist eine Einzelfallprüfung von besonderer Relevanz. Allerdings wiesen die Patientenorganisationen auch darauf hin, dass der MDK oftmals zu wenig Expertise für den Bereich der seltenen Erkrankungen habe. Hier würde oftmals ein nicht passendes Hilfsmittel als Alternative vorgeschlagen.

Für den Leistungsbereich der Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen wurde beispielsweise angemerkt, dass es auch bei sehr schweren Erkrankungen kaum Bewilligungen vor Ablauf der Vierjahresfrist gebe oder Schwierigkeiten darin bestünden, eine Leistung in einer Spezialklinik bewilligt zu bekommen.

6. Diskussion der Problemlagen bezüglich der Leistungsbewilligung und -ablehnung in den einzelnen Leistungsbereichen

In diesem Kapitel werden die in der Literatur diskutierten sowie im Rahmen der telefonischen und schriftlich durchgeführten Befragung der Patientenorganisationen genannten Probleme bezüglich der Bewilligung und Ablehnung von Leistungsanträgen in den einzelnen Leistungsbereichen dargestellt.

6.1 Fahrkosten

Mangelnde Kenntnisse der Versicherten über Regelungen

Die Regelungen zur Übernahme von Fahrkosten für eine ambulante Behandlung durch die Krankenkassen (vgl. dazu auch Kapitel 3.1.2), sind den Versicherten oftmals nicht bekannt. Dies kann dazu führen, dass Versicherte die Übernahme der Fahrkosten nicht vor der Inanspruchnahme bei ihrer Krankenkasse beantragen und dann ein nachträglich eingereicherter Kostenerstattungsantrag abgelehnt wird.

Nutzung des öffentlichen Nahverkehrs

Versicherte, die zwar regelmäßig eine ambulante Behandlung benötigen, die aber nicht zu den in § 60 Abs. 1 S. 1 SGB V genannten Fällen zählen, also im Sinne des SGB V noch kein Krankenfahrzeug mit fachlicher Betreuung und entsprechender Einrichtung benötigen, haben keinen Anspruch auf Erstattung der Fahrkosten – auch wenn diese Versicherten aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in der Lage sind, den öffentlichen Nahverkehr zu nutzen und so auf andere Transportmittel wie beispielsweise ein Taxi angewiesen sind.

Grundsätzlich besteht für Versicherte, die in ländlichen Gebieten ohne oder mit unzureichendem Anschluss zum öffentlichen Nahverkehr leben, das Problem der Erreichbarkeit des ambulanten Behandlungsortes, wenn die medizinischen Voraussetzungen für ein teureres Transportmittel nicht gegeben sind (Just & Schneider 2016: 356).

Nächstgelegener Behandlungsort

Die Übernahme der Fahrkosten ist an eine Fahrt zum nächstgelegenen Behandlungsort gebunden (§ 3 Abs. 2 Krankentransport-Richtlinie). In einigen Fällen ist es für Versicherte jedoch, beispielsweise aufgrund einer bestimmten erforderlichen Spezialisierung einer Ärztin oder eines Arztes, notwendig, einen weiter entfernten Leistungserbringer aufzusuchen. Der Nachweis der Notwendigkeit der Inanspruchnahme des weiter entfernten Leistungserbringers obliegt den Versicherten, was für diese laut Einschätzungen der Patientenorganisationen teilweise schwierig zu erbringen ist.

6.2 Häusliche Krankenpflege

Erfüllung und Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen

Gemäß § 37 Abs. 3 SGB V besteht ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken bzw. die Kranke nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. Gemäß den Aussagen der Patientenorganisationen werden Leistungsanträge im Bereich der häuslichen Krankenpflege oftmals mit der Begründung abgelehnt, dass die Anspruchsvoraussetzungen nicht erfüllt sind. Dies sei insbesondere der Fall, wenn weitere Personen im Haushalt leben, die prinzipiell für die Übernahme der notwendigen Tätigkeiten in Frage kommen. Für Versicherte kann dies problematisch sein, wenn beispielsweise zwar eine weitere Person im Haushalt lebt, diese jedoch aus beruflichen Gründen die Pflege nicht zum notwendigen Zeitpunkt übernehmen kann (z. B. feste Zeiten für die Medikamentengabe). Es kann daher mitunter zu Leistungsab lehnungen durch Verweis auf Angehörige kommen, ohne dass diese die häusliche Krankenpflege tatsächlich übernehmen können.

Im Jahr 2015 kam es vermehrt zu Beschwerden über den Fragebogen einer Krankenkasse zur Prüfung der Voraussetzungen der häuslichen Krankenpflege. Dort wurde erfragt, ob das „Umfeld“ eines Versicherten eine notwendige Maßnahme durchführen könnte. Nach Beanstandung durch das Bundesversicherungsamt (BVA) wurde die Verwendung des Fragebogens eingestellt (BVA 2016: 20).

Verfügbarkeit eines Leistungsanbieters

Obwohl die Krankenkasse Versicherte bei Bedarf bei der Suche nach einem Pflegedienst unterstützt und die vom Arzt verordneten und von einem Pflegedienst erbrachten Leistungen bis zur Entscheidung über die Genehmigung erstattet werden, kommt es gemäß den Patientenorganisationen teilweise zu Fällen, in denen kein Anbieter gefunden werden kann, der die Leistung zeitnah übernimmt.

Abgrenzung der Zuständigkeit zwischen Kranken- und Pflegeversicherung

Im Bereich der häuslichen Krankenpflege kann die Abgrenzung der Zuständigkeit zwischen Kranken- und Pflegeversicherung schwierig sein, da sich die Pflegemaßnahmen der Grund- und Behandlungspflege teilweise überschneiden. Die Definition der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI entspricht der Grundpflege im Zuständigkeitsbereich der Krankenversicherung (Hilfebedarf zur Erhaltung der elementaren körperlichen Funktionen und damit bei der Verrichtung der Körperpflege, der Ernährung und der Mobilität). Bezieht der Versicherte Leistungen der Pflegeversicherung, darf die Krankenkasse die Kosten für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung als Sicherungspflege nicht übernehmen (§ 6 Abs. 5 Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) und ist lediglich für die Behandlungspflege zuständig. Dies führt gemäß den Patientenorganisationen teilweise zu einer pauschalen Ablehnung auch der Behandlungspflege durch die Krankenversicherung.

6.3 Haushaltshilfen

Mangelnde Kenntnisse der Versicherten über Anspruchsvoraussetzungen

Versicherte erhalten Haushaltshilfe, wenn ihnen wegen einer Krankenbehandlung, Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme oder bei Inanspruchnahme einer Krankenhausbehandlung eine Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und im Haushalt ein Kind lebt, das behindert, hilfsbedürftig oder bei Beginn der Haushaltshilfe-Leistung jünger als 12 Jahre ist (§ 38 Abs. 1 S. 1 SGB V).

Mit den Änderungen des Krankenhausstrukturgesetzes wurde ein weiterer Leistungsfall eingeführt: Seitdem können Versicherte auch bei schwerer Erkrankung oder akuter Verschlimmerung einer Erkrankung, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt oder einer Operation, Haushaltshilfe auf Kosten der Krankenkasse in Anspruch nehmen. In diesen Fällen ist es nicht notwendig, dass noch ein bedürftiges Kind im Haushalt lebt (§ 38 Abs. 2 S. 1 SGB V).

Gemäß den Patientenorganisationen führen in diesem Leistungsbereich die unzureichenden Kenntnisse der Versicherten über die genauen Anspruchsvoraussetzungen zu Beratungsbedarf. Insbesondere sei es für die Versicherten schwer nachvollziehbar, dass eine Leistung abgelehnt wird, wenn ein Kind im Haushalt lebt, das etwas älter als 12 Jahre ist.

Erfüllung und Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen

Die Leistungspflicht der Krankenkasse ist gegenüber anderen Personen, mit denen die erkrankte Person zusammenlebt, subsidiär. Das bedeutet, dass der Anspruch auf Kosten der Krankenkasse nur besteht, wenn keine andere Person im Haushalt diese Aufgabe übernehmen kann (§ 38 Abs. 3 SGB V).

Die Patientenorganisationen gaben an, dass (ähnlich wie bei der häuslichen Krankenpflege) teilweise die Leistungen abgelehnt werden, wenn – bei sonstiger Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen – eine weitere Person im Haushalt lebt. Der Nachweis, dass eine andere im Haushalt lebende Person die Weiterführung des Haushalts nicht übernehmen kann, sei jedoch teilweise für die Versicherten schwer zu führen.

6.4 Heilmittel

Bei den antragspflichtigen Leistungen im Bereich der Heilmittel – d. h. bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls sowie bei langfristigen Verordnungen (vgl. dazu Kapitel 3.1.2) – ist es laut den Patientenorganisationen für die Versicherten teilweise schwer nachzuvollziehen, wann ein Antrag gestellt werden muss und insbesondere, warum eine Leistung trotz Beschwerden mit der Begründung abgelehnt wird, dass die Anspruchsvoraussetzungen nicht erfüllt seien.

Häufiger liegen die Probleme in diesem Leistungsbereich allerdings auf Seiten der Ärztinnen und Ärzte, die teilweise mit dem Hinweis auf begrenzte Budgets keine Verordnungen ausstellen (UPD 2015).

6.5 Hilfsmittel

Nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistete Hilfsmittel

Der GKV-SV erstellt gemäß § 139 SGB V ein systematisch strukturiertes Hilfsmittelverzeichnis, in dem von der Leistungspflicht umfasste Hilfsmittel aufgeführt sind. Dieses ist jedoch nicht abschließend und in Fällen, in denen dies medizinisch erforderlich ist, kann ein Vertragsarzt bzw. eine Vertragsärztin auch ein Hilfsmittel verordnen, welches nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet ist. Von den Patientenorganisationen wurde berichtet, dass Krankenkassen teilweise Leistungsanträge auf nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistete Hilfsmittel allerdings pauschal mit der Begründung ablehnten, dass das beantragte Hilfsmittel nicht Bestandteil des Hilfsmittelverzeichnisses sei.

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG) vom 4. April 2017 wird der GKV-Spitzenverband verpflichtet, bis zum 31.12.2018 das Hilfsmittelverzeichnis zu aktualisieren und bis Ende des Jahres 2017 eine Verfahrensordnung für die Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses zu beschließen (§ 139 Abs. 7 und 9 SGB V). Damit soll die Aktualität des Hilfsmittelverzeichnisses auch zukünftig gewährleistet werden.

Hilfsmittelversorgungen mit Festbetragsregelung

Für einige Hilfsmittel (z. B. Hörhilfen, Inkontinenzhilfen) werden von den Krankenkassen Festbeträge erstattet (vgl. dazu Kapitel 3.1.2). Von den befragten Patientenorganisationen wurde häufig erwähnt, dass die Krankenkassen eine Erstattung oberhalb des Festbetrags ablehnen würden und viele Versicherte bei Hilfsmitteln mit Festbetragsregelung eine Aufzahlung leisten müssten.⁷⁷ Die Erstattung über den Festbetrag hinaus, insbesondere bei Hörhilfen, war auch ein Schwerpunkt in der Rechtsprechungsanalyse, da es vergleichsweise viele Verfahren zu diesem Thema gab (vgl. dazu Kapitel 4.3.5.1).

Gemäß § 12 Abs. 2 SGB V erfüllt eine Krankenkasse ihre Leistungspflicht mit dem Festbetrag und darüberhinausgehende Mehrkosten müssen von den Leistungsberechtigten getragen werden. Allerdings urteilte das Bundessozialgericht, dass diese Regelung nicht dazu führen soll, dass die Krankenkassen Leistungen einschränken und Versicherte Hilfsmittel nur noch gegen Aufzahlung erhalten.⁷⁸

Auch der Bundesrechnungshof prüfte die Hilfsmittelversorgung, da er feststellte, dass Festbeträge häufig Aufzahlungen der Versicherten nach sich zogen (Bundesrechnungshof 2016). Die Analysen der Versorgungsverträge der Krankenkassen im Bereich der Hörhilfen durch den Bundesrechnungshof ergab, dass die Krankenkassen in den Verträgen fast ausschließlich auf den Genehmigungsvorbehalt verzichteten und damit ihre Versicherten auch nicht zielgerichtet über eine aufzahlungsfreie

⁷⁷ Leistungsablehnungen wurden von den Krankenkassen teilweise damit begründet, dass der Gesetzgeber eine Erstattung über den Festbetrag hinaus nicht vorsehe oder dass eine Versorgung im Rahmen der Festbetragsregelung als ausreichend erachtet wurde.

⁷⁸ BSG, Urteil vom 17. Dezember 2009, B3 KR 20/08 R.

Versorgung unterrichten können, da sie nicht über die anstehende Versorgung informiert sind. Bei den Versicherten entstünde der Eindruck „dass Krankenkassen den Erwerb von Hörhilfen allenfalls bezuschussen, Versicherte mithin geradezu selbstverständlich Aufzahlungen zu leisten hätten“ (Bundesrechnungshof 2016: 29). Der Bundesrechnungshof empfahl, dass die Krankenkassen in ihren Versorgungsverträgen zwingend vorsehen, dass mehrere aufzahlungsfreie Versorgungsvorschläge angeboten werden.

Diese Kritikpunkte wurden vom Gesetzgeber im Rahmen des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes (HHVG) vom 4. April 2017 aufgegriffen. Leistungserbringer sind nun verpflichtet, die Versicherten vor der Inanspruchnahme der Leistungen zu beraten (§ 127 Abs. 4a SGB V). Diese Beratung ist schriftlich zu dokumentieren und muss durch eine Unterschrift von den Versicherten bestätigt werden. Die Versicherten sind auch über etwaige zu tragende Mehrkosten zu informieren. Die Leistungserbringer müssen zudem im Rahmen der Abrechnung mit den Krankenkassen auch die Höhe der mit den Versicherten vereinbarten Mehrkosten angeben. Damit soll mehr Transparenz über Aufzahlungen geschaffen werden.

Da dieses Gesetz erst am 11. April 2017 in Kraft getreten ist, können im Rahmen der vorliegenden Studie keine Aussagen zu den Auswirkungen und Veränderungen aufgrund der neu eingefügten Vorschrift des § 127 Abs. 4a SGB V getroffen werden.

Mehrkostenvereinbarungen

Des Weiteren wurde in den Gesprächen mit den Patientenorganisationen erwähnt, dass Leistungserbringer im Bereich der Hilfsmittelversorgung Versicherte eine sog. „Mehrkostenklärung“ unterzeichnen lassen. Versicherte stimmen damit zu, dass sie sich für eine über das medizinisch Erforderliche hinausgehende Versorgung entschieden haben und die Mehrkosten dafür selbst tragen werden. Dieses Vorgehen wurde vielfach von den Patientenorganisationen kritisiert – auch hier entstehe der Eindruck für die Patienten, dass eine Versorgung nicht aufzahlungsfrei möglich sei. Haben die Versicherten einmal diese Erklärung unterschrieben, dann „kann weder die Krankenkasse noch das Bundesversicherungsamt Einfluss auf diese privatrechtliche Vereinbarung nehmen“ (BVA 2016: 21). Daher sei es geboten, dass die Versicherten mehr Informationen über aufzahlungsfreie Versorgungsmöglichkeiten erhalten. Gemäß dem Bundesrechnungshof haben Krankenkassen bei anpassungsbedürftigen Hilfsmitteln eine gesteigerte Obhut- und Informationspflicht – umso mehr, als zu den betroffenen Versicherten meist ältere bis hochbetagte Personen gehören (Bundesrechnungshof 2016: 30).

Mit dem HHVG wurde eine Vorschrift eingeführt, wonach der GKV-Spitzenverband verpflichtet wird, erstmals bis Ende Juni 2018 einen – nach Produktgruppen differenzierten – Bericht über die Entwicklung der Mehrkostenvereinbarungen für Hilfsmittelversorgungen zu veröffentlichen (§ 302 Abs. 5 SGB V).

Mängel bei Qualität und Menge

Die Patientenorganisationen verwiesen auf eine teilweise unzureichende Qualität sowie Menge (z. B. bei Inkontinenzhilfen, Beutel bei Stomaversorgung) der für den täglichen Bedarf zur Verfügung stehenden Hilfsmittel. Auch das BVA berichtete in seinem Jahresbericht 2015 über eine zunehmende Anzahl von Beschwerden für den Bereich der Inkontinenzhilfen (BVA 2016). Da Krankenkassen im Bereich der Hilfsmittel mit einzelnen Leistungsanbietern Verträge abschließen und der Preis eine maßgebliche Rolle bei der Zuschlagserteilung der Krankenkassen spielt, besteht der Vorwurf, die für die Regelversorgung ausgewählten Hilfsmittel seien teilweise nicht von guter Qualität.

Auch diesbezüglich wurden die Kritikpunkte vom Gesetzgeber im Rahmen des HHVG aufgegriffen. So wurden beispielsweise einige Vorgaben eingeführt, die zu einer stärkeren Berücksichtigung der Qualität in den Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern zum Ziel haben. So sollen zukünftig Qualitätsaspekte in den Verträgen zwischen den Krankenkassen und Leistungserbringern ein Gewicht von mindestens 50 % für den Zuschlag haben – anstelle der bisherigen 40 % (§ 127 Abs. 1b SGB V). Des Weiteren darf nur noch der MDK externe Hilfsmittelberater anfordern, deren direkte Inanspruchnahme durch die Krankenkassen soll damit ausgeschlossen werden. Zusätzlich sollen messbare Qualitätsanforderungen in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen werden (§ 139 Abs. 2 SGB V); dies ist bereits für Inkontinenzhilfen geschehen.

6.6 Krankengeld

„Lückenproblem“

Bis zum Jahr 2015 war für die Aufrechterhaltung des Krankengeldanspruchs eine Überlappung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen notwendig, d. h. Arbeitsunfähige mussten sich am letzten Tag der Krankschreibung die weitere Arbeitsunfähigkeit feststellen und bescheinigen lassen. Eine Unterbrechung in den Arbeitsunfähigkeitszeiten führte bereits ab dem ersten Tag zum Verlust des Krankengeldanspruchs. Dies wurde als sog. „Krankschreibungslücke“ oder „Lückenproblem“ bezeichnet und führte dazu, dass viele Versicherte ihren Krankengeldanspruch verloren, weil sie die erneute Krankschreibung zu spät einreichten (z. B. UPD 2015).

Mit einer Gesetzesänderung im Rahmen des GKV-VSG im Jahr 2015 wurde festgelegt, dass ein Anspruch auf Krankengeld fortbesteht, wenn die Folgebescheinigung am Werktag nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit festgestellt wird (Neufassung des § 46 SGB V). Aus Sicht der Patientenorganisationen hat sich das Lückenproblem mit dieser Neuregelung verringert. Auch die Techniker Krankenkasse berichtete beispielsweise, dass es aufgrund der gesetzlichen Änderung rund ein Drittel weniger Lückenfälle gäbe (Dowideit 2016).

Es gibt allerdings weiterhin Fälle, in denen Versicherte ihren Krankengeldanspruch verlieren, und zwar dann, wenn eine Folgebescheinigung nicht am Werktag nach

dem Ende der Arbeitsunfähigkeit ausgestellt wird. Dies komme teilweise vor, wenn Patientinnen und Patienten – und ggf. auch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte – nicht ausreichend oder falsch über die Regelungen informiert sind. So kam es teilweise in der Vergangenheit zu einem Verlust des Krankengeldanspruchs, wenn die Versicherten nicht rechtzeitig einen Arzttermin erhalten haben, um sich die Arbeitsunfähigkeit erneut bescheinigen zu lassen. In dem Urteil vom 11.05.2017 hat das BSG entschieden, dass Krankengeld von den Krankenkassen auch gewährt werden muss, wenn eine AU-Bescheinigung aufgrund einer Fehleinschätzung der Ärztin oder des Arztes über die Notwendigkeit einer AU-Bescheinigung, die auf nicht-medizinischen Gründen beruht, nicht ausgestellt wird.⁷⁹

Bürokratische Hürden

Patientenberatungen haben in der Vergangenheit auch auf bürokratische Hürden im Rahmen der Krankengeldzahlung hingewiesen. So musste die Arbeitsunfähigkeit gegenüber der Krankenkasse durch einen Krankengeldauszahlungsschein nachgewiesen werden, der von Krankenkasse zu Krankenkasse unterschiedliche Informationen enthielt und der den Versicherten von der Krankenkasse zur Verfügung gestellt wurde. Die Vielfalt der Krankengeldauszahlungsscheine erschwerte eine elektronische Verarbeitung dieser Scheine in den Arztpraxen und erforderte ein händisches Ausfüllen durch die behandelnden Ärzte. Zudem entstanden Probleme, wenn die Versicherten das Formular nicht rechtzeitig von ihrer Krankenkasse erhielten (z. B. UPD 2015).

Seit dem 1. Januar 2016 gibt es ein einheitliches EDV-fähiges Formular, mit dem die Ärztinnen und Ärzte die Arbeitsunfähigkeit bescheinigen können. Das neue Formular soll helfen, bürokratische Hürden abzubauen und die Versicherten besser über die Voraussetzungen und ihre Ansprüche zu informieren. Im Rahmen der Befragung der Patientenorganisationen wurden über keine Probleme mehr diesbezüglich berichtet.

Aufforderung zu einer Rehabilitationsmaßnahme nach § 51 SGB V

Auch die Aufforderung zur Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme nach § 51 SGB V durch die Krankenkasse wird von den Patientenorganisationen teilweise als kritisch eingestuft. Dies könne Druck auf die Patientinnen und Patienten erzeugen, da nach dem Reha-Aufenthalt bei einer weiteren Arbeitsunfähigkeit automatisch auf eine Erwerbsminderungsrente umgestellt wird.

Krankengeldfallmanagement

Zur Unterstützung von arbeitsunfähigen Versicherten bei der Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit wurde mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 16.07.2015 (GKV-VSG) das Krankengeldfallmanagement gesetzlich verankert. Seitdem haben Versicherte gemäß § 44 Abs. 4 SGB V Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen, welche Leistungen und unterstützenden Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind.

⁷⁹ BSG, Urteil vom 11.05.2017 - B 3 KR 22/15 R.

Maßnahmen des Krankengeldfallmanagements und die dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dürfen nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten durchgeführt werden (§ 44 Abs. 4 S. 2 SGB V). Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden (§ 44 Abs. 4 S. 3 SGB V).

Im Hinblick auf das Krankengeldfallmanagement wurde von den Patientenorganisationen berichtet, dass Versicherte sich teilweise durch telefonische Kontaktaufnahmen durch die Krankenkasse unter Druck gesetzt fühlten, insbesondere bei psychischen Erkrankungen.

Begutachtungen durch den MDK

Als weiteres Problem wird die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit durch den MDK angegeben, insbesondere in den Fällen, in denen Versicherte vom MDK ausschließlich auf Basis der Aktenlage „gesundgeschrieben“ werden.

In diesem Kontext wurde von den Patientenorganisationen auch kritisiert, dass die Krankenkassen die Krankengeldzahlung teilweise sehr kurzfristig einstellten.

6.7 Psychotherapie

Selbstbeschaffung der Leistung

Aufgrund oftmals langer Wartezeiten bis zum Beginn einer Therapie verschaffen sich Versicherte die Leistung der Psychotherapie teilweise selbst, vergleichsweise häufig auch bei Therapeutinnen und Therapeuten, die nicht zur Versorgung zugelassen sind. In diesen Fällen besteht für die Versicherten das Risiko, dass die Krankenkasse die Kosten nicht erstatten.

6.8 Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen

Transparenz

Auch im Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen mangelt es den Versicherten an Kenntnissen über ihre Anspruchsvoraussetzungen und den Ablauf des Bewilligungsverfahrens. Wird ein Antrag abgelehnt, so sind für sie die Gründe für die Ablehnung oftmals wenig transparent. Besonders bei Vorsorgeleistungen beklagen Versicherte pauschale Ablehnungen.

Grundsatz ambulant vor stationär

Die Rehabilitation kann ambulant oder stationär erfolgen sowie (zeitlich) unabhängig von einer Krankenhausbehandlung oder als Anschlussrehabilitation. Stationäre Rehabilitation wird dem Grundsatz nach nur gewährt, wenn eine ambulante Leistung nicht ausreichend ist (§§ 23, 40 SGB V). Darüber entscheiden die Krankenkassen, evtl. auch abweichend von der ärztlichen Verordnung.

Daher kann es wegen unzureichender Nutzung ambulanter Angebote zu Ablehnungen eines Antrags auf stationäre Leistung kommen. Hierbei wird von den Patientenorganisationen jedoch kritisiert, dass die Krankenkassen oftmals nicht berücksichtigen, dass teilweise keine wohnortnahen ambulanten Behandlungsangebote existieren, insbesondere in ländlichen Regionen.

Berücksichtigung besonderer Bedarfe

Des Weiteren klagen Versicherte über die fehlende Berücksichtigung besonderer Bedarfe. So werden z. B. bei chronischer Erkrankung oder sehr schwerer Erkrankung vor Ablauf der Vierjahresfrist⁸⁰ kaum Leistungen bewilligt.

Auswahl des Ortes

Auch die mangelnde Berücksichtigung des Wunschortes, z. B. mit Blick auf eine Spezialisierung oder die Nähe zu Verwandten, wird von den Versicherten teilweise kritisiert.

Bürokratie und Zuständigkeiten

Die Zuständigkeit unterschiedlicher Leistungsträger (außer der GKV die gesetzliche Rentenversicherung und die gesetzliche Unfallversicherung) erschwert das Antragsverfahren für die Versicherten. Vor allem, wenn sich die Leistungsträger selbst uneinig über die Zuständigkeit sind, stellt dies für den Versicherten eine große Hürde dar und verlängert die Zeit bis zur Möglichkeit der Inanspruchnahme.

6.9 Zahnersatz

Für Versicherte ist es im Bereich der Zahnersatzleistungen schwer nachzuvollziehen, welche Leistungen zur Standardversorgung gehören und warum. Häufig fallen für die Patienten Zuzahlungen über der Hälfte des Rechnungsbetrages an, da Zahnärzte vielfach keine Regelversorgung mehr anbieten. Ein weiteres Problem resultiert für die Patientinnen und Patienten daraus, dass die Rechnungsbeträge nach der Behandlung die angegebenen Beträge im Heil- und Kostenplan übersteigen.

⁸⁰ Gemäß § 40 Abs. 3 S. 4 SBV können medizinische Rehabilitationsmaßnahmen nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich.

7. Rahmendaten in den ausgewählten Leistungsbereichen

7.1 Auswertungen der KG 5-Statistik – Leistungsbereich Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen

Verbände und Einrichtungen im Bereich der Vorsorge und Rehabilitation hatten den Krankenkassen in der Vergangenheit immer wieder eine restriktive Bewilligungspraxis und eine gewisse Willkür bei der Entscheidung über Leistungsanträge im Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen vorgeworfen (Hibbeler 2010). Daher wurden die Krankenkassen mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz gesetzlich verpflichtet, für alle Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen nach §§ 23 und 24 SGB V sowie §§ 40 und 41 SGB V die Anzahl der Anträge und Entscheidungen (d. h. Bewilligungen und Ablehnungen) sowie Widersprüche zu erfassen. Seit dem Jahr 2008 werden diese Daten im Rahmen der KG 5-Statistik des BMG veröffentlicht.⁸¹

7.1.1 Entwicklung der Anzahl der Anträge, Ablehnungen und Bewilligungen insgesamt im Beobachtungszeitraum

Im Jahr 2015 wurden von den Krankenkassen insgesamt 1.237.434 Anträge auf Leistungen im Bereich der Vorsorge und Rehabilitation nach §§ 23 und 24 SGB V sowie §§ 40 und 41 SGB V⁸² bearbeitet (Tabelle 4). Rd. 18,4 % (n = 227.471) dieser Anträge wurden erstinstanzlich – d. h. unabhängig von dem Ausgang eines sich eventuell anschließenden Widerspruchsverfahrens – abgelehnt und rd. 2,5 % (n = 31.419) wurden mit einer anderen Leistung als der beantragten genehmigt.⁸³ Die große Mehrheit der Ablehnungen eines Leistungsantrags (91,5 %, n = 208.178) erfolgte im Jahr 2015 aus „medizinischen Gründen“; darunter wird beispielsweise ein fehlender Vorsorgebedarf, eine fehlende Rehabilitationsfähigkeit oder eine negative Rehabilitationsprognose gefasst (SGB HR 2016). Aus „sonstigen Gründen“ wurden 8,5 % (n = 19.293) der Leistungsanträge abgelehnt; dies sind beispiels-

⁸¹ <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/geschaeftergebnisse.html> (Abruf am 04.01.2017)

⁸² Dies umfasst ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten, stationäre Vorsorgeleistungen, medizinische Vorsorge für Mütter und Väter, ambulante Rehabilitation, stationäre Rehabilitationsleistungen sowie die medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter.

⁸³ Fälle, die seit dem Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes unter die Genehmigungsfiktion fallen, werden nicht gesondert erfasst und es gibt bislang keine Vorgabe, wie diese im Rahmen der KG5-Statistik zu erfassen sind. Der GKV-SV geht davon aus, dass diese Fälle als „nach Antrag bewilligt“ erfasst werden.

weise eine mangelnde Mitwirkung des Antragstellers u. a. aufgrund einer Nichtvervollständigung der Antragsunterlagen oder eines wiederholten Nichtantritts einer medizinischen Begutachtung.⁸⁴

Gegen fast jede vierte Leistungsablehnung (24,7 %, n = 56.144) im Jahr 2015 wurde Widerspruch eingelegt.⁸⁵ Mehr als jeder zweite Widerspruch (52,8 %, n = 29.644) war erfolgreich und die Leistung wurde nach Antrag bewilligt. In rd. 56,4 % (n = 31.652) der Fälle war der Widerspruch erfolgreich bzw. teilweise erfolgreich, d. h. die Leistung wurde entweder nach Antrag oder mit einer anderen Leistung als der beantragten genehmigt.

Die endgültige Ablehnungsquote (d. h. die Gesamtzahl aller Ablehnungen vor bzw. nach einem Widerspruchsverfahren) betrug insgesamt im Jahr 2015 rd. 15,8 % (n = 195.819).

Im Beobachtungszeitraum von 2008 bis 2015 hat die Anzahl der bearbeiteten Leistungsanträge im Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen leicht abgenommen (-6 %).⁸⁶ Aufgrund einer Änderung in der Datenerfassung seit dem Jahr 2012⁸⁷ ist ein Vergleich der Ablehnungsquoten im gesamten Beobachtungszeitraum nur eingeschränkt möglich. Auf der vorliegenden eingeschränkten Datenbasis lässt sich weder für die Widerspruchsquote, noch für die Erfolgsquote bei Widersprüchen und die endgültige Ablehnungsquote in den letzten Jahren ein klarer Trend erkennen.

⁸⁴ Die Differenzierung der Gründe einer Ablehnung wurde erst im Jahr 2012 eingeführt. Bis zum Jahr 2012 wurde lediglich die Anzahl der Ablehnungen erfasst.

⁸⁵ Im Jahr 2015 gab es insgesamt 252.087 Widersprüche gemäß §§ 83, 84 SGG im Bereich der Krankenversicherung (vgl. dazu Kapitel 4.2.1). Mit 56.144 Widersprüchen im Bereich der Vorsorge und Rehabilitation entfielen auf diesen Leistungsbereich rd. 22,3 % aller Widersprüche.

⁸⁶ Lediglich im Bereich der ambulanten Rehabilitation haben die bearbeiteten Leistungsanträge leicht zugenommen.

⁸⁷ Vgl. dazu die Ausführungen in den Anmerkungen der Tabelle 4 sowie SGB HR 2016.

Tabelle 4: Anzahl der Leistungsanträge und Widersprüche sowie Ablehnungs- und Widerspruchsquoten für alle Leistungen im Bereich Vorsorge und Rehabilitation, 2008-2015

Jahr	Anzahl bearbeiteter Anträge	Ablehnungsquote (vor Widerspruch)	Anteil Anträge „mit anderer Leistung genehmigt“	Anzahl bearbeiteter Widersprüche	Widerspruchsquote (bezogen auf Ablehnung)	Anteil erfolgreiche Widersprüche nach Antrag	Anteil erfolgreiche Widersprüche (nach Antrag oder mit anderer Leistung)	Ablehnungsquote (nach Widerspruch)
2008	1.314.279	23,0%	n.a.	77.741	25,7%	n.a.	53,2%	19,9%
2009	1.377.182	23,4%	n.a.	42.310	13,1%	n.a.	50,0%	21,9%
2010	1.335.179	22,4%	n.a.	43.260	14,5%	n.a.	50,7%	20,7%
2011	1.227.956	20,5%	n.a.	41.139	16,4%	n.a.	55,6%	18,6%
2012	1.218.803	17,1%*	3,3%	53.661	25,7%*	55,3%	58,5%	14,6%
2013	1.223.634	17,9%*	3,0%	48.995	22,4%*	51,7%	54,6%	15,7%
2014	1.271.244	17,8%*	2,4%	55.843	24,6%*	54,3%	58,0%	15,3%
2015	1.237.434	18,4%*	2,5%	56.144	24,7%*	52,8%	56,4%	15,8%

Quelle: IGES auf Basis der KG 5-Statistik

Anmerkungen: *Seit dem Jahr 2012 wurden die Genehmigungen „mit anderer Leistung“ in der Statistik anders erfasst als in den Vorjahren. Dies führt zu einem Bruch in der Zeitreihe. In den Jahren 2008 bis 2011 wurden Anträge, die mit einer anderen Leistung als der beantragten genehmigt wurden, als genehmigte Erledigung gezählt, es sei denn der Antragstellende legte gegen die genehmigte, aber nicht beantragte Leistung Widerspruch ein; in diesem Fall war eine abgelehnte Erledigung zu zählen. Seit dem Jahr 2012 werden die mit anderer Leistung genehmigten Anträge gesondert ausgewiesen und bei Widerspruch nicht mehr automatisch den Ablehnungen zugerechnet. Dies erklärt teilweise die höheren Ablehnungsquoten in erster Instanz vor dem Jahr 2012.

- 1) Für die Berechnung der Ablehnungsquote wurden die abgelehnten Anträge auf die im entsprechenden Jahr bearbeiteten Anträgen (Summe aus genehmigten und abgelehnten Anträgen) bezogen.
 - 2) Ablehnungsbescheide und Widersprüche können nicht eindeutig innerhalb eines Jahres aufeinander bezogen werden, da sich zwischen beiden ein Jahreswechsel befinden kann und der Widerspruch oder dessen Ergebnis gegen den Ablehnungsbescheid dann erst in der Statistik des Folgejahres erfasst wird (SGB HR 2016). Es kann jedoch angenommen werden, dass dies in jedem Jahr eine ähnlich hohe Anzahl von Fällen betrifft.
 - 3) Ein Widerspruch kann dazu führen, dass die beantragte Leistung genehmigt (erfolgreicher Widerspruch) oder mit anderer Leistung genehmigt wird (teilweise erfolgreicher Widerspruch). Die Tabelle weist daher beide Werte aus, allerdings wird der teilweise Erfolg eines Widerspruchs erst seit dem Jahr 2012 differenziert in der KG5-Statistik ausgewiesen.
 - 4) Die endgültige Ablehnungsquote berechnet sich aus den abgelehnten Anträgen vor Widerspruch abzüglich der nach Widerspruch genehmigten (nach Antrag und mit anderer Leistung) Anträge bezogen auf alle bearbeiteten Anträge. Wertet man die Genehmigung mit anderer Leistung als abgelehnt, so unterscheidet sich die endgültige Ablehnungsquote nur geringfügig um 0,1-0,2 Prozentpunkte.
 - 5) Eine endgültige Quote der mit anderer Leistung genehmigten Anträge mit Einbezug der Ergebnisse nach Widerspruch lässt sich nicht berechnen, da auch gegen die Genehmigung eines Antrages mit einer anderen als der beantragten Leistung Widerspruch eingelegt werden kann.
-

7.1.2 Anzahl der Anträge, Ablehnungen und Bewilligungen im Bereich Vorsorge und Rehabilitation nach einzelnen Leistungen im Jahr 2015

Die erstinstanzliche Ablehnungsquote der einzelnen Leistungen im Bereich Vorsorge und Rehabilitation lag im Jahr 2015 zwischen 7,5 % (n = 5.393) im Bereich der ambulanten Anschlussrehabilitation und 33,5 % (n = 5.581) im Bereich der stationären Vorsorgeleistungen (Tabelle 5). Im Bereich der stationären Anschlussrehabilitation war die Ablehnungsquote mit rd. 8,7 % (n = 55.514) somit vergleichsweise niedrig.

Die Widerspruchsquoten variierten zwischen 18,2 % (n = 12.244) im Bereich der stationären Anschlussrehabilitation und 39,8 % (n = 8.692) im Bereich der medizinischen Vorsorge für Mütter und Väter. Auch im Bereich der medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter war die Widerspruchsquote vergleichsweise hoch (38,1 %, n = 571). Mögliche Begründungen für diese vergleichsweise hohen Widerspruchsquoten sind beispielsweise, dass zum einen Personen, die eine Vorsorgeleistung beantragen, mehr Kapazitäten für eine Auseinandersetzung mit der Krankenkasse haben als kranke Personen und andererseits, dass Eltern in der Regel jünger sind als andere Antragsteller und ggf. besser mit dem Widerspruchsverfahren zurechtkommen.

Mit Ausnahme von zwei Bereichen (ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten und stationäre Vorsorgeleistungen) war mehr als jeder zweite Widerspruch erfolgreich. Die höchsten Erfolgsquoten gab es im Bereich der medizinischen Vorsorge für Mütter und Väter mit rd. 70 % (n = 5.062) sowie im Bereich der stationären Anschlussrehabilitation mit rd. 65 % (n = 6.551).

Auch die endgültige Ablehnungsquote (nach Widerspruch) war in den Bereichen der ambulanten und stationären Anschlussrehabilitation am niedrigsten und im Bereich der stationären Vorsorgeleistungen am höchsten.

Tabelle 5: Anzahl der Leistungsanträge und Widersprüche sowie Ablehnungs- und Widerspruchsquoten im Leistungsbereich Vorsorge und Rehabilitation nach einzelnen Leistungen, 2015

	Anzahl bearbeiteter Anträge	Ablehnungsquote (vor Widerspruch)	Anteil Anträge „mit anderer Leistung genehmigt“	Anzahl bearbeiteter Widersprüche	Widerspruchsquote (bezogen auf Ablehnung)	Anteil erfolgreiche Widersprüche nach Antrag	Anteil erfolgreiche Widersprüche (nach Antrag oder mit anderer Leistung)	Ablehnungsquote (nach Widerspruch)
ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten	106.084	24,7%	4,8%	5.275	20,2%	40,6%	41,9%	22,6%
stationäre Vorsorgeleistungen	16.669	33,5%	3,9%	1.355	24,3%	36,9%	43,8%	29,9%
medizinische Vorsorge für Mütter und Väter	137.509	13,2%	2,6%	7.197	39,8%	70,3%	72,0%	9,4%
ambulante Rehabilitation	102.954	12,1%	5,5%	3.061	24,6%	54,9%	61,9%	10,3%
davon ambulante Anschlussrehabilitation	71.646	7,5%	4,3%	1.122	20,8%	59,2%	66,1%	6,5%
stationäre Rehabilitationsleistungen	867.654	18,9%	1,8%	38.780	23,7%	51,4%	55,3%	16,4%
davon stationäre Anschlussrehabilitation	636.109	8,7%	1,5%	10.078	18,2%	65,0%	69,4%	7,6%

	Anzahl bearbeiteter Anträge	Ablehnungs- quote (vor Wider- spruch)	Anteil An- träge „mit an- derer Lei- stung genehmigt“	Anzahl bearbeiteter Widersprüche	Wider- spruchsquote (bezogen auf Ablehnung)	Anteil erfolgreiche Widersprüche nach Antrag	Anteil erfolgreiche Widersprüche (nach Antrag oder mit an- derer Lei- stung)	Ablehnungs- quote (nach Wider- spruch)
medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter	6.564	19,0%	7,7%	476	38,1%	60,5%	65,1%	14,3%
insgesamt	1.237.434	18,4%	2,5%	56.144	24,7%	52,8%	56,4%	15,8%

Quelle: IGES auf Basis der KG 5-Statistik

Anmerkungen: Vergleiche hierzu die Ausführungen in den Anmerkungen zu Tabelle 4.

7.1.3 Anzahl der Anträge, Ablehnungen und Bewilligungen nach Krankenkassenart im Jahr 2015

Zwischen den Krankenkassenarten variierten die erstinstanzlichen Ablehnungsquoten zwischen 8,4 % (n = 1.789) bei den LKKen und jeweils 19,4 % bei den AOKen (n = 88.024) und Ersatzkassen (vdek) (n = 86.342) (Tabelle 6). Der Anteil der mit anderer Leistung genehmigten Anträge war bei den AOKen überproportional hoch.

Die Widerspruchsquoten unterschieden sich beträchtlich nach Krankenkassenart: Während bei den BKKen nur gegen 15,7 % (n = 4.744) der abgelehnten Leistungsanträge ein Widerspruch eingelegt wurde, betrug der entsprechende Anteil bei der KBS rd. 48,8 % (n = 4.255). Auch bei den LKKen sowie dem vdek wurde gegen mehr als jeden dritten abgelehnten Leistungsantrag Widerspruch eingelegt.

Mit Ausnahme der KBS war jeder zweite Widerspruch erfolgreich. Die höchste Erfolgsquote hatten Widersprüche bei den IKKen (68,8 %, n = 2.149) und den BKKen (66,1 %, n = 4.744).

Die endgültige Ablehnungsquote variierte zwischen 6,9 % (n = 1.470) bei den LKKen und 17,2 % (n = 78.077) bei den AOKen.

Tabelle 6: Anzahl der Leistungsanträge und Widersprüche sowie Ablehnungs- und Widerspruchsquoten im Leistungsbereich Vorsorge und Rehabilitation nach Krankenkassenart, 2015

	Anzahl bearbeiteter Anträge	Ablehnungsquote (vor Widerspruch)	Anteil Anträge „mit anderer Leistung genehmigt“	Anzahl bearbeitete Widersprüche	Widerspruchsquote bezogen auf Ablehnung	Quote erfolgreiche Widersprüche (nach Antrag)	Ablehnungsquote (nach Widerspruch)
AOK	454.536	19,4%	3,8%	16.124	18,3%	56,4%	17,2%
BKK	185.381	16,3%	1,8%	4.744	15,7%	66,1%	14,5%
IKK	80.357	15,5%	1,1%	2.149	17,3%	68,8%	13,6%
LKK	21.209	8,4%	0,9%	582	32,5%	53,3%	6,9%
KBS	51.087	17,1%	0,0%	4.255	48,8%	7,7%	16,4%
vdek	444.864	19,4%	2,2%	28.290	32,8%	54,0%	15,7%
insg.	1.237.434	18,4%	2,5%	56.144	24,7%	56,4%	15,8%

Quelle: IGES auf Basis der KG 5-Statistik

Anmerkungen: Vergleiche hierzu die Ausführungen in den Anmerkungen zu Tabelle 4.

7.2 Auswertungen der Krankenkassenbefragung

Die bei den Krankenkassen abgefragten Daten (vgl. dazu neben den folgenden Auswertungen auch Kapitel 2.4.2) werden nicht routinemäßig gemeldet, wie beispielsweise im Falle der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen im Rahmen der KG 5-Statistik. Die Daten werden daher bei den einzelnen Krankenkassen unterschiedlich erfasst und bearbeitet. Dies kann zu Einschränkungen in der Vergleichbarkeit der vorliegenden Daten führen. Des Weiteren unterscheiden sich die Krankenkassen hinsichtlich ihres Vorgehens bei der Leistungsbewilligung in den Leistungsbereichen. So gibt es beispielsweise bei manchen Krankenkassen für Verordnungen von Heilmitteln außerhalb des Regelfalls einen Genehmigungsverzicht oder unterschiedliche Schwellenwerte eines Genehmigungsverzichts bei Hilfsmitteln (vgl. dazu ausführlich Kapitel 3.1.2). Dies kann zu einer unterschiedlichen Zusammensetzung der Gesamtheit der Leistungsanträge bei den einzelnen Krankenkassen führen und damit zu systematisch unterschiedlichen Ablehnungsquoten. Dies ist bei der Interpretation der Daten zu berücksichtigen. Ein Benchmarking der Krankenkassen ist mit den vorliegenden Daten nicht möglich und war auch nicht das Ziel der Erhebung. Vielmehr soll – auf einer bis dato einmaligen Datengrundlage – ein genereller Überblick über das Antragsgeschehen differenziert nach Leistungsbereichen gegeben werden.

7.2.1 Ablehnungs- und Widerspruchsquoten insgesamt

Im Jahr 2015 wurden bei den Krankenkassen, die an der Befragung teilgenommen haben, in allen relevanten Leistungsbereichen außer Vorsorge- und Rehabilitation rd. 15,4 Millionen Leistungsanträge bearbeitet.⁸⁸ Die – anhand der Anzahl der Anträge – gewichtete durchschnittliche Ablehnungsquote betrug rd. 5,2 %, der Median lag bei rd. 5,3 % (Tabelle 7). Eine Krankenkasse lehnte im Jahr 2015 lediglich rd. 1,2 % der Leistungsanträge ab; die höchste Ablehnungsquote lag bei 8,2 %.

Die Widerspruchsquote, die Quote der erfolgreichen Widersprüche sowie der Ablehnungen nach Widerspruch wurden nicht berechnet, da ein Großteil der Krankenkassen bei den Widersprüchen lediglich die im Rahmen der SG 01-Statistik gemeldeten Fälle angeben konnte. Dies lässt keine Unterscheidung zu, ob es sich um einen Widerspruch aufgrund einer Leistungsablehnung oder anderer Versicherungsangelegenheiten handelt, so dass die Anzahl der Widersprüche nicht auf die Anzahl der Leistungsanträge bezogen werden kann.

⁸⁸ Hochgerechnet anhand der durchschnittlichen Anzahl der Leistungsanträge je Mitglied der Krankenkassen, die an der Befragung teilgenommen haben, auf alle gesetzlichen Krankenkassen ergaben sich damit mehr als 26 Millionen Leistungsanträge im Jahr 2015.

Tabelle 7: Ablehnungsquoten der teilnehmenden Krankenkassen, Leistungsbereiche insgesamt, 2015

	Anzahl Krankenkassen	Durchschnitt	Median	Minimum	Maximum
Anzahl Anträge	20	772.332	623.584	63.838	3.289.186
Ablehnungsquote	20	5,2%	5,3%	1,2%	8,2%

Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenkassen

Anmerkung: insgesamt n = 15.446.641 Leistungsanträge

7.2.2 Ablehnungs- und Widerspruchsquoten nach Leistungsbereichen

Fahrkosten

Im Jahr 2015 wurden im Leistungsbereich Fahrkosten bei den teilnehmenden Krankenkassen, die Angaben zu diesem Leistungsbereich machten (n = 24), insgesamt rd. 1,7 Millionen Leistungsanträge gestellt. Die – anhand der Anzahl der Leistungsanträge – gewichtete durchschnittliche Ablehnungsquote betrug rd. 5,6 %, der Median lag bei rd. 6,0 % (Tabelle 8).⁸⁹ Eine Krankenkasse lehnte im Jahr 2015 keinen Leistungsantrag im Bereich Fahrkosten ab; die höchste Ablehnungsquote lag bei 16,5 %.

Nur sieben der teilnehmenden Krankenkassen konnten für den Bereich Fahrkosten Angaben zur Anzahl der Widersprüche sowie zum Erfolg der Widersprüche machen. Die Ablehnungsquote der 24 Krankenkassen einerseits und die Auswertungen bezüglich der Widerspruchsquote und der darauf basierenden Berechnungen der Quote erfolgreicher Widersprüche sowie der Ablehnungsquote nach Widerspruch andererseits basieren damit nicht auf derselben Datengrundlage. Um eine Vergleichbarkeit zu ermöglichen, wurde daher lediglich für die sieben Krankenkassen eine erstinstanzliche Ablehnungsquote berechnet. Bei diesen sieben Krankenkassen wurden insgesamt 554.706 Leistungsanträge im Bereich Fahrkosten gestellt, davon wurden 24.404 Anträge abgelehnt. Die sieben Krankenkassen repräsentierten im Jahr 2015 rd. 22,2 % der Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen.

⁸⁹ Die Anzahl der Leistungsablehnungen wurde dabei bezogen auf die Anzahl der Leistungsablehnungen plus die Anzahl der Leistungsgenehmigungen, um eine einheitliche Quotenberechnung zu ermöglichen, da nur manche Krankenkassen zusätzlich Angaben zur Anzahl der „sonstigen Erledigungen“ machten.

Die erstinstanzliche Ablehnungsquote der sieben Krankenkassen betrug durchschnittlich 4,4 %. Die Widerspruchsquote betrug durchschnittlich rd. 5,0 %, im Median lag sie bei 7,5 %.⁹⁰ Die geringste Widerspruchsquote lag bei rd. 1,8 %; bei einer Krankenkasse wurde gegen mehr als jede zweite Leistungsablehnung Widerspruch eingelegt. Auch die Quote der erfolgreichen Widersprüche variierte beträchtlich zwischen 0,8 % und 46,9 % – mit einer durchschnittlichen Erfolgsquote von 21,2 %. Die Ablehnungsquote nach Widerspruch veränderte sich aufgrund der geringen absoluten Anzahl an Widersprüchen nur geringfügig in der zweiten Nachkommastelle.

Tabelle 8: Ablehnungs- und Widerspruchsquoten der teilnehmenden Krankenkassen für den Bereich Fahrkosten, 2015

	Anzahl Krankenkassen	Durchschnitt	Median	Minimum	Maximum
Anzahl Anträge	24	73.607	47.944	1.961	197.384
Ablehnungsquote	24	5,6%	6,0%	0,0%	16,5%
Auswertungen für sieben Krankenkassen, die Angaben zu den Widersprüchen machten					
Anzahl Anträge	7	79.244	53.885	1.961	177.070
Ablehnungsquote	7	4,4%	2,9%	0,7%	8,2%
Widerspruchsquote bezogen auf Ablehnungen	7	5,0%	7,5%	1,8%	54,1%
Quote erfolgreicher Widersprüche	7	21,2%	25,0%	0,8%	62,7%
Ablehnungsquote nach Widerspruch	7	4,4%	2,9%	0,7%	8,1%

Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenkassen

Anmerkung: Die 24 teilnehmenden Krankenkassen berichteten insgesamt n = 1.766.568 Leistungsanträge und 98.068 Ablehnungen; 2 Krankenkassen machten keine Angaben im Bereich Fahrkosten.

⁹⁰ Die Widerspruchsquote wurde dabei auf die Anzahl der Ablehnungen bezogen. Grundsätzlich kann auch gegen eine Bewilligung „mit anderer Leistung“ Widerspruch eingelegt werden; die Anzahl der „mit anderer Leistung“ bewilligten Anträge wurde jedoch von den meisten Krankenkassen nicht separat ausgewiesen. Die Widerspruchsquote wird somit tendenziell überschätzt. Dies gilt auch für die im Folgenden für die weiteren Leistungsbereiche berechneten Widerspruchsquoten.

Für die Berechnung der Ablehnungsquote wurden die Anzahl der Leistungsablehnungen bezogen auf die Anzahl der Leistungsgenehmigungen plus die Anzahl der Leistungsablehnungen. Für die Berechnung der Widerspruchsquote wurde die Anzahl der stattgegebenen Widersprüche bezogen auf die Anzahl der stattgegebenen plus der abgewiesenen Widersprüche.

Häusliche Krankenpflege

Im Jahr 2015 wurden im Bereich der häuslichen Krankenpflege bei den teilnehmenden Krankenkassen, die Angaben zum Bereich der häuslichen Krankenpflege machten (n = 23), insgesamt rd. 3,3 Mio. Leistungsanträge gestellt. Die – anhand der Anzahl der Anträge – gewichtete durchschnittliche Ablehnungsquote betrug rd. 2,8 %, der Median lag bei rd. 2,1 % (Tabelle 9). Bei einer Krankenkasse wurden gemäß den eigenen Angaben keine Leistungsanträge abgelehnt, die höchste Ablehnungsquote lag bei 8,8 %.

Die Widerspruchsquote, die Quote der erfolgreichen Widersprüche sowie der Ablehnungen nach Widerspruch konnten für diesen Leistungsbereich nicht berechnet werden, da nur Daten von weniger als fünf Krankenkassen zur Verfügung standen.

Tabelle 9: Ablehnungsquoten der teilnehmenden Krankenkassen für den Bereich häusliche Krankenpflege, 2015

	Anzahl Krankenkassen	Durchschnitt	Median	Minimum	Maximum
Anzahl Anträge	23	146.963	110.443	4.067	490.862
Ablehnungsquote	23	2,7%	2,1%	0,0%	8,8%

Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenkassen

Anmerkung: insgesamt n = 3.380.151; drei Krankenkassen machten keine Angaben im Bereich häusliche Krankenpflege. Für die Berechnung der Ablehnungsquote wurden die Anzahl der Leistungsablehnungen bezogen auf die Anzahl der Leistungsgenehmigungen plus die Anzahl der Leistungsablehnungen.

Haushaltshilfen

Im Jahr 2015 wurden im Bereich der Haushaltshilfen bei den teilnehmenden Krankenkassen mit Angaben im Bereich Haushaltshilfen insgesamt rd. 162.902 Leistungsanträge gestellt. Die – anhand der Anzahl der Anträge – gewichtete durchschnittliche Ablehnungsquote betrug rd. 7,5 %, der Median lag bei rd. 7,7 % (Tabelle 10). Die kleinste Ablehnungsquote lag bei rd. 3,9 %, die höchste bei rd. 27,1 %.

Nur sieben der teilnehmenden Krankenkassen konnten für den Bereich Haushaltshilfen Angaben zur Anzahl der Widersprüche sowie zum Erfolg der Widersprüche machen. Die Ablehnungsquote der 22 Krankenkassen einerseits und die Auswer-

tungen bezüglich der Widerspruchsquote und der darauf basierenden Berechnungen der Quote erfolgreicher Widersprüche sowie der Ablehnungsquote nach Widerspruch andererseits basieren damit nicht auf derselben Datengrundlage. Um eine Vergleichbarkeit zu ermöglichen, wurde daher lediglich für die sieben Krankenkassen eine erstinstanzliche Ablehnungsquote berechnet.

Bei diesen sieben Krankenkassen handelte es sich um vergleichsweise kleine Krankenkassen, die insgesamt lediglich rd. 10,6 % der Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen repräsentierten. Aufgrund der vergleichsweise geringen Anzahl an Leistungsanträgen und Widersprüchen, die den Berechnungen zugrunde liegen, basieren die Quoten auf einer geringen Fallzahl und sind damit ggf. nicht repräsentativ.

Die erstinstanzliche Ablehnungsquote der sieben Krankenkassen betrug durchschnittlich 8,7 %. Die Widerspruchsquote betrug durchschnittlich rd. 23,6 %, im Median lag sie bei 17,0 %. Die geringste Widerspruchsquote lag bei rd. 3,2 %; bei einer Krankenkasse wurde gegen 44,6 % der Leistungsablehnungen Widerspruch eingelegt. Auch die Quote der erfolgreichen Widersprüche variierte beträchtlich: Bei einer Krankenkasse war für die Versicherten kein Widerspruch erfolgreich, bei einer Krankenkasse mehr als jeder zweite Widerspruch. Die Ablehnungsquote nach Widerspruch lag bei rd. 8,5 %.

Tabelle 10: Ablehnungs- und Widerspruchsquoten der teilnehmenden Krankenkassen Quoten für den Bereich Haushaltshilfen, 2015

	Anzahl Krankenkassen	Durchschnitt	Median	Minimum	Maximum
Anzahl Anträge	22	8.149	3.907	483	24.893
Ablehnungsquote	22	7,5%	7,7%	3,9%	27,1%
Auswertungen für sieben Krankenkassen, die Angaben zu den Widersprüchen machten					
Anzahl Anträge	7	3.533	2.103	661	11.007
Ablehnungsquote	7	8,7%	7,8%	4,2%	26,9%
Widerspruchsquote bezogen auf Ablehnungen	7	23,6%	17,0%	3,2%	44,6%
Quote erfolgreicher Widersprüche	7	13,8%	10,0%	0,0%	53,8%
Ablehnungsquote nach Widerspruch	7	8,5%	7,3%	4,2%	26,7%

Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenkassen

Anmerkung: insgesamt n = 162.902 Leistungsanträge, vier Krankenkassen konnten aufgrund fehlender Daten oder anderer Abgrenzungen nicht in die Analyse im Bereich Haushaltshilfen einbezogen werden.

Für die Berechnung der Ablehnungsquote wurden die Anzahl der Leistungsablehnungen bezogen auf die Anzahl der Leistungsgenehmigungen plus die Anzahl der Leistungsablehnungen. Für die Berechnung der Widerspruchsquote wurde die Anzahl der stattgegebenen Widersprüche bezogen auf die Anzahl der stattgegebenen plus der abgewiesenen Widersprüche.

Hilfsmittel

Im Jahr 2015 wurden im Bereich Hilfsmittel bei den teilnehmenden Krankenkassen, die Angaben zu diesem Leistungsbereich machten (n = 23), mehr als 8,5 Millionen Leistungsanträge gestellt. Die – anhand der Anzahl der Anträge – gewichtete durchschnittliche erstinstanzliche Ablehnungsquote betrug rd. 12,5 %, der Median lag bei rd. 9,4 % (Tabelle 11). Bei einer Krankenkasse lag die Ablehnungsquote bei rd. 2,1 %, bei einer Krankenkasse wurde knapp ein Viertel aller Anträge (24,5 %) im Bereich der Hilfsmittel abgelehnt.

Nur sechs der teilnehmenden Krankenkassen konnten für den Bereich Hilfsmittel Angaben zur Anzahl der Widersprüche sowie zum Erfolg der Widersprüche machen. Die Ablehnungsquote der 23 Krankenkassen einerseits und die Auswertungen bezüglich der Widerspruchsquote und der darauf basierenden Berechnungen der Quote erfolgreicher Widersprüche sowie der Ablehnungsquote nach Widerspruch andererseits basieren damit nicht auf derselben Datengrundlage. Um eine Vergleichbarkeit zu ermöglichen, wurde zusätzlich daher nur für die sechs Krankenkassen eine erstinstanzliche Ablehnungsquote berechnet.

Diese sechs Krankenkassen hatten insgesamt ca. 2 Mio. Leistungsanträge und 167.218 Leistungsablehnungen. Die sechs Krankenkassen repräsentierten im Jahr 2015 rd. 21,9 % der Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen. Die erstinstanzliche Ablehnungsquote der sechs Krankenkassen betrug durchschnittlich 8,0 %. Das heißt, bei der Betrachtung der Widersprüche sind insbesondere die Krankenkassen nicht vertreten, die eine überproportionale erstinstanzliche Ablehnungsquote hatten. Die Widerspruchsquote betrug durchschnittlich rd. 9,3 %, im Median lag sie bei 10,5 %. Die geringste Widerspruchsquote lag bei rd. 1,5 %; bei einer Krankenkasse wurde gegen 17,5 % der Leistungsablehnungen Widerspruch eingelegt. Die Quote der erfolgreichen Widersprüche lag durchschnittlich bei rd. 38,8 %, variierte aber beträchtlich zwischen den Krankenkassen von 1,2 % bis 72,4 %. Die Ablehnungsquote nach Widerspruch lag bei rd. 7,8 %.

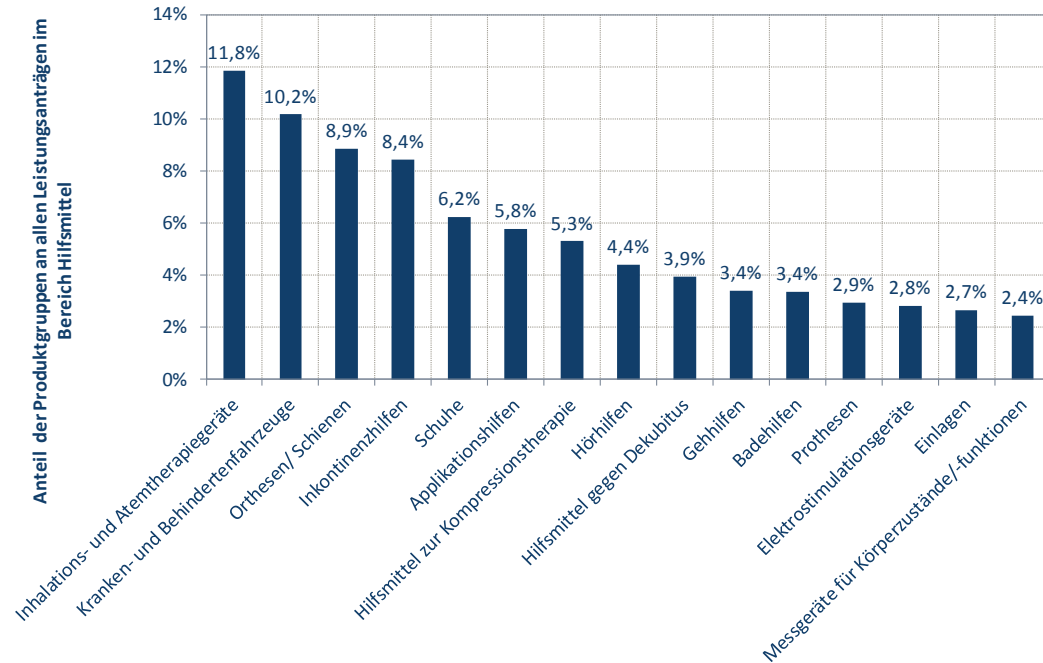
Tabelle 11: Ablehnungs- und Widerspruchsquoten der teilnehmenden Krankenkassen für den Bereich Hilfsmittel, 2015

	Anzahl Krankenkassen	Durchschnitt	Median	Minimum	Maximum
Anzahl Anträge	23	337.393	201.307	24.426	2.005.691
Ablehnungsquote	23	12,5%	9,4%	2,3%	24,5%
Auswertungen für sechs Krankenkassen, die Angaben zu Widersprüchen machten					
Anzahl Anträge	6	347.383	360.708	49.082	775.265
Ablehnungsquote	6	8,0%	6,9%	2,3%	12,0%
Widerspruchsquote bezogen auf Ablehnungen	6	9,3%	10,5%	1,5%	17,5%
Quote erfolgreicher Widersprüche	6	38,8%	34,6%	1,2%	72,4%
Ablehnungsquote nach Widerspruch	6	7,8%	6,8%	2,2%	12,0%

Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenkassen
 Anmerkung: insgesamt n = 8.588.028 Leistungsanträge, drei Krankenkassen machten keine Angaben im Bereich Hilfsmittel.
 Für die Berechnung der Ablehnungsquote wurden die Anzahl der Leistungsablehnungen bezogen auf die Anzahl der Leistungsgenehmigungen plus die Anzahl der Leistungsablehnungen. Für die Berechnung der Widerspruchsquote wurde die Anzahl der stattgegebenen Widersprüche bezogen auf die Anzahl der stattgegebenen plus der abgewiesenen Widersprüche.

Der größte Anteil der Leistungsanträge im Bereich der Hilfsmittel entfiel bei den teilnehmenden Krankenkassen auf Inhalations- und Atemtherapiegeräte (11,8 %, n = 804.381), auf Kranken- und Behindertenfahrzeuge (10,2 %, n = 690.394) auf Orthesen und Schienen (9,4 %, n = 601.459) sowie auf Inkontinenzhilfen (8,4 %, n = 572.816) (Abbildung 18).

Abbildung 18: Anteil von Produktgruppen an der Gesamtzahl von Anträgen für Hilfsmittel (Auswahl der 15 antragsstärksten), 2015



Quelle:

Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenkassen

Anmerkung:

Die Auswertung basiert auf den Daten von 18 Krankenkassen (n = 6.790.710 Leistungsanträge), die Daten zu den Produktgruppen bei Hilfsmitteln detailliert zur Verfügung gestellt haben.

Die höchste durchschnittliche Ablehnungsquote betraf Mobilitätshilfen (29,9 %); für diese Produktgruppe lag die niedrigste Ablehnungsquote bei rd. 6,3 % eine Krankenkasse lehnte fast die Hälfte aller Anträge in dieser Produktgruppe ab (Tabelle 12). Mehr als jeder vierte Antrag wurde zudem im Bereich der Stehhilfen sowie der Kommunikationshilfen abgelehnt. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass in den einzelnen Produktgruppen bei den Einzelkassen teilweise nur eine sehr geringe Anzahl an Anträgen gestellt wurde.

Tabelle 12: Ablehnungsquoten für die einzelnen Produktgruppen im Bereich Hilfsmittel, 2015

Produktgruppe	Anteil	Anzahl Anträge	Ablehnungsquote			
			Durchschnitt	Median	Minimum	Maximum
Inhalations- und Atemtherapiegeräte	11,8%	804.381	15,6%	10,4%	0,9%	27,9%
Kranken- und Behindertenfahrzeuge	10,2%	690.394	19,6%	14,7%	1,5%	34,6%
Orthesen/ Schienen	8,9%	601.459	10,0%	6,2%	1,2%	23,9%
Inkontinenzhilfen	8,4%	572.816	11,4%	6,1%	0,5%	19,1%
Schuhe	6,2%	423.111	11,5%	8,2%	3,5%	20,2%
Applikationshilfen	5,8%	393.340	6,4%	4,0%	0,5%	16,6%
Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	5,3%	360.086	9,1%	7,3%	1,4%	20,2%
Hörhilfen	4,4%	299.422	16,4%	10,6%	1,1%	29,9%
Hilfsmittel gegen Dekubitus	3,9%	266.636	21,0%	16,5%	3,8%	54,7%
Gehhilfen	3,4%	230.407	15,8%	11,8%	1,9%	36,6%
Badehilfen	3,4%	228.154	15,9%	11,6%	1,3%	33,6%
Prothesen	2,9%	200.273	12,3%	6,5%	0,5%	24,2%
Elektrostimulationsgeräte	2,8%	191.788	7,1%	10,1%	3,2%	33,3%
Einlagen	2,7%	181.451	12,5%	14,2%	0,4%	39,1%
Messgeräte für Körperzustände/-funktionen	2,4%	166.343	9,9%	12,0%	1,9%	23,7%
Krankenpflegeartikel	2,3%	156.347	23,8%	13,9%	3,8%	35,9%
Stomaartikel	2,1%	140.314	14,4%	8,5%	1,2%	25,0%
Bandagen	1,5%	101.266	13,7%	7,7%	0,3%	35,3%
Therapeutische Bewegungsgeräte	1,5%	98.599	23,0%	21,1%	8,6%	52,3%
Sehhilfen	1,3%	86.044	22,8%	15,8%	4,2%	44,2%
Toilettenhilfen	1,1%	76.131	16,4%	14,2%	2,3%	37,0%
Mobilitätshilfen	1,1%	73.216	29,9%	25,7%	6,3%	44,9%
Absauggeräte	1,0%	68.265	14,5%	5,6%	0,3%	33,8%

Produktgruppe	Anteil	Anzahl Anträge	Ablehnungsquote			
			Durchschnitt	Median	Minimum	Maximum
Sitzhilfen	0,7%	48.782	21,7%	15,7%	8,8%	40,3%
Adaptationshilfen	0,7%	44.319	13,3%	14,1%	2,8%	62,8%
Hilfsmittel bei Tracheostoma	0,6%	40.713	14,3%	14,6%	1,6%	28,6%
Kommunikationshilfen	0,4%	25.984	25,4%	15,4%	7,8%	55,8%
Lagerungshilfen	0,3%	18.446	24,3%	21,4%	3,8%	43,1%
Blindenhilfsmittel	0,1%	9.820	15,4%	11,8%	3,8%	28,7%
Stehhilfen	0,1%	5.908	27,0%	19,9%	4,4%	53,6%
Sprechhilfen	0,0%	2.586	8,7%	17,2%	0,0%	96,0%
Bestrahlungsgeräte	0,0%	2.003	19,2%	15,1%	0,0%	58,6%

Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenkassen

Anmerkung: Die Auswertung basiert auf den Daten von 18 Krankenkassen (n = 6.790.710 Leistungsanträge), die detaillierte Daten zu den Produktgruppen im Bereich Hilfsmittel zur Verfügung gestellt haben.

Psychotherapie

Im Jahr 2015 wurden im Bereich Psychotherapie bei den teilnehmenden Krankenkassen, die Angaben zu diesem Leistungsbereich machten (n = 21), insgesamt 536.167 Leistungsanträge gestellt. Die – anhand der Anzahl der Anträge – gewichtete durchschnittliche Ablehnungsquote betrug rd. 5,9 %, der Median lag bei rd. 2,0 % (Tabelle 13). Bei einer Krankenkasse lag die Ablehnungsquote lediglich bei 0,6 %, die höchste Ablehnungsquote lag bei 14,7 %.

Nur wenige der teilnehmenden Krankenkassen machten Angaben zur Anzahl der Widersprüche. Die weiteren Kennzahlen konnten daher nicht berechnet werden.

Tabelle 13: Ablehnungsquoten der teilnehmenden Krankenkassen für den Bereich Psychotherapie, 2015

	Anzahl Krankenkassen	Durchschnitt	Median	Minimum	Maximum
Anzahl Anträge	21	25.532	13.218	1.623	165.135
Ablehnungsquote	21	5,9%	2,0%	0,6%	14,7%

Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenkassen

Anmerkung: insgesamt n = 536.137 Leistungsanträge, 5 Krankenkassen machten keine Angaben im Bereich Psychotherapie

7.2.3 Krankengeld und Krankengeldfallmanagement

Kennzahlen zum Krankengeld

Die befragten Krankenkassen hatten durchschnittlich – bezogen auf alle krankengeldberechtigten Mitglieder – rd. 2,1 % Mitglieder mit mehr als 100 Krankengeld-Zahltagen (Tabelle 14). Der Anteil variierte unter den Krankenkassen zwischen 1,4 % und 3,5 %.

Durchschnittlich mehr als 90 % der Arbeitsunfähigkeitsfälle endeten in den ersten drei Wochen. Der entsprechende Anteil variierte unter den Krankenkassen zwischen 79,2 % und 94,3 %. Der Anteil der Krankengeldfälle an allen AU-Fällen betrug im Durchschnitt 5,4 %. Das Minimum lag bei rd. 4,1 %; bei einer Krankenkasse war jeder fünfte Arbeitsunfähigkeitsfall ein Krankengeldfall.

Die Krankenkassen berichteten von einer mittleren Anzahl an Krankengeldtagen je Fall von 87. Dabei war eine Spanne von 50 Krankengeldtagen festzustellen, eine Krankenkasse berichtet von durchschnittlich ca. 57 Krankengeldtagen pro Fall, das Maximum lag bei durchschnittlich 107 Krankengeldtagen.

Tabelle 14: Ausgewählte Kennzahlen zum Krankengeld bei den teilnehmenden Krankenkassen, 2016

	Anzahl Krankenkassen	Durchschnitt	Median	Minimum	Maximum
Anteil Mitglieder mit mehr als 100 Zahltagen an allen krankengeldberechtigten Mitgliedern	24	2,1%	2,3%	1,4%	3,5%
Anteil Fälle mit Fallende in den ersten drei Wochen (ohne KG-Bezug)	23	90,3%	89,85	79,2%	94,3%
Anteil KG-Fälle an allen AU-Fällen	24	5,4%	5,2%	4,1%	20,1%
Anteil Versichertentage mit AU	19	5,9%	6,0%	2,0%	22,0%
Anteil Versichertentage mit Krankengeld	19	1,7%	2,0%	1,0%	2,2%
Ø Krankengeldtage je Fall	19	87	80	57	107

Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenkassen

Krankengeldfallmanagement

Die Krankenkassen wurden zusätzlich bezüglich der Kontaktaufnahme mit ihren Versicherten im Rahmen des Krankengeldfallmanagements befragt.

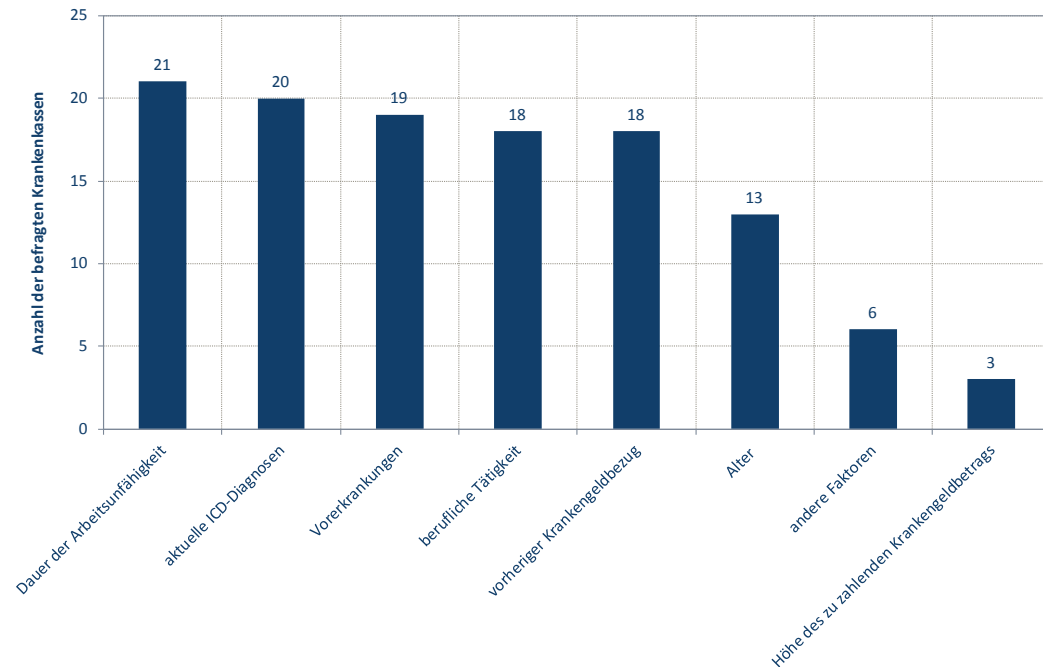
Die Krankenkassen kontaktierten im Jahr 2016 durchschnittlich knapp die Hälfte (48,6 %) der krankengeldberechtigten Mitglieder schon während der Lohnfortzahlung (Median: 49,9 %). Die Anteile variierten dabei beträchtlich zwischen den Krankenkassen: Während eine Krankenkasse lediglich rd. 1 % der Mitglieder schon während der Lohnfortzahlung kontaktierte, lag das Maximum bei rd. 95 %.

Im Durchschnitt nahmen die Krankenkassen nach 37 Tagen (ausgehend vom ersten AU-Tag) den Erstkontakt mit ihren Mitgliedern auf (Median: 34 Tage). Auch diesbezüglich waren die Unterschiede zwischen den Krankenkassen groß. Die schnellste Kontaktaufnahme erfolgte bei einer Krankenkasse nach nur lediglich drei Tagen, eine Krankenkasse kontaktierte ihre Mitglieder dagegen erst nach 135 Tagen.

Bei elf von 24 Krankenkassen erfolgte die Erstkontaktaufnahme mehrheitlich telefonisch, bei neun Krankenkassen mehrheitlich schriftlich. Vier Krankenkassen nutzten eine schriftliche und telefonische Erstkontaktaufnahme gleichermaßen.

Bei allen Krankenkassen (mit einer Ausnahme) ist Kontaktaufnahme an bestimmte Fallmerkmale gebunden (Abbildung 19). Darunter zählte in erster Linie die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ($n = 21$), an zweiter Stelle folgte die aktuelle ICD-Diagnose ($n = 20$). Die Höhe des zu zahlenden Krankengeldbetrags spielte dagegen bei lediglich drei Krankenkassen eine Rolle.

Abbildung 19: Häufigkeit der Nennung verschiedener Merkmale, anhand derer über die Kontaktaufnahme zu Versicherten im Rahmen des Krankengeldfallmanagements entschieden wird, 2016



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenkassen
Anmerkung: n = 24

Die Mitglieder gaben den Krankenkassen mehrheitlich ihre Einwilligung zum Krankengeldfallmanagement – allerdings machten zu dieser Frage nur 14 Krankenkassen eine Angabe, so dass hier nur von einer eingeschränkten Repräsentativität des Ergebnisses auszugehen ist. Der Anteil der Mitglieder, die ihre Einwilligung gaben, lag bei diesen Krankenkassen zwischen 68 % und 98 %.

Rund drei Viertel der befragten Krankenkassen (n = 18) führten die Beratungsgespräche im Rahmen des Krankengeldfallmanagements überwiegend telefonisch; sechs Krankenkassen kontaktierten ihre Mitglieder überwiegend schriftlich.

Im Durchschnitt kontaktierten die Krankenkassen ihre Mitglieder rd. 4,6 Mal bei einem durchschnittlichen Krankengeldfall (Median: 4,0).

Die Krankenkassen wurden zudem gefragt, über was sich ihre Versicherten in Bezug auf das Krankengeldfallmanagement beschwerten. Die am häufigsten genannten Gründe der Krankenkassen waren:

- ◆ zu bürokratischer Ablauf (einzureichende Unterlagen, Zahlungsweise),
- ◆ Bearbeitungsdauer,
- ◆ Beendigung der Krankengeldzahlung aufgrund eines MDK-Gutachtens / Beschwerden über MDK-Gutachter sowie

- ◆ fehlende oder schlechte Beratung (insb. unzureichende Informationen über Alternativen).

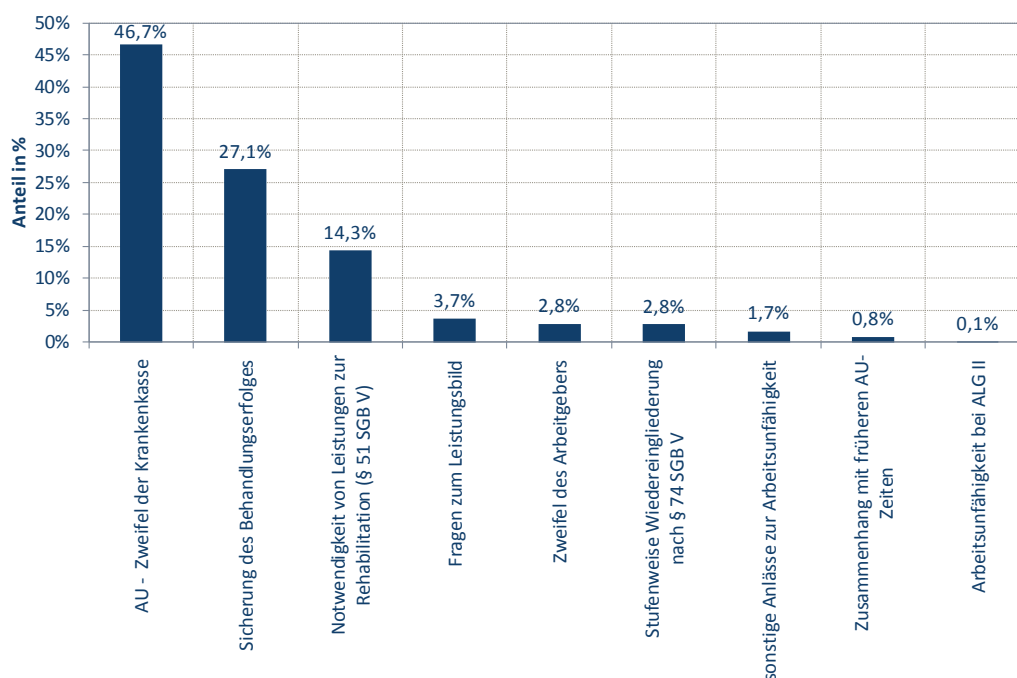
Die Aufforderung zur Antragstellung einer Rehabilitationsmaßnahme, ein fehlendes Einfühlungsvermögen der Mitarbeiter sowie Beschwerden über das Einwilligungsmanagement wurden dagegen von den Krankenkassen nur vereinzelt genannt.

7.3 Anzahl der Begutachtungen durch den MDK und ihrer Ergebnisse nach Leistungsbereich

Arbeitsunfähigkeit

Im Jahr 2015 wurden rd. 1,2 Millionen versichertenbezogene Stellungnahmen beim MDK im Bereich Arbeitsunfähigkeit von den Krankenkassen eingeholt. Knapp der Hälfte der Fälle (46,7 %, n = 563.121) lagen Zweifel der Krankenkasse bezüglich der AU zugrunde (Abbildung 20). Mehr als jede vierte Begutachtung (27,1 %, n = 326.840) hatte die Sicherung des Behandlungserfolges zum Anlass.

Abbildung 20: Häufigkeit der Anlässe zur Einholung einer versichertenbezogenen Stellungnahme bei Arbeitsunfähigkeit (in %), 2015

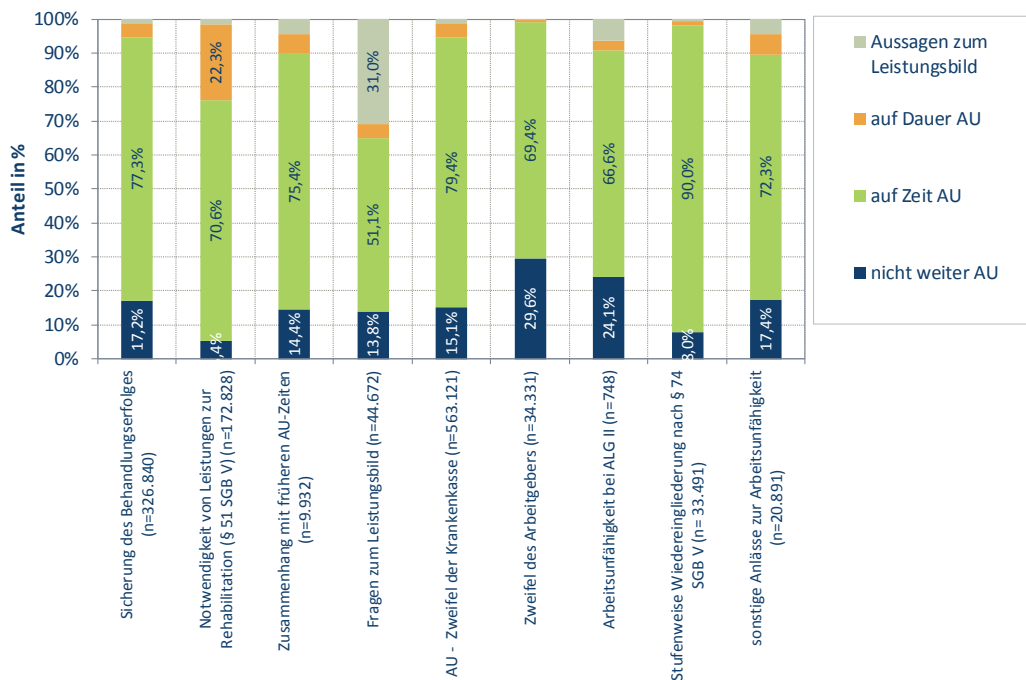


Quelle: IGES auf Basis einer Sonderauswertung des MDS

Anmerkung: n = 1.206.854; alle versichertenbezogenen Stellungnahmen bezüglich Arbeitsunfähigkeit ohne die, die mit „anderer Antwort“ begutachtet wurden. Gemäß Auskunft des MDS wird bei einer „anderen Antwort“ keine Aussage darüber getroffen, inwieweit die Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung erfüllt werden. Dies betraf bei der Arbeitsunfähigkeit 149.478 Fälle (11,0 %).

In allen Anlassgruppen wurde in mehr als der Hälfte der Fälle eine Arbeitsunfähigkeit auf Zeit vom MDK empfohlen (Abbildung 21).

Abbildung 21: Verteilung der personenbezogenen Stellungnahmen des MDK zur Arbeitsunfähigkeit nach Anlass und dem weiteren AU-Verlauf aus medizinischer Sicht (in %), 2015



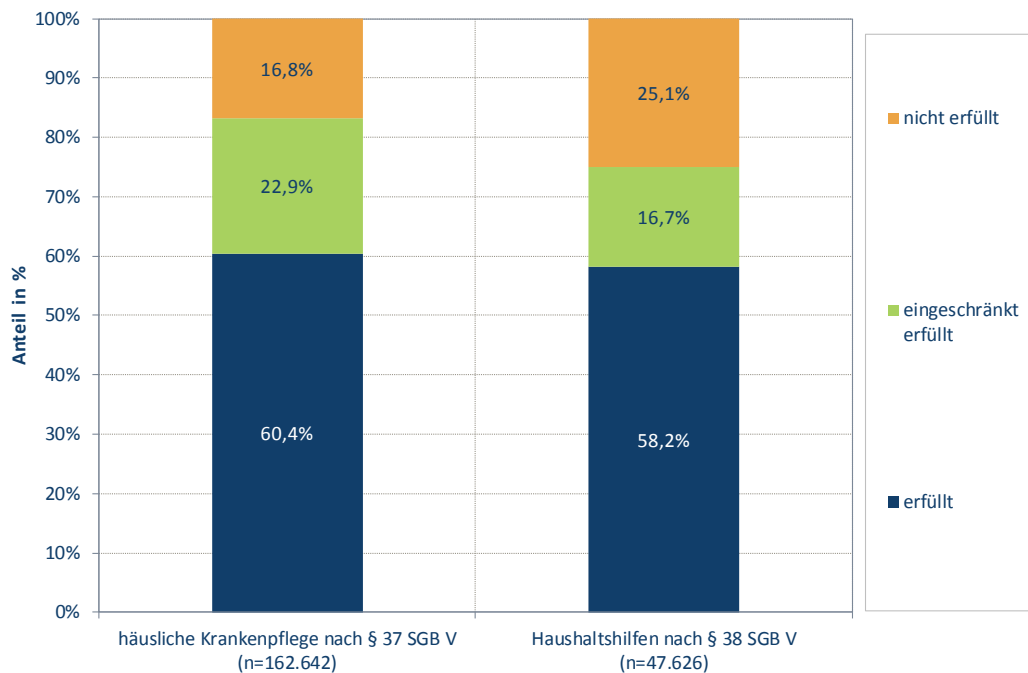
Quelle: IGES auf Basis einer Sonderauswertung des MDS

Anmerkung: n = 1.206.854; alle versichertenbezogenen Stellungnahmen bezüglich Arbeitsunfähigkeit ohne die, die mit „anderer Antwort“ begutachtet wurden. Gemäß Auskunft des MDS wird bei einer „anderen Antwort“ keine Aussage darüber getroffen, inwieweit die Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung erfüllt werden. Dies betraf bei der Arbeitsunfähigkeit 149.478 Fälle (11,0 %).

Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfen

Im Jahr 2015 wurden von den Krankenkassen im Bereich häusliche Krankenpflege 162.642 und im Bereich Haushaltshilfen 47.626 personenbezogene Stellungnahmen beim MDK eingeholt – in denen die Erfüllung der medizinischen Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung beurteilt wurde (Abbildung 22). Im Bereich häusliche Krankenpflege urteilte der MDK in rd. 60,4 % (n = 98.217) und im Bereich Haushaltshilfen in rd. 58,2 % (n = 27.742), dass die medizinischen Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung erfüllt sind. Bei rd. einem Sechstel der Fälle im Bereich häusliche Krankenpflege (16,8 %, n = 27.250) und bei rd. einem Viertel der Fälle im Bereich Haushaltshilfe (25,1 %, n = 11.946) waren gemäß dem MDK die medizinischen Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung nicht erfüllt.

Abbildung 22: Verteilung der personenbezogenen Stellungnahmen des MDK im Leistungsbereich häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfen nach Erfüllung der medizinischen Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung (in %), 2015



Quelle: IGES auf Basis einer Sonderauswertung des MDS
 Anmerkung: Betrachtung der personenbezogenen Stellungnahmen exklusive derer, die mit „anderer Antwort“ begutachtet wurden. Gemäß Auskunft des MDS wird bei einer „anderen Antwort“ keine Aussage darüber getroffen, inwieweit die Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung erfüllt werden. Dies betraf bei der häuslichen Krankenpflege 8.511 Fälle (5,0 %), bei den Haushaltshilfen 3.625 Fälle (7,1 %).

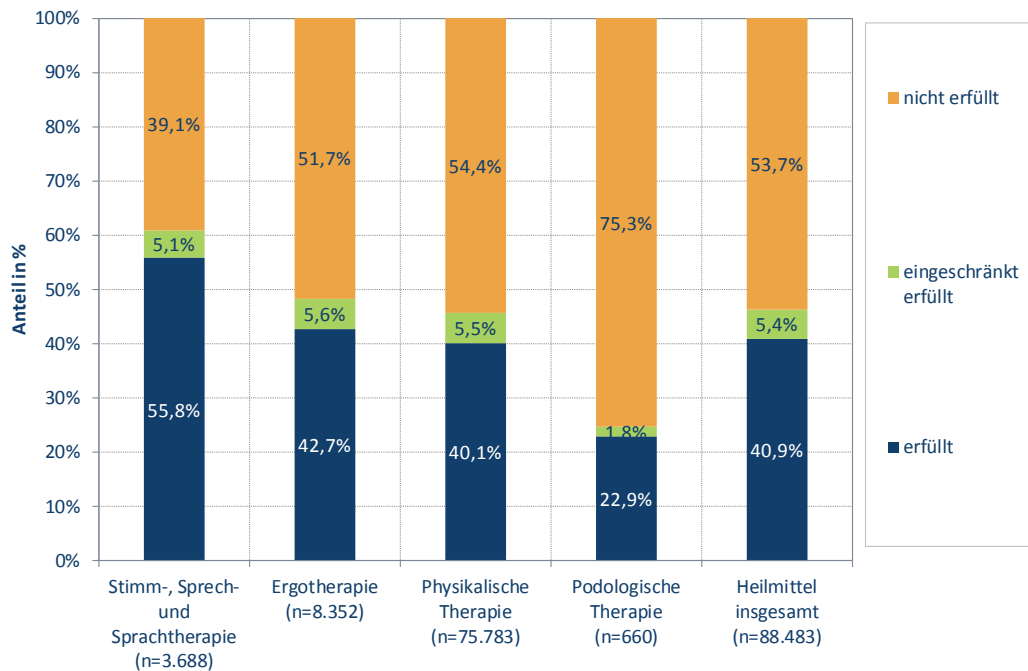
Heilmittel

Im Jahr 2015 wurden von den Krankenkassen im Bereich Heilmittel insgesamt 88.483 personenbezogene Stellungnahmen beim MDK eingeholt – in denen die Erfüllung der medizinischen Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung beurteilt wurde (Abbildung 23). Die große Mehrheit der Stellungnahmen (85,7 %, n = 75.783) entfiel auf den Bereich Physikalische Therapie. Nur in 0,8 % (n = 660) der Fälle wurde für eine Podologische Therapie eine Stellungnahme eingeholt.

Insgesamt urteilte der MDK in mehr als der Hälfte der begutachteten Fälle (53,7 %, n = 47.488) im Bereich der Heilmittel, dass die medizinischen Voraussetzungen zur Leistungsgewährung nicht erfüllt sind. Überproportional hoch war der Anteil der Fälle, in denen die medizinischen Voraussetzungen als nicht erfüllt angesehen wurden, im Bereich der Podologischen Therapie mit rd. 75,3 %. Allerdings betraf dies lediglich 497 Fälle. Vergleichsweise niedrig war der entsprechende Anteil im Be-

reich der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie: Hier waren gemäß der Stellungnahme des MDK in rd. 39,1 % der Fälle die medizinischen Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung nicht erfüllt.

Abbildung 23: Verteilung der personenbezogenen Stellungnahmen des MDK im Leistungsbereich Heilmittel nach Erfüllung der medizinischen Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung (in %), 2015



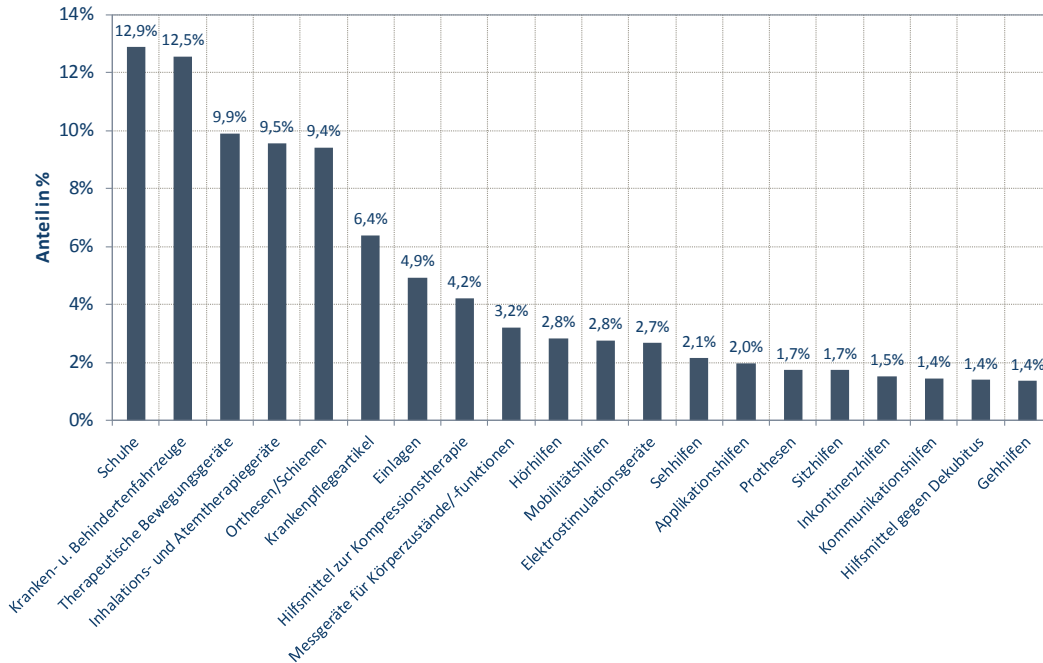
Quelle: IGES auf Basis einer Sonderauswertung des MDS

Anmerkung: Anzahl der personenbezogenen Stellungnahmen exklusive derer mit „anderer Antwort“. Gemäß Auskunft des MDS wird bei einer „anderen Antwort“ keine Aussage darüber getroffen, inwieweit die Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung erfüllt werden. Dies betraf im Bereich Heilmittel insgesamt 3.290 Fälle.

Hilfsmittel

Im Jahr 2015 wurden die medizinischen Voraussetzungen für die Leistungsgewährung in insgesamt 297.090 Fällen für insgesamt 32 Hilfsmittel geprüft. Von den personenbezogenen Stellungnahmen entfielen 12,9 % (n = 38.257) auf Schuhe und 12,5 % (n = 37.253) auf Kranken- und Behindertenfahrzeuge (Abbildung 24).

Abbildung 24: Häufigkeit der Einholung einer versichertenbezogenen Stellungnahme nach Produktgruppe im Bereich Hilfsmittel (in %), 2015



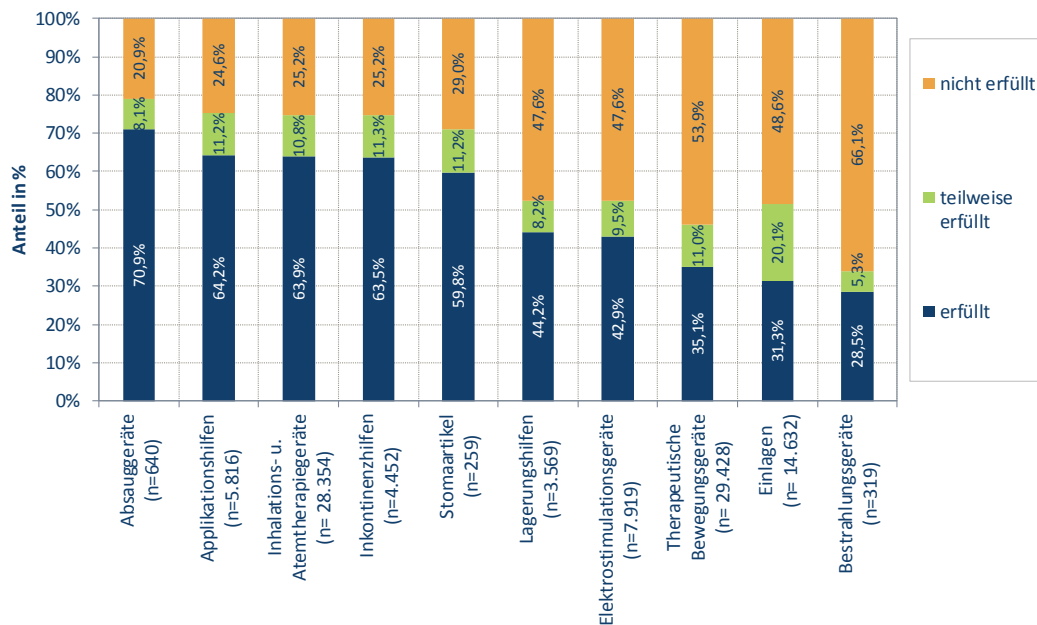
Quelle: IGES auf Basis einer Sonderauswertung des MDS

Anmerkung: n = 297.090; dargestellt sind die 20 Produktgruppen, in denen die meisten personenbezogenen Stellungnahmen durchgeführt wurden; Anzahl der personenbezogenen Stellungnahmen exklusive derer mit „anderer Antwort“. Gemäß Auskunft des MDS wird bei einer „anderen Antwort“ keine Aussage darüber getroffen, inwieweit die Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung erfüllt werden. Dies betraf im Bereich Hilfsmittel insgesamt 36.094 Fälle (11,3 %).

Insgesamt urteilte der MDK in ungefähr der Hälfte der begutachteten Fälle (50,3 %, n = 149.451) im Bereich der Hilfsmittel, dass die medizinischen Voraussetzungen zur Leistungsgewährung erfüllt sind. In rd. 36,6 % (n = 108.866) der Fälle wurden diese Voraussetzungen als nicht erfüllt angesehen.

Überproportional hoch war der Anteil der Fälle, in denen die medizinischen Voraussetzungen als erfüllt angesehen wurden, mit mehr als 60 % in den Produktgruppen Absauggeräte (70,9 %, n = 640), Applikationshilfen (64,2 %, n = 5.816), Inhalations- und Atemtherapiegeräte (63,9 %, n = 28.354) sowie Inkontinenzhilfen (63,5 %, n = 4.452) (Abbildung 25). Dagegen wurden in mehr als der Hälfte der Fälle die medizinischen Voraussetzungen zur Leistungsgewährung in der Produktgruppe der Bestrahlungsgeräte (66,1 %, n = 319) sowie der Therapeutischen Bewegungsgeräte (53,9 %, n = 29.428) als nicht erfüllt beurteilt.

Abbildung 25: Verteilung der personenbezogenen Stellungnahmen des MDK im Leistungsbereich Hilfsmittel nach Produktgruppe und nach Erfüllung der medizinischen Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung (in %), 2015



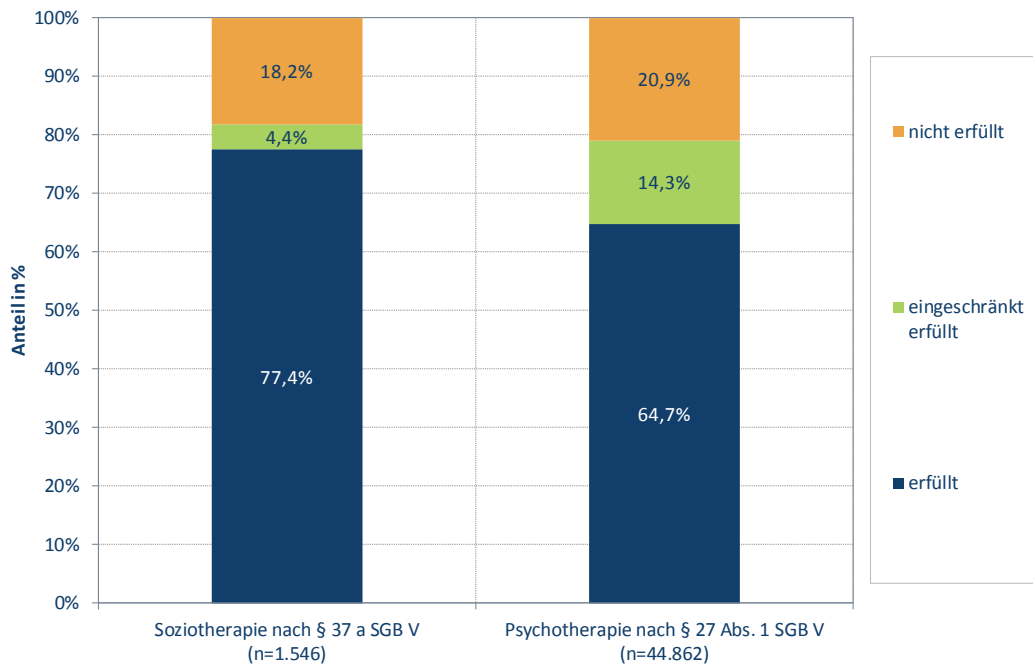
Quelle: IGES auf Basis einer Sonderauswertung des MDS

Anmerkung: Dargestellt sind die 10 Produktgruppen, in denen die meisten personenbezogenen Stellungnahmen durchgeführt wurden; Anzahl der personenbezogenen Stellungnahmen exklusive derer mit „anderer Antwort“. Gemäß Auskunft des MDS wird bei einer „anderen Antwort“ keine Aussage darüber getroffen, inwieweit die Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung erfüllt werden. Dies betraf im Bereich Hilfsmittel insgesamt 36.094 Fälle (11,3 %).

Psychotherapie und Soziotherapie

Im Jahr 2015 wurden im Bereich der Psychotherapie nach § 27 Abs. 1 SGB V insgesamt 44.862 und im Bereich Soziotherapie nach § 37a SGB V 1.546 personenbezogene Stellungnahmen beim MDK eingeholt – in denen die Erfüllung der medizinischen Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung beurteilt wurde (Abbildung 26). In rd. 77,4 % (n = 1.197) der Fälle im Bereich der Soziotherapie und in rd. 64,7 % (n = 29.047) der Fälle im Bereich Psychotherapie waren gemäß dem MDK die medizinischen Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung erfüllt.

Abbildung 26: Verteilung der personenbezogenen Stellungnahmen des MDK in den Bereichen Psychotherapie und Soziotherapie nach Erfüllung der medizinischen Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung (in %), 2015



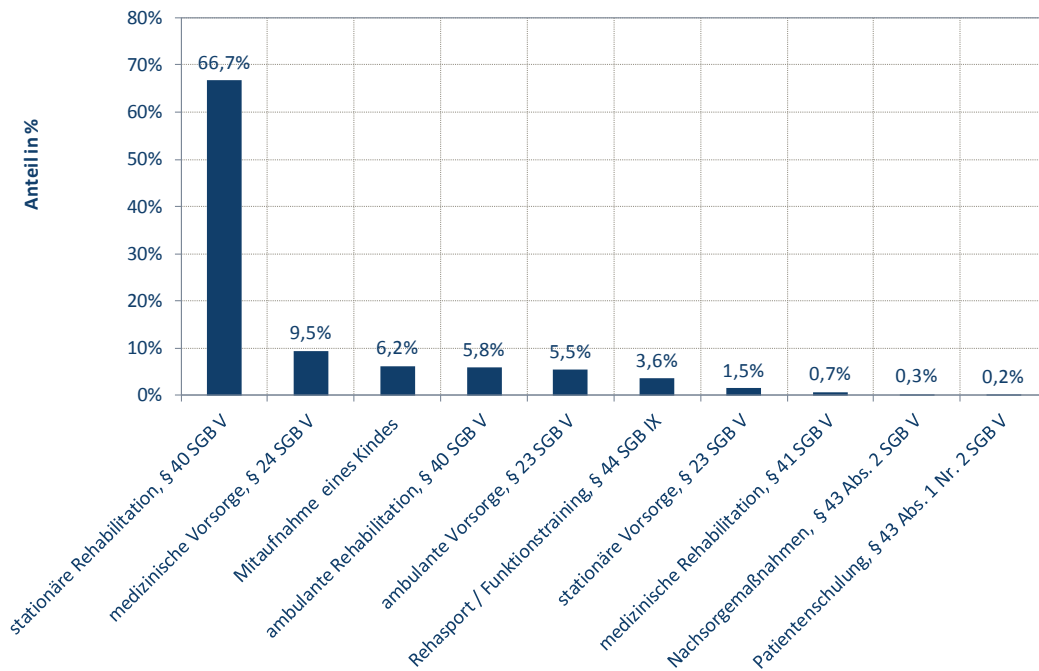
Quelle: IGES auf Basis einer Sonderauswertung des MDS

Anmerkung: Anzahl der personenbezogenen Stellungnahmen exklusive derer mit „anderer Antwort“. Gemäß Auskunft des MDS wird bei einer „anderen Antwort“ keine Aussage darüber getroffen, inwieweit die Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung erfüllt werden. Dies betraf im Bereich Psychotherapie insgesamt 5.617 Fälle (11,1 %), im Bereich Soziotherapie 107 (6,5 %).

Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen

Im Jahr 2015 wurden von den Krankenkassen im Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen insgesamt 788.628 personenbezogene Stellungnahmen beim MDK eingeholt – in denen die Erfüllung der medizinischen Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung beurteilt wurde (Abbildung 27). Mehr als zwei Drittel der Stellungnahmen (66,7 %, n = 526.377) entfiel auf den Bereich der stationären Rehabilitation nach § 40 SGB V.

Abbildung 27: Häufigkeit der Einholung einer versichertenbezogenen Stellungnahme nach Untergruppe im Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen (in %), 2015

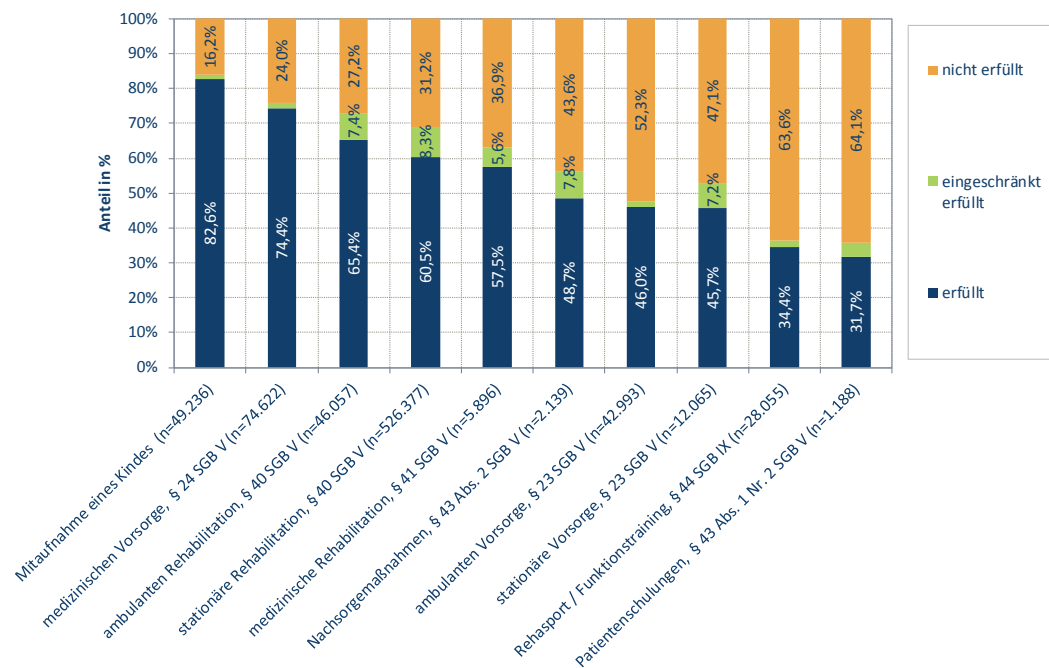


Quelle: IGES auf Basis einer Sonderauswertung des MDS

Anmerkung: n = 788.628; Anzahl der personenbezogenen Stellungnahmen exklusive derer mit „anderer Antwort“. Gemäß Auskunft des MDS wird bei einer „anderen Antwort“ keine Aussage darüber getroffen, inwieweit die Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung erfüllt werden. Dies betraf im Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen insgesamt 28.922 Fälle (3,5 %).

Insgesamt urteilte der MDK in rd. 61,4 % (n = 484.391) der Fälle im Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, dass die medizinischen Voraussetzungen zur Leistungsgewährung erfüllt sind. Überproportional hoch war dieser Anteil im Bereich Mitaufnahme eines Kindes bei Maßnahmen nach § 24 oder § 41 SGB V mit rd. 82,6 % (n = 40.680).

Abbildung 28: Verteilung der personenbezogenen Stellungnahmen des MDK in den Bereichen Vorsorge und Rehabilitationsleistungen nach Erfüllung der medizinischen Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung (in %), 2015



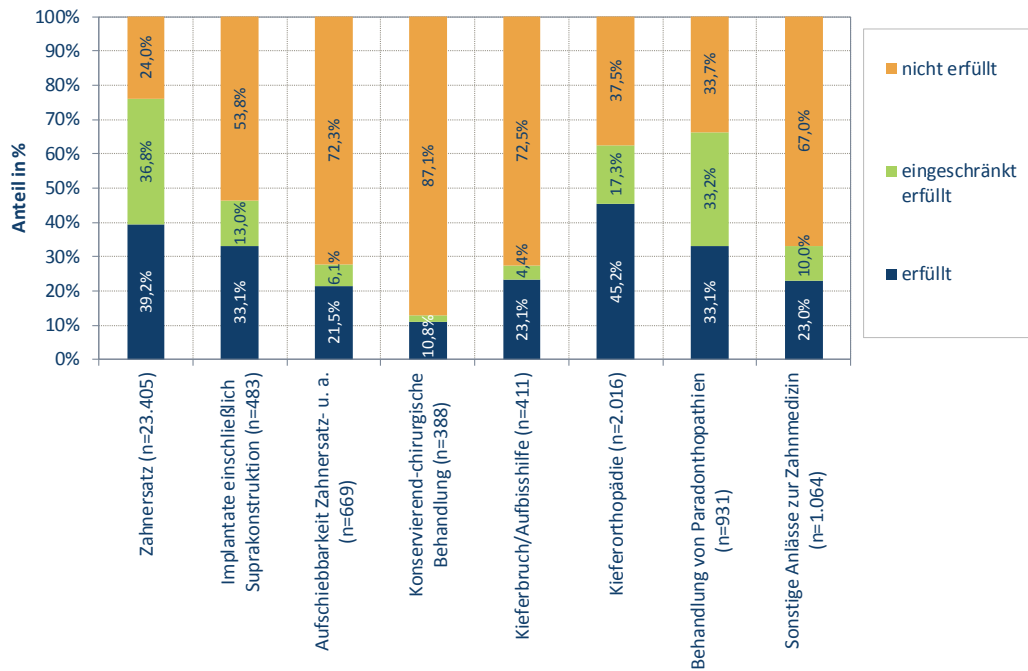
Quelle: IGES auf Basis einer Sonderauswertung des MDS
 Anmerkung: n = 788.628; Anzahl der personenbezogenen Stellungnahmen exklusive derer mit „anderer Antwort“. Gemäß Auskunft des MDS wird bei einer „anderen Antwort“ keine Aussage darüber getroffen, inwieweit die Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung erfüllt werden. Dies betraf im Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen insgesamt 28.922 Fälle (3,5 %).

Zahnärztliche Versorgung (insb. Zahnersatz)

Im Jahr 2015 wurden von den Krankenkassen im Bereich der zahnärztlichen Versorgung insgesamt 29.367 personenbezogene Stellungnahmen beim MDK eingeholt – in denen die Erfüllung der medizinischen Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung beurteilt wurde. Knapp 80 % (n = 23.405) der Stellungnahmen wurden für den Bereich Zahnersatz eingeholt.

Insgesamt wurden in diesem Leistungsbereich in rd. 37,8 % (n = 11.091) die medizinischen Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung als erfüllt angesehen. Beim Zahnersatz betrug der entsprechende Anteil rd. 39,2 % (n = 9.185) (Abbildung 29). In knapp jeder vierten personenbezogenen Stellungnahme im Bereich Zahnersatz urteilte der MDK, dass die medizinischen Voraussetzungen zur Leistungsgewährung nicht erfüllt seien.

Abbildung 29: Verteilung der personenbezogenen Stellungnahmen des MDK im Bereich der zahnärztlichen Versorgung nach Erfüllung der medizinischen Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung (in %), 2015



Quelle: IGES auf Basis einer Sonderauswertung des MDS

Anmerkung: Anzahl der personenbezogenen Stellungnahmen exklusive derer mit „anderer Antwort“. Gemäß Auskunft des MDS wird bei einer „anderen Antwort“ keine Aussage darüber getroffen, inwieweit die Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung erfüllt werden. Dies betraf im Bereich insgesamt 1.684 Fälle (5,4 %).

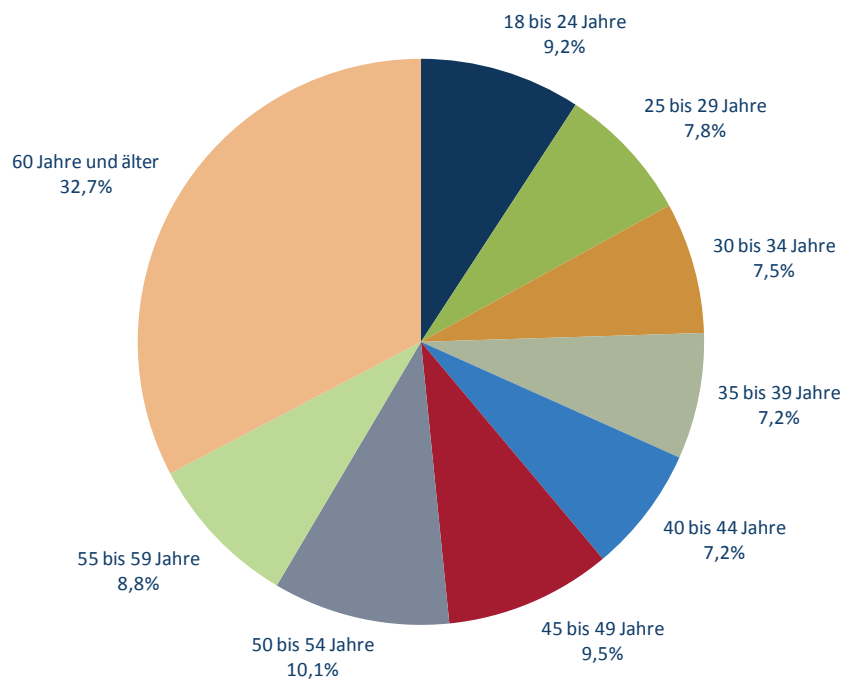
8. Erfahrungen und Kenntnisse der gesetzlich Versicherten im Bereich Leistungsanträge

Diesem Kapitel liegen die Ergebnisse einer - nach Alter und Geschlecht sowie Bundesland repräsentativen - schriftlichen Online-Befragung von gesetzlich Versicherten zugrunde (vgl. dazu die methodischen Ausführungen in Kapitel 2.4.3).

8.1 Soziodemographische Merkmale der befragten gesetzlich Versicherten

Von den 1.000 befragten gesetzlich Versicherten war etwas mehr als die Hälfte weiblich (51,1 %, n = 511). Knapp ein Drittel der Befragten war zum Befragungszeitpunkt 60 Jahre und älter (Abbildung 30). Die Verteilung der befragten gesetzlich Versicherten nach Geschlecht und Alter entspricht damit der Struktur in der deutschen Gesamtbevölkerung.

Abbildung 30: Verteilung der befragten gesetzlich Versicherten nach Alter, 2017



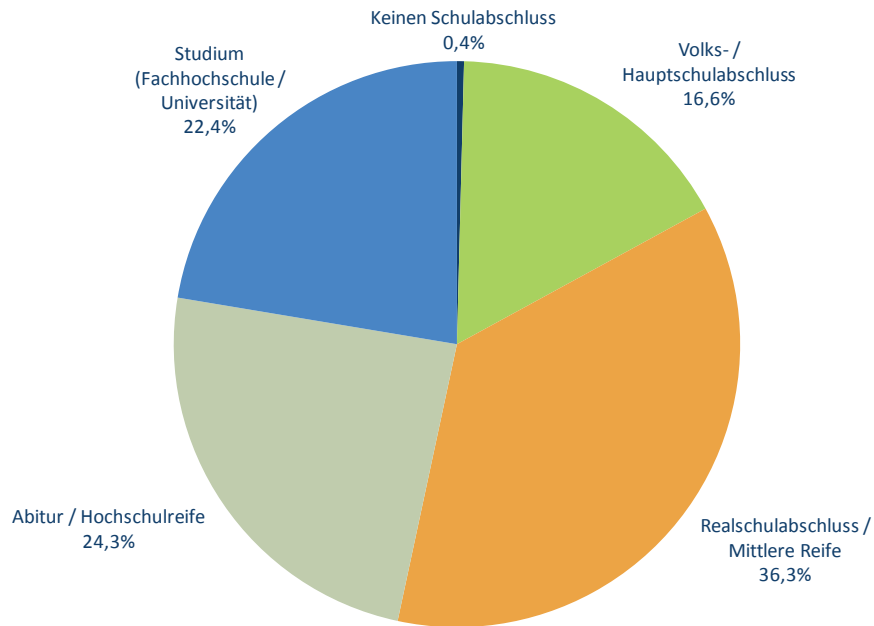
Quelle: IGES auf Basis einer Befragung von gesetzlich Versicherten
Anmerkung: n = 1.000

Mit rund 95 % (n = 950) gab die große Mehrheit der Befragten an, in der Kindheit zu Hause meistens deutsch gesprochen zu haben.⁹¹

⁹¹ Der Anteil bezieht sich auf die Personen, die die Frage beantwortet haben. Fünf Personen machten keine Angabe zu dieser Frage.

Rund 46,7 % (n = 465) der Befragten hatte das Abitur / die Hochschulreife bzw. ein Studium als höchsten Bildungsabschluss (Abbildung 31). Rund jeder sechste Befragte hatte einen Volks- bzw. Hauptschulabschluss und rd. 0,4 % (n = 4) hatten keinen Schulabschluss.

Abbildung 31: Verteilung der befragten gesetzlich Versicherten nach dem höchsten Bildungsabschluss, 2017

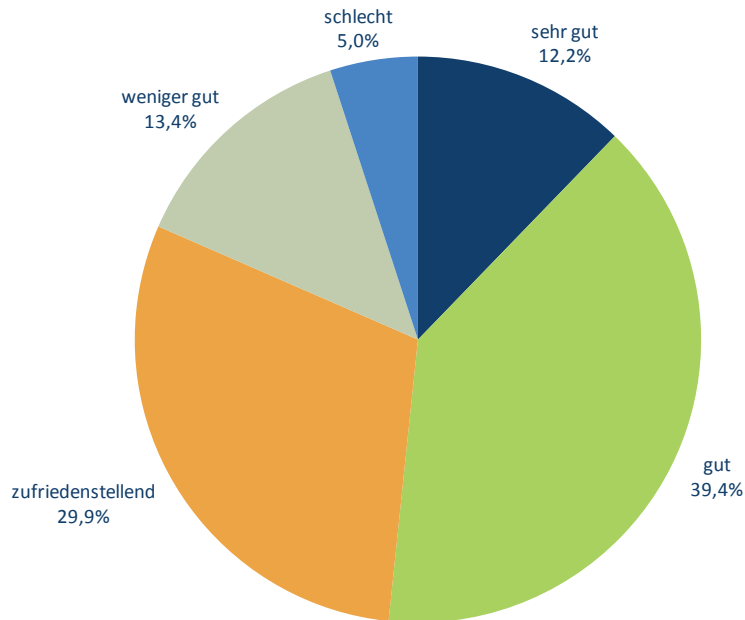


Quelle: IGES auf Basis einer Befragung von gesetzlich Versicherten

Anmerkung: n = 1.000, 3 Personen machten keine Angaben zu ihrem höchsten Bildungsabschluss

Etwas mehr als die Hälfte der befragten gesetzlich Versicherten (51,7 %, n = 515) schätzte ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand als sehr gut bzw. gut ein (Abbildung 32). Knapp jeder Fünfte beurteilte den eigenen Gesundheitszustand als weniger gut oder sogar schlecht (18,5 %, n = 184).

Abbildung 32: Verteilung der befragten gesetzlichen Versicherten nach der Selbsteinschätzung ihres gegenwärtigen Gesundheitszustandes, 2017



Quelle: IGES auf Basis einer Befragung von gesetzlich Versicherten
Anmerkung: n = 1.000, 3 Personen machten keine Angaben zu ihrem gegenwärtigen Gesundheitszustand

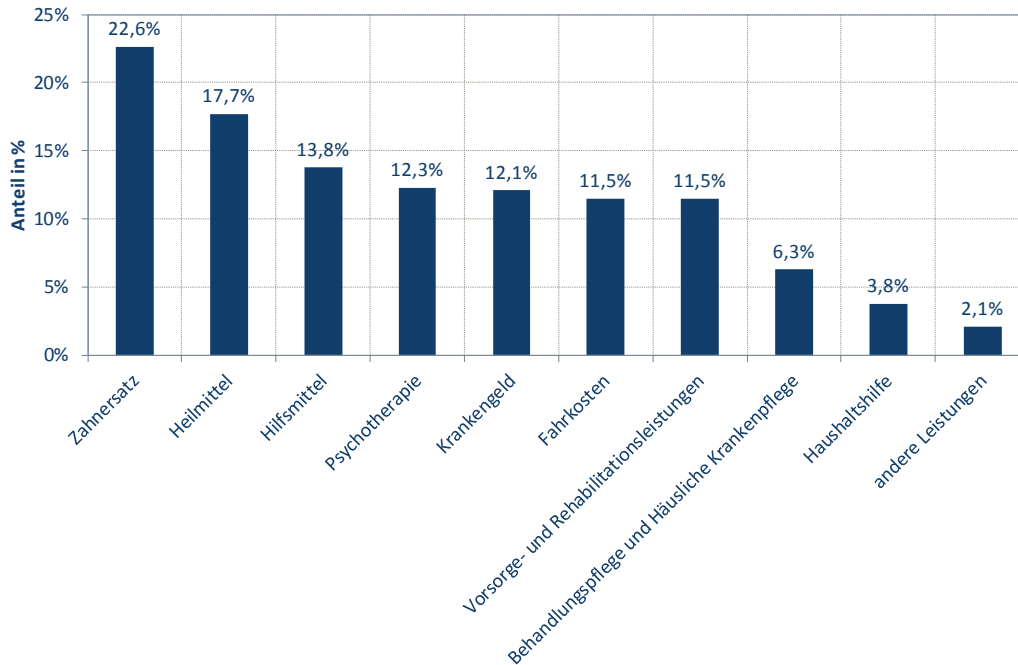
8.2 Erfahrungen der befragten gesetzlich Versicherten mit Leistungsanträgen

Etwas mehr als jeder fünfte Befragte gab an, im Jahr 2016 einen Antrag bei der Krankenkasse auf Zahnersatzleistungen gestellt zu haben (Abbildung 33). An zweiter und dritter Stelle folgte die Beantragung von Heil- (17,7 %, n = 177) bzw. Hilfsmitteln (13,8 %, n = 138). Eine Haushaltshilfe wurde von lediglich 38 der befragten Personen im letzten Jahr beantragt.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass es den Versicherten teilweise nicht gelang, die beantragte Leistung den genannten Leistungsbereichen zuzuordnen. Dies betraf alle Leistungsbereiche, aber insbesondere fiel den Befragten die Unterscheidung zwischen Heil- und Hilfsmitteln schwer.

Insgesamt gab rund die Hälfte der befragten gesetzlich Versicherten (50,6 %, n = 506) an, im Jahr 2016 mindestens einen Leistungsantrag bei der Krankenkasse gestellt zu haben.

Abbildung 33: Häufigkeit der Leistungsanträge der befragten gesetzlich Versicherten nach Leistungsbereich, 2017



Quelle: IGES auf Basis einer Befragung von gesetzlich Versicherten

Anmerkung: n = 1.000; Mehrfachantworten waren möglich; den Versicherten gelang es teilweise nicht, die beantragten Leistungen den einzelnen Leistungsbereichen zuzuordnen – dies betraf insbesondere die Unterscheidung zwischen Heil- und Hilfsmittel sowie die Abgrenzungen zum SGB XI im Bereich Behandlungspflege und häusliche Krankenpflege; die Beantragung von Kinderkrankengeld wurde bei der Befragung nicht berücksichtigt.

Um die Dauer der Befragung für den einzelnen Versicherten zu begrenzen, wurden weitergehende Fragen nur den Versicherten gestellt, die mit der Beantragung von Leistungen bereits Erfahrungen gemacht haben. Dabei wurden die Fragen auf maximal drei Leistungsbereiche bzw. zwei Leistungsbereiche ohne Krankengeld beschränkt. Falls ein Befragter den Leistungsbereich Krankengeld ankreuzte, wurde die Fragen zum Krankengeld in allen Fällen gestellt. Die Auswahl der weiteren zwei Leistungsbereiche, wenn der Versicherte Erfahrungen in mehr als zwei Leistungsbereichen aufwies, erfolgte nach dem Zufallsprinzip.

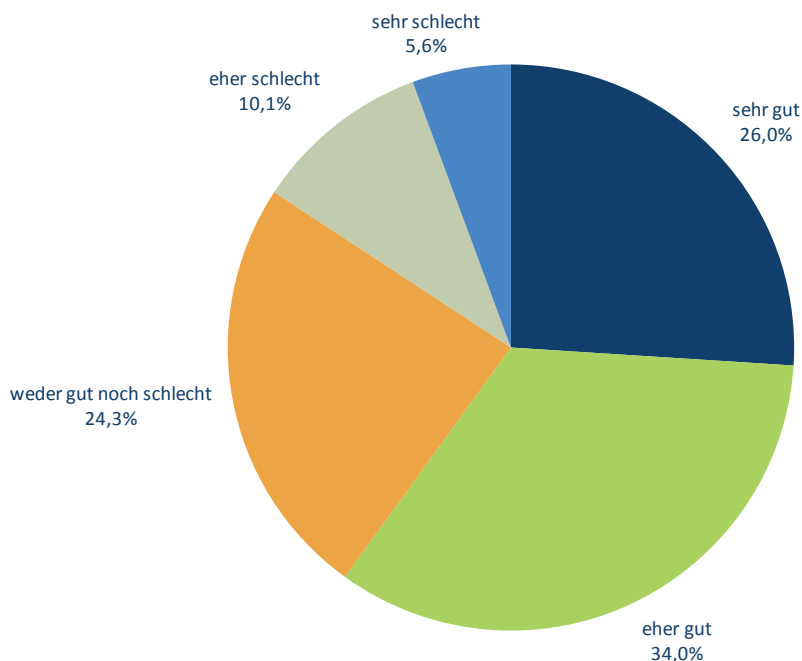
Diese Begrenzung der Befragung auf maximal drei Leistungsbereiche reduziert die Zahl der Beobachtungen in den einzelnen Leistungsbereichen. Die Anzahl der Personen, die Angaben zu den folgenden Fragen machten, reicht von minimal 20 (im Bereich Haushaltshilfe) bis zu maximal 185 (im Bereich Zahnersatz). Die Häufigkeiten, mit denen die Antwortalternativen von den Befragten angegeben wurden, werden im Folgenden daher jeweils für die Gesamtheit der Leistungsbereiche zusammengefasst dargestellt. Ergänzend wird im Text auf einzelne Leistungsbereiche verwiesen, für die sich stark abweichende Antragshäufigkeiten ergaben.

8.2.1 Subjektive Beurteilung der Informiertheit und Informationsverhalten

In rund 60 % (n = 415) der Fälle fühlten sich die Versicherten vor ihrer ersten Antragsstellung in dem entsprechenden Leistungsbereich sehr bzw. eher gut über das Verfahren zur Beantragung von Leistungen informiert (Abbildung 34).

Vergleichsweise weniger gut informiert fühlten sich die Versicherten, die im Bereich Haushaltshilfe einen Leistungsantrag gestellt haben: Nur rd. 42 % (n = 8) fühlten sich bezüglich der Antragstellung in diesem Bereich sehr gut bzw. eher gut informiert. Bei der Interpretation dieses Ergebnisses ist allerdings die geringe Fallzahl in diesem Leistungsbereich zu berücksichtigen.

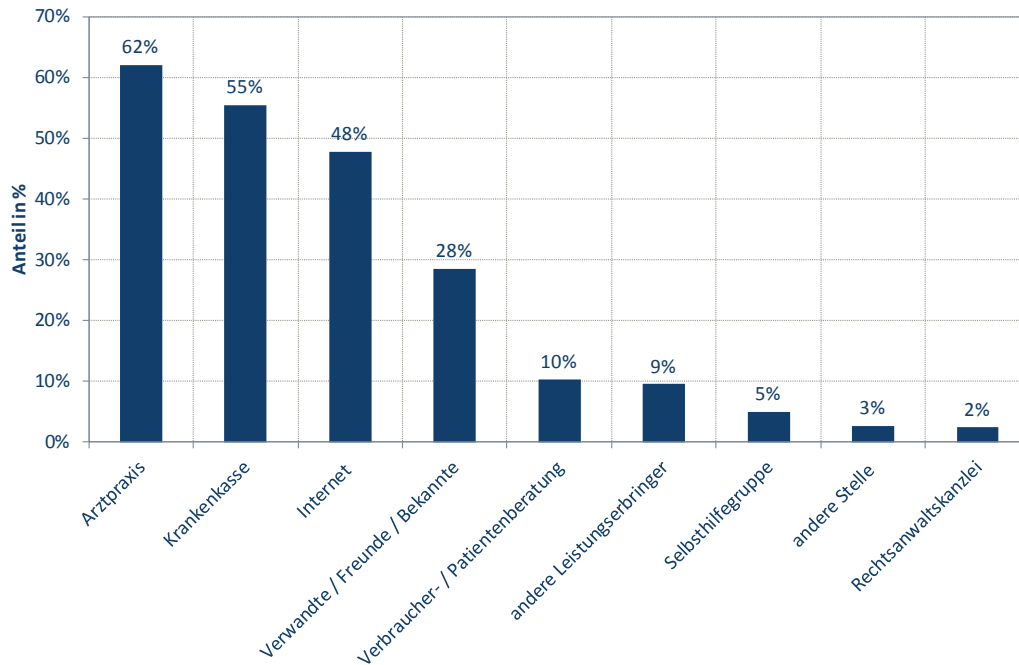
Abbildung 34: Verteilung der Fälle nach der subjektiven Beurteilung der Informiertheit, 2017



Quelle: IGES auf Basis einer Befragung von gesetzlich Versicherten
Anmerkung: n = 692 Fälle, alle Leistungsbereiche ohne Krankengeld

Die Versicherten gaben in rd. 55,5 % (n = 379) der Fälle an, sich vor der Beantragung der Leistung aktiv über Leistungsanträge informiert zu haben. In den meisten Fällen wurden Informationen zu Leistungsanträgen in der Arztpraxis (63 %, n = 237) und / oder direkt bei der Krankenkasse (55 %, n = 210) eingeholt (Abbildung 35).

Abbildung 35: Häufigkeiten der Beschaffung von Informationen über Leistungsanträge nach Informationsquellen, 2017

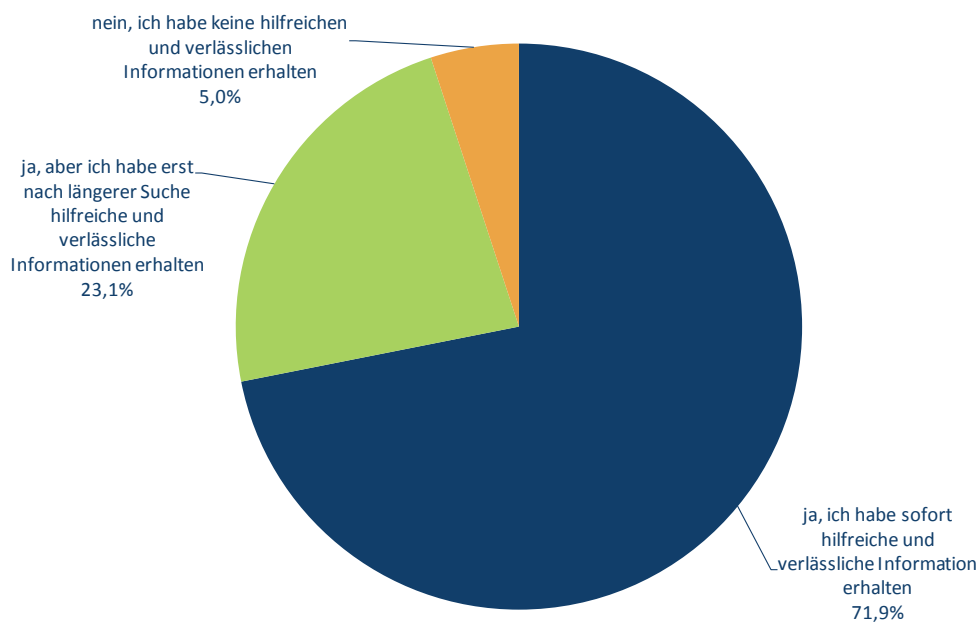


Quelle: IGES auf Basis einer Befragung von gesetzlich Versicherten

Anmerkung: n = 379 Fälle, alle Leistungsbereiche ohne Krankengeld; Mehrfachnennungen waren möglich

In der Mehrheit der Fälle (71,9 %, n = 271) gaben die Versicherten an, sofort hilfreiche und verlässliche Informationen gefunden zu haben (Abbildung 36). Lediglich in 5 % (n = 19) der Fälle konnten die Befragten keine hilfreichen und verlässlichen Informationen finden.

Abbildung 36: Verteilung der Fälle mit Beschaffung von Informationen über Leistungsanträge nach Einschätzung der Qualität der Informationsbeschaffung, 2017

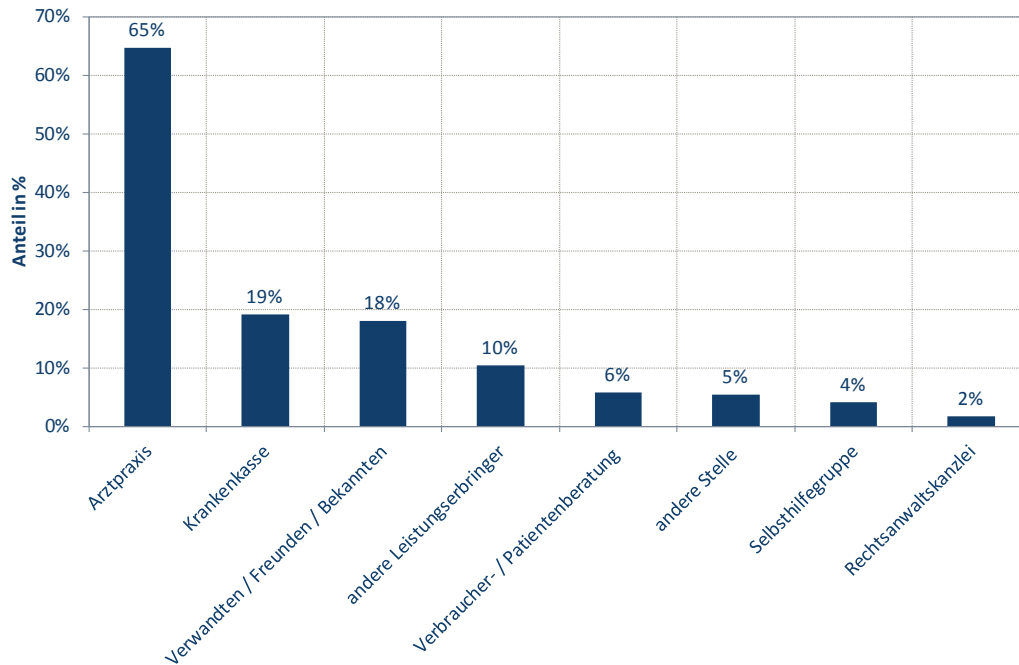


Quelle: IGES auf Basis einer Befragung von gesetzlich Versicherten
Anmerkung: n = 377 Fälle, alle Leistungsbereiche ohne Krankengeld

8.2.2 Hilfe und Unterstützung bei der Antragstellung

In rd. 44 % (n = 302) der Fälle wurde den befragten gesetzlich Versicherten bei der Antragstellung geholfen. In knapp zwei Dritteln der Fälle (65 %, n = 194), in denen den Befragten bei der Antragstellung geholfen wurde, geschah dies durch die Arztpraxis, in knapp jedem fünften Fall durch die Krankenkassen (19 %, n = 57) sowie durch Verwandte, Freunde oder Bekannte (18 %, n = 54) (Abbildung 37). Bei der Antragstellung half nur in rd. 6 % (n = 17) der Fälle eine Patienten- bzw. Verbraucherberatung.

Abbildung 37: Häufigkeiten der Unterstützung bei einem Leistungsantrag nach Quellen der Unterstützung, 2017



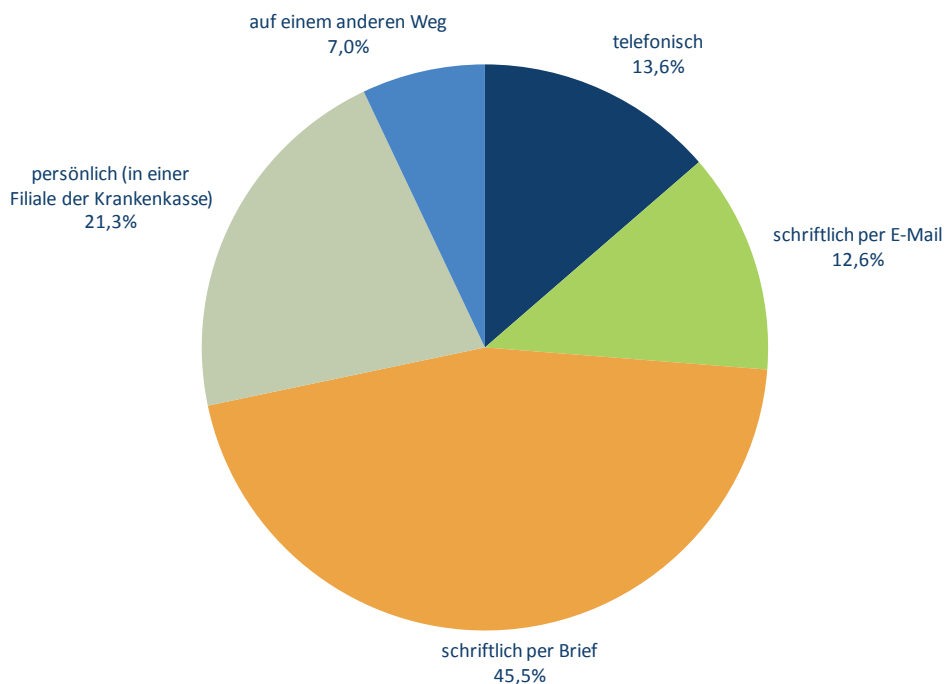
Quelle: IGES auf Basis einer Befragung von gesetzlich Versicherten

Anmerkung: n = 300 Fälle, alle Leistungsbereiche ohne Krankengeld; Mehrfachnennungen waren möglich

8.2.3 Prozess der Antragstellung und Bearbeitung durch die Krankenkasse

In der Mehrheit der Fälle (58,1 %, n = 396) wurde der Leistungsantrag von den gesetzlich Versicherten schriftlich gestellt, davon in 45,5 % der Fälle per Brief (Abbildung 38). In rd. 13,6 % der Fälle (n = 93) wurde der Leistungsantrag telefonisch gestellt.

Abbildung 38: Verteilung der Antragsstellungen nach Art der Beantragung, 2017



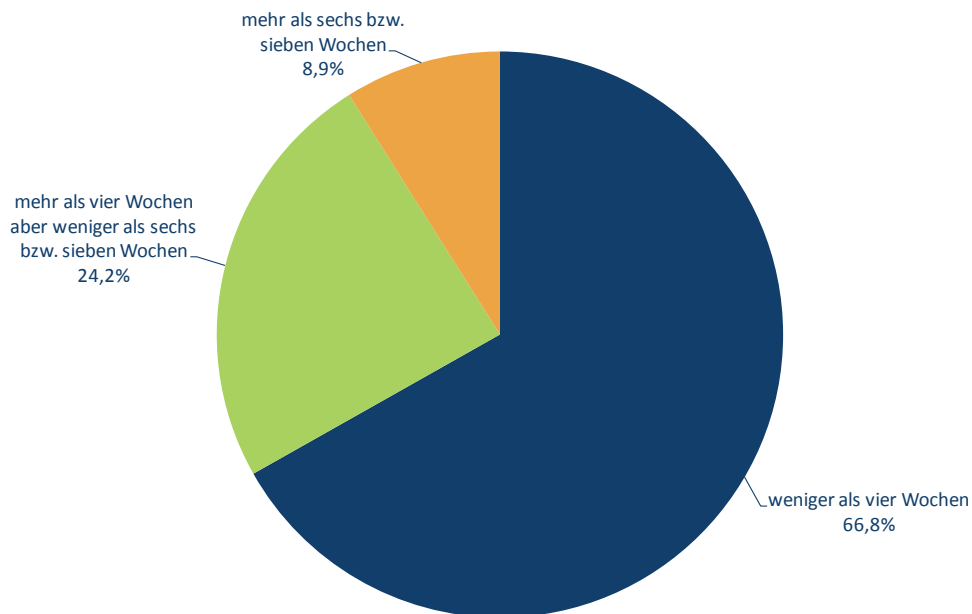
Quelle: IGES auf Basis einer Befragung von gesetzlich Versicherten
Anmerkung: n = 682 Fälle, alle Leistungsbereiche ohne Krankengeld

In zwei Drittel der Fälle (66 %, n = 239) wurden die befragten gesetzlich Versicherten von ihrer Krankenkasse über den Eingang des Antrags informiert.

In knapp 30 % der Fälle (n = 194) wurde nach Angaben der gesetzlich Versicherten eine gutachterliche Stellungnahme (z. B. des MDK) eingeholt. Der Anteil war in den Leistungsbereichen Behandlungspflege und häusliche Krankenpflege mit rd. 64,9 % (n = 24), Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahme mit rd. 50 % sowie Haushaltshilfen mit rd. 44,4 % (n = 8) etwas höher.

In rd. zwei Drittel der Fälle (66,8 %, n = 441) gaben die Befragten an, dass die Krankenkasse in weniger als vier Wochen über den Leistungsantrag entschied (Abbildung 39). In 8,9 % (n = 59) der Fälle dauerte die Entscheidung länger als sechs (bzw. im Bereich Zahnersatz mehr als sieben) Wochen.

Abbildung 39: Verteilung der Antragstellung nach Dauer der Bearbeitung des Leistungsantrags durch die Krankenkasse, 2017

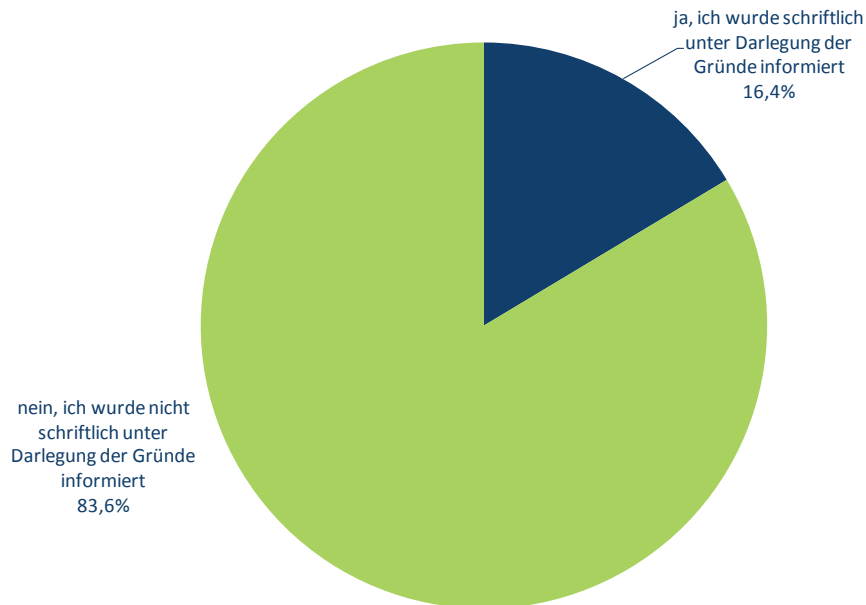


Quelle: IGES auf Basis einer Befragung von gesetzlich Versicherten

Anmerkung: n = 660 Fälle, alle Leistungsbereiche ohne Krankengeld

Die Befragten gaben in rd. 83,6 % (n = 102) der Fälle an, nicht schriftlich unter Darlegung der Gründe darüber informiert worden zu sein, dass die Frist für die Bearbeitung des Antrags nicht eingehalten werden kann (Abbildung 40).

Abbildung 40: Verteilung der Antragstellung nach Information durch die Krankenkasse über Fristüberschreitungen, 2017



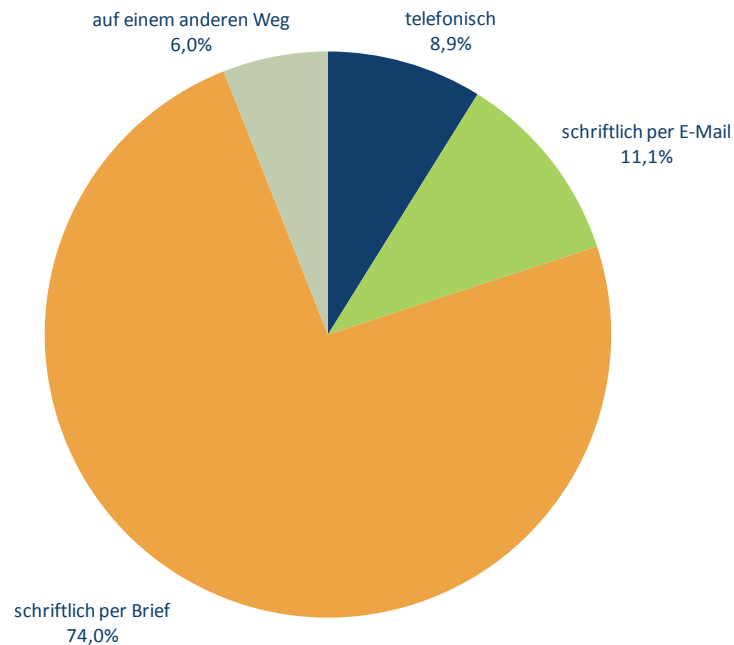
Quelle: IGES auf Basis einer Befragung von gesetzlich Versicherten
Anmerkung: n = 122 Fälle, alle Leistungsbereiche ohne Krankengeld

8.2.4 Informationen über die Entscheidung des Leistungsantrags

In rd. 82,7 % der Fälle (n = 566) gaben die Befragten an, dass die beantragte Leistung genehmigt wurde. Jeder zehnte Leistungsantrag (n = 71) wurde (zunächst) abgelehnt und in rd. 6,9 % der Fälle (n = 47) wurde eine andere Leistung als die beantragte genehmigt.

In rd. 85,1 % der Fälle (n = 567) wurden die gesetzlich Versicherten von den Krankenkassen schriftlich – per Brief (74 %, n = 493) oder per E-Mail (11,1 %, n = 74) – über die Entscheidung der Krankenkasse informiert (Abbildung 41). In rund 8,9 % (n = 59) der Fälle gaben die Befragten an, telefonisch informiert worden zu sein.

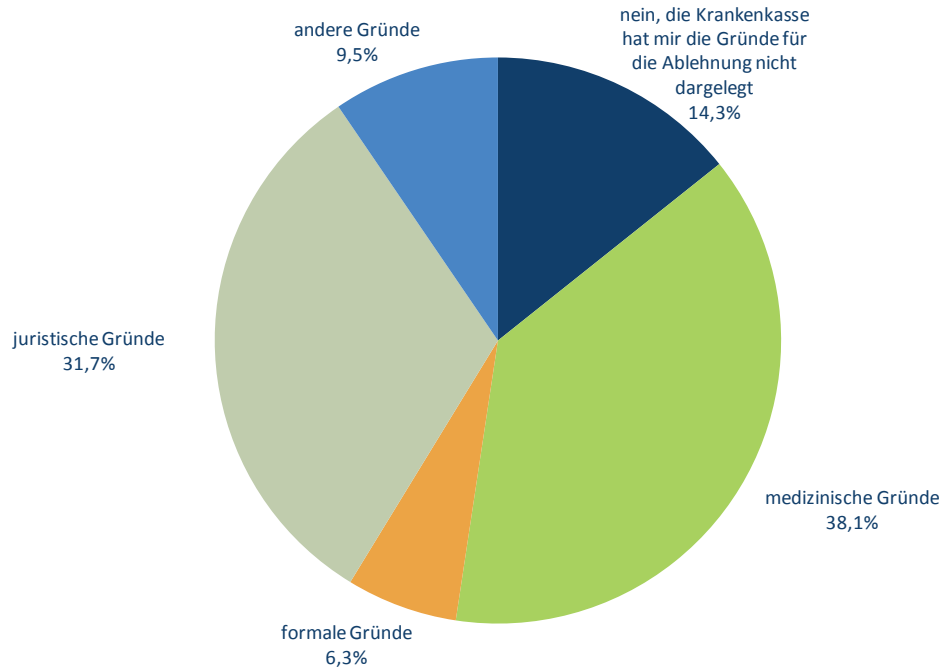
Abbildung 41: Verteilung der Antragstellungen nach Art der Information über die Leistungsentscheidung der Krankenkasse, 2017



Quelle: IGES auf Basis einer Befragung von gesetzlich Versicherten
Anmerkung: n = 666 Fälle, alle Leistungsbereiche ohne Krankengeld

Bei einer Ablehnung der beantragten Leistung durch die Krankenkasse, wurde den Befragten in rd. 85,7 % der Fälle (n = 54) die Gründe für die Ablehnung der Leistung mitgeteilt (Abbildung 42). Als Ablehnungsgrund wurden insbesondere medizinische sowie juristische Gründe angegeben. Da diese Ergebnisse allerdings auf einer Fallzahl von lediglich 63 Leistungsablehnungen beruhen, ist die Repräsentativität der Ergebnisse eingeschränkt.

Abbildung 42: Verteilung der Ablehnungsfälle nach Angaben der Krankenkassen über Gründe der Ablehnung, 2017

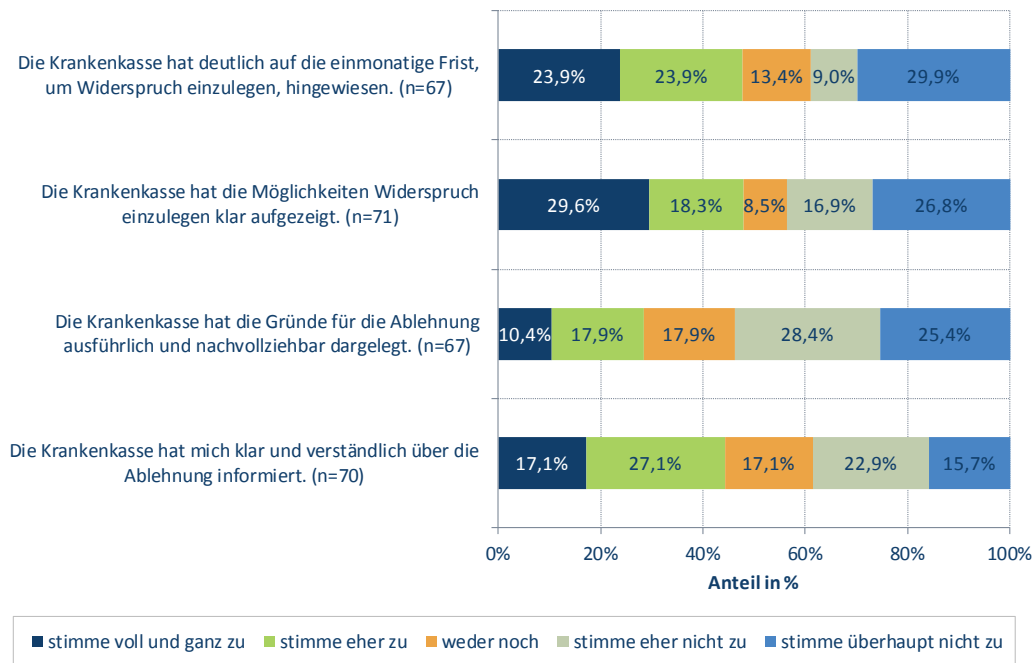


Quelle: IGES auf Basis einer Befragung von gesetzlich Versicherten

Anmerkung: n = 63 Fälle, in denen die beantragte Leistung abgelehnt wurde; alle Leistungsbereiche ohne Krankengeld

In mehr als der Hälfte der Fälle, in denen ein Leistungsantrag durch die Krankenkasse abgelehnt wurde (53,7 %, n = 36), stimmten die befragten Versicherten der Aussage „überhaupt nicht“ oder „eher nicht“ zu, dass die Krankenkasse die Gründe für die Ablehnung ausführlich und nachvollziehbar dargelegt hat (Abbildung 43). In knapp der Hälfte der Fälle stimmten die Versicherten „voll und ganz“ oder eher der Aussage zu, dass die Krankenkasse die Möglichkeit eines Widerspruches klar aufgezeigt sowie deutlich auf die einmonatige Widerspruchsfrist hingewiesen habe.

Abbildung 43: Verteilung der Ablehnungsfälle nach Beurteilung der begleitenden Kommunikation der Krankenkasse (in %), 2017

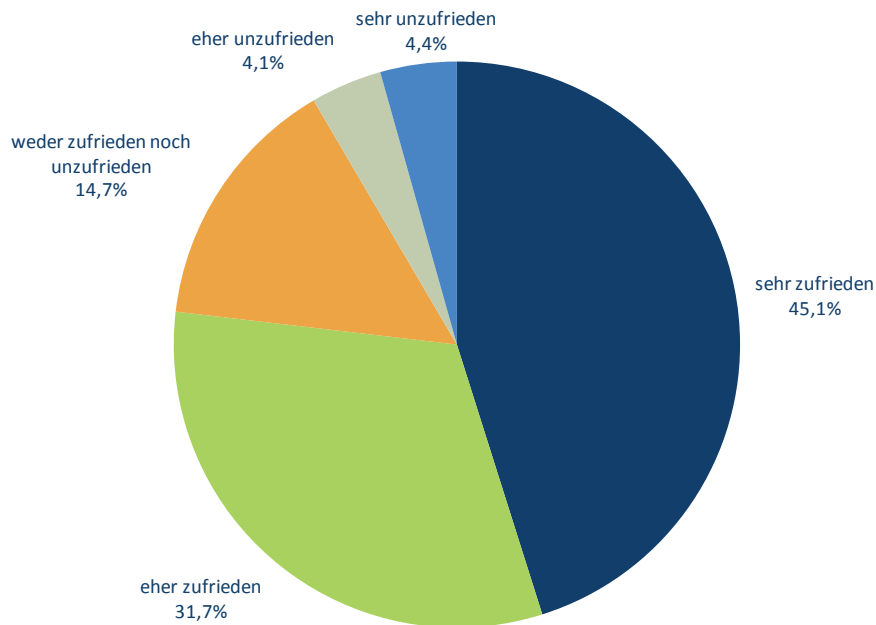


Quelle: IGES auf Basis einer Befragung von gesetzlich Versicherten
 Anmerkung: n = 63 Fälle, in denen die beantragte Leistung abgelehnt wurde; alle Leistungsbereiche ohne Krankengeld

8.2.5 Zufriedenheit mit der Kommunikation mit der Krankenkasse

In mehr als dreiviertel der Antragstellungen (76,9 %, n = 528) waren die befragten gesetzlich Versicherten sehr oder eher zufrieden mit der Kommunikation mit ihrer Krankenkasse (Abbildung 44). Eher oder sehr unzufrieden waren die Befragten in rd. 8,4 % (n = 58) der Fälle. Als Gründe für Unzufriedenheit wurde u. a. eine mangelnde bzw. unvollständige Kommunikation seitens der Krankenkasse angegeben, der Erhalt widersprüchlicher Aussagen der Krankenkasse, der Verlust von Unterlagen seitens der Krankenkasse, die Ablehnung ohne Einholung eines medizinischen Gutachtens sowie eine lange Bearbeitungsdauer.

Abbildung 44: Verteilung der Antragsstellungen nach der Zufriedenheit der befragten Versicherten mit der Kommunikation mit der Krankenkasse (in %), 2017



Quelle: IGES auf Basis einer Befragung von gesetzlich Versicherten
Anmerkung: n = 687 Fälle; alle Leistungsbereiche ohne Krankengeld

8.2.6 Vorgehen nach Erhalt eines Ablehnungsbescheids

In rd. 38,2 % der Fälle (n = 26), in denen der Leistungsantrag abgelehnt wurde, haben sich die befragten gesetzlich Versicherten nach Erhalt des Ablehnungsschreibens von ihrer Krankenkasse zum weiteren Vorgehen informiert bzw. beraten lassen. Die Befragten informierten sich hauptsächlich in der Arztpraxis (34,6 %, n = 9) sowie bei der Krankenkasse (30,8 %, n = 8). Bei einer Verbraucher- bzw. Patientenberatung informierten sich die Befragten in rd. 15,6 % (n = 4) der Fälle.

In rund 45,6 % der Fälle (n = 31) haben die befragten gesetzlich Versicherten Widerspruch gegen die Entscheidung der Krankenkasse eingelegt. In fünf Fällen (17,2 %) wurde die beantragte Leistung daraufhin genehmigt, in weiteren vier Fällen (13,8 %) wurde eine andere Leistung als die beantragte genehmigt.

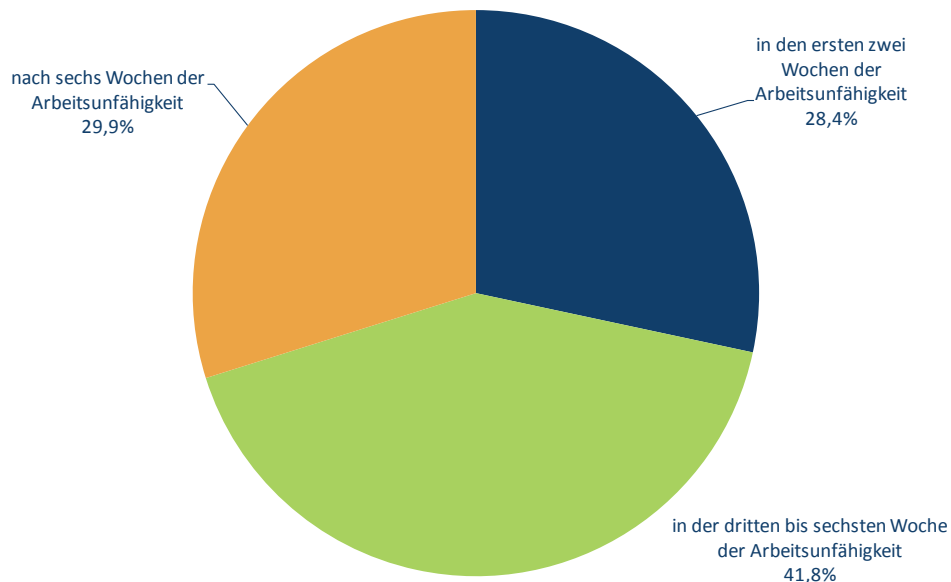
Aufgrund der geringen Fallzahlen ist die Repräsentativität dieser Ergebnisse jedoch eingeschränkt.

8.2.7 Erfahrungen im Bereich Krankengeld bzw. mit dem Krankengeldfallmanagement

Rund 59 % (n = 69) der Befragten wurde in der Zeit, in der sie arbeitsunfähig bzw. krankgemeldet waren, von ihrer Krankenkasse kontaktiert.

Von diesen Versicherten wurden 28,4 % (n = 19) bereits in den ersten zwei Wochen der Arbeitsunfähigkeit von ihrer Krankenkasse kontaktiert (Abbildung 45). Ein nahezu gleicher Anteil (29,9 %, n = 20) wurde erst nach sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit kontaktiert.

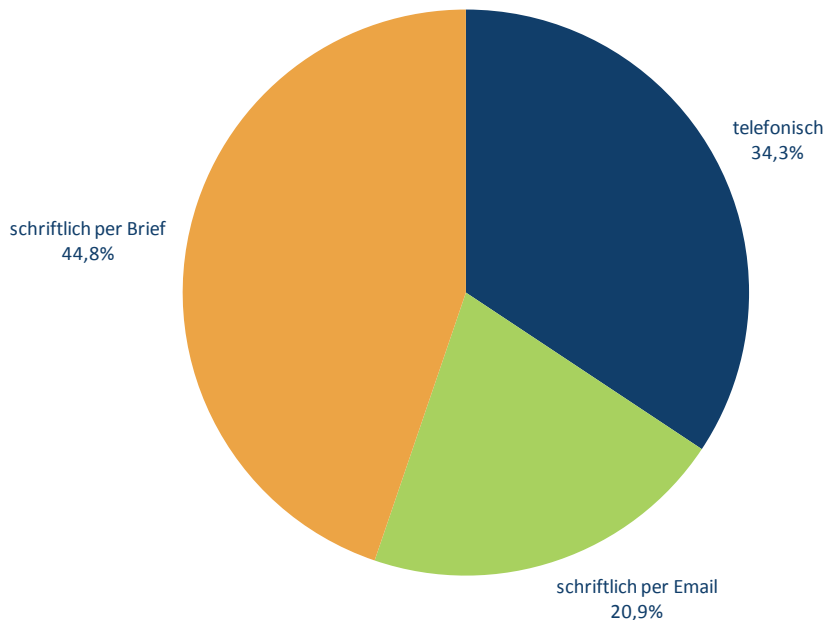
Abbildung 45: Verteilung der befragten Versicherten nach dem Zeitpunkt einer Kontaktaufnahme durch die Krankenkasse während der Zeit der Arbeitsunfähigkeit (in %), 2017



Quelle: IGES auf Basis einer Befragung von gesetzlich Versicherten
Anmerkung: n = 67; Befragte, die in der Zeit der Arbeitsunfähigkeit von ihrer Krankenkasse kontaktiert wurden.

Knapp zwei Drittel (65,7 %, n = 44) der Befragten wurden von der Krankenkasse bei der ersten Kontaktaufnahme in der Zeit der Arbeitsunfähigkeit schriftlich kontaktiert (Abbildung 46).

Abbildung 46: Verteilung der befragten Versicherten nach Art der ersten Kontaktaufnahme durch die Krankenkasse während der Zeit einer Arbeitsunfähigkeit (in %), 2017



Quelle: IGES auf Basis einer Befragung von gesetzlich Versicherten
Anmerkung: n = 67; Befragte, die in der Zeit der Arbeitsunfähigkeit von ihrer Krankenkasse kontaktiert wurden.

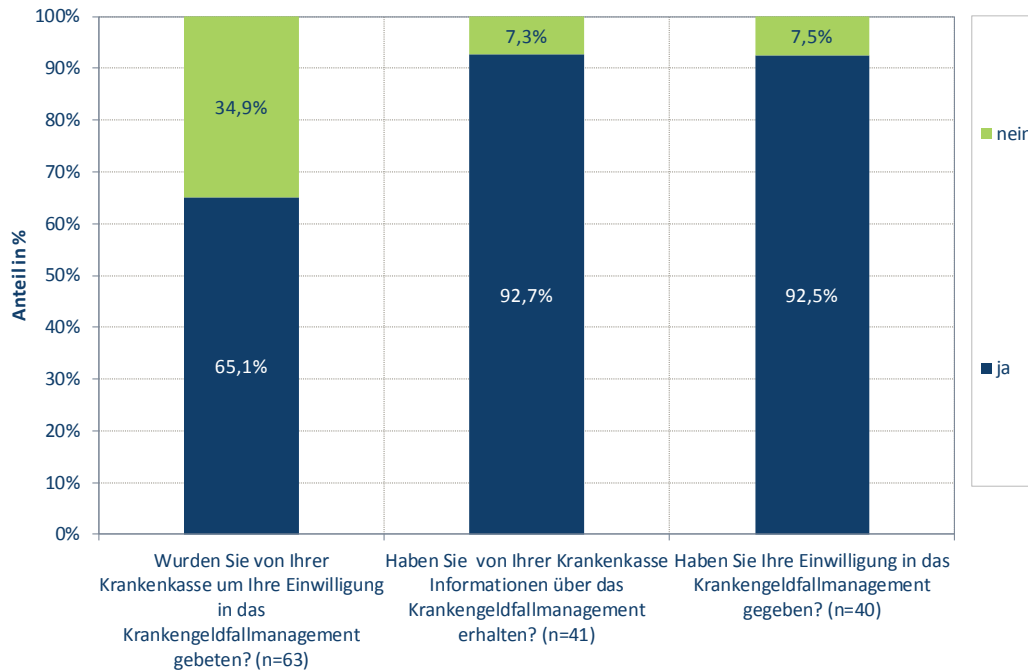
Knapp zwei Drittel der Befragten (65 %, n = 41) wurde von der Krankenkasse um Einwilligung in das Krankengeldfallmanagement gebeten (Abbildung 47). In mehr als der Hälfte der Fälle (56 %, n = 23) wurden die Befragten schriftlich um ihre Einwilligung gebeten, in rd. 29 % (n = 12) der Fälle telefonisch und in rd. 15 % (n = 6) der Fälle persönlich.

Die große Mehrheit der Befragten, die von ihrer Krankenkasse um die Einwilligung zum Krankengeldfallmanagement gebeten wurden, hat vor der Einwilligung Informationen zum Krankengeldfallmanagement erhalten (93 %, n = 38); in mehr als der Hälfte der Fälle schriftlich (53 %, n = 20), in rd. 39 % (n = 15) telefonisch und in rd. 8 % (n = 3) der Fälle persönlich.

Die große Mehrheit der Befragten, die von ihrer Krankenkasse um die Einwilligung zum Krankengeldfallmanagement gebeten wurden, hat dem Krankengeldfallmanagement zugestimmt (93 %, n = 37); in mehr als der Hälfte der Fälle schriftlich (54 %, n = 20), in rd. 38 % (n = 14) telefonisch und in rd. 8 % (n = 3) persönlich.

Aufgrund der geringen Fallzahlen ist die Repräsentativität der Ergebnisse allerdings eingeschränkt.

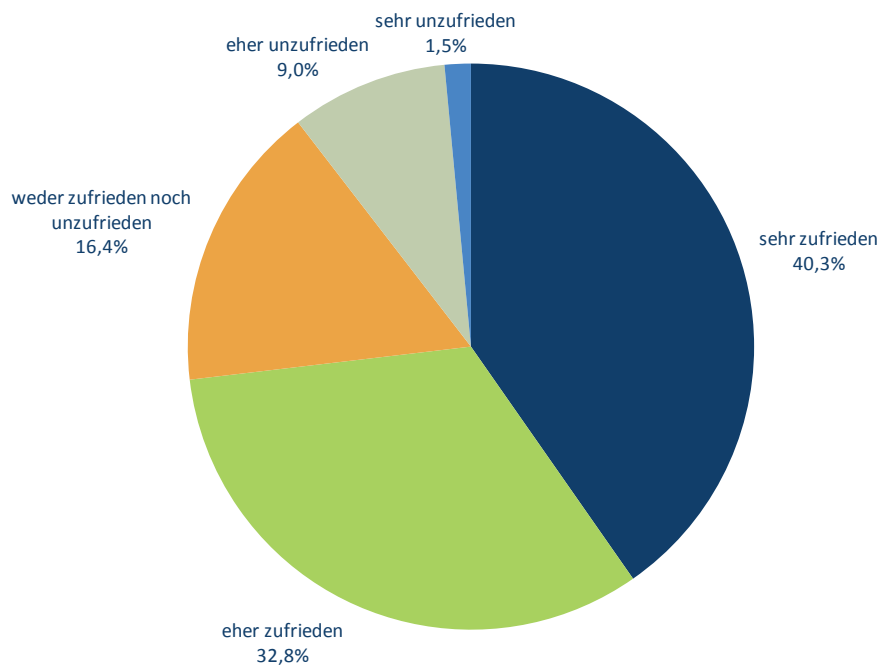
Abbildung 47: Verteilung der befragten Versicherten organisatorischen Aspekten des Krankengeldfallmanagements (in %), 2017



Quelle: IGES auf Basis einer Befragung von gesetzlich Versicherten

Die Befragten, die im Rahmen des Krankengeldfallmanagements von ihrer Krankenkasse kontaktiert wurden, waren mehrheitlich sehr bzw. eher zufrieden mit der Kommunikation (73,1 %, n = 49) (Abbildung 48). Rund jeder Zehnte war dagegen eher oder sehr unzufrieden (10,4 %, n = 7).

Abbildung 48: Verteilung der befragten Versicherten, die im Rahmen des Krankengeldfallmanagements von ihrer Krankenkasse kontaktiert wurden, nach Zufriedenheit mit der Kommunikation (in %), 2017



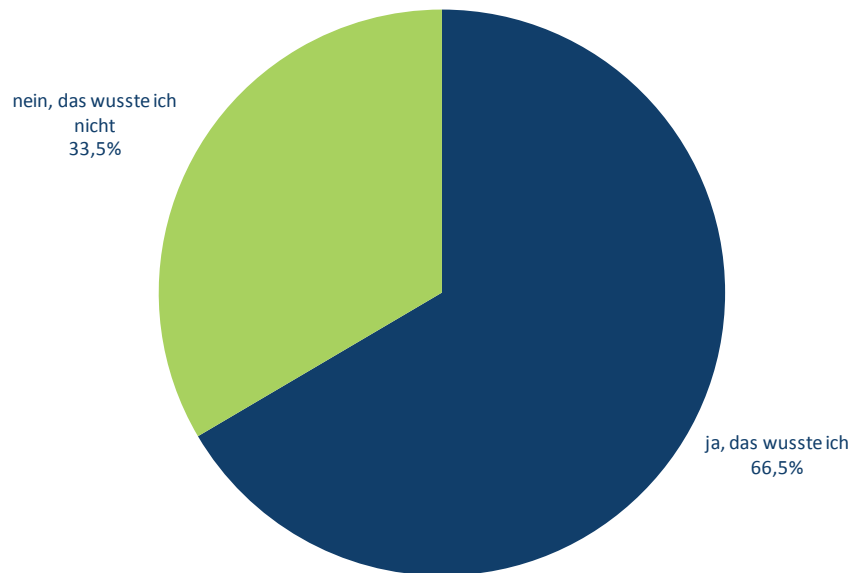
Quelle: IGES auf Basis einer Befragung von gesetzlich Versicherten

8.3 Kenntnisse über die Beantragung von Leistungen und das Widerspruchsverfahren

Von den befragten gesetzlich Versicherten, die im Jahr 2016 keinen Leistungsantrag bei ihrer Krankenkasse gestellt haben ($n = 494$), haben sich rd. 40,8 % ($n = 194$) schon einmal aktiv zu Leistungsanträgen informiert. Die meisten davon informierten sich bei der Krankenkasse (68,0 %, $n = 132$) und / oder im Internet (52,6 %, $n = 102$).

Rund zwei Drittel der Befragten (66,5 %, $n = 644$) wussten bereits vor der Teilnahme an der Befragung, dass bei Ablehnung eines Leistungsantrags die Möglichkeit besteht, gegen diese Entscheidung Widerspruch einzulegen (Abbildung 49). Rund einem Drittel (33,5 %, $n = 324$) war diese Möglichkeit nicht bekannt.

Abbildung 49: Verteilung der befragten Versicherten nach Kenntnissen über die Möglichkeit, Widerspruch gegen einen Ablehnungsbescheid der Krankenkasse einzulegen (in %), 2017



Quelle: IGES auf Basis einer Befragung von gesetzlich Versicherten
Anmerkung: n = 968, 32 befragte Versicherte antworteten mit „weiß ich nicht“

9. Fristüberschreitungen und Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 3a SGB V – Datenauswertungen und Befragungsergebnisse

9.1 Auswertungen der KG 2-Statistik

Gemäß § 13 Abs. 3a S. 8 SGB V berichten die Krankenkasse dem GKV-Spitzenverband jährlich über die Anzahl der Fälle, in denen Fristen nicht eingehalten oder Kostenerstattungen vorgenommen wurden. Durch Erlass des Bundesministeriums für Gesundheit zur Änderung der Statistik der GKV vom 02.01.2014 wurde die entsprechende Datenmeldung in die KG 2-Statistik übernommen. Bei den Fristüberschreitungen werden nur die Fälle gezählt, in denen die Krankenkasse keinen hinreichenden Grund gemäß § 13 Abs. 3a S. 5 SGB V mitgeteilt hat. Da die Gesamtzahl der gestellten Leistungsanträge in der Statistik nicht enthalten ist, fehlt eine wesentliche Bezugsgröße, um die relative Häufigkeit von Fristüberschreitungen zu beurteilen.⁹²

Die Berichtspflicht wurde erstmals für das Jahr 2014 umgesetzt. Bis dato liegen damit Daten für die Jahre 2014 und 2015 vor. Allerdings gibt der AOK-Bundesverband an, dass die Daten der AOK bisher fehlerhaft seien und daher bis auf Weiteres keine Daten im Rahmen der KG 2-Statistik geliefert werden können.⁹³ Die Aussagekraft der Statistik ist bisher folglich mit Einschränkungen verbunden und die AOK wurde bei den weiteren Berechnungen nicht berücksichtigt.

Für das Jahr 2015 weist die KG 2-Statistik insgesamt (ohne AOK) 12.977 Fälle mit Fristüberschreitung und 86 Kostenerstattungen aus (Tabelle 15). Damit wurden bei 0,7 % der Fristüberschreitungen die Kosten erstattet. Im Jahr 2014 lag der entsprechende Anteil bei lediglich 0,4 % (58 Kostenerstattungen bei 14.315 Fristüberschreitungen).

Insgesamt (ohne AOK) haben die Fristüberschreitungen im zweijährigen Beobachtungszeitraum um 9,3 % abgenommen. Die Entwicklung unterscheidet sich zwischen den Kassenarten. Während bei IKK (-59,6 %) und BKK (-18,0 %) die Zahl der Fristüberschreitungen zurückging, nahm sie bei den Ersatzkassen (+188,6 %) und LKK (+122,7 %) deutlich zu. Bei der KBS blieb die Anzahl auf sehr niedrigem Niveau annähernd gleich. Auch in Bezug auf die Kostenerstattungsquoten unterscheiden

⁹² Laut GKV-Spitzenverband ist von einer Gesamtzahl bei mehreren Millionen gestellten Leistungsanträgen im Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V im Jahr 2014 auszugehen (Loos et al. 2016:72).

⁹³ Da in der KG 2-Statistik für die AOK im Jahr 2015 keine Fälle mit Fristüberschreitungen gemeldet sind, allerdings 22 Kostenerstattungen, wurde zunächst das BMG und der GKV-Spitzenverband und dann der AOK-Bundesverband vom IGES Institut um eine Erläuterung gebeten. Gemäß den Ausführungen des AOK-Bundesverbandes geben die gemeldeten Zahlen für die Jahre 2014 und 2015 nicht die korrekte Anzahl der Fristüberschreitungen wieder. Da bislang noch an der Behebung der Fehlerquelle gearbeitet werde, wurde die Meldung der Daten im Rahmen der KG 2-Statistik für das Jahr 2015 ausgesetzt.

sich die Angaben zum Teil deutlich nach Kassenarten. Während BKK, LKK und Ersatzkassen (vdek) im Jahr 2015 in weniger als 1 % der Fälle von Fristüberschreitungen die Kosten erstattet haben, waren dies, allerdings bei geringerer Anzahl an Fristüberschreitungen, bei IKK und KBS 4,3 % bzw. 72,7 %.

Tabelle 15: Anzahl der Fristüberschreitungen und Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 3a SGB V, 2014 und 2015

	Jahr	Bund	Bund ohne AOK	AOK	BKK	IKK	LKK	KBS	vdek
Frist- über- schrei-	2015	12.977	12.977	0*	9.144	817	884	11	2.121
	2014	254.458	14.315	240.143*	11.148	2.023	397	12	735
Kosten- erstat- tungen	2015	108	86	22	20	35	3	8	20
	2014	73	58	15	26	14	4	8	6
Erstat- teter Anteil	2015	0,8%	0,7%	n.A.	0,2%	4,3%	0,3%	72,7%	0,9%
	2014	0,0%	0,4%	0,0%	0,2%	0,7%	1,0%	66,7%	0,8%

Quelle: BMG, KG 2-Statistik

Anmerkungen: Stand (2015) und Korrektur (2014) vom 26.09.2016

*Die Daten der AOK sind nach eigener Angabe bislang fehlerhaft; die Meldung im Rahmen der KG 2-Statistik wurde daher seitens der AOK ausgesetzt.

9.2 Gründe für Fristüberschreitungen und geringe Anzahl an Kostenerstattungen aus Sicht der Krankenkassen

9.2.1 Gründe für Fristüberschreitungen aus Sicht der Krankenkassen

Im Rahmen der Befragung der Krankenkassen wurden die Krankenkassen gebeten, aus ihrer Sicht die häufigsten Gründe zu benennen, weshalb die Frist zur Entscheidung über einen Leistungsantrag gemäß § 13 Abs. 3a SGB V nicht eingehalten werden kann. Von den 26 an der Befragung teilnehmenden Krankenkassen haben sich 18 Krankenkassen zu den Gründen für eine Fristüberschreitung geäußert.

Als häufigster Grund wurde von etwa der Hälfte der Krankenkassen Verzögerungen im Gutachterverfahren (MDK / Hilfsmittelberatungsdienst) genannt. Die Fristsetzung nach § 13 Abs. 3a SGB V berücksichtige dabei beispielsweise nicht alle Besonderheiten, wie Gutachterverfahren im Bereich kieferorthopädischer und zahnprothetischer Versorgung. Des Weiteren komme es vor, dass Begutachtungstermine kurzfristig abgesagt werden oder erst außerhalb der vorgegebenen Bearbeitungsfrist vereinbart werden können (z. B. mangels einer Verfügbarkeit von Gutachterinnen und Gutachern durch urlaubs- oder krankheitsbedingte Ausfälle).

Des Weiteren wurde von der Hälfte der Krankenkassen eine unzureichende Informationsbasis zur Entscheidungsfindung innerhalb der Fristen (u. a. fehlende Unterlagen, unzureichende Begründung durch den behandelnden Arzt, Klärung der Mitgliedschaft) als Grund für eine Fristüberschreitung genannt.

Zusätzlich nannten sieben Krankenkassen Verzögerungen in der operativen Bearbeitung der Leistungsanträge als häufigen Grund für eine Fristüberschreitung. Als Gründe hierfür wurden beispielsweise ein zeitweises hohes Antragsaufkommen sowie urlaubs- oder krankheitsbedingter Personalmangel aufgeführt.

Fünf Krankenkassen nannten als Grund das Versäumnis, den Versicherten einen hinreichenden Grund mitzuteilen. Vereinzelt wurden auch Fehler bei der Datenerfassung sowie eine Überschneidung / Kollision mit anderen Fristen (z. B. bei Heilmitteln nach § 32 Abs. 1a SGB V) als Begründung angegeben.

Der schriftlichen Mitteilung eines "hinreichenden Grundes" für Fristverzögerungen (§ 13 Abs. 3a S. 5 SGB V) kommt zentrale Bedeutung zu, da dies bei einer Fristüberschreitung die einzige Möglichkeit der Krankenkassen zur Verhinderung des Eintritts der Genehmigungsfiktion ist. Krankenkassen haben es diesbezüglich in einzelnen Fällen versäumt, die Versicherten pflichtgemäß über Gründe einer Fristüberschreitung rechtzeitig zu informieren und dabei den Anforderungen des BSG in seinem Urteil vom 08.03.2016⁹⁴ ("Nennung einer taggenauen Prognose der Frist") gerecht zu werden.

Darüber hinaus ist die Rechtsprechung zur Genehmigungsfiktion und zur Rechtsfolge des sogenannten "hinreichenden Grundes" nach wie vor nicht einheitlich (vgl. dazu auch Kapitel 4.3). Damit einher geht aus der Sicht der Krankenkassen eine entsprechende Rechtsunsicherheit, so dass einige der Krankenkassen sich gemäß eigenen Angaben immer häufiger dafür entscheiden, im Zweifel eher einen Leistungsantrag abzulehnen und den Versicherten gleichzeitig zu empfehlen, Widerspruch einzulegen.

9.2.2 Erklärungsansätze für eine geringe Anzahl an Kostenerstattungen aus Sicht der Krankenkassen

Da gemäß der amtlichen KG 2-Statistik der Anteil der Kostenerstattungen im Vergleich zu den gemeldeten Fristüberschreitungen sehr gering ist (vgl. dazu Tabelle 15), wurden die Krankenkassen nach ihren Einschätzungen der möglichen Gründe hierfür gefragt. Von den 26 an der Befragung teilnehmenden Krankenkassen haben sich 18 Krankenkassen zu den möglichen Erklärungsansätzen für die geringe Anzahl an Kostenerstattungen befragt.

⁹⁴ BSG, Urteil vom 08.03.2016 - B 1KR 25/15.

Elf der 18 Krankenkassen nannten als Erklärungsansatz die Präferenz der Versicherten, eine Sachleistung zu erhalten.⁹⁵ Die Versicherten würden ein im Rahmen der Kostenerstattung notwendiges „In-Vorleistung-Gehen“ i. d. R. ablehnen.

Sechs Krankenkassen haben als Erklärungsansatz angeführt, dass der Leistungsantrag nach Ablauf der Frist noch bewilligt wurde und daher keine Notwendigkeit für eine Selbstbeschaffung der Leistung im Rahmen der Kostenerstattung bestand.

Des Weiteren gaben sechs Krankenkassen eine gute Kommunikation mit den Kunden und die Transparenz von Bearbeitungsverlauf und -dauer als möglichen Erklärungsansatz an.

Vereinzelt wurde von den Krankenkassen als mögliche Erklärungsansätze auch ein Nichteintritt der Genehmigungsfiktion trotz Fristüberschreitung angegeben aufgrund eines fehlenden Anspruchs der Versicherten (z. B. Leistung außerhalb SGB V), Unwissenheit bzw. Unsicherheit der Versicherten bezüglich der Regelungen des § 13 Abs. 3a SGB V sowie eine fehlende Dringlichkeit auf Seiten der Versicherten und ein damit verbundenes Abwarten auf den Bescheid der Krankenkasse.

Des Weiteren wurde von einer Krankenkasse erwähnt, dass unter gewissen Voraussetzungen gemäß § 44 SGB X der fiktive Bescheid im Rahmen der Genehmigungsfiktion aufgehoben werden können und ein „erneuter“ Bescheid ausgestellt werden könne.⁹⁶ Allerdings urteilte hierzu das Landessozialgericht Bayern „Im Übrigen wäre es sinnwidrig und würde den Willen des Gesetzes konterkarieren, wenn die Krankenkassen durch Rücknahmebescheide die vom Gesetzgeber beabsichtigte Fiktionswirkung aufheben könnten“ (LSG Bayern, Urteil vom 28.6.2016 - L 5 KR 323/14).

9.2.3 Information der Versicherten über § 13 Abs. 3a SGB V durch die Krankenkassen

Rund 70,8 % (n = 17) der Krankenkassen haben ihre Versicherten seit Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes über die Regelungen des § 13 Abs. 3a SGB V informiert.⁹⁷ Rund 66,7 % (n = 16) der Krankenkassen informierten ihre Versicherten auch im Jahr 2016 darüber.

Die Mehrheit der Krankenkassen informierte ihre Versicherten individuell (Abbildung 50). Informationen im Rahmen einer Mitgliedszeitschrift wurden seit Inkraft-

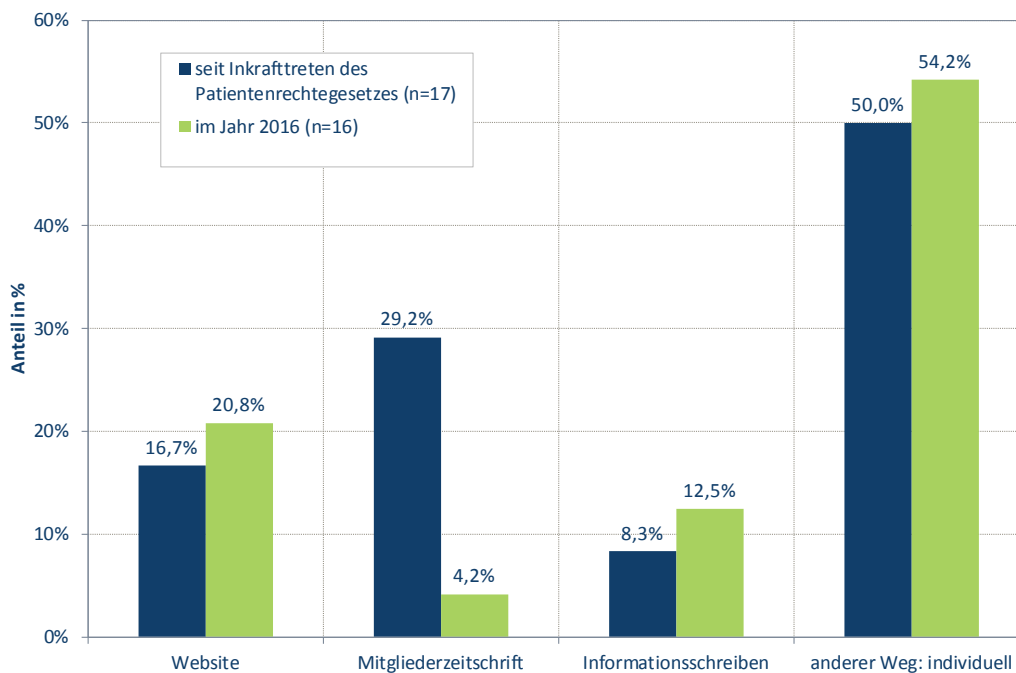
⁹⁵ Zwar machte das BSG in seinem Urteil vom 08.03.2016 auch deutlich, dass sich ein Versicherter die kraft Fiktion genehmigte Leistung von der Krankenkasse entweder als Naturalleistung oder bei Selbstbeschaffung in Form von Kostenerstattung verlangen kann (Urteil vom 08.03.2016 - B 1KR 25/1). Allerdings ist bis dato die praktische Umsetzung eines Naturalleistungsanspruchs bei Eintritt der Genehmigungsfiktion nicht geregelt.

⁹⁶ Diese Möglichkeit wurde auch von den Expertinnen bzw. Experten im Rahmen der Befragung der Patientenorganisationen erwähnt.

⁹⁷ Zwei der 26 teilnehmenden Krankenkassen machten keine Angabe bei dieser Frage.

treten des Patientenrechtegesetzes von rd. 29,2 % (n = 7) der Krankenkassen weitergegeben; im Jahr 2016 nutzte allerdings lediglich eine Krankenkasse dieses Instrument.

Abbildung 50: Häufigkeit des von den Krankenkassen verwendeten Informationsmittels seit Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes und im Jahr 2016 (in %)



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenkassen

9.3 Auswirkungen des § 13 Abs. 3a SGB V aus Sicht der Patientenorganisationen

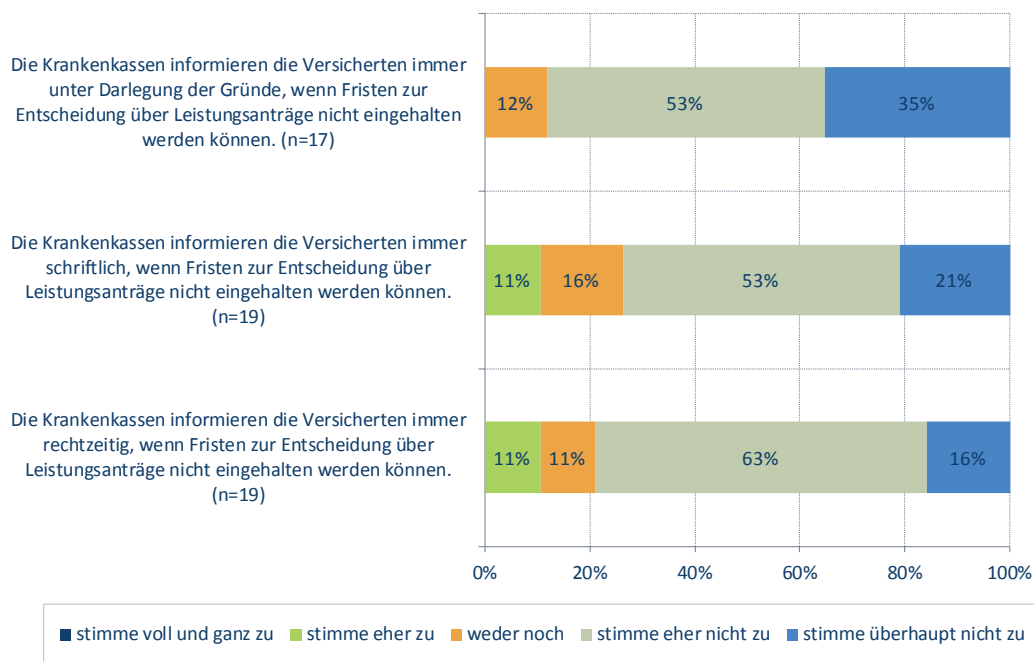
Die Einschätzung der Patientenorganisationen zu der Frage, inwiefern aus ihrer Sicht die Einführung des § 13 Abs. 3a SGB V zu Änderungen bezüglich der Bearbeitung sowie der Bewilligung bzw. Ablehnungen von Leistungsanträgen durch die Krankenkasse führte, war heterogen. Acht der 22 teilnehmenden Patientenorganisationen sahen bislang keine Veränderungen, sieben Organisationen waren der Auffassung, dass § 13 Abs. 3a SGB V zu Veränderungen führte, davon gaben vier Organisationen eine schnellere Bearbeitung von Anträgen an, drei Organisationen mehr Ablehnungen von Leistungsanträgen und zwei Organisationen nannten andere Änderungen, insbesondere eine vermehrte Entscheidung des MDK rein nach Aktenlage⁹⁸.

⁹⁸ Sieben Organisationen gaben keine (gültige) Antwort.

Die Patientenorganisationen stimmten mehrheitlich den Aussagen, dass die Krankenkassen die Versicherten immer unter Darlegung der Gründe, schriftlich und rechtzeitig informieren, wenn Fristen zur Entscheidung über Leistungsanträge nicht eingehalten werden können, überhaupt bzw. eher nicht zu (Abbildung 51).

Die an der Befragung teilnehmenden Patientenorganisationen hatten eine heterogene Auffassung im Hinblick auf bestehende Unterschiede zwischen den Krankenkassen bezüglich der Information bei Fristüberschreitungen. Lediglich eine Patientenorganisation konstatierte große Unterschiede, acht Organisationen sahen Unterschiede und sechs Organisationen keine Unterschiede.

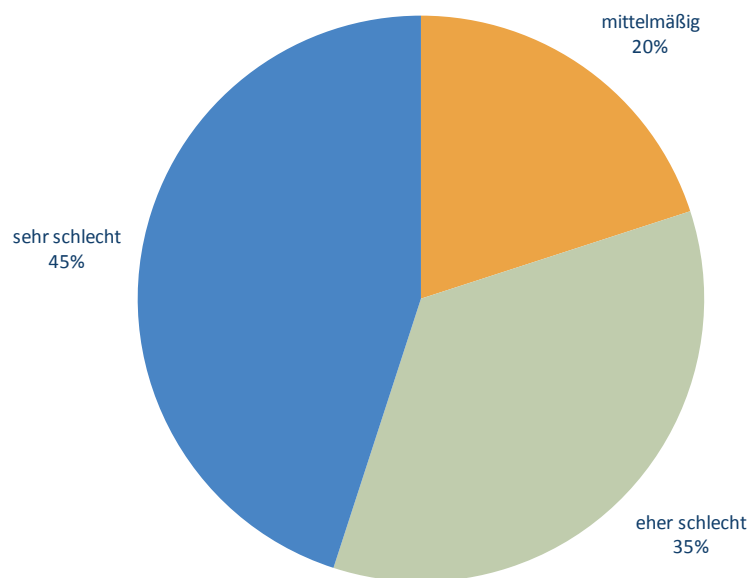
Abbildung 51: Verteilung der teilnehmenden Patientenorganisationen nach ihrer Zustimmung zu verschiedenen Aussagen bezüglich der Information der Krankenkassen im Hinblick auf Fristüberschreitungen (in %), 2017



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Patientenorganisationen

Rd. 80 % (n = 16) der teilnehmenden Patientenorganisationen beurteilten die Informiertheit der Versicherten über die Möglichkeiten der Kostenerstattung bei einer unbegründeten Fristüberschreitung der Krankenkassen generell als sehr bzw. eher schlecht (Abbildung 52).

Abbildung 52: Verteilung der teilnehmenden Patientenorganisationen nach ihrer Einschätzung der Informiertheit der Versicherten über die Möglichkeiten der Kostenerstattung bei einer Fristüberschreitung (in %), 2017



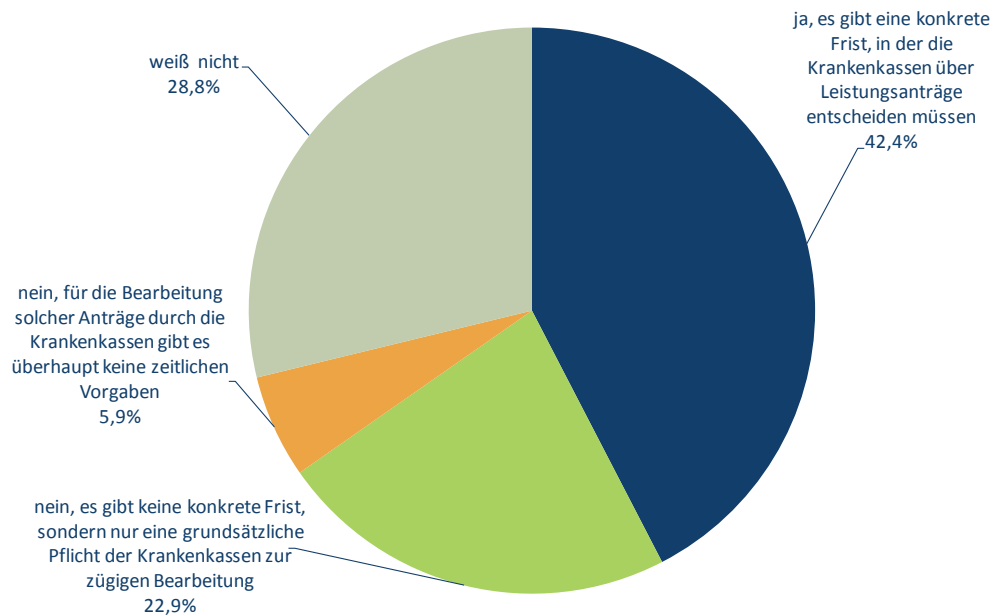
Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Patientenorganisationen
Anmerkung: n = 20

9.4 Kenntnisse der Versicherten über die Regelungen des § 13 Abs. 3a SGB V

Die Kenntnisse der gesetzlich Versicherten zu den Regelungen des § 13 Abs. 3a SGB V waren Bestandteil der schriftlichen Online-Befragung.

Rd. 42,4 % (n = 424) beantworteten die Frage, ob eine Krankenkasse innerhalb einer konkreten zeitlichen Frist über eine beantragte Leistung entscheiden muss, korrekt (Abbildung 53). Jeweils rd. 28,8 % (n = 228) gaben an, die Antwort auf die Frage nicht zu kennen bzw. gaben nicht die korrekte Antwort.

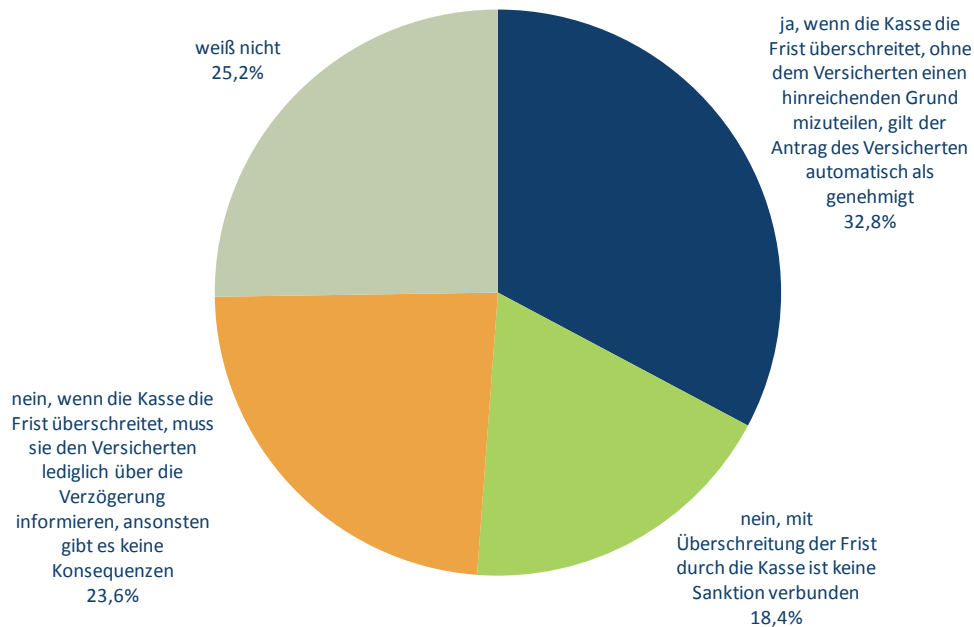
Abbildung 53: Verteilung der befragten gesetzlich Versicherten nach der Einschätzung, ob es eine konkrete zeitliche Frist für die Krankenkassen für die Bearbeitung der Leistungsanträge gibt (in %), 2017



Quelle: IGES auf Basis einer Befragung von gesetzlich Versicherten
Anmerkungen: n = 1.000

Knapp ein Drittel der Befragten (32,8 %, n = 139), die wussten, dass es eine konkrete Bearbeitungsfrist für die Krankenkassen gibt, wussten auch, dass eine Überschreitung der Frist ohne Nennung eines hinreichenden Grundes zu einer automatischen Genehmigung des Leistungsantrags gilt (Abbildung 54). Rd. 42 % (n = 178) waren der Meinung, dass eine Fristüberschreitung mit keinen weiteren Konsequenzen verbunden ist.

Abbildung 54: Verteilung der befragten gesetzlich Versicherten nach der Einschätzung der Konsequenz einer Fristüberschreitung für die Krankenkassen (in %), 2017

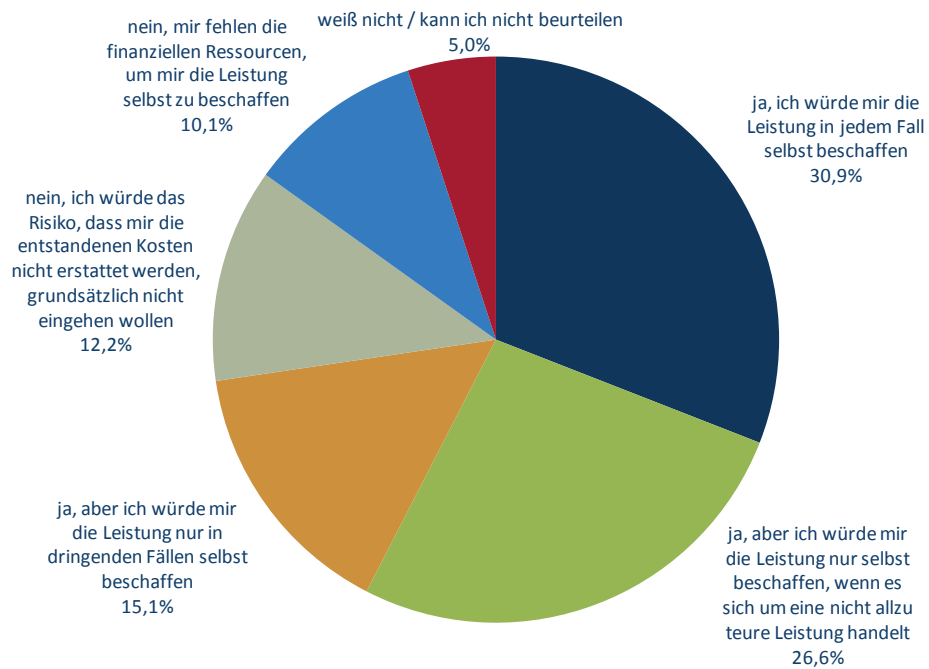


Quelle: IGES auf Basis einer Befragung von gesetzlich Versicherten

Anmerkung: n = 424, nur Befragte, die die Frage nach der Existenz einer Frist (vgl. dazu Abbildung 53) korrekt beantwortet haben

Mehr als 72,7 % (n = 101) der Versicherten, die die vorangegangenen Fragen zur Bearbeitungsfrist und den Konsequenzen bei Fristüberschreitung korrekt beantwortet haben, würden sich im Falle des Eintretens einer Genehmigungsfiktion die beantragte Leistung selbst beschaffen – mehr als die Hälfte davon jedoch entweder nur in sehr dringenden Fällen oder bei nicht allzu teuren Leistungen (Abbildung 55). Etwas mehr als jeder fünfte Befragte (22,3 %, n = 31) würde sich die Leistung grundsätzlich jedoch nicht selbst beschaffen bzw. aufgrund fehlender finanzieller Ressourcen nicht beschaffen können.

Abbildung 55: Verteilung der befragten gesetzlich Versicherten nach Entscheidung einer Selbstbeschaffung einer Leistung nach Eintritt der Genehmigungsfiktion (in %), 2017



Quelle: IGES auf Basis einer Befragung von gesetzlich Versicherten
Anmerkung: n = 139, nur Personen, die die Fragen zur Bearbeitungsfrist und den damit verbunden Konsequenzen korrekt beantwortet haben (vgl. dazu Abbildung 53 und Abbildung 54)

10. Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen

10.1 Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse

10.1.1 Häufigkeit von Leistungsbewilligungen bzw. -ablehnungen

Amtliche Daten zur Anzahl der Leistungsanträge sowie die Anzahl der Leistungsbewilligungen bzw. -ablehnungen liegen nur für den Leistungsbereich Vorsorge- und Rehabilitation vor (KG 5-Statistik des BMG). Für alle anderen Bereiche, in denen Leistungen individuell beantragt und bewilligt werden müssen, wurden Informationen und Daten von insgesamt 26 Krankenkassen ausgewertet, die für die vorliegende Studie befragt wurden und zusammen mehr als 83 % der GKV-Mitglieder umfassen. Allerdings konnten nicht alle teilnehmenden Krankenkassen Informationen zu sämtlichen Fragen zur Verfügung stellen, so dass den Auswertungen zu den einzelnen Fragestellungen jeweils Angaben von weniger als den 26 Krankenkassen zugrunde liegen, die an der Befragung teilgenommen haben.

Sowohl die Daten der Statistik als auch die Befragungsergebnisse zeigen zunächst, dass ein Großteil der Leistungsanträge der Versicherten erstinstanzlich – d. h. unabhängig von dem Ausgang eines sich eventuell anschließenden Widerspruchsverfahrens – bewilligt wird: gemäß Statistik rd. 81 % für den Bereich Vorsorge und Rehabilitation, gemäß Befragungsergebnissen für die anderen Leistungsbereiche durchschnittlich sogar knapp 95 %. Allerdings variieren Bewilligungs- bzw. Ablehnungsquoten sowohl zwischen Leistungsbereichen als auch zwischen Krankenkassen teilweise sehr stark.

Im Bereich der Vorsorge und Rehabilitation nach §§ 23 und 24 SGB V sowie §§ 40 und 41 SGB V bearbeiteten die gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2015 insgesamt mehr als 1,2 Millionen Leistungsanträge. Fast jeder fünfte Leistungsantrag (18,4 %, n = 227.471) wurde erstinstanzlich – d. h. ohne Berücksichtigung des Ausgangs eines eventuellen Widerspruchsverfahrens – abgelehnt. Die Ablehnungsquote war dabei im Bereich der Anschlussrehabilitation mit 7,5 % (ambulant) bzw. 8,7 % (stationär) vergleichsweise niedrig und insbesondere im Bereich der stationären Vorsorgeleistungen (z. B. Kuren) mit 33,5 % vergleichsweise hoch.

Die Daten der befragten Krankenkassen ergaben eine durchschnittliche Ablehnungsquote über alle Leistungsbereiche von lediglich rd. 5,2 % aller Leistungsanträge. In einzelnen Leistungsbereichen wurden jedoch teilweise deutlich höhere Anteile der Leistungsanträge erstinstanzlich abgelehnt. Dies betrifft u. a. den antragsstärksten Leistungsbereich der Hilfsmittel mit mehr als 8,5 Millionen Leistungsanträgen bei den befragten Krankenkassen. Mit einer durchschnittlichen erstinstanzlichen Ablehnungsquote von rd. 12,5 % der Hilfsmittelanträge wurden aufgrund der Vielzahl an Leistungsanträgen absolut am meisten Leistungsanträge abgelehnt; die Ablehnungsquote wurde jedoch noch von der o. g. für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen (18,4 % gemäß der KG 5-Statistik) übertroffen. Tie-

fergehend differenziert nach Produktgruppen der Hilfsmittel war die Ablehnungsquote bei Mobilitätshilfen mit knapp 30 % am höchsten, mehr als jede vierte Leistung wurde zudem in den Produktgruppen Stehhilfen sowie Kommunikationshilfen abgelehnt. Auch bei den beiden antragsstärksten Produktgruppen Inhalations- und Atemtherapiegeräte sowie Kranken- und Behindertenfahrzeuge war die Ablehnungsquote mit 15,6 % bzw. 19,6 % überproportional hoch.

In den anderen betrachteten Leistungsbereichen (Fahrkosten, häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfen sowie Psychotherapie) lagen die jeweiligen Ablehnungsquoten mit einer Spanne von rd. 2,7 % im Bereich der häuslichen Krankenpflege und 7,5 % im Bereich der Haushaltshilfen vergleichsweise niedriger.

Insgesamt entsprechen die Ergebnisse bezüglich der Ablehnungsquoten aus der KG 5-Statistik (Vorsorge und Rehabilitation) bzw. der Krankenkassenbefragung auch den Ergebnissen der Angaben der Patientenorganisationen. Ihnen zufolge kam es neben Krankengeld insbesondere im Bereich der Vorsorge und Rehabilitation sowie den Hilfsmitteln zu Anfragen der Versicherten wegen Ablehnungen von Leistungsanträgen. Das Krankengeld war auch laut dem Monitor Patientenberatung der UPD in den letzten Jahren durchgängig der Leistungsbereich mit den meisten Anfragen der Versicherten.

Des Weiteren zeigen die Ergebnisse große Unterschiede der Ablehnungsquoten zwischen Krankenkassenarten bzw. einzelnen Krankenkassen. Im Bereich der Vorsorge und Rehabilitation variierten die Ablehnungsquoten zwischen 8,4 % (Landwirtschaftliche Krankenkasse) und 19,4 % (AOKen sowie Ersatzkassen). Die Befragung der Krankenkassen zeigte insbesondere beträchtliche Unterschiede der Ablehnungsquoten im Bereich der Haushaltshilfen mit einem Minimum von 3,9 % und einem Maximum von 27,1 % sowie im Bereich der Hilfsmittel (2,3 % bis 24,5 %). Überproportional stark war die Varianz der Ablehnungsquoten in den Produktgruppen Sprechhilfen sowie Adaptionshilfen.

In besonderem Maße von Leistungsablehnungen betroffene Personen sind laut den Einschätzungen der Patientenorganisationen insbesondere ältere Personen und chronisch Kranke, bildungsbenachteiligte Personen sowie Personen mit bestimmten Erkrankungen (Rheuma, Multiple Sklerose, seltene Erkrankungen) sowie schwerbehinderte Menschen.

10.1.2 Information der Versicherten

Einschätzungen dazu, inwieweit die Krankenkassen ihre Entscheidungen über Leistungsanträge begründen und den Antragstellern verständlich darlegen, wurden bei den Patientenorganisationen und im Rahmen einer Befragung von 1.000 gesetzlich Versicherten erhoben.

Bei den befragten Patientenorganisationen hat der Informationsbedarf im Fall von Leistungsablehnungen und zu Ansprüchen gegenüber der Krankenkasse die größte Bedeutung im Beratungsgeschehen.

Die Ergebnisse der Befragung der Patientenorganisationen sowie die Auswertung der Fachliteratur zeigen, dass Versicherte oftmals über ihre Ansprüche gegenüber den Krankenkassen nicht ausreichend informiert sind. Insbesondere wurde für den Bereich der Hilfsmittel mehrfach darauf hingewiesen, dass Patientinnen und Patienten Mehrkostenvereinbarungen unterschreiben und nicht ausreichend über die Möglichkeiten einer aufzahlungsfreien Hilfsmittelversorgung informiert würden.

Nach Einschätzung der Patientenorganisationen begründen die Krankenkassen ihre Entscheidungen über die Leistungsanträge der Versicherten nicht immer ausreichend. Vielfach werde auf allgemeine Formulierungen wie „medizinisch nicht notwendig“ oder „nicht im Leistungskatalog des SGB V“ zurückgegriffen. Des Weiteren wurde von den Patientenorganisationen darauf hingewiesen, dass die Ablehnungsbescheide für die Versicherten in vielen Fällen nicht verständlich seien.

Gemäß der Befragung der Versicherten fühlte sich die Mehrheit der Versicherten vor der Antragsstellung gut oder sehr gut darüber informiert, wie bei einer Antragstellung vorzugehen ist. Des Weiteren waren die Versicherten, die im Bezugsjahr 2016 einen Leistungsantrag bei ihrer Krankenkasse gestellt hatten, in den meisten Fällen mit der Kommunikation mit ihrer Krankenkasse insgesamt zufrieden. Die von einer Leistungsablehnung betroffenen Versicherten fühlten sich aber mehrheitlich nicht ausreichend über die Gründe für eine Leistungsablehnung informiert: Mehr als jeder Zweite verneinte die Aussage, dass die Krankenkasse die Gründe für eine Leistungsablehnung ausführlich und nachvollziehbar dargelegt habe. Bei jedem siebten Ablehnungsfall gaben die Befragten an, dass die Krankenkasse die Gründe für eine Leistungsablehnung überhaupt nicht dargelegt habe.

Zudem wusste laut den Ergebnissen der Bevölkerungsbefragung rd. ein Drittel der Versicherten nicht, dass die Möglichkeit besteht, gegen eine Entscheidung der Krankenkasse Widerspruch einzulegen.

Des Weiteren wurde rd. ein Drittel der Versicherten nach eigenen Angaben nicht um eine Einwilligung in das Krankengeldfallmanagement gebeten. Von den Versicherten, die um eine Einwilligung gebeten wurden, geschah dies in etwas mehr als der Hälfte der Fälle schriftlich, in rd. 29 % der Fälle allerdings telefonisch und in rd. 15 % der Fälle persönlich. Versicherte, die ihre Einwilligung zum Krankengeldfallmanagement gegeben haben, taten dies in nur etwa der Hälfte der Fälle in – wie gesetzlich vorgeschrieben – schriftlicher Form.

10.1.3 Bearbeitungsdauer und Fristüberschreitungen nach § 13 Abs. 3a SGB V

Gemäß § 13 Abs. 3a SGB V müssen die Krankenkassen innerhalb bestimmter Fristen über einen Antrag auf Leistungen entscheiden. Kann eine Krankenkasse diese Frist nicht einhalten, muss sie dies dem Versicherten rechtzeitig schriftlich mitteilen und begründen. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung mit Ablauf der entsprechenden Frist als genehmigt und die Krankenkasse ist dann zur Erstattung der Kosten verpflichtet, die den Leistungsberechtigten durch die Beschaffung der erforderlichen Leistung entstanden sind („Genehmigungsfiktion“).

Für das Jahr 2015 wies die KG 2-Statistik des BMG (ohne AOK) 12.977 Fälle mit einer Fristüberschreitung nach § 13 Abs. 3a SGB V aus. Zwar ist die genaue Zahl aller Leistungsanträge nicht bekannt (s. o.), da aber die vorliegenden Zahlen für Teilbereiche teilweise deutlich jenseits der Millionengrenze liegen und aus den vorliegenden Daten der Krankenkassen eine Gesamtzahl von mehr als 26 Millionen Leistungsanträgen geschätzt werden kann, ist der Anteil mit Fristüberschreitungen insgesamt als sehr gering einzustufen. Äußerst gering ist allerdings auch mit lediglich 86 Fällen (bzw. 0,7 %) der Anteil der Fristüberschreitungen, in denen aufgrund der Überschreitung dem Versicherten die Kosten erstattet wurden.

Als häufigster Grund für eine Fristüberschreitung wurde von den Krankenkassen eine Verzögerung im Gutachterverfahren (MDK / Hilfsmittelberatungsdienst) genannt. Insbesondere berücksichtige die Fristsetzung nach § 13 Abs. 3a SGB V einige Besonderheiten im Gutachterverfahren nicht, wie beispielsweise bei kieferorthopädischer oder zahnprothetischer Versorgung. Auch kollidiere die Vorschrift des § 13 Abs. 3a SGB V mit anderen gesetzlichen Fristen, z. B. bei Heilmitteln nach § 32 Abs. 1a SGB V. Grundsätzlich ist es den Krankenkassen möglich, den Eintritt der Genehmigungsfiktion durch die Mitteilung eines „hinreichenden Grundes“ (§ 13 Abs. 3a S. 5 SGB V) zu verhindern. Als Begründung für das Versäumnis, „hinreichende Gründe“ mitzuteilen, wurde von einigen Krankenkassen Verzögerungen in der operativen Bearbeitung von Leistungsanträgen angegeben (u. a. wegen urlaubs- oder krankheitsbedingten Personalmangels).

Die Krankenkassen kritisierten insbesondere den unbestimmten Rechtsbegriff eines „hinreichenden Grundes“. Auch die Rechtsprechung – sowohl bezüglich des Geltungsbereiches des Kostenerstattungsanspruchs als auch der Auslegung eines hinreichenden Grundes – ist bislang nicht einheitlich. Damit einher geht sowohl für die Krankenkassen als auch für die Patienten eine entsprechende Rechtsunsicherheit.

Als Hauptgrund für die geringe Anzahl an Kostenerstattungen wurde seitens der Krankenkassen die Präferenz der Versicherten genannt, eine Sachleistung zu erhalten. Auch eine Unsicherheit und Unwissenheit der Versicherten stehe dem „In-Vorleistung-Gehen“ der Versicherten entgegen. Zwar stellte das Bundessozialgericht mit seinem Urteil vom 8.3.2016 (B 1 KR 25/15 R) klar, dass kraft Genehmigungsfiktion auch ein Naturalleistungsanspruch besteht; über die Durchsetzung bzw. die praktische Umsetzung dieses Naturalleistungsanspruchs ist bislang allerdings nichts bekannt.

Die Unwissenheit der Versicherten über die Möglichkeit einer Kostenerstattung wurde auch von den Patientenorganisationen betont. So beurteilte die große Mehrheit der Patientenorganisationen die Informiertheit der Versicherten als sehr schlecht bzw. schlecht. Keine der Patientenorganisationen schätzte die Informiertheit der Versicherten diesbezüglich als gut ein. Auch die Befragung der gesetzlich Versicherten stützt dieses Ergebnis: Mehr als jeder zweite Befragte wusste nicht, dass es eine konkrete zeitliche Frist gibt, in der die Krankenkassen über einen Leistungsantrag entscheiden müssen. Von den Befragten, die wussten, dass es eine

konkrete Frist gibt, konnte jedoch nur knapp ein Drittel die Konsequenzen bei einer Fristüberschreitung korrekt benennen.

Mögliche Änderungen bei der Bearbeitung, Bewilligung oder Ablehnung von Leistungsanträgen durch die Krankenkassen infolge der seit dem Jahr 2013 geltenden Regelung des § 13 Abs. 3a SGB V zur Kostenerstattung können anhand der vorliegenden Studie nicht abschließend beurteilt werden. Die Patientenorganisationen kamen diesbezüglich zu keiner einheitlichen Einschätzung; einige Krankenkassen gaben an, bislang auf eine Konkretisierung der Regelungen durch die Rechtsprechung gewartet zu haben.

10.1.4 Häufigkeit von Widersprüchen und Klagen

Die Häufigkeit von Widersprüchen in Bezug auf Leistungsablehnungen konnte aufgrund der lückenhaften Datenlage nicht umfassend ermittelt werden.

Im Jahr 2015 wurden gemäß der SG 01-Statistik im Bereich der Krankenversicherung 252.087 **Widersprüche** bearbeitet. Knapp ein Drittel der Widersprüche stellte sich als begründet heraus und wurde durch Abhilfe erledigt. Die Anzahl der Widersprüche ist seit dem Jahr 2010 um rd. 23 % angestiegen. Für eine Beurteilung fehlt allerdings die genaue Anzahl der zugrundeliegenden Leistungsablehnungen als zentrale Bezugsgröße. Hinzu kommt, dass sich nicht alle in dieser Statistik gezählten Widersprüche auf Leistungsablehnungen beziehen, sondern auch auf andere Versicherungsangelegenheiten. Eine nach Leistungsbereichen differenzierte offizielle Statistik zu den Widersprüchen liegt nicht vor und auch die meisten der befragten Krankenkassen konnten die Widersprüche in Bezug auf Leistungsablehnungen weder insgesamt noch differenziert nach Leistungsbereichen ausweisen.

Lediglich im Rahmen der KG 5-Statistik werden auch die Widersprüche im Bereich der Vorsorge und Rehabilitation nach §§ 23 und 24 SGB V sowie §§ 40 und 41 SGB V ausgewiesen. Demnach entfielen im Jahr 2015 auf diesen Leistungsbereich 56.144 Widersprüche bzw. mehr als ein Fünftel (rd. 22,3 %) aller Widersprüche im Bereich Krankenversicherung gemäß SG 01-Statistik. Mit Ausnahme von zwei Bereichen – ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten und stationäre Vorsorgeleistungen – war mehr als jeder zweite Widerspruch für den Versicherten erfolgreich und führte zu einer Leistungsbewilligung.

Im Rahmen der Krankenkassenbefragung konnten nur wenige Krankenkassen Daten zu den Widersprüchen zur Verfügung stellen. Bei den Krankenkassen, die Daten zur Verfügung stellten, variierte sowohl die Widerspruchsquote als auch die Quote erfolgreicher Widersprüche teilweise beträchtlich.

Die Patientenorganisationen empfehlen Versicherten, die einen Widerspruch einlegen wollen, zuerst Akteneinsicht bei der Krankenkasse zu beantragen und daraufhin mit der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt eine Stellungnahme mit einer detaillierten Begründung der Notwendigkeit der Leistung nachzureichen. In diesem Zusammenhang wiesen die Patientenorganisationen auch darauf hin,

dass Krankenkassen den Versicherten teilweise das Recht auf Akteneinsicht gemäß § 25 SGB X nicht gewährten.

Im Jahr 2015 wurden gemäß der SG 10-SG 30-Statistiken an den Sozialgerichten über alle Instanzen 45.730 **Klageverfahren** im Sachgebiet Krankenversicherung erledigt. Von den durch Urteil oder Beschluss erledigten Verfahren, an denen Versicherte bzw. Leistungsberechtigte beteiligt waren, führte jede vierte Klage zum Erfolg für den Kläger. Allerdings lässt diese Statistik keine weitergehende Differenzierung nach dem Grund der Klage oder dem betroffenen Leistungsbereich zu.

Auf Basis einer Rechtsprechungsanalyse für die Jahre 2011 bis 2016 wurden die folgenden Schwerpunktbereiche der beklagten Leistungsablehnungen identifiziert: Hörgeräteversorgung, alternative Behandlungsmethoden bei Krebserkrankungen sowie Adipositaschirurgie. Allerdings ist bei dieser Analyse zu berücksichtigen, dass nur veröffentlichte Urteile einbezogen werden konnten. Die Analyse ist daher nicht repräsentativ, insbesondere die erstinstanzlichen Urteile der Sozialgerichte sind unterrepräsentiert.

10.2 Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen

Aus den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung lässt sich in einigen Bereichen Handlungsbedarf ableiten.

Während die Krankenkassen insgesamt bzw. im Durchschnitt über sämtliche Leistungsbereiche einen nur relativ geringen Anteil der Leistungsanträge ihrer Versicherten ablehnen, zeigen sich in Teilbereichen jedoch teilweise deutlich erhöhte Ablehnungsquoten. Besonders hoch sind sie im Bereich Vorsorge (Kuren) mit rd. einem Drittel, erhöhte Ablehnungsquoten gab es aber auch in einzelnen Hilfsmittelbereichen, z. B. bei Hilfsmitteln für chronische Wunden sowie bei Kranken- und Behindertenfahrzeugen mit jeweils etwa einem Fünftel. Eine sich den vorliegenden Ergebnissen anschließende Untersuchungsfrage wäre daher, ob bzw. inwiefern sich die Unterschiede der Ablehnungsquoten zwischen den Leistungsbereichen sachlich begründen lassen und inwieweit vergleichbare Voraussetzungen bestehen, die jeweilige medizinische Notwendigkeit zu prüfen.

Kritisch zu betrachten sind die teilweise großen Unterschiede der Ablehnungsquoten zwischen den Krankenkassen in Kombination mit dem Umstand, dass insbesondere vulnerable Personengruppen hiervon betroffen sind, d. h. ältere bzw. chronisch Kranke, Menschen mit Behinderungen und bildungsbenachteiligte Personen. Dies ist auch an den Leistungsbereichen mit relativ hohen Ablehnungsquoten erkennbar, wie Hilfsmittel bei chronischen Wunden oder Behindertenfahrzeuge.

Angesichts einer insgesamt vergleichsweise hohen Erfolgsquote von Widersprüchen im Bereich Krankenversicherung mit rd. einem Drittel zeichnet sich auch diesbezüglich Handlungsbedarf ab, wenn man davon ausgeht, dass die Ergebnisse der

Widersprüche bei Leistungsablehnungen und den übrigen Anlässen nicht systematisch voneinander abweichen. Darüber hinaus wäre insbesondere in den Leistungsbereichen Handlungsbedarf zu prüfen, in denen die Widerspruchsquote und / oder die Quote erfolgreicher Widersprüche überdurchschnittlich hoch ist. Aus den Ergebnissen der Krankenkassenbefragung ergeben sich Hinweise, dass dies bei Haushaltshilfen (hohe Widerspruchsquote) und Hilfsmitteln (hohe Erfolgsquote von Widersprüchen) der Fall ist. Besonders hoch war die Erfolgsquote von Widersprüchen gemäß der KG 5-Statistik im Bereich Vorsorge und Rehabilitation (über 50 %). Auch in Bezug auf die Widerspruchsquote sowie die Quote erfolgreicher Widersprüche bestehen teilweise beträchtliche Unterschiede zwischen den Krankenkassen. Eine sich den vorliegenden Ergebnissen anschließende Untersuchungsfrage wäre daher auch hier, ob bzw. inwiefern sich diese Unterschiede sachlich begründen lassen.

Im Hinblick auf Fristüberschreitungen besteht insofern nur begrenzter Handlungsbedarf, als hiervon derzeit lediglich sehr wenige Leistungsanträge betroffen sind. Ein Handlungsbedarf ergibt sich jedoch im Hinblick auf den Teilaspekt des sehr geringen Anteils von Fristüberschreitungen mit Kostenerstattung. Kritisch zu sehen ist diesbezüglich, dass offensichtlich auch Unsicherheit und Unwissenheit viele Versicherte davon abhalten, einen möglichen Kostenerstattungs- bzw. Sachleistungsanspruch bei Genehmigungsfiktion wahrzunehmen. Aber auch die geäußerte Rechtsunsicherheit bei den Krankenkassen zu den Voraussetzungen eines „hinreichenden Grundes“ begründet Handlungsbedarf.

Aufbauend auf dem genannten Handlungsbedarf lassen sich Handlungsempfehlungen für Krankenkassen sowie die Gesundheitspolitik ableiten sowie Bereiche identifizieren, in denen weitere Maßnahmen zur Verbesserung des Informationsstands der Versicherten bzw. Patientinnen und Patienten ergriffen werden sollten.

Maßnahmen zur verbesserten Information von Versicherten bzw. Patientinnen und Patienten

Die Befragung der Patientenorganisationen sowie die Auswertung der Fachliteratur haben gezeigt, dass Versicherte oftmals über ihre Ansprüche gegenüber den Krankenkassen nicht ausreichend informiert sind. Insbesondere wurde für den Bereich der Hilfsmittel mehrfach darauf hingewiesen, dass Patientinnen und Patienten Mehrkostenvereinbarungen unterschreiben. Es besteht somit ein Mangel an effektiver Aufklärung der Versicherten über die Möglichkeiten einer aufzahlungsfreien Hilfsmittelversorgung. Inwieweit die mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz eingeführte Berichtspflicht über Häufigkeit und Höhe von Aufzahlungen zu einer weitergehenden Aufklärung der Versicherten führen wird, sollte der Gesetzgeber beobachten bzw. prüfen lassen.

Des Weiteren zeigt die vorliegende Studie teilweise Wissenslücken hinsichtlich der Möglichkeit, Widerspruch gegen eine Leistungsablehnung einzulegen, sowie über die Regelungen zu Fristüberschreitungen und Kostenerstattungsanspruch (§ 13 Abs. 3a SGB V). Daher sollten weitere Maßnahmen zur Verbesserung des Informa-

tionsstandes auf die von den Patienten bzw. Versicherten bevorzugten Informationskanäle gerichtet werden. Laut der Bevölkerungsbefragung sind dies die Arztpraxis, die Krankenkassen sowie das Internet. Auch unentgeltliche Informationsbroschüren oder die Apotheken Umschau zeigten sich in einer Studie als wesentliche Informationsquellen. Insbesondere im Bereich der Anspruchsvoraussetzungen sowie bei Leistungsablehnungen ist es empfehlenswert, die Voraussetzungen dafür zu verbessern, dass Versicherte schnell – in Anbetracht der teilweise deutlich unterschiedlichen Ablehnungsquoten auch unabhängig von ihrer Krankenkasse – zuverlässige Informationen finden können. Ziel sollte dabei sein, dass die Versicherten in Fällen, in denen sie grundlegende Zweifel an der Leistungsentscheidung ihrer Krankenkasse haben, in der Lage sind, Widerspruch einzulegen.

Maßnahmen im Bereich der Krankenkassen

Die teilweise relativ hohen Erfolgsquoten der Widersprüche insgesamt deuten auf Verbesserungspotenziale der erstinstanzlichen Entscheidungsstufe der Krankenkassen hin.

Des Weiteren zeigte sich, dass die Bescheide der Krankenkassen aus Sicht der Versicherten teilweise nicht ausreichend bzw. verständlich begründet sind und Leistungsablehnungen zudem nicht in allen Fällen schriftlich erfolgen. Diesbezüglich könnte auf Verbandsebene (GKV-Spitzenverband) beispielsweise ein „Musterablehnungsbescheid“ entwickelt werden. Des Weiteren sollte – soweit möglich – in der Begründung stärker auf den Einzelfall eingegangen werden.

Maßnahmen im Bereich der Gesundheitspolitik

Daten zu Leistungsablehnungen und zur Anzahl der Widersprüche sind derzeit in den offiziellen Statistiken nur für den Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen enthalten und in der KG 2-Statistik werden lediglich die Anzahl der Fristüberschreitungen sowie Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 3a SGB V gemeldet. Diesbezüglich könnte zumindest für alle Leistungen insgesamt sowie für den Bereich der Hilfsmittel, in denen auf der Grundlage der vorliegenden Studie vergleichsweise hohe Ablehnungsquoten vermutet werden, die Berichtspflicht der Krankenkassen ausgeweitet werden. Eine solche erweiterte Berichtspflicht sollte sich dabei auf die Fragen konzentrieren, wie viele Leistungsanträge insgesamt bei den Krankenkassen gestellt werden und wie viele davon abgelehnt (ggf. auch mit Angabe von Gründen) bzw. genehmigt wurden und bei wie vielen Ablehnungen die Versicherten Widerspruch eingelegt haben sowie den Ausgang des Widerspruchsverfahrens.

Des Weiteren scheint eine mögliche Klarstellung im Gesetz, dass bei § 13 Abs. 3a SGB V nicht nur eine Kostenerstattung, sondern auch ein Sachleistungsanspruch besteht, erforderlich, so dass einkommensschwache Versicherte nicht (faktisch) aus dem Schutzbereich des § 13 Abs. 3a SGB V ausgeschlossen werden (wie im Urteil des Bundessozialgerichts vom 8.3.2016 (B 1 KR 25/15 R) entschieden. In diesem Zusammenhang sollte auch geklärt werden, wie eine praktische Umsetzung / Durchsetzung des Sachleistungsprinzips möglich ist.

Die Auswirkungen der im Zuge des HHVG eingeführten Veränderungen, insbesondere im Hinblick auf Beratungen und Aufzahlungen im Bereich der Hilfsmittel (Meldung der Mehrkosten an die Krankenkassen, Berichtspflicht über Aufzahlungen) sollte der Gesetzgeber beobachten und evaluieren.

Literaturverzeichnis

- AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (Hrsg.) (2015): Entlassungsmanagement – Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren. Göttingen. https://sqg.de/sqg/upload/CONTENT/Neue-Verfahren/Entlassungsmanagement/Bericht_Konzeptskizze_Entlassungsmanagement.pdf (Abruf am 24.04.2017).
- Bundestagsdrucksache 11/2237: Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP. Entwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz – GRG). 03.05.1988. Köln: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft. ISSN: 0722-8333. <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/11/022/1102237.pdf> (Abruf am 15.03.2017).
- Bundestagsdrucksache 17/10488: Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten. 15.08.2012. Köln: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft. ISSN: 0722-8333. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/104/1710488.pdf> (Abruf am 15.03.2017). Güner G & Beier A (2015): Wie erfolgreich sind Widerspruchsverfahren gegen Kassenbescheide?. Soziale Sicherheit, Ausgabe 8. Köln, Bund Verlag: 305-310.
- Bundesversicherungsamt (BVA) (Hrsg.) (2016): Tätigkeitsbericht 2015. Berlin. <http://www.bundesversicherungsamt.de/service/publikationen.html> (Abruf am 28.09.2016).
- Dowideit A (2016): Nach Krankheit verarmt, WELT am Sonntag, Berlin, 12.2.2017, Seite 42, Auflage 429 346.
- Güner G & Beier A (2015): Wie erfolgreich sind Widersprüche gegen Kassenbescheide? Das Widerspruchsverfahren in der Kranken- und Pflegeversicherung. Soziale Sicherheit, Ausgabe 8. Köln, Bund Verlag: 305-310.
- Haufe (2016): Lexikonbeitrag aus SGB Office Professional: Entscheidungsfrist (Leistungsantrag KV). https://www.haufe.de/sozialwesen/sgb-office-professional/entscheidungsfrist-leistungsantrag-kv_idesk_PI434_HI3514990.html (Abruf am: 23.08.2016).
- Hibbeler B (2010): Vorsorge und Rehabilitation: Kassen legen erstmals Statistik vor. *Dtsch. Arztebl. International* 107(49), A-2426-A-2428. <http://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=79630> (Abruf am 4.01.2017).
- Höland A & Welti F (2014): Recht und Praxis der Widerspruchsausschüsse in der Sozialversicherung. Bestandsaufnahme und Wirkungsanalyse. In: Deutscher Sozialgerichtstag e. V. (Hrsg.). Sozialstaat und Europa – Gegensatz oder Zukunft? Stuttgart: Richard Boorberg Verlag, 295-310.
- Just K & Schneider E (2016): Das Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung. 2. Auflage. Berlin: Erich Schmidt Verlag. ISBN: 9783503136308.
-

- Koppenfels-Spies K (2016): Stärkung der Patientenrechte? Sanktionierung der Krankenkassen? – Sinn und Zweck, Reichweite und Folgen des § 13a Abs. 3a SGB V, in: NZS 2016 Heft 16, 601 – 606.
- Loos S, Albrecht M, Möllenkamp M & Igl G (2016): Studie zu den Wirkungen des Patientenrechtegesetzes. Berlin: IGES Institut.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) (Hrsg.) (2009): Begutachtungsleitfaden Bariatrische Chirurgie (Adipositaschirurgie) bei Erwachsenen. Essen: MDS. https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/12_BLF_Bariat-Chir_2009.pdf (Abruf am 09.02.2017).
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) (Hrsg.) (2016): Grundlagen der Begutachtung Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation. Essen: MDS. <https://www.mds-ev.de/richtlinien-publikationen/richtlinien-grundlagen-der-begutachtung/vorsorge-reha.html> (Abruf am 28.02.2017).
- SGB HR (2016): Soziale Gesetzgebung und Praxis Sozialgesetzbuch, Haushalts- und Rechnungswesen, Geschäftsergebnisse, Ausfüllanleitung KG 5. 17. Auflage. Stand 1. April 2016 durch 66. Ersatzblattlieferung. Hürth: CW Haarfeld, 71-138 zu § 7KSVwV.
- Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) (Hrsg.) (2015): Monitor Patientenberatung 2015. Berlin. https://www.patientenberatung.de/dokumente/2015_upd_monitor_patientenberatung.pdf (Abruf am 05.05.2017).
- Welti F & Fischer M (2016): Recht: Widerspruchsverfahren und Sozialgerichtsverfahren. Soziale Sicherheit, Ausgabe 12. Köln, Bund Verlag: 445-450.
- Wenner U (2014): Kommentar zu § 13 SGB V. Fachanwaltskommentar Medizinrecht. D. Prütting. Köln, Luchterhand Verlag: 1793-1874.
-



IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
www.iges.com