

## KURZBERICHT

Thema	<b>Studie zu Leistungsbewilligungen und -ablehnungen durch Krankenkassen</b>
Schlüsselbegriffe	Leistungsablehnungen, Leistungsbewilligungen, GKV, § 13 Abs. 3a SGB V
Ressort, Institut	Geschäftsstelle des Patientenbeauftragten für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigten für Pflege
Auftragnehmer(in)	IGES Institut GmbH
Projektleitung	Dr. Monika Sander
Autor(en)	Dr. Monika Sander, Dr. Martin Albrecht, Verena Stengel, Meilin Möllenkamp, Dr. Stefan Loos, Prof. Dr. Gerhard Igl
Beginn	01.10.2016
Ende	31.05.2017

### Vorhabenbeschreibung, Arbeitsziele

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 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.

Da 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 zur Verfügung stehen, war das Ziel dieser Studie, anhand einer empirischen Analyse einen neutralen und sachlichen Überblick über die Leistungsbewilligungen und -ablehnungen der gesetzlichen Krankenkassen zu schaffen. Die wesentlichen Fragestellungen waren

- 1) Wie häufig werden Leistungsanträge von den Krankenkassen bewilligt bzw. abgelehnt? Welche Leistungsbereiche sind häufig von Ablehnungen betroffen?
- 2) Wie und in welchem Umfang werden die Versicherten über die Gründe für eine Bewilligung bzw. Ablehnung eines Leistungsantrags informiert? Wie verständlich sind diese Informationen für die Versicherten?
- 3) Wie häufig kommt es zu Fristüberschreitungen nach § 13 Abs. 3a SGB V? Wie sind die Versicherten über die Regelungen des § 13 Abs. 3a SGB V informiert?
- 4) Wie häufig kommt es zu Widersprüchen oder Klagen? Wie erfolgreich sind Widersprüche und Klagen?

### Durchführung, Methodik

Die vorliegende Studie basierte auf einem Methodenmix, bestehend aus einer Literatur- und Sekundärdatenanalyse, einer Rechtsprechungsanalyse sowie qualitativen und quantitativen Primärdatenerhebungen. Im Rahmen der Sekundärdatenanalyse wurde die KG 2-Statistik des BMG zur Anzahl der Fristüberschreitungen und Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 3a SGB V, die KG 5-Statistik des BMG zu den Leistungsbewilligungen und -ablehnungen im Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen, die SG 01-Statistik des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) zur Tätigkeit der Widerspruchsstellen im Bereich der Krankenversicherung sowie die SG 10-Statistik der Sozialgerichte, die SG 20-Statistik der Landessozialgerichte und die SG 30-Statistik der Bundessozialgerichte zur Anzahl der Klagen im Bereich der Krankenversicherung ausgewertet.

Die Rechtsprechungsanalyse zielte darauf ab, Erkenntnisse zum Hintergrund von Rechtsstreitigkeiten bezüglich Leistungsablehnungen zu gewinnen. Analysiert wurden Entscheidungen der letzten fünf Jahre (2011-2016), die auf [juris.de](http://juris.de) oder [sozialgerichtsbarkeit.de](http://sozialgerichtsbarkeit.de) zum Thema Leistungsablehnungen veröffentlicht wurden.

Die Primärdatenerhebung bestand aus vier verschiedenen Befragungen. Bei den befragten Akteuren handelt es sich um

- 1) die gesetzlich Versicherten als diejenigen, die Leistungen beantragen (Online-Befragung, n=1.000, repräsentativ nach Alter, Geschlecht und Bundesland),
- 2) die Krankenkassen als diejenigen, die die Leistungsanträge bewilligen oder ablehnen (n=26),
- 3) Akteure, die zwischen diesen beiden Seiten vermitteln, d.h. Patientenberatungsstellen und Patientenverbände und -organisationen (n=22) sowie
- 4) weitere Expertinnen und Experten verschiedener Organisationen (z.B. GKV-Spitzenverband, MDS, Krankenkassen).

Die Ergebnisse aus allen Datenquellen wurden zusammengeführt und bewertet. Anschließend wurden Handlungsempfehlungen abgeleitet.

## **Gender Mainstreaming**

Im Sinne des Gender-Mainstreamings wurden bei der Erstellung der Studie – soweit möglich und sinnvoll – Geschlechterunterschiede berücksichtigt. Beispielsweise wurde im Rahmen der Versichertenbefragung das Geschlecht abgefragt und bei den Auswertungen wurden Geschlechterunterschiede geprüft. Zusätzlich wurde auf eine geschlechtergerechte Sprache des Berichts geachtet.

## **Ergebnisse, Schlussfolgerungen, Fortführung**

Die Daten der KG 5-Statistik als auch der Befragungsergebnisse zeigen, dass ein Großteil der Leistungsanträge der Versicherten erstinstanzlich – d. h. unabhängig von dem Ausgang eines sich eventuell anschließenden Widerspruchsverfahrens – bewilligt wird. Allerdings variieren Bewilligungs- bzw. Ablehnungsquoten zwischen den Leistungsbereichen. Während im Jahr 2015 im Bereich der häuslichen Krankenpflege mehr als 97 % der Leistungsanträge bewilligt wurden (Befragung der Krankenkassen), waren es im Bereich der Hilfsmittel zehn Prozentpunkte weniger (rd. 87 %, Befragung der Krankenkassen). Im Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen wurden lediglich rd. 81 % der Leistungsanträge erstinstanzlich bewilligt (KG 5-Statistik). Des Weiteren zeigten 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 % (AOK sowie Ersatzkassen). Die Befragung der Krankenkassen zeigte insbesondere starke 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 %).

Gemäß der Befragung fühlte sich die Mehrheit der Versicherten 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. Insbesondere stellte sich heraus, dass die Ablehnungsbescheide für die Versicherten in vielen Fällen nicht verständlich sind und eine Leistungsablehnung von den Krankenkassen vielfach aus Patientensicht nicht (ausreichend) begründet wird. Auch die Möglichkeiten Widerspruch einzulegen, werden aus Sicht der Patienten nur unzureichend aufgezeigt. Zudem wusste in diesem Zusammenhang nach den Ergebnissen der Befragung rd. ein Drittel der Versicherten nicht, dass gegen eine Entscheidung der Krankenkasse Widerspruch eingelegt werden kann. Bezüglich des Krankengeldfallmanagements gab ebenfalls rd. ein Drittel der Versicherten an, nicht um eine Einwilligung gebeten worden zu sein. Bei denen, die eine Einwilligung gegeben haben, geschah dies nur in etwa der Hälfte der Fälle – wie gesetzlich vorgeschrieben – in schriftlicher Form. Bei Nichteinhaltung der Entscheidungsfrist gemäß § 13 Abs. 3a SGB V gilt eine beantragte Leistung mit Ablauf der entsprechenden Frist als genehmigt und die Krankenkasse ist zur Erstattung der Kosten verpflichtet, die den Leistungsberechtigten durch die Beschaffung der erforderlichen Leistung entstanden sind („Genehmigungsfiktion“). Bei einer auf Basis der vorliegenden Daten der Krankenkassen geschätzten Gesamtzahl von mehr als 26 Millionen Leistungsanträgen, ist der Anteil der Anträge 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 Begründung für die geringe Anzahl an Kostenerstattungen wurde insbesondere von den Krankenkassen die Präferenz der Versicherten auf Sachleistung herausgestellt. Zwar stellte das Bundessozialgericht mit seinem Urteil vom 8.3.2016 (B 1 KR 25/15 R) klar, dass kraft Genehmigungsfiktion auch ein Sachleistungsanspruch besteht; über die Durchsetzung bzw. die praktische Umsetzung dieses Anspruchs ist

bislang allerdings nichts bekannt. Als weiterer Grund für eine geringe Anzahl an Kostenerstattungen wurde, insbesondere seitens der Patientenorganisationen, die Unwissenheit der Versicherten über diese Regelung betont. Diese zeigte sich auch in der Versichertenbefragung: weniger als die Hälfte der Befragten wusste, dass die Krankenkassen innerhalb einer konkreten Frist über einen Leistungsantrag entscheiden müssen. Die Häufigkeit von Widersprüchen und Klagen in Bezug auf Leistungsablehnungen konnte aufgrund der lückenhaften Datenlage nicht umfassend ermittelt werden. So weisen die offiziellen Statistiken die Daten lediglich für den Bereich der Krankenversicherung insgesamt aus und nicht separat für Leistungsablehnungen. Auch die Krankenkassen konnten hierzu mehrheitlich keine differenzierten Daten ausweisen. Die verfügbaren Daten geben Hinweise auf erhebliche Unterschiede zwischen den Krankenkassen bezüglich der Widerspruchsquote sowie der Quote erfolgreicher Widersprüche.

### **Handlungsempfehlungen**

Angesichts der Wissenslücken über Möglichkeiten des Widerspruchs sowie über Regelungen zu Fristüberschreitungen und Kostenerstattungsanspruch (§ 13 Abs. 3a SGB V) erscheinen weitere Maßnahmen zur Verbesserung des Informationsstandes der Versicherten erforderlich, auch unabhängig von den Krankenkassen. Hierzu könnten die von Versicherten bzw. Patientinnen und Patienten bevorzugten Informationskanäle (z. B. Arztpraxis, Internet) genutzt werden. Des Weiteren sollte zur verbesserten Kommunikation bei Leistungsablehnungen ein „Musterablehnungsbescheid“ auf Verbandsebene (GKV-SV) zur nachvollziehbaren und schriftlichen Begründung entwickelt werden. Die teilweise hohen Erfolgsquoten bei Widersprüchen deuten zudem auf Verbesserungspotential bei erstinstanzlichen Entscheidungen hin.

Mit Blick auf die lückenhafte Datengrundlage ist seitens der Gesundheitspolitik eine Ausweitung der Berichtspflicht denkbar, durch welche zukünftig insbesondere die Gesamtzahl von Leistungsanträgen feststellbar werden sollte. Des Weiteren ist 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 sein könnte.

### **Umsetzung der Ergebnisse durch den Patientenbeauftragten der Bundesregierung**

Die Ergebnisse der Studie werden auf einer Pressekonferenz der Öffentlichkeit vorgestellt. Dadurch trägt der Patientenbeauftragte dazu bei, die Ergebnisse der Studie einer breiten Öffentlichkeit, Krankenkassen, Patientenorganisationen sowie betroffenen Patientinnen und Patienten zugänglich zu machen. Zudem wird der Patientenbeauftragte die Krankenkassen auffordern, ihren Informationspflichten besser nachzukommen und Leistungen, auf die ein Anspruch besteht, auch zu bewilligen. Des Weiteren erscheint eine gesetzliche Erweiterung der Berichtspflicht auf bestimmte Leistungen (z.B. solche mit besonders hohen Ablehnungs- und Widerspruchsquoten, wie Hilfsmittel) sowie eine Klarstellung, dass § 13 Abs. 3a SGB V nicht nur eine Kostenerstattung, sondern auch die Sachleistung selbst umfasst, erforderlich.

### **verwendete Literatur**

Bundesversicherungsamt (BVA) (Hrsg.) (2016): Tätigkeitsbericht 2015. Berlin.

<http://www.bundesversicherungsamt.de/service/publikationen.html> (Abruf am 28.09.2016).

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.

Loos S, Albrecht M, Möllenkamp M & Igl G (2016): Studie zu den Wirkungen des Patientenrechtegesetzes. Berlin: IGES Institut.

Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) (Hrsg.) (2015): Monitor Patientenberatung 2015. Berlin.