

Ergebnisbericht

Projekt zur Datentransparenz

(Pro – Transparenz)

bei Mutter- / Vater – Kind – Leistungen –

§§ 24, 41 SGB V

Gemeinsame Evaluation der Spitzenverbände der Krankenkassen
und des Medizinischen Dienstes zur Antragsbearbeitung
bei Leistungen nach den §§ 24 und 41 SGB V

27.10.2006

Inhaltsverzeichnis:

0	Vorwort	3
1	Einleitung	4
2	Evaluationsdesign	5
	2.1 Auswahl der Regionen	5
	2.2 Erhebungszeitraum	6
	2.3 Eingesetzte Fragebögen	6
3	Ergebnisse des Projektes	7
	3.1 Stichprobenumfang	7
	3.2 Verteilung der Antragsziele (Vorsorge und Rehabilitation).....	9
	3.3 Soziodemographische Merkmale der Stichprobe	10
	3.4 Logistik der Antragsbearbeitung.....	11
	3.5 Begutachtungsergebnis / Leistungsentscheid	12
	3.5.1 MDK-spezifische Ergebnisse	14
	3.5.2 Kassenartenspezifische Ergebnisse	15
	3.6 Widersprüche	16
4	Diskussion	17
	4.1 Grundsätzliches.....	17
	4.2 Schwerpunkt Vorsorgeleistungen.....	17
	4.3 Sachgerechte Antragsbearbeitung	17
	4.4 MDK-Begutachtung	18
	4.5 Ablehnungsquoten der Krankenkassen.....	19
	4.6 Leistungsbewilligung im Widerspruchsverfahren	19
5	Zusammenfassung	20

0 Vorwort

Die Spitzenverbände der Krankenkassen

- der AOK-Bundesverband,
- der Bundesverband der Betriebskrankenkassen,
- der IKK-Bundesverband,
- der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen,
- die Knappschaft,
- die See-Krankenkasse,
- der Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. und
- der AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

sowie

der Medizinische Dienst (MDK / MDS)

legen nachfolgend den Ergebnisbericht der Pro – Transparenz – Erhebung über die Antragsbearbeitung bei Leistungen nach den §§ 24 und 41 SGB V vor. Damit soll vornehmlich ein Beitrag zur Versachlichung der Diskussionen um die Ausgabenrückgänge der GKV in diesem Leistungsbereich geleistet werden. Er ergänzt den bereits gem. §§ 24 und 41 Abs. 4 SGB V vorgelegten Bericht der Spitzenverbände der Krankenkassen (vgl. BT Drucksache 16/1150 vom 30.03.2006) um weitere statistische Auswertungen und Schlussfolgerungen.

Das zeitlich begrenzte Projekt konnte nur Dank der breiten Unterstützung und Mitarbeit zahlreicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenkassen und des Medizinischen Dienstes durchgeführt werden. Hierfür bedanken sich die Projektverantwortlichen ganz ausdrücklich.

Bonn, Essen, Bergisch Gladbach, Kassel, Bochum, Hamburg, Siegburg, Hannover
im Oktober 2006

1 Einleitung

Die gesetzlichen Krankenkassen erbringen nach den §§ 24 und 41 SGB V medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter und deren Kinder. Mit dem 11. SGB V-Änderungsgesetz vom 26.07.2002 wurden für diese Leistungsbereiche eine Vollfinanzierung durch die Krankenkassen, ein Vertrags- und Qualitätssystem gesetzlich verankert und der Einbezug der Väter in den Kreis der Anspruchsberechtigten klargestellt. Dennoch verzeichnet die GKV weiterhin stetige Ausgabenrückgänge bei den Mutter-/Vater-Kind-Leistungen. Dies hat zu anhaltender Kritik an den Krankenkassen und am Medizinischen Dienst von Seiten der Leistungsanbieterverbände und der Politik geführt.

Die Kritiker sehen den Grund für die rückläufigen Ausgaben vor allem darin, dass die Krankenkassen eine sehr restriktive und unsachgemäße Bearbeitungs- und Bewilligungspraxis ausüben. Unterstellt wird, dass die Entscheidungen der Krankenkasse im Einzelfall ausschließlich unter dem Aspekt des Vermeidens von Ausgaben (zu Lasten des / der Versicherten) getroffen werden. Weiterhin wird kritisiert, dass die Bewilligungsquoten einzelner Kassen und die gesetzlich vorgeschriebene Begutachtung durch den Medizinischen Dienst große Unterschiede aufweisen. Die Kritik wird argumentativ an Einzelbeispielen und einer MGW - internen Statistik bei Beratungsstellen über Antragszahlen und das Bewilligungsverhalten der Krankenkassen festgemacht. Diese Argumentationsbasis ist aus Sicht der Spitzenverbände der Krankenkassen und des Medizinischen Dienstes für eine objektive Einschätzung der Sachlage unzureichend.

Den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst liegt an einer Versachlichung der Diskussion auch in Hinblick auf ggf. anstehende gesetzgeberische Änderungen. Die Bedeutung der Mutter / Vater – Kind – Leistungen als medizinisches Versorgungsangebot wird ausdrücklich anerkannt. Daher ist auch dafür Sorge zu tragen, dass jede Versicherte¹ bei Vorliegen der medizinischen Voraussetzungen in Verbindung mit mütter- / väter- spezifischen Kontextfaktoren eine Mutter / Vater – Kind – Leistung erhält.

Da Antrags- und Bewilligungsstatistiken für die Krankenkassen nicht vorliegen und auch gesetzlich nicht vorgeschrieben sind, bestand bisher keine Möglichkeit, die Diskussion auf der Datenbasis des tatsächlichen Bearbeitungs- und Begutachtungsgeschehens zu führen. Die

¹ Da die Anträge fast ausschließlich von Frauen gestellt wurden, werden im Folgenden nur weibliche Wortformen verwendet. Dies schließt die männliche Form jeweils ein.

eingangs erwähnte Kritik aufgreifend haben die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Medizinische Dienst (MDK/MDS) daher aus eigener Initiative in einem gemeinsamen Projekt eine Erhebung durchgeführt, die anhand einer Stichprobe die Bearbeitung von Anträgen auf Leistungen nach den §§ 24 und 41 SGB V vom Antragseingang bis zum Leistungsentscheid nachverfolgt und dokumentiert. Die Ergebnisse der Evaluation werden im Folgenden ausführlich dargestellt.

Daran knüpft sich insbesondere die Erwartung, dass die künftigen Diskussionen um die Mutter / Vater – Kind – Leistungen, die sich auf die Antragsbearbeitung der Krankenkassen und die MDK-Begutachtung beziehen, auf eine durch entsprechende Daten abgesicherte, sachliche Grundlage gestellt werden können.

2 Evaluationsdesign

2.1 Auswahl der Regionen

Aus organisatorischen und wirtschaftlichen Gründen wurde das Projekt nicht als bundesweite Studie angelegt, sondern in fünf Bundesländern durchgeführt. Diese wurden systematisch ausgewählt, um alte und neue Bundesländer, Flächen- und Stadtstaaten sowie nördliche und südliche Regionen abzubilden. Für die eingebundenen Länder wurde die Evaluation als Vollerhebung konzipiert, d.h. es wurden die im Erhebungszeitraum eingehenden Anträge auf Mutter / Vater – Kind – Leistungen bei allen Kassenarten erfasst. Die Einbeziehung des MDK erfolgte über die Krankenkassen.

Der Ansatz des Projektes wurde so gewählt, dass eine deskriptive Analyse der Ist-Situation bei allen Kassenarten und dem MDK in den ausgewählten Bundesländern ermöglicht wurde. Die Ergebnisse sind bei diesem Ansatz zwar nur für die ausgewählten Bundesländer, Krankenkassen und MDK miteinander vergleichbar, gleichwohl können auf diese Art und Weise Tendenzen und Zusammenhänge ermittelt und erkannt werden.

In das Projekt einbezogen wurden die Anträge von Versicherten aus den fünf Bundesländern:

- Nordrhein-Westfalen,
- Bayern,
- Niedersachsen,
- Sachsen
- Hamburg.

2.2 Erhebungszeitraum

Die Erhebungsphase betrug drei Wochen vom 15.05.2006 bis 02.06. 2006. Die Länge des Erhebungszeitraums wurde an Hand von Erfahrungswerten über die Antragswege und im Hinblick auf die angestrebte Fallzahl von mindestens 3000 Fällen festgesetzt.

2.3 Eingesetzte Fragebögen

Um die notwendige Transparenz bei der Antragsbearbeitung bei der zuständigen Krankenkasse und dem MDK zu erhalten, wurden alle Anträge auf Leistungen nach den §§ 24 und 41 SGB V, die in dem vorher festgelegten Zeitraum (15.05.2006 bis 02.06.2006) bei den beteiligten Krankenkassen eingingen, erfasst und dann mit einem Erhebungsbogen systematisch dokumentiert. Dieser Bogen „begleitete“ den Fall vom Antragsweg bei der Krankenkasse bis zum Leistungsbescheid lückenlos, d.h. von der Krankenkasse über den MDK und zurück. Der Erhebungsbogen wurde während der Bearbeitung des Falles sukzessive ausgefüllt, um so alle relevanten Informationen aufzunehmen.

Im Rahmen eines Pre-Tests wurden die Erhebungsbögen bei ausgewählten Krankenkassen sowie bei MDK-Beratungsstellen auf Vollständigkeit und Verständlichkeit vorab getestet.

In den Erhebungsbögen wurde zum einen der Verlauf der Antragsbearbeitung, d.h. die Weiterleitung an den Medizinischen Dienst oder ggf. an den Rentenversicherungsträger bis hin zum Leistungsentscheid der Krankenkasse dokumentiert. Zum anderen wurden soziodemographische Merkmale der Antragstellerinnen, die Art der Gesundheitsstörungen und Kontextfaktoren sowie das Begutachtungsergebnis des MDK und dessen Begründung festgehalten.

Um auch das Geschehen bei der Bearbeitung von Widersprüchen abbilden zu können, wurde eine Version des Erhebungsbogens für neu eingehende Erstanträge und eine Version für Widersprüche gegen zurückliegende Leistungsentscheide eingesetzt. Der Umfang des Erhebungsbogens wurde auf relevante Items begrenzt, da das Ausfüllen des Bogens vom zuständigen Sachbearbeiter und MDK-Gutachter zusätzlich zu seinen sonstigen Aufgaben zu geschehen hatte und einen gewissen zeitlichen Umfang nicht überschreiten durfte. Die eingesetzten Erhebungsbögen finden sich als **Anlage 1 und 2** zu diesem Bericht.

Datenschutzrechtliche Vorgaben wurden berücksichtigt, so dass versichertenbezogene Rückschlüsse zu keinem Zeitpunkt des Projektes möglich waren.

3 Ergebnisse des Projektes

3.1 Stichprobenumfang

Während des Erhebungszeitraums vom 15.05.2006 bis 02.06.2006 wurden 3.949 konsekutive Anträge auf Mutter / Vater – Kind – Leistungen bei den beteiligten Krankenkassen registriert. Davon wurden 2.678 Anträge bis zum vorher festgelegten Stichtag 30.06.2006 fallabschließend mit einem Leistungsbescheid versehen. Diese Fälle wurden der statistischen Auswertung zugeführt. Weitere 88 Erhebungsbögen mussten wegen Unvollständigkeit und/oder Inplausibilität ausgeschlossen werden. Insgesamt konnten damit 67,8 Prozent aller eingegangenen Anträge in die Auswertung einfließen (vgl. **Tabelle 1**).

Tabelle 1

**Statistik der Datenerhebung
- Eingegangene Anträge und Erhebungsbögen -**

	Häufigkeit	in v.H.
Im Zeitraum eingegangene Anträge	3.949	100,0
davon:		
Eingegangene Erhebungsbögen	2.766	70,0
Vollständige, auswertbare Erhebungsbögen	2.678	67,8

Da nur 67,8 Prozent der Anträge in die Auswertung einfließen, wurden die Daten dahingehend analysiert, ob sich durch diese eher geringe Quote möglicherweise systematische Verzerrungen der Ergebnisse ergeben könnten. Es fanden sich jedoch keine Hinweise auf eine

systematische Beeinflussung des Gesamtergebnisses. Insbesondere folgende Punkte sprachen gegen das Vorliegen systematischer Fehler:

- Die Ursache für die geringere Einschlussquote ist retrospektiv am ehesten darin zu sehen, dass der Projektzeitraum aus organisatorischen Gründen sehr eng terminiert werden musste, um zeitnah aussagefähiges Zahlenmaterial zu erhalten. Offenbar konnten dadurch u.a. die Fälle, in denen vor einer Leistungsentscheidung weitere Ermittlungen erforderlich waren, nicht mehr in die Auswertung eingeschlossen werden.
- Die Einschlussquote verteilt sich weitgehend gleichmäßig auf alle Kassenarten. Die Statistik in **Tabelle 2** zeigt, dass die beiden großen Kassenarten (AOK und VdAK/AEV), die 77 Prozent des Antragsvolumens stellen, nahezu die gleiche Einschlussquote aufweisen.
- Die einzelnen MDK berichten, dass der Abgleich mit der MDK-Dokumentation im Rahmen des Projektes ebenfalls eine nahezu einheitliche Einschlussquote von rund 70 Prozent ausweist.

Zusammenfassend kann daher davon ausgegangen werden, dass das Datenmaterial geeignet ist, das Entscheidungsverhalten der Krankenkassen und die Begutachtungstätigkeit des MDK bei Mutter / Vater – Kind – Leistungen in den ausgewählten Bundesländern ausreichend belastbar zu analysieren.

Tabelle 2

**Statistik der Datenerhebung
- Eingegangene Anträge und Erhebungsbögen
nach Kassenart -**

Kassenart	Eingegangene Anträge *	Auswertbare Erhebungsbögen	
	Häufigkeit	Häufigkeit	in v.H.
AOK	1.286	837	65,1
BKK	514	377	73,3
IKK	309	255	82,5
VdAK/AEV	1.708	1.177	68,9
Sonstige	44	32	72,7
Gesamt	3.861	2.678	69,4

* ohne Anträge mit unvollständigen/unplausiblen E-Bögen

3.2 Verteilung der Antragsziele (Vorsorge und Rehabilitation)

Über 70 Prozent aller **Erstanträge** bezogen sich auf Vorsorgeleistungen nach § 24 SGB V (siehe **Tabelle 3**). Nur 14 Prozent der Antragstellerinnen beantragten Rehabilitationsleistungen nach § 41 SGB V. Bei ebenfalls 14 Prozent ging die Art der beantragten Mutter / Vater – Kind – Leistung nicht aus dem Antrag hervor. Diese gingen als Anträge mit „unspezifischem“ Antragsziel in die Auswertung ein. Von den unspezifischen Anträgen wurden im Rahmen der Antragsbearbeitung 61, 8 Prozent als Vorsorgeleistungen und 5,3 Prozent als Rehabilitationsleistungen bewilligt.

Die Verteilung der Antragsziele zeigt, dass sich die Nachfrage der Leistungen bei den Krankenkassen auf Vorsorgeleistungen konzentriert.

Beantragt wurden zu 92,7 Prozent Mutter-Kind-Leistungen und zu 1,8 Prozent Vater-Kind-Leistungen. Nur 3,6 Prozent beantragten eine Mütter-Leistung (in 1,9 Prozent keine spezifizierte Antragsausrichtung). Hier zeichnet sich ab, dass die ausschließliche Mütter-Leistung ohne Einbezug von Kindern eindeutig eine untergeordnete Rolle beim Inanspruchnahmeverhalten der Antragstellerinnen spielt.

40,6 Prozent der Anträge wurden unter Einbeziehung einer Beratungsstelle des Müttergenesungswerkes gestellt.

Bei den **Widersprüchen** findet sich eine vergleichbare Verteilung hinsichtlich der Antragsziele (vgl. **Tabelle 3**). 77,9 Prozent aller Widerspruchsführerinnen bezogen sich auf eine abgelehnte Vorsorgeleistung, 11,2 Prozent auf Rehabilitationsleistungen und 10,9 Prozent auf eine unspezifizierte Mutter-/Vater-Kind-Leistung.

Tabelle 3

Stichprobenbeschreibung: Beantragte Leistung

	Anzahl	in v.H.
In die Erhebung eingehende Erstanträge	2.330	100,0
davon Antrag auf:		
Vorsorge (§ 24 SGB V)	1.657	71,1
Rehabilitation (§ 41 SGB V)	333	14,3
unspezifisch	340	14,6
In die Erhebung eingeh. Widersprüche		
	348	100,0
davon Antrag auf:		
Vorsorge (§ 24 SGB V)	271	77,9
Rehabilitation (§ 41 SGB V)	39	11,2
unspezifisch	38	10,9
Ohne vorherige MDK-Einschaltung	9	2,6
Mit vorheriger MDK-Einschaltung	291	83,6
Keine Angabe	48	13,8

Die Ergebnisse von Erstanträgen und Widersprüchen zeigen keine signifikanten Unterschiede, unabhängig davon, ob Anträge auf Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen gestellt wurden. Daher wird wegen der Übersichtlichkeit nachfolgend auf die Auswertung der Erstanträge fokussiert. Wesentliche Ergebnisse der Auswertung der Widersprüche sind im Kapitel 3.6 dargestellt.

3.3 Soziodemographische Merkmale der Stichprobe

Die Erstanträge wurden mit 98,1 Prozent mehrheitlich von Frauen gestellt (**Tabelle 4**). Anträge von Männern spielten eine untergeordnete Rolle (1,9 Prozent). 65 Prozent der Antragstellerinnen waren 35 Jahre alt und älter. Antragstellerinnen unter 25 Jahre waren mit 1,9 Prozent sehr selten vertreten. Das Durchschnittsalter betrug 36,8 Jahre. Der Anteil der Alleinerziehenden betrug 32,3 Prozent.

Tabelle 4 zeigt weiter, dass mit 46,8 Prozent die Mehrheit der antragstellenden Versicherten zum Zeitpunkt der Antragstellung berufstätig war. 15,7 Prozent befanden sich in der Elternzeit, so dass davon ausgegangen werden kann, dass insgesamt 62,5 Prozent der Antragsteller in einem Arbeitsverhältnis standen.

Tabelle 4

Stichprobenbeschreibung: Profil der Erstantragstellerinnen

	Anzahl	in v.H.
In die Studie eingehende Erstanträge	2.330	100,0
Geschlecht		
Männer	44	1,9
Frauen	2.244	98,1
Alter der Antragstellerin		
unter 20 Jahren	5	0,2
20-24 Jahre	40	1,7
25-29 Jahre	245	10,5
30-34 Jahre	525	22,5
35-39 Jahre	793	34,0
40 Jahre und älter	722	31,0
Durchschnittsalter im Jahren (Mittelwert)	36,8	
Soziale Situation		
Antragstellerin berufstätig	1.090	46,8
Antragstellerin in Elternzeit	366	15,7
Antragstellerin arbeitslos	527	22,6
Hausfrau	347	14,9
Alleinerziehende Antragstellerinnen	715	32,3

3.4 Logistik der Antragsbearbeitung

Nach dem Antragsingang haben die Krankenkassen 95 Prozent aller Erstanträge dem MDK zur sozialmedizinischen Prüfung vorgelegt (vgl. **Tabelle 5**). Bei den Widersprüchen lag die Quote der zuvor dem MDK vorgelegten Fälle bei nahezu 84 Prozent.

Eine Weiterleitung der Anträge auf Leistungen nach § 41 SGB V (Rehabilitationsleistungen) an den Rentenversicherungsträger erfolgte nur in 4,8 Prozent (dies entspricht 0,7 Prozent aller Anträge). Eine Weiterleitung der Anträge auf Leistungen nach § 24 SGB V (Vorsorgeleistungen) ist nicht möglich.

Tabelle 5

Logistik der Antragsbearbeitung

	Anzahl	in v.H.
In die Erhebung eingehende Erstanträge	2.330	100,0
davon:		
Weiterleitung an Rentenversicherung	16	0,7
Leistungsentscheidung ohne MDK-Einschaltung	103	4,4
Leistungsentscheidung mit MDK-Einschaltung	2.211	94,9

3.5 Begutachtungsergebnis / Leistungsentscheid

Im Rahmen der MDK-Begutachtung wurde durchschnittlich in 65,1 Prozent der Fälle eine positive Empfehlung für Leistungen nach den §§ 24 und 41 SGB V ausgesprochen. In 98,2 Prozent der Fälle orientierte sich die Krankenkasse an der sozialmedizinischen Empfehlung des MDK. Eine Abweichung ergab sich nur in 1,8 Prozent der Fälle (vgl. **Tabelle 6**).

Tabelle 6

Sozialmedizinische Empfehlung des MDK

	Anzahl	in v.H.
In die Erhebung eingehende Erstanträge mit MDK-Einschaltung	2.211	100,0
davon:		
Leistung nach §§ 24;41 SGB V empfohlen	1.439	65,1
Leistungen nach §§ 24,41 SGB V nicht empfohlen	772	34,9
davon:		
Andere Leistungen sind angezeigt	718	
Kasse weicht von der Empfehlung des MDK ab	39	1,8

Bei den 34,9 Prozent der Fälle, in denen keine positive MDK-Empfehlung und somit i.d.R. auch kein positiver Leistungsbescheid gegeben wurde (vgl. hierzu **Tabelle 6**), waren vor allem folgende Gründe maßgeblich (Mehrfachnennungen waren möglich):

- Es fand sich kein Hinweis auf eine vorliegende **Vorsorge- oder Rehabilitationsbedürftigkeit**. Zwar lagen möglicherweise Gesundheitsstörungen und Risikofaktoren vor, es bestand aber keine Notwendigkeit für eine komplexe interdisziplinäre Leistung.
- Die **medizinischen Gründe** wurden nicht ausreichend dargelegt. Sofern Gesundheitsstörungen genannt wurden, ließen diese keinen ursächlichen Zusammenhang mit dem Auftreten einer Krankheit bzw. Verschlimmerung dieser erkennen.
- Darüber hinaus fehlten häufig relevante **Kontextfaktoren** für den ganzheitlichen Ansatz dieser zielgruppenspezifischen Leistungen.

Die genaue Häufigkeitsverteilung der Gründe ist der **Tabelle 7** zu entnehmen. Hervorzuheben ist, dass in den Fällen, in denen der MDK eine Leistung nach den §§ 24 und 41 SGB V nicht empfohlen hat, in über 90 Prozent auf eine alternative Leistung verwiesen wurde (siehe **Tabelle 6**). In fast drei Viertel dieser Fälle (vgl. hierzu **Tabelle 8**) wurden vom MDK Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung empfohlen, worunter auch psychotherapeutische Leistungen und Heilmittel fallen. In der Hälfte der Fälle wurde auf alternative Präventions- / Beratungsangebote der Krankenkassen und anderer Träger verwiesen.

Tabelle 7

**Empfehlung des MDK
- Häufige Gründe für die Ablehnung -**

	Anzahl	in v.H.
Leistungen nach §§ 24,41 SGB V nicht empfohlen	772	34,9
weil (Auswahl):		
Kein Hinweis auf Reha-/Vorsorgebedürftigkeit	285	36,9
Medizinische Gründe nicht ausreichend dargestellt	276	35,8
Kontextfaktoren nicht ausreichend dargestellt	495	64,1
Mehrfachnennungen		

Tabelle 8

**Empfehlung des MDK
- Empfehlung anderer Leistungen
bei Ablehnung einer Leistung nach §§ 42, 41 SGB V -**

	Anzahl	in v.H.
Andere Leistungen sind angezeigt	718	93,0
davon (Auswahl):		
Vertragsärztliche Versorgung	519	72,3
Alternative Präventions-/Beratungsangebote Mehrfachnennungen	358	49,9

3.5.1 MDK-spezifische Ergebnisse

In **Tabelle 9** sind die Begutachtungsergebnisse der einzelnen MDK dargestellt. Die Ergebnisse für die einzelnen Bundesländer zeigen, dass die regionalen Zustimmungsquoten überwiegend im Bereich zwischen 50 und 70 Prozent lagen. Davon abweichend fanden sich je eine nach oben und eine nach unten abweichende Quote: Im Stadtstaat Hamburg (MDK Nord) lagen die positiven Empfehlungen unter und im MDK Westfalen-Lippe über dem Niveau der anderen Regionen.

Tabelle 9

**Sozialmedizinische Empfehlung
des Medizinischen Dienstes (MDK)**

MDK	Erstanträge	davon in v.H.
		Positive Empfehlung
Bayern	303	55,4
Niedersachsen	491	63,3
Nord (Hamburg)	80	36,3
Nordrhein	307	72,0
Sachsen	215	50,2
Westfalen-Lippe	526	84,0
Sonstige MDK*	289	55,4
Gesamt	2.211	65,1

* Der relativ hohe Anteil von Begutachtungen in „Sonstige MDK“ hat folgende Gründe:

1. Zentralisierte Begutachtung aller Leistungsanträge von Versicherten einzelner Krankenkassen
2. Begutachtungen von grenznah wohnenden Versicherten durch MDK in nicht am Projekt teilnehmenden Bundesländern

Hängen diese Ergebnisse nun von der Begutachtungspraxis der MDK in den einzelnen Bundesländern ab oder ergeben sie sich vorrangig aus den versichertenbezogenen Faktoren (z.B. Alter, Erwerbsstatus, Gesundheitsstörung, Kontextfaktoren), die vom jeweiligen MDK nicht zu verantworten sind? Um dieser Frage nachzugehen, wurde anhand von sog. Regressionsmodellen eine Adjustierung der Ergebnisse unter Berücksichtigung o.g. Einflussfaktoren durchgeführt.

Dabei wurde deutlich, dass die Begutachtungsergebnisse nur zu einem geringen Teil davon abhängig waren, in welchem Bundesland die Begutachtungen stattfanden. Vielmehr spielten medizinische Kriterien sowie die Kontextfaktoren der Versicherten die entscheidende Rolle für das Ergebnis der Begutachtung. Nur bei zwei MDK bleiben auch nach Adjustierung Unterschiede erkennbar.

3.5.2 Kassenartenspezifische Ergebnisse

Bei 66,1 Prozent aller Erstantragstellerinnen wurde eine Leistung nach den §§ 24 und 41 SGB V durch die Krankenkasse bewilligt. In 33,9 Prozent wurde sie abgelehnt (**Tabelle 10**). Auf Ebene der Kassenarten zeigen sich durchweg vergleichbare Ergebnisse in der Zustimmungsquote (siehe **Tabelle 10**). Die Quote positiver Leistungsentscheide liegt für alle Kassenarten bei 66,1 Prozent und schwankt je nach Kassenart zwischen 65 und 75 Prozent. Ein Einfluss bestimmter Kassenarten auf den Leistungsentscheid ließ sich in der Regressionsanalyse nicht nachweisen.

Tabelle 10

**Leistungsentscheidung der
Krankenkasse**

Kassenart	Erstanträge	davon in v.H.
		Antrag genehmigt
AOK	701	65,2
BKK	332	64,2
IKK	227	71,8
VDK	1.025	65,9
Sonstige	29	75,9
Gesamt	2.314	66,1

3.6 Widersprüche

In die Auswertung flossen 348 Widersprüche ein (**Tabelle 3**). Fast 80 Prozent aller Widersprüche bezogen sich auf eine abgelehnte Vorsorgeleistung, rd. 11 Prozent auf Rehabilitationsleistungen und rd. 11 Prozent auf eine unspezifizierte Mutter-/Vater-Kind-Leistung.

In mindestens 83,6 Prozent aller Widersprüche war beim Erstantrag eine Einschaltung des MDK erfolgt. Bei der Bearbeitung von Widersprüchen wurde in 96,8 Prozent der Fälle der MDK eingebunden.

Die meist genannten Gründe für den Widerspruch waren:

- Erholung am Wohnort wird als nicht möglich erachtet (36,2 Prozent),
- keine Zeit für ambulante Maßnahmen am Wohnort (25,3 Prozent),
- ambulante Maßnahme wird als nicht zielführend erachtet (20,1 Prozent).

In 62,1 Prozent wurde dem Widerspruch abgeholfen, in 37,9 Prozent wurde ihm nicht stattgegeben. Wesentliche Gründe dafür, dass dem Widerspruch letztlich abgeholfen wurde, waren (**Tabelle 11**):

Tabelle 11

**Häufige Gründe für positive MDK-Empfehlung
im Widerspruchsverfahren**

	Anzahl	in v.H.
In die Erhebung eingehende Widersprüche mit MDK-Einschaltung	337	100,0
davon Leistung empfohlen	206	61,1
weil:		
Medizinische Befunde nunmehr ausreichend	71	34,5
Kontextfaktoren nunmehr ausreichend	105	51,0
Vorsorge-/Rehabedürftigkeit nachgewiesen	88	42,7
Vorsorge-/Rehafähigkeit nachgewiesen	45	21,8
Vorsorge-/Rehaprognose nachgewiesen	46	22,3
Mehrfachnennungen möglich		

4 Diskussion

4.1 Grundsätzliches

Wie bereits dargestellt, stehen die Ergebnisse und Schlussfolgerungen unter der Maßgabe, dass sie nur Gültigkeit für die fünf ausgewählten Bundesländer besitzen. Gleichwohl ist davon auszugehen, dass sich die Sachlage mit einer großen Wahrscheinlichkeit im übrigen Bundesgebiet nicht grundsätzlich abweichend darstellt.

4.2 Schwerpunkt Vorsorgeleistungen

Die Ergebnisse der Pro-Transparenz-Erhebung zeigen eindeutig, dass der Schwerpunkt der Antragstellungen bei Mutter- / Vater – Kind – Leistungen im Bereich der Vorsorgeleistungen liegt. Dies deckt sich mit der Tatsache, dass sich die Versorgungslandschaft im Bereich der Mutter- / Vater – Kind – Leistungen schwerpunktmäßig auf die Vorsorge (§ 24 SGB V) konzentriert.

4.3 Sachgerechte Antragsbearbeitung

Die Analyse der Antragsbearbeitung macht deutlich, dass die Krankenkassen fast alle Erstanträge und Widersprüche dem Medizinischen Dienst zur sozialmedizinischen Prüfung vorlegen und nur ganz selten von dessen Empfehlung abweichen. Dies zeigt, dass die Kritik, die Krankenkassen würden nicht aufgrund medizinischer Kriterien entscheiden, nicht durch Fakten belegt werden kann. Vielmehr belegen die Daten, dass die Krankenkassen ihrer Verpflichtung zur Einschaltung des Medizinischen Dienstes fast ausnahmslos nachkommen und dass sie diesen sozialmedizinischen Empfehlungen generell folgen.

Ähnliches gilt für die oft geäußerte Kritik, die Kassen würden die Anträge zu häufig an den Rentenversicherungsträger weiterleiten. Die geringe Zahl von 4,8 Prozent weitergeleiteten Anträgen auf Leistungen nach § 41 SGB V relativiert zunächst einmal die Kritik an der angeblich in zahlreichen Fällen unsachgemäßen Weiterleitung an den Rentenversicherungsträger.

Von den Antragstellerinnen auf Leistungen nach § 41 SGB V standen 65,2 Prozent in einem Arbeitsverhältnis. Gerade bei dieser Klientel ist anzunehmen, dass im Einzelfall die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Rehabilitationsleistungen zu Lasten eines Rentenversicherungsträgers vorliegen bzw. angenommen werden können. Insofern ist die pauschale Kritik an der Weiterleitung zurückzuweisen und vorrangig dafür Sorge zu tragen, dass auch die Rentenversicherung diese spezielle Form der Rehabilitation sachgemäß erbringt. Die Spitzenverbände der Krankenkassen sehen nach wie vor keinen Grund dafür, dass die Rentenversicherung diese Leistung nicht regelhaft erbringen muss.

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass die im Transparenzprojekt ermittelte Weiterleitungsquote von 4,8 Prozent deutlich von den veröffentlichten Zahlen des MGW abweicht, wonach angeblich 15 Prozent aller Anträge an den Rentenversicherungsträger weitergeleitet werden. Diese augenscheinlich große Differenz mag zum Teil aus der eingeschränkten Repräsentativität der MGW - Zahlen resultieren. Die MGW - Statistiken beruhen nur auf den Angaben der Beratungsstellen (Hinweis: In der Pro – Transparenz – Erhebung hatten lediglich 40,6 Prozent der Versicherten ihren Antrag über eine Beratungsstelle vorgelegt, womit die MGW - Statistiken offensichtlich nur auf einem Teil des Klientels beruhen).

4.4 MDK-Begutachtung

Bezüglich der MDK-Begutachtung hat die Pro – Transparenz – Erhebung gezeigt, dass sich die sozialmedizinische Prüfung in allen beteiligten Medizinischen Diensten v.a. an den mitgeteilten Gesundheitsstörungen in Verbindung mit Kontextfaktoren orientiert. Es konnte also festgestellt werden, dass die MDK-Begutachtung nach sachbezogenen Kriterien erfolgt. Auch die nahezu regelhaft vorgenommene Alternativempfehlung bei negativer Antragsbeurteilung unterstreicht die differenzierte Prüfung der Anträge durch den MDK. Es konnte gezeigt werden, dass regionale Einflüsse auf das Begutachtungsergebnis die Ausnahme sind und lediglich bei zwei MDK auch nach Adjustierung bestehen blieben. Bei diesen beiden MDK haben regionale Besonderheiten (z. B. Stadtstaat) einen erhöhten Einfluss auf das Ergebnis der Begutachtung.

Insgesamt bestätigen die Ergebnisse nicht den Vorwurf der unterschiedlichen MDK-Begutachtungspraxis, da gezeigt werden konnte, dass das Ergebnis der Begutachtung vornehmlich von medizinischen Einflussfaktoren bestimmt wird. Insofern kann davon ausgegangen werden, dass die Frage, welcher MDK einen Fall begutachtet für den Ausgang der Begutachtung eine untergeordnete Rolle spielt.

4.5 Ablehnungsquoten der Krankenkassen

Auf der Ebene der Krankenkassenverbände zeigen sich durchweg vergleichbare Ergebnisse in der Zustimmungsquote (siehe **Tabelle 12**). Die Quote positiver Leistungsentscheide liegt für alle Kassenarten bei 66,1 Prozent und schwankt je nach Kassenart zwischen 65 und 75 Prozent. Die durchschnittliche Bewilligungsquote entspricht damit den vom MGW für 2005 publizierten Daten. Aus Sicht der Krankenkassen und des Medizinischen Dienstes ist dieser Wert durchaus plausibel und nicht auffällig abweichend von den Anträgen im übrigen Bereich der Vorsorge und Rehabilitation. Im Übrigen ist darauf zu verweisen, dass die hohe Übereinstimmung der Zustimmungsquoten zwischen den Kassenarten darauf schließen lässt, dass nicht einzelne Krankenkassen(-arten) eine unsachgemäße Bearbeitung (mit der Folge auffällig hoher Ablehnungsquoten) vornehmen. In diesem Fall hätte man deutliche Abweichungen der Quoten zwischen Krankenkassenarten verzeichnen müssen. Weiter hat die Auswertung gezeigt, dass die Frage, ob eine Leistung bewilligt oder abgelehnt wird nicht mit der Kassenart zusammenhängt.

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass die vorliegenden Zahlen keine Anzeichen für eine unsachgemäße Antragsbearbeitung der Krankenkassen bieten.

4.6 Leistungsbewilligung im Widerspruchsverfahren

Die Analyse der Gründe für eine positive Empfehlung bei der MDK-Begutachtung von Widersprüchen hat gezeigt, dass insbesondere die medizinischen Befunde und die Angaben über relevante Kontextfaktoren erst im Widerspruchsverfahren in ausreichendem Umfang vorgelegt wurden. Dies erklärt die Quote von 61,1 Prozent positiven Empfehlungen und unterstreicht die Bedeutung aussagefähiger Erstanträge.

5 Zusammenfassung

Als Ergebnis der Pro – Transparenz – Erhebung in fünf ausgewählten Bundesländern können folgende Punkte zusammenfassend festgehalten werden:

- Der überwiegende Teil der Anträge auf Mutter - / Vater - Kind - Leistungen wird von Frauen zur Erbringung einer Vorsorgeleistung mit ihren Kindern gestellt.
- Die große Mehrheit der Antragstellerinnen ist älter als 35 Jahre und steht in einem Arbeitsverhältnis.
- Eine Weiterleitung von Anträgen auf Leistungen nach § 41 SGB V (Rehabilitationsanträge) an den RV-Träger findet nur in weniger als 5 Prozent der Fälle statt.
- Bei der Bearbeitung von Erstanträgen und Widersprüchen schalten die Krankenkassen fast immer den Medizinischen Dienst ein.
- Die MDK-Begutachtung erweist sich als nachvollziehbar und sachgerecht, da sie sich nach medizinischen Kriterien in Verbindung mit Kontextfaktoren richtet. Regionale Unterschiede in der Begutachtung spielen dagegen eine untergeordnete Rolle.
- Der Leistungsentscheid der Krankenkassen richtet sich fast ausnahmslos an der sozialmedizinischen Empfehlung des MDK aus und ist somit auch als sachgerecht zu bewerten. Kassenartenbezogene Unterschiede bei der Entscheidung über die beantragten Leistungen konnten nicht nachgewiesen werden.
- Die Gründe bei Ablehnung eines Antrages beziehen sich überwiegend auf fehlende Nachweise von medizinischen Kriterien und relevanten Kontextfaktoren und sind somit sachgerecht.
- Es konnte gezeigt werden, dass die hohe Quote erfolgreicher Widersprüche darauf beruht, dass häufig erst im Widerspruchsverfahren ausreichende Informationen über medizinische Befunde und Kontextfaktoren vorgelegt werden.

- Über 90 Prozent der Antragstellerinnen, denen von der Krankenkasse keine Mutter - / Vater - Kind - Leistung bewilligt wurde, erhielten vom zuständigen MDK eine Empfehlung für alternative Leistungen.

Die Pro – Transparenz – Erhebung hat damit gezeigt, dass die Krankenkassen in enger Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst eine dem gesetzlichen Auftrag entsprechende Indikationsprüfung und Allokationsempfehlung von Mutter - / Vater - Kind - Leistungen gewährleisten. Hinweise darauf, dass Anträge systematisch und ohne medizinischen Grund abgelehnt werden, konnten nicht gefunden werden.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Medizinische Dienst hoffen mit dem Projekt und den vorgelegten Ergebnissen weiter zur Versachlichung der Diskussion beitragen zu können.