



Bericht

an den Haushaltsausschuss des
Deutschen Bundestages

nach

§ 88 Abs. 2 BHO

über die Hilfsmittelversorgung durch
die Krankenkassen der Gesetzlichen
Krankenversicherung

Dieser Bericht des Bundesrechnungshofes ist
urheberrechtlich geschützt.

Er ist auf der Internetseite des Bundesrechnungshofes
veröffentlicht (www.bundesrechnungshof.de).

Inhaltsverzeichnis	Seite
0 Zusammenfassung	4
1 Anlass für die Berichterstattung	7
2 Überblick	7
3 Präqualifizierung der Leistungserbringer	8
3.1 Feststellungen	9
3.2 Würdigung und Empfehlung	11
4 Vertragssystem	13
4.1 Vertragssystem und Wettbewerb	13
4.2 Würdigung und Empfehlung	15
4.3 Ausschreibungs- und Verhandlungsverträge	17
4.4 Würdigung und Empfehlung	20
5 Versorgungen in Bereichen mit Festbetragsregelung	21
5.1 Inkontinenzversorgung	22
5.2 Würdigung und Empfehlung	25
5.3 Versorgung mit Hörhilfen	26
5.4 Würdigung und Empfehlung	29
6 Kontrolle der Leistungserbringer	30
6.1 Feststellungen	31
6.2 Würdigung und Empfehlung	32
7 Stellungnahmen der geprüften Stellen	32
7.1 Präqualifizierung der Leistungserbringer	33
7.2 Vertragssystem	34
7.3 Vertrags- und Preiswettbewerb, Ausschreibungen	36
7.4 Versorgungen in Bereichen mit Festbetragsregelung, Aufzahlungen	38
7.5 Kontrolle der Leistungserbringer	39

8	Abschließende Bewertung	40
8.1	Der Markt der Hilfsmittelversorgung	40
8.2	Wettbewerb um eine wirtschaftliche und zugleich qualitätsvolle Versorgung	41
9	Anlagen	47

0 Zusammenfassung

- 0.1 Der Bundesrechnungshof hat die Hilfsmittelversorgung geprüft. Dieser Bericht nach § 88 Absatz 2 Bundeshaushaltsordnung fasst seine wesentlichen Feststellungen zusammen:
- 0.2 Leistungserbringer der Hilfsmittelversorgung müssen aufgrund der Verantwortung, die sie für die Versorgung der Versicherten tragen, in besonderer Weise qualifiziert sein. Ihre Eignung wird in einem sog. Präqualifizierungsverfahren geprüft. Dieses weist schwere Mängel auf und sichert keine auf Neutralität und Objektivität gründende Zulassungsentscheidung. Der Bundesrechnungshof stellte eine erhebliche und unzulässige Verquickung von Geschäftsinteressen der Leistungserbringer mit dem Präqualifizierungsverfahren und den damit beauftragten Stellen fest (vgl. Tz. 3).
- 0.3 Hilfsmittel dürfen an Versicherte nur auf der Grundlage von Versorgungsverträgen, die die Krankenkassen mit den Leistungserbringern schließen, abgegeben werden. Zurzeit weiß niemand, wie viele dieser Verträge es gibt und was sie im Einzelnen vorsehen. Versicherte haben deshalb keine Möglichkeit, sich aus den vielfältigen Leistungsangeboten der Krankenkassen das für sie beste und damit auch die für sie am besten passende Krankenkasse auszusuchen. Angemessene Wahlmöglichkeiten hatte aber der Gesetzgeber für die Versicherten gewollt. Was fehlt, ist eine klare Vertrags- bzw. Leistungsübersicht, die öffentlich zugänglich ist und dem Versicherten tatsächlich Vergleichsmöglichkeiten bietet (vgl. Tz. 4.2).
- 0.4 Im Vertragswettbewerb waren die Krankenkassen überwiegend auf niedrige Preise fokussiert (Preiswettbewerb). Für einen Qualitätswettbewerb fehlt es indes an grundlegenden Voraussetzungen, etwa an objektiven Indikatoren zur Feststellung von Versorgungsqualität. Der Bundesrechnungshof hat das Bundesministerium gebeten zu prüfen, wie der Qualitätswettbewerb gestärkt werden könnte (vgl. Tz. 4.2).
- 0.5 Ihren Bedarf nach Hilfsmittelversorgung schrieben die geprüften Krankenkassen eher selten aus (Ausschreibungsverträge). Ganz überwiegend schlossen sie mit den Leistungserbringern sogenannte Verhandlungsverträge. Beides ist erlaubt. Ausschreibungsverträge wirken sich zum Teil negativ auf die Versorgungsqualität

aus. Der Bundesrechnungshof hat das Bundesministerium gebeten zu prüfen, wie die im Zusammenhang mit Ausschreibungen entstandenen Defizite in der Versorgungsqualität vermieden werden können (vgl. Tz. 4.4).

- 0.6 In bestimmten Produktbereichen werden Hilfsmittel über Festbeträge entgolten. Die Versorgungsverträge von zahlreichen Krankenkassen unterschreiten das Vergütungsniveau bestehender Festbetragsregelungen deutlich. So hängt die Qualität des verabreichten Hilfsmittels aber oft von Aufzahlungen des Versicherten ab. Das führt zum Beispiel bei Inkontinenz dazu, dass Versicherte bereits bei einer mittleren Harninkontinenz ohne teils erhebliche Aufzahlungen nicht mehr angemessen mit Hilfsmitteln versorgt wurden. Die finanziellen Folgen solcher Unterversorgungen (Folgeerkrankungen) können für Krankenkassen beträchtlich sein. Krankenkassen müssen und sollten auch aus eigenem finanziellem Interesse auskömmliche Versorgungspauschalen vereinbaren (vgl. Tz. 5.2).
- 0.7 Auch bei Hörhilfen mussten Versicherte zunehmend und teils erhebliche Aufzahlungen leisten. Ob sie über ihre Rechte aufgeklärt waren, hing von den Leistungsanbietern ab. Krankenkassen müssen deshalb ihre Versicherten über ihr Recht auf aufzahlungsfreie Versorgung aufklären und beraten. Sie sollten auch mit Genehmigungsvorbehalten arbeiten. Denn vor allem so erfahren sie von anstehenden Versorgungsfällen. Außerdem sollten Leistungserbringer verpflichtet sein, den Versicherten mehrere aufzahlungsfreie Versorgungsvorschläge zu machen (vgl. Tz. 5.4).
- 0.8 Zwar übernehmen Leistungserbringer die Versorgung der Versicherten, die letzte Verantwortung für eine angemessene Versorgung tragen jedoch die Krankenkassen. Deshalb müssen die Krankenkassen die Leistungserbringer kontrollieren. Angesichts der Bedeutung des Vertragsgegenstandes (Gesundheitsversorgung) ist eine fortlaufende und flächendeckende Kontrolle notwendig. Obwohl Krankenkassen sich in den Versorgungsverträgen solche Kontrollrechte ausbedungen hatten, kontrollierten sie nicht eigeninitiativ. Aktiv wurden sie erst, wenn sie Beschwerden über eine mutmaßlich unzulängliche Versorgung erhalten hatten. Wegen der Vielzahl der Leistungserbringer sollten die Krankenkassen bei ihrer Kontrolle zusammenarbeiten und auch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) einbeziehen. Der Bundesrechnungshof hat den GKV-

Spitzenverband¹ gebeten, solch eine Zusammenarbeit zu organisieren. Gelingt das den Beteiligten nicht, sollte sie gesetzlich geregelt werden (vgl. Tz. 6.2).

¹ Spitzenverband Bund der Krankenkassen gem. § 217a SGB V.

1 Anlass für die Berichterstattung

Der Bundesrechnungshof hat die Hilfsmittelversorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung geprüft. Neben dem GKV-Spitzenverband² erhob er bei vier Krankenkassen³ und einem Verband von einer Kassenart⁴. Die vier Krankenkassen hatten zusammen etwa 13,6 Mio. Versicherte, der Verband repräsentierte Krankenkassen mit insgesamt 26,7 Mio. Versicherten. Ferner hat der Bundesrechnungshof einen Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und einen Dienstleister befragt, der für etwa 40 Krankenkassen Versorgungsverträge verhandelt und verwaltet.

Der Bundesrechnungshof hat seine Feststellungen in drei Prüfungsmitteilungen dem Bundesministerium für Gesundheit (Bundesministerium) und dem GKV-Spitzenverband ausführlich dargelegt:

- „Teil 1 – Präqualifizierung der Leistungserbringer“ vom 30. Juli 2015,
- „Teil 2 – Festbeträge und Hilfsmittelverzeichnis“ vom 8. September 2015 und
- „Teil 3 – Versorgungsverträge der Krankenkassen“ vom 29. Januar 2016.

Bundesministerium und GKV-Spitzenverband haben zugesichert, die Empfehlungen zu berücksichtigen. Das Bundesministerium hat angekündigt, die Änderung gesetzlicher Rahmenbedingungen für die Hilfsmittelversorgung vorzuschlagen. Es hat am 8. Juni 2016 einen entsprechenden Referentenentwurf vorgelegt⁵. Aufgrund seiner Feststellungen hat sich der Bundesrechnungshof entschieden, den Gesetzgebungsprozess beratend zu begleiten. Er unterrichtet deshalb den Deutschen Bundestag über die wesentlichen Ergebnisse seiner Prüfung.

2 Überblick

Hilfsmittel im Bereich der Krankenversicherung sind Gegenstände, die erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, § 33 Abs. 1 SGB V. Hilfsmittel leisten einen wichtigen Beitrag für die Versorgung von kran-

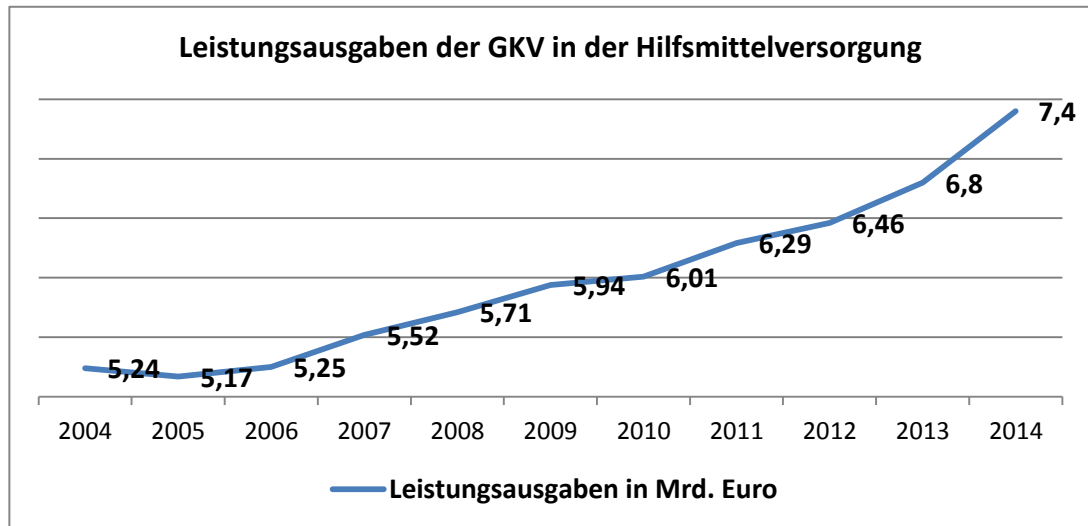
² Spitzenverband Bund der Krankenkassen gem. § 217 a SGB V.

³ jeweils eine Krankenkasse der Kassenart AOK, BKK, EK und IKK.

⁴ Die gesetzliche Krankenversicherung ist in folgende Kassenarten gegliedert: Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK), Betriebskrankenkassen (BKK), Ersatzkassen (EK), Innungskrankenkassen (IKK), Landwirtschaftliche Krankenkassen (LKK) und die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS) als Träger der Krankenversicherung.

⁵ Referentenentwurf, Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG), Stand: 7. Juni 2016 14:46 Uhr.

ken und behinderten Menschen. In Deutschland finanzieren verschiedene Kostenträger der Sozialversicherungen Hilfsmittel. Die Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenkassen) sind gegenüber den Versicherten für eine Versorgung mit medizinisch notwendigen Hilfsmitteln verantwortlich. Sie gaben für die Versorgung mit Hilfsmitteln im Jahr 2014 etwa 7,4 Mrd. Euro aus. In der Zeit von 2009 bis 2014 stiegen die Leistungsausgaben in diesem Bereich um rund 1,5 Mrd. Euro bzw. um 25 %:⁶



Übersicht 1 – Leistungsausgaben der GKV in der Hilfsmittelversorgung (eigene Darstellung)

Krankenkassen übernehmen die Kosten verordneter Hilfsmittel, wenn das jeweilige Produkt in einem sogenannten Hilfsmittelverzeichnis gelistet oder gleichwertig dazu ist (vgl. Anlage 1). Die Hilfsmittelversorgung ist eingehend geregelt. Es gibt einen gesetzlich vorgegebenen Rahmen, den die relevanten Spitzenorganisationen mit eigenen, ergänzenden Normen auszufüllen haben. Der Bundesrechnungshof hat dazu Folgendes festgestellt:

3 Präqualifizierung der Leistungserbringer

Die Versorgung mit Hilfsmitteln übernehmen sogenannte Leistungserbringer. Davon gibt es eine Vielzahl, etwa Sanitätshäuser, den Fachhandel für Medizin- und Rehabilitationstechnik, Orthopädietechniker⁷ / Orthopäadieschuhmacher, Hörgeräteakustiker, Augenoptiker und Apotheken.

Nicht jeder kann Leistungserbringer sein. Anbieter müssen dafür besonders ge-

⁶ BMG, Daten des Gesundheitswesens 2015.

⁷ Zur besseren Lesbarkeit wurde im gesamten Bericht auf geschlechtergerechte Formulierungen im Sinne des Gender Mainstreaming verzichtet.

eignet sein. Sie müssen zur ordnungsgemäßen, fachgerechten Ausübung ihres Berufes befähigt sein und spezifische Anforderungen an persönliche Eignung und an räumliche und technische Leistungsfähigkeit erfüllen, § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V. Zudem haben sie sonstige berufsrechtliche Voraussetzungen zu erfüllen (z. B. aus dem Gewerbe- oder Handwerksrecht). Was im Einzelnen von ihnen zu verlangen ist, hat der GKV-Spitzenverband in sogenannten Empfehlungen näher zu konkretisieren, § 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V.⁸

Da die Krankenkassen für die Qualität der Hilfsmittelversorgung verantwortlich sind, haben maßgeblich sie die Qualität der Leistungserbringer sicherzustellen. Entweder sie prüfen deren Eignung selbst und individuell oder sie überlassen das speziell dafür eingerichteten Organisationen, sogenannten Präqualifizierungsstellen⁹. Einzelheiten zum Präqualifizierungsverfahren hat der GKV-Spitzenverband mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene (Organisationen der Leistungserbringer) auszuhandeln, § 126 Abs. 1a Satz 3 SGB V. Anlage 2 zu diesem Bericht erläutert das Präqualifizierungsverfahren eingehender. Kommen Präqualifizierungsstellen zum Ergebnis, dass jemand für die Hilfsmittelversorgung geeignet ist, sind die Krankenkassen an diese Feststellung gebunden, § 126 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 1a Sätze 1 und 2 SGB V.

Wer sich zur Hilfsmittelversorgung präqualifiziert hat, kann jedoch nicht ohne weiteres damit anfangen. Er muss noch eine weitere Marktzugangsvoraussetzung erfüllen: den Abschluss eines Versorgungsvertrages mit Krankenkassen.

3.1 Feststellungen

Über die bei einer Präqualifizierung einzuhaltenden Bedingungen und das Verfahren hat sich der GKV-Spitzenverband mit 15 Organisationen der Leistungserbringer in einer sogenannten Präqualifizierungsvereinbarung¹⁰ geeinigt. Präqualifizie-

⁸ GKV-Spitzenverband, Empfehlungen für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen zur ausreichenden, zweckmäßigen und funktionsgerechten Herstellung, Abgabe und Anpassung von Hilfsmitteln vom 18. Oktober 2010, vom 16. April 2013, vom 14. Oktober 2013, vom 10. November 2014 und vom 18. Dezember 2015.

⁹ Präqualifizierung: Vorwettbewerbliche Eignungsprüfung, bei der potentielle Lieferanten ihre Fachkunde und Leistungsfähigkeit vor dem Abschluss von Leistungsverträgen mit Krankenkassen (Vertragsabschluss, Vertragsbeitritt bzw. Ausschreibung) nachweisen können.

¹⁰ Vereinbarung gem. § 126 Abs. 1a SGB V über das Verfahren zur Präqualifizierung von Leistungserbringern mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeb-

rungsstellen müssen neutral besetzt sein. Sie dürfen kein einseitiges Interesse am Ausgang des Präqualifizierungsverfahrens haben. Sie und von ihnen „beauftragte Stellen“ müssen mithin unparteiisch sein¹¹. Damit verbietet es sich, dass Leistungserbringer und ihnen verbundene Organisationen, die selbst Partner von Versorgungsverträgen sind oder sein können, Präqualifizierungen vornehmen. Die Präqualifizierungsvereinbarung setzt im Übrigen auf konstruktive Zusammenarbeit. Zweifelsfragen, die insbesondere bei der Zulassung/Benennung von Präqualifizierungsstellen aufkommen können, soll ein sogenannter Beirat klären.

Zu dem aus seiner Sicht bedeutendsten Moment der Präqualifizierung – dem der Neutralität von Institution und Verfahren – stellte der Bundesrechnungshof fest, dass die Organisationen der Leistungserbringer den Beirat fortlaufend dazu nutzten, Anforderungen an die Neutralität der Präqualifizierungsstellen gezielt abzuschwächen. Sie verhinderten über viele Jahre, dass sich die Arbeit der Präqualifizierungsstellen auf wirtschaftlich unabhängiger Grundlage vollzieht. Überdies hatten bei den zum Zeitpunkt der Prüfung bundesweit 32 Präqualifizierungsstellen¹² die Organisationen der Leistungserbringer gegenüber dem GKV-Spitzenverband ihre Beteiligung an mindestens sechs Präqualifizierungsstellen und 17 beauftragten Stellen mittelbar oder unmittelbar durchgesetzt, darunter auch und insbesondere bei Präqualifizierungsstellen mit dem größten Marktanteil.

In Fragen der Weiterentwicklung des Präqualifizierungsverfahrens zeigte sich der Beirat über Jahre wie gelähmt. Der Bundesrechnungshof stellte fest, dass Präqualifizierungsstellen bislang nicht überwacht werden. Ihre Überwachung wäre aber nach Überzeugung des Bundesrechnungshofes dringend nötig. Seit über fünf Jahren berät der Beirat, wie Überwachung organisiert und finanziert werden könnte; bislang ergebnislos. Die örtlichen Erhebungen zeigten, dass die Organisationen der Leistungserbringer hier jede Entwicklung beharrlich verhinderten.

Dabei ist bereits das Präqualifizierungsverfahren selbst mangelbehaftet und die Aufgabenwahrnehmung der Präqualifizierungsstellen uneinheitlich, mit der Folge ungleichen Zugangs zur Hilfsmittelversorgung in Deutschland. So missachteten Präqualifizierungsstellen bei Eignungsprüfungen berufsrechtliche Vorgaben, oder

lichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene im Sinne des § 126 Abs. 1a Satz 3 SGB V, 29. März 2010.

¹¹ Präqualifizierungsvereinbarung, § 5b – Neutralität, Unparteilichkeit.

¹² GKV-Spitzenverband, Liste der benannten Präqualifizierungsstellen gem. § 5a der Vereinbarung vom 29. März 2010, Stand 31. März 2014.

verzichteten schlicht auf obligatorische Betriebsbegehungen. Die Folge: Präqualifizierungsstellen ließen sich Anforderungen an die räumliche und technische Ausstattung anhand von Fotos „nachweisen“, obwohl es diese Ausstattung in Wirklichkeit nicht gab. Oder der Bundesrechnungshof stieß auf sogenanntes „PQS-Hopping“¹³, den häufigen und systematischen Wechsel erfolgloser Bewerber zu weniger anspruchsvollen Präqualifizierungsstellen. An den GKV-Spitzenverband zu übermittelnde wichtige Daten zur Präqualifizierung sandten Präqualifizierungsstellen oft sehr zögerlich oder auch voller Fehler.

3.2 Würdigung und Empfehlung

Den Vertragspartnern (Krankenkassen und Leistungserbringern) hat der Gesetzgeber Mitwirkungsmöglichkeiten bei der Durchführung einer der Qualitätssicherung dienenden Präqualifizierung eröffnet und ihnen damit entsprechende Verantwortung übertragen. Nach den Feststellungen des Bundesrechnungshofes werden die Beteiligten dieser Verantwortung aber nicht gerecht. Die Organisationen der Leistungserbringer setzten ihre wirtschaftlichen Interessen bereits in einer für die Sicherung einer für Versicherte qualitätsvollen Hilfsmittelversorgung entscheidenden ersten Phase – derjenigen der Zulassung von Leistungserbringern zur Hilfsmittelversorgung – dermaßen resolut durch, dass oft genug eine qualitätssichernde, nämlich insbesondere neutral verlaufende Präqualifizierung nicht mehr vorstellbar war. Der GKV-Spitzenverband, der auch in solchen Fragen auf eine Einigung mit den Leistungserbringern (bzw. ihren Organisationen) angewiesen ist, hat dieser Entwicklung nichts entgegen gestellt. Weder traf der Bundesrechnungshof in entscheidenden Angelegenheiten wie Kontrolle von Präqualifizierungsstellen und deren Finanzierung bei insbesondere den Leistungserbringern auf die notwendige *Kompromissbereitschaft* noch waren die im Beirat organisierten Beteiligten überhaupt in der Lage, wesentliche Schritte zur Fortentwicklung des Präqualifizierungsverfahrens vorzubereiten oder solche zu vollziehen.

Neutralität und Unparteilichkeit der Präqualifizierungsstellen

Das Präqualifizierungsverfahren trägt schwer an der über Jahre hingenommenen Verflechtung von Leistungserbringern mit Präqualifizierungsstellen. Das ist aus Sicht des Bundesrechnungshofes ein schwerwiegender Mangel. Präqualifizie-

¹³ Von den Erhebungsstellen selbst und häufig verwendeter Begriff. Er bezeichnet den häufigen Wechsel der Präqualifizierungsstellen durch einen Leistungserbringer. Siehe auch Ergebnisschrift der Beiratssitzung vom 4. Dezember 2013, TOP 4 – Problem- und Fragestellungen im Zusammenhang mit der Präqualifizierungstätigkeit.

rungsstellen sind für eine objektive Bestandsaufnahme und unparteiisch zu treffende Entscheidungen auf einen ihre Neutralität gewährleistenden institutionell-organisatorischen Rahmen angewiesen. Fehlt dieser Rahmen, kann man kaum noch eine objektive Präqualifizierungsentscheidung erwarten. Leistungserbringer und deren Organisationen dürfen deshalb nicht selbst in die Organisation und den Prozess der Präqualifizierung eingebunden sein. Die vom Bundesrechnungshof festgestellten Verflechtungen lassen in den meisten Fällen deshalb auch keine objektiven, sachlich begründeten Präqualifizierungsentscheidungen mehr erwarten. Im Lichte der bisherigen Entwicklung sollten die Präqualifizierungsstellen künftig durch eine ausdrückliche gesetzliche Anordnung zu neutraler, unparteiischer Tätigkeit verpflichtet werden.

Qualität der Präqualifizierungsverfahren

Zum Vollzug des SGB V gehört es, dass alle über die Bundesrepublik Deutschland verteilten Präqualifizierungsstellen einheitlich vorgehen, mithin auch einheitlich geltende Kriterien und Maßstäbe beachten bzw. anlegen. Davon aber kann zurzeit nicht die Rede sein. Leistungserbringer werden sich eher derjenigen Präqualifizierungsstelle vorstellen, die geringere Anforderungen stellt. Das belegen die Feststellungen zum sog. „PQS-Hopping“. So aber geraten zweifelhafte Anbieter in den vom Gesetzgeber eigentlich geschützten Kreis qualifizierter Leistungserbringer. Das kann die Qualität der Hilfsmittelversorgung gefährden. Der Bundesrechnungshof ist überzeugt, dass nur eine intensive und kontinuierliche Kontrolle von Präqualifizierungsstellen, deren unabhängige Stellung und deren Arbeit gewährleisten sowie eine konsequente Korrektur von Fehlern und Fehlentwicklungen bewirken kann, dass das Präqualifizierungsverfahren künftig den vom Gesetzgeber intendierten Schutzzweck erfüllt. Wir haben es derzeit mit einer Vielzahl von Präqualifizierungsstellen zu tun, an denen Leistungserbringer bzw. deren Interessenvertretungen beteiligt sind. Die von solchen Stellen ausgesprochenen Präqualifizierungen begegnen wegen der Vermischung von Interessen von vorn herein durchgreifenden rechtlichen Bedenken.

Angesichts der Vielzahl festgestellter Missstände hat der Bundesrechnungshof den GKV-Spitzenverband gebeten, umgehend die Geschäftsordnung des Beirates zu ändern, mit dem Ziel die Entscheidungsstrukturen des Beirates durchgreifend zu verbessern. Der Beirat muss insbesondere in die Lage versetzt werden, auch gegen den Willen von Leistungserbringern ein wirksames Überwachungssystem

zu errichten und dessen Finanzierung sicherzustellen. Die Leistungserbringer haben sich nach Überzeugung des Bundesrechnungshofes maßgeblich an der Finanzierung dieser Aufgabe zu beteiligen. Übernehmen die Vertragspartner der Präqualifizierungsvereinbarung die ihnen zugewiesene Verantwortung nicht, sollte die Überwachung von Präqualifizierungsstellen als Aufgabe im Gesetz selbst vorgesehen werden.

4 Vertragssystem

Hilfsmittel dürfen an Versicherte nur auf der Grundlage besonderer Versorgungsverträge abgegeben werden, § 126 Abs. 1 Satz 1 SGB V. Solche Verträge schließen die Krankenkassen¹⁴ mit den Leistungserbringern¹⁵. Sie müssen eine wirtschaftliche, wohnortnahe Versorgung aller Versicherten mit Hilfsmitteln und eine angemessene Beratung des Versicherten über das Hilfsmittel sicherstellen. Der Gesetzgeber hat den Krankenkassen dazu drei Vertragstypen zur Auswahl überlassen:

1. Ausschreibungsverträge (§ 127 Abs. 1 SGB V),
2. Verhandlungsverträge (§ 127 Abs. 2 SGB V) und
3. Einzelverträge (§ 127 Abs. 3 SGB V).

Es liegt in der geschäftspolitischen Entscheidung der Krankenkassen, über welche der drei Vertragstypen sie die Vertragsziele am besten erreichen.

4.1 Vertragssystem und Wettbewerb

Krankenkassen stehen untereinander im Wettbewerb. Über einen **Preiswettbewerb** und wirtschaftliche Versorgungsverträge haben sie die Möglichkeit, Leistungsausgaben zu senken und damit wettbewerbsfähiger zu werden, auch um keine Zusatzbeiträge¹⁶ erheben zu müssen. Über einen **Qualitätswettbewerb** können sich Krankenkassen mit einer besonderen Versorgungsqualität von ihren Mitbewerbern absetzen und so neue Mitglieder gewinnen. Was aber genau „Versorgungsqualität“ ausmacht, ist nicht immer leicht festzustellen, es fehlt derzeit an belastbaren Qualitätsindikatoren. Ob es im Leistungsbereich zu echtem Wettbewerb kommt, hängt überdies wesentlich davon ab, ob Krankenkassen genügend

¹⁴ Gemeint sind hier Krankenkassen, Landesverbände von Krankenkassen oder Arbeitsgemeinschaften von Krankenkassen.

¹⁵ Gemeint sind hier Leistungserbringer, Verbände von Leistungserbringern oder Zusammenschlüsse von Leistungserbringern.

¹⁶ Zusatzbeitrag gemäß § 242 SGB V.

Möglichkeiten für Differenzierungen bei der Versorgung haben. Den Versicherten müssen sich bietende Alternativen bei der Bedarfsdeckung bekannt sein, damit sie ihre Wahlfreiheit tatsächlich nutzen können.¹⁷

Der Bundesrechnungshof stellte fest, dass Krankenkassen eine Vielzahl von Versorgungsverträgen abgeschlossen hatten und niemand einen Überblick über das darin Geregelte hatte. Die vom Bundesrechnungshof geprüften Krankenkassen behandelten den Inhalt ihrer Versorgungsverträge wie Geschäftsgeheimnisse, die es vor der Konkurrenz (anderen Krankenkassen) zu schützen gilt. Mit der Zulassung von Versorgungsverträgen ist es jeder Krankenkasse möglich, mit jedem potentiellen Leistungserbringer einen Versorgungsvertrag abzuschließen. Konkret bedeutete das zum Zeitpunkt der Erhebungen, dass den seinerzeit 132 Krankenkassen etwa 36 000 Leistungserbringer als potentielle Vertragspartner gegenüberstanden. Entschlossen sich Krankenkassen, gegenüber den Leistungserbringern bzw. ihren Organisationen gemeinsam aufzutreten, sank die Zahl der Versorgungsverträge.

Die vom Bundesrechnungshof geprüften Krankenkassen unterhielten jeweils bis zu 440 Verträge. Dabei überwogen Verhandlungsverträge nach § 127 Abs. 2 SGB V.

Wie viele Versorgungsverträge insgesamt in Deutschland existieren und welche wesentlichen Inhalte sie haben, war niemandem bekannt. Auch Übersichten zu Vertragsbedingungen wie Preise oder Versorgungsstandards gab es nicht. Nur eine der geprüften Krankenkassen veröffentlichte ihre Versorgungsverträge im Internet.

Die Versorgungsverträge waren einander ähnlich, glichen sich zum Teil auch inhaltlich und stellten nur vereinzelt besondere, qualitätsbezogene Anforderungen an die Leistungserbringer, an den Versorgungsprozess oder an die Qualität von Hilfsmitteln. Nur wenige der geprüften Krankenkassen hatten versucht, über ihre Versorgungsverträge auf die Struktur- und Prozessqualität¹⁸ der Versorgung Einfluss zu nehmen. So gewährte eine Krankenkasse für die Versorgung von

¹⁷ BT-Drs. 17/10323, Sachverständigenrat (SVR) Gesundheit, Sondergutachten 2012.

¹⁸ Beispiel zur Strukturqualität: Der fachliche Leiter einer Betriebsstätte des Leistungserbringers muss zu Abgabe von Hilfsmitteln besonders geeignet sein (Eignungsprüfung im Rahmen der Präqualifizierung). Die fachlichen Leiter haben oftmals zeitgleich die Verantwortung für mehrere Betriebsstätten inne. Deshalb stellten einige Krankenkassen etwa darüber hinaus Anforderungen an die Qualifikation der übrigen mit der Hilfsmittelversorgung betrauten Mitarbeiter.

Stoma¹⁹-Patienten eine höhere Vergütung, wenn die Versorgung durch einen Stoma-Therapeuten vorgenommen wurde. Eine andere Krankenkasse definierte besondere Qualitätskriterien, um die Qualität der abgegebenen Inkontinenzhilfen zu verbessern.

4.2 Würdigung und Empfehlung

Vertragssystem

Derzeit ist nicht bekannt, auf wie viele Versorgungsverträge insgesamt Krankenkassen ihre Hilfsmittelversorgung stützen. Der Bundesrechnungshof weiß von einzelnen Krankenkassen, die bis zu 440 Versorgungsverträge unterhalten. Erst recht ist nichts bekannt zum Inhalt von Verträgen. Das liegt auch daran, dass die Krankenkassen den Inhalt ihrer Versorgungsverträge wie Geschäftsgeheimnisse behandeln. Eine solche strukturelle Umgebung erlaubt es weder Krankenkassen noch ihren Aufsichten²⁰ überhaupt, allgemeingültige, verlässliche Aussagen zur Recht- und damit Ordnungsmäßigkeit von Vertragsinhalten und zum Grad der Sicherstellung einer alles in allem wirtschaftlichen Versorgung zu machen.

Wettbewerb im Leistungsbereich setzt voraus, dass Krankenkassen sich mit differenzierten Leistungsangeboten voneinander abheben können und sich Versicherte über die zwischen den Krankenkassen bestehenden Unterschiede tatsächlich ein Bild machen können. Ohne hinreichende Transparenz über den Inhalt von Versorgungsverträgen aber kann der Versicherte nur schwer die Krankenkasse mit dem für ihn bestmöglichen Versorgungsangebot ausfindig machen. Und auch nicht von allen Versicherten kann eine solche Fähigkeit zur „Marktübersicht“ erwartet werden. Zu denken ist insoweit beispielsweise an alte, und/oder sehr kranke, hilfsbedürftige Versicherte.

Der Bundesrechnungshof hält deshalb eine Übersicht zu den geltenden Versorgungsverträgen an zentraler Stelle für unverzichtbar. Eine solche Übersicht sollte über die Zahl bestehender Versorgungsverträge, ihre Reichweite und ihre wesentlichen Inhalte informieren. Nebenbei könnte und sollte sie auch zum Nachdenken darüber anregen, ob und inwieweit tatsächlich ein derart hohes Vertragsaufkommen nötig ist, um eine Hilfsmittelversorgung in Deutschland sicherzustellen. Für

¹⁹ Stoma = künstliche Körperöffnung.

²⁰ Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder gemäß § 90 SGB IV: Bundesversicherungsamt (für bundesunmittelbare Krankenkassen) und die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder (für landesunmittelbare Krankenkassen).

eine zentrale Vertragsübersicht sprechen folgende Gründe:

1. Krankenkassen könnten sich über bestehende Verhandlungsverträge informieren. Sie könnten bestehenden Verträgen beitreten, ohne selbst den zum Teil hohen Aufwand für Vertragsverhandlungen zu betreiben. Eine Konzentration von Nachfragemacht auf der Kassenseite würde die Verhandlungsposition der Gesetzlichen Krankenversicherung gegenüber den Anbietern (Leistungserbringer) stärken. Zurzeit ist die „Nachfragelandschaft“ mit über 100 Krankenkassen vergleichsweise zersplittert und unübersichtlich.
2. Auch Versicherten könnte eine zentrale Vertragsübersicht helfen, mehr Überblick über das Versorgungsangebot zu bekommen, als das bisher der Fall ist. Sie hätten Möglichkeiten, ihre Krankenkasse nach dem eigenen Versorgungsbedarf auszuwählen.

Der Bundesrechnungshof regt deshalb an, die Krankenkassen gesetzlich zur Offenlegung des Leistungsumfangs ihrer Verträge zu verpflichten. Er hält eine Vertragsübersicht bei einer zentralen Stelle – z. B. beim GKV-Spitzenverband – für zielführend. Diese sollte den Versicherten adressatengerecht, leicht verständlich die notwendigen Informationen zur Verfügung stellen, die er für seine vom Gesetzgeber ja gewollte Auswahlmöglichkeit und -entscheidung benötigt.

Gegenüber Aufsichten ist der Inhalt von Versorgungsverträgen ohnehin vollständig offen zu legen. Eine solche, bessere Übersicht würde es auch den Aufsichten erleichtern, die Hilfsmittelversorgung in Deutschland besser auf ihre Ordnungsmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit hin zu überprüfen.

Wettbewerb

Haben die vielen Versorgungsverträge nun eher einen *Wettbewerb um Versorgungsqualität* befördert oder eher einen *Preiswettbewerb*? Der Eindruck des Bundesrechnungshofes ist, dass sich die geprüften Krankenkassen überwiegend auf das Erzielen niedriger Preise konzentrierten. Denn viele der vom Bundesrechnungshof eingesehenen Verträge waren hinsichtlich der Versorgungsqualität ähnlich oder sogar identisch. Nur vereinzelt traf der Bundesrechnungshof auf besondere qualitätsbezogene Anforderungen an die Leistungserbringer, an den Versorgungsprozess oder an die Qualität von Hilfsmitteln. Für den im Interesse des Versicherten notwendigen *Wettbewerb um Versorgungsqualität* fehlt es derzeit an messbaren Indikatoren. Die Krankenkassen können den Leistungserbringern des-

halb auch kaum dahingehende finanzielle Anreize setzen. Denn, soll es überzeugen, muss das Vergütungsangebot der Krankenkasse auf der dafür geforderten, auf objektiven Indikatoren fußenden Versorgungsqualität gründen, um vom Leistungserbringer, dem Vertragspartner, akzeptiert zu werden.

In einem wettbewerbsdominierten Versorgungsumfeld kommt dem Versicherten – neben der eigenen Betroffenheit als Patient – eine zusätzliche Rolle als Kunde zu. Es wird vorausgesetzt, dass Versicherte in der Lage sind, das Versorgungsangebot des Leistungserbringers kritisch auf Notwendigkeit, Qualität und Preis hin zu bewerten. Dazu müsste es aber ein Mindestmaß an Transparenz über alternative Angebote geben, damit sie ihre Wahlfreiheit auch tatsächlich ausüben können. Stattdessen hatten Leistungserbringer erheblichen Einfluss darauf, welche Produkte Versicherte unter verschiedenen Alternativen wählen werden. Denn die Versicherten sind für ihre Auswahlentscheidung auf Informationen angewiesen, die ihnen oft nur der Leistungserbringer liefert.

Insgesamt fehlt es an grundlegenden Voraussetzungen für einen *Wettbewerb*, vor allem *um Versorgungsqualität*. Deshalb und wegen des großen Interesses der Krankenkassen an Möglichkeiten zur Kostensenkung wurde der Wettbewerb in der Hilfsmittelversorgung bislang vorrangig *über den Preis* ausgetragen. Krankenkassen versuchten, kurzfristig die eigene Wettbewerbsfähigkeit zu sichern, indem sie *Leistungsausgaben* senkten bzw. begrenzten. Demgegenüber könnte ein Qualitätswettbewerb kurzfristig zwar die Leistungsausgaben ansteigen lassen, mittelfristig aber über eine bessere Versorgung typische Folgeerkrankungen, zu denen es aufgrund unzureichender Hilfsmittelversorgung oft kommt²¹, vermeiden helfen und damit zur Senkung der Leistungsausgaben beitragen. Das Bundesministerium sollte deshalb prüfen, unter welchen Bedingungen am gegenwärtig praktizierten *Vertrags- und Preiswettbewerb* in der Hilfsmittelversorgung festgehalten werden soll.

4.3 Ausschreibungs- und Verhandlungsverträge

Schreiben Krankenkassen eine Versorgung mit Hilfsmitteln nicht nach § 127 Abs. 1 SGB V aus, schließen sie Verhandlungsverträge mit Leistungserbringern. Wann sich Ausschreibungen empfehlen, haben der GKV-Spitzenverband und die (Spitzen-)Organisation der Leistungserbringer in gemein-

²¹ Vgl. dazu auch die Ausführungen unter TZ 5.1, 5.4.

samen Empfehlungen (Gemeinsame Empfehlungen) erläutert.²² Eine Ausschreibung von Versorgungsverträgen empfiehlt sich danach, wenn es um hohe Fallzahlen geht, der Aufwand für eine Ausschreibung mithin in einem günstigen Verhältnis zum ausgeschriebenen Auftragsvolumen oder zum wirtschaftlichen Vorteil steht. Generell unzweckmäßig sind Ausschreibungen zum Beispiel bei individuell gefertigten Hilfsmitteln oder, wenn die Leistung nur von einem kleinen Kreis von Anbietern erbracht werden kann.

Nicht alle Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses eignen sich also für Ausschreibungen. Die Barmer GEK geht davon aus, dass sich 23 % des gesamten Hilfsmittelmarktes für Ausschreibungen eignet; etwa Dreiviertel des Hilfsmittelmarktes komme dafür nicht infrage.²³

Die geprüften Krankenkassen schlossen ganz überwiegend Verhandlungsverträge. In den Jahren 2011 bis 2013 hatten sie nur acht Ausschreibungen durchgeführt. Dem standen je geprüfte Krankenkasse bis zu 440 Verhandlungsverträge gegenüber. Auch der GKV-Spitzenverband bestätigte diese Tendenz: Zwischen April 2007²⁴ und Mai 2013 sei es im Hilfsmittelbereich bundesweit zu 90 Ausschreibungen²⁵ gekommen, mit abnehmender Tendenz.

Für die von uns geprüften Krankenkassen waren Kosten und Nutzen einer Ausschreibung schwer abschätzbar. Nicht nur das Ausschreibungsverfahren selbst sei aufwendig, sondern auch die anschließende Umsteuerung laufender Versorgungs hin zum Ausschreibungsgewinner. Auch der mit einer Ausschreibung zu erwartende wirtschaftliche Vorteil (Preiseffekt) sei regelmäßig unbekannt. Kritisch sei weiter, dass Ausschreibungsverträge dem Vertragspartner (Leistungserbringer) ein Exklusivrecht für Versorgungs einer Krankenkasse in einem bestimmten Versorgungsbereich und Gebiet einräumten.

Nach den Feststellungen des Bundesrechnungshofes hatten die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) und Ersatzkassen bislang am häufigsten ausgeschrieben. Beide Kassenarten haben zusammen den größten Marktanteil²⁶. Betriebs- und In-

²² Gemeinsame Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und der Spitzenorganisation und sonstigen Organisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene gem. § 127 Abs. 1a SGB V zur Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen vom 2. Juli 2009.

²³ Barmer-GEK Gesundheitswesen aktuell 2013, Nikolaus Schmitt: „Vergabeverfahren im Arznei- und Hilfsmittelbereich“.

²⁴ Einführung des Vertragssystems durch das GKV – WSG (vgl. Tz. 2).

²⁵ Von den 90 Ausschreibungen wurden 7 aufgehoben.

²⁶ Marktanteile der Kassenarten, bezogen auf die Versicherten im Jahresdurchschnitt.

nungskrankenkassen schrieben selten aus. Der Bundesrechnungshof sah sich einige Ausschreibungen der geprüften Krankenkassen näher an:

Im Bereich *Inkontinenzhilfen* erzielten Krankenkassen über Ausschreibungen durchweg niedrigere Preise als solche Krankenkassen, die mit Anbietern die Preise ausgehandelt hatten (Verhandlungsverträge). Diese Preiseffekte gingen aber überwiegend mit niedrigeren Anforderungen an die Versorgungsqualität einher. Bei Ausschreibungen erhielten ausnahmslos größere Leistungsanbieter den Zuschlag: überregional agierende Großhändler und Homecare-Unternehmen sowie Hersteller von Medizin- und Hygieneprodukten. Zum Vergleich: Bei den vom Bundesrechnungshof geprüften Verhandlungsverträgen übernahmen durchweg kleinere, regional agierende Einzelbetriebe die Versorgung.

Bei der Versorgung mit fremdkraftbetriebenen Knie- und Schulterbewegungsschienen erzielten Krankenkassen bei Ausschreibungen wie auch Verhandlungsverträgen im wesentlichen ähnliche Preise und dies bei vergleichbaren Abnahmemengen.

Die Möglichkeit auszuschreiben, ist von Leistungserbringern²⁷ und Patientenorganisationen²⁸ immer wieder kritisiert worden: Ausschreibungen führten zu einer vorwiegend am Preis orientierten Standardisierung der Versorgung, die zu Lasten der Patienten gehe.

Eine von der AOK Hessen veranlasste Studie zu Ausschreibungen von Antidekubitus²⁹-Liegehilfen fand heraus, dass die beauftragten Leistungserbringer Patienten häufig mangelhaft beraten und ungenügend in den Gebrauch der Liegehilfen eingewiesen hatten. Wenn überhaupt Beratungsgespräche stattgefunden hatten, dann telefonisch; Hausbesuche gab es nur ganz selten. Zu solchen hatten sich die Leistungsanbieter aber in der Ausschreibung verpflichtet, um die Versorgungssituation der Patienten vor Ort vollständig zu erfassen. Lediglich ein Drittel der Befragten war überhaupt in die Nutzung der Liegehilfe eingewiesen worden, und Einweisungen waren lückenhaft und verleiteten zu falscher Anwendung der Liegehilfen.³⁰

²⁷ <https://www.openpetition.de/petition/online/ausschreibung-von-rollstuehlen-verbieten>.

²⁸ <https://www.openpetition.de/petition/online/bedarfsgerechte-versorgung-mit-inkontinenzhilfen-ohne-aufzahlung-sicherstellen>.

²⁹ Dekubitus = Druckgeschwür.

³⁰ Endbericht „Qualität der Versorgung mit Anti-Dekubitus-Liegehilfen am Beispiel der Hilfsmittelversorgung durch die AOK Hessen“, IWAK, Goethe-Universität Frankfurt am Main,

4.4 Würdigung und Empfehlung

Ausschreibungen sind für die öffentliche Hand und damit auch für Sozialversicherungsträger grundsätzlich ein unverzichtbares Mittel, Leistungen und Güter möglichst wirtschaftlich zu erhalten. Von der Möglichkeit, Versorgungsverträge im Hilfsmittelbereich abzuschließen, insbesondere aber von der Ausschreibung von Versorgungsleistungen, hatte sich der Gesetzgeber deshalb auch eine Stärkung des Vertrags- und Preiswettbewerbs in der Hilfsmittelversorgung und damit Einsparungen bei den Leistungsausgaben versprochen. Der Bundesrechnungshof hat jedoch festgestellt, dass sich zumindest die von ihm geprüften Krankenkassen mit Ausschreibungen eher zurückhalten. Für ihn ist zurzeit nicht erwiesen, dass Ausschreibungen im hier verstandenen Sinne zu bedeutsamen Einsparungen geführt haben, zumal Preisdifferenzen im Vergleich zu Verhandlungsverträgen bisweilen nicht groß sind. Wenn die von ihm geprüften Krankenkassen nennenswerte Einsparungen erzielten, dann vor allem aufgrund veränderter Wertungskriterien, also dem Reduzieren der Anforderungen an die Versorgungsqualität.

Dass Versorgungsverträge eher selten ausgeschrieben wurden, mag zum einen daran liegen, dass sich nur wenige Bereiche der Hilfsmittelversorgung uneingeschränkt für Ausschreibungen eignen. Andere Gründe können in der Kosten-Nutzen-Relation eines Ausschreibungsverfahrens liegen. Welchen Aufwand eine Ausschreibung und das damit verbundene Umsteuern laufender Versorgungsleistungen verursachen, lässt sich für die einzelne Krankenkasse ermitteln. Wie sich Ausschreibungen auf die erzielten Preise ausgewirkt haben (Preiseffekt), blieb in den vom Bundesrechnungshof geprüften Fällen indes unklar.

Ausschreibungen können sich aber auch auf die Versorgungsqualität auswirken, etwa, wenn Krankenkassen in Ausschreibungen zu geringe Qualitätsanforderungen stellen. Oder wenn notwendige Beratungen und Einweisungen der Versicherten unterbleiben, weil der überregional agierende Ausschreibungsgewinner keine Beratungskräfte vor Ort bereitstellt, obwohl auch Ausschreibungsverträge dies in der Regel verlangen.

Suboptimale Ausschreibungen können evtl. auch das Wahlrecht des Versicherten einschränken; erhält ein einziger Leistungserbringer den Zuschlag, übernimmt er alle Versorgungsleistungen der Krankenkasse im Losgebiet. Dem kann jedoch eine geeignete Gestaltung von Ausschreibungen entgegenwirken (z. B. die Aufforderung

zum Angebot von Optionsmengen).

Ausschreibungen sollten daher auch für die Gesetzliche Krankenversicherung besondere Bedeutung haben. Sie können und sollen durch den von ihnen ausgelösten Wettbewerb der Leistungserbringer Wirtschaftlichkeitspotentiale erschließen, auch in der Hilfsmittelversorgung. Es gilt deshalb, dieses Instrument für die Gesetzliche Krankenversicherung fortzuentwickeln und die vom Bundesrechnungshof festgestellten Qualitätsdefizite durch flankierende Regelungen zu beheben. Das Bundesministerium sollte deshalb prüfen, welche Gestaltungsmöglichkeiten bei Ausschreibungen die gesetzlich gewährleisteten Wahlrechte der Versicherten sichern. Ein wesentliches weiteres Anliegen ist die Sicherung geeigneter Kriterien für Funktion und Qualität des Hilfsmittels. Diese müssen in Ausschreibungen künftig klarer vorgegeben sein. Ohne diese Vorkehrung ist das vom Bundesrechnungshof festgestellte vorrangige Fokussieren auf niedrige Preise unvertretbar.

Bei Verhandlungsverträgen sollten Krankenkassen ihre Nachfragemacht stärken, indem sie gemeinsam Versorgungsverträge abschließen.

5 **Versorgungen in Bereichen mit Festbetragsregelung**

Festbeträge für Hilfsmittel bilden eine Obergrenze, bis zu der die Krankenkasse die Kosten für ein Hilfsmittel übernimmt, § 12 Abs. 2 SGB V. Festbeträge sollen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleisten helfen. Festbeträge setzt der GKV-Spitzenverband fest, sie gelten einheitlich für alle Krankenkassen. Derzeit gibt es Festbeträge für Einlagen, Hörhilfen, Inkontinenzhilfen, Hilfsmittel zur Kompressionstherapie, Sehhilfen und Stomaartikel.³¹

Über den Festbetrag hinausgehende Mehrkosten muss der Versicherte selbst tragen (sogenannte „Aufzahlung“). Die Festbetragsregelung ist mit dem in der Gesetzlichen Krankenversicherung vorherrschenden Sachleistungsprinzip vereinbar.³² Festbetragsregelungen helfen, die Versorgung kostengünstig zu halten; sie ermächtigen Krankenkassen aber nicht dazu, Leistungen einzuschränken.³³ Festbeträge dürfen deshalb nicht dazu führen, dass Versicherte notwendige Hilfsmittel

³¹ Produktgruppen mit Festbetragssystem: Einlagen (08), Hörhilfen (13), Inkontinenzhilfen (15), Hilfsmittel zur Kompressionstherapie (17), Sehhilfen (25), Stomaartikel (29). Stoma: künstliche Körperöffnung.

³² BVerfG vom 17. Dezember 2002 – 1 BvL 28/95, 1 BvL 29/95 und 1 BvL 30/95.

³³ BSG, Urteil vom 17. Dezember 2009, B3 KR 20/08 R.

nur noch gegen Aufzahlung erhalten.³⁴

Der Bundesrechnungshof stellte allerdings fest, dass Festbeträge häufig Aufzahlungen der Versicherten nach sich zogen, so etwa bei der Versorgung mit Inkontinenzhilfen und Hörgeräten. Er sah sich diese Produktbereiche deshalb näher an.

5.1 Inkontinenzversorgung

In Deutschland leiden nach einer Studie zwischen 6 und 8 Mio. Menschen an Harninkontinenz.³⁵ Harninkontinenz schränkt die Betroffenen häufig erheblich in ihren Alltagsaktivitäten, sozialen Kontakten und körperlichen Aktivitäten ein. In der stationären Pflege ist Harninkontinenz ein wesentlicher Risikofaktor für das Entstehen von Wundliegen (Dekubitus) und für Hautentzündungen im Intimbereich. Jüngere Betroffene schränkt Harninkontinenz häufig in ihrer beruflichen Entwicklung ein und führt bei nicht sachgemäßer Behandlung zu Ausfällen wegen Arbeitsunfähigkeit.³⁶

Die Verordnung von Inkontinenzhilfen zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung setzt eine mindestens mittlere Harn- und/oder Stuhlinkontinenz voraus. Der Einsatz der Inkontinenzhilfen muss überdies medizinisch indiziert und im Einzelfall erforderlich sein und den Versicherten in die Lage versetzen, Grundbedürfnisse des täglichen Lebens zu befriedigen.³⁷

Versorgungsverträge der Krankenkassen

Für aufsaugende Inkontinenzhilfen bestehen *Festbetragsregelungen*, die Festbeträge³⁸ sind als Stückpreis ausgewiesen. Mit dem Festbetrag³⁹ sind sämtliche Kosten abgedeckt, die im Zusammenhang mit der Abgabe des Produkts entstehen.

Anders die Versorgungsverträge der vom Bundesrechnungshof geprüften Krankenkassen: Sie sahen für die Abgabe von Inkontinenzhilfen durchweg monatliche *Versorgungspauschalen* vor. Der GKV-Spitzenverband bestätigte das als Tendenz anhand eigener Recherchen⁴⁰ bei 77 Krankenkassen; 73 dieser Krankenkassen

³⁴ Beck in: jurisPK-SGB V, 2. Auflage 2012, § 35 SGB V.

³⁵ Barmer GEK, Heil- und Hilfsmittelreport 2011, September 2011.

³⁶ Robert Koch-Institut, 2007, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 39 – Harninkontinenz.

³⁷ Vgl. Hilfsmittelverzeichnis, Produktgruppe 15 – Inkontinenzhilfen.

³⁸ Spitzenverbände der Krankenkassen, Festbeträge für Inkontinenzhilfen, Beschluss vom 23. Oktober 2006 mit Wirkung vom 1. Januar 2007.

³⁹ Bei den Festbeträgen für Inkontinenzhilfen handelt es sich um Bruttopreise, die gesetzliche Mehrwertsteuer ist in der jeweils abzuführenden Höhe enthalten.

⁴⁰ Übersicht des GKV-Spitzenverbandes über die Versorgungsverträge der Krankenkassen im

hatten Versorgungspauschalen auf Monatsbasis vereinbart.

Solche Versorgungspauschalen sind für alle Versicherten gleich hoch. Es spielt also keine Rolle, ob ein Versicherter an einer mittleren⁴¹ oder schweren⁴² Inkontinenz leidet. Sind die vereinbarten Versorgungspauschalen nicht auskömmlich, kann der Leistungserbringer geneigt sein, die Versorgung eines Patienten mit schwerer Inkontinenz abzulehnen oder auf preisgünstige Produkte auszuweichen oder Aufzahlungen verlangen.

Ob eine Versorgungspauschale eine auskömmliche Versorgung sicherstellt, hängt im Wesentlichen von der durchschnittlichen Verbrauchsmenge und dem jeweiligen Abgabepreis des verwendeten Produktes ab. Die medizinisch begründbare monatliche Verbrauchsmenge liegt bei Vorlagen und Windelhosen zwischen 150 und 180 Stück im Monat.⁴³ Entscheidend im Einzelfall ist jedoch die tatsächlich benötigte Menge, der Verbrauch kann also auch höher sein. Die Versorgungspauschalen der vom Bundesrechnungshof geprüften Krankenkassen variierten zwischen 21,60 und 33,92 Euro monatlich. Die veranschlagte monatliche Verbrauchsmenge und die vom GKV-Spitzenverband veranschlagten Festbeträge für Inkontinenzhilfen zugrunde legend⁴⁴ hat der Bundesrechnungshof beispielhaft folgende Vergleichsberechnung vorgenommen:

Bereich aufsaugende Inkontinenzhilfen, Stand: 1. Oktober 2013

⁴¹ Richtwert für mittlere Harninkontinenz: Urinabgabe von 100 bis 200 ml in 4 Stunden

⁴² Richtwert für schwere Harninkontinenz: Urinabgabe über 200 ml in 4 Stunden

⁴³ Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, Arbeitsgruppe SEG 5 – Hilfsmittel und Medizinprodukte, Versorgung mit Inkontinenzhilfen – Abschätzung des medizinisch begründbaren monatlichen Bedarfs, Stand: 7. September 2005

⁴⁴ Spitzenverbände der Krankenkassen, Festbeträge für Inkontinenzhilfen, Beschluss vom 23. Oktober 2006 mit Wirkung vom 1. Januar 2007

Produktart	15.25.01.5	15.25.01.1
	Vorlagen für Urininkontinenz	Anatomisch geformte Vorlagen, erhöhte Saugleistung, Gr. 2
Indikation ⁴⁵	mittlere Harninkontinenz	schwere Harninkontinenz
Festbetrag (je Stück)	0,21 €	0,35 €
mtl. Verbrauch	150	150
Vergütung nach Festbetrag (mtl.)	31,50 €	52,50 €

Übersicht 2 – Beispielrechnung zur erforderlichen monatlichen Vergütung für die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen bei mittlerer und schwerer Harninkontinenz

Bei einer mittleren Harninkontinenz waren für entsprechende Hilfsmittel monatlich mindestens etwa 32 Euro aufzuwenden. Einige Versorgungspauschalen der vom Bundesrechnungshof geprüften Krankenkassen unterschritten diese Vergütungshöhe um bis zu 31 %. Zu berücksichtigen ist, dass die betreffenden Krankenkassen die Versorgung insoweit ausgeschrieben hatten. Die vom GKV-Spitzenverband ermittelten Versorgungsverträge von mindestens 47 Krankenkassen unterschritten diese Vergütungshöhe. Noch deutlicher ist die Diskrepanz zwischen Benötigtem und Gewährtem bei schwerer Harninkontinenz.

Einen genaueren Überblick zum Ausmaß an Aufzahlungen im Bereich der Inkontinenzversorgung, also wie viele Versicherte in welcher Höhe Aufzahlungen leisten, hatten weder der GKV-Spitzenverband noch die geprüften Krankenkassen. Es gibt Interessenorganisationen von an Harninkontinenz leidenden Patienten. Sie berichten von Fällen, in denen Patienten monatlich 89 Euro aufzuzahlen hätten.⁴⁶

Die geprüften Krankenkassen verpflichteten die Leistungserbringer auf Produkte des Hilfsmittelverzeichnisses oder ähnliche, in Qualität und Ausführung aber gleichwertige. Das Hilfsmittelverzeichnis stellte zum Zeitpunkt der Prüfung nur grundsätzliche Anforderungen an Produkte, so zum Beispiel an deren Aufbau und die Funktion. Saugende Inkontinenzvorlagen⁴⁷ mussten zum Beispiel den Urin

⁴⁵ Indikation entsprechend Hilfsmittelverzeichnis

⁴⁶ Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e. V., „Müssen Versicherte im Monat 89 Euro für Windeln dazu bezahlen? – Rechtliche Rahmenbedingungen der Hilfsmittelversorgung und Tipps für Betroffene“, Autorin: Katja Kruse, August 2011

⁴⁷ Vgl. Hilfsmittelverzeichnis, Untergruppe „Saugende Inkontinenzvorlagen“ (15.25.01)

aufsaugen, ihn möglichst hautfern speichern und eine rückläufige Befeuchtung der Haut vermeiden (Funktionsanforderungen). Darüber hinausgehende Qualitätsparameter, wie Gesamtflüssigkeitsaufnahme, Rücknässung oder Materialbeschaffenheit, enthielt das Hilfsmittelverzeichnis nicht.

Solche messbaren Qualitätsparameter⁴⁸ forderte nur eine der geprüften Krankenkassen. Eine andere Krankenkasse forderte allgemein: Die vereinbarte Qualität soll eine Vorbeugung/Vermeidung von Komplikationen, die Integration der Betroffenen in die Gesellschaft und ihre Zufriedenheit mit der Versorgung sicherstellen. Der Vertreter einer der anderen Krankenkassen erklärte, dass Versicherte für solch eine Qualität halt aufzahlen müssten.

5.2 Würdigung und Empfehlung

Festbeträge sollen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleisten. Die Versorgungsverträge von zahlreichen Krankenkassen unterschreiten das mit dem Festbetrag erfasste Entgeltniveau deutlich. Versorgungspauschalen ergeben sich aus einer Mischkalkulation von Kosten für die Behandlung verschiedener Grade derselben Krankheit. Nicht hinnehmbar ist nach Überzeugung des Bundesrechnungshofes, wenn bereits einer mittleren Harninkontinenz rechnerisch ohne Aufzahlung nicht mehr angemessen mit Hilfsmitteln begegnet werden kann. Von einer Unterversorgung ist deshalb in solchen Fällen auszugehen. Denn auch Festbeträge orientieren sich bereits an preisgünstigen Versorgungsalternativen. Überdies sind die hier in Rede stehenden Festbeträge seit dem Jahr 2007 nicht mehr an die fortschreitende Preisentwicklung angepasst worden.

Festbeträge sollen auch Wirtschaftlichkeitsreserven ausschöpfen und einen wirksamen Wettbewerb auslösen helfen. Wettbewerb sollte aber nicht dazu führen, dass die hinreichende Versorgung mit medizinisch notwendigen Inkontinenzhilfen in der gebotenen Menge und Qualität mit dem dafür zur Verfügung gestellten Geld nicht mehr möglich ist. Reicht die dafür angesetzte Versorgungspauschale nicht aus, sieht der Bundesrechnungshof das von den Krankenkassen zu beachtende Sachleistungsprinzip bedroht. Dieses aber hat der Gesetzgeber mit der Zulassung von Festbeträgen ausdrücklich nicht aufgegeben.

⁴⁸ Qualitätsparameter: Gesamtflüssigkeitsaufnahme in ml, Rücknässung in g, Aufsauggeschwindigkeit, Materialbeschaffenheit (keine Verwendung von Folien/Plastik), Auslaufschutz, Geruchsbindung, Hautverträglichkeit, Diskretion.

Auch das Fehlen hinreichender Kriterien für die Qualität dieser Hilfsmittel kann zu einer nicht mehr angemessenen Versorgung führen. Im Hilfsmittelverzeichnis fehlten bislang für Inkontinenzhilfen bindende Qualitätsstandards, die neben Funktionsanforderungen die Erfüllung messbarer Parameter wie Gesamtflüssigkeitsaufnahme, Rücknässung und Materialbeschaffenheit sicherstellen. Darüber hinaus sollten Inkontinenzhilfen in Größe, Passform, Geruchsbindung und Geräuschentwicklung ausreichend diskret sein. Nur eine der geprüften Krankenkassen hatte überhaupt solche Kriterien vorgegeben.

Leistungserbringer sind private Wirtschaftsunternehmen mit Gewinnerzielungsabsicht. Geben die Krankenkassen den Leistungserbringern keine hinreichenden Funktions- und Qualitätskriterien vor, kann der Leistungserbringer folgenlos preisgünstige und funktionierende, aber ansonsten minderwertige Produkte anbieten. Wünschen Versicherte Hilfsmittel von einer höherwertigen Qualität, haben sie den Aufpreis dafür aus eigener Tasche zu zahlen. Oder sie sind tatsächlich auf Hilfsmittel verwiesen, die nicht ihren Bedürfnissen entsprechen. Sie verzichten u. U. dann aus Scham vor der Entdeckung ihrer Krankheit auf ihr Recht auf Teilhabe an der Gesellschaft und riskieren aufwendig zu behandelnde Folgeerkrankungen. All dies mit, je nach Fall, erheblichen Folgekosten für die Krankenkassen.

Der Bundesrechnungshof hat das Bundesministerium deshalb gebeten, auf die Aufsichtsbehörden der Krankenkassen einzuwirken, dass in der Hilfsmittelversorgung künftig auskömmliche Versorgungspauschalen vereinbart werden.

Den GKV-Spitzenverband hat er aufgefordert, zu prüfen, inwieweit das Hilfsmittelverzeichnis künftig durch die Aufnahme messbarer Qualitätsanforderungen für Inkontinenzhilfen erweitert werden kann.

5.3 Versorgung mit Hörhilfen

Von etwa 12 bis 13 Mio. schwerhörigen Menschen in Deutschland geht der GKV-Spitzenverband aus. Zwischen 2,5 und 3,5 Mio. von ihnen tragen Hörgeräte. Auch hier gilt: Funktionsstörungen des Ohres beeinträchtigen den Hörgeschädigten in seiner Fähigkeit, mit anderen zu kommunizieren. Erst die Versorgung mit einem Hörgerät schafft oder sichert dem Betroffenen die Voraussetzung für eine fortwährende soziale Integration.⁴⁹

⁴⁹ GKV-Spitzenverband, Analyse des Hörgerätemarktes und der Versorgungslage Hörgeschädig-

Hörhilfen gehören zu den kostenträchtigsten Produktbereichen der Hilfsmittelversorgung, für sie bestehen Festbetragsregelungen. Am Beispiel von Festbeträgen hat das BSG klargestellt, welches Versorgungsniveau die Krankenkassen bei Hörgeräten gewährleisten müssen: eine Versorgung, die dem Stand der Medizintechnik entspricht und welche die bestmögliche Angleichung an das Hörvermögen Gesunder erreicht, soweit sich damit im Alltagsleben ein erheblicher Gebrauchsvorteil verbindet. Eine auf die Gewährung lediglich *analoger* Hörgeräte beschränkte Festbetragsregelung werde diesem Anspruch nicht gerecht, da *digitale* Hörgeräte für eine relevante Gruppe von Hörgeschädigten anerkanntswerte Gebrauchsvorteile böten. Hinsichtlich der sich dem Versicherten bietenden Auswahl an Hilfsmitteln gelte: Der Festbetrag muss dem Versicherten ein Mindestmaß an Wahlmöglichkeiten belassen. Sofern der Überblick über das am Markt bestehende Angebot schwierig ist, müssten Krankenkassen helfen, die notwendige Marktübersicht zu gewinnen. Denn aus der Sachleistungsverantwortung folgen für die Krankenkassen gesteigerte Informations- und Obhutspflichten. Am Beispiel Hörgeräte bedeute das: Gebrauchsvorteile teurer Hörgeräte seien mit objektiven Verfahren nicht immer ausreichend messbar. Auch sei der Markt für Hörgeräte in hohem Maße intransparent. Er biete, so das BSG, wenig Anreize für eine kostengünstige Versorgung.⁵⁰

Als Folge dieser Entscheidung hatte der GKV-Spitzenverband die einschlägigen Festbeträge nahezu verdoppelt. Danach galten folgende Beträge:

Festbeträge für Hörhilfen

seit 03/2012	Hörhilfen für an Taubheit grenzend Schwerhörige (WHO 4) ⁵¹ , Hörgerät (13.20.10)	786,86 € netto 841,94 € brutto
seit 11/2013	Hörhilfen für Schwerhörige (WHO 2-3) ⁵² , Hörgerät (13.20.12)	733,59 netto 784,94 € brutto

Übersicht 3 – Festbetragsregelungen für Hörhilfen

Die vom Bundesrechnungshof eingesehenen Versorgungsverträge sind infolge der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts mit veränderten Versorgungszielen und

ter, 3. Februar 2012.

⁵⁰ BSG, Urteil vom 17. Dezember 2009, AZ: B 3 KR 20/08 R.

⁵¹ GKV-Spitzenverband, Beschluss vom 12. Dezember 2011 über das Festbetragsgruppensystem Hörhilfen für an Taubheit grenzend schwerhörige Versicherte.

⁵² GKV-Spitzenverband, Beschluss vom 10. Juli 2013 über das Festbetragsgruppensystem Hörhilfen für schwerhörige Versicherte.

erhöhten Festbeträgen neu geschlossen worden. Für die Gewährleistung einer *aufzahlungsfreien* Versorgung hatten Akustiker fortan ein „ausreichendes Sortiment“ aufzahlungsfreier Geräte vorzuhalten. Wann ein Sortiment als „ausreichend“ galt, konkretisierte fast keiner der Versorgungsverträge näher. Dem Versicherten war ein aufzahlungsfreier Versorgungsvorschlag zu machen und ein aufzahlungsfreies Hörgerät anzupassen. Fast alle Krankenkassen verzichteten – außer bei Berufstätigen⁵³ – auf eine vorherige Genehmigung der Versorgung. Anders die Versorgungsverträge einer weiteren geprüften Krankenkasse: Akustiker hatten 3 - 5 bzw. 5 - 10 aufzahlungsfreie Geräte zur Auswahl vorzuhalten. Aufzahlungsfreie Geräte waren in einer Anlage zum Versorgungsvertrag konkret benannt, und die Auswahl wurde jährlich aktualisiert. Mindestens zwei aufzahlungsfreie Versorgungsvorschläge/Hörgeräte waren dabei anzupassen. War die Versorgung mit einer Aufzahlung des Versicherten verbunden, musste die Krankenkasse einer solchen Versorgung vorher zustimmen.

Allerdings bestätigten die vom Bundesrechnungshof geprüften Krankenkassen eine Tendenz, dass Akustiker im Bereich Hörhilfen Festbeträge gegenüber den Versicherten vielfach als „Festzuschüsse“ darstellen, auf welche Aufzahlungen mehr oder weniger selbstverständlich zu leisten seien. Bei den Versicherten habe sich deshalb der Eindruck festgesetzt, dass Krankenkassen allenfalls Zuschüsse zur Versorgung leisteten. Dass sie Anspruch auf eine aufzahlungsfreie, ausreichende Versorgung mit Hörhilfen haben, sei ihnen oft gar nicht bewusst. Diese Unkenntnis nutzten die Akustiker aus und böten vorzugsweise aufzahlungspflichtige Produkte mit zusätzlichen Ausstattungsmerkmalen an. Besonders „gefragt“ seien medizinisch nicht notwendige und damit aufzahlungspflichtige Merkmale und Zusatzfunktionen, wie zum Beispiel ästhetische/kosmetische Vorteile in Größe und Design oder eine Bluetooth-Schnittstelle zum Smartphone. Auch bei den Hörhilfen wussten die vom Bundesrechnungshof geprüften Krankenkassen nichts über die Höhe tatsächlich geleisteter Aufzahlungen. Die Aufzahlung sei Gegenstand des privatrechtlichen Vertrages zwischen Versichertem und Leistungserbringer, eine Erhebung solcher Daten durch Krankenkassen mithin unzulässig.

Eine Krankenkasse befragte ihre Versicherten zu ihrer Hörgeräteversorgung; mit

⁵³ Bei Berufstätigen besteht ein Genehmigungsvorbehalt. Der Leistungserbringer hat deshalb vorab einen Kostenvoranschlag zu übersenden. Die Krankenkasse prüft dann, ob beruflich bedingte Ausstattungsmerkmale des Hörgerätes zu einer Leistungspflicht des Trägers der Gesetzlichen Rentenversicherung führen könnten.

folgenden Ergebnissen: Der Hälfte der Befragten war kein bzw. nur ein einziges aufzahlungsfreies Hörgerät angeboten worden.

Auch Verlautbarungen und Verbraucherinformationen von Akustikern wiesen kaum auf eine aufzahlungsfreie Versorgung hin. Stattdessen war häufig von Zuschüssen der Krankenkassen die Rede: *„Auf dem deutschen Markt werden aktuell über 1 000 verschiedene Hörgeräte-Modelle angeboten. Die Preise für Hörgeräte variieren nach persönlichem Anspruch an Funktionalität, Design und Hörkomfort. Nach Abzug der gestiegenen Zuschüsse liegen diese bei „...“ zwischen 10 Euro und 1 800 Euro Eigenanteil pro Ohr.“*⁵⁴

Der Bundesrechnungshof recherchierte zusätzlich die Verkaufspreise für Hörhilfen auf einer Internetplattform⁵⁵. Er wählte gezielt Geräte aus, die der GKV-Spitzenverband in seine Kalkulation der Festbeträge für die Versorgung schwerhöriger Versicherter einbezogen hat. Es handelt sich damit um grundsätzlich kostengünstige Geräte, die - aufzahlungsfrei - zum Festbetrag, zuzüglich Mehrwertsteuer, abgegeben werden könnten. Der Bundesrechnungshof stellte fest, dass für diese Geräte Aufzahlungen von bis zu 1 460 Euro je Ohr verlangt wurden. Für eine Vielzahl weiterer Geräte betrug die Aufzahlung deutlich über 2 000 Euro je Ohr.

5.4 Würdigung und Empfehlung

Auch für Hörhilfen leisten Versicherte zunehmend Aufzahlungen. Versicherte müssen offenbar davon ausgehen, dass Krankenkassen den Erwerb von Hörhilfen allenfalls bezuschussen, Versicherte mithin geradezu selbstverständlich Aufzahlungen zu leisten hätten. Der Bundesrechnungshof stellte eine erhebliche Diskrepanz zwischen der Zahl Hörgeschädigter und der tatsächlich mit Hörhilfe versorgten Menschen fest. Es ist folglich zu befürchten, dass Versicherte überhaupt auf eine medizinisch notwendige Versorgung mit Hörgeräten verzichten, weil sie glauben, sich die „damit verbundenen“ Aufzahlungen nicht leisten zu können. Eine solche Entwicklung würde das Sachleistungsprinzip aushebeln. Es ist aus Sicht des Bundesrechnungshofes dringend nötig, dass die Krankenkassen ihre Versicherten über ihre Rechte auf aufzahlungsfreie Versorgung aufklären und beraten. Eine allgemeine Information hierüber, etwa in Mitgliederzeitschriften, reicht dafür

⁵⁴ Information zur Kostenübernahme auf der Internetseite eines Herstellers von Hörgeräten

⁵⁵ Internetplattform für den Medizinsektor einschließlich Bewertungsportal, Marktplatz und Suchmaschine für Ärzte, Optiker und Akustiker.

nicht aus. Information und Beratung muss möglichst den einzelnen Versorgungsfall erfassen. Dafür müssen Krankenkassen rechtzeitig von einer beabsichtigten Versorgung erfahren. Versorgungsverträge sollten deshalb mindestens im Bereich Hörhilfen zwingend mit Genehmigungsvorbehalten arbeiten. Ohnehin ist die Hilfsmittelversorgung grundsätzlich genehmigungspflichtig. Aktuell aber verzichten Krankenkassen in ihren Versorgungsverträgen fast durchgehend auf diesen Genehmigungsvorbehalt. Genehmigungsvorbehalte und in diesem Zuge auch die Beratung von Versicherten sind ohne entsprechenden Mehraufwand bei den Krankenkassen nicht zu haben. Vor allem bei anpassungsbedürftigen Hilfsmitteln, wie den Hörhilfen, haben Krankenkassen gegenüber ihren Versicherten gesteigerte Obhut- und Informationspflichten. Dies gilt umso mehr, als zu den Betroffenen zumeist ältere bis hochbetagte Menschen gehören. Von jenen kann nicht selbstverständlich erwartet werden, dass sie sich selbst die notwendige Marktübersicht verschaffen und Gebrauchsvor- und -nachteile der einzelnen Angebote erfassen und gegen einander abwägen.

Krankenkassen sollten künftig in ihren Versorgungsverträgen zwingend vorsehen, dass Leistungserbringer mehrere aufzahlungsfreie Versorgungsvorschläge anzubieten und entsprechende Hilfsmittel auch anzupassen haben. Der Bundesrechnungshof verweist insoweit auch auf die an anderer Stelle ausführlicher dargelegte Rechtsprechung des Bundessozialgerichts. Dass entsprechende Verträge möglich sind, belegen die Versorgungsverträge einer geprüften Krankenkasse.

Der Bundesrechnungshof hat das Bundesministerium gebeten, auf die Aufsichtsbehörden der Krankenkassen einzuwirken, die bestehenden Versorgungsverträge der Krankenkassen entsprechend anzupassen und künftige Verträge mit entsprechenden Verpflichtungen der Leistungserbringer zu versehen. Er hält es auch für erforderlich, dass die Krankenkassen ermitteln, in welchem Umfang Versicherte bei der Versorgung mit Hörhilfen aufzahlen. Das Bundesministerium sollte auf dieser Grundlage entscheiden, ob weitere Maßnahmen zur Absicherung des Sachleistungsprinzips erforderlich sind.

6 Kontrolle der Leistungserbringer

Zwar übernehmen die Leistungserbringer die Versorgung der Versicherten, die letzte Verantwortung für deren angemessene Versorgung trägt jedoch die Krankenkasse. Das folgt aus dem Sachleistungsprinzip. Ihrer Verantwortung kommt eine Krankenkasse regelmäßig dadurch nach, dass sie den Leistungserbringer kon-

trolliert. Solch eine Kontrolle hat sich auf das vertragskonforme Handeln des Leistungserbringers und auf die Qualität seiner Versorgung zu erstrecken.

6.1 Feststellungen

Die vom Bundesrechnungshof eingesehenen Versorgungsverträge beschrieben detailliert zu erbringende Leistungen. Sie stellten zum Teil umfangreiche Anforderungen an die Leistungserbringer, etwa an die Gestaltung des Versorgungsprozesses, an die Qualifikation seines Personals und an die Qualität seiner Hilfsmittel und Leistungen. Krankenkassen dürfen kontrollieren, ob die Leistungserbringer die in den Versorgungsverträgen eingegangenen Verpflichtungen eingehalten haben. Entsprechende Kontrollrechte waren in allen eingesehenen Versorgungsverträgen der Krankenkassen enthalten.

Der Bundesrechnungshof hat nachgeprüft, ob und inwieweit die Krankenkassen ihre Prüfrechte ausüben. Keine Krankenkasse hatte das kontinuierlich getan. Weder hatten die Krankenkassen die Versorgungsqualität selbst geprüft noch sie z. B. vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) prüfen lassen. Aktiv wurden sie nur, wenn sie durch Beschwerden auf eine mangelhafte Versorgung aufmerksam geworden waren. Regelmäßig prüften sie lediglich die Hilfsmittelabrechnungen auf ihre sachliche und rechnerische Richtigkeit, auf die Entwicklung der Fallzahlen des Leistungserbringers und auf die Leistungsausgaben⁵⁶.

Ihre „Prüfungspraxis“ rechtfertigten die Krankenkassen übereinstimmend mit fehlendem Personal. Die Vielzahl der eigentlich zu überwachenden Vertragspartner (Leistungserbringer) könne man kaum im Blick haben, geschweige denn flächendeckend und kontinuierlich prüfen. Vertragsverstößen der Leistungserbringer und Versorgungsmängeln könne nur nachgegangen werden, wenn die betroffenen Versicherten bzw. deren Angehörige diese der Krankenkasse anzeigten. Auch der vom Bundesrechnungshof befragte MDK bestätigte, dass es keine flächendeckenden Kontrollen gebe.

Wie notwendig eine kontinuierliche und flächendeckende Kontrolle von Leistungserbringern indes ist, zeigt der festgestellte Sachverhalt zum Wiedereinsatz von Antidekubitus-Matratzen (vgl. Anlage 3).

⁵⁶ Entwicklung der Leistungsausgaben der Krankenkasse, bezogen auf einen bestimmten Leistungserbringer und/oder bezogen auf eine bestimmte Produktgruppe des Hilfsmittelverzeichnisses.

6.2 Würdigung und Empfehlung

Krankenkassen sind verantwortlich für eine ordnungsgemäße und wirtschaftliche Versorgung mit Hilfsmitteln. Daran ändert nichts, dass nicht sie die Versorgung erbringen, sondern eigens dafür präqualifizierte Leistungserbringer. Auf die Präqualifizierung allein kann sich die Krankenkasse bei der Versorgung ihrer Versicherten nicht verlassen. Sie muss die Erbringung der Leistung selbst kontrollieren: beständig und flächendeckend. Nicht hinnehmbar ist, dass Krankenkassen erst mit (vereinzelten) Kontrollen reagieren, wenn sich Versicherte an sie mit Beschwerden über unzulängliche Versorgung wenden. Allzu oft gilt die Hilfsmittelversorgung kranken, behinderten und älteren (und damit oft genug auch einsamen) Menschen. Von Menschen in einer solchen Lage ist nicht selbstverständlich die Fähigkeit zu erwarten, sich gegen unzumutbare oder Unterversorgung zur Wehr zu setzen. Ein sich an Einzelbeschwerden festmachender „Kontrollansatz“ vermag den Krankenkassen mit anderen Worten nur ein Bild von der Spitze des Eisbergs zu vermitteln.

Eine fortlaufende, flächendeckende Kontrolle der Leistungserbringer und der von ihnen erbrachten Dienste hält der Bundesrechnungshof deshalb für unverzichtbar. Wegen der Vielzahl der Leistungserbringer sollten die Krankenkassen dabei zusammenarbeiten und auch den MDK einbeziehen. Die in den Versorgungsverträgen enthaltenen umfangreichen Anforderungen an die Leistungserbringer können tatsächlich nur greifen, wenn auch kontrolliert wird, ob die Leistungserbringer auch tatsächlich anforderungsgerecht leisten. Insbesondere Versorgungspauschalen lassen dem Leistungserbringer besonders viel Raum, die Art der Hilfsmittelversorgung an primär eigenen wirtschaftlichen Interessen auszurichten. Beispiele hat der Bundesrechnungshof genannt. Er hat den GKV-Spitzenverband aufgefordert, eine dahingehende Zusammenarbeit der Krankenkassen untereinander und mit dem MDK zu organisieren. Gelingt diese nicht innerhalb einer zu setzenden Frist, sollten Kontrollpflichten und -zyklen gesetzlich festgelegt werden.

7 Stellungnahmen der geprüften Stellen

Bundesministerium und GKV-Spitzenverband haben die Feststellungen des Bundesrechnungshofes nicht bestritten. Beide teilen dessen Auffassung, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen der Hilfsmittelversorgung geändert werden müssen. Das Bundesministerium hat erklärt, die Bundesregierung prüfe derzeit eine

Weiterentwicklung der Regelungen zur Gewährleistung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung.

Im Einzelnen:

7.1 Präqualifizierung der Leistungserbringer

Stellungnahme des Bundesministeriums

Das Bundesministerium erklärte, die Bundesregierung teile die Auffassung des Bundesrechnungshofes, dass die mit dem Präqualifizierungsverfahren verbundenen Ziele die Unparteilichkeit der Präqualifizierungsstellen zwingend voraussetzen. Geteilt wird auch die Auffassung, dass eine wirksame Überwachung der Präqualifizierungsstellen erforderlich ist, um eine gleichmäßige Rechtsanwendung zu gewährleisten und jeden Zweifel an der Unparteilichkeit von Präqualifizierungsstellen auszuräumen.

Diese Anforderungen würden gesellschaftsrechtliche Verbindungen zwischen Präqualifizierungsstellen und Leistungserbringern aber nicht zwingend ausschließen. So habe auch in den Gesundheitshandwerken die handwerkliche Selbstverwaltung in Handwerkskammern und Innungen für die Qualitätssicherung eine eminente Bedeutung. Das in diesen Strukturen aufgehobene Wissen müsse für die Gewährleistung der Strukturqualität der Hilfsmittelversorgung auch weiterhin nutzbar sein.

Weiterentwickeln könne man das Präqualifizierungsverfahren auch, indem man die Benennung und Überwachung von Präqualifizierungsstellen einer unabhängigen Institution übertrage. Das Bundesministerium denkt dabei an die Deutsche Akkreditierungsstellen GmbH (DAkkS). Sie ist die nationale Akkreditierungsstelle der Bundesrepublik Deutschland.⁵⁷ Voraussetzung für eine Benennung als Präqualifizierungsstelle wäre das erfolgreiche Durchlaufen eines von der DAkkS durchgeführten Akkreditierungsverfahrens. Die DAkkS könne auch die vom Bundesrechnungshof reklamierte ständige Überwachung der Präqualifizierungsstellen („Überwachungsaudits“) übernehmen.

Das Bundesministerium hat zwischenzeitlich einen Referentenentwurf zu den von

⁵⁷ Gesellschafter der DAkkS GmbH sind jeweils zu einem Drittel die Bundesrepublik Deutschland, die Bundesländer (Bayern, Hamburg und NRW) und der Bundesverband der Deutschen Industrie e. V. (BDI). Die DAkkS untersteht der fachlichen und rechtlichen Aufsicht der zuständigen Bundesministerien, die Federführung obliegt dem Bundesministerium für Wirtschaft und Energie.

ihm erachteten gesetzlichen Veränderungen im Hilfsmittelbereich vorgelegt.⁵⁸ Die Begutachtung, Bestätigung und Überwachung der Präqualifizierungsstellen soll danach künftig Aufgabe der Deutschen Akkreditierungsstelle sein. Präqualifizierungsstellen müssten sich alle fünf Jahre einem Akkreditierungsverfahren und in der Zwischenzeit regelmäßigen Überwachungsaudits unterziehen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes

Auch der GKV-Spitzenverband teilt die Auffassung des Bundesrechnungshofes, dass Leistungserbringer gegenwärtig erheblich und in unzulässiger Weise mit dem Präqualifizierungsverfahren verquickt sind und dort ihren Geschäftsinteressen nachgehen. Er schlägt gesetzliche Regelungen vor, die folgendes sicherstellen:

- Unabhängigkeit der Präqualifizierungsstellen von Leistungserbringern oder deren Organisationen insbesondere in personeller, finanzieller und organisatorischer Hinsicht,
- effektive Überwachung der Tätigkeit der Präqualifizierungsstellen durch den GKV-Spitzenverband. Dazu sollte er sich externer, neutraler Stellen bedienen und die für die Überwachung erforderlichen Daten in der Präqualifizierungsdatenbank hinterlegen können,
- Möglichkeit für Krankenkassen, vom Leistungserbringer den Nachweis der Eignung in Form einer Präqualifizierungsbestätigung zu verlangen,
- Erhebung von Gebühren zur Finanzierung der Benennung und Überwachung der Präqualifizierungsstellen sowie für die Verarbeitung der Präqualifizierungsdaten in der Datenbank des GKV-Spitzenverbandes,
- Schaffung stärkeren Einflusses des GKV-Spitzenverbandes auf das Präqualifizierungsverfahren (Befugnis zum Entzug von Präqualifizierungsbestätigungen, zur Vorhaltung und Nutzung von für die Kontrolle von Leistungserbringern relevanten Daten, Einbindung der Fehlverhaltensstellen nach § 197a SGB V).

7.2 Vertragssystem

Stellungnahme des Bundesministeriums

Das Bundesministerium betont, bereits heute hätten Krankenkassen gem.

⁵⁸ Siehe auch Tz. 1, dort FN 8.

§ 127 Abs. 2 SGB V ihre Absicht, über die Versorgung mit Hilfsmitteln Verträge zu schließen, in geeigneter Weise öffentlich bekannt zu machen und andere Leistungserbringer auf Nachfrage über Vertragsinhalte zu informieren. Auch ihren Versicherten gegenüber seien Krankenkassen gem. § 127 Abs. 5 SGB V verpflichtet, Auskünfte zu den an der Versorgung beteiligten Vertragspartnern und auf Nachfrage zu den wesentlichen Vertragsinhalten zu geben.

Um die Informationsbasis der Versicherten zu stärken, sollten künftig Krankenkassen und Leistungserbringer stärker in die Pflicht genommen werden: Krankenkassen seien zu verpflichten, grundsätzlich über die wesentlichen Vertragsinhalte zu informieren, ohne dass Versicherte so etwas konkret nachfragen müssten. Auch an Leistungserbringer seien künftig höhere Beratungsanforderungen zu stellen. Beratung sei künftig schriftlich zu dokumentieren und vom Versicherten zu bestätigen, auch und insbesondere dann, wenn er für eine Versorgung aufzahlen müsse.

Mehr Transparenz zum Thema „Aufzahlungen“ verspricht sich das Bundesministerium von einer Mitteilungspflicht für Leistungserbringer, die Höhe der mit den Versicherten abgerechneten Mehrkosten betreffend. Krankenkassen könnten Auffälligkeiten erkennen und Fehlentwicklungen entgegenreten. Der Vorschlag des Bundesrechnungshofes einer zentral geführten Übersicht zu Versorgungsverträgen sei auf Grund der Vielzahl an Verträgen und ihren häufigen Veränderungen nicht befriedigend umzusetzen und nicht zielführend.

Auf die vom Bundesrechnungshof behandelte Vielzahl an Verträgen ging das Bundesministerium nicht ein.

Der Referentenentwurf will die Krankenkassen verpflichten, ihre Versicherten über die zur Versorgung berechtigten Vertragspartner und die wesentlichen Inhalte der Verträge zu informieren.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes

Die Vielzahl an Versorgungsverträgen habe ihre Ursache zum großen Teil in den herrschenden selektivvertraglichen Strukturen und der Vielzahl an Leistungserbringern und Produkten im Hilfsmittelbereich. Eine Vertragsübersicht mit wesentlichen Vertragsdaten zu Vergleichs- und Informationszwecken könne durchaus sinnvoll sein. Der GKV-Spitzenverband müsse diese aber nicht zwingend führen. Uneingeschränkte Einsicht sollte in erster Linie denjenigen gewährt werden, die die Informationen für die Erfüllung gesetzlicher oder aufsichtsrechtlicher Aufga-

ben benötigen. Für die Versicherten müsse eine solche Übersicht adressatengerecht sein.

7.3 Vertrags- und Preiswettbewerb, Ausschreibungen

Stellungnahme des Bundesministeriums

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) und dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) verfolgte Ziele, den mit der demografischen Entwicklung, einem veränderten Morbiditätsspektrum und dem medizinisch-technischen Fortschritt verbundenen steigenden Anforderungen an die Hilfsmittelversorgung ohne übermäßigen Belastungen der Versicherten gerecht zu werden, seien ohne das Instrument der Ausschreibungsverträge nicht erreichbar. Qualität der Versorgung sei durch flankierende Regelungen sicherzustellen.

Dass die Versorgung trotz Qualitätsvorgaben im Hilfsmittelverzeichnis teils doch schlecht sei, liege wesentlich an einer unzureichenden Überwachung der Einhaltung der Vertragsinhalte seitens der Krankenkassen und daran, dass das Hilfsmittelverzeichnis in vielen seiner Produktgruppen nicht mehr dem aktuellen Stand des medizinisch-technischen Wissens und den sich verändernden Anforderungen der Versicherten entspreche. Das Bundesministerium erkennt hier strukturelle Probleme, denen es wie folgt begegnen will:

- Regelmäßiges Vertragscontrolling durch die Krankenkassen;
- Aktualisierung des Hilfsmittelverzeichnisses binnen bestimmter Fristen;
- Etablierung einer Verfahrensordnung zur regelmäßigen Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses innerhalb bestimmter Fristen;
- Stärkere Gewichtung qualitativer, umweltbezogener oder sozialer Kriterien bei der Vergabe von Ausschreibungsverträgen.

Bei seinen Gesetzentwürfen werde das Bundesministerium auch darauf achten, dass Krankenkassen bei Ausschreibungen ihren Versicherten Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen mehrkostenfreien Hilfsmitteln belassen müssen, so zum Beispiel durch die Verpflichtung, eine Mindestanzahl von mehrkostenfreien Hilfsmitteln vorzuhalten. Zu denken sei im Bereich Ausschreibungsverträge auch an ein sog. „Mehr-Partner-Modell“, bei welchem der Versicherte ein Wahlrecht zwischen mehreren Leistungsanbietern hätte.

Nach dem Referentenentwurf soll der GKV-Spitzenverband bis zum 30. Juni 2018 sämtliche Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses, die seit dem 30. Juni 2015 nicht mehr grundlegend aktualisiert wurden, einer systematischen Prüfung zu unterziehen und im erforderlichen Umfang fortschreiben. Des Weiteren soll er bis zum 30. Juni 2017 eine Verfahrensordnung beschließen, die Näheres zum Verfahren zur Aufnahme von Hilfsmitteln in das Hilfsmittelverzeichnis und zur Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses regelt.

Hinsichtlich der Sicherstellung des Wahlrechts von Versicherten sollen Krankenkassen ferner sicherstellen, dass auch bei Ausschreibungsverträgen Versicherte Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen mehrkostenfreien Hilfsmitteln haben. Ausschreibungsgewinner sollen vertraglich angehalten werden, eine Mindestanzahl von mehrkostenfreien Hilfsmitteln vorzuhalten. Krankenkassen sollen im Wege eines sogenannten „*Mehr-Partner-Modells*“ auch verschiedenen Leistungserbringern den Zuschlag erteilen können, zwischen denen Versicherte die freie Wahl hätten. Der Referentenentwurf bewertet das „*Mehr-Partner-Modell*“ damit auch bei Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich als zulässige Handlungsalternative für die Krankenkassen.

Um Qualitätsdefiziten im Rahmen von Ausschreibungen vorzubeugen, gibt der Referentenentwurf den Krankenkassen vor, bei ihren Zuschlagsentscheidungen neben dem Preis auch andere Kriterien zu berücksichtigen. Dazu gehören die Qualität, die Zugänglichkeit der Leistungen für Menschen mit Behinderungen sowie die Qualifikation des mit der Ausführung betrauten Personals. Die Gewichtung von Zuschlagskriterien, die nicht die Kosten oder den Preis betreffen, darf 40 v. H. nicht unterschreiten.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes

Auch der GKV-Spitzenverband meint, eine effektive Ausgabensteuerung und Qualitätssicherung sei nur über ein Nebeneinander von Verhandlungs- und Ausschreibungsverträgen sicherzustellen. Ausschreibungen schafften Konkurrenz und damit einen Vertragswettbewerb, den Verhandlungsverträge angesichts des Rechts weiterer Leistungsanbieter zum Vertragsbeitritt so gar nicht auszulösen vermochten. Gemeinsame Empfehlungen zur Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen hätten sich grundsätzlich bewährt und seien deshalb nach wie vor in Kraft. Krankenkassen solle es aber durch Ausweitung ihrer Verhandlungsspielräume ge-

setzlich gestattet werden, qualitätsmäßig höherwertige Leistungen anzubieten. Der GKV-Spitzenverband verspricht sich davon eine Stärkung des Qualitätswettbewerbs

7.4 Versorgung in Bereichen mit Festbetragsregelung, Aufzahlungen

Stellungnahme des Bundesministeriums

Die vom Bundesrechnungshof verschiedentlich thematisierte „Unterversorgung“ aufgrund zu niedriger Versorgungspauschalen ließ das Bundesministerium unkommentiert. Zur Sicherstellung einer aufzahlungsfreien Versorgung schlägt es eine gesetzliche Pflicht der Leistungserbringer zur Beratung über aufzahlungsfreie Versorgungsmöglichkeiten vor. Für mehr Transparenz solle der Leistungserbringer der Krankenkasse die Höhe der dem Versicherten abgerechneten Mehrkosten mitteilen.

Der Referentenentwurf will das Sachleistungsprinzip durch mehr Transparenz und umfassende Informations- und Beratungsrechte der Versicherten gewährleisten. Leistungserbringer hätten danach künftig die die Versicherten zu beraten, welche Hilfsmittel und zusätzlichen Sachleistungen innerhalb des Sachleistungssystems für sie geeignet und medizinisch notwendig sind. Solch eine Beratung wäre schriftlich zu dokumentieren und durch den Versicherten zu bestätigen, auch wenn sich der Versicherte für eine Versorgung entscheidet, die für ihn zu Mehrkosten führt. Leistungserbringer sollen bei der Abrechnung mit den Krankenkassen solche Zuzahlungen auch angeben. Krankenkassen sollen so Erkenntnisse über den Umfang der Versorgung ohne und mit Mehrkosten gewinnen. So ließen sich Auffälligkeiten erkennen, und Fehlentwicklungen könnten frühzeitig entgegen gewirkt werden.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes

Ökonomische Zwänge gingen oft mit qualitätsmindernden Anbieterstrategien einher. Deshalb sicherten Versorgungspauschalen – wie am Beispiel der quantitativen wie qualitativen Inkontinenzversorgung zu sehen – häufig keine auskömmliche Versorgung. Dies sei allerdings kein Grund, von Ausschreibungen überhaupt abzusehen, vielmehr müsse stärker auf die Ergebnisqualität geachtet werden.

Der GKV-Spitzenverband schaffe für das Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 139 SGB V Qualitätsanforderungen an Produkte und Dienstleistungen. Beachte man diese auch bei der Aushandlung von Versorgungsverträgen, sollten Versorgungs-

pauschalen eigentlich eine auskömmliche Versorgung sicherstellen. Das Hilfsmittelverzeichnis will der GKV-Spitzenverband innerhalb der nächsten drei Jahre für alle Produktgruppen systematisch überprüfen und fortschreiben. Auf eine dahingehende Aufforderung des Bundesrechnungshofes⁵⁹ hin hat der GKV-Spitzenverband die Produktgruppe 15 „Inkontinenzhilfen“ zwischenzeitlich fortgeschrieben und ergänzende Qualitätsparameter für Inkontinenzhilfen in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen.⁶⁰ Es sei nun an den Krankenkassen, ihre Versorgungsverträge daran anzupassen.

Zur Aufzahlungsproblematik: Häufig würden die Leistungserbringer Mehrkosten geltend machen, ohne dass die Versicherten über aufzahlungsfreie Versorgungsalternativen informiert worden seien. Mehrkosten sollten Leistungserbringer deshalb künftig nur noch geltend machen dürfen, wenn sie Versicherte zuvor über das Angebot geeigneter aufzahlungsfreier Versorgungsmöglichkeiten beraten und deren schriftliche Zustimmung zur Übernahme der Mehrkosten eingeholt hätten.

7.5 Kontrolle der Leistungserbringer

Stellungnahme des Bundesministeriums

Bereits nach geltender Rechtslage (§ 275 Abs. 3 SGB V) könnten Krankenkassen sich bei der Erfüllung ihrer Kontrollaufgaben (insbes. Evaluation durchgeführter Hilfsmittelversorgungen) des MDK bedienen. Von ihren dahingehenden Möglichkeiten hätten die Krankenkassen aber in der Vergangenheit nur wenig Gebrauch gemacht. Das Bundesministerium denkt deshalb an eine gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen zu kontinuierlichem Vertragscontrolling. Der GKV-Spitzenverband habe ein insoweit einheitliches Vorgehen der Krankenkassen zu gewährleisten.

Der Referentenentwurf verpflichtet die Krankenkassen, die Einhaltung der den Leistungserbringern obliegenden gesetzlichen und vertraglichen Pflichten mit Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen zu überwachen. Die Leistungserbringer sind verpflichtet, den Krankenkassen alle dafür erforderlichen Informationen zu liefern und Auskünfte zu erteilen.

Der GKV-Spitzenverband soll bis zum 30. Juni 2017 Rahmenempfehlungen ab-

⁵⁹ Mitteilung an das Bundesministerium für Gesundheit und den GKV-Spitzenverband über die Prüfung der Hilfsmittelversorgung, Teil 2 – Festbeträge und Hilfsmittelverzeichnis vom 8. September 2015.

⁶⁰ GKV-Spitzenverband, Fortschreibung der Produktgruppe 15 „Inkontinenzhilfen“ des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V vom 11. März 2016.

geben insbesondere zum Umfang solcher Stichproben in den jeweiligen Produktbereichen, zu möglichen weiteren Überwachungsinstrumenten und zu Kriterien für Auffälligkeitsprüfungen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes

Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes beschränken sich die bisherigen gesetzlichen Regelungen weitgehend auf die Sicherung einer Struktur- und Prozessqualität der Hilfsmittelversorgung. In den Vordergrund müsse künftig stärker die Ergebnisqualität rücken. Denn wesentlich sei die sichere dem Versicherten die versorgungsvertraglich definierte Versorgungsqualität. Um – neben zahlreichen bereits durchgeführten Maßnahmen – die Ergebniskontrolle weiter zu verbessern, sollte es Krankenkassen datenschutzrechtlich erlaubt werden, vom Leistungserbringer ergänzende Informationen zum Versicherten anzufordern. Als Spitzenverband habe er weder dahingehende Vertragskompetenzen für alle Krankenkassen noch eine Aufsichtsfunktion. Eine fortlaufende und flächendeckende Kontrolle der Leistungserbringer und der von ihnen erbrachten Dienste könne nicht der GKV-Spitzenverband organisieren, sondern müsse von den Krankenkassen zusammen mit dem MDK organisiert werden. All das gehe nur auf einer entsprechenden gesetzlichen Grundlage.

8 Abschließende Bewertung

8.1 Der Markt der Hilfsmittelversorgung

Die übliche Wettbewerbssituation auf einem funktionierenden Markt ist folgende: Ihren Bedarf mehr oder weniger selbst bestimmende Nachfrager – viele miteinander konkurrierende Anbieter. Anders die Situation in der Hilfsmittelversorgung:

Nachfrager auf dem Markt der Hilfsmittelversorgung:

Zum einen die Versicherten: Es geht um ihre Gesundheit, diese ist für jeden Menschen von existentieller Bedeutung. Versicherte können versucht sein, so viele Leistungen wie möglich in Anspruch zu nehmen, zumal eine Krankenversicherung „all das zahlt“ (*moral hazard*). Nicht alle Versicherten sind zudem marktkundige Nachfrager. Häufig sind sie eher unkundig, oft alt, mehrfach erkrankt und/oder behindert, wenn sie einer Hilfsmittelversorgung bedürfen. Es ist zweifelhaft, dass gerade jene Versicherten die ihnen zugedachte *Kundenrolle* regelmäßig im Sinne einer für sie optimalen Leistungsausbeute ausfüllen. Nahezu allen Versicherten gemeinsam ist, dass sie ihren Bedarf kaum autark bestimmen kön-

nen, da sie dafür medizinische Kenntnisse benötigen und ergänzende Informationen, die ihnen oftmals nur der Leistungserbringer liefert. Auch den Preis einer Hilfsmittleistung und die zugrunde liegenden Vertragsbedingungen kennen Versicherte in der Regel nicht.

Zum anderen die Krankenkassen: Sie haben den gesetzlichen Versorgungsauftrag und die finanziellen Mittel, um den medizinischen Bedarf ihrer Versicherten zu decken. Die diesen Bedarf korrespondierende Versorgung haben sie als Sach- und Dienstleistung zur Verfügung zu stellen. Versicherte und Krankenkassen sind also *zusammen* Nachfragende von Versorgungsleistungen. Die *Interessenlage auf der Nachfrageseite* ist damit aber auch uneinheitlich und daher kompliziert: Der Versicherte wünscht die für ihn bestmögliche Versorgung, die Krankenkasse als Kostenträger ist auch an möglichst geringen Leistungsausgaben interessiert. Richtschnur für den Ausgleich dieser widerstreitenden Interessen ist das Wirtschaftlichkeitsgebot. „Wirtschaftlichkeit“ ist deshalb eine wichtige Entscheidungshilfe bei der Auswahl des richtigen Leistungserbringers.

Anbieter auf dem Markt der Hilfsmittelversorgung:

Das sind die Leistungserbringer. Das Markt- und Wettbewerbsumfeld der Leistungserbringer ist zum Teil sehr komplex, zugleich aber auch finanziell reizvoll, weshalb der Markt eine Vielzahl von Anbietern anzieht. Leistungserbringer sind als private Wirtschaftsunternehmen primär ökonomisch handelnde Akteure.

8.2 Wettbewerb um eine wirtschaftliche und zugleich funktions- und qualitätsgerechte Versorgung

Obwohl die Hilfsmittelversorgung nicht dem Marktmodell der „vollständigen Konkurrenz“ folgt, bewegt sie sich in einem Umfeld von Preis- und Vertragswettbewerb. Welche **Voraussetzungen** sind zu schaffen, damit eine funktions- und qualitätsgerechte sowie wirtschaftliche Versorgung in einem solchen Wettbewerbsumfeld gelingt?

(1) *Eignung der Leistungserbringer:* Diese sichert man durch eine gründliche, unparteiische Präqualifizierung. Das derzeitige Präqualifizierungsverfahren hat nach den Erkenntnissen des Bundesrechnungshofes erhebliche Schwächen, denen man wie folgt begegnen könnte (Handlungsoptionen):

- a. Gewährleistung von Neutralität, Unabhängigkeit und laufender Überwachung der derzeit 28 Präqualifizierungsstellen. Wichtig ist, inhaltlich wie

organisatorisch die Präqualifizierung in ganz Deutschland nach einheitlichen Kriterien ablaufen zu lassen und vor schädlicher Einflussnahme der Leistungserbringer zu schützen. Insbesondere letzteres wird nach Einschätzung des Bundesrechnungshofes nur über klare gesetzliche Vorgaben sicherzustellen sein. Dabei sollten Leistungserbringer bzw. deren Organisationen von einer auch mittelbaren Beteiligung an Präqualifizierungsstellen ausgeschlossen werden. Eine Möglichkeit ist es, die Benennungs- und Überwachungsaufgabe beim GKV-Spitzenverband zu belassen und diesen mit den erforderlichen gesetzlichen Befugnissen und notwendigen finanziellen Mitteln auszustatten.

- b. Eine andere Möglichkeit bietet das Bundesministerium an: Die Aufgabe der Benennung und Überwachung von Präqualifizierungsstellen einer unabhängigen Institution zu übertragen, etwa der DAkkS. Dieser Vorschlag besticht vor dem Hintergrund der aufgezeigten Mängel des Präqualifizierungsverfahrens zwar auf den ersten Blick, könnte doch die DAkkS für sich im Vergleich zu den herrschenden organisatorischen Gegebenheiten Distanz und damit Objektivität gegenüber allen maßgeblichen Akteuren – Krankenkassen wie Leistungserbringern - reklamieren. Indes die Erfüllung des Versorgungsauftrages ist den Krankenkassen übertragen worden. Es sind letztlich sie, die für eine ordnungsgemäße, auskömmliche Versorgung verantwortlich zeichnen müssen. Der Bundesrechnungshof sähe einen Widerspruch zu dieser klaren Zuordnung von Verantwortung, wenn mit der DAkkS eine außerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung stehende Organisation fortan über eine in der Hilfsmittelversorgung zentral bedeutsame Angelegenheit – Benennung und Überwachung der für die Zulassung infrage kommender Leistungsanbieter verantwortlichen Stellen – allein und abschließend zu entscheiden befugt wäre. Ein weiterer und erheblicher mit dieser Lösung verbundener Nachteil wäre, dass Leistungserbringer bzw. deren Organisationen weiterhin mittel- oder unmittelbar an Präqualifizierungsstellen beteiligt wären. Der Bundesrechnungshof empfiehlt daher, das Präqualifizierungsverfahren vollständig im Verantwortungsbereich der Gesetzlichen Krankenversicherung zu belassen und die Rechtsposition des GKV-Spitzenverbandes in den von ihm aufgezeigten Feldern künftig zu stär-

ken.

- c. Oder Neugestaltung und Reorganisation der Präqualifizierung: Schaffung einer unabhängigen Institution innerhalb des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung. Diese könnte nach einheitlichen Kriterien selbst Präqualifizierungen durchführen. Dies erscheint dem Bundesrechnungshof im Lichte seiner Prüfungserkenntnisse vorzugswürdig: Angesichts von derzeit 28 Präqualifizierungsstellen, von denen die Mehrheit jeweils alle Versorgungsbereiche abdeckt, geht der Bundesrechnungshof von vielen Doppelstrukturen aus. Nicht alle Präqualifizierungsstellen können ausreichend hohe Fallzahlen vorweisen, um selbstverständlich eine über ganz Deutschland gleichmäßige Rechtsanwendung sicherzustellen. Die Bündelung der Aufgabenerfüllung bei einer Stelle würde die Gewähr für professionelles, rechtssicheres Vorgehen in allen Hilfsmittelbereichen erhöhen und Bürokratiekosten, wie sie aus den herrschenden Doppelstrukturen folgen, reduzieren. Es erübrigte sich die Benennung von Präqualifizierungsstellen und deren umfassende Überwachung. Von einer zentralen Stelle wäre auch eher zu erwarten, dass das von ihr gelieferte Datenmaterial verlässlicher, weil leichter zu kontrollieren wäre.

- (2) *Sicherstellung einer ausgewogenen Balance zwischen Preis- und Qualitätswettbewerb:* Derzeit sind die Krankenkassen vor allem dahin bestrebt, Hilfsmittelversorgung zu möglichst niedrigen Preisen zu sichern. Qualität bleibt oft auf der Strecke. Unzureichende Hilfsmittelversorgung gefährdet oft genug nachhaltige Heilungserfolge, provoziert für die Krankenkassen teure Folgeerkrankungen und verstößt – wegen der vom Bundesrechnungshof vielfach angetroffenen Aufzahlungen von Versicherten – auch und insbesondere gegen das gesetzlich verankerte Sachleistungsprinzip. Die Krankenkassen müssen deshalb künftig eine sachlich gebotene Versorgung gewährleisten. Denn ihr Ziel ist die Sicherstellung einer hinreichenden Versorgung mit medizinisch notwendigen Hilfsmitteln in der gebotenen Menge und Qualität. Die Zusage des GKV-Spitzenverbandes, künftig in diesem Zusammenhang stärker auf die **Ergebnisqualität** zu achten, setzt nach Überzeugung des Bundesrechnungshofes an der richtigen Stelle an. Es gilt, dem Versicherten eine wirklich „auskömmliche“ Versorgung zu sichern. Ob sich diese im Ergebnis als qualitativ voll und damit für den Versicherten tatsächlich als eine nachhaltige (Lebens-)

Hilfe erwiesen hat, hängt entscheidend von den insoweit eingeforderten Qualitätskriterien ab. Solche fehlen zurzeit vielfach, wie die Prüfung des Bundesrechnungshofes ergab. Zur Vermeidung weiterer Fehlversorgungen sind geeignete Funktions- und Qualitätskriterien deshalb umgehend und lückenlos vom GKV-Spitzenverband zu schaffen.

- (3) *Zeitnahe Pflege und Fortentwicklung des Hilfsmittelverzeichnisses:* Der Bundesrechnungshof stellte teils erhebliche Rückstände bei der Fortentwicklung wichtiger Produktgruppen fest. Sogenannte Dienstleistungsanforderungen an Leistungserbringer gibt es noch gar nicht, und Qualitätsanforderungen sind oftmals unzureichend oder nicht mehr aktuell. Qualitätsstandards zu entwickeln, sie auf dem Laufenden zu halten und schließlich auch vorzugeben, also einzufordern, steht nach dem Ergebnis der Erhebungen des Bundesrechnungshofes dringend an.
- (4) *Beseitigung von Mängeln der Versorgungsverträge der Krankenkassen:* Nach Einschätzung des Bundesrechnungshofes haben oft Vorgaben gefehlt, welche Struktur- und Prozessqualität die Leistungserbringer bei der Versorgung sicherstellen müssen. Zu den für einen wirksamen Qualitätswettbewerb unverzichtbaren objektiven Indikatoren für Versorgungsqualität (Ergebnisqualität) sei auf die soeben abgegebenen Empfehlungen (Tz. 8.2 (2), (3)) verwiesen. Gäbe es solche, könnten Krankenkassen den Leistungserbringern auch finanzielle Anreize setzen, um eine höhere Versorgungsqualität zu erzielen.
- (5) *Reduktion der Anzahl der Versorgungsverträge:* Derzeit hat keiner einen Überblick, wie viele Versorgungsverträge es gibt. Folglich gibt es auch keine Übersicht über das von den Krankenkassen zugesicherte Leistungsangebot. Relevante Vertragsinhalte sollten zumindest den Aufsichtsbehörden bekannt gemacht und dort auf ihre (offensichtliche) Wirtschaftlichkeit und Ordnungs-/Gesetzmäßigkeit hin überprüft werden.
- (6) *Transparenz über das Versorgungsangebot der einzelnen Krankenkassen:* Versicherte können die für sie jeweils beste Krankenkasse nur ermitteln, wenn sie Art und Umfang des jeweiligen Versorgungsangebots quasi barrierefrei erfahren können. Zu denken wäre z. B. an eine zentrale Vertragsübersicht, die aktuell, öffentlich zugänglich und leicht verständlich sein sollte. Krankenkassen hätten den Anreiz, sich in einem transparenteren Qualitätswettbewerb um höhere Versorgungsqualität zu bemühen.

- (7) *Beratung der Versicherten:* Versicherte benötigen nach den Erkenntnissen des Bundesrechnungshofes bei der Hilfsmittelversorgung mehr als bisher die Unterstützung ihrer Krankenkasse. Krankenkassen müssen mehr beraten und informieren, etwa über aufzahlungsfreie Versorgungsmöglichkeiten.
- (8) *Sicherstellung einer aufzahlungsfreien Versorgung:* Versorgungsverträge müssen eine aufzahlungsfreie Versorgung sicherstellen. Die Versicherten sollten aus mehreren aufzahlungsfreien Produkten wählen können. In bestimmten, insbesondere kostenintensiven Bereichen (z. B. Versorgung mit Hörhilfen) hält der Bundesrechnungshof einen Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen für erforderlich. Um organisatorischen Mehraufwand für die Krankenkassen zu begrenzen, könnte der Genehmigungsvorbehalt nur dann obligatorisch sein, wenn ein Versorgungsvorschlag Aufzahlungen des Versicherten bedingt.
- (9) *Ausschreibungen oder Verhandlungsverträge?* Nach den Feststellungen des Bundesrechnungshofes führen Ausschreibungen in der Hilfsmittelversorgung bisher überwiegend zu in erster Linie kostengünstigen Vertragsabschlüssen. Die Versorgungsqualität kommt dabei oft genug zu kurz. Zur Stärkung des Qualitätswettbewerbs sollten die Krankenkassen künftig in ihren Verträgen oder Leistungsbeschreibungen ergänzende Anforderungen an die Produkt-, Prozess- und Ergebnisqualität stellen und diese auch durchsetzen (s. auch TZ 8.2 (2), (3), (4)). Dies gilt unabhängig vom Vertragstyp und mindestens solange, wie das Hilfsmittelverzeichnis noch nicht generell entsprechende Anforderungen an die Qualität der Produkte und Dienstleistungen stellt.
- (10) *Sicherstellung effektiver Ausschreibungen:* Bei Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich darf künftig nicht der Preis das alleinige Zuschlagskriterium sein. Denn das geht zulasten der qualitätsgerechten Versorgung. Mit allen finanziellen Konsequenzen (Folgeerkrankungen) für die Gesetzliche Krankenversicherung. Das vom Bundesministerium in diesem Zusammenhang vorgeschlagene „Mehr-Partner-Modell“ kann helfen, die Wahlfreiheit der Versicherten zwischen verschiedenen in Frage kommenden Leistungserbringern sicherzustellen und zu erhöhen, ohne dass das Wirtschaftlichkeitspotential, was Ausschreibungsverträgen innewohnen sollte, aufzugeben. Wird das „Mehr-Partner-Modell“ etabliert, wird der Bundesrechnungshof dessen Wirksamkeit zu gegebener Zeit prüfen.
- (11) *Laufende und flächendeckende Kontrolle der Leistungserbringer:* Kranken-

kassen sind gegenüber dem Versicherten verantwortlich für eine ordnungsgemäße Versorgungsleistung. Es reicht nicht, erst auf Versichertenbeschwerden zu reagieren und den betreffenden Leistungserbringer und die von ihm erbrachte Versorgung nur anlassbezogen zu kontrollieren. Die an Leistungserbringer gestellten Anforderungen sind nur etwas wert, wenn ihre Erfüllung überprüft wird, unabhängig vom Anlass und flächendeckend. Wenn nötig, ist dafür auch der MDK einzubeziehen.

Stein

Dr. Elles

9 Anlagen

Anlage 1 – Hilfsmittelverzeichnis

Der GKV-Spitzenverband führt ein systematisch angelegtes Hilfsmittelverzeichnis. Darin sind von der Leistungspflicht umfassten Hilfsmitteln aufgeführt, § 139 Abs. 1 SGB V. Das Hilfsmittelverzeichnis strukturiert das Angebot auf dem Hilfsmittelmarkt und übernimmt eine wichtige Steuerungsfunktion für die Hilfsmittelversorgung. Zudem ist es die Grundlage für das elektronische Abrechnungsverfahren, § 302 Abs. 1 SGB V. Auch die Versorgungsverträge der Krankenkassen nach § 127 SGB V mit Leistungserbringern orientieren sich an der Struktur des Hilfsmittelverzeichnisses.

Das Hilfsmittelverzeichnis enthält derzeit über 28 500 gelistete Produkte. Es ordnet die am Markt erhältlichen Produkte, entsprechend ihrer Leistung und Zweckbestimmung bzw. ihrem Indikationsbereich, verschiedenen Produktgruppen zu. Derzeit gibt es 33 Produktgruppen.⁶¹ Jede Produktgruppe unterteilt sich systematisch in Anwendungsorte, Untergruppen und Produktarten:

18. 46. 03. 0 XXX		
18.	Produktgruppe	Kranken-/Behindertenfahrzeuge
46.	Anwendungsort	Innenraum
03.	Untergruppe	Duschrollstühle
0.	Produktart	Duschrollstühle mit Greifreifen
XXX	Einzelprodukt mit Name und Herstellerangabe	

Übersicht 4 – Systematische Gliederung des Hilfsmittelverzeichnisses

Den Produktarten ist jeweils eine Definition vorangestellt, gefolgt von leistungrechtlichen Hinweisen und einer Aufzählung der Indikationen, bei denen eine Versorgung mit den Produkten grundsätzlich infrage kommt. Es folgen funktionale Mindestanforderungen an die Produkte.

⁶¹ Produktgruppen: 01 Absauggeräte, 02 Adaptionshilfen, 03 Applikationshilfen, 04 Badehilfen, 05 Bandagen, 06 Bestrahlungsgeräte, 07 Blindenhilfsmittel, 08 Einlagen, 09 Elektrostimulationsgeräte, 10 Gehhilfen, 11 Hilfsmittel gegen Dekubitus, 12 Hilfsmittel gegen Tracheostoma, 13 Hörhilfen, 14 Inhalations- und Atemtherapiegeräte, 15 Inkontinenzhilfen, 16 Kommunikationshilfen, 17 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie, 18 Kranken-/Behindertenfahrzeuge, 19 Krankenpflegeartikel, 20 Lagerungshilfen, 21 Messgeräte für Körperzustände/-funktionen, 22 Mobilitätshilfen, 23 Orthesen/Schienen, 24 Prothesen, 25 Sehhilfen, 26 Sitzhilfen, 27 Sprechhilfen, 28 Stehhilfen, 29 Stomaartikel, 31 Schuhe, 32 Therapeutische Bewegungsgeräte, 33 Toilettenhilfen, 99 Verschiedenes. Das Pflegehilfsmittel-Verzeichnis enthält weitere sechs Produktgruppen.

Anlage 2 – Präqualifizierung der Leistungserbringer

Die Präqualifizierungsstellen werden vom GKV-Spitzenverband benannt.⁶² Sie sind privatrechtlich organisierte Einrichtungen. Präqualifizierungsstellen können sich zur Erfüllung ihrer Aufgaben externer Stellen bedienen (beauftragte Stellen), etwa für Betriebsbegehungen vor Ort.

Nachfolgend sind die Schritte aufgeführt, die im Zusammenhang mit der Präqualifizierung von Leistungserbringern und vor dem Abschluss von (Versorgungs-) Verträgen gem. § 127 SGB V zu machen sind:



Übersicht 5 – Präqualifizierung der Leistungserbringer (eigene Darstellung)

Zum Zeitpunkt der Prüfung gab es bundesweit 32 Präqualifizierungsstellen. Etwa 36 000 Anbieter von Hilfsmittleistungen sind potentielle Vertragspartner der Krankenkassen. Um als Leistungserbringer zugelassen zu werden, müssen sie einen Nachweis über ihre Eignung (Präqualifizierungsbestätigung) erbringen.

⁶² Präqualifizierungsvereinbarung, § 5a – Benennung und Überwachung

Anlage 3 – Kontrolle der Leistungserbringer

Beispiel: Wiedereinsatz von Antidekubitus-Matratzen

Versicherten, die an einem Dekubitus⁶³ leiden oder einen solchen riskieren, können druckverteilende Liegehilfen gewährt werden. Neben sogen. Wechseldrucksystemen setzt man dafür vor allem besonders gefertigte Schaumstoffmatratzen ein (Antidekubitus-Matratzen). Antidekubitus-Matratzen sind in der Regel nicht für einen Wiedereinsatz geeignet.⁶⁴

In der Regel übernehmen Sanitätshäuser die Versorgung mit Antidekubitus-Matratzen. Die vom Bundesrechnungshof insoweit eingesehenen Verträge sahen als Versorgung den Kauf neuer Matratzen oder anhand von Versorgungspauschalen vor. Im Falle einer Versorgungspauschale bleibt das Eigentum am Hilfsmittel beim Leistungserbringer. Denn er erhält für die Nutzung des Hilfsmittels, etwa Matratzen, von der Krankenkasse eine pauschale monatliche Vergütung. Tatsächlich entscheidet der Leistungserbringer dann, ob er die Versicherten mit einem neuen oder nur mit einem wiederaufbereiteten Hilfsmittel versorgt. Eine Versorgungspauschale befördert damit beim Leistungserbringer das wirtschaftliche Interesse, das Hilfsmittel Antidekubitus-Matratze möglichst häufig bzw. lange einzusetzen.

Braucht der Versicherte die Antidekubitus-Matratze nicht mehr, (z. B. Wegfall der medizinischen Indikation oder Todesfall des Versicherten), holt der Leistungserbringer die Matratze zurück. Will er sie erneut einsetzen, ist – je nach Verschmutzungsgrad – eigentlich eine Reinigung und Desinfektion des Bezuges oder auch die Aufbereitung der ganzen Matratze erforderlich.

Gestützt auf Fotos, die dem GKV-Spitzenverband von einem auf die Aufbereitung von Schaumstoffmatratzen spezialisierten Unternehmen übermittelt worden wa-

⁶³ Der Dekubitus, ein Druckgeschwür, entsteht aufgrund anhaltender äußerer Druckeinwirkung. Umgangssprachlich ist auch von einem „*Wund liegen*“ die Rede. An einem Dekubitus leiden vor allem immobile, kranke, oft auch ältere Menschen. Hautschädigungen, etwa durch Harn- und Stuhlinkontinenz oder eine Behandlung mit Zytostatika oder mit Strahlen, sind weitere Ursachen.

⁶⁴ Hilfsmittelverzeichnis, Beschreibung der Untergruppe 11.29.05 – Matratzen aus Weichlagerungsmaterialien.

ren, ergaben sich folgende Feststellungen:⁶⁵



Übersicht 6 – Schaumstoffmatratzen, die zur Aufbereitung vorgesehen waren (Foto 1)



Übersicht 7 – Schaumstoffmatratzen, die zur Aufbereitung vorgesehen waren (Foto 2)

⁶⁵ Abbildung von Matratzen, welche von Fachhändlern/Sanitätshäusern zur Dampfsterilisation übergeben worden waren und die nach Dampfsterilisation (Sterilisieren unter feuchter Hitze, um Materialien oder Gegenstände von Mikroorganismen in jedem Entwicklungsstadium zu befreien (Autoklavieren). Das Autoklavieren geschieht bei Temperaturen zwischen 110 und 140 °C) von den Auftraggebern für den Wiedereinsatz vorgesehen waren. .

Nach Angaben des aufbereitenden Unternehmens sind die Verfärbungen durch Körperflüssigkeiten sowie Schimmel- und Stockflecken entstanden. Dampfsterilisation vermöge solche Verfärbungen nicht zu entfernen, weshalb das Aufbereitungsunternehmen die hier abgebildeten Matratzen aussortiert habe. Fachhändler sendeten allerdings nur solche Matratzen ein, die nach ihrer Einschätzung einer professionellen Aufbereitung (Dampfsterilisation) bedürfen und die sie jedenfalls wieder verwenden wollten. Vermeintlich weniger verschmutzte Schaumstoffmatratzen würden demgegenüber nur mit einem neuen Baumwollbezug versehen bzw. ein etwaiger PU-Bezug⁶⁶ wischdesinfiziert. Allein, der optische Verschmutzungsgrad lässt für sich keine Rückschlüsse auf die Belastung mit Mikroorganismen zu.

Für den GKV-Spitzenverband waren diese Fotos Anlass, Kriterien zum Wiedereinsatz von Schaumstoffmatratzen zu entwickeln. Danach sollen fortan bestimmte hygienische Anforderungen an die Aufbereitung erfüllt werden, und die Aufbereitung von Matratzen ist quantitativ zu begrenzen. Denn Schaumstoff verliere mit zunehmender Nutzungsdauer und jeder Aufbereitung seine druckverteilenden Eigenschaften. Entsprechende Anforderungen sollen in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen werden und auch Vorgaben zur maximalen Nutzungsdauer und zur Eignung von Produkten für den Wiedereinsatz machen. Auch Prüfmethoden zur Bewertung solcher Hilfsmittel will man noch entwickeln. Ergebnisse lagen zum Zeitpunkt der Erhebungen noch nicht vor.

⁶⁶ PU-Bezug: Polyester-Gewebe mit Polyurethan-Beschichtung