

52 Krankenkassen kontrollieren Hilfsmittelversorgung unzureichend

(Kapitel 1501 Titel 636 06)

Zusammenfassung

Krankenkassen vernachlässigen ihre Kontrollpflichten gegenüber den Leistungserbringern der Hilfsmittelversorgung. Dies geht zulasten der Versicherten.

Für die Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln zahlen die gesetzlichen Krankenkassen jährlich mehr als 9 Mrd. Euro an Leistungserbringer. Ihrer Pflicht zur Kontrolle sind sie dabei aber nicht ausreichend nachgekommen. Die Mehrheit der geprüften Krankenkassen hat es versäumt, notwendige Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durchzuführen. Einschlägige Rahmenempfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) haben sie überwiegend nicht umgesetzt. Mit dem Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) aus dem Jahr 2017 hatte der Gesetzgeber auf anhaltende Versorgungsdefizite reagieren wollen. Wesentliche Erwartungen an das HHVG sind damit unerfüllt geblieben.

Fehlende Kontrolle birgt die Gefahr, dass Leistungserbringer die Versicherten mit Hilfsmitteln minderer Qualität versorgen oder ihnen für Hilfsmittel adäquater Qualität ungerechtfertigte Mehrkosten aufbürden. Beides hat der Bundesrechnungshof wiederholt festgestellt. Er hält daher gesetzliche Anpassungen für erforderlich: Der GKV-Spitzenverband sollte gemeinsame Kontrollen der Leistungserbringer durch die Krankenkassen organisieren. Um dies zu unterstützen, sollten Leistungserbringer den Krankenkassen regelhaft – und nicht nur auf Verlangen – Unterlagen übermitteln. Der Medizinische Dienst sollte die Versorgungsqualität übergreifend und unabhängig von den Krankenkassen untersuchen.

52.1 Prüfungsfeststellungen

Pflicht zur Kontrolle der Leistungserbringer und der Versorgungsqualität

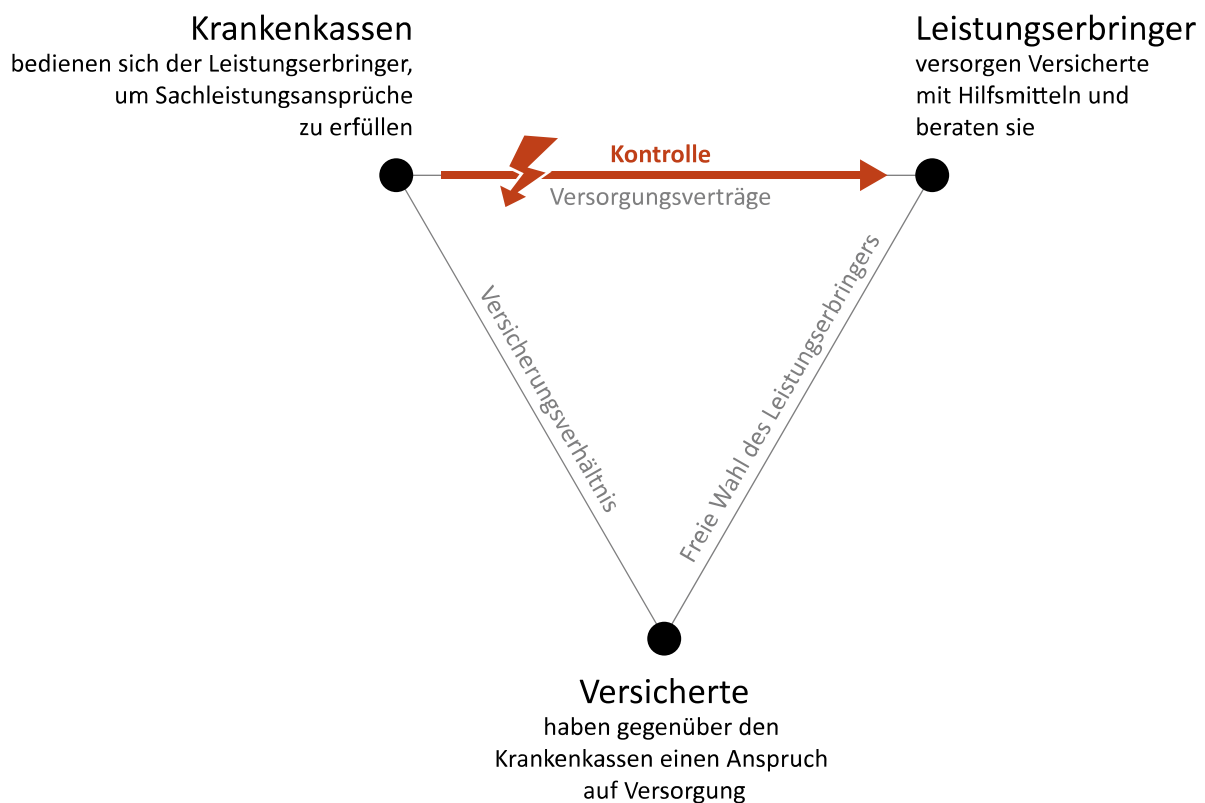
Die gesetzlichen Krankenkassen bezahlen Hilfsmittel, die notwendig sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine

Behinderung auszugleichen. Im Jahr 2020 wandten sie hierfür 9,3 Mrd. Euro auf. Zu den Hilfsmitteln zählen etwa Seh- und Hörhilfen, Prothesen, Inkontinenzhilfen, Kompressionsstrümpfe sowie technische Produkte wie Rollstühle und Inhalationsgeräte. Krankenkassen erfüllen Ansprüche der Versicherten auf eine Hilfsmittelversorgung, indem sie Verträge mit Leistungserbringern schließen. Leistungserbringer sind nur aufgrund eines solchen Versorgungsvertrages mit der Krankenkasse lieferberechtigt.

Abbildung 52.1

Krankenkassen kontrollieren Hilfsmittelversorgung unzureichend

Die Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherten stehen in einem Dreiecksverhältnis. Dabei nehmen die Krankenkassen ihre gesetzlich vorgeschriebene Kontrollfunktion nur unzureichend wahr.



Grafik: Bundesrechnungshof.

Zwar versorgen damit faktisch die Leistungserbringer die Versicherten. Rechtlich verantwortlich bleiben jedoch die Krankenkassen. Deshalb müssen sie die Leistungserbringer kontrollieren. Diese Verpflichtung hat der Gesetzgeber im Jahr 2017 mit dem HHVG verschärft. Krankenkassen sind seither verpflichtet, die Tätigkeit der Leistungserbringer durch Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen zu überwachen. Diese sollen sicherstellen, dass Leistungserbringer die Anforderungen an Produkte und Leistungen erfüllen. Die Krankenkassen können so auch Ursachen von Versorgungsdefiziten und von unverhältnismäßig vielen oder hohen

Aufzahlungen aufdecken. Die Kontrollen sollen dazu beitragen, dass die Leistungserbringer ihre gesetzlichen und vertraglichen Pflichten erfüllen. Bei der Kontrolle der Versorgungsqualität haben die Krankenkassen zu evaluieren, inwiefern Leistungen und Produkte geeignet waren, die jeweiligen Ziele der Versorgung zu erreichen. Vor der Gesetzesnovelle war es zu anhaltenden Qualitätsdefiziten bei der Hilfsmittelversorgung gekommen. Krankenkassen hatten nur unzureichend überwacht, ob Leistungserbringer ihre Pflichten aus den Versorgungsverträgen erfüllt hatten. Der Bundesrechnungshof hatte im Jahr 2016 vielfältige und schwerwiegende Defizite festgestellt:

- Versicherte hatten Inkontinenzhilfen in nicht ausreichender Menge und Qualität erhalten.
- Leistungserbringer hatten ungeeignete Atemtherapiegeräte abgegeben oder es versäumt, die Versicherten in deren Gebrauch einzuweisen.
- Leistungserbringer hatten Antidekubitus-Matratzen zu häufig oder trotz starker Verschmutzung wiedereingesetzt.

Der GKV-Spitzenverband hat Rahmenempfehlungen entwickelt, um die Qualität in der Hilfsmittelversorgung zu sichern. Diese sehen Überwachungsinstrumente vor wie Auswertungen von Daten, Unterlagen und Dokumentationen, Versichertenbefragungen sowie Kontrollen durch den Medizinischen Dienst.

Krankenkassen vernachlässigen Kontrollpflichten

Der Bundesrechnungshof prüfte die Hilfsmittelversorgung bei zehn Krankenkassen. Diese umfassten 35,2 Millionen Versicherte und repräsentierten damit etwa 48 % der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung. Er stellte bei der Mehrheit der geprüften Krankenkassen fest, dass diese nicht kontrolliert hatten, wie die Leistungserbringer die Versicherten versorgten. Entgegen der gesetzlichen Erwartung hatten sie keine Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durchgeführt. Die Rahmenempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes beachteten sie überwiegend nicht. Auch arbeiteten die Krankenkassen kaum zusammen. Nur vereinzelt entwickelten Krankenkassen eigene Konzepte zur systematischen Kontrolle der Leistungserbringer. Hinweisen Versicherter zu Mängeln in der Hilfsmittelversorgung gingen sie zwar nach. Allerdings werteten sie die Vielzahl der Versichertenbeschwerden nicht systematisch aus.

Nur die Hälfte der geprüften Krankenkassen führte in den Jahren 2017 bis 2019 Versichertenbefragungen durch, zwei davon nur je einmal. Mit den Ergebnissen der Befragungen gingen die Krankenkassen unterschiedlich um. Mitunter blieb offen, welche Konsequenzen sie daraus zogen. Nur zwei Krankenkassen nutzten Datenauswertungen, um Anhaltspunkte für anschließende Kontrollen bei Leistungserbringern zu gewinnen. Keine der geprüften Krankenkassen tätigte Testkäufe, um die Leistungserbringer zu kontrollieren. Sie beauftragten auch nicht den Medizinischen Dienst damit, die Versorgungsqualität zu evaluieren.

Leistungserbringer weigern sich, Unterlagen regelhaft zu übermitteln

Die Leistungserbringer haben die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu beraten, welche Hilfsmittel und zusätzlichen Leistungen geeignet und notwendig sind. Die Beratung haben die Leistungserbringer zu dokumentieren und sich durch Unterschrift der Versicherten bestätigen zu lassen. Versicherte zahlten neben der gesetzlichen Zuzahlung häufig weitere Aufzahlungen (Mehrkosten), um Hilfsmittel in der erforderlichen Menge oder Qualität zu erhalten. Wählen Versicherte solch eine aufzahlungspflichtige Versorgung, müssen die Leistungserbringer dies in einer Mehrkostenerklärung dokumentieren. Dabei weigerten sie sich oft anzugeben, welche Hilfsmittel sie ggf. mehrkostenfrei angeboten hatten. Sie weigerten sich auch, den Krankenkassen Beratungsdokumentationen und Mehrkostenerklärungen regelhaft – z. B. als Bestandteil der Abrechnung – zu übermitteln. Die Krankenkassen konnten die Leistungserbringer daher nicht systematisch kontrollieren. Nur in Einzelfällen ließen sich die geprüften Krankenkassen diese Dokumente vorlegen, insbesondere bei Beschwerden von Versicherten. Damit war es den Krankenkassen nicht möglich, Beratungsdokumentationen und Mehrkostenerklärungen systematisch auszuwerten.

52.2 Würdigung

Krankenkassen kontrollieren Leistungserbringer unzureichend

Der Bundesrechnungshof hat darauf hingewiesen, dass der Gesetzgeber mit einer intensiven Kontrolle der Leistungserbringer auf gravierende Versorgungsdefizite reagieren und die Qualität der Hilfsmittelversorgung sichern wollte. Diese Erwartungen wurden nicht erfüllt. Die Krankenkassen haben die Rahmenempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nur unzureichend umgesetzt und die empfohlenen Überwachungsinstrumente kaum angewandt. Selbst die in ihrem Einflussbereich liegenden Instrumente haben sie nicht ausgeschöpft. Sie stellten damit die vom Gesetzgeber erwartete umfassende Kontrolle der Leistungserbringer und der Versorgungsqualität nicht sicher.

Die Krankenkassen sind verantwortlich für eine ordnungsgemäße und wirtschaftliche Versorgung. Sie haben deshalb zu kontrollieren, ob die Leistungserbringer ihre gesetzlichen und vertraglichen Pflichten erfüllen. Dazu sind Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen notwendig. In den Versorgungsverträgen legen die Krankenkassen umfangreiche Anforderungen an die Leistungserbringer fest. Diese Vertragsbestimmungen können nur dann greifen, wenn die Krankenkassen auch nachhalten, ob die Leistungserbringer sie erfüllen. Weigern sich Leistungserbringer, Unterlagen regelhaft bereitzustellen, fehlen Anknüpfungspunkte für Kontrollen.

Der Bundesrechnungshof hat die geprüften Krankenkassen aufgefordert, die im eigenen Einflussbereich liegenden Überwachungsinstrumente stärker als bisher zu nutzen. Ferner sollte der GKV-Spitzenverband gesetzlich damit beauftragt werden, gemeinsame systematische Kontrollen der Krankenkassen zu organisieren. Dabei sollten die Krankenkassen

insbesondere Daten, Unterlagen und Dokumentationen auswerten sowie Versicherte befragen. Um dies zu unterstützen, sollten Leistungserbringer den Krankenkassen Beratungsdokumentationen und Mehrkostenerklärungen regelhaft zuleiten. Die übermittelten Daten müssen elektronisch auswertbar sein, um den Aufwand bei der Kontrolle zu begrenzen. Der Bundesrechnungshof hat dem BMG empfohlen, die notwendigen gesetzlichen Änderungen anzustoßen.

Krankenkassen kontrollieren Versorgungsqualität nicht

Die Krankenkassen sind verpflichtet, die Qualität der Hilfsmittelversorgung ihrer Versicherten zu evaluieren. Sie sind dieser Pflicht nicht nachgekommen. Dies könnte daran liegen, dass es den Krankenkassen hierfür an Anreizen fehlt. Eine unzureichende Versorgungsqualität trifft zunächst nur die Versicherten. Für Krankenkassen ergeben sich allenfalls zeitversetzt höhere Leistungsausgaben, wenn Folgeerkrankungen zu behandeln sind. Der Bundesrechnungshof hat deshalb einen übergreifenden Kontrollansatz empfohlen: Der Medizinische Dienst sollte als unabhängiger Akteur gesetzlich beauftragt werden, die Versorgungsqualität zu kontrollieren. Er könnte hierfür die Qualität in ausgewählten Produktgruppen durch Stichproben prüfen. Der Bundesrechnungshof hat das BMG aufgefordert, die dazu notwendige Rechtsänderung zu initiieren.

52.3 Stellungnahme

Das BMG hat auf die geltende Rechtslage verwiesen. Bereits jetzt seien die Leistungserbringer verpflichtet, bei der Abrechnung mit der Krankenkasse anzugeben, welche Mehrkosten sie Versicherten in Rechnung gestellt haben. Die Leistungserbringer hätten den Krankenkassen zudem auf deren Verlangen Beratungsdokumentationen und Mehrkostenvereinbarungen zu übermitteln. Das BMG hat darauf hingewiesen, dass den Krankenkassen und Leistungserbringern ein erheblicher administrativer Mehraufwand entstünde, wenn die Leistungserbringer diese Daten künftig bei jedem einzelnen Versorgungsfall übermitteln müssten.

Zielführender erscheine es, die im Hilfsmittelverzeichnis enthaltenen Regelungen zu den Dokumentationspflichten zu ändern. Der GKV-Spitzenverband passe diese seit dem Frühjahr 2021 sukzessive an. Danach müssten Leistungserbringer dokumentieren, dass sie die Versicherten im Sinne des Sachleistungsprinzips beraten haben. Ferner müssten sie angeben, welchen Mehrnutzen oder welche Merkmale das abgegebene Hilfsmittel gegenüber einem geeigneten mehrkostenfreien Hilfsmittel aufweise. Die Beratungsdokumentationen würden so deutlich aussagekräftiger, was auch Prüfungen durch Krankenkassen erleichtere.

Das BMG hat angekündigt zu prüfen, die Kontrolle der Versorgungsqualität im Hilfsmittelbereich dem Medizinischen Dienst als eigene gesetzliche Aufgabe zu übertragen. Dabei wolle es untersuchen, inwieweit es notwendig sei, dass der Medizinische Dienst seine sozialmedizinische Kompetenz über die versichertenbezogene Begutachtung hinaus auch bei der

Bewertung der Versorgungsqualität einbringt. Das Sozialgesetzbuch sehe bisher keine autonomen Prüfrechte des Medizinischen Dienstes vor. Dieser sei ein unabhängiger Beratungs- und Begutachtungsdienst insbesondere der Kranken- und Pflegekassen. Die Funktion als autonome Prüfbehörde müsse das BMG tatsächlich wie rechtlich vertieft prüfen. Dabei habe es alternative Ansätze einer krankenkassenübergreifenden Prüfung der Versorgungsqualität einzubeziehen.

52.4 Abschließende Würdigung

Gemeinsame Kontrollen der Krankenkassen schaffen

Krankenkassen kommen ihrer Pflicht zur Kontrolle der Leistungserbringer und der Versorgungsqualität in der Hilfsmittelversorgung nicht ausreichend nach. Die Hinweise des BMG greifen zu kurz. Das BMG ist insbesondere nicht darauf eingegangen, wie die Kontrollfunktion durch kassenübergreifende gemeinsame Kontrollen im Einzelnen gestärkt werden könnte. Der Bundesrechnungshof hält insoweit an seiner Forderung fest, den GKV-Spitzenverband mit der Organisation gemeinsamer systematischer Kontrollen zu beauftragen. Das BMG sollte die dazu notwendigen Rechtsänderungen anstoßen.

Leistungserbringer regelhaft zur Übermittlung der Unterlagen verpflichten

Das BMG hat den Mehraufwand betont, der entstehen würde, wenn Leistungserbringer künftig stets Beratungsdokumentationen und Mehrkostenvereinbarungen an die Krankenkassen übermitteln müssten. Dies überzeugt nicht. Um der gesetzlichen Pflicht zur Kontrolle Geltung zu verschaffen, ist ein gewisser Aufwand der Leistungserbringer und Krankenkassen hinzunehmen.

Auch der Hinweis auf den GKV-Spitzenverband und seine Regelungen im Hilfsmittelverzeichnis geht fehl. Zwar verpflichten Krankenkassen in ihren Versorgungsverträgen die Leistungserbringer regelmäßig, die Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses zu erfüllen. Allerdings verpflichten die Regelungen im Hilfsmittelverzeichnis die Leistungserbringer allein dazu, ihre Beratungen zu dokumentieren, nicht hingegen die Dokumentationen regelhaft an die Krankenkassen zu übermitteln. Damit werden Beratungsdokumentationen womöglich aussagekräftiger. Prüfungen durch die Krankenkassen werden aber nicht erleichtert, solange diese die Unterlagen weiterhin im Einzelfall anfordern müssen.

Der Bundesrechnungshof befürwortet es, dass der GKV-Spitzenverband durch Regelungen im Hilfsmittelverzeichnis auf einheitliche Standards in der Hilfsmittelversorgung hinwirkt. Die Regelung zur Übermittlung der Dokumentationen hält er aber für unzureichend. Es bedarf vielmehr einer gesetzlichen Verpflichtung. Der Bundesrechnungshof empfiehlt dem BMG, eine solche gesetzliche Neuregelung anzustoßen. Diese sollte vorsehen, dass Leistungserbringer den Krankenkassen künftig regelhaft mit der Abrechnung – und nicht nur

auf Verlangen – Beratungsdokumentationen und Mehrkostenerklärungen zu übermitteln haben. Krankenkassen würden dadurch in die Lage versetzt, Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durchzuführen. So könnten sie systematisch prüfen, wie Leistungserbringer die Versicherten beraten und den Gründen für Mehrkosten nachgehen. Sie könnten damit die Qualität der Versorgung einfacher sicherstellen. Dafür müssten die übermittelten Daten elektronisch auswertbar sein, um den Aufwand bei der Kontrolle zu begrenzen und der fortschreitenden Digitalisierung im Gesundheitswesen Rechnung zu tragen.

Medizinischen Dienst mit Prüfung gesetzlich beauftragen

Für die Kontrolle der Versorgungsqualität hat der Bundesrechnungshof einen übergreifenden Ansatz empfohlen. Er begrüßt daher, dass das BMG prüft, diese Aufgabe ggf. dem Medizinischen Dienst zuzuweisen. Der Einwand des BMG, dass die gesetzliche Systematik dem entgegenstehe, überzeugt indes nicht. Schon jetzt nimmt der Medizinische Dienst bei der Krankenhausversorgung eigene Prüfungen autonom vor. So begutachtet er, ob Krankenhäuser bestimmte strukturelle Merkmale erfüllen. Bei diesen sogenannten Strukturprüfungen muss er die Krankenkassen nicht einbinden.

Der Bundesrechnungshof hält deshalb an seiner Empfehlung fest, den Medizinischen Dienst als unabhängigen Akteur mit der übergreifenden Kontrolle der Versorgungsqualität zu beauftragen. So könnte er z. B. turnusmäßig die Qualität in ausgewählten Produktgruppen der Hilfsmittelversorgung prüfen. Der Medizinische Dienst sollte seine neuen Aufgaben auf gesetzlicher Grundlage autonom wahrnehmen können, ohne auf Aufträge der Krankenkassen angewiesen zu sein. Dafür sollte das BMG die notwendigen rechtlichen Änderungen anstoßen. Begründeter Personalmehrbedarf des Medizinischen Dienstes wäre rechtzeitig zu decken.