

Entbürokratisierung im Hilfsmittelbereich

Maßnahmenübersicht

Vorbemerkung

Die in diesem Hintergrundpapier aufgeführten Punkte sind konkrete Einzelmaßnahmen, die auch unabhängig von einer größeren Reform des Vertragswesens – wie die Einführung administrativer Rahmenverträge - schnell umgesetzt werden könnten.

Retaxation bei Formmängeln:

Das ALBVVG aus 2023 sieht für den Arzneimittelbereich vor, dass die Möglichkeit von Retaxationen eingeschränkt wird. Der Gesetzgeber ist hier dem Einwand der Apotheken gefolgt, dass es unverhältnismäßig ist, aufgrund kleinster Formfehler die gesamte Vergütung erbrachter Leistungen einfach nicht zu bezahlen, obwohl die Versorgung ordnungsgemäß durchgeführt wurde. Dabei handelt es sich ausdrücklich nur um kleine Formfehler, die die Qualität der Versorgung selbst im Wesentlichen nicht betreffen.

Retaxationen stellen erhebliche Risiken für Leistungserbringer dar, da sie vom Kostenträger einseitig durch Auf- oder Verrechnung vorgenommen werden können sowie das Inkassorisiko auf den Leistungserbringer verlagern und zu signifikanten Liquiditätsengpässen beim Leistungserbringer führen können. Vor diesem Hintergrund hat das ALBVVG die Retaxation aus einigen formalen Gründen für den Arzneimittelbereich per se ausgeschlossen, etwa bei einem fehlenden Datum auf der Verordnung. Vergleichbare Regelungen wurden auch für Vertragsärzte und Krankenhäuser eingeführt. Auch bei der Versorgung mit Hilfsmitteln, die zum Teil hohe Vorleistungen erfordern, wäre eine solche Regelung dringend erforderlich, schon allein aus Gründen der Gleichbehandlung aller Gesundheitsdienstleister.

Wir fordern hier daher dringend entsprechende parallele Regelungen für die Hilfsmittelleistungserbringer.

Inkassorisiko bei gesetzlicher Zuzahlung:

Eine weitere ungerechtfertigte Ungleichbehandlung im Bereich der Abrechnung zwischen dem Arzneimittelbereich und dem Hilfsmittelbereich ist die Geltendmachung der gesetzlichen Zuzahlung gem. § 33 Abs. 8 SGB V. Während grundsätzlich in § 43c Abs. 1 SGB V geregelt ist, dass im Fall der Nichtzahlung durch den Versicherten die Zahlung durch den Kostenträger einzuziehen ist, ist die Anwendbarkeit dieser Vorschrift ohne Not in § 33 Abs. 8 Satz 2 Hs. 2 SGB V ausgenommen worden. Das hat zur Folge, dass die gesetzliche Zuzahlung ultimativ vom Hilfsmittel-Leistungserbringer geltend zu machen und der

Zuzahlungsbetrag von seiner Rechnung an die Krankenkasse in Abzug zu bringen ist, obgleich er natürlich nicht Adressat der Zuzahlung ist. Er ist damit faktisch und unentgeltlich Inkassodienst der Krankenkassen und trägt das volle Inkassorisiko gegenüber dem Versicherten, dessen Versorgung er selbst bei vorheriger Kenntnis von unzureichender Zahlungswillig- oder -fähigkeit nicht verweigern dürfte.

Im Fall der Nichtzahlung des Versicherten besteht der Zahlungsausfall beim Leistungserbringer – ganz zu schweigen vom zur Beitreibung der Zahlung erforderlichen bürokratischen Aufwand, der in Anbetracht der geringen Höhe der einzelnen Forderung (meist zwischen 5 - 10 EUR) häufig außer Verhältnis steht und mit Blick auf die Inkassokosten wirtschaftlich nicht vertretbar ist. In der Praxis hat das zur Folge, dass die Hilfsmittel-Leistungserbringer diese Forderungen zumeist frühzeitig zu eigenen Lasten ausbuchen, obwohl die Summe aller Ausstände erheblich ist. Hinzu kommt bei diesem Thema die Problematik der unterschiedlichen Umsatzsteuer. Die Umsatzsteuersätze auf Hilfsmittel, Zubehör und Dienstleistungen im Rahmen der Versorgung variieren stark. Bei jeder Anpassung oder bei Prüfung durch die Finanzämter besteht zu Lasten der Leistungserbringer daher das Risiko einer rückwirkenden Korrektur der Zuzahlung. Diese Korrektur muss bezüglich jeder betroffenen Rechnung gegenüber den Kostenträgern und auch gegenüber jedem Versicherten erfolgen, da die Zuzahlung ausgehend vom Brutto-Rechnungsbetrag berechnet wird. Differenzbeträge müssten gegenüber dem Versicherten nachträglich geltend gemacht bzw. Überzahlungen erstattet werden.

Auch hier wird ein eigentlich beim Kostenträger bestehendes Risiko auf den Leistungserbringer verlagert. Aus unserer Sicht wäre es daher im Sinne eines einfachen und schnellen Bürokratieabbaus geboten, die genannte Ausnahme in § 33 Abs. 8 SGB V zu streichen.

Abwälzung von Begutachtungskosten durch den Medizinischen Dienst (MD) auf die Leistungserbringer

Die Krankenkassen können gemäß § 275 Abs. 3 Ziffer 1 in Verbindung mit § 276 Absatz 2 Satz 2 SGB V vor Bewilligung eines Hilfsmittels durch den MD Beratungen, Prüfungen und Stellungnahmen beauftragen lassen. Hierzu kann der MD erforderliche versichertenbezogene Daten bei den Leistungserbringern anfordern. Wir stellen hier zunehmend die Tendenz fest, dass der MD nicht nur die im Rahmen der Bewilligung vorhandenen Versichertendaten anfordert, sondern diese Vorschriften als Ermächtigungsgrundlage sieht, den Leistungserbringer zur Erhebung zusätzlicher neuer Versichertendaten und Untersuchungen zu verpflichten und die Kosten hierfür einseitig auf die Leistungserbringer abwälzen suchen. Die Sachbearbeiter der Krankenkassen, selbst mit der gesetzlichen Regelung nicht vertraut, neigen dazu, diesem Irrtum zu folgen und entsprechende Kostenvorschläge abzulehnen. Derartige, durch die Beauftragung des MD durch die Kostenträger entstehenden zusätzlichen Aufwendungen im Rahmen der Bewilligung müssen jedoch angemessen durch die Kostenträger vergütet werden. Wir plädieren daher für folgende Klarstellung im § 276 (2) SGB V (Einfügungen rot markiert):

1 Der Medizinische Dienst darf Sozialdaten erheben und speichern sowie einem anderen Medizinischen Dienst übermitteln, soweit dies für die Prüfungen, Beratungen und gutachtlichen Stellungnahmen nach den §§ 275 bis 275d erforderlich ist.

*2 Haben die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst für eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung nach § 275 Absatz 1 bis 3 und 3b, § 275c oder § 275d erforderliche versichertenbezogene Daten bei den Leistungserbringern unter Nennung des Begutachtungszwecks angefordert, so sind die Leistungserbringer verpflichtet, diese Daten, **soweit bereits beim Leistungserbringer vorhanden**, unmittelbar an den Medizinischen Dienst zu übermitteln.*

3 Benötigt der Medizinische Dienst weitere Daten und ist nicht in der Lage, diese selbst zu erheben, so sind die dem Leistungserbringer durch eine Erhebung der Daten entstehenden Kosten von den Krankenkassen angemessen zu vergüten. 4 Ist die einzelne Krankenkasse nicht gewillt diese Kosten zu tragen, so hat sie die beantragte Versorgung ohne weitere Prüfung sofort zu genehmigen.“

Beibehaltung der Präqualifizierung bei gleichzeitiger Entschlackung

Wir erachten den Erhalt der PQ grundsätzlich für notwendig, um die Qualität der Versorgung und die Qualifizierung der Leistungserbringer zu gewährleisten. Gleichzeitig ist eine Entschlackung der PQ dringend geboten, um unnötigen bürokratischen Aufwand und damit verbundene erhebliche Kosten zu reduzieren. Dies betrifft unter anderem die Betriebsbegehungen im 20-monatigen Rhythmus. Die Prüfung sollte sich zudem primär auf die fachlichen Anforderungen und weniger auf die räumlichen und sachlichen Anforderungen konzentrieren sowie primär nach Aktenlage erfolgen. Weitere Möglichkeiten zur Entschlackung der PQ sind zudem:

- Unternehmen müssen bei der PQ über schriftliche Regelungen nachweisen, wie die Lagerung, Bestellwesen, Warenwirtschaft, Reparatur/Instandsetzung, Aufbereitung usw. durchgeführt wird. Zertifizierte Unternehmen (DIN EN ISO 13485 oder 9001) weisen dies in jährlichen Audits sowieso nach, hier handelt es sich um einen verzichtbaren Doppelnachweis, soweit ein ISO-Zertifikat vorliegt. Die zusätzlichen Nachweise sollten daher für zertifizierte Unternehmen entfallen.
- Der Nachweis der sog. Sachlichen Mittel (Maschinen, wie Schleifmaschine, Nähmaschine etc.) muss aktuell im Rahmen der PQ für jede Filiale eines Unternehmens erfolgen. Zum Teil können diese Mittel aber auch im Rahmen einer Zentralfertigung vorgehalten werden (z.B. Tiefziehgerät, Wärmeofen). Für derartige Fälle würde es Sinn machen, statt die Nachweise für jede Einzelfiliale zu fordern, diese auf die Zentralfertigungs-Standorte zu beschränken.
- Wären die zuständigen PQ-Stellen nicht mehr der Deutsche Akkreditierungsstelle (DAKKS) unterworfen, könnten viele Nachweise flexibler gestaltet werden. Die

DAkKS Kontrolle verursacht für die Betriebe zusätzliche Kosten, ohne einen echten qualitativen Mehrwert zu generieren.

- Präqualifizierte Betriebe können aktuell aufgrund der Fristen bei Kostenträgern und der Bearbeitungszeiten der PQ-Stellen praktisch keine zusätzliche neue Filiale eröffnen, die gleich von Anfang an über die PQ und die notwendigen Verträge verfügt, um legal zu arbeiten. Hier erschiene ein verkürztes Verfahren für neue Filialen von bereits präqualifizierten Betrieben denkbar, inklusive Erteilung der PQ und späterer genauerer Prüfung.

Zudem sollte geprüft werden, welche Anforderungen bereits durch das jeweilige Berufsbild und die zugehörigen Qualifikationsnachweise wie beispielsweise dem Meisterbrief erbracht wurden und daher keiner zusätzlichen Prüfung über die PQ bedürfen. Bei dieser Prüfung sollten die Leistungserbringer regelhaft mit einbezogen werden, etwa in dem geregelt wird, dass die Spitzenorganisationen der Leistungserbringer die Anforderungen mit dem GKV-SV verhandeln.

Das System der Präqualifizierung ist nur dann von hohem Wert, wenn es seine Stellung als bundesweites und versorgungsbereichsübergreifendes System zur Zulassung und grundständigen Sicherung der Strukturqualität bewahrt. Nur so wird bundesweit Patientenschutz, Versorgungsqualität und Abrechnungsberechtigung gesichert. Das Präqualifizierungsverfahren im Hilfsmittelbereich sollte daher für alle an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer reformiert werden, statt – wie im Falle der Apotheken – immer mehr Ausnahmen zu generieren.

Reduzierung der Unterschriften durch Patientinnen und Patienten

Patientinnen und Patienten müssen im Falle einer Hilfsmittelversorgung im Sanitätshaus und zum Teil entgegen anderer Gesundheitsdienstleister – wie z.B. bei der Medikamentenversorgung durch Apotheken – eine Vielzahl von Unterschriften leisten, u.a. zur Bestätigung des Erhalts des Hilfsmittels, für die datenschutzrechtliche Einverständniserklärung und zur Beratungsdokumentation. Diese Zahl sollte reduziert bzw. nach dem Vorbild anderer Gesundheitsdienstleistungen wie der Abgabe von Medikamenten generell abgeschafft werden. Für Mehrkostenerklärung würden wir eine Unterzeichnung in Form einer elektronischen Signatur allerdings weiterhin für sinnvoll halten.

Zudem sollte beim Thema Unterschriften die Verwendung der elektronischen Signatur im Hilfsmittelbereich generell für verbindlich erklärt werden. Eine der aktuell bestehenden Schwierigkeiten bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen folgt aus Rechtsunsicherheiten im Fall der erforderlichen Unterschriften des Versicherten anlässlich der Beratungsdokumentation oder der Quittierung des Empfangs der Leistung. Hier heißt es in den gesetzlichen Grundlagen lediglich „Die Leistungserbringer haben die Beratung nach Satz 1 schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren und sich durch Unterschrift der Versicherten bestätigen zu lassen. Das Nähere ist in den Verträgen nach § 127 zu regeln.“

Hieraus lesen nun in der Praxis einige Verhandlungsteilnehmer, dass in den Verträgen sowohl die Schriftform (auf Papier) als auch die elektronische Form vereinbart werden kann. Andere lesen heraus, dass die Krankenkasse auf der Schriftform bestehen kann. Und dies, obwohl die Gesetzesbegründung zum TSVG (BT-Drs. 19/6337, S. 128), mit dem die Ergänzung „oder elektronisch“ ins Gesetz kam, ausdrücklich vorsieht, dass die schriftliche durch die elektronische Form ersetzt werden kann und sogar darauf verweist, dass die eigenhändige Unterschrift des Versicherten direkt elektronisch z.B. durch ein Unterschriftenpad oder Signaturtablett erfasst werden kann.

Die Öffnungsklausel ist ein Beispiel für die in der Praxis ungleichen Rahmenbedingungen, die den Mitarbeitenden im Sanitätshaus die Versorgung der Versicherten ohne Not erschweren, indem sie unterschiedliche vertragliche Regelungen statt einer einheitlichen gesetzlichen Vorgabe bedeuten. Wir fordern hier daher eine Klarstellung im Gesetzestext (§127 Abs. 5 S. 2 SGB V), dass die Unterschrift unter sämtliche für den Versorgungsvorgang notwendigen Dokumente wie zum Beispiel die Beratungsdokumentation, Empfangsbestätigung, abrechnungsbegründende Unterlagen, etc. grundsätzlich auch in Form einer elektronischen Signatur zu akzeptieren ist.

Digitalisierung der Abrechnung

Die unzureichende Digitalisierung im Hilfsmittelbereich zeigt sich u.a. beim Thema Abrechnung (so benötigt bspw. ein mittelständischer Hilfsmittelleistungserbringer ca. 1,2 Mio. Blätter Papier für das Ausdrucken und Einscannen der Abrechnungsunterlagen im Jahr) und stellt einen erheblichen Kostenfaktor dar. Hier sollte eine Klarstellung herbeigeführt werden, dass Unterlagen grundsätzlich einheitlich elektronisch einzureichen und zu akzeptieren sind. Dies könnte bspw. über die Einfügung einer entsprechenden Konkretisierung in § 302 Abs. 1 S. 1 SGB V „im Wege ausschließlich elektronischer Datenübertragung oder ...“ sowie eine Klarstellung gegenüber dem GKV-SV, dass Abweichendes, d.h. die Übersendung von Originalen/Papierdokumenten, auch nicht im Rahmen der Richtlinien gem. § 302 Abs. 2 S. 1 SGB V vorgesehen werden darf und insofern eine Anpassung der Richtlinien vorzunehmen ist.