

Bundesversicherungsamt

Prüfdienst Krankenversicherung



**Jahresbericht
2000**

Herausgeber:

Bundesversicherungsamt
Prüfdienst Krankenversicherung
Villemombler Str. 76
53123 Bonn

Druckerei:

Graphischer Bereich im
Bundesministerium für Arbeit
und Sozialordnung

Vorwort

Im Mittelpunkt der Tätigkeit des Prüfdienstes Krankenversicherung im Bundesversicherungsamt (PDK) stand im Jahr 2000 die bundesweite Schwerpunktprüfung „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (NUB), die er gemeinsam mit den Prüfdiensten der Länder nach einheitlichen Auswahl- und Bewertungskriterien durchführte. Die Ergebnisse dieser Prüfung wurden im April 2001 veröffentlicht. Sie sind im Kapitel „Schwerpunktprüfung 2000“ dieses Berichts ausführlich dargestellt.

Einen weiteren Schwerpunkt setzte der PDK mit der gezielten Prüfung einiger Krankenkassen, die aufgrund der Wahlfreiheit und günstiger Beitragssätze einen besonders hohen Zuwachs an Mitgliedern verzeichnen konnten (siehe Jahresbericht 1999). Einige dieser „Wachstumskassen“ haben die mit der rasanten Mitgliederentwicklung einhergehenden organisatorischen Belastungen nur schwer verkraftet. Der PDK hat die betreffenden Kassen intensiv beraten und ihnen Hinweise zur Verbesserung ihrer personellen und organisatorischen Struktur gegeben.

Bei den Prüffeststellungen, die im Rahmen der Turnusprüfungen gemacht wurden, fällt dieses Mal der Bereich Datenverarbeitung und Datenschutz besonders auf. Offensichtlich haben viele Krankenkassen große Probleme mit der Handhabung ihrer IT-Systeme. Dies betrifft sowohl die korrekte Anwendung von Programmen, die von Softwareentwicklern geliefert wurden, als auch die Datensicherheit. Gerade im Bereich des Datenschutzes und der Datensicherheit hat der PDK große Mängel vorgefunden. Die Verbesserung des Schutzes der Sozialdaten sowie der Buch- und Kontenführung vor unbefugten Zugriffen und Manipulationen waren dementsprechend die häufigsten Beratungspunkte bei der Prüfung der Datenverarbeitung in den Kassen.

Spektakuläre Feststellungen aus den Prüffeldern „Personal“ und „Verwaltung“ enthält der Jahresbericht des PDK diesmal nicht. Im Jahresbericht 1999 haben insbesondere Bemerkungen zu den Themenbereichen „Aufwendungen für Bewirtung und Reprä-

sensation“ und „Marketing und Wettbewerb“ für Schlagzeilen in der Presse und zu teilweise lebhaften Reaktionen bei Versicherten geführt.

Aus diesem Anlaß sei darauf hingewiesen, daß die Jahresberichte des PDK nicht nur der öffentlichen Information über seine Tätigkeit dienen. Sie sollen vor allem die Kassen über die Rechtsposition des Bundesversicherungsamtes zu wichtigen Themen informieren und ihnen dadurch Anlaß geben, unabhängig von konkreten Prüfungen eigenes Verhalten am Standpunkt des Bundesversicherungsamtes zu überprüfen und notwendige Konsequenzen zu ziehen. Stellen Krankenkassen vom PDK festgestelltes Fehlverhalten nicht ab, so wird die Angelegenheit zur weiteren aufsichtsrechtlichen Bearbeitung an die zuständige Aufsichtsabteilung im Bundesversicherungsamt abgegeben.

Dr. Rainer Daubenbüchel
Präsident des Bundesversicherungsamtes

Heinrich Schmitz-Elvenich
Leiter des Prüfdienstes Krankenversicherung

1.	Führung, Leitung, Organisation	9
1.1	Beschwerdemanagement	9
1.2	Schadensersatzforderungen von Fremdversicherungsträgern	9
2.	Personal	9
2.1	Personalbedarfsbemessung	9
2.2	Freiwillige Sonderzahlungen zum Jahresende	10
2.3	Pflichtquote für schwerbehinderte Mitarbeiter	10
3.	Datenverarbeitung, Datenschutz, Datensicherheit	11
3.1	Elektronische Signatur	11
3.2	Sicherheit in DV-Netzen	13
3.2.1	Netzwerkmanagement	13
3.2.2	Unzureichender Schutz bei Fehlversuchen	14
3.2.3	Fehlende Transparenz bei den Zugriffsrechten	14
3.2.4	Verwendung von E-Mails	14
3.2.5	Konventionen für Paßwörter	14
3.2.6	Leichtfertiger Zugriff auf sicherheitsrelevante Masken	15
3.3	Jahrtausendproblem	15
3.4	Abschreibung von technischen Geräten	15
4.	Finanzen	15
4.1	Wertstellung im Beitragsbuch	15
4.2	Risikostrukturausgleich (RSA)	16
4.3	Beitragseinzug / Pflege der Arbeitgeberkonten	16
4.4	Liquiditätskredite	17
4.5	Säumniszuschläge	17
4.6	Abstimmung der im Lohn-/Gehaltsabzugsverfahren einbehaltenen Beiträge von Versicherungsberechtigten (Firmenzahler)	17
4.7	Einnahmen aus Schadensersatzansprüchen	18
5.	Mitgliedschaft, Beiträge	18
5.1	Freiwillige Versicherung	18
5.1.1	Aufnahme von freiwillig Versicherten	18
5.1.2	Beginn der freiwilligen Versicherung bei selbständig Erwerbstätigen	18
5.2	Mitgliedschaften	19
5.2.1	Studentische Krankenversicherung	19
5.3	Beiträge	19
5.3.1	Freiwillige Beiträge aus kapitalisierten Betriebsrenten	19
5.3.2	Beitragseinstufung	20

5.3.3	Härtefallbefreiung nach § 61 SGB V von Schülern und Studenten	21
5.3.4	Beitragsfreiheit von Rentenantragstellern	21
6.	Leistungen	21
6.1	Kostenerstattung für Leistungen nicht zugelassener Ärzte	21
6.2	Krankenhausbehandlung	22
6.2.1	Verzicht auf Erschließung von Wirtschaftlichkeitsressourcen	22
6.2.2	Prüfung der stationären Krankenhausbehandlung	22
6.2.3	Prüfung von Krankenhausrechnungen	23
6.3	Rehabilitation	23
6.3.1	Rehabilitationssport	23
6.3.2	Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation	23
6.4	Fahrkosten	24
7.	Beziehungen zu den Leistungserbringern	24
7.1	Zusammenarbeit mit dem Werksärztlichen Dienst	24
8.	Pflegeversicherung	25
8.1	Technische Pflegehilfsmittel - Subsidiarität	25
8.2	Qualitätsprüfung von stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen	26
8.3	Inanspruchnahme eines privaten Dienstleisters	26
8.4	Abrechnungen und Leistungsnachweise der ambulanten Pflegeeinrichtungen	27
8.5	Prüfung der MDK-Gutachten auf Schlüssigkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit	27
9.	Prüfung von „Wachstums-kassen“	28
10.	Sonderprüfungen	29
11.	Schwerpunktprüfung 2000	29
11.1	Zielsetzung	29
11.2	Prüfergebnisse	30
11.3	Hochrechnung der Prüfergebnisse auf die Bundesebene	32
12.	Zusammenarbeit mit den Prüfdiensten der Länder	32
13.	Prüfstatistik	33
13.1	Prüfobjekte	33

13.2	Prüfverfahren	34
13.3	Nettoprüfzeit	35
13.4	Organisation	36
13.5	Personal	36
13.6	Haushalt	37
13.7	Umlage 1999	37
13.8	Fortbildung	38

1. Führung, Leitung, Organisation

1.1 Beschwerdemanagement

Einige Kassen gehen vermehrt dazu über, ein Beschwerdemanagement für ein besseres Verhältnis zum Kunden aufzubauen. Das Beschwerdemanagement dient allgemein dem Ziel, aus enttäuschten Kundenerwartungen verbesserte Produkte oder Dienstleistungen zu entwickeln. Zwar befaßt es sich in erster Linie mit den Belangen der Versicherten; das Verhältnis zu den leistungserbringenden Vertragspartnern darf die Kasse aber ebenso wenig vernachlässigen, zumal diese bei den Versicherten auch als Meinungsmultiplikatoren wirken. Ein durchweg schlechtes Image bei den Vertragspartnern kann somit letztlich auch auf das Meinungsbild der Versicherten wirken.

Wir haben uns dafür ausgesprochen, daß die Krankenkassen ein qualifiziertes Beschwerdemanagement betreiben. Die Kassen sollten eingehende Beschwerden genau analysieren und hinterfragen, um bei einer erkennbaren Anhäufung von berechtigten Reklamationen steuernd einwirken zu können. Die Gründe für Beschwerden und Schwachstellen sollten auf für die Beteiligten leicht zugänglichem Wege ermittelt, sach- und problemgerecht bearbeitet und anhand von Statistiken zusammengestellt werden. Die daraus gewonnenen Informationen sollten intensiv dazu genutzt werden, Arbeitsabläufe und/oder Vorgaben zielgerichteter zu planen. Die Leistungserbringer sollten in diesem Zusammenhang ein geeignetes und richtungsweisendes Feedback erhalten und insoweit in das Be-

schwerdemanagement integriert werden.

1.2 Schadensersatzforderungen von Fremdversicherungsträgern

Aufgrund einer Einzugsstellenprüfung der Fremdversicherungsträger wurde eine Kasse u.a. wegen unzureichender Zwangs- und Sicherungsmaßnahmen gegen Beitragsschuldner sowie wegen fehlender Berechnung von Säumniszuschlägen zum Schadensersatz in Höhe von 1,2 Mio. DM aufgefordert. Der Geschäftsführer sowie der stellvertretende Geschäftsführer, die beide zum hauptamtlichen Vorstand gewählt werden sollten, verschwiegen diesen Vorgang wegen der bevorstehenden Wahl gegenüber den Organen der Krankenkasse. Erst Monate nach ihrer Wahl informierten sie den Verwaltungsrat über Verhandlungen mit den Fremdversicherungsträgern wegen des geforderten Schadensersatzes. Die Kasse stimmte schließlich zu, 300.000 DM an Schadensersatz zu zahlen.

Erst durch die Prüfung des PDK wurden die Manipulationen des Vorstandes offenbar. Unserer Empfehlung, die beiden Vorstände unverzüglich ihres Amtes zu entheben, folgte der Verwaltungsrat der Kasse. Außerdem wurden beide auf Rückzahlung der 300.000 DM verklagt.

2. Personal

2.1 Personalbedarfsbemessung

Viele Kassen haben bisher noch keine Personalbedarfsbemessung durchgeführt. Sie richten ihr Personal nach Ver-

sichertenkennzahlen aus, was jedoch nur ein erster Ansatz sein kann, um den notwendigen Bedarf zu erkennen. Der PDK weist in diesem Zusammenhang immer wieder auf das Instrument der analytischen Stellenbemessung hin (vgl. Jahresbericht 1999, Tz. 3.1).

Bedenklich war z. B. die Entscheidung einer Kasse, ihre Personalkosten auf eine Größenordnung von maximal 0,40 Prozent ihrer Gesamtausgaben zu beschränken. Dies führte dazu, daß sie mit dem vorhandenen Personal trotz erheblicher Überstunden wesentliche Aufgaben nicht wahrnehmen oder nur verspätet durchführen konnte.

Eine dauernde personelle Unterbesetzung hat für die Mitarbeiter regelmäßig Überstunden zur Folge, die, da Freizeitgleichgewicht nicht oder nur in geringem Maße gewährt werden kann, finanziell abgegolten werden müssen. Regelmäßig und auf Dauer zu leistende Überstunden können zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Mitarbeiter führen.

Wir haben den betroffenen Kassen empfohlen, die Überstunden auf ein Minimum zu reduzieren und Personal zur zeitnahen und umfassenden Erledigung der Aufgaben einzustellen. Unsere Anregung stieß durchweg auf positive Resonanz.

2.2 Freiwillige Sonderzahlungen zum Jahresende

Eine Kasse hat jedem Mitarbeiter zum Jahreswechsel einmalig 500 DM gezahlt. Die Kasse brachte damit ihren Dank und ihre Anerkennung für die erbrachten Leistungen und den dadurch

erreichten Geschäftserfolg gegenüber den Mitarbeitern zu Ausdruck.

Der PDK vertrat dazu die Auffassung, daß die Träger der Sozialversicherung ihren Mitarbeitern zwar grundsätzlich auch über- und außertarifliche Leistungen gewähren können. Ihnen steht jedoch - anders als privaten Arbeitgebern - keine uneingeschränkte Dispositionsbefugnis darüber zu, ob und in welchem Maße sie solche Sonderzahlungen leisten können. Denn § 69 Absatz 2 SGB IV in Verbindung mit § 4 Absatz 4 SGB V verpflichtet die Sozialversicherungsträger, ihre Verwaltungsausgaben im Sinne des Minimalprinzips auf das Maß des Notwendigen zu beschränken. Daher darf die Kasse über- und außertarifliche Leistungen lediglich dann und nur in dem Umfang erbringen, als Überschreitungen des durch den Tarifvertrag vorgegebenen finanziellen Rahmens erforderlich sind, um die Funktionsfähigkeit der Verwaltung herzustellen oder zu erhalten. Deshalb muß sie grundsätzlich der Ordnungsfunktion des Tarifvertrages Rechnung tragen; außer- und übertarifliche Leistungen darf sie nur dann zusagen, wenn dringende personalwirtschaftliche Gründe, wie z.B. der Personalgewinnung oder -erhaltung, vorliegen.

Wir haben der Kasse deshalb empfohlen, künftig derartige Sonderzahlungen global nicht mehr zu leisten bzw. sie in jedem Einzelfall zu begründen.

2.3 Pflichtquote für schwerbehinderte Mitarbeiter

Die Besetzung von Arbeitsplätzen mit Schwerbehinderten gemäß § 5 Abs. 1

Schwbg ist bei den Kassen sehr unterschiedlich. Die Spannbreite reicht von Kassen, die die gesetzliche Quote erfüllen (siehe bereits Jahresbericht 1999) bis zu Kassen, die unter 1 Prozent der Arbeitsplätze mit Schwerbehinderten besetzt haben. Bereits mittelgroße Kassen zahlen jährlich Ausgleichsabgaben in 5-stelliger Höhe.

Ab dem 01.10.2000 gilt ein neuer, differenzierter Ansatz. Einerseits wird die Pflichtquote auf 5 Prozent abgesenkt; andererseits werden die Ausgleichsabgaben nach dem Einhaltungsgrad der Pflichtquote wie folgt gestaffelt:

Ausgleichsabgabe je nichtbesetzter Stelle		
Beschäftigungs- quote in %	pro Monat	im Jahr
> 3 bis unter 5	200 DM	2.400 DM
> 2 bis unter 3	350 DM	4.200 DM
> unter 2	500 DM	6.000 DM

Hierdurch hat sich die jährliche Ausgleichsabgabe der Kassen mit einer Beschäftigungsquote von unter 2 Prozent Schwerbehinderten drastisch erhöht, bei Kassen, die sich der Beschäftigungsquote nähern, erheblich reduziert.

Die von uns geprüften Kassen sind, insbesondere bei geringer Beschäftigungsquote, aufgefordert, auch unter den geänderten gesetzlichen Regelungen die Schwerbehindertenquote zu erfüllen.

3. Datenverarbeitung, Datenschutz, Datensicherheit

3.1 Elektronische Signatur

Der Übergang vom papiergebundenen zum digitalen Rechtsverkehr und dessen technische und organisatorische Umsetzung wird auch für die Sozialversicherung eine große Herausforderung für die nächsten Jahre darstellen. Ein Baustein in der technisch / organisatorischen Umsetzung wird die elektronische Signatur, insbesondere in Form einer qualifizierten elektronischen Signatur, sein.

Die elektronische Signatur im Sinne des Signaturgesetzes ermöglicht es, im elektronischen Rechts- und Geschäftsverkehr den Urheber und die Integrität von Daten festzustellen. Sie bildet hierbei ein Substitut zur handschriftlichen Unterschrift. Sie soll außerdem Medienbrüche vermeiden helfen, Kosten senken und Arbeitsabläufe beschleunigen. Das Signaturgesetz (SigG) schafft die hierzu notwendigen Rahmenbedingungen.

Mit der rechtlichen Einführung der elektronischen Signatur wird u.a. den Trägern der Sozialversicherung die Möglichkeit eingeräumt, künftig auch auf elektronischem Weg abschließend mit Versicherten, Arbeitgebern und Vertragspartnern zu kommunizieren und maschinell unterstützte Arbeitsabläufe wirtschaftlicher zu gestalten. Die effizientere Gestaltung derartiger Arbeitsabläufe resultiert insbesondere aus der Vermeidung von Medienbrüchen. Aktuell käme es immer dann zu einem den Arbeitsablauf hemmenden Medienbruch, wenn eine Unterschrift notwendig wird.

Ein wesentliches Beispiel hierfür ist das Rechnungswesen in der Sozialversicherung:

Nach der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) bedürfen Feststellungsvermerke, Buchungsanordnungen und Zahlungsanordnungen einer Unterschrift. Bisher müssen diese Unterschriften handschriftlich geleistet werden.

Die handschriftliche Unterschriftsleistung unterbricht hier jeden automatischen Arbeitsablauf und macht ein Workflow-Managementsystem an dieser Stelle ineffizient.

Ein weiteres wichtiges Einsatzfeld elektronischer Signaturen im Rech-

nungswesen sind die Archivierungsvorschriften. Unter den in § 36 SRVwV genannten Voraussetzungen (u.a. qualifizierte elektronische Signatur der Images) dürfen schriftliche Unterlagen vor Ablauf der sie betreffenden Aufbewahrungsfrist vernichtet werden. Die Nutzung dieser Möglichkeit wird zu einer erheblichen Verkleinerung von Archivraum und damit zur Kosteneinsparung führen.

Eine große Betriebskrankenkasse hat im Jahr 2000 ein umfassendes Reorganisationskonzept ausgearbeitet. Kernpunkte dieses Konzeptes sind die Entwicklung eines auf die Belange der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichteten Dokumenten-Managementsystems und eines Workflow-Managementsystems. Zur Umsetzung des Konzeptes hat die Kasse eine Projektgruppe installiert (hinsichtlich der fachlichen Inhalte und Möglichkeiten derartiger Systeme nehmen wir auf die Jahresberichte 1998 und 1999 Bezug). Integraler Bestandteil dieser Systeme soll die Möglichkeit zur elektronischen Unterschrift sein.

Die Kasse wird in der Lage sein, zum Ende dieses Jahres eine Pilotanwendung unter Einsatz einer qualifizierten elektronischen Signatur zu präsentieren.

Der PDK unterstützt das Projekt und läßt sich laufend über den Fortgang informieren.

3.2 Sicherheit in DV-Netzen

Fast alle Krankenkassen verfügen inzwischen über ein internes DV-Netz (Intranet). Beim Betrieb des Netzes verfolgen sie vorrangig das Ziel, daß „die Produktion“ läuft. Vielfach verlassen sich die Krankenkassen bei der Einbindung von PC in das DV-Netz auf die System-Standard Einstellungen des Herstellers des Betriebssystems oder die Vorkonfiguration durch den Verkäufer des Rechners. Mit diesen Einstellungen ist die Sicherheit des DV-Netzes üblicherweise jedoch nicht gewährleistet. Die Systemadministratoren sind oftmals nicht ausreichend über die notwendigen Schutzmaßnahmen informiert. Die Sensibilität der gespeicherten Sozialdaten erfordert jedoch hohe Ansprüche an die Datensicherheit. Nachfolgend werden Schwachstellen aufgezeigt, die der PDK im Rahmen von Schwerpunktprüfungen zur Sicherheit im Daten-Netz feststellen konnte.

3.2.1 Netzwerkmanagement

Prüfungen auf der Grundlage des IT-Grundschutzhandbuches 2000 des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) führten u.a. zu folgenden Beanstandungen:

- Sicherheitsstrategien waren nicht entwickelt bzw. schriftlich niedergelegt.
- Ausreichende Notfallvorsorge war bei den wenigsten Kassen getroffen.
- Datensicherungskonzepte lagen nicht vor. Regelungen, die das Datensicherungsverfahren betreffen, fehlten ganz.
- Datenträger wurden nicht immer ordnungsgemäß aufbewahrt.
- Überspannungsschutz und eine unterbrechungsfreie Stromversorgung fehlten überwiegend.
- IT-Sicherheitsbeauftragte waren in den meisten Kassen nicht vorhanden.
- Konzepte für die Bildung von Benutzerkonten und -gruppen waren, mit wenigen Ausnahmen, unvollständig bzw. nicht aktualisiert.
- Kontenrichtlinien waren nicht vorhanden.
- Überwachungsrichtlinien existierten nicht.
- Benutzerprofile waren nicht erarbeitet und dokumentiert.
- Eine strukturierte Verwaltung von Verzeichnissen und Dateien existierte nicht.
- Die Überwachung von Dateien und Verzeichnissen fehlte.
- Registrierungen entsprachen nicht den Sicherheitsvorschriften.
- Warnhinweise auf unzulässige Zugriffe waren nicht implementiert.
- Die Server waren in einigen Kassen für jeden Mitarbeiter frei zugänglich.
- Serverräume enthielten z.T. unnötige Brandlasten.
- Externe Wartungstechniker wurden nicht überwacht und namentlich protokolliert; die vorgenommenen Arbeiten wurden ebenfalls nicht protokolliert.

3.2.2 Unzureichender Schutz bei Fehlversuchen

Fehlerhafte Anmeldeversuche im Netz können ein Indiz dafür sein, daß ein Unberechtigter versucht, in das EDV-System einzudringen, um auf geschützte Daten zuzugreifen. Fehlversuche dürfen daher nicht ohne Folgen bleiben. Nach drei, maximal fünf Fehlversuchen unter derselben Benutzerkennung in einem Zeitraum von etwa 30 Minuten sollte das System eine dauerhafte Sperre der betreffenden Benutzerkennung vorsehen. Weiteren Eindringversuchen unter dieser Kennung ist damit ein wirksamer Riegel vorgeschoben. Diese Anforderungen beachten nicht alle Kassen. Wir haben deshalb den betroffenen Kassen empfohlen, ihre Sicherheitseinstellungen zu verschärfen.

3.2.3 Fehlende Transparenz bei den Zugriffsrechten

Um den Überblick über die Zugriffsrechte im DV-Netz zu behalten, sollte es eigentlich selbstverständlich sein, daß sich der Benutzerverwalter eine Übersicht anzeigen und ausdrucken lassen kann, aus der hervorgeht, welche Zugriffsberechtigung der einzelne Mitarbeiter hat. Solche Ausdrücke sind beispielsweise unverzichtbar, um mit geringem Aufwand zu überprüfen, ob die aktuell eingerichteten Zugriffsberechtigungen noch den dienstlichen Notwendigkeiten entsprechen. Viele Kassen haben bisher keine Tabellen erstellt, in der die einzelnen Zugriffsrechte gespeichert sind. Der PDK hat angeregt, eine tabellarische Übersicht über die Zugriffsberechtigungen zu erstellen.

3.2.4 Verwendung von E-Mails

Für die Datenkommunikation werden bei vielen Krankenkassen in zunehmendem Maße auch Nachrichten per E-Mail versandt. Diese Nachrichten werden fast ausschließlich unverschlüsselt übermittelt. Die Verwendung von E-Mails wird bisher nur selten in einer eigenen Dienstanweisung geregelt. Den Anwendern ist häufig nicht bewußt, daß unverschlüsselte E-Mails ein hohes Sicherheitsrisiko hinsichtlich Datenschutz und Datensicherheit darstellen. Die Verwendung von E-Mails sollte deshalb an konkreten Anforderungen ausgerichtet sein, die sich an den Grundsätzen für Datenschutz und Datensicherheit orientieren.

3.2.5 Konventionen für Paßwörter

Einige Krankenkassen gehen in ihren Dienstanweisungen für den Betrieb eines PC noch immer davon aus, daß die Paßwortlänge lediglich 6 Zeichen betragen muß. Dies bietet beim heutigen Stand der Technik keinen ausreichenden Zugriffsschutz. Über das Internet sind eine Reihe von Programmen erhältlich, mit denen Paßwörter ausgelesen werden können. Die durch ständig zunehmende Leistungsstärke der Prozessoren sich steigernde Rechengeschwindigkeit läßt es zu, daß Paßwörter in immer kürzer werdenden Zeitspannen identifiziert werden können. Paßwörter mit 6 Buchstaben werden mit diesen Programmen innerhalb weniger Minuten geknackt. Wir haben diesen Kassen daher empfohlen, die Paßwortlänge auf mindestens 8 Zeichen festzulegen und darin auch Zahlen und Sonderzeichen zu verwenden.

3.2.6 Leichtfertiger Zugriff auf sicherheitsrelevante Masken

Einzelne Krankenkassen haben nicht nur ihren Finanzsachbearbeitern, sondern auch Mitarbeitern in Geschäftsstellen eine komplette Zugriffsberechtigung auf das Buch- und Rechnungsführungsverfahren vergeben. Diese können somit Zahlungen vorbereiten und anweisen. Wir sehen hier die Kassensicherheit einem erheblichen Gefährdungspotential ausgesetzt und haben empfohlen, die Sicherheit des Verfahrens durch eine Abgrenzung von Verantwortungsbereichen mit Funktionstrennungen zu gewährleisten.

Fazit:

Obwohl die Maßnahmen zur Erreichung einer sicheren IT-Umgebung oftmals zunächst unnötig erscheinen mögen, wird deren Notwendigkeit für die Kassensicherheit immer bedeutender. Wir empfehlen daher, Sicherheitskonzepte aufmerksam zu studieren und die Funktionen zur Erreichung der IT-Sicherheit entsprechend den Anforderungen der Kassen zu implementieren. Die Kassen haben im übrigen fast ausnahmslos zugesagt, unseren Empfehlungen zu folgen.

3.3 Jahrtausendproblem

Eine Kasse setzte ein Programm zur Zinsberechnung ein, das nicht „2000-fähig“ war. In Fällen, in denen der Zinslauf vor dem Jahr 2000 begann und nach dem 31.12.2000 endete, errechnete das Programm keine Zinsen. Wir haben die Kasse angehalten, das Programm „jahrtausendfähig“ zu gestalten.

Die Kasse hat daraufhin das Zinsberechnungsprogramm durch ein neues ersetzt.

3.4 Abschreibung von technischen Geräten

Eine Kasse schrieb ihren Großrechner bisher über einen Zeitraum von fünf Jahren, PC, Notebooks sowie Peripheriegeräte in vier Jahren ab. Wegen der schnellebigen Entwicklungszyklen in der Datenverarbeitung hält der PDK solche Abschreibungsfristen nicht für angemessen. Die Kasse ist unserer Anregung gefolgt und hat die Abschreibungssätze auf 33 Prozent pro Jahr angehoben.

4. Finanzen

4.1 Wertstellung im Beitragsbuch

Einige Kassen nutzen das Verfahren E-Cash zur elektronischen Verarbeitung von Kontoauszügen. Dabei werden Beitragseingänge, die in den per Datenfernübertragung elektronisch angelieferten Kontoauszügen der Bank enthalten sind, weitgehend automatisch erkannt und gebucht sowie die entsprechenden Beitragskonten im Beitragsbuch versorgt. Für sämtliche Beitragseingänge, die automatisch erkannt und aus einem elektronischen Kontoauszug herausgefiltert wurden, wird ein Vorbeleg erzeugt. Alle Buchungen dieses Vorbelegs, die in das Beitragsbuch fließen, erhalten den gleichen Wertstellungstag. Der zugrundeliegende Kontoauszug enthält jedoch in aller Regel unterschiedliche Wertstellungstage.

Für Beitragszahlungen per Scheck enthält das Beitragsbuch den Buchungstag als Tag der sogenannten Ist-Zusetzung. Den im Scheckverfahren erforderlichen weiteren Bearbeitungsschritt, das Erfassen des "Werttages" haben die Kassen nicht durchgeführt. Scheckzahlungen erscheinen dadurch im Beitragsbuch mit einem Eingangsdatum, das regelmäßig nach der tatsächlichen Wertstellung liegt.

Dies gilt nur dann nicht, wenn sich ausnahmsweise der Buchungstag, d.h. der Eingangstag des Kontoauszuges, mit dem Wertstellungstag deckt.

Die Verfahrensweisen stehen nach Auffassung des Prüfdienstes nicht in Einklang mit den Grundsätzen ordnungsgemäßer Buchführung. Buchungen und sonstige Aufzeichnungen sind vollständig, richtig, zeitgerecht, geordnet und nachprüfbar vorzunehmen. Für jeden Beitragsschuldner ist im Beitragsbuch u.a. der Zahlungseingang zu erfassen. Bei Zahlungen durch Scheck, bei Überweisung oder Einzahlung auf ein Konto der Einzugsstelle gilt als Tag der Zahlung der Tag der Wertstellung zugunsten der Einzugsstelle. Die kategorische Verwendung nur eines Wertstellungstages für den Inhalt eines Kontoauszuges, der einen "Wertstellungsmix" enthält, verfälscht mithin das Beitragsbuch. Zahllose Beitragseingänge sind deswegen im Beitragsbuch mit einem falschen Wertstellungstag eingetragen. Aus diesem Grund kann z. B. nicht beurteilt werden, ob eine Zahlung noch fristgerecht zum Fälligkeitstag eingegangen ist. Die Datenbasis ist für eine ordnungsgemäße Sachbearbeitung im Mahnwesen ungeeignet. Im Beitragsbuch mit rechtzeitiger Wertstellung

eingetragene Zahlungen können in Wirklichkeit später eingegangen sein; scheinbar verspätete Beitragseingänge sind möglicherweise doch rechtzeitig wertgestellt.

Wir haben diesen Kassen dringend empfohlen, das Beitragsbuch mit den richtigen Wertstellungstagen zu versorgen. Die Kassen sind unserer Empfehlung inzwischen gefolgt.

4.2 Risikostrukturausgleich (RSA)

Die Finanzkraft als eine Komponente des Ausgleichsverfahrens im RSA ist untrennbar von der Grundlohnsumme der Kasse abhängig. Die Grundlohnsumme wiederum basiert auf den zum Soll gestellten Beiträgen der Kasse. Der PDK stellte bei einer Kasse eine „doppelte Sollstellung“ der Beiträge bei freiwillig versicherten Mitgliedern fest, die ihre Beiträge über den Arbeitgeber zahlen. Sie stellte die Beiträge sowohl im Arbeitgeberkonto als auch im Mitgliedskonto zum Soll; sie flossen somit doppelt in das Gesamtbeitragsoll der Kasse ein. Aufgrund dieser Fehlbuchung zahlte die Kasse ca. 7,6 Mio. DM zuviel in den RSA.

Wir haben der Kasse die Bereinigung der Beitragskonten empfohlen, was diese dankbar zusagte.

4.3 Beitragseinzug / Pflege der Arbeitgeberkonten

Einige Krankenkassen konnten den Beitragseinzug im gesetzlich festgelegten Umfang nicht sicherstellen. Sie prüften weder die Vollständigkeit noch die Plausibilität der Beitragsnachweise. Ebensowenig setzten sie Schätzläufe

und Sollstellung bei einer fehlenden bzw. fehlerhaften Beitragsnachweisung an.

Die Kassen sind gehalten, den Eingang der Beitragsnachweise zu überwachen und ggf. die maßgeblichen Beiträge zu schätzen, um einen rechtzeitigen und vollständigen Beitragseinzug zu gewährleisten. Wir haben den Kassen empfohlen, alle Möglichkeiten auszuschöpfen, um den Beitragseinzug künftig in vollem Umfang sicherzustellen. Die Kassen haben dies zugesagt.

4.4 Liquiditätskredite

Zur Deckung ihrer laufenden Ausgaben greifen Krankenkassen immer wieder auf Mittel der Pflegekasse zurück. Die der Pflegekasse entgangenen Zinserträge haben die Krankenkassen oftmals nicht erstattet. Wir haben die Kassen angehalten, die der Pflegekasse zustehenden Zinsen für die Vergangenheit zu erstatten und bei künftigen Krediten der Pflegekasse die Zinsen in angemessener Frist gutzuschreiben. Die Kassen haben dies zugesagt.

4.5 Säumniszuschläge

Eine Kasse hatte im Bereich der Selbstzahler in der Vergangenheit die Säumniszuschläge nach § 24 SGB IV nicht korrekt berechnet und mußte bereits für 1996 und 1997 insgesamt über 100.000 DM Schadensersatz nach § 28r SGB IV an die Rentenversicherungsträger und die Bundesanstalt für Arbeit leisten. Seit 1998 hat sie erneut keine Säumniszuschläge von den Zahlungspflichtigen eingezogen. Es zeichnet sich abermals eine Schadensersatzzahlung über

50.000 DM aus den Mitteln der Krankenkasse an die Fremdversicherungsträger ab, die die Kasse als Einzugsstelle zu begleichen hat, wenn sie die Zahlungspflichtigen nicht in Anspruch nimmt. Die Kasse hat zugesagt, die Säumniszuschläge künftig konsequent und korrekt zu erheben.

4.6 Abstimmung der im Lohn-/Gehaltsabzugsverfahren einbehaltenen Beiträge von Versicherungsberechtigten (Firmenzahler)

Bei vielen Krankenkassen werden die Beiträge der freiwillig Versicherten vom Lohn/Gehalt durch den Arbeitgeber abgezogen und im Beitragsnachweis als eine große Gesamtsumme aller Beitragsschuldner, die beim Arbeitgeber beschäftigt sind, ausgewiesen. Bei denselben Arbeitgebern zahlen einige freiwillig Versicherte ihren Beitrag zur Krankenversicherung direkt an die Krankenkasse. Da in diesen Fällen die Krankenkassen keine Soll-Ist-Abstimmung durchführen, bleibt es unbemerkt, wenn der Selbstzahler seinen Beitrag nicht bezahlt.

So fiel es in einer Geschäftsstelle einer größeren Krankenkasse nicht auf, daß ein säumiges freiwilliges Mitglied für die Zeit vom 01.07.1996 bis 31.05.2000 die Beiträge nicht überwiesen hatte. Der Beitragsrückstand belief sich auf 44.789,18 DM. Wir haben dazu folgendes angemerkt:

Nach § 76 Abs. 1 SGB IV hat die Kasse die ihr zustehenden Einnahmen rechtzeitig und vollständig zu erheben. Sie

hat sich daher prinzipiell zu vergewissern, daß das jeweilige Unternehmen die Beiträge korrekt ermittelt und abführt. Sie darf sich nicht blindlings auf die Berechnung des Arbeitgebers verlassen, sondern sie muß als Einzugsstelle das Beitragssoll zumindest in einfachster Form errechnen und mit den von den Arbeitgebern nachgewiesenen und gezahlten Beträgen vergleichen (Soll- und Ist-Abstimmung). Nur auf diese Weise kann die Kasse sicherstellen, daß ihr die Beiträge rechtzeitig und vollständig zufließen und Einnahmeverluste vermieden werden.

Die Kasse folgte unserer Empfehlung, künftig durch eine Soll- und Ist-Abstimmung den korrekten Eingang der Beiträge der freiwillig Versicherten sicherzustellen.

4.7 Einnahmen aus Schadensersatzansprüchen

Eine Kasse hatte laut Jahresrechnung 1997 keine Einnahmen aus Schadensersatzansprüchen zu verzeichnen. Im Jahre 1998 hatte sie jedoch rd. 350.000 DM und bis 30.09.1999 weitere 92.000 DM eingenommen. In ca. 1.000 Fällen hatte die Kasse ihre Ersatzansprüche noch nicht beziffert. Wir haben die Kasse darauf aufmerksam gemacht, daß Einnahmen rechtzeitig, also zum frühest möglichen Termin, zu erheben sind. Die Kasse hat daraufhin sofort begonnen, die Rückstände zügig abzuarbeiten, und konnte im laufenden Jahr aus Schadensersatzansprüchen bereits 242.000 DM einnehmen.

5. Mitgliedschaft, Beiträge

5.1 Freiwillige Versicherung

Nachlässigkeiten bei der Aufnahme und der Beitragseinstufung freiwillig Versicherter geben seit Jahren Anlaß zu Beanstandungen bei Krankenkassen. Auch im Prüffahr 2000 hat sich daran nichts geändert.

5.1.1 Aufnahme von freiwillig Versicherten

Vereinzelt nehmen Krankenkassen immer noch freiwillige Mitglieder auf, obwohl keinerlei Nachweise vorliegen, die eine Prüfung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen ermöglichen. Ohne eine solche Prüfung besteht für bislang privat versicherte Personen jedoch keine Möglichkeit, in das solidarisch finanzierte System der Krankenversicherung zurückzukehren. Wir haben diesen Kassen dringend empfohlen, konsequent auf die Vorlage von Mitgliedsbescheinigungen zu achten und anhand entsprechender Nachweise die Voraussetzungen für den Beitritt zu prüfen. Die Kassen haben dies zugesagt.

5.1.2 Beginn der freiwilligen Versicherung bei selbständig Erwerbstätigen

Eine Krankenkasse prüfte in einigen Fällen den Beginn der freiwilligen Versicherung bei hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen nicht konsequent. In diesen Fällen war aus dem Einkommen-

steuerbescheid bzw. der Einnahmenüberschußrechnung erkennbar, daß die Versicherten bereits vor Beginn der freiwilligen Versicherung Einkünfte aus einem Gewerbe oder einer freiberuflichen Tätigkeit erzielten, die 1/7 der Bezugsgröße deutlich überschritten. Die Kasse hatte diese Personen vor Beginn der freiwilligen Versicherung zu Unrecht in der beitragsfreien Familienversicherung geführt. Ein Anspruch auf Familienversicherung besteht aber nur für Angehörige, die nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind.

Diese Bearbeitungsweise hat zu Beitragsmindereinnahmen geführt. Wir haben der Kasse empfohlen, den Beginn der freiwilligen Versicherung künftig nach den gesetzlichen Regelungen festzulegen. Dies hat die Kasse zugesichert.

5.2 Mitgliedschaften

5.2.1 Studentische Krankenversicherung

Studenten sind grundsätzlich bis zum Abschluß des 14. Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres versicherungspflichtig in der Krankenversicherung der Studenten (KVdS) versichert. Danach können sie in dieser kostengünstigen Krankenversicherung weiter versichert werden, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe oder eine längere Fachstudienzeit die Überschreitung der Altersgrenze rechtfertigen. In einer Kasse haben wir festgestellt, daß bei der Hälfte dieser Studenten (der älteste war 37 Jahre alt) ein Verlängerungstatbestand entweder nicht vorlag oder zumindest nicht belegt war.

Die Kassen sind gehalten, jeweils im Einzelfall festzustellen, ob bei Vorliegen der o.a. Verlängerungstatbestände weiterhin Versicherungspflicht besteht. Dabei ist zu bewerten, ob die vorgebrachten Gründe eine Verlängerung des Studiums unumgänglich gemacht haben. Die Entscheidung der Krankenkasse, daß es sich um einen Ausnahmefall handelt, ist jeweils nur auf ein Semester zu beziehen.

Wir haben empfohlen, zukünftig regelmäßig Selektionslisten zur Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen für die KVdS zu erstellen, um frühzeitig Kenntnis etwaiger Verlängerungstatbestände zu erhalten oder andernfalls konsequent die KVdS zu beenden und eine freiwillige Versicherung anzubieten.

Die Kasse hat die Bearbeitung für diesen Personenkreis inzwischen zentralisiert und überwacht die Termine nunmehr maschinell. Die monierten Fälle sind überprüft und ggf. umgestellt, etwaige Beitragsfehlbeträge festgestellt und soweit realisierbar durchgesetzt worden. Die Kasse hat darüber hinaus alle übrigen Fälle überprüft und bei festgestelltem Schaden diesen bei der Vermögensschadenshaftpflichtversicherung angemeldet.

5.3 Beiträge

5.3.1 Freiwillige Beiträge aus kapitalisierten Betriebsrenten

Das ehemalige Trägerunternehmen einer Betriebskrankenkasse vereinbarte mit Betriebsrentnern eine Kapitalisierung ihrer monatlichen Betriebsrenten. Während die Kasse bei Rentnern, die der Versicherungspflicht in der KVdR

unterlagen, die Betriebsrente wie Abfindungen behandelte und anteilmäßig auf die nachfolgenden Zeiträume umlegte, berechnete sie bei den freiwillig versicherten Rentnern den Kapitalbetrag dagegen nur einmal im Monat des Zuflusses bis zur monatlichen Beitragsbemessungsgrenze.

Diese Verfahrensweise widersprach geltendem Recht. Bei der Auszahlung von Betriebsrenten in Form eines einmaligen Kapitalbetrages handelt es sich um eine Zahlung nicht regelmäßig wiederkehrender Leistungen, so daß ein Einhundertzwanzigstel dieser Leistung als monatlicher Zahlbetrag der Versorgungsbezüge, längstens jedoch für einhundertzwanzig Monate gilt (§ 229 Abs.1 Satz 3 SGB V). Die Kasse wandte diese Regelung bei den in der KVdR pflichtversicherten Rentnern korrekt, nicht jedoch bei den freiwillig versicherten Rentnern an.

Wir haben empfohlen, auch bei freiwillig versicherten Rentnern, § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V anzuwenden und die Beiträge nachzufordern. Die Kasse stimmte unserer Rechtsauffassung zu und erklärte, sie habe die angesprochenen Fälle bereits rückwirkend berichtigt. Erfreulicherweise habe nur ein Mitglied gegen den geänderten Beitragsbescheid Widerspruch eingelegt.

5.3.2 Beitragseinstufung

Die Beitragseinstufung freiwillig Versicherter war bereits in den Jahresberichten 1997 und 1999 Gegenstand ausführlicher Erörterungen. Dennoch sind nach wie vor fehlerhafte Verfahrenswesen zu bemängeln.

So verzichteten einige Krankenkassen bei Einkommensanfragen für freiwillig Versicherte nach wie vor auf die Vorlage von Nachweisen über die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen; sie haben z.B. bei hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen bisher keine Einkommensteuerbescheide angefordert. Einzelne Krankenkassen stuften Existenzgründer unter dem Höchstbeitrag ein, obwohl Unterlagen, die dies rechtfertigen könnten, nicht vorlagen. In einem Fall hat eine Kasse eine Versicherung ab Beginn der Erwerbstätigkeit in der Mindeststufe für hauptberuflich Selbständige durchgeführt, obwohl das Mitglied in einem Fragebogen zur Beurteilung der Sozialversicherungspflicht bezüglich der Scheinselbständigkeit angegeben hatte, einen monatlichen Gewinn i.H. von 10.000 DM zu erzielen.

Gemäß § 240 Abs. 1 Satz 2 SGB V hat die Kasse bei der Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit zu berücksichtigen. Hierfür sind Nachweise erforderlich. Nach § 20 Abs. 1 SGB X ermittelt die Behörde den Sachverhalt grundsätzlich von Amts wegen und hat alle für den Einzelfall bedeutsamen Umstände zu berücksichtigen. Verzichtet die Kasse auf die Vorlage von Unterlagen, kann dies zu einer falschen Beitragsbemessung und Einnahmeverlusten für die Kasse und damit für das gesamte System der gesetzlichen Krankenversicherung führen.

Wir haben diesen Kassen dringend empfohlen, die Angaben zur Höhe des Einkommens durch geeignete Unterlagen belegen zu lassen und die Einkom-

mensnachweise der freiwillig versicherten Selbstzahler zu dokumentieren. Alle Kassen haben erklärt, künftig entsprechend zu verfahren.

5.3.3 Härtefallbefreiung nach § 61 SGB V von Schülern und Studenten

Einige Kassen befreien familienversicherte Schüler und Studenten, die im Haushalt der Eltern wohnen, vollständig von Zuzahlungen bzw. anteiliger Kostenübernahme (§ 61 Abs. 1 SGB V) ohne Prüfung der Einnahmen aller im Haushalt lebender Angehöriger.

Diese Verfahrensweise widerspricht geltendem Recht: Bei der Ermittlung der unzumutbaren Belastung müssen als Einnahmen zum Lebensunterhalt der Versicherten auch die Einnahmen anderer im gemeinsamen Haushalt lebender Angehöriger berücksichtigt werden (§ 61 Abs. 3 SGB V). Wir haben empfohlen, zukünftig Befreiungen nur nach den o.g. Grundsätzen durchzuführen und familienversicherte Schüler und Studenten immer im Zusammenhang mit dem Einkommen des Mitglieds und ggf. anderen im Haushalt lebenden Angehörigen zu beurteilen. Die Kassen sagten zu, die Empfehlung umzusetzen.

5.3.4 Beitragsfreiheit von Rentenantragstellern

Manche Kassen stellten Rentenantragsteller, die keinen Anspruch auf Familienversicherung hatten, vereinzelt beitragsfrei. Grundsätzlich müssen Rentenantragsteller gemäß § 239 SGB V für die Dauer ihrer Mitgliedschaft Beiträge bis zum Beginn der Rente entrichten. Die Höhe der Beiträge richtet

sich nach der Höhe der Einkünfte ohne Rücksicht auf ihre steuerliche Behandlung. Nach § 225 Satz 1 Nr. 3 SGB V sind nur diejenigen Rentenbewerber beitragsfrei, für die ohne die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 oder 12 SGB V eine Familienversicherung bestehen würde.

Dabei ist es unerheblich, bei welcher Krankenkasse die Familienversicherung durchgeführt wurde.

Die Kassen werden unserer Empfehlung folgen und die Beitragsfreiheit künftig ausschließlich bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen gewähren.

6. Leistungen

6.1 Kostenerstattung für Leistungen nicht zugelassener Ärzte

Der PDK hat seit Jahren darauf aufmerksam gemacht, daß eine Kostenerstattung für ärztliche Behandlung grundsätzlich nur bei Inanspruchnahme von Vertragsärzten zulässig ist (vgl. Jahresbericht 1999, Tz. 8.1.2). Gleichwohl erstatten einige Kassen trotz eindeutiger Rechtslage Kosten für Leistungen von Nicht-Vertragsärzten. Sie tragen als Begründung vor, der Wettbewerb zwingt sie, so zu handeln. Würden sie nicht erstatten, müßte sie mit der Abwanderung der Versicherten zu anderen Kassen rechnen, die derartige Erstattungen praktizieren. Einzelne Versicherte hätten einen Kassenwechsel bereits unverhohlen angedroht.

Wir haben den Kassen dringend empfohlen, dem Druck von Versicherten zu widerstehen und ihr Handeln aus-

schließlich an den gesetzlichen Vorgaben auszurichten. Die betroffenen Kassen haben dies zugesagt.

6.2 Krankenhausbehandlung

6.2.1 Verzicht auf Erschließung von Wirtschaftlichkeitsressourcen

Mehr als 30 Prozent ihrer Einnahmen geben die Krankenkassen für Krankenhausbehandlungskosten aus. Nach einer Untersuchung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände sind fast 25 Prozent der stationären Krankenhausbehandlungen medizinisch nicht notwendig (vgl. Tätigkeitsbericht 1999, Tz. 8.4.1). Obwohl der PDK bei seinen Prüfungen seit Jahren auf das hier vermutete hohe Einsparpotential aufmerksam gemacht hat, gibt es immer noch Krankenkassen, die auf diesem Gebiet bisher nicht oder allenfalls nur sektoral tätig geworden sind. Als Begründung haben diese Kassen im wesentlichen angegeben, zuwenig Erfahrung auf diesem Gebiet zu besitzen; es mangle ihnen an ausreichend geschultem Fachpersonal. Vereinzelt haben sich Kassen besorgt über das Prozeßrisiko geäußert.

Wir haben diesen Kassen verdeutlicht, daß ein Verzicht auf Wirtschaftlichkeitsprüfungen dem Sparsamkeitsgebot, dem alle Krankenkassen gleichermaßen unterliegen, widerspricht. Die Kassen dürfen Mittel nur für solche Leistungen ausgeben, die zweckmäßig und notwendig sind, um das Behandlungsziel zu erreichen. Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, darf keine Krankenkasse erbringen. Wir haben den betreffenden Kassen empfohlen, künftig die nachfolgend

bezeichneten Felder einer intensiven Prüfung zu unterziehen.

6.2.2 Prüfung der stationären Krankenhausbehandlung

Von wenigen Ausnahmen abgesehen haben die Kassen bisher sämtliche von zugelassenen Krankenhäusern vorgelegte Rechnungen bezahlt, ohne in Zweifelsfällen zu ermitteln, weshalb eine stationäre Behandlung tatsächlich geboten war. Die allgemeine Diagnose auf der Krankenhauseinweisung kann in Einzelfällen Zweifel an der Notwendigkeit der stationären Behandlung nicht ausräumen. Hierzu bedarf es nach Auffassung des PDK vielmehr auch der auf dem Untersuchungsergebnis des Krankenhausarztes basierenden Aufnahme- und Grunddiagnose und des Grundes der Aufnahme, was vor Aufnahme des Patienten in das Krankenhaus in den Krankenunterlagen zu dokumentieren ist. Greift eine Krankenkasse in begründeten Zweifelsfällen nicht auf diese Dokumentation sowie sonstige nach § 301 SGB V vom Krankenhaus zu ermittelnden Angaben zurück und schaltet sie nicht den Medizinischen Dienst ein, muß sie sich vorwerfen lassen, einer Fehlbelegung im Krankenhaus Vorschub zu leisten und damit unwirtschaftlich zu handeln.

Wir haben einzelnen Kassen beispielhaft aufgezeigt, in welchen Fällen eine gezielte Prüfung durchgeführt werden sollte und empfohlen, ihre Mitarbeiter auf diesem Gebiet zu sensibilisieren, ggf. zu schulen und in begründeten Fällen vor Zahlung der Rechnung eine Stellungnahme des Krankenhauses anzufordern.

6.2.3 Prüfung von Krankenhausrechnungen

Noch nicht alle Krankenkassen haben sich der Prüfung der Krankenhausrechnungen angenommen. Einige Kassen haben bisher lediglich manuell eine Stichprobenprüfung durchgeführt. Während seiner örtlichen Erhebungen hat der PDK auf die im Handel vorhandene Software aufmerksam gemacht und dafür geworben, künftig die Krankenhausrechnungen mit Hilfe der EDV zu prüfen. Einige Kassen haben im Beratungsgespräch mitgeteilt, daß sie die Anregung bereits umgesetzt und Einsparungen in Höhe der Anschaffungskosten der Software erzielt hätten. Andere Kassen haben wiederum erklärt, daß ihre Einsparungen rückläufig seien, weil ihre Rechnungsprüfung offensichtlich einen Erziehungserfolg bei verschiedenen Krankenhäusern zeige.

Bei der Prüfung sollten die Krankenkassen auf „Kurzliegerfälle“ (Krankenhausaufenthalt unter 8 Std.) achten. Anstelle der niedrigeren ambulanten Pauschale rechnen Krankenhäuser nicht selten den höheren Basis- und Abteilungspflegesatz ab. Der PDK appelliert an alle Kassen, künftig Krankenhausrechnungen umfassend zu prüfen.

6.3 Rehabilitation

6.3.1 Rehabilitationssport

Mehrere Kassen beteiligen sich an den Kosten für die Teilnahme am Rehabilitationssport bei Versicherten, die diese Leistung seit mehreren Jahren auf Grund von Wiederholungsverordnungen ununterbrochen in Anspruch nehmen.

Die Krankenkasse kann zwar als ergänzende Leistung zur Rehabilitation den Rehabilitationssport fördern, der Versicherten ärztlich verordnet und in Gruppen unter ärztlicher Betreuung ausgeübt wird, jedoch nur so lange, wie die/der Behinderte während dieser Übungen der Überwachung durch den Arzt und der Anleitung durch den Übungsleiter bedarf. Die einzelne Verordnung für Rehabilitationssport erstreckt sich im allgemeinen auf einen Zeitraum von längstens sechs Monaten, in Ausnahmefällen auf längstens 12 Monate. Rehabilitationssport kann wiederholt verordnet werden, sofern dies zur Erreichung oder Sicherung des Rehabilitationszieles erforderlich ist. Fortlaufende Wiederholungsverordnungen, die eine ununterbrochene Leistungserbringung über mehrere Jahre zur Folge haben, sind dagegen grundsätzlich nicht statthaft.

Wir haben den Kassen empfohlen, künftig die Kosten für fortlaufende ununterbrochene Wiederholungsverordnungen nur im Rahmen der einschlägigen Vorschriften zu übernehmen. Die Kassen erklärten, sie würden sich künftig an die Empfehlung halten.

6.3.2 Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation

Hin und wieder versuchen sowohl die Leistungserbringer als auch die Krankenkassen, die Fesseln des Leistungskatalogs der GKV abzustreifen. Die Kassen verfolgen mit der Ausweitung ihres Leistungsangebotes u.a. das Ziel, sich im schärfer abzeichnenden Wettbewerb zu profilieren.

Über ein Mehr an Produkten soll ein erkennbarer Zusatznutzen für den Versicherten entstehen. Dazu stehen allerdings wenige rechtliche Optionenzur Verfügung, was die Kassen gelegentlich dazu verführt, die Leistungsausweitung mißbräuchlich als „Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation“ (§ 43 SGB V) zu deklarieren. In dieses Fahrwasser hatte sich auch eine Kasse begeben, die im Verbund mit zwei weiteren Kassen eine Vereinbarung mit einem eingetragenen Verein geschlossen hatte. Diese Vereinbarung regelte unter Bezugnahme auf § 43 SGB V die Erbringung ambulanter Rehabilitation als selbständige Leistung. Die von dem Verein erbrachten Behandlungsmethoden reichten von im Leistungskatalog enthaltenen Maßnahmen der physikalischen Therapie bis hin zur nicht näher definierten Förderung der selbstverantwortlichen Mitarbeit und des gesundheitsprophylaktischen Verhaltens.

Wir haben der Kasse aufgezeigt, daß § 43 SGB V als eigenständige Anspruchsgrundlage für die ambulante Rehabilitation ausscheidet, da zum einen ergänzende Leistungen rechtlich unselbständig sind; sie sollen dazu beitragen, den Reha-Erfolg zu erreichen und langfristig zu sichern, der durch andere bereits von der Kasse eingeleitete Reha-Maßnahmen nach § 40 SGB V angestrebt wird. Zum anderen gelten Leistungen, die bereits im Leistungskatalog enthalten sind, nicht als „ergänzende Leistungen“ im Sinne des § 43 SGB V. Schließlich dürfen Leistungen der ambulanten Rehabilitation nur in Einrichtungen mit abgeschlossenem Versorgungsvertrag erbracht werden. Der genannte Verein zählte jedoch

nicht zu den zugelassenen Leistungserbringern.

Wir haben der Kasse daher empfohlen, die Vereinbarung wegen mangelnder Zulässigkeit zu kündigen und die ambulanten Reha-Behandlungen entsprechend der Rechtslage abzuwickeln. Dem ist die Kasse gefolgt.

6.4 Fahrkosten

Das Ausgabenvolumen für Fahrtkosten ist bei vielen Kassen sprunghaft angestiegen. Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, müssen die Kassen Maßnahmen zur Ausschöpfung von Einsparpotentialen ergreifen. Hierzu zählen neben der Prüfung der Notwendigkeit auch die Prüfung der Zweckmäßigkeit des benutzten Transportmittels. Darüber hinaus erschließt eine umfassende Rechnungsprüfung, die u.a. die Leistungserbringereigenschaft, die Art des Transportmittels sowie die Preisprüfung beinhaltet, weitere Wirtschaftlichkeitsreserven. Eine Krankenkasse, die nach diesen Kriterien prüft, hat in ihren Geschäftsstellen bei einer Größe von ca. 20.000 Mitgliedern monatlich zwischen 7.000,- DM und 44.000,- DM eingespart.

Der PDK wird seinen Kassen künftig verstärkt solche Wirtschaftlichkeitsprüfungen nahelegen.

7. Beziehungen zu den Leistungserbringern

7.1 Zusammenarbeit mit dem Werksärztlichen Dienst

Eine Betriebskrankenkasse hat zum Teil Honorare übernommen, die der

Werksärztliche Dienst im Trägerunternehmen für ambulante Behandlungen und Laboruntersuchungen für Kassemitglieder berechnete. Die entsprechenden Leistungen - es handelt sich hierbei in der Regel um Akupunktur - liquidierte die Werksärztin auf Privatrechnung, die die Versicherten der Kasse zur Kostenerstattung vorlegten. Die Werksärztin war nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.

Der Prüfdienst hat zu dieser Verfahrensweise Kritisches bemerkt:

Zur Zusammenarbeit zwischen Betriebskrankenkassen und Betriebsärzten haben der BKK-Bundesverband und der Verband deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V. eine Vereinbarung abgeschlossen, nach der u.a. im Rahmen der Notfallbehandlung und der ersten ärztlichen Versorgung bei akuten Erkrankungen Arzneimittel zu Lasten der BKK verordnet oder abgegeben werden können.

Dabei sollte sichergestellt sein, daß

- nur die Versicherten der jeweiligen Kasse von den Leistungen Gebrauch machen,
- die Kosten für die Medikamente maximal in der Höhe erstattet werden, die bei entsprechender vertragsärztlicher Versorgung anfallen und
- die Verordnungen im Einzelfall den Prinzipien der vertragsärztlichen Versorgung entsprechen.
- Der Werksarzt darf nicht im Bereich kurativer Medizin (wie ein Vertragsarzt) tätig werden und demzufolge hier keine Verordnungen von Arzneimitteln veranlassen. Deshalb ver-

bietet sich grundsätzlich die Veranlassung von Heil- und Hilfsmitteln (Bäder, Massagen etc.) durch den Werksarzt zu Lasten der Kasse, da in der Regel durch deren Einsatz kein Notfall oder keine akute Erkrankung behandelt wird. Unzulässig ist auch die Zahlung von Honoraren an den Betriebsarzt.

Wir haben daher empfohlen, die durch den Werksärztlichen Dienst verursachten Kosten nur zu übernehmen, wenn und soweit die dargelegten Bedingungen erfüllt waren. Die Kasse stimmte nach anfänglichem Zögern zu.

8. Pflegeversicherung

Die Prüfdienste des Bundes und der Länder haben in den vergangenen Jahren durchgängig die Erfahrung gemacht, daß Pflegekassen die Nachrangigkeit der Pflegeversicherung bei der Gewährung von Hilfsmitteln nicht beachten. Aus diesem Grund führen alle Prüfdienste im Jahr 2001 eine bundesweite Schwerpunktprüfung mit dem Ziel durch, den Umfang derartiger Fehlbuchungen zu ermitteln und die Kassen zur Rückbuchung zu veranlassen.

8.1 Technische Pflegehilfsmittel - Subsidiarität

Pflegekassen finanzieren vielfach diverse Hilfsmittel, die nicht im aktuellen Pflegehilfsmittelverzeichnis der Spitzenverbände der Pflegekassen enthalten sind. Es handelt es sich hierbei insbesondere um Badewannenlifter, Rollstühle und Toilettensitzerhöhungen bzw. -stühle. So mußten wir beispielsweise feststellen, daß eine Groß-

Pflegekasse in einer internen Arbeitsanlei- tung zur Hilfsmittelversorgung ge- genüber einem Dienstleister bestimmt hat, daß dieser Buchungen für Stan- dard-Rollstühle, starre Toilettenroll- stühle und mobile Badewannenlifter ab 01.11.1999 generell zu Lasten der Pfl- egeversicherung vornimmt und nicht mehr in einer KV-Rechnung ausweist.

Wir haben die Kasse auf die subsidiäre Leistungspflicht hingewiesen. Darüber hinaus soll sie alle zu Lasten der Pfl- egekasse ab 1999 bereitgestellten Hilfs- mittel überprüfen, die erforderlichen Korrekturen vornehmen und die mit dem Dienstleister getroffene Kostenzu- ordnung der genannten Hilfsmittel rückgängig machen.

8.2 Qualitätsprüfung von stationä- ren und ambulanten Pflegeeinrichtungen

Einige Pflegekassen verzichteten in mehreren Fällen auf Qualitätsprüfun- gen, obwohl eindeutige Hinweise auf Mängel vorlagen. So hatte z.B. der Me- dizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) nach Begutachtung eines Pfl- egebedürftigen darauf hingewiesen, daß in einem Pflegeheim eine defizitäre Versorgung stattfindet. Der MDK führte aus, daß der am Begutachtungstag fest- gestellte Dekubital- und Kontrakturbe- fund eine Gefährdung des Versicherten darstelle. Die anwesende Pflegedienst- leitung habe erst über das Durchführen von Wundbehandlungen aufgeklärt werden müssen. Es habe weder ein Wundverlaufsplan noch eine Dokumen- tation vorgelegen.

Die Pflegekassen sagten uns zu, künftig gezielte Qualitätssicherungsmaßnah- men zu ergreifen.

8.3 Inanspruchnahme eines priva- ten Dienstleisters

Die Betätigungsfelder privater Dienstleister in der gesetzlichen Kran- kenversicherung nehmen permanent zu. Dies betrifft auch den Bereich der Pfl- egeversicherung. Beispielsweise bietet ein Dienstleister (ohne Versorgungsver- trag) die Durchführung der Pflichtpfl- egeeinsätze an und verbindet diesen Ein- satz zugleich damit, Pflegebedürftige über das Pflegeversicherungsgesetz aufzuklären sowie die Notwendigkeit von Pflegekursen für Angehörige fest- zustellen, die dieser sodann ausschließ- lich und individuell selbst durchführt. Daneben unterstützt er die Pflegekasse bei der Auswahl und Entscheidung von Pflegehilfsmitteln. Die Pflegekasse wiederum räumt dem Dienstleister qua- si ein Exklusivrecht ein, indem sie alle Pflegebedürftige über diese Dienstlei- stung informiert.

Wir haben die Pflegekasse darüber auf- geklärt, daß sie selbst nach dem Pfl- egeversicherungsgesetz die Versicherten und ihre Angehörigen zu unterrichten und zu beraten hat und sie für die Si- cherstellung der pflegerischen Versor- gung verantwortlich ist. Pflichtpfl- egeeinsätze müssen von zugelassenen Pfl- egediensten durchgeführt werden, ggf. unter Beteiligung des MDK oder einer ausgebildeten Pflegefachkraft. Darüber hinaus verstößt die ausschließliche Empfehlung der Pflegekasse zugunsten

eines Dritten gegen § 72 Abs. 5 SGB XI, der explizit die Förderung des Wettbewerbs regelt und die Pflegekasse verpflichtet, dem Pflegebedürftigen spätestens mit dem Bescheid über die Bewilligung seines Antrags auf Gewährung häuslicher, teil- oder vollstationärer Pflege eine Preisvergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen zu übermitteln, in deren Einzugsbereich er wohnt.

Die Pflegekasse hat die Vereinbarung mit dem privaten Dienstleistungserbringer inzwischen gekündigt.

8.4 Abrechnungen und Leistungsnachweise der ambulanten Pflegeeinrichtungen

Einige Pflegekassen rechnen mit den ambulanten Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage bestehender Vergütungsvereinbarungen ab, ohne die sachliche Richtigkeit der Abrechnungen systematisch zu prüfen. Die Prüfungen von Abrechnungsbelegen ergab, daß Pflegedienste

- Leistungen abrechneten, die laut Gutachten medizinisch nicht indiziert waren,
- statt der kostengünstigeren verbundenen Leistungskomplexe die entsprechenden einzelnen Leistungskomplexe abrechneten,
- sich bei der Ermittlung der Leistungen zu ihren Gunsten verrechneten.

Einige Pflegekassen akzeptierten Leistungsnachweise, auf denen

- Unterschriften der Pflegebedürftigen fehlten,
- die geltend gemachten Leistungen von unbekanntem Dritten bestätigt wurden,
- die Tageszeit der Leistungserbringung nicht enthalten war,
- die erbrachten Leistungen verschlüsselt aufgeführt wurden und nicht nachvollziehbar waren.

Die Kassen sagten zu, künftig Abrechnungen der ambulanten Pflegeeinrichtungen intensiv zu prüfen und nur anforderungsgerechte Leistungsnachweise zu akzeptieren.

8.5 Prüfung der MDK-Gutachten auf Schlüssigkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit

Zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit untersucht der MDK die Versicherten in ihrem Wohnbereich. Grundlage für die Begutachtung sind die Begutachtungs-Richtlinien (BRi) sowie die verbindlich vorgeschriebenen Formulargutachten. Sowohl der MDK als Ersteller des Gutachtens als auch die Pflegekasse als Empfänger sind gehalten, besondere Sorgfalt im Umgang mit diesem Dokument walten zu lassen. Das MDK-Gutachten dient der Pflegekasse als Entscheidungsgrundlage zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, es spiegelt in bisher nicht gekannter Weise die Lebenssituation des Versicherten wider. Die Qualität des MDK-Gutachtens ist von entscheidender Bedeutung für ein nach einheitlichen Kriterien ausgerichtetes Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Insofern ist der Prüfung des MDK-

Gutachtens durch die Pflegekasse auf Schlüssigkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit besondere Bedeutung zuzumessen. Gleichwohl hat der PDK wiederholt feststellen müssen, daß einige Pflegekassen diese Prüfung nicht immer mit der gebotenen Gründlichkeit durchgeführt haben.

Nach den BRi soll der MDK Stellung zu definierten Sachverhalten nehmen. Nach unseren Erhebungen haben oftmals Angaben zu folgenden Punkten gefehlt:

- Sicherstellung der häuslichen Pflege,
- Begründung, warum die vollstationäre Pflege erforderlich ist,
- Beginn der Pflegebedürftigkeit,
- zeitlicher Umfang der häusliche Pflege durch eine Pflegeperson,
- Notwendigkeit und Zeitabstände für die Wiederholungsbegutachtung,
- Vorschläge für Maßnahmen zur Rehabilitation und zur Prävention,
- Prognosen über die weitere Entwicklung der Pflegebedürftigkeit.

Bezüglich der fehlenden Angaben haben sich die Pflegekassen meist nicht an den MDK gewandt, sie suchten vielmehr die Situation mit eigenem Sachverstand zu interpretieren. Dies führte wiederholt zu fehlerhafter Bearbeitung der Anträge.

In verschiedenen Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit stellte der MDK Pflegestufen fest, die nicht aus dem täglichen Zeitaufwand zur Körperpflege, Ernährung, Mobilität und

hauswirtschaftlicher Versorgung abzuleiten sind. Da eine Überprüfung der MDK-Gutachten auf Eindeutigkeit und Schlüssigkeit durch die Pflegekasse nicht stattfand, erhielten die Pflegebedürftigen die vom MDK festgestellte Pflegestufe. Wir haben die Pflegekasse darauf hingewiesen, daß ausschließlich sie gem. § 18 Abs. 1 SGB XI für die Feststellung der Pflegestufe zuständig ist. Die Pflegekasse sagte daraufhin zu, künftig ihre gesetzliche Aufgabe wahrzunehmen.

In einigen Gutachten stellte der MDK Gesundheitszustände fest, die Zweifel an der Handlungsfähigkeit einzelner Versicherten erkennen ließen (z.B. senile Demenz, Verwirrheitszustände, Morbus Parkinson usw.). Die Pflegekassen haben die Betroffenen ohne nähere Prüfung am weiteren Verwaltungsverfahren beteiligt. In diesem sensiblen Bereich haben wir die Pflegekassen darauf aufmerksam gemacht, mit der gebotenen Umsicht die Verständigung mit dem Pflegebedürftigen, den Pflegepersonen bzw. Angehörigen zu suchen.

9. Prüfung von „Wachstumskassen“

Der PDK hat im Berichtszeitraum zusammen mit dem zuständigen Prüferat der Rechtsaufsicht verstärkt die sogenannten „Wachstumskassen“ geprüft (siehe auch Jahresbericht 1999, Tz. 6.2.1). Hierbei handelt es sich um solche Betriebskrankenkassen, die aufgrund ihrer „Öffnung“ und ihres niedrigen Beitragssatzes einen hohen Anstieg

von Arbeitnehmerkonten bzw. Mitgliederzahlen verzeichnen konnten.

Ziel war es zu prüfen, inwieweit diese Kassen in der Lage waren, den Mitgliederzuwachs organisatorisch zu bewältigen. Die Schwerpunkte der Prüfungen bezogen sich daher vor allem auf den Summenabgleich nach § 28 k Abs. 2 SGB IV, den Einzug des Gesamtversicherungsbeitrages, den Abbau von Beitragsrückständen (insbesondere unter Berücksichtigung des Mahn- und Vollstreckungswesens) sowie die Beitragseinstufung von freiwillig Versicherten.

Die Ergebnisse dieser Prüfungen waren naturgemäß uneinheitlich. Während einige Kassen sich organisatorisch und personell auf die gestiegenen Herausforderungen gut eingestellt hatten, kämpften andere Kassen mit großen Problemen, insbesondere beim termingerechten Beitragseinzug sowie im Mahn- und Vollstreckungsverfahren. Der PDK hat diese Kassen dahingehend beraten, durch Aufstockung bzw. Qualifizierung des Personals sowie den Einsatz entsprechender Datenverarbeitungsprogramme die Rückstände beim Beitragseinzug abzubauen und das Mahn- und Vollstreckungsverfahren zu effektivieren.

10. Sonderprüfungen

Immer öfter treten Krankenkassen gezielt an den PDK heran und bitten um Unterstützung bei der Lösung spezifischer Probleme.

So hat der Bundesverband der Betriebskrankenkassen den PDK gebeten,

bei einer landesunmittelbaren Kasse eine Prüfung zum Finanzstatus durchzuführen. Die Prüfung wurde im November 2000 abgeschlossen.

Der PDK führte in einer Krankenkasse eine Sonderprüfung zur Aufklärung strafbarer Handlungen durch. Dort hatte ein zwischenzeitlich ausgeschiedener Mitarbeiter, soweit feststellbar, 18 Einzelbeträge mit einer Gesamtsumme von 542.423,75 DM veruntreut. Dabei wurde festgestellt, daß auch organisatorische Mängel die Unterschlagung begünstigt hatten. Der PDK beschränkte seine Tätigkeit deshalb nicht auf die Feststellung der Schadenshöhe, sondern er schlug der Kasse auch weit reichende Maßnahmen zur Verbesserung der Datensicherheit und damit auch der Kassensicherheit vor.

Weitere Sonderprüfungen bei Kassen betrafen u. a. die Aufnahme von freiwillig Versicherten unter dem Gesichtspunkt des Vorliegens der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sowie auf besondere Bitte einzelner Kassenvorstände die gezielte Prüfung bestimmter Prüffelder wie „Verwaltung“ oder „Finanzen“.

11. Schwerpunktprüfung 2000

11.1 Zielsetzung

Spätestens mit Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes steht das Wettbewerbsverhalten der gesetzlichen Krankenkassen in der Kritik. Zum Teil beschuldigen sich die Krankenkassen gegenseitig der Anwendung unlauterer Mittel, um Mitglieder zu halten oder zu gewinnen. In letzter Zeit wurden auch die Aufsichtsbehörden und die Prüf-

dienste von verschiedenen Seiten (vor allem von Leistungserbringern / Ärzten / Zahnärzten) kritisiert, sie würden die gesetzlichen Krankenkassen nicht strikt zu einem gesetzeskonformen Verwaltungshandeln anhalten. Die Prüfdienste des Bundes und der Länder nach § 274 SGB V haben sich daher darauf verständigt, sich bei künftigen Schwerpunktprüfungen verstärkt den Themen zuzuwenden, die mit dem Wettbewerb bzw. dem Wettbewerbsverhalten in Zusammenhang stehen (könnten). Als Einstieg in den Wettbewerbskomplex haben wir vom 01.05.2000 bis 31.12.2000 Schwerpunktprüfungen zum Bereich "Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden" durchgeführt.

Wie schon bei den RSA-Prüfungen in den Jahren 1997 und 1998 haben sich an diesen Prüfungen, die bei allen Krankenkassenarten durchgeführt wurden, zeitgleich das Bundesversicherungsamt und alle Prüfdienste der Länder (mit Ausnahme des Prüfdienstes Baden-Württemberg, der beabsichtigt, die Prüfungen im Jahr 2001 durchzuführen) beteiligt. Die Prüfungen wurden auf der Grundlage bundesweit einheitlicher Kriterien vorgenommen, die sich an den vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen beschlossenen Richtlinien über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB-Richtlinien) sowie den vom Bundessozialgericht in den Urteilen vom 16.09.1997 aufgestellten Grundsätzen orientierten. Danach ist die Leistungspflicht der Krankenkassen für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden solange ausgeschlossen, bis diese vom zuständigen Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen als

zweckmäßig anerkannt worden sind. Die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen setzen unmittelbar verbindliches, außenwirkungsfähiges Recht. Außerhalb dieses Rahmens hat der Versicherte grundsätzlich keine Leistungsansprüche.

Wir wollten mit unseren Prüfungen den zuständigen Stellen (insbesondere dem Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen) den Handlungsbedarf aufzeigen, damit allen Versicherten nach gleichen Kriterien qualitätsgesicherte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (Patientenschutz) angeboten werden. Auf der anderen Seite wollen wir verhindern, daß von den Krankenkassen für Untersuchungen und Therapien ohne Nachweis der Wirksamkeit (bei ohnehin knappster Kassenlage) Mittel ausgegeben werden. Dies bedeutet aber nicht, daß die Ergebnisse unserer Prüfungen von Krankenkassen zum Anlaß genommen werden können, den Versicherten notwendige und zulässige Behandlungen zu verwehren.

11.2 Prüfergebnisse

Der Feststellung des bundesweiten finanziellen Gesamtvolumens liegen bundeseinheitlich gleichartig durchgeführte Stichprobenprüfungen zugrunde. Das Auswahlverfahren für die Stichprobe war so beschaffen, daß aus einer definierten Grundgesamtheit eine vorgegebene Anzahl von Belegen nach dem Zufallsprinzip gezogen wurde.

Die Stichproben aller beteiligten Prüfdienste umfaßten insgesamt ca. 80.000 Fälle mit einem Gesamtvolumen von 47.867.387,45 DM. Davon waren ca.

60.000 Fälle fehlerhaft. Der Anteil der fehlerhaften NUB-Aufwendungen beträgt 30.521.292,70 DM.

Aus den 60.000 Belegen wurden 54.000 Belege nach Einzelmethoden mit folgendem Ergebnis ausgewertet:

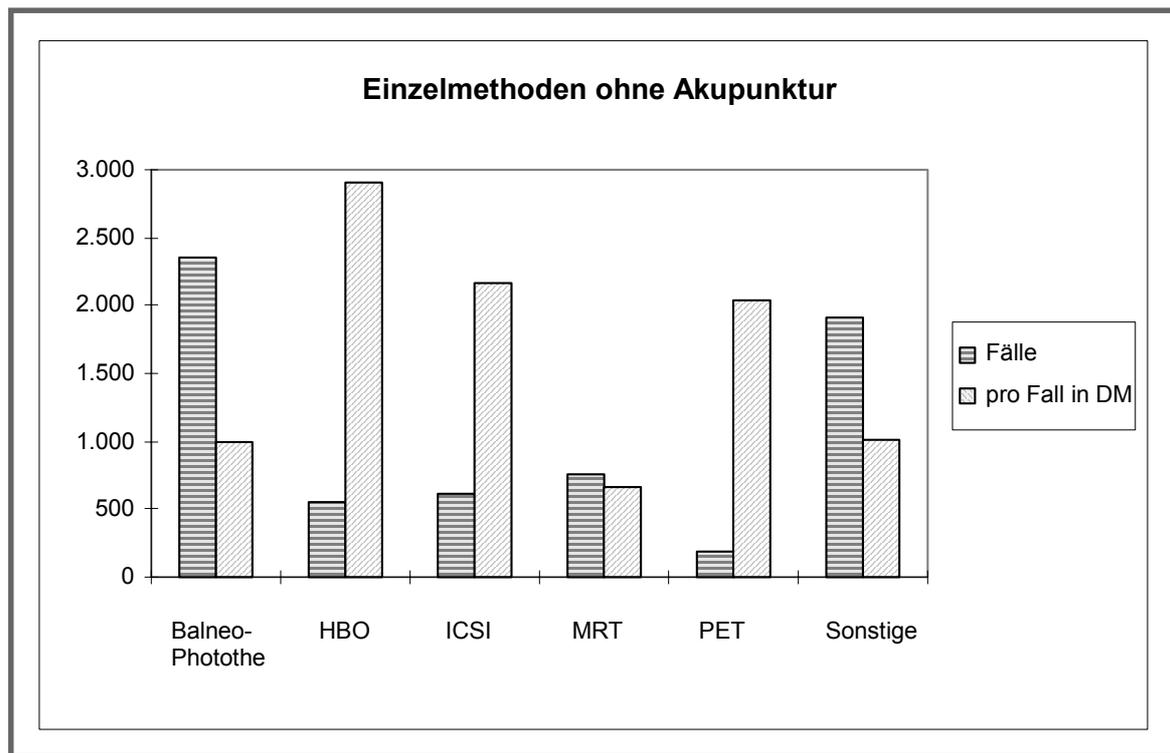
Einzelmethoden					
Bezeichnung	Fälle	%	TDM	%	pro Fall in DM
Akupunktur	47.540	88,20	19.762	71,01	415,69
Balneo-Phototherapie	2.348	4,36	2.336	8,39	994,89
Infusion von Kochsalzlösung	7	0,01	12	0,04	1.714,29
Excimer-Laser-Behandlung	54	0,10	126	0,45	2.333,33
ESTW	93	0,17	110	0,40	1.182,80
HBO	545	1,01	1.586	5,70	2.910,09
ICSI	610	1,13	1.316	4,73	2.157,38
MRT	760	1,41	505	1,81	664,47
Mid-ower-Laser	209	0,39	119	0,43	569,38
PET	186	0,35	379	1,36	2.037,63
Thermotherapie	97	0,18	230	0,83	2.371,13
UVA-Kaltlicht	106	0,20	114	0,41	1.075,47
Eigenblutbehandlung	130	0,24	60	0,22	461,54
Sonstige	1.214	2,25	1.174	4,22	967,05
Gesamt	53.899	100,00	27.829	100,00	

 diese Behandlungsmethoden wurden gesondert ausgewertet

Akupunktur bildet mit ca. 70 Prozent den finanziell größten Anteil, wobei vielleicht auch zu berücksichtigen ist, daß das Bundesversicherungsamt als

Aufsichtsbehörde erst im Laufe des Jahres 2000 den Kassen aufsichtsrechtliche Sanktionen im Hinblick auf diese unzulässige Leistung angekündigt hat.

Für die anderen Behandlungsmethoden ergibt sich folgendes Bild:



11.3 Hochrechnung der Prüfergebnisse auf die Bundesebene

Aus dem prozentualen Anteil der fehlerhaften NUB-Fälle an der Summe der gesamten Stichprobe haben wir auf die GKV bezogen den Gesamtaufwand für fehlerhafte NUB-Fälle in DM hochgerechnet. Es ergab sich ein Betrag in Höhe von 537.710.557 DM. Diesen Betrag hätten die gesetzlichen Krankenversicherungen 1999 bei rechtskonformem Verhalten einsparen können.

Diese Hochrechnung berücksichtigt nicht die Entscheidung des Bundesausschusses vom 16. Oktober 2000 zur Zulässigkeit von Modellvorhaben zur Behandlung bestimmter Schmerzindikationen mittels Akupunktur und das Urteil des Bundessozialgerichts zu Zulässigkeit der Intracytoplasmatischen

Spermieninjektion (ICSI) vom April 2001.

12. Zusammenarbeit mit den Prüfdiensten der Länder

Die seit 1996 institutionalisierte Zusammenarbeit der Prüfdienste nach § 274 SGB V des Bundes und der Länder gewinnt angesichts des sich verschärfenden Wettbewerbs unter den Krankenkassen immer mehr an Bedeutung. Bundesweite Schwerpunktprüfungen zu wettbewerbsrelevanten Themen, wie z.B. „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“, die einheitlich bei allen Kassen durchgeführt werden, können auf das Verhalten der Kassen positiven Einfluß nehmen und ihnen das Argument verwehren, sie seien quasi gezwungen, wettbewerbswidrig zu handeln, da sich andere mit ihnen in

Konkurrenz befindliche Kassen unbe-
anstandet ebenso verhielten.

Andererseits macht es die überregionale
Zusammenarbeit vieler Krankenkassen
beim Einsatz der Datenverarbeitung
oder beispielsweise die externe Durch-
führung von Abrechnungsprüfungen,
die teilweise ebenfalls von mehreren
Krankenkassen gemeinsam getragen
werden, erforderlich, daß auch die
Prüfdienste auf diesem Feld zusam-
menarbeiten. Dies dient dem schnellen
Informationsaustausch und vermeidet
Doppelprüfungen.

Die Prüfdienste nach § 274 SGB V des
Bundes und der Länder haben daher auf
ihrer Tagung im Juni 2000 gemeinsame
Grundsätze über ihre Zusammenarbeit
bei der Prüfung externer Dienstleister
beschlossen. Ziel dieser Grundsätze ist
es, die Prüfverfahren, bei den
Dienstleistern, die für mehrere Versi-
cherungsträger tätig sind, gemeinsam
abzustimmen und in ihrer Durchfüh-
rung zu koordinieren.

13. Prüfstatistik

13.1 Prüfobjekte

Am 31.12. 2000 belief sich die Zahl der
bundesunmittelbaren Krankenkassen
auf 169. Dies waren 12 weniger als im
Vorjahr (6,6 %). Die Veränderungen
sind vorwiegend auf die Vereinigung
von Betriebskrankenkassen zurückzu-
führen (insgesamt 10).

Auch die Anzahl der Geschäftsstellen
hat sich von 3.555 auf 3.537 verringert.
Der Vergleich mit den entsprechenden
Daten des Vorjahres bestätigt dabei den

Trend, daß die Ersatzkassen Geschäfts-
stellen schließen (bzw. zu Regional-
zentren zusammenlegen), während die
Betriebskrankenkassen neue Geschäfts-
stellen eröffnen. So steht bei den Er-
satzkassen einem Minus von 27 Ge-
schäftsstellen ein Zuwachs von 11 Ge-
schäftsstellen bei den Betriebskranken-
kassen gegenüber.

Insgesamt hat sich die Zahl der vom
PDK zu prüfenden Objekte gegenüber
dem Jahr 1999 um 28 vermindert.

Die Bestandsdaten des Jahres 2000 sind
der Tabelle 1 zu entnehmen.

Dienststellen bundesunmittelbarer Krankenkassen	
(Stand: 31.12.2000)	
Hauptverwaltung Ersatzkrankenkasse	8
Hauptverwaltung Betriebskrankenkasse	149
Hauptverwaltung Innungskrankenkasse	8
Hauptverwaltung Landwirtschaftliche KK	2
Hauptverwaltung übrige Krankenkassen	2
Hauptverwaltung - Gesamt	169
Geschäftsstelle Ersatzkrankenkasse	2.869
Geschäftsstelle Betriebskrankenkasse	512
Geschäftsstelle Innungskrankenkasse	67
Geschäftsstelle Landwirtschaftliche KK	11
Geschäftsstelle übrige Krankenkassen	78
Geschäftsstellen - Gesamt	3.537
Krankenhaus/sonstiger Eigenbetrieb	32
Rechenzentrum	26
sonstige Einrichtungen - Gesamt	58
Insgesamt	3.764

Tabelle 1

13.2 Prüfverfahren

Im Jahr 2000 hat der PDK insgesamt 122 Voll- und Teilverwaltungsprüfungen eingeleitet (1999:95 Prüfverfahren). Dazu kamen gesonderte Datenerhebungen für die Schwerpunktprüfung „NUB“, soweit diese nicht bereits im

Rahmen der Turnusprüfungen erfolgt waren. Örtliche Erhebungen wurden in 30 Hauptverwaltungen, 75 Geschäftsstellen sowie 17 sonstigen Einrichtungen vorgenommen (vgl. Tabelle 2).

Prüfobjekte	Anzahl der neu eingeleiteten Prüfverfahren 2000
Hauptverwaltung Ersatzkasse	2
Hauptverwaltung Betriebskrankenkasse	26
Hauptverwaltung Innungskrankenkasse	2
Hauptverwaltung Landwirtschaftliche Krankenkasse	
Hauptverwaltung Bundesknappschaft	
Hauptverwaltung Seekasse	
HV - Gesamt	30
Geschäftsstelle Ersatzkasse	48
Geschäftsstelle Betriebskrankenkasse	23
Geschäftsstelle Innungskrankenkasse	
Geschäftsstelle Landwirtschaftliche Krankenkasse	
Geschäftsstelle Sonstige	4
nachgeordnete „Service-Organisationseinheiten“	75
Krankenhaus/sonstiger Eigenbetrieb	1
Rechenzentrum	16
Sonstige Einrichtungen	17
Insgesamt	122

Tabelle 2

13.3 Nettoprüfzeit

Die Nettoprüfzeit (Brutto-Arbeitstage abzüglich Urlaub, Krankheit, Fortbildung und sonstige Fehlzeiten) weist - bei unverändertem Personalbestand in den Außenstellen - mit 9.661 Manntagen ein leichtes Minus (0,5 %) gegenüber dem Vorjahr (9.714 Manntage) auf.

Demgegenüber erhöhte sich der Anteil der Außendiensttage von 4.894 um 3,5 % auf 5.066. Hier schlagen insbesondere die aufwendigen Datenerhebungen zur Schwerpunktprüfung „NUB“ zu Buche.

Der Anteil des Außendienstes an der Gesamtprüfzeit erhöhte sich dadurch auf 52,4 % (vgl. Tabelle 3).

Entwicklung der Nettoprüfzeit					
1	2	3	4	5	6
1991	7.133,0	+ 146,5	2.683,0	+ 115,8	37,6
1992	8.866,0	+ 24,3	4.109,0	+ 53,7	46,3
1993	9.595,0	+ 8,2	4.555,5	+ 10,9	47,5
1994	10.326,0	+ 7,6	4.907,0	+ 7,7	47,5
1995	10.216,0	- 1,1	4.987,0	+ 1,6	48,8
1996	11.364,0	+ 11,2	5.578,0	+ 11,8	49,1
1997	10.681,5	- 6,0	5.339,5	- 4,3	50,0
1998	9.956,0	- 6,8	5.240,5	- 1,8	52,6
1999	9.714,0	- 2,4	4.894,0	- 6,6	50,4
2000	9.661,0	- 0,5	5.066,0	+ 3,5	52,4
Spalte 1: Jahr Spalte 2: Nettoprüfzeit in Manntagen Spalte 3: Veränderung gegenüber dem Vorjahr in Prozent Spalte 4: Außendiensttage (Manntage) Spalte 5: Veränderung gegenüber dem Vorjahr in Prozent Spalte 6: Anteil der Außendiensttage an der Nettoprüfzeit in Prozent					

Tabelle 3

13.4 Organisation

Der PDK hat seine Organisationsstruktur auch im Jahr 2000 - nach dem Umzug des Bundesversicherungsamtes nach Bonn - nicht verändert. Die fünf Außenstellen des PDK in Cloppenburg, Fulda, Duisburg, Berlin und Ingolstadt verfügten weiterhin über drei bis fünf Prüfgruppen mit insgesamt 79 Prüfern (vgl. Tabelle 4).

Stellenausstattung der Außenstellen 2000						
	Organisationseinheit					
	K 3 CLP	K 4 FU	K 5 DU	K 6 B	K 7 IN	K 3 - K 7
Außenprüfer	15	16	21	13	14	79
Prüfgruppen	4	4	5	3	3	19

Tabelle 4

13.5 Personal

Auch im Jahr 2000 hat der PDK durch die pauschale Stellenkürzung des Bundes 2,5 Stellen einsparen müssen. 1,5 dieser Stellen wurden bei den Zentralbereichen (Schreibdienst, Verwaltung, sonstiger Innendienst) und eine bei den Steuerungsreferaten eingespart. Insgesamt verfügte der PDK über 109,5 Stellen, davon 79 für Prüfer im Außendienst (72 %), 16 für Prüfer im Innendienst (15 %) und 14,5 für die Zentralbereiche (13 %). Eine Übersicht über die Stellengliederung und -verteilung sowie die Stellenbesetzung zum 31.12.2000 geben die Tabellen 5 und 6.

Stellengliederung und -verteilung 31.12.2000				
Referat	Stellen			
	1	2	3	4
K/K 1/K 2	4	11	1	16
K 3	1	14	-	15
K 4	1	15	-	16
K 5	1	20	-	21
K 6	1	12	-	13
K 7	1	13	-	14
Zentralbereich	1	3	10,5	14,5
insgesamt	10	88	11,5	109,5

Spalte 1: Stellen des höheren Dienstes
 Spalte 2: Stellen des gehobenen Dienstes
 Spalte 3: Stellen des mittleren und einfachen Dienstes
 Spalte 4: Stellen-Soll

Tabelle 5

Stellenbesetzung per 31.12.2000 - Aufschlüsselung nach Organisationseinheiten -			
Organisations- einheit	Stellen- Soll	Stellen- Ist	Stellen- besetzung (in Prozent)
K/K 1/K 2	16	16	100
K 3	15	15	100
K 4	16	15	94
K 5	21	21	100
K 6	13	12	92
K 7	14	13	93
Zentralbereich	14,5	14,5	100
insgesamt	109,5	106,5	97

Tabelle 6

Der Personaltausch im Rahmen des Bonn-Berlin Ausgleichs konnte zum 1.1.2001 auch für den PDK abgeschlossen werden. Betroffen waren davon die Abteilungsleitung sowie die beiden Steuerungsreferate K1 und K 2. Insgesamt haben 10 neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ihre Tätigkeit beim PDK aufgenommen.

13.6 Haushalt

Die Ausgaben des Prüfdienstes Krankenversicherung beliefen sich im Jahr 2000 auf insgesamt 17,2 Mio. DM. Sie untergliedern sich in 14,2 Mio. DM für Personalkosten und 3,0 Mio. DM für Sachkosten.

Die Entwicklung der Kosten des Prüfdienstes in den Jahren 1996 - 2000 ist in Tabelle 7 aufgeschlüsselt.

Aufschlüsselung der Kosten (1996 - 2000)					
1	2	3	4	5	6
1996	13,1	81,4	3,0	18,6	16,1
1997	13,5	83,9	2,6	16,1	16,1
1998	14,2	84,5	2,6	15,5	16,8
1999	13,5	83,9	2,6	16,1	16,1
2000	14,2	82,6	3,0	17,4	17,2

Spalte 1: Jahr
 Spalte 2: Personalkosten in Millionen DM
 Spalte 3: Anteil der Personalkosten an den Gesamtausgaben in Prozent
 Spalte 4: Sachkosten in Millionen DM
 Spalte 5: Anteil der Sachkosten an den Gesamtausgaben in Prozent
 Spalte 6: Umlage in Millionen DM

Tabelle 7

13.7 Umlage 1999

Im Jahr 2000 hatte das Bundesversicherungsamt die Umlage für das Jahr 1999 zu ermitteln. Sie betrug 16,172 Mio DM (vgl. Tabelle 9).

Die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen beliefen sich im Jahr 1999 auf 860,047 Milliarden DM. Sie erhöhten sich 1999 gegenüber dem Vorjahr um 2,98 Prozent (vgl. Tabelle 8). Diese Einnahmen bilden die Bemessungsgrundlage für die Berechnung der Prüfkostenumlage.

Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der aktiven Mitglieder der bundesunmittelbaren Krankenkassen			
Jahr	Spalte 1	Spalte 2	Spalte 3
1995	778,754	+ 21,630	+ 2,86
1996	808,573	+ 29,819	+ 3,83
1997	830,154	+ 21,581	+ 2,67
1998	835,151	+ 4,997	+ 0,60
1999	860,047	+ 24,896	+ 2,98

Spalte 1: Summe der beitragspflichtigen Einnahmen in Milliarden DM
 Spalte 2: Veränderungen gegenüber dem Vorjahr in Milliarden DM
 Spalte 3: Veränderungen gegenüber dem Vorjahr in Prozent

Tabelle 8

Je 100.000 DM beitragspflichtige Einnahmen ihrer aktiven Mitglieder mußten die Krankenkassen 1999 1,88 DM (1998: 2,02 DM) Umlage für die Kosten des Prüfdienstes bezahlen.

Dies bedeutet gegenüber dem Vorjahr eine Verringerung um 6,93 Prozent (vgl. Tabelle 9).

Entwicklung der Umlage des PDK (1995 - 2000)				
1	2	3	4	5
1995	17,090	+ 17,50	2,19	+ 14,06
1996	16,124	- 5,62	1,99	- 9,13
1997	16,049	- 0,47	1,93	- 3,02
1998	16,832	+ 4,88	2,02	+ 4,66
1999	16,172	- 3,92	1,88	- 6,93
2000	18,113*			
Spalte 1: Jahr				
Spalte 2: Umlage in Millionen DM				
Spalte 3: Veränderung gegenüber dem Vorjahr in Prozent				
Spalte 4: Prüfdienstumlage je 100.000,- DM beitragspflichtige Einnahmen der aktiven Mitglieder in DM				
Spalte 5: Veränderung gegenüber dem Vorjahr				
* Daten des Haushaltsplanes 2000				

Tabelle 9

13.8 Fortbildung

Auch im Jahre 2000 hat der PDK zusammen mit der Koordinierungsstelle für Fortbildung (KoFo) beim Landesversicherungsamt Nordrhein-Westfalen ein Fortbildungsangebot für die Prüfdienste des Bundes und der Länder mit Seminaren und Workshops zu aktuellen Themen entwickelt. Beide Prüfdienste haben gemeinsam einen Seminarplan aufgestellt und diesen den Prüfdiensten angeboten.

Besondere Beachtung fanden die Schulungs-Veranstaltungen zur Schwerpunktprüfung „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (NUB). An diesen Spezialseminaren nahmen 51 Prüfer des PDK teil.

Insgesamt wurden im Jahre 2000 von der KoFo gemeinsam mit dem Bundesversicherungsamt 29 Seminare durchgeführt, die sich wie folgt aufteilten:

- 7 Grundseminare zu 5 Themen
- 7 Aufbau-seminare zu 6 Themen
- 12 Spezialseminare zu 5 Themen (einschließlich NUB)
- 3 Workshops zu 3 Themen.

Neu hinzugekommen war ein Spezialseminar für IT-Prüfer, das von 11 Teilnehmern des PDK besucht wurde.

Das größte Interesse bei den Fortbildungsveranstaltungen fanden dabei die Themen:

- ◆ Projektmanagement
- ◆ Optimierung von Arbeitsprozessen sowie
- ◆ Sozialrechtliches Verwaltungsverfahren.

Zu anderen Themen oder zur Vertiefung bereits vorhandener Kenntnisse bestand auch im vergangenen Jahr die Möglichkeit, Seminare anderer Einrichtungen, wie der Bundesakademie für öffentliche Verwaltung (BAKöV), des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik oder der Bundesausführungsbehörde für Unfallversicherung zu besuchen.

Darüber hinaus fanden bedingt durch das Personaltauschverfahren Berlin/Bonn auch im Jahre 2000 Einführungsseminare zum Krankenversicherungsrecht für die neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im PDK statt.

