

# Zweiter Jahresbericht der Ombudsperson des Medizinischen Dienstes Bayern über das Jahr 2022

# Inhalt

1. Statistisches	3
2. Allgemeine Vorbemerkungen zu den Beschwerden	4
3. Bereich Pflege	5
4. Bereich Allgemeine Sozialmedizin/Ambulante Versorgung	6
5. Beschwerden wegen geltend gemachter Behandlungsfehler	7
6. Interne Beschwerde	8

## 1. Statistisches

Im Berichtszeitraum vom 01.01.2022 bis 31.12.2022 sind bei der Ombudsperson des Medizinischen Dienstes Bayern insgesamt 582 Beschwerden von Versicherten eingegangen, wovon 298 den Bereich Pflege und 281 den Bereich Allgemeine Sozialmedizin/Ambulante Versorgung betrafen. Hinzu kamen 3 Beschwerden, in denen der Medizinische Dienst gemäß § 66 SGB V mit einer Begutachtung im Zusammenhang mit einem behaupteten Behandlungsfehler beauftragt wurde. Zusätzlich ging eine Beschwerde aus der Mitarbeiterschaft ein.

## 2. Allgemeine Vorbemerkungen zu den Beschwerden

Über die Möglichkeit der Beschwerde bei der Ombudsperson werden die Versicherten -zusätzlich zu dem Hinweis im Internetauftritt des Medizinischen Dienstes- bei ablehnenden Bescheiden gemäß der gesetzlichen Vorgabe in § 275 Abs. 3c SGB V im Bescheid der Kranken-/Pflegekasse neben den gesetzlich vorgesehenen Rechtsbehelfen gegen die Entscheidung der Kranken-/Pflegekasse unterrichtet. Unverändert ist festzustellen, dass die Versicherten mit dem Hinweis auf die gesetzlich vorgesehenen Rechtsbehelfe (Widerspruch, ggfs. Klage) einerseits und dem Hinweis auf die Möglichkeit der Beschwerde bei der Ombudsperson andererseits sehr häufig dahingehend überfordert sind, als ihnen nicht klar ist, ob und wann der gesetzlich vorgesehene Rechtsbehelf, die Beschwerde bei der Ombudsperson oder sinnvollerweise beides eingelegt werden soll. Zudem finden sich Hinweise auf die Beschwerde bei der Ombudsperson auch in anderen Zusammenhängen. So etwa in Schreiben der Kranken-/Pflegekassen in Widerspruchsverfahren, in denen zunächst darauf hingewiesen wird, dass die Kranken-/Pflegekasse an Ihrer ablehnenden Entscheidung festhält und sodann um Mitteilung bis ... gebeten wird, ob der Widerspruch zurückgenommen wird, oder um Information bis ... gebeten wird, wenn die Erteilung eines Widerspruchsbescheides gewünscht wird. In diesen Fällen entsteht durch den alleinigen Hinweis auf die Beschwerde bei der Ombudsperson bei manchem Versicherten der Eindruck, dass die Beschwerde bei der Ombudsperson die einzige Möglichkeit darstellt, doch noch ein positives Ergebnis erzielen zu können.

Vor diesem Hintergrund hat es sich auch im Jahre 2022 bewährt, jeden Versicherten zusammen mit der Eingangsbestätigung darüber aufzuklären, was Aufgabe und Zuständigkeit der Ombudsperson beim Medizinischen Dienst anbelangt und was nicht davon umfasst ist. Die durchweg positiven Antworten auf dieses Aufklärungsschreiben zeigen deutlich entsprechenden Bedarf und Notwendigkeit. Nur ganz vereinzelt erreichen mich auch negative Reaktionen, die sich zumeist aus einer vermuteten gänzlich anderen, weitergehenden Aufgabenzuweisung an die Ombudsperson erklären, in Richtung eines Vermittlers und gar Entscheiders im Spannungsverhältnis Versicherter, Kranken-/Pflegekasse und Medizinischer Dienst. Auch in diesen Fällen wird der Dialog gesucht und teils auch ein Verständnis geweckt.

Ihrer Art nach lassen sich die Beschwerden danach unterscheiden, ob sie sich entweder gegen die inhaltlichen Aussagen des Gutachtens richten, nur verfahrensmäßige Gesichtspunkte (z.B. Laufzeit, wesentliche Unterlagen fehlen) aufführen oder sowohl inhaltliche wie auch verfahrensmäßige Kritikpunkte benennen. Diese Einteilung ist für die weitere Behandlung durch die Ombudsperson richtungsweisend. Bezieht sich die Beschwerde auf eine rein pflegefachliche oder medizinische Fragestellung, werde ich in aller Regel mangels eigener Fachkenntnis einerseits und im Hinblick auf die fachliche Kompetenz und unabhängige Stellung der Gutachter nicht tätig. Umgekehrt sehe ich meine Zuständigkeit als gegeben an, wenn zumindest auch formale Gesichtspunkte bzw. die Art und Weise des Zustandekommens des Begutachtungsergebnisses betroffen sind. Nicht selten werde ich auch mit der Bitte um Rechtsrat oder gar um Vertretung in einer konkreten Angelegenheit angegangen. Hier ist in Anbetracht des Rechtsdienstleistungsgesetzes, der Bundesrechtsanwaltsordnung und daraus folgend dem ausdrücklichen Verbot in der Richtlinie des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen hinsichtlich der unabhängigen Ombudsperson (UOP-RL) äußerste Zurückhaltung geboten.

Ein Wort noch zur Einrichtung einer Ombudsperson als unabhängige und weisungsfreie Stelle aus aktuellem Anlass. Dem Beschluss der Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder vom 09. und 10.11.2022, wonach die Ombudsperson, weil sie gemäß § 278 Absatz 3 SGB V „bei jedem Medizinischen Dienst“ bestellt wird, dem jeweiligen Medizinischen Dienst und damit auch dessen Behördeneigenschaft zuzurechnen ist, ist deutlich zu widersprechen. Die Ombudsperson gemäß § 278 Abs. 3 SGB V ist keine Behörde im Sinne von § 1 Abs. 2 SGB X, weil sie keine Aufgaben der öffentlichen Verwaltung wahrnimmt. Eine Zuordnung zur Behörde Medizinischer Dienst ist mit der unabhängigen und weisungsfreien Stellung der Ombudsperson schlichtweg nicht vereinbar. Das dahinterliegende Anliegen, die Versicherten vor einer Versäumung der Rechtsbehelfsfristen zu schützen, indem bei der Ombudsperson eingehende Widersprüche gemäß § 84 Abs. 2 SGG fristwährend sind und auch die Ombudsperson gemäß § 84 Abs. 2 Satz 2 SGG zur Weiterleitung des Widerspruches verpflichtet ist, ist natürlich verständlich und zu begrüßen. Dieses Anliegen ist aber nicht durch letztlich nicht haltbare juristische Konstruktionen, sondern durch eine klare und allgemein verständliche Abfassung der Bescheide der Kranken-/Pflegekassen Rechnung zu tragen bzw., soweit dies nicht der Fall ist, durch eine Anwendung der Vorschriften über die Wiedereinsetzung in den vorigen Stand (§ 84 Abs. 2 Satz 3 SGG i.V.m. § 67 SGG).

## 3. Bereich Pflege

Im Bereich Pflege geht es den Versicherten natürlich in erster Linie um die korrekte Feststellung des Pflegegrades. In diesem Zusammenhang werden aber auch Kritikpunkte hinsichtlich der Art und Weise des Zustandekommens des Begutachtungsergebnisses erhoben. Die Versicherten bemängeln häufig, dass die Laufzeit für die Bearbeitung des Begutachtungsauftrages viel zu lang ist oder die Begutachtung im Wege des Telefoninterviews oder gar nur nach Aktenlage anstelle eines Hausbesuches erfolgt ist. Weiter, dass ihnen und ihren Angehörigen entweder nicht ausreichend Gelegenheit zur Darstellung der Pflegesituation gegeben wurde oder aber die gegebenen Hinweise nicht beachtet und nicht oder fehlerhaft in das Gutachten übernommen wurden. Schließlich gibt es auch Beschwerden, die das Verhalten der Pflegegutachter thematisieren und dieses z.B. als unhöflich, arrogant, empathielos beschreiben. In all denjenigen Fällen, in denen zumindest auch formale Gesichtspunkte angesprochen werden, und die nicht durch die Ombudsperson selbst, ggfs. nach Akteneinsicht, geklärt werden können, werden Stellungnahmen der zuständigen Stellen eingeholt. Dies war im Berichtszeitraum in 60 von 298 Fällen (= 20%) gegeben.

Die Stellungnahmen führen oftmals zu für die Versicherten positiven Ergebnissen. Dies gilt namentlich für Laufzeitbeschwerden, bei denen in aller Regel ein zeitnahe Termin für die Bearbeitung des Gutachtensauftrages, in einem Fall sogar nach vorherigem unglücklichen Verlauf ein ganz kurzfristiger Termin für eine Begutachtung im Wege des Hausbesuches ermöglicht werden konnte. In anderen Fällen kam es anstelle der Begutachtung nach Aktenlage zu einer Begutachtung per Telefoninterview bzw. anstelle der Begutachtung im Wege des Telefoninterviews zu einer Begutachtung im Wege des Hausbesuches. In einem weiteren Fall wurde auf Wunsch der Versicherten der ursprünglich vorgesehene Gutachter durch einen anderen Gutachter ersetzt. In einem anderen Fall wehrte sich ein (gehörloser) Versicherter gegen den Vorwurf, bei der Aufklärung des Sachverhaltes durch wiederholte Absage des Begutachtungstermins nicht mitgewirkt zu haben. In Wahrheit wurden die Termine nicht durch den Versicherten, sondern durch die Gehörlosendolmetscher abgesagt. Das EDV-Programm sieht keine entsprechende Variante vor. Dieser Hintergrund wurde dem Versicherten so entschuldigend dargelegt. Hier wäre zu überlegen, ob das EDV-Programm nicht um eine Variante „Absage des Begutachtungstermins durch Dritte“ ergänzt werden kann. In zwei weiteren Fällen konnten Fehler bei der Ausarbeitung des Gutachtens mit Auswirkung auf den Pflegegrad rasch korrigiert werden. In zwei anderen Fällen kam es nach inhaltlicher Überprüfung zu einer Korrektur des Ergebnisses (Rücknahme der Rückstufung des Pflegegrades bzw. Höherstufung des Pflegegrades).

Eine weitere Fallgruppe betrifft Beschwerden in Zusammenhang mit dem Verhalten des Gutachters während der Begutachtung, typischerweise im Rahmen eines Hausbesuches. Hier kommt es nicht selten zu der Konstellation, dass beide Parteien, soweit nicht eine Seite Einsicht zeigt, bei ihren konträren Positionen bleiben. Hier besteht für die Ombudsperson natürlich die Problematik, dass mangels eigener Anwesenheit bei der Begutachtung keine eigenständige Sichtweise über den wahren Geschehensablauf besteht. Allerdings entstehen auf der Grundlage der gewechselten Schreiben natürlich gewisse Vermutungen über den tatsächlichen Verlauf, die aber mangels ausreichender objektiver Entscheidungsbasis nicht zur Grundlage einer abschließenden Beurteilung gemacht werden können. Hier halte ich es für wichtig, jede Form der Kritik, auch wenn man sie im Ergebnis nicht für berechtigt hält, ernst zu nehmen und darauf hin zu prüfen, ob sich nicht doch daraus Möglichkeiten zur Verbesserung des Begutachtungsprozesses ergeben und dies ggfs. gegenüber den Versicherten auch so zum Ausdruck zu bringen.

## 4. Bereich Allgemeine Sozialmedizin/Ambulante Versorgung

Im Bereich Sozialmedizin richten sich die meisten Beschwerden gegen die Ablehnung von Rehabilitationsmaßnahmen, häufiger auch gegen die Verneinung eines längerfristigen Heilmittelbedarfes. Im Übrigen geht es u.a. um die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln (Cannabis), die Kostenübernahme von geplanten Operationen und Behandlungen, die Durchführung zahnärztlicher Leistungen (Implantatversorgung), das Fortbestehen der Familienmitversicherung oder das Vorliegen/Fortbestehen von Arbeitsunfähigkeit.

Art und Umfang des Tätigwerdens der Ombudsperson richten sich auch hier danach, ob sich die Beschwerde gegen die inhaltlichen Aussagen des Gutachtens richten oder zumindest auch verfahrensmäßige Gesichtspunkte angesprochen werden. Die Versicherten stützen sich im Bereich Allgemeine Sozialmedizin/Ambulante Versorgung zumeist auf ärztliche Atteste und Berichte der behandelnden Ärzte und Krankenhäuser, denen sie eine eingehendere Kenntnis des vorliegenden Krankheitsbildes und zum Teil eine höhere Fachkompetenz zuschreiben, während sie den in aller Regel nach Aktenlage erstellten Gutachten misstrauen. Auch im Berichtszeitraum 2022 trat wieder die Diskrepanz zwischen der nach Auffassung der behandelnden Ärzte für den Versicherten am besten geeigneten Maßnahme und dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, der Prüfungsmaßstab für das ärztliche Gutachten ist, hervor. Beschwerden in Hinblick auf das Verhalten des begutachtenden Arztes gab es nicht. Dies erklärt sich schon aus dem Umstand, dass die Begutachtungen in aller Regel nach Aktenlage erfolgen und es deshalb -anders als im Bereich Pflege- zu keiner direkten Kontaktaufnahme kommt.

Auch in diesem Bereich wurde bei den Beschwerden, in denen zumindest auch formale Gesichtspunkte zu Art und Weise der Begutachtung erhoben wurden, Stellungnahmen der zuständigen Stellen eingeholt. Dies war in 70 von den insgesamt 281 Fällen gegeben (ca. 24%), in denen es häufig im Ergebnis zu für die Versicherten positiven Ergebnissen kam. Dies betraf auch hier in vielen Fällen Beschwerden über zu lange Bearbeitungszeiten, bei denen in aller Regel kurzfristige Begutachtungen in Aussicht gestellt werden konnten. Aber auch in der Sache selbst kam es zu für Versicherte günstigeren Ergebnissen. So etwa durch die positive Bewertung der Genehmigung weiterer Psychotherapiestunden, von Rehabilitationssport und einer geriatrischen Rehabilitationsmaßnahme. Des Weiteren die positive Beurteilung der Kostenübernahme für einen elektrischen Rollstuhl. In einem weiteren Fall konnte zwar aktuell keine positive Beurteilung für die Kostenübernahme für eine individuell gefertigte Orthese abgegeben werden, es wurden aber wichtige Hinweise gegeben, welche Unterlagen benötigt werden, um im Endeffekt zu einer positiven Entscheidung zu kommen.

In einem anderen Fall wurde die Durchführung einer nochmaligen Begutachtung zugesagt.

## 5. Beschwerden wegen geltend gemachter Behandlungsfehler

Gemäß § 66 SGB V haben die Krankenkassen die Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzforderungen wegen Behandlungsfehlern zu unterstützen. Eine Art der Unterstützung besteht in der Einholung eines Gutachtens des Medizinischen Dienstes. In diesem Zusammenhang sind drei Beschwerden bei der Ombudsperson eingegangen. Einen Ansatzpunkt für ein Tätigwerden der Ombudsperson konnte ich hier nicht erkennen.

Die Krankenkassen bestimmen Art und Umfang der Unterstützungsleistungen und insbesondere auch, wann sie ihrer Unterstützungspflicht Genüge getan haben. Wenn ein Versicherter sich direkt an einen im Rahmen des § 66 SGB V tätig gewordenen Gutachter wendet und ihn zu einer Überarbeitung seines Gutachtens auffordert, verlässt er den von § 66 SGB V vorgezeichneten Weg, wenn er sich diesbezüglich nicht an seine Krankenkasse wendet, die ggfs. über eine (erneute) Beauftragung des Medizinischen Dienst zu entscheiden hätte. Wobei die Begutachtung bei Behandlungsfehlern durch nicht beim Medizinischen Dienst beschäftigte Außengutachter erfolgt, so dass zu dem Auftragsverhältnis zwischen Krankenkasse und Medizinischer Dienst dasjenige zwischen Medizinischem Dienst und Außengutachter hinzutritt. Von daher hat die Ombudsperson schon keinen direkten „Zugriff“ auf den Außengutachter. Es liegt jedenfalls nicht in der Kompetenz der Ombudsperson, hier den Versicherten bei der eigenständigen Verfolgung zivilrechtlicher Schadensersatzforderungen zu unterstützen. Soweit es um den Streit medizinischer Fachfragen geht, obliegt die Klärung nicht der Ombudsperson, vielmehr wäre hier, soweit die Krankenkasse ihre Unterstützungsleistung nach § 66 SGB V für abgeschlossen hält, der Zivilrechtsweg zu beschreiten. Generell fällt in diesen Fällen auf, dass schwerpunktmäßig gar nicht um eine medizinische Fachfrage gestritten wird, sondern um den tatsächlichen Geschehensablauf. Hier ist es nicht Aufgabe des Gutachters, den von ihm medizinisch zu beurteilenden Sachverhalt selbst zu ermitteln. Vielmehr ist es Aufgabe der Krankenkasse, dem Gutachter den zu beurteilenden Sachverhalt vorzugeben. Dies ist der Krankenkasse in aller Regel nur in Form der Vorgabe alternativer Sachverhalte möglich, was eine anspruchsvolle und zeitaufwändige Aufgabe darstellt. Auch hier ist es nicht an der Ombudsperson, dem Gutachter den maßgeblichen Sachverhalt vorzugeben.

## 6. Interne Beschwerde

Im Berichtszeitraum ging erstmalig auch eine Beschwerde aus der Mitarbeiterschaft des Medizinischen Dienstes ein. Es wird über eine ganze Reihe von Fällen berichtet, bei denen in der Erstbegutachtung von außerbayerischen Medizinischen Diensten die Mitteilungspflichten des § 277 SGB umgangen worden seien.

Die Erstbegutachtungen seien in Form von sozialmedizinischen Fallberatungen (SFB) stichpunktartig, ohne Ergebnismitteilung an den Leistungserbringer und von entsprechender sozialmedizinischer Qualität erfolgt, was den Vorgaben des § 277 SGB V widerspreche. Auch wenn es sich um Fehlverhalten außerhalb Bayerns handle, seien immerhin bayerische Versicherte betroffen, die mit Ihren Beiträgen letztlich auch den Medizinischen Dienst Bayern mitfinanzierten.

Es wird daraus die Verpflichtung des Medizinischen Dienstes Bayern abgeleitet, die betroffenen außerbayerischen Medizinischen Dienste auf die Einhaltung der Vorgaben des § 277 SGB V hinzuweisen und notfalls bestehende Kooperationsverträge zu beenden.

Die Thematik wurde mit dem Medizinischen Dienst besprochen, der im Ergebnis keine direkte, aber auch keine indirekte Einwirkungsmöglichkeit auf die anderen Medizinischen Dienste gesehen hat. Das Angebot zu einem Gespräch, ggfs. in moderierter Form, wurde von Seiten des Beschwerdeführers, vor allem in Hinblick auf die Wahrung der Anonymität, abgelehnt. Zu einer einvernehmlichen Beurteilung etwaiger zu ergreifender Maßnahmen ist es nicht gekommen.



## Impressum

Medizinischer Dienst Bayern  
Haidenauplatz 1  
81667 München  
[www.md-bayern.de](http://www.md-bayern.de)