

Jahresbericht der Ombudsperson des Medizinischen Dienstes Bayern über das Jahr 2023

Inhalt

1. Statistisches	3
2. Pflegebereich.....	4
3. Ambulante Versorgung.....	5
4. Beschwerden wegen Begutachtungen im Zusammenhang mit behaupteten Behandlungsfehler	6
5. Mitarbeiterbeschwerden	7

1. Statistisches

Im Berichtszeitraum vom 01.01.2023 bis 31.12.2023 sind bei der Ombudsperson des Medizinischen Dienstes Bayern 841 Beschwerden eingegangen. Dies bedeutet gegenüber dem ersten vollen Berichtsjahr 2022 mit 582 eingegangenen Beschwerden eine Zunahme um 44,50%. Die eingegangenen Beschwerden teilen sich auf in 441 Beschwerden im Bereich Pflege und 358 Beschwerden im Bereich ambulante Versorgung. Damit ergibt sich im Vergleich zum Vorjahr, in dem das Verhältnis Beschwerden im Bereich Pflege (53%) und im Bereich Ambulante Versorgung (47%) relativ ausgeglichen war, eine gewisse Verschiebung in Richtung Pflege (57,5%) gegenüber der ambulanten Versorgung (42,5%). Hinzu kommt eine Beschwerde wegen einer Begutachtung des Medizinischen Dienstes im Zusammenhang mit einem behaupteten Behandlungsfehler (§ 66 SGB V). Des Weiteren ging eine anonyme Beschwerde eines Mitarbeiters/einer Mitarbeiterin eines Medizinischen Dienstes, offensichtlich nicht des Medizinischen Dienstes Bayern, ein. Die restlichen 40 Beschwerden sind nicht den beiden Bereichen Pflege bzw. Ambulante Versorgung zuzuordnen. Hierunter fallen etwa Beschwerden über behauptete Fehlbehandlungen bei niedergelassenen Ärzten oder in Krankenhäusern. Hier werden die Beschwerdeführer auf deren Krankenkasse verwiesen, die die Versicherten im Zusammenhang mit der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen wegen behaupteter Behandlungsfehler zu unterstützen haben (§ 66 SGB V). Andere Fälle betreffen Fallgestaltungen, in denen der Arbeitgeber sich über eine vorgetäuschte Arbeitsunfähigkeit eines Arbeitnehmers beschwert, Beitragsstreitigkeiten von Versicherten mit der Krankenkasse. Bei einer Beschwerde über behauptete unzumutbare Zustände in einer Kurklinik wurde die Beschwerdeführerin auf die Zuständigkeit des Patienten- und Pflegebeauftragten der Bayerischen Staatsregierung hingewiesen. In einem anderen Fall werden Abrechnungsprobleme mit dem Pflegedienst beschrieben. Des Öfteren ist aus dem Beschwerdeschreiben schließlich gar nicht erkennbar, um was es überhaupt geht, und es erfolgt auf ausdrückliche Nachfrage keine weitere Erläuterung.

2. Pflegebereich

Im Pflegebereich geht es den Versicherten natürlich unverändert um die nach ihrem Dafürhalten unzutreffende Feststellung des Pflegegrades. Hier hat sich im Vergleich zum Vorjahr keine wesentliche Veränderung ergeben. Wiederum beziehen sich die meisten Beschwerden im Rahmen der Zuständigkeit der Ombudsperson auf die zu lange Bearbeitungsdauer der Gutachtensaufträge und auf die Begutachtung nur im Wege eines Telefongespräches oder gar nur nach Aktenlage, anstelle eines Hausbesuches. Weiter wurde wiederum bemängelt, dass den Versicherten bzw. den Angehörigen zu wenig Zeit und Gelegenheit zur Darstellung der Pflegesituation gegeben wurde, oder aber gegebene Hinweise gar nicht berücksichtigt oder falsch ins Gutachten übernommen wurden. Schließlich wurde auch wieder das Verhalten von Pflegegutachtern im Rahmen von Hausbegutachtungen als zum Teil unhöflich, arrogant und empathielos kritisiert. Zudem wurde vereinzelt die fachliche Kompetenz des Pflegegutachters bzw. der Pflegegutachterin in Zweifel gezogen. Die Ombudsperson hat an der Verfahrensweise festgehalten, in all denjenigen Fällen, in denen zumindest auch formelle Gesichtspunkte bei der Begutachtung angesprochen wurden und die nicht durch die Ombudsperson selbst geklärt werden konnten, eine Stellungnahme der zuständigen Stelle einzuholen. Dies war im Jahr 2023 in 98 Fällen von insgesamt 441 Beschwerden im Bereich Pflege gegeben (= 22%) und damit etwas über der Anzahl im Vorjahr mit 20%.

Aufgrund der eingeholten Stellungnahmen konnte wiederum in vielen Fällen ein für die Versicherten günstiges Ergebnis erzielt werden. Dies gilt namentlich bei Laufzeitbeschwerden, in denen ausnahmslos eine zeitnahe Terminierung ermöglicht wurde. Bei den Laufzeitbeschwerden entstand aus einigen Beschwerden, in denen eine Begutachtung durch Hausbesuch von Seiten der Versicherten abgesagt wurde, der Eindruck, dass dies zu einer teils deutlichen Rückstufung für eine erneute Terminierung führt. Dies erscheint der Ombudsperson jedenfalls in Fällen, in denen die Absage auf ohne Weiteres nachvollziehbaren Gründen beruht, als nicht gerechtfertigt. In anderen Fällen wurde anstelle einer Begutachtung nach Aktenlage eine Begutachtung im Wege eines Hausbesuches durchgeführt. In einem weiteren Fall wurde anstelle der ursprünglich vorgesehenen Gutachterin, obwohl nach Rücksprache mit dieser kein triftiger Grund für deren Ablehnung gesehen wurde, eine andere Gutachterin eingeteilt. Im Falle einer außerklinischen Intensivpflege wurde eine nochmalige Überprüfung per Hausbesuch durch eine neurologische Gutachterin zugesagt.

Eine weitere Beschwerde ergab sich aus dem Umstand, dass im Rahmen der Pflegebegutachtung u.a. danach gefragt wird, ob Hinweise auf Ursachen der Pflegebedürftigkeit vorliegen, wobei folgende Alternativen angekreuzt werden können: „keine“, „Berufserkrankung/Arbeitsunfall“, „Unfall“ oder „Versorgungsleiden“ („Ziffer 5.4“). Die Besonderheit besteht darin, dass die Beantwortung dieser Frage nicht in Zusammenhang mit der Feststellung des Pflegegrades steht, sondern für den Krankenversicherungs-/Pflegeversicherungsträger in Hinblick auf ihn übergehende Regressansprüche von Interesse sein kann (§116 SGB X). Aber auch für den Versicherten selbst kann dies in Hinblick auf die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen gegen einen potentiellen Schädiger von Bedeutung sein.

Die Beantwortung dieser Frage geht weit über die Frage des Grades der Pflegebedürftigkeit hinaus und führt in gänzlich andere Bereiche des Sozialrechts, nämlich die gesetzliche Unfallversicherung, das Versorgungsrecht (mögliche Felder hier: Impfschadensrecht oder Opferentschädigungsrecht) und das private Versicherungsrecht. Im konkreten Fall war eine Versicherte mit einem Pflegegrad 3 unverschuldet in einen Verkehrsunfall verwickelt gewesen, nach zwei Operationen unter Narkose wegen Knochenbrüchen ergab das Pflegegutachten vom August 2023 nunmehr einen Pflegegrad von 5. Auf die Beschwerde der Tochter der Versicherten, die eine Abänderung der Beantwortung der Frage Ziffer 5.4 von „keine“ in „Unfall“ begehrte, habe ich eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes zu der Frage eingeholt, ob die Erhöhung des Pflegegrades durch das Fortschreiten der im Wesentlichen pflegebegründenden Demenz durch den Verkehrsunfall und die anschließenden Operationen unter Narkose beeinflusst wurde. Der Medizinische Dienst hat daraufhin den inzwischen beim Medizinischen Dienst eingegangenen erneuten Begutachtungsauftrag auf den Widerspruch hin an die Pflegekasse nach Rücksprache zurückgegeben, mit der Bitte um einen korrekten Begutachtungsauftrag, der zu einer Prüfung der möglichen Zusammenhangsfrage nunmehr durch einen ärztlichen Gutachter führt.

3. Ambulante Versorgung

Im Bereich Ambulante Versorgung liegt der Schwerpunkt der eingegangenen 358 Beschwerden bei der Ablehnung von (hauptsächlich stationären) Rehabilitationsmaßnahmen (83 Beschwerden). Danach kommen Beschwerden im Zusammenhang mit der Ablehnung von Hilfsmitteln (51 Beschwerden), die Ablehnung der Kostenübernahme von Operationen (44 Beschwerden), Ablehnung Kostenübernahme ambulanter Behandlungen (30 Beschwerden), Einstellung der Zahlung von Krankengeld (21 Beschwerden). Dazu kommen z.B. Streitigkeiten wegen Ablehnung einer Cannabistherapie, Fragen des Fortbestehens der Familienmitversicherung, Ablehnung der Kostenübernahme von Zahnbehandlungen oder der Gewährung von Krankenpflege.

Unverändert stützen sich die Beschwerdeführer auf Atteste der behandelnden Ärzte und Berichte über Krankenhausbehandlungen, denen sie eine eingehendere Kenntnis der tatsächlichen Krankheitsituation und der sich daraus abzuleitenden Therapie zuschreiben, während sie den nach in aller Regel aufgrund der Aktenlage urteilenden ärztlichen Gutachtern misstrauen. Unverändert zeigt sich auch im Berichtszeitraum 2023 die Diskrepanz zwischen der nach Auffassung der behandelnden Ärzte für den Patienten am besten geeigneten Maßnahme und dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung und dem dabei zugrunde zu legenden Maßstab, wonach die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen, und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Beschwerden in Hinblick auf das Verhalten des ärztlichen Gutachters gab es nur in einem Fall, bei dem es auch zu einer körperlichen Untersuchung gekommen war.

Im Bereich Ambulante Versorgung wurden in 45 Fällen Stellungnahmen eingeholt, was bei einer Gesamtzahl von 358 Beschwerden einen Anteil von 12% ergibt und damit nur die Hälfte des Vergleichswertes aus dem Berichtsjahr 2022 (24%).

Im Zusammenhang mit den eingeholten Stellungnahmen kam es auch im Bereich in vielen Fällen für die Versicherten zu positiven Entscheidungen, vor allem bei Laufzeitbeschwerden, aber auch vereinzelt in der Sache selbst. So wurde z. B. bei einer Beschwerde wegen der Ablehnung einer Mutter-Kind-Kur, bei der die Reservierung in zwei Wochen abzulaufen drohte, nicht nur eine beschleunigte Bearbeitung ermöglicht, sondern die beantragte Kur auch genehmigt. In einem anderen Fall kam es nach Einholung einer Stellungnahme zur Genehmigung einer geschlechtsangleichenden Operation bei Transsexualismus.

4. Beschwerden wegen Begutachtungen im Zusammenhang mit behaupteten Behandlungsfehler

Im Berichtszeitraum kam es nur zu einer Beschwerde wegen vom Medizinischen Dienst erstellter externer Gutachten im Zusammenhang mit einem behaupteten Behandlungsfehler (vgl. § 66 SGB V).

Im konkreten Fall ging es um gravierende Folgen einer Spontangeburt einer Spätgebärenden, wobei der Vorwurf dahinging, dass vorliegend zwingend ein Kaiserschnitt hätte vorgenommen werden müssen. Für die Ombudsperson bestand nach Einsichtnahme in die erstellten Gutachten kein Ansatzpunkt, um der Klägerin behilflich sein zu können.

Zum einen kommt der Ombudsperson keine fachliche und rechtliche Zuständigkeit zu, die eingeholten ärztlichen Gutachten zu überprüfen. Zum anderen wirft der Fall zahlreiche rechtliche und tatsächliche Fragen auf, die die Beschwerdeführerin sicherlich mit den seinerzeit mandatierten Rechtsanwälten besprochen hat. Die Ombudsperson hat keine Befugnis zur Rechtsberatung.

5. Mitarbeiterbeschwerden

Im Berichtszeitraum ist keine Beschwerde eines Mitarbeiters/einer Mitarbeiterin des Medizinischen Dienstes Bayern bei der Ombudsperson eingegangen.

Eingegangen ist lediglich eine an die Ombudsperson des Medizinischen Dienstes Bund gerichtete anonyme Beschwerde, die stellvertretend für alle Ombudspersonen der Medizinischen Dienste der Länder auch an Bayern und Baden-Württemberg gesendet wurde. In der Sache geht es um die Qualitätssicherung der Begutachtung und Prüfung der Medizinischen Dienste der Länder im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung auf der Grundlage der nach § 283 Abs.2 Satz 1 Nr. 6 SGB V ergangenen Richtlinie.

Ich habe in der Angelegenheit Kontakt aufgenommen mit der Ombudsperson des Medizinischen Dienstes Bund, Frau Jutta Schümann, der Leitenden Ärztin des Medizinischen Dienstes Bund, Frau Dr. Haid und dem Kollegen in Baden-Württemberg, Herrn Peter Niedergesäss.

Auf der Grundlage eines Gespräches mit der stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden des Medizinischen Dienstes Bayern, Frau Dr. Adolph, zu der in Bayern geübten Praxis konnte ich keine Mängel erkennen.

Impressum

Herausgeber:
Medizinischer Dienst Bayern
Haidenauplatz 1
81667 München
www.md-bayern.de