

Erster jährlicher Bericht der Ombudsperson beim Medizinischen Dienst Bayern 2021

München, 29.12.2021

Inhalt

1	Rechtsgrundlage	3
2	Aufgaben der Ombudsperson	3
3	Befugnisse der Ombudsperson im Zusammenhang mit Beschwerden von Versicherten	3
4	Beschwerden von Versicherten	4
5	Teilbereich Pflege	5
6	Teilbereich Allgemeine Sozialmedizin	5
7	Ergebnis	7

1 Rechtsgrundlage

Gemäß Nr. 3.3. der Richtlinie des MDS (UOP-Richtlinie) hat die Ombudsperson bis spätestens zum 31. Dezember des jeweiligen Jahres einen Bericht zu erstellen und dem Medizinischen Dienst zuzuleiten.

Der jährliche Bericht soll Auskunft über Art und Umfang der Inanspruchnahme der Ombudsperson durch Versicherte und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes geben.

2 Aufgaben der Ombudsperson

a) Die Schaffung der Stelle einer externen unabhängigen Ombudsperson ist das zentrale Mittel, um eine Transparenz hinsichtlich der Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes herzustellen. Einblick in die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes gewinnt die Ombudsperson zunächst durch die Meldung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern über Unregelmäßigkeiten, insbesondere Beeinflussungsversuche durch Dritte. Die Hervorhebung auf Beeinflussungsversuche von außerhalb des Medizinischen Dienstes wirft die Frage auf, ob die Meldung von Beeinflussungsversuchen von innerhalb des Medizinischen Dienstes (sog. „whistleblowing“) nicht in den Aufgabenbereich der Ombudsperson fällt. Denkbar wäre eine Subsumtion unter den vorangestellten Oberbegriff „Unregelmäßigkeiten“, wobei zu berücksichtigen ist, dass die Gesetzesbegründung (BT-Drs 19/13397, S. 70) ausschließlich von Beeinflussung durch Dritte spricht. Hier wäre eine Klarstellung der Richtlinie angezeigt. Jedenfalls wäre unter dem Gesichtspunkt „Herstellung von Transparenz“ eine Einbeziehung des „whistleblowing“ in den Aufgabenbereich der Ombudsperson wünschenswert.

Eine Anrufung der Ombudsperson durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist im Berichtszeitraum nicht erfolgt.

Des Weiteren gewinnt die Ombudsperson Einblick in die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes durch die Beschwerden von Versicherten und deren Verfolgung durch die Ombudsperson im Wege der Akteneinsicht und der Einholung einer Stellungnahme zu der Beschwerde von der zuständigen Stelle innerhalb des Medizinischen Dienstes.

b) Die Befassung mit den Beschwerden von Versicherten ist zugleich die zweite zentrale Aufgabe der Ombudsperson.

Die Ombudsperson soll die Versicherten bei der Wahrnehmung ihrer Rechte stärken und unterstützen.

3 Befugnisse der Ombudsperson im Zusammenhang mit Beschwerden von Versicherten

Die Befugnisse der Ombudsperson beim Medizinischen Dienst gehen nicht weiter als die Befugnisse des Medizinischen Dienstes, es sei denn, solche weitergehenden Befugnisse wären in der UOP-Richtlinie niedergelegt. Dies ist nicht der Fall.

Der Medizinische Dienst nimmt kraft eines Auftrages der Kranken-/Pflegekasse eine Begutachtung vor im Rahmen eines bei der Kranken-/Pflegekasse vorliegenden Antrages.

Mit der Erstellung des Gutachtens (im Ausgangsverfahrens bzw. im Widerspruchsverfahrens) hat der Medizinische Dienst seinen Auftrag erfüllt.

Herrin des Verfahrens bleibt stets die Kranken-/Pflegekasse.

Wenn sich ein Versicherter gegen den Inhalt einer Entscheidung (Ablehnung eines Antrages, Zurückweisung des Widerspruchs) wenden will mit dem Ziel einer umfassenden nochmaligen Prüfung, muss er den rechtsförmig dafür vorgesehenen Weg einschlagen, nämlich Widerspruch gegen den Bescheid der Kranken-/Pflegekasse, ggfs. Klage zum Sozialgericht gegen den Widerspruchsbescheid.

Der Weg der Beschwerde über die Ombudsperson eröffnet eine solche umfassende Überprüfungsmöglichkeit nicht. Eine solche weitergehende Überprüfungsmöglichkeit wäre nur gegeben, wenn die Ombudsperson an die Entscheidungsebene, also bei der einzelnen Kranken-/Pflegekasse, angebunden wäre.

Die Etablierung einer form- und fristlosen Beschwerdemöglichkeit direkt gegen die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes ist vor dem Hintergrund nachvollziehbar, dass das Ergebnis der sozialmedizinischen Begutachtung die Entscheidung der Kranken-/Pflegekasse oftmals faktisch präjudiziert. Eine inhaltliche Abänderung des Begutachtungsergebnisses ist dem Medizinischen Dienst aber immer nur im Rahmen eines vorliegenden Begutachtungsauftrages möglich, etwa im Rahmen des Widerspruchsverfahrens.

Eine Einflussnahme der Ombudsperson auf den Inhalt des Ergebnisses scheidet aus. Die (zusätzliche) Einschaltung der Ombudsperson ist daher dann zweckmäßig, wenn es nicht ausschließlich um das Ergebnis der Begutachtung geht, vielmehr es um die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes auf dem Weg der Entscheidungsfindung geht. In diesen Fällen macht auch die zusätzliche Beschwerde zum Rechtsbehelf gegen die Entscheidung der Kranken-/Pflegekasse Sinn.

4 Beschwerden von Versicherten

Hiervon ausgehend stellen sich Art und Weise der Befassung der Ombudsperson mit den eingehenden Beschwerden wie folgt dar:

Im Zeitraum von August 2021 bis Dezember 2021 (Stand 20.12.21) sind 147 Beschwerden bei der Ombudsperson eingegangen, wobei 79 Beschwerden den Bereich Pflege und 68 den Bereich allgemeine Sozialmedizin betreffen.

Über die Möglichkeit der Beschwerde bei der Ombudsperson werden die Versicherten entsprechend der gesetzlichen Vorgabe in § 275 Abs. 3c SGB V im Bescheid der Kranken-/Pflegekasse im Anschluss an die allgemeine Rechtsbehelfsbelehrung unterrichtet.

Dies führt in nicht wenigen Fällen nach meiner Erfahrung zu einer Verunsicherung bei den Versicherten, ob Widerspruch gegen den Bescheid der Kranken-/Pflegekasse, Beschwerde bei der Ombudsperson oder beides eingelegt werden soll.

Jede/r Beschwerdeführer/in erhält daher neben der Eingangsbestätigung ein Aufklärungsschreiben, in dem er über das Verhältnis Widerspruch / Beschwerde aufgeklärt wird.

Hier erledigen sich bereits eine Vielzahl an Fällen, da auf das Aufklärungsschreiben hin keine Rückmeldung erfolgt oder positiv mitgeteilt wird, dass die Beschwerde bei der Ombudsperson nicht mehr weiterverfolgt wird. Insgesamt leite ich aus der hohen Zahl an Beschwerden, die nicht weiterverfolgt werden, ab, dass auf mein Schreiben erstmals eine eingehende Überlegung erfolgt, welches Ziel konkret verfolgt wird und welcher Weg hierfür erfolgversprechend ist. Dies wird zu der Erkenntnis führen, dass die Beschwerde bei der Ombudsperson zwar niederschwellig – weil form- und fristlos – ist, aber das in aller Regel ganz im Vordergrund stehende Ziel einer nochmaligen inhaltlichen Überprüfung der Entscheidung nur über den Weg eines Widerspruchs erreicht werden kann.

In den anderen Fällen erfolgt auf der Grundlage der Einwilligungserklärung eine Einsichtnahme in die Akten, wodurch erstmals ein umfassender Eindruck vom Inhalt der Beschwerde gewonnen wird, wovon dann das weitere Vorgehen bis zur Einholung einer Stellungnahme bei der zuständigen Fachabteilung abhängt.

5 Teilbereich Pflege

Im Bereich Pflege geht es den Antragsstellern zumeist um eine mehr oder minder eingehende Auseinandersetzung mit den Beurteilungen in dem sozialmedizinischen Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Diese sind geprägt von den tagtäglichen Erfahrungen des Antragsstellers / der Antragstellerin und ggfs. seiner Verwandten und Angehörigen von der Beeinträchtigung der Selbständigkeit und bei der Bewältigung des Alltags und einer entsprechenden Erwartungshaltung auf Hilfestellung durch den Staat. Dem gegenüber steht die Beurteilung durch die Pflegegutachter, die hinsichtlich Ablauf und Inhalt der Prüfung bis in letzte Details durch die einschlägigen Begutachtungsrichtlinien vorgegeben sind. Hier tun sich oftmals gewaltige Wahrnehmungs- und Beurteilungsunterschiede auf. Diese können letztlich nur durch eine Einstellung auf beiden Seiten überbrückt werden, die sich auch in die Lage des anderen hineinversetzt und jedenfalls die Möglichkeit erwägt, auch die gegenüberstehende Seite könnte Recht haben.

Dabei wird durchaus in Rechnung gestellt, dass der Bereich der Pflege dadurch gekennzeichnet ist, dass dem / der Versicherten in aller Regel eine Person mit Namen und Gesicht (Hausbesuch) oder zumindest Stimme (Telefoninterview) gegenübersteht, so dass sich die Enttäuschung über ein unbefriedigendes Begutachtungsergebnis oftmals auf die begutachtende Person überträgt.

Hiervon ausgehend haben sich auf das Aufklärungsschreiben hin 44 von 79 Beschwerden durch Nichtweiterverfolgung erledigt.

In einer Reihe weiterer Fälle konnte eine Klärung ohne Akteneinsicht (8 Fälle) erfolgen (zuständige Stelle bei Überforderung eines Pflegeheimes; Tätigkeit eines außerbayerischen Medizinischen Dienstes; Zwistigkeiten innerhalb der Familie über die Notwendigkeit der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen; nicht erlaubte Rechtsberatung durch die Ombudsperson gegenüber Bescheid / Aufklärungsschreiben der Pflegekassen) bzw. in 4 Fällen nach Akteneinsicht.

Für die weitere Bearbeitung ist dabei von Bedeutung, ob von dem Beschwerdeführer / der Beschwerdeführerin ausschließlich oder wesentlich Gründe vorgetragen werden, die die Art und Weise der Begutachtung betreffen, wobei auch mehrfach die Thematik Begutachtung durch Hausbesuch anstelle einer nur telefonischen Befragung thematisiert wurde, oder es nur um das Ergebnis der Begutachtung geht.

In ersterem Fall wird in der Regel eine Stellungnahme bei der zuständigen Stelle eingeholt. Soweit zeitgleich ein Auftrag zu einer Begutachtung beim Medizinischen Dienst vorliegt, kann auch eine inhaltliche Prüfung erfolgen.

In diesen Fällen (insgesamt 10) kam es bei Beschwerden über die Laufzeit zu einer zeitnahen Begutachtung, bei Beschwerden über die Art der Begutachtung teilweise zu einer Begutachtung in Form eines Hausbesuches und in einem Fall nach einem Hausbesuch zur Befürwortung einer höheren Pflegestufe.

Die verbleibenden Fälle befinden sich noch in Bearbeitung.

6 Teilbereich Allgemeine Sozialmedizin

Der Teilbereich Allgemeine Sozialmedizin zeichnet sich dadurch aus, dass sich die Versicherten bei ihren Beschwerden über die Ablehnung von Anträgen auf ärztlich Atteste der behandelnden Ärzte stützen. Es geht hier unter anderem um Fragen einer fortbestehenden Arbeitsunfähigkeit, die Notwendigkeit von Rehabilitationsmaßnahmen, die Verordnungsfähigkeit von Arznei- und Hilfsmitteln, die Durchführungen von bestimmten Behandlungen, die Durchführung zahnärztlicher Leistungen oder das Fortbestehen einer Familienmitversicherung.

Hier wird häufig von den Versicherten die Frage aufgeworfen, wieso eine Maßnahme, die von den behandelnden, die Versicherten am besten kennenden Ärzten als notwendig befürwortet wird, gleichwohl von der Krankenkasse abgelehnt wird und sich dabei auf Gutachten des Medizinischen Dienstes stützen kann, die von Ärzten am Schreibtisch verfasst werden. Allgemein gesprochen geht es um die mögliche Diskrepanz zwischen der nach Ansicht des behandelnden Arztes im Einzelfall für den Versicherten am besten geeigneten Maßnahme und dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, der Prüfungsmaßstab für das sozialmedizinische Gutachten ist. Dabei ist den behandelnden Ärzten dieses Problemfeld bestens vertraut, da sie die Verordnung (von Arzneimitteln, Heilmitteln) selbst vornehmen könnten, sich dann aber der Gefahr eines Verordnungsregresses ausgesetzt sehen bzw. einen solchen schon erfahren haben. Auch könnte die Behandlung vorgenommen werden, würde aber möglicherweise nicht über die gesetzliche Krankenversicherung vergütet.

Daher besteht in diesen Fällen auch ein nachvollziehbares Eigeninteresse des behandelnden Arztes an einer Vorabklärung durch die Krankenkasse auf dem Weg über die Versicherten.

Von den Versicherten erfolgen gegenüber dem begutachtenden Arzt – anders als im Teilbereich Pflege – bedingt durch den dortigen engeren Kontakt – keine Beschwerden zum Verhalten und es werden auch keine Vorbehalte gegen die fachliche Kompetenz des Arztes erhoben, von einem – gravierenden – Fall abgesehen. In dem genannten Fall wurde verkannt, dass bei der Begutachtung – anders als beim niedergelassenen Facharzt – nicht Voraussetzung ist, dass der begutachtende Arzt dem Fachgebiet angehören muss, in das die verordnete Leistung oder die vorliegende Erkrankung fällt (Facharztstandard). Dessen ungeachtet muss immer das nötige ärztliche Fachwissen zur Begutachtung der Fragestellung vorliegen, was bei Übernahme und Zuteilung der Begutachtung jeweils zu prüfen ist. Die getroffene Entscheidung unterliegt nicht der Überprüfung durch die Ombudsperson. Hiervon ausgehend ist festzustellen, dass nach Erhalt von Eingangsbestätigung und dem Aufklärungsschreiben der (zusätzliche) Weg über eine Beschwerde bei der Ombudsperson in einer Vielzahl von Fällen (26) nicht mehr weiterverfolgt wird.

Andere Beschwerden (9) wurden bereits ohne Akteneinsicht erledigt (Arbeitgeber wendet sich gegen Bejahung der Arbeitsunfähigkeit eines seiner Arbeitnehmer durch den Medizinischen Dienst, Beschwerde richtet sich gegen einen niedergelassenen Arzt) oder in 4 Fällen allein aufgrund einer Akteneinsicht (Übersendung von Gutachten, Gutachten bereits erstellt, aber noch keine Bekanntgabe der Krankenkasse gegenüber Versichertem, Auftrag für Widerspruchsgutachten bereits eingegangen usw.).

Bei den übrigen Beschwerden wurden Stellungnahmen (22mal) eingeholt.

Soweit die Beschwerden sich auf die Laufzeit bezogen, konnte jeweils ein für die Versicherten befriedigendes Ergebnis erzielt werden (10). Soweit darüber hinaus auch eine nochmalige Überprüfung in der Sache selbst erfolgte, kam es in 3 Fällen zu einer abgeänderten positiven Beurteilung durch den Medizinischen Dienst (Fortbestand der Arbeitsunfähigkeit, stationäre Reha wird befürwortet, Mutter-Kind-Kur wird befürwortet). In einem weiteren Fall wurde ein entscheidender Hinweis erteilt, wie über einen neuen Antrag bei der Krankenkasse mit hoher Wahrscheinlichkeit ein positives Ergebnis für das Kind der Versicherten erreicht wird (Kostenübernahme für technisches Hilfsmittel).

In allen anderen Fällen verblieb es bei der bisherigen Beurteilung (8 mal). Dabei ist hervorzuheben die zum Teil nochmals sehr eingehende Befassung mit der streitigen Fragestellung.

Die verbleibenden Fälle sind noch nicht abgeschlossen.

7 Ergebnis

Die Tätigkeit der Ombudsperson war ganz wesentlich durch die Bearbeitung der Beschwerden der Versicherten geprägt. Unregelmäßigkeiten bei der Tätigkeit des Medizinischen Dienstes wurden nicht festgestellt. Solche wurden zwar in einem Fall, losgelöst von der zugrundeliegenden inhaltlichen Fragestellung, in den Raum gestellt, aber nicht mit belastbaren und nachvollziehbaren Fakten untermauert. Auch die Akteneinsicht brachte hierzu keine weiteren Erkenntnisse.

München, den 29.12.2021

Hans Peter Spiegl

Medizinischer Dienst Bayern
Haidenauplatz 1
D-81667 München
Tel. 089 159060-5555
info@md-bayern.de
www.md-bayern.de