

Jahresbericht 2022 der Unabhängigen Ombudsperson beim Medizinischen Dienst Mecklenburg-Vorpommern



IMPRESSUM

Dr. Ingrid Künzler, Unabhängige Ombudsperson
beim Medizinischen Dienst Mecklenburg-Vorpommern

E-Mail: ombudsperson@md-mv.de

Medizinischer Dienst Mecklenburg-Vorpommern

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Lessingstr. 33

19059 Schwerin

Telefon: 0385 48936-00

Telefax: 0385 48936-1999

E-Mail: info@md-mv.de

Internet: www.md-mv.de

Einleitung

Nach § 278 Abs. 3 SGB V ist bei jedem Medizinischen Dienst (MD) eine Ombudsperson zu bestellen, an die sich sowohl Beschäftigte des MD bei Beobachtung von Unregelmäßigkeiten, insbesondere Beeinflussungsversuchen durch Dritte, als auch Versicherte bei Beschwerden über die Tätigkeit des MD vertraulich wenden können.

Die Ombudsperson berichtet dem Verwaltungsrat und der zuständigen Aufsichtsbehörde jährlich in anonymisierter Form. Der Bericht ist drei Monate nach Zuleitung an den Verwaltungsrat und die Aufsichtsbehörde im Internet zu veröffentlichen. Das Nähere wird in der Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund geregelt. Danach ist der Bericht in jedem Jahr zum 31.12. den entsprechenden Stellen vorzulegen.

Der Verwaltungsrat hat die Ombudsperson zum 01.10.2021 bestellt. Der erste Berichtszeitraum umfasste deshalb nur das letzte Quartal 2021, in dem lediglich drei Eingaben zu verzeichnen waren, deshalb wurde auf die Erstellung eines Berichtes für 2021 verzichtet.

Die ersten Tätigkeitsmonate waren geprägt durch den Aufbau einer Büroorganisation einschließlich Internetportal und Formularen sowie Gesprächen mit den internen Ansprechpartnern (Führungskräfte, Beschwerdemanagement und Datenschutzbeauftragte sowie Personalrat), um die Kommunikationswege abzustimmen und Aufgabe und Person der Ombudsperson vorzustellen.

Dem Verwaltungsrat wird nach einem Zwischenbericht im November 2022 nun der Jahresbericht 2022 vorgelegt.

1 Kontakte und Themenfelder im Überblick

Im Zeitraum vom 01.10.2021 bis 31.12.2022 haben sich 150 Versicherte, bzw. Bevollmächtigte entweder schriftlich oder per Telefon an die Ombudsperson gewandt. Dabei hat sich insbesondere das Telefonangebot bewährt, weil es den Versicherten einen einfachen Zugang eröffnet und schnell Sachverhalte sowie Zuständigkeitsfragen geklärt und Betroffene auf den richtigen Pfad (Beschwerde- oder Widerspruchsverfahren) verwiesen werden können. Insbesondere älteren Versicherten fehlt häufig die nötige Handlungskompetenz für ein schriftliches Verfahren oder auch ein Zugang zum Internet, so dass ein Verweis auf ein im Internetportal hinterlegtes Formular mit den erforderlichen Einwilligungs- und Datenschutzerklärungen ins Leere läuft.

Das Thema eines barrierefreien und datenschutzkonformen Zuganges zur Ombudsperson ist deshalb weiter zu verfolgen.

Insgesamt wurden von den im Berichtszeitraum geführten 96 Telefonaten lediglich fünf als Beschwerden aufgenommen und weiterbearbeitet. In allen übrigen Fällen konnte den Anrufern die Zuständigkeit der Ombudsperson, das Rechtsbehelfsverfahren der Kassen oder der Inhalt des Ablehnungsbescheides der Kranken- bzw. Pflegekasse erklärt werden.

1.1 Fehlende Begründungen, unzulängliche Rechtsbehelfsbelehrungen in Bescheiden

Nach § 275 Abs. 3c SGB V muss die Krankenkasse, wenn sie einen Leistungsantrag auf der Grundlage einer Stellungnahme des Medizinischen Dienstes ablehnt, die Versicherten nicht nur auf die Beschwerdemöglichkeit bei der Ombudsperson hinweisen, sondern ihnen auch das Ergebnis der gutachterlichen Stellungnahme und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis in verständlicher und nachvollziehbarer Form mitteilen.

Dieser Begründungspflicht wird häufig nicht entsprochen, sondern die Versicherten nur auf die Beschwerdemöglichkeit an die Ombudsperson hingewiesen.

In Kombination mit einer unzulänglichen Rechtsbehelfsbelehrung der Kranken- bzw. Pflegekassen entsteht bei Versicherten dadurch der Eindruck, Ombudspersonen seien zuständig für die Überprüfung der Ablehnungsbescheide. Das führt zu unnötiger Arbeit bei der Ombudsperson und begründet für Versicherte das Risiko der Fristversäumnis für das Einlegen eines Rechtsbehelfs.

Dieses Problem zeigt sich bundesweit und war auch Gegenstand einer Arbeitstagung der Ombudspersonen. Inzwischen gibt es hierzu ein Beratungsergebnis der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht beim GKV-Spitzenverband, der feststellt, „der Hinweis auf die Ombudsperson sollte im Bescheidtext selbst und nicht im Zusammenhang mit der Rechtsbehelfsbelehrung erfolgen, damit eine klare Trennung dieses Beschwerdeverfahrens von möglichen Rechtsbehelfen gegen die Entscheidungen der Krankenkassen erfolgt“. Das entspricht bereits der Praxis und bedeutet keine Lösung des Problems, da der Hinweis auf die Ombudsperson vor der Rechtsbehelfsbelehrung steht und Versicherte den ersten schnell zugänglichen Kontakt nutzen.

Auch die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder haben sich im November 2022 mit dem Thema befasst und versucht, das Risiko der Fristversäumnis im Interesse der Versicherten dadurch zu lösen, dass sie festgestellt haben, die Ombudspersonen seien zwar unabhängig und weisungsfrei gegenüber dem MD, seien aber bei jedem MD zu bestellen und deshalb dessen Behördeneigenschaft i. S. des § 84 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz zuzurechnen. Danach hätten sie Widersprüche nicht nur fristwährend entgegen zu nehmen, sondern auch die Pflicht, diese an die Kranken-/Pflegekassen weiterzuleiten. Eine Umsetzung dieses Beschlusses wäre mit einem erheblichen Aufwand für die Ombudspersonen verbunden. So müssten sie z. B. vor Weiterleitung die Zustimmung der Versicherten einholen und die zuständige Kasse ermitteln.

Auch der GKV-Spitzenverband vertritt hier zu Recht die Auffassung, dass Ombudsverfahren keine Widersprüche gegen Bescheide der Kasse auslösen. Nur im Einzelfall, wenn der Kranken-/Pflegekasse ein Widerspruch verfristet zugeht und sich aus der Widerspruchsschrift ergibt, dass die/der Versicherte innerhalb der maßgeblichen Frist irrtümlich den Widerspruch an die Ombudsperson gerichtet hatte, sollte geprüft werden, ob die Voraussetzungen des § 84 Abs. 2 SGG vorliegen.

Hier bleibt die weitere Entwicklung abzuwarten.

1.2 Bevorzugte Kommunikationswege

Die **schriftlichen Eingaben** (54 Fälle) kamen in der Regel per Mail, was datenschutzrechtlich problematisch ist. Ein entsprechender Hinweis findet sich sowohl im Internetportal als auch in der automatischen Eingangsbestätigung. Gleichwohl wählen Beschwerdeführende diesen einfachen Weg. Hier sollte deshalb an einer sicheren Portallösung gearbeitet werden.

In wenigen Fällen wurde eine Gesprächsnotiz aufgenommen und den Beschwerdeführenden mit den erforderlichen Einwilligungserklärungen zur Bestätigung übersandt.

1.3 Fachbereiche der Eingaben

Inhaltlich betreffen die Eingänge überwiegend den Bereich Krankenversicherung, nur wenige Eingaben (25 Fälle) erfolgten zum Bereich Pflegeversicherung.

Beschwerden von Beschäftigten über Unregelmäßigkeiten und Beeinflussungsversuche Dritter sind nicht eingegangen.

Alle Eingaben werden von mir geprüft, soweit Anhaltspunkte für ein Beschwerdeverfahren vorliegen, werden die erforderlichen Einwilligungserklärungen angefordert oder telefonische Rücksprache mit den Beschwerdeführenden genommen und dann bei Bedarf eine Stellungnahme der zuständigen Geschäftsbereichsleitung eingeholt. Alle Vorgänge, die als Beschwerde aufgenommen wurden, werden gegenüber den Beschwerdeführenden schriftlich zum Abschluss gebracht, die anderen erhalten eine schriftliche oder telefonische Rückmeldung, dass kein Ombudsverfahren eröffnet wurde.

Angesichts der geringen Zahl „echter“ Beschwerden lassen sich keine systematischen Schwachstellen identifizieren.

Im **Pflegebereich** wurden am häufigsten die Bearbeitungsdauer im Widerspruchsverfahren bzw. die Terminabstimmung und im Einzelfall das Auftreten der Gutachter bemängelt. Das hier bestehende Spannungsverhältnis zwischen Auftragsmenge, verfügbaren Personalkapazitäten und Fristenregelungen wird von der Geschäftsbereichsleitung durch eine klare Priorisierung gelöst, die für mich nachvollziehbar und plausibel ist und deshalb nicht beanstandet werden kann. In begründeten Einzelfällen konnte eine Abhilfe erzielt werden.

Im **Bereich Sozialmedizin** wurde bemängelt, dass die Stellungnahme nach Aktenlage erfolgt ist, der gutachterlichen Stellungnahme nicht alle Befundunterlagen zugrunde lägen oder das Ergebnis nicht nachvollziehbar sei.

Hierbei handelt es sich in der Regel nicht um Beschwerden im eigentlichen Sinne, sondern um Widersprüche bzw. widerspruchsflankierende Eingaben, die bei einer Beachtung der Begründungspflicht im Bescheid (§ 275 Abs. 3c SGB V) vermieden werden könnten bzw. im Widerspruchsverfahren überprüft werden. Hier wurde den Beschwerdeführenden in der Regel der Sachverhalt erklärt.

2 Zusammenarbeit mit dem MD

Die Zusammenarbeit mit dem MD gestaltete sich sehr kooperativ und unterstützend, die Geschäftsbereichsleitungen haben Anfragen schnell und konstruktiv erledigt und standen jederzeit für Fragen und Anregungen zur Verfügung. Die Unterstützung durch die Geschäftsstelle war professionell und mit dem nötigen Zeitanteil ausgestattet.

3 Zusammenfassung

Im Berichtszeitraum vom 01.10.2021 bis 31.12.2022 sind bei der Ombudsperson

- 150 Eingaben eingegangen, davon
 - 96 telefonische Kontakte
 - 4 schriftliche Eingänge (überwiegend per Mail).

Bei der fachlichen Verteilung betrafen

- 83 % der Eingänge den Bereich Sozialmedizin
- 17 % den Bereich Pflege

Davon waren lediglich 8 Eingaben „echte“ Beschwerden, die das Verhalten von Mitarbeitenden oder das Verfahren betrafen. Bei der überwiegenden Zahl der Eingänge handelte es sich um Widersprüche gegen Ablehnungsbescheide bzw widerspruchsflankierende Beanstandungen der Gutachten.

Eingaben von Beschäftigten über Unregelmäßigkeiten oder Beeinflussungsversuche Dritter gab es nicht.

Im **Ergebnis** bleibt festzustellen, dass Versicherte häufig Schwierigkeiten haben, in den Ablehnungsbescheiden die Entscheidungsgründe nachzuvollziehen oder den richtigen Weg für ihr Anliegen (Widerspruch oder Beschwerde bei der Ombudsperson) zu finden. Diese Transparenz herzustellen und damit Akzeptanz für die Entscheidungen zu schaffen, war eine der Haupttätigkeiten des letzten Jahres. Eine Gratwanderung für die Ombudsperson, zu deren Aufgaben explizit nicht die rechtliche Beratung der Versicherten gehört.

Dr. Ingrid Künzler

Januar 2023