

Jahresbericht 2023

nach § 278 Abs. 3 SGB V

Berichtszeitraum 01.01. – 31.12.2023



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

Vorwort

Nach § 278 Abs. 3 SGB V wird bei jedem Medizinischen Dienst eine unabhängige Ombudsperson (uOP) bestellt, an die sich sowohl Beschäftigte bei Beobachtung von Unregelmäßigkeiten, insbes. Beeinflussungsversuche durch Dritte, als auch Versicherte bei Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes vertraulich wenden können.

Die uOP berichtet jährlich in anonymisierter Form dem Vorstand, dem Verwaltungsrat und der zuständigen Aufsichtsbehörde.

Der Bericht soll Auskunft über die Inanspruchnahme der uOP durch Versicherte und Beschäftigte des Medizinischen Dienstes geben.

Die nähere Ausgestaltung der Rolle und Aufgaben der uOP sowie des Berichtes erfolgt in der Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Abs. 2 SGB V zur uOP.

Inhaltsverzeichnis

1	Zuständigkeit	5
2	Zugang zur Ombudsperson	5
	2.1 Kontakte/Eingaben	6
3	Petenten	7
	3.1 Beschäftigte	7
	3.2 Versicherte.....	7
4	Eingabegründe	8
	4.1 Inhaltliche Unzufriedenheit mit dem Gutachten	8
	4.2 Beschwerden	9
	4.3 Beratungen/Kassenangelegenheiten	9
5	Ombudsverfahren	10
6	Zusammenarbeit	11
7	Schlussfolgerungen	11

1 Zuständigkeit

Nach der o. g. Richtlinie soll die uOP ein wichtiges ergänzendes Element des etablierten Beschwerdemanagements des Medizinischen Dienstes darstellen und die Transparenz hinsichtlich der Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste sowie die Patientenrechte und die Rechte pflegebedürftiger Personen weiter stärken. Sie soll Anregungen und Beschwerden der Versicherten aufnehmen, in Konfliktsituationen vermitteln, Unregelmäßigkeiten aufdecken und systematische Fehlentwicklungen bei den Medizinischen Diensten verhindern.

Ihre organisatorische Ansiedlung außerhalb der Strukturen des Medizinischen Dienstes und ihre direkte Berichtspflicht gegenüber dem Verwaltungsrat sichert ihre Unabhängigkeit und macht sie zu einem Element des betrieblichen Compliance Systems.

Die uOP darf keine Rechtsberatung durchführen.

Die uOP ist damit zuständig für Eingaben von Beschäftigten, die Unregelmäßigkeiten aufdecken wollen und von Versicherten, die die Art und Weise der Tätigkeit der Gutachterinnen und Gutachter betreffen. Sie darf dabei keine fachlich-inhaltliche Überprüfung leistungsrechtlicher Gutachten durchführen, denn die Gutachterinnen und Gutachter sind bei ihrer Tätigkeit weisungsfrei und nur ihrer Fachlichkeit und ihrem Gewissen verpflichtet. Wenn Versicherte mit dem Inhalt oder dem Ergebnis eines Gutachtens nicht einverstanden sind, können sie eine inhaltliche Überprüfung nur im Wege eines Widerspruchsverfahrens erreichen.

2 Zugang zur Ombudsperson

Versicherte, deren Betreuungspersonen oder Angehörige sowie Beschäftigte des Medizinischen Dienstes können sich vertraulich an die uOP wenden. Sie hat dazu einen barrierefreien Zugang sicherzustellen.

Informationen zur Zuständigkeit und die Kontaktdaten der uOP sind auf der Internetseite des Medizinischen Dienstes Mecklenburg-Vorpommern veröffentlicht. Dort findet sich auch ein Kontaktformular, mit dem die erforderliche Einwilligungserklärung zur Information des Medizinischen Dienstes über die Eingabe abgegeben werden kann.

Außerdem müssen die Krankenkassen in Ablehnungsbescheiden, die auf einem Gutachten des Medizinischen Dienstes beruhen, auf die Beschwerdemöglichkeit zur uOP hinweisen. Diese Hinweise sind allerdings häufig so missverständlich formuliert, dass den Versicherten der Unterschied zwischen Ombuds- und Rechtsbehelfsverfahren nicht deutlich wird und das Risiko besteht, dass dadurch die Widerspruchsfrist versäumt wird. Die Aufsichtsbehörden von Bund und Ländern haben versucht, diesem Problem zu begegnen und beschlossen, dass Widersprüche, die bei der uOP eingehen, als fristwährend gelten. Eine Rechtsauffassung, die von den Ombudspersonen nicht geteilt wird. Hier bedarf es weiterer Klärungen, insbesondere einer klareren Formulierung in den Bescheiden der Kassen.

2.1 Kontakte/Eingaben

Im Berichtszeitraum hat es insgesamt 347 Kontaktaufnahmen zur uOP gegeben. Das bedeutet eine deutliche Steigerung im Vergleich zum Vorjahr. Dort hatten sich im Berichtszeitraum vom 01.10.21 bis 31.12.22 150 Personen an die uOP gewandt.

Diese Zahl muss allerdings in Relation zur Anzahl der insgesamt vom Medizinischen Dienst erledigten Gutachten gesetzt werden. So wurden im Jahr 2023 vom Medizinischen Dienst Mecklenburg-Vorpommern insgesamt fast 77 000 Pflegegutachten und über 79 000 gutachterliche Stellungnahmen zu Themen aus dem Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung erstellt.

Die Steigerung der Eingänge bei der uOP entspricht einem bundesweiten Trend.

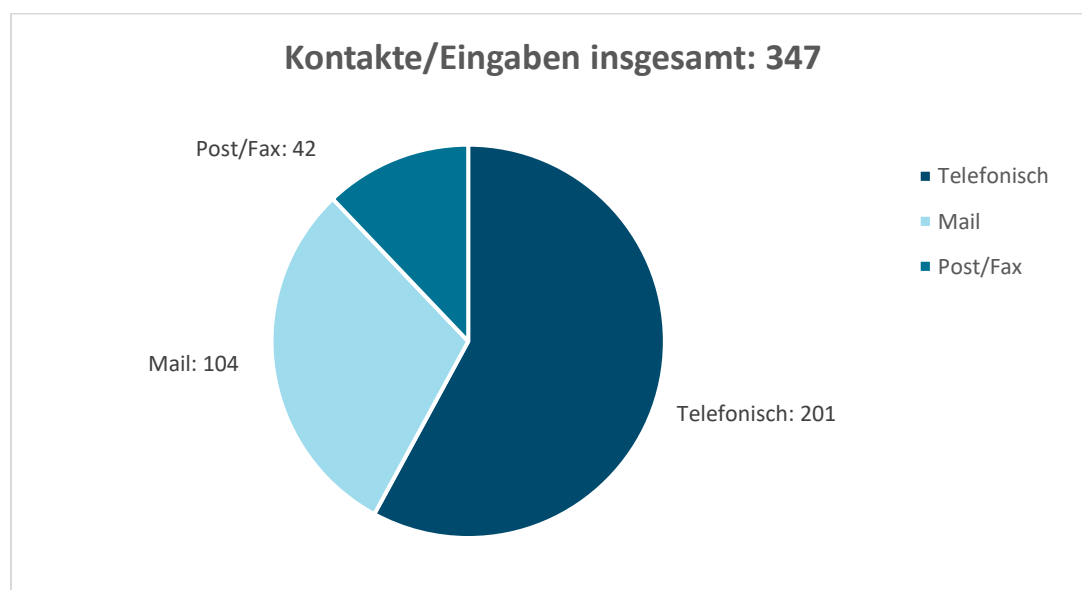
58 % der Kontaktaufnahmen (201 Fälle) erfolgten per Telefon. Das Telefon ist ein allgemein verfügbares und barrierearmes Kommunikationsmittel, das insbesondere von älteren oder mit bürokratischen Verfahren wenig vertrauten Menschen genutzt wird. Da die Kontaktdaten der uOP sehr prominent in den Bescheiden platziert sind, kommt es zu sehr spontanen Anrufen, die offiziellen Telefonsprechzeiten werden nicht beachtet.

30 % der Kontaktaufnahmen (104 Eingaben) erfolgten per Mail. Beide Zugangswege bieten den Vorteil, dass Sachverhalte und Zuständigkeiten schnell geklärt und eine richtige Weichenstellung (Ombuds- oder Widerspruchsverfahren) eingeleitet werden kann. Ombudspersonen übernehmen hier eine wichtige Lotsenfunktion im System der sozialen Sicherung, indem sie Bescheide erläutern und Zuständigkeiten sowie Rechtswege erklären oder einfach nur zuhören. Eine Erfahrung, die Versicherte im Kontakt mit Sozialleistungsträgern zunehmend vermissen.

Wenn sich bei diesen Erstkontakten Anhaltspunkte für ein Ombudsverfahren ergeben, werden die Beschwerdeführenden aufgefordert, ihre Einwilligung zu erklären, dass der Medizinische Dienst über die Eingabe informiert werden und der Vorgang von der uOP eingesehen werden darf.

Hier besteht für einige Beschwerdeführende bereits eine erste Hürde, weil es ihnen häufig ausreicht, ihren Ärger einmal artikuliert zu haben und sie weiteren Aufwand scheuen. Hier muss eine Optimierung des Zugangsweges erfolgen, die gleichwohl den datenschutzrechtlichen Anforderungen genügt.

12 % der Eingaben (42 Eingänge) kamen per Post/Fax.



3 Petenten

3.1 Beschäftigte

Nach dem Wortlaut richtet sich das Gesetz insbesondere an Beschäftigte der Medizinischen Dienste, die bei der Ausübung ihrer Tätigkeit in ihrer Unabhängigkeit geschützt werden sollen.

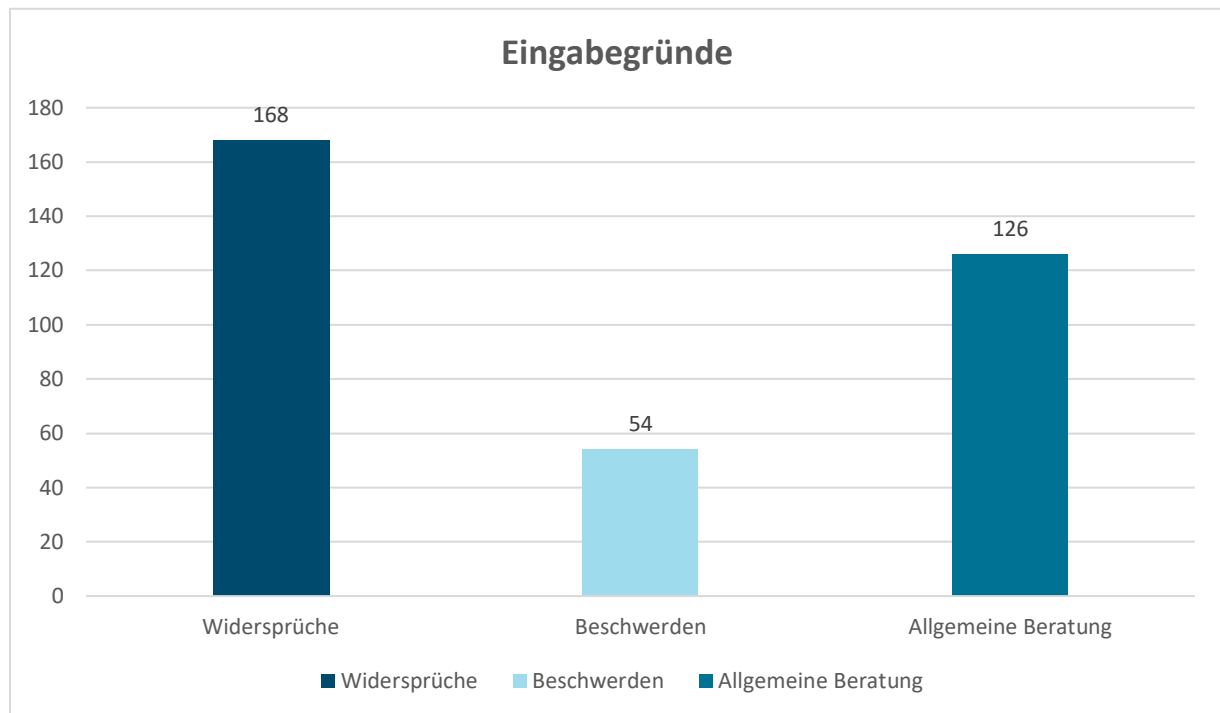
In den zwei Jahren meiner Amtsführung hat es keine Eingabe von Beschäftigten des Medizinischen Dienstes Mecklenburg-Vorpommern gegeben. Auch dies entspricht den bundesweiten Erfahrungen, wonach es allenfalls Einzelfälle gibt, in denen sich Beschäftigte an die uOP wenden, um Versuche einer Beeinflussung anzuzeigen. Arbeitsvertragliche Konflikte fallen nicht in die Zuständigkeit der Ombudsperson. Vor diesem Hintergrund stellt sich hier die Frage nach der Zielgenauigkeit des Gesetzes. Dies wird durch die Einführung des Hinweisgeberschutzgesetzes noch verstärkt.

3.2 Versicherte

Die Eingaben der Versicherten bzw Angehörigen - und zunehmend auch von Leistungserbringern (Ärzte) - betreffen inhaltlich zu 52 % den Bereich Pflege (182 Eingaben) und zu 30 % (103 Eingaben) den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Immerhin 18 % der Eingaben (62 Fälle) lassen sich nicht dem Medizinischen Dienst zurechnen, sondern betreffen Kassenangelegenheiten oder allgemeine Beratungen.

4 Eingabegründe



4.1 Inhaltliche Unzufriedenheit mit dem Gutachten

Inhaltlich verteilen sich die Eingaben/Kontakte wie folgt: 48 % der Versicherten (168) waren unzufrieden mit dem Inhalt oder Ergebnis des Gutachtens des Medizinischen Dienstes. Im Pflegebereich wurden insbesondere die Beurteilung der Selbständigkeit und die fehlende Dokumentation bzw. die fehlende Berücksichtigung von Diagnosen beanstandet, dabei war Versicherten und ihren Angehörigen der Unterschied zwischen Krankheit und Pflegebedürftigkeit häufig nicht klar.

Im Bereich Krankenversicherung ging es insbesondere um die Ablehnung stationärer Rehaleistungen. Hier wurde bemängelt, dass die fehlende Verfügbarkeit ambulanter Angebote vor Ort keine Berücksichtigung fand. Weiter ging es um Verordnungen von Heil- und Hilfsmitteln - hier gibt es zunehmend Unterstützung durch Leistungserbringer - die Ablehnung von therapeutischen Leistungen, die (noch) nicht als Standardtherapie anerkannt sind (off label use) und bei denen Zweifel geäußert wurden, ob die Gutachterinnen und Gutachter über die erforderliche Fachkompetenz zur korrekten Beurteilung des Sachverhaltes verfügen.

Außerdem ging es um die Beendigung der Arbeitsunfähigkeit und die Ablehnung von (ästhetischen) Operationen, bei denen insbesondere die Entscheidung nach Aktenlage moniert wurde

Eine Überprüfung leistungsrechtlicher Gutachten ist im Ombudsverfahren nur im engen formalen Rahmen möglich. Eine fachlich-inhaltliche Prüfung kann nur im Rahmen eines Widerspruchsverfahrens oder auf Auftrag der Kasse erfolgen, indem der Medizinische Dienst einen neuen Auftrag zur Überprüfung des beanstandeten Gutachtens durch einen anderen Gutachter erhält.

Dieses Ergebnis ist für viele Versicherte unbefriedigend, weil sie von der Erwartung ausgehen, dass ein Ombudsverfahren ein niedrigschwelliges Schiedsverfahren darstellt, in dem das Gutachten korrigiert werden kann und das ihnen ein förmliches Widerspruchsverfahren gegen ihre Krankenkasse erspart.

4.2 Beschwerden

Bei 16 % der Eingaben (54 Fälle) handelte es sich um Beschwerden, davon betrafen 72 % der Eingaben den Bereich Pflege. Hier ging es insbesondere um das Verhalten und die Kommunikation der Gutachterinnen und Gutachter, die als wenig emphatisch und desinteressiert wahrgenommen wurden. Es wurde kritisiert, dass keine angenehme Gesprächsatmosphäre geschaffen, sondern am Laptop gearbeitet wurde, gemachte Aussagen seien nicht korrekt aufgenommen worden, außerdem wurde gerügt, dass kein Angehörigengespräch ohne die Pflegebedürftigen angeboten wurde, um die Aussagen der Betroffenen (z. B. bei Demenzerkrankung) zu relativieren.

Einige Beschwerden betrafen die Form der Begutachtung, z. B. Gutachten in Form von Telefoninterviews oder nach Aktenlage. Die Möglichkeit des Telefoninterviews bei der Pflegebegutachtung wurde während der Pandemie eingeführt, um Pflegebedürftige vor Ansteckungsrisiken zu schützen und dann auf Wunsch der Medizinischen Dienste seit November 2023 durch Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund als zulässiges Verfahren für bestimmte Fallkonstellationen (Höherstufungs- und Wiederholungsbegutachtung bei aussagefähiger Aktenlage) zugelassen.

Für den Medizinischen Dienst handelt es sich um ein wichtiges Instrument, um der ständig steigenden Auftragsmenge zu begegnen. Da hier aber auch das Risiko besteht, dass Versichertenrechte beschnitten werden, wurde geprüft, ob Beschwerden über die Form der Begutachtung nach Einführung dieses Verfahrens zugenommen haben. Dies ist nicht der Fall, so dass davon ausgegangen wird, dass von dieser Möglichkeit nur nach sorgfältiger Prüfung Gebrauch gemacht wird.

In wenigen Fällen wurde die Bearbeitungsdauer moniert. Im Pflegebereich betraf dies insbesondere das Widerspruchsverfahren, außerdem wurde kritisiert, dass es schwierig war, Begutachtungstermine zu verhandeln oder Gutachterinnen/Gutachter vor oder nach dem angekündigten Termin kamen und es dadurch Angehörigen oder Betreuern nicht möglich war, an der Begutachtung teilzunehmen.

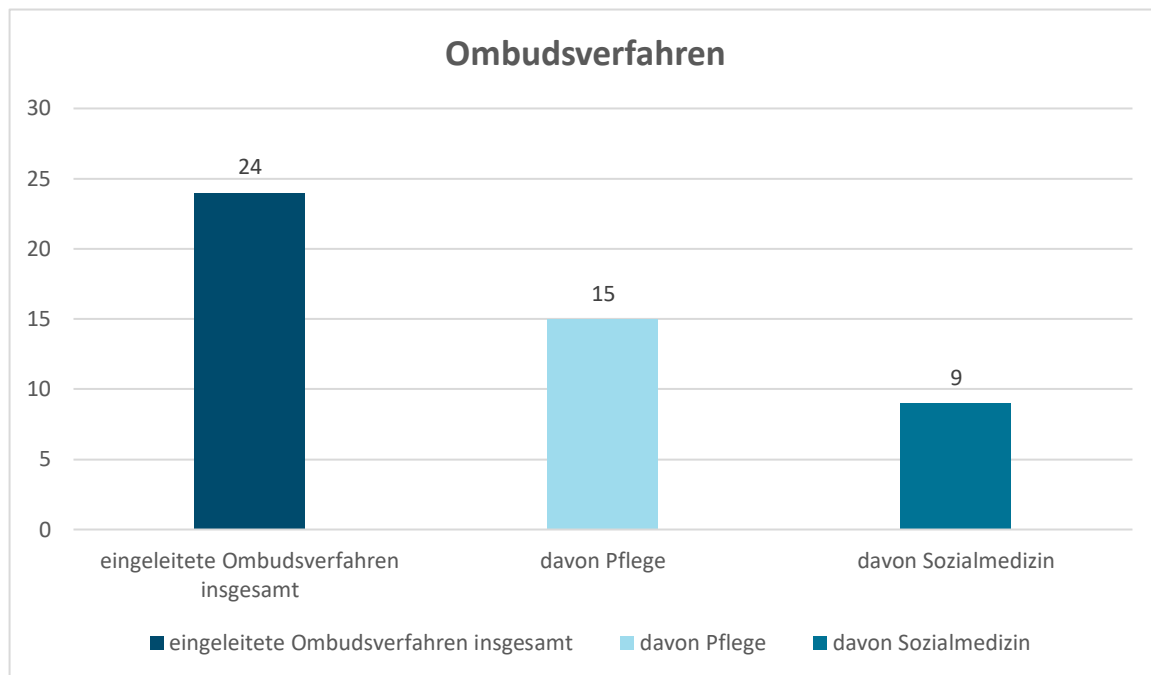
Diese Fälle werden inzwischen grundsätzlich an das interne Beschwerdemanagement verwiesen, weil es in der Institution einfacher und schneller möglich ist, auf das Terminvergabeverfahren einzuwirken, als mit den formalen Hürden eines Ombudsverfahrens. Ein Aufgreifen als Ombudsverfahren erfolgte nur in Einzelfällen, bei denen der Eindruck entstand, dass eine Eskalation gerechtfertigt ist.

4.3 Beratungen/Kassenangelegenheiten

Die restlichen Fälle (36 %) betrafen eine breite Palette an Fragen rund um das soziale Sicherungssystem. Es ging um allgemeine Fragen zum Bescheid, zur Leistungsausgestaltung, zum Verfahren, um Meldepflichten gegenüber der Kasse, um die Zuständigkeit für bestimmte Leistungen, Beschwerden über ambulante Pflegedienste oder Behandlungsfehler sowie fehlende Versorgungsstrukturen vor Ort.

5 Ombudsverfahren

Aus den 54 geprüften Beschwerdefällen wurden **24 Ombudsverfahren** (15 Pflege, 9 Sozialmedizin) eingeleitet. Das heißt mit Einwilligung der Petenten wurden Stellungnahmen zu den Eingaben von den Geschäftsbereichsleiterinnen angefordert.



Im Pflegebereich ging es - bis auf je einen Fall der Form der Begutachtung und der Terminfindung - um Beschwerden über Gutachterinnen/Gutachter.

Der Beschwerde über die Form wurde im Widerspruchsverfahren abgeholfen, die Terminfindung geklärt. Die Beschwerden über das Verhalten und die Kommunikation der Gutachterinnen und Gutachter wurde im Einzelfall mit den Betroffenen besprochen und war Anlass zur Sensibilisierung im Rahmen der Weiterbildung.

Im Bereich der Sozialmedizin ging es um therapeutische Maßnahmen bei seltenen Erkrankungen. Hier konnten den Versicherten die Leistungsvoraussetzungen erläutert werden. Im Einzelfall konnte eine schnelle Erledigung erreicht werden. Bei der Prüfung von Anträgen auf orthopädische Hilfsmittel gab es eine Handreichung, die für Leistungserbringer das Prüfverfahren des Medizinischen Dienstes transparent macht.

Alle Sachverhalte konnten zeitnah aufgeklärt und die Ombudsverfahren mit Antwortschreiben an die Petenten zum Abschluss gebracht werden.

Anhaltspunkte für Unregelmäßigkeiten oder systematische Fehlentwicklungen waren nicht erkennbar.

6 Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit mit dem Vorstand, den Geschäftsbereichsleiterinnen und dem Beschwerdemanagement gestaltete sich konstruktiv und lösungsorientiert, die nötige administrative Unterstützung stand jederzeit zur Verfügung und funktionierte reibungslos.

Dafür an dieser Stelle allen ein herzliches Dankeschön für die stets gute Zusammenarbeit.

7 Schlussfolgerungen

Die deutliche Steigerung der Nachfrage zeigt, dass das Institut Ombudsperson inzwischen bekannt geworden ist und gut von den Versicherten angenommen wird.

Offensichtlich besteht ein Bedarf nach einer Anlaufstelle für Unterstützung und für Fragen im Kontext von Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung.

Dass rund die Hälfte der Eingaben als Widerspruch zu qualifizieren ist, weist auf zwei Probleme hin:

Zum einen eine mangelnde Bescheidqualität. Den Bescheiden fehlt es häufig an der gesetzlich gebotenen Entscheidungsbegründung. Ein Ablehnungsbescheid, der auf einer gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes beruht, muss das Ergebnis der Stellungnahme und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis in einer verständlichen und nachvollziehbaren Form mitteilen (§ 275 Abs. 3c SGB V). Dieser Begründungspflicht wird häufig nicht entsprochen, sondern die Versicherten nur auf die Kontaktdaten der Ombudsperson hingewiesen.

Außerdem sind die Hinweise auf das Ombuds- und das Rechtsbehelfsverfahren in den Bescheiden für die Versicherten nicht ausreichend klar formuliert.

Daraus folgt dann bei den Versicherten eine falsche Erwartungshaltung, mit der sie sich an die Ombudsperson wenden. Das Ombudsverfahren ist kein niedrigschwelliges Schiedsverfahren, in dem das Gutachten verhandelt werden kann. Vielen Versicherten ist das Zusammenspiel zwischen Krankenkasse als Herrin des Verfahrens und Medizinischem Dienst als Dienstleister der Kasse nicht klar. Die Kompetenzen der Ombudsperson sind in diesem Dreiecksverhältnis (Kasse, Versicherter, Medizinischer Dienst) sehr beschränkt.

Gleichwohl haben Ombudspersonen eine wichtige Funktion für die Versicherten. Sie leisten Übersetzungs- und Erklärungshilfe für Bescheide, die Versicherte nicht verstehen, weil sie einer Begründung entbehren bzw. nicht adressatengerecht formuliert sind. Sie beraten Versicherte über Rechtswege, Zuständigkeiten und Unterstützungsangebote und kompensieren hier Defizite der Kassen.

Sie haben damit eine Lotsenfunktion im System sozialer Sicherheit.

Sie sorgen damit für Akzeptanz von Entscheidungen und Rechtsfrieden, zum Teil schon dadurch, dass sie den Beschwerdeführenden zuhören.

Ob dies vom Gesetzgeber mit der Schaffung der Funktion der Ombudsperson intendiert war, ist allerdings fraglich, dann wäre zumindest die Ansiedlung beim Medizinischen Dienst zu überdenken.

Soweit Eingaben die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes betrafen, lag der Schwerpunkt im Berichtszeitraum auf dem Thema Kommunikation. Gutachterinnen und Gutachtern gelingt es nicht immer, situationsadäquate Gesprächssituationen zu schaffen. Ein respektvolles und emphatisches Kommunikationsverhalten sollte deshalb regelmäßig Gegenstand der Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter sein.

Dr. Ingrid Künzler

Januar 2024