

Jahresbericht nach § 278 Abs. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2023

Nach § 278 Abs. 3 SGB V wird bei jedem Medizinischen Dienst (MD) eine unabhängige Ombudsperson (uOP) bestellt, an die sich Beschäftigte bei Beobachtung von Unregelmäßigkeiten, insbesondere Beeinflussungsversuche durch Dritte wie auch Versicherte bei Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes vertraulich wenden können. Die uOP berichtet jährlich in anonymisierter Form dem Verwaltungsrat und der zuständigen Aufsichtsbehörde. Der Bericht soll Auskunft über die Inanspruchnahme der uOP durch Versicherte wie auch Beschäftigte des Medizinischen Dienstes geben.

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

Der Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Nord hat die Unterzeichnerin zum 01.01.2023 als Ombudsperson bestellt.

Der Bericht umfasst den Tätigkeitszeitraum vom 01.01. bis zum 31.12.2023.

Zuständigkeit

Nach den Richtlinien 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.

Die uOP darf keine Rechtsberatung durchführen.

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

Die Ombudsperson ist zuständig für Eingaben, die die Art und Weise der Tätigkeit der Gutachterinnen und Gutachter betreffen. Sie darf keine leistungsrechtlichen Gutachten inhaltlich-fachlich überprüfen, denn die Gutachterinnen und Gutachter sind bei ihrer Tätigkeit nicht weisungsgebunden und nur ihrer Fachlichkeit und ihrem Gewissen verpflichtet. Wenn Versicherte mit dem Inhalt oder dem Inhalt oder Ergebnis eines Gutachtens nicht einverstanden sind, bleibt ihnen nur der Weg über das Widerspruchsverfahren.

Zugang zur Ombudsperson

Die Ombudsperson kann von Versicherten, deren Betreuungspersonen oder Angehörigen sowie Beschäftigten des Medizinischen Dienstes vertraulich angerufen werden. Sie hat einen barrierefreien Zugang sicherzustellen.

Informationen zur Zuständigkeit und die Kontaktdaten der Ombudsperson sind auf der Internetseite des Medizinischen Dienstes Nord veröffentlicht. Dort findet sich auch ein Kontaktformular, mit dem die erforderlichen Datenschutzerklärungen erteilt werden können. Außerdem müssen die Krankenkassen in ihren Ablehnungsbescheiden, die auf einem Gutachten des Medizinischen Dienstes beruhen, auf die Beschwerdemöglichkeit zur Ombudsperson hinweisen. Diese Hinweise sind allerdings häufig so missverständlich formuliert, dass Versicherten der Unterschied zwischen Ombuds- und Widerspruchsverfahren nicht deutlich wird und das Risiko besteht, dass dadurch die Widerspruchsfrist versäumt wird. Vor diesem Hintergrund haben die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder beschlossen, dass Eingänge bei der uOP als fristwährend gelten.

Kontakte/Eingaben

Im Berichtszeitraum hat es insgesamt 387 Kontaktaufnahmen zur uOP gegeben. Da das Amt erst zum 01.01. besetzt wurde, ist ein Vorjahresvergleich nicht möglich. Die Entwicklung zeigt aber eine deutliche Steigerung der Eingaben im Jahresverlauf. Dies entspricht auch den Erfahrungen anderer Ombudspersonen.

Allerdings müssen diese Zahlen auch immer in Relation zur Gesamtmenge der Gutachten des Medizinischen Dienstes gesehen werden. So hatte der Medizinische Dienst Nord in 2022 allein im Pflegebereich 190 000 Gutachtenaufträge zu bearbeiten.

34 % der Kontaktaufnahmen (130 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 der Kassen platziert sind, kommt es zu sehr spontanen Kontaktaufnahmen auch außerhalb der offiziellen Sprechstunden.

Der Vorteil dieses Zuganges ist, dass Anliegen und Zuständigkeiten unmittelbar geklärt und Anrufer schnell auf den richtigen Pfad (Ombuds- oder Widerspruchsverfahren bzw. Kassenangelegenheit) gewiesen werden können.

Ombudspersonen übernehmen hier eine wichtige Lotsenfunktion im gegliederten sozialen Sicherungssystem, indem sie Bescheide erläutern und Zuständigkeiten sowie Rechtswege klären oder auch einfach nur zuhören. Für viele Versicherte eine wichtige Erfahrung, auf jemanden zu treffen, der sie und ihr Anliegen ernst nimmt und nach einer Lösung sucht, statt nur die eigene Unzuständigkeit festzustellen.

42 % (161 Fälle) der Kontaktaufnahmen erfolgten per Mail. Auch hier gelten die Ausführungen zum Telefonkontakt.

Wenn sich bei diesem Erstkontakt Anhaltspunkte für ein Ombudsverfahren ergeben, werden die Beschwerdeführenden aufgefordert, schriftlich ihre Einwilligung zu erklären, dass der Medizinische Dienst über die Eingabe informiert und der Vorgang eingesehen werden darf. Hier besteht eine erste Hürde, weil es vielen Beschwerdeführenden bereits ausreicht, ihren Ärger einmal artikuliert zu haben.

25 % der Eingaben (96) kamen per Post/Fax. Hierbei sind auch die Fälle, die nach einem Telefon- bzw Mailkontakt die Einwilligungserklärung übersenden.

Petenten

- Beschäftigte

Nach dem Wortlaut des Gesetzes soll die Ombudsperson insbesondere eine Anlaufstelle für Beschäftigte der Medizinischen Dienste sein, die bei der Ausübung ihrer Tätigkeit in ihrer Unabhängigkeit geschützt werden sollen.

Im Berichtszeitraum gab es lediglich eine Eingabe eines ehemaligen Beschäftigten, die eine arbeitsrechtliche Fragestellung betraf und damit nicht in den Zuständigkeitsbereich der Ombudsperson fiel. Eingaben von Beschäftigten des Medizinischen Dienstes gab es nicht. Auch dies entspricht den bundesweiten Erfahrungen, wonach es allenfalls in Einzelfällen zu Kontakten zur uOP kam.

-Versicherte

Die Eingaben der Versicherten bzw Angehörigen betrafen inhaltlich zu 46 % den Bereich Pflege und zu 39 % den Bereich Ambulante Versorgung.

Immerhin 15 % der Eingaben lassen sich nicht dem Medizinischen Dienst zurechnen, sondern betreffen Kassenangelegenheiten oder allgemeine Beratungen.

Eingabegründe

Inhaltlich verteilen sich die Eingaben/Kontakte wie folgt: 52 % der Versicherten (203) waren unzufrieden mit dem Inhalt bzw. Ergebnis des Gutachtens des Medizinischen Dienstes. Im Pflegebereich wurde insbesondere die Beurteilung der Selbständigkeit und die Nichtberücksichtigung von Diagnosen bzw. die fehlende Dokumentation der gemachten Aussagen beanstandet.

Im Bereich der Ambulanten Versorgung ging es insbesondere um die Ablehnung stationärer Rehaleistungen, die Ablehnung von Leistungen, die noch nicht als Standardtherapie anerkannt sind und bei denen Zweifel geäußert wurden, ob die Begutachtenden über die erforderliche Fachkompetenz zur korrekten Beurteilung des Sachverhaltes verfügen.

Außerdem ging es um die Beendigung von Arbeitsunfähigkeit und die Ablehnung von (ästhetischen) Operationen. Hier wurde insbesondere bemängelt, dass die gutachterlichen Stellungnahmen ohne persönliche Untersuchungen erfolgt seien.

Da der Ombudsperson eine Überprüfung leistungsrechtlicher Gutachten nur in einem sehr engen formalen Rahmen möglich ist, waren diese Versicherten in der Regel auf das Widerspruchsverfahren zu verweisen. Im Widerspruchsverfahren erhält der Medizinische Dienst dann von der Kasse einen neuen Auftrag zur Überprüfung des beanstandeten Gutachtens durch einen anderen Gutachter.

Dieses Ergebnis ist für viele Versicherten unbefriedigend, weil sie von der Erwartung ausgegangen sind, dass ein Ombudsverfahren ein niedrighschwelliges Schiedsverfahren darstellt, in dem das Gutachten korrigiert werden kann und ihnen ein förmliches und langdauerndes Widerspruchsverfahren erspart bleibt.

In 31 % der Eingaben (120 Fälle) handelte es sich um Beschwerden.

Hier ging es im Pflegebereich 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.

In den letzten Monaten häuften sich die Beschwerden über die Form der Begutachtung.

Es wurde bemängelt, dass selbst Erstbegutachtungen und Herabstufungen des Pflegegrades auf der Grundlage von Telefoninterviews oder nach Aktenlage erfolgt seien.

Ein weiterer Beschwerdepunkt war die Terminabstimmung für eine Begutachtung im häuslichen Umfeld und die Bearbeitungsdauer insbesondere im Widerspruchsverfahren. Die Erwartungshaltung der Versicherten, ein häuslicher Begutachtungstermin sei verhandelbar, damit Angehörige oder Betreuer an dem Gespräch teilnehmen können, wurde in der Regel frustriert. Angekündigte Termine wurden ohne Information der Betroffenen nicht eingehalten, Gutachterinnen/Gutachter erschienen vor oder nach dem angekündigten Termin, so dass Angehörige oder Betreuer nicht an der Begutachtung teilnehmen konnten oder Termine fielen aus, weil die Gutachter festgestellt hatten, dass sie nicht für die Begutachtung von Kindern zuständig sind.

Beschwerden, die die Terminierung bzw. die Bearbeitungsdauer betrafen, wurden im Laufe des Jahres grundsätzlich an das interne Beschwerdemanagement verwiesen bzw. abgegeben, weil es einer Stelle in der Institution einfacher möglich ist, auf organisatorische Abläufe einzuwirken als im Rahmen eines formal aufwändigen Ombudsverfahren. Ein Aufgreifen als Ombudsverfahren erfolgte nur noch in Einzelfällen, bei denen der Eindruck entstand, dass hier ein berechtigtes Interesse der Versicherten an einer bevorzugten Bearbeitung bestand.

Die restlichen Fälle (17 %) betrafen eine breite Themenpalette aus dem sozialen Sicherungssystem. Es ging um allgemeine Fragen zum Bescheid, zur Leistungsausgestaltung (wie bekommt man den Entlastungsbetrag bei Pflegegrad 1?), Meldepflichten gegenüber der Kasse, Fragen zum Verfahren, zur Zuständigkeit für bestimmte Leistungen, Beschwerden über ambulante Pflegedienste oder Behandlungsfehler.

Ombudsverfahren

Aus den 120 geprüften Beschwerdefällen wurden 30 Ombudsverfahren (16 Pflege, 14 Ambulante Versorgung) eingeleitet. D. h. mit Einwilligung des Petenten wurden Stellungnahmen zu den Eingaben von den Abteilungsleitern angefordert.

Im Pflegebereich ging es - bis auf je einen Fall der Form der Begutachtung und der Terminfindung - um Beschwerden über das Verhalten von Gutachterinnen/Gutachter. Der Beschwerde über die Form wurde im Widerspruchsverfahren abgeholfen, die Terminfindung geklärt. Die Beschwerden über das Verhalten und die Kommunikation der Gutachter und Gutachterinnen wurden nach Stellungnahme der Abteilung mit den betroffenen Gutachterinnen/Gutachtern besprochen, die durchgängig eine andere Sicht auf die Begutachtungssituation hatten.

Im Bereich der Ambulanten Versorgung ging es um therapeutische Maßnahmen bei seltenen Erkrankungen. Hier konnten den Versicherten die Leistungsvoraussetzungen erläutert werden. Im Ergebnis mussten sie auf das Widerspruchsverfahren verwiesen werden. Eine Beschwerde, die die korrekte Anwendung der Beurteilungsrichtlinien auf Menschen mit Behinderung betraf, wurde von der Abteilung zurückgewiesen und eine Beschwerde, mit der der Versicherte eine Verletzung von Sorgfaltspflichten rügt, weil eine offensichtlich als falsch erkannte Diagnose gleichwohl der Ablehnungsempfehlung zugrunde gelegt wurde, ist noch offen.

Bis auf diesen Vorgang konnten alle Ombudsverfahren mit Stellungnahmen an die Petenten abgeschlossen werden.

Fazit

In der Gesamtbetrachtung ist festzuhalten

- Widersprüche und Beratungen

Der hohe Anteil an Eingaben, die im Ergebnis als Widersprüche zu qualifizieren waren, ist nicht dem Medizinischen Dienst zuzurechnen, sondern Folge einer missverständlichen Information zur Zuständigkeit der Ombudsperson in den Bescheiden der Krankenkassen.

Dadurch wird bei den Versicherten die Erwartungshaltung erweckt, Gutachten könnten in einem Schiedsverfahren mit dem Medizinischen Dienst außerhalb eines Rechtsbehelfsverfahrens korrigiert werden.

Auch ein hoher Anteil der Beratungsgespräche wurde durch eine unzureichende Bescheidqualität ausgelöst. Nach § 275 Abs. 3c SGB V muss die Krankenkasse, wenn sie einen Leistungsantrag auf Grundlage einer Stellungnahme des Medizinischen Dienstes ablehnt, den Versicherten nicht nur auf die Beschwerdemöglichkeit an die Ombudsperson hinweisen, sondern die Ergebnisse des Gutachtens und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis in verständlicher und nachvollziehbarer Form mitteilen. Dieser Begründungspflicht wurde häufig nicht in angemessener Weise entsprochen, sondern die Versicherten nur auf die Beschwerdemöglichkeit hingewiesen.

Soweit Beschwerden die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes betrafen lassen sich drei Schwerpunkte feststellen.

- Bearbeitungsdauer, insbesondere im Widerspruchsverfahren

Gerade bei älteren und schwer kranken Pflegebedürftigen besteht hier die Sorge, das Ergebnis eines langen Rechtsbehelfsverfahrens nicht mehr zu erleben.

Der Medizinische Dienst steht hier vor der Herausforderung, die ständig steigenden Auftragseingänge und die verfügbaren Personalkapazitäten auszubalancieren.

Dies geschieht primär durch Priorisierung der fristgebundenen Erstanträge zu Lasten der Widerspruchsbegutachtungen. Diese Priorisierung ist nicht zu beanstanden.

- Form der Begutachtung

Die Möglichkeit der Pflegegutachten per Telefonbefragung wurde während der Pandemie - zum Infektionsschutz - eröffnet (§ 147 Abs. 1 SGB XI) und erst Mitte November 2023 durch eine Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund für bestimmte Fallkonstellationen bei aussagefähiger Aktenlage zugelassen worden. Für den Medizinischen Dienst ist es aber auch ein wichtiges Instrument für einen effektiven Personaleinsatz, weil Anreisezeiten entfallen.

Allerdings birgt diese Form der Begutachtung, gerade wenn sie bei Erstbegutachtungen erfolgt oder im Ergebnis zu einer Herabstufung des Pflegegrades führt und somit in den Rechtsstatus der Pflegebedürftigen eingreift, auch das Risiko, dass Versichertenrechte beschnitten werden.

- Verhalten / Kommunikation

Die Kommunikation der Gutachterinnen und Gutachter wurde von Petenten häufig als unangemessen, wenig empathisch und respektvoll kritisiert.

Gutachterinnen und Gutachter, mit dieser Kritik konfrontiert, haben diese Vorwürfe in der Regel zurückgewiesen und einen ganz anderen Eindruck von der Begutachtungssituation geschildert. Gleichwohl bleibt festzustellen, dass bei den Beschwerdeführenden ein negativer Eindruck entstanden war. Da die Gutachterinnen und Gutachter das Gesicht des Medizinischen Dienstes gegenüber den Versicherten darstellen, sollte eine Sensibilisierung der Gutachterinnen und Gutachter für eine adressatengerechte und wertschätzende Kommunikation in einer für den Antragsteller schwierigen Situation ein regelmäßiges Schulungsthema sein.

-Rollenverständnis

Da es nicht gelungen ist, ein gemeinsames Verständnis von Rolle und Aufgaben der Ombudsperson zu entwickeln, wurde das Amt zum Jahresende niedergelegt.

Dank

Der Ombudsperson wurden für administrative Tätigkeiten (Dokumentation, Ausfertigung von Schreiben, Präsentationen) Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Serviceteam mit bedarfsgerechten Zeitanteilen zur Verfügung gestellt. Diese Unterstützung erfolgte kompetent und stets zuverlässig. Dafür an dieser Stelle ein ganz herzliches Dankeschön.

Dr. Ingrid Künzler

Januar 2024