



Ombudsperson
beim Medizinischen Dienst
Berlin-Brandenburg

Jahresbericht 2022 der Ombudsperson bei dem Medizinischen Dienst Berlin-Brandenburg

Berlin, April 2023

Geschäftsstelle der Ombudsperson
bei dem Medizinischen Dienst
Berlin-Brandenburg

Monika Paulat, Ombudsperson

Lise-Meitner-Str. 1
10589 Berlin

E-Mail: ombudsperson@md-bb.org

Inhalt

| | |
|--|----|
| 1. Rechtsgrundlage für die Berichterstattung | 3 |
| 2. Aufgaben und Befugnisse der Ombudsperson..... | 3 |
| 3. Beschwerden von Versicherten..... | 5 |
| 3.1. Verteilung der Eingaben nach Eingangskanälen | 5 |
| 3.2. Eingänge der Eingaben im Monatsvergleich | 6 |
| 3.3. Verteilung der Eingaben nach Themenfeldern | 8 |
| 3.4. Erläuterungen der Themenfelder..... | 8 |
| 4. Beschwerden von Beschäftigten des Medizinischen Dienstes..... | 9 |
| 5. Dauer der Ombudsverfahren | 9 |
| 6. Beschwerdegegenstände im Einzelnen..... | 9 |
| 6.1. Krankenversicherung..... | 9 |
| 6.2. Pflegeversicherung | 10 |
| 7. Direkt bearbeitete Eingaben | 10 |
| 7.1. Krankenversicherung..... | 10 |
| 7.2. Pflegeversicherung | 10 |
| 8. Fazit | 11 |

1. Rechtsgrundlage für die Berichterstattung

Die Ombudsperson legt gemäß Nr. 3.3. der Richtlinie des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 283 Abs.2 S 1 Nr.5, 2. Altern. SGB V (UOP-Richtlinie) bis spätestens zum 31. Dezember des jeweiligen Jahres dem Vorstand des Medizinischen Dienstes, dem Verwaltungsrat und der Aufsichtsbehörde einen auf der Internetseite zu veröffentlichen Bericht über häufig auftretende oder systemimmanente Probleme oder Beeinflussungsversuche vor.

Der jährliche Bericht soll Informationen über die Art und den Umfang der Inanspruchnahme der Ombudsperson durch Versicherte und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes enthalten.

Der erste Bericht der Ombudsperson bei dem Medizinischen Dienst Berlin-Brandenburg umfasst den Zeitraum März bis Dezember 2022 (Berufung der Ombudsperson zum 1.März 2022).

2. Aufgaben und Befugnisse der Ombudsperson

Die Schaffung der Funktion der unabhängigen (externen) Ombudsperson hat nach dem Willen des Gesetzgebers die Stärkung der Rechte der Kranken- und Pflegeversicherten und deren Unterstützung zum Ziel, soweit es um Anträge mit medizinischer Relevanz geht.

Die Ombudsperson trägt dazu bei, Unregelmäßigkeiten aufzudecken und mögliche systemische Fehlentwicklungen im Medizinischen Dienst Berlin-Brandenburg zu verhindern. Sie gewinnt Einblick in die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes durch die Beschwerden von Versicherten, nimmt Akteneinsicht und holt Stellungnahmen zu den Beschwerden vom zuständigen Geschäftsbereich ein. Die Beschäftigten können sich ebenfalls an die Ombudsperson wenden mit Hinweisen auf Unregelmäßigkeiten innerhalb des Medizinischen Dienstes, insbesondere auf Beeinflussungsversuche durch Dritte.

Die Ombudsperson berichtet dem Verwaltungsrat und der Aufsichtsbehörde über den Jahresbericht hinaus bei gegebenem Anlass.

Die Befugnisse der Ombudsperson sind nicht weitergehend als die des Medizinischen Dienstes selbst.

Der Medizinische Dienst führt im Rahmen eines bei der Kranken- bzw. Pflegekasse gestellten Leistungsantrages mit medizinisch relevantem Hintergrund eine von der Kasse beauftragte Begutachtung durch und erfüllt mit der Erstellung des Gutachtens diesen Auftrag. Herrin des Verfahrens bleibt stets die Kranken- und Pflegekasse.

Wenn sich eine versicherte Person gegen den materiell-rechtlichen Inhalt einer Entscheidung (Ablehnung eines Antrags, Zurückweisung des Widerspruchs) mit dem Ziel einer nochmaligen Prüfung wenden will, muss sie den dafür vorgesehenen Rechtsweg einschlagen und innerhalb der Rechtsbehelfsfrist Widerspruch gegen den Bescheid der Kranken- und Pflegekasse einlegen. Bleibt es im Widerspruchsverfahren bei der ablehnenden Entscheidung der Kasse, ist nach Erlass des Widerspruchsbescheides der Rechtsweg zum Sozialgericht gegeben. Die rechtliche Überprüfung ist nicht Gegenstand der Tätigkeit der Ombudsperson.

Auch das vom Medizinischen Dienst erzielte Begutachtungsergebnis ist ausschließlich im Rahmen eines gegen die Kranken- bzw. Pflegekasse zu führenden Widerspruchs- oder Klageverfahrens überprüfbar.

Die Ombudsperson hat nicht die Möglichkeit, Einfluss auf das Begutachtungsergebnis zu nehmen. Die Kompetenz der Ombudsperson greift dann, wenn es um die Arbeitsweise, also um die Art und Weise der Tätigkeit der Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes bei der Begutachtung und der Erstattung des Gutachtens geht. Das kann den Umgang der Gutachterinnen und Gutachter mit den Versicherten während der Begutachtung betreffen oder auch die unzureichende Ausführung des Gutachtens. Beschwerden der Versicherten können aber auch Unzulänglichkeiten in den organisatorischen Abläufen der Begutachtungsvorgänge offenlegen. Aus Hinweisen von Beschäftigten an die Ombudsperson kann die Ombudsperson interne Systemfehler erfahren und sie gegenüber der Leitung des Medizinischen Dienstes benennen. An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass diese Befugnis der Ombudsperson (in Abgrenzung zu den Befugnissen des Personalrates) nicht arbeitsrechtliche Konflikte zwischen Beschäftigten und dem Medizinischen Dienst als Arbeitgeber umfassen.

Ein stetiger Austausch mit dem Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes ermöglicht eine genauere, nicht immer leichte Zuordnung von Eingaben als Beschwerdefall oder als Ombudsfall. Mit der Weitergabe an das Beschwerdemanagement erklären sich die Versicherten regelmäßig im Vorfeld einverstanden.

Im Zeitraum 01. März bis 31. Dezember 2022 leitete die Ombudsgeschäftsstelle 20 Eingaben an das Beschwerdemanagement weiter (etwa 5 Prozent der 287 Eingaben).

3. Beschwerden von Versicherten

Es wurden insgesamt 287 Eingaben eingereicht. Dabei handelte es sich um Eingaben von Versicherten, Angehörigen, Betreuungspersonen, behandelnden Ärztinnen und Ärzten und auch von diversen Institutionen.

3.1. Verteilung der Eingaben nach Eingangskanälen

Von den 287 Eingaben erfolgten 124 telefonisch, 139 wurden per E-Mail und 24 per Post übersandt. Die Versicherten haben auf zwei Wegen die Möglichkeit, per E-Mail mit der Ombudsperson in Kontakt zu treten, zum einen per direkter E-Mail an das E-Mailpostfach der Ombudsperson (ombudsperson@md-bb.org), zum anderen unter Nutzung des Kontaktformulars auf der Homepage des Medizinischen Dienstes Berlin-Brandenburg (www.md-bb.org/ueberuns/ombudsperson/kontaktformular-ombudsperson). Dort können Versicherte oder sich legitimierende Angehörige, Betreuungspersonen, Bevollmächtigte die Einwilligung mit der Weitergabe der Daten an die Geschäftsbereiche oder der Weitergabe an das Beschwerdemanagement sowie die Einwilligung mit der Akteneinsicht durch die Ombudsperson erklären. Diese Einwilligungserklärungen sind auch bei den anderen Formen der Kontaktaufnahme einzuholen.

Die Abbildung 1 veranschaulicht die Aufteilung der Eingaben.

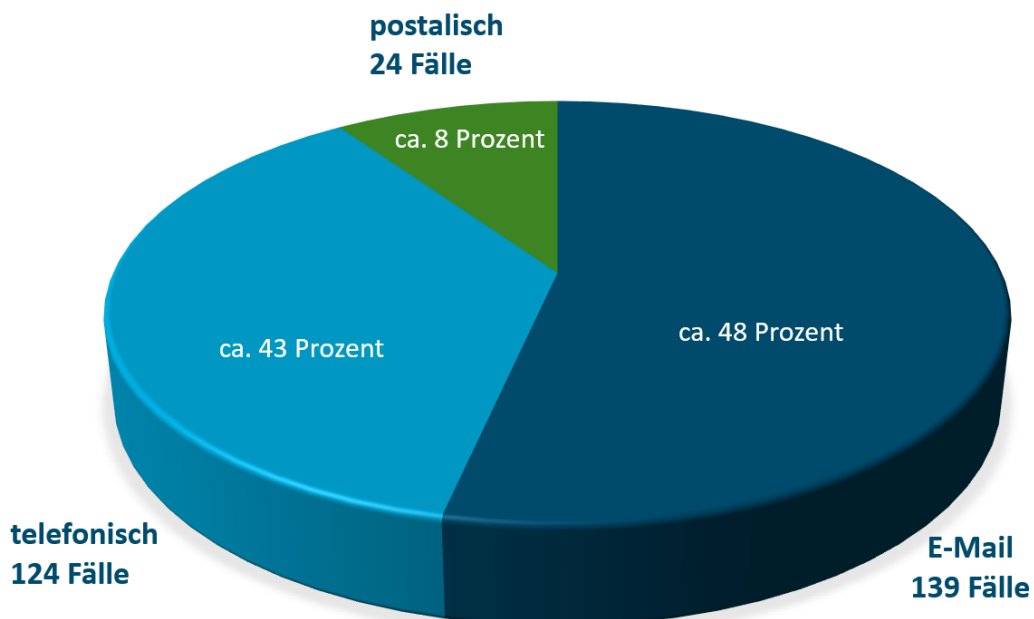


Abbildung 1: Verteilung der Eingaben in den Eingangskanälen

3.2. Eingänge der Eingaben im Monatsvergleich

Der folgende Abschnitt schlüsselt monatsweise die Verteilung der Eingaben im Berichtszeitraum 01. März bis 31. Dezember 2022 auf. Die Abbildung vermittelt, dass insbesondere zum Jahresende 2022 ein deutlicher Zuwachs an Eingaben zu verzeichnen war.

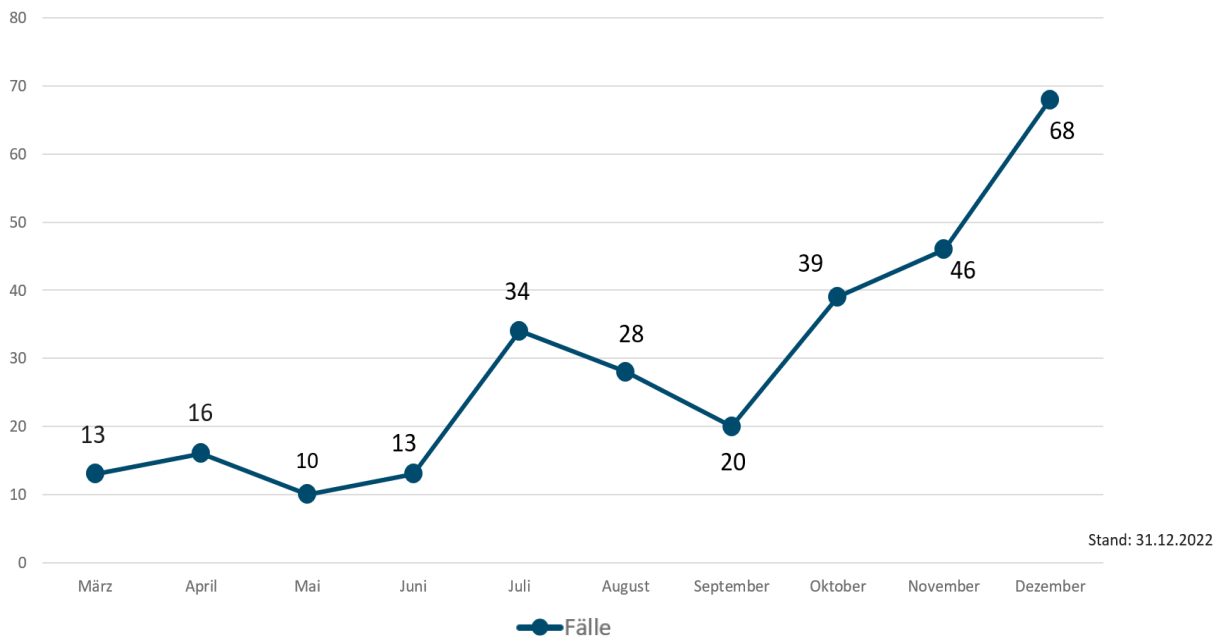


Abbildung 2: Monatsvergleich der Eingaben

Diese betreffen den Pflegebegutachtungsbereich (§ 18 SGB XI) und sind Folge einer stark erhöhten Auftragsbearbeitung in diesem Bereich.

Die Zunahme findet ihre Begründung darüber hinaus auch in der Gestaltung und Formulierung der Bescheide der Kranken- und Pflegekassen. In den Bescheiden über die Ablehnung von Leistungen ist an prominenter Stelle mit allen Kontaktdaten auf die Ombudsperson hingewiesen (auf die Ombudsperson hinzuweisen ist den Kassen gesetzlich vorgeschrieben worden). Erst am Ende des Bescheides, zum Teil „nur“ als „Hinweis“ bezeichnet, findet sich die Belehrung über das Recht, Widerspruch einzulegen. Das führte in vielen Fällen dazu, dass die Versicherten annehmen, die Ombudsperson prüfe die Entscheidung rechtlich und könne sie zu ihren Gunsten abändern. Die Ombudspersonen der Medizinischen Dienste der Länder waren und sind bestrebt, eine einheitliche, unmissverständliche Formulierung und eine nicht irreführende Platzierung des Hinweises der Kassen auf die Tätigkeit der Ombudspersonen zu erreichen. Angeregt wird auch eine bundeseinheitliche Formulierung der Belehrung über das Widerspruchsrecht.

Der hierzu in Gang gebrachte Austausch mit den Krankenkassen dient der Vermeidung von Irritationen und Irrtümern auf Seiten der Versicherten, insbesondere aber auch der Sicherstellung, dass diese einen Widerspruch gegen die Ablehnungsentscheidung fristgemäß an

den Versicherungsträger adressieren, wenn sie mit der Entscheidung der Kasse nicht einverstanden sind, und nicht – wie es sehr häufig der Fall war –, an die im Bescheid zuerst genannte Ombudsperson.

In diesem Zusammenhang ist die Frage aufgetreten, ob die Ombudsperson rechtlich verpflichtet ist, bei ihr eingegangene Widersprüche an die Kranken- oder Pflegekasse weiterzuleiten, insbesondere in Hinblick auf eine drohende Verfristung. Ein Widerspruch, der bei einer nicht zuständigen Behörde eingeht, ist von dieser nach dem Sozialgerichtsgesetz an die zuständige Behörde weiterzuleiten. Die Ombudspersonen vertreten entschieden die Meinung, dass sie eine Rechtspflicht nicht trifft. Sie sind – vom Gesetzgeber so gewollt – unabhängig und nicht weisungsgebunden, sie sind nicht in die Organisation des Medizinischen Dienstes integriert und sind nicht Teil einer Behörde. Eine Behördeneigenschaft der Ombudsperson anzunehmen, widerspricht ihrer Unabhängigkeit und ihrem Status. Die genannte Problematik kann versichertenfreundlich nur pragmatisch gelöst werden, nicht aber über die Konstruktion einer Rechtspflicht der Ombudspersonen. Die Ombudsperson ist auch nicht abhängig beschäftigt und damit nicht sozialversicherungspflichtig.

3.3. Verteilung der Eingaben nach Themenfeldern

Die folgende Abbildung zeigt die Verteilung der Eingaben auf die verschiedenen Fachgebiete.

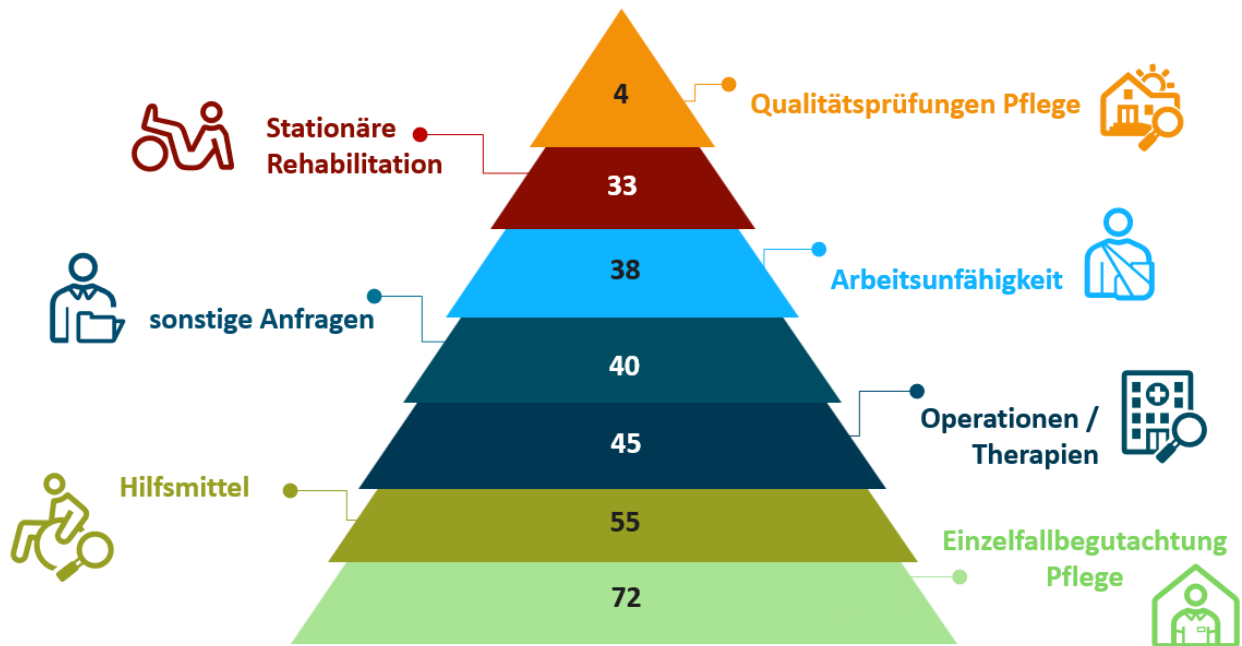


Abbildung 3: Verteilung der Eingaben nach Themenfeldern

3.4. Erläuterungen der Themenfelder

Qualitätsprüfung Pflege

Personen aus Einrichtungen wie Pflegeheimen und Privatpersonen gaben zum Teil namentliche, aber in der Regel anonyme Hinweise, beispielsweise bei unter- oder mangelversorgten Gepflegten.

Sonstige Anfragen

Diese beinhalten Themen, die den anderen Bereichen nicht zugeordnet werden konnten. Darunter fallen etwa allgemeine Informationsanfragen zu Pflegesachleistungen o.ä. Hier ist in der Regel auf die zuständigen Kranken- und Pflegekassen zu verweisen.

Stationäre Rehabilitation (selbsterklärend)

Arbeitsunfähigkeit (selbsterklärend)

Operationen / Therapien

Aus diesem Begutachtungsfeld kamen Beschwerden aus dem ambulanten und stationären Bereich, kosmetische, bariatrische Operationen (Adipositaschirurgie), andere (alternative) Therapieformen und Medikamente, Geschlechtsumwandlungen.

Hilfsmittel

Betroffen waren insbesondere Anträge auf Kostenübernahme für Rollstühle, orthopädische Einlagen und Schuhe.

Einzelfallbegutachtung Pflege

Dieses Themenfeld umfasst Eingaben zu Begutachtungsergebnissen und dem Verhalten der gutachterlichen Personen sowie Verständnisfragen zum Gutachten und zum Procedere.

4. Beschwerden von Beschäftigten des Medizinischen Dienstes

Im Berichtszeitraum gingen keine Beschwerden von Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern des Medizinischen Dienst Berlin-Brandenburg bei der Ombudsperson ein.

5. Dauer der Ombudsverfahren

Im Durchschnitt betrug die Bearbeitungsdauer bis zu 4 Wochen. Beeinflusst ist die Dauer von der Notwendigkeit der Ermittlungen durch die Ombudsperson bzw. ihrer Geschäftsstelle. Im Einzelfall ist eine längere Bearbeitungszeit auch durch die Komplexität des Sachverhalts bedingt. Viele Fälle lassen sich auch sehr schnell im Rahmen eines Telefonates erledigen.

6. Beschwerdegegenstände im Einzelnen

6.1. Krankenversicherung

In diesem Bereich erreichten die Ombudsperson vermehrt Beschwerden zu Arbeitsunfähigkeit, plastischer Chirurgie, Psychotherapie, Hilfsmittel sowie speziellen Medikamenten wie etwa Cannabispräparaten. In Bezug auf ambulant rehabilitative Maßnahmen wurde mehrfach kritisiert, dass diese nicht regional umsetzbar und nicht zielführend seien. Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen wurden in Fällen dieser Art stets von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten befürwortet und von den Versicherten selbst als zwingend notwendig erachtet.

Die Hauptkritik der Versicherten lag in der mangelnden Nachvollziehbarkeit der gutachterlichen Empfehlungen. Die Ablehnung von Leistungsanträgen oder die Empfehlung für ausreichend gehaltener anderer medizinischer Maßnahmen erschien den Versicherten wenig verständlich.

Die ärztliche Kompetenz der Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes wurde oftmals in Frage gestellt.

Einen breiten Raum nahm die Kritik daran ein, dass gutachterliche Empfehlungen nach Aktenlage erfolgten, ohne dass die Versicherten persönlich untersucht worden waren.

6.2 Pflegeversicherung

Im Bereich der Pflegeversicherung stand insbesondere die Kompetenz der Pflegefachkräfte im Fokus. Außerdem wurde bemängelt, dass vorhandene medizinische Unterlagen nicht angemessen berücksichtigt worden seien, und auch hier wurde häufig die Begutachtung nach Aktenlage bemängelt. Insgesamt fühlten sich die Versicherten nicht ausreichend in ihrem individuellen Hilfebedarf wahrgenommen und sahen den ermittelten Pflegegrad als zu niedrig an. Darüber hinaus gab es Beschwerden bezüglich der Terminvergabe und der Wartezeiten bis zum Begutachtungstermin. Hilfreich war in diesen Fällen oft der Hinweis auf das vom Medizinischen Dienst Berlin-Brandenburg installierte Servicetelefon Pflegebegutachtung zur Erläuterung des Pflegegutachtens. In anderen Fällen wurde kritisiert, dass Angehörige oder Betreuende nicht über den Begutachtungstermin informiert wurden.

7. Direkt bearbeitete Eingaben

7.1. Krankenversicherung

Es wurden im direkten telefonischen Kontakt, per E-Mail oder Postbrief sämtliche Anfragen von Beschwerde führenden Versicherten beantwortet. Dabei umfassten die Fragen nach der Vorgehensweise im Widerspruchsfall, zur Kompetenz und Qualifikation der Gutachter sowie Fragen, die nicht in den Zuständigkeitsbereich der Ombudsperson fallen.

7.2. Pflegeversicherung

Ähnlich wie im Bereich der Krankenversicherung waren auch hier Fragen zur Vorgehensweise im Widerspruchsverfahren von besonderem Interesse.

8. Fazit

Aus der Perspektive der Ombudsperson besteht Verbesserungspotenzial in der Ergebniskommunikation seitens der Kranken- und Pflegekassen, um die Begründung einer ablehnenden Entscheidung nachvollziehbarer zu machen. Dies soll hier thematisiert werden, auch wenn sich die Kompetenz der Ombudsperson auf die gutachterliche Tätigkeit des Medizinischen Dienst beschränkt. Wenn aber im Rahmen ihrer Tätigkeit der Ombudsperson die genannten Probleme auffallen, dürfte es im Interesse der Kassen sein, davon zu erfahren. In vielen Gesprächen und Kontakten mit Versicherten wurde darüber hinaus deutlich, dass die Funktionen und Rollen der Kranken- und Pflegekassen einerseits und des Medizinischen Dienstes andererseits als unklar empfunden werden. Es wäre hilfreich, wenn Versicherte bereits in den Bescheiden umfassend darüber Klarheit erhielten, insbesondere über die verschiedenen Beschwerdemöglichkeiten. Dazu gehört der korrekte Hinweis auf die – beschränkte – Zuständigkeit der Ombudsperson.

In Auswertung aller Eingaben sind einige Verbesserungsmöglichkeiten in den Prozessen des Medizinischen Dienstes ersichtlich. Insgesamt fällt die Bewertung der Art und Weise der gutachterlichen Tätigkeit des Medizinischen Dienstes im ersten Jahr der Tätigkeit der Ombudsperson positiv aus. Flächendeckende massive Mängel wurden nicht festgestellt, weder bei der Qualität der Gutachten noch beim Umgang der Gutachterinnen und Gutachter mit den Versicherten. Wesentliche Mängel waren die Ausnahme. Im Austausch mit den zuständigen Geschäftsbereichen und dem Beschwerdemanagement konnte berechtigten Beschwerden abgeholfen werden bis hin zu Maßnahmen am Personalkörper.

Die Einführung der Funktion der Ombudsperson im Bereich der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung hat sich als ein Mehrwert zugunsten der Versicherten erwiesen. Die Abgrenzungsschwierigkeiten zum Beschwerdemanagement sind bei kontinuierlichem Austausch beherrschbar. Nötig wird weiter sein, die Zuständigkeit der Ombudsperson mit der Beschränkung auf das „Kerngeschäft“ der Bewertung der Art und Weise der gutachterlichen Tätigkeit des Medizinischen Dienstes durch gezielte Information auch an die Versicherten publik zu machen und allseits die Unabhängigkeit zu respektieren.