

Ihr Kontakt:

Frau Peggy Keller

Ombudsperson@peggy-keller.de

Eptingweg 7

65929 Frankfurt am Main

Datum 08.02.2023

Jahresbericht der unabhängigen Ombudsperson des Medizinischen Dienstes Hessen I Berichtszeitraum: Mai - Dezember 2022

A. Vorbemerkung

Gemäß § 278 Abs.3 SGB V hat die Ombudsperson der Medizinischen Dienste (MD) bis spätestens 31. Dezember des jeweiligen Jahres dem Verwaltungsrat und der zuständigen Aufsichtsbehörde über ihre Tätigkeit zu berichten. Der Bericht ist 3 Monate nach Zuleitung an den Verwaltungsrat und die Aufsichtsbehörde zu veröffentlichen.

B. Aufgaben der unabhängigen Ombudsperson

Im Rahmen des Reformgesetzes des Medizinischen Dienstes „MDK-Reformgesetz“ wurden die Medizinischen Dienste gemäß § 283 Abs. 2 Satz 5 SGB V verpflichtet, eine unabhängige Ombudsperson zu bestellen.

Die Bestellung der unabhängigen Ombudsperson MD Hessen erfolgte fristgerecht zum 02.05.2022. Damit wurde eine Beschwerdestelle geschaffen, die außerhalb der Organisation frei und unabhängig von Weisungen tätig ist.

Wer kann sich an die Ombudsperson wenden?

Gemäß § 278 Abs. 3 SGB V der Richtlinie können sich sowohl Beschäftigte des Medizinischen Dienstes bei Beobachtungen von Unregelmäßigkeiten als auch Versicherte bei Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes vertraulich an die Ombudsperson wenden.

- a. Den Gutachterinnen und Gutachtern des Medizinischen Dienstes soll eine vertrauliche und niederschwellige Möglichkeit eröffnet werden, insbesondere Beeinflussungsversuche durch Dritte (von außen) zu melden.

In den Hinweisen zur Richtlinie Unabhängige Ombudsperson heißt es:

„Die Ombudsperson ist zuständig für die Bearbeitung von durch die Beschäftigten des Medizinischen Dienstes gemeldeten Beobachtungen und Unregelmäßigkeiten, insbesondere bei Beeinflussungsversuchen durch Dritte. Sie soll eine niederschwellige und vertrauliche Möglichkeit für Gutachterinnen und Gutachter darstellen, Beeinflussungsversuche von außen zu melden.“

- b. Die weitere zentrale Aufgabe der Ombudsperson ist die Befassung mit Beschwerden von Versicherten. Die Richtlinie sieht vor, dass die Ombudsperson die Eingaben durch Versicherte entgegennimmt, vertraulich behandelt und prüft. Die beschwerdeführende Person erhält von der Ombudsperson eine Eingangsbestätigung und wird über die Bearbeitung des Anliegens informiert. Handelt es sich um ein konkretes und nachvollziehbares Begehren in nicht anonymer Form, ermittelt die Ombudsperson die zuständige Stelle und begleitet das Begehren in moderierender und vermittelnder Weise. Hierzu kann die Ombudsperson mit Einverständnis der beschwerdeführenden Person Kontakt zu der zuständigen Stelle aufnehmen, Anregungen und Beschwerden an diese weiterleiten, eine Stellungnahme anfordern oder zwischen den Beteiligten vermitteln.

Für die Versicherten kann die Ombudsperson weitere Beratungsstellen oder Ansprechpersonen benennen. Dies sind unter anderem die Beratungsstellen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen, von Sozialverbänden und anderen Betroffenen-, Patienten-, Verbraucherorganisationen oder das Beschwerdemanagement des MD.

Eine Rechtsberatung findet durch die Ombudsperson nicht statt.

https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/Richtlinien_MDS_MD_Bund/UOP-RL.pdf

C. Umsetzung und Bekanntmachung zur unabhängigen Ombudsperson

Parallel zur Bestellung der unabhängigen Ombudsperson veröffentlichte der MD Hessen die Kontaktdaten der Ombudsstelle auf seiner Homepage. Weiterhin sind die Kassen gesetzlich verpflichtet (§ 275 Abs.3 SGB V), immer dann, wenn ein Leistungsantrag der Versicherten abgelehnt wird und dieser Ablehnung eine gutachterliche Stellungnahme des MD zugrunde liegt, im Bescheid den Versicherten nicht nur das Ergebnis der gutachterlichen Stellungnahme des MD und die wesentlichen Gründe für das Ergebnis mitzuteilen, sondern auch auf die Möglichkeit der vertraulichen Beschwerde an die Ombudsperson hinzuweisen. Hier ist anzumerken, dass die Anrufung der Ombudsstelle nicht nur für Versicherte gegeben sein soll, die einen ablehnenden Bescheid erhalten haben, sondern allen offen stehen soll, die sich über die Art und Weise der Tätigkeit des MD beschweren wollen.

Ebenfalls sind die Pflegekassen nach § 18 Abs. 3 Satz 13 SGB XI verpflichtet, die antragstellende Person in verständlicher Form auf die Möglichkeit hinzuweisen, sich bei Beschwerden über die Tätigkeit des MD vertraulich an die Ombudsperson zu wenden.

Auffallend war, dass viele Kassen von ihrer Hinweispflicht auf die Möglichkeit der Anrufung der Ombudsperson in der Form Gebrauch gemacht haben, dass diese an erster Stelle im Bescheid aufgeführt wurde und die Rechtsbehelfsbelehrung erst danach, teils kleingedruckt erfolgte. Dies hat bei den Versicherten zu einer deutlichen Verunsicherung geführt, wer denn nun eigentlich zuständig sei und wo fristwährend Eingaben eingereicht werden sollen.

Hier wird eine einheitliche Anpassung bezüglich des Inhalts (einfache verständliche Sprache) und an welcher Stelle (nach der Rechtsbehelfsbelehrung) der Hinweis über die Möglichkeit, sich an die Ombudsperson zu wenden, angeregt. Einen Vorschlag zur einheitlichen Formulierung wurde in der Arbeitsgruppe Ländertreffen der Ombudspersonen im November 2022 erarbeitet und kann zur Verfügung gestellt werden.

Die unabhängige Ombudsstelle ist nicht zur fristgerechten Entgegennahme von Widersprüchen befugt. Darauf weist sie bei den Eingaben hin. Sie ist keine öffentliche Stelle und keine Behörde nach § 1 Abs. 2 SGB X. Es liegt keine Eingliederung oder Abhängigkeit vom MD vor, welche die Ombudsstelle als Behördenteil charakterisieren könnte.

Auch ist zu berücksichtigen, dass die Ombudsperson in der Regel keine Kenntnis davon hat, wo der Beschwerdeführer versichert ist. Eine Ermittlungspflicht seitens der Ombudsperson kann nicht im Sinne des Datenschutzes sein und wird auch abgelehnt.

Aufgabenabgrenzung gegenüber dem internen Beschwerdemanagement

Bisher konnten Versicherte das Beschwerdemanagement des MD anrufen oder die Widerspruchsausschüsse der Kranken- und Pflegekassen zur Wahrnehmung ihrer Rechte nutzen. Mit der Einrichtung Stelle „Unabhängigen Ombudsperson“ steht den Versicherten neben diesen beiden Wegen ein weiteres Instrument zur Wahrnehmung ihrer Rechte zur Verfügung. Gemäß der Richtlinie ergänzen die Ombudspersonen das Beschwerdemanagement um ein weiteres Element. Dies bei gleichzeitiger Unabhängigkeit. Letztlich entscheiden die betroffenen Versicherten, welches der zur Verfügung stehenden Verfahren sie zur Wahrung ihrer Rechte wählen. Hierdurch steuern sie insoweit die jeweilige Inanspruchnahme. Dies kann und führt dazu, dass Versicherte sich parallel an verschiedene Stellen wenden.

D. Entwicklung und Statistiken

Seit Aufnahme der Tätigkeit im Mai 2022 sind derzeit 106 Eingaben eingegangen.

Dabei liegt die Verteilung bei drei Fällen aus dem internen Bereich und 103 Fällen aus dem externen Bereich der Versicherten bzw. deren Angehörigen, des Sozialdienstes sowie des Sozialverbandes.

Bei 48 der externen Fälle („Sonstiges“) handelt es sich um diverse Fragestellungen, die nicht in den weiteren Zuständigkeitsbereich der Ombudsperson oder des Beschwerdemanagements des MD fallen. Diese betreffen Fragen zum Widerspruchsverfahren, nicht Bewilligung von Medikamenten, Ablehnung von Reha Behandlungen, rechtliche Anfragen, Zweifel an der AU seitens des Arbeitgebers, fehlender Versicherungsschutz, Einstufungen zum Pflegegrad,

abgelehnte Fahrtkostenübernahmen, Hilfeanfragen für eine Neuantragstellung, Kostenübernahme für PCR Test.

In diesen Fällen übt die Ombudsperson eine beratende, teils Steuerungsfunktion aus. Sie informiert über weitere mögliche Ansprechpartner.

21 Fälle betreffen die Dauer der Begutachtungen im Widerspruchsverfahren oder bei Eilfeststellung. Bei 34 Fällen handelt es sich um Beschwerden, welche die Art und Weise der Begutachtung betreffen.

Die Kontaktaufnahme erfolgt in der Regel per Mail, schriftlich per Post oder per Telefon. Der größte Anteil geht per Mail ein. In den Fällen der schriftlichen Eingaben übermittelt die unabhängige Ombudsperson eine Eingangsbestätigung und nimmt sodann per Mail oder Telefon Kontakt zur Klärung des Anliegens auf. In den Fällen, in denen für die weitere Bearbeitung eine Einwilligungserklärung bzgl. Datenschutz erforderlich ist, erhalten die Personen ein Beschwerdeformular, welches sie sodann an die Ombudsperson zurücksenden.

Bei eingehenden telefonischen Beschwerden, wird die Eingabe mit einer Aktennotiz erfasst. Meist konnte hier schon Abhilfe durch das Anhören der Betroffenen geschaffen werden.

In allen Fällen erhalten die Personen eine Zwischennachricht, abschließende Nachricht oder Stellungnahme. Diese kann bei einer Weitergabe des Falles an das Beschwerdemanagement des MD durch dieses erfolgen, wobei die Ombudsperson die Stellungnahme zur Kenntnis erhält.

Auffallend ist, dass der durch die Kranken- und Pflegekassen erteilte Hinweis, sich auch an die Ombudsperson zu wenden, zu einer Verunsicherung bei den Versicherten dahingehend führt, ob ein Widerspruch gegen den Bescheid der Kranken/Pflegkassen, Beschwerde bei der Ombudsperson oder beides eingelegt werden soll.

Hier erfolgt durch die Ombudsperson eine Aufklärung über das Verhältnis von Widerspruch und Beschwerde. Welches Vorgehen für das jeweilige Begehren das geeignete ist. In aller Regel steht im Vordergrund die nochmalige inhaltliche Überprüfung der Entscheidung. Dies kann nur über den Widerspruch erreicht werden. Dieser ist jedoch nicht einer Beschwerde gleichzusetzen, denn eine Beschwerde hätte keine Überprüfung der Entscheidung der Krankenkasse zur Folge. Begehrt wird in der Regel die Überprüfung der Entscheidung der Kassen und damit auch die Überprüfung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes.

Allgemein lässt sich bei den Eingaben **für den Teilbereich Pflege feststellen**, dass es zu deutlichen Abweichungen von der im Alltag durch die Angehörigen erlebten Pflegebedürftigkeit (Beeinträchtigung der Selbständigkeit/Bewältigung des Alltags) der Antragstellerinnen und Antragsteller und den Beurteilungen der Pflegegutachter kommt.

Die Gutachterinnen und Gutachter sind hier in einem vorgegebenen Rahmen an die einschlägigen Begutachtungsrichtlinien gebunden. Hier treffen in der Realität nicht selten zwei Welten aufeinander. Der von den Angehörigen erlebte Alltag und jener Zeitausschnitt während der Begutachtung.

Weiterer Faktor ist hier auch, dass sich der Zustand nach einer Begutachtung häufig zunehmend verschlechtert. Was bezogen auf das Ergebnis aus Sicht der Antragstellerinnen und Antragsteller bzw. der Angehörigen auch zum empfundenen Missverhältnis des Ergebnisses des Gutachtens beiträgt.

Für den Teilbereich der Allgemeinen Sozialmedizin zeichnet sich folgendes Bild bei den Eingaben ab. Die Versicherten erhalten eine Ablehnung von Anträgen, für die sie Atteste der behandelnden Ärzte vorlegen. Es handelt sich dabei um die Durchführung von bestimmten Behandlungen (Krebstherapie, Lasertherapie), die Verordnungsfähigkeit von Arznei - Hilfsmitteln (Sauerstoffgerät, Cannabis, Autokindersitz, Bestrumpfung), Kostenübernahme MRT, Krankenfahrten.

Gegenstand der Eingaben der Versicherten ist, dass es für sie unverständlich und nicht nachvollziehbar ist, dass eine Maßnahme, die von den behandelnden Ärzten empfohlen wird, von der Krankenkasse aufgrund der Gutachten des MD abgelehnt wird.

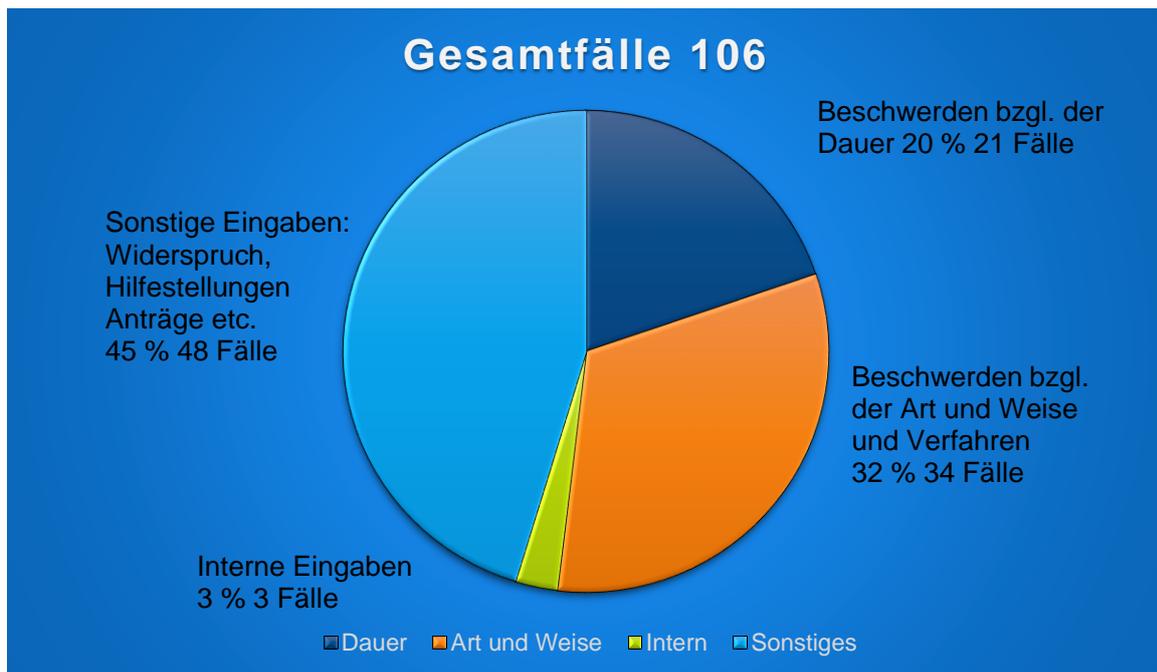
Es geht also um das Spannungsfeld zwischen der für den Einzelnen am besten geeigneten und vom Arzt befürwortenden Maßnahme und dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkasse, den Grundsätzen der solidarischen gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung als gesetzlicher Auftrag.

Graphische Zusammenfassung und Auswertung der Fälle:

Monat 2022	Extern	Intern	Gesamt
Mai	8	0	8
Juni	9	1	10
Juli	9	0	9
August	10	0	10
September	13	1	14
Oktober	12	0	12
November	19	0	19
Dezember	23	1	24

Stand der Bearbeitung:

Was	Eingaben	Erledigt	offen
Intern	3	3	0
Extern Dauer	21	16	5
Extern Art und Weise	34	27	7
Sonstige	48	48	0



E. Einzelfälle

1. Interner Bereich

Im Berichtszeitraum kam es zu 3 internen Beschwerden. Zwei der Fälle bezogen sich jedoch rein auf das bestehende Arbeitsverhältnis, so dass eine Zuständigkeit der Ombudsperson nach Erörterung des Sachverhalts nicht gegeben war.

In einem Fall ging es um die Korrektur eines Arbeitszeugnisses, welches schon vor mehreren Jahren ausgestellt wurde. Sichtbar wurden hier Konflikte im Bereich zwischen Teamleitung und Team. Im anderen Fall ging es um die Frage der Vermeidung einer weiteren Covid-Impfung, für die eine generelle Verpflichtung besteht.

Aus beiden Anfragen zeigte sich, dass seitens der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des MD Hessen noch eine Unklarheit bezüglich der Rolle der Ombudsperson besteht. Wann kann diese angefragt werden? Diese Unklarheit ist vor dem Hintergrund der Neuschaffung der Stelle „unabhängige Ombudsperson“ nachvollziehbar. Eine Kernintension für die Schaffung der Stelle ist, Unregelmäßigkeiten aufzudecken (Beeinflussung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des MD u.a. durch die Krankenkassen) und eine mögliche systematische Fehlentwicklung zu verhindern.

Für diese Fälle sollen die Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes die Möglichkeit erhalten, sich vertrauensvoll an die Ombudsperson zu wenden.

Ausgehend von diesem Hinweis zur Richtlinie, wäre eine Zuständigkeit der Ombudsperson daher für Eingaben, die sich auf die interne Struktur zur Klärung von Anliegen, Störungen oder Konflikten aus dem Arbeitsverhältnis beziehen, nicht gegeben.

Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes wäre hier noch eine Rollenklarheit zu schaffen. Auch dahingehend, dass die Ombudsperson kein Ersatz für die vorgegebenen hierarchischen/arbeitsrechtlichen Wege zur Klärung eines Anliegens ist.

Ein weiterer interner Fall betraf einen Sachverhalt, (beantragte wiederholte Rehabilitationsleistung für ein Kind), bei welchem aus Sicht des Gutachters die Krankenkasse den Inhalt des Gutachtens für ihre ablehnende Entscheidung nicht richtig widergegeben hat. Hier war die Zuständigkeit der Ombudsperson gegeben.

Parallel zu der Anfrage bei der Ombudsstelle, konnte der Sachverhalt durch eine Vermittlung des Teamleiters, welcher sich an den Geschäftsbereichsleiter gewandt hat, mit der Krankenkasse geklärt werden. Diese bat um Entschuldigung.

2. Beschwerden bzgl. der Dauer der Begutachtung in Widerspruchsverfahren- Eilfeststellung

Bei den Beschwerden war aus Sicht der Beschwerdeführer die Dauer der Begutachtung im Widerspruchsverfahren und bei Eilfeststellung beanstandet. Daneben die in Einzelfällen daraus resultierenden erheblichen finanziellen Belastungen für die Angehörigen (Vorleistung).

Für eine zielfdienliche und effiziente Bearbeitung der einzelnen Anliegen, wurden nach Einwilligung der Beschwerdeführer die Eingaben dem Beschwerdemanagement vorgelegt. Durch dieses erfolgte eine unverzügliche Bearbeitung und eine nachvollziehbare Antwort, welche den Beschwerdegrund beseitigte. Auf Nachfrage der Ombudsperson beim Vorstand des MD, wie es zu dieser Verzögerung kommt, wurde festgestellt, dass das Verhältnis von eingehenden Anträgen zum vorhandenen Personal in einem erheblichen Ungleichgewicht steht. Auch die Verpflichtung des MD zur Erstbegutachtung gem. § 18 Abs. 3 SGB XI stellt einen Teil der Ursachen der Verzögerung für weitere Begutachtungen dar. Dies ändert jedoch nichts daran, dass nachweislich die vorhandenen personellen Ressourcen nicht ausreichend sind, um den eingehenden Aufträgen gerecht zu werden. Dies wurde bestätigt durch die Presseinformation des Hessischen Ministerium für Soziales und Integration vom 14.Oktober 2022. Ziel ist es danach, das Personal auszubauen, so dass die Bearbeitungszeiten spätestens im Laufe des ersten Halbjahres wieder durchgehend eingehalten werden können.

Nach Rücksprache mit dem Vorstand ist der Haushalt für 2023 an die Problematik angepasst worden.

3. Beschwerden über die Art und Weise während der Begutachtung

Bei den Eingaben, die sich auch auf das **Verhalten** der Gutachterinnen und Gutachter beziehen, handelt es sich in der Regel um „Mischformen“. Ein Teil davon gehört ins Widerspruchsverfahren, wenn das Ergebnis der Entscheidung beanstandet wird. Ein anderer Teil betrifft die Beschwerde bzgl. der Art und Weise der Begutachtung.

Wird das Verhalten der Gutachterinnen und Gutachter gerügt, so betrifft dies in der Regel den Umgangston, der aus Sicht der Beschwerdeführer als schroff, barsch, wenig empathisch erlebt wird. Je nach Fallsituation wird die Ombudsperson durch einen vermittelnden Dialog zwischen den Beteiligten tätig. In weiteren Fällen holt die Ombudsperson Stellungnahmen bei den Beteiligten ein bzw. gibt die Eingabe an das Beschwerdemanagement zur Prüfung und abschließender Klärung des Sachverhalts ab.

In einem Fall wurde u.a. die Beurteilung durch eine Gutachterin des MD sowie die Fallbearbeitung bei der Krankenkasse durch eine Frau, als Diskriminierung des männlichen Geschlechts erlebt. Hier hatte sich der Beschwerdeführer an mehrere Stellen parallel gewandt, so dass eine abschließende Bearbeitung mit ausführlicher Stellungnahme durch das BM erfolgte.

Ein Fall liegt vor, indem die Beschwerdeführerin zwar mit dem Ergebnis einverstanden ist und ausdrücklich betont, dass sie die fachliche Eignung nicht beanstandet. Jedoch die „kaum vorhandene Empathie“ kritisiert. Konkret erlebte sie die Begutachtung so, dass der Sachverständige sich ausschließlich mit den Angehörigen unterhalten und die betreffende Person gar nicht ins Gespräch einbezogen habe. Sie sei zwar bereits 88 Jahre, körperlich nicht mehr so fit, geistig jedoch sehr wohl noch fit. Mangels Einverständniserklärung konnte der Fall nicht weiterverfolgt werden.

Wenn es um den Umgangston, die aus Sicht der Versicherten fehlenden Empathie geht, so ist dies gewiss auch im Kontext von mehreren Faktoren zu sehen.

Zunächst ist nachweislich die Ressource an Gutachterinnen und Gutachtern nicht ausreichend. Dies dürfte zu einer deutlichen Mehrbelastung bei den Sachverständigen führen. Dies könnte in den wenigen Einzelfällen einen Beitrag zum „Verrutschen“ im Ton/Empathie - aus Sicht der Versicherten - geführt haben. Demgegenüber steht die betroffene Person und deren Angehörige, die Hilfe/ Unterstützung erwarten. Dies eben bereits bei der Art und Weise, wie sie sich behandelt fühlen, wie sie angesprochen werden. Dies stellt immer auch ein subjektives Erleben dar. Gleichwohl sind die eingereichten Beschwerden aus objektiver Sicht sicher geeignet, eine höhere Achtsamkeit für jede einzelne Begutachtung walten zu lassen.

Gegebenenfalls ist das Thema „freundlicher, zugewandter Umgangston/Empathie“ nochmals im Rahmen von Schulungen etc. aufzugreifen. Jedoch ergibt sich aufgrund der geringen (gleichwohl für den einzelnen Betroffenen dennoch erheblichen) Beschwerden im Verhältnis zu den bearbeiteten Gutachteraufträgen (allein 2021 gingen 564.940 Aufträge ein, 2022 liegt noch nicht vor) gegenwärtig aus Sicht der Ombudsperson kein konkreter Handlungsbedarf für Maßnahmen. Die Sensibilisierung für das Thema sollte im Auge behalten werden.

4. Beschwerden bezüglich der Kompetenz, fachlichen Qualifikation inhaltlichen Aussagen der Gutachten und Entscheidungen der Kranken- und Pflegekassen

In Fällen, bei denen die fachliche Kompetenz und Eignung der Gutachterinnen und Gutachter angezweifelt wurde, zeichnet sich folgendes Bild ab.

Ein Fall betraf einen konkreten Modellvorschlag für einen Reha-Kindersitz. Nach angeforderter Stellungnahme beim MD, teilte dieser mit, dass weder seitens der Behandler, noch des Sanitätshauses ein konkreter Vorschlag, welcher Sitz der Erkrankung des Kindes gerecht werde, gemacht wurde. Der MD bezweifelte im Gutachten nicht die Notwendigkeit einer Versorgung mit einem Auto-Sitz mit einem 5 Punkt-System. Eine Befugnis, ein konkretes Sitzmodell zu bestimmen, erachtet der MD als rechtlich nicht zulässig, da er nicht berechtigt sei, in ärztliche Behandlungen einzugreifen.

In zwei Fällen wurde der Dokortitel bezweifelt und mit einer Strafanzeige gedroht - wegen unterlassener Hilfeleistung.

Durch die Überprüfung konnte eine fehlende Qualifikation mangels Dokortitel nicht bestätigt werden. Bei den Gutachterinnen und Gutachtern handelte es sich um welche mit langjährigen Erfahrungen.

In einem der genannten Fälle wurden dem MD zusätzlich Machenschaften mit der Krankenkasse vorgeworfen. Eine Konkretisierung erfolgte nicht. Es blieb bei der pauschalen Behauptung. Die angeforderte Stellungnahme des MD war inhaltlich ausführlich, aufklärend und wertschätzend. Die beanstandeten Gutachten wurden im Fachbereich nochmals überprüft. Es konnten keine Mängel festgestellt werden. Unregelmäßigkeiten durch Machenschaften mit der Krankenkasse konnten nicht bestätigt werden.

In der angeforderten Stellungnahme des MD wies dieser ferner ausdrücklich auf seine Unabhängigkeit als Begutachtungsdienst hin. Die Gutachterinnen und Gutachter seien bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben an die gesetzlichen Vorgaben und hierzu erlassenen Begutachtungsrichtlinien gebunden. Darüber hinaus seien die Gutachterinnen und der Gutachter des MD bei der Wahrnehmung ihrer ärztlichen Aufgaben nur ihrem Gewissen unterworfen (§ 275 Abs. 5 SGB V).

Bei weiteren Fällen wurde bemängelt, dass die Gutachten des MD unter fachbezogenen Gesichtspunkten zu beanstanden sind. In den angeforderten Stellungnahmen des MD wurde darauf hingewiesen, dass es keiner Fachbindung im Rahmen der gutachterlichen Tätigkeit bedarf, da sich die Fragestellungen regelmäßig auf sozialmedizinische Themen beziehen. Das nötige ärztliche Fachwissen für die jeweilige Fragestellung muss dessen ungeachtet gegeben sein.

In einem Fall (Widerspruch erfolgte hier nach Aussage des Beschwerdeführers) wurde dem Gutachter der Vorwurf gemacht, er sei nicht geeignet, um zu einer gastroenterologischen Fragestellung eine sozialmedizinische Empfehlung abzugeben. Aus der Stellungnahme des MD ist ersichtlich, dass gerade der beauftragte Gutachter aufgrund seiner Kompetenz als Allgemeinmediziner, Sozialmediziner und Apotheker besonders prädestiniert war, die Fragestellung zu beurteilen. Es zeigte sich, dass ärztliche Belege für die mitgeteilte Besonderheit sowie Befundberichte und Schilderungen des Behandlungsverlaufes aus ärztlicher Sicht nicht vorlegt wurden. Hierdurch konnte der Gutachter die individuelle Situation gutachterlich nicht aufgreifen.

Auch wurde durch den behandelnden Arzt nur ein Privatrezept ausgestellt. Grundlage für die Verordnung eines verordnungsmäßigen Medikaments zu Lasten der

Versichertengemeinschaft wäre, ein verantwortlich ausgestelltes Kassenrezept eines Vertragsarztes.

Zusätzlich zeigte sich, dass das Mittel Sucraid Oral Solution weder in Deutschland noch in der EU als Medikament - soweit erkennbar -, zugelassen ist.

In zwei Fällen, bringen die Beschwerdeführer ihre Fassungslosigkeit und ihr Unverständnis über die Aussage im Gutachten „*Eine Wiederholungsbegutachtung wird nicht empfohlen: Aus medizinisch-pflegerischer Sicht nicht erforderlich*“ zum Ausdruck. Diese standardisierte Formulierung ist für die Beschwerdeführer bei der Schwere der Erkrankung und der noch zu erwartenden Lebensdauer nicht nachvollziehbar. Zusätzlich wurde in einem der beiden Fälle die Kompetenz der Gutachterin aufgrund ihres jungen Alters angezweifelt. Mangels Einwilligungserklärung bzgl. Datenschutz konnte der Fall nicht weiterbearbeitet werden.

Daneben liegen Fälle vor, in denen aus Sicht der Beschwerdeführer Berichte nicht gelesen und berücksichtigt wurden. Die Fälle wurden geprüft und haben sich als nicht bestätigt erwiesen.

Auch das Thema Entscheidung nach Aktenlage ist Teil der Beschwerden. Dies zu einem Zeitpunkt, in dem Begutachtungen in der Pandemiesituation auf alternativer Nachweisebene einer persönlichen Begutachtung gleichgesetzt waren, sodass befristet eine Begutachtung nach Aktenlage ausdrücklich zulässig war.

Bei den Beschwerden, die sich auf die Entscheidung der Kranken- und Pflegekassen auf Grundlage der Gutachten des MD beziehen (sonstige Eingaben) ist die Erwartungshaltung an die Ombudsperson, dass diese die Entscheidung überprüft und zu Gunsten der Versicherten handelt. Der Ombudsperson wird dabei eine Kompetenz zugesprochen (Einfluss auf die Entscheidung), die sie nicht hat. Hier klärt diese auf, dass eine originäre Zuständigkeit nicht besteht. Die Ombudsperson soll ausdrücklich keine Rechtsberatung leisten.

Sie berät die Versicherten, welche Schritte zur Wahrung deren Rechte einzuhalten sind. Ebenfalls, wo sie weitere Hilfestellen in Anspruch nehmen können.

5. Beschwerde Sozialverband

In einem Fall, in dem der Sozialverband einen Versicherten im Widerspruchsverfahren vertreten hat, rügte dieser eine Entgleisung in der Kommunikation des MD ausdrücklich. Dies bei gleichzeitigem Verständnis für die enorme Arbeitsbelastung des MD. Dennoch erbittet er Abhilfe dahingehend, dass die notwendige menschliche Empathie wieder einkehren soll.

Eine Einwilligung zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts wurde nicht erteilt. So dass der Fall mit der allgemeinen Information erfasst wird.

6. Beschwerde aus dem Bereich der Privaten Krankenversicherung

Eine Beschwerde betraf den Bereich der Privaten Krankenversicherung und den beauftragten Gutachter. Hier erfolgte ein Hinweis, sich zunächst an die Versicherung zu wenden. Sodann an den Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung.

F. Ergebnis

Bezogen auf die Ressourcen an Mitarbeitern des MD für die zeitnahe Bearbeitung der eingehenden Gutachteraufträge wurde der Haushaltsplan für 2023 geändert und genehmigt. Insofern ist die Entwicklung hier abzuwarten.

In Richtung der Versicherten sowie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des MD ist nochmals Klarheit bezüglich der Stelle der unabhängigen Ombudsperson zu schaffen. Wofür ist sie zuständig und wofür nicht.

Für die Versicherten und die Wahrung ihrer Rechte, könnte es als Orientierung hilfreich sein, über das Verhältnis von Widerspruch und Beschwerde an geeigneter Stelle aufzuklären.

Insgesamt zeichnet sich die Zusammenarbeit mit dem MD (bezüglich der angeforderten Stellungnahmen und sonstiger relevanter Anfragen) als sehr kooperativ und verantwortungsvoll aus. Unregelmäßigkeiten bei der Tätigkeit des Medizinischen Dienstes wurden nicht festgestellt.



Frankfurt am Main, den 08.02.2023

Peggy Keller
Unabhängige Ombudsperson MD Hessen