

Unabhängige Ombudsperson

Jahresbericht der Ombudsperson des Medizinischen Dienstes Niedersachsen gem. § 278 Abs. 3 S. 2 SGB V

Zeitraum 01.10.2021 bis 30.09.2022

I. Entstehungsgeschichte und rechtliche Grundlagen

Die Institution der Unabhängigen Ombudsperson des Medizinischen Dienstes beruht auf § 278 Abs. 3 Satz 2 SGB V. Sie ist nicht denkbar ohne die vorausgegangene Debatte um die Unabhängigkeit der vormals „Medizinischen Dienste der Krankenversicherung“. Diese Bezeichnung legte nahe, dass es sich um eine von den gesetzlichen Krankenkassen und von ihren Interessen und Weisungen abhängige Institutionen handelt. Aus der Gesetzesbegründung des „MDK-Reformgesetzes“ (Art. 1 Nummer 25 des Gesetzes für bessere und unabhängige Prüfungen, BGBl. I 2019, 2789) ergibt sich, dass dieser Gesichtspunkt dazu führte, die ursprünglichen Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen nunmehr zu Körperschaften des öffentlichen Rechts organisatorisch von den gesetzlichen Krankenkassen abzukoppeln.

Die neue rechtliche Grundlage führte auch zu einer Neustrukturierung der Verwaltungsräte als maßgeblichem Entscheidungsgremium, deren Mitglieder nunmehr auch Vertreter der Patientinnen und Patienten, der Pflegebedürftigen, der Verbraucherinnen und Verbraucher, der Ärzteschaft sowie der Pflegeberufe umfassen.

Aus ähnlichen Überlegungen wurde durch § 278 Abs. 3 SGB V die Bestellung einer „Unabhängigen Ombudsperson“ (UOP) für jeden Medizinischen Dienst vorgesehen, an die sich Beschäftigte des Medizinischen Dienstes als auch Versicherte wenden können. Beschäftigten wird dies bei der Beobachtung von Unregelmäßigkeiten, insbesondere Beeinflussungsversuchen durch Dritte eröffnet. Versicherte können sich bei Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes an die UOP wenden. Sowohl Beschäftigte als auch Versicherte haben die Möglichkeit, dies vertraulich zu tun.

Beschäftigte wie Versicherte werden in diesem Bericht generell als „Petenten“ und das Verfahren selbst als „Petition“ bezeichnet. Diese Sprachregelung hat sich mehrheitlich im Kreis der UOP durchgesetzt.

Zur weiteren Ausgestaltung der Institution der UOP hat der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die „Richtlinie des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) nach § 283 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 zweite Alternative SGB V - Unabhängige Ombudsperson (UOP RL)“ erlassen, die Einzelheiten zur Bestellung und Ausgestaltung der Rechtsbeziehung zwischen der UOP und den einzelnen Medizinischen Diensten der Länder beinhaltet.

Die UOP hat gem. § 278 Abs. 3 S. 2 SGB V einmal jährlich dem Verwaltungsrat und der Aufsichtsbehörde über ihre Tätigkeit zu berichten. Diesem gesetzlichen Auftrag kommt die Ombudsperson des Medizinischen Dienstes Niedersachsen mit dem vorliegenden Bericht nach. Da sie die Aufgabe zum 1. Oktober 2021 aufgenommen hat, deckt der Bericht den Zeitraum bis zum 30. September 2022 ab.

Unabhängige Ombudsperson

II. Ausgangssituation und Rahmenbedingungen

1. Die Ombudsperson wurde durch den Verwaltungsrat am 04.06.2021 einstimmig gewählt und bis zum 30.09.2024 berufen.
2. Die Ombudsperson nimmt ihre Aufgaben wie in § 278 Abs. 3 SGB V beschrieben unabhängig und weisungsfrei wahr. Sie ist keine Mitarbeitende des Medizinischen Dienstes. Im Gebäude Hildesheimer Straße 202 in Hannover steht ihr für Besprechungen ein ausgestatteter Raum zur Verfügung. Ausreichendes Equipment wurde übergeben, um sowohl mobil, als auch vom Arbeitsplatz in der Kanzlei aus kommunikationsfähig zu sein.
3. Personell wurde der Ombudsperson eine Assistentkraft zur Verfügung gestellt. Dies geschah anfänglich im Umfang einer halben Stelle. Aufgrund des Arbeitsanfalls wird die Assistentkraft mittlerweile im Umfang von fast einer vollen Stelle in Anspruch genommen. Auch die personelle Ausstattung der Geschäftsstelle der Ombudsperson ist damit vollumfänglich gewährleistet.
4. Die Ombudsperson kann ihrer Aufgabe nur dann nachkommen, wenn sowohl Mitarbeitende, als auch Versicherte über die Möglichkeit einer Petition informiert sind.

Medizinischer Dienst/Mitarbeitende

Auf der Ebene des Medizinischen Dienstes erfolgte die Information der Mitarbeitenden über das Internet und über ein Interview mit der Ombudsfrau¹, veröffentlicht unter der Rubrik „Aktuelles“.

Gesetzliche Krankenkasse/Pflegeversicherung/Versicherte

Die gesetzlichen Krankenversicherungen und Pflegekassen informieren in allen ablehnenden Bescheiden über die Möglichkeit, sich an die Ombudsfrau des Medizinischen Dienstes zu wenden.

Diese Formulierungen sind allerdings teilweise irreführend und können die Versicherten dazu bewegen, anstelle des Widerspruchs gegen die Entscheidung im Bescheid nur die Ombudsfrau in Anspruch zu nehmen. Dies kann zu Rechtsverlusten führen.²

Vom Medizinischen Dienst selbst werden die Versicherten ebenfalls auf die Kontaktmöglichkeiten und die Funktion der Ombudsfrau sowohl auf der Website des Medizinischen Dienstes Niedersachsen im Internet als auch in seinem Intranet hingewiesen.

Rechtsaufsicht

Mit einer Vertreterin des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung wurde ein Gespräch über die Aufgabenwahrnehmung durch die Ombudsfrau geführt.

¹ Von der Unabhängigen Ombudsperson (UOP) wird in dieser geschlechtsneutralen Formulierung die abstrakte Funktion beschrieben. Wird von der konkreten Person, die in Niedersachsen diese Aufgabe wahrnimmt, berichtet wird, wird sie entsprechend ihrem Geschlecht als „Ombudsfrau“ benannt. So wird sie von den Petenten selbst benannt.

² siehe III. 1

Unabhängige Ombudsperson

Ombudsfrau

Die Ombudsfrau verfügt - wie im Gesetz vorgesehen (§ 278 Abs. 3 Satz 2 SGB V) - über eine eigene Website. Dort wird dieser Bericht in der vom Gesetz vorgesehenen Frist veröffentlicht werden (<https://www.md-niedersachsen.de/md/ombudsperson/>).

5. Die Ombudsfrau gewährleistet einen barrierefreien Zugang. Sie ist per Mail, telefonisch, und schriftlich zu erreichen. Auf der Internetseite der UOP ist ein Kontaktformular vor der Fertigstellung.

Die Ombudsfrau muss regelmäßig, auch vertraulich in Anspruch genommen werden können. Deswegen sind die Daten, die auf den Rechnern des Medizinischen Dienstes von der Ombudsfrau und der Mitarbeitenden verarbeitet und gespeichert werden, besonders vor dem Zugriff unbefugter Mitarbeitenden, zu sichern. Um dies zu gewährleisten, haben die Mitarbeitenden des Geschäftsbereichs Informationstechnologie eine entsprechende Compliance-Erklärung abgegeben. Eine solche Compliance-Erklärung liegt auch von der Assistentkraft vor. Durch diese Compliance-Erklärungen wird sichergestellt, dass auch auf Weisung von Vorgesetzten kein Einblick in die Daten gewährt werden darf.

Um die Vertraulichkeit zu sichern, werden darüber hinaus alle Dateien gesondert verschlüsselt.

Soll ein persönliches Gespräch im vertraulichen Rahmen stattfinden, kann dies nicht im Haus Hildesheimer Straße 202 erfolgen. Es ist mit dem Vorstand abgeklärt, dass in einem solchen Fall ein Raum extern angemietet werden kann. Diese Notwendigkeit ist bisher nicht eingetreten.

6. Die Ombudsfrau kann ihre Aufgabe nur dann vollumfänglich erfüllen, wenn sie in Person, ihrer Funktion und den vom Gesetzgeber übertragenen Kompetenzen den relevanten Funktionsträgern des Medizinischen Dienstes bekannt ist. Zu diesem Zweck hat die Ombudsfrau mit folgenden Personen/Institutionen Gespräche geführt:

- a) Vorstand in regelmäßigen Sitzungen
- b) Fachbereichsleitungen
 - Geschäftsbereich Pflegeversicherung
 - Geschäftsbereich Gesetzliche Krankenversicherung Stationär
 - Geschäftsbereich Gesetzliche Krankenversicherung Ambulant und Psychiatrie
 - Geschäftsbereich Behandlungsfehler
 - Geschäftsbereich Zahnmedizin
- c) Stabsstellen
 - Innenrevision
 - Informationssicherheit
 - Unternehmenskommunikation
 - Datenschutzbeauftragte sowie
 - Öffentlichkeitsarbeit
- d) dem Personalrat
- e) mit der Rechtsaufsicht.

Unabhängige Ombudsperson

7. Zur weiteren besseren Orientierung hat die Ombudsfrau eine Gutachterin im Rahmen der Pflegestufen-Begutachtung begleitet.
8. Vernetzung
Es hat zum Wissensaustausch ein Vernetzungstreffen mit den Ombudspersonen der Medizinischen Dienste der Bundesländer und dem Büro der Ombudsperson des Medizinischen Dienstes des Bundes stattgefunden. Dieses Treffen fand vor der Berufung der Ombudsperson des Medizinischen Dienstes des Bundes statt.

III. Inanspruchnahme der Ombudsfrau

1. Allgemeines

Die Ombudsfrau kann von Versicherten in Anspruch genommen werden, wenn sich die Petenten über die Arbeit des Medizinischen Dienstes beschweren wollen. In der Regel wenden sie sich gegen Gutachten, die dazu geführt haben, dass ein Antrag abgelehnt oder nicht in der Art und Weise bewilligt wurde, wie der Versicherte dies gewünscht hat. Unterstützung bei der Ombudsfrau können Petenten allerdings nur dann finden, wenn sie sich über die Art und Weise der Gutachtenerstellung an sie wenden. Aufgabe der Ombudsfrau ist es - anders als durch die Hinweise der Krankenkasse nahegelegt - nicht, die Richtigkeit der Gutachten zu überprüfen. Die Hinweise der gesetzlichen Krankenversicherung im Ablehnungsbescheid können dabei durchaus zu falschen Erwartungen führen. Dabei ist es auffällig, dass es für die Petenten durchaus schon befriedigend ist, wenn eine erneute Begutachtung erfolgt, selbst wenn dabei eine Höherstufung nicht das Ergebnis ist. Die Art und Weise der Durchführung, insbesondere der den Versicherten gegenüber deutlich gewordene Respekt ist hier von sehr großer Bedeutung. Auffällig ist die große Dankbarkeit der Versicherten, wenn sie wahrnehmen, dass sich eine Institution aufrichtig um ihre Belange bemüht.

Mitarbeitende können sich an die Ombudsfrau bei der Beobachtung von Unregelmäßigkeiten, insbesondere bei Beeinflussungsversuchen durch Dritte, wenden.

Die Vertraulichkeit ist für beide Petentengruppen sichergestellt.

Unabhängige Ombudsperson

2. Umfang der Inanspruchnahme

- 250 Petitionen sind insgesamt im Berichtszeitraum eingegangen.
- 24 Petitionen sind im Jahr 2021 insgesamt eingegangen. Sie sind alle erledigt.
- 226 Petitionen sind im Jahr 2022 eingereicht worden.
- 6 Petitionen sind davon noch offen.
- 6 Petitionen wurden von Mitarbeitenden eingereicht.
- 207 Petitionen gingen von Versicherten ein.
- 7 Petitionen wurden von Externen eingereicht, sie wurden nicht angenommen oder durch Informationen erledigt.

3. Petitionsgegenstände

a) Von den Petitionen durch Versicherte entfielen:

- 91 auf die Einstufung in Pflegegrade
- 6 Heilmittel
- 26 Hilfsmittel
- 10 auf die Bewilligung von Krankengeld und Arbeitsunfähigkeit
- 31 Reha einschließlich Mutter-Kind-Kuren
- 19 „Off-Label-Use“ sowohl Diagnose als auch Heilmittel
- 4 Behandlungsfehler
- 3 Anlassprüfungen/Heimprüfungen
- 13 Operationen, ästhetisch und wegen Transsexualität
- 5 Therapien einschließlich Psychotherapie und Zahnmedizin
- 6 fehlende Zuständigkeit, entweder örtlich oder sachlich
- 14 die atypische Konstellation/Sonderfälle
- 54 Information (Auskunftsverlangen)
- 3 unbekannte Gegenstände trotz Nachfrage (keine Rückmeldung)

Die Summe deckt sich nicht mit der Zahl der Petitionen, weil Doppelnennungen vorliegen.

b) Von den Petitionen von Mitarbeitenden entfielen:

- 3 auf die Aufgaben- und Kompetenzverteilung von ärztlichen Mitarbeitenden und Kodierfachkräften
- 1 auf die Facharztqualifikation bei Begutachtungen in verschiedenen Bereichen
- 1 individuelle Problemstellung
- 1 Einflussnahme durch die Krankenversicherung

Unabhängige Ombudsperson

4. Erledigungen:

244 Verfahren konnten erledigt werden.

a) 106 Verfahren konnten mit einer befriedigenden Lösung abgeschlossen werden.

Dies bedeutet entweder:

- dass eindeutig geklärt ist, dass eine zufriedenstellende Reaktion durch den Medizinischen Dienst erfolgt ist, in der Regel die erstrebte Höherstufung oder die Empfehlung eine begehrte Leistung zu bewilligen, die jeweils zuvor auf Grundlage eines Gutachtens des Medizinischen Dienstes abgelehnt worden war.
- Eine befriedigende Lösung kann aber auch darin bestehen, dass eine Begutachtung in der Weise durchgeführt wurde, wie sie von dem oder der Petentin gewünscht war, d. h. eine Begutachtung aufgrund eines Hausbesuches und nicht aufgrund eines strukturierten Telefonats. Durch die Pandemie ist es über relativ lange Zeiträume aus guten Gründen üblich geworden, Gutachten zur Überprüfung oder Erstfestlegung einer Pflegestufe nur aufgrund einer telefonischen Anhörung zu erstellen. Dies hat nach Aussage des Fachbereichs Pflege durchaus zu befriedigenden Ergebnissen geführt. Dies trifft jedoch nicht auf jede Konstellation zu. Häufig fehlte die Wahrnehmung der örtlichen Gegebenheiten und der tatsächlichen Fähigkeiten der Versicherten. Die hinzugezogenen Bevollmächtigten der Petenten konnten bei dieser Form der Gutachtenerstellung häufig nicht ihre Kenntnisse in die Gutachtenerstellung einbringen.
- Viele Petenten wenden sich aber gar nicht in erster Linie gegen die Inhalte der Gutachten. Sie wenden sich auch gegen die Art und Weise der Kommunikation, die als herablassend, zu wenig empathisch, unhöflich, gehetzt, wahrgenommen wird. Eine erneute Begutachtung durch einen kommunikativ besser geeigneten oder ausgebildeten Gutachter oder eine entsprechende Gutachterin hat für viele Versicherte einen hohen Stellenwert. Die Bewertung ihres Pflegebedarfs wird auf dieser Grundlage akzeptiert, selbst wenn sie von den eigenen Vorstellungen abweicht.

b) 3 Verfahren blieben trotz Nachfrage über den Ausgang ohne Antwort der Petenten. Wir können daher nicht positiv feststellen, ob das Problem der Petenten gelöst werden konnte oder nicht. Allerdings ist es für die Petenten auch befriedigend, wenn eine Begutachtung, die zuvor als nicht wertschätzend oder nachlässig wahrgenommen wurde nunmehr positiv erlebt wurde, auch wenn eine Höherstufung nicht erfolgte. In der Mehrzahl der Fälle gehe ich aufgrund der genannten Umstände jedoch von einem für die Petenten eher positiven Abschluss aus.

c) 54 Verfahren konnten durch Informationen zum Verfahren erledigt werden. Die im Gespräch oder schriftlich erfolgten Auskünfte haben die Petenten als ausreichend für die Erledigung der Petition angesehen. Das schließt auch solche Auskünfte ein, dass die Ombudsfrau aufgrund ihrer Kompetenzen das erstrebte Ziel nicht durchsetzen kann.

Unabhängige Ombudsperson

- d) 10** Verfahren konnten durch eine über die reine Information hinausgehende Hilfestellung erledigt werden, wie zum Beispiel durch die Vermittlung von Kontakten.
- e) 29** Fälle wurden mit einer negativen Entscheidung des Medizinischen Dienstes abgeschlossen. Dabei handelt es sich um die Fälle, in denen die Petenten ausdrücklich eine andere Einstufung hinsichtlich ihres Pflegegrades erreichen wollten oder die Bewilligung einer konkreten Leistung (Medikament, Reha o. ä.).
- f) 12** Petitionen konnten für die Petenten durch die Ombudsfrau nicht positiv begleitet werden, weil bei dem Medizinischen Dienst kein Auftrag vorlag. Die Ombudsfrau ist nur dann in der Lage, auf Beschwerden der Petenten eine Besserung der Situation zu erreichen, wenn der Medizinische Dienst durch einen Auftrag der Krankenkasse zu einer Überprüfung des Vorgangs befugt ist. Von den Sonderfällen einer durch technische Gründe erfolgten falschen Wortwahl abgesehen (siehe dazu unter IV), bei denen durch eine digitale Dysfunktion in das Gutachten aufgenommen wurde: „Hausbesuch abgebrochen wegen Bedrohung, Gewalt“ überprüft/ändert der Medizinische Dienst seine einmal erstatteten Gutachten nicht, auch wenn hierzu fachlich durch neue externe Gutachten deren Richtigkeit infrage steht.
- g) 9** Petitionen konnte eine Unterstützung der Petenten nicht erfolgen, weil sie von der Ombudsfrau nicht angenommen wurden. Es handelt sich insbesondere um solche Fälle, in denen die Petenten dezidiert die Unterstützung der Ombudsfrau für eine Änderung des Gutachtens anstrebten, die nicht auf eine Korrektur des Verfahrens, sondern eine andere inhaltliche Bewertung ausgerichtet war. Dies ist nicht die Aufgabe der Unabhängigen Ombudsperson. Eine inhaltliche Überprüfung der Gutachten kann nur durch einen neuen Auftrag oder durch die Einlegung von Widerspruch oder die Inanspruchnahme gerichtlichen Rechtsschutzes erreicht werden.
- h) 6** Petitionen lagen außerhalb der Zuständigkeit des Medizinischen Dienstes Niedersachsen. Damit war auch eine Zuständigkeit der Ombudsfrau ausgeschlossen. Dies gilt sowohl für eine örtliche Zuständigkeit, als auch für Ziele von Petitionen, die sich auf andere Akteure, insbesondere zum Beispiel der Krankenkassen oder der Heimaufsicht bezogen.
- i) 15** Petitionen haben sich auf sonstige Weise erledigt. Dabei handelt es sich um Erledigungen, die keiner der vorgenannten Erledigungen zuzuordnen sind und zu einer zu weiten Aufsplitterung der Erledigungsarten führen würde, wenn man sie hier im Einzelnen darstellen wollte.

Unabhängige Ombudsperson

IV. Beschwerdegründe und Empfehlungen

Aufgrund der Vielfalt der Petitionen können hier nur die Schwerpunkte dargestellt werden.

1. Inhaltlicher Schwerpunkt der Beschwerden im Geschäftsbereich Pflegeversicherung liegt im Feld der Begutachtungen zur Einstufung von Pflegegraden.

Im Zentrum stehen dabei Fragen der Kommunikation. Wie schon ausgeführt, ist die Unabhängige Ombudsperson auch für eine inhaltliche Überprüfung der Gutachten nicht berufen.

Kommunikation bezieht sich hier zum einen auf den unmittelbaren Kontakt von Gutachterinnen und Gutachtern bei Hausbesuchen, insbesondere aber auch bei den strukturierten telefonischen Begutachtungen, motiviert durch die Coronapandemie.

In dieser Konstellation ist immer die besondere Situation zu berücksichtigen, dass die Gutachterinnen und Gutachter dem Versicherten in seiner Wohnung begegnen. Damit ist bereits ein Betreten des höchstpersönlichen Bereichs verbunden, der allein aus diesem Grund schon auf Seiten der Versicherten ein höheres Empfindlichkeitsniveau mit sich bringt.

Dies ist für alle Gutachterinnen und Gutachter aber auch für die Versicherten unvermeidlich. Nicht alle Gutachterinnen und Gutachter gehen sensibel mit dieser besonderen Situation um, Einigen fehlt es - nach den Schilderungen der Petenten - an der Qualifikation für diese Situation. Ich bin mir allerdings bewusst, dass angesichts der abzuarbeitenden Gutachtensaufträge (1364 pro durchschnittlichem Arbeitstag im Berichtszeitraum) schwerlich sicherzustellen ist, dass alle Gutachterinnen und Gutachter von ihrer Persönlichkeit her als Ausgangspunkt und von ihrer durch den Medizinischen Dienst gewährleisteten Fortbildung in der Lage sind, diesem hohen Anspruch zu genügen. Dennoch ist es wichtig, hierauf bei der Fortbildung ein besonderes Augenmerk zu richten.

An anderer Stelle liegen die Beschwerden bei der Durchführung der Begutachtung auf Grundlage eines Telefonats. Hier fühlen sich die Versicherten häufig nicht in ihrer realen Situation wahrgenommen und pflegende Angehörige fühlen sich ausgeschlossen. Falls es aufgrund einer Zuspitzung der pandemischen Lage wieder vermehrt zu telefonischen Begutachtungen kommen sollte, wäre es hier eventuell hilfreich, ganz gezielt den pflegenden Angehörigen Raum zu geben.

Das Thema Kommunikation betrifft auch den Umgang der **Organisation von Terminen**. Hier sind kurzfristige Absagen besonders belastend. Dabei geht es in der Regel um solche Hausbesuche, bei denen ein familiärer hoher Aufwand betrieben wurde. In den Richtlinien ist geregelt, dass bei den Begutachtungen die gesetzlichen Vertreter dabei sein sollen. Häufig fühlen sich aber Versicherte, auch wenn sie keinen Betreuer oder gesetzlichen Vertreter haben, nicht in der Lage, allein den Gutachterinnen und Gutachtern gegenüber zu treten. Sie organisieren dann die Anwesenheit in der Regel von Kindern oder anderen Vertrauenspersonen, die dem Medizinischen Dienst nicht bekannt sind und die deswegen auch nicht in die Terminvereinbarung einbezogen werden.

Unabhängige Ombudsperson

Das wäre wohl auch ein unrealistischer Anspruch. Der persönliche Aufwand von Kindern und Vertrauenspersonen ist jedoch teilweise sehr hoch. Wenn der Termin um 8:00 Uhr angesetzt ist, müssen sie bei entsprechender Entfernung des Wohnortes 2 Tage Urlaub nehmen, weil die Anreise vor dem Termin nicht sichergestellt werden kann. Da auch kurzfristige Absagen (Corona) wohl unvermeidlich sind, ist es umso wichtiger, dass nach solchen kurzfristigen Absagen der nächste Termin nicht vom Medizinischen Dienst gesetzt, sondern vereinbart wird. Bei dieser Gelegenheit könnte sichergestellt werden, dass gegebenenfalls außer auf die Belange der Versicherten auch auf die Belange weiterer Personen Rücksicht genommen werden könnte.

Kommunikationsprobleme gibt es aber auch im Falle von Absagen durch die Versicherten. Hier wurde eine „Bestrafung“ für solche Absagen vorgetragen, auch wenn sie nicht leichtfertig, sondern aus gutem Grund erfolgten. Ankündigungen, man müsse sich jetzt erst einmal hinten anstellen sind sicherlich nicht angebracht, wurden allerdings auch nur selten vorgetragen.

Ein weiterer Unterfall von Kommunikationsbeschwerden ist die durch die digitale Technik gesteuerte Aufnahme von bestimmten Merkmalen und Textbausteinen in die Gutachten.

So wurde dreimal aufgenommen, dass der Hausbesuch abgebrochen werden musste, weil die Gutachterin oder der Gutachter mit Gewalt bedroht wurde.

Dies war unstrittig den Versicherten nicht vorzuwerfen. Die Versicherten sind in diesen Fällen hoch bestürzt und wollen natürlich nicht, dass solche Aussagen gegenüber der Krankenkasse im Gutachten bleiben. Nun ist es allerdings so, dass einmal erstattete Gutachten durch den Medizinischen Dienst - aus guten Gründen - nicht mehr verändert werden. Für solche objektiv falschen, durch eine digitale Fehlsteuerung im Gutachten aufgenommenen Angaben sollte dies jedoch nicht gelten.

Das gilt auch für bewusst aufgenommene Formulierungen, die aber von den Beteiligten als herabsetzend empfunden werden, obwohl sie einen medizinisch korrekten Inhalt haben. So hat sich eine Petentin überzeugend und nachdrücklich dagegen verwahrt als „senil“ benannt zu werden. Auch wenn dieser Begriff in der ICD-10 enthalten ist, ist sie doch für eine geistig kompetente Versicherte mit einem erheblichen Kränkungs potenzial versehen. Für solche Korrekturen müssen Änderungsmöglichkeiten vorgesehen werden.

Ein häufiger Gegenstand von Petitionen im **Geschäftsbereich Pflegeversicherung** ist die Zeitdauer, bis ein Termin für eine Begutachtung festgesetzt wurde. Angesichts der schieren Zahl der arbeitstäglich im Berichtszeitraum eingegangenen Begutachtungsaufträge (1364 arbeitstäglich) ein schwer zu verändernder Beschwerdepunkt. Gleichwohl ist es für die betroffenen Versicherten eine häufig schwer auszuhaltende Zeit. Der Umstand, dass Erhöhungen des Pflegegrades rückwirkend ausgeglichen werden, mindert die Belastung jedenfalls bis zur möglicherweise positiven Entscheidung der Pflegekassen nicht. Gerade bei Sprüngen in der Pflegebedürftigkeit und ohne finanzielle Rücklagen kann das erforderliche Mehr an Pflegeleistungen nicht ausgeglichen werden.

Unabhängige Ombudsperson

2. Der Schwerpunkt der Beschwerden im **Geschäftsbereich Gesetzliche Krankenversicherung Ambulant und Psychiatrie** ist der Faktor Zeit. Auch hier gilt angesichts der Vielzahl der eingehenden Gutachten (833 arbeitstäglich) sicherlich, dass Zeitverzögerungen nur durch mehr Personal verhindert werden könnten.

Zeit ist allerdings hier nicht nur ein Problem der zur Verfügung stehenden Ressourcen, sondern auch der Priorisierung. Die Priorisierung erfolgt erkennbar nach berechtigten medizinischen Gesichtspunkten. Dabei sind allerdings insbesondere bei Kuren mit Kindern auch soziale Belange zu berücksichtigen. Dies gilt in hohem Maße bei Kuren für solche Kinder, bei denen ein Elternteil dabei sein muss. Hier kann eine Verzögerung des Gutachtens zu gravierenden Einbußen bei Urlaubsansprüchen und dem Einkommen der Eltern führen. Bei Kindern drohen Bildungsverluste, wenn sie die Kuren nicht in ihren Ferien antreten können.

Die Zeitfrage stellt sich aber immer dann besonders dramatisch, wenn es sich um den Einsatz von Medikamenten, um invasive Eingriffe oder um Diagnose-Maßnahmen handelt, deren Kosten gegenwärtig nicht - gegebenenfalls noch nicht - von der gesetzlichen Krankenkasse getragen werden („Off-Label-Use“). Hier handelt es sich bis auf wenige Ausnahmen um Versicherte, die an einer schweren, lebensbedrohenden Erkrankung leiden. Aufwendungen, die unter dieses Label fallen, werden von den gesetzlichen Krankenkassen nur auf Grundlage einer entsprechenden Empfehlung des Medizinischen Dienstes übernommen. Die Priorisierung in diesen Fällen ist sicherlich besonders herausfordernd. Für die Versicherten, die auf eine Entscheidung warten, ist diese aber überlebenswichtig und jede Verzögerung schwer erträglich.

3. Schwerpunkt bei den Petitionen von Beschäftigten ist die Abgrenzung medizinischer Verantwortung für Gutachten. Ohne Verletzung der zugesicherten Vertraulichkeit können an dieser Stelle keine weiteren Aussagen dazu getroffen werden.

In einem Fall liegen die Voraussetzungen von § 278 Abs. 3 Satz 2 SGB V dezidiert vor. Ein Petent hat sich an mich gewandt und vorgetragen, dass er von der Krankenkasse gemeinsam mit dem Vertreter der Versicherten aufgefordert wurde, ein von ihm erstelltes Gutachten im Sinne der gesetzlichen Krankenkasse und der Versicherten zulasten eines Dritten zu ändern. Einer weiteren Initiative von meiner Seite bedurfte es hier nicht, weil der Petent von sich aus die Übernahme der begehrten Veränderung zurückgewiesen hat.

Unabhängige Ombudsperson

V. Danksagung

Ob sich die Institution der Unabhängigen Ombudsperson wie vom Gesetzgeber konzipiert bewährt hat, kann von der Ombudsfrau selbst nicht evaluiert werden. Die Vielzahl ausdrücklicher Danksagungen mag dafür ein Anhaltspunkt sein. Dabei gilt der mir gegenüber ausgesprochene Dank in der Sache nicht meiner Person, sondern dem dadurch ausgelösten Tätigwerden des Medizinischen Dienstes, den ich hiermit gerne weiterreiche.

Wird - wie im Falle der vom Gesetzgeber institutionalisierten Unabhängigen Ombudsperson - von außen einen Blick auf eine Institution geworfen, kann dies durchaus zu einer Reaktion der Abschottung und Aversion führen. Dies ist im Falle der Ombudsfrau des Medizinischen Dienstes in Niedersachsen nicht der Fall gewesen. Die Fachbereiche haben mit der Ombudsfrau kooperiert und glaubwürdig im Rahmen zur Verfügung stehender Ressourcen - wenn in der Sache gerechtfertigt - eine Abhilfe ermöglicht. Dafür gilt allen Beteiligten auch mein persönlicher Dank. Er gilt besonders für gelegentlich binnen Stunden erfolgte Begutachtungen im Falle von „Off-Label-Use“.

Nicht zuletzt gilt mein Dank auch der stets reibungslosen und hilfsbereiten Zusammenarbeit mit der Leitung des Hauses und den für seine Organisation tätigen Mitarbeitenden.