

Unabhängige Ombudsperson

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

Zeitraum 01.10.2022 bis 30.09.2023

I. Rechtliche Grundlagen

Die Institution der Unabhängigen Ombudsperson des Medizinischen Dienstes beruht auf § 278 Abs. 3 Satz 2 SGB V. Sie wurde durch das „MDK-Reformgesetz“ (Art. 1 Nummer 25 des Gesetzes für bessere und unabhängige Prüfungen, BGBl. I 2019, 2789) in das SGB V aufgenommen.

Neben einer Neustrukturierung der Verwaltungsräte als maßgeblichem Entscheidungsgremium, in den nun auch Vertreter der Patientinnen und Patienten, der Pflegebedürftigen, der Verbraucherinnen und Verbraucher, der Ärzteschaft sowie der Pflegeberufe Einzug hielten, 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 als Folgebericht den Zeitraum vom 1. Oktober 2022 bis zum 30. September 2023 ab.

Unabhängige Ombudsperson

II. 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. Das überreichte Equipment hat sich als ausreichend erwiesen, um sowohl mobil als auch vom Arbeitsplatz in der Kanzlei aus kommunikationsfähig zu sein. Die Unterstützung der Organisationsebene, insbesondere der IT-Abteilung, ist kompetent und hilfsbereit.
3. Personell wurde der Ombudsperson eine Assistenzkraft zur Verfügung gestellt. Dies geschah anfänglich im Umfang einer halben Stelle. Aufgrund des Arbeitsanfalls wird die Assistenzkraft mittlerweile im Umfang von einer vollen Stelle in Anspruch genommen. Auch die hinreichende 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 Intranet und über ein digitales Kontaktformular.

Gesetzliche Krankenversicherung/Pflegeversicherung/Versicherte

Die gesetzlichen Krankenversicherungen und Pflegekassen sind verpflichtet, in allen ablehnenden Bescheiden über die Möglichkeit zu informieren, 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. Dem wirkt die Ombudsfrau dadurch entgegen, dass bereits mit der Eingangsverfügung auf die Notwendigkeit, bei der Krankenkasse Widerspruch einzulegen, hingewiesen wird.

Eine besondere Situation ergibt sich dann, wenn die Petenten, was in seltenen Fällen geschieht, bei der Ombudsperson selbst Widerspruch gegen den Bescheid einlegen. Dies hat auf Bundesebene dazu geführt, dass die 101. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger in Saarbrücken (Auslegung des § 84 Absatz 2 SGG) am 09.11.-10.11.2022 beschlossen haben, dass ein bei der Ombudsperson eingelegter Widerspruch fristwährend wirkt. Dem sind die Ombudspersonen geschlossen entgegengetreten. Die Ombudspersonen sind (siehe oben) nicht Teil des Medizinischen Dienstes, sie haben keine Behördeneigenschaft. Deshalb kann ein an sie gerichteter Widerspruch nicht gegenüber der Krankenkasse als fristwährend wirken. Tatsächlich handelt es sich allerdings um kein Problem von großer Relevanz. Der Ombudsfrau ist kein Fall bekannt, in dem es zu Rechtsverlusten durch fehlgeleitete Widersprüche gekommen wäre.

Unabhängige Ombudsperson

Große Relevanz hat hingegen die Praxis der Krankenkassen, die Petenten erst dann auf die Ombudsperson hinzuweisen, wenn der Medizinische Dienst bereits ein Widerspruchsgutachten erstattet hat. In der Regel erfolgt in diesem Fall keine erneute Beauftragung des Medizinischen Dienstes, die Inanspruchnahme der Ombudsperson durch die Petenten geht daher ins Leere und löst in hohem Maße berechtigte Verärgerung und Frustration aus. Dies gilt jedenfalls dann, wenn nicht vor Tagung des Widerspruchsausschusses nochmals ein Gutachten eingeholt wird. In einigen Fällen ist es der Ombudsperson gelungen, auf diesem Wege doch noch eine positive, neuere Erkenntnisse berücksichtigende Begutachtung, herbeizuführen. Gleichwohl ist es allein sachgerecht, bereits bei der ersten ablehnenden Entscheidung und vor Erstattung eines Widerspruchsgutachtens auf die Ombudsperson hinzuweisen.

Vom Medizinischen Dienst selbst werden die Versicherten ebenfalls auf die Kontaktmöglichkeiten und die Funktion der Ombudsfrau¹ sowohl auf der Website des Medizinischen Dienstes Niedersachsen im Internet als auch in seinem Intranet hingewiesen.

Rechtsaufsicht

Mit der Vertreterin des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung steht die Ombudsperson im ständigen Kontakt über ihre Aufgabenwahrnehmung.

Patientenvertretung

Auch mit der Patientenvertretung (Landespatientenschutzbeauftragte) hat sich gemeinsam mit der Beschwerdestelle des Medizinischen Dienstes ein kontinuierlicher Gesprächskontakt ergeben.

Ombudsfrau

Die Ombudsfrau verfügt - wie im Gesetz vorgesehen (§ 278 Abs. 3 Satz 2 SGB V) - über eine eigene Website. Dort wurde der Bericht über den Zeitraum 01.10.2021 bis 30.09.2022 veröffentlicht. Dem wird dieser Bericht in der vom Gesetz vorgesehenen Frist folgen.

(<https://www.md-niedersachsen.de/md/ombudsperson/>)

5. Die Ombudsfrau gewährleistet einen barrierefreien Zugang. Sie ist per E-Mail, telefonisch, und schriftlich zu erreichen. Auf der Internetseite der UOP und des Medizinischen Dienstes Niedersachsen steht ein digitales Kontaktformular zur Verfügung.

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 Assistenzkraft vor. Hierdurch wird sichergestellt, dass auch auf Weisung von Vorgesetzten kein Einblick in die Daten gewährt werden darf.

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 sie entsprechend ihrem Geschlecht als „Ombudsfrau“ benannt. So wird sie von den Petenten selbst benannt.

Unabhängige Ombudsperson

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 ist die Ombudsfrau mit dem Vorstand und mit den Fachbereichsleitungen sowie den Stabsstellen im Austausch. Sie ist dem Personalrat bekannt und hat in der Vergangenheit an Sitzungen teilgenommen.

7. Vernetzung

Es hat zum Wissensaustausch ein Vernetzungstreffen mit den Ombudspersonen der Länder und mit der Ombudsperson des Medizinischen Dienstes Bund stattgefunden. Dieser Prozess wird fortgesetzt.

Unabhängige Ombudsperson

III. Inanspruchnahme der Ombudsfrau

1. Allgemeines

Die Ombudsfrau kann von Versicherten und von Mitarbeitenden 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. Nur so kann der Gesetzestext: „Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes“ (§ 278 Abs. 3 SGB V) verstanden werden. Aufgabe der Ombudsfrau ist es - anders als durch die Hinweise der Krankenkasse nahegelegt - nicht, die Richtigkeit der Gutachten zu überprüfen. Die inhaltliche Kontrolle bleibt zunächst dem Widerspruchsausschuss und anschließend gegebenenfalls der Sozialgerichtsbarkeit überantwortet. 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. Es ist sehr positiv, mit welchem hohem Maß an Dankbarkeit die Petenten reagieren, 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:

Die in Klammern gesetzten Zahlen sind die Werte des vergangenen Berichtszeitraums

424	(250)	Petitionen sind insgesamt im Berichtszeitraum eingegangen.
68	(24)	Petitionen sind im Jahr 2022 (01.10.2022-31.12.2022) insgesamt eingegangen. Sie sind alle erledigt.
356	(226)	Petitionen sind im Jahr 2023 (01.01.2023-30.09.2023) eingereicht worden.
16	(6)	Petitionen sind davon noch offen.
2	(6)	Petitionen wurden von Mitarbeitenden eingereicht.
338	(207)	Petitionen gingen von Versicherten ein.

3. Petitionsgegenstände:

a) Von den Petitionen durch Versicherte entfielen:

144	(91)	auf die Einstufung in Pflegegrade
44	(26)	Hilfsmittel
12	(10)	auf die Bewilligung von Krankengeld und Arbeitsunfähigkeit
59	(31)	Reha einschließlich Mutter-/Vater-Kind-Kuren
25	(19)	„Off-Label-Use“ sowohl Diagnose als auch Heilmittel
1	(4)	Behandlungsfehler
2	(3)	Anlassprüfungen/Heimprüfungen
26	(13)	Operationen, ästhetisch und wegen Transsexualität
22	(5)	Therapien einschließlich Psychotherapien und Zahnmedizin
33	(6)	fehlende Zuständigkeit, entweder örtlich oder sachlich
5	(14)	die atypische Konstellation/Sonderfälle
49	(54)	Information (Auskunftsverlangen)
39	(3)	unbekannte Gegenstände trotz Nachfrage (keine Rückmeldung)
1	(0)	Notwendigkeit eines teuren Medikaments (Bronchoskopie)
1	(0)	Qualitätsbeschwerde Rechtsanwälte

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

b) Es liegen zwei Petitionen von Mitarbeitenden vor.

Ohne Durchbrechung der Anonymität sind inhaltliche Angaben nicht möglich.

Unabhängige Ombudsperson

4. Erledigungen:

408 (244) Verfahren konnten erledigt werden.

a) **140** (106) Verfahren konnten mit einer für die Petenten 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 auch darin bestehen, dass eine Begutachtung in der Weise durchgeführt wurde, wie sie von dem Petenten oder der Petentin gewünscht war, d. h. eine Begutachtung aufgrund eines Hausbesuches und nicht aufgrund eines strukturierten Telefonats oder nach Aktenlage. Aufgrund der 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.
Nach Abklingen der Pandemie wurde im Grundsatz die Begutachtung durch eine Wahrnehmung im häuslichen Umfeld wieder aufgenommen. Durch den Cyberangriff im Sommer dieses Jahres wurde wegen der dadurch eingetretenen hohen Belastung jedoch diese Praxis wieder aufgenommen. Dies wurde von einer Vielzahl von Petenten, insbesondere hinsichtlich der Ergebnisse, auch berechtigt problematisiert.
- Viele Petenten wenden sich aber gar nicht in erster Linie gegen die Inhalte der Gutachten. Sie wenden sich vielmehr 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.

Unabhängige Ombudsperson

- b) 39** (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) 49** (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.
- d) 39** (10) Verfahren konnten durch eine über die reine Information hinausgehende Hilfestellung erledigt werden, wie zum Beispiel durch die Vermittlung von Kontakten, der Verweis auf andere Beratungsinstitutionen und die Möglichkeit, in Besitz des Gutachtens zu gelangen.
- e) 51** (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) 33** (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. Sonderfälle wie sie im letzten Berichtsjahr auftauchten, dass aufgrund von technischen Gründen ein falscher Inhalt aufgenommen wurde, bei denen durch eine digitale Dysfunktion in das Gutachten aufgenommen wurde „Hausbesuch abgebrochen wegen Bedrohung, Gewalt“, haben sich nicht wiederholt. Allerdings ändert der Medizinische Dienst seine einmal erstatteten Gutachten nicht, auch wenn fachlich durch neue externe Gutachten deren Richtigkeit infrage steht.
- g) 8** (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) 2** (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) 40** (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.
- j) 9** (0) Sonstiges

Unabhängige Ombudsperson

IV. Beschwerdegründe

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

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

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

Die 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 und die Cyberattacke im Sommer 2023, mit der daraus resultierenden Zwangspause in den Begutachtungsprozessen.

Es hat sich auch in diesem Berichtszeitraum bestätigt, dass bei Hausbesuchen eine ganz besondere Konstellation entsteht. Stets begegnen die Gutachterinnen und Gutachter den Petenten in der eigenen Wohnung. 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. Aber nicht alle Gutachterinnen und Gutachter sind sich dieser Dimension ihrer Tätigkeit bewusst. Einigen fehlt es - nach den Schilderungen der Petenten - an der Qualifikation für diese Situation. Ich bin mir allerdings bewusst, dass angesichts der abzuarbeitenden Gutachtaufträge (1528 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.

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.

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, den Gutachterinnen und Gutachtern allein 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 sicherlich auch ein völlig übersteigerter Anspruch, dies generell zu gewährleisten. Allerdings ist der persönliche Aufwand von Kindern und Vertrauenspersonen teilweise sehr hoch. Wenn der Termin um 8:00 Uhr angesetzt ist, müssen sie bei entsprechender Entfernung des Wohnortes zwei Tage Urlaub nehmen, weil die Anreise vor dem Termin nicht sichergestellt werden kann. Die Vergeblichkeit der Anstrengung führt zu einem hohen Maß an Frustration.

Kommunikationsprobleme gibt es aber auch im Falle von Absagen durch die Versicherten. Hier wurde eine „angekündigte Bestrafung“ („jetzt müssen Sie sich aber erst einmal ganz hintenanstellen“) für solche Absagen vorgetragen, auch wenn sie nicht leichtfertig, sondern aus gutem Grund, erfolgten.

2. Objektive Fehler im Gutachten

Die durch die digitale Technik gesteuerte Aufnahme von bestimmten Merkmalen und Textbausteinen in die Gutachten ist nicht mehr aufgetreten. Im letzten Berichtszeitraum war in drei Fällen vorgetragen worden, dass der Hausbesuch abgebrochen werden musste, weil die Gutachterin oder der Gutachter mit Gewalt bedroht wurde. Derartige „technische“ Fehler im Gutachten wurden nicht mehr vorgetragen.

Das gilt nicht für bewusst aufgenommene Formulierungen, die aber zu schwerwiegenden Missverständnissen bei Dritten führen können. In einem Gutachten wurde durch die Formulierung der Eindruck erweckt, die Mutter würde ihren Sohn schlagen. Tatsächlich handelt es sich aber nur um die Wiedergabe einer Behauptung des Sohnes. Bleibt es bei der Formulierung im Gutachten, kann dies sowohl vor Gericht, wenn es um familienrechtliche Auseinandersetzungen geht, aber auch bei der Bewilligung von Leistungen zu schweren Friktionen kommen. Für solche Korrekturen müssen Änderungsmöglichkeiten vorgesehen werden. Siehe im Einzelnen unter V. Empfehlungen).

3. Zeitdauer

Ein häufiger Gegenstand von Petitionen im **Geschäftsbereich Pflegeversicherung** ist die Zeitdauer, bis ein Termin für eine Begutachtung festgesetzt wurde. Angesichts der schieren Zahl der arbeitstäglichen im Berichtszeitraum eingegangenen Begutachtungsaufträge (1528 arbeitstäglichen) 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 wird das erforderliche Mehr an Pflegeleistungen tatsächlich nicht erbracht. Die erforderliche Pflege fällt tatsächlich aus. Dies kann durch eine positive Beurteilung auch bei rückwirkender Erhöhung des Pflegegrades nicht mehr „nachgeholt“ werden. Teilweise versterben die Petenten bis es zu einer Begutachtung kommt. Dabei kann natürlich nicht ausgeschlossen werden, dass auch die unterlassene ausreichende Pflege einen Teil dazu beigetragen hat. Auf jeden Fall kann nicht ausgeschlossen werden, dass zusätzliches Leid durch die unterbliebene Pflege eingetreten ist.

Unabhängige Ombudsperson

4. Der Schwerpunkt der Beschwerden im **Geschäftsbereich Gesetzliche Krankenversicherung Ambulant und Psychiatrie** ist der Faktor Zeit. Auch hier gilt angesichts der Vielzahl der eingehenden Gutachten (722 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 berechtigt medizinischen Gesichtspunkten. Dabei sind auch in diesem Berichtszeitraum, 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 diagnostische 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 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, aber überlebenswichtig, aber damit schwer erträglich.

Auffällig ist, dass sich hier neue inhaltliche Schwerpunkte gebildet haben. Im letzten Berichtszeitraum waren bei den diagnostischen Maßnahmen das PSMA PET-CT im Vordergrund. Im vorliegenden Berichtszeitraum liegt der Schwerpunkt bei der Begutachtung von ärztlich verordneten Mamma-MRT zur Abklärung von möglichen Brustkrebsrezidiven.

Eine weitere Häufung außerhalb des Bereichs von „Off-Label-Use-Verordnungen“ ist der Bereich gewichtsreduzierender Maßnahmen („Bypass“) und die Beseitigung deren sichtbarer Folgen (Entfernung großer Hautfalten). Einen Sonderfall stellen die Fälle von Petitionen im Bereich Liposuktion dar, bei denen es sich nicht nur um das Erscheinungsbild, sondern auch um Schmerzbeseitigung handeln kann.

Unabhängige Ombudsperson

V. Empfehlungen

1. Auch wenn dies sicherlich zum Konzept der Fortbildungen gehört, wäre es aus Sicht der Ombudsfrau sinnvoll, bei den Gutachterinnen und Gutachtern auf die Sensibilität für die besondere Situation von Begutachtungen in der häuslichen Umgebung besonderes Augenmerk zu legen.
2. Falls es aufgrund von besonderen Umständen - sei es durch eine nochmalige Zuspitzung des Infektionsgeschehens oder eine Wiederholung digitaler Ausfälle - wieder vermehrt zu telefonischen Begutachtungen kommen sollte, wäre es hilfreich, ganz gezielt den pflegenden Angehörigen Raum zu geben.
3. Kommt es dann zu kurzfristigen Absagen durch den Medizinischen Dienst, wäre es konfliktvermeidend, wenn keine Terminierung einseitig durch den Medizinischen Dienst vorgenommen würde, sondern eine Terminvereinbarung angestrebt wird. Bei einer Terminierung nach Kontaktaufnahme wird auch deutlich, ob es sich um einen Hausbesuch nur in Anwesenheit des Versicherten handelt, oder ob auch die Bedürfnisse weiterer Personen berücksichtigt werden können und müssen. Diese würde nicht nur Frustration vermeiden, sondern auch weitere Terminierungsnotwendigkeiten.
4. Ankündigungen, man „müsse sich jetzt erst einmal hintenanstellen“, sind sicherlich nicht angebracht. Bei nachvollziehbaren Gründen für die Absage ist jede Form der „Bestrafung“ durch späte Terminierung abwegig.
5. Trotz der unzweifelhaften Belastung sowohl der Geschäftsbereiche Pflege als auch bei GKV wäre es wünschenswert - vielleicht auch mit Nutzung digitaler Möglichkeiten - eine weitere Priorisierung vorzunehmen. Besonders belastend ist eine späte Begutachtung nach Entlassung aus einem stationären Aufenthalt. Hier wird häufig vorläufig der Pflegegrad 2 nach Aktenlage festgesetzt. Eine schnelle Begutachtung wird in Aussicht gestellt. Dies wird aber immer wieder nicht realisiert.
6. Erstmals waren Hospizfälle Teil von Petitionen. Hier liegt die Dringlichkeit der Entscheidung bereits im Thema. Ein Sonderfall war die Aufhebung der Hospizpflege nur aufgrund der Dokumentation der Einrichtung, ohne Hinzuziehung eines Arztes. Es wäre wünschenswert, dies in Zukunft auszuschließen.
7. Im Bereich der Pflegebedürftigkeit von Kindern fallen die Kinder mit Beeinträchtigungen aus dem Autismus-Spektrum besonders heraus. Der Diagnosebogen ist an pflegebedürftigen alten Menschen orientiert und kann auch bei pflegebedürftigen jüngeren Menschen die Situation gut erfassen. Aber im Falle von Kindern mit dieser Störung ist er kaum in der Lage, die Realität abzubilden. Bei der Beurteilung vom Ausmaß der Pflegebedürftigkeit von Kindern ist stets zu berücksichtigen, dass bei jedem kleineren Kind - eben auch bei Kindern ohne Einschränkungen - Fürsorge und Pflege selbstverständlich sind, wenn diese auch fortlaufend abnehmen. Bei Kindern, insbesondere im Fall von Petenten aus dem Bereich der Autismus-Problematik, liegen die Herausforderungen in ganz anderen Bereichen, als sie in dem Fragebogen erfasst werden können. Es ist für die besonders belasteten Eltern schwer zu ertragen, wenn ihre Situation keinen Niederschlag findet. Ich bin mir bewusst, dass es ein großer Schritt wäre, für Kinder einen eigenen Fragebogen zu entwickeln. Für eine zutreffende Beurteilung des Pflegeaufwandes wäre dies gleichwohl sehr wünschenswert.

Unabhängige Ombudsperson

8. Wünschenswert wäre es auch, wenn es Regularien geben würde, um sachlich nichtzutreffende Gutachten zu korrigieren. Hier geht es nicht um eine Korrektur der fachlichen Prüfung, sondern um objektiv fehlerhafte Inhalte. In dem oben geschilderten Fall der angeblich schlagenden Mutter wurde die Korrektur durch Schwärzungen vorgenommen. Das führt automatisch zu Nachfragen und zu Rechtfertigungen. Hier wäre eine echte Streichung die bessere Lösung.
9. Die deutliche Steigerung der Eingangszahlen führt die Institution allerdings in absehbarer Zeit an ihre Grenzen. Die Steigerung der Eingangszahlen (250 im letzten, 424 im aktuellen Berichtszeitraum) waren nur durch den hochengagierten Arbeitseinsatz, insbesondere der Assistentkraft, zu bewältigen, der ich aufrichtigen Dank schulde. Hier sind auf jeden Fall Änderungen der Hinweispraxis der gesetzlichen Krankenkassen zwingend geboten. Die Unabhängigen Ombudspersonen der Länder treffen sich Anfang November dieses Jahres, um weitere Vorschläge zu entwickeln.

VI. Danksagung

Ob sich die Institution der Unabhängigen Ombudsperson, wie vom Gesetzgeber konzipiert, bewährt hat, kann von der Ombudsfrau selbst nicht evaluiert werden. Aus meiner Tätigkeit ergeben sich jedenfalls keine Anhaltspunkte dafür, dass insbesondere durch die gesetzlichen Krankenkassen, Druck auf die Entscheidungspraxis der Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes genommen wird. Inwieweit es noch eine „Kultur“ der Parteilichkeit für die Anliegen der gesetzlichen Krankenkassen gibt, vermag ich nicht zu beurteilen. Konkrete Anhaltspunkte dafür konnte ich nicht feststellen. Die beiden durch Beschäftigte diesem Berichtsjahr eingelegten Petitionen geben keinen Anlass für eine andere Beurteilung.

Aus der Sicht der Versicherten wird die Möglichkeit, eine außerhalb des Medizinischen Dienstes stehende Institution ansprechen zu können, sehr geschätzt. Die Vielzahl ausdrücklicher Danksagungen mag dafür ein Anhaltspunkt sein. Allein ein entsprechendes Telefonat konnte oft Verständnis schaffen und Frustrationen abbauen. Dabei gilt auch in diesem Berichtszeitraum: der mir gegenüber ausgesprochene Dank gilt in der Sache oft 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 ein Blick auf eine Institution geworfen, kann dies bei der Institution selbst und den Mitarbeitenden durchaus zu einer Reaktion der Abschottung und Aversion führen. Dies ist im Falle der Ombudsfrau des Medizinischen Dienstes in Niedersachsen durch die Beschäftigten 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.

Hannover, 30. Oktober 2023



Antje Niewisch-Lennartz
Unabhängige Ombudsfrau