

Jahresbericht 2021 der Ombudsperson des Medizinischen Dienstes Westfalen-Lippe gemäß Richtlinie des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 5 zweite Alternative SGB V „**Unabhängige Ombudsperson (UOP-RL)**“

Rechtlicher Rahmen und Aufgabenstellung

Im Rahmen des Reformgesetzes des Medizinischen Dienstes wurden in § 283 Abs. 2 Satz 5 SGB V die Medizinischen Dienste verpflichtet, eine Ombudsperson zu bestellen. Nach der Unabhängigen Patientenberatung nach § 65b SGB V ein weiterer Schritt, um eine patientenorientierte Kranken- und Pflegeversicherung zu stärken. Im Bereich des Medizinischen Dienstes Westfalen-Lippe erfolgte die Bestellung gesetzlich fristgemäß zum 1. Juli 2021.

Der Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes hat in seiner Sitzung vom 28.03.2021 mich zur Ombudsperson bestellt. (<https://www.md-wl.de/aktuelles-presse/meldungen/artikel/guenter-garbrecht-ombudsmann-des-medizinischen-dienstes>)

Wie erfahren nun Versicherte von der Möglichkeit, die Ombudsperson des MD Westfalen Lippe zu kontaktieren und Beschwerden an diese zu richten?

Die Krankenkassen sind verpflichtet, in allen Fällen, in denen sie einen Leistungsantrag einer oder eines Versicherten ablehnen und dieser Ablehnung eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes nach den Absätzen 1 bis 3 zugrunde liegt, auf die Möglichkeit hinzuweisen, sich bei Beschwerden vertraulich an dessen Ombudsperson nach § 278 Absatz 3 SGB V zu wenden. Eine Kontaktmöglichkeit ist anzugeben.

Dies ist in den Leistungsbereichen Pflege und Krankenversicherung der Fall. Bei der Pflege geht es um die Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegraden, in der Krankenversicherung z. B. um die Überprüfung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Hilfsmittelverordnungen oder um eine Gewährung von medizinischen Verfahren, die der GBA an das Vorliegen von medizinischen Sachverhalten und Voraussetzungen geknüpft hat, z. B. in Bezug auf eine Leistungspflicht der Kasse bei bestimmten Medikamenten und Behandlungen.

Voraussetzung, damit Versicherte die Möglichkeit bekommen, die Ombudsperson bei Bedarf in Anspruch nehmen zu können, ist also die Information der Kassen.

Daran mangelte es in der Anfangsphase, eine große Kasse hat bis 01/22 diese Verpflichtung zur Information nicht vollzogen. Der Hinweis auf die Ombudsperson erfolgt darüber hinaus uneinheitlich. Sie erfolgt teilweise so missverständlich, dass Widersprüche gegenüber der Ombudsperson und nicht gegenüber der Kasse ausgesprochen werden.

Gegenüber der Aufsicht des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW sowie gegenüber dem Patientenbeauftragten der Bundesregierung habe ich mein Unverständnis ausgedrückt über die mangelnde Umsetzung des Beschlusses, Ombudspersonen einzusetzen. Dies ist bei den Medizinischen Diensten außerhalb von NRW zu registrieren. Einen aktuellen Überblick gibt dieser Link der Barmer: <https://www.barmer.de/gesundheits-verstehen/patientenrechte/ombudsperson-medizinischer-dienst-324346>.

Der Gesetzgeber hat in § 278 Abs. 3 des SGB V die Aufgaben der Ombudsperson so beschrieben: „Bei jedem Medizinischen Dienst wird eine unabhängige Ombudsperson bestellt, an die sich sowohl Beschäftigte des Medizinischen Dienstes bei Beobachtung von Unregelmäßigkeiten, insbesondere Beeinflussungsversuchen durch Dritte, als auch Versicherte bei Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes vertraulich wenden können.“

In der Richtlinie des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS; jetzt MD Bund) nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 5 zweite Alternative SGB V „**Unabhängige Ombudsperson (UOP-RL)**“ werden die Aufgaben der Ombudsperson so konkretisiert:

„Wird die Ombudsperson durch Versicherte oder Beschäftigte der Medizinischen Dienste mit einem konkreten Begehren im Zusammenhang mit der Tätigkeit der Medizinischen Dienste angerufen, so hat diese die Eingaben entgegenzunehmen, vertraulich zu behandeln und zu prüfen. Die beschwerdeführende Person erhält von der Ombudsperson eine Eingangsbestätigung und wird über die Bearbeitung des Anliegens laufend informiert. Die Ombudsperson ermittelt bei einem konkreten und nachvollziehbaren Begehren einer beschwerdeführenden Person die zuständige Stelle und begleitet die Abhilfe des Begehrens 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 zu der Beschwerde anfordern oder in Konfliktsituationen, bei Mängeln und Problemen zwischen den Beteiligten vermitteln. Sie soll die Beschäftigten der Medizinischen Dienste oder die Versicherten in der Wahrnehmung ihrer Rechte stärken und unterstützen.“

Sie verpflichtet die Ombudsperson unter anderem auch dazu, dem Vorstand, dem Verwaltungsrat sowie der zuständigen Aufsichtsbehörde eines jeden Medizinischen Dienstes jährlich in anonymisierter Form über häufig auftretende oder systemimmanente Probleme sowie Beeinflussungsversuche zu berichten. Dieser Bericht darf keine Rückschlüsse auf konkrete Personen zulassen. (<https://md-bund.de/richtlinien-publikationen/medizinischer-dienst-bund.html>)

Eingaben von Versicherten

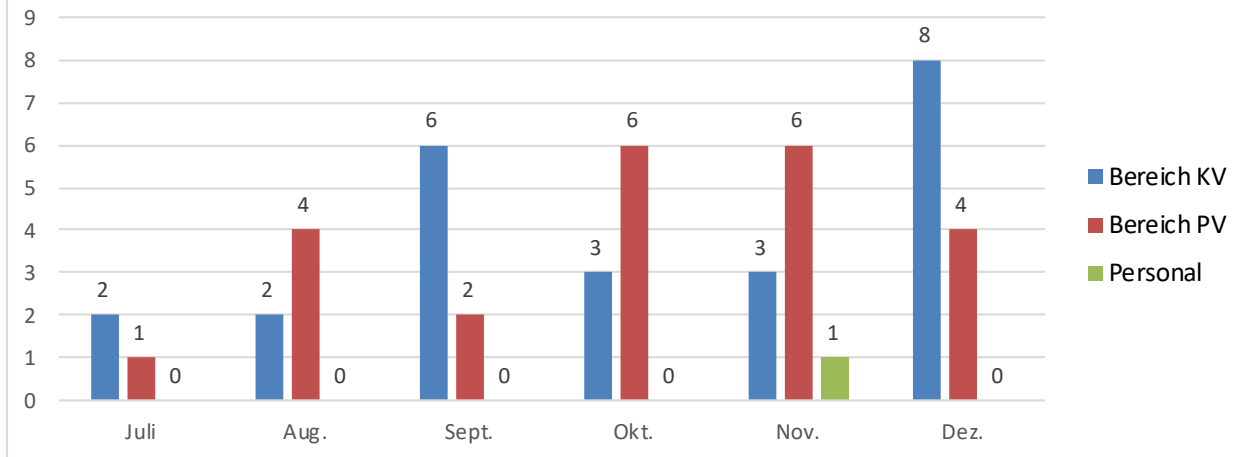
Ich berichte im zuvor genannten Rahmen über die Tätigkeit von der Bestellung ab dem 01.07.2021 bis 31.12.2021.

Die Aufgabenzuschreibung des Gesetzgebers „Unregelmäßigkeiten und Beeinflussung Dritter“ hat keine Rolle in 2021 gespielt. Es ging im Berichtszeitraum nur eine Eingabe hierzu ein. Die Anfrage betraf den Personaleinsatz von Mitarbeitenden des Medizinischen Dienstes in der Pandemie.

Die Eingaben zur Kranken- und Pflegeversicherung waren mit 24 bzw. 23 Vorgängen gleich stark vertreten.

Die folgende Grafik gibt einen Überblick über die Entwicklung und Verteilung der Eingaben an die Unabhängige Ombudsperson des Medizinischen Dienstes Westfalen-Lippe im 2. Halbjahr 2021 seit Beginn ihrer Tätigkeit.

Anzahl der von der Ombudsperson bearbeiteten Beschwerdevorgänge 07 - 12/2021



Aufgrund offenbar unklarer Hinweise hierzu auf den Leistungsentscheidungen der Kassen beinhalteten über 70 % aller Eingaben ausschließlich oder in Kombination mit anderen Sachverhalten einen Widerspruch der versicherten Person gegen die ihr übermittelte Leistungsentscheidung der Kasse. Es bedarf hier dringend einer einheitlichen und eindeutigen Information an die Versicherten in den betreffenden Leistungsbescheiden der Kasse. Wünschenswert wäre eine bundesweite Verständigung dazu zwischen GKV und dem MD Bund.

Vorgänge aus dem Bereich der Pflegeversicherung

Pandemiebedingt fanden Pflegebegutachtungen zum Schutz der vulnerablen Gruppe der Pflegebedürftigen im ersten Halbjahr 2021 und im November/Dezember 2021 insbesondere in Form einer strukturierten Telefonbefragung oder nach Aktenlage statt. Ob sich das im Jahresvergleich als Ergebnis restriktiv oder extensiv ausweist, wird noch zu beobachten sein. Eine Pflegebegutachtung hat immer auch die persönliche Verfasstheit des Versicherten, die konkrete häusliche Situation mit in den Blick zu nehmen, die Pandemiebedingungen haben hier zu Einschränkungen geführt, die sicherlich 2022 im Wesentlichen überwunden sein werden.

Trotz 3 Coronawellen 2021 und des mehrmonatigen Lockdowns erfolgten etwa 1/3 aller Begutachtungen dennoch in Form einer persönlichen Begutachtung.

Widerspruchsbegutachtungen fanden in der Regel in der Häuslichkeit des/der Versicherten statt.

Hier wurden die Terminvereinbarung und fehlende/ungenügende Einbeziehung der pflegenden Angehörigen in Eingaben kritisch angesprochen. Ungeachtet des Zielkonfliktes Terminfristen – Terminfindung – Aufgabenerledigung besteht aus Sicht der Ombudsperson an dieser Schnittstelle Verbesserungsbedarf. Notwendig ist eine bessere Balance zwischen den gesetzlichen Anforderungen (Begutachtungsfristen) einerseits und den Möglichkeiten des Medizinischen Dienstes auf individuelle Wünsche von zu Pflegenden und deren Angehörigen zur Terminierung andererseits einzugehen.

Bei Widerspruchsbegutachtungen ist eine Konfliktsituation zwischen Versicherten/Angehörigen und Widerspruchsgutachter/in strukturell angelegt. Mit dem Erstgutachten haben sich die Betroffenen intensiv auseinandergesetzt und wollen die aus ihrer Sicht fehlerhafte Bewertung im

Widerspruchsverfahren besprechen. Hier bedarf es eines geeigneten zeitlichen Rahmens und Verfahrens, um diesem Anliegen zu entsprechen.

Eine auf diese Situation abgestellte Kommunikationsschulung könnte hier hilfreich sein.

Die Versichertenbefragung gibt hierzu ein anderes Bild.

<https://www.md-wl.de/aktuelles-presse/meldungen/artikel/bestnoten-fuer-pflegebegutachtung-des-medizinischen-dienstes/>

Trotz schon erfolgter Schulung, Kommunikation und Auftreten der Mitarbeiter/innen des MD prägt das Image des Medizinischen Dienstes mit, dieser weiche Faktor ist ausbaufähig.

Vorgänge aus dem Bereich der Krankenversicherung

Im Bereich der Krankenversicherung beziehen sich die an mich herangetragenen Vorgänge insbesondere auf folgende Sachverhalte:

Arbeitsunfähigkeitsüberprüfungen (7 Fälle) und Gutachten zur medizinischen Notwendigkeit einer Medikamentenverordnung außerhalb seiner Zulassung bzw. zur Verordnungsfähigkeit eines Präparates bei Vorliegen bestimmter medizinischer Sachverhalte (7 Fälle).

Die übrigen Eingaben betrafen unterschiedliche sozialmedizinische Fragestellungen, z. B. zu Hilfs- und Heilmittelversorgungen oder ob eine Krankheit im Sinne der Krankenversicherung besteht.

- **Arbeitsunfähigkeit (AU)**

Die vorgetragenen Fälle bezogen sich weniger auf das Ergebnis, sondern auf die konfrontative Fragestellung im Rahmen notwendiger Nachfragen zu aktuell erkrankungsbedingt bestehenden Einschränkungen oder angegebenen Beschwerden innerhalb der telefonischen Überprüfung. Es wurde im Einzelfall eine würdelose Situation empfunden, die Anlass der Beschwerde war. Die Vorgänge sind mit dem Beschwerdemanagement kommuniziert. Abhilfe ist zugesichert.

Bei den Gutachten zur Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit fällt die unzureichende Übermittlung von Daten seitens der Krankenkassen auf. Die Überprüfungsaufträge enthalten nicht die auf S. 70 ff. der Begutachtungsrichtlinien als notwendig zu übermittelnden Daten. (https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/BGA_AU_21122_1.pdf)

Die im Berichtszeitraum bearbeiteten Vorgänge betrafen nur Überprüfungsanforderungen der Krankenkasse, keine der Arbeitgeber oder der Jobcenter/Arbeitsagentur. Die Überprüfungen konnten die attestierte Arbeitsunfähigkeit in den bearbeiteten Fällen bestätigen oder es trat im Einzelfall nach einem Arbeitsversuch erneut eine AU ein.

- **Medikamentenverordnungen**

Anträge auf Kostenübernahme von noch nicht oder nur für bestimmte Indikationen zugelassenen Medikamenten (Off-Label-Use) unterliegen der gutachterlichen Stellungnahme des MD. Hierbei fällt auf, dass in den die Eingaben betreffenden Gutachten die medizinische und die juristische Bewertung ineinander übergehen, nicht klar voneinander getrennt werden.

Es fällt auf, dass einschränkende Urteile des BSG in den Argumentationen angeführt werden, andere ermöglichende Urteile aber in den bearbeiteten Fällen ausgespart bleiben. Eine stringente Umsetzung der Begutachtungsrichtlinien erschließt sich hier nur bedingt. Auch folgende Maßgabe ist durchaus zu hinterfragen:

„Die Begutachtung durch persönliche Befunderhebung ist bei der Begutachtung des zulassungsüberschreitenden Einsatzes von Arzneimitteln in der Regel entbehrlich. Die Notwendigkeit definiert sich ausschließlich durch medizinisch zu klärende Aspekte.“

Ob dies bei einer seltenen Erkrankung tatsächlich entbehrlich ist, um eine Lebensbedrohung oder eine die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende Erkrankung zu erkennen, kann meines Erachtens wohl berechtigt in Zweifel gezogen werden.

Lebensbedrohung und auf Dauer nachhaltig beeinträchtigte Erkrankung sind im BSG-Urteil vom 19.03.2002 zum Off-Label-Use als Ausnahmetatbestand definiert.

Die zuständige Krankenkasse hat in einem Fall im Rahmen einer Härtefallregelung für den Betroffenen eine positive Entscheidung getroffen.

Verwaltungsverfahrenstransparenz

Die Krankenkassen sind Herr des Verwaltungsverfahrens, dies führt nicht zu einem transparenten Verfahren für die Versicherten. Dies wird auch im Bericht der Ombudsperson des MD Bayern angesprochen. (<https://www.md-bayern.de/aktuelles/presse/artikel/jahresbericht-ombudsperson-2021/>)

Es bestehen in Kenntnis der vorliegenden Eingaben auch berechtigte Zweifel, ob die Kassen im MD-Bereich die Anforderungen - wie die im § 275, Abs 3 c SGB V vorgegebenen - korrekt umsetzen.

„Lehnt die Krankenkasse einen Leistungsantrag einer oder eines Versicherten ab und liegt dieser Ablehnung eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes nach den Absätzen 1 bis 3 zugrunde, **ist die Krankenkasse verpflichtet, in ihrem Bescheid der oder dem Versicherten das Ergebnis der gutachtlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis in einer verständlichen und nachvollziehbaren Form mitzuteilen** sowie auf die Möglichkeit hinzuweisen, sich bei Beschwerden vertraulich an die Ombudsperson nach § 278 Absatz 3 zu wenden.“

Auf die Nichteinhaltung der Bestimmung nach § 275 Abs. 3c SGB V wird schon zu Beginn des Berichtes verwiesen.

Die Bescheide, die im Rahmen der Tätigkeit zur Kenntnis gelangten, erfüllen diese Anforderung nicht. Weitergehende Therapievorschläge werden ausgelassen, Ablehnung auf einen Satz reduziert.

Arbeitsweise der Ombudsperson

Für die Arbeit hat der Medizinische Dienst Westfalen-Lippe die Ombudsperson umfassend und hinreichend unterstützt.

Besondere Unterstützung leistete die Geschäftsstelle und das Beschwerdemanagement.

Nicht alle Petenten erreichen die Ombudsperson auf dem digitalen Weg. Mit der Bestätigung des Einganges wird auf die Möglichkeit des telefonischen Kontaktes hingewiesen.

Diese Möglichkeit wird überwiegend sehr positiv auf- und wahrgenommen.

Die meisten Fälle sind auf diesem Weg erledigt worden.

In Einzelfällen erfolgt auch eine persönliche Kontaktaufnahme. Im Berichtszeitraum war dies einmal der Fall.