



**Unabhängige Ombudsperson
beim Medizinischen Dienst
Thüringen**

Zweiter jährlicher Bericht der Unabhängigen Ombudsperson beim Medizinischen Dienst Thüringen

Berichtszeitraum:

1. Januar 2023 bis 31. Dezember 2023

**Unabhängige Ombudsperson
beim Medizinischen Dienst Thüringen**

Peter Kruchen

Richard-Wagner-Straße 2a

99423 Weimar

Telefon: 03643 553 111

E-Mail: ombudsperson@md-th.de



Inhalt:

1. Rechtliche Grundlagen
2. Aufgaben der Unabhängigen Ombudsperson
3. Befugnisse der Unabhängigen Ombudsperson
4. Eingaben an die Unabhängigen Ombudsperson
5. Bereich Pflegeversicherung
6. Bereich Krankenversicherung
7. Fazit

1. Rechtliche Grundlagen

Die rechtlichen Grundlagen haben sich seit dem ersten Berichtszeitraum nicht verändert. Dennoch werden sie hier der Vollständigkeit halber nochmals wie folgt dargestellt:

Rechtsgrundlage - § 278 Absatz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

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. Die Ombudsperson berichtet dem Verwaltungsrat und der zuständigen Aufsichtsbehörde in anonymisierter Form jährlich und bei gegebenem Anlass und veröffentlicht den Bericht drei Monate nach Zuleitung an den Verwaltungsrat und die Aufsichtsbehörde auf ihrer Internetseite. Das Nähere regelt die Satzung nach § 279 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1.

Auszug aus der Gesetzesbegründung - Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz)

Der neu eingefügte Absatz 3 statuiert in Satz 1 die Verpflichtung der MD zur Bestellung einer Ombudsperson, an die sich Beschäftigte der MD bei Beeinflussungsversuchen durch Dritte, aber auch Versicherte bei Beschwerden über die Tätigkeit des MD vertraulich wenden können. Mit der Aufgabe einer Ombudsperson können z. B. Rechtsanwälte betraut werden, die einer beruflichen Geheimhaltungspflicht unterliegen. Es ist bei Bedarf auch zulässig, dass mehrere MD dieselbe Person als Ombudsperson benennen.

Die Einrichtung einer Ombudsstelle ist ein wichtiger Schritt zu mehr Transparenz hinsichtlich der Unabhängigkeit der MD, da sie die niederschwellige und vertrauliche Möglichkeit für Gutachterinnen und Gutachter schafft, Beeinflussungsversuche von außen zu melden. Gleichzeitig stellt sie im Hinblick auf die Versicherten ein für die Tätigkeit der MD wichtiges Element des Beschwerdemanagements dar.

Die in Satz 2 vorgegebene regelmäßige Berichtspflicht der Ombudsperson an den Verwaltungsrat und die Aufsichtsbehörde stellt sicher, dass häufig auftretende oder systemimmanente Probleme erkannt werden und angemessen darauf reagiert werden kann. Bei gegebenem Anlass kann die Ombudsperson auch außerhalb des vorgesehenen Rhythmus berichten, wenn zum Beispiel nach Art und Umfang besonders eklatante Beeinflussungsversuche gemeldet werden. Zum Schutz der Vertraulichkeit haben die Berichte in anonymisierter Form zu erfolgen.

Satzungsbestimmung des Medizinischen Dienstes Thüringen - § 17 der Satzung

Beim MD Thüringen wird gemäß § 278 Abs. 3 SGB V eine unabhängige Ombudsperson bestellt. Die Bestellung, unabhängige Aufgabenwahrnehmung und Vergütung der Ombudsperson richtet sich nach der vom MD Bund dafür gemäß § 283 Abs. 2 Nr. 5 SGB V erlassenen Richtlinie in der jeweils geltenden Fassung. Der Verwaltungsrat bestellt eine Person für die vorgesehene Amtsperiode durch einfachen Beschluss.

Die Ombudsperson berichtet gemäß § 278 Abs. 3 SGB V dem Verwaltungsrat und der zuständigen Aufsichtsbehörde in anonymisierter Form jährlich und bei gegebenem Anlass und veröffentlicht den Bericht spätestens drei Monate nach Zuleitung an den Verwaltungsrat und die Aufsichtsbehörde auf ihrer Internetseite.

Richtlinie des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 5 zweite Alternative SGB V

Die Richtlinie wurde vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) nach ordnungsgemäßer Durchführung des Beteiligungs- und Anhörungsverfahrens und Beratung im Beirat für MDK-Koordinierungsfragen auf Grundlage von § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 5 zweite Alternative SGB V in Verbindung mit § 414 Absatz 2 Satz 3 SGB V erlassen. Die Richtlinie ist nach Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit seit dem 9. Juni 2021 in Kraft.

2. Aufgaben der Ombudsperson

Die Schaffung der Stelle einer externen unabhängigen Ombudsperson ist das zentrale Mittel, um eine Transparenz hinsichtlich der Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes herzustellen. Einblick in die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes gewinnt die Ombudsperson zunächst durch die Meldung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern über Unregelmäßigkeiten, insbesondere Beeinflussungsversuche durch Dritte.

Die Ombudsperson soll dabei ein wichtiges ergänzendes Element des bereits etablierten Beschwerdemanagements der Medizinischen Dienste darstellen und die Transparenz hinsichtlich der Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste sowie die Patientenrechte und die Rechte pflegebedürftiger Personen weiter stärken. Sie soll Anregungen und Beschwerden der Versicherten aufnehmen, in Konfliktsituationen vermitteln, Unregelmäßigkeiten aufdecken und systematische Fehlentwicklungen in den Medizinischen Diensten verhindern.

Des Weiteren gewinnt die Ombudsperson Einblick in die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes durch die Beschwerden von Versicherten und deren Verfolgung durch die Ombudsperson im Wege der Akteneinsicht und der Einholung einer Stellungnahme zu der Beschwerde von der zuständigen Stelle innerhalb des Medizinischen Dienstes.

Die Befassung mit den Beschwerden von Versicherten ist zugleich die zweite zentrale Aufgabe der Ombudsperson. Die Ombudsperson soll die Versicherten bei der Wahrnehmung ihrer Rechte stärken und unterstützen.

Am 9. Oktober 2023 fand auf Einladung des Patientenbeauftragten der Bundesregierung in Berlin ein Gedankenaustausch mit den Ombudspersonen der Medizinischen Dienste statt. Im Zusammenhang mit den Aufgaben einer Ombudsperson wurde dabei klargestellt, dass diese keine Bescheiderklärer für die Bescheide der Krankenkassen bzw. Pflegekassen sind. Diese Feststellung war notwendig geworden, da diese Bescheide zwar in aller Regel den juristischen Bedürfnissen entsprechen, jedoch für die Versicherten oftmals schwer verständlich sind.

Ein weiterer Kritikpunkt zu den Bescheiden der Krankenkassen und Pflegekassen ist der Hinweis auf die Ombudspersonen an „zu prominenter“ Stelle. Hierdurch wird nach hiesiger Auffassung der Anschein erweckt, dass die Anfrage an die Ombudsperson einem formellen Widerspruch gleich kommt. In den Bescheiden wäre es hilfreich, diesen Hinweis um einen Satz zu ergänzen. Dieser könnte lauten: „Eine Eingabe an die Ombudsperson ersetzt nicht das Rechtsmittel des Widerspruchs“.

3. Befugnisse der Ombudsperson

Die Ombudsperson ist bei ihrer Aufgabenwahrnehmung unabhängig und nur den rechtlichen Vorgaben und ihrem Gewissen unterworfen. Die Ombudsperson handelt insoweit bei der Erfüllung ihrer Aufgaben unabhängig und weisungsfrei. Die Ombudsperson ist bezüglich aller Aufgaben zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Verschwiegenheitspflicht umfasst alles, was der Ombudsperson in Ausübung ihrer Tätigkeit bekanntgeworden ist. Die Ombudsperson hat bei der Führung ihrer Geschäfte die erforderliche Sorgfalt zu wahren und dafür Sorge zu tragen, dass vertrauliche Unterlagen vor der Kenntnisnahme durch Unbefugte geschützt werden. Diese Verpflichtung gilt nach Ausscheiden aus der Tätigkeit fort.

Die Befugnisse der Ombudsperson beim Medizinischen Dienst gehen nicht weiter als die Befugnisse des Medizinischen Dienstes, es sei denn, solche weitergehenden Befugnisse wären in der UOP-Richtlinie niedergelegt.

Dies ist nicht der Fall.

Der Medizinische Dienst nimmt kraft eines Auftrages der Kranken-/Pflegekasse eine Begutachtung im Rahmen eines bei der Kranken-/Pflegekasse vorliegenden Antrages vor. Mit der Erstellung des Gutachtens (im Ausgangsverfahren bzw. im Widerspruchsverfahren) hat der Medizinische Dienst seinen Auftrag erfüllt. Herrin des Verfahrens bleibt stets die Kranken-/Pflegekasse.

Wenn sich ein Versicherter gegen den Inhalt einer Entscheidung (Ablehnung eines Antrages, Zurückweisung des Widerspruchs) wenden will mit dem Ziel einer umfassenden nochmaligen Prüfung, muss er den rechtsförmig dafür vorgesehenen Weg einschlagen, nämlich Widerspruch gegen den Bescheid der Kranken-/Pflegekasse einlegen, ggfs. Klage zum Sozialgericht gegen den Widerspruchsbescheid erheben.

Der Weg der Beschwerde über die Ombudsperson eröffnet eine solche umfassende Überprüfungsmöglichkeit nicht. Eine solche weitergehende Überprüfungsmöglichkeit wäre nur gegeben, wenn die Ombudsperson an die Entscheidungsebene, also bei der einzelnen Kranken-/Pflegekasse, angebunden wäre. Die Etablierung einer form- und fristlosen Beschwerdemöglichkeit direkt gegen die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes ist vor dem Hintergrund nachvollziehbar, dass das Ergebnis der sozialmedizinischen Begutachtung die Entscheidung der Kranken-/Pflegekasse oftmals faktisch präjudiziert. Eine inhaltliche Abänderung des Begutachtungsergebnisses ist dem Medizinischen Dienst aber immer nur im Rahmen eines vorliegenden Begutachtungsauftrages möglich, etwa im Rahmen des Widerspruchsverfahrens. Eine Einflussnahme der Ombudsperson auf den Inhalt des Ergebnisses scheidet aus. Die (zusätzliche) Einschaltung der Ombudsperson ist daher dann zweckmäßig, wenn es nicht ausschließlich um das Ergebnis der Begutachtung geht, vielmehr es um die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes auf dem Weg der Entscheidungsfindung geht. In diesen Fällen macht auch die zusätzliche Beschwerde zum Rechtsbehelf gegen die Entscheidung der Kranken-/Pflegekasse Sinn.

Anlässlich der 101. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 9. bis 10. November 2022 wurde folgender Beschluss gefasst:

„Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder vertreten die Ansicht, dass die bei der Unabhängigen Ombudsperson eines Medizinischen Dienstes eingehenden Widersprüche gegen Bescheide der Kranken-/Pflegekassen gemäß § 84 Absatz 2 Satz 1 SGG fristwährend sind und auch die Ombudsperson der Weiterleitungspflicht des § 84 Absatz 2 Satz 2 SGG unterliegt“

Die Begründung zu diesem Beschluss lautet wie folgt:

„Die Medizinische Dienste sind Behörden im Sinne des § 1 Absatz 2 SGB X und damit zur unverzüglichen Weiterleitung von bei ihnen eingegangenen, aber eigentlich an die Kranken-/Pflegekassen zu richtenden Widerspruchsschriften verpflichtet. Die Widerspruchsfrist gilt auch mit Eingang bei einem Medizinischen Dienst als gewahrt. Dies gilt nach Ansicht der Aufsichtsbehörden auch für Posteingänge von Widersprüchen direkt nur bei der Unabhängigen Ombudsperson eines Medizinischen Dienstes. Zwar ist die Unabhängige Ombudsperson gemäß § 278 Absatz 3 SGB V i. V. m. der Richtlinie des MDS „Unabhängige Ombudsperson (UOP-RL)“ unabhängig und weisungsfrei gegenüber den Medizinischen Diensten. Dennoch wird die Unabhängige Ombudsperson gemäß § 278 Absatz 3 SGB V "bei jedem Medizinischen Dienst“ bestellt – sie ist dem jeweiligen Medizinischen Dienst und damit auch dessen Behördeneigenschaft zuzurechnen.“

Durch diesen Beschluss wird somit de facto die Unabhängigkeit der Ombudsperson in Frage gestellt. Folgt man diesem Beschluss, so unterläge die Unabhängige Ombudsperson der Rechtsaufsicht der jeweiligen obersten Landesbehörde für die Sozialversicherung, verbunden mit einem entsprechenden Prüfrecht. Es wird die Auffassung vertreten, dass diese mit der Intension des Gesetzgebers nicht in Einklang zu bringen ist. Sie wird daher von den Unabhängigen Ombudspersonen übereinstimmend abgelehnt. Eine Klarstellung durch den Gesetzgeber wird für wünschenswert gehalten.

Leider hat sich bis zum heutigen Tage keine erneute Befassung der Aufsichtsbehörden mit der Thematik ergeben. Auch eine Klarstellung durch den Gesetzgeber ist bislang nicht erfolgt. Aus Sicht des Unterzeichners besteht hier jedoch nach wie vor Handlungsbedarf.

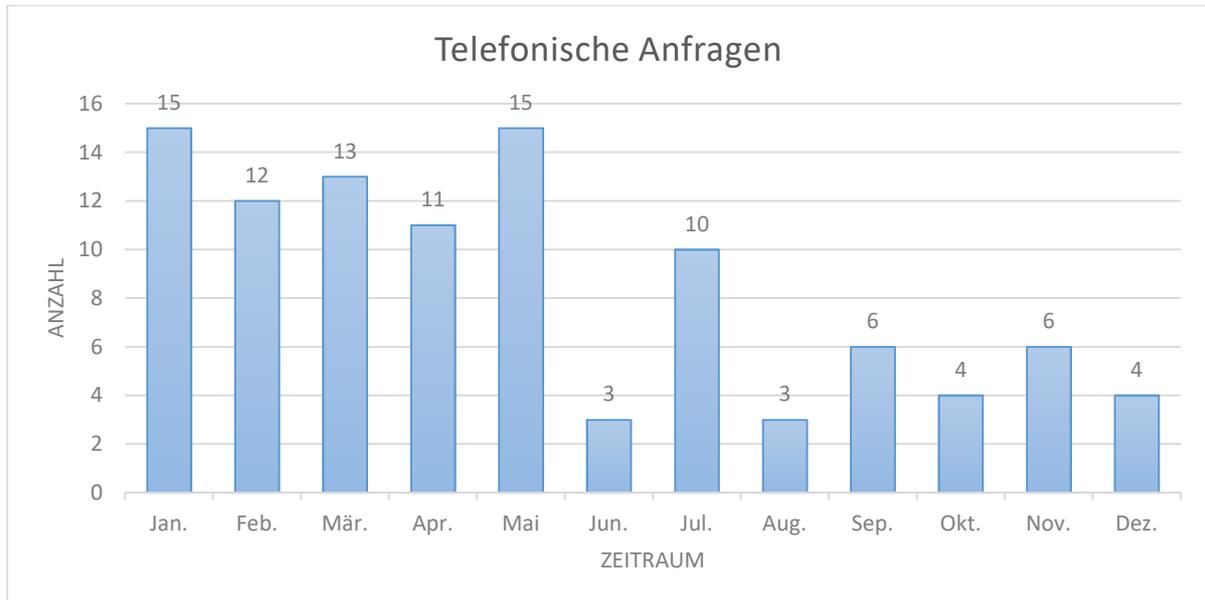
4. Eingaben an die Ombudsperson

Eine Anrufung der Ombudsperson durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist im Berichtszeitraum nicht erfolgt.

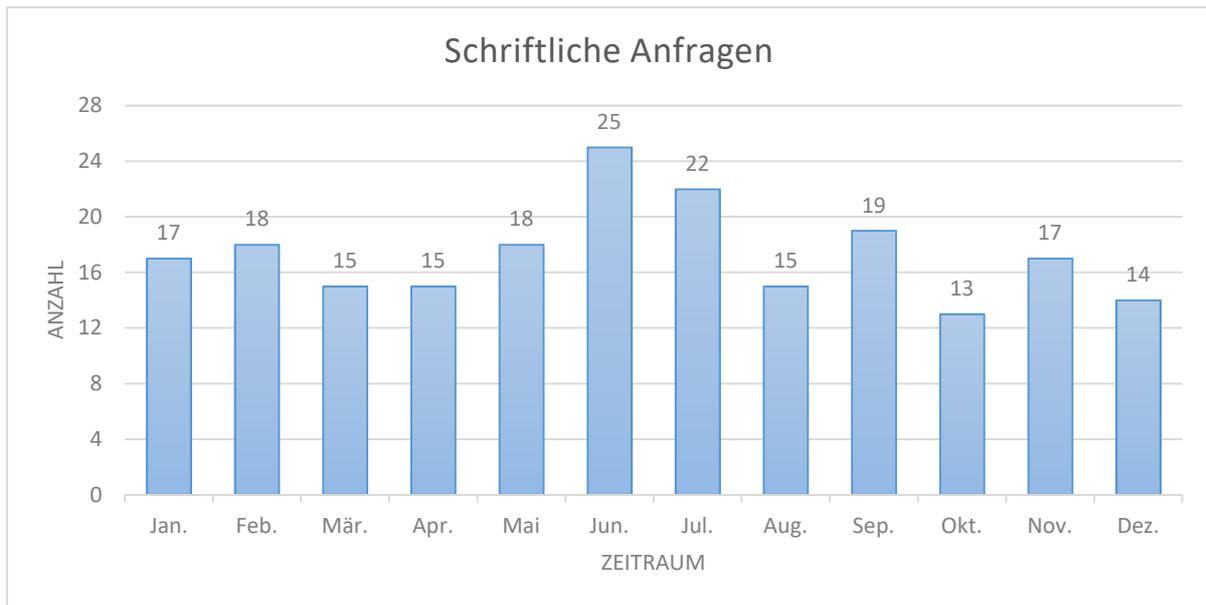
Die Eingaben der Versicherten sollen nach hiesiger Auffassung möglichst niederschwellig erfolgen können. Auf der Internetseite des MD Thüringen, der den Aufgabenbereich der Ombudsperson beschreibt, sind die drei Möglichkeiten der Kontaktaufnahme (schriftlich per Post, schriftlich per E-Mail oder telefonisch) aufgezählt. Die meisten Versicherten nutzen hierbei das dort eingestellte Kontaktformular. Aber auch formlose Eingaben sind vermehrt zu verzeichnen. Diese erfordern jedoch aus datenschutzrechtlichen Gründen oftmals eine Rückfrage bei den Versicherten, da in aller Regel eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes Thüringen erforderlich ist und diese nur angefordert werden kann, wenn hierzu das Einverständnis der Versicherten vorliegt. Auch erfolgen Eingaben oftmals von Angehörigen oder Vertretern der Versicherten, ohne dass eine Vollmacht beigelegt ist. Diese wird dann gegebenenfalls nachträglich angefordert.

Nachfolgend wird die Anzahl der Eingaben, aufgeteilt nach telefonischen und schriftlichen Kontakten, dargestellt. Dabei ist anzumerken, dass aus statistischen Gründen ein telefonischer Kontakt nur dann aufgeführt ist, wenn dieser nicht zu einem schriftlichen Kontakt geführt hat. Dies bedeutet, dass die Anzahl der telefonischen Kontakte faktisch deutlich höher ist. An dieser Stelle sei daher auch die sehr gute Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle, die in der Regel durch Frau Claudia Katte besetzt ist, hervorgehoben. Mit Ihrer ruhigen und empathischen Art gelingt es ihr, die oftmals emotionalen Gespräche mit den Versicherten zu deren Zufriedenheit zu führen.

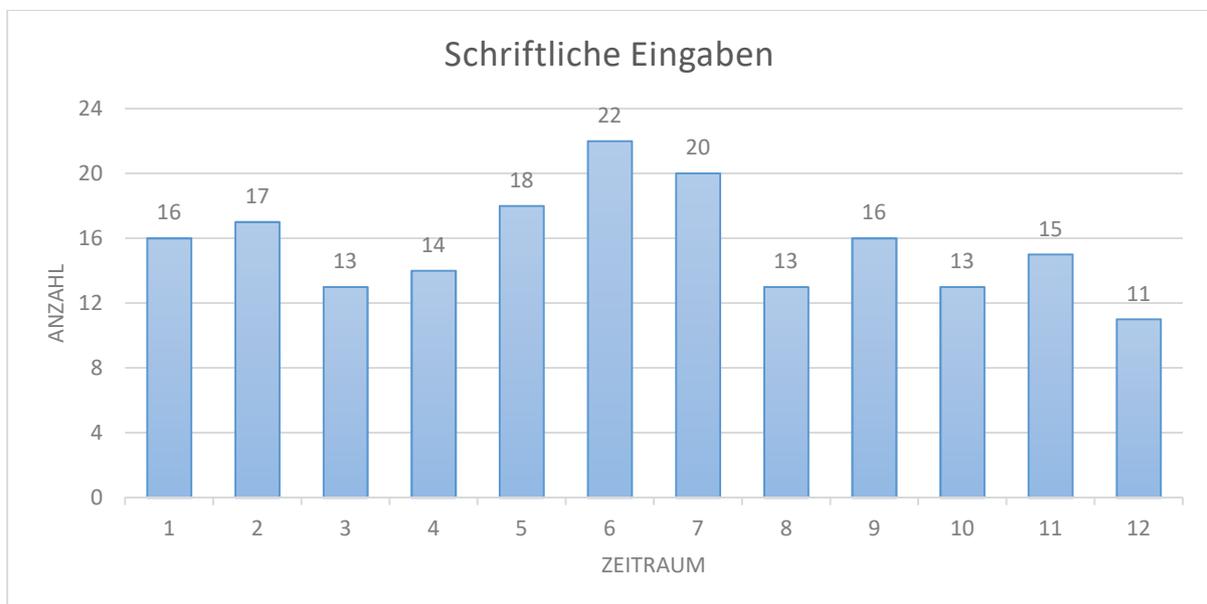
Die Gesamtzahl der Kontakte (telefonisch und schriftlich) betrug im Berichtszeitraum 310. Davon entfielen 102 auf telefonische und 208 auf schriftliche Kontakte. Diese verteilten sich auf die einzelnen Monate wie folgt:



Im Zusammenhang mit den telefonischen Kontakten sei nochmals darauf hingewiesen, dass ein großer Teil der Anrufer auf die schlechte Möglichkeit der Kontaktaufnahme beim MD Thüringen sowie auf dessen fehlende Erreichbarkeit hingewiesen hat. Der MD Thüringen wird daher gebeten, diesen Umstand zu überprüfen, um hier Abhilfe zu schaffen. Zudem wird durch die Versicherten die zeitlich begrenzte Erreichbarkeit des Beschwerdemanagement beklagt. Insofern wird der MD Thüringen gebeten zu prüfen, ob eine entsprechende Anpassung erforderlich ist.



Von den 208 schriftlichen Anfragen waren 188 Eingaben, die eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes Thüringen (MD Thüringen) erforderlich machten. Davon betrafen 123 Eingaben Beschwerden zu Begutachtungen. Diese schriftlichen Eingaben verteilen sich auf den Berichtszeitraum wie folgt:



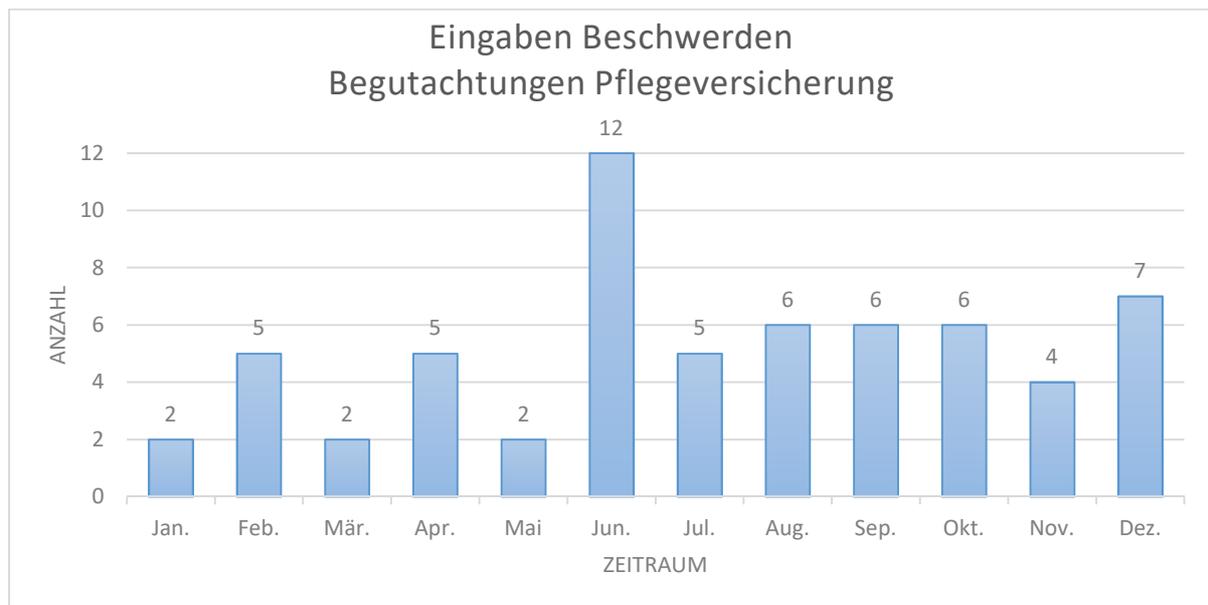
Es gab im Zusammenhang mit den Begutachtungen im häuslichen Bereich auch Beschwerden, die sich auf das Verhalten und die fehlende Empathie der Gutachterinnen und Gutachter des MD Thüringen bezogen. Diese Hinweise wurden vom MD Thüringen nach hiesiger Kenntnis bewertet und entsprechende Maßnahmen ergriffen. Dennoch wird der MD Thüringen gebeten, z.B. durch Schulungsmaßnahmen, hier verstärkt tätig zu werden.

5. Bereich Pflegeversicherung

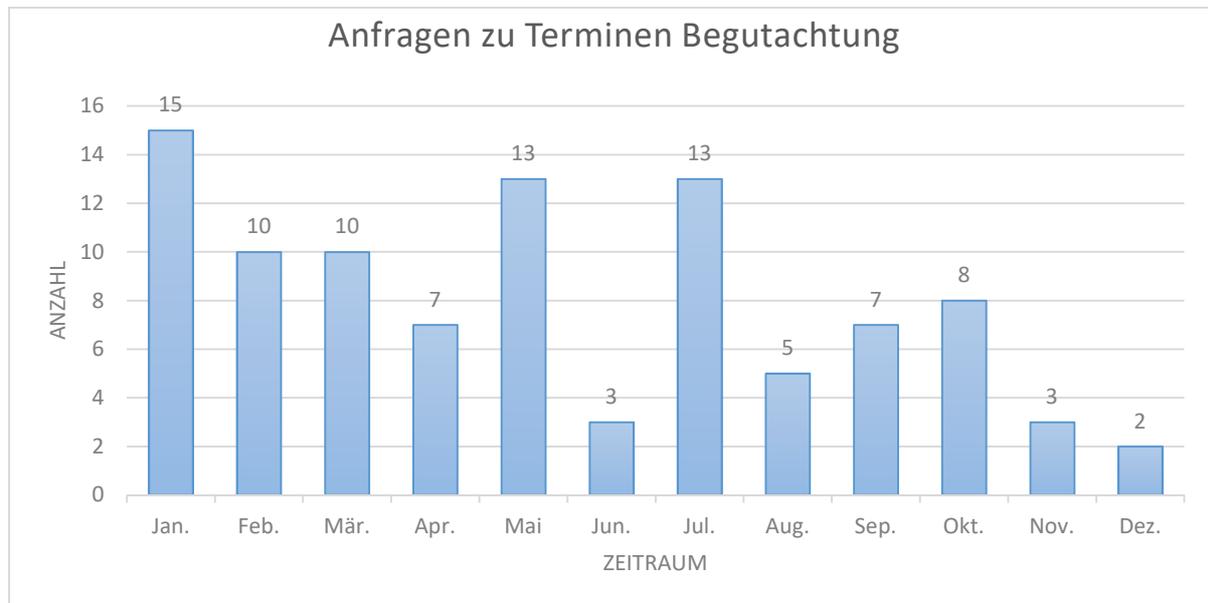
Im Bereich der gesetzlichen Pflegeversicherung waren insbesondere zwei verschiedene Arten der Eingabe zu verzeichnen:

1. Eingaben, die das Begutachtungsergebnis in Zweifel ziehen.
2. Eingaben, bei denen die Terminvergabe zur Begutachtung im Vordergrund stand.

Zu den Eingaben, bei denen Versicherte mit dem Ergebnis einer Begutachtung nicht einverstanden waren, wurde eine Stellungnahme des MD Thüringen eingeholt. Diese ließen jedoch in allen Fällen erkennen, dass die Gutachten mit der gebotenen Sorgfalt und im Einklang mit den Begutachtungsrichtlinien erstellt wurden. Es konnten keine Unregelmäßigkeiten erkannt werden. In allen Fällen konnten den Anliegen der Petenten somit nicht abgeholfen werden. Diese Art der Eingaben verteilten sich im Berichtszeitraum wie folgt:



Eingaben, bei denen die Terminvergabe zur Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Vordergrund stand, waren auch in diesem Berichtszeitraum einer der Schwerpunkte der Tätigkeit sowohl der Geschäftsstelle als auch der unabhängigen Ombudsperson. In der nachfolgenden Grafik sind sowohl fernmündliche als auch schriftliche Anfragen zu diesem Bereich zusammengefasst:

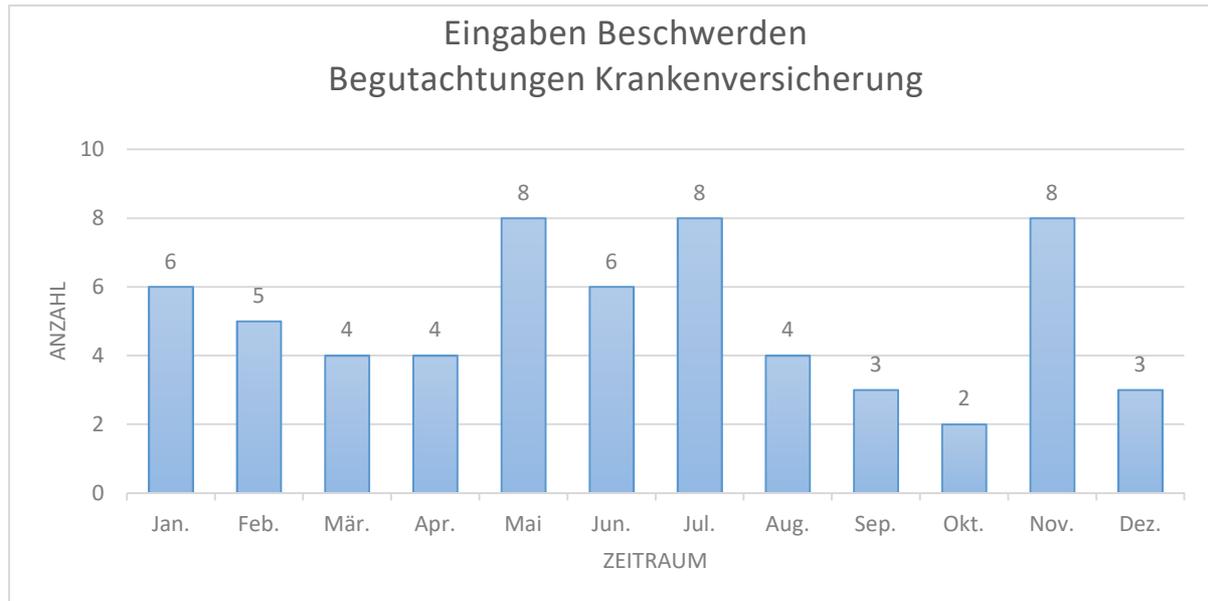


Hierzu ist ergänzend anzumerken, dass diese Art der Anfragen im Laufe des Jahres 2023 deutlich weniger geworden sind. Hieraus kann geschlossen werden, dass sich die ergriffenen Maßnahmen des MD Thüringen zur zeitnahen Vergabe von Begutachtungsterminen auszahlen.

Anders verhält es sich noch bei der Vergabe von Terminen im Widerspruchsverfahren, bei denen der Gesetzgeber keine Frist gesetzt hat. In diesen Fällen wird der MD Thüringen gebeten, seine Bemühungen für eine zeitnahe Bearbeitung zu verstärken.

6. Bereich Krankenversicherung

Die Eingaben im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung haben insgesamt im Berichtszeitraum zugenommen. Schwerpunkte konnten dabei nicht festgestellt werden. In aller Regel ging es um Begutachtungsergebnisse, die die gesetzlichen Krankenkassen zur Entscheidung eines Leistungsantrags benötigen. Diese verteilen sich auf die Monate wie folgt:



Leider war dabei nach wie vor zu beobachten, dass die gesetzlichen Krankenkassen in ihren Ablehnungsschreiben zu sehr die Möglichkeit, sich bei Beschwerden über die Tätigkeiten des Medizinischen Dienstes vertraulich an die Ombudsperson zu wenden, betonten. Dies führte dazu, dass Versicherte glaubten mit ihrer gegen den MD Thüringen gerichteten Beschwerde gegen die Entscheidung der Krankenkasse vorgehen zu können. Hier konnte die Ombudsperson durch entsprechende Schreiben für Klarheit sorgen und darauf hinweisen, dass der Widerspruch das einzige geeignete Mittel ist eine Überprüfung der Entscheidung der Krankenkasse herbeizuführen.

7. Fazit

Die Einführung einer unabhängigen Ombudsperson bei den Medizinischen Diensten durch den Gesetzgeber hat sich aus Sicht der unabhängigen Ombudsperson beim Medizinischen Dienst Thüringen grundsätzlich bewährt.

Auch wenn Eingaben nicht unmittelbar abgeholfen werden konnten, so sorgten doch die Antworten der Ombudsperson in Bezug auf die Tätigkeit des MD Thüringen und dessen Bewertung medizinischer Sachverhalte für mehr Transparenz. Zudem konnten in mehreren Fällen wichtige Hinweise gegeben werden, die für das weitere Vorgehen der Versicherten von Bedeutung waren. Dabei hat sich die Zusammenarbeit mit dem Beschwerdemanagement des MD Thüringen in hohem Maße bewährt.

Leider hat eine Anzahl der Eingaben keinen direkten Bezug zu der vom Gesetzgeber vorgegebenen Aufgabenstellung. Dies ist nach hiesiger Auffassung insbesondere durch die von den Kranken- und Pflegekassen an „prominenter“ Stelle gegebenen Hinweise auf die Ombudsperson zurückzuführen. Der Umgang mit solchen Eingaben sollte durch die Ombudspersonen der Länder und der Ombudsperson des Bundes Gegenstand einer Diskussion werden. Dabei wäre eine einheitliche Vorgehensweise wünschenswert. Möglicherweise lässt sich auch gesetzgeberischer Handlungsbedarf ableiten.

Beeinflussungsversuche von Dritten auf die Tätigkeit des MD Thüringen wurden im Berichtszeitraum nicht festgestellt. Auch systemimmanente Probleme sind nicht zu benennen.

Weimar, den 29. Februar 2024



Peter Kruchen
Unabhängige Ombudsperson beim Medizinischen Dienst Thüringen