

Ombudsperson

Kurt Rauch

Geschäftsstelle Ombudsperson

Medizinischer Dienst Saarland

Dudweiler Landstraße 151

66123 Saarbrücken

Telefon: 0681 93667-181

ombudsperson@md-saarland.de

Unser Zeichen: kura

Datum: 8.2.2023

Bericht der Ombudsperson des Medizinischen Dienstes Saarland über die Tätigkeiten des Jahres 2022

A. Rechtliche Grundlage und Allgemeines:

- I. Die Unabhängige Ombudsperson (UOP) wird nach § 278 Abs. 3 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (gesetzliche Krankenversicherung) - SGB V - bei jedem Medizinischen Dienst (MD) bestellt. An diese Ombudsperson können sich einerseits Beschäftigte des MD bei Beobachtung von Unregelmäßigkeiten, insbesondere Beeinflussungsversuchen durch Dritte, als auch Versicherte bei Beschwerden über die „Tätigkeit“ des MD vertraulich wenden. Die Ombudsperson berichtet dem Verwaltungsrat und der zuständigen Aufsichtsbehörde (im Saarland: Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Gesundheit) 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. Ergänzt wird diese gesetzliche Regelung durch die Satzung des MD nach § 279 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V sowie durch die UOP-Richtlinie des MD Bund vom 9.6.2021.
- II. Tätigkeit: zum 1.9.2021 wurde ich vom Verwaltungsrat des MD Saarland als Ombudsperson für den MD Saarland bestimmt. Der MD hat eine Geschäftsstelle für die Ombudsperson errichtet, die völlig vertraulich arbeitet und erster Ansprechpartner für Versicherte und Bedienstete ist, die die Ombudsperson schriftlich, fernmündlich oder per Mail anrufen. Der Jahresbericht für das Jahr 2021 über die Tätigkeit von September bis

Dezember 2021 vom 10.2.2022 ist auf der Homepage der Ombudsperson des MD veröffentlicht

https://www.md-saarland.de/fileadmin/MD-Saarland/Downloads/220629_Ombudsperson_Jahresbericht_2021.pdf

- B. **Statistiken:** alle Beschwerden des Jahres 2022 waren solche von Versicherten, Bedienstete des MD haben sich nicht gemeldet (GKV – Gesetzliche Krankenversicherung, SPV – Soziale Pflegeversicherung, BF – Behandlungsfehler).

Monat	GKV	SPV	BF	insgesamt
Januar	-	-	-	-
Februar	3	1	1	5
März	1	1	-	2
April	4	1	-	5
Mai	3	-	-	3
Juni	1	1	-	2
Juli	3	-	-	3
August	-	2	-	2
September	4	-	-	4
Oktober	1	2	-	3
November	4	-	-	4
Dezember	1	2	1	4
Insgesamt	25	10	2	37

Form der Beschwerden

Telefonisch	Per Mail	postalisch	insgesamt
14	18	5	37

C. Bericht über die Einzelfälle des Jahres 2022:

- I. **Vorab:** fast alle Beschwerden betrafen den Inhalt von sachverständigen Stellungnahmen des MD, allenfalls am Rande gab es Beschwerden über die „Tätigkeit“, also irgendein (Fehl)-Verhalten, der Sachverständigen bei Untersuchungen oder der Erstellung der Expertise. Insofern habe ich mich auch weiterhin als Wegweiser gesehen, die Versicherten auf einen

meines Erachtens richtigen Weg zu bringen, um ihr Anliegen zu verfolgen. Meine Telefonate und Stellungnahmen in den Angelegenheiten waren daher Erläuterungen und Ergänzungen zu den Bescheiden der Kranken- und Pflegekassen sowie den diesen zugrunde liegenden Gutachten oder Stellungnahmen des MD. Etliche Hinweise auf die rechtliche Situation, die meines Erachtens unterhalb der Schwelle zur Rechtsberatung blieben, wurden gegeben. Häufig habe ich auch geraten, Sozialverbände, Rechtsanwältinnen oder Rechtsanwälte bzw. die Unabhängige Patientenberatung Deutschlands (UPD) zu konsultieren, um Beratungen zu erhalten und im Widerspruchs- oder Klageverfahren die Rechte weiterzuverfolgen. Das Zusammenspiel zwischen den Kassen und dem MD ist den Betroffenen meist nicht klar und wird auch häufig „suboptimal“ kommuniziert. Insofern war ich eher für die Kassen als für den MD tätig.

II. **Aus der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)**

1. **Allgemeines:** In allen Fällen, bis auf 2, habe ich mit den Versicherten telefoniert; in allen Fällen bis auf einen haben die Beschwerdeführer ein die Telefonate ergänzendes Schreiben erhalten. Häufig ging es um abgelehnte Krankenbehandlungen wie zB Liposuktionen, Mammareduktionen, neue Methoden, bildgebende Verfahren, Auslandsbehandlung, Zahnmedizin, aber auch Hilfs- und Heilmittel.
2. **Schwerpunkt:** Mehr als die Hälfte der Beschwerden betraf die Unzufriedenheit von Versicherten mit der Ablehnung von Reha- oder Anschlussreha-Anträgen. 14 der 25 Beschwerden im Bereich der GKV betrafen diese Thematik. Meist wurden die Anträge mithilfe von Hausärzten, Fachärzten oder Krankenhausärzten im Anschluss an eine stationäre Behandlung gestellt. In diesen Fällen führen Sachverständige des MD sogenannte sozialmedizinische Fallberatungen (SFB) für die jeweilige Krankenkasse durch. Diese müssen einerseits zeitnah erfolgen, was in der Natur der Sache liegt, und berücksichtigen andererseits deswegen meist nur diejenigen Informationen, die entweder die beteiligten Mediziner einbringen oder die der Kasse bzw. dem MD bekannt sind. Sie werden nach Aktenlage erstellt. Je nach dem Ergebnis der sachverständigen Beurteilung und der rechtlichen Prüfung durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenkassen wird die Rehamassnahme bewilligt oder der Antrag hierauf abgelehnt. Bei Ablehnungen sind gemäß § 275 Abs. 3c 2. Alt. SGB V die Krankenkassen u.a. verpflichtet, im Bescheid die Versicherten darauf hinzuweisen, dass sie sich bei Beschwerden vertraulich an die Ombudsperson wenden können.

Die Vielzahl dieser Art von Beschwerden im Jahr 2022 zeigt, dass die Versicherten mit der Kombination aus SFB des MD und einer Ablehnungsentscheidung der Krankenkasse häufig überfordert sind. Formal werden sie oft in die falsche Richtung gelenkt, wenn Krankenkassen die Versicherten in ihrer Ablehnungsentscheidung zuallererst auf die Beschwerdemöglichkeit bei der Ombudsperson und erst später, zum Teil in viel kleinerer Schrift, auf den Rechtsbehelf des Widerspruchs verweisen. Dies ist vor allem bei einer Krankenkasse festzustellen (11 der 14 Beschwerden zu dieser Thematik betrafen diese Kasse) gewesen, die ich im September des Jahres auf die Problematik verwiesen habe. Im Dezember kam die Antwort, dass man ab Herbst die Bescheidtexte neu verfasst habe; der Hinweis der Beschwerdemöglichkeit bei der Ombudsperson des MD findet sich nunmehr im Anschluss an die Rechtsbehelfsbelehrung. Interessanterweise sind seit dieser Zeit keine Beschwerden der Versicherten dieser Kasse zu der Thematik mehr eingegangen.

Folge nicht nur in den Fällen von Reha-Anträgen war, dass viele Versicherte, wenn sie entweder mit dem Ergebnis der SFB des MD oder mit Ergebnis und Begründung des Bescheids nicht einverstanden waren, die Ombudsperson angerufen haben anstatt Widerspruch einzulegen. Eine negative Stellungnahme des MD führt zwar meist zu einer Ablehnungsentscheidung der Kasse. Wenn aber die Tätigkeit (nicht das Ergebnis) des MD nicht gerügt wird bzw. ein Fehlverhalten nicht zu erkennen ist, ist die Ombudsperson der falsche Ansprechpartner. Dies wiederum führt zu „unzulässigen“ Eingaben an die Ombudsperson. In diesen Fällen sehe ich meine Aufgabe darin, nicht nur mit kurzen Worten auf meine Unzuständigkeit zu verweisen, sondern als Lotse die Petenten auf den richtigen Weg zu führen und die Möglichkeit des Widerspruchs mit Hinweisen auf die Einlegung, das weitere Verfahren und die regelmäßige Kostenfreiheit sowie den Instanzenzug näher zu erläutern. Es sind also Korrekturaufgaben, die wegen zumindest missverständlicher Belehrungen und oberflächlicher Begründungen in den Bescheiden erforderlich sind.

Hinsichtlich des Inhalts der SFB einerseits und des Bescheids andererseits fällt auf, dass in Einzelfällen die SFB des MD sehr knapp ausfallen. Dann wird nur darauf hingewiesen, dass die ambulanten Möglichkeiten noch nicht ausgeschöpft sind, was eine stationäre Maßnahme hindert. Zwar werden meist die ambulanten Möglichkeiten erwähnt, nicht aber, warum diese nicht ausgeschöpft sind. In den Bescheiden der Kassen wird zudem in einer Vielzahl der Fälle lediglich

die Stellungnahme des MD mehr oder weniger wörtlich zitiert; eine eigene rechtliche Würdigung fehlt. In diesem Zusammenhang ist auf § 275 Abs. 3c 1. Alternative SGB V zu verweisen, nach der die Kassen in den Ablehnungsbescheiden nicht nur dem Versicherten das Ergebnis der gutachtlichen Stellungnahme des MD mitzuteilen haben, sondern auch die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis in einer verständlichen und nachvollziehbaren Form. Alleine die Hinweise darauf, dass noch ambulante Möglichkeiten bestehen, überzeugen die Versicherten meist nicht, vor allem dann nicht, wenn schon ambulante Maßnahmen durchgeführt wurden, diese aber nicht zum Erfolg geführt haben. Es wäre sinnvoll, die sozialmedizinische Beurteilung und die rechtliche Entscheidung so detailliert wie möglich zu begründen, um dadurch überzeugend zu sein. Der gesetzliche Regelfall ist nun einmal die ambulante Reha. Die Versicherten sehen aber den Vorteil stationärer Rehamassnahmen verständlicherweise auch darin, dass Therapiemöglichkeiten dort kompakter, umfassender und praktikabler, evtl. auch effektiver sind, sieht man die derzeit allseits bekannten Schwierigkeiten, ambulante Therapien bei bestimmten Leistungserbringern selbst zu organisieren, auch und vor allem bei benötigten Hausbesuchen.

3. Besondere Einzelfälle:

- a. Im September kam eine Beschwerde eines Assistenzarztes eines Krankenhauses, in der lediglich ausgeführt wurde, bei einer bestimmten Patientin (nur der Nachname wurde genannt) sei sehr wohl die Durchführung einer Rehamassnahme geboten, weil ansonsten Pflegebedürftigkeit drohe. Weder wurde die Kasse genannt noch eine Telefonnummer oder eine Vollmacht erwähnt. Ein Telefonat mit dem Sozialdienst des Krankenhauses hatte dann ergeben, dass der Assistenzarzt, der unmittelbar nach der Beschwerde für 2 Wochen in Urlaub gefahren ist, die Krankenkasse hätte informieren sollen. Auch hier hat der Text des Bescheides der bereits genannten Kasse dafür gesorgt, dass statt einer Kontaktaufnahme mit der Krankenkasse die Ombudsperson angerufen wurde.
- b. Eine weitere Beschwerde betraf die Arbeitsunfähigkeit. Der Beschwerdeführer meinte, im Gegensatz zur Auffassung des MD sei er wegen einer psychischen Erkrankung weiter arbeitsunfähig. Bei Durchsicht des Gutachtens nach Aktenlage fiel auf, dass es kardiologische und psychiatrische Diagnosen gab, die Arbeitsfähigkeit aber alleine auf die Ergebnisse kardiologischer Untersuchungen gestützt wurde. Die psychiatrischen Diagnosen wurden

nicht abgehandelt. Hier wäre es sinnvoll, wenn psychiatrische Diagnosen genannt sind, diese auch ausdrücklich in die Bewertung mit einfließen zu lassen.

- c. Ein Petent wollte mit mir ein zahnmedizinisches Gutachten (Heil- und Kostenplan) eines Sachverständigen, der nicht dem MD angehört, sondern von diesem außenstehend beauftragt wurde, diskutieren. Ein Hinweis auf meine fehlenden Sachkenntnisse sowie die Möglichkeit, sich eine Zweitmeinung einzuholen, hat dem Beschwerdeführer geholfen.
- d. In einer Beschwerde ging es um die Ablehnung einer sogenannten Langfrist-Verordnung für Heilmittel nach § 32 Abs. 1a SGB V. Unabhängig von den recht komplizierten rechtlichen Regelungen zu dieser Thematik ist mir bei der Bearbeitung ein Schreiben der Krankenkasse aufgefallen. Die Versicherte hatte gegen die Ablehnung Widerspruch erhoben, der MD wurde erneut im Widerspruchsverfahren ablehnend tätig. Das anschließende Schreiben der Kasse an die Versicherte war aber sehr irreführend. Ihr wurde kurz mitgeteilt, dass es nach der Begutachtung durch den MD bei der Ablehnung der Langfrist-Verordnung bleibt. Dann folgte ein Hinweis auf die Beschwerdemöglichkeit bei der Ombudsperson. Völlig unklar blieb, ob dies ein Widerspruchsbescheid sein sollte – eher nicht, denn weder hat ein Ausschuss befunden noch war eine ordnungsgemäße Rechtsbehelfsbelehrung für ein Klageverfahren beigefügt. Wenn es denn kein Widerspruchsbescheid sein sollte, wird der Versicherten suggeriert, das Widerspruchsverfahren sei beendet, die Entscheidung der Kasse sei endgültig. Es wurde auch nicht danach gefragt, ob der Widerspruch aufrecht erhalten bleibt. Dies erscheint nach rechtsstaatlichen Grundsätzen nicht akzeptabel, zumal der Eindruck erweckt wird, alleine die Ombudsperson könne bei endgültigem Abschluss des Widerspruchsverfahrens der Kasse noch helfen. Dies hat mich neben einem aufklärenden Schreiben an die Versicherte auch dazu veranlasst, die Krankenkasse anzuschreiben und um Aufklärung zu bitten. Eine Antwort habe ich erhalten.

III. Soziale Pflegeversicherung (SPV)

1. Allgemeines: neben Beschwerden um lange Verzögerungen bei Gutachtenterminen (siehe II 2.) betrafen auch im Bereich der SPV die meisten Beschwerden inhaltliche Rügen bei der Verweigerung eines Pflegegrades oder einer Höherstufung. Auch hier lag meine Aufgabe darin, die Betroffenen auf das Widerspruchsverfahren zu verweisen und ihnen zu erläutern, was dort wie überprüft wird. Bis auf einen Fall

habe ich auch hier Telefonate mit den Versicherten geführt; auch hier haben alle Beschwerdeführer Erläuterungen als Schreiben bekommen.

2. **Schwerpunkt:** die meisten Beschwerden betrafen starke zeitliche Verzögerungen bei Gutachterterminen zur Anerkennung oder Erhöhung eines Pflegegrads, wenn der erste „frühe“ Termin innerhalb von 25 Arbeitstagen (rund fünf Wochen) fehlgeschlagen war.

Zum rechtlichen Ausgangspunkt: in § 18 Abs. 3 Satz 2 SGB XI ist geregelt, dass dem Antragsteller spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse deren Entscheidung schriftlich mitzuteilen ist (zwingendes Recht). Ausnahmen gibt es nur in den Fällen, in denen jemand stationär behandelt wird oder sich in einer Rehaeinrichtung befindet. Dann ist innerhalb einer Woche festzustellen, ob Pflegebedürftigkeit vorliegt, sofern ein Pflegegrad noch nicht vergeben ist.

Ein „Strafgeld“ im Sinne von § 18 Abs. 3b SGB XI in Höhe von 70 € pro Verzögerungswoche fällt grundsätzlich an, wenn die Pflegekasse ihrer Pflicht nicht nachkommt und nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Antragseingang entscheidet. Dieses „Strafgeld“ entfällt, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich der Antragsteller in vollstationärer Pflege befindet und bereits mindestens Pflegegrad 2 festgestellt ist. Die Bearbeitungsfrist der Pflegekasse von 25 Arbeitstagen bei häuslicher Pflege bleibt somit als zwingendes Recht bestehen, ist aber bei Versäumung in den genannten Fällen folgenlos.

Beschwerdefälle zu dieser Thematik betrafen Situationen, in denen weder der Pflegekasse noch dem MD ein Verschulden an dem Fehlschlagen der frühen Terminierung vorzuhalten ist. Allerdings hatten in den konkreten Fällen auch die Versicherten dies nicht „verschuldet“.

Die Problematik dahinter ist derzeit nur schwer aufzulösen. Einer Vielzahl von Pflegeanträgen steht eine begrenzte Anzahl von Pflegefachverständigen gegenüber, die nicht einfach durch Mehrarbeit zu vergrößern ist. Es ist allseits bekannt, dass schon die Situation in Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten personell äußerst angespannt ist. Es fehlt in allen Pflegebereichen an ausgebildetem Personal auf dem Markt. Nach Auskunft von Vorstand und Verwaltungsrat hat man aber mittlerweile neue Stellen geschaffen und besetzt

diese Zug um Zug. Verkürzungen der Bearbeitungszeiten wurden schon festgestellt. In Urlaubszeiten oder bei Erkrankungswellen kann aber der Berg abzuarbeitender Pflegebegutachtungen dennoch vorübergehend höher werden.

Dieser Art von Beschwerden kann die UOP in aller Regel nicht abhelfen. Allerdings hält das Interne Beschwerdemanagement (BM) des MD für diese Situationen ein Korrektiv bereit, welches sich an mangelndem Verschulden der Versicherten, deren individueller Situation, möglichen Einschubkapazitäten von Sachverständigen und der konkreten Tourenplanung ausrichtet.

Insofern ist es am sinnvollsten, wenn die UOP in solchen Fällen bei den Beschwerdeführern nachfragt, ob das Interne BM, natürlich nur unter Offenlegung der Patientendaten, eingeschaltet werden kann. Die MD-interne Behandlung dieser Beschwerden hat den großen Vorteil, dass ein Zugriff auf alle relevanten Daten problemlos möglich ist und sehr schnell und unmittelbar gehandelt werden kann. Dieser Zugriff steht einer UOP zu Recht nicht ohne Weiteres zur Verfügung.

Problematisch kann es dann werden, wenn die Versicherten mit einer Offenlegung nicht einverstanden sind und die Anonymität wahren wollen. In diesen Fällen und vor Erklärung des Einverständnisses weise ich sie darauf hin, dass bei hohem Gutachtenaufkommen und zumindest zeitweise begrenzten Personalkapazitäten Wartezeiten entstehen können, das Recht der Sozialen Pflegeversicherung aber vorsieht, dass Leistungen ab Antragstellung gewährt werden, auch wenn die Entscheidung (nach Begutachtung) länger dauert, und auch nach meinem Wissen ambulante Pflegedienste bei Verzögerung über eine Entscheidung der Höherstufung Kulanz walten lassen. In der Regel werden MD-intern die Versicherten auf die Problematik einer fehlgeschlagenen ersten Begutachtung aufmerksam gemacht. Sie erfahren, dass ein neuer Termin durchaus erst verzögert vergeben werden kann. Diese Kommunikation ist sehr wichtig.

Die entsprechenden Beschwerden wurden nach erklärtem Einverständnis zur Offenlegung der persönlichen Daten vom Internen BM zügig und effektiv bearbeitet. Bei in den aktuellen Fällen bestehender Schuldlosigkeit der Versicherten an einer Versäumung des ersten Termins (stationärer Aufenthalt und fehlende Geschäftsfähigkeit) konnten Lücken in den Tagesplänen der Gutachter durch Einschub dieser Fälle gefüllt werden. Das Interne BM arbeitet sehr schnell,

engagiert und effektiv, auch wenn eine schnelle Abhilfe wegen der konkreten Umstände nicht immer möglich ist. Im letzten Halbjahr gab es keine Beschwerden dieser Art mehr.

3. **Besonderer Einzelfall:** in einer Beschwerde ging es um Kritik der bevollmächtigten Tochter der Versicherten an der Durchführung des Telefoninterviews zur Erhöhung eines Pflegegrads. Es wurde vor allem kritisiert, dass der/die Sachverständige Hinweise gegeben habe, die mit der Einstufung in einen Pflegegrad nichts zu tun hätten. Die Bevollmächtigte führte vor allem aus, dass ihr Hinweise zu weiteren fachärztlichen Behandlungen, zur Nutzung weiterer Heilmittel und zur Verbesserung der finanziellen Situation gegeben worden seien, was sie als übergriffig wertete. Ich habe darauf hingewiesen, dass Ratschläge zur Verbesserung der medizinischen Situation wie verbesserte Facharztbehandlungen sowie Heilmittel durchaus zur gesetzlichen Aufgabe von Sachverständigen der Pflegeversicherung gehören. Da auf Vertraulichkeit Wert gelegt wurde, war eine Kontaktaufnahme mit dem MD wegen weiterer Abklärung nicht möglich. Nach einem weiteren Gespräch mit der Beschwerdeführerin konzentrierte sich diese auf das Vorbringen weiterer Tatsachen ihrer Pflegekasse gegenüber, um die Erhöhung des Pflegegrads zu erreichen.

- IV. **Behandlungsfehler:** diesbezüglich gab es 2 Beschwerden, die beide den Inhalt des Gutachtens des MD auf der Grundlage von §§ 66, 275 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V im Auftrag der Kassen betrafen. Da es ebenfalls nicht um ein Fehlverhalten ging, war ich wiederum falscher Ansprechpartner.

Im 1. Fall habe ich den Beschwerdeführer gebeten, sich mit den Einwendungen an die Kasse zu wenden, die gesetzlich die richtige Adressatin für die Versicherten ist und die ein Ermessen hat, ob sie den MD einschaltet oder nicht. Im 2. Fall meinte der Beschwerdeführer, der Sachverständige komme zum falschen Ergebnis, weil er seines Erachtens die falschen Tatsachen zugrunde gelegt habe. Eine Überprüfung ergab, dass der einzige Unterschied in den Auffassungen von Beschwerdeführer und Sachverständigem des MD war, ob der behandelnde Arzt den Beschwerdeführer über bedenkliche Blutwerte informiert hatte oder nicht. Da die Gutachten des MD diesbezüglich keine rechtliche Wirkung haben, habe ich versucht, ihm zu erklären, dass diese Tatsachenfrage in einer rechtlichen Überprüfung durchaus mithilfe von Beweismitteln oder Beweislastregeln geklärt werden kann. Nicht im Streit war, dass

durchaus ein Behandlungsfehler vorliegen könnte, wenn der Versicherte über die bedenklichen Werte nicht informiert worden sein sollte.

D. Kontakt zu anderen UOP:

Im Jahr 2022 fanden diverse Besprechungen der UOP der MD statt, interessanterweise in einer einzigen Woche im Mai gleich drei:

1. Videokonferenz des Patientenbeauftragten der Bundesregierung mit den UOP; leider konnte ich wegen anderer Termine nicht teilnehmen.
2. Videokonferenz unter Leitung des MD Bund 2 Tage später: hier hatten sich im Vorfeld schon einige UOP abgemeldet, weil sie mit sehr guten Argumenten ihre Unabhängigkeit gefährdet sahen. Während der Konferenz, an der ich teilgenommen habe, hatte sich auch schnell ergeben, dass man in diesem Forum nicht diskutieren möchte. Dies haben die Verantwortlichen des MD Bund auch erkannt und die Konferenz wurde schnell beendet.
3. Einen Tag später erstmalig Videokonferenz der UOP der MD auf Veranlassung der UOP des MD Berlin-Brandenburg, bei der grundsätzliche Dinge besprochen wurden.
4. Im November 2-tägige Präsenzveranstaltung in Berlin bei dem MD Berlin-Brandenburg, wobei auch eine online-Teilnahme möglich war. Ich habe per Videokonferenz mitgewirkt.

E. Weitere rechtliche Probleme:

- I. Weiterleitung von Beschwerden der Versicherten bei der Ombudsperson als Widersprüche an die Kassen gemäß § 84 Abs. 2 SGG:

§ 84 Abs. 2 SGG lautet im hier maßgeblichen Wortlaut: *„Die Frist zur Erhebung des Widerspruchs gilt auch dann als gewahrt, wenn die Widerspruchsschrift bei einer anderen inländischen Behörde oder einem Versicherungsträger eingegangen ist. Die Widerspruchsschrift ist unverzüglich der zuständigen Behörde oder dem zuständigen Versicherungsträger zuzuleiten, der sie der für die Entscheidung zuständigen Stelle vorzulegen hat.“*

Sowohl bei der Konferenz der Ombudspersonen in Berlin als auch bei einer fast parallel stattfindenden Tagung der Aufsichtsbehörden der MD der Bundesländer in Saarbrücken kam das Problem zur Sprache, ob Ombudspersonen verpflichtet sein können, Eingaben von Versicherten, die (möglicherweise) als Widersprüche gegen Bescheide zu werten sind, an die Kassen weiterzuleiten. In der Konferenz in Berlin, an der allerdings nicht alle Ombudspersonen teilgenommen haben, haben die Teilnehmerinnen und

Teilnehmer ausnahmslos die m.E. zutreffende Auffassung vertreten, die Ombudspersonen seien keine Behörden und daher nicht verpflichtet, Eingaben als Widersprüche weiterzuleiten. Kurz darauf gelangte eine Protokollnotiz aus der Konferenz der Aufsichtsbehörden der MD zur Kenntnis, die zunächst wohl als Entwurf im Umlauf war, dass die Aufsichtsbehörden anderer Meinung sind und § 84 Abs. 2 SGG so auslegen, dass auch Ombudspersonen Widersprüche weiterzuleiten haben. Ich halte diese Auffassung der Aufsichtsbehörden für falsch und im Übrigen ohne rechtliche Bedeutung, weil Ombudspersonen unabhängig sind und keinerlei Weisungen unterliegen, auch nicht von Aufsichtsbehörden der Medizinischen Dienste. Eine entsprechende Weisung wurde von dort auch nicht formuliert. Zum einen sind die Ombudspersonen nicht in die Medizinischen Dienste eingegliedert, haben keinerlei hoheitliche Aufgaben mit Erlass- und Abschlusskompetenzen bzgl. Verwaltungsakten und öffentlich-rechtlichen Verträgen und sind somit nicht mit solchen Aufgaben „beliehen“. Zum anderen sind auch Ombudspersonen aus gleichen Gründen keine „Ein-Mann-(Frau)-Behörde“, wie ein Blick in die Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 25.11.2010, B 3 KR 1/10 R, Rnrrn. 14 und 24f)) für Schiedspersonen zeigt. Schließlich beschwerten die Versicherten sich bei uns und erheben idR. keinen förmlichen „Widerspruch“, wie es § 84 Abs. 2 SGG verlangt. In einem Telefonat mit dem Referatsleiter der saarländischen Aufsichtsbehörde habe ich dies auch so vertreten.

In potenziellen Verweisungsfällen rate ich den Versicherten, unverzüglich den für sie maßgeblichen Rechtsbehelf bei der entsprechenden Kasse einzulegen. Wie oben der Statistik zu entnehmen ist, wäre eine Weiterleitung schon deshalb geradezu grotesk, weil lediglich 5 von 37 Beschwerden des Jahres 2022 schriftlich und damit formgerecht als Widerspruch erhoben wären. Eine Einlegung eines Widerspruchs per Mail oder fernmündlich wäre unzulässig. Im Übrigen wenden sich diese formlos mit ihren Begehren an die UOP, vertraulich, teils ohne Nennung der Kasse (wer soll dann Widerspruchsgegner sein?) und haben häufig parallel schon Widerspruch erhoben. Schließlich sind einige Ombudspersonen nicht juristisch ausgebildet. Diesen eigenverantwortlich eine rechtliche Prüfung des § 84 Abs. 2 SGG aufzuerlegen, wäre sonderbar. Letztlich könnte alleine ein Gericht über die Frage der Anwendbarkeit des § 84 Abs. 2 SGG verbindlich befinden.

- II. Status der Ombudspersonen: leider besteht immer noch keine Klarheit darüber, ob die Ombudspersonen gesetzlich unfallversichert sind (siehe Vorjahresbericht) oder ob Umsatzsteuer anfällt. Zu letzterem gab es unterschiedliche Auffassungen in den Konferenzen mit den anderen Ombudspersonen. Einigkeit bestand aber darin, dass eine abhängige Beschäftigung und somit eine Sozialversicherungspflicht nicht vorliegt. Manche Ombudspersonen waren der Meinung, diese Tätigkeit sei ehrenamtlich, was aus dem SGB zwar nicht hervorgeht, aber steuerrechtlich so sein könnte. Die Finanzbehörden sehen dies in den Bundesländern offensichtlich unterschiedlich. Hier wird weiter ein Austausch einerseits unter den Ombudspersonen und andererseits unter den MD erforderlich sein.

Auch ist unklar, ob die Ombudspersonen je nach der Ausgestaltung ihres Dienstverhältnisses ein Gewerbe betreiben und entsprechende Steuerpflicht besteht. Aus den gesetzlichen Regelungen zur Gewerbesteuer geht aus meiner Sicht kein klares Ergebnis hervor. Im Saarland dürfte dies vom Ergebnis her keine große Bedeutung haben, weil der bisherige Aufwand der Tätigkeit am ehesten und allenfalls als steuerfreies Kleingewerbe zu betrachten sein sollte. Es sollte endlich seitens des Gesetzgebers klargestellt werden, wie die konkrete rechtliche Position der UOP ist, am sinnvollsten als Ausübung eines Ehrenamts.

- III. Probleme aus dem Bericht zum Jahr 2021: Hier ist allenfalls zu erwähnen, dass die dort von mir dargelegte Problematik, dass die Medizinischen Dienste teilweise auch Gutachten oder Stellungnahmen über Personen erstellen, die in anderen Bundesländern leben, wenn der örtliche Sitz der Krankenversicherung für das betreffende Gebiet im Bundesland länderübergreifend zuständig ist, nicht weiter besteht. So betrafen auch im Jahr 2022 7 der 37 Beschwerden Versicherte aus Rheinland-Pfalz, bei denen der MD Saarland tätig wurde, weil die Sachbearbeitung der Kasse für bestimmte Bereiche aus dem Saarland heraus erfolgt. Dies wird aber nicht weiterverfolgt. Zum einen gibt es hierzu klare Vereinbarungen unter den MD, zum andern hat dies in der Konferenz der Ombudspersonen in Berlin keine andere Ombudsperson als Problematik gesehen und schließlich war dies im Jahr 2022 kein von den sich beschwerenden Versicherten angesprochenes Thema.

F. Fazit: wie im Jahr zuvor betrafen fast alle Beschwerden den Inhalt von medizinischen und pflegerischen Sachverständigengutachten bzw. Stellungnahmen des MD, mit dem die Versicherten nicht einverstanden waren, und nicht die Tätigkeit im Sinne eines (Fehl-)Verhaltens. Die ablehnenden Bescheide der Kassen, die auf der Grundlage der Ausführungen von Gutachten des MD erstellt werden, müssen nach gesetzlicher Vorgabe zwei Belehrungen enthalten: einmal und dies schon immer die Belehrung über den möglichen Rechtsbehelf; dazu nunmehr auch der Hinweis auf eine Beschwerdemöglichkeit bei der Ombudsperson des MD. Nimmt man die üblichen sich am Gesetzeswortlaut orientierenden Formulierungen der Kassen wie beispielsweise „Gegen diesen Bescheid können Sie innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe Widerspruch einlegen.....“ und „ Sie können sich an die Ombudsperson des MD wenden, wenn Sie sich über die Tätigkeit des MD beschweren wollen“, ist es nicht verwunderlich, dass Versicherte nicht wissen, was sie tun sollen. Die Kassen erläutern die Unterschiede zwischen beiden Möglichkeiten meist mit keinem Wort. Eine Fehlleitung in Richtung Ombudsperson wird dann verstärkt, wenn Kassen in Bescheiden alleine als Begründung für die Ablehnung die Stellungnahme des MD zitieren. Die Konferenz der Ombudspersonen hat hierüber diskutiert und plant, den Kassen unverbindliche Hinweise zu geben, wie man die Belehrungen verbessern kann. Hierüber wird sicherlich zukünftig noch berichtet werden. Ob die Kassen diese Hinweise dann übernehmen, ist natürlich ihrer eigenen Entscheidung überlassen. Sie sollten aber die Unterschiede den Versicherten gegenüber erläutern, um Fehlleitungen zu verhindern.

Saarbrücken, 9.2.2023



Kurt Rauch, Ombudsperson MD Saarland

