

Als Pendant zur Amtsermittlungspflicht des Leistungsträgers beschreibt der Gesetzgeber im § 21 Abs. 2 SGB X, dass Betroffene bei der Ermittlung des Sachverhalts mitwirken und insbesondere Ihnen bekannte Tatsachen und Beweismittel angeben sollen. Dieses "sollen" ist auf den ersten Blick eine unscheinbare Wortwahl des Gesetzgebers, enthält allerdings gleichwohl keine unabdingbare und gegebenenfalls sanktionierbare Pflicht des Betroffenen, sondern lediglich eine an ihn gerichtete Bitte zum optionalen Mitwirken.

Zu den Mitwirkungspflichten an anderer Stelle mehr.

Im Hinblick auf die Bedeutung und Verwirklichung der zuvor zitierten Amtsermittlungspflichten ist im Übrigen ganz interessant und bemerkenswert eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 24.9.2014 - 2 BvR 2782/10 -, die in einem Kernsatz ihrer Entscheidungsgründe feststellt, dass das Rechtsstaatsprinzip das Gebot enthält, wirksamen Rechtsschutz mindestens so weit zu gewähren, der grundsätzlich zu einer umfassenden tatsächlichen und rechtlichen Prüfung des Verfahrensgegenstandes führen muss. Art. 2 Abs. 1 GG verleihe dem Einzelnen ein Recht auf effektiven Rechtsschutz und dieses Recht sei dann verletzt, wenn die Verwaltungsträger die verfahrensrechtlichen Möglichkeiten zur Sachverhaltsfeststellung so eng auslegen, dass ihnen eine sachliche und zielführende Prüfung der zu klärenden Fragen ausschließlich wie abschließend nicht möglich ist und das vom Gesetzgeber verfolgte Verfahrensziel deshalb nicht erreicht werden kann.

6.1 Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)

Zum Verwirklichen der oben beschriebenen Einzelfallentscheidung sowie in Ausführung des gesetzlichen Untersuchungsgrundsatzes bedienen sich die gesetzlichen Krankenkassen regelmäßig der Inanspruchnahme ihres MDK's.

Das ist soweit in Ordnung. Denn der § 275 Abs. 1 SGB V verpflichtet die Krankenkassen zur gutachtlichen Inanspruchnahme ihres MDK's, wenn dies nach Art, Schwere, Dauer oder nach dem Krankheitsverlauf bei der Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung erforderlich ist.

Nun kann man schon hier darüber streiten, was in diesem Sinne als "erforderlich" zu bewerten oder aber einfach auch nur überzogen ist. Allerdings würde ein

solcher Streit bereits dadurch in den Hintergrund geraten bzw. als Prinzip zu vernachlässigen sein, wenn man sich die viel höher zu veranschlagende Bedeutung sowie, vor allem, Wirkung einer MDK-Begutachtung einmal etwas näher vor Augen führt und vor diesem Hintergrund sind den Krankenkassen nicht nur selten, sondern gar regelmäßig fundamentale Fehler vorzuhalten.

Sehr detailliert äußert sich dazu das rechtskräftige Urteil des Landessozialgerichts (LSG) Hessen vom 24.10.2013 - L 8 KR 114/12 -, das in seinen Entscheidungsgründen hinsichtlich der gutachtlichen MDK-Einbeziehung zutreffend festgestellt hat,

- dass bei einer komplexen Sachlage ein Anlass zu einer vertieften medizinischen Klärung des klägerischen Krankheitsbildes mit zwingender persönlicher Untersuchung des Betroffenen gegeben ist,
- dass eine Krankenkasse die ihr obliegende Pflicht zur Sachaufklärung von Amts wegen schuldhaft verletzt, wenn sie die gebotene zeitnahe Aufklärung des maßgeblichen medizinischen Sachverhaltes unterlässt,
- dass eine Krankenkasse stets gehalten ist, ein den Anforderungen des § 275 Abs. 1 SGB V entsprechendes, medizinisch qualifiziert begründetes Gutachten des MDK anzufordern und den MDK ggf. zu einer persönlichen Untersuchung anzuhalten hat,
- dass aus der Beratungsfunktion des MDK für die gesetzlichen Krankenkassen folgt, dass dessen gutachtlichen Stellungnahmen nur der rechtliche Gehalt von Entscheidungshilfen für die tatbestands- und rechtsfolgenmäßige Beurteilung des Einzelfalles zukommt und keine Bindung der Krankenkasse an die MDK-ärztliche Beurteilung besteht sowie sich daraus ergibt, dass eine Krankenkasse gehalten ist, auch eine im Rahmen des § 275 SGB V abgegebene gutachtliche Stellungnahme des MDK auf ihre Schlüssigkeit und Nachvollziehbarkeit hin zu prüfen.

Im diametralen Gegensatz dazu gehen die Krankenkassen im Regelfall lediglich her, ihren MDK nur nach Aktenlage entscheiden zu lassen, was dem gutachtlichen Zweck in nicht wenigen Fällen schlichtweg nicht entspricht.

Des Weiteren verschanzen sich Sachbearbeitungen bei Ablehnungsentscheidungen regelmäßig hinter der Formel "der MDK hat entschieden" und übersehen

dabei - bewusst oder unbewusst -, dass der MDK nichts zu entscheiden hat, sondern die Entscheidungshoheit ausschließlich der Krankenkasse zukommt und von dieser auch ausschließlich zu verantworten ist.

In diesem Sinne äußert sich im Übrigen auch ein weiterer Fachkommentar (Mrozyński/Jabben zu § 14 SGB IX), der sich dahingehend sehr unmissverständlich äußert, dass das Begutachtungsergebnis bei der Leistungsentscheidung zwar zu berücksichtigen ist, aber den Sozialleistungsträger von seiner eigenverantwortlichen - und diametral erforderlichenfalls gegenläufigen - Entscheidung selbst nicht entbindet:

"Die Feststellungen eines Gutachters bedeuten nicht automatisch, dass der Leistungsträger an das Gutachten gebunden ist. Eine solche Bindung kann es nicht geben, da die Entscheidung über das Bestehen eines Anspruchs auf Sozialleistungen immer nur vom Leistungsträger zu treffen ist. Der Leistungsträger muss zwar im Rahmen seiner Amtsermittlungspflicht nach § 20 SGB X alle relevanten und ihm zugänglichen Informationen verwerten. Das kann aber auch bedeuten, dass der Leistungsträger die Schlussfolgerungen eines Gutachters nicht teilt".

Noch eines zur Funktion der MDK's, der diese erfahrungsgemäß eher selten gerecht werden. Die MDK's verstehen Ihre einschlägigen Voten durchweg als sog. "Sozialmedizinische Stellungnahme", betiteln ihre Gutachten auch so und die also einem bestimmten sozialmedizinischen Anspruch Rechnung tragen sollen. Nur, viel ausgesprochen sozialmedizinisch Ausgerichtetes ist in diversen MDK-Stellungnahmen, die ich mir regelmäßig im Wege der Akteneinsicht nach § 25 SGB X - dazu später mehr - zugänglich mache, häufig nicht erkennbar. Denn diese MDK's beantworten eigentlich regelmäßig und relativ knapp die an sie von der Krankenkasse gestellte Frage, ob ein Leistungsanspruch besteht oder nicht, einfach nur mit Ja oder Nein und ein wenig angereichert um die zu beachtenden rechtlichen Grundlagen, was einem MDK naturgemäß allerdings nicht zusteht, und das war's dann auch schon. Das führt denn auch nicht selten zum Zitieren von rechtlichen Grundlagen, womit der betreffende MDK einfach nur daneben liegt. Ganz zu schweigen davon, dass es sich bei nicht wenigen MDK's noch nicht herumgesprochen zu haben scheint, dass es gerade für Langzeit-Erkrankte auch und insbesondere ein Rehabilitations- und Behindertenrecht nach Maßgabe des SGB IX gibt und wegen dessen Priorität andere vermeintlich zutreffende Rechtsgrundlagen, wenn sie denn zutreffen sollten, dahinter zurückzustehen haben.

Zurück zum sozialmedizinischen Anspruch der MDK's. Diesem Anspruch Rechnung tragend und worüber allgemein Konsens herrscht, soll die Sozialmedizin

die vielfältigen Wechselwirkungen zwischen Gesundheit und Krankheit, ihren Risiken und protektiven Faktoren einerseits und gesellschaftlichen Tatbeständen andererseits unter ätiologischen, präventiven, rehabilitativen und ökonomischen Perspektiven beschreiben und analysieren. In der sozialmedizinischen Praxis tritt aus Sicht des Betroffenen häufig die Begutachtung durch den Sozialmediziner mit deren sozialrechtlichen Konsequenzen sowie das Leistungsverhalten durch die Sozialleistungsträger in den Vordergrund. Dieses Leistungsverhalten hat sich dabei mit dem Gesundheitszustand des Betroffenen und seinen darauf abgestellten Bestimmungsfaktoren, der Organisation des Gesundheitswesens für ihn und seiner sozialen Sicherung sowie den Wirkungen und sozialstaatlichen Kosten seiner medizinischen sowie rehabilitations- und behindertenrechtlichen Versorgung zu befassen, wobei der Kosten-/Nutzenfaktor sich stets langfristig zu orientieren hat.

Auch hier liegt es schließlich an dem Betroffenen, das Verhalten und Handeln seiner Krankenkasse im Zusammenwirken mit dessen MDK mit diesen Grundsätzen abzugleichen und widrigenfalls dagegen vorzugehen. Zumal dann, wenn die Krankenkassen regelmäßig nicht differenzieren zwischen dem, was sie nach dem oben zitierten § 275 Abs. 1 SGB V tun müssen und bei einem Leistungsantrag auf ein Hilfsmittel optional lediglich tun können. Denn zu Letzterem sagt der § 275 Abs. 3 Nr. 1 SGB V, dass die Krankenkassen in geeigneten Fällen vor Bewilligung eines Hilfsmittels durch ihren MDK prüfen lassen können, ob das Hilfsmittel erforderlich ist. Viel wichtiger ist dabei in dieser Rechtsvorschrift allerdings die gesetzliche Vorgabe, dass der MDK den Versicherten im Rahmen dieser Prüfung bzw. Begutachtung zu beraten hat. Mir ist kein Fall bekannt, in dem eine Krankenkasse mitsamt ihrem MDK dieser Beratungsaufforderung auch nur ansatzweise nachgekommen ist und qualifiziert schon gar nicht. Zumal, wenn es in der Hilfsmittelversorgung für einen Langzeit-Erkrankten für diesen um eine Versorgung mit existenzieller Bedeutung geht.

Dass es in der Tätigkeit und Wirkung eines MDK auch anders geht, beweist ein mir vorliegendes Gutachten eines MDK, das man getrost der besseren Gattung solcher Gutachten hinzurechnen kann. Dieses Gutachten qualifiziert sich schon alleine deshalb in seiner Feststellung, dass es sich bei rein medizinischer Betrachtung in dem vorliegenden Leistungsantrag und den Diagnosemethoden (einschließlich Evaluation und Therapie) in dem betreffenden Therapie-Zentrum für die Fallkonstellation des Versicherten um überlegene Methoden handelt, auch wenn sich auf der Grundlage der vorgelegten Unterlagen keine eindeutige verfassungsrechtliche Begründung für die Kostenübernahme herstellen lässt (deren Beurteilung natürlich nicht Sache des MDK sein kann). Der MDK geht sogar noch