



Ombudsperson
beim Medizinischen Dienst
Nordrhein

Bericht der Ombudsperson 2024 beim Medizinischen Dienst Nordrhein

Berichtszeitraum 01.10.2023 bis 30.09.2024

**Geschäftsstelle der Ombudsperson
beim Medizinischen Dienst Nordrhein**

Dirk Meyer, Ombudsperson

Cäcilienkloster 6
50676 Köln

Telefon: 0221 160 65 222

E-Mail: ombudsstelle@md-nordrhein.de

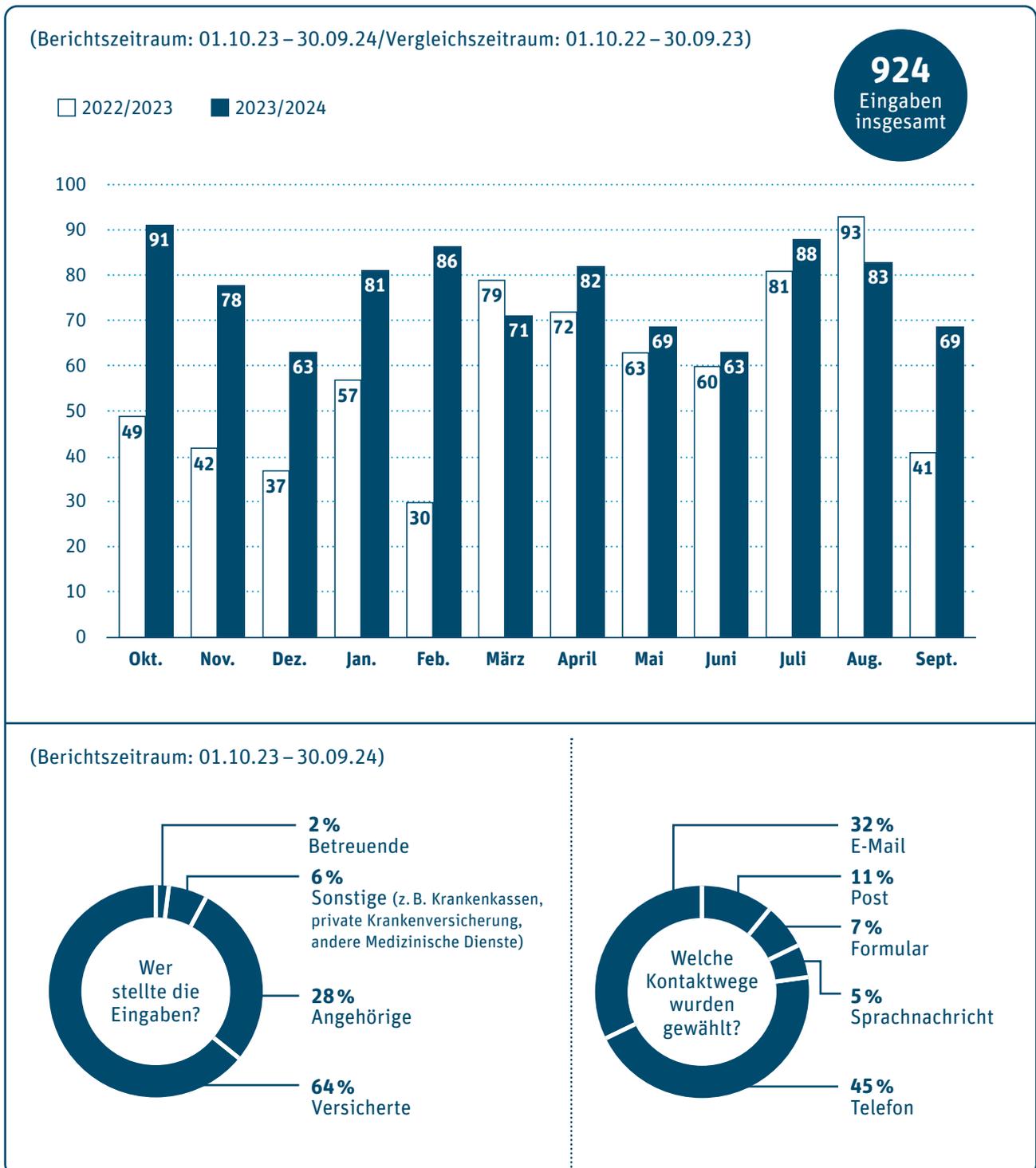
Inhalt

1	Beschwerden im Berichtszeitraum	3
1.1	Auf einen Blick.....	3
1.2	Eingaben durch Versicherte.....	5
1.3	Eingaben durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.....	6
2	Eröffnete Ombudsverfahren	7
2.1	Überblick.....	7
2.2	Krankenversicherung.....	8
2.3	Pflegeversicherung.....	10
2.4	Weitere Ombudsverfahren.....	12
2.5	Auswertung der Ombudsverfahren	12
3	Eingaben ohne Ombudsverfahren.....	13
3.1	Überblick.....	13
3.2	Krankenversicherung.....	14
3.3	Pflegeversicherung.....	15
3.4	Weitere Eingaben.....	16
4	Die Ombudsstelle	16
4.1	Typische Fallkonstellationen	19
4.2	Organisatorische Entwicklung der Ombudsstelle.....	19
5	Weitere Aktivitäten der Ombudsperson	20
6	Fazit und Ausblick	20
7	Rechtsgrundlage	21
8	Aufgaben	21
9	Befugnisse	21

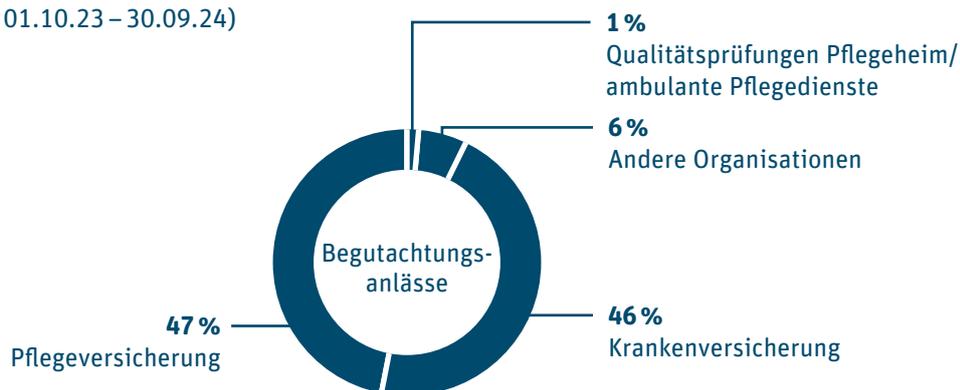
1 Beschwerden im Berichtszeitraum

1.1 Auf einen Blick

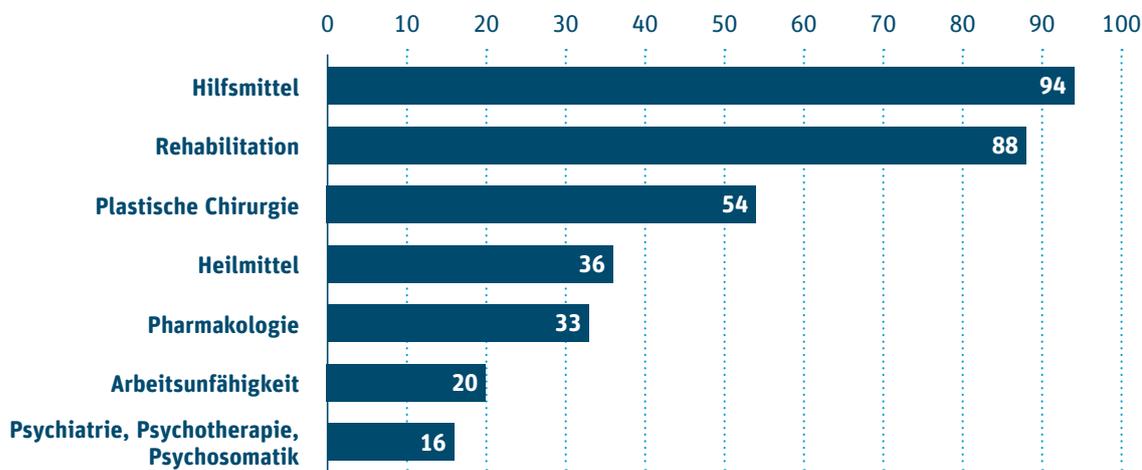
Im aktuellen Berichtszeitraum erreichten die Ombudsstelle 924 Eingaben. Dies entspricht einer Steigerung der Fallzahlen um rund 31 Prozent zum Vorjahresbericht mit 704 Eingängen.



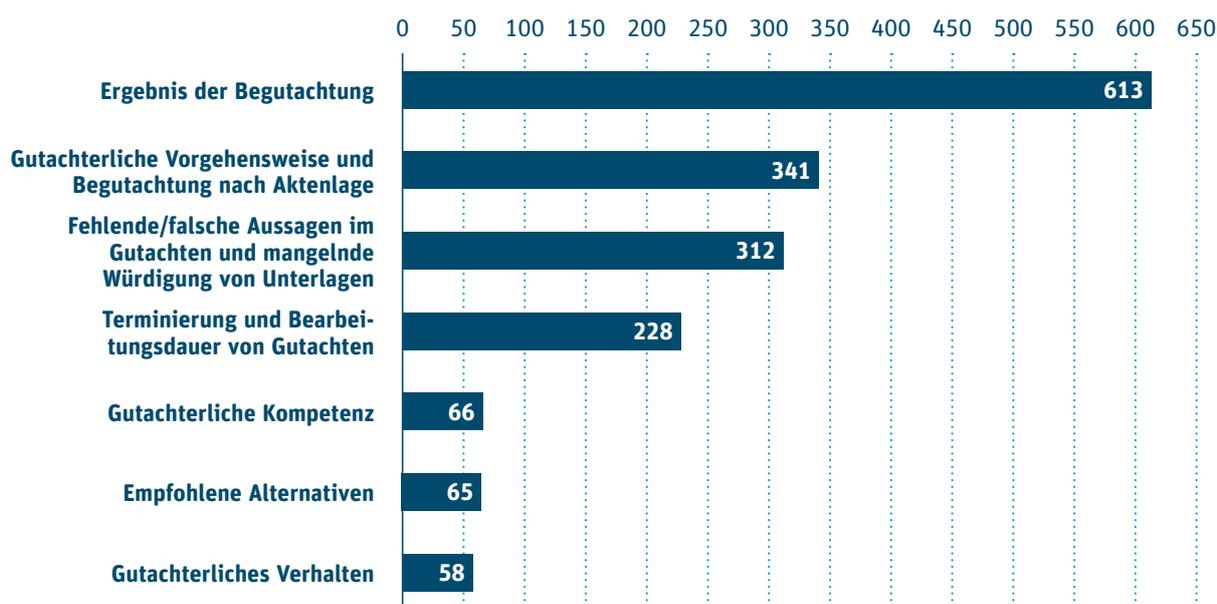
(Berichtszeitraum: 01.10.23 – 30.09.24)



Häufig kritisierte Begutachtungsbereiche – Krankenversicherung (Anzahl der Nennungen)



Häufig genannte Themen (Anzahl/Mehrfachnennungen möglich)



1.2 Eingaben durch Versicherte

Die Anzahl der Eingaben an die Ombudsperson hat sich im Berichtszeitraum erhöht und liegt aktuell bei rund 77 Eingaben pro Monat (Vorjahr 60 Eingaben pro Monat). Insgesamt haben sich in den zwölf Monaten 924 Personen bei der Ombudsstelle gemeldet.

92 Prozent der Eingaben (851 Personen) konnten durch die Bereitstellung von Informationen, vertiefenden Erläuterungen zur Sachlage und Vermittlung an andere Stellen, zum Beispiel Kranken- und Pflegekassen, gelöst werden. Bei knapp acht Prozent der Eingaben (73 Personen) wurde ein Ombudsverfahren eingeleitet. Im aktuellen Berichtszeitraum wurden damit im Vergleich zum Vorjahresbericht 23 Ombudsverfahren mehr eingeleitet (plus 46 Prozent).

In erster Linie nehmen Versicherte und deren Angehörige Kontakt mit der Ombudsperson auf. Seitens der Beschäftigten des Medizinischen Dienstes ist keine Eingabe in der Ombudsstelle eingegangen.

Die Möglichkeiten der Kontaktaufnahme mit der Ombudsstelle sind bewusst vielfältig und niedrigschwellig angelegt: 50 Prozent der Anfragen gingen per Telefon oder Voicemail, 32 Prozent per E-Mail, 11 Prozent per Post und 7 Prozent per Online-Formular ein.

47 Prozent der Eingaben an die Ombudsperson bezogen sich auf den Bereich Pflegeversicherung, 46 Prozent auf den Bereich Krankenversicherung, ein Prozent auf die Pflegequalitätsprüfungen und sechs Prozent auf sonstige Themen, bei denen der Medizinische Dienst Nordrhein nicht der eigentliche Ansprechpartner war.

Als Hauptbeweggründe, derentwegen Versicherte oder ihre Angehörigen Kontakt mit der Ombudsstelle aufnehmen, lassen sich wie im Jahresbericht 2023 fünf Bereiche identifizieren:

„Auf der Suche nach Gerechtigkeit“

Die Ombudsstelle wird mit dem Wunsch nach einer schnellen und unkomplizierten Problemlösung kontaktiert, zum Beispiel weil eine große Unzufriedenheit mit dem Ergebnis der Begutachtung vorliegt.

Misslungene bzw. abgebrochene Kommunikation zwischen den Versicherten oder Angehörigen und ihrer Kranken- bzw. Pflegekasse

Neben den Beschwerdeinhalten zeigen die Anfragen eine hohe Verunsicherung über die richtige Adressierung der Beschwerde. Dazu gehören beispielsweise Fragen, wer für die Beschwerde zuständig ist, welche Beschwerdemöglichkeiten es gibt oder an welche Stelle ein Widerspruch gerichtet werden muss.

Übersetzung der Gutachten in verständliche Sprache

Ein weiteres Motiv, sich an die Ombudsstelle zu wenden, ist der Wunsch nach Erläuterung bzw. Erklärung, da die medizinisch-fachliche Terminologie im Gutachten nicht verstanden wird.

Fehlendes Wissen über Strukturen und Abläufe im Gesundheitssystem

Die Rolle des Medizinischen Dienstes wird in vielen Fällen fehlinterpretiert, die richtigen Adressaten (Kranken- oder Pflegekasse) sind nicht präsent oder die Möglichkeit eines Widerspruches ist nicht bekannt.

Beschwerden über Themen, die nicht im Einflussbereich des Medizinischen Dienstes liegen

Da die Rolle des Medizinischen Dienstes im Gesundheitssystem falsch eingeschätzt wird, sollen zum Beispiel Entscheidungen herbeigeführt werden, die nicht in seinem Einflussbereich liegen; zum Beispiel die Regelungen zur Verordnung von Cannabinoiden durch den Gesetzgeber bzw. den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).

Vonseiten der Versicherten bestand auch in diesem Berichtszeitraum eine hohe Erwartungshaltung an die unabhängige Ombudsperson, ein als fair oder gerecht empfundenes Ergebnis zu vermitteln. Versicherte befürchteten, der Medizinische Dienst Nordrhein könne aus wirtschaftlichen Gründen im Sinne der Kranken- und Pflegekassen entscheiden. Die Meinungen über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes Nordrhein waren in den Kontakten mitunter skeptisch und beinhalteten zum Teil harte verbale Kritik. Alle Eingaben betrafen im Wesentlichen die Bereiche Kranken- oder Pflegeversicherung. Andere Tätigkeitsfelder des Medizinischen Dienstes Nordrhein spielten in der Ombudsstelle kaum eine Rolle.

Eine Veränderung in der Struktur der eingehenden Beschwerden nach Themen oder genannten Kritikpunkten kann im Vergleich zum Vorjahreszeitraum nur geringfügig festgestellt werden. Begutachtungsanlässe zu Themen der stationären Rehabilitation, der Hilfsmittelversorgung und plastischer Chirurgie belegten die vorderen drei Plätze. Die Heilmittelversorgung, beispielsweise Reha-Sport oder Funktionstraining, rückten vor auf Platz vier der häufigsten Themen.

Eingaben zeigen nicht erfüllte Erwartungen an die Gutachten

Gutachterliche Empfehlungen, Leistungsablehnungen oder als zu gering erachtete Pflegegrade waren für Versicherte nicht nachvollziehbar. Wiederholt wurden eine mangelnde Würdigung medizinischer Unterlagen, das gutachterliche Vorgehen, eine Begutachtung nach Aktenlage oder eine unangemessene Bewertung auf Basis der Module der Pflegegradermittlung kritisiert.

Durch eine intensive Kommunikation der Ombudsstelle mit den Versicherten und Angehörigen konnten in den meisten Fällen ein positiver Effekt und Zufriedenheit in Bezug auf das Anliegen erzielt werden.

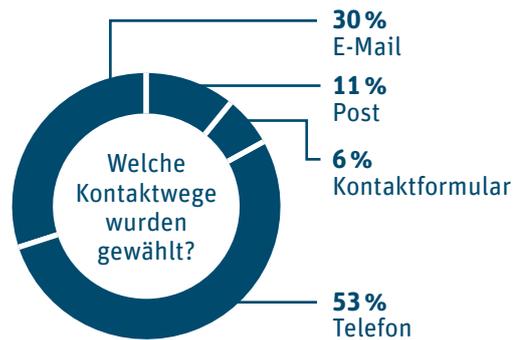
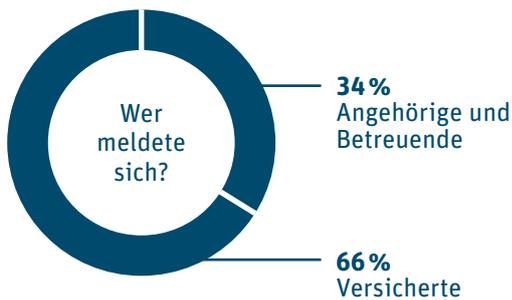
1.3 Eingaben durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Im Berichtszeitraum gingen keine Beschwerden von Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern des Medizinischen Dienstes Nordrhein ein. Seit Einführung der unabhängigen Ombudsperson im Jahr 2021 kann durchgängig festgestellt werden, dass seitens der Beschäftigten offenbar kaum Anlass bestand, die Ombudsperson einzuschalten.

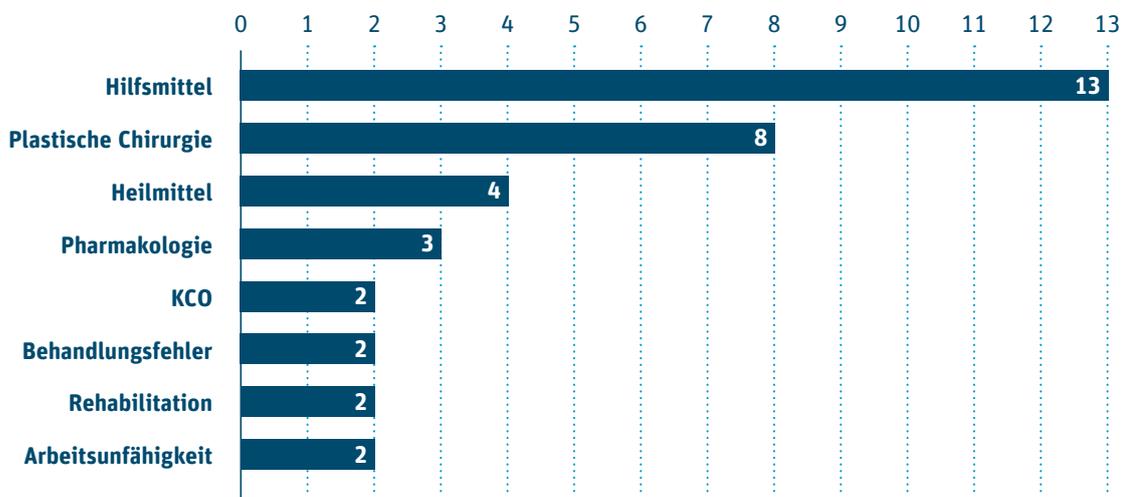
2 Eröffnete Ombudsverfahren

2.1 Überblick

(Berichtszeitraum: 01.10.23 – 30.09.24)



Begutachtungsbereiche – Krankenversicherung (Anzahl der Nennungen)



Laufzeit der Ombudsverfahren

Vom Eingang der Einwilligungserklärung bis zur schriftlichen Beantwortung durch die unabhängige Ombudsperson wurden durchschnittlich 13 Werktage (Vorjahr: 19 Werktage) benötigt. Zu berücksichtigen sind Abwesenheitszeiten aufseiten der unabhängigen Ombudsperson, ihrer Geschäftsstelle oder von Fachexpertinnen und Fachexperten des Gutachterdienstes. Auch eine hohe Fallkomplexität beeinflusste die Bearbeitungszeit deutlich.

2.2 Krankenversicherung

In den Ombudsverfahren waren Versicherte häufig mit ablehnenden Gutachtenergebnissen auf den Gebieten Hilfsmittelversorgung, plastische Chirurgie oder Heilmittel, beispielsweise Reha-Sport, unzufrieden. Angesichts ihrer gesundheitlichen Situation konnten Versicherte ablehnende gutachterliche Empfehlungen sowie andere empfohlene Maßnahmen zur Versorgung nicht nachvollziehen.

Versicherte stellten vielfach die fachärztliche Kompetenz von Gutachterinnen und Gutachter infrage. Sie vermuteten eine mangelnde ärztliche Kompetenz bei der Beurteilung ihrer Leistungsanträge, wenn Gutachterinnen und Gutachter nicht über eine entsprechende Facharztausbildung verfügten. Dass entsprechende Gutachten von Fachärztinnen und Fachärzten für Sozialmedizin erstellt wurden, war indes kaum bekannt.

Versicherte kritisierten, dass der Medizinische Dienst ohne Gespräch oder eine persönliche Inaugenscheinnahme medizinische Leistungsanträge nach Aktenlage beurteilt. Dies wurde vielfach als Ursache für eine abgelehnte Leistung gesehen. Zu diesem Thema durchgeführte Ombudsverfahren zeigten, dass die Qualität ärztlicher Dokumente, wie zum Beispiel Verordnungen, medizinische Berichte oder Therapiepläne, oft nicht den sozialmedizinischen Anforderungen entsprachen, um positive Leistungsempfehlungen abzugeben.

Für Unzufriedenheit bei Versicherten sorgte auch die Form der Gutachten selbst. Ein Aspekt ist der Datenschutz. Krankenkassen erhalten durch den Medizinischen Dienst gesetzeskonform Gutachten ohne Vorgeschichte und Anamnese zu medizinischen Leistungsanträgen. Für etliche Versicherte entstand dadurch der Eindruck eines unvollständigen Gutachtens, weil die Hinweise zum Datenschutz übersehen wurden. Wenn die Ablehnungsgründe auf Basis des Gutachtens durch Kassenmitarbeitende im Leistungsbescheid formuliert wurden, also ohne dass Versicherten das Gutachten vorlag, zeigte sich häufig die gleiche Problematik.

Die Hauptkritikpunkte waren im Berichtszeitraum:

- 1.** Ergebnis der Begutachtung
- 2.** Fehlende oder falsche Aussagen im Gutachten; mangelnde Würdigung von Unterlagen
- 3.** Begutachtung nach Aktenlage; ärztliche Kompetenz
- 4.** Alternative Empfehlungen

Beispiel 1

Der Versicherte kritisiert die ablehnende gutachterliche Stellungnahme zu einer Langfristgenehmigung für Physiotherapie. Nach Widerspruch wurde die beantragte Leistung durch den Medizinischen Dienst Nordrhein wiederholt nicht empfohlen. Stattdessen wurden dem Versicherten andere medizinische Leistungen in Absprache mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt empfohlen. Der Versicherte kritisiert das sozialmedizinische Gutachten als unprofessionell und zweifelt die gutachterliche Kompetenz zur Beurteilung der individuellen medizinischen Sachlage an. Vorhandene gesundheitliche Einschränkungen und ärztliche Berichte seien nicht oder nicht hinreichend gewürdigt worden. Zudem sei eine drohende Erwerbsunfähigkeit aufgrund einer fortschreitenden gesundheitlichen Verschlechterung nicht in den Fokus genommen worden.

Im Ombudsverfahren wurden die Vorwürfe des Versicherten und die im Zusammenhang erstellten Gutachten fachlich geprüft. Im Ergebnis konnte die Kritik des Versicherten nicht bestätigt werden. Die geprüften Gutachten entsprachen den geltenden Richtlinien, wie sie auch für andere Versicherte angewendet werden. Im weiteren Verlauf konnte der Versicherte den Widerspruchsausschuss seiner Krankenkasse einschalten, um eine weitere Prüfung der abgelehnten Leistungsentscheidung zu veranlassen.

Beispiel 2

Die Versicherte bemängelt die Ablehnung von Rehasport. Zunächst lehnte die Krankenkasse die beantragte Leistung ohne Hinzunahme des Medizinischen Dienstes ab. Die Versicherte reichte dagegen Widerspruch ein. Zur Prüfung der Widerspruchsargumentation beauftragte die Krankenkasse den Medizinischen Dienst Nordrhein. Die Versicherte kritisiert das sozialmedizinische Gutachten als formal und inhaltlich mangelhaft/unvollständig. Ihre gesundheitlichen Einschränkungen seien nicht hinreichend gewürdigt worden. Zudem sei das Gutachten ohne Rücksprache mit ihr nach Aktenlage erstellt worden. Eine persönliche Inaugenscheinnahme hätte zu einer positiven Leistungsentscheidung führen können, so die Darstellung der Versicherten. Zudem wird eine fehlerhafte Anrede im Gutachten als respektlos empfunden.

Nach eingehender fachlicher und methodischer Prüfung konnte das Widerspruchsgutachten in allen Punkten als regelkonform bestätigt werden. Die Vorwürfe der Versicherten ließen sich auch hinsichtlich der als respektlos empfundenen Anrede aufklären. Es handelte sich hier um einen nachvollziehbaren Schreibfehler. Im Weiteren stand der Versicherten das Verwaltungsverfahren über den Widerspruchsausschuss und ein mögliches Klageverfahren vor dem Sozialgericht offen.

Beispiel 3

Der Versicherte bemängelt eine ablehnende gutachterliche Leistungsempfehlung zur Kostenübernahme einer Magenbypass-Operation nach erfolgter Widerspruchsbegutachtung. Es werden zahlreiche Kritikpunkte genannt.

Im durchgeführten Ombudsverfahren konnte festgestellt werden, dass die Krankenkasse nicht alle vorliegenden ärztlichen Dokumente an den Medizinischen Dienst Nordrhein übermittelt hatte. Unter Vorlage aller zur Verfügung stehenden Dokumente wurde die Widerspruchsbegutachtung wiederholt. Im Ergebnis wurde eine Kostenübernahme der Operation empfohlen. Der Versicherte wurde über das Ergebnis und die Hintergründe der Begutachtungsvorgänge informiert.

2.3 Pflegeversicherung

Wie im Bereich der Krankenversicherung konnten Begutachtungsergebnisse häufig nicht nachvollzogen werden. Insgesamt sahen sich Versicherte in der Wahrnehmung ihres individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarfs nicht ausreichend gesehen und erachteten den ermittelten Pflegegrad als zu gering.

Fragen der gutachterlichen Kompetenz oder eine mangelnde Würdigung von medizinischen Unterlagen waren häufig zentrale Beschwerdegründe. Zudem wurde vielfach genannt, dass nicht alle Modulpunkte im Einzelnen abgefragt wurden. Dies hinterließ bei Versicherten teilweise den Eindruck einer unvollständigen Begutachtung.

Durchgeführte Ombudsverfahren zu diesem Thema zeigten, dass eine korrekte Anwendung der Begutachtungsrichtlinie häufig Auslöser einer Beschwerde war. Die Erwartungen der Versicherten standen hier im Gegensatz zu gesetzlichen Anforderungen und Vorgaben in der Pflegegradermittlung.

Die Schwerpunkte der Ombudsverfahren im Bereich Pflegebegutachtung waren:

1. Ergebnis der Begutachtung
2. Fehlende oder falsche Aussagen im Gutachten; mangelnde Würdigung von Unterlagen
3. Vorgehensweise in der Begutachtung
4. Verhalten und Kompetenz

Beispiel 1

Die Versicherte bemängelt zahlreiche Höherstufungs- und Widerspruchsbegutachtungen. Hintergrund ist der Wunsch, von Pflegegrad 2 auf Pflegegrad 3 höher gestuft zu werden. Alle in Hausbesuchen durchgeführten Begutachtungen werden als fehlerhaft und unzureichend kritisiert. Der vorhandene Hilfe- und Unterstützungsbedarf sei durch die verschiedenen Pflegefachkräfte des Medizinischen Dienstes Nordrhein nicht einwandfrei bewertet worden. Insbesondere Fragen der Mobilität und vorhandener psychischer Problemlagen seien unberücksichtigt geblieben. Die Versicherte schildert eine nahezu hilflose Lebenssituation.

Nach eingehender Prüfung aller vorliegenden Gutachten konnten die Vorwürfe der Versicherten nicht bestätigt werden. Alle zur Beurteilung des Pflegegrades relevanten Aspekte wurden gutachterlich korrekt erfasst und bewertet. Die Pflegebegutachtungsrichtlinie wurde in allen Punkten eingehalten. In der schriftlichen Antwort der Ombudsperson wurden der Versicherten die Hintergründe zum ermittelten Pflegegrad im Detail mitgeteilt. Im Weiteren stand der Versicherten der Weg über den Widerspruchsausschuss der Pflegekasse offen, um eine erneute Prüfung ihrer Kritik zu veranlassen.

Beispiel 2

Der Versicherte bemängelt das Erst- und Widerspruchsgutachten zur Ermittlung seines Pflegegrades als unzureichend. Der vergebene Pflegegrad 1 könne in keiner Weise nachvollzogen werden. Die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes Nordrhein hätten sich während der Hausbesuche ungenügend mit dem vorhandenen Hilfe- und Unterstützungsbedarf auseinandergesetzt. Es werden zahlreiche gesundheitliche Einschränkungen, Diagnosen und ein Grad der Behinderung von 80 genannt, die nicht vollständig berücksichtigt worden seien. Die fachliche Kompetenz der Pflegefachkräfte wird angezweifelt.

Nach fachlicher Prüfung der Begutachtungen konnten Teilaspekte der Beschwerdeargumentation nachvollzogen werden. Hierdurch kam es zu einer Erhöhung der Gesamtpunktzahl, welche jedoch keine Auswirkungen auf die Höhe des Pflegegrades hatte. Die Ombudsperson übermittelte ein berichtigtes Gutachten und verwies im Weiteren auf den Widerspruchsausschuss der Pflegekasse sowie eine mögliche Sozialgerichtsklage, soweit der Widerspruchsausschuss keine Abhilfe schafft. Zudem wurde empfohlen, eine Pflegeberatung seitens der Pflegekasse in Anspruch zu nehmen, um ggf. über den Pflegegrad hinaus Möglichkeiten zur Unterstützung zu prüfen.

Beispiel 3

Die Angehörige kritisiert eine Höherstufungsbegutachtung für ihre Tante von Pflegegrad 1 auf einen höheren Pflegegrad. Das wurde nach Widerspruchsbegutachtung im Hausbesuch durch den Medizinischen Dienst Nordrhein nicht befürwortet. Die Angehörige kritisiert, dass beispielsweise Aspekte der Selbstversorgung oder der Fortbewegung nicht hinreichend berücksichtigt worden seien. Es wird unter Nennung weiterer Kritikpunkte insgesamt von einer gutachterlichen Fehleinschätzung gesprochen.

Im Ombudsverfahren wurde die Kritik der Angehörigen fachlich und methodisch geprüft. Hierzu fand eine erneute Begutachtung mit persönlicher Inaugenscheinnahme statt. Bei einer Begutachtung im Krankenhaus wurde zunächst der Pflegegrad 1 festgestellt. Nach Entlassung aus dem Krankenhaus in die Häuslichkeit wurde im Widerspruchsverfahren der Pflegegrad 1 bestätigt. Festgestellt wurde, dass gutachterlich jeweils nicht von der Dauerhaftigkeit der Einschränkungen ausgegangen worden war.

Die wiederholte Begutachtung zeigte, dass die durchgeführten Therapiemaßnahmen bei der Versicherten nicht die gewünschte Wirkung erzielen konnten. In der Neubewertung wurde nun von der Dauerhaftigkeit der Einschränkungen ausgegangen. Die Versicherte erhielt Pflegegrad 3 und wurde entsprechend über die Hintergründe der Begutachtungen informiert.

2.4 Weitere Ombudsverfahren

Eine Angehörige kritisierte ein komplexes Gutachten zur Prüfung eines Behandlungsfehlers mit Todesfolge. Die Krankenkasse der versicherten Person beauftragte den Medizinischen Dienst Nordrhein, ein Behandlungsfehlergutachten zu erstellen. Aufgrund einer unzulässigen Reduzierung der morphinhaltigen Schmerzmittelgabe sei die versicherte Person im Behandlungsverlauf verstorben. Die Behandlungsvorgänge seien gutachterlich in nicht geeigneter Weise aufgearbeitet worden. Aus Sicht der Angehörigen lägen ein eindeutiger Behandlungsfehler und zugleich eine Fehlbegutachtung vor.

Nach umfassender fachlicher Prüfung des Gutachtens und einer erneuten ausführlichen Stellungnahme an die Angehörige konnte kein Fehlverhalten des Medizinischen Dienstes Nordrhein festgestellt werden. Zur rechtlichen Prüfung der Vorgänge verwies die Ombudsperson auf das Sozialgericht.

2.5 Auswertung der Ombudsverfahren

Ohne Beanstandungen des Gutachtenergebnisses

In 69 von 73 Ombudsverfahren konnte die Kritik an den Ergebnissen der betreffenden Gutachten nicht bestätigt werden.

Ergebnisänderung im Ombudsverfahren

In vier Ombudsverfahren kam es zu einer Änderung des Gutachtenergebnisses. Nach eingehender Prüfung wurden in zwei Fällen jeweils höhere Pflegegrade ermittelt. Grund waren abweichende oder neue Erkenntnisse im individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarf der Versicherten oder in Anwendung der Begutachtungsrichtlinie. Gleiches gilt für zwei Fälle aus der ambulanten Krankenversicherung. Hier waren jeweils die Begutachtungsbereiche Hilfsmittel und plastische Chirurgie angesprochen.

Ergebnisänderung im regulären Widerspruchsverfahren

In zwei Fällen wurde im regulären Widerspruchsverfahren ein höherer Pflegegrad ermittelt. Das Widerspruchsverfahren lief in diesen Fällen parallel zum Ombudsverfahren.

Unstimmigkeiten in der gutachterlichen Arbeits- und Vorgehensweise

In fünf Fällen konnten Unstimmigkeiten in Teilaspekten der Beschwerde festgestellt werden. Die berechtigten Kritikpunkte hatten zugleich keinen Einfluss auf das jeweilige Begutachtungsergebnis und betrafen Schreibfehler oder Bewertungen in Teilaspekten der Pflegebegutachtung.

Gutachterliches Fehlverhalten

In einem Fall wurde gutachterliches Fehlverhalten festgestellt. Der Medizinische Dienst Nordrhein traf adäquate personelle Maßnahmen.

Verfahren ohne Ergebnis

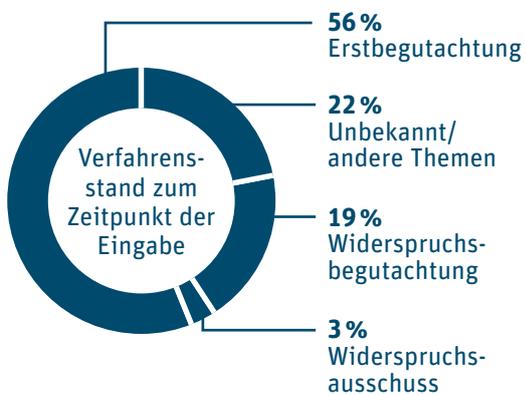
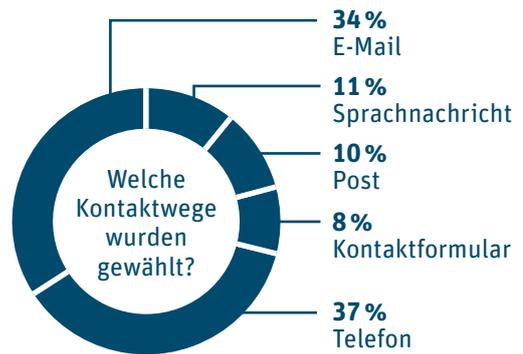
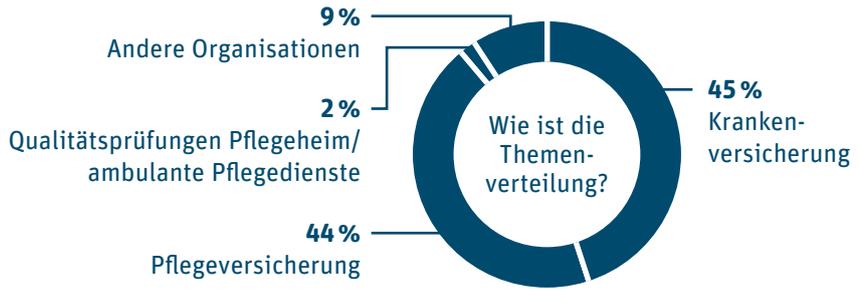
In elf Fällen wurde das Verfahren ohne Ergebnis abgeschlossen, da eine Einwilligungserklärung nicht erteilt wurde.

3 Eingaben ohne Ombudsverfahren

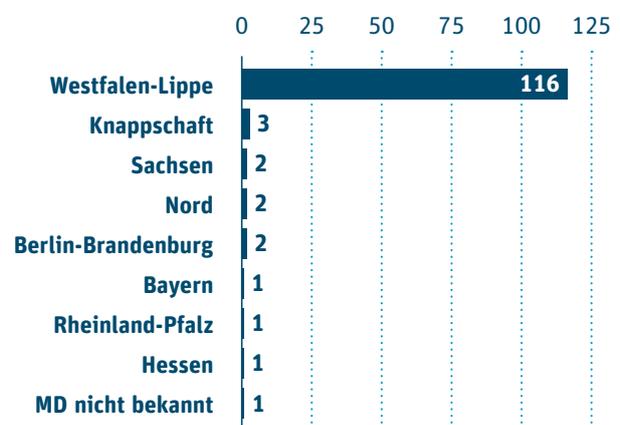
3.1 Überblick

(Berichtszeitraum: 01.10.23 – 30.09.24)

Insgesamt wurden **851 Eingaben** ohne Ombudsverfahren in der Geschäftsstelle der unabhängigen Ombudsperson bearbeitet.



Eingaben für andere Medizinische Dienste (Anzahl)



3.2 Krankenversicherung

Alle Eingaben wurden im direkten telefonischen Kontakt mit Versicherten, per E-Mail oder Postbrief beantwortet. Die Schwerpunkte in den Fragestellungen haben sich im Vergleich zum Vorjahreszeitraum kaum verändert. Im Mittelpunkt standen:

1. Fragen zum Rechtsmittelverfahren
(Widerspruch, Widerspruchsausschuss und Sozialgerichtsklage)
2. Fragen zum gutachterlichen Vorgehen und zum Inhalt der Pflegegutachten
3. Fragen zur Bearbeitungsdauer

Beispiel

Die Versicherte wendet sich per E-Mail an die Ombudsstelle. Eine Langfristgenehmigung für ein Gerätetraining sei abgelehnt worden. Sie wünscht eine neue Begutachtung ihres Einzelfalls. Zugleich bestehen Fragen zur Akteneinsicht und zum Erhalt der umfassenden Begutachtungsergebnisse. Da keine telefonische Erreichbarkeit bestand, antwortete die Ombudsstelle per E-Mail.

Das Verfahren des Widerspruchs und des Widerspruchsausschusses wurden im Detail erläutert. Es wurde über die Rolle der Krankenkasse informiert – und dass nur diese den Medizinischen Dienst mit einem neuen Gutachten beauftragen könne. Die Versicherte wurde – zur Beratung ihres Einzelfalls – gebeten, Kontakt mit ihrer Krankenkasse aufzunehmen. Bezüglich der Fragen nach Akteneinsicht und Übermittlung der Gutachten wurde die Versicherte an das zuständige Beratungs- und Begutachtungszentrum des Medizinischen Dienstes Nordrhein vermittelt. Dort bestand nach Anmeldung die Möglichkeit, die Akte einzusehen oder das Gutachten in vollständiger Version anzufordern. Zu Fragen des Gutachteninhalts oder der gutachterlichen Vorgehensweise wurde an das Qualitäts- und Beschwerdemanagement des Gutachterdienstes vermittelt. In der Rückantwort äußerte sich die Versicherte positiv über die umfassende Rückmeldung der Ombudsstelle.

3.3 Pflegeversicherung

Wie im Bereich der Krankenversicherung (Punkt 3.2) standen Fragen zur Vorgehensweise im Widerspruchsverfahren im Vordergrund. Hinzu kamen Beschwerden über die Terminvergabe oder Wartezeiten bis zu einer Pflegebegutachtung. Gelegentlich wurde bemängelt, dass Angehörige oder Betreuende nicht über den Begutachtungstermin informiert wurden. Auch im Bereich der Pflegeversicherung sind keine erkennbaren Veränderungen zum Vorjahresbericht der Ombudsstelle festzustellen.

Beispiel

Der Versicherte kritisiert eine kürzlich stattgefundenene Höherstufungsbegutachtung im Hausbesuch. Er sei mit dem vergebenen Pflegegrad 1 unzufrieden und könne nicht akzeptieren, dass seine Einschränkungen in der Mobilität nicht zu einer höheren Bewertung geführt hätten. Er benötige dringend Unterstützung im Haushalt. Putzen, Kochen, Waschen und Wäsche aufhängen würden ihm beispielsweise zunehmend schwerfallen. Eine zusätzliche Unterstützung könne er nur mit einer Geldleistung durch einen höheren Pflegegrad realisieren. Er sei alleinlebend und hätte zur Unterstützung keine Angehörigen. Die gesamte Lebenssituation wird in vielfältiger Weise als beschwerlich beschrieben.

Im Gespräch wurde das Widerspruchsverfahren erläutert. Das konkrete Vorgehen zur Erstellung eines Widerspruchsschreibens wurde im Detail erklärt. Informiert wurde über die Pflegebegutachtungsrichtlinie, die Rolle des Medizinischen Dienstes und der Pflegekasse. Die Problematik der Haushaltsführung wurde vor dem Hintergrund der Begutachtungsrichtlinie besprochen. Zwar fließt die Haushaltsführung in das Gutachten ein, wird jedoch regelkonform nicht bewertet. Der Versicherte wurde in Kenntnis gesetzt, dass die Pflegeberatung der Pflegekassen nicht nur zum Pflegegrad berät, sondern auch zur Unterstützung bei der Haushaltsführung. Von einer solchen Beratung hatte der Versicherte noch nie gehört. Er zeigte, sich zufrieden mit den Auskünften und beabsichtigte die besprochenen Wege zu gehen.

3.4 Weitere Eingaben

In 24 Prozent aller Eingaben schilderten Versicherte oder Angehörige Probleme, welche in die Zuständigkeit anderer Organisationen fielen, zum Beispiel Krankenkassen, Pflegekassen, Rentenversicherungsträger, private Krankenversicherungen, Leistungserbringer oder Medizinischer Dienste anderer Bundesländer. Die Anzahl hat sich im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um sieben Prozent erhöht.

Im Berichtszeitraum erreichten die Ombudsstelle 131 Eingaben für Ombudspersonen anderer Medizinischer Dienste. Davon entfielen 116 Eingaben auf die Ombudsperson des Medizinischen Dienstes Westfalen-Lippe. Offenbar ist eine häufige Assoziation zum Wohnsitz Nordrhein-Westfalen der Medizinische Dienst Nordrhein und weniger der Medizinische Dienst Westfalen-Lippe. Auch durch den expliziten Verweis auf die Ombudsperson Westfalen-Lippe auf der Homepage der Ombudsperson Nordrhein konnte keine Reduzierung der fehlgeleiteten Kontaktaufnahmen erzielt werden. Weitere diesbezügliche Maßnahmen befinden sich derzeit in Planung und Umsetzung.

Angehörige und Versicherte wurden in gleicher Weise aufgeklärt und informiert, soweit dies im Einzelfall möglich war. Zu einer vertiefenden Klärung der Sachlage wurde an die Ombudspersonen sowie das Qualitäts- und Beschwerdemanagement der jeweiligen Medizinischen Dienste in den Bundesländern verwiesen.

Beschwerden über die Tätigkeit ambulanter Pflegedienste oder stationärer Pflegeeinrichtungen wurden an die Fachabteilung des Medizinischen Dienstes Nordrhein vermittelt.

4 Die Ombudsstelle

Unverändert zum Vorjahreszeitraum laufen alle Eingaben in der Ombudsstelle (Geschäftsstelle der unabhängigen Ombudsperson) zusammen. Sie arbeitet unabhängig vom Medizinischen Dienst Nordrhein. Versichertendaten, Gutachten oder medizinische Berichte liegen hier nicht vor.

Durch Gespräche mit Versicherten oder Angehörigen, durch E-Mail oder Briefkontakt verschafft sich die Ombudsstelle einen Überblick über die jeweilige Fallkonstellation. Auf dieser Basis leistet die Ombudsstelle individuelle Hilfestellungen zur weiteren Vorgehensweise oder bereitet eine Beschwerde für das Ombudsverfahren vor und begleitet dieses bis zum Abschluss.

Im Zusammenhang mit der Aufklärung von kleineren oder größeren Versichertenbeschwerden ist das Qualitäts- und Beschwerdemanagement des Gutachterdienstes eine zentrale Schnittstelle. Die Ombudsperson und ihr Mitarbeiter bedanken sich beim ganzen Team für ein stets offenes Ohr und die gerne in Anspruch genommene fachliche Unterstützung.

Wie bisher gehen Anfragen ein, welche nicht unmittelbar in den Tätigkeitsbereich der unabhängigen Ombudsperson fallen. Zugleich werden zugehörige Eingaben häufig in das Rechtsmittelverfahren vermittelt, soweit im Wesentlichen das Begutachtungsergebnis im Zentrum der Kritik steht. Der Widerspruch sowie der Widerspruchsausschuss der Krankenkassen und Pflegekassen werden häufig als vorrangige Klärungswege angesehen.

Alle Ombusverfahren wurden deshalb eröffnet, weil sich die geäußerte Kritik auf mehr als das Begutachtungsergebnis bezogen hatte, sodass eine vertiefende Klärung der Sachlage notwendig wurde. Dies betraf knapp acht Prozent aller 924 Eingaben. Es wurden insgesamt 23 Ombudsverfahren mehr als im Vergleichszeitraum des Vorjahres mit 50 Verfahren eröffnet (plus 46 Prozent).

Im Ombudsverfahren forderte die Ombudsperson qualifizierte Stellungnahmen beim Medizinischen Dienst Nordrhein an. Dabei wurden die zugrunde liegenden Gutachten in den jeweiligen Fachabteilungen des Gutachterdienstes auf fachliche und methodische Mängel überprüft. Die Ombudsperson erhielt zu allen Fällen eine schriftliche Stellungnahme. Auf dieser Grundlage führte die Ombudsperson ggf. ergänzende Gespräche oder nahm Einsicht in die Versichertenakte. Alle Fallzusammenhänge wurden auf Richtlinienkonformität und Plausibilität geprüft. Nach Abwägung aller Argumente nahm die unabhängige Ombudsperson eine abschließende Einschätzung vor und gab Hinweise zum weiteren Verlauf der Rechtsmittelverfahren. Versicherte wurden in allen Fällen schriftlich über das Prüfergebnis sowie zu den Hintergründen einer Begutachtung informiert.

Für die meisten Eingaben lagen geeignete Lösungswege zunächst außerhalb eines Ombudsverfahrens, da allein Gutachtenergebnisse im Fokus der Kritik standen. Knapp 56 Prozent aller Eingaben bezogen sich auf Erstgutachten, sodass zunächst das Durchlaufen eines Widerspruchs im Verwaltungsverfahren angezeigt war.

Je konkreter Versicherte oder Angehörige ihr Anliegen darlegten, desto gezielter konnte die Ombudsstelle Hinweise zum weiteren Vorgehen empfehlen oder geeignete Kontaktstellen nennen. In Versichertenkontakten war es regelmäßig erforderlich, verschiedene Beschwerdewege, Rechtsmittel, die Stellung der unabhängigen Ombudsperson, die Rolle der Kranken- und Pflegekassen oder die des Medizinischen Dienstes Nordrhein zu erläutern. Viele Eingaben an die Ombudsstelle standen im Zusammenhang mit dem Wunsch, Widerspruch einzulegen.

Wie bereits im Vorjahresbericht festgestellt, besteht ein großer Beratungs- und Erklärungsbedarf, welcher mit einer hohen Verunsicherung von Versicherten und Angehörigen im komplexen Gesamtsystem einhergeht. Eine Veränderung zum Vorjahr ist anhand der ausgewerteten Fallzahlen nicht festzustellen.

Versicherte zeigen sich überfordert, den entsprechenden Beschwerdeweg zu finden, und wirken teilweise verloren im System der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, wie es überwiegend auch Ombudspersonen aus anderen Bundesländern in ihren Jahresberichten feststellen. Versicherte und Angehörige suchen bei der Ombudsstelle überwiegend Orientierung und verständliche Handlungsempfehlungen.

Die Hauptkritik bezog sich fast durchgängig darauf, als dringend erachtete medizinische Leistungen oder höhere Pflegegrade nicht oder nicht ausreichend erhalten zu haben. Dabei ergibt sich der Konflikt häufig durch die eigenen Erwartungen an das Gesundheitssystem einerseits und die sozialmedizinisch oder pflegerisch definierten Begutachtungsmodalitäten andererseits.

Hatten beispielsweise drei Ärzte einer versicherten Person Verordnungen und Atteste für eine bestimmte medizinische Leistung ausgestellt, schien für Versicherte eine ablehnende Empfehlung durch Ärztinnen oder Ärzte des Medizinischen Dienstes Nordrhein kaum nachvollziehbar, selbst wenn das zugrunde liegende Gutachten vollumfänglich vorlag.

Gleiches gilt für Pflegebegutachtungen. Wurden in den Hausbesuchen Schwierigkeiten in der Haushaltsführung, beispielsweise Putzen, Einkaufen oder Kochen, genannt, war der Ärger nach Sichtung des Pflegegutachtens häufig groß. Hier wurden die Einschränkungen zwar erwähnt, allerdings regelkonform nicht gewertet. Dies stieß bei Versicherten vielfach auf Unverständnis, da die Begutachtungsgrundlagen nicht bekannt waren oder im Gutachten stehende Hinweise überlesen wurden. Stattdessen standen zunächst Gutachterinnen und Gutachter in der Kritik einer unzureichenden Würdigung vorhandener Einschränkungen.

Insgesamt werden die Handlungsmöglichkeiten der unabhängigen Ombudsperson aufgrund fehlender Information oft überschätzt. Die Annahme, die Ombudsperson könne aus sich heraus Kostenübernahmen für medizinische oder pflegerische Leistungen bewirken, ist verbreitet, entspricht jedoch nicht den tatsächlichen Gegebenheiten.

Im Berichtszeitraum ist weiterhin eine deutliche Zunahme der Anzahl der Eingaben, plus 31 Prozent, zu verzeichnen. Der zunehmende Bekanntheitsgrad der Ombudsperson ist sicher ein Grund dafür. Zudem verweisen beispielsweise Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kranken- und Pflegekassen, Ärztinnen und Ärzte, Sozialverbände oder die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) verstärkt auf die unabhängige Ombudsperson.

Die erhöhten Fallzuweisungen durch andere Akteure im System sind aufgrund mangelnder Informationen vielfach nicht sachgemäß. Beispielsweise werden organisatorische Fragen zur Terminierung einer Pflegebegutachtung oder zu vorliegenden medizinischen Unterlagen für eine medizinische Leistung gestellt. Das sind Anliegen, welche durch die Beratungsstellen des Medizinischen Dienstes oft direkt und unbürokratisch geklärt werden könnten. Darüber hinaus wurden auch in diesem Jahr Versicherte verstärkt durch die Kranken- und Pflegekasse an die Ombudsstelle verwiesen.

Versicherte hatten häufig das Bedürfnis, die Auswirkungen ihrer gesundheitlichen Einschränkungen umfassend darzulegen, bevor Gespräche über konkrete Hilfestellungen möglich wurden. In einigen Fällen gab es Sprach- und Verständnisbarrieren. Um eine Benachteiligung auszuschließen, wurden diese Eingaben regelhaft in einem Ombudsverfahren behandelt.

Mehrheitlich konnten Versicherte oder Angehörige Sicherheit für notwendige Handlungs- und Verfahrensschritte gewinnen. Informationen über die Rolle des Medizinischen Dienstes und der Kranken- und Pflegekassen schafften ein besseres Verständnis für die Tätigkeit der verschiedenen Akteure. Die Ombudsperson und ihre Geschäftsstelle tragen dazu bei, Versicherten ein höheres Maß an Transparenz im Gesamtsystem der gesetzlichen Krankenversicherung zu verschaffen.

4.1 Typische Fallkonstellationen

1. Wie im Vorjahr gingen sehr viele Widersprüche in der Ombudsstelle ein. Diese wurden teilweise ausschließlich an die Ombudsperson adressiert. Damit Versicherte die Widerspruchsfristen gegenüber den Kranken- und Pflegekassen einhalten konnten, wurde geklärt, ob entsprechende Widerspruchsschreiben auch an die Kassen geschickt wurden. Versicherte oder Angehörige wurden über alle Fragen des Widerspruchsverfahrens aufgeklärt und zugleich gebeten, einen fristwährenden Widerspruch gegenüber der Kasse einzureichen und das Widerspruchsergebnis abzuwarten.
2. Die Zahl der Eingaben von Widersprüchen in der Ombudsstelle konnte auch durch Textänderungen in den Leistungsbescheiden einiger Kranken- und Pflegekassen nicht reduziert werden. Vielfach wird die Ombudsperson vor dem Hinweis auf das Widerspruchsverfahren genannt. Es bleibt für viele Versicherte unklar, ob sie ihren Widerspruch an die Kranken- oder Pflegekasse, an die Ombudsperson oder an beide Stellen zugleich richten sollen.
3. Auch in diesem Berichtszeitraum verwechselten Versicherte oder Angehörige die Ombudsstelle vielfach mit dem Medizinischen Dienst Nordrhein selbst. Da die Ombudsstelle über keinerlei Versichertendaten verfügt, waren Versicherte gelegentlich verärgert, dass sie zu Fragen der Bearbeitungszeit, zu medizinischen Unterlagen oder zu Begutachtungsterminen in der Pflege direkt an die zuständigen Abteilungen des Gutachterdienstes vermittelt wurden.

Aus Sicht der Ombudsperson ist eine mangelnde Aufklärung der Versicherten über Strukturen und passende Ansprechpartner im System der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung nach wie vor ein großes Manko. Dies zeigt sich in zahlreichen Versichertenkontakten. Die Arbeitsgemeinschaft der unabhängigen Ombudspersonen hat dieses Thema erneut identifiziert und führt in Spitzengremien Gespräche, um eine Verbesserung für Versicherte zu erzielen.

4.2 Organisatorische Entwicklung der Ombudsstelle

Damit Anfragen, für die der Medizinische Dienst Nordrhein nicht zuständig ist, zügig weitergeleitet werden können, sollen die Einwilligungsoptionen ergänzt werden. Damit würde der Service für Versicherte und Angehörige verbessert.

5 Weitere Aktivitäten der Ombudsperson

Auch in diesem Berichtszeitraum fand ein Informations- und Fachaustausch mit einzelnen Ombudspersonen anderer Medizinischer Dienste statt, insbesondere mit der Ombudsperson des Medizinischen Dienstes Westfalen-Lippe.

Ein regelmäßiger Austausch aller Ombudspersonen erfolgt im Rahmen einer bundesweiten Arbeitsgemeinschaft. Auch die Vertreterinnen und Vertreter der der Patientenverbände tauschen sich regelmäßig im Bereich der MD-Gremien aus.

Ebenso erfolgte – gemeinsam mit der Ombudsperson des Medizinischen Dienstes Westfalen-Lippe – ein Auswertungsgespräch zu den jeweiligen Jahresberichten 2023 mit dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen in Düsseldorf.

6 Fazit und Ausblick

Anknüpfend an meine Ausführungen von 2023 sehe ich auch für diesen Jahresbericht im Wesentlichen Verbesserungspotenziale in der Ergebniskommunikation durch Kranken- und Pflegekassen, die auf eine bessere Nachvollziehbarkeit von ablehnenden Leistungsbescheiden zielen. In vielen Gesprächen und Kontakten mit der Ombudsstelle bleibt weiterhin der Eindruck, dass die jeweiligen Rollen der Kranken- und Pflegekassen und die des Medizinischen Dienstes Nordrhein unklar sind.

Notwendig ist eine umfassende Aufklärung der Versicherten über die verschiedenen Beschwerdemöglichkeiten bereits im Leistungsbescheid der Kranken- und Pflegekassen. Die bloße Nennung einer unabhängigen Ombudsperson auf der Ebene der Eingaben führt bei den Versicherten eher zu Verunsicherung. Die erste Kontaktstelle in einem Beschwerdefall sollte für Versicherte beziehungsweise deren Angehörige immer deren Kranken- und Pflegeversicherung sein.

Nach Auswertung aller Eingaben konnte ich im Einzelfall kleinere Unstimmigkeiten im Geschäftsbetrieb des Gutachterdienstes mit über 1.400 Beschäftigten feststellen und Abhilfe schaffen. In einem besonderen Fall konnte durch eine Eingabe ein gutachterliches Fehlverhalten festgestellt werden. Der Medizinische Dienst traf dazu adäquate personelle Maßnahmen.

Aus meiner Sicht bewegen sich Inhalt und Anzahl der verschiedenen Kritikpunkte im zu erwartenden Bereich eines großen Gutachterdienstes.

7 Rechtsgrundlage

Gemäß der Richtlinie für unabhängige Ombudspersonen des Medizinischen Dienstes Bund erfolgt bis spätestens zum 31. Dezember eines Jahres ein Tätigkeitsbericht. Er soll Auskunft über den Umfang der Inanspruchnahme der Ombudsperson durch Versicherte als auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes geben. Entsprechend der Richtlinie wird der Bericht an den Vorstand und den Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes sowie an das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen weitergeleitet.

8 Aufgaben

Die Aufgaben sind in der Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund festgelegt. Im Konfliktfall kann die unabhängige Ombudsperson zwischen den Beschwerdeführenden und dem Medizinischen Dienst vermitteln. Die Stelle einer externen und unabhängigen Ombudsperson soll dazu beitragen, Transparenz hinsichtlich der Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes herzustellen. Die unabhängige Ombudsperson gewinnt Einblick in die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes durch die Klärung von Versichertenbeschwerden und die damit verbundene Einholung von Stellungnahmen sowie die Möglichkeit zur Akteneinsicht, soweit Versicherte hierzu ihre Einwilligung erteilen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes können sich ebenfalls bei Auffälligkeiten, Unregelmäßigkeiten oder Beeinflussungsversuchen durch Dritte an die unabhängige Ombudsperson wenden.

9 Befugnisse

Das Mandat der unabhängigen Ombudsperson bezieht sich auf Beschwerden, die im Zusammenhang mit der Tätigkeit des Medizinischen Dienstes stehen. Die unabhängige Ombudsperson kann innerhalb des Medizinischen Dienstes agieren und bei Konflikten zwischen Versicherten und dem Gutachterdienst vermitteln. Die medizinische oder pflegerische Aufklärung einer Beschwerde obliegt dabei dem Medizinischen Dienst. Die unabhängige Ombudsperson prüft die Beschwerde mit dem sachverständigen Blick eines Externen auf Plausibilität. Eine juristische Klärung ist durch die unabhängige Ombudsperson nicht möglich. Sie richtet sich bei der Prüfung nach dem Sozialgesetzbuch und ist an dieselben gesetzlichen Vorgaben und Richtlinien gebunden wie der Medizinische Dienst.