



Ombudsperson
beim Medizinischen Dienst
Nordrhein

Bericht der Ombudsperson 2023 beim Medizinischen Dienst Nordrhein

Berichtszeitraum 01.10.2022 bis 30.09.2023

**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

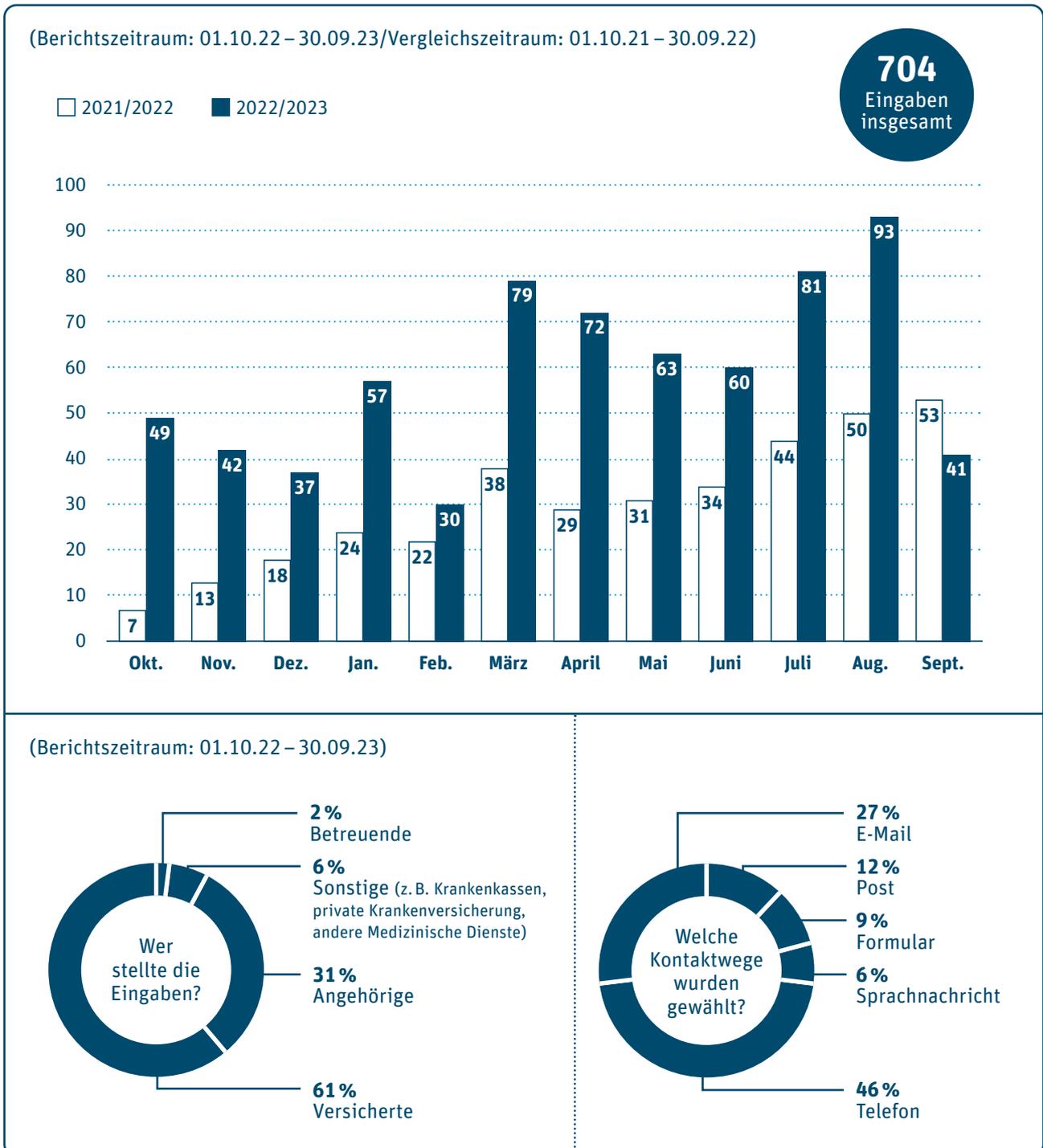
Inhalt

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	9
2.4	Weitere Ombudsverfahren	10
2.5	Auswertung der Ombudsverfahren	11
3	Eingaben ohne Ombudsverfahren	12
3.1	Überblick	12
3.2	Krankenversicherung	13
3.3	Pflegeversicherung	13
3.4	Weitere Eingaben	14
4	Die Ombudsstelle	14
4.1	Typische Fallkonstellationen	17
4.2	Organisatorische Entwicklung der Ombudsstelle	17
5	Weitere Aktivitäten der Ombudsperson	18
6	Fazit und Ausblick	18
7	Rechtsgrundlage	19
8	Aufgaben	19
9	Befugnisse	19

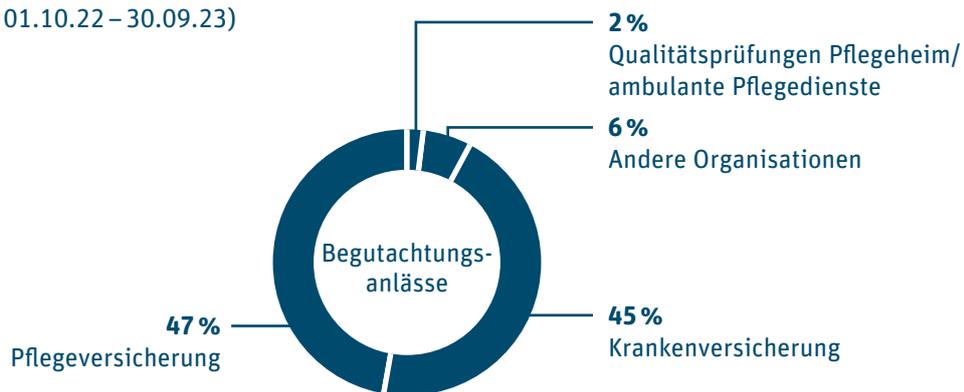
1 Beschwerden im Berichtszeitraum

1.1 Auf einen Blick

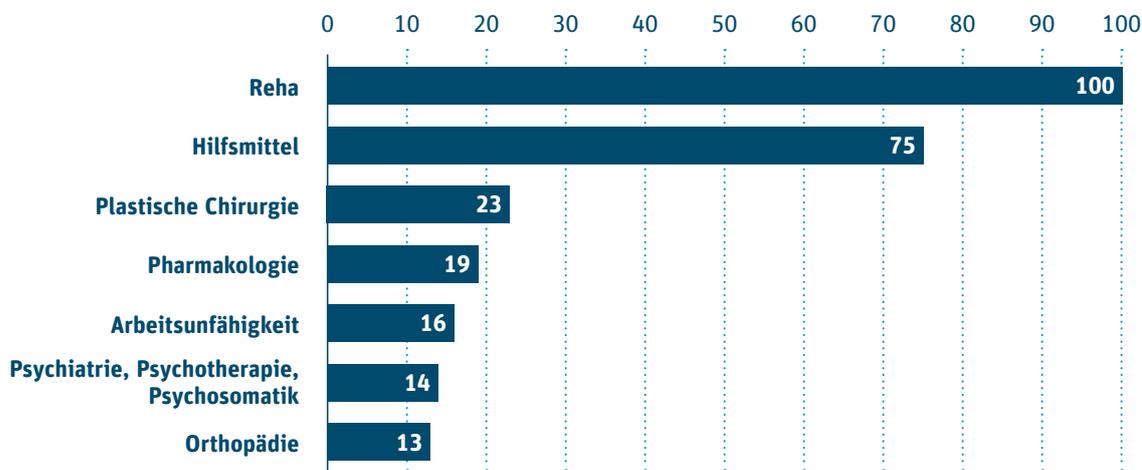
Die Ombudsstelle verzeichnet im Vergleich zum Vorjahrszeitraum (12 Monate) eine Steigerung der Eingänge um fast 100 Prozent. Die Anzahl der Eingaben stieg von 363 auf 704. In erster Linie meldeten sich ratsuchende Versicherte und Angehörige.



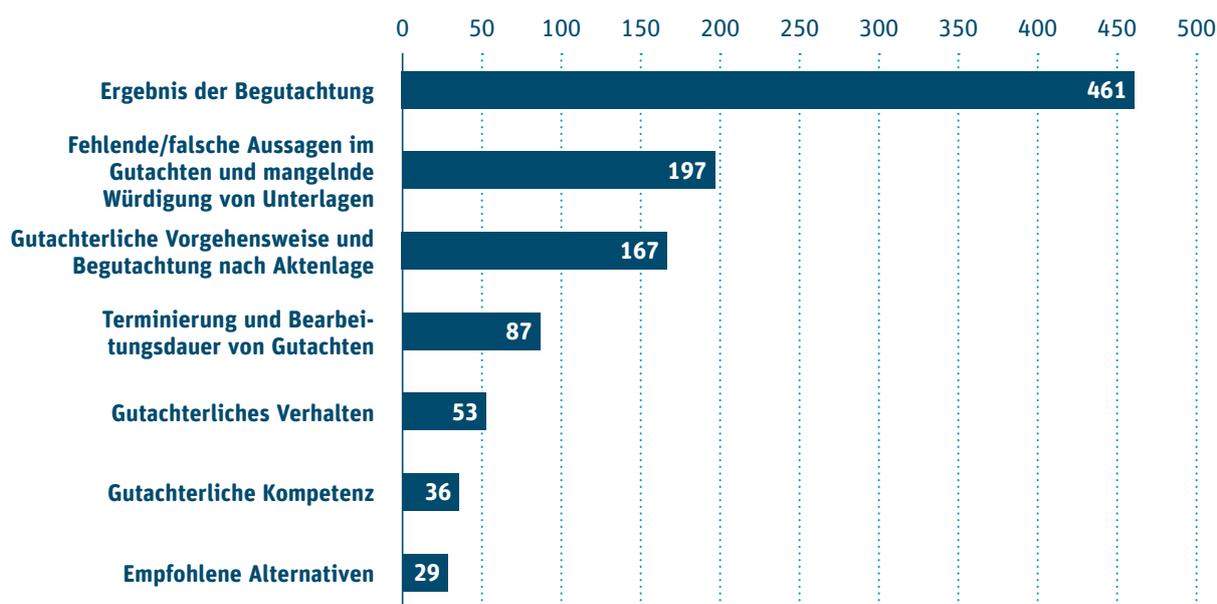
(Berichtszeitraum: 01.10.22 – 30.09.23)



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 in den vergangenen zwölf Monaten kontinuierlich erhöht und liegt aktuell bei rund 60 pro Monat. Insgesamt haben sich im Berichtszeitraum 704 Personen bei der Ombudsstelle gemeldet.

93 Prozent der Eingaben (654 Personen) konnten durch die Bereitstellung von Informationen, vertiefenden Erläuterungen zur Sachlage und Vermittlung an andere Stellen, zum Beispiel Kranken- und Pflegekassen, gelöst werden. Bei sieben Prozent der Eingaben (50 Personen) wurde ein Ombudsverfahren eingeleitet.

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

Die Möglichkeiten der Kontaktaufnahme mit der Ombudsstelle sind bewusst vielfältig und niedrigschwellig angelegt: 52 Prozent der Anfragen gehen per Telefon oder Voicemail, 27 Prozent per E-Mail, zwölf Prozent per Post und neun Prozent per Online-Formular ein.

47 Prozent der Eingaben an die Ombudsperson bezogen sich auf den Bereich Pflegeversicherung, 45 Prozent auf den Bereich Krankenversicherung, zwei 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 erneut 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.

Mislungene 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 fehlinterpretiert 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 besteht 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.

Eingaben zeigen nicht erfüllte Erwartungen an die Gutachten

Die gutachterlichen Empfehlungen, Leistungsablehnungen oder als zu gering erachtete Pflegegrade waren für Versicherte nicht nachvollziehbar. Wiederholt wurde eine mangelnde Würdigung medizinischer Unterlagen, das gutachterliche Vorgehen, eine Begutachtung nach Aktenlage oder eine unangemessene Bewertung in den Modulen 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 lag **eine** anonyme Beschwerde von einem Angehörigen einer mitarbeitenden Person im Bereich Pflegebegutachtung vor. Es wurden Vermutungen einer Einflussnahme auf die gutachterliche Tätigkeit durch eine systemische Erhöhung der Arbeitslast genannt. Nach detaillierter Recherche durch die Ombudsperson stellte sich dieser Vorwurf als unbegründet heraus.

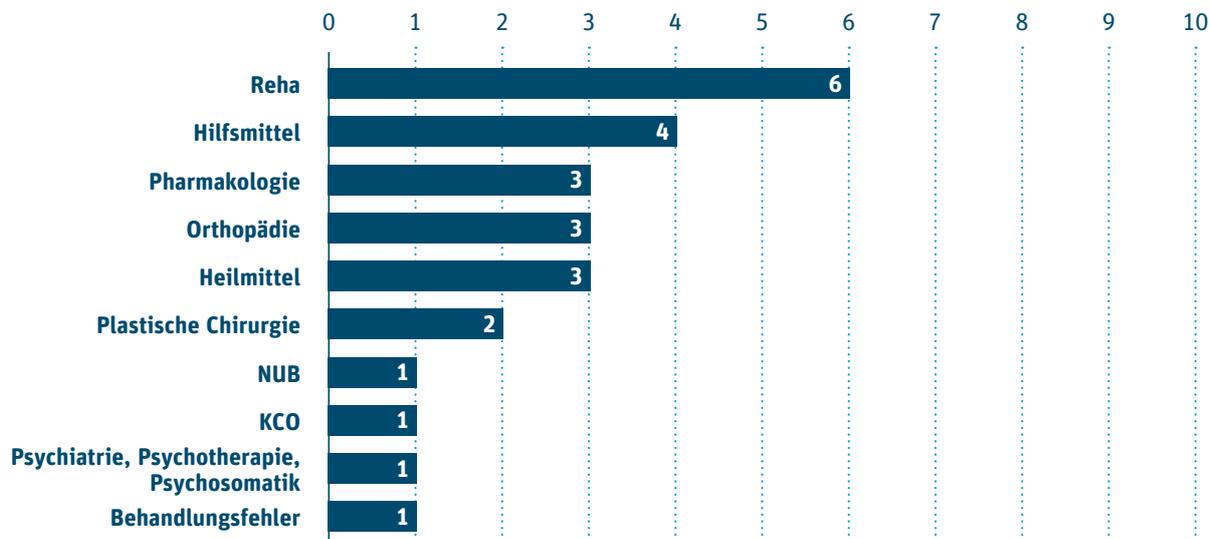
2 Eröffnete Ombudsverfahren

2.1 Überblick

(Berichtszeitraum: 01.10.22 – 30.09.23)



Begutachtungsbereiche – Krankenversicherung (Anzahl der Nennungen)



Laufzeit der Ombudsverfahren

Vom Eingang der Einwilligungserklärung bis zur schriftlichen Beantwortung durch die unabhängige Ombudsperson wurden durchschnittlich 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 stationäre Rehabilitation (Reha), Hilfsmittel, Orthopädie, Pharmakologie oder plastischen Operationen unzufrieden. Angesichts der eigenen gesundheitlichen Situation konnten Versicherte ablehnende gutachterliche Empfehlungen sowie andere empfohlene Maßnahmen zur Versorgung nicht nachvollziehen.

Versicherte stellten vielfach die fachärztliche Kompetenz von Gutachterinnen und Gutachtern infrage. Sie vermuteten eine mangelnde ärztliche Kompetenz bei der Beurteilung ihrer Leistungsanträge, soweit Gutachterinnen und Gutachter nicht über eine entsprechende Facharztzugehörigkeit verfügten. Dass ärztliche Gutachterinnen und Gutachter medizinische Empfehlungen als Fachärztinnen oder Fachärzte für Sozialmedizin trafen, 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 einer abgelehnten Leistung angesehen. Zu diesem Thema durchgeführte Ombudsverfahren zeigten, dass die Qualität ärztlicher Dokumente, wie zum Beispiel Verordnungen, medizinische Berichte oder Therapiepläne, oft nicht den sozialmedizinischen Anforderungen entsprechen, 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, sofern die Hinweise zum Datenschutz übersehen wurden. Wurden die Ablehnungsgründe auf Basis des Gutachtens durch Kassenmitarbeitende im Leistungsbescheid formuliert, also ohne dass Versicherten das Gutachten vorlag, zeigt sich häufig die gleiche Problematik.

Die Hauptkritikpunkte stellen sich im Berichtszeitraum wie folgt dar:

- 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

Die beschwerdeführende Person kritisiert die ablehnende gutachterliche Stellungnahme zu einer beantragten stationären Rehabilitation. Es werden eine Anzahl von Gründen genannt, beispielsweise vorhandene Mobilitätseinschränkungen, die eine ambulante Maßnahme als nicht zumutbar erscheinen lassen. In der Prüfung kann festgestellt werden, dass alle Beschwerdegründe im Gutachten sozialmedizinisch vollumfänglich berücksichtigt wurden. Ein Begutachtungsfehler liegt somit nicht vor, sodass die beschwerdeführende Person den Weg über die Rechtsmittelverfahren in Erwägung ziehen kann.

Beispiel 2

Die beschwerdeführende Person bemängelt ein abgelehntes Hilfsmittel, beispielsweise einen individuell angepassten Rollstuhl, und nennt hierzu eingängige Gründe. Ein Widerspruch ist bereits durchlaufen, sodass die Ombudsperson parallel zum Gremium des Widerspruchsausschusses der Kasse tätig ist. Nach fachlicher und methodischer Überprüfung der Gutachten wird dem Widerspruch aufgrund sozialmedizinisch relevanter Aspekte abgeholfen. Die unabhängige Ombudsperson übermittelte abschließend ein positives Ergebnis an den Beschwerdeführer.

2.3 Pflegeversicherung

Wie im Bereich der Krankenversicherung konnten Begutachtungsergebnisse häufig nicht nachvollzogen werden. Insgesamt sahen Versicherte ihren individuellen Hilfebedarf nicht ausreichend berücksichtigt 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

Ein Sohn äußert Bedenken zu den Pflegebegutachtungen für seine Mutter. In der Erst- und Widerspruchsbegutachtung im Hausbesuch sei ein zu niedriger Pflegegrad vergeben worden. Aufgrund der kurzen Anwesenheitszeit der Pflegefachkraft seien die gesundheitlichen Einschränkungen nicht ausreichend geprüft worden. Die Begutachtung wird insgesamt als oberflächlich und lückenhaft wahrgenommen. Der Sohn überlegt, eine Sozialgerichtsklage einzureichen.

Nach eingehender Prüfung der Begutachtungsvorgänge im Ombudsverfahren können keine Mängel in der Pflegegradermittlung festgestellt werden. Alle nach Pflegebegutachtungsrichtlinie relevanten Aspekte wurden gutachterlich hinreichend geprüft und in den Pflegegutachten richtig dargestellt. Der zuvor festgestellte Pflegegrad 1 wird entsprechend bestätigt. Dem Sohn steht es nach Abwägung des Prüfergebnisses im Ombudsverfahren frei, den Rechtsweg weiterzuverfolgen.

Beispiel 2

Eine Mutter kritisiert die vergebenen Pflegegrade für ihre beiden minderjährigen Kinder als zu gering. Ein Kind habe den Pflegegrad 0 erhalten, das andere Kind Pflegegrad 2. Aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen beider Kinder sei beispielsweise die Mobilität gutachterlich falsch bewertet worden. Für beide Kinder werden weitere gesundheitliche Einschränkungen im Detail angeführt. In der Widerspruchsbegutachtung im Hausbesuch habe die Pflegefachkraft für beide Kinder an der ursprünglichen Bewertung festgehalten.

Nach Prüfung beider Vorgänge im Ombudsverfahren werden bei einem der beiden Kinder weiterhin der Pflegegrad 0 bestätigt. Alle pflegerelevanten Einschränkungen wurden entsprechend der Pflegebegutachtungsrichtlinie korrekt erfasst. Bei dem anderen Kind kann durch die wiederholte Widerspruchsbegutachtung eine Änderung zugunsten des höheren Pflegegrads 3 festgestellt werden.

2.4 Weitere Ombudsverfahren

Ein Ombudsverfahren bezog sich auf ein komplexes Gutachten aus dem Bereich Behandlungsfehler. Hintergrund waren Komplikationen während einer Geburt. Das Kind verstarb in der Folge. Die Eltern sahen Mängel in der medizinischen Versorgung und lösten über die Krankenkasse eine Überprüfung der Vorgänge im Krankenhaus aus. Das erstellte Gutachten wurde von den Eltern als unzureichend bemängelt. Nach eingehender fachlicher Überprüfung und Stellungnahme durch den Medizinischen Dienst Nordrhein konnte die Ombudsperson keine Mängel bestätigen und verwies auf die Klagemöglichkeit vor dem Sozialgericht.

2.5 Auswertung der Ombudsverfahren

Ohne Beanstandungen

In 44 von 50 Ombudsverfahren konnte die Kritik an den Ergebnissen der Gutachten nicht bestätigt werden. In acht Fällen wurden nicht ergebnisrelevante Teilaspekte einer Beschwerde bestätigt oder konnten nicht eindeutig aufgelöst werden. Zwei Fälle konnten aufgrund fehlender Einwilligungen nicht abgeschlossen werden.

Ergebnisänderung im Ombudsverfahren

In sechs Ombudsverfahren kam es zu einer Änderung des Gutachtenergebnisses. Nach eingehender Prüfung wurden in drei Fällen jeweils höhere Pflegegrade ermittelt. Grund waren abweichende oder neue Erkenntnisse im individuellen Hilfebedarf der Versicherten oder in Anwendung der Begutachtungsrichtlinie. Gleiches gilt für drei Fälle aus der ambulanten Krankenversicherung. Hier waren jeweils die Begutachtungsbereiche Hilfsmittel, Heilmittel und Reha angesprochen.

Unstimmigkeiten in der gutachterlichen Arbeits- und Vorgehensweise

In drei Fällen konnten Unstimmigkeiten in Teilaspekten der Beschwerde festgestellt werden. Die berechtigten Kritikpunkte hatten zugleich keinen Einfluss auf das jeweilige Begutachtungsergebnis und betrafen eine fehlerhafte Diagnoseauflistung sowie eine ausgebliebene Anforderung medizinischer Unterlagen. Ein Fall betraf die mangelnde Einbindung des Versicherten in die Pflegebegutachtung.

Unklare Beschwerdeauflösung

In fünf Beschwerdefällen wurde das gutachterliche Verhalten in der Pflegebegutachtung als Teilaspekt der Beschwerden genannt. Mangelnde Empathie oder eine unfreundliche Ansprache konnten aufgrund sehr unterschiedlich wahrgenommener Begutachtungssituationen nicht eindeutig ermittelt werden.

Verfahren ohne Ergebnis

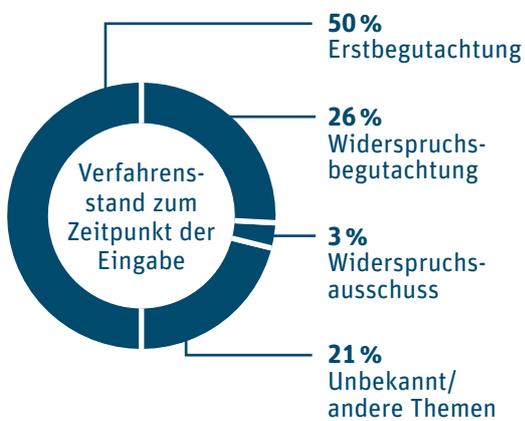
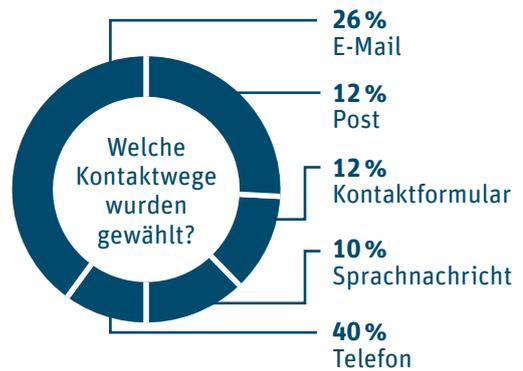
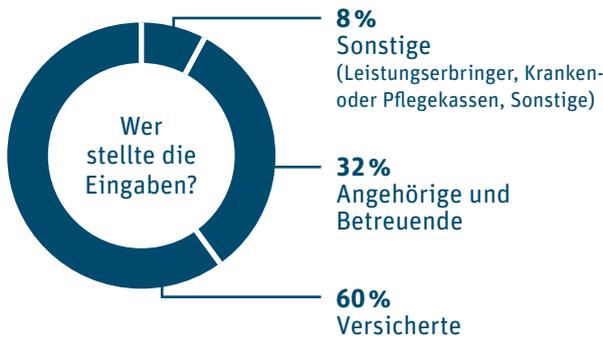
In zwei Fällen wurde das Verfahren ohne Ergebnis abgeschlossen, da eine Einwilligungserklärung nicht erteilt wurde.

3 Eingaben ohne Ombudsverfahren

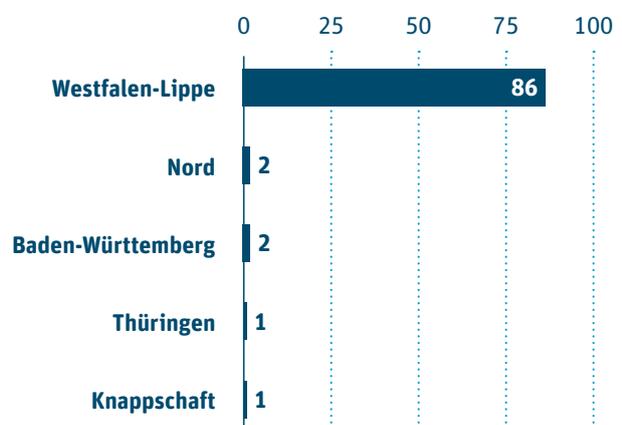
3.1 Überblick

(Berichtszeitraum: 01.10.22 – 30.09.23)

Insgesamt wurden **654 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. Es sind:

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

Beispiel

Eine beschwerdeführende Person bemängelt die abgelehnte Kostenübernahme für eine stationäre Rehabilitation nach Erstbegutachtung und bezweifelt zugleich, dass alle beurteilungsrelevanten medizinischen Unterlagen vorgelegen hätten. Die Krankenkasse habe an die Ombudsperson verwiesen. Im telefonischen Kontakt werden alle Detailfragen besprochen. Zur raschen Klärung der Unterlagenfrage empfiehlt die Ombudsstelle, sich direkt an den Gutachterdienst zu wenden. Darüber hinaus werden ein mögliches Widerspruchsverfahren und weitere Fragen ausführlich erläutert. Insgesamt kann dieser Person Sicherheit im weiteren Vorgehen vermittelt werden.

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.

Beispiel

Eine Versicherte beschwert sich über ein Pflegegutachten nach einem vorherigen Hausbesuch durch eine Gutachterin. Sie sei der Auffassung, dass nicht alle Module abgefragt worden seien und so möglicherweise ein zu niedriger Pflegegrad vergeben wurde. Im telefonischen Kontakt werden die Kritikpunkte im Detail besprochen. Es wird empfohlen, einen auf das Gutachten bezogenen Widerspruch gegenüber der Pflegekasse einzureichen. Die Verfahrensabläufe werden dabei ausführlich erläutert. Die Versicherte zeigt sich zufrieden mit den Auskünften, da sie nun wisse, was zu tun sei.

3.4 Weitere Eingaben

In rund 20 Prozent aller Eingaben schilderten Versicherte oder Angehörige Problemlagen, welche in die Zuständigkeit anderer Organisationen fielen, zum Beispiel Kranken- oder Pflegekassen, Rentenversicherungsträger, private Krankenversicherungen, Leistungserbringer oder Medizinische Dienste anderer Bundesländer.

Im Berichtszeitraum erreichten die Ombudsstelle 86 Eingaben für die Ombudsperson bzw. den Medizinischen Dienst Westfalen-Lippe. Dies ist besonders auffällig, da Medizinische Dienste anderer Bundesländer mit sieben Fällen kaum ins Gewicht fielen. Offenbar ist eine häufige Assoziation zum Wohnsitz Nordrhein-Westfalen der Medizinische Dienst Nordrhein und weniger der Medizinische Dienst Westfalen-Lippe.

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

Alle Eingaben laufen in der Ombudsstelle (Geschäftsstelle der unabhängigen Ombudsperson) zusammen. Die Ombudsstelle arbeitet unabhängig vom Medizinischen Dienst Nordrhein. Versicherungsdaten, 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 und größeren Versichertenbeschwerden ist das Qualitäts- und Beschwerdemanagement 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.

Im Zusammenhang mit den stark steigenden Eingabezahlen gehen zahlreiche Fragestellungen ein, welche nicht in den unmittelbaren Tätigkeitsbereich der unabhängigen Ombudsperson fallen. Zugleich werden zugehörige Eingaben verstärkt in die Rechtsmittelverfahren vermittelt, soweit im Wesentlichen das Begutachtungsergebnis im Zentrum der Kritik steht. Der Widerspruch sowie der Widerspruchsausschuss der Kranken- und Pflegekassen werden häufiger als vorrangige Klärungswege identifiziert.

In allen eröffneten Ombudsverfahren ging die Kritik deutlich über das Begutachtungsergebnis hinaus, so dass eine vertiefende Klärung der Sachlage notwendig wurde. Dies betraf sieben Prozent aller Eingaben.

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 gab die unabhängige Ombudsperson eine abschließende Einschätzung ab und nannte Hinweise zum weiteren Verlauf der Rechtsmittelverfahren. Versicherte wurden in allen Fällen schriftlich über das Prüfergebnis sowie zu den Hintergründen einer Begutachtung informiert.

In den meisten Eingaben lagen geeignete Lösungswege zunächst außerhalb eines Ombudsverfahrens, da allein Gutachtenergebnisse im Fokus der Kritik standen. Knapp 50 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 hoher 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 verläuft die Konfliktlinie häufig zwischen den eigenen Erwartungen an das Gesundheitssystem einerseits und den 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 und 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 Informationen 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 eine deutliche Steigerung der Eingabezahlen in der Ombudsstelle zu verzeichnen. Die zunehmende Etablierung der Ombudsperson ist sicher ein Grund. 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 unpassend. Beispielsweise werden organisatorische Fragen zur Terminierung einer Pflegebegutachtung oder zu vorliegenden medizinischen Unterlagen für eine medizinische Leistung gestellt. Anliegen, welche durch die Beratungsstellen des Medizinischen Dienstes oft direkt und unbürokratisch geklärt werden könnten. Darüber hinaus mehren sich Hinweise, dass Kranken- und Pflegekassen Versicherte verstärkt an die Ombudsstelle verweisen.

Versicherte zeigten häufig das Bedürfnis, die Auswirkungen ihrer gesundheitlichen Einschränkungen umfassend auszuführen, bevor Gespräche über konkrete Hilfestellungen möglich wurden. In einigen Fällen gab es Sprach- und Verständnisbarrieren. Um eine Benachteiligung auszuschließen, wurden diese Eingaben 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 zu allen Fragen des Widerspruchsverfahrens aufgeklärt und zugleich gebeten, das Widerspruchsergebnis abzuwarten.
2. Bei einigen Beschwerden zu ablehnenden Leistungsentscheidungen wurde deutlich, dass der Medizinische Dienst Nordrhein gar nicht involviert war. Hier hatten Kassen Entscheidungen ohne Hinzunahme des Gutachterdienstes getroffen. Da die unabhängige Ombudsperson in diesen Fällen nicht tätig werden kann, wären entsprechende Hinweise in den Kassenbescheiden wünschenswert. So ließen sich für Versicherte ärgerliche Rückvermittlungen an die Kassen vermeiden.
3. Vielfach verwechselten Versicherte oder Angehörige die Ombudsstelle 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 bereits letztes Jahr identifiziert und führt in Spitzengremien Gespräche, um eine Verbesserung für Versicherte zu erzielen.

4.2 Organisatorische Entwicklung der Ombudsstelle

Zur Auswertung aller Eingaben im Berichtszeitraum wurde die Erfassungssoftware in Kooperation mit dem Qualitätsmanagement angepasst. Dies ermöglicht der Ombudsperson eine detailreiche Auswertung. Verbesserungsbedarfe können erkannt und an Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger vermittelt werden.

5 Weitere Aktivitäten der Ombudsperson

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

Ein regelmäßiger Austausch aller Ombudspersonen erfolgt im Rahmen einer bundesweiten Arbeitsgemeinschaft. Ebenso erfolgte ein regelmäßiger Austausch mit den Vertreterinnen und Vertretern der Patientenverbände im Bereich der MD-Gremien.

Darüber hinaus wurde ein Fachgespräch – gemeinsam mit der Ombudsperson des Medizinischen Dienstes Westfalen-Lippe – mit dem Landesverband NORDWEST der Betriebskrankenkassen (BKK NORDWEST) geführt. Ein Schwerpunktthema war auch in diesem Gespräch die Kommunikation der Krankenkassen mit den Versicherten im Rahmen von ablehnenden Bescheiderteilungen über die Rolle und Aufgaben der Ombudspersonen.

Ebenso erfolgte – gemeinsam mit der Ombudsperson des Medizinischen Dienstes Westfalen-Lippe – ein Auswertungsgespräch zu den jeweiligen Jahresberichten 2022 mit dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen in Düsseldorf.

6 Fazit und Ausblick

Anknüpfend an meine Ausführungen im Jahresbericht 2022 sehe ich auch für den Jahresbericht 2023 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 als undurchsichtig wahrgenommen werden.

Notwendig ist eine umfängliche Aufklärung der Versicherten über die verschiedenen Beschwerdemöglichkeiten bereits im Leistungsbescheid der Kranken- und Pflegekassen. Die bloße Nennung einer unabhängigen Ombudsperson führt auf Grundlage der Eingaben 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. 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.