

Jahresbericht 2024 der Ombudsperson beim Medizinischen Dienst Westfalen-Lippe

Geschäftsstelle der Ombudsperson beim
Medizinischen Dienst Westfalen-Lippe

Günter Garbrecht, Ombudsperson

Medizinischer Dienst Westfalen-Lippe
Roddestr. 12
48153 Münster

Tel.: 0251/6930-8320
E-Mail: ombudsperson@md-wl.de
<http://www.md-wl.de>



Günter Garbrecht

Unabhängige Ombudsperson beim Medizinischen Dienst Westfalen-Lippe

<https://www.md-wl.de/mdk/ombudsperson>

Berichte abrufbar unter:

Jahresbericht 2021:

https://www.md-wl.de/fileadmin/MD-Westfalen-Lippe/user_upload/Jahresbericht_2021_der_Ombudsperson_d._Med._Dienstes_WL.pdf

Jahresbericht 2022:

https://www.md-wl.de/fileadmin/MD-Westfalen-Lippe/user_upload/Jahresbericht2022_Ombudsperson_MD-WL_barrierearm.pdf

Jahresbericht 2023:

https://www.md-wl.de/fileadmin/MD-Westfalen-Lippe/user_upload/UOP_-_Jahresbericht_2023.pdf

INHALT

1	IN ALLER KÜRZE	4
2	ARBEITSWEISE, INHALTE UND UMFANG DER TÄTIGKEIT	5
3	ZUGANGSWEGE	7
4	ANLIEGEN/BESCHWERDEN IM BEREICH DER PFLEGEVERSICHERUNG	9
5	ANLIEGEN/BESCHWERDEN IM BEREICH DER KRANKENVERSICHERUNG.....	12
6	BEGUTACHTUNGEN VON PERSONENGRUPPEN UND SPEZIELLEN ERKRANKUNGEN.	15
7	HILFSMITTELVERSORGUNG FÜR MENSCHEN MIT BEHINDERUNG	15
8	AUSTAUSCH DER OMBUDSPERSON	16

1 IN ALLER KÜRZE

Die rechtlichen Grundlagen der Tätigkeit der Ombudsperson wurden in vergangenen Berichten dargestellt. Hierauf darf verwiesen werden.

Im Jahr 2024 haben sich 844 Versicherte an die Ombudsperson des Medizinischen Dienstes Westfalen-Lippe (WL) gewandt.

- Im Bereich der Pflegeversicherung waren es 421 Fälle.
- Im Bereich der Krankenversicherung waren es 362 Fälle.
- Als Orientierungsanfragen ohne einen Leistungsvorgang beim Medizinischen Dienst WL waren 61 Fälle zu werten.

Mit ca. 80% der Versicherten aus den Bereichen Pflege- und Krankenversicherung gab es zum Teil mehrfach eine telefonische Kontaktaufnahme.

8% oder 63 Versicherte waren trotz Erinnerung per Mail letztlich nicht für die Ombudsperson erreichbar.

Im Berichtsjahr 2024 wollten 4 Versicherte nur einen schriftlichen Austausch.

Beschäftigte des Medizinischen Dienstes haben sich nicht an die Ombudsperson gewandt.

Gemessen an der Gesamtzahl der vom Medizinischen Dienst in Westfalen-Lippe im Jahr 2024 erstellten sozialmedizinischen Gutachten (rund 346.000) und Pflegegutachten (über 358.000) ist dieses Aufkommen erneut niedrig und bewegt sich auf dem Niveau der Eingaben beim Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes Westfalen-Lippe.

2 ARBEITSWEISE, INHALTE UND UMFANG DER TÄTIGKEIT

Entwicklung der Eingaben an die Ombudsperson seit Aufnahme ihrer Tätigkeit:

2021: 24 Fälle (Tätigkeitsbeginn 01.07.2021)

2022: 309 Fälle

2023: 722 Fälle

2024: 844 Fälle

Gegenüber 2023 sind die Fallzahlen von 725 auf 844 Eingaben gestiegen (+ 13,5%).

Im Vergleich zur Steigerung der Eingaben von 2022 auf 2023 von 309 auf 722 Eingaben (133,7%), war dies eine eher moderate Steigerung.

Diese Inanspruchnahme zu bewältigen, war nur mit Unterstützung der Geschäftsstelle möglich. Die prompte Reaktion der Geschäftsstelle auf eine Kontaktaufnahme ist mehrfach, sehr positiv gewürdigt worden.

Die Geschäftsstelle hat die Telefonhotline an zwei Tagen pro Woche sehr empathisch, kompetent und umsichtig besetzt. Ohne die Geschäftsstelle wäre die Arbeit der Ombudsperson nicht zu bewältigen gewesen.

Für den fachlichen Austausch mit Mitarbeitern des Medizinischen Dienstes Westfalen-Lippe habe ich zu danken. Einen besonderen Dank gebührt dem Leiter des Qualitäts- und Beschwerdemanagements für den intensiven fachlichen Austausch.

Die Zusammenarbeit mit dem Beschwerdemanagement ist in den Richtlinien geregelt.

2024 sind insgesamt 17 Fälle zur weiteren Bearbeitung durch das Beschwerdemanagement weitergeleitet worden.

16 Versicherte haben sich an die Ombudsperson und an das Qualitäts- und Beschwerdemanagement gleichzeitig gewandt. Durch geeignete Absprachen wurde eine Doppelbearbeitung ausgeschlossen.

61 Eingaben erfolgten ohne Bezug auf eine Tätigkeit des Medizinischen Dienstes.

Bis auf wenige Ausnahmen war keine unangebrachte Anspruchshaltung zu registrieren. Die Eingaben wurden im telefonischen und auch schriftlichen Kontakt weitestgehend sachlich vorgetragen.

Orientierungshilfen, die sich aus den Gutachten ergeben, zu vermitteln sowie eine Erläuterung des im Einzelfall erstellten Gutachtens waren Hauptbestandteil der Tätigkeit.

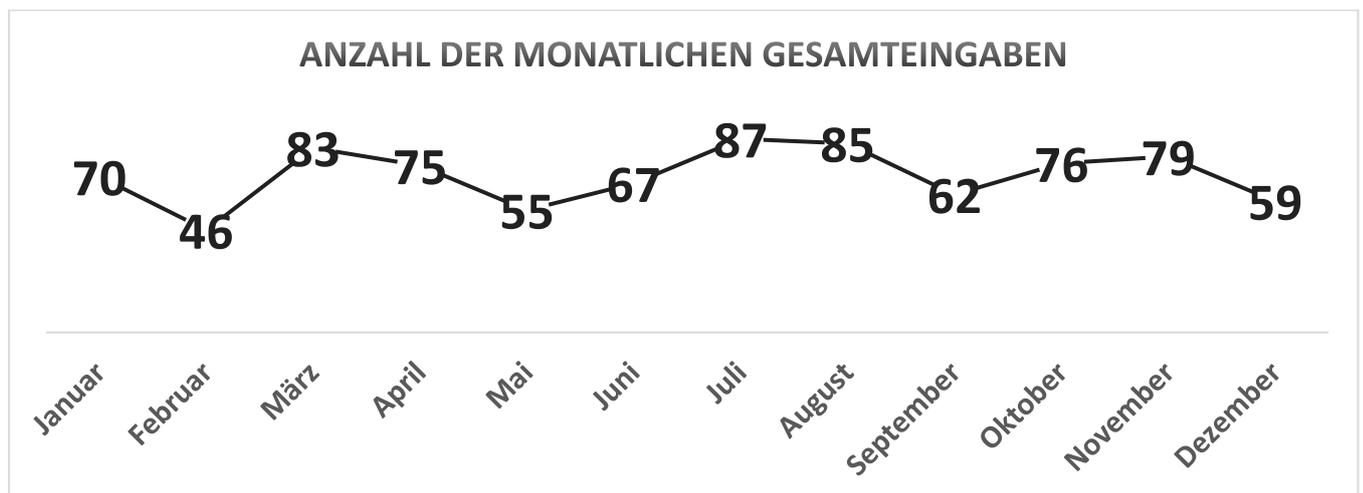
Der durchschnittliche Zeitbedarf pro Fall betrug ca. 40 Minuten.

Es werden im Folgenden die wesentlichen Daten zur Inanspruchnahme der Ombudsperson in tabellarischer und graphischer Form dargestellt.

Eingaben im Jahr 2024 an die Ombudsperson pro Monat nach Begutachtungsbereichen:

2024	Pflege- versicherung	Kranken- versicherung	Sonstige Eingaben	Gesamt
Januar	34	30	6	70
Februar	22	21	3	46
März	36	43	4	83
April	43	30	2	75
Mai	32	23	0	55
Juni	39	22	6	67
Juli	47	31	9	87
August	42	39	4	85
September	25	33	4	62
Oktober	27	42	7	76
November	41	28	10	79
Dezember	33	20	6	58
Gesamt	421	362	61	844

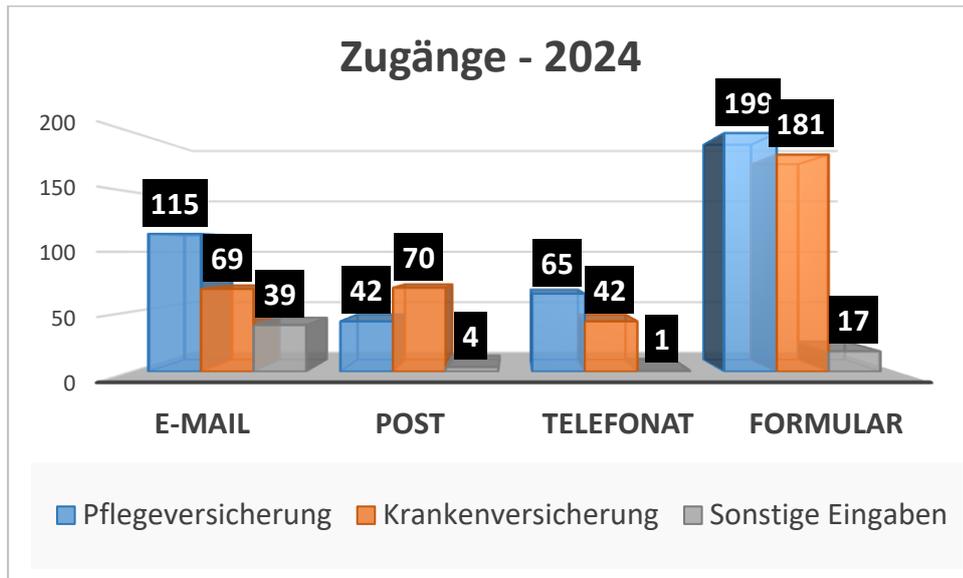
Anzahl der Eingaben im Jahr 2024 im monatlichen Verlauf:



3 ZUGANGSWEGE

ÜBER WELCHEN WEG ERREICHEN EINGABEN DIE OMBUDSPERSON?

Es gibt 4 Zugangswege: Digital per Mail, per Post, das Kontaktformular auf der Homepage und die Telefonhotline.



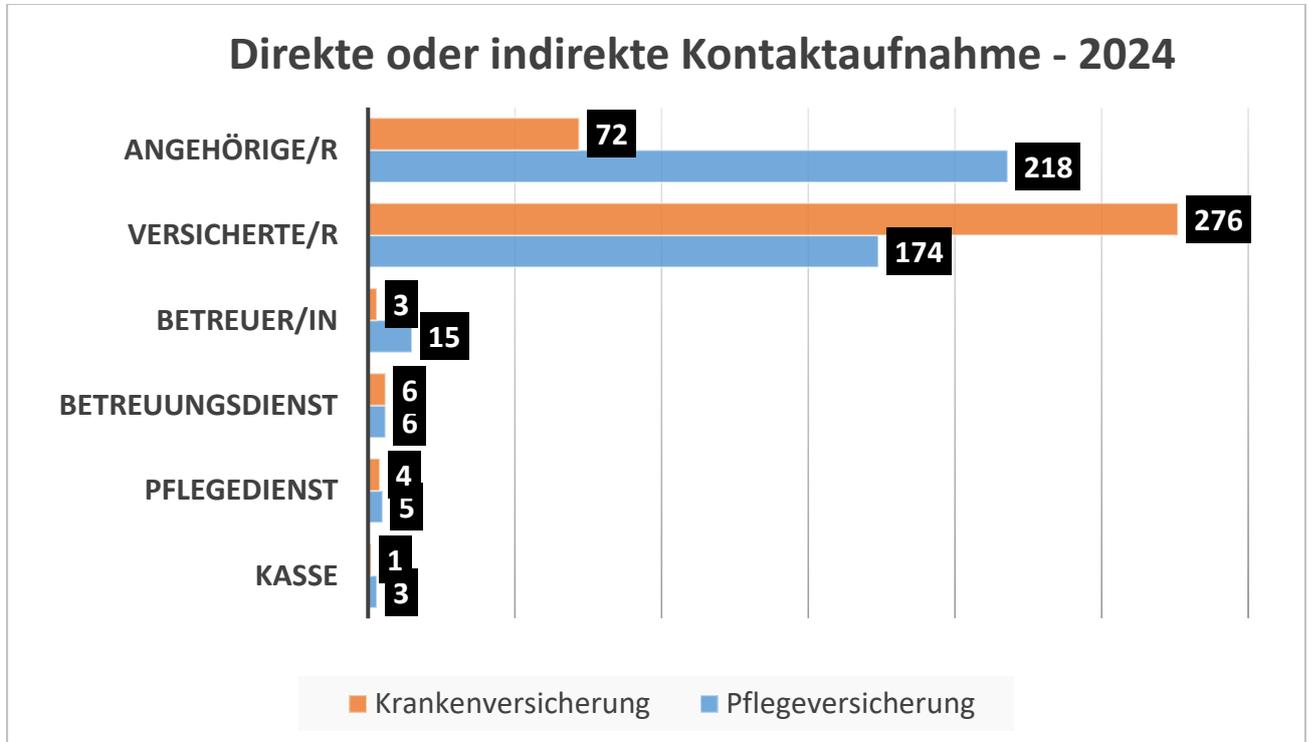
Das Kontaktformularangebot auf der Internetseite der Ombudsperson wurde im Jahr 2024 überwiegend als Zugangsweg für eine Eingabe genutzt.

Im Vergleich zum Jahr 2023 zeigte sich dementsprechend eine verringerte Nutzung bei den anderen Zugangsarten.

Bei einer Nutzung des Kontaktformulars wird gleichzeitig eine Genehmigung für die Einsichtnahme in die hierzu vorliegenden persönlichen Unterlagen abgefragt und in der Regel erteilt. Bei den anderen Zugängen muss diese Zustimmung zusätzlich abgefragt bzw. eingeholt werden.

Analoge Zugangswege wurden noch zu gut 25% genutzt.

WER IST MIT DER OMBUDSPERSON IN KONTAKT GETRETEN?



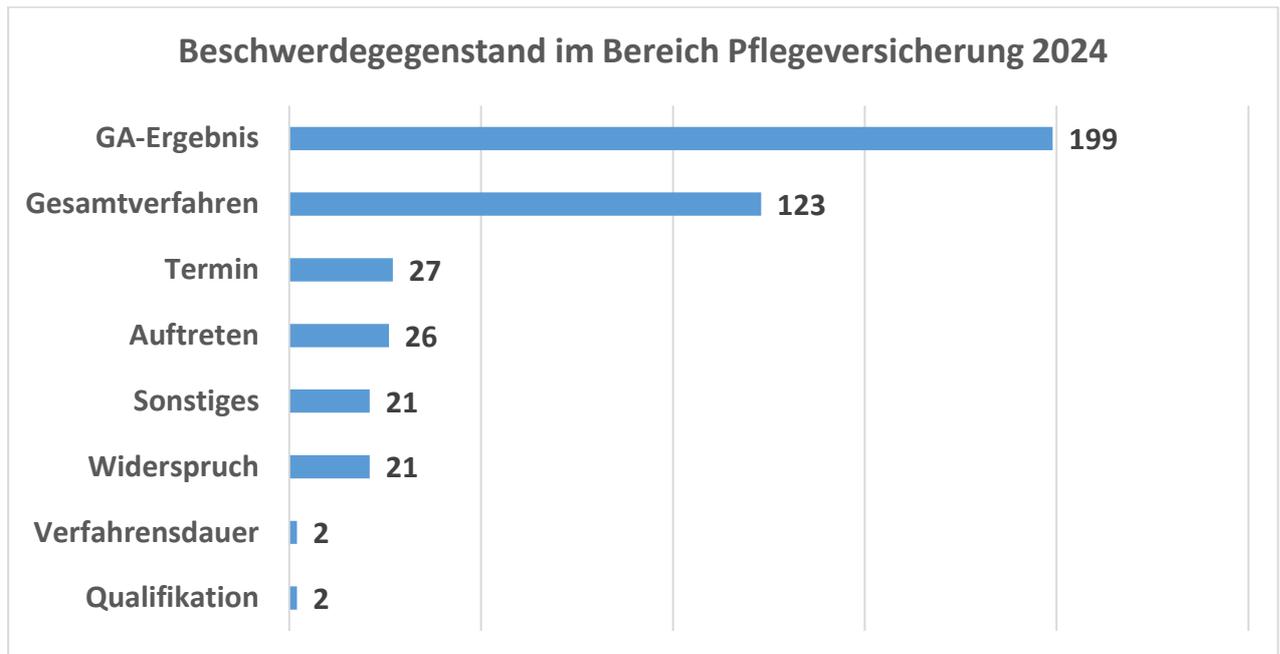
Auch im Jahr 2024 wurde in allen Fällen, wenn dies gewünscht oder möglich war, ein telefonischer Kontakt mit den Versicherten oder dessen Bevollmächtigten herbeigeführt.

Bei Eingaben aus dem Bereich der Krankenversicherung treten die Versicherten überwiegend selbst mit der Ombudsperson in Kontakt. Im Bereich der Pflegeversicherung erfolgt dies, schon wegen des Alters der Betroffenen, in der Regel seitens eines (pflegenden) Angehörigen.

In den anderen Kategorien zeigten sich im Vergleich zum Vorjahr keine wesentlichen Veränderungen bei der Kontaktaufnahme.

4 ANLIEGEN/BESCHWERDEN IM BEREICH DER PFLEGEVERSICHERUNG

Bei Eingaben aus dem Bereich der Pflegebegutachtung wurde in erster Linie das Gesamtergebnis bemängelt.



Schon im letzten Bericht wurde auf mögliche Verbesserungen in der gutachtlichen Darstellung, insbesondere bei Wiederholungs- oder Widerspruchsbegutachtungen, hingewiesen.

Eine umfassende Veränderung war nicht festzustellen. Im Fließtext zu Beginn der eingesehenen Pflegegutachten war allerdings eine schriftliche Zusammenfassung der bei einer vorherigen Begutachtung ermittelten gewichteten Punkte vermehrt zu registrieren.

Insgesamt waren die Pflegegutachten für einen großen Teil der an mich herangetretenen Versicherten nicht gut lesbar und unverständlich.

Einzelne Erläuterungen unter den Modulen bestehen aus zitierten Passagen aus den Begutachtungsrichtlinien. Diese Erläuterungen waren für Versicherte häufig nur wenig oder nicht hilfreich.

Eine für alle Versicherten gut lesbare Darstellung, in einfacher und verständlicher Schriftform, ist meines Erachtens dringlich angezeigt.

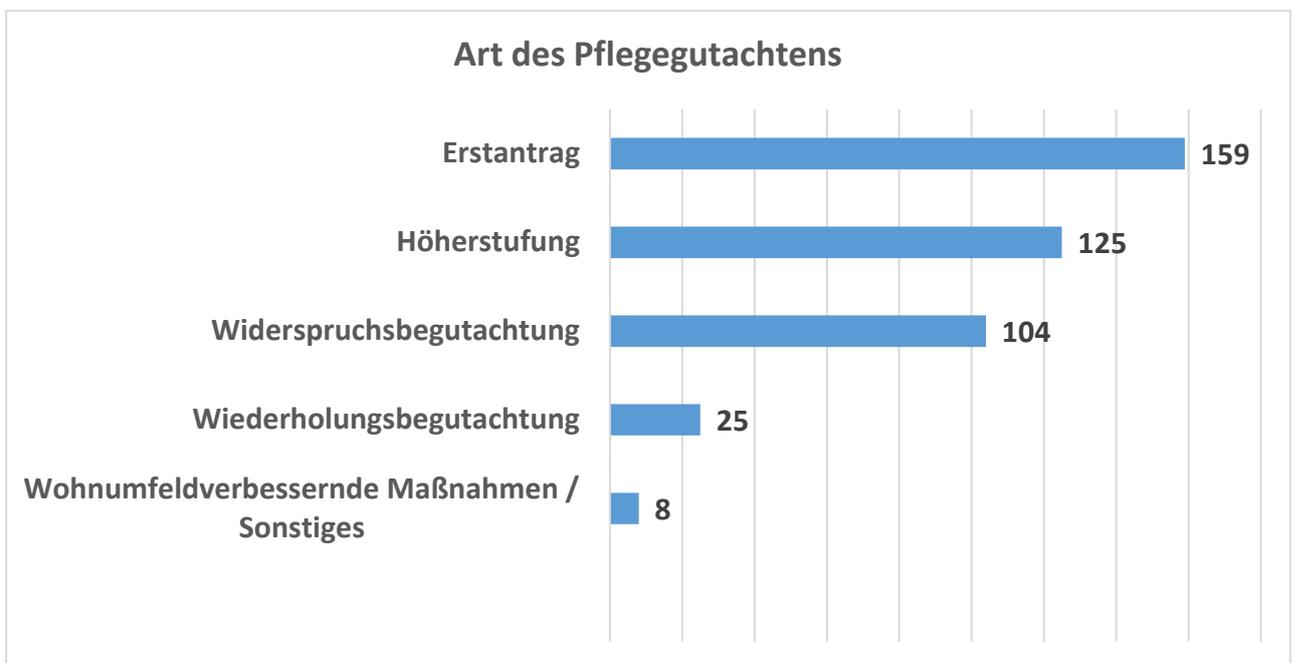
Im Internet existieren eine Vielzahl von Selbsteinschätzungsverfahren zur Ermittlung eines Pflegegrades. Hier fehlt bei allen von mir aufgerufenen Angeboten, auch von Sozial- und Wohlfahrtsverbänden, ein Hinweis, dass nicht die Schwere der Erkrankung, sondern allein der daraus auf Dauer resultierende Unterstützungsbedarf, den beurteilungsrelevante Faktor in der Pflegebegutachtung darstellt.

Eine entsprechende Aufklärung vor Beginn der Begutachtung, oder in einer anderen verständlichen Form, würde Einsprüche gegen das Ergebnis einer Begutachtung vermutlich minimieren.

Gerade bei Erstanträgen ist eine solche Information aus meiner Sicht sinnvoll.

Mit der Einführung der Pflegegrade sollten gerade auch psychische und kognitive Beeinträchtigungen berücksichtigt werden. Bei der Ombudsperson verfestigte sich der Eindruck, dass dieses Modul eher restriktiv gehandhabt wird. Eine sinnvollerweise geforderte fachärztliche Bestätigung angegebener Beschwerden scheidet häufig an der Möglichkeit, zeitnah entsprechende Termine zu erhalten.

Welche Antrags- und Begutachtungsarten betrafen die Eingaben?





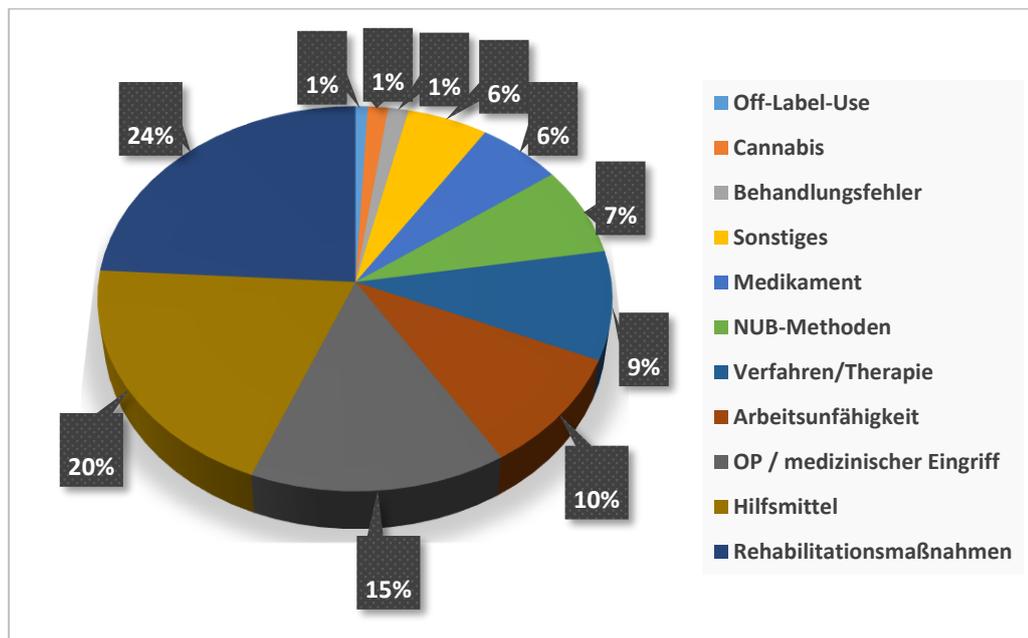
Der Anteil von Eingaben, die eine persönliche Befunderhebung betrafen, hat gegenüber 2023 zu und der von Eingaben nach einer Begutachtung nach Aktenlage abgenommen. Im Rahmen der Pandemie konnte zeitweise nur eine telefonische oder aktenmäßige Beurteilung vorgenommen werden. Dies führte vereinzelt unter Berücksichtigung der Angaben des Versicherten oder seiner Angehörigen zu einem höheren Pflegegrad, als dies bei einer persönlichen Begutachtung der Fall gewesen wäre.

Eine Reihe von Pflegebedürftigen hat nach der Pandemie bei einer subjektiv eingetretenen Verschlechterung des eigenen Zustandes, einen Höherstufungsantrag gestellt. Dies erfolgte zum Teil auch nach einer Pflegeberatung. In mehreren mir vorgetragenen Fällen kam es danach allerdings zu einer Rückstufung.

In diesen Fällen, wie auch bei turnusmäßigen Begutachtungen bei Kindern, wurden die Rückstufungsgründe häufig eher pauschal und nicht in den einzelnen Modulen begründet.

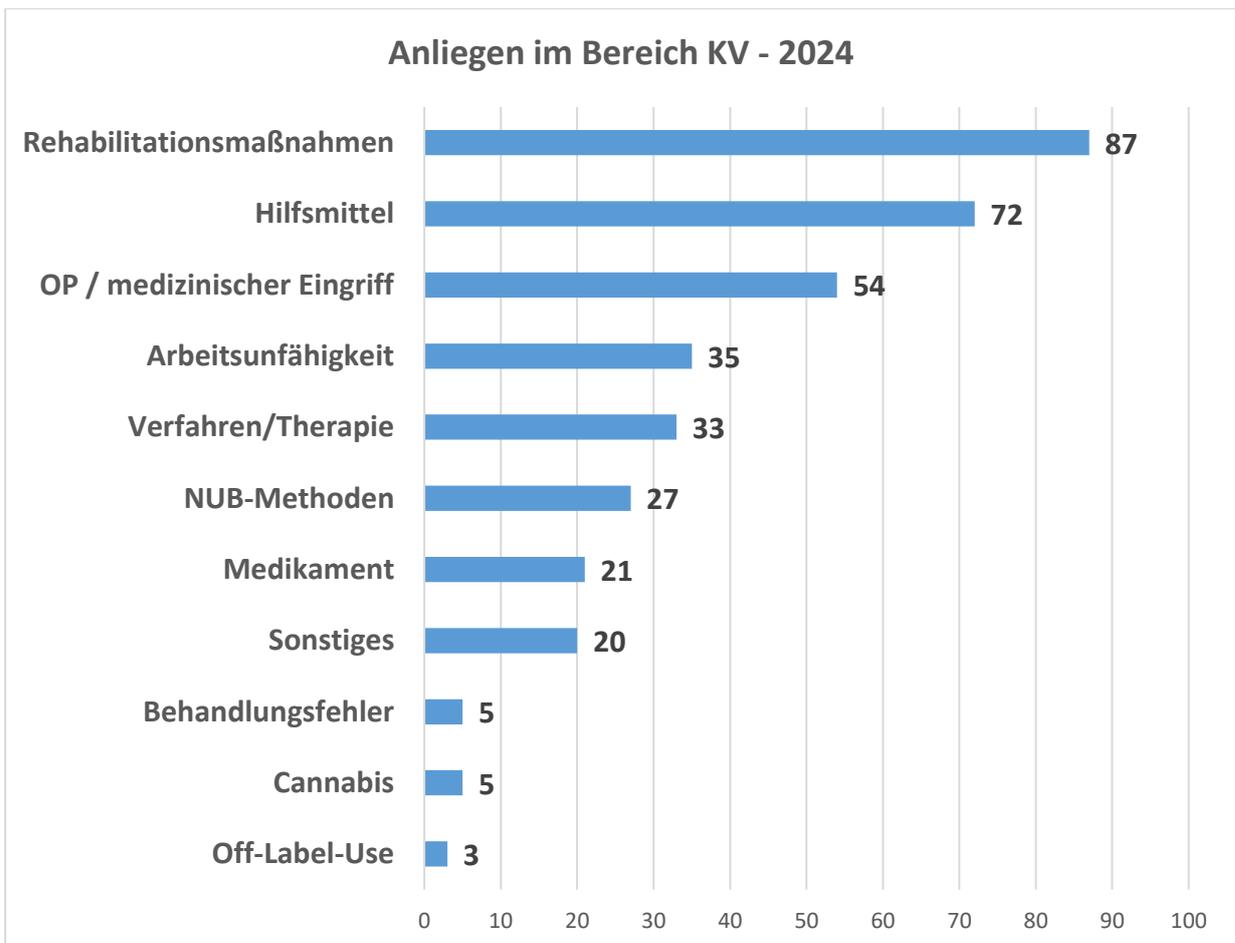
5 ANLIEGEN/BESCHWERDEN IM BEREICH DER KRANKENVERSICHERUNG

Die Häufigkeitsverteilung der Eingaben an die Ombudsperson zu gutachtlichen Fragen der Kassen im Bereich der Krankenversicherung ist den nachfolgenden Diagrammen zu entnehmen:



Im Vergleich zum Vorjahr betraf der größte Anteil der Eingaben eine Begutachtung zur Frage einer erforderlichen Rehabilitationsmaßnahme. Dies war in 24% der Fälle gegeben (87 Eingaben).

Danach folgten mit 20 Prozent (72 Fälle) Anliegen von Versicherten aus dem Bereich einer Begutachtung zu einer Hilfsmittelversorgung und mit 15 Prozent (54 Fälle) Eingaben, die eine Begutachtung zur Notwendigkeit einer Operation bzw. eines medizinischen Eingriffs zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung betrafen.

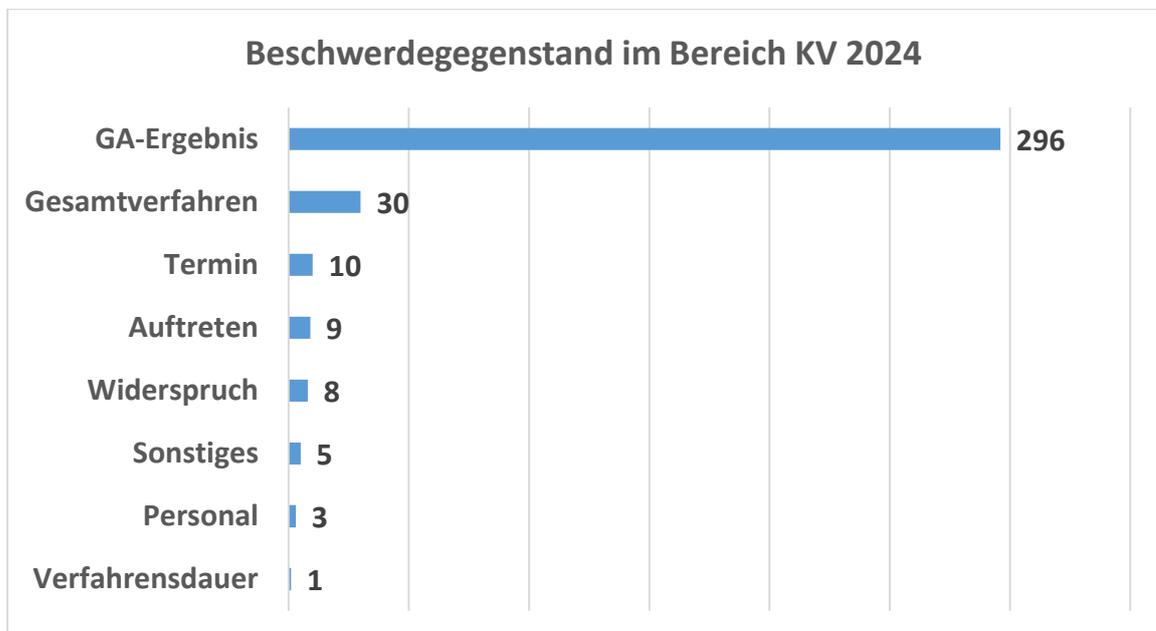
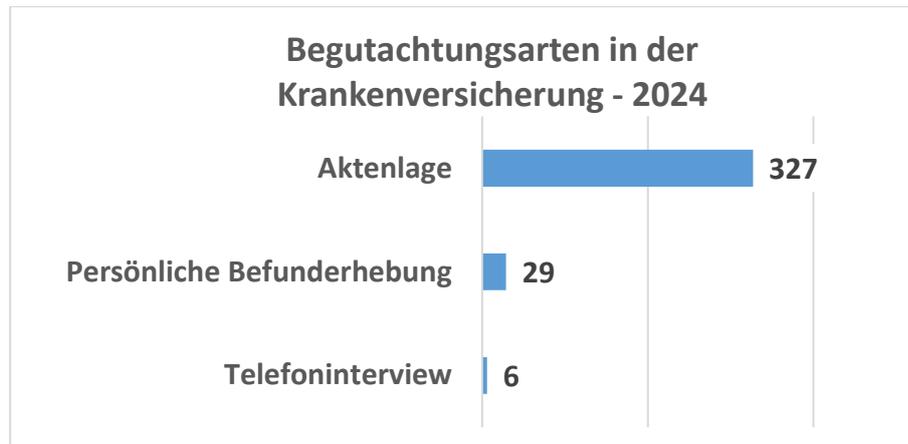


Die Häufigkeit von Eingaben, die zu Begutachtungen im Zusammenhang mit einer Rehabilitationsmaßnahme erfolgten, lag im Jahr 2024 höher als die Häufigkeit von Eingaben bezüglich einer Begutachtung von Hilfsmitteln. In fast allen Eingaben wurden fehlerhaften Entscheidungsgründe in den Leistungsbescheiden bemängelt. Versicherte wurden in diesen Bescheiden nicht über die Möglichkeit der Einsichtnahme in die Gutachten der Medizinischen Dienste informiert. Auch bei einer persönlichen Begutachtung wurde die Möglichkeit der Weiterleitung an den verordneten Mediziner in diesen Fällen nur vereinzelt abgefragt. Die Möglichkeit einer Weitergabe des betreffenden Gutachtens seitens des Medizinischen Dienstes darf nicht an einem „überzeichneten“ Datenschutz scheitern*.

Bei der Arbeitsunfähigkeitsuntersuchung fällt auf, dass Ersatzkassen das Wohnortprinzip der Versicherten in Bezug auf den Einzugsbereich des Medizinischen Dienstes ignorierten. Die Begutachtung von Versicherten aus Baden-Württemberg oder Sachsen-Anhalt beim MD Westfalen-Lippe ist meines Erachtens sachlich nicht gerechtfertigt.

Bei Eingaben zu einer beantragten Rehabilitationsmaßnahme fällt die Häufigkeit von ärztlichen Verordnungen vor Ablauf des 4 Jahreszeitraumes auf. In diesen Fällen wurde die Notwendigkeit der Vorfristigkeit häufig vom Verordnenden unzureichend begründet. Auch die Beschreibung der Ziele von verordneten Rehabilitationsmaßnahmen fiel in vielen Fällen relativ knapp aus.

* Mit Verkündung des GVWG am 19.07.2021 darf der Medizinische Dienst die wesentlichen Gründe für das Ergebnis einer Begutachtung nur nach Vorliegen bzw. Übermittlung einer entsprechenden Einwilligungserklärung der versicherten Person an den Leistungserbringenden übermitteln (§ 277 Abs. 1 Satz 3 SGB V). Im Gegensatz zur persönlichen kann dies Einverständnis bei aktenlagigen Begutachtungen nicht regelhaft bei den Versicherten abgefragt werden, sondern muss in diesen Fällen von diesen dem Leistungserbringenden explizit schriftlich erteilt werden.



Im Bereich der Krankenversicherung erfolgte eine Eingabe an die Ombudsperson in 327 Fällen im Zusammenhang mit einer Begutachtung nach Aktenlage, in 29 Fällen auch nach einer persönlichen Untersuchung vor Ort. Lediglich in 6 Fällen, und somit am seltensten, war dieser Eingabe eine Begutachtung in Form eines Telefoninterviews vorausgegangen.

Im Jahr 2024 wurden insgesamt 362 Eingaben aus dem Bereich der Krankenversicherung registriert. Der häufigste Beschwerdegegenstand war auch hier mit 296 Fällen das Ergebnis der Begutachtung. In 30 Fällen gab es Beschwerden zu dem gesamten Ablauf des Begutachtungsverfahrens. 10 Beschwerden betrafen Verzögerungen oder Probleme bei der Vergabe von Begutachtungsterminen. 9 Beschwerden richteten sich gegen das Verhalten der Mitarbeitenden. 8 Fälle betrafen Unstimmigkeiten im Widerspruchsprozess. In 3 Fällen ging es um personelle Aspekte, wie z.B. einer von den Versicherten als unzureichend empfundenen Qualifikation oder mangelnden Erfahrung der Gutachterin oder des Gutachters.

6 BEGUTACHTUNGEN VON PERSONENGRUPPEN UND SPEZIELLEN ERKRANKUNGEN

Positiv ist hervorzuheben, dass bei persönlichen Begutachtungen zu Fragen der Kasse bei einer zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung geplanten Operation zur Mammareduktion ausschließlich Ärztinnen zum Einsatz kommen.

Der Einsatz von besonders qualifizierter Gutachterinnen und Gutachter bei Kindern und bei Menschen mit Erkrankungen im psychischen Formenkreis, war nach Einschätzung der Versicherten nicht immer gegeben.

7 HILFSMITTELVERSORGUNG FÜR MENSCHEN MIT BEHINDERUNG

Eingaben, die eine Begutachtung zur Hilfsmittelversorgung betrafen, waren im Vergleich zum Jahr 2023 nicht mehr am häufigsten zu verzeichnen. Diese nahmen nun den zweiten Platz ein.

Bei Hilfsmitteln für Menschen mit Behinderungen hapert es noch an der konsequenten Umsetzung der neuen Begutachtungsleitlinien. Die Anpassung an die BSG Rechtsprechung durch die endgültigen Richtlinien soll nun in Kürze erfolgen.

Die Regelungen im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Prüfung von Hilfsmittelanträgen, die von Versicherten gestellt werden, die sich in einem Sozialpädiatrischen Zentrum (**SPZ**) oder einem Medizinischen Zentrum für Erwachsene mit Behinderung (**MZEB**) in Behandlung befinden und deren aktuell beantragte Versorgung mit Hilfsmitteln von diesen Zentren empfohlen wird, ändern sich im Jahr 2025. Diese veränderten Regelungen sollen zu einer Beschleunigung der entsprechenden Bewilligungsverfahren führen.

Die detaillierte Prüfung der Anspruchsberechtigung durch die Gesetzlichen Krankenkassen unter Zuhilfenahme von gutachterlichen Einschätzungen des Medizinischen Dienstes kann in den oben genannten Fällen nun regelmäßig entfallen. Dies kann den Medizinischen Dienst entlasten.

8 AUSTAUSCH DER OMBUDSPERSON

Die Ombudspersonen bei den Medizinischen Diensten tauschen sich in vielfältiger Weise aus. Im Jahr 2024 gab es in diesem Rahmen ein Präsenztreffen beim MD Berlin-Brandenburg. Diese Treffen werden kontinuierlich weitergeführt. Verabredet sind abgestimmte Berichtskategorien und einheitliche Reaktionsmaßnahmen auf Anfragen. Die Novellierung der Begutachtungsrichtlinie der UOP war ein weiterer Beratungsgegenstand.

Neben dem allgemeinen Austausch standen eine Vereinheitlichung der Berichte sowie die Evaluierung der entsprechenden Richtlinie des MD Bund im Vordergrund dieser Kontakte. Über die Widerspruchsbearbeitung der Kassen gab es einen Austausch mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung (**BAS**).

Turnusgemäß gab es einen Austausch mit der Aufsicht des Landes NRW im Ministerium für Arbeit Gesundheit und Soziales.

Mit einzelnen Mitgliedern des Verwaltungsrates gab es im Jahr 2024 auf deren Wunsch einen Austausch über die Arbeit der Ombudsperson.