

BERICHT DER OMBUDSPERSON

BEIM MEDIZINISCHEN DIENST WESTFALEN-LIPPE

BERICHTSJAHR 2022

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>

INHALTSVERZEICHNIS

Inhalt

Vorbemerkung	1
Arbeitsweise der Ombudsperson / Beeinflussung der Beschäftigten des MD WL	2
Eingänge und Zugangsweg	3
Anliegen/Beschwerden im Bereich der Pflegeversicherung	5
Anliegen/Beschwerden im Bereich der Krankenversicherung	7
Hilfsmittelgewährung für Menschen mit Behinderung	8
Weitere Aktivitäten der Ombudsperson	10

Vorbemerkung

Nach der Bestellung als Ombudsperson zum 01.07.2021 habe ich 2022 ganzjährig die Funktion als Ombudsperson wahrgenommen.

Es bestätigt sich, viele Versicherte sind in dem gegliederten und segmentierten System der Kranken- und Pflegeversicherung ohne umfassende Orientierung.

Sie fühlen sich alleingelassen und weitestgehend hilflos im Normenkorsett sozialrechtlicher Entscheidungen.

Die mögliche Zuständigkeit anderer Sozialleistungsbereiche, also über den Bereich des SGB V und des SGB XI hinaus, erschließt sich den wenigsten Versicherten.

Das ist wenig verwunderlich, da die einzelnen Sozialleistungsbereiche sich eher durch Abgrenzung als durch Kooperation für den Versicherten darstellen.

Die Beratungs- und Auskunftspflicht nach § 14+15 SGB I hat durchaus Entwicklungspotential.

Das mit dem MDK Reformgesetz niedrighschwellige Ombudssystem wird deshalb von den Versicherten auch in dieser Weise in Anspruch genommen.

Auf den Versicherten wirken die Entscheidungen/Gutachten des Medizinischen Dienstes immer im Zusammenwirken mit der jeweiligen Pflege-/Krankenkasse ein.

Die grundsätzlichen Bemerkungen dazu aus dem ersten Bericht für 2021 bestätigen sich auch 2022.

Auf eine Wiederholung wird deshalb verzichtet, ebenso auf die durch Gesetz und Richtlinien bestimmte Aufgabenzuweisung.

Der vorliegende Bericht konzentriert sich auf erkennbare Beschwerdepunkte.

Bezogen auf die gesamte gutachterliche Tätigkeit des MD Westfalen-Lippe von mehr als 660.000 Gutachten liegt die Inanspruchnahme der Ombudsperson mit insgesamt 309 Vorgängen auf der Höhe der Beschwerden und Einwendungen des Qualitäts- und Beschwerdemanagements.

Die notwendige fachliche Unterstützung durch dessen Mitarbeiter/Innen war immer gegeben und wurde von mir dankbar angenommen.

Arbeitsweise der Ombudsperson

Alle Einwender/Innen erhalten eine Eingangsbestätigung. In dieser wird um Zustimmung für die Einsichtnahme in die beim Medizinischen Dienst Westfalen-Lippe gespeicherten Gutachten oder Stellungnahmen gebeten.

Der Hinweis auf die beabsichtigten telefonischen Kontaktaufnahmen wird sehr positiv wahrgenommen. Viele Missverständnisse, schon getroffene Wertungen und Bewertungen können in diesem Zusammenhang einvernehmlich geklärt bzw. aufgeklärt werden.

Die Erwartungen im Hinblick auf die Einwirkungsmöglichkeiten der Ombudsperson von Seiten der Versicherten sind nicht deckungsgleich mit den gegebenen Möglichkeiten. Der Verweis auf die grundsätzlichen rechtlichen Möglichkeiten, auf Hinweise in den Gutachten auf weitere benötigte medizinische Dokumente etc. oder auf die Möglichkeit einer Leistungsgewährung von anderen Institutionen sind die überwiegenden Hilfestellungen.

Insgesamt wird der telefonische Kontakt, das bestätigen auch die anderen Ombudspersonen, als hilfreich und als Element der Imagestärkung der gesamten Sozialversicherung gesehen und gewertet.

Beeinflussung der Beschäftigten des MD WL

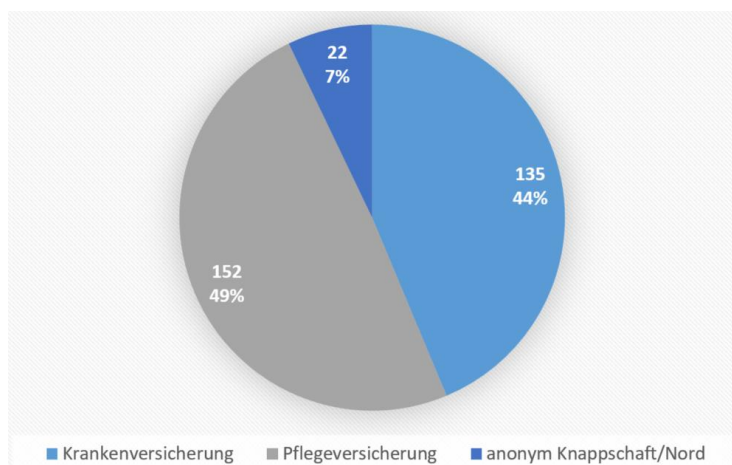
Die Aufgabenzuschreibung des Gesetzgebers „Unregelmäßigkeiten und Beeinflussungsversuchen Dritter“ auf die Beschäftigten des Medizinischen Dienstes als Ombudsperson nachzugehen, hat auch im Jahr 2022 keine Rolle gespielt.

Im Berichtszeitraum hat es dazu auch ein Gespräch mit der Personalratsvorsitzenden gegeben.

Eingänge und Zugangsweg

EINGÄNGE

Fast gleichgewichtig sind die Eingaben im Bereich der Pflege- und der Krankenversicherung. Wegen fehlender Bestellung einer Ombudsperson bei der Knappschaft und des MD Nord haben sich 22 Versicherte aus diesem Bereich an mich gewandt. Eine Hilfestellung war leider nicht möglich.



In dem Berichtsjahr 2022 sind 309 Beschwerden eingegangen. Insgesamt gab es 135 zu bearbeitende Eingaben (44%) im Bereich der Krankenversicherung, im Bereich der Pflegeversicherung gab es 152 Anfragen (49%) und 22 Eingaben (7%) anonym oder zu Vorgängen der Knappschaft / des MD Nord. Bei 45 Eingaben (16%) handelte es sich inhaltlich um einen reinen Widerspruch gegen eine Empfehlung des MD WL. Dies betraf zu 42% den Bereich der Krankenversicherung und zu 58% den Bereich der Pflegeversicherung.

Hinweise und Beschwerden auf Beeinflussung der Beschäftigten des Medizinischen Dienstes sind nicht eingegangen.

ZUGANGSWEG

Der überwiegend digitale Zugangsweg wird 2023 durch feste Telefonzugangszeiten ergänzt. Der digitale Zugang setzt wirk- und schreibmächtige Kompetenzen voraus und schließt damit breite Personenkreise aus. Diese Schwelle soll überwunden werden. 2022 war wegen angespannter Personalsituation dies nicht realisierbar.

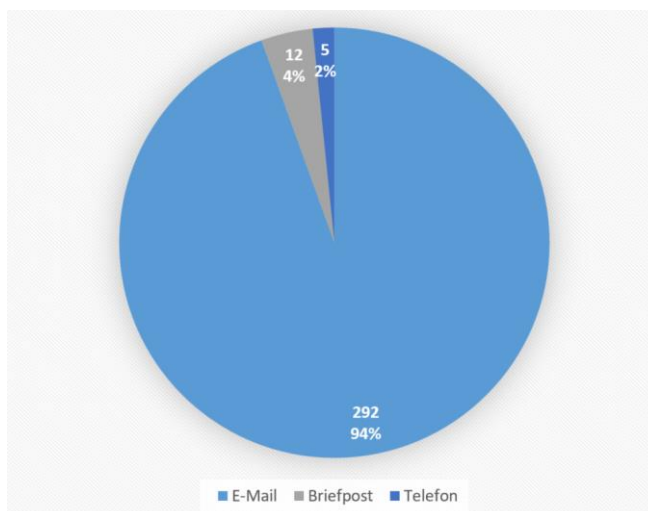
EINGÄNGE UND ZUGANGSWEG

Die Zugangswege der Beschwerden lassen sich wie im abgebildeten Kreisdiagramm aufteilen:

Von den insgesamt 309 Beschwerden war der Zugangsweg überwiegend mit 292 E-Mails (94%) digital. Es gab 12 Eingänge (4%) über den Postweg und 5 telefonische Kontaktaufnahmen (2%).

Der telefonische Zugang war im Vergleich mit anderen Ombudspersonen deutlich unterrepräsentiert.

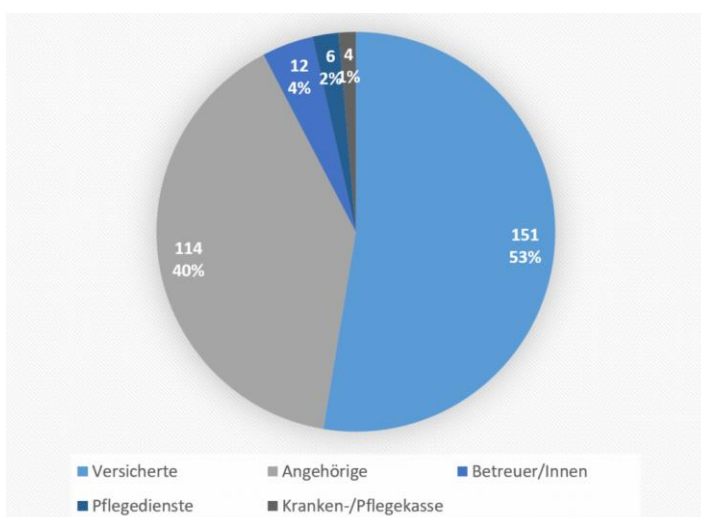
Mit festen telefonischen Zugangszeiten soll Versicherten mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz der Zugang zukünftig erleichtert werden.



BESCHWERDEFÜHRENDE

Wer hat sich an die Ombudsperson gewandt? Zur Kranken- und Pflegeversicherung sind insgesamt 287 Beschwerden eingegangen. Hier gab es folgende Aufteilung der Beschwerdeführer/Innen:

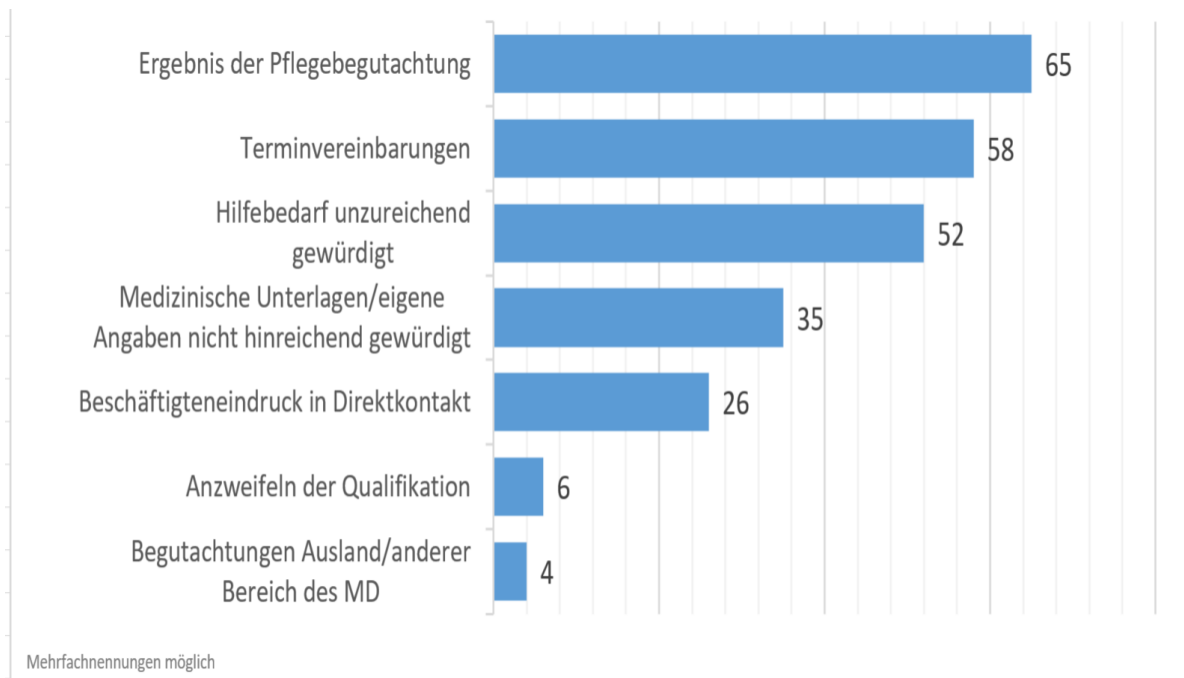
151 (53%) Versicherte beschwerten sich direkt. Die Anzahl der Angehörigen, die die Beschwerden für die Versicherten führten, betrug 114 (40%). 12 Betreuer/Innen (4%) wandten sich im Namen ihrer Betreuten an die Ombudsperson. 6 Pflegedienste sprachen für ihre Patienten/Innen (2%). Und 4 Beschwerden (1%), in denen die Kranken- und Pflegekassen aktiv geworden sind, waren zu verzeichnen.



ANLIEGEN/BESCHWERDEN IM BEREICH DER PFLEGEVERSICHERUNG

Anliegen/Beschwerden im Bereich der Pflegeversicherung

Der häufigste Einwand richtet sich erwartungsgemäß gegen das Ergebnis der Pflegebegutachtung. Aus der Sicht der Versicherten werden dabei die unzureichende Würdigung von medizinischen Unterlagen oder von Angaben zum Hilfebedarf der pflegenden Angehörigen als Mangel vorgetragen. Insgesamt ergibt sich folgende Aufteilung der Beschwerdepunkte:



Das System der Terminvereinbarung war der zweithäufigste, vorgetragene Beschwerdegrund. Im ersten Halbjahr erfolgte die Pflegebegutachtung noch gemäß dem vereinbarten Verfahren der Begutachtung zum Schutz der Pflegebedürftigen im Rahmen der COVID19 Pandemie. Die persönliche Befunderhebung, als Goldstandard, wurde in dieser Zeit weitestgehend durch eine strukturierte telefonische Begutachtung abgelöst. Bei der Terminorganisation gestaltete sich die Einbeziehung der pflegenden Angehörigen aufgrund fehlender Angaben hierzu schwierig, blieb oftmals unberücksichtigt. Eine Terminsetzung ohne pflegende Angehörige oder Betreuer/In sollte jedoch zukünftig vermieden werden. Die kurzfristige Änderung eines Termins vor

ANLIEGEN/BESCHWERDEN IM BEREICH DER PFLEGEVERSICHERUNG

Ort in eine telefonische Begutachtung bei fraglicher Infektiösität oder akuter unvorhergesehener Verhinderung des/r hierfür vorgesehen Gutachters/in, mag sich zur Aufrechterhaltung des Termins anbieten. Diese wird aber dem Einsatz der/des pflegenden Angehörigen/Betreuer/In, der/die sich auf einen Begutachtungstermin mit Arbeitsbefreiung etc. vorbereitet hat, nicht gerecht.

In einigen wenigen Fällen gab es eine ausschließliche Begutachtung nach Aktenlage. Eine infolge bislang ungeklärter Kostenträgerschaft drohende Entlassung aus einer Pflegeeinrichtung in die Wohnungslosigkeit konnte im schnellen Zusammenwirken mit dem Qualitäts- und Beschwerdemanagement vermieden werden.

Die Terminvereinbarung ist, wegen der gesetzlich gesetzten Fristen und der vielen zu berücksichtigten Parameter, ein schwieriger Prozess. Ich konnte mich selbst davon in Münster überzeugen. Die fehlerhafte oder unvollständige Übermittlung von Telefonnummern, Ansprechpersonen bzw. Bevollmächtigten oder Betreuern, eines zwischenzeitlich gewechselten Aufenthaltsortes des Antragstellers etc. machen das System störanfällig.

Andere Medizinische Dienste überlegen mit einem Buchungssystem den Interessen von Angehörigen und Pflegebedürftigen gerechter zu werden. Imagemäßig ist der negative Impuls, der von dem Bereich der Terminvereinbarung ausgeht, nicht zu unterschätzen.

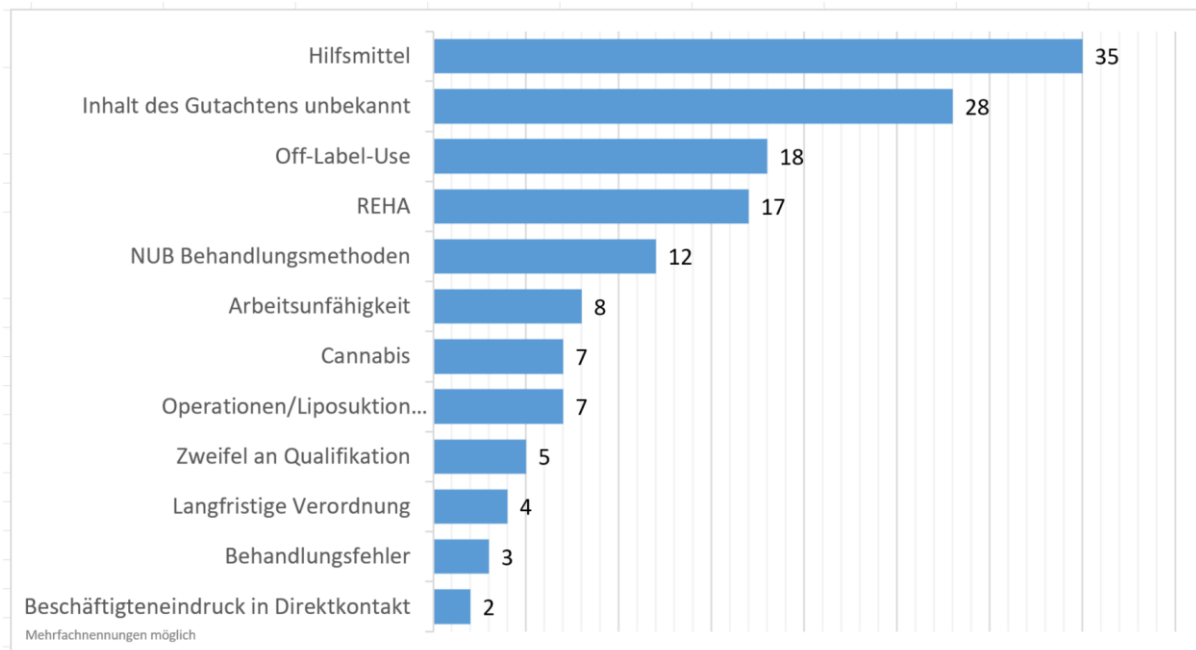
BESCHÄFTIGTENEINDRUCK IM DIREKTKONTAKT

Beschäftigte des MD mit Versichertenkontakt prägen eindrücklich das Gesicht des Medizinischen Dienstes. Dies gilt vornehmlich in der Pflegebegutachtung wie auch, gering ausgeprägt, in der sozialmedizinischen Begutachtung z.B. von Arbeitsunfähigkeit. In den Telefongesprächen wird ausdrücklich sehr empathisches Auftreten angesprochen, aber leider auch nachdrücklich das Gegenteil.

ANLIEGEN/BESCHWERDEN IM BEREICH DER KRANKENVERSICHERUNG

Anliegen/Beschwerden im Bereich der Krankenversicherung

Die Häufigkeitsverteilung ist dem Balkendiagramm zu entnehmen:



Auf sozialmedizinische Gutachten im Bereich der Hilfsmittel entfallen die meisten Nennungen.

In besonderer Weise fühlen sich die Versicherten von fehlenden, Ihnen erläuterten Entscheidungsgründen betroffen. Dieser Sachverhalt wurde schon im Jahresbericht 2021 thematisiert.

Eine positive Entwicklung kann nicht registriert werden. Es häufen sich jedoch Hinweise, dass bei Nachfragen der Versicherten an die Kassen, an die Ombudsperson verwiesen wird.

Hilfsmittelgewährung für Menschen mit Behinderung

Die gegliederte Struktur des deutschen Sozialsystems - mit Zuständigkeit der GKV nur für die medizinische Rehabilitation - bedingt historisch eine Beschränkung der Leistungszuständigkeit der GKV auf Hilfsmittel, die für die Grundbedürfnisse des täglichen Lebens benötigt werden.

Der Hilfsmittelanspruch des/der Versicherten zu Lasten der GKV sind im Krankenversicherungsrecht im § 33 SGB V formuliert. Das sozialmedizinische Gutachten zu Hilfsmitteln prüft – gemäß Vorgaben des SGB V - Notwendigkeit (Indikation) und Zweckmäßigkeit (Eignung) einer Hilfsmittelversorgung im Einzelfall (§§ 2, 12 SGB V).

Bei Hilfsmitteln für Menschen mit Behinderungen ist jedoch auch dem Teilhabegesichtspunkt des SGB IX „die vorgesehene Bedeutung zuzumessen“.

Dazu folgende BSG Rechtsprechung:

„Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich und zur Vorbeugung vor Behinderung werden nicht mit dem vorrangigen Ziel eingesetzt, auf die Krankheit, d.h. auf den regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand als solchen, kurativ-therapeutisch einzuwirken. Sie sollen vielmehr in erster Linie die mit diesem regelwidrigen Zustand bzw. mit der Funktionsbeeinträchtigung verbundene (oder im Falle der Vorbeugung zu erwartende) Teilhabestörung ausgleichen, mildern, abwenden oder in sonstiger Weise günstig beeinflussen, um die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern und Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken (vgl § 1 SGB IX).

Bei der Beurteilung eines Anspruchs auf Versorgung mit einem Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich und zur Vorbeugung einer Behinderung ist daher dem Teilhabeaspekt die nach dem SGB IX vorgesehene Bedeutung zuzumessen.“

(BSG Urteil vom 08.08.2019, B 3 KR 21/18 R)

Gemäß neuerer BSG Rechtsprechung sind - neben den Zielen des SGB V – auch die Teilhabeziele des SGB IX, insbesondere ein selbstbestimmtes und selbstständiges Leben

HILFSMITTELGEWÄHRUNG FÜR MENSCHEN MIT BEHINDERUNG

zu führen und die Rechte aus der UN-Behindertenrechtskonvention in den Blick zu nehmen.

Die UN-Behindertenkonvention und deren nationale Umsetzung ins Bundesteilhabegesetz (SGB IX) haben den Teilhabeanspruch von Menschen mit Behinderungen erheblich gestärkt. Eine Beschränkung von Leistungsansprüchen auf das SGB V entspricht nicht mehr der gefestigten Sozialrechtsprechung.

Insgesamt sind 2022 6 Einwendungen inhaltlich dem Bereich der Hilfsmittelgewährung für Menschen mit Behinderungen zuzuordnen.

In 3 Fällen ist die jeweilige Kasse ihrer Leistungsverpflichtung nachgekommen

In 3 weiteren Fällen ist die Leistungsgewährung offen.

Die sozialmedizinischen Gutachten hatten allesamt die Voraussetzung einer Leistungsgewährung im Rahmen des SGB V als nicht erfüllt angesehen.

In der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste prüft die Sozialmedizinische Expertengruppe Hilfsmittel und Medizinprodukte (SEG 5) kontinuierlich, ob die aktuelle Normierung des Sozialrechts im sozialmedizinischen Begutachtungsverfahren Anpassungen erfordert.

Die derzeitige Situation bei der Leistungsgewährung durch Krankenkassen auf Basis des SGB V, einschließlich der sozialmedizinischen Begutachtung, führt zu einer Beschränkung des Leistungsanspruches für Menschen mit Behinderungen. Diese Situation entspricht nicht den Maßgaben der Sozialrechtsprechung.

In Anbetracht der geschilderten Rechtsprechung sollten sozialmedizinische Gutachten, die sich auf Fragestellungen der Kasse im Rahmen des § 33 SGB V beziehen und zu einer negativen Empfehlung kommen, zumindest einen Hinweis auf den Rechtskreis des SGB IX erhalten.

Weitere Aktivitäten der Ombudsperson

Es besteht ein strukturierter Austausch aller vorhandenen Ombudspersonen digital und in Präsenz. Dabei geht es um den Austausch über Arbeitsweisen und Rahmenbedingungen und die Verständigung auf einheitliche Positionen.

Nachdrücklich wird ein einheitlicher Hinweis auf die Ombudspersonen in den Leistungsbescheiden der Kassen gefordert. Aus diesen muss deutlich hervorgehen, dass Widersprüche gegen aus Begutachtungen der Medizinischen Dienste resultierenden Leistungsentscheidungen der Kasse an diese und nicht an die Ombudsperson zu richten sind.

Einheitlich abgelehnt wird das Ansinnen der Arbeitsgemeinschaft der Aufsichten, die Ombudspersonen als Organ der Medizinischen Dienste zu sehen. Mit der Organschaft sollte eingelegten Widersprüchen bei den Ombudspersonen vollumfänglich die rechtliche Wirkung eines Widerspruches gesichert werden, um möglichen Verfristungen entgegenzuwirken.

In der Praxis spielen Verfristungen keine Rolle. Bei den nicht sauber getrennten Hinweisen auf die Ombudsperson und die Möglichkeit des rechtlichen Einspruches, wird sogar eher die Jahresfrist gelten. Auch hier zeigt sich die Notwendigkeit eines einheitlichen Handelns der Kassen.

Mit der Aufsicht des MAGS NRW gibt es zusammen mit der Ombudsperson Nordrhein einen konstruktiven Austausch.

Auf einer Tagung aller Verwaltungsratsmitglieder der Barmer in den Medizinischen Diensten konnte ich über erste Erfahrungen der Funktion berichten.

Mit der Selbsthilfe existiert ein kontinuierlicher Austausch.