



Ombudsperson
beim Medizinischen Dienst
Baden-Württemberg

Jahresbericht 2023

Für den Zeitraum 01.10.2022 – 30.09.2023

Inhalt

1.	Vorwort	3
2.	Arbeitsweise der Ombudsperson im Überblick	4
2.1	Rückblick der Eingaben pro Quartal im Zeitraum 01.01.2022 – 30.09.2023	4
2.2	Erreichbarkeit	5
3.	Tätigkeit der Ombudsperson im Überblick.....	6
4.	Erfahrungen, Einschätzungen und Hinweise.....	13
5.	Dank und Ausblick.....	22
6.	Anlagen.....	24

1. Vorwort

Der vorliegende Bericht umfasst den Zeitraum 1. Oktober 2022 bis 30. September 2023 und gibt Einblicke in den Tätigkeitsbereich der Ombudsperson beim Medizinischen Dienst Baden-Württemberg. Nach über anderthalb Jahren Tätigkeit als Ombudsperson ist in bestimmten Abläufen eine gewisse Routine eingeleitet. Es gibt jedoch auch weiterhin neue Eingaben, die eine nachhaltige Wirkung haben und von gesellschaftlichen Entwicklungen beeinflusst werden. So haben Eingaben und Anfragen auf dem Hintergrund einer Zunahme von finanziellen Belastungen bei den Versicherten oder zu Beschwerden im Zusammenhang mit Long-COVID zugenommen.



Abbildung 1: Peter Niedergesäss,
Fotograf: Leif Piechowski

Weiterhin bestätigte sich die Überforderung von nicht wenigen Versicherten, sich in unserem Gesundheitssystem mit seinen Regelungen und Vorgaben zurechtzufinden. Ich sehe meine Aufgabe mit darin, als Lotse in diesen Fällen eine kleine Unterstützung anzubieten. Die Befassung mit den Beschwerden und Eingaben von kontaktsuchenden Personen ist die zentrale Aufgabe von mir. Die Ombudsperson soll dadurch die Versicherten bei der Wahrnehmung ihrer Rechte stärken und unterstützen. Gerne wiederhole ich meine Aussage aus dem letzten Bericht: *„Insgesamt macht mir die Arbeit sehr viel Freude, gerade die Telefonate mit den Kontaktsuchenden. In der Regel kann ich den Frust und die Enttäuschungen der Kontaktsuchenden auffangen und mit ihnen zusammen durch „aktives Zuhören“ und „lösungsorientierter Beratung“ mögliche weitere Schritte besprechen. Das ermöglicht den Betroffenen eine neue Perspektive. Für mich ist dies eine sinnvolle Tätigkeit, der ich gerne nachkomme.“*

Der jährliche Bericht soll Auskunft über Art und Umfang der Inanspruchnahme der Ombudsperson durch Versicherte und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg geben. Darauf wird nachfolgend näher eingegangen. Insgesamt sind 537 Eingaben im Zeitraum vom 01.10.2022 bis 30.09.2023 eingegangen. Diese müssen in Relation zur Größe des Bundeslandes Baden-Württemberg sowie der Gesamtzahl der einzelfallbezogenen Aufträge (828.331) durch den Medizinischen Dienst Baden-Württemberg betrachtet werden. Ein weiteres Kriterium, das in diesem Zusammenhang betrachtet werden muss, sind die niederschweligen Ansprechmöglichkeiten der Ombudsperson und der Hinweis auf die Ombudsperson in allen negativen Leistungsbescheiden der Pflege- und Krankenkassen.

Die grundsätzlichen Bemerkungen aus dem ersten Bericht für das Jahr 2022 bestätigen sich auch für das Jahr 2023. Auf eine Wiederholung wird deshalb verzichtet, ebenso auf die durch Gesetz und Richtlinien bestimmte Aufgabenzuweisung für die Ombudsperson.

Wir freuen uns auf Ihre Rückmeldungen.

Herzliche Grüße

Peter Niedergesäss

2. Arbeitsweise der Ombudsperson im Überblick

Die Eingaben zeigen auf, dass die unabhängige Ombudsperson ein wichtiges Instrument ist, welches die Transparenz in Bezug auf die Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes sowie die Patientenrechte und die Rechte pflegebedürftiger Personen weiter stärkt. Wir wollen Anregungen und Beschwerden der Versicherten aufnehmen, in Konfliktsituationen vermitteln, Unregelmäßigkeiten aufdecken und systematische Fehlentwicklungen in den Medizinischen Diensten verhindern.

Die Ombudsperson ersetzt das Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes nicht, weist jedoch auf das Zusammenwirken zwischen diesen beiden Stellen hin.

Bei der Ausübung ihrer Tätigkeit ist die Ombudsperson unabhängig und frei von Weisungen. Sie ist nur den rechtlichen Vorgaben und ihrem Gewissen verpflichtet. Die Ombudsperson hat ihre Tätigkeit gewissenhaft und zum Wohle der Versichertengemeinschaft auszuüben.

In der Regel erfolgt der Erstkontakt der Versicherten über die Geschäftsstelle der Ombudsperson, die der Verschwiegenheit verpflichtet ist. Hier kann der Sachverhalt dargelegt werden, und es wird auf erste Fragenstellungen eingegangen. In Abstimmung mit den Versicherten wird der weitere Verlauf besprochen, und es erfolgen seitens der Geschäftsstelle der Ombudsperson die erforderlichen organisatorischen und administrativen Schritte. Im Einzelnen kann dies beispielsweise die Übermittlung der Einwilligungserklärung an die Versicherten, die Anforderung zur Akteneinsicht, Klärung von Verständnisfragen sowie Rechercharbeiten und die Koordination der Telefontermine mit der Ombudsperson sein.

Unser Anspruch ist es, ein bis zwei Tage nach Eingang der Eingabe an die Versicherten eine erste Rückmeldung mit einer Eingangsbestätigung zu geben. Der Hinweis auf eine telefonische Kontaktaufnahme wird sehr positiv wahrgenommen. Das schafft eine gute Grundlage für einen positiven Verlauf des Austauschs. In einem baldigen Telefongespräch haben die kontaktsuchenden Personen die Gelegenheit ihr Anliegen zu beschreiben, aktives Zuhören eröffnet ihnen einen anderen Blick auf ihre Situation. Es geht dabei oft auch um die Würdigung ihrer Krankheiten und gleichzeitig um die Verdeutlichung, dass es bei dem Pflegegutachten vorrangig um den Pflegeaufwand geht.

2.1 Rückblick der Eingaben pro Quartal im Zeitraum 01.01.2022 – 30.09.2023

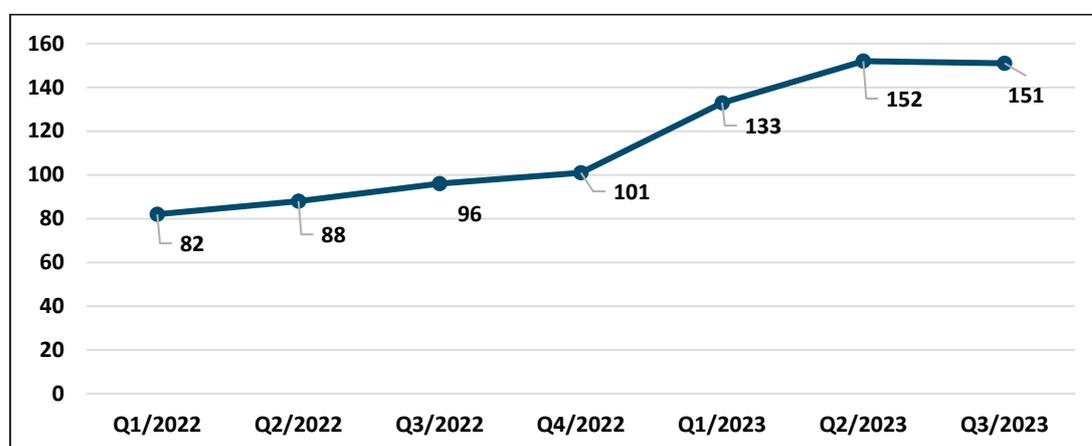


Abbildung 2: Überblick der Eingaben pro Quartal im Zeitraum 01.01.2022 - 30.09.2023

Im Rückblick der Eingaben seit Beginn der Ombudsstelle ist ein steigender Verlauf der Eingaben pro Quartal erkennbar. Diese stehen im Zusammenhang zu mehreren möglichen Faktoren. Es gibt sowohl eine Zunahme der Begutachtungen beim Medizinischen Dienst, als auch niederschwellige Ansprechmöglichkeiten der Ombudsperson. Außerdem wurde der Hinweis auf die Ombudsperson in negativen Leistungsbescheiden der Pflege- und Krankenkassen im Laufe der Amtszeit umfangreicher umgesetzt. Mit der Thematik hat sich die 102. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger befasst. Im Verlauf des Berichtes wird weiter darauf eingegangen.

2.2 Erreichbarkeit

Sie können sich **vertrauensvoll** und **kostenfrei** unter den folgenden Zugängen – auch in anonymisierter Form – an die Ombudsperson wenden:

Telefon: 07821 938-1701 (Geschäftsstelle der Ombudsperson)

Montag bis Freitag: 09:00–12:00 Uhr

Montag bis Donnerstag: 13:00–15:00 Uhr

E-Mail: ombudsperson@md-bw.de

Postadresse: Medizinischer Dienst Baden-Württemberg

Ombudsperson

Postfach 1210

77902 Lahr/Schwarzwald

Weitere Informationen zu den Aufgaben der Ombudsperson finden Sie auch auf unserer Website: www.md-bw.de/ueber-uns/ombudsperson.

3. Tätigkeit der Ombudsperson im Überblick

Eingangsart der 537 Eingaben

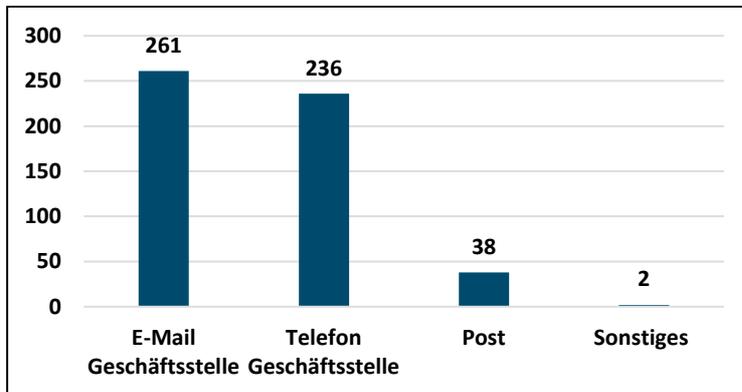


Abbildung 3: Eingangsart

Die 537 Eingaben wurden von verschiedenen Adressaten eingereicht. 261 Eingaben sind per E-Mail in der Geschäftsstelle eingegangen, 236 Eingaben wurden telefonisch in der Geschäftsstelle entgegengenommen. Per Post gab es 38 Eingaben sowie 2 Eingaben in der Kategorie „Sonstiges“, die über das Kontaktformular der Homepage des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg eingegangen sind.

Wer hat die Eingaben eingereicht?

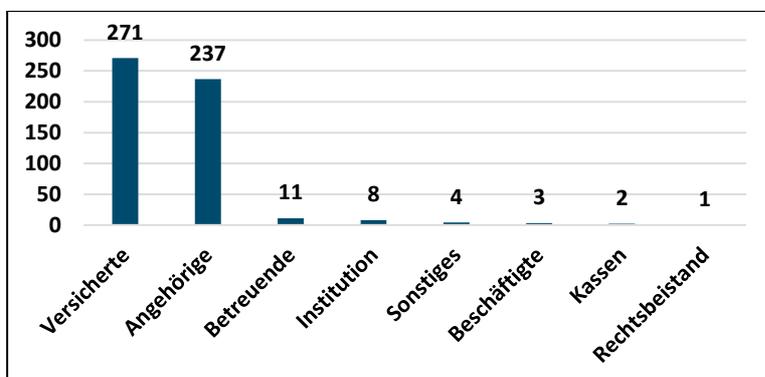


Abbildung 4: Wer hat die Eingaben eingereicht?

Die meisten Eingaben sind von den Versicherten (271) und den Angehörigen (237) eingegangen. Durch Betreuerinnen und Betreuer wurden 11 Eingaben sowie durch Institutionen 8 Eingaben vermerkt. 4 Eingaben sind in der Kategorie „Sonstiges“, diese beinhalten beispielsweise eine Eingabe durch die Hausärztin/Hausarzt oder behandelnde/r Fachärztin/Facharzt einer versicherten Person. Durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg sind im Berichtszeitraum 3 Eingaben erfolgt. Diese Anliegen konnten im direkten Austausch und in einem Fall durch die Abgabe an den Personalrat (keine Zuständigkeit der Ombudsperson) geklärt werden. 2 Eingaben wurden direkt von der Krankenkasse an die Ombudsperson weitergeleitet und 1 Eingabe erfolgte durch einen Rechtsbeistand.

Gerne stehe ich auch in Zukunft für vertrauliche Telefongespräche mit Beschäftigten des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg zur Verfügung. Dazu haben alle Beschäftigten meine Handynummer erhalten. Ich versichere nochmals, dass die Angaben der anrufenden Personen vertraulich behandelt und keine Informationen, die Rückschlüsse auf die Personen zulassen, an Dritte weitergegeben werden.

Eingabegrund

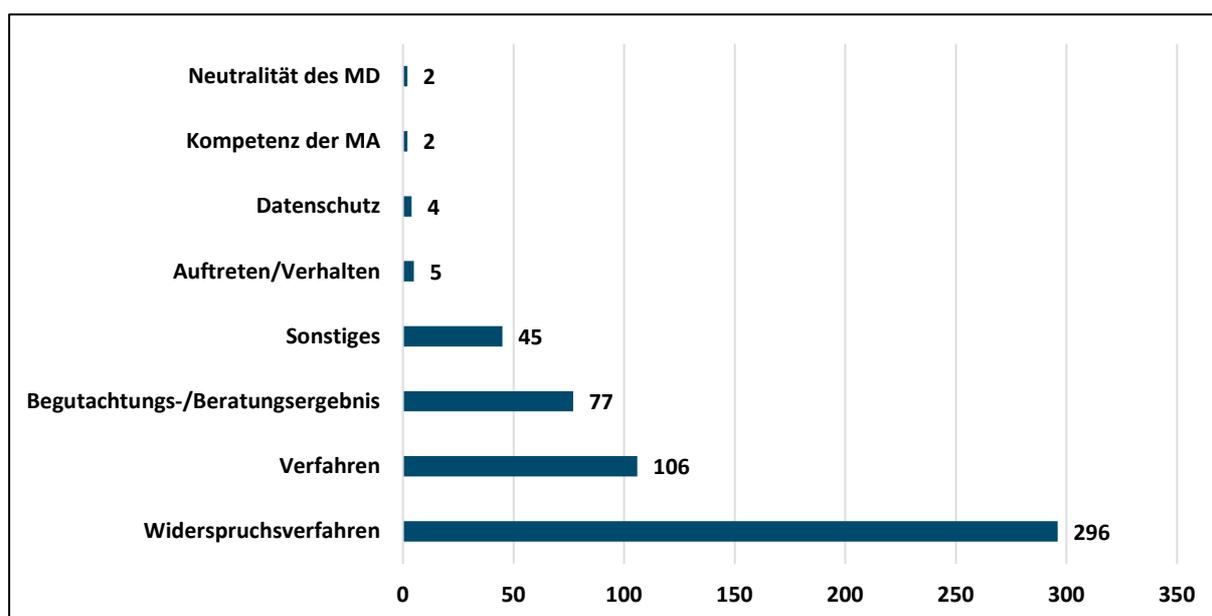


Abbildung 5: Eingabegrund

Vereinzelt sind Eingaben zu den Kategorien „Neutralität des MD“ (2), „Kompetenz der MA“ (2), „Datenschutz“ (4) sowie „Auftreten/Verhalten“ (5) eingegangen. In der Kategorie „Sonstiges“ sind 45 Eingaben erfasst, die nicht in den direkten Zuständigkeitsbereich der Ombudsperson fallen. Auf eine nähere Beschreibung dieser Eingaben wird in dem folgenden Bereich Begutachtungsgebiete eingegangen.

77 Eingaben sind der Kategorie „Begutachtungs-/Beratungsergebnis“ zugeordnet. Hier liegt der Fokus der kontaktsuchenden Personen häufig auf Verständnisfragen zum Inhalt und der Bewertung des Gutachtens. Die 106 Eingaben der Kategorie „Verfahren“ beinhalten Eingaben zur Termintreue, der Art der Begutachtung und der Laufzeit. Einige dieser Eingaben konnten mit Einwilligung der kontaktsuchenden Personen an das Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes weitergeleitet werden. Im Folgenden werden diese weiter beschrieben.

Die Kategorie „Widerspruchsverfahren“ umfasst Eingaben mit Fragen nach der Vorgehensweise im Widerspruchsfall. Hier wurde u. a. auf das Hinweisblatt der Ombudsperson hingewiesen.

Beispiele der Hauptanliegen der Eingaben

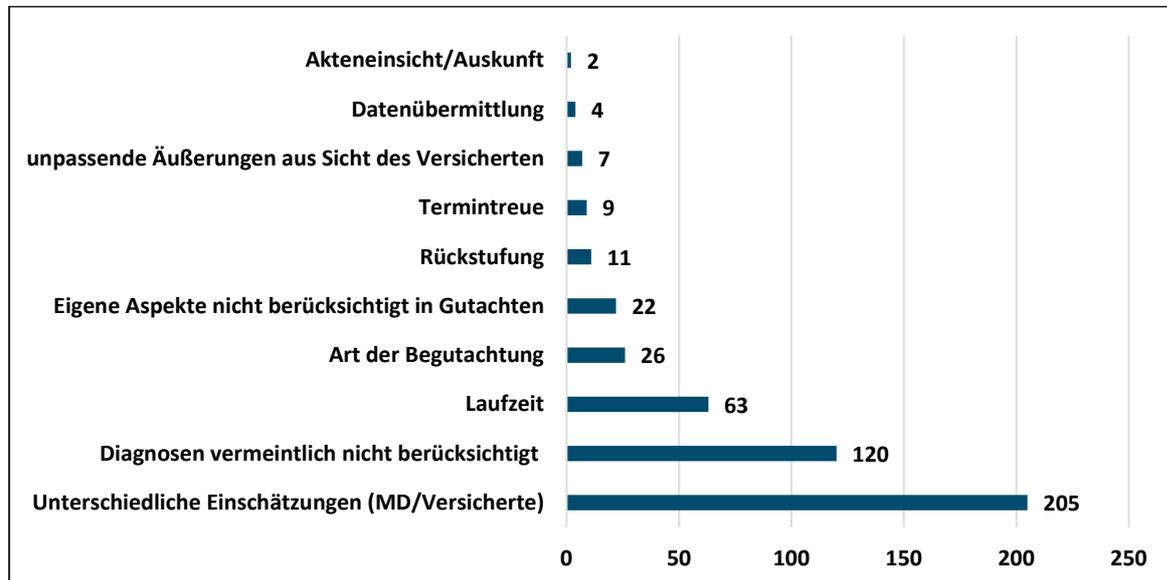


Abbildung 6: Beispiele der Hauptanliegen der Eingabe

Vereinzelt sind Eingaben zu den Kategorien „Akteneinsicht/Auskunft“ (2) und „Datenübermittlung“ (4) eingegangen. „Unpassende Äußerungen aus Sicht der Versicherten“ sind 7 Eingaben im Hauptanliegen eingegangen. Hierunter fällt eine unpassende politische Äußerung in der Begutachtungssituation. Die Kategorie „Termintreue“ mit 9 Eingaben beinhaltet festgelegte Begutachtungstermine, die nicht pünktlich eingehalten oder kurzfristig abgesagt wurden.

Die Kategorie „Laufzeit“ mit 63 Eingaben umfasst hingegen Anfragen zum aktuellen Stand des Verfahrens. Diese beziehen sich fast ausschließlich auf die Terminierung im Widerspruchsverfahren und können meist ohne direkte Beteiligung der Ombudsperson durch die Geschäftsstelle der Ombudsperson bearbeitet oder an das zuständige Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes weitergeleitet werden. In 11 Eingaben war das Hauptanliegen eine Rückstufung des Pflegegrades. 22 Eingaben sind in der Kategorie „Eigene Aspekte nicht berücksichtigt im Gutachten“ enthalten. Hier äußerten die kontaktsuchenden Personen, dass die vorhandenen medizinischen Unterlagen nicht angemessen berücksichtigt worden seien oder ihre Erläuterungen und Beschreibungen für sie nicht aus dem Gutachten hervorgehen würden.

In 26 Eingaben war die Art der Begutachtung das Hauptanliegen, bemängelt wird die Begutachtung nach Aktenlage. Versicherte haben teilweise eine andere Wahrnehmung von pflegerelevanten Diagnosen, welche aus ihrer Sicht nicht in den Gutachten berücksichtigt wurden. Hierzu sind 120 Eingaben eingegangen. Mit 205 Eingaben in der Kategorie „Unterschiedliche Einschätzungen (MD/Versicherte)“ ist das unterschiedliche Verständnis der kontaktsuchenden Personen bezüglich des Pflegebedarfs und des Bedarfs an Unterstützung das häufigste Hauptanliegen. Auf eine nähere Beschreibung dieser Eingaben wird in dem folgenden Bereich der Einschätzungen eingegangen.

Bei direkten Kontakten ergibt sich häufig, dass diese Hauptanliegen mit Nebenanliegen verknüpft werden, und unter Umständen entstehen weitere Eingabegründe.

Begutachtungsgebiete

Der Hauptteil der Eingaben kann in zwei Bereiche eingeteilt werden. In den Bereich der Allgemeinen Sozialmedizin, im Konkreten der Krankenversicherung, und in den Bereich der Pflege mit der entsprechenden Pflegeversicherung. Wie aus den nachfolgenden Schaubildern hervorgeht, sind die Eingaben im Bereich der Allgemeinen Sozialmedizin vielfältiger als die in der Pflege. Hier geht es meist um die Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Die Sicht der Antragstellenden und ggf. der Verwandten und Angehörigen ist geprägt von den täglichen Erfahrungen mit der Beeinträchtigung im Bereich der Selbstständigkeit bei der Bewältigung des Alltagslebens sowie einer entsprechenden Erwartungshaltung auf eine Unterstützung durch die Pflegeversicherung.

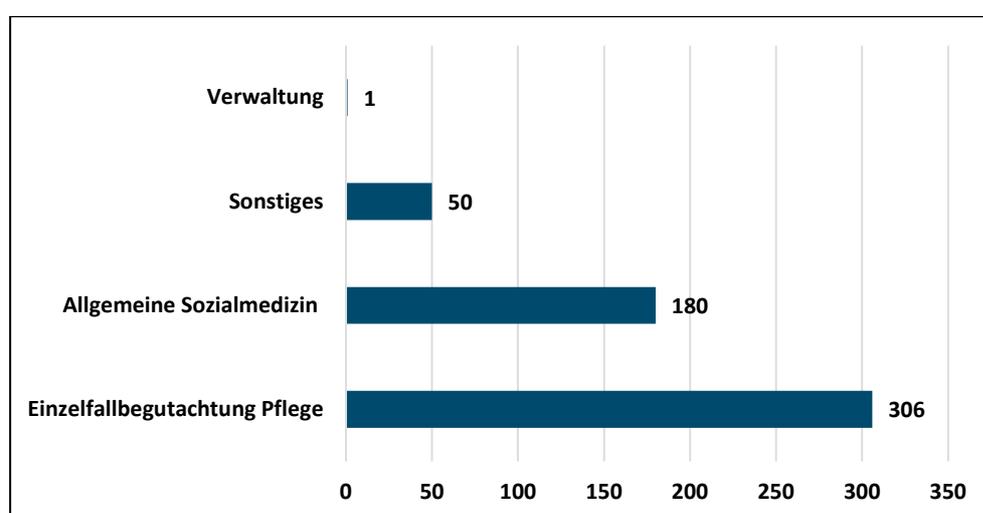


Abbildung 7: Begutachtungsgebiete

Die Eingabe in der Kategorie der „Verwaltung“ betrifft ein Anliegen zum Datenschutz. In der Kategorie „Sonstiges“ sind 50 Eingaben erfasst. Diese setzen sich aus einzelnen Gesprächsterminen mit Ansprechpersonen bei den zuständigen Kassen sowie den überwiegenden Eingaben, die nicht in den direkten Zuständigkeitsbereich der Ombudsperson fallen, zusammen. Beispiele sind juristische Fragestellungen, Beschwerden zu privaten Krankenkassen ohne Gutachten des Medizinischen Dienstes, Beschwerden zu Krankenhausbehandlungen, Beschwerden zu Terminvergabe und Behandlungen in Zahnarzt-, Hausarzt- und Facharztpraxen, Beschwerden zu Krankenkassen und der Erreichbarkeit des ärztlichen Notdienstes.

306 Eingaben sind in der Kategorie „Einzelfallbegutachtung Pflege“ eingegangen. In der Kategorie „Allgemeine Sozialmedizin“ sind 180 Eingaben eingegangen, auf deren differenzierte Auswertung im Folgenden weiter eingegangen wird.

In der Regel kann in diesen Fällen die Ombudsperson auf Institutionen oder Beratungseinrichtungen verweisen, die den Betroffenen weiterhelfen können.

Beispiele der Eingaben im Bereich der Krankenversicherung

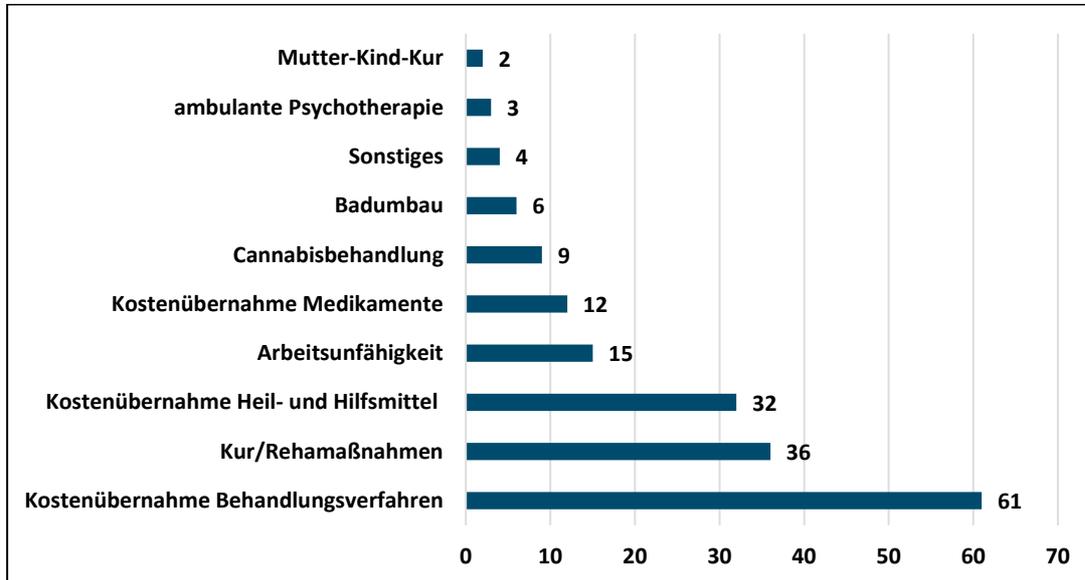


Abbildung 8: Beispiele Eingaben im Bereich der Krankenversicherung

Vereinzelt sind Eingaben zu den Kategorien „Mutter-Kund-Kur“ (2), „ambulante Psychotherapie“ (3), „Badumbau“ (6), „Cannabisbehandlung“ (9) und „Sonstiges“ (4) eingegangen. Unter „Sonstiges“ sind beispielsweise Eingaben mit Fragestellungen zur Kostenübernahme einer Haushaltshilfe oder einer häuslichen Intensivkrankenpflege. 12 Eingaben sind zur „Kostenübernahme von Medikamenten“ eingegangen, mehrheitlich Off-Label-Use.

Zur Kategorie „Arbeitsunfähigkeit“ sind 15 Eingaben eingegangen. Hier gibt es Rückmeldungen zu einer unterschiedlichen Einschätzung der versicherten Person bezüglich der Arbeitsunfähigkeit, Verständnisfragen zum Gutachten oder aus Sicht der versicherten Person nicht berücksichtigten Unterlagen und Befunden. In diesem Zusammenhang gab es auch Eingaben, in denen die Versicherten von einer Mitglieds Kündigung der Kasse aufgrund einer missverständlichen Formulierung im Bescheid der Kasse ausgegangen sind.

32 Eingaben sind zur Kategorie „Kostenübernahme Heil- und Hilfsmittel“ eingegangen. Beispiele hierfür sind Anträge auf Kostenübernahme einer speziellen Rollstuhlart, Hilfsmittel zur Kompressionstherapie oder therapeutischer Bewegungsgeräte. Zur Kategorie „Kur/Rehamaßnahmen“ sind 36 Eingaben eingegangen. Diese umfassen beispielsweise Anträge auf Kostenübernahme einer erneuten Maßnahme vor Ablauf der 4-Jahresfrist, Eingaben mit dem dringlichen Wunsch einer stationären statt ambulanten Maßnahme oder Eingaben, bei denen die ärztlichen Unterlagen nicht ausreichend berücksichtigt oder gar weitergeleitet wurden. Die 61 Eingaben in der Kategorie „Kostenübernahme Behandlungsverfahren“ umfassen beispielsweise Eingaben zu plastisch-chirurgischen Eingriffen, aber auch neue Behandlungsmethoden wie das PET-CT oder das mpMRT, die vor allem bei tumorerkrankten Versicherten eine wichtige Rolle einnehmen.

Anzahl der Telefonberatungen pro Eingabe

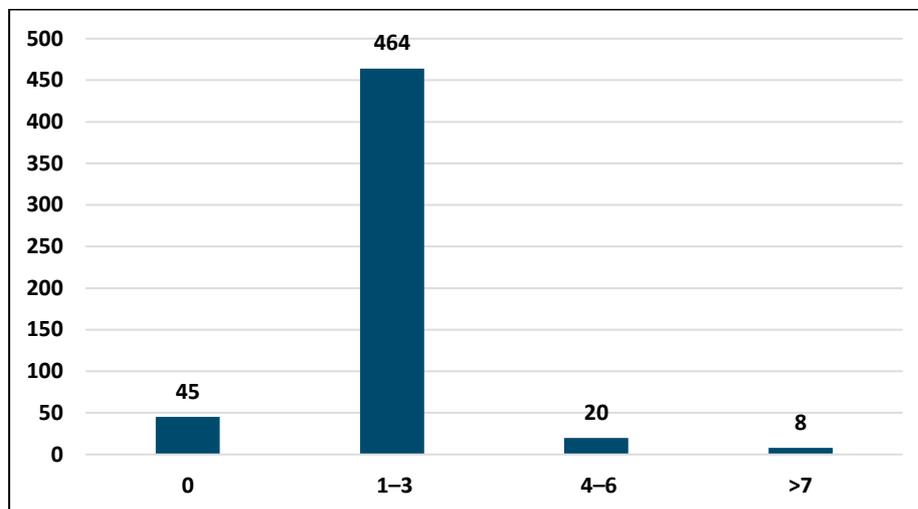


Abbildung 9: Anzahl der Telefonberatungen pro Eingabe

Ein Großteil der Eingaben (464) kann mit je 1–3 Telefonberatungen abgeschlossen werden. Dazu gibt es einzelne Anliegen (8), bei denen jeweils mehr als 7 Telefonberatungen stattfanden. Diese Anliegen sind beispielsweise Widerspruchsverfahren, bei denen eine intensivere Recherche und Klärung notwendig ist und sich der Kontakt über mehrere Wochen bis Monate streckt. 20 Eingaben sind mit 4–6 Telefonberatungen abgeschlossen. Hier streckt sich der Kontakt meist über mehrere Wochen. Bei 45 Eingaben gibt es keine Telefonberatung, da diese Eingaben nicht den Aufgabenbereich der Ombudsperson betreffen und meist auf unsere erste Rückmeldung keine weitere Kontaktaufnahme entsteht.

Es kommt immer wieder vor, dass die Versicherten das Gutachten nicht kennen, auf dem der Entscheid der Pflege- und Krankenkassen fußt. Meist haben die Versicherten es versäumt, den Wunsch nach dem Gutachten bei ihrer Kasse kundzutun. Wenn die Einwilligungserklärung eingegangen ist und die Gutachten vorliegen, ist es für die Kontaktsuchenden wertvoll, verschiedene Abschnitte des Gutachtens, insbesondere die Zusammenfassung, zu besprechen. Die eigene Wahrnehmung des Pflegegrades für die von Pflege betroffenen Personen unterscheidet sich oft von dem der Gutachtenden, auch oder weil die Antragstellenden eher die Krankheit in den Vordergrund stellen und weniger den dafür notwendigen Bedarf an Unterstützung. Oft werden die Gutachten von den Kontaktsuchenden nur selektiv gelesen oder auch nicht verstanden. Aufgrund der gemeinsamen Beschäftigung mit dem Gutachten sowie bei Bedarf entsprechender Befunde, kann das weitere Vorgehen beraten werden.

Maßnahmen der Ombudsperson

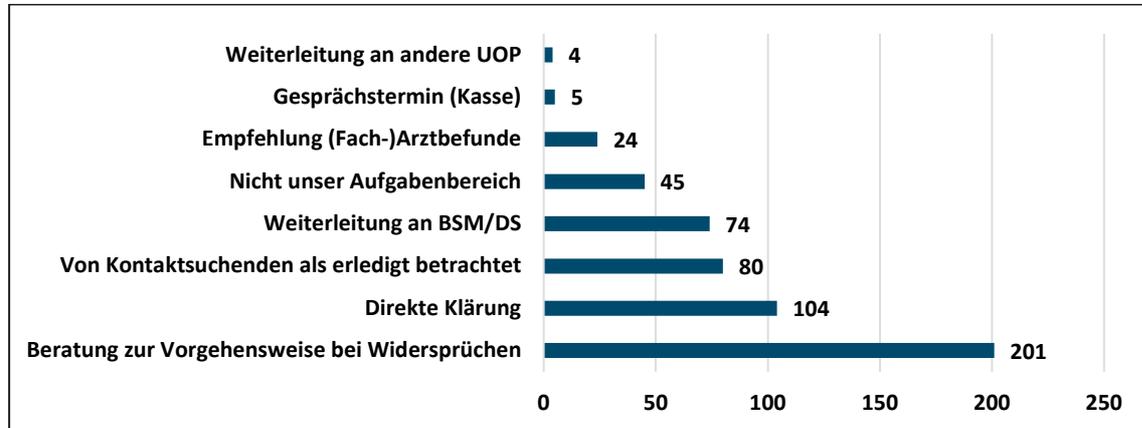


Abbildung 10: Maßnahmen der Ombudsperson

4 Eingaben wurden aufgrund fehlender regionaler Zuständigkeit an die jeweils zuständige Ombudsperson abgegeben. In 5 Eingaben fanden Gesprächstermine mit Ansprechpersonen der zuständigen Kasse statt. Aus datenschutzrechtlichen Gründen wurde hier das Anliegen jeweils nur abstrakt geschildert, um in Ausnahmefällen die Kontaktdaten der zuständigen Ansprechperson bei der Kasse an die Kontaktsuchenden weiterleiten zu können. Hier handelt es sich um besondere Anliegen, welche die Schnittstelle des Medizinischen Dienstes und der Kasse betreffen oder um kassenspezifische Beschwerden.

Die Kategorie „Empfehlung (Fach-)Arztbefunde“ beinhaltet 24 Eingaben. Hier haben die Kontaktsuchenden bereits den Widerspruch bei der zuständigen Kasse eingelegt und reichen entsprechende Befunde als Widerspruchsbegründung oder als Grundlage der Begutachtung im (Widerspruchs-)Verfahren nach. 45 Eingaben betreffen nicht den Aufgabenbereich der Ombudsperson. Auf Beispiele wurde bereits eingegangen. Die Weiterleitung der Eingaben an das Beschwerdemanagement oder den Datenschutz erfolgte in 74 Eingaben. Zum Teil war die Ombudsperson vorab aktiv, in einigen Eingaben bezüglich Rückfragen zur Laufzeit oder der Termintreue erfolgte jedoch eine direkte telefonische Weiterleitung an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Beschwerdemanagements. Auch direkte Beschwerden über Gutachterinnen oder Gutachter des Medizinischen Dienstes wurden nach Rücksprache mit den Kontaktsuchenden zur weiteren bzw. abschließenden Bearbeitung an das Beschwerdemanagement abgegeben.

80 Eingaben wurden nach dem Erstkontakt bzw. unserer Rückmeldung von den Kontaktsuchenden als erledigt betrachtet. Es gab keinen weiteren Kontakt und die Anliegen wurden als abgeschlossen gewertet. Die Kategorie „Direkte Klärung“ beinhaltet 104 Eingaben, die direkt und meist ohne Einwilligungserklärung geklärt werden konnten. In Einzelfällen wurde das Anliegen auch direkt mit der zuständigen Dienststelle bearbeitet. In insgesamt 201 Anliegen ist eine Erläuterung zum Widerspruchsverfahren der Kassen erfolgt. Beispielsweise fallen in diese Anliegen die Hinweise, dass der Widerspruch bei der jeweiligen Kasse einzulegen ist und nicht beim Medizinischen Dienst oder bei der Ombudsperson. Viele Kontaktsuchende kennen sich mit dem Widerspruchsverfahren nicht aus. Deshalb wurde ein Hinweisblatt (Anlage 6.1) erstellt, welches wir den Kontaktsuchenden bei Bedarf zukommen lassen. Es enthält zusammengefasst Informationen zu möglichen Anliegen im Zusammenhang mit der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst und der Leistungsentscheidung der Kasse sowie mögliche Ansprechpersonen.

4. Erfahrungen, Einschätzungen und Hinweise

Wunsch nach persönlicher Begutachtung

Der Wunsch der Versicherten nach einer persönlichen Begutachtung ist unvermindert hoch und ist in einer Vielzahl der Eingaben weiterhin ein Teil der Anliegen. Die Betroffenen gehen davon aus, dass sie den Pflegebedarf und ihre Situation im persönlichen Austausch besser beschreiben können. Sie fühlen sich durch die Begutachtung nach Aktenlage nicht wahrgenommen, und die pflegenden Angehörigen fühlen sich ausgeschlossen. Der Anspruch auf eine persönliche Begutachtung im Bereich der Pflegebegutachtungen ist den Versicherten oftmals nicht bekannt.

Der Medizinische Dienst Baden-Württemberg unternimmt, unter den gegebenen Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt für medizinisches Fachpersonal, große Anstrengungen, um sein Personal aufzustocken und somit eine höhere Hausbegutachtungsquote ab 2024 ermöglichen zu können.

Terminierungen / Telefonische Erreichbarkeit

Wiederholt gibt es Eingaben zu Schwierigkeiten und Problemen bei der Terminierung von Hausbesuchen zur Pflegebegutachtung. Wenn Familienmitglieder oder Vertrauenspersonen bei dem vorab festgelegten Begutachtungstermin zur Unterstützung anwesend sein möchten, ist der persönliche Aufwand für diese Personen teilweise sehr hoch. Bei entsprechender Entfernung der Wohnorte blocken sich diese Personen oft zwei Tage, wenn die taggleiche Anreise vor dem Termin nicht sichergestellt werden kann. Häufig werden dafür auch Urlaubstage genutzt. Da auch kurzfristige Absagen (Krankheit der Gutachterin/des Gutachters oder Krankenhausaufenthalt der versicherten Person) wohl unvermeidlich sind, ist es umso wichtiger, dass nach solchen kurzfristigen Absagen der nächste Termin nicht vom Medizinischen Dienst festgelegt, sondern gemeinsam vereinbart wird. Bei dieser Gelegenheit könnte sichergestellt werden, dass gegebenenfalls außer auf die Belange der Versicherten auch auf die Belange weiterer Personen Rücksicht genommen werden kann. Kommunikationsprobleme gibt es jedoch auch im Falle von Absagen durch die Versicherten. Hier wird es als eine „Bestrafung“ empfunden, dass nach dieser Absage meist keine zeitnahe Terminierung möglich ist. Dieses Gefühl wurde von einem Kontaktsuchenden als „jetzt müssen Sie sich erst einmal hintenanstellen“ beschrieben. Eine Aussage, die mir allerdings nur einmal so mitgeteilt wurde.

Ein weiterer häufiger Teil bei Eingaben im Bereich Pflegeversicherung ist die Dauer, bis ein Termin für eine Begutachtung im Widerspruchverfahren festgelegt wird. Diese „Wartezeit“ ist für die betroffenen Versicherten und Angehörigen eine häufig schwer auszuhaltende Zeit.

Der Umstand, dass Erhöhungen des Pflegegrades meist rückwirkend ausgeglichen werden können, mindert die Belastung bis zur möglicherweise positiven Entscheidung der Kassen nicht. Gerade bei erhöhter Pflegebedürftigkeit und ohne finanzielle Rücklagen kann der erforderliche Mehraufwand an Pflegeleistungen durch die betroffenen Versicherten und Angehörigen nicht ausgeglichen werden.

In diesem Berichtszeitraum sind erstmalig vereinzelte Rückmeldungen eingegangen, dass die betroffenen Versicherten im Zeitraum des laufenden Widerspruchsverfahrens – also nach der Antragstellung (Erstantrag oder Höherstufungsantrag) und vor der Mitteilung eines Begutachtungstermins im Widerspruchsverfahren – verstorben sind. Dies ist sehr bedauerlich und sollte so nicht passieren. Diese Eingaben sind aus meiner Sicht ein Zeichen für die angespannte personelle Situation bei den Gutachterinnen und Gutachtern, auch aufgrund der Zunahme der Begutachtungsaufträge. Meist konnten in diesen Fällen kulante Regelungen im abschließenden Gutachten oder mit der zuständigen Kasse gefunden werden. Zwischenzeitlich wurden Maßnahmen für den Haushalt 2024 ergriffen, die aus meiner Sicht notwendig sind. Auch Rückmeldungen zu Regelungen gegenseitiger Unterstützung der Dienststellen untereinander sind eingegangen. Dies empfinde ich als eine gute Regelung in diesen besonderen Situationen und habe dies gegenüber Kontaktsuchenden bei Unverständnis auch so kommuniziert.

Zunehmend, auch im Vergleich zum Vorjahr, sind Rückmeldungen zu Schwierigkeiten bezüglich der telefonischen Erreichbarkeit des Medizinischen Dienstes eingegangen. Die Anrufenden beschreiben, bezogen auf einige Regionen, eine lange Warteschleife und ausstehende Rückrufe bzw. Rückmeldungen. Durch eine neue Telefonanlage, die Einrichtung eines Callcenters und Piloten zur Abstimmung von Hausbesuchen, soll die telefonische Erreichbarkeit in Zukunft verbessert werden. Wir werden die Situation weiter beobachten.

Anspruchsdenken der Anrufenden

Seitens der Kontaktsuchenden gibt es ohne Zweifel in einigen Fällen auch ein erhöhtes Anspruchsdenken, z. B. bei Terminierungen von Begutachtungen, der Kontaktaufnahme mit dem Medizinischen Dienst oder dem Wunsch einer Änderung im Gutachten durch die Ombudsperson. Die Kontaktsuchenden bemängeln die Arbeitsweise des Medizinischen Dienstes aufgrund des Servicegedankens von Dienstleistungen. Eine Aussage von Versicherten hierzu: „Wenn ich in meinem Betrieb mit der Kundschaft umgegangen wäre, wie der Medizinische Dienst mit seiner Kundschaft umgeht, hätten wir als Betrieb nicht überlebt“.

Zum einen haben die Versicherten den Anspruch, dass mit ihnen wertschätzend umgegangen wird und bei verpassten Anrufen möglichst zurückgerufen wird. Dies kann seitens des Medizinischen Dienstes deutlich verbessert werden. Zum anderen gibt es Ansprüche an den Medizinischen Dienst bezüglich der Erreichbarkeit oder Terminvergabe, die nicht alle erfüllt werden können.

Die Ombudsperson kann und will dem Anspruch, die inhaltliche Änderung eines Gutachtens in die Wege zu leiten, nicht nachkommen. Dies ist nicht die Aufgabe der unabhängigen Ombudsperson. Eine inhaltliche Überprüfung der Gutachten durch den Medizinischen Dienst kann nur durch einen neuen Auftrag durch die Kasse, die Einlegung eines Widerspruchs oder die Inanspruchnahme eines gerichtlichen Rechtsschutzes durch die versicherte Person erreicht werden.

Rückfragen und Beschwerden zum Verfahren von Begutachtungen gehören natürlich zum Aufgabenfeld der unabhängigen Ombudsperson beim Medizinischen Dienst. Informationen zum Ombudsverfahren haben wir in dem Informationsblatt zum Ombudsverfahren mit den häufigsten Fragen und Antworten zusammengefasst (Anlage 6.2).

Zunehmend finanzielle Belastungen

Bei einigen Eingaben im Bereich der Pflege wurde deutlich, dass der gestellte Antrag, beispielsweise ein Höherstufungsantrag, in direktem Zusammenhang mit der finanziellen Belastung der pflegenden Angehörigen oder der zukünftigen Finanzierung des Pflegeplatzes der versicherten Person stehen.

Bei drei Eingaben wurde, als Konsequenz des ablehnenden Bescheides der Kasse, die Pflegeeinrichtung gewechselt oder die Pflegeunterstützung durch die Angehörigen selbst übernommen.

In angespannten finanziellen Situationen ist es schwierig deutlich zu machen, dass es bei dem Pflegegutachten vorrangig um den Pflegeaufwand geht. Umso notwendiger ist es, auf beratende Angebote in der Region aufmerksam zu machen.



Abbildung 11: Treffen der Ombudspersonen und dem Patientenbeauftragten der Bundesregierung in Berlin zum Austausch. U. a. ging es um Hinweise in Gutachten, dass bei Überwiegen des hauswirtschaftlichen Teils andere Sozialversicherungsträger zuständig sind.

Unterscheidung Pflegebedarf und Krankheitsbild

Wie bereits im letztjährigen Bericht erläutert, steht oftmals die eigene Krankheit bei den Versicherten im Vordergrund. Sie möchten zunächst „ihre Krankheit“ und deren Verlauf schildern. Das ist für sie oft schon hilfreich. Allerdings begründet eine „noch so schwere Krankheit“ nicht unbedingt einen Pflegebedarf. Auf diesem Hintergrund braucht es oft viele Argumente, um den Unterschied zwischen Pflegebedarf, Bedarf an Unterstützung und Krankheit zu erläutern.

Abwertende Politische Äußerungen bei Begutachtungen

Es gab eine Eingabe zu politischen Äußerungen bei einer Begutachtung im häuslichen Wohnumfeld, in der über abwertende Kommentare seitens einer Gutachterin/eines Gutachters zu einer politischen Persönlichkeit berichtet wurde. Diesbezüglich habe ich die Anregung, in Begutachtungssituationen keine abwertenden Kommentare zu einer politischen Persönlichkeit abzugeben, direkt an den Medizinischen Dienst Baden-Württemberg abgegeben. Es wurde sich sofort mit der Anregung auseinandergesetzt und ein angemessener Hinweis an die Gutachterinnen und Gutachter in der entsprechenden Region gegeben. Zusätzlich haben Gutachterinnen und Gutachter in einem Workshop Themen zu unverfänglichen und verfänglichen Gesprächsthemen in Begutachtungssituationen sowie dem Umgang mit diesen ausgearbeitet.

Darüber hinaus besteht auch in Begutachtungssituationen mit Flüchtlingen und Menschen mit Migrationshintergrund eine erhöhte Sensibilität. Die aktuelle politische Diskussion führt sowohl bei den Flüchtlingen und Menschen mit Migrationshintergrund selbst, als auch bei den Gutachterinnen und Gutachtern zu Verunsicherungen. Dass die Informationsflyer des Medizinischen Dienstes in verschiedenen Sprachen angeboten werden, verringert die sprachliche Barriere. Dennoch sollten die kulturellen Unterschiede, beispielsweise im Umgang und der Wahrnehmung bei Begutachtungen, beachtet werden. Hier könnten Fortbildungsangebote in kultursensibler Sprache hilfreich sein.



Abbildung 12: Im Gespräch mit Sozialminister Manne Lucha stellte ich meinen Jahresbericht vor. Inhalte: Beobachtungen/Einschätzungen und mögliche politische Ableitungen sowie Beschluss der 101. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger.

Begutachtungen bei Versicherten mit psychischen Erkrankungen

Wir bekamen vereinzelt Rückmeldungen von Versicherten mit psychischen Erkrankungen oder deren Angehörigen sowie Mitarbeitenden in sozialpsychiatrischen Diensten zu unpassenden Gesprächsführungen in Begutachtungssituationen. Es wurde bemängelt, dass die psychischen Erkrankungen und dem daraus resultierenden Unterstützungsbedarf bei der täglichen Pflege nicht ausreichend in dem Begutachtungsergebnis berücksichtigt seien. Auch eine fehlende Wertschätzung in der Gesprächsführung der Begutachtungssituationen wurde angemerkt. Gute Kenntnis hinsichtlich pflegerischer Beobachtungen und Tätigkeiten in somatischer und auch in psychiatrischer Hinsicht werden ebenso wie die Wertschätzung in der Gesprächssituation als wichtig beschrieben.

Der Verbund Einzelfallbegutachtung Pflege hat die Anregung einer qualifizierten Fortbildung zur Begutachtung von Versicherten mit psychischen Erkrankungen direkt aufgegriffen und Fortbildungsmaßnahmen im noch laufenden Jahr 2023 angeboten. Dafür bin ich sehr dankbar, da dies auch ein Zeichen der wertschätzenden Zusammenarbeit insgesamt ist.

Geschlechterspezifische Begutachtungen

Mehrere Eingaben von Beschwerdeführerinnen und einem Beschwerdeführer sind zu geschlechterspezifischen Begutachtungssituationen im Zusammenhang mit Anträgen auf Kostenübernahmen von bestimmten Operationen (u. a. Liposuktion, Schamlippenverkleinerung, Brustverkleinerung), Therapien oder Medikamenten eingegangen. Die Versicherten fühlten sich mit ihren Sorgen und Nöten nicht angenommen und wertgeschätzt.

Natürlich ist die Enttäuschung über die Ablehnung einer Behandlungsform immer ein wichtiger Faktor, auch im Widerspruchsverfahren. Dennoch ist eine sensible Kommunikation im Umgang und in der Erklärung einer Entscheidung ratsam, beispielsweise wenn dies aus Sicht der Versicherten eine Dysfunktion im Intimbereich betrifft.

Off-Label-Use

Vermehrte Anfragen sind zu Medikamenten, invasiven Eingriffen und Diagnose-Maßnahmen, deren Kosten gegenwärtig nicht – gegebenenfalls noch nicht – von der gesetzlichen Krankenkasse getragen werden (Off-Label-Use), eingegangen. Hier handelt es sich bis auf wenige Ausnahmen um Versicherte, die an einer schweren, lebensbedrohenden Erkrankung leiden. Aufwendungen, die unter dieses Label fallen, werden von den gesetzlichen Krankenkassen oft nur auf Grundlage eines entsprechenden Gutachtens des Medizinischen Dienstes übernommen. Das Ergebnis des Gutachtens erfolgt auf der Basis der Entscheidungen des gemeinsamen Ausschusses, die aufgrund von wissenschaftlichen Untersuchungen erfolgen. Für die Versicherten ist eine Entscheidung oft überlebenswichtig, und eine ablehnende Beurteilung des Medizinischen Dienstes wird nur schwer verstanden, zumal die Ärztinnen und Ärzte ihres Vertrauens in der Regel den Antrag gestellt haben. Hier wäre eine für die Versicherten einfache und verständlichere Begründung der Ablehnung hilfreich.

Anfragen zu Myalgischer Enzephalomyelitis/Chronische Fatigue Syndrom (ME/CSF)

In diesem Jahr sind vermehrte Eingaben zu ME/CSF, einer chronischen Erkrankung, die eine außergewöhnlich schnelle körperliche und geistige Erschöpfung aufweist, eingegangen. Eine Erklärung für die Zunahme der Eingaben ist die Long-COVID-Diagnostik, aber auch die politische Diskussion im Bundestag über den weiteren Umgang mit der Erkrankung.

Bei den Eingaben und Beschwerden geht es um die Einstufung in den - aus Sicht der Betroffenen - richtigen Pflegegrad oder um die Kostenübernahme eines entsprechenden Medikamentes. In einem Fall ging es auch um eine therapeutische Empfehlung des Medizinischen Dienstes, die aus Sicht der Betroffenen schädlich ist. Die Kommunikation läuft oft über bzw. mit Angehörigen, da die erkrankten Versicherten zu schwach sind.

Aus meiner Sicht ist hier die Politik gefordert, finanzielle Mittel für wissenschaftliche Untersuchungen freizugeben, um auf der Basis von fundierten Erkenntnissen auch im gemeinsamen Ausschuss entsprechende Entscheidungen fällen zu können. Der Medizinische Dienst kann somit auch entsprechend qualifizierte Gutachten erstellen.

In der aktuellen Situation sollte der Medizinische Dienst für die Begründung der Beurteilung auf die zu dünne wissenschaftliche Erkenntnis hinweisen, sowohl in den sozialmedizinischen Gutachten als auch den Pflegebegutachtungen.

Gutachtenübersetzende

Für manche Versicherten gestaltet sich das Lesen der Gutachten schwierig bzw. ist das Verstehen des Gutachtens oft schwer. Es gibt allerdings auch sehr aufwändige, umfangreiche oder im Fachjargon beschriebene Gutachten, die für Laien nur schwer verständlich sind.

Zu ersterem möchte ich nochmals auf meine Ausführungen im letzten Bericht hinweisen, dass eine verpflichtende Pflegeberatung insgesamt für alle Beteiligten dienlich wäre. Die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes könnten bei den Begutachtungen etwas aktiver auf bestehende Möglichkeiten aus dem Pflegegesetz hinweisen. Dazu müssen die Schnittstellen von Gutachtenden und Beratenden neu definiert und Ressourcen bereitgestellt werden. Allerdings gibt es immer wieder Fälle, in denen die Versicherten nicht in der Lage sind, einen Widerspruch begründet zu schreiben oder auch die körperlichen Voraussetzungen in einem Einpersonenhaushalt fehlen. Der Hinweis auf die Kinder, Enkel oder Nachbarn hilft nicht immer weiter, auch weil die Scham groß ist, um Hilfe zu fragen. Pflegestützpunkte sind ein Ausweg.

Zu zweitem rege ich an, Fortbildungen zu leichter und einfacher Sprache anzubieten. Die Gutachten werden in erster Linie von Beschäftigten der Krankenkassen gelesen, die keine Medizinerinnen und Mediziner sind, und von den Versicherten selbst. Also müssen die Gutachten auch für diese sprachlich angepasst geschrieben werden.

Kommunikation mit Pflege- und Krankenkassen

Aktuell gibt es für spezifische Fragen an die jeweilige Krankenkasse direkte Ansprechpersonen für die Ombudsperson mit den Krankenkassen AOK, DAK und IKK. Das hat sich als hilfreich erwiesen.

Immer wieder berichten die Versicherten darüber, dass ihnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kassen mitgeteilt haben, einen Ablehnungsbescheid aufgrund der „Entscheidung“ des Medizinischen Dienstes ausgestellt zu haben. Es bedarf oft einer Aufklärung zum Zweck der Gutachten des Medizinischen Dienstes und damit einhergehend, dass die Pflege- und Krankenkasse Herrin der Verfahren ist. Daher bestehen berechtigte Zweifel, ob alle Kassen im Bereich des Medizinischen Dienstes die Anforderungen – wie die im § 275, Absatz 3 c SGB V vorgegebenen – korrekt umsetzen.

In den überwiegenden Leistungsentscheiden der Krankenkassen ist zwischenzeitlich der Hinweis auf die Ombudsperson aufgeführt. Bei einigen Kassen ist dieser Hinweis in Relation zur Rechtsbehelfsbelehrung allerdings derart hervorgehoben, dass sich die Versicherten mit ihrem Widerspruch oder ihrer Anfrage direkt an die Ombudsperson wenden, da die Rechtsbehelfsbelehrung verkleinert nach Hinweis auf die Ombudsperson aufgeführt ist oder gar fehlt. Auf der 102. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 3. bis 4. Mai 2023 wurde deshalb der Beschluss gefasst:

„Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder weisen darauf hin, dass schriftliche und elektronisch erlassene (Teil-) Ablehnungsbescheide einer Kranken-/ Pflegekasse gemäß § 36 SGB X mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen sind. Die Rechtsbehelfsbelehrung muss eindeutig, vollständig, richtig und klar erkennbar sein. Sie hat den Rechtsbehelf zu bezeichnen (Widerspruch), die Stelle zu benennen, bei der der Rechtsbehelf einzulegen ist (einschließlich der vollständigen Anschrift), die einzuhaltende Frist und die einzuhaltende Form anzugeben. Um ihre Hinweis- und Belehrungsfunktion erfüllen zu können, muss die Rechtsbehelfsbelehrung als solche bezeichnet werden. Sie darf nicht in einer vielseitigen Begründung versteckt werden oder in einer im Verhältnis zum Gesamteindruck des Bescheides deutlich zurücktretenden Form, z.B. durch Abfassung in deutlich kleinerer Schrift, eingebracht werden. Die Rechtsbehelfsbelehrung ist von dem Hinweis auf die Möglichkeit zur Inanspruchnahme der Unabhängigen Ombudsperson des Medizinischen Dienstes abzugrenzen.“

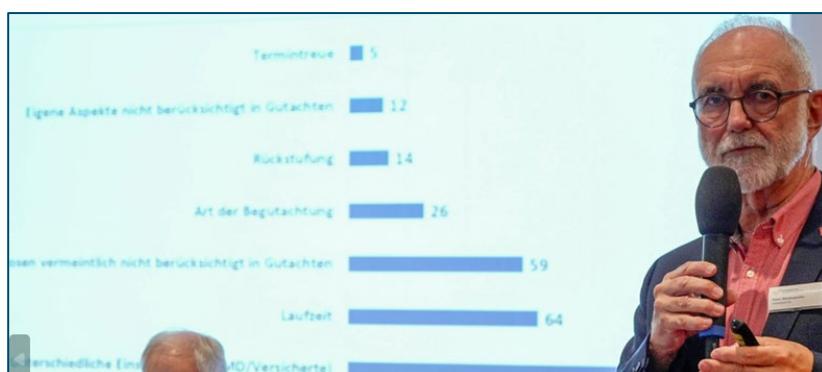


Abbildung 13: AOK-Verwaltungsrat: Vorstellung der Arbeit als Ombudsperson auf Grundlage des Jahresberichtes 2022 und Austausch mit den regionalen Ansprechpersonen zu Beschwerden bezüglich der AOK.

Umfrage des Sozialministeriums (Aufsichtsbehörde) zum Umgang mit fehlgeleiteten Widersprüchen

Ausgangspunkt der Umfrage zu den Erfahrungen mit fehlgeleiteten Eingaben/Widersprüchen bei der unabhängigen Ombudsperson des Medizinischen Dienstes war der Beschluss der **101. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 9. bis 10. November 2022**. Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder vertreten die Ansicht, dass die bei der unabhängigen Ombudsperson eines Medizinischen Dienstes eingehenden Widersprüche gegen Bescheide der Kranken-/Pflegekassen gemäß § 84 Absatz 2 Satz 1 SGG fristwährend sind und auch die Ombudsperson der Weiterleitungspflicht des § 84 Absatz 2 Satz 2 SGG unterliegt. Dem widersprechen die Ombudspersonen der Medizinischen Dienste, da die Ombudspersonen keine Behördeneigenschaft haben.

Nachfolgend eine Zusammenfassung unserer Rückmeldung zur Umfrage des Sozialministeriums zum Umgang mit fehlgeleiteten Widersprüchen.

In den weit überwiegenden Eingaben wird die Ombudsperson in der gesetzlichen Zuständigkeit richtig adressiert. „Fehlgeleitete“ Eingaben, in denen die Ombudsperson erkennbar die falsche Adressatin oder die offensichtlich unzuständige Stelle ist, sind somit äußerst selten. Es liegt in der Natur der Sache, dass Eingaben an die Ombudsperson auch die Schnittstelle zwischen dem Medizinischen Dienst und den Kranken- und Pflegekassen betreffen können. In den überwiegenden Eingaben ist die zuständige Kranken-/Pflegekasse für die unabhängige Ombudsperson nicht ersichtlich. In einer großen Anzahl der Eingaben besteht eine Gemengelage aus Beschwerde und Widerspruch. Ein Großteil der Menschen, die eine Eingabe machen, sorgen sich um ihre Gesundheit bzw. um die einer ihnen anvertrauten Person. Sie empfinden die für sie meist unbekanntenen Vorgehensweisen mit Beschwerden oder Widersprüchen als eine bürokratische Last und erhoffen sich Unterstützung von der Ombudsperson.

Die unabhängige Ombudsperson behandelt die Eingaben vertraulich und nimmt nur mit schriftlicher Einwilligungserklärung der versicherten Person bzw. Bevollmächtigten Kontakt zum Medizinischen Dienst oder zu anderen Stellen auf (Ziffer 3.1 Abs. 2 UOP RL). Auch nach abgelaufener Widerspruchsfrist melden sich Versicherte mit Anfragen zu Gutachten und der Begutachtungssituation.

Zur Umsetzung des 101. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörde der Sozialversicherungsträger zum Eingang von Widersprüchen gegen Bescheide der Kranken-/Pflegekassen bei der unabhängigen Ombudsperson wurde die Selbstverständlichkeit beschrieben, dass bei Eingaben in Textform (E-Mail) oder in Schriftform (Brief) die beschwerdeführende Person eine schriftliche Eingangsbestätigung erhält, mit dem Hinweis, dass die unabhängige Ombudsperson nicht die richtige Stelle zum Einlegen eines Widerspruchs ist, sowie eine Zusammenfassung an Informationen zur Einlegung eines form- und fristgerechten Widerspruchs bei der zuständigen Stelle (Ziffer 3.5 Abs. 1 UOP RL) der Kranken-/Pflegekassen.

Bei telefonischen Eingaben erhält die beschwerdeführende Person den Hinweis, dass die unabhängige Ombudsperson nicht die richtige Stelle zum Einlegen eines Widerspruchs ist, Informationen zur Einlegung eines form- und fristgerechten Widerspruchs bei der zuständigen Stelle (Ziffer 3.5 Abs. 1 UOP RL) und bei Bedarf eine schriftliche Zusammenfassung mit Eingangsbestätigung des telefonischen Widerspruchs. In vielen nachfolgenden Kontakten zu den beschwerdeführenden Personen wurde uns bestätigt, dass der Widerspruch auch bei der zuständigen Kasse eingelegt wurde.

Uns ist kein Fall bekannt, dass ein Widerspruch wegen Fristüberschreitung nicht angenommen wurde. Ob die Fristen dabei förmlich eingehalten wurden oder die Kassen den Eingang bei der Ombudsperson haben gelten lassen, ist nicht bekannt.

Im Prüfzeitraum 01. Juli 2022 – 30. Juni 2023 gab es 482 Eingaben. Davon sind 170 Eingaben (35,3 %), die neben der Einbeziehung der Ombudsperson gleichzeitig auch die Interpretation zulassen, dass ein Widerspruch gegen die Entscheidung der Kranken- oder Pflegekassen erhoben werden sollte. Als „fehlgeleiteten Eingaben/Widersprüchen“ sind 7 Widersprüche (1,5 %), die bei der Ombudsperson direkt eingingen, eingeordnet.

Anforderung von Einwilligungserklärung

Die Ombudsperson und die Geschäftsstelle der Ombudsperson haben keinen direkten Zugang zu den Unterlagen des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg. Der Medizinische Dienst ist nur berechtigt, uns Unterlagen und Informationen zu einem konkreten Vorgang zur Verfügung zu stellen, wenn die betroffene Person in die Datenweitergabe an uns schriftlich eingewilligt hat. Bei konkreten Fragen zu einem bestimmten Gutachten oder Vorgang fordern wir bei dem Medizinischen Dienst Baden-Württemberg die jeweiligen Unterlagen mit der Bitte um Akteneinsicht an. Dafür ist allerdings eine schriftliche Einwilligungserklärung notwendig. Hierfür senden wir der kontaktsuchenden Person das Formular der Einwilligungserklärung zu. In den Fällen, in denen die kontaktsuchende Person nicht die versicherte Person ist, fordern wir zusätzlich auch die Kopie der Bevollmächtigung an.

Immer wieder beklagen sich Versicherte über diese vermeintlich umständliche Handhabung des Datenaustausches zwischen dem Medizinischen Dienst und der Ombudsperson. Nicht selten bieten sie dann an, das Gutachten an die Geschäftsstelle der Ombudsperson zu senden. Vereinzelt reichte eine abstrakte Beschreibung des Anliegens für eine allgemeine und falls notwendig einfache Antwort aus.

In zwei Dritteln der Eingaben wurde eine Einwilligungserklärung bei der kontaktsuchenden Person angefordert, die ausgefüllt und unterschrieben wieder bei uns einging. Das weitere Drittel setzt sich aus den Eingaben mit direkter Klärung, den Eingaben, die nicht den Aufgabenbereich der Ombudsperson betreffen, den Abgaben an andere Ombudspersonen und den von den Kontaktsuchenden als erledigt betrachteten Eingaben zusammen.

Wir wenden dieses Verfahren an, weil mir die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorgaben wichtig ist. Genauso wichtig ist es mir dadurch zu verdeutlichen, dass die Ombudsperson keine Abteilung des Medizinischen Dienstes ist. Die Ombudsperson ist unabhängig und deshalb ist eine Einwilligungserklärung notwendig.

5. Dank und Ausblick

Wie schon im letzten Jahr möchte ich zu allererst Frau Bruder aus der Geschäftsstelle der Ombudsperson Danke sagen. Sie nimmt die Eingaben entgegen, die gerade bei Anrufern auch mal emotional ausfallen können. Sie vereinbart die nächsten Schritte und Termine mit mir. Sie recherchiert für mich die notwendigen Dokumente für die anstehenden Gespräche. Ohne Frau Bruder wäre die Aufgabe der Ombudsperson für mich nicht zu leisten.

Alle Fachbereiche haben mit der Ombudsperson kooperiert und glaubwürdig im Rahmen zur Verfügung stehender Ressourcen – wenn in der Sache gerechtfertigt – eine Abhilfe ermöglicht. Dafür gilt allen Beteiligten auch mein persönlicher Dank. Besonders erwähnen möchte ich die unkomplizierte Zusammenarbeit mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Referats Projekte und Logistik/Beschwerdemanagements, der Stabsstelle Recht/Datenschutz/Compliance, dem Verbund Einzelfallbegutachtung Pflege und dem Fachreferat Arzneimittel/Methoden/Onkologie.

Nicht zuletzt gilt mein Dank auch der stets reibungslosen und hilfsbereiten Zusammenarbeit mit dem Vorstand des Medizinischen Dienstes und den für seine Organisation tätigen Mitarbeitenden. Bei all den Gesprächen war die Achtung und der Respekt vor der unabhängigen Tätigkeit der Ombudsperson zu spüren.

Der Austausch war immer geprägt von einer gemeinsamen Verantwortung, meine Unabhängigkeit zu erhalten und zu fördern. Der Austausch der Ombudspersonen im Medizinischen Dienst auf der Bundesebene ist sinnvoll, um auch zu einem gemeinsamen Verständnis über die Tätigkeit einer Ombudsperson zu kommen und mehr fachlich voneinander zu lernen.

Mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) sollen einige Probleme in der Pflege angegangen werden. Gerade bei den Fristen für Beratungen, bei Begutachtungen im Verhinderungsfall bzw. bei Widersprüchen gibt es Handlungsbedarf, der hoffentlich durch die Umsetzung des neuen Gesetzes angegangen wird.

Die Vielzahl von Danksagungen von Kontaktsuchenden an die Ombudsperson und deren Geschäftsstelle sind eine Ermutigung zum Weitermachen und ein Zeichen für die Notwendigkeit einer Einrichtung wie die der Ombudsperson. Auf diesem Hintergrund sage ich gerne:

„Mir macht die Aufgabe der Ombudsperson beim Medizinischen Dienst weiterhin Freude und ich sehe darin eine sinnvolle Aufgabe!“



Abbildung 14: Dialogtag des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg; Austausch der jeweiligen Sichtweisen zu verschiedenen Themenbereichen in Gesprächsgruppen; Quelle: Medizinischer Dienst Baden-Württemberg.

6. Anlagen



Ombudsperson beim Medizinischen Dienst Baden-Württemberg

Herausgeber

Ombudsperson beim Medizinischen Dienst Baden-Württemberg • Peter Niedergesäss

Postfach 1210 • 77902 Lahr/Schwarzwald • Telefon: 07821 938-1701

E-Mail: ombudsperson@md-bw.de • Internet: www.md-bw.de/ueber-uns/ombudsperson

Stand: 15.12.2023