

Unabhängige Ombudsperson
beim Medizinischen Dienst Hessen

Jahresbericht 2024
nach § 278 Abs. 3 SGB V

Berichtszeitraum: 01.01. - 31.12.2024

Impressum:

Frau Peggy Keller
Unabhängige Ombudsperson beim MD Hessen
Eptingweg 7
65929 Frankfurt am Main

Ombudsperson@peggy-keller.de

Internet: www.md-hessen.de

Vorbemerkung

Gemäß § 278 Abs.3 SGB V hat die unabhängige Ombudsperson der Medizinischen Dienste (MD) dem Vorstand, dem Verwaltungsrat und der zuständigen Aufsichtsbehörde in anonymisierter Form über ihre Tätigkeit zu berichten. Der Bericht dient der Information über die Art und den Umfang der Inanspruchnahme der UOP durch Versicherte und Beschäftigte des MD. Er soll Aufschluss über häufig auftretende oder systemrelevante Probleme oder Beeinflussungsversuche geben.

Die UOP beim MD Hessen legt hiermit ihren dritten Bericht vor - Zeitraum 1.1.2024 - 31.12.2024. Ein Zwischenbericht (Vorstand) ist erfolgt. Der Bericht wird mit Blick auf die Sitzungsrythmen des Verwaltungsrates vorgelegt.

Inhaltsverzeichnis

A. Aufgaben der unabhängigen Ombudsperson	5
B. Wer kann sich an die Ombudsperson wenden?	5
a) Gutachterinnen und Gutachtern des Medizinischen Dienstes	
b) Versicherte	
C. Entwicklung und Statistiken	6
D. Kontaktaufnahme zur unabhängigen Ombudsperson	8
E. Graphische Zusammenfassung und Auswertung der Fälle	9
F. Ombudsverfahren	10
G. Gegenstand der Eingaben der Versicherten	11
H. Weitere Aktivitäten	13
I. Schlussfolgerungen	14

A. Aufgaben der unabhängigen Ombudsperson

Im Rahmen des Reformgesetzes des Medizinischen Dienstes „MDK-Reformgesetz“ wurden die Medizinischen Dienste gemäß § 283 Abs. 2 Satz 5 SGB V verpflichtet, eine unabhängige Ombudsperson zu bestellen.

Mit der Bestellung der unabhängigen Ombudsperson MD Hessen wurde eine Beschwerdestelle geschaffen, die außerhalb der Organisation frei und unabhängig von Weisungen tätig ist.

Hessen ist dabei nach wie vor fast das einzige Bundesland, welches auf die Befugnis verzichtet hat, eigenes Personal im Sinne der Einrichtung einer Geschäftsstelle beim MD Hessen für die unabhängige Ombudsperson zu nutzen bzw. für die Bewältigung der Aufgabe zur Verfügung zu stellen.

Der MD Hessen hat sich dafür entschieden, damit maximale Unabhängigkeit gewährleistet ist, keine Ressourcen - weder an Personal/digitaler Infrastruktur noch an Räumlichkeiten der unabhängigen Ombudsperson zur Verfügung zu stellen. Dies ist ein für den MD Hessen zentraler und wichtiger Punkt bei der Umsetzung der Gesetzes.

B. Wer kann sich an die unabhängige Ombudsperson wenden?

Gemäß § 278 Abs. 3 SGB V der Richtlinie können sich sowohl Beschäftigte des Medizinischen Dienstes bei Beobachtungen von Unregelmäßigkeiten, als auch Versicherte bei Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes vertraulich an die Ombudsperson wenden.

- a. Den Gutachterinnen und Gutachtern des Medizinischen Dienstes soll eine vertrauliche und niederschwellige Möglichkeit eröffnet werden, insbesondere Beeinflussungsversuche durch Dritte zu melden.
- b. Die weitere zentrale Aufgabe der unabhängigen Ombudsperson ist die Befassung mit Beschwerden von Versicherten. Hierzu kann die unabhängige Ombudsperson mit Einverständnis der beschwerdeführenden Person Kontakt zu der zuständigen Stelle aufnehmen, Anregungen und Beschwerden an diese weiterleiten, eine Stellungnahme anfordern oder zwischen den Beteiligten vermitteln.

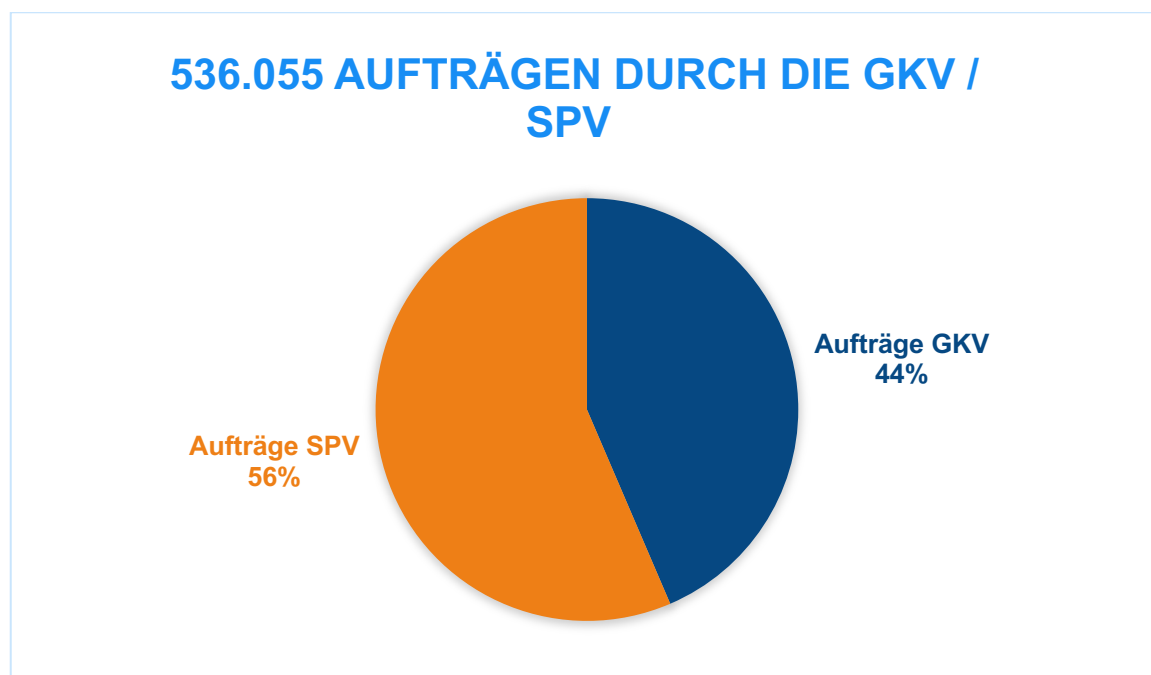
Für die Versicherten kann die unabhängige Ombudsperson weitere Beratungsstellen oder Ansprechpersonen benennen. Sie übt hier eine Lotsenfunktion aus. Eine Rechtsberatung findet durch die unabhängige Ombudsperson nicht statt.

C. Entwicklung und Statistiken

Im Berichtszeitraum hat es 284 Eingaben (Vorjahr 290) bei der unabhängigen Ombudsperson gegeben. Die Eingaben stammen von Versicherten, Angehörigen, Mitarbeitern des MD Hessen, behandelnden Ärzten, Pflegestützpunkten, Betreuungspersonen, Arbeitgebern. Diese sind im Verhältnis der vom MD Hessen im Jahr 2024 insgesamt erstellen Gutachten zu sehen.

Insgesamt ist der MD Hessen im Jahr 2024 mit **536.055** Aufträgen durch die GKV / SPV beauftragt worden.

Davon sind **233.460 Aufträge der GKV** und **302.595 Aufträge der SPV** zuzuordnen.



Die Verteilung der Eingaben

- 3 Fällen aus dem internen Bereich.
- 4 Fälle beziehen sich auf Fragen zum Widerspruchsverfahren
- 24 Eingaben betreffen die Dauer der Pflegebegutachtung bzw. die Dauer der Begutachtungen im Widerspruchsverfahren
- 87 Fälle die Art und Weise während der Begutachtung bzw. auch vereinzelt die Kommunikation und Erreichbarkeit des MD bei Terminvereinbarungen/Änderungen.
- 166 Fälle beziehen sich auf diverse Anfragen

Bei den 3 Fällen aus dem internen Bereich handelte es sich sowohl um organisationsinterne Klärungen, wie auch um eine Frage bezüglich eines Beeinflussungsversuches seitens einer Versicherten. Es handelte sich um eine Androhung mit einer Strafanzeige hinsichtlich der Behauptung einer „unterlassenen

Hilfeleistung“. Dem zugrunde lag eine Ablehnung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse, für eine geplante „Straffungsoperation“ (Entfernung Bauchfalte). Das Vorgehen in diesen Fällen wurde nochmals organisationsintern skizziert.

Die 4 Fälle zum Widerspruchverfahren betrafen die Anfrage der Hilfeleistung bei der Durchführung des Verfahrens. Hier begehren die Versicherten zum Teil eine Rechtsberatung oder sind der fehlerhaften Ansicht, dass die unabhängige Ombudsperson das Gutachten des MD abändern könnte. Ausdrücklich soll die unabhängige Ombudsperson keine Rechtsberatung leisten.

Dies gehört nicht zu den Aufgaben der unabhängigen Ombudsperson. Hier wurde die Lotsenfunktion ausgeübt und an unterstützende Stellen, wie zum Beispiel die Pflegestützpunkte, verwiesen. Für eine materiell- rechtliche Prüfung des Bescheides der Kranken und Pflegekassen steht den Versicherten innerhalb der Rechtsfrist das Widerspruchsverfahren zur Verfügung.

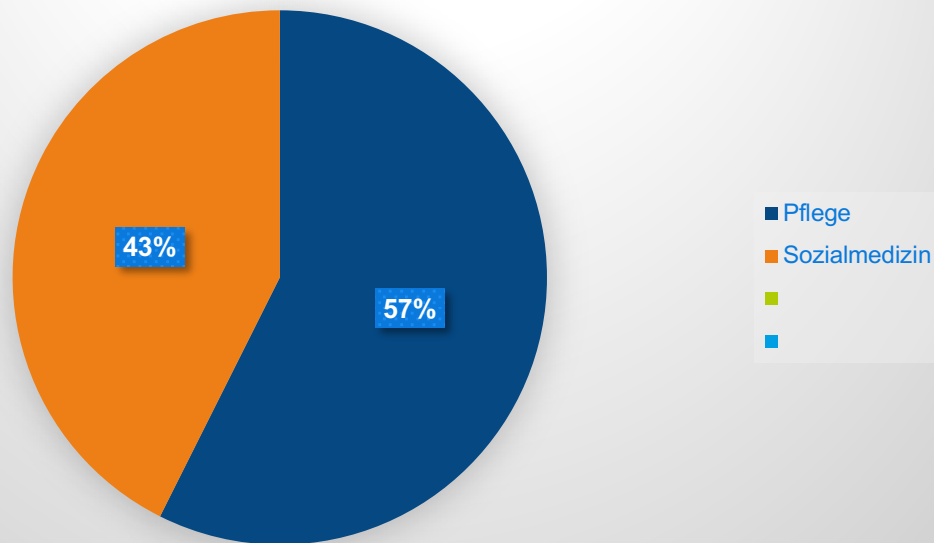
Mit 24 Beschwerden bezüglich der Dauer der Begutachtung zeigt sich das gleiche Bild zum Vorjahr.

Einen großen Anteil (87 Fälle) nimmt der Bereich der „Art und Weise“ der Kommunikation während der Begutachtung ein. Daneben weist auch die telefonische Erreichbarkeit sowie der Kommunikationsstil Entwicklungspotential auf.

166 Fälle beziehen sich auf diverse Anfragen, zu Beispiel Hilfestellungen bei der Beantragung der Pflegestufe, Fragen zum sozialen Sicherungssystem und zum Ablauf des Verfahrens. Beschwerden über Arztpraxen, private Pflegedienste, Krankenkassen oder Krankenhäuser. Diese Fälle betreffen den MD nicht direkt.

Das Verhältnis der Eingaben der Versicherten bzw. Angehörigen betreffen im Verhältnis ca. 57 % den Bereich der Pflege und zu ca. 43 % den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung.

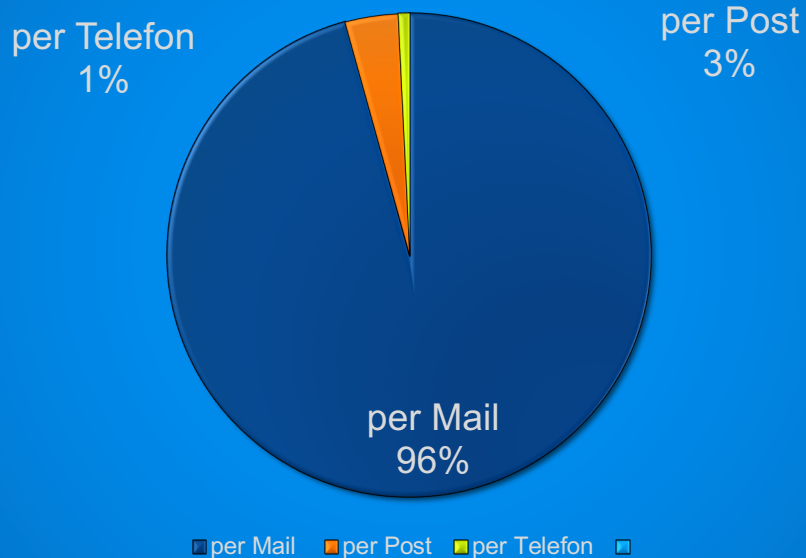
Verteilung Eingaben



D. Kontaktaufnahme zur unabhängigen Ombudsperson

Die Kontaktaufnahme erfolgt in der Regel per Mail, schriftlich per Post oder per Telefon. Der größte Anteil geht per Mail 272 Eingaben, 2 per Telefon und 10 per Post ein.

Kontaktaufnahme

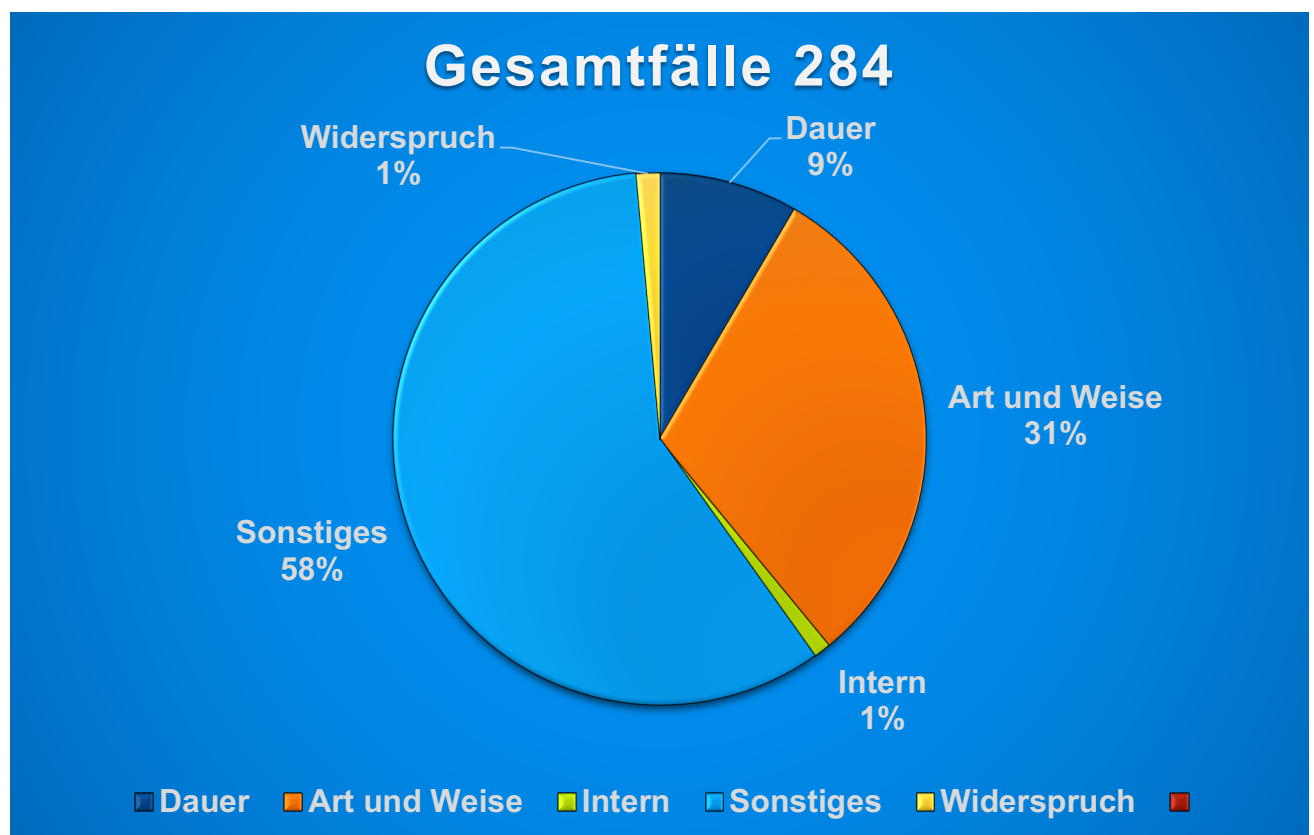


In den Fällen der schriftlichen Eingaben übermittelt die unabhängige Ombudsperson eine Eingangsbestätigung und nimmt sodann per Mail oder Telefon Kontakt zur Klärung des Anliegens auf. In den Fällen, in denen für die weitere Bearbeitung eine Einwilligungserklärung bzgl. Datenschutz erforderlich ist, erhalten die Personen ein Beschwerdeformular, welches sie sodann an die unabhängige Ombudsperson zurücksenden.

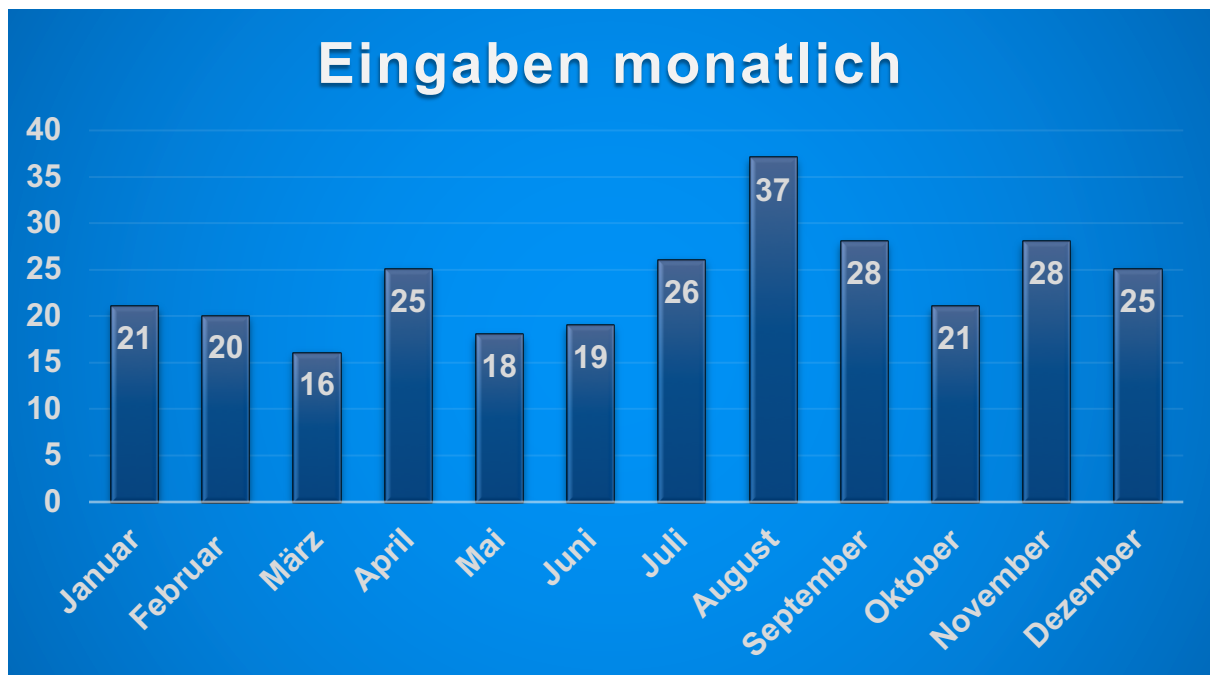
Bei eingehenden telefonischen Beschwerden, wird die Eingabe mit einer Aktennotiz erfasst. Meist konnte hier schon Abhilfe durch das Anhören der Betroffenen geschaffen werden.

In allen Fällen erhalten die Personen eine Zwischennachricht, abschließende Nachricht oder Stellungnahme. Diese kann bei einer Weitergabe des Falles an das Beschwerdemanagement des MD durch dieses erfolgen, wobei die unabhängige Ombudsperson die Stellungnahme zur Kenntnis erhält.

E. Graphische Zusammenfassung und Auswertung der Fälle:



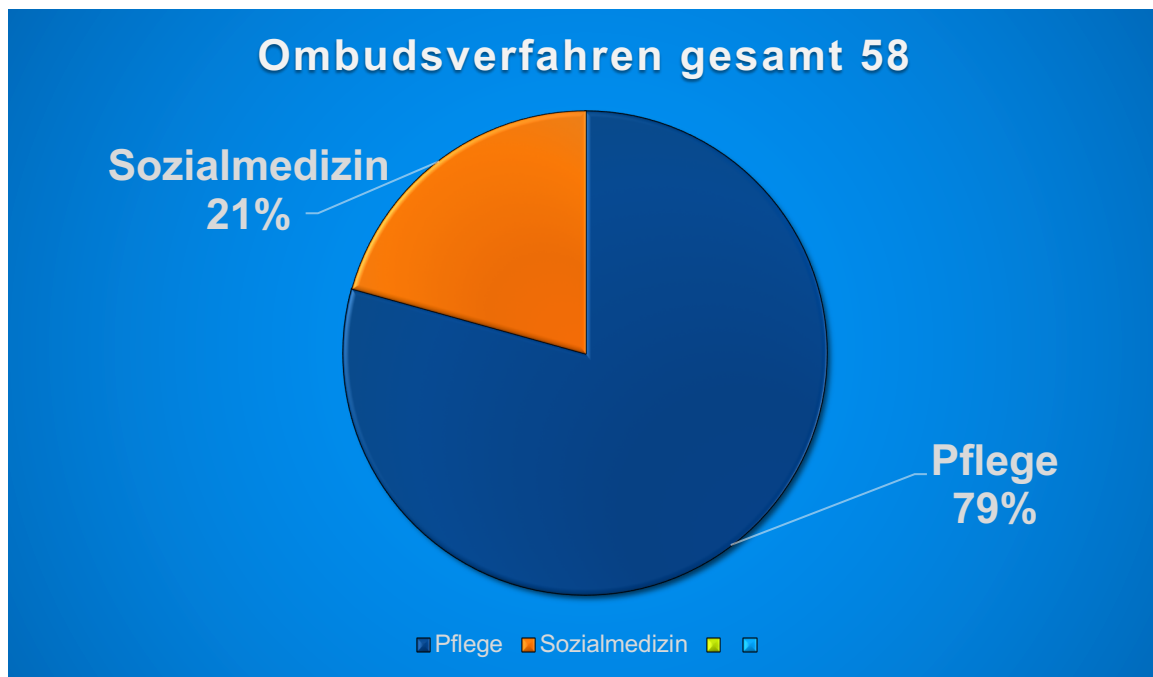
Eingaben verteilt über den Berichtszeitraum



Das Diagramm zeigt eine Steigerung zum Vorjahr in den Monaten Februar und August. März bis Juli sind annähernd gleichbleibend. Die Monate Oktober und Dezember weisen einen Rückgang auf.

F. Ombudsverfahren:

Im Berichtszeitraum wurden 58 Ombudsverfahren mit Einwilligung der Versicherten eingeleitet. Hierzu wurden von den Geschäftsbereichsleitern Stellungnahmen zu den Beschwerden angefordert sowie zwischen den Beschwerdeführern und dem Medizinischen Dienst vermittelt.



Es erfolgt je nach je nach Komplexität der Verfahren eine Zeitnahe Bearbeitung.

G. Gegenstand der Eingaben

Begutachtungen in der Sozialmedizin sind ein zentrales Instrument, um medizinische Sachverhalte objektiv zu bewerten und sozialrechtliche Ansprüche fundiert zu prüfen. Sie dienen als Grundlage für Entscheidungen von Sozialleistungsträgern. Ziele sozialmedizinischer Begutachtungen sind die Klärung der gesundheitlichen Voraussetzungen für Leistungen, die Unterstützung bei der Entscheidung über Maßnahmen zur Teilhabe, die Feststellung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit. Sowie die Einschätzung der Prognose und Rehabilitationsfähigkeit.

Für das Jahr 2024 waren Haupteingabegründe folgende:

- Unzufriedenheit mit Begutachtungs- oder Beratungsergebnissen /Art und Weise - mangelnde Empathie und Zeit während der Begutachtung (nähere Ausführungen folgen)
- Ablehnung von Rehabilitationsmaßnahmen/Hilfsmitteln
- Telefonische Erreichbarkeit
- Verneinung eines längerfristigen Heilmittelbedarfs / oder Kostenübernahme für innovative Medikamente mit Zusatznutzen
- Fragen zur Verordnungsfähigkeit bestimmter Arzneimittel (z. B. Cannabis)
- Fragen zum Widerspruchsverfahren
- Kostenübernahme für geplante Behandlungen / operative Eingriffe im Bereich

Ästhetik

- Feststellung von Arbeitsunfähigkeit
- Verfahrensfragen wie Termintreue /Dauer und Art der Begutachtung und Laufzeit eines Begutachtungsauftrags
- Bei den Verordnungen von Heil- und Hilfsmitteln wurde häufig die fehlende Fachkompetenz zur individuellen Erkrankung bemängelt.

Die Beschwerden von gesetzlich Versicherten über die Art und Weise der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD) betreffen häufig nicht das Gutachten selbst, sondern den Ablauf, das Verhalten oder die Kommunikation während des Begutachtungsprozesses.

Versicherte bemängeln einen unfreundlichen, distanzierten oder bevormundenden Ton. Sie haben das Gefühl, nicht ernst genommen oder nicht wertschätzend behandelt worden zu sein. Besonders sensibel sind die Begutachtungen im häuslichen Umfeld oder bei Pflegebedürftigen. Kritisiert wird die fehlende persönliche Gesprächsatmosphäre, durch den Einsatz der aufgeklappten Laptops während der Begutachtung.

Daneben beziehen sich die Beschwerden auf sehr kurze Begutachtungen, die als oberflächlich empfunden wurden. Die Versicherten wussten teilweise nicht, was sie vorbereiten oder mitbringen sollten. Teilweise entstand der Eindruck und das Gefühl, dass die Gutachterin oder der Gutachter bereits vorgefertigte Meinungen hatte, dass der MD parteiisch im Sinne der Krankenkasse agiere.

Bei der Begutachtung nach Aktenlage fühlen sich die Betroffenen oft nicht gewürdigt im Sinne von es wird über sie entschieden, ohne sich ein persönliches Bild vor Ort gemacht zu haben. Vereinzelt wurde bemängelt, dass pflegende Angehörige oder Betreuer nicht über den Begutachtungstermin informiert wurden.

Weiterhin wurde bemängelt, dass die Gutachter und Gutachterinnen nicht über die erforderliche fachbezogene Kompetenz für die Beurteilung der individuellen Erkrankung verfügen. Hier wird verkannt, dass es keiner Fachbindung im Rahmen der gutachterlichen Tätigkeit bedarf, da sich die Fragestellungen regelmäßig auf sozialmedizinische Themen beziehen. Das nötige ärztliche Fachwissen für die jeweilige Fragestellung muss dessen ungeachtet gegeben sein.

Die sonstigen Eingaben (166 diverse Anfragen) betrafen folgende Themen:

- Anonyme Hinweise zum Betrugsverdacht bzgl. Leistungsabrechnungen von Pflegeeinrichtungen
- Verdacht von Behandlungsfehlern von Ärzten
- Beschwerden über krankenhausinterne Abläufe bei der Behandlung von Patienten
- Anfragen zur Unterstützung im Widerspruchsverfahren (dies jedoch in geringem Umfang)

- Anfragen zur Unterstützung bei der Beantragung von Pflegestufen
- Ausbleibende Geldzahlungen
- Auskunftersuchen zum aktuellen Stand des Widerspruchsverfahrens

Nach wie vor gehen die Versicherten bei Eingaben, die sich auf die Entscheidung der Kranken- und Pflegekassen auf Grundlage der Gutachten des MD beziehen davon aus, dass die unabhängige Ombudsperson die Entscheidung überprüft und zu Gunsten der Versicherten handelt. Ihnen somit ein förmliches Widerspruchsverfahren erspart bleibt.

Der unabhängigen Ombudsperson wird dabei eine Kompetenz zugesprochen (Einfluss auf die Entscheidung), die sie nicht hat. Die unabhängige Ombudsperson soll ausdrücklich keine Rechtsberatung leisten und schon gar nicht Einfluss auf die Entscheidung nehmen. Hier übt sie eine unterstützende Lotsenfunktion aus, indem sie die Versicherten über weitere Beratungsstellen informiert.

H. Weitere Aktivitäten

Im Jahr 2024 hat die Arbeitsgemeinschaft der UOP der Länder mehrfach getagt. Die Arbeitsgruppe der Ombudspersonen der Medizinischen Dienste (MD) der Länder trifft sich regelmäßig, um die Funktion und Rolle der unabhängigen Ombudsperson für die Versicherten zu schärfen. Aktuelle länderübergreifende Herausforderungen werden reflektiert und im Rahmen der Aufgabe und Funktion werden Lösungen entwickelt.

Einheitliche Verfahrensweisen werden erarbeitet: Beispielsweise die einheitliche Formulierung für Hinweise an Versicherte zur Kontaktaufnahme mit der Ombudsperson, welche in den Rechtsbehelfsbelehrungen der Kranken- und Pflegekassen enthalten sind. Daneben die Abstimmung zur länderübergreifenden einheitlichen Definition der Kennzahlen für die Jahresberichte.

Diese Treffen tragen dazu bei, die Transparenz und Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste zu stärken und die Rechte der Versicherten zu fördern.

Weiterhin finden Teilnahmen an Meetings mit dem MD Bund, dem Vorstand des MD Hessen, dem Beschwerdemanagement, einzelnen Geschäftsbereichen und den Sitzungen des Verwaltungsrates statt. Die Tätigkeit der Unabhängigen Ombudsperson erweist sich als umfangreich und zeitintensiv.

Fazit

Im Jahr 2024 zeigt sich aufgrund der Eingaben bei der unabhängigen Ombudsperson des MD Hessen folgendes Bild als Herausforderung für die Versicherten. Durch die Komplexität des Gesundheitssystems fühlen sich viele Versicherte im

Gesundheitssystem überfordert und suchen Unterstützung bei der Ombudsperson. Daher hat sich eine unterstützende Lotsenfunktion der Ombudsperson über Ihre Kerntätigkeit hinaus deutlich etabliert.

Unzufriedenheit mit Gutachten, Kritik an Begutachtungen ist ein häufiger Beschwerdegrund. Die häufige Diskrepanz zwischen ärztlicher Empfehlung und dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung stößt auf Unverständnis bei den Versicherten.

Kommunikationsdefizite, Missverständnisse über Zuständigkeiten und Abläufe führen zu Fehlanfragen. Es besteht eine große Unsicherheit über die Zuständigkeiten innerhalb des Gesundheitssystems. Eine transparente Kommunikation und gezielte Aufklärung könnten dazu beitragen, die Anzahl der Beschwerden zu reduzieren und das Vertrauen der Versicherten in das Gesundheitssystem zu stärken.

I. Schlussfolgerungen

Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich mit 284 Eingaben ein ähnliches Bild wie zum Vorjahr. Durch die Funktion der unabhängigen Ombudsperson im Berichtszeitraum wurde die Transparenz hinsichtlich der Unabhängigkeit des MD sowie die Patientenrechte und Rechte pflegebedürftiger Personen weiterhin gestärkt.

Das Themenfeld der Verbesserung der Kommunikation während der Begutachtung wurde mit der Geschäftsleitung erörtert und geklärt, wie diese Entwicklung noch ziieldienlicher umgesetzt werden kann. Auch die Serviceleistung der telefonischen Erreichbarkeit wurde hierbei in den Fokus genommen. Ziel sei es, weiterhin die Versichertenzufriedenheit zu stärken. Neben der fachlichen Expertise soll auch die Ansprache/ Erreichbarkeit sichergestellt werden.

Wie auch im Bericht des Vorjahres dargestellt, zeigt sich eine erhebliche Verunsicherung bei den Versicherten und deren Angehörigen bezüglich der Kompetenzen und Möglichkeiten der unabhängigen Ombudsperson. Es wird davon ausgegangen, dass eine Entscheidungskompetenz der Unabhängigen Ombudsperson gegeben ist (zum Beispiel in Bezug auf die Änderung von Gutachten, Freigabe begehrter Hilfsmittel oder Rehabilitationsmaßnahmen). Die Unabhängige Ombudsperson klärt hier gezielt auf und beseitigt Missverständnisse. Sie übt dabei eine wichtige Funktion für die Versicherten und deren Angehörige aus, indem Sie eine Lotsenfunktion im System der sozialen Sicherung wahrnimmt.

Nach wie vor zeigt sich, dass die Hinweise in den Bescheiden auf das Rechtsbehelfs- und Ombudsverfahren für die Versicherten intransparent und verwirrend sind. Ziel sollte sein, diese Problematik zu entschärfen und für Klarheit zu sorgen.

Insgesamt zeichnete sich die Zusammenarbeit mit dem Vorstand des MD Hessen, dem Beschwerdemanagement und einzelnen Geschäftsbereichen auch in diesem Jahr als sehr kooperativ, konstruktiv und verantwortungsvoll aus. Die UOP nimmt an den Sitzungen des Verwaltungsrates des MD Hessen teil und berichtet dort über Ihre Tätigkeit. Unregelmäßigkeiten oder Fehlentwicklungen bei der Tätigkeit des Medizinischen Dienstes wurden im Berichtszeitraum nicht festgestellt.



Frankfurt am Main, den 02.04.2025

Peggy Keller
Unabhängige Ombudsperson beim MD
Hessen