

# Jahresbericht 2023 der Ombudsperson beim Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt



Berichtszeitraum

01.12.2022 – 31.12.2023

**Siegfried Scholz**  
Ombudsperson

Ombudsstelle beim  
Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt  
Postfach 1520  
39005 Magdeburg

Telefon: 0391 5661-3366

E-Mail: [ombudsstelle@md-san.de](mailto:ombudsstelle@md-san.de)

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

als Ombudsperson bin ich unabhängiger Ansprechpartner für die gesetzlich Versicherten in Sachsen-Anhalt, die Fragen zur Tätigkeit des Medizinischen Dienstes im Land haben.

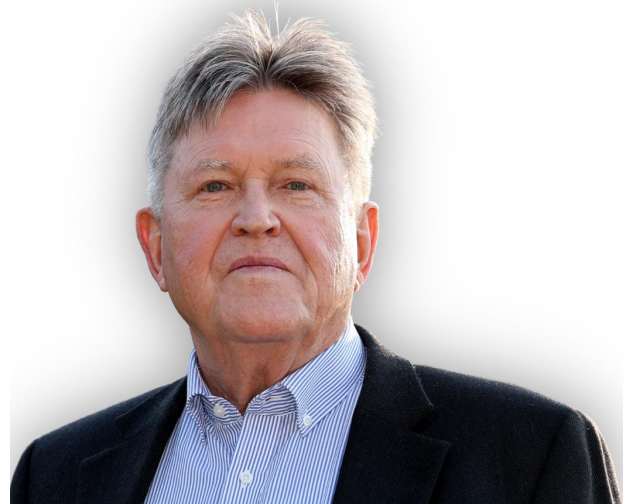
In gleicher Weise stehe ich in meiner unabhängigen Position den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Dienstes bei Unregelmäßigkeiten im Rahmen ihrer täglichen Arbeit zur Seite.

Wie wichtig diese Funktion grundsätzlich ist, zeigen die zahlreichen Nachfragen von Patientinnen und Patienten sowie Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen.

Mein Ziel ist es, im gemeinsamen Miteinander zwischen Versicherten und Medizinischem Dienst, Verständnis für die Leistungsfähigkeit unseres Gesundheits- und Sozialsystems zu erreichen.

Daher ist es gesellschaftspolitisch von entscheidender Bedeutung, dass maximale Gerechtigkeit und Transparenz in die Entscheidungsprozesse Eingang finden. Die Kontaktaufnahme mit den Versicherten im persönlichen Gespräch ist die beste Methode, dieses zu erreichen. Damit nimmt die Ombudsstelle eine Schlüsselrolle im System ein.

Ihr Siegfried Scholz



## Vorbemerkungen

In Umsetzung des MDK-Reformgesetzes nahm am 15. März 2022 die Ombudsstelle beim Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt ihre Tätigkeit auf. Durch die Ombudsperson sollen Transparenz und Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes sowie Patientenrechte und Rechte pflegebedürftiger Personen gestärkt werden. Ziel ist, eventuelle Unregelmäßigkeiten aufzudecken und mögliche systematische Fehlentwicklungen im Medizinischen Dienst zu verhindern.

Die Ombudsperson ergänzt das bestehende Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes. Sie ist unabhängig und unterliegt nur rechtlichen Vorgaben und ihrem Gewissen. Zur Verschwiegenheit verpflichtet, handelt sie im Sinne der Versichertengemeinschaft.

Die Ombudsperson berichtet jährlich in anonymisierter Form an den Vorstand und an den Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt sowie an das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung Sachsen-Anhalt als zuständige Aufsichtsbehörde. Ferner wird der Bericht auf der Internetseite des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt veröffentlicht.

Der 2022 vorgestellte erste Jahresbericht umfasste den Zeitraum von Mitte März bis 30. November 2022. Um in den nächsten Jahren eine verbesserte Vergleichsmöglichkeit zu gewährleisten, wird in diesem Jahresbericht über die Arbeit von 13 Monaten Ombudstätigkeit berichtet (01.12.2022 bis 31.12.2023). Dies erlaubt es, zukünftig die Berichte über ein vollständiges Kalenderjahr zu analysieren und erleichtert die Beurteilung von Entwicklungen und Trends über einen einheitlichen Zeitraum.

## Arbeitsweise der Ombudsstelle

Im ersten Berichtszeitraum lag der Schwerpunkt hauptsächlich auf der Etablierung der Ombudsstelle. Diese umfasste die Schaffung von personellen und materiellen Voraussetzungen für die Arbeit der Ombudsstelle sowie die Einführung, Erprobung und Anpassung geeigneter Arbeitsabläufe und Dokumentationsverfahren im Verlauf neuer Anforderungen.

Durch die gesammelten Erfahrungen konnte die Ombudsstelle im zweiten Berichtszeitraum ihre Handlungsfelder effektiver gestalten und den Versicherten noch gezielter Unterstützung bieten. Zudem ließ sich die Zuständigkeit der Ombudsperson besser abgrenzen.

Die Ombudsperson erstattete dem Vorstand und dem Verwaltungsrat und seinen Gremien Zwischenberichte, um über die Entwicklung der Ombudsstelle zu informieren.

Die Anrufung der Ombudsperson leitet den Beginn des Prozesses ein.

Gesetzlich kranken- und pflegeversicherte Personen können sich mit einem konkreten Begehren im Zusammenhang mit der Tätigkeit des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt an die Ombudsperson wenden. Auch Mitarbeitende des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt haben die niederschwellige und vertrauliche Möglichkeit, bei Beobachtungen von Unregelmäßigkeiten, insbesondere Beeinflussungsversuchen durch Dritte, die Ombudsperson zu kontaktieren.

Die beschwerdeführende Person erhält von der Ombudsstelle eine schriftliche oder elektronische Eingangsbestätigung und wird über die weiteren Bearbeitungsschritte informiert. Bei mündlicher Eingabe hat die Bestätigung den wesentlichen Inhalt der Anrufung zu enthalten. Mit der Eingangsbestätigung wird die Einwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindung im Ombudsverfahren übermittelt. Diese ist von der beschwerdeführenden Person ausgefüllt und unterschrieben im Original an die Ombudsstelle zurückzusenden. Darüber hinaus enthält die Eingangsbestätigung Hinweise zum Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes und die Möglichkeit der Weiterleitung durch die Ombudsperson. Zudem wird darauf hingewiesen, dass die Ombudsperson keinen Widerspruch entgegennehmen kann und dieser an die zuständige Kranken-/Pflegekasse zu richten ist.

Sobald das Einverständnis vorliegt, kann die Ombudsperson tätig werden. Sie führt Recherchen zum Fall durch, setzt sich mit der zuständigen Stelle im Medizinischen Dienst in Verbindung, leitet Anregungen und Beschwerden weiter, bittet um Stellungnahme zum Sachverhalt und nimmt ggf. Akteneinsicht. In moderierender Weise versucht die Ombudsperson, in Konfliktsituationen zwischen den Beteiligten zu vermitteln. Dabei achtet sie stets auf die vertrauliche Behandlung aller Informationen.

Eine Rechtsberatung findet durch die Ombudsperson nicht statt.

Die beschwerdeführende Person wird nach Abschluss des Verfahrens von der Ombudsperson informiert.

Im Bedarfsfall nennt die Ombudsperson den Versicherten zusätzliche Beratungsstellen, darunter die Beratungsstellen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung sowie von Sozialverbänden. Bedauerlicherweise hat die außerordentlich kompetente und kostenneutrale Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) zum Ende des Jahres 2023 ihren Dienst eingestellt.

Die Erreichbarkeit der Ombudsperson und Ombudsstelle ist auf der Homepage des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt veröffentlicht.

Zusätzlich stehen den Interessierten auf der Homepage Antworten auf häufig gestellte Fragen zur Ombudsstelle und Ombudsperson zur Verfügung.

## Kontaktmöglichkeiten

### Telefonische Sprechzeiten

⇒ Dienstag 9:00 Uhr bis 12:00 Uhr

⇒ Donnerstag 13:00 Uhr bis 16:00 Uhr

### Telefon

**0391 5661-3366**

### Postanschrift

Ombudsstelle beim Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt

Postfach 1520

39005 Magdeburg

### E-Mail-Kontakt

Für alle Versicherten bzw. deren Angehörige im Land ist die Ombudsperson erreichbar

unter: [ombudsstelle@md-san.de](mailto:ombudsstelle@md-san.de)

### Kontakt für Beschäftigte

Für die Mitarbeitenden des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt besteht zudem intern ein gesondertes E-Mail-Postfach zur Verfügung.

## Verweis auf die Ombudsstelle durch die Kranken-/Pflegekassen

Gemäß § 275 Abs. 3c SGB V und § 18 Abs. 3 Satz 13 SGB XI werden versicherte Personen bei ablehnenden Leistungsbescheiden der Kranken-/Pflegekassen, die auf einer Gutachterstellungnahme des Medizinischen Dienstes basieren, über die Möglichkeit informiert, sich bei Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes an die Ombudsperson zu wenden. Gleichmaßen werden sie über die gesetzlich vorgegebenen Rechtsbehelfe gegen die Entscheidung der Kassen in Kenntnis gesetzt.

Neben der Rechtsbehelfsbelehrung ist der Hinweis auf die Ombudsperson in den Ablehnungsbescheiden der Kranken-/Pflegekassen mittlerweile dokumentiert.

Leider erfolgt jedoch die Umsetzung teilweise in falscher Rang- und Reihenfolge und führt damit in der Praxis zu erheblichen Irritationen unter den Unterstützungsuchenden. Ein flächendeckendes bundesweites Problem. Aus der prominenten Benennung der Ombudsperson im Vergleich zur Rechtsbehelfsbelehrung resultiert, dass viele Hilfesuchende sich an die Ombudsstelle/Ombudsperson wenden, auch wenn sie nicht für ihre Fragestellungen zuständig ist, oder Widerspruch bei ihr einlegen, anstatt bei der Kasse. Dies belegt die

hohe Anzahl fehlgeleiteter Eingaben im Berichtszeitraum. Die dazugehörigen Zahlen werden im Verlauf des Berichts präsentiert.

Darüber hinaus sind Versicherte nach wie vor überfordert, da in den Leistungsbescheiden sowohl auf Rechtsbehelfe als auch auf die Möglichkeit der Beschwerde bei der Ombudsperson hingewiesen wird.

Um dieser Problematik entgegenzuwirken, erhalten die versicherten Personen mit der Eingangsbestätigung, oder bereits im Telefonat, den Hinweis, dass ein Ombudsverfahren einen Widerspruch oder eine Klage beim Sozialgericht nicht ersetzt. Außerdem wird auf die Rechtsbehelfsbelehrung im Bescheid der Kranken-/Pflegekassen hingewiesen. So wird gewährleistet, dass der Widerspruch fristgerecht an die zuständige Kasse gerichtet wird.

In Erkenntnis dieser Situation wurde auf der 102. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 03. und 04. Mai 2023 folgender 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.“*

Die zuständigen Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen wurden durch die Ombudsperson informiert.

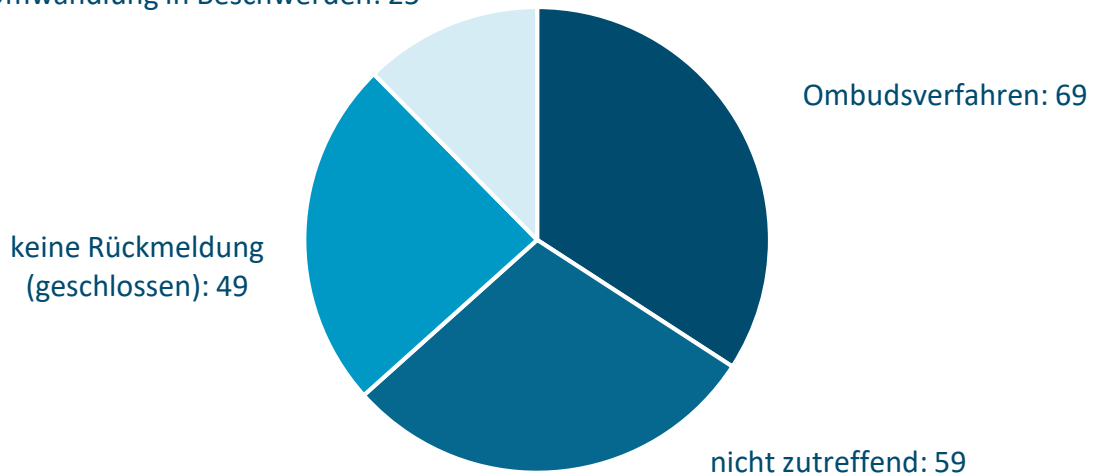
Die Ombudspersonen der Medizinischen Dienste der Länder setzen sich weiterhin dafür ein, dass die Rechtsbehelfsbelehrung benutzerfreundlich formuliert und der Hinweis auf die Ombudsperson hinter die Rechtsbehelfsbelehrung platziert wird. Es ist wichtig, dass der Dialog über dieses Thema sowohl auf Landes- als auch auf Bundesebene weitergeführt wird.

Ein weiterer Aspekt, der von allen Ombudspersonen bemängelt wird, ist die Qualität der Leistungsbescheide. Die Begründung der Entscheidung ist oft unzureichend und nicht adressatengerecht. Während des Berichtszeitraums wurde erneut festgestellt, dass die Ombudsperson in ihrer Vermittlerrolle oft die Begutachtungsergebnisse des Medizinischen Dienstes mit den Beschwerdeführenden verständlich erörtern musste.

## Die Ombudsstelle in Zahlen

Kontaktaufnahmen insgesamt: 202

Umwandlung in Beschwerden: 25



Bezeichnung	Erläuterung
Ombudsverfahren	vollständig als Ombudsverfahren durchgeführt bzw. in Bearbeitung
nicht zutreffend	- Beschwerde über andere Einrichtungen (z. B. Pflegeheime) - Widerspruch - rechtliche Beratung erwünscht – über andere Beratungsstelle informiert
Beschwerden	Abgabe an Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes
keine Rückmeldung (geschlossen)	trotz Erinnerung keine Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung und ggf. Kontaktaufnahme zum Medizinischen Dienst

Im Berichtszeitraum gab es insgesamt 202 Kontaktaufnahmen von Versicherten, deren Angehörigen, Betreuungspersonen, behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie von anderen Einrichtungen. Der Großteil der Kontakte erfolgte erneut von den Versicherten oder deren Angehörigen. Im Vergleich zum ersten Bericht war eine Zunahme der Eingänge zu verzeichnen. Die Erhöhung könnte u.a. darauf zurückzuführen sein, dass mehr Pflegebegutachtungen (§ 18 SGB XI) stattfanden. Gleichzeitig wurde im Laufe des Jahres die Erwähnung der Ombudsperson in den Ablehnungsbescheiden der Kranken-/Pflegekassen immer konsequenter umgesetzt.

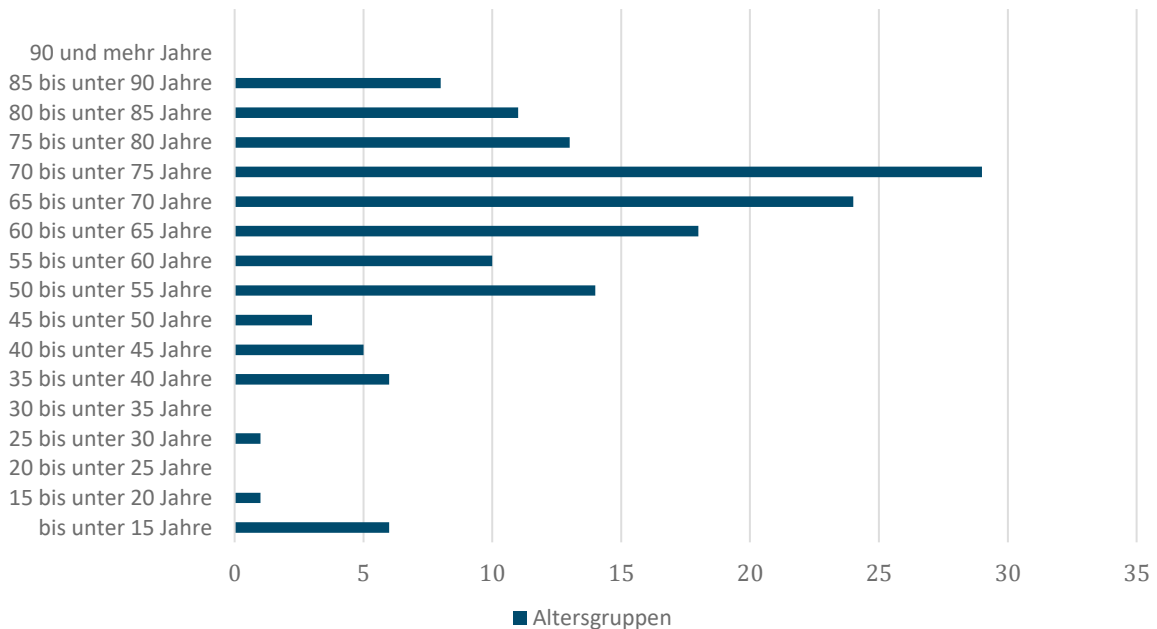
Da 24 Prozent der insgesamt 202 Kontakte in die Kategorie „keine Rückmeldung“ eingestuft wurden, stellte dies einen signifikanten Anstieg gegenüber dem vorherigen Berichtszeitraum dar. Trotz der Erinnerung haben die beschwerdeführenden Personen nicht die erforderliche Einverständniserklärung und ggf. Kontaktaufnahme zum Medizinischen Dienst eingereicht. Die Gründe für das Ausbleiben von Rückmeldungen sind der Ombudsperson nicht bekannt. Es besteht die Möglichkeit, dass die Eingangsbestätigung bereits Fragen der Versicherten beantwortet kann, wie zum Beispiel den Ablauf und die Zuständigkeit im Falle eines Widerspruchs.

Im Gegensatz dazu hat sich die Zahl der Beschwerden verringert, die auf Wunsch der Versicherten an das Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes übermittelt wurden.

Die Anzahl der Kontaktaufnahmen in den Kategorien „Ombudsverfahren“ und „nicht zutreffend“ hat sich wiederum erhöht.

Im Fokus der Kategorie „nicht zutreffend“ standen Beschwerden über andere Einrichtungen (wie beispielsweise Pflegeheime). In diesen Fällen wurde an die zuständigen Stellen verwiesen. Des Weiteren stellte man rechtliche Fragen an die Ombudsperson. Hierbei wurden die Hilfesuchenden u.a. auf die Beratungsstellen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung sowie von Sozialverbänden und der Unabhängigen Teilhabeberatung hingewiesen.

### Anzahl der Kontaktaufnahmen nach Altersgruppen



Von 202 Kontakten wurde in 53 Fällen das Alter nicht angegeben.

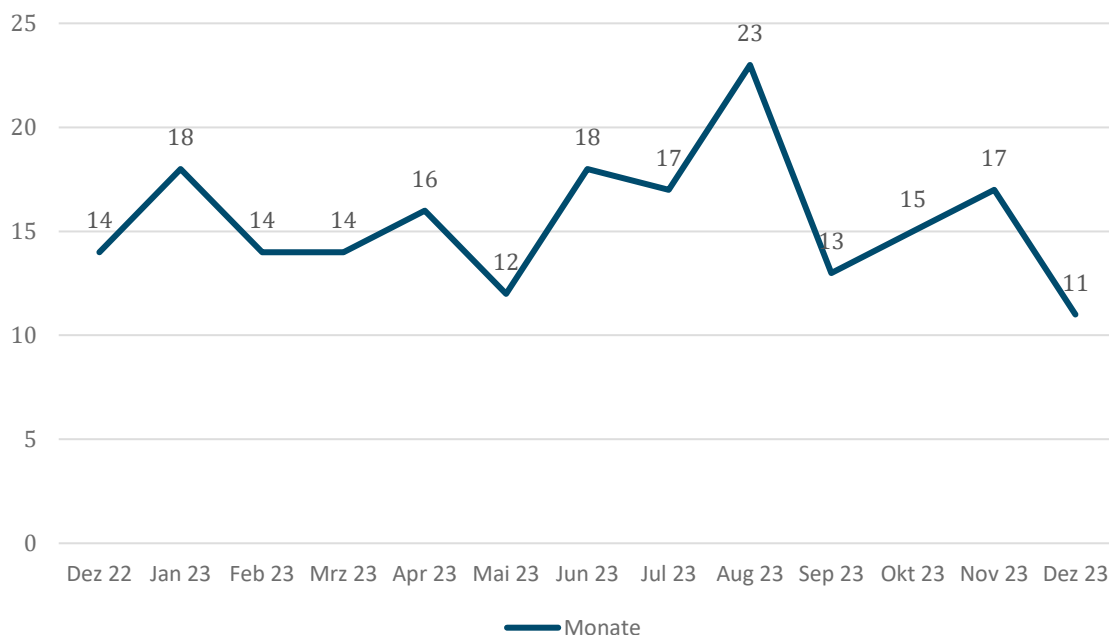


Der Vergleich der Kontaktaufnahmen zur Ombudsstelle verdeutlicht, dass mit steigendem Alter die Inanspruchnahme von Kranken- und Pflegeleistungen zunimmt. Dies ist insbesondere relevant vor dem Hintergrund des demographischen Wandels. In Sachsen-Anhalt ist dieser demographische Wandel besonders stark ausgeprägt.

Mit rund 48 Prozent erfolgten die meisten Kontaktaufnahmen durch Personen im Alter von 60 bis 75 Jahren, was auf die wachsende Bedeutung von Gesundheitsleistungen im Alter hinweist. Der größte Impuls ging dabei von der Altersgruppe der 70 bis 75-Jährigen aus. Dieser Trend spiegelt die Zunahme altersbedingter Krankheiten und damit verbundener Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung und Pflegeleistungen wider. Gleichzeitig nimmt dadurch auch die Anzahl der Begutachtungen in diesen Altersgruppen zu, was wiederum das Beschwerdepotential der Versicherten erhöht.

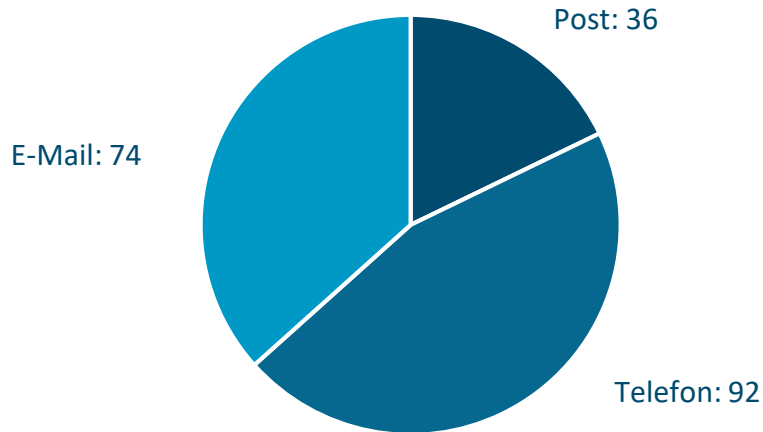
Die Kontaktaufnahmen nach Altersgruppen zeigten aber auch den Versorgungsbedarf einiger Gesundheitsprobleme bereits in jungen Jahren bzw. im jüngeren Erwachsenenalter.

### Anzahl der Kontaktaufnahmen nach Monaten



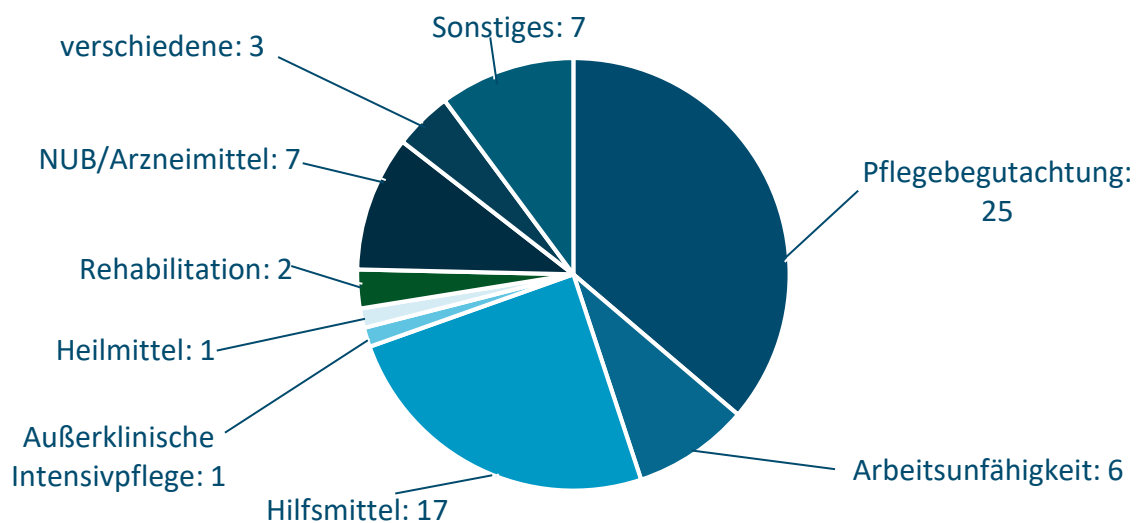
Die Inanspruchnahme der Ombudsstelle hat sich gegenüber dem letzten Berichtszeitraum erhöht. Die Grafik zeigt, dass es keine extremen Spitzen in bestimmten Monaten gab.

## Art der Kontaktaufnahme



Die Mehrheit der Kontaktaufnahme zur Ombudsstelle erfolgte telefonisch, wie bereits im vorherigen Berichtszeitraum festgestellt wurde. Die direkte Erreichbarkeit per Telefon erwies sich wiederholt als eine besonders benutzerfreundliche und niederschwellige Plattform für den direkten Austausch zwischen Beschwerdeführenden und der Ombudsstelle/Ombudsperson. Dies wird durch das positive Feedback der Versicherten bestätigt.

## Ombudsverfahren nach Anlassbereich



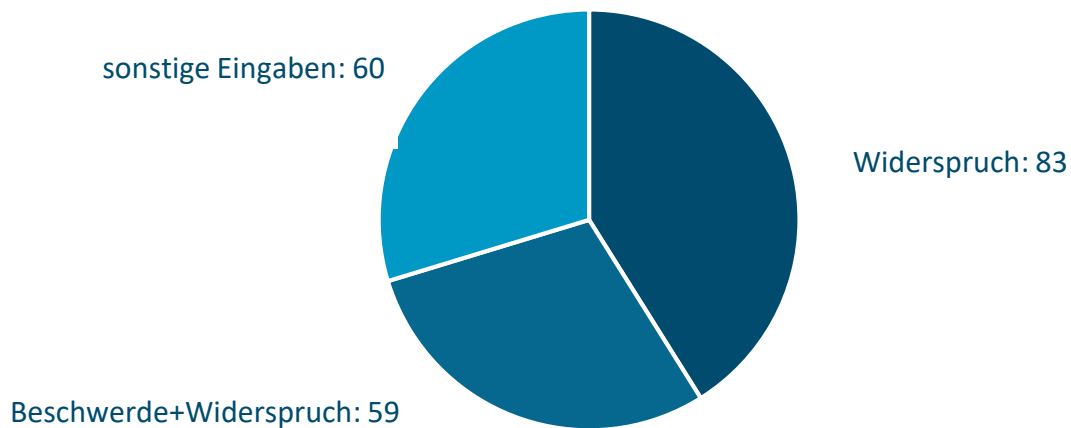
Bezeichnung	Erläuterung
verschiedene	verschiedene Anlassbereiche betreffend
Sonstiges	- z.B. plastisch-chirurgische Eingriffe, bariatrische Chirurgie, Fahrkosten bei ambulanten oder stationären Behandlungen

Es erfolgte erneut keine Anrufung der Ombudsperson durch Beschäftigte des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt.

## Schwerpunkte der Anfragen und der Ombudsverfahren

### Widerspruch und Ombudsverfahren

Kontaktaufnahmen insgesamt: 202



Bezeichnung	Erläuterung
Widerspruch	Fälle, die ausschließlich im Widerspruchsverfahren durch Kranken- oder Pflegekasse hätten bearbeitet werden können
Beschwerde + Widerspruch	gemischte Anfragen, d. h. Widerspruchsverfahren kombiniert mit Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes
Sonstige Eingaben	Beschwerden über andere Einrichtungen (z.B. Pflegeheime), Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes, Wunsch nach rechtlicher Beratung

Die Kategorisierung nach der Art der 202 Anrufungen der Ombudsstelle erfolgte nach folgenden Kriterien: (mutmaßlicher) Widerspruch, Kombination Widerspruch und Beschwerde und sonstige Eingaben.

Ein beachtlicher Anteil von etwa 41 Prozent dieser Kontakte bezog sich auf (mutmaßliche) Widersprüche, was 83 Fällen entsprach. Es handelte sich hierbei um Fälle, die ausschließlich im Widerspruchsverfahren durch die Kranken- oder Pflegekassen hätten bearbeitet werden können. Die Beschwerdeführenden wollten eine inhaltliche Überprüfung des Gutachtens oder der Bewertung erreichen. Dies ist jedoch nur im Rahmen eines Widerspruchsverfahrens möglich, das von der Kranken- oder Pflegekasse gegenüber dem Medizinischen Dienst in Auftrag gegeben werden kann.

Aufgrund ihrer Unabhängigkeit und besonderen Vertraulichkeit ist die rechtliche Stellung der Ombudspersonen noch nicht vollständig geklärt. Daher leitet die Ombudsperson des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt (mutmaßliche) Widersprüche nicht an die zuständigen Stellen weiter. Gemäß der Richtlinie UOP-RL vom 09.06.2021 wird eine Unterstützung suchende Person, die mit einer Leistungsentscheidung der Kranken- oder Pflegekasse nicht einverstanden ist, explizit auf die Beachtung der Rechtsbehelfsbelehrung im Bescheid der Kasse hingewiesen. Versicherte müssen demnach Widerspruch bei der zuständigen Kranken- oder Pflegekasse einlegen und ggf. Klage beim Sozialgericht gegen den Widerspruchsbescheid erheben. Die Ombudsperson kann keinen Widerspruch entgegennehmen und bietet keine Rechtsberatung an.

Insgesamt 59 Fälle, was ca. 29 Prozent der Anfragen entspricht, waren gemischte Anfragen. Diese umfassten Beschwerden mit Widerspruchscharakter und Widersprüchen, die Aspekte der Tätigkeit des Medizinischen Dienstes beinhalteten.

Die übrigen Anrufungen entfielen auf sogenannte „sonstige Eingaben“, die mit 60 Fällen ungefähr 30 Prozent ausmachten. Die Art der Anliegen umfasste Beschwerden über andere Einrichtungen (z.B. Pflegeheime), Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes oder Versicherte wünschten eine rechtliche Beratung.

Die Analyse zeigt, dass die Anfragen an die Ombudsperson sehr vielfältig waren und verschiedene Themen beinhalteten. Sie verdeutlicht aber auch, dass die Beschwerdeführenden die Ombudsperson als wichtige Anlaufstelle für eine Vielzahl von Angelegenheiten betrachteten, die nicht in deren Zuständigkeitsbereich fielen.

Die ermittelten Zahlen unterstreichen die Notwendigkeit einer konsequenten Umsetzung des Beschlusses der 102. Arbeitstagung der Sozialversicherungsträger in den Leistungsbescheiden der Kranken-/Pflegekassen.

## Pflegebegutachtung

Im Berichtszeitraum hat sich gezeigt, dass die Einzelfallbegutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit mit mehr als 36 Prozent den größten Anteil an Eingaben ausmachte, im Vergleich zur Gesamtzahl durchgeführter Ombudsverfahren.

Mit Ausnahme eines Ombudsfalls wurde in nahezu allen Beschwerden die Unzufriedenheit mit dem Ergebnis der Begutachtung thematisiert. Die eindeutige Tendenz zeigt, dass das Ergebnis einer Pflegebegutachtung für die Betroffenen eine hohe emotionale und persönliche Relevanz hat. In der Regel hatten die Beschwerdeführenden neben dem Ombudsverfahren Widerspruch bei der zuständigen Pflegekasse eingelegt.

Die meisten Versicherten hatten den Eindruck, dass ihre tatsächlichen Einschränkungen nicht vollständig berücksichtigt wurden und das Gutachten dadurch Fehler enthielt. Diese Wahrnehmung deutet darauf hin, dass sie oft einen anderen Blickwinkel auf ihren Pflegebedarf und pflegerelevante Diagnosen hatten als die Gutachterinnen und Gutachter. Folglich war es wichtig, in Gesprächen mit den Betroffenen immer wieder deutlich zu machen, dass die Pflegebegutachtung hauptsächlich darauf abzielt, den Pflegeaufwand zu ermitteln und nicht jede Beeinträchtigung im täglichen Leben zu einer Berücksichtigung bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit führen kann. In der darauffolgenden Widerspruchsbegutachtung wurde in sieben Fällen ein höherer Unterstützungsbedarf festgestellt. In den anderen Fällen ließen sich die Erwartungen der Pflegebedürftigen nicht mit den sozialmedizinischen Vorgaben einschließlich der Richtlinien vereinbaren.

In 5 von 25 Ombudsfällen hatten die Beschwerdeführenden die Begutachtung nach Aktenlage als Teil ihres Anliegens bemängelt. Die Betroffenen waren der Meinung, dass in einer persönlichen Begutachtung ihre Situation und ihre Bedürfnisse angemessener berücksichtigt worden wären. Der Medizinische Dienst hatte der Ombudsperson die Anforderungen für die Begutachtung nach Aktenlage dargelegt. In den betreffenden Fällen wurden diese erfüllt. Den Betroffenen blieb jedoch oft ein Unverständnis, was im Gespräch mit ihnen deutlich wurde.

Das empfundene Verhalten der Gutachterinnen und Gutachter war in vier Ombudsfällen ein Aspekt der Beschwerde, während die gutachterliche Kompetenz in einem weiteren Fall angezweifelt wurde. Die Begutachtungssituation ist für die Ombudsperson im Nachhinein nicht überprüfbar. Gleichwohl erhielt der Medizinische Dienst diese Informationen, um einer potentiellen Fehlentwicklung durch fachliche und kommunikative Qualifizierungs- und Supervisierungsmaßnahmen entgegenzuwirken.

Die langen Wartezeiten bis zur Begutachtung im Widerspruchsverfahren stellten in zwei Ombudsfällen, als Aspekt der Eingaben, für die versicherten Personen eine große Belastung dar.

Nach Rücksprache mit dem Medizinischen Dienst hat die Bearbeitung in diesen Fällen aufgrund der Komplexität der Widerspruchsgutachten sowie der Vielzahl an Unterlagen und Auftragseingängen eine beträchtliche Zeit in Anspruch genommen.

Des Weiteren wurde im Berichtszeitraum durch Gespräche mit den Versicherten immer deutlicher, dass die Anträge eng mit ihren wirtschaftlichen Hintergründen verknüpft waren.

Im Rahmen eines durchgeführten Ombudsverfahrens wurde ein strukturelles technisches Problem festgestellt. Für die beschwerdeführende Person war nicht nachvollziehbar, warum eine "persönliche Befunderhebung nicht zumutbar" gewesen sei und somit das Gutachten per Aktenlage erstellt wurde. Die hier hinterlegte Begründung spiegelt nur bedingt die tatsächliche Situation wider. Da es sich jedoch um eine administrative Voreinstellung handelt, ist diese nicht kurzfristig veränderbar. Der Medizinische Dienst Sachsen-Anhalt arbeitet derzeit an einer Lösung, um perspektivisch Missverständnissen und Verunsicherungen vorzubeugen bzw. diese auszuschließen.

### Begutachtungen für Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung

44 der 69 durchgeführten Ombudsverfahren konzentrierten sich auf Leistungsansprüche gegenüber den Krankenkassen.

Die Anrufungen der Ombudsperson waren aufgrund diverser Anlassbereiche sehr vielfältig. Es wurden vermehrt Eingaben bezüglich Hilfsmitteln (17), Sonstigen Anlässen (7), Neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimitteln (7, erstmalig) sowie Arbeitsunfähigkeit (6) eingereicht. Außerdem sind Beanstandungen zu verschiedenen Anlassbereichen (3, erstmalig), Rehabilitationsleistungen (2), Heilmitteln (1, langfristige Heilmittel-Verordnung) und zur Außerklinischen Intensivpflege (1, erstmalig) vorgebracht worden.

Analog zum letzten Berichtszeitraum gab es erneut die meisten Beschwerdeeingänge im Anlassbereich Hilfsmittel, möglicherweise aufgrund der Vielzahl an unterschiedlichen Hilfsmitteln. Anträge zur Kostenübernahme von therapeutischen Bewegungsgeräten (u.a. Bewegungstrainer, CMP-Bewegungsschienen), höherwertigen Hörgeräten/Hörhilfen über dem Festbetrag, einer speziellen Rollstuhlart (u.a. E-Rollstuhl), von Sauerstoffgeräten und orthopädischer Schuhversorgung waren besonders betroffen. Zusätzlich wurden auch vereinzelt Eingaben zur Kompressionstherapie oder zum Glukosemessgerät gemacht. In diesem Anlassbereich gab es vereinzelt Fälle, bei denen die Ombudsperson den Eindruck gewann, dass beispielsweise Sanitätshäuser oder Hörgeräteakustiker die hilfesusuchenden Personen nicht ausreichend über die Bandbreite von adäquaten Hilfsmitteln im Festbetragsbereich informierten. Hier wurden Anträge auf eine Hilfsmittel-Versorgung außerhalb der Festbetragsgruppe gestellt. Die Beschwerdeführenden entwickelten dadurch ein Anspruchsdenken, dass sich im

Nachhinein als schwierig zu korrigieren erwies. Eine Beteiligung an den Mehrkosten seitens der Krankenkassen ist nur dann gegeben, wenn das beantragte Hilfsmittel relevante Gebrauchsvorteile gegenüber Hilfsmitteln aus dem Festbetragsbereich vorweist. Andernfalls muss die versicherte Person die Folgekosten für das über das Maß des Notwendigen hinaus gehende Hilfsmittel selbst tragen.

Im Krankenhausbereich sind erstmalig vermehrt Beschwerden über die Ablehnung diagnostischer und therapeutischer Leistungen eingegangen, die nicht zur Regelleistung gehörten. Bei den beantragten Leistungen handelte es sich um neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, deren Nutzen medizinisch nicht oder noch nicht eindeutig geklärt ist. Der Medizinische Dienst prüft im Auftrag der Krankenkasse, ob in Ausnahmefällen die Anwendung dennoch medizinisch empfohlen werden kann. Bei der Bewertung müssen die Gutachterinnen und Gutachter sowohl die komplexen gesetzlichen Rahmenbedingungen als auch medizinische Voraussetzungen einbeziehen. Hinzu kommt die besondere Situation der Person, die den Antrag gestellt hat. Zu berücksichtigen ist auch die aktuelle wissenschaftliche Erkenntnislage. Bei lebensbedrohlichen oder wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankungen hat die Gesetzgebung Ausnahmen ermöglicht: Sind alle anerkannten Möglichkeiten zur Behandlung ausgeschöpft, können die Krankenkassen ausnahmsweise medizinische Leistungen bezahlen, die nicht im Leistungskatalog enthalten sind. Voraussetzung ist, dass die neue Methode eine nicht ganz entfernte Aussicht auf Heilung oder auf spürbare Besserung im Krankheitsverlauf verspricht. Besonders betroffen waren Anträge auf Kostenübernahme des diagnostischen Untersuchungsverfahrens PET-CT, das speziell für tumor Erkrankte eine wichtige Rolle spielte. Diese versicherten Personen empfanden den Gutachtenprozess als langwierig und besonders belastend. Für sie ist eine Entscheidung oft lebensnotwendig und eine ablehnende Beurteilung des Medizinischen Dienstes wird nur schwer verstanden, zumal die Ärztinnen und Ärzte ihres Vertrauens in der Regel die Anträge gestellt haben. In diesen Fällen war die Ombudsperson besonders darauf bedacht, den Versicherten zu verdeutlichen, dass der Medizinische Dienst festgestellt hatte, dass die medizinischen Voraussetzungen teilweise oder eingeschränkt gegeben waren. Allerdings haben die Gutachten einen Empfehlungscharakter und es liegt in der Verantwortung der Krankenkasse, die endgültige Leistungsentscheidung zu treffen. Des Weiteren wurden in diesem Anlassbereich auch Beschwerden über die Ablehnung der Kostenübernahmen von Medikamenten, einer Operation und einer hyperbaren Sauerstofftherapie eingereicht.

Außerdem wurden im Anlassbereich „sonstige Anlässe“ vermehrt Beschwerden über die Ablehnung von Fahrkostenerstattungen, einer patientenindividueller Kniegelenk-Prothese oder einer Reduktionsplastik vorgebracht. Es wurde klar, dass die Krankenkasse im Fall einer Fahrkostenerstattung ihre Beratungspflicht besser erfüllen und im Voraus über eine mögliche Behandlung in Wohnortnähe hätte informieren müssen. Im Falle des operativen Eingriffs (Reduktionsplastik) hat die Ombudsperson den Beschwerdeführenden explizit darauf hingewiesen, dass es Unterschiede zwischen der medizinischen und sozialmedizinischen Empfehlung

gibt. Der Medizinische Dienst hatte aufgrund der Gesamtsituation den Eingriff medizinisch befürwortet. Angesichts des anzuwendenden Begutachtungsleitfadens konnte er jedoch sozialmedizinisch nicht empfohlen werden. Die Ombudsperson betonte auch hier, dass die Leistungsentscheidung der Krankenkasse obliegt.

Ähnlich des letzten Berichtszeitraums gab es im Bereich Arbeitsunfähigkeit die Rückmeldungen zu einer anderen Einschätzung der kontaktaufnehmenden Personen bezüglich ihrer Arbeitsunfähigkeit, zu Verständnisfragen zum Gutachten oder aus Sicht der Versicherten nicht berücksichtigte aktuelle Befunde. Weiterhin wurde von den Versicherten wahrgenommen, dass durch die Begutachtung nach Aktenlage die aktuelle Krankheitssituation nicht angemessen in das Gutachten einfließen konnte. Auf Grundlage einer Stellungnahme aus dem Medizinischen Dienst erschien der Ombudsperson eine angemessene Vermittlung unter Berücksichtigung möglichst umfassender Informationen nicht möglich. Auszüge aus der Stellungnahme bzw. aus den Rückmeldungen hatte die Ombudsperson zum Anlass genommen, ein Überdenken der Vorgehensweise bei der Begutachtung (in diesem Fall zur Beendigung der Arbeitsunfähigkeit) anzuregen.

Sollte im Einzelfall der Medizinische Dienst (vor einem evtl. Widerspruchsverfahren) bereits Hinweise haben, dass die durchgeführte Begutachtung eine unzureichende Befundlage abbildet, so wäre es für die versicherte Person günstiger, wenn die Krankenkasse eine neue Mitteilung vom Medizinischen Dienst erhalten würde. Ziel sollte es demnach sein, bei erkannter unvollständiger Befundlage, das Gutachten schnellstmöglich zu korrigieren, um einen zusätzlichen Aufwand oder Nachteil für die antragstellende Person zu verhindern sowie zustehende Leistungen ohne Verzögerungen erhalten zu können. In einem persönlichen Austausch konnte die Ombudsperson mit der Leitung des betreffenden Bereichs die Vorgehensweise dieser Begutachtung inhaltlich auswerten. Darüber hinaus wurden interne Maßnahmen ergriffen, um möglichen Fehlentwicklungen vorzubeugen.

Des Weiteren ist erstmals festgestellt worden, dass Beschwerden eingingen, welche verschiedene Anlassbereiche betrafen. Diese umfassten unter anderem Fragestellungen zur Kostenübernahme einer Haushaltshilfe und der Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

Die Empfehlungen des Medizinischen Dienstes im Bereich der Rehabilitation konzentrierten sich hauptsächlich auf die noch nicht vollständig genutzten ambulanten, wohnortnahen Behandlungsmöglichkeiten wie Heilmitteltherapien. Die Versicherten bemängelten, dass diese ambulanten Behandlungen regional schwer zugänglich und nicht so wirksam seien.

Zusammenfassend soll erwähnt werden, dass im Bereich der Begutachtung von Leistungsansprüchen gegenüber den Krankenkassen bei allen Ombudsfällen erneut die Unzufriedenheit mit der Ablehnung von beantragten Leistungen aufgrund eines Gutachtens des Medizinischen Dienstes im Vordergrund standen. Die kontaktaufnehmenden Personen sahen sich mit einem



ablehnenden Ergebnis im Leistungsbescheid der Krankenkasse konfrontiert, das Ihnen nicht nachvollziehbar erschien. Sie waren der Meinung, dass das Gutachten Fehler enthielt oder dass nicht alle Befunde der behandelnden Ärzte berücksichtigt wurden. Im Ombudsverfahren war es teilweise möglich, mit den Versicherten die aus ihrer Sicht nicht berücksichtigten Unterlagen aufzustellen. In seltenen Fällen waren diese Unterlagen bzw. die Behandler dem Medizinischen Dienst bei der Erstbegutachtung nicht zur Kenntnis gegeben worden. Zumeist konnte der Sachverhalt im Rahmen des Ombudsverfahrens konstruktiv mit der versicherten Person besprochen werden. In der Regel hatten die Beschwerdeführenden neben dem Ombudsverfahren Widerspruch bei der zuständigen Krankenkasse eingelegt. In den meisten Fällen konnten die Gutachterinnen und Gutachter wegen der sozialmedizinischen Vorgaben einschließlich der Richtlinien zu keinem anderen Begutachtungsergebnis kommen. In der darauffolgenden Widerspruchsbegutachtung wurde in neun Fällen die beantragte Leistung empfohlen.

In sieben Fällen waren die Beschwerdeführenden damit unzufrieden, dass die gutachterliche Empfehlung nach Aktenlage erfolgte. Der Wunsch nach einer persönlichen Begutachtung, wenn auch in prozentual geringem Umfang, hat sich demnach gehalten. Die Betroffenen glaubten, dass ihre Situation und ihre Bedürfnisse in einer persönlichen Untersuchung besser berücksichtigt worden wären. In Gesprächen erklärte ihnen die Ombudsperson, dass bei ausreichender Datenlage eine Beurteilung des Sachverhaltes anhand der Akten erfolgen kann. Einigen Versicherten war diese Praxis unverständlich.

Drei Beschwerden betrafen aus Sicht der hilfeschuchenden Personen die zu lange Bearbeitungszeit eines Gutachtens im Widerspruchsverfahren. Die Ungewissheit über den Bearbeitungsstand löste eine große Sorge bei den Versicherten aus, da ihnen dadurch wertvolle Behandlungs- bzw. Therapiezeit verloren gehe.

Das empfundene Verhalten der Gutachterinnen und Gutachter war in einem Ombudsfall ein Aspekt der Beschwerde. Zum genauen Inhalt des im Rahmen der körperlichen Begutachtung Gesprochenen kann durch die Ombudsperson keine Stellung genommen werden. Diese ist retrospektiv durch nicht anwesende Personen nicht nachzuprüfen. Gleichwohl erhielt der Medizinische Dienst diese Informationen, um einer potentiellen Fehlentwicklung durch kommunikative Qualifizierungs- und Supervidierungsmaßnahmen entgegenzuwirken. Aus der Rückmeldung des Medizinischen Dienstes entnahm die Ombudsperson, dass ein Gespräch mit der Gutachterin bzw. dem Gutachter stattfand und es sich um eine missverständliche Kommunikation gehandelt haben muss. Die beschwerdeführende Person wurde darüber informiert.

## Schlussfolgerungen aus Ombudsverfahren

Insgesamt fällt die Einschätzung der Art und Weise der gutachterlichen Tätigkeit des Medizinischen Dienstes in den etwa 22 Monaten der Tätigkeit der Ombudsperson positiv aus. Es wurden keine weitreichenden Mängel festgestellt, weder in Bezug auf die Qualität der Gutachten noch im Umgang der Gutachterinnen und Gutachter mit den versicherten Personen bzw. deren Bevollmächtigten.

Es wird immer offensichtlicher, dass die Eingaben von Versicherten oder deren Angehörigen aufgrund der Ablehnung eines Antrages auf Höherstufung mit ihren finanziellen Belastungen im Zusammenhang stehen. Daher ist es von entscheidender Bedeutung, dass die Pflegekassen die Beratung im Bereich der Pflege verstärken.

Erneut wurde im überwiegenden Teil der Beschwerden die Unzufriedenheit mit dem Begutachtungsergebnis thematisiert. Oftmals haben die kontaktaufnehmenden Personen bereits vor oder während des Ombudsverfahrens Widerspruch bei der zuständigen Kranken- oder Pflegekasse eingelegt.

Des Weiteren zeigte sich abermals, dass die sozialmedizinischen Rahmenbedingungen, die die Medizinischen Dienste zu berücksichtigen haben, den Erwartungen der Versicherten entgegenstehen.

Bezüglich des Sachverhalts zur voreingestellten Formulierung "persönliche Befunderhebung nicht zumutbar" im Pflegegutachten wird die Ombudsperson auf die Umsetzung der erforderlichen Anpassung der Formulierung ihr Augenmerk richten. Es besteht ein unmittelbarer Handlungsbedarf seitens des Medizinischen Dienstes.

Wiederholt schilderten die beschwerdeführenden Personen, dass ihnen die Kassen mitgeteilt haben, dass der Medizinische Dienst über deren Antrag entschieden hätte. Deshalb ist es wichtig, kontinuierlich darauf hinzuweisen, dass Gutachten des Medizinischen Dienstes einen empfehlenden Charakter haben und die Leistungsentscheidung der Kasse obliegt.

Die Einstellung der Tätigkeit der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) hinterlässt bei den Bürgerinnen und Bürgern eine große Beratungslücke zu gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Themen. Es bleibt zu hoffen, dass dieses Beratungsdefizit schnell wieder behoben wird.

Die gesetzlich geregelten Verfahrensfristen sind für Versicherte mit schweren Erkrankungen „lebensbedrohlich.“ Eine Novellierung durch den Gesetzgeber ist erforderlich.

Bestimmte Pflichtleistungen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, wie beispielsweise die Pflegeberatung, müssen künftig stärker im Mittelpunkt ihrer Arbeit stehen.

## Sonstiges

- ⇒ Die Ombudspersonen der Bundesländer tauschten sich über ihre Erfahrungen in einigen Veranstaltungen aus. Diese länderübergreifende Zusammenarbeit in Form von Videokonferenzen und Präsenztreffen leistet einen wesentlichen Beitrag für den Arbeitsrahmen der Ombudspersonen in den jeweiligen Bundesländern.
- ⇒ In Anlehnung an die Richtlinie (UOP-RL) wurde eine Kooperation zwischen den Medizinischen Diensten Sachsen-Anhalt und Sachsen zur gegenseitigen Vertretung der Ombudspersonen geschlossen, um die kontinuierliche Erreichbarkeit als Anlauf- und Schlichtungsstelle zu gewährleisten.

## Resümee

Die Entwicklung der Ombudsverfahren zeigt, dass die Nachfrage nach Inanspruchnahme der Ombudsperson in der Bevölkerung steigt.

Gesellschaftliche Spannungsfelder und wirtschaftliche Zwänge prägen zunehmend den Charakter der Ombudsfälle.

In den zurückliegenden 22 Monaten seit der Einrichtung der Ombudsstelle zeichnete sich ab, dass das persönliche Gespräch mit den Beschwerdeführenden die effektivste Methode ist, um ihre Anliegen zu bearbeiten und bestenfalls zu lösen.

Der praktizierte Meinungs- und Erfahrungsaustausch mit den Ombudspersonen der Länder, dem Patientenbeauftragten der Bundesregierung sowie Abgeordneten des Bundestages hat wesentlich zur Entscheidungssicherheit und Qualitätsverbesserung der Tätigkeit der Ombudsperson geführt.

Unregelmäßigkeiten im Medizinischen Dienst wurden nicht festgestellt.

Die Zusammenarbeit mit dem Verwaltungsrat und dem Vorstand war stets geprägt von der gemeinsamen Verantwortung gegenüber den Versicherten.

Es ist offensichtlich, dass es eine große Unwissenheit bei den kontaktaufnehmenden Personen im Umgang mit Widersprüchen gibt. Daher sollten die Kranken- und Pflegekassen die Widerspruchsverfahren für ihre Versicherten transparenter und verständlicher gestalten.

Es gibt noch Raum für Verbesserungen in der Ergebniskommunikation seitens der Kranken- und Pflegekassen aus der Sicht der Ombudsperson, um die Begründung einer Ablehnung verständlicher zu machen.

Der Beschluss der 102. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger muss in vollem Umfang umgesetzt werden.

Am Ende des Jahresberichts möchte ich mich bei allen Beteiligten bedanken, die zum Erfolg dieses Berichtsjahres beigetragen haben.

Mein besonderer Dank gilt Frau Seifert aus der Geschäftsstelle der Ombudsperson für das Engagement in ihrer täglichen Arbeit. Für alle Hilfesuchenden ist sie die erste Anlaufstelle.

Ich möchte auch Herrn Rosner meinen Dank für sein fachkundiges Wirken während der Einrichtung der Ombudsstelle in der Aufbauphase aussprechen.

Darüber hinaus gebührt den Mitwirkenden aus den Geschäftsbereichen und dem Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes ein herzlicher Dank für die gute Zusammenarbeit, die auch in herausfordernden Zeiten Bestand hat. Für die objektive Betrachtung und Bearbeitung der Ombudsfälle haben sich als besonders hilfreich die Stellungnahmen von und die Gespräche mit den Fachexpertinnen des Medizinischen Dienstes erwiesen.

Nicht zuletzt möchte ich auch dem Vorstandsvorsitzenden, Herrn Hennicke, und der Stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden, Frau Dr. Lasserre, für ihr Vertrauen und ihre Unterstützung danken.