

Jahresbericht 2024

Der Jahresbericht für 2024 hat zu berücksichtigen, dass die Amtszeit der Ombudsperson Kurt Rauch, die von September 2021 bis August 2024 ging, endete und als neue Ombudsperson Thomas Meiser vom Verwaltungsrat des MD im September 2024 ab Oktober 2024 benannt wurde. Um eine Vakanz in dieser Position zu verhindern, haben sich die alte Ombudsperson und der Verwaltungsrat sowie der Vorstand des MD Saarland geeinigt, dass die alte Ombudsperson noch für September 2024 tätig ist. Der Jahresbericht für 2024 ist daher aufgeteilt in Passagen, die für das erste Dreivierteljahr die alte Ombudsperson entworfen hat; ab Oktober sind dann Informationen der neuen Ombudsperson zu finden.

Auch im Jahr 2024 war die Aufgabe der Ombudsperson bei eingehenden Beschwerden im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung hauptsächlich diejenige, den Versicherten das Zusammenspiel zwischen Ärzten, Krankenkasse und medizinischer Dienst (MD) zu erklären und zu erläutern. Im Bereich der Sozialen Pflegeversicherung fehlt häufig das Verständnis der Regelungen des SGB XI einerseits und der Vielzahl an Bestimmungen, die die Pflegesachverständigen zu beachten und die Einfluss auf Art und Weise der Begutachtung und schließlich auch das Ergebnis haben. Bei Eingang der Beschwerden ist nicht immer gleich zu erkennen, ob die Ombudsperson für den konkreten Fall zur Bearbeitung berufen ist. Meist geht es um eine Entscheidung der Kranken- oder Pflegekasse, die auf Sachverständigenaussagen des MD beruhen. Daher ist in den allermeisten Fällen, natürlich nur mit Einverständnis der Betroffenen, die Einsicht in die wesentlichen Unterlagen des MD erforderlich, um klären zu können, ob es um eine „Tätigkeit“, meist ein geltend gemachtes Fehlverhalten, des MD geht oder um eine rechtliche Überprüfung des Bescheids.

Nur in wenigen Fällen ging es um ein solches Fehlverhalten, teilweise im Bereich der Pflege um zu lange Bearbeitungszeiten beim MD, teilweise um auch für die Ombudsperson auf den ersten Blick nicht direkt aufzuklärende Verfahrensabläufe bzw. unklare Passagen in Gutachten oder Stellungnahmen. In diesen Fällen wurde entweder Kontakt zum internen Beschwerdemanagement des MD aufgenommen oder zu der ärztlichen bzw. Pflegeleitung der MD-Sachverständigen. Meist konnten dann die Dinge aufgeklärt und die Versicherten entsprechend informiert werden.

In Telefonaten mit bzw. in Schreiben an die Versicherten ist die Abgrenzung zur Rechtsberatung immer schwierig. Da die Ombudsperson nach der entsprechenden Richtlinie auch dazu aufgerufen ist, Lösungswege aufzuzeigen, wird dies unterhalb der Schwelle der Rechtsberatung auch getan. Schwierig war es bis zum Sommer 2024, den Versicherten Hinweise darauf zu geben, wie sie ihre Rechte geltend machen können. In den Rechtsverfolgungsfällen bei den Beschwerden wurden dann manchmal Hinweise auf die Rechtsanwälte und die Sozialverbände gegeben. Positiv ist, dass es nunmehr wiederum möglich ist, die Versicherten auf die Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschlands zu verweisen, die seit Sommer wieder „online“ ist und telefonisch zumindest in den Bereichen Kranken- und Pflegeversicherung die Beratung vornehmen darf, die den Ombudspersonen

verwehrt ist. Ab dieser Zeit wurden teilweise die Versicherten auf diese Möglichkeit und Kontaktdaten hingewiesen.

I. Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

1. Allgemeines: konkrete Schwerpunkte waren auch in diesem Jahr zu erkennen; die Beschwerden betrafen erneut bestimmte Maßnahmen der Krankenbehandlung, Hilfsmittel, Langfristverordnungen von Heilmitteln und auch stationäre Reha-Maßnahmen. Gerade bei Reha-Maßnahmen ist es häufig schwer zu vermitteln, dass es aufgrund gesetzlicher Grundlage, an die sich Kassen, Sachverständige und auch Ombudsperson zu halten haben, den Vorrang ambulanter vor stationären Maßnahmen gibt und nach den entsprechenden Richtlinien auch ein multimodaler und mehrdimensionaler Ansatz bei stationären Reha-Maßnahmen gibt. Einige Versicherte gaben mir gegenüber an, sie versuchten ja, die gebotenen ambulanten Maßnahmen im Bereich Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Sonstigem umzusetzen. Die (auch der Ombudsperson) bekannten Schwierigkeiten, relativ zeitnah Termine zu bekommen oder gar die Therapeuten zu erforderlichen Hausbesuchen zu bewegen, seien nicht zu lösen. Auch die Ombudsperson können dies nicht, wobei diese nicht zu bestreitende Tatsache allerdings insbesondere bei den Kassen ein wesentlich größeres Augenmerk haben sollten. Ob in dem einen oder anderen Fall gar über ein Systemversagen zu diskutieren ist, kann schwer beurteilt werden. Zumindest in der Kommunikation mit den Versicherten sollten nicht nur die Ombudspersonen, sondern auch und vor allem die Sachbearbeiter bei den Krankenkassen zum Beispiel in der Bescheidbegründung hierauf Bezug nehmen.

2. Einzelheiten:

- In einer Beschwerde vom Januar um eine Mammareduktionsplastik wurde geschildert, dass die Versicherte nach negativem Gutachten des MD und Ablehnungsbescheid der Kasse Widerspruch einlegen wollte. Von einer Mitarbeiterin der Krankenkasse habe sie aber die Auskunft erhalten, sie müsse sich zunächst mit der Ombudsperson in Verbindung setzen und hierüber einen Nachweis erbringen, damit die Kasse ein Widerspruchsverfahren einleiten könne. In einem Telefonat bestätigte mir die Versicherte diesen Sachverhalt, erklärte aber auch, dass die Sachbearbeiterin schon akzeptiert habe, dass sie, die Versicherte, die Eingangsbestätigung der Geschäftsstelle der Ombudsperson vorgelegt habe. Da bereits aus dem Vorjahr bezüglich dieser Krankenkasse ein ähnlicher Fall bekannt wurde, habe ich die Justiziarin dieser Kasse erneut kontaktiert und mit Einverständnis der Versicherten um Überprüfung dieser Verfahrensweise gebeten, die, sollte sie sich als richtig herausstellen, rechtlich inakzeptabel ist.

- Ein verzweifelter Versicherter nahm Kontakt zu mir auf, weil er von der Kasse nach Stellungnahme des MD einen Ablehnungsbescheid für ein Hilfsmittel erhalten hatte, das er zum Zeitpunkt des Bescheids weder haben wollte noch benötigte. Er hatte mehrere Herzoperationen hinter sich und erhielt zwischenzeitlich für ein paar Wochen eine sogenannte Defibrillator-Weste. Mit seinen Ärzten und mit den Kliniken war er sich einig, dass er ein solches Hilfsmittel künftig nicht benötige. Der Bescheid der Kasse traf ihn daher sehr überraschend und er meinte, da die Kasse ihn fragte, ob schon im Besitz dieses Hilfsmittel sei, dass er dieses bezahlen müsse. Sowohl in einem Telefonat als auch mit einer kurzen Stellungnahme habe ich ihm die rechtliche Situation zum Hilfsmittel erläutert, ihn beruhigt und empfohlen, dass es sich diesbezüglich mit seiner Kasse in Verbindung setzen solle. Dies nahm er dankend an.
- In einer Beschwerde vom März ging es inhaltlich um die Verordnung von Rehasport. Im Rahmen des Widerspruchsverfahrens hatte die Versicherte erneut umfangreich Argumente vorgebracht, warum aus ihrer Sicht erneut Rehasport zu verordnen und zu genehmigen sei. Dieses Schreiben richtete sie an die Hauptverwaltung der Krankenkasse, schrieb aber darunter den Hinweis, dass dieses Schreiben zu Händen des MD-Arztes adressiert werde. Nachdem im Widerspruchsverfahren der MD erneut konsultiert worden war, teilte die Kasse der Versicherten mit, der MD habe dies erneut abgelehnt, sie könne sich an die Ombudsperson wenden und man werde den Widerspruch für den Widerspruchsbescheid aufarbeiten. Die Versicherte nahm zu mir Kontakt auf, dies im Hinblick auf die Mitteilung in diesem Schreiben. Zudem teilte sie mit, Bedienstete der Kasse hätte sie angerufen und darauf hingewiesen, der Widerspruch sei falsch adressiert, sie müsse sich an die Ombudsperson wenden, was sie dann getan hat. Meine Aufklärung, ich sei der falsche Ansprechpartner, kommentierte sie völlig zutreffend, sie wisse nun gar nicht mehr, was sie tun solle: die Krankenkasse sage, sie solle sich an die Ombudsperson wenden, und ich behaupte, die Kasse müsse kontaktiert werden. Da dieses Schreiben im Widerspruchsverfahren aber eindeutig an die Krankenkasse gerichtet war, obwohl zudem der Arzt des MD als konkreter Adressat genannt wurde, kann dies nicht bedeuten, dass alleine ich richtiger Ansprechpartner für die Versicherte bin. Die Versicherte erklärte mir in einem Schreiben, sie habe gar nicht gewusst, dass der Medizinische Dienst keine Unterabteilung der Krankenkasse ist. Auch dies habe ich erneut zum Anlass genommen, die Kasse anzuschreiben und um Aufklärung zu bitten, was es mit den Hinweisen an die Versicherte, so sie denn überhaupt so gegeben worden sind, auf sich hat und warum dies geschehen ist. Zugesagt wurde mir, dass man die Führungskräfte der Kasse entsprechend instruiert und sensibilisiert für eine Verbesserung dieser Art von Kommunikation.
- In einer Beschwerde ging es in um die Ablehnung einer weiteren Versorgung einer gehbehinderten Versicherten mit Wassergymnastik. Im Widerspruchsverfahren hatte die Kasse den MD eingeschaltet, der eine für die Versicherte negative Stellungnahme abgegeben hatte. In diesem Schreiben, in dem angekündigt wurde, die Sache dem Widerspruchsausschuss vorzulegen, steht zum einen geschrieben, dass sich die Versicherte an die Ombudsperson wenden kann; es wird aber

- bezüglich der konkreten Kontaktdaten auf eine Homepage des MD Bund verwiesen. Das Schreiben benennt also nicht die genauen Kontaktdaten der Ombudsperson für den MD Saarland, sondern baut mit dem Verweis auf die Homepage des MD Bund eine große Barriere auf. Außerdem steht hier wiederum geschrieben, dass die Ombudsperson bei Schlichtung von Meinungsverschiedenheiten unterstützt. Schließlich wird in diesem Schreiben erwähnt, dass man auch bei der Krankenkasse Widerspruch einlegen kann, obwohl das Schreiben im Rahmen eines Widerspruchsverfahrens erstellt wurde. Viel missverständlicher und kundenfeindlicher kann man solche Hinweise nicht formulieren, siehe auch unten.
- Ein Versicherter beschwerte sich, dass er nach einer Knieoperation mit anschließender Reha Ende 2023, von seiner Krankenkasse auf eine ärztliche Verordnung vom Januar 2024 nicht mit einer motorisierten Bewegungsschiene versorgt wird. Ohne Beteiligung des MD lehnte die Kasse dies mit der Begründung ab, eine solche Schiene sei nur unmittelbar nach der Operation sinnvoll und diese Zeit sei verstrichen. Im Widerspruchsverfahren wurde der MD beteiligt, forderte zunächst weitere Unterlagen an und kam im Juni 2024 zum selben Ergebnis wie die Krankenkasse. Für mich kam eine Intervention im Widerspruchsverfahren nicht in Betracht; in einem Telefonat zur Erläuterung der Lage erklärte mir der Versicherte, ohne dass es irgendwie aktenkundig war, dass es ihm alleine darum geht, die tatsächlich erfolgte Versorgung bis Ende Januar 2024 genehmigt zu bekommen, weil er Angst davor hatte, dass das Sanitätshaus für die Versorgung bis dahin Rückgriff bei ihm nehmen könnte. Ab diesem Zeitpunkt wollte er gar keine motorisierte Schiene mehr haben. Ich riet ihm, diesen Sachverhalt seiner Krankenkasse gegenüber klarzustellen. Die Beschwerde an die Ombudsperson führte daher zu einer Klärung eines Sachverhalts, der sich sowohl für die Krankenkasse als auch für den MD völlig anders darstellte.
- Im Sommer gingen erneut zwei Fälle im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ein, bei denen sowohl durch ärztliche Verordnung als auch durch entsprechende Aufträge der Kassen an den MD die Notwendigkeit einer stationären Reha geprüft wurde. Beiden Fällen war aber gemein, dass es nach den mir vorliegenden Unterlagen keineswegs primär um eine Rehamaßnahme nach § 40 SGB V ging, also eine Nachbehandlung einer bestehenden Erkrankung. Vielmehr handelte es sich in beiden Fällen augenscheinlich um die Gewährung einer sogenannten Vorsorgemaßnahme nach § 23 SGB V, die vor einer Erkrankung beginnt, die eine Erkrankung vermeiden soll und die zu erhalten rechtlich einfacher ist. In einem Fall ging es um einen Handwerksmeister im Ruhestand, der eine erkrankte Frau sowie eine schwerbehinderte Tochter, diese derzeit und vorübergehend, zu versorgen hatte, zum anderen um eine ältere Dame, die ihren ebenfalls betagten Ehemann rund um die Uhr zu Hause pflegt. Hier geht es darum, ein Erschöpfungssyndrom bzw. ein Burnout zu verhindern und damit einer Krankheit vorzubeugen. Dass die jeweilige Kasse als auch durch entsprechenden Auftrag der Kasse der MD die Rehamaßnahme nach § 40 SGB V

- prüft und die Voraussetzungen bei nicht ausgeschöpften ambulanten Maßnahmen bezüglich bestimmter Erkrankungen der Petenten verneint, erscheint rechtlich und sozialmedizinisch zutreffend, trifft aber das Problem nicht. Fällt eine solche Fehlleitung des Begehrens der Versicherten auf, sollte nicht nur von der Ombudsperson versucht werden, diese Fehlleitung zu verhindern. Bereits im Jahr 2023 habe ich hierüber berichtet. Auch in den diesjährigen Fällen habe ich die ärztliche Leitung kontaktiert. Außerdem habe ich den betroffenen Versicherten empfohlen, sich mit behandelndem Arzt und Krankenkasse auszutauschen und über eine Vorsorgemaßnahme zu sprechen und diese auch zu beantragen.

II. Soziale Pflegeversicherung:

1. Allgemeines: Schwerpunkte waren auch in diesem Jahr lange Verfahrensdauern insbesondere in Widerspruchsfällen sowie Unverständnis bei der Beurteilung einzelner Module in den Pflegegutachten. Bei konkreten Terminfragen hat es sich angeboten, mit Einverständnis der Beteiligten das interne Beschwerdemanagement einzuschalten, welches direkten Zugriff zu Daten der Organisation, Planung und Umsetzung hat. Die Ombudspersonen, die von außen tätig werden und diesen Zugriff in dieser Form nicht haben, können dies zeitnah und detailgenau nicht tun. Diese Zusammenarbeit verlief erneut reibungslos, kommunikativ und äußerst vertrauensvoll. Einige Beschwerden betrafen diesbezüglich auch das von Versicherten geäußerte Unverständnis, warum in einem Widerspruch kein erneuter Termin vor Ort durchgeführt wurde. Wie in anderen Fällen auch, konzentrierte sich die Kommunikation diesbezüglich dahingehend, rechtliche Regelungen und Vorgaben in Gesetzen als auch in den Begutachtungsrichtlinien ebenso zu erläutern wie die Arbeitsweise des MD in Bereich der Widersprüche.

2. Einzelheiten:

- In einem Fall vom Februar hatte der Versicherte, der schon seit 6 Jahren Pflegegrad 3 besaß, einen Höherstufungsantrag wegen Verschlimmerung gestellt. Das Gutachten des MD gelangte zu einem Pflegegrad 2, was die Kasse zu einer Rückstufung veranlasste. Der Bescheid liegt (derzeit) nicht vor. Hier taucht, ähnlich wie im Jahr zuvor, die Problematik der Beauftragung des MD durch die Kasse auf. Offenbar nutzen die Pflegekassen einen Höherstufungsantrag auch dazu, insgesamt die Situation zu überprüfen und wollen erfahren, ob der vorherige Einstufungsbescheid rechtswidrig war (dann § 45 SGB X) oder sich die Situation wesentlich gebessert hat (dann § 48 SGB X). Die Frage ist, welchen Auftrag die Kasse dem MD gibt. Eine solche Vorgehensweise ist zwar generell möglich, weil auch bestandskräftige Verwaltungsakte im Rahmen dieser beiden Vorschriften des SGB X nicht unantastbar bleiben. Im Jahr zuvor war die Situation aber offensichtlicher, da dort eine Höherstufung verfügt wurde, die nur deshalb mit Widerspruch angefochten wurde, weil die Versicherte eine körperliche

Untersuchung wollte, die nicht stattgefunden hat. Dieser Widerspruch war unzulässig und daher hätte eine materielle Überprüfung in einem Widerspruchsgutachten durch den MD gar nicht stattfinden dürfen. Die Situation hier erscheint rechtlich vertretbar, wenn auch aus Sicht des MD mit den Kassen zu besprechen sein sollte, wie solche Aufträge bei Höherstufungen zu verstehen sind.

- Die Tochter einer Versicherten wandte sich mit Vollmacht an mich und beschwerte sich darüber, dass in der Widerspruchsbeurteilung zwar statt 16,25 nunmehr 26,25 gewichtete Punkte herauskamen, empfand es aber als Schikane, dass gerade 0,75 Punkte zu Pflegegrad 2 (27 gewichtete Punkte) fehlten. Hintergrund war der, dass im Bereich der Mobilität statt 10 gewichtete Punkte 20 angenommen wurden und im Gegensatz zu 16,25 Punkten, welche nicht im Grenzbereich Pflegegrad 1 liegen, nunmehr gerade dieser $\frac{3}{4}$ Punkt zu Pflegegrad 2 und zur Öffnung des vollständigen Leistungskatalog der Sozialen Pflegeversicherung fehlte. Sie bat mich um Intervention. Nach Rücksprache mit dem MD und in einem Telefonat mit der Versicherten konnte ich die Sache mit Hinweis auf klar definierte Punktbereiche erklären. Der Bescheid der Kasse lag mir nicht vor.
- Im Mai kam eine Beschwerde der Tochter einer zu Beginn des Ukrainekriegs nach Deutschland übersiedelten älteren Dame nebst noch älterem Lebensgefährten. Es ging um einen Antrag auf Pflegeleistungen mit einem Auftrag an den MD vom Januar, der noch nicht bearbeitet wurde. Die Besonderheit war aber, dass dieser Auftrag vom Sozialamt kam und dies wohl auf der Grundlage von § 61 ff SGB XII (Sozialhilfe), womit die Eigenschaft von in einer Kranken- oder Pflegekasse „versicherten“ Person ausscheidet. Meine Befugnisse im Sinne von § 278 Abs. 3 SGB V bzw. § 18c Abs. 2 SGB XI beschränken sich bei Außenbeschwerden auf solche von „Versicherten“. Um diese Personengruppe handelt es sich hier nicht. Da meine gesetzlich zugeordneten Befugnisse aber nur Beschwerden von Versicherten betreffen, waren meine Befugnisse in dieser Sache stark beschränkt. Hier blieb nur der Weg, um Einverständnis für eine Weitergabe an das interne Beschwerdemanagement zu bitten, was die Tochter und Vorsorgebevollmächtigte zwar getan hat. Trotz mehrfacher Aufforderungen übermittelte aber die Tochter keine Vollmachten oder Betreuungsurkunden, sodass die Weitergabe an den MD nicht möglich war.
- Eine ältere Dame wandte sich an mich und beschwerte sich, dass eine Einstufung in Pflegegrad 1 erfolgte, welche viel zu niedrig sei. Eine Mitarbeiterin der Pflegekasse habe ihr gesagt, sie solle sich an die Ombudsperson wenden, dies ginge schneller. In einem Telefonat ergänzte sie, sie sei bereits 2 Monate zuvor mit Pflegegrad 1 begutachtet worden. Sie habe gegen den Ablehnungsbescheid Widerspruch einlegen wollen und man habe ihr ebenfalls gesagt, dies dauere viel zu lange; sie solle lieber in Kürze einen Verschlimmerungsantrag stellen, was sie dann auch getan hat. Ich habe sie dann im Telefonat wiederum auf das Widerspruchsverfahren hingewiesen und dass es zwingend sei, zur Überprüfung dieses durchzuführen.

- Auch sagte ich ihr, dass die Auskunft bezüglich der Ombudsperson unsinnig sei. Dass die Pflegekasse der Dame vom Widerspruchsverfahren gegen den Bescheid auf Pflegegrad 1 bezüglich der früheren Begutachtung abgeraten hat, ist einerseits bedenklich, andererseits steckt ein wahrer Kern dahinter, denn die im SGB XI geregelten zeitlichen Vorgaben dem MD gegenüber gelten nur für Erstanträge und nicht im Rahmen von Widerspruchsverfahren. Allerdings verstärkt dies den Druck auf den MD gewaltig, wenn statt Klärungen in einem Rechtsbehelf immer wieder alle 2 Monate neue Feststellungsanträge gestellt werden. Es ist äußerst unbefriedigend und sollte dem MD Anlass geben, diese Problematik mit den Pflegekassen intensiv zu besprechen.
- Im Juni meldete sich die Pflegedienstleitung (PDL) eines Pflegeheims und beschwerte sich darüber, dass für 6 ihrer Bewohnerinnen, die einen Höherstufungsantrag über das Heim gestellt hätten, lange Zeit kein Termin vor Ort durch den MD angeboten wurde. In einem Telefonat konnte ich ihr erläutern, dass die Ombudsperson nur auf Anfragen von Versicherten oder deren Bevollmächtigten reagieren kann, nicht aber auf Nachfragen von Heimen, die keine entsprechende Vollmacht von den Pflegebedürftigen haben. Mit deren Einverständnis habe ich die Sache dann an das Interne Beschwerdemanagement weitergeleitet.
- Die Mutter eines an Trisomie 21 leidenden 20-jährigen Versicherten mit Pflegegrad 4 (Besitzstandsregelung seit 2017) beschwerte sich über Passagen in einem Pflegegutachten, welche ihrer Meinung nach die Selbständigkeit ihres Sohnes viel zu positiv darstellten. Nach dem Gutachten liegen lediglich die Voraussetzungen für Pflegegrad 3 vor, die Pflegekasse bestätigte aber wegen der Besitzstandsregel den Pflegegrad 4. In einem Telefonat mit der Mutter stellte sich heraus, dass es ihr nicht darum ging, Pflegegrad 5 zu erwirken, sondern alleine darum, Aspekte in der Begutachtung durch den MD herauszuarbeiten, die sich positiv für ein Schwerbehindertenverfahren, hauptsächlich Merkzeichen, auswirken könnten. Auch hier ging es um Erklärungen und Erläuterungen, dass die Aufgaben des MD sich nicht auf das Schwerbehindertenverfahren übertragen lassen. Da Mutter und der Versicherte von einem Sozialverband im Schwerbehindertenverfahren vertreten wurden, ging der Hinweis dahin, sich mit der von ihr besprochenen Problematik an diese Rechtsvertretung zu wenden. In diesem Telefonat gab die Mutter auch an, im Bescheid sei auf die Ombudsperson in Bayern hingewiesen worden, sie habe sich aber im Internet erkundigt und dann gemerkt, dass (zutreffenderweise) die Ombudsperson im Saarland zuständig ist.
- Der Sohn eines Ehepaars beschwerte sich über einen Arzt der Eltern, der keinerlei telefonische Anfragen beantworte, sondern den Patienten zu Beginn des jeweiligen Quartals nur dann Termine vergebe, wenn diese in der Praxis erschienen, was lange Schlangen vor der Praxis und unmenschliche Zustände hervorrufe, gerade bei alten und behinderten Patienten. Ich gab ihm verschiedene Ansprechpartner und klärte ihn über meine Aufgaben auf, die nur den MD betreffen.

III. Behandlungsfehler

- Im Juni war im Posteingang der erste Fall eines Behandlungsfehlers zu finden. Hier hatte sich der Versicherte an seine Krankenkasse gewandt und einen Behandlungsfehler im Rahmen einer Hüftoperation geltend gemacht. Der MD hatte einen externen Gutachter beauftragt und dieses Gutachten kam zum Ergebnis, dass bei der ersten von zwei Operationen ein Behandlungsfehler vorliegt, bei der Folgeoperation einer Endoprothese dann nicht. Dieses Gutachten war klar und verständlich, anschließend hat der Sachverständige des MD auf dieses Ergebnis verwiesen und die Kasse informiert. Ungeschickt und unnötig sowie widersprüchlich und für mich nicht nachvollziehbar war aber, dass in der kurzen Stellungnahme des MD zur Weiterleitung des Fremdgutachtens auf Seite 1 unter „Ergebnis“ zwar aufgeführt war, dass ein Behandlungsfehler vorliegt oder wahrscheinlich ist, zugleich aber der offensichtlich als Textvorlage vorhandene Satz stand: „sozialmedizinische Voraussetzungen für Leistungsgewährung nicht erfüllt.“ Dies hat nachvollziehbar den sehr betagten Versicherten, in Vertretung durch seine Ehefrau, veranlasst, die Ombudsperson anzurufen und das Missfallen über dieses Ergebnis auszudrücken. Durch ein Telefonat und nach Rücksprache mit der Ärztlichen Leitung des MD konnte ich dies dem Versicherten erklären.

IV. Sonstiges:

- Eine Frau beschwerte sich bei der Geschäftsstelle darüber, dass sie einen Unfall im privaten Bereich gehabt habe. Diesen habe sie ihrer privaten Unfallversicherung gemeldet, welche einen medizinischen Gutachter beauftragt habe. Sie äußerte Bedenken, dass die private Unfallversicherung ihr Begehren ablehnen werde und bekam aus der Verwandtschaft den Hinweis, die Ombudsperson des Medizinischen Dienstes anzurufen. Die Geschäftsstelle konnte ihr sowohl unsere Funktion als auch inhaltlich erklären, dass die Ombudsperson des MD hierfür keinerlei Mandat hat.
- Im September kamen kurz hintereinander zwei Beschwerden über Krankenhausbehandlungen, konkret in einem Krankenhaus im Saarland und in Rheinland-Pfalz. Im ersten Fall ging es um eine geplante und nach Ansicht des Versicherten unnötige Behandlung, welche er als Abzocke der Krankenkasse ansah. In dem anderen Fall beschwerte sich die Ehefrau eines kürzlich verstorbenen Versicherten über aus ihrer Sicht unmögliche Zustände bei der pflegerischen Versorgung ihres Mannes. Da die Ombudsperson hierfür keinerlei Mandat hat, habe ich den Versicherten im ersten Fall auf das Beschwerdemanagement des betreffenden Krankenhauses sowie die Aufsichtsbehörde hingewiesen, im anderen Fall habe ich auf ausdrücklichen Wunsch der betagten Ehefrau die Beschwerde an die entsprechenden dortigen Institutionen weiterverwiesen.

- In den Beschwerdefällen, in denen die Versicherten der Ombudsperson den jeweiligen Kassenbescheid zur Kenntnis übermittelt hatten, fiel in letzter Zeit mehrfach auf, dass die obligatorischen Belehrungen, man könne bei Beschwerden wegen der Tätigkeit des MD die Ombudsperson anrufen, unzureichend sind. Bei vielen Kassen findet man nur einen Hinweis auf die jeweilige Homepage der Kasse und den entsprechenden Link; dort könne man erfahren, welche Ombudsperson im Bundesgebiet hierfür zuständig ist. Dies hat meines Erachtens nichts mit den Belehrungspflichten der Kassen in Bescheiden sowie der UOP-Richtlinie zu tun, denn die hier eingebaute Barriere zur Anrufung der Ombudsperson in den Bescheiden der Kassen ist für Versicherte ohne Internetanschluss oder ohne Kenntnisse der EDV unerreichbar hoch. Es sollte auch EDV-mäßig bei den Kassen möglich sein, in diesen Belehrungen klar und deutlich sowohl den genauen MD-bezogenen Adressaten der Ombudsbeschwerde als auch die Erreichbarkeit individuell einzupflegen.
- Anfang April 2024 fand wiederum eine Konferenz der Ombudspersonen der einzelnen MDen, nunmehr auch des MD Bund und des SMD der Knappschaft in Berlin statt. Auch an dieser 2-tägigen Konferenz habe ich per Videokonferenz teilgenommen. Zwischenzeitlich fand ein Austausch der Argumente bezüglich bestimmter Probleme zwischen den Ombudspersonen und dem MD Bund statt.
- z.Bsp. zur Diskussion um einen meines Erachtens nicht ausgereiften Vorschlag des MD Bund, ob nicht eine Ombudsperson für alle MDen gestellt werden soll;
- z.Bsp.zu Umfragen des MD Bund zu Informationsbegehren des MD Bund, die rechtswidriger Weise über die einzelnen MDen abgefragt wurden.

Mit diesen Ausführungen schließt der Bericht 2024 der Ombudsperson Kurt Rauch.

Ab 01.10.2024 habe ich, Thomas Meiser, diese Funktion übernommen.

Zu den bis 30.09.2024 eingegangenen 68 Fällen kamen vom 01.10. bis 31.12.2024 noch weitere 18 Fälle hinzu, sodass im Jahre 2024 das Fallvolumen bei 86 Fällen lag.

(Annotation: Allein im Januar 2025 gingen 16 Fälle ein, das Fallvolumen scheint sich – bei Fortschreiten dieser Tendenz – zu erhöhen).

Natürlich waren die zum 30.09.2024 eingegangenen Fälle noch nicht alle erledigt, sodass auch einige dieser Petitionen noch von mir betreut wurden.

Die Übernahme gestaltete sich problemlos, Herr Rauch leistete mir hierbei hervorragende Unterstützung!

Auch im MD wurde ich sehr gut aufgenommen, die beiden in der Ombudsstelle tätigen Damen, Frau Bruxmeier und Frau Becker, halfen in kompetenter Art und Weise, den Übergang fließend und unproblematisch zu gestalten.

Auch der Vorstandsvorsitzende, die leitenden MitarbeiterInnen und die sonstigen Beschäftigten, vor allem in der IT, standen und stehen mir stets hilfreich und beratend zur Seite.

Allen ein herzliches Dankeschön!

Von den 18 zwischen 01.10. und 31.12.2024 eingegangenen Fällen betrafen 12 die GKV, 5 die SPV und in einem Falle konnte die Zielrichtung der Anrufung der Ombudsperson trotz mehrfacher Versuche nicht herausgefunden werden. Dieser Petent lebt seit 2018 im Betreuten Wohnen – nach Scheidung und Verlust des Arbeitsplatzes und des Wohnhauses – und ist über diesen Lebenszustand völlig frustriert, fühlt sich von der Welt vergessen und verlassen.

In solchen Fällen – die übrigens öfter vorkommen – sind die Ombudsperson und oft auch die Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle Ansprechpartner, Zuhörer und einfach Abladeort für auf der Seele liegende und belastende Lebensumstände der Petentinnen und Petenten.

Gerade in solchen Situationen ist die Ombudsperson ein wichtiges Element der sozialmedizinischen Beratung und Betreuung.

In der SPV handelte es sich meistens entweder um die Art und Weise der Gutachtenerstellung (Hausbesuch, strukturiertes Telefoninterview oder nach Aktenlage) oder um die (Er-)Klärung von Sachverhalten im Gutachten oder im Bescheid, mit der die Versicherten erst in den Stand gesetzt werden, selbst zu entscheiden, welchen Weg sie anschließend gehen wollen.

Dabei muss den Versicherten oftmals ein nicht adressatengerechter Bescheid erklärt werden, sie werden dann von mir bei der Wahrnehmung ihrer Rechte unterstützt, wie es vom Gesetzgeber gewollt und geregelt wurde.

In der GKV liegen – wie von Herrn Rauch in einigen Fällen aufgezeigt – sehr viele unterschiedliche Konstellationen vor. In einem Falle ging es um mehrfache Fristverschiebungen des MD aufgrund „technischer Probleme“ bei einer Begutachtung wegen eines Antrages auf Kostenübernahme einer geschlechtsumwandelnden Operation. Mit dem Begriff „technische Probleme“ konnte die mich kontaktierende Person natürlich nichts anfangen, hier konnte ich aber nach Rückkopplung mit dem MD schnell Abhilfe schaffen.

Andere Fälle betrafen Heilmittelverordnungen, Reha- oder Haushaltshilfeanträge, Fragen zum Off-Label-Use, Implantatsversorgungen oder Fragen zur Arbeitsfähigkeit oder -unfähigkeit. Echte Schwerpunkte sind in der Krankenversicherung nicht auszumachen.

Arbeitsgemeinschaft der Unabhängigen Ombudspersonen

Vom 13. bis 16. November 2024 habe ich an der Herbsttagung der Arbeitsgemeinschaft der Unabhängigen Ombudspersonen (AG UOP) beim MD Berlin/Brandenburg in Berlin teilgenommen.

Diese Tagung war für mich von besonderer Bedeutung, da ich „als Neuling“ die Kolleginnen und Kollegen persönlich kennenlernen und die momentanen Arbeitsschwerpunkte und Problemstellungen im Ombudswesen (Novellierung der Richtlinie, Verhältnis zum MD Bund und deren Ombudsperson etc.) erfahren konnte.

Auch fand ein Austausch mit der Leiterin der Abteilung 2 im Bundesamt für Soziale Sicherung zum Ombudsverfahren statt, der sehr informativ und zielführend war.

Ein ebenfalls geplanter Austausch mit der Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege musste leider krankheitsbedingt ausfallen, er wird jedoch nachgeholt.

Da im Herbst 2024 auch die erste Amtsperiode der Ombudspersonen endete, verfassten wir ein Papier

„Gedanken zur ersten Amtsperiode“.

Ich erlaube mir, dieses Papier dem Jahresbericht (nochmals) als Anhang anzufügen.

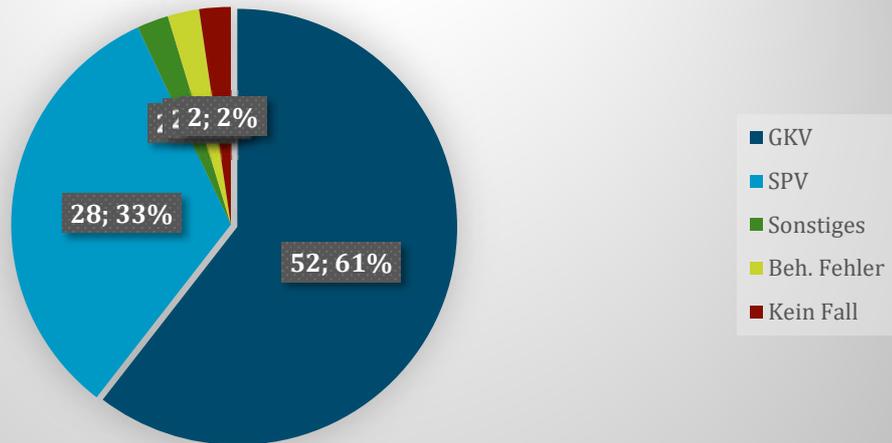
Statistiken:

In der statistischen Übersicht gestaltete sich das Jahr 2024 wie folgt:

Jahresübersicht 2024

Monate	Anzahl	GKV	SPV	Sonstiges	Beh. Fehler	Kein Fall
Januar	8	6	2			
Februar	6	2	4			
März	3	3	0			
April	6	3	3			
Mai	4	1	3			
Juni	15	7	6	1	1	
Juli	9	6	2			1
August	9	7	2			
September	6	4	1			
Oktober	6	5	1			
November	3	3	1			
Dezember	9	5	3	1		
Insgesamt	86	52	28	2	1	1

Jahresübersicht Ombudsverfahren 2024



Saarbrücken, im März 2025

Thomas Meiser
Ombudsperson des MD Saarland

- Anhang -

Vorsitzende der Verwaltungsräte
MD der Länder
MD Bund
Aufsichtsbehörden der Länder
Patientenbeauftragter Bund

Gedanken zum Ende der ersten Amtsperiode

Einleitung

Die Funktion der Unabhängigen Ombudspersonen (UOP) bei den Medizinischen Diensten (MD) der Länder wurde 2021 durch das „MDK-Reformgesetz“ (§ 278 Abs. 3 Satz 2 SGB V) geschaffen. Beschäftigte der MD können sich danach bei Beobachtung von Unregelmäßigkeiten und bei Beeinflussungsversuchen durch Dritte vertraulich an die UOP wenden und gleichermaßen Versicherte sich bei ihr über die Tätigkeit des MD beschweren (schon an dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass Eingaben von Versicherten fast ausschließlich die Tätigkeit der UOP ausmachen). Die Bestellung und die Aufgaben der UOP werden in der dazu erlassenen Richtlinie des MD Bund (UOP RL) näher geregelt. Nach dem Gesetz ist die UOP unabhängig und weisungsfrei und nur den rechtlichen Vorgaben und ihrem Gewissen unterworfen. Verpflichtet ist sie zur Verschwiegenheit, auch nach Beendigung ihrer Tätigkeit.

Die Funktion und die Rolle der UOP bedurfte zunächst inhaltlicher und organisatorischer Ausgestaltung. Deshalb haben die UOP sich in einer Arbeitsgemeinschaft organisiert, um so gemeinsam eine einheitliche Definierung ihrer Funktion abzustimmen und ein gemeinsames Rollenverständnis zu entwickeln. Den UOP schien es unabweisbar, sich über ihre Aufgaben, Kompetenzen und die Kooperation mit den regionalen Ansprechpartnern auszutauschen und sich beim Aufbau der administrativen Strukturen (Formulare, Erklärungen, Website, digitale Prozesse) zu unterstützen. Damit sind Synergieeffekte nutzbar und ein einheitliches Erscheinungsbild erreichbar.

Darüber hinaus erachten wir es als sinnvoll, die Richtlinie einheitlich zu interpretieren und umzusetzen, um damit dem Anspruch der Versicherten auf bundeseinheitliche Anwendung gerecht zu werden. Dies gilt z.B für die Definition der in den Jahresberichten mitgeteilten Kennzahlen, die nur auf einheitlicher Grundlage aussagekräftig und bundesweit vergleichbar sind.

Die Arbeitsgruppe bildet zudem eine Plattform für kollegiale Beratung in grundlegenden Fragestellungen und für den Informationsaustausch, etwa über die Frage der Novellierung der UOP RL.

Die erste Amtsperiode seit Einführung der Funktion der UOP geht zu Ende (bzw. ist in einigen Bundesländern bereits zu Ende gegangen); die UOP blicken auf drei Jahre ihrer Tätigkeit zurück und nehmen dies zum Anlass

Geschäftsstelle Ombudsperson

für die Mitteilung von Handlungsbedarfen, die sie auf ihre Erfahrungen stützen. Unsere Überlegungen schließen mit Ausführungen zur Bedeutung der Tätigkeit der UOP bei den Medizinischen Diensten der Länder.

Handlungsbedarfe

Richtlinie

- Jahresberichte

Nach Ziff. 3.3 der UOP RL müssen die UOP dem Vorstand, dem Verwaltungsrat und der zuständigen Aufsichtsbehörde jährlich berichten. Der Bericht ist den entsprechenden Stellen „in jedem Jahr zum 31.12“ vorzulegen.

Diese Formulierung lässt viel Spielraum für Interpretationen und hat sich in der Praxis nicht bewährt. Eine bundesweite Vergleichbarkeit des Arbeitsaufkommens bei den UOP und das Erkennen von Entwicklungen setzt voraus, dass über einheitliche Zeiträume berichtet wird. Deshalb sollte in der UOP RL klargestellt werden, dass die Berichte ein Kalenderjahr umfassen müssen, und die Vorlagefristen sollten wegen der Veröffentlichungspflicht kompatibel mit den Verwaltungsratssitzungen sein.

- Status der UOP

In Ziff. 5.1.3 werden Aussagen zur „Vergütung“ der UOP getroffen. Keine Aussage findet sich zum rechtlichen Status. Dies führt in der Praxis dazu, dass es unterschiedliche Vertragsmodelle gibt. Einige UOP üben ihr Amt im Rahmen ihrer Selbstständigkeit aus (z.B. als Rechtsanwalt oder Mediator), einige sind ehrenamtlich tätig. Für letztere ergeben sich hier (sozial)versicherungs- und steuerrechtliche Fragen, die einer Klarstellung bedürfen.

Statusfragen ergeben sich auch aus den Bescheiden der Kranken- und Pflegekassen selbst.

Nach § 275 Abs. 3c SGB V bzw. § 18 Abs 3 SGB XI haben die Kranken- bzw. Pflegekassen ihre Versicherten in verständlicher Form auf die Möglichkeit der Anrufung der UOP hinzuweisen, wenn eine (ablehnende) Entscheidung auf einer gutachterlichen Stellungnahme oder einem Gutachten des Medizinischen Dienstes beruht.

Diese Hinweise in den Bescheiden differenzieren nicht ausreichend zwischen einem Beschwerde- und einem Rechtsbehelfsverfahren, so dass es bei Versicherten/ Angehörigen immer wieder zu Missverständnissen kommt und Widersprüche an die UOP gerichtet werden mit dem Risiko, dass die Frist für die Einlegung eines Rechtsbehelfs versäumt wird.

Mit diesem Problem haben sich bereits die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder befasst und im November 2022 im Interesse der Versicherten beschlossen, dass die UOP zwar unabhängig und weisungsfrei gegenüber dem MD sind, aber bei jedem MD zu bestellen seien und ihnen deshalb dessen Behördeneigenschaft i.S. des § 84 Abs.2 Sozialgerichtsgesetz zuzurechnen sei. Das hätte zur Folge, dass sie Widersprüche fristwährend entgegenzunehmen und an die zuständige Kranken- bzw. Pflegekasse weiterzuleiten hätten.

Diesen Beschluss halten die UOP nicht nur für rechtlich bedenklich, sondern auch für schwierig in der Umsetzung. Die Petenten nutzen zunehmend online-Formulare, die den Formerfordernissen der Widersprüche (Schriftlichkeit, Unterschrift) nicht genügen dürften. Im Interesse der Versicherten bedarf es hier dringend einer rechtskonformen Regelung.

Unabhängige Ombudsperson MD Bund

Wir sehen eine wichtige Aufgabe für die UOP Bund in der Kommunikation zwischen der Arbeitsgemeinschaft der UOP der Länder und dem MD Bund. Sie könnte zentrale Informationen an die AG transportieren und deren Ergebnisse und Bedarfe an den MD Bund, aber auch an andere Akteure auf Bundesebene herantragen und so eine wichtige Scharnierfunktion zwischen den UOP der Länder und dem MD Bund wahrnehmen.

Abschließende Bemerkungen

Nach drei Jahren ihrer Tätigkeit stellen die UOP bei den MD der Länder gemeinsam fest, dass sich diese vom Gesetzgeber zur Stärkung der Rechte der Kranken- und Pflegeversicherten eingeführte neue Institution etabliert hat und die Menschen davon umfangreich Gebrauch machen. Die Zahl der Inanspruchnahme ist in

den meisten Ländern auf ein hohes Niveau gestiegen, und dies beruht keineswegs nur auf der vergleichsweise hohen Zahl fehlgeleiteter Widersprüche, deren Zahl inzwischen im Übrigen auch abnimmt. Die UOP ist als „Vertrauensperson“ von den Versicherten angenommen. Dieses Vertrauen dürfen die Versicherten auch haben, denn die UOP ist unabhängig, weisungsungebunden, verschwiegen. Und sie ist deshalb besonders vertrauenswürdig, weil sie eben nicht integraler Bestandteil der Behörde MD ist. Anders als das Beschwerdemanagement, das Bestandteil des Dienstes ist. Im Rahmen der ihr gesetzlich zugeschriebenen Aufgabe hilft die UOP jenen, die krank oder pflegebedürftig sind, in diesen existentiellen Ausnahmesituationen zurecht zu kommen. Alle UOP sehen in ihrer Funktion auch und gerade die eines Lotsen, einer Lotsin angelegt. Dem Willen des Gesetzgebers zur Stärkung der Versichertenrechte und dem erkennbaren Bedarf der Versicherten widerspräche es, wenn sich die Ombudsfunktion nicht auch auf diese Art der Unterstützung würde erstrecken dürfen. Zu beobachten sind dabei natürlich stets die Grenzen zur nicht erlaubten Rechtsberatung.

Die Tätigkeit der UOP bei den MD hat über den Einzelfall hinaus auch in gesellschaftspolitischer Hinsicht vertrauensbildenden Charakter. Bürgerinnen und Bürger stellt der Staat eine Vertrauensperson an die Seite, um ihre Rechte zu stärken. In diesen Zeiten, in denen Vertrauen in den Staat und in die Politik schwindet, sind Ombudsleuten deshalb von besonderer Wichtigkeit, weil sie einen Beitrag dazu leisten können, dieses Vertrauen wiederzugewinnen.