

Jahresbericht 2025 der unabhängigen Ombudsperson beim Medizinischen Dienst Saarland

Geschäftsstelle der unabhängigen Ombudsperson beim Medizinischen Dienst Saarland
Montag bis Freitag 9:00 bis 13:00 Uhr
0681 93667 181
ombudsperson@md-saarland.de

Thomas Meiser
unabhängige Ombudsperson

Medizinischer Dienst Saarland
Dudweiler Landstrasse 151
66123 Saarbrücken
www.md-saarland.de

Die rechtlichen Grundlagen der Tätigkeit der Ombudsperson wurden in den vergangenen Berichten bereits dargestellt. Daher hier nur noch einmal in aller Kürze:

Mit dem MDK Reformgesetz wurde durch Paragraph 278 Absatz 3 SGB 5 die Bestellung einer unabhängigen Ombudsperson eingerichtet. Die unabhängige Ombudsperson ist Ansprechpartner sowohl für die Beschäftigten des Medizinischen Dienstes bei Beobachtung von Unregelmäßigkeiten, insbesondere Beeinflussungsversuchen durch Dritte, als auch für Versicherte / deren Angehörige oder BetreuerInnen bei Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes.

Sie ist unabhängig von Medizinischen Dienst und bearbeitet alle Anliegen vertraulich. Die unabhängige Ombudsperson ist nur den rechtlichen Vorgaben und ihrem Gewissen verpflichtet.

Für den Medizinischen Dienst Saarland wurde Herr Thomas Meiser zum 01.10.2024 vom Verwaltungsrat als unabhängige Ombudsperson bestellt.

Im Jahr 2025 haben sich 127 Petentinnen/Petenten an die Ombudsperson des Medizinischen Dienstes Saarland gewandt.

- Im Bereich der Pflegeversicherung waren es 52 Fälle
- Im Bereich der Krankenversicherung waren es 62 Fälle
- Als Orientierungsanfragen - zum Teil mit aber auch ohne einen Leistungsvorgang beim Medizinischen Dienst Saarland - waren 13 Fälle zu werten.

Mit ca. 80% der Versicherten aus den Bereichen Pflege -und Krankenversicherung gab es zum Teil mehrfach eine telefonische Kontaktaufnahme.

Bei ca. 20% der Fälle gab es nur einen schriftlichen oder Mailaustausch.

Nur ca. 1% der Fälle waren trotz Erinnerungen per Brief oder Mail letztlich nicht für die Ombudsperson erreichbar.

Beschäftigte des Medizinischen Dienstes Saarland haben sich nicht an die Ombudsperson gewandt.

Die Eingaben haben sich gegenüber dem Jahr 2024 (84 Eingaben) um 46 Fälle erhöht, dies bedeutet eine Steigerung um 55 %, somit lag der Arbeitsaufwand der unabhängigen Ombudsperson und der in der Geschäftsstelle Beschäftigten weitaus höher als noch im vergangenen Jahr.

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass im Schnitt mindestens 5 Arbeitsschritte zu den PetentInnen notwendig sind (Erstkontakt, Eingangsbestätigung, Erstellen des Arbeitsordners, Studium dieser Arbeitsunterlagen, telefonische Kontaktaufnahme, Fertigung von Aktenvermerken, Brief – oder Mailverkehr, Nachfragen bei Dritten, Erledigungsaktivität, nochmalige Rückfragen der PetentInnen etc.), sodass im Jahre 2025 ca. 650 Kontaktaufnahmen/Arbeitsschritte notwendig waren.

Gemessen an der Gesamtzahl der vom Medizinischen Dienst im Saarland im Jahr 2025 erstellten Produkte (Produktzahlen aus der Medizin - die GKV betreffend - PG I und PG II in Höhe von 48.216) und SPV-Produkte aus dem Bereich der Pflege in Höhe von 40.763 - also insgesamt 88.979 Produkte - ist dieses Aufkommen erneut niedrig – nämlich 0,001427 % - und bewegt sich in etwa auf dem Niveau der Eingaben beim Beschwerdemanagement des medizinischen Dienstes Saarland.

Diese Steigerung der Eingaben um 55% gegenüber dem Vorjahr war nur mit großer Unterstützung der Geschäftsstelle zu bewältigen. Die prompte Reaktion der Geschäftsstelle - insbesondere in Form einer Eingangsbestätigung - auf eine Kontaktaufnahme ist mehrfach sehr positiv gewürdigt worden.

Für den hervorragenden fachlichen Austausch mit MitarbeiterInnen des Medizinischen Dienstes Saarland habe ich zu danken.

Einige PetentInnen haben sich an die Ombudsperson und an das interne Beschwerdemanagement gleichzeitig gewandt. Durch geeignete Absprachen wurde eine Doppelbearbeitung ausgeschlossen. 2 Fälle wurden zur weiteren Bearbeitung an das interne Beschwerdemanagement weitergeleitet.

Bis auf einige Ausnahmen war keine unangebrachte Anspruchshaltung zu registrieren. Die Eingaben wurden weitestgehend im telefonischen und/oder im schriftlichen Kontakt sachlich- natürlich häufig auch mit emotionaler Intensität verbunden-vorgetragen.

Hauptbestandteil der Tätigkeit war es, den Menschen Orientierungshilfen zu geben: Hinsichtlich erstellter Gutachten, welche sehr häufig auch im Einzelnen durchgesprochen und erläutert werden mussten, um den

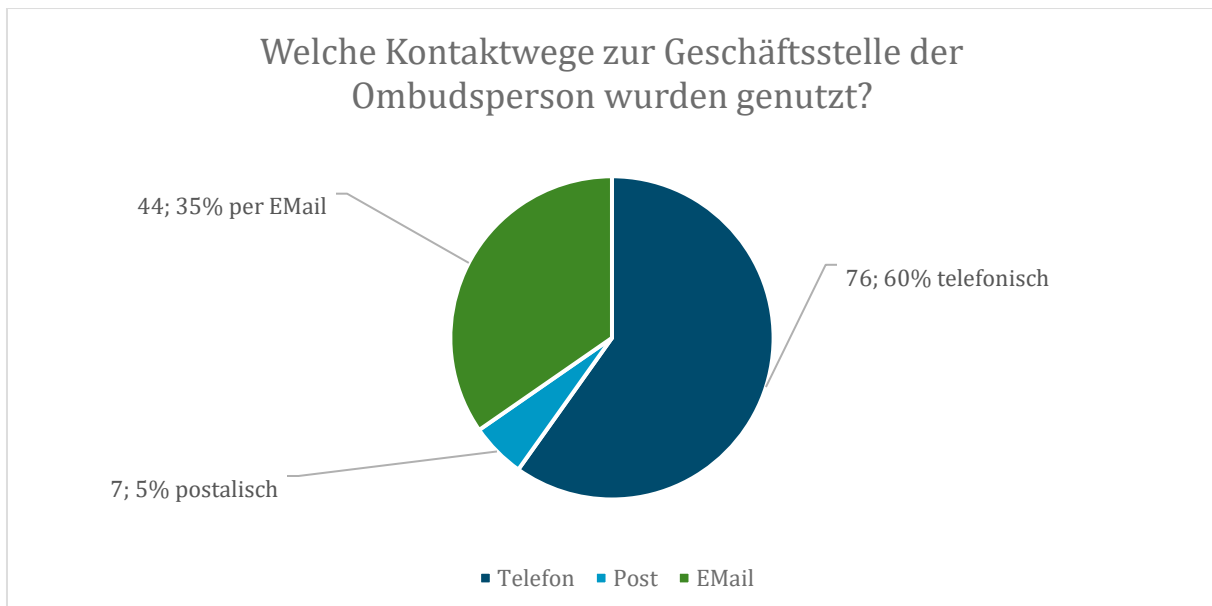
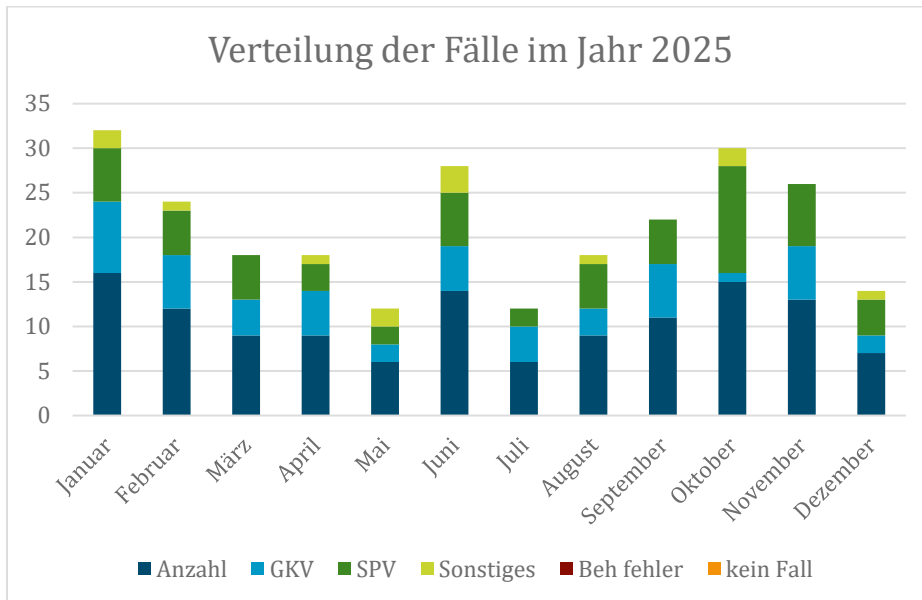
Menschen ein Verständnis dafür zu schaffen, was mit dem im Gutachten Niedergelegten überhaupt gemeint ist im für viele Menschen undurchsichtigen Dschungel des Gesundheitssystems.

Aber auch Orientierungshilfen dafür zu geben, wie das weitere Prozedere im Einzelfall nunmehr gestaltet werden könnte: Am Ende eines Beratungs- und Unterstützungsprozesses durch die Ombudsperson sollen die Hilfesuchenden in die Lage versetzt werden, selbständig entscheiden zu können, wie es nunmehr weitergehen soll. Diese Hilfe zur Selbsthilfe ist der wesentliche Sinn des Ombudswesens!

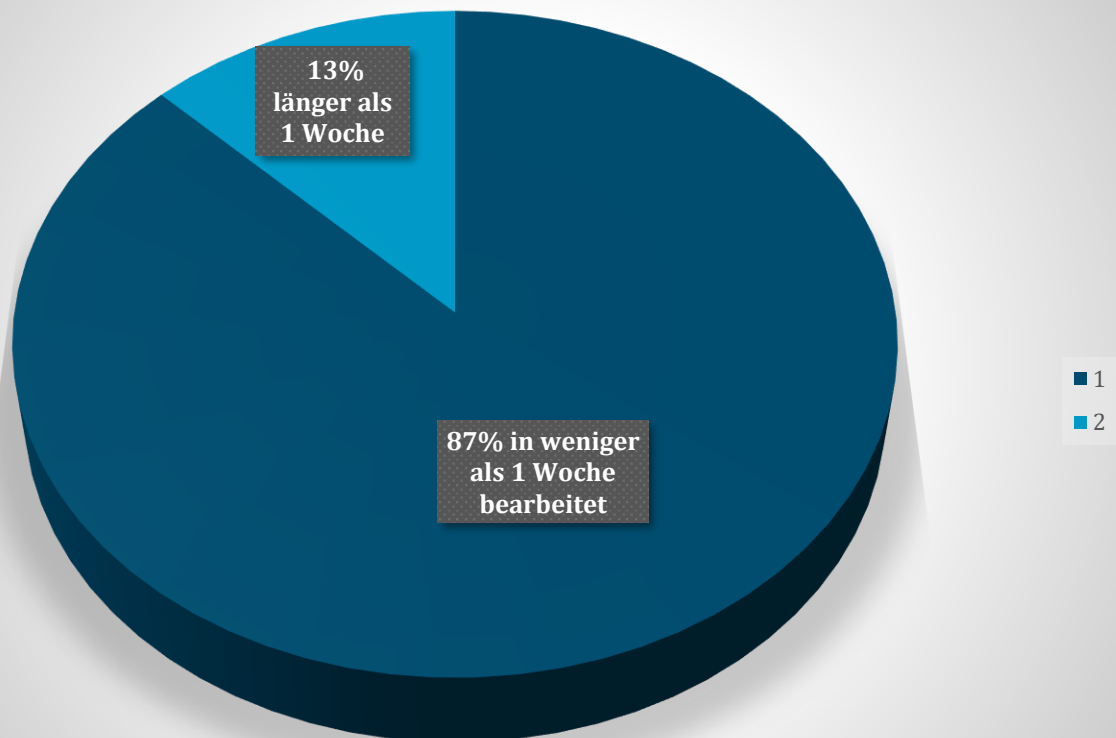
Im Folgenden werden nunmehr die wesentlichen Daten zur Inanspruchnahme der Ombudsperson in tabellarischer und grafischer Form dargestellt.

Eingaben an die Ombudsperson im Jahr 2025 nach Begutachtungsbereichen:

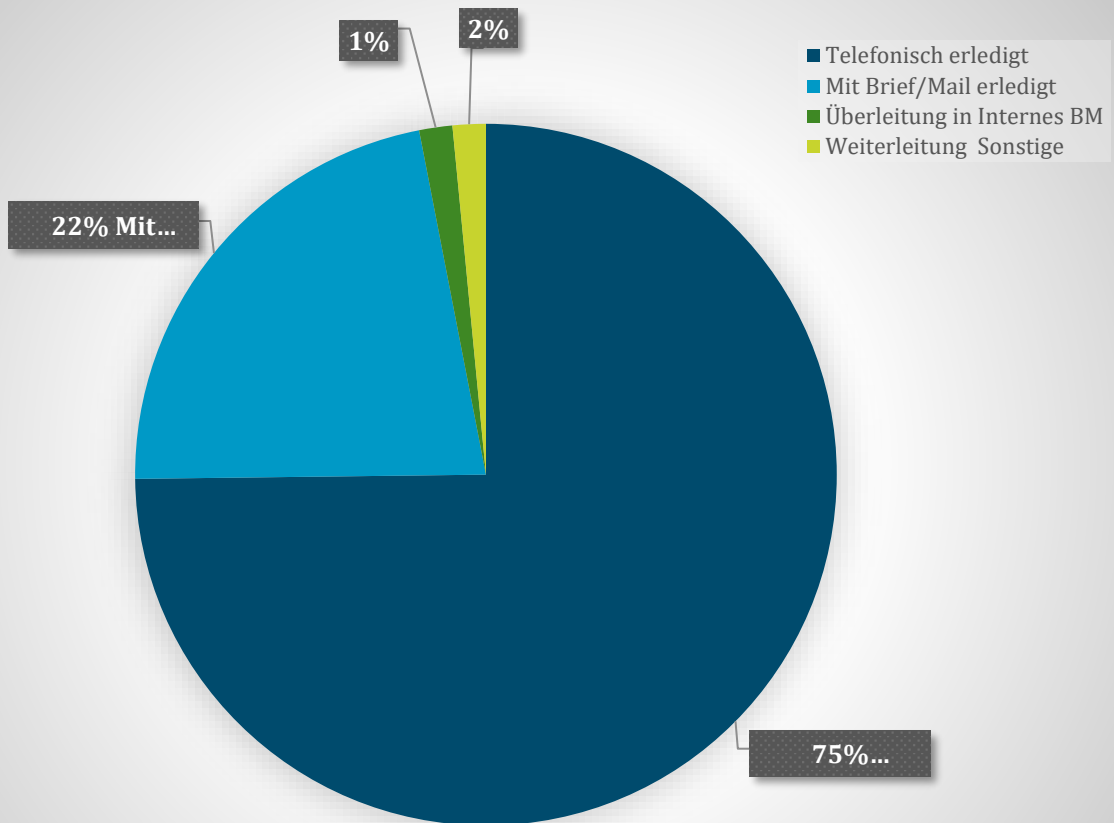
2025	Pflegeversicherung	Krankenversicherung	Sonstige Eingaben	GESAMT
Januar	6	8	2	16
Februar	5	6	1	12
März	5	4	0	9
April	3	5	1	9
Mai	2	2	2	6
Juni	6	5	3	14
Juli	2	4	0	6
August	5	3	1	9
September	5	6	0	11
Oktober	12	1	2	15
November	7	6	0	13
Dezember	4	2	1	7
GESAMT	62	52	13	127



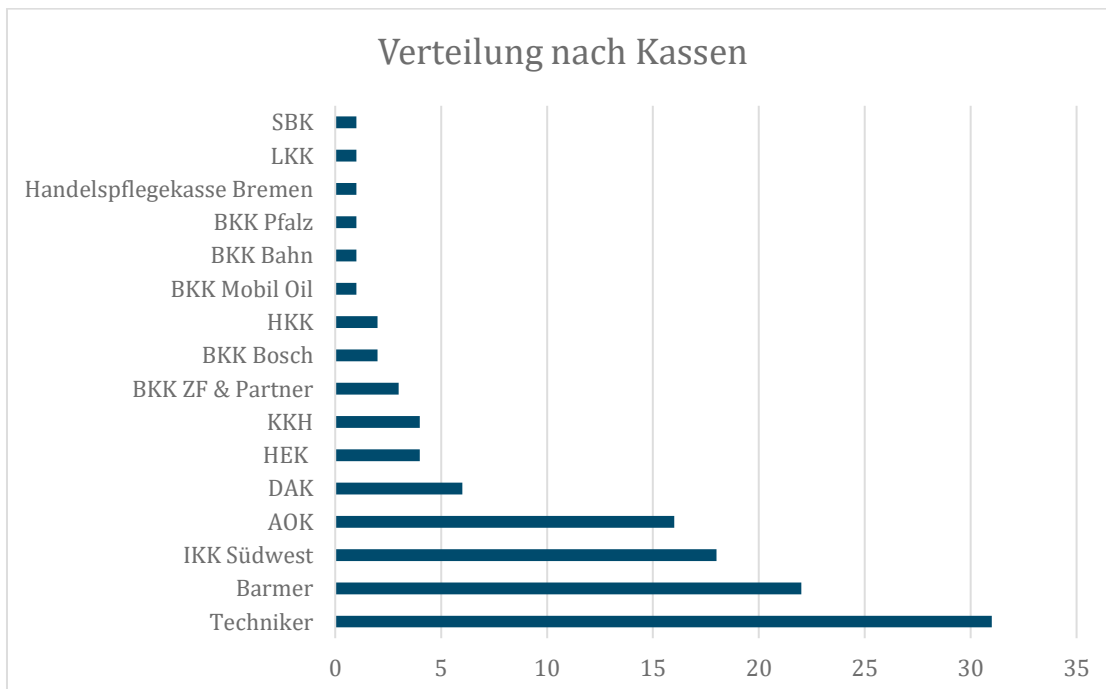
Dauer der Erledigungen



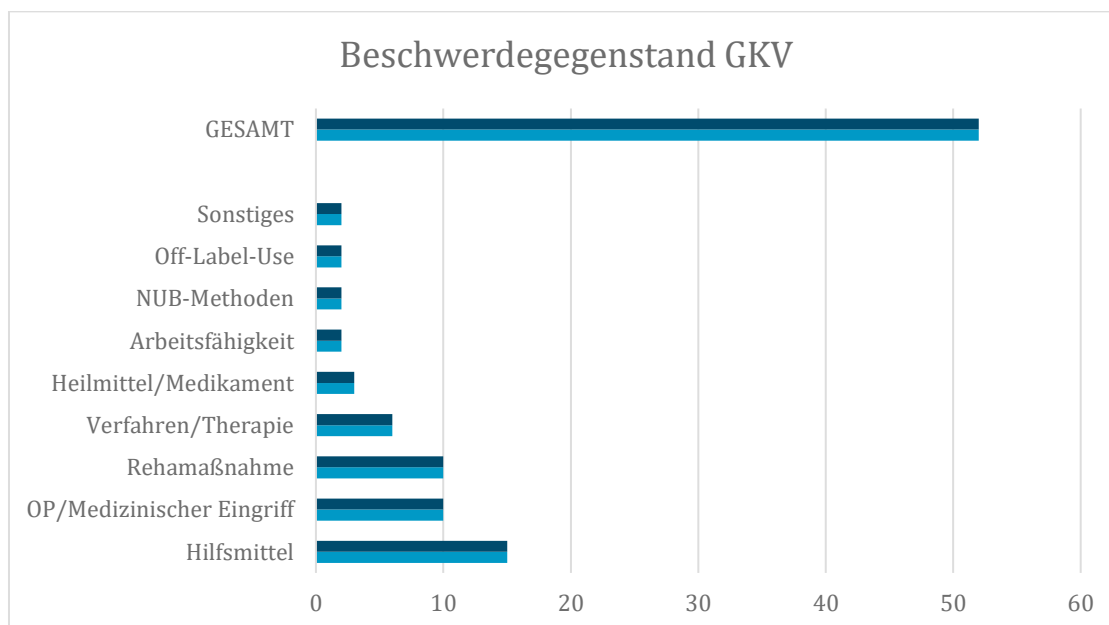
Wie wurden die Fälle erledigt?



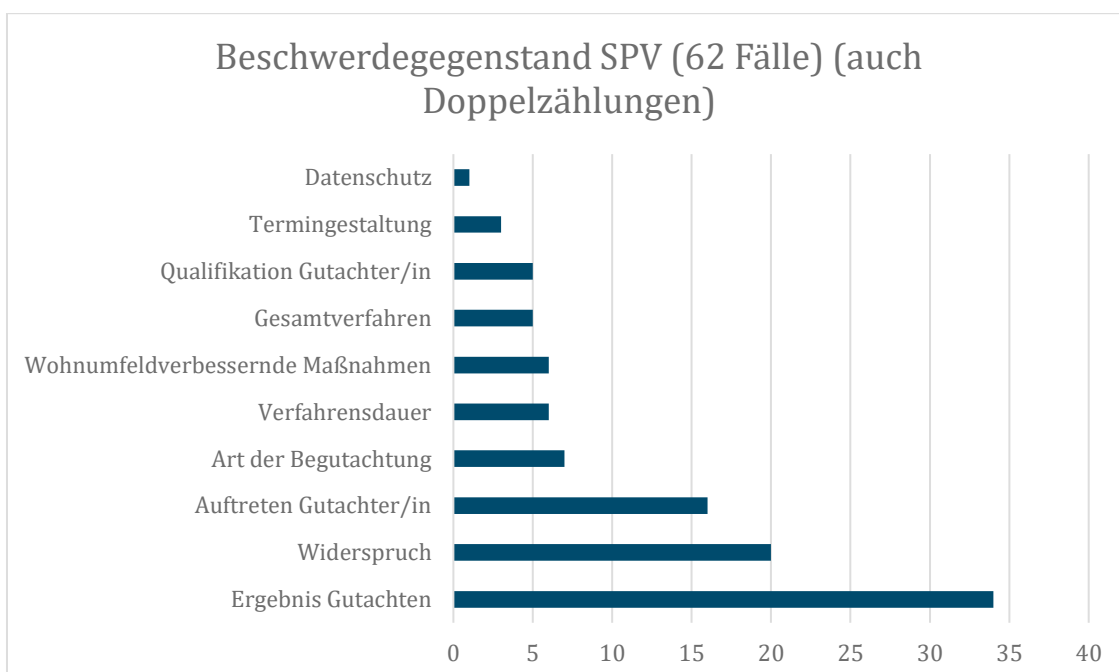
Verteilung nach Kassen	
Kassen	Anzahl
Techniker	31
Barmer	22
IKK Südwest	18
AOK	16
DAK	6
HEK	4
KKH	4
BKK ZF & Partner	3
BKK Bosch	2
HKK	2
BKK Mobil Oil	1
BKK Bahn	1
BKK Pfalz	1
Handelspflegekasse Bremen	1
LKK	1
SBK	1
GESAMT	114



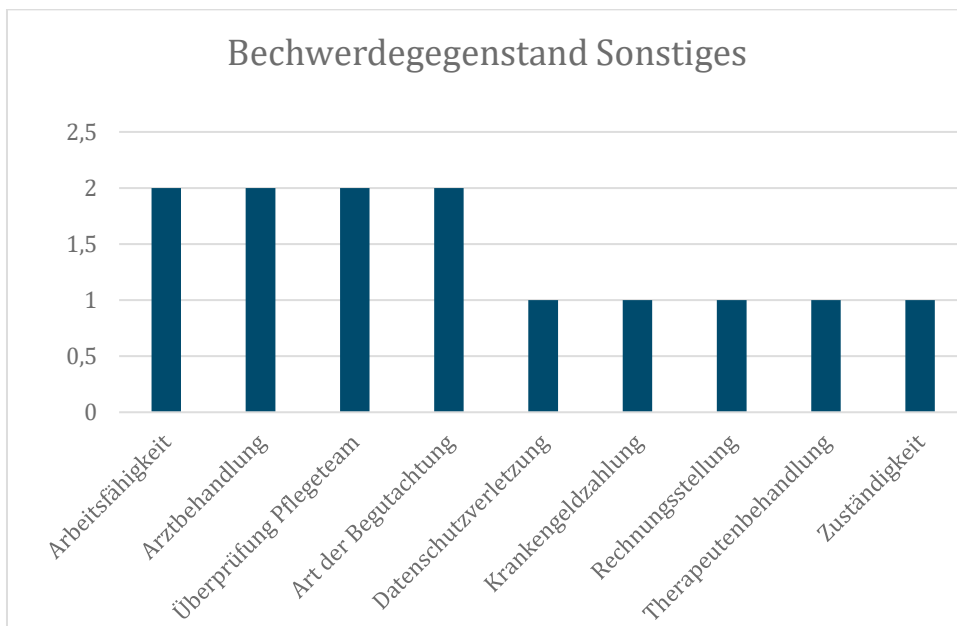
Beschwerdegegenstand GKV (52Fälle)	
Hilfsmittel	15
OP/Medizinischer Eingriff	10
Rehamaßnahme	10
Verfahren/Therapie	6
Heilmittel/Medikament	3
Arbeitsfähigkeit	2
NUB-Methoden	2
Off-Label-Use	2
Sonstiges	2
GESAMT	52



Beschwerdegegenstand SPV (62 Fälle) (auch Doppelzählungen)	
Ergebnis Gutachten	34
Widerspruch	20
Auftreten Gutachter/in	16
Art der Begutachtung	7
Verfahrensdauer	6
Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	6
Gesamtverfahren	5
Qualifikation Gutachter/in	5
Termingestaltung	3
Datenschutz	1



Beschwerdegegenstand Sonstiges (13 Fälle)	
Arbeitsfähigkeit	2
Arztbehandlung	2
Überprüfung Pflegeteam	2
Art der Begutachtung	2
Datenschutzverletzung	1
Krankengeldzahlung	1
Rechnungsstellung	1
Therapeutenbehandlung	1
Zuständigkeit	1



Nunmehr einige Beispiele aus den verschiedenen Bereichen:

a) Gesetzliche Krankenversicherung

1. Im Sommer erreichte mich ein Fall, in dem es um die Kostenerstattung der Botulinumtoxin -Injektion zur Behandlung einer retrograden crico-pharyngealen Dysfunktion (R-CPD) im Medical Voice Center in Hamburg ging.

Diese Behandlungsmethode ist nach Paragraph 135 Absatz 1 SGB 5 noch nicht vom gemeinsamen Bundesausschuss bewertet worden. Eine reguläre vertragsärztliche Leistungserbringung ist daher nicht möglich.

Da es sich in Ermangelung einer Bewertung nach Paragraph 135 Absatz 1 SGB 5 um eine neue Behandlungsmethode handelt, kommt eine Leistungserbringung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nur dann in Frage, wenn die 3 Kriterien des Paragraphen 2 Absatz 1 SGB 5 erfüllt sind:

- Es muss sich um eine lebensbedrohliche Erkrankung oder um eine notstandsähnliche Situation handeln: das ist bei der R-CPD nicht der Fall.
- Es darf keine vertraglichen Behandlungsalternativen geben: es gibt sie nicht.
- Es muss eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Erfolg geben: das ist der Fall.

Das erste Kriterium war im vorliegenden Fall nicht erfüllt (keine lebensbedrohliche Erkrankung, keine notstandsähnliche Situation), es wäre mit der Sozialgesetzgebung nicht vereinbar gewesen, wenn die Kosten der ambulanten interventionellen Behandlung der R-CPD seitens der Krankenkasse übernommen worden wären.

Beide vom Medizinischen Dienst Saarland erstellten Gutachten, sowohl das Erstgutachten als auch das Widerspruchsgutachten führten bei der Krankenkasse daher zu dem Ergebnis, dass die nachträgliche Kostenübernahme in Höhe von ca.3000€ abgelehnt wurde.

Allerdings endete das Widerspruchsgutachten des MD Saarland mit folgender Ausführung:

„Zusammenfassend sind die sozialmedizinischen Voraussetzungen zur erfolgten Therapie formal nicht erfüllt. Dennoch entspricht die gewählte Therapie dem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand.“

Dazu kam, dass die Behandlung der Petentin in Hamburg sehr erfolgreich gewesen war: Ihre langjährigen Beschwerden im Bauchraum (Unfähigkeit aufstoßen zu können, Unwohlsein nach jeder Nahrungsaufnahme sowie daraus resultierende erhebliche psychische Beschwerden) hatten sich nach der einmaligen Behandlung in Hamburg ganz erheblich gebessert!

Es war sehr schwierig, in dieser komplizierten Materie der NUB Methoden der Petentin zu vermitteln, dass die Kosten einer erfolgreichen Therapie, die dem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand entspricht, nicht von ihrer Krankenkasse übernommen werden.

In etlichen langwierigen Telefonaten mit der Petentin, die einen sehr redegehemmten und reservierten, teilweise auch verunsicherten Eindruck bei mir hinterließ, konnte ich letztendlich die Petentin in die Lage versetzen, selbständig zu entscheiden, ob sie nach Erhalt des Widerspruchsbescheides die Angelegenheit nunmehr weiter betreibt oder auch nicht.

2. Im Frühjahr beschäftigte mich ein Fall, in dem ein Versicherter einen Antrag auf Physiotherapie (langfristiger Heilmittelbedarf nach § 32 Absatz 1a SGB 5 und § 8 Absatz 5 HeilM-RL) gestellt hatte. Der Medizinische Dienst Saarland hatte ein Erstgutachten und ein Widerspruchsgutachten-beide mit negativem Ausgang- erstellt, wobei beide Gutachten des MD vom gleichen Gutachter erstellt worden waren. Er bat mich um Unterstützung.

Nachdem ich mit der Leitenden Ärztin des Medizinischen Dienstes Saarland Rücksprache genommen hatte, konnte ich dem Petenten helfen.

Eine Stellungnahme im Widerspruch wird beim MD zunächst dem Erstgutachter vorgelegt, um diesem die Gelegenheit zu geben, die vorgebrachte Argumentation oder neu vorgelegte Unterlagen zu bewerten. Sofern der Gutachter der Argumentation folgen kann oder sich aus dem neuen Sachverhalt eine geänderte Stellungnahme ergibt, schließt der Erstgutachter den Widerspruchfall mit einer Befürwortung ab.

Sofern der Erstgutachter seine Einschätzung nicht revidiert, gibt er den Fall unbearbeitet zurück und der Widerspruch wird durch einen Zweitgutachter komplett neu bewertet. Dieses Vorgehen erlaubt es, Widersprüche zu Gunsten des Versicherten zügig abzuschließen, da der Erstgutachter bereits mit dem Fall vertraut ist. Gleichzeitig ist sichergestellt, dass eine für den Versicherten negative Entscheidung durch einen Zweitgutachter getroffen wird.

In diesem Fall war leider die Vorlage beim Erstgutachter versehentlich durch diesen abschließend mit einer erneuten Ablehnung bearbeitet worden.

Es wurde umgehend angeordnet, dass der MD bei der Kasse um eine erneute Beauftragung bat, die dann von einem Zweitgutachter neu bearbeitet wurde. Außerdem wurde dieser Fall für eine erneute Sensibilisierung der Mitarbeitenden zum richtigen Vorgehen genutzt.

b) Gesetzliche Pflegeversicherung

1. Im Februar rief ein Petent an und beschwerte sich hauptsächlich über die Art der Pflegebegutachtung in Form eines strukturierten Telefoninterviews.

Er sei sich dabei wie ein Hampelmann vorgekommen. Die Gutachterin habe ihn telefonisch zu Übungen (Arme hochstrecken, Beine anheben und so weiter) aufgefordert. Das habe sie doch am Telefon gar nicht sehen können.

Wer leitet unter einer fortschreitenden Polyneuropathie, wobei eine leicht verwaschene Sprache beim Telefonat deutlich bemerkbar war. Er könne selbständig das Haus nicht verlassen, sondern benötige hierfür Hilfe. Er werde von seinem Sohn betreut, der ihm auch die Mahlzeiten zubereite und ihm beim Waschen, Baden und Duschen sowie beim Anziehen behilflich sei.

Er leide- auch psychisch- unter einer sich verstärkenden Inkontinenz, er sei auf das Tragen von Inkontinenzhosen angewiesen, worüber er sich sehr schäme. Auch sei er insgesamt total vergesslich geworden.

All diese psychischen Dinge könne man doch nicht am Telefon beurteilen, dazu müsse man doch einen Menschen von Angesicht zu Angesicht sehen.

Er ärgere und störe sich hauptsächlich an dieser Art und Weise der Begutachtung und dass überhaupt keine Befunde von seinem Hausarzt angefordert worden seien. Er betont nochmal, dass er sich bei dieser Art der Begutachtung total bescheuert vorgekommen sei. Seinen Hilfebedarf hätte man am Telefon überhaupt nicht wirklich sehen und beurteilen können.

Er erhoffe sich Hilfe und Unterstützung von der Ombudsperson. Seine Krankenkasse habe ihn hierzu angeregt und aufgefordert. Hierbei könne ihm ausschließlich die Ombudsperson helfen.

Diese Art der Anrufung meiner Person steht exemplarisch für sehr viele Petitionen an die Ombudsstelle.

Obwohl zum strukturierten Telefoninterview selbstverständlich jedes Mal eine eigene Einwilligung der Versicherten eingeholt wird, kommen diese anschließend doch nicht damit klar.

Den Gutachten ist natürlich zu entnehmen, dass sie im Rahmen einer befundgestützten telefonischen Begutachtung erstellt wurden und auf eine persönliche Inaugenscheinnahme gemäß den Vorgaben des SGB 11 verzichtet wurde.

Ebenso wird immer dokumentiert, dass das Einverständnis der antragstellenden Person hierzu eingeholt wurde und aus gutachterlicher Sicht keine fachlichen Gründe gegen die Erstellung eines Gutachtens per strukturiertem Telefoninterview sprechen.

Schließlich wird auch dokumentiert, dass davon ausgegangen wird- aus gutachterlicher Sicht- dass die aufgeführten Angaben im Gutachten korrekt erfolgt sind.

Trotzdem fühlen fast alle Versicherten sich - auch nach Sichtung des ihnen übersandten Gutachtens - nicht korrekt, nicht richtig und nicht umfassend begutachtet.

Ich muss anschließend in oftmals langwierigen Gesprächen mit den Petentinnen und Petenten die Abläufe eines Begutachtungsverfahrens erläutern, die unterschiedlichen Arten der Begutachtung erklären und auch darauf hinweisen, dass es dem Medizinischen Dienst Saarland unmöglich ist, alle zu erstellenden Gutachten per Hausbesuch durchzuführen.

Oftmals gelingt es mir am Ende, die Menschen zu beruhigen und sie darauf hinzuweisen, dass sie im Falle einer erneuten Begutachtung angeben mögen, diese nächste Begutachtung per Hausbesuch durchzuführen. Es wird beim MD Saarland in der Regel stets versucht, diesen individuellen Wünschen der Versicherten dann auch zu entsprechen.

2.

In einem weiteren Fall wandte sich die Tochter eines Versicherten an uns und gab an, die erstellten Gutachten über ihren Vater – es waren seit 2021 vier Gutachten erstellt worden, drei nach Aktenlage, eines per Hausbesuch, anerkannt war Pflegegrad 4 – seien alle nicht nach den Pflegerichtlinien erstellt worden. Der Vater litt an einer chronischen obstruktiven Lungenerkrankung mit Sauerstofflangzeittherapie, CPAP-Beatmung und Immobilität.

In etlichen Telefonaten mit ihr stellte sich heraus, dass sie große Kenntnisse in der Pflegebegutachtung und deren Richtlinien, sogar in deren Gewichtung, hatte.

Das Erstgutachten war wegen COVID im Jahre 2021 nach Aktenlage erstellt worden, das zweite Gutachten per Hausbesuch, das dritte und vierte wieder per Aktenlage.

Auch in diesem Falle hatte die Kasse- wahrscheinlich weil sich die/der SachbearbeiterIn am Ende nicht mehr zu helfen wusste – die Petentin an die Ombudsperson verwiesen, nur diese könne in einem solchen Fall noch helfen.

Die Petentin argumentierte vielfach, die Hilfebedarfe ihres Vaters seien nicht berücksichtigt, sondern rein spekulativ beurteilt worden. Die Modulpunkte seien überhaupt nicht erfragt worden.

Die Gutachterin habe ausschließlich mit ihr, der Tochter, ein Gespräch geführt. Sie habe im Gutachten vielfach Sachverhalte dargestellt, die nicht der Wahrheit entsprächen sie, die Tochter, müsse die Begutachtungsrichtlinien nicht kennen, aber die Gutachterin.

Das dritte und vierte Gutachten habe sich auf das mangelhafte Vorgutachten per Hausbesuch gestützt, natürlich seien dann die Hilfebedarfe auch nicht berücksichtigt worden.

Sie habe- daher das vierte Gutachten-wiederum Widerspruch eingelegt, mit dem ausdrücklichen Hinweis, dass sie eine persönliche Begutachtung wünsche, erneut habe der Medizinische Dienst aber ein Gutachten nach Aktenlage erstellt. Dies sei eine eindeutige Verletzung der vertraglichen Pflichten. Sie stelle sich hier die Frage, inwieweit das Recht auf ein faires Verfahren verletzt wurde. die Rechte ihres Vaters würden mit Füßen getreten. Sie möchte das nicht mehr akzeptieren. Sie habe keinerlei Lust mehr auf irgendeinen Kontakt mit dem Medizinischen Dienst und frage sich, was für Leute dort arbeiten würden.

In der Sache ging es der Tochter natürlich auch um die Einstufung ihres Vaters in Pflegegrad 5, aber ebenso echauffierte sie sich über die Erledigungsart der Gutachtenaufträge, um das Verhalten der Gutachterin im per Hausbesuch erstellten Gutachten und um die Berücksichtigung beziehungsweise Nichtberücksichtigung

pflegegradrelevanter Tätigkeiten ihrerseits, zum Beispiel die Messung des Sauerstoffgehaltes im Blut oder die Hilfe bei der Einnahme der bilanzierten Diät nahrung.

Da ihr Vater in den Modulen 1, 2 und 3 sowie 6 bereits die Höchstpunktzahl hatte, fokussierte sie sich ausschließlich auf die Module 4 und 5 hauptsächlich auf Modul 5.

Man kann sich leicht vorstellen, dass man als Ombudsperson in solch komplizierten und komplexen Fällen und bei solch engagierten und auch gut informierten Petentinnen sehr viel Aufwand betreiben muss, um dem Ombudsverfahren Sinn zu verleihen und vor allen Dingen, um eine Art der Mediation und Befriedung herbeizuführen.

In mehreren mehrstündigen Telefonaten mit der Tochter des Versicherten konnte ich Stück für Stück ihre aggressive Grundhaltung minimieren und die Besprechungen in ein sachliches Gesprächsformat überführen. Man muss in solchen Fällen immer berücksichtigen, dass sich die Pflegenden bei so schwer erkrankten nahen Angehörigen sich sowohl in einem physischen als auch in einem psychischen Ausnahmezustand befinden. Man muss gut zuhören, Geduld haben und Verständnis für diese schwierige Lage aufbringen. Oftmals wollen diese Menschen nur einen Teil ihrer Last auf andere Schultern abladen.

In diesen Fällen ist ein Teil der Ombudsarbeit tatsächlich „Seelsorge“.

Auch in diesem Fall gelang es mir schließlich, die Petentin zu beruhigen, sodass sie akzeptieren konnte, dass auch das Verfahren ihres Vaters im normalen Ablauf von Begutachtung, Bescheiderteilung und Rechtsbehelfsverfahren ablaufen muss.

Am Ende unserer Gesprächsrunden bedankte sich die Tochter sehr für die Unterstützung, die ich ihr in ihrer schwierigen Situation leisten konnte – wenn es auch sicher nicht das Ergebnis war, was sie sich erhofft hatte. Auch dieser Abschluss des Ombudsverfahrens kann als exemplarisch gelten:

Sehr viele Menschen bedanken sich am Schluss, obwohl sie nicht das erreicht haben, was sie erreichen wollten, aber sie sind extrem dankbar dafür, dass es jemanden gibt, der ihnen zuhört, der ihre Ängste zu verstehen versucht und ihnen vielleicht noch den ein oder anderen Tipp geben kann.

c) Sonstige Petitionen

1. Im Mai erreichte mich eine Mail, in der mir ein Geschwisterpaar einen Vorgang meldete und mich bat, in meiner Funktion als Ombudsperson für sie tätig zu werden.

Die Wortführerin lebte in Baden-Württemberg auf der Insel Mainau, war aber vertretungsberechtigt für ihre Schwester im Saarland. Sie und ihr Bruder beschwerten sich vehement über das Verhalten und die Arbeitsweise eines Pflegedienstes, welcher ihre alleinlebende Schwester unterstützen sollte.

Dieser Pflegedienst arbeite unzuverlässig, inkompetent, telefonisch sei niemand zu erreichen. Vertretungen würden angekündigt, aber dann niemals erscheinen.

Die heutigen familiären Strukturen seien darauf angewiesen, dass es diese glücklicherweise vorhandenen Unterstützungen gäbe. Aber sie müssten natürlich auch funktionieren und man müsse unbedingt Vertrauen in die Zuverlässigkeit und Ehrlichkeit dieser Dienste haben können.

Sie schrieb mir am Schluss, dass sie nunmehr darauf vertraue, dass ich meine Aufgabe wahrnehmen und alle, die Vertrauen in diese Pflegedienste setzten würden, zukünftig beschützen würde. Wie sie weiter vorgehen werde, hänge vor allem von meiner Bewertung ab.

Ich musste dieser Petentin mitteilen, dass ich Sie und Ihre Schwester in dieser Angelegenheit persönlich nicht unterstützen könne, weil die unabhängigen Ombudspersonen nur für Beschwerden über Tätigkeiten ihrer jeweiligen Medizinischen Dienste zuständig seien, nicht aber für Beschwerden über die Tätigkeit ambulanter Pflegedienste. § 278 SGB 5 erlaube dies nicht.

Nachdem die Petentin dann trotzdem noch mehrmals fragte, was sie denn in diesem Falle unternehmen könnte, schlug ich ihr vor, dass ich mit ihrem Einverständnis ihre Beschwerde an das interne Beschwerdemanagement des MD Saarland weiterleiten würde, welches dann die saarländische Heimaufsicht und den Landesverband der Pflegekassen über den Sachverhalt informieren würde, so dass sie das dann nicht mehr unternehmen müsste.

Über diesen Vorschlag war die ja in der Ferne lebende Petentin sehr froh und nahm ihm dankbar an.

2. Im Herbst kontaktierte mich ein rheinland-pfälzischer Sozialrechtsberater mit Tätigkeitsbereich im Gebiet des MD Saarland und beschwerte sich vehement darüber, dass in letzter Zeit sich leider die Fälle häufen würden, in denen Widerspruchsbegutachten ohne persönliche Begutachtung erfolgen würden. In der Regel würde nach wenigen Tagen ein ablehnendes Gutachten von den Kassen übermittelt, in dem der Textbaustein „Aktenlage aus sonstigen Gründen“ und „Sachlage eindeutig“ verwendet würde und oftmals bemängelte Tatsachenfeststellungen nicht überprüft würden.

Es gäbe bei ihm jetzt viele Mitglieder, die sich dieserhalb bei ihm beschweren möchten, da offensichtlich tatsächliche Gegebenheiten falsch dokumentiert worden seien. Er bat darum - um die Anfragen kanalisieren zu können – ihm mitzuteilen, wie damit umgegangen werden könne und ob es Sinn mache, dass er all diese Mitglieder an mich verweise oder ob er die Fälle sammeln solle. Vielleicht sei das Problem aber auch schon bekannt und geprüft und gegebenenfalls könne ich ihm das Ergebnis bereits zurückleiten.

In diesem Falle konnte ich - so hoffe ich – für Aufklärung sorgen:

Ich teilte ihm mit, dass die Begutachtung nach Aktenlage selbstverständlich auch im Widerspruchsverfahren nach 6.1.3 der Begutachtungsrichtlinien des MD Bund möglich sei und schon immer vom MD Saarland in den in Frage kommenden Fällen als Begutachtungsinstrument genutzt worden sei, in der letzten Zeit aber nicht vermehrt.

Ich erklärte ihm, dass die Entscheidung hierüber die jeweiligen Tagessichter der Begutachtungen tätigen würden, welche diese zur Begutachtung anstehenden Fälle der Gutachterinnen und Gutachter sichten und darüber entscheiden würden, welche Art der Begutachtung zielführend sei und deshalb durchgeführt werde. Nur wenn die Gutachterin oder der Gutachter mit dieser Entscheidung der Tagessichter nicht einverstanden sei, könne sie oder er die Art der Begutachtung ändern. Dies komme natürlich ebenfalls vor. Insofern seien die von ihm geschilderten Fallkonstellationen kein Problem, sondern entsprächen der täglichen Arbeit der Medizinischen Dienste und auch den Begutachtungsrichtlinien.

Abschließend erläuterte ich ihm, dass ohne die Nutzung des Begutachtungsinstruments „nach Aktenlage“ die Masse an Begutachtungen nicht mehr zeitgerecht und somit im Sinne der Pflegeversicherten zu bewältigen wäre. Daher werde auch dieses zulässige Instrument genutzt.

Mit dieser Antwort gab sich der Sozialrechtsberater zwar dem Grunde nach zufrieden, wies aber darauf hin, dass es immer noch trotzdem viele Einzelfälle gäbe, die einfach über das Instrument der Aktenlage durchgewunken werden würden.

Er werde daher zukünftig den Menschen je nach Einzelfall raten, sich direkt mit mir in Verbindung zu setzen, wenn die Kassen nach entsprechender Erläuterung dennoch bei ihrer Entscheidung bleiben würden.

Auch so kann ein Ombudsverfahren enden.

Weitere Aktivitäten

Ein Schwerpunkt meiner weiteren Aktivitäten im Jahre 2025 lag auf der Novellierung der Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 zweite Alternative SGB 5 Unabhängige Ombudsperson (UOP – RL).

Hierzu gab es vielfältige Bemühungen der Unabhängigen Ombudspersonen der Medizinischen Dienste der einzelnen Bundesländer, welche wir in der Arbeitsgemeinschaft der Unabhängigen Ombudspersonen (AG-UOP) zu bündeln versuchen.

Aus dieser Arbeitsgemeinschaft heraus wurde eine kleine Arbeitsgruppe gebildet, welche Vorschläge zur Novellierung der obigen Richtlinie erarbeitet hat. Ich gehöre dieser kleinen Arbeitsgruppe an.

Die Vorschläge dieser Arbeitsgruppe wurden in der gesamten Arbeitsgemeinschaft besprochen, teilweise akzeptiert, aber auch teilweise abgeändert und dann dem MD Bund vorgetragen.

Hierzu waren drei Webex-Sitzungen der Arbeitsgruppe und drei Webex-Sitzungen der gesamten Arbeitsgemeinschaft notwendig.

Anschließend wurden diese Vorschläge in zwei Webex -Veranstaltungen mit dem MD Bund besprochen. Seitens des MD Bundes nahmen die beiden Vorsitzenden des Verwaltungsrates, der Vorstandsvorsitzende sowie der Justiziar teil.

Abschließend wurden diese Änderungsvorschläge und die gesamte Novellierung der UOP-RL Noch in einer Webex-Sitzung mit den Patientenvertreterinnen und -vertretern des Verwaltungsrates des MD Bundes besprochen.

Ernüchternde Bilanz dieser gesamten – in neun Webex-Sitzungen erarbeiteten und besprochenen- Novellierungsbemühungen ist, dass es bis zum heutigen Tage keine Novellierung der UOP-RL gibt.

Im Juni nahm ich an der sehr gelungenen Tagung „35 Jahre MD Saarland“ in Kirkel teil, eine Veranstaltung, die hervorragend organisiert war und eine anschauliche Darstellung des MD Saarland und seiner- auch zukunftsgerichteten- Aktivitäten bot.

Im Oktober nahm ich wieder an der zweitägigen Präsenzsitzung der Arbeitsgemeinschaft der Ombudspersonen bei Medizinischen Dienst Berlin- Brandenburg in Berlin teil.

Wir haben uns dort über die verschiedenen Berichte aus den Geschäftsbereichen der Ombudspersonen kollegial beraten, uns nochmals mit der Novellierung der UOP-RL beschäftigt, uns über die Qualität der Ablehnungsbescheide der Kranken- und Pflegekassen ausgetauscht, den Sachstandsbericht für die zweite Sitzung der Bund Länder Arbeitsgruppe zur Reform der Pflegeversicherung besprochen und uns über eine Harmonisierung der Jahresberichte, Bildung von Kennzahlen und ein Archivierungskonzept ausgetauscht. Ein geplanter persönlicher Austausch mit dem Patientenbeauftragten der Bundesregierung sowie der Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege kam leider aus terminlichen Gründen nicht zustande.

Summa summarum war es ein sehr arbeitsintensives, aber auch hochinteressantes Jahr 2025.

Saarbrücken, im März 2026

Thomas Meiser
Ombudsperson des Medizinischen Dienstes Saarland



Ombudsperson
Thomas Meiser

Geschäftsstelle Ombudsperson