

Bericht der Unabhängigen Ombudsperson beim Medizinischen Dienst Sachsen

Berichtszeitraum für das Jahr 2024 / 01.01.2024 bis 31.12.2024

**Unabhängige Ombudsperson
beim Medizinischen Dienst Sachsen**

Bernhard Holfeld

Am Schießhaus 1
01067 Dresden

Mobil: 0151 / 23 14 68 29

E-Mail: ombudsperson@md-sachsen.de; holfeld@fairsprechen-und-verstehen.de

Inhaltsverzeichnis	
1. Vorbemerkungen	3
2. Auf einen Blick	4
3. Arbeitsweise der Ombudsperson	5
4. Kontaktaufnahme	8
4.1. Aufschlüsselung der Kontaktwege	8
4.2. Hinweis auf die Ombudsperson durch Kassen	9
5. Beschwerden von Versicherten	10
5.1. Anzahl neuer Eingaben in 2024	10
5.2. Fallanzahl und Verteilung nach Kranken- und Pflegekassen	11
6. Häufigste Beschwerdegründe	11
6.1. Arbeit der Gutachterinnen und Gutachter	11
6.2. Widerspruch	11
6.3. Beschwerden über Wartezeiten	12
6.4. Neue Themen	12
7. Besonders auffällige und häufige Beschwerdethemen	13
7.1. Hilfsmittel und Rehabilitationsmaßnahmen	13
7.2. Plastische Chirurgie	13
7.3. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	14
7.4. Arbeitsunfähigkeit	14
7.5. Cannabis	14
8. Weitere Beschwerden	15
8.1. Ablehnung von Rehasportanträgen oder –verlängerungen	15
8.2. Verspätete Terminankündigung zur Pflegebegutachtung	15
8.3. Abrechnung Hilfeleistung auf Entlastungsbetrag	15
8.4. Sonstige	15
9. Ausgang der Fälle	17
9.1. Aufschlüsselung der Fallausgänge	17
10. An die Ombudsperson herangetragene interne Anliegen	18
11. Fazit	18

1. Vorbemerkungen

Vorgelegt wird hier der Tätigkeitsbericht der Unabhängigen Ombudsperson (im Folgenden kurz: Ombudsperson) beim Medizinischen Dienst Sachsen für das Kalenderjahr 2024.

Versicherte, Angehörige oder auch Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter aus dem Gesundheitssystem wandten sich im Berichtsjahr 501 Mal an die Ombudsperson. Das ist eine Steigerung gegenüber dem Vorjahr von rund 11 Prozent.

Wenn auch die Themen der Anliegen sehr unterschiedlich waren, so war eines jedoch vielen Versicherten, die Kontakt zur Ombudsperson aufnahmen, gemeinsam: Sie kamen mit den Verfahrensanforderungen des Gesundheitssystems nicht oder nicht leicht zurecht.

Gerade weil die Ombudsperson keine Entscheidungsinstanz ist - was zahlreiche, aber keineswegs alle Versicherte zunächst vermuten - gelang es immer wieder gut:

- Lösungswege aufzuzeigen, die die Versicherten selbst gehen konnten,
- bessere kommunikative Vorgehensweisen zu vermitteln,
- Vorgänge und Entscheidungen nachvollziehbar zu machen oder manchmal auch einfach,
- die Situation miteinander zu reflektieren und auf diese Weise Handlungsoptionen für die Versicherten zu finden.

Natürlich galt es auch, Beschwerden entgegenzunehmen und ihnen nachzugehen, ggfs. Hinweise an den Medizinischen Dienst zu geben. Nach Prüfung der Vorgänge war es auch die Aufgabe der Ombudsperson, den Beschwerdeführenden das Ergebnis zu erklären, wenn die Gutachten ganz offensichtlich in Unabhängigkeit erstellt wurden und keine Anhaltspunkte für unzulässige Beeinflussungen zu erkennen waren.

Auf diese Weise wollte ich dem Anspruch gerecht werden: *„Die Transparenz hinsichtlich der Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste sowie die Patientenrechte und die Rechte pflegebedürftiger Personen weiter stärken“* und ein *„wichtiges ergänzendes Element des bereits etablierten Beschwerdemanagements der Medizinischen Dienste“* zu sein, wie es die Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund für die Ombudspersonen formuliert. Vor allem in den direkten Gesprächen habe ich erlebt: Wenn die Beschwerdeführenden Empathie und Einsatz für ihr Anliegen spüren, dann steigen auch das Gefühl und Bewusstsein für die Unabhängigkeit der Arbeit des Medizinischen Dienstes.

Die Arbeit der Ombudsperson basiert nach wie vor auf dem MDK-Reformgesetz, das schrittweise seit den 1.1.2020 in Kraft getreten ist und dessen Verankerung im SGB V. Nach § 278 ist es Aufgabe der Ombudsperson, dass sich *„sowohl Beschäftigte des Medizinischen Dienstes bei Beobachtung von Unregelmäßigkeiten, insbesondere Beeinflussungsversuchen durch Dritte, als auch Versicherte bei Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes vertraulich“* an sie wenden können. Die Ombudsperson arbeitet unabhängig und frei von Weisungen. Sie ist nur den rechtlichen Vorgaben und ihrem Gewissen verpflichtet.

Dank gilt dem Medizinischen Dienst Sachsen, der zur Erleichterung der Ombudstätigkeit zeitweise eine Büromitarbeiterin, technisches Equipment und ggf. Räume zur Verfügung stellt. Dabei war die Herausforderung für die Ombudsperson im Jahr 2024, eine mehrmonatige Vakanz der Büromitarbeiterin zu kompensieren. Dank gebührt auch dem Verwaltungsrat mit den alternierenden Vorsitzenden, Jürgen Schmidt und Rolf Steinbronn, für einen stets wertschätzenden und konstruktiven Austausch.

2. Auf einen Blick



- **501** Kontaktaufnahmen
- davon **499** durch **Versicherte**,
zwei durch die **Mitarbeiterschaft**



- **250** Anliegen im Bereich **Sozial-
medizin**, **239** im Bereich **Pflege**



- Eingabestärkster Monat: August mit **56** Beschwerden
- Eingabenedrigster Monat: Mai mit **34** Beschwerden



- Häufigster Beschwerdegrund: Art und Weise der Begutachtung mit **303** Eingaben

- Häufigste Beschwerdegründe im Bereich der Sozialmedizin:
Nicht befürwortete **Hilfsmittel** mit **54**
Eingaben und abgelehnte
Reha-Maßnahmen mit **68** Eingaben



3. Arbeitsweise der Ombudsperson

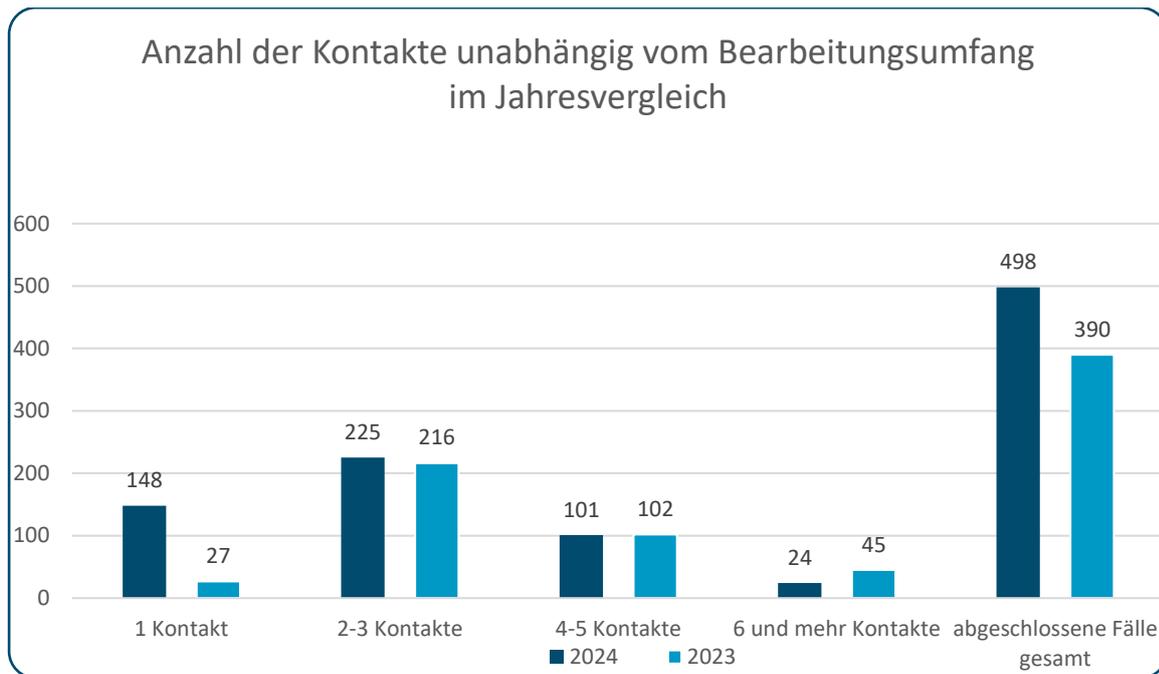
Folgende Sätze waren sehr häufig im Erstkontakt zu hören oder lesen:

- „Was kann ich tun, um diese Entscheidung zu ändern?“
- „Kann man da etwas machen?“
- „Die Pflege-Gutachterin hat sich gar nicht alle Arzt Diagnosen angesehen!“
- „Die Krankenkasse hat gesagt, dass ich mich an Sie wenden soll.“
oder es kam der einfache Protest:
- „Das kann doch nicht sein!“ bis hin zu:
- „Die wollen einfach sparen.“

Diese Äußerungen illustrieren, wie grundlegend die Unsicherheit der Versicherten sich sehr häufig zeigte. Während die Beschäftigten im Medizinischen Dienst und bei den Kranken- bzw. Pflegekassen ganz klar wissen, wie die Vorgänge ablaufen, kennen sich die Beschwerdeführenden da oft gar nicht oder nur sehr wenig aus. Das ist nicht verwunderlich, sind sie doch keine Fachleute auf diesem Gebiet.

Die gestiegene Zahl der Versicherten, die sich an die Ombudsperson wandten und die Beschwerden über lange Widerspruchsverfahren setzten einen Trend aus dem Jahr 2023 fort, ebenso teils anonyme Beschwerden über schwierige Zustände in Pflegeeinrichtungen oder bei Pflegediensten. Neu hinzu kamen z. B. Hinweise von Personen auf vermuteten Sozialbetrug in der Nachbarschaft sowie grundlegendere Anliegen zu bestimmten Personengruppen, wie z. B. Schwierigkeiten bei Begutachtungen von Gehörlosen oder Auswirkungen langer Verfahren auf Kinder in der Wachstums- und Entwicklungsphase.

Um der Vielzahl der Eingaben der Versicherten gerecht zu werden, war es 2024 das Bestreben, die Anliegen in möglichst wenigen Schritten zu beantworten. So dauerten Erstgespräche zum Teil etwas länger, es konnte aber in deutlich mehr Erstgesprächen bereits eine Lösung erzielt werden als im Vorjahr (siehe folgende Grafik – Anzahl der Kontakte bei abgeschlossenen Fällen unabhängig vom Bearbeitungsumfang im Jahresvergleich).



Außerdem wurden Verfahrensweisen in der Ombudsstelle vereinfacht, um die besondere personelle Situation aufzufangen. Diese konnten für die Folgezeit verstetigt werden.

Falls notwendig und von den Beschwerdeführenden gewünscht, sehe ich die Akten ein, die mir teils die Versicherten, teils der Medizinische Dienst zur Kenntnis geben. Dem geht immer eine fallbezogene Einwilligungserklärung/Schweigepflichtentbindung durch die Betroffenen voraus.

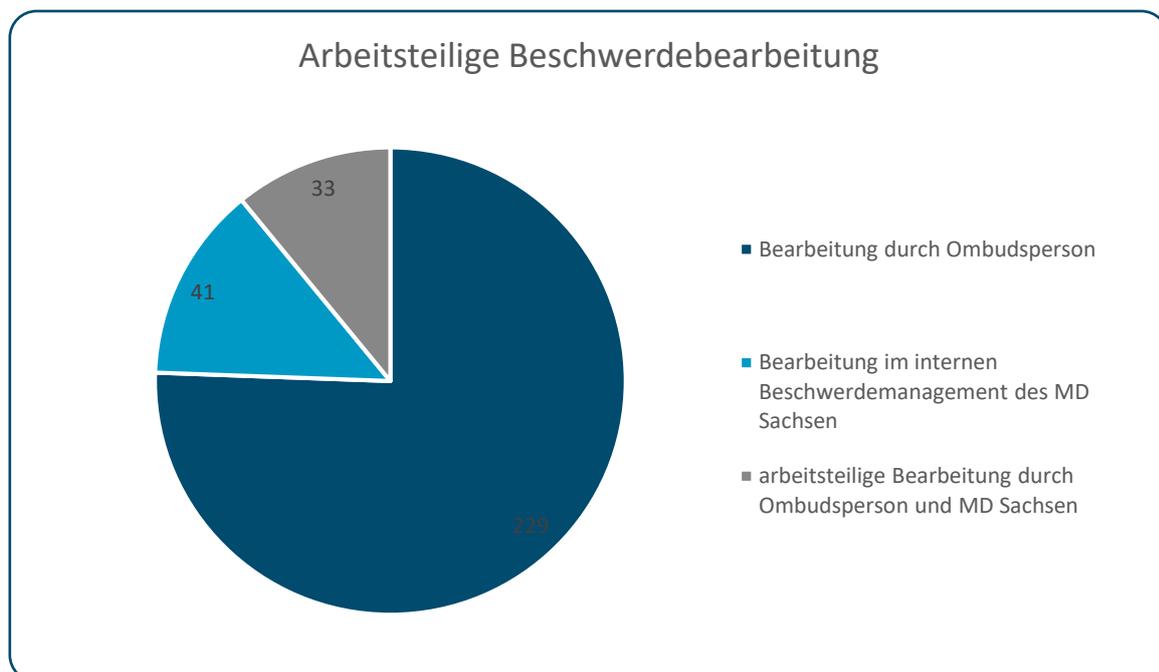
Ich verstehe die Ombudstätigkeit auch als eine wegweisende für die Versicherten, sodass sie selbst die angemessenen Schritte gehen. Manchen kann ich auch passende Ansprechpartner vermitteln, bisweilen leite ich Anliegen auch unbürokratisch weiter. An dieser Stelle danke ich wie schon im Vorjahr den Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern in den Kranken- bzw. Pflegekassen für den ebenfalls unbürokratischen Umgang miteinander.

In Beschwerdefällen habe ich festgestellt, dass den Beschwerdeführenden die unabhängige Instanz der Ombudsperson wichtig ist. Sie betrachten das Sozialsystem nicht selten als ein großes und in sich geschlossenes Wesen, das ihnen gegenübersteht. Die Differenziertheit innerhalb des Sozialsystems wird dabei weniger oder kaum gesehen. Wenn das Begutachtungsverfahren und mithin die Entscheidung der Kranken- oder Pflegekasse durch eine unabhängige Instanz, wie die Ombudsperson betrachtet wurde, dann folgte oft auch eine höhere Akzeptanz der Entscheidung auf Seiten der Versicherten.

Wenn Versicherte sich mit einem Anliegen im Grenzbereich zwischen Beschwerde und Widerspruch an die Ombudsperson wendeten, waren auch in diesem Berichtsjahr wieder zahlreiche Fälle dabei, wo stichhaltige Begründungen zu Anträgen fehlen, die es zwar gab, die aber an der entscheidenden Stelle nicht vorlagen. Viele Versicherte können nach wie vor nicht glauben, dass etwas den Gutachterinnen und Gutachtern nicht vorliege. Während also von einer Seite immer wieder Datenschutzbedenken ins Feld geführt werden, gibt es auf der anderen Seite die klare Erwartung, dass alles vorliegen möge, um zu besseren und schnelleren Entscheidungen zu kommen. Daraus könnte die Hoffnung erwachsen, dass mit der Einführung der elektronischen Patientenakte für diejenigen Versicherten, die diese wollen, bei konsequenter Umsetzung spürbare Verfahrensverbesserungen eintreten.

Zur zweiten Handlungsrichtung für die Ombudsperson auf den Medizinischen Dienst hin, soll die Ombudsperson dessen Unabhängigkeit stärken und gegebenenfalls mit Hinweisen systematisch oder in Einzelfällen helfen.

Wie im Vorjahr gestaltete sich die Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst Sachsen gut. Die Ombudsperson erhielt die erforderlichen Informationen und gab ihrerseits ebenso Informationen zu allgemeinen Fragen wie auch zu Einzelfällen. So setzte sich die gedeihliche und effektive Zusammenarbeit fort. Es konnten mehr Beschwerden direkt durch die Ombudsperson beantwortet werden. 41 wurden an das interne Beschwerdemanagement übergeben und dort beantwortet. In 33 Fällen erfolgte die Bearbeitung arbeitsteilig, zum Beispiel wenn es um Fälle ging, bei denen eine priorisierte Bearbeitung angezeigt schien (siehe folgende Grafik – Arbeitsteilige Beschwerdebearbeitung).



Der regelmäßige Austausch mit der Leitenden Ärztin, Dr. Sabine Antonioli, führte sowohl zu gezielteren Hinweisen an die Versicherten durch die Ombudsperson als auch andererseits zu einzelnen Hinweisen und Veränderungen beim Handeln des Medizinischen Dienstes.

Es wurden wie schon im Vorjahr Hinweise aufgegriffen zu geeigneterer Kommunikation mit den Versicherten, gerade in komplizierten Gesprächssituationen oder Schriftwechseln. So erhielt ich z. B. die Rückmeldung aus dem MD Sachsen: *“Ich habe zudem bei diesem Vorgang intern besprochen, dass es hilfreich wäre, wenn zukünftig auch im Beschwerdeschreiben an die Versicherten die konkreten Vorwürfe stärker aufgegriffen und beantwortet werden.“*

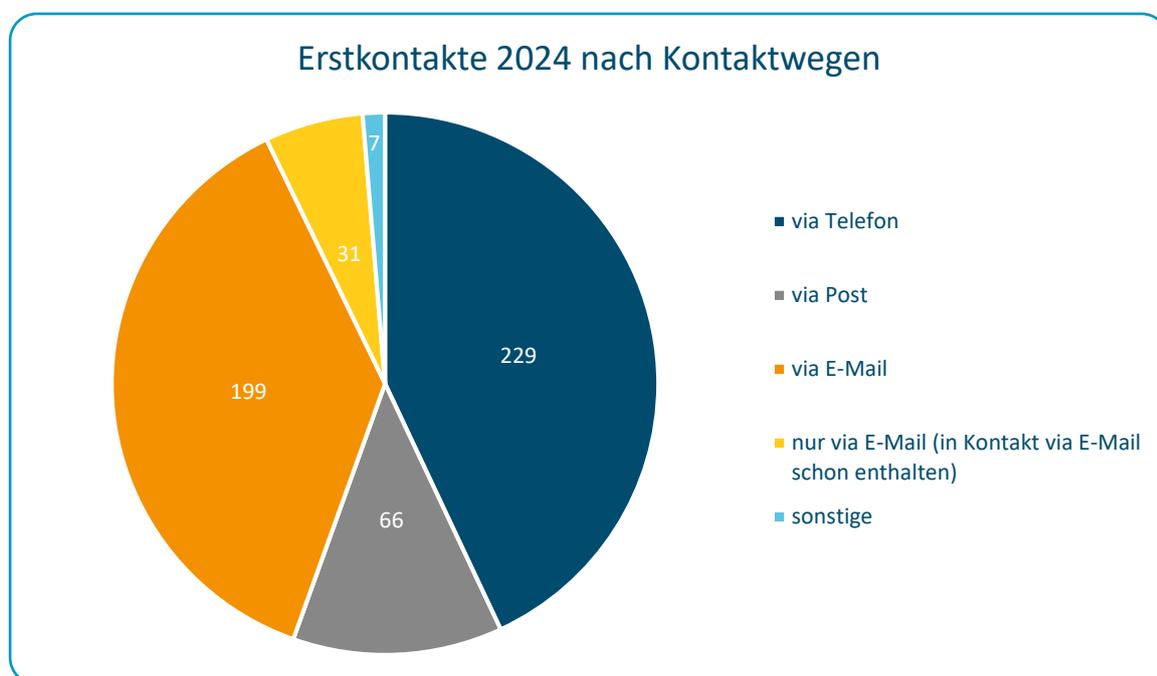
Schwierigkeiten für Gehörlose und deren Betreuer, bei den für gewöhnlich kurzfristig terminierten Begutachtungen Gebärdendolmetscher zu gewinnen, wurden auf einen Lösungsweg gebracht. Auch die Problematik langer Wartezeiten auf Widerspruchsgutachten bei Kindern in der körperlichen Entwicklungsphase - etwa bei orthopädischen Fällen - oder auch im psychischen Bereich oder bei der Sprachentwicklung behinderter Kinder, bei der lange Wartezeiten zu nachhaltigen Schädigungen führen können, wurde vom Medizinischen Dienst aufgegriffen. Hier werden nun einzelfallbezogene Priorisierungen organisiert, auch unter Mitwirkung der Ombudsperson.

4. Kontaktaufnahme

4.1. Aufschlüsselung der Kontaktwege

501 Eingaben erreichten die Ombudsperson im Berichtsjahr 2024. 499 betrafen Versicherte, zwei Eingaben kam aus der Mitarbeiterschaft.

Die Anliegen wurden am häufigsten per Telefon an die Ombudsperson herangetragen. 229 Hilfesuchende suchten den Erstkontakt per Telefon, etwas weniger als im Vorjahr, dafür stieg die Kontaktzahl per E-Mail von 151 in 2023 auf 199 im Berichtsjahr. Nach wie vor gibt es zahlreiche Versicherte, die sich per Post an die Ombudsperson wenden und auch nicht über einen E-Mail-Zugang verfügen. Andererseits nutzten andere digitale Wege sogar in vollständig papierloser Form, etwa mit digitalen Unterschriften unter die Einwilligungserklärungen per Handy oder Tablet (siehe folgende Grafik zu Erstkontakten 2024 nach Kontaktwegen).



Unter sonstige Kontaktaufnahmen fallen Post an oder persönliches Erscheinen in einer Geschäftsstelle des Medizinischen Dienstes, das allgemeine Kontaktformular des Medizinischen Dienstes oder auch Zuschriften der Krankenkassen, die Schreiben der Versicherten weiterleiteten oder Schreiben, die als Bürgeranliegen über eine Kommune zu mir kamen.

Von sehr vielen Versicherten wurde das Angebot gern angenommen, ihr Anliegen auch nachfolgend zur textlichen Kontaktaufnahme per Telefon zu besprechen. Diese direkte Kommunikation erwies sich wie bereits im Vorjahr als zielführend für alle Seiten.

4.2. Hinweis auf die Ombudsperson durch Kassen

Viele Versicherten entnahmen die Kontaktdaten der Ombudsperson den Bescheiden ihrer Kranken- oder Pflegekasse oder erhielten die Kontaktdaten von der Servicehotline der Kasse.

Die Pflicht zum Hinweis auf die Ombudsperson in den betreffenden Bescheiden der Kranken- bzw. Pflegekassen wird nach wie vor in unterschiedlicher Weise umgesetzt, teils in der Nähe des Rechtsbehelfs, teils in größerem Abstand dazu und in größerer Schrift als den kleiner gedruckten Rechtsbehelf. Aus der Perspektive der Krankenkassen ist es nachvollziehbar, die unterschiedlichen Sachverhalte des Ombudsverfahrens und des Rechtsbehelfs zu trennen. Aus Sicht der Versicherten ist die Kommunikation aber eine andere: Für sie geht es schlicht darum, wie sie ihr Anliegen klären können. Hier besteht eine klassische Sender-Empfänger-Diskrepanz, wenn man es aus Kommunikationssicht betrachtet.

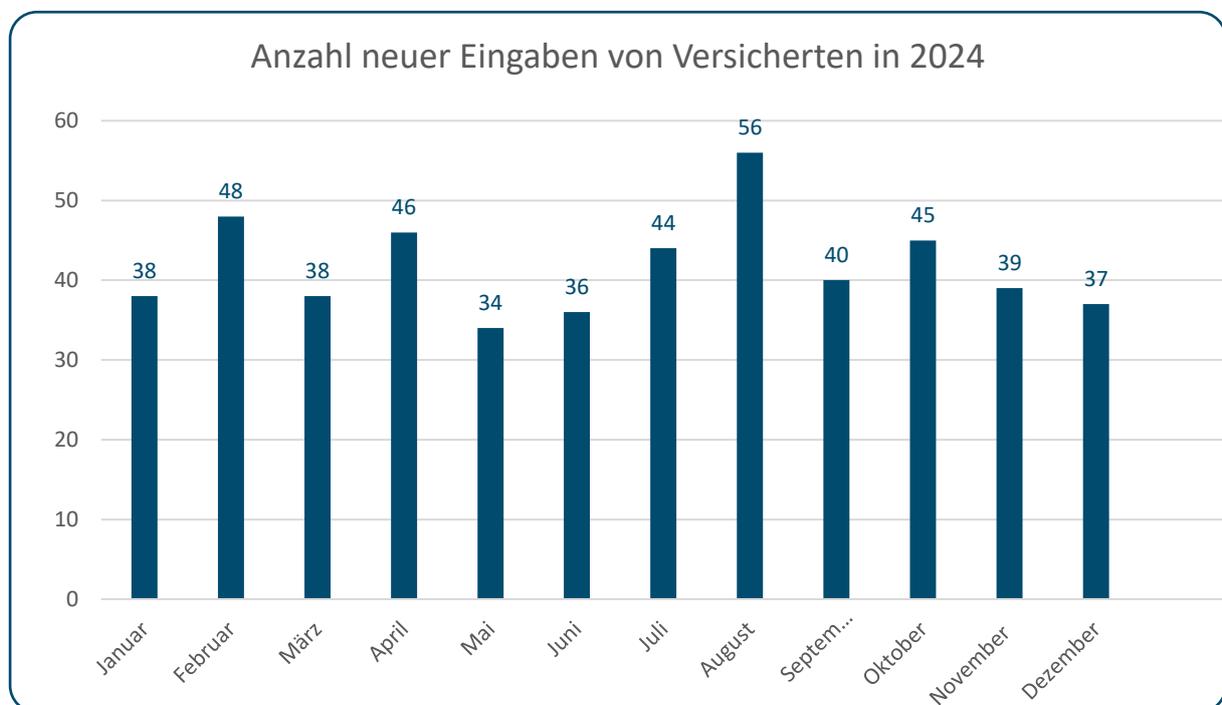
5. Beschwerden von Versicherten

Die bei der Ombudsperson eingegangenen 501 Eingaben müssen ins Verhältnis gesetzt werden zur hohen Anzahl von 283.575 Einzel-Begutachtungen zu Versicherten-Anträgen durch den Medizinischen Dienst im Jahr 2024 (79.643 gutachterliche Stellungnahmen im Bereich allgemeine Sozialmedizin, 203.932 gutachterliche Stellungnahmen zu Pflegegrad-Anträgen).

250 Anliegen an die Ombudsperson (27 weniger als 2023) bezogen sich auf den Bereich Sozialmedizin, 239 (64 mehr als 2023) auf den Bereich Pflege (einige Fälle davon betrafen beide Bereiche).

5.1. Anzahl neuer Eingaben in 2024

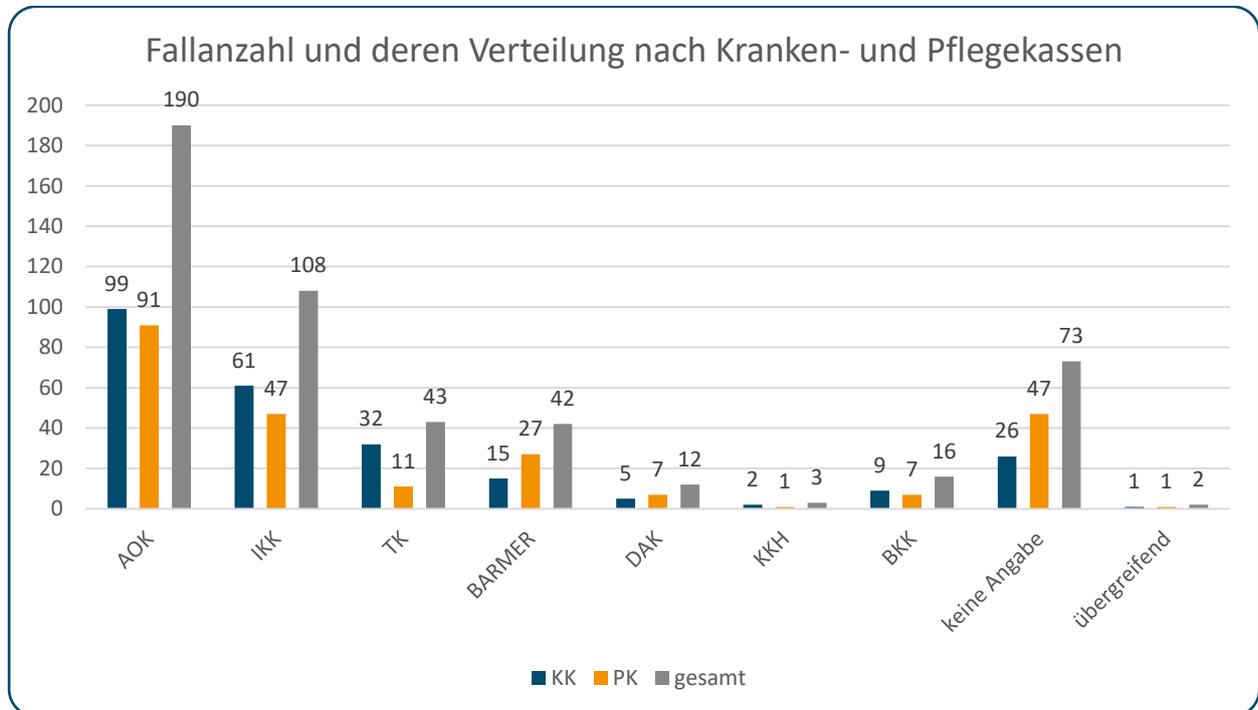
Insgesamt verteilten sich die Eingaben im Jahresverlauf mit einigen Schwankungen auf die einzelnen Monate. Im Durchschnitt gingen 41,75 pro Monat ein (Vorjahr 37,6), (siehe folgende Grafik - Anzahl neuer Eingaben von Versicherten in 2024).



90 Fälle wurden aus 2023 übernommen und bis auf ein immer wieder neu aufkommendes Anliegen 2024 abschließend bearbeitet. Zum Jahresende waren noch 94 Fälle offen.

5.2. Fallzahl und Verteilung nach Kranken- und Pflegekassen

Betrachtet man die Fälle je Kranken- bzw. Pflegekassen, entsteht wie im Vorjahr ein weites Bild für Sachsen aufgrund der vielen unterschiedlichen Kassen. Fasst man einige Kassen in deren Familie zusammen, ergibt sich folgendes, übersichtlicheres Bild:



6. Häufigste Beschwerdegründe

6.1. Arbeit der Gutachterinnen und Gutachter

In den meisten Anliegen trugen die Versicherten Kritik an der Arbeit der Gutachterinnen und Gutachter vor. Teils lag der Schwerpunkt auf der sachlich-inhaltlichen Frage, teils auf der Art und Weise der Begutachtung, was in der überwiegenden Zahl der 303 Fälle angegeben wurde.

6.2. Widerspruch

88 Personen wandten sich mit ihrem Widerspruchsanliegen zuerst an die Ombudsperson anstatt an die Kranken- bzw. Pflegekasse. Nach Hinweisen von mir, legten die meisten selbst Widerspruch ein, von 40 Personen ist mir dies auch bekanntgegeben worden. Die Widersprüche von 24 Versicherten leitete ich auf deren Bitte hin nach Klärung der Formalitäten direkt an die zuständigen Kassen weiter.

146 Versicherte wandten sich an mich mit der direkten Bitte um Hilfe in ihrem Widerspruchsverfahren, in den Gutachten sahen die Beschwerdeführer ihre Situation falsch dargestellt und beschwerten sich dabei über die Gutachtertätigkeit, sodass Beschwerde und Widerspruch zusammenhingen. Sie kritisierten fehlende Fakten usw. wie schon beschrieben. 60 Versicherte schickten den Widerspruch

einfach parallel bzw. in Kopie an mich. Sie wollten sichergehen, dass der Widerspruch auf jeden Fall an eine passende Stelle kommt.

Zahlreiche Beschwerdeführer empfanden es als hilfreich, dass Sie Hinweise bekamen, z. B. welche Unterlagen erforderlich gewesen wären und die nun für den Widerspruch sinnvoll seien, etwa detailliertere ärztliche Begründungen für besondere Verordnungen (z. B. häufig fiel das auf bei Verordnung von orthopädischen Schuhen) anstelle nur einer Verordnung mit Diagnoseschlüssel. Oder es fehlten detailliertere Darstellungen der persönlichen Situation, wenn es um beantragte Reha-Maßnahmen ging. Bei Pflegebegutachtungen ist es immer wieder so, dass Betroffene ihr Krankheitsbild im Mittelpunkt sehen und weniger über ihren Hilfebedarf Auskunft geben. Hier liefert eine Pflegeberatung gewiss die nötigen Hinweise, auf die ich oftmals verweise.

6.3. Beschwerden über Wartezeiten

Zugenommen haben Beschwerden über die langen Wartezeiten auf Widerspruchsgutachten von ca. sechs Monaten. 51 Versicherte beklagten die lange Verfahrensdauer in einer ausschließlich darauf bezogenen Beschwerde (einige davon auch in Erstverfahren), bei zahlreichen weiteren war es impliziter Bestandteil der Beschwerde. Hier spiegelte ich den Versicherten nach Austausch mit dem Medizinischen Dienst transparent die angespannte Arbeitssituation der Gutachterbereiche.

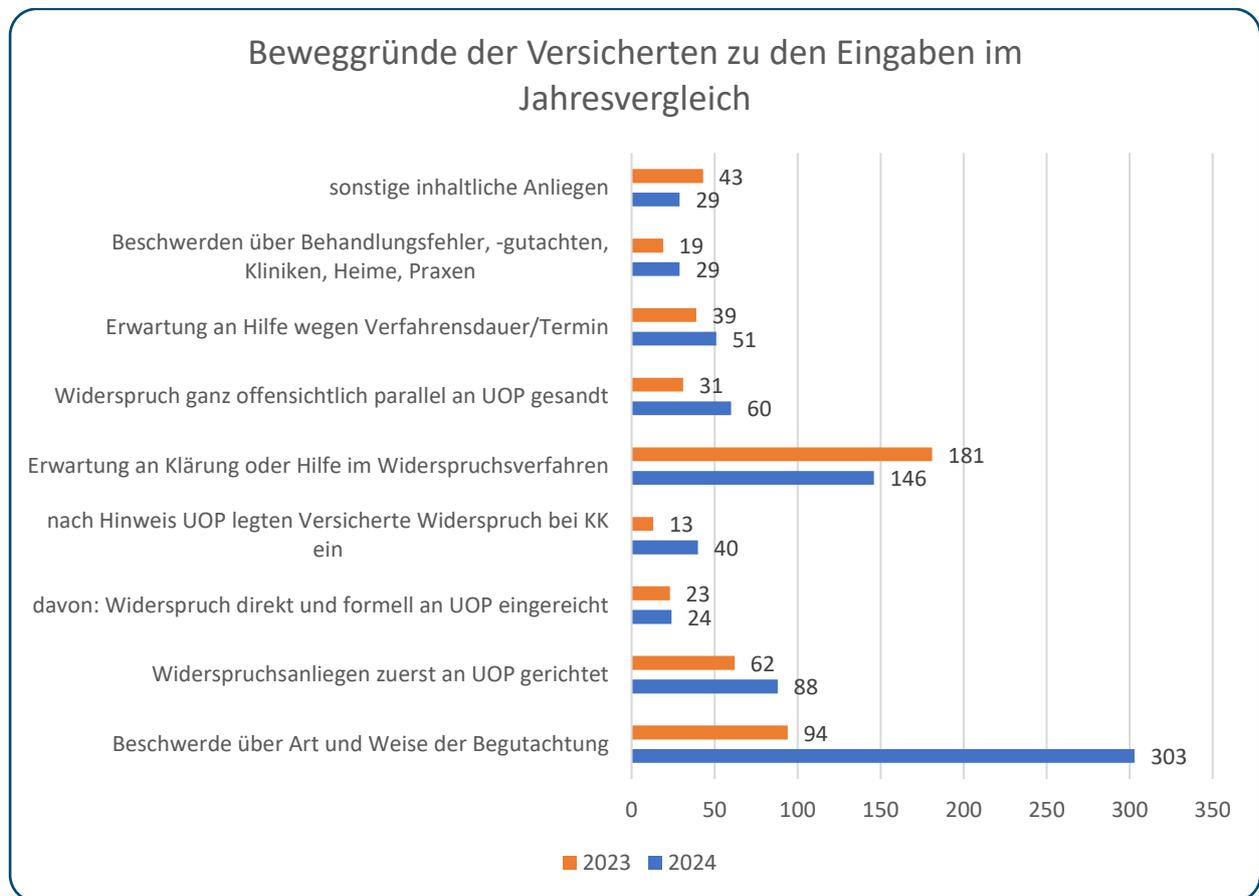
In diesbezüglich besonders schwierigen Fällen bat ich den Medizinischen Dienst um Priorisierung und blieb dazu auch das ganze Jahr über mit der Leitenden Ärztin dazu im Austausch. Grundsätzlich möchte ich hier zu diesen Wartezeiten wie bereits im Vorjahr festhalten, dass nach meiner Wahrnehmung sechs Monate Wartezeit auf Widerspruchsbearbeitung für Versicherte nicht auf Dauer hinnehmbar sind, weil so die Akzeptanz des Fehlermanagements und des gesamten Begutachtungssystems beschädigt wird. Der Vorwurf: „Die wollen nur sparen.“ bzw. „Die wollen, dass wir aufgeben.“ beschädigt den Medizinischen Dienst in seiner Unabhängigkeit allein schon dadurch, dass er erhoben wird - unabhängig davon, dass dies nach meiner Wahrnehmung niemand im Medizinischen Dienst möchte oder betreibt.

Beschwerden, auch anonym vorgetragen, über kritisierte Zustände in einigen Pflegeeinrichtungen und bei ambulanten Pflegediensten nahmen zu. Hier etablierten wir einen Workflow mit dem Fachbereich des Medizinischen Dienstes, sodass durch die Pflegekassen-Vertretenden auch unangekündigte Anlassprüfungen in den Einrichtungen beantragt werden.

6.4. Neue Themen

Neu waren einige Hinweise auf Sozialmissbrauch beim Pflegegeld. Es wurde geschildert, dass vermeintlich pflegebedürftige Erwachsene oder auch Kinder nach Ansicht von Nachbarn oder anderen Personen des Umfelds die angegebenen Einschränkungen im Alltag nicht erkennen ließen. Für die Ombudsperson gab es hier lediglich die Möglichkeit, die Hinweise zur Prüfung an die Pflegekassen weiterzugeben, sofern diese überhaupt bekannt waren. Die Pflegekassen sahen sich aber ihrerseits vor Schwierigkeiten, die Vorwürfe zu verifizieren. Auch die Empfehlung an die Hinweisgeber, sie könnten eine Anzeige wegen Betrugs erstatten, verlief oft ohne Ergebnis. Dennoch sollte dieser Punkt hier nicht unerwähnt bleiben, ebenso nicht das damit zusammenhängende folgende Anliegen: Vertrauensvoll wandten sich auch eine Gruppe von jungen Frauen an die Ombudsperson. Im Zusammenhang mit dem Vorwurf des Sozialbetrugs berichteten sie von sexuellen Übergriffen auf z. T. Minderjährige durch einen zu Pflegenden in der 24/7-Betreuung. Hier wurden die Polizei und die zuständige Krankenkasse eingeschaltet. Auch wenn solche Fälle nicht zum Kernauftrag der Ombudsperson

gehören, zeigen sie doch, wie wichtig in bestimmten Situationen eine zu Vertraulichkeit verpflichtete unabhängige Ansprechperson ist.



7. Besonders auffällige und häufige Beschwerdethemen

7.1. Hilfsmittel und Rehabilitationsmaßnahmen

Besonders häufig kamen im Bereich der Sozialmedizin Eingaben zu nicht befürworteten Hilfsmitteln (54) und zu abgelehnten Rehabilitationsmaßnahmen (68). Bei den Hilfsmitteln waren nicht befürwortete orthopädische Schuhe, Rollstühle, Orthesen und Bewegungstrainer bzw. Motorschienen im Fokus. Weniger stark als im Vorjahr, aber immer noch ein Beschwerdegrund waren ablehnende Gutachten zum Blutzucker-Messgerät „Freestyle libre“ (5 statt im Vorjahr 13), was auch mit einer veränderten Entscheidungsgrundlage einzelner Krankenkassen zusammenhängen könnte.

7.2. Plastische Chirurgie

29 Beschwerden kam zum Bereich der plastischen Chirurgie, insbesondere nach Gewichtsreduktionen drehte sich die Auseinandersetzung darum, ob die äußerlichen Merkmale Krankheitswert haben oder ob sie hinzunehmen sind. Hinzu kamen 4 Anliegen zur plastischen Chirurgie im Zusammenhang mit beantragten geschlechtsangleichenden Maßnahmen, auch hier mit der Fragestellung, was hinzunehmen sei, auch wenn es nicht einem Idealbild entspreche.

7.3. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

12 Beschwerden betrafen den Bereich der sog. Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB), der z. T. besonders emotional war, weil Versicherte an die durch ihre Ärzte empfohlenen Behandlungsmethoden große Hoffnungen knüpften, auch wenn diese Leistungen noch nicht im Verzeichnis für die Gesetzlichen Krankenversicherungen zugelassenen waren.

Beispiele: Eine Erblindung droht sehr wahrscheinlich auf einem Auge, das Mittel ist noch nicht zugelassen, es könnte nach dem einschlägigen Urteil des BVerfG nur zur Anwendung kommen, wenn Erblindung auf beiden Augen drohe (als Äquivalent zu einer lebensbedrohlichen Krankheit). Oder: Wenn ein Patient auf eigene Rechnung einer solche Behandlung vornehmen lässt, Erfolg verspürt und die weitere Behandlung dieser Art dennoch nicht als Kassenleistung bewilligt wird.

Ähnlich emotional ist es bezüglich ablehnender Voten im Bereich Palliativmedizin und Hospizeinweisung, wenn dann in der Praxis wenige Tage nach einer Ablehnung die Patienten versterben. Die theoretische Möglichkeit eines Widerspruchsverfahrens besteht, greift aber in der Praxis dann nicht mehr. So ist die Begutachtung in dieser Situation nach Aktenlage manchmal ein Dilemma. Sie führt zu der gewünschten schnellen Entscheidung, aber wenn nicht die ausreichenden und aktuellen Informationen vorliegen, kann sie in der Sache in nicht korrigierbare Schwierigkeiten führen.

7.4. Arbeitsunfähigkeit

11 Versicherte beschwerten sich, dass nach einer Begutachtung die Arbeitsunfähigkeit nicht weiter bestätigt wurde. Sie bauten darauf, dass die „Krankschreibung“ durch ihren behandelnden Arzt verbindlich sei.

7.5. Cannabis

8 Versicherte (und damit ähnlich viele wie im Vorjahr) beschwerten sich, dass ein Medikament auf Cannabis-Basis ihnen nicht bewilligt wurde. Oft verwiesen sie auf eine längere Krankengeschichte, bisweilen auch auf eigene Versuche mit diesen Präparaten im Ausland.

8. Weitere Beschwerden

8.1. Ablehnung von Rehasportanträgen oder -verlängerungen

Beschwerden betrafen auch vermeintlich kleinere Maßnahmen, wie etwa Ablehnungen von Rehasportanträgen oder -verlängerungen. Hier stellte sich nicht nur der Ombudsperson sondern auch, so erfuhr ich, einigen Gutachterinnen und Gutachtern die Frage, ob der bürokratische Aufwand einer Begutachtung des Antrags (womöglich mit einem Widerspruchsverfahren und Zweitgutachten) nicht in der Gesamtbetrachtung kostenintensiver sei, als eine unmittelbare (im Einzelfall ggfs. positive) Entscheidung der Krankenkasse. Möglicherweise besteht hier ein Entscheidungsdilemma. Es führt aber eben auch zu Beschwerden nach dem Motto: „*Wegen so einem bisschen...*“. Das „bisschen“ wird dabei auf die Kassen projiziert und weniger auf die eventuell auch denkbare Eigenbeteiligung.

8.2. Verspätete Terminankündigung zur Pflegebegutachtung

Beschwerden über zu spät oder erst nach dem Termin eingetroffenen Terminankündigungen zur Pflegebegutachtung waren nach Auskunft des Medizinischen Dienstes zumeist auf mangelhafte Leistung eines Postdienstleisters zurückzuführen. Wenn Pflegebedürftige dann bisweilen die Begutachtung spontan und ohne ihre (z.T. gesetzliche) Betreuungsperson durchführen ließen, führte das zu Unmut. Dieser war generell festzustellen, wenn wegen Übermittlungsfehlern oder aus anderen Gründen pflegende Angehörige oder Bevollmächtigte trotz des Wunsches nicht an den Begutachtungen teilnehmen konnten.

8.3. Abrechnung Hilfeleistung auf Entlastungsbetrag

Analog zum Vorjahr bleibt die Kritik von Versicherten, dass beim Pflegegrad 1 nur Hilfeleistungen „*zugelassener, registrierter Dienste oder Personen*“ abrechenbar sind auf den Entlastungsbetrag und dass, wenn kein solcher zugelassener Dienst gefunden wird, andere mögliche Helfer unberücksichtigt bleiben. Das betrifft allerdings nicht den Bereich der Gutachtertätigkeit des Medizinischen Dienstes, sondern eine übergeordnete Regelung der Pflegeversicherung.

8.4. Sonstige

Unter sonstige Anliegen zählen Beschwerden über Dateneinsicht/Datenschutz, die weiterverwiesen wurden. Es kamen auch Fragen von zwei Ärzten zu ethischen Aspekten mit der Bitte um Rat. Eine Beschwerde betraf einen nicht bewilligten Wechsel von der PKV zur GKV und damit nicht den MD Sachsen, sondern direkt eine Krankenkasse. Eine andere Beschwerde über eine nicht erfolgte Eintragung eines Merkmals in einen Schwerbehindertenausweis betraf ein Sozialamt. Hier wurde jeweils an die zuständigen Stellen weitergelotst.

Ein besonderer Fall entwickelte sich aus einer Beschwerde zu einer Pflegebegutachtung, die zunächst wie ein Widerspruchsbegehren anmutete, schlussendlich wegen einschlägigen Vorwurfs aber an den Antikorruptionsbeauftragten des Medizinischen Dienstes zur weiteren Klärung übergeben wurde. Diese erfolgte, soweit sie anfangs gemeinsam in Angriff genommen wurde, vor dem Hintergrund einer komplizierten Gesamtsituation beeindruckend empathisch durch ihn, ich gestatte mir, dies aner-

kennend in meinen Bericht aufzunehmen. Nach Abschluss des Falles erhielt ich vom Antikorruptionsbeauftragten die Information, dass nach dessen Recherchen der Vorwurf nicht erhärtet werden konnte.

9. Ausgang der Fälle

Die Versicherten bei der Wahrnehmung ihrer Rechte zu stärken und zu unterstützen ist ebenfalls Teil der Aufgabe der Ombudsperson. Zur Aufwandsreduzierung in der Ombudsstelle gehörte 2024 allerdings auch, zwar mit Hinweisen diese Aufgabe wahrzunehmen, aber anschließend nicht mehr aktiv festzustellen, ob das Anliegen schlussendlich im Sinne des Versichertenanliegens abgeschlossen wurde. Solch einen positiven Ausgang erfuhr ich nur von 87 Versicherten. Bei 336 der im Berichtsjahr abgeschlossenen Fälle blieb der Ausgang für mich unbekannt.

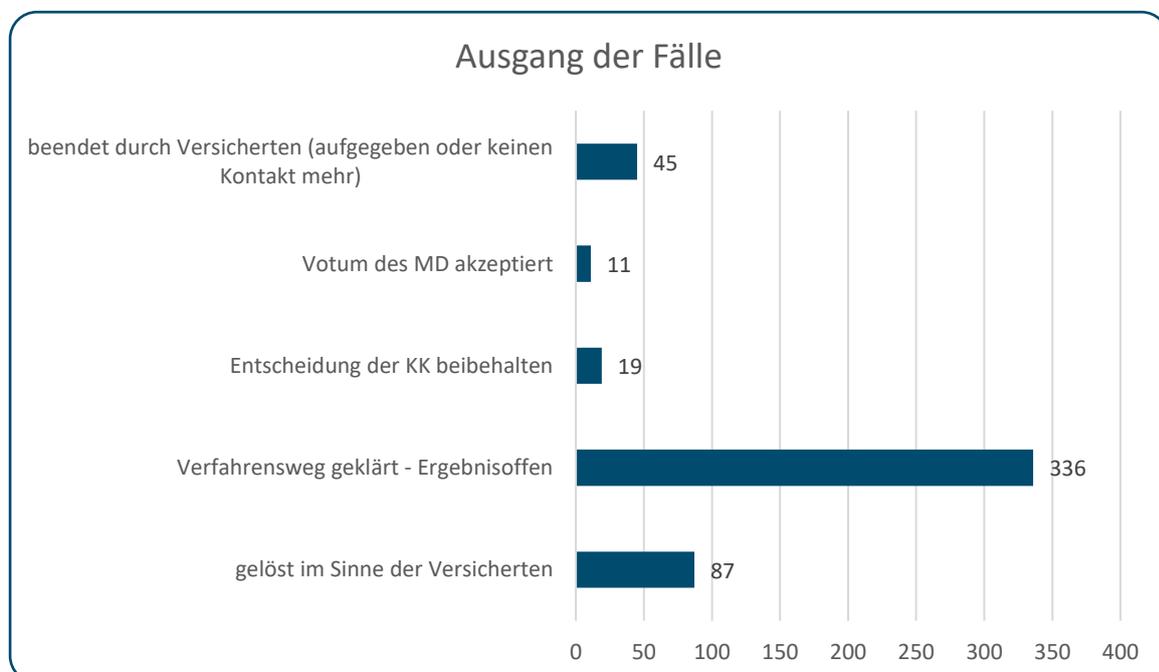
9.1. Aufschlüsselung der Fallausgänge

In 11 Fällen (des sozialmedizinischen Bereichs) gelangten Versicherte in Gesprächen mit mir zu der Überzeugung, dass es für sie der bessere Weg sei, der Empfehlung der ärztlichen Gutachterinnen und Gutachter des medizinischen Dienstes zu folgen.

Von weiteren 19 Fällen weiß ich, dass die Entscheidung der Kassen auf der Grundlage der Gutachten ebenfalls bestehen blieb, aber ohne Akzeptanz durch die Versicherten. Einige davon kündigten den Gang vor das Sozialgericht an.

In 45 Fällen beendeten die Versicherten den Vorgang selbst, in dem sie äußerten, nicht mehr weiter für ihr Anliegen eintreten zu wollen, keine Kraft mehr zu haben oder sie meldeten sich nicht mehr auf Nachfrage.

Die nachfolgende Grafik zeigt nicht den endgültigen Ausgang der Fälle, sondern sie bildet den Stand zu dem Zeitpunkt ab, ab dem die Ombudsperson nicht weiter involviert war.



10. An die Ombudsperson herangetragene interne Anliegen

Zwei mitarbeitende Personen (geschlechtsneutrale Formulierung, um die Anonymität zu wahren) des Medizinischen Dienstes wandten sich 2024 an die Unabhängige Ombudsperson. Sie schilderten jeweils unterschiedliche Probleme in der Zusammenarbeit mit Vorgesetzten.

In jeweils einem Gespräch wurde die Situation erörtert und auf zuständige Ansprechpartner verwiesen, über Handlungsweisen gesprochen, wie mit den Situationen zielführend umgegangen werden könnte.

Dem Vorstand wurde inhaltlich und grundsätzlich bei Wahrung der Anonymität Kenntnis von diesen Beschwerden gegeben.

11. Fazit

Eine Vielzahl der Fälle aus dem Berichtsjahr beschreibt einen hohen Anspruch an das Gesundheits- und Sozialsystem. Der Medizinische Dienst wird überwiegend undifferenziert als Bestandteil dieses Systems betrachtet. Bisweilen legen Äußerungen von Ärzten oder Dienstleistern des Sozialsystems dies den Versicherten auch nahe, zumindest kommt dies bei der Ombudsperson so an, wenn geschildert wird, die Patienten sollten Geduld haben, „*Die lehnen es sowieso erstmal ab.*“. Gleichzeitig erwarten die Versicherten qualitativ hochwertige und zügige Bearbeitung Ihrer Anträge.

Ich erlebte auch 2024 bei Gesprächen mit Mitarbeiterinnen, Mitarbeitern und den leitenden Verantwortlichen im Medizinischen Dienst Sachsen ein großes Interesse daran, die berechtigten Erwartungen der Versicherten zu erfüllen. Dennoch kommt es aufgrund des aufgelaufenen Antragsstaus zu Schwierigkeiten, vor allem im Hinblick auf dessen Abarbeitung.

Ich erlebte anhand der Reaktionen der Versicherten, dass die Ombudsperson sehr stark als eine aus einer unabhängigen Position heraus handelnde Instanz wahrgenommen wird.

Das Jahr 2024 war durch den Zuwachs der Fälle bei gleichzeitig organisatorischen Herausforderungen ein anstrengendes Jahr. Es gelang sichtbar, die Aufwände pro Fall weiter zu verringern ohne Einschränkungen für die Versicherten.

Abschließend kann ich es ganz ähnlich wie im Vorjahr formulieren: Die Versichertenanliegen mit einem ethischen Kompass und dem Gewissen folgend zu betrachten, gute Kommunikation als Hilfsmittel für Verständigung und Verständnis einzubringen, die Unabhängigkeit der gutachterlichen Tätigkeit des Medizinischen Dienstes als ein hohes Gut für das Funktionieren des Gesundheitssystems mit zu schützen - damit ist diese Ombudstätigkeit auch ein stabilisierendes Element für den Medizinischen Dienst und die Kassen. Diese Aufgabe als Ombudsperson fülle ich gern aus.

Dresden, den 13.2.2025

Bernhard Holfeld