



**Ombudsperson**  
beim Medizinischen Dienst  
Baden-Württemberg

**Jahresbericht 2024**

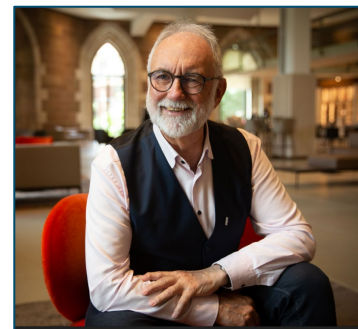
**Zeitraum 01.01.2024 – 31.12.2024**

## **Inhalt**

<b>1</b>	<b>Vorwort .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Arbeitsweise der Ombudsperson im Überblick .....</b>	<b>4</b>
<b>2.1</b>	<b>Rückblick der Eingaben pro Quartal im Zeitraum 01.01.2023 – 31.12.2024 .....</b>	<b>5</b>
<b>2.2</b>	<b>Erreichbarkeit .....</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>Tätigkeit der Ombudsperson im Überblick.....</b>	<b>7</b>
<b>4</b>	<b>Erfahrungen, Einschätzungen und Hinweise.....</b>	<b>15</b>
<b>5</b>	<b>Ausblick und einige Anmerkungen zum Ende meiner ersten Amtsperiode der Unabhängigen Ombudsperson beim Medizinischen Dienst Baden- Württemberg .....</b>	<b>25</b>
<b>6</b>	<b>Dank .....</b>	<b>27</b>

## 1 Vorwort

Der vorliegende Bericht umfasst den Zeitraum 01.01.2024 bis 31.12.2024 und gibt Einblicke in den Tätigkeitsbereich der Ombudsperson beim Medizinischen Dienst Baden-Württemberg. Damit erfolgt nach Abstimmung mit dem Verwaltungsrat ein einheitlicher Berichtszeitraum aller Ombudspersonen bei den Medizinischen Diensten. Der jährliche Bericht soll Auskunft über Art und Umfang der Inanspruchnahme der Ombudsperson durch Versicherte und Beschäftigte des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg geben. Insgesamt erfolgten 551 Eingaben im Berichtszeitraum. Diese müssen in Relation zur Größe des Bundeslandes Baden-Württemberg sowie der Gesamtzahl der einzelfallbezogenen Aufträge (843.206) durch den Medizinischen Dienst Baden-Württemberg betrachtet werden.



*Abbildung 1: Peter Niedergesäss,  
Fotograf: Leif Piechowski*

Erfahrungen, Einschätzungen und Hinweise, die ich bereits in meinem Jahresbericht 2023 vom 15.12.2023 aufgegriffen habe und unverändert auch in diesem Jahr eine Bedeutung haben, sind das Anspruchsdenken der Anrufenden, die zunehmenden finanziellen Belastungen, Wünsche nach persönlicher Begutachtung, Off-Label-Use, geschlechter- und migrationspezifische Begutachtungen und die Begutachtung von Versicherten mit psychischen Erkrankungen. Auf eine Wiederholung der Beschreibung wird verzichtet.

Ebenso unverändert ist die durch Gesetz und Richtlinien bestimmte Aufgabenzuweisung für die Ombudsperson auch weiterhin von Bedeutung. Auf eine Wiederholung wird mit Verweis auf den Jahresbericht 2022 vom 14.11.2022 verzichtet.

Mit diesem dritten Jahresbericht endete auch meine erste Berufung als Ombudsperson beim Medizinischen Dienst Baden-Württemberg am 31.12.2024. Am 13.09.2024 hat mich der Verwaltungsrat erneut für drei Jahre, konkret bis zum 31.12.2027, berufen. Im Verlauf des Berichtes auf Seite 26 werde ich hierzu näher eingehen.

Wir wünschen Ihnen beim Lesen neue Erkenntnisse, die Ihnen in Ihrem Tun weiterhelfen und würden uns freuen, wenn sie darin auch Berücksichtigung finden würden.

Wir freuen uns auf Ihre Rückmeldungen.

Herzliche Grüße

Peter Niedergesäss

## 2 Arbeitsweise der Ombudsperson im Überblick

Bei der Ausübung ihrer Tätigkeit ist die Ombudsperson unabhängig und frei von Weisungen. Sie ist nur den rechtlichen Vorgaben und ihrem Gewissen verpflichtet. Die Ombudsperson hat ihre Tätigkeit gewissenhaft und zum Wohle der Versichertengemeinschaft auszuüben. Die Geschäftsstelle der Ombudsperson darf bei dieser Tätigkeit unterstützen, sie ist der Verschwiegenheit verpflichtet.

In der Regel erfolgt der Erstkontakt über die Geschäftsstelle der Ombudsperson. Hier kann der Sachverhalt dargelegt werden, und es wird auf erste Fragestellungen eingegangen. In Abstimmung mit der kontaktsuchenden Person wird der weitere Verlauf besprochen, und es erfolgen seitens der Geschäftsstelle der Ombudsperson die erforderlichen organisatorischen und administrativen Schritte. Im Einzelnen kann dies beispielsweise die Übermittlung der Einwilligungserklärung an die kontaktsuchende Person und falls notwendig das Hinweis- bzw. Informationsblatt der Ombudsperson, die Anforderung der Akten, Klärung von Verständnisfragen, Recherchearbeiten sowie die Koordination der Telefontermine mit der Ombudsperson sein.

Unser Anspruch ist es, ein bis zwei Tage nach Eingang der Eingabe an die kontaktsuchende Person eine erste Rückmeldung mit einer Eingangsbestätigung zu geben. Das ist eine gute Voraussetzung für einen positiven Verlauf der nachfolgenden Kontakte. Der Hinweis auf eine telefonische Kontaktaufnahme wird sehr positiv wahrgenommen.

Bei 60 % der eingegangenen Anliegen werden Akten angefordert und studiert. Diese Anzahl hat sich im Vergleich zum Vorjahr leicht reduziert, da die Petenten häufiger entsprechende Unterlagen direkt bei der ersten Anfrage mitsenden.

Bei dem anschließenden Telefonat steht das Zuhören im Vordergrund. Falls zwischen der dargestellten aktuellen Situation und dem Gutachten eine Diskrepanz besteht, wird das Gutachten gemeinsam grob durchgesprochen. So wird ersichtlich, welche Aspekte des Gutachtens die kontaktsuchende Person anders wahrnimmt oder nicht ausreichend berücksichtigt empfindet. Dabei fungiere ich oft als „Gutachtenübersetzer“. Aus diesem Gespräch ergeben sich die nächsten Schritte.

Das Transparentmachen der Verfahrenswege in den Sozialsystemen ist eine weitere Aufgabe, die dann notwendig und als Hilfe wahrgenommen wird: Wie ist die Beziehungsstruktur zwischen Pflege- bzw. Krankenkasse und dem Medizinischen Dienst; was ist eine Beschwerde; was ist ein Widerspruch; was bedeutet es, wenn das Verfahren im Widerspruchsausschuss bearbeitet wird; wer trifft die Entscheidungen; wer sind die Ansprechpersonen in der aktuellen Situation?

Falls ein weiteres Telefonat notwendig wird, steht neben der sachlichen Information, das Weiten des Blickes auf die eigene Situation an. Dies gelingt ganz gut durch aktives Zuhören. Es geht dabei oft auch um die Würdigung ihrer Krankheiten und gleichzeitig um die Verdeutlichung, dass z. B. das Pflegegutachten vorrangig den Pflegeaufwand umfasst und nicht die Krankheiten.

Sehr oft begegnet mir die Vorstellung, dem Medizinischen Dienst lägen alle Unterlagen vor bzw. der Medizinische Dienst könne die Unterlagen bei den behandelnden Ärzten anfordern. Auch hier hilft ein Blick in das Gutachten, denn die dem Gutachten zugrundeliegenden Befunde sind darin aufgeführt. Dazu ist Aufklärung und Hilfestellung notwendig.

Bei einer Beschwerde wird die Situation mit der kontaktsuchenden Person reflektiert und das Anliegen ggf. an das Beschwerdemanagement zur weiteren Bearbeitung abgegeben.

Die 551 Eingaben zeigen auf, dass die unabhängige Ombudsperson ein wichtiges Instrument ist, welches die Transparenz in Bezug auf die Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes sowie die Patientenrechte und die Rechte pflegebedürftiger Personen weiter stärkt. Wir wollen Anregungen und Beschwerden der Versicherten aufnehmen, in Konfliktsituationen vermitteln, Unregelmäßigkeiten aufdecken und systematische Fehlentwicklungen beim Medizinischen Dienst verhindern.

Durch diese Vorgehensweise bekommen wir vielfältige positive Rückmeldungen von den Beschwerdeführerinnen und Beschwerdeführern, die uns bestärken den eingeschlagenen Weg weiterzuführen.

## 2.1 Rückblick der Eingaben pro Quartal im Zeitraum 01.01.2023 – 31.12.2024

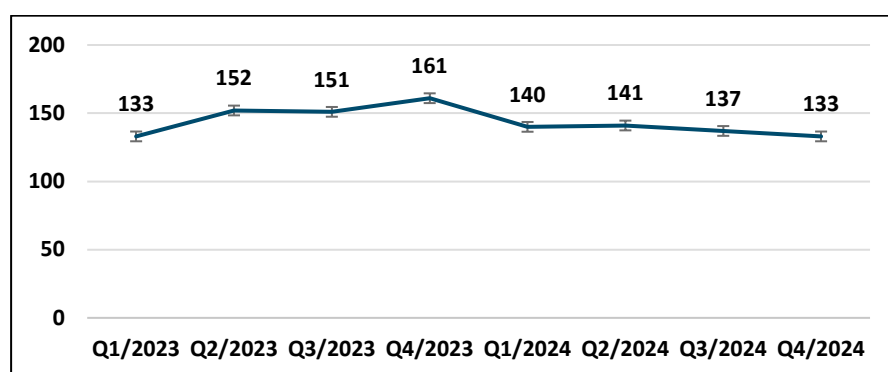


Abbildung 2: Überblick der Eingaben pro Quartal im Zeitraum 01.01.2023 – 31.12.2024

Im Rückblick der Eingaben des Jahres 2023 ist ein steigender Verlauf der Eingaben pro Quartal erkennbar. Diese stehen im Zusammenhang zu mehreren möglichen Faktoren. Es gibt sowohl eine Zunahme der Begutachtungen beim Medizinischen Dienst, als auch niederschwellige Ansprechmöglichkeiten der Ombudsperson. Außerdem wurde der Hinweis auf die Ombudsperson in negativen Leistungsbescheiden der Pflege- und Krankenkassen im Laufe der Amtszeit umfangreicher umgesetzt. Im Jahr 2024 ist ein leicht sinkender Verlauf der Eingaben pro Quartal erkennbar. Dies ist durch eine Anpassung der erfassten telefonischen Eingänge bedingt. Hierauf wird im Laufe des Berichts näher eingegangen.

## 2.2 Erreichbarkeit

Sie können sich **vertrauensvoll** und **kostenfrei** unter den folgenden Zugängen – auch in anonymisierter Form – an die Ombudsperson wenden:

Telefon: 07821 938-1701 (Geschäftsstelle der Ombudsperson)

Montag bis Freitag: 09:00 bis 12:00 Uhr sowie

Montag bis Donnerstag: 13:00 bis 15:00 Uhr

E-Mail: [ombudsperson@md-bw.de](mailto:ombudsperson@md-bw.de)

Postadresse: Medizinischer Dienst Baden-Württemberg

Ombudsperson

Postfach 1210

77902 Lahr/Schwarzwald

Weitere Informationen zu den Aufgaben der Ombudsperson finden Sie auch auf unserer Website:  
**[www.md-bw.de/ueber-uns/ombudsperson](http://www.md-bw.de/ueber-uns/ombudsperson)**.

### 3 Tätigkeit der Ombudsperson im Überblick

#### Eingangsart der 551 Eingaben

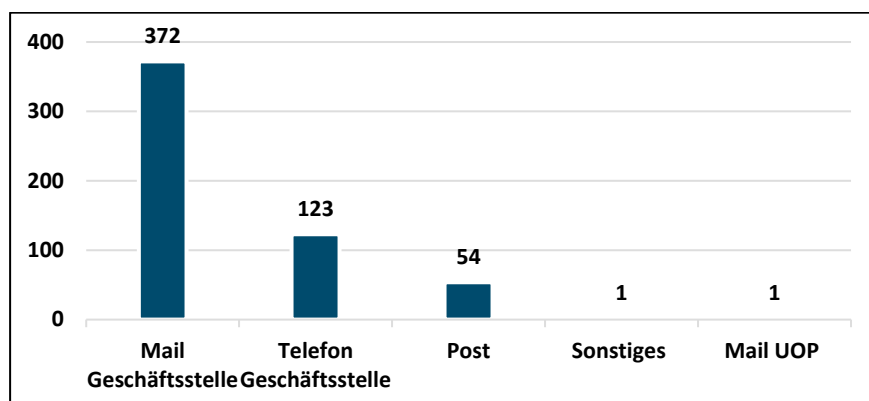


Abbildung 3: Eingangsart

Die 551 Eingaben wurden von verschiedenen Adressaten eingereicht. 372 Eingaben sind per E-Mail in der Geschäftsstelle eingegangen, 123 Eingaben wurden telefonisch in der Geschäftsstelle entgegengenommen. Per Post gab es 54 Eingaben sowie 1 Eingabe in der Kategorie „Sonstiges“, die über das Kontaktformular der Homepage des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg eingegangen ist. Eine weitere Eingabe erfolgte per E-Mail direkt an die Ombudsperson.

Die Anzahl der Telefoneingaben unterstreicht die Notwendigkeit einer telefonisch zu erreichenden Geschäftsstelle. Die Anzahl der erfassten telefonischen Eingänge hat sich im Vergleich zum Vorjahr reduziert, da die telefonisch eingegangenen Anliegen, die den Zuständigkeitsbereich des Beschwerdemanagements des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg betreffen und direkt an dieses weitergeleitet werden können, in der Ombudsstelle nicht mehr erfasst werden. Dies dient der Datensparsamkeit und vermeidet eine doppelte Erfassung. Mehr dazu unter TOP „Zusammenarbeit mit dem Beschwerdemanagement“.

## Wer hat die Eingaben eingereicht?

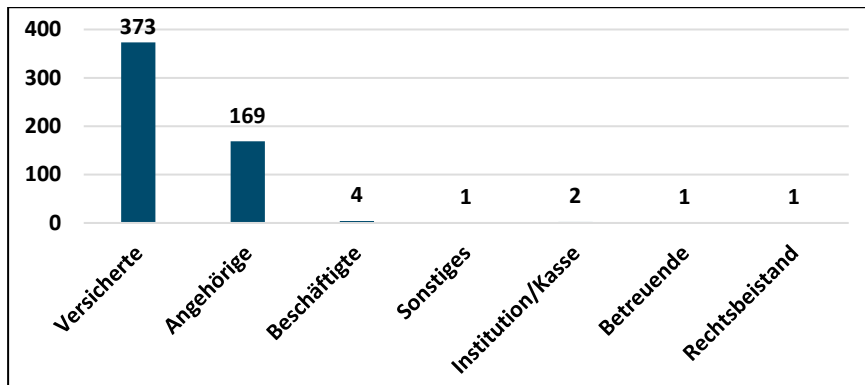


Abbildung 4: Wer hat die Eingaben eingereicht?

Die meisten Eingaben sind von den Versicherten (373) und den Angehörigen (169) eingegangen. Jeweils eine Eingabe erfolgte durch Betreuende, Institutionen, Rechtsbeistand oder durch die Weiterleitung der Kasse. Unter „Sonstiges“ ist eine Eingabe durch den behandelnden Facharzt einer versicherten Person eingegangen. Durch Beschäftigte des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg erfolgten im Berichtszeitraum vier Eingaben. Auf diese Anliegen wird auf Seite 15 näher eingegangen.

Gerne stehe ich auch in Zukunft für vertrauliche Telefongespräche mit Beschäftigten des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg zur Verfügung. Dazu haben alle Beschäftigten meine Handynummer erhalten. Ich versichere nochmals, dass die Angaben der anrufenden Personen vertraulich behandelt und keine Informationen, die Rückschlüsse auf die Personen zulassen, an Dritte weitergegeben werden.

## Aufteilung der Eingaben nach Kasse

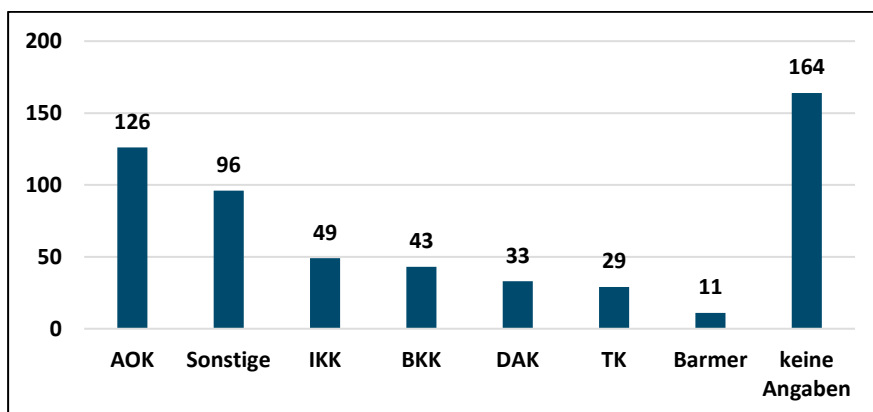


Abbildung 5: Aufteilung der Eingaben nach Kasse

Die Anzahl der jeweiligen Eingaben der Kasse muss im Verhältnis zur Größe der jeweiligen Kasse und deren Verhältnis zum Hinweis auf die Ombudsperson gesehen werden. Unter „Sonstige“ sind u. a. die Kassen BEK, BIG, HKK, HEK, KKH, LKK und SBK zusammengefasst. Die Eingaben ohne Angabe der zugehörigen Kasse sind u. a. Eingaben, die nicht in unseren Zuständigkeitsbereich gehören.



## Eingabegrund

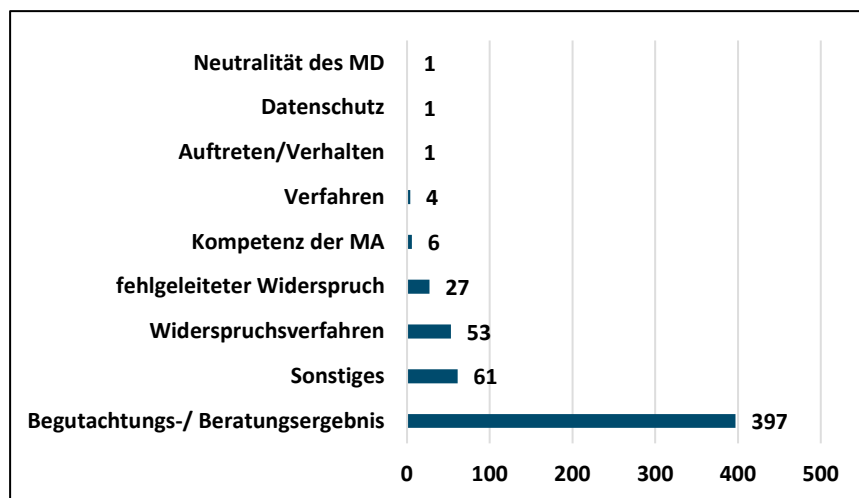


Abbildung 6: Eingabegrund

Vereinzelt sind Eingaben zu den Kategorien „Neutralität des MD“ (1), „Datenschutz“ (1), „Auftreten/Verhalten“ (1), „Verfahren“ (4) sowie „Kompetenz der MA“ (6) eingegangen.

27 fehlgeleitete Widersprüche sind bei der Ombudsstelle eingegangen, bei denen kein aktiver Einbezug der Ombudsperson gewünscht war. Dabei war nur in einem Anliegen die Bestätigung des fristgerechten Widersprucheingangs gegenüber der Kasse erforderlich. Die Kategorie „Widerspruchsverfahren“ umfasst 53 Eingaben mit Fragen nach der Vorgehensweise im Widerspruchsfall. Hier wurde u. a. auf das Hinweisblatt der Ombudsperson hingewiesen. In der Kategorie „Sonstiges“ sind 61 Eingaben erfasst, die nicht in den direkten Zuständigkeitsbereich der Ombudsperson fallen. Auf eine nähere Beschreibung dieser Eingaben wird in dem folgenden Bereich Begutachtungsgebiete eingegangen. 397 Eingaben sind der Kategorie „Begutachtungs-/ Beratungsergebnis“ zugeordnet. Hier liegt der Fokus der kontaktsuchenden Personen häufig auf Verständnisfragen zum Inhalt und der Bewertung bzw. Ergebnis des Gutachtens.

## Beispiele der Hauptanliegen der Eingaben

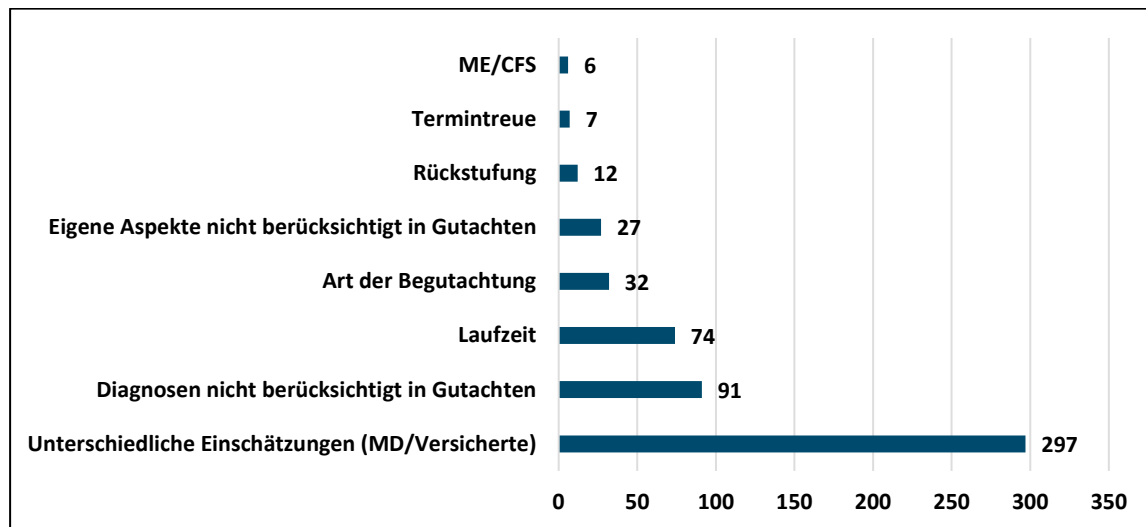


Abbildung 7: Beispiele der Hauptanliegen der Eingabe

Bezüglich dem Schwerpunkt ME/CFS sind 6 Anliegen eingegangen, die sich auf die Einzelfallbegutachtung Pflege bezogen. Die Kategorie „Terminreue“ mit 7 Eingaben beinhaltet festgelegte Begutachtungstermine, die nicht pünktlich eingehalten oder kurzfristig abgesagt wurden. 12 Eingaben bezogen sich auf Begutachtungen, bei denen Rückfragen zur Einstufung in den geringeren Pflegegrad bestanden. 27 Eingaben sind in der Kategorie „Eigene Aspekte nicht berücksichtigt im Gutachten“ enthalten. Hier äußerten die kontaktsuchenden Personen, dass die vorhandenen medizinischen Unterlagen nicht angemessen berücksichtigt worden seien oder ihre Erläuterungen und Beschreibungen für sie nicht aus dem Gutachten hervorgehen würden.

In 32 Eingaben war die Art der Begutachtung das Hauptanliegen, bemängelt wird die Begutachtung nach Aktenlage – vereinzelt auch die Begutachtung per Telefoninterview. Die Kategorie „Laufzeit“ mit 74 Eingaben umfasst hingegen Anfragen zum aktuellen Stand des Verfahrens. Diese beziehen sich fast ausschließlich auf die Terminierung bzw. lange Wartezeiten im Widerspruchsverfahren und können meist ohne direkte Beteiligung der Ombudsperson durch die Geschäftsstelle der Ombudsperson bearbeitet oder an das zuständige Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes weitergeleitet werden.

Versicherte haben teilweise eine andere Wahrnehmung von pflegerelevanten Diagnosen, welche aus ihrer Sicht nicht in den Gutachten berücksichtigt wurden. Hierzu sind 91 Eingaben eingegangen. Mit 297 Eingaben in der Kategorie „Unterschiedliche Einschätzungen (MD/Versicherte)“ ist das unterschiedliche Verständnis der kontaktsuchenden Personen bezüglich des Pflegebedarfs und des Bedarfs an Unterstützung das häufigste Hauptanliegen. Auf eine nähere Beschreibung dieser Eingaben wird in dem folgenden Bereich der Einschätzungen eingegangen.

Bei direkten Kontakten ergibt sich häufig, dass diese Hauptanliegen mit Nebenanliegen verknüpft werden, und unter Umständen entstehen weitere Eingabegründe.

## Begutachtungsgebiete

Der Hauptteil der Eingaben kann in zwei Bereiche eingeteilt werden. In den Bereich der Allgemeinen Sozialmedizin, im Konkreten der Krankenversicherung und in den Bereich der Pflege mit der entsprechenden Pflegeversicherung. Wie aus den nachfolgenden Schaubildern hervorgeht, sind die Eingaben im Bereich der Allgemeinen Sozialmedizin vielfältiger als die in der Pflege, in der es meist um die Feststellung und den Grad der Pflegebedürftigkeit geht. Die Sicht der Antragstellenden und ggf. der Verwandten und Angehörigen ist geprägt von den täglichen Erfahrungen mit der Beeinträchtigung im Bereich der Selbstständigkeit bei der Bewältigung des Alltagslebens sowie einer entsprechenden Erwartungshaltung auf eine Unterstützung durch die Pflegeversicherung.

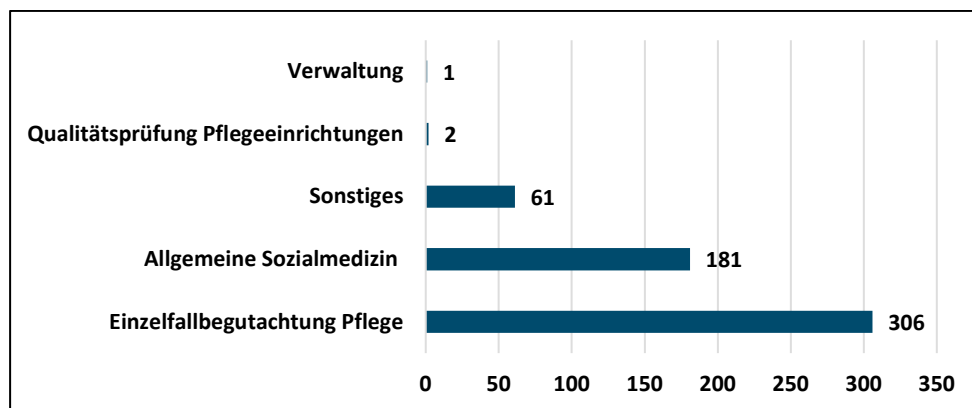


Abbildung 8: Begutachtungsgebiete

Die Eingabe in der Kategorie der „Verwaltung“ betrifft das Anliegen einer beschäftigten Person des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg.

Zur Kategorie der „Qualitätsprüfung Pflegeeinrichtungen“ – der Prüfung der Versorgungsqualität in Pflegeeinrichtungen – sind zwei Eingaben eingegangen. Für ein Anliegen war der Medizinische Dienst Baden-Württemberg nicht die zuständige Ansprechstelle, diese konnte jedoch weitervermittelt werden. Im zweiten Anliegen handelte es sich um eine Verständnisfrage bezüglich der Richtlinie zur Qualitätsprüfung in der vollstationären Pflege. Diese konnte nach Rücksprache direkt geklärt werden.

In der Kategorie „Sonstiges“ sind 61 Eingaben erfasst, die nicht in den direkten Zuständigkeitsbereich der Ombudsperson fallen. Dies sind überwiegend Beschwerden zur Terminvergabe und zu Behandlungen in Zahnarzt-, Hausarzt- und Facharztpraxen, aber auch Beschwerden zu Krankenkassen oder der Krankenhausbehandlungen. In der Regel kann in diesen Fällen die Ombudsperson auf Institutionen oder Beratungseinrichtungen verweisen, die den Betroffenen weiterhelfen können.

In der Kategorie „Allgemeine Sozialmedizin“ sind 181 Eingaben eingegangen, auf deren differenzierte Auswertung im Folgenden weiter eingegangen wird. 306 Eingaben sind in der Kategorie „Einzelfallbegutachtung Pflege“ eingegangen.

## Beispiele der Eingaben im Bereich der Krankenversicherung

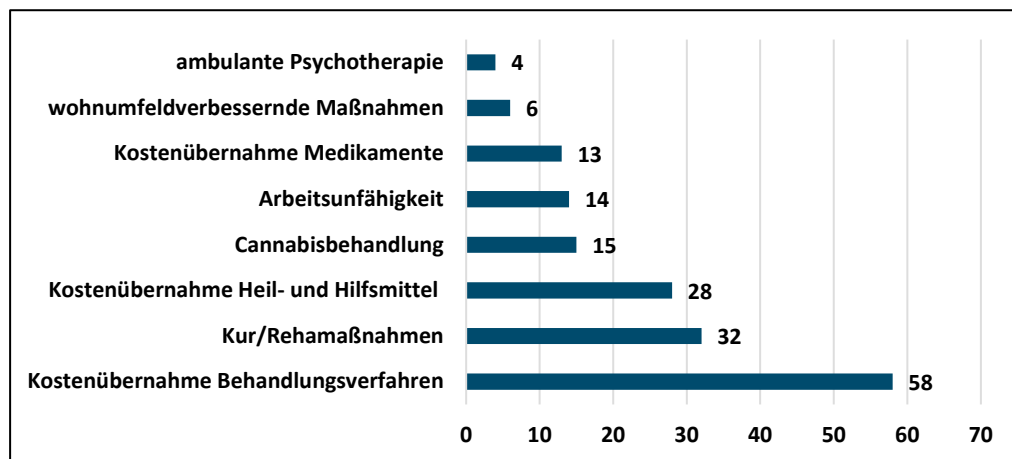


Abbildung 9: Beispiele Eingaben im Bereich der Krankenversicherung

Vereinzelt sind Eingaben zu den Kategorien „ambulante Psychotherapie“ (4) und „wohnumfeldverbessernde Maßnahmen“ (6) eingegangen. Die Kostenübernahme von Medikamenten beinhaltet 13 Eingaben, hier handelte es sich mehrheitlich um Off-Label-Use (Einsatz eines Arzneimittels außerhalb der von den nationalen oder europäischen Zulassungsbehörden genehmigten Anwendungsszenarien). Zur Kategorie „Arbeitsunfähigkeit“ sind 14 Eingaben eingegangen. Hier gibt es Rückmeldungen zu einer unterschiedlichen Einschätzung der versicherten Person bezüglich der Arbeitsunfähigkeit, Verständnisfragen zum Gutachten oder aus Sicht der versicherten Person nicht berücksichtigten Unterlagen und Befunden.

15 Eingaben betrafen die Cannabisbehandlung. Hier fehlen oftmals Informationen oder Aufklärung seitens der verordnenden Ärztinnen und Ärzte. 28 Eingaben sind zur Kategorie „Kostenübernahme Heil- und Hilfsmittel“ eingegangen. Beispiele hierfür sind Anträge auf Kostenübernahme einer speziellen Rollstuhlart, Hilfsmittel zur Kompressionstherapie oder therapeutischer Bewegungsgeräte. Zur Kategorie „Kur/Rehamaßnahmen“ sind 32 Eingaben eingegangen. Diese umfassen beispielsweise Anträge auf Kostenübernahme einer erneuten Maßnahme vor Ablauf der 4-Jahresfrist, Eingaben mit dem dringlichen Wunsch einer stationären statt ambulanten Maßnahme oder Eingaben, bei denen die ärztlichen Unterlagen nicht ausreichend berücksichtigt oder gar nicht weitergeleitet wurden.

Die 58 Eingaben in der Kategorie „Kostenübernahme Behandlungsverfahren“ umfassen beispielsweise Eingaben zu plastisch-chirurgischen Eingriffen, jedoch mehrheitlich neue Behandlungsmethoden wie das PET-CT oder das mpMRT, die vor allem bei tumor erkrankten Versicherten eine wichtige Rolle einnehmen.

Auf Unverständnis stößt vielfach die Ablehnung eines mpMRT „durch den Medizinischen Dienst“ bei erhöhten PSA-Werten. Dass die jeweilige Kasse das mpMRT ablehnt und der Medizinische Dienst an die Entscheidungen des G-BA gebunden ist, bedarf sensibler Gespräche in der meist angespannten Situation.

### Anzahl der Telefonberatungen pro Eingabe

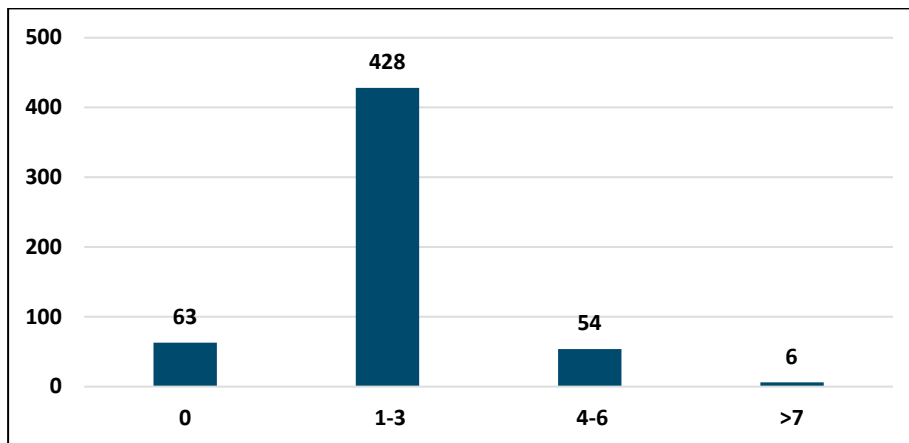


Abbildung 10: Anzahl der Telefonberatungen pro Eingabe

Ein Großteil der Eingaben (428) kann mit je 1-3 Telefonberatungen abgeschlossen werden. Dazu gibt es einzelne Anliegen (6), bei denen jeweils mehr als 7 Telefonberatungen stattfanden. Diese Anliegen sind beispielsweise Widerspruchsverfahren, bei denen eine intensivere Recherche und Klärung notwendig ist und sich der Kontakt über mehrere Wochen bis Monate erstreckt. 54 Eingaben sind mit 4-6 Telefonberatungen abgeschlossen. Hier erstreckt sich der Kontakt meist über mehrere Wochen. Bei 63 Eingaben gibt es keine Telefonberatung, da diese Eingaben nicht den Aufgabenbereich der Ombudsperson betreffen oder meist auf unsere erste Rückmeldung keine weitere Kontaktaufnahme entsteht.

An der Häufigkeit und teilweise auch der Länge der Telefonate lässt sich auch ablesen, dass es zunehmend Menschen gibt, die niemanden mehr haben, mit dem sie ihre Erfahrungen mit Krankheiten bzw. Pflegenotwendigkeiten besprechen können. Trotz zunehmender digitaler Kommunikation steigen Einsamkeitserfahrungen.

## Maßnahmen der Ombudsperson

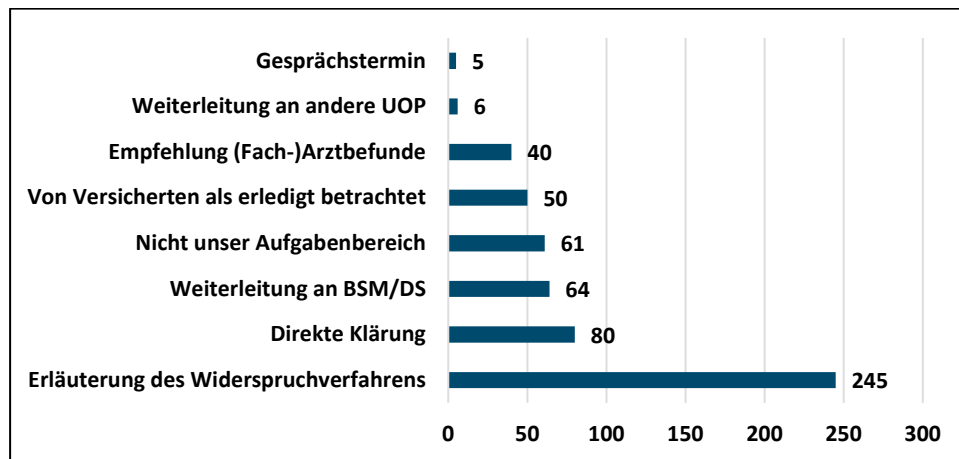


Abbildung 11: Maßnahmen der Ombudsperson

In 5 Eingaben fanden Gesprächstermine mit Ansprechpersonen der zuständigen Kasse statt. Aus datenschutzrechtlichen Gründen wurde hier das Anliegen jeweils nur abstrakt geschildert, um in Ausnahmefällen die Kontaktdaten der zuständigen Ansprechperson bei der Kasse an die Kontaktsuchenden weiterleiten zu können. Hier handelt es sich um besondere Anliegen, welche die Schnittstelle des Medizinischen Dienstes und der Kasse betreffen oder um kassenspezifische Beschwerden. 6 Eingaben wurden aufgrund fehlender regionaler Zuständigkeit an die jeweils zuständige Ombudsperson abgegeben.

Die Kategorie „Empfehlung (Fach-)Arztbefunde“ beinhaltet 40 Eingaben. Hier haben die Kontaktsuchenden bereits den Widerspruch bei der zuständigen Kasse eingelegt und reichen entsprechende Befunde als Widerspruchsbegründung oder als Grundlage der Begutachtung im (Widerspruchs-)Verfahren nach.

50 Eingaben wurden nach der ersten Kontaktaufnahme von der kontaktsuchenden Person als erledigt betrachtet. Es gab keinen weiteren Kontakt und die Anliegen wurden als abgeschlossen gewertet. 61 Eingaben betreffen nicht den Aufgabenbereich der Ombudsperson. Auf Beispiele wurde bereits eingegangen.

Die Weiterleitung der Eingaben an das Beschwerdemanagement oder den Datenschutz erfolgte in 64 Eingaben. Die Kategorie „Direkte Klärung“ beinhaltet 80 Eingaben, die direkt und meist ohne Einwilligungserklärung und ohne Unterlagenanforderung geklärt werden konnten. In Einzelfällen wurde das Anliegen auch direkt mit der zuständigen Dienststelle bearbeitet. In insgesamt 245 Anliegen ist eine Erläuterung zum Widerspruchsverfahren der Kassen erfolgt. Beispielsweise fallen in diese Anliegen die Hinweise, dass der Widerspruch bei der jeweiligen Kasse einzulegen ist und nicht beim Medizinischen Dienst oder bei der Ombudsperson. Viele Kontaktsuchende kennen sich mit dem Widerspruchsverfahren nicht aus. Bei Bedarf lassen wir den kontaktsuchenden Personen das Hinweisblatt der Ombudsperson zukommen. Es enthält zusammengefasst Informationen zu möglichen Anliegen im Zusammenhang mit der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst und der Leistungsentscheidung der Kasse sowie mögliche Ansprechpersonen.

Es kommt immer wieder vor, dass die Versicherten das Gutachten nicht kennen, auf dem die Entscheidung der Pflege- und Krankenkassen fußt. Meist haben die Versicherten es versäumt, den Wunsch nach dem Gutachten bei ihrer Kasse kundzutun. Wenn die Einwilligungserklärung eingegangen ist und die Gutachten vorliegen, ist es für die Kontaktsuchenden wertvoll, verschiedene Abschnitte des Gutachtens, insbesondere die Zusammenfassung, zu besprechen. Die eigene Wahrnehmung des Pflegegrades für die von Pflege betroffenen Personen unterscheidet sich oft von dem der Gutachtenden, auch oder weil die Antragstellenden eher die Krankheit in den Vordergrund stellen und weniger den dafür notwendigen Bedarf an Unterstützung. Oft werden die Gutachten von den Kontaktsuchenden nur selektiv gelesen oder auch nicht verstanden. Aufgrund der gemeinsamen Beschäftigung mit dem Gutachten sowie bei Bedarf entsprechender Befunde, kann das weitere Vorgehen beraten werden.

## 4 Erfahrungen, Einschätzungen und Hinweise

### **Eingabe beschäftigter Personen des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg**

Im Berichtszeitraum gab es vier Eingaben von Beschäftigten. Drei dieser Eingaben betrafen nicht die Zuständigkeit der Ombudsperson. Die Beschäftigten wurden an den für diese Anliegen zuständigen Personalrat verwiesen.

Eines dieser Anliegen betraf eine Umstrukturierung und Weiterentwicklung innerhalb des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg und wurde von mir sowohl mit dem Vorstandsvorsitzenden Herrn Klein, als auch mit dem Personalratsvorsitzenden Herrn Bähr besprochen. Inhaltlich wurde die Kommunikation während dem Entscheidungsprozess nicht als wertschätzend empfunden. Durch mein Erkundigen entstand bei der bereits eingeleiteten Klärung des Sachverhalts eine positive Dynamik. Obwohl ich in diesem Fall nicht zuständig war, habe ich mich eingeschaltet, da die Ombudsstelle am Rande auch von dieser Umstrukturierung und Weiterentwicklung betroffen war. Ende des Jahres 2023 ging ein anonymer Brief ein, der gleichzeitig auch an die Ombudspersonen in Bayern und Bund gerichtet war. Konkret ging es bei der Beschwerde um die Qualitätssicherung bei der Überprüfung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen durch den Medizinischen Dienst Baden-Württemberg. Dieses Anliegen wurde von mir mit dem Vorstandsvorsitzenden sowie dem Leitenden Arzt besprochen, im Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg erörtert und wird nachfolgend unter dem TOP „Qualitätssicherung bei Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung“ näher beschrieben.

Wünschenswert wäre es, wenn sich die kontaktsuchenden Personen anonymer Anliegen direkt an die Ombudsperson wenden würden. Dazu haben alle Beschäftigten des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg meine dienstliche Handynummer erhalten. Ich versichere nochmals, dass die Angaben der anrufenden Person vertraulich behandelt und keine Information, die Rückschlüsse auf die Person zulassen, an Dritte weitergegeben werden. In einem Telefongespräch kann gemeinsam besser geklärt werden, wie mit der Beschwerde weiter umgegangen wird, als in einem anonymen Brief. Ein Telefonat ist aus meiner Sicht auch für die kontaktsuchende Person wertschätzender und ich kann eine differenziertere Rückmeldung geben.

## Qualitätssicherung bei Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Wie ich bei meinen Gesprächen feststellen durfte, befasste sich der Medizinische Dienst Baden-Württemberg schon mit der Qualitätssicherung bei Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen. Auf diesem Hintergrund stießen meine Anfragen auf offene Ohren. Bei der bereits terminierten Verwaltungsratssitzung, die sich kurz nach meinen Gesprächen eh schon mit dem Problem beschäftigte, konnte ich mit dabei sein und die Anfragen aus der anonymen Eingabe einbringen. Der Verwaltungsrat wurde von den zuständigen Mitarbeitern auf die Lücken bei der Qualitätssicherung hingewiesen.

Bei meinen Kontakten mit den Ombudspersonen in Bayern und dem Bund wurde ebenfalls Handlungsbedarf gesehen.

Beim Medizinischen Dienst Baden-Württemberg wurden Maßnahmen eingeleitet, um die Lücken bei der Qualitätssicherung zu schließen. Ich bat für diesen Bericht Herrn Dr. Rösel, Leitender Arzt beim Medizinischen Dienst Baden-Württemberg, um eine Stellungnahme, welche Maßnahmen konkret eingeleitet wurden.

Hier seine Stellungnahme:

*„Im Medizinischen Dienst (MD) Baden-Württemberg wurden aufgrund der Ergebnisse der bundesweit durchgeführten **QSKV (Qualitätssicherung in der Gesetzlichen Krankenversicherung)** Anfang 2023 interne Audits durchgeführt, die ebenfalls Hinweise für Qualitätsdefizite in der Begutachtung bei Arbeitsunfähigkeit zeigten. Auf Basis einer Ursachenanalyse wurden Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität in der Arbeitsunfähigkeitsbegutachtung entwickelt, die sukzessive umgesetzt wurden. Die interne anonyme Meldung an die Ombudsstelle über Qualitätsprobleme in der AU-Begutachtung in den Medizinischen Diensten erfolgte zu einem Zeitpunkt, zu dem schon Verbesserungsmaßnahmen im MD BW eingeleitet worden waren. Die Meldung hat aber dazu beigetragen, die Qualitätsmaßnahmen noch weiter zu entwickeln. Die Maßnahmen können **vier Kategorien** zugeteilt werden:*

*Zur **Verbesserung der Qualitätssicherung** wurde neben internen Produktaudits im Jahr 2023 eine eigene interne Qualitätsprüfung mit vierteljährlicher Stichprobenziehung der mengenmäßig bedeutsamen schriftlichen Sozialmedizinischen Fallberatungen in Ergänzung zu der bundesweit erfolgenden QSKV (die die ausführlicheren Sozialmedizinischen Kurzgutachten und Gutachten stichprobenhaft betrachtet) entwickelt. Bei der Prüfung wird insbesondere die Plausibilität der sozialmedizinischen Stellungnahme untersucht. Als Ergebnis wird zwischen erfüllt und nicht erfüllt unterschieden. 2023 wurde zusätzlich ein Benchmark-Konzept zur gemeinsamen Abbildung von Qualität und Effizienz in der Arbeitsunfähigkeitsbegutachtung erarbeitet. Damit erhielt in einem zentralen Steuerungsinstrument die Qualität gegenüber der Menge mehr Gewicht. Die Ergebnisse des Benchmarkings werden nach erfolgreicher technischer Umsetzung seit Mai 2024 vierteljährlich in den Teams diskutiert („Lernen vom Besseren“). Das Verfahren wird kontinuierlich im Sinne des PDCA (Plan-Do-Check-Act) Zyklus verbessert. Zudem wird durch eine IT-technische Überarbeitung der Gutachtenmasken seit April 2023 die Einhaltung der Qualitätskriterien aus dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) unterstützt und gesichert.*

*Als weitere Ursache für den Qualitätsmangel wurde ein nicht **ausreichender Informationsgehalt** der für die Begutachtung notwendigen und von den Leistungserbringern übermittelten Befunde ausgemacht. 2023 wurden der Baden-Württembergische Hausärzteverband und die Kreisärzteschaften kontaktiert, woraus sich gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen ergaben.*



*Diese sollen auch genutzt werden, um auf für die Aktenlagebegutachtung hohe Bedeutung von aktuellen und aussagekräftigen Befundübermittlungen hinzuweisen. Darüber hinaus wurden die Ziele für die Zahl der persönlichen Untersuchungen im MD BW angehoben und diese werden regelmäßig im Controlling erfasst.*

*Zur Erfüllung der durch das GVWG vorgegebenen qualitativen Anforderungen benötigen die Gutachterinnen und Gutachter im Mittel mehr Zeit. Dieser **zeitliche Mehrbedarf** wurde ausgeglichen durch eine im Einvernehmen mit den Krankenkassen erfolgte Reduktion der Beauftragungen bei Fragen zur Arbeitsunfähigkeit und durch Einstellen von ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern entsprechend der Richtlinie zur Personalbedarfsermittlung.*

*Zur **Steigerung des internen Qualitätsverständnisses** wurden seit 2023 zahlreiche Maßnahmen durchgeführt, zu denen Fallbesprechungen, Einarbeitungs- und Schulungskampagnen zur Arbeitsunfähigkeitsbegutachtung, Hospitationen in der QSKV-Prüfung und die Umstellung der Wissensplattform auf eine besser nutzbare Plattform zählen. Mit den Führungskräften wurden die Bedeutung eines gemeinsamen Qualitätsverständnisses und ihre Vorbildrolle thematisiert. Die Führungskräfte werden zudem in die interne Qualitätssicherung als Prüfer miteinbezogen, um die Identifikation mit den Qualitätsvorgaben zu festigen. Darüber hinaus wurde das Thema Qualität in der AU-Begutachtung regelmäßig unter der Topik „Prozessqualität“ in den Verwaltungsratssitzungen dargestellt.“*

### **Myalgischer Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue Syndrom (ME/CFS)**

Auch in diesem Jahr gab es Eingaben, die ME/CFS betreffen, insgesamt waren es 6 Eingaben.

ME/CFS ist eine chronische Erkrankung, die eine außergewöhnlich schnelle körperliche und geistige Erschöpfung aufweist. Die Ursache der Erkrankung liegt nicht nur in Long-COVID. Trotzdem ist eine Erklärung für die Zunahme der Eingaben die verbesserte Long-COVID-Diagnostik, aber auch durch die öffentliche Diskussion über den weiteren Umgang mit der Erkrankung.

Bei den Eingaben und Beschwerden geht es um die Einstufung in den – aus Sicht der Betroffenen – richtigen Pflegegrad oder um die Kostenübernahme von noch nicht zugelassenen Medikamenten oder um therapeutische Empfehlungen des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg, die aus Sicht der Betroffenen nicht hilfreich sind. Die Kommunikation läuft teilweise über bzw. mit Angehörigen, da die erkrankten Versicherten sich zu schwach fühlen für ein längeres Telefonat.

Gut finde ich die Einrichtung eines Gesprächsformats im Rahmen von Videokonferenzen, zwischen Vertreterinnen und Vertretern der ME/CFS-Selbsthilfeorganisation Freiburg und dem je nach Fachgebiet zuständigen Fachpersonal des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg unter der Leitung von Herrn Dr. Rösel.

In der ersten Videokonferenz, die bereits stattgefunden hat, ging es um einen Austausch über das Krankheitsbild im Allgemeinen, zu Hilfsmittel/REHA, Arzneimittel in OFF-Label-Use und neue Untersuchungsmethoden und die Pflegebegutachtung.

An dieser Gesprächseinheit konnte ich als neutraler Teilnehmer auch beiwohnen und deutlich machen, dass sich der Medizinische Dienst Baden-Württemberg auf einem aktiven Weg befindet, seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu qualifizieren. Der Medizinische Dienst Baden-Württemberg nimmt die Erfahrungen und Anliegen der Selbsthilfegruppe auf, um diese so gut es geht bei den Begutachtungen zu berücksichtigen.

Für das gegenseitige Verständnis ist dieser Dialog eine wichtige Voraussetzung. Folgendes Fazit hat der Medizinische Dienst Baden-Württemberg nach insgesamt vier Treffen gezogen:

*„Der Austausch hat zu einem besseren gegenseitigen Verständnis beigetragen, und wir haben viel voneinander gelernt! Herzlichen Dank an alle Beteiligten!“*

Den Ausführungen des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg kann ich mich nur anschließen.

### **Wunsch nach persönlicher Begutachtung**

Der Wunsch der Versicherten nach einer persönlichen Begutachtung ist nach wie vor hoch. Die Betroffenen wollen gesehen werden bzw. die Angehörigen wollen, dass die zu begutachtende angehörige Person gesehen wird. Dabei spielt nicht nur der Pflegegrad im Ergebnis eine Rolle, sondern auch die Hoffnung auf weitergehende Informationen und Hilfe durch die Gutachterinnen und Gutachter.

Verstärkt bekommen wir Rückmeldungen zu telefonischen Begutachtungen, bei denen die zu begutachtende Person aus Sicht der Angehörigen die Fragen nicht adäquat beantworten kann. Das trifft vorrangig bei Versicherten mit den Diagnosen Schizophrenie oder Demenz zu. Die Angehörigen tun sich schwer bei einer Telefonbegutachtung ständig korrigierend einzugreifen. Das kann nachvollzogen werden.

Die Entscheidung beim Medizinischen Dienst Baden-Württemberg, dass bei Versicherten mit den Diagnosen Demenz, Schizophrenie oder anderen schweren psychischen Erkrankungen keine Telefonbegutachtungen mehr durchgeführt werden, begrüße ich sehr.

### **Telefonische Erreichbarkeit / Terminierungen**

Positiv ist, dass die Eingaben zur telefonischen Erreichbarkeit der Beratungsstellen im Laufe des Jahres 2024 rückläufig geworden sind. Die Maßnahmen, unter anderem eine neue Telefonanlage, scheinen hier gute Dienste zu leisten.

Kommunikationsprobleme gibt es nach wie vor im Falle von Absagen von Begutachtungen durch die Versicherten oder Angehörigen. Hier wird es als eine „Bestrafung“ empfunden, dass nach dieser Absage meist keine zeitnahe Terminierung möglich ist.

Ein weiterer häufiger Teil bei Eingaben im Bereich Pflegeversicherung ist die Dauer, bis ein Termin für eine Begutachtung im Widerspruchverfahren festgelegt wird. Diese „Wartezeit“ ist für die betroffenen Versicherten und Angehörigen eine häufig schwer auszuhaltende Zeit. Der Umstand, dass Erhöhungen des Pflegegrades meist rückwirkend ausgeglichen werden können, mindert die Belastung bis zur möglicherweise positiven Entscheidung der Kassen nicht. Gerade bei erhöhter Pflegebedürftigkeit und ohne finanzielle Rücklagen kann der erforderliche Mehraufwand an Pflegeleistungen durch die betroffenen Versicherten und Angehörigen nicht ausgeglichen werden.

In diesem Berichtszeitraum sind wieder vereinzelte Rückmeldungen eingegangen, dass die betroffenen Versicherten im Zeitraum des laufenden Widerspruchsverfahrens – also nach der Antragstellung (Erstantrag oder Höherstufungsantrag) und vor der Mitteilung eines Begutachtungstermins im Widerspruchverfahren – verstorben sind. Dies ist sehr bedauerlich und sollte so nicht passieren.

Diese Eingaben sind aus meiner Sicht ein Zeichen für die angespannte personelle Situation bei den Gutachterinnen und Gutachtern, aufgrund der Zunahme der Begutachtungsaufträge. Verändert hat sich noch wenig, wie es besser gelingen kann, Angehörige, die bei einer Begutachtung dabei sein wollen, besser bei der Terminplanung zu berücksichtigen.

Aufgrund einer Eingabe zur besseren Einbeziehung von Gebärdendolmetschern bei Begutachtungsterminen, ist beim Medizinischen Dienst Baden-Württemberg ein „Modellprojekt“ gelungen. Auf meine Anregung hin, wurde von der Verbundleitung Einzelfallbegutachtung Pflege ein verbesserter Verfahrensablauf für gemeinsame Begutachtungstermine entwickelt. Die bundesweite Koordinationsstelle des Gehörlosenverbandes hat sich bei mir positiv zu dieser Entwicklung geäußert und sich nach dem Zustandekommen erkundigt. Die Klärung konnte dann aufgrund meines Hinweises erfolgen. Über dieses „Modellprojekt“ habe ich auch die anderen Ombudspersonen informiert. Zwischenzeitlich wurde von der Koordinationsstelle ein Brief an den Medizinischen Dienst Bund und an die Ombudsperson des Bundes geschrieben, mit der Bitte um eine bundesweite Klärung.

### **Unterscheidung Pflegebedarf und Krankheitsbild – Berücksichtigung von hauswirtschaftlichen Leistungen**

Wie bereits im letztjährigen Bericht erläutert, steht oftmals die eigene Krankheit bei den Versicherten im Vordergrund. Sie möchten zunächst „ihre Krankheit“ und deren Verlauf schildern. Das ist für sie oft schon hilfreich. Allerdings begründet eine „noch so schwere Krankheit“ nicht unbedingt einen Pflegebedarf. Auf diesem Hintergrund braucht es von meiner Seite gute Argumente, um den Unterschied zwischen Pflegebedarf, Bedarf an Unterstützung und Krankheit zu erläutern.

Begründet wird ein möglicher Pflegegrad oft mit dem Wunsch nach hauswirtschaftlichen Leistungen, die nicht mehr selber erledigt werden können. Intensive Gespräche sind notwendig, um zu erläutern, dass hauswirtschaftliche Leistungen keinen Pflegegrad begründen.

### **Kommunikation mit Pflege- und Krankenkassen**

Für Eingaben, die konkret die Pflege- und Krankenkassen betreffen, hat die Ombudsperson direkte Ansprechpersonen bei einigen Krankenkassen von eben diesen erhalten. Diese Kontaktdaten konnten in diesem Jahr auf weitere Kassen ausgebaut werden. Zwischenzeitlich haben wir Ansprechpersonen bei der AOK, BKK, DAK, IKK classic und der TK. Diese Kontakte haben sich als hilfreich erwiesen. Gerade bei Verfahren, die schon so weit fortgeschritten sind, und die Entscheidungskompetenz alleinig bei der Kasse liegt (Widerspruchsausschuss).

Noch immer berichten uns die kontaktsuchenden Personen, dass ihnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kassen mitgeteilt haben, einen Ablehnungsbescheid aufgrund der „Entscheidung“ des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg ausgestellt zu haben. Es bedarf einer Aufklärung zum Verwendungszweck und der Bedeutung von Gutachten des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg bei den Kassen. Die Pflege- und Krankenkassen versäumen es, in der Kommunikation mit ihren Versicherten, auch ihre eigenen Handlungsspielräume darzustellen.

Überwiegend ist zwischenzeitlich in den ablehnenden Leistungsentscheidungen der Kassen der Hinweis auf die Ombudsperson aufgeführt. Bei einigen Kassen ist dieser Hinweis auf die Ombudsperson in Relation zur Rechtsbehelfsbelehrung allerdings durch Schriftgröße und Schriftart derart hervorgehoben, dass sich die Versicherten mit ihrem Widerspruch oder ihrer Anfrage direkt an die

Ombudsperson wenden – statt richtigerweise an die Kasse. Die Schriftgröße der Rechtsbehelfsbelehrung ist deutlich kleiner und erst nach dem Hinweis auf die Ombudsperson aufgeführt. In einzelnen Fällen fehlte die Rechtsbehelfsbelehrung ganz.

Einige Male haben die kontaktsuchenden Personen berichtet, dass sie erst mit der Entscheidung des Widerspruchsausschusses auf die Ombudsperson aufmerksam gemacht wurden. Dieser verspätete Hinweis hilft den Betroffenen wenig, da ihnen bekanntlich dann nur noch der Klageweg offensteht und durch die Ombudsperson keine Rechtsberatung erfolgt und auch nicht erfolgen darf.

Im Berichtszeitraum haben sich auch kontaktsuchende Personen gemeinsam mit den Sozial- bzw. Pflegeberatungsstellen der Kranken- bzw. Pflegekassen direkt an die Ombudsperson gewandt oder die kontaktsuchenden Personen wurden von diesen Stellen an die Ombudsperson verwiesen. Hier konnten gute gemeinsame Wege und Lösungen gefunden werden.

### **Zusammenarbeit mit dem Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg**

Die Ombudsperson ersetzt das Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg nicht, weist jedoch auf die Zusammenwirkung zwischen diesen beiden Stellen hin. Wie bereits erläutert, gibt die Ombudsperson auch bestimmte Anliegen zur weiteren Bearbeitung an das Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg ab. Beispiele sind Rückfragen zur Laufzeit oder der Termintreue. Auch direkte Beschwerden über Gutachterinnen oder Gutachter des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg wurden nach Rücksprache mit der kontaktsuchenden Person zur weiteren Bearbeitung an das Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg abgegeben. Das Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg informiert die Ombudsperson über die Rückmeldung an die kontaktsuchende Person, wenn eine entsprechende Einwilligung von dieser vorliegt. Ggf. nimmt die Ombudsperson für einen Abschluss des Anliegens nochmals Kontakt mit der kontaktsuchenden Person auf.

Es kommt auch vor, dass sich eine kontaktsuchende Person parallel an das Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg und an die Ombudsperson wendet. In diesem Falle stimmen wir uns mit dem Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg ab, welche Stelle die Eingabe weiterverfolgt und informieren die kontaktsuchende Person entsprechend. Dadurch wird eine Bearbeitung an beiden Stellen vermieden und Doppelstrukturen verhindert.

Die Ombudsperson und die Geschäftsstelle der Ombudsperson haben keinen direkten Zugang zu den Unterlagen des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg. Dieser ist nur berechtigt, uns Unterlagen und Informationen zu einem konkreten Vorgang zur Verfügung zu stellen, wenn die betroffene Person bzw. die bevollmächtigte Person in die Datenweitergabe an uns schriftlich eingewilligt hat. Die Zusammenstellung der notwendigen Unterlagen und Informationen erfolgt durch das Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg. Auch wenn innerhalb des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg ein Wechsel der Zuständigkeiten bezüglich dem Beschwerdemanagement stattgefunden hat, erfolgt die Zusammenarbeit an dieser Schnittstelle weiterhin reibungslos.

## Gespräche/Vertretungen

Im Berichtszeitraum war die Ombudsperson eingeladen, bei dem erweiterten Führungskreis des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg teilzunehmen, die das Ziel hatte, einen Reorganisationsprozess beim Medizinischen Dienst Baden-Württemberg einzuleiten. Ich konnte meine Beobachtungen einbringen, die als „Beobachtungen von außen“ interessiert aufgenommen und in den weiteren Beratungsprozess mit eingeflossen sind.

Im Rahmen einer Videokonferenz nahm ich an einem Treffen der LAG-Selbsthilfe in Baden-Württemberg teil, um meine Aufgaben als Ombudsperson darzustellen. Die Vertreterinnen und Vertreter der einzelnen Selbsthilfeinitiativen verbreiteten anschließend die Information über das Gespräch und eine für sie zusammengestellte Kurzbeschreibung der Aufgaben der Ombudsperson über ihre Informationskanäle.

In dem Gespräch mit der gesundheitspolitischen Sprecherin der GRÜNEN im Landtag von Baden-Württemberg, MdL Petra Krebs konnte ich meine Aufgaben und Beobachtungen erläutern.

Im Rahmen eines Kontaktes mit der Referatsleiterin im Sozialministerium für den Medizinischen Dienst/Ombudsperson, wurde von mir die Aufgabenstellung und die Arbeitsweise der Ombudsperson erläutert. Es ging dabei auch um die Abstimmung zwischen dem Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg und der Ombudsperson. Durch die klare Abstimmung der beiden Stellen vermeiden wir eine gleichzeitige Bearbeitung von Eingaben an zwei unterschiedlichen Stellen und damit Doppelstrukturen.

## Zusammenarbeit der Ombudspersonen auf der Bundesebene in einer Arbeitsgemeinschaft

In diesem Jahr nahm ich an einem Treffen der „AG Ombudspersonen beim Medizinischen Dienst“ in Berlin-Brandenburg teil. Der Austausch der Ombudspersonen auf der Bundesebene ist aus meiner Sicht sinnvoll, um ein gemeinsames Verständnis über die Tätigkeit einer Ombudsperson zu entwickeln und das fachliche Miteinander zu fördern.



Abbildung 12: Ombudsperson bei dem erweiterten Führungskreis



Abbildung 13: Ombudspersonen im Austausch miteinander

Schade finde ich, dass durch den Medizinischen Dienst Bund die Richtlinie für die Ombudspersonen angepasst werden soll und die Betroffenen in diesen Prozess nicht von Beginn an involviert wurden. Die wertvollen praktischen Erfahrungen der betroffenen Ombudspersonen können ohne deren Beteiligung nicht ausgeschöpft werden. Ende Januar 2025 findet durch die Initiative der Ombudspersonen eine Videokonferenz aller Ombudspersonen mit dem Medizinischen Dienst Bund dazu statt. Aus meiner Sicht ist eine Evaluation nach Ablauf der ersten Amtszeit, somit nach drei Jahren, sinnvoll. Der Bericht des Medizinischen Dienstes Bund über die Tätigkeit der Ombudspersonen wurde nach zweijähriger Tätigkeit der meisten Kolleginnen und Kollegen erstellt und basiert somit auf einer lückenhaften Umfrageauswertung. Dies führt nicht zu einer praxisdienlichen Veränderung in der Richtlinie und ist somit für alle Beteiligten nicht zielführend.

Ich wünsche mir eine Richtlinie, welche die Unabhängigkeit der Ombudsperson auf der Länderebene unterstützt und die Zusammenarbeit der Ombudspersonen untereinander stärkt, um so eine abgestimmte Arbeitsweise der Ombudsperson zu ermöglichen. Ein sehr positiver Wert der Ombudsstellen ist die eigenständige und unabhängige Arbeit gegenüber den Medizinischen Diensten und der Pflege- und Krankenkassen. Dies wird von den kontaktsuchenden Personen sehr geschätzt und mit einem großen Vertrauensvorschuss gewürdigt.

Aus Sicht der Arbeitsgemeinschaft der Ombudspersonen und auch aus meiner Sicht gibt es Korrekturbedarf bezüglich der aktuellen Richtlinie, dieser wurde in einer gemeinsamen Stellungnahme geäußert. Diese Stellungnahme wurde bereits an die verantwortlichen Personen bei den Medizinischen Diensten weitergeleitet. Gerne füge ich Ihnen diese zur Kenntnis bei:

### **Arbeitsgemeinschaft der Unabhängigen Ombudspersonen bei den Medizinischen Diensten der Länder**

#### **Gedanken der AG Ombudspersonen zum Ende der ersten Amtsperiode der Unabhängigen Ombudspersonen bei den Medizinischen Diensten der Länder**

##### **„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. In diesem Prozess haben die UOP sich in einer Arbeitsgemeinschaft organisiert, um so gemeinsam eine 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 möglich.

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 Arbeitsgemeinschaft 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 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, sodass es bei Versicherten/ Angehörigen immer wieder zu

Missverständnissen kommt, die bei der Kontaktaufnahme zum Teil mit größerem Aufwand aufgeklärt werden müssen. In einigen Ländern führt die Unklarheit der Bescheide dazu, dass die Versicherten den Rechtsbehelf Widerspruch an die UOP richten mit dem Risiko, dass die Widerspruchsfrist 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 nicht auf einer vergleichsweise hohen Anzahl fehlgeleiteter Widersprüche, abgesehen davon, dass diese Problematik nicht in allen Ländern besteht und im Übrigen die Anzahl fehlgeleiteter Widersprüche in den davon betroffenen Ländern zurückgeht. 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 Medizinischen Dienstes ist. Insofern handelt es sich nicht um eine Doppelstruktur. 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. Schließlich ist die Arbeitsgemeinschaft der UOP der Länder überzeugt, dass die vom Gesetzgeber intendierte Sinnhaftigkeit der Ombudspersonen nur dann wirksam sein kann, wenn sie in den Ländern und damit dezentral angesiedelt sind.



*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.“*

## **5 Ausblick und einige Anmerkungen zum Ende meiner ersten Amtsperiode der Unabhängigen Ombudsperson beim Medizinischen Dienst Baden-Württemberg**

Die Erfahrung als Ombudsperson möchte ich in meinem Leben nicht missen. Die Menschen geben mir bei unseren Telefonaten tiefe Einblicke in ihr persönliches Leben, ihre Ängste, Sorgen und Nöte, aber auch in die Hoffnungen, die sie haben. Es gab viele schöne und positive Rückmeldungen:

*„Guten Tag Herr Niedergesäss,  
vielen Dank für Ihre Mühe und die guten Wünsche.  
Ich treffe es nicht oft an, dass mein Anliegen ernst genommen wird, ich mich auf versprochene Rückmeldungen verlassen kann und ich das Gefühl habe, dass sich wirklich um Lösung meines Anliegens bemüht wird, auch wenn es etwas aufwändiger wird.  
Meinen herzlichen Dank dafür!“*

*„Lieber Herr Niedergesäss,  
Wir freuen uns sehr, dass wir unser Vorhaben nun wie geplant durchführen können und eine tolle Lösung für unsere Tochter und uns gefunden wird.  
Ganz herzlich möchten wir uns für Ihre Zeit, Ihre Ratschläge und Ihr Bemühen bedanken!  
Ohne Leute wie Sie würde es für Familien mit Handicap noch viel schwieriger sein.“*

*„Sehr geehrter Herr Niedergesäss,  
Heute darf ich ihnen mitteilen, dass der medizinische Dienst meinen Widerspruch wegen der Genehmigung des Medikaments Xolair nun doch genehmigt hat. Ich bin überglücklich und möchte mich für ihre Hilfe dabei bedanken.  
Liebe Grüße“*

Eine Ombudsperson muss zunächst einmal zuhören können und aus dem Ausgesprochenen mit dem Gegenüber neue Perspektiven entwickeln. Aktives Zuhören zeichnet aus meiner Sicht eine Ombudsperson aus.

Natürlich gibt es auch kontaktsuchende Personen, die angesichts der gesellschaftlichen Krisen und insbesondere ihrer eigenen, ungeduldig, fordernder und unzufriedener werden. In zwei Fällen haben die kontaktsuchenden Personen das Gespräch mit dem Hinweis „Formalismus“ abgebrochen, nachdem wir um eine Einwilligungserklärung gebeten haben.

Bei manchen Kontakten lässt sich auch eine Verrohung der Sprache feststellen, die sich allerdings eher im schriftlichen Kontakt ausdrückt. Oft nimmt die Geschäftsstelle beim ersten Kontakt am Telefon die emotionalen Reaktionen und unpassenden Wortwahlen bereits an.

Bei meinem anschließenden Kontakt mit der Person, ist dann schon Dampf abgelassen und wir können ein Gespräch auf Augenhöhe führen. Rückblickend gehört es für mich auch zur Tätigkeit der Ombudspersonen dazu, mit solchen Situationen gut umgehen zu können. Notfalls, wenn es gar nicht anders geht, wird der Kontakt auch erst mal abgebrochen.

Einigen kontaktsuchenden Personen wäre es am liebsten, wenn die Ombudsperson das Gutachten sofort nach ihrem Verständnis ändern würde. Mein Hinweis, dass dies nicht die Aufgabe der Ombudsperson ist, erzeugt immer wieder Enttäuschungen.

Durch aktives Zuhören und das Eröffnen von Perspektiven, die sich aus den Gutachten ergeben, lassen sich diese Enttäuschungen überwinden.

Wir leben in einer Zeit wachsender politischer Unzufriedenheit, in der sich Bürgerinnen und Bürger eher allgemein dafür aber polemisch äußern. In meinen Gesprächen als Ombudsperson macht sich dies oft an konkreten Erfahrungen mit dem Gesundheits- und Pflegesystem in Deutschland fest. Umso notwendiger sind eine qualifizierte Beratung und Lotsenfunktionen, durch eine unabhängige Stelle wie die der Ombudsperson. Wir „verarbeiten“ den angestauten Ärger und stabilisieren so unsere Demokratie. Eine Bestätigung für die Tätigkeit der Ombudspersonen, die nicht außer Acht gelassen werden darf.

Als ich vom Verwaltungsrat angefragt wurde, ob ich bereit bin, mich nochmals für drei Jahre als Ombudsperson berufen zu lassen, sagte ich gerne zu. Allerdings auch mit dem Hinweis, dass der Aufwand für meine Tätigkeit stark zugenommen hat, trotz der zwischenzeitlichen Routine und der großartigen Unterstützung durch Frau Bruder in der Geschäftsstelle.



*Abbildung 14: Unterzeichnung des Vertrages mit Herrn Klein*

Vor drei Jahren reizte mich neben dem Umgang mit den ratsuchenden Menschen auch die Tatsache, dass die Ombudsstelle erstmalig eingerichtet wurde. Neues zu beginnen und zu gestalten macht mir Freude, weshalb ich damals auch gerne ja zu meiner Berufung gesagt habe.

Für Baden-Württemberg haben wir ein gutes Setting für die Ombudsperson geschaffen, in dem ich gerne die nächsten drei Jahre weiterarbeite. Zum einen, um die Tätigkeit einer Ombudsperson im Medizinischen Dienst zu verfestigen und zum anderen, möchte ich weiterhin die Anliegen und Nöte der Menschen ernst nehmen, die sich an mich wenden und mit ihnen eine Perspektive entwickeln. So kann ich auch einen Beitrag leisten für eine „sorgende Gesellschaft“, die für uns alle immer wichtiger wird – über notwendige gesetzliche Regelungen hinaus.

## 6 Dank

Wie schon im letzten Jahr möchte ich zu allererst Frau Bruder aus der Geschäftsstelle der Ombudsperson Danke sagen. Sie vereinbart die nächsten Schritte und Termine mit mir. Sie recherchiert für mich die notwendigen Dokumente für die anstehenden Gespräche. Ohne Frau Bruder wäre die Aufgabe der Ombudsperson für mich nicht zu leisten.

Alle Fachbereiche haben mit der Ombudsperson kooperiert und glaubwürdig im Rahmen zur Verfügung stehender Ressourcen – wenn in der Sache gerechtfertigt – eine Abhilfe ermöglicht. Dafür gilt allen Beteiligten auch mein persönlicher Dank. Besonders erwähnen möchte ich die unkomplizierte Zusammenarbeit mit allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern beim Medizinischen Dienst Baden-Württemberg.

Nicht zuletzt gilt mein Dank auch der stets reibungslosen und hilfsbereiten Zusammenarbeit mit dem Vorstand des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg und den für seine Organisation tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Bei all den Gesprächen war die Achtung und der Respekt vor der unabhängigen Tätigkeit der Ombudsperson zu spüren. Damit verbunden danke ich auch dem Verwaltungsrat für das mir entgegengebrachte Vertrauen und für die unkomplizierte Zusammenarbeit mit den beiden Vorsitzenden des Verwaltungsrates. Der Austausch war immer geprägt von einer gemeinsamen Verantwortung, meine Unabhängigkeit zu erhalten und zu fördern.



# Ombudsperson beim Medizinischen Dienst Baden-Württemberg

## **Herausgeber**

Ombudsperson beim Medizinischen Dienst Baden-Württemberg • Peter Niedergesäss

Postfach 1210 • 77902 Lahr/Schwarzwald • Telefon: 07821 938-1701

E-Mail: [ombudsperson@md-bw.de](mailto:ombudsperson@md-bw.de) • Internet: [www.md-bw.de/ueber-uns/ombudsperson](http://www.md-bw.de/ueber-uns/ombudsperson)

Stand: 25.02.2025