

Ombudsperson

Kurt Rauch

Geschäftsstelle Ombudsperson

Medizinischer Dienst Saarland

Dudweiler Landstraße 151

66123 Saarbrücken

Telefon: 0681 93667-181

ombudsperson@md-saarland.de

Unser Zeichen: kura

Datum: 8.3.2024

Bericht der Ombudsperson des Medizinischen Dienstes Saarland über die Tätigkeiten des Jahres 2023

A. Allgemeines und Grundsätzliches:

Rechtliche Grundlagen und Aufgaben der Ombudsperson wurden in den beiden Jahresberichten zuvor ausführlich dargestellt. Da sich daran weder in den Regelungen des SGB V bzw. des SGB XI noch den Richtlinien (RL) des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) betreffend Unabhängige Ombudspersonen (UOP) etwas geändert hat, brauche ich hierauf nicht erneut einzugehen.

Im Jahr 2023 hat sich einerseits gezeigt, dass sich die Anzahl der Beschwerden im Vergleich zu den Jahren zuvor sehr gesteigert hat. Andererseits ist aufgefallen, dass sich sowohl im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als auch für die Soziale Pflegeversicherung (SPV) keine derartigen Beschwerdenschwerpunkte feststellen ließen, wie es noch zuvor der Fall war. Ferner bleibt festzustellen, dass die Mehrheit der Beschwerden, die meine Geschäftsstelle und mich erreichten, keine Sachverhalte betraf, zu deren Klärung die Ombudsperson berufen ist. Es waren wiederum viele „verkappte Widersprüche“, Beratungsanfragen und „Hilferufe“ für den Umgang mit den Kassen und dem Medizinischen Dienst (MD) zu bemerken. Damit hat sich die bereits in den Jahren zuvor erkennbare Tendenz, dass die Versicherten, die sich an mich wenden, meist mit dem Inhalt von Bescheiden von Kranken- und Pflegekassen, bei denen der MD mitgewirkt hat, große Probleme haben, weiter verstärkt. Diese erhalten eine Ablehnungsentscheidung und darin zwei vorgefasste und kurze Belehrungen, lapidar: geht es gegen den MD, kann die Ombudsperson angerufen werden, geht es gegen den Bescheid, ist Widerspruch gegen die Kasse zu erheben. Was man womit erreichen kann, wissen die wenigsten Versicherten. Sehr häufig,

insbesondere bei Telefonaten mit der Geschäftsstelle, äußern die Petenten klar und deutlich, dass sie nicht wissen, was sie jetzt tun sollen. Sie wünschen häufig ausdrücklich eine „Beratung“ durch die Ombudsperson, die eine Rechtsberatung eher nicht durchführen darf (siehe Nr. 3.1 Abs. 2 letzter Satz UOP-RL; hierüber könnte man sicherlich streiten, vgl. § 8 Abs. 1 Nr. 2 des Rechtsdienstleistungsgesetzes -RDG), aber andererseits „die Versicherten in der Wahrnehmung ihrer Rechte stärken und unterstützen“ sollen (UOP-RL aaO.). Die Abgrenzung ist schwierig, aber zu bewältigen. Da meist in den Begründungen der Ablehnungsbescheide auf die für die Versicherten negative Stellungnahme oder das erfolglose Gutachten des MD abgestellt wird, ist der logische erste Schritt der Versicherten, die Ombudsperson anzurufen. Verstärkt wird dies dadurch, dass mit der Ombudsperson ein konkreter, namentlich benannter Mensch Ansprechpartner ist. Ein solcher erster Dialog ist aus Sicht der Petenten einfacher und naheliegender als eine förmliche Vorgehensweise durch Einlegung des Widerspruchs bei der Kranken- oder Pflegekasse. Dorthin kann man sich auch nicht telefonisch oder per Mail wenden, dort steht meist eine zufällig erreichte und unbekannte, weil meist anonym in Hotlines weilende Person irgendwo in der Republik bereit, was viele Versicherte verängstigt. Also obliegt es der Ombudsperson, die Angst vor der Stimme aus der Leitung zu nehmen und meist in der Sache zu empfehlen, den genannten Widerspruch bzw. Rechtsbehelf auch zu erheben - dies flankiert mit dem einen oder anderen Hinweis zum Ablauf, zur Kostenfreiheit, der Möglichkeit, dies ohne Anwalt oder Beratungsstelle umzusetzen, und dem Abschluss des Verfahrens – all dies kennen die Versicherten in der Regel nicht. Hierauf werden sie auch von den Kassen nicht hingewiesen. Ob diese Praxis Sinn und Zweck der Einführung der Ombudsperson für den Medizinischen Dienst war, mag stark bezweifelt werden. Damit wird die Ombudsperson weit überwiegend Dienstleister zur Erläuterung des gesamten Systems der Kranken- und Pflegeversicherung nebst Verfahrensrecht tätig.

Diese Fälle statistisch zu erfassen, ist schwierig, weil viele Beschwerden, die gegen die Sachentscheidung der Kasse erhoben werden, auch Elemente einer Beschwerde um die Entstehung der Gutachten bzw. Stellungnahmen des MD enthalten. Rund 75% der Eingänge waren aber Fälle, die alleine ins Widerspruchs- bzw. Klageverfahren gehören.

Bei manchen Beschwerden insbesondere aus der SPV habe ich das interne Beschwerdemanagement des MD kontaktiert (insgesamt in sechs Fällen), vor allem dann, wenn es um die Kenntnis interner Vorgänge und eine abgestimmte künftige Vorgehensweise ging. Diese Beschwerden können durch das interne Beschwerdemanagement deutlich schneller, effektiver und zielorientierter bearbeitet werden als durch mich von außen. Natürlich waren in diesen Fällen die Versicherten, die mich angerufen haben, mit der Weitergabe an das interne Beschwerdemanagement unter Nennung ihrer Daten einverstanden. Diese Zusammenarbeit verlief immer völlig reibungslos, sehr kollegial und äußerst angenehm. Die Fälle konnten schnell bearbeitet und einer

Lösung oder Antwort zugeführt werden, die befriedete. Die Kooperation verlief aus meiner Sicht optimal.

Auch die Zusammenarbeit mit der mir zugewiesenen Geschäftsstelle war in meiner bisherigen Amtszeit optimal. Frau Bruxmeier und bei Abwesenheit ihre Kolleginnen haben meine Arbeit als erste Ansprechpartnerinnen in absoluter Vertraulichkeit, Verlässlichkeit und Empathie erst möglich gemacht. Die Kooperation ist harmonisch und nicht besser vorstellbar. An dieser Stelle ist auch ein herzliches Dankeschön an die Damen, die der Vorstand mir zugewiesen hat, geboten.

1. Statistiken:

- a. **Intern:** Die sachliche Bearbeitung einer internen Beschwerde von Beschäftigten des MD fiel im Jahr 2023 nicht an. Es gab eine Bitte zu einer Kontaktaufnahme, die aber kurz darauf wegen interner Klärung zurückgenommen wurde. Eine Thematik ist mir nicht bekannt.
- b. **Tabelle der Anzahl externen Beschwerden des Jahres 2023 (Vj = Vorjahr):**

Monat	GKV	SPV	BF	insgesamt
Januar	5	3	-	8
Februar	4	2	1	7
März	3	2	-	5
April	3	1	-	4
Mai	3	5	-	8
Juni	1	3	-	4
Juli	3	2	-	5
August	10	3	-	13
September	4	3	-	7
Oktober	2	1	2	5
November	2	1	-	3
Dezember	5	3	-	8
Insgesamt	45 (25 Vj)	29 (10 Vj)	3 (2 Vj.)	77 (37 Vj.)

Dieser Statistik kann man entnehmen, dass sich die Eingangszahlen im Jahr 2023 gegenüber denen im Vorjahr mehr als verdoppelt haben.

c. Verteilung der externen Beschwerden nach Kassen der Versicherten

Kasse	GKV	SPV	Behandlungsf.	Insg.
AOK RPS	7	2	-	9
BahnBKK	-	2	-	2
BKK Pfalz	1	-	-	1
BKK pronova	1	-	-	1
BKK ZF	-	1	-	1
Barmer	3	6	1	10
DAK	-	6	-	6
HEK	4	1	1	6
IKK SW	16	2	-	18
IKK Mobil Oil	-	1	-	1
TK	11	4	-	15
Unbekannt	2	3	1	6
Insg.	45	29	3	77

Aus der Anzahl der Beschwerden pro Kasse kann natürlich nicht hergeleitet werden, welche Kassen „gut“ und welche „schlecht“ sind. Es ist eher zufällig, bei welcher Kasse die jeweilig sich beschwerenden Versicherten sind. Allenfalls könnte man Rückschlüsse darauf ziehen, inwieweit die Belehrungen der Kassen die Versicherten Richtung Ombudsperson leiten oder nicht. Bei 6 Versicherten waren die Kassen unbekannt. Für eine Ombudsbeschwerde ist es nicht erforderlich, die Kranken- oder Pflegekasse zu nennen oder zu kennen. In den 77 externen Beschwerden sind zwei, die zunächst abgeschlossen waren, im Laufe des Jahres 2023 auf Bitten der Versicherten wieder aufgenommen wurden. Statistisch wurden diese nicht gesondert erfasst.

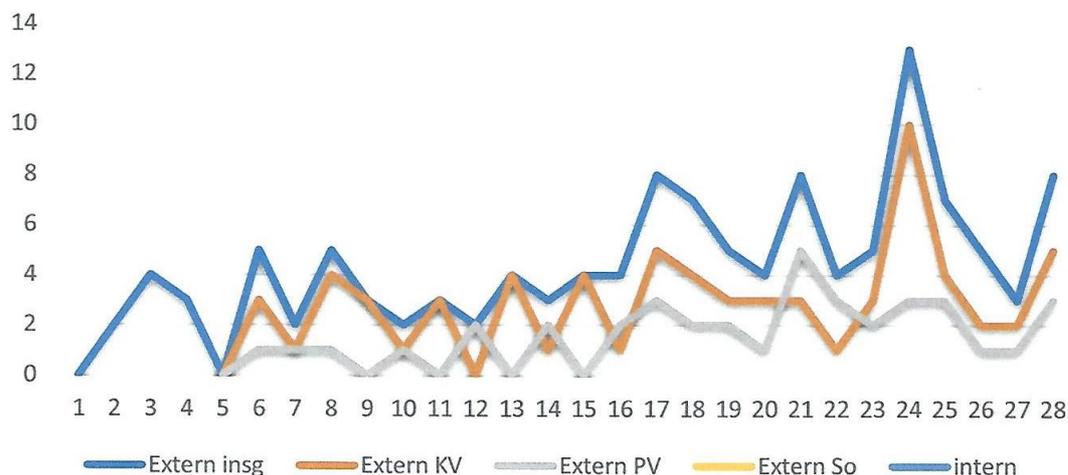
d. Auf welche Weise haben die Versicherten deren Angehörige oder Vertreter Kontakt zur Geschäftsstelle aufgenommen?

Schriftlich bzw. per Einschreiben	3
Per E-Mail	29
telefonisch	45
insgesamt	77

Hieran erkennt man, dass die niedrigste Schwelle der Kontaktaufnahme, das Telefonat, in mehr als der Hälfte der Beschwerden genutzt wurde. Schon diese Statistik zeigt, dass sich im Saarland die Beschwerden zur Ombudsperson deutlich von der Einlegung von Widersprüchen bzw. Erhebung von Klagen, die schriftlich oder zur Niederschrift erfolgen, unterscheiden.

- e. **Schaubild über die Entwicklung der Eingangszahlen** während meiner bisherigen Tätigkeit für den MD seit September 2021 bis Dezember 2023 in insgesamt 28 Monaten

UOP MD Saar Eingänge seit 8-2021



2. Interne Anpassung:

Aufgrund massiv steigender Eingangszahlen insbesondere im August 2023 und der Erfahrung, dass die meisten Begehren inhaltlich auf die Überprüfung des Bescheids nebst Gutachten des MD gerichtet sind und somit in ein Rechtsbehelfsverfahren wie den Widerspruch gehören, habe ich meine Hinweise angepasst. Sowohl auf der Homepage der Ombudsperson als auch in der Eingangsbestätigung werden die Petenten ausführlich auf den Unterschied zwischen Ombuds- und Rechtsbehelfsverfahren hingewiesen sowie darauf, dass sie bei inhaltlichen Rügen gegen Bescheid und Gutachten diesen Rechtsbehelf form- und fristgerecht ergreifen

sollen. Nur wenn diese Hinweise nicht helfen sollten, würde ich Kontakt zu diesen Versicherten aufnehmen. Dies hat recht schnell zu einer Beruhigung der Eingangs- und schließlich auch der Bearbeitungssituation geführt.

3. Gesetzliche Krankenversicherung:

- a. Zunächst ein konkretes Beispiel zu meinen allgemeinen Ausführungen unter A.: Der Versicherte einer Krankenkasse hatte einen (erfolglosen) Antrag gestellt auf stationäre Behandlung zur Einbringung eines Cochlea-Implantats. Die Kasse hatte den MD Saarland beauftragt, der eine sozialmedizinische Stellungnahme verfasste.

Der Versicherte hat mir im Rahmen seiner Beschwerde den Bescheid der Kasse übermittelt, um den es hier geht. Dort wird lediglich auf das negative Ergebnis der MD-Stellungnahme verwiesen sowie auf die beigefügte Kopie des Gutachtens. Man könne sich an den Kosten dieser stationären Behandlung nicht beteiligen, der Grund sei, dass vorrangig zu erproben sei, ob eine technisch hochwertige Hörgeräte-Versorgung ausreichend sei. Es folgte unmittelbar danach die Belehrung, dass sich der Versicherte bei Beschwerden über die Tätigkeit des MD vertraulich an die Ombudsperson wenden könne.

Dann steht geschrieben, dass man den Hinweis unten beachten soll, wenn man mit dieser Entscheidung nicht einverstanden ist. Dieser Hinweis war aber versteckt und in deutlich kleinerer Schrift verfasst, zudem noch hinter der Unterschrift der Kundenberaterin.

Auch hier wurde lediglich auf das Ergebnis des beiliegenden Gutachtens verwiesen wird und keine eigene Begründung verfasst, wie es § 275 Abs. 3c 1. Alt. SGB V unzweideutig, zwingend und ausdrücklich fordert. In Konsequenz dieser Formulierung im Bescheid hatte der Versicherte bei meiner Geschäftsstelle angerufen und artikuliert, er sei weder mit dem Ergebnis des MD-Gutachtens noch mit dem des Bescheids einverstanden. Er wollte von mir wissen, was das bedeutet und ob er die Hörgeräte-Versorgung komplett bezahlt bekommt. Also musste ich Aufgaben übernehmen, die nicht der Ombudsperson, sondern der Krankenkasse obliegen. Ich habe versucht, ihm die Situation zu erklären, und ihn wieder auf das Widerspruchsverfahren verwiesen, auf das er nur völlig versteckt aufmerksam gemacht worden ist. Er hatte dies offensichtlich gar nicht richtig zur Kenntnis genommen. Diese Eingabe an mich kann ich nach den Ausführungen unter A 1 d. auch nicht als Widerspruch weiterleiten, da einerseits § 84 Abs. 2 SGG nicht für die Ombudspersonen gilt und andererseits die mündliche Eingabe nicht als formgerechter Widerspruch gewertet werden kann. Er hat

mir aber zu verstehen gegeben, dass er den Widerspruch formgerecht und fristgerecht einlegen will.

Dies ist ein konkretes Beispiel, in dem Inhalt und Aufbau des Bescheids sowie insbesondere die deutliche Hervorhebung der Ombudsbeschwerde im Vergleich zum Widerspruchsverfahren die Versicherten, die sozialrechtlich nicht geschult und wenig erfahren sind, auf die völlig falsche Fährte locken und unnötigerweise in eine Sackgasse führen, aus der die Ombudspersonen wieder relativ kurzfristig wegen der Widerspruchsfrist und der Aufgebrachtheit der Beschwerdeführer herausleiten müssen. Auch hier habe ich die Kasse angeschrieben und um Abhilfe gebeten.

- b. Bestimmte thematische Schwerpunkte waren auf dem Gebiet der GKV im Jahr 2023 nicht festzustellen. Es waren meist Beschwerden zu Hilfsmitteln, Heilmitteln, abgelehnten Behandlungen (wie Mammareduktionsplastik, PET-CT bei Prostatakarzinom) und Rehas.

Ein paar **markante Beispiele** sollen dargestellt werden:

- c. Die Beschwerde einer Versicherten betraf die Versorgung mit einem Hilfsmittel, konkret mit einer Echthaarperücke. Die Versicherte leidet unter einer Alopezie, also einem genetisch bedingten Haarausfall. Von ihrer Krankenkasse erhielt sie bislang problemlos Echthaarperücken, nunmehr wurde sie auf Kunsthaar verwiesen und ein solcher Antrag auf Echthaarperücke abgelehnt. Die Besonderheit ist diejenige, dass im Verlauf des Widerspruchsverfahrens die Krankenkasse der Versicherten die Beschwerde bei der Ombudsperson des MD empfohlen hatte, obwohl der MD während der Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren nie tätig war. Die Ablehnung der Kasse erfolgte rein aus rechtlichen Gründen unter Bezugnahme auf das Wirtschaftlichkeitsgebot. Ich musste ihr erklären, dass ich entgegen den Hinweisen der Krankenkasse keinerlei Befugnisse habe und dass sie weiter im Widerspruchsverfahren ihre Rechte geltend machen soll. Im Anschluss daran habe ich das Justizariat der Krankenkasse per Mail angeschrieben und darum gebeten, in solchen Fällen, in denen nie ein MD involviert war, keinen Hinweis auf die Ombudsperson des MD zu geben. Eine sofortige Überprüfung, auch generell zu den Hinweisen in den Bescheiden, wurde zugesagt.
- d. In einem anderen Beschwerdeverfahren um die Genehmigung von Langfristverordnungen für Heilmittel war im von der Versicherten übermittelten Bescheid der Kasse folgender Absatz zu lesen:
„Wenn Sie den Ablauf oder die Art der Begutachtung anzweifeln, können Sie sich an die Ombudsperson wenden. Die Ombudsperson

unterstützt Sie bei der Schlichtung von Meinungsverschiedenheiten.“

Dies hatte die Versicherte zwangsläufig dazu veranlasst, mit mir Kontakt aufzunehmen anstelle Widerspruch einzulegen. Auch hier habe ich die Versicherte informiert, anschließend das Beschwerdemanagement der Krankenkasse an ihrem Hauptsitz kontaktiert und darum gebeten, den fehlerhaften Hinweis auf die Möglichkeit einer Schlichtung künftig wegzulassen. Umgehend wurde eine Überprüfung zugesagt.

- e. In einer Beschwerde vom Herbst war Gegenstand wiederum die Langfristverordnung von Heilmitteln. Die Versicherte erhielt von ihrer Krankenkasse nach Stellungnahmen des MD wiederholt Genehmigungen einer Langfristverordnung jeweils für ein Jahr befristet; jedes Mal war ein anderer Arzt bzw. eine andere Ärztin des MD mit der Sache befasst. Die Stellungnahmen des MD empfahlen wegen dauerhaft erfüllter Voraussetzungen der entsprechenden Regelungen der Heilmittelrichtlinie, nicht anzunehmender Besserung der gesundheitlichen Situation und Dauerbedarf zwar die Genehmigung, befürworteten aber eine Befristung. Eine solche Befristung ist nach den rechtlichen Regelungen möglich, aber nicht zwingend. Eine Begründung, warum trotz Vorliegen der Genehmigungsvoraussetzungen auf Dauer die Genehmigung befristet werden sollte, fand sich nicht. In den jeweiligen Bescheiden der Kasse war auch keine Erläuterung zu entdecken, warum eine Befristung erfolgt. Die Versicherte verstand dies nicht. Wenn in den Gutachten sowohl eine chronische Erkrankung als auch eine fehlende Besserungsaussicht bestätigt wird, lässt sich diese Befristung auch nicht ohne Weiteres erschließen. Die Krankenkasse empfahl ihr, sich deswegen an den MD zu wenden, weil man nicht wisse, warum die Befristung erfolgt. Der MD wiederum verwies an die Krankenkasse, weil die Versicherte dann, wenn sie mit der Entscheidung der Kasse nicht einverstanden ist, Widerspruch einlegen sollte. Dass die Versicherte mit diesem „Hin-und-Her“ nicht klarkam, ist nachvollziehbar. Hier sollte ein besserer und intensiverer Austausch zwischen Kasse und MD erfolgen. Grundsätzlich ist es Aufgabe der Kasse, eine Expertise des MD so zu erläutern, dass die Versicherten wissen, warum eine Entscheidung in dieser Form erfolgt. Andererseits sollte der MD auch in seinem Gutachten Argumente aufführen, warum die belastende Nebenbestimmung einer Befristung trotz Klarheit, dass ein Endzustand erreicht ist, empfohlen wird. Auf meine Bitte hat sich die Leitende Ärztin mit der Sache befasst. Es ließ sich nicht mehr genau aufklären, was Beweggründe waren, und es wurde zugesagt, diese Problematik in den Qualitätszirkeln anzusprechen. Ich habe der Versicherten dann nahegelegt, dies in einem Widerspruchsverfahren der Kasse gegenüber prüfen zu lassen, die auch nicht beim MD nachgefragt hatte, was es mit den Befristungen auf sich hat.

- f. In einer Beschwerde um eine Fahrtkostenerstattung durch die Krankenkasse, in der ich ein Telefonat mit der Bevollmächtigten des Versicherten geführt habe, habe ich ohne anschließendes Schreiben an die Bevollmächtigte darauf hingewiesen, dass dies eine rechtliche Frage ist und sie sich rechtlichen Rat einholen soll, den ich nicht geben kann. Das Verfahren wurde von der Bevollmächtigten im Winter nochmals aufgegriffen. Die Krankenkasse hatte die Rechtsvertretung angeschrieben und darum gebeten, das Schreiben der Ombudsperson an sie vorzulegen, man wisse, dass Ombudsverfahren immer mit einem Schreiben endeten. Dieses Schreiben sollte sie im Widerspruchsverfahren bis zu einem bestimmten Datum vorlegen, ansonsten könne der Widerspruch „nur aufgrund der bislang vorgelegten Unterlagen geprüft werden“. Offenbar ist die Kasse davon ausgegangen, dass ich eine eigene Rechtsberatung vorgenommen habe. Ich habe dann der Bevollmächtigten des Versicherten sowohl fernmündlich als auch schriftlich mitgeteilt, dass die Kasse einerseits einem Irrtum unterlegen sein muss und andererseits das Ombudsverfahren alleine und vertraulich zwischen Versichertem und Ombudsperson stattfindet. Erklären kann ich nicht, wie die Krankenkasse dazu kommt, der Rechtsvertretung ein solches Schreiben zukommen zu lassen. Ich habe die Kasse darauf hingewiesen.
- g. Ein Beschwerdeführer aus Frankreich wollte von mir eine dringende Intervention, weil seine Mutter nach dessen Schilderung in einer ehemaligen Klinik und nunmehr ärztlichen Einrichtung menschenunwürdig behandelt wird. Er wollte die Mutter von dort wegverlegen, was ihm, so die Schilderung, verweigert worden sei. Die Kommunikation war schwierig, weil der Beschwerdeführer meine zunächst auf Deutsch getätigten Hinweise, er solle sich an die Krankenhausaufsicht, das Gesundheitsministerium, die Ärztekammer oder die Krankenkasse der Mutter wenden, nicht richtig einordnen konnte. Er meinte, ich müsse eine Schlichtung oder ein Schiedsverfahren durchführen. Nach erneuter Erklärung, dieses Mal zusätzlich mit nach bestem Wissen und Gewissen erstellter französischer Übersetzung, habe ich ihm erneut versucht klarzumachen, dass ich lediglich für den Medizinischen Dienst zuständig bin, nicht aber für Eingaben jeglicher Art ärztliche Behandlungen betreffend. Ein anderer Fall betraf ähnlich geschilderte Zustände in einer Reha-Klinik.
- h. Eine weitere Beschwerde hatte zum Inhalt, dass der Ehemann der kaum Deutsch sprechenden Versicherten einen Ratschlag von einem Gutachter des MD wollte, der ihm, dem Ehemann, im Rahmen eines Gutachtens imponiert hatte. Er wollte ihn zu einer ausländerrechtlich/medizinischen Frage um Rat bitten. Die Geschäftsstelle hatte mir den Fall übermittelt und ich habe den Ehemann in einer E-Mail über meine gesetzlichen Aufgaben sowie über das für ihn

sinnvolle Tätigwerden informiert, zu dem der Kontakt zum Gutachter nicht gehört.

- i. In einem weiteren Fall aus der Krankenversicherung ging es um einen älteren Versicherten, der im häuslichen Umfeld seine betagte Ehefrau, die dement ist, seit Jahren pflegt und kurz vor dem Zusammenbruch stand. Durch seinen vertretungsberechtigten Sohn stellte der Versicherte einen Rehaantrag und fügte eine ärztliche Verordnung bei. Nachdem die Sachverständige des MD weitere Unterlagen vom Facharzt angefordert hatte, schrieb die Krankenkasse den Sohn an: sie teilte mit, es könne dauern, bis einerseits der Arzt die Unterlagen eingereicht und andererseits der MD seine gutachtliche Stellungnahme fertigt. Daher könne die Sachbearbeitung noch mehrere Monate dauern und man werde voraussichtlich bis zu einem genau genannten Datum 2 Monate später die Entscheidung treffen. Dies hat der Sohn so verstanden, dass mindestens 2 Monate auf die Entscheidung gewartet werden müsse und dann die Situation des Vaters möglicherweise dramatisch schlechter sei.

Ich konnte ihm im Telefonat erläutern, dass keinerlei Anhaltspunkte für ein Fehlverhalten des MD zu erkennen seien und dass das Schreiben der Krankenkasse den einfachen Zweck hatte, eine nach § 18 SGB XI gesetzlich angeordnete Fiktionswirkung auszuschließen. Zur Erläuterung: bei Rehaanträgen muss die Kasse innerhalb von 2 Monaten entscheiden. Tut sie dies nicht und nennt auch keine Gründe für die Verzögerung, gilt der Rehaantrag als genehmigt. All dies hätte man seitens der Krankenkasse aber problemlos dem Sohn des Versicherten mitteilen können. So konnte er überhaupt nicht nachvollziehen, warum die Entscheidung noch rund 2 Monate dauern wird. Hier sollte eine klarere Formulierung gewählt werden, um den Versicherten die recht komplexe und komplizierte rechtliche Situation um Fiktionswirkungen verständlich und einfach zu erläutern.

In diesem Fall kam hinzu, dass diese Rehamassnahme nicht primär wegen der vorliegenden (somatischen) internistischen Erkrankungen begehrt wurde, sondern präventiv, um eine (psychische) Erkrankung zu verhindern. Insofern lag der Verdacht nahe, dass der Antrag des Versicherten bzw. seines Arztes auf die falsche (Reha-)Maßnahme nach § 40 SGB V gerichtet war; § 23 SGB V betrifft demgegenüber die Vorsorgemaßnahme, die „eigentlich“ begehrt wurde. Dies führte zur an die ärztliche Leitung des MD gerichteten Frage, ob in Fällen, in denen der oder die ärztliche Sachverständige eine (nachträgliche) Rehamassnahme aus rechtlichen oder sozialmedizinischen Gründen nicht befürwortet, aber eine (vorherige) erforderliche Vorsorgemaßnahme empfehlen würde, dies auch der Kasse mitgeteilt wird. Dies wurde mir bestätigt.

Nachdem die Unterlagen des Hausarztes eingereicht worden waren, wurde der MD erneut befasst. Nach rund 3 Wochen forderte der MD aber weitere Unterlagen vom Hausarzt an, was dem völlig frustrierten und verärgerten Sohn des Versicherten nicht mehr zu vermitteln war, denn er sah dies als weitere Verzögerung und als gezielte Maßnahme, die pflegenden Angehörigen alleine zu lassen. Er gab an, schweren Herzens nunmehr die Mutter vollstationär unterzubringen, um sich und die Familie zu entlasten. Das Zusammenspiel zwischen Hausarzt, Kranken-, Pflegeversicherung sowie MD und Versicherten war einerseits auch für mich nicht nachzuvollziehen und dem Sohn auch nicht zu erklären. Dies hat im konkreten Fall in der Tat dafür gesorgt, dass eine große Frustration und Aggression herrschte. Kurz darauf und nach mehreren Telefonaten mit dem Sohn wurde die stationäre (Vorsorge?- Reha?-)Maßnahme für den Vater durch die Kasse doch noch genehmigt. Der Sohn war erleichtert.

4. Soziale Pflegeversicherung (SPV):

- a. Allgemeines:** einige Beschwerden gingen ein, die die Begutachtungssituation vor Ort betrafen. Versicherte waren mit den Sachverständigen insbesondere deshalb nicht zufrieden, weil die Kommunikation als schlecht empfunden wurde. Es wurde meist gerügt, dass die Sachverständigen die ganze Zeit in ihren Laptop getippt („gehackt“) hätten und ein erforderliches Gespräch oder ein Zuhören nicht oder unzureichend stattgefunden habe. Zudem bekam ich ab und zu zu hören, dass bestimmte abgefragte Daten im Gutachten falsch wiedergegeben seien. Die Versicherten hatten das Gefühl, nicht ernst genommen zu werden, und dass sich die Sachverständigen nicht genügend mit deren Krankheitsgeschichte oder Pflegesituation befasst hätten. Manche dieser Beschwerden habe ich dem internen Beschwerdemanagement weitergeleitet, manche selbst mithilfe der Leitung der Pflegeabteilung aufzuklären versucht. Den Versicherten habe ich den Ablauf einer solchen Begutachtung erläutert. Zudem habe ich erklärt, dass viele Tatsachen dem MD schon durch die Kasse oder Vorgutachten bekannt sind. Im Übrigen war es kaum möglich, die Schilderungen der Versicherten einerseits und nach Ermittlungen der Sachverständigen andererseits unter einen Hut zu bringen. Eine Aufklärung einer streitigen Tatsachenlage ist im Ombudsverfahren praktisch nicht möglich. Meist haben aber Erklärungen und Erläuterungen ausgereicht. Dennoch ist es für mich nachvollziehbar, dass Versicherte verunsichert sind, wenn manche Sachverständige in einer Untersuchung im häuslichen Umfeld die meiste Zeit auf den Laptop schauen und tippen. Der Vorteil ist sicher, dass das Gutachten schnell erstellt ist, der Nachteil, dass Versicherte sich häufig nicht abgeholt und eher als Objekt denn als Mittelpunkt der Begutachtung fühlen. Für viele Versicherte ist es sehr wichtig, sich zu artikulieren, gehört zu werden und Empathie und

Aufmerksamkeit zu empfangen. Eine Lösung dieser vereinzelt vorgebrachten Problematik ist sicher schwierig. Diese Themen intern mit Sachverständigen anzusprechen, könnte hilfreich sein. Eine verständliche Erläuterung der konkreten Begutachtungssituation vor Ort und eine zwischenzeitliche Kommunikation mit den Versicherten könnten Entlastung bringen, auch wenn es etwas Zeit kosten mag. Überlegenswert scheint mir auch, ob manche Sachverständige bei den Versicherten nicht besser und schneller mit einer Spracherkennung im Laptop arbeiten könnten. Der Vorteil wäre, dass zum einen speziell bei Freitexten wie zB. Anamnesen durch ein Diktieren in die Computermasken mit Blickkontakt zu den Versicherten eine bessere Kommunikation stattfinden könnte, und zum andern die Versicherten auch konkret hören, was in den Laptop eingegeben wird. Sie können Unklarheiten oder inhaltlich falsche Eingaben erkennen und ggf. zur Korrektur auffordern. Auf jeden Fall entstünde eine intensivere Beziehung zwischen Gutachter(in) und Versicherten.

- b. Im Bereich der Pflege kam es zu einer anonymen Mitteilung an die Ombudsperson, dass eine namentlich genannte Versicherte offenbar einen Pflegegrad erhalten haben soll, obwohl die Voraussetzungen bei weitem nicht vorliegen. Die Anzeige der Person, von der nur die E-Mail-Adresse bekannt war, schilderte die Aktivitäten der Versicherten und hielt eine Täuschung von Pflegekasse und MD für sehr wahrscheinlich. Mit Einverständnis der anonymen Person wurde die Angelegenheit dem MD im Wortlaut übermittelt. Eigene Tätigkeiten waren nicht möglich, da mangels Einverständnisses der Versicherten ein Zugriff auf die Sozialdaten nicht möglich war.
- c. Die Arbeitskollegin einer rumänischen Versicherten hat sich an mich gewandt und für die Kollegin die Frage gestellt, ob für die nach Deutschland nachgezogenen pflegebedürftigen Eltern der sich in einem Arbeitsverhältnis befindlichen Rumänin Deutschland oder Rumänien das von der deutschen Pflegekasse zugesprochene Pflegegeld zu zahlen hat. Die Pflegekasse habe gemeint, dies müsse von Rumänien ausgezahlt werden. Auch hier habe ich Ansprechpartner genannt.
- d. Gleich zweifach ist ein weitverbreitetes Problem aus der Sozialen Pflegeversicherung aufgetaucht. Interessanterweise im Abstand von einem Tag und verfasst von zwei Versicherten einer eher kleineren Krankenkasse gingen Beschwerden über die Begutachtung zur Einstufung in einen Pflegegrad ein. Den etwas älteren Damen war gemein, dass sie im häuslichen Umfeld gestürzt waren und sich diverse Frakturen an Wirbelsäule und Extremitäten zugezogen hatten. Die eine Versicherte hatte noch keinen Pflegegrad, die andere den Pflegegrad 1. Nach Beendigung des Krankenhausaufenthaltes stellten beide einen Antrag auf Erhöhung des Pflegegrades bzw. Zuweisung eines solchen. Die

beiden Gutachten, in die ich einsehen durfte, wurden nach den Vorgaben der Begutachtungsrichtlinie erstellt und kamen zu keiner Zuweisung bzw. keiner Erhöhung eines Pflegegrades. Die Pflegekasse teilte unter Bezugnahme auf diese Gutachten das jeweilige Ergebnis den beiden Versicherten mit, die damit aber nicht einverstanden waren. Beide Damen verstanden nicht, warum sie nach den heftigen Unfällen und starken Beeinträchtigungen insbesondere bei Körperpflege und Mobilität keinen (höheren) Pflegegrad erhalten konnten. Sie schilderten absolut nachvollziehbar, dass sie nach den Klinikaufhalten umfangreiche Hilfe in allen Lebensbereichen benötigen und daher die Ausführungen zu den somatischen Modulen der Pflegebegutachtung nicht nachvollziehbar sind.

In den Telefonaten konnte ich erläutern, warum einerseits ihre Argumente verständlich sind, andererseits aber dennoch die Gutachten wohl nicht fehlerhaft erstellt wurden. In den beiden Gutachten war allenfalls punktuell erwähnt worden, dass die Dauerhaftigkeit der Beeinträchtigungen der Mobilität nicht gegeben ist. Den Versicherten wurde weder in den Gutachten noch in den Bescheiden der Kasse erläutert, dass in der Pflegeversicherung die Pflegebedürftigkeit auf Dauer gegeben sein muss, voraussichtlich für mindestens 6 Monate (§ 14 Abs. 1 Satz 2 SGB XI). Ich habe daher beiden Versicherten in den Telefonaten erläutert, dass für Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung in aller Regel nicht das Vorliegen einer Krankheit ausreicht, sondern eine (dauerhafte) Behinderung gegeben sein muss. Außerdem habe ich Ihnen versucht zu erklären, dass es einige Instrumente aus der Krankenversicherung gibt, die hierfür Abhilfe schaffen können, wie beispielsweise die Verordnung von Hilfsmitteln, die häusliche Krankenpflege oder die Haushaltshilfe. Nicht nur die Pflegekasse, sondern die Krankenkasse sollte daher mit der Problematik der beiden Versicherten befasst werden. Es ist also sinnvoll, dass man in diesen Fällen sowohl in den Gutachten des MD (diese erhalten die Versicherten ja auch, obwohl primärer Ansprechpartner die Kasse ist) als auch vor allem in den Bescheiden der Kassen hinreichend klarstellt, dass zwar starke Beeinträchtigungen gegeben sind, diese aber für die Zuweisung eines Pflegegrades keine Rolle spielen, wenn mit einer Ausheilung oder einer Verbesserung innerhalb von sechs Monaten zu rechnen ist. Auch sollte auf Leistungen der Krankenkasse hingewiesen werden, was bei den Hinweisen in den Pflegegutachten immer geschieht.

- e. Eine Beschwerde einer Tochter einer Versicherten (mit Vorsorgevollmacht) betraf eine Wiederholungsbegutachtung zur Einstufung in einen Pflegegrad. Die Mutter hatte im Frühjahr den Pflegegrad 2 zugesprochen bekommen, dies bei Empfehlung einer Wiederholungsbegutachtung. Bei dieser Begutachtung nach Aktenlage kamen 0 gewichtete Punkte heraus und die Pflegekasse änderte den Pflegegrad darauf hin von 2 auf 0. Die Tochter war damit einverstanden, dass

ich mir das Gutachten anschau. Sie konnte nicht nachvollziehen, was Grund für die Rückstufung war. Die Lektüre des Gutachtens ergab dann auch, dass dort keine Überprüfung der einzelnen Module beschrieben wurde, lediglich überall 0 Punkte eingetragen waren und eine Begründung bzw. eine Darstellung der Änderungen oder der neuen Erkenntnisse, die von Pflegegrad 2 zu Pflegegrad 0 führten, völlig fehlten. Nach Informationen der Leitung der Pflegesachverständigen hatte sich herausgestellt, dass aufgrund eines technischen Versehens dieser Vorentwurf elektronisch der Pflegekasse übermittelt wurde. Von dort wurde die Kasse informiert, die direkt einen neuen Begutachtungsauftrag übermittelt und zugesagt hatte, den Bescheid aufzuheben.

- f. Ein weiterer Beschwerdefall betraf eine rechtlich sehr interessante, aber auch komplexe Situation um das Zusammenwirken von Pflegekasse und MD. Die betagte Versicherte wendete sich durch ihren Ehemann an mich und schilderte, dass der MD auf einen Höherstufungsantrag von Pflegegrad 2 zwar auf einen Pflegegrad 3 entschied, aber nur nach Aktenlage, was ihm missfiel. Er legte Widerspruch ein, wohl einerseits, weil er einen Hausbesuch wünschte, andererseits aber möglicherweise dahingehend, dass ein noch höherer Pflegegrad angestrebt wurde. Die Pflegekasse beauftragte den MD mit einem Widerspruchsgutachten. Dieser gelangte infolge eines Hausbesuchs allerdings wieder zu Pflegegrad 2 wegen vor Ort festgestellter Ressourcen, die nach Aktenlage wohl nicht derart erkennbar waren. Die Kasse kündigte dann an, den Bescheid auf Festlegung von Pflegegrad 3 aufheben zu wollen. Im Rahmen der vom Ehemann der Versicherten durch Anrufung der Ombudsperson gebetenen Überprüfung, ob ein Fehlverhalten des MD vorlag, kam ich zur Überzeugung, dass nach dem „Widerspruch“ des Ehemanns der MD gar nicht hätte beauftragt werden dürfen. Ein Widerspruch ist nur gegen Belastungen in einem Bescheid möglich und die Festlegung im Bescheid von Pflegegrad 2 auf Pflegegrad 3 ist kein belastender Verwaltungsakt. Allenfalls könnte eine Belastung darin zu sehen sein, dass kein Pflegegrad 4 oder 5 vergeben wurde. Ob bei der Einstufung in Grad 3 eine Überprüfung nach Aktenlage durchgeführt werden konnte, hätte man im internen Beschwerdemanagement oder durch die Ombudsperson aufklären können. Gegenstand eines Widerspruchsverfahrens kann eine solche Verfahrenshandlung nicht sein; dies ist keine rechtsverbindliche Regelung, wie es für einen Verwaltungsakt erforderlich wäre. Ein unzulässiger Widerspruch ohne Belastung des Betroffenen verbietet der Kasse aber eine Sachbehandlung und damit auch die Einschaltung des MD. Allenfalls hätte der MD beauftragt werden können, zu überprüfen, ob die Voraussetzungen von Pflegegrad 4 oder Pflegegrad 5 vorliegen. Dies ist aber nicht geschehen. Weder der MD bzw. seine Sachverständigen konnten dies erkennen. Wegen dieser Problematik aus Sicht der Versicherten und wegen rechtlich zumindest zweifelhafter Aufträge der Kassen auch des MD habe ich die Kasse angeschrieben und um

Überprüfung gebeten. Es kam zu einem Austausch mit dieser Pflegekasse, aber bislang noch zu keinem mir mitgeteilten Ergebnis.

- g. In einer Beschwerde um eine Pflegebegutachtung kritisierte der Sohn der betagten Versicherten das Verhalten der Sachverständigen des MD während der Untersuchung. Die Sachverständige hatte die Begutachtung abgebrochen, weil aus ihrer Sicht eine Aggression des Sohnes feststellbar gewesen sei. Der Sohn verstand dies nicht, meinte, die Aggression sei von der Sachverständigen gekommen, und beschwerte sich bei der Ombudsperson.

Der Sohn hatte mir gegenüber keine Vollmacht vorgelegt, weshalb ich danach fragte. Er teilte mir telefonisch mit, er habe eine notarielle Vorsorgevollmacht; diese habe er aber nicht der Kranken- bzw. Pflegekasse übermittelt. Ich bat ihn dringend, diese Vollmacht jeweils vorzulegen, will er mit den Kassen bzw. mit dem MD oder mir im Namen der Mutter kommunizieren. Mir hat er sie vorgelegt. Letztlich war auch dies eines der Probleme bei der Untersuchung, weil nirgends bekannt war, dass der Sohn vorsorgebevollmächtigt war. Quasi war er Gast bei der Untersuchung, hatte diese aber wie ein Bevollmächtigter geführt: er war sehr skeptisch, wollte einen Dienstausweis bzw. eine Visitenkarte, fragte nach, von welcher Dienststelle die Sachverständige komme, beschwerte sich, dass seine Mutter noch keinen Pflegegrad habe (obwohl es sich um einen Erstantrag gehandelt hat) und wollte die Notizen der Sachverständigen, die sie in ihren Laptop eingab, überprüfen und aufzeichnen.

Aufgrund der Schilderung der Sachverständigen über deren Gründe für den Abbruch, die an die Pflegekasse weitergeleitet wurde, stellte die Pflegekasse ein Mitwirkungsversäumnis der Versicherten per Bescheid fest und gab an, ein Wiederholungsgutachten sei nur ohne Anwesenheit des Sohnes möglich, was diesen aufbrachte.

Es stellte sich heraus, dass der Sohn von dem Termin zunächst nichts wusste. Die Mutter rief ihn kurz vor dem Begutachtungstermin an und teilte ihm mit, gleich komme jemand von „einem Medizinischen Dienst“. Der Sohn konnte mit diesem Begriff nichts anfangen und war deshalb sehr vorsichtig, zumal zuvor bei der Mutter ungebetener Besuch auftauchte, welcher Staubsauger bzw. Treppenlifte verkaufen wollte. Er war der Meinung, dies könnte auch so etwas sein, und war deshalb sehr vorsichtig und wachsam. Ich habe ihm den ganzen Ablauf eines Verwaltungsverfahrens um einen Pflegegrad erklärt, die Rolle der Pflegekasse und des MD, das Erfordernis eines Antrags und vor allem die Wichtigkeit der Vorlage einer Vollmacht, will er sozialrechtlich im Namen der Mutter handeln. Auch habe ich ihm gesagt, dass die Mutter in einem Schreiben zuvor genauestens über den Termin der Begutachtung in allen Einzelheiten informiert

wurde. Von diesem Schreiben wusste er nichts. Durch diese Aufklärung und auch die Erläuterung, dass aus Sicht der Sachverständigen nachvollziehbarerweise die Untersuchung durch ihn deutlich erschwert wurde, konnte die Sache befriedet und ein neues Gutachten durch den MD veranlasst werden.

5. Behandlungsfehler:

Im ersten der beiden Fälle um Behandlungsfehler hatte sich der Beschwerdeführer zusätzlich an die ärztliche Leitung des MD gewandt. Meine Anfrage nach Einverständnis in die Einsichtnahme der Unterlagen wurde nicht beantwortet. Durch die Geschäftsstelle habe ich dann erfahren, dass sich das interne Beschwerdemanagement nach Bitten des Beschwerdeführers mit der Sache befasst hat. Im zweiten Fall ging es um geltend gemachte Behandlungsfehler wegen zu spät entdeckter Borreliose. In dieser Beschwerde war aber lediglich eine Beratung gefragt; der MD war in die Sache noch nicht involviert. Der Ratschlag war, sich an ihre Krankenkasse zu wenden bzw. einen Rechtsanwalt mit der Überprüfung eines Behandlungsfehlers zu beauftragen

B. Tätigkeiten nach außen:

1. Der Geschäftsführer des VdK Saarland hat mich im Frühjahr gebeten, für ein Interview zu meiner Tätigkeit im Saarland zur Verfügung zu stehen. Der VdK betreibt diverse Podcasts. Das Interview fand am 20.6.2023 statt und ist auf der Homepage des VdK Saarland zu finden.
2. Mitte des Jahres hat mich eine Bitte der Aufsichtsbehörde für den MD im Saarland, dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Gesundheit, erreicht. Das Bundesgesundheitsministerium hatte die Aufsichtsbehörden für die einzelnen MD im Hinblick auf die Tätigkeit um Beantwortung verschiedener Fragen gebeten, insbesondere zu sogenannten „fehlgeleiteten Widersprüchen“, also um Beschwerden an die Ombudsperson bei aus Sicht der Petenten rechtswidrigen Bescheiden. Man wollte wissen, wie sich dies zwischen Kranken- und Pflegekassen aufteilt, wie häufig solche fehlgeleiteten Widersprüche vorkommen, ob die Ombudspersonen diese „Widersprüche“ dann an die jeweilige Kasse weiterleiten und wieviel Prozent der Eingaben „eigentlich“ Widersprüche sind. Nicht nur von mir, sondern nach Rücksprachen auch von anderen Ombudspersonen wurden die Probleme mit den Eingaben, die inhaltlich Widersprüche sind, intensiv dargestellt. Etwa 75-80 % aller Eingaben erfüllen diese Kriterien, werden aber nicht nur von mir, sondern auch von den meisten anderen Ombudspersonen nicht an die Kassen als Widersprüche weitergeleitet, weil dies rechtlich keine Grundlage hat. Zum einen verweise ich diesbezüglich auf

meine Ausführungen unter A 1 d. Zum andern kennen wir zum Zeitpunkt des Eingangs der Eingaben meist die Kassen nicht, wenn wir nicht auf die Unterlagen zurückgreifen können. Hinzu kommt, dass wir die Verpflichtung zur Vertraulichkeit und Anonymität verletzen würden, wenn wir kommentarlos und ohne Rücksprache mit den Versicherten die Eingaben mit allen persönlichen Daten als Widersprüche an die Kassen weiterleiten würden.

3. Es fanden im Jahr 2023 zwei überregionale Konferenzen statt:
 - a. Zu einem Austausch mit dem Patientenbeauftragten der Bundesregierung Stefan Schwartz wurde am 9.10.2023 in Berlin eingeladen. Knapp die Hälfte der Ombudspersonen der Medizinischen Dienste nahm teils persönlich, teils online (so bei mir) teil. Auch ein Vertreter des GKV-Spitzenverbandes war anwesend. Hier wurde unter anderem dargestellt, dass die Unabhängige Patientenberatung Deutschlands (UPD) im Dezember 2023 zunächst ihren Dienst einstellt, um dann als Stiftung irgendwann in naher oder ferner Zukunft wieder Aufgaben zu übernehmen. Dies wurde als äußerst ungünstig dargestellt, ist doch die UPD ein wichtiger Baustein in der Beratung und Aufklärung von gesetzlich Versicherten in Deutschland. Verlangen Versicherte eine Rechtsberatung, verweise ich daher in aller Regel neben Anwältinnen und Rechtsanwälten auf Sozialverbände und die UPD. Dieser Ausfall hinterlässt eine große Lücke und es ist zu hoffen, dass diese bald wieder geschlossen wird
 - b. Am 2. und 3. November fand auf Veranlassung des MD Berlin-Brandenburg wiederum in Berlin ein Austausch mit den Ombudspersonen der Medizinischen Dienste in Deutschland statt. Die Mehrzahl der Personen nahm live oder digital teil, bei mir war die Teilnahme wiederum digital. Erstmals waren auch die Ombudspersonen des Medizinischen Dienstes Bund und der Knappschaft dabei. Man konnte erkennen, dass viele Probleme deckungsgleich sind, dass aber letztlich die Tätigkeit im Saarland aufgrund der vergleichsweise zu den großen Flächenstaaten geringen Beschwerdezahlen wesentlich persönlicher gestaltet werden kann.

Saarbrücken, 8.2.2024



Kurt Rauch, Ombudsperson MD Saarland