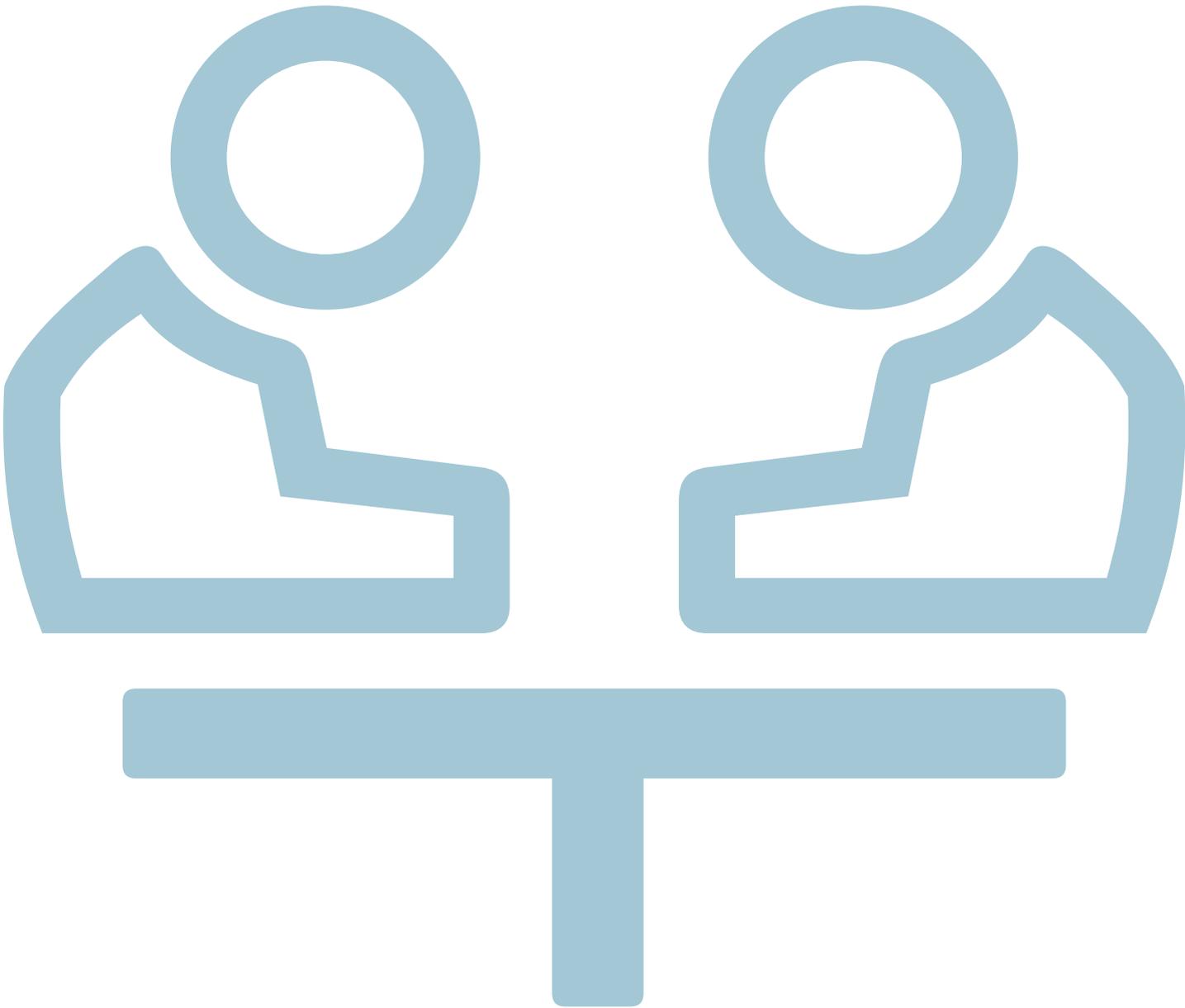


Bericht der Unabhängigen Ombudsperson beim Medizinischen Dienst Sachsen über die Tätigkeiten im Jahr 2023



1. VORBEMERKUNGEN

Dies ist der erste Tätigkeitsbericht der Unabhängigen Ombudsperson (im Folgenden kurz: Ombudsperson) beim Medizinischen Dienst Sachsen, der ein volles Kalenderjahr umfasst. 451 Mal wandten sich Versicherte, Angehörige oder auch Mitarbeitende aus dem Gesundheitssystem an die Ombudsperson. Nicht selten kamen Menschen auf mich zu, die mit den Anforderungen des Gesundheitssystems überfordert waren und einen Lösungsweg suchten. Die Ombudsperson kann diese Fälle nicht unmittelbar lösen, sie ist keine Entscheidungsinstanz (was viele Versicherte zunächst vermuten). Lösungswege im Sinne einer Lotsenfunktion aufzeigen, kommunikativ bessere Ansätze zu vermitteln, die Vorgänge und Entscheidungen im Sozialsystem nachvollziehbar zu machen oder manchmal auch einfach, die Situation im Gespräch zu spiegeln, ebenso Beschwerden entgegenzunehmen, ihnen nachzugehen und daraufhin ggfs. Hinweise an den Medizinischen Dienst zu geben - all diese Hilfen anzubieten, empfinde ich als eine sinnvolle und erfüllende Aufgabe. *„Die Transparenz hinsichtlich der Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste sowie die Patientenrechte und die Rechte pflegebedürftiger Personen weiter stärken“* und ein *„wichtiges ergänzendes Element des bereits etablierten Beschwerdemanagements der Medizinischen Dienste“* auszufüllen, so beschreibt die Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund diese Aufgabe. Dafür setze ich auf ebenso empathische wie klare Kommunikation als wesentliches Hilfsmittel.

Die Zahlen in diesem Bericht sind nur bedingt vergleichbar mit denen des Berichts für 2022. Zum einen währte die Ombudstätigkeit im Vorjahr nur acht Monate und außerdem war sie noch durch die Startphase geprägt. Die Zahl der Versicherten, die sich 2023 an die Ombudsperson wandten, hat sich stabilisiert, wenn auch auf einem nicht in dieser Höhe erwarteten Ausmaß. Routinen sind in die Arbeitsabläufe bei der Ombudsperson eingekehrt, aber es waren auch neue Entwicklungen aufzufangen, wie etwa zunehmende Beschwerden über lange Widerspruchsverfahren oder auch die zunehmende Zahl von Long-Covid-Patienten, die sich in Ihren Ansprüchen nicht ausreichend berücksichtigt fanden und auch Beschwerden über schwierige Zustände bei Pflegeeinrichtungen oder Pflegediensten, die es im Vorjahr 2022 so noch nicht gab.

Die rechtliche Grundlage für die Arbeit der Ombudsperson basiert dem MDK-Reformgesetz, das schrittweise seit dem 1.1.2020 in Kraft getreten ist, und dessen Ver-

ankerung im SGB V. Nach § 278 SGB V ist Aufgabe der Ombudsperson, dass sich „*sowohl Beschäftigte des Medizinischen Dienstes bei Beobachtung von Unregelmäßigkeiten, insbesondere Beeinflussungsversuchen durch Dritte, als auch Versicherte bei Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes vertraulich*“ an sie wenden können. Die Ombudsperson arbeitet unabhängig und frei von Weisungen. Sie ist nur den rechtlichen Vorgaben und ihrem Gewissen verpflichtet. Für Sachsen und Sachsen-Anhalt wird die Unabhängigkeit besonders unterstützt durch eine gegenseitige Vertretungsregelung in möglichen Befangenheitsfällen oder bei längerer Abwesenheit. 2023 musste ich diese Regelung nicht beanspruchen.

Dank gilt dem Medizinischen Dienst Sachsen, der zur Erleichterung der Ombudstätigkeit zeitweise eine Büromitarbeiterin, technisches Equipment und gegebenenfalls Räume zur Verfügung stellt. Und Dank gilt nicht zuletzt dem Verwaltungsrat für die Unterstützung, insbesondere dem Vorsitzenden, Jürgen Schmidt, und seinem Vorgänger, Rolf Steinbronn.

2. ARBEITSWEISE DER OMBUDSPERSON

Nach wie vor ist das Anhören der Versicherten bzw. der Beschwerdeführer die Basis der Ombudstätigkeit. Manchmal ergeben sich bereits aus dem Erstgespräch Hinweise, wie sie ihr Anliegen selbst erreichen können. Weiteren Aktivitäten geht immer eine fallbezogene Einwilligungserklärung/Schweigepflichtentbindung durch die Betroffenen voraus. Falls notwendig, sehe ich die Akten ein. Manchen kann ich passende Ansprechpartner, Ansprechpartnerinnen vermitteln, an die sie sich wenden können im Sinne der oft so benannten Lotsenfunktion oder einer „Hilfe zur Selbsthilfe“. Bisweilen leite ich Anliegen bzw. entsprechende Informationen auch unbürokratisch weiter. An dieser Stelle danke ich den Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern in den Kranken- bzw. Pflegekassen für den ebenfalls unbürokratischen Umgang miteinander.

In Beschwerdefällen reflektiere ich die Situation zunächst mit den Beschwerdeführenden. Schon dabei ist das Transparentmachen der Verfahrenswege im Sozialsystem oft eine Hilfe: Was ist ein Widerspruch? Was ist eine Beschwerde? Wann und wozu wird der Medizinische Dienst durch die Kranken- bzw. Pflegekassen eingeschaltet? Wer

trifft die Entscheidungen? An wen können sich die Beschwerdeführenden in der konkreten Phase Ihres Antrags als nächstes wenden? Zu solchen Fragen haben Versicherte, die sich an mich wenden, oft keine klare Vorstellung von den Verfahrenswegen. Und noch weniger geläufig scheint nach meiner Einschätzung, welche Stelle im Sozialsystem Einblick in welche Akten hat. Dadurch fehlen oft stichhaltige Begründungen zu Anträgen, die es zwar gibt, die aber an der entscheidenden Stelle nicht vorliegen. Hier ist für Versicherte, die das oft gar nicht glauben wollen, dass etwas den Gutachterinnen und Gutachtern nicht vorliegen kann, Hilfestellung sinnvoll.

Die Ombudsperson soll nicht nur in Richtung der Versicherten wirken, sondern auch auf den Medizinischen Dienst hin, dessen Unabhängigkeit stärken und gegebenenfalls mit Hinweisen aus den Ombudsfällen systematisch oder in Einzelfällen helfen.

Die Zusammenarbeit mit dem internen Beschwerdemanagement gestaltete sich gut. Der regelmäßige Austausch mit der Leitenden Ärztin, Dr. Sabine Antonioli, führte sowohl zu gezielteren Hinweisen an die Versicherten durch die Ombudsperson als auch andererseits zu einzelnen Veränderungen beim Handeln des Medizinischen Dienstes.

So wurden Hinweise aufgegriffen, wie bei strukturierten telefonischen Pflegebegutachtungen die Kommunikation negativ oder umgekehrt positiver wirken kann. Zur Frage, welche Fälle im Widerspruchsverfahren mit Priorität behandelt werden sollten, wurden ebenfalls Hinweise eingearbeitet. Und es wurde aufgegriffen, wie Fehlern in Gutachten durch das Duplizieren von früheren Gutachten bzw. Kopien von Teilen daraus verhindert werden können. Aufgenommen wurde auch Feedback zu abschließenden Antworten des internen Beschwerdemanagements an die Versicherten, wobei ich hier anmerken muss, dass dazu ausdrücklich auch positives Feedback gehörte!

3. ANLIEGEN AN DIE OMBUDSPERSON

Art und Inhalt der Eingaben an die Ombudsperson zeigen, dass diese zu einem wichtigen Instrument geworden ist, die Unabhängigkeit der Arbeit des Medizinischen Dienstes in der Außenwahrnehmung zu stärken, ebenso wie die Rechte der Patienten und Pflegebedürftigen.

Von den 451 Eingaben betrafen 450 Versicherte, eine Eingabe kam aus der Mitarbeiterschaft. Die Anliegen wurden auf unterschiedlichen Wegen an die Ombudsperson herangetragen, am häufigsten per Telefon. Über die Hälfte der Hilfesuchenden suchte den Erstkontakt per Telefon. Von den Versicherten wurde das Angebot gern angenommen, ihr Anliegen per Telefon zu besprechen, auch wenn sie ihre Eingabe zunächst in Textform zugesandt hatten. So ließen sich die oft ambivalenten Sachverhalte nicht nur für die Ombudsperson am besten nachvollziehen, auch den Versicherten konnte dabei die Situation aus unterschiedlichen Perspektiven gespiegelt werden als Hilfe zum Umgang mit der eigenen Situation und beim weiteren Vorgehen.

Wenn für administrative oder andere Zwecke die Textform erforderlich war, konnte dies in fast drei Vierteln der Fälle per E-Mail und reichlich einem Viertel per Post erfolgen.

Die Erstkontakte in Zahlen:

- Telefonisch: 254,
- Per E-Mail an eine oder beide E-Mail-Adressen: 151,
- Davon ausschließlich an die externe Adresse @fairsprechen-und-verstehen.de: 23,
- Postalisch: 43,
- Sonstige: 3.

In der Praxis ist also auch weiterhin zu erleben, dass Versicherte keine E-Mail-Möglichkeit haben oder zwar E-Mail, aber keine Möglichkeit zum Drucken/Scannen besitzen.

Unter sonstige Kontaktaufnahmen fallen Post an eine Geschäftsstelle des Medizinischen Dienstes außerhalb Dresdens, das allgemeine Kontaktformular des Medizinischen Dienstes und einmal kam eine Versicherte persönlich in die Geschäftsstelle des Medizinischen Dienstes.

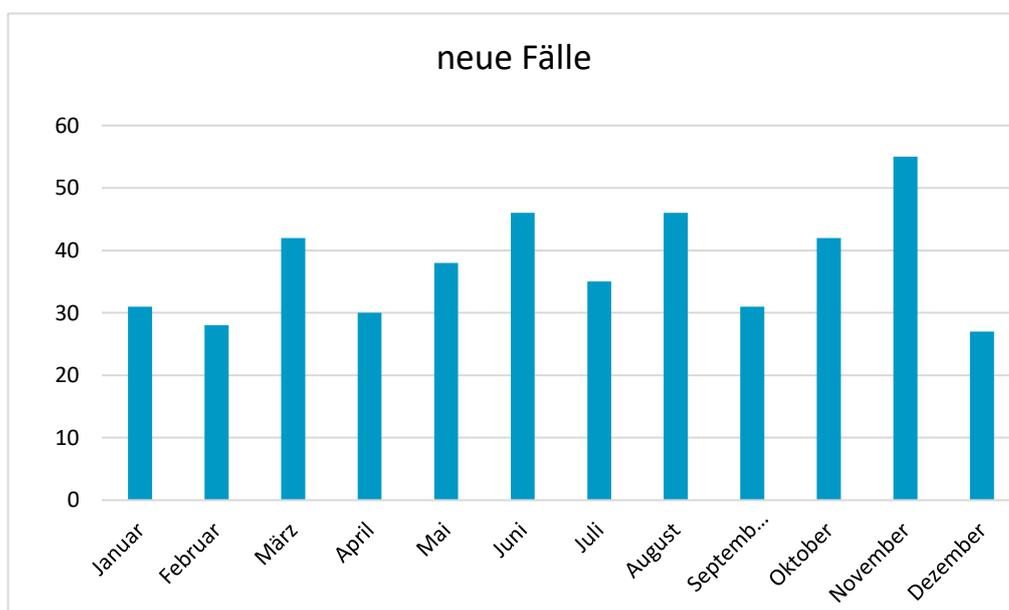
Einige Versicherte berichteten am Telefon, dass sie die Telefonnummer der Ombudsperson von einer Mitarbeiterin beziehungsweise einem Mitarbeiter ihrer Krankenkasse erhalten hatten, um mit mir Kontakt aufzunehmen. Die meisten Versicherten entnahmen die Kontaktdaten den Bescheiden ihrer Krankenkasse oder Pflegekasse, bzw. den darin enthaltenen Links. Allerdings gab es auch Beschwerden darüber, dass die Erreichbarkeit der Ombudsperson nur über einen Link in Bescheiden etlicher Kassen vermerkt ist, dies sei nicht barrierefrei und für Personen ohne Internetzugang eine Hürde.

Die Pflicht zum Hinweis auf die Ombudsperson in den betreffenden Bescheiden der Kranken- bzw. Pflegekassen wird in unterschiedlicher Weise umgesetzt. Während eine der Ersatzkassen sogar den Rechtsbehelf im Fließtext der Schreiben vor den Hinweis auf die Ombudsperson platziert, fügen andere Kassen nur letzteren in den Brieftext ein und platzieren den Rechtsbehelf in kleinerer Schrift unterhalb der Grußformel. Einige weisen auch in abschließenden Bescheiden ihrer Widerspruchsausschüsse sehr ausführlich auf die Ombudsperson hin, ausführlicher als in vorausgehenden Bescheiden. Dies führt insgesamt immer wieder zu dem Missverständnis, dass die Ombudsperson eine ordentliche Widerspruchs-Instanz wäre, was nicht der Fall ist.

3.1. Eingaben von Versicherten

Die größte Anzahl von 451 Eingaben an die Ombudsperson muss ins Verhältnis gesetzt werden zur hohen Anzahl von 270.552 Einzel-Begutachtungen zu Versicherten-Anträgen durch den Medizinischen Dienst im Jahr 2023 (82.611 gutachterliche Stellungnahmen im Bereich allgemeine Sozialmedizin, 187.941 gutachterliche Stellungnahmen zu Pflegegrad-Anträgen).

277 Anliegen an die Ombudsperson bezogen sich auf den Bereich Sozialmedizin, 175 auf den Bereich Pflege (Einige Fälle betrafen beide Bereiche, das erklärt die Differenz zur Gesamtzahl der Eingaben). Der Bereich Sozialmedizin mit den Anträgen auf bestimmte Behandlungen, Medikamente, Hilfsmittel usw. stellte damit im Unterschied zum Vorjahr sowohl in absoluten Zahlen als auch relativ zur Gutachtenanzahl den überwiegenden Teil.



Grafik 1: Anzahl des Eingangs von Fällen, die an die Unabhängige Ombudsperson herangetragen wurden

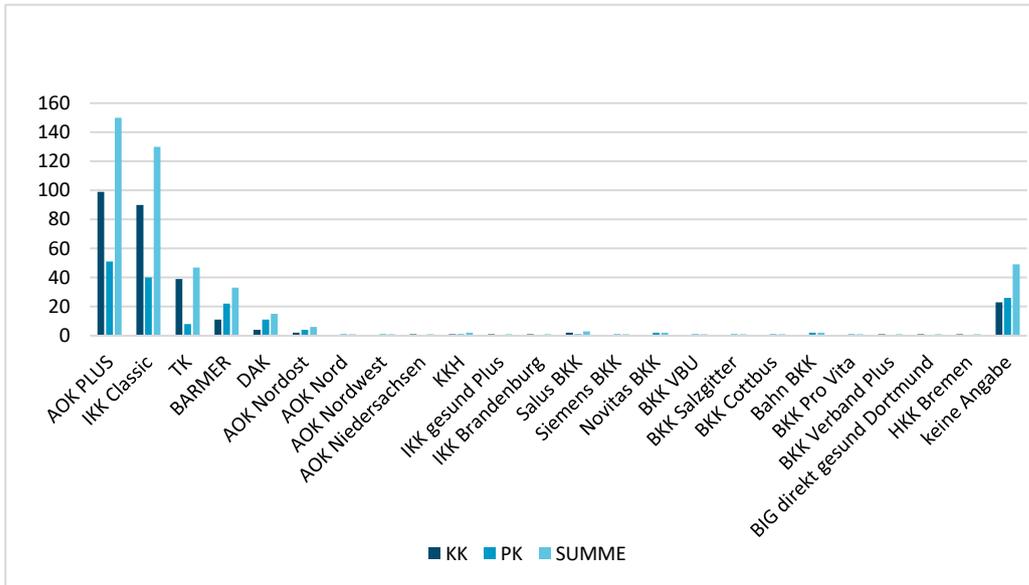
Insgesamt verteilten sich die Eingaben im Jahresverlauf mit einigen Schwankungen annähernd gleichförmig mit 37 bis 38 pro Monat, wie in Grafik 1 dargestellt.

Monat	neue Fälle
Januar	31
Februar	28
März	42
April	30
Mai	38
Juni	46
Juli	35
August	46
September	31
Oktober	42
November	55
Dezember	27
2023 insgesamt	451

Grafik 2: tabellarische Darstellung zu Grafik 1

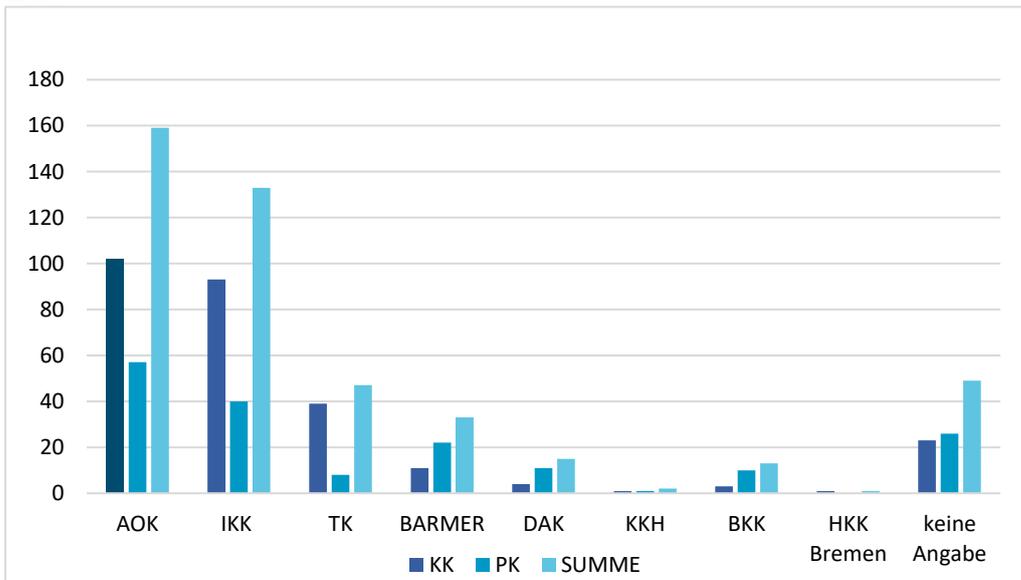
34 Fälle wurden aus 2022 übernommen und 2023 abschließend bearbeitet. Einige alte Fälle wurden erneut aufgenommen ohne neue Registrierung, wenn Versicherte sich nochmals an mich wandten. Zum Jahresende waren noch 94 Fälle offen. Das kommt auch durch die längeren Wartezeiten auf Widerspruchsgutachten, wenn Versicherte Wert darauf legen, den Abschluss ihres Widerspruchsverfahrens abzuwarten.

Betrachtet man die Fälle je Kranken- bzw. Pflegekassen, hat sich das Bild im Vergleich zum Vorjahr 2022 geweitet. Zahlreiche Kassen sind hinzugekommen, manche mit nur wenigen (1 bis 3) Versichertenanliegen. Es ergibt sich folgendes Bild für Sachsen:



Grafik 3: Anzahl der Anliegen an die Ombudsperson aufgeschlüsselt nach Zugehörigkeit zur Krankenkasse (KK) bzw. Pflegekasse (PK)

Fasst man einige Kassen in deren Familie zusammen, ergibt sich ein übersichtlicheres Bild:



Grafik 4: Anzahl der Anliegen an die Ombudsperson aufgeschlüsselt nach Zugehörigkeit zu Gruppen von Krankenkasse (KK) bzw. Pflegekasse (PK)

	AOK	IKK	TK	BARMER	DAK	KKH	BKK	HKK Bremen	k. A.	Summe
KK	102	93	39	11	4	1	3	1	23	277
PK	57	40	8	22	11	1	10	0	26	175
Summe	159	133	47	33	15	2	13	1	49	452

Grafik 5: tabellarische Darstellung zu Grafik 4

Der Bearbeitungsaufwand für die Fälle war naturgemäß unterschiedlich. Er ist hier für die 390 in 2023 abgeschlossenen Fälle anhand der Anzahl der klärungsrelevanten Schreiben oder Gespräche aufgeführt.

1 Kontakt	2-3 Kontakte	4-5 Kontakte	6 und mehr Kontakte
27	216	102	45

Grafik 6: Bearbeitungsaufwand für die im Jahr 2023 abgeschlossenen Fälle (in Anzahl der Kontakte, unabhängig von deren Umfang)

Was bewegte die Versicherten zu den Eingaben an die Ombudsperson?

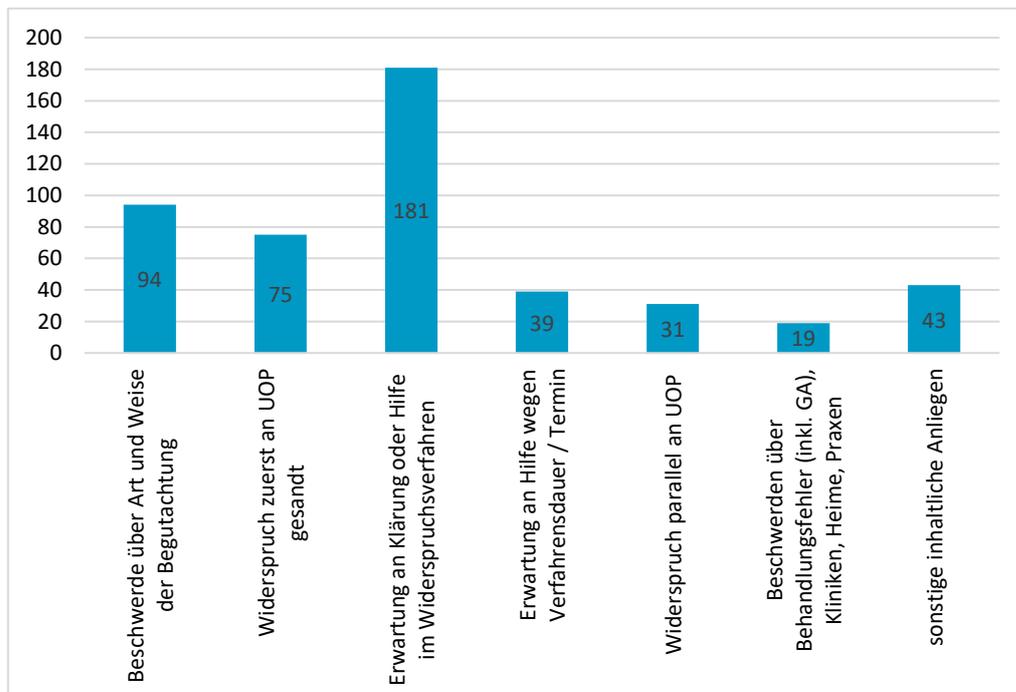
Überwiegend war es Kritik an Gutachten. 75 Personen wandten sich mit ihrem Widerspruchsanliegen zuerst an die Ombudsperson anstatt an die Kranken- bzw. Pflegekasse. Nach Hinweisen von mir legten die meisten selbst Widerspruch ein, von 13 Personen ist mir dies auch bekanntgegeben worden.

Die Widersprüche von 23 Versicherten leitete ich nach Klärung der Formalitäten direkt an die zuständigen Kassen weiter, wenn nötig dazu mit dem Hinweis auf die Rechtsauffassung der Aufsichtsbehörden. Den übrigen 52 bot ich jeweils an, den Schriftverkehr mit mir zur Fristwahrung zu verwenden. Mir ist kein Fall bekannt, wo eine Kasse diesen Weg nicht akzeptiert hätte.

212 Versicherte wandten sich an mich mit der direkten Bitte um Hilfe in ihrem Widerspruchsverfahren, in den Gutachten sahen die Beschwerdeführer ihre Situation falsch

dargestellt. Beschwerde über die Gutachtertätigkeit und Widerspruch gingen dabei z. T. fließend ineinander über. 31 Versicherte schickten den Widerspruch einfach parallel bzw. in Kopie an mich, sie wollten sichergehen, dass der Widerspruch auf jeden Fall an eine passende Stelle kommt. 181 beschwerten sich über die Gutachten mit Kritik an Gründlichkeit, Umfang oder monierten Faktenfehler, zum Teil auch Übernahmen inzwischen nicht mehr zutreffender Passagen aus vorangegangenen Gutachten.

Immer wieder waren Versicherte überrascht, dass sie das Recht haben, sich das Gutachten durch die Kassen zur Kenntnis geben zu lassen. Nach Prüfung der Akten durch mich empfanden es zahlreiche Beschwerdeführende demzufolge als hilfreich, dass Sie Hinweise bekamen, z. B. welche Unterlagen erforderlich gewesen wären und nun für den Widerspruch sinnvoll seien, etwa detailliertere ärztliche Begründungen für besondere Verordnungen anstelle nur einer Verordnung mit Diagnoseschlüssel oder detailliertere Darstellungen der persönlichen Situation, wenn es um beantragte Reha-Maßnahmen geht. Gerade bei Begutachtungen zum Pflegegrad war der Hinweis für viele Beschwerdeführende neu, dass es nicht primär um die Diagnosen der Ärzte, Ärztinnen sondern vielmehr um den ersichtlichen Hilfebedarf geht. Der Hinweis auf das Führen eines Pflegetagebuchs wurde da z. B. gern aufgenommen.



Grafik 7: Anliegen der Versicherten

Zugenommen haben Beschwerden über die langen Wartezeiten auf Widerspruchsgutachten von zuletzt 6 Monaten. 39 Versicherte beklagten dies in einer ausschließlich darauf bezogenen Beschwerde, bei zahlreichen weiteren war es impliziter Bestandteil der Beschwerde. Hier agierte ich in zweifacher Weise. Zum einen spiegelte ich den Versicherten transparent die angespannte Arbeitssituation beim Medizinischen Dienst. Zum anderen spiegelte ich dem Medizinische Dienst die teils sehr schwierige Situation der Betroffenen und bat in besonders schwierigen Fällen um Priorisierung. Dem kam der Medizinische Dienst in den meisten Fällen auch nach. Ich möchte zu diesen Wartezeiten hier festhalten, dass nach meiner Wahrnehmung 6 Monate Wartezeit auf Widerspruchsbearbeitung für Versicherte nicht auf Dauer hinnehmbar sind, denn so wird die Akzeptanz des Fehlermanagements beschädigt. Ich erlebe, dass den Versicherten gut erklärbar ist, das Gutachterinnen und Gutachter zu unterschiedlichen Einschätzungen kommen können, gerade aufgrund ihrer Unabhängigkeit und dass es dafür ja das Widerspruchsverfahren gibt. Auch verstehen die Versicherten sehr wohl, dass Irrtümer passieren können und dass kein Mensch fehlerfrei ist. Wenn sie aber 6 Monate auf die Fehlerkorrektur warten müssen oder wenn in der Zwischenzeit sich der Pflegezustand weiter verschlechtert, dann erlebe ich nicht nur, dass die Akzeptanz für die Fehlerkultur schwindet, sondern dann schmerzt es zu lesen, wenn Angehörige mir z. B. schreiben, ob hier „eine biologische Lösung“ des Widerspruchsverfahrens abgewartet wird. Danke trotzdem an das Team der Leitenden Ärztin für Verständnis und Priorisierungen in besonders schwierigen Fällen, wie Krebsbehandlungen, Hospizeinweisungen u. ä..

Neu in diesem Jahr waren Beschwerden über Zustände in einigen Pflegeeinrichtungen bzw. bei ambulanten Pflegediensten. In einem Fall schaltet eine Pflegekasse nach Hinweisweiterleitung durch mich die Manipulationsabwehr ein. In anderen Fällen beauftragten die Auftraggeber von Kassenseite unangekündigte Anlassprüfungen durch den Medizinischen Dienst. Bei Beschwerden über Behandlungsfehler vermittelte ich an die betreffenden Stellen in den Krankenkassen oder Verbänden. In einem Fall war es bei zwei extrem divergierenden Behandlungsfehlergutachten zu demselben Sachverhalt schwierig für die Ombudsperson, erklärend zu wirken, auch wenn das Verständnis für die Unabhängigkeit der Gutachtenden als ein hohes Gut den Versicherten einleuchtete.

Was waren besonders auffällige Themen?

13 Beschwerden kamen, dass das im Fernsehen beworbene Messgerät „Freestyle libre“ nicht bewilligt wurde. Diabeteserkrankte ärgerten sich hier über die durchaus unterschiedliche Bewilligungspraxis der Krankenkassen bezüglich dieses Messgeräts.

16 beschwerten sich über Faktenirrtümer in Gutachten und forderten, dass diese geändert werden. Nach aktueller Verfahrensweise ist dies aber nur im Widerspruchsverfahren mit einem neuen Gutachten möglich. In einem Fall, in dem auch schon das Widerspruchsgutachten vorlag, konnte ich dem Widerspruchsausschuss der Krankenkasse Hinweise auf die tatsächliche und nachprüfbare Situation geben, sodass dort dann dem Widerspruch abgeholfen werden konnte.

13 Beschwerden betrafen den sogenannten Off-Label-Use/Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB). Hier erlebte ich zum einen, dass Versicherte sich im Gespräch mit mir schließlich der Argumentation der Gutachter anschlossen und die Risiken einer noch nicht ausreichend erforschten Behandlungsmethode mehr beachteten. Zum anderen aber sorgten auch hier Unterschiede zwischen Kassen, die gerade in Selbsthilfegruppen kommuniziert werden, für Unmut, etwa beim Hilfsmittel „Mollysuite“, einem Ganzkörperstimulationsanzug für Patienten mit spastischen Lähmungen oder bei neuen Operationsmethoden für Hirntumore (ZAP-X-Therapie).

7 Versicherte beschwerten sich, dass ein Medikament auf Cannabis-Basis ihnen nicht bewilligt wurde.

Schwer fassbar ist die Zahl derer, die ihre Long-Covid-Erkrankung nicht ausreichend anerkannt fanden, sie liegt zwischen 10 und 20. Sie beklagten, dass man ihnen ihre Symptome nicht glaube, z. B. beim Fatigue-Syndrom.

Sehr nachvollziehen kann ich die Kritik eines Versicherten, die allerdings nicht den Bereich der Gutachtertätigkeit des Medizinischen Dienstes betrifft. Die Beschwerde war, dass beim Pflegegrad 1 nur Hilfeleistungen „zugelassener, registrierter Dienste oder Personen“ abrechenbar sind auf den Entlastungsbetrag und dass, wenn kein solcher zugelassener Dienst gefunden wird, andere mögliche Helfer unberücksichtigt bleiben.

Und schließlich bemängelten 5 Angehörige von demenzkranken Versicherten, dass eine telefonische Begutachtung zum Pflegegrad durchgeführt wurde und die Demenzkranken mit den Fragen konfrontiert waren. An diesen Fällen wurde wieder deutlich, dass die Versicherten sehr oft in der Annahme leben, dass der Medizinische Dienst Zugang zu allen ärztlichen Dokumenten und der ganzen Krankengeschichte hat. Viele wünschen sich dies sogar. Da dem aber nicht so ist, bedürfte es hier einer größeren Aufklärung an die Versicherten.

Dies korrespondiert mit dem Umstand, dass den Gutachtenden bisweilen durchaus entscheidende Unterlagen fehlen, speziell für sozialmedizinische Gutachten. Wenn Versicherte sich dann beklagen, dass nur nach Aktenlage begutachtet wurde, sehe ich zwei Ansatzpunkte: zum einen stelle ich die Begutachtung nach Aktenlage als ein Vorteil für die Versicherten dar und als einen Vertrauensbeweis an die behandelnden Ärzte, Ärztinnen, denn deren Einlassungen sind eine entscheidende Grundlage für die Gutachten. Zum zweiten sehe ich eine systematische Schwierigkeit in der Übermittlung der erforderlichen Unterlagen an den Medizinischen Dienst. Nicht alle Kassen halten sich an das hier praktizierte Verfahren des Kommunikationsmanagements. Statt als Krankenkasse die erforderlichen Unterlagen direkt von den Leistungserbringern für den Medizinischen Dienst anzufordern, fordern einzelne ihre Versicherten auf, sich diese Unterlagen selbst bei den Ärzten oder Krankenhäusern usw. zu besorgen und an den Medizinischen Dienst zu senden. Das birgt Missverständnis- und Verzögerungspotential, einzelne Arztpraxen sind schwer zu erreichen und geben auch dafür nur langfristige Termine. Versicherte fragen auch, warum im Zeitalter der Digitalisierung diese Problematik nicht elektronisch gelöst werde.

Beschwerden über die Art und Weise betrafen insbesondere die Art der Kommunikation. Kritik wurde am Tempo der Pflegebegutachtungen geäußert. Wenn Versicherte sich sehr gründlich auf die Begutachtung vorbereiten, dann empfinden sie es als geringschätzig, wenn vorgelegte Arztbriefe u. ä. nicht so zur Kenntnis genommen werden, wie sie es erwarteten, ebenso wenn Fragen, die sie erwarten, nicht gestellt werden. Hier prallen ihre Erwartungshaltungen auf Anforderungen an die Gutachterinnen und Gutachter und die Systematik der Begutachtungen. Diese Situationen stellen eine kommunikative Herausforderung dar. Sie wurden im internen Beschwerdemanagement gespiegelt und mit den Gutachterinnen und Gutachtern ausgewertet.

Im Bereich der Allgemeinen Sozialmedizin gilt Ähnliches für direkte Begutachtungen zu beantragten Operationen im Bereich der plastischen Chirurgie. Alternativen zu Operationen, insbesondere Veränderungen der Lebensgewohnheiten, bevorzugt zu empfehlen, ist ebenfalls in solchen oft fortgeschrittenen Stadien eine kommunikative Herausforderung.

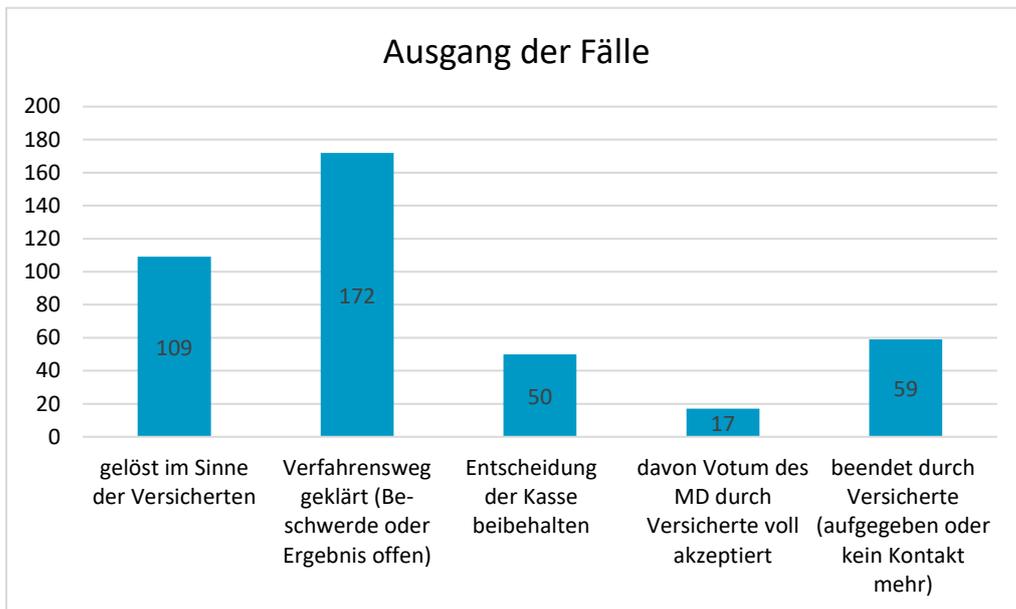
Unter sonstige Anliegen zählen Beschwerden, die teils nicht in den Wirkungsbereich der Ombudsperson gehören, wie Beschwerden über nicht erfolgte Terminvermittlung durch die Kassenärztliche Vereinigung, über die Rentenversicherung, Beschwerden über zu viel Bürokratie bei Krankenkassenanträgen, zu wenig Aufklärung durch eine Ärztin vor einer Behandlung, einen Hausarzt, der keine Hausbesuche mehr vornimmt bei mobilitätseingeschränkten Personen u. ä., aber auch die Bitte eines Arbeitgebers, wie ungerechtfertigte Krankschreibungen verhindert werden könnten.

Die Schlichtung oder Mediation von Fällen ist nicht unmittelbare Aufgabe der Ombudsperson, gleichwohl ist es die Aufgabe, die Versicherten bei der Wahrnehmung ihrer Rechte zu stärken und zu unterstützen. Dies habe ich im Sinne einer Lotsenfunktion versucht, Verfahren auf den richtigen Weg zu bringen, oder auch mit Hinweisen zu einer Lösung beizutragen. In 109 Fällen habe ich von einer schlussendlichen Lösung im Sinne der Versicherten erfahren. In weiteren 172 der 390 im Berichtsjahr abgeschlossenen Fällen kamen die Verfahren auf den entsprechenden Weg ebenfalls mit Hinweisen, aber ohne dass ich Kenntnis vom Ausgang der Widerspruchsverfahren erhalten habe.

In 17 Fällen (des sozialmedizinischen Bereichs) gelangten Versicherte in Gesprächen mit mir zu der Überzeugung, dass es für sie der bessere Weg sei, der Empfehlung der ärztlichen Gutachterinnen und Gutachter des medizinischen Dienstes zu folgen.

In weiteren 33 Fällen blieb die Entscheidung der Kassen auf der Grundlage der Gutachten ebenfalls bestehen, aber ohne Akzeptanz durch die Versicherten. Einige, allerdings nur wenige, davon kündigten den Gang vor das Sozialgericht an. Der überwiegenden Mehrheit war dieser Schritt zu aufwändig.

In 59 Fällen beendeten die Versicherten den Vorgang selbst, in dem sie äußerten, nicht mehr weiter für ihr Anliegen eintreten zu wollen, keine Kraft mehr zu haben oder sie meldeten sich nicht mehr auf Nachfrage.



Grafik 7: Diese Grafik zeigt nicht den endgültigen Ausgang der Fälle, sondern sie bildet den Stand zu dem Zeitpunkt ab, ab dem die Ombudsperson nicht weiter involviert war. Auf den Weg gebrachte Widerspruchsverfahren laufen dann z. B. unmittelbar bei den Kranken- oder Pflegekassen. Die Ombudsperson ist nur weiter involviert, wenn die Versicherten im Einzelfall einen Anlass dafür sahen.

3.2. An die Ombudsperson herangetragene interne Anliegen

Eine mitarbeitende Person (geschlechtsneutrale Formulierung, um die Anonymität zu wahren) wandte sich an die Unabhängige Ombudsperson. Sie schilderte Probleme in der Zusammenarbeit mit Vorgesetzten.

In einem ausführlichen Gespräch wurde die Situation analysiert und im Ergebnis Handlungsweisen erarbeitet, wie mit den Situationen zielführend umgegangen werden könnte. Auf dieser Ebene wurde das Anliegen auch nach einem abschließenden zweiten Gespräch belassen und abgeschlossen.

Mit Zustimmung der mitarbeitenden Person wurde das Thema mit dem Vorstand inhaltlich und grundsätzlich erörtert bei Wahrung der Anonymität.

4. FAZIT

Die Versicherten erwarten einerseits eine qualitativ hochwertige, andererseits aber auch eine sehr zügige Bearbeitung Ihrer Anträge. Diese Dimensionen beschreiben angesichts des aktuell hohen Antragsaufkommens ein Dilemma für die Gutachtertätigkeit. Ich erlebe bei Gesprächen mit Mitarbeiterinnen, Mitarbeitern und den leitenden Verantwortlichen im Medizinischen Dienst Sachsen ein großes Interesse daran, beide Erwartungen der Versicherten zu erfüllen. Dennoch kommt es aber nahezu unausweichlich in der einen oder der anderen Dimension in Einzelfällen zu Schwierigkeiten. Überforderung erlebte ich auch auf Seiten der Versicherten, wenn sie sich in den Verfahrenswegen nicht zurechtfinden.

Ich erlebte bei den Reaktionen der Versicherten, dass sie es als hilfreich empfanden, in einer Ombudsperson einen vertrauensvollen Ansprechpartner zu haben. So ist diese Ombudstätigkeit auch ein stabilisierendes Element für den Medizinischen Dienst und die Kassen.

Dass durch den Zuwachs der Fälle der zeitliche Umfang der Ombudstätigkeit zugenommen hat, war ebenfalls festzustellen. Durch mehr Routinen und organisatorische Vereinfachungen gelang es, die Aufwände pro Fall zu verringern. Die unmittelbare Erreichbarkeit der Ombudsperson wurde auf eine feste Sprechzeit, Donnerstag 10.30 Uhr bis 14.30 Uhr, festgelegt, wobei auch außerhalb dieser Zeiten Versichertenanliegen bearbeitet und Gespräche zu vereinbarten Zeitpunkten geführt wurden.

Aus einer unabhängigen Position heraus zu wirken, Versichertenanliegen mit einem ethischen Kompass und dem Gewissen folgend zu betrachten, gute Kommunikation als Hilfsmittel für Verständigung und Verständnis einzubringen und die Unabhängigkeit der gutachterlichen Tätigkeit des Medizinischen Dienstes als ein hohes Gut für das Funktionieren des Gesundheitssystems mit zu schützen - diese Aufgabe als Ombudsperson fülle ich gern aus.

Dresden, den 28.2.2024

Bernhard Holfeld