

Jahresbericht 2025 der Ombudsperson beim Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt



Berichtszeitraum
01.01.2025 – 31.12.2025

Siegfried Scholz
Ombudsperson

Ombudsstelle beim
Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt
Postfach 1520
39005 Magdeburg

Telefon: 0391 5661-3366
E-Mail: ombudsstelle@md-san.de



Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

in einer Zeit dynamischer nationaler und internationaler Entwicklungen bietet die Ombudsstelle ein unabhängiges, vertrauenswürdiges Fundament für die Versicherten der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen.

Die steigende Inanspruchnahme durch gesetzlich Versicherte sowie deren Bevollmächtigte verdeutlicht den wachsenden gesellschaftlichen Bedarf.

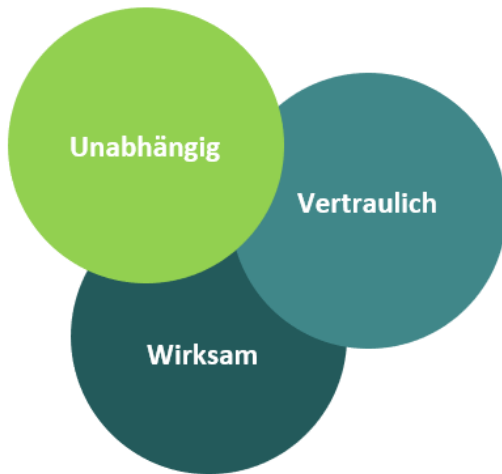
Als Ombudsperson ist es mein Anliegen, das Miteinander zwischen Versicherten und dem Medizinischen Dienst von Verständnis, Transparenz und Fairness zu prägen. Gerechtigkeit in der Versorgung sowie die nachhaltige Leistungsfähigkeit unseres Gesundheits- und Sozialsystems stehen dabei im Mittelpunkt.

Auf diese Weise stärkt unsere Ombudstätigkeit das Vertrauen in das Sozialsystem und macht die Stimme der Menschen hörbar.

Ihr Siegfried Scholz



Vorbemerkung	4
Arbeitsweise der Ombudsstelle	5
Die Ombudsstelle in Zahlen	
Kontaktaufnahmen im Vergleich nach Berichtsjahren	6
Kontaktaufnahmen nach Monaten	8
Kontaktaufnahmen nach Altersgruppen	9
Kontaktaufnahmen nach Kategorien	10
Art der Kontaktaufnahme	12
Kontaktaufnahmen nach Geschlecht	13
Kontaktaufnahmen nach Kranken- und Pflegekassen	14
Kontaktaufnahmen nach Art des Antrages/Gutachtenart	15
Schwerpunkte der Anfragen und der Ombudsverfahren	
Art der Anliegen	16
Nach Geschäftsbereich	18
Nach Anlassbereich	19
Bereich sozialer Pflegeversicherung	20
Bereich gesetzlicher Krankenversicherung	26
Sonstige Prozesse	32
Schlussfolgerungen aus Ombudsverfahren	33
Verweis auf die Ombudsstelle durch die Kranken- und Pflegekassen	34
Vernetzung und Kooperation der Ombudsperson	35
Kontaktmöglichkeiten der Ombudsstelle	36
Nachwort der Ombudsperson	37



Mit diesem vierten Bericht gibt die unabhängige Ombudsperson (UOP) Einblick in ihre Arbeit beim Medizinischen Dienst (MD) Sachsen-Anhalt. Seit März 2022 hat sich die Ombudsstelle gemäß § 278 Abs. 3 S. 2 SGB V als verlässliche, niedrigschwellige und vertrauliche Anlaufstelle für Beschwerden über die Tätigkeit des MD etabliert. An sie können sich Versicherte, ihre Betreuungspersonen oder Angehörigen sowie Beschäftigte des MD wenden.

Die Ombudsstelle war auch 2025 eine stark nachgefragte Anlaufstelle für Versicherte, Betreuungspersonen und Angehörige. Die Zahl der Eingaben nahm im vierten Jahr in Folge erneut spürbar zu. Gleichzeitig stieg die inhaltliche Komplexität. Viele Anliegen waren von Verunsicherung geprägt und erforderten klare Orientierung.

Der vorliegende Jahresüberblick fasst die eingegangenen Anliegen, die durchgeführten Ombudsverfahren und die daraus gewonnenen Erkenntnisse zusammen. Er schafft Transparenz, benennt wiederkehrende Themen und gibt Impulse für Qualitätssicherung und Weiterentwicklung.

Die rechtlichen Grundlagen der Tätigkeit der UOP haben sich im Berichtszeitraum nicht geändert. Einzelheiten hierzu sind in den vorangegangenen Jahresberichten dargestellt.

Zum gesetzlichen Auftrag gehört unter anderem die anonymisierte Berichterstattung gegenüber Vorstand, Verwaltungsrat und Aufsichtsbehörde sowie das Aufzeigen möglicher struktureller oder systemrelevanter Entwicklungen.

Die Ombudsstelle ist bewusst außerhalb der Organisationsstruktur des MD angesiedelt. Diese Unabhängigkeit bildet die Grundlage für Vertrauen – die Vertraulichkeit ist jederzeit gewährleistet.

Für Versicherte ist es von besonderer Bedeutung, sich an eine unabhängige Stelle außerhalb regulärer Verwaltungsabläufe wenden zu können. Die zahlreichen positiven Rückmeldungen zeigen, wie sehr dieses Angebot geschätzt wird. Oft genügt ein klärendes Gespräch, um Missverständnisse auszuräumen, Abläufe transparent zu machen und Spannungen zu lösen.

Zugleich ergänzt die Ombudsstelle das bestehende Beschwerdemanagement des MD. Anliegen werden in konstruktiver Zusammenarbeit sorgfältig geprüft und tragfähige Lösungen unterstützt – unter klarer Wahrung der jeweiligen Zuständigkeiten.

Unabhängigkeit schafft Vertrauen. Vertraulichkeit ermöglicht Offenheit. Wirksamkeit zeigt sich in Lösungen. Dies bleibt auch künftig der Maßstab für die Tätigkeit der Ombudsstelle.

Auftrag und Grenzen der UOP gemäß § 283 Abs. 2 Satz 5 SGB V

- Unabhängige Instanz zur Förderung von Transparenz und Vertrauen
- Wahrung der Patientenrechte von Versicherten und pflegebedürftigen Personen
- Keine Rechtsberatung
- Keine inhaltliche Prüfung sozialmedizinischer und pflegfachlicher Gutachten
- Keine rechtliche Überprüfung von Entscheidungen der Sozialversicherungsträger

Verfahren und Unterstützung

- Strukturierter Prüfprozess nach Eingang der Beschwerde
- Individuelle und sorgfältige Bearbeitung jedes Anliegens
- Kontaktaufnahme mit den zuständigen Stellen des MD (mit Einverständnis)
- Einholung von Stellungnahmen und/oder Vermittlung zwischen den Beteiligten
- Berücksichtigung aller eingereichten Unterlagen
- Ziel: nachvollziehbare Erläuterung des Sachverhalts sowie praktikable Lösungswege

Orientierung und Vernetzung

- Transparente Darstellung von Abläufen und Entscheidungswegen
- Verweis auf ergänzende Beratungs- und Unterstützungsangebote
- Orientierende Lotsenfunktion der UOP im Gesundheits- und Sozialversicherungssystem

Praxis und Weiterentwicklung

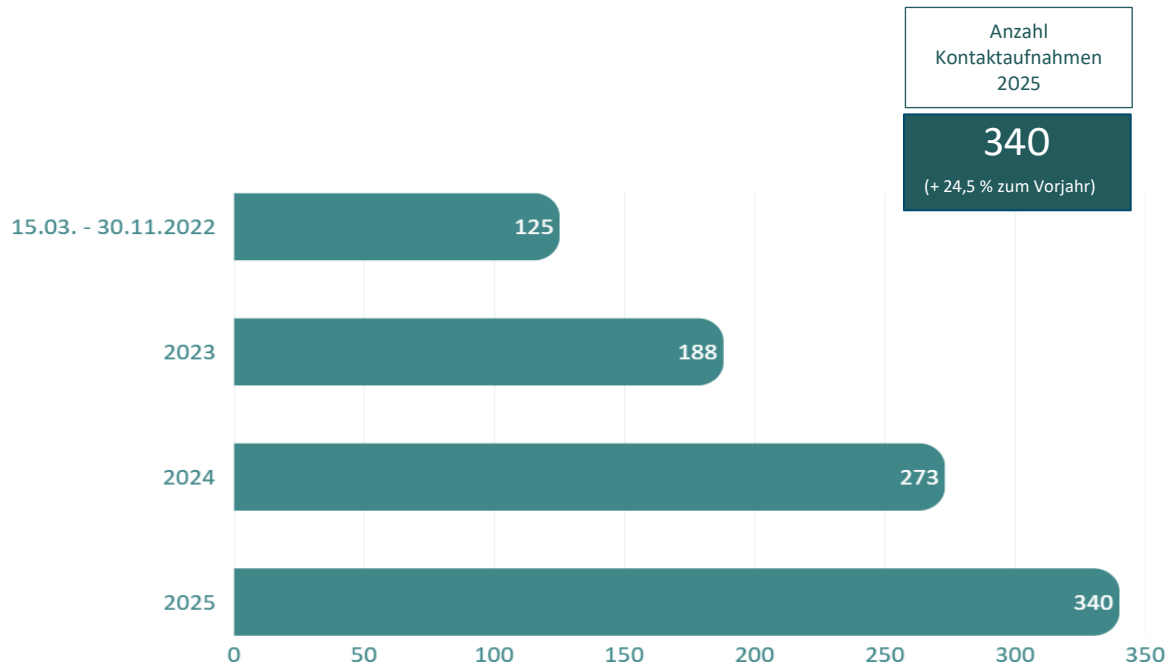
- Hospitation der UOP im Geschäftsbereich Pflege des MD
- Vertieftes Verständnis für Abläufe und Bewertungsprozesse erlangt

Berichtswesen und Qualitätssicherung

- Regelmäßige Information an Vorstand und Verwaltungsrat über Entwicklungen und wiederkehrende Themen
- Einzelfallerkenntnisse fließen in strukturelle Verbesserungen des MD ein

Fazit

- Unabhängig, strukturiert und lösungsorientiert leistet die Ombudsstelle einen wichtigen Beitrag zu Transparenz, Verständlichkeit und Vertrauen – auch unter steigenden Anforderungen.



Berichtsjahr	Anzahl Kontaktaufnahmen	Veränderung zum Vorjahr in %	durchschnittl. Fallzahl pro Monat	Anzahl sozialmedizinischer und pflegefachlicher Empfehlungen
03 -12/2022	139		15	191.406
2023	188	+ 35,3	16	223.883
2024	273	+ 45,2	23	227.062
2025	340	+ 24,5	28	237.268

Im Berichtsjahr 2025 nahm die Zahl der Kontaktaufnahmen weiter zu und lag bei 340 (+ 24,5 % gegenüber dem Vorjahr). Der Großteil der Kontakte erfolgte – wie bereits im Vorjahr – durch die Versicherten selbst oder deren Bevollmächtigte. Damit setzt sich der bereits in den vergangenen Jahren beobachtete Anstieg der Kontaktaufnahmen fort. Die steigende Inanspruchnahme ging zugleich mit einer anhaltend hohen Beanspruchung der vorhandenen personellen und organisatorischen Ressourcen einher.

Unverändert zum Vorjahr führt die UOP die hohe und weiter zunehmende Zahl der Eingaben auf mehrere Entwicklungen zurück:

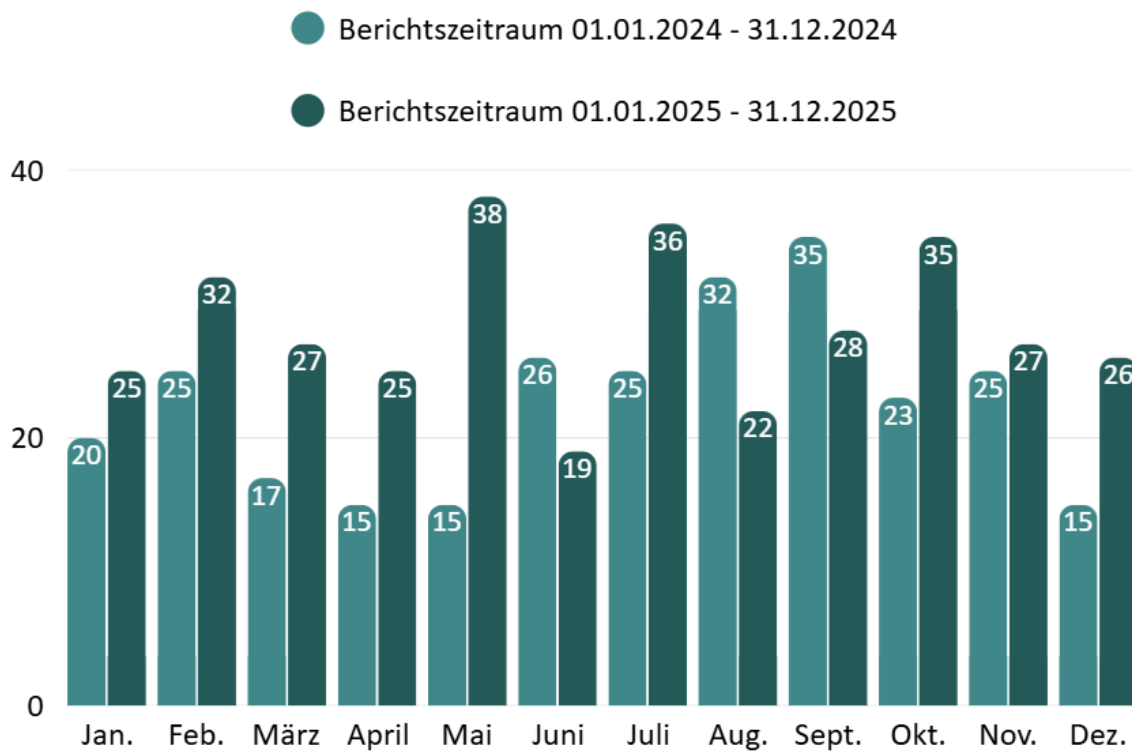
- einen erhöhten Informations- und Klärungsbedarf,
- gestiegene Anzahl gutachterlicher Einschätzungen beim MD,
- missverständlich formulierte Leistungsbescheide der Kranken- und Pflegekassen,
- die weiter gestiegene Bekanntheit der Ombudsstelle als unabhängige Anlaufstelle beim MD Sachsen-Anhalt,
- sowie niedrigschwellige Kontaktmöglichkeiten der Ombudsstelle.

Die Gesamtzahl der in 2025 erstellten sozialmedizinischen und pflegefachlichen Empfehlungen belief sich auf 237.268 (123.414 Pflege, 113.854 GKV). Gegenüber 2024 mit 227.062 Empfehlungen entspricht dies einer Steigerung um 4,5 %.

Die durchschnittliche monatliche Fallzahl betrug 28.

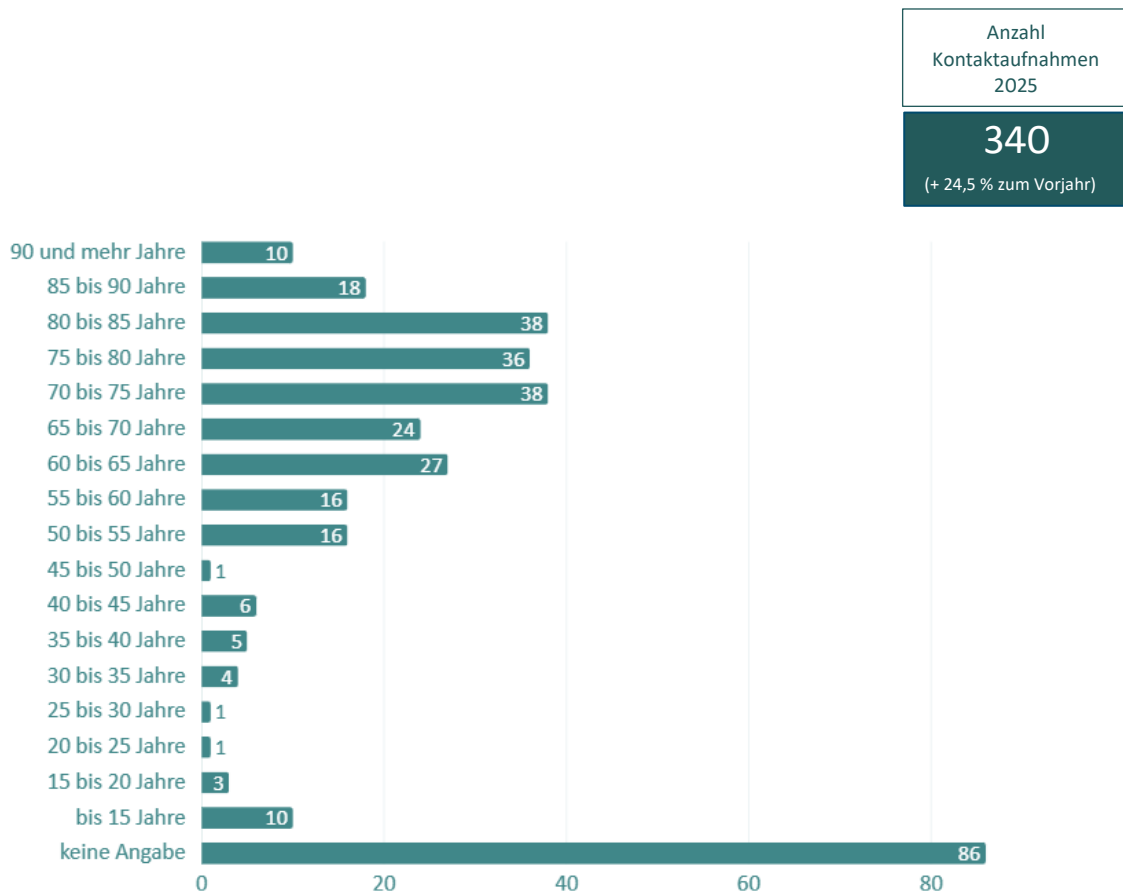
Damit wird deutlich, dass die im Jahr 2025 an die Ombudsstelle gerichteten Eingaben lediglich **0,14 %** der insgesamt erstellten sozialmedizinischen und pflegefachlichen Empfehlungen des MD ausmachen und damit weiterhin einen sehr geringen Anteil darstellen.

Anzahl Kontaktaufnahmen 2025	durchschnittl. Fallzahl pro Monat 2025
340 (+ 24,5 % zum Vorjahr)	28 (+ 21,7 % zum Vorjahr)



Die Zahl der Kontaktaufnahmen lag 2025 insgesamt über dem Vorjahresniveau. Dabei zeigten sich weiterhin monatliche Schwankungen. Besonders ausgeprägt waren die Fallzahlen in den Monaten Mai, Juli und Oktober.

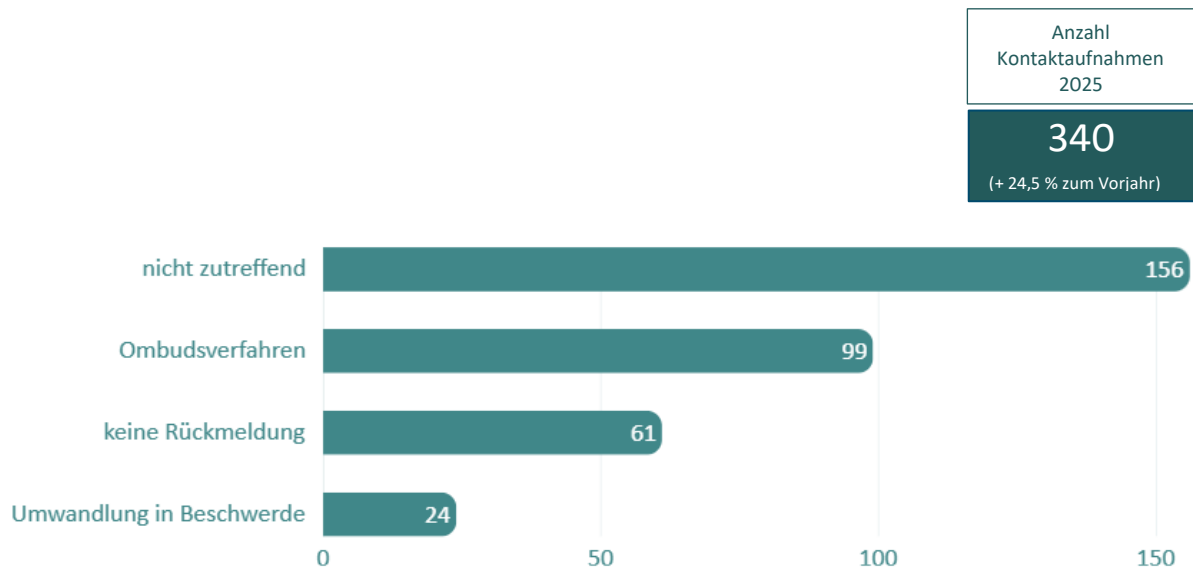
Die durchschnittliche Fallzahl 2025 betrug pro Monat 28 (+ 21,7 % gegenüber dem Vorjahr; 2024: 23).



Die Altersstruktur der Eingaben zeigt ein klares Bild: Von 340 Kontaktaufnahmen lag in 86 Fällen keine Altersangabe vor. Von den verbliebenen 254 Anliegen mit Altersangabe entfielen 163 auf die 60- bis 85 Jährigen. Mit zunehmendem Alter rücken Pflegebedarf, Begutachtungen und Leistungsfragen stärker in den Fokus und prägen entsprechend das Eingabegeschehen maßgeblich. Der hohe Anteil älterer Menschen spiegelt zugleich die demografische Entwicklung – insbesondere in Sachsen-Anhalt – wider.

Auch aus jüngeren Altersgruppen gingen Anfragen ein, sie waren jedoch – wie bereits 2024 – deutlich seltener vertreten.

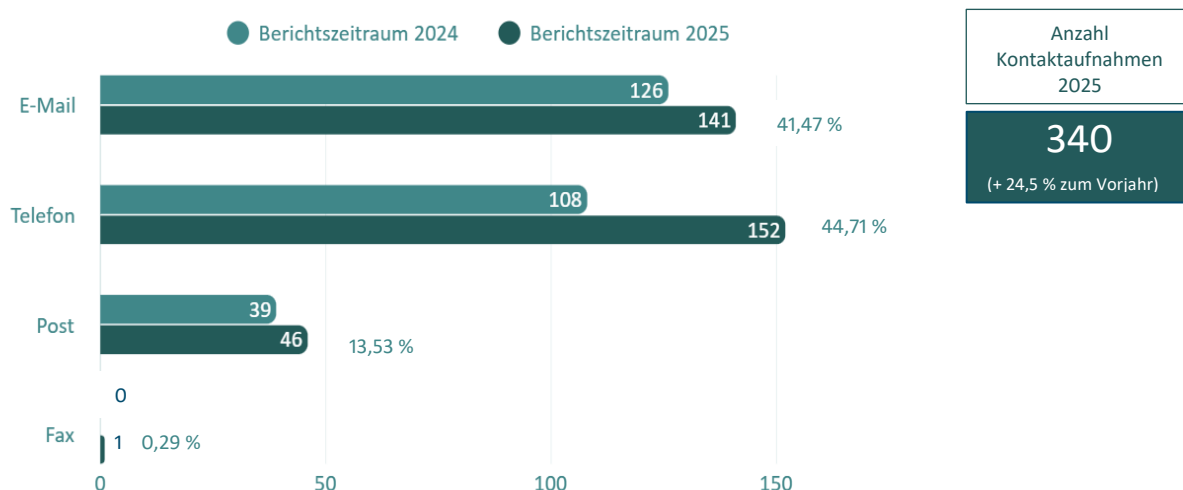
Gleichwohl verdeutlicht die altersbezogene Auswertung, dass bestimmte gesundheitliche Problemlagen nicht ausschließlich im höheren Lebensalter auftreten. Auch in jüngeren Altersgruppen besteht – wenn auch in geringerem Umfang – entsprechender Unterstützungs- und Versorgungsbedarf.



Kategorie	Anteil an Eingaben in %	Erläuterung
Ombudsverfahren	29,12	Durchgeführt bzw. in Bearbeitung
Nicht zutreffend	45,88	- Beschwerde über andere Einrichtungen (z. B. Pflegeeinrichtungen, Kranken- oder Pflegekassen, Leistungserbringer, Rentenversicherungsträger, MD anderer Bundesländer) - Fehlgeleiteter Widerspruch - Rechtliche Beratung erwünscht – Verweis an Beratungsstellen
Umwandlung in Beschwerde	7,06	Abgabe an Beschwerdemanagement des MD
Keine Rückmeldung (geschlossen)	17,94	Kein Rücklauf der Unterlagen zur Durchführung des Ombudsverfahrens (Einwilligungserklärung, Datenverarbeitung, Kontakt zum MD)



- Mehr Kontaktaufnahmen als im Vorjahr prägten das Jahr 2025. Die Verteilung auf die einzelnen Kategorien blieb dabei weitgehend konstant.
- Den größten Anteil nahmen weiterhin Anliegen ein, die außerhalb der Zuständigkeit der Ombudsstelle lagen.
- Ombudsverfahren waren sowohl im Umfang als auch in der Komplexität der Bearbeitung deutlich aufwendiger.
- Ein Teil der Eingaben wurde auf Wunsch der Versicherten an das Beschwerdemanagement des MD weitergeleitet.
- Vorgänge ohne weitere Rückmeldung wurden nach angemessener Frist abgeschlossen. Die Gründe hierfür sind nicht bekannt. Möglicherweise beantwortet schon die Eingangsbestätigung zentrale Fragen der Versicherten - etwa zur Zuständigkeit im Falle eines Widerspruchs - sodass kein weiterer Klärungsbedarf besteht.



Die Ombudsstelle bietet bewusst niederschwellige und benutzerfreundliche Kommunikationswege an. Auch 2025 wurden diese intensiv genutzt.

Mit **44,71 %** erfolgte die Kontaktaufnahme am häufigsten telefonisch. Das Telefon bleibt damit der wichtigste Zugangsweg – insbesondere für ältere Menschen, die den direkten Austausch schätzen. Viele Anliegen lassen sich bereits im Gespräch klären und das weitere Vorgehen transparent besprechen. **41,47 %** der Anfragen gingen per E-Mail ein. Dieser Kanal wurde besonders von Angehörigen genutzt und ermöglichte eine unkomplizierte Übermittlung von Informationen und Anliegen. **13,53 %** der Anliegen erreichten die Ombudsstelle auf dem Postweg, **0,29 %** (1 Eingabe) per Fax über die Poststelle des MD. Letzteres erfolgte nicht über einen von der UOP vorgesehenen Kontaktweg.

Die Häufigkeit und teilweise auch die Dauer der Telefonate zeigen, dass viele Menschen das persönliche Gespräch als wichtige Unterstützung erleben. Gerade ältere oder alleinstehende Personen verfügen oft über wenige Austauschmöglichkeiten zu Fragen rund um Krankheit oder Pflege. Digitale Kommunikationsformen nehmen zwar zu, ersetzen jedoch nicht den direkten vertrauensvollen Austausch von Mensch zu Mensch.

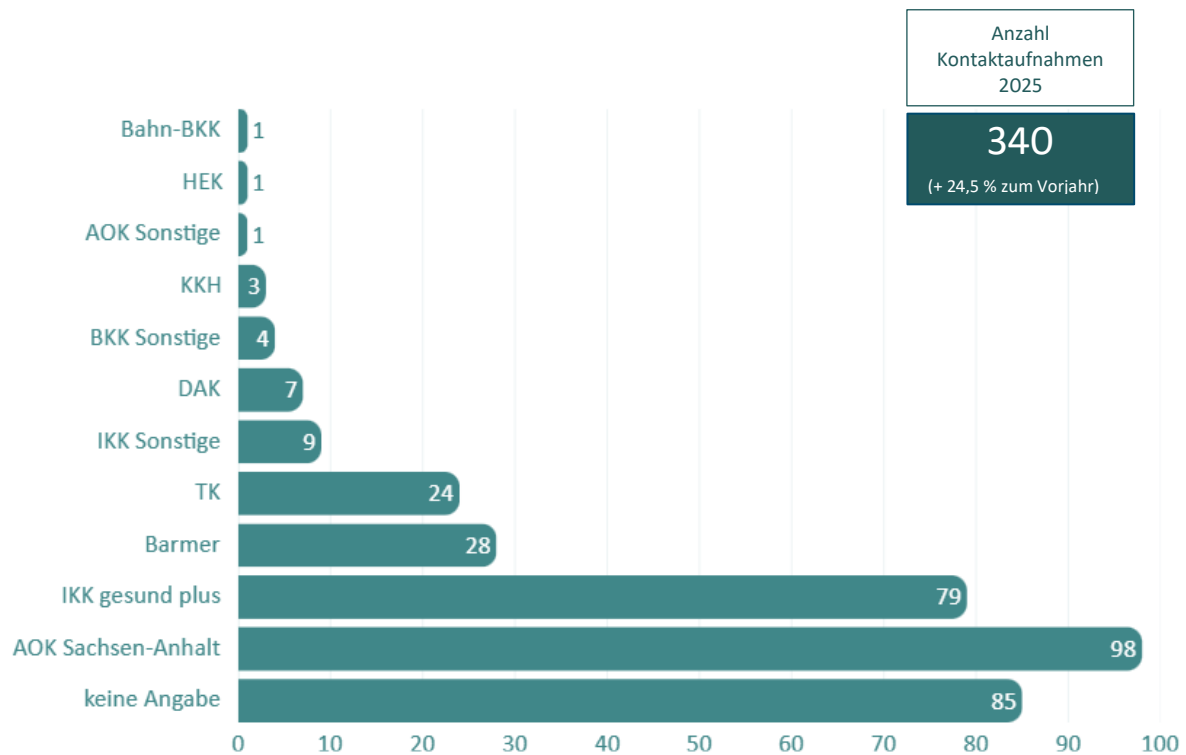
Viele Hilfesuchende empfinden es als entlastend, ernst genommen zu werden und ihre Sichtweise darlegen zu können. Dies stärkt das Vertrauen in das Gesundheitssystem und unterstreicht die Funktion der Ombudsstelle als unabhängige Anlaufstelle.

Insgesamt ermöglichen Telefon und E-Mail eine rasche Klärung von Zuständigkeiten sowie eine fundierte Entscheidungsfindung. Nachdem im Vorjahr die E-Mail leicht überwog, zeigte sich 2025 wieder eine klare Präferenz für das Telefon – ein Zeichen für die anhaltende Bedeutung des persönlichen Dialogs.



2024 war die Verteilung mit 140 weiblichen und 129 männlichen Eingaben nahezu ausgeglichen.

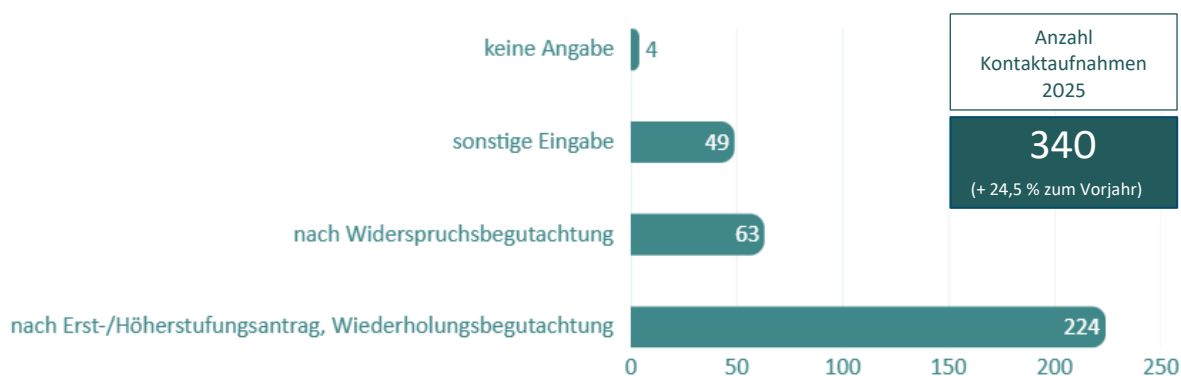
Im Jahr 2025 zeigte sich bei 340 Kontaktaufnahmen ein höherer Anteil weiblicher Anfragender. Rückschlüsse auf Ursachen oder geschlechtsspezifische Hintergründe sind jedoch nicht möglich.



Die Grafik stellt die Verteilung der insgesamt 340 Kontaktaufnahmen im Berichtsjahr nach der jeweils angegebenen Kranken- bzw. Pflegekasse dar. Fälle ohne Angabe einer Kassenzugehörigkeit sind dabei als eigene Rubrik („keine Angabe“) ausgewiesen und in der Gesamtdarstellung berücksichtigt.

Im Vergleich zum Jahr 2024 hat sich die zahlenmäßige Verteilung zwischen der AOK Sachsen-Anhalt und der IKK gesund plus verändert: Während im Vorjahr die IKK gesund plus die höchste Anzahl an Kontaktaufnahmen aufwies, entfiel diese im Jahr 2025 auf die AOK Sachsen-Anhalt. Danach folgte im Berichtsjahr die Barmer.

Zu beachten ist, dass die Anzahl der Eingaben grundsätzlich im Verhältnis zur Mitgliederzahl der jeweiligen Krankenkasse im Land Sachsen-Anhalt zu betrachten ist. Eine rein absolute Betrachtung der Kontaktzahlen erlaubt daher keine unmittelbaren Rückschlüsse auf eine über- oder unterproportionale Inanspruchnahme.



Die Auswertung der Kontaktaufnahmen zeigt, wann sich Versicherte im Antrags- bzw. Begutachtungsverfahren an die Ombudsstelle wenden. Häufig standen die Anfragen im Zusammenhang mit Unzufriedenheit über die Ergebnisse oder mit Unsicherheiten zum weiteren Vorgehen.

Die Ombudsstelle verzeichnete 2025 insgesamt 340 Kontaktaufnahmen (2024: 273). Den größten Anteil bildeten erneut Anliegen zu [Erst- oder Höherstufungsanträgen](#) sowie [Wiederholungsbegutachtungen](#) (224 Fälle; 2024: 199). Rund 66 % der Kontaktaufnahmen entfielen auf diese frühen Verfahrensstadien.

Nach den Erfahrungen der Ombudsstelle hängt dies größtenteils damit zusammen, dass in ablehnenden Leistungsbescheiden der Kranken- und Pflegekassen der Hinweis auf die Ombudsstelle häufig stärker hervorgehoben und vor der Rechtsbehelfsbelehrung platziert wird. Dadurch scheint bei Beschwerdeführenden der Eindruck zu entstehen, die UOP sei eine formale Widerspruchsinstanz.

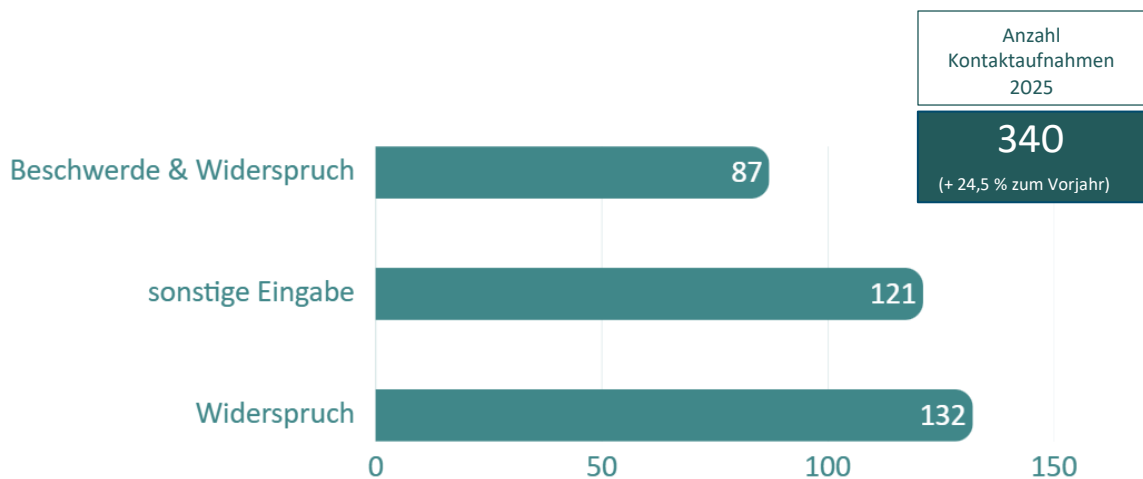
Die Beobachtungen verdeutlichen – wie bereits zuvor im Bericht ausgeführt – den Bedarf an klarer Information über die Rolle der Ombudsperson und die rechtlichen Möglichkeiten der Versicherten.

63 Kontaktaufnahmen (rund 19 %) erfolgten nach einer [Widerspruchsbegutachtung](#) (2024: 40) und damit deutlich seltener als in früheren Verfahrensabschnitten.

Unter [sonstigen Eingaben](#) wurden 49 Anliegen erfasst, insbesondere Beratungsanfragen, Anliegen aus dem Zuständigkeitsbereich anderer MD oder von UOP anderer Länder sowie Beschwerden über die Vorgehensweise des MD vor der Begutachtung.

In vier Fällen wurde die Art der Begutachtung nicht angegeben.

Die 340 Anrufungen der Ombudsstelle lassen sich nach Art des Anliegens drei Gruppen zuordnen:



Gruppe	Erläuterung
Widerspruch	Fälle, die ausschließlich im Widerspruchsverfahren durch Kranken- oder Pflegekasse hätten bearbeitet werden können
Beschwerde + Widerspruch	Eingaben, die ein Widerspruchsverfahren und eine Beschwerde über die Tätigkeit des MD betreffen
Sonstige Eingabe	Beschwerden über andere Einrichtungen (z. B. Pflegeeinrichtungen), Beschwerden über die Tätigkeit des MD oder Anfragen mit dem Wunsch nach rechtlicher Beratung

□ Widerspruch

Mit 132 Fällen (38,8 %) entfiel – wie im Vorjahr – der größte Anteil der Kontakte auf Widerspruchsbegehren. Die Anrufenden strebten überwiegend eine inhaltliche Überprüfung der Gutachten bzw. Bewertung an und erwarteten eine Änderung über die Ombudsstelle. Eine solche Prüfung ist jedoch nur im Widerspruchsverfahren oder auf Veranlassung der Kranken- bzw. Pflegekasse möglich.

Das Ombudsverfahren kann ein Widerspruchsverfahren nicht ersetzen. Aufgrund der Unabhängigkeit sowie der besonderen Vertraulichkeit der UOP ist ihre rechtliche Stellung bislang noch nicht abschließend geklärt. Die UOP nimmt daher keine Widersprüche entgegen und leitet diese auch nicht an die entsprechenden Stellen weiter. Widersprüche gegen Leistungsentscheidungen sind direkt bei der Kranken- bzw. Pflegekasse einzulegen. Gemäß der Richtlinie UOP-RL vom 09.06.2021 werden Versicherte auf die Beachtung der Rechtsbehelfsbelehrung hingewiesen.

Im Austausch zwischen versicherten Personen und der UOP wurden daher insbesondere Aufbau und Inhalt der Bescheide erläutert, um den Beschwerdeführenden eine Entscheidung über das weitere Vorgehen zu erleichtern.

Sonstige Eingabe

121 Kontaktaufnahmen (35,6 %) entfielen auf „sonstige Eingabe“. Damit lagen sie - wie im Vorjahr – an zweiter Stelle.

Beschwerde und Widerspruch

87 Eingaben (25,6 %) umfassten eine Kombination aus Widerspruch und Beschwerde und beinhalteten damit auch Aspekte der Tätigkeit des MD.

Die Auswertung für 2025 zeigt insgesamt erneut ein breites Spektrum an Anliegen, die an die UOP herangetragen wurden. Gleichzeitig wird deutlich, dass sie weiterhin auch bei Themen außerhalb ihres Zuständigkeitsbereichs kontaktiert wird. Dies bestätigt die anhaltende fehlgeleitete Inanspruchnahme.

Die Ergebnisse unterstreichen zudem die Notwendigkeit, den Beschluss der 102. Arbeitstagung der Sozialversicherungsträger in den Bescheiden der Kassen umzusetzen.

Geschäftsbereich Pflege

47 Ombudsverfahren
(2024: 38)

davon

- 45 Verfahren Pflegebegutachtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit
- 2 Verfahren Begutachtungen im Rahmen wohnumfeldverbessernder Maßnahmen

**47,5 % aller
Ombudsverfahren**

Anzahl der pflegefachlichen
Empfehlungen

- 2024: 116.736
- 2025: 123.414

Geschäftsbereich Medizin

48 Ombudsverfahren
(2024: 43)

davon

- leichte Zunahme in den Anlassbereichen Hilfsmittel, Rehabilitation und NUB/Arzneimittelversorgung
- leichter Rückgang in den Bereichen Arbeitsunfähigkeit und sonstige Anlässe


**48,5 % aller
Ombudsverfahren**

Anzahl der sozialmedizinischen
Empfehlungen

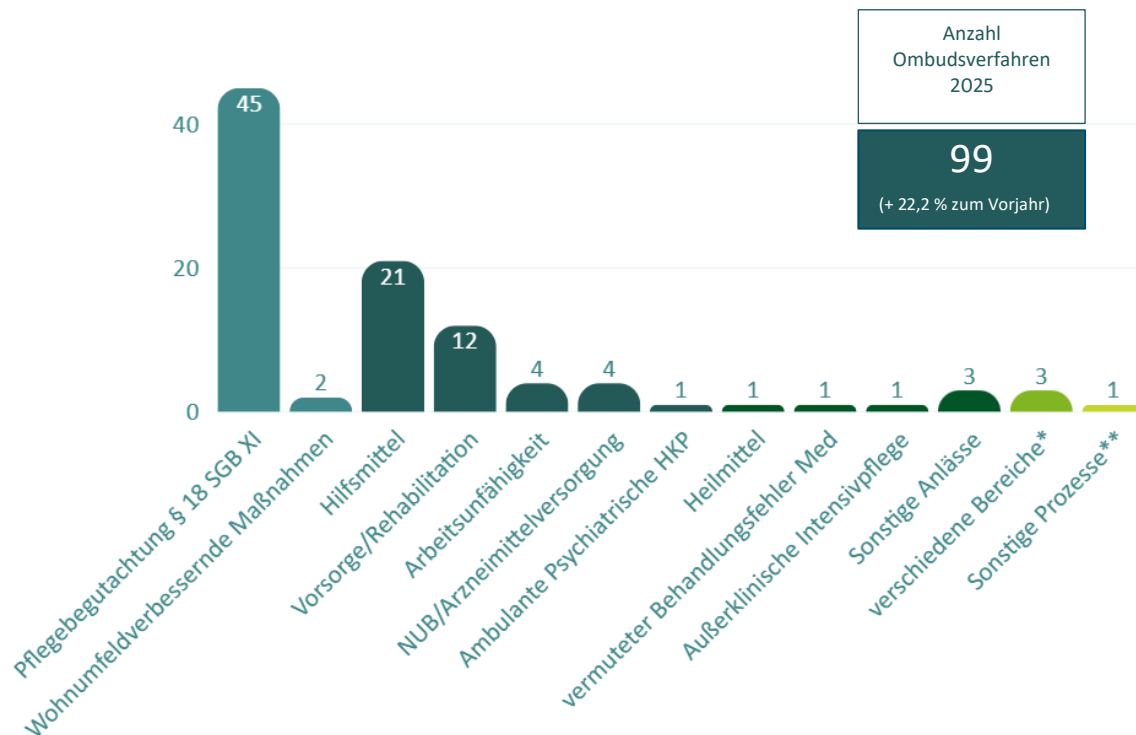
- 2024: 110.326
- 2025: 113.854

Weitere einzelne Ombudsverfahren entfielen auf die Anlassbereiche:
Verschiedene Bereiche (3 Verfahren) sowie **Sonstige Prozesse** (1 Verfahren). **4%**

Weitere Ausführungen zu den Anlassbereichen folgen im Bericht.

 Zusammenfassend zeigte sich bei den Ombudsverfahren ein moderater Anstieg gegenüber dem Vorjahr.

Nach § 278 Abs. 3 Satz 2 SGB V können sich auch Mitarbeitende des MD vertraulich an die UOP wenden. Eine Kontaktaufnahme erfolgte erneut nicht. Anfragen werden selbstverständlich strikt vertraulich behandelt.



* Verschiedene Bereiche: verschiedene Anlassbereiche betreffend (z. B. Pflegebegutachtung und Hilfsmittelversorgung)

** Sonstige Prozesse: Zuordnung zu Geschäftsbereich Service (Fachbereich Auftragsmanagement)

Im Berichtsjahr 2025 wurden insgesamt 99 Ombudsverfahren geführt – und damit 22,2 % mehr als im Vorjahr (81 Verfahren). Grundlage hierfür waren 340 Kontaktaufnahmen mit der Ombudsstelle (2024: 273).

Die Entwicklung ist auch vor dem Hintergrund der gestiegenen Anzahl sozialmedizinischer und pflegfachlicher Empfehlungen zu betrachten. Insgesamt wurden 2025 237.268 Empfehlungen erstellt (2024: 227.062). Diese Zunahme könnte auf einen erhöhten Informations- und Klärungsbedarf der Versicherten hinweisen und zur steigenden Zahl von Eingaben sowie Ombudsverfahren beitragen.

47 Eingaben von Versicherten wurden insgesamt registriert, davon im Einzelnen:

45 Verfahren Einzelfallbegutachtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und

2 Verfahren Begutachtungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen.

In zwei Fällen wurden Zuschüsse von **Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds** (u. a. für den Einbau einer Wannentür) beantragt. Die sozialmedizinischen Voraussetzungen lagen jedoch nicht vor. Die UOP wies darauf hin, dass Zuschüsse nur gewährt werden, wenn Maßnahmen die häusliche Pflege erst ermöglichen oder wesentlich erleichtern. Ziel ist, Überforderung von Pflegebedürftigen und Pflegenden zu vermeiden, die Selbstständigkeit zu fördern und die Abhängigkeit von Hilfe zu verringern.

Unzufriedenheit mit dem Begutachtungsergebnis

Die Beschwerden bezogen sich fast ausnahmslos auf das **Ergebnis der Pflegebegutachtung**. Die Feststellung eines Pflegegrades hat für die Betroffenen eine hohe persönliche Bedeutung. Häufig wurde parallel zum Ombudsverfahren Widerspruch bei der Pflegekasse eingelegt.

Viele Versicherte hatten den Eindruck, dass ihre Einschränkungen im Gutachten nicht vollständig berücksichtigt wurden. Besonders kritisiert wurde, dass medizinische Unterlagen zu wenig einbezogen oder persönliche Schilderungen der Lebenssituation nicht ausreichend im Gutachten dargestellt worden. Nach Rücksprache der UOP mit dem MD zeigte sich jedoch meistens, dass die Gutachten sorgfältig und gemäß den **Begutachtungsrichtlinien** erstellt worden waren.

Die **Erwartungen der versicherten Personen** an den Pflegegrad wichen erneut oft von den **gesetzlichen Bewertungskriterien** ab. Der wahrgenommene Unterstützungsbedarf bezog sich vielfach auch auf hauswirtschaftliche Tätigkeiten oder Einschränkungen bei außerhäuslichen Aktivitäten, die jedoch nicht in die Pflegegradermittlung einfließen. Daher waren häufig intensive Gespräche zur Erläuterung der **Begutachtungssystematik** erforderlich.

Die im Pflegegutachten dargestellten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit können dennoch für die individuelle Beratung und **Versorgungsplanung** relevant sein.

Eine verständliche **Information über die Begutachtungssystematik** – möglichst bereits vor der Begutachtung oder in anderer geeigneter Form – könnte dazu beitragen, Einwände gegen das Begutachtungsergebnis zu reduzieren.

Teilweise nutzten Beschwerdeführende vor der Antragstellung Online-Pflegegradrechner zur Selbsteinschätzung. Die dabei ermittelten Werte lagen häufig über den im Begutachtungsverfahren festgestellten Pflegepunkten, was zu Beanstandungen führte. Hier wäre ein Hinweis sinnvoll, dass nicht die Krankheitsschwere, sondern der tatsächliche Pflegebedarf entscheidend ist.

Ergebnisse der Widerspruchsbegutachtungen

In drei Fällen wurde ein **höherer Unterstützungsbedarf** festgestellt. In den übrigen Verfahren entsprachen die Erwartungen der Pflegebedürftigen nicht den sozialmedizinischen Vorgaben und Richtlinien.

Kritik an der Begutachtung nach Aktenlage

In drei Verfahren wurde erneut die Begutachtung nach Aktenlage kritisiert. Die Beschwerdeführenden wünschten sich eine **persönliche Begutachtung**, um ihre Situation besser darstellen und Informationen erhalten zu können. Zwar waren die Voraussetzungen für eine Begutachtung nach Aktenlage in diesen Fällen erfüllt, jedoch erhofften sich die Beschwerdeführenden von einer persönlichen Begutachtung auch Hinweise und Unterstützung über die reine Feststellung des Pflegegrades hinaus.

Wahrnehmung des Verhaltens der Gutachterinnen und Gutachter

Das empfundene Verhalten der Begutachtenden war in vierzehn Ombudsfällen ein Aspekt der Beschwerde und damit leicht häufiger als im Vorjahr. Vielfach standen diese Rückmeldungen im Zusammenhang mit Unzufriedenheit über das Begutachtungsergebnis oder unerfüllten Erwartungen.

Die konkrete Begutachtungssituation ist für die UOP im Nachhinein nicht überprüfbar. Versicherte hatten jedoch wiederholt berichtet, sich während der Begutachtung nicht ausreichend wahrgenommen gefühlt zu haben oder ihre gesundheitliche Situation nicht genügend darstellen zu können.

Vor diesem Hintergrund wurden gezielte fachliche und kommunikative Qualifizierungs- sowie Supervisionsmaßnahmen angeregt. Diese wurden vom MD bei Bedarf zeitnah umgesetzt, um die Sensibilität der Begutachtenden weiter zu schärfen.

Begutachtungen – insbesondere im häuslichen Umfeld – finden oft in einem **Spannungsfeld** statt: Versicherte und Angehörige erwarten eine angemessene Berücksichtigung ihrer Situation, während die Begutachtenden an geltende Richtlinien gebunden sind.

Kritische Anmerkungen zum strukturierten Telefoninterview

Vier Beschwerdeführende äußerten – wie im Vorjahr – Bedenken gegen die Begutachtung per strukturiertem Telefoninterview (STI) und hätten eine persönliche Begutachtung im Rahmen eines Hausbesuchs bevorzugt. Diese Eingaben betrafen **Höherstufungsanträge**.

Die UOP erläuterte, dass auch im STI ein **vollständiges Gutachten gemäß den Begutachtungsrichtlinien** erstellt werden kann. Dieses wird ausschließlich von besonders geschulten Gutachterinnen und Gutachtern des MD durchgeführt. Mit der Terminankündigung werden Versicherte über das Verfahren informiert und haben die Möglichkeit, sich zu melden, wenn sie eine andere Form der Begutachtung wünschen.

Das STI ermöglicht trotz demografischem Wandel und Fachkräftemangel eine zeitnahe Begutachtung und damit einen schnellen Zugang zu Pflegeleistungen. Angesichts der geringen Zahl an Eingaben ist davon auszugehen, dass dieses Begutachtungsformat weiterhin überwiegend akzeptiert wird.

Beschwerde zur Verschlüsselung des Gutachternamens

Ein Versicherter sah einen möglichen Fehler im Pflegegutachten, da der Name des Begutachtenden verschlüsselt angegeben war – wie bereits im letzten Jahr.

Die UOP erläuterte hierzu, dass der Name intern beim MD einsehbar ist. Zum Schutz der Mitarbeitenden wird jedoch auf die Nennung im Gutachten verzichtet. Begutachtende stellen sich beim Hausbesuch namentlich vor und können sich durch ihren Dienstaussweis legitimieren. Die Erläuterungen wurden als nachvollziehbar aufgenommen.

Rückmeldungen zum Digitalen Fragebogen

Seit der Einführung des digitalen Fragebogens 2025 beim MD Sachsen-Anhalt gab es vereinzelt Kritik, insbesondere von älteren Versicherten ohne technische Ausstattung oder mit Schwierigkeiten bei der Bearbeitung des Bogens. Zudem besteht die Sorge, dass ein nicht ausgefüllter Fragebogen zu Nachteilen bei der Begutachtung führen könnte.

Die UOP erläuterte die **Beweggründe für die Einführung** des digitalen Fragebogens: Angesichts des steigenden Versorgungsbedarfs gewinnt eine moderne und effiziente Bearbeitung zunehmend an Bedeutung. Digitale Lösungen spielen hierbei eine zentrale Rolle.

Mit dem digitalen Fragebogen haben Versicherte und ihre Angehörigen die Möglichkeit, relevante Angaben einfach, flexibel und ohne Zeitverlust zu übermitteln. Dies trägt maßgeblich dazu bei, dass Anliegen schneller geprüft und notwendige Pflegeleistungen zügiger organisiert werden können.

Die **Digitalisierung** dieses Prozesses verfolgt das Ziel, Rückmeldungen deutlich schneller und zuverlässiger zu ermöglichen. In der Vergangenheit kam es häufig vor, dass postalische Rückläufe verspätet eingingen und daher nicht mehr rechtzeitig in die Begutachtung einfließen konnten.

Selbstverständlich ist die Teilnahme freiwillig – auch ohne Ausfüllung wird die Begutachtung uneingeschränkt und vollständig durchgeführt.

Hinweise zu Begutachtungen und Verfahrensabläufen

Überarbeitung der Begründung bei Aktenlagenbegutachtung

Bereits 2024 wurde im Zusammenhang mit der Begutachtung nach Aktenlage ein strukturelles technisches Problem festgestellt. Anlass waren Beschwerden von Versicherten zur Formulierung „persönliche Befunderhebung nicht zumutbar“, die als missverständlich und teilweise wertend wahrgenommen wurde. Im Juli 2024 wurde beim MD Sachsen-Anhalt eine ergänzende Spezifizierung („ausreichende Informationslage“) eingeführt, um die Begründung klarer darzustellen.

Aufgrund erneuter Beschwerden von Versicherten wurde Mitte 2025 die Druckversion der Gutachten angepasst. Seitdem wird die Formulierung „Aktenlage – da persönliche Befunderhebung nicht zumutbar“ nicht mehr angezeigt und gedruckt. Stattdessen erscheint ausschließlich der Text „ausreichende Informationslage“ als Begründung für die Begutachtung nach Aktenlage. Die Anpassung trägt dazu bei, irritierende oder wertende Formulierungen gegenüber Versicherten zu vermeiden.

Präzisierung von Verzögerungsgründen in Gutachten

Erstmals ging eine Beschwerde eines Versicherten zur Darstellung eines Verzögerungsgrundes in seinem Gutachten ein. Dort war unter „Verzögerung im Verfahren“ angegeben, der angekündigte Termin sei vom Antragsteller abgesagt worden. Tatsächlich entfiel der geplante Begutachtungstermin aufgrund eines personellen Ausfalls beim MD. Der unmittelbar angebotene Ersatztermin konnte jedoch vom Beschwerdeführenden nicht wahrgenommen werden.

Daraufhin wurde der Sachverhalt durch die UOP zur Prüfung an den MD weitergegeben. Die Rückmeldung ergab, dass ein Systemfehler vorlag, der fälschlicherweise eine ablehnende Haltung des Antragstellers darstellte. Im weiteren Verlauf erfolgte eine interne Prozessevaluation im MD. Ergänzende Textbausteine konkretisieren nun Verzögerungsgründe und verbessern so die Nachvollziehbarkeit für Versicherte.

Umgang mit Hinweisen zu Gutachten

In einem Fall enthielt das Gutachten einen Fehler, der sich nachteilig für die antragstellende Person hätte auswirken können: Die Rückstufung des Pflegegrades wurde irrtümlich auf den Monatsanfang datiert. Nach Beschwerde bei der UOP wurde der Fall an den MD zur Prüfung weitergeleitet. Dieser kontaktierte die zuständige Pflegekasse, woraufhin das Datum gemäß den Richtlinien des SGB XI auf den Begutachtungstag korrigiert wurde.

In einem weiteren Gutachten wäre eine höhere Bewertung eines Moduls sachgerecht gewesen. Die gewichtete Punktzahl hätte sich hierdurch jedoch nicht verändert. Da sich hieraus keine Auswirkungen auf das Gesamtergebnis (Pflegegrad) ergeben, bestand seitens des MD keine Veranlassung, das Gutachten zu ändern. Unabhängig davon stellen Begutachtungssituationen grundsätzlich Momentaufnahmen dar, da sich Zustände zu unterschiedlichen Zeitpunkten unterschiedlich darstellen können.

Aus Sicht der UOP wird ein klar geregelter und konsistenter Umgang mit festgestellten Fehlern oder Unstimmigkeiten in Gutachten empfohlen.

Die Hinweise von Versicherten können wichtige Impulse für die Überprüfung und Weiterentwicklung des Begutachtungsverfahrens geben.

Im sozialmedizinischen Kontext des MD werden medizinische Sachverhalte objektiv bewertet und die sozialrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung geprüft.

Im Vergleich zu 2024 zeigten sich nur geringe Veränderungen: leichte Zunahmen bei Hilfsmitteln, Rehabilitation und NUB/Arzneimitteln sowie leichte Rückgänge bei Arbeitsunfähigkeit und Sonstige Anlässe. Neu im Jahr 2025 sind jeweils eine Eingabe zur Außerklinischen Intensivpflege und zur Ambulanten Psychiatrischen Häuslichen Krankenpflege.

Bandbreite der Eingaben

48 Eingaben von Versicherten wurden insgesamt registriert, davon im Einzelnen:

Anlassbereich	Anzahl Anrufung Ombudsperson
Hilfsmittel	21
Vorsorge/Rehabilitation	12
Arbeitsunfähigkeit	4
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/ Arzneimittelversorgung	4
Sonstige Anlässe	3
Heilmittel	1
Außerklinische Intensivpflege	1
Ambulante Psychiatrische Häusliche Krankenpflege	1
Vermuteter Behandlungsfehler	1

Hilfsmittel

Die meisten Eingaben entfielen erneut auf den Anlassbereich Hilfsmittel und standen im Zusammenhang mit der Ablehnung der Kostenübernahme. Am häufigsten betraf dies motorisierte Bewegungsschienen sowie Rollstühle bzw. Antriebssysteme, gefolgt u. a. von Geräten zur Kompression und Elektrostimulation sowie Orthesen.

Aus Sicht der UOP ergaben sich auch 2025 folgende Faktoren für die Anzahl an Beschwerden im Bereich Hilfsmittel: steigende Nachfrage aufgrund chronischer Erkrankungen und altersbedingter Einschränkungen, Unsicherheiten bei den Genehmigungsvoraussetzungen sowie teilweise mangelnde Transparenz in den Entscheidungsprozessen.

Vorsorge/Rehabilitation

Die Fallzahl stieg gegenüber dem Vorjahr leicht von 9 auf 12 an. Geprüft wurden überwiegend Anträge auf stationäre Rehabilitation. Der MD empfahl entsprechend dem gesetzlichen Grundsatz „ambulant vor stationär“ zunächst ambulante, wohnortnahe Behandlungsmöglichkeiten (z. B. Heilmitteltherapien) nach Prüfung der medizinischen Gegebenheiten. Versicherte schilderten gegenüber der UOP wiederholt Schwierigkeiten beim Zugang zu entsprechenden ambulanten Angeboten, etwa aufgrund begrenzter regionaler Verfügbarkeit oder längerer Wartezeiten.

Versorgungsstrukturen können in der Begutachtung durch den MD nicht berücksichtigt werden; geprüft werden ausschließlich die sozialmedizinischen Voraussetzungen. Die Sicherstellung der Versorgung obliegt den Krankenkassen.

Auffällig war zudem, dass Anträge auf Rehabilitationsmaßnahmen teilweise erneut vor Ablauf der gesetzlichen 4-Jahresfrist gestellt wurden. Die medizinische Notwendigkeit und die Rehabilitationsziele waren durch die behandelnden Leistungserbringer teilweise nur knapp dargestellt.

Die UOP hatte die Beschwerdeführenden ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Rehabilitationskriterien wie Bedürftigkeit, Fähigkeit, Ziele und Prognosen gemäß den gesetzlichen Grundlagen und sozialmedizinischen Vorgaben in jedem Einzelfall differenziert geprüft wurden.

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittelversorgung

Im Anlassbereich NUB/Arzneimittel prüft der MD im Auftrag der Krankenkassen Anträge von Versicherten auf diagnostische und therapeutische Leistungen außerhalb des regulären Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung.

Dabei wird beurteilt, ob neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden unter Berücksichtigung medizinischer und gesetzlicher Rahmenbedingungen sowie individueller Voraussetzungen in Ausnahmefällen empfohlen werden können. 2025 gab es vier Anrufungen (2024: zwei). Nachfolgend werden zwei Eingaben kurz dargestellt.

In einem Fall wurde die weitere Kostenübernahme der Mehrkosten für ein bislang eingenommenes Medikament nach dessen Zuordnung zu einer Festbetragsgruppe gemäß § 35 SGB V abgelehnt. Da wirkstoffgleiche festbetragsgeregelte Alternativen verfügbar waren, wurde beurteilt, ob eine entsprechende Versorgung möglich war. Der MD prüfte den Sachverhalt umfassend und empfahl, beim behandelnden Arzt Informationen zu einem möglichen Präparatewechsels einzuholen.

Der Versicherte äußerte Bedenken hinsichtlich einer Medikamentenumstellung, insbesondere aufgrund der bisherigen Einnahme des Präparats. Diese Bedenken konnte die UOP nachvollziehen.

Bei einer weiteren Anrufung betraf die Beschwerde die Ablehnung der Kostenübernahme für eine PET-CT-Untersuchung bei einer tumorerkranken versicherten Person. Der Gutachtenprozess wurde als besonders belastend empfunden, da mit der Untersuchung große Hoffnungen verbunden waren und die Entscheidung schwer nachvollzogen werden konnte. Grundlage waren sozialrechtliche Vorgaben und medizinische Leitlinien. In einem emotional herausfordernden Gespräch bemühte sich die UOP, die Entscheidung verständlich zu erläutern.

Arbeitsunfähigkeit

Ein leichter Rückgang der Eingaben (von 5 auf 4) war zu verzeichnen. Inhaltlich entsprachen die Rückmeldungen im Wesentlichen denen des Jahres 2024. Sie bezogen sich auf unterschiedliche Einschätzungen der Versicherten zur Arbeitsunfähigkeit, Verständnisfragen zum Gutachten sowie auf aus ihrer Sicht nicht berücksichtigte Unterlagen oder aktuelle Befunde. In der Mehrzahl der Fälle (3 von 4) wurde zudem der Wunsch nach einer Begutachtung im persönlichen Kontakt geäußert.

Anlassbereich Sonstige Anlässe

2025 gingen drei Eingaben ein (Vorjahr: fünf). Sie betrafen Beschwerden über die Ablehnung von Fahrkosten sowie nicht bewilligte plastisch-chirurgische Eingriffe (u. a. Bauchdeckenstraffung nach Gewichtsreduktion).

Die UOP erläuterte die sozialmedizinischen Voraussetzungen der Entscheidungen und zeigte Verständnis für die geschilderten körperlichen und psychischen Belastungen. In den Gesprächen mit den Betroffenen gelang es unterschiedlich gut, Verständnis für die Entscheidungen zu schaffen.

Außerklinische Intensivpflege (AKI)

Die Beschwerde betraf eine Person, die seit 2018 häusliche Intensivpflege erhielt und im Zuge der gesetzlichen Neuregelung der Außerklinischen Intensivpflege Schwierigkeiten hatte, die Leistungen weiter zu erhalten. Die Eingabe erfolgte durch die Mutter. Die belastende Versorgungssituation sowie die erhebliche psychische Beanspruchung der betroffenen Person und ihrer Familie waren nachvollziehbar. Auch Zweifel an der sozialmedizinischen Bewertung waren vor dem Hintergrund der Gesamtsituation verständlich. Die Begutachtung war jedoch an die verbindlichen Vorgaben der AKI-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gebunden. Durch das Inkrafttreten des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPREG) hatten sich die rechtlichen Anspruchsvoraussetzungen für AKI grundlegend verändert; eine abweichende Einzelfallentscheidung kann nur durch die Krankenkasse erfolgen.

Ambulante Psychiatrische Häusliche Krankenpflege

Auf eine nähere Erläuterung der Anrufung zur Ambulanten Psychiatrischen Häuslichen Krankenpflege wird verzichtet. Maßgeblich hierfür war, dass das Gutachten nicht beim MD Sachsen-Anhalt erstellt wurde.

Vermuteter Behandlungsfehler

In diesem Fall erläuterte die UOP, dass für die Prüfung die Krankenkasse zuständig ist und nach § 66 SGB V ein Sachverständigengutachten beim MD veranlassen kann. In einem ausführlichen Gespräch wurde die hilfeschuchende Person über das Verfahren und die zuständigen Ansprechpartner informiert. Das Anliegen war für den Betroffenen mit hoher persönlicher Belastung verbunden.

Rückmeldungen zu Begutachtungsprozessen

Unzufriedenheit mit dem Ergebnis der Begutachtung

Der häufigste Beschwerdegrund war auch 2025 das Ergebnis der Begutachtung. In den meisten Ombudsfällen stand die Unzufriedenheit mit der Ablehnung beantragter Leistungen auf Grundlage eines Gutachtens des MD im Vordergrund. Die kontaktaufnehmenden Personen sahen sich mit ablehnenden Leistungsbescheiden ihrer Krankenkasse konfrontiert, deren Begründung für sie häufig nicht nachvollziehbar war.

Vor dem Hintergrund ihrer individuellen gesundheitlichen Situation fiel es vielen Versicherten schwer, die gutachterlichen Bewertungen oder vorgeschlagenen alternativen Versorgungsmaßnahmen nachzuvollziehen. Häufig äußerten sie zudem die Auffassung, das Gutachten enthalte Fehler oder berücksichtige nicht alle Befunde der behandelnden Ärztinnen und Ärzte.

In einzelnen Fällen lagen dem MD nicht alle medizinischen Unterlagen vor. In den Ombudsverfahren konnten die Sachverhalte mit den Versicherten besprochen und bei Bedarf ergänzende Informationen beim MD eingeholt werden.

Parallel zum Ombudsverfahren hatten die Beschwerdeführenden meist bereits Widerspruch bei der Krankenkasse eingelegt. Aufgrund der sozialmedizinischen Vorgaben und Richtlinien ergab sich in den meisten Fällen jedoch kein anderes Begutachtungsergebnis.

Ergebnisse der Widerspruchsbegutachtungen

In der darauffolgenden Widerspruchsbegutachtung wurde in sechs Fällen die beantragte Leistung empfohlen.

Kritik an der Begutachtung nach Aktenlage

In 18 Verfahren (2024: 11) äußerten Beschwerdeführende Unzufriedenheit darüber, dass die gutachterliche Empfehlung nach Aktenlage erfolgte. Die steigende Zahl zeigt, dass Versicherte häufig eine persönliche Begutachtung wünschen, da sie erwarten, dass ihre individuelle Situation dabei besser berücksichtigt würde.

Die UOP legte dar, dass eine Begutachtung nach Aktenlage erfolgen kann, sofern umfassende Informationen und Befundberichte vorliegen. Ob eine persönliche Begutachtung erforderlich ist, entscheidet die begutachtende Person. Kritik betraf insbesondere die Bereiche Arbeitsfähigkeit, Hilfsmittel und Vorsorge/Rehabilitation.

Die Eingaben verdeutlichen zugleich den hohen Stellenwert persönlicher Begutachtungen für Versicherte. In Einzelfällen, insbesondere im Rahmen von Widerspruchsverfahren, kann eine Begutachtung im persönlichen Kontakt jedoch angezeigt sein.

Verfahrensdauer im Widerspruchsverfahren

Zwei Anrufungen von Versicherten zur Dauer von Widerspruchsverfahren gingen ein (2024: keine). Die Betroffenen schilderten eine große Verunsicherung aufgrund langer Bearbeitungszeiten und fehlender Information zum Bearbeitungsstand. Sie empfanden die Wartezeit als sehr belastend, da ihnen wertvolle Behandlungs- oder Therapiezeit verloren zu gehen schien.

Im Rahmen der Ombudsverfahren kontaktierte die Ombudsstelle den MD und erhielt hierzu entsprechende Rückmeldungen. Für die UOP waren die Verfahrensweisen grundsätzlich nachvollziehbar, da eine sorgfältige Begutachtung und organisatorische sowie kapazitätsbedingte Rahmenbedingungen zu längeren Bearbeitungszeiten führen können.

Die UOP erklärte den Beschwerdeführenden transparent die Hintergründe und berücksichtigte dabei auch ihre Sorgen und Bedenken.

Wahrnehmung des Verhaltens der Gutachterinnen und Gutachter

Im Bereich plastische Chirurgie beschwerte sich eine versicherte Person über das Verhalten und die Kommunikation eines Begutachtenden während der körperlichen Begutachtung. Der genaue Gesprächsinhalt ließ sich retrospektiv für die UOP nicht überprüfen. Die UOP leitete den Sachverhalt an den MD weiter.

Daraufhin führte der MD ein Gespräch mit dem Begutachtenden. Dabei zeigte sich ein kommunikatives Missverständnis: Während bei der betroffenen Person der Eindruck einer Geringschätzung entstand, nahm der Begutachtende die Situation als unauffällig wahr.

Die Beschwerde wurde vom MD hinsichtlich der Kommunikation als nachvollziehbar bewertet. In der Folge sensibilisierte der MD den Begutachtenden für den Umgang mit psychisch-psychiatrisch vorerkrankten Versicherten. Ergänzend wurde für alle plastisch-chirurgischen Begutachtenden eine Schulung zur professionellen Kommunikation mit Versicherten durchgeführt.

Die UOP geht davon aus, dass solche Anrufungen der Versicherten die Selbstreflexion der Begutachtenden begünstigen und deren Bewusstsein für ihr Kommunikationsverhalten schärfen.

Geschäftsbereich Service - Fachbereich Auftragsmanagement (FB AM)/Servicetelefon

Erstmals wurde in diesem Bereich eine Anrufung verzeichnet. Anlass war der Hinweis eines Bevollmächtigten, dass Mitarbeitende des Servicetelefon (externer Dienstleister) trotz mehrfacher Nachfrage zunächst keine Auskunft zur Erreichbarkeit der Ombudsstelle beim MD erteilen konnten.

Auf Rückmeldung der UOP veranlasste die Leitung vom FB AM entsprechende Maßnahmen: Mitarbeitende des Servicetelefon wurden zur Ombudsstelle geschult und erhielten die Kontaktinformationen zusätzlich schriftlich. Zudem wurden die Beschäftigten des FB AM sensibilisiert. Die Kontaktdaten sind auch im „Handbuch Telefonservice“ hinterlegt.

Der Fall unterstreicht die Bedeutung einer verlässlichen Auskunft zu den Kontaktmöglichkeiten der Ombudsstelle beim MD. Diese arbeitet unabhängig vom MD und bietet Beschäftigten des MD und Versicherten in Sachsen-Anhalt eine niederschwellige und vertrauliche Anlaufstelle. Die Weitergabe der Kontaktdaten eröffnet Betroffenen die Möglichkeit, sich bei Bedarf an diese Stelle zu wenden.

Gesamtbild der gutachtlichen Tätigkeit

Rückblickend ergibt sich aus den Ombudsverfahren weiterhin ein insgesamt positives Bild der gutachtlichen Tätigkeit des MD. Wesentliche Mängel wurden nicht festgestellt. Die Auswertung bestätigte dies. Damit leisteten die Gutachterinnen und Gutachter einen wichtigen Beitrag zur unabhängigen Klärung sozialmedizinischer und pflegerischer Fragestellungen im Gesundheitswesen.

Anliegen und Erwartungen

Aus Sicht der UOP zeigte sich erneut, dass viele Eingaben und Ombudsverfahren die Unzufriedenheit mit den Begutachtungsergebnissen betrafen. Finanzielle Belastungen stellten für Versicherte und Bevollmächtigte ein zentrales Thema dar – insbesondere im Zusammenhang mit Anträgen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Zudem bestand weiterhin ein Spannungsfeld zwischen sozialmedizinischen Rahmenbedingungen und den Erwartungen der versicherten Personen. Dabei zeigte sich wiederholt ein Missverständnis über die Rolle des MD: Maßgeblich ist, dass dessen Gutachten empfehlenden Charakter haben und die Leistungsentscheidung bei der zuständigen Kasse liegt. Vor diesem Hintergrund ergibt sich Handlungsbedarf für Pflege- und Krankenkassen, ihre Beratung – insbesondere die Pflegeberatung – gezielt zu stärken.

Rückmeldungen zu Begutachtungen nach Aktenlage

Ein vermehrt genannter Teilaspekt, der an die UOP herangetragenen Beschwerden, betraf Begutachtungen nach Aktenlage, die häufig als nicht ausreichend wahrgenommen wurden. Versicherte wünschten sich vielfach einen persönlichen Kontakt, um ihre Situation besser darzustellen und zusätzliche Hinweise zu erhalten. Dies verdeutlicht die besondere Rolle persönlicher Begutachtungen. In Einzelfällen könnte daher – insbesondere im Widerspruchsverfahren – eine Begutachtung im persönlichen Kontakt angezeigt sein.

Impulse zur Weiterentwicklung

Wie bereits im Bericht aufgeführt, gaben Hinweise von versicherten Personen erneut wichtige Impulse für die Qualitätssicherung und Weiterentwicklung von Begutachtungen und Verfahrensabläufen. In den Geschäftsbereichen Medizin, Pflege sowie Service wurden erkannte Verbesserungspotenziale aufgegriffen und entsprechende Maßnahmen umgesetzt.

Beruhet ein ablehnender Leistungsbescheid der Kranken- und Pflegekasse auf einer gutachtlichen Stellungnahme des MD, müssen Versicherte gemäß § 275 Abs. 3c SGB V sowohl über die Möglichkeit einer Beschwerde über die Tätigkeit des MD bei der Ombudsperson als auch über die gesetzlichen Rechtsbehelfsmöglichkeiten informiert werden.

Der Hinweis auf die UOP ist inzwischen regelhafter Bestandteil der Bescheide. In der praktischen Umsetzung wird er jedoch teilweise vor der Rechtsbehelfsbelehrung oder optisch hervorgehoben platziert. Dies führt weiterhin bundesweit zu Verunsicherungen. Eine erhebliche Zahl von Versicherten richtet Widersprüche oder andere fristgebundene Anliegen an die Ombudsstelle, obwohl hierfür ausschließlich die jeweilige Kranken- oder Pflegekasse zuständig ist.

Die gleichzeitige Nennung der Rechtsbehelfsbelehrung und eines Hinweises auf die UOP erweist sich für viele Versicherte als schwer überschaubar.

Zur Vermeidung möglicher Rechtsnachteile weist die Ombudsstelle daher bereits im Erstkontakt darauf hin, dass ein Ombudsverfahren weder den Widerspruch noch eine Klage ersetzt. Zugleich erfolgt ein ausdrücklicher Verweis auf die Rechtsbehelfsbelehrung im Bescheid, um die fristgerechte Einlegung bei der zuständigen Kranken- oder Pflegekasse sicherzustellen.

Die Problematik war bereits Gegenstand eines Beschlusses auf der 102. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger im Mai 2023. Hinsichtlich des Beschlusses wird auf die Vorjahresberichte verwiesen.

In dieser Angelegenheit fand erneut ein Austausch zwischen der UOP und dem Bundesamt für Soziale Sicherung statt.

Die UOP der MD der Länder sprechen sich weiterhin für eine klare Strukturierung aus: Die Rechtsbehelfsbelehrung sollte eindeutig bezeichnet, vollständig und optisch klar erkennbar sein; der Verweis auf die UOP ist hiervon abzugrenzen und nachrangig zu platzieren.

Darüber hinaus besteht nach wie vor Verbesserungsbedarf bei der Qualität der Begründungen. Entscheidungsgründe sind teilweise nicht hinreichend nachvollziehbar oder adressatengerecht formuliert, sodass Begutachtungsergebnisse regelmäßig ergänzend erläutert werden müssen. Dies unterstreicht die Bedeutung einer klaren und transparenten Kommunikation.



Vernetzung

Regelmäßiger Austausch der UOP der Länder in der bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der UOP zur Reflexion der Ombudstätigkeit und Weiterentwicklung gemeinsamer Standards

Herbsttagung 2025 – Themen:

- Berichte aus den Geschäftsbereichen der UOP
- Stand der Novellierung der UOP-Richtlinie
- Qualität der Ablehnungsbescheide der Kranken- und Pflegekassen
- Harmonisierung der Jahresberichte (Kennzahlen)

Fachlicher Austausch

Ergänzender Austausch mit UOP anderer MD, insbesondere mit der UOP des MD Sachsen

Kooperation & Vertretung

Kooperation zwischen den MD Sachsen-Anhalt und Sachsen zur gegenseitigen Vertretung der UOP

Die kontinuierliche Erreichbarkeit der Ombudsstelle bleibt dadurch gewährleistet.



Telefonische Sprechzeiten

Dienstag 9:00 Uhr bis 12:00 Uhr

Donnerstag 13:00 Uhr bis 16:00 Uhr

Telefon

0391 5661-3366

Postanschrift

Ombudsstelle beim Medizinischen Dienst

Sachsen-Anhalt

Postfach 1520

39005 Magdeburg

E-Mail-Kontakt

Für alle Versicherten bzw. deren Angehörige im Land ist die Ombudsperson erreichbar unter: ombudsstelle@md-san.de.

Homepage

<https://www.md-san.de/ueber-uns/ombudsperson>

Dort finden Sie Kontaktdaten und Antworten auf häufig gestellte Fragen zur Ombudsstelle und Ombudsperson.

Kontakt für Beschäftigte

Für die Mitarbeitenden des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt besteht zudem intern ein gesondertes E-Mail-Postfach zur Verfügung.

2025 nahm die Zahl der Eingaben erneut zu und ist zugleich im Verhältnis zur Gesamtzahl sozialmedizinischer und pflegfachlicher Empfehlungen zu sehen. Die eigenständige und unabhängige Arbeitsweise der Ombudsstelle wurde von hilfeschuchenden Personen sehr geschätzt.

Über die Berichtsjahre hinweg zeigt sich weiterhin, dass Versicherte und Bevollmächtigte die Rolle und Zuständigkeiten der UOP teilweise missverstehen. Mitunter schreiben sie ihr Entscheidungskompetenzen zu, etwa bei Leistungsentscheidungen oder der Änderung von Gutachten. Diese liegen jedoch bei den Kranken- und Pflegekassen. Die UOP erklärt die Zuständigkeiten und übernimmt eine Art Lotsenfunktion, indem sie bei Bedarf an zuständige Stellen sowie an geeignete Beratungs- und Unterstützungsangebote verweist.

Zudem war offensichtlich, dass viele Kontaktpersonen im Umgang mit Widersprüchen unsicher waren. Daher sollten Kranken- und Pflegekassen ihre Widerspruchsverfahren, einschließlich der dazugehörigen Anschreiben, transparenter und verständlicher gestalten.

Gesellschaftliche Entwicklungen und wirtschaftliche Zwänge beeinflussten auch in 2025 zunehmend den Charakter der Ombudsfälle.

Unregelmäßigkeiten im MD Sachsen-Anhalt, insbesondere Beeinflussungsversuche durch Dritte, wurden erneut nicht festgestellt.

Die Zusammenarbeit mit dem Verwaltungsrat und dem Vorstand war stets von gemeinsamer Verantwortung gegenüber den Versicherten getragen.

Bei der Unterstützung der UOP der Länder durch den MD Bund besteht nach wie vor Verbesserungspotenzial.

Die Entwicklung von Art und Häufigkeit der Inanspruchnahme der UOP bestätigte den bereits 2024 festgestellten Anpassungsbedarf der Richtlinie des MDS nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 5 zweite Alternative SGB V: Unabhängige Ombudsperson (UOP-RL), Stand 09.06.2021/UOP-RL (Stand 09.06.2021). Der Umgang mit Eingaben ohne unmittelbaren Bezug zur gesetzlichen Aufgabenstellung der UOP ist Gegenstand der laufenden Novellierung der Richtlinie. Dabei sollten die praktischen Erfahrungen der UOP der Länder stärker berücksichtigt werden, da weiterhin ein erheblicher Teil der Eingaben keinen solchen Bezug aufweist.

Hinweise der Kranken- und Pflegekassen auf die UOP in ablehnenden Bescheiden entsprachen dabei in den meisten Fällen nicht den Vorgaben des Beschlusses der 102. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger. Teilweise wurden Versicherte zudem an die Ombudsstelle verwiesen, obwohl der Sachverhalt im Zuständigkeitsbereich der Kasse lag.

Unabhängig davon besteht weiterhin Verbesserungsbedarf in der Ergebniskommunikation der Kranken- und Pflegekassen, insbesondere bei der verständlichen und nachvollziehbaren Begründung von Ablehnungen.

Abschließend danke ich allen, die die Arbeit der Ombudsstelle unterstützt haben.

Besonderer Dank gilt Frau Seifert aus der Geschäftsstelle der UOP für ihr tägliches Engagement. Als zentrale Anlaufstelle für Hilfesuchende ist ihre kompetente und verlässliche Arbeit für die Bewältigung der Fallzahlen unverzichtbar.

Ebenso danke ich Herrn Rosner für seine konstruktive Unterstützung.

Den Mitwirkenden aus den Geschäftsbereichen und dem Beschwerdemanagement des MD danke ich für die vertrauensvolle und stabile Zusammenarbeit – auch unter anhaltend herausfordernden Bedingungen. Für die objektive Bearbeitung der Ombudsverfahren waren insbesondere die Stellungnahmen sowie der Austausch mit den Fachexpertinnen und Fachexperten des MD von großer Bedeutung. Das Miteinander ist weiterhin von gegenseitigem Vertrauen und einem konstruktiven Dialog geprägt.

Nicht zuletzt danke ich auch dem Vorstandsvorsitzenden, Herrn Henricke, sowie der Stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden, Frau Dr. Lassere, für ihr Vertrauen und ihre Unterstützung.