



Ombudsperson
beim Medizinischen Dienst
Baden-Württemberg

Jahresbericht 2025

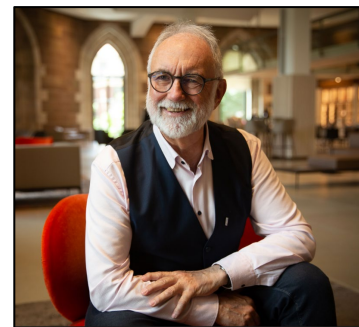
Zeitraum 01.01.2025 – 31.12.2025

Inhalt

1	Vorwort	3
2	Arbeitsweise der Ombudsperson im Überblick	4
2.1	Rückblick der Eingaben pro Quartal im Zeitraum 01.01.2022 – 31.12.2025.....	5
2.2	Erreichbarkeit	6
3	Tätigkeit der Ombudsperson im Überblick.....	7
4	Erfahrungen, Einschätzungen und Hinweise.....	15
5	Dank	22
6	Schlusswort.....	22

1 Vorwort

Der vorliegende Bericht umfasst den Zeitraum 01.01.2025 bis 31.12.2025 und gibt Einblicke in den Tätigkeitsbereich der Ombudsperson beim Medizinischen Dienst Baden-Württemberg. Der jährliche Bericht soll Auskunft über Art und Umfang der Inanspruchnahme der Ombudsperson durch Versicherte und Beschäftigte des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg geben. Insgesamt erfolgten 650 Eingaben im Berichtszeitraum. Diese müssen in Relation zur Größe des Bundeslandes Baden-Württemberg sowie der Gesamtzahl der einzelfallbezogenen Aufträge (857.513) durch den Medizinischen Dienst Baden-Württemberg betrachtet werden.



*Abbildung 1: Peter Niedergesäss
Foto: Leif Piechowski*

Insgesamt gab es in dem genannten Berichtszeitraum 100 Eingaben mehr als in den Vorjahren. Dies lässt sich nur mit einer gut funktionierenden Geschäftsstelle, effizient gestalteten Arbeitsabläufen und einer hohen Professionalisierung der gesamten Ombudsstelle erreichen.

Das Verhältnis von 857.513 Aufträgen an den Medizinischen Dienst Baden-Württemberg und insgesamt 650 Eingaben bei der Ombudsperson macht deutlich, dass ich als Seismograf für den Medizinischen Dienst Baden-Württemberg wirken kann, aber nicht den Anspruch haben kann, eine umfassende Datenbasis liefern zu können. Allerdings bin ich gerne Seismograf.

Erfahrungen, Einschätzungen und Hinweise, die ich bereits in meinem Jahresbericht 2024 vom 25.02.2025 aufgegriffen habe und unverändert auch in diesem Jahr eine Bedeutung haben, sind das Anspruchsdenken der Anrufenden, die zunehmenden finanziellen Belastungen, Off-Label-Use, geschlechter- und migrationsspezifische Begutachtungen und die Begutachtung von Versicherten mit psychischen Erkrankungen. Auf eine Wiederholung der Beschreibung wird verzichtet.

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

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

Wir freuen uns auf Ihre Rückmeldungen.

Herzliche Grüße

Peter Niedergesäss

2 Arbeitsweise der Ombudsperson im Überblick

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

In der Regel erfolgt der Erstkontakt über die Geschäftsstelle der Ombudsperson. Hier kann der Sachverhalt dargelegt werden, und es wird auf erste Fragestellungen eingegangen. In Abstimmung mit der kontaktsuchenden Person wird der weitere Verlauf besprochen, und es erfolgen seitens der Geschäftsstelle der Ombudsperson die erforderlichen organisatorischen und administrativen Schritte. Im Einzelnen kann dies beispielsweise die Übermittlung der Einwilligungserklärung an die kontaktsuchende Person und falls notwendig das Hinweis- bzw. Informationsblatt der Ombudsperson, die Anforderung der Akten, Klärung von Verständnisfragen, Recherchearbeiten sowie die Koordination der Telefontermine mit der Ombudsperson sein. Unser Anspruch ist es, ein bis zwei Tage nach Eingang der Eingabe an die kontaktsuchende Person eine erste Rückmeldung mit einer Eingangsbestätigung zu geben. Das ist eine gute Voraussetzung für einen positiven Verlauf der nachfolgenden Kontakte. Der Hinweis auf eine telefonische Kontaktaufnahme wird sehr positiv wahrgenommen.

Bei 50 % der eingegangenen Anliegen werden Akten angefordert und studiert. Diese Anzahl hat sich im Vergleich zum Vorjahr leicht reduziert, da die Petenten häufiger entsprechende Unterlagen direkt bei der ersten Anfrage mitsenden und ein Teil der eingegangenen Anliegen auch ohne zusätzliche Akten geklärt werden konnte.

Bei dem anschließenden Telefonat steht das Zuhören im Vordergrund. Falls zwischen der dargestellten aktuellen Situation und dem Gutachten eine Diskrepanz besteht, wird das Gutachten gemeinsam grob durchgesprochen. So wird ersichtlich, welche Aspekte des Gutachtens die kontaktsuchende Person anders wahrnimmt oder nicht ausreichend berücksichtigt empfindet. Dabei fungiere ich oft als „Gutachtenübersetzer“. Aus diesem Gespräch ergeben sich die nächsten Schritte. Das Transparentmachen der Verfahrenswege in den Sozialsystemen ist eine weitere Aufgabe, die dann notwendig und als Hilfe wahrgenommen wird: Wie ist die Beziehungsstruktur zwischen Pflege- bzw. Krankenkasse und dem Medizinischen Dienst; was ist eine Beschwerde; was ist ein Widerspruch; was bedeutet es, wenn das Verfahren im Widerspruchsausschuss bearbeitet wird; wer trifft die Entscheidungen; wer sind die Ansprechpersonen in der aktuellen Situation?

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

Sehr oft begegnet mir die Vorstellung, dem Medizinischen Dienst lägen alle Unterlagen vor bzw. der Medizinische Dienst könne die Unterlagen bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten anfordern.

Auch hier hilft ein Blick in das Gutachten, denn die dem Gutachten zugrundeliegenden Befunde sind darin aufgeführt. Dazu ist Aufklärung und Hilfestellung notwendig.

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

Die 650 Eingaben zeigen auf, dass die unabhängige Ombudsperson ein wichtiges Instrument ist, welches die Transparenz in Bezug auf die Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes sowie die Patientenrechte und die Rechte pflegebedürftiger Personen weiter stärkt. Wir wollen Anregungen und Beschwerden der Versicherten aufnehmen, in Konfliktsituationen vermitteln, Unregelmäßigkeiten aufdecken und systematische Fehlentwicklungen beim Medizinischen Dienst verhindern.

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

2.1 Rückblick der Eingaben pro Quartal im Zeitraum 01.01.2022 – 31.12.2025

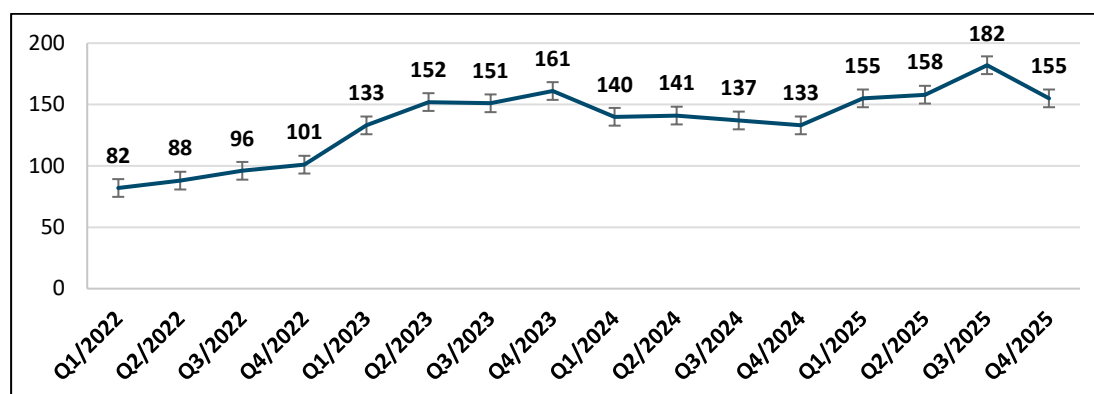


Abbildung 2: Überblick der Eingaben pro Quartal im Zeitraum 01.01.2022 – 31.12.2025

Im Rückblick der Eingaben des Jahres 2022 ist ein steigender Verlauf der Eingaben pro Quartal erkennbar. Diese stehen im Zusammenhang zu mehreren möglichen Faktoren. Es gibt sowohl eine Zunahme der Begutachtungen beim Medizinischen Dienst, als auch niederschwellige Ansprechmöglichkeiten der Ombudsperson. Außerdem wurde der Hinweis auf die Ombudsperson in negativen Leistungsbescheiden der Pflege- und Krankenkassen im Laufe der Amtszeit umfangreicher umgesetzt. Im Jahr 2024 ist ein leicht sinkender Verlauf der Eingaben pro Quartal erkennbar. Dies war durch eine Anpassung der erfassten telefonischen Eingänge bedingt, da die telefonisch eingegangenen Anliegen, die den Zuständigkeitsbereich des Beschwerdemanagements des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg betreffen, direkt an dieses weitergeleitet werden können und in der Ombudsstelle nicht mehr erfasst werden. Dies dient der Datensparsamkeit und vermeidet eine doppelte Erfassung. Im Jahr 2025 ist ein Anstieg im Verlauf erkennbar, dies deckt sich mit einem Anstieg der Aufträge beim Medizinischen Dienst Baden-Württemberg.

2.2 Erreichbarkeit

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

Telefon: 07821 938-1701 (Geschäftsstelle der Ombudsperson)

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

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

E-Mail: ombudsperson@md-bw.de

Postadresse: Medizinischer Dienst Baden-Württemberg
Ombudsperson
Postfach 1210
77902 Lahr/Schwarzwald

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



*Abbildung 3: Peter Niedergesäss
Foto: MD BW*

3 Tätigkeit der Ombudsperson im Überblick

Eingangsart der 650 Eingaben

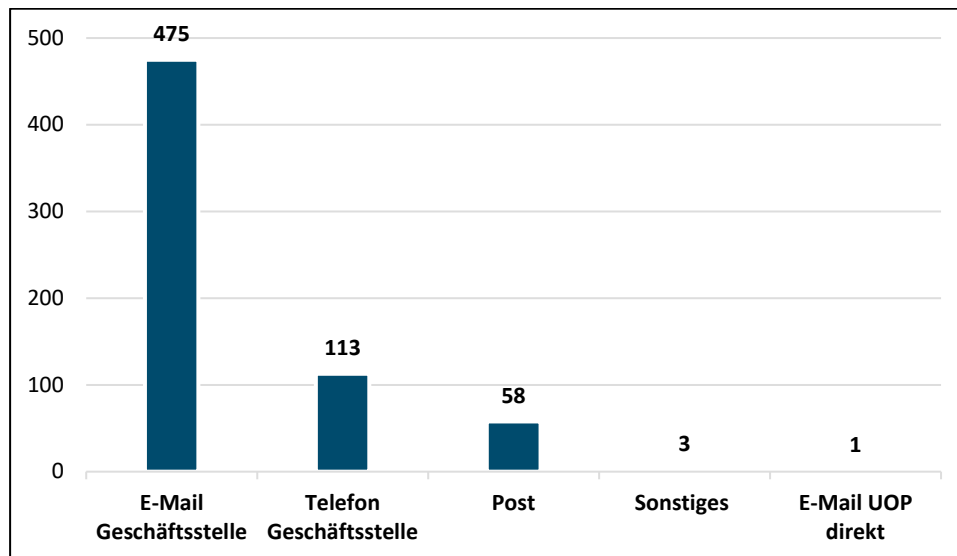


Abbildung 4: Eingangsart

Die 650 Eingaben wurden von verschiedenen Adressaten eingereicht. 475 Eingaben sind per E-Mail in der Geschäftsstelle eingegangen, 113 Eingaben wurden telefonisch in der Geschäftsstelle entgegengenommen. Per Post gab es 58 Eingaben sowie 3 Eingaben in der Kategorie „Sonstiges“, die über das Kontaktformular der Homepage des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg eingegangen sind. Eine weitere Eingabe erfolgte per E-Mail direkt an die Ombudsperson. Im Vergleich über die Jahre zeichnet sich ein kontinuierlicher Anstieg der Eingangsart der E-Mail ab. Dies lässt eine höhere digitale Kompetenz der kontaktsuchenden Personen vermuten.

Wer hat die Eingaben eingereicht?

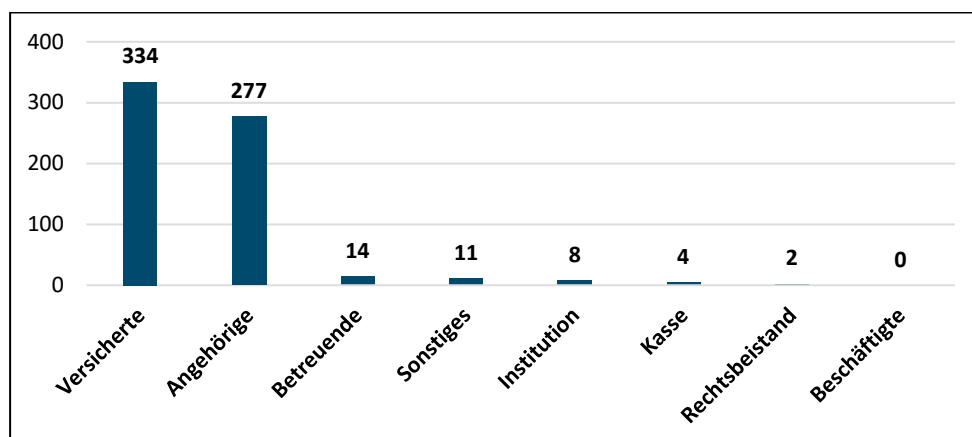


Abbildung 5: Wer hat die Eingaben eingereicht?

Die meisten Eingaben sind von den Versicherten (334) und den Angehörigen (277) eingegangen.

14 Eingaben erfolgten durch Betreuende. 11 Eingaben erfolgten durch „Sonstiges“, beispielsweise durch den behandelnden Facharzt einer versicherten Person, Nachbarn, Arbeitgeber, Mitarbeiter eines Rettungsdienstes oder einer Fußpflegerin.

8 Eingaben erfolgten durch Institutionen, wie beispielsweise einer Steuerberatungsgesellschaft oder Pflegeeinrichtungen. 4 Eingaben erfolgten durch die Weiterleitung der Kasse und 2 Eingaben erfolgten durch den Rechtsbeistand.

Zugenommen haben die Verweise durch Beschäftigte der Kassen an die Ombudsperson beim Medizinischen Dienst Baden-Württemberg. Kontaktsuchende Personen geben auch bei Anliegen, die nicht in den Aufgabenbereich der Ombudsperson beim Medizinischen Dienst Baden-Württemberg gehören an, dass sie die Kontaktdaten der Ombudsperson von der Kranken-/Pflegekasse erhalten haben, mit dem Hinweis, sich mit ihrem Anliegen an diese zu wenden.

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

Aufteilung der Eingaben nach Kasse

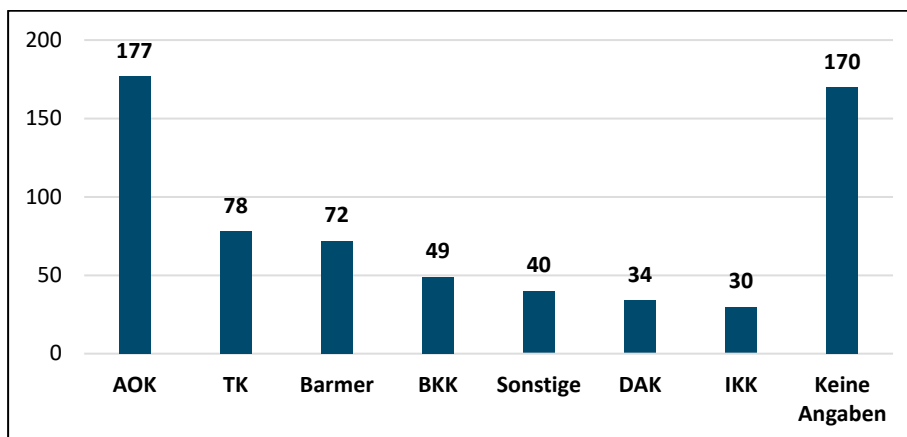


Abbildung 6: Aufteilung der Eingaben nach Kasse

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

Begutachtungsgebiete

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

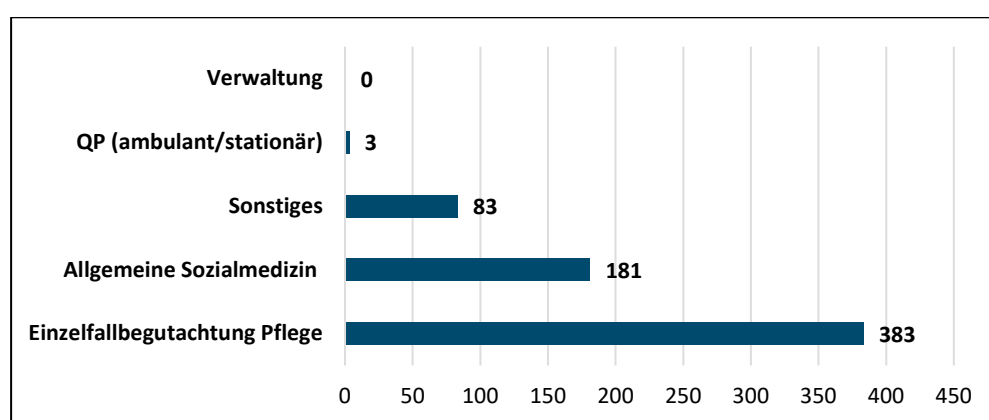


Abbildung 7: Begutachtungsgebiete

In der Kategorie der „Verwaltung“ gibt es kein Anliegen.

Zur Kategorie der „Qualitätsprüfung Pflegeeinrichtungen“ – der Prüfung der Versorgungsqualität in Pflegeeinrichtungen – sind 3 Eingaben eingegangen. Genauer wird im Verlauf des Berichtes beschrieben.

In der Kategorie „Sonstiges“ sind 83 Eingaben erfasst, die nicht in den direkten Zuständigkeitsbereich der Ombudsperson fallen. Dies sind überwiegend Beschwerden zur Terminvergabe und zu Behandlungen in Zahnarzt-, Hausarzt- und Facharztpraxen (21), Eingaben zu kasseninternen Anliegen (20), Beschwerden zur Krankenhausbehandlungen oder Pflegediensten (14), Eingaben, für die eine andere Ombudsperson zuständig ist (11) sowie Behandlungsfehler (6). In der Regel kann die Ombudsperson in diesen Fällen auf Institutionen oder Beratungseinrichtungen verweisen, die den Betroffenen weiterhelfen können.

In der Kategorie „Allgemeine Sozialmedizin“ sind 181 Eingaben eingegangen, auf deren differenzierte Auswertung im Folgenden weiter eingegangen wird. 383 Eingaben sind in der Kategorie „Einzelfallbegutachtung Pflege“ eingegangen.

Eingabegrund

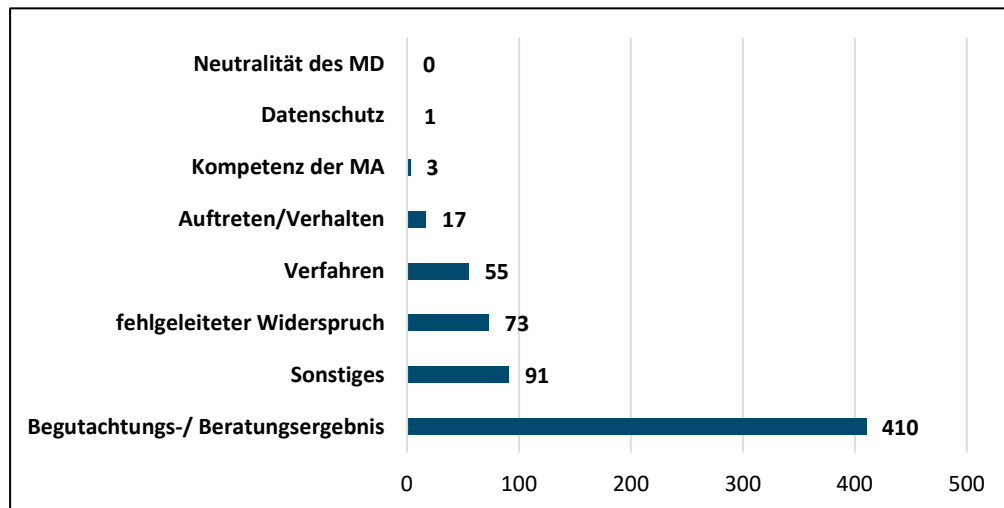


Abbildung 8: Eingabegrund

Vereinzelte Eingaben zu den Kategorien „Datenschutz“ (1) und „Kompetenz der MA“ (3) eingegangen. Zur Kategorie „Neutralität des MD“ gibt es keine Eingaben. Zum „Auftreten/Verhalten“ gibt es 17 Eingaben. Oft ist die Beschwerde über das Auftreten/Verhalten der Gutachterin oder des Gutachters bei diesen Eingaben jedoch nur ein Teilanliegen. Im Kern bezieht sich das Anliegen auf das Begutachtungs-/Beratungsergebnis. Nur wenn von der kontaktsuchenden Person erwünscht, erfolgt daher nach der Bearbeitung dieses Kerns eine spätere Abgabe der Beschwerde über das Auftreten/Verhalten an das Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg.

73 fehlgeleitete Widersprüche sind bei der Ombudsstelle eingegangen, bei denen kein aktiver Einbezug der Ombudsperson gewünscht war, nachdem an die jeweils zuständige Stelle vermittelt wurde. Dabei war es nur in 2 Fällen notwendig, den Eingang des form- und fristgerechten Widerspruchs bei der Ombudsperson gemäß § 84 Abs. 1 SGG gegenüber den kontaktsuchenden Personen zu bestätigen.

Die Kategorie „Verfahren“ umfasst 55 Eingaben, unter anderem mit Fragen nach der Vorgehensweise im Widerspruchsverfahren. Hier wurde u. a. auf das Hinweisblatt der Ombudsperson hingewiesen. In der Kategorie „Sonstiges“ sind 91 Eingaben erfasst. Auf eine nähere Beschreibung dieser Eingaben wurde im Bereich Begutachtungsgebiete eingegangen. 410 Eingaben sind der Kategorie „Begutachtungs-/Beratungsergebnis“ zugeordnet. Hier liegt der Fokus der kontaktsuchenden Personen häufig auf Verständnisfragen zum Inhalt und der Bewertung bzw. Ergebnis des Gutachtens. Hierauf wird im Verlauf des Berichtes nochmals eingegangen.

Beispiele der Hauptanliegen der Eingaben

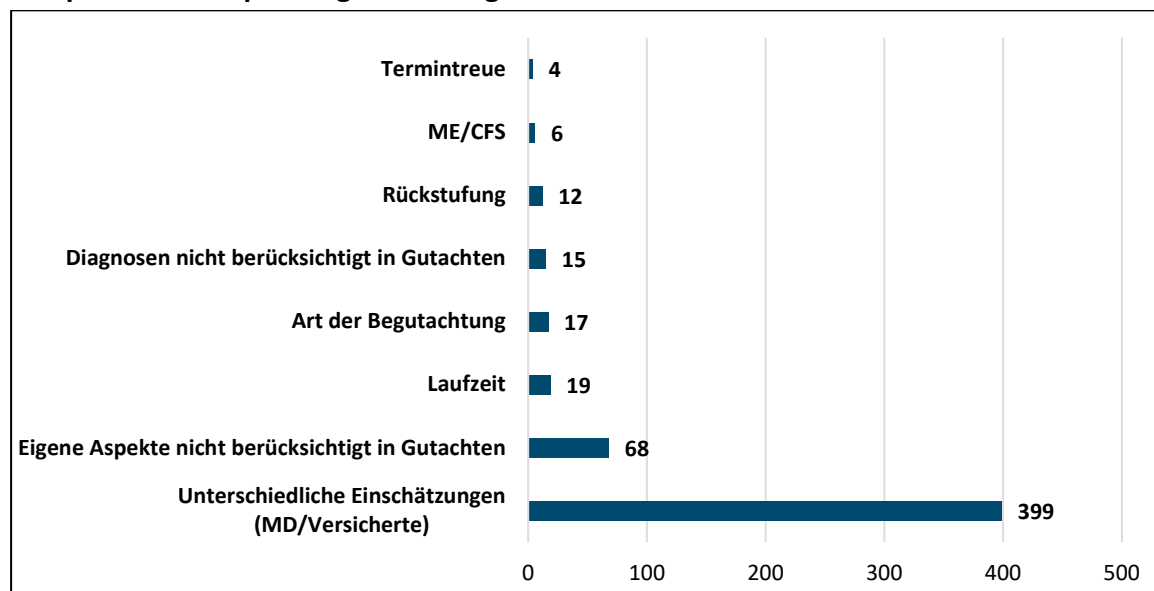


Abbildung 9: Beispiele der Hauptanliegen der Eingabe

Die Kategorie „Terminreue“ mit 4 Eingaben beinhaltet festgelegte Begutachtungstermine, die nicht pünktlich eingehalten oder kurzfristig abgesagt wurden. Bezüglich dem Schwerpunkt ME/CFS sind 6 Anliegen eingegangen, die sich auf die Einzelfallbegutachtung Pflege bezogen. 12 Eingaben bezogen sich auf Begutachtungen, bei denen Rückfragen zur Einstufung in den geringeren Pflegegrad bestanden. In 17 Eingaben war die Art der Begutachtung das Hauptanliegen, bemängelt wird die Begutachtung nach Aktenlage – vereinzelt auch die Begutachtung per Telefoninterview. Die Kategorie „Laufzeit“ mit 19 Eingaben umfasst hingegen Anfragen zum aktuellen Stand des Verfahrens. Diese beziehen sich fast ausschließlich auf die Terminierung bzw. lange Wartezeiten im Widerspruchsverfahren und können meist ohne direkte Beteiligung der Ombudsperson durch die Geschäftsstelle der Ombudsperson bearbeitet oder an das zuständige Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes weitergeleitet werden.

68 Eingaben sind in der Kategorie „Eigene Aspekte nicht berücksichtigt im Gutachten“ enthalten. Hier äußerten die kontaktsuchenden Personen, dass die vorhandenen medizinischen Unterlagen nicht angemessen berücksichtigt worden seien oder ihre Erläuterungen und Beschreibungen für sie nicht aus dem Gutachten hervorgehen würden. Versicherte haben teilweise eine andere Wahrnehmung von pflegerelevanten Diagnosen, welche aus ihrer Sicht nicht in den Gutachten berücksichtigt wurden. Mit 399 Eingaben in der Kategorie „Unterschiedliche Einschätzungen (MD/Versicherte)“ ist das unterschiedliche Verständnis der kontaktsuchenden Personen bezüglich des Pflegebedarfs und des Bedarfs an Unterstützung das häufigste Hauptanliegen. Auf eine nähere Beschreibung dieser Eingaben wird in dem folgenden Bereich der Einschätzungen eingegangen.

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

Beispiele der Eingaben im Bereich der Krankenversicherung

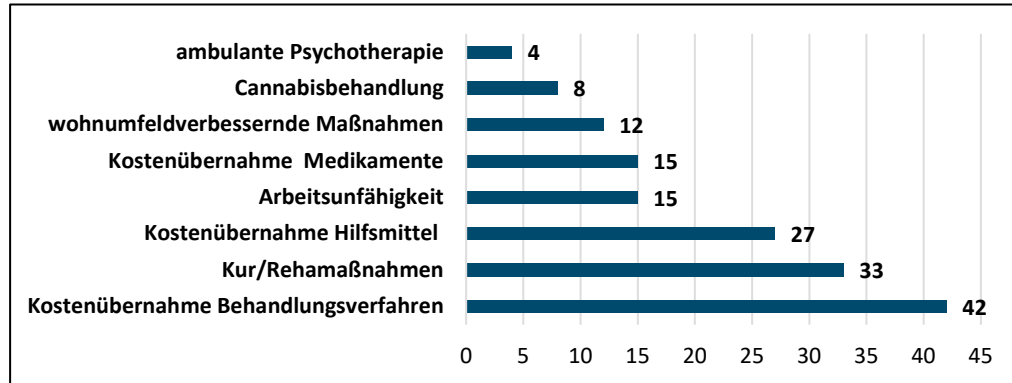


Abbildung 10: Beispiele Eingaben im Bereich der Krankenversicherung

Vereinzelte sind Eingaben zu den Kategorien „ambulante Psychotherapie“ (4), „Cannabisbehandlung“ (8) und „wohnumfeldverbessernde Maßnahmen“ (12) eingegangen. Die Kostenübernahme von Medikamenten beinhaltet 15 Eingaben, hier handelte es sich mehrheitlich um Off-Label-Use (Einsatz eines Arzneimittels außerhalb der von den nationalen oder europäischen Zulassungsbehörden genehmigten Anwendungsszenarien). Zur Kategorie „Arbeitsunfähigkeit“ sind 15 Eingaben eingegangen. Hier gibt es Rückmeldungen zu einer unterschiedlichen Einschätzung der versicherten Person bezüglich der Arbeitsunfähigkeit, Verständnisfragen zum Gutachten oder aus Sicht der versicherten Person nicht berücksichtigten Unterlagen und Befunden. Erstmals haben sich zwei Arbeitgeber mit „Arbeitgeberzweifel an der Krankmeldung“ an die Ombudsperson gewandt, hier konnte das weitere Vorgehen geklärt werden. Bei beiden Eingaben wurden jeweils mehrfache und direkt aufeinander folgende Krankmeldungen für einen kurzen Zeitraum eingereicht. In einem der beiden Fälle erfolgte dies von verschiedenen Ärzten, die vom Arbeitnehmer nur digital kontaktiert worden seien. Fälle ohne direkten Kontakt zwischen Ärztinnen und Arzt und unbekannten Patientinnen und Patienten sind kritisch zu sehen.

27 Eingaben sind zur Kategorie „Kostenübernahme Heil- und Hilfsmittel“ eingegangen. Beispiele hierfür sind Anträge auf Kostenübernahme einer speziellen Rollstuhlart, Hilfsmittel zur Kompressionstherapie oder therapeutischer Bewegungsgeräte. Zur Kategorie „Kur/Rehamaßnahmen“ sind 33 Eingaben eingegangen. Diese umfassen beispielsweise Anträge auf Kostenübernahme einer erneuten Maßnahme vor Ablauf der 4-Jahresfrist, Eingaben mit dem dringlichen Wunsch einer stationären statt ambulanten Maßnahme oder Eingaben, bei denen die ärztlichen Unterlagen nicht ausreichend berücksichtigt oder gar nicht weitergeleitet wurden. Die 42 Eingaben in der Kategorie „Kostenübernahme Behandlungsverfahren“ umfassen beispielsweise Eingaben zu plastisch-chirurgischen Eingriffen, jedoch mehrheitlich neue Behandlungsmethoden wie das PET-CT oder das mpMRT, die vor allem bei tumor Erkrankten eine wichtige Rolle einnehmen. Auf Unverständnis stößt vielfach die Ablehnung eines mpMRT „durch den Medizinischen Dienst“ bei erhöhten PSA-Werten. Dass die jeweilige Kasse das mpMRT ablehnt und der Medizinische Dienst an die Entscheidungen des G-BA gebunden ist, bedarf sensibler Gespräche in der meist angespannten Situation.

Anzahl der Telefonberatungen pro Eingabe

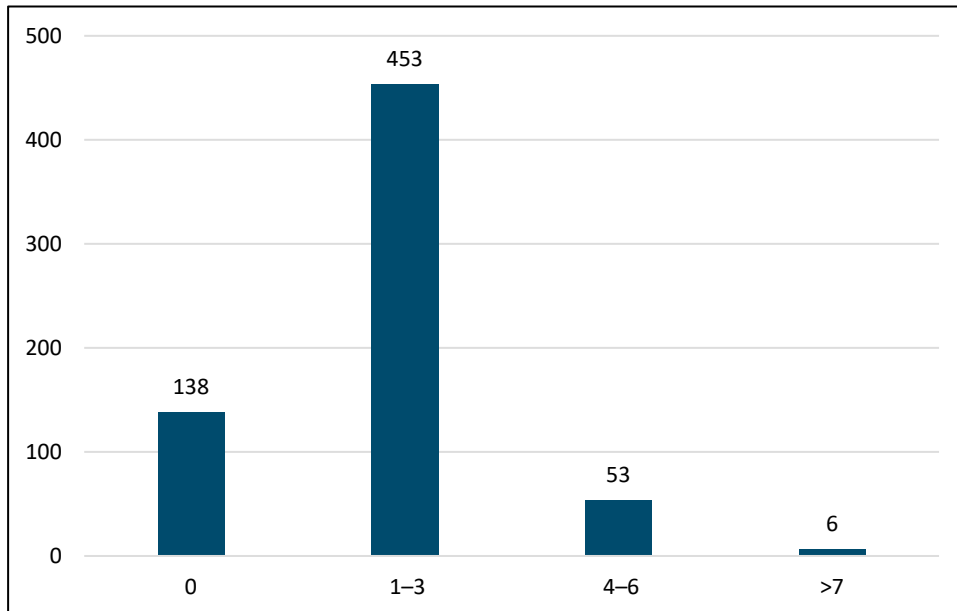


Abbildung 11: Anzahl der Telefonberatungen pro Eingabe

Ein Großteil der Eingaben (453) kann mit je 1–3 Telefonberatungen abgeschlossen werden. Dazu gibt es einzelne Anliegen (6), bei denen jeweils mehr als 7 Telefonberatungen stattfanden. Diese Anliegen sind beispielsweise Widerspruchsverfahren, bei denen eine intensivere Recherche und Klärung notwendig ist und sich der Kontakt über mehrere Wochen bis Monate erstreckt. 53 Eingaben sind mit 4–6 Telefonberatungen abgeschlossen. Hier erstreckt sich der Kontakt meist über mehrere Wochen. Bei 138 Eingaben erfolgte keine tiefergehende Telefonberatung. Auf unsere erste Rückmeldung entsteht kein weiterer Kontaktbedarf, da die Erläuterungen der Ombudsstelle für die kontaktsuchenden Personen ausreichend sind.

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

Maßnahmen der Ombudsperson

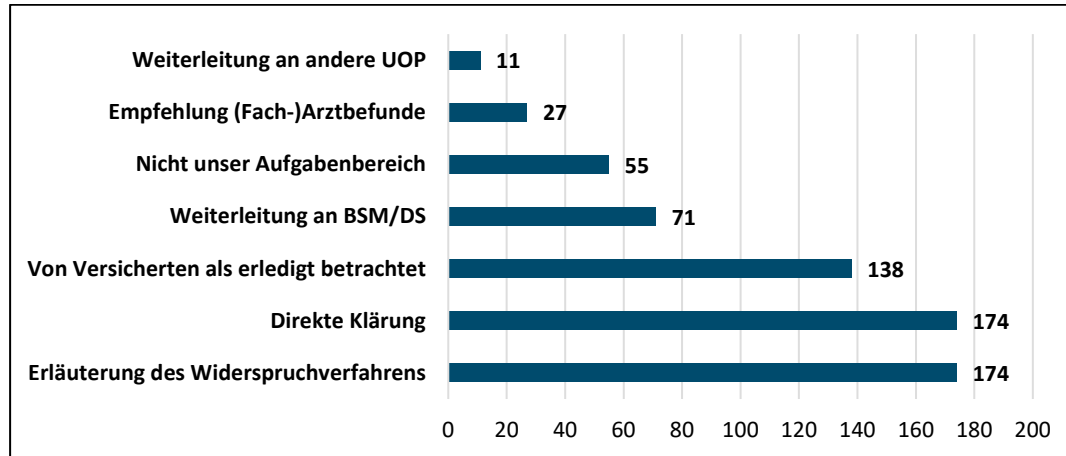


Abbildung 12: Maßnahmen der Ombudsperson

11 Eingaben wurden aufgrund fehlender regionaler Zuständigkeit an die jeweils zuständige Ombudsperson abgegeben. Die Kategorie „Empfehlung (Fach-)Arztbefunde“ beinhaltet 27 Eingaben. Hier haben die Kontaktsuchenden bereits den Widerspruch bei der zuständigen Kasse eingelegt und reichen entsprechende Befunde als Widerspruchsbegründung oder als Grundlage der Begutachtung im (Widerspruchs-)Verfahren nach. 55 Eingaben betreffen nicht den Aufgabenbereich der Ombudsperson. Diese setzen sich wie bereits beschrieben aus den Beschwerden zur Terminvergabe und zu Behandlungen in Zahnarzt-, Hausarzt- und Facharztpraxen, Eingaben zu kasseninternen Anliegen sowie Beschwerden zur Krankenhausbehandlungen oder Pflegediensten zusammen.

Die Weiterleitung der Eingaben an das Beschwerdemanagement oder den Datenschutz erfolgte in 71 Eingaben. Wie bereits unter dem Punkt „Eingabegründung“ beschrieben, erfolgt eine Weiterleitung des (Teil)Anliegens an das Beschwerdemanagement oder den Datenschutz des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg oft nur, nachdem der eigentliche Kern des Anliegens bereits in der Ombudsstelle bearbeitet wurde.

138 Eingaben wurden nach der ersten Kontaktaufnahme von der kontaktsuchenden Person als erledigt betrachtet. Bei diesen Anliegen wurde die Einwilligungserklärung gesendet mit der Bitte um Rücksendung. Es gab keinen weiteren Kontakt und die Anliegen wurden als abgeschlossen gewertet. Dies sind Eingaben, bei denen die Erläuterungen der Ombudsstelle für die kontaktsuchenden Personen ausreichend waren – beispielsweise fehlgeleitete Widersprüche.

Die Kategorie „Direkte Klärung“ beinhaltet 174 Eingaben, die direkt und meist ohne Einwilligungserklärung und ohne Unterlagenanforderung geklärt werden konnten. In Einzelfällen wurde das Anliegen auch direkt mit der zuständigen Dienststelle des Medizinischen Dienstes bearbeitet.

In insgesamt 174 Anliegen ist eine Erläuterung zum Widerspruchsverfahren der Kassen erfolgt. Beispielsweise fallen in diese Anliegen die Hinweise, dass der Widerspruch bei der jeweiligen Kasse einzulegen ist und nicht beim Medizinischen Dienst oder bei der Ombudsperson. Viele Kontaktsuchende kennen sich mit dem Widerspruchsverfahren nicht aus.

Bei Bedarf lassen wir den kontaktsuchenden Personen das Hinweisblatt der Ombudsperson zukommen. Es enthält zusammengefasst Informationen zu möglichen Anliegen im Zusammenhang mit der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst und der Leistungsentscheidung der Kasse sowie mögliche Ansprechpersonen.

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

4 Erfahrungen, Einschätzungen und Hinweise

Behandlungsfehler

Im Berichtszeitraum gab es im Verhältnis zu den vorhergehenden Jahren vermehrt Anfragen wegen möglichen Behandlungsfehlern bei der Ombudsperson. Insgesamt wurden 6 Eingaben gemacht.

Patientinnen oder Patienten, die vermuten, dass bei der Diagnose oder Behandlung etwas schiefgelaufen ist, sind emotional oft stark belastet. In zwei Fällen haben diese erst nach Jahren die Kraft gehabt, sich an die Ombudsperson zu wenden. Andere wenden sich an die Ombudsperson, weil sie die Qualität in den Krankenhäusern aufgrund eines selbst erlebten Behandlungsfehlers für die Zukunft verbessern wollen. Die Ombudsperson ist in diesen Fällen nicht direkt zuständig. Sie informiert die kontaktsuchenden Personen, dass sie sich an ihre Krankenkasse oder die Ärztekammer wenden müssen. Das Gespräch über den Vorfall tut den Betroffenen oft schon gut.

Begutachtungen und der Wunsch nach persönlicher Begutachtung

Auch im Jahr 2025 war der Wunsch der kontaktsuchenden Personen nach einer persönlichen Begutachtung hoch. Die Betroffenen wollen gesehen werden bzw. die Angehörigen wollen, dass die zu begutachtende angehörige Person gesehen wird. Dabei spielt nicht nur der Pflegegrad im Ergebnis eine Rolle, sondern auch die Hoffnung auf weitergehende Informationen und Hilfe durch die Gutachterinnen und Gutachter. Die von den Gutachterinnen und Gutachtern gewonnenen Eindrücke und Erfahrungen bei einem Hausbesuch könnten noch umfangreicher verwendet werden, um die Versorgung zielgenau weiterzuentwickeln, Prävention zu stärken und regionale Bedarfe frühzeitig zu erkennen.

Ganz konkret wird es, wenn die Gutachterinnen und Gutachter in einen verwahrlosten Haushalt kommen, der einhergeht mit der Beobachtung, dass die zu begutachtende Person nicht mehr in der Lage ist, ihren Haushalt selbstständig zu führen. Bei den beiden eingegangenen Anliegen konnten nach Rücksprache mit dem Beschwerdemanagement für die betroffenen Personen gute Regelungen gefunden werden.

Weiterhin fungiere ich als Gutachtenübersetzer. Für manche Versicherten gestaltet sich das Lesen der Gutachten schwierig, bzw. ist das Verstehen des Gutachtens oft schwer. Gerade auch die Empfehlungen zu Therapien, die in einem Gutachten aufgeführt sind, werden überlesen. Es gibt auch Anrufe in der Ombudsstelle, mit der Frage warum sie als Versicherten die im Gutachten aufgeführten Empfehlungen nicht automatisch erhalten.

Nach wie vor steht die eigene Krankengeschichte bei der Begründung für einen Pflegegrad bei den Versicherten im Vordergrund. Sie möchten zunächst „ihre Krankengeschichte“ schildern. Allerdings begründet eine „noch so schwere Krankheit“ nicht unbedingt einen Pflegebedarf. Auf diesem Hintergrund braucht es von meiner Seite gute Argumente, um den Unterschied zwischen Pflegebedarf, Bedarf an Unterstützung und Krankheit zu erläutern.

Der Wunsch nach einem Pflegegrad wird oft mit hauswirtschaftlichen Leistungen, die nicht mehr selber erbracht werden können, begründet. Intensive Gespräche sind notwendig, um zu erläutern, dass hauswirtschaftliche Leistungen keinen Pflegegrad begründen.

Vereinzelt gibt es Kritik von den kontaktsuchenden Personen an der aus ihrer Sicht zu kurzen Anwesenheit der Gutachterinnen und Gutachter bei einem Hausbesuch. In Rücksprache mit dem Beschwerdemanagement konnte dies aufgeklärt werden und von mir mit den Anrufern besprochen werden.

Die Verwendung von Online-Pflegerechnern nimmt zu und wird als Maßstab für den gewünschten Pflegegrad herangezogen. Oft wird das Ergebnis des Pflegerechners als Begründung für einen Widerspruch genommen, ohne eigene Begründungen zu formulieren. Durch Nachfragen, was der konkrete Pflegebedarf ist und dem Hinweis diesen Bedarf in Stichworten zu beschreiben hoffe ich, einen Beitrag leisten zu können zu einer realistischen Einschätzung des Pflegegrads. Online-Pflegerechner können höchstens eine Orientierung geben, als Begründung für einen Pflegeantrag sind sie aus meiner Sicht unzureichend.

Es gab immer wieder Anrufe, in denen Versicherte und Angehörige rückmelden, dass nach einer Terminabsage ihrerseits kein erneuter Termin für einen Hausbesuch vereinbart wird, sondern das Gutachten nach Aktenlage erstellt wurde. Das wurde von den Betroffenen als „Bestrafung“ verstanden. In Absprachen mit dem Beschwerdemanagement wird den Betroffenen nun mit dem Gutachten ein erläuternder Brief mitgeschickt, warum die Begutachtung nach Aktenlage erfolgt ist.

Positiv ist die im letzten Bericht angesprochene Entscheidung des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg, bei Versicherten mit den Diagnosen Demenz, Schizophrenie oder anderen schweren psychischen Erkrankungen keine Telefonbegutachtungen mehr durchzuführen. Dieser Austausch war sehr wertvoll, es gibt dazu nur noch sehr vereinzelte Eingänge.

Podcast

Der Medizinische Dienst Baden-Württemberg gab mir Anfang des Jahres 2025 die Möglichkeit, an einem Podcast über die Arbeit als Ombudsperson teilzunehmen und mich persönlich dabei vorzustellen. Ganz herzlichen Dank dafür und natürlich auch an Frau Demir für die Vorbereitung des Interviews und die sympathische Gesprächsführung.

Am besten Sie hören selbst mal rein und machen sich einen Eindruck. Der Podcast ersetzt fast einen Jahresbericht: <https://www.md-bw.de/ueber-uns/ombudsperson>



*Abbildung 13: Peter Niedergesäss und Julia Demir
Foto: MD BW*

Betreuende/Bevollmächtigte

Im vergangenen Jahr gibt es mehr Eingaben durch Dritte (Betreuende, Institutionen und Sonstige), die sich meist bereits im Widerspruchverfahren an die Ombudsperson gewandt haben. Leider musste ich dabei gerade bei Betreuenden bzw. Bevollmächtigten feststellen, dass das Wissen um den Pflegeaufwand oder eine Begutachtung nicht viel größer ist als in der Gesamtbevölkerung. Die Klärung dieser Anliegen sind vermehrt aufwändiger, da auch auf das unterschiedliche Verständnis des Pflegebedarfs und des Bedarfs an Unterstützung sowie Erläuterungen zum Gesundheitssystem und den entsprechenden Ansprechstellen geordnet werden muss. Deshalb begrüße ich das Bildungsangebot mit Informationsveranstaltungen des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg (Forumsveranstaltungen). Dies könnte auch für Betreuende und Bevollmächtigte als Qualifizierungsmaßnahme mit angeboten werden.

Beschwerden über Arztpraxen, Klinken bzw. Pflegeeinrichtungen

Insgesamt 21 Eingaben sind zu Beschwerden über Arztpraxen, Kliniken und Pflegeeinrichtungen eingegangen.

Bei den Eingaben zu Arztpraxen oder Klinken wurde angeraten, sich an die Ärztekammer oder an die jeweiligen Eigentümer bzw. die entsprechende Aufsicht zu wenden.

Unter den Beschwerden über Pflegeeinrichtungen waren auch zwei anonyme Eingaben. Bei Letzteren ist es schwierig, die Eingabe zu einer Lösung zu führen. Auch in diesen Fällen wurde an die Eigentümer bzw. die entsprechende Aufsicht verwiesen. Gleichzeitig wurde empfohlen, diese Beschwerden auch an den Verbund Qualitätsprüfung Pflegeeinrichtungen weiterzuleiten.

In einem Anliegen handelte es sich um eine Verständnisfrage bezüglich der Richtlinie zur Qualitätsprüfung in der vollstationären Pflege. Diese konnte nach Rücksprache direkt geklärt werden.

Gespräche/Vertretungen

Regionalverband Prostata-Krebs

Im Berichtszeitraum war ich eingeladen vom Regionalverband Prostata-Krebs Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Saarland, um über die Aufgaben der Ombudsperson beim Medizinischen Dienst Baden-Württemberg zu sprechen.

Es fand ein guter Austausch statt, bei dem es auch um die Ablehnungen von PET-CT und mpMRT bei Prostataerkrankten ging. Dabei konnte ich die Kriterien erläutern, nach denen der Medizinische Dienst Baden-Württemberg die Anträge beurteilt. Gleichzeitig wurden Wege diskutiert, wie der Regionalverband mit den überwiegenden Ablehnungen umgehen kann.



*Abbildung 14: Peter Niedergesäss
Foto: Regionalverband Prostata-Krebs*

Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue Syndrom (ME/CFS)

Wenn es mir möglich war, nahm ich an den Videogesprächen zwischen dem Netzwerk ME/CFS und dem Medizinischen Dienst Baden-Württemberg teil.

Was ist charakteristisch für ME/CFS oder die Post-Exertionelle Malaise (PEM) – eine ausgeprägte und anhaltende Verstärkung aller Symptome nach geringer körperlicher oder geistiger Anstrengung?

Die Post-Exertionelle Malaise führt zu ausgeprägter Schwäche, Muskelschmerzen, grippalen Symptomen und der Verschlechterung des allgemeinen Zustands.

PEM tritt typischerweise schon nach geringer Belastung auf. Schon kleine Aktivitäten wie Zähneputzen, Duschen, Kochen oder wenige Schritte gehen, können zur Tortur werden. Besorgungen im Supermarkt können die Erkrankten anschließend zu tagelanger Bettruhe zwingen. Für Schwerstbetroffene kann die PEM bereits durch das Umdrehen im Bett oder die Anwesenheit einer weiteren Person im Raum ausgelöst werden.

Bei den letzten Gesprächsrunden ging es um die pflegerische Versorgung von ME/CFS-Erkrankten und die Vorgehensweise des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg bei Begutachtungen. Wichtig war die Info an die Gesprächsrunde, dass beim Medizinischen Dienst Baden-Württemberg alle Gutachterinnen und Gutachter zu ME/CFS geschult wurden.

DGB-Senioren Bodensee-Oberschwaben

Eingeladen war ich auch von den DGB-Senioren Bodensee-Oberschwaben, um über die Aufgaben der Ombudsperson zu sprechen. Es ergab sich eine intensive Diskussion über die Pflege generell und der notwendigen Reform der Pflegeversicherung. Die DGB-Senioren planen dazu weitere Veranstaltungen.



*Abbildung 15: Peter Niedergesäss mit DGB-Senioren
Foto: Frank Kappenberger*

Medizinischer Dienst Bund

Im Frühjahr 2025 fanden zwei Videokonferenzen zwischen dem Medizinischen Dienst Bund und den Ombudspersonen auf Länderebene statt. Anlass war die beabsichtigte Änderung der Richtlinie für die Ombudspersonen. Inhalt war das gegenseitige Kennenlernen auf der Grundlage der Tätigkeit der Ombudspersonen. Die Diskussion um die Richtlinie für die Ombudspersonen fand auf der Basis der „Gedanken der Ombudspersonen zum Ende der ersten Amtsperiode“ statt. Diese Stellungnahme ist in meinem Jahresbericht 2024 enthalten.

Arbeitsgemeinschaft der Ombudspersonen

An dem jährlichen Austauschtreffen der Ombudspersonen auf der Bundesebene im Herbst konnte ich aus privaten Gründen nicht teilnehmen. Den Austausch über praktische Erfahrungen aus unserer Tätigkeit, verbunden mit Gesprächen über für uns relevante Stellen finde ich weiterhin sinnvoll und notwendig. Diese Austauschtreffen sollten auf jeden Fall fortgeführt werden. Schlussendlich führen sie auch zu einem gemeinsamen Verständnis über die Tätigkeit der Ombudspersonen.

Zusammenarbeit mit dem Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg

Im Jahr 2024 wurde das Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg neu strukturiert. Die gute Zusammenarbeit mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wurde in 2025 weitergeführt und verstetigt. Ein besonderer Dank gilt Frau Vogt und Frau Gottschalk für die sehr wertschätzende und vertrauensvolle Zusammenarbeit.

Die Ombudsperson und die Geschäftsstelle der Ombudsperson haben keinen direkten Zugang zu den Unterlagen des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg. Dieser ist nur berechtigt, uns Unterlagen und Informationen zu einem konkreten Vorgang zur Verfügung zu stellen, wenn die betroffene Person bzw. die bevollmächtigte Person in die Datenweitergabe an uns schriftlich eingewilligt hat. Die Zusammenstellung der notwendigen Unterlagen und Informationen erfolgt durch das Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg.

Es kommt auch vor, dass sich eine kontaktsuchende Person parallel an das Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg und an die Ombudsperson wendet. In diesem Falle stimmen wir uns mit dem Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg ab, welche Stelle die Eingabe weiterverfolgt und informieren die kontaktsuchende Person entsprechend. Dadurch wird eine Bearbeitung an beiden Stellen vermieden und Doppelstrukturen verhindert. Bei einigen dieser Eingaben findet bei Bedarf auch ein Austausch statt über die von jeder Stelle gewonnenen Eindrücke über die Personen, die Eingaben gemacht haben.

Anlassbezogen findet ein telefonischer Austausch mit der Leitung des Beschwerdemanagements statt, um sich über angesammelte Eindrücke aus Begutachtungen auszutauschen und falls notwendig nach Lösungen zu suchen. Hier gilt mein Dank Frau Heling für die sehr wertschätzende und vertrauensvolle Zusammenarbeit.

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

Wechsel in der Geschäftsstelle

Im September 2025 wurde ein Personalwechsel in der Geschäftsstelle eingeleitet. Auf Frau Kuderer (geb. Bruder) folgte Frau Herbstritt. Frau Herbstritt war schon bisher die Vertretung von Frau Kuderer und wurde von ihr gut eingearbeitet. Sie steht auch weiterhin im Hintergrund für die Geschäftsstelle mit Rat und Tat zur Verfügung. Insbesondere hat sie sich nochmals bei der Erstellung des Jahresberichtes der Ombudsperson stark engagiert und diesen erstellt. Frau Kuderer hat mit mir zusammen die Geschäftsstelle der Ombudsperson aufgebaut. Wir haben zur gleichen Zeit mit unserer Tätigkeit begonnen und wurden teilweise gemeinsam eingearbeitet. Das hat uns zu einem guten und effektiv arbeitenden Team werden lassen.

Die Zusammenarbeit mit Frau Herbstritt ist sehr gut, und wir sind auf einem vielversprechenden Weg, ein gutes Team zu werden.

Von Herzen möchte ich Frau Herbstritt und Frau Kuderer aus der Geschäftsstelle der Ombudsperson meinen Dank aussprechen. Sie vereinbaren unter anderem die nächsten Schritte und Termine mit mir und recherchieren für mich die notwendigen Dokumente für die anstehenden Gespräche. Ohne die Professionalität und das Engagement von Frau Herbstritt und Frau Kuderer wäre die Aufgabe der Ombudsperson angesichts der 650 Eingänge für mich nicht zu leisten.

5 Dank

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

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

6 Schlusswort

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

Diese Gespräche sind anspruchsvoll, aber auch unglaublich bereichernd. Hinter jeder Zahl stehen Menschen mit Hoffnungen, Sorgen und Erwartungen. Mein Ziel ist es, ihnen Orientierung und Unterstützung zu geben.“ Peter Niedergesäss



*Abbildung 16: Peter Niedergesäss und Andreas Klein
Foto: MD BW*



Ombudsperson **beim Medizinischen Dienst** **Baden-Württemberg**

Herausgeber

Ombudsperson beim Medizinischen Dienst Baden-Württemberg • Peter Niedergesäss

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

E-Mail: ombudsperson@md-bw.de • Internet: www.md-bw.de/ueber-uns/ombudsperson

Stand: 11.02.2026