

**Unabhängige Ombudsperson**  
beim Medizinischen Dienst Hessen

---

**Jahresbericht 2023**  
**nach § 278 Abs. 3 SGB V**

---

**Berichtszeitraum: 01.01. - 31.12.2023**

---

# Impressum:

Frau Peggy Keller  
Unabhängige Ombudsperson beim MD Hessen  
Eptingweg 7  
65929 Frankfurt am Main  
[Ombudsperson@peggy-keller.de](mailto:Ombudsperson@peggy-keller.de)  
Internet: [www.md-hessen.de](http://www.md-hessen.de)

# Vorbemerkung

Gemäß § 278 Abs.3 SGB V hat die unabhängige Ombudsperson der Medizinischen Dienste (MD) bis spätestens 31. Dezember des jeweiligen Jahres dem Vorstand, dem Verwaltungsrat und der zuständigen Aufsichtsbehörde in anonymisierter Form über ihre Tätigkeit zu berichten.

Der Bericht ist 3 Monate nach Zuleitung an den Verwaltungsrat und die Aufsichtsbehörde zu veröffentlichen.

# Inhaltsverzeichnis

<b>A.</b> Aufgaben der unabhängigen Ombudsperson	5
<b>B.</b> Wer kann sich an die Ombudsperson wenden? a) Gutachterinnen und Gutachtern des Medizinischen Dienstes b) Versicherte	5
<b>C.</b> Entwicklung und Statistiken	6
<b>D.</b> Kontaktaufnahme zur unabhängigen Ombudsperson	8
<b>E.</b> Graphische Zusammenfassung und Auswertung der Fälle	9
<b>F.</b> Ombudsverfahren	10
<b>G.</b> Gegenstand der Eingaben der Versicherten	11
<b>H.</b> Schlussfolgerungen	13

## **A. Aufgaben der unabhängigen Ombudsperson**

Im Rahmen des Reformgesetzes des Medizinischen Dienstes „MDK-Reformgesetz“ wurden die Medizinischen Dienste gemäß § 283 Abs. 2 Satz 5 SGB V verpflichtet, eine unabhängige Ombudsperson zu bestellen.

Die Bestellung der unabhängigen Ombudsperson MD Hessen erfolgte fristgerecht zum 02.05.2022. Damit wurde eine Beschwerdestelle geschaffen, die außerhalb der Organisation frei und unabhängig von Weisungen tätig ist.

Hessen ist dabei eines der wenigen Bundesländer welches auf die Befugnis verzichtet hat, eigenes Personal im Sinne einer Einrichtung einer Geschäftsstelle beim MD Hessen für die unabhängige Ombudsperson zu nutzen bzw. für die Bewältigung der Aufgabe zur Verfügung zu stellen.

Der MD Hessen hat sich dafür entschieden, damit maximale Unabhängigkeit gewährleistet ist, keine Ressourcen - weder an Personal/digitaler Infrastruktur noch an Räumlichkeiten der unabhängigen Ombudsperson zur Verfügung zu stellen.

Dies war ein für den MD Hessen zentraler und wichtiger Punkt bei der Umsetzung der Gesetzes.

Regelmäßig findet auf Länder- und Bundesebene ein Austausch zwischen den unabhängigen Ombudspersonen der einzelnen Bundesländer, dem Patientenbeauftragten der Bundesregierung und der unabhängigen Ombudsperson des MD Bund statt.

## **B. Wer kann sich an die unabhängige Ombudsperson wenden?**

Gemäß § 278 Abs. 3 SGB V der Richtlinie können sich sowohl Beschäftigte des Medizinischen Dienstes bei Beobachtungen von Unregelmäßigkeiten als auch Versicherte bei Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes vertraulich an die Ombudsperson wenden.

- a. Den Gutachterinnen und Gutachtern des Medizinischen Dienstes soll eine vertrauliche und niederschwellige Möglichkeit eröffnet werden, insbesondere Beeinflussungsversuche durch Dritte (von außen) zu melden.

In den Hinweisen zur Richtlinie Unabhängige Ombudsperson heißt es:

„Die unabhängige Ombudsperson ist zuständig für die Bearbeitung von durch die Beschäftigten des Medizinischen Dienstes gemeldeten Beobachtungen und Unregelmäßigkeiten, insbesondere bei Beeinflussungsversuchen durch Dritte.

Sie soll eine niederschwellige und vertrauliche Möglichkeit für Gutachterinnen und Gutachter darstellen, Beeinflussungsversuche von außen zu melden.“

- b. Die weitere zentrale Aufgabe der unabhängigen Ombudsperson ist die Befassung mit Beschwerden von Versicherten. Die Richtlinie sieht vor, dass die unabhängigen Ombudsperson die Eingaben durch Versicherte entgegennimmt, vertraulich behandelt und prüft. Die beschwerdeführende Person erhält von der unabhängigen Ombudsperson eine Eingangsbestätigung und wird über die Bearbeitung des Anliegens informiert. Handelt es sich um ein konkretes und nachvollziehbares Begehren in nicht anonymer Form, ermittelt die unabhängige Ombudsperson die zuständige Stelle und begleitet das Begehren in moderierender und vermittelnder Weise. Hierzu kann die unabhängige Ombudsperson mit Einverständnis der beschwerdeführenden Person Kontakt zu der zuständigen Stelle aufnehmen, Anregungen und Beschwerden an diese weiterleiten, eine Stellungnahme anfordern oder zwischen den Beteiligten vermitteln.

Für die Versicherten kann die unabhängige Ombudsperson weitere Beratungsstellen oder Ansprechpersonen benennen. Dies sind unter anderem die Beratungsstellen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen, von Sozialverbänden und anderen Betroffenen-, Patienten-, Verbraucherorganisationen oder das Beschwerdemanagement des MD. Eine Rechtsberatung findet durch die unabhängige Ombudsperson nicht statt.

Die unabhängige Ombudsperson ist nicht zur fristgerechten Entgegennahme von Widersprüchen befugt. Darauf weist sie bei den Eingaben hin. Sie ist keine öffentliche Stelle und keine Behörde nach § 1 Abs. 2 SGB X. Es liegt keine Eingliederung oder Abhängigkeit vom MD vor, welche die unabhängige Ombudsperson als Behördenteil charakterisieren könnte.

## C. Entwicklung und Statistiken

Im Berichtszeitraum hat es 290 Eingaben bei der unabhängigen Ombudsperson gegeben. Dies ist eine Steigerung seit Aufnahme der Tätigkeit im Mai 2022 (Mai-Dezember 2022 erfolgten 106 Eingaben). Hier zeichnet sich eine deutliche Steigerung zum Vorjahr ab. Dies ist im Verhältnis der vom MD im Jahr 2023 insgesamt erstellten Gutachten zu sehen.

Im Jahr **2023 wurden vom MD Hessen** insgesamt:

**251.831 Pflegegutachten** und

**238.187 Gutachten** aus dem Bereich der **gesetzlichen Krankenversicherung** erstellt.

Die deutliche Steigerung der Eingaben zeigt sich bundesweit.

Die Verteilung der Eingaben liegt bei 3 Fällen aus dem internen Bereich. Dabei handelte es sich in 2 Fällen um organisationsinterne Klärungen mit den Teamleitern und in einem Fall um eine nicht korrekte Darstellung des Gutachterergebnisses im Widerspruchsverfahren. Dies konnte jedoch zwischen der Krankenkasse und dem Teamleiter als Vertretung für die Gutachterin geklärt werden.

106 Fälle beziehen sich auf Fragen zum Widerspruchsverfahren. Hier begehren die Versicherten zum Teil eine Rechtsberatung oder sind der fehlerhaften Ansicht, dass die unabhängige Ombudsperson das Gutachten des MD abändern könnte. Ausdrücklich soll die unabhängige Ombudsperson keine Rechtsberatung leisten. Für eine materiell- rechtliche Prüfung des Bescheides der Kranken und Pflegekassen steht den Versicherten innerhalb der Rechtsfrist das Widerspruchsverfahren zur Verfügung.

24 Eingaben betreffen die Dauer der Pflegebegutachtung bzw. die Dauer der Begutachtungen im Widerspruchsverfahren. 60 Fälle die Art und Weise während der Begutachtung bzw. auch vereinzelt die Kommunikation und Erreichbarkeit des MD bei Terminvereinbarungen/Änderungen.

97 Fälle beziehen sich auf diverse Anfragen zb Hilfestellungen bei der Beantragung der Pflegestufe. Fragen zum sozialen Sicherungssystem und zum Ablauf des Verfahrens. Beschwerden über Arztpraxen, private Pflegedienste, Krankenkassen oder Krankenhäuser. Diese Fälle betreffen den MD nicht direkt.

Das Verhältnis der Eingaben der Versicherten bzw. Angehörigen betreffen im Verhältnis ca. 55 % den Bereich der Pflege und zu ca. 45 % den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Dabei ergibt sich folgendes Bild zur weiteren Steigerung der Zufriedenheit der Versicherten mit Pflegegutachten.

Die Versicherten möchten leicht verständlich über den Prozess und die Ergebnisse des Pflegegutachtens informiert werden. Dieser ist gerade für ältere Menschen nicht mehr verständlich nachvollziehbar und zu komplex. Eine klare und emphatische Kommunikation seitens der Gutachter und Gutachterinnen ist daher wichtig. Weiterhin sind die Versicherten zufriedener, wenn das Pflegegutachten termingerecht und ohne Verzögerungen erstellt wird. Die Fähigkeiten und Erfahrungen der Gutachter und Gutachterinnen spielen eine wichtige Rolle. Ebenso die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse. Die Versicherten möchten das Gefühl haben, dass ihre individuellen Bedürfnisse und Situationen bei der Erstellung des Pflegegutachtens angemessen berücksichtigt wurden.

Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherungen und Sozialmedizin ist es für die Versicherten oft nicht nachvollziehbar, wenn Leistungen abgelehnt werden.

Dabei können zB abgelehnte Hilfsmittel bei gesetzlich versicherten Personen verschiedene Gründe haben. Die Krankenkasse kann die Abgabe eines Hilfsmittels ablehnen, wenn es nicht als medizinisch notwendig eingestuft wird oder wenn alternative Behandlungsmethoden als geeigneter erachtet werden. Häufig fehlt der Hinweis, welche alternativen Behandlungsmethoden denn geeigneter wären.

Auffallend ist, dass die Begründung der Ablehnung meist knapp ist und mit einer Standardformulierung „aus sozialmedizinischen Gründen wird der Antrag auf Gewährung des Hilfsmittels ... abgelehnt.“ versehen ist.

Wenn ein Hilfsmittel abgelehnt wird, haben Versicherte oft die Möglichkeit, gegen den ablehnenden Bescheid Widerspruch einzulegen und eine erneute Prüfung zu beantragen. Es kann auch hilfreich sein, sich mit der Krankenkasse in Verbindung zu setzen, um die Gründe für die Ablehnung zu klären und gegebenenfalls weitere Informationen nachzureichen. Dies bespricht die unabhängige Ombudsperson mit den Versicherten.

#### **D. Kontaktaufnahme zur unabhängigen Ombudsperson**

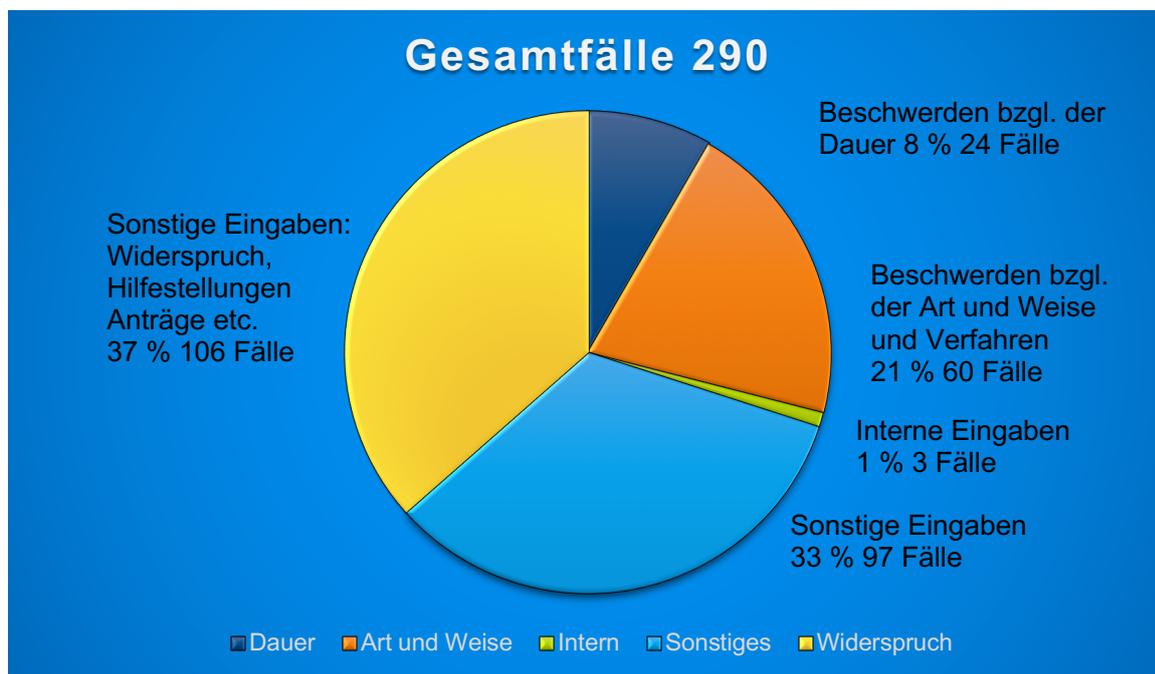
Die Kontaktaufnahme erfolgt in der Regel per Mail, schriftlich per Post oder per Telefon. Der größte Anteil geht per Mail ein. In den Fällen der schriftlichen Eingaben übermittelt die unabhängige Ombudsperson eine Eingangsbestätigung und nimmt sodann per Mail oder Telefon Kontakt zur Klärung des Anliegens auf. In den Fällen, in denen für die weitere Bearbeitung eine Einwilligungserklärung bzgl. Datenschutz erforderlich ist, erhalten die Personen ein Beschwerdeformular, welches sie sodann an die unabhängige Ombudsperson zurücksenden.

Bei eingehenden telefonischen Beschwerden, wird die Eingabe mit einer Aktennotiz erfasst. Meist konnte hier schon Abhilfe durch das Anhören der Betroffenen geschaffen werden.

In allen Fällen erhalten die Personen eine Zwischennachricht, abschließende Nachricht oder Stellungnahme. Diese kann bei einer Weitergabe des Falles an das Beschwerdemanagement des MD durch dieses erfolgen, wobei die unabhängige Ombudsperson die Stellungnahme zur Kenntnis erhält.

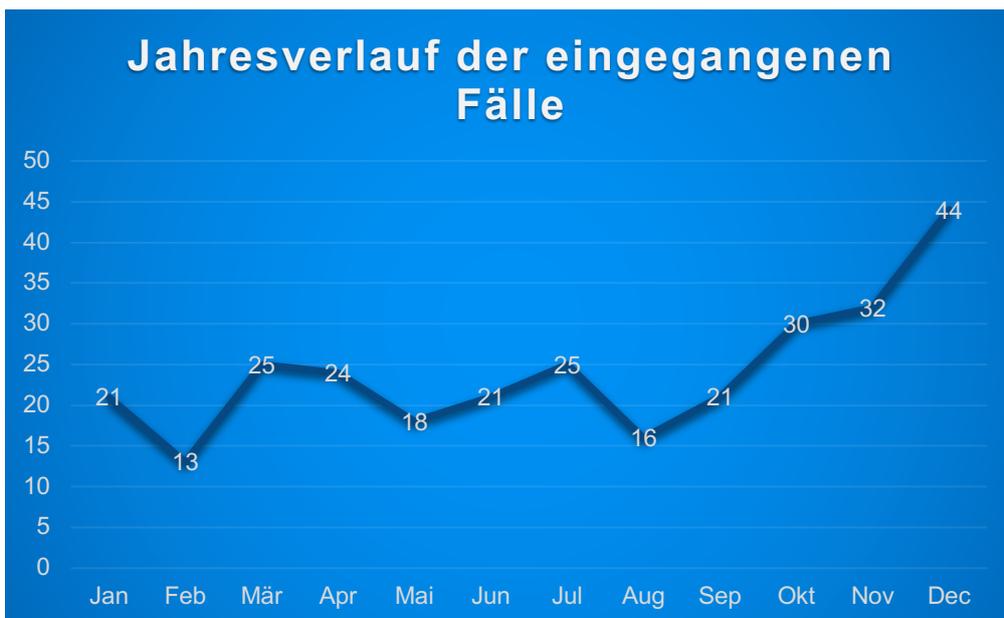
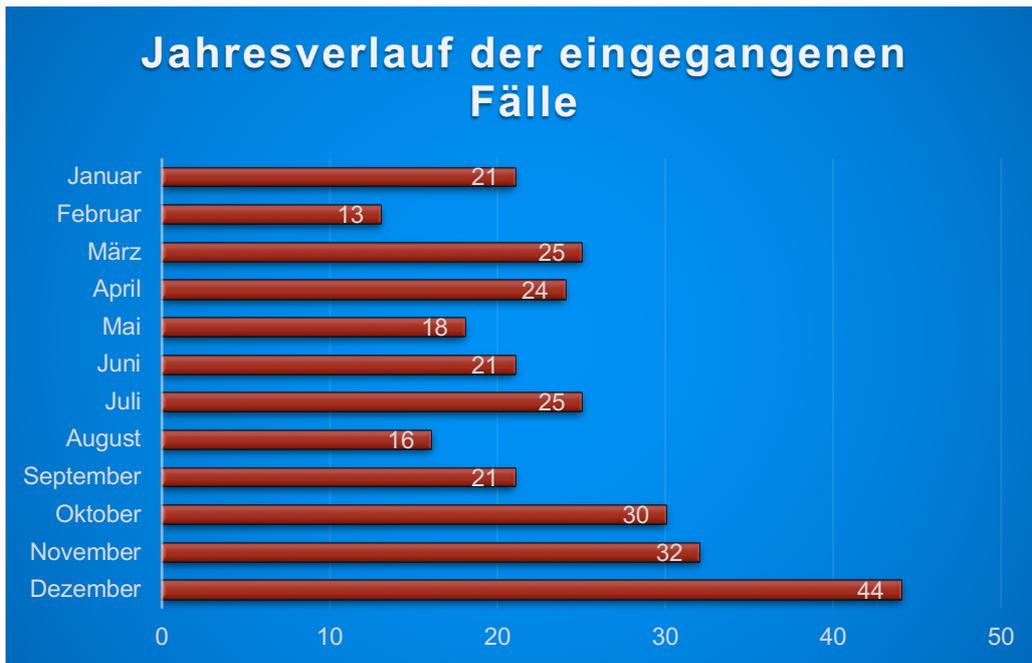
Auffallend ist nach wie vor der an erster Stelle erteilte Hinweis einzelner Kranken- und Pflegekassen, sich auch an die unabhängige Ombudsperson zu wenden und später kleingedruckt der Hinweis auf die Möglichkeit Widerspruch einzulegen. Dies konnte trotz geführter Telefonate mit den entsprechenden Kassen noch nicht zufriedenstellend gelöst werden. Daher wird dies an zentraler Stelle mit der unabhängigen Ombudsperson des MD Bund nochmals dahingehend besprochen, wie hier eine einheitliche Lösung gefunden und umgesetzt werden kann.

## E. Graphische Zusammenfassung und Auswertung der Fälle:



### Eingaben verteilt über den Berichtszeitraum

Monat	Eingaben
Januar	21
Februar	13
März	25
April	24
Mai	18
Juni	21
Juli	25
August	16
September	21
Oktober	30
November	32
Dezember	44



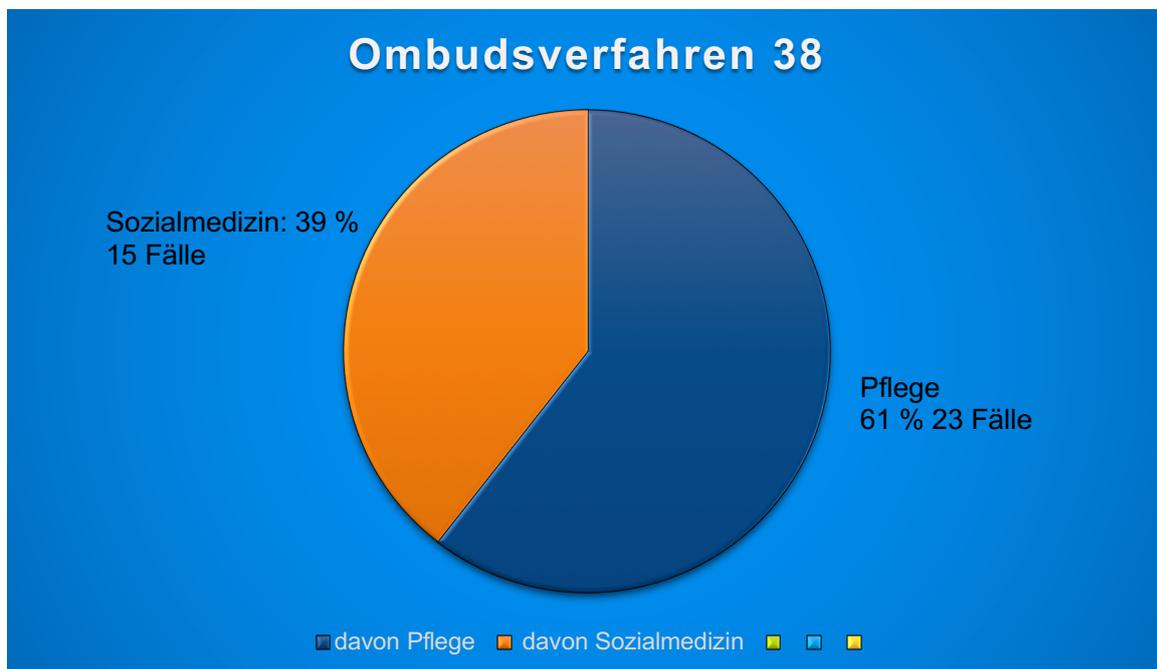
## F. Ombudsverfahren:

Im Berichtszeitraum wurden 38 Ombudsverfahren eingeleitet. Hierzu wurden von den Geschäftsbereichsleitern Stellungnahmen zu den Beschwerden angefordert. In einzelnen Fällen, in denen hierdurch keine Lösung stattgefunden hat, ging die unabhängige Ombudsperson in den weiteren vermittelnden Dialog und konnte somit die Verfahren abschließen. Wesentliche Punkte, die sich aus den Ombudsverfahren

ergeben haben wurde mit der Geschäftsführung besprochen und seitens dieser bereits parallel Maßnahmen eingeleitet (siehe dazu Schlussfolgerungen).

Unregelmäßigkeiten oder eine systematische Fehlentwicklung konnten nicht festgestellt werden.

Insgesamt eingeleitet	Davon Pflege	Davon Sozialmedizin
38	23	15



## G. Gegenstand der Eingaben der Versicherten

### Inhalt der Gutachten

Für den Bereich der Krankenversicherungen ging es um die Ablehnung von MRT-Untersuchungen bei Krebsdiagnosen, stationäre sowie ambulante Rehabilitationsleistungen. Auffallend ist, dass zum Teil auf eine ambulante Rehabilitationsmöglichkeit verwiesen wird, jedoch gar nicht geprüft wurde, ob diese überhaupt besteht oder erreichbar ist für den Versicherten.

Bei den Verordnungen von Heil- und Hilfsmitteln wurde häufig die fehlende Fachkompetenz zur individuellen Erkrankung bemängelt. Weiterhin wurde die

Nichtberücksichtigung der bei der Krankenkasse eingereichter Befunde kritisiert. Hier zeigt sich häufig ein Missverhältnis zwischen den für den Betroffenen erheblichen Erkrankungen, welche er für relevant hält und der Fragestellung der Krankenkasse, die für den Gutachter und die Gutachterin einzig relevant ist. Dies bedeutet, dass über die Fragestellung eine Selektion stattfindet, welche Befunde/Berichte überhaupt zu berücksichtigen sind. Dies ist für den Betroffenen nicht nachvollziehbar.

3 Eingaben bezogen sich auf die Korrektur der Inhalte der Gutachten. Hier lag Einverständnis mit dem Ergebnis der Gutachten vor, jedoch sollten bestimmte Textpassagen nicht im Gutachten erwähnt werden. Für eine fachlich-inhaltliche Überprüfung des beanstandeten Gutachtens steht den Versicherten das Widerspruchsverfahren zur Verfügung. Hierdurch erhält der MD einen neuen Auftrag zur Überprüfung des Gutachtens.

Im Pflegebereich wurde die fehlende Dokumentation der Diagnosen und insbesondere die Beurteilung der Selbstständigkeit beanstandet. Bemängelt wurde weiterhin die Ablehnung von ästhetischen Operationen.

#### Beschwerden über die Art und Weise während der Begutachtung

Bei den Eingaben bzgl. der Art und Weise der Begutachtung ging es um das Verhalten und die Kommunikation während der Begutachtung. Bemängelt wurde Desinteresse, eine kurze unpersönliche Kommunikation, fehlendes emphatisches Zuhören und Eingehen auf die Betroffenen. Diskrepanz zwischen Begutachtung in einer für den Betroffenen halbwegs angenehmen Begutachtungsatmosphäre und digitaler Dokumentation (aufgeklapptes Laptop). Damit gibt es wenig direkten Blickkontakt. Durch die geschaffenen technischen Möglichkeiten und der damit erforderlichen Konzentration der Gutachter und Gutachterinnen auch auf die Eingabebefehle, entsteht ein Widerspruch zwischen emphatischer Begutachtung und digitaler Datenerfassung. In 2 Fällen wurde die Kürze der Begutachtung - 15 Min, obwohl 30 Minuten angesetzt waren bemängelt. Ebenfalls liegen Rügen bezüglich der Einbindung von Angehörigen oder pflegenden Personen bei dem Begutachtungstermin vor.

#### Erreichbarkeit

In 10 Fällen wird die Erreichbarkeit bei einer Terminverlegung der Begutachtung bemängelt. In 2 Fällen davon, der Umgangston der Mitarbeiterinnen während des Telefonats.

#### Begutachtung nach Aktenlage

Ein Teil der Fälle bezieht sich auf die Begutachtung nach Aktenlage. Hier fühlen sich die Betroffenen oft nicht gewürdigt im Sinne von es wird über sie entschieden, ohne sich ein persönliches Bild vor Ort gemacht zu haben.

Das Instrument der Entscheidung nach Aktenlage wurde den Medizinischen Diensten durch eine Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund als zulässiges Verfahren für bestimmte Fallkonstellationen zur Verfügung gestellt. Dies auch vor dem Hintergrund der Zunahme an Begutachtungsaufträgen. Um diesem Trend begegnen zu können ist es ein unverzichtbares Instrument des Medizinischen Dienstes für die Bearbeitung der Begutachtungsaufträge. In den gerügten Fällen war kein Verstoß gegen die Versichertenrechte erkennbar. Vielmehr wurde das Instrument im Rahmen der Zulässigkeit wirksam als Kompensationsmaßnahme eingesetzt.

### Kompetenz, fachlichen Qualifikation der Gutachter und Gutachterinnen

In 8 Fällen wurde bemängelt, dass die Gutachter und Gutachterinnen nicht über die erforderliche fachbezogene Kompetenz für die Beurteilung der individuellen Erkrankung verfügen. In den angeforderten Stellungnahmen des MD wurde darauf hingewiesen, dass es keiner Fachbindung im Rahmen der gutachterlichen Tätigkeit bedarf, da sich die Fragestellungen regelmäßig auf sozialmedizinische Themen beziehen. Das nötige ärztliche Fachwissen für die jeweilige Fragestellung muss dessen ungeachtet gegeben sein.

Nach wie vor gehen die Versicherten bei Eingaben, die sich auf die Entscheidung der Kranken- und Pflegekassen auf Grundlage der Gutachten des MD beziehen davon aus, dass die unabhängige Ombudsperson die Entscheidung überprüft und zu Gunsten der Versicherten handelt. Der unabhängigen Ombudsperson wird dabei eine Kompetenz zugesprochen (Einfluss auf die Entscheidung), die sie nicht hat. Die unabhängige Ombudsperson soll ausdrücklich keine Rechtsberatung leisten und schon gar nicht Einfluss auf die Entscheidung nehmen. Sie berät die Versicherten, welche Schritte zur Wahrung deren Rechte einzuhalten sind. Ebenfalls, wo sie weitere Hilfestellen in Anspruch nehmen können.

## **H. Schlussfolgerungen**

Im Vergleich zum Vorjahr und nach Änderung des Haushaltsplans zeigt sich eine deutlicher Rückgang bei den Beschwerden zur Dauer des Verfahrens.

Für den Bereich der Verbesserung der Kommunikation während der Begutachtung wurde mit der Geschäftsleitung erörtert, wie dies erfolgen kann. Hier erfolgen Kommunikationstrainings neuer Beschäftigter im Rahmen der zentralen Einarbeitung sowie „rollout“ für alle Gutachter und Gutachterinnen im Geschäftsbereich Pflege. Weiterhin erfolgen Schulungen zum Thema „Umgang mit Krisensituationen im häuslichen Umfeld“ .

Bezogen auf die Eingaben zur fehlenden Fachkompetenz der Gutachter und Gutachterinnen gerade bei onkologischen Fragestellungen, teilte die Geschäftsleitung mit, dass sie weiterhin stark bemüht ist, Fachärzte für diesen Bereich einzustellen.

Bei den Eingaben der Versicherten zeigt sich eine erhebliche Verunsicherung bezüglich der Kompetenzen und Möglichkeiten der unabhängige Ombudsperson. Vielfach wird davon ausgegangen, dass eine Entscheidungskompetenz in Bezug auf die Änderung von Gutachten, Freigabe begehrter Hilfsmittel oder Rehabilitationsmaßnahmen gegeben ist. Was nicht der Fall ist.

Auffallend ist, dass wenig Wissen über mögliche Beratungsstellen bei den Versicherten vorhanden ist. Hier geht es um die Frage, an wen sie sich wenden können. Für den Bereich der Pflege ist den Versicherten nicht ersichtlich, dass es bei den Pflegekassen ein Beratungsangebot gibt. Ebenfalls werden Pflegestützpunkte nicht ausreichend genutzt. Dies mag teils mit der örtlichen Erreichbarkeit für die Versicherten zusammenhängen.

Nach wie vor zeigt sich bei den Rechtsbehelfsbelehrungen einzelner Krankenkassen ein Verstoß gegen die Form. Diese sind für die Versicherten nicht ausreichend klar formuliert. Immer noch wird teils in großer Schrift an erster Stelle auf die unabhängige Ombudsperson verwiesen und kleingedruckt an zweiter Stelle auf die Möglichkeit des Widerspruchs.

Dies wird an die unabhängige Ombudsperson des MD Bund zur zentralen Regulierung weitergeleitet.

Für die Versicherten und die Wahrung ihrer Rechte, wurde als Orientierung auf den Seiten des MD Hessen über das Verhältnis von Widerspruch und Beschwerde aufgeklärt.

Insgesamt zeichnet sich die Zusammenarbeit mit dem MD (bezüglich der angeforderten Stellungnahmen und sonstiger relevanter Anfragen) als sehr kooperativ und verantwortungsvoll aus. Unregelmäßigkeiten oder Fehlentwicklungen bei der Tätigkeit des Medizinischen Dienstes wurden nicht festgestellt.



Frankfurt am Main, den 02.04.2024

Peggy Keller  
Unabhängige Ombudsperson beim MD  
Hessen