

Unabhängige Ombudsperson
beim Medizinischen Dienst Hessen

Jahresbericht 2025
nach § 278 Abs. 3 SGB V

Berichtszeitraum: 01.01. - 31.12.2025

Impressum:

Frau Peggy M. Keller
Unabhängige Ombudsperson beim MD Hessen
Eptingweg 7
65929 Frankfurt am Main
Ombudsperson@peggy-keller.de
Internet: www.md-hessen.de

Vorbemerkung

Gemäß § 278 Abs.3 SGB V hat die unabhängige Ombudsperson der Medizinischen Dienste (MD) 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.

Der vorliegende Bericht umfasst den Zeitraum vom 1.1.2025 - 31.12.2025 und gibt Einblicke in den Tätigkeitsbereich der Unabhängigen Ombudsperson des Medizinischen Dienstes Hessen. Im Berichtszeitraum hat es 427 Eingaben (Vorjahr 284) bei der unabhängigen Ombudsperson gegeben. Dies ist eine deutliche Steigerung zum Vorjahr um ca. 50 Prozent.

Es zeigt sich eine Tendenz, dass die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Hessen seit Jahren kontinuierlich steigt. Innerhalb weniger Jahre hat sich die Zahl der Menschen, die Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung beziehen, erheblich erhöht. Dies ist auch an der kontinuierlichen Steigerung der Eingänge der Aufträge für Begutachtungsverfahren beim MD Hessen sichtbar. Diese Dynamik stellt alle Beteiligten vor wachsende Herausforderungen: Versicherte und ihre Angehörigen, Leistungserbringer, Kostenträger – und nicht zuletzt auch die unabhängige Ombudsperson des Medizinischen Dienstes Hessen (MD Hessen).

Der vorliegende Jahresbericht 2025 gibt Einblick in die Arbeit und die Anliegen, die Versicherte und Mitarbeitende des MD Hessen an die Unabhängige Ombudsperson herangetragen haben. Er zeigt nicht nur Zahlen und Entwicklungen, sondern vor allem die konkreten Situationen von Menschen, die Unterstützung, Orientierung und Gehör suchen. Denn hinter jeder Beschwerde steht ein individuelles Schicksal.

Ein zentrales Thema, das sich auch in diesem Berichtsjahr erneut bestätigt, ist der Wunsch der Versicherten nach verständlicher Beratung und individueller Begleitung. Viele Menschen empfinden Verfahren als zu komplex und Entscheidungen als schwer nachvollziehbar. Gerade in belastenden Lebenssituationen – etwa bei der erstmaligen Feststellung von Pflegebedürftigkeit oder bei Veränderungen des Gesundheitszustandes, besteht ein großer Bedarf an transparenter Kommunikation und unabhängiger Unterstützung.

Hier kommt der unabhängigen Ombudsperson eine besondere Bedeutung zu. Sie ist ein verlässlicher, externer Ansprechpartner für die Versicherten, die ihre Anliegen neutral, unvoreingenommen und außerhalb institutioneller Interessen prüft. Die Ombudsperson stärkt damit die im Pflegeversicherungsrecht verankerte Idee einer unabhängigen Begleitung, die das Vertrauen der Versicherten in die Verfahren der Krankenkassen und der Medizinischen Dienste fördert und deren institutionelle Unabhängigkeit absichert.

Die Ombudsperson des MD Hessen arbeitet vollständig unabhängig, verfügt über keine eigene Geschäftsstelle innerhalb des Medizinischen Dienstes und nutzt keine personellen oder organisatorischen Ressourcen des MD Hessen. Diese organisatorische und fachliche Trennung ist Kern ihrer Unabhängigkeit und garantiert, dass die Anliegen der Versicherten frei von institutionellen Einflüssen behandelt werden.

Der hessische Weg wird als Beispiel für eine besonders klare organisatorische Trennung und gelebte Unabhängigkeit wahrgenommen. Die völlige Eigenständigkeit der Ombudsperson – ohne Geschäftsstelle, ohne Anbindung an Infrastruktur oder Personal des Medizinischen Dienstes – schafft ein hohes Maß an Glaubwürdigkeit und Vertrauen. Sie ermöglicht einen freien, unvoreingenommenen Blick auf die Anliegen der Versicherten und stärkt das Prinzip der institutionellen Neutralität im Sinne des Gesetzgebers. Dieser hessische Ansatz zeigt, wie Unabhängigkeit nicht nur rechtlich, sondern auch praktisch konsequent umgesetzt werden kann – zum Vorteil derjenigen, deren Stimme oft erst im Dialog mit einer neutralen Instanz Gehör findet.

Bei den Eingaben im Berichtszeitraum geht es oft nicht allein um formale Entscheidungen, sondern auch um das Gefühl, gehört zu werden. Die Ombudsstelle bietet Raum für genau diese Anliegen – niedrigschwellig, vertraulich und lösungsorientiert. Sie trägt damit wesentlich zur Stärkung der Rechte der Versicherten und zur Qualitätssicherung im System der Pflegeversicherung bei.

Zugleich liefern die bei der unabhängigen Ombudsperson eingehenden Fälle wertvolle Hinweise auf strukturelle Herausforderungen. Sie ermöglichen es, wiederkehrende Problemlagen zu identifizieren und Impulse für Verbesserungen zu geben – sei es in der Kommunikation oder in Verfahren.

Der Jahresbericht 2025 macht deutlich: Die Rolle einer unabhängigen Ombudsperson ist heute wichtiger denn je. Sie stärkt das Vertrauen in die Institutionen, unterstützt die Versicherten in herausfordernden Situationen und trägt dazu bei, das System im Sinne der Menschen weiterzuentwickeln.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Bericht auf geschlechtsspezifische Differenzierungen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

INHALTSVERZEICHNIS

A. AUFGABEN DER UNABHÄNGIGEN OMBUDSPERSON	6
B. ANSPRECHPARTNERIN FÜR BESCHÄFTIGTE UND VERSICHERTE	6
C. ENTWICKLUNG UND STATISTIKEN	7
D. KONTAKTAUFNAHME ZUR UNABHÄNGIGEN OMBUDSPERSON	12
E. GRAPHISCHE ZUSAMMENFASSUNG UND AUSWERTUNG DER FÄLLE	13
F. „ERWEITERTE OMBUDSVERFAHREN“	14
G. GEGENSTAND DER EINGABEN DER VERSICHERTEN	16
H. SCHLUSSFOLGERUNGEN	18

A. Aufgaben der unabhängigen Ombudsperson

Im Zuge des „MDK-Reformgesetzes“ wurden die Medizinischen Dienste gemäß § 283 Absatz 2 Satz 5 SGB V verpflichtet, unabhängige Ombudspersonen zu bestellen. Ihre Aufgabe ist es, Beschwerden und Anliegen der Beschäftigten und Versicherten im Zusammenhang mit den Gutachten und Verfahren der Medizinischen Dienste unabhängig zu prüfen und vermittelnd tätig zu werden. Die Ombudsperson des Medizinischen Dienstes Hessen wurde fristgerecht zum 2. Mai 2022 berufen und 2025 für weitere drei Jahre bestätigt. Mit dieser Einrichtung wurde eine Anlaufstelle geschaffen, die außerhalb der Organisationsstrukturen des Medizinischen Dienstes arbeitet und in ihrer Tätigkeit vollständig weisungsunabhängig ist – ein klares Signal für Transparenz und Vertrauen im Verhältnis zwischen den Versicherten und den Institutionen des Sozialversicherungssystems.

Wie bereits im Vorwort dargestellt gehört der Medizinische Dienst Hessen dabei zu den wenigen Bundesländern, die bewusst darauf verzichtet haben, eigenes Personal oder Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Weder Räumlichkeiten noch digitale Infrastruktur oder Verwaltungspersonal des MD Hessen werden für die Ombudsperson genutzt. Diese Entscheidung wurde getroffen, um die größtmögliche Unabhängigkeit der Funktion sicherzustellen und eine deutliche institutionelle Trennung zu gewährleisten. Damit wird umgesetzt, was die Bundesberichte der Ombudspersonen der Jahre übereinstimmend hervorheben: Die Unabhängigkeit der Ombudspersonen ist für Versicherte und ihre Angehörigen von zentraler Bedeutung, um Vertrauen in die Neutralität der Verfahren und die Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste und Krankenkassen zu schaffen.

Ein regelmäßiger, bundesweiter Erfahrungsaustausch zwischen den Ombudspersonen der Länder, dem Patientenbeauftragten der Bundesregierung, den Sozialministerien sowie dem Medizinischen Dienst Bund ergänzt die Arbeit auf Landesebene. Dieser Austausch dient der Qualitätssicherung, der Weiterentwicklung gemeinsamer Standards und der Stärkung einer konsistenten, versichertenorientierten Praxis.

B. Ansprechpartnerin für Beschäftigte und Versicherte

Nach § 278 Absatz 3 SGB V können sich sowohl Beschäftigte des Medizinischen Dienstes als auch Versicherte mit ihren Anliegen vertraulich an die Ombudsperson wenden. Für die Mitarbeitenden des Medizinischen Dienstes bietet diese Regelung die Möglichkeit, Beobachtungen zu Unregelmäßigkeiten oder Hinweisen auf mögliche Beeinflussungsversuche durch Dritte in einem geschützten Rahmen mitzuteilen. Ziel ist es, eine niedrigschwellige und vertrauensvolle Anlaufstelle zu schaffen, die zur Wahrung der Integrität und Unabhängigkeit der Gutachtertätigkeit beiträgt.

Eine zweite wesentliche Aufgabe liegt in der Bearbeitung von Eingaben und Beschwerden seitens der Versicherten. Die Ombudsperson nimmt entsprechende Anliegen entgegen, bestätigt deren Eingang und informiert über den weiteren Verlauf des Verfahrens. Sofern ein konkretes, nachvollziehbares Anliegen vorliegt, ermittelt

sie die zuständige Stelle. Mit Zustimmung der betroffenen Person kann die Ombudsperson Anregungen oder Beschwerden weiterleiten, Stellungnahmen einholen oder in moderierender Funktion zwischen den Beteiligten vermitteln.

Darüber hinaus verweist die Ombudsperson, wenn erforderlich, auf weitere geeignete Unterstützungs- und Beratungsangebote, beispielsweise von gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen, Sozialverbänden, Patientenorganisationen oder dem Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes. Eine rechtliche Beratung erfolgt dabei ausdrücklich nicht.

Die Ombudsperson ist zudem nicht befugt, formelle Widersprüche entgegenzunehmen oder zu bearbeiten. Hierauf wird in der Kommunikation mit den Versicherten stets hingewiesen. Sie ist nach wie vor keine Behörde im Sinne des § 1 Absatz 2 SGB X und steht in keinem organisatorischen Abhängigkeitsverhältnis zum Medizinischen Dienst. Diese institutionelle Eigenständigkeit gewährleistet, dass ihre Tätigkeit rechtlich und praktisch unabhängig erfolgt. Hierauf sei wie in den Vorjahren nochmals hingewiesen.

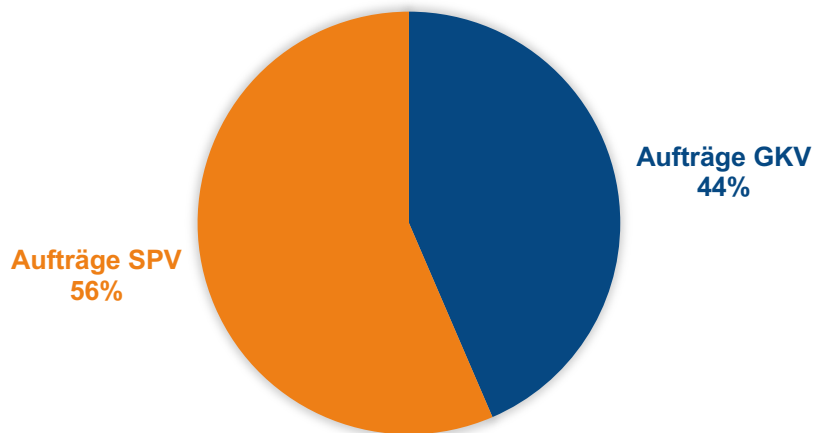
C. Entwicklung und Statistiken

Im Berichtszeitraum gingen bei der unabhängigen Ombudsperson 427 Eingaben ein. Im Vorjahr waren es 284 Eingaben. Dies entspricht einem Anstieg um rund 50 Prozent. Seit Beginn der Tätigkeit im Jahr 2022 ist damit ein kontinuierlicher Zuwachs der Eingaben über alle Quartale hinweg zu verzeichnen.

Als Gründe für diese Entwicklung werden insbesondere die gestiegene Zahl der Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst sowie die verbesserten niedrigschwelligen Kontaktmöglichkeiten zur Ombudsperson genannt. Die Entwicklung bestätigt die Funktion der Ombudsstelle als wichtiges Instrument zur Stärkung von Transparenz, Patientenrechten und der Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes.

Die Entwicklung der Eingaben ist auch vor dem Hintergrund der Auftragseingänge beim Medizinischen Dienst Hessen zu sehen. Im Jahr 2025 wurde der MD Hessen insgesamt mit **568.038 Aufträgen** durch GKV und SPV beauftragt. Davon entfielen **247.272 Aufträge auf die GKV** und **320.766 auf die SPV**.

568.038 AUFTRÄGEN DURCH DIE GKV / SPV



Verteilung der Eingaben

Der überwiegende Teil der Eingaben stammte von Versicherten sowie deren Angehörigen. Darüber hinaus wurden Eingaben aber auch durch Betreuende, sonstige Personen (z. B. behandelnde Fachärzte, Nachbarn, Arbeitgeber, Sanitätshaus), Institutionen (Pflegeeinrichtungen, Pflegestützpunkte) sowie in geringem Umfang durch die Weiterleitung der Kassen und durch Rechtsbeistände an die Ombudsperson herangetragen.

Zugenommen haben Verweise durch Beschäftigte der Kranken- und Pflegekassen an die Ombudsperson beim Medizinischen Dienst Hessen. In einzelnen Fällen wurde von Ratsuchenden angegeben, die Kontaktdaten der Ombudsperson von ihrer Kranken- oder Pflegekasse erhalten zu haben, mit dem Hinweis, sich mit ihrem Anliegen an diese zu wenden, obwohl dieses nicht zum Aufgabenbereich der Ombudsperson gehört.

Die Verteilung der Eingaben

Die Verteilung der Eingaben

- 2 Fällen aus dem internen Bereich.
- 30 Fälle beziehen sich auf Fragen zum Widerspruchsverfahren
- 21 Eingaben betreffen die Dauer der Pflegbegutachtung bzw. die Dauer der Begutachtungen im Widerspruchsverfahren
- 135 Fälle die Art und Weise während der Begutachtung bzw. auch vereinzelt die Kommunikation und Erreichbarkeit des MD bei Terminvereinbarungen/Änderungen
- 239 Fälle beziehen sich auf sonstige Ombudsanfragen

Internen Bereich

Bei den 2 Fällen aus dem internen Bereich handelte es sich einmal um eine organisationsinterne Klärungen, für die eine Zuständigkeit der unabhängigen Ombudsperson nicht besteht. Der andere Fall betraf eine Beauftragung des MD Hessen durch eine Krankenkasse bezogen auf eine Kodierprüfung einer gesetzlich Versicherten im Rahmen eines stationären Aufenthalts. Strittig gestellt wurde im Rahmen der Begutachtung die Kodierung einer Nebendiagnose bei einer nachgelagerten Kodierprüfung der stationären Krankenhausbehandlung. Gegen diese Änderung legte die Klinik Widerspruch ein. Ein Teil der Widerspruchsbegründung erwies sich nicht mehr sachlich objektiv, sondern war persönlicher Natur. Hierdurch entstand bei dem Gutachter der Eindruck, dass hierdurch gegenüber der Krankenkasse die gutachterliche Tätigkeit als minderwertig angesehen werden soll. Es lag der Vorwurf im Raum, dass darin eine versuchte Einflussnahme der Klinik auf die Krankenkasse vorliegen könne. Auch, dass die Klinik versucht habe, den Gutachter dahingehend zu beeinflussen, keine Gutachten mehr zu fertigen, die gegen die eigenen Feststellungen des Krankenhauses sprechen. Vom Gutachter wurde dies als Druck auf die Begutachtungspraxis des MD Hessen empfunden.

Der Beschwerde konnte durch einen vermittelnden Dialog zwischen den Beteiligten abgeholfen, der Sachverhalt geklärt werden.

Fragen zum Widerspruchsverfahren

30 Fälle bezogen sich auf Fragen zum Widerspruchsverfahren und betrafen insbesondere Anliegen zur Unterstützung bei der Durchführung des Verfahrens. Da diese Aufgaben nicht in den Zuständigkeitsbereich der unabhängigen Ombudsperson fallen, erfolgte eine Weiterleitung im Rahmen der Lotsenfunktion an geeignete unterstützende Stellen, darunter insbesondere die Pflegestützpunkte. Zwei Fälle betrafen fehlgeleitete Widersprüche, die aufgrund einer fehlerhaften Rechtsmittelbelehrung zunächst bei der unabhängigen Ombudsperson eingingen. Die Versicherten werden umgehend darüber informiert, an wen der Widerspruch zu richten ist.

Dauer

21 Eingaben betreffen die Dauer der Pflegebegutachtung bzw. die Dauer der Begutachtungen im Widerspruchsverfahren. Typisch sind Angaben zu Beschwerden über lange Wartezeiten bis zur Begutachtung, über Verzögerungen im Widerspruchsverfahren sowie über die Frage, ob Fristen eingehalten wurden oder ob es zu organisatorischen Problemen kam. Auch Beschwerden über die Terminierung der Begutachtung sind Gegenstand der Eingaben. Es zeigt sich außerdem, dass es nicht nur um die reine Zeitdauer geht, sondern auch um die Folgen für Versicherte, etwa wenn dadurch Entscheidungen verzögert werden.

Art und Weise

Im Berichtszeitraum gingen 135 Fälle ein, die die Art und Weise der Begutachtung betrafen. Die Eingaben bezogen sich dabei auf das Verhalten während der Begutachtung sowie vereinzelt auf die Kommunikation und Erreichbarkeit des Medizinischen Dienstes im Zusammenhang mit Terminvereinbarungen oder Terminänderungen.

Die Rückmeldungen zeigen, dass Versicherte nicht nur die inhaltliche Einschätzung der Begutachtung, sondern auch die persönliche Durchführung des Termins als bedeutsam erleben. Häufig werden dabei die Gesprächsführung, die Wahrnehmung der Situation vor Ort und die Art des Umgangs als entscheidend beschrieben. Siehe dazu die Ausführungen bei den „Erweiterten Ombudsverfahren“.

Die Eingaben machen deutlich, dass die Qualität der Begutachtung nicht allein an der fachlichen Bewertung gemessen wird, sondern auch an Transparenz, Kommunikation und Zugänglichkeit des Verfahrens. Die Ombudsperson übernimmt in diesen Fällen eine vermittelnde und orientierende Funktion, ohne selbst in die fachliche Begutachtung einzugreifen. Damit leistet sie einen Beitrag zur Klärung von Missverständnissen und zur Weiterleitung an geeignete Ansprechpartner.

Sonstige Ombudsanfragen

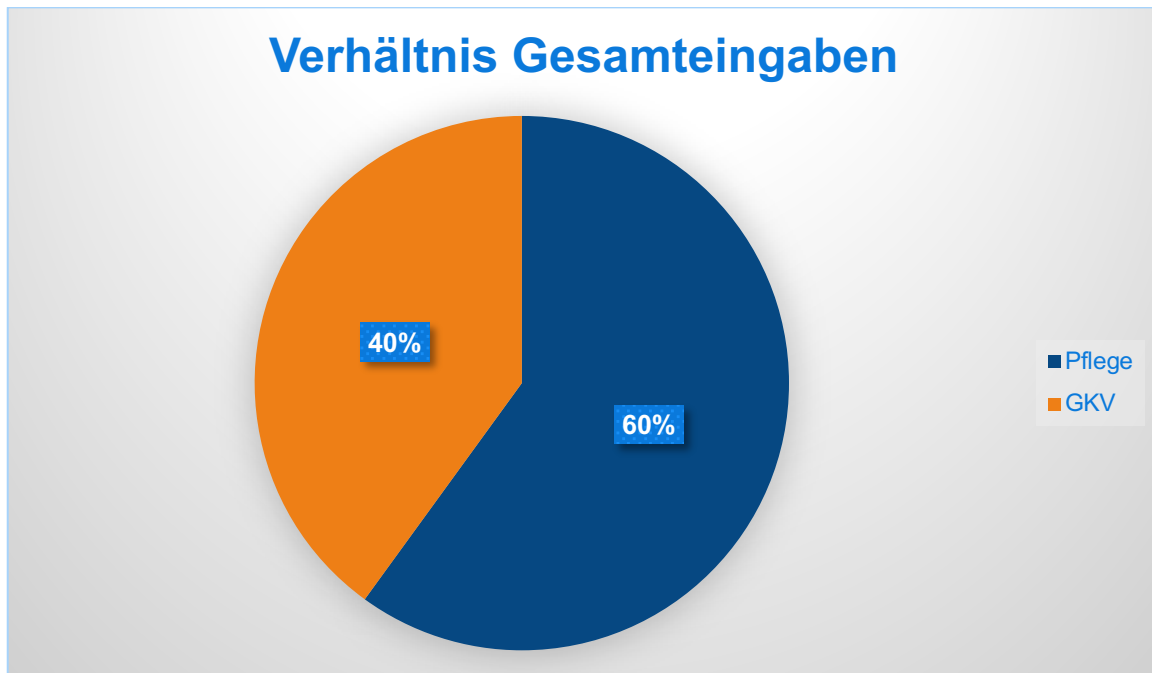
Im Berichtszeitraum gingen 239 Fälle als sonstige Ombudsanfragen ein. Diese Eingaben umfassten vielfältige Anliegen, die nicht in die spezifischen Kategorien der fachlichen oder verfahrensbezogenen Beschwerden fielen, sondern sich auf allgemeine Informationsfragen, Orientierungsbedarf, Anzeigen wegen des Verdachtes auf Sozialbetrug oder Unterstützungswünsche bezogen.

Die sonstigen Anfragen unterstreichen die Wahrnehmung der Ombudsperson als zentrale Anlaufstelle für Versicherte im Kontext von Fragen rund um die Pflegebegutachtungen, Arbeitsunfähigkeit, Rehabilitationen sowie die Notwendigkeit von Heil- und Hilfsmitteln. Viele Eingaben zielten auf eine Klärung grundlegender Fragen ab, etwa zur Zuständigkeit des Medizinischen Dienstes, zu Rechten im Verfahren oder zu alternativen Ansprechpartnern. In diesen Fällen wurde die Lotsenfunktion genutzt, um eine rasche Weiterleitung an geeignete Stellen zu gewährleisten, ohne eine inhaltliche Prüfung vorzunehmen.

Diese Fallgruppe zeigt, dass die Ombudsperson eine wichtige Brückenfunktion erfüllt und Versicherten hilft, den Überblick über das System der Pflegeversicherung zu behalten. Die hohe Zahl an sonstigen Anfragen spiegelt die Unsicherheiten in der Praxis wider und entspricht den Erfahrungen aus den Landesberichten, in denen diverse Eingaben als stabiler Bestandteil der Tätigkeit beschrieben werden.

Verhältnis der Gesamtzahl der Eingaben Bereich Pflege und Gesetzliche Krankenkassen

Das Verhältnis der Eingaben der Versicherten bzw. Angehörigen betreffen im Verhältnis ca. 60 % den Bereich der Pflege und zu ca. 40 % den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung. Hier ist eine leichte Verschiebung in Richtung Pflege zu den Vorjahren wahrnehmbar.



Zufriedenheitssteigerung bei Pflegegutachten

Die Eingaben zeigen, dass eine weitere Steigerung der Zufriedenheit der Versicherten mit Pflegegutachten durch eine leichte Verständlichkeit des gesamten Prozesses und der Ergebnisse erreicht werden kann. Besonders für ältere Menschen erscheint der Ablauf derzeit zu komplex und nicht nachvollziehbar. Eine klare, emphatische Kommunikation seitens der Gutachterinnen und Gutachter ist daher essenziell, ebenso wie eine termingerechte Erstellung der Gutachten ohne Verzögerungen. Die fachlichen Fähigkeiten und Erfahrungen der Gutachter sowie die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse spielen eine zentrale Rolle, damit Versicherte das Gefühl haben, dass ihre persönliche Situation angemessen wahrgenommen wird.

Diese Erkenntnisse entsprechen den Erfahrungen der letzten Jahre, in denen Kommunikationsdefizite, Entscheidung nach Aktenlage, Wartezeiten und mangelnde Individualisierung als häufige Kritikpunkte genannt werden.

Ablehnung von Leistungen in der Krankenversicherung

Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung und Sozialmedizin ist für Versicherte oft nicht nachvollziehbar, warum Leistungen abgelehnt werden. Dies gilt insbesondere für Hilfsmittelanträge bei gesetzlich Versicherten, die aus medizinischen Gründen als nicht notwendig eingestuft oder durch alternative Behandlungsmethoden ersetzt werden. Ebenso für abgelehnte Rehabilitationsmaßnahmen oder Kostenübernahme für MRT Untersuchungen, bzw. neue Behandlungsmethoden wie das PET-CT oder das mpMRT im Rahmen von Tumordiagnostik. Bei tumor erkrankten Versicherten nehmen diese Methoden eine wichtige Rolle ein. Eine Ablehnung der Behandlungsmethoden stößt hierbei oft auf Unverständnis.

Auffällig ist nach wie vor die teilweise knappe Begründung der Ablehnungen, die meist mit der Standardformulierung „aus sozialmedizinischen Gründen wird der Antrag auf Gewährung des Hilfsmittels abgelehnt“ versehen ist. Die Ombudsperson weist Versicherte darauf hin, dass gegen solche Bescheide Widerspruch eingelegt werden kann, um eine erneute Prüfung zu beantragen. Eine Klärung der Gründe mit der Krankenkasse und das Nachreichen weiterer Informationen kann hilfreich sein. Dies wird in den Beratungsgesprächen thematisiert. Eine transparente und detaillierte Begründungen könnte die Akzeptanz steigern und unnötige Widersprüche reduzieren.

D. Kontaktaufnahme zur unabhängigen Ombudsperson

Die Kontaktaufnahme erfolgt überwiegend per E-Mail, Post oder telefonisch. Nach Eingang einer Beschwerde bestätigt die Ombudsperson den Eingang und nimmt zur Klärung des Anliegens per E-Mail oder Telefon Kontakt auf. Ist für die Bearbeitung eine datenschutzrechtliche Einwilligung erforderlich, erhalten die Betroffenen ein Beschwerdeformular zur Rücksendung.

Telefonische Beschwerden werden durch eine Aktennotiz dokumentiert. In vielen Fällen kann bereits im Gespräch erste Abhilfe geschaffen werden. Im Verlauf des Verfahrens erhalten alle Betroffenen eine Zwischen- oder Abschlussnachricht bzw. Stellungnahme. Bei einer Weiterleitung an das Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes erfolgt die abschließende Information von dort unter Kenntnisnahme der Ombudsperson.

Weiterhin fällt auch im Berichtszeitraum wiederholt auf, dass Bescheide einiger Kranken- und Pflegekassen immer noch fehlerhafte oder unklare Rechtbehelfsbelehrungen enthalten. Häufig wird zunächst auf die Möglichkeit der Kontaktaufnahme mit der Ombudsperson verwiesen, während der Hinweis auf das Widerspruchsrecht nur nachrangig und kleingedruckt erscheint.

Einordnung der Zuständigkeit

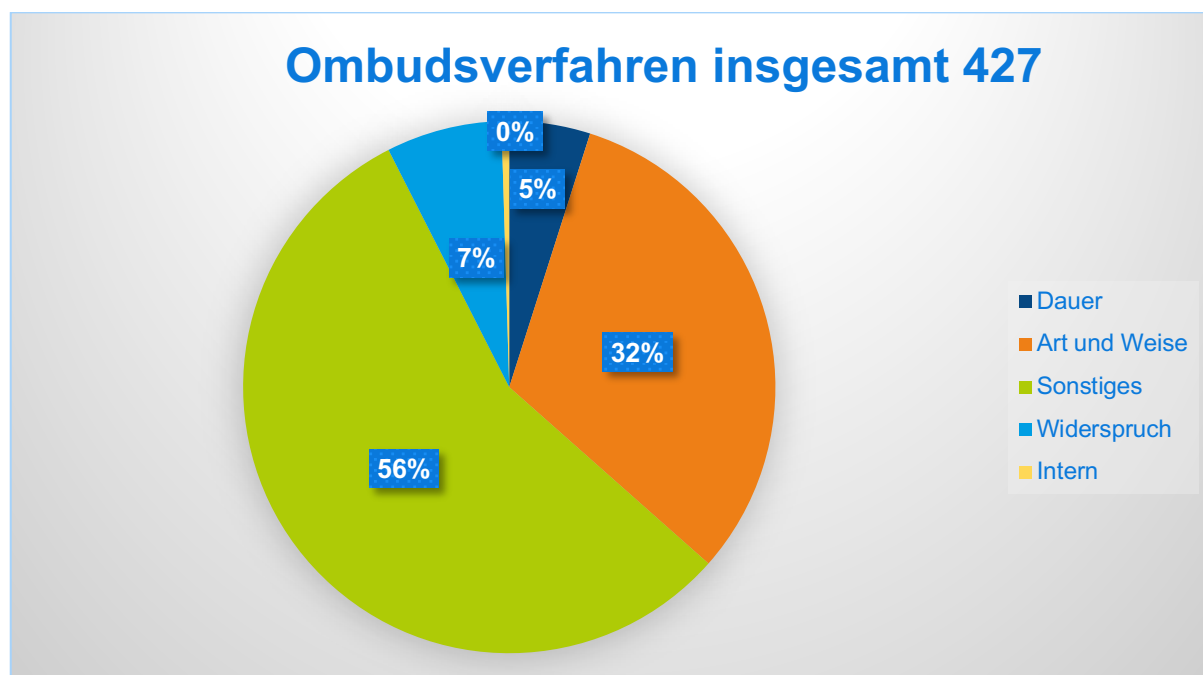
Die Ombudsperson ist eine unabhängige Beschwerde- und Vermittlungsstelle des Medizinischen Dienstes Hessen. Sie kann Beschwerden aufnehmen, Abläufe erklären, zwischen Beteiligten vermitteln und auf zuständige Stellen hinweisen; eine Rechtsberatung oder Leistungsbewilligung gehört ausdrücklich nicht zu ihren Aufgaben. Für Widersprüche gegen Leistungsbescheide der Kranken- oder Pflegekasse ist die Krankenkasse selbst zuständig, nicht die Ombudsperson.

Wahrnehmung der Versicherten

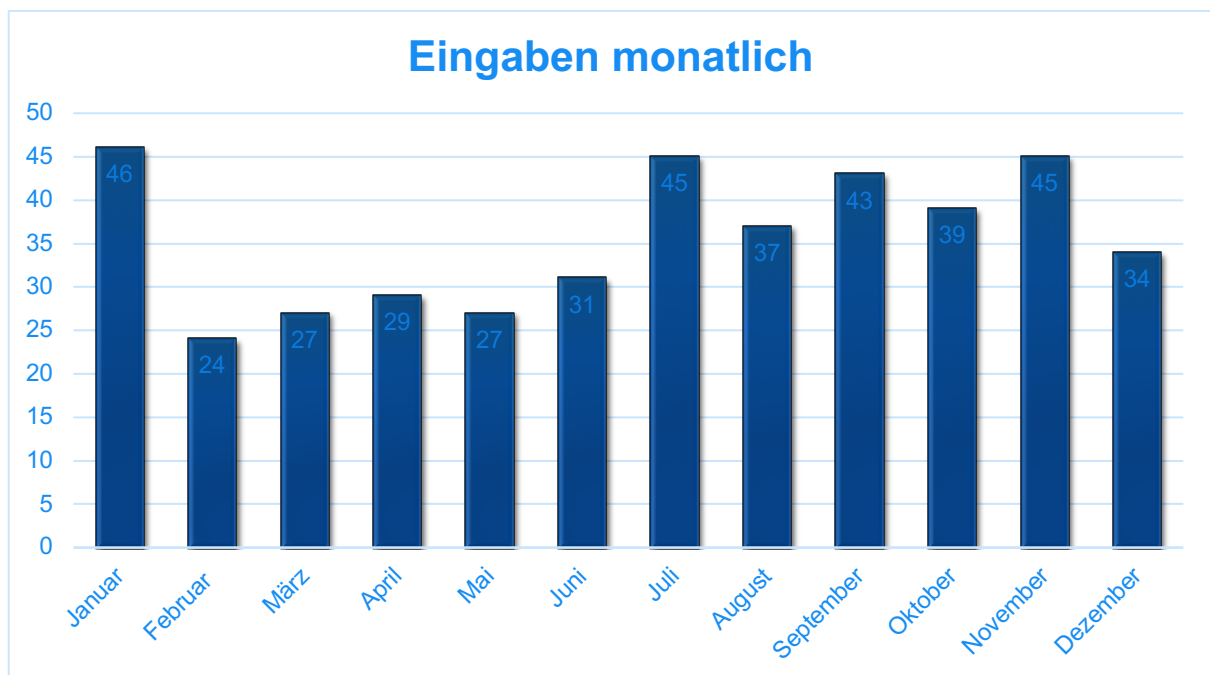
Versicherte nehmen teils irrtümlich an, die Ombudsperson könne Gutachten abändern oder die Entscheidung über Hilfsmittel, Kostenübernahmen, Pflegegrade oder Reha zu ihren Gunsten beeinflussen. Bei Versicherten kann der Eindruck entstehen, eine medizinische Einschätzung oder ein Verfahren werde durch die Ombudsperson unmittelbar „gelöst“. Dies ist oft auf Grundlage der Hinweise der Kassen an die Versicherten der Fall. Die Ombudsperson wird häufig als „Gutachtenübersetzer“ oder als Stelle erlebt, die das Verfahren erklärt und Erwartungen an Entscheidungen ordnet.

Der Hinweis auf die Ombudsperson in Leistungsbescheiden kann zwar die Kontaktaufnahme erleichtern, aber er sollte zwingend mit einer klaren Erklärung über die fehlende Entscheidungskompetenz verbunden sein.

E. Graphische Zusammenfassung und Auswertung der Fälle:



Jahresverlauf der Eingaben



F. Erweiterte Ombudsverfahren:

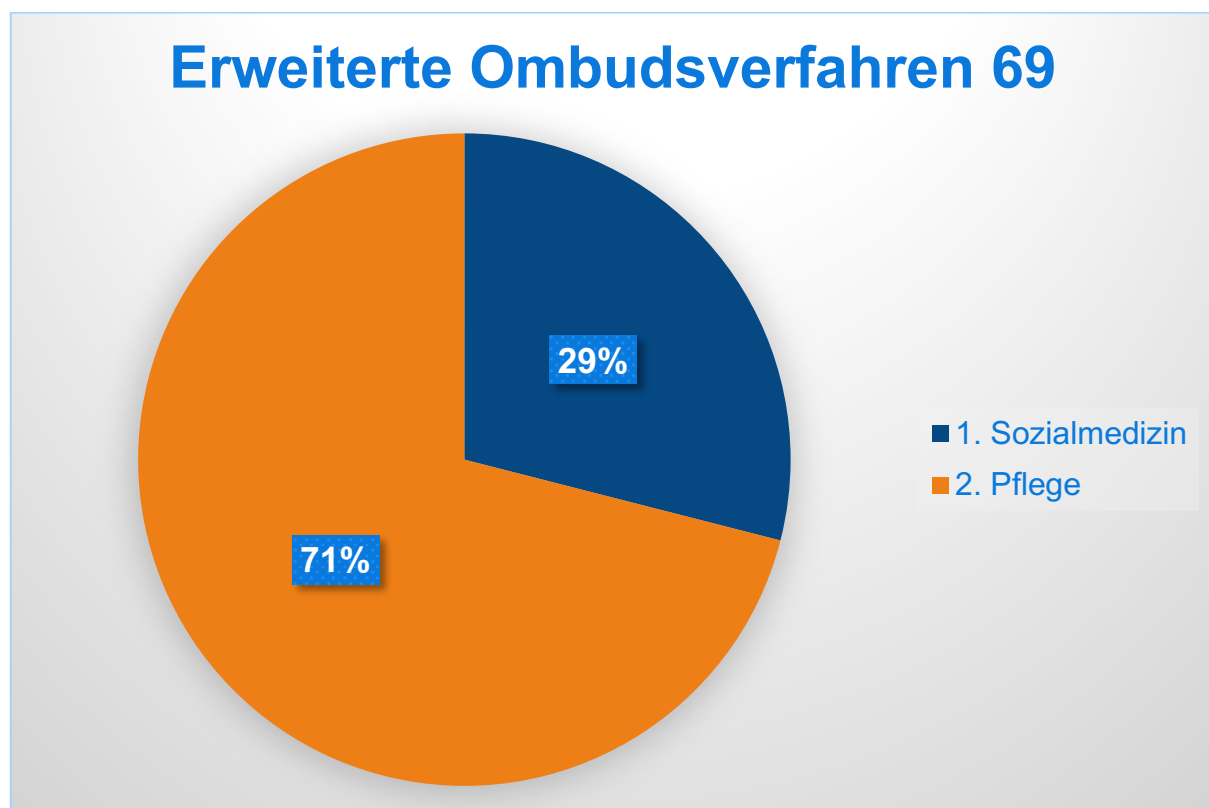
Im Rahmen der länderübergreifenden Kooperation hinsichtlich der Erhebung der Daten der unabhängigen Ombudspersonen der Medizinischen Dienste, haben sich die Stellen in den Ländern darauf verständigt, sämtliche Eingänge als einheitlich zu behandelnde Ombudsverfahren zu werten, um eine vergleichbare Erfassung und Auswertung sicherzustellen. Diese Vereinbarung spiegelt sich auch in den Jahresberichten der unabhängigen Ombudspersonen mehrerer Bundesländer wieder, in denen die Beschwerden systematisch als Ombudsverfahren dokumentiert und analysiert werden.

Um innerhalb dieses einheitlichen Rahmens zusätzlich eine inhaltliche Differenzierung zu ermöglichen, führt die unabhängige Ombudsperson des Bundeslandes Hessen den Begriff „Erweitertes Ombudsverfahren“ ein. Darunter werden Fälle gefasst, in denen neben der unabhängigen Ombudsperson selbst auch weitere Verantwortliche bzw. Zuständigkeitsbereiche an der Klärung beteiligt sind, etwa Fachbereiche, Geschäftsführungen oder zuständige Stellen der Kassen sowie der Medizinischen Dienste. Diese Verfahrensdifferenzierungen sind sinnvoll, wenn es sich um komplexe, mehrstufige Klärungsprozesse handelt, in denen neben der Ombudsperson zusätzliche Instanzen einbezogen wurden.

Im Berichtszeitraum wurden im Land Hessen insgesamt 69 „Erweiterte Ombudsverfahren“ eingeleitet. 64 Verfahren sind abgeschlossen. Für diese Verfahren

wurden von den jeweiligen Geschäftsbereichsleitern Stellungnahmen zu den Beschwerden angefordert, um die organisatorischen und fachlichen Hintergründe umfassend darzustellen. In den überwiegenden Fällen konnte dadurch eine einvernehmliche Lösung erreicht werden. In anderen Fällen ging die unabhängige Ombudsperson in einen weiteren vermittelnden Dialog, mit beteiligten Personen und Stellen mit dem Ergebnis, dass die Verfahren abgeschlossen worden. Wesentliche Erkenntnisse und systematische Anhaltspunkte, die sich aus den Ombudsverfahren ergaben (zu Prozess- und Kommunikationsverbesserung), wurden mit der Geschäftsführung besprochen. Seitens der Geschäftsführung wurden hierzu bereits parallel konkrete Maßnahmen eingeleitet.

Sehr zu begrüßen ist das neue Videoformat „Medizinischer Dienst Hessen geht in Dialog. Hier können zum Beispiel Versicherte sowie pflegende Angehörige Informationen erhalten zum Thema: „Wie bereite ich mich auf die Pflegebegutachtung vor?“ oder „Was tun, wenn sich der Pflegebedarf plötzlich oder auch schleichend verändert?“. Ebenfalls bietet dieses neue Format besondere Veranstaltungen für Eltern und Bezugspersonen von pflegebedürftigen Kindern. Informationen hierzu sind auf www.md-hessen.de zu finden. Der MD Hessen leistet damit einen wesentlichen Beitrag im Sinne der Versicherten, seine Arbeit transparent und verständlich darzustellen.



G. Gegenstand der Eingaben der Versicherten bei den Erweiterten Ombudsverfahren

Inhalt der Gutachten

Im Berichtszeitraum gingen zahlreiche Rückmeldungen ein, die sich inhaltlich auf bereits erstellte Gutachten bezogen. Ein erheblicher Teil der Beschwerden bezog sich auf die Frage, ob die fachlichen Inhalte und Bewertungen der Gutachten sachgerecht, vollständig und nachvollziehbar formuliert wurden. Die folgende Zusammenfassung skizziert die Fälle, in denen Beschwerde speziell auf den inhaltlichen Gehalt der Gutachten gerichtet war.

Mangelnde Würdigung von Unterlagen / falsche Aussagen im Gutachten:

Im Bereich Pflege wurden Stellungnahmen eingeholt, weil Versicherte und Angehörige angaben, dass vom Medizinischen Dienst vorgelegte Unterlagen nicht oder unvollständig berücksichtigt worden seien bzw. dass im Gutachten falsche Aussagen enthalten seien. In 2 Fällen konnte nachträglich eine Gutachtenänderung bzw. eine Korrektur der Formulierung erfolgen. Dafür wurde den Versicherten empfohlen, bei der Pflegekasse einen neuen Gutachtenauftrag zu stellen.

Im Bereich ambulanter Versorgung gingen vergleichbare Eingaben ein, bei denen ebenfalls eine unzureichende Berücksichtigung vorliegender Befunde oder eine ungenaue Übernahme von Diagnosen oder Befundangaben beanstandet wurde.

Gutachterliche Kompetenz und Bewertungslogik:

Im Bereich Pflege und ambulanter Versorgung zweifelten die Versicherten, ob die Gutachter ausreichend fachlich kompetent oder die Bewertung an die individuellen Umstände angepasst sei, insbesondere bei abgelehnten Leistungsanträgen. In diesen Fällen wurde den Betroffenen ausführlich erklärt, dass die Gutachten an die gesetzlichen und sozialmedizinischen Fachregelwerke gebunden sind, was zu einer sachlichen Einordnung, aber nicht zu einer inhaltlichen Änderung des Gutachtens führte.

Ergebnis der Begutachtung und subjektive Wahrnehmung:

Ein großer Teil der Beschwerden weist nicht auf formale Fehler, sondern auf die Diskrepanz zwischen der subjektiv empfundenen Hilfsbedürftigkeit und dem gutachterlich festgestellten Pflegegrad bzw. Leistungsbedarf. In diesen Fällen unterstützte die Ombudsperson die Betroffenen dabei, die Gutachtenlogik zu verstehen und über den Widerspruchsweg weitere Schritte zu wählen.

Allgemeine Sozialmedizin:

Die meisten Beschwerden bezogen sich nicht auf formale Fehler, sondern auf die Ablehnung erwarteter Leistungen (z. B. Heilmittel, Hilfsmittel, Rehabilitationsmaßnahmen), die den Betroffenen trotz vorhandener Befunde nicht ausreichend begründet erschienen.

Erkenntnisse aus dem Berichtszeitraum

Die inhaltliche Beschwerdekritik an Gutachten entfällt überwiegend auf die Bereiche Pflegebedürftigkeitsbegutachtungen und sozialmedizinische Leistungsempfehlungen.

Neben sachlichen Fehlern (z. B. unberücksichtigte Unterlagen, falsche Befundübernahme, falsche Daten der Begutachtung) dominieren subjektive Unzufriedenheiten. Im Ergebnis, dass durch die gewählte Gutachterlogik die Versicherten, sich nicht ausreichend wahrgenommen fühlen.

Beschwerden über die Art und Weise während der Begutachtung

Die folgende Zusammenfassung greift solche Fälle gesondert heraus, bei denen Versicherte und Angehörige nicht vor allem das Ergebnis, sondern den Ablauf, das Verfahren oder die konkrete Durchführung der Begutachtung kritisiert haben.

Im Bereich Pflegebegutachtung fielen Beschwerdepunkte auf die Auswahl und Durchführung des Begutachtungsverfahrens, also etwa:

- ob eine Begutachtung nur nach Aktenlage bzw. per Telefoninterview durchgeführt wurde, obwohl die Betroffenen einen Hausbesuch erwartet hatten oder als sinnvoll und wünschenswert empfunden wurde,
- ob die gewählte Form der Begutachtung aus Sicht der Versicherten und deren Angehörigen als unangemessen erlebt wurde.

Darüber hinaus wurden zur Kategorie Beschwerden über das gutachterliche Verhalten Beschwerden erfasst, wie die Begutachtung im hausbesuchsnahen Setting stattfand, etwa durch Erfahrungen von:

- zu wenig Zeit,
- unzureichender Wahrnehmung der individuellen Alltagssituation, als „distanziert“ oder „mechanisch“ empfundener Vorgehensweise, z. B. dem Eindruck „der Gutachter schaut nur in den Laptop“.
- als unprofessionell, unfreundlich oder unangemessen empfundenes Auftreten der Gutachterinnen und Gutachter.

Weitere Verfahrens- bzw. Ablaufkritik liegt in der Kategorie Begutachtungsdauer. Hier wurden Verzögerungen gerügt, die

- die Terminvergabe im häuslichen Umfeld (Pflege)
- bzw. die Fristen bei sozialmedizinischen Gutachten in der ambulanten Versorgung betrafen,

also der Eindruck entstand, dass die Begutachtung zu spät oder unzureichend koordiniert durchgeführt wurde.

Beschwerden zur Art, zum Verfahren und zum Ablauf der Begutachtung sind ein zentraler Anwendungsbereich der Ombudsstelle.

Erkenntnisse aus dem Berichtszeitraum:

Die Kritik bezüglich der Art und Weise der Begutachtung richtet sich häufig auf die Frage, ob die gewählte Form der Begutachtung (z. B. Aktenprüfung ohne Hausbesuch) den persönlichen Umständen des Versicherten adäquat Rechnung trägt. Versicherte und Angehörige erleben die Begutachtung aus subjektiver Sicht als zu formell, zu schnell, zu wenig individuell oder zu wenig transparent, auch wenn die Anwendung der fachlichen Richtlinien korrekt war.

H. Schlussfolgerungen

Der Jahresbericht verdeutlicht, welche Themen die Versicherten besonders bewegen. Rund zwei Drittel aller Anfragen standen im Zusammenhang mit der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit – insbesondere mit der Einstufung in einen Pflegegrad oder der Ablehnung einer beantragten Höherstufung. Häufige Anliegen betrafen zudem die Nachvollziehbarkeit von Gutachten sowie Fragen zur Kommunikation im Begutachtungsprozess.

Versicherte wenden sich vor allem dann an die Unabhängige Ombudsperson, wenn sie sich im Verfahren nicht ausreichend informiert oder nicht ernst genommen fühlen. Auch die Themen „Transparenz und Tonalität von Bescheiden“ sowie „Sachgerechtigkeit bei Begutachtungen komplexer Krankheitsbilder“ wurden mehrfach aufgegriffen.

Diese Rückmeldungen liefern wertvolle Hinweise auf strukturelle Herausforderungen, etwa den Bedarf an klarer, empathischer Kommunikation, an einer stärkeren Einbeziehung pflegender Angehöriger und an besserer Nachvollziehbarkeit der Entscheidungswege. Gleichzeitig zeigen sie, dass die Ombudsperson zunehmend als vertrauensvoller und niedrigschwelliger Ansprechpartner wahrgenommen wird, der den Versicherten Orientierung gibt und Missverständnisse im Dialog mit den Institutionen klärt.

Im Berichtszeitraum 2025 war der Bedarf an persönlichen Hausbesuchen hoch. Kontakt suchende Versicherte und Angehörige legten Wert auf eine direkte

Wahrnehmung der zu begutachtenden Person. Über den festgestellten Pflegegrad hinaus erwarteten sie ergänzende Informationen und Unterstützung durch die Gutachterinnen und Gutachter.

Insgesamt zeichnet sich die Zusammenarbeit mit dem MD auch in diesem Berichtszeitraum als sehr kooperativ und verantwortungsvoll aus.

Unregelmäßigkeiten oder Fehlentwicklungen bei der Tätigkeit des Medizinischen Dienstes wurden nicht festgestellt.



Frankfurt am Main, den 02.04.2025

Peggy Keller
Unabhängige Ombudsperson beim MD
Hessen