



Ombudsperson
beim Medizinischen Dienst
Nordrhein

Bericht der Ombudsperson 2025 beim Medizinischen Dienst Nordrhein

Berichtszeitraum 01.10.2024 bis 30.09.2025

**Geschäftsstelle der Ombudsperson
beim Medizinischen Dienst Nordrhein**

Dirk Meyer, Ombudsperson

Cäcilienkloster 6
50676 Köln

Telefon: 0221 160 65 222

E-Mail: ombudsstelle@md-nordrhein.de

Inhalt

1	Eingaben im Berichtszeitraum	3
1.1	Auf einen Blick.....	3
1.2	Eingaben durch Versicherte, Angehörige, Sonstige.....	5
1.3	Eingaben durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.....	6
2	Eröffnete Ombudsverfahren	7
2.1	Überblick.....	7
2.2	Krankenversicherung.....	8
2.3	Pflegeversicherung.....	9
2.4	Weitere Ombudsverfahren	10
2.5	Auswertung der Ombudsverfahren	10
3	Eingaben ohne Ombudsverfahren.....	12
3.1	Überblick.....	12
3.2	Krankenversicherung.....	13
3.3	Pflegeversicherung.....	13
3.4	Weitere Eingaben.....	14
4	Die Ombudsstelle	15
4.1	Typische Fallkonstellationen	17
4.2	Organisatorische Entwicklung der Ombudsstelle.....	17
5	Weitere Aktivitäten der Ombudsperson	18
6	Fazit und Ausblick	18
7	Rechtsgrundlage	19
8	Aufgaben	19
9	Befugnisse	19

1 Eingaben im Berichtszeitraum

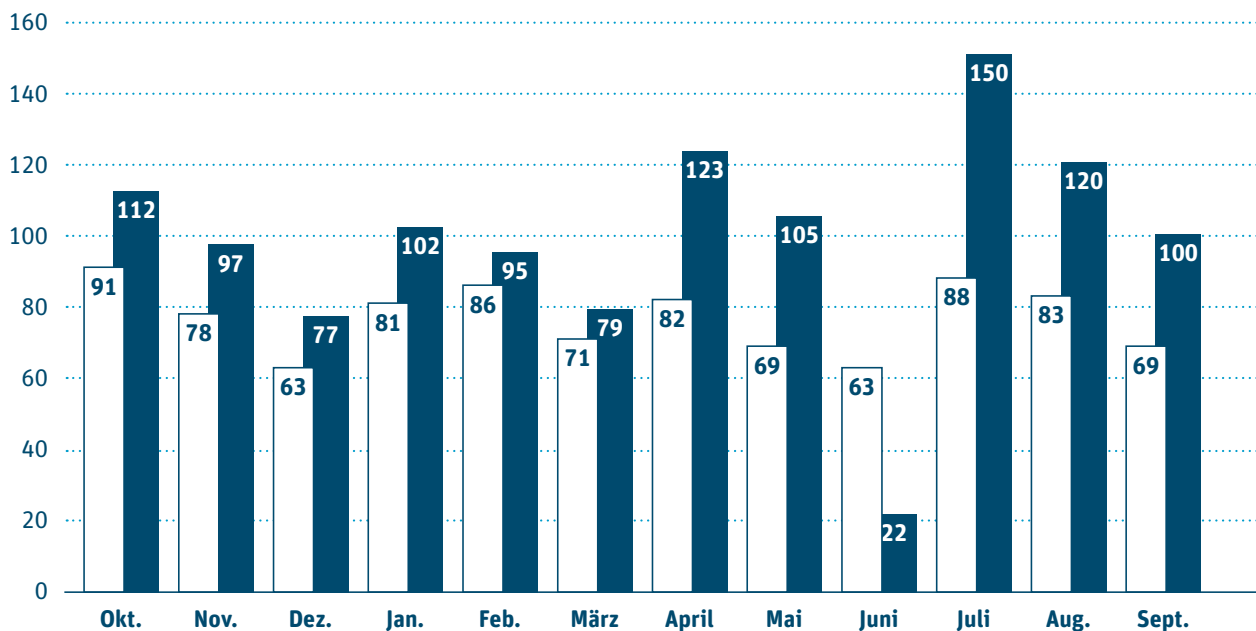
1.1 Auf einen Blick

Im aktuellen Berichtszeitraum erreichten die Ombudsstelle 1.182 Eingaben. Dies entspricht einer Steigerung der Fallzahlen um rund 28 Prozent zum Vorjahresbericht (924 Eingaben).

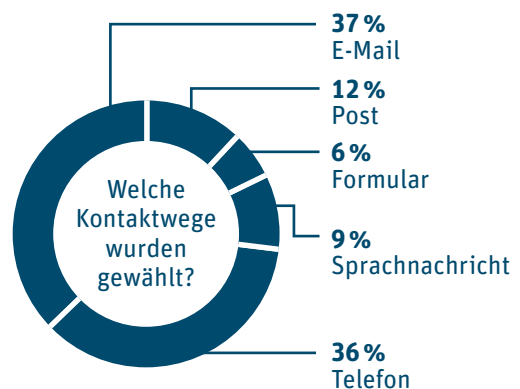
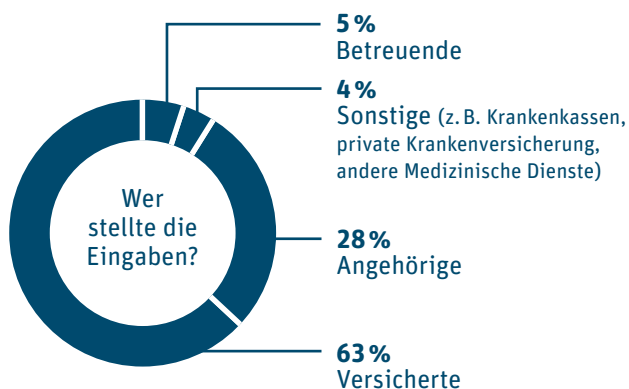
(Berichtszeitraum: 01.10.24–30.09.25 / Vergleichszeitraum: 01.10.23–30.09.24)

□ 2023/2024 ■ 2024/2025

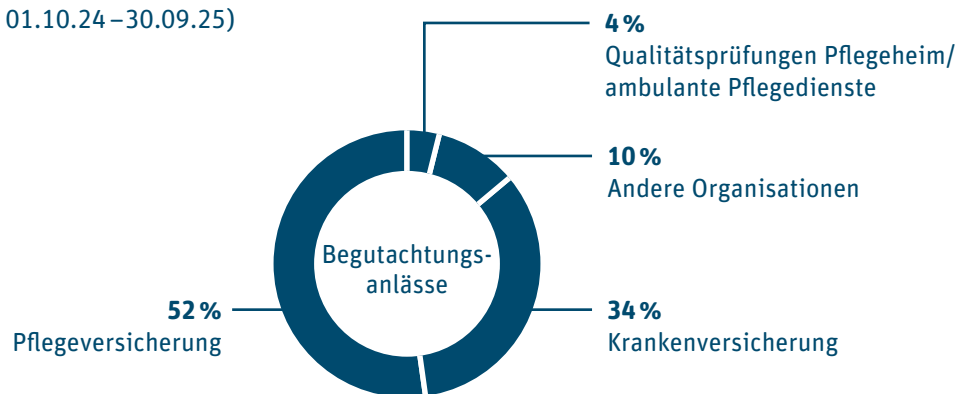
1.182
Eingaben
insgesamt



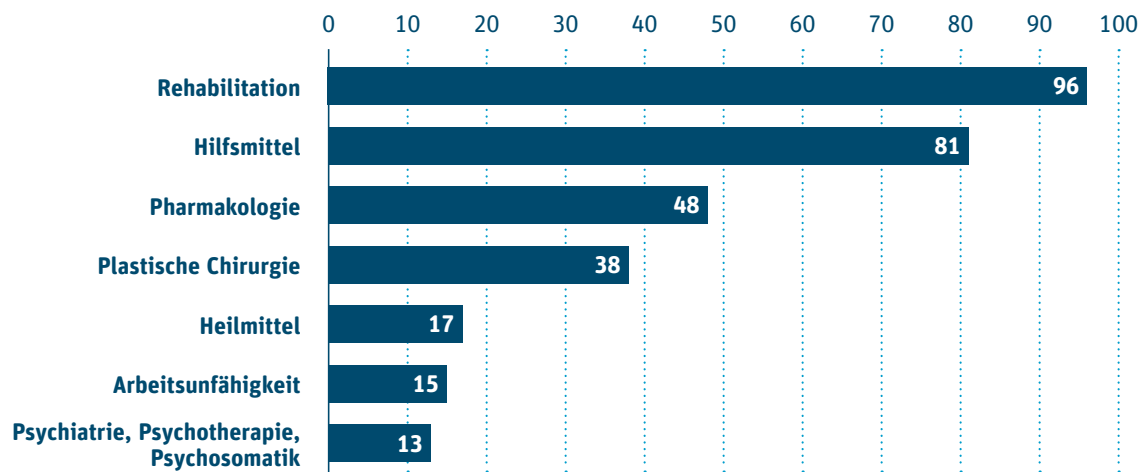
(Berichtszeitraum: 01.10.24–30.09.25)



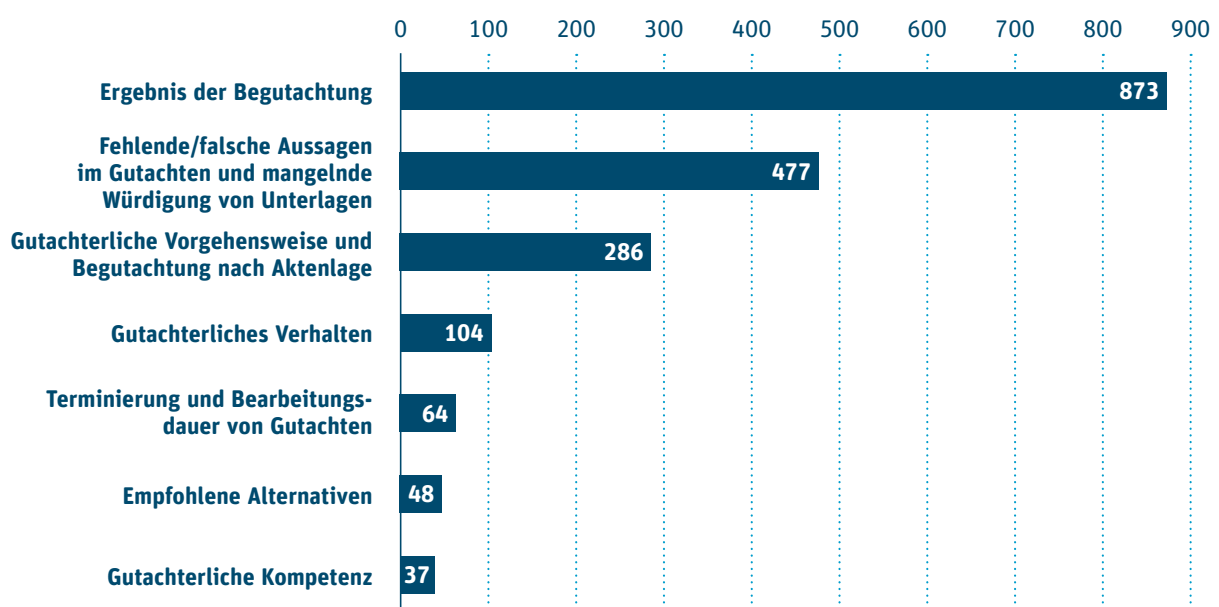
(Berichtszeitraum: 01.10.24 – 30.09.25)



Häufig kritisierte Begutachtungsbereiche – Krankenversicherung (Anzahl der Nennungen)



Häufig genannte Themen (Anzahl/Mehrfachnennungen möglich)



1.2 Eingaben durch Versicherte, Angehörige, Sonstige

Die Anzahl der Eingaben an die Ombudsperson hat sich im Berichtszeitraum erhöht und liegt aktuell bei durchschnittlich 99 Eingaben pro Monat (Vorjahr: 77 Eingaben pro Monat). Insgesamt haben sich in den zwölf Monaten 1.182 Personen bei der Ombudsstelle gemeldet.

95 Prozent der Eingaben (1.127 Personen) konnten durch die Bereitstellung von Informationen, vertiefenden Erläuterungen zur Sachlage und Vermittlung an andere Stellen, zum Beispiel Kranken- und Pflegekassen, gelöst werden. Bei knapp fünf Prozent der Eingaben (55 Personen) wurde ein Ombudsverfahren eingeleitet. Das waren im Vergleich zum Vorjahresbericht 18 Verfahren weniger.

In erster Linie nahmen Versicherte und deren Angehörige Kontakt zur Ombudsperson auf.

Die Möglichkeiten der Kontaktaufnahme mit der Ombudsstelle sind bewusst vielfältig und niedrigschwellig angelegt: 45 Prozent der Anfragen gingen per Telefon oder Voicemail, 37 Prozent per E-Mail, 12 Prozent per Post und 6 Prozent per Online-Formular ein.

52 Prozent der Eingaben an die Ombudsperson bezogen sich auf den Bereich Pflegeversicherung, 34 Prozent auf den Bereich Krankenversicherung, 4 Prozent auf die Pflegequalitätsprüfungen und 10 Prozent auf sonstige Themen, bei denen der Medizinische Dienst Nordrhein nicht der eigentliche Ansprechpartner war.

Als Hauptbeweggründe, derentwegen Versicherte oder ihre Angehörigen sich an die Ombudsstelle wenden, lassen sich – wie in 2024 – im Jahr 2025 fünf Themenfelder identifizieren:

„Auf der Suche nach Gerechtigkeit“

Die Ombudsstelle wird mit dem Wunsch nach einer schnellen und unkomplizierten Problemlösung kontaktiert, zum Beispiel weil eine große Unzufriedenheit mit dem Ergebnis der Begutachtung besteht.

Misslungene bzw. abgebrochene Kommunikation zwischen den Versicherten oder Angehörigen und ihrer Kranken- bzw. Pflegekasse

Neben den Inhalten der Beschwerden zeigen die Anfragen eine hohe Verunsicherung über deren richtige Adressierung. Dazu gehören beispielsweise Fragen, wer für die Beschwerde zuständig ist, welche Beschwerdemöglichkeiten es gibt oder an welche Stelle ein Widerspruch gerichtet werden muss.

Übersetzung der Gutachten in verständliche Sprache

Ein weiteres Motiv, sich an die Ombudsstelle zu wenden, ist der Wunsch nach Erläuterung bzw. Erklärung, da die medizinisch-fachliche Terminologie im Gutachten nicht verstanden wird.

Fehlendes Wissen über Strukturen und Abläufe im Gesundheitssystem

Die Rolle des Medizinischen Dienstes wird in vielen Fällen fehlinterpretiert, die richtigen Adressaten (Kranken- oder Pflegekasse) sind nicht präsent oder die Möglichkeit eines Widerspruches ist nicht bekannt.

Beschwerden über Themen, die nicht im Einflussbereich des Medizinischen Dienstes liegen

Da die Rolle des Medizinischen Dienstes im Gesundheitssystem falsch eingeschätzt wird, sollen zum Beispiel Entscheidungen herbeigeführt werden, die nicht in seinem Einflussbereich liegen.

Vonseiten der Versicherten bestand auch in diesem Berichtszeitraum eine hohe Erwartungshaltung an die unabhängige Ombudsperson, ein als fair oder gerecht empfundenes Ergebnis zu vermitteln. Versicherte befürchteten, der Medizinische Dienst Nordrhein könne aus wirtschaftlichen Gründen im Sinne der Kranken- und Pflegekassen entscheiden. Die Meinungen über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes Nordrhein waren in den Kontakten mitunter skeptisch und beinhalteten zum Teil harte verbale Kritik.

Alle Eingaben betrafen im Wesentlichen die Bereiche Kranken- oder Pflegeversicherung. Andere Tätigkeitsfelder des Medizinischen Dienstes Nordrhein spielten in der Ombudsstelle kaum eine Rolle.

Eine Veränderung in der Struktur der eingehenden Beschwerden nach Themen oder genannten Kritikpunkten kann im Vergleich zum Vorjahreszeitraum nur geringfügig festgestellt werden. Begutachtungsanlässe zu Themen der stationären Rehabilitation, der Hilfsmittelversorgung und Pharmakologie belegen die vorderen drei Plätze.

Eingaben zeigen nicht erfüllte Erwartungen an die Gutachten

Gutachterliche Empfehlungen, Leistungsablehnungen oder als zu gering erachtete Pflegegrade waren für Versicherte nicht nachvollziehbar. Wiederholt wurden eine mangelnde Würdigung medizinischer Unterlagen, das gutachterliche Vorgehen oder eine unangemessene Bewertung auf Basis der Module der Pflegegradermittlung kritisiert.

Durch eine intensive Kommunikation der Ombudsstelle mit den Versicherten und Angehörigen konnten in den meisten Fällen ein positiver Effekt und Zufriedenheit in Bezug auf das Anliegen erzielt werden.

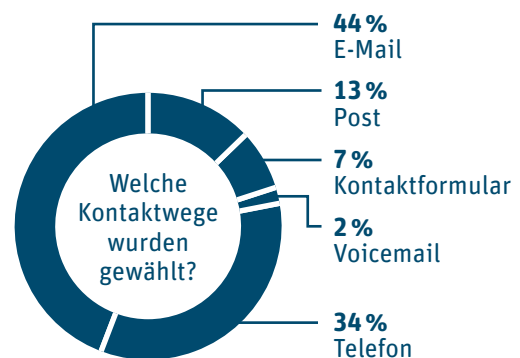
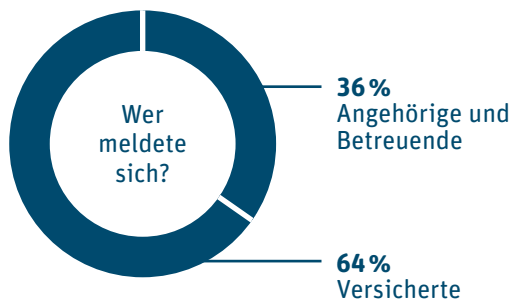
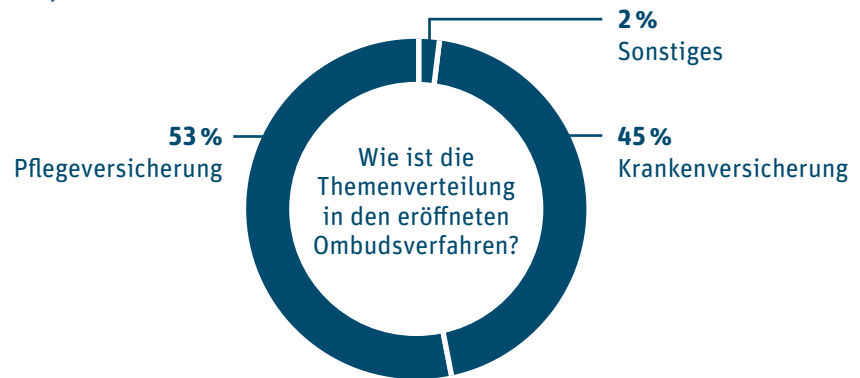
1.3 Eingaben durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Im Berichtszeitraum wurden eine Beschwerde von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Medizinischen Dienstes an die Ombudsstelle herangetragen. Die Bearbeitung ist noch nicht abgeschlossen.

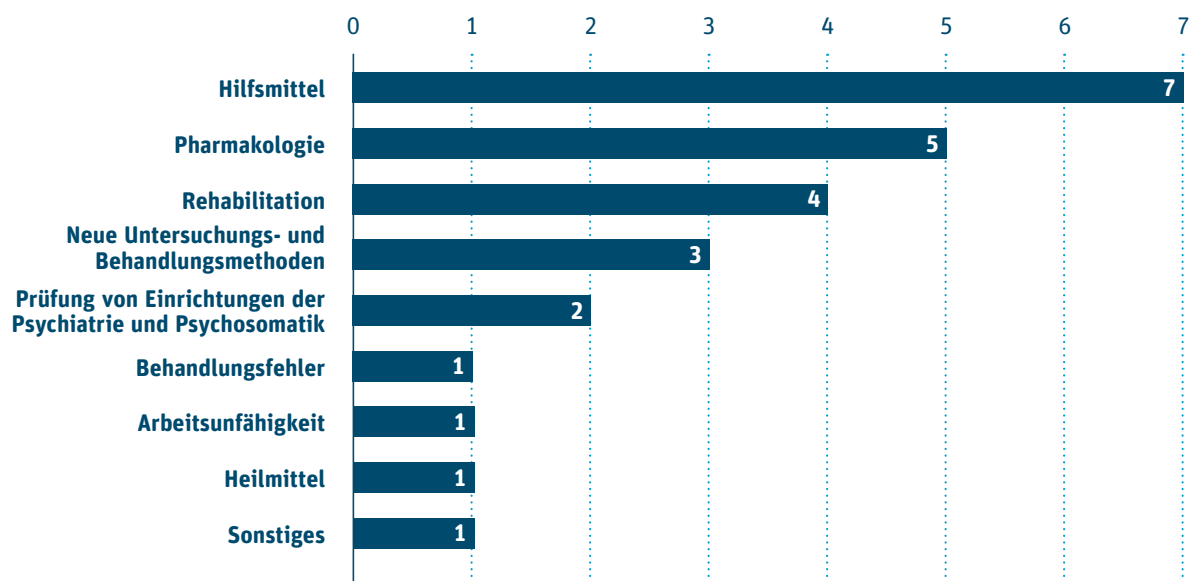
2 Eröffnete Ombudsverfahren

2.1 Überblick

(Berichtszeitraum: 01.10.24 – 30.09.25)



Begutachtungsbereiche – Krankenversicherung (Anzahl der Nennungen)



Laufzeit der Ombudsverfahren

Vom Eingang der Einwilligungserklärung bis zur schriftlichen Beantwortung durch die unabhängige Ombudsperson wurden durchschnittlich 22 Werktage benötigt. Zu berücksichtigen sind Abwesenheitszeiten aufseiten der unabhängigen Ombudsperson, ihrer Geschäftsstelle oder von Fachexpertinnen und Fachexperten des Gutachterdienstes. Auch eine hohe Fallkomplexität beeinflusste die Bearbeitungszeit deutlich. Durch eine längere Abwesenheit und einen Personalwechsel in der Geschäftsstelle kam es leider im Sommer 2025 für zwei Monate zu deutlichen Verzögerungen.

2.2 Krankenversicherung

In den Ombudsverfahren waren Versicherte insbesondere mit ablehnenden Gutachtenergebnissen auf den Gebieten Hilfsmittelversorgung, Pharmakologie sowie Rehabilitationsmaßnahmen unzufrieden. Angesichts ihrer gesundheitlichen Situation konnten Versicherte ablehnende gutachterliche Empfehlungen sowie andere empfohlene Maßnahmen zur Versorgung nicht nachvollziehen.

Bei den Ombudsfällen stellten Versicherte vielfach die fachärztliche Kompetenz von Gutachterinnen und Gutachtern infrage. Sie vermuteten mangelnde ärztliche Kompetenz bei der Beurteilung ihrer Leistungsanträge, wenn Gutachterinnen und Gutachter nicht über eine entsprechende Facharztausbildung verfügten. Dass entsprechende Gutachten von Fachärztinnen und Fachärzten für Sozialmedizin erstellt wurden, war indes kaum bekannt.

Versicherte kritisierten, dass der Medizinische Dienst ohne Gespräch oder eine persönliche Inaugenscheinnahme medizinische Leistungsanträge nach Aktenlage beurteilt. Dies wurde vielfach als Ursache für eine abgelehnte Leistung gesehen. Zu diesem Thema durchgeführte Ombudsverfahren zeigten, dass die Qualität ärztlicher Dokumente, wie zum Beispiel Verordnungen, medizinische Berichte oder Therapiepläne, oft nicht den sozialmedizinischen Anforderungen entsprachen, um positive Leistungsempfehlungen abzugeben.

Für Unzufriedenheit bei Versicherten sorgte auch die Form der Gutachten selbst. Ein Aspekt ist der Datenschutz. Krankenkassen erhalten durch den Medizinischen Dienst gesetzeskonform Gutachten ohne Vorgeschichte und Anamnese zu medizinischen Leistungsanträgen. Für etliche Versicherte entstand dadurch der Eindruck eines unvollständigen Gutachtens, weil die Hinweise zum Datenschutz übersehen wurden. Wenn die Ablehnungsgründe auf Basis des Gutachtens durch Kassenmitarbeitende im Leistungsbescheid formuliert wurden, also ohne dass Versicherten das Gutachten vorlag, zeigte sich häufig die gleiche Problematik.

Hauptkritikpunkte waren

1. Ergebnis der Begutachtung,
2. fehlende oder falsche Aussagen im Gutachten; mangelnde Würdigung von Unterlagen,
3. Bearbeitungsform (Begutachtung nach Aktenlage),
4. alternative Empfehlungen.

Beispiel 1

Eine Versicherte kritisierte die ablehnende gutachterliche Stellungnahme zu einem Hilfsmittel (Elektrostimulationsgerät zur Inkontinenztherapie). Nach Durchführung einer Widerspruchsbegutachtung wurde die Verordnung eines Elektrostimulationsgerätes erneut nicht empfohlen. Stattdessen wurde regelmäßiges Beckenbodentraining unter physiotherapeutischer Anleitung vorgeschlagen. Die Versicherte kritisierte das sozialmedizinische Gutachten und äußerte Unverständnis über die Ablehnung, da sie nach eigener Aussage mit dem Elektrostimulationsgerät bereits positive Effekte erzielen konnte und diese nicht mehr fortgeführt werden könnten.

Im Ombudsverfahren wurden die Vorwürfe der Versicherten und die medizinischen Gutachten fachlich geprüft. Im Ergebnis bestätigte sich die Kritik der Versicherten nicht. Die Gutachten entsprachen den geltenden Richtlinien. Der Versicherten wurde darüber hinaus mitgeteilt, dass ihr die Möglichkeit offenstehe, den Rechtsweg zu beschreiten und das Sozialgericht einzuschalten.

Beispiel 2

Eine Versicherte bemängelte die Ablehnung der Übernahme von Fahrkosten. Sie kritisierte, dass das zugrunde liegende Widerspruchsgutachten formale und inhaltliche Mängel aufweise und unvollständig sei. Zudem seien ihre gesundheitlichen Einschränkungen nicht in ausreichendem Maße berücksichtigt worden. Für sie sei es nicht nachvollziehbar, dass laufende Therapien aufgrund der nicht bewilligten Fahrkosten abgebrochen werden müssten.

Nach eingehender fachlicher und methodischer Prüfung wurde das Widerspruchsgutachten in allen Punkten als regelkonform bestätigt. Der Versicherten wurde mitgeteilt, dass ihr sowohl das Verwaltungsverfahren über den Widerspruchsausschuss als auch ein mögliches Klageverfahren vor dem Sozialgericht offenstehen.

2.3 Pflegeversicherung

Wie im Bereich der Krankenversicherung konnten Versicherte Begutachtungsergebnisse nicht nachvollziehen. Vor allem sahen sie ihren individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarf als nicht ausreichend gesehen und erachteten den ermittelten Pflegegrad als zu gering.

Fragen der gutachterlichen Kompetenz oder eine mangelnde Würdigung von medizinischen Unterlagen waren häufig zentrale Beschwerdegründe. Die Erwartungen der Versicherten standen hier im Gegensatz zu gesetzlichen Anforderungen und Vorgaben in der Pflegegradermittlung.

Schwerpunkte der Ombudsverfahren im Bereich Pflegebegutachtung waren

1. Ergebnis der Begutachtung,
2. fehlende oder falsche Aussagen im Gutachten; mangelnde Würdigung von Unterlagen,
3. Vorgehensweise in der Begutachtung,
4. gutachterliches Verhalten und Kompetenz.

Beispiel 1

Eine Versicherte beanstandete die Ergebnisse ihrer Pflegebegutachtungen. Sie veranlasste ein Widerspruchsverfahren sowie die Überprüfung durch den Widerspruchsausschuss. Beide Verfahren blieben ohne Erfolg. Die Versicherte erklärte, dass sie das Ergebnis der Begutachtung nicht nachvollziehen könne. Sie beanstandete die durchgeführten Begutachtungen als fehlerhaft und führte an, dass nicht alle Unterlagen berücksichtigt worden seien. Weiterhin monierte sie, dass ihre körperliche und mentale Verfassung im Gutachten nicht hinreichend einbezogen worden sei. Deshalb sei die Einstufung in Pflegegrad 1 aus ihrer Sicht nicht angemessen.

Eine erneute ausführliche fachliche Prüfung sämtlicher Unterlagen bestätigte erneut die Einstufung in den Pflegegrad 1. Sämtliche relevanten Aspekte wurden in der Beurteilung des Pflegegrades berücksichtigt und konkret bewertet. Der Versicherten wurden die Hintergründe und Begründungen für den festgestellten Pflegegrad in der schriftlichen Antwort ausführlich erläutert. Zudem wurde sie darüber informiert, dass die Möglichkeit besteht, zur weiteren Klärung eine Klage beim Sozialgericht einzureichen.

Beispiel 2

Ein Versicherter erhob Einwände gegen die Ergebnisse der ersten Pflegebegutachtung und des daraufhin erstellten Widerspruchsgutachtens. Nach seiner Darstellung sei der zugesprochene Pflegegrad 2 nicht nachvollziehbar. Er kritisierte insbesondere, dass bei der Begutachtung des häuslichen Umfeldes die tatsächlichen Einschränkungen sowie der erforderliche Unterstützungsbedarf nicht ausreichend erfasst worden wäre. Weiterhin führte er an, dass bestehende Diagnosen und Einschränkungen nicht im vollen Umfang berücksichtigt worden seien. Überdies äußerte er Zweifel an der fachlichen Qualifikation der Gutachter.

Eine erneute umfassende Überprüfung der Gutachten ergab, dass bestimmte Punkte der Kritik nachvollziehbar waren. Dies führte zu einer Anpassung einzelner Bewertungskriterien mit einer entsprechenden Erhöhung der Gesamtpunktzahl. Allerdings blieb diese Anpassung ohne Einfluss auf die Zuordnung zu einem höheren Pflegegrad, da die Voraussetzungen dazu weiterhin nicht erfüllt waren. Dem Versicherten wurde das korrigierte Gutachten zugesandt. Darüber hinaus erhielt er den Hinweis, sich mit weiteren Anliegen an den Widerspruchsausschuss seiner Pflegekasse zu wenden. Ergänzend wurde ihm empfohlen, die Möglichkeit eine Pflegeberatung in Anspruch zu nehmen, um zusätzliche Hilfen und Entlastungsangebote unabhängig vom Pflegegrad prüfen zu lassen.

2.4 Weitere Ombudsverfahren

Eine versicherte Person kritisierte ein Behandlungsfehlergutachten, das die Krankenkasse beauftragt hatte. Es ging um den Vorwurf, dass im Rahmen einer onkologischen Behandlung ein Rezidiv nicht erkannt worden sei. Die hierdurch entstandenen Verzögerungen in der Behandlung hätten die Gesundheit nachhaltig geschädigt. Die versicherte Person beklagte, dass im Behandlungsfehlergutachten festgestellt worden sei, dass sie aufgrund ihres eigenen Verhaltens eine Mitschuld an dem ungünstigen Verlauf ihrer Krankheit trage. Diese Wertung der Mitschuld am Krankheitsverlauf sei nicht nachvollziehbar.

Nach umfassender Prüfung des Gutachtens wurde kein Mangel daran festgestellt. Es wurde gutachterlich ein ärztlicher Behandlungsfehler bestätigt, da die Auswertung eines radiologischen Befundes fehlerhaft war. Gleichzeitig zeigte sich aber, dass eine notwendige ärztliche Nachsorgebehandlung zur Vermeidung eines Rezidivs nach der Operation von der versicherten Person abgelehnt worden war. Ein Fehlverhalten des Medizinischen Dienstes Nordrhein lag nicht vor. Zu einer möglichen weiteren Prüfung der Vorgänge verwies die Ombudsperson an die Gutachterkommission der Ärztekammer Nordrhein-Westfalen sowie an das Sozialgericht.

2.5 Auswertung der Ombudsverfahren

Ohne Beanstandungen des Gutachtenergebnisses

In 54 von 55 Ombudsverfahren konnte die Kritik an den Ergebnissen der betreffenden Gutachten nicht bestätigt werden.

Ergebnisänderung im regulären Widerspruchsverfahren

In einem Verfahren wurde im regulären Widerspruchsverfahren ein Hilfsmittel empfohlen. Das Widerspruchsverfahren lief in diesem Fall parallel zum Ombudsverfahren. Der Grund für die Ergebnisänderung lag darin, dass bei der Erstbegutachtung nicht alle relevanten Unterlagen vorlagen. Im Rahmen der Widerspruchsbegutachtung wurden sie jedoch nachgereicht.

Unstimmigkeiten in der gutachterlichen Arbeits- und Vorgehensweise

In zwei Fällen wurden Unstimmigkeiten in Teilaspekten der Gutachten festgestellt. Die berechtigten Kritikpunkte hatten jedoch keinen Einfluss auf das jeweilige Begutachtungsergebnis und betrafen Schreibfehler oder Bewertungen in Teilaspekten der Pflegebegutachtung.

Verfahren ohne Ergebnis

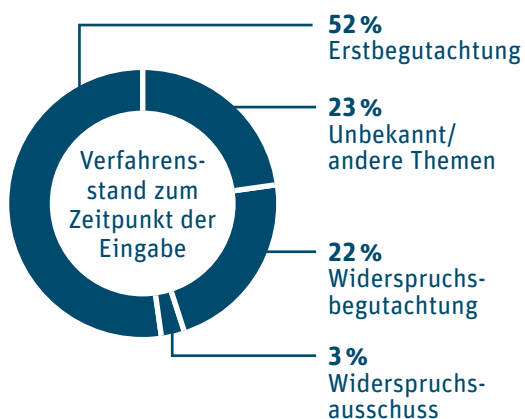
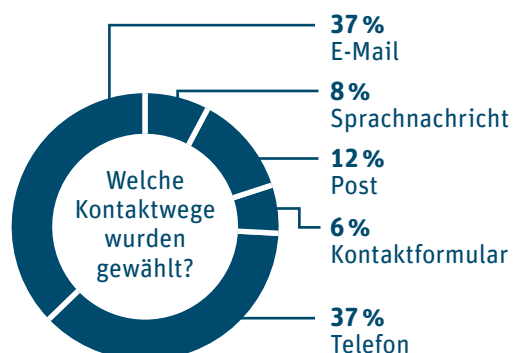
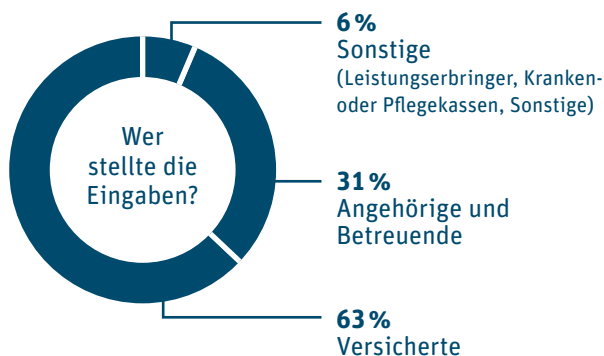
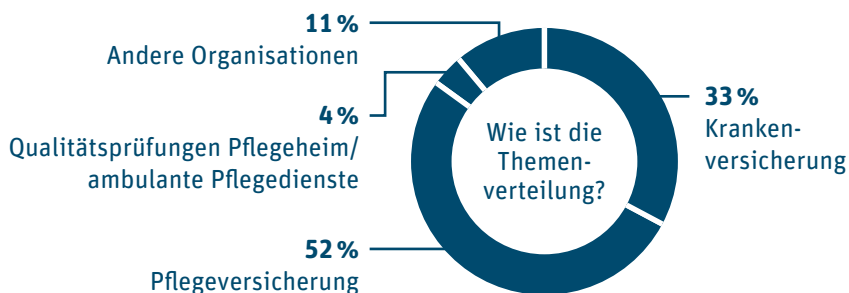
In fünf Fällen wurde das Verfahren ohne Ergebnis abgeschlossen, da keine Einwilligungserklärung erteilt wurde.

3 Eingaben ohne Ombudsverfahren

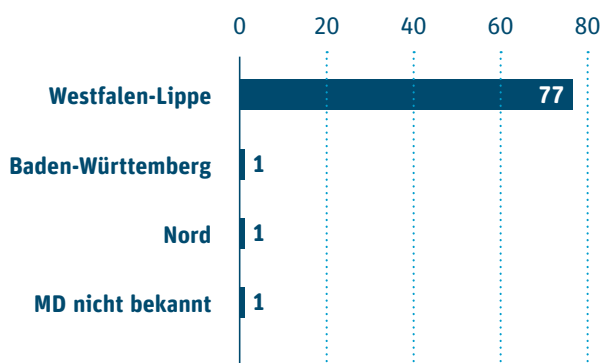
3.1 Überblick

(Berichtszeitraum: 01.10.24 – 30.09.25)

1.127 Eingaben
wurden ohne
Ombudsverfahren
in der Geschäftsstelle
der unabhängigen
Ombudsperson
bearbeitet



Eingaben für andere Medizinische Dienste (Anzahl)



3.2 Krankenversicherung

Alle Eingaben wurden im direkten telefonischen Kontakt mit Versicherten, per E-Mail oder Postbrief beantwortet. Die Schwerpunkte in den Fragestellungen haben sich im Vergleich zum Vorjahreszeitraum kaum verändert. Im Mittelpunkt standen:

1. Fragen zum Rechtsmittelverfahren
(Widerspruch, Widerspruchsausschuss und Sozialgerichtsklage)
2. Fragen zum gutachterlichen Vorgehen und zum Inhalt der Pflegegutachten
3. Fragen zur Bearbeitungsdauer

Beispiel

Eine Versicherte wandte sich über das Kontaktformular an die Ombudsstelle, nachdem ein Hilfsmittelantrag abgelehnt worden war. Sie äußerte den Wunsch nach einer erneuten, dieses Mal persönlichen Begutachtung. Daraufhin erhielt sie eine E-Mail, in der das Verfahren des Widerspruchsverfahrens sowie des Widerspruchsausschusses im Detail erläutert und die Rolle der Krankenkasse dargelegt wurde. Dabei wurde darauf hingewiesen, dass ausschließlich die Krankenkasse eine neue Begutachtung durch den Gutachterdienst veranlassen könne. Deshalb wurde die Versicherte gebeten, sich direkt an ihre Krankenkasse zu wenden und dort einen Widerspruch einzulegen. Zudem wurde ihr mitgeteilt, dass Fragen zu den gutachterlichen Vorgehensweisen direkt an das Qualitäts- und Beschwerdemanagement des Gutachterdienstes adressiert werden können. Die entsprechenden Kontaktdaten wurden der Versicherten übermittelt. In ihrer E-Mail-Antwort bedankte sie sich für die schnelle Rückmeldung und die erhaltenen Informationen.

3.3 Pflegeversicherung

Wie im Bereich der Krankenversicherung (Kapitel 3.2) standen Fragen zur Vorgehensweise im Widerspruchsverfahren im Vordergrund. Hinzu kamen Beschwerden über die Terminvergabe oder Wartezeiten bis zu einer Pflegebegutachtung. Gelegentlich wurde bemängelt, dass Angehörige oder Betreuende nicht über den Begutachtungstermin informiert worden seien. Auch im Bereich der Pflegeversicherung sind keine erkennbaren Veränderungen zum Vorjahresbericht der Ombudsstelle festzustellen.

Beispiel

Eine Versicherte monierte im Rahmen eines telefonischen Kontaktes einen stattgefundenen Hausbesuch und äußerte Unverständnis darüber, dass ihr kein höherer Pflegegrad zuerkannt wurde. Sie war mit der Begutachtung unzufrieden und betonte, dringende Unterstützung zu benötigen, da ihr die Haushaltsführung zunehmend schwerfalle. Im Gespräch wurde ihr erläutert, dass die Möglichkeit bestehe, einen Widerspruch bei der Pflegekasse einzureichen. Zudem wurde sie über die Pflegebegutachtungsrichtlinien informiert. Die Versicherte bedankte sich für die Auskünfte und erklärte, dass sie sich direkt an die Pflegekasse wenden werde.

3.4 Weitere Eingaben

In 19 Prozent aller Eingaben schilderten Versicherte oder Angehörige Probleme, die in die Zuständigkeit anderer Organisationen fielen, zum Beispiel Kranken- oder Pflegekassen, Rentenversicherungsträger, private Krankenversicherungen, Leistungserbringer oder Medizinischer Dienste anderer Bundesländer. Im Vergleich zum Vorjahr verzeichnete der Anteil dieser Fälle einen Rückgang um fünf Prozentpunkte.

Im Berichtszeitraum erreichten die Ombudsstelle 80 Eingaben für Ombudspersonen anderer Medizinischer Dienste. Davon entfielen 77 Eingaben auf die Ombudsperson des Medizinischen Dienstes Westfalen-Lippe. Dies ist ein deutlicher Rückgang im Vergleich zum Vorjahr mit 116 Eingaben.

Angehörige und Versicherte wurden darüber informiert und an die Ombudspersonen sowie an das Qualitäts- und Beschwerdemanagement des jeweils zuständigen Medizinischen Dienstes verwiesen.

Beschwerden über die Tätigkeit ambulanter Pflegedienste oder stationärer Pflegeeinrichtungen wurden an die Fachabteilung des Medizinischen Dienstes Nordrhein vermittelt.

4 Die Ombudsstelle

Alle Eingaben laufen in der Ombudsstelle (Geschäftsstelle der unabhängigen Ombudsperson) zusammen. Sie arbeitet unabhängig vom Medizinischen Dienst Nordrhein. Versichertendaten, Gutachten oder medizinische Berichte liegen hier nicht vor.

Durch Gespräche mit Versicherten oder Angehörigen, durch E-Mail oder Briefkontakt verschafft sich die Ombudsstelle einen Überblick über die jeweilige Fallkonstellation. Auf dieser Basis leistet die Ombudsstelle individuelle Hilfestellungen zur weiteren Vorgehensweise oder bereitet eine Beschwerde für das Ombudsverfahren vor und begleitet dieses bis zum Abschluss.

Im Zusammenhang mit der Aufklärung von kleineren oder größeren Versichertenbeschwerden ist das Qualitäts- und Beschwerdemanagement des Gutachterdienstes eine zentrale Schnittstelle.

Häufig werden Eingaben in das Rechtsmittelverfahren vermittelt, soweit im Wesentlichen das Begutachtungsergebnis im Zentrum der Kritik steht. Der Widerspruch sowie der Widerspruchsausschuss der Kranken- und Pflegekassen werden häufig als vorrangige Klärungswege angesehen.

Alle Ombudsverfahren wurden deshalb eröffnet, weil sich die geäußerte Kritik auf mehr als das Begutachtungsergebnis bezogen hatte, sodass eine vertiefende Klärung der Sachlage notwendig wurde. Dies betraf knapp acht Prozent (55) aller 1.182 Eingaben. Es wurden insgesamt 18 Ombudsverfahren weniger als im Vergleichszeitraum des Vorjahres mit 73 Verfahren eröffnet.

Im Ombudsverfahren forderte die Ombudsperson qualifizierte Stellungnahmen beim Medizinischen Dienst Nordrhein an. Dabei wurden die zugrunde liegenden Gutachten in den jeweiligen Fachabteilungen des Gutachterdienstes auf fachliche und methodische Mängel überprüft. Die Ombudsperson erhielt zu allen Fällen eine schriftliche Stellungnahme. Auf dieser Grundlage führte die Ombudsperson ggf. ergänzende Gespräche oder nahm Einsicht in die Versichertenakte. Alle Fallzusammenhänge wurden auf Richtlinienkonformität und Plausibilität geprüft. Nach Abwägung aller Argumente nahm die unabhängige Ombudsperson eine abschließende Einschätzung vor und gab Hinweise zum weiteren Verlauf der Rechtsmittelverfahren. Versicherte wurden in allen Fällen schriftlich über das Prüfergebnis sowie zu den Hintergründen einer Begutachtung informiert.

Für die meisten Eingaben lagen geeignete Lösungswege zunächst außerhalb eines Ombudsverfahrens, da allein Gutachtenergebnisse im Fokus der Kritik standen. Knapp 50 Prozent aller Eingaben bezogen sich auf Erstgutachten, sodass zunächst ein Widerspruchsverfahren angezeigt war.

Je konkreter Versicherte oder Angehörige ihr Anliegen darlegten, desto gezielter konnte die Ombudsstelle Hinweise zum weiteren Vorgehen empfehlen oder geeignete Kontaktstellen nennen. In Versichertenkontakten war es regelmäßig erforderlich, verschiedene Beschwerdewege, Rechtsmittel, die Stellung der unabhängigen Ombudsperson, die Rolle der Kranken- und Pflegekassen oder die des Medizinischen Dienstes Nordrhein zu erläutern. Viele Eingaben an die Ombudsstelle standen im Zusammenhang mit dem Wunsch, Widerspruch einzulegen.

Wie bereits im Vorjahresbericht festgestellt, besteht ein großer Beratungs- und Erklärungsbedarf, welcher mit einer hohen Verunsicherung von Versicherten und Angehörigen im komplexen Gesamtsystem einhergeht. Eine Veränderung zum Vorjahr ist anhand der ausgewerteten Fallkonstellationen nicht festzustellen.

Versicherte zeigen sich überfordert, den entsprechenden Beschwerdeweg zu finden, und wirken teilweise verloren im System der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, wie es überwiegend auch Ombudspersonen aus anderen Bundesländern in ihren Jahresberichten feststellen. Versicherte und Angehörige suchen bei der Ombudsstelle vor allem Orientierung und verständliche Handlungsempfehlungen.

Die Hauptkritik bezog sich fast durchgängig darauf, als dringend erachtete medizinische Leistungen oder höhere Pflegegrade nicht oder nicht ausreichend erhalten zu haben. Dabei ergibt sich der Konflikt häufig durch die eigenen Erwartungen an das Gesundheitssystem einerseits und die sozialmedizinisch oder pflegerisch definierten Begutachtungsmodalitäten andererseits.

Hatten beispielsweise drei Ärzte einer versicherten Person Verordnungen und Atteste für eine bestimmte medizinische Leistung ausgestellt, schien für Versicherte eine ablehnende Empfehlung durch Ärztinnen oder Ärzte des Medizinischen Dienstes Nordrhein kaum nachvollziehbar, selbst wenn das zugrunde liegende Gutachten vollumfänglich vorlag.

Gleiches gilt für Pflegebegutachtungen. Wurden in den Hausbesuchen Schwierigkeiten in der Haushaltsführung, beispielsweise Putzen, Einkaufen oder Kochen, genannt, war der Ärger nach Sichtung des Pflegegutachtens häufig groß. Hier wurden die Einschränkungen zwar erwähnt, allerdings regelkonform nicht gewertet. Dies stieß bei Versicherten vielfach auf Unverständnis, da die Begutachtungsgrundlagen nicht bekannt waren oder im Gutachten stehende Hinweise überlesen wurden. Stattdessen standen zunächst Gutachterinnen und Gutachter in der Kritik, vorhandene Einschränkungen unzureichend gewürdigt zu haben.

Insgesamt werden die Handlungsmöglichkeiten der unabhängigen Ombudsperson aufgrund fehlender Information oft überschätzt. Die Annahme, die Ombudsperson könne aus sich heraus Kostenübernahmen für medizinische oder pflegerische Leistungen bewirken, ist verbreitet, entspricht jedoch nicht den tatsächlichen Gegebenheiten.

Anders als erwartet, ist im Berichtszeitraum weiterhin ein deutlicher Anstieg der Zahl der Eingaben zu verzeichnen (plus 28 Prozent). Der zunehmende Bekanntheitsgrad der Ombudsperson ist sicher ein Grund dafür. Zudem verweisen beispielsweise Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kranken- und Pflegekassen, Ärztinnen und Ärzte, Sozialverbände oder die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) verstärkt auf die unabhängige Ombudsperson.

Die erhöhten Fallzuweisungen durch andere Akteure im System sind aufgrund mangelnder Informationen zum Teil nicht sachgemäß. Beispielsweise werden organisatorische Fragen zur Terminierung einer Pflegebegutachtung oder zu vorliegenden medizinischen Unterlagen für eine medizinische Leistung gestellt. Das sind Anliegen, welche durch die Beratungsstellen des Medizinischen Dienstes oft direkt und unbürokratisch geklärt werden können. Darüber hinaus wurden auch in diesem Jahr Versicherte verstärkt durch die Kranken- und Pflegekasse an die Ombudsstelle verwiesen.

Versicherte hatten häufig das Bedürfnis, die Auswirkungen ihrer gesundheitlichen Einschränkungen umfassend darzulegen, bevor Gespräche über konkrete Hilfestellungen möglich wurden. In einigen Fällen gab es Sprach- und Verständnisbarrieren. Um eine Benachteiligung auszuschließen, wurden diese Eingaben regelhaft in einem Ombudsverfahren behandelt.

Mehrheitlich konnten Versicherte oder Angehörige Sicherheit für notwendige Handlungs- und Verfahrensschritte gewinnen. Informationen über die Rolle des Medizinischen Dienstes und der Kranken- und Pflegekassen schafften ein besseres Verständnis für die Tätigkeit der verschiedenen Akteure. Die Ombudsperson und ihre Geschäftsstelle tragen dazu bei, Versicherten ein höheres Maß an Transparenz im Gesamtsystem der gesetzlichen Krankenversicherung zu verschaffen.

4.1 Typische Fallkonstellationen

1. Wie im Vorjahr auch gingen Widersprüche in der Ombudsstelle ein. Diese wurden teilweise ausschließlich an die Ombudsperson adressiert. Damit Versicherte die Widerspruchsfristen gegenüber den Kranken- und Pflegekassen einhalten konnten, wurde zeitnah geklärt, ob entsprechende Widerspruchsschreiben auch an die Kassen geschickt wurden. Versicherte oder Angehörige wurden über alle Fragen des Widerspruchsverfahrens aufgeklärt und zugleich gebeten, einen fristwahrenden Widerspruch gegenüber der Kasse einzureichen und das Widerspruchsergebnis abzuwarten.
2. Die Zahl der Eingaben von Widersprüchen in der Ombudsstelle konnte auch durch Textänderungen in den Leistungsbescheiden einiger Kranken- und Pflegekassen nicht reduziert werden. Vielfach wird die Ombudsperson vor dem Hinweis auf das Widerspruchsverfahren genannt. Es bleibt für viele Versicherte unklar, ob sie ihren Widerspruch an die Kranken- oder Pflegekasse, an die Ombudsperson oder an beide Stellen zugleich richten sollen.
3. Auch in diesem Berichtszeitraum verwechselten Versicherte oder Angehörige die Ombudsstelle mit dem Medizinischen Dienst Nordrhein selbst. Da die Ombudsstelle über keinerlei Versichertendaten verfügt, waren Versicherte gelegentlich verärgert, dass sie zu Fragen der Bearbeitungszeit, zu medizinischen Unterlagen oder zu Begutachtungsterminen in der Pflege direkt an die zuständigen Abteilungen des Gutachterdienstes vermittelt wurden.

Aus Sicht der Ombudsperson ist eine mangelnde Aufklärung der Versicherten über Strukturen und passende Ansprechpartner im System der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung nach wie vor ein großes Manko. Dies zeigt sich in zahlreichen Versichertenkontakten. Die Arbeitsgemeinschaft der unabhängigen Ombudspersonen hat dieses Thema identifiziert und führt in Spitzengremien Gespräche, um eine Verbesserung für Versicherte zu erzielen.

4.2 Organisatorische Entwicklung der Ombudsstelle

Damit nicht zum Einzugsbereich des Medizinischen Dienstes Nordrhein gehörende Eingaben aus Westfalen-Lippe direkt richtig adressiert werden können, wurde die Landingpage der Ombudsperson umgestaltet und an zentraler Stelle ein weiterführender Link zur Ombudsperson des Medizinischen Dienstes Westfalen-Lippe eingefügt. Die Anzahl der Falschzuordnungen konnte so bereits um 33 Prozent gesenkt werden.

Durch längere Abwesenheitszeiten in der Geschäftsstelle und einen Personalwechsel im Sommer 2025 ist es in diesem Zeitraum zu Einschränkungen der Erreichbarkeit und zu Verzögerungen in der Bearbeitung der Eingaben gekommen.

5 Weitere Aktivitäten der Ombudsperson

Ein regelmäßiger Austausch aller Ombudspersonen erfolgt im Rahmen einer bundesweiten Arbeitsgemeinschaft.

Auch mit den Vertreterinnen und Vertretern der Patientenverbände im Bereich der MD-Gremien erfolgte ein regelmäßiger Austausch.

Gemeinsam mit der Ombudsperson des Medizinischen Dienstes Westfalen-Lippe fand ein Auswertungsgespräch zu den Jahresberichten 2024 mit dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen in Düsseldorf statt.

6 Fazit und Ausblick

Anknüpfend an meine Ausführungen von 2024 sehe ich auch für diesen Jahresbericht im Wesentlichen Verbesserungspotenziale in der Ergebniskommunikation durch Kranken- und Pflegekassen, die auf eine bessere Nachvollziehbarkeit von abgelehnten Leistungsbescheiden zielen. In vielen Gesprächen und Kontakten mit der Ombudsstelle bleibt weiterhin der Eindruck, dass die jeweiligen Rollen der Kranken- und Pflegekassen und die des Medizinischen Dienstes Nordrhein unklar sind.

Notwendig ist eine umfassende Aufklärung der Versicherten über die verschiedenen Beschwerdemöglichkeiten bereits im Leistungsbescheid der Kranken- und Pflegekassen. Die bloße Nennung einer unabhängigen Ombudsperson auf der Ebene der Eingaben führt bei den Versicherten eher zu Verunsicherung. Die erste Kontaktstelle in einem Beschwerdefall sollte für Versicherte beziehungsweise deren Angehörige immer deren Kranken- und Pflegeversicherung sein.

Nach Auswertung aller Eingaben konnte ich im Einzelfall kleinere Unstimmigkeiten im Geschäftsbetrieb des Gutachterdienstes mit über 1.400 Beschäftigten feststellen und Abhilfe schaffen. In einem besonderen Fall konnte durch eine Eingabe ein gutachterliches Fehlverhalten festgestellt werden. Der Medizinische Dienst traf dazu adäquate personelle Maßnahmen.

Aus meiner Sicht bewegen sich Inhalt und Zahl der verschiedenen Kritikpunkte im zu erwartenden Bereich eines großen Gutachterdienstes.

Seit über drei Jahren hat mich Herr Pflüger als Mitarbeiter in der unabhängigen Ombudsstelle immer fachkundig, engagiert und emphatisch in meiner Arbeit unterstützt. Er war die tragende Säule im Alltag der Ombudsstelle im Medizinischen Dienst Nordrhein. Im Sommer 2025 ist er – auf eigenen Wunsch – in einen neuen Arbeitsschwerpunkt gewechselt. Für die vertrauensvolle Zusammenarbeit bedanke ich mich ausdrücklich.

Seit Juli 2025 ist Frau Lang die neue Ansprechpartnerin in der unabhängigen Ombudsstelle. Sie hat sich in kürzester Zeit in das für sie neue Aufgabengebiet eingearbeitet, bei dem immerhin durchschnittlich 100 Anfragen oder Eingaben pro Monat anfallen.

Dirk Meyer

Ombudsperson beim Medizinischen Dienst Nordrhein

7 Rechtsgrundlage

Gemäß der Richtlinie für unabhängige Ombudspersonen des Medizinischen Dienstes Bund erfolgt bis spätestens zum 31. Dezember eines Jahres ein Tätigkeitsbericht. Er soll Auskunft über den Umfang der Inanspruchnahme der Ombudsperson durch Versicherte als auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes geben. Entsprechend der Richtlinie wird der Bericht an den Vorstand und den Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes sowie an das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen weitergeleitet.

8 Aufgaben

Die Aufgaben sind in der Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund festgelegt. Im Konfliktfall kann die unabhängige Ombudsperson zwischen den Beschwerdeführenden und dem Medizinischen Dienst vermitteln. Die Stelle einer externen und unabhängigen Ombudsperson soll dazu beitragen, Transparenz hinsichtlich der Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes herzustellen. Die unabhängige Ombudsperson gewinnt Einblick in die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes durch die Klärung von Versichertenbeschwerden und die damit verbundene Einholung von Stellungnahmen sowie die Möglichkeit zur Akteneinsicht, soweit Versicherte hierzu ihre Einwilligung erteilen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes können sich ebenfalls bei Auffälligkeiten, Unregelmäßigkeiten oder Beeinflussungsversuchen durch Dritte an die unabhängige Ombudsperson wenden.

9 Befugnisse

Das Mandat der unabhängigen Ombudsperson bezieht sich auf Beschwerden, die im Zusammenhang mit der Tätigkeit des Medizinischen Dienstes stehen. Die unabhängige Ombudsperson kann innerhalb des Medizinischen Dienstes agieren und bei Konflikten zwischen Versicherten und dem Gutachterdienst vermitteln. Die medizinische oder pflegerische Aufklärung einer Beschwerde obliegt dabei dem Medizinischen Dienst. Die unabhängige Ombudsperson prüft die Beschwerde mit dem sachverständigen Blick eines Externen auf Plausibilität. Eine juristische Klärung ist durch die unabhängige Ombudsperson nicht möglich. Sie richtet sich bei der Prüfung nach dem Sozialgesetzbuch und ist an dieselben gesetzlichen Vorgaben und Richtlinien gebunden wie der Medizinische Dienst.