



**Ombudsperson**  
beim Medizinischen Dienst  
Nordrhein

# **Bericht der Ombudsperson beim Medizinischen Dienst Nordrhein**

**Berichtszeitraum 01.12.2021 bis 30.09.2022**

**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](mailto:ombudsstelle@md-nordrhein.de)

---

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Auf einen Blick</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Rechtsgrundlage des Jahresberichts</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>Aufgaben</b>	<b>5</b>
<b>4</b>	<b>Befugnisse</b>	<b>5</b>
<b>5</b>	<b>Die Geschäftsstelle</b>	<b>6</b>
5.1	Typische Fallkonstellationen in der Geschäftsstelle	8
5.2	Organisatorische Entwicklung der Geschäftsstelle	8
<b>6</b>	<b>Beschwerden im Berichtszeitraum</b>	<b>9</b>
6.1	Überblick	9
6.2	Versichertenbeschwerden	10
6.3	Mitarbeiterbeschwerden	10
<b>7</b>	<b>Eröffnete Ombudsverfahren</b>	<b>11</b>
7.1	Überblick	11
7.2	Krankenversicherung	12
7.3	Pflegeversicherung	13
7.4	Weitere Ombudsverfahren	14
7.5	Auswertung der Ombudsverfahren nach Ergebnis	14
<b>8</b>	<b>Eingaben ohne Ombudsverfahren</b>	<b>16</b>
8.1	Überblick	16
8.2	Krankenversicherung	17
8.3	Pflegeversicherung	17
8.4	Weitere Eingaben	18
<b>9</b>	<b>Weitere Aktivitäten der unabhängigen Ombudsperson</b>	<b>18</b>
<b>10</b>	<b>Fazit und Ausblick</b>	<b>19</b>

---

# 1 Auf einen Blick

Die Anzahl der Eingaben an die Ombudsperson hat sich in den vergangenen zwölf Monaten kontinuierlich erhöht und liegt aktuell bei rund 50 pro Monat. Insgesamt haben sich im Berichtszeitraum 343 Personen bei der Ombudsstelle gemeldet.

79 Prozent der Eingaben (270 Personen) konnten durch die Bereitstellung von Informationen, vertiefenden Erläuterungen zur Sachlage und Vermittlung an andere Stellen, zum Beispiel Kranken- und Pflegekassen, gelöst werden. Bei 21 Prozent der Eingaben (73 Personen) wurde ein Ombudsverfahren eingeleitet.

In erster Linie nehmen Versicherte und deren Angehörige Kontakt mit der Ombudsperson auf. Seitens der Beschäftigten des Medizinischen Dienstes Nordrhein sind noch keine Anfragen bei der Ombudsstelle eingegangen.

Die Möglichkeiten der Kontaktaufnahme mit der Ombudsstelle sind bewusst vielfältig und niedrigschwellig angelegt: 55 Prozent der Anfragen gehen per Telefon oder Voicemail, 31 Prozent per E-Mail, 9 Prozent per Post und 5 Prozent per Online-Formular ein.

44 Prozent der Eingaben an die Ombudsperson bezogen sich auf den Bereich Krankenversicherung, 39 Prozent auf den Bereich Pflegeeinzelfallbegutachtung, 2 Prozent auf die Pflegequalitätsprüfungen und 15 Prozent auf sonstige Themen, bei denen der Medizinische Dienst Nordrhein nicht der eigentliche Ansprechpartner war.

---

## Als Hauptbeweggründe, aus denen Versicherte oder deren Angehörige Kontakt mit der Ombudsstelle aufnehmen, lassen sich fünf Bereiche 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 vorliegt.

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

Neben den Beschwerdeinhalten zeigen die Anfragen eine hohe Verunsicherung über die richtige Adressierung der Beschwerde. 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 fehlinterpretiert wird, sollen zum Beispiel Entscheidungen herbeigeführt werden, die nicht in seinem Einflussbereich liegen; zum Beispiel die Regelungen zur Verordnung von Cannabinoiden durch den Gesetzgeber bzw. den Gemeinsamen Bundesausschuss.

---

Vonseiten der Versicherten besteht 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 bis hin zu Vorwürfen existenzzerstörenden Handelns, zum Beispiel bei ablehnenden gutachterlichen Empfehlungen zur Kostenübernahme von Cannabinoiden. Auch in Fällen von plastischen Operationen oder psychotherapeutischen Zusammenhängen wurden auffällig negative Wertungen geäußert.

Durch die 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.

---

## 2 Rechtsgrundlage des Jahresberichts

Gemäß der Richtlinie für unabhängige Ombudspersonen des Medizinischen Dienstes Bund erfolgt bis spätestens zum 31. Dezember eines Jahres ein Tätigkeitsbericht. Er soll Auskunft und 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.

## 3 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.

## 4 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.

---

## 5 Die Geschäftsstelle

Alle Eingaben laufen in der Geschäftsstelle der unabhängigen Ombudsperson zusammen. Die Geschäftsstelle arbeitet unabhängig vom Medizinischen Dienst Nordrhein. Versichertendaten, Gutachten oder medizinische Berichte liegen hier, anders als beim Gutachterdienst selbst, nicht vor.

Auf Grundlage der Informationen von Beschwerdeführerinnen und Beschwerdeführern durch Gespräche, E-Mails oder Briefe schafft sich die Geschäftsstelle einen Überblick über die jeweilige Fallkonstellation, um individuelle Hilfestellung zu leisten oder eine Beschwerde für ein Ombudsverfahren vorzubereiten und zu begleiten.

Der Begriff der *Beschwerde*, wie er in der Arbeitsrichtlinie für die unabhängige Ombudspersonen (UOP-RL) als auch in Leistungsbescheiden der Kranken- und Pflegekassen verwendet wird, ist dabei kritisch einzuschätzen. Nicht jedes ablehnende Begutachtungsergebnis ist automatisch ein Beschwerdegrund über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes Nordrhein. Denn sonst wären alle sozialmedizinisch indizierten Ablehnungen zugleich relevante Beschwerden zur Eröffnung von Ombudsverfahren. Die Zuordnung der Eingaben zu Verwaltungsverfahren oder zu Rechtsmitteln, wie beispielsweise das des Widerspruchs, waren zusammen mit den Beschwerdeinhalten von zentraler Bedeutung.

In 21 Prozent aller Eingaben wurde ein Ombudsverfahren eröffnet. Zumeist waren die Rechtsmittelverfahren wie Widerspruch oder das Gremium des Widerspruchsausschusses der Kranken- oder Pflegekassen bereits durchlaufen. In einigen Fällen betrachteten Beschwerdeführende das Ombudsverfahren als Chance, eine Sozialgerichtsklage als letzte Verfahrensstanz abzuwenden. In allen Verfahrensfällen gingen die Beschwerden über die ausschließliche Bemänglung des reinen Begutachtungsergebnisses hinaus.

Zu den eröffneten Ombudsverfahren forderte die unabhängige Ombudsperson qualifizierte Stellungnahmen beim Medizinischen Dienst Nordrhein an. Dabei wurden die zugrunde liegenden Gutachten und Stellungnahmen in den Fachabteilungen des Gutachterdienstes auf fachliche oder methodische Mängel geprüft.

Die unabhängige Ombudsperson wurde zu allen Verfahren schriftlich über das Prüfergebnis informiert. Sie prüfte den Fallkontext anhand der Stellungnahme des Medizinischen Dienstes Nordrhein und führte ggf. ergänzende Gespräche oder nahm Einsicht in die Versichertenakte.

Alle Eingaben wurden auf Richtlinienkonformität und Plausibilität geprüft. Nach Abwägung aller vorgetragene Argumente gab die unabhängige Ombudsperson eine abschließende Einschätzung mit Hinweisen zu einem möglichen weiteren Vorgehen ab. Alle Eingaben im Ombudsverfahren wurden schriftlich beantwortet.

In 79 Prozent aller Eingaben lagen mögliche Lösungswege zunächst außerhalb eines Ombudsverfahrens. Je konkreter Versicherte ihr Anliegen darlegen konnten, desto gezielter konnte die Geschäftsstelle der unabhängigen Ombudsperson Hinweise zum weiteren Vorgehen oder geeignete Kontaktstellen nennen. Häufig wurden in Kontakten die verschiedenen Beschwerdewege, Rechtsmittel, die Stellung der unabhängigen Ombudsperson, die Rolle der Kranken- und Pflegekassen oder die des Medizinischen Dienstes Nordrhein erklärt. Viele Anfragen standen thematisch im Zusammenhang mit Widerspruchsverfahren.

---

Wie bereits im Bericht des letzten Jahres festgestellt, zeigte sich auch in diesem Berichtszeitraum ein hoher Beratungs- und Erklärungsbedarf. Dies betraf besonders die Abgrenzung der Rechtsmittelverfahren von den Ombudsverfahren. Dies bestätigte erneut eine hohe Verunsicherung der Versicherten bezüglich des geeigneten Beschwerdeweges.

Die Hauptbeschwerdegründe waren, als dringend erachtete medizinische Leistungen oder höhere Pflegegrade nicht oder nicht ausreichend erhalten zu haben.

Konflikte zwischen den Erwartungen von Beschwerdeführenden und den sozialmedizinisch oder pflegerisch definierten Begutachtungsmodalitäten ergaben sich nicht überraschend. Hatten beispielsweise drei Ärzte einer versicherten Person Verordnungen und Atteste für eine medizinische Leistung ausgestellt, schien für Versicherte eine ablehnende Empfehlung durch Ärzte des Medizinischen Dienstes Nordrhein oft nicht nachvollziehbar.

Vonseiten der Versicherten bestand 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 bis hin zu Vorwürfen existenzzerstörenden Handelns, zum Beispiel bei ablehnenden gutachterlichen Empfehlungen zur Kostenübernahme von Cannabinoiden. Auch in Fällen von plastischen Operationen oder psychotherapeutischen Zusammenhängen wurden auffällig negative Wertungen geäußert.

In der überwiegenden Anzahl der geführten Telefonate und E-Mail-Kontakte zeigten sich Versicherte mit der Beratungsleistung der Geschäftsstelle zufrieden. Häufig konnten Missverständnisse zur Rolle des Medizinischen Dienstes Nordrhein oder der Kranken- und Pflegekassen im komplexen Gesamtsystem aufgeklärt oder weitere Lösungswege aufgezeigt werden.

---

## 5.1 Typische Fallkonstellationen in der Geschäftsstelle

1. Die Geschäftsstelle erreichten parallel an Kranken- und Pflegekassen oder nur an die unabhängige Ombudsperson gerichtete Widersprüche. Da die Bearbeitung von Widersprüchen zunächst in den Bereich der Kranken- und Pflegekassen fallen, wurden Beschwerdeführende entsprechend informiert und ggf. auf die gesetzlichen Widerspruchsfristen hingewiesen. Aus Sicht der Geschäftsstelle weisen viele Kranken- und Pflegekassen in ihren Leistungsbescheiden nicht ausreichend deutlich auf das Rechtsmittel des Widerspruchs hin. Zudem wird in den Leistungsbescheiden nicht deutlich, dass ein Ombudsverfahren das Rechtsmittelverfahren nicht ersetzen kann.
2. Im Verlauf einiger Ombudsverfahren konnte festgestellt werden, dass nicht der Medizinische Dienst Nordrhein, sondern die Kranken- oder Pflegekasse Auslöser einer abgelehnten Leistung waren. Hier wären deutliche Hinweise der Kassen in ihren Leistungsbescheiden wünschenswert. Versicherten würde der verzögernde Umweg über die Ombudsperson und eine Rückvermittlung an die Kassen erspart bleiben.
3. Vielfach verwechselten Kontaktaufnehmende die unabhängige Geschäftsstelle der unabhängigen Ombudsperson mit dem Medizinischen Dienst Nordrhein selbst. Da die Geschäftsstelle der unabhängigen Ombudsperson über keinerlei Versichertendaten verfügt, waren Beschwerdeführende gelegentlich verärgert, dass sie zur Klärung ihrer Anliegen, wie zum Beispiel bei Fragen nach der Bearbeitungszeit, Fragen zu medizinischen Unterlagen oder zu Begutachtungsterminen, an den Medizinischen Dienst Nordrhein vermittelt wurden. Hatten Beschwerdeführende bereits zuvor unbefriedigende Kontakte zu anderen Stellen, war das Unverständnis meist umso höher.

## 5.2 Organisatorische Entwicklung der Geschäftsstelle

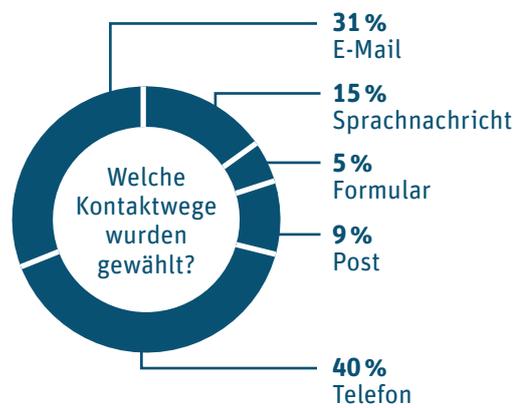
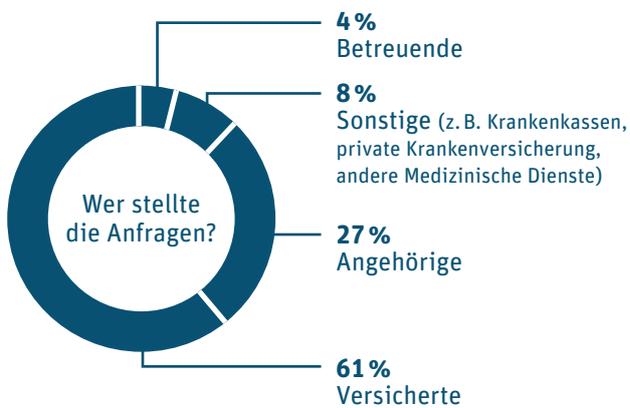
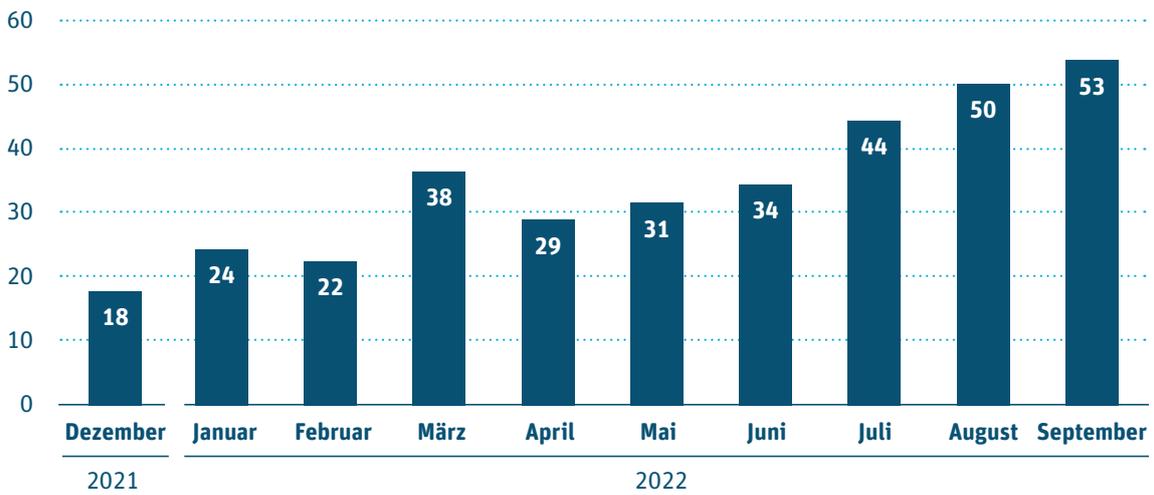
Zu einer Kontaktaufnahme mit der unabhängigen Ombudsperson wurde Anfang des Jahres ein weiterer Zugangsweg geschaffen. Über ein verschlüsseltes Kontaktformular auf der Homepage der unabhängigen Ombudsperson können Beschwerdeinhalte übermittelt werden. Der Vorteil für Versicherte ist, dass die Daten verschlüsselt übermittelt werden und zugleich die Einwilligungserklärung zur Kontaktaufnahme mit dem Medizinischen Dienst Nordrhein eingereicht werden kann. Dies verkürzt die Verfahrenszeit für Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer und vereinfacht zugleich die Arbeitsprozesse in der Geschäftsstelle.

# 6 Beschwerden im Berichtszeitraum

## 6.1 Überblick

(Zeitraum: 01.12.2021 bis 30.09.2022)

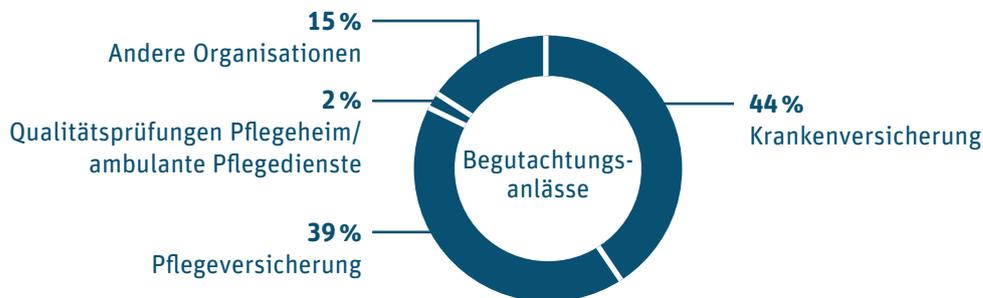
**343**  
Anfragen  
insgesamt



---

## 6.2 Versichertenbeschwerden

(Zeitraum: 01.12.2021 bis 30.09.2022)



Alle Eingaben betrafen im Wesentlichen die Bereiche Kranken- oder Pflegeversicherung. Andere Tätigkeitsfelder des Medizinischen Dienstes Nordrhein spielten in der Geschäftsstelle der unabhängigen Ombudsperson kaum eine Rolle. Unabhängig von den weiteren Bearbeitungswegen zeigten alle Eingaben überwiegend ein gemeinsames Merkmal: Die gutachterlichen Empfehlungen, Leistungsablehnungen oder als zu gering erachteten Pflegegrade konnten nicht akzeptiert werden. Nicht selten wurden dabei die gutachterlichen Kompetenzen infrage gestellt oder die Würdigung von medizinischen Unterlagen als unzureichend angesehen.

Im Rahmen von Hausbesuchen zur Ermittlung von Pflegegraden oder nach körperlichen Untersuchungen in den Beratungs- und Begutachtungszentren des Medizinischen Dienstes Nordrhein standen vereinzelt das gutachterliche Verhalten als oberflächlich oder wenig empathisch in der Kritik.

15 Prozent aller Eingaben bezogen sich auf Beschwerden gegen andere Organisationen, zum Beispiel Kranken- oder Pflegekassen, Ärztinnen und Ärzte oder Medizinische Dienste anderer Bundesländer. In diesen Fällen bestand kein Zusammenhang mit der Tätigkeit des Medizinischen Dienstes Nordrhein.

## 6.3 Mitarbeiterbeschwerden

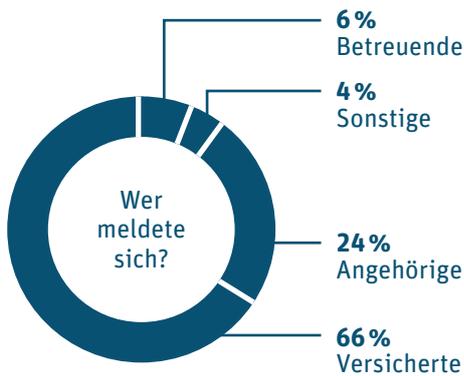
Im Berichtszeitraum lagen keine bewertbaren Beschwerden von Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern vor.

In zwei Fällen wurde die unabhängige Ombudsperson von Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern des Gutachterdienstes kontaktiert. Diese Fälle wurden auf Wunsch vertraulich behandelt. Eine weitergehende Bearbeitung durch die unabhängige Ombudsperson war in beiden Fällen ausdrücklich nicht gewünscht.

# 7 Eröffnete Ombudsverfahren

## 7.1 Überblick

(Zeitraum: 01.12.2021 bis 30.09.2022)



### Laufzeit der Ombudsverfahren

Vom Eingang der Einwilligungserklärung bis zum Antwortbrief durch die unabhängige Ombudsperson wurden durchschnittlich 18 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 gelegentlich merklich.

---

## 7.2 Krankenversicherung

Im Ombudsverfahren waren häufig Beschwerden in den Bereichen plastische Chirurgie, Psychotherapie, Hilfsmittel oder bei speziellen Medikamenten, wie zum Beispiel Cannabispräparaten, festzustellen. Zudem wurden mehrfach ambulante rehabilitative Maßnahmen kritisiert, da stationäre Rehabilitationen von den Behandlerinnen oder Behandlern verordnet und von den Versicherten als zwingend notwendig erachtet wurden.

Die Hauptkritik der Beschwerdeführerinnen und Beschwerdeführer lag in einer mangelnden Nachvollziehbarkeit der gutachterlichen Empfehlung. Eine Ablehnung des Leistungsantrages oder die Empfehlung anderer medizinischer Maßnahmen, wie zum Beispiel die einer ambulanten statt einer stationären Rehabilitation, erschienen für Versicherte zunächst wenig verständlich.

Bei ablehnenden Leistungsempfehlungen an die Krankenkassen stellten Versicherte vielfach die ärztliche Kompetenz der Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes Nordrhein infrage. In diesen Fällen wurde deren fachärztliche Ausrichtung bemängelt. Bei Versicherten entstand der Eindruck, dass beispielsweise eine Ärztin oder ein Arzt ohne Facharztbezeichnung für Psychiatrie oder Psychotherapie möglicherweise nicht kompetent sei, einen solchen Leistungsantrag zu beurteilen. Dass Gutachterinnen und Gutachter sozialmedizinische Beurteilungen maßgeblich als ausgebildete Sozialmediziner trafen, war aus Perspektive der Beschwerdeführenden scheinbar kaum bekannt. An dieser Stelle wird zudem sehr deutlich, dass sich der Medizinische Dienst Nordrhein offenbar in einem schwierigen Feld zwischen Versicherten und Leistungserbringern einerseits und dem Gesetzgeber und dem sozialmedizinischen Regelwerk andererseits bewegt.

Häufig kritisierten Versicherte, dass gutachterliche Empfehlungen nach Aktenlage erfolgten. Es wurde bemängelt, dass Ärztinnen und Ärzte des Medizinischen Dienstes Nordrhein ohne vorherige Inaugenscheinnahme der Versicherten Empfehlungen abgaben. Zu diesem Thema durchgeführte Ombudsverfahren zeigten, dass ärztliche Dokumente, wie zum Beispiel Verordnungen, medizinische Berichte oder Therapiepläne, keine ausreichende Entscheidungsgrundlage für den Gutachterdienst waren – und aus diesen Gründen ablehnende gutachterliche Empfehlungen an die Kassen erfolgten.

**Insgesamt sind die Hauptkritikpunkte im Vergleich zum Vorjahr unverändert:**

1. Zweifel an der gutachterlichen Kompetenz,
2. Kritik am Ergebnis des Gutachtens bzw. den gutachterlichen Empfehlungen,
3. Beurteilungen nach Aktenlage.

### Beispiel 1

Die beschwerdeführende Person bemängelte die ablehnende gutachterliche Stellungnahme zu einer beantragten stationären Rehabilitation. Es wurde eine Anzahl von Gründen genannt, zum Beispiel vorhandene Mobilitätseinschränkungen, die eine ambulante Maßnahme als nicht zumutbar erscheinen ließen.

In der Prüfung konnte festgestellt werden, dass alle Beschwerdegründe im Gutachten sozialmedizinisch vollumfänglich berücksichtigt wurden. Ein Begutachtungsfehler lag somit nicht vor, sodass die beschwerdeführende Person den Weg über die Rechtsmittelverfahren in Erwägung ziehen konnte.

---

### Beispiel 2

Die beschwerdeführende Person bemängelte die ablehnende gutachterliche Stellungnahme zu einer plastischen Operation nach Schlauchmagenverkleinerung und führte differenzierte Einwände an. Die unabhängige Ombudsperson wurde parallel zum Widerspruchsverfahren eingeschaltet. Nach durchgeführtem Widerspruchsverfahren wurden die Beschwerdegründe als sozialmedizinisch relevant anerkannt. Die unabhängige Ombudsperson übermittelte abschließend ein positives Ergebnis an den Beschwerdeführer.

## 7.3 Pflegeversicherung

Wie im Bereich der Krankenversicherung konnten die Ergebnisse der Begutachtung häufig nicht nachvollzogen werden. Ebenso stand die Kompetenz der Pflegefachkräfte im Fokus der Kritik. Zudem wurde häufig bemängelt, dass vorliegende medizinische Unterlagen nicht ausreichend gewürdigt worden seien. Insgesamt sahen sich Beschwerdeführende in der Wahrnehmung ihres individuellen Hilfebedarfs nicht ausreichend gesehen und erachteten den ermittelten Pflegegrad als zu gering.

### Die Schwerpunkte der Ombudsverfahren im Bereich Pflegebegutachtung waren:

1. Zweifel an der pflegefachlichen Kompetenz der Gutachterinnen und Gutachter,
2. Kritik an der Würdigung vorliegender medizinischer Unterlagen,
3. Kritik an der Würdigung des individuellen Hilfebedarfs.

### Beispiel 1

Die beschwerdeführende Person äußerte Zweifel an der Rechtmäßigkeit des vergebenen Pflegegrads und sah ihre gesundheitlichen Einschränkungen nicht ausreichend gewürdigt. Eine Anzahl von Gründen wurde genannt, zum Beispiel eine Arthrose und eingeschränkte Möglichkeiten der Haushaltsführung.

In der Prüfung konnte festgestellt werden, dass die genannte Arthrose gutachterlich gewürdigt worden war, die haushaltsnahen Tätigkeiten zwar in das Gutachten eingeflossen waren, jedoch entsprechend der Pflegebegutachtungsrichtlinie nicht gewertet werden konnten. Im Weiteren stand der beschwerdeführenden Person der Rechtswittelweg offen.

### Beispiel 2

Die beschwerdeführende Person bemängelte nach durchlaufenem Widerspruchsverfahren einen vergebenen Pflegegrad in Zusammenhang mit einer speziellen psychischen Diagnose, die eine temporär unterstützungsbedürftige Nahrungsaufnahme bei gleichzeitiger Übergewichtigkeit erforderte.

In der pflegfachlichen Prüfung des Medizinischen Dienstes Nordrhein wurde eine Abweichung zur Pflegebegutachtungsrichtlinie festgestellt. In der Stellungnahme an die unabhängige Ombudsperson wurden die Entscheidungsgründe aufgeschlüsselt. Die unabhängige Ombudsperson übermittelte abschließend ein positives Ergebnis an die beschwerdeführende Person.

---

## 7.4 Weitere Ombudsverfahren

Ein Verfahren bezog sich auf das Kompetenzzentrum Onkologie, welches bundeslandübergreifend für alle Medizinischen Dienste arbeitet. Bemängelt wurde im Rahmen einer onkologischen Therapie die abgelehnte Kostenübernahme für ein spezielles diagnostisches Verfahren. In der umfassenden Klärung der komplexen Zusammenhänge konnte im Ombudsverfahren kein Mangel in der Begutachtung festgestellt werden.

## 7.5 Auswertung der Ombudsverfahren nach Ergebnis

### Ohne Beanstandungen

In 52 Ombudsverfahren konnte die Kritik an den Ergebnissen oder anderen Teilaspekten der Begutachtung, zum Beispiel eine mangelnden Würdigung von medizinischen Unterlagen, nicht bestätigt werden.

### Ohne Ergebnis

In sechs Fällen wurde das Verfahren ohne Ergebnis abgeschlossen. Grund war, dass Versicherte die notwendigen Einwilligungserklärungen nicht zurückschickten oder ihre Eingaben zurückzogen.

### Ergebnisänderung im Ombudsverfahren

In vier durchgeführten Ombudsverfahren kam es zu einer Änderung des Gutachtenergebnisses. Diese Eingaben fielen ausschließlich in den Bereich der Pflegeversicherung. Hier wurde nach eingehender Prüfung in drei Fällen jeweils ein höherer Pflegegrad ermittelt. Grund waren abweichende oder neue Erkenntnisse im individuellen Hilfebedarf der Versicherten oder in Anwendung der Begutachtungsrichtlinie. Ein Fall betraf die Kostenübernahme zur Verbesserung des Wohnumfelds durch den Bau einer Treppe. In allen Fällen war das Widerspruchsverfahren bereits durchlaufen.

### Ergebnisänderung im Verwaltungsverfahren

Zu drei Eingaben liefen parallel zum Ombudsverfahren die Rechtsmittelverfahren des Widerspruchs oder eine Höherstufungsbegutachtung. Zwei Eingaben fielen in die Kategorie Krankenversicherung und standen jeweils in Zusammenhang mit abgelehnten Kostenübernahmen für plastische Operationen. Ein Gutachten hatte eine ablehnende Empfehlung zur Kostenübernahme einer Fettschürzenoperation zum Inhalt. Das andere Gutachten stand im Zusammenhang mit einem operativen Brustaufbau im Themenbereich Transsexualität. In beiden Fällen wurde eine Empfehlung zur Kostenübernahme durch die Krankenkasse ausgesprochen. Im Rahmen der Höherstufungsbegutachtung im Bereich Pflege wurde ein höherer Pflegegrad an die Pflegekasse empfohlen.

### Unstimmigkeiten in der Organisation

In vier Fällen kam es zu organisatorischen Unstimmigkeiten durch die Tätigkeit des Gutachterdienstes. In einem Fall wurde ein zwischen dem Versicherten und dem Medizinischen Dienst Nordrhein vereinbarter Anruf 30 Minuten vor Eintreffen der Gutachterin nicht genau eingehalten. In einem weiteren Fall wurde die gesetzliche Betreuung nicht über den Begutachtungstermin zur Pflegegradermittlung informiert.

Eine Eingabe entfiel auf den Bereich der Krankenversicherung. Hier scheiterte ein zeitnahe häuslicher Termin für die Hilfsmittelbegutachtung eines Kindes. Im Rahmen der Beschwerde an die Ombudsstelle wurde für alle Beteiligten eine zufriedenstellende Lösung vermittelt.

---

Eine Eingabe bezog sich auf formale Aspekte einer gutachterlichen Stellungnahme. Der Beschwerdeführer bemängelte die Bezeichnung *Erstgutachten* im Dokument der sozialmedizinischen Stellungnahme. Im Verlauf des Ombudsverfahrens konnte festgestellt werden, dass die Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund hier den Begriff *Erstbegutachtung* vorsieht. Eine entsprechende Änderung wurde beim Medizinischen Dienst Nordrhein veranlasst

#### **Unstimmigkeiten in der gutachterlichen Arbeits- und Vorgehensweise**

Während der Ermittlung eines Pflegegrads in der Kurzzeitpflege wurde die versicherte Person nicht persönlich durch die Pflegegutachterin befragt, so wie es im Regelfall der Begutachtung vorgesehen ist.

#### **Unklare Beschwerdeauflösung**

In drei Beschwerdefällen war es nicht mehr möglich, das bemängelte gutachterliche Verhalten nachzuvollziehen. Mangelnde Empathie oder eine unfreundliche Ansprache konnten aufgrund sehr unterschiedlich wahrgenommener Begutachtungssituationen nicht eindeutig ermittelt werden. Zwei Fälle bezogen sich auf körperliche Untersuchungen in den Beratungs- und Begutachtungszentren des Gutachterdienstes, ein Fall stand in Zusammenhang mit einer Pflegegradermittlung im Hausbesuch.

#### **Abschluss offener Ombudsverfahren aus dem Berichtszeitraum 2021**

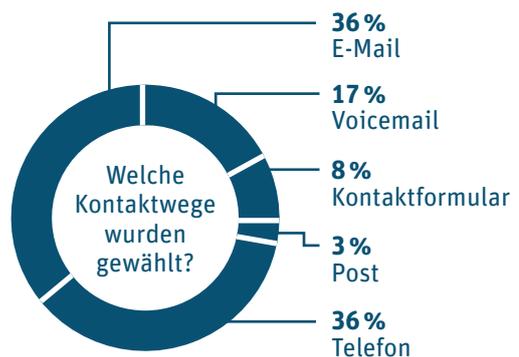
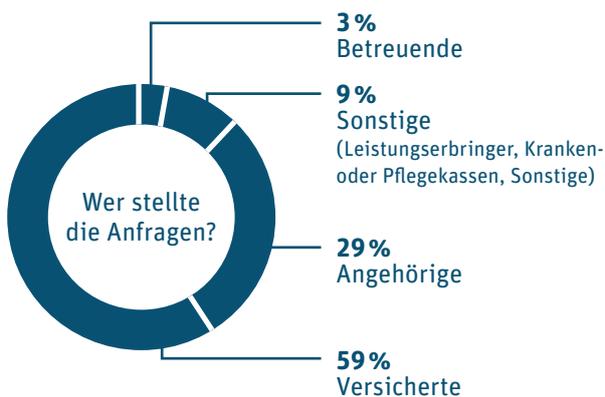
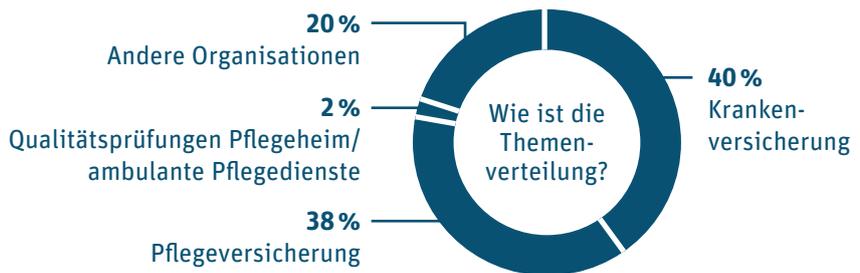
Im Berichtszeitraum 2021 blieben drei Ombudsverfahren zunächst ohne Abschluss, da zum Zeitpunkt der Berichterstellung notwendige Informationen fehlten. Im nachgelagerten Abschluss wurden keine Mängel festgestellt.

# 8 Eingaben ohne Ombudsverfahren

## 8.1 Überblick

(Zeitraum: 01.12.2021 bis 30.09.2022)

Insgesamt wurden **270 Eingaben** ohne Ombudsverfahren in der Geschäftsstelle der unabhängigen Ombudsperson bearbeitet



---

## 8.2 Krankenversicherung

Alle Eingaben wurden im direkten telefonischen Kontakt mit Beschwerdeführenden, per E-Mail oder Postbrief beantwortet. Die Schwerpunkte in den Fragestellungen haben sich im Vergleich zum kurzen Vorjahres-Berichtszeitraum nicht verändert. Es sind:

1. Fragen zur Vorgehensweise im Widerspruch,
2. Fragen zur Kompetenz und Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter,
3. Fragen, die in die Zuständigkeit der Krankenkassen gehören.

### Beispiel

Eine beschwerdeführende Person bemängelte die abgelehnte Kostenübernahme für eine Psychotherapie in der Erstbegutachtung und bezweifelte zugleich, dass alle beurteilungsrelevanten medizinischen Unterlagen vorgelegen hätten. Die Krankenkasse habe die Anrufung der unabhängigen Ombudsperson empfohlen.

Im Kontakt wurde geklärt, dass zunächst ein fristwahrender Widerspruch an die Krankenkasse zu richten ist, da die Anrufung der unabhängigen Ombudsperson das Rechtsmittelverfahren nicht ersetzt. Zur Klärung der Frage nach vorhandenen Unterlagen wurde die beschwerdeführende Person an den Gutachterdienst selbst vermittelt, da eine Dateneinsicht durch die unabhängige Geschäftsstelle nicht möglich ist.

## 8.3 Pflegeversicherung

Wie im Bereich der Krankenversicherung (Punkt 8.2) 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 wurden.

### Beispiel

Ein Angehöriger beschwerte sich über die Pflegegradbeurteilung im Rahmen einer Höherstufung. Im telefonischen Kontakt wurden die verschiedenen Beschwerdeverfahren umfassend erläutert. Es wurde geklärt, dass die Anrufung das Rechtsmittel des Widerspruchs gegenüber der Pflegekasse nicht ersetzt. Die beschwerdeführende Person wurde darüber informiert, zunächst einen schriftlichen Widerspruch bei der Pflegekasse einzureichen und das Ergebnis abzuwarten. Im Zusammenhang wurden weitere Fragen des Beschwerdeführers eingehend beantwortet.

---

## 8.4 Weitere Eingaben

In 20 Prozent der Eingaben ohne Ombudsverfahren meldeten sich Versicherte mit Schwierigkeiten, welche in die Zuständigkeit anderer Organisationen fielen, zum Beispiel Kranken- oder Pflegekassen, Leistungserbringer oder andere Medizinische Dienste.

Bei Zuständigkeit anderer Medizinischer Dienste wurden Versicherte unter Hinweise auf die Prüfung von Rechtsmittelfristen an die entsprechenden unabhängigen Ombudspersonen der Bundesländer verwiesen. Gemäß der Arbeitsrichtlinie für unabhängige Ombudspersonen (UOP-RL) wurden dabei die jeweils internen Beschwerdestellen der anderen Medizinischen Dienste als weitere Kontaktoptionen benannt.

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

## 9 Weitere Aktivitäten der unabhängigen Ombudsperson

Im Berichtszeitraum fand ein Informations- und Fachaustausch mit einzelnen Ombudspersonen anderer Medizinischer Dienste, insbesondere mit der Ombudsperson des Medizinischen Dienstes Westfalen-Lippe, statt.

Ein regelmäßiger bundesweiter Austausch aller Ombudspersonen befindet sich zurzeit im Aufbau.

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

Darüber hinaus wurde ein Fachgespräch – gemeinsam mit der Ombudsperson des Medizinischen Dienstes Westfalen-Lippe – mit dem Verband der Ersatzkassen in Nordrhein-Westfalen (VdEK NRW) geführt. Ein Schwerpunktthema war insbesondere die Kommunikation der Krankenkassen mit den Versicherten im Rahmen von ablehnenden Bescheiderteilungen über die Rolle und Aufgaben der Ombudspersonen unter Zurückstellung der Hinweise auf das Widerspruchsverfahren.

---

## 10 Fazit und Ausblick

Aus meiner Sicht werden im Wesentlichen Verbesserungspotenziale in der Ergebniskommunikation durch Kranken- und Pflegekassen gesehen, die auf eine bessere inhaltliche Nachvollziehbarkeit von ablehnenden Leistungsbescheiden zielen. In vielen Gesprächen und Kontakten in der Geschäftsstelle erwuchs zudem der Eindruck, dass die jeweiligen Rollen der Kranken- und Pflegekassen und die des Medizinischen Dienstes Nordrhein als undurchsichtig wahrgenommen werden.

Ebenso wäre eine umfänglichere Aufklärung von Versicherten über die verschiedenen Beschwerdemöglichkeiten bereits im Leistungsbescheid der Kranken- oder Pflegekassen von Vorteil. Die bloße Nennung einer unabhängigen Ombudsperson scheint auf Grundlage der Eingaben für Verunsicherung bei Versicherten zu sorgen.

Das Beispiel einer großen Krankenkasse belegt diese Verunsicherung eindrücklich. Im Haupttext des ablehnenden Leistungsbescheids wird die unabhängige Ombudsperson als Kontaktstelle für Beschwerden genannt. So entsteht der Eindruck, dass durch Anrufung der unabhängigen Ombudsperson die Bewilligung einer angestrebten Leistung möglich sei. Erst in der Fußnote wird in kleiner Schrift das Rechtsmittel des Widerspruchs benannt. Diese Art der Kommunikation scheint aus meiner Sicht, insbesondere mit Blick auf die Transparenz der Verwaltungsverfahren, wenig gelungen.

Nach Auswertung aller Eingaben konnte ich im Einzelfall kleinere Unstimmigkeiten im Geschäftsbetrieb des Gutachterdienstes mit über 1.200 Beschäftigten – darunter 500 pflegfachliche Gutachterinnen und Gutachter und über 260 Ärztinnen und Ärzte – feststellen. Aus meiner Sicht bewegen sich Inhalt und Anzahl der verschiedenen Kritikpunkte im zu erwartenden Bereich eines großen Gutachterdienstes.