

# Bericht der Ombudsperson beim Medizinischen Dienst Rheinland-Pfalz

Berichtszeitraum 01.01. bis 31.12.2023

**Geschäftsstelle der Ombudsperson  
beim Medizinischen Dienst Rheinland-Pfalz**  
Unabhängige Ombudsperson  
Anette Schmidt  
Albiger Str. 19 d  
55232 Alzey

Tel.: 06731 486 -248  
E-Mail: [ombudsperson@md-rlp.de](mailto:ombudsperson@md-rlp.de)  
Internet: <http://www.md-rlp.de>



# Inhaltsverzeichnis

1.	Rechtlicher Rahmen und Aufgabenstellung.....	3
2.	Eingaben an die Ombudsperson .....	3
2.1	<i>Wer stellte die Anfragen</i> .....	4
2.2	<i>Welche Kontaktwege wurden genutzt</i> .....	5
3.	Erledigungen der Eingaben .....	6
3.1	<i>Wie wurden die Verfahren erledigt</i> .....	6
3.2	<i>Dauer der Erledigungen</i> .....	7
4.	Themenschwerpunkte der Eingaben .....	8
4.1	<i>In der gesetzlichen Krankenversicherung</i> .....	8
4.2	<i>In der gesetzlichen Pflegeversicherung</i> .....	9
5.	Schlussfolgerungen und allgemeine Hinweise.....	10

## 1. Rechtlicher Rahmen und Aufgabenstellung

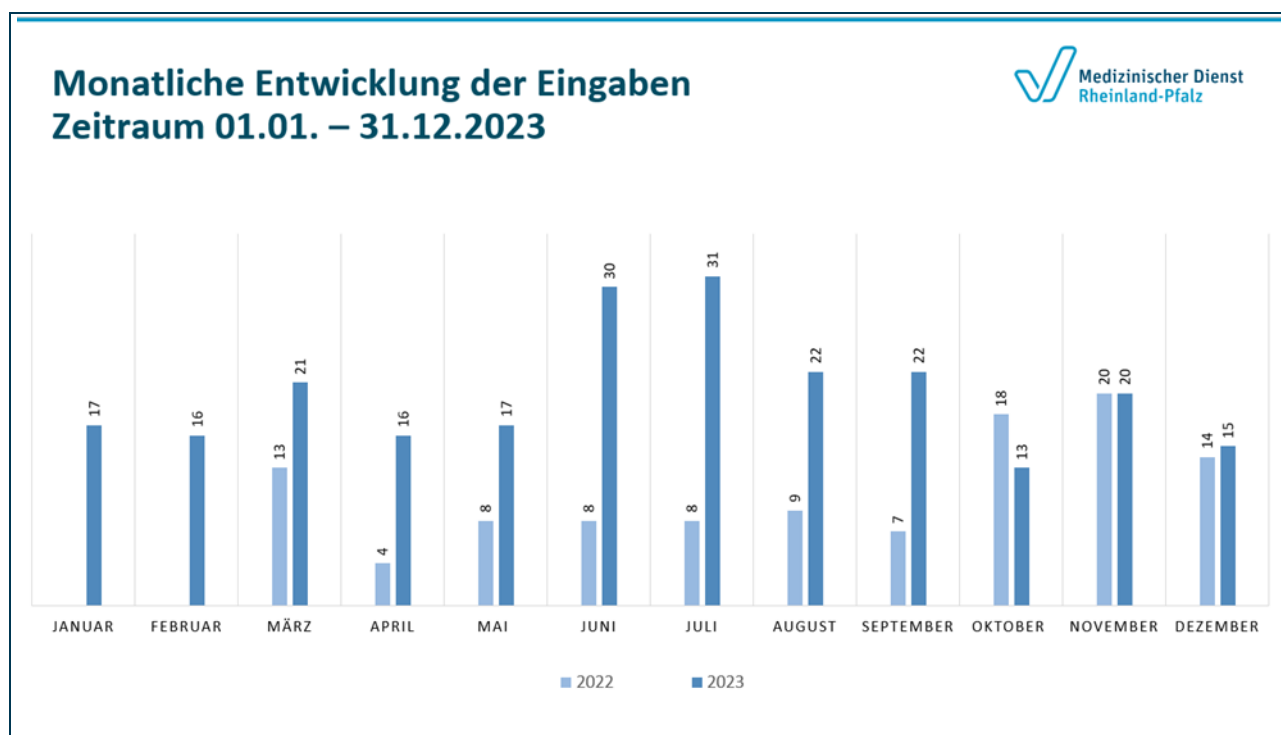
Die Aufgaben und Befugnisse der Ombudsperson des Medizinischen Dienstes ergeben sich aus § 283 Abs. 2 S. 5 SGB V. Sie soll als unabhängige Institution neben dem bereits bestehenden Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes für Transparenz des Dienstes sorgen, das Vertrauen der Versicherten in die Institution stärken und auf die Wahrung der Patientenrechte der Versicherten sowie die Rechte pflegebedürftiger Personen achten. Dabei kommt ihr allerdings nicht die Aufgabe einer Überprüfung unabhängiger sozialmedizinischer Stellungnahmen und Gutachten des Medizinischen Dienstes oder gar die rechtliche Überprüfung der Entscheidungen der Sozialversicherungsträger zu.

Die Ombudsperson ist nach dem Willen des Gesetzgebers auch Ansprechpartner für Belange der Mitarbeitenden des Medizinischen Dienstes selbst. Die Ombudspersonen sind unabhängig und weisungsfrei, zur Neutralität verpflichtet und haben ihre Aufgabe gewissenhaft und zum Wohle der Versicherungsgemeinschaft auszuüben.

Die Kranken- und Pflegekassen sind verpflichtet in allen Fällen, in denen einem Leistungsantrag eines/einer Versicherten nicht stattgegeben wurde und dieser Entscheidung eine Stellungnahme oder Gutachten des Medizinischen Dienstes zugrunde lag, auf die Möglichkeit hinzuweisen, sich bei Beschwerden vertraulich an die Ombudsperson zu wenden. Dieser Hinweis ersetzt nicht die gemäß § 84 SGG notwendige Rechtsmittelbelehrung zur rechtswirksamen Überprüfung der getroffenen Entscheidung des Leistungsträgers.

## 2. Eingaben an die Ombudsperson

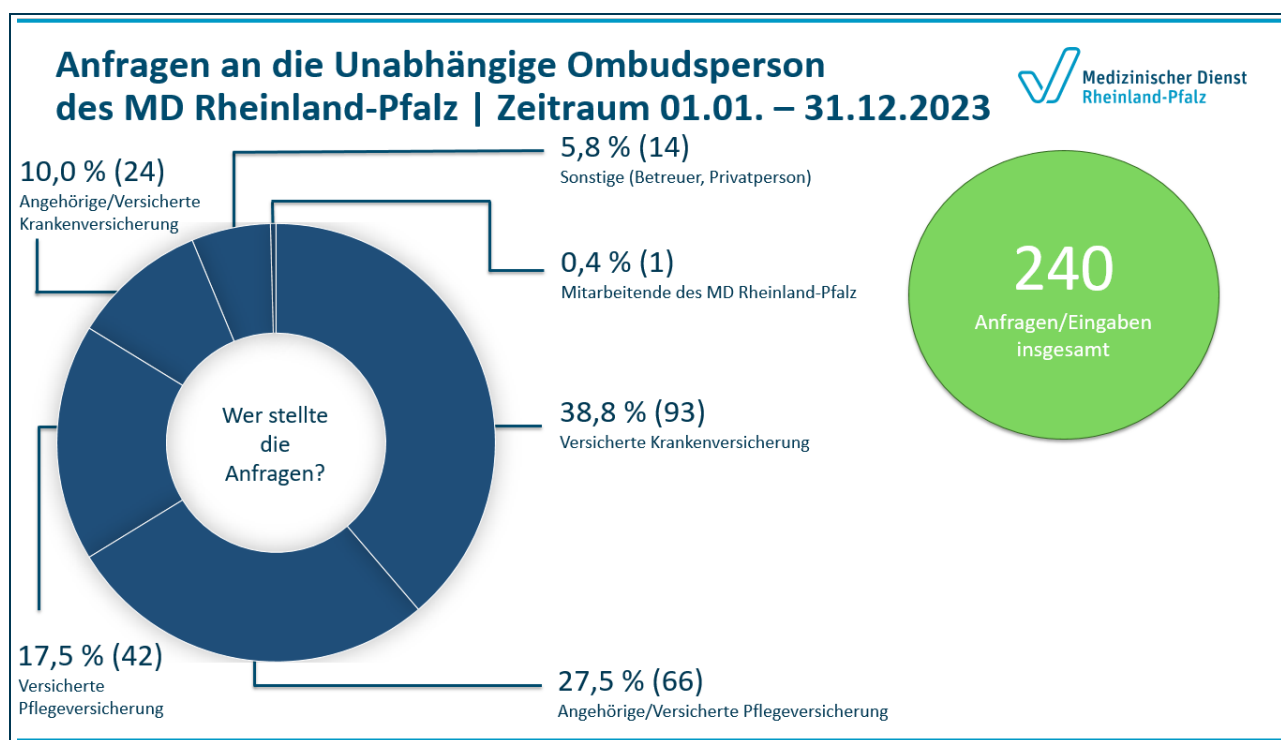
Im Berichtszeitraum vom 01.01. bis 31.12.2023 gingen insgesamt **240 Eingaben und Anfragen** bei der Ombudsperson und ihrer Geschäftsstelle ein. Damit haben sich die Eingaben im Vergleich zum Vorjahreszeitraum mehr als verdoppelt.



Von den insgesamt 240 Eingaben entfielen auf den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung 117 und auf die gesetzliche Pflegeversicherung 122 Anfragen. Damit waren die Petitionen mit jeweils ca. 49,0 % auf die gesetzliche Krankenversicherung und Pflegeversicherung gleichmäßig verteilt.

9 Eingaben betrafen Bereiche, die nicht im Zusammenhang mit einer Entscheidung der Sozialversicherungsträger oder einer Stellungnahme/einem Gutachten des Medizinischen Dienstes standen. So z.B. eine Anfrage nach der Übernahme von gestiegenen Heimkosten für einen pflegebedürftigen Angehörigen bei nur geringer Rentenleistung.

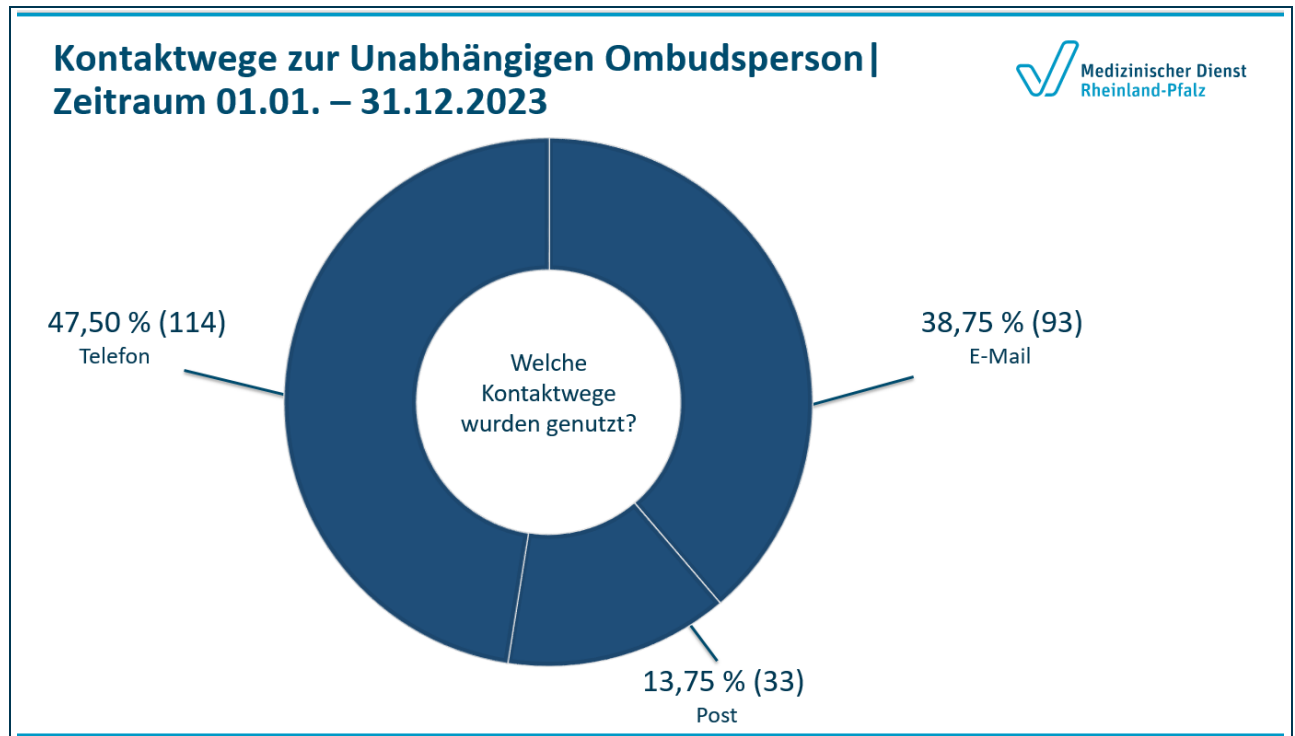
## 2.1 Wer stellte die Anfragen



135 Eingaben somit 56,3 % der Eingaben kamen von den Versicherten selbst. Von den Angehörigen wurden insgesamt 90 Anfragen mithin 37,5 % an die Ombudsperson gerichtet.

In der Pflegeversicherung waren dabei die Eingaben durch Angehörige deutlich stärker vertreten. Von Betreuern oder sonstigen Dritten Personen kamen 14 (5,8 %) der Anfragen. Letztlich gab es auch einen Mitarbeitenden des Medizinischen Dienstes Rheinland-Pfalz, der sich an die Ombudsperson gewandt hat (0,4 %).

## 2.2 Welche Kontaktwege wurden genutzt



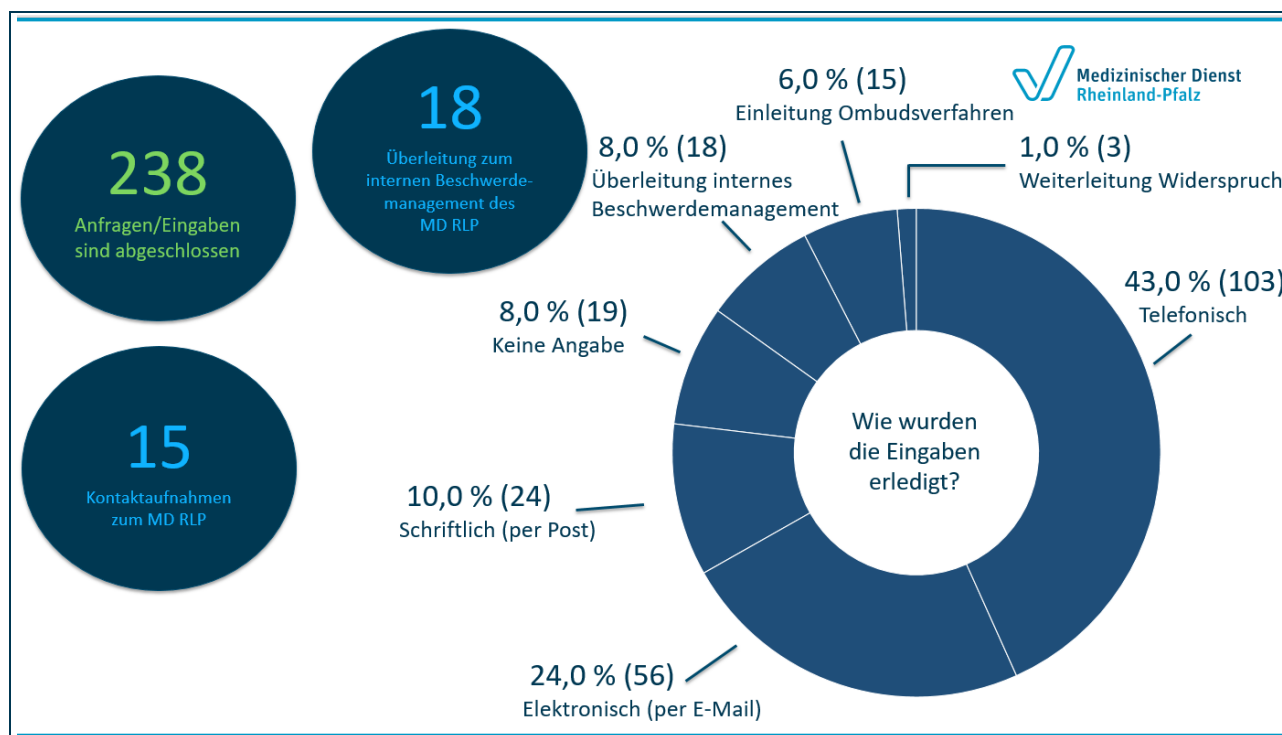
Der am häufigsten genutzte Kontaktweg war die telefonische Eingabe mit 114 der insgesamt 240 Eingaben mithin 47,50 %, gefolgt von 93 elektronischen Anfragen (38,75 %). Schriftlich wandten sich insgesamt 33 (13,75 %) der Petenten an die Ombudsperson. Dabei gingen aber auch diese schriftlichen Eingaben in aller Regel per E-Mail bei der Geschäftsstelle ein. Damit zeigt sich, dass die Versicherten und ihre Angehörigen die Möglichkeit einer niederschweligen Kontaktaufnahme ganz überwiegend nutzen.

### 3. Erledigungen der Eingaben

Im Berichtszeitraum wurden von den insgesamt 240 eingegangenen Eingaben **238 Verfahren** erledigt.

Die überwiegende Anzahl der Eingaben (103 = 43,0 %) wurde entsprechend dem gewählten Kontaktweg telefonisch erledigt. 56 Anfragen (24,0 %) wurden auf elektronischem Weg beantwortet. 24 Anfragen (10,0 %) wurden seitens der Ombudsperson schriftlich beantwortet.

#### 3.1 Wie wurden die Verfahren erledigt



Von den insgesamt im Berichtszeitraum vom 01.01. bis 31.12.2023 erledigten 238 Eingaben erfolgten in 183 Verfahren Hinweise durch die Ombudsperson, sei es telefonisch, elektronisch oder schriftlich. Dadurch konnten 77,0 % der Anfragen zu einem Abschluss gebracht werden.

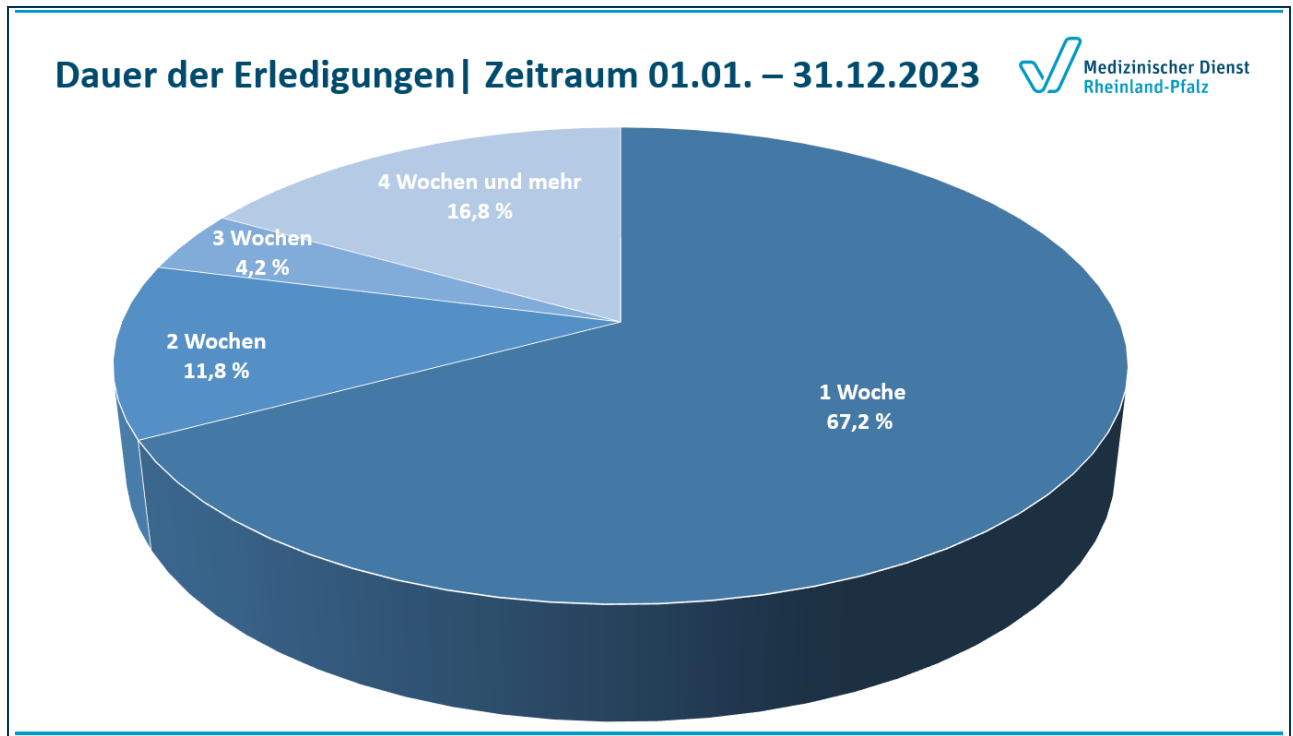
In 15 Fällen (6,0 %) wurde ein Ombudsverfahren eröffnet. Das bedeutet, dass nach Vorlage der Einwilligungserklärung durch Nachfrage beim Medizinischen Dienst eine Klärung herbeigeführt werden konnte. In den meisten Fällen handelte es sich hierbei um terminliche Abstimmungen für bevorstehende Begutachtungen.

In 18 Fällen (8,0 %) wurde auf Wunsch des Petenten das Verfahren in das interne Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes übergeleitet. Hier handelte es sich häufig um Eingaben, die mit Vorwürfe gegen den Gutachter/-in und/oder erhebliche Vorhaltungen gegen die sachliche Richtigkeit des Gutachtens verbunden waren.

In 3 Fällen (knapp 1,0 %) ging es ausschließlich um die Weiterleitung eines bei der Ombudsperson erhobenen Widerspruchs gegen die Entscheidung des Sozialversicherungsträgers.

19 Verfahren haben sich anderweitig erledigt z.B., weil keine weitere Reaktion des Petenten erfolgte.

### 3.2 Dauer der Erledigungen



Insgesamt 160 Verfahren, mithin 67,2 % der Eingaben konnten innerhalb einer Woche erledigt werden. In einem Zeitraum von 2 Wochen wurden 28 Verfahren (11,8 %) zu einem Abschluss gebracht. 10 Verfahren (4,2 %) wurden binnen 3 Wochen erledigt. Die restlichen 40 Verfahren (16,8 %) benötigten 4 Wochen und mehr um sie einer Erledigung zuzuführen. Es handelt sich hierbei im Wesentlichen um die Verfahren, in denen ein Ombudsverfahren eröffnet wurde oder dies in das interne Beschwerdemanagement abgegeben wurden.

## 4. Themenschwerpunkte der Eingaben

### 4.1 In der gesetzlichen Krankenversicherung



Von den insgesamt 117 Eingaben in der gesetzlichen Krankenversicherung ging es in 33,0 % der Fälle ausschließlich um Verfahrensfragen im Zusammenhang mit der Einlegung eines Widerspruchs gegen die Entscheidung der Krankenkasse.

Auffällig war hierbei insbesondere, dass den Versicherten bzw. den Petenten die Abgrenzung zwischen der Anrufung der Ombudsperson und einer rechtswirksamen Überprüfung der Entscheidung der Krankenkasse im Rahmen eines Widerspruchsverfahrens nicht klar war. Häufig wurden sie auch in Gesprächen mit Mitarbeitern der Krankenkasse ausdrücklich auf die Ombudsperson hingewiesen, obgleich es vorrangig um die rechtliche Überprüfung des Bescheides der Krankenkasse ging.

In 9,5 % der Eingaben wurden sachliche Einwände gegen die sozialmedizinische Beurteilung des Medizinischen Dienstes erhoben.

In 7,0 % der Verfahren richtete sich die Beschwerde gegen den Gutachter/-in - bzw. gegen den Mitarbeiter/-in des Medizinischen Dienstes persönlich.

Anfragen im Zusammenhang mit der Ablehnung einer Reha-Maßnahme machten 11,0 % der Verfahren aus.

Fragen des Krankengeldes insbesondere die Weiterzahlung betrafen 3,5 % der Eingaben.

Die Verordnung von Heilmitteln war in 10,0 % der Fälle der Grund für die Kontaktausnahme mit der Ombudsperson.



Weitere 26,0 % der Eingaben betrafen sonstige Fragen in Zusammenhang mit der gesetzlichen Krankenversicherung wie z.B. Hilfe bei der Klärung von Behandlungsfehlern oder Fragen nach „off-label-use“ von Arzneimitteln.

#### 4.2 In der gesetzlichen Pflegeversicherung



Auch in der Pflegeversicherung betraf die weitaus überwiegende Anzahl der Verfahren (31,0 %) ausschließlich Fragen zum Widerspruchsverfahren und deren Ablauf im Einzelnen.

Um Hilfen und Fragen rund um die Vereinbarung eines Begutachtungstermins ging es in 20,0 % der Eingaben.

19,0 % der Eingaben richteten sich gegen die sachliche Begründung der sozialmedizinischen Stellungnahmen bzw. Gutachten.

Weitere 15,0 % der Petenten beschwerten sich über den Gutachter/-in persönlich.

Sonstige Fragen im Bereich der Pflegeversicherung waren mit 13,0 % vertreten.

In 2,0 % der Eingaben beschwerte sich die Pflegeperson darüber, dass sie bei der Begutachtung des pflegebedürftigen Menschen nicht hinreichend eingebunden worden sei.

## 5. Schlussfolgerungen und allgemeine Hinweise

Im Berichtszeitraum 2023 kam es im Vergleich zum Vorjahreszeitraum zu einer deutlichen Zunahme der Verfahren. Im Schnitt haben sich die monatlichen Eingaben mehr als verdoppelt, wobei hinsichtlich der Anzahl der monatlichen Eingaben keine allzu großen Schwankungen zu verzeichnen waren.

Auffällig war zudem, dass sowohl in der gesetzlichen Krankenversicherung als auch in der gesetzlichen Pflegeversicherung die Anfragen und Eingaben stark zugenommen haben, die unmittelbar das Widerspruchsverfahren betreffen. Vielen Versicherten ist offensichtlich nicht hinreichend klar, dass nur mit der Durchführung eines vom Gesetz vorgesehenen Widerspruchsverfahrens, die Entscheidung des Sozialversicherungsträgers und damit die sozialmedizinische Beurteilung des Medizinischen Dienstes rechtswirksam überprüft werden kann. Sehr viele Eingaben in diesem Zusammenhang sind mit der Hoffnung verbunden die Ombudsperson könnte auf die sozialmedizinische Beurteilung des Medizinischen Dienstes in ihrem Sinne Einfluss nehmen und damit die Durchführung eines Widerspruchsverfahrens überflüssig machen.

In diesem Kontext ist seitens der Ombudsperson nochmals ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass nach dem Willen des Gesetzgebers mit der Errichtung dieser Institution nur ein weiteres Mittel zur Transparenz des Medizinischen Dienstes und zur Stärkung der Patienten- und Versichertenrechte geschaffen wurde. Daher besteht die wesentliche Aufgabe der Ombudsperson in der Aufklärung in Verfahrensfragen und in Hilfestellungen bei der Durchführung sozialmedizinischer Begutachtungen, nicht jedoch in der Überprüfung sozialmedizinischer Gutachten in der Sache. Dies kann nur in dem dafür vorgesehenen Widerspruchsverfahren bzw. Klageverfahren vor den Sozialgerichten erfolgen.

Aufgrund der zahlreichen Kontakte mit den Versicherten drängt sich für die Ombudsperson zudem der Verdacht auf, dass Mitarbeiter der Kranken- und Pflegekassen in persönlichen Gesprächen Hinweise auf das Ombudsverfahren nutzen um Ärger und Unmut der Versicherten über die ablehnende Entscheidung der Kassen umzulenken. Dies ist aber nicht zielführend und führt nur noch zu weiterem Verdruss bei den Versicherten, wenn sie dann feststellen müssen, dass eine Abänderung der Entscheidung über die Ombudsperson nicht möglich ist.

Abschließend bleibt in diesem Zusammenhang nur der weitere Appell an die Kranken- und Pflegekassen in ihren Bescheiden nach § 275 Abs. 3c SGB V auch den Hinweis aufzunehmen, dass die Ombudsperson keine medizinische Beratung und auch keine Rechtsberatung leisten kann.

Soweit im Zusammenhang mit der Erhebung von Widersprüchen gegen Entscheidungen der Kranken- und Pflegekassen die Frage diskutiert wird, ob die Einlegung des Widerspruchs ausschließlich bei der Ombudsperson die Monatsfrist des § 84 Abs. 2 SGG wahrt, besteht unabhängig von den damit verbundenen Rechtsfragen aus meiner Sicht kein praktisches Bedürfnis nach einer solchen Regelung, weil die Versicherten fast ausschließlich den Widerspruch fristgerecht bei den Sozialversicherungsträgern erheben.