Ombudsperson
Medizinischer Dienst
Rheinland-Pfalz

Bericht der Ombudsperson beim Medizinischen Dienst Rheinland-Pfalz

Berichtszeitraum 01.01. bis 31.12.2024



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

E-Mail: 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 Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung 4
     - *2.1.1. Wer stellte die Anfragen 4*
     - *2.1.2. Welche Kontaktwege wurden genutzt 5*
     - *2.1.3. Erledigungen der Eingaben 5*
     - *2.1.4 Dauer der Erledigungen 6*
     - *2.1.5 Themenverteilung in der gesetzlichen Krankenversicherung 7*
   - 2.2 Im Bereich der gesetzlichen Pflegeversicherung 8
     - *2.2.1 Wer stellte die Anfragen 8*
     - *2.2.2 Welche Kontaktwege wurden genutzt 8*
     - *2.2.3 Erledigung der Eingaben 9*
     - *2.2.4 Dauer der Erledigung 10*
     - *2.2.5 Themenverteilung in der gesetzlichen Pflegeversicherung 10*
3. Schlussfolgerungen und allgemeine Hinweise 11

1. Rechtlicher Rahmen und Aufgabenstellung

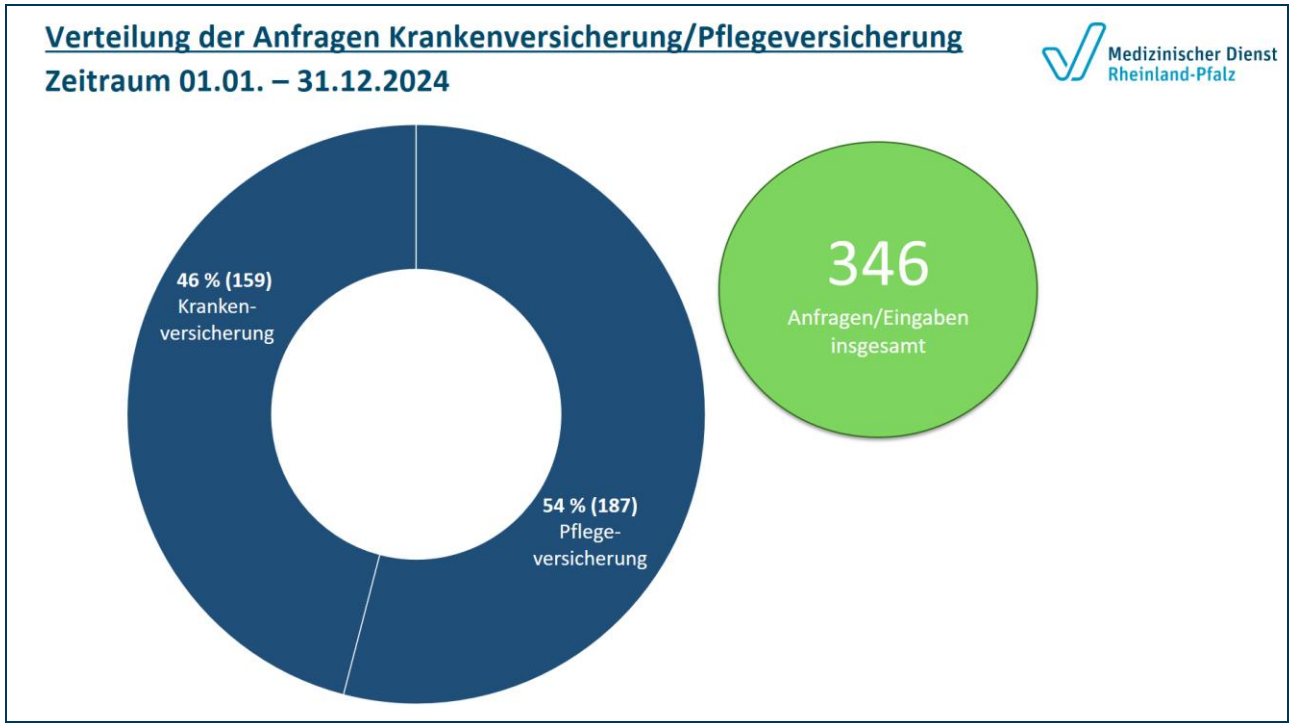
Die Aufgaben und Befugnisse der Ombudsperson des Medizinischen Dienstes ergeben sich aus § 283 Abs. 2 S. 5 SGB V. Sie soll als unabhängige Institution neben dem bereits bestehenden Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes für Transparenz des Dienstes sorgen, das Vertrauen der Versicherten in die 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 Versichertengemeinschaft auszuüben.

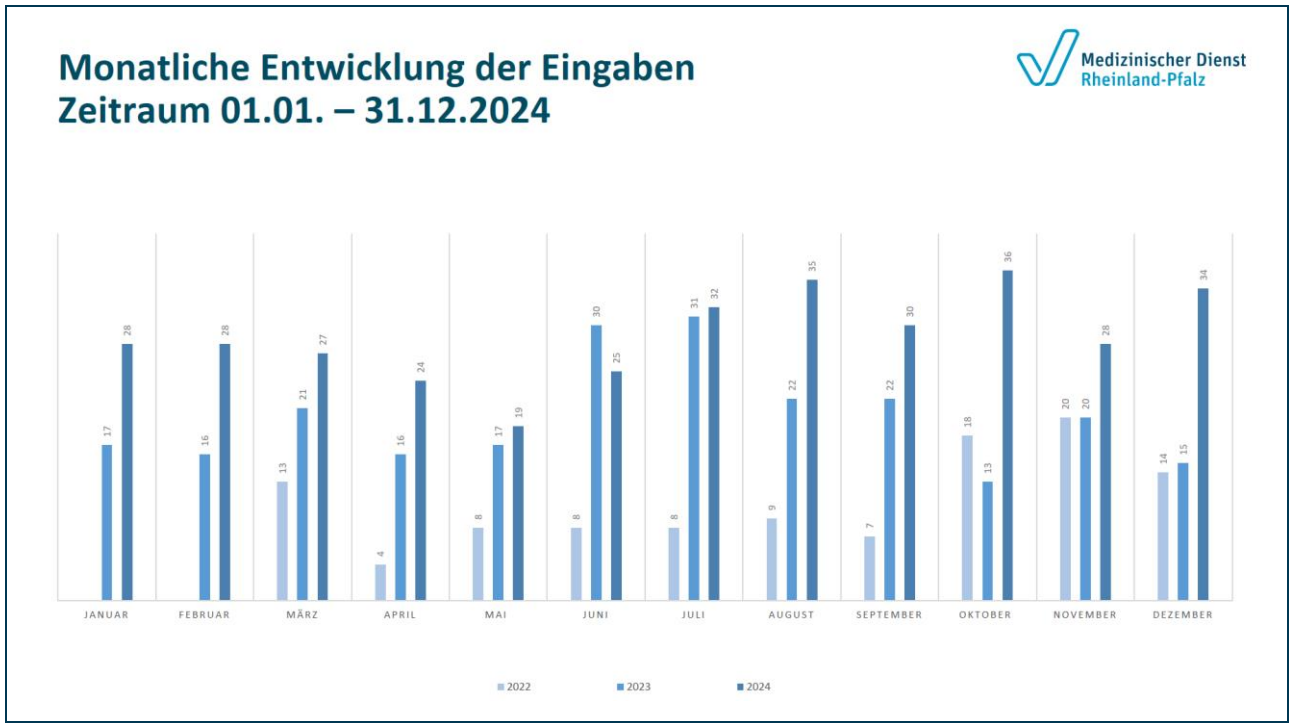
Die Kranken- und Pflegekassen sind verpflichtet in allen Fällen, in denen einem Leistungsantrag eines/einer Versicherten nicht stattgegeben wurde und dieser Entscheidung eine Stellungnahme oder Gutachten des Medizinischen Dienstes zugrunde lag, auf die Möglichkeit hinzuweisen, sich bei Beschwerden vertraulich 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 01.01. bis 31.12.2024 gingen insgesamt **346 Eingaben und Anfragen** bei der Ombudsperson und ihrer Geschäftsstelle ein. Damit war erneut im dritten Jahr in Folge ein erheblicher Anstieg der Verfahren zu verzeichnen.

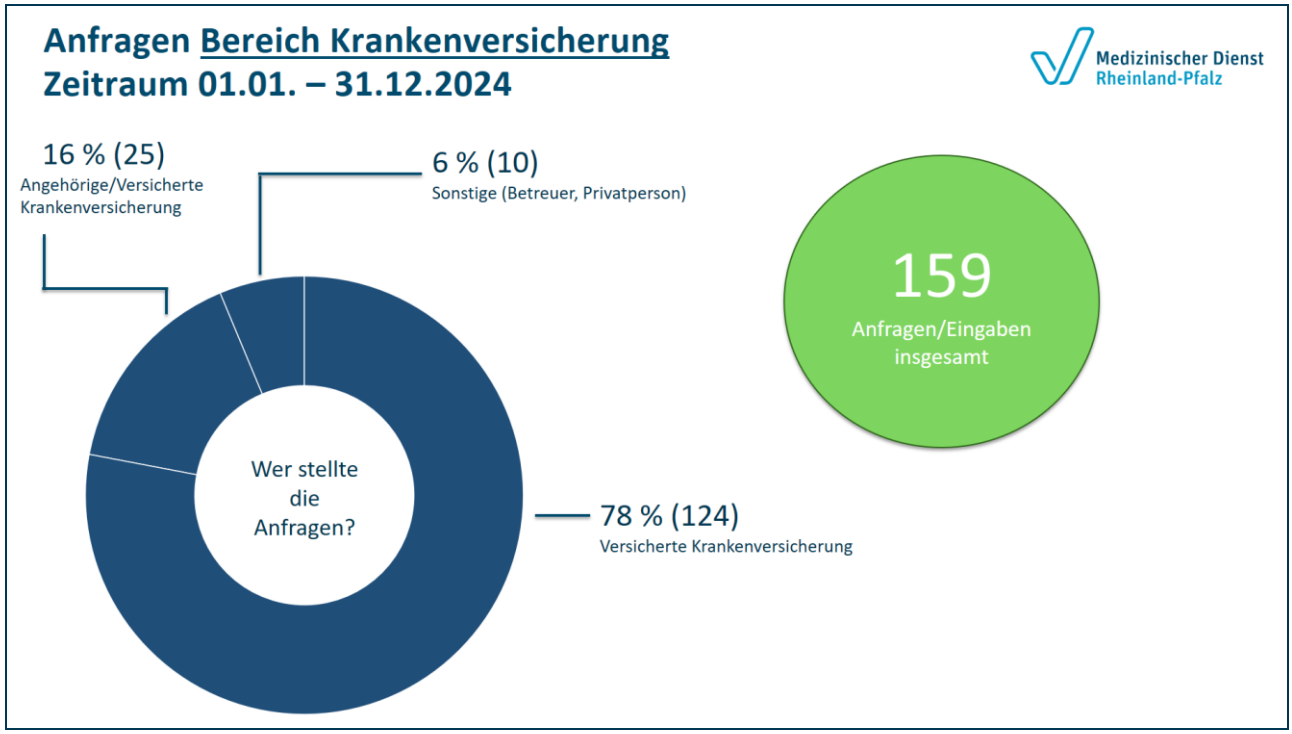


Auf den Bereich der Krankenversicherung entfielen dabei 159 Verfahren (46 %) und 187 Anfragen (54 %) betrafen den Bereich der Pflegeversicherung. Damit überwog der Anteil der Anfragen im Rahmen der Pflegeversicherung.



2.1 Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung

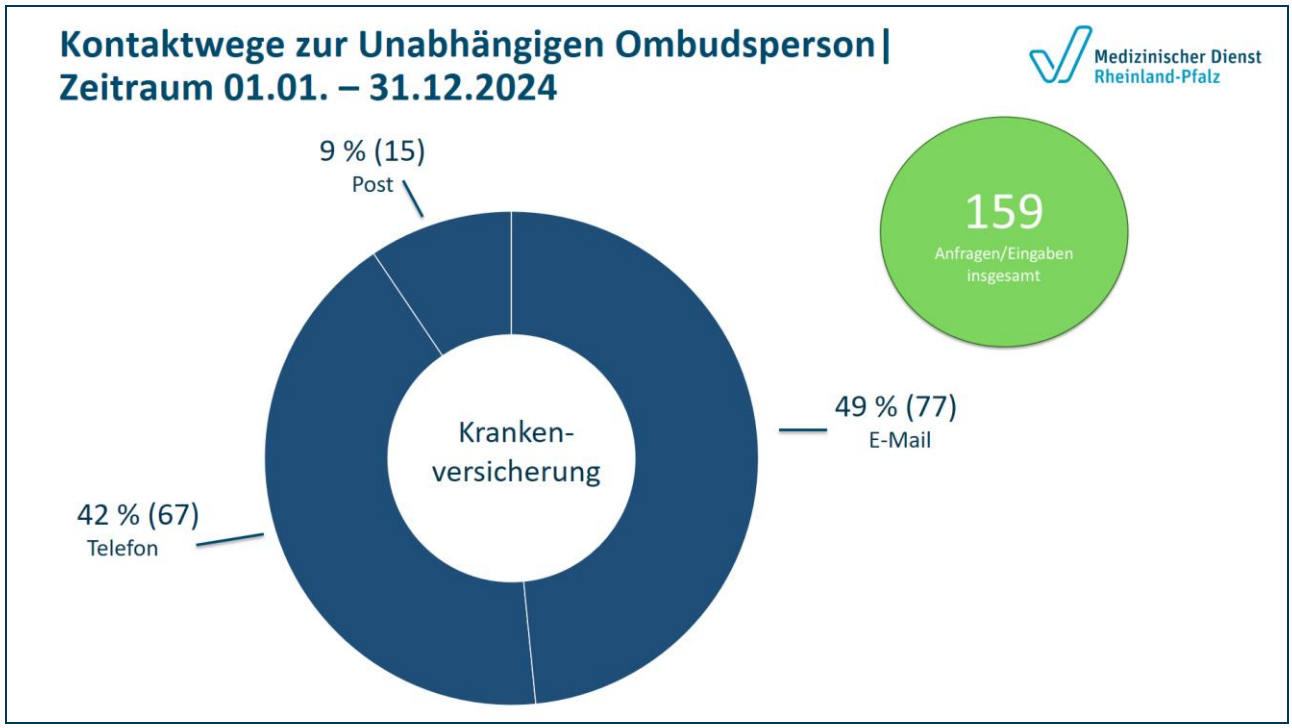
2.1.1. Wer stellte die Anfragen



124 Anfragen (78 %) an die Ombudsperson kamen von den Versicherten selbst. Von den Angehörigen haben sich insgesamt 25 Personen (16 %) mit Eingaben an die Ombudsperson gewandt.

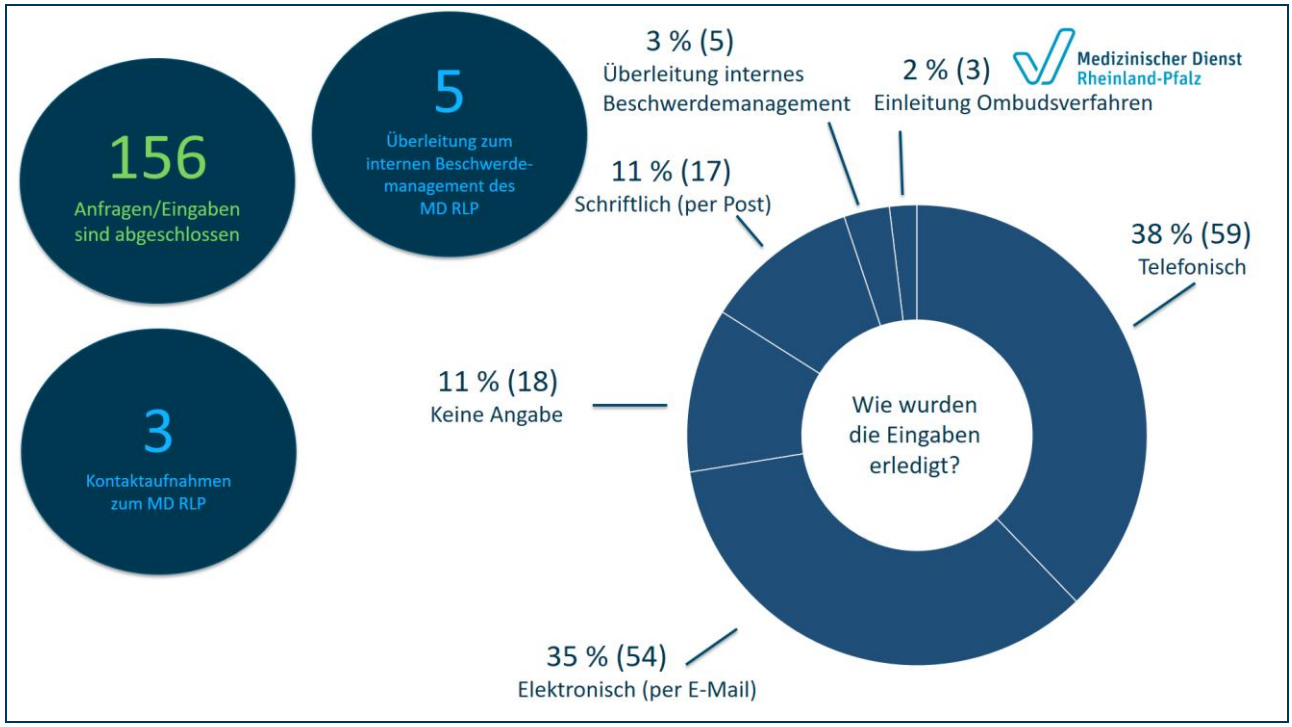
Insgesamt 10 sonstige Personen (6 %) hatten Anliegen, die sie der Ombudsperson vortrugen. Hierbei handelte es sich entweder um Betreuer oder sonstige Personen aus dem Umfeld der Versicherten.

2.1.2. Welche Kontaktwege wurden genutzt



Im Bereich der Krankenversicherung wandten sich insgesamt 67 Personen (42 %) telefonisch an die Geschäftsstelle der Ombudsperson, auf elektronischem Wege erreichten 77 Anfragen (49 %) die Ombudsperson und 15 Anfragen (9 %) gelangten auf schriftlichem Weg in die Geschäftsstelle.

2.1.3. Erledigungen der Eingaben



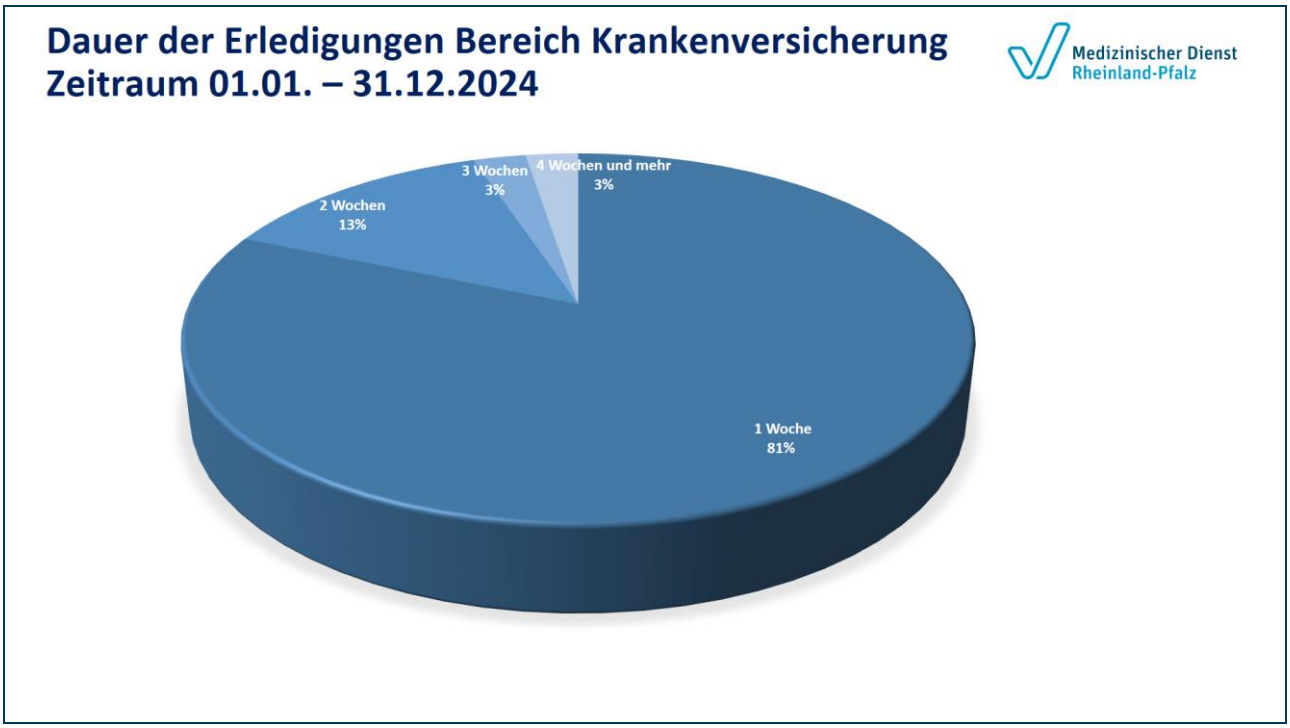
Von den 159 Eingängen im Bereich der Krankenversicherung im Jahr 2024 konnten bis zum 31.12.2024 156 Verfahren bearbeitet werden. Dabei erledigten sich 59 Anfragen (38 %) durch telefonische Hinweise der Ombudsperson, 54 Verfahren (35 %) wurden durch elektronische Hinweise erledigt und in 17 Verfahren (11 %) erfolgte der Hinweis schriftlich. Im Grundsatz wählte damit die Ombudsperson den Kontaktweg, der seitens der Versicherten eingeschlagen wurde.

In 5 Verfahren (3 %) wurde im Einverständnis mit den Versicherten die Eingabe an das interne Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes abgegeben. Dieses bearbeitete die Beschwerden in eigener Verantwortung und gab der Ombudsperson entsprechende Rückmeldung.

In 3 Verfahren (2 %) in der Krankenversicherung wurde seitens der Ombudsperson mit Einverständnis der Versicherten ein eigenes Verfahren eröffnet und mit dem Medizinischen Dienste Rücksprache zu Verfahrensabläufen gehalten, deren Ergebnisse den Versicherten mitgeteilt wurden.

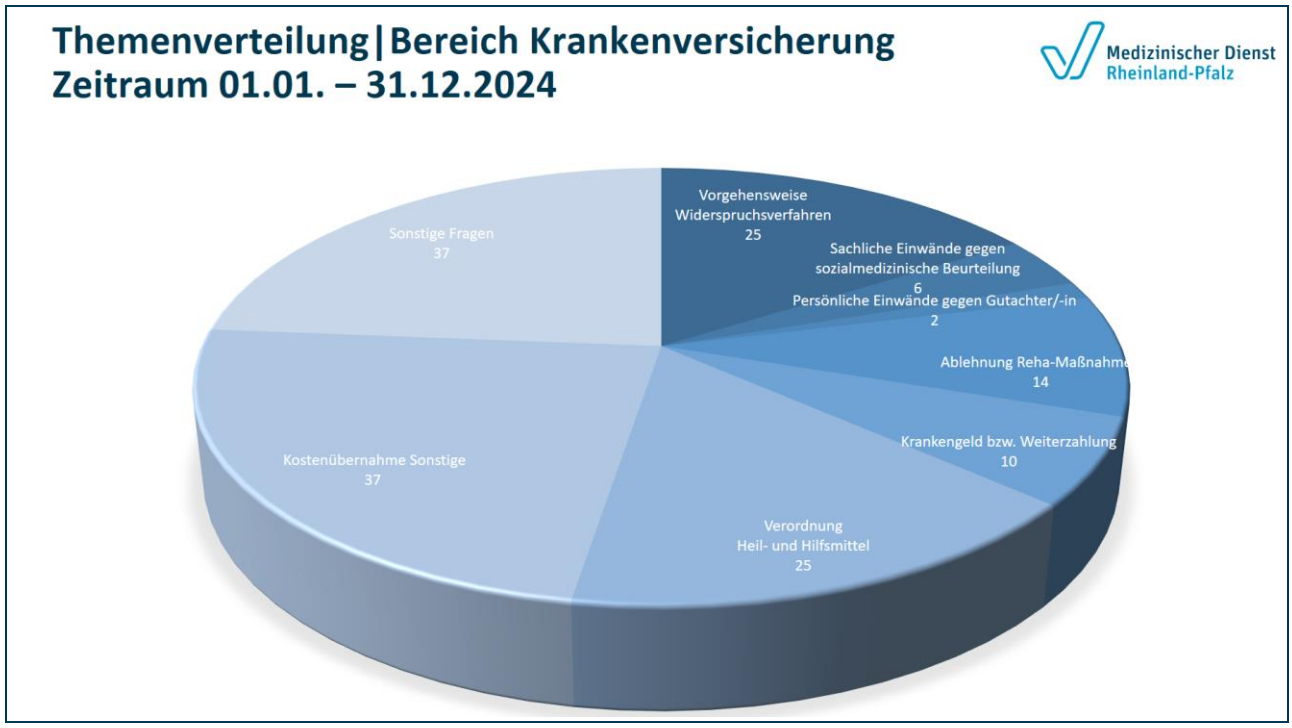
18 Anfragen (11 %) endeten auf sonstige Art und Weise, sei es, weil keine weitere Rückmeldung seitens der Versicherten erfolgte oder die angeforderte Einwilligungserklärung nicht einging.

2.1.4 Dauer der Erledigungen



81 % der Verfahren in der Krankenversicherung wurden innerhalb einer Woche erledigt, weitere 13 % innerhalb einer Zweiwochenfrist und jeweils 3 % der Anfragen benötigten 3 bzw. 4 Wochen für die Bearbeitung. Im Wesentlichen waren dies Verfahren, die als Ombudsverfahren oder Beschwerdemanagementverfahren bearbeitet wurden.

2.1.5 Themenverteilung in der gesetzlichen Krankenversicherung



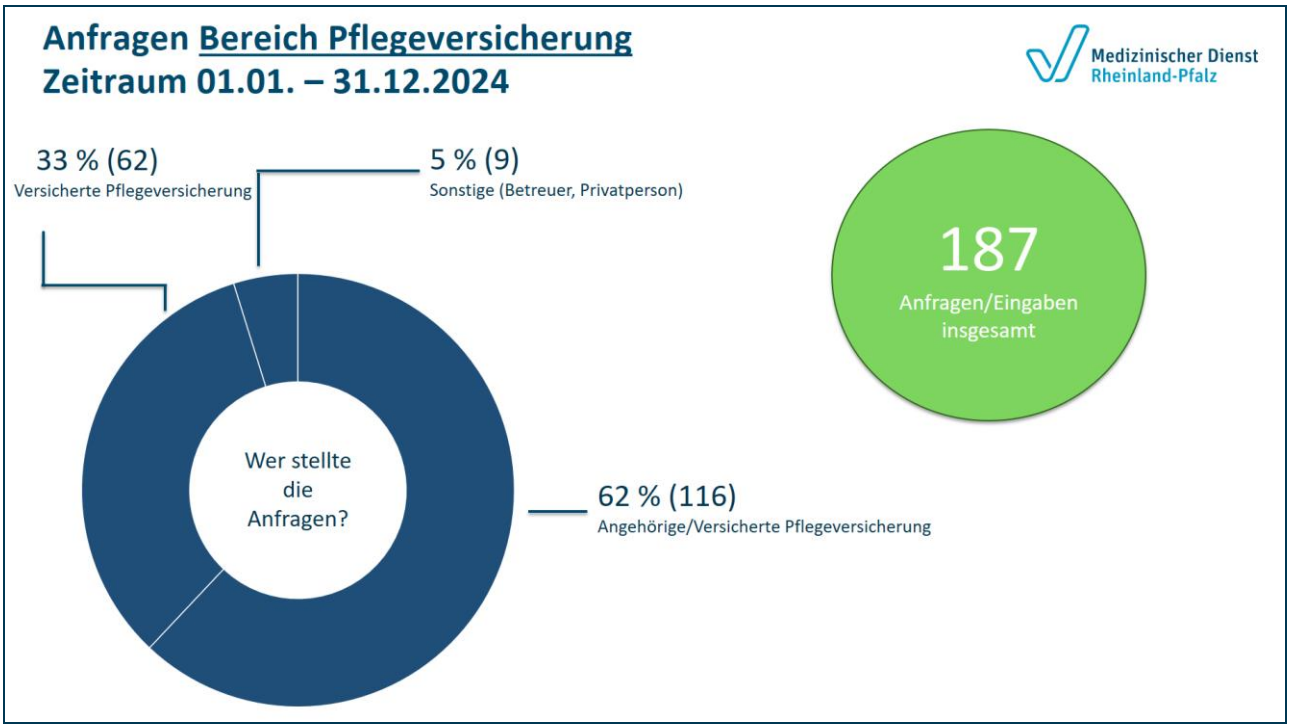
Im Bereich der Krankenversicherung war 2024 hinsichtlich der Anliegen, die die Versicherten an die Ombudsperson herangetragen haben, ein neuer Schwerpunkt festzustellen.

37 Anfragen (24 %) betrafen die Ablehnung einer beantragten Kostenübernahme durch die Krankenkassen. Weitere 25 Verfahren (16 %) dabei speziell die Ablehnung der Kostenübernahme für Heil- und Hilfsmittel.
10 Anfragen (6,5 %) baten um Rat bei der Weiterzahlung von Krankengeld und 14 Versicherte (9 %) suchten wegen der Ablehnung einer beantragten Reha-Maßnahme den Kontakt mit der Ombudsperson.
In 2 Fällen (1,3 %) waren ausschließlich Einwände gegen die Gutachterin oder den Gutachter Gegenstand der Eingabe und in 6 Verfahren (3,7 %) ging es ausschließlich um sachliche Einwände gegen das Gutachten. Hierbei ist allerdings zu beachten, dass die Versicherten, soweit sie mit der Entscheidung des Versichertenträgers nicht einverstanden sind, auch immer Vorbehalte gegen das der Entscheidung zugrundeliegende Gutachten bzw. die sozialmedizinische Stellungnahme vorbringen.

Schließlich betrafen 25 Verfahren (16 %) Fragen zur Vorgehensweise beim Widerspruchsverfahren. Weitere 23,5 % der Anfragen bezogen sich auf sonstige Probleme in der gesetzlichen Krankenversicherung.

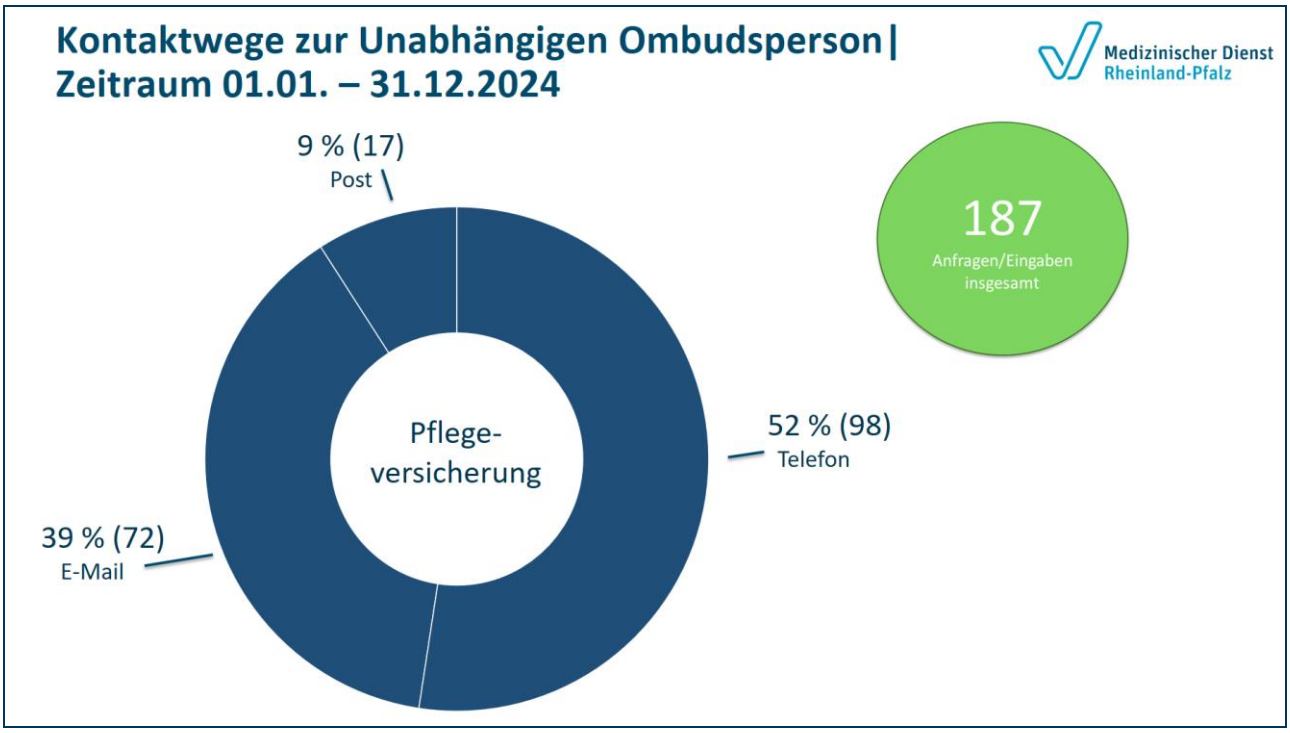
2.2 Im Bereich der gesetzlichen Pflegeversicherung

2.2.1 Wer stellte die Anfragen



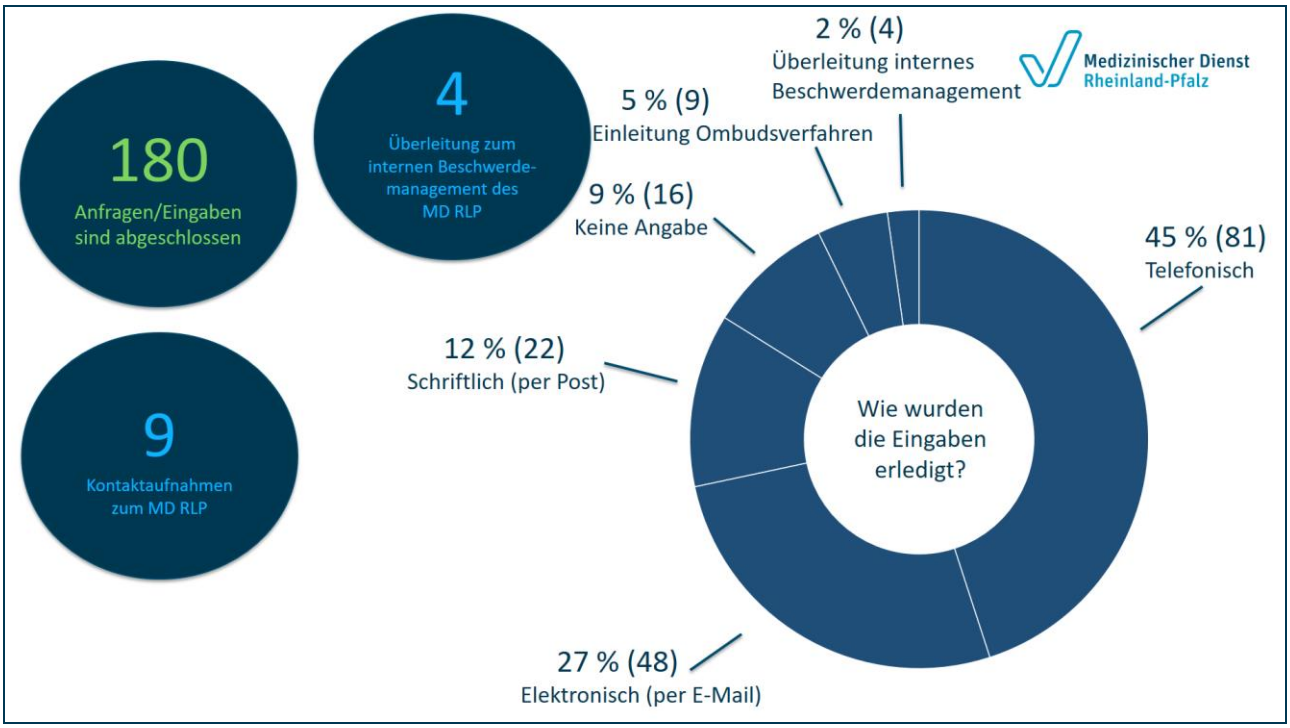
Im Bereich der Pflegeversicherung kamen insgesamt 116 Anfragen (62 %) von Angehörigen der Versicherten. Von den Versicherten selbst wandten sich 62 Personen (33 %) an die Ombudsperson. Schließlich gab es 9 Anfragen (5 %) von sonstigen Personen, zum Teil Betreuer oder auch Pflegepersonal der Versicherten.

2.2.2 Welche Kontaktwege wurden genutzt



98 (52 %) der insgesamt 187 Eingaben in der Pflegeversicherung gingen in der Geschäftsstelle der Ombudsperson telefonisch ein. Weitere 72 Eingaben (39 %) erfolgten auf elektronischem Wege und schließlich wurden 17 Anfragen (9 %) schriftlich gestellt.

2.2.3 Erledigung der Eingaben

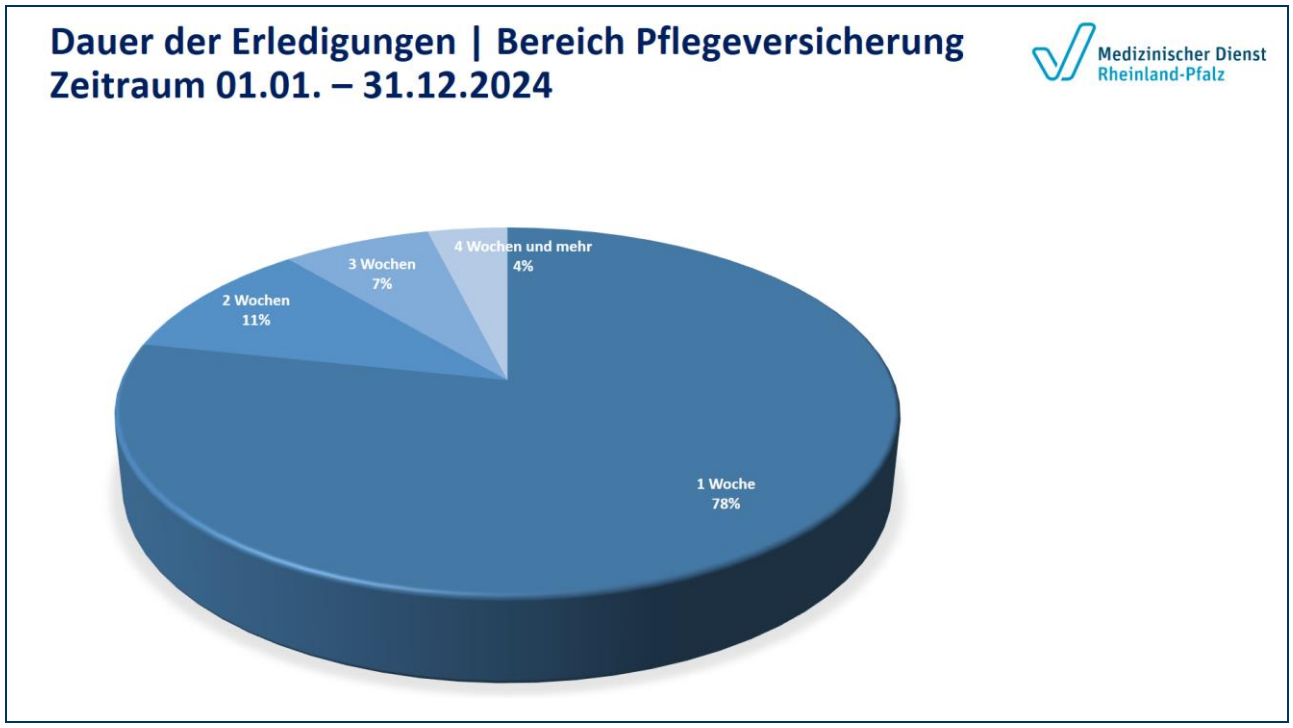


In der Pflegeversicherung konnten bis zum 31.12.2024 180 Verfahren erledigt werden. Dabei erfolgte in 81 Fällen (45 %) ein telefonischer und bei 48 Eingaben (27 %) ein elektronischer Hinweis. 22 Eingaben (12 %) wurden schriftlich beantwortet.

Bei 4 Eingaben (2 %)wurde mit Einverständnis der Versicherten die Beschwerde an das interne Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes abgegeben.

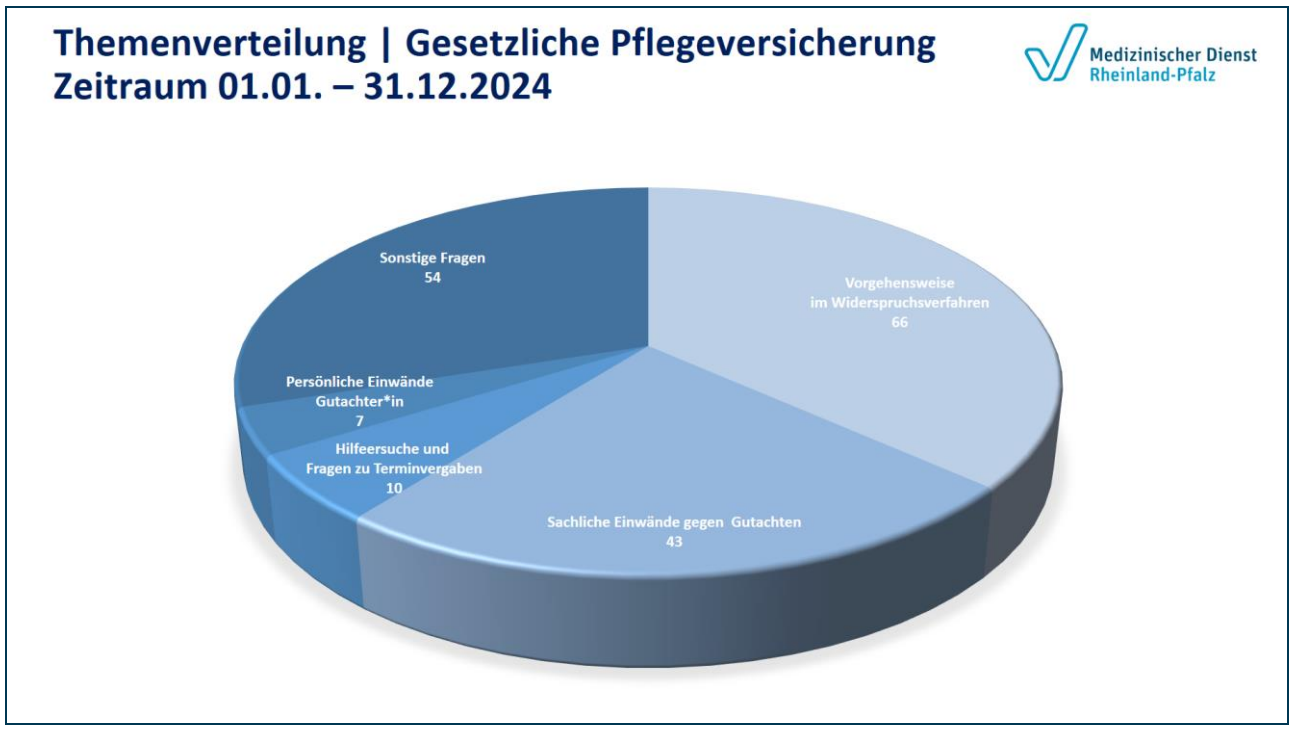
In 9 Verfahren (5 %) eröffnete die Ombudsperson ein Ombudsverfahren und trat mit dem Medizinischen Dienst zur Klärung der Angelegenheit in Kontakt. Insgesamt 16 Verfahren (9 %) erledigten sich auf sonstige Art und Weise, weil ähnlich wie bei der Krankenversicherung keine weitere Rückmeldung der Versicherten erfolgte oder die Einverständniserklärung nicht einging.

2.2.4 Dauer der Erledigung



Auch in der Pflegeversicherung konnten 78 % der Eingaben innerhalb einer Woche bearbeitet werden. Weitere 11 % benötigten eine Bearbeitungszeit von 2 Wochen. 7 % der Anfragen wurden innerhalb einer Zeitraumes von 3 Wochen erledigt und schließlich benötigten 4 % der Verfahren 4 Wochen und mehr.

2.2.5 Themenverteilung in der gesetzlichen Pflegeversicherung



66 Kontaktaufnahmen in der Pflegeversicherung (37 %) betrafen Fragen zur Vorgehensweise im Widerspruchsverfahren. 43 Eingaben (24 %) hatten ihren Grund in sachlichen Einwänden gegen das Gutachten. 10 Versicherte (5,5 %) baten um Hilfe bei der Terminvergabe für die Begutachtung. Schließlich waren 7 Versicherte (3,5 %) mit der Art und Weise des Gutachters/der Gutachterin unzufrieden. 54 Eingaben (30 %) betrafen sonstige Fragen im Rahmen der Pflegeversicherung.

3. Schlussfolgerungen und allgemeine Hinweise

Im Berichtszeitraum 2024 war im dritten Jahr in Folge ein weiterer deutlicher Anstieg der Eingaben der Versicherten und ihrer Angehörigen sowohl in der gesetzlichen Kranken- als auch in der gesetzlichen Pflegeversicherung zu verzeichnen. So stiegen die Eingaben gegenüber dem Vergleichszeitraum 2023 um mehr als die Hälfte. Gegenüber 2022 haben sich die Anfragen sogar verdreifacht.
Damit lässt sich schlussfolgern, dass seitens der Versicherten das Bedürfnis nach einer vom Medizinischen Dienst und den Sozialversicherungsträgern unabhängigen Anlaufstelle weiter gestiegen ist. Sehr häufig ist mit den Anfragen auch die Hoffnung verbunden, dass die Ombudsperson quasi als Schiedsperson zwischen den Beteiligten in den Antragsverfahren Vermittlungsvorschläge zur Lösung unterbreiten könne. Es ist daher eine der Aufgaben der Ombudsperson auf die Rechtslage und die rechtlichen Möglichkeiten im Rahmen der Sozialversicherung hinzuweisen.
In diesem Zusammenhang kann auch festgestellt werden, dass den Versicherten im Allgemeinen die Unterscheidung zwischen einem Widerspruchsverfahren und einer Beschwerde bei der Ombudsperson durchaus bewusst ist. Soweit der Themenbereich Widerspruchsverfahren bei den Eingaben angesprochen wird, geht es dabei häufig um allgemeine Erläuterungen zu den Verfahrensabläufen.

Eine weitere wichtige Funktion kommt der Ombudsperson auch als Lotse durch das für Laien nicht leicht verständliche System der Sozialversicherung zu. Ganz offensichtlich besteht hier ein weiterer Beratungsbedarf. Es wäre daher wünschenswert, wenn hier die Sozialversicherungsträger selbst verstärkt und unabhängig sich den Belangen und Beratungsbedürfnissen ihrer Versicherten annehmen würden.

Im Bereich der Krankenversicherung war auffällig, dass eine Vielzahl der Eingaben beantragte Heil- und Hilfsmitteln betraf. Bei der Hilfsmittelversorgung scheint es daher zu einer verstärkten Ablehnung der beantragten Leistungen durch die gesetzlichen Krankenkassen gegenüber den Vorjahren gekommen zu sein.

Im Bereich der Pflegeversicherung ist anzumerken, dass es zwar bei der Einbindung der Angehörigen der Pflegebedürftigen in das Antragsverfahren bei der Begutachtung offensichtlich zu Verbesserungen gekommen ist. Dennoch lässt sich feststellen, dass bei der Terminvergabe für die Begutachtung und bei der Begutachtung selbst nicht immer eine korrekte Einbindung des betreuenden Angehörigen erfolgt. Darauf sollte zukünftig verstärkt geachtet werden.