

# **Jahresbericht der unabhängigen Ombudsperson nach § 278 Abs. 3 SGB V**

Berichtszeitraum 01.01. – 31.12.2025





---

## IMPRESSUM

Dr. Ingrid Künzler, Unabhängige Ombudsperson  
beim Medizinischen Dienst Mecklenburg-Vorpommern

E-Mail: [ombudsperson@md-mv.de](mailto:ombudsperson@md-mv.de)

Medizinischer Dienst Mecklenburg-Vorpommern  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Lessingstr. 33  
19059 Schwerin  
Telefon: 0385 48936-00  
Telefax: 0385 48936-1999  
E-Mail: [info@md-mv.de](mailto:info@md-mv.de)

Internet: [www.md-mv.de](http://www.md-mv.de)

---

## Vorwort

Nach § 278 Abs. 3 SGB V berichtet die unabhängige Ombudsperson (uOP) jährlich in anonymisierter Form dem Vorstand, dem Verwaltungsrat und der Aufsichtsbehörde über die Inanspruchnahme durch Versicherte und Beschäftigte des Medizinischen Dienstes.

---

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Zuständigkeit .....</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Zugang zur Ombudsperson .....</b>	<b>6</b>
	2.1 Kontakte/Eingaben .....	6
<b>3</b>	<b>Petenten .....</b>	<b>8</b>
	3.1 Beschäftigte .....	8
	3.2 Versicherte/Angehörige.....	8
<b>4</b>	<b>Eingabegründe .....</b>	<b>9</b>
	4.1 Unzufriedenheit mit Inhalt oder Ergebnis der Gutachten .....	9
	4.2 Beschwerden .....	9
	4.3 Beratungen/Kassenangelegenheiten.....	10
<b>5</b>	<b>Ombudsverfahren .....</b>	<b>11</b>
<b>6</b>	<b>Weitere Aktivitäten.....</b>	<b>12</b>
<b>7</b>	<b>Zusammenarbeit.....</b>	<b>12</b>
<b>8</b>	<b>Schlussbemerkungen .....</b>	<b>12</b>

---

# 1 Zuständigkeit

Nach der Richtlinie Unabhängige Ombudsperson (UOP-RL) soll die uOP Anregungen und Beschwerden der Versicherten aufnehmen, in Konfliktsituationen vermitteln, Unregelmäßigkeiten aufdecken und systematische Fehlentwicklungen bei den Medizinischen Diensten verhindern.

Sie darf keine Rechtsberatung durchführen.

Die uOP ist damit zuständig für Eingaben von Beschäftigten, die Unregelmäßigkeiten aufdecken wollen und von Versicherten, die die Art und Weise der Tätigkeit der Gutachterinnen und Gutachter betreffen. Sie darf dabei keine fachlich-inhaltliche Überprüfung leistungsrechtlicher Gutachten durchführen. Wenn Versicherte mit dem Inhalt oder dem Ergebnis eines Gutachtens nicht einverstanden sind, können sie eine inhaltliche Überprüfung nur im Wege eines förmlichen Widerspruchsverfahrens erreichen.

## 2 Zugang zur Ombudsperson

Versicherte, deren Betreuungspersonen oder Angehörige sowie Beschäftigte des Medizinischen Dienstes können sich vertraulich an die uOP wenden.

Informationen zur Zuständigkeit und die Kontaktdaten der uOP sind auf der Internetseite des Medizinischen Dienstes Mecklenburg-Vorpommern veröffentlicht. Dort findet sich auch ein Kontaktformular, mit dem die erforderlichen Eingaben und Erklärungen abgegeben werden können.

Außerdem müssen die Krankenkassen in Ablehnungsbescheiden, die auf einem Gutachten des Medizinischen Dienstes beruhen, auf die Beschwerdemöglichkeit zur uOP hinweisen. Diese Hinweise sind allerdings immer noch so missverständlich formuliert, dass den Versicherten die Zuständigkeit der uOP oder der Unterschied zwischen Ombuds- und Rechtsbehelfsverfahren nicht deutlich wird und nach wie vor viele Fragen, die in den Zuständigkeitsbereich der Kassen fallen und Eingaben, die inhaltlich als Widerspruch zu qualifizieren sind, an die Ombudsperson gerichtet werden.

### 2.1 Kontakte/Eingaben

Im Berichtszeitraum hat es insgesamt 502 Kontaktaufnahmen zur uOP gegeben. Das bedeutet einen Rückgang von 14 % gegenüber dem Vergleichszeitraum 2024 (583 Eingänge).

Die Zahl der Eingaben muss in Relation zur Anzahl der insgesamt vom Medizinischen Dienst erledigten Gutachten gesetzt werden. So wurden im Zeitraum vom 01.01. bis 31.12.2025 insgesamt über 84.400 fallabschließende Pflegegutachten und über 76.300 fallabschließende Begutachtungen zu Themen aus dem Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung vom Medizinischen Dienst erstellt.

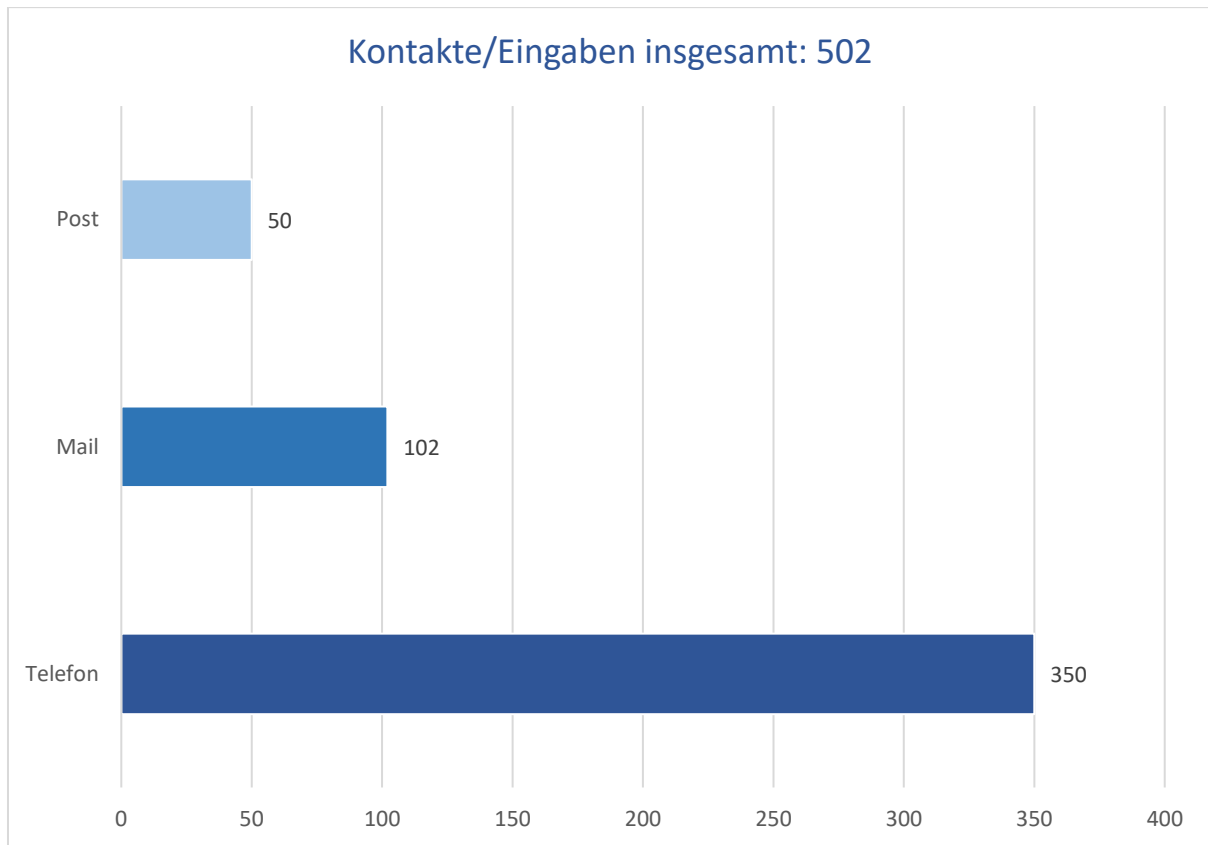
70 % der Kontaktaufnahmen (350 Fälle) erfolgten per Telefon. Das Telefon ist nach wie vor gerade bei älteren oder mit bürokratischen Abläufen nicht so vertrauten Menschen das Kommunikationsmittel der Wahl.

Für die uOP bietet es die Chance, den Sachverhalt schnell zu klären und die Anrufenden dann auf den richtigen Pfad oder an die richtige Anlaufstelle zu verweisen.

Ergeben sich im Gespräch Anhaltspunkte für ein Ombudsverfahren, werden die Betroffenen aufgefordert, die Einwilligungserklärung zur Einleitung eines Verfahrens zu übersenden.

---

30 % der Kontaktaufnahmen (152 Eingaben) erfolgten schriftlich (67 % per Mail bzw. Kontaktformular, 33 % per Post). Auch bei den elektronisch eingegangenen Eingaben kann schnell und direkt mit den Betroffenen kommuniziert und anhand der Sachverhaltsschilderung die richtige Weichenstellung empfohlen werden.



---

## 3 Petenten

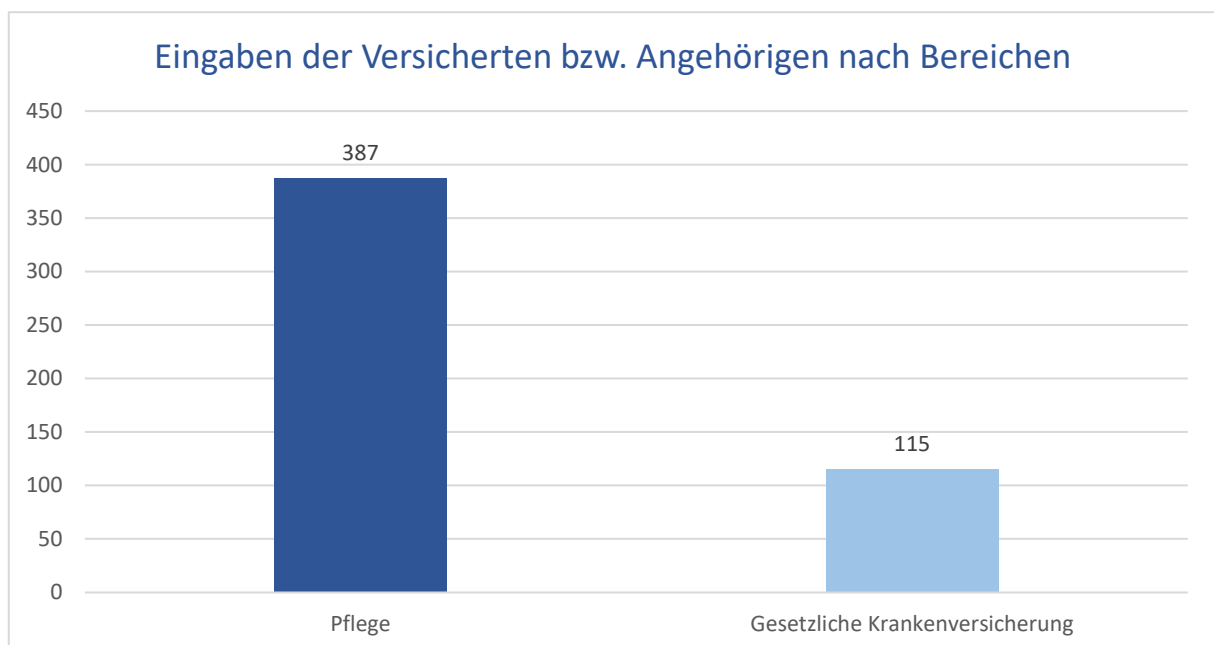
### 3.1 Beschäftigte

Nach seinem Wortlaut richtet sich das Gesetz insbesondere an Beschäftigte der Medizinischen Dienste, die bei der Ausübung ihrer Tätigkeit vor Einflussnahmen durch Dritte geschützt werden sollen.

In den vier Jahren meiner Amtsführung hat es keine Eingabe von Beschäftigten des Medizinischen Dienstes Mecklenburg-Vorpommern gegeben. Dies entspricht den bundesweiten Erfahrungen.

### 3.2 Versicherte/Angehörige

Die Eingaben der Versicherten bzw. Angehörigen - und zunehmend auch von Leistungserbringern (Ärzte, Pflegeeinrichtungen) - betreffen inhaltlich zu 77 % den Bereich Pflege (387 Eingaben) und zu 23 % (115 Eingaben) den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung.



---

## 4 Eingabegründe

### 4.1 Unzufriedenheit mit Inhalt oder Ergebnis der Gutachten

Inhaltlich verteilen sich die Eingaben/Kontakte wie folgt: 37 % der Kontakte (184 Eingaben) betrafen Unzufriedenheit mit dem Inhalt oder Ergebnis des Gutachtens des Medizinischen Dienstes. Im Pflegebereich wurden - wie in den vergangenen Jahren - insbesondere der Beurteilungsmaßstab sowie fehlende Dokumentation bzw. fehlende Berücksichtigung von Diagnosen beanstandet. Den Versicherten bzw. ihren Angehörigen war in der Regel der Unterschied zwischen Krankheit und Pflegebedürftigkeit nicht klar. Auch war eine Erwartungshaltung festzustellen, dass ein bestimmtes Lebensalter einen Pflegegrad begründet oder dass ein Pflegegrad angestrebt wurde, um einen Anspruch auf den Entlastungsbetrag für Unterstützung im Haushalt zu erlangen.

Im Bereich Krankenversicherung ging es insbesondere um die Ablehnung stationärer Rehaleistungen, um Verordnungen von Heil- und Hilfsmitteln sowie die Ablehnung von diagnostischen oder therapeutischen Leistungen, die (noch) nicht als Standardtherapie anerkannt sind bzw. Off-Label-Use. Weiter ging es um die Frage, ob operative Eingriffe medizinisch indiziert sind oder aus ästhetischen Gründen erfolgen sollen sowie um Geschlechtsumwandlungen.

Eine Überprüfung leistungsrechtlicher Gutachten ist im Ombudsverfahren nur im engen formalen Rahmen möglich. So kann im Ombudsverfahren überprüft werden, ob die Begutachtungs- oder Ordnungsrichtlinien von den Gutachterinnen und Gutachtern korrekt angewendet wurden. Wenn sich hier begründete Zweifel ergaben, wurden die Vorgänge als Ombudsverfahren aufgegriffen und der Sachverhalt geklärt. In allen übrigen Fällen konnte den Beschwerdeführenden lediglich das Gutachten und die Leistungsvoraussetzungen erläutert und ihnen dann der Rechtsweg aufgezeigt werden.

Dieses Ergebnis ist für viele Versicherte unbefriedigend, weil sie von der Erwartung ausgehen, dass ein Ombudsverfahren ein niedrigschwelliges Schiedsverfahren darstellt, in dem das Gutachten verhandelt und korrigiert werden kann und das ihnen ein förmliches Widerspruchsverfahren gegen ihre Krankenkasse erspart.

### 4.2 Beschwerden

Bei 17 % der Eingaben (83 Fälle) handelte es sich um Beschwerden. Diese betrafen überwiegend das Verhalten von Gutachterinnen und Gutachtern und nur zu einem geringen Anteil das Verfahren beim Medizinischen Dienst. Soweit sie den Bereich der Pflege betrafen, ging es erneut um das Verhalten und die Kommunikation von Gutachterinnen/Gutachtern, die als wenig empathisch und desinteressiert wahrgenommen wurden, außerdem sei die Gesprächsdauer zu kurz gewesen, um die Sachverhalte korrekt zu erfassen und zu dokumentieren.

Auffällig war eine Zunahme an Beschwerden über eine mangelnde Fachlichkeit der Begutachtenden. Einige Beschwerdeführende rügen zudem eine Voreingenommenheit der Gutachterinnen/Gutachter oder eine (durch persönliche Sympathie bestimmte) Ungleichbehandlung bei der Bewertung.

Im Bereich der Krankenversicherung wurde die fehlende fachärztliche Kompetenz sowie eine befürchtete Befangenheit moniert.

Beschwerden über das Verfahren betrafen in erster Linie die Form der Begutachtung, z. B. Gutachten in Form von Telefoninterviews (Pflegeversicherung) oder nach Aktenlage (Krankenversicherung).

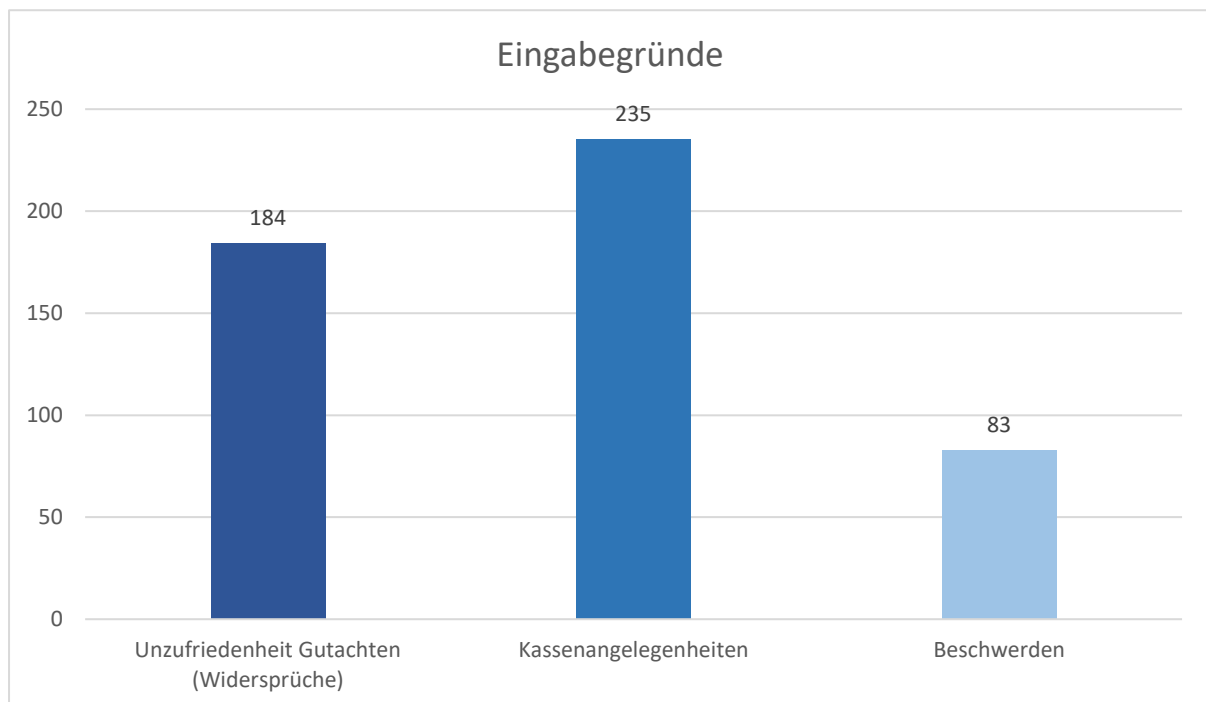
Einzelne Beschwerden betrafen die Terminankündigung, die nicht korrekt oder verspätet zugestellt wurde.

In nur wenigen Fällen wurde die Bearbeitungsdauer im Widerspruchsverfahren moniert.

Eingaben zu Terminfragen wurden grundsätzlich ans Beschwerdemanagement weitergeleitet.

### 4.3 Beratungen/Kassenangelegenheiten

Die restlichen 235 Fälle (47 %) betrafen Themen aus dem Zuständigkeitsbereich der Kranken- und Pflegekassen. Es ging um allgemeine Fragen zum Bescheid (hier fehlten häufig verständliche Begründungen) zur Leistungsausgestaltung (z. B. welche Leistungen erhält man bei Pflegegrad 1 oder wofür kann man den Entlastungsbetrag nutzen), zum Verfahren (hier ist insbesondere das Verfahren bei Aberkennung eines Pflegegrades den Versicherten nicht klar), um Meldepflichten gegenüber der Kasse, ausbleibende Geldzahlungen oder Anträge auf Höhergruppierungen. Bei einer beträchtlichen Anzahl der Anrufe ging es um die Frage, durch wen die verpflichtende Pflegeberatung bei häuslicher Pflege erbracht wird. Vermehrt gab es Beschwerden über ambulante Pflegedienste bzw. Pflegeeinrichtungen oder vermutete Behandlungsfehler, aber auch Anzeigen von vermutetem Leistungsmissbrauch oder von verdächtigen Kontaktaufnahmen, bei denen der Eindruck vermittelt worden sei, es handle sich um Mitarbeitende des Medizinischen Dienstes.



## 5 Ombudsverfahren

Aus den 83 geprüften Beschwerdefällen wurden 49 Ombudsverfahren (32 Pflege, 17 Sozialmedizin) eingeleitet. D. h. mit Einwilligung der Petentinnen/Petenten wurden Stellungnahmen zu den Eingaben von den Geschäftsbereichsleiterinnen angefordert und zwischen Beschwerdeführenden und Medizinischem Dienst vermittelt.

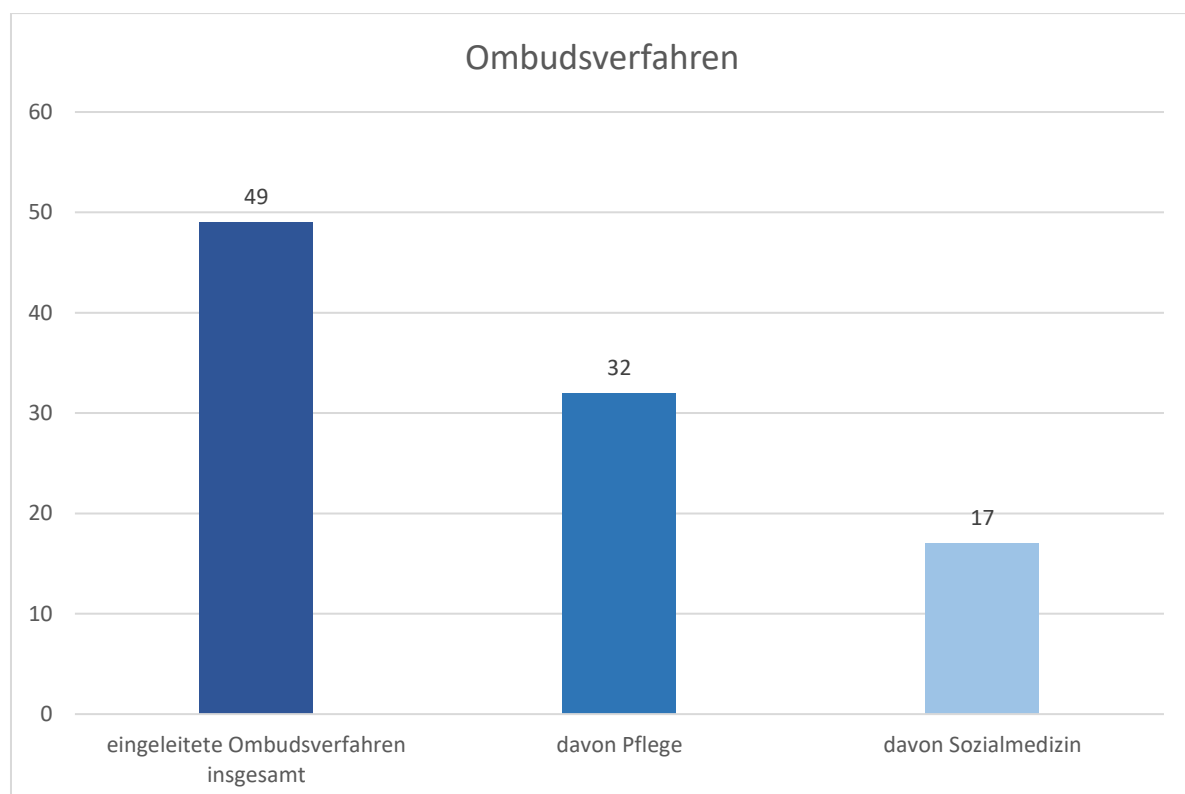
Im Pflegebereich ging es dabei um Beschwerden über das Verhalten, die Beachtung der Beurteilungsmaßstäbe und die Haltung der Gutachterinnen/Gutachter.

Die Vorgänge wurde mit der Geschäftsbereichsleiterin besprochen. Das Thema der wertschätzenden und respektvollen Kommunikation in schwierigen Gesprächssituationen ist nach deren Aussage ein regelmäßiges Thema der internen Fortbildung.

Im Bereich der Sozialmedizin ging es um diagnostische/therapeutische Maßnahmen bei seltenen Erkrankungen, sowie die Beachtung der Verordnungsrichtlinien bzw. Anspruchsvoraussetzungen. Hier wurden den Versicherten nach Prüfung der Sachverhalte die Leistungsvoraussetzungen erläutert und Empfehlungen zum weiteren Vorgehen gegeben.

Alle Sachverhalte konnten zeitnah aufgeklärt und die Ombudsverfahren mit Antwortschreiben an die Petentinnen und Petenten zum Abschluss gebracht werden.

Anhaltspunkte für Unregelmäßigkeiten oder systematische Fehlentwicklungen waren nicht erkennbar.



---

## 6 Weitere Aktivitäten

- Videokonferenzen mit den Vorsitzenden des Verwaltungsrates und dem Vorstand des MD Bund über die Novellierung der Richtlinien für die Ombudspersonen
- Arbeitstagung der unabhängigen Ombudspersonen der Medizinischen Dienste zur Abstimmung der Arbeitsweise, dem Erfahrungsaustausch und der kollegialen Beratung

## 7 Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit mit dem Vorstand, den Geschäftsbereichs- und Stabsstellenleiterinnen sowie der Geschäftsstelle der uOP war stets professionell und konstruktiv, die nötige administrative Unterstützung stand jederzeit und qualifiziert zur Verfügung.

Dafür an dieser Stelle allen ein herzliches Dankeschön für die stets gute und angenehme Zusammenarbeit.

## 8 Schlussbemerkungen

Die weiterhin starke Nachfrage zeigt, dass das Institut Ombudsperson gut von den Versicherten angenommen wird.

Offensichtlich besteht ein Bedarf nach einer Anlaufstelle für Unterstützung und Orientierung im Kontext von Leistungen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung.

Bereits im letzten Bericht wurde darauf hingewiesen, dass die Hinweise auf das Ombuds- und das Rechtsbehelfsverfahren in den Bescheiden für die Versicherten nicht ausreichend klar formuliert werden. An dieser Situation hat sich nichts geändert.

Daraus folgt dann bei den Versicherten eine falsche Erwartungshaltung, mit der sie sich an die Ombudsperson wenden. Das Ombudsverfahren ist kein niedrigschwelliges Schiedsverfahren, in dem das Gutachten abgeändert oder eine schnelle Korrektur der Entscheidung erreicht werden kann. Vielen Versicherten ist das Zusammenspiel zwischen Kranken- oder Pflegekasse als Herrin des Verwaltungsverfahrens und Medizinischem Dienst als Dienstleister für die Kassen nicht klar. Die Kompetenzen der Ombudsperson sind in diesem Dreiecksverhältnis (Kasse, Versicherte/r, Medizinischer Dienst) sehr beschränkt.

Gleichwohl haben Ombudspersonen eine wichtige Funktion für die Versicherten und Angehörigen, indem sie Übersetzungs- und Erklärungshilfe bei Bescheiden leisten, die Versicherte nicht verstehen, weil sie nicht adressatengerecht formuliert sind. Sie nehmen eine Lotsenfunktion im System der sozialen Sicherheit wahr, indem sie Versicherte über Rechtswege, Zuständigkeiten und Unterstützungsangebote beraten und durch diese Orientierungshilfe dazu beitragen, Transparenz und Rechtsfrieden herzustellen und damit das Vertrauen in die Institutionen und letztendlich auch in den Staat zu stärken.

Soweit Eingaben zur Einleitung eines Ombudsverfahrens geführt haben, lag der Schwerpunkt auch in diesem Jahr im Pflegebereich beim Thema Verhalten/Kommunikation, aber es war auch eine deutliche

---

Zunahme von Beschwerden über eine vermeintliche Verschärfung der Maßstäbe festzustellen, die zeitlich parallel zu der politischen Diskussion über die Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme lief.

Im Bereich Sozialmedizin ging es insbesondere um die korrekte Anwendung der Begutachtungsrichtlinien, außerdem wurde kritisiert, dass die Begutachtung nicht durch einen Arzt der jeweiligen Fachrichtung erfolgt sei.

Anhaltspunkte für Unregelmäßigkeiten oder eine systematische Fehlentwicklung konnten nicht festgestellt werden.

Januar 2026



Dr. Ingrid Künzler