

# **Jahresbericht 2025 der Ombudsperson bei dem Medizinischen Dienst Niedersachsen**

Hannover, im März 2026

Ulla Ihnen, Ombudsperson

Geschäftsstelle der Ombudsperson  
bei dem Medizinischen Dienst  
Niedersachsen

Hildesheimer Straße 202  
30519 Hannover

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

# Unabhängige Ombudsperson

## Inhaltsverzeichnis

I. Rechtliche Grundlagen .....	3
II. Rahmenbedingungen .....	4
III. Inanspruchnahme der Ombudsperson .....	7
1. Allgemeines .....	7
2. Umfang der Inanspruchnahme im Berichtszeitraum .....	8
3. Wege der Einleitung der Petitionen .....	8
4. Petitionsgegenstände .....	9
5. Erledigungen .....	10
IV. Beschwerdegründe .....	14
V. Empfehlungen .....	17
VI. Danksagung .....	19
Anhang .....	20

# Unabhängige Ombudsperson

## Jahresbericht der Ombudsperson des Medizinischen Dienstes Niedersachsen

gem. § 278 Abs. 3 S. 2 SGB V

Zeitraum 01.01.2025 bis 31.12.2025

### I. Rechtliche Grundlagen

Die Institution der Unabhängigen Ombudsperson des Medizinischen Dienstes beruht auf § 278 Abs. 3 Satz 2 SGB V. Sie wurde durch das „MDK-Reformgesetz“ (Art. 1 Nummer 25 des Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen, BGBl. I 2019, 2789) in das SGB V aufgenommen.

Neben einer Neustrukturierung der Verwaltungsräte als maßgeblichem Entscheidungsgremium wurde durch § 278 Abs. 3 SGB V die Bestellung einer „Unabhängigen Ombudsperson“ (UOP) für jeden Medizinischen Dienst vorgesehen, an den sich Beschäftigte des Medizinischen Dienstes als auch Versicherte wenden können. Beschäftigten wird dies bei der Beobachtung von Unregelmäßigkeiten, insbesondere bei Beeinflussungsversuchen durch Dritte eröffnet. Versicherte können sich bei Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes an die UOP wenden. Sowohl Beschäftigte als auch Versicherte haben die Möglichkeit, dies vertraulich zu tun. Sie werden in diesem Bericht generell als „Petenten“ und das Verfahren selbst als „Petition“ bezeichnet. Diese Sprachregelung hat sich bisher mehrheitlich im Kreis der UOP durchgesetzt.

Zur weiteren Ausgestaltung der Institution der UOP hat der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die „Richtlinie des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) nach § 283 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 zweite Alternative SGB V - Unabhängige Ombudsperson (UOP RL)“- erlassen, die Einzelheiten zur Bestellung und Ausgestaltung der Rechtsbeziehung zwischen der UOP und den einzelnen Medizinischen Diensten der Länder beinhaltet. Diese Richtlinie wird gegenwärtig überarbeitet. Hieran beteiligen sich auch die UOP der Länder.

Gemäß § 278 Abs. 3 SGB V hat die Unabhängige Ombudsperson einmal jährlich dem Verwaltungsrat und der zuständigen Aufsichtsbehörde in anonymisierter Form über ihre Tätigkeit zu berichten. Der Bericht dient der Information über die Art und den Umfang der Inanspruchnahme der UOP durch Versicherte und Beschäftigte des MD. Er soll Aufschluss über häufig auftretende oder systemrelevante Probleme oder Beeinflussungsversuche geben. Diesem gesetzlichen Auftrag kommt die Ombudsperson des Medizinischen Dienstes Niedersachsen mit dem vorliegenden Bericht nach.

# Unabhängige Ombudsperson

## II. Rahmenbedingungen

1. Als erste Ombudsperson wurde Frau Antje Niewisch-Lennartz durch den Verwaltungsrat am 04.06.2021 einstimmig gewählt und trat am 01.10.2021 das Amt an. Sie war ursprünglich bis zum 30.09.2024 berufen worden. Diese Berufung wurde bis zum 30.04.2025 verlängert. Am 04.04.2025 wählte der Verwaltungsrat Frau Ulla Ihnen einstimmig für drei Jahre zur Nachfolgerin, die am 01.05.2025 die Tätigkeit aufnahm. Der jetzige Jahresbericht 2025 umfasst also auch den Zeitraum, in dem Frau Antje Niewisch-Lennartz noch Ombudsfrau war.
2. Die Ombudsperson nimmt ihre Aufgaben, wie in § 278 Abs. 3 SGB V beschrieben, unabhängig und weisungsfrei wahr. Sie ist keine Mitarbeitende des Medizinischen Dienstes. Im Gebäude Hildesheimer Straße 202 in Hannover steht ihr für Besprechungen ein ausgestatteter Raum zur Verfügung. Hier befindet sich auch die Geschäftsstelle. Das überreichte Equipment erlaubt, wenn auch mit Einschränkungen, mobil kommunikationsfähig zu sein. Die Unterstützung der Organisationsebene, insbesondere der IT-Abteilung, ist kompetent und hilfsbereit.
3. Die Tätigkeit der Unabhängigen Ombudsperson erweist sich immer mehr als umfangreich und zeitintensiv. Der Ombudsperson wurde im Jahr 2021 eine Assistentkraft zur Verfügung gestellt. Dies geschah anfänglich im Umfang einer halben Stelle. Aufgrund des Arbeitsanfalls wurde die Assistentkraft sehr schnell im Umfang von einer vollen Stelle in Anspruch genommen. Doch angesichts der weiter gestiegenen Zahlen an Petitionen ist eine hinreichende personelle Ausstattung der Geschäftsstelle der Ombudsperson nicht gewährleistet. Zukünftig wird eine Personalverstärkung der Geschäftsstelle unumgänglich, um die Funktion aufrecht zu erhalten. Leider ist auch die bereits der Vorgängerin avisierte Vertretung der Assistentkraft für den Abwesenheitsfall bislang nicht umgesetzt.
4. Mitarbeitende als auch Versicherte wurden und werden über die Möglichkeit einer Petition informiert:

### Mitarbeitende/Medizinischer Dienst:

Auf der Ebene des Medizinischen Dienstes erfolgte die Information der Mitarbeitenden über das Intranet und über ein digitales Kontaktformular.

### Versicherte/Gesetzliche Krankenversicherung/Pflegeversicherung:

Die gesetzlichen Krankenversicherungen und Pflegekassen sind verpflichtet, in allen ablehnenden Bescheiden über die Möglichkeit zu informieren, sich an die Ombudsperson des Medizinischen Dienstes zu wenden.

Diese Formulierungen waren in der Vergangenheit teilweise irreführend und konnten die Versicherten dazu bewegen, anstelle des Widerspruchs gegen die Entscheidung bei der jeweiligen gesetzlichen Krankenkasse, die Ombudsperson in Anspruch zu nehmen. Dies kann zu Rechtsverlusten führen. Dem wirkt die Ombudsperson, wie auch in der Vergangenheit, dadurch entgegen, dass bereits mit der Eingangsverfügung darauf hingewiesen wird, dass der zutreffende Rechtsbehelf der bei der Krankenkasse einzulegende Widerspruch ist und dabei die Frist eingehalten werden muss.

## Unabhängige Ombudsperson

Eine besondere Situation ergibt sich dann, wenn die Petenten, was in seltenen Fällen geschieht, bei der Ombudsperson selbst Widerspruch gegen den Bescheid einlegen. Die Ombudspersonen sind aber (siehe oben II.2.) nicht Teil des Medizinischen Dienstes, sie haben keine Behördeneigenschaft. Deshalb kann ein an sie gerichteter Widerspruch nicht gegenüber der Krankenkasse als fristwährend wirken. Tatsächlich handelt es sich allerdings in Niedersachsen um kein Problem von großer Relevanz. Der Ombudsperson ist auch in diesem Berichtsjahr kein Fall bekannt geworden, in dem es zu Rechtsverlusten durch fehlgeleitete Widersprüche gekommen wäre.

Große Relevanz für die Arbeit der UOP hat hingegen, dass die Versicherten nach wie vor zu mehr als 90 % bei Petitionen, die sich auf die Entscheidung der Kranken- und Pflegekassen auf Grundlage der Gutachten des MD beziehen, davon ausgehen, dass die Unabhängige Ombudsperson Gutachten überprüfen, ändern, zu Gunsten der Versicherten handeln und gar Leistungsbescheide der Kassen ersetzen kann. Viele der Versicherten glauben, dass ihnen somit ein förmliches Widerspruchsverfahren erspart bleibt. Der Unabhängigen Ombudsperson wird dabei eine Kompetenz unterstellt, die sie gar nicht hat. Die Aufklärung der Petenten über die Aufgaben und Möglichkeiten der UOP bindet viel Zeit und führt teils auch zu Frustration bei manchen Versicherten.

Hinzu kommt, dass sich in vielen Eingaben zeigt, dass die Komplexität des Gesundheitswesens für viele Versicherte eine erhebliche Herausforderung darstellt, sie sich vom Gesundheitswesen teils überfordert fühlen. Die Unabhängige Ombudsperson soll ausdrücklich keine Rechtsberatung leisten. In der Praxis hat sich jedoch eine unterstützende Lotsenfunktion der Ombudsperson über Ihre Kerntätigkeit hinaus deutlich etabliert, indem sie Versicherte z. B. über weitere Beratungs- oder Beschwerdestellen informiert.

Vom Medizinischen Dienst selbst werden die Versicherten ebenfalls auf die Kontaktmöglichkeiten und die Funktion der Ombudsperson sowohl auf der Website des Medizinischen Dienstes Niedersachsen im Internet als auch in seinem Intranet hingewiesen.

### Rechtsaufsicht

Am 14.08.2025 besuchte der Niedersächsische Minister für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung Dr. Andreas Philippi den MD Niedersachsen. Aus dem Ministerium war der Wunsch geäußert worden, dass auch die UOP bei diesem Termin dabei sein sollte. Die UOP hat dies als besondere Wertschätzung ihrer Arbeit, aber auch als Würdigung der Arbeit ihrer Vorgängerin empfunden.

Mit der Vertreterin der Rechtsaufsicht des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung steht die Ombudsperson im konstruktiven Kontakt über ihre Aufgabenwahrnehmung.

### Patientenvertretung

Auch mit der Patientenvertretung (Landespatientenschutzbeauftragte) hat sich ebenso wie mit der Beschwerdestelle des Medizinischen Dienstes ein kontinuierlicher Gesprächskontakt ergeben.

### Landesdatenschutzbeauftragter

Die Ombudsperson hat sich zum Austausch mit dem Landesdatenschutzbeauftragten getroffen und Fragen erörtert.

## Unabhängige Ombudsperson

### Ombudsperson

Die Ombudsperson verfügt - wie im Gesetz vorgesehen (§ 278 Abs. 3 Satz 2 SGB V) - über eine eigene Website. Die Website wurde im Jahr 2025 überarbeitet. Dort wurden die jeweiligen vorangegangenen Berichte veröffentlicht. Dem wird dieser Bericht in der vom Gesetz vorgesehenen Frist folgen.

(<https://www.md-niedersachsen.de/md/ombudsperson/>)

5. Die Ombudsperson gewährleistet einen barrierefreien Zugang. Sie ist per E-Mail, telefonisch, und schriftlich zu erreichen. Auf der Internetseite der UOP und des Medizinischen Dienstes Niedersachsen steht ein digitales Kontaktformular zur Verfügung.

Die Ombudsperson muss regelmäßig auch vertraulich in Anspruch genommen werden können. Deswegen sind die Daten, die auf den Rechnern des Medizinischen Dienstes von der Ombudsperson und der Mitarbeitenden verarbeitet und gespeichert werden, besonders vor dem Zugriff unbefugter Mitarbeitenden zu sichern. Um dies zu gewährleisten, haben die Mitarbeitenden des Geschäftsbereichs Informationstechnologie eine entsprechende Compliance-Erklärung abgegeben. Eine solche Compliance-Erklärung liegt auch von der Assistenzkraft vor. Hierdurch wird sichergestellt, dass auch auf Weisung von Vorgesetzten kein Einblick in die Daten gewährt werden darf.

Um die Vertraulichkeit zu sichern, werden darüber hinaus alle Dateien gesondert verschlüsselt.

Soll ein persönliches Gespräch im vertraulichen Rahmen stattfinden, kann dies nicht im Haus Hildesheimer Straße 202 erfolgen. Es ist mit dem Vorstand abgeklärt, dass in einem solchen Fall ein Raum extern angemietet werden kann. Diese Notwendigkeit ist - wie bisher - auch im Berichtszeitraum nicht eingetreten.

6. Die Ombudsperson kann ihre Aufgabe nur dann vollumfänglich erfüllen, wenn sie in Person, ihrer Funktion und den vom Gesetzgeber übertragenen Kompetenzen den relevanten Funktionsträgern des Medizinischen Dienstes bekannt ist. Zu diesem Zweck ist die Ombudsperson mit dem Vorstand und mit den Fachbereichsleitungen sowie den Stabsstellen im Austausch. Auch mit dem Personalrat hat sich die Ombudsperson ausgetauscht.
7. Die Ombudspersonen bei den Medizinischen Diensten der Länder tauschen sich in vielfältiger Weise aus. Am 27./28.10.2025 hat die Herbsttagung der Arbeitsgemeinschaft der Unabhängigen Ombudspersonen der Länder (AG UOP) beim MD Berlin/Brandenburg in Berlin stattgefunden. Dieser Prozess zum Wissensaustausch wird auch künftig fortgesetzt. Die Tagung war für die UOP beim MD Niedersachsen von besonderer Bedeutung, da sie „als Neuling“ die Kolleginnen und Kollegen persönlich kennenlernen und die momentanen Arbeitsschwerpunkte und Problemstellungen im Ombudswesen mit diesen diskutieren konnte.

Im Rahmen der Zusammenarbeit der UOP haben die Kollegen Günter Garbrecht (MD WL), Peter Jeromin (KBS) und ich am 10.07.2025 ein Gespräch mit den Abgeordneten des Gesundheitsausschusses des Bundestages MdB Stefan Schwartze (Patientenbeauftragter der Bundesregierung) und MdB Serdar Yükel in Berlin im Bundestag zur Tätigkeit der UOP in den Ländern geführt.

Gelegentlich hat die UOP darüber hinaus als Gast an den regelmäßigen digitalen Treffen in den Verwaltungsräten der Patienten- und Betroffenenorganisationen der Medizinischen Dienste teilgenommen.

# Unabhängige Ombudsperson

## III. Inanspruchnahme der Ombudsperson

### 1. Allgemeines

Die Ombudsperson kann von Versicherten und von Mitarbeitenden in Anspruch genommen werden, wenn sich die Petenten über die Arbeit des Medizinischen Dienstes beschweren wollen. In der Regel wenden sie sich gegen Gutachten, die dazu geführt haben, dass ein Antrag abgelehnt oder nicht in der Art und Weise bewilligt wurde, wie der Versicherte dies gewünscht hat. Unterstützung bei der Ombudsperson können Petenten allerdings nur dann finden, wenn sie sich über die Art und Weise der Gutachtenerstellung an sie wenden. Nur so kann der Gesetzestext: „Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes“ (§ 278 Abs. 3 SGB V) verstanden werden. Aufgabe der Ombudsperson ist es - anders als durch die Hinweise der Krankenkasse nahegelegt - nicht, die Richtigkeit der Gutachten zu überprüfen. Die inhaltliche Kontrolle bleibt zunächst dem Widerspruchsausschuss und anschließend gegebenenfalls der Sozialgerichtsbarkeit überantwortet. Die Hinweise der gesetzlichen Krankenversicherung im Ablehnungsbescheid können dabei zu falschen Erwartungen führen. Dabei ist es auffällig, dass es für die Petenten durchaus schon befriedigend ist, wenn eine erneute Begutachtung erfolgt, selbst wenn dabei eine Höherstufung nicht das Ergebnis ist. Die Art und Weise der Durchführung, insbesondere der den Versicherten gegenüber deutlich gewordene Respekt, ist hier von großer Bedeutung. Es ist sehr positiv, mit welchem hohem Maß an Dankbarkeit die Petenten reagieren, wenn sie wahrnehmen, dass sich eine Institution aufrichtig um ihre Belange bemüht.

Mitarbeitende können sich an die Ombudsperson bei der Beobachtung von Unregelmäßigkeiten, insbesondere bei Beeinflussungsversuchen durch Dritte, wenden.

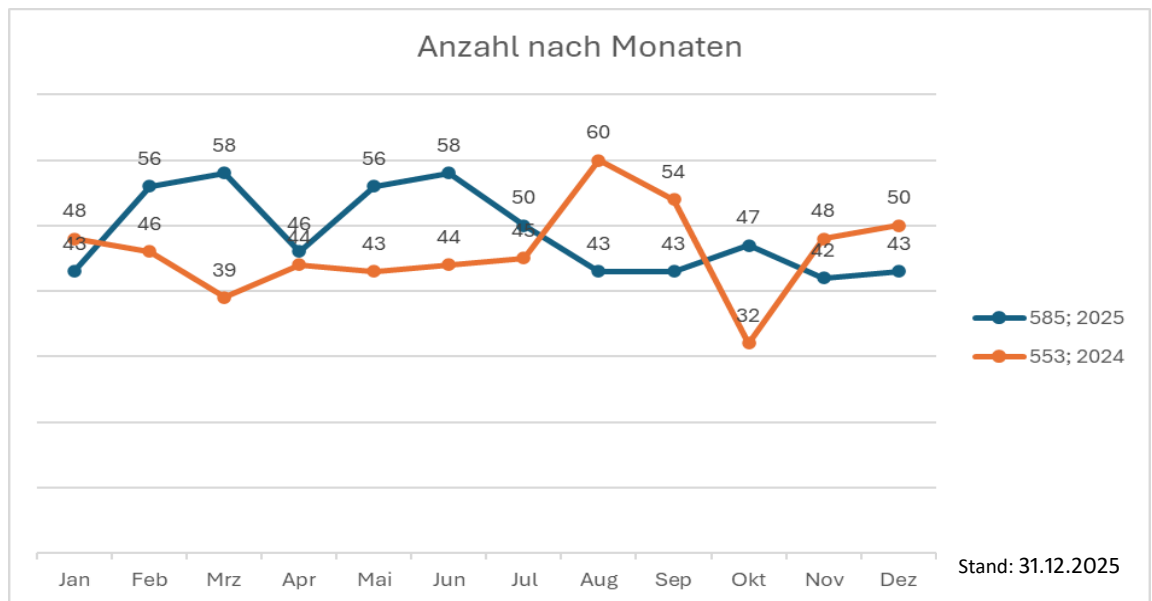
Die Vertraulichkeit ist für beide Petentengruppen sichergestellt.

### Jahresübersichten der UOP des MD Niedersachsen | Petitionen

<b>Beginn:</b>	<b>01.10.2021</b>	<b>31.12.2021</b>	<b>24</b>	<b>Petitionen</b>
	<b>01.01.2022</b>	<b>31.12.2022</b>	<b>294</b>	<b>Petitionen</b>
	<b>01.01.2023</b>	<b>31.12.2023</b>	<b>487</b>	<b>Petitionen</b>
	<b>01.01.2024</b>	<b>31.12.2024</b>	<b>553</b>	<b>Petitionen</b>
	<b>01.01.2025</b>	<b>31.12.2025</b>	<b>585</b>	<b>Petitionen</b>
<hr/>				
<b>Gesamtsumme:</b>			<b>1943</b>	<b>Petitionen</b>
<hr/>				

# Unabhängige Ombudsperson

## 2. Umfang der Inanspruchnahme im Berichtszeitraum



**553** Petitionen sind im Kalenderjahr **2024** eingegangen.

**585** Petitionen sind insgesamt im aktuellen Berichtszeitraum (Kalenderjahr **2025**) eingegangen.

Die folgenden in Klammern gesetzten Zahlen sind die Werte des vergangenen Berichtszeitraums (01.10.2024 bis 31.12.2024)

**584** (551) Petitionen gingen von Versicherten ein.

**1** (2) Petitionen wurden von Mitarbeitenden eingereicht.

**17** (40) Petitionen waren davon am 31.12.2025 noch offen.

## 3. Wege der Einleitung der Petitionen

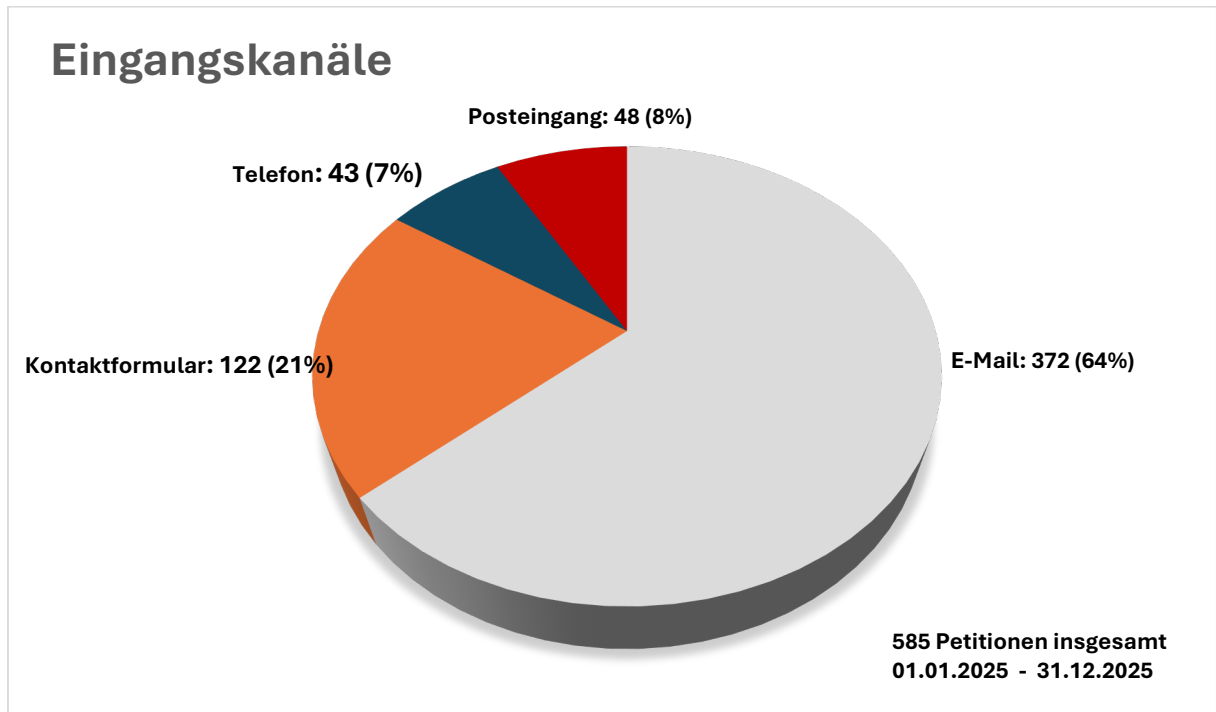
**372** (425) Petitionen haben die Ombudsperson per Mail erreicht.

**122** (25) Petitionen wurde durch das Kontaktformular ausgelöst.

**43** (67) Petitionen wurden am Telefon entgegengenommen.

**48** (36) Petitionen haben die Petenten den Postweg gewählt.

# Unabhängige Ombudsperson



## 4. Petitionsgegenstände

### a) Von den Petitionen durch Versicherte entfielen

<b>219</b>	(204)	auf die Einstufung in Pflegegrade
<b>40</b>	(55)	auf Hilfsmittel
<b>23</b>	(17)	auf die Bewilligung von Krankengeld und Arbeitsunfähigkeit
<b>51</b>	(61)	auf Reha einschließlich Mutter-/Vater-Kind-Kuren, medizinische Vorsorge
<b>21</b>	(26)	auf „Off-Label-Use“: Diagnoseverfahren, operative Eingriffe und Heilmittel
<b>8</b>	(8)	auf Behandlungsfehler
<b>3</b>	(0)	auf Zahnmedizin
<b>4</b>	(2)	auf Anlassprüfungen/Heimprüfungen
<b>27</b>	(33)	auf Operationen, ästhetisch und wegen Transsexualität
<b>32</b>	(32)	auf Therapien einschließlich Psychotherapien und Zahnmedizin
<b>63</b>	(67)	auf fehlende Zuständigkeit, entweder örtlich oder sachlich
<b>1</b>	(6)	auf atypische Konstellation/Sonderfälle
<b>73</b>	(31)	auf Petitionsanliegen, die trotz Nachfrage nicht geklärt werden konnten (keine Rückmeldung)
<b>19</b>	(9)	Sonstiges

Die Summe deckt sich nicht mit der Zahl der Petitionen, weil Doppelnennungen - z. B. durch zwei Beschwerdegegenstände in einer Petition - vorliegen.

b) Es gab **1** (3) Petition aus der Mitarbeiterschaft.

# Unabhängige Ombudsperson

## 5. Erledigungen

- 568 (514) Verfahren konnten erledigt werden.
- a) 143 (134) Verfahren konnten mit einer für die Petenten befriedigenden Lösung abgeschlossen werden.

Dies bedeutet entweder:

- dass eindeutig geklärt ist, dass eine zufriedenstellende Reaktion durch den Medizinischen Dienst erfolgt ist, in der Regel die erstrebte Höherstufung oder die Empfehlung eine begehrte Leistung zu bewilligen, die jeweils zuvor auf Grundlage eines Gutachtens des Medizinischen Dienstes abgelehnt worden war.
- Eine befriedigende Lösung kann auch darin bestehen, dass eine Begutachtung in der Weise durchgeführt wurde, wie sie von dem Petenten oder der Petentin gewünscht wurde. In der Regel handelt es sich um die Begutachtung durch einen Hausbesuch anstelle einer Begutachtung nach Aktenlage oder aufgrund eines strukturierten Telefonats. Gelegentlich auch umgekehrt, wenn ein Hausbesuch gerade nicht akzeptiert wird und z. B. ein strukturiertes Telefonat gewünscht/akzeptiert wird. Es ist eine der Folgen der Pandemie, dass die über einen langen Zeitraum aus guten Gründen erfolgte neue Übung, Gutachten aufgrund einer telefonischen Anhörung zu erstellen, nachfolgend beibehalten wurde. Dies führt nach Aussage des Geschäftsbereichs Pflege zu befriedigenden Ergebnissen. Auch einzelne Petenten ziehen dies einem Hausbesuch vor und streben dies mit ihrer Petition an. Dies trifft jedoch nicht auf jede Konstellation zu. In der Mehrzahl machen die Petenten geltend, dass die örtlichen Gegebenheiten und ihre tatsächlichen Fähigkeiten durch ein Telefonat bzw. durch eine Entscheidung nach Aktenlage nicht realistisch wahrgenommen wurden. Die hinzugezogenen Angehörigen oder Pflegepersonen der Petenten konnten bei Telefonanhörungen häufig nicht ihr Wissen in die Gutachtenerstellung einbringen. Bei einer Entscheidung nach Aktenlage entfällt die persönliche Stellungnahme komplett.
- Viele Petenten wenden sich aber gar nicht in erster Linie gegen die Inhalte der Gutachten. Sie wenden sich vielmehr gegen die Art und Weise der Kommunikation, die als herablassend, zu wenig empathisch, unhöflich, gehetzt wahrgenommen wird. Eine erneute Begutachtung durch einen kommunikativ besser geeigneten oder ausgebildeten Gutachter oder eine entsprechende Gutachterin hat für viele Versicherte einen hohen Stellenwert. Die Bewertung ihres Pflegebedarfs wird auf dieser Grundlage akzeptiert, selbst wenn sie von den eigenen Vorstellungen abweicht.

## Unabhängige Ombudsperson

- b) 73 (31)** Verfahren blieben trotz Nachfrage über den Ausgang ohne Antwort der Petenten. Es kann daher nicht positiv festgestellt werden, ob das Problem der Petenten gelöst wurde oder nicht. Allerdings ist es für die Petenten auch befriedigend, wenn eine Begutachtung, deren Art der Durchführung zuvor zur Beschwerde geführt hat, nunmehr positiv erlebt wurde, auch wenn eine Höherstufung nicht erfolgte. In der Mehrzahl der Fälle gehe ich aufgrund der genannten Umstände von einem für die Petenten eher positiven Abschluss aus.
- c) 11 (45)** Verfahren konnten durch Informationen zum Verfahren oder durch eine über die reine Information hinausgehende Hilfestellung erledigt werden, wie z. B. durch die Vermittlung von Kontakten, der Verweis auf andere Beratungsinstitutionen und die Möglichkeit, in Besitz des Gutachtens zu gelangen.
- d) 144 (145)** Fälle wurden mit einer von dem/der Petenten/Petentin nicht gewünschten Entscheidung des Medizinischen Dienstes abgeschlossen. Dabei handelt es sich um die Fälle, in denen die Petenten ausdrücklich eine andere Einstufung hinsichtlich ihres Pflegegrades oder die Bewilligung einer konkreten Leistung (Medikament, Reha o. Ä.) erreichen wollten.
- e) 36 (63)** Petitionen konnten für die Petenten durch die Ombudsperson nicht weiter begleitet werden, weil bei dem Medizinischen Dienst kein Auftrag vorlag. Die Ombudsperson ist nur dann in der Lage, auf Beschwerden der Petenten eine Besserung der Situation zu erreichen, wenn der Medizinische Dienst durch einen Auftrag der Krankenkasse zu einer Überprüfung des Vorgangs befugt ist.
- f) 4 (2)** Petitionen lagen außerhalb der Zuständigkeit des Medizinischen Dienstes Niedersachsen. Damit war auch eine Zuständigkeit der Ombudsperson ausgeschlossen. Dies gilt sowohl für eine örtliche Zuständigkeit als auch für Ziele von Petitionen, die sich auf andere Akteure, insbesondere z. B. der Krankenkassen oder der Heimaufsicht, bezogen.
- g) 147 (108)** Petitionen haben sich auf sonstige Weise erledigt. Dabei handelt es sich um Erledigungen, die keiner der vorgenannten Erledigungen zuzuordnen sind und zu einer zu weiten Aufsplitterung der Erledigungsarten führen würde, wenn man sie hier im Einzelnen darstellen wollte.
- h) 10 (6)** Erledigung durch Klageerhebung.

Die Summe deckt sich nicht mit der Zahl der genannten Erledigungen, weil Doppelnennungen vorliegen, z. B. Hilfestellung und Abhilfe im weiteren Verlauf.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Stand der Zahlen: 16.02.2026

# Unabhängige Ombudsperson

## Eingaben nach Geschäftsbereichen des MD Niedersachsen

Geschäftsbereich	Petitionen	Prozent
Pflege   QP Pflege	219	37 %
Anlassprüfungen (Heimprüfungen)	4	1 %
GKV Ambulant	194	33 %
Krankenhaus (Behandlungsfehler)	8	1 %
Zahnmedizin	3	1 %
Sonstiges	19	3 %
Fehlende Zuständigkeit (entweder örtlich oder sachlich)	63	11 %
Atypische Konstellation (Sonderfall, Petent verstorben)	1	0 %
Unbekannte Gegenstände (trotz Nachfrage, keine Rückmeldung)	73	13 %
Mitarbeitende	1	0 %
Gesamtsumme	585	100 %

## Unabhängige Ombudsperson

Zu einer Auswertung der Inanspruchnahme der Unabhängigen Ombudsperson gehört auch, einmal aufzuzeigen, wieviel Petitionen von Versicherten auf einzelne Krankenkassen zurückgehen.

<b>Kranken- und Pflegekassen 01.01.2025 - 31.12.2025</b>	<b>Eingaben</b>	<b>%</b>
<b>AOK</b>	<b>122</b>	<b>21%</b>
<b>BKK</b>	<b>89</b>	<b>15%</b>
<b>IKK classic</b>	<b>24</b>	<b>4%</b>
<b>SVLFG</b>	<b>5</b>	<b>1%</b>
<u><b>Verband der Ersatzkassen</b></u>		
<b>TK, Verband der Ersatzkassen</b>	<b>109</b>	<b>19%</b>
<b>BARMER, Verband der Ersatzkassen</b>	<b>74</b>	<b>13%</b>
<b>DAK, Verband der Ersatzkassen</b>	<b>30</b>	<b>5%</b>
<b>KKH, Verband der Ersatzkassen</b>	<b>3</b>	<b>1%</b>
<b>hkk, Verband der Ersatzkassen</b>	<b>32</b>	<b>5%</b>
<b>HEK, Verband der Ersatzkassen</b>	<b>5</b>	<b>1%</b>
<b>keine Angaben (Anfragen ohne Versicherten-Nummer)</b>	<b>92</b>	<b>15%</b>
<b>Gesamtsumme:</b>	<b>585</b>	<b>100%</b>

# Unabhängige Ombudsperson

## IV. Beschwerdegründe

Aufgrund der Vielfalt der Petitionen können nachfolgend nur Schwerpunkte dargestellt werden.

### 1. Kommunikation

Im Zentrum stehen bei vielen Petitionen sehr häufig Fragen der Kommunikation. Die Kommunikation bezieht sich hier zum einen auf den unmittelbaren Kontakt von Gutachterinnen und Gutachtern bei Hausbesuchen, insbesondere aber auch bei den strukturierten telefonischen oder Video-Begutachtungen.

Die Beschwerden über die Art und Weise der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD) betreffen häufig nicht das Gutachten selbst, sondern den Ablauf, das Verhalten oder die Kommunikation während des Begutachtungsprozesses. Versicherte bemängeln einen unfreundlichen, distanzierten oder bevormundenden Ton. Sehr oft wird das Gefühl geschildert, nicht wertschätzend behandelt worden zu sein. Besonders sensibel sind die Begutachtungen im häuslichen Umfeld. Daneben beziehen sich die Beschwerden auf sehr kurze Begutachtungen, die als oberflächlich empfunden wurden. Die Versicherten wussten auch teilweise nicht, was sie vorbereiten oder mitbringen sollten. Bei der Begutachtung nach Aktenlage fühlen sich die Betroffenen oft nicht gewürdigt, sondern haben das Gefühl, es werde über sie entschieden, ohne sich ein persönliches Bild vor Ort gemacht zu haben. An anderer Stelle liegen die Beschwerden bei der Durchführung der Begutachtung auf Grundlage eines Telefonats. Hier fühlen sich die Versicherten häufig nicht in ihrer realen Situation wahrgenommen und pflegende Angehörige fühlen sich ausgeschlossen.

Die Begutachtungssituation ist für alle Gutachterinnen und Gutachter aber auch für die Versicherten von hoher Sensibilität. Angesichts der abzuarbeitenden Gutachtenaufträge ist allerdings schwerlich sicherzustellen, dass alle Gutachterinnen und Gutachter in der Lage sind, dem hohen Anspruch der jeweiligen Situation gerecht zu werden.

In den vorangegangenen Berichten wurde das Thema Kommunikation von Terminierungen problematisiert. Es ist erfreulich, dass dieses Thema an Relevanz deutlich verloren hat. Erfreulich ist auch, dass es in Petitionsfällen häufig klärende Gespräche von Mitgliedern des Gutachterteams bzw. des Beschwerdemanagements mit den Petenten gegeben hat.

# Unabhängige Ombudsperson

## 2. Zeitdauer

Ein häufiger Gegenstand von Petitionen im **Geschäftsbereich Pflegeversicherung** ist die Zeitdauer, bis ein Termin für eine Begutachtung festgesetzt wurde. Angesichts der schieren Zahl der arbeitstäglich im Berichtszeitraum eingegangenen Begutachtungsaufträge **1736** (im Vorjahr: 1620) ein kaum zu verändernder Beschwerdepunkt. Gleichwohl ist es für die betroffenen Versicherten eine häufig schwer auszuhaltende Zeit.

Der Umstand, dass Erhöhungen des Pflegegrades rückwirkend ausgeglichen werden, mindert die Belastung jedenfalls bis zur möglicherweise positiven Entscheidung der Pflegekassen nicht. Gerade bei Sprüngen in der Pflegebedürftigkeit und ohne finanzielle Rücklagen wird das erforderliche Mehr an Pflegeleistungen tatsächlich nicht erbracht. Die erforderliche Pflege fällt tatsächlich aus. Dies kann durch eine positive Beurteilung auch bei rückwirkender Erhöhung des Pflegegrades nicht mehr „nachgeholt“ werden.

Eine Petition im Hinblick auf eine vorgetragene überlange Bearbeitungsdauer war auffällig.

Die Tochter der Versicherten trug im Juni 2025 vor, dass beide Elternteile jeweils im Februar 2024 einen Antrag auf Feststellung eines Pflegegrades gestellt hätten. Seit Einreichung der Anträge seien mittlerweile ein Jahr und vier Monate vergangen, ohne dass eine Entscheidung seitens der Pflegekasse für die Eltern erfolgt sei. Sie habe dort mehrfach nachgefragt. Ihr sei gesagt worden, der Auftrag sei noch offen.

In Zusammenarbeit mit dem Geschäftsbereich Pflege konnte ich recherchieren und der Tochter mitteilen, dass für beide Elternteile Gutachten des Medizinischen Dienstes Niedersachsen im Auftrag der jeweiligen Pflegekasse bereits im März 2024 erstellt und an die Pflegekasse versandt worden sind.

Der Geschäftsbereich Pflege teilte mir auf Nachfrage mit, dass der Vorgang intern intensiv zusammen mit dem Geschäftsbereich Informationstechnologie geprüft worden sei, um Fehler auf Seiten des Medizinischen Dienstes auszuschließen. Auf Seiten des Medizinischen Dienstes Niedersachsen sei der technische Ablauf ordnungsgemäß und korrekt abgelaufen. Die damaligen Aufträge konnten noch in der Fehlerprotokolltabelle für den DTA im eArchiv überprüft werden. Weder war ein fehlerhafter Transfer bei dem üblichen ständigen Monitoring vermerkt noch hat die betroffene Pflegekasse dem MD einen Übermittlungsfehler mitgeteilt, wozu eine Verpflichtung bestünde. Das vom MD eingeführte Verfahren stellt sicher, dass Fehler im DTA Versand jederzeit und kontinuierlich überwacht werden, und so auch sicher im Sinne der Versicherten sind.

## Unabhängige Ombudsperson

Auch im **Geschäftsbereich Gesetzliche Krankenversicherung Ambulant und Psychiatrie** ist der Faktor Zeit ein Schwerpunkt der Beschwerden. Auch hier gilt angesichts der Vielzahl der eingehenden Gutachten **784** (im Vorjahr: 727 arbeitstäglich) sicherlich, dass Zeitverzögerungen kaum vermeidbar sind.

Die Zeitfrage stellt sich aber immer dann besonders dramatisch, wenn es sich um den Einsatz von Medikamenten, um invasive Eingriffe oder um diagnostische Maßnahmen handelt, deren Kosten gegenwärtig nicht oder noch nicht aufgrund von Entscheidungen des „Gemeinsamen Ausschusses“- von der gesetzlichen Krankenkasse regelhaft getragen werden („Off-Label-Use“). Hier handelt es sich, bis auf wenige Ausnahmen, um Versicherte, die an einer schweren Erkrankung leiden. Aufwendungen, die unter dieses Label fallen, werden von den gesetzlichen Krankenkassen nur auf Grundlage einer entsprechenden Empfehlung des Medizinischen Dienstes übernommen, die den Kriterien der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts folgen. Hier ist eine Priorisierung dieser Fälle besonders herausfordernd und wichtig. Für die Versicherten, die auf eine Entscheidung warten, ist die bis zu einem Gutachten vergehende Zeit nur äußerst schwer erträglich.

### 3. Vermutete Voreingenommenheit von Gutachtern

Teilweise entstand bei Petenten der Eindruck und das Gefühl, dass die Gutachterin oder der Gutachter bereits vorgefertigte Meinungen hatte, dass der MD parteiisch im Sinne der Krankenkasse agiere.

Dieser Beschwerdegrund wird häufig im Bereich von Lipödem, gewichtsreduzierenden Maßnahmen und die Beseitigung von deren sichtbaren Folgen sowie die Beseitigung von als belastend empfundenen körperlichen Eigenheiten, insbesondere in Bezug auf die weibliche Brust, genannt. Aufgrund der sehr restriktiven Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist hier eine Realisierung der gewünschten Maßnahmen in der Regel - auch wenn der Wunsch verständlich ist - nicht möglich. Auch ohne Rechtsberatung ist hier allerdings eine Information durch die Ombudsperson hilfreich.

In diesen Zusammenhang gehören auch Wünsche nach einer Operation zur Geschlechtsanpassung. Sie sind von Seiten der Petenten hoch emotional. In der Regel kann die Ombudsperson diesen Prozess nicht beschleunigen. In diesen Verfahren kann die UOP allenfalls helfen, durch Erläuterung des Verfahrens die Vermutung einer grundsätzlich ablehnenden Haltung der Gutachter/der Gutachterin abzubauen.

### 4. Behandlungsfehler

Es gibt - auf niedrigem Niveau - weiterhin einige Petitionen im Bereich der Behandlungsfehler. Hier sind Handlungsmöglichkeiten der Ombudsperson wegen der Eigenart des Verfahrens kaum gegeben.

### 5. Meldung durch einen Beschäftigten/eine Beschäftigte

Aus der Mitarbeiterschaft wurde vertraulich eine Beschwerde an die Ombudsperson herangetragen. Für den vorgetragenen Sachverhalt bestand allerdings keine Zuständigkeit der Ombudsperson.

Sonstige neue inhaltliche Schwerpunkte sind im Berichtsjahr nicht zu verzeichnen.

# Unabhängige Ombudsperson

## V. Empfehlungen

1. Wie meine Vorgängerin möchte ich wiederum auf die Notwendigkeit hinweisen, bei den Gutachterinnen und Gutachtern auf die Sensibilität für die besondere Situation von Begutachtungen in der häuslichen Umgebung besonderes Augenmerk zu legen. Die Bereitschaft bei Beschwerden mit den Petenten unmittelbar Kontakt aufzunehmen und Missverständnisse auszuräumen, ist wichtig und fast immer hilfreich.
2. Im Fall von Begutachtungen durch strukturierte Telefonate wäre es hilfreich, auf die Anwesenheit von Pflegepersonen oder Angehörigen hinzuwirken und ihnen ganz gezielt Raum zu geben. Die Selbstwahrnehmung der Versicherten in dieser Situation ist nicht immer realistisch.
3. Es ist als erfreulich hervorzuheben, dass Beschwerden über kurzfristige Absagen durch den Medizinischen Dienst nur noch wenig vorkommen. Allerdings gab es Einzelfälle von Beschwerden, wo Angehörige, die am Termin teilnehmen wollten, Urlaub genommen und zum Teil vergeblich hunderte Kilometer gefahren waren. Derartige Einzelfälle sind aber leider nicht vermeidbar und auch nicht völlig auszuschließen.

Nicht signifikant gestiegen, aber doch vermehrt sind Beschwerden darüber, dass Aufträge durch den Medizinischen Dienst storniert und an die Kranken- bzw. Pflegekassen zurückgegeben werden, wenn ein Termin zur Begutachtung zweimal nicht wahrgenommen werden konnte. Hier ist aber sicherzustellen, dass bei der unverschuldeten Verschiebung eines Termins den Versicherten keine Nachteile entstehen.

4. Im Bereich der Pflegebedürftigkeit von Kindern, aber auch bei wenigen Erwachsenen, sind Beschwerden über die Begutachtung bei Beeinträchtigungen aus dem Autismus-Spektrum auffällig. Es wurde von den Betroffenen bemängelt, dass die Gutachter und Gutachterinnen nicht über die erforderliche fachbezogene Kompetenz für die Beurteilung dieser individuellen Erkrankung verfügen. Hier wird von den Betroffenen zwar verkannt, dass es keiner Fachbindung im Rahmen der gutachterlichen Tätigkeit bedarf, da sich die Fragestellungen regelmäßig auf sozialmedizinische Themen beziehen. Aber die persönliche Situation, insbesondere von pflegenden Eltern kranker oder schwer beeinträchtigter Kinder, ist emotional herausfordernd. Es stellt hohe Anforderungen an die Gutachtenden. Dem sollte möglichst immer durch besonders ausgebildete Gutachtende Rechnung getragen werden.

Auch bei Beschwerden aus dem Bereich der ME/CFS Erkrankungen wird immer wieder bemängelt, dass die Gutachtenden nach Meinung der Betroffenen nicht über die erforderliche Fachkompetenz zur Beurteilung der Auswirkungen dieser Krankheit verfügen. Die Betroffenen fühlen sich im Hinblick auf ihre Beeinträchtigungen durch die Krankheit nicht wirklich wahrgenommen.

5. Die erneute Steigerung der Eingangszahlen an Petitionen stellt die Ombudsperson ebenso wie die Geschäftsstelle vor inzwischen große Herausforderungen. Im Berichtszeitraum wurde dies wiederum durch den hochengagierten Arbeitseinsatz - insbesondere der Assistentenkraft - bewältigt, der ich aufrichtigen Dank schulde. Eine - zunächst - Abwesenheitsvertretung wie auch eine Personalverstärkung sind dringend geboten.

## Unabhängige Ombudsperson

6. Nach wie vor zeigt sich, dass die Hinweise in den Bescheiden auf das Rechtsbehelfs- und Ombudsverfahren für die Versicherten intransparent und verwirrend sind. Ziel sollte sein, diese Problematik zu entschärfen und für Klarheit zu sorgen. Wie dargestellt, zeigt sich eine erhebliche Verunsicherung bei den Versicherten und deren Angehörigen bezüglich der Kompetenzen und Möglichkeiten der Unabhängigen Ombudsperson. Es wird davon ausgegangen, dass eine Entscheidungskompetenz der Unabhängigen Ombudsperson gegeben ist (zum Beispiel in Bezug auf die Änderung von Gutachten, Freigabe begehrter Hilfsmittel oder Rehabilitationsmaßnahmen). Die Unabhängige Ombudsperson klärt hier zwar gezielt auf und beseitigt Missverständnisse. Eine Unterstützung durch alle Kranken- und Pflegekassen, um die Aufgaben und Möglichkeiten der Unabhängigen Ombudsperson transparenter zu machen, wäre aber wünschenswert. Eine transparente Kommunikation und gezielte Aufklärung könnten dazu beitragen, die Anzahl der Beschwerden zu reduzieren und das Vertrauen der Versicherten in das Gesundheitssystem zu stärken.

# Unabhängige Ombudsperson

## VI. Danksagung

Ob sich die Institution der Unabhängigen Ombudsperson, wie vom Gesetzgeber konzipiert, bewährt hat, kann von der Ombudsperson selbst nicht beurteilt werden.

Aber die Unabhängige Ombudsperson konnte auch im Berichtszeitraum die Transparenz hinsichtlich der Unabhängigkeit des MD sowie die Patientenrechte und Rechte pflegebedürftiger Personen weiterhin stärken.

Aus der Sicht der Versicherten wird die Möglichkeit, eine außerhalb des Medizinischen Dienstes stehende Institution ansprechen zu können, durchaus sehr geschätzt. Die Vielzahl ausdrücklicher Danksagungen (insgesamt 75, wenige anonymisierte Auszüge sind in der **Anlage** beigefügt) mag dafür ein Anhaltspunkt sein. Dabei gilt auch in diesem Berichtszeitraum: der mir gegenüber ausgesprochene Dank richtet sich in der Sache oft an das Tätigwerden des Medizinischen Dienstes. Diesen Dank gebe ich gern weiter.

Die Fachbereiche des Medizinischen Dienstes haben mit der Ombudsperson in konstruktiver Weise kooperiert und im Rahmen zur Verfügung stehender Ressourcen - wenn in der Sache gerechtfertigt - eine Abhilfe ermöglicht. Dafür gilt allen Beteiligten mein persönlicher Dank. Er gilt besonders für erfolgte Begutachtungen im Falle von „Off-Label-Use“.

Insgesamt zeichnete sich die Zusammenarbeit mit dem Vorstand des MD Niedersachsen, dem Beschwerdemanagement und einzelnen Geschäftsbereichen auch in diesem Jahr als sehr kooperativ, konstruktiv und verantwortungsvoll aus.

Unregelmäßigkeiten oder Fehlentwicklungen bei der Tätigkeit des Medizinischen Dienstes wurden im Berichtszeitraum nicht festgestellt.

Mein ganz besonderer Dank gilt meiner Vorgängerin Frau Antje Niewisch-Lennartz, die einen reibungslosen Übergang an mich organisiert und ermöglicht hat, und mir, wann immer erforderlich, mit Rat zur Seite stand.

Mein abschließender Dank gilt der stets reibungslosen und hilfsbereiten Zusammenarbeit mit der Leitung des Hauses und den für seine Organisation tätigen Mitarbeitenden.

Hannover, 28. Februar 2026



Ulla Ihnen  
Unabhängige Ombudsperson

**Anlage**

# Unabhängige Ombudsperson

## Anhang

(Auszüge aus anonymisierten Dankschreiben)

Sehr geehrte Frau Ihnen,  
haben Sie vielen Dank für Ihren Einsatz. ... Sie sind der Verantwortung als  
Ombudsperson aus meiner Sicht mehr als gerecht geworden.

Guten Morgen Frau Ihnen,  
tausend Dank für ihren Einsatz und Ihre Mühe.  
Dank Ihnen wurde die neue Therapie  
genehmigt. Viele Grüße bitte auch an Frau  
Weber.

**Sehr verehrte Frau Ihnen,  
ich möchte mich ganz ganz herzlich bei Ihnen bedanken für Ihren  
wirklich tollen und SO wertvollen Einsatz für mich, bzw. für  
meine Gesundheit! Ich weiß nicht, ob sie nachvollziehen können,  
WAS für eine Last mit Ihrem Schreiben (positives Ergebnis) von  
meinen Schultern genommen wurde. Sie haben mir durch Ihren  
Einsatz wieder sehr viel Optimismus und Lebensfreude gegeben!  
Meine Frau ist gleichermaßen erleichtert und sehr glücklich über  
dieses tolle Ergebnis!!! Wir wertschätzen es absolut!!!  
VIELEN LIEBEN DANK !!!  
Passen Sie gut auf sich auf und wir wünschen Ihnen von ganzem  
Herzen, dass Ihnen -sollte es irgendwann notwendig sein, in  
welcher Angelegenheit auch immer - genauso unermüdlich und  
mit vollem Einsatz geholfen wird!!**

Sehr geehrte Frau Ihnen,  
mir ist es sehr wichtig, mich bei Ihnen zu bedanken, dass ich durch  
Ihr Einschreiten die Möglichkeit bekommen habe, die beantragte  
Reha-Maßnahme zu bekommen. Trotz meines hohen Alters und  
unabhängig von meiner schmerzhaften Krankheit, habe ich jetzt  
das Gefühl, dass ich angenommen werde, ...

gestern habe ich von der Krankenkasse die Freigabe erhalten für eine Rezeptierung des  
Medikamentes... Ich freue mich aber, dass es auch mit ihrer Hilfe so positiv geendet hat. Vielen Dank  
auf diesem Weg für ihre Unterstützung

ich möchte Sie darüber in Kenntnis setzen, dass wir seitens  
der Krankenkasse telefonisch die Mitteilung bekommen  
haben, dass eine Rehabilitationsmaßnahme für meine  
Mutter nach Einholung eines weiteren Gutachtens nun-  
mehr bewilligt wurde. Meine Mutter und ich möchten uns  
bei Ihnen ganz herzlich für Ihre Mühe und Mithilfe be-  
danken!